

**MENUJU SISTEM JAMINAN SOSIAL NASIONAL: PEMETAKAN DAN TELAHAH  
KRITIS ASOSIASI FASILITAS PELAYANAN KESEHATAN  
SEBELUM UU NO. 40 TAHUN 2004/SJSN**

Tati Suryati dan Asih Eka Putri

Pusat Humaniora, Kebijakan Kesehatan dan Pemberdayaan Masyarakat

tsuryati@yahoo.com

***TOWARDS A NATIONAL SOCIAL SECURITY SYSTEM : MAPPING AND  
ASSESSING CRITICAL ASSOCIATION OF HEALTH CARE FACILITIES PRIOR  
TO LAW NO. 40 YEARS 2004/SJSN***

***Abstract***

*Article 24 paragraph (1) of the National Social Security payments determine the amount of health care facilities, established by agreement between BPJS and associations of health facilities in the region. It is necessary to map out and investigate the association before the enactment of Law no. 40 of 2004 on National Social Security, as an input of policy making, implementing regulations, public policies and implementation strategies of public health insurance system in accordance Article 19 law of National Social Security Commission.*

*Data was collected through literature review and document depth and extensive with qualitative methods. Samples were: related units in ministries, provincial/district/city health office in Jakarta and Central Java, associations of health facilities at national level and regional located in Jakarta and Central Java, health service management and health insurance experts, Indonesia Army and Police of health directorate at head-quarter.*

*Only a few associations of health facilities existing recognized by the Ministry of Justice and Human Rights. The established of association define by regulation at level decree which adopted with letters by all type leadership, organizational leaders and notaries. Their membership multiple, nearly all associations gathered in other associations, thus a hospital can be assembled in many different associations. The existing Association of health facilities does not play a role in determining content and the magnitude of the contract with BPJS, in contrary the facilities played directly. Necessary the rule of law for association which has members a local technical unit area can also bound by contract with BPJS.*

*Key words: social health insurance payment association of health facilities*

***Abstrak***

*Pasal 24 ayat 1 UU Sistem Jaminan Sosial Nasional/SJSN menyatakan besarnya pembayaran ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk setiap wilayah ditetapkan berdasarkan kesepakatan antara BPJS dan asosiasi fasilitas kesehatan di wilayah tersebut. Maka dirasakan perlu untuk memetakan dan menelaah secara kritis asosiasi fasilitas pelayanan kesehatan sebelum diberlakukannya UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN, sebagai bahan masukan penyusunan kebijakan, peraturan pelaksana, kebijakan umum*

*dan strategi penyelenggaraan sistem jaminan kesehatan publik sesuai amanat Pasal 19 UU SJSN.*

*Pengumpulan data dilakukan dengan telaah literatur dan dokumen secara luas dan mendalam dan metoda kualitatif. Sampel Unit terkait SJSN dan direktorat yang mewakili fasilitas pelayanan kesehatan di Departemen Kesehatan, Dinas Kesehatan Propinsi DKI Jakarta dan Jawa Tengah, asosiasi fasilitas pelayanan kesehatan di tingkat nasional dan regional di Jakarta dan Jawa Tengah, Ahli manajemen fasilitas pelayanan kesehatan dan ahli jaminan kesehatan, Direktorat Kesehatan MABES TNI dan MABES POLRI di Jakarta.*

*Baru sebagian dari asosiasi fasilitas kesehatan yang ada berbadan hukum/diakui Kementerian Hukum dan Ham. Pendirian asosiasi ditetapkan berdasarkan peraturan setingkat surat keputusan yang ditetapkan oleh berbagai jenis pimpinan, pimpinan organisasi dan akta notaris. Kepesertaan multipel, hampir seluruh asosiasi berhimpun di dalam asosiasi lainnya sehingga sebuah rumah sakit berhimpun di berbagai asosiasi yang berbeda. Asosiasi fasilitas kesehatan yang ada belum berperan dalam menetapkan muatan dan besaran kontrak kerja dengan BPJS, sebaliknya fasilitas kesehatan yang berperan secara langsung. Perlu perangkat hukum yang mengatur agar asosiasi yang beranggotakan UPT daerah dan pusat sebagai berbadan hukum agar dapat terikat kontrak dengan BPJS.*

## **PENDAHULUAN**

### **Latar Belakang**

Sudah lebih dari tujuh tahun sejak diundangkan Sistem Jaminan Sosial Nasional di Indonesia, namun implementasinya masih belum bisa terwujud. Dari 26 pasal yang didelegasikan UU SJSN, baru 2 pasal yang dijalankan, salah satunya adalah pembentukan Dewan Jaminan Sosial Nasional /DJSN <sup>(1)</sup>. Dalam menyongsong implementasi SJSN kementerian kesehatan berencana menargetkan jumlah tempat tidur kelas tiga di rumah sakit swasta menjadi 25% dan penambahan 100% di rumah sakit pemerintah (ER.Sedianingsih, Nov 2011)

UU No 40 Tahun 2004 Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN) menetapkan penyelenggaraan dan pembiayaan pelayanan kesehatan perorangan dengan mekanisme asuransi sosial. Selanjutnya pasal 19 UU SJSN mengatur penyelenggaraan pelayanan kesehatan perorangan dalam sebuah sistem jaminan kesehatan publik yang berlaku di seluruh Indonesia. Implementasi yang diamanatkan pasal 19 UU SJSN, diatur

lebih lanjut dalam Peraturan Presiden sebagaimana diamanatkan oleh UU SJSN pasal 20, 21, 22, 24, 25, 26, 27 dan 28. Peraturan Presiden tentang Sistem Jaminan Kesehatan Publik akan memuat aturan pelaksanaan untuk mengatur tata cara penyelenggaraan yang meliputi; kepesertaan, paket pelayanan, kontribusi peserta (contribution), pengumpulan kontribusi (collection), penyatuan dana (polling) dan pembelian pelayanan (purchasing) (Tambahan lembaran negara RI no.4456).

Pasal 24 ayat (1) UU SJSN menetapkan mekanisme kontrak dengan fasilitas pelayanan dan mekanisme pembayaran pelayanan sebagai berikut :” Besarnya pembayaran ke fasilitas pelayanan kesehatan untuk setiap wilayah ditetapkan berdasarkan kesepakatan antara BPJS dan asosiasi fasilitas kesehatan di wilayah tersebut”.

