



**PENGURUS BESAR
IKATAN DOKTER INDONESIA
THE INDONESIAN MEDICAL ASSOCIATION
CENTRAL EXECUTIVE BOARD**

Jl. Dr. G.S.S.Y Ratulangie No. 29 Jakarta 10350 Telp 021-3150679 – 3900277 Fax : 3900473
Email : pbidi@idionline.org - Website : www.idionline.org

Masa Bakti 2018 - 2021

Ketua Umum/President
Dr. Daeng M Faqih,SH,MH

Ketua Majelis Kehormatan
Etik Kedokteran (MKEK)/Chairman of Honorary
Board of Medical Ethics:
Dr. Broto Wasisto,DTM&H,MPH

Ketua Majelis Kolegium Kedokteran
Indonesia (MKKI)/Chairman of Board of Indonesian
Medical Collegium :
Prof. DR.Dr. David S Perdanakusuma,Sp.BP-RE (K)

Ketua Majelis Pengembangan
Pelayanan Keprofesian (MPPK)/Chairman of Board
of Development of Medical Services :
Dr. Poedjo Hartono,Sp.OG (K)

Wakil Ketua Umum I / Ketua Terpilih
Vice President I / President Elect
Dr. Moh. Adib Khumaidi,Sp.OT

Wakil Ketua Umum II/Vice President II
Dr. Slamet Budiarto,SH,MH,Kes

Wakil Ketua Umum III/Vice President III
Dr. Prasetyo Widhi Buwono,Sp.PD-KHOM

Ketua Purna/Immediate Past President :
Prof.Dr. I. Oetama Marsis,Sp.OG

Sekretaris Jenderal/General Secretary :
DR. Dr. Henry Salim Siregar,Sp.OG (K)

Bendahara Umum / General Treasurer
Dr. Nusye E Zamsiar, MS, Sp.Ok

Jakarta, 4 November 2020

Nomor : 03724-8/PB/L.2/11/2020
Lampiran : 1 (satu) berkas
Perihal : **Permohonan Sebagai Panelis**

Yang terhormat,
Ketua Komisi IX DPR RI
Di
J a k a r t a

Dengan hormat,

Bersama ini kami sampaikan bahwa PB IDI akan melaksanakan Rapat Kerja Nasional Ikatan Dokter Indonesia (Rakernas II IDI) secara virtual pada tanggal 18 – 20 Desember 2020 dengan tema **“Peran Strategis IDI Dalam Membangun Kemandirian dan Meningkatkan Ketahanan Bangsa”**

Salah satu agenda acara Pra Rakernas adalah Diskusi Panel Pendukung Tema dengan topik **Reformasi Sistem Kesehatan Nasional** yang akan dilaksanakan pada ;

Hari/tanggal : Sabtu/14 November 2020
Pukul : 09:00 – 13:00

Link : akan kami susulkan kemudian

Sehubungan dengan hal tersebut diatas kami mohon kesediaannya untuk berperan serta sebagai salah satu Panelis.

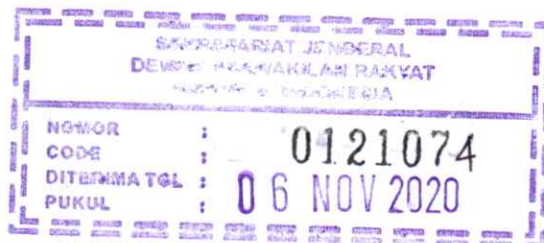
Terlampir kami sampaikan kerangka acuan beserta penjelasan tema untuk dapat diketahui.

Demikian kami sampaikan. Atas perhatian dan kesediaannya kami ucapkan terima kasih.

Ketua Umum,



Dr. Daeng M Faqih,SH,MH
NPA. IDI : 44.016





RAKERNAS II – VIRTUAL IKATAN DOKTER INDONESIA JAKARTA



18 – 20 Desember 2020

**Tema : Peran Strategis IDI Dalam Membangun Kemandirian
dan Meningkatkan Ketahanan Bangsa**

Sub tema :

1. Reformasi Sistem Kesehatan Nasional
2. Sistem Pendidikan Kedokteran
3. Penelitian Dan Pengembangan
4. Etika Dan Perlindungan Hukum

