



**DEWAN PERWAKILAN RAKYAT
REPUBLIC INDONESIA**

**RISALAH
RAPAT KERJA KOMISI IX DPR RI
DENGAN MENTERI KESEHATAN RI, KETUA DEWAN JAMINAN
SOSIAL NASIONAL, KETUA DEWAS BPJS KESEHATAN, DIRUT
BPJS KESEHATAN**

- Tahun Sidang : 2024-2025
Masa Persidangan : II
Jenis Rapat : Rapat Kerja
Sifat Rapat : Terbuka
Hari & Tanggal Rapat : Selasa, 11 Februari 2025
Tempat : Ruang Rapat Komisi IX DPR RI
Acara : 1. Membahas potensi defisit Dana Jaminan Sosial (DJS) Kesehatan tahun 2025;
2. Membahas perkembangan persiapan pelaksanaan Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan:
a. Penerapan fasilitas ruang perawatan pada pelayanan rawat inap berdasarkan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS);
b. Manfaat, tarif dan iuran Program Jaminan Kesehatan Nasional.
- Waktu : Pukul 10.21 s.d. 15.24 WIB
Ketua Rapat : Charles Honoris (Wakil Ketua Komisi IX DPR RI/ F-PDI Perjuangan)
Sekretaris Rapat : Ida Nuryati, S.Sos, M.A (Kepala Bagian Sekretariat Komisi IX DPR RI)
Hadir : **A. PIMPINAN DAN ANGGOTA:**
29 orang Anggota hadir dari 43 orang Anggota dengan rincian sebagai berikut:
- I. PIMPINAN:**
1. Charles Honoris (Wakil Ketua Komisi IX DPR RI/ F-PDI PERJUANGAN)
 2. M. Yahya Zaini, S.H. (Wakil Ketua Komisi IX DPR RI/ F-P. GOLKAR)
 3. drg. Putih Sari (Wakil Ketua Komisi IX DPR RI/ F-P. GERINDRA)

II. ANGGOTA:

FRAKSI PARTAI DEMOKRASI INDONESIA PERJUANGAN (F-PDI PERJUANGAN)

6 orang Anggota dari 7 Anggota

1. Dr. H. Edy Wuryanto, S.KP.,M.Kep.
2. Indah Kurnia, S.E., M.M.
3. Dr. Sihar P.H. Sitorus, BSBA., M.B.A.
4. Obet Rumbruren
5. Eko Kurnia Ningsih
6. H. Ahmad Safei, S.H., M.H.

FRAKSI PARTAI GOLONGAN KARYA (F-P. GOLKAR)

3 orang Anggota dari 7 Anggota

1. Delia Pratiwi Sitepu, SH.
2. dr. Maharani
3. Teti Rohatiningsih, S.Sos.

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

4 orang Anggota dari 5 Anggota

1. Ade Rezki Pratama, S.E., M.M.
2. Ir. Sri Meliyana
3. Ir. H. Nuroji
4. Obon Tabroni

FRAKSI PARTAI NASIONAL DEMOKRAT (F-P. NASDEM)

2 orang Anggota dari 4 Anggota

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

FRAKSI PARTAI KEBANGKITAN BANGSA (F-PKB)

3 orang Anggota dari 4 Anggota

1. Asep Romy Romaya
2. Neng Eem Marhamah Zulfa Hiz, S.Th.I., M.M.
3. Dr. Arzeti Bilbina Setyawan, S.E., M.A.P.

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)**

2 orang Anggota dari 4 Anggota

1. Surya Utama, S.I.P
2. 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. Dra. Lucy Kurniasari

B. PEMERINTAH/UNDANGAN

1. Menteri Kesehatan RI (Ir. Budi Gunadi Sadikin, CHFC., CLU.) beserta jajaran,
2. Direktur Utama BPJS Kesehatan (Prof. dr. Ali Ghufron Mukti, M.Sc., Ph.D, AAK) beserta jajaran,
3. Ketua Dewan Pengawas BPJS Kesehatan (Prof. Dr. Abdul Kadir, Ph.D, Sp.THT-KL(K), MARS.) beserta jajaran,
4. Direktur Jaminan Pelayanan Kesehatan BPJS Kesehatan (Dr. Lily Kresnowaty, M.Kes),
5. Ketua Dewan Jaminan Sosial Nasional (Prof. Dr. Ir. R. Nunung Nuryartono, M.SI), beserta jajaran,
6. Anggota DJSN (Sudarto, S.E., M.B.A., M.Kom, Ph.D, CGEIT).

JALANNYA RAPAT:

(RAPAT DIMULAI PUKUL 10.21 WIB)

KETUA RAPAT (CHARLES HONORIS/WAKIL KETUA KOMISI IX DPR RI):

Baik. Kita mulai ya Bapak-Ibu?

*Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh,
Salam sejahtera untuk kita semua,
Om swastyastu,
Namo buddhaya,
Salam kebajikan.*

**Yang kami hormati Bapak Menteri Kesehatan beserta jajaran,
Yang kami hormati Ketua Dewan Jaminan Sosial Nasional beserta jajaran,
Yang kami hormati Ketua Dewas BPJS Kesehatan beserta jajaran,
Yang kami hormati Dirut BPJS Kesehatan beserta jajaran,**

Yang kami hormati Bapak-Ibu Pimpinan dan Anggota Komisi IX, serta Hadirin yang berbahagia,

Pertama-tama, marilah kita panjatkan puji syukur ke hadirat Tuhan Yang Maha Esa yang selalu melimpahkan rahmat dan hidayah-Nya sehingga kita dapat melaksanakan Rapat Kerja Komisi IX DPR RI pada pagi hari ini.

Bapak-Ibu,

Sebelum rapat kita mulai, alangkah baiknya kita berdoa terlebih dahulu sesuai keyakinan kita masing-masing. Berdoa kita mulai.

(BERDOA)

Selesai.

Berdasarkan data dari sekretariat, sudah hadir Anggota dari 6 fraksi dari 8 fraksi yang ada di Komisi IX DPR RI dan dengan demikian sesuai dengan Tata Tertib DPR, rapat kita nyatakan kourum dan kita nyatakan terbuka untuk umum.

(RAPAT DIBUKA PUKUL 10.25 WIB)

Mengenai waktu rapat, saat ini sudah pukul 10.25, apabila bisa disepakati, kita tentukan waktu rapat sampai jam 12.00 ya, Bapak-Ibu ya? Setuju? Ya, kalau memang dibutuhkan bisa kita perpanjang lagi. Ya, bisa disepakati?

(RAPAT: SETUJU)

Adapun agenda rapat kerja pada hari ini adalah:

1. Membahas potensi defisit dana jaminan sosial kesehatan tahun 2025;
2. Membahas perkembangan persiapan pelaksanaan Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan:
 - a) Penerapan fasilitas ruang mohon maaf fasilitas ruang perawatan pada pelayanan rawat inap berdasarkan kelas rawat inap standar;
 - b) Manfaat tarif dan iuran Program Jaminan Kesehatan Nasional.

Nah, Bapak-Ibu sekalian, sebelum, sebelumnya kita berikan kesempatan terlebih dahulu paparan dari Menteri Kesehatan dilanjut Ketua DJSN.

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

Interupsi, Pimpinan.

KETUA RAPAT (CHARLES HONORIS/WAKIL KETUA KOMISI IX DPR RI):

Ya, silakan Bu Netty.

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

Rapat ini sudah dibuka ya? Iya. Sependek sepengetahuan saya dan juga mungkin teman-teman, setiap kali rapat itu minimal itu harus dihadiri oleh 2 orang unsur Pimpinan. Hari ini, saya melihat Pimpinan baru sendiri ini. Saya khawatir kita menyalahi aturan yang kita buat.

KETUA RAPAT (CHARLES HONORIS/WAKIL KETUA KOMISI IX DPR RI):

Baik.

Bapak-Ibu,

Kita skors dulu ya, sambil menunggu Pimpinan yang lain hadir. Saya skors 10 menit ya? Ya.

(RAPAT DISKORS PUKUL 10.25 WIB)

Baik.

Bapak-Ibu,

Karena sudah ada Pimpinan, skors saya cabut dan rapat kita lanjutkan kembali ya.

(SKORS DICABUT PUKUL 10.28 WIB)

Bapak-Ibu,

Kita berikan kesempatan kepada mitra-mitra kami. Sebelum kita berikan kesempatan kepada mitra-mitra kami untuk menyampaikan paparan, karena ini jumlah yang hadir banyak, kita batasi ya? Maksimal masing-masing mitra kita berikan kesempatan 10 menit. Apakah bisa disepakati? Setuju Bapak-Ibu ya?

(RAPAT: SETUJU)

Baik.

Kami persilakan terlebih dahulu Saudara Menteri Kesehatan untuk bisa menyampaikan paparan.

Silakan Pak.

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

Terima kasih.

Bapak Pimpinan, serta Anggota Dewan yang kami hormati,

Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh.

Jadi, Bapak-Ibu, kami di sini bersama-sama dengan DJSN, dengan BPJS Kesehatan akan menyampaikan agenda yang dimintakan oleh Bapak-Ibu. Saya akan menyampaikan dua topik. Dua topik agenda. Yang pertama adalah mengenai pelaksanaan KRIS diminta *update*-nya dan juga mengenai manfaat dan tarif. Kemudian nanti DJSN akan menyampaikan mengenai perkembangan evaluasi iuran dan BPJS akan menyampaikan mengenai potensi defisit BPJS sendiri. Jadi karena saya ada dua, jadi kalau boleh 15 menit Bapak-Ibu ya, karena agendanya dua.

Ya, saya akan langsung saja. Halaman langsung ke halaman berikutnya.

Next slide. Next slide lagi. Next slide.

Jadi, Bapak-Ibu, ini kita rencananya memang Juni ini kita harapkan semua rumah sakit sudah mulai melakukan implementasi KRIS. Dari 3.228 rumah sakit, ada 115 yang rumah sakit yang kita tidak masukan kewajibannya untuk KRIS ada 3.113. Nah, ini setengah-setengah lah ya swasta lebih banyak sedikit dan kemudian ada rumah sakit pemerintah ya.

Di halaman selanjutnya. Untuk *refresh* kita sedikit dan juga untuk anggota yang baru, KRIS itu sebenarnya adalah menerapkan standar minimal layanan bagi masyarakat. Jadi tujuan utamanya bukan dari sisi kelas, tapi layanan kesehatannya minimal sama *dong* dan standarnya terpenuhi, dan ada 12 standar yang kita kasih. Enggak semuanya sulit ya. Ada beberapa yang misalnya kasih partisi, temperatur ruangan, dan ventilasi masih bagus, tapi agak ada mungkin yang agak memerlukan *effort*, tapi menurut kita sangat manusiawi adalah pasang kamar mandi di dalam. Jadi, kamar mandinya enggak usah ke luar, kan yang bersangkutan sudah pasien sakit. Ya, kalau bisa kamar mandinya di dalam ruangan, tempat tidurnya mereka, seperti hotel begitu kan, di kamarnya kita kan ada kamar mandi. Enggak *sharing* kamar mandinya di luar ya. Ini adalah 12 standar minimal.

Di halaman selanjutnya. *Next slide.*

Nah, kita sudah melihat implementasinya seperti apa. Kita sudah minta seluruh provinsi Dinkes untuk melakukan validasi dan hampir semuanya sudah di atas 50% melakukan validasi dan saya minta dinkes-dinkes, kalau dia enggak pernah mengecek rumah sakitnya sudah jalan apa enggak, nanti DAK-nya kita bintangkan juga. Kita kan sekarang lagi zamannya bintang-bintangin. Jadi kalau misalnya, misalnya Kalimantan Barat kok bisa, masa Kalimantan Tengah enggak bisa begitu ya. Ada beberapa provinsi, Papua sudah 90% validasi, misalnya Papua Barat Daya. Masa Provinsi Papua sendiri masih

rendah sekali kan, harusnya kan bisa. Ini masalah niat saja. Jadi intinya kita minta validasi, artinya dicek mereka sudah mulai apa enggak.

Di halaman selanjutnya, hasil validasinya seperti ini Bapak-Ibu. Jadi 600 itu sudah selesai ya dari 2.766, 1.217 sudah mulai semuanya. 12-nya sudah mulai dijalankan, cuma belum selesai 100%. Nah, 949 sudah mulai, tapi ada beberapa memang yang dari 12 itu belum dia mulai. Jadi, yang 949 bukan artinya belum mulai, dia sudah mulai, tapi ada satu kelompok dari 12 yang dia belum mulai sama sekali. Masih nol persen.

Ya, di halaman selanjutnya, kita bisa lihat analisisnya yang paling kurang itu apa dari yang tadi ya. Yang paling kurang apa? Adalah kamar mandi dapat dilalui kursi roda. Jadi, ternyata banyak rumah sakit bikin pintu kamar mandi itu kecil sekali. Padahal itu ada syaratnya. Jadi kalau orang pakai kursi roda dimasukkan itu ada standarnya, kalau enggak dia kan terpaksa harus dituntun jalan, padahal jalannya juga sudah susah.

Nah, yang nomor 2, ini sebenarnya menurut saya enggak *make sense*. Ini setiap tempat tidur harus ada bel sama harus ada colokan listrik. Itu saja enggak ada ya. Ini kan enggak usah dibobok, bisa pakai kabel saja biasa harusnya enggak susah menurut kami. Ini, ini menurut saya harus bisa disampaikan. *Outlet* oksigen, tempat tidur ini mungkin agak susah ya. Karena kesediaan kamar mandi di dalam ruangan ternyata banyak ruangan, sekarang sudah ada kamar mandinya juga, tapi kita inginkan kalau bisa buat kenyamanan. Janganlah kemudian orang mesti keluar kamar mandinya bersatu dengan yang lain kayak kita di mana begitu. Kayak waktu misalnya di TNI/Polri kan kalau masuk asrama kamar mandinya bareng-bareng begitu semuanya. Kita inginnya di setiap kamar ada, jadi enggak menyusahkan.

Nah, di halaman selanjutnya. Nah, ini kita bisa lihat contoh-contohnya di rumah sakit mana saja yang belum. Nah, kita bisa lihat masa sih Papua Pegunungan atau Kalimantan Tengah bisa, Kalimantan Selatan sama Yogya enggak bisa. Ya, hal-hal seperti itu ya kita nanti akan minta supaya Dinas Kesehatan juga akan (*suara tidak jelas*).

Ini sama Bapak-Ibu. Di halaman selanjutnya itu ada masalah mengenai pemasangan *nurse call*, stopkontak. Di halaman selanjutnya, rinciannya ada. Jadi ini menggambarkan yang kurangnya itu apa, mana yang *make sense*, mana yang enggak. Masa provinsi yang, yang miskin saja bisa, yang kaya enggak bisa.

Sudah kalau begitu, ke halaman 11 saja Bapak-Ibu untuk topik yang pertama. Nah, ini adalah rumah sakit-rumah sakit yang memiliki satu jenis layanan KRIS yang belum dimulai sama sekali. Nah kita konsentrasi, contohnya kita ambil ada 42 rumah sakit yang belum menjalankan lebih dari 9 kriteria. Paling banyak apa? Itu tentu kelihatan *outlet* oksigen itu mungkin iya memang agak sulit ya, tapi kalau tempat-tempat tidur itu adalah colokan listrik sama bel. Itu harusnya bisa cepat mereka yang jalankan ya. Kamar mandi standar akses itu tadi pintunya kekecilan. Kalau tirai, partisi kan enggak susah. Itu kan harusnya bisa.

Ya, di halaman selanjutnya kita lihat. Nah, ini contoh rumah sakit-rumah sakit ya Bapak-Ibu. Nah, beberapa rumah sakit ini saya lihat bukan rumah sakit ya kecil, misalnya rumah sakit ibu anak mana tadi? Bunda, Permata Bunda ini kan rumah sakit besar milik swasta. Harusnya bisa dan semua nama-nama rumah sakit ini ada per provinsi juga ada. Jadi, kalau Bapak-Ibu ingin lihat ini ada provinsi binaan Bapak-Ibu, bisa bantu juga ingatkan Dinas Kesehatannya harusnya rumah sakit-rumah sakit ini memenuhi lah standar minimal dari KRIS sehingga layanan kesehatan ke masyarakat bisa lebih terjaga.

Bapak-Ibu,

Ini 10 menit pertama, saya bisa hemat 5 menit. Sekarang kita masuk ke halaman berikutnya yang tarif Bapak-Ibu ya.

Nah saya mau kasih *background* dulu, ini adalah pilar ke-4 dari transformasi kesehatan. *Eh*, iya mengenai transformasi pembiayaan kesehatan. Buat Bapak-Ibu, kita dulu selalu telat 2 tahun untuk *me-review* belanja kesehatan nasional itu seperti apa. Sekarang kita sudah dalam bantuan World Bank, setiap tahun kita lakukan *track* belanja total belanja nasional. Sekarang itu 614 triliun setiap tahun *cashflow* yang harus dikeluarkan oleh sistem.

Ya, saya mau kasih catatan di sini, itu ada yang kotak-kotak kecil yang warnanya kuning, isinya persentase. Ini kita mesti hati-hati Bapak-Ibu bahwa pertumbuhan belanja nasional itu selalu di atas pertumbuhan GDP. Itu akibatnya itu tidak *sustainable*. Ini sama istri kita minta naik belanjanya setiap tahun 10%, gaji suami hanya naik 5%. Ya, contohnya kayak begitu ya. Jadi, ini belanja naiknya enggak *sustain*. Nah, apa yang kita mesti lakukan? Nah, ini terjadi di semua negara karena memang sistem belanja kesehatan itu tidak transparan. Orang bisa disunat, misalnya di puskesmas 500 ribu, kalau naik RSUD bisa 1 juta harganya bisa 100%, rumah sakit swasta bisa 5 juta, bisa 1000%. Obat-obatan harganya bisa 400-300% di atas Malaysia.

Ini adalah contoh-contoh di mana layanan kesehatan itu inflasinya tinggi sekali karena memang informasinya tidak simetris. Ini banyak dikontrol, dikendalikan oleh *supply side*. Jadi, para-para penyedia kesehatan, tenaga medis dan kesehatan, rumah sakit. Karena kita kan kalau sakit, orang enggak mengerti juga oh saya usus buntu, harus CT Scan. Enggak semua orang bisa berargumentasi balik bahwa kenapa usus buntu butuh CT Scan atau kita obatnya kenapa dikasihnya enam? Kenapa kalau di Malaysia *below*, dikasihnya dua. Nah, hal-hal seperti itu kan jarang sekali kita dalam posisi sebagai *user* itu bisa berargumentasi. Itu akibatnya kenapa di seluruh dunia selalu inflasi kesehatan itu tinggi sekali.

Nah, penting di sini nanti pengantar juga ke BPJS untuk kita bersama agar menjaga agar belanja kesehatan masyarakat kita itu terkendali harus ada posisi yang bisa menegosiasi balik dengan *supplier side*. Nah, itu di seluruh dunia dipakainya *insurance*, karena *nature insurance* memiliki *size* yang cukup besar untuk mendorong balik para *supplier* ini agar tercapai titik keseimbangan.

Kalau misalnya memang terlalu diteken dia enggak mau jalani enggak bagus juga, tapi jangan terlalu longgar sehingga nanti harganya itu tinggi sekali.

Nah, isunya di Indonesia ada dua Bapak-Ibu yang kami butuh bantuan dan perhatian Bapak-Ibu. Yang pertama adalah porsi asuransi kesehatan, *payment*-nya itu kecil, Pak. BPJS itu warnanya merah 27% swasta, swasta yang 30,7T itu 5%. Jadi, baru 32% dari belanja kesehatan setiap tahunnya itu dikeluarkan lewat asuransi. Itu harusnya naik sampai 80%-90% sehingga kita bisa memiliki tenaga untuk mendorong balik agar harga yang dikasih *supplier side* itu *reasonable*.

Kemudian yang kedua, memang pada saat porsi itu besar, pengalaman kita harusnya memang lebih banyak porsi pemerintah. Jadi, BPJS memang harus lebih besar. Jadi, mungkin 50%-an dari 80% negara. Kenapa? Kita melihat contohnya di negara di Amerika kalau asuransinya swasta bisa terjadi permainan juga dengan rumah sakitnya, dengan dokternya, dan perusahaan farmasinya. Jadi, dimasukkan di (*suara tidak jelas*) nanti yang terkena adalah rakyatnya dan negaranya karena belanjanya terlalu tinggi.

Tapi Bapak-Ibu, kalau ini enggak dikontrol, dalam 10 tahun ke depan, Menteri Kesehatan, Menteri Keuangan akan perang itu karena ini akan menjadi isu politik yang sangat tinggi. Karena kesehatan dan kematian itu kan tinggi prioritasnya di masyarakat. Masyarakat enggak mau meninggal, lebih baik miskin daripada meninggal.

Jadi, politiknya akan tinggi, butuh belanjanya kalau enggak hati-hati kayak Amerika. 79 tahun dia butuh 11.000 Dolar, padahal kalau di Kuba 79 tahun hanya butuh 1.900 Dolar karena enggak terkontrol biayanya. Karena itu tadi terlalu dominannya sisi *supplier side* ya.

Di halaman selanjutnya. Sehingga untuk itu, kita mau merevisi tarifnya supaya ini *balance*. Ini harus *balancing*. Jadi, yang dokter rumah sakitnya *happy*, tapi masyarakat juga *happy* yang diwakili oleh BPJS untuk menekan balik. Nah, ini pasti akan terjadi pertarungan terus. Sama kayak rokok sama gula, sama yang mau sama yang enggak mau. Nah, pertarungan politik ini harus kita cari keseimbangannya supaya semaksimal mungkin manfaatnya bagi masyarakat.

Nah, itu sebabnya kita mau mengubah pengelompokan tarif yang selama namanya INA-CBGs, kita mau ubah menjadi Indonesia DRG grup ya. Kenapa? Karena kita INA-CBGs kita ambil itu dari modelnya model Malaysia-Thailand. Modelnya Malaysia, kita impor saja. Jadi, banyak yang belum cocok dengan kondisi di Indonesia dan kemudian paket-paketnya juga enggak cocok. Intinya itu yang kita ubah.

Halaman berikutnya ya. Enggak-enggak *sorry* mundur dulu ya.

Jadi, kenapa kita mesti ubah? Karena nanti rumah sakit Bapak-Ibu, sekarang kan dibagi berarti rujukannya itu Kelas A dirujuk itu tempat tidurnya lebih banyak. Padahal harusnya rujukan itu kan karena penyakitnya yang lebih

banyak, lebih parah kan. Orang sudah sakit *cancer* enggak bisa di Kelas B, ya kita rujuk ke Kelas A. kenapa? Karena Kelas A tempat tidurnya lebih banyak. Ya, salah. Harusnya dirujuk Kelas A kenapa? Karena kompetensi dia menangani *cancer* lebih baik.

Jadi kayak MRCC harusnya untuk *cancer* itu Kelas A, bukan Kelas B, karena semua orang kena *cancer* ke sana. Jakarta Eye Center itu harusnya untuk mata ya Kelas A, karena orang rujuknya ke sana. Bukan rujuknya misalnya ke RSCM yang, yang kamarnya banyak. Semua presiden juga kalau kena sakit mata Ibu Mega, Pak SBY. Itu semua Pak Jokowi ya ke Jakarta Eye Center. Itu artinya dia harus Kelas A. Jangan hanya karena kamarnya kecil cuma 50, dia kasih Kelas B atau Kelas C. Nah, itu yang akan kita ubah dan itu akan berpengaruh ke di-*adjust*-nya ini. Kemudian nanti kelas KRIS juga masuk, kemudian juga ada beberapa perubahan sistemnya ya.

Coba halaman selanjutnya. Yang lebih cepat ya. *Next slide*.

Nah, ini ada beberapa misalnya Bapak-Ibu, kalau kita misalnya sakit perut dikasih satu grup. Sakit perut bayarnya satu grup cuma 1 juta. Nah, ini kita pecah-pecah. Sakit perutnya yang kronis, sakit perutnya yang akut. Yang kronis mungkin 750.000, yang akut mungkin 500.000.

Jadi, intinya dan kita pengelompokannya, pengelompokannya lebih disesuaikan, disesuaikan dengan keadaan yang kejadian di Indonesia itu seperti apa. Kita juga minta masukan dari Asosiasi Rumah Sakit. Pak, jangan ini dibayarnya segini *dong*. Jangan semuanya pelayanan. *Stroke* dibayarnya segini. *Stroke* itu ada yang Tipe A, Tipe B, Tipe C. Dibedain *dong*, *stroke* Tipe A, Tipe B, Tipe C. Pak, ini ada teknologi baru, ada obat baru. Kalau obat baru ini dipakai, jangan samakan *dong* dengan yang lama. Jadi, kita pisah-pisahkan.

Dengan adanya perkembangan teknologi kan, pengelompokan-pengelompokan layanan penyakit juga bisa, bisa, bisa operasi mata dan *phaco*, dengan tidak *phaco* beda Pak. Itu harusnya dipisah-pisahkan.

Di halaman selanjutnya. *Next slide*.

Jadi, kita sudah lakukan, sudah, sekarang sedang diskusi terus dengan *stakeholder*, kira-kira nanti akan jadi 22.000 kode diagnosis ya, 14.000 ICD-10, 7.500 ICD-9. Ini adalah kode-kode diagnosisnya yang nanti akan kita taruh tarifnya harganya berapa, disesuaikan dengan kondisi layanan kesehatan di rumah sakit-rumah sakit kita.

Di halaman selanjutnya.

Ini hanya menunjukkan prosesnya saja Bapak-Ibu, ini melibatkan juga semua *stakeholder*, BPJS juga terlibat. Sekarang kita sudah sampai di perhitungan *national base rate*-nya itu. Jadi, kita mau ambil tarif nasionalnya kira-kira berapa ya.

Di halaman selanjutnya.

Ini dilewatkan saja Bapak-Ibu karena pusing menghitungnya ya, tapi kalau nanti mau tanya bisa saya jelaskan. Nah, kita sudah ambil data ini juga dari rumah sakit. Jadi angka yang kita ambil untuk menentukan *base rate*-nya itu bukan asal-asalan, kita ambil dari semua rumah sakit representasi milik swasta, milik pemerintah, tipenya, (*suara tidak jelas*) kita ambil. Dari sini kita tahu berapa sih *base rate* sampe tarif yang standar minimal yang paling baik untuk jenis-jenis rumah sakit ya.

Next slide.

Nah, ini contohnya. Kita juga bandingkan dengan luar negeri. Jadi, misalnya tarif rawat inap per harinya itu berapa. Kalau Australia 65 juta, Jerman 71 juta, ini kan negara kaya. Kita bandingkan juga dengan Thailand yang mirip, Thailand 6 juta. Jadi, kalau sekarang karena seperti yang saya bilang tadi ini bagus untuk menjaga keseimbangan. Kalau misalnya tarif kita naik *sampe base rate*-nya 12 juta, ya masa sih dua kali dari Thailand. Ini saya minta supaya benar-benar jangan ada membebani masyarakat terlampau banyak ya, tapi juga jangan merugikan rumah sakit. Tapi titik di mana keseimbangannya, ya kita harus putuskan dengan *wise* supaya jangan terlalu memihak kesatu sisi.

Terus kayak sekarang kan BPJS *under a lot of pressure* sekali, tapi kita masih sadar bahwa memang BPJS fungsinya kan untuk menyeimbang. Pasti dia akan tidak disukai karena fungsinya sebagai penyeimbang. Nah, kita mesti sebagai regulator taruh yang adilnya di mana dan ini juga nanti dalam implementasinya panjang sejarahnya. Jadi kita enggak akan langsung Bapak-Ibu, tapi kalau kita tahu tujuan jangka panjangnya untuk menekan itu biaya kesehatan masyarakat. Nah, kita tahu nanti berapa waktunya yang kita mau lakukan sebagai masa transisi.

Di halaman selanjutnya.

Nah, ini pembentukan tarifnya. Jadi, kita sudah datanya sudah kita lihat, sudah kita *review*. Sekarang sedang kita uji cobakan *make sense* apa enggak. Jadi, nanti diharapkan di Maret 2025 ini sudah bisa selesai.

Di halaman selanjutnya.

Mungkin dari kami begitu, Bapak-Ibu. Jadi yang pertama adalah mengenai progres dari KRIS; yang nomor 2 adalah kita ada rencana nanti di bulan Maret-April, kita akan mengubah INA-CBGs itu menjadi Indonesian DRG grup. Nah, dalam perubahan itu, kita harapkan ada perbaikan yang bisa menaruh titik keseimbangan antara tawaran dari rumah sakit, penyedia dengan juga kemampuan masyarakat dan kita akan *benchmark* dengan *international practicies*. Tujuannya apa? agar inflasi kesehatan ini bisa terkendali 10 sampai 15 tahun ke depan. Karena kalau tidak nanti akan berat sekali bebannya untuk

negara ya, baik pemerintah maupun individu masing-masing karena dia belanja kesehatannya akan besar sekali.

Mungkin saya berhenti dulu di sini Bapak-Ibu.

Terima kasih.

Wassalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh.

KETUA RAPAT (CHARLES HONORIS/WAKIL KETUA KOMISI IX DPR RI):

Baik.

Terima kasih Saudara Menteri Kesehatan atas paparannya.

Selanjutnya kami berikan kesempatan kepada Ketua DJSN ya untuk bisa menyampaikan paparan.

Silakan, Pak.

KETUA DEWAN JAMINAN SOSIAL NASIONAL (Prof. Dr. Ir. R. NUNUNG NURYARTONO, M.SI):

Terima kasih Pimpinan.

*Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh,
Om swastyastu,
Namo buddhaya,
Salam kebajikan.*

**Yang kami hormati Pimpinan dan Anggota Komisi IX DPR RI,
Menteri Kesehatan, Direktur BPJS dan Jajaran, dan Dinas Dirjen
Kesehatan,**

Sebagaimana yang ditugaskan kepada kami, pada pertemuan pagi hari ini, kami fokuskan kepada iuran.

Ibu-Bapak sekalian,

Sebelum kami masuk secara lebih detail, *timeline* sekaligus apa yang sudah kita lakukan sesuai dengan amanat undang-undang dan sekaligus Perpres 59, DJSN ini bekerja sesuai dengan Peraturan Perundang-Undangan Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN dan juga tentang BPJS, Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011. Saya tidak akan melanjutkan.