Pernyataan dalam isi pasal 24 ayat(1) tersebut mengandung banyak penafsiran, seperti konsep wilayah ataupun bentuk dari perkumpulan atau asosiasi fasilitas kesehatan yang dimaksud. Untuk mengetahui gambaran fasilitas pelayanan kesehatan yang dimaksud

dalam pasal 24 ayat(1), dan mengetahui seperti apa wadah berkumpulnya fasilitas pelayanan kesehatan tersebut, maka Kemkes RI bekerja sama dengan GTZ dalam SHI project membuat studi pemetakan dan menelaah secara kritis asosiasi-asosiasi fasilitas pelayanan kesehatan. Diharapkan hasil studi ini dapat membantu memformulasikan mandat pasal 24 ayat (1) UU SJSN ke dalam Peraturan Presiden tentang Program Jaminan kesehatan yang dapat bekerja efektif dan didukung publik, serta menjadi sebuah peraturan pelaksanaan yang koheren.

### **Tujuan Umum Penulisan**

Untuk dapat memetakan dan menelaah secara kiritis asosiasi-asosiasi fasilitas pelayanan kesehatan sebelum diberlakukannya UU No. 40 Tahun 2004 tentang SJSN.

### **Metode**

Pengumpulan data kualitatif dilakukan selama bulan Agustus sampai dengan November tahun 2007, dengan cara diskusi kelompok dan wawancara mendalam. Analisis data disertai telaah literatur dan dokumen secara luas dan mendalam.

### **Sampel dan Daerah penelitian**

Unit terkait SJSN dan direktorat yang mewakili fasilitas pelayanan kesehatan di Departemen Kesehatan – Jakarta, Dinas Kesehatan Propinsi DKI Jakarta dan Jawa Tengah, Dinas Kesehatan Kodya; Jakarta Selatan, Jakarta Timur, Jakarta Pusat, Jakarta Utara, Jakarta Barat, Kota Semarang, Kabupaten Klaten, Kabupaten Purbalingga.

Asosiasi/Perkumpulan Rumah Sakit tingkat Nasional berkedudukan di Jakarta. Asosiasi/Perkumpulan Rumah Sakit tingkat daerah berkedudukan di Jakarta, Semarang, Purbalingga, Klaten. Asosiasi/perkumpulan fasilitas pelayanan kesehatan lainnya yang teridentifikasi selama penelitian di Jakarta, Semarang, Klaten dan Purbalingga. Ahli manajemen fasilitas pelayanan kesehatan dan

ahli jaminan kesehatan, Direktorat Kesehatan MABES TNI (Darat, Laut & Udara) dan MABES POLRI di Jakarta.

Pengumpulan data dilakukan selama bulan Agustus-November 2007.

### **Manfaat**

Sebagai masukan dalam penyusunan kebijakan, rumusan awal peraturan yang mengatur pembuatan kesepakatan antara asosiasi fasilitas pelayanan kesehatan dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial untuk pelaksanaan program jaminan kesehatan.

## **HASIL PENELITIAN**

### **A. Peta Fasilitas Kesehatan Sebelum diberlakukannya UU SJSN**

Peta Unit Pelayanan Kesehatan di Indonesia Keadaan Sebelum UU SJSN berlaku merujuk pada pasal 56(1) UU No.23 tahun 1992 tentang Kesehatan, ditetapkan tentang jenis sarana kesehatan, namun dalam UU Kesehatan tidak mengenal istilah fasilitas kesehatan sebagaimana dikenal dalam UU No.40 Tahun 2004. Selanjutnya UU SJSN juga tidak menerangkan lebih lanjut istilah fasilitas kesehatan.

Sarana kesehatan sebagaimana dimaksud dalam UU Kesehatan diatur sebagai berikut : “ Sarana kesehatan meliputi balai Pengobatan, pusat kesehatan masyarakat, rumah sakit umum, rumah sakit Khusus, praktik dokter, praktik dokter gigi, praktik dokter spesialis, praktik dokter gigi spesialis, praktik bidan, toko obat, apotek, pedagang besar farmasi, pabrik obat dan bahan obat, laboratorium, sekolah dan akademi kesehatan, balai pelatihan kesehatan dan sarana kesehatan lainnya”. Kepemilikan fasilitas kesehatan terbagi atas fasilitas milik pemerintah dan swasta. Fasilitas kesehatan milik pemerintah terbagi atas fasilitas kesehatan milik Pemerintah Pusat (Departemen dan TNI/POL-RI) dan milik Pemerintah

Daerah. Fasilitas kesehatan swasta berdasarkan kepemilikan terdiri dari swasta murni, prolaba dan komunitas nirlaba.

Jenis layanan		Umum	Khusus
Kepemilikan Publik/ diselenggarakan Pemerintah	Pusat	RSU Depkes dan Pemda, RS Departemen lain/BUMN, RS TNI & POLRI	RS.Jiwa, RS.Paru, RSIA, RS Jantung, RS Pusat Diagnosis Tumor, RS Kusta, RS TNI & POLRI (LADOGI, LAKESPRA, dll)
	Propinsi	RSU Depkes dan Pemda, BKIM, BKOM, Puskesmas di DKI, BP4, BKMM	RSU Khusus paru, Jantung, Ibu & Anak, dll
	Kab/kota	RSUD, Puskesmas, Balai Pengobatan, Klinik, RB, BKIA, POLINDES, POSBINDES	
Swasta	Komunitas	RS Berlatar belakang Agama,RSU, BP, Klinik, Rumah Bersalin	
	Swasta	RS/Klinik BUMN, RS PMA, RS PMDN, BP, Klinik, Rumah Bersalin, dokter keluarga, Dokter/gigi, bidan, perawat	RS Bedah Cedera Olah raga, RS Bedah THT, RSIA, RS khusus Mata, Dokter/ gigi Spesialis, Klinik spesialis

**Gambar 1. Peta Unit Pelayanan Kesehatan (Berdasarkan Jenis Layanan dan Kepemilikan)**

Sejak berlakunya UU Pemerintahan Daerah, sebagian unit pelaksanaan teknis pelayanan kesehatan Departemen Kesehatan seperti rumah sakit dan Balai Pengobatan/BP (BPP4/Penyakit Paru, BKIM/penyakit Mata dan BKMM) diserahkan kepada pemerintah daerah, untuk dikelola oleh dinas kesehatan di tingkat propinsi/kabupaten/kota.

