



## STRATEGI OPTIMALISASI TIM KENDALI MUTU DAN KENDALI BIAYA

Eva Tirtabayu Hasri

### Ringkasan Eksekutif

Temuan penelitian PKMK FKKMK UGM tahun 2018 di 7 provinsi bahwa TKMKB sudah bekerja, namun perlu kegiatan tambahan untuk mendukung kegiatan KMKB program JKN. Temuannya, yaitu: 1) TKMKB memiliki inisiatif independen KMKB yang rendah, kegiatan KMKB menunggu inisiasi dari BPJS Kesehatan; 2) hasil kinerja TKMKB tidak dapat digunakan oleh stakeholder, pengelola RS, dan masyarakat luas karena tidak adanya sistem pelaporan dan media untuk akuntabilitas; 3) belum semua pimpinan dan TKMKB di RS mengerti serta memiliki kemampuan melakukan kegiatan KMKB karena belum meratanya edukasi tentang KMKB.

PKMK merekomendasikan 1) menyusun kebijakan tentang pelaporan semua kegiatan TKMKB dari tingkat Rumah sakit hingga ke tingkat pusat hingga ke Kemenkes; 2) membuat sistem akuntabilitas dari TKMKB cabang sampai pusat; 3) mereview dan merevisi pedoman pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya oleh TKMKB; 4) memastikan kesediaan anggaran penyelenggaraan kendali mutu dan kendali biaya; 5) memastikan adanya peningkatan kompetensi pimpinan dan anggota TKMKB; dan 6) mengadakan forum nasional kendali mutu dan kendali biaya secara periodik sebagai media komunikasi dan pembelajaran.

### Sasaran Pembaca

BPJS Kesehatan & TKMKB Tingkat Pusat, Provinsi, Cabang dan Teknis

### Masalah Kebijakan

Defisit yang terus naik sejak tahun 2014, muncul isu tentang potensi fraud oleh penyedia layanan kesehatan dikarenakan asumsi rendahnya tarif INA CBG's mengharuskan pemerintah melakukan berbagai terobosan. Tahun 2016 telah dibentuk tim KMKB dan tahun 2020 juga resmi diberlakukan kenaikan premi.

Saat ini TKMKB sudah terbentuk di tingkat rumah sakit, cabang, provinsi dan pusat. Tim telah bekerja melakukan kendali mutu dan biaya melalui beberapa tugas yang telah diatur dalam Peraturan BPJSK no 8 tahun 2016, yaitu: 1) sosialisasi tentang kewenangan tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik; 2) Utilization Review (UR); 3) Audit Medis (AM); dan 4) pembinaan etika dan disiplin profesi. Tugas tentang sosialisasi tentang kewenangan

tenaga kesehatan dalam menjalankan praktik dan tugas tentang pembinaan etika dan disiplin profesi dilakukan secara reguler bekerjasama dengan organisasi profesi dan Dinas Kesehatan jika ditemukan masalah.

Mantan Menteri Kesehatan pernah menyebutkan bahwa “Kendali biaya tidak identik dengan mutu pelayanan substandar, mutu pelayanan dapat dilihat melalui Akreditasi Rumah Sakit”. Pendapat ini secara evidence based terbantah oleh hasil literatur review yang telah dilakukan oleh David Greenfield tahun 2008, menyatakan bahwa akreditasi berfungsi untuk meningkatkan mutu layanan kesehatan belum dipastikan karena adanya temuan bahwa standar akreditasi memiliki sedikit atau tidak berpengaruh pada indikator kinerja klinis, akreditasi tidak menyebabkan adanya peningkatan pada indikator mutu, akreditasi tidak berhubungan dengan kepuasan, tidak ada perbedaan peningkatan indikator mutu pada RS yang terakreditasi dan tidak. Berdasarkan evidence based tersebut, maka penting dilakukan optimalisasi peran TKMKB untuk melakukan kendali mutu dan kendali biaya (KMKB) pada tingkat pusat, provinsi, cabang dan teknis.