DISKUSI PENDUKUNG TEMA

**Diskusi Ke-1
Reformasi Sistem Kesehatan Nasional
Tanggal 14 November 2020**

- 1) Percepatan Transformasi Pelayanan Kesehatan Dalam Mendukung Reformasi SKN
Oleh : Prof Dr Menaldi Rasmin SpP (K)
- 2) Peningkatan Daya Kompetitif Global SDM Dokter Indonesia
Oleh : Dr Ario Jatmiko SpB.KOnk
- 3) Transformasi Sub Sistem Pembiayaan Kesehatan Dalam Reformasi SKN
Oleh : Prof Dr Amal C Sjaaf,SKM, Dr.PH
- 4) Reformasi Penataan Sub Sistem Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Dalam Kemandirian, Ketersediaan dan Keterjangkauan Obat, Alkes dan Vaksin
Oleh : Dr Husniah R Akib,MS,M.Kes,SpAk

PANELIS :

1. Sekjend Kemenkes RI
2. Direktur Utama BPJS Kesehatan
3. Kepala Badan POM RI
4. Ketua Komisi IX DPR RI

Diskusi Ke-2
Transformasi Sistem Pendidikan Kedokteran
Tanggal : 21 November 2020

- 1) Pembelajaran dan Pemanfaatan Teknologi Dalam Menunjang Transformasi Pendidikan Kedokteran
Oleh : Prof. DR. Dr Ilham Oetama Marsis SpOG
- 2) Perlindungan Hak dan Kewajiban Peserta Didik Pendidikan Kedokteran
Oleh : Prof DR. Dr. David S Perdanakusuma, Sp.BP-RE (K)
- 3) Pendidikan Profesi Kedokteran Untuk Menjawab Tantangan Masa Depan dan Era Pasar Bebas
Oleh : Prof. DR. Dr. Budi Wiweko, MPH, SpOG (K)
- 4) Road Map Pengembangan Pendidikan Kedokteran
Oleh : Dr Titi Savitri Prihartiningsih, M.Med Ed, Ph.D

PANELIS :

1. **Kemendes RI – Kepala Badan PPSDM**
2. **Kemendikbud RI – Dirjend Dikti**
3. **Komisi X DPR RI**
4. **AIPKI**

Diskusi Ke- 3
Revitalisasi Peran Penelitian dan Pengembangan Kedokteran
Tanggal : 28 November 2020

1. Riset Tentang Kedaulatan dan Kemandirian Alat Kesehatan-Kedokteran dan Farmakoterapi
Oleh : Prof. Dr Sangkot Marzuki, MSc, Ph.D, DSc
2. Akselerasi Mengejar Ketertinggalan Penelitian Kedokteran Dalam Aspek Pelayanan
Oleh : DR. Dr. Anwar Santoso Sp.JP (K)
3. Excellent Scientific Culture Dalam Pengambilan Keputusan dan Pembuatan Kebijakan Bidang Kesehatan
Oleh : Prof. DR. Dr. Ismail HD, SpOT (K)
4. Peran Dokter Dalam Pelayanan Kesehatan Berbasis Riset dan Teknologi Kesehatan
DR. Dr. Marhaen Hardjo

PANELIS :

- 1 **Prof. Dr. Ali Ghufron Mukti, MSc, Ph.D**
- 2 **AIPKI – Prof. DR. Ir. Satryo Soemantri Brodjonegoro**
- 3 **Kemendikbud – BRIN**

Diskusi Ke-4
Penguatan Etika dan Perlindungan Hukum
Tanggal : 5 Desember 2020

- 1) Sumpah Dokter dan KODEKI
Oleh : Dr Djoko Widyarto JS,DHM,MH.Kes
- 2) Etika Penelitian dan Etika Publik Dalam Kesehatan dan Kedokteran
Oleh : Prof. DR.Dr. Rianto Setiabudy,Sp.FK (K)
- 3) Etika Dalam Telemedicine dan Telehealth
Oleh : Dr. Mahesa Paranadipa,MH
- 4) Upaya Perlindungan Hukum Dengan Kebijakan Restorative Justice
Dalam Penyelesaian Sengketa Medis
Oleh : Dr Rudi Sapulete, AKp,SH,MH,MBA

PANELIS :

- 1 PERSI
- 2 Kepolisian RI
- 3 Kejaksaan RI
- 4 Ketua MKDKI

PENJELASAN TEMA

Kesehatan merupakan dimensi penting yang menjadi salah satu pilar pembangunan bangsa. Hal ini telah diatur dalam Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan yang didalamnya menyebutkan bahwa kesehatan memainkan peran yang strategis dalam membentuk sumber daya manusia Indonesia. Namun undang-undang ini belum mampu mempercepat reformasi di sektor kesehatan yang komponennya sangat banyak dan melibatkan banyak Kementerian/Lembaga. Oleh karena itu dibutuhkan pembentukan sistem kesehatan nasional sebagai peta jalan dalam mewujudkan masyarakat sehat dengan derajat kesehatan yang tinggi melalui perubahan Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan.