Data Ditjen Yanmed/Depkes RI, tahun 2006 menunjukkan di Indonesia terdapat 1.268 rumah sakit dengan kapasitas 136.766 tempat tidur (dengan catatan tidak termasuk rumah bersalin). Ratio jumlah tempat tidur di rumah sakit terhadap jumlah penduduk untuk seluruh Indonesia rata rata 1 : 1.591. Dalam kurun waktu 5 tahun terakhir jumlah rumah sakit meningkat 26,32%, menjadi 1.632 unit rumah sakit di tahun 2010. Oleh karenanya ratio jumlah tempat tidur rumah sakit terhadap jumlah

penduduk juga membaik dengan rata rata 1 : 1.429. Berdasarkan kepemilikan RS di Indonesia terdapat 585 unit RS milik Depkes/PEMDA, 131 unit RS milik TNI/POLRI, 78 unit RS milik Departemen /BUMN dan 838 unit RS milik swasta<sup>(2)</sup>.

Berdasarkan jenis pelayanannya, fasilitas kesehatan dibagi menjadi pelayanan kesehatan umum dan pelayanan kesehatan khusus. Menurut jenis pelayanan rumah sakit di Indonesia dipetakan sebagaimana Tabel. 1 dibawah ini.

Rumah sakit khusus, adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada suatu bidang atau jenis penyakit tertentu, berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ jenis penyakit atau kekhususan lainnya. Berdasarkan Tabel 1 diketahui keberadaan rumah sakit khusus, dengan jumlah terbanyak adalah rumah sakit ibu dan

anak. Seperti halnya rumah sakit daerah yang ber-kumpul dalam ARSADA, maka tidak menutup kemungkinan rumah sakit khusus

**Tabel 1. Rumah Sakit di Indonesia Berdasarkan Jenis Pelayanan**

RUMAH SAKIT	Tahun 2006				Tahun 2010			
	$\Sigma$ RS	%	$\Sigma$ TT	%	$\Sigma$ RS	%	$\Sigma$ TT	%
1. RS.Jiwa	51	3,94	8.630	7,28	51	3,12	9.121	5,48
2. RS. Kusta	22	1,70	2.137	1,54	22	1,34	2.170	1,30
3. RS. TB Paru	9	0,69	718	0,51	10	0,61	757	0,45
4. RS. Mata	10	0,77	459	0,33	13	0,79	515	0,30
5. RS Bersalin	57	4,41	2.458	1,77	65	3,98	2.502	1,50
6. RS.Ibu dan anak	69	5,34	3.388	2,44	107	6,55	5.130	3,08
7. RS Khusus lain	62	4,79	2.157	1,55	65	3,98	2.665	1,60
Total RS Khusus	280	21,67	19.947	14,40	333	20,40	22.860	13,74
8. RS.Umum	1.012	78,33	118.504	85,59	1.299	79,59	143.428	86,25
Total RS	1.292	100	138.451	100	1.632	100	166.288	100

juga akan membuat wadah tersendiri untuk kepentingan para anggotanya.

Rumah Bersalin berdasarkan Per-Menkes No.920 tahun 1986 tidak termasuk dalam kategori rumah sakit, karena hanya memberikan pelayanan kebidanan maupun persalinan normal tanpa tindakan yang bersifat patologis. Sehingga dikategorikan dalam pelayanan medik dasar sebagaimana di Puskesmas atau Balai Pengobatan Rumah sakit khusus, adalah rumah sakit yang memberikan pelayanan utama pada suatu bidang atau jenis penyakit tertentu, berdasarkan disiplin ilmu, golongan umur, organ jenis penyakit atau kekhususan lainnya. Berdasarkan Tabel 1 diketahui keberadaan rumah sakit khusus, dengan jumlah terbanyak adalah rumah sakit ibu dan anak. Seperti halnya rumah sakit daerah yang ber-kumpul dalam ARSADA, maka tidak menutup kemungkinan rumah sakit khusus juga akan membuat wadah tersendiri untuk kepentingan para anggotanya.

Pengobatan tradisional tidak termasuk dalam sistem pelayanan kesehatan di Depkes Indonesia, karena masih menjadi pro-kontra di beberapa kalangan <sup>(3)</sup>. Walaupun demikian saat ini pemerintah mengeluarkan izin resmi beberapa praktek pengobatan tradisional.

## **B. Peta Asosiasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan Indonesia**

Hampir seluruh jenis fasilitas kesehatan baik swasta maupun pemerintah sudah tergabung dalam suatu asosiasi pelayanan kesehatan, hanya Puskesmas yang tidak memiliki asosiasi.

Dari penelitian diperoleh informasi karakteristik asosiasi fasilitas kesehatan sebagai berikut :

1. Asosiasi fasilitas kesehatan adalah organisasi masyarakat yang dibentuk secara sukarela atas dasar kesamaan visi dan misi, kegiatan, profesi, fungsi, atau wilayah kerja untuk berperan serta pada pembangunan

kesehatan, sebagai contoh: Kesamaan wilayah : PERSI (nasional), IRSJAM (Provinsi DKI Jakarta), Kesamaan kepemilikan : ARSADA (RS milik Pemda), ARSSI (RS milik swasta). Kesamaan misi organisasi: Muhammadiyah (ormas Islam), PERDHAKI (Pelayanan Kesh. Katolik), PELKESI (Pelayanan Kesh. Kristen), HIRSPI (RS. Pendidikan).

2. Terdapat berbagai landasan hukum dan peraturan untuk berkumpul dan berhimpun, namun dapat dikelompokkan pada 2 kategori yaitu perkumpulan perdata berbadan hukum dan perkumpulan kemasyarakatan.

3. Fungsi asosiasi terbatas pada pemenuhan kebutuhan anggota dalam mengembangkan kemampuan dan penyelenggaraan pelayanan, namun belum mencakup fungsi mewakili anggota untuk negosiasi kontrak perdata dengan pihak ketiga.

4. Keanggotaan majemuk dan belum spesifik sesuai dengan jenis pelayanan kesehatan yang diselenggarakan di fasilitas kesehatan, sebagai contoh : Untuk suatu negosiasi biasanya bergabung dalam suatu asosiasi lainnya untuk kepentingan tertentu, contoh: MUKISI merupakan himpunan beberapa asosiasi yaitu MKKM, LPKNU dan juga beberapa yayasan (antara lain: Yayasan Sultan Agung), sebagai pemilik RS swasta maka MUKISI bergabung dengan ARSSI dan untuk kepentingan nasional bergabung juga dalam PERSI.

b) Anggota sebuah asosiasi tidak terbatas hanya pada fasilitas pelayanan (RS atau klinik) melainkan juga mengikut sertakan fasilitas lain yang terkait dengan pelayanan kesehatan seperti panti jompo dan anak, pabrik obat, sekolah kesehatan.