Di *slide* 3, di *slide* 3.

Saya tidak akan mendetailkan ini, tetapi salah satu hal yang sangat penting berdasarkan dua peraturan perundangan itu adalah tugas kami

melakukan dan meluruskan kebijakan umum sekaligus menyinkronkan penyelenggaraan SJSN.

Ibu-Bapak sekalian,

Kesempatan yang baik ini, kami gunakan juga untuk memperkenalkan.

Lanjut saja.

Ibu-Bapak sekalian,

Anggota DJSN sesuai dengan amanat undang-undang itu mencakup empat unsur dan baru saja dilantik Bapak Pimpinan, tanggal 20 Oktober yang lalu, kami bertugas sampai 2029. Jadi, ada unsur pemerintah dari Kementerian Kesehatan, Kementerian Keuangan, Kementerian Ketenagakerjaan, Kementerian Sosial, dan juga kementerian dari koordinator Pemberdayaan Masyarakat. Dalam hal ini, saya sendiri sebagai Ketua. Kemudian juga unsur tokoh ahli yang mencakup berbagai bidang keahlian dan menyangkut pelaksanaan dari BPJS Kesehatan maka dan BPJS Ketenagakerjaan, kita juga ada unsur pemberi kerja dan sekaligus perwakilan unsur organisasi pekerja. Jadi, sangat lengkap dan kami betul-betul memberikan tugas sesuai dengan amanat apa menjalankan tugas, fungsi, dan wewenang sesuai dengan amanat undang-undang.

Bapak sekalian,

Ini yang penting.

Lanjut saja *slide* ke-5.

Pada bulan Juli 2024, ada RDP yang juga mengundang kami dan kami menindaklanjuti dari hasil RDP Komisi IX pada bulan Juli 2024 terutama untuk kita bisa segera mungkin menentukan tarif. Hasil RDP, kami tindaklanjuti dengan Keputusan DJSN Nomor 5 Tahun 2024 dan Keputusan DJSN Nomor 8 Tahun 2024 tentang Pembentukan Tim Manfaat Tarif dan Iuran Jaminan Kesehatan.

Ibu-Bapak sekalian,

Pada prinsipnya, tim ini juga terdiri dari berbagai kementerian, sebagaimana yang dilihat di *slide*. DJSN sendiri, kemudian Kemenko PMK, Kementerian PM, Kementerian Kesehatan, Kementerian Keuangan, Kantor Komunikasi Presiden dan BPJS Kesehatan.

Berdasarkan dua keputusan DJSN maka kami membentuk tiga pokja. Pokja yang pertama berkaitan dengan kajian dan perhitungan aktuarial. Karena ini kami harus betul-betul bekerja secara hati-hati, intensif untuk bisa menentukan berapa kira-kira iuran nanti sesuai dengan Perpres 59.

Kemudian juga yang kedua adalah kelompok kerja bidang sosialisasi dan komunikasi publik. Jadi, salah satu tugasnya tentu adalah mengkomunikasikan dari hasil yang telah kami keluarkan nanti sudah kami hasilkan dari perhitungan iuran dan disosialisasikan secara baik sehingga kesiapan dari seluruh komponen termasuk masyarakat itu betul-betul bisa memahami. Dan yang ketiga, yang tidak kalah pentingnya adalah kelompok kerja bidang perencanaan revisi perpres. Jadi, tiga pokja ini berkaitan satu dengan yang lainnya karena tidak bisa dipisahkan.

Ibu-Bapak sekalian,

Lanjut saja.

Berkaitan dengan dasar hukum penetapan iuran Program JKN maka kita bisa melihat, tadi juga sudah disampaikan Pak Menkes. Saya tidak akan mengulang, tetapi kita memiliki satu target penetapan tarif, manfaat, dan iuran. Yang kalau kita cermati berdasarkan Pasal 103B Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan. Maka kita bisa melihat bahwa, kami mohon izin membacakan. Tujuh, Hasil evaluasi dan koordinasi fasilitas ruang perawatan pada pelayanan inap sebagaimana dimaksud pada ayat (6) menjadi dasar penetapan manfaat, tarif, dan iuran. Yang ke-8, penetapan manfaat, tarif, dan iuran sebagaimana dimaksud Pasal 7 ditetapkan paling lambat 1 Juli 2025. Oleh karena itu, nanti kami akan melaporkan *timeline* apa yang sudah kita kerjakan sehingga kapan kira-kira ada hasil akhir dari penetapan atau hasil akhir dari perhitungan kami terhadap iuran tersebut.

Berdasarkan berbagai hal maka kami melakukan satu pembahasan modeling aktuarial DJSN itu prinsip-prinsipnya yang coba kami jadikan berbagai pertimbangan perhitungan, kemodelannya tentu berbasis bukti dan data, sehingga data-data dari BPJS Kesehatan itu menjadi salah satu *backbone* yang penting. Kemudian tentu manfaat optimal yang realistis bagi pekerja, maaf bagi peserta, kemudian yang ketiga, kemampuan membayar (*suara tidak jelas*) dan seterusnya. Tentu dengan semangat prinsip gotong royong yang menjadi ciri khas pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional dan edukasi masyarakat. Dan yang terakhir, tentu kita juga melihat mitigasi risiko dan potensi gejolak masyarakat.

Ibu-Bapak sekalian,

Kami sampaikan, *slide* berikutnya. Tentang progres dari apa yang telah kami lakukan berdasarkan pertimbangan-pertimbangan kemodelan aktuarial tadi. Kami sudah mulai bekerja sejak adanya setelah RDP, kemudian setelah kami menerbitkan Keputusan DJSN. Identifikasi dan analisis bauran kebijakan, tentunya untuk perhitungan manfaat, iuran, dan tarif itu kami lakukan pada bulan Juli dan Agustus, kemudian menyusun kertas kerja bersama satu data termasuk implementasinya KRIS bersama-sama dengan Kementerian Kesehatan dan BPJS termasuk juga pembahasan INA Grouper dan persoalan-persoalan yang berkaitan dengan kanker, jantung dan seterusnya, *stroke* dan seterusnya.

Kemudian bulan September-Oktober, kami menyusun asumsi karena diperlukan asumsi-asumsi yang sangat ketat dan realistis untuk kita bisa menghitung formula iuran JKN dan menyepakati *baseline* perhitungan aktuaria. Bulan November yang lalu, kami mulai mencoba meng-*exercise* menghitung proyeksi iuran berdasarkan aspek penerimaan *asset netto* dan penerimaan iuran sampai pada bulan Desember dan yang terakhir yang perlu kami sampaikan pada Ibu-Bapak sekalian. Pada bulan Januari, kami dibantu oleh konsultan independen bersama BPJS Kesehatan, Kementerian Kesehatan, dan Kementerian Keuangan, sudah mulai melakukan perhitungan aktuaria manfaat, tarif, dan iuran JKN. Tapi kami belum selesai Ibu-Bapak sekalian, harapannya mudah-mudahan bulan Februari ini kami bisa menyelesaikan karena cukup intensif kami melakukan pertemuan agar betul-betul berbagai pertimbangan yang kami sampaikan tadi, masuk ke dalam kemodelan dan betul-betul realistis untuk bisa diterapkan.

Adapun kami sedikit meng-*update* Ibu-Bapak sekalian, dari tiga kelompok kerja karena itu saling berkaitan dan penting. Jadi, dengan Kelompok Kerja Bidang Sosialisasi Komunikasi Publik ini, kita telah menyusun rencana kerja apa yang nanti kami harus lakukan termasuk di dalamnya melakukan sosialisasi-sosialisasi dan komunikasi publik. Sementara Kelompok Kerja Bidang Perencanaan Revisi Peraturan Perpres juga sudah mulai bekerja terutama menyusun apa yang harus dilakukan perubahan-perubahan revisi dalam Perpres Nomor 59.

Tindak lanjutnya, kami juga mohon peran dan masukan dari Ibu-Bapak Pimpinan, serta seluruh Anggota Komisi IX. Yang pertama, nanti DJSN pada saatnya akan mengirimkan surat kepada Presiden dan ini sesuai dengan peraturan perundang-undangan terkait usulan penyesuaian iuran Program JKN dari hasil perhitungan tim penetapan manfaat, tarif, iuran jaminan kesehatan.

Dan yang kedua, tampaknya nanti kami mohonkan juga ada pertemuan khusus Bapak Pimpinan agar kami bisa mengkomunikasikan hasil akhir dari perhitungan iuran kepada Komisi IX. Yang berkaitan dengan Kelompok Kerja Bidang Sosialisasi Komunikasi Publik maka kami tadi harus setelah selesai maka kami sesuai dengan *timeline* akan mensosialisasikan kepada seluruh komponen termasuk seluruh masyarakat.

Dan kelompok kerja yang ketiga, yang sangat penting adalah melanjutkan pembahasan draf perubahan perpres yang baru dan nanti akan merekomendasikan kepada Bapak Menteri Kesehatan untuk menerbitkan surat panitia antarkementerian revisi Perpres Jaminan Kesehatan.

Saya kira, itu Bapak Pimpinan.

Terima kasih.

Wassalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh.

KETUA RAPAT (CHARLES HONORIS/WAKIL KETUA KOMISI IX DPR RI):

Terima kasih, Bapak Ketua DJSN.

Selanjutnya kita berikan kesempatan kepada Ketua Dewas BPJS Kesehatan.

Ya, silakan Prof. Kadir untuk menyampaikan paparan.

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

Terima kasih.

Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh,
Selamat pagi,
Salam sejahtera untuk kita semua.

Yang kami hormati Pimpinan Sidang dan seluruh Anggota Komisi IX, Bapak Menteri Kesehatan, Ketua DJSN, dan juga Bapak Direktur Utama BPJS Kesehatan, dan Hadirin sekalian yang kami hormati,

Baiklah, karena waktunya cuma 10 menit, Bapak Pimpinan, maka kami langsung saja ke *slide* berikutnya. Terus Mas, *slide* berikutnya.

Ya. Kami ingin menyampaikan tentang bagaimana sih potensi defisit BPJS Kesehatan. Tentunya kita semua memahami bahwa ada beberapa *fraud* yang menyebabkan terjadinya potensi defisit ini. Yang pertama adalah adanya ketimpangan antara pendapatan iuran dengan pembayaran beban manfaat. Ini terjadi oleh karena pertama, adanya peningkatan beban jaminan kesehatan pasca covid-19.

Kita semua memahami bahwa pasca covid-19 terjadi *rebound effect*. Di mana utilisasi rumah sakit, utilisasi klinik semakin meningkat dan tentunya juga ini disebabkan oleh karena adanya perubahan pola tarif JKN sesuai dengan Permenkes Nomor 3 dan juga dampak biaya tindak lanjut yang selama ini memang BPJS Kesehatan sudah melakukan skrining 14 penyakit sebagai implementasi Per-BPJS Nomor 3 Tahun 2024.

Penyebab kedua, memang kita sadari bahwa sampai sekarang ini masih banyak anggota kita peserta BPJS Kesehatan yang non-aktif. Ini juga tentunya berdampak pada hal pada pengumpulan iuran sehingga nantinya juga akan mempunyai potensi defisit BPJS Kesehatan. Dan yang terakhir adalah bahwa penanganan *fraud* memang belum optimal sehingga dengan demikian maka ini juga berpengaruh terhadap potensi defisit BPJS Kesehatan.

Hasil pengawasan di lapangan yang kami dapatkan bahwa memang direksi dan juga teman-teman sekalian membutuhkan mitigasi guna meminimalisir risiko kejadian dan dampak yang akan timbul yang disebabkan oleh defisit ini. Oleh karena itulah, kami tentunya mengharapkan bahwa ada

strategi dan inisiatif untuk peningkatan penerimaan ini, dengan cara, pertama adalah bahwa direksi sudah harus mempersiapkan usulan penyesuaian besaran iuran dan juga tentunya kita harapkan banyak fokus peningkatan tingkat keaktifan peserta PBPU yang selama ini memang masih banyak yang tidak aktif dan juga adanya strategi penganggaran secara rasional.

Kami dari Dewan Pengawas BPJS Kesehatan sudah memberikan saran, nasihat, dan pertimbangan untuk memitigasi potensi defisit ini yaitu adalah kami menyampaikan kepada direksi untuk membuat inisiatif strategis untuk meningkatkan reaktivasi peserta non-aktif dan juga memaksimalkan penerima iuran kepada peserta.

Yang kedua adalah kami juga memberikan *exemplify* kepada direksi untuk mengimplementasikan konsep *global supply chain* kepada pemberi kerja dengan mensyaratkan bahwa kepesertaan JKN aktif tidak hanya bagi pegawai dari perusahaan tersebut, tetapi juga diharapkan untuk pegawai *supplier*, vendor dan kontraktor.

Yang ketiga adalah kita harapkan direksi secara proaktif melakukan upaya peningkatan pendapatan DJS dan memaksimalkan upaya optimalisasi efektivitas pengeluaran biaya pelayanan kesehatan dan yang terakhir adalah memberikan perhatian khusus terhadap pelaksanaan *monitoring* dan mitigasi risiko untuk meminimalisir kemungkinan dampak kejadian atas potensi defisit BPJS Kesehatan.

Bapak-bapak dan Ibu-ibu yang kami hormati,

Mengenai penerapan Permenkes Nomor 59 Tahun 2024 khususnya mengenai KRIS ini, hasil pengawasan kami di lapangan, kami dapatkan bahwa teman-teman dari fasilitas kesehatan termasuk juga Asosiasi Fasilitas Kesehatan sampai sekarang ini masih menunggu peraturan pelaksanaan KRIS. Mereka masih menunggu dan yang kedua adalah dan apa KRIS ini memang belum tersosialisasi secara merata kepada semua *stakeholder* kita, khususnya kepada para peserta.

Mungkin sosialisasi kita sudah sampaikan kepada Dinas Kesehatan dan kepada direktur rumah sakit, tapi kepada seluruh peserta itu belum maksimal sehingga dengan demikian, masih muncul perbedaan persepsi dan pemahaman tentang KRIS ini.

Yang ketiga adalah adanya tantangan bahwa ada dibutuhkan anggaran pemenuhan 12 kriteria standar KRIS terutama untuk rumah sakit daerah dan swasta, dan ini juga yang harus kita memikirkan bahwa kemungkinan terjadinya potensi berkurangnya ketersediaan jumlah tempat tidur yang berdampak tentunya pada akses layanan rawat inap dan sampai sekarang pembayaran tarif rawat inap KRIS ini masih mengikuti kebijakan kelasnya masing-masing. Oleh karena itulah, kami juga memberikan saran, nasehat atau pertimbangan kepada direksi. Kiranya direksi mendorong evaluasi bersama dengan Kementerian Kesehatan dan juga *stakeholder* yang lain melakukan kajian terhadap standar tarif layanan dan iuran peserta KRIS ini.

Kedua, juga menentukan sosialisasi yang masif terhadap program KRIS ini kepada faskes, kepada peserta JKN, kepada badan usaha, dan *stakeholder* lainnya dan ini tentunya diperlukan komitmen pemerintah, apa, pemerintah pusat dan daerah dalam memenuhi ketersediaan sarana prasarana fasilitas kesehatan dan layanan rawat inap yang tetap terpenuhi.

Saya kira demikian, Pak Pimpinan.

Terima kasih.

Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh.

KETUA RAPAT (CHARLES HONORIS/WAKIL KETUA KOMISI IX DPR RI):

Terima kasih, Bapak Ketua Dewan Pengawas BPJS Kesehatan.

Selanjutnya kita berikan kesempatan kepada Prof Ghufron, Direktur Utama BPJS Kesehatan.

Silakan Prof.

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

Terima kasih.

Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh,
Selamat pagi,
Salam sejahtera bagi kita semua,
Salam sehat.

Yang kami hormati tentu Pimpinan dari Komisi IX, Pak Charles Honoris dan Pak Yahya Zaini, dan Dokter Gigi Putih Sari, dan seluruh Anggota Komisi IX yang kami hormati, dan tentu yang kami hormati Pak Menkes, Bapak Ketua DJSN, dan Bapak Ketua Dewas, serta seluruh Bapak-Ibu Direksi, dan semuanya,

Jadi, sebagaimana tadi disampaikan agenda kita itu kan 21 mengenai bagaimana potensi defisit dana jaminan sosial kesehatan tahun 2025. Lalu perkembangan persiapan pelaksanaan Peraturan Presiden Nomor 59. Nah, untuk itu kami sampaikan Bapak-Ibu semua, bahwa izinkan kami sekali lagi untuk yang pertama, potensi defisit dana jaminan sosial BPJS Kesehatan tahun 2025.

Untuk kita ketahui, sebelum ke sana mengenai karena ini beberapa baru. Jadi, prinsip-prinsip dari jaminan kesehatan nasional yang perlu kita pahami bersama dan kita syukuri. Kenapa? karena 9 prinsip JKN yaitu yang sesuai Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN. Pertama, adalah kegotongroyongan sehingga kalau kita sampaikan nilai gotong royong yang

bisa dirasakan ratusan juta penduduk itu sulit kalau kita mencari selain Program JKN. Ini satu bentuk-bentuk benar-benar karya bangsa yang perlu kita rawat, kita *uri-uri*, kita lestarikan begitu, dan nirlaba. Jadi BPJS itu tidak mencari laba.

Ini perlu kita tekankan karena kemarin loh waktu laba sekian ke mana dan lain sebagainya. Bukan begitu dan kehati-hatian, akuntabilitas, portabilitas, artinya orang dari Jawa Timur bisa periksa di Jakarta dan sebagai macam, kepesertaannya itu wajib. Jadi, seluruh keluarga bangsa ini wajib ikut begitu. Nah, ini yang sering, *lho* saya sudah punya asuransi kata siapa harus ikut begitu.

Jadi, ini asuransi sosial. Dananya itu dana amanat. Jadi, bukan, ada dana APBN, tapi secara umum adalah dana amanat. Artinya yang dititipkan oleh peserta sehingga ini dananya dana peserta. Hasil pengelolaannya seluruhnya pun untuk kepentingan peserta. Ini poin 9. Nah, yang menarik Bapak-Ibu sekalian, di Indonesia ini tadi disampaikan juga oleh Pak Menkes itu seperti Ibu-ibu rumah tangga belanjanya terus begitu dan menarik.

Slide berikutnya.

Kalau kita lihat jumlah rumah sakit itu naik terus. Di Jerman itu turun, di Estonia tinggal separuh, di Indonesia meningkat terus. Nah, ini untuk diketahui bagaimana dan bagaimana begitu. Jadi, contoh tahun 2014 pertama kali ya kebetulan kami beruntung waktu itu ditugasi sebagai Ketua Tim Persiapan BPJS. Nah, itu baru 1.681 rumah sakit yang kerja sama. Kemudian naik, naik, naik sekarang 3.162. Jadi, naiknya itu tajam sekali. Demikian juga kepesertaannya, dulu hanya 133 juta tahun 2014, sekarang sudah 278.096.343 atau 98,45% yang terdaftar ya. Ah ada sebagian tadi tidak aktif karena kesulitan, entah keuangan atau pun kesadarannya begitu.

Yang menarik ini berikutnya diteliti oleh teman-teman di UI, LPM UI itu dengan adanya BPJS itu mencegah atau paling tidak mengurangi kemiskinan. Ini jumlahnya yang mereka hitung ya. Yang jelas itu kalau dulu sebelum ada BPJS, orang miskin dilarang sakit. Sekarang kami sampaikan orang miskin kalau sakit dilarang bayar, asal menjadi peserta aktif BPJS begitu. Nah, dan lain sebagainya *out of pocket*-nya itu turun.

Dulu di Indonesia di setiap daerah ada. Jadi, ada 300 *scheme*, sekarang tinggal 1. Di Amerika masih banyak, di Jerman itu lebih dari 98 *scheme*, skema. Di Thailand yang tadi disampaikan Pak Menkes masih ada 3 *scheme* ya, *social security scheme*, *civil servant medical benefit scheme*, dan NHSO. Itu untuk kalau kita dulu jamkesmas, nah itu di Thailand. Indonesia sudah melangkah jauh lebih bagus. Oleh karena itu, mohon kalau bisa di-*uri-uri* lagi, dirawat. Kalau pun perubahan jangan yang sifatnya mengubah filosofi itu menurut saya sangat sayang saja.

Berikutnya.

Nah, ini kita hampir setiap saat loh menerima tamu dari berbagai negara. Ya, ini coba kita ini dari RRC ini. Kalau atau dari, dari mana Afrika ya, dari

Maroko, dari berbagai pada datang ke BPJS Kesehatan. Mereka heran kok bisa-bisanya BPJS ini. Kita tahu, mohon maaf ya *command center* itu melihat perilaku seluruh rumah sakit di Indonesia yang terkenal BPJS, faskes jumlahnya lebih dari 29.000 itu begitu. Tidak hanya itu, dokter saja, Dokter A nanti disebut siapa kita cek, dia operasi sehari berapa, tahu BPJS.

Nah, kami mohon maaf ini Pak Charles kalau boleh mengundang Komisi IX karena sudah ke rumah sakit, tapi belum pernah lihat BPJS. Bagaimana BPJS itu bisa lihat, tahu persis perilaku rumah sakit dan dokter di seluruh Indonesia coba. Maka dari berbagai negara itu datang kok bisa bagaimana caranya begitu. Ini yang tidak tahu, ini kami undang silakan nanti. Kalau Pak Menkes sudah pernah dulu lihat kan.

Nah, ini berikutnya, oh belum. Ini contoh dari NHS Inggris ya. Pertanyaannya dua, Pak, mereka datang. Ini yang bangun siapa ya? Duitnya dari mana kayak begitu, itu pertanyaannya. Yang jelas ini kemandirian bangsa, Pak, ini luar biasa menurut saya dan harus kita syukuri. Ini saya belum cerita yang canggih-canggih, cerita yang biasa-biasa saja. Kalau yang canggih-canggih nanti sendiri saja nanti. Karena betul ini menurut saya betul-betul, kalau karya bangsa namanya gotong royong dirasakan ratusan juta penduduk. Ada lagi yang bilang kalau Pancasila diperas intinya apa. Nah itu, lah itu, itu dijalani, Bu, luar biasa. Kita belum ke sistem loh ya.

Dulu saya itu dokter dulu ya. Kalau operasi, Pak, di rumah sakit ini, di sebelah kanan saya dokter dan profesor itu operasi bikin rekam medis kadang-kadang baca sendiri. Jangankan orang lain, Pak, dirinya sendiri yang baca susah, Pak. Ini bagaimana? Karena cepat-cepat. Akhirnya BPJS bilang kalau *sumarry* medis dari rumah sakit sulit dibaca, enggak dibayar. *Weh* sekarang bagus, sudah diketik, di aduh bagus, mudah sekali. Itu baru satu contoh, contoh yang lain terlalu banyak kalau kami sampaikan. Tetapi kami ingin karena berkali-kali itu mau diubah, di ini yang mengubahnya itu mohon maaf akhirnya *ndak* paham begitu.

Jadi, karena dulu kami, kami sampaikan. Ini dari NHS yang menulis ya, dari Amerika, dari. Baru kemarin itu ADB (Asian Development Bank), sebelumnya dari seminggu yang lalu Bank Dunia, WHO. Pokoknya ini sudah surat tadi tak kasih staf-staf ya untuk dibalas dari India besok tanggal 17, dari Nigeria, Pak, Nigeria dan India. Sehari pernah 4 negara, bayangkan 4 negara.

Berikutnya.

Ini kalau kita lihat tadi, pertama kali dibikin BPJS itu di Indonesia yang make itu 252 ribu sehari. Sekarang sehari itu 1,9 juta dan semua transaksi itu *ter-capture* dan kita kerja sama dengan Kemkes, dengan apa interoperabilitas ya, ini, ini bagus sekali. Nah, ini yang banyak orang tidak tahu begitu makanya BPJS itu bikin lagu belum tahu, Pak, itu ada di Youtube. Belum tahu kalau BPJS sudah maju, ini dikira untuk kelompok tertentu padahal sistemnya sudah menyatu. Padahal ada BPJS Satu yang setiap saat siap membantu dan lain sebagainya, Pak, begitu. Iya kok tahu.

Berikutnya, berikutnya.

Ya, ini kenapa tadi dijelaskan sama Pak Ketua Dewas yang disampaikan Pak Menkes, kok utilitasnya meningkat, lalu tentu *cost*-nya juga meningkat begitu ya. Tentu peningkatan kesejahteraan kesehatan. Jadi, ada apalagi pemeriksaan gratis, ulang tahun ya. Ada 14 klinik segala macam itu masyarakat kita agak lebih sadar ya ada olah raga, ada ini baguslah sehingga dia utilitasnya meningkat. Kedua, kepercayaan masyarakat. Dulu masyarakat itu enggak percaya sama BPJS, BPJS itu defisit, BPJS jelek, BPJS antre. Pokoknya jelek-jelek begitu. Nah, apalagi tadi ya BPJS ini harus dibenci begitu itu, tapi sekarang kita, masyarakat itu pada percaya. Nah, kemudian yang karena percaya, pakai begitu, bahkan ada yang keluar negeri didiagnosis *cancer*, Pak, pulang pakai BPJS begitu. Nah, kemudian peningkatan layanan kesehatan. Jadi, rumah sakit itu bagus sekali sekarang pelayanannya. Dulu dibeda-bedakan, antre macam-macam, sekarang masih ada, tapi sudah jauh berkurang begitu.

Kemudian perluasan akses layanan ya, akses layanannya macam-macam. Perubahan pola demografi, pola epidemiologi. Penyakit pun karena mohon maaf, dulu angka harapan hidup kita 72 ya menurut BPJS, sekarang BPJS itu menurut BPS, sekarang BPJS menghitung karena punya data banyak itu angka harapan hidup kita dengan ITB 173,7. 73,7, artinya kalau kita masih berusia 60 masih punya jatah 13 tahun. Rata-rata, tapi ada yang lebih cepat ada yang lebih lambat begitu.

Nah, itu upaya pengendalian apa yang dilakukan? Banyak, tapi intinya 3 hal: *prospective*, *review*. Ya, kita *review* data-datanya, KTP-nya segala macam, *concurrent* ya saat, saat dia pakai layanan itu kita ada, sekarang ini mohon maaf Bapak-Ibu sekalian, jadi bisa kita kasih semacam *rating* ya ke rumah sakit. Kalau jelek kasih bintang satu, bintang dua, bintang tiga. Asal bukan bintang tujuh ya, nanti dikira pusing itu. Jadi, maksimal bintang lima begitu. Nah itu bisa saja kita baca, tapi intinya adalah kita itu ingin memastikan mutunya itu bagus sehingga layanan bagus, dan itu enggak mudah, enggak mudah karena terlalu tantangannya banyak begitu. Nah, sekarang datanglah kita ke asal penerimaan dan pendapatan iuran sampai dengan 31 Desember 2024. Jadi, kira-kira dua bulan yang lalu.

Jadi, Bapak-Ibu sekalian, kita jelaskan di sini pendapatan dan penerimaan itu terus meningkat dari tahun ke tahun meskipun *spending*-nya banyak lebih meningkat lagi coba begitu. Baru pertama kali tembus 200 triliun lebih untuk RKAT kita, kita setuju tahun 2025 ini begitu. Nah, tingkat kolektabilitas ini Bu Menteri Keuangannya juga menanyai, kok bisa-bisanya 98,7% *ngoleksi* itu, *ngoleksi* iuran. Kenapa? sudah lebih dari 950 ribu *channel* pembayaran ada Gopay, OVO, ada Indomaret, ada, waduh kalau kita sebut 10 saja sulit, ini 950 lebih.

Jadi, luar biasa begitu, termasuk untuk apa namanya seluruh segmen ya, terutama tadi yang disebut Pak Ketua Dewas yang agak sulit memang peserta PBPU atau bukan penerima upah. Upah saja enggak dapat ya itu paling sulit dan mereka ya, karena tekanan-tekanan ekonomis segala macam. Kadang-kadang kesadaran ya. Kami kalau beri rokok mampu, Pak, 500.000 sebulan mampu, BPJS enggak sampai se-per sepuluhnya. Bukan 48 ribu, tapi 42 ribu. Kalau bayar masih disubsidi oleh pemerintah baik pusat daerah bayarnya itu 35.000 *inggih* begitu.

Nah, termasuk kenapa BPJS ini sekarang bisa mengumpulkan duit kayak begitu ya? Ya, ini-ini tidak mudah. Sekali lagi optimalisasi DAU, ada pajak rokok, ada pemutakhiran data secara berkala dengan kementerian/lembaga, koordinasi kementerian/lembaga. Macam-macam ya. Ada WA *blast*, *telecollecting* atau auto debit segala macam. Nah, saya tidak jelaskan sampai detail, tapi intinya itu dana DJS sekarang ini ya, kita lihat nih dana DJS itu di mana sih? Kok sudah bangkrut atau apa begitu.

Saya tekankan di sini, sampai 2025, BPJS tidak akan bangkrut dan tidak akan gagal bayar. Karena di medsos tuh waduh bunyinya gagal bayar, 3 bulan baru dibayar, 6 bulan baru dibayar rumah sakit, saya sampaikan tidak ada. Tolong sebutkan satu rumah sakitnya di mana, asal klaimnya beres ya, artinya itu tidak ada *dispute* ya. Kalau *dispute* ini prosesnya masih, masih *dispute* begitu ya. Masih belum diputuskan ya, atau *pending claim* ya. Itu BPJS bayar tidak lebih dari 15 hari, kami jamin tidak lebih dari 15 hari. Jangan dibandingkan dengan swasta loh ya. Ini ada orang heran kok swasta? Karena kalau segitu terlalu cepat begitu, begitu. Untuk diketahui saja.

Jadi, karena saya yang, yang kalau di Indonesia itu, Pak, berita miring wah itu yang luar biasa. Padahal umpamanya, umpamanya mohon maaf. Itu *pending*-nya bisa 2%, ramai. Padahal yang 95% lebih enggak *pending* dibayar lunas, beres begitu, tapi enggak *issue* begitu. Isunya itu justru yang, yang kecil yang.