Saat ini juga telah ada Peraturan Presiden Nomor 72 Tahun 2012 tentang Sistem Kesehatan Nasional yang menjadi dasar bagi penerapan Sistem Kesehatan Nasional. Namun Perpres tersebut dianggap belum memadai untuk mempercepat reformasi sistem kesehatan nasional khususnya untuk mereformasi sub-sub sistem kesehatan nasional yang hingga saat ini masih banyak persoalan. Pertama, dalam kurun waktu 10 tahun terakhir, penyakit tidak menular menjadi penyebab utama beban penyakit di Indonesia. Pada sisi lain kasus penyakit menular masih tinggi dan transisi epidemiologi pada *emerging diseases* dan *re-emerging diseases* seperti SARS, MERS, flu burung, dan saat ini Covid-19. Kedua, Indonesia juga masuk peringkat ke-3 penderita *Tuberculosis* (TB), kusta, 229 kab/kota belum eliminasi malaria, kemudian pemyakit yang berpotensi kejadian luar biasa (KLB). Ketiga, penyakit tidak menular juga terus mengalami peningkatan seperti penyakit kardiovaskuler: stroke, jantung, hipertensi; penyakit gangguan metabolisme seperti: diabetes, penyakit ginjal. Keempat, adanya beban masalah gizi seperti *stunting* dan obesitas. Kelima, Covid-19 telah membuka pengetahuan kita semua akan ketidaksiapan kemampuan di bidang kesehatan di Indonesia. Rumah sakit di Indonesia ternyata belum didesain baik dari sisi sistem maupun gedung agar siap menghadapi situasi sulit dan virus

seperti Covid-19. Akibatnya rumah sakit justru berpotensi besar menjadi klaster baru penyebaran Covid-19 yang menyebabkan pasien, petugas medis dan petugas kesehatan justru menjadi korban.

Saat ini sektor kesehatan di Indonesia menghadapi berbagai tantangan yang semakin kompleks. Selain harus beradaptasi dengan berbagai regulasi yang terkait dengan pembangunan kesehatan, pada saat yang sama juga harus menyesuaikan dengan berbagai perubahan strategis di bidang kesehatan dan menyelesaikan permasalahan kesehatan di era otonomi daerah. Salah satu perubahan lingkungan kesehatan di Indonesia yang turut mempengaruhi arah dan kebijakan reformasi sistem kesehatan nasional adalah program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang belum stabil dan masih menimbulkan banyak persoalan.

Beberapa terobosan pemerintah di bidang kesehatan masih belum cukup untuk meningkatkan akses dan mutu pelayanan kesehatan di Indonesia. Hal ini antara lain disebabkan oleh banyak daerah yang jumlah rumah sakitnya belum memenuhi standar minimal yang ditentukan oleh *World Health Organization* (WHO) dan rumah sakit juga banyak yang belum terakreditasi sehingga kurang mempunyai standar pelayanan yang terukur. Data infrastruktur kesehatan juga belum kuat, karena rekomendasi WHO menyebutkan ketersediaan tempat tidur perawatan di rumah sakit misalnya adalah 5 tempat tidur setiap 1.000 penduduk. Di Indonesia rasionya sebesar 1,21 tempat tidur berbanding 1.000 penduduk.

Sebagian besar fungsi fasilitas kesehatan masih kurang memadai. Jumlah dokter di Indonesia terendah kedua di Asia Tenggara yaitu sebesar 0,4 dokter per 1.000 penduduk. Artinya Indonesia hanya memiliki 4 dokter yang melayani 10.000 penduduknya. Rasio perawat per 1.000 penduduk sebesar 2,1 yang artinya dua orang melayani 1.000 penduduk di Indonesia. Rasio dokter spesialis juga rendah, sebesar 0,13% per 1.000 penduduk. Selain itu, distribusi tenaga medis dan tenaga kesehatan juga terkonsentrasi di Jawa dan kota-kota besar. Jumlah rumah sakit rujukan nasional saat ini hanya berjumlah 14. Jumlah ini juga masih jauh dari harapan dan jumlah ideal. Akibatnya rumah sakit yang idealnya siap menjadi rujukan dalam penanganan pandemi Covid-19 yang terjadi justru sebaliknya, banyak rumah sakit yang tidak siap akibat kurang adanya alat pendukung seperti APD dan alat kesehatan yang lain untuk menangani situasi krisis.

