BPJS Kesehatan
Badan Penyelenggara Jaminan Sosial

LAPORAN KAJIAN

PENGEMBANGAN SISTEM PEMBAYARAN PELAYANAN GIGI DALAM PROGRAM JKN KIS

Pusat Studi PKMK dan KPMAK
Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan
Universitas Gadjah Mada
Tahun 2018

LAPORAN KAJIAN

PENGEMBANGAN SISTEM PEMBAYARAN PELAYANAN GIGI DALAM PROGRAM JKN-KIS

Pusat Studi PKMK dan KPMAK

Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan

Universitas Gadjah Mada

Tahun 2018

KATA PENGANTAR

Puji syukur Tim Penulis panjatkan kepada Tuhan Yang Maha Esa, karena atas kehendak-Nya lah **"Pengembangan Sistem Pembayaran Pelayanan Gigi Dalam Program JKN-KIS"** di Indonesia telah selesai dilaksanakan. Tujuan penelitian/ kajian ini adalah Tujuan umum penelitian adalah mengembangkan sistem pembayaran pelayanan gigi dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di FKTP milik Pemerintah dan Swasta.

Dana Kapitasi yang dibayarkan oleh BPJS Kesehatan kepada FKTP merupakan amanah masyarakat Indonesia yang selayaknya dapat dimanfaatakan semaksimal mungkin dengan transparan, efisien dan akuntabel. Harapan positif dengan adanya kajian Pengembangan Sistem Pembayaran Pelayanan Gigi Dalam Program JKN-KIS yaitu terjalinnya koordinasi, komunikasi, integrasi dan sinergi diantara para pengambil kebijakan baik Pemerintah, BPJS Kesehatan dan pemberi pelayanan. Hal ini menjadi tantangan tersendiri mengingat keadaan Negara Indonesia yang dipengaruhi oleh kondisi politik, demografi, variasi pemasalahan kesehatan di daerah, dan keunikan budaya lokal.

Dalam kesempatan ini ucapan terima kasih kami sampaikan kepada yang terhormat:

1. Direktur Utama BPJS Kesehatan
2. Deputi Direksi Bidang Riset dan Pengembangan BPJS Kesehatan
3. Deputi Direksi Bidang Jaminan Pembiayaan Kesehatan Primer BPJS Kesehatan
4. Kepala dan Staf Kantor Cabang BPJS Kesehatan Daerah Studi
5. Gubernur, Bupati/Walikota Kabupaten/ Kota Daerah Studi
6. Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan (PKMK) FKKMK UGM
7. Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Manajemen Asuransi Kesehatan (KPMAK) FKKMK UGM
8. dan semua pihak yang tidak bisa kami sebutkan satu persatu yang telah memberikan dukungan dalam melakukan kajian ini.

Kami menyadari bahwa dalam Hasil Kajian dan Rekomendasi yang diberikan masih belum sempurna. Oleh karena itu, kami mengharapkan kritik dan saran yang membangun agar dapat lebih baik lagi di masa yang akan datang.

Yogyakarta, 20 Oktober 2018

Dr. drg. Yulita Hendrartini,M.Kes
Ketua Tim Peneliti

PERNYATAAN

Kajian ini didanai oleh BPJS Kesehatan sebagai bentuk monitoring dan evaluasi program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) tahun 2018 di Indonesia. Dr. drg. Yulita Hendrartini sebagai ketua tim peneliti mewakili Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan (PKMK) dan Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Manajemen Asuransi Kesehatan (KPMAK), Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat, dan Keperawatan Universitas Gadjah Mada mengucapkan terima kasih kepada BPJS Kesehatan khususnya Kedeputian Riset dan Pengembangan dan seluruh tim peneliti Kajian Pengembangan Sistem Pembayaran Pelayanan Gigi Dalam Program JKN-KIS Tahun 2018 yang telah bekerja sama dengan baik selama pelaksanaan studi.

DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....iii
PERNYATAAN.....iv
DAFTAR ISI.....v
DAFTAR TABEL.....vii
DAFTAR GAMBAR.....viii
DAFTAR SINGKATAN.....ix
RINGKASAN EKSEKUTIF.....xi
BAB I PENDAHULUAN.....1
- **A. Latar Belakang**.....1
- **B. Tujuan Kajian**.....3
- **C. Manfaat Kajian**.....4

BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....5
- **A. Pelayanan Gigi JKN-KIS**.....5
- **B. Kompetensi Dokter Gigi**.....7
- **C. Sistem Pembayaran pada Pelayanan Kesehatan Gigi**.....8
- **D. Gambaran Pembiayaan Gigi JKN-KIS**.....10
- **E. Sustainibilitas JKN-KIS**.....13
- **F. Kerangka Konsep**.....14
- **G. Pertanyaan Kajian**.....14

BAB III METODOLOGI PENELITIAN.....17
- **A. Jenis dan Rancangan Kajian**.....17
- **B. Subyek dan Sampel Kajian**.....18
- **C. Etika Kajian**.....19
- **D. Kriteria Inklusi dan Ekslusi Kajian**.....19
- **E. Kelemahan Kajian**.....20
- **F. Tahapan Pelaksanaan Kajian**.....25
- **G. Metoda Pengumpulan Data**.....26
- **H. Lingkup Pelaksanaan Kegiatan**.....26
- **I. Jadwal Pelaksanaan Kegiatan**.....28

BAB IV HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN.....31
- **A. Hasil Penelitian**.....31
  - **1. Gambaran Pelayanan Gigi di FKTP**.....31
  - **2. Kendala - Kendala Pelayanan Gigi di FKTP**.....40

3. Alternatif Sistem Pembayaran Pelayanan Gigi di FKTP..... 50
4. Sudut Pandang Stakeholder untuk Pelayanan Gigi.....51
5. Simulasi Sistem Pembayaran Pelayanan Gigi.....54
6. Sistem Pembayaran Pelayanan Gigi di Negara Lain.....59
7. Potensi Iur Biaya di Pelayanan Gigi..... 64
8. Kompetensi Dokter Gigi di Pelayanan Gigi.....65
9. Alternatif Pengembangan Sistem Pembayaran Pelayanan Gigi.....66
B. Pembahasan.....73
Bab V Kesimpulan dan Rekomendasi.....79
A. Kesimpulan.....79
B. Rekomendasi.....81
Daftar Pustaka.....83

DAFTAR TABEL

Tabel 1. Besaran Kapitasi Pelayanan Kesehatan Gigi Usulan PDGI..... 10
Tabel 2. Simulasi Perhitungan Kapitasi Pelayanan Kesehatan Gigi..... 12
Tabel 3. Simulasi Perhitungan Kapitasi Pelayanan Kesehatan Gigi..... 12
Tabel 4. Daerah Kajian..... 18
Tabel 5. Pemetaan Tujuan, Luaran, Metoda Pengambilan Data, Sasaran, dan Sampel..... 21
Tabel 6. Jadwal Pelaksanaan Kegiatan Penelitian..... 28
Tabel 7. Jumlah FKTP, Peserta JKN, Proporsi Jumlah Peserta..... 32
Tabel 8. Kelompok Peserta Praktik Gigi Perorangan..... 34
Tabel 9. Diagnosa Pelayanan Gigi Kajian 2018..... 35
Tabel 10. Rasio Utilisasi Tahun 2017..... 37
Tabel 11. Beban Kerja Tahun 2017..... 37
Tabel 12. Rasio Rujukan Tahun 2017..... 39
Tabel 13. Rerata Ketersediaan Peralatan Medis di Fasiliats Kesehatan Daerah Studi..... 44
Tabel 14. Ketersedian Obat–Obatan Pelayanan Kesehatan Gigi Faskes Daerah Studi..... 45
Tabel 15. Pengetahuan Peserta JKN terhadap Pelayanan Gigi yang Dijamin JKN..... 48
Tabel 16. Kendala Pelaksanaan Pelayanan Gigi Era JKN..... 48
Tabel 17. Tarif Pelayanan Gigi di FKTP Yang Melakukan Pelayanan Gigi..... 53
Tabel 18. Sumber Data Simulasi Perhitungan Sistem Pembayaran Pelayanan Gigi..... 54
Tabel 19. Hasil Simulasi Metode Fee For Service dengan Tarif Paket..... 55
Tabel 20. Hasil Simulasi Metode *Fee For Service* dengan Pagu Maksimal (Plafon)..... 56
Tabel 21. Hasil Simulasi Gigi dengan Metode Kapitasi Berbasis Kinerja (*pay per formance*) 57
Tabel 22. Hasil Simulasi Metode Kapitasi dengan Iur Biaya (*cost sharing*)..... 58
Tabel 23. Skema Pembiayaan Praktek Dokter Gigi dalam Sistem *UHC*..... 59
Tabel 24. Gambaran Kesediaan Pasien Gigi untuk Iur Biaya..... 64
Tabel 25. Kelebihan dan Kelemahan Skema Pembayaran..... 68
Tabel 26. Kekuatan dan Kelemahan Sistem Pembayaran Kapitasi..... 70
Tabel 27. Kelebihan dan Kekurangan Metode Pembayaran Prospektif..... 71
Tabel 28. Metode Pembayaran *Provider* dan Insentif Indikatif untuk Tindakan *Provider*..... 72

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. Kerangka Konsep Penelitian..... 14

Gambar 2. Tahapan Pelaksanaan Penelitian..... 25

Gambar 3. Sebaran Peserta FKTP dengan Pelayanan Gigi..... 31

Gambar 4. Distribusi Kepesertaan di Klinik Pratama.....33

Gambar 5. Rasio Utilisasi Tahun 2017 berdasarkan Provinsi..... 36

Gambar 6. Rasio Rujukan Pasien Pelayanan Gigi..... 38

Gambar 7. Kepuasan Pasien yang Sudah Pernah Mendapatkan Pelayanan Gigi.....39

Gambar 8. Tumpang Tindih Regulasi Pelayanan Gigi Era JKN.....43

Gambar 9. Kepuasan Dokter Gigi..... 46

Gambar 10. Alasan Peserta Belum Menggunakan Pelayanan Gigi di FKTP..... 47

Gambar 11. Biaya Prothesa Tahun 2017..... 54

DAFTAR SINGKATAN

Asklin	: Asosiasi Klinik
BLUD	: Badan Layanan Umum Daerah
BPJS Kesehatan	: Badan Penyelenggaran Jaminan Sosial Kesehatan
BUK	: Bina Upaya Kesehatan
CoP	: *Community of Practice*
DJSN	: Dewan Jaminan Sosial Nasional
DMF-T	: Indeks Karies Gigi
DRG	: *Diagnosis Related Group*
DPP	: Dokter Praktek Perorangan
Faskes	: Fasilitas Kesehatan
FFS	: *Fee For Service*
FGD	: *Focus Group Discussion*
FKTP	: Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama
FKTL	: Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut
FKKMK	: Fakultas Kedokteran Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan
IDI	: *Indepth Interview*
INA-CBGs	: Indonesia *Case Based Groups*
JKN	: Jaminan Kesehatan Nasional
JKN-KIS	: Jaminan Kesehatan Nasional – Kartu Indonesia Sehat
KBK	: Kapitasi Berbasis Komitmen
KC	: Kantor Cabang
Kemenkes	: Kementerian Kesehatan
KPMAK	: Kebijakan Pembiayaan dan Manejemen Asuransi Kesehatan
LC	: *Light Curing*
Menkes	: Menteri Kesehatan
MoU	: *Memorandum of Understanding*
NHI	: *National Health Insurance*
PB	: Pengurus Besar
P-Care	: Puskesmas Care
PDGI	: Persatuan Dokter Gigi Indonesia
Permenkes	: Peraturan Menteri Kesehatan
PHC	: *Primary Health Care*
PKP	: Pelayanan Kesehatan Primer
PKMK	: Pusat Kebijakan dan Manejemen Kesehatan
PKS	: Perjanjian Kerjasama
P2JK	: Pusat Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan
PSA	: Perawatan Saluran Akar
Puskesmas	: Pusat Kesehatan Masyarakat
Riskesdas	: Riset Kesehatan Dasar
RJTL	: Rawat Jalan Tingkat Lanjut
RS	: Rumah Sakit

SDM	: Sumber Daya Manusia
SE	: Surat Edaran
SHI	: *Social Health Insurance*
SJSN	: Sistem Sosial Jaminan Nasional
SK	: Surat Keputusan
Sukesnas	: Survei Kesehatan Nasional
UCS	: *Universal Coverage Scheme*
UGM	: Universitas Gdjah Mada
UHC	: *Universal Health Coverage*
WHO	: *World Health Organization*

RINGKASAN EKSEKUTIF

Latar belakang

Pelayanan kesehatan gigi di era JKN masih terdapat tantangan dalam pelaksanaannya. Sistem pembayaran dengan model kapitasi di beberapa fasilitas kesehatan dianggap belum memenuhi indikator seperti indikator kesejahteraan pelaku pelayanan dan indikator mutu yang dihasilkan dari pelayanan tersebut. Pelayanan gigi pada fasilitas kesehatan tingkat primer (FKTP) sangat penting sebagai upaya pencegahaan dini. Keberadaan dokter gigi di tingkat primer diharapkan mampu menghapus hambatan masyarakat dalam mengakses layanan gigi dan meningkatkan status kesehatan gigi masyarakat di Indonesia. Organisasi profesi dokter Gigi menyimpulkan bahwa masalah kesehatan gigi termasuk kasus yang banyak terjadi di masyarakat Indonesia, memerlukan biaya relatif tinggi, dan terdapat variasi dalam pengelolaannya, sehingga perlu dimasukkan dalam pelayanan primer atau *Gate Keeper*.

Dalam implementasi kerjasama dengan dokter gigi masih ditemukan kendala dalam distribusi dokter gigi dan sistem pembayaran pelayanan gigi, antara lain: distribusi dokter gigi yang tidak merata menyebabkan belum semua peserta terdaftar di praktik dokter gigi, belum optimalnya kepatuhan terhadap Permenkes Nomor HK.02.02/MENKES/62/2015 tentang panduan praktik klinis bagi dokter gigi. Akibatnya, ditemukan pelayanan gigi yang dirujuk ke FKTL meskipun seharusnya tuntas di FKTP dan belum ada kesesuaian dengan total jumlah diagnosis yang ditetapkan dengan diagnosis di dalam panduan praktek klinis pelayanan gigi, biaya rawat jalan tingkat lanjut (RJTL) yang nilainya hampir sama dengan besaran kapitasi. Hal ini mengindikasikan belum optimalnya pelayanan gigi di tingkat primer, biaya RJTL gigi lebih besar pada klinik yang memiliki dokter gigi dibandingkan klinik yang tidak memiliki dokter gigi. Indikasi ini menunjukkan pelayanan gigi di klinik yang memiliki dokter gigi perlu direview pelaksanaan dan skema pembayarannya, beban kerja pelayanan gigi terlalu besar sebagai dampak distribusi dokter gigi terbatas dan kapasitas dokter gigi melayani peserta dalam satu hari dan persepsi terhadap nilai ekonomian besaran kapitasi yang terlalu rendah.

Metode Kajian

Jenis penelitian adalah observasional deskriptif dengan rancangan *cross sectional* yang bertujuan untuk mengembangkan sistem pembayaran pelayanan gigi dalam program JKN-KIS. Variabel pada kajian ini dianalisis dengan menggunakan pendekatan kuantitatif dan kualitatif. Metode *descriptive analysis* digunakan untuk

menganalisis data kualitatif. Data kualitatif diperoleh dari wawancara mendalam/*In-Depth Interview* (IDI) dan *Focus Group Discussion* (FGD). Sedangkan analisis data sekunder dan data kuantitatif dari survei dan observasi menggunakan analisis *pivot table*. Untuk melengkapi kajian ini dilakukan *desk literature* dan *review* (*best practices*) di beberapa negara melalui kajian literatur. Penelitian ini dilakukan di 6 kabupaten kota yang dipilih dengan *purposive sampling* dengan mempertimbangkan tingkat utilisasi rawat jalan tingkat pertama yang rendah dan rasio rujukan yang tinggi. Responden terdiri dari 60 FKTP (puskesmas, dpp, dan klinik pratama), 60 dokter gigi, 228 peserta JKN yang sudah mendapatkan pelayanan kesehatan gigi, dan 60 peserta JKN yang belum pernah mendapatkan pelayanan kesehatan gigi.

Hasil Kajian

Gambaran pelayanan gigi di FKTP menunjukkan kenaikan kunjungan, namun di dalam kajian yang dilakukan menemukan perbedaan persepsi jumlah kunjungan antara pencatatan dari BPJS Kesehatan berdasarkan *P-Care* dengan persepsi dokter gigi hasil wawancara mendalam. Hal ini ditunjukkan dengan rasio utilisasi yang rendah menunjukkan angka 0,49% - 1,5% menurut data BPJS Kesehatan. Berbagai hal yang menyebabkan rendahnya rasio utilisasi seperti tidak terinputnya data kunjungan ke sistem *P-Care* karena berbagai faktor. Salah satunya adalah pelayanan gigi yang dilakukan memerlukan tindakan yang lebih dari satu kali kunjungan dan dalam sistem *P-Care.* Hal ini belum direspon dengan maksimal oleh *P-Care* yang tidak menyediakan beberapa diagnosa seperti yang terdapat pada ICD-10. Hasil temuan di lapangan, terdapat indikasi banyaknya peserta mendapatkan rujukan perawatan gigi melalui FKTP yang tidak memiliki dokter gigi (rujukan perawatan gigi dilakukan oleh dokter layanan primer), kontrak BPJS Kesehatan dengan FKTP yang belum menyertakan 9 jenis tindakan. Tindakan Perawatan Saluran Akar (PSA), scaling, dan prothesa merupakan tindakan terbatas yang dilakukan oleh sebagian dokter gig tidak dilakukan di Puskesmas karena berbiaya tinggi dan membutuhkan peralatan yang tidak ada di FKTP. Hasil survei kepuasan dokter gigi menyatakan sikap "biasa saja" (46%) atas pembayaran metode kapitasi, salah satu faktornya karena tidak meratanya distribusi kepesertaan, perpindahan kepesertaan, dan jumlah kepesertaan yang kecil di suatu fasilitas kesehatan). Hasil survei kepada peserta JKN yang sudah pernah mendapatkan pelayanan gigi menunjukkan bahwa peserta bersedia melakukan iur biaya untuk optimalisasi pelayanan kesehatan gigi. Besaran iur biaya bervariasi untuk setiap jenis tindakan. Simulasi sistem pembayaran berdasarkan data sekunder memberikan beberapa alternatif yang perlu diujicobakan yaitu *fee for service* dengan tarif paket, *fee for service* yang dikombinasi dengan pagu maksimal (plafon), kapitasi berbasis kinerja (p*ay for performance*), kapitasi dengan iur biaya dan *global budget. Literatur review*

terhadap beberapa alternatif tersebut perlu dilakukan untuk mendapatkan informasi kelebihan dan kelemahan alternatif yang akan diujicobakan.

Kesimpulan dan Rekomendasi

Gambaran umum FKTP pelayanan gigi daerah studi memiliki dokter gigi dan sarana prasarana fasilitas kesehatan sesuai standar dengan obat – obatan yang tersedia. Rerata rasio utilisasi berdasarkan analisis data sekunder masih relatif rendah. Permasalahan rendahnya kunjungan karena sistem *P-Care* belum sepenuhnya termanfaatkan dan membutuhkan penyempurnaan pada sistem *P-Care* terkait diagnosa dan tindakan pelayanan gigi. Rerata beban kerja klinik pratama perhari (4 pasien/ hari). Mayoritas FKTP klinik dan dokter praktek perorangan sudah melakukan 41 diagnosa, untuk puskesmas terdapat 6 diagnosa yang belum dapat dikerjakan karena masalah obat dan bahan BMHP. Rerata rasio rujukan di fasilitas kesehatan yang menjadi tempat kajian sebesar 9,95%. Persepsi responden dokter gigi terhadap nilai keekonomian besaran kapitasi sangat kecil dan tidak menguntungkan dokter gigi saat ini. Sehingga alternatif skema pembiayaan untuk pelayanan gigi primer dalam JKN selain menggunakan kapitasi yaitu *fee for service* dengan tarif paket, *fee for service* yang dikombinasi dengan pagu maksimum (plafon), kapitasi berbasis kinerja (*pay for performance*), kapitasi dengan iur biaya dan *global budget*.

Rekomendasi untuk sistem pembayaran yang lebih adil, transparan, dan akuntabel yang perlu diujicobakan yaitu sistem pembayaran *fee for service* dengan pagu maksimal (plafon) dan kombinasi *cost sharing*. Pelayanan gigi dapat berjalan optimal dan baik apabila BPJS Kesehatan melakukan tinjauan ulang pada model pembayaran kapitasi ke dokter gigi, bukan hanya besarannya tetapi juga mekanismenya, ujicoba pembayaran model lain, merevisi kontrak, dan memperbaiki sistem *P-Care.* Payung hukum perlu disediakan oleh Kementerian Kesehatan seperti pelayanan prothesa di Puskesmas, petunjuk teknis pembagian kapitasi antara klinik dengan dokter praktek mandiri, dan memberikan kewenangan organisasi profesi (PDGI) untuk mengatur tempat praktek (memetakan tempat praktek atau jumlah praktek dokter gigi) dan distribusi dokter gigi (standar jumlah peserta yang dilayani oleh setiap satu dokter gigi) yang tujuannya untuk mengatur pemerataan dokter gigi.

BAB I
PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Komitmen negara-negara anggota dari *World Health Organization* (WHO) dalam mewujudkan *universal health coverage* (UHC) sudah dimulai sejak tahun 2005. WHO (2013) dalam *The World Health Report 2013: Research for Universal Health Coverage* juga kembali menegaskan bahwa komitmen tersebut merupakan mekanisme yang dapat memperkuat sistem kesehatan nasional. Komitmen ini juga dilaksanakan oleh bangsa Indonesia melalui Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). JKN adalah bagian Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang dilaksanakan bertahap oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan menuju *universal coverage*. Penyelenggaraan JKN sejak 1 Januari 2014 ini membawa reformasi, baik dari aspek regulasi, kepesertaan, paket manfaat dan iuran, pelayanan kesehatan, keuangan, maupun kelembagaan dan organisasi. Salah satu manfaat yang diberikan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) adalah pelayanan gigi. Pelayanan ini termasuk dalam pelayanan komprehensif yang meliputi promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif yang tertuang pada Undang-Undang No. 40 Tahun 2004.

Pelayanan gigi pada fasilitas kesehatan tingkat primer (FKTP) sangat penting sebagai upaya pencegahan dini. Keberadaan dokter gigi di tingkat primer diharapkan mampu menghapus hambatan masyarakat dalam mengakses layanan gigi dan meningkatkan status kesehatan gigi masyarakat di Indonesia. Apabila melihat hasil Riskesdas (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, Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PDGI, 2014) menyimpulkan bahwa masalah kesehatan gigi termasuk kasus yang banyak terjadi di masyarakat Indonesia, memerlukan biaya relatif tinggi, dan terdapat variasi dalam pengelolaannya, sehingga perlu dimasukkan dalam pelayanan primer atau *Gate Keeper*. PDGI (2014) menegaskan bahwa posisi Dokter Gigi dalam sistem pelayanan kesehatan di Indonesia memang penting dimasukkan dalam sistem pelayanan primer dan menjadi *gate keeper* dalam pelaksanaan sistem JKN.

Hasil Surkesnas 1998 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 menjadi besar.

Prinsip kendali biaya dan kendali mutu adalah salah satu prinsip dalam penyelenggaraan JKN-KIS dengan titik berat pada pelayanan kesehatan yang efisien dan efektif sehingga dalam merancang sistem perlu untuk memperhatikan beberapa aspek penting, di antaranya:

1. Jenis manfaat yang ditawarkan
2. Ketersediaan fasilitas pelayanan kesehatan
3. Sistem pembayaran yang efisien.

Sistem pembayaran dokter gigi primer sebagaimana diatur dalam Pasal 39 Peraturan Presiden Nomor 12 tahun 2013 adalah dengan menggunakan pembayaran model kapitasi. Tarif kapitasi dihitung berdasarkan jumlah peserta terdaftar tanpa memperhitungkan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diberikan. Besaran kapitasi untuk pelayanan kesehatan gigi primer dalam program JKN-KIS yang ditetapkan oleh pemerintah adalah sebesar Rp 2.000 per orang per bulan (Permenkes No. 69/2013) dengan jumlah kepesertaan yang ideal berkisar antara 8.000–10.000 peserta. Dalam implementasi kerjasama dengan dokter gigi masih ditemukan kendala dalam distribusi dokter gigi dan sistem pembayaran pelayanan gigi, antara lain:

1. Distribusi dokter gigi yang tidak merata menyebabkan belum semua peserta terdaftar di praktik dokter gigi.
2. Belum optimalnya kepatuhan terhadap Permenkes Nomor HK.02.02/MENKES/62/2015 tentang panduan praktik klinis bagi dokter gigi. Akibatnya, ditemukan pelayanan gigi yang dirujuk ke FKTRL meskipun seharusnya tuntas di FKTP dan belum ada kesesuaian dengan total jumlah diagnosis yang ditetapakan dengan diagnosis di dalam panduan praktek klinis pelayanan gigi
3. Biaya rawat jalan tingkat lanjut (RJTL) yang nilainya hampir sama dengan besaran kapitasi. Hal ini mengindikasikan belum optimalnya pelayanan gigi di tingkat primer.
4. Biaya RJTL gigi lebih besar pada klinik yang memiliki dokter gigi dibandingkan klinik yang tidak memiliki dokter gigi. Hal ini menunjukkan pelayanan gigi di klinik yang memiliki dokter gigi perlu direview pelaksanaan dan skema pembayarannya.

5. Beban kerja pelayanan gigi terlalu besar sebagai dampak distribusi dokter gigi terbatas dan kapasitas dokter gigi melayani peserta dalam satu hari apabila dipetakan untuk pelayanan bagi seluruh peserta JKN-KIS.
6. Persepsi terhadap nilai ekonomian besaran kapitasi terlalu rendah.

Kendala-kendala di atas berpotensi menurunkan optimalisasi pelayanan gigi terhadap peserta yang terganggu status kesehatan peserta dan berdampak pada meningkatnya biaya pelayanan kesehatan. Kendala tersebut dapat disebabkan adanya pembatasan pengobatan akibat skema pembayaran kapitasi (Grumbach K. et.al, 2003). Sistem pembayaran kapitasi dapat mendorong dokter gigi untuk mengurangi pemberian layanan kesehatan (Christianson J. et.al, 2007). Adanya pembayaran pelayanan gigi di FKTL yang seharusnya dapat tuntas di FKTP mengindikasikan adanya pembayaran ganda (*double payment*) dari pembayaran pelayanan gigi di FKTP dan FKTL. Idealnya, nilai kapitasi harus mencakup seluruh risiko pembiayaan pelayanan kesehatan yang seharusnya dituntaskan di FKTP.