5. Peran asosiasi beragam, diutamakan untuk membangun kapasitas anggotanya: Ada beberapa asosiasi yang sudah terlibat dalam perumusan kebijakan-kebijakan pelayanan kesehatan bersama Depkes dan Departemen terkait lainnya.

Asosiasi fasilitas kesehatan saat ini tidak berperan dalam menetapkan muatan dan besaran kontrak kerja dengan badan penyelenggara jaminan kesehatan.

6. Sebagian besar asosiasi belum mempunyai cabang di seluruh wilayah administratif, beberapa diantaranya berperan sebagai koordinator dari beberapa wilayah sekaligus, baik dalam batasan wilayah propinsi/kabupaten/kota, kecamatan atau dalam batasan keuskupan dan komando daerah militer /KODIM.

### C. Penamaan Asosiasi

Menurut kamus besar Bahasa Indonesia <sup>(4)</sup>, ada beberapa penamaan asosiasi pelayanan kesehatan yang menggambarkan sekelompok orang yang berhimpun dan memiliki tujuan yang sama terhadap suatu hal yaitu : Persatuan, Perhimpunan, Perkumpulan, Paguyuban, Majelis dan Ikatan.

1. Asosiasi (kata benda) : persatuan antar rekan usaha/persekutuan dagang perkumpulan orang yang mempunyai kepentingan yang sama atau pertalian antara gagasan, ingatan atau kegiatan pancaindra

2. Persatuan (kata benda) : gabungan /ikatan / kumpulan / himpunan / beberapa bagian yang sudah bersatu

3. Kumpul (kata kerja) : perkumpulan/perhimpunan/perserikatan ; Bersama-sama menjadi suatu kesatuan atau kelompok

4. Majelis (kata benda) : a) Dewan yang mengemban tugas tertentu mengenai kenegaraan dan sebagainya secara terbatas; b) Pertemuan (kumpulan) orang banyak

5. Paguyuban (kata benda) : perkumpulan bersifat kekeluargaan, didirikan oleh orang – orang yang sepaham untuk membina persatuan diantara anggotanya

### D. Dasar Pendirian dan Landasan Hukum Asosiasi

Perkumpulan masyarakat merupakan wujud dari implementasi Pasal 28 UUD Negara RI Tahun 1945 “Kemerdekaan ber-serikat dan berkumpul, mengeluarkan pikiran dengan lisan dan tulisan dan sebagainya diterapkan dengan Undang Undang”. Dari penelitian ini ditemukan berbagai bentuk implementasi dari pasal.28 UUD Negara RI tahun 1945, contoh perkumpulan masyarakat untuk pembangunan/LSM, organisasi kemasyarakatan, partai politik, yayasan, perkumpulan perdata, perkumpulan usaha berbadan hukum (firma, usaha dagang, dll). Dari penelitian ini berdasarkan peraturan pembentukannya, ditemukan 2 bentuk utama perkumpulan masyarakat bidang pelayanan kesehatan, yaitu :1). Organisasi kemasyarakatan, dan 2). Perkumpulan perdata berbadan hukum.

Organisasi kemasyarakatan dibentuk berdasarkan UU No.8/1985 tentang Organisasi Kemasyarakatan. Perkumpulan perdata berbadan hukum dibentuk berdasarkan *Rechtspersoonlijkheid van Vereenigingen* (Staatblad No. 1870-64) berdasarkan Keputusan Raja tertanggal 28 Maret 1870, sesuai dengan aturan peralihan pada Pasal 1 UUD Negara RI Tahun 1945, ”Segala peraturan perundang-undangan yang ada masih tetap berlaku selama belum diadakan yang baru menurut Undang Undang Dasar ini.”. Staatblad No. 1870 – 64 jika ditafsirkan pada kondisi masa kini adalah :

- Dibentuk atas Kitab UU Hukum Perdata untuk bertindak selaku badan hukum.
- Didirikan dengan Akta Notaris.
- Diakui oleh Menteri Hukum dan HAM dan didaftarkan dalam Lembar Tambahan Berita Negara RI di Departemen Hukum dan HAM.
- Dapat melakukan tindakan perdata atas nama anggota & pengurus dengan pihak ke 3

Pada penelitian ini ditemukan berbagai bentuk peraturan untuk menetapkan pendirian asosiasi, mulai dari surat keputusan pimpinan organisasi, surat keputusan pemerintah. SK Pemerintah yang ditemukan meliputi SK Menteri Kehakiman, SK Menteri Kesehatan, SK Gubernur. Selain pendirian dengan surat keputusan, ditemukan pula berbagai organisasi berbentuk Perkumpulan Berbadan Hukum yang ditetapkan dengan Akte Notaris dan dicatat di Departemen Hukum dan HAM dalam Tambahan Berita Negara RI. Pada Tabel 2 diketahui bahwa asosiasi fasilitas kesehatan yang ada umumnya didirikan oleh suatu perhimpunan / perkumpulan / persatuan / majelis / asosiasi yang berlatar belakang agama. Pada perkembangannya, kemudian asosiasi tersebut mendirikan suatu PT atau yayasan untuk mendirikan RS, BP atau klinik.

Dari seluruh asosiasi yang ditelaah, umumnya memiliki anggota perwakilan RS. Baik asosiasi/organisasi keagamaan dan asosiasi/organisasi yang berizin dengan SK Menteri belum dianggap sebagai perkumpulan perdata berbadan hukum, kecuali bila didirikan dengan Akta Notaris dan terdaftar di Departemen Hukum dan HAM. Ditemukan 3 organisasi yang tergolong perkumpulan perdata berbadan hukum yaitu ; Majelis Kesehatan dan Kesejahteraan Masyarakat Muhammadiyah (MKKM), Perhimpunan Karya Dharma Kesehatan Indonesia (PERDHAKI) dan Perhimpunan Rumah Sakit Indonesia (PERSI). Dengan demikian berdasarkan keputusan Menteri Hukum dan HAM maka cabang organisasi tersebut yang berada diseluruh propinsi di Indonesia secara otomatis berbadan hukum juga, seperti MKKM cabang di daerah, IRSJAM/PERSI cabang Jakarta, PERSI cabang Jawa Tengah, PERDHAKI rayon Jabotabek dan sebagainya.

