TINJAUAN MENYONGSONG SJSN KESEHATAN DENGAN PELAYANAN DOKTER KELUARGA

Raharjo Widi[1]
Fakultas Kedokteran Universitas Tanjungpura Pontianak
Jl. Prof Hadari Nawawi
E-mail : bkun98@yahoo.com
Dikirim : 25 Juni 2014, Diterima setelah perbaikan : 1 Oktober 2014

ABSTRAK

Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) sudah berlaku mulai 1 Januari 2014 ,dengan PT. ASKES sebagai Badan Penyelenggara Jaminan Sosial kesehatan. Persiapan – persiapan untuk menyongsong berlakunya SJSN ini telah dan sedang di laksanakan.Sampai saat ini Peraturan peraturan perundangan belum sampai pada petunjuk pelaksanaan dan petunjuk teknis. Pelayanan kesehatan pada SJSN dokter primer bersifat komprehensif menjadi pilihan dengan menerapkan pola pelayanan kesehatan dokter keluarga. Berdasar pada peraturan perundang undangan,buku buku rujukan, bahan bahan seminar dan terutama pengalaman sebagai dokter praktek umum yang melayani pasien dengan sistem pra bayar selama hampir 15 tahun , memberikan masukan berupa permasalahan yang dapat timbul dan alternatif solusinya guna mendukung agar SJSN dapat berhasil lebih baik, terjaga mutu dan kelangsungannya, mengupayakan sedikit mungkin permasalahan pelayanan terutama pada pelayanan dokter keluarga

Kata Kunci : SJSN, Kesehatan, Pelayanan, Dokter Keluarga

ABSTRAK

National Social Assurance System (NSAS) has been valid from January 1, 2014 , with PT.ASKES as the Health Social Assurance Agency. The Preparation to welcome the validity of the National Social Assurance System (NSAS) has been doing. Until now the regulation of laws has not come yet to the procedures and technical guidelines. The health services on NSAS primary physician that is comprehensive became a choice by applying the pattern of health care family physician. Based on the regulation of laws, reference books, seminar materials and especially experience as a general practice physician who served patients with pre-paid system for almost 15 years, providing input like problems that can arise and the alternative solutions in order to support NSAS work better, maintained the quality and continuity, seeking the least possible service problems especially on the family physician service

Key words : National Social Assurance System , Health, Service, Family Physician.

PENDAHULUAN

Undang – undang Dasar 1945 pasal 28 H , ayat 1 mengamanatkan bahwa setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Sehat adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang dapat hidup secara sosial dan ekonomi (UU 3/1992). Untuk menuju sehat, memerlukan upaya kesehatan menyeluruh meliputi upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Pemerintah Repubik Indonesia telah menjawab hal ini dengan berbagai sistem didalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan seperti yang tertuang di dalam Sistem Kesehatan Nasional.

Pada tahun 1968 menteri kesehatan waktu itu, Prof.GA siwabessi telah mencetuskan idenya dengan melancarkan program asuransi kesehatan bagi pegawai negeri dan penerima pensiun yang di harapkan menjadi embrio asuransi kesehatan nasional, yang berlaku bagi seluruh warga negara.Seiring dengan perjalanan waktu , terdapat kebijakan terkait dengan berbagai bentuk pelayanan kesehatan prabayar dan pra upaya, misalnya seperti yang di selenggarakan oleh PT ASKES, PT JAMSOSTEK, ASABRI, JAMKESMAS, JAMKESKIN dll, selain pelayanan kesehatan yang di selenggarakan swasta, saat ini cakupan pelayanan kesehatan nasional mencapai sekitar 63,5%.

Pada tahun 2004, di sahkan Undang Undang nomor 40 tentang Sistem Jaminan Sosial nasional, yang menyatakan bahwa pemerintah memberlakukan sistem pelayanan kesehatan prabayar dengan menjamin bahwa setiap warga negara mendapatkan jaminan pelayanan kesehatan.Undang Undang nomor 24 tahun 2011, menetapkan bahwa PT. ASKES sebagai Badan Penyelenggara Jaminan sosial kesehatan.Guna menjamin bahwa setiap warga negara mendapat jaminan pelayanan kesehatan, termasuk warga negara yang tidak mampu, di terbitkanlah Peraturan Pemerintah nomor 101 tahun 2012 yang mengatur warga negara yang tidak mampu tersebut menjadi tanggung jawab pemerintah untuk membayar iuran.Jaminan Sosial kesehatan harus sudah di mulai pada januari 2014.

Banyak pihak yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan dan terlibat dengan BPJS 1 ini, baik rumah sakit,apotik, dokter spesialis,dan tidak kalah penting, doter keluarga yang menjadi ujung tombak pelayanan kesehatan dan sebagai filter untuk pelayana kesehatan lanjutan . Pelayanan dokter keluarga mempunyai peranan yang besar dalam keberhasilan SJSN kesehatan ini, karenat itu pemerintah, dalam hal ini Departeman kesehatan, menerbitkan keputusan menteri Kesehatan RI No: 56/ Menkes/ SK/ 1/1996 yang mengatur dokter keluarga dalam pengelolaan Jaminan Pelayanan Kesehatan masyarakat dan juga Keputusan menteri Kesehatan RI No:916/Menkes/per/V11/1997 yang mengatur agar praktek dokter umum dan dokter gigi di arahkan ke dokter keluarga. Dokter keluarga bertanggung jawab atas pelayanan yang komprehensif dan bersinambung bagi pasiennya. Dalam memberikan pelayanan kesehatan dengan menekankan pada pelayanan promotif dan preventif,hal ini juga merupakan upaya pencapaian target MDGs 1, 4,5,6,dan 7.Terdapat beberapa hal yang berpotensi menjadi masalah, diantaranya penghasilan dokter keluarga yang kecil menurut perhitungan sementara namun ada solusi alternatifnya, agar ada hubungan yang serasi antara pihak BPJS 1 dengan dokter keluarga sebagai mitra kerja strategis dalam arti semua pihak harus di untungkan dengan program ini, baik masyarakat, dokter maupun PT ASKES sebagai representasi pemerintah.

METODE PENELITIAN

HASIL DAN PEMBAHASAN

Kebutuhan pelayanan kesehatan yang makin meningkat dan makin kompleks di Indonesia guna menyesuaikan dengan :

Pertumbuhan Penduduk

Sejak tahun 1960 terjadi pertumbuhan penduduk yang sangant pesat tahun 2009 lebih kurang 6.8 milyar manusia dengan lebih kuarang 200 ribu manusia lahir ke dunia, di indonesia saat ini berpenduduk sekitar 245 juta jiwa.(BPS) Pertumbuhan penduduk yang pesat tentu membawa konsekuensi kebutuhan yang lengkap pula baik dalam memenuhi kebutuhan pangan, sandang, papan juga kebutuhan pelayanan kesehatan . Di samping itu data demogrfi menunjukkan bahwa jumlah pendudk lanjut usia makin meningkat, ini membawa konsekuensi makin tingginya penyakit penyakit degeneratif dan penyakit penyakit kronis yang tentunya akan memerlukan biaya pelayanan kesehatan yang makin besar.

