

**PANDUAN PELAKSANAAN
PELAYANAN KEDOKTERAN GIGI
DALAM
SISTEM JAMINAN KESEHATAN
NASIONAL**



Iwan Dewanto, Naniek Isnaini Lestari

**PENGURUS BESAR
PERSATUAN DOKTER GIGI INDONESIA
2014**



**PENGURUS BESAR
PERSATUAN DOKTER GIGI INDONESIA:**

**Panduan Pelaksanaan Pelayanan Kedokteran Gigi
Dalam Sistem Jaminan Kesehatan Nasional**

Tim Penulis: Iwan Dewanto, Naniek Isnaini Lestari

Hak Cipta dilindungi Undang-undang.
Dilarang mengutip atau memperbanyak sebagian atau
seluruh isi buku ini tanpa izin tertulis dari Penerbit.

ISBN : 978 - 602 - 70470 - 0 - 6

Edisi 1 © 2014

Diterbitkan Tahun 2014 oleh:

Pengurus Besar

Persatuan Dokter Gigi Indonesia

Jl. Utan Kayu Raya No 46

Jakarta Timur 13120

Tel. 021-85906355

Hp. 081908312328

E-mail: pbpdgi@cbn.net.id

Desain sampul : Aryo Sayogha



KATA SAMBUTAN KETUA PB PDGI

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Allah SWT, Tuhan Yang Maha Esa atas tersusunnya Buku Panduan Pelaksanaan Pelayanan Kedokteran Gigi dalam Sistem Jaminan Kesehatan Nasional(SJKN).

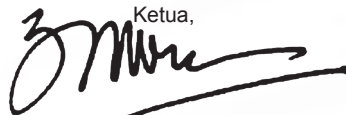
Buku ini disusun dengan maksud memberikan panduan bagi sejawat Dokter Gigi yang ingin berperan serta berpartisipasi aktif dalam SJKN, kami berharap dengan membaca serta mempelajari buku ini dapat memberikan pemahaman, meningkatkan motivasi dan mempersiapkan diri sebagai penyedia pelayanan kesehatan di era SJKN.

Merupakan tanggungjawab kita sebagai insan profesi untuk mendukung upaya peningkatan kesehatan masyarakat termasuk kesehatan gigi sebagaimana diamanatkan dalam UU No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional.

Apresiasi yang tinggi ditujukan kepada semua pihak yang telah membantu terbitnya buku panduan ini, khususnya pada Pokja SJKN dan Satgas OP JKN PB PDGI, yang telah meluangkan waktu dan pikirannya dalam proses penyusunan buku Panduan Pelaksanaan Pelayanan Kedokteran Gigi Dalam Sistem Jaminan Kesehatan Nasional.

Akhir kata, marilah kita bersama-sama berdo'a semoga Tuhan Yang Maha Kuasa meridhoi upaya penyusunan Panduan Pelaksanaan Pelayanan Kedokteran Gigi Dalam Sistem Jaminan Kesehatan Nasional dalam rangka mensukseskan program pemerintah dalam rangka pencapaian tujuan peningkatan pelayanan kesehatan yang lebih komprehensif dan dapat dinikmati seluruh rakyat di Indonesia.

Jakarta, Mei 2014
Pengurus Besar PDGI

Ketua,


Drg. Zaura Rini Anggraeni, MDS.
NPA.1105.104434



KATA PENGANTAR

Puji syukur kami panjatkan kehadiran Allah SWT, Tuhan Yang Maha Esa, yang atas berkat rahmat dan hidayah-Nya kami dapat menyelesaikan Buku Panduan Pelaksanaan Pelayanan Kedokteran Gigi Primer dalam Sistem Jaminan Kesehatan Nasional. Dalam buku ini kami menjelaskan mengenai hal-hal dasar yang perlu sejawat Dokter Gigi ketahui mengenai pelayanan Kedokteran Gigi Primer dalam Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (SJKN). Buku ini disusun oleh Tim Kelompok Kerja (Pokja) SJKN dan Satuan Tugas OP JKN PB PDGI dalam rangka memberikan penjelasan yang singkat dan memadai bagi sejawat Dokter Gigi guna mendukung program pemerintah dalam upaya peningkatan akses pembiayaan dan mutu pelayanan bagi rakyat Indonesia melalui pencanangan SJKN oleh Presiden RI dan ditunjuknya Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) sebagai penyelenggaranya sejak 1 Januari 2014.

Perjalanan untuk menentukan posisi dokter gigi dalam SJKN merupakan perjuangan panjang melalui berbagai kegiatan yang dilakukan untuk persiapan pelaksanaan SJKN.

PB PDGI telah membentuk Pokja SJKN yang secara aktif bersama kolegium memberikan kontribusi, khususnya dalam menyampaikan aspirasi melalui penyusunan kajian/naskah akademik dan advokasi dengan Menteri Kesehatan RI, Direktur Utama ASKES/BPJS, Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) serta para pemangku kepentingan lainnya untuk memutuskan hal-hal yang krusial, agar pelayanan kesehatan gigi bisa dimasukkan dalam paket pelayanan primer dan diperhitungkan pembiayaannya secara khusus.

Kami menyadari, materi yang dimuat dalam buku ini masih terdapat kekurangan, hal ini disebabkan terbatasnya waktu, kemampuan, pengetahuan dan pengalaman yang kami miliki, serta peraturan pendukung yang secara dinamis terus berubah untuk perbaikan pelaksanaan SJKN. Oleh karena itu kami mengharapkan masukan dan saran guna penyempurnaan buku ini diwaktu yang akan datang.

Kami menghaturkan terima kasih dan penghargaan yang setinggi-tingginya kepada semua pihak yang telah memberikan sumbangan tenaga dan pemikiran dalam penyusunan buku ini, kami berharap buku ini bisa bermanfaat bagi sejawat anggota PDGI dan bagi pihak yang berkepentingan dalam upaya peningkatan mutu pelayanan kesehatan gigi dan mulut.

Akhir kata, semoga dengan pemberlakuan SJKN ini membawa kesejahteraan bagi kita selaku pemberi pelayanan kesehatan dan bagi masyarakat. Amin YRA

Jakarta, Mei 2014

**PENGURUS BESAR
PERSATUAN DOKTER GIGI INDONESIA**

Pokja SJKN PB PDGI



PANDUAN PELAKSANAAN PELAYANAN KEDOKTERAN GIGI DALAM SISTEM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL

Sambutan Ketua PB PDGI	iii
Kata Pengantar	iv
Daftar Isi	v
Kontributor	vii
BAB I. PENDAHULUAN	1
1. Latar Belakang	1
2. Kajian tentang: Pentingnya Dokter Gigi Masuk Dalam Pelayanan Primer	2
I. Konsepsi	2
A. Kajian Epidemiologi	2
B. Kajian Ekonomi	3
C. Kajian dalam ranah pendidikan	4
II. Urgensi	5
BAB II. PERUBAHAN PARADIGMA DAN KONSEP PELAYANAN KEDOKTERAN GIGI DALAM SISTEM JKN	7
1. Perubahan Paradigma Sakit menjadi Paradigma Sehat	7
2. Persiapan yang perlu diketahui Dokter Gigi dalam Pelaksanaan Sistem JKN	8
I. Kredensialing	8
II. Analisa Situasi wilayah kerja/praktek	8
III. Administrasi dan Manajemen Keuangan	9
IV. Mutu Pelayanan	9
BAB III. PEMBAYARAN JASA DOKTER GIGI DENGAN KAPITASI	11
1. Definisi Kapitasi	11
2. Faktor-faktor yang diperhitungkan dalam penetapan besaran Kapitasi	12
A. Paket Manfaat	12
B. Utilisasi per Jenis Tindakan	12
C. Unit Cost per Jenis Tindakan	13
3. Cara Penghitungan Kapitasi bagi Dokter Gigi	13
4. Penetapan Besaran Kapitasi bagi Dokter Gigi oleh PB PDGI	14
5. Penetapan Besaran Kapitasi bagi Dokter Gigi oleh Pemerintah	17
BAB IV. IMPLEMENTASI PELAYANAN KEDOKTERAN GIGI PRIMER DALAM SISTEM JKN	18
1. Estimasi Angka Kunjungan Berdasarkan Utilisasi	18
2. Perhitungan Penggunaan Dana Kapitasi Dokter Gigi	19
3. Perhitungan Anggaran/ <i>Budget</i>	19



4.	Perhitungan Jumlah Minimal Kepesertaan	22
BAB V.	PERMASALAHAN PADA AWAL PELAKSANAAN PELAYANAN KEDOKTERAN GIGI DALAM SISTEM JKN	25
1.	Permasalahan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer	25
I.	Permasalahan Paket Pelayanan	25
II.	Permasalahan Penetapan Besaran dan Pembagian Kapitasi	25
III.	Permasalahan Jumlah Kepesertaan	29
IV.	Permasalahan Perijinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan	30
V.	Permasalahan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjutan	30
A.	Permasalahan tentang INA CBG's	30
B.	Permasalahan khusus pelayanan di RSGM	31
BAB VI.	KESIMPULAN DAN SARAN	32
	Kesimpulan dan Saran	32
	DAFTAR PUSTAKA	34
	LAMPIRAN-LAMPIRAN	36
1.	Surat Tugas PB PDGI tentang Kelompok Kerja SJKN	37
2.	Surat Tugas PB PDGI tentang Satgas JKN OP PDGI	38
3.	Rekapitulasi Data Pertemuan/Kegiatan PBPDI dalam rangka Pelaksanaan SJKN	39
4.	Peraturan Presiden No.32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan Dan Pemanfaatan Dana Kapitasi JKN pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah.	
5.	Peraturan Menteri Kesehatan No.71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada JKN.	
6.	Peraturan Menteri Kesehatan No.69 Tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Faskes Tingkat Pertama Dan Faskes Tingkat Lanjutan Dalam Penyelenggaraan Program JKN.	
7.	Peraturan Menteri Kesehatan No.19 Tahun 2014 tentang Penggunaan Dana Kapitasi JKN untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional pada Faskes Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah.	



KONTRIBUTOR

1. Dr. drg. Zaura Anggraeni, MDS
2. Drg. Ugan Gandar
3. Drg. Wiwik Wahyuningsih, MKM
4. Drg. Iwan Dewanto, MMR
5. Drg. Naniek I. Lestari, MKes
6. Drg. Peter Andreas, MKes
7. Drg. Paulus Januar, MS
8. Drg. Lia Leita Kania Amalia, MM.Ak
9. Drg. Anggia P. R. Soediro, MM
10. Drg. Sudono, Mkes (Alm)
11. Drg. Dewi Kartini Sari, MKes
12. Dr. drg. Yosi Kusuma Eriwati, MSi
13. Dr. Corputty Johan E. M, SpBM
14. Dr. drg. Harum Sasanti, SpPM
15. Dr. drg. Yulita Hendrartini, MKes, AAK
16. Drg. Lisdrianto, MM
17. Drg. Indra R Dharmawan
18. Kolegium Dokter Gigi Indonesia
19. Kolegium Bedah Mulut
20. Kolegium Orthodonsia
21. Kolegium Prostodonsia
22. Kolegium Konservasi
23. Kolegium Penyakit Mulut
24. Kolegium Kedokteran Gigi Anak
25. Kolegium Periodonsia
26. Kolegium Radiologi
27. ASKES/BPJS
28. PPJK Kementerian Kesehatan RI

Editor:

1. Yosi Kusuma Eriwati
2. Lia Leita Kania Amalia
3. Niki Julius





BAB I PENDAHULUAN

1. Latar Belakang

Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang mulai dilaksanakan pada tanggal 1 Januari 2014, merupakan tantangan bagi kita semua termasuk para Dokter Gigi, dimana pelayanan kesehatan diharapkan lebih baik, terstruktur serta menerapkan kendali mutu dan kendali biaya.

Konsep pelayanan Sistem Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia saat ini membagi pelayanan menjadi 3 (tiga) struktur layanan, yaitu pelayanan primer, pelayanan sekunder dan pelayanan tersier. PDGI sebagai organisasi profesi bidang kedokteran gigi telah menetapkan bahwa pelayanan kedokteran gigi berada dalam strata pelayanan primer dan sekunder pada sistem Jaminan Kesehatan Nasional.

Pada saat ini kesadaran masyarakat Indonesia akan kesehatan gigi dan mulut masih rendah dan cenderung mencari pengobatan pada saat muncul keluhan. Rata-rata masyarakat berkunjung ke Dokter Gigi dalam kondisi memerlukan perawatan yang kompleks dengan resiko biaya yang lebih tinggi. Keadaan ini menunjukkan bahwa *effective demand* untuk pengobatan gigi di Indonesia masih rendah, yaitu hanya 7% dari populasi. Akibat terlambatnya perawatan gigi maka sebagian besar kasus penyakit gigi berakhir dengan kehilangan gigi dikarenakan pencabutan. Pola masyarakat yang seperti ini memerlukan tindakan pencegahan dan promosi yang bersifat intervensi yang hanya dapat dilakukan apabila Dokter Gigi berperan pada pelayanan primer.

Sistem pembiayaan yang digunakan dalam system JKN untuk pelayanan primer adalah sistem kapitasi, sedangkan untuk pelayanan sekunder dan tersier dengan menggunakan sistem **DRG (Diagnosis Related Group)**, dimana besaran tarif ditentukan berdasarkan kelompok diagnosa, yang di Indonesia digunakan istilah **Indonesia Case Based Group (INACBG's)**.

Pola pembiayaan yang berlaku selama ini menggunakan sistem *out of pocket* atau yang dikenal *fee for service*, sehingga timbul permasalahan dalam persepsi pola pembiayaan dikalangan Dokter Gigi. Hal ini dikarenakan paradigma yang dilakukan dengan sistem *out of pocket* adalah paradigma sakit, yaitu semakin banyak orang yang sakit, maka meningkat juga pendapatan yang diterima oleh Dokter Gigi. Sistem *out of pocket* yang sudah dijalankan cukup lama ini telah memberikan kenyamanan pada pola praktek Dokter Gigi di Indonesia.

Perubahan yang akan terjadi dengan penerapan sistem kapitasi di JKN akan mendapatkan reaksi oleh Dokter Gigi yang berbeda-beda bahkan sampai mengusik rasa yang tidak nyaman (*uncomfort zone*).