Nah, untuk kami sampaikan *asset netto* minimum menurut PP (Peraturan Pemerintah) Nomor 53 Tahun 2018 ya, yang diperbaiki itu perbaikan dari PP Nomor 87 Tahun 2013 itu BPJS disebut sehat DJS-nya kalau mampu membayar klaim 1,5 bulan atau 1,5 bulan klaim itu mampu, tapi enggak boleh uangnya terlalu banyak, enggak boleh. Ini kalau swasta kan boleh banyak-banyak, ini enggak boleh. Maksimum 6 bulan klaim begitu. Jadi, artinya apa? enggak banyak uang yang *nganggur* begitu.

Nah, itu sekarang ini tahun 2025 ya, BPJS sekarang ini loh ya, saat ini saya ngomong ini adalah sehat. Kenapa sehat? karena kita punya uang sekitar 49,5 triliun ya. Itu aset *netto*-nya atau dengan kata lain, kita bisa membayar 3,4 bulan klaim. Bukan 1,5 bukan, tapi 3,4 ya. Ini untuk diketahui ya sehingga ya nanti tentu seperti Pak Menteri sampaikan ke depan lama-lama kalau belanjanya tinggi-tinggi terus, *income*-nya tetap atau inflasinya ya tidak sebanding dengan pengeluaran, suatu ketika pasti enggak, enggak cukup. Nah, untuk itulah perlu strategi-strategi.

Nah, ini kalau kita lihat data itu, klaim rasio ini, ini sejak dulu sebelum mohon maaf ya, kita gabung ke BPJS, itu selalu defisit. Tapi saya ikut bertanggung jawab karena ikut dulu sebagai Ketua Tim Persiapan ikut menghitung-hitung begitu, tetapi memang duitnya yang memang sedikit begitu. Nah, sejak kami gabung ya kita bersyukur 2021 itu duitnya sisa, Bu. Artinya *spending*-nya itu lebih kecil daripada uang yang kita terima begitu itu yang kontrak *collect*. Tetapi itu tentu sampai tahun 2022, 2023 mulai ya klaim itu 104. Jadi, melebihi dari dana yang kita terima begitu. Nah, 2024 ya itu 105,78%, jadi melebihi sedikit. Apa masih sehat sekarang? sehat. Kenapa? karena akumulasi dulu waktu penerimaan itu melebihi ya itu tahun 2020, di sini sempat 2020 kan? 2021 itu kalau masuk masih defisit asetnya itu 5,6 triliun begitu.

Baik. Nah, berikutnya.

Sekali lagi, untuk tahun 2000 sampai 2024 ya, ini tentu sekarang masih sehat, tapi suatu ketika nanti ya kalau tidak ada intervensi yang cukup bagus dan kami tadi sebagai anggota yang dibentuk DJSN itu membuat skenario-skenario. Seandainya begini bagaimana, seandainya begitu bagaimana. Kayak begitu dan itu banyak kalau Ibu nanti diskusi, tapi ini kan masih dalam satu proses ya.

Nah, berikutnya.

Tentu proyeksinya sampai tahun 2025 ya, ini tingkat utilisasi pasti terus meningkat. Kenapa? tadi, alat bagus, pola penyakitnya berubah, kesadaran berubah, kepercayaan meningkat segala macam. Singkat cerita pola hidup berubah. Iya, iya nah, itu. Akhirnya tingkat utilitasnya meningkat. Tarif layanan, tadi sudah disampaikan Pak Menkes, pola penyakit dan lain sebagainya termasuk alat-alat dan lain sebagainya.

Yang terakhir ini yang kedua, tentu mengenai perkembangan persiapan pelaksanaan Peraturan Presiden Nomor 59 tadi sudah dijelaskan oleh Pak Menkes, tapi intinya kalau BPJS itu berharap saja,

Berikutnya biar, terima kasih Mas.

Nah, ini saja. Ya, itu bahwa bagaimana penerapan KRIS atau pun juga Peraturan Presiden Nomor 59 itu bisa meningkatkan mutu dan akses layanan bagi peserta, itu yang penting. Yang kedua, ketahanan jaminan sosial ini tetap terjaga begitu. Jadi, *suistabilitas*-nya bagus dan tidak menimbulkan kegaduhan di masyarakat.

Itu saja saya kira demikian dan kami ucapkan terima kasih.

Kami tutup,

Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh.

KETUA RAPAT (CHARLES HONORIS/WAKIL KETUA KOMISI IX DPR RI):

Baik.

Terima kasih, Pak Dirut.

Sebetulnya ini yang ditunggu-tunggu angka potensi defisitnya seperti apa belum dijelaskan ya, tapi enggak apa-apa. Nanti biar teman-teman Anggota yang bisa melakukan pendalaman.

Bapak-Ibu.

Kita langsung masuk saja ke sesi pendalaman. Di meja kami sudah ada beberapa yang mendaftar.

Kami berikan kesempatan terlebih dahulu Ibu Irma Suryani dari Fraksi Nasdem dan disusul *standby* Ibu Kurniasih dari PKS.

Silakan Ibu Irma.

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

Bismillahirrahmannirrahim.

Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh.

**Pimpinan Komisi IX yang saya hormati,
Kawan-kawan Komisi IX yang saya cintai dan banggakan,
Pak Menteri Kesehatan berikut jajaran,
BPJS Kesehatan dan berikut jajaran,
DJSN dan berikut jajaran,
Dewas juga dan berikut jajaran semua,**

Yang pertama, saya sebetulnya ingin mengapresiasi apa yang sudah dilakukan BPJS Kesehatan untuk bangsa dan negara ini. Karena BPJS Kesehatan di periode ini, terus-terang jauh sekali lebih baik dari BPJS-BPJS sebelumnya. Banyak terobosan-terobosan yang sudah dilakukan yang kemudian mempermudah akses pelayanan kepada masyarakat. Itu-itu sudah kita bisa lihat bersama. Dan yang kedua, BPJS fungsinya kan sebagai juru bayar, juru bayar, tetapi yang harus diingat oleh BPJS dan Dewas ya bahwa akuntabilitas ya, *fraud* yang dilakukan oleh rumah sakit-rumah sakit itu perlu segera ditindaklanjuti dan dikawal. Dikawal sampai ke proses pengadilan. Karena kalau tidak dikawal, ini bisa banyak *hengki pengki*-nya ini. enggak selesai ya.

Sama seperti ketika misalnya BPOM menangkap apa namanya orang-orang yang sudah melakukan kesalahan di ya jualannya enggak, enggak benar lah begitu ya, kemudian digerebek dan ditangkap, diserahkan ke pihak yang berwajib, tapi ya seperti yang kita tahu bersama ya dendanya hanya 100 ribu,

hukumannya cuma 1 bulan. Nah, ini yang seperti-seperti ini juga harus dikawal oleh BPJS dan Dewan Pengawas BPJS.

Yang ketiga, saya ingin menyampaikan juga terkait dengan kepesertaan. BPJS harus jempot bola. Bicara dengan pemda ya. Dulu kan ada jamkesda, jamkesmas. Nah, tolong bicara dengan pemda, mereka juga harus bisa memberikan bantuan iuran untuk peserta BPJS di daerah sama seperti ketika mereka misalnya mengeluarkan anggaran untuk jamkesda, jamkesmas. Nah, ini yang saya lihat masih belum terlalu efek, maksimal dilakukan oleh BPJS di daerah. Kalau misalnya BPJS cabang tidak mampu melakukan itu bernegosiasi dengan pemda maka direktur, direkturnya turun lah ya. Lakukan negosiasi dengan bupati, wali kota, dan gubernurnya supaya kepesertaan BPJS ini betul-betul bisa maksimal.

Kemudian yang terakhir saya mau bilang soal BPJS, soal BPJS nih ya. *Side effect* KRIS, *side effect* KRIS ini luar biasa loh jangan salah. Ini akan menggerus pendapatan BPJS Kesehatan. Nanti saya akan bicara soal Pak Menteri dengan Pak Menteri Kesehatan juga nih soal *side effect* ini juga dengan DJSN ya. Kenapa? Kita sama-sama tahu bagaimana tarif yang sekarang saja ya, yang sekarang saja itu banyak yang tidak aktif. Yang sebagaimana yang disampaikan oleh Dewas BPJS Kesehatan. Banyak yang tidak aktif. Apalagi nanti ketika KRIS dilaksanakan dengan satu tarif, pasti akan ada kenaikan tarif.

Tadi juga DJSN sudah menyampaikan akan ada kenaikan tarif di 2025, bahkan sudah dipersiapkan apa namanya ya regulasinya. Artinya akan ada kenaikan tarif. Nah, apakah ini tidak akan membebani masyarakat lagi? Yang perlu dilakukan oleh pemerintah sebenarnya memperbaiki tata kelola agar akses pelayanan kesehatan masyarakat itu bisa maksimal diterima oleh rakyat. Bukan sekadar menaikkan iuran, tapi, tapi pelayanannya tidak sempurna, tidak, tidak maksimal menurut saya. Tidak maksimal, bisa kita lihat 3 hari orang-orang berobat sudah dikeluarkan. Itu kaitannya dengan tarif INA-CBGs nya dengan kapitasinya. Ini kan harus dibenarin nih. Rumah sakit-rumah sakit yang nakal Pak Menteri Kesehatan juga nanti harus-harus ditindak, diberikan *punishment*. Jangan BPJS yang disuruh melakukan tindakan ke rumah sakit-rumah sakit pemerintah yang melakukan *fraud* misalnya. Ini kewajiban dari Kementerian Kesehatan.

DJSN dan Menteri Kesehatan harus tahu bahwa BPJS ini adalah amanah dari konstitusi. Amanahnya apa? gotong royong. Jadi, jangan pernah bicara soal asuransi swasta. Nanti saya akan jelaskan di pertanyaan saya kepada Pak Menteri Kesehatan.

Terkait dengan Menteri Kesehatan, yang pertama untuk masalah KRIS, pelaksanaan KRIS. Tadi disampaikan oleh Pak Menkes bahwa baru 50% yang divalidasi, padahal 30 Juni 2025 sudah harus dilaksanakan. Sementara perbaikan tata kelola klaim rumah sakit saja belum diberesi ya kan? Belum diberesin. Belum, belum ada, belum ada, belum ada perbaikan di tata kelolanya. Yang ketiga, dengan adanya KRIS pasti iurannya, ini, ini pada Menteri Kesehatan ya, pasti iurannya naik. Bagaimana Pak Menteri

mempertanggungjawabkan ya ketidakmampuan publik untuk melakukan pembayaran ketika iuran ini naik. Iuran hari ini saja banyak sekali yang masih menunggak dan belum bisa bayar. Nah, kalau dinaikkan saya yakin ya saya yakin kas BPJS akan jebol. Kalau kas BPJS jebol, pasti nanti defisitnya akan makin besar lagi. Terus dari mana anggarannya? Ini Pak Menteri Kesehatan harus bertanggung jawab nih soal ini ya.

Kemudian yang keempat, dinyatakan di presentasi Pak Menkes, Sumsel itu sudah semuanya sudah selesai ya, hanya satu yang belum selesai pelaksanaan KRIS di Sungai Lilin. Padahal saya tahu persis karena itu dapil saya, di sebelah saya ada ibu bupati nih. Ini ada ibu bupati di Lahat, suaminya adalah Bupati Lahat. Di Lahat itu belum, persiapan KRIS belum dilakukan. Kenapa kok di laporan Pak Menteri tinggal satu yang belum? Ini kan penipuan publik nih. Ini laporannya dari mana Pak Menteri? Saya yakin di Sumatera Selatan yang lain juga masih banyak yang belum. Di Lahat ini ada orangnya nih ibu menteri, ibu, ibu bupati loh ya. Jadi, harus jelas dulu nih laporannya jangan asal tulis.

Yang kelima, kenapa kuratif tinggi? Kenapa biaya pengobatan kita tinggi di 2025 sehingga BPJS defisit? Tadi sudah disampaikan oleh Direktur BPJS dan Dewas BPJS kenapa defisit? Tapi saya ingin sampaikan juga bahwa artinya kalau kuratifnya tinggi bisa saja salah satu alasannya dari alasan yang sudah disampaikan Pak Dirut BPJS dan Dewas, Ketua Dewas BPJS adalah promotif, preventifnya enggak jalan atau belum maksimal dilakukan ya. Jadi, promotif, preventifnya enggak maksimal nih. Ukurannya jelas kok, ukurannya kuratifnya tinggi, artinya promotif preventifnya tidak maksimal dilakukan, tidak jalan. Itu yang kelima.

Yang keenam. Soal *insurance* yang kemarin gaduh. Ya, Pak Menteri sampaikan ada, ada asuransi swasta yang bisa mem-*back-up* kawan-kawan BPJS yang-yang menengah ke ataslah misalnya. Pak Menteri harus tahu bahwa Undang-Undang DJSN itu adalah amanah konstitusi. Di mana di situ dinyatakan bahwa kegotong-royongan, yang kaya menggotong yang miskin. Itu yang diamanahkan oleh konstitusi. Soal kemudian kuratifnya tinggi, ya pemerintah harus bertanggung jawab.

Dari mana uangnya? Banyak pos-pos yang bisa dilakukan kok, yang bisa menanggulangi iuran-iuran BPJS ini. Salah satunya adalah cukai rokok. Cukai rokok itu kan bukan pajak, tapi adalah anggaran dana kesakitan masyarakat akibat rokok. Nah itu bisa di-*split* ya, bisa dialokasikan untuk membantu anggaran BPJS Kesehatan. Kenapa harus misalnya minta anggaran yang lain-lain. Anggaran dari cukai rokok itu bisa disampaikan kepada pemerintah. Itu bisa digunakan untuk menambah iuran, anggaran BPJS Kesehatan.

Saya curiga, mohon maaf nih. Ya, saya curiga BPJS kesehatan hari ini sudah membuka peluang atau Kementerian Kesehatan sudah meminta, sudah membuka-buka ruang, pemerintah sudah membuka ruang dengan adanya kenaikan kelas ya. Selisih kenaikan kelas itu bisa dibayar oleh masyarakat. Dari kelas di atas 3, bisa naik ke Kelas 2, dia bisa bayar selisih. Dari Kelas 2

ke Kelas 3 dia bisa bayar selisih. Nah, saya curiga dengan adanya asuransi swasta ini, ini yang akan dilakukan adalah urun medis ya, urun medis nih. Jadi, obat-obatan, alat-alat kesehatan yang digunakan untuk pasien BPJS ini nanti diminta urun, masyarakat diminta urun ya. Sama seperti urun iuran kenaikan kelas. Nah, ini yang saya wanti-wanti jangan sampai terjadi nih ini Pak Dewas. Ini enggak boleh dilakukan nih ya. Ini melanggar amanah konstitusi nih apa namanya urun, urun medis nih enggak boleh dilakukan.

Jadi obat dan alkes ya, kemudian itu akan dihitung dan dibebankan kepada pasien BPJS. Itu menyalahi undang-undang, menyalahi konstitusi, enggak boleh dilakukan. Maka saya selalu mengatakan tolong dulu baca regulasi undang-undangnya, baca konstitusinya, baru kemudian sampaikan ke publik supaya publik, supaya publik tidak gaduh.

Kemudian yang kedelapan. Saya ingin sampaikan kepada Pak Menteri juga. Ketujuh untuk RS yang memainkan tarif INA-CBGs ya, 3 hari keluar, kemudian 2 hari istirahat masuk lagi. Nah, rumah sakit yang rumah sakit yang seperti ini harusnya mendapatkan *punishment* ya, harusnya dibenarkan nih regulasinya, tata kelolanya dibenarkan supaya BPJS juga enggak jebol ya.

Kemudian yang kedelapan, rumah sakit jualan obat dan alkes. Pak Menteri mengatakan kepada kita semua bahwa membangun rumah sakit, kemudian memenuhi alat-alat kesehatan dan obat-obatan agar orang-orang Indonesia tidak berobat ke luar negeri, tapi Pak Menteri tahu enggak sih rumah sakit sekarang ini banyak jualan obat dan jualan alkes. Orang sakit itu dikasih obat banyak sekali. Bahkan obat sejenis ya, untuk pereda nyeri saja harusnya satu dikasih dua. Nah, itu salah satu contoh.

Kemudian setiap kali kita rawat inap itu harus juga apa namanya periksa darah lengkap, padahal sakitnya enggak perlu harusnya itu. Mungkin harus kolesterol dan yang lain-lainlah, ya dua, tiga, empat *item*, tapi seluruhnya diminta untuk dilakukan tes darah lengkap. Itu juga menghabiskan biaya.

KETUA RAPAT (CHARLES HONORIS/WAKIL KETUA KOMISI IX DPR RI):

Ibu Irma.

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

Kemudian.

KETUA RAPAT (CHARLES HONORIS/WAKIL KETUA KOMISI IX DPR RI):

Tolong dipersingkat ya.

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

Enggak satu lagi Mas dan ini perlu penting saya sampaikan.

KETUA RAPAT (CHARLES HONORIS/WAKIL KETUA KOMISI IX DPR RI):

Engga apa-apa, makanya....

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

Nah, yang selanjutnya penjualan alat-alat kesehatan loh Pak. yang harusnya enggak operasi, saya harus operasi. Kan ini juga harus dibereskan dengan Menteri Kesehatan, enggak boleh seperti ini. Artinya tata kelola, tata kelola rumah sakit juga harus dibenarkan. Kalau enggak mau, BPJS Kesehatannya, BPJS Kesehatan jebol enggak mau orang Indonesia berobat ke luar negeri. Saya kira ini yang bisa saya sampaikan kepada Pak Menteri .

Eh, satu lagi terakhir, terakhir ini ya, terakhir. Slide side effect check up gratis. Kan check up gratis ini untuk yang ulang tahun, tapi apakah Pak Menteri sudah menyiapkan anggaran untuk side effect-nya? Kalau kemudian diketahui masyarakat ini mengidap penyakit a, b, c, dan d dan ada tindak lanjut dari pengobatan, anggarannya sudah disiapkan atau belum?

Itu saja pertanyaan saya dan mudah-mudahan Pak Menteri Kesehatan, DJSN, BPJS Kesehatan dan Dewas memahami apa yang saya sampaikan dan kemudian tindaklanjuti agar tidak sampai terjadi defisit anggaran di BPJS Kesehatan maupun pelayanan aset kesehatan oleh masyarakat menjadi berkurang, karena persoalan KRIS yang belum selesai ini.

Saya kira itu yang bisa saya sampaikan.

Saya tutup dengan,

*Wallahul muwaffiq ila aqwamit tharieq,
Wassalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh.*

KETUA RAPAT (CHARLES HONORIS/WAKIL KETUA KOMISI IX DPR RI):

Waalaikumsalam.

Terima kasih, Bu Irma.

Selanjutnya Ibu Kurniasih dan *standby* Ibu Netty.

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

Baik.

Terima kasih banyak Ketua

**Pimpinan, dan Anggota Komisi IX DPR RI,
Pak Menteri beserta jajaran,
Pimpinan DJSN,
Pak Kepala Dewas dan jajaran,**

Pak Dirut BPJS Kesehatan dan jajaran,

Terima kasih banyak atas semua paparan yang sudah disampaikan. Tentu saja sebagai mitra, kami mengapresiasi segala upaya, segala ikhtiar yang sudah dilakukan untuk melakukan peningkatan pelayanan kesehatan dan layanan jaminan kesehatan.

Yang ada 4 hal yang ingin kami sampaikan, izin Pak Ketua. Yang pertama, *me-review* dari hasil lapsing kita yang terakhir di periode yang, di penghujung di periode yang lalu. Ini rasanya rapat pertama gabungan semua hadir di sini dan sebelumnya kita sudah punya rapat yang ada beberapa komitmen yang tentu saja ini menjadi tanggung jawab kita bersama. Karena semua yang tercatat di lapsing itu mengikat sifatnya dan harus dipenuhi oleh semua pihak.

Yang pertama adalah dalam kesimpulan disampaikan untuk mengevaluasi Perpres Nomor 59 Tahun 2024, kita meminta kepada Kemenkes, DJSN, BPJS Kesehatan, dan Dewas untuk melakukan kajian komprehensif dan semuanya ya komprehensif kesiapan rumah sakit, implikasi KRIS, tarif, dan semuanya lah yang dilaporkan secara berkala atau disampaikan secara berkala kepada Komisi IX setiap 2 bulan sekali. Nah ini saya ingin bertanya, kalau belum berarti rapelannya minta tolong disampaikan ke Komisi IX supaya kami tidak tertinggal jejaknya dan juga mengikuti semua proses dan perjalanannya. Karena biar bagaimana pun semua keputusan anggaran diketoknya di Komisi IX.

Yang kedua, yang ada di kesimpulan yang juga perlu saya ingatkan bahwa pada kesimpulan tersebut juga dicantumkan, Kementerian Kesehatan dan juga BPJS Kesehatan berkoordinasi dengan Kementerian Keuangan untuk mencari solusi nih bagi peserta JKN di kelas 3 yang tidak aktif dan terbukti tidak mampu termasuk adanya pemutihan tunggakan dan memasukkan mereka ke dalam kategori PBI. Ini juga kami minta laporannya, sudah sampai sejauhmana dan berapa persen yang sudah diselesaikan. Karena ini adalah amanat rapat bersama yang sudah ditandatangani oleh semua pihak.

Yang terakhir, dari laporan ini yang ingin kami ingatkan adalah dalam rangka mengintensifkan pengawasan dan pembinaan, serta penindakan tegas kepada rumah sakit untuk meminimalisir adanya *fraud* maka perlu direvisi peraturan Permenkes Nomor 16 Tahun 2019. Nah, ini minta tolong revisinya bisa juga dikirimkan ke kami, Pak Menteri, supaya kami juga bisa mengikuti sudah sejauhmana peraturan-peraturan dan payung hukum ini direvisi untuk meningkatkan layanan yang lebih baik dan juga memberikan solusi pada masyarakat yang tidak mampu dalam melakukan pembayaran iuran kesehatan.

Untuk DJSN ini Bab II. Terima kasih, Pak, tadi sudah disampaikan. Saya fokus ditindaklanjuti yang akan dilakukan. Di kelompok 2 ini disampaikan ada kegiatan sosialisasi dan komunikasi, dan seterusnya. Nah, ini apakah sudah dilakukan secara masif dan tokoh masyarakat sudah dilibatkan atau belum, saya enggak tahu nih teman-teman di dapil ini sudah merasakan atau belum

ini kegiatan sosialisasi dan komunikasi terkait dengan rancangan yang sudah disampaikan oleh DJSN tadi. Karena teman-teman ini juga perlu tahu, Pak, sudah sampai di mana sosialisasinya.

Termasuk juga monitor dan evaluasi, serta merumuskan masukan publik ini sudah sejauhmana, apa masukannya. Karena kami setiap turun ke dapil dalam reses kami, dalam kundapil kami, kami juga mendapat aspirasi banyak dari publik. Mungkin bisa disinergikan, bisa dijadikan satu masukan dari masyarakat melalui Anggota Komisi IX DPR RI dengan masukan melalui DJSN, dan sebagian besar ini masih mengeluh. Tadi disampaikan oleh Ibu Irma. Ya masih belum mampu melakukan pembayaran. Kami nih kalau advokasi, Pak Menteri, dan semua yang hadir di sini, harus membayar yang belum dibayar karena statusnya pasti pasif, Pak Dirut. Tadi betul yang disampaikan oleh Pak Dirut tadi. Tadi Bu Irma juga sudah sampaikan. Jadi, kami harus membayar. Karena apa? karena statusnya pasif, tidak, *nunggak*.

Nah, menunggaknya ini enggak tanggung-tanggung. Kalau sejuta ya masih bisalah, tapi sudah 3 juta, 5 juta. Ini kan enggak bisa kayak begini terus-terusan. Kehadiran pemerintah dalam hal ini Pak Menteri yang punya *policy* dan punya anggaran ya, mudah-mudahan bisa lebih konkret membantu menyelesaikan beban berat dari masyarakat khususnya ekonomi menengah ke bawah ya.

Kemudian yang terakhir, untuk Pak Menteri, sahabat Komisi IX, walaupun kadang-kadang Komisi IX sering dilupakan juga nih sama Pak Menteri nih. Ya, di *slide* 18 itu proses perhitungan tarif ya Pak Menteri. Proses perhitungan tarif ini, di bagian akhir itu ada dialog dengan *stakeholder* simulasi kebutuhan DJS. Nah, ini juga nanti tahapannya saya enggak tahu siapa yang akan menyimpulkan begitu ya, maksudnya wewenangnya ada di mana nih DJSN, di Menkes begitu ya atau di mana nih untuk dialog ini.

Nah, dalam rangka melaksanakan visi dari Asta Cita, misi dari Asta Cita yang sangat bagus ya, disampaikan oleh Pak Presiden yaitu menjamin akses pelayanan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia, ini jelas ya bagi seluruh rakyat Indonesia. Artinya berarti semua, mau *level* ekonominya mampu, tidak mampu itu semua adalah hak rakyat Indonesia yang harus mendapatkan jaminan akses pelayanan kesehatan. Ini penting, ini adalah amanat Asta Cita yang harus kita kawal bersama-sama.

Karenanya, kami berharap nih dalam dialog *stakeholder* ini juga melibatkan betul-betul semua unsur yang memang, memang benar-benar unsur yang mewakili rakyat. Enggak unsur yang sudah diskenariokan begitu ya supaya betul-betul objektif masukannya dan betul-betul bisa me apa namanya? Aspirasi dari semua, semua, semua kalangan masyarakat itu khususnya dari, dari masyarakat ekonomi menengah ke bawah ini bisa terakomodir dan tentu saja perlu ada komunikasi publik.

Yang berikutnya, terkait dengan rencana perubahan tarif ya. Tadi Pak Menteri menyampaikan Jerman saja membutuhkan waktu 10 tahun masa transisi ya. Itu artinya kan cukup panjang persiapannya dan apalagi komunikasi

publik ini sangat penting. Nah, ini yang sering terjadi. Kami mengajak supaya di Kementerian Kesehatan juga bisa melakukan komunikasi yang lebih positif lagi. Artinya jangan menimbulkan tadi kegaduhan atau apa begitu istilahnya, tapi mari kita berkomunikasi publik secara positif ya, tahapannya juga benar-benar diperhitungkan supaya masyarakat ini juga tidak resah, tidak bingung, tidak putus asa, dan merasa terbebani. Ya, kalau sudah masyarakat terbebani ini nanti kasihan. Jadi, Jerman saja membutuhkan waktu 10 tahun begitu ya. Apalagi kita yang mungkin juga *benchmark*-nya perlu dilakukan secara lebih mendalam.

Itu saja, Pimpinan, mohon maaf, lebih dari 5 menit, tapi saya rasa itu sangat penting apa yang kami sampaikan dan untuk yang jawaban saya, Pak Ketua, bisa disampaikan secara tertulis saja karena saya khawatir kalau pas sesi jawaban sudah enggak ada.

Terima kasih.

KETUA RAPAT (CHARLES HONORIS/WAKIL KETUA KOMISI IX DPR RI):

Baik.

Terima kasih, Bu Kurniasih.

Selanjutnya Ibu Netty Prasetyani dan *standby* Pak Obon.

Silakan Bu Netty dulu.

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

Ya, terima kasih Pimpinan.

Bismillahirrahmannirrahim.

Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh.

**Pimpinan dan Anggota Komisi IX DPR RI yang saya cintai, saya banggakan,
Saudara Menteri Kesehatan Republik Indonesia, kemudian
Ketua DJSN, Ketua Dewas, dan Dirut BPJS Kesehatan beserta seluruh
jajaran yang mohon maaf saya tidak dapat menyebutkan satu per satu,**

Saya berusaha untuk tidak mengulang apa yang sudah ditanyakan oleh Anggota yang terdahulu ya. Pada reses kemarin, saya mencoba untuk menyerap aspirasi dari Dinas Kesehatan, kemudian juga paguyuban puskesmas, dan juga para tenaga kesehatan ya. Ada dokter, ada petugas puskesmas dan seterusnya, seperti itu. Yang tentu saja, saya juga ingin mengapresiasi apa yang sudah dilakukan oleh semua pihak ya, karena saya yakin kesuksesan ini adalah milik bersama ya, tidak bisa diklaim satu pihak, dua pihak, tapi kesuksesan milik bersama. Dan kita berharap mudah-mudahan pelayanan kesehatan yang diberikan itu semakin hari, semakin baik dan tentu

saja kalau saya dan Anggota, teman-teman Komisi IX ini memberikan masukan, tentu tidak ada keinginan untuk mencari mana yang salah, mana yang menjadi kambing hitam, tapi kita justru mencari solusi dan terus memperbaiki sinergi dan kolaborasi di antara kita.

Yang pertama, yang terkait dengan KRIS ya. Menurut saya, ini sesuatu yang memang harus ditindaklanjuti, Pak Menteri . Kenapa? karena kalau saya boleh mengulang kembali, jika kemudian disebutkan bulan Juni 2025 itu adalah *kick off* ya pelaksanaan KRIS di rumah sakit, maka pertanyaan yang mendasar apa insentif yang bisa diberikan atau bentuk insentif apa yang kemudian bisa mendorong faskes swasta ini atau rumah sakit swasta ini bisa mengimplementasikan KRIS. Kalau kemudian tadi paparan Pak Menteri ada yang tidak mampu, ada yang baru empat dari dua belas persyaratan dan seterusnya, seperti itu. Jika prinsip keadilan sosial ini harus menjadi pegangan kita ya, dalam menghadirkan pemerataan layanan kesehatan. Itu yang pertama.

Kemudian yang kedua, ini mungkin juga pertanyaan sekaligus apa tagihan ya, kepada DJSN. Waktu itu rapat terakhir tentang KRIS. Kita juga meminta kajian yang dilakukan untuk memitigasi potensi peserta JKN ini harus melakukan *out of pocket* atau kemudian bermigrasi ya keluar dari kepesertaan di JKN dan kemudian memilih apa asuransi swasta seperti itu. Termasuk juga migrasi antar kelas seperti itu. Nah, itu juga kita minta waktu itu. Kenapa? karena sampai hari ini berarti ini sudah bulan Februari, Maret, April, Mei, Juni, sudah tinggal 4 bulan lagi ini Pak Menteri dan Bapak-bapak sekalian ya, seperti itu.

Nah, tiba-tiba sebelum kita mendapatkan *update* dari yang ditanyakan Bu Kurniasih ini, harusnya kan per dua bulan disampaikan. Tiba-tiba kita disuguhi oleh rencana perubahan dari INA-CBGs ke iDRG ya. Saya meyakini ya, pasti ada komitmen dan kemudian ada itikad baik ya untuk memilih ya di antara INA-CBGs dengan iDRG, tapi tentu ini juga harus dilakukan pentahapannya, Pak Menteri .