**Tabel 2. Peta Asosiasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan Indonesia**

ASOSIASI	ANGGOTA							
PERSI	ARSADA							
	ARSSI							
	IRSJAM							
	HIRPSI							
	MUKISI							
	MKKM							
	PELKESI							
	PERDHAKI							
	RS.TNI & POLRI							
	<i>Klinik/Balai Pengobatan</i>							
	<i>Praktek dr/drg.Perorangan/spesialis</i>							
IRSJAM/ PERSI Cabang DKI.Jakarta	ARSADA							
	ARSSI							
	HIRPSI							
	MUKISI							
	MKKM							
	PELKESI							
	PERDHAKI							
	RS.TNI & POLRI							
	LPKNU							
ARSSI	RS Swasta Murni							
	RS Swata komunitas (berlatar belakang agama)						MKKM	
							PELKESI	
							PERDHAKI	
							MUKISI	
						LPKNU		
ARSADA	RS Milik pemerintah daerah							
HIRSPI	RS.BUMN							
	RS.Departemen							
	RS.Univ.Swasta Murni							
	RS.Univ.Swasta Komunitas							
MUKISI	MKKM							
	RS	Klinik/ BP/ BKIA	Yayasan /PT	Pendidik an	Pabrik Obat	Panti YATIM PIATU/ Jompo	Perorangan	
MKKM	RS	Klinik/ BP/ BKIA	Yayasan /PT	Pendidik an	Pabrik Obat	Panti YATIM PIATU/ Jompo	Perorangan	
PERDHAKI	RS	Klinik/ BP/ BKIA	Yayasan /PT	Pendidik an	Pabrik Obat	Panti YATIM PIATU/ Jompo	Perorangan	
PELKESI	RS	Klinik/ BP/ BKIA	Yayasan /PT	Pendidik an	Pabrik Obat	Panti YATIM PIATU/ Jompo	Perorangan	
LPKNU		Klinik, KIA, BP BKIA				Perorangan		

Karakteristik organisasi kemasyarakatan yang sesuai ketentuan UU No.8 Tahun 1985 tentang Organisasi Kemasyarakatan adalah sebagai berikut :

1. Adalah organisasi yang dibentuk oleh anggota masyarakat warga republik Indonesia secara sukarela atas dasar kesamaan kegiatan, profesi, fungsi, kegiatan, keagamaan, dan kepercayaan terhadap Tuhan YME untuk berperan serta pada pembangunan dalam rangka mencapai tujuan nasional dalam wadah Negara Kesatuan Republik Indonesia, yang berlandaskan Pancasila(Pasal 1) kecuali organisasi yang dibentuk oleh Pemerintah seperti Pramuka dan Korpri, dan organisasi yang dibentuk oleh masyarakat yang bergerak dalam bidang perekonomian seperti koperasi, perseroan terbatas (Penjelasan Pasal 1).

2. Memiliki 4 fungsi, yaitu 1) Wadah penyalur kepentingan anggota, 2) Wadah pembinaan dan pengembangan anggota sebagai tempat penempatan kepemimpinan dan peningkatan ketrampilan, 3) Wadah peran serta masyarakat membantu sukses-nya pembangunan nasional, 4) Sarana penyalur aspirasi anggota dan sarana komunikasi timbal balik antar anggota, antar ormas, dengan kekuatan sosial politik, badan perwakilan rakyat dan pemerintah (Pasal 5).

3. Berhimpun dalam satu wadah pem-binaan dan pengembangan sejenis sesuai kesamaan kegiatan, fungsi, profesi, keagamaan & kepercayaan kepada Tuhan YME(Pasal 8).

4. Dibina oleh Pemerintah (Pasal 12).

5. Dapat dibekukan dan dibubarkan oleh Pemerintah(Pusat dan Daerah) bila menyalahi ketentuan perundang-undangan (Pasal 13-17).

### **E. Keanggotaan Asosiasi**

Peta organisasi/asosiasi fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia tidak memiliki pola yang jelas untuk berkumpul,

berbasis wilayah atau kepentingan atau gabungan ketiganya.

Sebagian besar asosiasi berkumpul karena mempunyai kesamaan; dalam pelayanan sosial dan masyarakat, lingkup kerja, kepemilikan fasilitas, jenis pe-layanan, kepentingan atau wilayah/geografis. Kesamaan visi dan misi merupakan satu alasan bagi sekelompok orang untuk berkumpul dalam suatu organisasi/asosiasi. Beberapa contoh ; untuk peningkatan derajat kesehatan individu dan masyarakat seperti; Yayasan Sultan Agung, Yayasan Kristen Untuk Kesehatan Umum (YAKUM), Perkumpulan Aisyiah, Asilla dan lain sebagainya.

Penelitian ini memperlihatkan bahwa keanggotaan asosiasi fasilitas pelayanan kesehatan sangat majemuk. Banyak asosiasi berhimpun ke dalam asosiasi lain bahkan berhimpun pada lebih dari satu asosiasi (Tabel.2) Hal ini semata untuk memenuhi berbagai kepentingan anggotanya yang lebih spesifik lainnya. Sebagai contoh asosiasi rumah sakit swasta komunitas berlatar belakang keagamaan, selain bergabung dengan Asosiasi Rumah Sakit Swasta Indonesia (ARSSI),juga bergabung dengan PERSI. Asosiasi yang berlatar belakang agama juga terhimpun dalam suatu asosiasi/forum kegiatan dengan tujuan yang lebih spesifik lagi, seperti Forum Pengembangan Kerja Sama Pengembangan Kesehatan Masyarakat Indonesia (FKPKMI).Bila asosiasi tersebut berada di wilayah Jakarta, maka ia juga bergabung dengan IRSJAM atau nama lain dari PERSI cabang Jakarta.

#### **E.1. Asosiasi Kesehatan Komunitas**

Beberapa organisasi berhimpun dalam satu asosiasi/perhimpunan dengan alasan mempunyai latar belakang pelayanan komunitas/nirlaba dengan latar belakang keagamaan yang sama. Keanggotaan asosiasi berlatar belakang keagamaan, umumnya tidak saja terdiri dari rumah sakit, namun

juga unit pelayanan kesehatan lainnya seperti; RB, Klinik, Balai Pengobatan, BKIA dan juga perorangan, pabrik obat, sarana pendidikan (khususnya dibidang kesehatan) panti anak yatim piatu dan jompo. Asosiasi pelayanan kesehatan komunitas berlatar belakang agama Islam terdiri dari beberapa kelompok perhimpunan (Majelis Kesehatan dan Kesejahteraan Muhammadiyah /MKKM), Lembaga Pelayanan Kesehatan Nahdatul Ulama (LPKNU), yayasan atau PT dan juga perorangan. Karena merasa perlu untuk dapat saling menguatkan, maka mereka berhimpun dalam wadah Majelis Syuro Upaya Kesehatan Islam Seluruh Indonesia (MUKISI). Beberapa yayasan pelayanan kesehatan komunitas Katolik, berhimpun dalam suatu wadah Perhimpunan Karya Dharma Katolik (PERDHAKI). Begitu juga untuk yayasan kesehatan Kristiani berhimpun dalam Perhimpunan Pelayanan Kesehatan Kristiani (PELKESI), untuk pelayanan RS mereka juga sebagai anggota ARSSI dan PERSI.

