



**DEWAN PERWAKILAN RAKYAT
REPUBLIK INDONESIA**

**RISALAH RAPAT DENGAR PENDAPAT UMUM
KOMISI IX DPR RI**

| | |
|------------------|---|
| Tahun Sidang | : 2014-2015 |
| Masa Persidangan | : I |
| Rapat Ke- | : - |
| Jenis Rapat | : Rapat Dengar Pendapat Umum |
| Dengan | : 1. Prof. Dr. Hasbullah Tabrani, MPH 2. Dr. Sulastomo. |
| Sifat Rapat | : Terbuka |
| Hari/tanggal | : Senin, 17 November 2014 |
| Waktu | : Pukul 10.00 WIB - selesai |
| Acara | : Masukan terkait Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dan Kartu Indonesia Sehat (KIS) |
| Ketua Rapat | : Dede Yusuf Macan Effendi, ST, M.I.Pol / Ketua Komisi IX DPR RI. |
| Sekretaris Rapat | : Dra.Tri Udiartiningrum/Kabag Set Komisi IX DPR RI |
| Tempat | : Ruang Rapat Komisi IX DPR RI, Lantai 1 Gedung Nusantara I, Jl. Jend. Gatot Subroto, Jakarta Pusat |
| Hadir | : A. Anggota Komisi IX DPR RI 17 orang dari 26 orang Anggota Komisi IX DPR RI, izin 4 orang Anggota, sakit 1 orang Anggota. B. 2 Pakar. |

PIMPINAN KOMISI IX DPR RI :

1. Dede Yusuf Macan Effendi, S.T., M.Si.
2. H. Asman Abnur, SE, M.Si.

F.PDIP :

-

F.PG :

3. Aditya Anugrah Moha, S.Ked.
4. Hj. Saniatul Latifa.
5. Drg. Hj. Andi Fauziah Pujiwatie Hatta, SKG.

F.P.GERINDRA :

6. Khaidir.
7. dr. H. Suir Syam, M.Kes.
8. Drg. Putih Sari.
9. Roberth Rouw.

F.PD :

10. dr. Verna Gladies Merry Inkiriwang
11. Siti Mufattahah, Psi.
12. Drs. Ayub Khan.
13. Drs. H. Zulfikar Achmad.
14. Hj. Aliyah Mustika, SE.

F.PAN :

15. Ir, H. A. Risiki Sadig.
16. Dr. H.M. Ali Taher Parasong, SH, M.Hum.

F.PKB :

-

F.PKS :

17. Anshory Siregar, Lc.
18. Drs. H. Hamid Noor Yasin, MM.

F.PPP :

-

F.P.NASDEM :

-

F.P.HANURA :

-

ANGGOTA IZIN/SAKIT :

1. Hj. Dewi Asmara, SH, MH (F-PG)
2. dr. Charles J. Mesang (F-PG)
3. Hj. Saniatul Lativa (F-PG)
4. Susi Marleny Bachsin, SE, MM (F-P. GERINDRA)
5. Drs. H. Chaerul Anwar, Apt.

UNDANGAN :

1. Prof. DR. Hasbullah Tabrani, MPH
2. dr. Sulastomo.

KETUA RAPAT (DEDE YUSUF MACAN EFFENDI, S.T, M.I.PoI) :

Prof. DR. Hasbullah Tabrani, MPH yang kami hormati.

DR. Sulastomo yang kami hormati.

Para Anggota Komisi IX DPR RI yang saya hormati serta hadirin tamu undangan.

Mahasiswa Universitas Indonesia yang saya banggakan.

Pertama-tama marilah kita panjatkan puji syukur Kehadirat Tuhan Yang Maha Esa yang selalu melimpahkan rahmat dan hidayahnya kepada kita semua sehingga pada hari ini kita hadir pada RDPU ini.

Sebelum membuka rapat kami sebelumnya memohon maaf yang sebesar-besarnya karena ternyata Anggota yang hadir baru 3 orang dan Pimpinan yang hadir baru saya sendiri, ini dikarenakan mungkin masih ada yang dijalan dan ada beberapa yang rapat Pimpinan dari fraksinya masing-masing sehingga saya mohon ijin dulu kepada Profesor dan Pak Doktor agar kita buka saja ya acara rapat pagi hari ini, karena sifatnya pagi hari ini adalah pengayaan, motofasi kepada kami khususnya di Komisi IX dan nanti akan tetap dicatat oleh Tim Sekertariat untuk dibagikan kepada teman-teman di Komisi IX, untuk itu sesuai dengan tata tertib bahwa RDPU ini tidak membutuhkan kuorum karena sifatnya umum dan juga Pimpinan tidak perlu 2, memang di tata tertib itu harus 2 tapi karena ini bukan Rapat Kerja ataupun RDP sifatnya lebih kepada umum dan kami nyatakan terbuka maka dengan mengucapkan Bismillahirrohmanniirrohim, rapat ini kita nyatakan dimulai.

(RAPAT DIBUKA PUKUL 10.20 WIB)

Mengenia waktu rapat kami serahkan sepenuhnya kepada bapak nara sumber, kita start pukul 10.20 ini hingga sesuai waktu yang bapak rasakan pas mungkin kita akhiri jam 12. Apabila pada waktu yang sudah ditentukan RDPU ini belum selesai kita akan membuat kesepakatan baru.

Apakah bisa disetujui?

(RAPAT SETUJU)

Bapak/Ibu yang saya hormati dan nara sumber, RDPU pada pagi hari ini adalah masukan terkait program Kartu Indonesia Sehat dan Jaminan Kesehatan Nasional. Sebagaimana yang kita ketahui dalam beberapa waktu 1 minggu belakangan ini sudah banyak ramai muncul di media-media massa baik di online dan sebagainya. Kami dari Komisi IX juga sudah melakukan telaahan-telaahan, temuan-temuan dilapangan, ya kebetulan kami kemarin selama 2 minggu ini kita turun ke dapil masing-masing dan kita melihat bagaimana sebetulnya kondisi atau penerapan dari pada Program Jaminan Kesehatan Nasional ini. Untuk itu tentu kami harus bertanya kepada pakarnya terkait masalah Jaminan Kesehatan Nasional yaitu Prof. DR. Hasbullah Tabrani, MPH dan DR. Soelastomo untuk menyampaikan paparannya.

Kami Persilakan Pak.

Prof. DR. Hasbullah Tabrani, MPH :

Yang Terhormat Pimpinan Komisi IX dan para Anggota Dewan Komisi IX.

Teman-teman dari sekertariat.

Assalamu'alaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh.

Pertama-tama saya mengucapkan terima kasih yang sebesar-besarnya Pak, atas kepercayaan untuk menyampaikan sharing tentang pandangan kami. Kebetulan kami berdua dengan Pak Sulastomo ini memang dari awal menyusun, dari draft pertama RUU SJSN Tahun 2002 dan terus mengikuti sehingga mungkin bisa memberikan sharing lebih luas. Saya juga membawa mahasiswa ini tujuannya biar mahasiswa, kebetulan saya mengajar kebijakan kesehatan, biar mereka juga lebih ekspos dan memahami dengan harapan suatu hari nanti dia bisa duduk disini juga Pak.

Saya kira saya akan mulai, bahan saya memang Jaminan Kesehatan Nasional dan Kartu Indonesia Sehat, ini sesuai dengan yang diminta.

Bapak/Ibu yang terhormat, saya akan memulai dengan sedikit saja provokatif diawal Pak, ini memang tidak lepas dari kebijakan kesehatan jangka panjang yang saya merasa prihatin untuk kita ketahui bersama-sama kalau kita sajikan ini dari *world range* kita bisa dapatkan data-data ini, ranking IQ karena IQ ini bagian yang sangat penting untuk menghasilkan bangsa yang kompetitif, kita lihat bahagia juga kita di 3 negara Asi yang paling tinggi, tetapi begitu kita liat Indonesia kita ranking ke-20 bersama-sama. Ini ranking bukan satu negara satu tapi ada ranking di urutan yang sama. Kita bersama-sama dengan Iraq, Myanmar, Uzbekistan. Ini kondisi kita.

Nah apa kaitatannya dan kenapa saya sajikan IQ ini, karena memang jaminan kesehatan pada akhirnya berpengaruh besar terhadap IQ manusia. Kalau saya coba cuplik salah satu prestasi kita dalam Asean Games, Asean Games memang otot Pak, tapi otot saja tidak cukup pak, harus ada kemampuan otak dan kecepatan bergerak itu luar biasa, kita berada di urutan ke-17 kemarin. Kalau kita lihat penduduknya di Asia ini kita berada di urutan ke-3, jadi artinya kita ketinggalan jauh Pak. Tapi kalau kita lihat disini kita bagi dengan per satu juta penduduk, jadi berapa medali yang kita peroleh per satu juta penduduk, jadi menurut saya itu yang lebih *fair* untuk membandingkan. Buakn China yang pertama tapi Singapur, 4,8 medali per satu juta penduduk. tadi kita lihat Singapur yang punya IQ tertinggi. Jadi korelasinya sangat kuat Pak dan kalau kita urut disitu kita jatuh bukan di urutan ke-17 tetapi di urutan ke-34. Jadi ini kondisi kita, nah itu kondisi yang sekarang.

Sesungguhnya kondisi itu terpengaruh oleh masa-masa lalu dimana pada ibu hamil dan anak balita gizinya tidak cukup memadai dan kesehatan ibu dan balita tidak cukup baik. Ini saya sajikan 3 gambar tentang embrio, yang paling atas itu yang disebelah kiri bawah yang banyak ada perkembangan itu embrio ikan yang ditengah kodok dan yang paling bawah itu manusia. Kalau kita lihat dari awalnya kita tidak berbeda ini Pak, oleh karena itu dalam Bahasa Arab disebutkan *Al Insan Hayawanunafik* manusia itu binatang yang bisa berbicara katanya. Karena

memang dari awalnya tidak ada bedanya kita dari segi biologis, perkembangan embriologis tidak ada bedanya. Tapi jika kita amati pada gambar yang foto, disitu bisa kita lihat perbedaannya dengan binatang lain, kepalanya besar. Nah kepala inilah yang menjadikan kita berbeda dengan binatang lain menggantikan manusia berbeda dan kepala itulah yang menjadikan kita mampu bersaing atau tidak.

Dan kalau kita lihat bayinya yang sudah lahir, ini lihat perbandingan kepala dengan kaki tangan panjangnya tidak banyak beda, karena apa, karena memang waktu lahir sudah 80% pertumbuhan otak terselesaikan. Artinya kalau terjadi gangguan pada ibu hamil gangguan kesehatan kurang gizi, kurang protein, maka bahan baku untuk otak belum cukup Pak, dalam 1 jam otak itu bertambah 100 juta sel dalam keadaan normal. Seora keseluruhan kita punya 100 miliar sel otak. Itulah yang menjadi daya saing kita. Kalau kita lihat daya saing di negara-negara di dunia bukan sumber daya alamnya Pak, Malaysia tidak mempunyai banyak sumber alam. Singapura tidak punya sumber alam, Israel tidak punya sumber alam tapi otaknya yang bekerja, dan otak ini sangat terpengaruh oleh gizi cukup dan jaminan kesehatan. Ini yang jangka panjang.

Yang sekarang kita amati adalah kejadian yang 20-30 Tahun yang lalu yang kita kurang. Dan inilah susahnya untuk kesehatan Pak, investasi sekarang baru kelihatan satu generasi kemudian.

Nah saya sajikan disini 2 kontras. Kalau kita bisa menciptakan manusia-manusia unggul, kita bisa menciptakan manusia-manusia genius. Tapi kalau kita salah, kita tidak investasi cukup kita bisa kembalikan manusia bersaing dengan binatang. Dalam surat At Tin disebutkan *Summa radadnahu asfala safilin*. Jatuh ini kita. Dan kita bisa ikut menentukan kalau kita menyiapkan, oleh karena itu jangan heran kalau Amerika mempunyai kebijakan *Food Stamp*, kupon makanan. Dimana ibu hamil dan anak-anak balita boleh mengambil makanan di super market mana saja, tapi yang boleh diambil hanya daging, ikan, telur, susu, jus dan buah yang berfungsi untuk nutrisi ibu hamil dan bayi, dia boleh ambil dimana saja. Jerman mempunyai kebijakan kalau ada ibu hamil dan balita dikasih 450 Euro sebulan untuk beli cukup makanan. 450 Euro itu sekitar 7 jutaan Pak. Supaya apa? Supaya gizinya baik supaya tetap kompetitif. Karena di 2 negara ini siapa pun orang tuanya, warga negara apa pun orang tuanya, begitu bayi lahir disitu, dia menjadi warga negara Amerika atau Jerman, mereka tidak mau warga negaranya menjadi kurang kompetitif, walaupun keturunannya dari mana. Nah ini yang menyebabkan mereka menjadi unggul dalam abad yang lalu.