Jadi, jangan sampai kemudian sudah diksinya enggak mudah dipahami oleh masyarakat, kira-kira dampaknya apa ya buat layanan kesehatan termasuk juga buat faskes ya. Karena bagaimana pun ketika bicara tarif penetapan INA-CBGs atau iDRG. saya harus meyakinkan semua pihak mendapatkan haknya, Pak Menteri . Rakyat mendapatkan layanan kesehatan, kemudian fasilitas kesehatan termasuk tenaga kesehatan, SDM kesehatan ini juga mendapatkan haknya begitu. Jadi, jangan sampai kemudian nanti akan saya sebutkan ya betapa keluh kesah yang disampaikan oleh teman-teman di lapangan. Ini luar biasa ya bicara tentang kapitasi, berapa tarif dokter dan sebagainya. Ya, ini yang seharusnya dilakukan kajian.

Yang kedua, apa pun kebijakannya ya, yang terpenting adalah bagaimana kita melakukan simulasi ya dan dari simulasi itu kita berani melakukan evaluasi. Mana sih yang lebih baik begitu. Mana sih yang kemudian terdegradasi dari penerapan kebijakan yang baru ini. Mana yang kemudian harus ada diskresi dan afirmasi ketika kita menggunakan iDRG begitu, dan kira-

kira kalau dilakukan di *urban area* itu beda enggak, dengan di *rural area*? Kalau dilakukan di daerah perkotaan di Pulau Jawa dengan di luar Jawa, ini kira-kira beda enggak? Dampaknya apa begitu, seperti itu. Kenapa? karena kalau kita bicara Indonesia, Pak Menteri, sekali lagi saya garis bawah bukan hanya Pulau Jawa, bukan hanya Jakarta dan sekitarnya, tapi juga dari Aceh sampai Papua. Dari yang aman sampai yang berkonflik, dari yang kemudian berdamai sampai mengangkat senjata itu juga harus mendapatkan perhatian begitu ya. Nah, itu yang terkait dengan apa yang akan dilakukan oleh Pak Menteri ya terkait dengan revisi tarif, perubahan dan INA-CBGs ke iDRG ya.

Nah, yang berikutnya, saya juga ingin menyampaikan kepada Prof. Kadir nih sebagai Ketua Dewas begitu ya. Dari hasil *road show* dan perjalanan ke berbagai daerah ya, apakah kemudian sudah sesuai, Pak, yang disampaikan oleh Pak Menteri Kesehatan tentang kesiapan mengimplementasikan KRIS dengan apa yang kita lihat di lapangan ya. Jadi, laporannya ini harus seindah warna aslinya begitu ya. Kalau kita kemudian kita bicara tentang KRIS ya, katakan saja begitu. Kalau bicara rumah sakit pemerintah, mungkin mereka lebih siap. Kenapa? karena memang ada anggarannya. Kalau rumah sakit swasta, ya rumah sakit swasta mana yang- yang siap? Nah, ini menurut saya ya, perlu dilakukan oleh Dewan Pengawas.

Termasuk juga ya, apa namanya rencana perubahan nantinya tarif dan iuran, kemudian juga dampaknya pada manfaat. Ini menurut saya juga perlu dilakukan Prof. Kadir ya sebagai Ketua Dewan Pengawas begitu dan Dewan Pengawas ini harusnya harus lebih dekat dengan Komisi IX ini ya. Enggak harus menunggu rapat ini sebetulnya bisa juga disampaikan pada impinan apa yang menjadi *finding* di lapangan itu seharusnya akan menjadi *feeding* bagi kita semua, Anggota Komisi IX dalam rapat.

Nah, terakhir sengaja saya menempatkan terakhir ini pada Dirut BPJS Kesehatan. Tadi saya sampaikan pada saat rapat, saya *alhamdulillah* berkesempatan bertemu dengan Dinas Kesehatan di dapil saya. Ya, saya juga mengundang Bu Putih Sari dan juga Ibu Dokter Cellica, namun mereka berdua berhalangan.

Ada banyak catatan, ya saya harus katakan ini surat cinta dari seluruh Dinas Kesehatan kota/kabupaten, kemudian seluruh puskesmas yang hadir pada waktu itu dan saya yakin suasana kebatinannya sama ini Pak Dirut begitu ya. Meskipun saya berterima kasih, secara pribadi maupun secara institusi ya, Komisi IX ini banyak dibantu ya dengan apa namanya komunikasi yang baik dengan BPJS Kesehatan. Banyak sekali aduan masyarakat, masyarakat perlu layanan kesehatan, perlu apa kamar dan seterusnya. Itu *alhamdulillah* saya mengucapkan terima kasih atas respons cepat dari BPJS Kesehatan seperti itu. Namun, tentu saja di antara layanan kesehatan yang sudah diterima oleh masyarakat luar biasa.

Ada beberapa hal yang kemudian menjadi catatan. Nanti lengkapnya saya sampaikan, tapi setidaknya beberapa hal ini memberikan gambaran umum, Pak Dirut ya. Yang pertama adalah tentang perjanjian kerja sama antara BPJS Kesehatan dengan puskesmas atau rumah sakit. Selama ini, perjanjian

kerja sama itu Pimpinan dilakukan sepihak, *given* begitu ya. Jadi, artinya pasal per pasal ini enggak pernah dibahas ya dengan apa operator yang hari ini atau yang harus memberikan layanan kesehatan seperti itu ya. Seperti misalnya kapitasi berbasis kinerja ya. Itu luar biasa. Mereka mengatakan ini sangat memberatkan Faskes I seperti itu. Kenapa? karena rasio hipertensi dan diabetes itu harus terkontrol, padahal terkontrol itu banyak faktornya. Di kedisiplinan pasien minum obat, kemudian respons apa tubuh terhadap obat dan seterusnya begitu.

Jadi, rata-rata KBK (Kapitasi Berbasis Kinerja) puskesmas itu di bawah 100, bahkan mereka katakan 85 sampai 90 atau 80 sampai 95%. Berbeda dengan klinik swasta yang rata-rata bisa 100% seperti itu, termasuk rasio rujukan Pak Dirut ya. Kalau pasien berobat 10 kali dihitungnya 1 kali ya, tapi kalau rujukan 5 kali KRS, ya harus 5 kali. Padahal pasien lansia dengan *stroke* misalnya harus ke syaraf, harus ke THT, harus ke penyakit dalam, harus ke rehab medik begitu ya.

Nah, sementara puskesmas harus apa menekan agar rujukan itu di bawah 15% seperti itu ya. Nah, jadi, kalau kita hitung, Pimpinan, dari kapitasi yang Rp6.000, kalau cuma 85% berarti hanya Rp5.100, Pimpinan. Bayangkan, sementara puskesmas ini sudah kebanyakan menjadi BLUD. Jadi, mereka pontang-panting ya untuk bisa menyelenggarakan layanan di puskesmas. Termasuk tadi tuntutan teman-teman agar upaya promotif-preventif ini dilakukan. Padahal wilayah kerja puskesmas itu luar biasa, beda dengan klinik swasta. Yang melayani UKP di dalam gedung atau dengan jumlah kepesertaan yang sangat terbatas seperti itu. Nah, termasuk perlakuan, apa perbedaan perlakuan BPJS Kesehatan terhadap Faskes 1 baik klinik maupun puskesmas begitu. Jadi, kalau puskesmas enggak ada libur, Pimpinan ya, tapi kalau klinik, klinik swasta bisa libur seperti itu ya. Termasuk tadi, kapitasi klinik swasta ini 12.000, sementara puskesmas 6.000 begitu.

Jadi, maksud saya, ini sekaligus menjadi catatan Pak Menteri ya, agar regulasi ini bisa menjadi perhatian kita semua ya, dan tentu saja harapan mereka apa pun regulasinya hendaklah melalui Dinas Kesehatan baik provinsi maupun kota/kabupaten. Sering kali BPJS Kesehatan ya mungkin ini *by pass* ya, untuk mempercepat. Langsung dengan puskesmasnya, langsung dengan kliniknya ya, tapi kalau ada kesalahan yang ditegur adalah Dinas Kesehatannya ya.

Nah, termasuk yang dua lagi nih. Satu adalah temuan BPK tahun 2021-2022 nih Pak Menteri ya. Ini sangat memberatkan puskesmas ya, bayangkan ya mereka kapitasinya 200 juta harus bayar 712, mengembalikan 700 juta Pimpinan ya. Di mana letak keadilannya ya, kalau kemudian sebetulnya ini juga satu, satu hal yang harus dielaborasi dialami. Kenapa? karena itu kesalahan katanya kesalahan membayar. Ada orang yang sudah meninggal masih dibayarkan. Yang dibayarkan oleh pemda itu 30.000 begitu kan, yang dibayarkan kembali oleh puskesmas hanya Rp6.000, tapi enggak adilnya puskesmasnya harus membayarkan jauh lebih besar dari kapitasi yang mereka terima begitu.

KETUA RAPAT (CHARLES HONORIS/WAKIL KETUA KOMISI IX DPR RI):

Bu Netty sebentar, saya harus perpanjang dulu waktunya. Ini jam 12.00, kita perpanjang 30 menit ya? Bapak-Ibu ya? Setuju?

(RAPAT: SETUJU)

Baik.

Bu Netty mohon bisa dibantu dipercepat saja. disampaikan semua boleh, tapi mohon dipercepat.

Terima kasih.

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

Iya, dan ini mungkin yang terakhir ya. Jadi, puskesmas itu mengeluhkan betapa banyaknya aplikasi, Pimpinan. Aplikasi ini tidak terintegrasi. Saya hanya bacakan ya, karena saya juga enggak paham satu per satu dan setiap pagi mereka harus mengerjakan tugas administratif yang sebetulnya bukan kompetensi mereka, bukan tugas mereka.

Ada SI-PTM, ada e-PPGBM, ASIK, SI-PTM Penyakit Tidak Menular, SIHA, SIHEPI, P-Care, Sigizi Terpadu, SIMKESWA, SIMONA, SELENA, e-Monev katalog obat, SMILE Vaksin, SMILE Logistik, SITB, SIHA ya, e-BLUD ya, SIAP, e-FORMASI, Renbut, Sinabak, (*suara tidak jelas*), Monev. Takelmas, Siscobikes, Kunjungan Sehat, KTR Indonesia, Prolanis seperti itu ya. Termasuk yang sekarang kita syukuri ada cek kesehatan gratis, tapi itu juga aplikasinya itu tidak terintegrasi. BPJS punya aplikasi untuk cek kesehatan itu, puskesmas juga diapa namanya menggunakan aplikasi yang berbeda. Nah, menurut saya kita jangan sampai obesitaslah ya. Kalau obesitasnya itu dialami oleh orang, itu bisa apa lari, bisa olah raga, bisa ikut *gym*, bisa ikut *fitness*.

Nah, kalau regulasinya apa, obesitasnya pada regulasi, kira-kira kita semua bertanggung jawab Pak Menteri ya. Jadi, mudah-mudahan hari ini mari kita sambut 2025 dengan kesadaran penuh bahwa regulasi harus bisa kita terus lakukan apa kajian, tinjauan sehingga semakin baik ya dan layanan juga akan semakin bisa dirasakan oleh masyarakat.

Itu saja Pimpinan.

Terima kasih.

*Wabilahitaufik wal hidayah,
Wassalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh.*

KETUA RAPAT (CHARLES HONORIS/WAKIL KETUA KOMISI IX DPR RI):

Terima kasih Bu Netty.

Selanjutnya, Pak Obon.

Silakan Pak Obon dan *standby* Pak Nurozi.

F-P. GERINDRA (OBON TABRONI):

Terima kasih.

Bismillahirrahmannirrahim.

Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh,
Salam sejahtera untuk kita sekalian.

Terima kasih.

**Pimpinan, Rekan-rekan Anggota Komisi IX,
Pak Menteri Kesehatan, Dirut BPJS, kemudian dari Dewas dan seluruh
yang hadir yang tidak bisa saya sebutkan satu per satu,**

Yang pertama, Ibu dan Bapak sekalian, terkait dengan wacana kenaikan iuran BPJS. Kami memahami bahwa beban BPJS itu besar dan berupaya untuk tidak terjadinya defisit. Saya rasa kenaikan BPJS itu harus upaya yang terakhir. Ada beberapa langkah, ada beberapa hal yang sampai pertemuan sekarang, saya belum dapat terkonfirmasi langkah-langkah tersebut untuk mengurangi defisit. Misal kita sekarang wacananya hari-hari ini semua kementerian itu *cost down* termasuk di samping Bapak kemarin pusingnya, pusing tujuh keliling.

Itu hampir 16 triliun kalau enggak salah *cost down* dari anggaran yang ada. Saya belum mendengar, apakah itu juga dilakukan oleh BPJS? Pengurangan anggaran-anggaran yang tidak perlu, pengurangan biaya *meeting*, kemudian fasilitas dan yang lain-lain. Bahkan, Pak, Kemenaker itu *lift*-nya dari tiga cuma satu, listrik dan segala macam. Nah, upaya terakhir itu tolong dijelaskan kepada kami itu sudah dilakukan atau belum.

Yang kedua, yang kedua terkait juga dengan banyaknya perusahaan yang belum melaksanakan itu semua. Nah, ini upaya yang konkretnya apa perusahaan-perusahaan swasta tentu peserta penerima upah, itu potensinya besar. Nah, saya belum juga mendengar langkah-langkah konkret dari BPJS Kesehatan, kalau Ketenagakerjaan jelas. Mereka sampai ya sampaikan ke Kejaksanaan atau yang lain-lain, ini juga tolong dijelaskan.

Kemudian, Pak, yang kedua, di mana-mana di beberapa wilayah sekarang ramai isu tentang penonaktifan PBI termasuk di daerah saya, hampir 150.000-an itu dinonaktifkan. Alasannya transaksi ini tidak masuk akal, karena selama ini kan program sudah berjalan. Tiba-tiba 150-an ribu peserta dinonaktifkan terkait dengan anggarankah atau mekanisme atau yang lain-lain. Langkah penonaktifan menurut saya, tidak *ujug-ujug* dinonaktifkan, tapi kalau toh ada peserta yang memang sebetulnya mampu untuk membayar, tapi mereka masuk PBI ya peserta-peserta yang itu saja yang disisir dengan data-data yang lebih konkret. Tiba tidak, tidak, tidak dengan tiba-tiba *ujug-ujug* semua dinonaktifkan.

Kemudian yang ketiga, Pak, tentang ini juga banyak persoalan juga di lapangan, korban kejahatan, saya sudah sampaikan ini semua. Sekarang itu marak terjadi kejahatan di wilayah-wilayah tertentu, korban begal atau yang lain-lain. Mereka termasuk yang tidak di-cover oleh BPJS, mereka banyak didorong korban kejahatan itu termasuk juga korban-korban kejahatan atau pun begal yang lain-lain, didorong menjadi tanggung jawab LPSK. Yang kita tahu LPSK itu bukan lembaga yang mengurus kayak begitu. LPSK itu hanya pada persoalan bagaimana pelapor atau saksi itu mereka lindungi. Tidak masuk dalam wilayah mereka harus cover kesehatannya atau yang lain-lain. Pengecualian yang lain itu bisa kita pahami, tapi pengecualian korban kejahatan rasanya irasional kalau diterapkan. Mereka sudah menjadi korban, kemudian mereka harta bendanya mungkin hilang, kemudian mereka juga mengalami penganiayaan, tapi begitu masuk rumah sakit mereka tidak bisa karena ter-cover kepada pengecualian. Nah, ini Pak Menkes bagaimana persoalan ini juga bisa diapa, diselesaikan.

Kemudian, Pak, baru satu menit. Tentang upah tenaga kesehatan. Kesuksesan program kesehatan di Indonesia itu tidak lepas dari persoalan sumber daya manusia. Di mana-mana saya mendengar keluhan, tenaga kesehatan karena kebetulan saya di Cikarang, Cikarang itu kawasan industri. Mereka upahnya jauh di bawah pekerja-pekerja manufaktur. Para bidan kah yang di rumah sakit-rumah sakit, kemudian perawat-perawat, kemudian apoteker atau yang lain-lain. Padahal mereka itu spesialisnya berbeda dan yang mereka pertaruhkan adalah nyawa. Kemudian sekolah mereka itu pasti lebih sulit di kesehatan, tapi ketika terkait dengan hak yang mereka dapat, tanggung jawab yang mereka dapat, sekolah yang sulit, mereka jauh bahkan ada yang setengah dari upah minimum kabupaten/kota.

Nah, ini bagaimana? memang bukan domain dari menteri kesehatan. Ya, tapi tentu ketika bicara akreditasi rumah sakit ini menjadi salah satu persyaratan agar rumah sakit membayar upah dan bahkan banyak rumah sakit itu gaya mereka tidak membayar lembur. 200 jam mereka berada di rumah sakit tidak dibayar lembur atas nama pengabdian, ya tidak boleh begitu juga. Ya, hak mereka juga harus dihargai.

Kemudian yang lain tentang gawat darurat, Pak. Gawat darurat, saya khusus pada persoalan rumah sakit mensyaratkan pengertian gawat darurat adalah ketika panas itu sampai kalau enggak salah 40 derajat atau berapa. Ketika tidak mencapai itu semua, mereka enggak bisa, enggak bisa ditangani di UGD-nya. Nah, pada kasus-kasus tertentu, di wilayah tertentu, jauh-jauh datang ke rumah sakit atau persyaratan-persyaratan yang lain, mereka ditolak hanya karena persoalan tadi. Kita bisa bayangkan mereka malam harus pulang kembali ke rumah, kemudian kalau, kalau tidak, kalau tidak sesuai dengan persyaratan itu mereka enggak di-cover atau mereka masuk dalam pasien umum. Ya, tentu memberatkan mereka.

Terakhir Pak. Ini rujukan, rujukan persoalannya ya sederhana sebetulnya. Kalau tadi bicara tentang KRIS, apa-apa fasilitas rumah sakit yang harus dilengkapi, kemudian juga memang banyak di rumah sakit itu hal-hal

tertentu yang kadang-kadang juga tidak terlalu bermanfaat untuk pasien. Ada banyaklah. Saya bicara tentang ambulans, Pak. Banyak rumah sakit yang tidak menyiapkan ambulans yang mini ICU atau apalah sehingga ketika pasien rujukan dari Rumah Sakit A ke Rumah Sakit B, mereka harus bayar sendiri. Mereka harus dengan pihak ketiga atau penyedia dan biayanya mahal sekali. Hanya dengan 10 atau 15 kilometer, mereka harus membayar 3 juta atau lebih dari itu, dan ini tentu akan memberatkan pasien-pasien yang ada.

Terima kasih, Pak.
Wabilahitaufiq wal hidayah,
Wassalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh.

KETUA RAPAT (CHARLES HONORIS/WAKIL KETUA KOMISI IX DPR RI):

Baik.

Terima kasih Pak Obon,

Lanjut ke Pak Haji Nuroji dan *standby* Pak Sihar Sitorus.

F-P. GERINDRA (Ir. H. NUROJI):

Terima kasih.

Pimpinan yang saya hormati dan Anggota Komisi IX,

Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh.

Yang saya hormati Bapak Menteri Kesehatan dan Kepala BPJS dan juga Dewan Jaminan Sosial Nasional beserta Jajaran yang hadir,

Saya Nuroji dari Dapil Jabar VI Kota Depok, Kota Bekasi. Periode saya kembali tadi, Pak, saya di IX, jadi masih harus banyak mempelajari dulu isu-isu yang di dalam. Jadi, saya bukan mendalami yang di dalam, tapi berbicara umum saja dulu terkait tugas kementerian ini yang tentu saja, kita akan sangat berat dan untuk ke depannya. Jadi, memang menyangkut bangsa ini tidak mudah dengan jumlah penduduk yang besar. Tentu saja perlu langkah-langkah yang tepat dan terukur, kemudian *roadmap*-nya juga jangka panjang supaya indeks kesehatan masyarakat kita terus meningkat.

Salah satu sorotan saya adalah unsur preventifnya atau promotifnya yang mungkin di masyarakat masih kurang ya. Kementerian ini tugasnya sebetulnya salah satunya itu yang penting juga. Terbukti waktu coba kita mengalami wabah covid-19 ya, itu masyarakat yang bertahan dalam masyarakat yang punya imunitas tinggi dan pola hidup sehat begitu ya. Itu membuktikan bahwa kita kalau dengan ukuran tadi, biaya kesehatan kita masih sangat tinggi dan cenderung naik terus, berarti literasi bagi masyarakat tentang kesehatan ini masih sangat rendah. Karena itu, saya ingin juga kementerian ini menguatkan segi preventif dan promotifnya sehingga menekan biaya-biaya tadi.

Seperti kita ketahui sekarang dengan pelayanan yang sudah lebih baik ya, dengan BPJS tadi masyarakat hanya sakit flu saja harus antre ke rumah sakit. Nah, ini mungkin karena edukasi yang kurang dan literasi yang kurang. Begitu juga tentang gizi masyarakat, kebetulan juga ada program. Nah, ini tentu kementerian ini bisa bersinergi dengan BGN, kemudian juga untuk pola hidup sehat bisa mensosialisasikan dengan melalui lembaga-lembaga lain untuk berintegrasi atau berkolaborasi dengan lembaga lain ya. Pemda dan Kemenpora juga agar di sana juga ada program olah raga masyarakat yang bisa meningkatkan imunitas itu bisa dilakukan dalam rangka preventif.

Saya rasa, pola langkah-langkah preventif ini sangat pengaruh juga terhadap tindakan kuratif atau pengobatan berikutnya yang mengakibatkan biaya tadi yang sangat tinggi. Nah, ukurannya sebetulnya satu tadi, kalau rumah sakit kita terus bertambah berarti masyarakat kita makin ya banyak yang sakit. Mestinya makin ke depan, rumah sakit kita bukannya tambah ini bisa berkurang dan pasiennya tidak bertambah, tapi makin sepi. Itulah harapan kita ke depan, tentu saja tidak dalam waktu singkat, tetapi bisa direncanakan dari sekarang.

Kemudian yang terakhir juga saya setuju dengan Bu Irma tadi, ada satu keadaan yang terjadi di lapangan. Saya sendiri juga mengalami ya, industri farmasi bekerja sama dengan dokter ya, kira-kira begitu atau rumah sakit menjual obat begitu ya. Saya masih dalam pengobatan ya, saya diberikan obat berkantong-kantong itu saya tidak minum karena saya tahu itu hanya ya jualan ya. Sekali ambil obat, setiap bulan satu kantong besar itu. Nah, ini masih terjadi Pak. Mungkin ada satu regulasi atau pengawasan bagi dokter atau rumah sakit atau industri, jadi tidak terlalu agresif untuk berjualan barang-barang atau obat yang tidak diperlukan pasien. Ini sangat-sangat merugikan dan tadi tentu saja, masuk ke dalam rekapan biaya kesehatan bangsa atau nasional kita tadi.

Yang terakhir, saya hanya memberikan apresiasi kepada BPJS yang sudah menyampaikan tadi kemajuan yang luar biasa dengan memanfaatkan teknologi dan lain-lain yang tampaknya juga untuk masyarakat, tentu saja buat yang lain Dewan Jaminan Sosial Nasional yang sudah bekerja dengan baik. Saya tidak berani dalam-dalam ya, karena memang masih belum banyak memahami. Baru kembali dari Komisi X, Pak.

Demikian Pak Menteri, terima kasih. Pimpinan, terima kasih.

KETUA RAPAT (CHARLES HONORIS/WAKIL KETUA KOMISI IX DPR RI):

Baik.

Terima kasih Pak Nuroji,

Selanjutnya Pak Sihar Sitorus, *standby* Ibu Sri Meliyana.

Silakan Pak Sihar.

F-PDI PERJUANGAN (Dr. SIHAR P.H.SITORUS, BSBA., M.B.A.):

Ya, baik.

Terima kasih.

Pimpinan Komisi IX yang saya hormati beserta seluruh rekan-rekan Anggota Komisi IX yang saya hormati,

Selamat siang kepada Pak Menteri Kesehatan, Bapak Ketua Dewas BPJS Kesehatan, Bapak Dirut BPJS Kesehatan, dan tentunya Ketua DJSN dan seluruh jajaran.

Teman-teman sudah banyak memberikan masukan atau tanggapan terutama yang berkaitan dengan faktor-faktor yang mempengaruhi penghitungan dalam tarif atau memberikan juga kondisi kesehatan di bangsa kita saat ini.

Saya ada beberapa observasi yang menarik, menarik perhatian saya terutama dari *slide*, Pak, Pak Menkes terutama *slide* 5 yang mana hasil validasi 2.766 rumah sakit ternyata rumah sakit swasta itu lebih banyak yang mengimplementasikan KRIS baik pada seluruh kriteria dibandingkan rumah sakit pemerintah.

Nah, mengingat begitu pentingnya kesehatan ini bagi seluruh warga negara kita ini, maka pertanyaannya adalah apakah rumah sakit pemerintah ini kalah lincah atau bagaimana begitu. Apakah ada, ada *constraint* yang membuat itu menjadi sulit ya untuk diimplementasikan. Padahal garda terdepan mestinya adalah pemerintah sebagai regulator yang memiliki anggaran dan yang lain-lainnya juga atau jangan-jangan rumah sakit swasta ini mendapatkan apa ya atau melihat dia *opportunity* atau bahkan mendapatkan tekanan untuk mengimplementasikan dengan, dengan cepat. Jadi, ini *under pressure*, kalau katanya Queen. Itu observasi pertama, observasi pertama saya.

Yang kemudian yang menarik adalah dari rumus yang diberikan tadi oleh Pak Menteri tentang tarif iDRG untuk mencapai *national base rate* tadi ya. Nah, yang saya ingin tanyakan lebih jauh adalah sebenarnya tentang *adjustment*. *Adjustment* ini apakah telah juga ada kriteria-kriteria untuk mengantisipasi *future cost* ataukah ada suatu indeks yang digunakan nanti untuk *adjustment*. Kenapa begitu? karena dalam contoh dari beberapa negara tadi yang disampaikan seperti dari Thailand, Australia, dan juga Jerman. Kalau kita hitung dia punya NBR terhadap GDP per kapitanya, Jerman, Australia kurang lebih sekitar 10% daripada GDP per kapita. Thailand sekitar 5%.

Nah, apabila kita mau menerapkan mengarah dari HBR menjadi NBR, NBR ini apakah kita juga punya kriteria, apakah itu nanti 5% seperti Thailand ataukah 10% seperti Jerman atau Australia. Nah, kalau itu misalnya kita pakai angkanya 5% dari GDP kita yang sekitar 4.000-an hari ini, mungkin itu *equivalent* dengan 200 Dolar per tahun berarti sekitar 3,4, 3,2 juta per tahun

dan kita bagikan lagi 12 bulan, kemudian kita hitung dengan PBI dan yang lain-lainnya, apakah ini *affordable* bagi kita.

Nah, dalam hal ini saya pikir dari Kemenkes dan seluruh BPJS dan juga DJSN juga dan Dewas juga bisa memberi tahu kita sebenarnya target kita ini seperti apa begitu. Karena akan lebih baik kalau kita bisa memberikan satu target, meskipun target itu mungkin akan berubah seiring dengan variabel-variabel yang, yang ada, tapi kita bisa mempunyai suatu angka sebagai antisipatif ke mana begitu, jadi kita bisa mempersiapkan. Contohnya, ini akan berkaitan dengan penghasilan. Kesehatan ini akan, saya rasa akan berbanding lurus dengan, dengan penghasilan. Semakin tinggi penghasilan kita maka akan menuntut kualitas kesehatan yang, yang sangat baik.

Nah, oleh karena itu kita perlu ada satu target seperti dikatakan tadi rekan saya juga bahwa Jerman saja 10 tahun. *Oke*, kita karena ada teknologi mungkin kita tidak akan 10 tahun, tapi tetap substansinya tidak, tidak berubah. Kita perlu antisipasi suatu angka supaya kita bisa bekerja mengarah ke sana. Terutama misalnya karena ada korelasi antara kesehatan dan *income*, dan penghasilan maka kita harus berpikir juga untuk mencari sebenarnya ini agak-agak geser sedikit, tapi relevan karena ada korelasi tersebut. Bagaimana kita memberikan lapangan pekerjaan atau meningkatkan kualitas SDM kita, sehingga mendapatkan penghasilan yang lebih tinggi.

Yang ketiga, observasi saya, tadi Pak Menkes juga bilang bahwa Kelas A, B, C yang selama ini berdasarkan volume kamar dalam suatu rumah sakit, nanti mau berubah menjadi berdasarkan kompetensi daripada rumah sakit tersebut. Begitu kan, Pak ya? Nah, ketika itu kita implementasikan misalnya dari kualitas menjadi, dari kuantitas menjadi kualitas maka konsekuensinya akan ada pergeseran investasi di rumah sakit tersebut. Yang tadinya saya punya 50 kamar, tapi saya cuma sanggup bikin apa ya *treatment* yang kurang canggih, kemudian kita berpikir mau menangani jantung misalnya. Meskipun kamarnya cuma 5, tapi di rumah sakit jantung begitu ya sebagai contoh maka terjadi pergeseran investasi. Ketika itu terjadi juga maka akan ada ketimpangan atau ada *gap* antara rumah sakit juga akhirnya. Yang tadinya bergeser dari volume menjadi kualitas, dia akan, dia akan bergeser dan ketika pergeseran ini terjadi, maka akan terjadi juga perubahan penghitungan *cost*, *cost weight* tadi. Akhirnya NBR kita bergerak lagi juga, Pak.

Jadi, dengan kata lain dalam kita ingin memformulasikan tarif baru ini, maka kita harus melihat juga secara keseluruhan dan terutama *supply chain* di dalam *health care* kita itu sendiri. Kalau kita *health, supply chain* ini mau kita bebankan kepada sebagai akibat *supply chain* tersebut kita bebankan kepada seluruhnya, mungkin itu *ndak* apa ya kita paksa orang di dalam *supply chain* kita untuk mengikuti sebagai persyaratan itu, mungkin enggak *fair* juga. Jadi, mungkin kita harus lebih-lebih spesifik. Apakah *supply chain* yang berkaitan diindustri *health care* saja yang akan saling mengatakan *eh* ajak *dong* kamu punya ini-nih *vendor* untuk ikutan di BPJS ini. Mungkin itu akan lebih *fair* daripada pada keseluruhan, tapi ini *subject to study* begitu. Jadi, kira-kira itu dari saya.