Infrastruktur kesehatan khususnya alat-alat kesehatan yang dimiliki rumah sakit (fasilitas kesehatan) masih belum maksimal, karena alat-alat kesehatan hampir 100% masih impor dari sejumlah negara. Hal ini sebagai akibat adanya regulasi yang mengatur sebagian alat kesehatan dikategorikan sebagai barang mewah, sehingga dikenai pajak yang tinggi. Kondisi ini juga memberi peluang terjadinya monopoli pengadaan obat-obatan dan alat kesehatan oleh kelompok tertentu yang perlu untuk segera diatasi. Untuk mengatasi persoalan bahan baku industri farmasi telah dibuat Inpres Nomor 6 Tahun 2016 tentang Percepatan Pembangunan Industri Farmasi dan Alat Kesehatan. Namun demikian, hingga saat ini tingkat ketergantungan bahan baku obat dan alat-alat kesehatan ke negara lain seperti India dan Cina masih tinggi, hingga 90%. Salah satu persoalannya karena negara-negara pengekspor bahan baku industri kimia lebih memilih skema *intermediate* hingga ke hilir, atau barang jadi. Akibatnya tidak ada transfer teknologi yang menyebabkan tingkat ketergantungan kita terhadap impor bahan baku tetap tinggi. Saat ini, Bio Farma (holding) melalui anak usahanya Kimia Farma telah mengembangkan industri farmasi, namun masih belum bisa mengatasi persoalan ketergantungan bahan baku obat, karena baru mampu menurunkan angka ketergantungan sekitar 15%. Investasi pada industri farmasi dasar ini tergolong mahal, sementara bahan baku farmasi yang dihasilkan belum mampu diserap oleh industri dalam negeri. Angka penyerapan bahan baku farmasi oleh industri obat-obatan dalam negeri masih di bawah angka 15%, sehingga menyebabkan keuntungannya relatif kecil.

Anggaran 5% APBN belum disesuaikan dengan amanat UU Kesehatan, karena anggaran yang tersedia masih termasuk gaji dan anggaran Penerima Bantuan Iuran (PBI). Akibatnya belanja kesehatan di Indonesia masih sangat rendah dibandingkan dengan negara-negara ASEAN lainnya yaitu sekitar 3% PDB dan hanya lebih tinggi dari Laos dan Myanmar. Akibatnya, percepatan reformasi sistem kesehatan nasional, pembangunan dan pengembangan infrastruktur industri farmasi belum berjalan secara maksimal

Terwujudnya reformasi sektor kesehatan saat ini apalagi di era pandemi Covid-19 perlu segera dilakukan melalui penguatan sinergitas regulasi tentang sistem kesehatan nasional; penyiapan sistem kesehatan nasional; percepatan industri dan teknologi kesehatan; serta penguatan terhadap SDM Kesehatan Nasional yang berpikir global serta penguatan kesadaran dan kepatuhan masyarakat guna mewujudkan ketahanan nasional bidang kesehatan.

Oleh karena itu perlu dilakukan upaya-upaya diantaranya :

- 1 Subsistem manajemen kesehatan dan pembiayaan kesehatan.
- 2 Subsistem upaya kesehatan untuk penguatan Puskesmas dalam rangka meningkatkan fungsi promotif dan preventif serta pelayanan kesehatan di daerah sulit untuk penguatan sistem rujukan.
- 3 Subsistem SDM kesehatan yang menitikberatkan pada penguatan distribusi, kualitas, pemenuhan dan produksi serta membuka peluang sistem pendidikan ikatan dinas untuk pemenuhan tenaga medis dan tenaga kesehatan di daerah terpencil, perbatasan, dan kepulauan.
- 4 Subsistem pembiayaan kesehatan yang didalamnya mengatur mengenai sumber-sumber pembiayaan kesehatan dari pemerintah, swasta dan masyarakat serta mengatur nilai ekonomis pembiayaan rumah sakit bagi pasien.
- 5 Melakukan penataan subsistem penelitian dan pengembangan kesehatan yang didorong untuk melakukan inovasi dalam rangka mewujudkan kemandirian obat, vaksin, dan alat kesehatan.
- 6 Melakukan sinkronisasi sektor hulu, regulasi, operasional dan hilir sebagai fokus utama upaya untuk reformasi sistem kesehatan nasional yang ditopang oleh sistem produksi dan jaminan pemanfaatan obat dan alat kesehatan dalam negeri.
- 7 Reformasi sistem kesehatan nasional diarahkan untuk melibatkan *stakeholder* yang lebih luas, baik K/L, pihak swasta dan industri serta masyarakat secara luas.
- 8 Memasukkan substansi yang mengatur mengenai perlindungan dan hak tenaga medis dan tenaga kesehatan dalam melakukan pelayanan kesehatan.
- 9 Memasukkan substansi pengaturan yang berkaitan dengan sistem logistik obat-obatan dan alat kesehatan yang lebih berkelanjutan.
- 10 Memasukkan substansi yang mengatur mengenai percepatan industri dan teknologi kesehatan yang berkelanjutan