Perubahan Dari Negara Agraris Menuju Industrialisasi Dengan Konsekuensi Permasalahannya

Dinegara kita terjadi perubahan dari negara agraris menuju ke negara industri. Konsekuensi

perubahan ini mencakup berbagai bidang yaitu:

- Urbanisasi
- Perubahan penggunaan lahan menajdi daerah industri
- Perubahan sikap dan prilaku masyarakat
- Pencemaran lingkungan

Perubahan – perubahan tersebut diatas, mempunyai dampak diberbagai bidang : Ekonomi, politik, sosial budaya, dan Hamkamnas. Penulis memberikan penekanan pada dua hal dari empat hal diatas dari perubahan sikap dan prilaku masyarakat dan pencemaran lingkungan karena erat kaitan nya dengan kesehatan. Pencemaram lingkungan ber risiko meningkatnya berbagai penyakit di masyarakat, demikian juga lingkungan kerja yang terpapar faktor- faktor baik kimia, fisik, biologi maupun masalah ergonomi dan psikologi berpotensi menimbulkan penyakit akibat kerja maupun pemburukan penyakit yang sudah di derita sebelumnya. Perilaku kesehatan seseorang dan lingkungan hidup mempunyai pengaruh yang besar yaitu sebesar 75% terhadap kesehatan seseorang , sehingga semestinya mendapat porsi perhatian yang lebih besar untuk upaya kesehatan masyarakat

Perkembagan Dunia Kedokteran Yang Pesat

Dunia kedokteran berkembang pesat meliputi :

- Pengenalan penyebab penyakit
- Upaya pencegahan penyakit (upaya promotif, preventif , termasuk imunisasi)
- Laboratorium kesehatan
- Perkembangan seni mengobati (obat, alat – alat kesehatan, alternatif dan lain- lain)
- Perkembangan ilmu medis (spesialis, sub spesialis)
- Perkembagan ilmu – ilmu lain terkait yang menunjang (epidemologis , idustrial toksikologis, safety and health dll)

Perkembangan bidang kedokteran yang pesat tersebut mengimbangi tuntutan kebutuhan terhadap upaya kesehatan atas permasalahan – permasalahan yang ada dibidang kesehatan.

Masih Tingginya Penyakit Menular Dan Makin Meningkat Penyakit Akibat Perilaku Hidup Tidak Sehat

Data menunjukkan bahwa saat ini angka kesakitan akibat penyakit penyakit menular masih belum tertangani dengan baik oleh karena lingkungan hidup yang buruk dan higiene perorangan yang buruk. Penyakit tidak menular dan penyakit degeneratif lain yang di sebabkan oleh perilaku yang tidak sehat makin meningkat,seperti misalnya tekanan darah tinggi,dibetes mellitus, dll

Muncul Penyakit Penyakit Baru Dan Penyakit Yang Sudah Lama Tidak Muncul,Kemudian Muncul Kembali Dan Cepat Tersebar,Mialnya SARS, H5N1 Dll.

Hal ini di picu oleh perubahan cuaca berhubungan dengan pemenansan global, dan kondisi lain yang memungkinkan virus atau bakteri tertentu yang bermutasi menjadi strain baru berkembang dan menjadi lebih virulen.

Perubahan Pola Penyakit Berhubungan Dengan Makin Tingginya Angka Harapan Hidup

Hal ini disebabkan karena makin di butuhkan pelayanan kesehatan penyakit penyakit geriatri dan penyakit kronis lainnya dengan konsekuensi berupa makin tinggi biaya pelayanan kesehatan. Sebagai contoh yaitu penyakit hipertensi dan diabetes mellitus yang memerlukan pelayanan kesehatan sepanjang usia, juga penyakit keganasan yang makin meningkat

Perubahan Pola Pelayanan Kesehatan

Perubahan pola pelayanan kesehatan ini dari pelayanan kesehatan oleh dokter umum dengan menekankan pelayanan promotif preventif ke pelayanan kesehatan oleh dokter spesialis dan sub spesialis yang terkkotak kotak atas organ tubuh dan bersifat kuratif. Biaya untuk pelayanan kesehatan promotif kuratif jauh lebih murah di banding biaya pelayanan kesehatan untuk pengobatan.

UPAYA KESEHATAN

Upaya kesehatan komperhensif meliputi upaya kesehatan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif. Upaya kesehatan promotif, misalnya dengan menerapkan pola hidup sehat yaitu : gizi sehat,olh raga teratur,cukup tidur,mengendalikan berat badan, tidak merokok, tidak menggunakan NAPZA, tidak melakukan sex bebas, serta mampu mengelola stres.

Upaya kesehatan bersifat preventif (pencegahan) misalnya dengan menjaga kesehatan lingkungan, imunisasi , pemeriksaan kesehatan dll

Upaya kesehatan bersifat kuratif (mengobati) diperlukan pada seseorang yang telah sakit, biaya untuk mengobati mencakup biaya jasa dokter, biaya obat, biaya perawatan,

biaya pemeriksaaan laboratorium, biaya pemeriksaan diaknostik penunjang lain

Upaya rehabilitatif yaitu upaya yang ditujukan untuk seseorang yang memiliki kendala dalam melakukan pekerjaan setelah menderita sakit atau cacat karena kecelakaan agar dapat kembali berkerja atau dapat memenuhi kebutuhan dirinya sendiri.

Ada teori menyatakan bahwa biaya yang diperlukan untuk upaya kesehatan promotif dibanding biaya yang diperlukan untuk upaya kesehatan prefentif dan biaya yang diperlukan untuk upaya kesehatan kuratif adalah berbanding sebagai berikut :

Biaya promotif $1, biaya prefentif $10, dan biaya kuratif $100(kong)

Sangat jelas bahwa dari segi pembiayaan, upaya kesehatan promotif jauh lebih ringan serta lebih menguntungkan dari sisi produktivitas kerja karena berarti menurunkan angka absensi kerja, biaya upaya kesehatan preventif masih cukup rendah dibanding upaya kesehatan kuratif yang lebih tinggi

TREN BIAYA PENGOBATAN

Biaya pengobatan mempunyai tren yang makin meningkat dari tahun ke tahun . al ini dapat di lihat pada tabel di bawah tentang tren biaya rumah sakit. Tabel di bawah adalah di Amerika serikat, tetapi hal ini tidak berbeda dengan kondisi di Indonesia.