Terima kasih Pimpinan.

KETUA RAPAT (CHARLES HONORIS/WAKIL KETUA KOMISI IX DPR RI):

Ya, terima kasih Pak Sihar,

Selanjutnya Ibu Sri Meliyana dan *standby* Pak Achmad Ru'yat.

Silakan Bu Meli.

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

Terima kasih, Ketua.

Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh.

Pimpinan dan Anggota Komisi IX yang saya cintai dan banggakan, Mitra kami yang lengkap hadir pada hari ini, Kementerian Kesehatan, DJSN, Dewas BPJS, dan BPJS yang kami hormati,

Setelah banyak tadi kita dengar masukan dari kawan-kawan Komisi IX, saya tentu mendukung langkah-langkah transformasi yang akan dilakukan oleh Kemenkes, oleh DJSN, Dewas BPJS, dan BPJS sebagaimana yang telah disampaikan dan diharapkan oleh kawan-kawan Anggota Komisi IX.

Khusus untuk Kementerian Kesehatan, implementasi KRIS. Kementerian Kesehatan telah menargetkan 96,4% rumah sakit untuk menerapkan KRIS. Bagaimana kementerian memastikan rumah sakit yang belum memenuhi seluruh kriteria KRIS dapat segera beradaptasi sebelum tenggat waktu 30 Juni 2025. Apa bentuk bantuan yang diberikan kepada rumah sakit yang di wilayah dengan akses yang sangat terbatas seperti Papua.

Kemudian pembiayaan rumah sakit. Dengan diterapkannya KRIS terdapat potensi perubahan signifikan dalam tarif rumah sakit. Bagaimana kementerian akan menjamin keberlanjutan pembiayaan bagi rumah sakit yang mengalami kesulitan finansial akibat perubahan tarif yang diterapkan. Apakah ada skema pendanaan khusus untuk rumah sakit dengan sumber daya yang terbatas.

Kemudian untuk program JKN dan KRIS. Sampai saat ini, tentang KRIS itu masih sangat membingungkan baik dari masyarakat yang akan turut menjalaninya maupun pada apa regulasi tentang KRIS itu sendiri. Nah, kami ingin mengingatkan pentingnya sosialisasi program JKN dan KRIS ini sehingga tidak seperti yang kita baca di sosmed, KRIS itu lebih banyak membingungkannya daripada menguntungkannya. Nah, kami ingin tadi seperti yang *statement* Pak Menteri di awal, KRIS itu adalah standar pelayanan, standar bagi seluruh pelayanan kesehatan. Tidak mengubah banyak hal, kecuali memperbaiki standar, kalau saya tidak salah kutip, Pak Menteri. Karena selama ini kalau bicara KRIS maka banyak yang-yang kita pikirkan akan berubah.

Kemudian untuk DJSN. Pengelolaan iuran dan defisit DJS. DJSN memperkirakan potensi defisit pada tahun 2025. Selain penyesuaian iuran, apakah ada strategi jangka panjang yang sedang disiapkan untuk mengurangi ketergantungan terhadap perubahan tarif dan memastikan kelangsungan dana jaminan sosial kesehatan.

Kemudian penyesuaian iuran JKN. Dalam perhitungan penyesuaian iuran JKN, faktor-faktor apa yang menjadi pertimbangan utama DJSN dan bagaimana DJSN memastikan bahwa penyesuaian tersebut tidak membebani peserta, walaupun membebani pada tingkat yang masih bisa ditoleransi oleh peserta, dicapai oleh peserta terutama peserta dari kalangan yang tidak mampu dan rentan.

Kemudian peningkatan aktivasi peserta nonaktif. DJSN telah mengidentifikasi tingkat keaktifan peserta yang rendah sebagai salah satu penyebab defisit. Apakah DJSN memiliki rencana khusus untuk meningkatkan kesadaran dan partisipasi peserta terutama di daerah dengan tingkat partisipasi yang rendah. Sejauh mana teknologi dapat dimanfaatkan untuk meningkatkan reaktivasi peserta nonaktif.

Kemudian kepada BPJS Kesehatan, semoga terus inovatif, Pak. Karena hari ini menurut kami, BPJS ini sudah menjadi sandaran masyarakat untuk mencapai akses pengobatan, walaupun perasaan bersandar itu belum, belum setara dengan perasaan kesadaran untuk mengiur dengan, dengan disiplin. Nah, kami ingin tetap BPJS tidak hanya didengar beritanya di luar negeri, Pak, tapi didengar dan dirasakan manfaatnya bagi semua lapisan masyarakat seluruh Indonesia. Kami mengapresiasi segala langkah yang dilakukan oleh BPJS untuk membuat kesehatan masyarakat semakin tercapai.

Demikian Ketua.

Terima kasih.

Wassalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh.

KETUA RAPAT (CHARLES HONORIS/WAKIL KETUA KOMISI IX DPR RI):

Baik.

Terima kasih, Bu Sri Meliyana.

Bapak-Ibu,

Ini sudah sebelum saya berikan kesempatan ke Pak Achmad Ru'yat. Saat ini sudah pukul 12.30, saya ingin tawarkan dulu kepada Bapak-Ibu Anggota, apakah kita perpanjang 30 menit atau kita *break* dulu setelah pertanyaan Pak Achmad Ru'yat? Kita perpanjang saja ya, sampai jam 13.00 ya? Setuju ya Bapak-Ibu ya? Kita perpanjang 30 menit sampai jam 13.00 untuk menyelesaikan pertanyaan-pertanyaan ya.

(RAPAT: SETUJU)

Baik.

Selanjutnya Pak Achmad Ru'yat. Silakan Pak.

F-PKS (drh. H. ACHMAD RU'YAT, M.Si):

Baik.

Terima kasih Pimpinan Komisi IX.

Yang terhormat seluruh Anggota Komisi IX, dan juga Mitra Kerja, Pak Menteri, Kemenkes dan juga Direksi BPJS dan juga dari DJSN, dan juga Dewas,

Saya Achmad Ru'yat A-456 Dapil Jabar V Kabupaten Bogor.

Yang pertama, terus-terang saya masuk di Komisi IX ini karena diajak oleh Pak Menkes, Kemenkes ya, Pak Budi Gunadi Sadikin. Saya ingat betul ketika saya sebagai Pimpinan DPD Jawa Barat dan ajakan itu saya sambut, Pak, dan dalam pertemuan RDPU sebelumnya saya memohon agar RSUD Parung yang 3 lantai itu bisa dibantu dari Kemenkes dan Pak Wamenkes waktu itu konfirmasi ke saya akan melihat. Jadi, mohon progresnya, Pak, karena ini terkait dengan layanan pada masyarakat.

Yang kedua, tentu saya sangat mendukung ya dan menyambut program Pak Kemenkes atas target 96,4% kelas rawat inap standar yang terdiri daripada 3.113 rumah sakit. Kami dukung penuh Pak, karena ya meskipun saya dokter hewan ya, saya meyakini bahwa Pak Kemenkes ini *insyaAllah* akan masuk surga dengan memfasilitasi kelengkapan ya KRIS ini, Pak. Jadi, saya doakan betul itu Pak Menteri, Pak Dirut BPJS, dan juga pimpinan di JKN dan Dewas semuanya sehat *walafiat* ya karena beban pelayanan kesehatan ini sangat berat ya. Jadi, saya kadang-kadang membayangkan bila saya berada di posisi Bapak, sangat berat sekali ya.

Nah, tentu dari interaksi yang saya lakukan ya, beberapa waktu yang lalu saya kebetulan istri saya dari Jawa Timur, dari Blitar, saya bincang-bincang dengan pengelola rumah sakit. Ada keluhan, Pak, ya dan di Jawa Pos dimuat ada klaim ya yang harus dibayarkan oleh BPJS itu di angka 500 miliar itu tidak di, tidak dipenuhi ya atau mungkin tertunda dan mendapatkan protes dari 493 rumah sakit di Jawa Timur. Ini mohon penjelasan dari Dirut BPJS. Sampai Ombudsman di Jawa Timur juga sempat turun, kira-kira progresnya bagaimana Pak ya. Karena rumah sakit sudah melakukan pelayanan, dokter sudah bekerja ya, dan tertundanya juga cukup, waktu yang cukup lama.

Kemudian yang kedua, terhadap audit ya. di BPJS ini ada audit dan itu berlaku mundur Pak, ya, di anggaran 2021, 2022, 2023 sehingga atas pembayaran klaim BPJS kepada rumah sakit, kemudian di tahun 2024 itu harus mengembalikan ya. Apalagi tadi Bu Netty menjelaskan perawat-perawat di

puskesmas juga harus mengembalikan, dokter-dokter spesialis yang sudah bekerja harus mengembalikan. Ini bagaimana ceritanya, Pak? Dan saya cek ya, kebetulan kami Komisi IX dipimpin oleh Bapak yang terhormat, Bapak Yahya Zaini *on the spot* ya ke beberapa provinsi dan keluhannya hampir sama Pak, ya. Jadi, terhadap pengembalian hasil audit dan mundur ke belakang ya. Padahal jasa yang sudah digunakan demikian sudah sangat besar. Mohon penjelasan.

Kemudian terkait dengan penerapan audit mundur ya dan waktunya yang cukup panjang dalam hitungan tahun ya, yang mulai 2021.

Kemudian berikutnya adalah tentang standar yang sangat berat ya atas yang diterapkan oleh BPJS atas *emergency* pelayanan, Pak. Jadi, mohon penjelasan. Karena banyak masyarakat yang ditolak rumah sakit.

Demikian beberapa poin penting yang dapat kami sampaikan. Mudah-mudahan Bapak-Ibu semuanya sehat juga sepanjang usia ya. Saya khawatir dicecar dengan berbagai pertanyaan, jadi sakit, Pak. Jadi, kami juga dari Komisi IX jadi ikut berdosa ya kan. Jadi, kami mendoakan betul semua teman-teman di Komisi IX, Bapak-Ibu sehat bugar ya. Selalu ceria, tersenyum begitu kan demikian.

Terima kasih Pak Menteri ditunggu progres RSUD di Parung Kabupaten Bogor. *Hatur nuhun*. Saya mau cium tangan, Pak, kalau ini bisa benar-benar terjadi, Pak. Betul, Pak. Saya mau cium tangan bolak-balik, Pak, ya.

Terima kasih.

Wassalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh.

KETUA RAPAT (CHARLES HONORIS/WAKIL KETUA KOMISI IX DPR RI):

Walaikumsalam.

Terima kasih Pak Achmad Ru'yat,

Terakhir dari teman-teman Anggota.

Ibu Teti silakan.

F-P. GOLKAR (TETI ROHATININGSIH, S.Sos):

Terima kasih, Pimpinan.

**Pimpinan dan Anggota Komisi IX yang saya hormati,
Pak Menkes beserta jajaran. Ini penuh, lengkap hari ini, yang saya hormati, yang dirahmati Allah,**

Kalau tadi Pak (*suara tidak jelas*), Pak Menkes suruh ke Jawa Timur, saya juga Pak Menkes harus ke Cilacap ini karena di Cilacap itu kabupaten

terluas, Pak, se-Jawa Tengah. Jumlah penduduknya paling banyak, angka kemiskinan 17%, angka *stunting* masih 14, ini lumayan memprihatinkan. Saya tanya, Pak, masalah kualitas pelayanan kesehatan, banyak peserta JKN mengeluhkan kualitas layanan di rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS. Apa solusi yang telah di, yang akan diterapkan memastikan peserta JKN mendapatkan pelayanan lebih layak.

Masyarakat mengeluhkan adanya kuota layanan di fasilitas kesehatan baik di FKTP maupun FKRTL bagaimana antisipasi hal ini, Bapak? Satu sehat *screening* gratis ini solusi kesmas. namun, perlu ditekankan bagaimana program ini didukung dengan kesiapan faskes di daerah yang terpencil. Ini kalau di Pulau Jawa SDM-nya sudah baik ini Pak, kalau di tempat terpencil masih-masih perlu keprihatinan.

Ini masalah perpindahan FKTP peserta. Perpindahan peserta BPJS secara kolektif masih banyak mengalami kendala di lapangan terutama santri yang tinggal di pesantren yang berbeda faskes dengan orang tua. Ini Pak, dari BPJS.

Seterusnya peran asosiasi. Saat ini, dalam implementasi di lapangan, pihak yang posisinya paling lemah adalah FKTP dan FKTL, dana sosialisasi faskes. Padahal eksistensi asosiasi faskes diakui dalam Undang-Undang SJSN dan BPJS. Cermati Pak, surat perjanjian kerja sama faskes dengan BPJS Kesehatan. Isinya berat sebelah. Ini laporannya dan menguntungkan BPJS Kesehatan. Asosiasi faskes bukan lembaga yang kuat dan berwibawa di depan BPJS Kesehatan. Saatnya kini, asosiasi faskes diperkuat dengan tingkat kredibilitas yang tinggi agar mekanisme *check and balances* dapat berjalan dengan baik.

Yang selanjutnya masalah akreditasi FKTP. Data akreditasi yang saat ini yang sudah tercapai baru puskesmas, namun klinik masih banyak yang belum terakreditasi. Harapannya BPJS masih memberikan kesempatan bersama faskes swasta yang ingin memperpanjang kerja sama dengan BPJS, walaupun mereka baru beroperasi atau akreditasinya tahun ini Bapak. Karena kenyataannya masih banyak faskes swasta yang belum memahami cara akreditasi. Hal ini penting untuk mengapresiasi faskes yang sudah berkomitmen menjaga mutu FKTP dengan akreditasi, walaupun terlambat melewati target tahun 2025.

Terima kasih atas pencerahannya.

*Wallahul muwaffiq ila aqwamit tharieq,
Wadanaya,
Wassalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh.*

Terima kasih, Pimpinan.

KETUA RAPAT (CHARLES HONORIS/WAKIL KETUA KOMISI IX DPR RI):

Baik.

Terima kasih Bu Teti.

Kita langsung lanjut ke meja Pimpinan ya, Bapak-Ibu.

Bu Putih silakan.

F-P. GERINDRA (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX DPR RI):

Baik.

Terima kasih.

**Pimpinan dan Bapak-Ibu Anggota Komisi IX yang saya hormati,
Menteri Kesehatan beserta jajaran, lalu juga dari DJSN, dari Dewas BPJS
Kesehatan, dan juga dari BPJS Kesehatan,**

Tentunya pertemuan kita agenda rapat kerja Komisi IX DPR RI bersama dengan Bapak-Ibu semua hari ini adalah ingin memastikan ya, memastikan keberlanjutan Program JKN ini. Karena kita tahu Program Jaminan Kesehatan Nasional ini banyak memberikan manfaat ya, kepada masyarakat. Banyak sekali masyarakat yang memang terbantuan dengan adanya Program JKN.

Jadi tentu semangatnya kita samakan ya, bukan berarti kita ingin apa namanya mencari kesalahan tidak, tapi tentu kita ingin sama-sama memperbaiki apa namanya Program Jaminan Kesehatan Nasional ini agar bisa terus berlanjut. Termasuk tentunya di dalam penerapan KRIS ya, yang tadi sudah disampaikan penerapan kebijakan KRIS ini merupakan salah satu langkah ya untuk kita bisa memperbaiki pelayanan kesehatan di dalam Program JKN dan tentu kriterianya cukup baik ya, Pak Menteri.

Hanya memang dari awal sekali kami memberikan catatan penting ya terkait dengan jangan sampai ya penerapan KRIS ini mengganggu atau menurunkan kualitas pelayanan. Apalagi terkait dengan kapasitas tempat tidur ya, kapasitas tempat tidur yang ada di rumah sakit, walaupun Pak Menteri juga berkali-kali juga saya baca meyakinkan karena 70% yang sudah siap begitu ya. Tidak akan mengganggu apa namanya volume dari kapasitas tempat tidur yang ada di FKTP ya. Hanya saja memang ya, bukan berarti yang 30%-nya ya, saya kira, juga perlu ada antisipasi atau pun juga solusi dari pemerintah untuk bisa mengatasi. Kalau memang yang 30% belum siap begitu ya terkait dengan penerapan KRIS ini, termasuk tentunya tantangan yang juga mungkin akan dihadapi dari penerapan KRIS di rumah sakit adalah ya kesenjangan ya, kesenjangan antara fasilitas rumah sakit, ya pemerintah ya, maupun juga fasilitas apa rumah sakit swasta ya.

Lalu dengan implementasi KRIS ini ya, saya ingin mendapatkan gambaran sebenarnya ya, dari sisi keuangan. Apakah akan terjadi efisiensi ya pembiayaan BPJS Kesehatan ya. Kalau iya, ya, kalau pun iya, sampai berapa persen sudahkah ada estimasi ya, efisiensi ini. Mohon ini bisa diperjelas ya.

Yang selanjutnya, kami apresiasi begitu ya BPJS Kesehatan. Tadi disampaikan banyak mendapatkan penghargaan begitu ya baik dari dalam negeri maupun luar negeri, tapi kan yang menjadi masalah di sini adalah terkait dengan tata kelola ya, keuangan ya tata kelola keuangan disampaikan kalau di media-media kan ramai begitu ya. Ada defisit atau pun mungkin juga *mismatch* sekitar 20 triliun, tapi kalau kami lihat dari paparan Pak Dirut tadi ya, saya baca di sini pendapatannya 165,3 triliun, sedangkan biaya jaminan kesehatannya, 174,9 triliun ya. Artinya di sini defisitnya hanya sekitar 9,6 triliun begitu ya. Jadi, mohon ya penjelasannya. Ya, penjelasannya. Karena memang tadi juga disampaikan ya belum ada nih ya, penjelasan terkait *mismatch* atau pun juga defisit dari BPJS Kesehatan ya. Karena tentunya ini sangat penting ya, sebagai tentunya bahan evaluasi untuk perencanaan kita ke depan akan seperti apa ya.

Lalu juga, kami juga minta juga disampaikan saya kira ya, berapa sih alokasi dana cadangan begitu ya, dari BPJS Kesehatan yang tersedia hari ini sebenarnya berapa. Sampai kapan misalnya estimasi dana ini bisa bertahan begitu, bisa bertahan ini sampai kapan. Jadi, mohon ini bisa disampaikan kepada kami sehingga nanti jangan-jangan apa *ujug-ujug* di akhir ya. Kalau pun memang mungkin sedang dalam perhitungan atau aktuarial. Ya, tadi DJSN juga dan juga Dewas juga sampaikan. Jangan sampai nanti akhir tahun kesannya menjadi tiba-tiba ya, menjadi tiba-tiba defisit ya. Entah mungkin nanti ada penyesuaian iuran atau mungkin nanti minta dana talangan lagi ke pemerintah. Jangan sampai seperti itu.

Kami ingin tentunya ini ada proses yang jelas ya, yang dilewati ya termasuk tentunya ya langkah-langkah. Langkah-langkah apa yang dilakukan oleh BPJS untuk bisa mencegah ya, mencegah atau meminimalisir lah mungkin ya, terjadinya defisit ke depan. Karena tadi juga banyak saya kira teman-teman yang sudah menyampaikan potensi-potensi yang mungkin masih bisa dilakukan ya untuk mencegah hal tersebut ya.

Lalu yang selanjutnya ya. Ada beberapa memang kondisi-kondisi di masyarakat yang sepertinya apa antara aturan ya, atau pun regulasi yang enggak sesuai dengan kenyataan atau realitas ya, ya di masyarakat. Contoh, BPJS menyampaikan tidak ada pembatasan atau kuota layanan kesehatan pada peserta JKN. Kenyataannya Pak, ya, kenyataannya itu banyak ya, dilakukan oleh rumah sakit ya atau pun juga dirasakan oleh masyarakat ya. Yang mungkin tadinya ya oke regulasi itu ingin memanfaatkan aplikasi, ingin apa sistemnya komputerisasi, memudahkan pendaftaran begitu ya, tapi kenyataannya malah bukannya tambah cepat atau menjadi efisien ya, tapi menjadi alat untuk membatasi jumlah pasien untuk bisa mendapatkan pelayanan kesehatan. Termasuk juga saya kira di *mobile* JKN, kadang-kadang orang kuota penuh, kuota penuh. Keterangannya selalu seperti itu ya.

Jadi ini banyak sekali ya, keluhan-keluhan di masyarakat yang pada akhirnya sulit ya, yang mereka mungkin hari ini periksa, lalu ada rujukan untuk periksa entah laboratorium atau pun periksa radiologi misalnya yang harusnya bisa setelah adanya pemeriksaan lanjutan ini bisa langsung balik lagi ke dokter yang dituju, tapi karena tadi ada pembatasan-pembatasan kuota ini akhirnya baru, bahkan 1 bulan lebih begitu ya, 1,5 bulan baru bisa kembali ya ketemu

dengan dokter. Nah, ini bisa dibayangkan apakah hasil pemeriksaan labnya misalnya atau radiologinya ini masih relevan begitu kan. Nah, ini kondisi-kondisi seperti ini, Pak, saya kira juga perlu secara apa ya mungkin terbuka ya kita apa namanya lihat realitanya di lapangan begitu ya.

Termasuk tentunya terkait dengan apa tadi keluhan ya, keluhan. Tadi disampaikan agak sulit ya, fasilitas kesehatan hari ini mengajukan klaim ya. Ya di satu sisi kami memahami untuk bisa menekan *fraud* begitu ya, di fasilitas kesehatan yang ada yang bekerja sama dengan BPJS sehingga mungkin perlu ada apa pengetatan atau mungkin juga *detailing* begitu ya di dalam proses pengajuan-pengajuan klaim yang dilakukan oleh faskes ya, terutama FKTL, tapi juga perlu juga dipahami ya, pending klaim ini ya, juga mengancam begitu ya, mengancam keberlangsungan atau pun mengancam penurunan pelayanan di rumah sakit ya. Salah satunya terkait mungkin juga kendala pengadaan obat.

Kita sering ya, mendapatkan keluhan masyarakat tidak bisa mengakses obat JKN karena obat kosong. Memang FKTL yang melakukan penyediaan ya, melakukan penyediaan obat JKN ya. 40% pengeluaran rumah sakit itu memang ditujukan untuk kebutuhan obat-obatan biasanya. Nah, karena adanya *pending klaim* ya sehingga ya rumah sakit mem-*pending* juga ya pengadaan terhadap obat-obatan sehingga ujung-ujungnya kembali lagi masyarakat yang apa dikorbankan ya. Dikorbankan tidak bisa mendapatkan akses terhadap obat-obatan JKN atau pun obat-obatan JKN-nya dibatasi ya. Ada juga kasus seperti itu terutama mungkin jenis-jenis obat untuk penyakit-penyakit kronis yang biayanya juga tinggi. Ada yang harusnya mungkin dia dapat 3x1 sehari harusnya sekian puluh tablet misalnya 90 tablet, kadang dikasih 50 begitu ya atau ya tadi dibilang kosong.

Jadi, ini saya kira Bapak-Ibu semuanya ya, permasalahan-permasalahan ini implikasi lah saya kira, dari proses yang ada, sistem ya, proyek sistem yang ada di dalam penerapan jaminan kesehatan nasional kita yang kita perlu evaluasi bersama dan kita perlu carikan solusinya bersama ya. Terutama terkait hal-hal teknis memang yang ada di lapangan begitu ya, yang ada di masyarakat sehingga tidak mengganggu pelayanan ini. Saya kira, itu Pimpinan yang ingin saya sampaikan.

Terima kasih.

KETUA RAPAT (CHARLES HONORIS/WAKIL KETUA KOMISI IX DPR RI):

Baik.

Dilanjut Pak Yahya Zaini silakan.

F-P. GOLKAR (M. YAHYA ZAINI, S.H./WAKIL KETUA KOMISI IX DPR RI):

Terima kasih, Pimpinan.

Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh.

**Pimpinan yang saya hormati,
Pak Menteri Kesehatan, Pak Kepala Ketua DJSN, Ketua Dewas, dan Pak
Dirut BPJS Kesehatan,**

Salah satu tema dari rapat kita ini adalah potensi kerugian BPJS Kesehatan. Tetapi kalau kita mendengar paparan dari Pak Dirut, tampaknya tidak ada potensi kerugian tadinya. Betul Pak Dirut ya? Saya tidak melihat ini potensinya di mana. Bahkan dengan gagah Pak Dirut menyampaikan pembayaran klaim 3 bulan ke depan masih aman ya kan, 6 bulan masih aman kira-kira begitu ya. Itu yang saya tangkap tadi ya, kalau saya salah tolong dikoreksi.

Nah, kalau memang ada potensi kerugian, tolong disampaikan secara gamblang di sini supaya kita bisa memberikan jalan keluar atau solusi, tetapi kalau solusinya adalah peningkatan iuran, Pak Dirut, saya orang pertama yang tidak setuju. karena masih mungkin ada potensi-potensi lain yang bisa dikerahkan untuk menutupi potensi kerugian. Misalnya disebutkan oleh Pak Dewas ya kan, peserta yang nonaktif itu ada 55 juta orang. Andaikan saja yang tidak aktif itu ada Kelas 3 semua, kalau membayar semua 42.000 itu kira-kira ada potensi 2 triliun, 2,3 triliun, 2,3 triliun yang bisa diraih untuk menutupi kerugian akan diberikan. Cuma persoalannya kita mendengar potensi yang atau peserta nonaktif ini kan sudah beberapa bulan yang lalu.

Sampai sekarang pernah enggak dilakukan ya kan upaya-upaya untuk mengembalikan peserta aktif itu apa. Paling tidak pertama di-*profiling* dari 55 juta itu, itu siapa saja, kemudian dari jenis iurannya apakah ada PBI yang dari daerah atau tidak. Kalau kita ke daerah Pak, banyak sekali orang yang dulunya punya KRIS, sekarang tidak punya KRIS. Artinya pemdanya tidak membayar ya kan, JKN, ya JKN maksud saya. Yang punya kartu ya, peserta bukan KRIS mohon maaf. Jadi, orang yang punya kartu KIS ya kan selama ini ternyata dicabut atau tidak aktif lagi. Itu banyak sekali kasus-kasus yang terjadi di daerah.

Nah, kami ingin sebenarnya melakukan rapat khusus mengenai kepesertaan JKN ini. Karena belum pernah kita melakukan secara mendalam membahas *profiling* atau apa namanya data secara lengkap mengenai kepesertaan JKN ini. Ini tolong ini sejauh mana sudah lakukan mitigasi dan upaya-upaya untuk bisa dilakukan apa pengembalian atau bisa diaktifkan kembali.

Yang kedua, saya berkunjung ke beberapa rumah sakit, ada aspirasi ini Pak Dirut. Saya tanya, biaya makan Kelas 3 yang ditanggung BPJS kesehatan itu berapa? Cuma 10.000, Pak, kali tiga berarti kan 30.000. Cukup enggak ini? Sebenarnya enggak cukup katanya cuma dicukup-cukupkan. Jadi, ini betul enggak ini, Pak, ya tolong diselesaikan. Saya dapat dari dirut, dari direksinya Pak, ini Pak, iya kan. Biaya makan Kelas 3C yang ditanggung BPJS Kesehatan di rumah sakit hanya 10.000.

Kita ingat makan siang gratis ini, Pak, ya kan? Iya. Makan siang gratis ini 10.000. Kalau untuk sarapan mungkin untuk sekali makan, sekali makan ya

37

kan? Kalau untuk sarapan mungkin cukup, tapi untuk makan siang dan makan malam rasanya kurang memenuhi standar ini. Apalagi orang sakit itu kan memerlukan gizi yang cukup sehingga apa namanya angkanya perlu dikaji kembali yang layak, yang pantas, yang bisa memulihkan orang sakit itu berapa. Ini keluhan yang saya tangkap dari beberapa rumah sakit yang saya kunjungi.

Nah, yang terakhir untuk KRIS. Pak Menteri, Pak Menteri sudah menyampaikan beberapa data tadi mengenai hasil validasi ya kan baik di provinsi maupun di pusat. Nah, ketika kami Komisi IX berkunjung ke daerah itu kami langsung menanyakan ke beberapa RSUD. Banyak RSUD yang sama sekali belum menyiapkan apa-apa. Misalnya kami ke Batam, RSUD-nya belum menyiapkan apa-apa.

Awal-awal periode ini, kami juga datang ke Riau ya kan. RSUD-nya belum menyiapkan apa-apa. Kami kunjungi ada perwakilan juga dari Kemenkes. Kemarin kita datang juga ke Kalimantan Selatan, saya tanya Dirutnya juga belum ada apa namanya, belum ada persiapan apa-apa. *Nah*, ini mungkin validasinya yang dilakukan Dinkes itu seperti apa. Jangan sampai Dinkes melakukan validasi dan tidak objektif. Lapornya asalkan Kementerian Kesehatan senang, sementara realitas di lapangan tidak seperti itu. Nah, ini tolong dikonfirmasi kembali karena ini terkait dengan kesiapan KRIS yang akan dilakukan oleh pemerintah pada Juni tahun 2025.

Saya kira, itu Pak Charles.

Terima kasih.

Assalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh.

KETUA RAPAT (CHARLES HONORIS/WAKIL KETUA KOMISI IX DPR RI):

Terima kasih Pak Yahya Zaini.

Bapak-Ibu,

Tadi sudah banyak sekali pertanyaan dan pendalaman yang disampaikan oleh Pimpinan maupun Anggota Komisi IX.

Silakan, Bu Putih.

F-P. GERINDRA (drg. PUTIH SARI/WAKIL KETUA KOMISI IX DPR RI):

Iya, menambahkan sedikit saja. Tadi karena terkait dengan apa namanya kepesertaan yang aktif ya. Jadi kan memang hari ini Indonesia klaimnya kan sudah mencapai UHC (*Universal Health Coverage*) begitu ya, dari sisi kepesertaan sudah di atas 95% penduduk ya. Jadi, peserta BPJS Kesehatan, tapi kan sebelumnya pernah juga disampaikan dalam rapat saya ingat ada 50 juta ya peserta yang nonaktif, tidak bayar premi ya BPJS Kesehatan. Nah, saya enggak tahu angka ini apakah masih sama ya apa yang tidak aktif pastinya berapa. Mohon juga mungkin bisa disampaikan lebih lanjut.