Best Practice dari negara lain, benefit pelayanan gigi diberikan di tingkat lanjut atau bahkan dikeluarkan dari benefit jaminan kesehatan dan dikelola secara terpisah. Salah satu alasannya adalah biaya perawatan gigi yang mahal, unik dan lebih banyak menekankan pada perawatan yang bersifat preventif, kuratif, dan rehabilitatif. Sesuai salah satu fungsi dan tugas dari BPJS Kesehatan untuk mengembangkan teknis operasionalisasi sistem pembayaran pelayanan kesehatan dalam rangka meningkatkan efisiensi dan efektivitas, maka dipandang perlu untuk melakukan kajian pengembangan sistem pembayaran untuk pelayanan kesehatan gigi dalam mengoptimalkan FKTP sebagai *gate keeper*, mengendalikan pembiayaan FKTP dan tidak meningkatkan pembiayaan FKTL.

B. Tujuan Kajian

1. Tujuan Umum

   Tujuan umum kajian ini adalah mengembangkan sistem pembayaran pelayanan gigi dalam program Jaminan Kesehatan Nasional Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS).

2. Tujuan Khusus

   Tujuan khusus ini dijabarkan dalam beberapa tujuan yang lebih detail yaitu:

   a. Tergambarkannya pelayanan gigi di FKTP dari aspek ketersediaan sarana dan prasarana dan pemanfaatan pelayanan gigi oleh peserta.
   b. Terindentifikasi gambaran dan kendala dalam implementasi sistem pembayaran kapitasi untuk pelayanan gigi di FKTP saat ini terutama tentang cakupan jumlah diagnosis sesuai panduan praktis, beban kerja dokter gigi dan persepsi nilai keekonomian besaran kapitasi.

c. Tersedianya skema alternatif metode sistem pembayaran untuk pelayanan gigi di FKTP.
d. Tersedianya sudut pandang stakeholder, peserta, FKTP dan penyelenggara (BPJS Kesehatan).
e. Tersedianya simulasi pembiayaan dari sistem pembayaran pelayanan gigi yang optimal untuk FKTP dengan mempertimbangkan ketersediaan dana dan kesinambungan program JKN.
f. Tersedianya rekomendasi sistem pembayaran pelayanan gigi yang paling optimal bagi manajemen sebagai dasar pertimbangan kebijakan Sistem Pembayaran Pelayanan Gigi yang lebih efektif dan efisien.
g. Tergambarkannya potensi iur biaya dari peserta JKN-KIS untuk pelayanan gigi spesifik di FKTP
h. Teridentifikasi kompetensi dokter gigi primer JKN-KIS yang disesuaikan dengan ketersediaan sarana dan prasarana
i. Alternatif pengembangan sistem pembayaran pelayanan gigi non kapitasi

C. Manfaat Kajian

Kajian ini bermanfaat untuk:

1. Bukti ilmiah agar menjadi dasar pertimbangan dalam perumusan kebijakan dan pengambilan keputusan oleh Pemerintah, Kementerian Kesehatan dan BPJS Kesehatan untuk Pelayanan Kesehatan Gigi dalam program JKN-KIS.
2. Penguatan jaringan kerjasama antar sektor dalam penyelenggaraan JKN-KIS termasuk kerjasama dengan PDGI.
3. Bukti ilmiah agar menjadi dasar bagi Pemerintah Daerah dan Dinas Kesehatan dalam memperkuat Pelayanan Kesehatan Gigi baik di tingkat primer maupun sekunder.
4. Bahan pembelajaran dan peningkatan kapasitas dokter gigi dalam pengembangan keilmuan dan pelayanan kesehatan gigi.

BAB II
TINJAUAN PUSTAKA

A. Pelayanan Gigi JKN-KIS

Indonesia merupakan sebuah negara dengan jumlah penduduk yang cukup besar. Berdasarkan sensus penduduk tahun 2014, jumlah penduduk Indonesia adalah 255.461.700 jiwa (BPS, 2014). Jumlah ini menempatkan Indonesia sebagai negara dengan jumah penduduk terbesar ke-4 di dunia. Permasalahan kesehatan pada negara dengan jumlah penduduk yang begitu besar, tentunya memerlukan perhatian dan manajemen pelayanan kesehatan yang baik. Berdasarkan hasil Riset Kesehatan Dasar (Riskesdas) Kementerian Kesehatan tahun 2013, diketahui bahwa 25,9% penduduk Indonesia mengalami permasalahan gigi dan mulut, dan dari penduduk yang mengalami permasalahan gigi dan mulut tersebut, hanya sejumlah 31,1% yang menerima perawatan atau pengobatan dari tenaga kesehatan gigi. Selain itu, indeks karies (DMF-T)/angka pengalaman karies gigi pada penduduk adalah sebesar 4,6 yang mengindikasikan bahwa setiap penduduk pulau Jawa, rata-rata memiliki 5 gigi yang berlubang dimana hal ini termasuk dalam kategori 'tinggi' berdasarkan kriteria WHO (1980). Nilai rujukan persentase penduduk 10 tahun ke atas di pulau Jawa yang berperilaku benar menggosok gigi (dikategorikan berperilaku benar dalam menggosok gigi bila seseorang mempunyai kebiasaan menggosok gigi setiap hari dengan cara yang benar, yaitu dilakukan pada saat sesudah makan pagi dan sebelum tidur malam) adalah hanya sebesar 2,3%. Hal ini mengindikasikan bahwa sebagian besar penduduk Indonesia belum memiliki pengetahuan dan kesadaran tentang kesehatan gigi dan mulut yang baik dan benar (Kementerian Kesehatan, 2013).

Menurut Direktorat BUK Dasar Kemenkes RI (2013), Pelayanan Kedokteran Gigi Primer adalah suatu pelayanan kesehatan dasar paripurna dalam bidang kesehatan gigi dan mulut yang bertujuan untuk meningkatkan status kesehatan gigi dan mulut setiap individu dalam keluarga binaannya. Adapun prinsip pelayanan kedokteran gigi primer, antara lain : kontak pertama, layanan bersifat pribadi, pelayanan paripurna, paradigma sehat, pelayanan berkesinambungan, koordinasi dan kolaborasi, serta *family and community oriented*. 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:

1. Penyakit yang paling sering terjadi atau banyak terjadi.
2. Penyakit yang memiliki resiko tinggi.
3. Penyakit yang memerlukan biaya tinggi.

4. Penyakit yang terdapat variasi dalam pengelolaannya

Pelayanan Kedokteran Gigi Primer adalah suatu pelayanan kesehatan dasar paripurna dalam bidang kesehatan gigi dan mulut yang bertujuan untuk meningkatkan status kesehatan gigi dan mulut setiap individu dalam keluarga binaannya. (Panduan Dokter Gigi di Faskes Primer, Direktorat BUK Dasar Kemenkes RI, 2013). Peserta BPJS Kesehatan mendapatkan pelayanan gigi di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) maupun di Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKTL) yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. FKTP meliputi dokter gigi di Puskesmas, klinik, dan praktek mandiri/ perorangan dan FKTL meliputi dokter gigi spesialis/ sub spesialis. Adapun cakupan pelayanan gigi dalam program JKN-KIS, antara lain:

1. Administrasi pelayanan, meliputi biaya adminsitrasi pendaftaran peserta untuk berobat, penyediaan dan pemberian surat rujukan ke faskes lanjutan untuk penyakit yang tidak dapat ditangani di fasket tingkat pertama.
2. Pemeriksaan, pengobatan, dan konsultasi medis
3. Premedikasi
4. Kegawatdaruratan oro-dental
5. Pencabutan gigi sulung (topikal, infiltrasi)
6. Pencabutan gigi permanen tanpa penyulit
7. Obat pasca ekstraksi
8. Tumpatan komposit/ GIC
9. Skeling gigi (1x dalam setahun)

Sedangkan

Panduan Pelaksanaan Pelayanan Dokter Gigi dalam Sistem Jaminan Kesehatan Nasional (PDGI, 2014) memberikan gambaran manfaat pelayanan kesehatan gigi primer adalah sebagai berikut:

1. Konsultasi
2. Pencabutan gigi sulung
3. Pencabutan gigi permanen
4. Tumpatan dengan Resin Komposit (tumpatan sinar)
5. Tumpatan dengan Semen Ionomer Kaca
6. *Pulp capping* (proteksi pulpa)
7. Kegawatdaruratan Oro-dental
8. *Scaling* (pembersihan karang gigi) dibatasi satu kali per tahun
9. Premedikasi/Pemberian obat
10. Protesa gigi (gigi tiruan lengkap maupun sebagian dengan ketentuan yang diatur tersendiri).

Selain cakupan pelayanan gigi tersebut, ada pelayanan prothesa gigi/ gigi palsu yang menjadi paket manfaat dalam program JKN-KIS. Adapun cakupan pelayanan prothesa gigi, antara lain:

1. Prothesa gigi/ gigi palsu merupakan pelayanan tambahan/ suplemen dengan limitasi/ plafon/ pembatasan yang diberikan kepada peserta BPJS Kesehatan.
2. Pelayanan Prothesa gigi/ gigi palsu dapat diberikan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan.
3. Prothesa gigi/gigi palsu diberikan ke Peserta BPJS Kesehatan yang kehilangan gigi sesuai dengan indikasi medis dan atas rekomendasi dari Dokter Gigi.
4. Tarif maksimal penggantian prothesa gigi adalah sebesar Rp. 1.000.000,- dengan ketentuan sebagai berikut: Tarif untuk setiap rahang maksimal Rp. 500.000,-.

   Rincian per rahang :
   a. 1 sampai dengan 8 gigi : Rp. 250.000,-
   b. 9 sampai dengan 16 gigi : Rp. 500.000,-

Adapun pelayanan gigi yang tidak dijamin oleh program JKN-KIS, yaitu:

1. Pelayanan kesehatan yang dilakukan tanpa melalui prosedur sebagaimana diatur dalam peraturan yang berlaku;
2. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di Fasilitas Kesehatan yang tidak bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, kecuali dalam keadaan darurat;
3. Pelayanan kesehatan yang dilakukan di luar negeri;
4. Pelayanan kesehatan untuk tujuan estetik;
5. Pelayanan meratakan gigi (ortodonsi);
6. Biaya pelayanan lainnya yang tidak ada hubungan dengan Manfaat Jaminan Kesehatan yang diberikan

B. Kompetensi Dokter Gigi

Penetapan paket manfaat kedokteran gigi di FKTP berdasarkan pada jenis tindakan pelayanan tersebut tidak sejalan dengan paket manfaat yang diberikan oleh dokter layanan primer. Paket manfaat layanan kedokteran primer diketahui tidak berdasarkan jenis tindakan pelayanan, melainkan diagnosis penyakit. Berdasarkan pada Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/62/2015 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter Gigi, terdapat 60 jenis diagnosis penyakit gigi dan mulut yang merupakan kompetensi dokter gigi untuk dapat memberikan perawatan. Dapat diketahui bahwa terdapat kesenjangan (*diskrepansi)* antara paket manfaat kedokteran gigi pada FKTP dengan jenis diagnosis penyakit gigi dan mulut yang menjadi kompetensi perawatan dokter

gigi. Hal ini dikarenakan adanya pertimbangan dengan sarana-prasarana pendukung pelayanan kedokteran gigi, tingkat kesulitan prosedur pelayanan serta biaya yang diperlukan untuk melakukan perawatan.

Lebih lanjut, berdasarkan studi yang telah dilakukan sebelumnya (Hanindriyo, dkk., 2016), diketahui bahwa terdapat 58,2% ketidaktepatan rujukan yang dilakukan oleh dokter gigi pada (FKTP) kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjut (FKTL). Kecenderungan dokter gigi FKTP dalam melakukan ketidaktepatan rujukan dapat disebabkan karena kurangnya jumlah sarana dan prasarana di FKTP. Di lain pihak, kecenderungan dokter gigi FKTL untuk selalu melakukan perawatan rujukan walaupun merupakan kasus primer dikarenakan tidak dimungkinkan untuk menolak pasien. Selain itu, dokter gigi FKTL mendapatkan jasa medik dengan sistem *fee for service* oleh Rumah Sakit (sistem INA-CBGs merupakan PKS antara Rumah Sakit dengan BPJS Kesehatan).

C. Sistem Pembayaran pada Pelayanan Kesehatan Gigi

Sistem pembayaran yang digunakan dalam program JKN-KIS 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* (INA CBG`s). Sistem pembayaran ini juga diterapkan untuk pelayanan gigi sebagai paket manfaat JKN-KIS. Sistem ini menggantikan pola paradigma lama yang menggunakan *out of pocket* atau *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. 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. Sebaliknya dengan model pembayaran kapitasi diharapkan dapat meningkatkan efisiensi biaya pelayanan kesehatan dengan mengikutsertakan dokter primer pada posisi ikut menanggung sebagian atau seluruh risiko keuangan, terkait dengan penggunaan sumber daya dalam pelayanan kesehatan (Thabrany, 2000).

1. Jerman

Thabrany (2000) menjelaskan sebagian besar pembiayaan dan penyediaan jaminan kesehatan/ SHI di Jerman diserahkan kepada sektor swasta, namun tetap bersifat sosial (nirlaba) yang diatur pemerintah. Merangkum dari laporan Busse dan Wasem (2013), skema pembayaran provider di Jerman melalui sistem klaim/ reimbursement. *Capped fee for service* di FKTP ditentukan berbasis *adjustment* kapitasi dari data utilisasi tahun-tahun sebelumnya yang

melibatkan organisasi profesi. Sedangkan di FKTL, skema pembayaran menggunakan sistem DRG yang mempertimbangkan kompensasi dan co-payment jika besaran klaim lebih tinggi atau lebih rendah dari batas klaim yang telah ditentukan. Pelayanan gigi yang ditanggung di Jerman lebih terkait prosedur rutin, termasuk penambalan gigi yang sederhana. Apabila pasien membutuhkan rawat inap, biaya akomodasi dan paket makan menjadi tanggungan pasien yang bersangkutan atau asuransi swasta yang dimiliki. Terkait klaim layanan gigi, beberapa literatur menyampaikan bahwa rata-rata 20-70% dari total besaran klaim yang berhasil dijamin oleh asuransi kesehatan.

2. Jepang

Sistem jaminan kesehatan di Jepang terdiri atas 3 skema yaitu *employer-based insurance, national health insurance,* dan *health insurance for the elderly*. Ketiga skema tersebut mempunyai target peserta masing-masing seperti pegawai dengan pekerjaan formal (*employer-based insurance*), pekerja non-formal dan usia produktif bukan pekerja (*national health insurance*), dan penduduk lanjut usia (*health insurance for the elderly*). Seluruh skema jaminan tersebut mempunyai paket manfaat yang luas seperti perawatan medis (rumah sakit maupun dokter), pengobatan (farmasi), perawatan kedokteran gigi dan bahkan transportasi. Sistem pembayaran pemberi pelayanan kesehatan di semua level dilakukan dengan model *cost-sharing reimbursement* berbasis *fee-for-service* dengan tarif tetap (fee schedule) yang ditentukan oleh pemerintah pusat berdasarkan rekomendasi dari lembaga *Central Social Insurance Medical Council*, dengan evaluasi tarif rutin yang dilakukan setiap 2 tahun (Fukawa, 2002).

Masing-masing skema jaminan mewajibkan pesertanya untuk membayarkan iur-bea pada setiap perawatan medikal maupun dental yang diterimanya, kecuali pada skema jaminan lanjut usia. Peserta *employer-based insurance* diwajibkan membayar iur-bea sebesar 10% dari tiap biaya perawatan untuk dirinya, dan 20% untuk perawatan pada peserta tertanggungnya. Pada skema *national health insurance*, peserta (pekerja aktif) diwajibkan membayar iur-bea sebesar 30%, dan untuk pensiunan sebesar 20%, sedangkan untuk peserta tertanggung dikenakan 20% iur-bea untuk rawat jakan, dan 30% untuk rawat inap. Akan tetapi terdapat pengecualian yang berlaku untuk skema, dimana apabila biaya perawatan dalam 1 bulan telah melebihi pagu maksimal 64.000 Yen (sekitar Rp 7.680.000,-), maka jaminan akan menanggung 100% biaya tersebut (tidak ada kewajiban iur-bea). Pagu maksimal tersebut akan diturunkan untuk peserta dengan penghasilan rendah, dan bagi peserta yang telah membayar pagu maksimal tersebut selama 3 bulan dalam 1 tahun (Fukawa, 2002).

3. Thailand

Sistem jaminan kesehatan di Thailand mempunyai karakteristik yang hampir sama dengan JKN di Indonesia. Sistem jaminan kesehatan di Thailand dikenal nama Thai *Universal Coverage Scheme* (UCS) yang telah dimulai sejak tahun 2001 (Tangcharoensathien, 2004; Pannarunothai, 2004). Pada awal penyelenggaraannya, terdapat 2 skema pembiayaan dalam UCS, yaitu UCS dengan pembebasan biaya perawatan, dan UCS dengan iur-bea 30 Baht (sekitar Rp 11.000,-) untuk semua biaya perawatan. Lebih lanjut pada tahun 2006, pemerintah menghapuskan sistem UCS dengan iur-bea 30 Baht, dan hanya memberlakukan UCS dengan pembebasan biaya perawatan. Sistem UCS meliputi beberapa paket manfaat untuk pesertanya, yaitu paket kuratif yang mencakup seluruh diagnosis penyakit sederhana dan perawatannya, paket perawatan berbiaya tinggi, dan paket preventif/pencegahan (Yiengprugsawan, 2010).Pelayanan perawatan kedokteran gigi termasuk dalam paket preventif/pencegahan. Pembayaran pada pemberi pelayanan kesehatan pada sistem UCS di Indonesia serupa dengan sistem JKN di Indonesia, dimana sistem kapitasi digunakan untuk pembayaran provider pada pelayanan tingkat pertama/primer dan DRG digunakan pada pelayanan tingkat lanjut (Yiengprugsawan, 2010).

D. Gambaran Pembiayaan Gigi JKN-KIS

Terkait dengan kapitasi, adapun besaran kapitasi pelayanan kesehatan gigi primer yang diajukan oleh PB PDGI ke Pemerintah adalah sebagai berikut:

Tabel 1. Besaran Kapitasi Pelayanan Kesehatan Gigi Usulan PDGI

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:					
	Dengan obat	0,56	Rp 57.454,-	Rp 92.564,-	Rp 150.000,-	Rp 840,-
	Tanpa obat	0,24	Rp 32.454,-	Rp 92.546,-	Rp 125.000,-	Rp 300,-
3	Pencabutan gigi sulung dan permanen dengan	0,2	Rp 18.772,-	Rp 56.228,-	Rp 75.000,-	Rp 150,-

NO	JENIS PELAYANAN	RASIO UTILISASI	UNIT COST	JASA PELAYANAN	TARIF	KAPITASI
	anestesi topikal					
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):					
	Dengan Pulp Capping	0,12	Rp 78.340,-	Rp 87.660,-	Rp 166.000,-	Rp 199,-
	Tanpa Pulp Capping	0,12	Rp 72.340,-	Rp 87.660,-	Rp 160.000,-	Rp 192,-
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,-	Rp 330,-
	TOTAL	3,26				**Rp 3.208,-**

Sumber: PDGI, 2014

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. Hasil simulasi perhitungan kapitasi yang disesuaikan terhadap tindakan kesehatan gigi dapat diilustrasikan sebagai berikut:

Tabel 2. Simulasi Perhitungan Kapitasi Pelayanan Kesehatan Gigi

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,-**

Sumber: PDGI, 2014

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.

Tabel 3. Simulasi Perhitungan Kapitasi Pelayanan Kesehatan Gigi

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 Anastesi (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**

Sumber: PDGI, 2014

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 perorangan). Model pembayaran kapitasi di Puskesmas sebenarnya juga bukan model kapitasi karena tidak ada terjadinya *risk profit sharing.* Seharusnya dengan kapitasi, *provider* yang sudah dibayar dimuka akan mempunyai resiko uangnya habis apabila peserta banyak yang sakit. Sehingga *provider* tersebut akan berupaya untuk menyehatkan kepesertaannya agar uangnya tidak habis. Kondisi tersebut dapat dirasakan di DPP dan klinik swasta. Berbeda dengan Puskesmas, *provider* milik negara dan operasionalisasi masih mendapat bantuan pemerintah serta pengaturan insentif menggunakan aturan tertentu. Pengurangan kapitasi berdampak tidak langsung berdampak, karena kapitasi merupakan insentif tambahan pelayanan yang dilakukan bukan menjadi pokok penerimaan/ gaji.

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 preventif dan promotif untuk Dokter Gigi pelayanan primer harus bersifat intervensi pada kebiasaan dan tindakan pencegahan gigi yang dapat diaplikasikan secara masal.

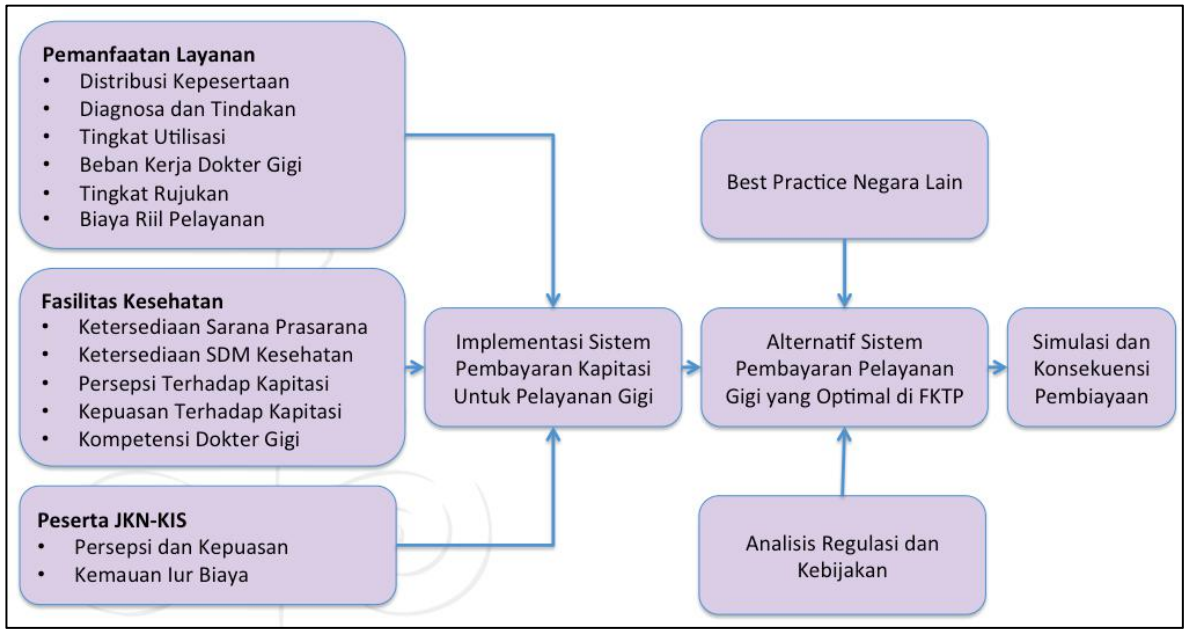
E. Sustainibilitas JKN-KIS

Sejak tahun 2014, Indonesia telah menerapkan sistem Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dengan perawatan gigi dan mulut termasuk di dalam salah satu paket manfaat bagi pesertanya. Konsep pelayanan kesehatan pada Sistem JKN di Indonesia saat ini terbagi menjadi 3 (tiga) struktur layanan, yaitu pelayanan primer, pelayanan sekunder dan pelayanan tersier. Bidang kedokteran gigi telah menetapkan bahwa pelayanan kedokteran gigi berada dalam strata pelayanan primer dan sekunder pada sistem JKN (Pengurus Besar PDGI, 2014). 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 (PDGI, 2014).

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, akhirnya menjadikan beban negara di bidang ekonomi (Kandelman, 2012). Banyaknya jumlah badan penyelenggara menyebabkan penyelenggaraan jaminan sosial di Jerman menjadi tidak efisien dan mahal, sehingga dengan *single payer* yang diterapkan di Indonesia maka seharusnya dapat lebih efisien. Walaupun demikian, akibat biaya pelayanan kesehatan yang semakin tinggi maka mismatch program JKN tahun 2014 mencapai Rp 3,3 T dan menjadi Rp 5,85 T (tahun 2015). Ada penyertaan modal negara sekitar Rp 5T (2015) dan Rp 6,8 T (2016) tapi belum dapat mengatasi *mismatch* sekitar Rp 3,1 T (unaudited, 2016). Kondisi ini bahkan telah diprediksi mencapai Rp 6,23 T (2017); Rp 10,05 T (2018); dan Rp 12,7 T (2019). Mismatch JKN terjadi karena jumlah dana yang diterima (revenue) lebih kecil dibandingkan total dana yang telah dikeluarkan (expenditure). Diperkirakan kondisi ini akan terus berlanjut jika tidak didukung dengan kebijakan dan upaya yang memadai.

F. Kerangka Konsep



Gambar 1. Kerangka Konsep Penelitian

G. Pertanyaan Kajian

1. Bagaimana gambaran pemanfaatan pelayanan kesehatan gigi primer di Era JKN?
2. Bagaimana persepsi peserta JKN terhadap pelayanan kesehatan gigi di Era JKN?

3. Bagaimana implementasi sistem pembayaran kapitasi pada pelayanan kesehatan gigi primer di Era JKN?
4. Apa saja alternatif sistem pembayaran pada pelayanan kesehatan gigi?

BAB III
METODOLOGI PENELITIAN

A. Jenis dan Rancangan Kajian

Jenis kajian ini adalah observasional deskriptif, yaitu kajian yang digunakan untuk memberikan uraian atau gambaran beberapa variabel tanpa memberikan intervensi terhadap variabel penelitian. Penelitian dengan rancangan *cross sectional* ini bertujuan untuk mengembangkan sistem pembayaran pelayanan gigi dalam program JKN-KIS. Pengembangan sistem pembayaran ini akan disesuaikan dengan kapasitas dan keberlangsungan program JKN-KIS. *Cross sectional* dipilih karena waktu pengumpulan data dan informasi dilakukan pada waktu tertentu yang bersamaan. Pengumpulan data dilakukan dengan menggunakan kuesioner yang dirancang dengan beberapa pertanyaan terbuka dan tertutup sesuai variabel yang telah ditentukan. Variabel penelitian dianalisis dengan menggunakan pendekatan kuantitatif dan kualitatif.