Komponen biaya kesehatan meliputi:

Biaya jasa dokter

Sampai saat ini belum ada patokan baku berapa biaya jasa dokter di praktek swasta baik dokter umum, gigi, spesialis/ sub spesialis. Hal ini tergantung situasi dan kondisi ekonomi daerah serta tergantung pada mekanisme hubungan kebutuhan akan pelayanan kesehatan dengan penyedian jasa pelayanan kesehatan yang ada . lain lagi kalau di rumah sakit baik negeri maupun swasta tentunya besaran biaya jasa dokter yang telah ditetapkan oleh rumah sakit tersebut.pada umumnya biaya jasa dokter rumah sakit swasta lebih tinggi dari rumah sakit Negeri dan lebih dinamis dalam arti cepat berubah menyesuaikan perubahan – perubahan dimasyarakat atau kebijakan pemerintah yang dapat mempengaruhi biaya rumah sakit tersebut.Dalam hal pembiayaan jasa dokter ini setelah berlaku sistem jaminan kesehatan nasional, besaran biaya jasa dokter tidak di bedakan kelas 1,2 3 atau vip ,sehingga di harapkan tiap pasien mendapatkan pelayanan dasar yang sama

Biaya administrasi dan perawatan rumah sakit

B i a y a p e r a w a t a n r u m a h s a ki t diklasifikasikan berdasarkan tipe / kelas rawat inap. Misalnya kelas I, II, III, VIP, V VIP . fasilitas dan pelayanan tentu sesuai kelas – kelas tersebut, yaitu kelas 1 lebih mahal di banding dengan kelas 11,kelas 11 lebih mahal di banding dengan kelas 111 dan seterusnya, ini yang saat ini masih berlaku,tetapi menurut jawaban pihak PT.ASKES pada srapat dengar pendapat dengan DPR, di nyatakan bahwa biaya tidak di bedakan berdasar kelas rawat inap, yang beda tarif adalah pada fasilitas yang ada.Tentang biaya dokter maupun perawat ini masih di tungggu seperti apa pada saat mulai di berlakukannya SJSN / BPJS 1 kesehatan nanti. Maksud disamakannya tarif baik dokter maupun perawat dengan tidak membedakan kelas perawatan ini adalah agar tiap pasien apapun kelas perawataannya mendapat pelayanan dan perhatian yang sama dari dokter maupun perawat yang malayaninya.

Biaya obat

Biaya obat di Indonesia lebih kurang 40 % - 60 % dari total biaya pelayanan kesehatan. Biaya obat di indonesia cukup tinggi di banding persentase biaya obat di pelayanan kesehatan di negara – negara maju bahkan di negara – negara ASEAN, seperti dapat di lihat pada tabel id bawah ini

Berbagai faktor tingginya biaya obat diantaranya:

1. Inflasi dan pengaruh kenaikan harga umum. Inflsi menyebabkan biaya obat tinggi karena sebagian besar bahan baku obat masih di impor.kenaikan harga .umum yang dimaksud misalnya kenaikan harga BBM akan mempengaruhi transportasi , dll yang pada akhirnya akan ,mempengaruhi harga obat
2. Masih rendahnya pemakaian obat generik, persentase pemakaian obat generik baru sekitar 15% dari total pemakaian obat. Obat generik yaitu obat yang di produksi setelah suatu obat paten habis masa hak patennya (suatu obat baru setelah melalui serangkaian prosedur penelitian dan uji klinis serta perjinan, mempunyai hak eksklusif untuk memproduksi oabat baru tsb dan pabrik obat lain tidak berhak memproduksi obat tersebut untuk batas waktu yang di tentukan yaitu sekitar 20 tahun. Setelah masa ini berakhir, produsen obat lain di izinkan

untuk memproduksi obat tsb.). Dengan demikian obat generik tsb sama khasiatnya dengan obat paten. Produsen obat yang memproduksi obat generik tersebut dapat measarkan dengan berbagai label nama , dengan berbagai upaya untuk mempromosikan obat generik dengan nama baru tersebut. Lain halnya dengan obat generik berlogo, dimana nama obat sesuai dengan kandungan obat nya. Contoh, obat dengan kandungan Parasetamol, tetap di beri nama Parasetamol, tidak di beri nama lain. Dengan demikian tidak perlu biaya promosi, sehingga harga di pasaran dapat di jual dengan harga lebih murah di banding dengan obat Parasetamol yang di beri nama lain. Tentu obat generik Parasetmol berlogo sama khasiatnya dengan obat genrik parasetamol yang memakai label nama lain. Mutu semua obat yang beredar di pasaran di awasi oleh Badan Pengawasan Obat dan makanan Indonesia ,dengan cara produksi memenuhi kaidah yang di sebut dengan CPOB (Cara Pembuatan Obat yang Benar). Sampai saat ini peresepan atau penggunaann obat genererik untuk pemakaian dimasyarakat masih kurang optimal, Walaupun saat ini sudah diterbitkan SK MenKes No 85 tahun 1989 dimana pemerintah mewajibkan penulisan resep dan atau panggunaan obat generik difasilitas kesehatan pemeintah. Upaya tersebut sampai saat ini belum berhasil meningkatkan pemakaian obat generik. Sungguh aneh kiranya justru dinegara maju seperti amerika serikat dan eropa sejak tahun 1990 serining dengan kesadaran publik perihal penggobatan rasional untuk menekan mahalnya biaya obat, saat ini pemakaian obat generik di atas 50%, sedangkan di Indonesia , negara berkembang, pemakaian obat generik di bawah 10%i dari total obat dipasaran(puskomkesehatan 2013). Berbagai upaya telah diakukan untuk meningkatkan pemakaian obat generik dalam pelayanan kesehatan misalnya melalui sosialisasi agar dokter dan masyarakat.

3. Obat – obat baru.

Perkembangan obat – obat sangat pesat. Banyak obat – obat baru beredar dipasar. Obat – obat baru tersebut tentu melalui banyak tahap dan waktu yang lama dengan biaya penelitian yang sangat mahal , sehingga dapat dimengerti harga obat baru jadi mahal. Obat baru yang ada dapat sebagai turunan dari obat lama yaitu biotik sudah ada misalnya dari antibiotik Penisilin muncul Ampicilin di ikuti generasi selanjutnya yaitu Amoxicilin selanjutnya diikuti obat yang lebih baru perpaduan Amoxicilin dengan asam Klafulanat. Terdapat nilai plus dari obat generasi baru yang tentu dengan harga yang lebih mahal dalam contoh ini misalnya Amoxicilin mempunyai persentase alergi lebih kecil dibanding ampicilin. Perpaduan amoksisilin dengan asam klafulanat mempunyai keunggulan karena amoksisin yang telah lama beredar dimasyarakat kemunginan telah terjadi resistensi dimana jenis bakteri pada waktu yang lalu dapat dibasmi oleh amoxicilin kemungkinan saat ini pada sebagian penderita tidak mempan lagi untuk diobati dengan obat yang sama, disebabkan karena penggunaan obat di masyarakat yang tidak sesuai dengan dosis, bisa karena dosis yang rendah atau dosis yang sesuai tetapi tidak di minum habis sesuai dodis yang semestinya.. Setiap obat generasi baru tentu harganya jauh lebih mahal dibanding obat generasi lama. masih banyak contoh obat – obat lain sebagai obat generasi baru dari obat yang sudah ada sebelumnya . Banyak pula obat yang bukan merupakan obat original, di produksi dan di beri nama sesuai pabriknya, harganya lebih mahal di banding obat generik, karena ada biaya promosi agar di kenal dan di resepkan oleh dokter. Selain itu, sesuai dengan pernyataan Dani Pratomo, presiden IAI(ikatan Apoteker Indonesia) saat ini sering terjadi penggelembungan harga obat dari harga neto apotek ke harga jual konsumen umum mencapai 37,5%.