## E.2. Asosiasi Rumah Sakit

Sebagian besar asosiasi yang ditemukan beranggotakan rumah sakit. Umumnya rumah sakit di Indonesia berhimpun pada PERSI. Jumlah anggotanya terbanyak dibandingkan perkumpulan yang lain, karena PERSI menghimpun seluruh asosiasi rumah sakit yang ada di Indonesia. Sejak hasil kongres ke-10 tahun 2006 keanggotaan PERSI diperluas untuk menghimpun klinik/BP swasta dan juga praktek perorangan.

Keanggotaan PERSI kemudian dibagi atas 3 katagori; rumah sakit (anggota katagori A), rumah bersalin/klinik swasta dan sejenisnya (katagori B) dan juga praktek swasta perorangan dokter/dokter gigi/dokter spesialis untuk bergabung menjadi anggota asosiasi (katagori C).

Himpunan RS pendidikan Indonesia (HIRSPI) anggotanya terdiri dari RS yang

memberikan pelayanan pendidikan kesehatan bagi tenaga kesehatan profesional. Meliputi RS milik departemen/BUMN, RS swasta murni dan RS swasta komunitas berlatar belakang agama.

ARSADA merupakan asosiasi rumah sakit milik pemerintah daerah, namun beberapa anggotanya juga merupakan RS vertikal milik Pemerintah/Depkes, Ikatan dokter Indonesia selain meng-himpun dokter/dokter gigi praktek perorangan, didalamnya juga menghimpun berbagai ikatan dokter/dokter gigi spesialis dan ikatan dokter keluarga. ARSADA menghimpun sekitar 450 rumah sakit milik PEMDA, sangat berperan dalam mengkritisi dan memberi masukan pelaksanaan program pelayanan kesehatan pemerintah serta membantu mengembangkan standardisasi pelayanan khususnya di RS pemerintah.

RS TNI dan POLRI walaupun tidak membentuk suatu asosiasi pelayanan kesehatan sendiri, namun cukup banyak mengkoordinir unit/fasilitas pelayanan dibawahnya. Data menunjukkan jumlah rumah sakit umum TNI & POLRI sebanyak 110 dan rumah sakit khusus ada 2 yang terdapat di 31 propinsi. Jumlah yang berada dibawah koordinasi TNI Angkatan Darat saat ini ada 60 rumah sakit, dibawah koordinasi TNI angkatan Udara ada 19 rumah sakit, dibawah koordinasi TNI angkatan Laut 20 dan POLRI mempunyai rumah sakit sebanyak 13 .Selain itu TNI dan POLRI memiliki BP, klinik rawat inap, lembaga kesehatan kelautan dan unit pelayanan khusus seperti LADOGI, LAKESPRA, dll

## E.3. Asosisasi Klinik dan Fasilitas Kesehatan Dasar

Balai pengobatan,BKIA, klinik umum dan klinik KIA swasta beberapa diantaranya milik yayasan berlatar belakang keagamaan, biasanya mereka termasuk dalam suatu

asosiasi berdasarkan kepemilikan dari unit tersebut (MUKISI, PERDHAKI, PELKESI).

Sebagian besar BP dan klinik merupakan milik perorangan, dan tidak berhimpun dalam asosiasi pelayanan kesehatan manapun. Namun sekarang terbuka peluang bagi fasilitas pelayanan kesehatan dasar dan dokter umum/spesialis serta dokter gigi untuk menjadi anggota PERSI.

Sebagai UPTD puskesmas dan unit pelayanan di bawahnya tidak memiliki asosiasi. Walaupun secara struktural pembinaan keduanya dilakukan oleh dinkes kabupaten/kota. Fasilitas pelayanan kesehatan yang merupakan UPTD seperti puskesmas, dikelola dan bertanggung jawab terhadap dinas kesehatan. Penetapan institusi yang bertanggung jawab terhadap UPTD diatur berdasarkan UU no.32 tahun 2004 tentang Pemerintahan Daerah dan Peraturan Pemerintah no.38 tahun 2007 tentang Pembagian Urusan Pemerintahan antara Pemerintahan Provinsi dan Pemerintahan Daerah Kabupaten/Kota. Beberapa puskesmas dilengkapi dengan sarana rawat inap, namun sampai saat ini juga belum mempunyai wakil asosiasi di tingkat daerah. Di Kota Semarang puskesmas mempunyai "Tim Tujuh" sebagai tim pakar/tim teknis yang membantu seluruh puskesmas di Kota Semarang dalam hal peningkatan manajemen dan mutu layanan. Tim ini didukung meningkatkan kemampuannya oleh dinas setempat. Dari sisi manfaat tentunya adanya paguyuban informal untuk menyatukan puskesmas ini cukup banyak, dibanyak daerah peran dinkes setempat untuk membina sistem manajemen puskesmas kurang, karena sibuk implementasi program rutin. Kelemahannya walaupun dibentuk "asosiasi" puskesmas seperti halnya ARSADA, tidak mungkin mengubah status "asosiasinya"nya menjadi badan huku, karena anggotanya merupakan UPTD yang terkait UU No.32 tahun 2004 otonomi daerah.

Berikut pendapat tentang kemungkinan dibentuknya "asosiasi" untuk puskesmas : *" Saat ini asosiasi untuk puskesmas belum ada karena kepentingannya juga belum ada sehingga bila nanti diperlukan mungkin mereka akan pada suatu wadah. Khususnya asosiasi untuk puskesmas itu harus punya legirimasi PEMDA, karena untuk saat ini puskesmas adalah UPT daerah langsung di bawah dinas kesehatan kabupaten/kota."*

#### E.4. Asosiasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan lainnya

Gabungan Pengusaha/GP FARMASI adalah satu- satunya asosiasi industri farmasi nasional merupakan gabungan industri farmasi, pedagang besar farmasi, apotik dan toko obat. Sangat potensial untuk menjadi bagian dari asosiasi pelayanan kesehatan, namun keberadaannya secara utuh belum dapat tertampung dalam PERSI atau asosiasi lainnya. Beberapa asosiasi swasta komunitas sudah menampung bagian dari GP Farmasi yaitu pabrik obat tergabung dalam PERDHAKI.