Ini adalah gambar *brain development* kalau kita lihat perkembangan itu dimulai pada angka 0, artinya begitu lahir kita sudah bisa lihat sebelumnya sudah terjadi pertumbuhan otak, seperti yang tadi telah saya sampaikan, pada masa ibu hamil 80% otak berkembang. Itulah barangkali dalam Islam kenapa Nabi menganjurkan ibu mu, ibu mu dulu. Karena disitulah ibu yang harus kita jaga supaya kesehatan anak baik. Dan kita lihat pada kurva yang pertama itu terjadi dalam 1 Tahun pertama, pertumbuhan kemampuan mendengar dan berbicara, kalau gizinya kurang dia akan lambat untuk kemampuan verbal. Kemudian perkembangan-perkembangan lain, dan kita lihat pd umur balita krusial sekali pertumbuhannya.

Nah ini kita bisa bayangkan berapa banyak rakyat kita yang kurang gizi, kurang mendapatkan akses makana yang cukup pada ibu hamil sampai balita, efeknya ke depan. Jadi ini adalah photo bayi di dalam rahim yang usianya 56 hari, kita lihat 56 hari otaknya sudah cukup besar berkembang itu tri semester pertama, masuk tri semester ke dua itu bagian krusial. Kalau kurang gizi itu bisa tumbuh menjadi otak yang kosong. Itu fakta photo dimana yang seperti huruf A ditengah itu otak kosong dan ini permanen. Begitu lewat Balita permanen susah ditumbuhkan lagi Pak.

Dan karenanya setelah balita kalau otaknya tidak tumbuh lagi yang tumbuh cuma otot, maka kita dapat generasi ngotot. Saya tidak tahu apakah selama ini kita menunjukkan hal itu, karena otaknya tidak cukup tumbuh, bukan ngotot tapi ngotot. Bangsa yang model ini walaupun banyak penduduknya bukan menjadi sumber daya tetapi menjadi beban bangsa. Kalau gizinya cukup kita lihat itu yang kosongnya sedikit inilah yang kemudian menjadi anak cerdas, mutu sumber daya yang kuat nanti dan kalau mau berpenghasilan tinggi cuma itu yang bisa Pak dan mereka menjadi sumber daya. Tinggal pilihan kita, kita mau jadikan sumber daya atau beban. Ini bagian yang sangat penting yang kita bersama-sama harus bisa selesaikan untuk masa depan.

Kalau kita lihat invesatasi kita untuk sumber daya manusia adalah invesatasi pada pendidikan dan kesehatan. Tapi kesehatan, tadi saya sampaikan perkembangan otak dan lain sebagainya kira-kira kalau dalam komputer sama dengan hardware, pendidikan sama dengan software, hardware saja tidak cukup kalau softwarena tidak bagus. Software saja tidak ada gunanya kalau hardwarenya tidak memadai. Nah kita lihat inveatsi kita, yang merah itu , inilah Indonesia sejak Tahun 1995 belanja kesehatn kita per kapita Pak, sangat tertinggal. Ini yang biru ini Malaysia Pak, in Thailand yang biru ke-2, ini negara-negara *middle income*, kita sebenarnya masuk di *middle income* tetapi invesatasi kita jauh dibawah sama dengan *lower income*. Jadi sebrtulnya sudah sejak Tahun 1980-an kita kekurangan invesatsi ini. Sehingga kalau kita lihat, dari awal saya sajikan kapasitas kompetensi daya saing kita, ya ini memang hasil invesatasi kita yang rendah di masa lalu. Dan inilah yang bagi kami di Perguruan Tinggi khawatir, kalau kita terus begini kita akan menciptakan bangsa-bangsa yang kurang baik.

Pengukuran lain dimana kita kurang invesatasi adalah mengukur berapa belanja kesehatan kita dibandingkan dengan produk domestik bruto dan itu pun sejak 30 Tahun terakhir kita tertinggal kita tidak pernah belanja lebih dari 20% PDB untuk kesehatan. Kalau kita lihat data di sini yang merah itu Indonesia, data Tahun 2011, kita hanya menang dari Myanmar. Myanmar baru merdeka dari otoritas Pemerintahan militer, jadi sangat sulit. Jadi kita sudah ketinggalan sangat jauh. China sudah 5,2% jadi jangan heran kalau kemudian China ekonominya melambung luar biasa, SDM nya baik karena memang mereka invesatasi lebih baik, walaupun penduduknya banyak, dia invesatasi 5,2% dari PDB. Negara-negara maju tentu lebih tinggi lagi. Yang menyedihkan Timor Leste itu sudah ada diatas kita. Nah ini yang membuat kita khawatir, suatu hari Timor Leste seperti Singapur dibandingkan dengan Malaysia, ini yang kita khawatir, karena mereka serius dengan investasi kesehatannya. Kita masih mengikuti yang lama.

Di dalam menjadmin itu agar kita bisa memproduksi generasi yang akan datang berkualitas sebetulnya kita sebut jaminan atau security ada 2. Yang pertama kita tahu ada konvensional security terhadap perang itu ada Undang-Undang Harkam disebut *national security* dalam bahasa Inggris. Yang kedua adalah security terhadap resiko dari dalam diri dari dalam diri kita. Ini yang kita sebut *social security*, dalam terjemahannya kita sebut jaminan sosial, bahasa Indonesia, bukan keamanan sosial tapi jaminan sosial.

Nah kita sudah punya Undang-Undang SJSN ini, hanya implementasinya yang belum sempurna. Dalam Undang-Undang Dasar, *Alhamdulillah* kita sudah melakukan amandemen Tahun 1999 yang lalu kita masukan Pasal 28H itu 'Setiap penduduk berhak atas pelayanan kesehatan', itu langkah awal. Tahun 2002 amandemen ditambah dengan pasal 34 Undang-Undang Dasar, dimana disitu disebut 'Fakir miskin dan anak-anak terlantar dipelihara negara' itu masih yang asli. Yang keduanya adalah 'Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat' jadi amanat Undang-Undang Dasar adalah seluruh rakyat, Tahun 2002. Oleh karena itu lah pada waktu amandemen selesai bahkan sebelum selesai saya dan Pak Sulastomo ikut di dalam perumusan Undang-Undang SJSN untuk mewujudkan perintah Undang-Undang Dasar. Dan di Ayat (3) Undang-Undang Dasar menyebutkan 'Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak' nah kata-kata layak ini seharusnya adalah yang memadai, harus diterjemahkan memadai, berkualitas cukup baik.

Nah kita lihat dari Pasal 34 Ayat (2) kita sudah turunkan menjadi Undang-Undang SJSN. Undang-Undang SJSN ini pada hakikatnya mengatur yang mampu mengiur sendiri, yang tidak mampu, kata-kata tidak mampu ini memang pasal karet Pak, tidak didefinisikan clear. Sama juga fakir miskin dalam islam, fakir miskin itu berapa sih ukurannya, ya kita sendiri lah yang mengukurnya. Dibayarkan oleh Pemerintah, artinya kita pada waktu penduduk yang tidak mampu belajar untuk mengiur, sementara dibayarkan oleh Pemerintah. Tapi setelah mereka mampu mereka harus meguiur, itu konsepnya. Dan pelayanan kesehatan itu sudah diatur dengan Undang-Undang yang lain, Undang-Undang Kesehatan, Undang-Undang Rumah Sakit, Undang-Undang Tenaga Kesehatan itu sudah ada.

Nah kita sudah punya infrastruktur hukum legal ini sejak Tahun 2002 dan Tahun 2004. Di dalam Undang-Undang SJSN pada pokoknya ada 5 Program yang kita jamin. Jaminan Kesehatan adalah salah satunya, yang kedua jaminan kecelakaan kerja, jaminan kecelakaan kerja ini khusus untuk pegawai yang berkerja. Yang isinya bukan hanya berobat, tetapi kalau dia bekerja cacat, jatuh kemudian buta dia harus dapat pensiun untuk dirinya dan anggota keluarganya, kalau tidak anggota keluarganya tidak mendapat penghasilan inilah wujud dari negara sejahtera. Jaminan hari tua dan jaminan pensiun, saya tuliskan jaminan pensiun ini karena jaminan pensiun sampai sekarang belum dijalankan, hanya pegawai negeri yang punya pensiun. Saya *Alhamdulillah* pegawai negeri Pak, aman punya pensiunan. Tapi pegawai swasta yang lain, saya suka jadi provokator Pak, saya bilang negara ini aneh, yang bayar pajak itu kebanyakan pegawai swasta tapi begitu pensiun pegawai negeri yang terima. Pegawai swasta cari sendiri masa tua mu, kira-kira begitu.

Nah ini kita inginkan jaminan pensiun untuk seluruhnya juga Pak, bukan hanya jaminan kesehatan. Karena 2 itulah yang *Insya Allah* membuat negara menjadi kuat, rakyat tidak perlu korupsi Pak, karena toh sampai matinya ada yang bayarin berobat, untuk makan ada uang pensiun bulanan. *Insya Allah* gak perlu, ngapain harus korupsi. Jadi kalau kita lihat negara-negara yang memang angka korupsinya rendah, umumnya jaminan sosialnya bagus. Ini seringkali tidak kelihatan. Pendanaannya memang kita danai dari iuran wajib. Iuran wajib ini sebetulnya juga pajak, tapi pajak khusus. Bedanya dengan pajak biasa, pajak biasa dikelola oleh Kementerian Keuangan dan untuk program Pemerintah yang atur sendiri. Tapi dalam pajak khusus jaminan sosial untuk apa, untuk kegiatan jaminan yang sudah diatur dalam Undang-Undang, itu saja bedanya, keduanya sama-sama wajib dan bayaran iurannya adalah prosentase upah, sehingga terjadi kesinambungan terus menerus. Kalau upah naik, dana akan terus otomatis naik. Dengan demikian akan terjadi kesinambungan pendanaan kesehatan maupun jaminan pensiun ke depan.

Rancangan JKN, Jaminan Kesehatan Nasional ini nanti akan menjamin seluruh penduduk mendapat layanan kesehatan sesuai kebutuhan medis tidak boleh ada diskriminasi, kalau sekarang kita masih lihat banyak diskriminasi, yang banyak duit dapat layanan, yang tidak punya duit seringkali harus menderita lebih lama bahkan banyak yang meninggal. Nah ini pelanggaran HAM besar sebetulnya, kadang-kadang saya jadi provokator, saya bilang kalau kita lihat di masa lalu *Insya Allah* jaman sekarang makin kurang. Banyak orang meninggal itu karena tidak mendapat pelayanan biaya berobat, masuk ICU pakai uang muka, kalau tidak ada uang muka dia tidak bisa ruang ICU dia meninggal. Meninggal itu krđ dia dibunuh oleh kebijakan. Karena kalau kebijakannya tidak memakai uang muka maka dia tidak akan meninggal. Kalau di Malaysia tidak ada uang muka untuk rakyatnya.

Nah ini yang kita ingin ke depan tidak ada lagi model yang seperti itu. Karena JKN menggunakan satu sistem untuk semua, hak dan kewajibannya sama, prosedurnya sama, ini memudahkan. Rakyat mana saja akan bilang begini prosedurnya, dari pada kita pakai multi system, masing-masing punya aturannya sendiri-sendiri, itu alasannya kenapa kita bikin satu dengan BPJS, menjamin seluruh pekerja untuk mengiur, karena prosentase kerja. Tidak ada istilah tidak mampu. Disitulah terjadi subsidi silang yang kaya bayar 5% kalau yang gajinya 10 juta bayar 5% sebesar 500 ribu 1 keluarga. Yang gajinya 1 juta bayar 5% sebesar 50 ribu untuk 1 keluarga. Jadi tidak memberatkan tetapi terjadi subsidi silang.