Rancangan pendekatan kuantitatif yaitu menggali data sekunder yang diperoleh BPJS Kesehatan dari tahun 2017 yang meliputi data kepesertaan, pelayanan, hasil kredensialing (yang mencakup SDM kesehatan dan sarana prasarana) dan data-data lainnya yang mendukung variabel penelitian dan data obesrvasi dan survei. Metode analisis yang digunakan untuk data sekunder tersebut yaitu *descriptive analysis*. Sedangkan metode kualitatif dilakukan melalui wawancara mendalam/*In-Depth Interview* (IDI) dan *Focus Group Discussion* (FGD). Pendekatan kualitatif ini bertujuan untuk mengetahui sudut pandang stakeholder, peserta, fasilitas kesehatan, asosiasi fasilitas kesehatan, dan badan penyelenggara. Skema alternatif terkait sistem pembayaran pelayanan gigi di FKTP dan pengembangan sistem pembayaran akan digali sari data – data sekunder dan *desk review*.

Untuk melengkapi kajian ini dilakukan *desk literature* dan *review* mekanisme sistem pembayaran kapitasi pelayanan gigi saat ini untuk melihat perbandingan praktik terbaik (*best practice*s) di beberapa negara melalui kajian literatur. Oleh karena itu, beberapa pendekatan tersebut diharapkan dapat memberikan gambaran sistem pembayaran pelayanan gigi dari berbagai sudut pandang diantaranya: *Provider* (dokter gigi), organisasi profesi, peserta, asosiasi fasilitas kesehatan, regulator, BPJS Kesehatan (*payer*). Metode analisis yang digunakan untuk pendekatan kualitatif dan *desk review* adalah thematic analysis sesuai tujuan dan luaran yang telah ditentukan.

B. Subyek dan Sampel Kajian

Kajian dilaksanakan di 6 Kedeputian Wilayah yang mewakili 6 pulau besar dengan metode *purposive sampling*. Kriteria daerah yang dipilih mempertimbangkan tingkat utilisasi rawat jalan tingkat pertama yang rendah dan rasio rujukan yang tinggi. Besaran sampel di setiap Kedeputian Wilayah ditentukan dengan mempertimbangkan aspek analisis (terkait jumlah minimum sampel untuk melakukan analisis kuantitatif) dan pertimbangan representatif (menyangkut jumlah minimum sampel yang masih representatif pada populasi). Adapun penentuan wilayah penelitian, disajikan sebagai berikut:

Tabel 4. Daerah Kajian

No.	Nama Pulau	Kedeputian Wilayah	Kantor Cabang	Kabupaten/ Kota
1.	Sumatera	Kedeputian Wilayah Riau, Kepulauan Riau, Sumatera Barat dan Jambi	Kantor Cabang Pekanbaru	Kota Pekanbaru (20 PKM, 8 drg, 91 klinik
2.	Jawa	Kedeputian Wilayah Jabar	Kantor Cabang Bandung	Kota Bandung (62 PKM, 6 drg, 81 klinik)
3.	Kalimantan	Kedeputian Wilayah Kalimantan Timur, Kalimantan Selatan dan Kalimantan Utara	Kantor Cabang Banjarmasin	Kota Banjarmasin (26 PKM, 10 drg, 21 klinik)
4.	Sulawesi	Kedeputian Wilayah Sulawesi Selatan, Sulawesi Barat, Sulawesi Tenggara, dan Maluku	Kantor Cabang Makassar	Kota Makassar (46 PKM, 19 drg, 104 klinik)
5.	Bali dan Nusa Tenggara	Kedeputian Wilayah Bali, NTT dan NTB	Kantor Cabang Kupang	Kota Kupang (11 PKM, 6 drg, 16 klinik)
6.	Papua dan Maluku	Kedeputian Wilayah Sulawesi Utara, Sulawesi Tengah, Gorontalo, dan Maluku Utara	Kantor Cabang Ternate	Kota Ternate (10 PKM, 7 drg, 6 klinik)

Penentuan kabupaten/ kota dari setiap wilayah kantor cabang yang telah ditentukan juga akan mempertimbangkan tingkat utilisasi rawat jalan tingkat pertama dan rasio rujukan. Selain itu juga mempertimbangkan ketersediaan dokter gigi dan tingkat akses pelayanan gigi. Oleh karena itu, kab/ kota daerah studi antara lain : kota Pekanbaru, kota Bandung, kota Banjarmasin, kota Makassar, kota Kupang, dan kota Ternate. Unit analisis/ sasaran yang menjadi subjek kajian adalah fasilitas kesehatan, peserta, organisasi profesi, BPJS Kesehatan, dan stakeholder lain, baik di tingkat pusat dan daerah yang ditentukan secara *purposive sampling*.

C. Etika Kajian

Etika kajian telah disusun sebagai berikut:

1. Memetakan tujuan, luaran kajian, metoda pengambilan data, sasaran yang diharapkan, dan metode yang menerjemahkan kerangka konsep tersebut.
2. Membuat pedoman – pedoman pengambilan data, pedoman survei, serta *informed consent* yang harus diisi dan ditandatangani oleh informan.

D. Kriteria Inklusi dan Ekslusi Kajian

1. Kriteria Inklusi

   Penetapan kriteria inklusi telah dilakukan dalam penelitian ini yaitu:

   a. Sampel Fasilitas kesehatan tingkat pertama yang telah dan masih bekerjasama dengan BPJS Kesehatan (jangka waktu kerjasama tidak ditentukan). Fasilitas kesehatan yang menjadi responden yaitu Puskesmas dan Klinik Pratama, dan dokter praktek perorangan yang melayani Pelayanan Gigi.
   b. Sampel individu yaitu dokter gigi yang masih bekerja/ mengabdi pada fasilitas kesehatan tingkat pertama yang telah dan masih bekerjasama dengan BPJS Kesehatan (jangka waktu kerjasama tidak ditentukan). Dokter Gigi yang menjadi sampel bisa laki-laki atau perempuan.

2. Kriteria Eksklusi

   Penetapan kriteria eksklusi dalam penelitian ini yaitu

   a. Fasilitas kesehatan dalam daerah sampel yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan namun tidak memiliki dokter Gigi.
   b. Fasilitas kesehatan dalam daerah sampel yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan mempunyai dokter Gigi tetapi tidak melayani pelayanan Gigi karena keterbatasan sarana prasarana dan keterbatasan yang lain.

c. Bagi individu, yaitu dokter gigi yang merupakan dokter Gigi pendidik meskipun memiliki klinik, dan klinik tersebut merupakan klinik yang terdaftar klinik yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.
d. Bagi individu, dokter Gigi yang bekerja di fasilitas kesehatan yang terdaftar dan bermitra dengan BPJS Kesehatan tetapi tidak melayani pasien Gigi, misal hanya hanya sebagai kepala/ direktur dari fasilitas kesehatan tersebut.

E. Kelemahan Kajian

1. Didalam penghitungan biaya kapitasi tidak bisa mencerminkan biaya riil karena sumber data biaya yang dimiliki merupakan biaya per diagnosis, sedangkan dalam pelayanan gigi, perhitungan biaya pelayanan gigi, seharusnya berdasarkan per jenis pelayanan/ tindakan.
2. Didalam proses analisis data, ada beberapa kode FKTP yang tidak cocok sehingga menyebabkan beberapa "*missing value*". Sehingga data yang siap dianalisis sejumlah 7.844 FKTP.

Tabel 5. Pemetaan Tujuan, Luaran, Metoda Pengambilan Data, Sasaran, dan Sampel

No.	Tujuan	Luaran	Metode	Sasaran	Sampel
1	Gambaran pelayanan gigi di FKTP (sarpras, utilisasi peserta)	a. Ketersediaan sarpras b. Ketersediaan dokter gigi c. Distribusi kepesertaan d. Tingkat utilisasi e. Penerimaan kapitasi f. Diagnosa dan tindakan g. Biaya riil pelayanan gigi di DPP	Survei dan Observasi	**Faskes** Puskesmas, Klinik, Praktek Mandiri/ Perorangan	54 FKTP (±3 per jenis FKTP di setiap kantor cabang)
		a. Pemetaan faskes b. Distribusi kepesertaan c. Tingkat utilisasi d. Diagnosa dan tindakan	Analisis data sekunder		
2	Implementasi dan kendala sistem pembayaran kapitasi untuk pelayanan gigi di FKTP	a. Iur biaya pasien	Survei	**Peserta** Peserta JKN-KIS (telah dapat layanan gigi)	120 peserta
		b. Kendala pelayanan gigi c. Kendala supply side	Survei	**Faskes** Puskesmas, Klinik, Praktek Mandiri/ Perorangan	54 FKTP (± 3 per jenis FKTP di setiap kantor cabang)
		a. Cakupan diagnosis b. Cakupan tindakan c. Beban kerja dokter gigi	Analisis data sekunder		
		a. Nilai keekonomian kapitasi → perbandingan biaya riil dengan tarif yang berlaku di daerah tersebut b. Iur biaya pasien	FGD		18 FGD (3 kelompok FKTP/ KC)

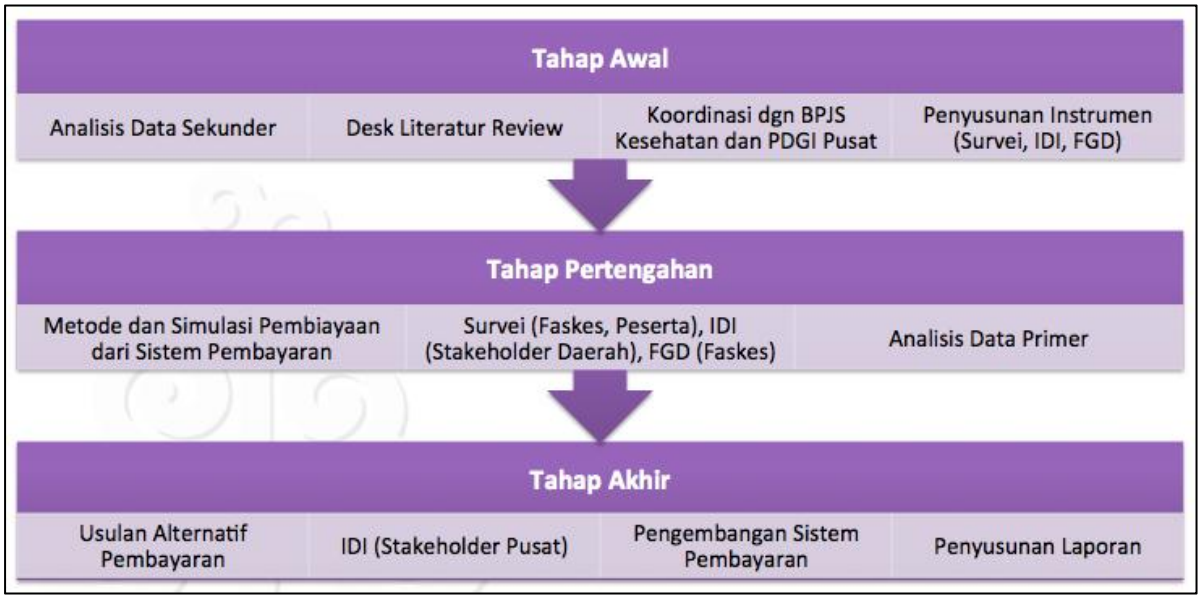
3	Skema alternatif metode sistem pembayaran pelayanan gigi di FKTP	a. Eksplorasi regulasi, sistem, evaluasi atas sistem pembayaran saat ini/ existing b. Konfirmasi usulan regulasi, sistem, dan masukan alternatif sistem pembayaran lain	Indepth interview dan Analisis Regulasi	**Pusat** Kemenkes (P2JK, PKP), DJSN, PDGI, BPJS Kes, Asklik **Daerah** BPJS Kesehatan, PDGI, Dinas Kesehatan	7 informan pusat 18 informan daerah
		a. Inovasi sistem pembayaran pelayanan gigi di FKTP dan best practice di negara-negara lain	Literatur review		
4	Sudut pandang stakeholder, peserta, FKTP (faskes) dan penyelenggara (BPJS Kesehatan)	a. Kondisi supply side b. Persepsi dan kepuasan fasilitas kesehatan c. Persepsi dan kepuasan peserta JKN-KIS d. Pengetahuan pasien terhadap pelayanan gigi dalam JKN-KIS e. Pemahaman hak dan kewajiban layanan gigi	Survei	**Faskes** Puskesmas, Klinik, Praktek Mandiri/ Perorangan **Peserta** Peserta JKN-KIS (telah/ belum dapat layanan gigi)	54 FKTP (± 3 per jenis FKTP di setiap kantor cabang) 240 peserta
		a. Sistem pembayaran b. Evaluasi atas sistem pembayaran saat ini c. Tanggapan terhadap alternatif sistem pembayaran baru	FGD	**Faskes** Puskesmas, Klinik, Praktek Mandiri/ Perorangan	18 FGD (3 kelompok FKTP/ KC)
		a. Kondisi supply side b. Sistem pembayaran c. Evaluasi atas sistem pembayaran saat ini d. Tanggapan terhadap alternatif sistem pembayaran baru	Indepth interview	**Pusat** Kemenkes (P2JK, PKP), DJSN, PDGI, BPJS Kes, Asklik **Daerah** BPJS Kesehatan, PDGI, Dinkes	7 informan pusat 18 informan daerah

5	Simulasi pembiayaan dari sistem pembayaran pelayanan gigi yang optimal untuk FKTP dengan mempertimbangkan ketersediaan dana dan kesinambungan JKN	a. Simulasi alternatif pembiayaan di daerah kajian b. Konsekuensi biaya	Perhitungan perbandingan biaya sistem pembayaran kapitasi, FFS, global budget, dan iuran biaya		
6	Rekomendasi kebijakan Sistem Pembayaran Pelayanan Gigi yang lebih efektif dan efisien	Rekomendasi kebijakan sistem pembayaran pelayanan gigi	Hasil analisis kualitatif dan kuantitatif serta literatur review		
7	Potensi iur biaya dari peserta JKN-KIS untuk pelayanan gigi spesifik di FKTP	Persepsi dan kemauan masyarakat terhadap iur biaya yang menimbulkan moral hazard	Survei	**Peserta** Peserta JKN-KIS (telah/ belum dapat layanan gigi)	240 peserta
8	Kompetensi dokter gigi primer JKN-KIS yang disesuaikan dengan ketersediaan sarana prasarana	1. Pemetaan kompetensi dokter gigi sesuai standar sarana prasarana di Puskesmas, Klinik, dan DPP	Survei	**Faskes** Puskesmas, Klinik, Praktek Mandiri/ Perorangan	Survei 54 FKTP (± 3 per jenis FKTP di setiap kantor cabang)
		2. Rekomendasi standar pelayanan dokter gigi primer JKN sesuai panduan praktek klinis dan sarana prasarana	FGD dan desk review	**Faskes** Puskesmas, Klinik, Praktek Mandiri/ Perorangan	18 FGD (3 kelompok FKTP/ KC)

		3.	Indepth interview	**Pusat** Kemenkes (P2JK, PKP), DJSN, BPJS Kesehatan, Asklik **Daerah** BPJS Kesehatan, Dinas Kesehatan	7 informan pusat 12 informan daerah
			FGD	PDGI Pusat dan Daerah	2 FGD
9	Pengembangan sistem pembayaran non kapitasi untuk pelayanan gigi primer JKN-KIS	Usulan jenis pelayanan gigi dengan skema pembayaran di luar kapitasi	FGD dan desk review	**Faskes** Puskesmas, Klinik, Praktek Mandiri/ Perorangan	18 FGD (3 kelompok FKTP/ KC)
			Indepth interview	**Pusat** Kemenkes (P2JK, PKP), DJSN, PDGI, BPJS Kes, Asklik **Daerah** BPJS Kesehatan, PDGI, Dinas Kesehatan	7 informan pusat 18 informan daerah

(*) tujuan dan luaran yang menggunakan font warna merah merupakan tambahan

F. Tahapan Pelaksanaan Kajian



Gambar 2. Tahapan Pelaksanaan Penelitian

Langkah-langkah yang sudah dilaksanakan, antara lain :

1. Penyusunan *dummy table* dan matriks data hasil kuantitatif dan kualitatif dengan mempertimbangkan *literatur review*, variabel penelitian dan format instrumen penelitian yang telah dikembangkan
2. Pengajuan *ethical clearance* di Komisi Etik Penelitian
3. Pengajuan izin penelitian di Kemendagri, Bakesbanglimnas Provinsi dan kab/ kota, dan Kecamatan/ Kelurahan terkait dengan berkoordinasi bersama BPJS Kesehatan Pusat dan Regional/ Cabang.
4. Pengajuan pengumpulan data dengan melibatkan *stakeholder* di daerah dengan disertai *informed consent* yang diperuntukkan bagi responden
5. Pengajuan, mengolah dan menganalisis data untuk menjelaskan hasil dari monitoring dan evaluasi sistem pembayaran FKTP
6. Penyusunan laporan dan naskah publikasi serta rencana tindak lanjut untuk perbaikan penyelenggaraan program JKN.

Instrumen kajian divalidasi dengan cara validasi isi, validasi eksternal, dan validasi konstruk. Validasi isi dilakukan pada instrumen yang diujikan terhadap provider selain subjek kajian secara *convenience sampling*. Pada saat itu juga, validitas eksternal juga dilakukan untuk menekankan kesesuaian instrumen dengan kondisi empiris di lapangan. Validitas konstruk dilakukan bersama dengan para ahli (*expert*), dalam hal ini pakar dalam kebijakan kesehatan, pembiayaan kesehatan, *provider payment*, dan asuransi kesehatan.

G. Metoda Pengumpulan Data

Pengumpulan data telah dilakukan dengan tahapan:

1. Data Primer atau wawancara mendalam dan diskusi kelompok terarah dilakukan oleh peneliti UGM yang terbagi menjadi 3 kelompok yaitu:
    a. Kelompok dokter gigi Puskesmas
    b. Kelompok dokter gigi Klinik Pratama
    c. Kelompok praktek gigi perorangan/ dokter gigi praktek perorangan (DPP)
2. Merekrut tenaga pengumpul data/ enumerator di setiap kabupaten/ kota yang menjadi subyek penelitian. Kualifikasi tenaga pengumpul data, yang telah melakukan pengumpulan data yaitu:
    a. Pria/wanita lulusan lulusan dokter gigi
    b. Sehat jasmani dan rohani.
    c. Bekerjasama di dalam tim yaitu masing – masing 2 orang untuk setiap daerah peneltiian.

H. Lingkup Pelaksanaan Kegiatan

Ruang lingkup kajian berfokus pada pengembangan sistem pembayaran pelayanan gigi dalam program JKN-KIS. Beberapa referensi yang disajikan di dalam kajian pustaka dan penentuan metode serta variabel yang digunakan bertujuan untuk menjembatani hasil kajian pengembangan sistem pembayaran ini dalam rangka mendukung keberlangsungan program JKN. Adapun spesifikasi teknis dan tahapan kegiatan dalam penelitian ini, yaitu :

1. Spesifikasi Teknis
    a. Melaksanakan *kick off meeting*
    b. Membuat *tools* penelitian
    c. Melakukan pengumpulan data
    d. Melakukan analisa data
    e. Pembuatan laporan awal dan laporan akhir
    f. Melakukan presentasi laporan akhir
2. Tahapan Kegiatan
    a. Penyusunan *dummy table* dan matriks data hasil kuantitatif dan kualitatif dengan mempertimbangkan *literatur review*, variabel penelitian dan format instrumen penelitian yang telah dikembangkan
    b. Pengajuan *ethical clearance* di Komisi Etik Penelitian
    c. Pengajuan izin penelitian di Kemendagri, Bakesbanglimnas Provinsi dan kab/ kota, dan Kecamatan/ Kelurahan terkait dengan berkoordinasi bersama BPJS Kesehatan Pusat dan Regional/ Cabang.
    d. Melakukan pengumpulan data dengan melibatkan *stakeholder* di daerah dengan disertai *informed consent* yang diperuntukkan bagi responden. Pengambilan data dilakukan oleh Peneliti UGM dan pengumpul data.

e. Melakukan entri data survei, data sekunder, dan data primer, kemudian diolah dan dianalisis.
f. Tabel dan grafik hasil analisis data dinarasikan agar pembaca memahami hasil pengolahan data.
g. Penyusunan laporan dan naskah publikasi hasil penelitian untuk salah satu masukan pengambilan kebijakan.

I. Jadwal Pelaksanaan Kegiatan

Kajian ini akan dilaksanakan Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan dan Pusat Kebijakan dan Manajemen Asuransi Kesehatan FK-KMK, Universitas Gadjah Mada bersama dengan Bidang Risbang, Bidang JPKP, dan Bidang JPKR - BPJS Kesehatan Pusat. Kegiatan ini akan dilaksanakan sejak bulan Mei 2018 dalam kurun waktu selama 154 hari kalender. Adapun jadwal pelaksanaan selengkapnya, disajikan sebagai berikut :

Tabel 6. Jadwal Pelaksanaan Kegiatan Penelitian

Kegiatan	April				Mei				Juni				Juli				Agustus				September				Oktober			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Penyusunan dan persetujuan proposal (beauty contest)																												
Persiapan																												
Perizinan tk. pusat																												
Perizinan tk. daerah																												
Pembahasan awal																												
Penyusunan instrumen																												
Studi literatur																												
Validasi instrumen																												
Finalisasi instrumen																												
Pematangan rancangan kegiatan																												
Komunikasi awal dengan stakeholder pusat dan daerah																												
Rekrutmen enumerator																												
Brifieng dan pelatihan enumerator																												
Pelaksanaan																												
Pengumpulan data																												
- data sekunder/ kuantitatif tk. Pusat																												

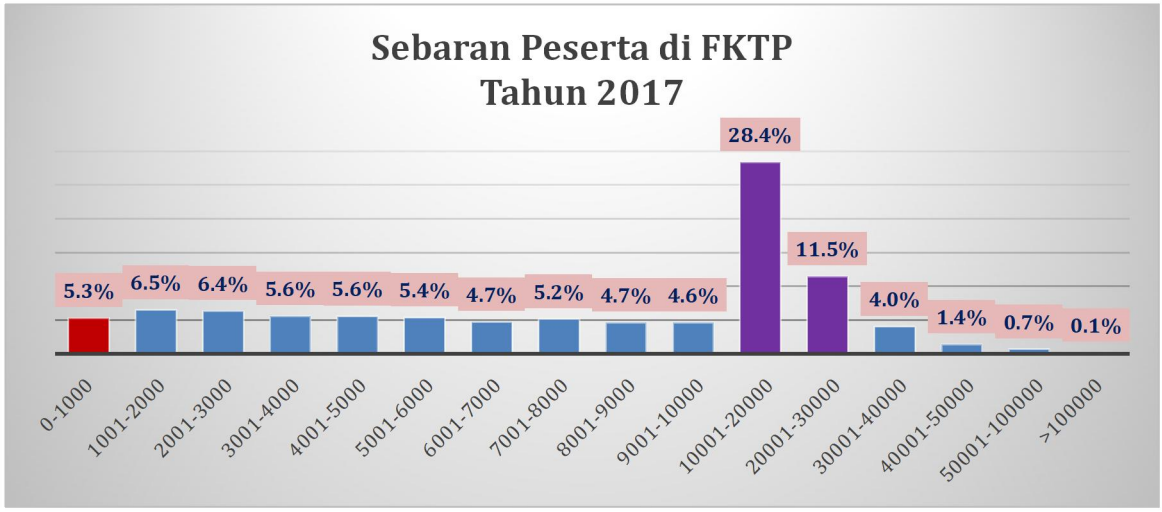
- data kualitatif tk. Pusat (IDI)																												
- data tk. Daerah (survei, IDI, FGD)																												
(libur hari raya)																												
Cleaning dan Entry																												
Konfirmasi hasil temuan (IDI Pusat)																												
Analisis data																												
Penyusunan laporan																												
Draft laporan																												
Draft exsum dan publikasi																												
Penyampaian draft laporan																												
Laporan akhir																												
Revisi laporan																												
Finalisasi laporan																												

BAB IV
HASIL PENELITIAN DAN PEMBAHASAN

A. Hasil Penelitian

1. Gambaran Pelayanan Gigi di FKTP

Peserta di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) menjadi bagian penting dalam pemetaan akses pelayanan kesehatan bagi peserta JKN. Tidak terkecuali pasien gigi, ada perbandingan yang seimbang antara dokter gigi dengan peserta yang menginginkan pelayanan gigi.



Sumber: BPJS Kesehatan, 2018

Gambar 3. Sebaran Peserta FKTP dengan Pelayanan Gigi

Gambar di atas menunjukkan sebaran peserta JKN di 7.844 FKTP dengan dokter gigi yang tidak merata. Analisis lebih lanjut ditemukan ada 11 FKTP (0,14%) dengan kepesertaan di bawah 100 peserta. Perlu tinjauan khusus untuk menyamakan model distribusi peserta dan model distribusi dokter gigi. Idealnya satu dokter gigi melayani 10.000 peserta. Dokter gigi perhari melakukan pelayanan sebanyak 10 pasien. Asumsi yang digunakan yaitu 20 hari kerja dan utilisasi 2%.

Salah satu tantangan yang dihadapi dalam pelayanan gigi JKN adalah penyebaran peserta di FKTP. Penyebaran peserta ini sangat penting karena akan menentukan beban kerja dokter gigi yang akan berdampak kepada mutu pelayanan dan keselamatan pasien. Pada umumnya dokter gigi bekerja 5-6 jam per hari, dengan kondisi demikian maka pasien yang bisa ditangani seorang dokter gigi adalah 10.000 – 14.000 . Dengan asumsi rasio utilisasi 2 %, maka peserta yang sakit sekitar 200 – 280 pasien perbulan, atau 10 – 14 pasien per hari (asumsi 1 bulan 5 hari kerja efektif dan lama perawatan gigi rerata setengah jam). Dalam

kenyataannya banyak FKTP yang memiliki kepesertaan lebih dari 15.000 peserta, padahal jumlah dokter gigi yang melayani hanya 1 orang. Salah satu kelemahan distribusi peserta saat ini hanya menggunakan jumlah dokter umum (norma kapitasi), sehingga hal ini akan menimbulkan beban kerja yang berlebihan bagi dokter giginya, dan ujung ujungnya mutu pelayanan yang akan di korbankan dan juga antrian pelayanan gigi harus menunggu satu minggu lebih. Hal ini tentunya merugikan pasien dan juga membatasi akses ke pelayanan gigi.

