



**DEWAN PERWAKILAN RAKYAT
REPUBLIC INDONESIA**

**RISALAH
RAPAT KERJA KOMISI IX DPR RI
DENGAN MENTERI KESEHATAN, DJSN, DIREKTUR BPJS KESEHATAN,
DEWAS BPJS KESEHATAN, PERSI, ARSSI, ARSADA, DAN APKESMI**

- Tahun Sidang : 2024-2025
Masa Persidangan : III
Jenis Rapat : Rapat Kerja
Sifat Rapat : Terbuka
Hari & Tanggal Rapat : Senin, 26 Mei 2025
Tempat : Ruang Rapat Komisi IX DPR RI
Acara : 1. Membahas evaluasi mekanisme pembayaran ke fasilitas pelayanan kesehatan, termasuk laporan *dispute* klaim, klaim yang *pending*, dibatalkan dan belum dibayarkan;
2. Membahas kebijakan pelayanan kesehatan Program JKN, termasuk peningkatan akses layanan melalui pemanfaatan infrastruktur digital;
3. Membahas kesiapan penerapan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS).
- Waktu : Pukul 13.27 s.d. 20.33 WIB
Ketua Rapat : drg. Putih Sari (Wakil Ketua Komisi IX DPR RI/ F-P. GERINDRA)
Sekretaris Rapat : Ida Nuryati, S.Sos, M.A (Kepala Bagian Sekretariat Komisi IX DPR RI)
Hadir : **A. PIMPINAN DAN ANGGOTA:**
27 orang Anggota hadir dari 43 orang Anggota dengan rincian sebagai berikut:
- I. PIMPINAN:**
1. Felly Estelita Runtuwene, S.E (Ketua Komisi IX DPR RI/ F-P. NASDEM)
 2. Charles Honoris (Wakil Ketua Komisi IX DPR RI/ F-PDI PERJUANGAN)
 3. drg. Putih Sari (Wakil Ketua Komisi IX DPR RI/ F-P. GERINDRA)

II. ANGGOTA:

**FRAKSI PARTAI DEMOKRASI INDONESIA
PERJUANGAN (F-PDI PERJUANGAN)**

4 orang Anggota dari 7 Anggota

1. Dr. H. Edy Wuryanto, S.KP.,M.Kep
2. Sukur H. Nababan, S.T.
3. Indah Kurnia
4. Dr. Sihar P.H. Sitorus, BSBA., M.B.A.

**FRAKSI PARTAI GOLONGAN KARYA
(F-P. GOLKAR)**

5 orang Anggota dari 7 Anggota

1. dr. Maharani
2. Ravindra Airlangga, B.A., M.S
3. Ranny Fahd Arafiq
4. Dr. Ir. Heru Tjahjono, M.M.
5. H. Tubagus Haerul Jaman, S.E.

**FRAKSI PARTAI GERAKAN INDONESIA
RAYA (F-P. GERINDRA)**

2 orang Anggota dari 5 Anggota

1. Ir. Sri Meliyana
2. Obon Tabroni

**FRAKSI PARTAI NASIONAL DEMOKRAT
(F-P. NASDEM)**

3 orang Anggota dari 4 Anggota

1. Irma Suryani, S.E., M.M.
2. Rahmawati Herdian, S.H., M.Kn.
3. Nurhadi, S.Pd., M.H.

**FRAKSI PARTAI KEBANGKITAN BANGSA
(F-PKB)**

3 orang Anggota dari 4 Anggota

1. Zainul Munasichin
2. H. Asep Romy Romaya
3. Neng Eem Marhamah Zulfa Hiz, S.Th.I.,
M.M.

**FRAKSI PARTAI KEADILAN SEJAHTERA
(F-PKS)**

4 orang Anggota dari 4 Anggota

1. Dr. Hj. Kurniasih Mufidayati, M.Si
2. drh. H. Achmad Ru'yat, M.Si
3. Dr. Hj. Netty Prasetyani, M.Si
4. H. Alifudin, S.E., M.M

**FRAKSI PARTAI AMANAT NASIONAL
(F-PAN)**

1 orang Anggota dari 4 Anggota

1. H.M. Muazzim Akbar, S.I.P

**FRAKSI PARTAI DEMOKRAT
(F-P. DEMOKRAT)**

2 orang Anggota dari 3 Anggota

1. dr. Hj. Cellica Nurrachadiana
2. Tutik Kusuma Wardhani, S.E., M.M., M.Kes.

B. UNDANGAN:

1. Menteri Kesehatan RI (Ir. Budi Gunadi Sadikin, CHFC., CLU.)
2. Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan RI (Kunta Wibawa Dasa Nugraha, S.E., M.A., Ph.D.)
3. Direktur Jenderal Kesehatan Primer dan Komunitas Kementerian Kesehatan RI (dr. Maria Endang Sumiwi, M.P.H.)
4. Direktur Jenderal Kesehatan Lanjutan Kementerian Kesehatan RI (dr. Azhar Jaya, S.H., S.K.M., MARS.)
5. Kepala Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI (Prof. Asnawi Abdullah, S.K.M., M.HSM, MSc.HPPF., DLSHTM, Ph.D.)
6. Staf Khusus Menteri Bidang Pembiayaan Kesehatan Kementerian Kesehatan RI (Prastuti Soewondo)
7. Ketua Komisi PME DJSN (Muttaqien, S.S., M.P.H., AAK.)
8. Wakil Ketua PME DJSN (Nikodemus Beriman Purba, S.Psi., M.H.)
9. Ketua Komjakum DJSN (Drs. Paulus Agung Pambudhi, M.M.)
10. Anggota DJSN (Dr. Mahesa)
11. Sekretaris DJSN (Dr. Imron Rosadi, S.Sos., M.Si.)
12. Anggota DJSN (Hermansah)
13. Anggota DJSN (Syamsyul Pasaribu)
14. Direktur Utama BPJS Kesehatan (Prof. dr. Ali Ghufron Mukti, M.Sc., Ph.D., AAK.)
15. Direktur Teknologi Informasi BPJS Kesehatan (Dr. Ir. Edwin Aristiawan, M.M.)

16. Direktur Keuangan dan Investasi BPJS Kesehatan (Arief Witjaksono Juwono Putro, S.E., M.M., M.Hum., C.S.A., AAAK.)
17. Direktur Jaminan Pelayanan Kesehatan BPJS Kesehatan (dr. Lily Kresnowati, M.Kes.)
18. Ketua Dewan Pengawas BPJS Kesehatan (Prof. Dr. Abdul Kadir, Ph.D, Sp.THT-KL(K), MARS.)
19. Anggota Dewan Pengawas BPJS Kesehatan (Indra Yana)
20. Anggota Dewan Pengawas BPJS Kesehatan (Iftida Yasar)
21. Anggota Dewan Pengawas BPJS Kesehatan (Inda Deryanne)
22. Anggota Dewan Pengawas BPJS Kesehatan (R.M. Wiwieng Handayaningsih)
23. Anggota Dewan Pengawas BPJS Kesehatan (Ibnu Naser Arrohim)
24. Wakil Sekretaris Umum PERSI (dr. Tri Hesty Widyastoeti, Sp.M., M.P.H.)
25. Ketua Kompartemen Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan PERSI (dr. Kalsum Komaryani, M.P.P.M.)
26. Anggota Kompartemen Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan PERSI (Aliyus Kusumaningrum, S.K.M., M.P.H.)
27. Anggota Kompartemen Hukum, Advokasi, Mediasi, dan Organisasi PERSI (Yuliana Sriwahyuni, S.H., M.H., M.P.H.)
28. Staf Sekretariat PERSI (Novita Sari Tri Utamy Pamungkas, S.K.M.)
29. Ketua Umum ARSSI (dr. ling Ichsan Hanafi, MARS., H.)
30. Sekretaris Jenderal ARSSI (dr. Noor Arida Sofiana, MBA., M.H., CMC.)
31. Kompartemen Hukum, Etika & Advokasi ARSSI (dr. Hadi Wijaya, M.P.H., M.H.Kes.)
32. Kompartemen Jaminan Kesehatan & Asuransi ARSSI
33. Ketua Umum ARSADA (dr. Zainoel Arifin, M.Kes.)
34. Bidang JKN ARSADA (dr. Ida Bagus Nyoman Banjar, M.K.M.)
35. Ketua Departemen Humas DPP APKESMI (dr. Irma Yunita, M.K.M.)

36. Ketua Departemen Kerja Sama Antar Lembaga DPP APKESMI (Sarkundina, S.K.M., M.M.)
37. Sekretaris Bidang Mutu dan Program Kesehatan DPP APKESMI (dr. Fitria Oriza, M.K.M.)

JALANNYA RAPAT:

(RAPAT DIBUKA PUKUL 13.27 WIB)

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Bisa kita mulai, ya, Bapak/Ibu semuanya.

*Bismillahirrahmanirrahim,
Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh,
Selamat siang,
Salam sejahtera untuk kita semua,
Namo buddhaya,
Salam kebajikan.*

**Yang kami hormati Bapak/Ibu Pimpinan dan juga Anggota Komisi IX DPR RI,
Yang kami hormati Menteri Kesehatan Republik Indonesia beserta seluruh
Jajaran,
Yang kami hormati Ketua Dewan Jaminan Sosial Nasional beserta Jajaran,
Yang kami hormati Ketua Dewan Pengawas BPJS Kesehatan beserta
Jajaran,
Yang kami hormati Direktur Utama BPJS Kesehatan beserta seluruh Jajaran,
Yang kami hormati Ketua Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia
(PERSI) beserta seluruh Jajaran,
Yang kami hormati Ketua Asosiasi Rumah Sakit Swasta Indonesia (ARSSI)
beserta seluruh Jajaran,
Yang kami hormati Ketua Asosiasi Rumah Sakit Daerah Seluruh Indonesia
(ARSADA) beserta Jajaran,
Yang kami hormati juga Ketua Akselerasi Puskesmas Indonesia (APKESMI),
ya, beserta seluruh Jajaran yang hadir,
Bapak/Ibu semua hadirin yang berbahagia.**

Puji syukur tentunya sama-sama kita panjatkan ke hadirat Allah *Subhanahu
Wa Ta'ala*, Tuhan Yang Maha Kuasa atas segala limpahan rahmat, hidayah, dan
nikmat sehat pada kita semua, ya, sehingga kita pada hari ini bisa melaksanakan
Rapat Kerja Komisi IX DPR RI. Sebelum kita memulai rapat Bapak/Ibu semua,
alangkah baiknya tentunya kita mulai dengan berdoa terlebih dahulu, ya, agar
pelaksanaan rapat kerja kita mendapatkan *ridho* dan mendapatkan nantinya
kesimpulan yang membawa manfaat untuk seluruh masyarakat Indonesia.

Berdoa dimulai.

(BERDOA)

Berdoa selesai.

Berdasarkan data dari sekretariat, Anggota Komisi IX yang hadir secara jumlah fraksi ada 6 fraksi dari 8 fraksi,, ya, ,dan beberapa anggota ini izin. Jadi, tentunya, berdasarkan Peraturan DPR RI Nomor 1 Tahun 2020 tentang Tata Tertib DPR RI, ya, ini di bisa dilanjutkan,, ya, ,dan rapat hari ini dengan meminta persetujuan dari Bapak/Ibu semua, kita laksanakan secara terbuka, setuju, ya, Bapak/Ibu, ya? *Oke.*

(RAPAT: TERBUKA)

Mengenai waktu rapat kami tawarkan sekarang sudah jam 13.30, ya. Kami tawarkan sampai dengan pukul mungkin 15.30 terlebih dahulu ya, apabila nanti perlu ada penambahan kita bisa perpanjang. Disetujui, ya, Bapak/Ibu?

(RAPAT: SETUJU)

**Bapak dan Ibu sekalian,
Para tamu undangan yang hadir pada hari ini.**

Agenda rapat kerja kita pada hari ini ada tiga agendanya, yaitu yang pertama membahas terkait evaluasi mekanisme pembayaran ke fasilitas pelayanan kesehatan termasuk laporan *dispute claim*, klaim yang *pending*, klaim yang dibatalkan, dan juga belum dibayarkan. Yang kedua, membahas terkait dengan kebijakan pelayanan kesehatan program JKN, termasuk terkait dengan peningkatan akses layanan melalui pemanfaatan infrastruktur digital. Dan yang ketiga, juga membahas tentang kesiapan penerapan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS), ya, yang beberapa waktu yang lalu beberapa kali juga kita bahas, ya, terkait dengan penerapan KRIS ini.

Sebelum mendengarkan paparan dari para mitra-mitra tamu undangan yang hadir, mungkin bisa disepakati terlebih dahulu agar ini karena cukup banyak, ya, ada mungkin 8 yang nanti akan menyampaikan paparannya. Jadi, izin, saya menawarkan waktu 10 sampai 15 menit terlebih dahulu untuk masing-masing nanti bisa menyampaikan hal-hal yang terkait dengan agenda rapat kita hari ini. Bisa setuju, ya, 10 sampai 15 menit, ya?

Baik, untuk itu, Bapak/Ibu, sekalian, kesempatan pertama kami persilakan kepada Menteri Kesehatan Republik Indonesia untuk menyampaikan paparannya.

MENTERI KESEHATAN RI (Ir. BUDI GUNADI SADIKIN, CHFC., CLU.)

Terima kasih, Ibu Pimpinan.

**Bapak/Ibu Anggota Dewan yang kami hormati,
Rekan-rekan dari Kementerian/Lembaga yang hadir pada hari ini.**

Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.

Langsung bisa ke *next slide*. Jadi saya akan memaparkan secara singkat mengenai masalah *dispute claim* dan klaim *pending*. Saya rasa memang nanti paparan lengkapnya ada dari BPJS tapi kita menyampaikan dari sisi rumah sakit Kemenkes kan, kita ada beberapa rumah sakit Kemenkes. Kemudian kedua, mengenai kebijakan pelayanan kesehatan program JKN, termasuk di dalamnya infrastruktur digital yang rencananya kita bangun, dan ketiga mengenai KRIS.

Yang pertama, kalau di halaman berikutnya kita bisa lihat bahwa di tahun 2024, 12 rumah sakit Kemenkes memiliki total *pending claim* sebesar 42,9 miliar. Ini 7% dari total nasional *pending claim*. Sedangkan *dispute*-nya *dispute* itu artinya yang belum dibayar, *pending* itu yang sedang dinegosiasikan dengan BPJS, itu sebesar 57,3 miliar, itu di tahun 2024, dan ini adalah *list* dari rumah sakit-rumah sakitnya.

Nah, untuk di tahun 2025, ada di halaman berikutnya, dari Januari sampai Maret kita ada data dari 6 Rumah Sakit Umum Kemenkes yang besar-besar, persentase dari *pending claim*-nya klaim yang *pendingnya* itu sebesar 9%, jadi masih sedikit di, kisarannya sama dengan yang sebelumnya. Dan paling besar kita lihat ada di RSCM, Rumah Sakit Sardjito dan Karyadi. Ini yang *pending claim* paling besar di rumah sakit Kemenkes, yang rumah sakit umum. Kalau *pending claim* yang rumah sakit khusus ada di halaman berikutnya, itu sedikit lebih besar, itu 15,4%, itu paling besar ada di Rumah Sakit Jantung Harapan Kita.

Di halaman selanjutnya, nilai totalnya *pending claim* di 12 rumah sakit Kemenkes Januari-Maret itu yang belum dibayar sebesar 204 miliar, jadi kalau kita lihat dibandingkan dengan angka sebelumnya 2024 memang ada peningkatan. Kemudian, *dispute claim*-nya dari 12 rumah sakit Kemenkes, 3 bulan pertama tahun ini 8,59 miliar. Ini kalau dijadikan satu tahun, dikalikan tiga, harusnya masih di bawah dibandingkan dengan yang tahun 2024. Jadi, kalau yang *pending claim*-nya di atas dibandingkan 2024, tapi yang *dispute claim*-nya kalau kita lihat di setahun kan dengan jumlah yang sama kira-kira itu masih di bawah dari rata-rata 2024.

Di halaman selanjutnya, ini adalah perbandingan saja Januari 2025, di mana saja sih karena *pending claim* ini banyak masalahnya. Kadang-kadang juga masalah administrasi di rumah sakitnya sendiri. Jadi, dengan demikian kita juga bisa melakukan standardisasi dari proses administrasi di rumah sakit-rumah sakit kita supaya bisa semuanya kalau bisa, ya, kayak PON lah, begitu, ya, jadi *pending claim*-nya rendah.

Nah, apa yang akan kita lakukan? Selain dari tadi Rumah Sakit Kemenkes, kita juga menerima beberapa masukan dari beberapa rumah sakit yang minta difasilitasi dengan BPJS. Walaupun sebenarnya mereka harusnya bisa langsung ke BPJS untuk membicarakan ini sama seperti kita, tapi di tahun 2024 sampai Mei kita sudah dapat 47 surat, itu ada dari rumah sakit kita sendiri, rumah sakit swasta,

RSUD, dan organisasi lain. Kalau dari sisi Kemenkes yang lainnya bisa kita teruskan, tapi untuk Rumah Sakit Kemenkes kita bantu penyelesaian dari *pending claim* dan *dispute claim*-nya.

Nah, apa yang sekarang sedang kita lakukan? Berdasarkan masukan-masukan di sini, kita akan merancang perpres yang baru. Nah kita akan memperbaiki beberapa proses-proses yang kita lihat bisa meningkatkan kualitas *processing* dari *pending claim* dan *dispute claim* ini. Antara lain waktunya, transparansinya, prosesnya juga diperjelas siapa yang bertanggung jawab apa, sehingga dengan demikian diharapkan ke depannya bisa jauh lebih baik lagi.

Nah, masuk topik yang kedua mengenai Pelayanan Kesehatan Program JKN. Ini yang sedang kita bicarakan mengenai revisi perpresnya. Mungkin nanti Teman-teman di DJSN bisa lebih rinci membahas mengenai hal ini, tapi secara garis besar yang kita bahas adalah isu mengenai pesertaan, kepesertaan misalnya saja mengenai pekerja migran Indonesia, itu sempat selalu ada masalah itu, nanti akan kita bahas ya. Kemudian para difabel, perubahan, perpindahan peserta di FKTP.

Kemudian dari sisi manfaatnya, kita juga akan ada diskusi mengenai selisih biaya obat atau juga koordinasi antar penyelenggara jaminan yang ini sebenarnya akan sangat membantu sistem kesehatan kita. Untuk penyelenggara pelayanan kesehatannya yang signifikan yang kita akan lakukan adalah proses rujukan itu bukan berbasis *size* dari rumah sakit, tapi berbasis kompetensi itu yang kita akan cukup *major* lah perubahannya. Terusny mengenai fasilitas pelayanan kesehatan, kita juga akan memperbaiki struktur *grouping* tarifnya kita. Yang dulu memakai modelnya Malaysia, sekarang akan memakai modelnya Indonesia yang sudah di-*develop* oleh profesional-profesional Indonesia. Ini akan kita terapkan, itu juga akan *major* perubahannya. Mengenai kendali mutu, kendali biaya, ini nanti ada penjelasannya di belakang. Dengan adanya digitalisasi ini akan jauh sangat membantu agar kita bisa melakukan kendali mutu dan kendali biaya yang baik dan beberapa masalah-masalah lain yang kita tangkap di kondisi sekarang yang kita akan masukkan ke rencana revisi perpres ya.

Nah, ada beberapa contohnya, saya akan cepat saja. Yang pertama adalah halaman selanjutnya ini mengenai perubahan *grouping*, ini sudah cukup jauh kita berjalan, mulai dari pembahasan rumah sakit, organisasi profesi, sudah bicara juga dengan BPJS, sudah kita simulasikan *costing*-nya, dan sekarang sedang sampai tahap terakhirnya, termasuk penentuan tarifnya agar ini *sustainable* ke depannya.

Kemudian yang kedua, di halaman berikutnya juga kita melihat bahwa kita akan memperbaiki sistem rujukan rumah sakit supaya memang benar-benar berbasis kompetensi, ya, bukan hanya berbasis jumlah tempat tidur sehingga ini akan memberikan insentif bagi rumah sakit-rumah sakit yang mungkin tidak besar dari sisi kapasitas tempat tidurnya, tapi bisa memberikan layanan-layanan yang

sifatnya *advanced* begitu, yang sifatnya canggih sehingga bisa melayani masyarakat kita dengan lebih baik lagi dengan memperbanyak lokasinya. Kita juga akan memperbaiki *routing*-nya, bagaimana proses rujukannya terjadi.

Ini di halaman berikutnya ada contohnya, dan ini bisa juga *by pass*. Jadi, kalau orang yang sudah ketahuan dengan RME sakitnya ini hanya bisa dilakukan di tingkat rujukan paling tinggi, dia enggak usah urut-urut kacang begitu naik ke rujukan berjenjang berikutnya, dia bisa langsung ke yang lebih tinggi karena memang di diagnosa sejak awal bahwa penyakitnya ini adalah penyakit yang kompleks. Dengan demikian sekaligus bisa mempermudah juga biaya BPJS-nya, tapi juga bisa mempercepat terutama pelayanan kesehatan pasiennya. Jadi, enggak usah mengikuti rujukan berjenjang.

Nah, mungkin yang saya ingin tambahkan di halaman selanjutnya adalah kewajiban memasukkan data di rumah sakit itu sudah keluar. Nah, sekarang kita tinggal mengejar implementasinya. Kalau data-data ini akan masuk, ini nanti akan mempermudah sistem kesehatan kita termasuk BPJS untuk mengecek validitasnya. Dengan adanya data-data secara digital ini, kita bisa menyederhanakan proses pelaporan dan klaim ke BPJS. Karena nanti *coding*-nya bisa dibikin *automatic*, banyak juga apa kalau ada kelainan-kelainan yang diberikan dalam bentuk perawatan atau pengobatan bisa dideteksi dini, teman-teman di BPJS juga bisa lebih mudah mengakses ke data-data ini sehingga dengan demikian proses apa pengajuan klaim, *reimbursement claim*, kalau ada *pending claim* atau *dispute claim*, semuanya akan jadi lebih mudah, karena berbasis data dan data ini formatnya akan sama secara nasional sehingga teman-teman di Dinas Kesehatan, BPJS, Kementerian Kesehatan juga bisa membandingkan rumah sakit mana yang memang prosesnya baik, rumah sakit mana yang tidak. BPJS juga bisa melihat efisiensi penanganan pasien jantung di satu rumah sakit dibandingkan dengan pasien jantung di rumah sakit lain, karena *database*-nya, datanya sekarang sudah masuk secara digital. Memang sekarang masih dalam proses pengisian data dari banyak rumah sakit-rumah sakit, belum semuanya memasukkan, tapi kewajibannya sudah keluar kita tinggal menekan *enforcement*-nya saja agar kewajiban itu dijalankan.

Untuk yang kelas rawat inap standar, kita sekarang memang ada *deadline* 30 Juni untuk bisa diterapkan, ya. Ini saya lewat saja ke halaman selanjutnya. Ini adalah gambaran rumah sakitnya kita dan ada sekitar 3.240 yang sudah kerja sama di BPJS ada 2.715. Jadi, ini yang nanti akan terutama terkena dengan kewajiban menerapkan KRIS.

Nah, data di halaman selanjutnya kita juga bisa lihat sebaran rumah sakitnya di mana saja yang bekerja sama dengan BPJS. Ini data-data sudah ada, saya lewatkan saja.

Di halaman 19 kita perhatikan ini adalah 12 kriteria KRIS, 12 kriteria KRIS yang harus dipenuhi dan mungkin yang penting di halaman selanjutnya, halaman

selanjutnya kita bisa lihat bahwa untuk mengejar target Juni 2025 sebenarnya sekitar hampir 90% ya, 88% itu sudah *ready*. Jadi, 1.436 rumah sakit itu sudah memenuhi, *sorry* Desember 2025, ya, 786 ini tinggal sedikit lagi yang mereka akan penuhi. Jadi, harusnya *by* 2025 itu bisa selesai hampir 90%, 88% harusnya bisa selesai. Memang yang agak bermasalah adalah sekitar 300 rumah sakit, ada sekitar 300-an rumah sakit yang memang belum memenuhi kriteria KRIS, tapi 90% dari 2.554 rumah sakit tadi, itu sebenarnya di akhir tahun ini harusnya sudah bisa memenuhi. Nah, mana yang paling susah untuk dipenuhi begitu, ya, supaya kita bisa mengukur ininya kompleksitasnya seperti apa. Yang paling susah adalah, sebenarnya nomor 1 enggak terlalu susah, saya juga bingung kenapa itu susah. Ini adalah kelengkapan tempat tidur, satu tempat tidur itu harus ada colokan listrik, dua stop kontak sama bel buat memanggil *nurse*. Nah, ini yang paling banyak tidak lengkap rumah sakit-rumah sakit, paling banyak tidak lengkap, ada sekitar 16% yang belum lengkap.

Kemudian yang kedua, juga harusnya enggak susah, tirai atau partisi antar tempat tidur. Dari yang kita survei tadi yang sisanya 300 yang belum lengkap, ini yang paling banyak enggak lengkapnya itu adalah tirai/partisi antar tempat tidur. Nah, yang ketiga ini yang mungkin agak sulit, yaitu kepadatan ruang rawat dan kualitas tempat tidur. Jadi, yang di, kita tekankan adalah untuk kelas 1, kelas 2 maksimal untuk KRIS itu 4, maksimal 4 atau jaraknya maksimal, minimal 1,5 meter. Nah, ini yang mungkin membutuhkan apa mungkin renovasi sedikit dari ruangan atau kita mesti geser-geser tempat tidur, tapi yang nomor 1 dan nomor 2 kalau saya lihat sih seharusnya tidak terlalu sulit.

Ini halaman terakhir saya Bapak/Ibu, untuk yang *pending* dan *dispute*, sekarang kita sedang bicara dengan DJSN dan BPJS agar perpres ini bisa memperbaiki kekurangan-kekurangan apa yang mesti kita lakukan. Kemudian dari sisi reformasi JKN, penting buat kita, kita akan mengubah mekanisme rujukannya, agar bagi masyarakat yang sakit lebih cepat bisa terlayani ya, lebih cepat bisa terlayani, dan juga kita yang 2B-nya akan mengubah *grouping*-nya. Dari *grouping*-nya berdasarkan model di Malaysia dulu, ini berdasarkan model di Indonesia agar lebih mudah bagi masyarakat untuk mendapatkan pelayanan sampai selesai, begitu, ya, mendapatkan pelayanan sampai selesai.

Kemudian yang 2C, kita akan mempercepat implementasi apa rekam medik elektronik supaya ini bisa dimanfaatkan oleh BPJS, bisa dimanfaatkan juga oleh rumah sakitnya untuk mempercepat proses kliniknya. Kemudian yang nomor 5 dan nomor 6 mengenai KRIS, kita sekarang sedang dalam proses untuk finalisasi Peraturan Menteri Kesehatannya dan memang setelah kita lihat kalau kita mau kejar 90% *lah*, selesai, kita usulkan yang dari Juni diperpanjang sampai 31 Desember 2025. Karena seperti yang tadi kita lihat harusnya 90% itu selesai di 2025.

Untuk pikiran Bapak/Ibu, ini sudah 5 tahun, ya, kalau enggak salah, ya, sejak pertama kali keluar sudah berapa tahun kita mau ini, dari 2020, ya, dari 2020.

Jadi, sebenarnya waktunya sih sudah cukup lama untuk implementasi ini, tapi kalau kita lihat tadi,, ya, harusnya di Desember 2025 90% sih sudah *ready*, nanti yang sisanya tinggal kita kejar. Karena tiga hal tadi, ya, yang paling hambatan nomor 1 bel sama stop kontak, yang nomor 2 partisi, itu yang penyebabnya, tirai partisi, dan yang nomor tiga adalah jumlah tempat tidur.

Mungkin dari kami demikian Ibu, terima kasih.

Wassalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Walaikumsalam.

Terima kasih, Pak Menteri.

Selanjutnya kami persilakan dari Dewan Jaminan Sosial Nasional.

KETUA KOMISI PENGAWASAN, MONITORING, DAN EVALUASI DEWAN JAMINAN SOSIAL NASIONAL (MUTTAQIEN S.S., MPH., AAK.):

Baik. Terima kasih, Bu Pimpinan.

Yang kami hormati Pimpinan Komisi IX dan seluruh Anggota, Pak Menteri Kesehatan dan Jajaran, Dewas BPJS Kesehatan dan Jajaran, Direktur Utama BPJS Kesehatan, Seluruh asosiasi profesi yang hadir di dalam pertemuan ini dari PERSI, ARSSI, ARSADA, dan APKESMI.

Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.

Yang pertama, kami memohonkan izin dulu terkait dengan ketidakhadiran dari Ketua DJSN karena sedang sakit begitu, ya, sehingga kami diminta untuk menggantikan. Berenam ini, Pak/Bu Pimpinan, jadi kami dari Ketua Komisi PME dan Pak Agung tadi Ketua Komisi Kebijakan Umum beserta dengan Anggota DJSN lainnya.

Yang kedua, mungkin boleh kami mulai dengan pantun dulu Bu Pimpinan. Sudah lama tidak dengar pantun di ruangan ini.

*Sidang RDP siang dimulai,
Ruang rapat semangat membangun negeri,
JKN kita rawat dengan nurani,
Bersama Komisi IX kita perbaiki.*

Baik. Terima kasih, Bu Pimpinan.

Yang pertama tentu kami ingin menyampaikan tiga *outline* agenda RDP yang disampaikan kepada kami untuk paparan di dalam rapat kali ini. Yang pertama tentang bagaimana evaluasi terhadap klaim *dispute*, klaim itu tertutup. Klaim *pending* ke fasilitas kesehatan, yang kedua tentang kebijakan pelayanan kesehatan Program JKN, dan yang ketiga kesiapan penerapan KRIS JKN. *Next*.

Nah, yang pertama terkait dengan evaluasi klaim *dispute*, klaim *pending*, dan ke fasilitas kesehatan. Pertama, memang kami melihat secara data yang diterima DJSN memang terjadi peningkatan klaim *pending* dan klaim *dispute* di tahun 2024. Kalau kita lihat memang secara biaya maupun secara kasus terjadi peningkatan yang cukup tinggi. Jadi, kalau kita lihat itu dari bulan Juli sampai dengan Desember 2024. Begitu juga dengan jumlah klaim *dispute*-nya. Oleh karena itu, ketika kami mendapatkan berbagai laporan dari rumah sakit yang disampaikan langsung ke DJSN maupun dari asosiasi faskes, dari PERSI dan ARSSI secara langsung melakukan audiensi ke DJSN terkait dengan peningkatan *pending* dan *dispute* tersebut.

Selanjutnya, berdasarkan laporan dari rumah sakit, laporan dari asosiasi profesi, faskes, dari PERSI dan ARSSI, maka kemudian kami melakukan pembahasan pengaduan dari klaim *pending* dan *dispute* tersebut dengan Dewas dan Direksi BPJS Kesehatan. Selanjutnya, juga kami melakukan monev ke lapangan terkait dengan kejadian tersebut. Berdasarkan dari pengaduan tersebut, maka salah satu yang dilakukan oleh DJSN untuk sebagai tindak lanjut dari klaim *pending* dan klaim *dispute* tersebut, maka kami mengeluarkan Keputusan DJSN Nomor 1 Tahun 2025 tentang Penetapan Penyesuaian Target Kinerja BPJS Kesehatan Tahun 2025 yang dimasukkan ke dalam beberapa indikator terkait penyelesaian kasus *pending claim* tersebut. Jadi, ini salah satu yang kita lakukan. Kalau dilihat dari penyesuaian target ICK tersebut ada tiga hal yang secara langsung berhubungan dengan klaim *pending* dan klaim *dispute* tersebut. Yang pertama tentang pembahasan kasus *pending claim* bersama DJSN, Kementerian Kesehatan dan Kementerian Keuangan. Jadi, kami harapkan nanti secara rutin setiap 3 bulan akan ada pertemuan pembahasan di antara 3 lembaga ini, DJSN, Kemenkes dan Kemenkeu bersama dengan BPJS Kesehatan untuk pembahasan kasus-kasus klaim *pending* yang ada. Pertemuan terdekat kami akan jadwalkan di bulan Juni depan.

Selanjutnya yang kedua adalah waktu penyelesaian dari klaim *pending* maksimal 3 bulan. Jadi, dalam pertemuan setelah selesai dalam pertemuan rutin, kita harapkan beberapa kasus-kasus penyelesaian itu diselesaikan di dalam waktu maksimal 3 bulan.

Yang ketiga adalah penyelesaian *dispute claim* dan pengembalian harus dilaporkan ke DJSN setiap 3 bulan sekali. Jadi, ini adalah upaya kami dalam merespons pengaduan-pengaduan terkait dengan peningkatan *pending* di tahun

2024. *Next.*

Selanjutnya, kami juga melakukan monev terkait dengan klaim *pending* dan klaim *dispute* itu di lapangan. Jadi ada kunjungan ke beberapa rumah sakit yang ditemukan adalah adanya dokumen klaim yang tidak cukup jelas menggambarkan bukti pelayanan kesehatan yang diberikan. Yang kedua, mayoritas klaim tertunda karena dokumen tidak lengkap atau tidak sesuai sebagian di antaranya memang berujung kepada *dispute* kepada sengketa klaim. Yang ketiga, klaim tidak dapat dibayarkan karena ada indikasi adanya kecurangan seperti misalnya *upcoding* dan memerlukan pemeriksaan lebih lanjut. Yang keempat, ditemukannya adanya umpan balik dari verifikasi BPJS Kesehatan yang kurang jelas pada pihak rumah sakit. Jadi, ini memang secara fakta lapangan kami temukan, misalnya bagaimana kami melihat dokumen-dokumen pengembalian dari verifikasi dari BPJS Kesehatan. Yang selanjutnya, beberapa klaim tertunda karena terkait dengan klaim Jasa Raharja atau kasus kecelakaan lalu lintas dan yang penting adalah kami melihat masih diperlukan beberapa perbaikan-perbaikan klaim, begitu, ya, verifikasi klaim berbasis pada teknologi informasi maupun penguatan SDM untuk verifikator. *Next.*

Yang kedua, terkait dengan kebijakan kesehatan Program JKN. Yang pertama, kami kembali lagi menyampaikan bahwa terkait dengan meningkatkan pelayanan kesehatan dalam Program JKN melalui indikator Capaian Kinerja BPJS Kesehatan Tahun 2025. Jadi dari Keputusan DJSN Nomor 1 Tahun 2025, ada 4 perspektif yang kita sepakati. Yang pertama kepesertaan, yang kedua pelayanan, yang ketiga keuangan, dan yang keempat adalah organisasi. Nah, perspektif dari indikator pelayanan ini terdapat 17 indikator yang menjadi area penilaian kinerja dan BPJS Kesehatan di tahun 2025 ini. *Next,*

Nah, ini ada 10 indikator dari perspektif pelayanan dari tingkat kepuasan peserta, kesesuaian implementasi kontrak bersama BPJS dan FKRTL sampai kepada yang ke 10, implementasi kebijakan terkait dengan KBK (Kapitasi Berbasis Kinerja) dan PRB, penguatan dari Program Rujuk Balik. *Next.*

Yang selanjutnya kami juga, Bapak/Ibu sekalian, kami sampaikan, kami melihat penting untuk bagaimana memperkuat edukasi publik di jaminan sosial ini, sehingga kami mendorong bersama dengan Kemenko Pemberdayaan Masyarakat, Kemendikdasmen, Kemendikisaintek, Kemenag, BPJS Ketenagakerjaan, dan juga BPJS Kesehatan untuk membangun, mendorong integrasi muatan jaminan sosial ke dalam dunia pendidikan, dari tingkat pendidikan usia dini sampai nanti ke perguruan tinggi. Yang sudah berjalan selama ini di tingkat SMA kita sudah melakukan penyusunan modul, sudah lakukan ToT-ToT bagi para guru di 11 titik lokasi, sudah ada uji coba di berapa sekolah, dan di dalam pengawasan kami sudah ada sekolah yang melaksanakan integrasi ini di 25 sekolah yang terpantau. Sedangkan di tingkat SMP, kita tahun ini akan melakukan *piloting* di beberapa sekolah yang ada di Jakarta. Sedangkan di perguruan tinggi kita harapkan ada 5 perguruan tinggi yang bisa dilakukan di

tahun ini, dan kita harapkan nanti akan semakin berkembang, sehingga pemahaman masyarakat terkait dengan jaminan sosial ini akan lebih baik lagi. *Next.*

Yang ketiga, terakhir, terkait dengan kesiapan penerapan KRIS JKN.

Bapak/Ibu sekalian.

Ini progres kelompok kerja yang dibangun DJSN bersama dengan Kementerian Kesehatan, Kementerian Keuangan, dan juga BPJS Kesehatan, serta dibantu juga oleh aktuaris independen. Jadi, sejak bulan Juni sampai dengan Mei yang sekarang ini kita selesaikan untuk di bulan Juni, Pembentukan Tim Panitia Kerja berdasarkan Keputusan DJSN Nomor 8 Tahun 2024. Kemudian sejak Juli sampai Desember 2024, sudah dilakukan pembahasan *baseline*, asumsi, pengumpulan data, serta analisis bauran kebijakan yang dibutuhkan dalam perhitungan aktuarial manfaat tarif dan iuran JKN. Yang di Januari sampai Maret, DJSN sudah melakukan perhitungan manfaat tarif dan iuran JKN dibantu oleh konsultan independen bersama Kemenkeu, Kemenkes, dan BPJS Kesehatan. Pada bulan April sudah dilakukan Rapat Tingkat Menteri, ya, terkait dengan Arah Kebijakan Program Jaminan Kesehatan Nasional dan sekarang tadi disampaikan oleh Pak Menkes sedang pembahasan PAK tentang Perubahan Perpres tentang Jaminan Kesehatan yang di *kick off* tanggal 9 Mei 2025 lalu. *Next.*

Ini terkait dengan Ketahanan DJS Kesehatan 2019, ya, sampai 2025, jadi kalau secara data kita melihat memang ketahanan DJS kita sampai bulan April 2025 ini sekitar 3,05 kali bulan untuk pembayaran, sedangkan diproyeksikan di akhir tahun 2024 adalah 0,62 kali dan dengan rasio klaim sekarang di April 2025 dengan 106,6%, sedangkan diproyeksikan di Desember 2025 111,8%. Jadi, ini memang kami membutuhkan kerja sama, mungkin diskusi dengan Komisi IX terkait dengan pentingnya kita mendiskusikan ketahanan keberlanjutan dari Program JKN ini agar lebih baik ke depannya. *Next.*

Selanjutnya, terkait dengan KRIS juga kami mendapatkan banyak masukan, diskusi dari *stakeholder* terkait dengan pihak-pihak yang ada terkait dengan KRIS. Yang pertama, audiensi dengan PERSI dan ARSSI ke DJSN. PERSI ini, Bapak/Ibu sekalian, sudah 5 kali, ya, ke DJSN untuk bagaimana mendiskusikan terkait dengan perbaikan-perbaikan di Program JKN. Yang pertama, yang kami tangkap dari audiensi tersebut, yang pertama berkaitan membutuhkan kepastian terhadap regulasi dari KRIS, yang kedua perlu dilakukan secara bertahap, yang ketiga penyesuaian tarif faskes, yang keempat perlunya pengaturan terkait mekanisme dan selisih biaya, yang kelima tidak mengganggu akses peserta, dan yang keenam perlunya pelibatan asosiasi faskes dalam penyusunan regulasi.

Yang selanjutnya, aspirasi dari APINDO yang kami dapatkan suratnya langsung juga bahwa kebijakan KRIS agar tidak menyebabkan penurunan kualitas

layanan yang diterima oleh peserta JKN. Yang kedua, pelaksanaan KRIS harus menjamin yang tidak berkurangnya ketersediaan kamar rawat inap. Yang ketiga, implementasi KRIS agar tidak menyebabkan kenaikan iuran JKN. Yang keempat, pemerintah perlu menjamin diterapkannya sistem koordinasi manfaat atau CoB (*Coordination of Benefit*) dalam pelayanan BPJS Kesehatan, dan yang kelima, implementasi KRIS perlu disertai masa penyesuaian yang realistis dan terukur.

Selanjutnya dari Forum Jaminan Sosial Serikat Pekerja Serikat Buruh, dan DPP KSBSI yang melakukan audiensi dengan DJSN. Yang pertama, serikat pekerja mendukung perbaikan mutu layanan dari JKN. Yang kedua, menolak pelaksanaan KRIS satu ruang perawatan dan kenaikan iuran dengan pertimbangan adanya kekhawatiran penurunan manfaat, pelayanan kesehatan, peningkatan OOP dan memberatkan masyarakat. Yang ketiga, mendesak pemerintah untuk melibatkan masyarakat (*meaningful participation*) dalam pembahasan KRIS. Dan yang keempat berharap KRIS dilaksanakan dengan tetap 3 kelas atau maksimal dengan 2 kelas. Jadi, ini beberapa masukan yang kami terima dan tentu menjadi penting untuk kami diskusikan di tingkat DJSN dan kementerian lain yang terlibat. *Next*.

Kemudian pelaksanaan *monitoring* dan evaluasi DJSN terkait dengan KRIS. Beberapa temuan lapangan yang didapatkan bahwa dalam *spot check* yang dilakukan rumah sakit swasta maupun pemerintah masih memerlukan waktu untuk mempersiapkan dari KRIS. Yang misalnya beberapa temuan, beberapa kamar mengalami kelembapan karena kurangnya ventilasi, pintu kamar mandi hanya dapat dibuka dari satu sisi, beberapa kamar memiliki pencahayaan yang kurang, maupun AC-nya belum dilengkapi atau oksigennya, dan mungkin beberapa temuan lain yang memang menunjukkan masih dibutuhkan persiapan di sisi rumah sakit. Yang terakhir, rumah sakit swasta membutuhkan anggaran dan investasi untuk mendukung pelaksanaan dari KRIS ini.

Terakhir, *next*. Nah, terkait dengan kebijakan KRIS, hal-hal yang perlu menjadi perhatian. Yang pertama, rencana penerapan KRIS JKN dilakukan dengan prinsip kehati-hatian dan dilakukan secara bertahap. Yang kedua, perlu mempertimbangkan kemampuan fiskal pemerintah dan kemampuan masyarakat dalam penyesuaian manfaat, tarif, dan iuran. Yang ketiga, penerimaan publik terhadap perubahan manfaat dan iuran JKN perlu menjadi perhatian sebagaimana yang disampaikan sebelumnya. Yang keempat, memperhatikan ketahanan Dana Jaminan Sosial Kesehatan. Yang kelima, memperhatikan hasil uji coba terhadap penerapan tarif baru iDRG yang sudah termasuk KRIS di dalamnya. Enam, penerapan urun biaya pada kasus tertentu secara bertahap, dan yang ketujuh, penerapan KRIS tidak mengurangi akses masyarakat untuk mendapatkan kamar rawat inap dengan potensi peningkatan BOR rumah sakit.

Saya sampaikan demikian, Pimpinan, yang saya sampaikan, terima kasih.

Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Walaikumsalam.

Terima kasih, Bapak dari DJSN.

Langsung saja dilanjutkan dari Dewan Pengawas BPJS Kesehatan, Pak Abdul Kadir, silakan.

KETUA DEWAN PENGAWAS BPJS KESEHATAN (Prof. dr. ABDUL KADIR Ph.D, Sp.THT-KL(K), MARS.):

Terima kasih.

Pimpinan Sidang dan juga tentunya Bapak dan Ibu Anggota Komisi IX, Yang kami hormati Bapak Menteri Kesehatan dan seluruh Jajarannya, Bapak Ketua DJSN, Ketua PERSI, Ketua ARSI, Ketua ARSADA, dan juga tentunya Direktur Utama BPJS Kesehatan, dan Para Teman-teman Anggota Dewan BPJS Kesehatan yang kami hormati.

Baiklah, sesuai dengan permintaan daripada Komisi IX, maka tentunya kami juga akan memaparkan tentang paparan Dewan Pengawas dalam rangka Rapat Dengar Pendapat dengan Komisi IX. Ada tiga topik, saya kira yang akan kami sampaikan, yang pertama adalah agenda tentang mekanisme pembayaran klaim fasilitas pelayanan kesehatan, yang kedua mengenai kebijakan pelayanan kesehatan, dan pelaksanaan implementasi terhadap KRIS.

Lanjut *slide* berikut. Ya, lanjut.

Mengenai pembayaran klaim fasilitas pelayanan kesehatan, tentunya kita melihat bahwa tadi dari DJSN sudah memaparkan tentang bagaimana prediksi atau proyeksi daripada ketahanan DJS kita. Ini juga tentunya akibat dampak dari adanya Permenkes Nomor 3 Tahun 2003 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan di mana terjadi kenaikan sehingga dengan demikian akan berimplikasi pada meningkatnya jumlah klaim yang dibayarkan ke rumah sakit dan FKTP untuk tarif pelayanan nonkapitasi.

Dengan demikian juga didapatkan bahwa kejadian *fraud* di rumah sakit juga masih banyak didapatkan. Kita sepaham bahwa *fraud* ini seperti fenomena gunung es yang kelihatannya satu, tapi di bawahnya makin banyak terjadi *fraud*. Berdasarkan itulah maka dalam sistem pembayaran yang disampaikan oleh DJSN tadi, kami di lapangan juga menemukan bahwa *pending claim* itu akhir-akhir ini meningkat oleh karena memang di BPJS Kesehatan sesuai dengan instruksi daripada KPK, temuan KPK dan juga instruksi daripada Irjen dan tentunya kami Dewan Pengawas, kami meminta kepada Direksi untuk memperketat pembayaran

klaim ini dan akibat pengetatan inilah, maka terjadilah *pending claim* yang begitu meningkat.