Selain dari sistem pelayanan kesehatan, kualitas dokter sebagai tenaga kesehatan strategis juga dipengaruhi dari pendidikan kedokteran. Sebagaimana dengan sektor jasa kesehatan, perjalanan perkembangan pendidikan kedokteran di Indonesia juga dipengaruhi oleh globalisasi antara lain adalah liberalisasi pendidikan. Walaupun demikian, Undang-Undang Nomor 20 Tahun 2003 tentang Sistem Pendidikan Nasional telah meletakkan dasar-dasar yang kuat untuk membangun Sistem Pendidikan Nasional Berbasis Standar (*Standard-based National Education System*). Dengan sistem ini, Pemerintah membentuk Badan Standar Nasional Pendidikan yang mendapat tugas untuk mengembangkan berbagai standar nasional pendidikan yang meliputi standar kompetensi lulusan, standar isi, standar proses, standar penilaian, standar pendidik dan tenaga kependidikan, standar pengelolaan, standar sarana prasarana, dan standar pembiayaan. Selain itu, Pemerintah juga membentuk Badan Akreditasi Nasional Perguruan Tinggi (BAN-PT) yang bertugas untuk melakukan evaluasi eksternal terhadap pencapaian standar. Undang-Undang ini juga mengamanahkan bahwa penyelenggaraan pendidikan tinggi harus dilandasi pada prinsip otonomi, akuntabilitas, kualitas, nir laba, efektivitas dan efisiensi. Dengan prinsip otonomi dimaksudkan bahwa perguruan tinggi memiliki kewenangan untuk mengelola bidang akademik dan bidang non akademik secara mandiri.

Konsep kesehatan dan pendidikan sebagai sektor komersial dengan liberalisasi sektor jasa kesehatan dan pendidikan yang terjadi di banyak negara, sesungguhnya bertentangan dengan semangat kesehatan dan pendidikan di Indonesia. Hal tersebut tidak sesuai dengan amanat konstitusi yang terkandung dalam alinea keempat pembukaan Undang-Undang Dasar 1945 yang menegaskan bahwa "Pemerintah negara Indonesia berkewajiban untuk melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan untuk memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa". Hal tersebut juga tidak sesuai dengan pasal 28H ayat (1) dan pasal 31 ayat (1) dan ayat (2) Undang-Undang Dasar 1945 yang mengandung makna bahwa kesehatan dan pendidikan adalah hak seluruh rakyat Indonesia.

Kesepakatan regional terbaru yang sudah diimplementasikan Indonesia mulai tahun 2018 ini adalah mengenai Masyarakat Ekonomi ASEAN (MEA) sebagai bagian dari globalisasi masyarakat dunia. Untuk bidang kesehatan, sejak bulan Januari 2010 telah disepakati mengenai *Mutual Recognition Agreement* (MRA). Era keterbukaan bagi perdagangan sektor jasa kesehatan dan pendidikan telah dimulai. Kerjasama antar negara ASEAN dalam bidang kesehatan antara lain adalah memfasilitasi mobilitas praktisi medis di ASEAN, saling pengakuan antar praktisi medis, bertukar informasi dan kerjasama baik untuk praktik-praktik terbaik standardisasi praktik medis maupun dalam peningkatan kapasitas dan pelatihan praktisi medis. Pelaksanaan MEA dalam bidang kesehatan ini akan sangat mempengaruhi sistem pelayanan kesehatan dan sistem pendidikan kedokteran di Indonesia. Dalam bidang pelayanan kesehatan, kualitas mutu dokter Indonesia harus mampu bersaing dengan dokter dari negara ASEAN lainnya. Bagi sistem pendidikan kedokteran pun perlu siap untuk menghasilkan lulusan yang dapat direkognisi kualifikasinya dengan lulusan dari negara ASEAN lainnya.