Oleh karena itu perlu dilakukan redistribusi peserta yang berlebihan dengan melakukan kerjasama atau jejaring dengan dokter gigi praktek mandiri. Permasalahan yang dihadapi adalah besaran kapitasi gigi di Puskesmas tidak dipisah dengan kapitasi umum. Untuk memperbaiki pelayanan gigi ke depan perlu di atur:

a. Beban kerja dokter gigi, sehingga jumlah peserta yang di kapitasikan ke dokter gigi memang sesuai dengan kapasitasnya (maksimal 12.000 peserta)
b. Besaran kapitasi gigi yang dipisahkan dari kapitasi umum, sehingga dimungkinkan di satu FKTP, kapitasi untuk pelayanan umum untuk 20.000 peserta, tetapi kapitasi untuk pelayanan gigi hanya 10.000. sisanya akan dikontrakkan ke drg jejaring dengan sistem pembayaran kapitasi yang berlaku untuk drg praktek mandiri. Hal ini tentunya akan mengubah system kontrak dan keuangan FKTP namun akan memperbaiki mutu pelayanan gigi kepada peserta.

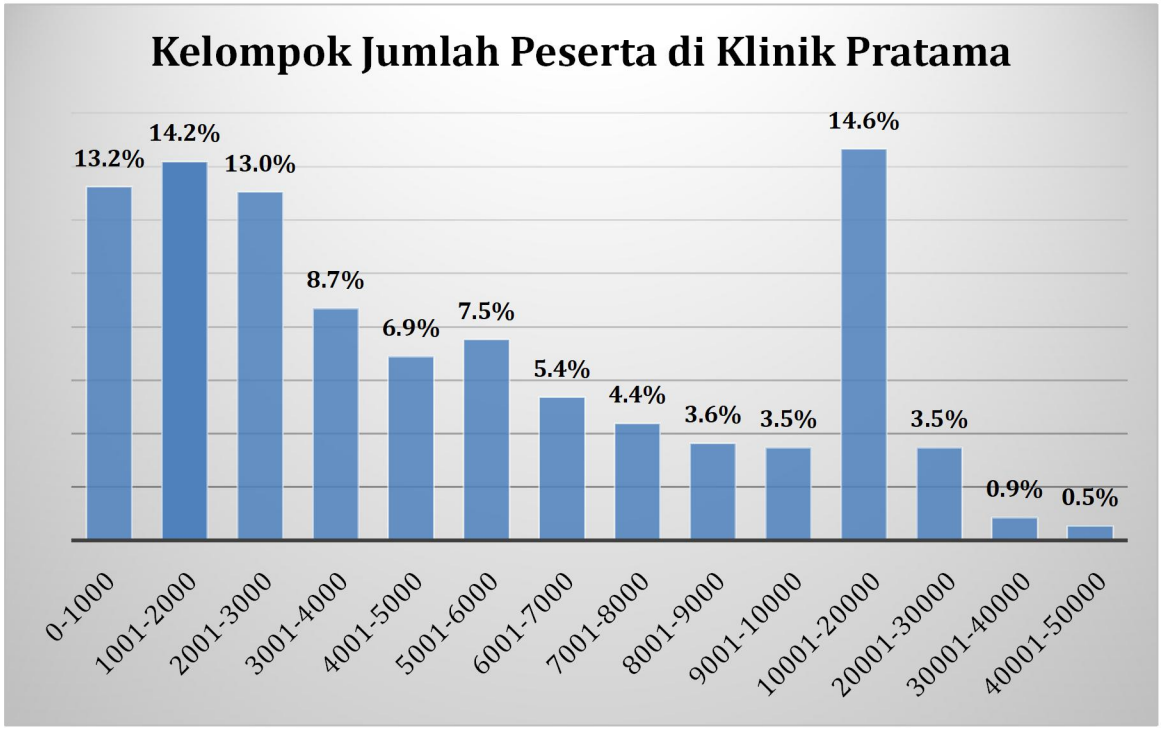
Tabel 7. Jumlah FKTP, Peserta JKN, Proporsi Jumlah Peserta

JENIS FASKES	JUMLAH FKTP	JUMLAH PESERTA	PROPORSI JUMLAH PESERTA
KLINIK PRATAMA	2,553	15,961,811	17%
PRAKTIK GIGI PERORANGAN	787	4,083,989	4%
PUSKESMAS	4,504	73,237,758	79%
KLINIK + DPP+PUSKESMAS	7,844	93,283,558	100%

Sumber: BPJS Kesehatan, 2018

Tabel 7 di atas menggambarkan bahwa peserta JKN untuk pasien gigi terkonsentrasi di Puskesmas. Jumlah kepesertaan yang mendapatkan akses ke dokter praktek gigi perorangan, klinik pratama, maupun puskesmas, sebesar 116 juta. Padahal jumlah peserta JKN di akhir 2017 kurang lebih 200 juta. Hal ini menunjukkan bahwa sekitar 80 juta peserta secara global tidak memiliki akses dokter gigi primer, karena ketersediaan dokter gigi di FKTP.

Tindak lanjut dari tabel ini yaitu BPJS Kesehatan bekerjasama dengan berbagai pihak melakukan sosialisasi kepesertaan JKN. Strategi – strategi untuk mendapatkan peserta JKN perlu dipikirkan oleh semua *stakeholder* di Pusat dan di Daerah.Pelayanan kesehatan Gigi dilakukan di fasilitas kesehatan baik milik pemerintah maupun swasta. Fasilitas kesehatan ini diharapkan bekerjasama dengan BPJS Kesehatan sebagai penyelenggara JKN. Salah satu tujuannya untuk pemerataan kepesertaan JKN. Namun, dari analisis data sekunder di 6 daerah studi terdapat peserta yang masih sedikit di klinik pratama dan praktek gigi perorangan.



Sumber: BPJS Kesehatan, 2018

Gambar 4. Distribusi Kepesertaan di Klinik Pratama

Gambar 4 di atas menunjukkan bahwa kepesertaan di Klinik pratama belum merata, hampir 50% klinik pratama yang memiliki peserta kurang dari 5000 peserta (dan diketahui pula 10 Klinik pratama (0,39%) yang kurang dari 100 peserta), hal ini dirasa masih terlalu jauh jika dibandingkan dengan kepesertaan di Puskesmas. Kelompok kepesertaan mayoritas di kelompok (0- 1.000), (1.001-2.000),(2.001-3.000) dan (10.001-20.000).

Tabel 8. Kelompok Peserta Praktik Gigi Perorangan

Kelompok Jumlah Peserta	Banyaknya Praktik Gigi Perorangan	Persentase
0-1000	79	10.0%
1001-2000	118	15.0%
2001-3000	86	10.9%
3001-4000	80	10.2%
4001-5000	98	12.5%
5001-6000	57	7.2%
6001-7000	36	4.6%
7001-8000	52	6.6%
8001-9000	35	4.4%
9001-10000	63	8.0%
10001-20000	82	10.4%
30001-40000	1	0.1%
TOTAL	787	

Sumber: BPJS Kesehatan, 2018

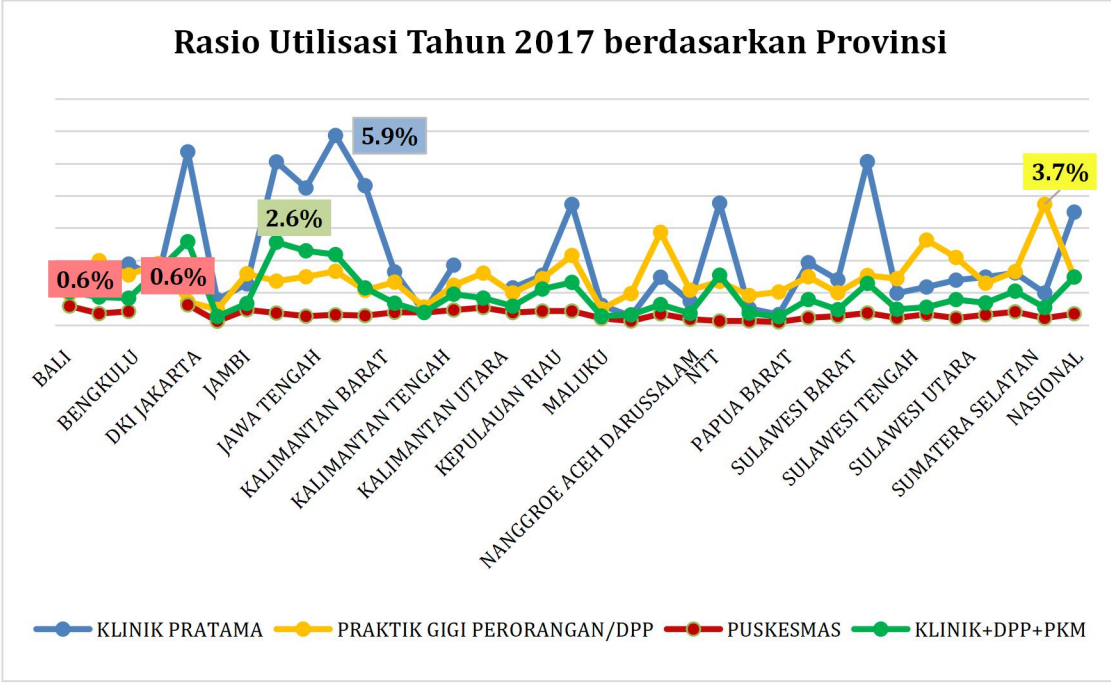
Tabel 8 di atas menunjukkan bahwa kepesertaan di Praktik gigi perorangan tidak jauh berbeda dengan kepesertaan di klinik pratama, ada 58,6% (461) yang memiliki kurang dari 5000. Dengan 15% yang memiliki 1001-2000 peserta (dari 787 Praktik Gigi Perorangan yang tersebar di Indonesia pada tahun 2017). Di lain pihak, terdapat 10.5% Praktik Gigi Perorangan dengan peserta lebih dari 10.000 orang. Pemerataan peserta menjadi salah satu isu pelaksanaan JKN, diharapkan untuk kedepannya ada pemerataan kepesertaan di masing-masing FKTP.

Tabel 9. Diagnosa Pelayanan Gigi Kajian 2018

Diagnosa Primer	Banyaknya kasus
Follow-up examination after other treatment for other conditions	552,245
Necrosis of pulp	236,256
Dental examination	230,029
Pulpitis	163,016
Impacted teeth	41,660
Personal history of diseases of the digestive system	40,894
Caries of dentine	36,964
Chronic periodontitis	19,607
Periapical abscess without sinus	18,759
Dental caries, unspecified	17,381

Sumber: BPJS Kesehatan, 2018

Tabel 9 di atas menunjukakan diagnosa terbanyak pada pelayanan gigi. Pelayanan gigi yang terbanyak penting diperhatikan apakah pelayanan tersebut mempunyai biaya yang tinggi dan dimana pelayanan tersebut banyak dilakukan.



Sumber: BPJS Kesehatan, 2018

Gambar 5. Rasio Utilisasi Tahun 2017 berdasarkan Provinsi

Gambar 5 di atas menunjukkan bahwa rasio utilisasi tertinggi hampir merata di semua Provinsi yaitu Klinik pratama. Puskesmas menjadi terendah dalam rasio utilisasi. Apabila dilakukan penelusuran, Puskesmas merupakan FKTP yang memiliki peserta JKN terbanyak dari FKTP yang lain. Apabila peserta yang mempergunakan pelayanan di dokter praktek pribadi dan klinik lebih besar, maka dipastikan peserta JKN tersebut merupakan peserta JKN dari kelompok Non PBI atau peserta JKN Mandiri.

Pemanfaatan dan jumlah kepesertaan pada pelayanan gigi yang rendah disinyalir menjadi permasalahan utama yang ditemukan di lapangan. BPJS Kesehatan menggambarkan bahwa pelayanan kesehatan gigi tidak banyak pasien atau kunjungan pasien rendah dengan bukti sedikitnya data kunjungan di sistem *P-Care*. Di lain pihak, dokter gigi menyatakan bahwa kunjungan peserta ke pelayanan gigi berlebih sehingga kunjungan dianggap tinggi. Salah satu penyebabnya karena diagnosa dan tindakan dalam pelayanan kesehatan gigi berbeda dengan pelayanan kesehatan umum. Pelayanan kesehatan gigi ada beberapa tindakan yang membutuhkan beberapa kali kunjungan untuk satu diagnosa

Tabel 10. Rasio Utilisasi Tahun 2017

Jenis FKTP	Banyaknya FKTP	Rerata Rasio Utilisasi
KLINIK PRATAMA	2553	3.5%
PRAKTIK GIGI PERORANGAN	787	1.5%
PUSKESMAS	4504	0.3%
Klinik+DPP+PKM	**7844**	**1.5%**

Sumber: BPJS Kesehatan, 2018

Secara keseluruhan, FKTP memiliki rasio utilisasi 1,5% pada tabel 10 di atas. Jika dilihat per jenis FKTP, rasio utilisasi tertinggi yakni di Klinik pratama sebesar 3,5%, Praktik gigi perorangan, sedangkan rasio utilisasi di Puskesmas 0,3% . Rasio utilisasi di Puskesmas ini menunjukkan bahwa utilisasi pelayanan gigi masih rendah. Rendahnya utilisasi dimungkinkan karena pelayanan gigi belum tersosialisasi kepada peserta JKN, peserta JKN memilih menjadi pasien umum untuk pelayanan gigi, atau dokter gigi tidak rajin menginput peserta JKN yang menerima pelayanan kesehatan gigi di *P-Care,* dan sistem *P-Care* yang tidak mengadopsi beberapa tindakan.

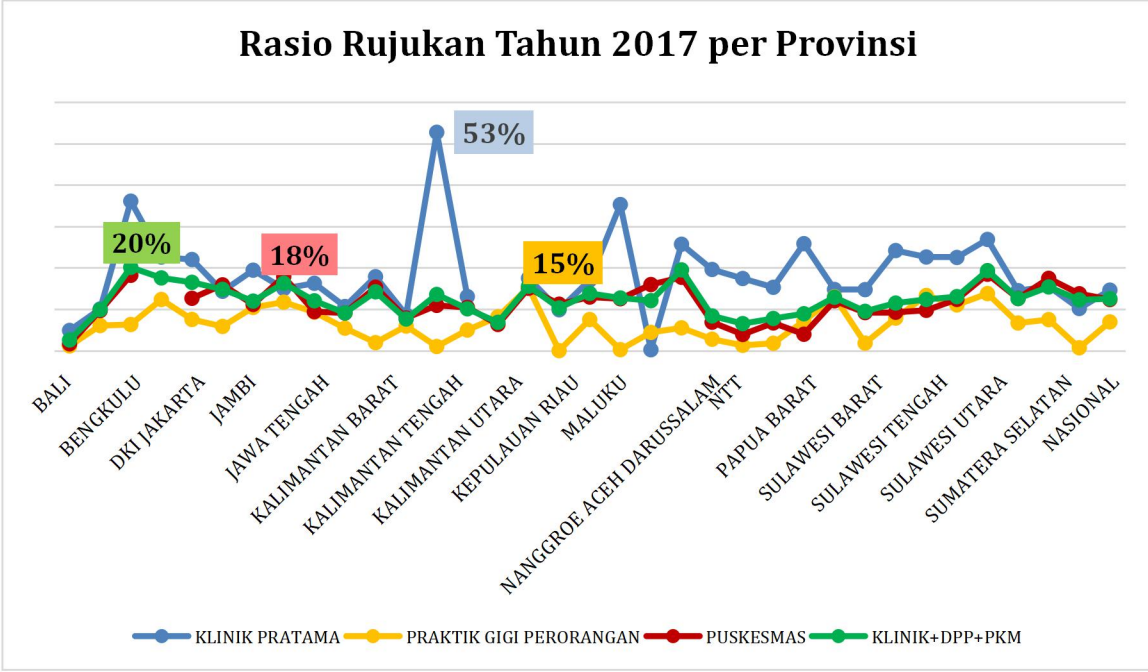
Tabel 11. Beban Kerja Tahun 2017

Jenis FKTP	Jumlah FKTP	Kunjungan Tahun 2017	Rerata Kunjungan Tahun 2017 per FKTP	Rerata Kunjungan /hari per FKTP	Rerata Jumlah Dokter Gigi per FKTP	Rerata Beban Kerja Dokter Gigi per Hari
KLINIK PRATAMA	2,553	2,358,923	924	3.8	1.47≈1	3.8≈4
PRAKTIK GIGI PERORANGAN	787	650,258	826	3.4	1.16≈1	3.4≈3
PUSKESMAS	4,504	2,941,055	653	2.7	1.26≈1	2.7≈3
Klinik+DPP+PKM	7,844	5,950,236	759	3.2	1.29≈1	3.1≈3

Sumber: BPJS Kesehatan, 2018

Dari data utilisasi yang terdapat di *P-Care* dan jumlah dokter gigi di FKTP, maka dapat diketahui nilai beban kerja dari FKTP tersebut. Beban kerja tertinggi terdapat di Klinik pratama, yakni sebanyak 4 pasien/hari (diasumsikan hari kerja dalam 1 bulan adalah 20 hari). Dari data primer, diketahui bahwa jam praktek di praktek gigi perorangan dan klinik lebih sedikit dibanding puskesmas, dengan rerata pelayanan gigi sekitar 30-45 menit, dan kita ketahui pula dari data sekunder bahwa rasio

utilisasi tertinggi yakni di Klinik pratama. Sehingga sangat wajar bila diperoleh hasil bahwa beban kerja di Klinik pratama lebih besar dibanding FKTP yang lainnya.



Sumber: BPJS Kesehatan, 2018

Gambar 6. Rasio Rujukan Pasien Pelayanan Gigi

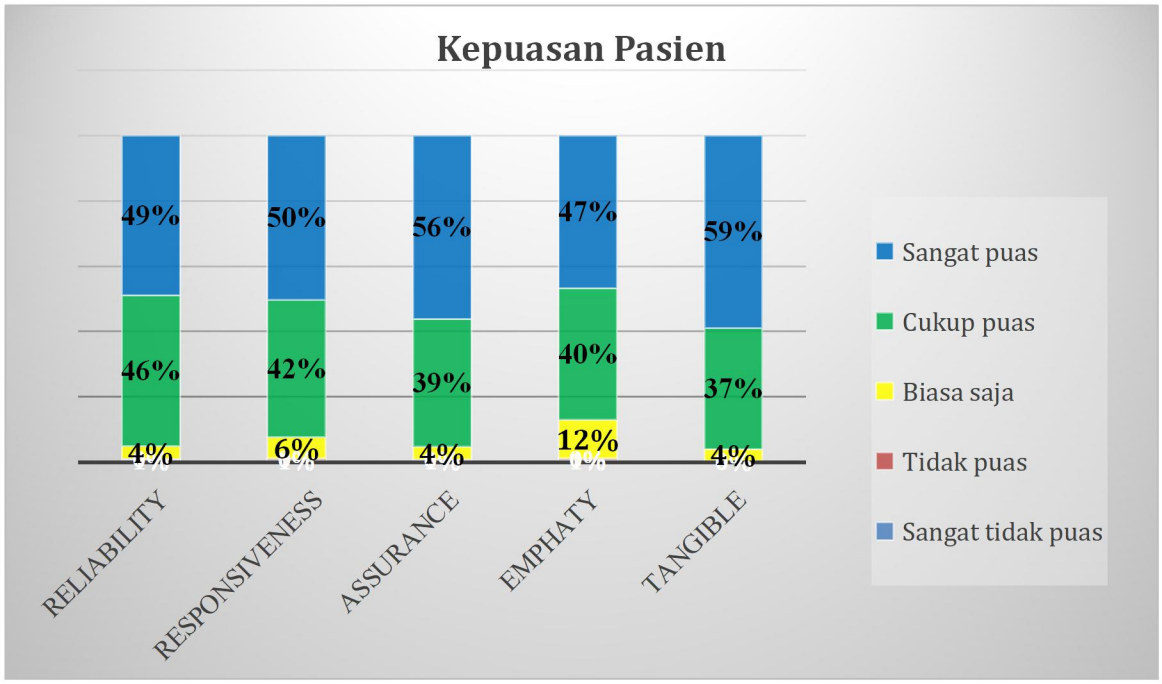
Gambar 6 di atas menggambarkan bahwa rerata klinik pratama mempunyai rasio rujukan lebih tinggi dari Puskesmas dan Dokter praktik perorangan. Gambaran ini juga dapat mengindikasikan bahwa pelayanan gigi di 3 faskes pelayanan dasar sama – sama melakukan rujukan. Jika hal ini terjadi maka pasien gigi menghadapi berbagai pilihan pada saat ingin melakukan pemeriksaan atau perawatan gigi. Pola klinik yang cenderung lebih mudah merujuk dikarenakan kepesertaan yang menjadi satu kesatuan dengan dokter umum. Akibatnya dokter di klinik cenderung mudah merujuk. Mengapa rasio rujukan di DPP lebih kecil karena kepesertaan hanya menetap di satu dokter gigi, adanya kedekatan hubungan (personal) dan rasa tidak nyaman apabila merujuk, menjadikan alasan dokter gigi di DPP tidak melakukan rujukan pada pasien tersebut.

Tabel 12. Rasio Rujukan Tahun 2017

JENIS FKTP	Banyaknya FKTP	Rasio rujukan
KLINIK PRATAMA	2,553	15%
PRAKTIK GIGI PERORANGAN/ DPP	787	7%
PUSKESMAS	4,504	12%
Klinik+DPP+PKM	7,844	13%

Sumber: BPJS Kesehatan, 2018

Jika total FKTP di Indonesia adalah 23 ribuan yang sudah bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, maka kurang lebih separuh (50%) FKTP belum memiliki dokter Gigi. Tabel 12 di atas menggambarkan bahwa prosentase rujukan secara umum sebesar 13%, dengan pembagian per jenis FKTP yakni : Klinik pratama 15% , Puskesmas 12% dan Praktik gigi perorangan sebesar 7% dari total kunjungan 5.950.236 kasus.



Sumber: Data Primer Survei, N=230, PKMK-KPMAK, 2018

Gambar 7. Kepuasan Pasien yang Sudah Pernah Mendapatkan Pelayanan Gigi

Gambar 7 di atas menjelaskan bahwa pasien yang pernah mendapatkan pelayanan gigi di FKTP daerah studi merasa sangat puas dengan pelayanan yang diterima. Hal ini menunjukkan bahwa kompetensi dokter gigi di FKTP daerah studi sudah bagus dan sudah sesuai standar pelayanan kesehatan gigi. Kepuasan pasien

ini perlu terus ditingkatkan dengan memperbaiki sistem pelayanan gigi dan meningkatkan manfaat pelayan yang diterima oleh peserta JKN-KIS.

2. Kendala - Kendala Pelayanan Gigi di FKTP

Puskesmas merupakan salah satu FKTP Milik Pemerintah dimana pelayanan gigi merupakan salah satu pelayanan yang diberikan kepada peserta JKN. Peralatan, obat – obatan dan BMHP yang disediakan oleh Pemerintah Daerah mempermudah dokter gigi melakukan pelayanan. Namun demikian kendala terbesar pelayanan gigi di Puskesmas adalah ketersediaan obat–obatan dan bahan yang seringkali kosong atau tidak tersedia obat.

> *"..kendala yang kami hadapi itu masalah logistic memang. Terus terang untuk tahun ini terjadi beberapa bahan yang kosong, jadi otomatis seperti yang disampaikan dokter Yerlina, apabila kosong ya kami tidak bisa melakukan pelayanan" (Puskesmas – Pekanbaru).*

Peralatan yang ada di Puskesmas juga seringkali ada masalah. Karena perbaikan tersebut tidak bisa langsung dilakukan mengingat harus melalui mekanisme penganggaran. Tidak adanya dana taktis untuk perbaikan peralatan akibatnya tidak bisa melakukan pekerjaan pelayanan kesehatan gigi.

> *"...satu lagi mungkin untuk maintenance alat. Untuk maintenance alat pun puskesmas, eh hari ini rusak tahun depan baru dianggarkan untuk perbaikan. Nah jadi itu jadi salah satu kendala kita tidak bisa melakukan pekerjaan" (Puskesmas – Pekanbaru)*

Kendala obat dan bahan yang ada di Puskesmas karena kendala sistem pengadaan di Puskesmas. Meskipun Puskesmas sudah BLUD, namun BLUD ini masih tidak sepenuh nya BLUD (abal-abal), misal tidak dapat berimprovisasi penentuan tarif, pasien umum tetap tidak membayar karena ada kebijakan pengobatan gratis oleh Pemerintah Daerah.

> *"Harus ada ketentuan baku dari kementerian sebagai regulator dalam hal ini. Bagaimana dengan FKTP yang sudah menerapkan BLUD. Kalau menurut saya sih, masih BLUD abal-abal nih..... system pengadaan di BLUD ini tadi sudah dijelaskan oleh dokter hida, bagaimana ribetnya karena belom ada regulasi yang baku. Itu dari pengadaan.."(Puskesmas –Pekanbaru)*

Metode pembayaran kapitasi antara Puskesmas BLUD dan Non BLUD dianggap menjadi kendala. Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) yang mengatur hanya diperuntukkan untuk Puskesmas Non BLUD. Untuk Puskesmas BLUD muncul berbagai inovasi yang menyebabkan persoalan di lapangan.

"...pola pembayaran sistem kapitasi itu tetap memakai permenkes 21 yang mengatur tentang pola pembayaran kapitasi milik pemerintah. Di sana disebut jumlah kapitasi itu 6000 maksimal. Nah kalau di Pekanbaru yang telah menganut sistem BLUD ini tentu gak bisa memakai permenkes itu. Nah muncul di sana permasalahan dan terus terang ini yang kita alami mulai dari 2016" (Puskesmas – Pekanbaru)

Pelayanan gigi di sejumlah fasilitas kesehatan di daerah setelah adanya pelaksanaan JKN disinyalir mengalami kelebihan peserta. Akibatnya peserta yang menginginkan pelayanan gigi pada hari itu tidak dapat terlayani karena kelebihan pasien.

"Jumlah pasien itu kan memang banyak. Setiap hari banyak, itu sekitar 20an biasanya saya mengerjakan setiap harinya itupun masih ada pasien yang gak terima karena berlebih. Biasanya kalau lebih dari 20 saya cukupkan dulu untuk hari ini. Jadi 20 yang saya terima dulu. Itupun pasien masih ada yang gak terima. Protes" (DPPBanjarmasin)

P-*Care* terkait pelayanan gigi di semua daerah penelitian mengalami kendala. Data di *P-Care* yang tidak pernah valid menyebabkan terjadinya naik turun peserta dengan penjelasannya tidak logis.