Ini menandakan sekarang di lapangan terjadi oleh karena memang rumah sakit belum siap, dulu BPJS terlalu longgar memberikan kelonggaran di dalam verifikasi klaim ini. Karena terlalu longgar, maka jadinya apa? Banyak yang ditemukan di ujung-ujung akhir itu adalah *fraud* dan juga *dispute*. Di ujung akhirnya setelah dilakukan untuk registrasi *review*, tetapi setelah dilakukan pengetatan di hulu, di awalnya misalnya dengan mengubah algoritma IT-nya, misalnya algoritma aplikasinya diubah, maka ditemukan bahwa di *pending claim*-nya yang lebih banyak, sedangkan *dispute* dan juga apa *fraud*-nya akan semakin berkurang. Jadi, memang ini terjadi karena hal-hal yang demikian.

Jadi, kalau tadi dari DJSN menyampaikan bahwa sebenarnya *pending claim* ini bukan masalah yang besar. Masalahnya adalah masalah administrasi. Salah satu contohnya misalnya adalah bahwa banyak klaim yang diajukan oleh rumah sakit di mana tidak ada tanda tangan dari DPJP-nya misalnya, tidak ada tanda tangan daripada peserta BPJS Kesehatannya, itu yang terjadi. Jadi, masalah-masalah yang tidak terlalu substansi sebenarnya, masalah administrasi yang seharusnya itu bisa diselesaikan dalam waktu yang singkat.

Kemudian juga adanya perbedaan persepsi daripada BPJS Kesehatan dengan teman-teman di rumah sakit tentang pemahaman mengenai *coding*. Di rumah sakit itu, dokter-dokter kita masih memahami bahwa pembayaran itu masih bersifat *pay for service*. Padahal sekarang kita ini adalah masuk dalam perspektif *payment by system* dengan INA-CBGs. Jadi, karena masih berpikir *pay for service* seperti itu, *pay for service* sehingga cara berpikirnya memang masih berapa jasa yang saya terima berdasarkan itu. Ini yang masih terjadi di lapangan berdasarkan pengamatan kami.

Yang ketiga, memang masih banyak direktur utama rumah sakit yang tidak memahami tentang bagaimana mekanisme pengajuan klaim ini. Banyak direktur rumah sakit yang kami dapati bahwa mereka tidak paham. Mereka tidak paham bagaimana pengajuan *pending claim*, pengajuan klaim ini. Itu yang masih terjadi di lapangan sehingga demikian memang kalau *pending claim* itu meningkat pada saat sekarang ini, itu karena salah satu yang kita lakukan perubahan di hulu, di awal, supaya verifikasi ini menjadi ketat sehingga demikian *dispute claim* dan *fraud* itu akan semakin berkurang. Ini juga adalah atas perintah KPK, perintah Irjen Kementerian Kesehatan, dan juga perintah dari Dewan Pengawas supaya direksi itu memperketat verifikasi klaim ini.

Kedua, memang untuk memperbaiki verifikasi klaim ini, kami meminta kepada direksi untuk memperbaiki IT. IT atau, apa, IT yang akan digunakan sebagai verifikasi itu ditingkatkan. Kami juga meminta kepada direksi untuk selalu melakukan *routine session review* dengan audit rutin oleh Satuan Pengawas untuk menjamin bahwa pembayaran klaim itu sesuai dengan ketentuan dan aturan

perundang-undangan. *Slide* berikut.

Dan untuk itulah, maka kami sudah memberikan rekomendasi dan SMP kepada Direksi untuk memperkuat teknologi informasi untuk SDM verifikator dan untuk pencegahan *fraud*. Kedua, juga ini menyangkut masalah klausul dalam Perpres Nomor 82 Tahun 2018 terkait Perubahan Ketentuan tentang SLA Proses Verifikasi. Jadi, selama ini proses verifikasi itu SLA-nya adalah 14 hari termasuk hari kalender, tidak termasuk hari kerja sehingga dengan demikian verifikator BPJS itu bekerja Sabtu dan Minggu, yang seharusnya Sabtu-Minggu mereka libur, mereka tetap bekerja karena SLA-nya adalah dipatok bersama hari kalender. Ketiga adalah kita tentunya akan memperbaiki algoritma. Kalau perlu kami juga sudah meminta kepada Direksi untuk melakukan *Artificial Intelligence*, tapi kalau *Artificial Intelligence* diperlakukan, kemungkinannya cuma dua, diterima atau tidak ditolak seperti itu. Sekarang, kalau rumah sakitnya tidak siap, tadi Pak Menkes sudah menjelaskan tentang apa rekam medik elektronik. Persoalan rekam medik elektronik adalah rumah sakit tidak siap. Jangankan menyiapkan aplikasinya, meng-*input* datanya saja tidak lengkap itu, termasuk juga di semua rumah sakit itu, meng-*input* data itu juga tidak lengkap sehingga ini menunjukkan juga buat BPJS Kesehatan dalam rangka melakukan verifikasi. *Slide* berikut.

Mengenai penyelenggaraan, pelayanan penyelenggaraan Program JKN,, ya, kami juga mendapatkan bahwa masih ditemukan adanya potensi inefisiensi diakibatkan adanya *fraud* dalam pelayanan peserta JKN ini. Jadi ada inefisiensi. Kemudian, peningkatan pendapatan iuran yang tidak sebanding dengan pembayaran iuran dan beban manfaat. Kita lihat betul, tadi disampaikan oleh DJSN bahwa nanti akan 111% di akhir tahun sehingga dengan demikian, kemungkinan di akhir tahun kita punya kemampuan untuk membayar semakin berkurang. Biaya manfaat semakin meningkat oleh karena, makin banyaknya rumah sakit yang bekerja sama itu semakin baik sebenarnya, tetapi dengan demikian, maka biaya manfaat akan semakin meningkat. Termasuk juga makin meningkatnya pelayanan canggih, ini juga menyebabkan peningkatan. Kemudian, terjadi juga peningkatan utilisasi pelayanan kesehatan di FKRTL oleh karena, masyarakat semakin percaya tentang dan makin puas dengan adanya pelayanan BPJS Kesehatan ini. *Slide* berikut.

Mengenai KRIS. Ya, kalau mengenai KRIS ini mungkin kami sependapat dengan DJSN tadi bahwa memang rumah sakit sebenarnya masih menunggu peraturan teknis terkait dengan KRIS ini. Jadi, selama peraturannya belum keluar, rumah sakit juga masih ragu-ragu untuk melakukan tindakan lanjut. Kedua, memang pemahaman peserta JKN yang belum seragam, jadi pemahaman peserta JKN yang belum seragam terkait kebijakan Kelas Rawat Indah Standar itu kelihatan tadi dengan adanya aspirasi dari APINDO, adanya aspirasi dari para serikat pekerja, dan lain-lain.

Tentunya di lapangan kami mendapatkan bahwa masih ada tantangan dalam penyediaan anggaran pemenuhan 12 kriteria standar KRIS ini, utamanya

Rumah Sakit Umum Daerah, kalau swasta sih kami lihat di Pekanbaru, di mana-mana kami keliling, hampir memenuhi syarat standar, tetapi yang paling bermasalah sekarang adalah rumah sakit umum daerah, karena mereka menunggu anggaran dari pemdanya dalam persetujuan DPR-nya, seperti itu.

Kemudian tentunya kita berpikir bahwa ada potensi berkurangnya ketersediaan jumlah tempat tidur, tapi ini kan kita lihat *bed-bed* umum secara nasional. Potensi terjadinya penurunan mutu layanan yang akan terima oleh peserta PPU, ini yang tadi disampaikan oleh APINDO tadi. Dan tentunya potensi terjadinya penurunan iuran yang berdampak pada penurunan *ability to pay* bagi PBPU Kelas 3.

Saya kira demikian dari kami, saya ucapkan terima kasih Bu Pimpinan Sidang. Sekian.

Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Walaikumsalam warahmatullahi wabarakatuh.

Terima kasih Prof. Abdul Kadir.

Selanjutnya kami persilakan Direktur BPJS Kesehatan Prof. Ali Ghufron Mukti.

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

Baik, terima kasih.

Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.

**Yang kami hormati Pimpinan Komisi IX DPR RI baik Bu Putih Sari ataupun juga Bu Felly, dan
Seluruh Anggota Komisi IX DPR RI yang kami hormati, serta
Pak Menkes dan Jajaran,
Pak Muttaqien DJSN dan Jajaran, serta
Dari Dewas Prof. Kadir dan Jajarannya, serta
Dari PERSI dr. Bambang,
ARSSI dr. ling, serta
ARSADA dr. Zainoel, dan
APKESMI Pak Kusnadi dan Jajaran.**

Jadi, ada tiga hal bagaimana agenda kita hari ini. Yang pertama adalah pembahasan evaluasi mekanisme pembayaran ke faskes termasuk laporan

dispute dan *pending*, serta yang belum dibayarkan, dan yang kedua pembahasan kebijakan pelayanan kesehatan Program JKN, yang ketiga pembahasan kesiapan penerapan Kelas Rawat Inap atau KRIS.

Yang pertama dulu, evaluasi mekanisme pembayaran ke faskes. Nah, berikutnya, kalau kita lihat utilisasi di BPJS Kesehatan ini luar biasa, karena tahun 2014 itu baru 252.000 per hari sehingga sekarang per hari itu 1,9 juta atau 742 juta per tahun. Belum dari sisi keuangan tahun 2014 itu Rp42 triliun, tahun 2024 itu 174 triliun atau keseluruhan itu kira-kira 1.087,4 triliun. Jadi, sudah luar biasa dan BPJS ini dianggap cukup bagus untuk banyak negara sebagai *reference*. Belum lama ini kita diminta untuk *sharing* pengalaman kira-kira bagaimana mengelola BPJS di *side meeting* WHO dan juga di beberapa tempat.

Yang jelas untuk pembiayaan yang banyak itu adalah dari pembiayaan yang berbiaya katastrofik itu 24-31% dari total biaya pelayanan digunakan untuk 8 diagnosis yang berbiaya katastrofik yang di sebelah kanan itu. Baik mulai dari *cirrhosis hepatitis*, kemudian gagal ginjal, hemofilia, jantung, kanker, leukemia, stroke, *thalassemia*. Lalu total biaya pelayanan kesehatan untuk katastrofik ini dari sejak didirikan kurang lebih Rp235 triliun, jadi cukup besar, sedangkan kasus jantung ini yang terbesar. Yang menarik sekarang PBI itu juga menempati posisi di atas untuk pemanfaatan jantung. Kalau dulu yang sakit jantung itu hanya orang kaya, orang miskin dilarang sakit. Nah, sekarang banyak mereka yang tertolong.

Nah, pengelolaan klaim berikutnya. *Slide* berikutnya. *Slide*, ya. Pengelolaan pelaksanaan akuntabilitas dan kehati-hatian tadi telah disampaikan oleh Bapak Ketua Dewas itu karena memang dari BPK, dari pengawas sendiri kita harus memperketat sehingga memang untuk transparansi ini, maka kita bisa lihat bahwa di awal atau akhir 2024, berikutnya, itu *pending claim* memang meningkat begitu. Kenapa? Karena diperbarui logika klaimnya, algoritma klaim, begitu.

Nah, bagaimana kita melakukan kerja sama? Memang kita ingin memastikan bahwa mutu pelayanan itu bagus dan *comply* atau taat terhadap peraturan. Nah, ini peraturan regulasi yang kita pakai, oleh karena itu, kita seleksi kerja samanya tidak semuanya, meskipun hampir setiap hari sekarang ini termasuk yang *pro profit hospital* itu berkeinginan untuk kerja sama. Yang jelas kontrak kerja sama atau PKS itu yang satu, pertama, ketentuan kerja sama ini harus dipenuhi, yang kedua ruang lingkup PKS hak dan kewajiban para pihak disebutkan di situ, mekanisme klaimnya juga ada, ketentuan pembayaran klaim, serta penyebab berakhirnya kerja sama, dan mekanisme pengakhiran kerja sama. Itu ada di PKS-nya.

Nah, sekarang ke klaim *pending*, berikutnya. Jadi, klaim *pending* tentunya merupakan klaim hasil verifikasi yang memerlukan konfirmasi kepada pihak fasilitas kesehatan. Nah, di sini memang paling banyak konfirmasi kode diagnosis yang dirasa tidak tepat, tadi dijelaskan oleh Bapak Ketua Dewas yang sangat *clear*. Nah, ini kurang dipahami secara bersama-sama. Jadi ada 29,43% yang

karena kode diagnosis atau prosedur tidak tepat. Yang kemudian, yang 19,54% itu konfirmasi indikasi kunjungan rawat jalan berulang. Jadi, terus begitu. Nah, kemudian yang ketiga, konfirmasi kode diagnosis atau prosedur tidak tepat, tidak didukung oleh bukti pelayanan itu 14,5%. Konfirmasi indikasi kunjungan atau indikasi tindakan 6,96%. Konfirmasi indikasi rawat inap tidak tepat. Jadi, harusnya tidak dirawat inap dan lain sebagainya.

Nah, tadi disebutkan oleh DJSN bahwa ICK-nya itu kalau *pending claim* itu harus selesai 3 bulan. Kalau menurut Peraturan Presiden Tahun 2018 Nomor 82, itu 6 bulan. Jadi, saya kira kalau kecepatan, ya, kasihan juga rumah sakit nanti kadaluwarsa 3 bulan, yang jelas di atur di dalam Peraturan Presiden itu 6 bulan. Oleh karena itu, *pending claim* itu kita upayakan kita selesaikan. BPJS Kesehatan secara proaktif dengan desakan, kerja sama semua pihak, termasuk juga Kemenkes, ya, melakukan penyelesaian klaim *pending* bersama faskes dan membuat komitmen agar tidak terjadi berulang kembali klaim *pending*-nya ini. Penyusunan Berita Acara Kesepakatan Bersama Panduan Penatalaksanaan Solusi Permasalahan Klaim INA-CBGs antara BPJS Kesehatan dengan Kementerian Kesehatan, ada BA Kesepakatan. Lalu BPJS Kesehatan bersama dengan Kemenkes melakukan pembahasan secara berkelanjutan terhadap isu-isu permasalahan klaim yang melibatkan pengurus besar IDI, organisasi profesi, kolegium, perwakilan rumah sakit.

Di tahun 2025, telah dilaksanakan lebih dari 20 kali pembahasan. Jadi, rajin sekali ini terus-terus begitu membahas dan enggak selesai-selesai, tetapi yang jelas, kalau kita lihat dari data *pending claim* itu turun drastis, ya. Memang akhir 2024 karena baru saja untuk pengetatan tadi sebagaimana disampaikan Ketua Dewas itu agak naik begitu, tetapi setelah itu nah turun. Jadi, kalau kita lihat Desember 2024 itu yang besar *pending*-nya 0-15% itu ada 2.522 rumah sakit, maka kita maklum kalau asosiasi rumah sakit, ada PERSI, ARSADA rapat begitu, karena banyak memang awal itu, karena ada kita mengikuti Dewas sarannya, mengikuti dari BPK, dan lain sebagainya.

Yang lebih dari 15% itu 488 rumah sakit atau FKRTL atau 16,21%. Nah, kemudian di April 2025 itu sudah sangat turun drastis 0,15% *pending*-nya itu dari 2.522, artinya itu naik. Artinya yang *pending* kecilnya naik atau dengan kata lain *pending* besarnya turun. Jadi, yang *pending* kecil itu 91,25%, yang *pending* besar lebih dari 15% itu turun dari 488 atau 16,21% menjadi 8,75%. Dan kami yakin akan selesai ini nanti kalau banyak ketemu tadi, karena *pending claim* itu gampang sebetulnya, asal apa yang hal-hal sifatnya administratif itu dipenuhi saja. Ada buktinya, ada ini kayak begitu. Nah, kalau tidak, nah ini menjadi persoalan.

Nah yang kedua, itu adalah masalah *dispute*. Nah, *dispute* merupakan klaim hasil verifikasi yang memerlukan penyelesaian lebih lanjut sesuai ketentuan yang berlaku yang disepakati oleh kedua belah pihak, faskes, dan BPJS Kesehatan. Nah, penyelesaian klaim *dispute* secara berjenjang ini dapat melibatkan beberapa pihak. Yang pertama, *dispute* medis melibatkan tim kendali

biaya, kendali mutu atau Dewan Pertimbangan Klinis, kemudian *dispute coding* melibatkan BPJS Kesehatan dan Kemenkes, *dispute* koordinasi manfaat melibatkan BPJS Kesehatan dan badan penjamin lainnya. Contoh, Jasa Raharja, BPJS Ketenagakerjaan, ataupun PT Taspen dan PT Asabri.

Nah, *top* alasan *dispute* apa? Yang pertama adalah ketidaksepakatan terkait masalah medis, ini ada 62,6% dari total kasus *dispute*, ketidaksepakatan terhadap kaidah pengkodean klinis 32,8%, lalu ketidaksepakatan penetapan kasus dengan penjamin lain 4,6%. Jadi, sebetulnya kalau dari sisi BPJS keseluruhan biaya dibanding *dispute* itu kecil ya, kenapa? Karena hanya 0,12 dari total biaya pelayanan kesehatan. Jadi, enggak sampai 1% begitu dan ini memang kadang-kadang, ya, memang tadi tidak sepakat begitu. Proporsi biaya klaim *dispute* rata-rata sebesar 0,12% dibandingkan total biaya. Jadi, pernah juga 0,14%, jadi artinya kecil, ya, mungkin dari rumah sakit bisa, kalau satu rumah sakit bisa dianggap besar, tetapi secara keseluruhan itu kecil. Yang agak besar tadi *pending claim*, tetapi kita lihat prosesnya itu semakin lama semakin sangat kecil dan bisa diselesaikan.

Yang kedua, pembahasan kebijakan pelayanan Program JKN. Bapak/Ibu sekalian, tentu tadi sampaikan mengenai perubahan INA-CBGs ke iDRG ya, tentu intinya kalau BPJS Kesehatan itu, ya, setuju sepanjang tentunya iDRG ini tidak berdampak pada kenaikan biaya DJS atau setidaknya berdampak paling tinggi. Kalaupun naik 1,5% dari DJS saat ini atau sebesar 2,5 triliun per tahun selama 5 tahun tidak dapat kenaikan tarif. Jadi, untuk itu memerlukan uji coba yang cukup *methodologically sound* begitu untuk kita lihat secara bersama-sama baik dari Kemenko PM, Kemenkes, Kementerian Keuangan, DJSN, mungkin dari asosiasi rumah sakit, BPJS Kesehatan, dan lain sebagainya sehingga tidak, sehingga kita tahu begitu lho, Pak, arahnya. Jangan sampai nanti iurannya disesuaikan, terus ini naik, jadi tidak saling berkejar begitu.

Nah, yang berikutnya adalah simplifikasi layanan kesehatan. Jadi, mengenai rujukan, BPJS ini telah menerapkan simplifikasi rujukan pada beberapa kasus yang memerlukan perawatan berulang dan jangka panjang di FKRTL. Jadi, kalau tadi disampaikan umpamanya kenapa harus berjenjang-jengang begitu? Sebetulnya, kita sudah mengikuti berbasis kompetensi. Jadi, kalau *transplant* hati, apa harus di rumah sakit kecil? Tipe D? Enggak mungkin lah, yang bisa mungkin tipe A. Jadi, dari puskesmas langsung ke Tipe A, enggak masalah juga begitu, asal tadi jelas begitu bahwa kompetensinya itu di sana, begitu.

Nah, kenapa kita simplifikasi? Karena untuk memberikan kemudahan akses ke pelayanan dan administrasi bagi pasien yang diagnosis tertentu. Seperti contohnya, ini, kalau sebelum simplifikasi, masa berlaku surat rujukan 90 hari dari surat rujukan FKTP. Jadi, dari rumah sakit mau diperpanjang 3 bulan, setelah 3 bulan dia harus ke FKTP lagi mengecek. Nah, sekarang untuk beberapa diagnosis ini tidak perlu, tidak perlu ke FKTP lagi setelah 3 bulan cukup jadi FKRTL, nanti bisa diperpanjang 90 hari lagi. Nah, simplifikasi perpanjangan rujukan FKRTL

tentunya melalui Aplikasi Vclaim di FKRTL bagi kasus *Thalassemia Mayor*, Hemofilia, Hemodialisa, CAPD yang menjalani perawatan rutin di FKRTL.

Nah, berikutnya, Bapak/Ibu sekalian, transformasi mutu layanan. Memang di BPJS Kesehatan itu, ya, kita merasa,, ya, kalau teorinya kompleks sekali ya, dan kemudian harus ada struktur, proses, *output*, *outcome*, tapi disederhanakan oleh BPJS. Indikator transformasi mutu itu hanya tiga saja, mudah, cepat, setara. Mudah itu bagaimana simplifikasi layanan tadi bisa dari Mobile JKN saja, antrean, tidak perlu datang ke rumah sakit, gerombolan, apa lagi tunggu lama-lama *ngapain*, dari rumah saja bisa. Cepat, perpendek waktu, dia dulu kira-kira 6 jam, sekarang sudah 2,5 jam kurang., ya, ini bisa memanfaatkan sekali lagi *online*, optimalisasi kanal pengaduan, peserta fasilitas kesehatan, bahkan bisa memberikan *rating*, kasih bintang 1, bintang 2, bintang, maksimum bintang 5, jangan sampai bintang 7, begitu, karena nanti dikira pusing itu.

Nah, setara. Dulu itu kalau pasien BPJS, di anaktirikan, 3 hari sudah harus pulang, terus, oh penuh. Sekarang kita, ini yang banyak negara dari berbagai negara itu datang ke Indonesia, ke kantor BPJS, lihat. Kenapa? Karena kita bisa secara *real time*, seluruh transaksi, bahkan seorang dokter di Manado ini, Bu Felly, kita bisa tahu dia operasi sehari berapa kali, di-*capture* semuanya. Sehari 1,9 juta transaksi data dan nanti kapan-kapan mungkin DPR perlu kita undang, lihat, karena banyak negara sudah lihat, tapi DPR belum pernah lihat, begitu.

Kita ada ruang baru namanya *performance based*, Pak, *performance room*, jadi ruang untuk melihat *performance* seluruh faskes yang kontrak dikerjakan sama di Indonesia dan *real time*. Nah, untuk itu, peserta ini tidak hanya bisa kasih *rating* setelah dikasih pelayanan, tapi rumah sakit pun juga harus janji, *committed*, untuk meningkatkan mutu layanan begitu, apa umpamanya menerima KTP, tidak semua negara ASEAN bisa lho dengan KTP di seluruh rumah sakit. Tidak meminta dokumen fotokopi, untuk apa? Kemudian tidak membedakan pelayanan dan lain sebagainya, begitu.

Nah, yang terakhir ini mengenai kesiapan penerapan Kelas Rawat Inap Standar. Jadi, Perpres Nomor 59 Tahun 2024, *slide*, *slide*, *slide*. Ya, baik jadi intinya kan 12 kriteria sebetulnya,, ya, ini, Tahun 2024 Perpres Nomor 59 ada 12 kriteria yang tadi sudah disampaikan oleh Pak Menkes dan tentu dalam Peraturan Perpres Nomor 59 Tahun 2024 itu dengan 12 kriteria yang tentunya di situ tidak ada mengenai penghapusan kelas ataupun kelasnya itu jadi tunggal atau tetap tiga, standardisasi kelas itu tidak ada di situ. Yang tentu kita sepakat ditetapkan paling lambat 1 Juli antara manfaat, tarif, dan iuran.

Nah, jadi intinya, kalau BPJS itu sangat setuju dengan standardisasi kelas rawat inap yang bertujuan untuk peningkatan mutu dan akses. Memang sekarang ini kita bisa lihat ya, Kelas 3 itu seperti apa, Kelas 2 seperti apa, Kelas 1 seperti apa, enggak ada standarnya. Nah, jadi intinya bahwa BPJS itu berkeinginan bahwa untuk adanya KRIS dengan 12 kriteria itu bisa meningkatkan mutu dan

akses, ya. Jangan sampai kemudian aksesnya berkurang karena jumlah tempat tidurnya berkurang begitu. Jadi, kita ingin mutunya meningkat, aksesnya meningkat, lalu ketahanan dana jaminan sosial itu tetap terjaga sehingga kita perhatikan harapan peserta maupun faskes sehingga tidak berpotensi menimbulkan penolakan-penolakan, begitu.

Saya kira demikian yang bisa kami sampaikan dan kami ucapkan terima kasih.

Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Walaikumsalam.

Terima kasih, Pak Dirut.

Selanjutnya kami persilakan dari Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI), silakan.

KETUA UMUM PERSI (dr. BAMBANG WIBOWO, Sp. OG, Subsp. K.Fm, MARS, FISQua.):

Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.

**Yang terhormat Pimpinan Komisi IX serta seluruh Jajaran,
Pak Menteri Kesehatan beserta seluruh Jajaran,
Dewan Jaminan Sosial Nasional, juga
Ketua Dewas dan Dirut dan Direksi BPJS, serta
Bapak/Ibu, Teman-teman dari Asosiasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan.**

PERSI akan menyampaikan beberapa hal. Minta tolong untuk *slide*-nya terkait tiga aspek yang diminta untuk dibahas pada kesempatan siang hari ini dan barangkali ada satu *slide* perbaikan di *slide* terakhir tentang saran nantinya, jadi yang betul adalah yang nanti ditampilkan pada layar. Minta tolong untuk,, ya, bisa langsung saja ke *slide* nomor 5 boleh.

Nomor 5 *slide*,, ya, ini, ya. Jadi, PERSI mencoba melakukan pengumpulan data rumah sakit untuk kasus *pending claim* ini pada bulan Maret sampai dengan April yang lalu dengan sampel rumah sakit anggota PERSI secara *online* menggunakan *Jotform* dan terkumpul ada 402 rumah sakit tetapi setelah dilakukan *cleaning* karena ada kekurangan beberapa data yang tidak lengkap, maka hanya 94 rumah sakit yang dapat diolah. *Slide* berikutnya.

Kalau dilihat dari sini, mudah-mudahan bisa mewakili distribusi yang ada walaupun kami tidak melakukan *sampling* dengan baik, karena ada 59 atau 64%

rumah sakit swasta, kemudian juga kalau dari kelas rumah sakit Kelas C itu 63%, mudah-mudahan ini bisa mewakili distribusi rumah sakit yang ada, karena mirip dengan situasi seluruh jumlah rumah sakit.

Ini kalau *slide* berikutnya, ini adalah distribusi kelas rumah sakit, ada 21 provinsi yang bisa berpartisipasi pada beberapa rumah sakit. *Slide* berikutnya, kalau dilihat dari jumlah kasus klaim *pending* dan tidak layak, itu *pending* itu ada 7,27% dan tidak layak ada 0,58%. Kemudian bisa dilihat pada grafik balok ini terkait dengan jumlah kasus klaim yang dibandingkan dengan *pending* dan tidak layak per bulan. Memang yang tidak layak ini kecil, 0,58%, tetapi bagi rumah sakit bukan besar kecilnya, tapi haknya ini diterima atau tidak. Karena kalau kita lihat besar kecilnya, mungkin kalau dibandingkan dengan nilai total uang, kecil, tetapi tentu untuk rumah sakit-rumah sakit kecil dan rumah sakit-rumah sakit tertentu, tentu ini bagian dari hak yang seharusnya diterima karena sudah memberikan pelayanan. *Slide* berikutnya.

Kalau kita lihat, memang dari tren *pending* dan tidak layak itu menurun., ya, nanti *slide* berikutnya. Nah, ini bisa kita lihat, kenapa di bulan Desember itu turun, dan justru turun paling tinggi itu ada di Kelas A. Karena memang ada aturan yang diterapkan di Desember tersebut, di mana kasus itu tidak lagi dibayar kalau ada rujukan di internal di dalam rumah sakit. Nah, ini tentu menyulitkan dan merugikan rumah sakit, karena pada proses pembangunan tarif itu di proses itu ada di akomodir. Kemudian saat ini, pada Desember itu diterapkan di mana rujukan internal itu tidak dibayar. Barangkali *pending claim*-nya, bukan masalah mutu *pending claim* membaik barangkali, tapi perlu dilihat bagaimana akses layanan dan mutu layanan yang diterima oleh pasien. Bisa-bisa rumah sakit tidak memberikan rujukan internal, karena kasus-kasus di Kelas A umumnya adalah kasus-kasus dengan komorbid, lebih dari satu penyakit. Nah, kalau harus tiga dokter spesialis kemudian dibayar satu, lalu siapa yang akan membayarnya? Tentu mutu layanan ini perlu dilihat lebih jauh lagi, apakah pasien menerima akses dan mutu layanan yang lebih baik. Jadi, bukan berarti bahwa belum tentu *pending claim*-nya itu membaik. Ini perlu dilihat lebih jauh lagi terkait dengan mutu dan hak pasien untuk menerima layanan.

Kemudian kalau kita lihat *slide* berikutnya. Pada total *pending* dan tidak layak, ini dari waktu ke waktu ya, memang sekali lagi bisa dilihat jumlah dibandingkan total jumlah klaim dan juga *pending claim* dari waktu ke waktu yang juga jumlahnya tadi mungkin agak berbeda dengan yang apa yang disampaikan oleh Pak Dirut BPJS. *Slide* berikutnya.

Ini total *pending claim* dan tidak layak, ya, angkanya memang tidak layak ini kecil, tetapi sekali lagi rumah sakit ini kan sudah mengeluarkan *resources*, sudah memberikan layanan, kadang-kadang hanya kurang beberapa hal saja, kemudian bisa tidak dibayar sama sekali. Nah, ini tentu pandangan kami merugikan rumah sakit apabila persoalan-persoalan misalnya saja terkait dengan proses layanan, kemudian masalah administrasi yang kurang sedikit, kemudian

tidak layak, dan rumah sakit tidak menerima haknya. *Slide* berikutnya.

Ini total biaya klaim, terlihat di rumah sakit Kelas A juga turun tajam, tapi tadi karena persoalan-persoalan memang terkait dengan aturan baru di bulan Desember yang menyebabkan tidak boleh dilakukan atau maksud saya hanya dibayar satu klaim untuk layanan rujukan internal. *Slide* berikutnya,

Ini bisa dilihat tren yang dilihat ini cukup baik, ya. Mungkin perlu dicermati kita bersama. Kami memisahkan persoalan-persoalan terkait dengan kaidah *coding*, standar layanan, dan kelengkapan administrasi. Kalau kita lihat bahwa persoalan paling besar adalah pada standar pelayanan. Ya, persoalan-persoalan pada pemeriksaan penunjang, pemeriksaan atau prosedur tindakan tertentu.

Nah, ini tentu bagaimana ke depan menjadi PR kita bersama tentunya memikirkan bagaimana tidak hanya standar *input* yang sudah disiapkan oleh Kementerian Kesehatan untuk klasifikasi layanan berbasis kompetensi, tapi juga harus dipikirkan dan disiapkan dan segera disiapkan dibuat bagaimana standar di sisi proses layanan, karena kalau tarifnya sama nantinya tidak hanya di sisi *input* tetapi di sisi proses pelayanan juga harus standar. Kita bisa bayangkan kalau standar pelayanannya, proses pelayanan tidak sama tentu *dispute* ini atau *pending* maksud saya itu juga akan terjadi karena tidak ada yang akan menjadi acuan. Kalau sekarang yang digunakan adalah PNPk, tentu PNPk ini perlu dikaji ulang karena *resources* setiap rumah sakit tidak sama dan selama ini juga tarif di antara beberapa, di antara kelas rumah sakit dengan *resources* yang berbeda itu juga tentunya proses pelayanannya berbeda, maka ketika tarif nanti sama, maka proses atau standar proses layanan juga sebaiknya disiapkan dan dibuat sama. *Slide* berikutnya.

Ini gambaran untuk membandingkan di rawat jalan yang relatif lebih besar dibandingkan yang rawat inap, tetapi pada bulan Desember terjadi penurunan yang tajam karena tadi di rumah sakit Kelas A dan Kelas B khususnya. *Slide* berikutnya.

Nah, dari beberapa permasalahan yang menonjol di dalam klaim tadi, tentu ini perlu dilihat bahwa aspek mutu dan akses tadi menjadi tantangan kita bersama. Lalu, bagaimana standar proses layanan ke depan itu dibuat atau disiapkan lebih baik lagi dengan memproduksi PPK yang disepakati bersama. *Slide* selanjutnya. Nah, *slide* berikutnya, lanjut, terus, terus ini tadi sudah.

Jadi, apabila akan diterapkan 1 Juli, saat ini sudah tanggal 26 Mei dan kami dari sisi rumah sakit ini kalau melihat dari amanat yang ada, regulasinya sampai saat ini belum terbit. Lalu, bagaimana kami di rumah sakit bisa ikut mempersiapkan diri dengan sebaik-baiknya, tentu ada kekhawatiran apabila ternyata regulasi itu ada perbedaan atau perubahan dibandingkan dengan apa saja yang sudah disosialisasikan selama ini. Tentu ini menjadi harapan kami agar regulasi ini segera diterbitkan sehingga ada kepastian dari sisi perencanaan dan aksi rumah

sakit untuk mengikuti berbagai regulasi yang ditetapkan. *Slide* berikutnya.

Karena ada beberapa catatan dari sosialisasi yang sudah disampaikan oleh Kementerian Kesehatan bahwa semuanya ini akan diterapkan pada 1 Juli, tapi ada beberapa hal yang perlu menjadi catatan disampaikan terkait dengan pagu terbaru, dengan *single tariff*, kemudian iDRG yang semuanya belum selesai dan adanya Regulasi Payung, revisi Perpres Nomor 82 Tahun 2018, dan regulasi-regulasi lain yang harus disiapkan. *Slide* berikutnya.

Menanggapi hal tersebut, terkait dengan berbagai kebijakan tersebut, kami berharap bahwa kebijakan-kebijakan ini tentu sangat baik, tetapi ada potensi risiko di sisi rumah sakit, ya. Di samping itu juga bagaimana terkait dengan mutu pelayanan yang bisa ditanggungjawab rumah sakit, yang juga selain itu juga risiko keuangan yang akan dihadapi rumah sakit sehingga rumah sakit memerlukan kepastian berbagai regulasi termasuk tarif, *grouped*, dan juga ada kajian terkait dengan dampak risiko dari berbagai regulasi tersebut sehingga rumah sakit bisa mempersiapkan diri dan mengantisipasi, serta melakukan persiapan kontingensi terkait dengan berbagai kebijakan tersebut lebih baik lagi. *Slide* berikutnya.

Terkait dengan KRIS, berikutnya, jadi,, ya, lagi. PERSI juga melakukan dua kali survei pada Mei 2022 dan September 2024. Yang pertama, justru kami sangat terima kasih karena bisa bekerja sama dengan Kementerian Kesehatan, BPJS Kesehatan, DJSN. Ada 1.100 lebih rumah sakit yang berpartisipasi waktu itu, dan pada survei kedua ada 1.000 lebih juga rumah sakit yang berpartisipasi. *Slide* berikutnya.

Ini adalah survei pertama. Sebetulnya antusiasme rumah sakit melihat kebijakan ini sangat baik, responsnya sangat baik, dan pada waktu itu masih ada pemenuhan itu hanya baru sekitar 40% pada 3 tahun yang lalu. *Slide* berikutnya.

Tetapi pada setahun yang lalu, pada Mei yang lalu, setahun yang lalu ya, itu juga terjadi respons yang cukup baik dengan persiapan-persiapan yang sudah dilakukan rumah sakit dan ada peningkatan yang luar biasa, tapi setahun yang lalu walaupun masih ada sekitar 40% rumah sakit yang belum bisa memenuhi 12 kriteria tersebut dibandingkan yang sebelumnya yang bisa mumpuni baru 40. Jadi, ini respons yang sangat baik sampai dengan satu tahun yang lalu. *Slide* berikutnya.

Tetapi kalau kita lihat ini, ini mungkin ada sedikit bisa dilihat dampak dari penurunan jumlah tempat tidur justru dirasakan, dilihat, terjadi, maaf, pada rumah sakit-rumah sakit dengan tingkat hunian, tingkat *keterisian* rumah sakit yang tinggi. Pada rumah sakit yang *tool*-nya tinggi justru terjadi penurunan jumlah tempat tidur yang tinggi dan itu juga, *slide* berikutnya terjadi di rumah sakit Kelas A. Artinya yang perlu kita waspadai, yang harus kita siapkan, bahwa bukan hanya sekadar akses tempat tidur di rumah sakit di Kelas A, tetapi akses kompetensi, karena di rumah sakit Kelas A itu memiliki berbagai kompetensi yang tidak dimiliki oleh

rumah sakit di bawahnya. Nah, ini yang perlu maksud kami adalah agar lebih banyak dilakukan kajian terhadap dampak pengurangan jumlah tempat tidur. *Slide* berikutnya.

Sejak 3 tahun 2023 pada waktu kami melakukan survei dan yang kedua, itu ada banyak harapan yang disampaikan oleh rumah sakit. Pertama itu, walaupun ini selalu mengemuka adalah persoalan tarif. Saya yakin teman-teman ARSADA juga, apa ARSSI juga hampir pasti mempersoalkan tarif ini. Kemudian, waktu pemberlakuan KRIS dari regulasi yang sudah ditetapkan dan upaya bagaimana KRIS ini nantinya dapat meningkatkan mutu pada pasien. *Slide* berikutnya.

Nah, maka dari itu ada beberapa saran yang disampaikan oleh rumah sakit dari hasil survei tersebut adalah pertama penyesuaian dan kenaikan tarif yang memenuhi nilai keekonomian. Yang kedua adalah peninjauan waktu dan tahapan pemberlakuan KRIS. Ini sudah setahun yang lalu kami apa survei ini dilakukan, termasuk regulasi juknis yang jelas dengan kondisi yang ada dan pemberian insentif untuk rumah sakit yang sudah memenuhi kriteria-kriteria yang sudah ditetapkan dalam KRIS. Jadi, ada insentif dan disinsentif. Ini akan mendorong rumah sakit untuk berpartisipasi. Jadi, kami harapkan ada masa transisi apabila diberlakukan di mana semua rumah sakit bisa mengikuti, tetapi yang belum memenuhi 12 kriteria ada disinsentif. Kalau yang sudah memenuhi ada insentif, sehingga kalau nanti tarifnya bagus, saya yakin teman-teman di rumah sakit akan mempercepat, menyesuaikan dengan regulasi yang ada. *Slide* berikutnya.

Jadi, laporan dari Kementerian Kesehatan pada dengan rumah sakit *online* juga disampaikan bahwa masih ada beberapa yang belum mampu memenuhi apa namanya kriteria, kemudian juga beberapa dari survei kami juga belum semuanya memenuhi kriteria, maka sebaiknya di terkait dengan dampak juga kajiannya perlu dilakukan lebih baik lagi, termasuk bagaimana kebijakan maksimum 4 tempat tidur, ini juga membingungkan di rumah sakit. Di dalam hal penerapan di lapangan nantinya ketika berhadapan dengan masyarakat, karena tentu dari sisi rumah sakit, 4 tempat tidur, 1 kamar dengan 3 tempat tidur, dan 2 tempat tidur itu *cost*-nya tentu berbeda, investasinya tentu berbeda. Ini belum dari sisi peserta. *Slide* berikutnya.

Ya mungkin langsung saja ke saran. Ini surat yang kami sampaikan ke DJSN, ini usulan dari PERSI. *Slide* berikutnya, terus, langsung. Ya, ini dari beberapa, oh ini yang lama ya, kami tadi sudah menyampaikan untuk ada perbaikan di *slide* apa namanya saran, saya bacakan saja. Jadi, yang pertama, perlu adanya perbaikan tata kelola klaim JKN agar tidak terjadi masalah *pending claim* atau klaim yang tidak dilayakkan oleh BPJS Kesehatan. Sekali lagi, walaupun persentasenya atau proporsinya kecil, tapi itu merupakan hak rumah sakit yang harus dipenuhi karena rumah sakit sudah melaksanakan kewajibannya. Yang kedua, sebelum penerapan KRIS dilaksanakan agar dipastikan tidak menghambat akses dan kualitas layanan peserta JKN pada layanan khususnya di rawat inap. Yang ketiga, implementasi kebijakan baru KRIS, iDRG dengan *single*

tarif dan klasifikasi rumah sakit serta rujukan berbasis kompetensi agar diimplementasikan setelah dilakukan kajian dampak, uji coba simulasi, uji coba, kemudian simulasi, penyelesaian regulasi payung yang ada, perpres maupun permenkesnya kemudian, serta sosialisasi kepada *provider* dan masyarakat.

Pada klasifikasi dan rujukan berbasis kompetensi sangat diperlukan standarisasi proses pelayanan, bukan hanya standarisasi *input* yang meliputi sarana prasarana dan SDM. Dengan standarisasi tarif JKN pada setiap level kompetensi layanan, maka sangat diperlukan standarisasi proses pelayanan. Hasil survei PERSI, tadi sudah kami sampaikan, bahwa *pending claim* terbanyak adalah pada masalah proses pelayanan. Yang keempat, standarisasi sarana prasarana, salah satunya adalah alkes yang ada pada rencana kebijakan layanan berbasis kompetensi, ini kami melihat akan mendorong atau bahkan memaksa rumah sakit berinvestasi alat kesehatan yang tidak murah dan sangat memberatkan beberapa rumah sakit yang kemampuannya terbatas.

Untuk menghindari beban berat investasi rumah sakit tersebut, PERSI menyarankan adanya regulasi terkait rujukan parsial untuk pelayanan diagnosis tertentu. Jadi, kalau rumah sakit itu punya sumber daya manusia yang cukup dan dia punya kompetensi yang tinggi tapi ada kekurangan pada beberapa peralatan diagnostik, itu bisa dirujuk parsial ke fasilitas yang lain ke laboratorium atau ke rumah sakit lain yang punya fasilitas alat untuk diagnostik. Kemudian, ada aturan pembayaran nilai tertentu sehingga tidak akan mendorong beban berat rumah sakit untuk berinvestasi dan akan meningkatkan akses layanan pada rumah sakit karena sebetulnya rumah sakit mampu menyelenggarakan berbagai prosedur atau tindakan apabila diagnostiknya juga lebih baik. Maka dari itu, bila mana belum disahkan beberapa poin tersebut di atas, PERSI menyarankan agar dikaji ulang dan ditunda untuk implementasinya. Terima kasih.

Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Walaikumsalam warahmatullahi wabarakatuh.

Terima kasih dari PERSI.

Selanjutnya kami persilakan dari Asosiasi Rumah Sakit Swasta Indonesia (ARSSI).

KETUA UMUM ARSSI (drg. IING ICHSAN HANAFI, MARS., H.):

*Bismillahirrahmanirrahim,
Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.*

Yang terhormat Pimpinan Komisi IX beserta Anggota Dewan yang terhormat,

**Yang terhormat Pak Menteri Kesehatan beserta Jajarannya,
Yang terhormat DJSN beserta Jajarannya,
Dewan Pengawas BPJS beserta Jajaran, serta
Dirut BPJS, Prof. Ghufron,
Ada Ketua Ketua PERSI dr. Bambang, dan
dr. Zainoel dari ARSADA.**

Kami dari Asosiasi Rumah Sakit Swasta sama dengan apa yang sudah disampaikan oleh Ketua PERSI, dr. Bambang, jadi mungkin ada beberapa hal yang kami tambahkan, melengkapi saja. Mungkin bisa ke *slide* nomor 4.

Yang pertama memang bagi kami di rumah sakit swasta, tentunya regulasi yang cepat berubah ini berdampak. Terutama mungkin teman-teman yang di rumah sakit *solitaire*, ya. Kalau kebijakan berubah tentunya ini akan berdampak terhadap *cost* yang dikeluarkan oleh rumah sakit. Lanjut di *slide* nomor 4 saja. Lanjut lagi. Tadi disampaikan memang masukan yang paling banyak terkait tarif, ya. Jadi, memang tarif ini di PMK Nomor 3 Tahun 2023, artinya sudah 2 tahun lebih belum ada penyesuaian. Jadi, kami harapkan tentunya ke depan ada penyesuaian untuk tarif ini.

Berikutnya, terkait Kelas Rawat Inap Standar, terus terang teman-teman memberi masukan ke kami karena mereka sampai sekarang pun masih bingung, ada satu sisi Kelas Rawat Inap Standar itu satu kelas, tapi ada sisi yang lain masih ada satu, dua, dan tiga, begitu, ya. Nah, ini sampai sekarang pun kami belum tahu persepsinya ini nanti arahnya ke mana. Nah, kami di rumah sakit swasta dari rumah sakit yang ada itu 40% yang KRIS, begitu, ya, sedangkan mungkin banyak teman-teman kami yang rumah sakit *solitaire* itu memang pasien BPJS-nya itu bisa lebih dari 70 malahan, mungkin bisa lebih dari 80% itu adalah pasien BPJS. Nah, ini juga akan ada kekhawatiran akses ke depan mungkin jadi akan sangat-sangat terbatas.

Berikutnya lagi, terkait dengan *pending claim*, terkait *pending claim* kami dari ARSSI sudah melakukan survei terhadap beberapa rumah sakit data yang masuk ada sekitar 311 data dari rumah sakit, memang reratanya adalah 20% itu terjadi *pending*. Nah, ini kami harapkan memang ke depan tentunya akan ada perbaikan karena walaupun mungkin *pending*-nya kecil, begitu, ya, ini akan berdampak sekali dengan *cash flow* yang ada di teman-teman di rumah sakit. Nah, ini *pending-pending* ini ada perbedaan hasil verifikasi, terus juga belum adanya kejelasan waktu, kurangnya transparansi, dan lain-lain. *Slide*-nya.

Berikutnya, saya persingkat saja. Berikutnya adalah rumah sakit berbasis kompetensi. Ada kekhawatiran di teman-teman itu. Bayangkan nanti dalam satu rumah sakit, misalnya di Tipe C nanti THT-nya mungkin kompetensinya dasar, *obgyn*-nya madya, terus mungkin, terus ada misalnya anaknya paripurna dan lain-lain. Jadi, dalam satu rumah sakit akan kompetensinya dan tarifnya akan beraneka ragam. Nah, ini teman-teman juga khawatir jangan-jangan nanti kalau ada

berbasis kompetensi ini, jangan-jangan tarifnya akan turun ya, karena mayoritas di kami adalah rumah sakit yang Tipe C. Nah, ini juga ada kekhawatiran, tentunya kalau tarifnya ini berdampak turun, tentunya kami khawatir ini juga akan mengurangi kemampuan rumah sakit untuk memberikan layanan yang terbaik ataupun memberikan akses yang lebih memadai.