Dengan semakin majunya teknologi dalam era revolusi industri ke-4 seperti teknologi yang dapat memeriksakan kondisi tubuh melalui telepon genggam hanya dengan pindai retina atau sidik jari, dan sebagainya (Schwab, 2016), serta semakin cepatnya informasi dan mobilisasi masyarakat dunia, maka peran dan fungsi dokter di pelayanan kesehatan akan mengalami perubahan di masa depan yang harus diantisipasi oleh Kementerian Kesehatan. Perubahan peran dan fungsi dokter akan berpengaruh terhadap penentuan standar kompetensi dokter dan standar pendidikan profesi dokter. Kolegium bersama dengan AIPKI/AFDOKGI secara berkala akan melakukan pembaruan terhadap standar kompetensi dokter dan standar pendidikan profesi dokter. Era revolusi industri 4.0 telah mempengaruhi penyelenggaraan pendidikan tinggi, sehingga Fakultas Kedokteran sebagai subsistem dari pendidikan tinggi perlu menyesuaikan penyelenggaraan pendidikan kedokterannya sesuai dengan prinsip-prinsip pendidikan tinggi di era revolusi industri 4.0

Untuk menjamin mutu pelayanan kesehatan yang optimal agar dapat terus merespon terhadap perkembangan revolusi industri generasi keempat, Kementerian Kesehatan perlu secara berkala memperbarui sarana dan prasarana kesehatan. Akan tetapi hal ini mengalami hambatan karena kebijakan importasi alat kesehatan malah dikenakan pajak bea masuk yang sangat tinggi (300%), sehingga mengakibatkan biaya pelayanan kesehatan menjadi tinggi. Selain itu, perlu untuk mendorong kerjasama antara berbagai institusi dan pemangku kepentingan untuk mendorong peningkatan mutu pendidikan, penelitian dan pelayanan kesehatan yang salah satunya dapat dilakukan dalam bentuk '*Academic Health System*' (Dzau & Ackerly, 2010).

Liberalisasi jasa kesehatan, khususnya dokter, memang bukan merupakan pekerjaan mudah. Hal ini sangat memungkinkan pelaksanaannya menjadi molor. Bahkan hingga kini dalam hal bisnis kesehatan dan penyamaan kurikulum pendidikan kedokteran masih dalam tahap penajakan. Adapun praktik dokter lintas negara ASEAN masih diwarnai perdebatan dan belum ditemukan kata sepakat di antara anggota ASEAN sendiri. Dengan demikian butuh waktu yang cukup untuk mempersiapkan segala sesuatunya agar bisa maksimal. Di wilayah lain seperti Eropa, butuh waktu 15 sampai 20 tahun untuk membahas praktik dokter asing.

Hal utama yang juga perlu diperhitungkan dan saat ini menjadi perdebatan adalah tentang liberalisasi sektor jasa dokter dan ketahanan negara. Hal ini mewamai wacana-wacana tentang pasar bebas ASEAN khususnya di bidang kesehatan atau jasa praktisi medis/dokter.

Sektor jasa praktisi medis/dokter saat ini dapat dikatakan memiliki tata kelola yang cukup baik. Hubungan kerjasama antar institusi seperti KKI dan Kementerian Kesehatan berjalan cukup baik. Walaupun demikian liberalisasi sektor jasa kesehatan maupun kedokteran menekankan pentingnya negara ikut "terlibat", pertama dengan argumen bahwa jasa kesehatan adalah sektor vital terkait ketahanan negara, kedua, bahwa jasa kesehatan perlu dihindarkan dari aspek bisnis.

Selain itu persoalan SDM baik secara kuantitas maupun kualitas masih menjadi tantangan tersendiri. Gap antara kebutuhan dan ketersediaan masih mewarnai rencana implementasi liberalisasi sektor jasa medis. Selain itu fakta juga memperlihatkan baik distribusi jasa dokter maupun yang masih terpusat di Pulau Jawa dan Sumatera bisa menjadi tantangan tersendiri bagi pemerintah dalam upaya pemerataan pembangunan. Adapun dalam hal kualitas, sektor jasa dokter Indonesia tercatat memiliki standar kompetensi yang berbeda dengan negara ASEAN lainnya. Hal ini menjadi tantangan bagi sektor jasa praktisi medis/dokter untuk mengupayakan level kompetensi dokter Indonesia yang setara dengan dokter dari negara tetangga/ASEAN lainnya.