2. Kajian tentang “ Pentingnya Dokter Gigi masuk dalam pelayanan primer”

Ditinjau dari jenjang tenaga profesional menurut *World Health Organization (WHO)* dan *World Dental Federation – FDI*, Dokter Gigi sebagai *first professional degree* yang bekerja pada tingkat pelayanan primer. Dokter Gigi Spesialis sebagai *second professional degree* yang bekerja pada tingkat pelayanan sekunder, dan Dokter Gigi Spesialis Konsultan bekerja pada tingkat pelayanan tersier. Demikian pula tatanan pelayanan kedokteran profesional adalah berjenjang mulai dari primer, sekunder, tersier, yang menjadi dasar dari sistem rujukan Kedokteran Gigi. Menurut Permenkes Nomor 1438 Tahun 2010 (tentang standar Pelayanan Kedokteran) syarat diagnosis penyakit agar dapat masuk dalam pelayanan primer adalah harus memenuhi salah satu kriteria dibawah ini :

- Penyakit yang paling sering terjadi atau banyak terjadi
- Penyakit yang memiliki resiko tinggi
- Penyakit yang memerlukan biaya tinggi
- Penyakit yang terdapat variasi dalam pengelolaannya

Apabila melihat hasil Riskeudas (2007), dimana prevalensi nasional masalah gigi dan mulut adalah 23.5%, dan prevalensi pengalaman karies sebesar 72.1%. Prevalensi nasional karies aktif adalah 43.4%, Indeks DMF-T secara nasional sebesar 4.85. Ini berarti rata-rata kerusakan gigi pada penduduk Indonesia adalah 5 buah gigi per orang. Dari data ini maka dapat ditarik kesimpulan bahwa masalah kesehatan gigi termasuk kasus yang banyak terjadi di masyarakat, memerlukan biaya relatif tinggi, dan terdapat variasi dalam pengelolaannya, sehingga perlu dimasukkan dalam pelayanan primer atau *Gate Keeper*.

I. Konsepsi

a. Kajian epidemiologi

Apabila pelayanan Kedokteran Gigi hanya menjadi rujukan dari dokter, maka ranah kesehatan gigi hanya akan bersifat kuratif, pencegahan yang dilakukan ada pada tahap kedua, yaitu mencegah supaya tidak bertambah parahnya suatu penyakit (bukan pada tahap pertama yang mencegah munculnya suatu penyakit). Dengan kondisi seperti ini maka dapat disimpulkan bahwa dampak tidak adanya paradigma sehat tidak mungkin terhindarkan, dimana seyogyanya upaya promotif dan preventif pelayanan gigi dan mulut harus dilakukan tidak saja pada UKM tetapi juga pada ranah UKP. Tanpa upaya preventif yang dilakukan pada kelima tingkat pencegahan pada individu, maka sistem jaminan kesehatan bidang Kedokteran Gigi tidak dapat meningkatkan status Kesehatan gigi mulut rakyat Indonesia. Banyak kasus gigi yang tidak dapat diredakan hanya dengan pengobatan biasa seperti yang dilakukan oleh dokter umum (ex. pulpitis akut, Gangren Pulpa, dll). Apabila masyarakat untuk mendapat perawatan Dokter Gigi



harus dengan sistem rujukan, maka dapat dibayangkan betapa lamanya pasien harus menanggung rasa sakit tersebut, sehingga produktivitas dan kualitas hidup mereka juga mungkin akan ikut terganggu. Belum lagi betapa borosnya energi yang harus dikeluarkan hanya untuk permasalahan gigi (tenaga, waktu, dll).

Kondisi gigi dan mulut berhubungan langsung dengan kesehatan masyarakat secara umum, yaitu lewat jalur asupan nutrisi yang terganggu dan merupakan fokus infeksi bagi organ di dalam sistem tubuh. Mencegah gangguan gigi dan mulut lebih dini berarti mencegah gangguan sistemik seperti kelainan katup jantung, infeksi ginjal, arthritis, kelahiran prematur dan BBLR, alergi dan kondisi-kondisi kronis lainnya. Kesehatan gigi dan mulut sebenarnya juga merupakan 'cermin kesehatan' dimana banyak kelainan sistemik yang dapat dideteksi lewat gigi dan mulut seperti diabetes mellitus, HIV/AIDS. Kondisi gigi dan mulut masyarakat juga merupakan jendela kesehatan.

b. Kajian Ekonomi

Dari hasil Surkesnas 1998 yang menyatakan bahwa akibat penyakit gigi menyebabkan pertahun kehilangan 3,86 hari kerja/orang (0,32 hari kerja /orang/ bulan), bila dihitung berdasarkan kerugian karena sakit di Indonesia yang besarnya adalah Rp 2.141.524.465.000,- untuk kehilangan hari produktif 1,05 hari kerja/orang/bulan (Data Susenas 1995), maka kerugian akibat sakit gigi adalah Rp.652.655.085.000,-/bulan. Kondisi saat ini menunjukkan bahwa kebutuhan biaya untuk pelayanan kesehatan gigi cenderung semakin besar karena pelayanan promotif dan preventif tidak dapat dilaksanakan secara maksimal, sehingga mengakibatkan pelayanan kuratif semakin meningkat dan kebutuhan biaya untuk pelayanan tersebut menjadi besar.

Masyarakat saat ini masih rendah kesadarannya, dan cenderung mengingat Dokter Gigi hanya apabila ada keluhan (ingat atau datang ke Dokter Gigi kalau ada sakit), sehingga rata-rata masyarakat datang ke Dokter Gigi bila keadaannya sudah memerlukan perawatan yang kompleks atau tidak sederhana. Biaya yang muncul menjadi lebih tinggi. Dengan kondisi masyarakat yang seperti ini diperlukan pencegahan dan promosi yang bersifat intervensi yang hanya dapat dilakukan apabila Dokter Gigi ada di layanan primer. Dengan didudukkan di layanan primer maka diharapkan biaya yang muncul juga akan ditekan, konsep kendali mutu dan kendali biaya dapat terlaksana.

Apabila pelayanan Dokter Gigi masuk dalam pelayanan sekunder atau strata kedua maka perhitungan untuk perawatan gigi tentunya dihitung pada tiap perawatan yang dilakukan (menggunakan INA CBG's) yang tentunya akan



menjadi lebih tinggi biayanya (karena permasalahan lebih kompleks). Dari segi *cost effectiveness*, pemerintah akan menjadi lebih boros, karena sebetulnya sebagian besar kasus gigi bisa diselesaikan pada pelayanan primer/strata satu yang menggunakan sistem kapitasi. Perhitungan biaya untuk perawatan lanjutan layanan sekunder/ strata kedua dan ketiga biasanya 3 (tiga) kali lipat pembiayaan dari pelayanan primer.

Sistem pembiayaan bidang kedokteran gigi saat ini berdasarkan pada permintaan pasien untuk mendapatkan perawatan. Dokter Gigi yang melaksanakan praktek mandiri ataupun bekerja dalam sebuah klinik akan memberikan pelayanan kedokteran gigi yang canggih untuk melakukan perawatan yang bersifat kuratif dan rehabilitatif. Pelayanan yang diberikan akan lebih cenderung untuk memuaskan permintaan pasien yang dianggap sebagai konsumen, hal tersebut dilakukan dengan atau tanpa skema pembiayaan kesehatan dengan pihak ketiga (asuransi). Di negara Industri yang tidak memasukkan skema pembiayaan untuk pelayanan primer di bidang kedokteran gigi, anggaran pengeluaran untuk kesehatan masyarakat berkisar antara 5%-10% dan hal ini berhubungan dengan kesehatan gigi dan mulut pada skema level kedua/rujukan yang bersifat kuratif. Hal ini menerangkan bahwa perawatan kuratif gigi dan mulut untuk menanggulangi permasalahan penyakit-penyakit gigi dan mulut menjadi adalah sesuatu yang sangat mahal, dan akhirnya menjadikan beban negara di dalam bidang ekonomi (Kandelman, 2012).

c. Kajian dalam ranah pendidikan

Sesuai dengan hakekat pendidikannya maka tenaga Dokter Gigi diciptakan sebagai *First Professional Degree* yang peran dan fungsinya adalah di pelayanan tingkat primer (*primary health services*). Ini terkait dengan struktur layanan yang berjenjang atau tatanan rujukan. Untuk itu ada the *Second Professional Degree* yaitu Dokter Gigi Spesialis untuk *secondary dental service*, dan the *Third Professional Degree* yaitu Dokter Gigi Spesialis Konsultan untuk layanan tertier. Ini terkait dengan sistem pelayanan kedokteran gigi yang berlaku global, yang terkait pada rentang permasalahan kedokteran gigi, mulai dari sangat sederhana sampai dengan sangat rumit yang memerlukan tindakan rumit dan sangat spesifik.

Bila upaya sistem SJSN meletakkan pelayanan kesehatan gigi di pelayanan sekunder maka akan merusak hakekat *positioning* dari Dokter Gigi baik secara filosofis terkait pendidikannya, tidak mengikuti kaidah perjalanan penyakit gigi mulut yang progresif akumulatif serta prinsip intervensinya, merusak *positioning*



secara sosial-ekonomi, melanggar struktur dan tatanan pelayanan kesehatan gigi yang berjenjang, dan menempatkan Dokter Gigi Indonesia tidak setara dalam positioningnya terhadap tatanan sistem pelayanan kesehatan global.

II. Urgensi

Riset Kesehatan Dasar Kementerian Kesehatan tahun 2007, dapat diketahui bahwa 23,5% penduduk mengalami permasalahan gigi dan mulut, dan dari penduduk yang mengalami permasalahan gigi dan mulut tersebut, hanya sejumlah 32,73% yang menerima perawatan atau pengobatan dari tenaga kesehatan gigi. Selain itu, prevalensi karies penduduk Indonesia adalah sebesar 67% dengan indeks karies (DMF-T) sebesar 4,85 yang mengindikasikan bahwa rata-rata terdapat 5 gigi yang berlubang pada setiap penduduk Indonesia yang mempunyai pengalaman karies, dimana hal ini termasuk dalam kategori 'tinggi' berdasarkan kriteria WHO.

Sesuai **WHO Global conference** ke 7 di Nairobi, disebutkan bahwa terdapat 3 elemen kunci untuk segera dapat dilaksanakan, yaitu 1) *Oral health is a human right and essential to general health and quality of life.* 2) *Promotion of oral health and prevention of oral diseases must be provided through Primary Health Care and general health promotion. Integrated approaches are the most cost-effective and realistic way to close the gap in implementation of sound interventions for oral health around the globe.* 3) *National and community capacity building for promoting oral health and integrated oral disease prevention requires policy and appropriate human and financial resources to reduce the gap between the poor and rich.* Uraian tersebut mengandung makna bahwa: 1. Kesehatan gigi dan mulut adalah hak asasi setiap manusia dan merupakan bagian integral dari kesehatan umum dan sangat berpengaruh terhadap kualitas hidup manusia, 2. Promosi kesehatan gigi dan mulut serta program pencegahan penyakit gigi dan mulut harus disediakan melalui Pelayanan Kesehatan Primer dan tergabung dalam promosi kesehatan umum. Pendekatan yang terintegrasi adalah merupakan cara yang paling efektif, efisien dan realistis untuk menutup kesenjangan perawatan kesehatan gigi dan mulut di seluruh dunia, 3. Pemberdayaan masyarakat dalam promosi kesehatan gigi dan mulut membutuhkan dukungan kebijakan dan sumber daya manusia serta finansial yang memadai untuk meminimalkan kesenjangan antara si kaya dan si miskin.

Pada **sixtieth World Health Assembly** (WHA60.17) agenda *item* 12.9 dalam bidang *Oral health action and plan for promotion and integrated disease prevention*, pada butir ketiga disebutkan:



To consider mechanisms to provide coverage of the population with essential oral health care, to incorporate oral health in the framework of enhanced primary health care for chronic noncommunicable diseases, and to promote the availability of oral health services that should be directed towards disease prevention and health promotion for poor and disadvantaged populations, in collaboration with integrated programmes for the prevention of chronic noncommunicable disease.

Makna yang terkandung dalam uraian tersebut kurang lebih mengisyaratkan bahwa menyediakan pelayanan kesehatan gigi dan mulut primer (esensial), meningkatkan pengintegrasian perawatan kesehatan gigi dan mulut dalam perawatan kesehatan primer pada penyakit kronis tidak menular, dan menyediakan pelayanan kesehatan gigi dan mulut yang mengutamakan pendekatan preventif dan promotif pada masyarakat miskin dan kaum marginal yang terintegrasi dengan program preventif penyakit kronis tidak menular merupakan suatu hal yang perlu mendapatkan perhatian khusus.

Kemudian melihat uraian diatas mengenai konsep kajian epidemiologi, kajian ke-ekonomi-an, dan kajian dalam ranah pendidikan bidang kesehatan di Indonesia, maka dapat ditarik kesimpulan bahwa: **“Posisi Dokter Gigi dalam sistem pelayanan kesehatan di Indonesia, perlu dimasukkan dalam sistem pelayanan primer dan menjadi *gate keeper* dalam pelaksanaan sistem jaminan kesehatan nasional”**.



BAB II

PERUBAHAN PARADIGMA DAN KONSEP PELAYANAN KEDOKTERAN GIGI DALAM SISTEM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL (SJKN)

1. Perubahan Paradigma Sakit menjadi Paradigma Sehat

Pelayanan Kedokteran Gigi Primer dalam Sistem Jaminan Kesehatan Nasional perlu didukung perubahan paradigma sakit menjadi paradigma sehat.

a) Paradigma sakit

Paradigma Sakit saat ini menjadi orientasi pelayanan kesehatan gigi dan mulut, sistem pembayaran pada pelayanan Kedokteran Gigi ini adalah *fee for service* atau *out of pocket*, yaitu pasien membayar setelah mendapatkan pelayanan dari Dokter Gigi. Sistem yang berjalan selama ini sudah mengakar kuat dalam *mindset* para pemberi pelayanan kesehatan termasuk Dokter Gigi, sehingga para Dokter Gigi telah merasa 'Nyaman' dengan kondisi ini. Pelayanan Kedokteran Gigi dengan model ini memberikan dampak secara tidak langsung untuk selalu mengharapkan ada orang yang sakit gigi yang datang ke tempat praktek Dokter Gigi. Inilah yang disebut paradigma sakit, semakin banyak yang sakit semakin banyak pendapatan yang akan diterima Dokter Gigi. Namun perlu dipahami bahwa dengan konsep ini pendapatan Dokter Gigi sebenarnya bersifat tidak pasti/tidak menentu, sangat tergantung dengan kunjungan orang yang sakit gigi.

b) Paradigma Sehat

Yang dimaksud Paradigma sehat adalah cara pandang, pola pikir, atau model pembangunan kesehatan yang bersifat holistik. Cara pandang ini menekankan pada melihat masalah kesehatan yang dipengaruhi oleh banyak faktor yang bersifat lintas sektor. Upayanya lebih diarahkan pada peningkatan, pemeliharaan dan perlindungan kesehatan, bukan hanya pemyembuhan orang sakit atau pemulihan kesehatan. Dengan diterapkannya paradigma ini, diharapkan mampu mendorong masyarakat untuk bersikap mandiri dalam menjaga kesehatan mereka sendiri melalui kesadaran yang lebih tinggi pada pentingnya pelayanan kesehatan yang bersifat promotif dan preventif.