Berikutnya lagi mungkin beberapa rekomendasi yang kita usulkan. Pertama adalah penyesuaian tarif, terus juga revisi tarif ke iDRG. Memang sekarang dari Kementerian Kesehatan sedang bekerja sama dengan kami untuk uji coba iDRG ini, tapi memang belum berlangsung dengan baik. Nah, ini juga kami khawatir kalau misalnya 1 Juli diberlakukan tentunya akan terjadi ketidaknyamanan karena begitu *pending*, telat beberapa hari saja, bagi kami di rumah sakit swasta tentunya akan sangat berdampak. Jadi, kami mengharapkan untuk tarif IDRG ini mungkin dikaji lagi pemberlakuannya dan kita matangkan lagi supaya nanti antar kementerian, rumah sakit, ataupun yang terkait ini bisa lebih nyaman. Karena saya khawatir teman-teman yang *solitaire* tentunya di daerah-daerah, bagaimana kemampuan infrastruktur IT-nya, bagaimana kemampuan verifikatornya, dan lain-lain. Kita sudah alami INA-CBGs sudah 10 tahun lebih saja, mungkin verifikasi kita, IT kita tentunya perlu penyesuaian-penyesuaian. Nah, ini yang kami harapkan tentunya ada kolaborasi, ada persiapan yang lebih matang sehingga nanti bisa berjalan dengan baik.

Berikutnya terkait dengan *pending* dan *dispute*, memang kami tentunya dari ARSSI berharap nanti kekurangan-kekurangan ini bisa, bisa dikurangi ya, karena gosipnya dari teman-teman itu, wah ini *pending* banyak ini jangan-jangan karena dana BPJS-nya sudah berkurang, begitu, lho., ya, jadi karena dulu-dulu tuh *pending*-nya tuh tidak sebesar ini, kok sekarang-sekarang baru sebesar ini, gosipnya itu yang kami terima dari teman-teman rumah sakit. Dalam *pending* ini memang *break* ke depannya memang ada perbaikan-perbaikan sehingga kalau beberapa rumah sakit dari *pending* yang tadi rerata 20 ternyata bisa selesai di bawah 5%, begitu, ya, di bawah 5% itu bisa selesai.

Berikutnya lagi, beberapa rekomendasi kami, kami mengharapkan dalam setiap regulasi tentunya kita libatkan semua yang terkait agar supaya nanti bisa berjalan dengan baik. Terkait dengan KRIS juga, kami berharap mungkin ini perlu dipertimbangkan, begitu, ya. Jadi, kalau tadi misalnya KRIS berjalan, iDRG berjalan, dan rumah sakit berbasis kompetensi berjalan, tiga regulasi yang berjalan, tentunya ini kami khawatir ketidaksiapan di faskes, ya. Nah, ini perlu dikaji ulang, perlu dikaji ulang karena kemampuan teman-teman, terutama teman-teman *solitaire* itu agak-agak berat, ya.

Nah, ini juga kami takutnya berdampak tadi terhadap biaya yang kami keluarkan. Terus terang, kami mengeluh sekali masukan dari teman-teman di daerah ya, kebijakan kemarin saja terkait dengan ICU yang 10%, di mana ICU 10% itu harus mempunyai ventilator 70%. 70% itu ventilator itu harganya bisa lebih dari 500 juta, begitu. Bayangkan, alat itu harus kita beli dan banyak yang tidak

terpakai di daerah, padahal teman-teman rumah sakit swasta itu berhutang untuk menyiapkan anggaran itu. Jadi, dengan berbasis kompetensi juga kami harapkan jangan sampai aspek ke arah alkesnya itu terlalu tinggi begitu sehingga kemampuan kami di rumah sakit swasta itu tidak mampu untuk membeli alat-alat itu, dan itu akan berdampak tentunya.

Terkait KRIS ini juga, adakah kekhawatiran kami dari 12 kriteria itu, karena ini kan sifatnya adalah ketat ya, dalam arti kata kalau beberapa item itu tidak terpenuhi tentunya ini akan berpengaruh terhadap PKS teman-teman rumah sakit dengan BPJS. Nah, ini juga mungkin perlu ada fleksibilitas, begitu, ya, jangan sampai nanti teman-teman rumah sakit ini tidak bisa bekerja sama dengan BPJS.

Mungkin yang lain-lain memang terkait tarif tadi memang tentunya mungkin kami juga berharap pemerintah akan memberi dukungan terkait iuran BPJS ini, begitu, ya, supaya memang tarifnya bisa terjadi penyesuaian tentunya harus ada peran pemerintah untuk memberikan penyesuaian untuk iuran BPJS ini.

Yang lain-lain mungkin saya sampaikan, teman-teman rumah sakit tadi Dewas menyatakan memang ada yang terindikasi *fraud* dan lain-lain, dan ini diputus, begitu, ya. Nah, ini begitu diputus, terus terang rumah sakit itu ditinggalkan oleh para dokter., ya, dan rumah sakit itu akan “tutup”, ya, dan ini akhirnya beberapa rumah sakit yang PHK sampai banyak karyawan, ya. Mungkin di kondisi sekarang begitu ke depannya kami berharap mungkin, kami setuju rumah sakit itu diberikan pembinaan, tapi jangan terlalu lama, begitu, ya, mungkin 3 bulan, 6 bulan sehingga sudah dibina, mereka sudah mengembalikan biaya, supaya tadi karyawan-karyawan itu bisa bekerja kembali dan tidak ada pemutusan tenaga kerja di situ.

Mungkin itu saja dari kami, terima kasih.

Wassalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Walaikumsalam warahmatullahi wabarakatuh.

Terima kasih, dok.

Selanjutnya, kami persilakan dari ARSADA. Kalau bisa sama, hal-hal yang sama dari PERSI maupun dari ARSSI tidak perlu di ulang, tapi kalau misalkan ada hal yang lain silakan disampaikan.

KETUA UMUM ARSADA (Dr. ZAINOEL ARIFIN, M.Kes.):

Baik, terima kasih.

Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.

**Ibu Pimpinan Komisi IX dan seluruh Anggota Komisi IX yang kami hormati,
Bapak Menteri Kesehatan beserta seluruh Jajaran,
Dirjen dan Direktur di lingkungan Kementerian Kesehatan yang saya hormati,
Bapak Ketua DJSN dan seluruh anggotanya yang saya hormati,
Yang saya hormati pula Bapak Ketua Dewas BPJS dan seluruh Jajarannya,
dan juga
Yang saya hormati Bapak Dirut BPJS beserta Jajaran dari BPJS,
Yang saya hormati Ketua PERSI, Ketua ARSSI, dan Ketua APKESMI beserta seluruh Jajarannya.**

Pertama-tama tentu saya juga terima kasih atas waktu yang diberikan kepada saya dan mungkin seperti arahan dari Ibu Pimpinan tadi saya tidak banyak menyampaikan hal-hal yang kemungkinan sama. Barangkali saya akan ada presentasi, mohon disampaikan. Ya, terus.

Nah, jadi kami telah mengadakan satu *assessment* atau semacam survei cepat begitu, ya, tentang *pending* piutang BPJS khusus di RSD di mana kami bagi wilayah barat, wilayah tengah, dan wilayah timur di mana jumlah RSD di wilayah barat, yaitu Sumatra dan Jawa ada kurang lebih 516 RSD, kemudian wilayah tengah itu meliputi Kalimantan dan Bali itu ada 118 RSD, kemudian untuk wilayah timur, Sulawesi, Nusa Tenggara Barat, Nusa Tenggara Timur, Maluku, dan Papua itu ada 286 RSD. Nah, pada *assessment* ini itu diikuti oleh 130 RSD di seluruh Indonesia tersebut. Terus lanjut.

Nah, ini hasilnya untuk wilayah barat, survei ini kami adakan pada bulan April yang lalu, kira-kira pertengahan April waktu itu ya, April tahun 2025 ini. Nah, ini hasilnya kira-kira seperti ini, untuk nilai klaim *pending* di BPJS wilayah barat itu antara Rp231.000 sampai Rp18.838.000.000 sekian. Nah, proporsi yang terbesar klaim *pending*-nya adalah di nilai kurang dari 1 miliar, yaitu sebanyak 50% dari jumlah RSD. Namun, ada RSD yang lebih dari 5 miliar klaim *pending*-nya, yaitu sebanyak 20% dari RSD tersebut.

Kemudian persentase klaim *pending*-nya, jadi klaim yang disampaikan kemudian yang di-*pending* itu berapa persennya itu datanya seperti ini. Yang sebagian besar justru adalah 70% RSD itu klaim *pending*-nya di atas 10%. Jadi, yang apa klaimnya itu lebih dari 10% itu ada di, ada yang di-*pending* itu ya, itu pada 70% rumah sakit daerah.

Kemudian untuk yang kedua adalah piutang. Piutang ini maksudnya adalah yang sudah diproses dan disetujui oleh BPJS, namun belum dibayarkan, begitu, ya, belum dibayarkan itu antara 130 juta sekian sampai 13,5 miliar sekian rata-ratanya. Kemudian yang, tapi yang terbanyak adalah kurang dari 1 miliar yang belum dibayar, yaitu sebanyak 53% RSD. Namun ada yang lebih dari 5 miliar juga

yang belum dibayar ini mencapai 20% dari RSD tersebut. *Next.*

Kemudian untuk wilayah tengah, wilayah tengah itu nilai klaim *pending*nya antara 20 juta sampai 26,6 miliar sekian, kemudian dengan proporsi yang terbesar adalah antara 1 sampai 5 miliar, itu sebesar 50% rumah sakit. Juga masih ada yang lebih dari 5 miliar yang di-*pending*-nya sebanyak 17% RSD untuk wilayah tengah ini. Adapun persentase klaim *pending* yang terbesar atau klaim *pending* lebih dari 10% itu sebesar 67% rumah sakit yang mengalami klaim *pending* lebih dari 10%. Kemudian nilai piutang yang belum dibayarkan oleh BPJS itu antara rata-rata antara 450 juta sampai 14 miliar. Nah, yang terbanyak memang di bawah 1 miliar, yaitu 50% rumah sakit daerah. Namun, ada yang dihutang lebih dari 5 miliar juga masih ada kurang lebih 8% dari RSD. *Next.*

Untuk wilayah timur itu klaim *pending*-nya itu antara 42 sampai bukan itu, salah ini, maaf. 12 miliar sebetulnya, 12 miliar sekian ya, kemudian yang terbanyak adalah antara 1 sampai 5 miliar itu 42% RSD dan lebih dari 5 miliar 29% RSD. Begitu juga persentase klaimnya yang terbanyak, yang lebih dari 10%, yaitu mencapai 86% RSD di wilayah timur itu ke *pending claim*-nya. Kemudian, nilai piutangnya antara Rp157.000.000 sampai Rp12.500.000.000. Kemudian yang terbanyak adalah piutang antara 1 sampai 5 untuk mencapai 57% rumah sakit masih ke *pending* antara 1 sampai 5 miliar. *Next.*

Nah, adapun penyebab utama saya kira ini juga hampir sama tadi yang disampaikan oleh Bapak dari, Bapak Dewas BPJS, ya. Nah, namun satu yang terakhir yang perlu menjadi catatan kita adalah adanya perubahan regulasi atau kebijakan atau aturan yang tidak tersampaikan dengan baik oleh BPJS dan cenderung mendadak. Ini yang di samping perbedaan pemahaman berita acara antara verifikator BPJS dan rumah sakit. *Next.*

Ada pun rekomendasinya adalah adanya atau perlu adanya kesamaan pemahaman verifikator BPJS dalam mematuhi standar verifikator, kemudian juga harapannya BPJS meniadakan peraturan yang berlaku surut. Nah, ini yang sering menyebabkan *pending-pending* itu. Kemudian, tidak ada audit pasca pembayaran klaim BPJS. *Next.*

Untuk kebijakan pelayanan kesehatan Program JKN, kami maaf ini mungkin lebih ke arah Mendagri dan juga Pemerintah Daerah. Lanjut saja. *Next. Next.*

Nah, ini permasalahan utama dengan yang BPJS antara lain adalah pertama, adanya ketidaksamaan pemahaman standar antara verifikator sehingga berdampak pada klaim layanan JKN. Kemudian yang kedua, peraturan yang berlaku surut tadi yang menimbulkan ketidakpastian dalam layanan JKN. Dan yang ketiga, masih belum tersosialisasinya dengan baik tentang rujukan berbasis kompetensi, ini khususnya ke depan nanti ya, yang akan mungkin akan berpengaruh pada sistem rujukan JKN nantinya. Terutama juga ini masalah

permasalahan BPJS ini dengan Program KJSU dan KIA. Ini juga ada keluhan beberapa pelayanan yang sudah dimiliki oleh rumah sakit daerah, namun belum dikredensial oleh BPJS sehingga belum bisa menerima pasien BPJS untuk layanan-layanan tersebut. *Next.*

Kemudian, tentang kebijakan standar ini apa, Kamar Rawat Inap Standar ini ya, jadi memang standar apa, rawat inap standar ini adalah merupakan tujuan yang saya kira bagus ini, ya, untuk menciptakan kesetaraan pelayanan bagi beserta JKN sehingga di samping itu bahwa pelayanan KRIS ini akan tentunya mengacu Perpres Nomor 59 Tahun 2024 tadi, ya. *Next.*

Nah, ini hasil kami juga mengadakan survei atau semacam *self-assessment*. Pertama kita laksanakan pada tahun, September tahun 2024 yang lalu, ini khusus untuk RSD, pada saat itu, itu baru 10,42% RSD yang telah memenuhi 12 kriteria KRIS. Kemudian, ada yang 11 kriteria, 8 koma sekian persen. Nah, namun pada saat itu kami juga tanyakan antara lain kapan kesiapan waktu untuk bisa melaksanakan KRIS ini. Nah, kebetulan ini diikuti oleh 144 rumah sakit daerah, nah ini tahun 2021 baru 0,7%, 2024 yang lalu baru 16% sampai Desember itu maksudnya, kemudian di 2025 itu 64,6%. Jadi, kalau kita jumlahkan, *insya Allah* sampai akhir 2025 ini kesanggupan dari rumah sakit daerah itu mencapai 81,3%, kesanggupannya, ya.

Nah, juga kami tanyakan tentang kendala-kendalanya, pertama yang terbesar adalah masalah anggaran, kemudian karena yang kedua lahan dan fisik bangunan yang memang perlu banyak renovasi. Kemudian pada, apa namanya, baru akhir April yang lalu kami juga mencoba mengadakan survei lagi tentang kesiapan implementasi KRIS ini. Namun, sampai sekarang baru 62 rumah sakit yang menyampaikan laporannya ke apa namanya ke ARSADA. Nah, ini dengan rincian kira-kira seperti ini kalau secara keseluruhan itu 50 RSD atau 80,6% yang sudah melaporkan ini telah bisa memenuhi KRIS 12 kriteria, tapi kita bagi kalau kita per wilayah untuk wilayah barat itu telah 80,39% bisa memenuhi kriteria, kemudian tengah 71,43%, dan timur karena ini masih sedikit ya, mungkin belum bisa kita pegang data ini, namun ini menjadi gambaran saja barangkali untuk selanjutnya kami akan terus pantau untuk bisa dipenuhi.

Kemudian, permasalahannya tentang KRIS, ya, tentang tadi adanya keterbatasan anggaran daerah sesuai dengan untuk mencukupi 12 kriteria KRIS tersebut, di samping juga keterbatasan sumber daya manusia dan juga manajemennya dan ketidakseragaman pemahaman di tingkat daerah tentang urgensi dan teknik pelaksanaan KRIS, seperti saya kira itu sudah disampaikan juga. Kemudian, masih minimnya dukungan regulasi baik itu dari daerah maupun juga dari pusat tadi yang sampai sekarang masih perlu kita tunggu. *Next.*

Ini juga banyak yang lintas sektor ke apa namanya pemerintah provinsi maupun pemerintah daerah. *Next.*

Nah, penerapan KRIS bukan sekadar perubahan teknis ruang perawatan, tapi bagian dari transformasi sistem pelayanan kesehatan yang berkeadilan. Adapun dukungan konkret pemerintah daerah dan apa Kemendagri merupakan kunci keberhasilan pelaksanaan di lapangan ini, maka dari itu nanti kami juga akan menghadap Bapak Mendagri dalam hal ini agar dukungan dari Kemendagri melalui apa Kemendagri ke pemerintah-pemerintah daerah agar mendukung Program KRIS ini barangkali.

Nah, kemudian selanjutnya kami baru beberapa hari yang lalu mengadakan Rapat Kerja Nasional ARSADA, itu salah satu rekomendasinya adalah rumah sakit daerah akan apa namanya, apabila tanggal 1 Juli itu tetap mulai diberlakukannya implementasi KRIS dengan rujukan kompetensinya tadi dan juga masalah tarif baru, itu maka setidaknya minta relaksasi selama 6 bulan. Tentunya ini apabila juga telah adanya kelengkapan tentang peraturan-peraturan atau juknis yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan yang juga tidak apa namanya, kebijakan atau permenkes yang baru nanti tidak bertolak belakang atau tidak bertentangan dengan selama ini yang kita gunakan standar, yaitu dari Edaran Direktur Jenderal Pelayanan Lanjutan Kemenkes. Kalau tidak apa, kalau sesuai dengan itu, itu dengan relaksasi 6 bulan *insya Allah* rumah sakit daerah akan siap untuk itu.

Terima kasih dan saya akhiri.

Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Walaikumsalam.

Terima kasih, dr. Zaenael Arifin, ya.

Terakhir, ini dari APKESMI, Akselerasi Puskesmas Indonesia, Ibu dr. Irma Yunita ya, silakan.

Oh, mati semua itu. Oh, ada yang copot.

KETUA DEPARTEMEN HUMAS DPP APKESMI (dr. IRMA YUNITA, MKM.):

Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh,
Selamat siang.

**Yang kami hormati Ibu Pimpinan Sidang, dan
Seluruh segenap Anggota Komisi IX DPR RI,
Yang kami hormati Bapak Menteri Kesehatan Republik Indonesia beserta
dengan Jajaran,
Dari Dewan DJSN dan juga tentu Direktur Utama, serta
Para Direksi BPJS Kesehatan,**

Organisasi Fasyankes di sini hadir, tentunya senior kami dan juga guru kami, PERSI, dari ARSSI, ARSADA.

Dan tentunya di sini saya mewakili dari DPP APKESMI. Mohon maaf, Ketua Umum kami, Bapak Kusnadi yang saat ini berada di Kalimantan Timur berhalangan hadir.

Baik, Bapak/Ibu, *slide*-nya bisa ditayangkan.

Di sini kami mungkin sedikit berbeda, ya, Bapak/Ibu Anggota Dewan, karena memang tadi yang dipaparkan terkait dengan rumah sakit lebih kepada upaya kesehatan perorangan, karena kami puskesmas lebih kepada UKM atau Upaya Kesehatan Masyarakat dan ritme dari JKN sedikit berbeda karena kami tidak berdasarkan paket INA-CBGs, tapi berdasarkan dengan kapitasi walaupun juga ada yang klaim yang sifatnya nonkapitasi.

Tentu kami di sini APKESMI hadir itu untuk menghimpun para puskesmas dalam suatu wadah organisasi untuk membangun komunikasi dan koordinasi baik secara vertikal maupun horizontal dan tentu mengembangkan kompetensi serta kemampuan puskesmas untuk meningkatkan mutu pelayanan. Di sini kami, APKESMI, mungkin sedikit perkenalan, ya, Bapak/Ibu, yang mungkin belum kenal dengan APKESMI, kami memiliki visi “APKESMI melesat untuk terwujudnya puskesmas yang kuat menuju Indonesia sehat”. Ya, mungkin *slide*-nya bisa di ya, *oke next* lagi, ya.

Kami memiliki enam misi untuk mencapai visi tersebut.

Sedikit perkenalan *slide* berikutnya, Dewan Pakar dan Penasihat kami adalah Prof. dr. Nila F Moeloek, Sp.M (K) berserta dengan Ketua Dewan Penasihat kami, yaitu dr. Umar Wahid, Sp.P. Ketua APKESMI saat ini ada Bapak Kusnadi yang domisili di Kalimantan Timur, IKN. Izin Pak Menteri, kemudian ada Sekjen kami dr. Ekasakti.

Sesuai dengan tentunya ini menjadi acuan kita bahwa adanya Perpres Nomor 59 Tahun 2024 yang merupakan perubahan ketiga, ya, Bapak/Ibu, dari Perpres Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan dan ini juga ada Permenkes Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Layanan Kesehatan Dalam Penyelenggara Program Jaminan Kesehatan.

Mengingat kembali, Bapak/Ibu semuanya, peran vital puskesmas kami sebagai *grassroot*, akar rumput. Jadi, kami sebagai garda terdepan dalam sistem kesehatan masyarakat tentu kami memiliki tugas memastikan layanan kesehatan dasar terjangkau bagi seluruh lapisan masyarakat. Untuk JKN ini tentu kami sudah melaksanakan sebelumnya survei cepat terhadap tentang layanan Program JKN di puskesmas yang telah kami laksanakan sebelumnya di tahun 2024, bulan Oktober dan respondennya cukup memadai sekitar hampir 300 responden terdiri

dari berbagai provinsi, yang terbanyak tentunya Jawa Barat, menyusul kemudian ada Jambi, Jawa Tengah, Kalimantan, Sulawesi, Riau, dan Sumatera Barat. Dilaksanakan secara *Cross Sectional*.

Dari hasil responden tersebut, ini merupakan aspirasi dari teman-teman semuanya di puskesmas, ya, Bapak/Ibu, izin Bapak Menteri. Jadi, terkait dengan masalah JKN ini, kami tentunya sebagai garda terdepan menghadapi beberapa isu seperti itu dan ini aspirasi yang disampaikan oleh teman-teman kami di puskesmas. *Next slide*.

Jadi, yang pertama yaitu teman-teman merasakan bahwa adanya pengembalian dan pemotongan dana kapitasi JKN Puskesmas yang ini dilakukan sebenarnya isu tahun lalu, ya, sebenarnya cukup *viral* sebenarnya karena memang menjadi audit dari BPK bahwasanya di tahun 2021 dan 2022, ya, Bapak/Ibu ini kami harus dipaksa, begitu, ya, “untuk mengembalikan dana kapitasi” yang sebenarnya dasarnya itu adalah karena data dari kepesertaan yang mungkin sebenarnya bukan ranah kami puskesmas seperti itu dan itu seharusnya bisa ditindaklanjuti dari BPJS yang memiliki mungkin tim verifikator terkait data kepesertaan sehingga kesalahan ini tidak bisa terjadi. Karena ini sudah lama sekali, sudah lewat beberapa tahun, dan kami harus mengembalikan dana tersebut. Seperti itu, ya, Bapak/Ibu, dan itu cukup membuat kesulitan teman-teman di layanan.

Kemudian data *by name by address* kepesertaan JKN selama ini tidak pernah jelas. Jadi, kami hanya mendapatkan data kepesertaan itu yang dari APBD. Jadi, untuk pemerintah daerah itu tentu berkomunikasi dengan kami, tapi untuk data BPJS kepesertaan dari pusat itu kami hanya tinggal menerima saja, begitu, datanya jumlahnya berapa, tapi *by name by address*-nya itu tidak bisa kami *tracing* dan selama ini tidak pernah terbuka dan tidak komunikasi dengan kami.

Kemudian yang ketiga, terkait dengan jumlah pembayaran klaim BPJS nonkapitasi ya. Jadi, kami ada yang kapitasi, ada yang nonkapitasi. Untuk yang nonkapitasi seperti rawat inap, begitu, ya, kemudian pemeriksaan rujukan ataupun program rujuk balik, nah itu beberapa kali juga ada puskesmas yang menyatakan bahwa tidak sesuai jumlah pembayaran maupun juga tarif, seperti itu. Karena memang dari tarif selama ini mungkin masih perlu dikaji ulang bahwa tidak sesuai mungkin dibayar hanya sekian seperti itu, ya, Bapak/Ibu. Nah, itu mungkin perlu dikaji ulang.

Kemudian yang keempat, adanya tuntutan Kapitasi Berbasis Kinerja atau KBK. Jadi, kami tidak hanya sekedar mendapatkan kapitasi jelas berapa puluh ribu penduduk misalnya, tapi tidak 100% kami dapatkan karena kami harus punya rapor, begitu, ya, Bapak/Ibu, kurang lebih dan ini tuntutananya semakin banyak. Itu tertuang sebenarnya dalam Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 7 Tahun 2019 tentang Petunjuk Pelaksanaan Pembayaran Berbasis Kinerja Pada FKTP. Nah, itu ada beberapa kriteria yang tentunya tidak semua puskesmas itu sama rata bisa

mendapatkan rapor yang bagus, seperti misalnya puskesmas di daerah, kita kan ada di perkotaan, pedesaan atau terpencil atau DPTK. Jadi, kalau puskesmas yang DPTK mereka akan sulit Pak Menteri untuk bisa menjangkau atau kontak dengan warganya, seperti itu dan itu di peraturan ini disamaratakan, di generalisasi yang seharusnya itu bisa membuat kekhususan bagi puskesmas yang mungkin agak sulit kontak dengan warganya seperti itu sehingga capaian kapitasi ini bisa tetap cukup tinggi, begitu.

Nah, selain itu kami juga ada ditargetkan untuk rujukan nonspesialistik, untuk rujukan rawat jalan. Sedangkan untuk nonspesialistik ini kita ketahui ada 144 penyakit dasar yang harus segera ditindaklanjuti, tuntas ditindaklanjuti di FKTP dan jika itu kami rujuk, maka itu menjadi rapor merah bagi kami. Padahal sebenarnya itu juga tidak sesuai dengan kondisi pasien, ada beberapa tertentu yang memang mesti dirujuk, tapi BPJS tidak melihat hal tersebut. Nah, *next slide*.

Mungkin ini beberapa pesan kunci yang mungkin bisa lebih mendetailkan dari permasalahan yang tadi disampaikan. Kami menilai bahwasanya di sini BPJS sebagai badan atau lembaga yang "*super power*" begitu, karena sebagai faskes, terutama faskes primer itu tidak seolah tidak sejajar, begitu, ya, Bapak/Ibu. Jadi, sering kali mereka melaksanakan keputusan atau kebijakan itu tidak pernah mengajak kami untuk berdialog, untuk kemudian berdiskusi sehingga akhirnya kami hanya menerima saja keputusannya seperti ini, seperti itu, Bapak/Ibu.

Nah, kemudian untuk audit. Audit keuangan dalam hal ini tentu audit klaim karena memang sudah diatur oleh perpres untuk BPJS memang memiliki hak-hak untuk melakukan audit terkait klaim. Nah, untuk audit ini beberapa rekan kami di puskesmas di berbagai wilayah di Indonesia merasakan audit yang dilakukan oleh BPJS ini mungkin terlalu apa *over*, begitu, ya, Bapak/Ibu. Mungkin ini lagi-lagi tidak *men-judge* lembaganya, tapi mungkin beberapa rekan kami di BPJS melakukan audit melebihi seperti auditor pemerintah seperti itu, ya, seperti APK, BPK, dan seterusnya. Jadi, ini mungkin curhatan dari teman-teman hasil survei kami, ya, Bapak/Ibu, yang perlu kami sampaikan dengan Bapak/Ibu Anggota Dewan yang terhormat.

Kemudian untuk peraturan badan. Peraturan badan ini disusun secara sepihak tadi, ya. Jadi, dari peraturan BPJS tidak pernah melibatkan puskesmas dalam hal ini. Jadi, kadang-kadang mereka mengeluarkan peraturan, tahu-tahu kami terima, begitu, ya, tanpa ada sama sekali melihat situasi kondisi di lapangan maupun sumber daya yang kami miliki, seperti itu. Ya, *next slide*.

Untuk memasuki ranah profesi, jadi BPJS tadi yang saya sebutkan, izin Bapak/Ibu Anggota Dewan dan Bapak Menteri. BPJS sering kali membuatkan sebuah kebijakan yang seharusnya itu menjadi ranah profesi, begitu, ya, atau organisasi profesi. Misalnya, kita kenal ada 144 penyakit tadi yang saya sebutkan, walaupun dikenal dengan adanya TACC atau *Time, Age, Complication, and Comorbidity*, cuma ini juga lagi-lagi kembali menjadi rapornya kami, ketika kami

merujuk, itu akhirnya angka rujukan nonspesialistik kami itu menjadi rapor merah dan itu mempengaruhi jumlah kapitasi kami atau yang dibayarkan tadi, ya, seperti itu. Nah, jadi seperti halnya kayak, ya, kami berusaha untuk berusaha yang terbaik, tapi, ya, tetap ternyata dari BPJS seolah-olah memberikan kami ruang yang sangat sempit, begitu, ya.

Nah, untuk intervensi program yang tidak sinkron, itu kembali lagi dengan terkait komunikasi dari BPJS kepada kami faskes, terutama faskes primer, kadang-kadang memberikan PR begitu, ya, dalam hal program yang sebenarnya tidak sesuai dengan realitas yang ada, seperti sarana prasarana, SDM ataupun alat kesehatan. Itu mungkin menjadi tugas kita bersama, begitu, ya, Bapak/Ibu, dan kami di sini puskesmas sebenarnya hadir di sini yang paling bungsu, begitu, ya, Bapak/Ibu, atau mungkin kalau anak ini kami cucunya, begitu, ya, Pak Menteri, di sini hadir dari rumah sakit swasta maupun rumah sakit pemerintah. Jadi, kami seharusnya memang dibina atau juga dikawal oleh Dinas Kesehatan sebagai induk kami, begitu, ya, untuk bisa membantu kami, mungkin bisa menyuarakan lebih banyak lagi apa sih sebenarnya kebutuhan puskesmas sebagai garda terdepan yang melayani masyarakat. Nah, *next slide*.

Di sini kami selain menyampaikan unek-unek, ya, Bapak/Ibu, yang sudah kami kumpulkan dari teman-teman puskesmas seluruh Indonesia, kami menyampaikan harapan dan juga rekomendasi kami terkait isu JKN ini, di antaranya sistem pelayanan kesehatan dalam kerangka JKN koordinasinya sebaiknya dilaksanakan secara berjenjang. Jadi, selama ini kami selalu, tadi kalau sudah bersurat cinta dari BPJS itu langsung ke puskesmas, begitu, Bapak/Ibu. Jadi, tidak ada sama sekali tembusan ke Dinas Kesehatan. Jadi, kadang-kali, sering kali pimpinan kami, kepala dinas, begitu, ya, di provinsi, kabupaten, kota tidak mengetahui, jadi langsung ke kami puskesmas, padahal secara struktur kami di bawah Dinas Kesehatan. Jadi, harusnya memang dilibatkan sehingga secara tanggung jawab dan juga tentu keterlibatan Dinas Kesehatan dalam hal ini bisa membantu kami puskesmas.

Kemudian selanjutnya tidak ada kesetaraan, jadi harusnya ada kesetaraan khususnya dalam hal PKS, ya, Bapak/Ibu. Perjanjian Kerja Sama antara BPJS Kesehatan sebagai penjamin biaya pelayan kesehatan sehingga puskesmas memiliki kewenangan untuk mengoreksi BPJS apabila terhadap hal-hal yang tidak sesuai dengan kesepakatan. Jadi, sering kali PKS itu kami sudah terima saja, begitu, jadi tanpa ada ruang untuk kami bisa apa sama-sama berdiskusi, begitu, ya, Bapak/Ibu. Data *by name by address* peserta BPJS yang harus dilayani oleh puskesmas sebaiknya ditransparansikan seperti itu. Untuk keperluan pelayanan maupun pembayar kapitasi oleh BPJS. Jadi, tidak terjadi kesalahan bayar yang akhirnya tadi mengakibatkan harus pengembalian oleh kami kepada BPJS.

Dan tentu di sini kami harapkan BPJS Kesehatan sebaiknya melakukan verifikasi kepesertaan dan capaian terhadap kapitasi berbasis kinerja sebelum membayarkan kapitasi kepada puskesmas. Kesalahan pembayaran itu mutlak

bukan kesalahan puskesmas sehingga puskesmas tidak akan pernah dibebani untuk mengembalikan kelebihan bayar seperti itu. *Next slide*, ya, mungkin *next* lagi.

Ini yang terakhir terkait dengan harapan kami bahwa sisa anggaran dari dana kapitasi yang belum digunakan oleh puskesmas itu sebenarnya adalah hak mutlak puskesmas untuk digunakan sebagai biaya kegiatan tahun berikutnya. Tentu di sini kami berharap ya, walaupun mungkin di sini diatur oleh perpres, begitu, ya, Bapak/Ibu, dan ini sebenarnya sangat membantu ruang gerak kami untuk mengembangkan layanan ataupun juga fasilitas yang ada di puskesmas. Namun, saat ini dengan ada peraturan, maka BPJS itu bisa mengatur kembali, ya, SILPA dari hasil klaim tersebut. Nah ini harapan terakhir kami yang paling penting, izin Pak Menteri, Ibu Dirjen.

Jadi, kami APKESMI, mengharapkan tentunya sebagai salah satu asosiasi faskes tingkat pertama, diharapkan agar bisa melakukan revisi Pak Menteri terhadap keputusan Menteri tentang Faskes Nomor 252 Tahun 2016 agar APKESMI dimasukkan di dalam keputusan Menteri tersebut. Ya, *next slide*, ya.

Ya, demikian, Bapak/Ibu, mungkin sedikit singkat paparan dari kami dan tentunya di sini kami berharap bisa Bapak/Ibu, Profesor maupun juga mungkin para Guru dan juga tentu kami sebagai anak di sini bisa dibantu, begitu, ya, puskesmas agar bisa memberikan pelayanan yang lebih baik. Kami punya *tagline*, "Puskesmas Kuat, Indonesia Sehat". Terima kasih.

Wassalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.

(PERGANTIAN KETUA RAPAT)

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

Walaikumsalam warahmatullahi wabarakatuh.

Luar biasa.

Bapak/Ibu pernah diketahui ini rapat paling lengkap, ya, dari periode sebelumnya saya sudah di sini, ini rapat paling lengkap. Kalau yang kemarin ada yang termasuk dari APKESMI, tidak ada, ya, tapi ini paling lengkap dan semua sudah menyampaikan harapan-harapannya, unek-uneknya sudah dicurhatkan kepada Komisi IX dan memang ini juga yang kami tunggu-tunggu, Bapak/Ibu sekalian, untuk dipertemukan supaya tahu di mana sebetulnya yang keliru ya, ada kekeliruan ada di mana, di mana yang harus dibereskan. Ya, ini sudah disampaikan, saya tidak akan berlama-lama, di meja pimpinan sudah ada daftar pertanyaan dan yang akan tanya atau melakukan pendalaman, yang pertama adalah Ibu Indah Kurnia dari Jawa Timur I, Fraksi PDIP, kami persilakan untuk Ibu Indah.

F-PDI PERJUANGAN (INDAH KURNIAWATI, S.E., M.M.):

Terima kasih, Ketua.

**Bapak/Ibu Pimpinan dan Anggota Komisi IX,
Bapak Menteri Kesehatan beserta seluruh Jajaran,
DJSN,
Kemudian Dewas BPJS Kesehatan dari BPJS Kesehatan, dan
Kemudian ada ARSSI, PERSI, ARSADA, dan APKESMI,
Apakah ada yang belum saya sebut, Bapak/Ibu sekalian, beserta seluruh
Jajaran.**

Saya merasa beruntung pada kesempatan kali ini bisa mendengarkan presentasi dari termasuk akar rumput itu tadi, dr. Irma, luar biasa. Jadi, apa tadi, Bu? Puskesmas Sehat, Indonesia Kuat.

KETUA DEPARTEMEN HUMAS DPP APKESMI (dr. IRMA YUNITA, MKM.):

Puskesmas Kuat, Indonesia Sehat.

F-PDI PERJUANGAN (INDAH KURNIAWATI, S.E., M.M.):

Puskesmas Kuat, Indonesia Sehat. Pajak kuat Indonesia juga APBN-nya sehat. Karena seluruh program dan kebijakan itu hanya bisa berjalan kalau pembayaran pajaknya juga baik.

Bapak/Ibu yang sangat saya hormati.

Pertama mungkin saya ingin merespons pantunnya DJSN, tadi siapa Pak Muttaqien, ya, ya, saya respons Pak.

*Jalan-jalan ke Cikini,
Membawa bekal sambal terasi.*

Bapak enggak tanya *ngapain* bawa sambal terasi, enggak ya? Oke saya lanjutkan saja, saya hanya ingin akhiran si saja Pak.

*Bekerja menggunakan hati nurani, tadi kan katanya
Agar pending claim dan dispute claim dapat segera teratasi.*

Oke. Dari awal sampai akhir saya mendengarkan dua hal itu, *pending* dan *dispute claim*, terus kemudian persiapan atau kesiapan dari penerapan KRIS dan tentu saja berharap edukasi yang masif dan efektif kepada seluruh jajaran, termasuk tadi di dalamnya ada yang paling penting *grassroot*-nya tadi Pak Prof. Ghufron, itu harus sering-sering diajak komunikasi, karena ini kan adalah program

yang sangat indah, ya, Pak, ya, program kesehatan yang sangat baik untuk memproteksi kesehatan masyarakat kita dengan skema gotong-royong, yang sehat membantu yang sakit dan saya berharap juga kerja sama dari seluruh entitas ini berjalan juga dengan kolaborasi dan sinergi yang efektif dengan melalui komunikasi yang baik sehingga rakyat bisa merasakan kenikmatan dari orkestrasi yang indah ini. Jadi, kalau lain kali kalau datang kepada kami, Pak, rapat dulu, kemudian ke kami orkestrasinya jadi suaranya langsung indah, Pak, tidak ada yang curhat seperti dokter Irma tadi. Jadi, itu anak bungsunya *diopeni nggih* Prof, meskipun saya tahu bukan hanya BPJS saja berbagai entitas yang ada di dalamnya.

Kalau saya melihat tadi, apa yang disampaikan tadi, termasuk persiapan yang dilakukan oleh Kemenkes untuk mengawal klausul terkait klaim *pending* dan *dispute* masuk ke dalam revisi peraturan presiden tentang jaminan kesehatan nasional untuk menjaga kelangsungan mutu layanan dan ketahanan dana. Nah, seperti tadi yang disampaikan oleh Prof. Ghufron juga bahwa transformasi mutu layanan itu saya sepakat itu hanya perlu tiga saja, yaitu mudah, kemudian cepat, dan setara, itu memang kita senang dengan kesetaraan itu, tidak ada tebang pilih. Jadi, sehingga penerapan kesiapan KRIS yang baik, mutu layanan bisa ditingkatkan, akses dipermudah, dan yang paling penting ini ketahanan dana kesehatan terjaga.

Saya membaca presentasi yang disodorkan kepada kami oleh DJSN, saya melihat ketahanan DJS kesehatan mulai dari Bapak menyodorkan mulai dari yang di bawah itu 2019 sampai dengan 2025 April, bahkan sampai prognosis RKAT Desember 2025. Saya melihat di sini semakin hari menurut saya kok agak sedikit mencemaskan trennya. Dari 2019 ketahanan DJS bisa 6 bulan hampir, 5,64. Kemudian di April 2025 3 bulan, mungkin masih *oke*, tetapi begitu saya melihat prognosis atau proyeksi RKAT di Desember 2025, ini tinggal 0,62. Apa yang terjadi apabila ini mencapai minus? Itu pertanyaan kami.

Terus setelah itu, yang berikutnya adalah sosialisasi atau edukasi. Tadi disampaikan klaim, *pending* dan *dispute*, bahkan mungkin ekstremnya sampai dengan *fraud*. Kalau yang *pending* itu kan karena dokumen yang kurang jelas, kemudian dokumen yang tidak sesuai, terus kemudian umpan balik atau respons dari verifikator atau verifikasi yang dilakukan mungkin kurang responsif dan lain sebagainya, tapi apabila ada *fraud*. Itu yang mungkin harus benar-benar diperhatikan, Bapak/Ibu. Bergandengan tangan saja lah, berkolaborasi, bersinergi yang baik dan efektif, jalin komunikasi yang baik mengingat kita tahu penerimaan negara tidak baik-baik saja dan kemampuan masyarakat kita untuk membayar premi asuransi juga tidak baik-baik saja.

Jadi, kemungkinan yang angka yang disodorkan kepada kami sampai April itu ada aset neto 45 dan kemudian rata-rata klaim 15 dan kemudian menuju kepada 10 versus 16,7 kami sangat khawatir. Jangan sampai berhenti, pelayanan yang sangat baik untuk menjamin bahwa kesehatan dari masyarakat kita bisa

terjaga karena hadirnya Bapak/Ibu sekalian.

Terima kasih, Pimpinan dari saya.

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

Terima kasih, Bu Indah.

Selanjutnya, kami persilakan Bapak Muazzim Akbar.

F-PAN (H. M. MUAZZIM AKBAR, S.I.P.):

Ya. Terima kasih, Ibu Pimpinan.

Saya hormati Pimpinan dan seluruh anggota Komisi IX, Pak Menteri dan seluruh undangan yang tadi sudah disampaikan begitu lengkap oleh Ketua Komisi IX.

Yang *alhamdulillah* ini cukup panjang memang tadi kalau saya kuliah ini berapa SKS yang kita dapatkan ini dari RDPU yang pada hari ini. Tapi saya singkat saja dari apa yang disampaikan dari keseluruhan tadi bahwa kami menyimpulkan bahwa kaitan dengan *pending claim* yang terjadi di BPJS. Memang ini juga yang kami dapatkan di lapangan, nah kalau ini di *pending* bulan ini 40%, besok bulan depan 30%, bulan depan lagi 30%, akhirnya 100% itu yang di *pending*. Nah ini juga yang membuat rumah sakit itu menjadi operasionalnya menjadi terganggu. Banyak sekali di beberapa kali kami melakukan kunjungan kerja ke rumah sakit,, ya, keluhannya, ya, itu-itu saja itu kaitan dengan *pending claim* yang terjadi dari BPJS.

Nah harapan kami tentu kita berharap jangan ini menjadi tradisinya BPJS, ya, ataukah mungkin jangan karena ada dari BPK atau dari KPK yang membuat akhirnya menjadi klaim *pending claim* ini semakin besar begitu. Nah, coba jangan dibuat ini menjadi tradisi karena rata-rata dari seluruh rumah sakit yang saya temukan itu rata-rata memang semua dapat *pending claim* enggak ada yang saya dengar 100% begitu dia mengajukan dia langsung dibayar 100% oleh BPJS. Nah, untuk itu kita berharap dari BPJS tentunya untuk kaitan dengan *pending claim* yang diharapkan oleh teman-teman dari rumah sakit ini untuk betul-betul diperhatikan.

Jadi, bicarakanlah, mungkin kaitan dengan tadi disampaikan administrasi dan lain sebagainya itu supaya operasional yang terjadi di rumah sakit itu tidak terganggu. Karena di samping saya ini punya rumah sakit banyak ya, berapa punya rumah sakit? Nah, ini lima dia punya rumah sakit swasta, Bu Ranny ini. Jadi, dia mengeluh terus ke saya, tapi biar Pak Muazzim saja yang menyampaikan katanya,, ya, sudah biar saya yang menyampaikan.

Yang kedua, kaitan dengan tentu Program KRIS, ya. Nah ini jangan tentu ini jadi keluhan buat rumah sakit swasta mau pun ini, ya, harus begitu, harus segera melakukan kalau memang itu dibutuhkan untuk renovasi dan lain sebagainya. Saya minta juga sama Bu Ranny, ya, harus segera kalau memang itu karena memang kita ingin untuk perbaikan dalam memberikan jaminan kesehatan nasional kepada masyarakat.

Yang terakhir mungkin, karena ini menyangkut dengan Program KRIS ini, perlu juga kita pikirkan penyesuaian tarif, ya. Nah, tarif ini juga perlu kita pikirkan bersama seperti apa yang nanti mungkin kita butuh pandangan dari Pak Menteri untuk adanya penyelesaian tarif ini kaitan dengan program KRIS yang akan kita pikirkan bersama.

Mungkin itu sementara dari kami, terima kasih.

Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.

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

Wa'alaikumsalam.

Selanjutnya, kami persilakan Pak Dr. Edy Wuryanto.

F-PDI PERJUANGAN (Dr. H. EDY WURYANTO, S.Kp., M.Kep.):

Terima kasih, Ketua.

**Ketua, Anggota yang saya hormati,
Pak Menteri DJSN, Dewas, BPJS Kesehatan, Asosiasi Rumah Sakit, dan
Asosiasi Puskesmas.**

Pertama, saya ingin apresiasi Pak Menteri terkait dengan halaman 13 tentang sistem rujukan. Ini saya kira harusnya demikian, karena ini akan meningkatkan akses masyarakat kepada seluruh layanan kesehatan, mulai dari FKTP yang madya, yang utama, yang paripurna ini langkah baik.

Yang kedua, saya apresiasi bahwa KRIS diperpanjang sampai dengan 31 Desember 2025. *Ojo kesusu, Pak, kesusu* itu enggak bagus, Pak, yang bagus, yang pelan-pelan, tapi pasti. *Alon-alon*, ya, kadang-kadang *alon-alon waton-kelakon* itu ada baiknya. Karena paham Pak ini masalah yang rumit, kompleks, terutama menyangkut KRIS (Kelas Rawat Inap Standar). Ini sejak awal kita sudah melakukan banyak pembahasan di sini, malah periode yang lalu KRIS ini pro kontra.

Pertanyaannya sama, apakah Kelas Rawat Inap Standar itu dimaknai satu ruang perawatan atau kelas rawat inap standar itu tiga kelas. Kan intinya

sebetulnya dalam JKN itu akses layanan kesehatan yang bermutu. Nah, bermutu itu representasinya adalah, ya, Kelas Rawat Inap Standar ini. Nah, kalau saya mencermati dari seluruh paparan, Pak, tampaknya yang pro pada KRIS 3 kelas, satu, masyarakat, Pak, saya mengamati akhir-akhir ini Serikat Buruh menolak KRIS yang ditawarkan Pak Menteri. Ini harus didengar, Pak.