ADINKES merupakan asosiasi dari kepala dinas kesehatan, bukan merupakan unit pelayanan kesehatan langsung dan tidak termasuk sebagai asosiasi fasilitas kesehatan.

ADINKES juga tidak dapat dikategorikan perkumpulan perdata berbadan hukum, namun keberadaannya untuk mempengaruhi proses negosiasi dengan BPJS perlu dicermati.

#### F. Wilayah Kerja Asosiasi

Asosiasi fasilitas pelayanan kesehatan mempunyai banyak anggota yang tersebar di beberapa wilayah. Anggota dari suatu asosiasi di daerah tersebar secara sporadis. Alasan utama mereka untuk berhimpun adalah untuk mendapat lebih banyak dukungan informasi, dana, ilmu pengetahuan guna memperkuat pencapaian misi institusi. Kepengurusan asosiasi di daerah biasanya diwakilkan melalui cabang, namun sebagian

besar asosiasi belum mempunyai cabang di seluruh tingkat wilayah propinsi/kabupaten/kota diseluruh Indonesia. Beberapa cabang asosiasi di daerah berperan sebagai koordinator dari beberapa wilayah, baik dalam batasan wilayah propinsi/kabupaten/kota bahkan juga di tingkat kecamatan.

### **G. Kewajiban dan Hak Anggota Asosiasi**

Kewajiban anggota suatu asosiasi intinya adalah menyetujui AD/ART asosiasi, menjaga nama baik asosiasi, turut serta secara aktif /mendukung kegiatan serta membayar uang pangkal dan iuran. Khususnya untuk asosiasi swasta komunitas yang berlatar belakang agama, iuran anggota tidak menjadi prioritas utama jadi keanggotaannya tidak mengikat.

Pada umumnya asosiasi pelayanan kesehatan memiliki RS sebagai anggotanya/provider pelayanannya. Rumah sakit umumnya menjadi anggota lebih dari satu asosiasi, mereka mempunyai hak untuk menjadi anggota lebih dari satu asosiasi sesuai dengan potensi yang dinilainya kompeten di masing-masing bidang dan juga di sisi politis. Beberapa alasan yang dikemukakan rumah sakit menjadi anggota lebih dari satu asosiasi antara lain:

- a) Ingin berhimpun bersama fasilitas dengan misi yang sama, dan ingin selalu meng *update* informasi yang berhubungan pemberian pelayanan kesehatan canggih
- b) Ingin mendapat dukungan dari institusi profesi bila terjadi sesuatu hal yang tidak diinginkan.
- c) Berharap keterwakilan suaranya dapat diakomodir untuk menanggapi issue-isue baru yang berhubungan sistem pelayanan kesehatan nasional, seperti penerapan SJSN.

### **H. Peran Yang Telah Dicapai Asosiasi**

Peran asosiasi umumnya meningkatkan kemampuan dan jumlah anggota (provider kesehatan) untuk dapat memberikan

pelayanan kesehatan yang bermutu. Asosiasi juga berperan sebagai perpanjangan tangan pemerintah dalam hal penyampaian informasi, pengembangan & pelaksanaan program/regulasi bidang kesehatan.

Beberapa kebijakan atau sistim pelayanan kesehatan utamanya di RS justru tercetus dari asosiasi seperti; *hospital without wall*, sistem subsidi silang bagi pasien kurang mampu di RS, formulasi tarif pelayanan program askeskin untuk RS pemerintah, menghasilkan UU no.1/ 2004 yaitu UU Perbendaharaan Negara tentang Badan Layanan Umum yang sangat berdampak menyehatkan sistim pembiayaan RSUD. Sebagian besar asosiasi yang berlatar belakang keagamaan cukup berpengalaman dan berhasil mengembangkan sistim jaminan kesehatan didaerah. Sebagai contoh : PELKESI berhasil mengembangkan JPK di Banjarnegara/Jateng sejak tahun 1970, JPK di RS. Carolus Jakarta oleh PERDHAKI. Di Kab Purbalingga sistim JPK dilaksanakan PEMDA bagi seluruh penduduk setempat. MUKISI juga telah memberlakukan sistim JPK untuk karyawan RS beserta keluarganya, hal ini diikuti oleh cabang asosiasi MUKISI di daerah dan asosiasi lainnya seperti MKKM dan LPKNU.

PERSI sebagai satu-satunya wadah yang mewakili rumah sakit Indonesia di tingkat Internasional. Peran PERSI cukup kuat dibandingkan dengan asosiasi yang lain utamanya dalam membuat, merevisi dan mengawasi terlaksananya KODERSI (Kode Etik Rumah Sakit Indonesia), yang sangat penting untuk legitimasi pemberian layanan yang berkualitas.

## **KESIMPULAN**

### **1. Peta Asosiasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan**

Hampir seluruh fasilitas kesehatan baik swasta maupun pemerintah sudah

tergabung dalam suatu asosiasi pelayanan kesehatan, kecuali Puskesmas.

Asosiasi fasilitas pelayanan kesehatan di Indonesia memiliki karakteristik sebagai berikut:

- a. Asosiasi fasilitas kesehatan adalah organisasi masyarakat dibentuk secara sukarela atas dasar kesamaan kegiatan, profesi, fungsi, atau keagamaan untuk berperan serta pada pembangunan kesehatan;
- b. Asosiasi yang ada dibentuk pula atas dasar kesamaan:
  - 1) Wilayah, seperti PERSI (nasional), IRSJAM (provinsi DKI)
  - 2) Kepemilikan: ARSADA (RS milik Pemerintah Daerah), ARSSI (RS milik swasta)
- c. Misi organisasi pelayan kesehatan publik: Muhammadiyah (ormas Islam), PER-DHAKI (pelayanan kesehatan Katolik), PELKESI (pelayanan kesehatan Kristen)
- d. Asosiasi tidak mewakili kepentingan/mandat manajemen (direksi) lembaga yang diwakilkan.
- e. Kepesertaan multipel, hampir seluruh asosiasi berhimpun di dalam asosiasi lainnya sehingga sebuah rumah sakit berhimpun di berbagai asosiasi yang berbeda.
- f. Anggota sebuah asosiasi tidak terbatas hanya pada fasilitas pelayanan (RS atau klinik) melainkan juga mengikutsertakan fasilitas-fasilitas lain, yang terkait dengan pelayanan kesehatan seperti panti jompo dan panti anak, pabrik obat, sekolah kesehatan.
- g. Pendirian asosiasi ditetapkan berdasarkan peraturan setingkat surat keputusan yang ditetapkan oleh berbagai jenis pimpinan, pimpinan organisasi dan akta notaris.