Pada akhirnya kita mengharapkan meningkatkan produktifitas bangsa, citra bangsa dan juga daya saing bangsa yang tadi saya sajikan di awal. Tapi sayangnya Undang-Undang yang ditandatangani oleh Ibu Megawati Tahun 2004 tidak dijalankan sampai Tahun 2015. Tahun 2005 Undang-Undang ini di uji materi oleh Pemda Jawa Timur karena dianggap harusnya diserahkan kepada Pemda. Tapi *Alhamdulillah* Mahkamah Konstitusi bilang tidak. Mahkamah Konstitusi bilang, kalau diselenggarakan oleh masing-masing Pemda maka akan terjadi daerah yang kaya akan memberikan jaminan dan daerah yang tidak kaya tidak akan menyediakannya itu kita jalan terus, tapi memang ada perintahnya disitu BPJS harus dibentuk dengan Undang-Undang. Nah Undang-Undangnya

kemudian tidak terbentuk Pak, sampai akhirnya Pemerintah termasuk DPR digugat di Pengadilan Jakarta Pusat. Dan keputusan Pengadilan Jakarta Pusat bulan Juli Tahun 2011 menyatakan bahwa Pemerintah lalai karena tidak menjalankan Undang-Undang. Hukumannya adalah segera menjalankan Undang-Undang SJSN dan segera mengundang BPJS, *Alhamdulillah* Undang-Undang BPJS kemudian terbentuk pada bulan November 2011, perjuangan panjang Pak. Ini salah satu contoh saja saya bilang, ini saya kasih foto ada si Rieke di situ, waktu itu dia sedang hamil dan anaknya kembar maka orang suka ledekin kenapa BPJS jadi 2 karena dia anaknya kembar, kalo anaknya hanya 1 barangkali hanya 1 seperti di Turki, di Amerika hanya 1 Pak BPJS nya. Saya tidak tahu apakah karena itu atau bukan saya tidak tahu, ini hanya *joke* nya saja. Tapi saya hanya mau tunjukkan disini bahwa karena BPJS kontroversial tadi begitu banyak pergerakan dari Tahun 2009 sampai Tahun 2011 untuk menggolkan Undang-Undang BPJS supaya SJSN bisa dijalankan. Tapi bukan hanya yang mendukung, yang menolak juga banyak. Sampai sekarangpun masih banyak yang menolak ini, karena menurut saya dia tidak paham, walaupun dia paham tapi masih menolak mungkin ada niat kurang baik, saya tidak tahu ini. Tapi menurut saya ini lah demokrasi, wajar kalau masih awal-awal ada yang menolak tidak suka, wajar saja. Rancangan dari JKN sederhana saja, dimana seluruh penduduk membayar iuran sekarang ini kita putuskan 5% dari upah, kita sebut SHI Tax (*Social High Insurance Tax*). Iuran ini dikumpulkan oleh BPJS dan tugas BPJS membeli pelayanan kesehatan dari klinik maupun rumah sakit. Jadi BPJS tugasnya membeli pelayanan kesehatan dari provider untuk semua yang mengiur. Kalau yang tidak mampu memberi iuran, undang-undang mengharuskan Pemerintah membayar iuran yang miskin dan tidak mampu. Kata-katanya miskin dan tidak mampu dalam undang-undang Pak, memang kita sebutkan seperti itu karena kita tau orang yang tidak miskin pun berlaku hukum sadikin (sakit sedikit jatuh miskin). Karena walaupun saya sebagai Profesor, gaji saya lumayan lah tambah tunjangan dapat 14 juta Pak, kalau saya harus sakit kanker dan berobat 500 juta, miskin saya Pak kalau tidak ada jaminan, pasti tidak akan sanggup saya bayar atau saya kena gagal ginjal cuci darah setiap bulan 5 juta, miskin Pak. nah itu sebabnya kita masukkan disitu dan tidak mampu. Untuk membuat efisien BPJS kita bayarkan disini borongan, namanya kapitasi. Kapitasi itu dibayar fix supaya dokter juga jangan nakal, karena dokter juga banyak yang nakal ini Pak. Fix per peserta kamu saya bayar 8.000 sekarang, terlalu rendah. Pokoknya sakita atau tidak sakit dia bayar 8.000, obatnya apa yang mau dikasih, terserah kamu, kamu sudah dibayar borongan. Kalau rumah sakit kita bayar per diagnosis. Kalau sakitnya misalnya demam berdarah bayar 5 juta, sampai sembuh, silakan. Jadi dokter tidak mengakali Pak, kasih obat yang mahal supaya dia dapat komisi, tidak lagi Pak, karena dia sudah dibayar fix. Itu teknik yang kita lakukan supaya dana yang di BPJS bisa efisien dan jangan rusak. Nah BPJS nya memang hanya 1.

BPJS ini Badan Hukum Publik, bukan perusahaan, bukan PT, ini kita berubah, kenapa ada yang nolak, dulu ada yang enak Pak dengan PT Persero Pak. Nah itu yang aneh dulu PT Persero, kok rakyat disuruh bayar, pegawai negeri disuruh bayar iuran, diwajibkan, Direksinya duduk saja, iuran masuk terus dan dia dapat untung. Kalau dapat untung ada buat

Direksi. Enak betulkan, karena iurannya wajib, uang pasti masuk. Pak Tom dulu salah seorang Direksinya ini, jadi maaf kalau saya ledekin. Tapi itu bukan salahnya dia, ini salah kebijakan nasionalnya. Ya konflik dengan tujuan bahwa jaminan sosial wajib dengan tujuan melindungi rakyat bukn mencari keuntungan buat negara. Oleh karena itulah kita rubah BPJS menjadi badan hukum publik yang nir laba tidak bertujuan mencari uang tetapi bertujuan menjaga keseimbangan dana agar semua rakyat terlindungi. Itu tujuan utamanya.

Dalam Undang-Undang SJSN sebetulnya kita buat, bersama Pak Tom dulu kita berdebat panjang ini, agar pembayarannya memadai maka BPJS melakukan kesepakatan besaran bayaran dengan asosiasi fasilitas. Jadi misalnya kalau di Jakarta PERSI Jakarta akan bernegosiasi berapa harga rata-rata sakit DBD sampai sembuh. Kan ini hukum rata-rata saja, dipasarkan begitu. Sehingga kalau sudah disepakati harga rata-rata, rumah sakit tidak boleh komplain lagi karena sudah kesepakatan. Sayangnya Pasal ini dalam Undang-Undang SJSN dinilai kurang menguntungkan untuk teman-teman di Kementerian sehingga waktu UNDANG-UNDANG BPJS disitu ditambahkan lagi bahwa Pemerintah Kementerian Kesehatan menetapkan bayaran. Nah yang sekarang terjadi, karena harga telah ditetapkan Kemenkes yang tidak berdasarkan kesepakatan, akibatnya kalau Bpak/Ibu sudah melakukan observasi, banyak komplain, ya karena penetapannya tidak fair. Nanti saya jelaskan lebih lanjut. Itulah desain awalnya.

Manfaatnya, semua penyakit dijamin. Karena ini memang sarat dengan kepentingan politisnya, di banyak negara ada yang manfaatnya terbatas, rawat inap saja, rawat jalan tidak, ada yang gagal ginjal tidak dijamin dan lain sebagainya. Kita sepakati semua pengobatan dijamin, dengan konsekwensi tentunya, biayanya harus lebih banyak. Bahwa ada perbedaan kelas, kita terimalah sementara nanti ke depan tidak ada perbedaan kelas.

Iuran, tadi sudah saya sampaikan, ini yang berlaku, kalau Pegawai Negeri 2% dan 3%, tadinya pegawai swasta juga kita harapkan sama mengiur 2% dan 3% tapi pegawai serikat pekerja protes, akhirnya kita kompromi-kompromi, saya katakan bagaimanapun ada hak dan ada kewajiban, jangan hanya menuntut hak. Kalau anda merasa berat okelah dimulai dari 0,5% dari upahnya, 4% majikan, tapi nanti akan kita arahkan, karena dimana-dimana selalu sama iurannya. Tapi untuk pekerja informal yang mandiri tidak punya gaji maka dia kita tetapkan dengan nilai nominal, dan dia boleh pilih 3 gorup, dari yang kelas 3, kelas 2 dan kelas 1. Nah Pemerintah membayar iuran dengan negosiasi dengan Pemerintah disepakati 19.225 ini memang *though*, tapi saya pikir kesempatan ke depan kita perbaiki. Sangat kurang Pak, 19.225 per orang per bulan. Padahal termasuk gagal ginjal. Gagal ginjal 1 bulannya menghabiskan biaya paling sedikit 8 juta dan itu seumur hidup. Kalau orang talasemia, talasemia itu penyakit darah, 1 Tahun biayanya habis 300 juta/orang dan itu kita jamin. Kanker bisa sampai 500 juta dijamin juga. Cangkok ginjal 250 juta dijamin. Jadi dengan biaya segitu sangat berat.

Hak layanan dalam JKN memang ada persyaratan harus ke dokter umum dulu, jangan langsung ke spesialis, kalau langsung ke spesialis jadi mahal karena dana kita terbatas, jadi kita ingin supaya efisien. Nah untuk

di sini memang agak sulit membuat orang patuh, apalagi yang kelas menengah ke atas yang udah biasa langsung ke spesialis, sebetulnya tidak realistis. Nah dokter umum sudah kita latih untuk menentukan penyakit-penyakit mana yang dia bisa kerjakan, mana yang perlu spesialis dan mana yang tidak. Jadi tanyakanlah dokter umum terlebih dahulu, boleh di Puskesmas, boleh di klinik swasta, boleh di praktek dokter.

Hak layanan penerima upah, ini saya kira tadi saya lewatkan saja, sudah saya sebutkan. Pertanyaannya sekarang Kartu Indonesia Sehat itu mau kemana, karena undang-undang ini sudah jalan sejak Tahun 2004.

Kalau saya coba amati dari rakyat, kita tanya apa sih yang dimaksud dengan Kartu Indonesia Sehat, setelah ada Kartu Indonesia sehat, apa yang kamu harapkan?

Sederhana mereka bilang,

Ya itu kartu yang bisa kalau saya berobat gratis. Itulah yang rakyat pahami, sederhana sekali. Tidak ada yang sulit-sulit dan model yang seperti itu sebetulnya sudah kita jalani sejak lama. Kasih kartu ada yang miskin ada yang tidak. Jadi sudah begitu, karena apa? Karena memang sistem kita tidak menggunakan sistem pengobatan di rumah sakit gratis. Beda dengan di Malaysia, dari awal Malaysia merdeka memang berobat di rumah sakit sudah ditanggung oleh negara/Pemerintah. Tapi tanggungannya bener, kalau di kita tanggungannya setengah-setengah. Sehingga dokter disuruh boleh kamu kerja di rumah sakit, nanti sore boleh kamu praktek, karena tahu Pemerintah gajinya tidak cukup, makanya disuruh praktek. Boleh sore izinnnya, tapi sekarang ini sorenya tambah pagi pak. Dan kadang-kadang tidak ada sore pak, dari pagi sudah di rumah sakit swasta. Ini yang bikin kacau. Kalau di Malaysia, kamu kerja di rumah sakit tidak boleh praktek, tapi saya bayar besar. Karena itu bisa dapat 100 juta spesialis pak, kalau dokter umum sekitar 20-30 juta.

Jadi jalannya bagus, kita tidak begitu, oleh karena itulah kita menggunakan sistem jaminan model asuransi. Nah sering kali kalau kartu dibagikan gratis masyarakat berkesan tidak bagus kualitasnya dan rakyat umumnya kalau kita survey tidak mau ada biaya-biaya lain, kalau sudah punya kartu, ya sudah, jangan ada lagi saya dibebankan. Nah itulah komplain yang selama ini ada, karena di akal-akali juga oleh rimah sakit, ada bayarannya tapi tidak memadai, jadi diakal-akali lah.

Jadi kalau begitu KIS dimana?

Saya bilang KIS tidak boleh melanggar undang-undang, Presiden sudah sumpah akan menjalankan undang-Undang Dasar dan segala macam undang-undang. Kalau mau dirubah, ya harus merubah undang-undang, tapi ada solusi saya bilang, karena di dalam undang-undang disebutkan bahwa Pemerintah membayar iuran yang miskin dan tidak mampu, dan kata tidak mampu ini pasal karet, ya silakan menggunakan itu. Kalau itu mau dibayarkan saran saya yang dibayarin iurannya, yang pertama adalah lansia Pak. Semua lansia umur 60 Tahun ke atas yang memang sudah sakit-sakitan kasih aja, bayarin. Banyak negara juga melakukan itu, bahkan pensiun sosial diberikan, uang tunai. Yang kedua, mereka yang bekerja mandiri, tidak punya upah, penghasilannya tidak menentu, nah ini bisa dibayarkan iurannya, dianggap tidak mampu. Memang sulit mengumpulkan iuran dari kelompok ini.

Silakan, itu kewenangan Pemerintah, saya mau bayarin, mau bantuin sekian banyak, asalkan duitnya bayarkan jangan asal-asalan. Nah ini yang sangat penting. Bisa saja pekerja formal yang penghasilannya dibawah PTKP dan memang upahnya rendah, itu bagus daripada subsidi BBM. Sebenarnya saya lihat uang cukai rokok saja Pak kalau dikembalikan itu sudah lebih dari cukup. 117 triliun anggarannya Tahun ini. sementara Pemerintah bayar iuran untuk terima bantuan iuran PBI, yang miskin tidak mampu, hanya 20 triliun Pak. Jadi aneh sekali di Indonesia ini, kalau di Inggris seluruh cukai rokok balik untuk kesehatan. Itu yang terjadi di Australia, Taiwan sedangkan di kita cukai rokok dipakai untuk subsidi BBM. Nah ini untuk menikmati orang kita-kita ini, *Alhamdulillah* saya tidak beli di SPBU Pertamina, ini chaos memang. Jadi bisa dipakai disitu kalau mau, tetapi ya itu tadi ikut aturan undang-undang, tidak bisa ditempat lain. Atau rubah undang-undangnya, kalau rubah undang-undang makan waktu berapa Tahun. Ini pilihannya.

Kalau saya lihat kebetulan, saya tidak tahu apakah bapak/ibu setuju atau tidak, kalau saya melihatnya secara akademis, kebetulan di dalam peraturan yang ada tidak ada peraturan yang menyebutkan nama kartunnya, kalau di negara lain, dulu saya protes kepada BPJS karena awalnya dikeluarkan kartu BPJS, wah anda jualan diri sendiri doank. Ini program nasional, harusnya kartu nasional. Kalau di Ghana begitu *Republic of Ghana High Insurance Card*, bawa nama negaranya. Jadi saya pikir boleh saja kalau begitu, Kartu Indonesia Sehat dikasih nama dengan Perauran Presiden, bolh saja, karena sekarang memang tidak ada dasar hukumnya, kenapa itu kartu BPJS, kartu itu tidak ada dasar hukumnya. Kkita lihat ini yang awal kartunya begitu Pak, tidak ada, bahkan nama JKN nya itu, yang ada nama BPJS. Kita belajar lah dari Ghana, dengan contoh *membership card national high insurance*. Memang ini program nasional, perintah undang-undang dasar, itu peluang yang bisa dilakukan tanpa harus melanggar undang-undang, tapi ada peluang, ada kemudahan untuk Pemerintah kalau dia mau pakai nama ini, kepentingan politik tentu ada juga, ya silakan.