Saat ini Indonesia sudah masuk era globalisasi, sarana dan tenaga kesehatan asing sudah datang walaupun regulasi masih membatasi. Penyebabnya terkait dengan potensi pasar Indonesia yang sangat menguntungkan. Pertama, karena jumlah penduduk Indonesia yang besar. Tercatat sekitar 250 juta jiwa. Kedua, karena daya beli penduduk Indonesia yang cukup tinggi, dengan tingkat pertumbuhan ekonomi yang cukup tinggi.

Dengan potensi pasar yang besar ini tidak mengherankan jika saat ini sudah ditemukan banyak sarana dan tenaga kesehatan asing yang akan masuk ke Indonesia. Jika diperhatikan perkembangan yang berlangsung kini, masuknya sarana dan tenaga kesehatan asing tersebut diduga akan berlangsung dalam dua tahap. Pertama, sarana dan tenaga kesehatan yang bersifat spesialis. Pada tahap ini, sarana kesehatan asing yang masuk adalah pelayanan kesehatan rumah sakit, sedangkan tenaga kesehatan asing yang akan masuk adalah dokter spesialis dan/atau sub-spesialis yang akan bekerja di rumah sakit. Kedua, sarana dan tenaga kesehatan yang bersifat umum. Pada tahap ini, sarana kesehatan asing yang masuk adalah pelayanan kesehatan primer, sedangkan tenaga kesehatan asing yang akan masuk adalah dokter umum yang akan bekerja di sarana pelayanan kesehatan primer.

Kemajuan teknologi di bidang kedokteran dapat terlihat dengan semakin banyak digunakannya peralatan kedokteran yang canggih dengan teknologi yang tinggi meskipun beberapa diantaranya belum diketahui atau diterima oleh kelompoknya. Ada juga peralatan teknologi canggih yang digunakan masih dalam tahap penelitian atau belum ada uji klinisnya. Demikian juga tantangan perkembangan teknologi informasi dan digitalisasi dalam pelayanan kesehatan dan kedokteran saat ini.

Dengan memakai peralatan dengan teknologi tinggi yang masih belum diakui dan belum ada aturan/ prosedur pemakaian yang standar, maka problem dalam disiplin dan dilemma etika kedokteran bisa terjadi.

Di Era disrupsi kesehatan dan digitalisasi informasi maka kecepatan teknologi kedokteran harus diimbangi juga dengan kecepatan dalam menjaga etika khususnya dalam pelayanan kedokteran serta mengikuti perkembangan etika kedokteran modern. WMA dan WHO sudah memberikan rekomendasi terkait dengan digitalisasi informasi pelayanan kesehatan, sehingga dapat menjadi referensi dalam pelayanan kedokteran di Indonesia dan diterapkan dalam bentuk regulasi etik IDI.

Tuntutan kesibukan melakukan praktik pelayanan profesi kedokteran terlebih di era JKN, banyak dokter yang melupakan 12 butir sumpah dokter . Hal ini kurang bijak, karena dapat menimbulkan perilaku melanggar etik baik terhadap kewajiban umum dokter, kewajiban kepada pasien , kepada teman sejawat maupun terhadap diri sendiri yang bila tidak disadari dan diantisipasi sedini mungkin akan dapat merambah ke ranah disiplin dan hukum yang lebih kompleks . Oleh karena itu upaya penguatan etik dan Sumpah Dokter dalam KODEKI menjadi sebuah keharusan . Demikian juga peningkatan terhadap pemahaman dalam etika penelitian dan etika kedokteran dalam penyampaian informasi ke publik

Perlindungan hukum dan pembinaan anggota juga merupakan hal prioritas sesuai dengan tugas dan fungsi Organisasi Profesi IDI kepada anggotanya . Upaya-upaya perlindungan hukum dengan upaya kebijakan restorative justice dalam upaya penanggulangan tindak pidana medis dan memiliki prospek yang dapat menjadi solusi komprehensif bagi pelaku tindak pidana medis , korban , masyarakat dan Negara saat ini dan masa akan datang , baik itu dengan cara non litigasi, kuasi litigasi, dan litigasi. Penerapan kebijakan restorative justice yang lebih mengutamakan yang lebih mengutamakan cara musyawarah untuk mufakat dengan melibatkan pihak-pihak yang bersengketa medis terbukti lebih kompatibel dan bermanfaat bagi semua pihak.