Terlalu tinggi dan memberatkan masyarakat.Setelah berlakunya SJSN , menurut apa yang di kemukakan dalam sesi dengar pendapat antara DPR dengan PT. ASKES sebagai badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan dinyatakan bahwa peresepan obat oleh pelayan kesehatan primer atau tingkat lanjutan di serahkan kepada pemberi pelayanan kesehatan dengan sebagian obat generik dan sebagian obat paten yang sesuai standard DPHO yang di berikan oleh PT. ASKES dan pengambilan obat pada apotek yang di tunjuk/ bekerja sama dengan PT.ASKES.

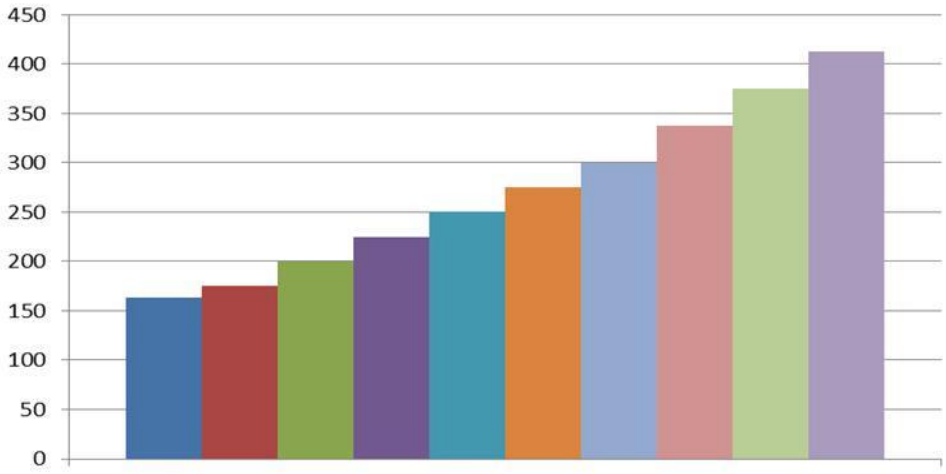
Biaya laboratorium dan pemeriksaan penunjang diagnostik

Saat ini, sesuai dengan perkembangan ilmu pengetahuan dan teknologi di bidang kesehatan, telah banyak di ketemukan metode dan alat alat penunjang pemeriksaan medis.Sebagai contoh di bidang alat pemindai seperti radiologi yang dulu ada foto Ronntgen, selanjutnya ada CT scan. CT scan terus berkembang menjadi tipe yang lebih detil dengan harga yang lebih mahal tentunya, dan sekarang ada lagi alat penunjang pemeriksaan

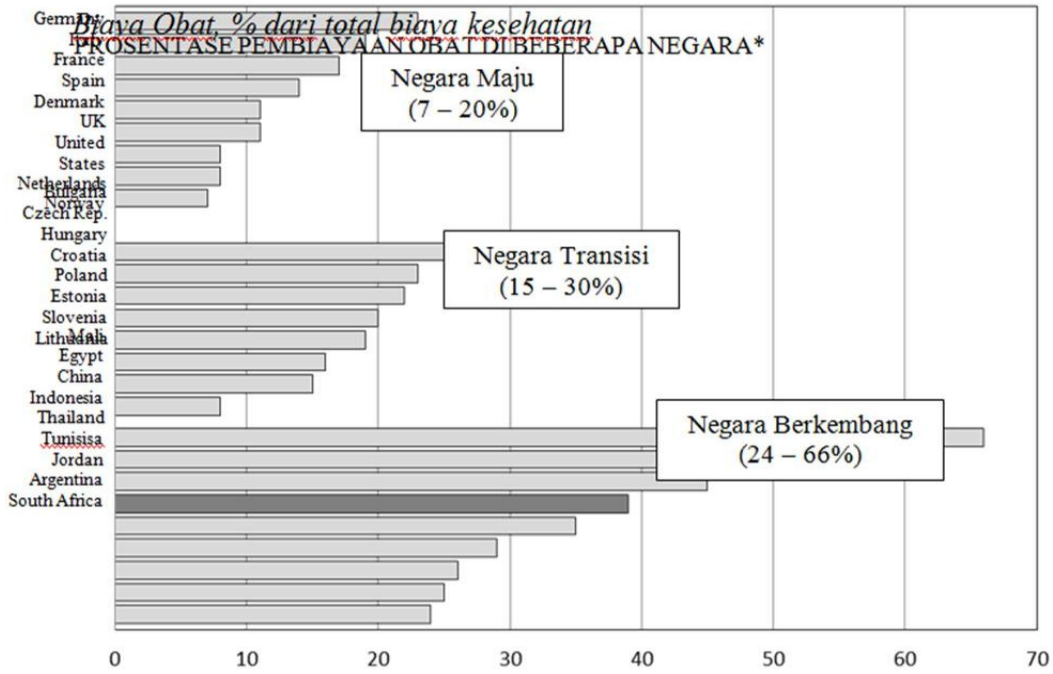
medis yang di sebut MRI, yang mampu menunjukkan jaringan lunak yang robek, di mana sebelumnya hal itu tidak dapat terlihat dengan CT scan sekalipun .Penemuan alat alat pemeriksaan kesehatan penunjang diagnostik lain masih banyak lagi, demikian juga penemuan alat dan metoda di bidang laboratorium kesehatan juga berkembang pesat, sehingga banyak penyakit yang dapat di diagnosa sejak pada tahap dini, maupun ketepatan diagnosa menjadi lebih tinggi.

Hal ini tentu memudahkan bagi penegakan diagnosa suatu penyakit dan tatalaksana terapi menjaadi lebih terarah, tetapi di satu sisi juga berarti tambahan biaya pelayanan kesehatan.

Tabel. 1 Trend Pembiayaan RS



Formulary/sources : centers of madicare & medical services, National Health Expenditure Projection 2001-2011, Washington, DC, CMS, March 2002



SJSN KESEHATAN

Undang Undang no 40 tahun 2004 tentang sistem Jaminan sosial nasional Kesehatan mengandung pengertian bahwa setiap warga negara berhak mendapat jaminan pelayanan kesehatan perseorangan bersifat komprehensif , yaitu untuk meningkatkan derajat kesehatan, pencegahan terhadap penyakit, pengobatan dan pelayanan kesehatan bersifat rehabilitatif.Untuk pelaksanaannya perlu segera di buat peraturan peraturan perundangan turunan / peraturan di bawahnya sampai dengan petunjuk pelaksanaan dan petunjuk tehnisnya.