"Jumlah peserta dapat berkurang karena ada perusahaan tidak membayar (Pkm Ternate)".

Kurangnya waktu untuk mempelajari PKS menjadi salah satu kendala di lapangan. Dalam PKS tercantum berbagai informasi yang harus dipahami oleh dokter gigi. Pembandingan apa yang tertera dalam PKS dengan yang tertera di *P-Care* menjadi salah satu informasi penting untuk mengetahui kesenjangan yang ada.

"..dari PKS itu hanya memuat tindakan, tindakan2 yang dikerjakan di fktp.. ya.. tapi pada implementasinya di P-Care, tindakan itu tidak tercatat, yg tercatat di P-Care hanya diagnosis.. yang didiagnosis… sedangkan mungkin saja.. dokter gigi atau saya… mengerjakan pesera BPJS saat itu, itu dengan 2 diagnosis yg berbeda dan 2 tindakan yg berbeda… tapi yg ter.. muncul di rekapan P-Care, itu hanya 1 diagnosis, sedangkan diagnosis lainnya tidak tercantum… ya mungkin jadinya hm… terlihat kunjungannya terliat kecil atau tindakannya ya mgkn cuma 1, padahal dalam satu rentang waktu mengerjakan (….) itu bisa saja lebih dari satu diagnosis dan lebih dari satu tindakan… lebih ke system informasinya tidak mencakup semua.."(Klinik-Ternate)

Kendala rujukan di rumah sakit, dokter gigi di RS juga sama – sama dokter gigi umum) yang seharusnya dokter spesialis, atau ada spesialis tetapi jenis spesialisnya

berbeda. Hal ini menjadi kendala mengapa rujukan ke rumah sakit juga dikembalikan ke faskes primer.

> *"Ini kendala lagi, ketika kita merujuk, ke RS seharusnya RS kan mempunyai dokter spesialistik dari gigi, sering kami temukan juga kasus yang tadi seharusnya kami rujuk, itu kompetensi spesialis sudah bener, seperti gigi dengan komplikasi, kemudian gigi impaksi, nah ketika kita rujuk ke RS, itu dokter spesialis bedah mulutnya ga ada. Alhasil pasien juga bingung dia mau kemana.Belum lagi kalau PSA, PSA itu FKTP lanjutan begitu kita merujuk ke RS, itu juga dokternya ga m au ngelayani." (Puskesmas – Ternate)*

Kurang detailnya penjelasan paket manfaat kepada peserta JKN juga menimbulkan kendala bagi dokter gigi di lapangan. Hal ini menyebabkan kesulitan merujuk atau bahkan melakukan tindakan dengan resiko tidak terbayar oleh BPJS Kesehatan.

> *"perawatan yang beberapa kali kunjungan, itu kan sitemnya memang agak menyulitkan.Terutama gigi tiruan itu sulit klaim dan sebagainya, mungkin penjelasan soal itu ke pasien awam itu sulit" (Klinik-Pekanbaru)*

Di tempat yang sama di Kota Ternate ada penambahan peserta di FKTP , pada bulan sebelumnya peserta tersebut belum terdaftar, kemudian pada bulan berikutnya sudah terdaftar di FKTP tersebut. Hal tersebut mengindikasikan bahwa nilai uang besaran kapitasi Rp. 2000,-hanya berlaku untuk satu kali perawatan pada bulan tersebut (bulan yang terdaftar). Bulan berikutnya peserta tersebut sudah tidak lagi terdaftar di faskes tersebut. Sehingga tidak ada dana kapitasi yang masuk ke faskes tersebut. Berbeda dengan Kota Pekanbaru, kontrak dengan Dokter Praktek Perorangan (DPP) dipersulit karena peran serta organisasi profesi seperti Asklin.

Daerah penelitian Bandung ditemukan kasus regulasi pembayaran kapitasi (Permenkes) menghambat penambahan dokter gigi. Pembayaran kapitasi Rp. 6.000,- di Puskesmas mengakibatkan kesulitan untuk mengkontrak secara mandiri dokter gigi. Akibatnya peserta tidak mendapatkan pelayanan gigi di Puskesmas dan langsung dirujuk ke RS Gigi dan Mulut milik Pemerintah Daerah. Pembagian kapitasi menjadi kendala bagi faskes dan jejaringnya apabila tidak ada MoU dengan BPJS Kesehatan.

> *"..untuk saat ini dokter gigi itu harus bekerjasama dengan jejaring, nah di sini ada, ada, kalau dengan klinik enggak ada pembagian yang harus dibagi lagi dari kapitasi tersebut,. sehingga dokter gigi tersebut tidak mendapatkan kapitasi nya sesuai dengan ee... kalau di jejaring itu ada yang seperti itu tapi lebih banyak yang membagi, misalnya 50% lagi atau antara 1000, jadi dokter giginya dapat Rp1.500 sampai 1000... sehingga dokter gigi menerimanya antara 1000 1500 begitu. Tapi di luar klinik juga karena*

jejaring kan, kalau dokter gigi itu tidak jejaring FKTP tersebut maka tidak akan bisa masuk BPJS juga terjadi MOU itu, gitu." (PDGI Pusat)

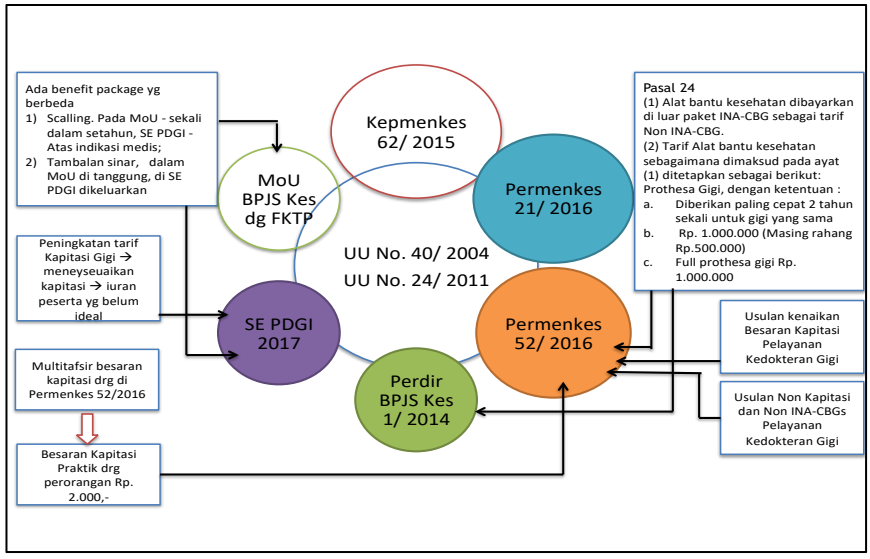
Selain itu puskesmas di daerah studi ada yang masih kekurangan dokter gigi. Meskipun MoU nya sudah jelas namun karena dokter gigi kurang, maka pelayanan gigi juga tidak semua dapat dilakukan, akibatnya terjadi rujukan.

"saya lagi kekurangan dokter gigi dok. Puskesmas di Banjarmasin ada 26 Puskesmas sedangkan dokter giginya cuman ada 20 dan yang jadi kapus 5" (Puskesmas – Banjarmasin)

Secara keekonomian kapitasi tersebut tidak dapat diterima besarannya di kota – kota tertentu yang memiliki standar biaya umum yang tinggi dan penduduknya yang memiliki pengetahuan tinggi untuk pelayanan gigi.

"setiap orang cukup kuat pemahamannya tentang perawatan gigi, mereka gampang untuk periksa gigi, scaling berbeda dengan dulu, jadi berpengaruh kalau 2 rb itu dirasa sangat kurang. Kalau bahas ekonomi kan mengalami kenaikan" (Klinik – Pekanbaru)

Selain itu, ditemukan bahwa terdapat regulasi yang membingungkan dan tidak konsisten. Hal ini terjadi pada beberapa regulasi yang relevan dengan pelayanan gigi. Regulasi Permenkes nomor 62 tahun 2015 tentang Panduan Praktek Klinis dengan MoU antara FKTP dengan BPJS Kesehatan dan Surat Edaran PDGI tahun 2017 tentang Paket Manfaat Pelayanan Gigi, yaitu: 1) scalling, pada MoU - sekali dalam setahun, SE PDGI - atas indikasi medis; 2) Tambalan sinar, dalam MoU ditanggung, di SE PDGI tidak ditanggung.



Sumber: Data Primer dan Dokumen, PKMK-KPMAK, 2018

Gambar 8. Tumpang Tindih Regulasi Pelayanan Gigi Era JKN

Dalam hal tindakan tidak sesuai dengan diagnosa di *P-Care*. Akibatnya pada saat merujuk terjadi permasalahan.

> *"kesusahannya itu Cuma kode INA-CBGsnya. Tindakannya yang terkadang kami tidak sesuai dengan diagnose... tindakan belum ada...Nah ini kami akhirnya kesusahannya ketika merujuk, jadi ada di ICD itu kadang tidak sesuai, apa ada yang tidak ada di sistem Pcare itu" (DPP Banjarmasin)*

Pelayanan Gigi dapat digolongkan sebagai pelayanan dasar yang harus tersedia di FKTP. Hasil temuan di daerah kajian, layanan LC (tambalan sinar) pada umumnya tidak tersedia di Puskesmas daerah studi (kecuali Kupang di satu puskesmas, 10 % Puskesmas di Bandung, dan satu Puskesmas di Makassar). Sehingga bisa dikatakan hal ini menunjukkan fasilitas untuk pelayanan gigi di Puskesmas masih terbatas. Fasilitas pelayanan gigi lain yang ditemui tidak ada yaitu alat cetak dan bahan cetak untuk pembuatan Protesha. Hal ini tidak dapat dilakukan di FKTP terutama Puskesmas karena keterbatasan sarana dan prasarana.

Tabel 13. Rerata Ketersediaan Peralatan Medis di Fasiliats Kesehatan Daerah Studi

Peralatan Medis	Ketersediaan		
	Puskesmas	Klinik	DPP
Lampu Praktek	100%	100%	100%
High Speed Bor	100%	100%	100%
Low Speed Bor	100%	100%	100%
Scaler Unit	94%	100%	100%
Light Cure Unit	65%	100%	100%
RO Viewer	53%	92%	90%
Hand Instrument (seperti kaca mulut, cement spatula, excavator, Sonde, Pinset, dll)	100%	100%	100%
Alat Ekstraksi (Tang Anterior, Tang Premolar, Tang Bayonet, Tang Posterior) set anak	100%	100%	100%
Alat Ekstraksi (Tang Anterior, Tang Premolar, Tang Bayonet, Tang Posterior) set dewasa	100%	100%	100%
Bein	100%	100%	100%
Crayer	94%	100%	90%

Peralatan Medis	Ketersediaan		
	Puskesmas	Klinik	DPP
Nerbaken	100%	100%	100%
Sarung Tangan Disposable	100%	100%	100%
Masker	100%	100%	100%
Spuit	100%	100%	100%
Sterilisator basah atau kering	100%	100%	100%
Glass Slab	94%	100%	100%
Glass Plate	100%	100%	100%

Sumber: Data Primer Survei, PKMK-KPMAK, 2018

Tabel 13 di atas menggambarkan peralatan standar yang harus dimiliki oleh fasilitas kesehatan primer untuk memenuhi pelayanan kesehatan gigi. Ada beberapa peralatan memang tidak semuanya tersedia di fasilitas kesehatan tersebut. Sehingga menjadi alasan kuat fasilitas kesehatan primer masih melakukan rujukan ke rumah sakit. Namun demikian, tidak hanya ketersediaan peralatan yang perlu diperhatikan tetapi ketersediaan obat – obatan untuk pelayanan kesehatan gigi.

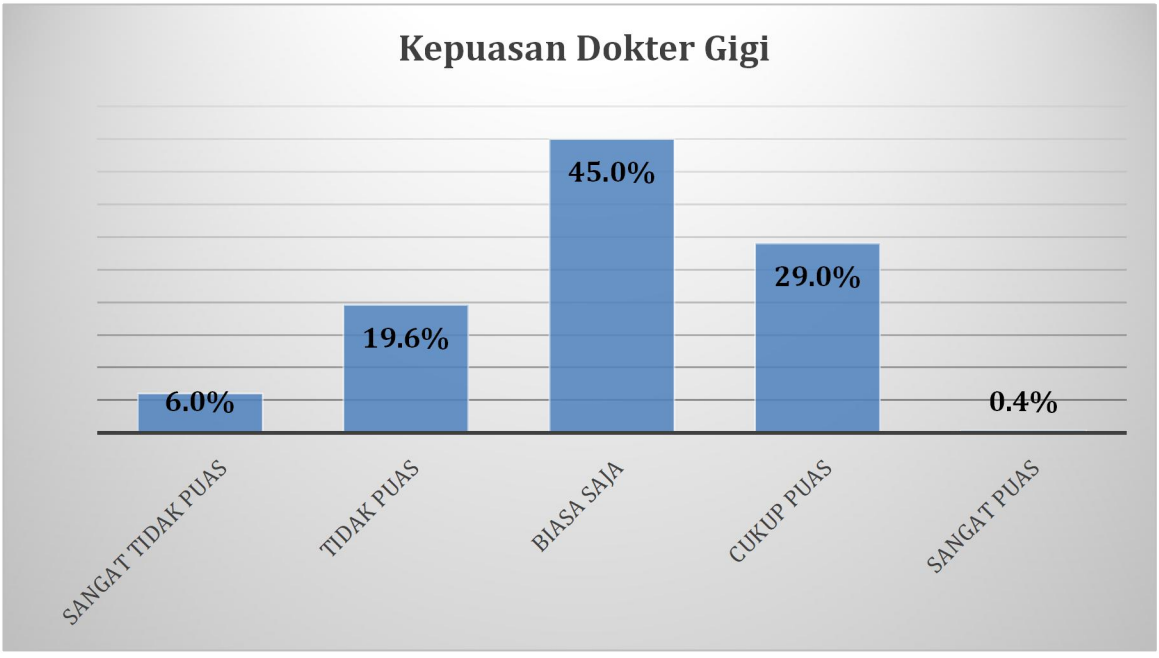
Tabel 14. Ketersedian Obat–Obatan Pelayanan Kesehatan Gigi Faskes Daerah Studi

Obat-obatan	Ketersediaan		
	Puskesmas	Klinik	DPP
Eugenol	94%	100%	100%
Formokresol	82%	100%	100%
Formaldehide	53%	100%	100%
Alkohol	100%	100%	100%
Antiseptic	100%	100%	100%
Resin Composite	71%	100%	100%
Tambalan sementara (misal Fletcher set dll)	100%	100%	100%
Lidocaine	100%	100%	100%
Chlor Ethyl	94%	100%	100%

Obat-obatan	Ketersediaan		
	Puskesmas	Klinik	DPP
Glass Ionomer	100%	100%	100%
Cavity Cleanser	76%	92%	100%
Kalsium Hidroxide	88%	100%	100%
Obat Emergency			
Antihistamin	88%	90%	90%
Adrenalin	94%	100%	100%

Sumber: Data Primer Survei, PKMK-KPMAK, 2018

Tabel 14 di atas menggambarkan bahwa sebagian besar obat memang tersedia di fasilitas kesehatan daerah studi. Namun, ada sejumlah faskes yang masih tidak memilik ketersediaan obat tersebut. Penelusuran lebih lanjut bahwa ketersediaan obat tersebut pada waktu awal tersedia dan habis karena pemakaian, namun ada juga menyatakan memang tidak menyediakan obat tersebut.



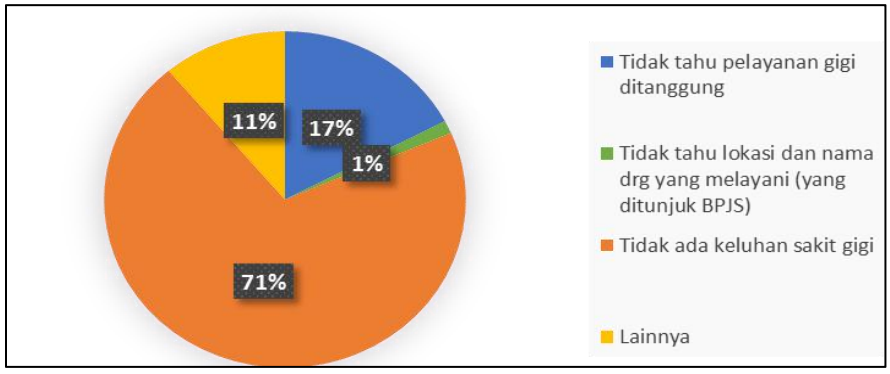
Sumber: Data Survei Dokter Gigi, N= 39, PKMK-KPMAK,2018

Gambar 9. Kepuasan Dokter Gigi

Gambar 9 di atas menunjukkan bahwa dengan pembayaran kapitasi pada pelayanan primer dokter gigi sebanyak 45% menyatakan biasa saja. Hal ini

menunjukkan ada ketidakpuasan besaran jasa pelayanan yang diterima oleh dokter gigi atas pelayanan yang diberikan. Namun perlu diperhatikan adalah dimana dokter tersebut melakukan pelayanan. Dalam hal konteks biasa saja jumlah dokter gigi merupakan batas kritis dan dokter gigi sebagai ujung tombak pelayanan dalam sistem JKN. Apabila mengalami ketidakpuasan maka akan berakibat fatal seperti mutu pelayanan yang menurun dan banyak rujukan ke FKTL.

Peserta JKN tidak semuanya memanfaatkan pelayanan kesehatan gigi. Tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan gigi karena beberapa faktor. Hasil survei pada peserta JKN berikut ini menggambarkan alasan tidak memanfaatkan pelayanan kesehatan gigi.



Sumber: Data Primer Survei, N=84, PKMK-KPMAK, 2018

Gambar 10. Alasan Peserta Belum Menggunakan Pelayanan Gigi di FKTP

Gambar 10 di atas menunjukkan bahwa peserta JKN tidak menggunakan pelayanan gigi karena tidak ada keluhan sakit gigi (71%). Perilaku masyarakat dalam menggunakan pelayanan gigi saat ada keluhan merupakan salah satu faktor penting tingginya angka rujukan perawatan gigi dari FKTP. Hal ini disebabkan oleh kenyataan bahwa penyakit gigi yang telah menimbulkan gejala (sakit) merupakan tahap penyakit gigi yang telah lanjut, sehingga memerlukan perawatan dengan sumberdaya dan keterampilan operator yang cukup tinggi sehingga tidak dapat diselesaikan di FKTP. Lebih jauh, ketidak tahuan peserta bahwa pelayanan gigi ditanggung oleh JKN (17%) juga patut diwaspadai, karena hal ini mengindikasikan bahwa sosialisasi terkait manfaat pelayanan kesehatan yang ditanggung JKN tidak optimal dilakukan di daerah.

Tabel 15. Pengetahuan Peserta JKN terhadap Pelayanan Gigi yang Dijamin JKN

Konsultasi / Pemeriksaan	90%
Peresapan obat	88%
Pencabutan gigi	81%
Tambalan gigi	80%
Pembersihan karang gigi	63%
Prostesa gigi	35%

Sumber: Data Primer Survei, N=84, PKMK-KPMAK, 2018

Tabel 15 di atas menunjukkan bahwa pengetahuan peserta JKN yang belum pernah mendapat pelayanan gigi pada umumya mengetahui *benefit package* atau pelayanan apa saja yang ditanggung oleh BPJS Kesehatan. Prothesa menjadi tantangan bagi FKTP pelayanan gigi karena membutuhkan biaya tinggi.

Tabel 16. Kendala Pelaksanaan Pelayanan Gigi Era JKN

FKTP	Lingkup	Kendala
Puskesmas	Obat – obatan	Logistik obat –obatan, ada kekosongan, realisasi anggaran pengandaan obat pada tahun berikutnya.
	Peralatan	Pemeliharaan peralatan terkendala pelaksanaan anggaran. Kebutuhan anggaran tahun ini, namun realisasi tahun berikutnya.
	Dokter gigi	Masih ada Puskesmas yang belum ada dokter giginya
	Sistem pembayaran	Regulasi peraturan Kapitasi untuk Puskesmas non BLUD, untuk puskesmas BLUD pemanfaatan nya fleksibel, ada permasalahan pemakaian kapitasi.
	Kepesertaan	Perpindahan peserta tanpa pemberitahuan/ notifikasi jika

FKTP	Lingkup	Kendala
		peserta telah berpindah FKTP.
	Rujukan	Melakukan rujukan ke RS. RS tidak mempunyai dokter spesialis gigi. Pasien kebingunan dan kembali ke FKTP. PSA lanjutan, RS tidak mau melayani.
Dokter Gigi Praktek Perorangan	Kepesertaan	Kepesertaan berlebih, ada pembatasan jumlah yang dilayani
	Sistem pembayaran	Pembagian kapitasi tidak sesuai
	Jejaring FKTP	Tidak bisa menjadi mitra BPJS Kesehatan jika bukan jejaring FKTP
	P-Care	Tindakan tidak sesuai diagnosa *di P-Care*
Klinik	PKS/ Kontrak	Kontrak kerjasama dengan BPJS Kesehatan untuk dokter gigi hanya memuat tindakan. Implementasi di *P-Care* tidak tercatat/ tidak memuat tindakan pelayanan gigi.
	Jejaring FKTP	Tidak bisa menjadi mitra BPJS Kesehatan jika bukan jejaring FKTP
	Sistem pembayaran	Besaran kapitasi secara keekonomian belum mencukup karena sistem pembagian di FKTP.
	Regulasi paket manfaat	Perbedaan paket manfaat antara PDGI dan MoU FKTP dengan BPJS Kesehatan yaitu scalling dan tambalan sinar.
	P–Care	Tindakan tidak sesuai diagnosa *di P-Care*

3. Alternatif Sistem Pembayaran Pelayanan Gigi di FKTP

Metode pembayaran pelayanan gigi di FKTP seyogyanya ideal dihitung berdasarkan kebutuhan ideal pelayanan gigi. Berbagai model pembayaran yang iinginkan oleh stakeholder di daerah yaitu:

a) Kapitasi

Stakeholder di daerah penelitian Banjarmasin, Bandung, Ternate menginginkan model pembayaran kapitasi dengan berbagai syarat. Seperti jumlah minimal peserta. Jumlah minimal peserta ini akan menentukan besaran kapitasi yang diterima. Tidak hanya jumlah minimal peserta yang diinginkan, namun juga besaran kapitasi yang perlu ditingkatkan. Besaran kapitasi ini perlu dihitung ulang karena seharusnya menyesuaikan dengan tindakan yang dibutuhkan dalam pelayanan gigi. Hal ini terkait dengan tindakan – tindakan yang dilakukan oleh dokter gigi pada saat pelayanan dilakukan.

> *"Kalo saya Dok persis sama kayak Dokter D tetap kapitasi dan harus misalnya biaya besaran yang diperoleh harus dikelompokkan misalnya kan penambalan komposit kan beda...beda dengan pencabutan atau konsultasi jadi itu harus jelas, seperti itu." (Puskesmas – Kupang).*

Kapitasi tetap diminati oleh dokter gigi di fasilitas kesehatan pelayanan gigi, namun perlu dilihat inovasi apa yang bisa menjadi strategi penerapan kapitasi ini dapat terus dijalankan.

b) Fee for service

Daerah penelitian Bandung, Banjarmasin, Kupang, Pekanbaru, dan Makassar, menyatakan keinginannya untuk mengubah kapitasi menjadi pelayanan *fee for service.* Metode pembayaran ini dapat diterapkan dengan mengintegrasikan indikator kinerja yang dicapai. Selain itu dibutuhkan tarif standar yang harus disepakati antara pembayar dan penyedia pelayanan. Kombinasi antara pembayaran kapitasi dan metode pembayaran lain dimungkinkan dilaksanakan di fasilitas kesehatan yang melakukan pelayanan gigi.

> *"Kombinasi, kombinasi yang dari kapitasi ada kemudian, istilahnya untuk mengklaim sesuai tindakan ada, jadi yang untuk kapitasi itu hanya untuk yang hasil diagnosa saja tapi tindakan kita bisa seperti inasibijis, kita bisa melakukan klaim, misalnya tindakan pencabutan gigi berapa, tindakan penambalan gigi berapa, itu mungkin kita apa, kerjasamakan dengan jejaring yang lain, tapi kalau tidak ada seperti itu ya kemungkinan kita sulit untuk membayarnya". (PDGI-Pusat)*

Organisasi profesi dokter Gigi (PDGI) menyatakan bahwa kapitasi yang sekarang berjalan disinyalir tidak mencukupi baik operasional untuk tindakan tertentu atau insentif bagi dokter gigi terutama karena tidak meratanya kepesertaan. Usulan alternatif model pembayaran untuk peayanan kesehatan gigi yaitu *fee for service* dengan kombinasi.

> *"Ya berarti nanti kalo Fee for Service berbasis pada plafon yang disepakati metodenya dengan negosiasi PDGI daerah, ini yang diusulkan" (PDGI – Pusat).*

Peranan profesi dalam penentuan system pembayaran pelayanan kesehatan gigi sangat penting. Tidak hanya karena kepesertaan dalam kelompok, namun kebijakan yang berlaku akan mempengaruhi mutu pelayanan kesehatan gigi.

> *"Kalo menurut saya hal yang pertama adalah dilihat dari tetep dibayarkan sesuai dengan kapitasi sekarang ini tapi dimodifikasi dengan pembayaran klaim sesuai tindakan yang kami lakukan." (Puskesmas – Kupang)*

Modifikasi sistem pembayaran kapitasi atau mau model campuran menjelaskan bahwa dengan sistem kapitasi, jasa pelayanan yang diterima oleh dokter gigi tidak mencukupi, meskipun mencukupi merupakan subyektif. Namun demikian banyaknya peserta yang dilayani juga akan menambah beban kerja yang banyak. Puskesmas yang menggunakan poin untuk penilaian jasa pelayanan menjadi sangat tergantung pada jumlah besaran kapitasi yang diterima.

4. Sudut Pandang Stakeholder untuk Pelayanan Gigi

Sistem pembayaran kapitasi di FKTP yang melayani pelayanan gigi dirasakan berbeda – beda oleh dokter gigi. Sistem pembayaran prothesa misalnya di Puskesmas, dokter gigi Puskesmas menerima pembayaran dari setiap poin yang diperhitungkan oleh sistem kapitasi, sesuai dengan regulasi yang berlaku.