## **2. Peraturan dan Perundangan yang menjadi landasan berdiri dan berfungsinya asosiasi fasilitas pelayanan kesehatan**

- a. Perizinan asosiasi/organisasi kemasyarakatan termasuk didalamnya organisasi keagamaan diatur berdasarkan UUno. 8/1985 tentang Organisasi Kemasyarakatan
- b. Untuk melakukan kontrak dengan BPJS sebagaimana di atur pasal.24, asosiasi yang mewakili provider kesehatan harus berbadan hukum. Baru sebagian dari asosiasi fasilitas kesehatan yang ada berbadan hukum/diakui kementerian Hukum dan Ham.

## **3. Peran asosiasi atau perkumpulan yang mewakili fasilitas pelayanan kesehatan.**

- a. Beragam peran asosiasi, namun lebih diutamakan untuk membangun kapasitas anggotanya. Ada beberapa asosiasi yang sudah terlibat dalam perumusan kebijakan-kebijakan pelayanan kesehatan bersama Depkes dan Departemen terkait lainnya.
- b. Asosiasi fasilitas kesehatan yang ada belum berperan dalam menetapkan muatan dan besaran kontrak kerja dengan BPJS, sebaliknya fasilitas yang berperan langsung.
- c. Sebagian besar asosiasi belum mempunyai cabang di seluruh wilayah administratif, beberapa diantaranya berperan sebagai koordinator dari beberapa wilayah sekaligus baik dalam batasan wilayah propinsi, kabupaten/kota, kecamatan atau dalam batasan keuskupan dan komando daerah militer/KODIM.

## **SARAN**

Perlu penataan ulang asosiasi fasilitas pelayanan yang ada, untuk dapat mengakomodir perannya sebagai wakil negosiasi dari tugas pokoknya sebagai provider pelayanan kesehatan. Sedapat mungkin bentuk perwakilan/cabang asosiasi di seluruh wilayah administratif yang ada.

Perlu penjelasan rinci pasal.24 UU SJSN tentang asosiasi di “wilayahnya” untuk dapat mewakili provider yang berada didaerah sulit/ terpencil.

Perlu perangkat hukum yang mengatur agar asosiasi yang beranggotakan UPT daerah dan pusat sebagai berbadan hukum agar dapat terikat kontrak dengan BPJS.

## UCAPAN TERIMA KASIH

M.W.Manicki ,SHI Project, GTZ Indonesia yang telah mendanai penelitian ini, serta Bapak. A. A. Oka Mahendra, SH., MH dan ibu Eva yang mendukung kegiatan studi.

## DAFTAR RUJUKAN

1. Martabat, Pemerintah Bisa Dijerat Pasal Hukum Perdata, Jamsosindonesia.com, Mei 2011
2. Ministry of Health RI. 2011, Indonesia Health Profile 2010, Jakarta
3. Djekky R. Djoht, Penerapan ilmu antropologi kesehatan dalam Pembangunan Kesehatan Masyarakat Papua, Antropologi Papua (ISSN: 1693-2099) Volume 1. No. 1, Agustus 2002, <http://www.scribd.com/doc/16241043/jurnal>
4. Balai Pustaka, Kamus Besar Bahasa Indonesia, Pusat Bahasa Indonesia Departemen Pendidikan Nasional edisi ke 3 tahun 2007, Jakarta
5. Undang-undang No.40 tahun 2004 tentang Ssttim Jaminan Sosial Nasional, Tambahan lembaran Negara RI no.4456. Jakarta, Oktober
6. Peraturan Pemerintah No.38 tahun 2007 tentang Pembagian urusan pemerintahan antara Pemerintahan Prop dan Pemerintahan Kab/Kota
7. Martabat, Peraturan Pelaksanaan (R)UU BPJS : Apa Yang Harus Dikawal?, Jamsosindonesia.com, 18 November 2011
8. Undang – Undang .No 8 tahun 1985 tentang Organisasi Kemasyarakatan
9. Himpunan Peraturan Perundang Undangan RI, Rechtspersoontijkheid van Vereeniging / keputusan Raja 28/03/1870 tentang Aturan Perkumpulan Perkumpulan Berbadan Hukum
10. Peraturan Bupati Kab.Purbalingga No.21/2006 / Penjabaran dan TUPOKSI DinKes
11. Undang - Undang No.29 tahun2004 tentang Praktik Kedokteran
12. Undang - Undang No.23 tahun 1992 tentang Kesehatan
13. Daftar RS di Indonesia,Dirjen Bina Pelayanan Medik-Depkes,Jakarta ed. 2006, hal.8
14. Booklet Strategic Plan Bidang kesehatan NU 2006-2009, Pengurus Pusat Lembaga Kesehatan Nahdatul Ulama.
15. Booklet Profile of PELKESI
16. Rencana Strategis PERDHAKI 2005 - 2010, Jakarta
17. Booklet Anggaran Dasar dan Anggaran Rumah tangga Asosiasi Rumah Sakit Seluruh Indonesia (ARSADA) tahun 2002
18. Booklet Anggaran Dasar dan Anggaran Rumah tangga Persatuan Rumah Sakit Indonesia (PERSI),Jakarta 2000
19. Kode Etik Rumah Sakit Indonesia (KODERSI), Pengurus Pusat PERSI Jakarta , th.2001
20. Lembaran Rumusan Rapat Paripurna Kongres X PERSI- Jakarta , 21 Nopember 2006
21. Booklet Anggaran Dasar dan Anggaran Rumah Tangga dan Program Kerja Majelis Syuro Upaya Kesehatan Islam Seluruh Indonesia (MUKISI), Jakarta 2006
22. Pengurus Pusat PERSI <http://www.pdpersi.co.id> , Sejarah PERSI dan Struktur Kepengurusan
23. Pedoman Majelis Kesehatan dan Kesejahteraan Masyarakat, Pimpinan Pusat Muhammadiyah, Jakarta 2007
24. Gatot Soetono. 2005, Handout Program Kerja Penyusunan Panduan Imbalan Jasa Medik, Bidang Kajian Pembiayaan Kesehatan PB IDI, Jakarta
25. Anthony Ch Sunarjo. 2005, General Info GP Farmasi Indonesia handout presentation, Pengurus Pusat GPFarmasi-Indonesia,

26. Arief Selomulya. 2003, Dana Kesehatan Nasional Buah Pikiran GP Farmasi Indonesia bagi Pemerintah, handout presentation,

Ka.Bid.Org & Pem.Daerah disampaikan dalam Rapat dengan Dewan penasehat GPFarmasi.