Dan juga saya ingin menanyakan, apakah yang 50 juta ini termasuk mereka yang dibayarkan PBI-nya atau PBPU oleh pemda ya, oleh pemerintah-pemerintah daerah. Karena memang benar, tadi beberapa juga disampaikan ya, bahwasanya ada beberapa pemda yang hari ini melakukan penonaktifan karena yang melakukan adalah yang melakukan penonaktifan adalah pemda. Betul begitu ya, jadi dikarenakan ya, dikarenakan ya mungkin ada verifikasi data iya, tapi juga ada indikasi-indikasi ketidakmampuan pemda untuk membayar premi PBI pemdanya begitu ya.

Nah, ini saya enggak tahu apakah sudah dilakukan mitigasi begitu ya, oleh BPJS Kesehatan. Walaupun mungkin sebenarnya kalau dari regulasinya kan pemda harusnya menggunakan dana perimbangan DAU ya, tapi ada juga pemda yang meminta agar ya dari dana perimbangan DAU-nya ini bisa jangan sampai semuanya, ada juga yang begitu. Karena ini kan balik lagi ke kondisi kemampuan pemerintah daerah yang ada di Indonesia begitu ya. Jadi, memang berbeda-beda situasinya.

Jadi, kami mohon *updating* ya dari BPJS Kesehatan, ini seperti apa sih kesanggupan bayar ya dari PBI atau PBI atau PBPU pemda sampai dengan hari ini ya. Karena jangan sampai nanti kalau ada usulan kenaikan premi BPJS begitu kan, premi JKN ini. Kalau sekarang mungkin masih ada 50 juta yang tidak aktif ya, tentu ini akan juga mempengaruhi.

Begitu Pimpinan.

Terima kasih.

KETUA RAPAT (CHARLES HONORIS/WAKIL KETUA KOMISI IX DPR RI):

Ya, terima kasih Ibu Putih.

Saya ingin menggarisbawahi yang tadi sudah disampaikan oleh Prof. Ghufron ya, bahwa memang tahun 2025 ini BPJS Kesehatan memastikan bahwa kondisi keuangannya aman ya. Namun, yang harus dilihat lagi adalah yang disampaikan melalui presentasi tadi bahwa 2025 aset *netto* masih positif. Namun, dalam batas minimal sehat tidak sehat. Artinya kalau mengacu pada yang disampaikan ini, 2026 hampir bisa dipastikan BPJS Kesehatan akan defisit. Oleh karena itu, harapan kami tentunya kehadiran kita semua yang ada di sini bisa sekaligus mencari solusi bagaimana supaya 2026 ini BPJS Kesehatan tidak defisit dan tetap bisa memberikan pelayanan kesehatan yang terbaik bagi rakyat Indonesia.

Jadi, sambil kita akan melanjutkan diskusi ya, saya akan apa menyarankan, mengusulkan untuk kita skors dulu ya Bapak-Ibu ya? Ini sudah jam 13.00. Kita skors 30 menit atau 1 jam untuk salat dan makan siang. 30 menit cukup atau 1 jam? 30 menit ya Bapak-Ibu? Tadi, saya diinformasikan Pak Ketua DJSN ada kegiatan dengan kementerian, Pak Menko ya yang harus dan harus meninggalkan tempat sehingga nanti mungkin bisa diwakilkan oleh perwakilan yang lain dari DJSN.

Bapak-Ibu, saya skors rapat ini sampai jam 13.30.

(RAPAT DISKORS PUKUL 13.00 WIB)

(PERGANTIAN KETUA RAPAT)

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

Izin Bapak/Ibu, untuk kita melanjutkan rapat.
Untuk itu, skors saya cabut.

(SKORS DICABUT PUKUL 13.51 WIB)

Selanjutnya tentu setelah mendapatkan masukan pendalaman konkret tentunya dari Bapak-Ibu Anggota Komisi IX terkait agenda rapat kerja Komisi IX DPR RI hari ini. Selanjutnya, tentu kami persilakan kepada mungkin yang pertama Pak Menteri Kesehatan, nanti mungkin disusul oleh Ketua atau yang mewakili DJSN, lalu Dewas, dan selanjutnya mungkin Dirut BPJS Kesehatan untuk memberikan jawaban atau pun juga tanggapan dari apa-apa yang sudah disampaikan oleh Anggota maupun juga dari Pimpinan Komisi IX sebelumnya.

Silakan mungkin Pak Menteri.

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

Terima kasih banyak.

Ibu Pimpinan, Anggota Dewan yang kami hormati,

Nanti saya akan menjawab terutama yang terkait dengan KRIS dan cara perhitungan tarif yang baru, kemudian nanti bisa diteruskan teman-teman dari DJSN dan juga dari BPJS untuk menjawab pertanyaan yang spesifik terkait dengan DJSN dan BPJS.

Pertanyaan yang paling banyak memang mengenai KRIS. Nah, di sini saya perlu sampaikan bahwa KRIS ini tujuannya untuk meningkatkan standar minimal layanan bagi masyarakat. Jadi, hasil penelitian kita banyak rumah sakit-rumah sakit yang satu kamar bisa berenam, bisa berdelapan sehingga dari kenyamanan masyarakat berobat di sana dan juga dari sisi kesehatan karena rumah sakit itu sumbernya banyak patogen, Pak, bakteri, virus, penyakit itu reinfeksi itu tinggi sekali di sana adalah baik kalau kita menurunkannya jadi empat. Jadi, itu salah satu contoh.

Contoh lain, Bapak-Ibu, saya sering datang ke rumah sakit-rumah sakit daerah panasnya luar biasa, ventilasinya tidak bagus, gelap semua. Masyarakat mengeluh bahwa ini saya seperti ini bukannya sembuh malah tambah sakit sehingga dengan demikian, kita mengatur bahwa ada standarnya atau suhunya. Kalau terlalu panas, harus ada kipas angin atau AC ya dan sirkulasi udaranya harus terbuka.

Kita juga tahu bahwa banyak rumah sakit yang menaruh kamar mandinya di luar. Jadi, bayangkan orang-orang tua yang sudah sakit di dalam tempat kamar. Itu kalau mau ke kamar mandi, ke WC saja malam-malam harus jalan jauh ke luar sehingga kita mewajibkan bahwa standarnya layanan yang baru bagi semua nasabah, pasien-pasiennya terkena penyakit harus kamar mandinya di dalam ya.

Ada juga harus ada colokan listrik. Kalau mereka mau main HP, men-charge HP masa men-charge-nya mesti jalan dulu turun ke colokan listrik yang di-share untuk berenam atau berdelapan. Kalau mereka misalnya mau memanggil pasien, masa mesti teriak-teriak. Kalau mereka misalnya ada yang meninggal, saya sendiri mengalami. Masa' enggak ada tirainya untuk membatasi antara satu yang sedang di meninggal atau lagi di, diinilah dirawat oleh dokternya.

Hal-hal sederhana ini adalah standar yang baru untuk melayani seluruh pasien. Pasti akan banyak yang tidak suka terutama dari sisi penyedia kesehatannya, tetapi saya merasa bahwa untuk meningkatkan standar layanan ke masyarakat, standar layanan KRIS, tidak terlalu padat, tempat-tempat tidur satu kamar, kemudian ada kamar mandi di setiap kamar, harus ada AC atau suhunya juga yang nyaman, sirkulasi udara bagus, harus ada colokan listrik dan bel, harus ada tirai pembatas antara tempat tidur yang bisa menjaga *privacy* menurut saya adalah sangat wajar untuk diberikan demi meningkatkan kesehatan masyarakat.

Satu-satunya *concern* yang menurut saya valid adalah *concern*-nya tadi dari Ibu Pimpinan bahwa nanti bagaimana dengan jumlah kamarnya? Karena berkurang. Data kita menunjukkan demikian, Pak. Jadi, kita memonitor jumlah tempat tidur dari tahun ke tahun. Di tahun 2023 memang ada penurunan Pak, jumlah tempat tidurnya total dari 387.000 menjadi 385.000. Jadi, ada 2.000 penurunan karena diterapkan KRIS ini. Tetapi Bapak-Ibu yang terjadi apa? Tempat tidur Kelas 3-nya naik dari 134 menjadi 140. Artinya apa? Dengan *adjustment* KRIS ini, rumah sakit-rumah sakit mengurangi tempat tidur Kelas 1 dan VIP-nya mereka, menambah tempat tidur Kelas 3 yang menurut kita justru ini yang baik bagi masyarakat umum ya. Kecuali kalau kita melihatnya dari sisi tenaga apa rumah sakit, dari sisi perspektif rumah sakit dan perspektif orang kaya, tapi dari perspektif kesehatan umum ini malah bagus dan di 2024 yang terjadi jumlahnya sudah naik 389.000 lebih tinggi dari 2022 dengan tempat tidur Kelas 3-nya naik 142.000. Ini ada penambahan sekitar 116 rumah sakit 5.000.

Jadi, kita melihat juga dengan adanya perbaikan sistem kesehatan, makin banyak alat-alat yang dipasang, BPJS-nya juga makin baik, ternyata tempat tidur penambahannya itu 5000-an per tahun, perkembangan bisnis yang ada sekarang. Jadi, kekhawatiran bahwa tempat tidur itu enggak cukup, ya datanya tidak menunjukkan demikian. Kekhawatiran itu ada karena memang kalau kita menaikkan standar pelayanan lebih bagus ke masyarakat, ada yang merasa dirugikan. Ya, tapi kan kita perspektifnya ini dari masyarakat.

Kemudian yang KRIS ini lagi. Oh, tadi memang ada catatan misalnya di Lahat belum jalan, saya cek memang. Semua data ini kita dapat dari Dinas Kesehatan *by the way*. Lahat itu ada 4 rumah sakit, 2 belum menjalankan sama sekali. Betul. Yang 2 sudah menjalankan, tapi belum semua ya. Dari 12 yang 1 itu baru menjalankan cukup banyak, ada 5, tapi yang satu baru menjalankan 2 atau 3.

Nah, ini kemudian yang kita himbau untuk dijalankan. Kalau Lahat tidak bisa menjalankan, kan kita akan bingung kalau kita misalnya periksa daerah Reda Bolo di NTT bisa begitu. NTT kan lebih miskin dari Lahat. Mohon maaf bukan saya maksudnya ini ke teman-teman NTT, tapi kenapa Nias bisa, Lahat enggak bisa begitu. Ini kan bukan masalah mampu atau tidak mampu, ini masalah mau ya.

Kemudian kita juga lihat tadi di Batam. Kita lihat ternyata di Batam ya memang dari 34 rumah sakit yang sudah jalani KRIS ada satu itu yang swasta, Awal Bros. Yang sudah mulai ada 13, yang enggak mulai 20. Nah, ini kita bisa panggil kan. Kok yang 20 enggak mulai-mulai, yang 13 bisa. Ini kan satu daerah.

Jadikan, kalau kita lihat ternyata nanti rumah sakitnya justru yang enggak mau yang besar itu kan bukan masalah tidak mampu, ini masalah tidak mau ya. Apalagi kalau tidak mampunya, oh kita enggak bisa pasang colokan listrik, enggak bisa pasang bel untuk memanggil *nurse which is* itu yang paling salah satu yang paling tinggi yang tidak dipenuhi ya. Kan aneh itu tinggal tarik kabel saja sedikit.

Jadi, kita juga melihat bahwa ini baik buat masyarakat. Memang rumah sakit-rumah sakit akan mengeluh, itu pasti akan keluar alasan-alasannya, tapi kita melihat bahwa kenyataannya sudah banyak yang menjalankan di tempat tersebut. Di tempat lain yang lebih miskin daripada yang tidak menjalankan ya. Menurut saya demi kita membela masyarakat, standarnya dinaikkan harusnya ini tetap kita jalankan. Bahwa nanti masalahnya bagaimana *reward and punishment*-nya, waktunya berapa banyak, Kemenkes tentu kita akan terbuka, tapi yang jelas kita akan *firm* bahwa ini harus dijalankan. Kenapa? karena baik buat masyarakat ya, baik buat masyarakat. Itu pertanyaan yang pertama mengenai KRIS.

Kemudian yang kedua, banyak juga pertanyaan mengenai tarif ini DRGs ini.

Bapak-Ibu,

Tadi sudah saya perlihatkan bahwa setiap tahun belanja kesehatan itu naiknya itu di atas 10%, kadang-kadang 19% ya. Kita hanya sempat turun sesudah 2021. Itu agak turun karena memang covid-19-nya sudah berkurang ya. Di 2020, 2021, 2022 belanja kesehatan kita naik dan kalau dilihat tadi dari *chart*-nya yang naik itu porsi pemerintah. Itu akibatnya kenapa BPJS jadi positif. Karena bebannya BPJS mungkin itu 40% diambil alih oleh pemerintah langsung sehingga pemerintah yang bayarin, peserta BPJS yang bayarin,

sehingga *cashflow*-nya BPJS CV, enggak usah keluar karena keluarnya dibayarkan oleh pemerintah. Sedangkan preminya tetap masuk ya, ya preminya tetap masuk.

Nah, sekarang sudah kembali BPJS-nya ke normal. Tapi kalau kita perhatikan, BPJS itu terakhir menarik naik tarif itu 2020. Sekarang sudah tahun lima. Setiap tahun naiknya 15%, kan tidak mungkin uang yang ada sekarang itu bisa menanggung kenaikan yang 15% itu. Sama saja kaya kita ada inflasi 5%. Kita bilang gaji pegawai negeri, menteri enggak boleh naik selama 5 tahun. Itu kan agak menyedihkan juga begitu kan. Kalau kita bilang ke karyawan kita, supir kita naik gajinya enggak naik selama 5 tahun begitu kan. Padahal inflasi 15%, kan enggak mungkin.

Jadi, memang ini bukan sesuatu yang populer, tapi *somebody* harus ngomong itu kan. Kalau enggak kita nanti di ujung-ujung meledak artinya malah bahaya. Lebih baik kita bilang secara jujur bahwa dengan kenaikan inflasi kesehatan 10 sampai 15% per tahun, sedangkan tarif BPJS yang enggak naik 5 tahun, itu kan enggak mungkin. Jadi, harus naik. Nah, kalau naik, sekarang kita mesti adil, gimana caranya yang miskin jangan kena. Itu tugasnya kita. Itu sebabnya yang miskin tetap akan di-*cover* 100% skenario kita oleh PBI. Yang akan naik artinya bebannya pemerintah dan pemerintah enggak apa-apa secara konstitusi kan tugas kita memberikan layanan kesehatan. Nah, cuma definisi miskinnya ini yang kita harus hati-hati ya.

Contoh Harvey Moeis, itu contoh jangan terulang lagi lah. Kenapa sih orang sekaya dia, semampu dia dibayarin. Saya kan orang perbankan jadi banyak data begitu. Kan enggak cocok kalau orang dikasih subsidi PBI baik oleh pemda maupun oleh pemerintah pusat, tapi punya kartu kredit misalnya Bank BCA atau Bank Mandiri limitnya 50 juta. Itu kan sudah enggak cocok atau dia misalnya dibayarkan PBI-nya gratis ininya, tapi kWh listriknya 2.200. Ya, mungkin sekarang sudah 1 juta.

Nah, hal-hal seperti ini juga yang saya minta waktu itu ke DJSN sama teman-teman BPJS, tolong datanya diperbaiki dengan *crossing* seperti itu ya. Data listrik, data perbankan adalah kualitas datanya paling baik ya. Kita tidak lihat saja 96 juta PBI. Kan berantem terus ini benar apa enggak, benar apa enggak. Saya sudah ngomong sama Menteri Sosial, sudah Pak kita pakai yang gampang-gampang saja, kita *crossing* saja itu data PBI kita dengan dana listrik. Jangan-jangan ada yang bayarnya 22.000 kVA dikasih PBI. Bisa jadi kayak Harvey Moeis. Nanti kan balik lagi ke kitanya, kita yang malu, seakan-akan kita enggak bisa me-*manage* datanya kita dengan benar.

Nah, hal-hal ini yang akan kami lakukan supaya nanti pada saat kita mendiskusikan mengenai tarif, tarifnya itu benar diberikan ke orang yang benar. Nah, dalam penyesuaian tarif yang benar tadi ada yang dari teman dari PDIP yang baru, saya, saya *ndak* ingat Pak (*suara tidak jelas*) tanya berapa sih sebenarnya ini, ini cukup apa enggak. Kan ditanya berapa persen belanja kesehatan yang benar tadi. Saya baru tanya ke Deepseek. Kalau cek ke ChatGPT enggak keluar, tapi Deepseek keluar. Seluruh ASEAN, saya tanya, berapa sih belanja GDP per apa, belanja per GDP. Semua rata-rata 5%-an. 4,

5, 6. Thailand saja yang agak tinggi 6%, yang lainnya 5%, Singapura agak tinggi 7. Jadi, memang angkanya sekitar itu.

Indonesia sendiri Bapak-Ibu, kalau lihat presentasi saya kan angkanya tadi 640 triliun. Kalau dibagi GDP kita satu, satu, 115.000 triliun ya, 1 triliun US ya kira-kira 4%. Itu masih dalam *range-range oke*. Saya juga tanya nih Deepseek berapa negara maju G20? Paling tinggi Amerika 16%, tapi itu bukan contoh yang baik. Karena dia terlalu boros belanja kesehatannya untuk membayar *very expensive* rumah sakit, dokter, obat-obatannya mahal sekali, tapi negara-negara G20 yang sudah maju itu antara 9 sampai 10%. Yang efisien kayak Korea dan Singapura itu *range-nya* antara 7-8%.

Jadi, kalau ditanya *ancer-ancer-nya* kita ke sana lah dan kita kan belum negara maju. Kalau kayak India itu masih 3%, 4%, Cina itu 5% dari GDP. Jadi, *ancer-ancer-nya* kita memang kita harusnya mungkin antara 4 sampai 5% dari GDP. Nah, itu kalau ditanya, itu yang membutuhkan sebenarnya perencanaan jangka panjang kita karena pasti naik terus itu belanja kesehatan. Itu sebabnya, peran asuransi kayak BPJS penting.

Nah, saya juga sampaikan walaupun ini agak sensitif ya, tapi sekali lagi kan lebih baik kita terbuka dan jujur daripada kita tidak sampaikan. Kalau misalnya BPJS, Bapak-Ibu, tadi 640 triliun. Kalau saya ditanya, berapa sih yang sebaiknya BPJS tanggung dari total belanja kesehatan? Menurut saya sebaliknya di atas 50% ya, bisa 60. Ya, kalau enggak, enggak ya kalau uangnya ada bisa sampai 70% supaya apa, Pak? Supaya negara bisa menekan rumah sakit apa perusahaan farmasi, pelayanan kesehatan agar tidak mengasih harga yang seenaknya. Itu membutuhkan *balancing power* yang bisa kontrol di *supply side* untuk bisa menekan.

Nah, isunya BPJS kan sekarang berapa? 166 triliun. Kalau kita ngomong 50% dari 640 itu sudah 320 triliun. Buat saya, tahu saya pernah orang asuransi, Pak Ghufron tahu sekali waktu Askes (*suara tidak jelas*) saya. Terlalu berat buat BPJS sendiri menanggung beban sebesar itu. Jadi, maksudnya swasta masuk bukannya kita mau kapitalis mau apa. Kita membagi semangat gotong royong ini, coba *dong* yang mampu. Jangan kemudian *abusing* BPJS.

Ini buat orang yang mampu, bukan orang miskin. Orang miskin *full cover* BPJS, tapi orang yang mampu jangan kemudian dia semuanya pakai BPJS semua, dengan lobinya dia segala macam untuk menghabiskan jatahnya BPJS yang harusnya dikasih ke orang-orang yang ada di bawah. Orang yang mampu dia harus kompensasikan, dia harus kombinasikan dengan asuransi swasta yang dibayar buat orang mampu, bukan buat yang miskin. Agar apa? Agar bisa mengurangi beban BPJS yang 640 triliun itu. enggak usah dia tanggung sendiri. Kan enggak bakal mampu. Kita hitung-hitung *practical* saja. Kalau kita mau 80% dari 640 itu kan sekitar 500 triliun. Apa iya BPJS kuat mengeluarkan *cash flow* setiap tahun 500 triliun. Hitung-hitungannya sudah enggak mungkin kuat. Mungkin dia kuat 300, nanti mungkin berapa tahun lagi 400, tapi *not 500 trillion* dan ini *keep increasing* 10 sampai 15%.

Nah, reformasi di bidang sistem pembiayaan kesehatan ini yang sebenarnya saya sedang pikirkan coba rumuskan dengan baik. Karena kalau ini tidak terumuskan dengan baik, Bapak-Ibu, itu beban bagi pemerintah-pemerintah di belakang dan saya merasa DPR perlu sekali kita bersama-sama membahas ini agar *planning* pembiayaan kesehatan kita ini ke depannya bisa jauh lebih baik.

Saya rasa, itu yang saya ingin sampaikan. Mungkin saya habis ini, saya persilakan ke teman-teman dari DJSN sama BPJS untuk menjelaskan bidang-bidang lainnya. Mohon izin Ibu Ketua, kalau kita boleh pindah.

Silakan.

ANGGOTA DJSN (SUDARTO, S.E., M.B.A.,M.Kom,Ph.D,CGEIT):

Mohon izin, Ibu Ketua.

Kami, Sudarto mewakili Pak Ketua DJSN. Mohon izin melanjutkan yang disampaikan oleh Pak Menteri Kesehatan tadi, kami bersama dengan Kemenkes, kemudian BPJS, saat ini sedang melakukan simulasi perhitungan terkait dengan manfaat tarif dan iuran. Tentunya disampaikan oleh Pak Dirut BPJS tadi, tujuan utamanya tentunya adalah untuk meningkatkan layanan, mutu, dan aksi layanan peserta JKN. Peserta JKN adalah seluruh penduduk Indonesia.

Tentunya di samping itu, ketahanan dana jaminan sosial tetap terjaga dan yang paling penting lagi adalah jangan sampai ini yang disampaikan Pak Ghufron tadi, sepakat sekali bahwa jangan sampai ini menimbulkan kegaduhan yang tidak perlu. Namun, seperti disampaikan oleh Dirut BPJS tadi dan juga Pak Kepala Dewasnya BPJS Kesehatan, tadi Pak Charles juga menyampaikan bahwa terlihat sekali kalau dari proyeksi *cash flow*-nya. Tahun 2025, 2024 memang masih sehat ya. 2025 sudah mendekati tidak sehat. Tentunya tahun 2026, 2027, 2028 sampai 2030, kitaantisipasi ya melihat tadi perkembangan dari kenaikan utilisasi daripada layanan kesehatan.

Tadi Pak Kepala Dewas BPJS sudah menyampaikan ada *rebound* ya karena covid ya, kemudian juga memang di tahun 2000, mohon izin 2021-2023 *cash flow* BPJS sangat bagus sekali karena pada waktu covid, hampir semua penyakit ditanggung oleh pemerintah. Pada waktu itu dan terlihat sekali ya, tren daripada utilisasi ya atau pun tadi disampaikan oleh Pak Ghufron ya, naik dari 2014 pertama kali naiknya rata ya trennya sampai dengan 2020 kemudian turun karena covid di mana pada waktu itu pemerintah, kemudian sekarang naik lagi ya, naik lagi.

Jadi, terlihat sekali bahwa utilisasi, mungkin saya mengatakan ini agak terbalik ya bahwa pelayanan kesehatan kita semakin baik ya, layanan kita semakin baik ya. Tidak hanya dari segi kuantitasnya karena semakin banyak faskes dan juga semakin banyak peralatan kesehatan yang di pemerintah juga kualitasnya juga semakin baik ya. Ini adalah satu hal positif yang perlu kita catat.

Maka nanti sepakat kalau kita memberikan jempol dua untuk BPJS Kesehatan begitu, Bapak-Ibu, begitu Pak Ghufron ya. Namun, disisi lain ya, tadi Pak Menkes sudah menyampaikan tarif itu naik terakhir tahun 2023. Kalau enggak salah itu untuk yang rumah sakit itu sekitar 9%, sedangkan FKTP itu sekitar 25%, tapi itu karena belum naik dari 2014 ya setahu saya.

Kemudian iuran itu naik terakhir 2020 ya kan. Saat ini, seperti yang disampaikan oleh Pak Menkes tadi, PBI itu jumlahnya 96,7 juta tahun 2024 kemarin kita *spent* sekitar APBN memberikan PBI sekitar 48 triliun. Kemudian pemda, PBPU pemda sekitar 45 juta jiwa, itu tiap tahun sekitar 16 triliun ya. Pemerintah juga masih memberikan subsidi untuk Kelas 3 sebesar 7.000 dari 42.000 ya.

Jadi, sepakat bahwa tadi disampaikan oleh Pak Menkes, mengingat, melihat bahwa inflasi belanja kesehatan itu di atas, *growth*-nya belanja kesehatan di atas pertumbuhan ekonomi, memang kita harus secara bersama-sama dengan sadar ya untuk membuat suatu *policy*, *foreign policy* yang tadi, tetap menjaga kualitas dan aset layanan, menjaga kesehatan keuangan JKN dan tidak menimbulkan gaduh tadi.

Nah, kami di tim sebenarnya, mulai tahun lalu sebenarnya sudah selalu melakukan simulasi-simulasi ya. Tadi ditanyakan apa saja sih perhitungan? Tentunya adalah banyak sekali termasuk pertumbuhan akses layanan kesehatan tadi yang ternyata tumbuhnya lebih cepat ya, terbukti dengan *growth*-nya belanja kesehatan yang selalu di atas pertumbuhan ekonomi.

Kemudian juga pertumbuhan daripada tenaga kerja, kemudian pertumbuhan daripada upah, kemudian juga banyak hal termasuk kebijakan baru, perbaharui kebijakan dengan adanya KRIS dan juga iDRG ya. Dan dari *plan* yang kami buat dari DJSN kebetulan sesuai dengan ketentuan adalah DJSN yang *lead* untuk penentuan iuran ini. Jadi, manfaat harga iuran harapannya akhir bulan ini, kita dapat, kita bisa menghasilkan simulasi awal ya terkait dengan berapa sih iuran yang nantinya akan kita usulkan ya kepada pemerintah begitu ya, kepada kita bersama untuk PBI itu berapa dan sebagainya.

Tentu dengan adanya KRIS pilihannya adalah dengan satu kelas, apakah nanti hanya satu iuran saja. Ini juga satu pilihan, berikutnya satu iuran kan berarti tidak ada lagi, tidak ada lagi yang Kelas 3. Artinya seperti yang disampaikan Pak Menkes tadi, kebutuhan akurasi data. Kan tetap bahwa rakyat yang membutuhkan akan di-*support* dari pemerintah seperti saat ini, tapi seperti saat ini adalah yang PBI 100% pemerintah, yang Kelas 3 7% eh Rp7.000 dari 42.000 disubsidi oleh pemerintah. Yang PBPU pemda 7.000 juga harus disubsidi pemerintah.

Nanti dengan misal satu iuran, ini enggak bisa digunakan lagi. Makanya saat ini kan pemerintah sedang membangun data tunggal, sosial, dan ekonomi teregister. Kelihatannya sudah hampir selesai. Mudah-mudahan nanti kita akan menggunakan data itu untuk lebih *precise* menentukan siapa yang akan

mendapat PBI ya. Kemudian *on top* dari PBI tersebut, siapa yang akan mendapatkan subsidi dan seterusnya.

Ini yang bauran pada kebijakan yang masih kami di tim bersama DJSN, Kemenkeu, Kemenkes, dan BPJS untuk menghasilkan bauran kebijakan sehingga nanti baik itu besarnya manfaat. Manfaat nanti ada KRIS dan iDRG tadi ya, kemudian tarif berarti bahwa tarif terakhir itu naik di tahun 2023 dan besarnya iuran, iuran terakhir naik tahun 2020. Ini yang harus tadi, waktu kita menghitung iuran itu kan ada dua hal yang selalu kita pertimbangkan adalah kemampuan dan kemauan.

Kemampuan dan kemauan tadi, efektivitas ditentukan oleh kemampuan daripada BPJS dan kita bersama untuk melakukan *enforcement*. Tadi dicatat bahwa tahun ini pun, ini bagian daripada simulasi, masih ada sekitar 56 juta yang inaktif ya. 5,6 juta ya, naik dari pada yang disampaikan Bu Ketua tadi, Ibu Pimpinan tadi. Ini yang harus diperinci.

Kemudian juga ada beberapa daerah yang prinsipnya kalau tidak didaftarkan, tidak terdata dalam BPJS langsung dibayarkan oleh pemdanya, seperti DKI misalnya. Pokoknya kalau enggak didaftarkan BPJS, dia langsung dibayarkan masuk Kelas 3 saat ini. Ini yang kelihatannya yang tadi ditanyakan juga masalah penggunaan DBH Cukai. Saat ini kan 50% bisa digunakan untuk sektor kesehatan ya kan.

Ini yang harusnya nanti sepakat harus kita hadirkan kami, kami dengan Kemenkes sudah bicara juga dengan Kemendagri untuk mengatur agar yang orang kaya ini ya kan. Harusnya tidak dibayar oleh pemda sehingga ya kan, DBH Cukai yang saat ini dipakai untuk sebagian untuk membiayai PBPU pemda tadi, bisa digunakan untuk peningkatan layanan yang lain misalnya seperti itu.

Jadi, bauran-bauran kebijakan itu yang saat ini kami di tim sedang kami diskusikan dan nanti tentunya pada saatnya pasti akan kami diskusikan dengan Bapak-Ibu Komisi IX. Namun, kelihatannya tadi kami juga pasti ada penyesuaian-penyesuaian bagi manfaat tarif maupun.

Demikian tambahan kami. Mohon izin Pak Menkes. Kami kembalikan kepada Pimpinan.

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

Ya, silakan Pak Charles.

F-PDI PERJUANGAN (CHARLES HONORIS/WAKIL KETUA KOMISI IX DPR RI):

Bu Ketua, izin.

Saya ada sedikit yang ingin saya gali mumpung masih dalam pembahasan ini. Saya masih belum bisa mencerna logika yang coba dibangun

oleh Pak Menteri nih ya? Terkait dengan wacana melibatkan asuransi non-BPJS dalam memberikan layanan atau masyarakat yang tidak miskin ya, harus nantinya menggunakan asuransi non-BPJS. Nah, sedangkan di undang-undang kan jelas, setiap warga negara itu harus menjadi peserta BPJS Kesehatan.

