



**DEWAN PERWAKILAN RAKYAT
REPUBLIK INDONESIA**

**LAPORAN SINGKAT
RAPAT PANJA ASKESKIN KOMISI IX
(BIDANG DEPARTEMEN KESEHATAN,
DEPARTEMEN TENAGA KERJA DAN TRANSMIGRASI,
BADAN PENGAWAS OBAT & MAKANAN, DAN BKKBN)**

Tahun Sidang	: 2007-2008
Masa Persidangan	: III
Rapat ke	: ---
Dengan	: 1. Kepala Pusat Pembiayaan & Jaminan Kesehatan Depkes RI; 2. Asosiasi Dinas Kesehatan Seluruh Indonesia; 3. Prof. Dr. Hasbullah Thabrani.
Jenis	: Rapat Dengar Pendapat Umum
Sifat	: Terbuka
Hari, tanggal	: Senin, 11 Februari 2008
Waktu	: Pukul 10.00 – selesai
Tempat	: Ruang Rapat Komisi IX DPR RI Gedung Nusantara I Jln. Jend. Gatot Subroto, Jakarta.
Acara	: Membicarakan Masalah Pelayanan Askeskin
Ketua	: Hj. Asiah Salekan, BA / Wakil Ketua Komisi IX DPR RI
Sekretaris	: Dra. Tri Udiartiningrum / Kabag Set. Komisi IX DPR RI
Anggota yang hadir	: 26 Anggota dari 30 Anggota Komisi IX DPR RI, 4 orang ijin

I. PENDAHULUAN

Ketua Rapat Panja Askeskin Komisi IX DPR RI membuka rapat pukul 10.50 WIB setelah kuorum terpenuhi sebagaimana Peraturan Tata Tertib DPR RI Pasal 99 ayat (1) dan rapat dinyatakan **terbuka** untuk umum.

II. POKOK-POKOK PEMBICARAAN :

Pengelolaan Askeskin Tahun 2008 terdapat penyempurnaan-penyempurnaan, untuk lebih jelas mengenai Program Askeskin Tahun 2008 terutama mengenai perbedaan antara Program Askeskin Tahun 2007 dan Tahun 2008 serta efek samping dari kebijakan penyelenggaraan Program Askeskin Tahun 2008 di daerah-daerah, terdapat paparan dari :