> *"Kalo pembayaran itu kan kami ada sistem pembagiannya ya menurut poin ya, jadi ya kita tiap bulan tetap menerima jasa setiap menurut poin kita, tapi ya itu sudah karena poinnya hitungannya" (Puskesmas-kota Kupang)*

Perbedaan pandangan antara BPJS Kesehatan dengan FKTP yang melayani kesehatan gigi terjadi karena data kunjungan yang berbeda. Hasil evaluasi BPJS Kesehatan, kunjungan pelayanan kesehatan gigi masih kecil rata – rata 15 kunjungan. Hal ini terjadi karena kunjungan ke fasilitas kesehatan tidak diinput di sistem *P-Care*.

"waktu kami kami ada pertemuan dokter gigi, kapan sih tarifnya naik dari 2000, loh dokter gimaan mau bilang tarifnya naik wong unit cost pian aja 200ribu gitu, setiap kali kunjungan 200ribu, 150rbu, 130ribu rata-rata di atas seratus, ini data yang kami pegang begitu, artinya dengan tariff 2000 begitu cukup aja kan dok, enggak cukup katanya, makanya tolonglah entri Pcare" (BPJS Kesehatan – Banjarmasin)

Kendala di lapangan membutuhkan perhatian antara dokter gigi dengan BPJS Kesehatan. Meskipun supervisi dilakukan, karena tidak adanya keterbukaan data dan kepentingan masing – masing pihak maka muncul persepsi yang berbeda terkait kunjungan.

"Kalau kita lihat gak terlalu banyak pak, makanya tadi kita bilang kalau berbicara karena kunjungannya rendah, kemudian kita mengolah data dan ketika kita turun sepertinya yang kita tahu ketika kita supervise semuanya baik2 saja, kalau dari data UR, sebenarnya gak terlalu ini ya, karena kita tidak tau kondisi riil itu seperti itu atau tidak, Karena dalam penerapan karena masing2 drg punya ininya sendiri2 ya" (BPJS Kesehatan – Kupang)

Pemerintah Daerah yang sangat memperhatikan penerimaan daerahnya akan berupaya semaksimal mungkin menggali potensi yang ada, termasuk di bidang kesehatan. Bidang kesehatan menjadi salah satu sumber pendapatan asli daerah yang besar. Sehingga tidak terkecuali pendirian rumah sakit khusus untuk pelayanan kesehatan Gigi. Bahkan ada isu yang berkembang di Kota Bandung , bahwa pelayanan kesehatan gigi dan mulut diarahkan ke Puskesmas, dan peserta di arahkan untuk melakukan pelayanan kesehatan Gigi ke Puskesmas. Meskipun tidak semua Puskesmas di Kota Bandung memiliki dokter gigi. Puskesmas yang berjumlah 75 puskesmas hanya 57 Puskesmas yang memiliki dokter gigi. Apabila peserta ingin melakukan pelayanan kesehatan gigi atau 18 Puskesmas tersebut boleh merujuk langsung ke RS yaitu RS Khusus Gigi Mulut milik Pemerintah Daerah. Apabila dilihat dari jumlah pasien umum ada sekitar 27 ribu pasien, yang terlayani dan mendaftar di dokter gigi mandiri yaitu 11 ribu pasien, sehingga 16 ribu pasien boleh berobat langsung ke RS Khusus Gigi Mulut milik Pemerintah Daerah tersebut. Bahkan Pemerintah Daerah Kota Bandung mencanangkan setiap Desa mempunyai satu Puskesmas.

Layanan secara mendetail juga menjadi bagian dari kontrak kerjasama antara fasilitas kesehatan dengan BPJS Kesehatan. Namun hal ini belum terjadi karena banyak hal seperti pemahaman kontrak atau memang tidak ada standar baku dalam kontrak kerjasama.

"Kalau yang sekarang kita masih gambaran umum saja jadi bukan mengabaikan ya. drg di KBK belum masuk, jadi kita feedbacknya WTA,

keluhan kita turun kunjungan.pertemuan kita rutin mengundang. Untuk layanan yang detail di Pks bbelum ada".(BPJS Kesehatan – Kupang)

Kendala – kendala di lapangan seperti data kunjungan, input *P-Care*, tidak tersedianya dokter gigi, menyebabkan data kunjungan dipersepsikan berbeda. Kontrak kerjasama yang kurang detail seperti berbasis diagnosa dan tindakan sesuai standar dan lengkap juga menjadi penyebab permasalahan di lapangan. Koordinasi dan komunikasi rutin perlu dilakukan untuk membuat strategi bersama memecahkan permasalahan yang ada di lapangan, tidak hanya membicarakan permasalahan kunjungan dan tarif kapitasi.

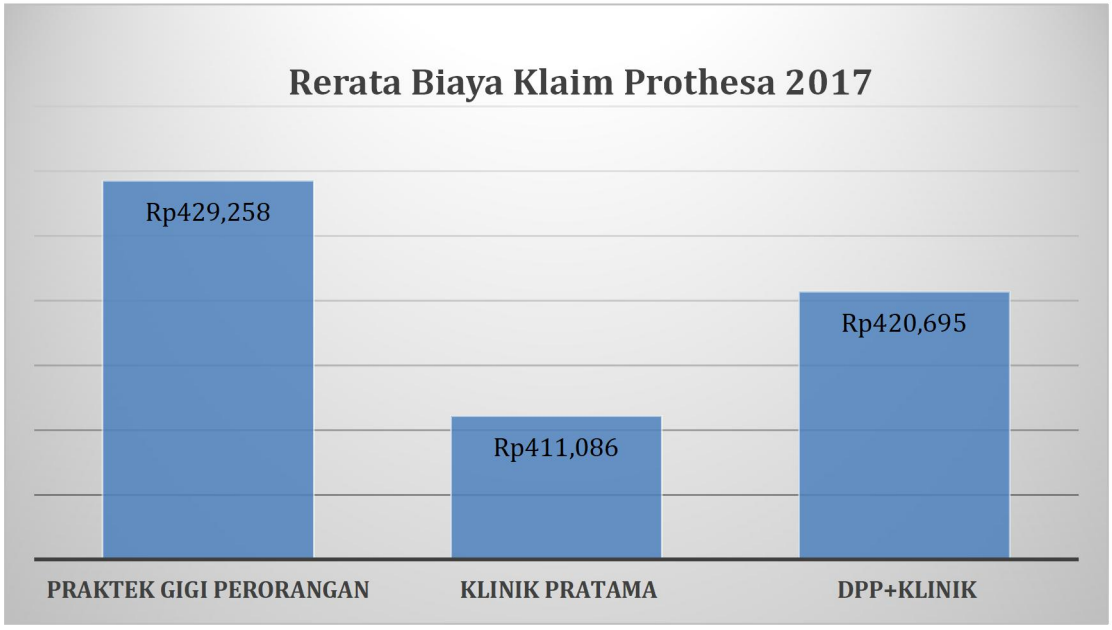
Tarif pelayanan gigi yang tinggi seringkali menimbulkan pro dan kontra. Efek negatif yaitu muncul adanya ketidakpuasan pada pasien dan munculnya ketidak puasan pada dokter gigi. Untuk menjembatani hal tersebut dibutuhkan tarif pelayanan yang sesuai dengan semua pihak yang terlibat.

Tabel 17. Tarif Pelayanan Gigi di FKTP Yang Melakukan Pelayanan Gigi

Jenis Pelayanan	Data Primer 2018 (Tarif)	Usulan Unitcost 2014 (UGM)	Usulan Unitcost 2018 (PDGI)
Konsultasi + pemeriksaan	59,439	50,000	85,000
Premedikasi	64,439	35,000	85,000
Kegawatdaruratan oro-dental	145,750	75,000	99,367
Pencabutan gigi sulung (tropikal, infiltrasi)	78,855	75,000	127,816
Pencabutan gigi permanen tanpa penyulit	138,632	150,000	162,322
Obat pasca ekstraksi	69,339	50,000	30,000
Tumpatan dengan resin komposit (tumpatan sinar)	182,647	170,000	208,191
Tumpatan dengan semen lonomer kaca	124,811	130,000	152,171
Pulp Capping (proteksi pulpa)	106,284	75,000	157,346
Skeling gigi	236,711	110,000	232,775
Prostesa gigi/ gigi palsu	1.445,696	-	-

Sumber: Data Primer, Survei, PKMK-KPMAK, 2018

Tarif Prothesa di FKTP memang masih menjadi bahan diskusi menarik. Kurang besarnya tarif pelayanan prothesa menyebabkan keengganan dokter gigi melakukan pelayanan prothesa untuk pasien peserta JKN. Hal ini dikarenakan klaim untuk prothesa tidak sebanding dengan pembiayaan yang dikeluarkan (Rp. 1.445, 696,-) (Data Survey PKMK-KPMAK, 2018). Selain itu proses birokrasi dan prosedur pengurusan yang berjenjang menjadi tantangan tersendiri bagi dokter gigi dan pasien.



Sumber: Data Primer, (Survei), PKMK-KPMAK, 2018

Gambar 11. Biaya Prothesa Tahun 2017

Gambar 11 tersebut menggambarkan bahwa besaran klaim prothesa tidak jauh berbeda di Praktik gigi perorangan dan Klinik pratama.

5. Simulasi Sistem Pembayaran Pelayanan Gigi

Tabel 18. Sumber Data Simulasi Perhitungan Sistem Pembayaran Pelayanan Gigi

Jenis FKTP	Penerimaan Kapitas Riil 2017 (Rp)	Rerata Jumlah Kunjungan 2017	Unit Cost (Rp)
1	2	3	4 (2 : 3)
KLINIK PRATAMA	31,923,622,667	196,577	162,398
PRAKTIK GIGI PERORANGAN	8,167,978,167	54,188	150,734
PUSKESMAS	146,475,515,500	245,088	597,645

Total	186,567,116,333	495,853	376,255
Jenis FKTP	**Penerimaan Kapitas Riil_Des17 (Rp)**	**Jml Kunjungan Des17**	**Unit Cost (Rp)**
1	**2**	**3**	**4 (2 : 3)**
KLINIK PRATAMA	39.137.654.000	231.319	169.193
PRAKTIK GIGI PERORANGAN	11.224.572.000	66.747	168.166
PUSKESMAS	182.800.736.000	278.817	131.126
Total	**233.162.962.000**	**576.883**	
Jenis FKTP	**Rerata Jumlah Peserta 2017**	**Biaya Kapitasi (Rp)**	**Total Biaya Kapitasi (Rp)**
1	**2**	**3**	**4 (2 x 3)**
KLINIK PRATAMA	15,961,811	2000	31,923,622,667
PRAKTIK GIGI PERORANGAN	4,083,989	2000	8,167,978,167
PUSKESMAS	73,237,758	500	36,618,878,875
Total	93,283,558		**76,710,479,708**

Sumber: BPJS Kesehatan, 2018

Simulasi metode pembayaran untuk pelayanan gigi primer dalam JKN selain menggunakan kapitasi antara lain:

a. *Fee for Service* dengan tarif paket

Tabel 19. Hasil Simulasi Metode Fee For Service dengan Tarif Paket

Jenis FKTP	Tarif	Rerata Jml Kunjungan 2017	Total Biaya
1	**2**	**3**	**4 (2 x 3)**
KLINIK PRATAMA	175,000	196,577	34,400,960,417
PRAKTIK GIGI PERORANGAN	150,000	54,188	8,128,225,000
PUSKESMAS	60,000	245,088	14,705,275,000
Total		495,853	**57,234,460,417**

Sumber: Diolah Data BPJS Kesehatan, 2018

Tarif dasar pada kolom 2 tabel 19 diperoleh dari harga dasar unit cost pada tabel 18 yaitu untuk Klinik Rp. 162,398,-dinaikan menjadi Rp. 175.000,- dan praktik dokter gigi perorangan dengan unit cost Rp. 150,734,- disesuaikan menjadi Rp. 150.000,- . Kenaikan dari unit cost dasar menggunakan pertimbangan atau asumsi harga keekonomian sekarang. Kesimpulannya, jika menggunakan metode pembayaran *fee for service* dengan menggunakan data sekunder tersebut di atas, maka BPJS Kesehatan akan menghemat Rp. 19.476.019.291,- per bulan. (Rp. 76,710,479,708,- Rp. 57,234,460,417,-).

b. *Fee for service* yang dikombinasi dengan pagu maksimal (plafon)

Tabel 20. Hasil Simulasi Metode *Fee For Service* dengan Pagu Maksimal (Plafon)

Jenis FKTP	Batas Rasio Utilisasi	Tarif	Rerata Jumlah Kunjungan Tahun 2017	Total Biaya
1	**2**	**3**	**4**	**5 (2 x 3)**
KLINIK PRATAMA	1% - 1,5%	175,000	196,577	34,400,960,417
	> 1,5%	150,000		29,486,537,500
PRAKTIK GIGI PERORANGAN	1,6% - 2,4%	150,000	54,188	8,128,225,000
	> 2,4%	140,000		7,586,343,333
PUSKESMAS		60,000	245,088	14,705,275,000

Sumber: Diolah Data BPJS Kesehatan, 2018

Tabel 20 di atas menggambarkan total biaya yang dikeluarkan setiap jenis FKTP apabila menggunakan metode pembayaran *fee for service* dengan pagu maksimum (plafon). Pagu maksimum (plafon) tersebut diberlakukan dengan batasan tingkat utilisasi untuk sebagai alat kontrol. Puskesmas tidak dapat diterapkan dengan pagu maksimum (plafon) karena 1). Puskesmas memiliki peserta JKN yang besar dan dokter gigi yang masih terbatas (belum tentu Puskesmas memiliki dokter gigi), 2) Aturan kontrol dengan tingkat utilisasi tidak bisa diterapkan di semua Puskesmas karena berbagai faktor seperti sarana dan prasarana, ketersediaan dokter gigi, ketersediaan peralatan dan pemeliharaannya, dan letak Puskesmas (terpencil, perbatasan, dan kepulauan).

c. Kapitasi berbasis Kinerja (pay for performance)

Tabel 21. Hasil Simulasi Gigi dengan Metode Kapitasi Berbasis Kinerja (*pay per formance*)

Jenis FKTP	Batas Rasio Utilisasi	Kapitasi	Rerata Jumlah Peserta 2017	Total Biaya
KLINIK PRATAMA	=>1,5%	2,000	15,961,811	31,923,622,667
		1,800		28,731,260,400
PRAKTIK GIGI PERORANGAN		2,000	4,083,989	8,167,978,167
		1,800		7,351,180,350
PUSKESMAS	< 1,5%	500	73,237,758	36,618,878,875
		400		29,295,103,100
TOTAL				**76,710,479,708**
				65,377,543,850

Sumber: Diolah Data BPJS Kesehatan, 2018

Kapitasi Gigi berbasis kinerja (*pay for performance*) diberlakukan dengan menggunakan bais dasar utilisasi riil berbasis data yaitu 1,5%. Apabila FKTP memiliki tingkat utilisasi berkisar = >1,5% maka norma kapitasi yang diberlakukan adalah sesuai dengan nilai yang ditetapkan (misal: Rp. 4000,-). Namun apabila FKTP dalam melakukan pelayanan kesehatan gigi mencapai kurang dari 1,5% (<1,5%) maka norma kapitasi yang akan diberlakukan pengurangan 5% - 10% dari norma kapitasi yang ditetapkan.

d. Kapitasi dengan Iur Biaya

Iur biaya dalam regulasi memang tidak diperbolehkan. Namun tidak menutup kemungkinan regulasi tersebut dapat berubah dengan berbagai faktor pendukung. Hal yang menarik ditelusur adalah kajian ini mendapatkan nilai iur biaya dari pasien – pasien yang pernah melakukan pelayanan kesehatan gigi. Hasil survei memang tidak menunjukkan semua pasien menyetujui, namun dari pasien yang bersedia menunjukkan bahwa pasien sebenarnya tidak berkeberatan untuk iur biaya pada pelayanan gigi.

Tabel 22. Hasil Simulasi Metode Kapitasi dengan Iur Biaya (*cost sharing*)

Jenis FKTP	Rasio Utilisasi	Tarif	Rerata Jumlah Peserta 2017(1) Rerata Jumlah Kunjungan 2017(2)	Total Biaya
1	**2**	**3**	**4**	**5 (3 x 4)**
KLINIK PRATAMA	1,50%	2000	15,961,811	31,923,622,667
		35000	196,577	6,880,192,083
PRAKTIK GIGI PERORANGAN		2000	4,083,989	8,167,978,167
		35000	54,188	1,896,585,833
TOTAL		2000		**40,091,600,833**
		3500		**8,776,777,917**

Sumber: Diolah Data BPJS Kesehatan, 2018

Metode Kapitasi dengan iur biaya juga tidak dapat diberlakukan di Puskesmas dengan berbagai pertimbangan. Rasio utilisasi juga menjadi kontrol untuk menentukan kapitasi. Metode ini juga bisa dapat dikombinasikan kapitasi berbasis kinerja (*pay per formance*).

e. Global Budget

Penerapan Global budget dalam pelayanan gigi, harusnya mempertimbangkan jumlah peserta, distribusi peserta serta jumlah dokter gigi di wilayah tersebut. Salah satu contoh implementasi *global budget* untuk pelayanan gigi ada di Jerman, dimana dana *global budget* untuk rawat jalan diserahkan ke ikatan profesi dan profesi akan membayar ke *provider* dengan model *fee for service* (FFS). Jika ada *provider* yang melakukan *over treatment*, maka besaran FFS akan dikurangi, disesuaikan dengan besaran dana *global budget* yang diterima. Profesi juga mempunyai kontrol kuat terhadap utilisasi yang dilakukan oleh *provider*.

Jika *global budget* rawat jalan (untuk pelayanan kesehatan gigi) diimplementasikan di Indonesia, siapa yang akan mengendalikan kecukupan dana ini? apakah Pemda? Apakah PDGI? jika Pemda, bagaimana jika ada kekurangan dana? Apakah *global budget* hanya ditingkat rawat jalan atau sampai rawat inap?. Sebagai

catatan bahwa pertanyaan – pertanyaan ini dapat dijawab apabila ada ujicoba *global* untuk pelayanan keapitasi gigi.

Saat ini masih banyak peserta JKN yang belum memiliki akses ke dokter gigi primer (sekitar 80 juta). Hal ini tentunya juga akan menyulitkan dalam perhitungan *global budget*. Seharusnya mereka yang belum memiliki akses pelayanan gigi primer, diserahkan ke dokter gigi praktek mandiri untuk meningkatkan akses. Jika akan diimplementasikan *global budget* tentunya tidak hanya berdasar pada *historical budget* tetapi juga melihat jumlah peserta dan rasio utilisasi yang benar. Saat ini rasio utilisasi di Puskesmas sangat rendah karena jumlah peserta sangat besar, sedangkan ketersediaan dokter gigi hanya satu orang disamping hambatan jaringan komunikasi dan data dalam pengisian *P-Care*.

6. Sistem Pembayaran Pelayanan Gigi di Negara Lain

Sistem pembayaran gigi era UHC di berbagai Negara ditunjukkan pada tabel berikut. Skema ini menjadi pembelajaran bahwa negara –negara yang sedang berproses untuk mencapai UHC melakukan berbagai metode pembayaran untuk pelayanan gigi bagi pesertanya. Intisari dari model pembayaran ini adalah bahwa model pembayaran akan disesuaikan dengan kondisi negara, kondisi keuangan, bahkan dimungkinkan kondisi dari kebutuhan pesertanya. Bagaimana dengan Indonesia, mana yang bisa menjadi referensi penting dalam model pembayaran untuk pelayanan Gigi.

Tabel 23. Skema Pembiayaan Praktek Dokter Gigi dalam Sistem *UHC*

No.	Negara	Skema Health Coverage	Pembiayaan Praktek Dokter Gigi	Keterangan
1	Amerika Serikat	Program Medicaid Program Medicare Part C Advantage	*Fee schedules* *Fee For Service*	Menjamin pelayanan kesehatan untuk anak (seluruh negara bagian berdasarkan hukum Federal) dan dewasa (hanya negara bagian tertentu) pada keluarga berpenghasilan rendah Perawatan gigi yang dijamin hanya yang terkait dengan masalah kesehatan
2	Australia	Medicare (Tax-funded National Health Insurance Scheme)	Medicare Benefit Scheme (MBS) Fee For Service*	Biaya MBS ditetapkan oleh pemerintah. Apabila dokter memberikan tagihan secara langsung ke Medicare (Bulk Bill) atau menerapkan *fee schedule* pada pasien. Pelayanan kesehatan gigi untuk anak sekolah dan dewasa yang berpenghasilan rendah. Termasuk beberapa prosedur

No.	Negara	Skema Health Coverage	Pembiayaan Praktek Dokter Gigi	Keterangan
				bedah, operasi bibir sumbing dan individu dengan penyakit kronis.
3	Austria	General Social Security Act	FFS/CFR	Cakupan kedokteran gigi dan gigi palsu tercantum dalam pasal 13 ASVG
		(ASVG)	(70:30)	
4	Belanda	Small Funds	FFS/CFR (90:10)	Perawatan gigi pasien dibawah usia 18 tahun dan bedah mulut. Perawatan orthodontis dijamin melalui asuransi swasta.
		Health Insurance Act (SHI)	*Fee For Service*	Perawatan gigi spesialis dan gigi palsu bagi pasien lansia.
5	Belgia	National Institute for Health and Disability Insurance (NIHDI)	*Fee For Service*[6]	Perawatan gigi untuk anak dan remaja dibawah usia 18 tahun semua ditanggung seperti yang tercantum dalam *fee schedule* kecuali perawatan orthodontis. Dokter gigi memiliki persetujuan skala pembayaran yang dikenal sebagai kesepakatan dengan jaminan sosial. Kesepakatan tersebut mengatur tingkat ganti rugi pada pasien untuk berbagai jenis perawatan gigi kecuali beberapa perawatan berikut: mahkota buatan, Gigi Tiruan Cekat, inlay, implan dan periodontal. Gigi tiruan sebagian lepasan dapat dimasukkan ke dalam prosedur ganti rugi.
6	Bulgaria	NHIF (Social Health Insurance)	*Fee For Service*	Prosedur dental dalam sektor asuransi kesehatan wajib berdasarkan pada *co-payments* serta *fee-for-service*.
7	Denmark	Municipal Dental Health	*Fee For Service*	Dokter gigi pemerintah memberikan perawatan gigi gratis secara preventif dan kuratif pada anak dan usia muda dibawah umur 18 tahun serta warga dengan disabilitas khusus.

No.	Negara	Skema Health Coverage	Pembiayaan Praktek Dokter Gigi	Keterangan
8	Finlandia	Social Insurance Institution (SII/KELA) National Health Insurance	*Kombinasi* (Gaji pokok, kapitasi, fee for service)*	Sistem pembayaran ada praktisi umum pada pusat kesehatan masyarakat bervariasi di tiap daerah. Metode pembayaran tradisonal, yang diterapkan sekitar 45% hingga 50%, melalui gaji bulanan dengan tambahan pembayaran fee for service untuk perawatan tertentu yang menghabiskan waktu panjang atau prosedur minor. Pada pusat kesehatan tersebut, setelah sistem dokter pribadi dikenalkan, dokter dibayar dengan kombinasi dari gaji pokok, pembayaran kapitasi, dan pembayaran fee for service tiap kunjungan.
9	Republik Indonesia	BPJS Health (National Health Insurance)/ NHI	Kapitasi	Tindakan pelayanan kesehatan Gigi di jamin sesuai peraturan.
10	Inggris	*National Health Service (NHS) Beveridge Model30*	Pembayaran berdasarkan jenis pelayanan (Fee by item-of-service)	Pembayaran berdasarkan jumlah unit aktivitas dental (*units of dental activity*/UDA). Pengecualian: Basis fixed fees for service hanya berlaku di Irlandia Utara.
11	Israel	NHI (National Health Insurance)	*Salary* + Fee For Service	Paket manfaat meliputi bedah maksilofasial untuk trauma dan onkologi, perawatan kedokteran gigi pencegahan untuk anak – anak hingga usia 12 tahun.
12	Italia	SSN (Italy's National Health Service)	*Salary*	Sejumlah pelayanan minimal termasuk dalam paket manfaat. Diantaranya adalah pelayanan preventif dan diagnostik, perawatan untuk karies dan komplikasi yang terkait, oklusi dental dan komplikasi berkaitan dengan tulang dan gigi serta gawat darurat.
13	Jepang	*National Health Insurance Employees' Health*	*Fee For Service*	Pembatasan pada bahan yang dapat digunakan (orthodontik untuk keperluan kosmetik).