Yang kedua, BPJS Kesehatan sendiri sejak dari dulu kayaknya juga keberatan, cuma Prof. Ghufron ini orangnya halus. Jadi, enggak berani mengatakan bahasa menolak itu bahasa beliau agak berat itu, tapi dari paparannya dia lebih cenderung KRIS itu tiga kelas. APINDO, APINDO ini memberi *warning* bahwa KRIS yang diterapkan, yang uji coba ini jangan sampai mengurangi akses. Kan sudah awal sudah kita katakan bahwa kalau KRIS yang diterapkan pasti mengurangi jumlah tempat tidur seluruh total, data-datanya pasti meyakinkan. Kalau jumlah tempat tidurnya turun, pasti akses kurang *dong*. PERSI, ARSSI juga sama tadi, saya lihat paparannya. Intinya juga ini akan mengurangi akses. Padahal JKN sendiri, UHC sendiri itu kata kuncinya adalah akses layanan kesehatan yang bermutu bagi seluruh penduduk. Ini hati-hati Pak di sini, Pak, Bapak harus jernih ini. Makanya sampai tanggal 31 Desember kita harus berpikir, disadarkan KRIS ini pada UHC, pada prinsip-prinsip dasar UHC, prinsip-prinsip dasar JKN yang sudah digagas sejak 2004, 2014 sampai sekarang dan perjalanannya makin hari makin bagus. Manfaat bagi penduduk banyak.

Oleh karena itu, ini hal yang perlu direnungkan bersama, tapi saya melihat bahwa sejak semangat KRIS yang diterapkan Pak Menteri ini, ada keinginan kuat rumah sakit untuk memperbaiki layanannya. Ini positifnya, terutama yang kelas tiga, Pak. Kalau dulu aduh banyak yang enggak manusiawi, tapi sekarang ini seluruh rumah sakit, baik RSUD maupun swasta, ini berupaya. Ini sisi positifnya. Jadi, orang miskin sekarang menikmati ruang AC. Saya kemarin ke salah satu rumah sakit yang mau berdiri malah membuat KRIS itu dua tempat tidur lho, Pak. Bukan empat tempat tidur lho. Kan ini bagus, Pak. Artinya ada rumah sakit berlomba-lomba juga ingin memperoleh keunggulan dari kelas rawat inap standar ini. Nah, ini saya kira yang harus dipertahankan, tapi sebetulnya mana yang terbaik misinya sama.

Yang kedua, Pak, soal *pending claim* ini, ini soal yang, ya, mohon izin, masalahnya jelas, Pak. Prof. Ghufron masalahnya jelas nih *pending claim* ini. Satu, ketidaklengkapan dokumen. Dua, ketidaksesuaian kode. Kan ini soal teknis *tuh* Pak ini, Pak. Kalau ini sama-sama antara *hospital* dengan BPJS itu *clear* masalah ini sebetulnya soal teknis, Pak. Enggak perlu dibahas soal *policy* ini.

Yang ketiga, perbedaan pemahaman berita acara antara verifikator, BPJS, dan rumah sakit. Ini kan juga soal teknis ini, Pak. Lalu pertanyaannya apakah BPJS itu tidak memiliki verifikator yang andal kan sering *missed-nya* di sini, BPJS disalahkan rumah sakit terus, oh *sorry*, iya betul, soal ini, Pak. Jadi, sistem untuk memandu verifikator BPJS, tolong diperbaiki Pak, karena kan, ya, ada yang isinya dokter, ada yang tidak, kadang-kadang memahami itu enggak sama, lalu muncul

kesalahpahaman. Oleh karena itu, saya kira perlu didekatkan, Pak.

Yang keempat, ada juga perubahan regulasi atau kebijakan atau aturan yang tidak tersampaikan dengan baik oleh BPJS Kesehatan dan cenderung mendadak, itu masalahnya enggak paham, Pak. Nah, ini sebagai refleksi saja, tapi saya juga tadi merespons dari asosiasi Puskesmas tadi, mengatakan bahwa BPJS ini *super power*. Saya dukung, Bu. Jadi, sebetulnya masa *klaim pending* itu bisa masuk ranah gugatan perdata lho Pak, bisa masuk pengadilan lho, kan MoU, antara BPJS dan rumah sakit, kan PKS. Jadi, soal-soal seperti ini sebetulnya rawan hukum, ranah gugatan, hanya persoalannya rumah sakit enggak berani, Pak, kalau berani ada apa-apa, bisa diputus kontrak, Pak.

Jadi, yang rumah sakit ini posisinya lemah, mengapa begini?, ya, undang-undangnya, coba baca Undang-Undang BPJS Pasal 11 huruf d dan e. Memang BPJS punya kewenangan untuk memutus kontrak. Jadi, ini MoU yang tidak seimbang antara BPJS dengan rumah sakit. Nah pertanyaan berikutnya, dengan kondisi ini Pak Menteri mau merevisi Pasal 11 huruf d apa e enggak? Kalau tidak, ya, jangan salahkan, Bu, kalau BPJS *super power* karena amanat undang-undangnya, begitu, Ibu Kepala Puskesmas. Memang undang-undangnya begitu. Jadi, menurut saya ini perlu jadi masukan.

Yang berikutnya, soal Tim Kendali Mutu Kendali Biaya. Kan ini hubungannya dengan *dispute* rumah sakit dan BPJS kesehatan kan juga terkait dengan itu. Apakah kinerja tim kendali mutu dan kendali biaya itu baik? Ini Pak Menteri harus pantau semua ini, karena ini terkait dengan *dispute*. Apakah Tim Kendali Mutu dan Kendali Biaya itu telah berjalan dengan baik? Lalu, Pak Menteri,, ya, Undang-Undang SJSN dan Undang-Undang BPJS Tahun 2004 dan 2014 dan itu telah diimplementasikan sampai sekarang, ada tidak keinginan Pak Menteri untuk merevisi undang-undang ini? Nah, ini perlu dilihat dengan berbagai persoalan yang ini, apakah ada hubungannya dengan undang-undang ini.

Yang terakhir soal *fraud, fraud* itu soal hilir, dan *fraud* itu setelah saya alami, Pak, oknum, Pak. Ada oknum dokter, ada oknum tenaga kesehatan, ada oknum dokter atau tenaga medis yang menjadi direktur rumah sakit. Ini oknum, Pak, dan oknum ini harus ditindak, Pak. Kemudian kalau sampai rumah sakit itu putus, waduh yang rugi masyarakat, Pak. Jadi, perkuat saja oknum yang melakukan *fraud* dari sisi hukum, biar ada efek jera, tapi kalau solusi yang memutus kerja sama BPJS ini yang perlu hati-hati. Kalau memang secara sistemik rumah sakit melakukan *fraud*, nah itu baru, tapi kalau oknum Pak, kadang-kadang direktornya enggak tahu, karena *owner*-nya rumah sakit juga enggak mengerti, tapi *fraud* terjadi.

Saran saya bahwa, Bapak/Ibu sekalian, hari-hari ke depan soal JKN kita kritis. Pertama, saya perlu laporkan Kunker ke Jawa Timur, Pak. Bahwa dimensi UHC itu ada tiga. Satu, kepesertaan. Kepesertaan kita semakin turun, Pak. Peserta yang aktif turun. Saya ambil contoh, Jawa Timur, Kabupaten UHC turun.

Dapil saya sendiri, Pak, Rembang, semula UHC, sekarang yang aktif hanya 81%, Blora yang semula UHC sekarang tinggal 71%, Grobogan turun, Pati turun. Berarti kalau 71%, ada 29% penduduk yang tidak memiliki jaminan kesehatan, kalau sakit bayar sendiri.

Yang kedua, yang kita bahas hari ini. Yang ketiga, soal biaya, *pending claim* demikian besar, BPJS rasio klaimnya 108%, berarti rugi. Jawa Timur, Pak, kemarin, rasio klaimnya 128%. Ini kalau enggak kita selamatkan, akhir tahun aset bersihnya BPJS turun, Pak, dan bahaya ini. Jadi, kita punya persoalan besar tentang pembiayaan kesehatan kita. Kalau ini enggak segera diselesaikan, kelangsungan JKN kita terancam, Pak. Oleh karena itu, DJSN menjadi PR berat, DJSN terutama ini PR-nya berat agar JKN kita, kita pertahankan dengan baik.

Itu, Ketua, mohon maaf agak panjang.

Wassalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.

(PERGANTIAN KETUA RAPAT)

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Walaikumusalam.

Terima kasih, Pak Edy Wuryanto.

Lanjut Pak Heru, bersiap Pak Nur Hadi.

F-P. GOLKAR (Dr. Ir. HERU TJAHOJONO, M.M.):

Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.
Selamat sore.

**Yang terhormat Pimpinan beserta seluruh Anggota Komisi IX,
Pak Menteri Kesehatan, BPJS Kesehatan, Dewan Pengawas, dan
Ketua Dewan Jaminan Sosial, Pak Asosiasi Rumah Sakit Swasta, dan
Rumah Sakit Daerah dan dari Puskesmas.**

Terima kasih, izin. Tadi sudah disampaikan banyak dengan Pak Edy, namun demikian sebetulnya di daerah itu banyak masukan yang sebetulnya sudah disampaikan oleh baik rumah sakit daerah maupun asosiasi rumah sakit. Tentunya, Pak Menteri, ini semua adalah perlu adanya regulasi yang perlu dibangun kembali, aturan-aturan yang perlu dicocokkan kembali. Bagaimana pun juga apa yang disampaikan Pak Edy, betul memang di daerah.

Yang kedua, ada hal-hal yang *alhamdulillah* sudah sampai Pak Menteri tadi untuk KRIS diundur sampai Desember Pak, Desember. Nah, inilah *monggo* nanti

untuk dicek kembali di lapangan apakah ini bisa diperpanjang lagi. Namun demikian, ini semangatnya untuk melayani kebutuhan kesehatan di Indonesia lebih baik. Bagaimanapun juga rumah sakit-rumah sakit yang ada di daerah ini ada dua, Pak Menteri, yang satu rumah sakit swasta, yang satu lagi rumah sakit daerah, nah rumah sakit daerah ini sebenarnya sudah BLUT (Badan Layanan Usaha Daerah) yang tentunya anggarannya ini juga kembali lagi ke daerah ada juga kembali lagi ke APBD, masuk ke APBD, namun dikembalikan ke daerah.

Dengan berubahnya menyiapkan KRIS tadi, maka harus tentunya apa yang disampaikan Ketua Asosiasi Rumah Sakit Daerah ada Peraturan Mendagri yang bisa mengatur bahwa rumah sakit daerah ini melalui bupati/wali kota untuk ikut berpartisipasi di dalam rangka program KRIS tersebut. Termasuk puskesmas, puskesmas ini Pak Menteri, ini putranya Pak Menteri yang paling muda di depan dan programnya banyak. Jadi, di puskesmas itu mungkin ada ibu-ibu yang dari puskesmas itu ketua puskesmas dan stafnya ini ada yang jadi PPK juga jadi tugasnya banyak. Jadi, juru apa namanya sosialisasi berbagai seluruh program kesehatan yang ada dari Menteri Kesehatan itu puskesmas semua. Oleh sebab itu, maka dari itu puskesmas itu perlu perhatian dan apa yang disampaikan oleh Ketua Asosiasi Puskesmas itu betul dan seperti klaim dan pengembalian itu memang berat, kadang-kadang malah dia urunan, honorinya puskesmas untuk pengembalian, itu benar, ya, Mbak, ya, Ibu, ya, itu honorinya untuk pengembalian. Oleh sebab itu, sekali lagi untuk Program KRIS ini apa yang disampaikan Pak Edy betul.

Yang terakhir Pak, Jaminan BPJS, ada hal yang memang sudah dilakukan adalah dengan menggunakan digitalisasi, antre dengan digital ini. Nah ini yang perlu dilihat bahwa tidak semua kabupaten/kota mempunyai kemampuan untuk ini bagus. Namun demikian kabupaten yang bagus bisa melakukan dengan optimal dan sosialisasinya perlu disampaikan, semuanya tadi itu perlu disosialisasikan, seperti KRIS harus Juli, ini semua rumah sakit di daerah tahunnya Juli, jangan sampai Juli ini berarti kurang sosialisasi.

Saya kira itu Pak Menteri dengan program yang bagus ini tentunya perlu koordinasi lagi dengan beberapa hal yang perlu dikoordinasikan termasuk regulasi yang harus disusun ulang, disusun kembali agar betul-betul manfaat terhadap Program KRIS tersebut, itulah yang perlu kami sampaikan. Terima kasih.

Wassalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Walaikumusalam.

Terima kasih, Pak Heru.

Dipersilakan Pak Nurhadi, setelahnya Bu Neng Eem, Bu Irma.

F-P. NASDEM (NURHADI):

Terima kasih, Pimpinan.

Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.

**Yang saya hormati Pimpinan dan Anggota Komisi IX DPR RI,
Pak Menteri beserta Jajaran, dan
Seluruh yang hadir di sini.**

Teman-teman tadi banyak menanyakan kaitannya klaim yang *pending* maupun yang *dispute*, saya mau tanyakan hal lain khususnya ke Prof. Ghufron. Kita tahu bersama 2024 BPJS Kesehatan defisit 9,56 triliun, hampir 10 triliun, Pak. Nah, saya ingin tanya sejauh mana apakah kondisi keuangan BPJS Kesehatan ini bisa benar-benar terkendali, Pak, hingga akhir 2025? Apakah direksi masih memiliki ruang fiskal dan strategi yang kredibel untuk menutup defisit ini atau justru sebaliknya, kita sedang menyaksikan secara perlahan mungkin semakin menurunnya sistem jaminan kesehatan yang selama ini sangat kita banggakan bersama, bahkan banyak negara lain yang ingin meniru Sistem Jaminan Kesehatan Nasional kita.

Yang kedua, Pak, ini tidak hanya di dapil saya, tapi saya juga sering dapat keluhan dari daerah lain dan ini juga Bu Irma juga sudah pernah ngomong di media. Sampai hari ini kok masih banyak pasien itu kalau rawat inap dibatasi sampai 10 hari Pak dan setelah 10 hari ketika belum sembuh itu harus pulang dulu dan nanti di kemudian hari bisa rawat inap lagi. Ini tolong, Pak, penjelasan Prof. Ghufron apakah ini, kan, Prof., sudah pernah menjawab ini tidak ada aturan seperti ini, tetapi di lapangan terjadi, Pak. Apakah ada dualisme aturan di kami ketika kami tanya Bapak tidak ada aturan itu, tapi diam-diam Bapak melakukan itu mungkin untuk semacam karena defisit ini, ya, ada semacam langkah-langkah efisiensi atau seperti apa, Pak, aturan-aturan internal ke rumah sakit-rumah sakit mitra? Dua itu, Pak, pertanyaan saya ke Prof. Ghufron.

Berikutnya saya langsung ke Pak Menteri Kesehatan. Nah, ini, Pak, beberapa akhir ini hari ini Pak Menteri jadi sorotan, Pak. Kaitannya saya menyoroti kaitannya dengan cara komunikasi Pak Menteri yang kurang *wise*, kurang bijaksana, Pak. Ada dua hal. Yang pertama, Bapak menyampaikan orang yang punya ukuran lingkaran pinggang yang di atas 33 cm, itu akan cepat menghadap Allah, Pak. Saya kira ini kok tidak, maksudnya Bapak levelnya menteri harusnya enggak bicara seperti ini, Pak. Harusnya Pak Menteri lebih bicara yang teduh, yang membuat masyarakat ini apa, ya, menerima informasi dari Kementerian Kesehatan ini membuat masyarakat terasa senang, damai, bahagia, bahkan Pak Menteri kan juga menyampaikan Kementerian Kesehatan berupaya, berupaya dengan segala program untuk meningkatkan usia harapan hidup masyarakat Indonesia, tapi saya merasa *statement* Pak Menteri itu justru ironi atau justru

sebaliknya.

Statement yang kedua Bapak menyampaikan, orang yang gajinya 5 juta itu pasti tidak pintar dan tidak sehat. Lah ini lagi, Pak, walaupun Pak Menteri ada *statement-statement* sebelumnya yang mungkin, tapi media ambil yang terakhir itu. Pak Menteri perlu tahu, Pak, kalau di kami, Pak, di Kabupaten Blitar, di desa, Pak, orang dengan pendapatan 5 juta itu sudah sejahtera, Pak. Sayur enggak beli, lauk enggak beli, Pak. Ya, mungkin belinya hanya beras, ya, itu sudah sejahtera, walaupun mungkin pendapatan, pendapat saya itu secara parsial hanya di pelosok desa, tapi saya minta tolong Pak Menteri untuk *statement-statement* berikutnya lebih *wise* dan lebih bijaksana, lebih adem bisa diterima masyarakat luas Indonesia, menuju Indonesia semakin sehat berdaulat tahun Indonesia Emas 2045.

Demikian Pimpinan. Terima kasih.

Wassalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Walaikumusalam.

Terima kasih, Pak Nurhadi.

Selanjutnya Bu Irma, setelah Bu Irma, Pak Obon.

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

Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.

**Pimpinan Komisi IX yang saya hormati,
Kawan-kawan Komisi IX yang saya cintai dan banggakan,
Mitra kerja yang hadir pada kesempatan siang hari ini yang saya hormati.**

Yang pertama tentunya kalau bicara soal KRIS dari awal saya sudah menyampaikan bahwa bereskan dulu alkesnya, bereskan dulu SDM-nya, bereskan dulu infrastrukturnya baru boleh jalan, itu yang pertama. Apalagi terkait dengan tarif, ya, ini mau tarifnya naik atau turun atau bagaimana ini kan belum jelas, jadi jangan dijalankan sebelum tarifnya jelas, tapi *alhamdulillah* Pak Menteri sudah memberikan relaksasi, diperlakukannya mundur sampai bulan Desember, ya, kalau enggak salah. Jadi, masih ada kelonggaran waktu untuk bisa menyelesaikan masalah-masalah yang belum selesai. Saya paham bahwa apa yang dimaksud oleh Pak Menteri satu kamar empat *bed* itu pasti niatnya untuk kebaikan, ya, untuk kebaikan sehingga masyarakat yang berobat, yang rawat inap itu enggak berdesak-desakan yang kemudian malah saling menularkan satu sama lain. Baik sebenarnya, itu patut kita dukung sepanjang, nah ini dia, sepanjang yang

saya sampaikan 5 *item* tadi dibereskan dulu, Pak Menteri. Nah, itu satu.

Nah yang kedua, saya mau ngomong lagi soal kalau enggak gatal jangan digaruk Pak. Seperti yang disampaikan Pak Nurhadi, saya paham betul Bapak harusnya ngomong itu, ngomong seperti itu jangan di publik. Kalau di universitas misalnya di orang-orang yang pengetahuannya sudah lebih bagus pasti mereka tahu sisi positifnya, kalau orang lingkaran pinggang di atas itu obesitas, kalau obesitas tentu banyak penyakit kalau banyak penyakit, ya, pasti menghadap Tuhan lebih cepat, sebenarnya itu intinya, tapi enggak semua masyarakat paham itu, Pak, begitu. Jadi, Bapak, kalau enggak gatal jangan digaruk, ngomongnya jangan seperti itu, walaupun sebenarnya maksudnya baik lho ya, baik-baik, karena obesitas tuh enggak bagus, saya salah satu contoh obesitas lho. Saya itu makan saja, saya kadang-kadang bilang, saya minum saja kok badan saya berat badan saya tambah, begitu, ya. Jadi, kadang-kadang pinggang sakit, masuk angin lah segala macam, memang orang obesitas itu banyak sekali keluhannya, begitu, tapi jangan, kalau enggak gatal jangan digaruk, ya, Pak, karena itu bikin gaduh dan membuat Bapak jadi perbincangan se-Indonesia makin *viral*, *nge-top* banget nih Budi Gunadi Sadikin, ya. Jadi, itu, atau kata Bu Kurniasih ingin di-*viral*-kan, enggak juga lah, ya. Saya yakin sudah banyak perbaikan tata kelola rumah sakit yang dilakukan beliau dan saya terus terang mendukung penuh bagaimana beliau melakukan perbaikan di tata kelola, karena selama ini jeruk makan jeruk, banyak yang tidak terselesaikan, banyak yang tersembunyi, termasuk PPDS, perundungan, *bullying*, kemudian malapraktik dan lain sebagainya, dibereskan, menurut saya itu *good* lah, ya.

Nah, kemudian sebelum lebih lanjut saya bicara, soal KRIS ini Pak, perlu mungkin Bapak mendapatkan informasi penerimaan publik ini terhadap perubahan manfaat dan iuran JKN. Dan ini terkait iuran nih, Pak, ya, mesti dicek kembali. Kemudian, tarif RS, di sini ada di nomor berapa nih? Tarif rumah sakit belum sesuai dengan nilai ekonomi, keekonomian. Kenaikan inflasi, UMKM, pajak, dan lain-lain perlu ditinjau 2 tahun sekali bagaimana iDRG? Ini dari tantangan pelayanan kesehatan di rumah sakit swasta.

Nah, saya ingin juga sampaikan nih soal yang meningkatnya kasus *pending claim* setelah diverifikasi oleh verifikator BPJS sehingga mengganggu *cash flow*. Pernah enggak sih kawan-kawan rumah sakit berpikir kalau kalian juga banyak *fraud*-nya? Kenapa diverifikasi ulang? Karena banyak bohongnya, banyak manipulatifnya, banyak lho, jangan salah. Tadi Pak Nurhadi bilang 10 hari dipulangkan, enggak 10 hari, 3 hari. Rawat inap sudah disuruh keluar kok sama rumah sakit, nanti habis itu baru 2 hari kemudian boleh lagi datang. Tarifnya 2 kali itu iDRG-nya, justru itu merugikan BPJS Pak, bukan menguntungkan BPJS, salah lho. Itu menguntungkan rumah sakit, 3 hari keluar, habis itu 2 hari kemudian boleh lagi masuk. Ini kan akal-akalan rumah sakit, ya. Kemudian diagnosa, masuk UGD, terus disuruh rawat inap, kalau enggak ada, ya, suruh keluar lagi, masuk lagi, memang kita enggak tahu, kita tahu juga permainan rumah sakit. Rumah sakit juga jangan merasa apa namanya semua salah BPJS. BPJS ini sudah sangat

menguntungkan rumah sakit lho. Kalau enggak ada BPJS *piye, ya, to*. Jadi, rumah sakit juga perlu memperbaiki diri, kenapa ada *double checking*, karena banyak *fraud*.

Nah, saya minta dengan BPJS nih Prof. Ghufron, saya dengar lho, ya, isu ada klinik yang punya oknum ya, oknum orang kuat atau Anggota DPR, saudaranya Anggota DPR, *fraud*, enggak berani itu BPJS untuk membereskan, bereskan tuh yang begitu-begitu. Mau dia kakaknya, mbahnya, bapaknya Anggota DPR atau orang kuat lainnya, bereskan, enggak ada urusan, jangan yang begitu dibiarkan yang lain kemudian diputus, itu enggak boleh begitu itu, ya, Pak Ghufron, jangan takut, itu uang negara lho itu.

Kemudian soal kapitasi, tadi Mbaknya yang di ujung sana. Tadi ngomong nih, bicaranya begini, sisa anggaran dari dana kapitasi yang belum digunakan oleh puskesmas adalah hak mutlak puskesmas untuk digunakan sebagai biaya kegiatan tahun berikutnya sehingga BPJS Kesehatan tidak berhak. Lah memang itu duitmu, duit negara itu, bukan duit Anda, bukan duit puskesmas itu, duit negara. Kami juga tahu Anggota DPR berapa kuotanya yang dikasih yang berobat berapa, itu sisanya dibawa main-main, dibawa liburan ke Thailand, ya. Jadi, enggak boleh juga begitu, itu uang negara, sesuai dengan kapitasimu, sesuai dengan orang yang datang ke tempatmu., ya, kalau memang itu enggak terpakai balikkan ke negara, ya, jangan merasa berhak, BPJS itu bukan hak BPJS itu hak negara, uang rakyat itu, ya.

Kemudian soal nih, rumah sakit swasta harus siap dengan alkes yang dibutuhkan. Jangan cuma main rujuk saja,, ya, *to*, karena enggak ada alkes, ya, kan, pasien BPJS diterima, alkesnya enggak cukup, kemudian dirujuk. Dua kali lho itu, itu dua kali pembiayaan, lho itu, Prof. Dua kali lho,, ya, kan, diterima nih di puskesmas kan sudah tarif tuh, kemudian enggak cukup kan alatnya kan dirujuk lagi ke rumah sakit mana. Nah, itu kan juga sudah dua kali kapitasinya, sudah dua kali tarifnya tuh. Nah, makanya Kementerian Kesehatan harus melengkapi alkesnya puskesmas. Nah, kadang-kadang puskesmas ini dokternya juga jam 10 datang, jam 11 pulang, jam 12 pulang., ya, kan, begitu datang dianggap saja enggak ada, ini dokternya enggak ada kemudian dirujuk, kenapa enggak ada yang tangani, nah tapi walaupun enggak ditangani karena sudah masuk ke dalam puskesmas, sudah distetoskop, sudah dicek tekanan darah, sudah dapat tuh kapitasinya.

Nah, rujuk lagi, bayar lagi, ini kan sama saja menggarong pemerintah ini, yang begini-begini benarkan *dong*. Jangan semuanya, menyalahkan BPJS. BPJS ini juru bayar, bukan duitnya dipegang oleh BPJS. Jadi, harus paham juga nih, rumah sakit-rumah sakit, jangan cuma bisa bilang apa namanya harus begini, harus begitu. Rumah sakit, ya, harus siap kalau mau melayani pasien BPJS juga harus siap alkesnya. Kalau enggak siap, ya, jangan dilayani, jangan kontrak dengan BPJS lah. Banyak kok puskesmas, apa klinik-klinik yang lengkap, kalau enggak lengkap, tapi kontrak dengan BPJS itu sama saja, menghabiskan

anggaran BPJS itu. Nah kemudian, ya, sudah ini klinik yang koruptif tadi saya sudah sampaikan juga.

Nah, saya kira Pak Menteri harus segera menyiapkan seluruh yang pernah direkomendasikan Komisi IX agar KRIS ini bisa berjalan, Pak Menteri. Saya paham betul bahwa akses pelayanan publik harus jauh lebih baik lagi. Sekarang sudah baik lho, ya, tapi harus lebih baik lagi. BPJS juga sekarang ini sudah baik banget. Saya tuh selalu kalau ke rumah sakit selalu wawancara. Saya wawancarakan, ya, ada yang bilang katanya pasang ring hanya boleh satu. Bohong, orang saya wawancara langsung kok dengan pasien di rumah sakit. sampai 3-4 juga masih di-cover kok sampai BPJS, luar biasa.

Jadi, kita harus sama-sama duduk bareng begitu, jangan saling menyalahkan, saling *support*, kalau ada yang kurang ditambah, kalau ada yang kelebihan dikurangi, kan itu harusnya dilakukan oleh mitra kerja. Masalahnya teman-teman ini kan semuanya berkecimpung di satu profesi, yang namanya akses pelayanan kesehatan, begitu, ya. Jadi, rumah sakit juga jangan menyalahkan BPJS saja, *wong* banyak yang korup kok, ya, banyak yang klaimnya enggak benar, diagnosisnya juga salah, begitu, ya, terus mintanya gede, itu juga banyak. Kalau kemudian BPJS melakukan verifikasi wajar-wajar saja, kalau sampai bilang *cash flow*-nya terganggu, enggak juga lah, ya, itu juga *ngecap* itu, kalau sampai bilang terganggu dan lain sebagainya kecuali yang enggak dibayarkan itu lebih dari 50% begitu, *oke* lah terganggu, kalau cuma 10% enggak terganggu lah itu, ya, enggak usah berlebihan juga lah, ya, dalam rangka melayani kebutuhan akses pelayanan publik.

Saya kira itu saja yang ingin saya sampaikan. Terima kasih. Saya tutup dengan,

*Wallahul muwaffiq ila aqwamith thoriq,
Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.*

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Walaikumusalam.

Terima kasih, Ibu Irma.

Selanjutnya Pak Obon, bersiap Ibu Ranny.

F-P. GERINDRA (OBON TABRONI):

*Bismillahirrahmanirahim,
Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh,
Salam sejahtera untuk kita sekalian.*

Terima kasih, Bu Pimpinan.

Pak Menteri dari BPJS, Dewas, dan seluruh yang tidak bisa saya sebutkan satu per satu.

Bahwa betul hari ini adalah pertemuan yang sangat luar biasa, unsur-unsur yang hadir juga sangat lengkap sehingga sebelum saya masuk ke persoalan KRIS ada beberapa hal yang mungkin di luar itu. Yang pertama, Bapak/Ibu sekalian, di masyarakat sering banyak keluhan terkait dengan pasien akibat tindak kejahatan yang sampai hari ini mereka tidak di-cover oleh BPJS. Padahal tindak kejahatan karena pembegalanlah atau kasus-kasus lain, ya, tentu itu semua bukan maunya mereka, bukan keinginan mereka, tapi sistem membuat mereka itu tidak bisa di-cover oleh BPJS selalu disarankan ke LPSK yang kita paham LPSK itu bukan badan yang, mereka itu perlindungan, bukan badan atau lembaga yang mempunyai anggaran untuk bagaimana meng-cover biaya-biaya korban tindak kejahatan. Sehingga ke depan saya berharap bahwa persoalan ini kita coba diskusikan agar korban itu jangan sampai sudah jatuh tertimpa tangga, digigit anjing juga jadi sudah apes, seapes-apesnya.

Kemudian yang kedua, yang kedua, terkait dengan KRIS tadi sempat diulas. Ada beberapa pandangan dari teman-teman saya, buruh terutama terkait dengan peserta penerima upah. Yang pertama, ketika KRIS ini berjalan, mereka ini sementara kan mereka ini sekarang berada di Kelas 1 dan peserta penerima upah terutama dari buruh biasanya mereka itu tingkat ketaatan iurannya paling tinggi. Kemudian yang kedua, klaim rasionya juga rendah, tapi ketika nanti ini berjalan, yang selama ini menjadi Kelas 1, dari Kelas 1 apakah nanti ditempatkan di kelas sesuai dengan standar? Pertanyaan pertama. Yang kedua, Bapak/Ibu, ada beberapa perusahaan yang menggunakan CoB (*Coordination of Benefit*) mereka menjadi peserta BPJS juga menjadi peserta rumah sakit lain. Nah, pada saat mereka menjadi peserta BPJS dan rumah sakit bagaimana koordinasi dengan, oh bukan dengan rumah sakit lain, tapi dengan asuransi lain. Bagaimana pola penanganan CoB-nya nanti *Coordination of Benefits*-nya?

Nah, kemudian yang ketiga bahwa, tadi sudah disampaikan dari Asosiasi Rumah Sakit, akan ada pengurangan kamar dengan Program KRIS yang tadinya rumah sakit. Belum lagi ada kondisi juga, masih banyak rumah sakit yang belum siap untuk itu. Hanya sekitar 60% kalau enggak salah tadi disampaikan, adanya KRIS tadi, ini dengan rentang waktu kalau pada relaksasi sampai dengan Desember, apakah memungkinkan untuk itu?

Kemudian yang ketiga, Pak, di beberapa wilayah, beberapa wilayah sekarang juga muncul persoalan pemerintah daerah, terutama di UHC-nya itu bermasalah. Banyak persoalan terutama di dapil saya juga di Bekasi juga, pasien yang orang tidak mampu tiba-tiba mereka layanan kesehatannya tercabut, kemudian mereka tentu tidak bisa berobat, mereka harus urus administrasi-administrasinya yang lain-lain. Saya enggak paham nih, apakah ini karena

persoalannya ada di BPJS atau ada di pemerintah daerah? Mengingat ternyata bukan hanya satu pemerintah daerah, banyak pemerintah daerah juga yang mengalami persoalan ini. Nah, ini juga jangan sampai hak-hak masyarakat untuk mendapatkan jaminan kesehatan, hanya karena persoalan administrasi mereka terabaikan.

Kemudian terakhir, Pak, kemarin Pak Indra, maaf, bukan karena Bapak berdiri, enggak. Karena terakhir enggak-enggak karena itu, Pak, kemarin kita lakukan rapat koordinasi di Batam tentang pekerjaan migran terkait dengan BPJS-nya. Saya waktu itu disampaikan oleh Pak Indra sempat, harus ada koordinasi antara BPJS kalau enggak salah, Pak, dengan Kementerian Kesehatan, kalau enggak salah kemarin itu. Nah, bentuk koordinasinya bagaimana terutama untuk pekerjaan migran? Karena memang kami sekarang semangat juga perlindungan pekerjaan migran baik dari BPJS Ketenagakerjaan juga baik dari BPJS Kesehatan. Soalnya kemarin tercetus harus ada surat-surat keputusankah atau perpreskah atau apa. Nah, hari ini Pak kita ketemu bersama,, ya, mudah-mudahan ini juga bisa tersampaikan. Terima kasih.

*Billahi taufiq wal hidayah,
Wassalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.*

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Walaikumusalam.

Terima kasih Pak Obon.

Selanjutnya Bu Ranny. Bersiap Bu Kurniasih.

F-P. GOLKAR (RANNY FAHD ARAFIQ):

*Bismillahirrahmanirrahim,
Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.*

Kepada yang terhormat Pimpinan Komisi IX beserta senior, serta Sahabat-sahabat yang ada di Komisi IX DPR RI, Bapak Menteri beserta Jajarannya, dan Seluruh mitra Komisi IX yang hari ini hadir dan sudah menyampaikan semua paparannya.

Mungkin tadi saya ada sedikit berasa tentang pernyataan Bu Irma yang mengatakan bahwa rumah sakit itu ada yang punya orang kuat, Anggota DPR RI yang katanya begini-begitu. Nah, berasa begitu, ya, Pak, ya? Anggota DPR RI punya saya dan memang tahun lalu saya mengalami hal tersebut. Betul, ya, Pak, ya? Dan saya langsung menindak tegas manajemen karena kami *owner* tidak bisa langsung mata kami ke *coding*. Karena mereka punya tupoksi satu per satu

codingan-nya, begitu, lho. Jadi, kami sebagai *owner*, langsung menindak tegas manajemennya begitu terjadi *fraud*. Kenapa? Karena kita kan enggak tahu masa setiap lembaran kita buka kita baca kan juga enggak mungkin, begitu, *lho* dan di saat hal tersebut terjadi, kami bertanggung jawab kepada pihak BPJS menghitung dan mengembalikan semuanya yang menjadi *fraud* di hari yang sama dan lalu memberikan pengajaran kepada pihak *coding* yang kebetulan RS saya itu 90% itu BPJS dan semuanya pasien yang tidak mampu.

Kami di Depok ada 2 rumah sakit, satu di Bekasi itu di dapil saya, satu lagi di Serang. Dan *alhamdulillahnya* memang di BPJS ini tidak semuanya ter-cover, yang kami akhirnya membuat lagi.

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

Pimpinan, Pimpinan, sebentar Pimpinan.

F-P. GOLKAR (RANNY FAHD ARAFIQ):

Sebentar Bu Irma belum selesai.

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

Saya mau sebentar sama Pimpinan dulu.

F-P. GOLKAR (RANNY FAHD ARAFIQ):

Belum selesai.

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

Pimpinan, enggak Pimpinan, mohon maaf saya Pimpinan.

Saya mohon maaf tidak menyindir siapa pun, tidak juga mengatakan siapa pun, karena kejadian ini terjadi di Indonesia., ya, di seluruh Indonesia, jadi jangan sebut nama saya.

F-P. GOLKAR (RANNY FAHD ARAFIQ):

Enggak sebut, tadi.

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

Anda enggak boleh menyebut nama saya.

F-P. GOLKAR (RANNY FAHD ARAFIQ):

Saya kasih tahu itu pernyataan Bu Irma.

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

Anda enggak boleh menyebut nama saya. Salah. Anda enggak boleh menyebut nama saya.

F-P. GOLKAR (RANNY FAHD ARAFIQ):

Iya *oke-oke*. Jadi, tadi yang ngomong bukan Bu Irma, ya. Yang ngomong bukan Bu Irma tadi, maaf ya, Bu.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Iya, iya ini bukan ajang klarifikasi juga. Saya kira kembali ke agenda.

Terima kasih.

F-P. GOLKAR (RANNY FAHD ARAFIQ):

Iya Pimpinan, Pimpinan. Mohon maaf Pimpinan saya cuma klarifikasi. Saya jadi merasa begitu karena itu tahun lalu saya seperti itu dan *alhamdulillah* semuanya selesai dengan baik begitu dan kami membantu keluarga tidak mampu di semua rumah sakit kami. Mungkin itu saja.

Yang selanjutnya berkaitan dengan, mungkin Pak Menteri pertanyaannya sedikit di luar bahan, karena senior-senior tadi sudah menyampaikan, kebetulan waktu RDP dengan Kemenkes minggu lalu, saya sempat ingin tanya, cuma kan poksi masing-masing, begitu, ya. Jadi, terkait profesionalisme, penguatan kebijakan transformasi tenaga medis yang harus dilandasi tujuan *patient safety*, yang kebijakan dan pelaksanaannya juga harus profesional. Kalau saya tidak salah, Pak Menteri menyampaikan waktu sambutan Acara Pelantikan PBID. Nah kami dengar akan ada kebijakan di mana perawat dan bidan bisa memberikan resep ke pasien bukannya para dokter yang memang lazimnya melakukan pengobatan. Jika hal itu terjadi, dikhawatirkan akan menimbulkan kasus hukum yang baru. Mengingat bidan atau perawat tidak belajar tentang histologi, biokimia tubuh, anatomi detail, ilmu penyakit dalam, neurologi, ilmu paru, dan lain-lain. Lain halnya dengan dokter umum yang memang sudah belajar hal tersebut. Itu pun masih ada saja kasus hukum kesehatan apalagi yang tidak belajar wewenang hal tersebut di mana mereka hanya belajar sedikit saja kecuali tentang ilmu keperawatan, dan kebidanan yang memang wewenang mereka yang sudah selama ini berjalan.

Apabila mungkin Pak Menteri merasa dokter kurang, maka yang perlu digenjot adalah institusi pendidikan membuka selebar-lebarnya kuota calon dokter. Memberikan beasiswa pada mahasiswa miskin sehingga beberapa tahun

ke depan dapat terpenuhi. Bukan eksklusif kepada orang yang punya uang saja mungkin. Bukalah tambahan kuota yang besar untuk rakyat miskin yang saat ini bisa bermimpi menjadi dokter.

Lalu beberapa pertanyaan juga Pak, ini saya kemarin juga dipanggil dari Pimpinan DPR RI untuk menyampaikan hal ini. Yang pertama tentang pernyataan Pak Menteri Kesehatan bahwa orang yang memiliki gaji 15 juta per bulan pasti lebih sehat dan pintar dibandingkan dengan 5 juta, adalah bukti bahwa Pak Menteri sebagai Pejabat Negara tidak berhati-hati dalam berbicara di ruang publik pesan pembangunan yang disampaikan dengan cara menyinggung atau mencederai rasa sosial masyarakat. Pernyataan ini tampak menyalahkan masyarakat dari ketimpangan struktural, masyarakat berpenghasilan rendah kerap kali justru merupakan kelompok yang paling rentang terhadap keterbatasan akses layanan kesehatan, bukan karena mereka memang pintar atau tidak sehat melainkan karena sistem kesehatan yang belum mampu menjangkau mereka secara adil.

Lalu yang kedua, Program PPDS berbasis rumah sakit tanpa keterlibatan kuat fakultas kedokteran universitas dikhawatirkan menurunkan mutu akademik dan pendidikan klinis karena kurangnya integrasi dengan pendekatan ilmiah dan kurikulum berbasis universitas. Pendidikan berbasis rumah sakit harus tetap melibatkan fakultas kedokteran dalam pengembangan kurikulumnya penjaminan mutu dan asesmen akademik guna memastikan kualitas lulusan tetap terjaga. Pak Menteri Kesehatan, mungkin saya minta menjelaskan sedikit juga tentang terperinci program PPDS tersebut.

Yang ketiga, kemudian tentang dugaan pembentukan kolegium tandingan serta mutasi sepihak terhadap dokter, pengurus IDAI menimbulkan kesan intervensi politik dan representatif terhadap.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Maaf Bu Ranny bisa dipersingkat dan tolong yang sesuai agenda kita hari ini, ya, topiknya, ya.

F-P. GOLKAR (RANNY FAHD ARAFIQ):

Sedikit lagi Pimpinan. Iya Pimpinan, saya menyampaikan yang dari Pimpinan DPR RI. Maaf, terkesan intervensi politik dan representatif terhadap suara kritis dan profesi. Ini Kementerian Kesehatan juga harus membuat opini baru. Saran saya segera selesaikan saja Kemenkes harus membuka proses seleksi kolegium mutasi dan kebijakan pendidikan secara transparan. Lalu pertanyaan ini tadi sudah saya sampaikan dari Pimpinan salah satu Pimpinan DPR RI.

Mungkin itu saja Pimpinan. Terima kasih.

Wassalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Walaikumsalam.

Silakan Bu Kurniasih.

F-PKS (Dr. Hj. KURNIASIH MUFIDAYATI, M.Si.):

Baik, terima kasih banyak.

Bismillahirrahmanirrahim.

Bu Pimpinan, Bu Ketua, Bu Pimpinan, Teman-teman Komisi IX, Pak Menteri dari DJSN, Pak Dirut, Pak Dewas, semuanya nih, ARSSI, apalagi, ya, banyak, mohon maaf tanpa mengurangi rasa hormat tidak di sapa satu per satu, Tamu-tamu yang kami hormati.

Langsung saja menyambung dari semua pembicaraan. Yang pertama, Pimpinan rapat ini sebenarnya tema ini bukan yang pertama kalinya. Di masa sidang yang lalu juga kita melakukan rapat yang serupa. Mungkin ini yang harus menjadi kebiasaan kita itu adalah ada beberapa PR di laporan singkat di rapat terakhir kemarin yang terkait dengan isu JKN dan juga isu tentang KRIS ini yang harusnya hari ini sudah bisa disampaikan progresnya sudah sampai di mana.

Nah, mudah-mudahan teman TA juga bisa bantu *monitoring*, karena lapsing itu tidak hanya sekedar dokumen, tetapi dalam tatib itu memiliki kekuatan yang sangat luar biasa. Supaya rapat kita ini enggak cuma sekedar rapat yang menghasilkan catatan, setelah itu dilupakan dan tidak ada *follow up*. Nah, mudah-mudahan Pak Menteri dan semua tamu-tamu yang hadir, mitra-mitra dari Komisi IX yang hadir hari ini, sudah menindaklanjuti dari semua dari lapsing-lapsing yang bertemakan tentang pembahasan JKN. Karena kayaknya temanya tuh sama terus, begitu, ya, tapi enggak ada kemajuan yang cukup signifikan kalau menurut saya, begitu, ya. Nah, hari ini sih lumayan *alhamdulillahnya* agak menghibur tuh di presentasinya Pak Menkes itu ada masa implementasi yang dimundurkan sampai Desember 2025. Nah, itu kita apresiasi Pak, karena memang kita tidak bisa buru-buru melaksanakan implementasi kebijakan ini. Karena begitu banyak yang harus diperhatikan.

Nah, yang kedua, sebenarnya izin, Pimpinan, ini semua hadir di sini dari ARSSI, kemudian juga dari Asosiasi Puskesmas, ya, kemudian juga Asosiasi Rumah Sakit Daerah dan juga PERSI, begitu, ya. Yang saya rasa ini sangat berharga sekali masukan-masukannya, saya baca semuanya. Sebenarnya tinggal bagaimana dari semua *stakeholder* baik itu dari Kementerian Kesehatan dan juga

dari DJSN dan BPJS Kesehatan bisa menjawab semua pertanyaan dan permasalahan yang dikeluhkan oleh teman-teman baik itu yang ada di ARSSI maupun di Asosiasi Puskesmas, ya, apa sih ini Akselerasi Puskesmas Indonesia, kemudian juga Asosiasi kecil banget nih, Rumah Sakit Daerah, ya, dan juga PERSI. Karena ini banyak data yang menarik di sini. Dan juga banyak masukan-masukan yang menurut saya ini sangat bagus sekali, kalau ini semua bisa dijawab nih, Pak Menteri, rasanya sih bisa berjalan dengan baik, tapi pertanyaannya kapan bisa diselesaikan semua permasalahan yang disampaikan oleh data-data ini? Contohnya, misalnya hari ini kita bisa melihat ternyata yang rumah sakit yang siap juga belum terlalu banyak juga sebenarnya kan yang memenuhi semuanya begitu lho. Khususnya untuk yang swasta dan rumah sakit yang tipe-tipenya memang masih harus di-*support*.

Belum lagi anggaran daerah, anggaran daerah yang memang harus benar-benar menjadi perhatian dan itu *leading* sektornya bukan di Kemenkes, tapi ada di kementerian yang lain,, ya, karena bagaimanapun juga pasti akan meminta akan menghabiskan dana dari APBD, ya. Kayak misalnya kendala 144 rumah sakit yang disurvei, ya, dari anggaran itu 106 rumah sakit. Jadi, 55,2% itu ada kendala anggaran, ya.

Kemudian juga dari survei yang lain ya, bagaimana kesiapan RRI ya, presentasi RRI itu, ya, rata-rata masih di bawah 50% lah kurang lebih untuk memenuhi 12 indikator ini, 1 sampai 12 indikator. Artinya data-data yang disampaikan oleh teman-teman yang hadir di sini, tamu-tamu kita yang sangat luar biasa, dari PERSI, dari ARSSI, dari Akselerasi Puskesmas Indonesia, dan juga dari Rumah Sakit Daerah ini harus menjadi perhatian saya rasa. Jadi, saya minta bisa masuk dalam kesimpulan bahwa semua masukan, usulan, rekomendasi ini bisa mendapatkan tanggapan dan juga bisa ditindaklanjuti oleh pihak-pihak yang memang harus menanggapi.