Masalah yang serius sekarang ini adalah penertapan besaran iuran PBI dan pekerja juga terlalu kecil, karena saya duga, saya tidak punya bukti, ada yang manipulasi sehingga iuran ditetapkan 5% tetapi batasnya 2 kali PTKP 4,7 juta. Kalau di negara lain tidak ada batasnya pak, jadi kalau yang bergaji besar yang mengiur sama 5%, sehingga terjadilah subsidi silang, itulah nafas dari asuransi sosial, nafas gotong royong, nah di cut disitu, yang tadinya bayar 5 juta jadi sama dengan 4,7 juta iurannya, yang gajinya 20 juta sama iurannya segitu juga, nah ini jeleknya yang sekarang sedikit manipulasi. Yang kedua, pembayaran dokter ke swasta tidak memadai, kalau untuk rumah sakit pemerintah okelah karena dia masih dapat APBN, APBD, tidak terlalu banyak. Tapi rumah sakit swasta dengan bayaran yang kurang, tidak mungkin pak, akibatnya apa, coba bapak-bapak lihat di Rumah Sakit Cipto, Rumah Sakit Sutomo antriannya panjang sekali pak, kenapa? ya karena rumah sakit swasta yag ada disekitarnya belum mau pak, akhirnya ya dipaksa disitu. Kalau dibayar dengan memadai ya bisa disebar, nah ini yang menjadi tantangan kita. Agar rumah sakit swasta mau tetapi yang *sorry to say* bukan yang kualitas yang premiumnya. Dan masih banyak mindset pegawai BPJS yang masih lama

pak, sebagai contoh saya komplain ke pak Fahri dan saya minta surat peraturan BPJS nya dibatalkan karena dia bikin peraturan, di undangkan di Lembaran Negara tanggal 17 Oktober yang lalu, bahwa peserta yang bayar iuran baru berlaku jaminannya 7 hari kemudian, padahal sakit tidak pernah dijadwalkan, malaikat tidak pernah kasih khabar ke kita kapan kita sakitnya. Anak yang lahir dari peserta PBI tunggu 3 hari, di Cilacap sudah terjadi, nunggu 3 hari anaknya masuk ICU orang tuanya tidak punya, tentu saja dia orang miskin, tidak bisa bayar, meninggal. Saya bilang tuntutan BPJS, genyi rugi, karena harusnya itu otomatis, karena Undang-Undang Dasar menginginkan seluruh rakyat. Bahwa ada masalah administrasi itu kita urus belakangan. Ini yang masalah-masalah mindset, yang mindsetnya kalau bisa jangan banyak-banyak keluarin uang.

Bagaiman upaya kesehatan masyarakat. Upaya kesehatan masyarakat adalah berupa penyuluhan, pembersihan sarang nyamuk dan lain sebagainya, itu tidak dibebani oleh BPJS. Upaya promotif preventif itu merupakan tanggung jawab Pemerintah, Kemenkes dan Dinas Kesehatan, ini pembagian tugas kita. Ada yang menuntut semuanya tugas BPJS promotif preventif, tidak realistis itu, kita bagi tugas.

Nah kira-kira bagi tugasnya ini kalau UKP lebih bebannya kepada BPJS, sedikit UKM di BPJS boleh saja penyuluhan, iklan yang menyehatkan juga boleh. Tapi tugas utama yang UKM tadi adalah tugas Pemerintah baik pusat maupun di daerah.

Nah ini adalah prinsip dasar dalam upaya pencegahan, kita memang ingin promosi prevensi tapi tidak ada jaminan. Ini untuk menjawab orang yang selalu mengkritik BPJS, BKN ini kan kuratif, promotif preventifnya mana? Ya kita lakukan tapi tidak menjamin bahwa upaya promotif preventif tidak menjamin orang tidak sakit, sebaik apa pun programnya. Jadi ketika dia sakit harus kita obati. Saya sering kasih ilustrasi kalau kita menghadapi orang yang kecelakaan di jalan yang menyebrang tidak di zebra cross ya kita tolong dulu kita obati, baru kita latih next time kalo nyebrang jangan sembarangan, kamu ketabrak ya salah kamu. Itu kira-kira pak, orang yang sudah sakit ya kita obati.

Saya kira yang berikutnya adalah ini pak, saya tidak tahu apakah nanti di komisi ini atau tidak tapi jelas BPJS, kita dengan 250 juta lebih penduduk, sekarang ini punya dana jaminan sosial di BPJS Ketenaga kerjaan, TASPES dan ASABRI sekitar 300 triliun, kita bilang ini banyak sekali tapi itu Cuma 25 miliar dollar. Kalau kita lihat singapura penduduknya 5 juta dana jaminan sosialnya 350 miliar dollar pak. Singapura itu dibangun dari dana jaminan sosial, jadi tidak perlu minta investor luar negeri, dari rakyat sendiri yang menabung dari uang gajinya itu dipakai untuk obligasi bangun negeri, hasilnya kembali ke kita juga, kan ada hasilnya dari obligasi, kembali ke kita dari pada ek investor asing. Malaysia penduduknya 30 juta tapi dia punya 170 miliar, memalukan betul. Dan korea yang merdekanya 2 hari lebih dulu dari kita, sudah punya 420 miliar dengan penduduknya 50 juta. Nah ini bagian yang ke depan kami ingin supaya kita gerakan betul sehingga harapan saya kalau ini dibangun dalam 10 Tahun ke depan jalan tol Aceh sampai Bali dan juga kereta dobel trek, tidak perlu pinjam dari luar, pelabuhan-pelabuhan juga bisa banyak dibangun dari dana rakyat sendiri.

Saya kira ini yang terakhir, mudah-mudahan ini bisa memberikan pencerahan dalam waktu yang singkat nanti kita bisa lebih dalam. Kalau untuk JKN saya sudah tulis dalam buku ini pak, Cuma sayangnya buku ini di penerbit sudah habis, lagi cetak ke-2, tapi saya punya 2 copy, nanti saya serahkan untuk Pak Ketua.

Mungkin dari saya demikian dulu, lebih kurangnya saya minta maaf. Pak Sulastomo akan meneruskan .

Assalamu'alaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh.

KETUA RAPAT:

Terima kasih Pak Prof. Hasbullah.

Saya pikir pencerahan bapak ini sudah sangat luar biasa sekali, karena bapak termasuk yang pada awal-awalnya membidani. Tentu saja saya perlu menjelaskan sedikit, kawan-kawan di Komisi IX ini terdiri dari ada yang incumben dan ada yang baru,. Yang incumben mungkin tidak ada separuhnya, ini baru semua pak, ada Ibu Siti dulu sudah lama disini. Ini kebetulan kami juga ada punya ahli bidan di sini, Ibu Sani. Lalu kemudian Pak Ali ini dulu direktur rumah sakit. Jadi cukup paham sekali.

Kebanyakan kita ini dari daerah Pak, yang saya sendiri tidak sepesifik kesehatan, tapi kebetulan sebagai wakil gubernur pada waktu itu urusannya kesra pak. Jadi kurang lebih tahu, jadi kami ingin informasi lebih bagus. Temuan-temuan yang kami dapatkan memang di lapangan BPJS ini bagus pak, saya sudah lihat dan terbukti. Ada beberapa permasalahan sedikit tapi saya pikir itu bisa disempurnakan.

Baik, berikutnya kami mohon kesediaan Pak Dokter Sulastomo untuk meberikan pencerahan kepada kami.

Silakan pak.

dr. SULASTOMO:

Assalamu'alaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh.

Bapak Pimpinan dan Bapak/Ibu Anggota yang terhormat yang kami hormati.

Alhamdulillah kami mendapat kesempatan untuk menyampaikan beberapa hal mengenai jaminan kesehatan. Mungkin melengkapi apa yang disampaikan oleh Pak Hasbullah Tabrani, sebenarnya kalau kita cermati keadaan di tanah air dan juga di dunia, cita-cita untuk memberikan jaminan kesehatan kepada seluruh penduduk, itu merupakan cita-cita yang universal. Dan bahkan menjadi isu politik yang sangat besar termasuk di negara maju seperti di Amerika Serikat. Di Indonesia ini sebenarnya sejak Tahun 1968 itu sudah mencita-citakan bagaimana bisa memberikan jaminan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia, yaitu dengan terbitnya Keputusan Presiden No.mor 230 Tahun 1968, yang merupakan embrio dari berdirinya Askes yang kita kenal sampai sekarang ini. Namun cita-cita yang seperti itu masih jauh dari kenyataan, mungkin suatu hal yang luar biasa, suatu kebetulan barangkali, Indonesia pada Tahun 1998 mengalami krisis ekonomi yang sangat luar biasa, kita mengenal pada waktu itu Dollar itu dari Rp2300/Dollar menjadi Rp16000/Dollar dan kemudian di prediksi Indonesia paling lambat untuk pulih kembali.

Mengapa?

Jawabannya Cuma 1, karena Indonesia belum mempunyai jaminan sosial yang mantap, sebagaimana seperti yang tadi disampaikan oleh Pak Hasbullah Tabrani, dibanding dengan Malaysia ataupun Singapur. Karena itu timbullah ide Dewan Pertimbangan Agung untuk memberikan saran kepada Pemerintah agar segera menginisiasi terselenggaranya jaminan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia dan diterima oleh Pemerintah. Maka pada tahun 2001 terbentuklah tim Kelompok Kerja dilingkungan Wakil Presiden untuk mempelajari bagaimana kemungkinan untuk mengajukan Undang-Undang tentang Sistem Jaminan Sosial termasuk dalam hal ini adalah jaminan kesehatan. Momen inilah yang menandai mulainya dirintis pemikiran bagaimana untuk mencakup seluruh penduduk di Indonesia.

Bapak dan Ibu Anggota sekalian.

Pada waktu perdebatan memang luar biasa alotnya dan perlu waktu 3 tahun untuk menyelesaikan naskah akademik, sebelum pada akhirnya pada Bulan Januari Tahun 2004 disampaikan ke DPR dan oktober disahkan menjadi Undang-Undang.

Bapak dan Ibu Anggota sekalian.

Sayang bahwa Undang-Undang ini mengamanatkan 5 tahun untuk bisa dilaksanakan artinya sampai 2009, ternyata dari Tahun 2004 sampai Tahun 2009 tidak banyak yang dilakukan dan *Alhamdulillah* DPR Periode 2009-2014 mengambil inisiatif untuk mengajukan Undang-Undang yang dikenal dengan nama Undang-Undang BPJS dan disahkan pada Tahun 2011. Jadi sebenarnya kami sangat bersyukur DPR mengambil inisiatif, meskipun pergulatan pembahasan Undang-Undang BPJS itu juga tidak mudah, disertai demo-demo. sy ingin mengatakan dengan jujur Pemerintah yang pada waktu itu diwakili oleh 8 menteri, ternyata para menteri tersebut pendapatnya tidak satu. Jadi karena itu terjadi lamban sekali, sehingga akhirnya untung DPR nya kompak. Jadi saya kira kami ingin memberi penghargaan kepada DPR periode 2004 itu yang ternyata bisa menggolkan Undang-Undang BPJS. Di dalam Undang-Undang BPJS itu diwajibkan jaminan kesehatan mulai pada tanggal 1 Januari Tahun 2014, jadi itu diputuskan dalam Undang-Undang. Kemudian penyelenggaranya adalah PT (Persero) Askes yang harus ditransformasi menjadi badan publik, namanya BPJS Kesehatan, dan itu sudah berlangsung. Sehingga untuk jaminan kesehatan lainnya itu kana dimulai pada Tahun 2015.

Sekalian ikut mencermati dan mengawasi pelaksanaan daripada jaminan pensiun ini oleh karena sampai sekarang, sejauh yang kami pantau regulasinya yang mendukung belum terbit, sehingga nanti biasanya dadakan. Biasanya kalau dadakan suka terjadi keributan, seperti hal nya dengan JKN.

JKN itu regulasinya belum terbit bulan Desember, Januari harus sudah berjalan. Jadi bisa dibayangkan kalau terjadi keributan yang sangat luar biasa. *Alhamdulillah* secara bertahap sudah dapat diatasi dan seolah akan berkembang sesuai dengan yang kita harapkan. Didalam penyelenggaraan jaminan kesehatan ini ada suatu hal yang perlu kita

cermati, jangan sampai BPJS kesehatan itu nanti, mohon maaf ini, defisit kekurangan dana sehingga tidak bisa membayar rumah sakit dan dokter-dokter. Dan ini bisa terjadi karena pengalaman Askes sendiri, Askes itu berdiri pada tahun 1968, Tahun 1971 sudah bangkrut karena penggunaan pelayanan kesehatan sangat banyak. Dan ini merupakan ciri dari pada pelayanan kesehatan dimana cenderung kenaikan biaya kesehatan itu selalu meningkat melampaui angka inflasi. Jadi kalau inflasinya itu 7 atau 8, kenaikan biaya kesehatan itu bisa 17 sampai 20% oleh karena pelayanan kesehatan itu padat modal, padat karya dan padat teknologi. Biasanya kalau kita padat karya dan padat teknologi, itu tidak padat karya, tapi di dalam bidang pelayanan kesehatan itu masih tidak bisa melepaskan diri, sehingga terjadi dengan apa yang dikatakan kecenderungan pemakaian yang berlebih, pemakaian yang tidak berguna dan bahkan penyalahgunaan. Ini adalah dalil yang harus kita cermati di dalam pelayanan kesehatan.