Pada saat ini dengan sistem yang berlaku sekarang di perkirakan jumlah warga negara yang dapat menikmati jaminan pelayanan kesehatan baru mencakup di bawah 20% warga negara. Menurut sistem yang tertuang di dalam undang undang tersebut, pembiayaan pelayanan kesehatan tersebut di laksanakan secara gotong royong , dimana yang sehat membantu biaya yang sakit, yang tidk mampu secara ekonomi di bantu oleh yang mampu, yang pada pelaksannannya dalam hal ini bagi yang tidak mampu akan di bayarkan iurann/ preminya oleh pemerintah yang berarti di bayarkan oleh pajak dari rakyat yang di himpun oleh pemerintah, sedangkan bagi yang mampu atau berpenghasilan seperti pegawai negeri, karyawan perusahaan, pengusaha dan lain lainnya akan membayar preminya.

Teknik pembayaran oleh pegawai negeri dengan memotong langsung gajinya, sedangkan pada karyawan swasta di bayar oleh pemberi kerja. PenyelenggaraSistem jaminan Sosial nasional Kesehatan yaitu Badan Penyelenggara Jaminan sosial Kesehatan , yang dalam hal ini sesuai dengan UU no 24 tahun 2011 tentang BPJS akan di laksananakan o;eh PT. ASKES mulai 1 Januari 2014, tidak lama lagi. Tentunya cakupan jumlah peserta yang di layani secara bertahap akan meningkat. Di harapkan tahun 2014 sudah mampu memberikan jaminan kesehatan pada sekitar 70 % dari seluruh warga negara, dan di targetkanpada tahun2017 sudah dapat memberikan jaminan kesehatan pada 90% warga negara.

Guna mempersiapkan pelaksanaan berlakunya SJSN kesehatan yang akan mulai berlaku sebentar lagi, telah di alokasikan anggaran belanja negara yang di gunakan untuk pembangunan Puskkesmas dan rumah sakit, upaya meningkatkan kesadaran masyarakat akan manfaat pelayanan kesehatan, sosialisasi dan edukasi tentang SJSN. Terdapat Tiga hal yang perlu mendapat prioritas untuk segera di buat dan di sosialisasikan terkait persiapan berlakunya SJSN dan pelaksanaannya agar berjalan dengan baik, yaitu:

Konsep Pelayanan Kesehatan Dokter Keluarga

Konsep sub sistem pelayanan kesehatan yang hendak di gunakan , seperti yang selama ini di diskusikan, bahkan di uji cobakan di beberapa kota yaitu dokter keluarga. Dokter keluarga adalah dokter yang menyelenggarakan upaya pemeliharaan kesehatan paripurna(promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif) dengan pendekatan menyeluruh (holistik dan kesisteman) untuk pemecahan masalah yang di hadapi oleh individu dalam keluarga dan oleh setiap keluarga dalam kelompok masyarakat yang memilihnya sebagai mitra utama pemeliharaan kesehatan (Depkes Ri , 1999)

Standar pelayanan kedokteran keluarga:

1. Standard pelayanan kesehatan di klinik
   - Standar pelayanan paripurna : pelayanan medis pertama untuk semua orang bersifat pemeliharaan dan peningkatan kesehatan (promotif), pencegahan penyakit (preventi dan spesific protection, pemulihan kesehatan(kuratif), dan rehabilitasi setelah sakit(rehabilitation)dengan memperhatikan kemampuan sosial serta sesuai dengan medikolegal etika kedokteran
   - Standar pelayanan medis : lege artis meliputi anamnesis dengan pendekatan berpusat pada pasien, pemeriksaan fisik dan penunjang, penegakan diagnosis dan diagnosis banding, prognosis, konseling, konsultasi, rujukan, tindak lanjut, tindakan ,pengobatan rasional dan pembinaan keluarga.
   - Standar pelayanan menyeluruh : pasien sebagai manusia seutuhnya, pasien sebagai bagian dari keluarga dan lingkungannya, pelayanan menggunakan segala sumber di sekitarnya.
   - Standar pelayanan terpadu :terbentuk kemitraan antara dokter dan pasien meliputi koordinator penatalaksanaan pasien, mitra dokter pasien, mitra lintas sektoral medik, mitra lintas sektoral alternatif dan komplimenter medik.
   - Standar pelayanan berkesinambungan : pelayanan pro aktif, rekam medik bersinambung, pelayanan efektif efisien

dan pendampingan.

2. Standar perilaku dalam praktek
   a. Standar perilaku terhadap pasien : informasi memperoleh pelayanan, masa konsultasi cukup , setidaknya 10 menit, informasi medik menyeluruh, komunikasi efektif dan menghormati kewajiban dan hak pasien dan dokter.
   b. Standar perilaku dengan mitra kerja di klinik : hubungan profesional dalam klinik, bekerja dalam tim dan sebagai pemimpin klinik.
   c. Standar perilaku dengan sejawat : hubungan profesional antar profesi, hubungan baik sesama dokter dan perkumpulan profesi.
   d. Standar pengembangan ilmu dan ketrampilan praktik :mengikuti kegiatan ilmiah, program jaga mutu, partisipasi dalam kegiatan pendidikan, penelitian dalam praktek, penulisan ilmiah.
   e. Standar partisipasi dalam kegiatan masyarakat di bidang kesehatan : menjadi anggota perkumpulan sosial,partisipasi dalam kegiatan kegiatan masyarakat.

Penjelasan dalam pelakasanaan pelayanan kesehatan oleh dokter keluarga yang memandangp pasien sebagai individu berarti bahwa dalam memberikan pelayanan kesehatan, seorang dokter memandang tiap orang mempunyai karakteristik yang berbeda beda, menyangkut fisik,perilaku, pendidikan , pengalaman hidup dan sebagainya , sehingga tidak sama pula di dalam cara ber komunikasi

Upaya membangun rasa saling percaya anatara pasien dengan dokter, sehingga pasien tidak ragu ragu untuk memberikan keterangan yang sebenarnya , dan percaya dokter tersebut mampu dan berupaya memberikan kesembuhan. Hal ini penting mengingat bahwa di dalam anamnesa suatu kasus penyakit apabila di laksanakan dengan baik, maka 75 % diagnosa dapat di tegakkan.di tambah dengan melakukan pemeriksaan fisik yang baik akan mempertinggi ketepatan diagnosa, sehingga dengan demikian tidak haru di lakukan pemeriksaan laboratorium maupun pemeriksaan penunjang lainnya. Hal ini berarti penghematan biaya, penghematan waktu dan tenaga, selain tentu saja akan meningkatkan rasa percaya bagi pasien pada dokternya , dimana hal ini menjadi dasar yang sangat penting dalam hubungan dokter – pasien.