Dalam komponen pembangunan kesehatan tidak akan terlepas dari peran sentral para dokter . Pada dokter adalah intelektual yang dalam menjalankan profesinya langsung berhadapan atau berada di tengah masyarakat dibekali nilai profesi yang menjadi kompas dalam segala bidakannya. Nilai profesi itu antara lain adalah kemanusiaan (*humanism*), etika (*ethics*) dan kompetensi (*competence*). Saat ini dibutuhkan proses rekonstruksi pembangunan nasional yang menjadikan sistem kesehatan nasional sebagai salah satu pilar utamanya serta menempatkan kesehatan juga sebagai penopang utama ketahanan nasional dalam mewujudkan Indonesia Sehat yang berdaulat. Bersama dokter membangun bangsa sebagai upaya pencapaian tingkat kemakmuran dan kesejahteraan bangsa mewujudkan Indonesia Sehat yang berdaulat serta menempatkan kesehatan sebagai pilar utama Ketahanan Nasional

Profesi dokter sebagai unsur utama dalam menunjang sistem kesehatan nasional juga semakin dituntut peran serta aktifnya . Dokter selalu berada di tengah-tengah rakyat dalam pembangunan bangsa . Dokter juga rakyat yang membutuhkan perlindungan Negara dan ingin Negara juga selalu berada di tengah-tengah dokter . Dokter juga rakyat yang membutuhkan kesejahteraan dan rasa keadilan dalam kehidupan berbangsa ini.

Dokter Indonesia sebagai rakyat Indonesia membutuhkan peranan dan keberadaan Negara dalam mewujudkan rasa keadilan dalam kehidupan berbangsa. Rasa keadilan untuk mendapatkan hak-haknya sebagai warga Negara seperti halnya masyarakat lainnya .. Tanggung jawab Negara untuk dapat mewujudkan rasa keadilan kepada profesi kedokteran sehingga bersama-sama menempatkan sektor kesehatan sebagai mainstream pembangunan Nasional .

PRA RAKERNAS II IDI

DISKUSI PANEL PENDUKUNG TEMA

SERI I : REFORMASI SISTEM KESEHATAN NASIONAL

14 November 2020

- 08:00 – 09:00 : Registrasi Peserta
- 09:00 – 09:20 : Pembukaan oleh MC
Dr. Grace Piscesianita, MKK
1. Menyanyikan Lagu Indonesia Raya
 2. Menyanyikan MARS IDI
 3. Pengantar dari Ketua Panitia Pengarah Rakernas II IDI
 4. Sambutan dan Pembukaan oleh Ketua Umum PB IDI
- Moderator : Dr. Eka Mulyana, SH, MH.Kes, Sp.OT**
- 09:20 – 09:40 : Percepatan Transformasi Pelayanan Kesehatan Dalam Mendukung Reformasi SKN
Oleh : Prof. Dr. Menaldi Rasmin, Sp.P(K)
- 09:40 – 10:00 : Peningkatan Daya Kompetitif Global SDM Dokter Indonesia
Oleh : Dr. Ario Djatmiko, Sp.B.K.Onk
- 10:00 – 10:20 : Transformasi Sub Sistem Pembiayaan Kesehatan Dalam Reformasi SKN
Oleh : Prof. Dr. Amal C Sjaaf, SKM, Dr.PH
- 10:20 – 10:40 : Reformasi Penataan Sub Sistem Penelitian dan Pengembangan Kesehatan Dalam Kemandirian, Ketersediaan dan Keterjangkauan Obat, Alkes dan Vaksin
Oleh : Dr. Husniah R Akib, MS, M.Kes, Sp.Ak
- 10:40 – 12:00 : Pembahasan oleh Panelis
1. Drg. Oscar Primadi, MPH - Sekretaris Jenderal Kemenkes RI
 2. Prof. DR. Dr. Fachmi Idris, M.Kes - Direktur Utama BPJS Kesehatan
 3. DR. Ir. Penny K Lukito, MCP - Kepala Badan POM RI
 4. Felly Estelita Runtuwena, SE – Ketua Komisi IX DPR RI
- 12:00 – 12:15 : Kesimpulan & Penutup