Dokter Gigi pada Sistem JKN ini diharapkan bisa menerapkan Paradigma Sehat dalam menjalankan Profesinya, sehingga dapat memotivasi masyarakat untuk



meningkatkan kemandirian dalam upaya pencegahan dan pencarian pengobatan. Perubahan paradigma tersebut harus diikuti dengan pola pelayanan yang diharapkan juga ikut berubah, dengan melaksanakan upaya promotif dan preventif pada pasien/kelompok masyarakat yang menjadi 'coverage'/cakupannya, oleh karena itu perlu diperhitungkan anggaran/*budget* untuk upaya tersebut yang bersumber dari dana Kapitasi.

2. **Persiapan yang perlu diketahui Dokter Gigi dalam Pelaksanaan Sistem JKN**

Ada beberapa istilah yang diharapkan diketahui dan dipahami oleh Dokter Gigi Indonesia dalam pelaksanaan Sistem Jaminan Kesehatan Nasional, diantaranya adalah:

I. **Kredensialing**

Kredensialing adalah proses menilai penyedia (*provider*)/dokter/Dokter Gigi oleh Badan pelaksana dengan suatu kriteria mutu yang telah ditetapkan. Diharapkan dengan proses kredensialing tersebut maka kualitas mutu pelayanan penyedia (*provider*)/dokter/Dokter Gigi akan sama. Kredensialing merupakan hak dari BPJS sebagai upaya untuk pelaksanaan kendali mutu sebelum dilakukan kontrak kerjasama. Diharapkan BPJS dalam melaksanakan kredensialing akan berkoordinasi dengan organisasi profesi agar mendapatkan standar yang sesuai dalam pelaksanaan di lapangan.

II. **Analisis Situasi Wilayah Kerja/Praktek**

Dokter Gigi yang sudah bekerjasama dengan BPJS, sebagai penyedia pelayanan primer, diharapkan:

- a. Memahami kondisi wilayah kerja/*coverage*.
- b. Memahami psikografik sosial yang berjalan di daerahnya, yaitu mengetahui kebiasaan-kebiasaan yang ada yang berhubungan dengan pola penyakit gigi dan mulut.
- c. Mengetahui kondisi iklim/musim, air, makanan/diet yang dapat mempengaruhi kesehatan gigi dan mulut.

Dengan memahami konsep *culture dan subculture* yang berlaku dalam masyarakat, maka Dokter Gigi dapat melakukan upaya preventif intervensi yang tepat. Apabila preventif dan promotif dapat dilakukan dengan tepat maka akan membuat masyarakat atau populasi yang ditanggung menjadi sehat, kunjungan ke Dokter Gigi akan berkurang, sehingga uang kapitasi yang diberikan akan semakin banyak diterima oleh Dokter Gigi sebagai provider. Disini diharapkan muncul 'paradigma sehat', yaitu semakin banyak yang sehat maka Dokter Gigi mendapatkan keuntungan dari segi finansial.



III. Administrasi dan Manajemen Keuangan

Dokter Gigi pelayanan primer/*Gate Keeper* perlu mempersiapkan administrasi dan manajemen keuangan yang lebih baik. Administrasi pelayanan meliputi:

- a. Catatan jumlah kunjungan, jenis penyakit, jenis tindakan,
- b. Catatan penggunaan uang dengan pola arus kas.

Data sangat penting didalam Administrasi adalah **Data Utilisasi (*Utilisasi Review*)** yang menjadi dasar perhitungan besaran kapitasi.

Menurut Perpres 12 tahun 2013, Dokter Gigi dapat melakukan pembaharuan jumlah kapitasi setiap 2 (dua) tahun sekali. Perubahan data utilisasi harus dilakukan berdasarkan bukti yang dapat dipertanggungjawabkan melalui pencatatan yang akuntabel.

Manajemen keuangan dengan sistem kapitasi akan berbeda dengan praktek pribadi saat ini yang masih menggunakan sistem *fee for service/out of pocket*. Sistem kapitasi yang memberikan uang dimuka (*prospective payment system*) memerlukan pola *budgeting* yang detail, yaitu membuat rencana anggaran yang disesuaikan dengan konsep pelayanan primer. Konsep *budgeting* memerlukan konsep kerangka kerja yang disesuaikan dengan kondisi daerah masing-masing (analisis situasi). Sebagai contoh daerah tertentu yang banyak penyakit periodontal, dan keadaan gigi masyarakatnya tidak ada karies, maka perlu pendekatan khusus untuk melakukan preventif intervensi yang diperhitungkan dalam perencanaan anggaran penyedia pelayanan (praktek/klinik).

IV. Mutu pelayanan

Konsep jaminan kesehatan yang akan dijalankan menggunakan sistem kendali mutu dan kendali biaya, melalui beberapa hal tersebut di bawah ini:

- a. Pada proses kredensialing, BPJS selalu akan mengevaluasi kinerja *provider/* Dokter Gigi agar pelaksanaan pelayanan kepada peserta terjamin mutunya.
- b. Apabila Dokter Gigi pelayanan primer tidak mempersiapkan tempat prakteknya sesuai dengan kriteria yang ditetapkan maka Dokter Gigi tersebut tidak akan bisa dikontrak.
- c. Apabila Dokter Gigi dalam memberikan pelayanan terlalu banyak merujuk ke pelayanan lanjutan dimana tidak ada indikasi medik yang tepat, maka akan menjadi catatan oleh BPJS.
- d. Bila jam pelayanan praktek tidak sesuai dengan kontrak perjanjian kerjasama (tempat praktek buka tidak sesuai jadwal atau sering tutup) maka Dokter Gigi tersebut dapat diputus kontrak dan tidak akan dilakukan perpanjangan kotrak.



- e. Begitu juga tentang *Patient safety*, rekam medis dan sterilisasi yang ada perlu ditingkatkan, karena masih banyak Dokter Gigi yang belum melaksanakan sesuai standar yang telah ditetapkan.
- f. Dokter Gigi diharuskan membuat jejaring dengan fasilitas penunjang kesehatan lain (apotek, laboratorium) yang mendukung pelayanannya.

Bagi Dokter Gigi yang nantinya tidak dapat menyesuaikan kondisi tempat prakteknya sesuai kriteria yang ditetapkan, mungkin tidak akan dikontrak oleh BPJS, maka perlu dipahami bahwa dengan pengembangan sistem ini akan mendorong masyarakat Indonesia beralih dengan menggunakan sistem kapitasi, tidak lagi memakai sistem *fee for service/out of pocket*.

Tatanan sosial telah berubah termasuk di bidang pelayanan kesehatan. Masyarakat mulai akan berpikir untuk menggunakan layanan primer yang disediakan gratis oleh pemerintah, dengan kondisi mutu pelayanannya yang dijamin.



BAB III

PEMBAYARAN JASA DOKTER GIGI DENGAN KAPITASI

1. Definisi Kapitasi

Kapitasi merupakan salah satu mekanisme perubahan cara pembayaran dari bentuk *fee for service* ke bentuk *prospective payment system*. Definisi Kapitasi itu sendiri ialah metode pembayaran untuk jasa pelayanan kesehatan dimana pemberi pelayanan kesehatan (dokter atau rumah sakit) menerima sejumlah tetap penghasilan per peserta, per periode waktu (biasanya bulan), untuk pelayanan yang telah ditentukan per periode waktu tertentu. Kapitasi didasarkan atas jumlah tertanggung (orang yang dijamin atau anggota) baik anggota itu dalam keadaan sakit atau dalam keadaan sehat yang besarnya ditetapkan dan umumnya dibayarkan di muka tanpa memperhitungkan jumlah konsultasi atau pemakaian pelayanan di pusat pelayanan kesehatan tersebut. Kapitasi dapat juga didefinisikan sebagai metode pembayaran untuk pelayanan kesehatan di mana penyedia layanan dibayar dalam jumlah tetap per pasien tanpa memperhatikan jumlah atau sifat layanan yang sebenarnya diberikan.

Sistem pembayaran kapitasi merupakan pembayaran dimuka berdasarkan jumlah peserta terdaftar tanpa memperhatikan jenis pelayanan yang diberikan, biasanya dilakukan pihak asuransi kepada pemberi pelayanan kesehatan tingkat pertama, sedangkan sistem pembayaran *Fee For Services* (FFS) merupakan cara pembayaran berdasarkan jenis pelayanan yang diberikan oleh pemberi pelayanan kesehatan primer dan lanjutan (Sulastomo, 1999, Kongsvelt *et al.*, 2000). Kedua sistem tersebut memiliki reaksi masing-masing yang berdampak pada pelayanan kepada pasien. Reaksi positif pembayaran dengan sistem FFS, antara lain dokter lebih puas karena pembagian jasa berdasarkan sumber daya yang digunakan, sedangkan reaksi negatifnya yaitu tidak terkendalinya biaya pelayanan kesehatan karena dokter cenderung melakukan *over* utilisasi, kunjungan pasien meningkat, prosedur pelayanan yang tidak sesuai, meningkatkan rujukan inter dan antar spesialis (Sulastomo, 1999, Kongsvelt *et al.*, 2000).

Beberapa reaksi PPK terkait dengan sistem pembiayaan kapitasi (Thabrany, 2000), yaitu: 1) Reaksi Positif, memberikan pelayanan berkualitas tinggi dengan diagnosis yang tepat dan pengobatan/tindakan yang paling efektif, pelayanan promotif dan preventif untuk mencegah insidens kesakitan sehingga utilisasi ke PPK rendah dan biaya pelayanan kesehatan menjadi lebih kecil, pelayanan yang efisien; 2) Reaksi Negatif, PPK akan dengan mudah merujuk pasiennya ke spesialis, mempercepat waktu pelayanan sehingga tersedia waktu lebih banyak untuk melayani pasien non asuransi yang dinilai membayar lebih banyak, tidak memberikan pelayanan dengan baik (*under utilisasi*), agar kunjungan pasien kapitasi tidak cukup banyak.



Sistem pembayaran Dokter Gigi Keluarga salah satu model kapitasi yang relatif baru bagi Dokter Gigi yang selama ini terbiasa dengan model pembayaran *fee for service*. Pergeseran ke arah sistem pembayaran kapitasi didasarkan pada berbagai evaluasi yang menunjukkan bahwa metode pembayaran berbasis *fee for service* kepada *provider* pelayanan kesehatan terbukti dapat menyebabkan inefisiensi dan peningkatan biaya pelayanan kesehatan (HIAA, 2000). Dalam model pembayaran *fee for Service* (FFS), dokter tidak ikut menanggung risiko keuangan, akibatnya sering terjadi *over utilisasi* dan *supply induced demand* dalam pemberian pelayanan kesehatan (Madden dkk., 2005). Sebaliknya dengan model pembayaran kapitasi diharapkan dapat meningkatkan efisiensi biaya pelayanan kesehatan dengan mengikutsertakan Dokter Primer/Dokter Keluarga pada posisi ikut menanggung sebagian atau seluruh risiko keuangan, terkait dengan penggunaan sumber daya dalam pelayanan kesehatan (Barnum dkk., 1995, Thabrany, 2000;).

2. Faktor-faktor yang diperhitungkan dalam penetapan besaran Kapitasi

a. Paket Manfaat (*Benefit*) dalam Pelayanan Kedokteran Gigi Primer.

Berdasarkan hasil kesepakatan yang telah dilakukan dalam beberapa pertemuan yang dihadiri oleh Kemenkes, PDGI dan Kolegium Dokter Gigi Indonesia, manfaat pelayanan kesehatan gigi primer adalah sebagai berikut:

- i. Konsultasi
- ii. Pencabutan gigi sulung
- iii. Pencabutan gigi permanen
- iv. Tumpatan dengan Resin Komposit (tumpatan sinar)
- v. Tumpatan dengan Semen Ionomer Kaca
- vi. *Pulp capping* (proteksi pulpa)
- vii. Kegawatdaruratan Oro-dental
- viii. *Scaling* (pembersihan karang gigi) dibatasi satu kali per tahun
- ix. Premedikasi/Pemberian obat
- x. Protesa gigi (gigi tiruan lengkap maupun sebagian dengan ketentuan yang diatur tersendiri).

b. Utilisasi per Jenis Tindakan

Disebutkan bahwa utilisasi pelayanan kesehatan adalah interaksi antara *consumen* dan *provider*. Konsumen adalah masyarakat atau keluarga atau juga individu-individu sebagai sasaran dari pelayanan kesehatan. Sementara *provider* adalah para tenaga kesehatan yang langsung bekerja melayani masyarakat yang membutuhkan pelayanan akan kesehatan. Interaksi ini bukan hanya faktor konsumen dan *provider* yang harus diketahui tetapi juga faktor sosial budaya dan



pengorganisasian dari interaksi tersebut. Hasil akhir dari interaksi ini adalah adanya pemahaman bersama (konsumen dan *provider*) akan kebutuhan kesehatan, hal ini penting karena fakta dilapangan pada umumnya interaksi yang terjadi hanya merupakan suatu keinginan belum dianggap sebagai suatu kebutuhan. Tingkat utilisasi (*Utilization Rate*) merupakan probabilitas terjadinya suatu jenis pelayanan kesehatan, Jumlah utilisasi di banding populasi (rerata perbulan). **Rasio utilisasi perbulan** adalah jumlah kunjungan pasien dalam satu bulan dibagi dengan jumlah peserta dikalikan dengan 100%.

c. Unit Cost per Jenis Tindakan

Biaya satuan (*unit cost*) merupakan perkiraan nilai nominal dari jenis pelayanan kesehatan tersebut, yaitu jumlah biaya yang dibutuhkan setiap perawatan dengan besaran yang didasarkan pada perhitungan *unit cost* atau tarif yang berlaku umum.

3. Cara Penghitungan Kapitasi bagi Dokter Gigi

Dua hal pokok yang harus diperhatikan dalam dalam menentukan **besaran kapitasi** adalah akurasi **prediksi angka utilisasi dan penetapan biaya**. Besaran angka kapitasi ini sangat dipengaruhi oleh angka utilisasi pelayanan kesehatan dan jenis paket (benefit) asuransi kesehatan yang ditawarkan serta biaya satuan pelayanan. Proses penetapan biaya satuan tidak terlepas dari aspek-aspek finansial lokal, dalam arti biaya yang berlaku untuk daerah itu dan tingkat harga yang kompetitif di daerah tersebut. Dengan dasar biaya lokal yang berbeda antar satu daerah dengan daerah lain, maka penentuan besaran kapitasi tidak mungkin dibuat "sama" antar daerah.

Dalam penghitungan kapitasi dibutuhkan data utilisasi yang akurat dari populasi yang dicover. Angka utilisasi dipengaruhi oleh : (1) karakteristik populasi, (2) sifat sistem pelayanan, (3) manfaat yang ditawarkan serta (4) kebijakan asuransi.