Pasien sebagai anggota keluarga dan anggota masyarakat,mempunyai pengertian dalam kontek pelayanan kesehatan mempunyai makna bahwa perlu di perdalam peran keluarga atau masyarakat dalam timbulnya kasus penyakit pada diri pasien baik sebagai bagian atau salah satu faktor timbulnya penyakit maupun sebagai faktor yang dapat mendukung upaya penyembuhan pada pasien tersebut, terkait dengan misalnya hubungan antar anggota keluarga,/ masyarakat,struktur di dalam keluarga dan masyarakat, kebiasaan / perilaku kesehatan dan sebagainya, karena banyak penyakit yang di sebabkan oleh kebiasaan atau perilakun yang tidak sehat. Selain itu juga dalam memberikan pelayanan kesehatan , seorang dokter keluarga perlu mengenal lingkungan dimana pasien tersebut tinggal maupun pekerjaannya.Lingkungan di ketahui berperan sangat besar di dalam mempengaruhi kesehatan seseorang. Banyak penyakit yang timbul berhubungan dengan lingkungan yang tidak sehat, terutama penyakit menular. Lingkungan terkecil yaitu rumah tinggal. Banyak faktor di dalam rumah tangga yang dapat menjadi sumber penyakit, baik itu faktor fisik, faktor biologis, faktor kimia, faktor fisiologis atau ergonomi serta faktor psikologis.Bahkan juga banyak faktor di dalam rumah tangga yang beresiko menyebabkan timbulnya kecelakaan seperti ledakan atau kebakaran.

Faktor fisik, misalnya kebisingan, pencahayaan, getaran dll..kebisingan mempunyai pengertian sebagai suara yang tidk di kehendaki Sumber kebisingan di dalam rumah tangga bisa dari suara tv, tape recorder dll, sehingga perlu penataan letak dan pengaturan volume agar tidak menjadi gangguan bagi anggota keluarga yang lain bahkan dapat menjadi sumber ketidak harmonisan antar anggota keluarga.Faktor biologis sebagai sumber penyakit infeksi misalnya sumber air yamg tidak bersih , apalagi bila tidak terbiasa mencuci tangan sebelum makan.Banyaknya serangga seperti lalat, kecoa, nyamuk,karena sampah tidak di bersihkan dengan baik dan tempat tempat penyimpan air tidak rutin di bersihkan,di tutup dan membiarkan menjadi sarang nyamuk bahkan dapur atau kulkas dapat menjadi sumber penyakit terutama penyakit pencernaan bila tidak mengetahui cara memasak atau menyimpan bahan makanan dan makanan dengan benar karena kuman kuman dapat berkembang biak dengan cepat sehingga menjadi penyebab infeksi saluran pencernaan baik karena kuman itu sendiri maupun racun yang di keluarkan oleh kuman .Faktor kimia di dalam rumah tangga misalnya penggunaan produk bahan bahan kimia yang biasa di pakai dalam rumah tangga seperti caira pembersih lantai,

insektisida pembunuh nyamuk, parfum, pengharum ruangan dll. Bau bauan dapat menyebabkan rasa pusing bagi yang sensitif, bahkan insektisida dapat menyebabkan keracunan, untuk itu perlu hati hati penyimpanan dan penggunaannya .Faktor ergonomis di dalam rumah tangga yang di maksud adalah menyesuaikan antara pekerjaan dengan orang yang melakukan pekerjaan tersebut dan sebaliknya demikian juga dengan lingkungan kerjanya agar dalam melakukan pekerjaan tersebut nyaman , tidak cepat lelah dan terhindar dari sakit atau celaka . Contoh pekerjaan yang biasa di lakukan di dalam rumah tangga misalnya mengangkat galon air minum , mengangkat panci yang cukup besar , mengepel lantai dengan posisi tubuh bongkok dll kelihatan sederhana tetapi apabila di lakukan dengan posisi tubuh yang salah dapat menebabkan sakit pinggang . Faktor psikologis di dalam rumah tangga yang dapat menjadi masalah kesehatan misalnya ketidak harmonisan antara hanggota keluarga, timbul rasa tidak tenang, bahkan mencari kepuasan di luar rumah yang dapat menimbulkan kecedengan segala konsekuensinya. Banyak penyakit penyakit yang timbul karena masalah psikis sebagai contoh misalnya penyakit dispepsia atau awam menyebut sakit mah.

Faktor faktor yang dapat menyebabkan kecelakaan di dalam rumah misalnya colokan listrik yang terlalu rendah sehingga memungkinkan seorang anak main colokan tersebut sehingga tersengat listrik, orang tua terpeleset di kamamr mandi dll. Faktor yang dapat menyebabkan kebakaran di dalam rumah dapat di sebabkan oleh listri (korsleting) maupun oleh kompor, yang saat ini banyak di gunakan yaitu kompor gas apabila tidak di gunakan dengan benar dan tidak mengetahui cara penanganannya apabila terjadi kebocoran gas. Saat ini sering terjadi ledakan dan kebakaran di rumah yang di sebabkan oleh listrik dan kompor gas . Apa yang sudah di bicarakan di atas tentang penyakit dan kecelakaan yang dapat bersumber dari lingkungan di dalam rumah tangga , demikian pula di dalam lingkungan sekitar dan di dalam lingkungan pekerjaan. Pengetahuan seorang dokter yang cukup untuk mengenali lingkungan rumah tangga dan lingkungan tempat tinggal serta lingkungan pekejaannya beserta masyarakat sekitarnya akan membantu mengupayakan dalam upaya pelayanan promotif, preventif, kuratif maupun upaya rehabilitatif.

Dokter keluarga memberikan pelayanan kesehatan secara berkesinambungan berarti bahwa pelayanan dokter keluarga sebagai pelayanan primer dan bila di pandang perlu karean spesifisitas penyakitnya atau karena kompetensi penanganan kasusnya tidak dapat di lakukan oleh dokter umum atau karena keterbatasan alat sehingga memerlukan penanganan seorang dokter spesialis,maka dokter keluarga tersebut akan merujuk ke dokter spesialis sesuai dengan kasus penyakitnya .

Konsep pelayanan kesehatan dengan sistem dokter keluaraga ini tentu saja baik. Hal hal yang perlu di perhatikan, di persiapkan dan di kelola dengan baik untuk keberhasilan dalam pelaksannan dokter keluarga ini yaitu :

- Kelengkapan aturan aturan pelaksanaan
- Biaya / premi
- Sosialisasi

Kelengkapan Aturan Aturan Pelaksanaan

Kelengkapan peraturan peraturan di bawah undang undang perlu segera di buat agar jelas bagi semua pemangku kepentingan dan masyarakat. Tentang hal ini penulis tidak akan membicarakan lebih jauh, karena hal ini adalah adalah wewenang pemerintah, yaitu eksekuti dan legislatif bersama PT.ASKES dan instansi terkait lainnya.

Jasa

Jasa yang di maksud penulis yaitu perkiraan rata rata hasil yangdi dapat oleh penyedia pelayanan primer per bulan yang dapat di hitung dengan berdasarkan pada besaran kapitasi per peserta di kalikan jumlah peserta di kurangi pengeluaran oleh dokter keluararga per bulan. Hal ini sangat penting bagi keberhasilan program karena bersangkutan langsung dengan kepuasan profesi pemberi pelayanan kesehatan dan juga efeknya pada masyarakat yang menerima pelayanan kesehatan tersebut.Sebelum membicarakan hal ini , akan lebih baik di bicarakan terlebih dahulu tanggung jawab atau jasa yang di berikan oleh dokter keluarga dan biaya yang harus di keluarkan untuk memberikan pelayanan , yaitu:

1. Memberikan pelayanan promotif yaitu memberikan pelayanan kesehatan yang bersifat meningkatkan derajad kesehatan, umumnya dengan cara komunikasi, infomasi dan edukasi kesehtan dan keselamatan .kegatannya dapat berupa kunjungan ke rumah pada peserta yang menjadi tanggung jawabnya yang di rasa perlu, atau menyelenggarakan kegiatan berupa penyuluhan kesehatan tentang perilaku hidup sehat,perlu biaya transportasi.