A. KEPALA PUSAT...../2

A. KEPALA PUSAT PEMBIAYAAN & JAMINAN KESEHATAN DEPKES RI

1. Dasar dibentuk Program Askeskin adalah UUD 1945 Pasal 28 H, UU Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan dan UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN.
2. Untuk menjamin akses penduduk miskin terhadap pelayanan kesehatan sebagaimana diamanatkan dalam UUD 1945, diluncurkan Program Jaminan kesehatan bagi Masyarakat Miskin dan Tidak Mampu yang dalam penyelenggaraannya Menteri Kesehatan RI menugaskan PT. ASKES (Persero) berdasarkan SK Nomor 1241/Menkes/SK/XI/2004 tentang Penugasan PT. ASKES (Persero) dalam Pengelolaan Program Pemeliharaan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin.
3. Permasalahan penyelenggaraan Program Askeskin Tahun 2007 :
 - a. Pendataan sasaran maskin belum tuntas.
 - b. Peran/fungsi ganda dari penyelenggara, baik sebagai pengelola maupun pembayar.
 - c. RS belum melakukan kendali mutu pelayanan dan kendali biaya dengan baik.
 - d. Verifikasi tidak berjalan optimal.
 - e. Paket pelayanan belum diimbangi kebutuhan dana yang memadai.
 - f. Penyelenggara tidak menanggung resiko.
4. Perbaikan pengelolaan Program Askeskin Tahun 2008 :
 - a. Percepatan penyelesaian pendataan sasaran maskin.
 - b. Pemisahan fungsi pengelolaan dengan pembayar.
 - c. Percepatan pembayaran klaim : Tim verifikasi independen.
 - d. Pembayaran langsung dari Kas Negara ke rekening Puskesmas dan Rumah Sakit.
 - e. Pemberlakuan paket pelayanan di rumah sakit.
 - f. Peningkatan peran Pemerintah Provinsi dan kabupaten/Kota dalam fungsi pengelola, koordinasi serta pengawasan dan pengendalian.
5. Indikator Keberhasilan :
 - a. Masukan :
 - ada Tim Verifikasi di semua rumah sakit.
 - Tambahan anggaran untuk manajemen program.
 - Adanya APBD untuk maskin di luar yang ditetapkan Bupati/Walikota.
 - Adanya Sekretariat di Tingkat Pusat/Provinsi/Kabupaten/Kota.
 - b. Proses :
 - Database peserta 100% di Kabupaten/Kota.
 - Maskin dapat kartu 100%.
 - SKTM/SKM ditanggung Pemda.
 - Dilaksanakan Paket Pelayanan Kesehatan Maskin di 100% rumah sakit.
 - Audit medik di 100% rumah sakit.
 - Klaim tepat waktu.
 - Laporan tepat waktu.
 - c. Luaran :
 - Peningkatan cakupan :
 - 100% Kab/Kota memiliki database
 - Distribusi Kartu 100%
 - Peningkatan cakupan & mutu pelayanan :
 - SKTM tidak berlaku lagi
 - Peningkatan RJTP dan RITP
 - Penurunan angka rujukan.
 - Peningkatan kunjungan RJTP dan RITP
 - Terlaksananya paket pelayanan kesehatan.
 - Terlaksananya audit medik.

- Kecepatan pembayaran klaim & limitasi :
 - Pemanfaatan kapitasi yang optimal.
 - 7 hari rumah sakit dapat mengajukan klaim.
 - Penurunan angka temuan penyimpangan.
6. Perbedaan Pengelolaan Program Askeskin Tahun 2007 dan Tahun 2008 :
 - a. Pada prinsipnya penyelenggaraan Program Askeskin Tahun 2008 sama dengan Tahun 2007, yaitu tatalaksana kepesertaan, tatalaksana pelayanan kesehatan, tatalaksana administrasi keuangan dengan pendanaan berasal dari **Dana Bantuan Sosial yang dikelola dengan mekanisme Asuransi Sosial** yang mengacu pada UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang SJSN yang penyelenggaraannya mengacu pada tata aturan keuangan negara.
 - b. Penyelenggaraan Program Askeskin Tahun 2008 tetap mengacu pada **mekanisme Asuransi Kesehatan Sosial**, dengan prinsip-prinsip :
 - Dana amanah dikelola secara nirlaba.
 - Portabilitas & ekuitas.
 - Iuran bagi miskin dan tidak mampu dijamin oleh Pemerintah.
 - Pelayanan kesehatan dilaksanakan secara terstruktur berdasarkan kebutuhan medis yang *Cost efektif*.
 - Dikelola secara transparan dan akuntabel.
 - c. Upaya perbaikan penyelenggaraan Jaminan Pelayanan Kesehatan tahun 2008, terutama pemisahan fungsi dari berbagai interaksi dalam penyelenggaraannya yang meliputi :
 - Pemisahan fungsi pengelola dan pembayar.
 - Percepatan pembayaran klaim pelayanan kesehatan kepada PPK dengan didukung oleh tenaga verifikasi di setiap rumah sakit.
 - Diberlakukannya paket pelayanan kesehatan yang sudah menyatu dengan besaran tarif.
 - Meningkatkan peran dan fungsi Pemerintah Provinsi, Pemerintah Kab/Kota, Dinkes Provinsi dan Kab/Kota dalam fungsi pengelolaannya, fungsi koordinasi serta fungsi pembinaan dan pengawasan.
 7. Kebijakan Penyelenggaraan Program Askeskin Tahun 2008 memerlukan peran aktif dan kontribusi positif dari semua pihak dalam penyelenggaraannya, termasuk dukungan dari lembaga legislatif.
 8. Tindak lanjut penanggulangan hutang Askeskin Tahun 2007 :
 - a. Setelah menerima laporan resmi, akan dilakukan *list* dan *re-check* serta audit.
 - b. Dikeluarkan Kepmenkes tentang Penerima dana hutang yang disalurkan melalui pihak ke-3.
 - c. Sumber dana dengan 2 alternatif :
 - dana dari sumber lain dari anggaran Tahun 2008.
 - Mengambil sebagian anggaran Askeskin tahun 2008
 9. Masa Transisi 2008 :
 - a. Pembayaran Askeskin akan dilakukan oleh Departemen kesehatan RI melalui transfer rekening BRI kepada pihak rumah sakit di daerah.
 - b. Pertanggungjawaban rumah sakit harus disertai dengan berkas sama dengan EHN 2007, penekanan diagnosa, tindakan dan pemeriksaan canggih.
 - c. Persiapan verifikator dilakukan rekrutmen sesuai dengan manlak juknis.