I. Karakteristik Populasi

Prakiraan angka kapitasi harus memperhitungkan sifat populasi yang akan dilayani dan kebutuhan populasi. Sebagai contoh adanya perbedaan karakteristik masyarakat pedesaan dengan perkotaan yang akan mempengaruhi tingkat utilisasi pelayanan kesehatan gigi.

II. Sifat Sistem Pelayanan

Prediksi utilisasi harus memperhatikan sifat sistem pelayanan dalam merespons kebutuhan-kebutuhan populasi. Seberapa jauh kecenderungan Dokter



Gigi layanan primer sebagai *gatekeeper* membuat rujukan-rujukan dalam sistem kompensasi kapitasi, perlu diperhitungkan ketika menentukan angka kapitasi.

III. Manfaat yang ditawarkan

Variabel yang juga berperan terhadap utilisasi adalah manfaat-manfaat yang ditawarkan oleh BPJS. Berdasarkan hasil kesepakatan yang telah dilakukan dalam beberapa pertemuan yang dihadiri oleh Kemenkes, PDGI dan Kolegium Dokter Gigi Indonesia, manfaat pelayanan kesehatan gigi primer adalah sebagai berikut:

- a. Konsultasi
- b. Pencabutan gigi sulung
- c. Pencabutan gigi permanen
- d. Tumpatan dengan Resin Komposit (tumpatan sinar)
- e. Tumpatan dengan Semen Ionomer Kaca
- f. *Pulp capping* (proteksi pulpa)
- g. Kegawatdaruratan Oro-dental
- h. *Scaling* (pembersihan karang gigi) dibatasi satu kali per tahun
- i. Premedikasi/Pemberian obat
- j. Protesa gigi (gigi tiruan lengkap maupun sebagian dengan ketentuan yang diatur tersendiri)

IV. Kebijakan asuransi/BPJS

Kebijakan asuransi/BPJS dalam rangka pengendalian biaya dan mutu yang diterapkan dalam pelayanan kesehatan gigi primer adalah pembatasan jumlah kunjungan pada perawatan *scaling* (pembersihan karang gigi).

Untuk manfaat protesa gigi dikeluarkan dari sistem pembayaran kapitasi dan dibayarkan sistem klaim (*reimbursement*) dengan biaya maksimum yang ditentukan oleh BPJS (sistem plafond). Manfaat protesa gigi dibatasi jumlah pertanggungannya sebanyak satu kali dalam dua tahun.

Secara umum rumus penghitungan kapitasi adalah sebagai berikut:

$$\text{Besaran kapitasi per orang per bulan (POPB)} = \frac{\text{Rasio utilisasi tahunan} \times \text{biaya satuan}}{12 \text{ bulan}}$$

4. Penetapan Besaran Kapitasi bagi Dokter Gigi oleh PB PDGI

PB PDGI telah membentuk pokja pembiayaan khusus untuk menghitung pola pembiayaan kapitasi, telah melaksanakan pertemuan marathon tanpa henti, baik yang



difasilitasi oleh pemerintah melalui Subdit Pelayanan Kesehatan Gigi dan Mulut Kementerian Kesehatan, Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan (P2JK), BPJS dan rapat rutin yang diselenggarakan oleh PB PDGI sendiri. Perhitungan besaran kapitasi menemui beberapa permasalahan yang perlu dimengerti oleh seluruh Dokter Gigi di Indonesia, salah satunya adalah penentuan *utilisasi* atau tingkat prosentase pemanfaatan. *Utilisasi* yang ada di Askes (menggunakan data Dokter Gigi keluarga Askes yang dahulu pernah dijalankan) tidak dapat dipergunakan oleh Pokja Pembiayaan PB PDGI, karena belum mencerminkan keadaan sesungguhnya dan rata-rata masih dibawah 1%. Pengertian tentang konsep dan mekanisme kapitasi telah dirangkum dalam bentuk kajian akademik kapitasi Dokter Gigi Indonesia yang disusun oleh Dr. Dokter Gigi . Julita Hendrartini, M.Kes, Dokter Gigi . Iwan Dewanto, MMR dan Dokter Gigi . Lisdrianto MPH.

I. Penetapan Utilisasi Pelayanan Kedokteran Gigi Primer SJKN

a. Data retrospektif berdasarkan kajian yang dilakukan:

- i. Rasio utilisasi Dokter Gigi keluarga Kabupaten Kudus tahun 2011 sebesar 1,525 dan tahun 2012 sebesar 1,308
- ii. Rasio utilisasi Dokter Gigi keluarga Kabupaten Klaten tahun 2012 sebesar 1,38
- iii. Rasio utilisasi pelayanan kesehatan gigi Jamsostek tahun 2010 sebesar 1,26
- iv. Rasio utilisasi peserta GMC UGM tahun 2011 sebesar 3,22 (peserta 35.000 orang) dengan rincian:
 - a. Pencabutan gigi 1,1
 - b. Penumpatan gigi 2,12
- v. Rasio utilisasi peserta Dana Sehat Muhammadiyah tahun 2011 sebesar 1,9 (peserta 39.720 orang), dengan rincian:
 - a. Pencabutan gigi 0,82
 - b. Penumpatan gigi 0,86
 - c. Scaling 0,22

b. Data utilisasi yang digunakan dalam perhitungan BPJS dengan menggunakan metode diskusi (*focus group discussion*) dan kesepakatan yang mengacu pada data-data retrospektif adalah sebagai berikut:

- i. Pencabutan gigi sulung dan permanen 1%
- ii. Tumpatan 0,66%
- iii. Kegawat-daruratan oro-dental 0,9%
- iv. Pembersihan karang gigi (*scaling*) 0,3%
- v. Premedikasi/Obat 0,4%

**II. Penetapan besaran tarif pelayanan per perawatan (*unit cost*)**

Tarif pelayanan kesehatan gigi adalah penjumlahan dari *unit cost* pelayanan + Jasa Pelayanan.

Data unit cost pelayanan diambil dari:

- Data perhitungan unit cost di RSGM UMY dengan metode *cash basis* berdasar data *billing system*.
- Data perhitungan unit cost pelayanan kesehatan gigi di RSUD Pasar Rebo Jakarta dengan metode *activity based costing* dan *double distribution* (memperhitungkan biaya investasi dan penyusutan).

III. Berdasarkan rumus di atas, maka besaran kapitasi pelayanan kesehatan gigi primer yang diajukan oleh PB PDGI ke Pemerintah adalah sebagai berikut:

NO	JENIS PELAYANAN	RASIO UTILISASI	UNIT COST	JASA PELAYANAN	TARIF	KAPITASI
1	Konsultasi dan Premedikasi	0,4	Rp. 20.000,-	Rp. 15.000,-	Rp. 35.000,-	Rp. 140,-
2	Pencabutan gigi sulung dan permanen dengan anestesi injeksi:	0,56	Rp 57.454,-	Rp 92.564,-	Rp 150.000,-	Rp 840,-
	Dengan obat	0,24	Rp 32.454,-	Rp 92.546,-	Rp 125.000,-	Rp 300,-
	Tanpa obat					
3	Pencabutan gigi sulung dan permanen dengan anestesi topikal	0,2	Rp 18.772,-	Rp 56.228,-	Rp 75.000,-	Rp 150,-
4	Tumpatan dengan Resin Komposit dengan crown form (aktivasi kimiawi)	0,06	Rp 78.340,-	Rp 87.660,-	Rp 166.000,-	Rp 100,-
5	Tumpatan dengan Resin Komposit (aktivasi sinar):	0,12	Rp 78.340,-	Rp 87.660,-	Rp 166.000,-	Rp 199,-
	Dengan Pulp Capping	0,12	Rp 72.340,-	Rp 87.660,-	Rp 160.000,-	Rp 192,-
	Tanpa Pulp Capping					
6	Tumpatan dengan Semen Ionomer Kaca/Ionomer Kaca Modifikasi Resin	0,06	Rp 45.366,-	Rp 84.634,-	Rp 130.000,-	Rp 78,-
7	Tumpatan Semen Ionomer Kaca direct:					
	Dengan Pulp Capping	0,15	Rp 49.866,-	Rp 76.134,-	Rp 126.000,-	Rp 189,-
	Tanpa Pulp Capping	0,15	Rp 43.866,-	Rp 76.134,-	Rp 120.000,-	Rp 180,-



8	Kegawatdaruratan Oro-dental:					
	Devit. Pulpa dgn obat	0,2	Rp 42.948,-	Rp 22.052,-	Rp 65.000,-	Rp 130,-
	Devit. Pulpa tanpa obat	0,2	Rp 17.948,-	Rp 22.052,-	Rp 40.000,-	Rp 80,-
	Trepanasi dgn obat	0,2	Rp 44.173,-	Rp 30.827,-	Rp 75.000,-	Rp 150,-
	Trepanasi tanpa obat	0,2	Rp 19.173,-	Rp 30.827,-	Rp 50.000,-	Rp 100,-
	Incisi	0,1	Rp 44.173,-	Rp 5.827,-	Rp 50.000,-	Rp 50,-
	9	Scaling (pembersihan karang gigi) dibatasi satu kali per tahun	0,3	Rp 28.500,-	Rp 81.500,-	Rp 110.000,-
TOTAL		3,26				Rp 3.208,-

5. Penetapan Besaran Kapitasi bagi Dokter Gigi oleh Pemerintah

Berdasarkan keputusan besaran kapitasi untuk Dokter Gigi oleh pemerintah sesuai dengan SK Menkes Nomor 69 Tahun 2013 adalah sebesar Rp. 2.000,-/orang/bulan maka perlu dilakukan penyesuaian pada perhitungan utilisasi dan jenis pelayanan yang telah diusulkan. Penyesuaian perhitungan ini sebenarnya memberikan dampak dalam resiko keuangan Dokter Gigi sebagai provider dan membatasi mutu pelayanan yang akan dilaksanakan. Simulasi perhitungan kapitasi yang disesuaikan terhadap tindakan KG dapat diilustrasikan sebagai berikut:

PERAWATAN	Utilisasi	Total Tarif	Kapitasi Utilisasi x tarif
Pencabutan 1 Gigi + Injeksi (Gigi Sulung dan Permanen)	0,6	120.000	720
Pencabutan 1 Gigi + Topikal Anastesi (Gigi Sulung dan Permanen)	0,23	70.000	161
Tumpatan Komposite Direct (Gigi Sulung dan Permanen)	0,2	135.000	270
Konsultasi dan premedikasi	0,1	84.000	84
Tumpatan GIC Direct (Gigi Sulung dan Gigi Permanen)	0,2	120.000	240
Kegawat-daruratan Dental	0,5	65.000	325
Scaling (1 tahun sekali)	0,2	100.000	200
Utilisasi Total	2,03		2.000,-

Pengurangan harus dilakukan agar jenis tindakan dapat disesuaikan dengan penetapan jumlah besaran kapitasi, sehingga pemberian obat yang dibutuhkan dalam beberapa tindakan bidang kedokteran gigi menjadi **tidak dapat masuk dalam perhitungan** paket manfaat tersebut.



BAB IV IMPLEMENTASI PELAYANAN KEDOKTERAN GIGI PRIMER DALAM SISTEM JKN

Berdasarkan keputusan besaran kapitasi untuk Dokter Gigi sebesar Rp. 2.000,-/orang/bulan maka dapat dibuat simulasi perhitungan terhadap tindakan KG yang memerlukan pembiayaan sebagai berikut:

NO	PERAWATAN	Utilisasi	Total Tarif	Kapitasi utilisasi x tarif
1	Pencabutan 1 Gigi + Injeksi (Gigi Sulung dan Permanen)	0,6	120.000	720
2	Pencabutan 1 Gigi + Topikal Anestesi (Gigi Sulung dan Permanen)	0,23	70.000	161
3	Tumpatan Komposite Direct (Gigi Sulung dan Permanen)	0,2	135.000	270
4	Pemeriksaan dengan Pemberian Obat	0,1	84.000	84
5	Tumpatan GIC Direct (Gigi Sulung dan Gigi Permanen)	0,2	120.000	240
6	Kegawat-daruratan Dental	0,5	65.000	325
7	Scaling (1 tahun sekali)	0,2	100.000	200
	Utilisasi Total	2,03		2.000

1. Estimasi angka kunjungan berdasarkan utilisasi

Perhitungan estimasi angka kunjungan berdasarkan utilisasi yang ditetapkan dan estimasi jumlah peserta yang di cover Dokter Gigi adalah 10.000 peserta, maka didapat estimasi jumlah kunjungan perbulan untuk tiap tindakan:

Jenis Pelayanan	Utilisasi	Estimasi Angka Kunjungan/Bln
Pencabutan 1 Gigi + Injeksi (Gigi Sulung dan Permanen)	0,6	60
Pencabutan 1 Gigi + Topikal Anestesi (Gigi Sulung & Permanen)	0,23	23
Tumpatan Komposite Direct (Gigi Sulung dan Permanen)	0,2	20
Pemeriksaan dengan Pemberian Obat	0,1	10
Tumpatan GIC Direct (Gigi Sulung dan Gigi Permanen)	0,2	20
Kegawat-daruratan Dental	0,5	50
Scaling (1 tahun sekali)	0,2	20
Utilisasi Total	2,03	203



2. Perhitungan Penggunaan dana kapitasi Dokter Gigi

Ilustrasi pembagian perhitungan besaran kapitasi yang diterima oleh Dokter Gigi berdasarkan estimasi angka kunjungan berdasarkan perhitungan angka kunjungan yang diperoleh dari perhitungan utilisasi 2,03 maka :

- Dapat diperkirakan jumlah kebutuhan belanja bahan (variabel cost) Dokter Gigi yang dikontrak oleh BPJS (dengan asumsi jumlah peserta 10.000, utilisasi 2,03 sehingga estimasi angka kunjungan perbulan adalah 203 kunjungan), maka perkiraan belanja bahan medis habis pakai dalam waktu sebulan sebesar Rp. 6.225.500,- atau sebesar 31% dari total kapitasi yang diterima.
- Dapat diperkirakan alokasi untuk investasi peralatan pokok Dokter Gigi (agar menunjang kendali mutu dalam praktek Dokter Gigi) dan perhitungan jasa pelayanan maka didapatkan jumlah sebesar Rp. 13.774.500,-.

Jenis Pelayanan	Estimasi Kunjungan	Budget Bmhp	Budget Investasi Alat Dan Jp
Pencabutan 1 Gigi + Injeksi (Gigi Sulung dan Permanen)	60	1.800.000	5.400.000
Pencabutan 1 Gigi + Topikal Anestesi (Gigi Sulung dan Permanen)	23	425.500	1.184.500
Tumpatan Komposite Direct (Gigi Sulung dan Permanen)	20	1.200.000	1.500.000
Pemeriksaan dengan Pemberian Obat	10	400.000	440.000
Tumpatan GIC Direct (Gigi Sulung dan Gigi Permanen)	20	900.000	1.500.000
Kegawat-daruratan Dental	50	950.000	2.300.000
Scaling (1 tahun sekali)	20	550.000	1.450.000
Utilisasi Total	203	6.225.500	13.774.500

Bagi Puskesmas, dimana bahan medis habis pakai dan investasi beberapa peralatan Dokter Gigi telah disediakan oleh pemerintah maka perhitungan ini tidak berlaku (oleh sebab itu perhitungan kapitasi di puskesmas berbeda dengan praktek mandiri).

