

Editorial**DOKTER KELUARGA dan BPJS**

Dokter Keluarga di Indonesia organisasinya diawali dengan Kelompok Studi Dokter Keluarga Indonesia (KSDKI) pada tahun 1983 kemudian berkembang menjadi Kolese Dokter Keluarga Indonesia KDKI pada tahun 1990 dan terakhir menjadi Perhimpunan Dokter Keluarga Indonesia PDKI pada tahun 2003 sebagai Pemberi Pelayanan Kesehatan tingkat pertama, yang pada prinsipnya melakukan pelayanan holistik, komprehensif, kontinu, integratif, berbasis keluarga, berorientasi komunitas dan mengutamakan pencegahan. Dokter Keluarga adalah dokter kontak pertama. Dengan fungsi seperti itu, Dokter Keluarga dapat menjadi komponen penting dalam pelayanan kesehatan yang lebih baik. Sistem pelayanan kesehatan sekarang di mana setiap orang dapat mencari pelayanan kesehatan ke mana saja asal mampu membayar, memberikan kesan tidak teratur dan pelayanan kesehatan tidak tertata dengan rapih. Penderita yang menderita influenza ringan misalnya, dapat saja berobat ke spesialis THT karena dia mengeluh sakit tenggorokan. Konsekuensinya adalah terdapat pembiayaan yang sangat besar dan tidak perlu. Penyakit yang sebenarnya bisa ditangani dengan baik oleh dokter layanan tingkat pertama, harus dilayani oleh dokter layanan tingkat kedua atau ketiga yang biayanya tentu saja jauh lebih mahal.

Pemborosan tersebut pada gilirannya akan menghabiskan anggaran kesehatan kepada pelayanan yang tidak perlu.

Pelayanan Dokter Keluarga yang komprehensif atau paripurna mencakup *health promotion, specific protection, early diagnosis and prompt treatment, disability limitation, dan rehabilitation*, tidak mudah dilakukan dalam kondisi masyarakat yang mempunyai paradigma sakit ketimbang paradigma sehat. Perlu upaya yang cukup besar untuk bisa melaksanakan fungsi Dokter Keluarga dengan selayaknya, salah satu yang harus diperhatikan adalah aspek pembiayaan.

Fungsi promosi kesehatan dan pencegahan penyakit pada Dokter Keluarga merupakan hal yang penting. Hal ini dapat dilakukan jika sistem pembiayaan turut mendukung fungsi ini. Pada kondisi sekarang ini, pembiayaan didasarkan pada apa yang dikenal sebagai *fee for service*, yaitu pembayaran dilakukan jika ada pelayanan. Pasien akan datang berobat ke dokter jika dia sakit, lalu bayar sejumlah yang ditetapkan oleh dokter. Atau jika pembiayaan dilakukan oleh perusahaan asuransi maka perusahaan asuransi akan membayar kepada dokter sejumlah klaim dari dokter. Cara ini tentu tidak memadai untuk bisa

melakukan fungsi promosi kesehatan dan pencegahan penyakit. Cara pembiayaan yang dianggap tepat agar Dokter Keluarga dapat berfungsi dengan baik adalah pembiayaan pra upaya kapitasi. Pada cara ini, diperlukan juga suatu badan yang berfungsi sebagai perusahaan asuransi. Badan ini menerima pembayaran premi dari peserta dan membayar kepada Dokter Keluarga. Pada cara pra upaya kapitasi, Dokter Keluarga dibayar di muka berdasarkan jumlah orang/kepala yang terikat pada kelompok tertentu yang menjadi tanggung jawabnya untuk dipelihara kesehatannya. Memelihara kesehatan disini bukan hanya mengobati, tapi juga melakukan berbagai hal untuk mencegah penyakit. Biaya perkepala/biaya satuan/*unit cost* disepakati bersama antara Dokter Keluarga dengan badan penyelenggara. Biaya perkepala ini dikalikan dengan jumlah kelompok menjadi biaya yang diperoleh oleh Dokter Keluarga secara periodik. Cara pra upaya kapitasi ini akan mendorong Dokter Keluarga melakukan upaya promosi kesehatan dan pencegahan penyakit dengan sebaik-baiknya, karena dia tidak ingin anggota kelompoknya menjadi sakit. Karena bila itu terjadi, maka Dokter Keluarga tersebut akan mengeluarkan biaya lebih besar dan ini akan mengurangi pendapatannya. Jika Dokter Keluarga melakukan upaya promosi kesehatan dan pencegahan penyakit, maka angka kesakitan pada kelompoknya akan menurun dan ini me-

nyebabkan dia akan memperoleh pendapatan yang lebih besar, karena biaya pengobatan yang harus dikeluarkan bagi anggotanya yang sakit juga berkurang.

Cara pembiayaan lain adalah paket/*case payment*, yaitu pembayaran berdasarkan kasus di mana pembiayaan dipaketkan dalam satu kasus. Biasanya ini dilakukan pada layanan tingkat kedua dan tingkat ketiga di RS rujukan. Misalnya, kasus Demam Berdarah Dengue (DBD), dianggap sebagai satu kasus di mana dalam kasus tersebut diperlukan biaya untuk pemeriksaan fisik, pemeriksaan laboratorium, rontgen, alat medis, obat, dll. Keseluruhan biaya ini akan dibiayai sebagai satu harga. Hal ini yang dilakukan oleh BPJS (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial) dengan *INA-DRG (Indonesia Diagnose Related Group)* dan kemudian *INA-CBGs (Indonesia Case Base Groups)*. Tahun ini BPJS telah berfungsi. Terlepas dari pelaksanaannya yang masih perlu diperbaiki, badan ini sebenarnya merupakan badan yang ditunggu-tunggu oleh Dokter Keluarga. BPJS berperan menjadi badan yang berfungsi sebagai asuransi, di mana peserta membayar sejumlah premi berdasarkan kelasnya dan kemudian membayar biaya kepada dokter. Dokter Keluarga akan memperoleh penghasilan yang diperoleh dimuka dari cara pra upaya kapitasi.

Fungsi Dokter Keluarga yang merupakan dokter layanan tingkat pertama yang mengutamakan promosi

kesehatan dan pencegahan penyakit akan dapat dilaksanakan dengan baik jika didukung oleh sistem pembiayaan yang baik pula. Pembiayaan dengan cara pra upaya kapitasi merupakan cara yang sesuai dengan pelaksanaan Dokter Keluarga. Dalam hal ini BPJS merupakan badan penyelenggara yang berfungsi sebagai asuransi perlu mencari cara yang baik dalam melakukan pembiayaan kapitasi. Perhatian dan upaya yang lebih besar kepada upaya promosi kesehatan dan pencegahan penyakit akan meningkatkan status kesehatan

rakyat Indonesia. Semua pihak diharapkan memberikan kontribusinya untuk terwujudnya Dokter Keluarga yang sebenarnya yang memperoleh imbalan yang mencukupi yang diterima secara tetap secara periodik. Dengan demikian diharapkan seluruh rakyat Indonesia memperoleh pelayanan kesehatan yang baik dan terjangkau.

dr. Tom Surjadi, M.P.H
Staf Ilmu Kesehatan Masyarakat
Fakultas Kedokteran
Universitas Tarumanagara