B. ASOSIASI DINAS KESEHATAN SELURUH INDONESIA (ADINKES)

1. Premi yang harus dibayar.
2. Resiko yang ditanggung oleh rumah sakit.

3. Data jumlah kepesertaan dari BPS atau Pemda.
4. Mobilisasi penduduk antar kota, sehingga pendataan kartu perlu dengan foto si pemilik kartu.
5. Tarif dari masing-masing provinsi berbeda.
6. Verifikator harus jelas dalam tugasnya.
7. Dari Provinsi Kalimantan selatan, Jawa Tengah dan Jawa Timur menanyakan apakah anggaran askeskin sudah ada.

C. PROF. DR. HASBULLAH THABRANI

1. Hasil survei kepada *stakeholder* pengguna rumah sakit, menghasilkan suatu masukan :
 - a. Program Askeskin harus diteruskan.
 - b. Upaya perbaikan harus menggunakan indikator bagi maskin.
 - c. Kunci perbaikan terletak pada kecukupan dana yang wajar. Persepsi GNP : jika dana cukup, banyak kasus/polemik sebetulnya tidak perlu terjadi.
 - d. Pemda harus ikut berkontribusi terhadap pendanaan bagi askeskin.
 - e. Pemerintah/Pemda tetap harus mendanai kebutuhan alat medis rumah sakit.
 - f. RS tidak boleh mengambil keuntungan dari Askeskin, tapi tetap harus memberikan kompensasi tambahan bagi pegawainya.
 - g. Besaran pembayaran askeskin ke rumah sakit harus seragam untuk mendorong efisiensi rumah sakit.
 - h. SKTM perlu dengan kesadaran penuh untuk pelayanan yang benar-benar dibutuhkan.
 - i. Pengelolaan askeskin oleh PT. Askes (bentuk baru) dengan mengakomodir aspirasi daerah dapat menunjang keberhasilan program askeskin.
 - j. 78% dari pengguna SKTM mempunyai beban rawat jalan di bawah 25% dari *disposable income*. (menunjukkan pengguna SKTM untuk rawat jalan tidak perlu dibantu).
 - k. Kurang dari 75% pengguna SKTM/SKM mempunyai beban biaya rawat inap kurang dari 100% dari *disposable income*.
2. Kesimpulan dari hasil survei :
 - a. Program Askeskin banyak manfaat bagi masyarakat miskin, Pemda dan rumah sakit.
 - b. Masih terdapat berbagai masalah teknis yang tidak lepas dari kondisi sistem.
 - c. Kurangnya komunikasi/sosialisasi.
3. Nilai positif dari Program Askeskin Tahun 2008 :
 - a. Pemda mulai dilibatkan, maka harus ada payung hukum yang tegas, yaitu dengan dikeluarkannya SK Bersama antara Menteri Kesehatan RI dengan Mendagri.
 - b. Dengan verifikator independen, maka akan terungkap kasus penggelembungan dana askeskin.
 - c. Jika dikaitkan dengan *check – re check* terlebih dahulu untuk Tahun 2007 maka akan memberatkan rumah sakit di daerah lebih baik beri uang muka kepada rumah sakit.
 - d. Memperkenalkan paket pelayanan rumah sakit dengan biaya yang seragam/sama di seluruh rumah sakit.
 - e. Ada uji sistem yang lebih efektif antara Program Askeskin Tahun 2007 dan Tahun 2008.
4. Nilai negatif dari Program Askeskin Tahun 2008 :
 - a. Banyaknya penduduk miskin yang tidak terjamin karena pemda tidak mengalokasikan dana kesehatan untuk maskin.