Jadi karena itu dalam penyelenggaraan JKN itu melalui jalur tertentu untuk mengurus pelayanan kesehatan, ini yang dinamakan terstruktur dalam rangka mengendalikan biaya dan juga mengendalikan mutu. Tanpa usaha ini mungkin kita khawatir nanti BPJS bisa bangkrut.

Dalam kaitan ini Bapak/Ibu sekalian, saya sudah menyampaikan naskah secara tertulis, mudah-mudahan nanti sempat dibuka. Saya ingin langsung ke masalah KIS dan JKN. Jadi sepanjang yang kami fahami, KIS itu diperuntukan bagi kelompok manusia yang mengalami masalah sosial, seperti disable, cacat, kurang mampu, lansia dan lain sebagainya.

Dua hal yang perlu kita cermati. Pertama, dari mana dana daripada Kartu Indonesia Sehat (KIS). Kedua, bagaimana layanan nanti akan diperoleh. Apakah nanti orang itu bebas memperoleh pelayanan atau terstruktur seperti yang dilakukan oleh JKN. Kalau keduanya ini tidak terpenuhi, saya khawatir nanti bisa menjadi permasalahan. Saya secara singkat ingin menyampaikan layoutnya, kalau lansia dan penyandang masalah sosial sebenarnya sudah bisa dimasukkan ke dalam PBI (Penerima Bantuan Iuran). Jadi sebenarnya sudah tercakup dalam program BPJS atau dengan kata lain bisa dimasukkan. Jadi kalau dimasukkan ke dalam program BPJS, sekaligus masalahnya selesai. Jadi diintegrasikan ke dalam program BPJS seperti halnya jaminan kesehatan bagi tenaga kerja dan juga jaminan kesehatan bagi Jamkesmas kan mereka juga sudah diintegrasikan. Jadi dengan diintegrasikan *Insha Allah* juga menemptati perundangan yang ada. Jadi tidak menyimpang dari Undang-Undang yang telah dipersiapkan sejak tahun 2004 itu.

Jadi ini singkat mengenai pendapat kami, uraian yang lain masih banyak barangkali kalau perjalanan sejarahnya dan segala macam *Insha Allah* non naskah kami sudah kami persiapkan dan nanti mohon kalau berkenan untuk dicermati dan ini untuk melengkap dari pada apa yang kami sampaikan di dalam makalah ini. Jadi masalah KIS ini apakah mau dibikin ribut atau tidak tentu tergantung dari kita semuanya. Kalau mau tidak ribut, masukan ke dalam BPJS, itu hukumnya sudah ada, anggarannya sudah ada, sistemnya sudah ada, tetapi kalau sistemnya belum ada, anggarannya belum ada, saya khawatir nanti jadi terpisah, jadi diskriminatif. Padahal tujuan kita adalah melayani seluruh warga negara Indonesia baik yang kaya maupun miskin dan lain sebagainya.

Mengapa kelompok miskin PBI diintegrasikan ke dalam satu wadah dengan kelompok yang mampu membayar iuran. Nah ini juga terjadi perdebatan yang lama pada waktu itu, tapi kita sampai pada satu kesimpulan lebih baik diintegrasikan, sebab kalau menangani masyarakat miskin terpisah dengan masyarakat yang non miskin, barangkali yang non miskin akan lebih berat bebannya, tidak ada cross subsidi, operasionalnya menjadi mahal dan tentu bahkan mungkin juga tidak efisien. Tapi kalau diintegrasikan, dari aspek operasional tentu akan menjadi lebih hemat, demikian juga dari segi gotong royong, yang kaya bisa membantu yang miskin. Jadi inilah yang menjadi pertimbangan mengapa kelompok masyarakat yang miskin sebaiknya diintegrasikan dengan kelompok yang mampu. Dan untuk itu meskipun mereka harus membayar iuran, iurannya dibayar oleh negara dalam bentuk Peserta Penerima Bantuan Iuran. Jadi semua anggota dan peserta BPJS harus membayar iuran dan itu tergantung status sosial dari pesertanya.

Kemudian yang kedua, memang penyelesaian dalam pelaksanaan JKN ada sedikit, saya tidak mengatakan penyimpangan tapi kurang tepat, misalkan dalam memberikan plafond iuran. Tadi disampaikan oleh Pak Tabrani, dibatasi sekitar 5 juta. Kenapa tidak seluruh income diperhitungkan? Kalau di Jerman, perhitungan prosentase pendapatan, itu tidak hanya gaji, non gaji pun diperhitungkan. Misalkan kalau orang memiliki deposito, bunga deposito itu masuk di dalam perhitungan iuran jaminan sosial. Sehingga dengan demikian kegotong royongan itu sangat sempurna, yang kaya membantu yang miskin. Tapi kalau dibatasi hanya sampai 5 juta sementara pendapatannya 50 juta, ya itu bagi mereka yang pendapatannya 50 juta sangat ringan tentunya.

Di dalam jaminan kesehatan diperkenalkan konsep asuransi kesehatan sosial. Asuransi kesehatan itu tercermin dari pelayanan peserta BPJS. Secara medis, kebutuhan medis sama semuanya, baik kaya atau miskin, baik yang PBI ataupun non PBI itu berhak menerima pelayanan sesuai dengan kebutuhan medis, seperti yang saya gambarkan dari batuk, pilek, panas sampai cuci darah dan lain sebagainya. Tapi karena sifatnya itu asuransi, maka masih dibuka peluang menikmati pelayanan yang berbeda daripada yang lainnya, yaitu dalam pelayanan non medis, yaitu yang bersifat kenyamanan. Jadi misalnya kalau iurannya tinggi tentu berhak di kelas 1 atau kelas 2, malah sebenarnya kalau saya pribadi, kalau iurannya tinggi sekali di VIP pun tidak masalah. Jadi sehingga semuanya itu terintegrasi dalam satu sistem, nanti dihitung siapa yang iurannya hanya cukup untuk kelas 3, kelas 2, kelas 1, VIP barangkali, bahkan ke luar negeri. Sekarang kan ada konglomerat yang mungkin gajinya luar biasa, mungkin kalau nanti prosentasenya itu sama-sama 5%, kan 5% dari gaji yang luar biasa itu kan tinggi sekali, sehingga tidak ada alasan untuk tidak ikut BPJS, oleh karena dari segi kebutuhan medis dipenuhi dan dari segi non medis yaitu sarana sosial, kamar yang lebih bagus fasilitas sarana penunjang yang lebih bagus, itu juga dipenuhi.

Sehingga sekali lagi saya katakan tidak ada alasan untuk tidak ikut BPJS. Jadi dengan pengertian bersifat wajib, itu tidak berarti memaksa, tapi memang akhirnya ada suatu panggilan untuk ikut karena ini memang sangat bermanfaat bagi dirinya sendiri dalam pelayanan kesehatan. Jadi inilah sebenarnya mungkin hal-hal yang perlu kita luruskan kembali hal-hal

yang belum sesuai dengan Undang-Undang, semangat Undang-Undang SJSN. Jadi dengan perkataan lain, JKN pun masih perlu diperbaiki dan disempurnakan.

Ini catatan kami.

Barangkali masih ada waktu setengah jam Bapak Pimpinan untuk kita berdialog. Kami dengan senang hati kapan saja jika memerlukan informasi, karena ini merupakan tugas yang rasanya secara pribadi tidak puas kalau ini tidak berjalan sesuai dengan semangat Undang-Undang SJSN yang dengan susah payah pada waktu itu dirumuskan dan memakan waktu.

Draft RUU nya saja samapai 56 kali diperbaharui, karena banyak peserta dan anggotanya macam-macam, berbagai kepentingan masuk, maka drafnya sebelum masuk ke DPR di rubah samapai 56 kali, baru kemudian masuk ke DPR.

Di DPR 9 bulan, kemudian disahkan. Kami sangat menghargai DPR yang telah mengambil usul inisiatif Undang-Undang BPJS sehingga kita sudah melihat titik terang pelaksanaan Undang-Undang SJSN yang dimulai dengan Undang-Undang Jaminan Kesehatan pada Tahun 2014 dan *Insyah Allah* di tahun 2015 nanti kita mulai dengan Undang-Undang Jaminan Pensiun dan lain sebagainya.

Terima kasih.

Assalamu'alaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh.

KETUA RAPAT:

Terima kasih Pak Sulastomo.

Sebelumnya kita beri *applause* dulu untuk kedua nara sumber kita.

Luar biasa sekali Pak, apa yang sudah Bapak sampaikan. Jadi sedikit sebelum saya lempar kepada Anggota. Dua hari kemarin saya keliling ke beberapa rumah sakit, saya melihat mulai dari rumah sakit publik sampai ke rumah sakit yang umum, artinya yang swasta. Kesan yang saya terima adalah BPJS ini sakti benar Pak, saya melihat ada orang miskin sudah 2 bulan di rumah sakit, dia itu punya kanker ginjal atau kanker perut, saya lupa. Tapi saya tanya ke istrinya, apakah selama 2 bulan ada keluar biaya tidak?

Dia jawab, ada Pak.

Biaya apa?

Untuk makan saya saja, katanya, itu kata istrinya. Sementara untuk semua biaya itu sama sekali tidak keluar. Jadi memang ini menurut saya sangat bagus sekali, saya setuju dengan Pak Hasbullah tadi mengatakan kartunya tidak usah ganti nama cukup ditempel logo garuda saja, nanti tulisannya Republik Indonesia. Saya pikir itu bagus sekali pak.

Baik pak, saya pikir ada penanya yang sudah siap disini, tadi sudah saya catat. Yang pertama dokter Suir Syam lalu yang kedua Pak ali Taher.

Kami persilakan anggota mungkin untuk pendalaman.

F-P.GERINDRA (Dr. H. SUIR SYAM, M.Kes):

Terima kasih.

Yang saya hormati Pimpinan dan teman-teman Anggota.

Yang saya hormati Prof. hasbullah dan Dokter Sulastomo dan adik-adik para mahasiswa.

Assalamu'alaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh.

Setelah kami mendengar paparan dari Prof. dan dokter Sulastomo, kemudian pengalaman kami juga dilapangan, kebetulan sebelum saya menjabat Anggota DPR, saya juga menjabat sebagai Kepala Daerah yang di daerah saya seluruh warga kota itu saya asuransikan. (**suara tidak jelas**)..... Dilapangan banyak sekali beberapa kendala yang dihadapi, baik pelaksana di rumah sakit maupun masyarakat sendiri, sebagai contoh umpamanya ada paket-paket yang harus ditetapkan di Puskesmas, kemudian ada paket-paket yang harus ditangani oleh rumah sakit, dampak ini sama seluruh sama di Indonesia, tetapi fakta dilapangan, tenaga, sarana dan obat-obatan itu jauh beda. Sehingga yang seharusnya datang ke Puskesmas, tetapi di Puskesmas dokternya tidak ada, alatnya tidak ada, obatnya juga tidak ada, dikirim ke rumah sakit BPJS tidak mau bayar biaya rumah sakit, katanya ini paket Puskesmas.

Apa yang terjadi? Sehingga masyarakat yang dioper-oper seperti itu marah, yang disalahkan itu orang rumah sakit, bukan orang BPJS, sasarannya rumah sakit dan itu sangat banyak. Begitu juga di rumah sakit standard rumah sakit itu tidak sama yang ada di Indonesia. DKI dibandingkan dengan Sumatera apalagi dengan pulau-pulau kita seperti Papua dan lain sebagainya tentu tidak bisa disamakan. Di urusan rumah sakit itu juga, karena keterbatasan tenaga, keterbatasan alat, paket yang seharusnya 3 hari sembuh bisa 10 hari. Sebagai contoh umpamanya operasi usus buntu misalnya, paketnya 5 hari tapi karena kekurangan alat dan keterbatasan lainnya terjadi infeksi, akhirnya menjadi 10 atau 15 hari. Biasanya rumah sakit 5 hari menyuruh pasiennya pulang karena paketnya habis, itu yang terjadi terutama di rumah sakit swasta, di rumah sakit Pemerintah juga terjadi seperti ini, disuruh pulang karena paketnya habis. Begitu juga cuci darah yang seharusnya 7 atau 8 kali, 3 kali cuci darah paketnya habis disuruh pulang tidak dilayani lagi. Ini yang terjadi dilapangan, di lain pihak Pemerintah Daerah tidak bisa apa-apa, waktu ditanyakan ke BPJS, ini aturan dari pusat pak, kenapa? Keterkaitan BPJS di daerah dengan kepala daerah tidak ada. Sehingga kepala daerah juga tidak bisa berbuat apa-apa. Untuk itu mungkin perlu ini kita sempurnakan, mulai dari tenaga, sarana dan pra sarana. Tapi menurut saya yang paling sulit itu adalah tenaga, 1 dokter melayani 3 tempat praktek, tidak masuk akal, bagaimana pelayanan di rumah sakit akan baik.