Yang berikutnya adalah terkait dengan, tadi sudah banyak sekali disampaikan, ya, dari Bu Irma, dari teman-teman yang lain, ya, dari Pak Obon juga tadi bagaimana tentang kepulangan-kepulangan pasien ini sangat di sangat masih menjadi apa, ya, isu yang sangat luar biasa. Mungkin memang perlu ada kebijakan yang lebih baik lagi, ya. Kalau memang harus pulang itu kan kalau enggak salah kita sudah pernah sepakat dengan kriteria, dengan definisi pasien sudah terkendali kalau enggak salah seperti itu, ya, kan, sudah terkendali bukan sembuh, tapi terkendali. Nah, ternyata definisi terkendali ini, Pak Dirut, terjemahannya di masing-masing rumah sakit itu beda-beda. Ada yang 3 hari dipulangkan dulu, ada yang 5 hari dipulangkan dulu, ada yang tadi kata Pak Nurhadi 10 hari dipulangkan, begitu, ya. Masing-masing ini rasanya perlu ada standar yang *clear* yang memang bisa semua rumah sakit itu memperlakukan pasien itu sama. Kan enggak mungkin pasien juga mau betah-betah berlama-lama di rumah sakit itu kan kayaknya enggak ada, begitu, ya. Pasti pasien itu inginnya cepat pulang, kumpul sama keluarga, enggak ada yang ingin lama-lama di rumah sakit itu enggak ada, tapi kalau memang belum terkendali definisinya. Nah, makanya definisi terkendali ini

yang mungkin perlu disamakan persepsinya, ya.

Kemudian yang berikutnya saya juga setuju nih dengan BPJS Kesehatan, rasanya memang kalau untuk di apa namanya kelas tunggal itu perlu kajian sangat panjang sekali. Apalagi yang kami pesankan nih, Pak Menteri, kami pesan sekali bahwa KRIS ini sebenarnya sangat bagus, ya, karena akan mendorong pada peningkatan layanan terhadap pasien-pasien kita dan *insya Allah* ini akan mengarah kepada penguatan sistem kesehatan nasional kita tentu saja. Tapi bagaimana caranya supaya KRIS ini juga tidak berdampak terhadap kenaikan iuran dari masyarakat. Pasti ini akan berteriak masyarakat, begitu, ya. Karena di dalam undang-undang dasar, sekali lagi saya selalu menyampaikan, baik dalam panja kemarin juga saya sampaikan, bahwa hak untuk hidup sehat, hak mendapatkan layanan kesehatan itu adalah hak rakyat dan itu adalah kewajiban negara untuk bisa memberikannya.

Mudah-mudahan semua yang sudah disampaikan oleh teman-teman hari ini, tamu-tamu kita pada hari ini bisa menjadikan masukan bagi Kementerian Kesehatan, DJSN, BPJS Kesehatan, supaya mari kita duduk bersama mencari solusi supaya semua rumah sakit, puskesmas, baik itu daerah, pusat, swasta, dan yang lainnya semuanya bisa memberikan pelayanan terbaiknya untuk rakyat di Indonesia.

Terima kasih, Pimpinan. Tadi saya menggarisbawahi lapsing yang terakhir tentang JKN itu.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Baik, nanti kita tampilkan kalau perlu.

Terima kasih, Bu Kurniasih.

Masih ada dari Bapak/Ibu Anggota? Karena di catatan saya sudah tidak ada. Ada yang mau menambah? Bu Netty, silakan. Sebelum saya tawarkan ke meja Pimpinan.

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

Iya. Terima kasih, Pimpinan.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Sebelum Bu Netty, mohon maaf saya dari tadi lupa terus perpanjangan waktu. Sampai satu jam. Harusnya 15.30, ini sudah 16.40 bahkan, ya. Jadi, izin, Bapak/Ibu sekalian, saya perpanjang waktu mungkin sampai 17.30 ya, bisa disepakati, ya, Bapak/Ibu, ya.

(RAPAT : SETUJU)

Silakan, Bu Netty.

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

Ya. Terima kasih, Pimpinan atas kesempatan yang diberikan.

*Bismillahirrahmanirrahim,
Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.*

**Pimpinan dan Anggota Komisi IX DPR RI yang saya cintai dan saya banggakan,
Saudara Menteri Kesehatan Republik Indonesia, kemudian juga
Ketua DJSN, Ketua Dewas, Dirut BPJS Kesehatan, kemudian juga
Ketua PERSI, ARSSI, APKESMI, dan para tamu undangan yang mohon maaf
kalau ada yang terlewat ya, tidak saya sebutkan tanpa mengurangi rasa
hormat saya.**

Saya yakin apa yang ditanyakan oleh teman-teman itu berangkat dari komitmen agar layanan kesehatan yang bisa diterima oleh masyarakat ini hari semakin baik. Saya yakin seperti itu. Jadi, kalau kemudian ada pertanyaan-pertanyaan yang memang mengulang-ulang, itu bentuk komitmen sebetulnya. Yang ingin saya tanyakan, ini dari paparan Kementerian Kesehatan, saya melihat ini membuat saya prihatin, ya, Bapak/Ibu, ya. Kenapa? Karena kalau kita lihat di sini, nilai *pending claim* dari 12 rumah sakit Kemenkes selama 2024 saja cukup besar. Apalagi kalau kita lihat nilai *dispute claim* dari 12 Rumah Sakit Kemenkes selama 2024, total *dispute claim* itu belum dibayar sebesar 57,3 miliar atau 100% dari keseluruhan *dispute claim*.

Saya tergelitik untuk bertanya, ya. Jadi, kalau kita bicara tentang *pending claim*, *dispute claim*, begitu, ya, kira-kira terbayang enggak, *cash flow* rumah sakit itu seperti apa, seperti itu. Apalagi kalau kemudian sampai berbulan-bulan ini belum dibayar, ya. Apakah ada semacam apa pembicaraan? Apakah ada kemudian jaminan pembayaran minimum begitu ketika mereka menghadapi *dispute claim* ini? Kenapa karena kalau kita bicara kemampuan rumah sakit itu sudah terbayang oleh kita. Layanan yang diberikan, apa, alkes, kemudian obat-obatan juga sudah diberikan, begitu, ya, tiba-tiba di sini ditunda pembayarannya atau kemudian memang ada persyaratan yang belum terpenuhi, ya. Nah, menurut saya ini yang ditanyakan oleh ARSSI, PERSI ini juga hampir sama, ya, bahwa ternyata alasan *pending* itu alasan *coding*, alasan klinis, begitu. Bisa enggak sih kalau kemudian ini, apa namanya, ya, pemahaman verifikatornya ini sama? Atau memang sudah diperiksa belum? Apakah kemudian *pending* ini karena memang ketidaksamaan, begitu, ya? Apakah ke depan perlu juga di audit si verifikatornya ini, begitu, ya, kalau kemudian kok kalau kita lihat ini klaim ini apa *pending* ini banyak sekali, begitu. Nah, menurut saya ini kan juga terkait dengan keberlanjutan

atau *sustainability* layanan yang bisa diberikan oleh rumah sakit kepada masyarakat, begitu. Nah, jadi menurut saya ini perlu dipikirkan, ya, apakah kemudian tidak ada standar interpretasi yang sama oleh verifikator BPJS, ya, terhadap klaim yang diajukan, ya. Dan yang kedua tadi ya, apakah memang perlu juga kita mengaudit verifikatornya ini, Ibu dan Bapak, ya, agar semua keputusan *pending claim* ini memang benar, begitu, ya.

Nah, yang juga disampaikan kan tadi, seolah-olah ini sepihak, ya, oleh BPJS Kesehatan. Saya enggak tahu, ya, saya memosisikan pada posisi awam, ya, sepihak, ya. Apakah memang benar? Ada persyaratan atau ada *pending* ini yang memang mencicil begitu. Kalau misalnya sekarang yang harus diperbaiki A, setelah diperbaiki A, berikutnya ada B dan C seperti itu, ya, ini mohon dikonfirmasi, begitu, ya. Sehingga ini juga tidak menimbulkan apa ya, kalau boleh saya sebutkan *distrust* lah antara fasilitas kesehatan terhadap BPJS Kesehatan, ya. Nah itu yang menurut saya agak-agak banyak ini, ya, agak banyak ininya, ya, keluhan yang terkait dengan *pending* ini, ya.

Kemudian yang kedua, terkait dengan KRIS ini. Pak Menteri, tampaknya perlu dirumuskan kembali deh, definisi standar ini apa sih, sampai kemudian sudah bertahun-tahun ditunda berapa kali ternyata belum selesai juga ini, ya. Saya khawatir standar menurut pemahaman BPJS Kesehatan ini berbeda dengan standar yang kemudian dipahami oleh Kementerian Kesehatan, misalnya. Standar yang dipahami ini melulu persoalannya penyesuaian infrastruktur fisik, padahal standar yang diinginkan oleh masyarakat adalah bagaimana pelayanan ini bisa meningkat, ya, apalagi kalau PBI, enggak peduli mau sekamar 4 tempat tidur, 6 tempat tidur, yang penting mereka dilayani dengan baik, begitu, ya. Itu dialog saya, ya, secara informal dengan beberapa warga. Mereka enggak mengerti itu, ya, persoalan penyesuaian fisik, ya, Pak Dirut, ya. Nah menurut saya ini yang harus duduk dulu nih, standar ini, ya. Dan kalau kita lihat dari 12 kriteria ini kan memang kebanyakannya melulu tentang fisik begitu. Padahal yang sering dikeluhkan adalah, ya, bagaimana meningkatkan kualitas layanannya. Kalau kualitas layanannya kan memang tadi teman-teman juga sudah banyak lah, ya, supaya enggak antre, begitu, supaya apa kalau kemudian harus CT scan bisa tahun depan, ada yang seperti itu. Nah, itu seperti apa sih, ya, strategi kita untuk bisa memendekkan antre itu untuk bisa memastikan setiap keluhan pasien itu dilayani begitu, ya, di fasilitas kesehatan. Itu sebetulnya, ya.

Nah, mohon standar ini disamakan dulu persepsinya, ya, sampai duduk semuanya, baru kemudian kita bicara kapan kita tarik bendera *start*-nya. Kenapa? Karena kok kalau kita lihat ini cuma main-main di tanggal, begitu, lho. Sudah ditunda sebelumnya, kemudian dinyatakan nanti Juni 2025, sekarang ditunda lagi Desember, begitu, ya. Saya khawatir ini cuma main-main tanggalnya saja, ya, padahal sebetulnya filosofi KRIS-nya juga tidak dipahami secara baik, begitu, ya, antar pemangku kepentingan ini, ya.

Kalau kita lihat kan tadi yang disampaikan oleh Bu Kurniasih, ini kan semuanya sudah disampaikan oleh multi *stakeholder*, PERSI, ARSSI, APKESMI, begitu, ya. Semua menyatakan ada keterbatasan anggaran untuk penyesuaian fisik begitu. Kemudian hanya sekian persen yang sanggup, 13 persen. Bahkan tadi kalau enggak salah ada survei, ya, surveinya itu rata-rata di bawah 50%, Pak, kesiapannya. Jadi, enggak mungkin kayaknya dipaksakan, ya, dengan mengatasmakan standar, padahal standarnya juga belum dipahami secara baik atau belum di apa ya, dipahami secara utuh, begitu, ya, yang dimaksud standar ini apa, seperti itu, ya.

Nah, menurut saya itu Pimpinan, beberapa hal yang ingin saya sampaikan. Justru seharusnya DJSN ini harus sering menagih ini, ya, menagih atau kita yang menagih sebetulnya ke DJSN ini, ya, kajian-kajian, termasuk juga definisi standar ini, ya.

Dan terakhir, ini sebetulnya pesan saya dan kita semua, ya, di Komisi IX ini. Masyarakat ini kan sebetulnya terfragmentasi pada beberapa ruang, ya. Ruang perkotaan yang dengan sangat cepat mengakses informasi lewat kemudahan teknologi, ada kawasan perdesaan yang memang enggak akrab dengan teknologi seperti itu sehingga setiap pemahaman masyarakat ini berbeda-beda sesuai dengan *input* informasi yang masuk kepada dirinya, ya. Oleh karena itu, kita dituntut untuk memperbaiki tata kelola komunikasi publik, siapa pun, siapa pun, ya. Baik Kemenkes, BPJS Kesehatan, ya, kemudian juga pemangku kepentingan yang lain, kenapa? Karena kalau kita bicara tentang tata kelola komunikasi publik, banyak kok seharusnya persoalan yang ringan jadi berat begitu, ya, karena salah komunikasi, ya. Kalau kita bicara tentang vaksin di era pandemi, itu kan juga karena tata kelola komunikasi publik kita yang kurang baik, ya.

Saya coba ingatkan sedikit ya, kita *refresh, lifetime, lifetime* antara Badan POM dengan apa Kemenkes beda kan, begitu. Nah, oleh karena itu, menurut saya hari ini karena kita butuh suasana yang kondusif, kita butuh energi yang besar untuk menata Indonesia ini. Maka kalau saya boleh saran, ya, sebaiknya kita berhati-hatilah, ya, dalam berkomunikasi, ya, sehingga tidak ada kelompok-kelompok yang merasa di apa tersinggung atau tersakiti, begitu.

Saya enggak akan mengulang sih apa namanya pernyataan atau *statement* apa, atau konteksnya apa, tapi marilah ini, ya, ini Uni Irma mengingatkan nih, "*yang kalau enggak gatal jangan digaruk*" begitu, ya, oh iya. Kalau itu istilahnya Uni Irma, kalau saya harus mengatakan, "*Mulutmu harimaumu.*" Ya, kalau dalam era informasi, "*Jarimu harimaumu.*" Ya, tapi dalam konteks komunikasi, mengedukasi masyarakat, ya, kita harus berhati-hati. Kenapa? Karena bicara ini enggak bayar, ya, bicara ini enggak bayar orang jadi baik juga karena kalimat kita, orang tersinggung juga karena kalimat kita, ya. Maka saya mengimbau pada semua mitra, ya, untuk berhati-hati dalam menyampaikan *statement*, pernyataan, ya. Kenapa? Karena satu musuh itu, satu orang yang memusuhi kita itu jauh lebih berat begitu ketimbang kita mengaku punya seribu orang yang mendukung kita

yang enggak berlaku sama sekali. Kenapa? Karena ketika orang sudah tersakiti, orang sudah tersinggung, ini dengan kemudahan teknologi bisa mengamplifikasi, ya, ketersinggungannya dengan sangat cepat, dengan sangat mudah, ya.

Jadi, mohon di tengah tantangan kita membangun ketahanan kesehatan nasional kita, tadi pagi saya juga baru menggelar FGD “Lawan Dengue” ya, dan ternyata masyarakat hari ini juga sudah mengalami kebingungan, Ibu Ketua. Kenapa kalau dulu demam tapal kuda itu masih dipahami sebagai salah satu gejala? Tapi sekarang banyak Dengue yang asimtomatik, ya, tidak bergejala. Nah, oleh karena itu, untuk membangun literasi yang baik di tengah masyarakat, mari sama-sama kita saling menghargai, saling menghormati, ya. Sehingga tidak ada pihak yang tersakiti, tidak ada pihak yang tersinggung. Mudah-mudahan justru semangat kolaborasi ini semakin terbangun.

Itu saja mungkin, Pimpinan, yang ingin saya tambahkan. Demikian.

*Wabillahi taufiq wal hidayah,
Wassalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.*

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Walaikumsalam.

Terima kasih, Bu Netty.

Dari Meja Pimpinan, Bu Felly, silakan.

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

Baik. Terima kasih, Pimpinan Rapat.

Yang saya hormati Teman, Pimpinan, dan Anggota Komisi IX, serta Tamu yang hadir, Menteri Kesehatan Republik Indonesia dan Tim, Dewan Jaminan Sosial, BPJS Kesehatan, Dewan Pengawas BPJS Kesehatan, juga Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia (PERSI), ARSSI, ARSADA, juga APKESMI yang saya hormati.

Ini ditujukan dulu kepada Pak Menteri. Pak Menteri bicara KRIS, ini KRIS kan sebagai satu kelas perawatan standar yang tidak secara eksplisit diatur oleh undang-undang. Nah, oleh karena itu, penerapannya ini pasti akan menghadapi kendala legal jika disesuaikan dalam Undang-Undang SJSN. Selain itu, Undang-Undang SJSN ini menjunjung prinsip ekuitas dan gotong-royong, namun belum menyebarkan mekanisme perlindungan mutu layanan bagi semua kelompok sosial ekonomi. Untuk itu, perlu diketahui, Bapak/Ibu, Komisi IX juga telah memasukkan revisi Undang-Undang SJSN dalam Prioritas Prolegnas karena KRIS berisiko menciptakan kesan penyeragaman yang justru merugikan kelompok

yang selama ini membayar lebih untuk layanan lebih tinggi. Contohnya Kelas 1 dan Kelas 2.

Kemudian revisi Perpres Nomor 59 Tahun 2024, mungkin ini perlu menghapus penerapan KRIS dalam tenggat waktu yang tadinya 30 Juni 2025, yang tadi sesuai dengan pemaparan Pak Menteri, sudah digeser di Desember 2025. Nah, ini tadi juga sudah disampaikan oleh Ibu Netty. Jangan ini cuma menentukan waktu tanggal, terus seperti apa. Di sini sudah ada semua, kita bisa tanya langsung kepada ARSSI, perhimpunan rumah sakit yang ada, ya. Siap enggak kira-kira 2025 bulan Desember? Kita tanya saja sekali, supaya tahu, begitu, bisa enggak diterapkan di bulan Desember? Supaya *clear*.

Nah kemudian, saya lagi, mau menyoroti lagi, Bapak/Ibu, yang paket INA-CBGs sekarang sudah jadi iDRG, ya. Sekali lagi, ini paket-paket ini yang selama, yang sebelumnya boleh dibilang tadi masalah klaim masih masalah-masalah. Yang lagi paket yang ini, yang metode klasifikasi pasien mungkin bukan berdasarkan umur saja atau bukan berdasarkan penyakit saja, tapi mungkin lebih dari komplikasi atau apa, ya, dari komorbid yang bersangkutan. Jangan sampai ini lagi, kita terburu-buru menerapkan kemudian mendapatkan kendala. Nah, bagaimana kalau karena ini masih masa transisi, ya, transisi kita laksanakan secara bertahap.

Kemudian kesiapan juga SDM dan IT. Kalau tadi kan kita melihat bahwa dari rumah sakit masalah *fraud* dan lain sebagainya, sebetulnya tadi sudah disampaikan banyak juga direktur rumah sakit yang tidak paham kan, disampaikan oleh Pak Dewan Pengawas, ya, itu *either*, Pak Dewan Pengawas, tapi mungkin kalau dari ARSSI dan lain sebagainya, mungkin pendapatnya beda.

Nah, dari waktu ke waktu selalu saya sampaikan, pernah enggak sih dibuat satu macam yang berkesinambungan, rapat berkesinambungan, dari layanan yang akan disampaikan. Kan ini BPJS, mau rumah sakit swasta, rumah sakit pemerintah, sama saja. Disampaikan bagaimana sih penerapannya kalau misalkan ada yang baru, kebijakan yang baru, mereka juga. Atau apa sih yang harus disiapkan? Kalau tadi dari teman-teman bilang itu kan cuma secara teknis, tapi itu juga perlu untuk membayar dengan kelengkapan teknis itu kan, itu juga perlu. Cuma untuk ada penerapan di bawah yang seragam, yang bisa, yang mudah dilaksanakan, mungkin perlu ada pertemuan atau perlu ada rapat-rapat secara teratur dari waktu ke waktu. Supaya tadi dari, apa, puskesmas, apa, sebentar saya tidak, dari APKESMI, ya, sampaikan juga. Ini mereka juga punya masukan yang harus didengar. Jadi, tidak terkesan ini dibuat satu kebijakan yang akhirnya tidak mampu diterapkan di bawah atau di bawah tidak mampu lakukan karena mereka tidak didengar, tidak didengar juga. Apa kendala yang dibawah?

Nah mungkin ini kalau ini dari BPJS dengan Dewan Pengawas juga. Ini penting sekali karena saya mendengar langsung keluhan-keluhan dari berbagai rumah sakit yang menyampaikan kepada saya, karena mereka tahu saya sebagai

Ketua Komisi IX, mengeluh untuk urusan ini. Jadi, banyak, saya pusing mendengarnya, rinciannya A, B, C, D. Ibu, kita pernah saya bicara juga. Coba *dong*, kasih tahu supaya lebih mudah, supaya tidak, jangan sampai dalam tanda kutip, minta maaf kalau saya salah. "*Ini hanya menggeser waktu*", karena juga kesiapan pembayaran itu mungkin juga jangan juga seperti itu, ya. Masalah kemampuan membayar dari waktu ke waktu, jangan juga sampai ini salah satu masuk di dalamnya, hanya mengulur waktu.

Jadi, mungkin ini Pak, yang kita minta ada perhatian bagi kita semua. Sudah disampaikan oleh perhimpunan rumah sakit yang kita undang untuk dihadirkan di tempat ini. Saatnya seperti apa begitu? Mari bicara, enggak usah kita sembunyikan apa pun di depan perwakilan dari masyarakat Indonesia.

Terima kasih. Saya kira itu saja.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Terima kasih, Bu Ketua, ya.

Baik, dan saya kira sudah banyak tadi disampaikan. Pada prinsipnya sebenarnya kita sama-sama hari ini ingin bagaimana memastikan *sustainability* dari Program Jaminan Kesehatan Nasional ini bisa benar-benar terus dirasakan oleh seluruh masyarakat Indonesia dan negara benar-benar hadir di dalamnya.

Nah, terkait dengan permasalahan tadi, *pending claim, dispute claim*, ini kan bagian dari *utilization review* sebenarnya yang memang dilakukan oleh BPJS Kesehatan terhadap, ya, fasilitas-fasilitas kesehatan yang memang bekerja sama. Tapi tentu, ya, perlu ada kesepakatanlah, ya, komitmen bersama untuk bisa, ya, sama-sama, saya kira, bagaimana ini punya titik temu yang sama. Apalagi tadi kalau cuma standar administrasi, standar mutu, begitu, ya, rasanya mungkin kecil. Tapi yang paling banyak ini kan standar pelayanan. Ini agak aneh sebenarnya, ya, kalau standar pelayanan ini bisa, ya, menjadi faktor terbesar, ya, yang tadi yang ditanyakan oleh Bu Netty, verifikatornya seperti apa, ya, kualitasnya, ya, ini jangan-jangan enggak ketemu, begitu, ya, pemahaman yang sama.

Lalu juga yang selanjutnya, terkait dengan, ya, tadi aturan saya kira Pak Kepala perlu segala macam yang dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan, ya, karena tadi juga ada keluhan, jangan dilakukan secara mendadak, ya. Karena saya juga mendapatkan apa namanya, ya, keluhan yang sama dari teman-teman terkait dengan beberapa aturan-aturan yang dibuat, ya, oleh BPJS Kesehatan yang dirasa justru ini menjadi, ya, mempersulitlah bisa dibilang, begitu. Ada persepsi yang berbeda, ya, misalnya, apa namanya, jam pelayanan. Ini ada di apa realitanya, ya, di fasilitas-fasilitas kesehatan kita, ya, bahwasanya jam pelayanan ini membedakan antara pasien JKN dengan pasien non-JKN. Di mana kalau pasien JKN hanya boleh diberi waktu operasi itu, ya, jam kerja, dari Senin sampai Jumat, sampai dengan jam 16.00 sore, begitu, ya. Nah ini kan aneh, padahal

antrean banyaknya justru yang JKN, ya, tapi yang JKN justru yang dibatasi. Sedangkan yang non-JKN, ya, bebas, ya, mau kapan pun bisa dilakukan tindakan-tindakan operasi. Jadi, ini kan kesannya, ya, tadi, ya, orang apa bisa dianggap orang miskin, ya, enggak boleh sakit, begitu, ya. Karena harus mengantre panjang dulu, ya, antrean yang semakin panjang, tapi tadi dengan sistem yang ada justru malah makin diperumit. Jadi, saya kira ada relaksasi kebijakan-kebijakan yang dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan, ya, agar tidak menimbulkan konflik ataupun juga pelaksanaannya, ya, ini malah justru menambah, ya, kerumitan masyarakat mendapatkan akses pelayanan kesehatan.

Dan yang selanjutnya terkait dengan KRIS, ya. Ini sudah pertemuan yang ke berapa. Benar tadi Bu Kurniasih menyampaikan kepada kita semua, rasanya sudah cukup sering kita membahas bahkan dulu dari zaman Prof. Kadir masih Dirjen kayaknya, ya. Ini terkait dengan KRIS sudah kita coba, apa namanya bahas, ya, tapi tetap saja nih ada persepsi yang enggak sama, begitu kan, ya. Ada pemahaman yang atau apa, ya, definisi yang tidak samalah, ya, terkait dengan penerapan standardisasi kelas ini, ya. Yang satu terkait dengan mutu pelayanan, yang satu terkait dengan kelas perawatan tunggal, ya. Ini mau sampai kapan? Jadi, mau sampai kapan berbeda pandangan terus begitu kan. Karena ujung-ujungnya nanti tentu akan, ya, memperlama lagi. Padahal kan ada apa namanya amanah perpres yang harus dikeluarkan paling lambat 1 Juli, ya. Ini juga saya mungkin nanti konfirmasi juga ke Kementerian Kesehatan, ya, di 1 Juli perpres yang mana yang mau dikeluarkan? Jangan sampai perpres nanti salah kaprah lagi, ya, salah pengertian. Keluar perpres berarti keluar apa, berarti harus implementasi langsung, begitu. Jangan sampai seperti itu, karena tadi beberapa Pak Menteri juga sampai yang sebenarnya ada relaksasi sampai dengan 6 bulan ke depan. Bahkan tadi beberapa masukan sampai 12 bulan dari dikeluarkannya suatu regulasi terkait dengan pelaksanaan JKN ini, ya.

Itu saja, sekian tambahan dari saya. Selanjutnya kami persilakan dari apa yang sudah diberikan masukan, tanggapan dari kami Komisi IX, Anggota Komisi IX. Selanjutnya kami persilakan yang pertama tentunya Kementerian Kesehatan, Pak Menteri, untuk bisa memberikan jawaban atau tanggapan dari apa yang disampaikan oleh Pimpinan dan juga Anggota Komisi IX.

Silakan.

MENTERI KESEHATAN RI (Ir. BUDI GUNADI SADIKIN, CHFC., CLU.):

Terima kasih.

Bapak, Ibu Anggota Dewan yang kami hormati.

Mungkin nanti saya akan coba jawab yang ini saja dulu, ya. Yang paling banyak itu memang pertanyaan mengenai KRIS. Saya ingat waktu saya masuk, saya dipanggil sama Ibu Menkeu. Ini tugas saya adalah membereskan peraturan

presiden waktu itu mengenai KDK ini Kebutuhan Dasar Kesehatan. Terus saya dibilang bahwa DJSN yang suruh mengejar KRIS, jadi sebenarnya waktu itu saya ingat saya sih KRIS itu tanggung jawabnya di DJSN ininya, KDK di saya, tapi dalam perjalanannya, jadi dua-duanya kita yang jalani, begitu, ya, kita yang jalani.

Nah, KRIS ini, Bapak/Ibu, yang pertama yang saya ingin sampaikan, waktu saya di masih bekerja di tempat yang lama, BPJS dibikin. Ini konsepnya, supaya kita sama dulu. Ini adalah asuransi sosial. Asuransi sosial itu artinya wajib. Negara itu memberitahukan seluruh masyarakat itu harus ikut ini, namanya sosial. Ini ada beberapa prinsip yang dipegang sebagai asuransi sosial, yaitu prinsip universalitas, prinsip ekuitas, dan prinsip gotong-royong. Maksudnya apa? Ini ada subsidi dari yang mampu ke yang tidak mampu. Itu sebabnya namanya asuransi sosial. Agar pemahaman kita enggak berbeda terus dalam perjalanannya. Termasuk saya sama Pak Ghufron kan sudah berdiri sejak lama mengerjakan ini. Artinya, Bapak/Ibu, maksudnya asuransi sosial, maksudnya ada prinsip-prinsip ekuitas, gotong-royong, maksudnya ada prinsip subsidi adalah orang yang bayar tinggi itu harusnya sama dengan orang yang bayarnya enggak tinggi. Ini mirip dengan pajak saya ambil contoh di tempat lain.

Orang yang bayar pajaknya tinggi seperti Pak Ghufron, itu secara sosial tidak bisa menuntut jalan yang berbeda dengan orang yang tidak bayar pajak. Dia tetap mendapatkan hak yang sama, akses jalan. Orang yang bayar pajaknya tinggi seperti Pak Ghufron tidak bisa menuntut misalnya kalau dia masuk apa dia masuk ke taman, tamannya itu harus taman yang berbeda dengan taman yang enggak bayar pajak setinggi beliau. Itu prinsipnya sosial dan gotong-royong dan ekuitas itu. Jadi, begitu kita melihat bahwa asuransi sosial BPJS, kemudian ada persepsi atau pemahaman kalau kita bayarnya lebih, harus mendapatkan yang lebih, nah itu sebenarnya secara *basic principle* itu berbeda dengan prinsip-prinsip kaidah-kaidah asuransi sosial. Karena kalau enggak, tidak akan mampu negara menjalankan asuransi ini. Karena justru prinsip asuransi sosial, orang yang bayar lebih itu mensubsidi orang-orang lain yang tidak bisa membayar atau bayarannya kurang. Itu sebabnya kemudian saya menyadari, saya mencoba memahami tugas yang diberikan ke DJSN, begitu, ya. Saya akhirnya memahami bahwa, "*oh kenapa ada PBPU yang merasa bayarnya lebih 5% kemudian, bahwa saya harus dapatnya lebih tinggi.*" Nah, itu yang harus pelan-pelan kita bereskan. Karena memang prinsip asuransi sosial tidak demikian.

Prinsip asuransi sosial adalah orang yang bayar tinggi akan mendapatkan faedah yang sama dan dia tugasnya mensubsidi rekan-rekannya yang pendapatannya lebih rendah. Sama seperti contohnya, kalau kita bayar pajak, orang yang bayar pajak lebih tinggi itu mendapatkan faedah yang sama dari negara untuk rekan-rekannya yang tidak mampu. Ini sama, itu yang nomor satu, ya, sehingga kemudian dalam perjalanannya memang, "*oh ini sudah kadung, kita ada yang bayarnya lebih tinggi mintanya kelasnya yang lebih tinggi, bayar yang lebih rendah mintanya yang lebih rendah.*" Nah, itu sebabnya kita secara bertahap meluncurkan KRIS.

Nah, KRIS ini kita melihatnya bahwa ingin menaikkan standar, jadi bukan hanya kamar, Bapak/Ibu. Misalnya ventilasi, WC. Jadi, kita lupa, masa si WC itu di luar? WC itu harusnya di dalam *dong*, karena kadang-kadang suka lupa. KRIS itu bukan hanya jumlah kamarnya 4 jadi 2, yang paling penting kamar mandinya di luar atau di dalam. Kita inginnya, ya, semua orang berhak *dong* untuk kamar mandinya di dalam. Jangan hanya orang-orang tertentu saja berhak kamar mandi di dalam, sisanya yang miskin kamar mandi di luar. Menurut saya itu enggak adil, begitu, ya. Karena itu prinsipnya tadi, asuransi sosial, asuransi yang ekuitas dan gotong-royong ini. Nah, itu sebenarnya kita standardisasi fisiknya. Saya bilang benar yang Ibu Netty, yang baru dibereskan baru standardisasi fisik. Nanti, *insya Allah*, Bu, berikutnya kita akan standardisasi layanannya. Harus masuk ke sana. Jadi, kualitas layanan dan kecepatan lain, antrean nanti jadi masalah.

Kalau saya lihat di negara-negara maju, jadi orang yang bayar yang murah antrenya bisa sebulan, orang yang bayar tinggi ininya antre sekarang. Nah, itu harganya sama, enggak terjadi itu. Harusnya yang di BPJS itu, dia bayarnya berapa pun. Misalnya, saya bayarnya PBI, saya bayarnya PBPU, saya bayar itu, harusnya sama. Dia disamakan dari sisi antreannya. Karena itu prinsip asuransi sosial itu seperti itu, ya, kecuali kalau dia ambil asuransi swasta, tapi asuransi sosial harusnya enggak dibedakan. Dia PBPU, dia bayar 5% lebih tinggi. Saya bayarnya, iurannya saya sudah sejuta nih sebulan, yang sana bayarnya cuma 50 ribu. Masa kok saya dibedakan? Nah, itu prinsip asuransi sosial. Dia bayar 1 juta dengan bayar 50 ribu, memang yang 1 juta adalah untuk menyubsidi 50 ribu. Bukan 1 juta kemudian diberikan fasilitas yang lebih baik, ya. Nah, itu yang sebenarnya mesti sama-sama terus-menerus meyakinkan BPJS. BPJS selalu bilang kita asuransi sosial. Ya, mudah-mudahan BPJS juga memahami arti asuransi sosial, yang bayar lebih tinggi itu memang tugasnya menyubsidi yang bayar lebih rendah. Bukannya bayar lebih tinggi kemudian BPJS memberikan fasilitas lebih tinggi dibandingkan yang lebih rendah. Itu kan ketidakadilan sosial nanti jadinya, bukan asuransi sosial.

Dan saya lihat sebenarnya dengan KRIS ini yang diuntungkan mungkin 167 juta orang. Yang agak diturunkan mungkin ini sekitar berapa? 55. Nah, mungkin yang 55 ini lebih vokal, ya, tapi jangan sampai vokalnya 55 kemudian menyampingkan yang 167 juta, karena ini orang-orang yang miskin yang enggak vokal. Kalau kemudian ini nanti dibatalkan, enggak dapat WC, itu orangnya 167 juta orang, tapi yang 55 mungkin dari 55 ini mungkin 20 juta itu mendapatkan kamar tetap 2, tapi kalau dibatalkan kan nanti yang 167 juta itu tidak mendapatkan WC. Kamarnya satu ruangan 8 begitu kan, kemudian enggak ada AC, enggak ada partisi. Nah, itu yang kita mesti *balancing* sebagai regulator. Bukan hanya berdasarkan berapa *noise*-nya yang ada di kita, tapi juga benar-benar orang yang *silent* ini, yang diam ini, ini juga kita harus tangani dengan baik.

Jadi, kalau di mata saya KRIS itu baik, setuju. Memang harusnya jalannya ke sana. Ini akan mendudukkan kembali konsep asuransi sosial berbasis

kesetaraan, ekuitas, gotong-royong dari orang yang mampu membayar orang yang miskin supaya seluruh rakyat Indonesia bisa mendapatkan aset yang bermutu dan sama dan adil untuk seluruhnya. Itu mungkin yang paling penting saya rasa mengenai, mengenai KRIS-nya.

Saya di sini, saya lihat misalnya pertanyaan dari apa Ibu mengenai implementasinya, saya setuju. Implementasinya ini dilakukan bertahap. Saya bilang, tapi bilang ke tim, kalau bertahapnya terus-menerus 2 tahun, 3 tahun, 4 tahun, 5 tahun, ya, kelamaan. Jadi, coba duduk bareng-bareng supaya bertahapnya kita *share* juga dengan teman-teman di Komisi IX sehingga kita bisa melihat tahapannya. Biar kita sama-sama enak itu, jangan kemudian kita mundur-mundur terus dan itu saya juga bilang, ke depan kita harus taruh lapsingnya itu apa. Lapsing-nya itu mesti dijawab dulu. Itu aku rasa, saya setuju beberapa tadi saya sudah lihat. Jadi, bertahapnya ini, saya lihat kita undurkan ke Desember atau perhitungan kami 57% itu *ready*, sudah *ready* untuk KRIS. 31% akan *ready* di akhir tahun ini dan data itu nanti saya bilang, disamakan *dong* sama PERSI, sama BPJS, sama.

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

Izin, Pimpinan.

Berapa persen Pak Menteri bisa diundang, bisa diulang?

MENTERI KESEHATAN RI (Ir. BUDI GUNADI SADIKIN, CHFC., CLU.):

57% itu sudah *ready*, dari 3.200, ya, rumah sakitnya. 2.700 rumah sakit yang tanda tangan sama BPJS. 57% sudah *ready* untuk KRIS, 31% akan *ready* di Desember 2025. Jadi, totalnya ada sekitar 88% akan *ready by* akhir tahun ini. Nah, sisanya itu yang 12%, itu nanti kita akan setuju saya rasa ada insentif dan disinsentif lah usulan baik dari ARSSI. Cuma saya bilang, datanya ini tolong disamakan karena kan data ini dengan data BPJS, dengan data ARSSI, ARSADA kok beda-beda? Saya bilang, ya, itu harus disamakan, supaya kita benar-benar angkanya sama. Data kita tuh seperti itu.

Kalau yang lainnya, pertanyaannya sebagian bukan ke tempatnya kami, mungkin lebih baik teman-teman yang bisa menjawab mengenai *dispute*, *pending*. Lebih banyak ke sana, yang mengenai komunikasi, ya, memang apa yang saya omongkan sekarang salah semua, ya, niatnya sebenarnya baik. Misalnya mengenai pendapatan itu sebenarnya angka 5, 15 bukan maksudnya ke sana, Pak Nurhadi. Maksudnya adalah untuk jadi negara maju memang kita baru bisa masuk negara maju kalau rata-rata pendapatan kita tuh 15 juta. Dan kita harus angkat bersama-sama kan, supaya bisa jadi negara maju. Nah, untuk bisa ke sana, masyarakatnya harus sehat. Nah, itulah tugasnya kita untuk menyehatkan masyarakat kita, agar kemudian kita menjadi salah satu kontributor agar masyarakat kita itu *income*-nya bisa naik terus. Nah, cuma memang sekarang apa

pun yang saya omongkan dipotong dan disembarkannya begitu. Saya enggak mengerti juga apa yang terjadi dengan diri saya, begitu, ya, tapi yang saya sampaikan adalah kalau mau jadi negara maju, secara definisi World Bank itu jelas, rata-rata pendapatan per kapitanya harus 15 juta. Kita sekarang 4.800 atau 5 juta sehingga kita harus bersama-sama programnya menaikkan itu. Nah, kita di sektor kesehatan menjamin bahwa kita sehat, karena kalau kita sehat, proses kenaikan rata-rata pendapatan itu bisa naik. Mungkin kemudian ada yang mengambil, kemudian memutar menaruhnya seperti apa. Niatnya seperti itu, tapi kalau memperbaiki cara komunikasi, saya akan berusaha selalu memperbaiki cara komunikasi saya dan semua masukan *welcome*, ya.

Kemudian kalau, ya, apa lingkaran, dan ini saya sudah omongkan sejak 1 tahun yang lalu sih. Akhir-akhir ini yang kemarin kemudian disembarkan. Dari CKG juga sama, Bapak/Ibu, nanti suatu saat perlu di-*share* juga dengan teman-teman dari DPR, hasil cek kesehatan gratis kita kan sudah keluar. Itu usia di atas 60 tahun seperti saya, itu datanya 44% itu darah tinggi, jadi di atas 140, 190. Mungkin sekitar hampir 20% itu prehipertensi, jadi di atas 120, 180. Hampir 60% orang-orang tua itu darah tinggi, gulanya itu mungkin 30%-an yang di atas 60. Nah, ini sangat erat relasinya dengan *obesity*. Kita lihat, kalau orang obesitasnya ada, itu dua kali lipat kedua indikator ini tercapai sehingga benar-benar memang kita harus serius menurunkan agar masyarakat kita tuh lebih apa kecil risiko terkena stroke sama jantung. Itu penyakit yang besar, stroke, jantung sama ginjal yang disebabkan oleh tekanan darah tinggi dan gula tinggi.

Banyak penelitian di seluruh dunia, begitu tekanan darah dan gula terkontrol, itu kematiannya turunnya drastis, Pak. Bisa 50% sampai 60% yang standar. Jadi, benar dengan adanya Pak Prabowo dorong cek kesehatan gratis adalah aktivitas preventif yang sangat baik. Tinggal sekarang bagaimana tata laksana supaya terkontrol. Dari yang darah tinggi menjadi normal, dari yang gula tinggi menjadi normal. Itu bisa menurunkan hasil risetnya. Derajat kematiannya *very significant* yang kena jantung sama stroke. Jadi, enggak ada lagi *lah* kalau bisa, orang di bawah 60 atau 65 tahun yang kena jantung sama stroke.

Mungkin dari kami demikian, Bapak/Ibu. Kalau mungkin nanti ada yang kurang, bisa kami tambahkan jawabannya. Terima kasih.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Terima kasih, Pak Menteri.

Ini jamnya sebenarnya jam-jam nanggung, dan kalau kami tadi mungkin yang mau salat Ashar bisa bergantian. Jadi, kami tawarkan juga ke Bapak/Ibu untuk juga bisa bergantian, begitu, ya, memanfaatkan waktu yang ada, ya, sebelum masuk gilirannya. Saya kira, begitu, ya. Jadi, sebelum saya berikan kesempatan ke DJSN mungkin, ya, ini saya mengingatkan saja nih Pak Menteri dan semua nih, ya, karena waktu itu kita rapatnya sama dengan DJSN, dengan

BPJS, dengan Dewas, ya, bagaimana kami minta untuk adanya kajian secara komprehensif terkait dengan penerapan implikasi KRIS, ya, terhadap manfaat layanan, ya, termasuk juga terhadap tarifnya, bagaimana iuran Program JKN-nya, kemampuan dan kemauan bayar dari pesertanya JKN, serta dampaknya terhadap dana jaminan sosial atau DJS Kesehatan.

Dan ini diamanatkan bahwa hasil kajiannya jadi sampaikan kepada Komisi IX secara berkala setiap 2 bulan, ya. Ini sudah dari kapan ya? Tadi kalau dengar disampaikan sudah 20 kali pertemuan katanya 4, begitu, ya, kita belum ada terima apa pun rasanya, ya. Jadi, mohon, kalau memang sudah ada kajiannya, walaupun mungkin apa, ya, belum *final*, ya, kami memahami itu sifatnya mungkin kerahasiaan, kita juga enggak akan membuka kepada publik, begitu, ya.

Tapi sekali lagi, langkah-langkah kajian itu bisa disampaikan kepada Komisi IX, ya, kalau memang sudah dilakukan secara berkala sehingga kita bisa sama-sama memperhatikan. Yang paling penting adalah prinsipnya adalah sama-sama ingin meningkatkan mutu layanan terhadap peserta Jaminan Kesehatan Nasional.

Baik, selanjutnya.

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

Izin, Pimpinan.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Iya.

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

Tadi saya sempat keluar jadi saya belum dengar apa.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Iya Bu Netty, silakan.

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

Apakah tadi sudah dijawab atau belum itu. Saya mau tanya lagi ke Pak Menteri. Jadi, persepsi tentang, apa, Kelas Rawat Inap Standar itu yang seperti apa sih? Maksudnya, memang satu kelas atau memang tetap ada tuh Kelas 3 yang standar, Kelas 2 yang standar, Kelas 1 yang standar atau bagaimana, Pak?

MENTERI KESEHATAN RI (Ir. BUDI GUNADI SADIKIN, CHFC., CLU.):

Boleh kalau saya izin menjawab, Pak, Bu. Memang prinsipnya asuransi sosial itu ada ekuitas, Bu, jadi keadilan, kesetaraan, dan ada prinsip gotong-royong di mana yang mampu itu menyubsidi yang tidak mampu. Itu prinsipnya asuransi sosial, karena kalau enggak bebannya akan terlampau besar kalau ini semuanya ditanggung oleh negara. Itu sebabnya *beautifully* waktu itu dibikin, memang ini di luar pajak diambil, jadi ada kontribusi dari orang-orang.

Nah, kalau saya, pemahaman saya, saya juga ngomong sama teman-teman di Kemenkeu ini sama bahwa memang harusnya dia bayarnya berapa pun untuk asuransi sosial, dia berkelasnya sama. Ya, sama seperti pajak, Bu. Seperti tadi saya sampaikan, kita bayar pajak berapa pun, hak kita untuk dapat jalan, hak kita untuk akses ke taman, hak kita untuk dapat fasilitas dari negara itu sama. Nah, ini yang memang masih jadi perdebatan sekarang, terutama untuk yang sebelumnya tadi dapatnya kelasnya lebih tinggi, sekarang harus turun. Walaupun kita bisa lihat juga dengarkan yang 167 juta yang lain.

Nah, diskusi seperti ini saya bicara juga ke Pak Kunta, yang masalah kan yang kemudian turun. Boleh enggak yang turun ini kita berikan sesuatu solusi, sesuatu solusi supaya mereka tidak merasa berkurang. Intinya kan mereka merasa berkurang kan layanannya, mereka tidak merasa berkurang, tetapi kita tidak terus makin lama makin lebar deviasinya dari prinsip asuransi sosial, di mana ada prinsip ekuitas, jadi orang apa pun dapatnya sama, dan ada prinsip gotong-royong di mana orang yang mampu menyubsidi orang yang tidak mampu.

Begitu, Bu.

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

Izin, melalui Pimpinan.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Iya masih ada Bu Netty silakan.

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

Jadi, maksud Bapak berarti yang standar itu Kelas 3? Bagaimana?

MENTERI KESEHATAN RI (Ir. BUDI GUNADI SADIKIN, CHFC., CLU.):

Tidak. Standar, standar kita adalah.

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

Sama?