No.	Negara	Skema Health Coverage	Pembiayaan Praktek Dokter Gigi	Keterangan
		Insurance		
14	Jerman	GKV Social Health Insurance (SHI) Bismarck Model30	*Fee For Service*	Terdapat dua *fee schedule*: pelayanan SHI dan perawatan swasta. Pembayaran dalam skema SHI melalui asosiasi profesi.
15	Kanada	*Private Health Insurance* (PHI)	Sistem Pembayaran Alternatif	Sistem dengan basis *Fee For Service* dengan metode pembayaran alternatif meliputi kapitasi, *blended* (*salary* dan *fee* atau kapitasi dan *fee*).
16	Korea Selatan	NHIS (National Health Insurance Service)	*Fee For Service*	Paket NHI meliputi pencabutan gigi, gigi tiruan untuk lansia, penghilangan plak, dan implan gigi (sebagian). Pelayanan gigi digratiskan untuk lansia dibawah garis kemiskinan. Penetapan pembayaran berdasarkan sistem RBRV (Resource-based Relative Value).
17	Kroasia	CHIF (Croatian Health Insurance Fund)	*Fee For Service/*Kapitasi (Kontrak CHIF) Fee For Service (Tanpa kontrak CHIF)	Menjamin hampir seluruh prosedur dasar kedokteran gigi (restoratif, endodontik, periodontal dasar, penyakit mulut, ortodontik hingga 18 tahun dan beberapa prostodontik) serta perawatan gawat darurat dental.
18	Latvia	NHS, Direct Payment	*Fee For Service*	
19	Malta	Ministry for Health Private	*Salary* *Fee For Service*	
20	Perancis	ACOSS (Central Social Security Agency) Statutory Health Insurance	*Fee For Service*	

No.	Negara	Skema Health Coverage	Pembiayaan Praktek Dokter Gigi	Keterangan
21	Romania	NIHF (National Insurance Health Fund) District Health Insurance House	*Fee For Service*	Paket manfaat meliputi pelayanan gigi yang sangat terbatas dengan perawatan bebas biaya untuk anak di bawah usia 18 tahun dan kelompok populasi khusus misalnya veteran perang, pejuang dalam revolusi 1989 dsb. Bagi pasien dengan usia lebih dari 18 tahun, NIHF akan menjamin pelayanan berkisar 60% dan 100% dari tarif.
22	Federasi Rusia	Mandatory Health Insurance (MHI)	*Salary + Share Profit*	*quasi-private, fee-for-service* *Layanan kesehatan gigi dan gigi palsu untuk anak – anak, veteran dan kelompok khusus lainnya.*
23	Selandia Baru	District Health Board (DHB) Tax-funded health system	*Fee For Service**	Perawatan gigi dasar bebas biaya untuk anak hingga usia 18 tahun. Praktisi umum dibiayai oleh pemerintah sebagian besar dalam bentuk fee for service dengan basis subsidi sebagian dan pasien dikenakan biaya tambahan.
24	Swedia	County Councils	*Fee For Service 40%* *Cost Sharing 60%*	Pelayanan kesehatan gigi bebas biaya bagi penduduk berusia dibawah 20 tahun.
25	Swiss	MHI (Mandatory Health Insurance)	*Fee For Service*	Kategori paling utama yang tidak masuk dalam pelayanan diantaranya: cek kesehatan gigi rutin (kecuali untuk anak selama di sekolah, restorasi dan pencabutan, pembuatan gigi tiruan yang tidak berhubungan dengan alformasi kongenital atau penyakit khusus.
26	Thailand	PHC (primary health care) centre	*Salary paid*	Perawat gigi dan asisten gigi biasanya pegawai negeri.
				Universal Coverage System: Mencakup perawatan gigi kecuali prosedur untuk keperluan kosmetik dan diintegrasikan dalam pembayaran perawatan rawat jalan
				SHI *Fee for service* dengan pembatasan, 2 pelayanan per tahun

No.	Negara	Skema Health Coverage	Pembiayaan Praktek Dokter Gigi	Keterangan
				CSMBS (*Civil Servant Medical Benefit Scheme*) Tidak mencakup perawatan gigi kecuali hanya beberapa perawatan dasar.
27	Republik Rakyat Tiongkok	Local Social Medical Insurance Fund (SHI)	*Mixed (Global Budget, Capitation, Case Payment,* FFS, dll.)	Fee schedule pada seluruh layanan kesehatan gigi di Rumah Sakit Umum ditentukan oleh Departemen Administrasi Pembayaran tingkat nasional dan provinsi.
28	Yunani	SHI	*Fee For Service*	Dokter gigi bekerja di pusat kesehatan memberikan perawatan gigi untuk anak hingga usia 18 tahun dan perawatan gawat darurat untuk semua usia.

Berbagai alternatif pembiayaan pelayanan gigi di beberapa Negara tersebut dapat menjadi referensi untuk penerapannya di Indonesia. Negara Indonesia dengan karakteristik dominan pada demografis menghadapai tantangan ketersedian infrastruktur, alat, SDM dan obat-obatan yang merata di seluruh wilayah Indonesia.

7. Potensi Iur Biaya di Pelayanan Gigi

Hasil survei pada peserta JKN yang sudah mendapatkan pelayanan kesehatan gigi menunjukkan keinginan untuk iur biaya apabila ada sebagian atau seluruhnya pada pelayanan gigi yang tidak ditanggung oleh BPJS Kesehatan.

Tabel 24. Gambaran Kesediaan Pasien Gigi untuk Iur Biaya

Jenis Iur Biaya	Prosentase Bersedia Iur	Rerata per Pelayanan Gigi	Rerata Iur biaya
Iur Biaya Cabut Gigi	44%	Rp 34,815.00	Rp 35,414.00
Iur Biaya Scalling	51%	Rp 39,322.00	
Iur Biaya Tambal	48%	Rp 32,105.00	
Iur Biaya Prothesa	61%	Rp 228,714.00	

Sumber: Hasil Survei, PKMK-KPMAK, N=230, 2018

Tabel 24 di atas menggambarkan kesediaan pasien dalam membayar sejumlah pelayanan dengan rerata iura biaya Rp 35.000,-. Kesediaan pasien gigi ini dapat memberikan salah satu alternatif model campuran sistem pembayaran kepada

dokter gigi. Namun yang perlu diperdalam apakah pasien tersebut berobat ke Puskesmas, Klinik Pratama atau Dokter Praktek Perorangan. Sisi positif kesediaan iuran biaya ini, pasien mempunyai keinginan pelayanan gigi yang optimal dan tentunya dengan harapan mutu pelayanannya juga baik.

8. Kompetensi Dokter Gigi di Pelayanan Gigi

Standar pelayanan kepada peserta JKN untuk pelayanan gigi telah dalam panduan praktek klinis Kepmenkes Nomor.HK.02.02/MENKES/62/2015 tentang Panduan Praktek Klinik Bagi Dokter Gigi. Hasil temuan dilapangan bahwa tidak semua tindakan atau diagnosa tercantum dalam MoU antara FKTP terkait pelayanan gigi.

> *"Berdasarkan itu dok, tapi kita Tarik ke MOU. MOUnya itu ektstraksi dengan, sederhana atau tanpa penyulit, tanpa komplikasi, penambalan.." (DPP Banjarmasin)*

Tidak hanya sarana dan prasarana yang mempengaruhi kompetensi dokter Gigi, namun juga model pembayaran yang dijanjikan.

> *"..banyak yang harus dipertimbangkan banyak yang harus dikerjakan oleh seorang dokter gigi untuk mencapai pekerjaan yang secara professional, jadi ya.. kita mau kalau dengan hanya dengan kapitasi yang 2000 itu jelas sangat sangat kurang untuk hasil yang lebih baik..". (Klinik Pratama – Ternate)*

Ketersediaan sumber daya di rumah sakit juga perlu ditinjau ulang. Kepastian rumah sakit memiliki sumber daya yang cukup ketika menerima rujukan dari dokter gigi pelayanan primer.

> *"Begitu kami rujuk ke RS, kenyataannya seperti yang kami bilang RSmengembalikan dan menganggap puskesmas bisa mengerjakan kasus ini.Entah karena secara profesi dokter gigi bisa mengerjakannya. Sesuai aturan BPJS kan kasus seperti itu harus sudah dirujuk". (Puskesmas – Ternate)*

Kompetensi dokter gigi di pelayanan gigi tidak hanya pengetahuan namun juga komunikasi dengan pasien.

> *"Kalau ada pasien minta aneh2, kita pakai patokan batasan layanan. Baik secara kompetensi maupun PKS dengan BPJS tapi selalu kami kasih solusi misal rujuk ya kami sampaikan..". (Klinik-Kupang)*

Pelayanan gigi seringkali menemui kendala pada kecepatan pelayanan. Hal ini terjadi apabila permintaan pasien sehingga bisa tidak sesuai dengan standar pelayanan gigi.

> *"Kemudian dar pelayanan itu dengan banyaknya pasien kita jadi kesulitan bekerja sesuai standar kesehatan kedokteran gigi, misalnya untuk menambal bagaimana kita bisa bekerja dengan baik dengan pasien yang banyak mengantri sesuai dengan kompetensi kita. Padahal kan kita disuruh menampung semua pasien ya mau gak mau kita menurunkan standar kita begitu dok jadi kalau mau cepat ya sudahlah asal tambal aja gak perlu kontur atau gimana..." (Klinik- Banjarmasin)*

Hasil temuan di lapangan membuktikan bahwa kompetensi dokter gigi sudah sesuai dengan standar kompetensi. Namun, ada beberapa hal yang mengakibatkan dokter gigi keluar jalur dari kompetensinya. Hal ini terjadi karena faktor pasien, faktor sarana prasarana, faktor peralatan, dan faktor pendukung lainnya.

9. Alternatif Pengembangan Sistem Pembayaran Pelayanan Gigi

Untuk memperhitungkan alternatif pembayaran pelayanan gigi di masa yang akan datang, maka perlu dilakukan simulasi dengan dukungan data sebagai berikut:

a. Rasio utilisasi riil dari tindakan perawatan gigi yang dijamin di FKTP
b. Unit cost (BMHP, dll) dari masing-masing tindakan

Bila data (a) tidak dapat diakses, maka dapat menggunakan data utilisasi total perawatan gigi di FKTP, dan kemudian meng'asumsi'kan proporsi dari masing-masing jenis tindakan berdasarkan data yang ada pada beberapa fasilitas pelayanan kesehatan. Untuk data (b), dapat menggunakan data yang ada di beberapa fasyankes yang diketahui oleh penulis, disertai dengan pertimbangan aspek-aspek yang lain (tarif yang berlaku umum, aspek kemahalan, updating harga, dll). Perhitungan cost untuk melakukan tindakan pencegahan individual seperti *fissure sealant*, topikal aplikasi *fluor*, maupun *surface protection* perlu disertakan untuk memberikan penekanan elemen preventif pada sistem pelayanan primer. Perhitungan ini akan menggambarkan besaran kapitasi yang sesuai.

Lebih jauh, untuk memberikan gambaran tentang besaran biaya yang dikeluarkan oleh BPJS Kesehatan untuk pelayanan gigi, maka diperlukan data:

a. Jumlah total biaya kapitasi untuk FKTP
b. Jumlah total biaya klaim perawatan gigi di FKTL

Data rujukan tindakan di FKTL yang memungkinkan untuk dilakukan perawatan di FKTP (Odontektomi klas 1, PSA akar tunggal, tumpatan LC)

Perhitungan ini berguna untuk memberikan gambaran pada BPJS Kesehatan tentang efektifitas pembiayaan yang dapat dilakukan, jika tindakan perawatan yang termasuk dalam kompetensi dokter gigi primer yang selama ini dilakukan di FKTL, dapat ditarik ke FKTP (sesuai dengan konsep *gate keeper*). Tentunya hal ini dibarengi dengan penyesuaian besaran nilai kapitasi disertai dengan kombinasi pembayaran (untuk perawatan yang selama ini dilayani di FKTL dapat dengan menggunakan skema *fee for service-iur bea*).

Sistem pembayaran kapitasi dalam pelayanan gigi peserta JKN saat ini belum ideal. Di satu sisi dokter gigi merasa tidak puas dengan besaran kapitasi gigi yang besarnya Rp 2000 POPB, ditambah distribusi peserta yang kurang merata, menyebabkan adanya ketimpangan *unit cost* antara dokter gigi yang praktek di perkotaan dan pedesaan. Di beberapa daerah perkotaan rasio kunjungan ke praktek dokter gigi cukup tinggi, sehingga sampai dibatasi jumlah pasien per harinya baik di klinik, puskesmas maupun praktek mandiri. Pembatasan ini dilakukan untuk mengendalikan biaya kapitasi yang dianggap tidak mencukupi (hasil wawancara dengan drg di Bandung). Alternatif skema pembiayaan untuk pelayanan gigi primer dalam JKN selain menggunakan kapitasi antara lain:

a. *Fee for Service* dengan tarif paket

Besarannya tariff paket ditentukan dengan perhitungan unit cost dan prinsip efisiensi. Karena pembelian dalam jumlah besar tentunya perhitungan cost tidak saja berdasar tariff Usual and Custommary Rate (UCR) tetapi harus memperhitungkan Discounted Rate. Hal ini sekaligus untuk pengendalian biaya pelayanan dari sisi provider

b. *Fee for service* yang dikombinasi dengan pagu maksimal (plafon)

Sistem Pembayaran FFS dengan batasan pagu maksimal (plafon). Untuk mengendalikan *moral hazard* utilisasi. Pagu maksimal dihitung dengan angka utilisasi ideal dengan unit cost efisiensi yang merupakan hasil negosiasi antara PDGI dengan BPJS setempat.

c. Kapitasi berbasis Kinerja (*pay for performance*)

Implementasi kapitasi berbasis kinerja menggunakan indikator – indikator yang diberlakukan sebagai dasar jumlah/ besaran pembayaran kepada FKTP. Besarnya kapitasi ditetapkan berdasarkan pencapian indikator yang ditentukan atau taget pencapaian indikator tertentu. Indikator ini perlu ditetapkan oleh BPJS atau kemenkes untuk mencapai target kinerja FKTP.

d. Kapitasi dengan Iur Biaya

Implementasi iur biaya ke pasien. Besarnya iur biaya ditetapkan berdasarkan kemampuan bayar peserta JKN. Untuk pasien PBI sebaiknya tidak diterapkan iur

biaya. Iur biaya perlu ditetapkan oleh BPJS atau kemenkes untuk mencegah tidak terkendalinya iur biaya di lapangan dan melindungi hak pasien.

e. Global Budget

Implementasi *global budget* untuk pelayanan gigi (terpisah dari pelayanan kesehatan lain) sangat kecil kemungkinan untuk diimplementasikan. Hal ini perlu diujicobakan terlebih dahulu. Ujicoba ini juga menyangkut pelayanan lain selain pelayanan gigi. Perhitungan biaya pelayanan berdasarkan tingkat utilisasi atau history biaya pelayanan periode sebelumnya (bisa berdasar biaya pelayanan bulanan atau tahunan).

Tabel 25. Kelebihan dan Kelemahan Skema Pembayaran

Metode Pembayaran	Kelebihan	Kelemahan
Fee for service dengan tarif Paket	Pembayaran langsung sesuai tarif pelayanan yang disepakati	Standar tarif pelayanan bebas
	Pelayanan cepat	Moral hazard dokter tinggi
	Ada jaminan mutu pelayanan	Harus menyediakan alat untuk mengukur dan mengkontrol mutu pelayanan
		Utilisasi tidak terkontrol
		Rujukan tinggi
Fee for service dengan pagu maksimum (plafon)	Tersedia uang lebih awal dengan kejelasan pagu (plafon)	Belum pernah ada ujicoba untuk pelayanan gigi
	Fleksibilitas biaya operasional	Perlu perencanaan yang efektif dan efisien
	Tersedia alat ukur untuk memonitor pelayanan dan anggaran	Harus menyediakan alat untuk mengukur dan mengkontrol mutu pelayanan
	Utilisasi terkontrol	Rujukan tinggi
Kapitasi berbasis kinerja *(pay performance)*	Tersedia uang setiap bulan	Perlu peserta yang banyak
	Pembayaran pasti	Pelayanan tindakan dibatasi
	Indikator kinerja/ mutu jelas	
	Rujukan rendah	Pembagian jasa pelayanan

Metode Pembayaran	Kelebihan	Kelemahan
		dengan poin, ketimpangan besaran jasa pelayanan antar faskes
	Pengendalian biaya	Tidak bisa menentukan besaran kapitasi
Kapitasi dengan Iur Biaya	Tersedia uang di awal	Menyediakan alat ukur mutu pelayanan
	Ada uang pelayanan tambahan dari pasien	Rujukan tinggi
	Utilisasi terjaga	Perlu peserta yang banyak
	Pengendalian biaya	
	Kualitas pelayanan terjamin	
Budget	Tersedia uang di awal	Resiko keuangan
	Fleksibilitas penggunaan dana	Manajemen keuangan yang ketat
		Utilisasi dikontrol
		Pembatasan paket manfaat
		Mutu pelayanan tidak terjamin
		Indikasi kepuasan pasien turun

Kelemahan dan kelebihan di atas masih bisa berubah seiring dengan pelaksanaan pada provider kesehatan. Ujicoba setiap metode pembayaran di atas diperlukan untuk memastikan kelayakan sistem pembayaran yang akan diberlakukan. Berikut ini penjelasan terkait dengan kelebihan dan kelemahan dari metode pembayaran dengan kapitasi. Positif dan negatif penerapan kapitasi yaitu:

a. Sisi positif:

1) Memberikan pelayanan yang berkualitas tinggi, dengan menegakkan diagnostik yang tepat dan memberikan pengobatan atau tindakan yang tepat. Dengan pelayanan yang baik ini, pasien akan cepat sembuh dan tidak kembali ke PPK untuk konsultasi atau tindakan lebih lanjut yang merupakan biaya tambahan.

2) Memberikan pelayanan promotif dan preventif untuk mencegah insiden kesakitan. Apabila angka kesakitan menurun, maka peserta tentu tidak perlu lagi berkunjung ke PPK yang akan berakibat utilisasi menjadi lebih rendah dan biaya pelayanan menjadi lebih kecil.
3) Memberikan pelayanan yang pas, tidak lebih dan tidak kurang, untuk mempertahankan efisiensi operasi dan tetap memegang jumlah pasien JPK sebagai income security. Hal ini akan berfungsi baik jika situasi pasar sangat kompetitif, dimana untuk mencari pasien baru relatif sulit.

b. Sisi negatif:

1) Jika kapitasi yang diberikan terpisah-pisah antara pelayanan rawat jalan tingkat pertama dan rujukan dan tanpa diimbangi dengan insentif yang memadai untuk mengurangi rujukan, PPK akan dengan mudah merujuk pasiennya ke spesialis. Dengan merujuk, waktunya untuk memeriksa menjadi lebih cepat.
2) Mempercepat waktu pelayanan sehingga tersedia waktu lebih banyak untuk melayani pasien non JPK yang "dinilai" membayar lebih banyak. Artinya mutu pelayanan dapat dikurangi, karena waktu pelayanan yang singkat. Jika ini terjadi, pada kapitasi parsial pihak JPK pada akhirnya dapat memikul biaya lebih besar karena efek akumulatif penyakit. Pasien yang tidak mendapatkan pelayanan rawat jalan yang memadai akan menderita penyakit yang lebih berat, akibatnya biaya pengobatan sekunder dan tersier menjadi lebih mahal.
3) Tidak memberikan pelayanan dengan baik, supaya kunjungan pasien kapitasi tidak cukup banyak. Untuk jangka pendek strategi ini mungkin berhasil tetapi untuk jangka panjang hak ini akan merugikan PPK sendiri.

Salah satu cara untuk mengevaluasi kinerja PPK yang mendapatkan pembayaran sistem kapitasi dan mendapatkan pembayaran FFS adalah dengan mengevaluasi utilisasi biaya, status kesehatan, dan kepuasan peserta.

Tabel 26. Kekuatan dan Kelemahan Sistem Pembayaran Kapitasi

Kekuatan	Kelemahan
Secara administratif mudah	Dokter cenderung memilih orang-orang yang tidak mempunyai resiko sakit parah atau memilih pasien yang tidak kompleks.

Kekuatan	Kelemahan
Penanganan medis tidak dipengaruhi oleh keuntungan ekonomi	Dokter mungkin menjadi kurang melayani pasiennya, dalam bentuk cenderung tidak ramah, tergesa-gesa, dan perilaku yang tidak baik. Keadaan ini diperparah apabila dokter mempunyai tanggungan yang terlalu banyak.
Memudahkan penyusunan anggaran belanja untuk pelayanan kesehatan	Catatan mengenai prakteknya cenderung menjadi tidak baik.
Dokter tergerak untuk meminimalkan biaya penanganan medik. Keadaan ini dapat menjadi bertentangan dengan etika kedokteran apabila dokter diberi anggaran berdasarkan jumlah orang yang ada di bawah tanggungannya.	Jika tujuan kapitasi untuk mengurangi anggaran berjalan keterlaluan, maka pasien akan menjadi terlantar.

Apabila diberlakukan dengan metode pembayaran prospektif pada pelayanan gigi maka perlu diperhatikan kelebihan dan kekurangannya yaitu

Tabel 27. Kelebihan dan Kekurangan Metode Pembayaran Prospektif

Pihak	Kelebihan	Kekurangan
Provider	Risiko keuangan sangat kecil	Tidak ada insentif untuk yang memberikan *Preventif Care*
	Pendapatan Rumah Sakit tidak terbatas	*"Supplier induced-demand"*
Pasien	Waktu tunggu yang lebih singkat	Jumlah pasien di klinik sangat banyak *"Overcrowded clinics"*
	Lebih mudah mendapat pelayanan dengan teknologi terbaru	Kualitas pelayanan kurang
Pembayar	Mudah mencapai kesepakatan dengan provider	Biaya administrasi tinggi untuk proses klaim meningkatkan risiko keuangan

Selain itu mekanisme pembayaran kepada penyedia pelayanan kesehatan (*provider*) yang akan diberlakukan, hal – hal yang perlu diperhatikan dalam tabel berikut.

Tabel 28. Metode Pembayaran *Provider* dan Insentif Indikatif untuk Tindakan *Provider*

Mekanisme	**Insentif untuk tindakan provider**		
	Pencegahan	**Pelayanan**	**Penahanan biaya**
Anggaran	+/-	-	+++
Fee-for-service (FFS)	+/-	+++	- - -
Per diem	+/-	+++	- - -
Per kasus (contoh: DRG)	+/-	++	++
Global Budget	++	- -	+++
Kapitasi	+++	- -	+++

Sumber: Diadaptasi dari WHO (2000); Jegers et al. (2002)

Tabel 28 di atas menunjukan pelaksanaan sistem pembayaran yang diberlakukan di beberapa negara. Metode tersebut dapat menjadi pembelajaran penting untuk penerapan sistem pembayaran di Indonesia.

B. Pembahasan

1. Pemanfaatan Layanan Kesehatan Gigi

Rendahnya utilisasi pemanfaatan layanan kesehatan gigi hasil kajian di daerah studi menunjukkan bahwa ada permasalahan di lapangan. Beberapa hal terkait dengan teknis pemanfaatan *P-Care* yang belum optimal dilakukan oleh dokter gigi di FKTP dapat diindikasikan sebagai salah satu penyebabnya. Ketidakoptimalan pemanfaatan *P-Care* dapat menyebabkan tidak objektifnya data yang tercatat di BPJS Kesehatan tentang utilisasi pelayanan gigi dan mulut riil di lapangan. Kekurang-*adaptable*-an *P-Care* untuk kebutuhan dokter gigi di FKTP khususnya terkait pencatatan tindakan perawatan dan keterbatasan fasilitas untuk peng-input-an diagnosis jamak juga menjadi salah satu alasan ketidakoptimalan pemanfaatan *P-Care* oleh para dokter gigi.

Selain itu, dengan ditemukannya kenyataan bahwa terdapat banyak FKTP yang tidak memiliki dokter gigi, begitu pula dengan banyaknya peserta yang tidak memiliki dokter gigi primer, dapat menyebabkan tingginya rujukan perawatan gigi ke FKTL yang dilakukan oleh dokter layanan primer (tidak oleh dokter gigi), sehingga hal ini akan menyebabkan tidak terhitungnya kunjungan peserta tersebut sebagai kunjungan perawatan gigi melainkan perawatan umum.

Lebih jauh, berdasarkan data dari subjek penelitian diketahui bahwa terdapat 18% peserta yang tidak mengetahui bahwa pelayanan gigi termasuk dalam paket manfaat pelayanan primer maupun tidak mengetahui (baik nama maupun alamat praktik) dokter gigi yang menjadi pemberi pelayanan kesehatan untuk dirinya. Hal ini tentunya ikut mempengaruhi rendahnya tingkat utilisasi pelayanan gigi di FKTP. Perilaku masyarakat dalam mencari pelayanan gigi setelah merasakan adanya gejala (keluhan sakit) juga turut menyumbang rendahnya tingkat utilisasi pelayanan gigi. Rendahnya utilisasi diakibatkan masyarakat yang berkunjung ke dokter gigi setelah mengalami gejala sakit. Setelah masyarakat tersebut berobat ke fasilitas kesehatan pada kenyataan sakitnya membutuhkan rujukan ke faskes selanjutnya. Hal ini pun juga menyebabkan rujukan pelayanan gigi ke FKTL tinggi. Hal ini dikarenakan penyakit gigi dan mulut yang ditangani merupakan penyakit gigi tingkat lanjut yang tentunya memerlukan sumberdaya baik sarana-prasarana maupun keterampilan kedokteran gigi yang tinggi, sehingga tidak memungkinkan untuk dilakukan perawatan di FKTP.

2. Sistem Pembayaran Layanan Kesehatan Gigi

Berdasarkan data kuantitatif maupun kualitatif yang telah didapatkan, sistem pembayaran kapitasi yang telah dilaksanakan selama ini belum memberikan manfaat yang optimal baik bagi peserta maupun dokter gigi primer. Rendahnya

tingkat utilisasi perawatan gigi tidak disebabkan karena telah terselesaikannya permasalahan kesehatan gigi dan mulut, melainkan terjadi dikarenakan beberapa penyebab yang telah diuraikan sebelumnya. Rendahnya kesadaran para dokter gigi di FKTP untuk melakukan kegiatan promotif dan preventif menunjukkan bahwa konsep paradigma sehat yang diharapkan dapat muncul sebagai manfaat dari diberlakukannya sistem pembayaran kapitasi di FKTP, belum dapat terealisasi dengan baik. Hal ini dapat dimaklumi dengan kenyataan bahwa para dokter gigi merasakan ketidakpuasan dengan sistem tersebut (70,6% dari responden dokter gigi FKTP pada penelitian ini menyatakan 'biasa saja' hingga 'sangat tidak puas' terhadap besaran nilai kapitasi yang mereka dapatkan). Ketidakpuasan ini berpangkal dari besarnya biaya yang harus dikeluarkan oleh dokter gigi untuk melakukan perawatan, meskipun tingkat utilisasinya kecil. Hal ini dikarenakan di beberapa daerah, alat dan bahan kedokteran gigi cukup sulit didapatkan sehingga harganya menjadi lebih tinggi dibandingkan dengan daerah yang lain.

Selain itu, sistem *free-enrollment* yang diterapkan oleh BPJS Kesehatan, menyebabkan beberapa dokter gigi yang baru mengikat kontrak sebagai provider BPJS Kesehatan mendapatkan jumlah kepesertaan yang sangat kecil. Adanya responden penelitian dengan jumlah kepesertaan di bawah 100 orang, menunjukkan ketidak-rasional-an beban yang harus ditanggung oleh dokter gigi tersebut (dengan nilai besaran kapitasi Rp 2.000,-), meskipun hanya 1 orang peserta yang melakukan perawatan gigi padanya. Oleh karena itu, implementasi jumlah peserta minimal pada FKTP menjadi relevan untuk dipertimbangkan demi meminimalisasi risiko di pihak pemberi pelayanan kesehatan, disamping rasionalisasi besaran nilai kapitasinya.

Berdasarkan kenyataan yang ada, perbaikan sistem pembayaran kapitasi untuk dokter gigi FKTP mendesak untuk dilakukan. Alternatif sistem pembayaran yang tetap mengedepankan konsep *gate keeper*, kendali mutu-kendali biaya, dan mengedepankan konsep promotif dan preventif, sangat diperlukan untuk dapat memberikan keuntungan pada semua pihak, baik peserta, maupun pemberi pelayanan kesehatan dalam skema JKN.