Yang dilayani umumnya yang swasta, yang Pemerintah ini biasanya anak tiri, karena jasa mediknya kecil. Ini pengalaman saya. Saya 3 kali memimpin rumah sakit sebagai direktur rumah sakit, baik rumah sakit Kabupaten/Kota, maupun rumah sakit provinsi, sama saja pikiran teman-teman itu semua. Sisa-sisa waktunya untuk rumah sakit Pemerintah. Ini adalah kekurangan tenaga, dilain pihak Pak tabrani mengajak kita bagaimana pelayanan rumah sakit ini baik, kami ini sering sama-sama, saya sebagai asistennya Pak Hasbullah sebagai nara sumber di kesehatan. Bagaimana bisa pelayanan rumah sakit baik kalau dokter spesialisnya sedikit, terbatas.

Kenapa terbatas?

Untuk masuk spesialis ini mahal Pak, mahal, sulit, tamatnya juga sulit, sebagian tenaga pengajar masih menganggap kalau cepat tamat menjadi rivalnya dalam praktek. Itu yang terjadi. Sehingga yang lulus itu sedikit. Bahkan sekarang ini kawan-kawan ada biaya tugas belajar, kalau uangnya kurang dari 1 miliar tidak berani untuk mendaftar spesialis, ini yang terjadi. Jadi sampai kiamatpun di Indonesia, apa pun yang kita lakukan, BPJS ini walaupun anggarannya diperbesar, pelayanan rumah sakit tidak akan baik, karena kekurangan tenaga tadi. Satu dokter melayani 3 rumah sakit, saran saya, kebetulan Prof. dan dokter Sulastomo sebagai dosen, bisa membawa bagaimana kalau dipermudah teman-teman dokter umum ini masuk ke dokter spesialis. Harusnya gratis Pak, sebab residen itu juga membantu orang sakit, piket juga malam, harusnya diberi tunjangan bukan harus membayar mahal. Kenapa tidak kita coba gratiskan, kita permudah masuk, saya yakin mungkin dalam 5 tahun kita akan kecukupan dokter spesialis, daripada nanti dokter luar masuk Indonesia, walaupun saya dengar Depkes juga berfikir bagaimana merancang supaya sulit orang luar masuk. Akan sulit jika menghambat, lebih baik bagaimana produk dokter-dokter spesialis kita dipermudah.

Belajar kita ke Malaysia.

Malaysia baru merdeka tahun 1960-an, mereka mengundang dokter luar masuk, termasuk kita dari Indonesia ramai-ramai ke sana digaji besar. Tetapi dokternya di kirim ke luar negeri ambil spesialis, sub spesialis. 5 tahun mereka kembali, dokter kita jadi jongos semuanya, akhirnya kembali ke Indonesia. Kita dokter umum, orang spesialis, sub spesialis. Saya khawatir juga dokter Indonesia ini jadi jongos juga di negara sendiri, karena spesialis dari luar yang akan masuk banyak. Jadi mungkin ini menjadi perhatian supaya pelayanan kita menjadi lebih baik.

Mungkin itu yang dapat saya sampaikan.

Terima kasih.

Assalamu'alaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh.

KETUA RAPAT:

Terima kasih.

Untuk Anggota lain yang ingin bertanya silakan tunjuk tangan saja.

Pak Ali silakan.

F-PAN (Dr. H.M. ALI TAHER PARASONG):

Bimillahirrohmannirrohim.

Assalamu'alaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh.

Selamat siang dan salam sejahtera untuk kita semua, saya Ali Taher.

Saya kira bagi saya yang baru jadi Anggota DPR kepinginnya periode 2014-2019 ini akan memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik bagi tanah air, kapan lagi momentumnya kalau bukan sekarang. Dalam pandangan saya sebagai seorang yang hidup dikampung dari Flores di pulau kecil, jauh dari mana-mana, kalau orang sakit pasti tidak mau kemana-mana, disitu saja sampai mati. Karena tidak memiliki akses apapun. Jangankan rumah sakit, Puskesmas saja pembantu yang tidak ada dokter, perawat, bidan, alat apalagi.

Oleh karena itu menurut saya pertemuan pada siang hari ini, bagi saya ini adalah momentum, karena saya mengikuti perkembangan pemikiran dari Prof. Tabrani dari sisi pelayanan kesehatan, apakah itu preventif, promotif, kuratif maupun rehabilitatif. Oleh karena itu menurut saya Pak Dede, Ketua yang terhormat, kemitraan antara tokoh masyarakat akademisi maupun Pemerintah dalam kaitan dengan peningkatan pelayanan kesehatan ini, 5 tahun ini kita tunjukkan bahwa kita mampu yang terbaik untuk bangsa dan negara ini, itu pandangan saya.

Oleh karena itu menurut saya kita mulai dari berapa sebenarnya jumlah penduduk Indonesia, kemudian yang perlu mendapatkan perhatian dari Pemerintah itu berapa dari struktur usia penduduk. jadi kita kategorikan misalnya dalam posisi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif itu kira-kira berapa. Kemudian Pemerintah dapat membantu dari segi APBN itu brp untuk rakyat miskin agar mendapat pelayanan kesehatan. Bagi saya pelayanan kesehatan bagi masyarakat itu *Fardhu A'in* bukan lagi *Fardhu Kifayah* apalagi *Sunnah*. Oleh karena itu kategori fakir miskin dan anak-anak terlantar di pelihara oleh negara yang menjadi tugas dan tanggung jawab negara itu adalah bagi saya wajib hukumnya dan itu ibadah Pak,

Pemerintah jangan karena kesulitan keuangan bisa mengalihkan itu kepada biaya umum yang sangat besar, sementara hak-hak dasar tidak terpenuhi secara konstitusional, itu bagi saya kita berdosa. Oleh karena itu menurut pemikiran saya, BPJS menjadi suatu yang wajib kita terapkan apapun tingkat kesulitan maupun hambatan di dalamnya.

Keselarasan apa makna KIS itu dan apa dasar hukumnya, sumber dananya dari mana? Sehingga kita bisa bicara KIS itu sama dengan BPJS atau KIS itu sub sistem dari BPJS, sehingga rakyat tidak bertanya-tanya mana yang KIS mana yang BPJS, ini kan saya juga baru mendapat penjelasan dari Pak Sulastomo, sebaiknya KIS itu bagian dari BPJS sehingga ada kepastian hukum. Dalam konteks hukum kepastian hukum itu ada 5 dasarnya, satu, dasar hukumnya jelas, kalau dari sisi ilmu hukum. Kalau kepastian hukum itu satu. Dua, lembaga yang menjalankan itu juga harus jelas memiliki kewenangan. Ketiga, prosesnya jelas, waktunya tepat dan pelaksanaannya juga tepat, itulah unsur-unsur dari kepastian hukum. Menurut saya dalam konteks itu maka, saya berterima kasih kepada Profesor Tabrani dan Doktor Sulastomo, pertemuan ini bukan sekali dan yang terakhir kalau perlu berkala kita diskusi karena ini penting sekali, kalau fakir miskin itu tidak kita beri hak-hak konstitusionalnya yang berdosa kita.

Apa bedanya fakir dan miskin?

Ada bedanya, dalam pandangan agama yang saya anut, Agama Islam, fakir itu artinya orang yang tidak mampu membiayai hidupnya tetapi dia tidak menggadaikan kehormatannya untuk minta-minta. Dia pasrah saja hidup. Tapi kalau miskin, itu orang tidak mampu membiayai hidupnya tapi menggadaikan kehormatannya, termasuk orang kaya pun, tadi sadikin tadi. Jadi orang kaya minta hak dilayani, kan tidak bener juga. Nah itu orang yang fakir plus miskin. Saya sependapat bahwa sekarang ini kita mulailah berfikir manajemen. Ada 4 hal dalam pilar rumah sakit, satu adalah manajemen rumah sakit perlu dimantapkan, jadi orang yang datang ke rumah sakit itu artinya merasa sehat, sembuh, pulang. Pulang meninggal

atau pulang hidup. Karena orang pergi ke rumah sakit ingin sembuh. Nah manajemen itu jangan lah dipersulit, orang datang itu merasa dilayani karena itu adalah bagian dari hak-hak nya.

Saya mohon maaf, 10 Tahun menjadi wakil direktur Rumah Sakit Islam Jakarta. Tidak pernah tuh ada uang muka, kelas 3 nya itu 53% kita serahkan pada masyarakat. Saya pernah berdebat dengan salah satu direksi, kalau memang uang mukanya ditarik nama rumah sakit in kita copot, jangan Rumah Sakit Islam, tetapi rumah sakit juga perlu hidup. Maka diturunkan sedikit lah, lama-lama turunnya menjadi 28%. Saya tidak tahu perkembangan terakhir. Karena bagi saya melayani orang sakit itu *Fardhu A'in dan* pahalanya besar. sehingga faktor utama itu manajemen rumah sakit itu menjadi penting. Yang kedua, tenaga dokternya, mohon ini. Kalau kriteria rumah sakit nya tipe A, B, C. Kalau A punya Pemerintah bagus, B dan C dan seterusnya itu, kalau ada spesialis, betul-betul spesialis. Jangan sampai saya menemukan berapa klinik dokter umum, padahal yang menjalankan perawat. In juga ada Pak, makanya tidak sembuh-sembuh orang. Yang ketiga, adalah tenaga kesehatan lainnya. Perawat, Bidan, dan lain sebagainya. Sebarannya sejauh mana Pak, kalau di Papua itu saya pernah kurang lebih 10 Tahun yang lalu, spesialisnya tidak pernah ada di Kota Jayapura itu. Kalau ada mau opearasi pun itu menunggu gantian dari Makassar itu 3 bulan sekali baru datang operasi di Papua, bagaimana tidak mau minta merdeka mereka. Oleh karena itu, penuhilah hajat hidup masyarakat disitu. Kemudian yang ke empat, alatnya harus tersedia. Alatnya itu jangan ada semangat untuk pengadaan. Ketika gemapa di Maumere tempat saya datang itu ternyata alat ronsen nya tidak bisa digunakan karena listriknya tidak ada. Beli alatnya besar bagus dan terkini tetapi listriknya tidak disediakan karena semangat membeli alatnya luar biasa dibandingkan dengan fungsinya. Ini prinsip-prinsip dasar yang ingin sya sampaikan, menurut saya kata akhir saya adalah bahwa pentingnya sumber daya manusia itu spesialis yang di daerah, di Papua mau ditempatkan. Kita biaya gratiskan disana. Di Kalimantan sampai mau pindah warga negara. Di Kalimantan Timur itu karena pelayanan bagus dari Malaysia sementara tidak ada pelayanan kesehatan. Padahal lebih dari 350 triliun dari Kalimantan Timur itu untuk mensubsidi APBN nasional kita. Saya ini mantan Ketua PAN Kalimantan Timur Pak, jadi saya paham.

Saya agak semangat bicara ini karena pakar ini. Jadi menurut hemat saya Pak Ketua, momentum kali ini adalah adzan kita, niat kita periode ini adalah periode pengabdian yang sebesar-besarnya untuk rakyat bangsa kita dan agar rakyat kita bisa menetes air mata kebahagiaan karena sikap dan perbuatan kita.

Demikian.

Assalamu'alaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh.

KETUA RAPAT :

Terima kasih Pak Ali Taher, memang sebelum menjadi Anggota DPR, beliau ini Ustadz.

Dua penanya sudah, saya lemparkan lagi kepada Anggota, masih ada yang mau bertanya?

Bagaimana?

Baik lah kalau tidak ada yang bertanya, saya bertanya boleh ya.
Saya bertanya hanya pendalaman saja sedikit.

Pak Ali tadi kurang lebih anggaran kesehatan agar dinaikan, kalau kita lihat disini amanat Undang-Undang kan 5%, sementara anggaran kesehatan kita baru kurang lebih 2%. Sementara di Komisi IX ini, anggaran kesehatan 40 triliun. Nah kalau Undang-Undang 5% harusnya 100 triliun, dimana 40 triliunnya itu kurang lebih 19,9 triliun itu untuk BPJS. Jadi saya pikir memang kedepannya ini kita harus menambah anggaran kesehatan karena kalau tidak generasi muda kita nanti otaknya kecil-kecil katanya ya Pak ya. Lalu kemudian Pak Dokter Suir ingin ada peran Pemda, saya setuju Pak, karena yang kami dapatkan temuan di lapangan jumlah pengguna BPJS mandiri itu ternyata hampir 80%, yang PBI nya 10-15%, jadi orang datang ke rumah sakit begitu dia lihat bisa dicover dia langsung bikin dan rata-rata yang bukan PBI.

Pertanyaan saya adalah yang PBI ini kenapa semakin sedikit, artinya ini ada sosialisasi yang tidak jalan. Dari 2 hari kemarin saya melakukan kultip tentang BPJS, ternyata banyak yang belum tahu, jadi artinya memang sosialisasinya masih kurang.

Ini saya tanya mahasiswa-mahasiswa sudah punya BPJS belum?

Sudah ya, ada yang sudah.

Anggota DPR sudah ada yang punya BPJS, cepat bikin ya.

Jadi yang menjadi pertanyaan saya adalah apakah sosialisasi berjalan cukup baik atau tidak?