MENTERI KESEHATAN RI (Ir. BUDI GUNADI SADIKIN, CHFC., CLU.):

13 kriteria yang tadi Bu, 12 kriteria tadi. Itu standarnya kita. Jadi, kita akan hilangkan definisi kelas, karena kelas itu *stigmatize*. Kelas itu membedakan antara orang yang tidak mampu Kelas 3, orang yang mampu Kelas 1. Itu menurut saya melanggar prinsip-prinsip asuransi sosial yang *equality*. Harusnya, ya, kelasnya sama. Dia bayar berapa pun harusnya kelasnya sama dan samanya mana? Yaitu kelas KRIS itu, tapi memang saya memahami bahwa kita sejak awal mulainya sudah dibeda-bedakan kasta-kastanya antara Kelas 1, Kelas 2, Kelas 3. Nah, ini yang secara bertahap kita harus rapikan supaya prinsip ekuitas dan prinsip gotong-royong ini tercapai.

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

Izin Pimpinan, interupsi.

Pak Menteri, kaitan dengan Bu Netty, pertanyaan Bu Netty, masalah kelas standar. Kalau yang poinnya untuk yang kriteria 12 poin itu, silakan saja, tapi yang kami maksud tadi, yang orang bayar lebih mahal. Kami juga paham menyangkut yang tadi Pak Menteri sampaikan bahwa orang yang mampu silakan bayar sendiri supaya tidak menjadi beban negara. Ya, ini kan yang terjadi selama ini seperti itu, Pak Menteri. Kami juga turun ke bawah mensosialisasikan hal itu.

Tapi yang kami maksud, yang selama ini bertahun-tahun orang membayar untuk mendapatkan pelayanan lebih besar. Bukan masalah keadilan, Pak Menteri itu. Asuransi juga menawarkan segala macam, Pak, ada kelasnya, itu bukan masalah keadilan. Ini masalah kemampuan mereka bisa membayar lebih untuk mendapatkan yang lebih. Bukan berarti kita turunkan dia, Pak. Yang kita turunkan masalah standardisasinya, perawatan seperti apa, silakan, tapi kalau orang sudah selama ini membayar Kelas 1, jauh, Pak Menteri, angkanya setiap bulan per orang. Bayangkan kalau satu keluarga dia ada 7 orang, dikali 100 lebih, berapa duit dia harus bayar? Masa mau disamakan dengan 36 ribu? Bukanlah salah keadilan itu, Pak.

Itu tugas kami, tugas Pak Menteri untuk mengklaster untuk kelas biar mereka-mereka ini mendapatkan pelayanan lebih baik, yang harus ada kamar mandi di dalam dan lain sebagainya. Itu hal lain, Pak. Dengan yang tadi yang dibayar, yang mereka selama ini sudah membayar sekian. Enggak mungkin, Pak, orang bayar lebih, bayar asuransi setiap tahun sekian. Itu seharusnya dapatkan kan enggak mungkin, Pak. Ini pilihan di masyarakat, pilihan di masyarakat. Kalau orang yang mampu untuk membayar, itu wajib dia membayar untuk saling apa kalau kami bilang itu, menopang, ya, dengan orang yang tidak mampu. Kan prinsipnya itu kan subsidi silang, subsidi silang, itu prinsipnya kan, begitu, Pak, tapi orang yang sudah membayar yang kelas lebih tinggi, mana mau, Pak, diturunkan dengan dia sudah bayar bertahun-tahun sekian? Kalau dia ada 7 orang, hampir 1 juta per bulan. Masa di situ yang justru tidak adil, Pak.

Mungkin ini jadi tadi pertanyaan dari Bu Netty, mungkin Pak Menteri silakan menyampaikan standardisasi kelas dimaksud seperti apa, ya, maksudnya kelas KRIS, tapi tidak ada kaitan dengan yang lain, satu, dua, begitu. Mungkin itu yang bisa kita sampaikan. Terima kasih.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Terima kasih, Bu Ketua.

Silakan Pak Menteri, perlu ditanggapi.

MENTERI KESEHATAN RI (Ir. BUDI GUNADI SADIKIN, CHFC., CLU.):

Iya memang saya masuknya di tengah, begitu, ya, 2022 baru masuk, tapi sekali lagi, diskusi itu baik untuk kita lakukan, Bapak/Ibu, ya. Yang saya paham sejak masuk 2022 mengenai konsep asuransi sosial adalah memang ada subsidi, prinsip gotong-royong itu ada. Kedua, ada prinsip ekuitas. Kenapa? Karena ini sifatnya wajib. Jadi, semua orang diwajibkan oleh negara. Kalau ini asuransi normal, prinsip tadi benar. Orang yang mampu akan bayar lebih, dia akan mendapatkan *benefit* lebih. Itu adalah asuransi swasta komersial.

Tapi asuransi sosial karena ini diwajibkan oleh negara, semua orang harus bayar. Nah, konsepnya sosial itu, orang yang membayar tinggi itu menyubsidi orang yang bayarnya lebih rendah. Saya memahami sekali bahwa dalam perjalanannya BPJS itu kemudian dulunya tuh sudah mulainya Kelas 1, Kelas 2, Kelas 3, zaman Askes. Begitu diubah, ada diskusi juga seperti ini. Jadi, kemudian itu dipertahankan, enggak apa-apa.

Dan saya setuju sekali sama Ibu Felly dan Ibu Netty bahwa yang ini tuh kalau bisa jangan turun. Saya memahami, sangat memahami. Nah, sekarang bagaimana caranya kita mencari solusi? Agar konsep asuransi sosial ini bisa kembali secara bertahap didudukkan sesuai konsepnya, bahwa ada isu gotong-royong, ada isu subsidi dari yang kaya ke yang miskin. Ada isu bahwa semua orang yang diwajibkan, ini adalah unsur wajib kan beda dari asuransi komersial wajib dari negara. Dia sadar memang tugas saya diwajibkan sama si subsidi ini yang orang miskin sehingga mereka mendapatkan hak yang sama.

Nah, isunya adalah yang 55 juta ini kan sekarang turun. Nah, saya bilang, ini yang jangan saya paham kalau bisa jangan turun. Nah, bagaimana caranya itu yang harus dibeskan kita pikir bersama-sama, tapi bahwa ada perbedaan apa fasilitas berdasarkan perbedaan iuran yang dibayarkan, itu konsep asuransi komersial. Kalau asuransi sosial adalah orang bayar yang diwajibkan oleh negara, berbeda-beda sama seperti pajak, tetapi ada prinsip ekuualitas dari layanan diberikan dan prinsip *cross-subsidy* dari yang mampu ke yang tidak mampu, begitu.

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

Pimpinan.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Iya Bu Irma, silakan.

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

Iya, Pak Menteri, sebenarnya ada satu sisi yang bisa dipahami, ya, bahwa asuransi sosial itu sebenarnya tidak boleh ada perbedaan. Beda dengan asuransi swasta. Semakin mahal dia bayar premi, maka semakin besar dia mendapatkan manfaat. Beda dengan asuransi sosial. Memang kita harus baca dulu, ya, aturan regulasi di asuransi sosial, tetapi yang kami paham adalah begini, Pak Menteri, yang bayar Kelas 1, Kelas 2 itu kan persepsi masyarakat nanti turun, yang sementara yang Kelas 3 persepsinya akan naik. Sebenarnya kan tidak seperti itu. Sebenarnya dari Kelas 1, Kelas 2, Kelas 3 ini akan disamakan. Jadi, yang Kelas 3 itu akan naik jadi Kelas 1, kan begitu intinya.

Masalahnya, masalahnya, Pak Menteri, ketersediaan kamar yang sekarang ini itu belum mencukupi untuk menampung akses pelayanan publik, yang sekarang satu kamar 12 orang. Itu yang pertama. Yang kedua, persepsi masyarakat masih membedakan, "*Lho saya bayar yang 100 ribu lho sebulan, kok disamakan dengan yang bayar 35 ribu?*" Nah, itu persepsi itu yang harus dijelaskan ke publik. Nah, yang ketiga, SDM di rumah sakit, termasuk di puskesmas, itu juga harus disiapkan dulu. Disiapkan alkesnya maupun SDM-nya. Nah, yang keempat, enggak semua rumah sakit punya *space* untuk melakukan renovasi, ya, dalam mencukupi kebutuhan kamar yang satu kamar 4 *bed*. Nah, solusinya seperti apa kalau ini terjadi? Apakah akan ada diskresi? Nah, kalau tadi dari Juli ke Desember itu relaksasi, nah kalau ini apakah ada diskresi untuk rumah sakit yang enggak bisa naik lagi diapa-apakan, naik enggak bisa, sampai enggak bisa, ini harus bagaimana? Kan itu pertanyaannya.

Nah, ini yang harus dijawab, karena kalau kuota rumah sakit turun untuk rawat inap, BPJS bangkrut lho. Karena apa? Karena nanti rawat inap tuh enggak mencukup. Satu kegaduhan terjadi, orang mau dirawat inap enggak bisa karena rumah sakitnya enggak cukup kamarnya. Di satu sisi, ya, akibatnya BPJS terjun bebas. Nah, ini lho masalahnya. Maka kemudian yang harus dilakukan adalah duduk bersama dulu. Nah, soal *step by step* ini akan dilakukan, bagi kami Komisi IX enggak ada masalah. Tadi Bapak bilang sampai berapa lama,, ya, sampai berapa lama Bapak bisa menyelesaikan kasus ini? Yang rumah sakit yang enggak bisa naik, enggak bisa samping kiri, enggak bisa samping kanan ini, begitu, lho. Nah, ini-ini perlu diskresi, ya, kan. Nah, kalau itu bisa dilakukan, nah ini saya rasa akan enggak ada masalah, kalau itu bisa dilakukan. Bapak sudah kasih relaksasi

sampai Desember, tapi enggak bisa juga, yang rumah sakit yang naik ke atas enggak bisa, ke samping enggak bisa. Ini kan enggak bisa juga.

Nah, itu lho maksud dari semua yang kita bincangkan dari apa namanya RDP sebelum-sebelumnya itu, itu. Jadi, pemahaman asuransi sosial untuk masyarakat yang mohon maaf, yang pengetahuannya cukup, pasti paham karena Kelas 3 pasti akan naik tuh, menyamai Kelas 1. Karena asuransi sosial itu enggak ada itu namanya perbedaan tarif kayak asuransi swasta, karena dia sifatnya gotong royong, begitu, Pak Menteri, tapi yang tadi yang saya bilang, yang enggak bisa ke kanan, ke kiri, enggak bisa ke atas, ke bawah, ini perlu dipikirkan.

Saya kira itu saja. Pimpinan, terima kasih.

Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Walaikumsalam,

Terima kasih, Ibu Irma.

Masih ada?

F-PDI PERJUANGAN (INDAH KURNIAWATI, S.E., M.M.):

Izin sedikit.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Ibu Indah, silakan.

F-PDI PERJUANGAN (INDAH KURNIAWATI, S.E., M.M.):

Ibu Putih, terima kasih, saya hanya belum *clear* saja. *Concern* tentang apa tadi, *equality, equality*, Pak Menteri. *Equality* saya setuju, tetapi saya yang belum paham adalah *rate* yang akan diberlakukan untuk KRIS itu apakah juga satu untuk sama-sama *equal* atau kembali seperti urutan yang sebelumnya, Kelas 1, Kelas 2, Kelas 3, tetapi begitu masuk rumah sakit *treatment*-nya satu. Itu yang mungkin jadi akan jadi masalah.

Kemudian yang kedua, tetap harus memperhatikan *constraint* terhadap lahan dan anggaran sehingga rumah sakit-rumah sakit bisa mampu mengadakan yang ada 4 kamar, 1 ruang untuk 4 kamar dan kamar mandi di dalam. Jadi, mungkin yang ingin saya pastikan adalah itu sehingga tidak menjadi *dispute* baru di antara masyarakat kita tentang KRIS ini.

Terima kasih, Pimpinan.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Terima kasih, Bu Indah.

Ada lagi? Cukup? Silakan Pak Menteri.

MENTERI KESEHATAN RI (Ir. BUDI GUNADI SADIKIN, CHFC., CLU.):

Ya jadi memang, Bu, saya menyadari bahwa ini kan diskusi ini bagus menurut saya, ya, tapi kalau kita sudah sama-sama memahami, oh bedanya asuransi sosial dan asuransi komersial apa, kita sudah sama memahami. Nah, sekarang kita lihat isunya satu per satu.

Isu yang pertama adalah menurut saya, orang yang tadinya bayar lebih tinggi kemudian mendapatkan kelas yang lebih tinggi itu yang akan mengeluh. Kalau sebagian besar orang, kan bayarnya sama malah dapatnya naik, itu tidak akan mengeluh, tapi ada sekelompok orang yang bayarnya tinggi, ini adalah yang formal, ya, Bu, pekerja formal, karena persentase hasil. Kalau yang mandiri Bu, justru bayarnya akan turun. Tadinya misalnya dia bayar Kelas 1, 150, nanti dia bayarnya akan turun ke *whatever* tarifnya, begitu. Jadi, harusnya buat dia senang, begitu, karena dia bayarnya turun, tapi dapat yang 4. Kalau dia mau bayar lebih,, ya, dia lebih, dia bisa lewat asuransi swasta, tapi kalau dia lewat asuransi sosial, dia bayarnya turun sebenarnya, akan mendapatkan kelas yang sama dengan yang PBI.

Yang masalah adalah orang yang pekerja formal, karena dia bayarnya kan persentase kan. Walaupun yang formal ini dibagi dua, yang mungkin dia bayarnya keluarnya di bawah berapa sih, karena yang normal itu kan ada yang maksimal 12 juta, tapi yang normalnya kalau dia bayarnya di bawah, dekat-dekat UMR 4 juta. Nah, itu dia enggak akan mengeluh karena dia kan dapatnya malah bagus, begitu, kan, tapi yang mengeluh adalah yang di atas. Yang di atas dia bayarnya merasa sudah lebih, kok saya dapatnya sama dengan orang yang bayarnya rendah. Nah, ini yang kita harus edukasi.

Jadi, masalah yang pertama adalah orang yang bayar lebih, sebagian pekerja formal, yang dulu dapat kelas lebih bagus, kita mesti pikirkan tuh bagaimana kalau bisa dia jangan turun, supaya enggak ada persepsi bahwa kita memberikan jelek. Itu yang tadi saya bilang Pak Kunta, coba dipikirkan bagaimana mekanismenya orang ini supaya, sekarang kita sudah kadunglah, kita sudah kadung jalankannya itu semi ngomongnya asuransi sosial, tapi jalankannya versi asuransi komersial, begitu, kita sebenarnya menjalankan. Ini pelan-pelan secara bertahap dibereskan supaya tidak ramai karena teman-teman kan sudah sebagian mengeluh nih mengenai ini.

Yang kedua adalah kesiapannya. Memang kesiapannya kita juga sudah lihat. Kita senang sih, tadi yang Pak Edy bilang, dengan adanya KRIS ini, secara bertahap perbaikan rumah sakit tuh membaik. Terus terang yang dibilang Pak Edy benar, saya juga lihat rumah sakit sekarang menggebu-gebu untuk pindah, dan 88% kan sudah diharapkan, 88% dari seluruh rumah sakit yang kerja sama dengan BPJS, akhir tahun ini hitungan kita selesai.

Sisanya ke belakangnya, tadi ada yang bilang salah satu teman, Bapak/Ibu, juga di sini, mendingan kita kasih insentif dan disinsentif, tapi jangan langsung dipukul, ya, kita kasih, apa, apa tadi, bukan, apa, dispensasi, apa, afirmasilah., ya, sudah, kalau kami itu enggak apa-apa, tapi nanti kalau ada *benefit*, apa yang dapat hanya yang memenuhi, yang enggak memenuhi enggak dapat. Dengan demikian kan secara bertahap seperti tadi Ibu Irma bilang bisa terjawab ini fasilitasnya akan tergeser naik. Karena kita kan ingin juga fasilitas rumah sakit kan terus-menerus naik kan untuk bisa memberikan standar layanan minimal ke masyarakat kita.

Jadi, dua isu itu saya akui ada, dan itu tetap harus di-*address*. Kita mungkin sekarang belum sempurna, tapi atas masukan dari teman-teman ARSSI, BPJS, ARSADA, kita bisa pikirkan nih bagaimana 2 isu tadi bisa kita *address*. Mungkin menjelaskan itu.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Cukup? Baik.

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

Izin, Pimpinan.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Bu Netty, silakan.

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

Saya masih penasaran soalnya. Begini.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Tidak apa-apa, Bu.

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

Jadi, kalau kita mendengarkan penjelasan Pak Menteri tadi seolah-olah ada semacam simplifikasi bahwa masyarakat yang biasa bayar lebih tinggi, ya, itu nanti tinggal diedukasi, ya. Saya kok melihatnya enggak semudah itu, Pak Menteri.

Kenapa? Karena kalau proses edukasi itu, ya, seharusnya memang kita bicara, bicaranya secara filosofis dan transparan. Kenapa harus dibuat kelas standar ini? Kalau kemudian tadi, nanti kita edukasi, kan kita pernah tanya waktu itu ke DJSN. Ada enggak potensi migrasi dari Kelas 2 dan Kelas 1 itu turun ke Kelas 3 bayarnya, bayarnya. Toh, mau bayar sebesar Kelas 2 dan Kelas 1, sama kok, layanannya sudah diperbaiki dan distandardisasi seperti itu. Itu satu, ya. Jadi, sebetulnya kita perlu mendengarkan ini nih, penengah DJSN, apa Pimpinan, ya.

Yang kedua, ini mumpung ada BPJS Kesehatan nih harusnya, biar tidak ada dusta di antara kita. Jadi, kan kalau tadi di paparan BPJS Kesehatan setuju dengan standarisasi kelas rawat inap yang bertujuan meningkatkan mutu dan akses pelayanan kepada peserta JKN, tetapi tidak setuju dengan pengaturan satu kelas perawatan kelas tunggal, seperti itu. Nah, itu yang perlu dijawab sih sebetulnya. Jadi, apakah ini tadi sudah sampai? Saya khawatir ini sebetulnya bahan paparan, ya, tapi enggak pernah tersampaikan begitu Pak Menteri dalam rapat-rapat koordinasi, apa seperti itu? Saya enggak tahu.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Iya silakan, Pak Menteri.

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

Demikian.

MENTERI KESEHATAN RI (Ir. BUDI GUNADI SADIKIN, CHFC., CLU.):

Jadi, kalau saya menangkap tadi pertanyaannya ke DJSN satu, ke BPJS satu ya, Bu. Jadi, boleh saya pas mereka, ya? Saya rasa kalau dari posisi kami tadi sudah kami sampaikan. Bu, mungkin saya ini sedikit tambahkan sedikit, Ibu. Kita enggak hanya edukasi yang saya minta ke Pak Kunta, ini yang sudah bayar lebih ini, bisa enggak kalau bisa *benefit*-nya jangan kurang begitu. Tetap sama seperti ada sekarang, tapi di-*cover*-nya bagaimana supaya kita tidak terus-menerus melakukan operasi asuransi komersial di sebuah institusi asuransi sosial. Jadi, bukan hanya edukasi. Saya lagi pikirkan, Bu, tapi belum ketemu jawabannya, Bu Netty, ya. Mohon maaf, ya. Ini butuh waktu untuk mencari ide bagaimana caranya supaya yang bayar lebih ini yang sudah merasa bahwa "*Saya asuransi komersial, saya bayar lebih, harus dapat lebih*", ini kita bisa jaga. Sampai kemudian secara bertahap kita samakan.

Mungkin boleh saya izin ke DJSN untuk jawab soal BPJS, ya, Bu, silakan.

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

Lewat Pimpinan.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Iya, Bu Netty, oh sudah. Masih ada?

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

Sedikit, Pimpinan.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Bu Irma.

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

Saya agak, ini biar teman-teman juga pemahamannya sama. Saya ingin tahu. Tadi saya tanya sama Bu Lili. Sekarang itu Kelas 1 itu isinya satu kamar berapa orang? Bu Lili menjawab, kadang ada satu, kadang ada dua. Bisa satu orang, bisa dua orang. Yang Kelas 1, ya. Nah, yang kelas 2 bisa 2 orang, bisa 3 orang tergantung rumah sakitnya. Nah, kemudian yang kelas 3 bisa 4 orang, bisa 6 orang. Nah, artinya ini kan masih amburadul ini, masih belum seragam ini. Nah, ini juga harus disampaikan ke sini, supaya kami, saya saja terus terang enggak tahu Kelas 1 itu berapa orang, Kelas 2 berapa orang. Ternyata tergantung rumah sakitnya, ya. Nah, ini makanya memang harus ada standardisasi, begitu, memang harus ada ini standardisasi, makanya harus dibenarkan, tapi seperti yang Mbak Netty bilang tadi, jangan sampai nanti, kalau saya, titik berat saya, jangan sampai iurannya naik. Karena hari ini dengan ekonomi kita yang sedang tidak baik-baik saja ini kalau sampai iurannya naik, saya sudah enggak tahu lagi deh mau jadi apa kita.

Nah, itu saja sih sebenarnya yang apa namanya *message* saya. Jadi, semua kawan-kawan masyarakat harus tahu bahwa Kelas 1 itu bisa 1 kamar bisa 2 orang. Ternyata Kelas 2 bisa 2 orang sampai 3 orang. Kelas 3 bisa sampai 4 sampai 6 orang. Nah, ini juga perlu kita tahu sama-sama. Ternyata, begitu, tuh sekarang ini pelaksanaannya. Nah, ini yang harus ditertibkan.

Begitu, Pimpinan. Terima kasih.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Terima kasih, Bu Irma.

Bisa kita lanjut ke DJSN, ya. Silakan.

KETUA KOMISI PENGAWASAN, MONITORING, DAN EVALUASI DEWAN JAMINAN SOSIAL NASIONAL (MUTTAQIEN S.S., MPH., AAK.):

Baik. Terima kasih, Bu Pimpinan.

Izin kami mencoba respons terkait dengan beberapa pertanyaan yang disampaikan ke DJSN, tadi ada dari Bu Indah Kurnia, Pak Sukur H Nababan, Pak Edy Wuryanto, Pak Heru, Pak Nurhadi, Bu Irma, Pak Obon, Bu Ranny, Bu Kurniasih, Bu Netty, dan Bu Felly, terima kasih untuk pertanyaannya.

Yang pertama, mungkin kami respons tadi Bu Indah Kurnia terkait dengan pertanyaan, ya, bagaimana kalau misalnya DJS terjadi *minus* begitu apa yang akan terjadi? Tapi sebelumnya mungkin nanti saya akan balas pantunnya Ibu Indah, tadi. Iya, terima kasih. Yang pertama, tentu kami melihat bahwa 11 tahun lebih perjalanan dari JKN ini sudah sesuai dengan *track* yang benar. Jadi, kalau kita lihat tadi di datanya ada di kami juga misalnya, sejak kalau dulu tahun 2014 kita mulai klaim per hari itu rata-rata dengan 255 atau 254 ribu per hari. Kalau sekarang, Pak Dirut, sudah hampir 1,9 juta per hari. Jadi, memang program ini memberikan banyak manfaat.

Kalau rata-rata klaim juga dulu per bulan itu sekitar 3,5 triliun. Kalau sekarang, kalau kita lihat tadi data yang ada, sudah hampir sekitar 15 triliun per bulan. Bahkan kalau kita lihat sekarang, dari 2014 sampai dengan April 2025, ini kita sudah di DJS kita mengeluarkan 1.147 triliun dana untuk Program JKN ini. Jadi, memang program ini sudah memberikan banyak manfaat kepada masyarakat.

Nah, bagaimana kalau tadi misalnya terjadi *minus*, ya, terkait dengan Program JKN ini? Jadi, secara data memang kita lihat yang tadi kami sampaikan, kalau di April ini rasio klaim kita sudah 106,6 dan April, ya, ini sekitar 3,05 kali bulan pembayaran. Jadi, dan kami memproyeksikan ke depan mungkin akan 2.000, tapi 2025 kita aman, tidak ada tekanan dan ketahanan DJS, tapi di 2026 kita memerlukan perhatian yang serius untuk ketahanan DJS ini.

Nah, *concern* kita kan di pemerintah ada tiga. Yang pertama adalah bagaimana perbaikan mutu layanan di JKN. Yang kedua adalah bagaimana keberlanjutan dari Program JKN. Dan yang ketiga adalah bagaimana mendorong ekuitas dari Program JKN ini. Kalau terjadi *minus*, tentu kami melihat satu, dari sisi dampak dari sisi program, apa namanya, reputasi dari program. Kalau tadi kita mengharapkan bagaimana Program JKN ini, keberlanjutan dari Program JKN ini akan lebih baik, tentu ini akan berdampak kepada DJS kita ada kemungkinan akan gagal bayar ini, tapi tidak di tahun 2025 ini, tapi ke depan di tahun 2026 ada potensi akan gagal bayar. Ini terjadi seperti di tahun 2015, 2016, 2017 yang lalu bagaimana terjadi kegaduhan, ya, di masyarakat.

Jadi, kemungkinan DJS kita tidak akan mampu membayar. Yang kedua mungkin adalah BPJS akan memiliki utang ke faskes, dan ini tentu akan berdampak kepada *cash flow* yang ada di faskes. Dan yang ketiga, tentu kemampuan BPJS untuk membayar klaim yang ada di faskes, ini tentu berdampak

kepada reputasi di Program JKN. Yang kedua, tentu dampaknya kepada di sisi faskes, Bu. Jadi, kalau kita lihat misalnya dengan kejadian ini, tentu faskes akan terganggu *cash flow* yang ada di rumah sakit. Yang kedua, mungkin ada kemungkinan seperti dulu, penundaan pelayanan yang terjadi dan berbagai macam kemungkinan yang itu akan mengganggu kepada mutu layanan di Program JKN.

F-PDI PERJUANGAN (INDAH KURNIAWATI, S.E., M.M.):

Izin Pimpinan, Ibu Putih.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Iya, Bu Indah.

F-PDI PERJUANGAN (INDAH KURNIAWATI, S.E., M.M.):

Mohon maaf Pak, saya langsung *straight to the point* saja, Pak. Jadi, itu pasti dampak yang disebut, tapi bagaimana Bapak nanti mengatasi kondisi, karena kalau misalnya APBN, ya, Pak, ya, kalau defisit langsung jalan keluarnya adalah menerbitkan surat utang negara atau utang dan seterusnya, tapi kalau untuk kondisi seperti ini kan kita tidak bisa, Pak. Artinya ini kalau melihat prognosanya Bapak ini kan sudah mengerikan, sudah nol koma bulan. Artinya ketahanan kesehatan, dana kesehatan tuh sudah enggak sampai 1 bulan, begitu, Pak. Itu saja sih, jadi langsung *straight to the point*. Kalau kondisi itu terjadi, apa yang Bapak lakukan?

KETUA KOMISI PENGAWASAN, MONITORING, DAN EVALUASI DEWAN JAMINAN SOSIAL NASIONAL (MUTTAQIEN S.S., MPH., AAK.):

Terima kasih, Ibu Indah.

Jadi, sesuai dengan regulasi yang ada kita ada di Peraturan Pemerintah Nomor 87 Tahun 2013 yang kemudian diubah di PP Nomor 84 Tahun 2018 dan kemudian di PP Nomor 53 Tahun 2018. Jika terjadi aset minus, begitu, ya, ada tiga tindakan yang dimungkinkan oleh pemerintah. Yang pertama adalah penyesuaian iuran yang akan diambil. Ini yang sudah kita lakukan ketika tahun, itu yang dilakukan di tahun 2020 yang lalu. Kemudian upaya yang kedua dilakukan sesuai dengan regulasi adalah bagaimana penyesuaian manfaat. Nah, ini tentu juga ada potensi permasalahan di masyarakat, di peserta. Dan yang ketiga adalah melalui bantuan pemerintah yang disampaikan oleh Bu Indah tadi. Jadi, ada tiga opsi itu yang bisa dilakukan ketika terjadi *minus*. Nah, ini kami dari tiga opsi itu tentu kita perlu melihat ada risiko-risiko yang akan terjadi, begitu, ya. Misalnya risiko penerimaan publik, risiko ketahanan DJS, dan itu harus menjadi perhatian seluruh *stakeholder* yang ada.

Jadi, kami di DJSN bersama dengan juga Kementerian Kesehatan, Kementerian Keuangan, dan juga dari BPJS Kesehatan sudah melakukan penghitungan terkait dengan potensi-potensi dari tiga hal tersebut dan nanti tentu di lain kesempatan akan kami sampaikan kaitan tersebut.

Terima kasih, Bu Indah.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Ya, kalau bisa hasil perhitungannya kami bisa disampaikan, Pak.

KETUA KOMISI PENGAWASAN, MONITORING, DAN EVALUASI DEWAN JAMINAN SOSIAL NASIONAL (MUTTAQIEN S.S., MPH., AAK.):

Ya, baik.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Sudah cukup, ya, DJSN, ya?

Baik. Selanjutnya dari.

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

Izin, Pimpinan.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Iya.

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

DJSN belum jawab soal KRIS tadi.

KETUA KOMJAKUM DEWAN JAMINAN SOSIAL NASIONAL (Drs. PAULUS AGUNG PAMBUDHI, M.M):

Baik. Terima kasih, Pimpinan.

Izinkan kami juga ikut menambahkan beberapa hal, khususnya kalau tadi Pak Muttaqien sudah menyampaikan kaitannya dengan ketahanan dana, izinkan kami mencoba untuk melihat dari aspek KRIS tadi. Saya rasa yang pertama kali, terima kasih sekali tadi Bapak Menkes sudah menyampaikan hal yang sangat mendasar dalam konteks jaminan sosial yang berbeda secara fundamental dengan jaminan *private*, begitu. Artinya itu yang menjadi patokan secara mendasar dari sisi filosofi jaminan sosial itu. Itu satu pegangan yang menjadi

rujukan kita selalu dalam pembahasan-pembahasan kebijakan terkait dengan KRIS dan kebijakan layanan sosial lainnya. Nah, dengan beberapa prinsip yang disampaikan terutama tadi menggarisbawahi untuk ekuitas dan gotong-royong.

Melengkapi dengan itu, kami ingin menyampaikan hal yang terkait poin kedua, yaitu kaitannya dengan teknokrasi. Artinya yang ingin kami sampaikan adalah ketika kami di DJSN bersama dengan *stakeholder* terkait lainnya mencoba menerjemahkan filosofi yang mendasar itu, juga tidak lepas dari bagaimana kita menerjemahkannya itu secara teknokratis dan itulah yang sekarang sedang dalam proses kami. Dan jawaban dari nanti *output* yang akan keluar dari beberapa opsi-opsi yang muncul tentang pendekatan teknokrasinya ini yang barangkali pada tingkat tertentu bisa katakanlah mungkin mencapai 100% dari basis filosofi itu atau mungkin mencapai menuju ke arah 100% atau yang semakin mendekati atau mungkin agak menjauh dari sisi itu.

Nah, dalam konteks ini itulah yang dilakukan oleh DJSN selama ini dalam persiapan KRIS. Artinya kami melihat dalam empat aspek yang mungkin kami sampaikan di aspek teknokratis ini, sebelum nanti saya masuk akan poin yang ketiga lagi. Yaitu yang pertama, di DJSN seperti yang tadi disampaikan oleh Pak Muttaqien, bahwa kami sudah membentuk pokja-pokja. Pokja satu adalah untuk *me-review* keseluruhan pendekatan tentang manfaat, tarif, dan iuran. Artinya harus menjadi satu kesatuan pemikiran kita bersama ketika kita membahas KRIS ini tidak lepas dari itu. Nah, ketika kita bicara manfaat, patokan yang tadi yang disampaikan implisit dalam paparan dari kami semua adalah ingin meningkatkan kualitas layanan melalui KRIS itu, yang pada dasarnya benar seperti yang disampaikan oleh Bapak/Ibu semua bahwa KRIS ini lebih *stressing* pada sarana dan prasarana. Sementara kalau kita bicara yang teknikal lagi dalam sisi kesehatan, kan ada KDK (Ketentuan Dasar Kesehatan) dan sebagainya.

Nah, dalam aspek KRIS ini, secara umum dari 12 kriteria yang ada, kalau boleh kami sampaikan dari DJSN melihat bahwa 11 aspek yang lain itu *relatively* tidak menimbulkan berbagai pembahasan yang ada pada kutub atau kepentingan-kepentingan yang cukup berbeda tentang peningkatan kualitas kamar, kemudian material yang ada di kamar, jarak satu tempat tidur dengan tempat tidur lain, adanya kamar mandi di dalam, adanya selang oksigen di dinding, dan sebagainya. Namun ketika kita berbicara secara khusus, yaitu pada kriteria ke-8 tentang jumlah tempat tidur di dalam kamar itu, di situlah yang sampai dengan saat ini masih menimbulkan berbagai macam pro dan kontra. Nah, itulah yang kami sedang terus mencoba untuk secara bersama-sama dalam Pokja 1 ini untuk kami laporkan juga di sini bahwa Pokja 1 yang dibentuk oleh DJSN ini melibatkan tidak saja DJSN dan Kementerian Kesehatan, tetapi juga unsur *stakeholder* lainnya, yaitu Kementerian Keuangan, Kementerian Ketenagakerjaan, BPJS tentu saja ada di dalam pokja ini, yang melihat dari berbagai aspek untuk membahas penyiapan KRIS ini.

Jadi, aspek pertama yang ingin disampaikan tadi tentang manfaat, saya rasa demikian dan pada titik ini yang ingin kami sampaikan terkait dengan itu

semua, maka kita juga melihat bagaimana implikasinya kepada ketahanan dana dan untuk itu, proses sekarang memang kami belum bisa menjawab sampai pada, misalkan ditanyakan iurannya berapa menjadi berapa, dan sebagainya. Itulah yang sedang kita dalam proses pembahasan dengan melibatkan aktuaris independen yang menjadi rujukan kami, dan aktuaris independen, pekerjaan aktuaris independen ini juga di-*review* oleh asosiasi terkaitnya, yaitu Ikatan Aktuaris Indonesia yang bersama-sama me-*review* tentang apakah tahap-tahap yang dilalui dalam kita mengkajinya itu sudah sesuai dengan ketentuan-ketentuan aktuarial dan itu yang pada saatnya tentu kami akan laporkan kepada Komisi IX. Kalau tadi ada apa permintaan dan memang dimandatkan untuk kita memberikan *update* selanjutnya nanti, dan tentu akan kami *update* kepada Komisi IX. Itu saya rasa yang pertama.

Kemudian yang kedua tentang tarif. Nah, tarif ini juga menjadi cukup banyak pembahasan yang menyebabkan juga pada saat ini masih terus berlangsung, yaitu ada beberapa hal yang sifatnya secara mendasar berbeda. Yang tadi juga sudah kita bahas bersama dari bergeseran dengan tarif yang tadinya berbasis dengan INA-CBGs, yang kemudian nantinya akan kita arahkan untuk menjadi iDRG dan di situ ada implikasi keuangannya dan implikasi tarifnya yang kurang lebih dalam hitungan sementara di Tim Pokja itu akan memberikan tambahan beban sekitar 1,5% dari total *cost* yang ada diselesaikan dan itu juga masuk dalam penghitungan-penghitungan di aktuarial, begitu.

Nah, kaitan dengan tarif dan beban ini semua juga kami melihat bahwa ada beberapa hal yang perlu untuk didalami lebih lanjut, sebagaimana tadi juga sudah disampaikan untuk apa istilahnya, mungkin uji coba dan sebagainya untuk implementasi iDRG itu sendiri. Saya rasa itu.

Kemudian yang ketiga, kalau kemudian basisnya adalah pada iuran, nah ini yang kami sampai saat ini juga masih akan, masih terus berlangsung pekerjaan di tim pokja untuk melihat pada bagaimana ujungnya ketika manfaat yang diberikan tetap atau bahkan meningkat, kemudian implikasi kepada tarifnya dan bagaimana nanti pada beban iuran yang akan di akan terjadi.

Memang dari rapat ini kami mendapat *message* kuat tadi yang disampaikan beberapa kali oleh Ibu Irma dan Bapak/Ibu sekalian, baik secara eksplisit maupun implisit tentang harapan untuk tidak adanya kenaikan tarif, begitu. Nah, itu juga satu prinsip sangat mendasar, tetapi implikasi dari patokan itu terhadap manfaat yang sekarang ada dengan tarif yang ada, itu akan juga tidak sesederhana, akan juga ada implikasinya yang sangat besar kepada fiskal dan kepada tarif itu sendiri. Serta kalau tadi disampaikan oleh Bapak Menkes, misalnya dalam presentasinya bahwa KRIS ini akan di-*forward*, di-*divert* begitu ke akhir Desember, itu juga bukan hanya sekadar memberikan ruang kepada kita untuk persiapan lebih lanjut, tetapi ada implikasi yang cukup besar pada ketahanan dana kita dan ujungnya nanti adalah pada bisa, implikasinya terhadap tarif yang ada.

Intinya secara umum, semakin lama kita menunda pelaksanaan KRIS ini, akan semakin lama, semakin panjang, semakin besar tekanan terhadap DJS yang ada dan itu akan memberikan konsekuensi kepada beban iuran. Apakah iuran ini kemudian akan, kenaikan ini apakah akan kemudian dibiayai oleh pemerintah *fully* ataupun sebagian, dan seberapa pula yang harus di-cover oleh peserta? Saya rasa itu mungkin mudah-mudahan ada sedikit hal yang bisa kami tambahkan dalam poin ini.

Nah, kalau tadi kami sampaikan bahwa secara filosofis Bapak Menkes sudah menyampaikan secara mendasar dan sedikit kami menjelaskan proses teknokrasi yang sekarang sedang berlangsung. Kami juga melihat spirit yang muncul dalam rapat ini tentang poin ketiga, yaitu tentang implikasi dari kebijakan publik yang ada, yang tadi untuk tidak gaduh, kemudian bagaimana penerimaan dari pekerja, bagaimana penerimaan dari pengusaha, dan lain sebagainya. Itu juga kami letakkan di atas meja untuk kita bersama.

Jadi, yang ingin kami sampaikan adalah bahwa ketika kita membahas KRIS ini tidak diletakkan dalam ruang vakum, hanya untuk menerapkan *purely* 100% *philosophical* yang mendasar tadi, tetapi juga menimbang tentang implikasi kebijakan publik yang melibatkan seluruh *stakeholder* yang ada dan itulah yang sekarang sedang berproses di DJSN bersama dengan ekosistem yang ada dalam SJSN ini. Tidak saja dari DJSN, BPJS, kemudian Kemkeu, Kemkes, Kemnaker, tapi juga dengan asosiasi-asosiasi yang sekarang juga pada hadir pada kesempatan ini.

Saya rasa mungkin itu. Mudah-mudahan ada sedikit memberikan tambahan keterangan yang sudah disampaikan oleh Bapak/Ibu sekalian. Terima kasih.

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

Izin, Pimpinan.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Silakan, Bu Netty.

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

Terus terang saya tambah pusing dengar penjelasan DJSN-nya itu. Lah *wong* kalau kita tanya standar itu apa, begitu. Enggak, enggak dijawab. Pertanyaan saya jelas, Pak, tadi. Kita ini belum duduk soal standar, yang mendudukan standarnya siapa sih sebetulnya, DJSN atau Kemenkes? Begitu.

Kan ini tadi sudah saya tanya kan, Pak, bahwa ternyata BPJS Kesehatan enggak setuju kalau kemudian pengaturannya satu kelas perawatan atau kelas tunggal. Sementara Kemenkes akan menghadirkan prinsip keadilan dalam

memberikan layanan sehingga kamar itu akan disamakan, mau bayarnya lebih besar, lebih mahal, sama, begitu. Nanti akan dipikirkan *benefit*-nya apa kalau yang bayar iuran yang lebih mahal. Nah, justru saya mau tanya ini ke DJSN, standar ini apa sih begitu. Saya bolak-balik diundang, apa namanya, FGD, diskusi, semuanya masih pada bingung itu, Pak, standar itu apa? Apa standar itu Pak, coba.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Boleh dijawab Pak.

KETUA KOMJAKUM DEWAN JAMINAN SOSIAL NASIONAL (Drs. PAULUS AGUNG PAMBUDHI, M.M):

Baik Bu, mungkin nanti.

F-PDI PERJUANGAN (INDAH KURNIAWATI, S.E., M.M.):

Izin, Pimpinan.

Supaya, izin Bapak, *nuwun sewu*, izin.

Supaya makin lengkap Pak stresnya, Pak saya tambahkan. Jadi, kalau tadi standar, kalau saya tetap *concern* terhadap ketahanan dana. Karena bagi kami itu sangat penting, enggak mungkin kita bisa melayani, menjalankan program yang sangat indah, yang begitu baik, tanpa ada kecukupan atau ketahanan dana. Karena *tren*-nya saya lihat kan semakin menurun, Pak. Saya juga enggak tahu kenapa, di April masih 3 koma, 3 bulan, jadi dari mulai 5,64 bulan kemudian sampai ke 0,62. Ini kenapa sebabnya menjadi seperti itu? Dan tentu tadi sudah dijawab, salah satu solusinya adalah dibantu oleh pemerintah. Cuma saya enggak yakin apakah dana pemerintah juga mencukupi untuk, karena kan saya tadi sampaikan bahwa fiskal kita ke depan ini enggak baik-baik saja. Jadi, itu menjadi *concern* saya. Enggak apa-apa kalau enggak bisa dijawab sekarang, tapi enggak usah, artinya mencoba untuk menjawab, tapi saya tidak terjawab. Jadi, nanti tertulis saja enggak apa-apa.

Terima kasih, Pimpinan.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Oke. Baik, Terima kasih.

Bu Felly ada tambahan?

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

Boleh tambahkan lagi biar lebih lengkap.

Baik, Pak, tadi kan Bapak menjelaskan, ya, bahwa sudah dipikirkan mungkin dari bukan iuran, apa tadi namanya? Tarif ya, akan ada kenaikan mungkin sekitar 1,5%, ya, Pak, ya. Kalau kami berpikir, kalau kenaikan 1,5%, jangan-jangan ada kenaikan juga iuran 1,5%, kan kira-kira, begitu, ya, Pak, tapi ada hitungan-hitungan yang tadi dari Ketua Dewan Jaminan Sosial menyampaikan, ya, sudah ada hitungan-hitungan, ya, duduk bersama, tapi ini pun belum disampaikan. Ini kan harusnya disosialisasikan. Jangan tiba-tiba ada kenaikan langsung dinaikkan, begitu, kaget masyarakat. Jadi, ini mungkin biar *smooth* begitu disampaikan nanti ke depan seperti apa.

Nah, perkara ini kalau yang mampu mungkin tidak masalah, tapi yang tidak mampu sudah pasti. Kami akan mengusulkan kalau ini harus menjadi tanggungan dari pemerintah. Mau pemerintah pusat atau pemerintah daerah, begitu, atau dia ada berapa persen pusat, berapa persen daerah, silakan saja, tapi ini yang saya maksud, ya. Jadi, mungkin kalau memang ada yang tadi 1,5 Bapak sudah sempat omongkan 1,5% ada perubahan untuk tarif, ya, 1,5%. Nah, ini juga dengan hitungan yang tadi Ketua juga sampaikan. Ini bolehlah disosialisasikan, jangan kaget-kaget lagi masyarakat Pak, kami lagi yang pusing, itu pasti demo lagi di depan.

Saya waktu itu juga pas masuk kami di Komisi IX menghadapi demo kenaikan tarif. Dari tarif iuran, ya, iuran maksud kami. Nah, sekarang itu yang kami maksud, bolehlah disampaikan. Bagi yang mampu mungkin tidak masalah, tapi sekali lagi yang tidak mampu dengan kenaikan tarif mari sudah boleh dipikirkan, pemerintah harus tidak bisa lagi bebankan kepada masyarakat.

Bapak-bapak yang terhormat.

Masyarakat sudah sulit, jangan lagi dibebankan untuk membayar lagi itu. Tambahan kenaikan tarif. Sudah, mungkin itu dari kami.

Terima kasih.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Baik, terima kasih, Bu Ketua.

Jadi, mungkin nanti implikasi apa pun dalam regulasinya yang baru terkait dengan tarif yang juga akan berdampak juga pastinya terhadap iuran, usul nanti kita bisa agendakan tersendiri, ya, dengan judul tersendiri. Kita rapat lagi saja.

Baik, masih ada yang mau ditanggapi tadi Ibu Netty, terutama terkait dengan standar, Pak?

KETUA KOMJAKUM DEWAN JAMINAN SOSIAL NASIONAL (Drs. PAULUS AGUNG PAMBUDHI, M.M):

Iya, terima kasih, Ibu.

Kami tentu nanti akan menyusulkan dengan jawaban tertulis supaya mungkin lebih komprehensif begitu. Namun menjawab dari Ibu Netty tadi, kalau akan *straight forward*, bagaimana kaitannya ini dengan standar itu seperti apa? Rujukan yang paling dasar kita adalah standar dalam 12 kriteria KRIS itu. Satu itu.

Kemudian yang kedua, juga saat ini yang sedang kita proses dalam hitungan-hitungan teknokratis kita adalah pada pergeseran penerapan INA-CBGs menjadi iDRG. Itulah kaitannya dengan standar yang ada. Karena kalau semula INA-CBGs memiliki standar tertentu, kemudian iDRG juga memiliki standar yang lain begitu. Nah, dari situ kemudian ada sejumlah implikasi yang kaitannya bisa dengan, kaitannya juga ke fiskal, selain ke pelayanannya itu sendiri.

Nah, di sana pada saat ini, yang terus kami sedang godok dalam Pokja 1 di DJSN bersama dengan kementerian/lembaga terkait adalah dengan merujuk pada tentu 12 kriteria standar yang ada dalam KRIS itu dan kita sedang dalam proses menyiapkan skenario untuk meletakkan satu yang *first base*, kemudian *second base*, dan *third base*-nya. Dalam pengertian khususnya yang terkait dengan tadi kriteria ke-8 atau standar kriteria ke-8, yaitu tentang jumlah tempat tidur di dalam satu kamar KRIS. Bagaimana jika itu tadi, seperti pembahasan yang sudah berkembang, dalam satu tempat kamar maksimum 4 tidur, implikasinya akan seperti apa? Kalau skema yang lainnya, misalkan dalam satu kamar itu dipisah antara katakanlah kalau menggunakan terminologi KRIS itu ada KRIS 1, 2 dan 3, 3 kamar, atau bisa saja skenario lain yang sedang kita juga bahas adalah pada menerapkan dengan misalnya itu dibuat dalam *status quo* yang saat ini sedang berlaku.