3. Perhitungan budget tempat, kursi gigi, instrumen pendukung dan jasa pelayanan

Budget investasi peralatan yang menjadi satu dengan budget jasa layanan maka ilustrasi perhitungannya adalah sebagai berikut:



Jumlah populasi	10.000
Kapitasi yang di dapat	20.000.000
Kebutuhan BMHP utk utilisasi 2,03%	6.225.000
Kebutuhan investasi:	
Tempat	2.000.000
Dental Chair Unit	1.250.000
Dental Instrument	950.000
Promotive dan Preventive:	
Caries Risk Assessment	600.000
Transportasi target group	600.000
Media promotif kesgilut	250.000
Jasa Pelayanan	8.125.000
Total	20.000.000

Keterangan perhitungan:

- **Tempat:** praktek Dokter Gigi harus mempunyai aksesibilitas yang mudah bagi pesertanya (termasuk kredensialing BPJS), sehingga banyak praktek Dokter Gigi atau klinik Dokter Gigi menyewa tempat yang berada di pinggir jalan (walau bukan jalan utama). Alokasi budget untuk sewa tempat ini memang masih rendah (dan mungkin belum layak/mencukupi), hal ini dikarenakan keterbatasan dari nilai kapitasi yang ada saat ini, besaran alokasi uang sewa tempat adalah Rp. 24 juta/ tahun → 2 juta /bulan.
- **Dental Chair Unit (kursi gigi)** merupakan peralatan pokok Dokter Gigi yang harus ada di tempat prakteknya. Asumsi perhitungan investasi Kursi gigi ini dibuat dengan harga rata-rata kursi gigi yang biasa namun sering digunakan oleh Dokter Gigi praktek di Indonesia (buatan brasil, China, Indonesia), yaitu dengan harga Rp.45.000.000,- (empat puluh lima juta). Estimasi lama waktu penggunaan kursi gigi biasa ini adalah 3 tahun, sehingga biaya yang dibutuhkan perbulan adalah = 45.000.000/3 tahun → 15 juta/tahun → Rp. 1.250.000,-/bulan.
- **Dental instrument** adalah peralatan pendukung Dokter Gigi agar dapat melaksanakan praktek sesuai mutu yang ditetapkan (standar). Kebutuhannya antara lain adalah *alat autoclave untuk sterilisasi, kompresor/gas untuk menggerakkan contra angle (high speed/low speed) agar bur dapat berputar, alat set tang cabut dan bein/cryer, alat diagnosis set yang selalu dibutuhkan Dokter Gigi saat melakukan perawatan, Light cure unit dan set tambal untuk melakukan penambalan gigi, alat scaler untuk membersihkan karang gigi.* Estimasi



pembiayaan untuk dental instrument adalah = 57 juta/5 tahun → 11,4 juta/tahun
→ Rp. 950.000,- /bulan.

Apabila investasi di atas disediakan oleh sebuah klinik, maka perhitungan ini merupakan hak klinik tersebut untuk mengelolanya, sedangkan untuk puskesmas kebutuhan di atas telah diadakan oleh pemerintah.

3.1. Estimasi Budget Pelaksanaan Preventive dan promotif

Sebagai Dokter Gigi pelayanan primer wajib melaksanakan upaya preventif dan promotif (mengubah kebiasaan dalam menjaga kesehatan giginya) agar lebih banyak peserta yang akan sehat di masa datang, dan pembiayaan untuk tindakan pelayanan gigi menjadi berkurang. Pelaksanaan Preventive dan promotif untuk Dokter Gigi pelayanan primer harus bersifat intervensi pada kebiasaan dan tindakan pencegahan gigi yang dapat diaplikasikan secara masal. Pelaksanaan awal yang dibutuhkan seorang Dokter Gigi layanan primer adalah mapping peserta menjadi kategori **Tinggi/high risk** (mempunyai resiko kesehatan gigi tinggi karena kondisi kesehatan gigi dan mulut serta kebiasaan yang jelek), **Sedang/Medium risk** (mempunyai resiko kesehatan sedang, dan memiliki kesadaran kesehatan gigi yang cukup namun masih perlu perawatan gigi yang intensif), **rendah/Low risk** (mempunyai resiko kesehatan rendah, dan memiliki kesadaran kesehatan gigi yang baik). Untuk dapat melaksanakan mapping agar menjadi dasar upaya preventif dan promotif maka diperlukan pembiayaan sebagai berikut:

- *Caries Risk assesment*: adalah sebuah sistem untuk mendeteksi kondisi gigi dan mulut peserta agar dapat dikelompokkan sesuai kategori di atas. Beberapa tes yang perlu dilakukan salah satunya adalah test saliva, ICDAS, perhitungan skor DMF/def, OHI/phpm, CPITN dan anamnesa kebiasaan kesgilut. Tata cara pelaksanaannya adalah setiap peserta BPJS yang berkunjung ke praktek Dokter Gigi layanan primer harus selalu dilakukan Caries risk assesment oleh Dokter Gigi yang telah dikontrak BPJS tersebut. Alokasi budget untuk bahan dan alat pelaksanaan mapping kondisi gigi dan mulut ini adalah Rp. 2.956,-/ kunjungan → Rp. 600.000,-/bulan
- Transportasi target grup: Setelah didapatkan kelompok kategori yang telah ditetapkan, maka peserta yang termasuk dalam *High risk* perlu mendapatkan kunjungan (*home visit*) untuk dilihat faktor lingkungan, kebiasaan dan cek kondisi air yang di konsumsi (segala sesuatu yang mengakibatkan kondisi gigi dan mulut jelek). Budget alokasi biaya perbulan adalah Rp. 600.000,- → perminggu adalah Rp 150.000,-, apabila tiap hari Dokter Gigi layanan primer dapat melakukan upaya preventif dan promotif maka pagu tiap harinya adalah Rp. 30.000,-



- Media Promotif: adalah upaya Dokter Gigi layanan primer melakukan promosi kesehatan gigi dan mulut dengan menggunakan media yang dapat disebarluaskan pada seluruh peserta yang menjadi tanggung jawabnya. Media tersebut dapat berupa buku, poster ataupun dalam bentuk CD interaktif yang dibuat agar peserta dapat meningkatkan kesadaran kesgilitunya. Pagu budget untuk media ini perbulan adalah Rp.250.000,-
Keseluruhan budget upaya preventif dan promotif ini dapat menjadi jasa pelayanan apabila diserahkan pada mitra kerja Dokter Gigi (perawat gigi) untuk menjalankannya.

3.2. Jasa Pelayanan

Jasa pelayanan merupakan imbal jasa kepada tenaga profesi yang dikontrak BPJS dengan ilustrasi kepesertaan 10.000. Biaya ini di dapat dari estimasi perhitungan total rupiah yang di dapat Dokter Gigi layanan primer apabila kepesertaan 10.000 dan nilai kapitasi Rp. 2.000,- (total Rp. 20 juta) dikurangi dengan kebutuhan pengeluaran diatas (bahan, investasi alat dan upaya preventif/ promotif), yaitu Rp. 8.125.000,-. Budget diatas sebenarnya masih di bawah rata-rata kebutuhan riil untuk Dokter Gigi agar dapat sejahtera, diharapkan dengan Dokter Gigi yang sudah sejahtera akan dapat membantu masyarakat dengan lebih optimal (logikanya : seseorang dapat melakukan upaya membantu lainnya dengan optimal apabila seseorang tidak membutuhkan bantuan). Maka diharapkan adanya insentif dari pemerintah yang dapat menambah kesejahteraan Dokter Gigi layanan primer tersebut.

4. Perhitungan jumlah Minimal kepesertaan

Budget di atas menggunakan persepsi bahwa Dokter Gigi akan mendapatkan kelompok peserta sebesar 10,000. Namun dalam pelaksanaannya BPJS memberikan kepesertaan kepada Dokter Gigi secara alami (sesuai dengan jumlah peserta yang mendaftar dan memilih Dokter Gigi sebagai provider/Dokter Gigi pelayanan primernya). Perlu diketahui bahwa prinsip dari pola pembiayaan manage care dengan kapitasi adalah adanya subsidi silang antara yang sehat dan yang sakit dalam satu kelompok kepesertaan. Apabila saat ini kita telaah lebih dalam, bahwa sebenarnya masyarakat Indonesia mempunyai pola berkunjung ke Dokter Gigi apabila sudah merasakan sakit (prioritas masih rendah), sehingga apabila saat ini banyak masyarakat yang mendaftar menjadi peserta BPJS adalah merupakan kelompok yang pernah merasakan sakit atau sakit gigi (**resiko tinggi**). Hal ini menjadikan problema pada tahun-tahun awal pelaksanaan BPJS ini terhadap pembagian kepesertaan. Kepesertaan di prediksi baru akan terjadi pengelompokan resiko apabila kelompok karyawan



perusahaan atau karyawan BUMN sudah mulai diikutkan dalam BPJS, maka baru akan terjadi pola subsidi silang, sehingga paradigma sehat bisa dijalankan. Namun perlu diketahui bahwa apabila Dokter Gigi mendapatkan kepesertaan di bawah 10,000 peserta maka sebenarnya Dokter Gigi akan mendapatkan resiko dalam pengelolaan dana keuangan kapitasinya.

Hal ini dapat diilustrasikan sebagai berikut:

Jumlah Peserta	10.000	8.000	5.000	3.000
Uang Yg Diterima Dari Kapitasi	20.000.000	16.000.000	10.000.000	6.000.000
Kebutuhan BMHP utk utilisasi 2%	6.225.000	4.960.000	3.100.000	1.860.000
Tempat	2.000.000	2.000.000	2.000.000	2.000.000
Dental Chair Unit	1.250.000	1.250.000	1.250.000	1.250.000
Dental Instrument	950.000	950.000	950.000	950.000
Caries Risk Assessment	600.000	600.000	600.000	600.000
Transportasi target group	600.000	600.000	600.000	600.000
Media promosi kesgilut	250.000	250.000	250.000	250.000
Jasa Pelayanan	8.125.000	8.125.000	8.125.000	8.125.000
Total pengeluaran Dokter Gigi selama satu bulan	20.000.000	18.735.000	16.875.000	15.635.000
Selisih	-	(2.735.000)	(6.875.000)	(9.635.000)

Dari tabel ilustrasi yang ditampilkan, dapat diasumsikan bahwa apabila kepesertaan Dokter Gigi layanan primer dibawah 10 ribu maka Dokter Gigi layanan primer atau sebuah klinik akan menghadapi resiko kerugian dengan berkurangnya jumlah kepesertaan. Namun demikian pola kepesertaan di bawah 10 ribu peserta ini, apabila dilaksanakan sebelum kepesertaan semesta (tahun 2019) tetap dapat dilaksanakan oleh Dokter Gigi yang dikontrak BPJS. Dengan pemikiran sebagai berikut:

- Hal ini dikarenakan pada masa transisi ini masih belum berubah pola pembiayaan *fee for service/out of pocket* dari masyarakat, sehingga kepesertaan di bawah 10 ribu yang diberikan oleh BPJS dapat difungsikan sebagai sarana marketing untuk Dokter Gigi . Perlu diingat bahwa pasien akan datang ke tempat praktek kita apabila ada rekomendasi dari keluarga,teman, atau tetangga. Referensi atau rekomendasi dari keluarga, teman atau tetangga ini lebih bermakna dengan ditunjang era teknologi komunikasi dan sosial media yang saat ini berkembang pesat. Pasien akan dapat memberikan testimoni nya melalui sosial media yang merupakan bentuk dari rekomendasi. Kepesertaan yang diberikan oleh BPJS sebelum kepesertaan semesta dapat difungsikan sebagai sarana *word of mouth*



yang memberikan efek domino pada pasien untuk merekomendasikan tempat praktek Dokter Gigi .

- Masyarakat di Indonesia masih mempunyai kebiasaan *`health is valued until the sickness come`* (Kesehatan baru akan dirasakan bernilai apabila keluhan sakit telah di derita). Untuk itu, perlu diperhatikan dengan seksama berapa mix - prosentase kepesertaan yang diberikan oleh BPJS ke Dokter Gigi . Dokter Gigi yang dikontrak BPJS perlu memperhatikan kepesertaan di daerah masing-masing, apakah peserta yang mendaftar secara mandiri sudah bercampur dengan kepesertaan dari perusahaan/BUMN yang ada di daerahnya. Hal ini perlu dilakukan karena, pasien yang mendaftar secara mandiri rata-rata adalah peserta yang pernah mengalami keluhan sakit atau sakit gigi, sehingga untuk mengurangi resiko penggunaan yang berlebihan perlu dicampur kepesertaan tersebut dengan orang yang mempunyai kesadaran kesehatan gigi lebih baik. Diharapkan kepesertaan yang ada ini akan terdapat subsidi silang, antara yang sehat dan yang sakit.
- Perlu segera dilakukan telaah mengenai jumlah kepesertaan dengan data dari data pelaksanaan Dokter Gigi layanan primer yang berjalan/telah dikontrak BPJS untuk dianalisis perhitungan anggaran yang telah dikeluarkan dibandingkan dengan mutu dan pelaksanaannya.

BAB V

PERMASALAHAN PADA AWAL PELAKSANAAN PELAYANAN KEDOKTERAN GIGI DALAM SISTEM JKN

1. Permasalahan di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Primer

I. Permasalahan Paket Pelayanan

Beberapa permasalahan pada fasilitas pelayanan kesehatan primer meliputi jenis tindakan, yang termasuk dalam paket manfaat, masalah obat, dan masalah rujukan, diantaranya:

- i. Perlu kejelasan dari BPJS untuk Tindakan scaling 1 tahun 1 kali, dalam paket manfaat pelayanan primer belum disebutkan pada Surat Edaran BPJS Pusat ke BPJS Daerah.
- ii. Perlu kejelasan obat pasca ekstraksi pada pelayanan pencabutan gigi tanpa penyulit. Pada Surat Edaran BPJS disebutkan obat pasca ekstraksi ditanggung *provider*. (dalam perhitungan kapitasi Dokter Gigi biaya obat pasca ekstraksi sudah diperhitungkan masuk dalam hitungan yaitu Rp.15 per orang/bulan).
- iii. Perlu kejelasan jenis tindakan yang dapat dirujuk ke tingkat sekunder dan dijamin pembiayaannya oleh BPJS. Sebagai contoh kasus yang terjadi di Malang yaitu pada pasien dengan pulpitis irreversibel yang berobat ke Dokter Gigi PPK primer, kemudian pasien di rujuk ke pelayanan sekunder, setelah selesai perawatan saluran akar akan dilakukan tumpatan pada gigi tersebut, namun yang terjadi biaya tumpatan setelah perawatan saluran akar tersebut oleh BPJS setempat dibebankan pada Dokter Gigi PPK primer yang merujuk dengan pemotongan dana kapitasi pada bulan berikutnya.