Lalu kemudian, ini ada masalah juga ini pak, Puskesmas ini kan kalau sesuai dengan INA-CBG kan ada beberapa diagnosa penyakit yang seharusnya ditangani di Puskesmas, namun ternyata ketika saya melakukan temuan-temuan, ini rata-rata Puskesmas merujuk ke rumah sakit. Jadi urusan diare yang harusnya bisa diselesaikan di Puskesmas, ini di rujuk ke rumah sakit. Apakah ini ada kaitannya dengan sistim kapitasi, karena tadi Bapak katakan bahwa setiap Puskesmas atau dokter umum itu sudah diberikan suatu katakanlah borongan. Seandainya 1 Puskesmas ada 10.000 masyarakat diambil kalkulasi per orang itu Rp6.000,- berarti dia 60 juta per bulan, dia taro disitu. Lalu kemudian karena yang datangnya, karena dia harus pas-pasin ya Pak, lalu dia bikin saja surat rujukan.

Ya sudah dapat 6 ribu. Yang beban adalah rumah sakit.

Rumah sakit jadi ngantri Pak. Di Bandung itu ada yang namanya RSHS Pak, itu ngantri dari jam 4 pagi Pak, 400 sampai 600 orang per hari.

Jadi saya pikir sistim kapitasi in ibolongnya dimana menurut Bapak?

Kemudian angka jaminan bagi rumah sakit umum memang terasa masih memberatkan Pak, jadi swasta ini beberapa pemilik rumah sakit mengatakan kepada kami memang bebannya masih. Saya ingin tahu angka optimalnya berapa, sehingga kami di Komisi IX ini bisa paham. Optimal yang PBI gerapa, kalau sekarang kan 19.500 kalau tidak salah. Sementara katanya harus 25.000 yang PBI. Lalu yang kelas 3,2,1 ini.

Yang kelas 1 kan 59.000,- begitu dia dapat gagal ginjal atau kanker, kemotrapi dan sebagainya kan biayanya tinggi. Berapa angka ideal yang menurut Bapak.

Dan yang terakhir adalah, ini seperti saya mau stop asuransi saya.

Saya pakai asuransi yang lain, itu bayar seTahun 9 juta, mau pindah ke BPJS. Nah ini kan sepertinya monopoli nih BPJS, nanti ke depannya

akan merujuk demikian. Nah menurut Bapak apakah ini tidak mematikan produk-produk asuransi lain karena terkait nanti dengan persaingan usaha. Mohon arahan dari Bapak.

Terima kasih.

Dr. SULASTOMO:

Terima kasih atas berbagai pertanyaan.

Dari 3 Bapak tadi mungkin ada yang berhubungan.

Begini Bapak-bapak sekalian kalau BPJS jalan dan suatu saat mencakup seluruh penduduk Indonesia, itu otomatis seluruh rumah sakit mau tidak mau akan bergabung dengan BPJS. Sebab kalau tidak bergabung dia akan kehilangan pasien, oleh karena aseluruh pasien ditangani oleh BPJS. Jadi BPJS juga akan berperan menyebarkan pelayanan kesehatan dan juga teknologi kedokteran dan juga keahlian dokter untuk meningkat mengauasai teknologi itu.

Itu kalau nantinya 5 atau 10 Tahun lagi saya tidak tahu. Saya memberi contoh Bapak/ibu sekalian di Malaysia. Saya pernah berkunjung ke Khucing. Khucing itu kan di Kalimantan Utara, kalau dibandingkan dengan Indonesia mungkin setingkat dengan Klaten atau Bogor. Tapi disana rumah sakit itu sudah bisa operasi jantung bahkan punya hubungan telemedicine dengan rumah sakit di Amerika untuk konsultasi. Itu padahal di Khucing. Sehingga banyak orang dari Pontianak Kalimantan Barat yang berobat ke Khucing karena naik kendaraan hanya 6 sampai 8 jam. Waktu saya ke sana, saya dipermalukan. Saya berkunjung ke rumah sakit itu, direktornya bilang 'dokter Sulastomo, *are you interview with this gentleman*, ternyata orang Pontianak, saya disuruh interview orang pontianak itu. Bapak tugasnya apa, saya bertugas untuk antar jemput pasien dari Pontianak. Jadi usahanya itu adalah antar jemput pasien dari Pontianak, dia punya 4 bus, 2 bus pergi, 2 bus pulang. Mondar-mandir Pontianak ke Khucing hanya untuk berobat.

Kenapa?

Mohon maaf ini, disana lebih murah biaya berobatnya dari pada di Jakarta, nah ini contohnya. Jadi kalau BPJS ini berhasil semuanya itu nanti akan terjadi penyebaran sarana kesehatan dan tenaga keahlian dan lain sebagainya. Mau tidak mau akan begitu secara alami. Tentu nanti mengenai kebutuhan dokter Bapak/Ibu sekalian tadi disindir kok jadi dokter mahal, itu memang betul Pak. Dulu saya menjadi mahasiswa kedokteran, saya itu dibayar, ikatan dinas, jadi saya dibayar. Nah sekarang ini kalau masuk kedokteran, swasta masuk saja, ini keponakan saya sudah diminta 400 juta, bayangkan saja belum masuk sudah diminta 400 juta. Nah ini masalah pendidikan ini saya kira nanti wilayahnya Mendikbud, sudah anggarannya 20% daru APBN, kok ini masih begini malah makin mahal. Barangkali nanti bisa dipersoalkan. Kemudian yang kedua, yang menjadi isu itu selalu promotif, sebenarnya bapak-bapak sekalian, kalau sistem BPJS itu dilaksanakan, itu otomatis, usaha promotif itu akan berjalan. Kenapa, BPJS itu mengintroducer prospektif payment sistem, dimana orientasi pelayanan itu makin bergeser dari kuratif menjadi preventif sebab kalau orangnya sehat semuanya kan untung. Bagaimana supaya orang sehat? Itu dikasih edukasi, dikasih promotif dan segala macam itu.

Nah ini pengalaman di ASKES, ketika saya menjadi Direktur ASKES yang kebetulan seorang dokter Puskesmas itu dapat Puskesmas Teladan. Saya bertanya, bagaimana anda melaksanakan di tempat anda?

Dia bilang begini, Pak, kunjungan ASKES itu sedikit sekali hanya sekitar 10%. Nah kalau hanya 10% berarti dia akan menerima tarif 10 kali dari kapitasi, dia untung.

Apa yang dilakukan?

Dia katakan, kalau lansia itu biasanya menggunakan Puskesmas itu untuk kangen-kengenan, nah disitulah kami kumpulkan kami berikan edukasi sehingga tidak perlu berobat dan lain sebagainya, tapi menjaga kesehatan sehingga kunjungan ke Puskesmas untuk berobat itu sudah menurun dengan drastis.

Jadi saya ingin menyampaikan cita-cita dari pada sistem pembiayaan BPJS itu sebenarnya otomatis nanti akan mendorong ke upaya-upaya preventif. Kemudian mengenai puskesmas cabang mercu tadi Bapak Pimpinan.

Begitu Bapak Pimpinan, saya tidak tahu mohon nanti di cek, itu dalam INA-CBG itu kalau rumah sakit merawat pasien demam itu ada 3 macam, demam ringan, demam sedang dan demam berat. Demam ringan itu, ya namanya demam ringan itu kan hanya demam-demam saja ya Pak. Itu kalau dirawat bisa dapat 3 juta, tapi kalau di Puskesmas sudah dapat kapitasi Pak, jadi tidak dapat apa-apa.

Saya maaf-maaf saja, masuk kriteria *abuse of care* itu takut kalau memang ini sengaja dilempar ke rumah sakit. Rumah sakit dapat 3 juta, itu kan lumayan, 3 juta hanya demam ringan. Kalau demam berat bisa sampai 5 juta.

Itu di INA-CBG intinya begitu. Jadi ini yang membuat peluang untuk *abuse* tadi. Ini sudah kami sampaikan ke Departemen Kesehatan. Saya sampaikan bahwa karena seorang direktur rumah sakit itu menyatakan begini, yang membuat saya kaget. Ini saya buka di sini antara DJSN, rumah sakit dan KPK. Oleh karena KPK menyatakan kemungkinan terjadinya korupsi. Seorang direktur rumah sakit itu komenter begini, kita ini difasilitasi untuk korupsi, itu bagaimana hukumnya.

Lho kok difasilitasi.

Kenyataannya begitu, katanya. Disertai contoh-contohnya

Ini sekedar informasi yang perlu kami sampaikan tanpa mengurangi niat baik daripada niat untuk melaksanakan JKN. Jadi karena itu sosialisasi memang masih sangat kurang dan masih sangat diperlukan dan kepada Bapak Ali tahir, *Alhamdulillah* Pak. Saya dulu ketua yayasan Rumah Sakit Islam, jadi Rumah Sakit Islam ini yang mempelopori mau melayani peserta Askes rumah sakit swasta. Jadi sebelum rumah sakit swasta yang lain mau melayani peserta Askes, Rumah Sakit Islam sudah bersedia melayani rumah sakit swasta.

Tapi akhirnya untung Pak, karena apa?

Saya tahu bahwa hampir seluruh pasien kelas 3 itu seluruhnya Askes dan itu kan untuk rumah sakit kan menguntungkan dari pada melayani pasien yang kadang-kadang bayarnya saja susah, kalau Askes kan dibayar penuh dan seterusnya.

Nah rumah sakit swasta ini Pak, kenapa tadi saya katakan nanti suatu saat akan ikut BPJS, coba Bapak berkunjung ke Rumah Sakit

Siloam, Karawaci. Siloam itu sudah masuk BPJS, itu seperti pasar Pak, pasiennya banyaknya bukan main. Dan mereka senang melayani BPJS. Saya datang kesana, saya menengok seorang Anggota DPA yang dirawat, saya bertanya kok ini pasiennya luar biasa, Pak itu semua pasien BPJS.

Nah ini siloam disini katanya juga mau ikut sehingga nanti lama-lama akan karena terpaksa ikut BPJS tadi. Mengenai KIS, tadi kan sudah cukup gamblang bagaimana kedudukannya. Sekali lagi kalau saya harus berpendapat mestinya harus diintegrasikan dengan BPJS yang sudah jelas dasar hukumnya, jelas sistem pelayanannya, jelas sistem pembayarannya, lembaganya juga sudah jelas. Sehingga saya kira tidak akan ada keraguan dan mudah-mudahan kalau sudah diintegrasikan, saya pakai istilah diintegrasikan karena barangkali seperti halnya jaminan kesehatan tenaga kerja, Jamkesmas dimasukkan ke dalam BPJS, itu kan bahwa nanti kartunya disepakati menjadi 1 saja, Republik Indonesia bendera merah putih, itu nanti tergantung kesepakatan tapi embrio BPJS, embrio Jamkesmas, embrio PBI itu semua sudah menjadi 1. Jadi ini yang saya kira perlu kita dukung.

Tadi bapak yang pertama tadi, mudah-mudahan tidak sampai kiamat pak kita menunggu terwujudnya masyarakat yang terjamin kesehatannya apalagi kata Bapak Ali Taher tadi menjadikan DPR ini all out untuk mengawal jaminan kesehatan dan kalau itu terwujud barangkali tentu saya akan selalu mengingatkan untuk merujuk Undang-Undang SJSN. Karena Undang-Undang SJSN itu sudah diperdebatkan di MK dan segala macam, tetap lolos sehingga sayang kalau tidak di itukan. Bahwa perlu perbaikan setiap saat itu oke.

Saya kira demikian, termasuk JKN pun tidak luput daripada evaluasi dan lain sebagainya, contohnya tadi mengenai soal tarif tadi. Kan antar daerah lain-lain ya Pak, ini ditentukan oleh Kemenkes, yang suruh bayar BPJS, padahal Undang-Undang SJSN bunyinya bukan begitu. Itu harus berunding antar bagaimana di daerah itu sesuai dengan perundingan antara BPJS dengan sarana kesehatan di daerah. Sehingga antara Wonogiri dengan Jakarta ya pasti berbeda. Kadi ini karena kemampuan teknologi dan keahlian dan lain sebagainya jelas berbeda.

Satu lagi yang ingin saya titipkan, mestinya Dewan Jaminan Sosial Nasional itu harus sudah berfungsi, sekarang ini Dewan Jaminan Sosial Nasional sudah eksis tapi belum berfungsi. Barangkali Bapak sekalian perlu RDPU dengan Dewan Jaminan Sosial Nasional kenapa, mohon maaf ini saya provokasi saja, kenapa belum berfungsi?

Jadi ini yang ingin kami sampaikan, sehingga nanti dari segi kelembagaan, sistem, biaya, anggaran dan segala macam, itu tidak menjadi masalah.

Terima kasih.

Assalamu'alaikum Warrahmatullahi Wabarakatuh.

Prof. Dr. HASBULLAH TABRANI, MPH:

Terima kasih.

Sebagian sudah dijawab, saya singkat-singkat saja, seperti tadi telah disepakatinya, *one day* kita juga bisa bertemu lagi, formal atau informal ya silakan.