Jadi, itu semua kita sedang dalam proses analisis dan implikasi dari masing-masing itu. Belum bisa kami sampaikan di sini karena memang belum selesai dan terima kasih, Ibu Pimpinan, tadi, Ibu Putih, sudah menyampaikan dalam kesempatan mungkin yang terbatas begitu karena pembahasannya sangat teknis. Bisa kita coba agendakan di pertemuan lain jika itu merupakan *direction* dari Komisi IX.

Mungkin itu, Ibu Netty, terima kasih.

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

Pimpinan.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Bu Netty, silakan.

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

Saya belum dapat jawaban, Pak. Saya belum dapat jawaban. Jadi, kalau tadi Pak Menteri jelas-jelas akan mengedepankan prinsip keadilan sehingga semua orang akan dapatkan layanan yang sama, minimal satu kamar satu ruangan empat tempat tidur seperti itu kan, ya. Nah, implikasinya yang bayar lebih, bukan bayar lebih, yang ambil iuran lebih mahal itu seperti apa? Karena BPJS Kesehatan jelas-jelas, ini ada lho paparannya, ini bukan kata saya ini, tidak setuju dengan pengaturan satu kelas perawatan atau kelas tunggal. Bapak itu berdiri di tengah-tengah, makanya saya tanya, waktu ngomong KRIS itu, apa sih definisi standar itu? Seperti itu, ya. Jadi, jangan sampai ini dr. Bambang, dr. ling Ihsan mesem-mesem tunggu jawaban, Pak, seperti itu. PERSI sama ARSSI yang paling tertekan dalam tanda kutip.

Terus, Pimpinan, saya belum dapat jawaban, ya.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Masih mau dijawab, Pak?

KETUA KOMJAKUM DEWAN JAMINAN SOSIAL NASIONAL (Drs. PAULUS AGUNG PAMBUDHI, M.M):

Izin, Ibu Pimpinan.

Jika boleh, nanti kami akan menjawab dalam tertulis, tetapi misalkan mesti kami sampaikan saat ini, pada saat ini kalau referensi yang disampaikan tadi adalah dari kejelasan yang disampaikan oleh Pak Menkes, kami sedang berproses satu dengan standar yang tadi, khususnya terkait dengan kriteria ke-8 itu adalah standar yang berbasis pada kondisi kriteria ke-8 kalau saya ingin menggarisbawahi supaya kita tidak lupa tentang itu, adalah jumlah tempat tidur dalam satu kamar dan dari situ yang sekarang sedang berproses dalam tim, pertama adalah skenario *status quo* yang tidak berubah dengan sekarang kelas yang sedang berlangsung. Kemudian kedua, skenario *base-nya* adalah seperti yang disampaikan oleh Pak Menkes tadi, dalam satu kamar hanya ada satu batasan, yaitu maksimum 4 tempat tidur. Skenario selanjutnya yang ketiga adalah pada satu kamar itu dengan ketiga tempat tidur dan itulah yang sekarang kita sedang berproses dari masing-masing skenario itu memberikan pada implikasi yang berbeda untuk kaitannya dengan ketahanan dana dan sebagainya.

Dan juga satu tadi yang kita sampaikan di awal, saya menyampaikan tentang kapan kita akan menentukan atau menetapkan ini, juga akan membawa implikasi yang berbeda pada ketahanan DJS kita. Kalau kita *in principle* padahal semakin cepat kita memutuskan ini, tergerusnya DJS itu akan semakin cepat bisa

jelas untuk diatasi dengan strategi seperti apa. Tetapi semakin ini diperpanjang, kemudian akan membawa implikasi keuangan yang lebih dalam kepada tergerusnya DJS yang ada di BPJS Kesehatan.

Sementara yang bisa kami jawab baru sebatas itu, Ibu Netty dan Bapak/Ibu sekalian. Mungkin nanti kami bisa menjawab lebih lanjut secara tertulis atau mungkin ada *guidance* yang lebih jauh yang ingin disampaikan oleh Ibu, Bapak/Ibu Anggota. Terima kasih.

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

Izin, Pimpinan.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Iya, Bu Netty.

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

Saya enggak tahu ya, mungkin masa sidang yang akan datang kita perlu juga dibikin Panja Pengawasan KRIS ini. Kenapa? Karena kalau saya ini justru makin *blunder*, Pak. Kenapa? Tadi kan ada rumah sakit yang sudah melakukan uji coba, 38 itu, ya, harusnya itu kan yang dilihat, begitu, apa sih implikasinya, apa yang kemudian harus di apa yang menjadi *loophole* dari implementasi KRIS apa begitu. Bukan lagi tadi bicaranya malah ada opsi apa satu ruangan tiga tempat tidur. Saya malah baru dengar ini sekarang begitu. Saya tambah bingung lagi kalau ada satu ruangan tiga tempat tidur, begitu, ya.

Jadi, menurut saya ini, terus terang saya enggak mendapat jawaban. Saya enggak tahu apakah akan terus diperpanjang, tapi terus terang saya enggak dapat pencerahan dari DJSN, ya, untuk menengahi apa yang kemudian terjadi perbedaan antara sudut pandang Kemenkes tentang standar dengan sudut pandang BPJS Kesehatan seperti itu, ya. Jadi, kita enggak usah jauh-jauh ngomong insentif dan disinsentif buat rumah sakit kalau memang belum jelas ini standarnya. Kenapa? Karena upaya peningkatan perbaikan layanan, upaya peningkatan mutu layanan itu pasti yang akan dikejarkan fasilitas kesehatan. Jadi, jangan ngomong insentif disinsentif kalau belum duduk, ya, belum satu kata soal standar ini, ya.

Terima kasih Pimpinan, saya enggak tahu nih apakah setelah ini ada yang bisa menjawab dan lebih mencerahkan atau apa.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Baik dari DJSN yang lain mungkin ada yang mau menambahkan enggak?

Kami persilakan.

KETUA KOMISI PENGAWASAN, MONITORING, DAN EVALUASI DEWAN JAMINAN SOSIAL NASIONAL (MUTTAQIEN S.S., MPH., AAK.):

Baik, terima kasih Bu Netty, Bu Pimpinan, melalui meja pimpinan. Jadi, salah satu yang menjadi *concern* kenapa pemerintah, ya, kita mendorong adanya kelas standar ini kan dua hal, ya, adalah peningkatan mutu dan *patient safety*, itu keselamatan pasien. Tadi Bu Irma sudah sampaikan ini penting untuk perbaikan dari Program JKN ini.

Jadi, sebenarnya kelas standar itu bukan kelas minimal, tapi dari kata *standardized*, Bu Netty, ya. Jadi, kita bagaimana menyatakan artinya itu menstandarisasi apa yang sudah ada untuk kelas rawat inap di JKN. Tadi misalnya kalau sekarang, itulah yang kemudian muncul dengan 12 kriteria. Kalau sebelumnya kita belum ada standarnya, misalnya harus kamar mandi di dalam ruang rawat inap. Kalau sebenarnya sudah ada regulasinya, tapi di JKN itu belum menjadi satu ketentuan, sehingga kemudian itu kita jadikan sebagai salah satu kriteria. Jadi, 12 kriteria itu pun kita bangun bersama-sama dengan seluruh *stakeholder*, ya, termasuk ARSSI, PERSI, kita undang sehingga kita sepakati dengan 12 kriteria inilah yang dijadikan sebagai *standard*, *standardized* dari rawat inap di Program JKN.

Kemudian diskusinya berkembang, diskusinya kan berkembang. Diskusinya berkembang itu adalah dari kriteria, 12 kriteria itu tadi disampaikan oleh Pak Agung, ada satu kriteria yang masih menjadi diskusi di tingkat internal maupun di publik. Nah, kriteria inilah yang kemarin kita mencari titik temu, begitu, ya. Mencari apa namanya bagaimana mekanisme apakah dengan tahapan berlanjut dan sebagainya yang tadi disampaikan oleh Pak Agung yang sekarang ini masih ada diskusi di internal.

Jadi, tadi diskusinya ada tiga hal ini ya, apakah dengan *existing* sekarang, dengan standarisasi misalnya tadi, ya, ataukah misalnya langsung kita menuju kepada kelas tunggal ataukah ada skenario lain yang sedang kami diskusikan dengan misalnya membagi kriteria delapan ini dengan KRIS Kelas A atau KRIS Kelas B. Jadi, yang delapan ini Bu Netty yang menjadi diskusi.

Nah, yang tentu dari tiga-tiga hal ini kami melihat ada pandangan bagaimana dampaknya kepada ketahanan DJS kita, bagaimana dampaknya dengan penerimaan publik dari sisi masyarakat sejauh mana menerima dari tiga apa namanya skenario ini yang *existing* dengan standarisasi yang sudah ada, dengan 2 kelas, maupun menuju 3 kelas. Dan inilah yang sudah kami tahap akhir ini kita identifikasi risiko-risiko yang ada dan kemudian bagaimana mitigasi-mitigasi risiko yang nanti kami harapkan di RTM tingkat lanjut akan diputuskan di tingkat pimpinan.

Begitu, Bu Netty, semoga membantu. Atau belum?

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Eenggak, saya juga menanggapi nih. Jadi, kriteria, 12 kriteria sudah dikeluarkan, masih ada apa namanya diskusi, ya, tapi sudah *piloting*, sudah survei. Ini saya enggak paham alurnya seperti apa.

Saya kira kita beralih dulu.

KETUA KOMISI PENGAWASAN, MONITORING, DAN EVALUASI DEWAN JAMINAN SOSIAL NASIONAL (MUTTAQIEN S.S., MPH., AAK.):

Boleh saya tadi.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Iya, bagaimana, Pak?

KETUA KOMISI PENGAWASAN, MONITORING, DAN EVALUASI DEWAN JAMINAN SOSIAL NASIONAL (MUTTAQIEN S.S., MPH., AAK.):

Jawab tadi yang Bu Indah tadi sampaikan ini penting, terkait dengan iuran, Bu Indah. Jadi, dalam penentuan iuran itu tentu kami akan melihat bagaimana kemampuan fiskal pemerintah tadi disampaikan, kemudian juga adalah bagaimana kemampuan masyarakat untuk membayar. Jadi, bukan hanya perhitungan-perhitungan teknis aktuarial, tapi dua hal ini yang menjadi *concern* kami adalah kemampuan fiskal pemerintah dan kemampuan masyarakat untuk membayar.

Dan yang kedua, tentu yang menjadi diskusi kita juga adalah akan dilakukan apa namanya ada waktu, misalnya apakah 6 bulan kemudian ataukah berapa bulan kemudian untuk waktu pelaksanaan penyesuaian, penyesuaian yang mungkin akan diambil oleh pemerintah. Jadi, tidak langsung, jadi misalnya kalau misalnya nanti disepakati misalnya waktunya 6 bulan, ada waktu sosialisasi, Bu, Bapak/Ibu sekalian. Jadi, kita harapkan nanti waktu anggaplah misalnya 6 bulan, ya, nanti disepakati, itulah sosialisasi yang kami harapkan nanti bersama-sama juga dengan Komisi IX, kita untuk bersama-sama bagaimana program ini bisa terus berlanjut.

Terima kasih, Ibu Pimpinan, Ibu Indah.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Iya baik, terima kasih, Pak.

Boleh bergeser, ya, kita ke Dewan Pengawas Prof. Kadir, silakan.

KETUA DEWAN PENGAWAS BPJS KESEHATAN (Prof. Dr. Abdul Kadir, Ph.D, Sp.THT-KL, MARS.):

Iya izin. Mohon maaf ini, Ibu Pimpinan Sidang, saya tidak berbicara sebagai Dewan Pengawas barangkali, tapi mengenai KRIS ini terus terang di proses dulu waktu saya masih Dirjen, jadi Ibu Kurniasih dengan Ibu Netty paham betul ini. Saya yang terlibat langsung, karena ini adalah inisiasi dari DJSN sebenarnya. Jadi, ini semua mengenai krisis ini adalah inisiasi dari DJSN, bukan dari Kementerian Kesehatan. Cuma saya waktu itu sebagai Dirjen, menjadi pembahas untuk ini, membahas tentang ini dan tentang DJSN ini.

Dan terus terang, saya terus terang sebenarnya sudah ada uji coba. Sudah banyak rumah sakit yang melaksanakan ketentuan KRIS ini dengan 4 tempat tidur dalam 1 kamar begitu dan saya sudah keliling beberapa rumah sakit, ternyata ini sudah jalan. Kalau ditanyakan tadi, Bu Netty bagaimana implikasi pada rumah sakit yang di uji coba. Terus terang, Bu, salah satu rumah sakit, yaitu Rumah Sakit Tadjuddin Chalid di Makassar yang BOR-nya di bawah 60%, di uji coba kan ini BOR-nya naik 80%, Bu, ya. Karena memang yang jadi persoalan itu adalah rumah sakit yang BOR-nya besar. Jadi, kalau BOR-nya sudah 80, 90% sampai 100%, dimasukkan dengan KRIS ini tentu jumlah tempat tidurnya akan turun, tapi yang BOR rumah sakit yang BOR-nya sedikit, di bawah 60, di bawah 70% misalnya, justru dia beruntung. Kenapa? BOR-nya jadi naik, begitu, pendapatnya akan jadi naik. Kalau standar tarifnya juga naik nanti, begitu.

Jadi, ini terus terang, mohon maaf. Ini kan berproses sejak tahun 2020 sampai 2022. Itu kan berproses, ya, sebelum Pak Menteri, jadi Pak Menteri bukan dosanya Pak Menteri ini. Bukan dosanya Pak Menteri. Terus terang Pak Muttaqien tahu betul kita berproses waktu itu dengan Ibu. Sama-sama Pak Muttaqien bahas ini di beberapa. Saya kira kita waktu itu kita mengundang Komisi IX, Ibu Kurniasih juga pernah kita undang untuk membahas ini.

Jadi, ini program sudah jalan di rumah sakit-rumah sakit, sudah membangun banyak rumah sakit yang sudah membangun kamar-kamarnya dengan 4 tempat tidur. Jadi, kalau nanti diubah lagi, bagaimana dengan rumah sakit yang sudah terlanjur membangun 4 tempat tidur itu? Bagaimana? Dan terus terang, saya ke Pekanbaru, Bu, salah satu rumah sakit enggak perlu saya sebutkan rumah sakit swastanya 100% jalan dengan apa rumah sakit KRIS ini, Ibu Netty, seperti itu. Memang yang saya lihat di daerah itu adalah rumah sakit umum daerah yang susah, karena rumah sakit umum daerah ini, itu memang membutuhkan anggaran untuk mengubah dan itu anggaran yang susah di penda-pemda.

Terus sekarang untuk rumah sakit swasta, kemarin ada isu, Ibu, tentang penurunan kelas rumah sakit, ya, kan, karena jumlah ICU-nya yang kurang,

ventilatornya kurang. Itu setelah dimintakan ke BPJS, bahwa akan turun kelas rumah sakitnya, rumah sakit berlomba-lomba untuk menaikkan cepat dan ternyata bisa. Rumah sakit ini kalau tidak dipaksa berubah, tidak akan pernah berubah. Harus dipaksa berubah, mengikuti aturan terbaru supaya dia bisa berubah, begitu. Kalau tidak dipaksa, Bu, tidak berubah dia, tapi pada saat kemarin aturan rumah sakit tentang penurunan kelas, dilihat penilaian (suara tidak jelas) akan terjadi penurunan kelas, mereka berlomba-lomba naik, dan ternyata bisa. Bisa itu.

Begitu, Ibu, ini yang sekadar saya sampaikan bahwa sebenarnya KRIS ini ide KRIS ini dulu inisiasinya dari DJSN, bukan Kementerian Kesehatan, DJSN. Kemudian kami berproses dengan DJSN berdiskusi banyak berapa kali keluarlah satu keputusan waktu itu, 12 kriteria itu dan itu diimplementasikan, diuji cobakan, dan ini sudah jalan. Hasil implementasinya, hasil uji cobanya sudah ada. Bahwa ternyata memang rumah sakit yang BOR-nya rendah itu justru naik BOR-nya. Seperti itu.

Dan kita mesti melihat memang,, ya, itulah barangkali kendala-kendala. Saya cuma sekadar menyampaikan, Ibu Ketua Pimpinan Sidang, bahwa sebenarnya ini sudah berproses dan sudah banyak rumah sakit yang membangun dengan kriteria empat tidur dalam satu ruangan, seperti itu.

Terima kasih.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Iya Prof. Yang lain dari yang pendalaman tadi, enggak ada lagi, ya, buat Dewas? Oke, ini saya izin dulu, sudah jam 18.30, Bapak/Ibu sekalian. Sudah melewati waktu magrib juga sebenarnya. Iya, izin saya minta skor untuk ISHOMA sampai dengan jam 19.00, ya. Boleh setuju, ya, Bapak/Ibu, ya? Jadi, Pak Prof. Ghufroon mohon bersabar sampai jam 19.00, ya, baru kita lanjutkan.

Oh iya siap. Iya, rapat dilanjutkan jam 19.00.

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

Belum sampai pagi, kita pernah rapat sampai jam 5 pagi.

(RAPAT DI SKORS PUKUL 18.27 WIB)

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Baik, Bapak/Ibu.

Kita lanjutkan. Skors saya cabut.

(SKORS DICABUT PUKUL 19.10 WIB)

Selanjutnya kami persilakan Prof. Ghufron dari BPJS Kesehatan. Mungkin langsung per klaster saja, Prof, kalau bisa.

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

Baik, jadi jangan panjang-panjang.

Baik, terima kasih Bu Putih dan tentu Bu Felly.

Jadi, begini, menurut saya satu dulu. Tadi kan pertama-tama kami ucapkan terima kasih pada Bu Irma, karena Bu Irma itu sampaikan apresiasi pada BPJS. Kalau kita banyak melihat di banyak negara, BPJS Indonesia itu sudah luar biasa betul. Cuma masalahnya banyak orang enggak paham, begitu, tadi yang PR tadi. Yang kedua tentu, Bu Irma tadi menyampaikan, kalau enggak gatal itu jangan digaruk, begitu. Nah, kami itu rutin melakukan survei kepada masyarakat. Berapa sih yang mengeluh kalau dirawat satu ruangan itu lima orang, enam orang? Hampir enggak ada yang mengeluh, begitu.

Jadi, karena kalau tadi Pak Ketua Dewas sampaikan, "*Sudah sejak kapan itu? Sejak 2022.*", ya, memang hal enggak gatal. Jadi, pusing sendiri menurut saya, enggak usah pusing begitu. Jadi, asuransi sosial itu, tadi betul sekali yang sampaikan Pak Menkes. Jadi, intinya itu diberikan layanan yang sama. Nah, sama itu bahasa Inggrisnya "*equity*", keadilan. *Equity* itu ada dua, *equity libertarian* dan *equity egalitarian*. *Equity libertarian* itu persis yang sampaikan Bu Felly, "*Lho, saya bayar lebih kok dapatnya sama? Harusnya lebih.*" Nah, itu adil juga menurut *equity libertarian*. Karena filosofinya agak berbeda dengan *equity egalitarian*, begitu. Nah, sehingga dua-duanya sebetulnya asuransi sosial, begitu, jadi enggak ada yang salah.

Sekarang kita kembali kepada undang-undang. Di Undang-Undang Nomor 40, di Pasal 23, disebutkan "*bagi peserta asuransi kesehatan sosial yang berkeinginan untuk kelas memerlukan rawat inap, bagi dengan lebih disilakan.*" Jadi, yang tidak untuk kelas standar. Nah, kelas standar itu apa? Di dalam keterangan disebutkan, yaitu sesuai dengan peraturan presiden. Nah, peraturan presidennya mana? Tadi sudah disampaikan juga dengan DJSN, yaitu di dalam Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024, ya. Di situ jelas sekali ada 12 kriteria.

Jadi, kalau Bu Netty atau Bu Kurnia tadi yang kriterianya apa? Jelas 12 itu, Bu, tapi di situ enggak ada sama sekali dihapus kelas ataupun satu kelas, apa itu enggak ada. Coba dibaca lagi. Kalau mau nanti yang tanya saja kita tampilkanlah. Jadi, tidak ada. Sekarang menurut saya, jadi ini yang sebetulnya enggak gatal, tapi dikukur-kukur jadi pusing sendiri. Saya tuh kasihan teman-teman tuh, apalagi yang di rumah sakit, Bu, apalagi yang enggak siap. Jadi, ada nih teman-teman rumah sakit. Maksudnya Pak Bambang, Ketua PERSI, sudah pulang.

Jadi, menurut saya, ya, sudah, kalau menuju ke-12 bagus, tapi enggak perlu harus Desember, harus Januari, harus kapan, *apa*, begitu. Karena itu bukan esensi, bukan masalah. Lho, masa kalah sama pegadaian? Pegadaian itu mengatasi masalah tanpa masalah, ini malah bikin masalah, begitu. Saya kira enggak ada ininya. Itu yang pertama.

Yang kedua, wah ini Pak Nurhadi. Kalau saya mau jawab, enggak ada orangnya. Enggak usah, ya? Tapi dia pertanyaannya sangat krusial itu. Sampai tahun 2025 ini, kira-kira bagaimana DJS keadaan keuangannya? Saya sampaikan sehat. Sehat itu apa? Ada Peraturan Pemerintah Nomor 53 Tahun 2018. Kalau masih bisa bayar 1,5 bulan sampai 6 bulan klaim, begitu. Nah, kalau besok-besoknya bagaimana? Ya, tentu besok-besok akan enggak cukup, begitu. Bagaimana penyelesaiannya? Sudah dibicarakan, tapi belum diputuskan, begitu tadi yang disampaikan. Enggak, enggak, enggak juga. Iya, iya, tapi yang jelas itu begitu.

Nah, yang tadi saya kira Bu Felly tadi sampaikan komunikasilah semua. Yang dulu betul sekali. Contoh umpamanya, *pending claim*. Nah, awalnya itu memang begitu kita tidak mengubah aturan, Bu. Aturan tetap saja, cuma memang dan tidak ada kaitannya sebetulnya dengan langsung BPJS itu kekurangan defisit atau apa kayak begitu, enggak. Jadi, memang dipertegas, karena menurut Ketua Dewas tadi, ada yang kata Bu Irma juga, ada yang macam-macam, begitulah. Jadi, diperkuat, dipertegas, dan kita selalu rapat 3 bulanan sama Pak Menkes. Itu kalau bisa,, ya, sampai pada individunya. Bukan hanya di rumah sakitnya diputus kayak begitu.

Jadi, sekali lagi Bu Felly saya kira bagus sekali untuk kita bisa komunikasi. Ini sebagai contoh ya, sebuah rumah sakit di Jogja itu, klaimnya itu hanya sekitar 60%, tapi setelah duduk bareng, nah jadi 99% itu. Jadi, ini masalah simpel saja. Jadi, kalau, ya, tadi, tidak hanya teknis lho ini, ya. Teknis juga, tapi harus dikuasai, ya. Seringnya itu begini, BPJS kontraknya dengan katakanlah direktur rumah sakit. *Frontliner*-nya yang jaga, yang mengobati bukan direksinya, tapi dokternya atau perawatnya kayak begitu sehingga enggak *match* di situ. Nah, maka harus ada tadi komunikasi, kemudian apa namanya duduk bareng, kurangnya bagaimana, segala macam itu, begitu.

Nah, saya kira sebetulnya masih banyak, tetapi, yang kecuali kalau mau ditanyakan karena yang tanya, sudah ini. Jadi, Bu Netty sama Bu Kurnia tadi sudah saya jawab mengenai, oh iya mengenai definisinya dan lain sebagainya. Jadi, intinya sekali lagi, satu ini yang Bu Putih Sari ini mengenai antrean banyak pasien di BPJS kok yang lain tidak. Lah menurut saya gampang sekali itu, Bu.

Jadi, begini, Bu, rumah sakit tuh ada rumah sakit pusat miliknya Kemenkes, ada rumah sakit daerah miliknya pemda, rumah sakit swasta atau rumah sakit BUMN. Jadi, di dalam tata kelola harusnya tadi, ya, asuransi sosial juga tidak boleh

membedakan orang miskin umpamanya, operasi standarnya itu 1 jam, karena dia miskin, 10 menit saja. Enggak boleh itu kayak begitu. Jadi, memang perlunya 1 jam, ya, 1 jam, tapi siapa yang bisa mengatakan itu? Bukan BPJS. BPJS itu hubungan dengan rumah sakit itu kontraktual paling bisa memutus. Memutus, meskipun, ya, menurut saya *money talks* ini. Uang bicara sehingga rumah sakit itu termasuk kalau ditanya, "*Iho kenapa, Anda sebetulnya kan belum siap.*" Kalau ditanya, "*Anda sudah siap?*" "*Ya, sudah*" karena kalau enggak bilang sudah, enggak di kerja sama BPJS, ya, takutnya begitu.

Nah, terakhir. Jadi, sekali lagi, antrean tadi tergantung kepada *owner* rumah sakit, Bu. Kalau *owner* rumah sakitnya bilang, "*Jangan dibedakan pasien BPJS atau bukan. Enggak beda, kalau beda, Anda out lho, ya.*" Kayak begitu, saya kira, begitu. Saya kira semua sudah kami jawab. Kalau kecuali kalau ada yang merasa belum akan kami komentari karena sudah dipesan jangan panjang-panjang, begitu.

Saya kira demikian, terima kasih.

Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Iya. Terima kasih, Pak Kepala.

Selanjutnya kami persilakan dari PERSI dulu, ada yang perlu ditanggapi?

KETUA KOMPORTEMEN PEMBIAYAAN DAN JAMINAN KESEHATAN PERSI (Dr. KALSUM KOMARYANI. MMPPM):

Terima kasih.

Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.

Yang terhormat Pimpinan Sidang.

Saya mohon izin menggantikan Pak Ketua Umum karena Pak Ketua Umum harus pulang ke Semarang. Iya, tadi sedikit menanggapi permasalahan yang rumah sakit itu memulangkan pasien sebelum, misalkan 10 hari, 3 hari, dan sebagainya. Mohon izin untuk klarifikasi. Sebetulnya sejak Permenkes Nomor 26 Tahun 2021 itu hampir tidak ada mungkin ya, rumah sakit itu memulangkan pasien secepat, kecuali memang ada kriteria sembuh dalam arti secara medis. Karena kalau dipulangkan dan dia akan kembali readmisi, itu tidak akan dibayar karena itu satu episode. Jadi, enggak mungkin, begitu. Mohon maaf, ya.

Jadi, banyak rumah sakit-rumah sakit yang sudah mengerti apa regulasi-regulasi itu, seperti tadi masalah kenapa sih *pending claim* turun, kemudian

dispute-nya enggak ada lagi. Sebetulnya lebih banyak rumah sakit itu tersosialisasi dan pasien pun juga diedukasi bahwa mereka mengerti.

Contoh, sekarang di *emergency* itu ada peraturan yang mengatakan bahwa kalau dia di area hijau, misalnya pasien merasa nih panas, saya kejang, datang ke *emergency*. Ternyata pasien itu di-assess oleh seorang dokter, dia enggak ada *emergency*-nya, semua stabil dan sebagainya, pulan, tidak dirawat. Itu pasien harus bayar sendiri. Tidak bisa diklaimkan di BPJS. Itu mereka sudah paham.

Nah, yang menjadi masalah, bagaimana kalau pasien ini PBI. Itu yang sering terbentur di rumah sakit seperti itu. Kemudian yang sering terjadi, yang di mana kenapa sekarang itu rumah sakit-rumah sakit itu turun klaimnya adalah apabila pasien itu dikirim ke Poli Rawat Jalan. Yang biasanya dia bisa dapat lebih dari 1 DPJP, itu tidak bisa. Tidak bisa diklaimkan. Jadi, hanya 1 DPJP yang dibayar oleh BPJS karena ini sudah ada aturan.

Kemudian tumor, misalkan, ya. Pasien tumor sudah dioperasi. Ini memang kalau di rumah sakit agak teknis, ya, mohon maaf, jadi ini karena aturan karena regulasi. Jadi, sudah paham rumah sakit itu, meskipun itu akan memberikan kerugian kepada rumah sakit. Jadi, tumor, misalkan tumor itu jinak hasil PA-nya, meskipun sudah dilakukan di OK, akan diklaim rawat jalan. Dia tidak bisa untuk klaimnya itu klaim dioperasi dengan di OK, begitu. Jadi, itulah yang membuat sebetulnya serentetan kenapa klaimnya pada bulan-bulan, terutama mungkin Februari ke sini, ya. Januari pelayanan diklaim itu untuk pelayanan yang mulai diberlakukan 1 Desember berita acara itu turun.

Nah, mungkin yang perlu disarankan adalah kajian tentang *policy impact*, bagaimana *quality of care* dari apa, *quality of care* dari layanan pasien itu yang didapat. Misalkan pasien harus mondar-mandir, dia harus enggak bisa kembali ke faskes tersebut, harus ke faskes lain. Nah, ini yang perlu mungkin dikaji.

Terima kasih.

Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Walaikumsalam.

Terima kasih, Ibu.

Lanjut dari ARSSI.

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

Interupsi.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Iya, Bu Ketua.

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

Tadi Ibu sampaikan perwakilan dari Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia. Yang Ibu sampaikan tadi bahwa tidak ada pasien yang dipulangkan sebelum istilahnya waktunya, ya, Bu, ya. Maksudnya dia butuh perawatan, Bu, tapi sudah dipulangkan. Ini banyak, Bu. Di tempat saya, saya bisa kasih satu per satu nama mereka, Bu. Jadi, kalau bilang enggak ada, ada Bu. Ini baru di tempat saya, saya belum bicara di tempat yang lain. Ibu tahu, ya, masih sahabat saya. Dia makannya sudah di ini, selang, tetap dipaksa pulang, meninggal. Banyak, Bu.

Kalau Ibu mau data saya kasih sekalian foto dari rumah sakit mana saja. Jadi, kalau bilang enggak ada, banyak. Saya harus bilang banyak, bukan tidak ada, banyak, Bu. Karena semua masuk ke saya. Bahkan nanti saya kasih siapa mereka, keluarga siapa, dan berapa yang meninggal. Kenapa? Mereka disuruh antre lagi, disuruh antre lagi, pulang dulu, nanti satu minggu kemudian balik, antre lagi. Ibu, kalau mereka ini memang bisa kembali, ya, dengan pulang begitu enggak apa-apa, tapi ini masih menggunakan alat bantu. Ada yang kepala masih terbuka, harus pulang.

Jadi, kalau Ibu bilang enggak ada, ada, Ibu. Kita enggak boleh ditutupi lagi di sini, ini kenyataan. Jadi, tolong hal-hal yang seperti ini. Ini buat rakyat, Bu. Ini JKN ini ada karena untuk bantu rakyat, tapi pelaksanaan di bawah tidak sesuai. Ini kita harus luruskan semuanya. Kasihan mereka, mereka ini manusia. Jangan dilihat miskin, kaya, dan lain sebagainya. Mereka punya hak yang sama. Tolong, Bu, banyak rumah sakit masih memperlakukan seperti itu. Kalau Ibu mau data, saya akan kasih datanya, ya.

Mungkin itu, terima kasih.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Ya. Terima kasih, Bu.

Saya kira, mungkin langsung saja ke ARSSI, ya.

KETUA UMUM ARSSI (drg. IING ICHSAN HANAFI, MARS., H):

Iya, baik. Terima kasih, Pimpinan Dewan.

Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.

Tentunya kami di rumah sakit berterima kasih selama ini sudah bekerja sama dengan BPJS bisa melayani pasien dan turut serta meningkatkan layanan. Terus terang memang komplain-komplain itu akan ada ya, tapi kami terus memperbaiki secara bertahap, begitu, ya. Tentunya selama ini kami koordinasi terus dengan BPJS di tingkat cabang kalau memang ada layanan-layanan yang kita sama-sama harus perbaiki.

Setelah 11 tahun ini berjalannya BPJS, tentunya kami juga berproses terus belajar. Tadi yang mungkin terkait KRIS ya, tentu sampai sekarang juga kami di faskes jadi diskusinya tadi masih seolah-olah ada dua versi. Satu sisi satu kelas, satu sisi lagi memang seolah ada satu, dua, dan tiga. Kelas 1 dengan dua tempat tidur, Kelas 2 dengan tiga tempat tidur, dan Kelas 3 dengan empat tempat tidur.

Ada kekhawatiran kami juga memang kalau memang nanti betul yang disampaikan Pak Menkes, sosial mungkin satu kelas, begitu, ya. Ada kekhawatiran kami karena kami yang paling depan menghadapi pasien ini. Jadi, kalau pasien misalnya tadinya biasa dirawat di kelas dua tempat tidur, sekarang harus dirawat di empat tempat tidur, tentunya ini perlu sosialisasi yang cukup panjang, begitu, ya. Karena mengapa? Karena kami menganggap yang sudah ada sekarang itu Kelas 1 dengan dua tempat tidur, Kelas 2 dengan tiga tempat tidur, dan Kelas 3 dengan empat tempat tidur, rasanya sih sudah baik, tapi memang tadi dari 12 kriteria standar itu mungkin memang harus kami perbaiki sehingga layanan itu lebih baik. Nah, ada kekhawatiran semacam itu.

Berikutnya lagi kekhawatiran kami tadi kalau diberlakukan secepatnya, begitu, ya, iDRG ini juga dalam uji coba, kami belum tahu sebesar apa nantinya. Terus juga rumah sakit berbasis kompetensi juga sebesar apa. Jadi, harapan kami tentunya dari, kami dari rumah sakit swasta tentunya dalam membuat regulasi ini harus hati-hati sekali karena layanan yang sudah didapatkan oleh masyarakat dan lain-lain itu selama ini sudah cukup baik. Nah, tinggal kita mungkin memperbaiki pelan-pelan. Mungkin harapan saya itu.

Terima kasih.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Baik, terima kasih.

Dari ARSADA ada yang mau disampaikan?

KETUA UMUM ARSADA (Dr. ZAINOEL ARIFIN, Mkes):

Terima kasih, Ibu.

Kami dari ARSADA yang jelas menginginkan bahwa sesegera mungkin barangkali, ya, satu keputusan dibuat. Tadi misalnya contohnya, KRIS ini mau

dimulai sejak kapan itu dan kemudian aturan-aturannya atau petunjuk teknisnya seperti apa, itu mungkin perlu segera kita perlu segera diterbitkan sehingga kami dari ARSADA dari rumah sakit daerah di seluruh Indonesia ini bisa mempersiapkan diri, begitu.

Pada dasarnya kami selalu mengadakan apa namanya semacam survei-survei, begitu, yang seperti saya sampaikan tadi, ya, bahwa kesiapannya. Namun kan itu belum pasti. Artinya standarnya yang sebetulnya apa KRIS itu seperti apa. Yang pastinya selama ini kan kita baru menggunakan edaran Bapak Dirjen saja di Kemenkes itu. Nah, ini kalau sudah pasti, itu akan segera kita sosialisasikan dan kita mungkin akan mendata lagi, mana, berapa persen yang sudah siap kira-kira, begitu, dan itu kalau bisa, ya, sebelum tanggal 31 Juni mestinya harus telah terbit semua walaupun nanti kalau itu misalnya akan dilaksanakan di akhir Desember. Jadi, dalam 6 bulan mungkin kita bisa mempersiapkan itu semua itu.

Itu saja. Terima kasih.

Assalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Walaikumsalam.

Terima kasih dari ARSADA.

Lalu lanjut, terakhir dari APKESMI.

KETUA DEPARTEMEN HUMAS DPP APKESMI (Dr. IRMA YUNITA, MKM):

Oh oke, baik. Iya, mohon maaf. Memang kalau anak bungsu selalu banyak lagu, ya, Bu.

Iya izin, Ibu Pimpinan sidang, Pak Menteri, dan juga Bapak/Ibu semuanya.

Dari kami APKESMI tentu mengharapkan nanti ke depan terkait dengan pembiayaan JKN, itu bisa diberikan proporsional yang cukup untuk kami. Karena mungkin tadi bahasannya memang banyak rumah sakit, begitu, ya, Bu. Terkait juga dengan KRIS dan untuk rawat inap sendiri kami di puskesmas sebenarnya ada karena itu artinya klaim di luar dari kapitasi. Nah, itu juga dibatasi hanya maksimal 5 hari. Seperti itu.

Nanti mungkin ke depan, izin tadi sesuai dengan rekomendasi terakhir kami, agar kami, puskesmas sebagai akar rumput juga lebih banyak dilibatkan. Tadi dengan Prof. Kadir dan juga mungkin dari Direktur BPJS Kesehatan menyampaikan bahwasanya memang kami tidak dilibatkan karena memang secara keputusan Menteri Kesehatan, kami belum masuk, APKESMI sebagai

salah satu fasyankes, seperti itu. Di selain dengan ARSADA, PERSI, maupun juga ARSSI. Nanti diharapkan dengan APKESMI masuk, maka kami juga bisa betul terlibat dalam pembahasan setiap butir-butir peraturan yang nanti akan terkait dengan layanan kesehatan primer dan tentu besar harapan kami agar nanti proporsional sesuai dengan kesehatan yang ada di puskesmas, seperti itu Bapak/Ibu.

Ya, terima kasih.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Terima kasih atas jawaban yang sudah diberikan.

Baik Bapak/Ibu sekalian.

Kalau sudah tidak ada yang ditanggapi lagi.

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

Izin, izin Pimpinan.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Iya, silakan Ibu Netty.

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

Iya, terus terang kalau saya sih mencermati jawaban-jawaban mitra kita ini belum mendapatkan kejelasan tentang standar, ya, tapi tentu saja saya tidak sedang menyalahkan Pak Menkes, ya, Prof Kadir, karena memang dulu sebelum Pak Menkes Budi Gunadi Sadikin menjadi menteri, di sini menjadi mitra Komisi IX, kita sudah membicarakan itu, ya. Nah, menurut saya harus ada apa satu format kita bisa mendalami soal KRIS ini, ya, supaya tuntas, begitu. Jangan sampai ada yang di sini ngomongnya tertahan, ya, kemudian ada yang sebetulnya enggak setuju tapi enggak berani ngomong kan, begitu, ya. Jadi, menurut saya ini perlu apa namanya formula khusus, ya, entah bentuknya nanti FDG atau FGD atau apa, begitu, kalau menurut saya perlu didalami seperti itu.

Dan yang kedua, ini menyambung tadi, ya. Sebetulnya mungkin enggak terkait langsung, tapi ini menjadi aspirasi yang sampai kepada kami ke Fraksi PKS, dan hari ini memang ASKLIN enggak diundang, ya, Asosiasi Klinik. Nah, ini menurut saya juga mungkin jadi wilayahnya, wilayah siapa, ya? BPJS Kesehatan mungkin, ya, untuk mendistribusikan PBI pada puskesmas dan klinik itu, ya, supaya betul-betul mempertimbangkan aspek keadilan. Ada yang kemudian apa rumahnya jauh, begitu, ditaruh di puskesmas A, padahal ada klinik yang lebih dekat. Atau sebaliknya seperti itu. Mungkin ini juga, ya, tolong dicek kembali

aturannya seperti apa, begitu, sehingga betul-betul mengedepankan prinsip keadilan.

Terima kasih.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Baik. Terima kasih, Bu Netty.

Saya kira itu menjadi catatan, ya.

Selanjutnya, Bapak/Ibu sekalian, kami tawarkan draf kesimpulan Rapat Kerja Komisi IX DPR RI hari ini dengan Menteri Kesehatan, RDP dengan DJSN, BPJS Kesehatan, Dewas BPJS Kesehatan, dan RDPU dengan PERSI, ARSADA, ARSSI, dan APKESMI. Bisa ditampilkan.

Ini saya tawarkan kepada Bapak/Ibu Anggota Komisi IX terlebih dahulu, draf kesimpulan.

Yang pertama.

1. Komisi IX DPR RI mendesak Kementerian Kesehatan Republik Indonesia dan DJSN berkoordinasi intensif dengan kementerian/lembaga terkait, dan melibatkan seluruh pemangku kepentingan dalam percepatan revisi Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan dengan memperhatikan seluruh masukan dalam rapat kerja, RDP, dan RDPU hari ini, termasuk di antaranya:
 - a. Pengaturan secara tegas mengatur mekanisme penyelesaian klaim dan sanksi atas keterlambatan pembayaran;
 - b. Menyusun ulang kebijakan manfaat Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) secara lebih adil dan sesuai kebutuhan dasar kesehatan, termasuk penyesuaian tarif yang realistis dan perhitungan aktuarial;
 - c. Merevisi batas waktu implementasi Kelas Rawat Inap Standar atau KRIS dengan memperhatikan pemenuhan sarana prasarana dan kesiapan rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan.

Saya minta masukan terkait dengan poin 1 dulu kepada Bapak/Ibu Anggota Komisi IX. Ada yang perlu dikoreksi atau perlu ditambahkan? Silakan.

Bagaimana Bu Kurniasih? Pakai mikrofon enggak begitu jelas.

F-PKS (Dr. Hj. KURNIASIH MUFIDAYATI, M.Si.):

Enggak, mau tanya saja yang c maksudnya apa, ya? Kan sudah mau dimundurkan sampai Desember, apakah kita meminta ada kemunduran lagi atau bagaimana?

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Ya, karena kan tadinya kan kemarin kan beredar, ini kan karena terkait amanah apa ditetapkan sebelum Juli kalau enggak salah tadi, ya?

F-PKS (Dr. Hj. KURNIASIH MUFIDAYATI, M.Si.):

Dalam presentasinya, Pak Menkes.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Iya, ya, silakan. Apakah masih perlu kita masukkan agar jangan sampai begini revisinya ini tadi apa namanya, terkait penerbitan regulasi, termasuk juga pelaksanaan, ya, implementasi dari kelas rawat inap standarnya, begitu.

F-PKS (Dr. Hj. KURNIASIH MUFIDAYATI, M.Si.):

Boleh kasih usulan kalimat?

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Silakan, silakan.

F-PKS (Dr. Hj. KURNIASIH MUFIDAYATI, M.Si.):

Iya, mungkin karena memang sudah direvisi batas waktunya, jadi kita fokus dalam masa batas waktu yang sudah dimundurkan ini, ya, "*dalam batas waktu implementasi Kelas Rawat Inap Standar agar memperhatikan pemenuhan sarana-prasarana dan kesiapan.*" Jadi, kita fokus di situ, di proses pelengkapan kebutuhan-kebutuhannya, tidak di waktunya.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Jadi, merevisi batas waktunya dihilangkan?

F-PKS (Dr. Hj. KURNIASIH MUFIDAYATI, M.Si.):

Iya. "*Agar implementasi Kelas Rawat Inap Standar KRIS dilakukan secara bertahap dengan memperhatikan pemenuhan.*" Mungkin, bisa seperti itu. Oh iya dibalik, nanti Bu Netty bisa bantu kali.

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

Eenggak, ini saja menyambung tadi Bu Kurniasih. Jadi, kan di atasnya kan termasuk di antaranya, berarti yang c ini karena kita fokus pada pemenuhan sarana prasarana, berarti kalimatnya di apa dinaikkan ke atas "*memperhatikan pemenuhan sarana prasarana dan kesiapan rumah sakit dalam implementasi kelas rawatan yang standar.*" "*Perhatikan.*" Perhatikannya di depan, iya.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Sampai BPJS Kesehatan tidak apa-apa.

"*Rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan*" dengannya enggak usah, yang bekerja sama dengan enggak usah "*dalam implementasi*" ya.

Bisa diterima redaksinya yang c?

Oke, poin 1a sampai c disetujui, ya, Bapak/Ibu, ya.

(RAPAT : SETUJU)

Boleh saya lanjut poin 2.

2. Komisi IX DPR RI mendesak Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, DJSN, dan Dewan Pengawas BPJS Kesehatan dan BPJS Kesehatan menindaklanjuti seluruh kesimpulan rapat terkait dengan KRIS, termasuk menyampaikan hasil kajian KRIS dan laporan pelaksanaan uji coba pelaksanaan KRIS secara berkala ke Komisi IX DPR RI.

Ini pengulangan sebenarnya dari kesimpulan rapat yang sebelumnya nih, ya. Saya kira enggak apa-apa dicantumkan kembali.

F-PKS (Dr. Hj. KURNIASIH MUFIDAYATI, M.Si.):

Iya, tapi begini, Pimpinan, ini kan diatur di dalam MD3 kita, kalau tidak dilaksanakan itu ada sanksinya. Jadi, bisa enggak langsung ditentukan saja yang kemarin-kemarin saja kan kita belum dapat nih kajian-kajiannya. Bisa diserahkan kajian yang sebelumnya itu selambat-lambatnya tanggal berapa? Langsung dimasukkan di kesimpulan ini, supaya tidak terulang lagi, *gampangin* begitu, orang Jawa bilang.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Usul tanggal? 2 Juni minggu depan.

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

2 Juni kita lagi reses, ya.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Bagaimana usulnya Bu Kurniasih, mau dicantumkan tanggal berapa?

F-PKS (Dr. Hj. KURNIASIH MUFIDAYATI, M.Si.):

Eenggak apa-apa sih, Juni. Kan nanti tinggal dikirim saja, yang penting bisa didistribusikan ke anggota dahulu.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Oke, kita tulis dulu ya. Nanti kan kita belum tanya pihak mitra. Tulis saja dulu 2 Juni.

Oke, lanjut. Kesimpulan nomor 3.

3. Komisi IX DPR RI mendesak BPJS Kesehatan segera melakukan perbaikan mekanisme pembayaran klaim Program JKN dan penyelesaian klaim *pending*, klaim *dispute*, dan klaim belum dibayar, termasuk:
 - a. Melakukan penguatan kapasitas dan keseragaman pemahaman verifikator di seluruh cabang agar proses verifikasi klaim berjalan objektif dan adil;
 - b. Memastikan proses klaim dapat diklarifikasi dan diajukan ulang dalam waktu yang cukup dengan tetap mengacu pada ketentuan masa kedaluwarsa sangat;
 - c. Membuka akses yang transparan terhadap status klaim bagi fasilitas kesehatan melalui sistem informasi terbuka; dan
 - d. Melaporkan perkembangan penyelesaian klaim secara triwulan kepada Komisi IX DPR RI.