II. Permasalahan Penetapan Besaran dan Pembagian Kapitasi

Penentuan besaran kapitasi secara nasional untuk Dokter Gigi sebesar Rp 2.000,-/peserta/bulan dalam implementasi di lapangan terdapat beberapa kendala menurut bentuk fasilitas pelayanan primer yang telah ada. Ketidaksiapan asosiasi klinik yang ditunjuk dan BPJS di daerah yang belum melibatkan organisasi profesi (PDGI) untuk koordinasi menambah keruwetan dan kebingungan Dokter Gigi yang sudah dikontrak BPJS. Seyogyanya PDGI tetap diikutkan dalam koordinasi penentuan besaran kapitasi di daerah. Permasalahan tentang besaran kapitasi dapat diurai menjadi:



a. Pembagian besaran kapitasi untuk klinik pratama (swasta gabungan Dokter Gigi dan dokter Umum)

Pembagian kapitasi yang dipersepsikan adalah Rp. 8.000,-/peserta/bulan apabila klinik pratama tersebut tidak ada Dokter Gigi, dan sebesar Rp.10.000,-/peserta/bulan apabila dalam klinik tersebut mempekerjakan Dokter Gigi. Permasalahan timbul saat pembagian besaran kapitasi tersebut menjadi kebijakan internal tanpa adanya panduan-panduan umum yang menyertai, karena dari beberapa laporan Dokter Gigi yang bekerja di klinik umum dan tidak menginvestasikan peralatan sama sekali (hanya jasa Dokter Gigi) maka klinik akan mengatur semua keuangan yang didapat dari kapitasi. Sehingga yang berlaku di klinik tersebut lebih cenderung ke arah pelayanan kuratif, Dokter Gigi tidak ada keleluasaan mengatur pelayanan untuk preventif dan promotif agar terhindar dari resiko kerugian keuangan, hal ini bertentangan dengan prinsip paradigma sehat yang dianut sebagai dasar pelaksanaan pelayanan primer dengan model kapitasi (*risk profit sharing*). Terdapat juga laporan dari beberapa sejawat Dokter Gigi di daerah bahwa sebuah klinik swasta (juga berdasarkan prinsip pelayanan kuratif) memberikan perhitungan pembayaran *fee* manajemen ke klinik dalam bentuk klaim kunjungan sebesar Rp.50.000 per pasien, yang tentu saja akan memberatkan Dokter Gigi yang mendapat dengan kapitasi Rp. 2.000,- (tidak mencukupi secara perhitungan). Di sisi lain apabila dari sudut pandang pemilik klinik, maka apabila kapitasi diberikan kepada Dokter Gigi secara penuh/*full*, maka klinik tersebut pasti akan keberatan karena tentu nilai investasi dan biaya operasional klinik tidak akan dapat diperhitungkan.

Solusi : sebenarnya pada saat penentuan perhitungan kapitasi Dokter Gigi, pernah dilakukan asumsi global anggaran *budget* dari kapitasi apabila Dokter Gigi mendapatkan Rp. 2.000,-/peserta/bulan dengan kepesertaan minimal sebanyak 10.000 peserta. Jumlah kapitasi yang akan didapatkan Dokter Gigi yanprimer seharusnya adalah minimal Rp. 20 juta perbulan. Perhitungan global budget yang pernah diasumsikan dihitung berdasarkan keperluan sarana, prasarana, dan kebutuhan Dokter Gigi. Hasil asumsi perhitungan saat itu adalah Rp.6,600,000 untuk kebutuhan sarana dan prasarana perbulan sebuah praktek Dokter Gigi (termasuk pembelian investasi, alat dan bahan), sehingga apabila dibuat panduan umum untuk model klinik pratama umum ini maka PB PDGI dapat menghimbau maksimal besaran pembagian dengan klinik perbulan adalah Rp. 6.600.000,- tersebut, tentu dengan asumsi bahwa jumlah minimal kepesertaannya adalah 10.000 peserta.



b. Pembagian besaran kapitasi di puskesmas

Pemerintah menetapkan besaran kapitasi di Puskesmas yang ada Dokter Gigitnya adalah Rp. 6.000,-/peserta/bulan.

Pembagian dana kapitasi di puskesmas mengacu pada:

1. Peraturan Presiden nomor 32 Tahun 2014

Pada bab III pasal 12 disebutkan bahwa jasa pelayanan kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) ditetapkan sekurang-kurangnya 60% (enam puluh persen) dari penerimaan dana kapitasi JKN, dan sisanya dimanfaatkan untuk dukungan biaya operasional pelayanan kesehatan.

2. Peraturan Menteri Kesehatan RI nomor 19 tahun 2014

Pada Bab III pasal 4 menyebutkan pembagian jasa pelayanan kepada tenaga kesehatan dan non kesehatan ditetapkan dengan mempertimbangkan variabel:

- a) Jenis Ketenagaan dan/atau jabatan
- b) Kehadiran

Variabel jenis ketenagaan dan /atau jabatan dinilai sebagai berikut:

- a) tenaga medis, diberi nilai 150
- b) tenaga apoteker atau tenaga profesi keperawatan, diberi nilai 100
- c) tenaga kesehatan setara S1/D4, diberi nilai 60
- d) tenaga non kesehatan minimal setara D3, tenaga kesehatan setara D3, atau tenaga kesehatan dibawah D3 dengan masa kerja lebih dari 10 tahun, diberi nilai 40
- e) tenaga kesehatan dibawah D3, diberi nilai 25
- f) tenaga non kesehatan dibawah D3, diberi nilai 15

Variabel kehadiran dinilai sebagai berikut :

- a) hadir setiap hari kerja, diberi nilai 1 poin per hari
- b) terlambat hadir atau pulang sebelum waktunya yang diakumulasi sampai dengan 7 (tujuh) jam kerja, dikurangkan 1 poin

Rumusan besaran jasa pelayanan adalah:

$$\frac{\text{Jumlah nilai yang diperoleh oleh seseorang}}{\text{Jumlah nilai seluruh tenaga}} \times \text{jumlah dana jasa pelayanan}$$

Keterangan:

Jumlah nilai diperoleh dari nilai variabel jenis ketenagaan dan/atau jabatan ditambah nilai variabel



- 3. Surat Edaran Mendagri tanggal 5 Mei 2014** tentang Petunjuk Teknis Penganggaran, Pelaksanaan dan Penatausahaan serta Pertanggungjawaban Dana Kapitasi JKN pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah.

Permasalahan yang mungkin timbul di FKTP/puskesmas adalah:

- a) Kesulitan dalam melakukan pembobotan/penilaian baik pada variabel kehadiran, apakah hanya dilihat dari absensi harian atau jumlah jam kehadiran.
- b) Adanya porsi pembobotan yang lebih tinggi nilainya bagi tenaga medis fungsional dibandingkan dengan tenaga non medis yang menjabat sebagai Kepala Puskesmas.
- c) Tidak dibedakannya antara tenaga medis yang senior dan junior dalam pembagian jasa pelayanan ataupun tenaga kesehatan yang beban kerjanya lebih besar.

c. Pembagian Besaran Kapitasi Di Klinik Pratama Khusus Gigi

Klinik pratama khusus Dokter Gigi tetap mendapatkan besaran kapitasi Rp. 2.000,-/peserta/bulan, dan kebanyakan dalam sebuah klinik tersebut terdapat lebih dari 3 (tiga) Dokter Gigi yang memberikan pelayanan. Pembagian besaran kapitasi memang menjadi hak internal manajemen klinik tersebut, namun perlu diperhitungkan di sini bahwa jumlah kepesertaan di klinik yang membuka jam praktek lebih lama seharusnya menjadi pertimbangan untuk menambah jumlah kepesertaan, karena dengan jumlah yang bertambah maka klinik pratama khusus gigi ini akan mendapatkan kapitasi yang lebih besar sehingga diharapkan juga dapat membagi besaran kapitasi yang didapatkan tersebut untuk membuat pelayanan preventif dan promotif agar tindakan kuratif akan berkurang.

d. Praktek Dokter Gigi Secara Mandiri

Praktek Dokter Gigi secara mandiri merupakan pola bentuk praktek yang lebih banyak daripada model klinik pratama. Permasalahan yang muncul adalah besaran kapitasi sesuai Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 455 Tahun 2013 ditentukan oleh asosiasi fasyankes (PKFI). Perlu diketahui bahwa PKFI saat ini di daerah baru juga akan dibentuk di daerah (rekrutmen pengurus PKFI yang selalu memasukkan unsur Dokter Gigi di dalamnya). Belum semua asosiasi fasyankes mengetahui jumlah maupun pola penyebaran Dokter Gigi di daerah tersebut. Pada pelaksanaan di daerah, BPJS bekerja secara langsung menerima



pendaftaran Dokter Gigi yang ingin menjadi provider dan menentukan langsung besarnya sesuai keputusan nasional, belum ada peran asosiasi fasyankes dalam penerapannya. Usulan bahwa sebaiknya BPJS mengikut sertakan organisasi profesi untuk ikut berkoordinasi dalam proses kredensialing bisa membantu BPJS dalam pembagian kepesertaan dan sesuai profesi (etik) yang telah berjalan.

III. Permasalahan Jumlah Kepesertaan

BPJS di daerah melaksanakan pendaftaran kepesertaan di masing-masing loket BPJS yang ada, hal demikian juga dilakukan untuk pendaftaran provider, sehingga Dokter Gigi yang ingin dikontrak diharapkan melakukan pendaftaran ke BPJS dengan syarat dan ketentuan yang berlaku. Belum adanya syarat dan bentuk praktek Dokter Gigi yang dikeluarkan oleh kementerian kesehatan atau PB PDGI membuat proses kredensialing yang seharusnya dilakukan oleh BPJS masih belum optimal dilakukan. Ada beberapa PDGI cabang daerah yang diajak BPJS untuk menentukan syarat-syarat tempat praktek Dokter Gigi tersebut, namun tidak semua BPJS melakukan hal tersebut, sehingga beberapa usulan menginginkan bahwa dibuat **syarat minimal praktek Dokter Gigi yang dikeluarkan secara nasional**.

Jumlah peserta Dokter Gigi yang seyogyanya mendapatkan 10.000 peserta juga saat ini tidak berjalan sesuai dengan jumlah tersebut. Apabila ada peserta mendaftar ke BPJS, akan diberikan pilihan kepada calon peserta tersebut untuk memilih Dokter Gigi, sehingga jumlah kepesertaan Dokter Gigi saat ini rata-rata hanya 500-3000 peserta yang diikuti.

Besaran kepesertaan Dokter Gigi ini memang akan bertambah sesuai dengan peserta yang akan mendaftar ke BPJS dan memang akan semakin meningkat. Namun perlu diketahui juga bahwa pendaftar pada saat awal lebih didominasi oleh peserta yang mempunyai masalah gigi dan mulut, sehingga jumlah 3.000 peserta yang diikuti tersebut adalah peserta yang mempunyai resiko penyakit gigi dan mulut tinggi. Bisa dibayangkan bahwa Dokter Gigi dengan kapitasi Rp. 2.000,- dengan kepesertaan sejumlah 3.000 akan mendapatkan kapitasi perbulan sebesar Rp. 6.000.000,-; namun mayoritas pesertanya mempunyai resiko penyakit gigi dan mulut, sehingga akan membuat utilisasi ke Dokter Gigi naik dan pengeluaran Dokter Gigi akan meningkat, resiko besar juga akan diterima oleh Dokter Gigi. Informasi ini telah disampaikan saat rapat koordinasi dengan Kementerian kesehatan, namun persepsi bahwa masalah tersebut bukan merupakan masalah kemkes perlu ditinjau lagi. Memang masalah ini ada di BPJS, namun permasalahan ini akan berdampak pada pelayanan kepada peserta dan masyarakat Indonesia.



Seyogyanya masalah penentuan kepesertaan ini harus dilaksanakan sesuai jumlah pagu pada saat memperhitungkan kapitasi (jumlah 10.000 peserta dengan utilisasi 2%), karena perhitungan ini sudah akan menghitung resiko dan pembiayaan yang seimbang pada pelayanan Dokter Gigi di Indonesia. Apabila besaran peserta ada di bawah angka yang ditetapkan tersebut maka akan mengakibatkan Dokter Gigi di Indonesia mengalami kerugian, karena konsep kapitasi yang seharusnya terjadi subsidi silang antara yang sehat dan yang sakit tidak berlaku disini.

IV. Permasalahan Perijinan Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Di dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 71 Tahun 2013 disebutkan bahwa syarat fasilitas pelayanan kesehatan dikontrak BPJS adalah telah terakreditasi (ayat 5). Beberapa fasilitas kesehatan pelayanan primer masih banyak yang belum terakreditasi, termasuk puskesmas. Hal ini dikarenakan pada Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 028 Tahun 2011 yang mengatur klinik/ Fasyankes memang tidak disebutkan tentang tata cara akreditasi. Permasalahan ini juga muncul untuk tempat praktek mandiri Dokter Gigi yang belum terakreditasi. BPJS di daerah belum menerapkan persyaratan tentang akreditasi ini dalam perjanjian kontrak dengan BPJS. sehingga walaupun belum ada yang terakreditasi namun tetap dikontrak oleh BPJS. Perlunya kejelasan tentang persyaratan perijinan fasilitas pelayanan kesehatan dan persyaratan kontrak fasyankes dengan BPJS yang mengacu pada kedua peraturan tersebut, sehingga tidak membingungkan Dinas Kesehatan di daerah.

V. Permasalahan di Fasilitas Pelayanan kesehatan tingkat lanjutan

a. Permasalahan tentang INA CBG` s

Dalam software yang diberikan BPJS untuk Fasyankes tingkat lanjut telah menggunakan INA CBG` s, sehingga semua paket pelayanan sudah ada perhitungannya. Permasalahannya adalah INA CBG` s untuk bidang kedokteran gigi belum disesuaikan *itemnya* dengan pembagian yang sudah dilakukan pada saat rapat dengan Subdityankes gilut. Dalam INA CBG` s tersebut paket layanan bidang kedokteran gigi sangat terbatas, sebagai contoh untuk RS khusus dengan kelas B, terdapat satu paket yang dinamakan prosedur gigi dengan biaya Rp.139.000,- untuk semua prosedur tindakan gigi seperti cabut komplikasi, perawatan saluran akar, incisi ekstra oral dll.