2. Memberikan pelayanan kesehatan bersifat preventif, yaitu pelayanan kesehatan untuk mencegah agar terhindar dari penyakit. Untuk pelaksanaan kegiatan memerlukan biaya transportasi.
3. Memberikan pelayanan kesehatan bersifat kuratif atau pengobatan.Sudah barang tentu untuk melakukan pemeriksaan ini di lakukan di dalam ruang praktek dengan syarat syarat seperti yang sudah di tetapkan oleh departeman kesehatan, diantaranya peralatan, syarat higiene dll, termasuk kenyamanan pasien , sehingga memerlukan listrik dan air serta biaya perawatannya.. Terkait dengan pengobatan ini tentu berdasar pemeriksaan , baik pemeriksaan fisik maupun pemeriksaan laboratorium atau pemeriksaan penunjang lain yang di perlukan untuk menegakkan diagnosa. Selama ini , sesuai yang sudah menjadi ketentuan BPJS untuk pelayanan kesehatan oleh dokter keluarga,biaya pemeriksaan darah rutin dan urin menjadi tanggung jawab dokter keluarga. Obat yang yang menjadi tanggung jawab dokter keluarga menurut ketentuan BPJS seperti yang sudah berjalan selama ini adalah obat rawat jalan, sedangkan biaya obat pasien penyakit kronis yang sebelumnya telah di rujuk oleh dokter keluarga kepada dokter spesialis dan di kembalikan perawatannya pada dokter keluarga menjadi tanggung jawab BPJS.
4. Besaran kapitasi, yaitu jumlah rupiah tertentu yang di bayar oleh BPJS kepada pelaksana kesehatan primer per oerang peserta per bulan untuk melayani jenis jenis pelayanan kesehatan tertentu sesuai standar pelayanan kesehatan adalah sebesar Rp 8000,- sesuai Permenkes 069 tahun 2013.
5. Menurut para pakar, jumlah ideal tanggungan peserta seorang dokter primer atau dokter keluarga melayani 2500 orang peserta, maka seorang dokter keluarga per bulan mendapatkan uang sebesar 2500 x Rp 8000 =Rp 20. 000.000 di bayarkan di muka , untuk melayani kesehatan peserta yang menjadi tanggungannya dengan standard pelayanan yang ada.

   Berdasar uraian tugas dan tanggung jawab dokter keluarga seperti yang telah di uraikan di atas, berikut di bawah ini akan di hitung perkiraan pendapatan seorang dokter keluarga yang melayani kesehatan secara komprehensif pada sekitar 2500 oarang peserta yang menjadi tanggungan, Untuk perhitungan ini di hitung berdasar perkiraan penulis yang tinggal di Pontianak , ber pengalaman praktek medis selama 14 tahun dengan sistem pra bayar seperti SJSN ini, yang mungkin akan berbeda dengan kondisi di daerah lain, tetapi dasar perhitungan ini kiranya dapat menjadi perkiraan yang mendekati fakta riil di daerah lain.Untuk mendapatkan perkiraan pendapatan per bulan seorang dokter keluarga adaalh dengan perhitungan penerimaan pembayaran kapitasi yang di terima dari BPJS per bulan di kurangi biaya yang harus di keluarkan per bulan untuk memberikan pelayanan kesehatan pada sejumlah 2500 orang peserta. Berikut, di bawah ini adalah perkiraan pengeluaran biaya untuk pelayanan kesehatan oleh dokter keluarga per bulan.

- sewa bangunan , di tempat yang layak,mudah di akses , katagori sedang, di kota Pontianak pertahun ± Rp.25. 0000000, atau per bulan sebesar Rp 2084000,-
- honor 1 orang asisten perbulan Rp 1300 000,-
- biaya listrik, air, perawatan bangunan Rp 500.000,-
- transportasi, (bensin dan penyusutan motor / mobil) per bulan Rp 500.000-1500.000,-
- bahan habis pakai (kain kasa,alkohol,kapas,spuit,test pack, plastik) Rp 300. 000,-
- biaya laboratorium urin dan darah rutin Rp 500.000,-
- obat, dengan dasar perhitungan minimal 40 % komponen biaya total Rp 8000.000,- Jumlah total pengeluaran per bulan = Rp13.184.000 - Rp14.184.000,-Berdasar perhitungan di atas, dapat di hitung pendapatan yang di terima oleh seorang dokter keluarga per bulan , yaitu penerimaan total biaya kapitasi Rp 20 000.000,- di kurangi pengeluaran per bulan dengan perhitungan di atas, yaitu sebesar RP 5.816.000, sampai dengan Rp 6.816.000,-.

1PERMASALAHAN

2Sistem Jaminan Sosial Nasional yang menjamin setiap waega negara mendapat pelayanan kesehatan , tidak di ragukan lagi untuk menjawab permasalahan kesehatan nasional yang sampai saat ini baru menjangkau cakupan masyarakat yang dapat pelayanan kesehatan di bawah 20 %. Badan penyelenggara Jaminan sosial Nasional bidang kesehatan yaitu PT ASKES juga sudah berusaha menyiapkan diri untuk memastikan bahwa sesuai ketentuan harus

sudah di mulai pada 1 januari 2014. Dengan tanggung jawab yang luar biasa besar, bukan hanya karena menyangkut pelayanan kesehatan yang langsung berhubungan dengan kepentingan masyarakat dan pemerintah terkait dengan MDGs, tetapi juga menyangkut volume pekerjaan yang luar biasa besar terkait dengan pelayanan kesehatan atas lebih dari 200 .000.000 jiwa dan tanggung jawab keuangan triliunan rupiah per bulan.

3Sampai saat ini peraturan turunan menyangkut aturan pelaksanaan di lapangan belum jelas, oleh sebab itu apa yang penulis sampaikan adalah berdasar informasi yang ada di media masa , seminar persiapan pelakasanaan BPJS,termasuk waktu dengar pendapat antara BPJS 1 dengan DPR yang ber edar di media massa dan internet. Dengan kondisi seperti inilah , pada masa sebelum berlakunya BPJS 1,penulis ingin menyampaikan pendapat, dengan harapan ikut memberikan sumbang saran agar SJSN kesehatan ini dapat berjalan dengan baik, memberikan manfaat seperti yang di harapkan yaitu memberikan jaminan kesehatan pada seluruh warga negara dengan sekecil mungkin hambatan.