Nah, bagaimana caranya apabila misalkan yang dikategorikan non-miskin harus apa ikut dengan asuransi lain maka kita juga akhirnya menghilangkan hak yang bersangkutan yang sudah menunaikan kewajibannya sebagai warga negara untuk membayarkan iuran, menghilangkan haknya untuk menggunakan layanan BPJS Kesehatan begitu maksudnya atau seperti apa atau apa mungkin, apakah mungkin misalnya BPJS Kesehatan bekerja sama dengan lembaga asuransi non-BPJS, misalnya memberikan layanan tambahan yang sifat *optional* kepada peserta yang *quote-unquote* dianggap tidak miskin ya, lalu maka bisa ada beban, *burden* yang di-*sharing* begitu. Ini harus dipikirkan.

Karena kalau *se-simple* yang tidak miskin harus ke asuransi non-BPJS, maka saya rasa ini, ini apa ya ini pasti banyak yang, yang protes ini, Pak. Karena kalau kita lihat di lapangan garis batas antara miskin dan tidak miskin itu tipis banget, Pak. Yang tidak masuk DTKS itu bukan berarti yang bersangkutan tidak miskin begitu loh dan ini kita sering temukan di lapangan.

Jadi, wacana ini yang. Saya mohon minta penjelasan dan pencerahanlah dari Pak Menkes. Ini logikanya, rasionalisasinya seperti apa. Karena saya belum, belum bisa mencerna yang, yang wacana yang disampaikan oleh Pak Menteri .

Terima kasih.

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

Ya, silakan Pak Menteri .

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

Jadi, terima kasih,

Pertama, memang mungkin saya menjelaskannya kurang baik. Di undang-undang kita dibidang bahwa semua rakyat Indonesia itu harus ikut sosial. Jadi, memang kita harus kasih mulai dari kaya sama miskin harus punya BPJS. Dengan catatan, idealnya ya, mereka mendapatkan *benefit* yang sama dari BPJS. Berapa pun mereka bayar. Karena itu konsepnya asuransi sosial.

Kalau yang kaya dia bayar lebih untuk dapat paket A, yang miskin dia bayarnya lebih kurang untuk dapat paket A, itu kan konsepnya asuransi sosial. Berapa besarnya paket A ini tergantung memang kemampuan negara untuk bayar. Karena ini kan diini oleh negara. Jadi, orang yang kaya harus punya BPJS karena suatu saat dia jatuh miskin, dia tetap bisa melayan, dapat layanan yang sama dengan yang orang miskin begitu ya. Nah, itu konsep yang pertama.

Nah, mengenai konsep kenapa harus ada asuransi swasta, sebenarnya ada dua pemikiran tadi. Nomor 1, memang untuk beban asuransi *eh* beban kesehatan yang total termasuk orang kaya, miskin dijumlah, kita tahu itu sangat berat, *impossible* untuk ditanggung BPJS sendiri, itu dasarnya. Yang nomor 2 adalah kita juga harus memperbesar opsi asuransi. Kalau sekarang kan asuransi swasta cuma 5%, BPJS sudah 37%, di bawah 50% sehingga yang bayar itu individu bernegosiasi sendiri mesti bayar ke penyedia layanan kesehatan, sudah pasti kalah mereka. Ya, kayak yang tadi disampaikan Pak ini. Kasih obat 20 ya enggak bisa ngapa-ngapain, karena enggak ada argumennya. Kalau BPJS misalnya pakatnya cuma segini, mau kasih obat 20, mau kasih 5. Salah sendiri kalau dia kasih 20, kan rugi. Nah, sehingga ada *negotiating power*-nya BPJS.

Bagaimana mekanismenya sekarang *key*-nya. Ini mungkin tadi saya kurang, maaf ya kurang jelas. Mekanismenya harus dengan *combine benefit*. Bukan asuransi swasta kemudian jalan sendiri seperti yang sekarang, ini yang sekarang saya lagi coba tekan supaya terjadi. Maksudnya begini, Pak, *design* yang sudah kita bikin yang menurut saya bagus, tapi entah kenapa di jalan kita tetap belum berjalan. Misalnya saya, saya kan dibayarkan Jasindo. Saya terbuka saja, semua ini pemerintah kan dibayarin Jasindo. Saya kan punya BPS juga. Sekarang apa yang terjadi kan? Buat saya sendiri, saya keluarkan duplikat dua. Buat negara rugi kan? Dia bayar BPJS, dia bayar ke Jasindo, bayar dua kali untuk layanan yang *overlap*. Itu kan membebani yang 640 triliun itu. Kalau semua orang banyak kayak saya, nanti jadi beban.

Harusnya kejadian, kita sudah bikin mekanismenya dengan OJK juga, dengan BPJS adalah Budi Sadikin misalnya bayar BPJS *by* Jasindo atau karena Jasindo lebih besar, setiap orang yang ambil asuransi swasta, dia harus ada porsi yang dibayarkan ke BPJS. Jadi si, si orang yang ada asuransi itu enggak usah pusing. BPJS enggak usah pusing menagih. Kan bagus ya menurut BPJS. Orang yang ambil asuransi Prudential atau Jasindo, yang kaya ini. Jadi, jangan dikacaabalaukan dengan yang miskin nanti ribut masuk Twitter segala macam. Untuk orang yang mampu yang bekerja di perusahaan-perusahaan Pertamina, BUMN, dia kan pasti ambil swasta kan. Begitu dia ambil swasta, asuransi swasta itu masih sempat ambil BPJS, porsi BPJS. Jadi, bayarnya satu dari sisi *user*.

Nah, mekanismenya bagaimana? Kalau dia sakit, kalau dia sakit ya datang rumah sakit kan? Dia kan enggak mungkin ambil kelas bawah, dia pasti ambil kelas tinggi. Nah, yang kejadian mekanisme adalah BPJS untuk setiap orang kan ada plafonnya kalau dia masuk Kelas 3. Misalnya bayar masuk rumah sakit, BPJS kasih 2 juta begitu Pak Ghufron ya, tapi biayanya dia sebenarnya jadi 10 juta. Mekanisme yang kita bikin adalah orang itu dibayar oleh BPJS klaimnya ke rumah sakitnya 70% dari 2 juta. Bagus *dong* ke BPJS. Kalau orang ini sebenarnya mengklaimnya mengambil ke BPJS, dia bayarnya bebannya BPJS 2 juta kan.

Sekarang yang namanya *combine benefit*. Jadi, *benefit*-nya orang itu yang harus bayar 10 juta dibayarkan BPJS 1,4 juta. BPJS untung daripada dia

bayar klaim ke BPJS 2 juta (*suara tidak jelas*), sisanya dibayarkan asuransi swastanya. Asuransi swasta ya enggak usah bayar 10 juta tuh. Bayarnya 10 juta kurang 1,4 juta. Untung asuransi swastanya, BPJS-nya untung bayarnya lebih sedikit. Pasiennya untung karena dia bisa dapatkan kelas yang lebih mahal, tapi bayarnya sekali. Rumah sakitnya untung karena *settlement*-nya, rekonsiliasinya bayarnya cuma sekali.

Jadi, maksud saya masuknya asuransi swasta bukan yang independen sendiri, Pak, tapi dalam mekanisme *combine benefit, coordination of benefit* dengan BPJS. Nah, ini yang harus didorong supaya terjadi sehingga dengan demikian, yang sekarang kadang-kadang terjadi ini Pak, Pak Charles kadang-kadang yang terjadi adalah orang kayanya ini sudah masuk dia mengklaimnya semua ke BPJS untuk obat-obat mahalannya dan BPJS terpaksa menaikkan ininya untuk orang-orang kaya yang seharusnya *coverage*-nya bisa dibayar sama swasta. Jadi, *bencos* juga.

F-PDI PERJUANGAN (CHARLES HONORIS/WAKIL KETUA KOMISI IX DPR RI):

Ya, satu lagi Pak, untuk klarifikasi saja ya. Artinya tetap tidak ada paksaan ya bagi masyarakat yang dikategorikan tidak miskin untuk mengambil asuransi non-BPJS?

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

Tidak, tapi ada catatan Pak, dia harusnya di-*limit*. Dia enggak boleh naik dengan seenaknya. Kalau sekarang kan dia naik seenaknya, di-*charge* BPJS-nya mahal. Itu dia enggak boleh naik karena saya mau atur dan saya enggak boleh naik saja. Itu sebabnya, kenapa saya suka dengan satu kelas. Kan ini asuransi sosial namanya. Asuransi sosial prinsip gotong-royong yang kaya harus membayar lebih daripada yang miskin dan dapatkan yang sama. Kalau sekarang kan konsep sosial gotong-royongnya banci. Karena yang kaya bayar lebih, dia harus dapat lebih bagus. Ya, itu bukan asuransi sosial *dong*.

Asuransi sosial yang kaya itu bayar lebih untuk menanggung yang miskin. Jangan dia bayar lebih, dia minta lebih. Nah, konsep itu menurut saya harus diluruskan dengan KRIS. Karena harusnya yang kaya bayar lebih, tapi dia harus dapat sama dengan ini. Jadi, Bapak bilang yang kaya enggak mau ambil asuransi swasta boleh, tapi dia di-*treat*-nya sama *dong* dengan temannya yang miskin. Jangan kemudian dia di-*treat* lebih tinggi dengan adanya perbedaan kelas. Itu kan biar bagaimana dia mengambil porsinya si orang miskin ini. Nah, itu yang kita ingin luruskan dengan KRIS sebenarnya bahwa ini benar-benar prinsipnya *equity*, ini prinsipnya keadilan. Ini prinsipnya benar-benar prinsip gotong-royong yang kita tekankan.

Nah, konsep ini memang enggak semuanya paham dan mungkin caranya saya kurang baik menjelaskan, tapi terima kasih ditanya sehingga dengan demikian saya bisa menjelaskan.

Terima kasih.

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

Baik. Terima kasih.

Selanjutnya mungkin dari Dewas.

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

Ya, terima kasih, Bu Putih.

Jadi, saya cuma ingin menambahkan bahwa KRIS ini sebenarnya tidak berarti bahwa semua tempat tidur dalam satu rumah sakit itu KRIS, tidak. Karena apa? karena memang dalam aturannya itu untuk rumah sakit pemerintah cuma 60%. Artinya 60% dari seluruh tempat tidur itu masih ada yang Kelas 1, masih ada Kelas 2, masih ada VIP. Nah, inilah yang dimungkinkan tadi disampaikan oleh Pak Menkes tadi. KRIS itu betul-betul semua ditanggung oleh BPJS, tapi pada saat dia naik kelas ke Kelas 1, Kelas 2 di sinilah yang berfungsi yang disebut *combine benefit* tadi sebenarnya. Jadi, yang dibayarkan BPJS ya Kelas 3-nya, bukan KRIS-nya itu.

Untuk swasta itu cuma 40% yang diminta, 40% dan yang kami lihat di lapangan, waktu kami melakukan kunjungan HBL termasuk juga di Batam misalnya Rumah Sakit Awal Bros, rumah sakit swasta itu 100% sudah jalan Rumah Sakit Awal Bros. Memang waktu dia ke Batam itu yang saya kira, waktu itu saya adakan kunjungan dengan mendampingi Komisi IX waktu itu pada saat kalau enggak salah sama Bu Putih ya ke Batam waktu itu. Justru yang tidak paham itu Direktur Utama Rumah Sakit apa, apa namanya Fatimah apa namanya di situ. Itu yang tidak paham.

Jadi, sebenarnya yang disebut empat tempat tidur itu bukan jumlahnya Pak, yang penting, tapi jaraknya. Jadi, kalau ruangnya besar, bisa saja tempat tidurnya itu lebih daripada 4. Kalau memang jaraknya lebih dari 1,5 meter. Yang penting itu di prinsip bahwa jarak tempat tidur yang diperhatikan. Jarak tempat tidur minimal 1,5 meter dengan harapan untuk menghindari adanya infeksi nasokomial dan untuk mobilisasi pada saat *emergency* sebenarnya. Seperti itu.

Jadi, kalau yang kami lihat justru banyak rumah sakit yang BOR masih rendah. Dengan pelaksanaan KRIS ini, justru BOR jadi naik begitu. Itu terjadi di Rumah Sakit Tadjuddin Chalid di Makasar, Pak Menkes, di situ. Dia punya BOR itu Cuma 30,40%. Pada saat diimplementasikan ke KRIS, BOR-nya naik 70%. Justru bagus untuk rumah sakit seperti itu

Jadi, saya kira Bu Netty, mungkin Bu Netty enggak ada lagi. Saya ingin menyampaikan bahwa hasil *monev* pengukuran evaluasi kami di lapangan mengenai KRIS ini, ada beberapa daerah yang memang belum dilaksanakan. Contohnya di Singkawang di Kalimantan Barat, Singkawang itu memang karena persoalan, persoalan *political* di daerah tersebut di mana memang pemerintah tidak menyiapkan anggaran untuk itu. Oleh karena itu, salah satu

usulan kami sebenarnya di dalam sarana dan pertimbangan kami adalah bagaimana mendorong pemerintah pusat dan pemerintah daerah untuk menyiapkan anggaran untuk memperbaiki fasilitas sesuai dengan standar di sini.

Jadi, saya kira, Pak Charles ya memang, Pimpinan Sidang dan Bu Putih bahwa KRIS ini tidak berarti 100% tempat tidurnya KRIS, tidak, cuma 60% dan cuma 40%. Masih ada ruang-ruang untuk jadi Kelas 1, VIP, dan sebagainya yang memungkinkan orang untuk naik kelas pada saat mereka mempunyai *combine benefit* untuk asuransi sosial. Saya kira, itu Pak Charles dan Bu Putih yang bisa saya sampaikan.

Terima kasih.

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

Baik.

Terima kasih Prof. Kadir.

Lanjut, Pak Dirut silakan.

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

Baik.

Terima kasih.

Jadi, ini banyak pertanyaan, tapi sebetulnya juga banyak yang pergi. Jadi, mungkin tidak kita jawab semua, tapi yang jelas itu bahwa BPJS itu yang tadi ditanyakan sama Bu Irma. Bagaimana di daerah terutama ada jamkesda, jamkesda dan lain sebagainya. Itu sudah ada 510 kabupaten/kota yang dulunya ke jamkesda digeser menjadi satu sekarang di BPJS Kesehatan dan tentu jamkesda bukan berarti juga tidak bermanfaat. Ini bermanfaat karena kalau tidak, saya tidak yakin sekarang itu sudah bisa mencapai 98% karena mereka *exercise* waktu itu. Nah, baru hanya empat pemda tidak terintegrasi namanya Mamasa, Empat Lawang, Belu, Halmahera Utara.

Nah, kemudian untuk tentu jemput bola. Tadi BPJS ini menarik bikin kita program namanya Pesiar, Pesiar itu namanya petakan, sisir, advokasi, dan registrasi, terdiri dari kerja sama dengan Kementerian Desa, ada rombongan begitu per desa, desa siapa yang belum menjadi peserta dan juga dengan Kepolisian contohnya nanti SKCK atau pun juga tempat lain. Selain itu juga, ada *outbond call*, ada *WA blast*, ada sinergi dengan pemerintah daerah, ada pihak ketiga juga, kita bikin juga kader JKN dan lain sebagainya. Nah, kemudian ada juga kita bikin kanal pendaftaran melalui WA tanpa harus datang ke Kantor BPJS untuk memudahkan, kemudian ada *telemarketing*, ada jemput bola, dan lain-lain sebagainya.

Nah, kemudian tadi dari Ibu Kurnia mengenai ya yang menunggak-nunggak. Untuk diketahui ya, tadi kan ditanyakan apakah sudah dilihat tadi Pak Zaini sebetulnya, tapi sudah enggak ada. Tapi yang jelas dari 50-an lebih juta orang yang tidak aktif, tidak semuanya itu menunggak. Jadi, yang menunggak itu sebetulnya secara total ya sekitar 17 jutaan, yaitu peserta PBPU atau bukan penerima upah itu yang nonaktif menunggak 14,8 juta jiwa. Jadi, kalau tadi apa sudah dianalisis? sudah. Hampir semua yang, yang ditanyakan dan ini sudah-sudah kita lakukan sebetulnya.

PBI JK yang dinonaktifkan sesuai SK Mensos itu ada 18,6 juta jiwa. Dalam hal ini, BPJS tuh pengguna juga. Jadi, tidak menentukan seseorang ini miskin, bukan miskin terus diaktifkan, tidak ada harusnya bukan BPJS. Jadi, itu Kemensos yang jumlah totalnya itu yang tidak diaktifkan atau nonaktifkan itu 18,6 juta. Memang banyak itu di lapangan segitu. Yang tadi Pak Charles tadi bilangannya tipis batasnya begitu. Nah, ini-ini menjadi persoalannya sendiri. *Nah*, dari sini, lalu BPJS itu berusaha, kalau dia tidak aktif kasih tahu. Yang kita kasih tahu sudah cukup banyak ya, lebih dari 48 juta kita WA ini begitu. Jadi, kita kasih tahu. PBPU Pemda yang dinonaktifkan itu 11 juta. Jadi kalau ada pemda beberapa begitu apalagi pemotongan anggaran ada kesulitan begitu.

Nah, ini tentu yang PPU nonaktif berhenti bekerja atau anak di usia di luar tanggungan itu sekitar 10 juta. Jadi, itu ya, tetapi begini perlu diketahui bahwa non aktif yang 50 juta lebih itu bukan berarti dia tidak bisa akses. Kalau kemudian dia kasih tahu ke BPJS, lalu BPJS kontak ke pemdanya. Nah, pemdanya itu kalau sudah istilahnya *non cut off* jadi bisa, dia langsung aktif, hari itu bisa aktif. Nah, ini yang tidak banyak masyarakat tahu. Masyarakat itu tahunya kalau sakit, lalu terus ke rumah sakit padahal tidak aktif begitu. Nah, ini kalau tidak aktif seperti itu bisa kena denda pelayanan begitu meskipun dikurangi dendanya.

Nah, untuk yang lain tentu terutama tadi ya, Pak Charles dan Bu Putih ya. Pertamanya Pak Charles, penjelasan atas *turn asset netto* 2025 dan sekarang kita bersama mencari solusi agar di tahun 2026 berikutnya itu bisa diatasi untuk tidak mengalami satu defisit. Untuk diketahui bahwa perhitungan teman-teman aktuaris sampai akhir 2025, RKAT kita itu rasio likuiditas adalah 129, 129% atau dengan aset *netto*-nya yang sekarang 49,5 triliun menjadi kurang lebih 10,34 triliun. Nah, suatu ketika pasti enggak cukup ini sehingga tadi Pak Menkes dan teman-teman DJSN mencoba untuk kita sudah rapat beberapa kali itu membuat skenario-skenario bagaimana agar tidak terjadi ya semacam defisit atau sustainabilitas begitu terjaga sampai ya paling *ndak* 5 tahun ke depan begitu. Seperti itu.

Nah, tentang dari Pak Zaini tadi mengenai kok rumah sakit Kelas 3 ya? Tadi, bukan? Kok 10.000 itu uang makan. Untuk kita ketahui, *unit cost* yang dibayar oleh BPJS ke rumah sakit PBI Kelas 3 rawat inap *unit cost*-nya itu artinya rata-rata ya itu adalah 4,6 juta. Artinya kalau dia untuk makan 10.000 rumah sakit mengambilnya kebanyakan, Pak. Jadi, saya ingin ketemu sama direktornya di rumah sakit mana ini, anda mengambilnya kebanyakan ini. Kan untuk makan cuma 10.000, Pak, padahal kami bayar 4,6 juta untuk rata-rata ya, rata-rata itu berarti ada yang lebih, ada yang kurang seperti itu, begitu.

Nah, kemudian tadi dari Pak Yahya Zaini juga umpamanya mitigasi apa untuk reaktivasi PBI? Banyak Pak, yang kita lakukan. Tadi sudah kita ceritakan antara lain ya, kalau PBI itu nonaktif itu sekali lagi itu bukan BPJS pengguna dalam hal ini, karena BPJS bukan pihak yang menentukan seseorang itu dapat iuran dibayari pemerintah atau bukan, bukan begitu.

Tadi, kalau seperti Pak Menteri tadi sampaikan itu jangan sampai seperti Harvey Moeis begitu. Nanti kalau BPJS ya awalnya itu kita apresiasi karena itu pemda. Pemda mencoba untuk apa? UHC, sehingga waktu awal itu dia lihat, lah yang belum siapa yang belum menjadi peserta BPJS. Dia bayarkan saja, ambil dari anggaran daerah APBD ini. Nah, tetapi setelah itu dia harus melakukan verifikasi, yang kaya jangan sampai dibayarkan begitu ya. Kan seperti itu, tapi awalnya itu dalam rangka untuk mengejar seperti RPJMN kita di tahun 2024. Peserta BPJS Indonesia harus mencapai 98% minimal dan rupa-rupanya bisa, Pak, 2024 Agustus sampai namanya Presiden ISSA datang ke sini memberikan penghargaan kepada Wapres Indonesia karena Indonesia dianggap berhasil mencapai itu.

Kemudian Pesiar, Pak, tadi petakan, sisir itu bekerja sama dengan, dengan Kementerian Desa. Setiap desa itu tadi kerja sama dengan Kepolisian contohnya SKCK, Pak, dengan Kementerian Agama untuk haji, umrah sekarang dia ditanya dulu, anda mau umrah eksekutif ya? sudah jadi peserta BPJS belum? mengurus SKCK surat kelakuan baik itu di Kepolisian tanya juga begitu dan, dan lain sebagainya.

F-PDI PERJUANGAN (CHARLES HONORIS/KETUA KOMISI IX DPR RI):

Izin, Bu Ketua.

Ya, jadi begini, Pak Dirut sebentar saya potong ya?

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

Siap.

F-PDI PERJUANGAN (CHARLES HONORIS/WAKIL KETUA KOMISI IX DPR RI):

Ini kan waktu terus berjalan ya, ini sudah bulan Februari dan kita enggak mau menunggu sampai akhir tahun baru-baru, ini solusinya apa begitu kan. Jadi, kalau usul saya Bu Ketua, kita kasih teman-teman mitra kita ini *deadline* sampai kapan ya, teman-teman dari kementerian maupun BPJS Kesehatan, DJSN dikasih waktu untuk diskusi untuk mencari solusi terkait dengan potensi defisit di tahun-tahun ke depan. Lalu *deadline* tersebut ya kita duduk lagi di sini untuk bisa dilaporkan kepada kami di Komisi IX apa yang akan dikerjakan untuk agar BPJS Kesehatan tidak defisit di tahun 2026 begitu. Usul saya seperti itu.

Terima kasih.

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

Ya, jadi karena tadi juga sudah disampaikan sebenarnya Pak Kepala, apa tadi 129%, artinya 10,34T potensi ya. Nah, ini kan saya kira bisa dilihat proyeksinya atau estimasinya ini bisa apa tertahan mungkin atau melihat dari proses yang berjalan ini berapa lama begitu ya. Jadi, ini kita tahu langkah-langkah ke depan begitu.

Jadi, kami juga apa tadi disampaikan juga jangan sampai nanti ya tadi, *ujung-ujung* di tahun, di akhir tahun atau awal tahun depan ya, ini baru seperti kebakaran jenggot. Jadi, kalau memang ada kondisi-kondisi riil ya yang memang hari ini apa namanya ada kekhawatiran-kekhawatiran ya. Nah, ini yang saya kira perlu terbuka ya sehingga masyarakat juga paham begitu.

F-PKS (drh. H. ACHMAD RU'YAT, M.Si):

Interupsi Pimpinan.

Baik, saya sengaja menunggu jawaban atas pertanyaan yang disampaikan. Meskipun saya ditunggu di rapat Badan Legislasi, tapi saya lebih senang untuk hadir di sini untuk mendengar jawaban, tapi dari Pak Dirut BPJS saya tidak mendengar jawaban. Mohon penjelasan, Pak, klaim studi kasus di Jawa Timur sampai 500 miliar itu kenapa belum dibayarkan.

Yang kedua, hasil audit 2021, 2022, 2023 itu cukup besar dan ini menjadi fenomena di berbagai rumah sakit di Indonesia. Maksudnya kita ingin penjelasan dan dengan penjelasan ini sebetulnya belum tentu bisa menyelesaikan juga ya, karena mungkin melihat *cashflow* yang ada di BPJS. Kalau di dalam diagnosis itu kan yang saya tahu kalau di kedokteran hewan, kalau ada penyakit, ada yang bersifat dubius yang memang bisa disembuhkan, ya yang fausta yang bisa disembuhkan, yang dubius itu yang *fifty-fifty*, kemudian yang ketiga, infausta memang enggak bisa disembuhkan. Kalau pada hewan, kalau sudah infausta disuntik saja itu eutanasia. Ya, kalau pada manusia kan enggak bisa ya, dia harus tetap dijaga kesehatannya.

Jadi, demikian Pak Dirut, Pak Ghufron.

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

Silakan dilanjut, Pak.

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

Baik.

Tadi saya itu tadi mau jawab, tapi sudah di, diputus.

Baik Pak Dokter Hewan Haji Achmad Ru'yat, M.Si. Jadi, ceritanya BPJS itu.

F-PKS (drh. H. ACHMAD RU'YAT, M.Si):

Hewannya enggak usah disebut, Pak.

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

Begitu ya.

F-PKS (drh. H. ACHMAD RU'YAT, M.Si):

Panggilan drh itu di PDHI cukup panggil dokter saja.

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

Oke. Baik. Pak Dokter siap. Terima kasih.

Jadi begini, Pak Dokter. Jadi, selama ini yang Pak Dokter keluhkan, di *audit post*, pasca audit itu kemudian disuruh mengembalikan, kadang-kadang sampai tadi tahun 2021 begitu. Saya sampaikan ke teman-teman jangan begitu *dong*, kita kalau sebagai pengelola rumah sakit bagaimana ya, tetapi memang *post audit* itu ada yang audit bukan dari BPJS, dari BPK juga mengaudit, BPKP mengaudit. Yang kita sendiri enggak bisa meminta kepada BPK jangan mengaudit yang lama-lama *dong*, yang baru-baru saja begitu, enggak bisa begitu. Tapi kalau dari teman-teman BPJS sendiri dari katakanlah pengawas internal, kami sampaikan jangan lebih dari setahun, setahun begitu maksimum begitu. Itu yang pertama.

Tetapi untuk menghindari apa namanya pasca audit yang kemudian bermasalah, dia uang sudah dibagi-bagi disuruh *ngembaliin* begitu. Maka kita geser, sekarang kita ketatkan ya itu dengan cara algoritma, logikanya itu diperbaiki. Kalau dulu umpamanya rumah sakit klaim 1.000 kasus, 800 kasus dia beres maka seribu itu ya kita proses. Seribu kasus tadi dia klaim, kita proses. Sekarang tidak begitu, anda 1.000, 800 beres, 200 enggak beres. Tolong 200 diberesin dulu begitu biar nanti enggak ada masalah begitu.

Nah, itulah kemudian itu waktu akhir-akhir 2024 di Jawa Timur melonjak jadi masalah begitu. Termasuk ada Persi Jawa Timur, ada DPRD sebagian ya, kayak di Gresik segala macam. Akhirnya pada posisi Januari sebulan ya kira-kira Januari 2025 ini maka dari itu sudah dari kasus-kasus itu turunnya itu 39 miliar. Dulu ya, itu *cashflow* itu bisa terganggu karena ada yang atau enggak lebih dari 15%, *cashflow*-nya terganggu gara-gara *pending* lebih 15%. Kenapa *pending*? karena awal logika yang tadi algoritmanya diperbaiki biar dia, dia tidak masalah ke belakangnya tadi. Jadi, ke depan begitu.

Nah, sekarang itu sudah tidak seperti itu. Maksimum, maksimum itu 3,5% yang klaim sehingga *cashflow* rumah sakit tidak terganggu. Kalau ada *cashflow* rumah sakit terganggu katakanlah lebih dari 15% *pending*, Pak, bilang ke kami, Pak. Kami kasih duit begitu. Karena apa? kami itu memberikan uang muka. Belum pernah terjadi dalam sejarah BPJS atau rumah sakit di Indonesia belum diverifikasi sudah dibayar dulu. Ini bisa dibayar sampai 60% begitu.

Jadi, yang dianukan, yang diisukan tadi sekarang sebetulnya sudah tidak menjadi isu, tapi beberapa contoh DB terlambat, dulunya kasus, terus ada koran Jawa Timur, sudah enggak jadi masalah dia baru begitu.

Demikian.

Terima kasih.

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

Masih ada lagi Pak (*ucapan kurang jelas*) yang perlu di. Masih ada Pak Kepala hal lain yang ingin dijawab?

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

Ya. Jadi, kalau tadi mungkin dari Bu Putih ya yang Bu Putih tadi ada pertanyaan-pertanyaan contohnya mengenai apa namanya yang sudah saya jawab juga sebetulnya mengenai rasio klaim dan berapa kira-kira sampai tahun berapa kayak begitu, tetapi ada juga yang *mismatch* tadi ya. Tentu menurut saya sih enggak ada *mismatch* sekarang ya, mungkin dulu ya.

Nah, terus ada lagi pertanyaan regulasi dan kenyataannya tidak sejalan di masyarakat. Contoh regulasi tidak ada kuota, tapi di lapangan rumah sakit ada kuotanya. Jadi, memang ini bahasanya itu agak beda ya. Jadi, begini kalau umpamanya *phaco*. *Phaco* itu operasi mata ya, untuk katarak. Nah, itu memang menarik itu karena angkanya tinggi sekali. Nah, nah di BPJS nanti Bu di Jamkes bisa bantu, itu kita sesuaikan kapasitasnya. enggak bisa satu orang sehari operasi 20. Wah itu kualitasnya enggak bagus lah. Nah, kita cocokkan begitu.

Nah, tetapi disisi lain, rumah sakit menganggapnya loh kok dibatasi begitu. Apalagi dianggap tadi, bayarnya kurang. Nah, kurang enggak ini kan relatif sebetulnya lalu dia membatasi sendiri ya begitu. Nah, ini yang. Tapi begini, BPJS bukan atasan rumah sakit. Kalau Kemenkes atasannya rumah sakit vertikal, tapi BPJS bukan ya. BPJS ini adalah kerja sama MoU sehingga kalau ada keluhan-keluhan maka bisa masyarakat menilai rumah sakit laporkan ke BPJS, BPJS ingatkan. Nah, mungkin Bu Deputy Jamkes bisa menyampaikan kenapa kata Bu Putih kalau di masyarakat itu enggak sesuai begitu. Kok situ dibatasi ini ternyata menurut BPJS tidak ada pembatasan itu begitu.