Solusi: revisi INA CBG` s untuk tindakan di fasyankes lanjutan yang sesuai dengan tindakan-tindakan ICD 9 CM yang dikelompokkan dalam tindakan spesialisistik (hasil pertemuan subditgilut dengan kolegium-kolegium bidang



kedokteran gigi) dan dilakukan perhitungan biaya prosedur tindakan gigi spesialistik di fasyankes lanjutan tersebut. Hasil revisi harus dimasukkan dalam software yang didedarkan BPJS untuk Fasyankes lanjutan.

b. Permasalahan RSGM

BPJS di daerah tertentu sudah ada yang menunjuk RSGM sebagai tempat rujukan kedua, namun belum semua BPJS di daerah melaksanakannya. Perlu diketahui bahwa bahwa RSGM juga merupakan tempat pendidikan baik mahasiswa FKG tingkat klinik ataupun residen yang menempuh spesialistik (tidak semua RSGM). Permasalahan akan timbul di bidang pendidikan kedokteran gigi di masa yang akan datang, apabila seluruh masyarakat Indonesia sudah ikut program BPJS. Mahasiswa FKG/Prodi KG akan kesulitan dalam mencari pasien karena RSGM dikontrak menjadi fasyankes lanjutan, dimana diperlukan Dokter Gigi spesialistik yang menangani. Dengan ditetapkannya UU pendidikan dokter telah disebutkan bahwa sebagai sarana pendidikan maka FKG wajib mempunyai RSGM. Hal ini perlu kebijakan khusus untuk mencari solusi terhadap rancunya peraturan UU tentang BPJS dan UU pendidikan dokter tersebut.

Solusi untuk permasalahan di atas telah dilakukan rapat di Sekretariat bersama dan dipimpin oleh Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan RI sendiri. Telah diterbitkan beberapa peraturan yang merupakan solusi bersama untuk permasalahan-permasalahan yang ada di atas.

Pembentukan Satgas BPJS di Organisasi Profesi tingkat Cabang dan Wilayah merupakan upaya tindak lanjut agar permasalahan-permasalahan baru yang muncul dapat segera terinformasikan ke pusat apabila memang membutuhkan suatu kebijakan baru, dan diharapkan diupayakan jalan keluar dan solusi di tiap daerah apabila permasalahan yang muncul tidak memerlukan sebuah kebijakan nasional.



BAB VI KESIMPULAN DAN SARAN

Pelaksanaan sistem Jaminan Kesehatan Nasional di Indonesia mempunyai tujuan yang baik untuk menyehatkan masyarakat Indonesia secara komprehensif. Jaminan Kesehatan Nasional memberikan dampak perubahan sistem kesehatan yang selama ini berjalan, sehingga perlu disadari oleh Dokter Gigi di Indonesia agar dapat mengetahui konsep yang seharusnya dijalankan dengan sistem JKN ini, yaitu:

1. Berubahnya paradigma sakit menjadi paradigma sehat menjadi dasar dalam pelayanan kesehatan gigi dan mulut
2. Setiap Dokter Gigi wajib memahami tentang pelayanan kedokteran gigi primer dalam sistem JKN, khususnya sistem pembayaran dengan kapitasi.
3. Setiap Dokter Gigi wajib meningkatkan mutu, manajemen pelayanan, manajemen keuangan dalam penerapan kendali mutu dan kendali biaya.
4. Setiap peserta yang berkunjung ke tempat praktek dilakukan observasi kesehatan gigi dan mulutnya (*Risk Assessment*) agar dapat ditentukan skor kondisi kesehatan gigi dan mulutnya dan dikategorikan dalam kelompok tinggi/średang/rendah.
5. Dokter Gigi perlu melakukan preventif dan promotif yg bersifat intervensi untuk kelompok Tinggi/*High Risk* (H) sebagai prioritas utama untuk melakukan intervensi perubahan kebiasaan yang masih belum sesuai.
6. Pelaksanaan upaya preventif pada kelompok tinggi/*High Risk* diharapkan dapat menaikkan derajat kesehatan gigi dan mulut peserta yang menjadi tanggung jawabnya (perlu dilaporkan sebagai keberhasilan bidang Kedokteran Gigi). Apabila banyak peserta yang sehat maka akan mengurangi budget pengeluaran bahan medis habis pakai.
7. Perlu identifikasi daftar penyakit/*List of Disease* Spesialistik dengan menggunakan ICD 10 dan penyusunan tindakan bidang kedokteran gigi menggunakan ICD 9 CM yang akan digunakan sebagai dasar penyusunan INA CBG`s bidang kedokteran Gigi.
8. Perlu persiapan dan penguatan PDGI Wilayah dan Cabang apabila JKN berjalan menyeluruh di tahun 2019, yaitu:
 - a. Dalam proses Kredensialing: memberdayakan anggota dalam legalitas praktek, dan standar sarana dan prasarana (mutu).
 - b. Pembagian kepesertaan: memberikan masukan kepada BPJS agar pembagian peserta sesuai dengan jumlah anggota di wilayahnya.
 - c. Pengaturan lokasi praktek: agar terjadi penyebaran yang merata di wilayah kerjanya (Pemetaan/*mapping* dan rekomendasi praktek).



Saran dan Harapan kepada Pemerintah

1. Untuk meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan gigi pada era JKN , pemerintah diharapkan membuat regulasi dalam penyediaan dan penyebaran tenaga Dokter Gigi di seluruh wilayah Indonesia, khususnya Daerah Terpencil, Perbatasan Dan Kepulauan (DTPK) dengan insentif yang menarik serta melengkapi dengan sarana pelayanan kesehatan gigi yang memadai.
2. Berdasarkan data dari Satgas JKN, mayoritas jumlah peserta yg terdaftar pada klinik/ dokter gigi masih dibawah 10,000 peserta. Dari beberapa model perhitungan dan simulasi besaran kapitasi yg sudah dibuat, maka kami mengharapkan pemerintah mempertimbangkan perbaikan besaran kapitasi dan pola tarif pelayanan kesehatan gigi, sehingga para dokter gigi mendapatkan jasa pelayanan yang layak dari dana kapitasi.
3. Berdasarkan data Kementerian Kesehatan baru 620 dokter gigi yang sudah dikontrak oleh BPJS (data sampai dengan bulan April 2014). Oleh karena itu PDGI akan terus meningkatkan peran nya sebagai mitra pemerintah dalam melakukan sosialisasi dan meningkatkan motivasi para Dokter Gigi agar bersedia sebagai pemberi pelayanan primer serta terus memperjuangkan kesejahteraan anggotanya pada era JKN.



DAFTAR PUSTAKA

1. Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN)
2. Undang-undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 144, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5063).
3. Peraturan Presiden Nomor 32 Tahun 2014 tentang Pengelolaan dan Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 81).
4. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 111 Tahun 2013 tentang Perubahan Atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan.
5. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 108 Tahun 2013 tentang Bentuk dan Isi Laporan Pengelolaan Program Jaminan Sosial.
6. Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 109 Tahun 2013 tentang Penahapan Kepesertaan Program Jaminan Sosial.
7. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 19 Tahun 2014 tentang Penggunaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional Untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah.
8. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 071/Menkes/PER/XII/2013 tentang *Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1400)*.
9. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 069/Menkes/PER/XII/2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1392).
10. Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor 328/MENKES/SK/VIII/2013 tentang Formularium Nasional.
11. Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 019/Menkes/PER/IV/2014 tentang Penggunaan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional untuk Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah.
12. Surat Edaran Direktur Pelayanan Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, Nomor 011 Tahun 2014 tentang Pelayanan Gigi dan Prothesa Gigi Bagi Peserta BPJS Kesehatan.
13. Departemen Kesehatan RI, 2008, Riset Kesehatan Dasar 2007, Badan Penelitian dan Pengembangan Depkes RI, Jakarta.
14. Boland, P., 1996, *The Capitation Sourcebook: a practical guide to managing at risk*



- arrangements*, Boland Health Care Inc., California.
15. Davis, A. Ross, Ware, Jhon E., 1982, *Development of a Dental Satisfaction Questionnaire for The Health Insurance Experiment*, US Departement of Health and Human Services.
 16. Hanindriyo, L., 2011, Dokter Gigi Keluarga - Menuju Optimalisasi Pelayanan Kesehatan Gigi di Indonesia, Opini Kompas, 10 Agustus 2011, <http://kesehatan.kompasiana.com/medis/2011/08/10/dokter-gigi-keluarga-menuju-optimalisasi-pelayanan-kesehatan-gigi-di-indonesia> (diunduh tanggal 23 Maret 2012)
 17. Harris, R. V., Ashcroft, A., Burnside, G., Dancer, J. M., Smith, D., Grieveson, B., 2009, *Job Satisfaction of Dental Practitioners Before and After a Change in Incentives and Governance: a Longitudinal Study*, British Dental Journal 2009; 207:E4.
 18. Hashim, R., 2005, *Patient Satisfaction with Dental Services at Ajman University, United Arab Emirates*, Eastern Mediterranean Health Journal, Vol. 11, Nos 5/6, 2005.
 19. Hendrartini, J., 2010, Model Kinerja Dokter dengan Pembayaran Kapitasi dalam Program Asuransi Kesehatan, Program Doktor Fakultas Kedokteran, Uiversitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
 20. Pimlott, N., 2008, Who has time for family medicine?, *Can Fam Physician*, 54 (1): 14 – 16.
 21. Kerr, E.A., Mittman, B.S., Hays, R.D., Zemencuk, J.K., Pitts, J., Brook, R.H., 2000, Association between Primary Care Physician Satisfaction and Self-reported Aspects of Utilization Management, *Health Serv Res.*, 35 (1 part 2) : 333 – 349.
 22. Saragih, R., 2009, Analisis Faktor-Faktor yang Mempengaruhi Pemanfaatan Pelayanan Dokter Gigi Keluarga oleh Peserta Askes Komersial di Kota Kupang, Tesis, Program Pasca Sarjana Uiversitas Gadjah Mada, Yogyakarta.
 23. Stoddart, J.J., Hargraves, J.L., Reed, M., Vratil, A., 2001, Managed Care, Professional Autonomy and Income: Effects on Physician Career Satisfaction, *J Gen Intern Med.*, 16(10): 675 – 684.
 24. Thabrany, H., 2000, Rasional pembayaran Kapitasi, Ikatan Dokter Indonesia (IDI), Jakarta.
 25. Sturm, R., 2002, Effect of Managed Care and Financing on Pactice Constraints and Career Satisfaction in Primary Care, *J Am Board Fam Pract*, 15: 367 - 377.
 26. Harris R, Ashcroft A, Burnside G, Dancer J M, Smith D, Grieveson B, 2008, *Facets of Job Satisfaction of Dental Practitioners Working in Different Organizational Settings in England*, British Dental Journal; 204:E1.
 27. Harris R, Burnside G, Ashcroft A, Grieveson B, 2009, *Job Satisfaction of Dental Practitioners Before and After a Change in Incentives and Governance: a Longitudinal Study*, British Dental Journal; 207:E4.
 28. Milsom K M, Threlfall A, Pine K, Tickle M, Blinkhorn A S, Kearney-Mitchell P, 2008, *The Introduction of the New Dental Contract in England – a Baseline Qualitative Assessment*, British Dental Journal; 204:59-62.



LAMPIRAN



**PENGURUS BESAR
PERSATUAN DOKTER GIGI INDONESIA
INDONESIAN DENTAL ASSOCIATION**

Sekretariat : Jl. Utan Kayu Raya No. 46 Jakarta Timur 13120
Telp : + 62 21 85906355
Fax : + 62 21 85906332
PO Box 4541 Jakarta Pusat 10000
Email : pbgdgi@cbn.net.id, Homepage : www.pdgi.or.id

SURAT TUGAS

Nomor : ST 495/PB PDGI/I/2013

Menindaklanjuti Undang-Undang No. 40 Tahun 2004 perihal Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), Undang-Undang No. 24 Tahun 2011 perihal Badan Penjaminan Jaminan Sosial (BPJS), Rekomendasi hasil rapat PB PDGI pada tanggal 10 Januari 2013 dan 15 Januari 2013 di Sekretariat PB PDGI tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), dan Hasil rapat Pembahasan Paket Primer dan Sekunder Kesehatan Gigi dan Mulut pada tanggal 3-5 Desember 2012 di Hotel Kartika Chandra-Jakarta, perlu dibentuk Kelompok Kerja (Pokja) PB PDGI mengenai SJSN. Sehubungan dengan hal tersebut, kami menugaskan nama-nama berikut ini :

Ketua : drg. Naniek Isnaini Lestari, M.Kes	Dewan Pertimbangan
Anggota : Dr. drg. Yosi Kusuma Eriwati, MSi	Ketua Biro Keuangan
Dr. drg. Paulus Januar, MS	Ketua Biro Ortal dan Hukum
Dr. drg. Corputty Johan, Sp.BM	Ketua Dept. Pendidikan&Profesi
drg. Dewi Kartini Sari, M.Kes	Wakil Ketua Departemen Litbang
Dr. drg. Harum Sasanti, Sp.PM	Ketua MKKGI

Sebagai Kelompok Kerja (Pokja) yang bertanggungjawab terhadap tindaklanjut perihal SJSN, mewakili Organisasi Profesi Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PDGI).