4Permasalahan yang mungkin ada , yaitu:

1. Belum ada petunjuk pelaksanaan dan petunjuk teknis yang mengatur detil kegiatan pelayanan kesehatan standar yang jadi pegangan . Kejelasan informasi yang bersumber Juklak dan Juknis tentang pelaksanaan pelayanan kesehatan yang jelas dan detil tentang SJSN kesehatan, terutama pada dokter dan masyarakat , menyangkut hak dan kewajiban dokter serta hak dan kewajiban masyarakat. Ketidak jelasan pada tingkat pelaksanaan di lapangan dapat menimbulkan ketidak nyamaqnan dalam bekerja dan dapat menimbulkan masalah yang serius.

2. Besaran kapitasi. Berdasar Permenkes 069 tahun 2013 di tetapkan besaran kapitasi untuk dokter primer sebesar Rp 8000,- , maka jasa bersih yang dapat di terima seorang dokter keluarga yang melayani 2500 jiwa adalah sekitar Rp.5.816.000,sampai dengan-Rp 6. 816.000 per bulan.Dengan kondisi saat ini,dimana biaya kebutuhan hidup tinggi, tentu penghasilan sebagai dokter keluarga di tambah penghasilan sebagai pegawai negeri sipil tidak dapat memenuhi kebutuhan hidup ,dalam arti bukan hanya kebutuhan pokok, tetapi untuk melanjutkan mendapatkan ilmu medis yang terus berkembang, untuk saving,dan biayaasuransi.Kondisiinidapat menyebabkan ketidak puasan kerja dan ber resiko terhadap keberhasilan pelaksanaan SJSN.

REKOMENDASI

Terhadap kedua permasalahan tersebut di atas, di ajukan alternatif solusi

1. Pemerintah(eksekutif dan legislatif), PT. ASKES dan pihak pihak terkait memberikan porsi perhatian lebih di anatara permasalahan yang lain untuk segera menyelesaikan peraturn peraturan terkait dengan SJSN, sampai operasional di lapangan dan segera mensosialisasikannya.Sampai Saat ini , saat tulisan ini di buat,dan sudah di mulai SJSN tetapi juklak dan juknis di maksud belum ada.
2. Guna meningkatkan pendapatan dokter keluarga,ada bebebrapa alternatf yang dapat di lakukan, diantaranya yaitu :
   a. Tidak terlalu kaku dalam membatasi jumlah peserta yang menjadi tanggungan oleh dokter keluarga, yang sebelumnya 2500 jiwa ,dapat di tingkatkan ,misalnya menjadi 4000 jiwa,sepanjang masih dapat di tangani dengan baik sesuai standard pelayanan dokter keluarga.Perhitungan 4000 peserta tersebut dengan asumsi tingkat kunjungan pasien di klinik sebesar 15 % dari jumlah peserta dengan lama praktek 8jam, maka per orang di layani di klinik selama 20 menit. Ini sudah melebihi standar minimum alokasi waktu pelayanan dokter keluarga yaitu 15 menit.Bahkan bila berdasar pada konsep dokter keluarga diamana di harapkan minimal 10 menit untuk konsultasi pasien , maka jumlah peserta bisa lebih banyak lagi.

      Di dalam sistem jaminan, berlaku hukum LAW of the LARGE NUMBER, yang berarti bahwa bila pesertanya banyak, memudahkan tatat laksananya dan lebih memberikan keuntungan.Hal ini juga menjadi insentif tambahan pendapatan bila seorang dokter mengikuti perkembangan dan berpengalaman, memberi pelayanan dengan baik, nyaman , mudah di akses, menambah kepercayaan masyarakat untuk berobat pada dokter tersebut.Kenyataannya adalah bahwa seseorang penderita berobat pada seorang dokter adalah mempercayakan kesembuhan penyakitnya pada seorang dokter yang di pilihnya.Hal ini juga berarti memotivasi seorang dokter untuk lebih profesional dan memberikan rasa nyaman pada pasien.dan atau

   b. Mendorong .meningkatkan produksi lebih

banyak jenis obat generik dan jumlah yang cukup yang di produksi dengan cara pembuatan obat yang benar (CPOB) dan melalui uji bioequivalent (uji kesetaraan) dengan obat orisinal yang menjadi rujukan. (OGE), agar obat generik benar benar sama kualitasnnya dengan obat patennya melalui pengawasan yang lebih ketat oleh instansi terkait.PT ASKES dalam menentukan standar obat DPHO hendaknya sebanyak banyaknya menggunakan obat generik ini.

Selanjutnya, pemerintah menjamin ketersediaan obat generik di apotik, serta mempromosikannya sehingga benar benar dapat di terima oleh masyarakat.Saat ini , seperti yang sudah di sampaikan di atas , bahwa pemakaian obat generik secara nasional baru sekitar 11% dari total pemakaian obat nasional., sedangkan di negara maju justru penggunaan obat generik meningkat sekitar 50--%- Dengan perkiraan biaya obat adalah antara 40% sampai dengan 60 % dari total biaya berobat, maka hal ini secara signifikan memberi manfaat penghematan pengeluaran biaya obat tanpa mengurangi hak pelayana medis yang berkualitas.dan atau

c. PT.ASKES sebagai penyelenggara SJSN kesehatan, membantu penyediaan obat obat sesuai DPHO dengan melalui pelelangan / tender yang transparan guna mendapatkan harga obat yang lebih murah dan menjamin ketersediaan obat DPHO tersebut di apotik yang di tunjuk dengan perjanjian yang jelas tentang penjualan obat diatas harga neto yang wajar dan tidak memberatkan dokter keluarga.

KESIMPULAN

Di atas telah di uraikan tentang kebutuhan pelayanan kesehatan yang makin meningkat dan biaya pelayanan kesehatan yang makin tinggi. BPJS 1 sebagai penyelenggara program SJSN kesehatan dengan tanggung jawab keuangan yang mencapai puluhan triliun rupiah wajib mengamankan dari penggunaan yang tidak perlu apalagi jumlah uang yang sangat besar seperti itu mengundang untuk tarik menarik kepentingan politik dan rawan korupsi.

Hal ini perlu di sikapi secara bersama sama oleh berbagai bidang guna ikut mensukseskannya. Kegagalan dalam pelaksanaannya akan menimbulkan konsekuensi berpotensi kekacauan bagi bangsa dan negara ini ! Selain itu , kiranya semua pihak terkait dengan pelayanan kesehatan SJSN dapat melaksanakan tugasnya dengan standard profesionalisme yang tinggi, menghindari moral hazard dan dengan menjunjung etika dan moral profesi dokter yang luhur. Semoga !!

DAFTAR PUSTAKA

Kongsvedt,Peter R,1989.The managed Health Care Hnadbook,An Aspen Publication, Rockville, Maryland, USA

Lubis,firman.2008.Dokter Keluarga Sebagai Tulang Punggung dalam Sistem Pelayanan kesehatan, dalam Majalah Kedokteran Indonesia, Volume 58,nomor 2,2008

Mc Whinney, et all, 2009, Text Book of Family Medicine 3rd Edition, England, Oxford University press 2009.

Sulastomo.1996.Asuransi Kesehatan.. Kapita Selekta , PT Askes Indonesia.