3. Alternatif Sistem Pembayaran Layanan Kesehatan gigi

Berdasarkan data yang telah didapatkan, diketahui bahwa sistem kapitasi yang telah berjalan selama ini memerlukan perbaikan. Rendahnya manfaat yang didapatkan oleh peserta, tingginya ketidak-puasan dokter gigi terhadap sistem ini yang terkait dengan ketidak-rasional-an besaran kapitasi menunjukkan bahwa perbaikan terhadap sistem ini mutlak untuk dilakukan.

Efektifitas penggunaan dana untuk pelayanan kesehatan gigi oleh BPJS Kesehatan juga memerlukan perhatian khusus mengingat tingginya defisit yang dialami oleh BPJS Kesehatan. Besaran dana yang dikeluarkan untuk pembayaran

kapitasi di FKTP dan perawatan rujukan di FKTL (yang terjadi akibat tingginya rasio rujukan sebagai efek domino dari permasalahan di FKTP), menuntut perlunya berbagai alternatif kalkulasi yang dapat dilakukan. Adanya potensi iur-biaya dari peserta BPJS Kesehatan yang telah memanfaatkan pelayanan kedokteran gigi menunjukkan kemungkinan perubahan dan perbaikan terhadap sistem yang telah ada.

Perhitungan penyesuaian besaran kapitasi yang sesuai dengan nilai keekonomian di masing-masing daerah, dengan jumlah kepesertaan minimal, dan *fee for service*-iur bea untuk beberapa perawatan yang merupakan kompetensi dokter gigi primer yang menjadi kasus rujukan tinggi disertai dengan perhitungan pelayanan kedokteran gigi pencegahan berbasis individu dimungkinkan untuk dapat lebih mengefisienkan pengeluaran BPJS Kesehatan untuk penjaminan bidang kesehatan gigi dan mulut. (Pernyataan pada alinea ini dapat didukung dengan hasil perhitungan alternatif pembiayaan berdasarkan data, yang dilakukan pada 'poin 9' bab sebelumnya).

4. Akses Pelayanan Gigi untuk 80 juta peserta yang belum mendapatkan akses pelayanan Gigi

Berdasarkan data sekunder yang didapatkan, diketahui bahwa terdapat sekitar 80 juta peserta BPJS Kesehatan yang tidak memiliki akses ke dokter gigi layanan primer. Hal ini tentunya merupakan suatu fakta yang sangat disayangkan. Seperti diketahui, bahwa penyakit gigi dan mulut termasuk dalam 10 besar penyakit terbanyak di Puskesmas. Tingginya prevalensi penyakit gigi dan mulut khususnya karies dan penyakit periodontal, merupakan suatu justifikasi bahwa seluruh masyarakat mutlak mendapatkan akses pada pelayanan kesehatan gigi primer. Karies dan penyakit periodontal ini terjadi karena demineralisasi jaringan permukaan gigi oleh asam organis yang berasal dari makanan yang mengandung gula. Karies gigi bersifat kronis dan dalam perkembangannya membutuhkan waktu yang lama, sehingga sebagian besar penderita mempunyai potensi mengalami gangguan seumur hidup. Namun demikian penyakit ini sering tidak mendapat perhatian dari masyarakat dan perencana program kesehatan, karena jarang membahayakan jiwa. Karies gigi dan penyakit periodontal dapat dicegah dengan sukses dengan pemeliharaan oleh individu dan tambahan tindakan preventif oleh tenaga kesehatan (Tampubolon, 2006). Upaya preventif dan promotif ini menjadi peran utama dari fasilitas kesehatan primer dan mempertegas peran *gate keeper*. Implementasi konsep *gate keeper* dimana kasus dengan prevalensi tinggi sedapat mungkin diselesaikan di pelayanan tingkat primer sudah seharusnya diutamakan, dengan tujuan untuk dapat meningkatkan derajat kesehatan.

Implikasi dari tidak teraksesnya pelayanan dokter gigi primer untuk sebagian peserta BPJS Kesehatan dapat diamati dari beberapa sudut pandang:

a. Kementerian Kesehatan

Tujuan Kementerian Kesehatan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat Indonesia perlu mendapatkan dukungan semua pihak. Kesehatan gigi dan mulut yang merupakan salah satu elemen integral dari kesehatan umum pun perlu mendapatkan perhatian. Penyakit gigi dan mulut adalah merupakan salah satu penyakit yang disebabkan oleh perilaku. Untuk meningkatkan derajat kesehatan gigi dan mulut masyarakat maka diperlukan usaha untuk merubah perilaku masyarakat. Di lain pihak, perlu pula dilakukan perubahan paradigma pemberi pelayanan kesehatan dari orientasi kuratif menjadi promotif-preventif. Sistem pembiayaan kapitasi yang diberlakukan pada pemberi pelayanan kesehatan primer (termasuk dokter gigi) sangat diharapkan untuk dapat mendukung perubahan paradigma ini. Dengan fakta bahwa 80 juta peserta BPJS Kesehatan tidak memiliki dokter gigi primer, maka manfaat yang diharapkan dari sistem pembiayaan kapitasi berupa perubahan perilaku dan paradigma pada masyarakat maupun dokter gigi menjadi tidak tercapai. Hal ini tentunya perlu mendapatkan perhatian, dimana untuk mendapatkan derajat kesehatan yang baik, perlu pula memperhatikan pemberian pelayanan yang berbasis kendali mutu dan kendali biaya.

b. BPJS Kesehatan

Risiko *potential financial question* yang diakibatkan oleh kasus kedokteran gigi primer yang dirujuk pada pelayanan sekunder cukup besar. Kasus kedokteran gigi primer yang seharusnya bisa diselesaikan di tingkat layanan primer oleh dokter gigi dengan sistem pembiayaan kapitasi, menjadi kasus rujukan di pelayanan sekunder dengan sistem pembayaran klaim-INA CBG's. Bila tingkat utilisasi dari kasus kedokteran gigi diasumsikan maksimal sebesar 1% (sesuai dengan tingkat utilisasi pelayanan kesehatan gigi di tingkat primer), maka dari 80 juta peserta yang tidak memiliki akses pada dokter gigi primer tersebut akan didapatkan 800.000 kasus kedokteran gigi rujukan. Bila setiap kasus kedokteran gigi termasuk dalam golongan INA CBG's dengan tarif sebesar Rp 160.000,- , maka perkiraan biaya yang diperlukan adalah Rp 128 milyar. Sebaliknya, jika 80 juta peserta tersebut dipastikan memiliki akses pada dokter gigi primer, maka biaya kapitasi yang diperlukan adalah sebesar Rp 160 milyar (dengan biaya kapitasi dokter gigi primer Rp 2.000,-). Berdasarkan perhitungan tersebut, maka terdapat *potential financial question* sebesar Rp 32 milyar dari para pemangku kepentingan.

c. Peserta BPJS Kesehatan

Ketidaktahuan para peserta BPJS Kesehatan akan pemberi pelayanan kesehatan kedokteran gigi primernya, menimbulkan kebingungan saat mereka memerlukan pelayanan kedokteran gigi. Beberapa informasi yang didapatkan, menyatakan bahwa peserta akan mengunjungi dokter layanan primer bila ada keluhan penyakit gigi dan mulut, untuk kemudian mendapatkan rujukan perawatan gigi dan mulut pada pemberi pelayanan kesehatan tingkat sekunder. Hal ini tentunya menimbulkan kerugian waktu, tenaga dan tentunya finansial (*potential loss*) bagi para peserta. Kerugian yang mereka alami apabila dikapitalkan, kemungkinan dapat melebihi dari manfaat yang mereka dapatkan dari penjaminan.

d. Dokter gigi primer

Terdapatnya 80 juta peserta yang tidak memiliki akses pada dokter gigi primer dapat menghambat kesempatan para dokter gigi untuk ikut menyelesaikan permasalahan kesehatan gigi dan mulut. Dokter gigi primer dengan kompetensi yang dimiliki, sudah selayaknya dapat dioptimalkan fungsi dan perannya dalam menyelesaikan permasalahan kesehatan gigi dan mulut, khususnya di tingkat primer. Berbagai penelitian membuktikan bahwa kondisi kesehatan gigi dan mulut yang baik, dapat mencegah timbulnya penyakit sistemik. Dengan demikian, memaksimalkan peran dokter gigi primer untuk penyelesaian permasalahan kesehatan gigi dan mulut sesungguhnya merupakan 'investasi' jangka panjang akan meningkatnya derajat kesehatan secara umum.

e. Dokter gigi pelayanan tingkat sekunder

Tujuan rujukan perawatan kedokteran gigi dari 80 juta peserta yang tidak memiliki akses pada perawatan gigi primer adalah dokter gigi pelayanan sekunder. Berdasarkan data, diketahui bahwa tingkat ketepatan rujukan kedokteran gigi cukup rendah. Hal ini salah satunya disebabkan karena banyaknya diagnosis penyakit gigi yang seharusnya dapat diselesaikan di level primer, namun dirujuk pada tingkat sekunder, dikarenakan para peserta tersebut tidak memiliki dokter gigi primer. Fenomena ini menyebabkan dokter gigi tingkat sekunder mendapatkan beban kerja yang berlebih, dikarenakan mereka harus mengerjakan kewajiban memberikan pelayanan kedokteran gigi spesialistik dimana di saat yang bersamaan, juga menerima rujukan kasus kedokteran gigi primer (yang seharusnya dapat diselesaikan di tingkat primer). Di samping itu, efektifitas dan efisiensi penggunaan alat dan bahan kedokteran gigi untuk pelayanan kasus primer pun menjadi tidak tercapai.

Bab V
Kesimpulan dan Rekomendasi

A. Kesimpulan

1. Gambaran umum FKTP pelayanan gigi :
   a. Semua FKTP yang disurvey memiliki dokter gigi dan sarana prasarana fasilitas kesehatan sesuai standar.
   b. Obat – obat yang tidak terdapat di FKTP gigi khususnya puskesmas adalah formal dehid (obat untuk tindakan *dressing*), *composite* (tumpatan sinar). Hal ini menunjukkan bahwa fasilitas kesehatan (yang mempunyai dokter gigi) mampu melakukan pelayanan kesehatan gigi di tingkat dasar.
   c. Tindakan yang tidak dilakukan di Puskesmas adalah prothesa karena tidak adanya bahan dan regulasi tarif dan jasa pelayanan.
2. Retata rasio utilisasi berdasarkan analisis data sekunder adalah : sangat rendah yaitu 1,5% adapun rerata utilisasi dimasing-masing FKTP adalah Klinik 3,5%, Praktek gigi perorangan 1,5%, dan Puskesmas 0,3% . Hal ini mengindikasikan bahwa tingkat kunjungan ke fasilitas kesehatan primer pelayanan kesehatan gigi relatif rendah. Namun, dari hasil wawancara mendalam menunjukkan rendahnya data utilisasi di *P-Care* disebabkan karena:
   a. Dokter gigi tidak menginput secara rutin kunjungan di *P-Care*,
   b. Sistem pencatatan di *P-Care* tidak memungkinkan menginput lebih dari satu diagnosis per kunjungan.
3. Rerata beban kerja dokter gigi di Klinik pratama perhari (4 pasien/ hari) lebih tinggi daripada rerata beban kerja dokter gigi di Praktek gigi perorangan dan Puskesmas (3 pasien/ hari). Idealnya satu dokter gigi melayani 10.000 peserta. Dokter gigi perhari melakukan pelayanan sebanyak 10 pasien. Asumsi yang digunakan yaitu 20 hari kerja dan utilisasi 2%.
4. Keputusan Menteri Kesehatan nomor 62 tahun 2015 menyatakan terdapat 41 diagnosa yang dapat dikerjakan di pelayanan primer (bukan 60 diagnosa). Dari total diagnosa tersebut 27 diagnosa masuk dalam paket manfaat dan 14 diagnosa tidak masuk dalam paket manfaat. Mayoritas FKTP klinik dan dokter praktek perorangan sudah melakukan 41 diagnosa, untuk puskesmas terdapat 6 diagnosa yang belum dapat dikerjakan karena masalah obat dan bahan BMHP. Hal ini dapat menjadi salah satu pengaruh

jumlah rujukan ke rumah sakit. Rerata rasio rujukan di fasilitas kesehatan yang menjadi tempat kajian sebesar 13%.

5. Persepsi responden dokter gigi terhadap nilai keekonomian besaran kapitasi sangat kecil dan tidak menguntungkan dokter gigi saat ini. Sebagian responden menyatakan tetap mau menerima kontrak kapitasi karena ada hubungan baik dengan pasien dan bisa mengerjakan pelayanan gigi diluar paket manfaat.
6. Alternatif skema pembiayaan untuk pelayanan gigi primer dalam JKN selain menggunakan kapitasi antara lain:
   a. *Fee for Service* dengan tarif paket
   b. *Fee for service* yang dikombinasi dengan pagu maksimum (plafon)
   c. Kapitasi berbasis Kinerja (*pay for performance*)
   d. Kapitasi dengan Iur Biaya
   e. *Global budget* pelayanan kesehatan gigi
7. Persepsi dokter gigi terhadap sistem pembayaran kapitasi menunjukkan sebagian dokter gigi menyatakan biasa saja (45%), tidak puas (19,6%), sangat tidak puas (6%), cukup puas (29%), dan sangat puas (0,4%). Secara keekonomian besaran kapitasi dianggap belum memuaskan atau dianggap biasa. Sistem pembayaran seperti metode campuran antara kapitasi dan *fee for service* menjadi salah satu alternatif model pembayaran yang diinginkan dari beberapa responden di sebagian klinik dan dokter praktek perorangan.
8. Persepsi stakeholder terhadap sistem pembayaran kapitasi:
   a. PDGI
      i. Sebaiknya PDGI Cabang terlibat dalam distribusi peserta
      ii. Belum adanya payung hukum yang mengatur keterlibatan atau peran PDGI dalam berbagai kebijakan pelayanan gigi.
      iii. Belum adanya payung hukum yang mengatur mekanisme pembayaran dokter gigi primer yang bekerja di klinik.
      iv. Regulasi tentang paket manfaat pelayanan primer dokter gigi kurang detail dan menimbulkan multi tafsir atau multi interpretasi.
   b. BPJS Kesehatan
      i. Banyak dokter gigi kurang berminat bekerjasama dengan BPJS Kesehatan karena besaran kapitasi yang kecil dan sistem kepesertaan *enrollment.*
      ii. Redistribusi peserta sulit dilakukan karena ada hambatan dari dinas kesehatan

c. Dinas Kesehatan

i. Belum adanya payung hukum yang mengatur prothesa gigi dapat dilakukan di Puskesmas

9. Potensi iur biaya hasil survei pada pasien yang mendapatkan pelayanan kesehatan gigi yaitu pada tindakan cabut gigi (44%), scalling (51%), tambal (48%), dan prothesa (61%). Rerata iur biaya yang bersedia dibayarkan oleh peserta Rp. 35.000,- per kali tindakan. Kesediaan pasien gigi untuk iur biaya menunjukkan bahwa pasien masih menginginkan pelayanan maksimal yang dapat diperoleh dan bersedia melakukan iur biaya apabila tidak ditanggung oleh BPJS Kesehatan.

10. Sarana prasarana di FKTP non Puskesmas sangat menunjang kompetensi dokter gigi yang dibutuhkan dalam paket manfaat JKN. Namun, di Puskesmas sering tidak tersedia sarana dan prasarana untuk melakukan tumpatan sinar.

B. Rekomendasi

BPJS Kesehatan

1. Melakukan tinjauan ulang pada model pembayaran kapitasi ke dokter gigi, bukan hanya besarannya tetapi juga mekanismenya.

   a. Norma kapitasi, perlu ditinjau ulang bukan hanya memperhitungkan jumlah dokter umum tetapi juga memperhitungkan jumlah dokter gigi. Dimungkinkan Puskesmas berjejaring dengan dokter prakter mandiri jika rasio dokter gigi dengan peserta Puskesmas lebih dari 10.000.
   b. Aturan pembayaran dokter gigi dengan model jejaring perlu diatur berbeda dengan aturan kapitasi.
   c. Memilah kapitasi gigi dan kapitasi umum.

2. Mengusulkan ke BPJS Kesehatan sistem pembayaran yang lebih adil, transparan, dan akuntabel yaitu sistem pembayaran *fee for service* dengan pagu maksimum (plafon) kombinasi *cost sharing* sesuai dengan amanah UUSJSN No. 40 tahun 2004 Pasal 24 ayat 3.

3. Melakukan ujicoba penerapan iur-biaya pada pelayanan gigi primer untuk pengendalian *moral hazard* peserta dan sebagai solusi pembiayaan, khususnya untuk pelayanan PSA dan Scalling.

4. Merevisi kontrak BPJS Kesehatan dengan FKTP Pelayanan Gigi yang hanya mencakup 9 tindakan dan berbasis diagnosa. Kontrak harus lebih rinci

dengan menyebutkan jumlah diagnosa dan tindakan dimasukkan dalam kontrak.

5. Melakukan perbaikan pada sistem *P-Care* dengan:
   a. Memperbaiki atau menambahkan diagnosa, karena ada koding yang tidak sesuai dengan ICD10
   b. Melibatkan dokter gigi dalam merevisi koding diagnosa dalam sistem *P-Care*
   c. *P-Care* harus memfasilitasi tindakan perawatan kedokteran gigi dengan tujuan untuk memudahkan perhitungan kapitasi gigi, karena sumber daya ditentukan oleh TINDAKAN, bukan oleh diagnosa.
6. PDGI dilibatkan dalam kredentialing dokter gigi dan distribusi peserta di wilayah tersebut.

Kementerian Kesehatan

1. Perlu payung hukum untuk:
   a. Pelayanan prothesa di Puskesmas
   b. Memberikan kewenangan organisasi profesi (PDGI) untuk mengatur tempat praktek dan distribusi dokter gigi yang tujuan untuk mengatur pemerataan dokter gigi.
2. Perlu petunjuk teknis sistem pembagian kapitasi antara klinik dengan dokter gigi praktek perorangan.

Daftar Pustaka

Anell, A., Glenngård, A.H., dan Merkur, S., 2012, Sweden: Health system review. *Health Systems in Transition*, 14(5): 67

Australian Institute of Health and Welfare, 2016, *Australia's health 2016*, Australia's health series no. 15, Cat. no. AUS 199, Canberra: AIHW, hal. 29.

Azzopardi-Muscat, N., Buttigieg, S., Calleja, N., Merkur, S., 2017, Malta: Health system review. *Health Systems in Transition*, 19(1):1–137.

BPS. 2014.*Sensus Penduduk 2014*.http://www.bps.go.id. BPS RI. Jakarta

BPJS Kesehatan. 2018. Panduan Praktis; Pelayanan Gigi dan Prothesa Gigi Bagi Peserta JKN. BPJS Kesehatan. Jakarta.

Busse, R. dan Blümel, M., 2014, Germany: health system review. *Health Systems in Transition*,16(2):1–296.

Cumming, J., McDonald, J., Barr, C., Martin, G., Gerring, Z., dan Daubé, J., 2014, New Zealand Health System Review, *Health System in Transition*, 4(2):1–212.

Chevreul, K., Berg Brigham, K., Durand-Zaleski, I., dan Hernández-Quevedo, C., 2015, France: Health system review, *Health Systems in Transition*, 17(3): 1–218.

Cylus, J., Richardson,E., Findley, L., Longley, M., O'Neill, C., dan Steel D., 2015, United Kingdom: Health Systems, *Health Systems in Transition* 17(5): 61.

De Pietro, C., Camenzind, P., Sturny, I., Crivelli, L., Edwards-Garavoglia, S., Spranger, A., Wittenbecher, F., dan Quentin, W., 2015, Switzerland: Health system review, *Health Systems in Transition*, 17(4): 117.

Departemen Kesehatan RI. 2013. *Riset Kesehatan Dasar 2007*, Badan Penelitian dan Pengembangan Depkes RI, Jakarta

Dewanto, I. Lestari, IN. 2014, *Panduan Pelaksanaan Pelayanan Kedokteran Gigi Dalam Sistem Jaminan Kesehatan Nasional,* Pengurus Besar Persatuan Dokter Gigi Indonesia (PDGI), Jakarta.

Džakula, A., Sagan, A., Pavić, N., Lončarek, K., dan Sekelj-Kauzlarić, 2014, K., Croatia: Health system review, *Health Systems in Transition*, 16(3): 74.

Economou, C., Kaitelidou, D., Karanikolos, M., dan Maresso, A., 2017, Greece: Health system review, *Health Systems in Transition*, 19(5):1–192.

Ferré, F., de Belvis, A.G., Valerio, L., Longhi, S., Lazzari, A., Fattore, G., Ricciardi, W., dan Maresso, A., 2014, Italy: Health System Review. *Health Systems in Transition*, 16(4): 69.

Fukawa, T. 2002.*Public Health Insurance in Japan*. The World Bank. Washington USA.

Gerkens S, Merkur S., 2010, Belgium: Health system review. *Health Systems in Transition*, 12(5): 16, 197.

Hanindriyo, L., Hendrartini, J., Priyono, B., Pramono, A., dan Hanung, G. 2016.*Evaluasi Ketepatan Rujukan Dokter Gigi Primer dalam Pelaksanaan JKN di Indonesia*. BPJS. Yogyakarta.

Healy, J., Sharman, E., dan Lokuge, B., 2006, Australia: Health system review. *Health Systems in Transition*, 8(5): xvi, 38, 64, 110.

Hofmarcher, M. dan Quentin, W., 2013, Austria: Health system review. *Health Systems in Transition,* 15(7): 91,118.

Jongudomsuk, P., Srithamrongsawat, S., Patcharanarumol, W., Limwattananon, S., Pannarunothai, S., Vapatanavong, P., Sawaengdee, K., dan Fahamnuaypol, P., 2015, The Kingdom of Thailand health system review, *Health Systems in Transition*, 5(5): 16, 115.

Kementerian Kesehatan RI. 2015.*Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor HK.02.02/MENKES/62/2015 tentang Panduan Praktik Klinis Bagi Dokter Gigi*. Jakarta

Kementerian Kesehatan RI. 2010.*Permenkes Nomor 1438 Tahun 2010 tentang standar Pelayanan Kedokteran*. Jakarta.

Kravitz, A.S., Buloock, A., Cowpe, J., dan Barnes, E., 2015, *Manual of Dental Practice 2015 Ed. 5.1*, Council of European Dentists, Wales, United Kingdom, hal. 71.

Kroneman M, Boerma W, van den Berg M, Groenewegen P, de Jong J, van Ginneken E, 2016, The Netherlands: health system review. *Health Systems in Transition*,18(2): 57, 72, 99, 162.

Kwon, S., Lee, T., dan Kim, C., 2015, Republic of Korea Health System Review, *Health Systems in Transition*, 5(4): 1–218.

Mahendradhata, Y., Trisnantoro, L., Listyadewi, S., Soewondo, P., Marthias, T., Harimurti, P., dan Prawira, J., 2017, The Republic of Indonesia Health System Review, *Health system in transition*, 7(1): 167.

Marchildon, G.P., 2013, Canada: Health system review, *Health Systems in Transition*, 15(1): 1 – 179.

Mitenbergs, U., Taube, M., Misins, J., Mikitis, E., Martinsons, A., Rurane, A., dan Quentin, W., 2012, Latvia: Health system review, Health Systems in Transition, 14(8):

Qingyue, M., Hongwei, Y., Wen, C., Qiang, S., dan Xiaoyun, L., 2015, People's Republic of China Health System Review*, Health Systems in Transition*, 5 (7

Olejaz, M., Juul Nielsen, A., Rudkjøbing, A., Okkels Birk, H., Krasnik, A., Hernández-Quevedo, C., 2012, Denmark: Health system review, *Health Systems in Transition*, 14(2):16, 115.

Pannarunothai S, Patmasiriwat D, Srithamrongsawat S., 2004, *Universal health coverage in Thailand: ideas for reform and policy struggling*, Health Policy

Pengurus Besar PDGI, 2014, *Panduan Pelaksanaan Pelayanan Kedokteran Gigi dalam Sistem Jaminan Kesehatan Nasional*, Jakarta

Popovich, L., Potapchik, E., Shishkin, S., Richardson, E., Vacroux, A., dan Mathivet, B., 2011, Russian Federation: Health system review, *Health Systems in Transition*, 13(7):1–190

Rice, T., Rosenau, P., Unruh, L.Y., Barnes, A.J., Saltman, R.B., dan van Ginneken, E., 2013, United States of America: Health system review, *Health Systems in Transition*, 15(3): 152, 154, 248.

Rosen, B., Waitzberg, R., dan Merkur, S., 2015, Israel: health system review, *Health System in Transition*, 17(6):1–212.

Sakamoto, H., Rahman, M., Nomura, S., Okamoto, E., Koike, dan S., Yasunaga, H., 2018, *Japan Health System Review*, New Delhi: World Health Organization, Regional Office for South- East Asia, 8(1):145 -146.

Sulastomo, 2011, *Sistem Jaminan Sosial Nasional: Mewujudkan Amanat Konstitusi*, Jakarta, Kompas, hal. 7.

Tampubolon, SN. 2006. *Dampak Karies Gigi Dan Penyakit Periodontal Terhadap Kualitas Hidup.* Pidato Pengukuhan Guru Besar. Universitas Sumatera Utara. Medan.

Tangcharoensathien, V.; Jongudomsuk, P., editors. 2004.*From policy to implementation: historical events during 2001-2004 of universal coverage in Thailand*, National Health Security Office, Nonthaburi

Thabrany, H., 2000, *Rasional Pembayaran Kapitasi*, Ikatan Dokter Indonesia (IDI), Jakarta

Vlãdescu, C., Scîntee, S.G., Olsavszky, V., Hernández-Quevedo, C., dan Sagan, A., 2016 Romania: Health system review, *Health Systems in Transition*, 18(4): 74, 122

Vuorenkoski, L., Mladovsky, P., and Mossialos, E., 2008, Finland: Health system review, *Health Systems in Transition*, 10(4): 1–168.

World Health Organization. 2000. *The World Health Report: Health Systems, Improving Perfomance*. France: World Health Organization.

World Health Organization. 2005. *Fifty-Eighth World Health Assembly*. (May), 1– 159.

Yiengprugsawan, V., Kelly, M., Seubsman, S., dan Sleigh, A, C., 2010, *The first 10 years of the Universal Coverage Scheme in Thailand: review of its impact on health inequalities and lessons learnt for middle-income countries*, Australas Epidemiol