Poin 3a sampai d bisa disepakati, Bapak/Ibu?

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

Izin, Pimpinan.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Silakan, Bu Netty.

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

Yang d itu mungkin bukan “secara” ya, tapi “setiap” triwulan.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Oke. Masih ada koreksi? Cukup, ya, poin 3a, b, c, d, ya.

Baik lanjut. Nomor 4.

4. Komisi IX DPR RI mendesak PERSI, ARSADA, ARSSI, dan APKESMI meningkatkan koordinasi aktif dengan Kementerian Kesehatan RI, DJSN, dan BPJS Kesehatan dalam upaya peningkatan kualitas layanan kesehatan JKN, termasuk dalam memberikan masukan kebijakan JKN agar lebih adaptif dan implementatif.

Sepakat, Bapak/Ibu?

(RAPAT : SETUJU)

Oke lanjut. Kesimpulan nomor 5, ya.

5. Komisi IX DPR RI mendesak PERSI, ARSADA, ARSSI menjaga prinsip kehati-hatian dan akuntabilitas dalam setiap proses klaim, termasuk memperkuat unit pengelolaan klaim, memastikan kesesuaian kode diagnosis sesuai dengan kaidah klinis dan memastikan seluruh proses administrasi sudah sesuai dengan regulasi yang berlaku.

F-PKS (Dr. Hj. KURNIASIH MUFIDAYATI, M.Si.):

Iya.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Setuju? Baik.

Nomor 6. Komisi IX.

F-PKS (Dr. Hj. KURNIASIH MUFIDAYATI, M.Si.):

Izin, Bu Ketua.

Sebelum nomor 6 terakhir.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Iya.

F-PKS (Dr. Hj. KURNIASIH MUFIDAYATI, M.Si.):

Tadi kita kan mendengarkan banyak sekali rekomendasi dari PERSI, ARSADA, ARSSI, dan teman-teman yang hadir di sini yang di luar DJSN, di luar Kemenkes dan di luar BPJS Kesehatan. Ini tadi sudah banyak mendesak PERSI, ARSADA, ARSSI, APKESMI untuk *bla bla bla* sekarang juga mungkin tadi usulan saya adalah bagaimana juga Kementerian Kesehatan, DJSN, dan BPJS Kesehatan juga memperhatikan rekomendasi-rekomendasi dan masukan-masukan dari yang hadir pada dari PERSI, ARSADA, ARSSI, dan juga APKESMI. Jadi, *balance*, begitu. Karena tadi masukannya bagus-bagus begitu.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Poin sendiri atau mau ditambahkan?

F-PKS (Dr. Hj. KURNIASIH MUFIDAYATI, M.Si.):

Iya, poin sendiri saja, Bu, Mbak Ketua.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Poin tersendiri, ya.

F-PKS (Dr. Hj. KURNIASIH MUFIDAYATI, M.Si.):

Iya.

KETUA DEPARTEMEN HUMAS DPP APKESMI (Dr. IRMA YUNITA, MKM):

Izin, Ibu Ketua.

Mungkin bisa, izin.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Tunggu ya, ini masih internal Komisi IX.

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

Mungkin, izin, Bu Pimpinan.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Iya, Bu Ketua.

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

Mungkin Bu Kurniasih bisa lihat poin nomor 4, ya, nomor 6 dengan yang, coba.

F-PKS (Dr. Hj. KURNIASIH MUFIDAYATI, M.Si.):

Kebalik itu, Bu. Kalau yang nomor 4 itu "*Mendesak PERSI untuk meningkatkan koordinasi*" kalau ini memang Kementerian Kesehatan yang DJSN dan BPJS harus *me* apa namanya mengakomodasi ataupun memperhatikan rekomendasi-rekomendasi.

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

Iya, nomor 6.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Izin.

Iya ini dapat masukan.

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

Boleh?

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Silakan.

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

Ya, nomor 6 tidak ada mengikat apa-apa, ya, karena cuma mendesak Kementerian Kesehatan.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Ya, Bu Ketua, jadi ini ada koreksi dari sekretariat dan tenaga ahli.

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

Oh iya sudah dikoreksi? *Oke*.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Nomor 4 itu karena PERSI, ARSADA, ARSSI, dan APKESMI ini perkumpulan yang bukan mitra kerja Komisi IX, kita tidak bisa memerintahkan secara langsung. Jadi, poin nomor 4 bisa di-*delete*. 4 dan 5, ya.

Oke, jadi lebih ke masukan Bu Kurniasih tadi, mendesak Kementerian, saya bacakan poin nomor 4 jadinya, ya.

4. Komisi IX DPR RI mendesak Kementerian Kesehatan RI, DJSN, dan BPJS Kesehatan untuk memperhatikan rekomendasi yang disampaikan oleh PERSI, ARSADA, ARSSI, dan APKESMI dalam upaya peningkatan kualitas layanan kesehatan JKN, termasuk dalam memberikan masukan kebijakan JKN agar lebih adaptif dan implementatif.

Disepakati, ya?

(RAPAT : SETUJU)

Oke, selanjutnya kami persilakan draf kesimpulan rapat hari ini untuk bisa dikoreksi ataupun ditambahkan ataupun juga disempurnakan, ya, oleh yang pertama kami berikan kesempatan.

F-PKS (Dr. Hj. KURNIASIH MUFIDAYATI, M.Si.):

Izin, izin, izin, sebentar, izin, maaf, maaf.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Iya Ibu Kurniasih?

F-PKS (Dr. Hj. KURNIASIH MUFIDAYATI, M.Si.):

Karena kita mau reses, ini sering kali terjadi pada saat reses tiba-tiba kita mendengarkan adanya perubahan kebijakan, tiba-tiba keluar tarif, tiba-tiba keluar iuran baru. Nah, kira-kira sudah terakomodasi belum, ya? Maksudnya ketika akan mengeluarkan kebijakan tarif dan iuran itu sebaiknya komunikasi dengan Komisi IX dulu supaya kita enggak kaget-kagetnya dari media, begitu, lho. Kalau begitu jadi komitmen bersama saja, Bu Ketua.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Iya, dijadikan *gentlemen's agreement* saja dulu sore ini.

Baik, kami persilakan Pak Menteri Kesehatan menanggapi poin nomor 1, 2, 3, semuanya kayaknya, ya. Oh, enggak 3 enggak justru. 1, 2, 4, ya, sampai terakhir kayaknya.

Nomor 1, Pak Menteri. Silakan.

1. Komisi IX DPR RI mendesak Kementerian Kesehatan RI berkoordinasi intensif dengan kementerian/lembaga terkait dan melibatkan seluruh pemangku kepentingan dalam percepatan revisi Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan dengan memperhatikan seluruh masukan dalam rapat kerja RDP dan RDPU hari ini, termasuk di antaranya:
 - a. Pengaturan secara tegas terkait mekanisme penyelesaian klaim dan sanksi atas keterlambatan pembayaran;
 - b. Menyusun ulang kebijakan manfaat Jaminan Kesehatan Nasional secara lebih adil dan sesuai kebutuhan dasar kesehatan termasuk penyesuaian tarif yang realistis dan perhitungan aktuarial;
 - c. Memperhatikan pemenuhan sarana-prasarana kesiapan rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dalam implementasi rawat inap standar atau KRIS yang dilakukan secara bertahap.

MENTERI KESEHATAN RI (Ir. BUDI GUNADI SADIKIN, CHFC., CLU.):

Oke, Bu.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Oke poin 1 oke, ya.

Poin dua silakan Pak Menteri. Ini mengulang, Pak Menteri.

MENTERI KESEHATAN RI (Ir. BUDI GUNADI SADIKIN, CHFC., CLU.):

Iya boleh, Bu. Jangan tanggal 2, Bu, tanggal 15.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Tanggal 15 Juni?

MENTERI KESEHATAN RI (Ir. BUDI GUNADI SADIKIN, CHFC., CLU.):

Iya 15.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Oke, tanggal 15 Juni kan saya.

MENTERI KESEHATAN RI (Ir. BUDI GUNADI SADIKIN, CHFC., CLU.):

Banyak libur, Bu, banyak libur kasihan, Bu, ada anak-anak.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Oke kita tulis dulu 15 Juni, ya.

MENTERI KESEHATAN RI (Ir. BUDI GUNADI SADIKIN, CHFC., CLU.):

Terusnya nomor 4, ya, Bu, ya.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Selanjutnya nomor 4.

MENTERI KESEHATAN RI (Ir. BUDI GUNADI SADIKIN, CHFC., CLU.):

Iya oke, Bu.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Rekomendasinya sudah diterima mudah-mudahan, bahan rapatnya termasuk diterima oleh Kementerian Kesehatan, ya, hari ini ya.

MENTERI KESEHATAN RI (Ir. BUDI GUNADI SADIKIN, CHFC., CLU.):

Sudah, Bu.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Oke. Nomor 5 oke, ya.

Selanjutnya dari DJSN, silakan dari poin 1, 2, 4, 5.

KETUA KOMISI PENGAWASAN, MONITORING, DAN EVALUASI DEWAN JAMINAN SOSIAL NASIONAL (MUTTAQIEN S.S., MPH., AAK.):

Yang poin 1b boleh usul Bu Pimpinan.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Iya bagaimana, Pak?

KETUA KOMISI PENGAWASAN, MONITORING, DAN EVALUASI DEWAN JAMINAN SOSIAL NASIONAL (MUTTAQIEN S.S., MPH., AAK.):

“Menyusun ulang kebijakan manfaat jaminan kesehatan secara lebih adil dan sesuai kebutuhan dasar kesehatan termasuk penyesuaian tarif dan iuran yang realistis dan perhitungan aktuarial.” Tadi saya menyambung dengan Bu Indah tadi,

concern-nya Bu Indah “dengan mempertimbangkan ketahanan DJS Kesehatan dan kemampuan membayar peserta, serta kemampuan APBN dan APBD.”

BPJS Kesehatan.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

APBN dan APBD, ya.

Oke dan ketahanan BPJS Kesehatan.

KETUA KOMISI PENGAWASAN, MONITORING, DAN EVALUASI DEWAN JAMINAN SOSIAL NASIONAL (MUTTAQIEN S.S., MPH., AAK.):

“Kemampuan membayar masyarakat dan kemampuan APBN dan APBD.”

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Kemampuan.

KETUA KOMISI PENGAWASAN, MONITORING, DAN EVALUASI DEWAN JAMINAN SOSIAL NASIONAL (MUTTAQIEN S.S., MPH., AAK.):

“Dengan mempertimbangkan ketahanan DJS, kemampuan masyarakatnya, dan kemampuan APBN dan APBD.” Kemampuan masyarakatnya Bu.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

“Kemampuan masyarakat, APBN dan APBD.”

KETUA KOMISI PENGAWASAN, MONITORING, DAN EVALUASI DEWAN JAMINAN SOSIAL NASIONAL (MUTTAQIEN S.S., MPH., AAK.):

Iya, tadi *concern-nya* Bu Indah, saya pikir itu penting diangkat.

Terima kasih, Bu Pimpinan.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Ini kalau seperti ini.

KETUA KOMISI PENGAWASAN, MONITORING, DAN EVALUASI DEWAN JAMINAN SOSIAL NASIONAL (MUTTAQIEN S.S., MPH., AAK.):

Fiskal, APBN, APBD.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Oke, saya bacakan ulang, ya.

Poin 1b. *“Menyusun ulang kebijakan manfaat jaminan kesehatan nasional secara lebih adil dan sesuai kebutuhan dasar kesehatan, termasuk penyesuaian tarif dan iuran yang realistis dan perhitungan aktuarial dengan mempertimbangkan ketahanan Dana Jaminan Sosial atau DJS.”*

KETUA KOMISI PENGAWASAN, MONITORING, DAN EVALUASI DEWAN JAMINAN SOSIAL NASIONAL (MUTTAQIEN S.S., MPH., AAK.):

“DJS Kesehatan” mungkin, Bu.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Iya oke *“DJS Kesehatan”* *“kemampuan masyarakat”*

KETUA KOMISI PENGAWASAN, MONITORING, DAN EVALUASI DEWAN JAMINAN SOSIAL NASIONAL (MUTTAQIEN S.S., MPH., AAK.):

Serta fiskal, APBN, APBD.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Fiskal, APBN, dan APBD.

Ini saya kembalikan lagi dulu ke Bapak/Ibu Anggota Komisi IX. Bisa disepakati, Bapak/Ibu? Sepakat, ya? Lanjut, oke.

(RAPAT : SETUJU)

Kementerian Kesehatan lagi, karena ini berubah dari yang tadi sudah disepakati oleh Kementerian Kesehatan. Pak Menteri, poin 1b. Ada perubahan dari DJSN redaksinya dan perubahan makna juga saya kira ini. Jadi, sepakatlah, ya.

MENTERI KESEHATAN RI (Ir. BUDI GUNADI SADIKIN, CHFC., CLU.):

Tidak apa-apa, Bu.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Sepakat.

(RAPAT : SETUJU)

Baik, 1a, b, c biar sekalian saja per poin saja saya, oh ini poin 1 Kemenkes dengan DJSN saja, ya? Oke, jadi sudah disepakati, ya, a, b, c-nya DJSN poin 1a, b, c, enggak BPJS enggak ada di poin 1. Oke, jadi Kemenkes dan DJSN sudah sepakat. Jadi, poin 1a, b, c bisa kita sepakati, ya.

(RAPAT : SETUJU)

Lanjut poin nomor 2 dari DJSN dulu.

KETUA KOMISI PENGAWASAN, MONITORING, DAN EVALUASI DEWAN JAMINAN SOSIAL NASIONAL (MUTTAQIEN S.S., MPH., AAK.):

Yang nomor 2, mungkin konfirmasi saja, Bu Pimpinan. Kalau yang laporan kajian seperti sudah pernah kami sampaikan, nanti kami ulang lagi.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Diulang lagi saja, Pak.

KETUA KOMISI PENGAWASAN, MONITORING, DAN EVALUASI DEWAN JAMINAN SOSIAL NASIONAL (MUTTAQIEN S.S., MPH., AAK.):

Ada 4 kajian yang sudah kami sampaikan ke Komisi IX, nanti kami sampaikan lagi termasuk tambahan yang aktuaria tadi, ya.

Terima kasih, Bu Pimpinan.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Iya, iya. Dari Dewas dan BPJS Kesehatan. Per poin saja sekalian biar nanti enggak naik turun.

Draf kesimpulan nomor 2, Pak Kepala, Pak Dirut BPJS.

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

Oh iya, kalau boleh tuh, "*Komisi IX DPR RI mendesak Kementerian Kesehatan RI, DJSN, Dewan Pengawas BPJS Kesehatan, dan BPJS Kesehatan untuk menindaklanjuti seluruh kesimpulan rapat terkait KRIS termasuk definisinya dan menyampaikan hasil kajian KRIS serta laporan pelaksanaan uji coba pelaksanaan KRIS secara berkala ke Komisi IX DPR RI.*"

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Ya baik. Bisa disepakati poin nomor 2 Dewasnya oke, ya, Pak, Prof Kadir.

Baik saya ketuk poin kesimpulan nomor 2.

“Komisi IX DPR RI mendesak Kementerian Kesehatan RI, DJSN, Dewan Pengawas BPJS Kesehatan, dan BPJS Kesehatan menindaklanjuti seluruh kesimpulan rapat terakhir KRIS termasuk definisinya dan menyampaikan hasil kajian serta laporan pelaksanaan uji coba pelaksanaan KRIS secara berkala ke Komisi IX DPR RI selambat-lambatnya pada tanggal 15 Juni 2025.”

(RAPAT : SETUJU)

Draf kesimpulan nomor 3, BPJS Kesehatan. Silakan. Ini mendesak BPJS Kesehatan.

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

Iya. Terutama di d itu sebetulnya DJSN itu setiap saat itu membuat istilahnya ICK, ya. ICK itu semacam Indeks Capaian Kinerja dari BPJS yang dilakukan secara rutin begitu. Nah, oleh karena itu, yang d, *“DJSN melaporkan ke Komisi IX hasil pembahasan tentang pending claim atau kasus pending claim bersama BPJS, Kemenkes, dan Kementerian Keuangan selaras dengan ICK DJSN atau ICK yang dibuat DJSN.”*

Jadi, ceritanya setiap saat DJSN itu bersama-sama ini meminta dia menyusun ICK DJSN yang harus dilakukan. Antara lain itu adalah pembahasan kasus *pending claim*, begitu, yang dilakukan pembahasan itu oleh BPJS, Kemenkes, dan Kementerian Keuangan. Jadi, usulnya adalah d. DJSN, karena dia punya ICK yang menyusun laporan ke Komisi IX hasil pembahasan kasus *pending claim* bersama BPJS Kesehatan, Kemenkes, dan Kementerian Keuangan.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Ini enggak bisa di poin d rasanya, Pak. Karena kalau di poin d itu di atasnya hanya BPJS Kesehatan soalnya. Kalau mau, kita keluarkan di poin tersendiri.

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

Ya, dikeluarkan boleh juga.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Oke, sebelum itu poin 3. Poin 3a, b, c bisa disepakati, Pak Dirut?

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

Iya.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Poin 3a, b, c disepakati, ya. Oke.

(RAPAT : SETUJU)

Terkait tadi pelaporan klaim.

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

Pending.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

itu bisa dibuatkan poin tersendiri. Coba dirumuskan redaksinya.

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

Yang 3, yang poin 4.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Iya poin 4 baru.

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

Iya, "DJSN melaporkan ke Komisi IX hasil pembahasan kasus pending claimbersama BPJS, Kemenkes, dan Kementerian Keuangan selaras dengan ICK DJSN."

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Pelan-pelan, Pak Prof.

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

Iya yang ke-4. "DJSN melaporkan ke Komisi IX terkait kasus *pending claim* bersama BPJS, Kemenkes, dan Kemenkeu." "Hasil pembahasan terkait kasus *pending claim*" kurang di atasnya itu, "terkait hasil pembahasan kasus *pending claim* sesuai dengan ICK DJSN atau yang disusun oleh DJSN."

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

ICK-nya didefinisikan coba, Indeks Capaian Kinerja.

Iya baik, ini usul baru, ya, dari BPJS Kesehatan tadi. Saya tanyakan dulu ke Bapak/Ibu Anggota Komisi IX.

Poin 4 baru ini terkait laporan kasus *pending claim*, ya. Jadi, "*Komisi IX DPR RI mendesak DJSN untuk melaporkan ke Komisi IX DPR RI*" itu depannya mungkin enggak perlu, ya, ada pengulangan Komisi IX, "*mendesak DJSN untuk melaporkan Kepada Komisi XI DPR RI terkait hasil pembahasan kasus pending claim bersama BPJS Kesehatan, Kementerian Kesehatan, dan Kementerian Keuangan yang disesuaikan dengan Indeks Capaian Kinerja yang disusun oleh DJSN.*" Ini maksudnya pembahasannya telah dilakukan pembahasan atau setelah dilakukan pembahasan bersama? Iya.

F-PKS (Dr. Hj. KURNIASIH MUFIDAYATI, M.Si.):

Bagaimana, Mbak Ketua, masih kita belum memahami kalimat ini, ya, agak *pabaliut* kalau orang Sunda bilang, begitu. "*Mendesak DJSN untuk melaporkan terkait hasil pembahasan kasus pending claim bersama BPJS.*" Maksudnya bersama BPJS dan Kemenkesnya dan Kementerian Keuangannya itu pada tahap apa?

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Yang telah, yang telah dilakukan bersama BPJS Kesehatan. Jadi hasil pembahasannya dilaporkan ke DJSN. Jadi, kita meminta DJSN melaporkan lagi ke Komisi IX.

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

Klaim *dispute* itu, tidak hanya *pending*.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Silakan, Bu Kurniasih.

F-PKS (Dr. Hj. KURNIASIH MUFIDAYATI, M.Si.):

Ini kalau tiba-tiba mendesak itu siapa yang mendesak, begitu. Tetap harus ada Komisi IX DPR RI, tinggal kalimatnya saja diputar balik kaya tadi usulan Bu Netty itu yang dikalimat mana itu. Jadi, misalnya Komisi IX DPR RI mendesak DJSN untuk melaporkan hasil pembahasan kasus *pending claim* yang telah dilakukan bersama *bla bla bla*, begitu, tapi kayaknya dari tadi bahas ICK enggak sih? Ada? Di paparan siapa ada ICK?

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

DJSN ada.

F-PKS (Dr. Hj. KURNIASIH MUFIDAYATI, M.Si.):

Oh oke.

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

Kita rutin.

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

Ibu Ketua, izin.

Ini cuma *pending claim*, ya? Izin, Ibu Ketua, nomor 4.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Iya sebenarnya kalau tadi masuk di dalam poin nomor 3 itu cuma *pending claim* sebenarnya. Ada klaim *dispute* juga sama klaim yang belum dibayar. Cuma ini karena pihaknya berbeda dengan poin nomor 3, jadi dikeluarkan.

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

Coba itu Indeks Capaian Kinerja itu Indikator Capaian Kinerja.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Iya sama dengan poin nomor 3, tapi pihak yang didesak yang berbeda.

Oke, saya bacakan, ya, poin nomor 4.

4. Komisi IX DPR RI mendesak DJSN untuk melaporkan hasil pembahasan kasus *pending claim*, klaim *dispute*, dan klaim yang belum dibayar yang telah dilakukan bersama BPJS Kesehatan, Kementerian Kesehatan, Kementerian Keuangan, yang disesuaikan dengan Indikator Capaian Kinerja yang disusun oleh DJSN kepada Komisi IX DPR RI.

Ini banyak banget "yang"-nya, ya.

F-PKS (Dr. Hj. KURNIASIH MUFIDAYATI, M.Si.):

Klaim belum dibayar, enggak usah pakai "yang".

KETUA KOMPORTEMEN PEMBIAYAAN DAN JAMINAN KESEHATAN PERSI (Dr. KALSUM KOMARYANI. MMPPM):

Izin Bu boleh? Ibu Ketua?

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Iya.

KETUA KOMPORTEMEN PEMBIAYAAN DAN JAMINAN KESEHATAN PERSI (Dr. KALSUM KOMARYANI. MMPPM):

Maksudnya begini Bu, klaim yang belum dibayar itu kan, ya, paling *pending* atau *dispute* itu sebetulnya.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Mungkin ada yang tertunda tuh.

KETUA KOMPORTEMEN PEMBIAYAAN DAN JAMINAN KESEHATAN PERSI (Dr. KALSUM KOMARYANI. MMPPM):

Biasanya kan klaim masuk, kemudian kita verifikasi kan, Bu, setelah diverifikasi pilihannya adalah, apa namanya, *pending*, apa, *dispute*, atau tidak layak langsung. Kalau layak kan langsung dibayar, Bu. Setelah verifikasi kan langsung dibayar. Kalau tidak segera dibayar itu kan berarti adalah *pending* ataupun *dispute* dan tidak layak satu lagi, tapi kalau tidak layak kan biasanya tidak memenuhi persyaratan pembayaran klaim, itu tidak dibayarkan istilahnya. Ya, banyak macamnya, Bu, yang tidak layak. Jadi, biasanya kalau klaim tidak dibayar itu, ya, klaim *pending* atau *dispute*.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Kalau dibuat dalam kurung ini bagaimana?

**KETUA KOMPORTEMEN PEMBIAYAAN DAN JAMINAN KESEHATAN PERSI
(Dr. KALSUM KOMARYANI. MMPPM):**

Boleh, Ibu. Kemudian yang kedua, Bu. Untuk klaim *dispute* itu, sebetulnya kami sudah ada mekanismenya yang diatur di dalam regulasi. Jadi, kalau *dispute* itu kan ada dua, apakah *dispute*-nya *coding* atau *dispute*-nya medis. Kalau *dispute* medis biasanya itu diselesaikan bisa dengan melibatkan TPK di ini atau sampai dengan DPK.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Ini poin nomor 3 justru, ya, yang terkait *dispute*?

**KETUA KOMPORTEMEN PEMBIAYAAN DAN JAMINAN KESEHATAN PERSI
(Dr. KALSUM KOMARYANI. MMPPM):**

Betul, Bu.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Bukan poin nomor 4 ya?

**KETUA KOMPORTEMEN PEMBIAYAAN DAN JAMINAN KESEHATAN PERSI
(Dr. KALSUM KOMARYANI. MMPPM):**

Iya, iya, Bu. Jadi, makanya kalau *dispute* masuknya ketiga itu Bu tadi, jadi ada proses klaim itu ada ketentuannya, Bu. Jadi kalau *dispute* pembahasannya adalah dengan TPK, *dispute* medis itu dengan TPK sampai dengan DPK. Kalau *dispute*-nya *coding*, kami menyelesaikannya dengan Kementerian Kesehatan, dengan Pusbikes terkait dengan berita acara dan seterusnya. Jadi, sudah ada mekanismenya Bu kalau untuk *dispute*, tapi untuk *pending* memang sekarang ini sudah dibuatkan ICK oleh DJSN, bahwa *pending* itu harus dibahas bersama tadi Kementerian Kesehatan dan DJSN dan Kementerian Keuangan per tiga bulan itu masuk di dalam, makanya yang empat ini bisa untuk mekanisme yang belum ada, maksudnya yang baru dibuat ini kan sekarang, apa namanya, pembahasan tentang *pending claim*, tapi kalau *dispute* itu sudah ada mekanismenya sesuai dengan regulasi.

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

Izin, Ibu Ketua.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Iya silakan, Bu Netty.

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

Dikembalikan saja jadi usulan kalimatnya seperti apa itu, yang mengusulkan tadi Pak Dirut.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Iya, sebenarnya bisa juga digabungkan dengan poin nomor 3 tadi, mendesak BPJS Kesehatan bersama DJSN.

KETUA KOMPORTEMEN PEMBIAYAAN DAN JAMINAN KESEHATAN PERSI (Dr. KALSUM KOMARYANI. MMPPM):

Tadi nomor 4 kami usulnya. Jadi, memang nomor 4 kami usulnya makanya *pending* saja, karena yang dibuat di ICK DJSN itu yang *pending claim*. Kalau *dispute* itu kita sudah ada mekanismenya sesuai regulasinya, ada melibatkan TPK. Kemudian yang *coding* itu melibatkan Pusbikes, Kemenkes juga.

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

Ya sudah tinggal di hapus yang.

F-PDI PERJUANGAN (INDAH KURNIAWATI, S.E., M.M.):

Tinggal *pending*-nya, tinggal *pending*-nya saja.

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

Pending claim saja.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Poin nomor 4, poin nomor 3 maksudnya?

F-PDI PERJUANGAN (INDAH KURNIAWATI, S.E., M.M.):

Enggak, 4 itu tanpa *dispute*.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Artinya itu tidak dibahas bersama. *Oke*.

Baik, Bapak/Ibu Komisi IX dulu ini, poin nomor 4 sudah dikoreksi kembali. Bisa disepakati ya? Saya kembalikan lagi kalau begitu poin nomor 4 ke DJSN.

KETUA KOMJAKUM DEWAN JAMINAN SOSIAL NASIONAL (Drs. PAULUS AGUNG PAMBUDHI, M.M.):

Iya. Terima kasih, Ibu Pimpinan.

Secara substansi sepakat, namun untuk kalimat ada beberapa penyesuaian "*Komisi IX DPR RI mendesak DJSN untuk melaporkan hasil pembahasan tentang pending claim yang telah dilakukan bersama dengan BPJS Kesehatan, Kementerian Kesehatan, Kementerian Keuangan.*" Nah setelah itu yang untuk "*disesuaikan dengan itu*" diganti "*berdasarkan Indikator Capaian Kinerja yang telah ditetapkan oleh DJSN.*"

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Oke. Sepakat, ya, Bapak/Ibu poin nomor 4? Oke.

(RAPAT : SETUJU)

F-PDI PERJUANGAN (INDAH KURNIAWATI, S.E., M.M.):

Pimpinan, mohon izin, Pimpinan.

Mohon maaf saya.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Iya bagaimana, Bu Indah?

F-PDI PERJUANGAN (INDAH KURNIAWATI, S.E., M.M.):

Coba di-*scroll up* ke atas nomor 2, tadi saya sempat membaca tentang berkala. Maaf, terpaksa *scroll up* ke atas, tapi kalau semua oke, ya, enggak apa-apa, tapi coba *scroll up* nomor 2 yang terakhir.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Nomor 2. Ini pengulangan.

F-PDI PERJUANGAN (INDAH KURNIAWATI, S.E., M.M.):

Menyampaikan hasil kajian serta laporan pelaksanaan uji coba pelaksanaan KRIS secara berkala. Kalau berkala itu kan beberapa kali, ya, selambat-lambatnya tanggal 15 itu yang kala berapa? Kalau berkala, itu misalnya mingguan, bulanan, atau triwulanan. Itu kan secara berkala ke Komisi IX selama berkala.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Ya, itu di kesimpulan rapat sebelumnya sebenarnya setiap 2 bulan disebutkan, tapi memang belum ada laporan yang diberikan pada Komisi IX.

F-PDI PERJUANGAN (INDAH KURNIAWATI, S.E., M.M.):

Jadi, yang untuk kali ini berkala?

F-PKS (Dr. Hj. KURNIASIH MUFIDAYATI, M.Si.):

Titik tengah, Bu Ketua.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Iya silakan, Bu Kurniasih.

F-PKS (Dr. Hj. KURNIASIH MUFIDAYATI, M.Si.):

Secara berkala, secara berkala ke Komisi IX DPR RI dan menyerahkan yang sudah dilakukan FGD-nya selambat-lambatnya pada tanggal 5 Juni itu. Artinya yang tanggal 5 Juni itu yang hutang yang kemarin itu, begitu, lho, iya. Ini kan sudah berapa puluh kajian, Pak? Tapi kan kami enggak dapat, begitu, lho dan itu sebenarnya sudah masuk di dalam kesimpulan dan kalau sudah masuk kesimpulan itu ada sanksinya lho, Pak, kalau tidak dilaksanakan. Di MD3 itu ada sanksinya. Justru ini untuk mengikat, justru untuk menyelamatkan kalau tidak diberikan, ya, akan ada sanksi, bisa dipersoalkan. Jadi, itu saja. Kalau berkalanya tetap, tapi bahwa yang tanggal 15 itu yang sudah.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Iya, ya, pokoknya ini paham lah, ya, ada beberapa kali kajian yang sudah dilakukan nah itu kita pintakan laporannya.

F-PKS (Dr. Hj. KURNIASIH MUFIDAYATI, M.Si.):

Atau ditukar: "*selambat-lambatnya pada tanggal 15 dan berkala*" begitu. Jadi, ada yang tanggal 15 dan ada yang berkala. Kita minta komitmennya juga ini. Bagaimana, bisa enggak, Pak?

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Tadi sudah disepakati itu sebenarnya, sudah diketuk.

F-PKS (Dr. Hj. KURNIASIH MUFIDAYATI, M.Si.):

Iya yang kemarin kan sudah kesimpulan, sudah tanda-tangan, tapi tidak dilaksanakan.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Oke, tadi terakhir sudah nomor 4, ya? Nomor 2 setuju, ya? Bu Indah koreksinya sudah, ya?

Bapak/Ibu sekalian.

Tadi saya kira bukan substansi terkait dengan itu tanggal dan berkala.

Boleh lanjut, nomor 4 tadi sudah. Nomor 5, silakan untuk BPJS. Bagaimana, Prof? Bagaimana, Prof?

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

Kalau boleh tambahan saja itu, "*ARSSI, APKESMI dalam upaya transformasi mutu pelayanan kesehatan dengan ukuran mudah, cepat, setara.*" Biar masyarakat tahu.

F-PKS (Dr. Hj. KURNIASIH MUFIDAYATI, M.Si.):

Sebentar, sebentar ini kan kita kan terkait dengan rekomendasi sebenarnya kan. Rekomendasi tadi kan banyak banget rekomendasi tadi kan presentasinya semua memberikan rekomendasi. Nah kita ingin rekomendasi dari semuanya ini diperhatikan. Begitu saja sih Prof.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Poin nomor 5 itu. Khusus rekomendasi dari PERSI, ARSADA, ARSSI, APKESMI. Setuju, Pak Dirut?

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

Setuju.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Oke, tadi DJSN sudah, ya.

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

Kalau kami tambahi saja tadi artinya “*PERSI, ARSADA, ARSSI, dan APKESMI itu bisa melayani dengan mudah, cepat, setara.*”

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Itu kan saya rasa dari apa yang direkomendasikan, termasuk mutu yang adaptif dan implementatif itu maksudnya kan. Iya, saya kira sudah cukup dipahami lah, ya, Prof. Bisa disepakati, ya, poin nomor 5, ya, untuk dijadikan kesimpulan?

(RAPAT : SETUJU)

Baik Bapak/Ibu sekalian.

Dengan demikian rumusan kesimpulan.

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

Iya, izin, izin Ketua.

Aduh saya tadi tuh agak lupa ya. Jadi, kan kita bicaranya klaim, *pending claim, dispute*, dan lain-lain, ya. Kita di sini juga kedatangan APKESMI yang memang mungkin agak beda ininya, bukan klaim ininya.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Kapitasi.

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

Tapi kapitasi. Nah, itu sudah termaktub belum ya? Karena kan kita bicara soal JKN kan, maksudnya bagaimana layanan ini juga. Iya, benar enggak, Pak Dirut?

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

Iya, tapi masalahnya dia kan minta untuk diajak, cuma memang di dalam peraturan itu belum diakui atau dimasukkan mengenai APKESMI. Jadi, solusinya harus dimasukkan dulu, seperti dianggap dulu dia, karena kalau enggak dianggap, ya, enggak diajak.

F-PKS (Dr. Hj. KURNIASIH MUFIDAYATI, M.Si.):

Makanya tadi yang nomor 4 itu.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Saya kira itu masuk di nomor 5 karena kan rekomendasi APKESMI salah satunya di situ.

F-PKS (Dr. Hj. KURNIASIH MUFIDAYATI, M.Si.):

Iya, iya, jadi nomor 5 itu kenapa kita masukkan, salah satunya adalah tadi usulan dari puskesmas itu kan meminta supaya dilibatkan dan itu secara regulasinya kan harus ada dulu supaya tidak ada yang melanggar payung hukum. Nah itu maksudnya ke arah sana juga, itu Mbak Ketua.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Ya, makanya cukup di nomor 5, ya. Sudah masuk di nomor 5. Cukup, Bu Netty?

KETUA DEPARTEMEN HUMAS DPP APKESMI (Dr. IRMA YUNITA, MKM):

Boleh menambahkan Ibu dari APKESMI.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Iya.

KETUA DEPARTEMEN HUMAS DPP APKESMI (Dr. IRMA YUNITA, MKM):

Bisa sedikit, ya. Kalau misalnya dari para Anggota Dewan untuk menyepakatkan poin nomor 5 itu sudah termaktub termasuk dengan apa dengan disampaikan APKESMI, ya, mungkin agak tidak eksplisit, begitu, ya, Ibu, ya. Maksudnya kalau misalnya memang bisa dibuat eksplisit bahwa tadi kan, kan memang merekomendasikan terkait dengan agar dilibatkan dimasukkan dalam revisi.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Iya, itu kan bagian dari tadi yang dokter sampaikan, ya, bagian dari rekomendasi. Saya kira itu yang nanti termasuk yang ada di poin nomor 5. Makanya tadi saya tanya, ini masing-masing punya kan bahan rapat dari masing-masing asosiasi, dari PERSI, dari ARSSI, ARSADA, dan APKESMI kepada Kemenkes, DJSN, BPJS, dan Dewas. Jadi silakan nanti bahan yang tadi sudah kami terima juga diserahkan juga kepada masing-masing K/L ini, ya.

KETUA DEPARTEMEN HUMAS DPP APKESMI (Dr. IRMA YUNITA, MKM):

Iya baik, Bu.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Baik, dengan demikian.

KETUA UMUM ARSSI (drg. IING ICHSAN HANAFI, MARS., H):

Pimpinan, Pimpinan.

Boleh?

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Iya.

KETUA UMUM ARSSI (drg. IING ICHSAN HANAFI, MARS., H):

Saya belum melihat, jadi kalau misalnya nanti definisi kelas standarnya sepakat, itu pemberlakuannya ini kapan, begitu? Karena tadi kan bahasanya bertahap. Nah, bertahapnya itu bertahap berapa lama? Bagaimana? Saya belum tangkap itu. Atau memang menunggu kajian dan lain-lain? Jadi, kita kalau ditanya memang, ya, belum, begitu, lho. Jangan sampai nanti Desember, tapi nanti undur lagi kan terus-terusan atau memang menunggu kajian sampai.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Ya, karena poin nomor 1 masih kita berikan kesempatan untuk bisa lakukan koordinasi secara intensif terkait dengan implementasi KRIS di poin nomor c. Jadi, memang tidak diikat waktunya tadi, tapi kalau secara apa yang disampaikan oleh Pak Menteri tadi ya, dari paparan yang disampaikan itu sampai dengan Desember 2025. Cukup dipahami, Pak Dokter?

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

Ditanya ke Pak Menteri mungkin.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Pak Menteri, jadi ini yang ditanyakan oleh dari ARSADA, ya? ARSSI. Kepastiannya, begitu, ya, perkiraan walaupun tadi sudah di dalam paparan Pak Menteri sampaikan itu ada relaksasi sampai dengan Desember 2025, begitu. Iya bagaimana, Pak Menteri?

MENTERI KESEHATAN RI (Ir. BUDI GUNADI SADIKIN, CHFC., CLU.):

Iya yang seperti ini sudah setuju saya tadi. Maksudnya, Bu Ketua? Ini saya setuju. Oh, tadi kita sudah kasih Desember 2025.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Transisinya sampai dengan 31 Desember 2025.

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

Izin, Ketua.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Iya, Bu Netty, silakan.

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

Iya, jadi kan memang tadi apa masuk dalam simpulan itu. Apa tadi yang definisi-definisi standarnya itu, kan itu memang belum selesai kan? Nah, tadi sempat saya usulkan di forum apa sih atau dalam-dalam skema apa kita akan menuntaskan ini. Karena tadi DJSN belum selesai dengan analisisnya, kemudian para pihak nih, Kemenkes dengan BPJS Kesehatan, sudah pasti ARSSI, PERSI, ARSADA juga belum selesai itu dengan definisi standar ini. Kalau misalnya itu harus dituntaskan dulu, baru kita bicara *timeline*, sebetulnya.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Nomor 3 tadi kalau enggak salah ada definisi. Oh nomor 2, nomor 2, Ya, tapi kalau untuk yang terkait dengan teman-teman ARSSI, PERSI, ARSADA itu di poin nomor c, ya, sarana-prasarana kesiapan rumah sakit.

F-PKS (Dr. Hj. KURNIASIH MUFIDAYATI, M.Si.):

Iya, kalau saya sih bisa memahami, ya, kayak tadi kan juga dari ARSADA juga juknis-juklaknya juga perlu segera begitu supaya tidak tiba masa tiba waktulah bahasanya kan kayak begitu. Memang ini perlu ada FGD serius kali, ya, Bu Ketua. Usulan saya, Pimpinan, yang memang membahas ini, nanti kesimpulannya ditarik ke rapat komisi. Saya sih mengusulkan seperti itu. Jadi, *clear* Desember *oke*, Desember apa yang mau disatukan definisinya, ketemu di situ bersama-sama, duduk bareng, lebih detail, dan mungkin sifatnya kan bukan rapat kayak di sini, begitu.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Iya saya enggak tahu apakah poin nomor 2 itu bisa menjawab atau tidak itu, karena kajiannya dilakukan berkala. Artinya kita juga tetap menjalankan fungsi pengawasan DPR itu secara berkala juga sampai keluarnya nanti regulasinya.

Baru setelah regulasi, ya, diharapkan tidak langsung implementasi begitu kan, tapi tetap ada juga jeda waktunya.

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

Izin, Ketua.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Iya, Bu Netty.

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

Tapi memang ini belum, belum ada waktu yang definitif akhirnya, kita akan menuntaskan bahasan soal definisi dan lain-lain. Jadi artinya kalau targetnya Desember, ya, agak sulit diprediksi, begitu, ya, kenapa? Karena, ya, iya karena ini kan harus ditentukan dulu ini.

WAKIL SEKRETARIS UMUM PERSI (Dr. TRI HESTY WIDYASTOETI, Sp.M, MPH):

Ibu Ketua.

Boleh izin?

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Iya, oh, ya, Ibu dari PERSI silakan.

WAKIL SEKRETARIS UMUM PERSI (Dr. TRI HESTY WIDYASTOETI, Sp.M, MPH):

Tadi kan kalau PERSI memberikan rekomendasi adalah kajiannya tidak hanya pemenuhan standar, tetapi juga kajian dampak dari standar tersebut, mengurangi *access* apa tidak, mengurangi kualitas apa tidak. Itu, jadi kajian uji coba dan simulasi begitu. Terima kasih.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Iya itu sudah, sudah termasuk sebenarnya di dalam kesimpulan rapat sebelumnya, ya. Jadi, kajiannya itu sudah cukup komprehensif saya kira terkait manfaat layanan, tarif, iuran, program, kemampuan dan juga kemauan bayar dari peserta ini di kesimpulan rapat sebelumnya sudah ada, begitu, lho. Cuma kan ini di poin nomor 2 kita mempertegas saja bahwa kajian itu disampaikan kepada Komisi IX.

Iya, artinya sebenarnya masuk. Tinggal nanti pada saat kajian itu diberikan laporannya kepada Komisi IX, karena yang kita akan menilai kembali, ya, untuk kita mengagendakan kembali rapat bersama dengan Komisi IX dengan para pihak-pihak terkait agar di dalam apa namanya perumusan regulasinya sampai dengan implementasinya, ya, ini tetap ada jeda waktunya, begitu, ya. Agar teman-teman dari asosiasi, ataupun juga dari perhimpunan rumah sakit ini tadi tidak merasa aturan dengan pelaksanaan terlalu mepet atau terlalu mendadak, begitu. Jadi, harusnya di poin nomor 2 bisa kita sepakati, ya, bahwasanya di situ nanti fungsi pengawasan Komisi IX yang akan mengawal saya kira Bapak-bapak, Ibu dari asosiasi ataupun juga dari perhimpunan rumah sakit terkait dengan waktu implementasi dari Kelas Rawat Inap Standar. Bisa dipahami seperti itu?

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

Berarti kita tunggu tanggal 15 Juni laporannya.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Bagaimana laporannya.

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

Terus kita lakukan telaah.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Artinya kekhawatiran dari teman-teman PERSI, ARSSI, ARSADA ini menjadi catatan bagi Komisi IX untuk bisa diperhatikan agar tadi tidak istilahnya tiba masa tiba waktu, begitu, ya, Dokter ling? Oke. Baik. Ini sekarang sudah disimpulkan saya kira, Bapak/Ibu. Dengan demikian, rumusan kesimpulan rapat.

KETUA DEPARTEMEN HUMAS DPP APKESMI (Dr. IRMA YUNITA, MKM):

Izin, Ibu Pimpinan Sidang.

Sedikit lagi.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Iya.

KETUA DEPARTEMEN HUMAS DPP APKESMI (Dr. IRMA YUNITA, MKM):

Karena tadi saya mungkin mewakili, ya, Bu, tapi saya terus aktif komunikasi dengan APKESMI di seluruh Indonesia. Jadi, mereka menyampaikan bahwasanya rekomendasi ini memang lebih detailnya dan sesuai dengan undangan

sebenarnya, karena bahasa pertama tentang klaim *pending*, klaim *dispute*. Jika diperkenankan, akan ada RDPU selanjutnya yang mungkin fokus ke untuk bahas pelayanan primer. Jadi, kami APKESMI mungkin bersama-sama dengan ASKLIN, seperti itu.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Iya, iya betul, baik nanti jadi catatan Tenaga Ahli Komisi dan juga Sekretariat Komisi IX untuk bisa dijadwalkan khusus, ya, untuk ini setingkat FKTP lah, ya.

Baik, Bapak/Ibu sekalian.

Dengan disetujuinya rumusan kesimpulan menjadi kesimpulan rapat pada hari ini. Kami atas nama Pimpinan beserta seluruh Anggota Komisi IX DPR RI tentu mengucapkan terima kasih dan juga penghargaan setinggi-tingginya kepada Bapak/Ibu semua dalam rangka kita sama-sama saya kira untuk bisa berupaya bagaimana memperbaiki, menyempurnakan keberlanjutan daripada Program Jaminan Kesehatan Nasional agar lebih bermanfaat untuk seluruh masyarakat Indonesia.

Sebelum rapat kami akhiri, Bapak dan Ibu sekalian, kami persilakan mungkin perwakilan saja, Saudara Menteri Kesehatan untuk menyampaikan sepatah dua patah katanya sebagai penutup.

MENTERI KESEHATAN RI (Ir. BUDI GUNADI SADIKIN, CHFC., CLU.):

Jadi, Bapak/Ibu Anggota Dewan yang kami hormati.

Terima kasih. Kali ini kami mendapatkan waktu yang cukup banyak dari Bapak/Ibu untuk membahas hal yang memang sudah cukup panjang juga kita diskusikan. Semoga bisa cepat kita implementasikan dan teman-teman masyarakat bisa memperoleh manfaatnya semaksimal mungkin.

Terima kasih.

Wassalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.

KETUA RAPAT (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX):

Terima kasih.

Sebelum rapat ini saya tutup karena tadi sudah dimulai dengan berdoa, mari kita berdoa menurut kepercayaan kita masing-masing. Berdoa mulai.

(BERDOA)

Berdoa selesai.

Dengan mengucapkan syukur *alhamdulillah*, rapat pada hari ini saya tutup.

Wassalamu'alaikum warahmatullahi wabarakatuh.

(RAPAT DITUTUP PUKUL 20.33 WIB)

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

Ttd

**Ida Nuryati, S.Sos., M.A.
NIP.197604011998032002**