Demikian Surat Penugasan ini kami buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jakarta, 18 Januari 2013

**PENGURUS BESAR
PERSATUAN DOKTER GIGI INDONESIA
SEKRETARIS JENDERAL**

KETUA UMUM


Dr. drg. Zaura Anggraeni, MDS
NPA : 1105.104434




drg. Ugan Gandar
NPA : 1105.001341



**PENGURUS BESAR
PERSATUAN DOKTER GIGI INDONESIA
INDONESIAN DENTAL ASSOCIATION**

Sekretariat : Jl. Utan Kayu Raya no. 46 Jakarta Timur 13120
Telp : + 62 21 85906355
Fax : + 62 21 85906332
PO Box 4541 Jakarta Pusat 10000
Email : pbpdgi@cbn.net.id, Homepage : www.pdgi.or.id

SURAT TUGAS

NOMOR: ST 670rev/PB PDGI/IV/2014

Yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Dr. drg. Zaura Anggraeni, MDS
NIP/NPA : 1105.104434
Jabatan : Ketua Umum PB PDGI

Menugaskan nama-namanya tersebut di bawah ini:

1. Nama : Dr. drg. Paulus Januar, MS (Koordinator)
Jabatan : Ketua Biro Hukum PB PDGI
2. Nama : drg. Iwan Dewanto, MMR
Jabatan : Ketua Kolegium Kedokteran Gigi Indonesia
3. Nama : drg. Lia Leita Kania Amalia
Jabatan : Ketua Departemen Penelitian dan Pengembangan PB PDGI
4. Nama : drg. Anggia P. R. Soediro, MM
Jabatan : Anggota Departemen Hubungan Luar Negeri PB PDGI
5. Nama : drg. Naniek Isnaini Lestari, M.Kes
Jabatan : Dewan Pertimbangan PB PDGI

Sebagai perwakilan dari Pengurus Besar Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PB PDGI) dalam Satuan Tugas Profesi untuk Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Surat Tugas ini kami buat untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Jakarta, 01 April 2014

**PENGURUS BESAR
PERSATUAN DOKTER GIGI INDONESIA
KETUA UMUM**



Zaura Anggraeni
Dr. drg. Zaura Anggraeni, MDS
NPA: 1105.104434



REKAPITULASI KEGIATAN PERTEMUAN PB PDGI DALAM PERSIAPAN & PELAKSANAAN SJSN				
NO	PENYELENGGARA	TEMPAT	TANGGAL	KEGIATAN/PERIHAL
1	Subdit Bina Yankes Gilut, Kemenkes RI	Hotel Puri Denpasar	11-Feb-12	Rapat Usulan Kapitasi Yankesgilut dan Analisa Biaya Kesiapan Drg dalam Jaminan Pelayanan Kesehatan
2	Kementerian Kesehatan RI	Hotel Acacia Jakarta	16 Mei '12	Permohonan pembicara roundtable SJSN ; di H. Acacia jakarta
3	Kementerian Kesehatan RI	Bidakra Jakarta	22 Mei '12	Undangan pertemuan rencana strategi pentahapan kepesertaan dalam jaminan kesehatan serial II
4	Kemenkes RI	Hotel Inna Garuda Yogya	20-22 Juni '12	UndanganKoordinasi Penguatan Jaringan pelayanan kesehatan dasar dalam Jamkes mlI dokter pelayanan primer ;
5	PB PDGI	Hotel Inna Garuda Yogya	20-22 Juni 2012	pembahasan tentang Dokter Layanan Primer.
6	Dewan Jaminan Sosial Nasional	Santika Jakarta	8 Okt '12	Undangan Rapat kerja DJSN tentang Provider Payment ;
7	Kementerian Kesehatan RI	Puri Denpasar Jakarta	24 Sept '12	UndanganRapat Perpres tentang Jaminan Kesehatan
8	KementerianKesehatan RI	Leimena Gd	5 Okt '12	UndanganRapat SJSN
9	Kementerian Kesehatan	Hotel Royal Bogor	18-20 Okt 2012	Undangan Seminar Desain Pelayanan Kesehatan primer dalam menghadapi SJSN
10	Kementerian kesehatan RI	Hotel Aryadutta Tangerang	20-22 Nov 2012	UndanganLokakarya Pengembangan Profesi dan Org profesi kesehatan dalam implementasi SJSN Sektor KesehatanTangerang
11	Dewan Jaminan Sosial Nasional	Balai Sudirman, Jakarta	29 Nov '12	Undangan Peluncuran Peta Jalan Jaminan Kesehatan Nasional 2012-2019 oleh Menkokesra
12	Kementerian kesehatan RI	Gedung Kemenkes RI	1-Dec-12	Undangan Pembicara "Pandangan PB PDGI tentang pendidikan KG masa kini dalam menghadapi SJSN"
13	PBPDGI	Gedung Kemenkes RI	1-Dec-12	pembahasan tentang kesepakatan pelayanan bidang kedokteran gigi, yang dihadiri oleh seluruh kolegium di bawah koordinasi PB PDGI.
14	Subdit Bina Yankes Gilut, Kemenkes RI	Hotel Kartika Chandra	3-5 Des 2012	Rapat Usulan Paket Benefit dan JKN utk layanan Primer, Sekunder dan Tersier
15	PB IDI	Kantor PB IDI	31Jjan'13	Undangan Pertemuan Sekretariat Bersama (1) menghidupkan kembali Sekber (2) mendiskusikan isu aktual SJSN I
16	PB IDI	Hotel Balairung	7-Feb-13	pembahasan tentang pembentukan format dokter gigi layanan primer dan perhitungan besaran kapitasi dokter gigi dalam sistem JKN



17	Kementerian Kesehatan RI	Hotel Balairung	7-8 Feb'13 pkl	Undangan Penyusunan NSPK (Pedoman Pelayanan Medik KG pd layanan primer
18	Direktur BPJS	PT Askes	7-Feb-13	Rapat Usulan Kapitasi Yankesgilut dan paket benefit yankesgilut Tk Primer
19	Ketua MKKGI	Hotel Balairung	7-8 Feb 2013	Rapat Penyusunan Panduan Praktek Klinis Kedokteran Gigi pd Yankes Primer, Panduan drg di Fasyankes Primer
20	Kementerian Kesehatan RI	H. Four Season Jakarta	28 Feb - 1 Mar'13	Undangan Workshop Pembiayaan pada fasilitas tingkat pertama dalam implementasi JKN
21	PB IDI	Kantor PB IDI Jakarta	6-Mar-13	Undangan Sarasehan "SJSN - Anugerah ataupun musibah terhadap mutu pelayanan kesehatan bagi masyarakat"
22	Konsil Kedokteran Indonesia	Gedung KKI Jakarta	28 Maret'13	Undangan membuat kesepakatan bersama tentang internship dan pelayanan primer di profesi KG (2)
23	PB PDGI	Hotel Blue Sky Jakarta	4-5 April 2013	Pembahasan tentang penyusunan strata pelayanan kesehatan bidang Kedokteran Gigi di BPJS (pelayanan primer dan INA CBG s)
24	Subdit Bina Yankes Gilut, Kemenkes RI	Hotel Blue Sky, Jakarta	4 – 6 April 2013	Rapat Penyusunan Panduan Praktek Klinis Kedokteran Gigi pd Yankes Primer, Panduan drg di Fasyankes Primer
25	PB IDI	Kantor PB IDI Jakarta	19 April 2013	Undangan Rapat Persiapan pernyataan sikap bersama terhadap pemerintah terkait SJSN
26	Kementerian Kesehatan RI	Gedung Kemenkes RI	18 April 2013	Undangan Rapat Pelayanan Kesehatan Primer
27	Kementerian Kesehatan RI	Gedung Kemenkes RI	24-Apr-13	Undangan Pelayanan Kesehatan Primer
28	PB PDGI	Hotel Puri Denpasar Jakarta	14-15 mei 2013	Pembahasan tentang penyusunan NSPK JKN dan finalisasi usulan besaran kapitasi dokter gigi.
29	Ketua MKKGI/Kolegium Penyakit Mulut	Hotel Royal kuningan, Jakarta	14 – 15 Mei 2013	Rapat Penyusunan Panduan Praktek Klinis Kedokteran Gigi pd Yankes Primer, Pedoman Pengelolaan Penyakit di Tk. Lanjutan
30	PB IDI	Kantor PB IDI Jakarta	12-Jun-13	Undangan Diskusi Publik"SJSN dalam perspektif ekonomi: Premi penerima bantuan luran Jamkes, benarkah akan mengancam fiskal negara?
31	PB IDI	Kantor PB IDI Jakarta	12 Juni'13	Undangan Sekber 5 OP: Persiapan pernyataan sikap terkait SJSN



32	Dewan Jaminan Sosial Nasional RI	Merlynn Park Hotel	2-Jul-13	Undangan Forum Komunikasi Sistem Jaminan Sosial sebagai Program Negara
33	PB PDGI	Gedung Kemenkes RI	8-Jul-13	Undangan Pertemuan dengan Menkes tentang peran dokter gigi dalam pelayanan primer
34	Kementerian Kesehatan RI	Gedung Kemenkes RI	9 Juli 2013	Undangan Pertemuan OP-Menkes RI: Sosialisasi Implementasi SJSN sektor kesehatan berupa JKN
35	Kementerian Kesehatan RI	Gedung Kemenkes RI	11 Juli'13	Undangan Pembahasan "Pelayanan Kesehatan Primer" terkait SJSN
36	Kementerian Kesehatan RI	Hotel Royal Bogor	17-19 Juli 2013	Undangan Semiloka Pembayaran Kapitasi dan Non-Kapitasi pada pemberian pelayanan primer dalam JKN
37	Subdit Bina Yankes Gilut, Kemenkes RI	Hotel Balairung	18 – 20 Juli 2013	Rapat Penyusunan Panduan Praktek Klinis Kedokteran Gigi pd Yankes Primer, Pedoman Pengelolaan Penyakit di Tk. Lanjutan
38	Konsil Kedokteran Indonesia	Hotel Falatehan Jakarta	25-27 Juli'13	Undangan Narasumber Lokakarya Penyusunan Panduan Penjaminan Mutu CPD Kedokteran dalam Penerbitan STR dokter gigi
39	Kemenkes RI	Hotel Bidakara Jakarta	23 Agt 2013	Undangan Presentasi proposal studi jasa pelayanan dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan oleh PT. Kalta Bina Insani
40	PB IDI	JIEXPO Kemayoran	28 Agustus 2013	Undangan Pembicara : Kesiapan PDGI dalam pelaksanaan JKN
41	KEMENKES	Gedung Kemenkes RI	27- 28 Agt 2013	uji coba NSPK Di Kab. Garut
42	PB PDGI	Gedung Kemenkes RI	26-Sep-13	pertemuan P2JK Kementrian Kesehatan dengan pembahasan tentang perhitungan besaran kapitasi JKN
43	PB PDGI	Hotel Puri Denpasar Jakarta	1-Oct-13	Pembuatan naskah akademik dokter gigi pelayanan primer
44	IPROSI Cab Surabaya	Hotel Marriot Surabaya	4-6 Okt 2013	Permohonan SKP 3rd Ind Prosthodontic Scientific Meeting
45	Kemenkes RI	Hotel Puri Denpasar Jakarta	21-22 Okt'13	Undangan Pertemuan Forum Komunikasi Yankes Gilut (Kesiapan Pelayanan Kesehatan Gilut dalam JKN)
46	KEMENKES	Gedung Kemenkes RI	24-26 Okt '2013	Uji coba NSPK Di Kota Aceh
47	Konsil Kedokteran Indonesia	Hotel Bidakara Jakarta	7-Nov-13	Undangan Sarasehan KKI "Kupas Tuntas Dokter Layanan Primer"
48	PB PDGI	Gedung Kemenkes RI	15-Nov-13	Rapat tentang keputusan besaran kapitasi JKN (Permenkes 69 tahun 2013)
49	PB PDGI	Gedung Kemenkes RI	20-22 Nov 2013	Evaluasi NSPK Di Kab. Garut



50	KEMENKES	Hotel Balairung	5-7 Des 2013	Evaluasi NSPK Di Kota Aceh
51	PB PDGI	Hotel Balairung	9-Dec-13	pembahasan tentang finalisasi Pedoman Nasional dokter gigi pelayanan primer
52	Subdit Bina Yankes Gilut, Kemenkes RI	Gedung Kemenkes RI	9-10 Des 2013	Rapat Penyusunan Panduan Praktek Klinis Kedokteran Gigi pd Yankes Primer, Panduan drg di Fasyankes Primer, Pedoman Pengelolaan Penyakit di Tk. Lanjutan
53	Kemenkes RI	Hotel Royal Bogor	13-Dec-13	Undangan Narasumber : Kesiapan Dokter Gigi dalam Pelaksanaan Pelayanan Primer dalam menghadapi JKN 2014;
54	DJSN	Hotel Millenium Jakarta	23-Dec-13	Undangan Workshop "Sinkronisasi penyelenggaraan Jaminan Kesehatan SJSN
55	PB IDI	Kantor PB IDI Jakarta	7 Jan'14	Und Pertemuan Sekber 5 OP : Pembentukan Pusat Krisis JKN
56	PB IDI	Kantor PB IDI Jakarta	14-Jan-14	Deklarasi Satgas Profesi untuk JKN ; Diskusi "Pemantauan dan Peta Jalan Pelaksanaan JKN"
57	Kemenkes RI	Gedung Kemenkes RI	11 Jan'14	Rapat Pembahasan permasalahan pada implementasi JKN
58	Komnas HAM RI	Kantor Komnas HAM Jakarta	22 Januari 2014	Undangan Diskusi terbatas Perkembangan terakhir penyelenggaraan JKN : Peluang dan Hambatan ; Rabu, 22 Januari 2014 pkl. 10.00-12.00WIB di Kantor Komnas HAM Jakarta
59	PB IDI	Kantor PB IDI Jakarta	17-Jan-14	Undangan Satgas JKN : (1) Pembahasan Pengorganisasian dan tata kelola satgas profesi untuk JKN (2) Penyusunan Program Kerja
60	Dewan Jaminan Sosial Nasional RI	BPJS	16 Jan'14	Undangan FGD : Terobosan Hukum Insentif tenaga kesehatan di era JKN
61	Kemenkes RI	Hotel Bidakara Jakarta	20-Jan-14	Undangan Presentasi Hasil Akhir Studi Jasa Pelayanan dalam Penyelenggaraan JKN oleh PT. Kalta Bina Insani
62	Kemenkes RI	Gedung Kemenkes RI	1 Februari 2014	Undangan Evaluasi 1 Bulan Pelaksanaan BPJS JKN
63	Kemenkes RI	Gedung Kemenkes RI	3 Feb'14	Undangan Pertemuan Tindaklanjut Review Tarif INA-CBGs dan permasalahan lain terkait JKN
64	BPJS	Hotel Lumiere Jakarta	24 Feb'14	Undangan Rapat Konsynasi Pembentukan Tim & Penyempurnaan Konsep Kendali Mutu dan Biaya Pelayanan Kesehatan dalam Program JKN



65	Kementerian Kesehatan RI	Hotel Marriot Jakarta	20 Feb '14	Undangan Rapat Pembahasan Lanjutan Insentif Tetap bagi Tenaga Kesehatan di Faskes dalam rangka JKN
66	DJSN	Gd. Nusantara DPRRI	27 Feb '14	Undangan Forum Komunikasi SJSN Kerjasama dg IAKMI "Implementasi BPJS Kesehatan : Permasalahan dan Solusinya
67	Sekber 5 OP	Garuda Plaza Medan	8-Mar-14	Undangan Sosialisasi dan Pembentukan Satgas JKN Prov. Sumatera Utara
68	Sekber 5 OP	Samarinda	22-Mar-14	Undangan Sosialisasi dan Pembentukan Satgas JKN Prov. Kaltim
69	Kemenkes RI	Hotel Balairung	26-Mar-14	Undangan pembahasan tentang Monitoring dan evaluasi pelaksanaan JKN dan revisi NSPK
70	Kemenkes RI	Hotel Balairung	8-9 Mei 2014	Undangan pembahasan tentang NSPK dan penyusunan Monitoring Evaluasi NSPK
71	Sekber 5 OP	Hotel Aston ,Padang	17 Mei 2014	Undangan Sosialisasi dan pembentukan Satgas JKN Prov. Sumatra Barat