b. Tidak efektif/5

- b. Tidak efektif jika menerbitkan sendiri kartu maskin.
- c. Penggunaan INA DRG akan mengakibatkan resiko yang lebih besar lagi yaitu semakin berkurangnya dana.
- d. Verifikator belum pengalaman dan independent, kepada siapa verifikator bertanggung jawab.
- e. Peran ganda verifikator dengan pembayar. Yang perlu diperhatikan kompetensi dan pengalaman verifikator, karena resiko terjadi pengurangan dana akan lebih besar.

III. RANGKUMAN

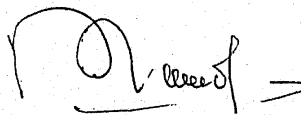
1. Komisi IX DPR RI memandang mekanisme baru penyelenggaraan Askeskin 2008 makin menjauh dari sistem yang diamanatkan Undang-Undang No 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.
2. Komisi IX DPR RI masih meragukan keberhasilan dari mekanisme baru penyelenggaraan Askeskin 2008 karena belum jelas rekrutmen dan kompetensi dari verifikator.
3. Komisi IX DPR RI mengingatkan Pemerintah agar hati-hati terhadap penerapan pembayaran fasilitas kesehatan dengan INA DRG, karena INA DRG dalam penyelenggaraan Askeskin 2008 mengandung resiko besar terhadap ketidakcukupan dana dan ketidaksiapan dari daerah dalam memahami konsep baru tersebut. Oleh karena itu, Komisi IX DPR RI mengharapkan Depkes menerapkan secara bertahap konsep INA DRG.
4. Komisi IX DPR RI mempelajari mekanisme baru penyelenggaraan Askeskin 2008 bukan solusi dari masalah yang terjadi selama penyelenggaraan Askeskin sebelumnya.
5. Komisi IX DPR RI mendesak Depkes untuk menyelenggarakan Program Askeskin seperti tahun sebelumnya dengan memperbaiki berbagai kelemahan yang terjadi karena memperbaiki kelemahan dari skema lama akan mengurangi risiko terhadap munculnya masalah baru sehingga masyarakat miskin yang menerima dampak negative dari kebijakan yang sering berubah-ubah.
6. Komisi IX DPR RI mendukung Depkes RI agar melibatkan Pemerintah Daerah.
7. Komisi IX DPR RI menyadari bahwa penyebab utama dari masalah Askeskin selama ini adalah ketidakcukupan iuran yang ada.
8. Komisi IX DPR RI mendesak Depkes untuk menata ulang pembayaran puskesmas agar lebih efektif dan efisien sehingga fungsi puskesmas sebagai *gate keeper* berjalan dengan optimal.
9. Komisi IX DPR RI mendesak Depkes untuk mempercepat pembayaran tunggak pelayanan Askeskin tahun 2007 kepada rumah sakit.

Rapat ditutup pukul 16.⁵⁵ WIB.

Jakarta, 11 Februari 2008

Pimpinan Komisi IX DPR RI

Wakil Ketua,



Hj. Asiah Salekan, BA