Silakan, Bu Jamkes.

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

Silakan.

DIREKTUR JAMINAN PELAYANAN KESEHATAN (Dr. LILY KRESNOWATI, M.Kes):

Izin Ibu.

**Ibu yang terhormat,
Bapak-Ibu Ketua Komisi IX dan Bapak-Ibu Anggota,**

Tadi menyambung dari Pak Dirut, jadi seperti yang tadi disampaikan, Bu, memang kita membatasi dengan kapasitas, Bu. Jadi, sesuai jam praktek sehingga tidak terjadi seperti kemarin ada kasus yang *viral* juga, Bu, di Tiktok. Pasien masih banyak, dokternya sudah pulang, Bu. Ya, karena sebetulnya kan dia hanya praktik misalnya 2 jam, kemampuan dia melayani pasien selama 2 jam itu berapa jumlah pasien. Nah, kalau jumlah pasiennya tidak dibatasi, pasien masih datang terus diterima, tetapi dokternya sudah tidak melayani sehingga pasiennya tertunda lagi di hari berikutnya misalnya.

Nah, ini yang kami coba dengan mengatur, Bu, dengan model tadi apa pendaftarannya di dalam, di dalam pola rujukan, kita sesuaikan dengan jam praktek sehingga tidak ada pasien yang terus terlantar, Bu, atau tadi dia harus menunggu lama sekali karena melewati jam praktek dokternya begitu, Bu. Jadi, itu sebetulnya yang dimaksud dengan kapasitas, Bu, tetapi mungkin ada *mis* persepsi saja.

Kami membuka juga sebetulnya dari sisi rujukan *online*. Kalau dokter yang diinginkan itu sudah terpenuhi tadi kuotanya penuh, dia bisa memilih di rumah sakit lain atau dengan dokter lain yang apa namanya spesialisasinya atau kompetensinya sama, Bu, untuk dimungkinkan.

Terima kasih, Bu.

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

Ini masih ada pertanyaan Bu Putih yang belum terjawab.

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

Ya, silakan.

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

Mengenai obat kosong. Untuk diketahui, hampir ya BPJS itu tidak mengadakan pengadaan obat ya, kecuali mungkin klaim dari Prolanis gitu, tetapi yang jelas bahwa BPJS itu membayar untuk *outpatient* begitu ya, untuk

rawat jalan rata-rata untuk Kelas 3 ini, 300.000 lebih. Jadi, kalau tadi *unit cost* untuk yang Kelas 3 rawat inap itu 4,6 juta sehingga kalau untuk makan 10.000 dia mengambilnya kebanyakan begitu atau pun juga rawat jalan ini seharusnya sih sudah termasuk obat begitu karena 300.000 lebih ini ya.

Demikian.

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

Ya, baik. Masih ada lagi? Cukup ya? Bapak-Ibu enggak ada?

Terima kasih atas jawaban dan juga tanggapan saya kira dari berbagai masukan-masukan atau pun juga pernyataan yang sudah disampaikan oleh Anggota maupun juga Pimpinan ya Komisi IX tadi. Prinsipnya tentunya ya kita ingin ya Bapak-Ibu menyesuaikan begitu ya dengan kondisi-kondisi riil yang ada di masyarakat ya, walaupun tadi disampaikan maksud dan tujuan semua kebijakan, regulasi, aturan ya baik ya untuk, untuk, untuk lebih mengoptimalkan apa namanya program JKN ini, tapi perlu dilihat implikasi dari satu kebijakan apakah realitasnya, kenyataannya berjalan sesuai atau tidak.

Baik.

Bapak-Ibu sekalian.

Saya kira selanjutnya kita bisa masuk ke dalam draf kesimpulan ya. Dari apa yang sudah kita diskusikan pada siang hari ini. Izin saya membacakan. Mungkin bisa ditampilkan. Ya.

Draf kesimpulan Rapat Kerja Komisi IX DPR RI dengan Menteri Kesehatan Republik Indonesia dengan menghadirkan Ketua DJSN, Ketua Dewas BPJS Kesehatan, Dirut BPJS Kesehatan, pada hari ini Selasa, 1 Februari 2025.

Kesimpulan:

1. Komisi IX DPR RI mendesak Kementerian Kesehatan untuk memastikan keberlanjutan Program JKN melalui:
 - a. Menjaga mutu dan akses layanan kesehatan dalam penerapan Program KRIS dengan memastikan pemenuhan sarana dan prasarana fasilitas kesehatan, serta menjaga akses layanan rawat inap bagi seluruh peserta JKN;
 - b. Melakukan kajian komprehensif terkait perubahan layanan pelayanan kesehatan di rumah sakit dengan mempertimbangkan strategi transisi yang adil sehingga memungkinkan rumah sakit untuk beradaptasi terhadap perubahan pendapatan yang mungkin timbul akibat kebijakan tersebut untuk kemudian dilaporkan ke Komisi IX DPR RI paling lambat Maret 2025;
 - c. Melibatkan kementerian atau lembaga terkait dalam proses pembahasan rancangan tarif secara inklusif, serta memastikan adanya partisipasi aktif dari masyarakat dan

pemangku kepentingan lainnya untuk mendapatkan masukan yang konstruktif.

Saya ingin meminta persetujuan dulu dari Bapak-Ibu Anggota Komisi IX poin per poin. Ini poin Nomor 1 gimana, Bapak-Ibu, bisa kita setuju menjadi kesimpulan? Setuju? Setuju.

(RAPAT: SETUJU)

Lanjut di poin,

2. Demi meminimalisir potensi defisit anggaran, Komisi IX DPR RI mendesak BPJS Kesehatan bersama dengan Dewan Pengawas BPJS Kesehatan dan Dewan Jaminan Sosial Nasional untuk:
 - a. Melakukan kajian mendalam dan simulasi yang lebih matang terkait penyesuaian iuran dan tarif dalam rangka menjaga keseimbangan dana jaminan sosial BPJS Kesehatan dan memastikan keberlanjutan Program Jaminan Kesehatan untuk kemudian dilaporkan ke Komisi IX DPR RI paling lambat Maret 2025;
 - b. Mengembangkan skema yang terukur dan implementatif terkait kolektibilitas iuran khususnya bagi peserta PBP (Pekerja Bukan Penerima Upah) dan Pekerja Penerima Upah, serta peserta PBI non-aktif termasuk validitas data peserta PBI bekerja sama dengan pihak perbankan untuk memastikan keberlanjutan keadilan dalam pembiayaan Program JKN;
 - c. Melakukan sosialisasi yang masif terkait Program KRIS kepada masyarakat guna menciptakan pemahaman yang lebih baik, serta meningkatkan partisipasi dalam Program KRIS.

Bagaimana Bapak-Ibu? Ini sebenarnya yang poin b, tadi ini kan perbankan ini salah satu pihak ya? Mungkin bekerja sama dengan pihak lain, seperti, mungkin bisa disebutkan seperti. Karena mungkin hanya salah satu pihak saja mungkin validitas data ini kan juga bisa dikoordinasikan dengan pihak-pihak yang lain. Ada masukan Bapak-Ibu? Cukup? Ya, setuju ya.

(RAPAT: SETUJU)

3. Komisi IX DPR RI mendesak BPJS Kesehatan untuk terus mengoptimalkan layanan JKN melalui:
 - a. Menjamin bahwa perjanjian kerja sama antara fasilitas kesehatan dan BPJS tidak membebani fasilitas kesehatan dengan persyaratan yang memberatkan sehingga dapat tercipta hubungan kerja yang adil dan efisien antara BPJS dan fasilitas kesehatan;
 - b. Menyelesaikan *dispute claim* dengan lebih efektif dan memastikan bahwa klaim yang dibatalkan atau di-*pending*

- dilakukan melalui komunikasi yang terbuka agar proses klaim menjadi lebih transparan dan adil;
- c. Menghindari penolakan klaim yang tidak konsisten, serta memastikan adanya klarifikasi yang lebih efektif demi memastikan pengelolaan klaim berjalan dengan lancar;
 - d. Memastikan tata kelola kegawatdaruratan pasien termasuk pembatasan jumlah dalam pemberian layanan medis agar tidak mengurangi akses pasien terhadap perawatan yang dibutuhkan, serta memberikan fleksibilitas yang cukup bagi fasilitas kesehatan untuk menyediakan layanan yang optimal.

Setuju? Ya, setuju.

(RAPAT: SETUJU)

Yang keempat, ya ini terkait dengan jawaban tertulis saya kira setuju ya. Baik, dari Anggota sudah disetujui.

Kami serahkan selanjutnya kepada mitra yaitu mungkin dari yang pertama Pak Menteri ada tanggapan terkait dengan draf kesimpulan?

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

Catatannya boleh enggak yang Maret 2005 diundur ke sesudah lebaran Bu, lebarannya kalau enggak salah 31 April.

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

Ya, oke saja. kami sebenarnya menyesuaikan begitu, tapi inginnya tetap ada *timeline*-nya. Oke enggak apa-apa kalau memang.

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

Minggu kedua April atau minggu ketiga April....

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

April ya, kita tulis April 2025. Yang lain ada lagi Pak Menteri ?

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

Yang bawah nomor 4, Bu, nomor 4. Nomor 4. Oh, ini sudah.

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

Ini jawaban tertulis saja nomor 4.

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

Kalau, kalau yang nomor 2a nanti teman-teman ini, teman-teman yang menjawab....

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

Ya, itu yang lain soalnya.

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

Ya, terima kasih Pimpinan.

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

Baik.

Silakan dari DJSN.

ANGGOTA DJSN (SUDARTO, S.E., M.B.A.,M. Kom,Ph.D,CGEIT):

Sama Pimpinan yang 2a tadi, (*suara tidak jelas*) April.

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

April, April ya? Oke. Itu saja? Ada poin lain? Cukup? Oke.

Dari Dewas?

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

Cukup Pimpinan Sidang.

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

Oke. Baik.

Pak Dirut silakan. Ini yang paling banyak soalnya.

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

Yang nomor 3 ini menjamin bahwa PKS antara peserta kesehatan dan BPJS tidak membebani faskes kesehatan dengan persyaratan yang memberatkan. Nah, nanti menurut BPJS enggak berat ini, menurut faskes wah berat agak ini. Menurut saya yang disampaikan Bu Putih tadi kan Dinas Kesehatan untuk puskesmas tidak dilibatkan. Nah, bagaimana itu Dinas Kesehatan dilibatkan atau yang memimpin malahan begitu. Demikian juga yang faskes ya itu ya tentu karena kalau ini memberatkan itu agak apa ya, agak

subjektif dan enggak ukurannya agak berat ini. Apa ukurannya memberatkan apa enggak begitu atau dilakukan pembahasan bersama kayak begitu. Nah, itu lah itu bisa.

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

Ya, saya kira.

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

Disetujui bersama atau apa begitu. Pembahasan ya, pembahasan bersama.

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

Ya sebenarnya kan ini untuk bisa menciptakan hubungan kerja yang setara begitu.

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

Ya, itu, itu bagus, tapi kalau memberatkan itu yang itu persyaratan yang memberatkan itu agak apa ya, enggak jelas begitu. Jadi, mungkin kesehatan dengan persyaratan yang dibicarakan secara bersama-sama secara harmonis begitu. Mungkin lebih bagus.

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

Ya, mungkin terkait persyaratan perjanjian kerja samanya ya

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

Ya, (*suara tidak jelas*) BPJS Kesehatan dapat menciptakan hubungan kerja yang adil dan efisien (*suara tidak jelas*). Ya, betul.

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

Ya, seperti ini. Memastikan perjanjian kerja sama antara fasilitas kesehatan dan BPJS Kesehatan dapat menciptakan hubungan kerja yang adil dan efisien antara BPJS Kesehatan dan fasilitas kesehatan. Seperti ini Pak Dirut?

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

Ya, kalau mau ditambah harmonis ya lebih bagus. Adil dan harmonis. Jadi, baik hubungannya begitu.

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

Iya boleh ditambah harmonis.

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

Ya, lebih bagus kan hubungannya harmonis, tapi ya bisa tidak harmonis suatu ketika kalau layanan atau *fraud* begitu, diputus.

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

Oke. Seperti ini ya? Poin lain Pak Dirut, silakan.

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

Lebih efektif dan memastikan bahwa klaim yang dibatalkan atau *pending* dilakukan melalui komunikasi yang terbuka, iya loh agar proses klaim menjadi lebih transparan. Nah, sudah betul ya.

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

Setuju?

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

Oke, setuju. Menghindari penolakan klaim yang tidak konsisten serta memastikan adanya klarifikasi yang lebih efektif dengan memastikan pengelolaan klaim berjalan dengan lancar. Apa nih maksudnya menghindari penolakan klaim yang tidak konsisten satu daerah dengan daerah lain.

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

Ya, tadi kan ada siapa tadi ya, ada klaim yang mungkin awalnya sudah.

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

Oh ini ya, jadi.

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

Oke. Balik lagi. Jadi.

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

Ya, mungkin kalau boleh diganti Bu, kata-katanya saja, tapi intinya sama. Memastikan standardisasi verifikasi klaim untuk menghindari penolakan klaim yang tidak konsisten.

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

Pelan-pelan Pak. memastikan?

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

Iya.

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

Standardisasi verifikasi klaim.

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

Jadi, klaim itu ada standarisasinya. Untuk menghindari penolakan klaim yang tidak konsisten.

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

Ini serta memastikan adanya klarifikasi yang lebih efektif. Pak Dirut? Masih perlu?

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

Oh yang (d) Mengkaji tata kelola kegawatdaruratan pasien termasuk pembatasan jumlah dalam pemberian layanan medis agar tidak mengurangi akses pasien terhadap perawatan yang dibutuhkan. Iya fleksibilitasnya sampai ke sana. Enggak perlu ya.

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

Bagaimana yang (d)?

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

Ya yang (d) itu yang serta memberikan fleksibilitas yang cukup, itu ya enggak perlu.

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

Ya, karena begini Pak, ini kan tadi kan ada dari teman-teman yang terkait dengan kondisi gawat darurat yang memang dia.

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

Mungkin yang pas adalah diberikan anu *personal adjustment*. Jadi, maksudnya fleksibilitas itu dokternya.

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

Ya, maksudnya begitu. Jadi.

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

Personal adjustment pertimbangan dokter ya. kalau itu memang perlu ya begitu. Boleh begitu, tapi kalau fleksibilitas kan fleksibel, enggak fleksibel, *personal adjustment*.

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

Karena jangan sampai tenaga kesehatan ini jadi tidak mau memberikan pelayanan akibat tadi, mungkin karena tadi proses rujukan yang tidak dilalui karena situasi dan kondisi ya yang mengharuskan harus ya harus ke FKTL langsung karena tadi kondisi kegawatdaruratan. Tapi tadi, kegawatdaruratannya sendiri, Pak Dirut tadi kan disampaikan ada kondisi-kondisi tertentu yang tadi demam sampai sekian derajat.

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

40 derajat.

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

Nah, harus perlu apa penurunan kesadaran dulu baru bisa dilayani di FKTL kan begitu. Ini-ini maksud saya kriteria-kriteria kegawatdaruratan yang mungkin perlu ada fleksibilitas begitu loh.

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

Tapi itu sudah ada *personal adjustment*. Jadi, iya tadi begini kalau mohon maaf ya, masyarakat kita perlu kita didik juga Bu. Kalau dia enggak gawat darurat, menggawatdaruratkan atau rumah sakitnya itu enggak bagus juga. Tapi di sisi lain ya, kita tahu kalau memang dia butuh, butuh dirawat, kok

gara-gara dia enggak mau gara-gara enggak boleh, enggak-enggak benar juga. Jadi, saya kira.

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

Ya, ya menilai kan tetap nakesnya. Ya, ini kan situasi-situasi seperti ini, ini justru kami datang aspirasinya justru dari tenaga medisnya, Pak.

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

Iya, tapi tenaga medis sendiri banyak yang enggak tahu kok. Kalau ada persoalan belanja ini harus ditambah tenaga BPJS-nya, itu di medsos itu. Padahal sudah ada di situ BPJS Satu atau bisa dihubungi. Itu juga dokternya enggak tahu. Saya enggak tahu bagaimana manajemen rumah sakit kasih tahunya kepada dokternya yang jaga. Karena biasanya kan kontrak, Bu, kalau diini ada triasenya, nanti ada warna merah, ada warna kuning, ada warna hijau. Nah, kalau merah loh pasti lah enggak ada masalah karena pasti dia gawat darurat.

Jadi, ini kalau itu, Bu, dibandingkan di. Jangankan jauh-jauh Australia atau mungkin Inggris ya, kalau enggak gawat, enggak ada kemudian dirawat melalui gawat. Sekarang penyalahgunaannya adalah rawat inap itu paling banyak lewat pintu UGD, padahal enggak perlu. Karena kalau dari situ, lah itu lubangny di situ. Jadi, makanya ada triase itu.

Jadi, maksud saya adalah kalau pertimbangan ya, dokternya. Dokter kan tahu dia dididik ini bahaya apa enggak. Nah begitu. Kalau bahaya ya harus ya harus dirawat begitu, masukkan UGD, tapi kalau dari kacamata mohon maaf ini, enggak tahu ya dari pasien, ini itu saya gawat loh. Loh padahal enggak gawat atau kalau fleksibilitas dokternya juga umpamanya, ini digawatdaruratkan begitu, ini kan menjadi persoalan. Jadi, menurut saya, ini agar tidak mengurangi akses pasien terhadap perawatan yang dibutuhkan.

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

Ya, ini artinya ini sudah ada di dalam tata kelola kegawatdaruratannya. Yang kami inginkan tadi, ya sama saja sebenarnya *personal adjustment*-nya ini ada di dalam tata kelola kegawatdaruratan begitu loh, Pak. Oke. Sudah, sudah cukup ya, seperti ini ya Pak?

Ya, saya-saya ini di drafnya menjadi mengkaji tata kelola kegawatdaruratan pasien termasuk pembatasan jumlah dalam pemberian layanan medis agar tidak mengurangi akses pasien terhadap perawatan yang dibutuhkan, serta memberikan *personal adjustment* atau pertimbangan dari tenaga medis untuk menyediakan layanan yang optimal.

Ya, makanya. Ini, ini kami kan ingin memastikan bahwa di dalam tata kelola kegawatdaruratan yang ada itu memang diberikan ruang, Pak, ya. Artinya ada pertimbangan dari tenaga medis ya untuk kondisi-kondisi tersebut

begitu loh. Ini tadi kata, kata memberikan diganti mempertimbangkan. Karena kalau memberikan siapa yang memberikan nanti, kan repot.

Ya, silakan.

DIREKTUR JAMINAN PELAYANAN KESEHATAN (Dr. LILY KRESNOWATI, M.Kes):

Baik, Ibu.

Jadi, memang, kalau mungkin kalimatnya memastikan tata kelola kegawatdaruratan pasien agar tidak mengurangi akses terhadap pelayanan perawatan dibutuhkan di mana, Bu? Karena yang dimaksud *personal adjustment* itu tadi, Bu, tata kelola kegawatdaruratan. Sebetulnya berdasarkan berita acara yang terbaru, Bu, itu didasarkan pada triase. Dimana triase ini yang menentukan dokternya.

Jadi, sebetulnya yang menentukan gawat darurat atau tidak, tidak ada kriteria yang harus 40 derajat dan sebagainya itu tidak berlaku lagi sebetulnya sekarang, Bu. Yang digunakan adalah triase. Jadi, tata kelola kegawatdaruratan itu sudah berdasarkan berita acara terbaru itu sudah menggunakan triase. Dimana dokternya yang menentukan sebetulnya Bu, kriteria itu.

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

Ya, oke berarti ada ruang itu untuk tadi, apa namanya pertimbangan dari si tenaga medisnya.

DIREKTUR JAMINAN PELAYANAN KESEHATAN (Dr. LILY KRESNOWATI, M.Kes):

Jadi, itu masuk tata kelola kegawatdaruratan. Sebetulnya enggak usah kata-kata pembatasan jumlah juga, Bu, seluruh tata kelola kegawatdaruratan itu sudah mendasarkan pada pertimbangan dokter untuk menentukan kasus ini gawat darurat dan butuh perawatan atau tidak, itu sepenuhnya adalah kewenangan dokter, Bu. Nah, itu kami jawab di sini.

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

Bagaimana tadi kata-katanya, Bu?

DIREKTUR JAMINAN PELAYANAN KESEHATAN (Dr. LILY KRESNOWATI, M.Kes):

Memastikan tata kelola kegawatdaruratan pasien agar tidak mengurangi akses pasien terhadap perawatan yang dibutuhkan. Saya kira, itu sudah cukup karena sudah mencakup seluruhnya, Bu, tata kelola kegawatdaruratan itu. Triase di dalamnya itu.

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

Ya, tapi enggak sebenarnya kan enggak ada masalah juga, Pak, kalau kita tetap memasukkan *personal adjustment* karena memang sudah ada di triase yang terbaru kan begitu kan? Ya, jadi itu kata-kata *personal adjustment*-nya tetap.

DIREKTUR JAMINAN PELAYANAN KESEHATAN (Dr. LILY KRESNOWATI, M.Kes):

Mungkin kalimatnya triase saja, Bu, karena lebih memang sesuai dengan kriteria gawat darurat itu triase atau kalimatnya memastikan tata kelola kegawatdaruratan pasien sesuai triase agar tidak mengurangi akses pasien, begitu.

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

Ya, tunggu dulu. Ini yang tadi pembatasan itu jangan dihapus dulu. Karena ini dua hal yang berbeda sebenarnya, cuma kami gabungkan tadi. Karena memang tadi terkait dengan regulasi tentang pembatasan jumlah pasien ya, pembatasan jumlah pasien itu yang pada akhirnya menyulitkan masyarakat untuk mengakses pelayanan kesehatan. enggak Cuma urusan kegawatdaruratan ini sebenarnya. Di poin (d) ini ada dua hal yang berbeda. Yang satu adalah tentang kegawatdaruratan, yang kedua sebenarnya ingin ya memastikan atau mengkaji lah terkait dengan pembatasan tadi loh yang hanya, yang menyesuaikan kapasitas dokter.

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

Ini, ini mohon maaf ya, yang sering terjadi itu di gawat darurat itu kan kontrak dokternya. Dari pihak direksi itu belum mensosialisasikan dengan baik itu dan pokoknya (suara tidak jelas) terus dia menolak begitu. Jadi, sebetulnya urusan internal rumah sakit sebetulnya, tapi ya terserah saja kalau mau diinikan. Karena kalau BPJS sebetulnya dalam hal ini kan enggak ada.

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

Tapi kan BPJS ikut memastikan bagaimana implementasi tata kelola kegawatdaruratan di faskes yang mungkin sudah dikerjasamakan dengan BPJS Kesehatan. Saya kira, perlu juga BPJS punya peran di situ, bagaimana melihat tata kelola kegawatdaruratan di fasilitas yang memang sudah bekerja sama dengan BPJS. Saya kira untuk yang kegawatdaruratan, kita sepakat tadi ya, sesuai dengan triase. Hanya saja ini ada dua poin yang berbeda, yaitu terkait dengan pembatasan jumlah apa tadi? pasien tadi yang menyesuaikan kapasitas tenaga medisnya sehingga dampaknya ya, dampaknya adalah tadi adanya kuota-kuota.

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

Izin, Bu Pimpinan.

Sebenarnya sih di dalam kegawatdaruratan tidak boleh ada kuota, Bu.

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

Engga ini dua hal yang berbeda. Tolong di, yang kegawatdaruratan saya kira sudah selesai. Ini bukan lagi soal kegawatdaruratan. Tadi kan ada, ada aturan yang membawa satu melihat kapasitas dokter dalam jam prakteknya sehingga apa dampaknya hari ini ya, banyak pasien, banyak masyarakat yang pada akhirnya tidak bisa mengakses layanan.

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

Mungkin dipisah, Bu, itu poinnya.

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

Oke. Kalau mau, kita jadikan dua poin yang berbeda. Jangan dijadikan satu. Mungkin di poin (e) dipisah saja. Karena ini terkait aturan, saya pikir, tadi dijadikan satu sama-sama dengan mengkaji regulasinya begitu. Yang poin (d) khusus kegawatdaruratan, bisa dibenarkan dulu saja yang poin (d). Tadi memastikan tata kelola kegawatdaruratan pasien sesuai dengan triase agar tidak mengurangi akses pasien terhadap perawatan yang dibutuhkan.

Nah, baru yang poin (e), ini 'mengkaji kembali pembatasan jumlah atau kuota pemberian layanan kesehatan dari tenaga medis agar tidak mengurangi akses pasien terhadap perawatan yang dibutuhkan'. Gimana? Poin (e) ya.

DIREKTUR JAMINAN PELAYANAN KESEHATAN (Dr. LILY KRESNOWATI, M.Kes):

Izin, Bu.

Soalnya kita enggak ada kebijakan tentang pembatasan kuota, Ibu. Jadi, yang dikaji apa ya maksudnya? Kita enggak ada aturan tentang itu, Bu. Jadi, kalau, kalau....

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

Yang tadi Ibu sampaikan satu apa namanya ada apa penilaian terhadap kapasitas, itu ada di mana?

DIREKTUR JAMINAN PELAYANAN KESEHATAN (Dr. LILY KRESNOWATI, M.Kes):

Iya Bu. Jadi begini, rumah sakit kan mengisi jam praktek layanan, jam praktek dokter. Misalnya jam 19.00 sampai jam 21.00 malam. Maka jam 19.00 sampai jam 21.00 malam itu dia akan mampu menangani jumlah pasien berapa Bu. Nah, itu yang sebetulnya mereka mengisi sendiri kan, Bu, jam prakteknya. Terus nanti ada pasien yang akan mendaftar, dia akan mendaftar di jam layanan dokter tersebut begitu. Nah, sehingga itu *by system*. Kami tidak mengatur harus berapa-berapa. Jadi, menyesuaikan dari jam prakteknya dokter. Jadi, izin kalau kalimat mengkaji pembatasan jumlah, kami tidak ada kebijakan terkait itu sebetulnya, Bu.

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

Ya, *oke*. Jadi, enggak. Kalau memang tidak ada aturan artinya ikut memonitor bisa?

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

Bisa Bu.

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

Karena kenyataannya di masyarakat begitu, Bu. Ini, jadi poin (e) bisa disetujui Bapak-Ibu sekalian? Memonitor implementasi pengaturan jam praktek tenaga medis yang berimplikasi pada pembatasan jumlah pemberian layanan kesehatan di setiap pasienkes. Bisa begitu?

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

Bisa.

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

Oke. Baik. Cukup ya? Semua disetujui?

Baik, terima kasih. Dengan adanya masukan, koreksi ya dari Bapak-Ibu semua, draf kesimpulan rapat hari ini bisa kita setuju menjadi keputusan ya ataupun kesimpulan rapat kita pada hari ini.

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

Belum Bu, kalau boleh. Jadi, kita kan nomor 4 itu kan semua bersama-sama itu. Kalau boleh nomor 2 juga bersama-sama semuanya, karena biasanya juga sama-sama.

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

Yang mana tuh, Pak?

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

Yang nomor 2

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

Coba ke atas dulu.

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

Jadi, tidak hanya DJSN saja.

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

Enggak, itu nomor 2. *Oh, oke.* Kementerian Kesehatan ikut, *oke.* Jadi, Pak Menteri diharapkan ikut melakukan kajian, simulasi ya.

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

Sudah disiapkan, tinggal tulisannya saja yang belum. Kenyataannya sudah.

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

Ya, *oke.* Karena....

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

Cuma enggak enak saja mau usul, Bu, tapi sebetulnya sudah jalan.

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

Ya, sudah jalan, tapi kita perkuat lagi, ditegaskan lagi di dalam kesimpulan rapat hari ini Pak. Bisa disetujui ya Pak Menteri ditambahkan di poin nomor 2? *Oke,* kita, saya ketuk dulu.

(RAPAT: SETUJU)

Selanjutnya, tentunya dengan kesimpulan rapat yang sudah kita setujui, mudah-mudahan tentunya ini bisa sama-sama kita jalankan ya menjadi suatu keputusan bersama ya. Tentu kami Komisi IX DPR RI sekali lagi menunggu

progres dari Bapak-Ibu sekalian untuk kita bisa sama-sama mengawal berjalannya Program Jaminan Kesehatan Nasional ya.

Tentu akhirnya kami atas nama Pimpinan dan juga segenap Anggota Komisi IX DPR RI mengucapkan terima kasih ya, atas apa yang sudah kita diskusikan panjang lebar tentunya hari ini dan mungkin juga permohonan maaf bila memang ada hal-hal yang kurang berkenan.

Sebelum rapat kami akhiri, kami persilakan mungkin Pak Menteri bisa mewakili ya, mewakili menyampaikan sepatah dua patah kata sebagai penutup.

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

**Bapak-Ibu Pimpinan,
Anggota yang kami hormati,**

Kami ucapkan terima kasih atas waktunya untuk berdiskusi bersama kami, DJSN dan BPJS. Mudah-mudahan ke depannya, nanti semua apa kemampuan BPJS untuk bisa melayani 280 juta rakyat Indonesia yang sekarang sudah baik, saya jujur akui ya. Jadi, nanti bisa terus kita tingkatkan, sehingga puas semuanya baik rakyatnya maupun rumah sakitnya, tenaga kesehatannya, dan juga yang punya uangnya.

Terima kasih.

Wassalamualaikum warahmatullahi wabarakatuh.

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

Baik.

Terima kasih, Pak Menteri.

Akhirnya dengan mengucapkan syukur *alhamdulillah*, Rapat Komisi IX DPR RI bersama Kementerian Kesehatan Republik Indonesia, DJSN, Dewas BPJS Kesehatan, dan juga Direktur BPJS Kesehatan pada hari ini, 11 Februari 2025 dinyatakan ditutup.

Terima kasih.

(RAPAT DITUTUP PUKUL 15.24 WIB)

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

Tdd

**Ida Nuryati, S.Sos., M.A.
NIP.197604011998032002**