Ada beberapa yang ingin saya komentari secara keseluruhan saja tentang tadi misalnya paket habis. Ini memang salah satu bagian dari moral hazard, saya juga temuin banyak dalam survey karena rumah sakit memaksimalkan *revenue* nya. Jadi selalu saja ada yang begitu, saya pikir sih dunia ini ada malaikat ada setan, jadi kadang-kadang ada yang begitu, ya kita jaga aja. Memang teorinya pembayaran paket kapitasi atau CBG ini bayaran borongan harus diikuti dengan pengawalan atau kontrol, namanya *monitoring utilisasi* dan ada sanksi. Nah pada saat ini belum jalan itu sanksi, pemantauan belum jalan oleh BPJS.

Ya seperti tadi BPJS nya lempar kebijakan pusat dan lain sebagainya, itu yang tadi yang saya sampaikan. Mindset nya masih mindset yang lama, memang perlu perubahan, perlu waktu. Tapi kita harus kejar-kejar terus. Tapi saya surprise, mau jadi dokter spesialis kalau tidak ada 1 miliar, waduh kapitalis benar kita ya, super kapitalis ini dalam pendidikan.

Ini juga tidak lepas memang banyak kawan-kawan saya yang mentalitasnya mental dagang, saya pikir secara personal, rusaknya kita ini ada 4 hal yang dinegara lain tidak diperdagangkan, di Indonesia diperdagangkan, yaitu

1. Kesehatan,
2. Pendidikan,
3. Keamanan
4. Hukum.

Ya ini mestinya ini core Pemerintah yang mestinya bersih, tapi karena berbagai masalah alasan ya diperdagangkan, ya susah lah, rusak lah. Sehingga termasuk ketenagaan Pak Ali akalu tidak tersedia, ya itu sulit. Tapi kita harus pahami di masa lalu, kebijakan kita adalah kebijakan market, *free market* di dalam *health care*. Jadi siapa yang berobat yang dia bayar dan dokternya nanti nentuin tarifnya sendiri maka terjadilah free market yang mampu bayar ada di kota besar.

Ya dokter juga mau mencari penghasilan, dia imigrasi ke kota besar. Puskesmas di Pulau Flores itu, saya datang ke sana di Ende, suatu ketika itu hanya 10% dari jumlah Puskesmas yang ada dokternya. Karena juga tidak bisa hidup barang kali praktek. Nah sekarang dengan adanya BPJS, maka BPJS yang akan bayar. Kalau saya kasih rekomendasi, mungkin teman-teman di DPR bisa memperkuatnya, sederhana. Sekarang kan manipolo pasien, karena duitnya di BPJS, pasien dari daerah yang harus dibayar. Kalau kita set borongan bayarannya, lebih besar di daerah, *Insyah Allah* akan terdorong. Tapi yang sekarang ini celaknya bayaran borongannya CBG lebih besar di kota, rumah sakit tipe A itu jauh lebih besar dibayar. Padahal rumah sakit tipe A adanya di kota-kota besar. Kalau saya bilang mestinya rumah sakit tipe C dan D itu dibayar 125% dari harga rata-rata biaya pasar, begitu juga dokter kapitasinya lebih besar. Sehingga ada dorongan paling tidak, walaupun tidak sempurna juga, paling tidak putra-putri daerah akan lebih senang disitu karensdh merasa aman, ada yang bayar, kalau dulu dia kabur.

Kalau dokter spesialis saya rasa memang sangat sulit lah disuruh ke sana, karena biasanya dokter spesialis sudah senior, punya anak, punya istri, sebetulnya dokternya mungkin betah disitu, tapi istrinya tidak betah. Karena istri itu he=rumah sakit ada tempat shopping.

Oleh karen itu kalau saya bilang, saya sudah sampaikan ke Bu Menkes, approach nya jangan model lama lah, kalau kita punya spesialis, tapi juga jangan 3 bulan sekali Pak, rotasi saja 1 minggu sekali. Kalau seminggu itu dia itung sama-sama rekreasi, istrinya pun datang. Kirim saja ke Ende spesialis bedah sarap 1 minggu,minggu depan spesialis bedahsarap yang lain. Dia akan enak, tinggal kita alokasikan anggarannya, kalau mau ditempatkan full sekarang karena kita tahu fasilitas lainnya belum memadai juga, sulit. Tapi kalau begitukan dokter kan pekerjaannya tidak perlu terus menerus pasien biasa dijaga sambil melatih dokter setempat. Nah tugasnya Kemenkes harusnya beli alat-alat yang memang sesuai, bukan sekedar beli.Yang sesuai dilapangan. Nah ada alatnya, spesialisnya dikirim, seminggu bekerjasama dengan dokter lokal kan terjadi transfer knowledge. Itu saya pikir jauh lebih baik dari pada dikirim lengkap untuk dokternya.

Nah Pak Dede, pertanyaannya yang sangat menarik soal anggaran tadi. Memang harus nya keinginannya 5%, saya juga tidak tahu kenapa sampai sekarang belum jadi, saya menginginkan saya juga sudah sampaikan ke Menteri Keuangan, kembalikan saja cukai rokok, sudah cukup itu lebih dari 5%.

KETUA RAPAT:

Yang pertama adalah, Komisi IX menyampaikan apresiasi sebesar-besarnya kepada Anggota Komisi IX Periode 2009-2014 yang telah bersama-sama membuat Undang-Undang BPJS ini.

Kedua, Komisi IX DPR RI RI menyampaikan apresiasi atas masukan yang disampaikan oleh Prof. dr. Hasbullah tabrani, MPH dan Dr. Sulastomo, MPH.,AAK dalam RDPU hari Senin, 17 November 2014 terkait program Kartu Indonesia Sehat dan Jaminan Kesehatan. Ini adalah kesimpulan sementara, mungkin selanjutnya dari floor ada yang mau menambahkan kesimpulan ini?

Cukup ya?

F-PD (SITI MUFATTAHAH, Psi):

Pimpinan.

Mohon maaf Prof, tadi mungkin Pimpinan menanyakan tentang PBI yang seharusnya.

Berapa Prof yang real nya belum tadi seperti nya.

Prof. Dr. HASBULLAH TABRANI, MPH:

Saya katakan, kalau mau yang kualitasnya lumayan, tidak menimbulkan antrian panjang harusnya 40 ribuan per orang per bulan. Kalau kualitasnya mau bagus dan ada peningkatan mestinya 60 ribu. Di Thailand, Pemerintah Thailand membayar sama prinsipnya model iuran PBI sekarang per orang per bulan sekarang 90 ribu.

Terima kasih.

KETUA RAPAT:

Cukup Bu Siti?

Jadi Prof. Tabrani tadi kurang lebih, kan kalau naiknya 19 ribu ke 40 ribu, artinya nambah lagi 20 triliun, begitu ya pak?

Itu bisa diambil kira-kira dari cukai rokok ya pak?

Saya fikir bagus juga itu.

Oke, kesimpulan dari kami seperti itu.

F-P.GERINDRA (ROBERT ROUW) :

Pak Dede.

Sebentar saja.

Terima kasih Pimpinan Sidang.

Saya langsung saja Prof.

Saya terima kasih banyak, bangga pada Prof, bahwa disini ada adik-adik saya dari Papua yang ikut mengambil S3 di UI.

Terus terang Prof, bicara kesehatan di Papua sangat, sangat, sangat terbelakang dan sangat membutuhkan sekali. Jadi karena Prof, bidangnya pendidikan, saya titip adik-adik saya ini untuk bisa dibimbing agar mereka bisa kembali ke sana untuk membantu saudara-saudaranya di sana. Kita memang banyak membutuhkan tenaga-tenaga kesehatan disana, kalau bicara asuransi kesehatan dan sebagainya, saya kira kami tidak terlalu tertarik karena apa gunanya itu semua, tenaganya tidak ada disana.

Tadi teman-teman dari NTT sampaikan bahwa Puskesmas ditempatnya itu ada tapi dokternya tidak ada, kalau kami semuanya tidak ada, 70% masyarakat di Papua itu ada dipegunungan dan itu belum semua merasakan pelayanan kesehatan yang layak.

Jadi saya titip adik-adik, harapan saya UI bisa melahirkan tenaga-tenaga ahli yang banyak untuk Papua, biar kami juga bisa menikmati kemerdekaan ini seperti saudara-saudara kami yang lain. Karena bicara kesehatan, kami sangat, sangat, sangat tertinggal, semua, mulai dari fasilitas, tenaga dan sebagainya.

Saya kira itu.

Terima kasih.

KETUA RAPAT:

Terima kasih Pak Robert.

Beliau ini dapilnya Papua Pak.

Tadi disebutkan, adik-adik ini mudah-mudahan nanti kalau sudah jadi S3, jadi dokter berrugas tetap di Papua jangan lari ke Jakarta.

Demikian tadi kesimpulan kami Pak.

Mungkin dari pakar ada yang ditambahkan dari draft kesimpulan.

Prof. Dr. HASBULLAH TABRANI, MPH:

Saya kira mungkin ditambahkan, kita bisa melakukan sharing atau tukar informasi bukan hanya pada hari ini saja, baik secara formal maupun informal.

KETUA RAPAT:

Baik, kalau gitu ditambahkan pada draft kesimpulan bahwa Komisi IX akan secara berkala meminta pendapat dari para pakar terkait dengan Sistem Kesehatan nasional.

Bisa ditambahkan demikian ya.

Saya ulangi draft kesimpulan rapatnya. Komisi IX menyampaikan apresiasi kepada Anggota Komisi IX periode 2009-2014 atas produk Undang-Undang BPJS. Yang kedua, Komisi IX DPR RI RI menyampaikan apresiasi atas masukan yang disampaikan oleh Prof. dr. Hasbullah tabrani, MPH dan Dr. Sulastomo, MPH.,AAK dalam RDPU hari Senin, 17 November 2014 terkait program Kartu Indonesia Sehat dan Jaminan Kesehatan Nasional. Yang ketiga, Komisi IX akan secara berkala mengundang para pakar-pakar untuk memberikan masukan-masukan terkait sistim kesehatan nasional.

F-PKS (ANSORY SIREGAR):

Pimpinan,

Yang nomor 1 yang Pimpinan sebutkan belum ada dikesimpulan.

KETUA RAPAT:

Yang bicara incumbent soalnya Pak.
Bagaimana pak, cukup?

F-PKS (ANSORY SIREGAR):

Yang kedua itu sebaiknya, terkait Jaminan Kesehatan Nasional. Jadi yg ditulis terlebih dahulu Jaminan Kesehatan Nasional terlebih dahulu, baru Kartu Indonesia Sehat. Sesuai dengan undangan dan sesuai juga dengan makalah.

KETUA RAPAT:

Pak Ansory ini dulu termasuk yang membidani.
Jadi saya setuju saja.
Oke, bisa disetujui?

(RAPAT SETUJU)

Dengan demikian rumusan draft kesimpulan sudah disetujui dan menjadi keputusan Rapat Dengar Pendapat Umum pada hari ini.

Akhirnya kami atas nama Pimpinan beserta segenap Anggota Komisi IX DPR RI mengucapkan terima kasih sebesar-besarnya dan mohon maaf bila ada kata-kata yang kurang berkenan.

Sebelum rapat kami akhiri, kami persilakan kepada nara sumber untuk menyampaikan sepatah dua patah kata sebagai penutup.

Silakan Pak.

dr. SULASTOMO :

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Pertama kami sangat menghargai dan mungkin berharap besar atas perhatian Komisi IX terhadap masalah-masalah yang menyangkut Jaminan

Kesehatan dan barang kali juga jaminan sosial yang lainnya. Oleh karena jaminan sosial yang lainnya itu tidak kalah pentingnya bagi kita semuanya, yang Insya Allah akan dimulai pada Tahun 2015.

Sekarang tinggal 1,5 bulan tapi regulasinya belum terbit. Artinya regulasi turunan undang-undang BPJS dan SJSN itu belum terbit, sehingga nanti jangan sampai terjadi keributan pada awal pelaksanaan jaminan sosial tersebut. dan kami *Insya Allah* bersedia untuk selalu melakukan diskusi, tukar menukar fikiran kapan saja dan dimana saja.

Terima kasih.

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh.

Prof. Dr. HASBULLAH TABRANI, MPH:

Saya juga menghaturkan terima kasih kepada Komisi IX yang telah secara terbuka sekali menurut saya, yang sudah ingin memperbaiki bersama-sama dengan kami, karena kami Pakar ini kadang-kadang dijuluki apa-apa selalu dibuat sukar, karena memang banyak hal yang kami ingin sampaikan. Seperti di Papua banyak kurang ada fasilitas tapi kita harus jalani, banyak kami temui dari studi-studi kami, kalau tidak ada komunikasi seperti ini studi kami hanya masuk di perpustakaan dan tidak berwujud kepada perubahan kebijakan. Pola ini menurut saya akan sangat bagus, kami bisa berkomunikasi.

Insya Allah kita bersama-sama bisa memperbaiki sistem kesehatan kita.

Terima kasih.

KETUA RAPAT:

Baik, terima kasih.

Dengan demikian mari sama-sama kita ucapkansyukur Alhamdulillah dan rapat saya akhiri.

Selamat siang.

Assalamu'alaikum Warahmatullahi Wabarakatuh

RAPAT DIAKHIRI PKL. 12.35 WIB

**a.n. KETUA RAPAT
SEKRETARIS RAPAT,**

ttd.

DRA. TRI UDIARTININGRUM