## Hasil Penelitian/Analisis

Tim peneliti PKMK FKKMK UGM menemukan penyebab kurang optimalnya peran TKMKB, mulai dari inisiatif independen TKMKB yang masih rendah melakukan KMKB, tidak ada sistem pelaporan hasil KMKB mulai dari tingkat teknis sampai menteri, tidak ada media akuntabilitas kinerja TKMKB, tidak semua kemampuan pimpinan dan TKMKB di RS merata dalam melakukan kegiatan KMKB. Secara rinci dijelaskan dibawah ini:

1. Inisiatif TKMKB secara independen melakukan KMKB masih rendah karena konteks kurangnya koordinasi dan fasilitasi BPJS Kesehatan mengkomunikasikan tentang tugas KMKB. Ada TKMKB yang merasa tidak dilibatkan melakukan audit klinis.

Hasil penelitian menunjukkan bahwa saat ini UR yang dilakukan oleh TKMKB Secara umum masih berfokus pada deteksi potensi fraud, mereka melakukan UR untuk melihat potensi efisiensi, misalnya ada pasien yang dirawatinapkan lebih dari 5 hari maka TKMKB akan menyusut kenapa LOSnya 5 hari. Utilization review dilakukan berdasarkan data yang telah diolah oleh BPJS Kesehatan, sehingga ada kemungkinan UR tidak independen.

Pelaksanaan KMKB juga mengalami hambatan , seperti pelaksanaan audit klinis belum optimal karena persepsi dokter bahwa dokter merasa diadili dan clinical pathways belum dijadikan sebagai tools untuk kendali mutu dan kendali biaya karena perilaku dokter spesialis yang tidak patuh terhadap clinical pathways.

PETUNJUK TEKNIS

# KENDALI MUTU KENDALI BIAYA

## PROGRAM JKN



TIM KENDALI MUTU KENDALI BIAYA NASIONAL  
2015

2. Sulitnya mengetahui dan mendapat informasi tentang mutu layanan kesehatan rumah sakit karena konteks tidak adanya sistem dari tingkat daerah sampai ke pusat untuk melaporkan dan mempublikasikan hasil kinerja TKMKB. Selain itu, TKMKB tidak memiliki anggaran independen, semua pelaksanaan KMKB difasilitasi oleh BPJS Kesehatan.
3. Tidak semua pimpinan dan TKMKB di RS mengerti serta memiliki kemampuan melakukan kegiatan KMKB karena konteks belum meratanya sosialisasi cara melakukan KMKB. Temuan bahwa TKMKB teknis bukan berasal dari komite medis, seharusnya sesuai regulasi bahwa TKMKB teknis berasal dari komite medis.

Orang yang diberi mandat sebagai TKMKB juga belum mengerti cara melakukan KMKB sehingga perlu adanya refreshing training kendali mutu dan kendali biaya kepada semua TKMKB.

TKMKB tingkat Pusat telah menyusun buku petunjuk teknis kendali mutu dan kendali biaya program JKN tahun 2015. Temuan tim PKMK ketika melakukan edukasi tentang tugas TKMKB di beberapa wilayah bahwa TKMKB tingkat cabang tidak mengetahui adanya buku pedoman tersebut sehingga wajar ketika ditemukan dilapangan bahwa TKMKB tidak mengetahui cara melakukan kendali mutu dan kendali biaya.

### Akibat Jika Tidak Ada Perubahan

Jika tidak dilakukan perubahan yang mengarah ke perbaikan, maka akan mengancam mutu layanan kesehatan dalam era JKN karena tidak ada evaluasi tentang kinerja pemberi layanan kesehatan apakah bekerja berdasarkan evidence terbaik dan terkini atau tidak. Kondisi ini juga memungkinkan terjadinya peluang moral hazard, jenis fraud standard of care dan potensi fraud jenis lainnya serta defisit dana JKN yang nantinya akan berpengaruh terhadap mutu layanan kesehatan yang diberikan kepada masyarakat, sehingga perlu adanya strategi optimalisasi tim KMKB.

## Rekomendasi

Berdasarkan masalah kebijakan yang ditemukan selama penelitian, direkomendasikan:

1. Menyusun kebijakan tentang pelaporan semua kegiatan TKMKB dari tingkat Rumah sakit hingga ke tingkat pusat hingga ke Kemenkes
2. Membuat sistem akuntabilitas dari TKMKB cabang sampai pusat
3. Mereview dan merevisi pedoman pelaksanaan kendali mutu dan kendali biaya oleh TKMKB
4. Memastikan kesediaan anggaran penyelenggaraan kendali mutu dan kendali biaya
5. Memastikan adanya peningkatan kompetensi pimpinan dan anggota TKMKB
6. Mengadakan forum nasional kendali mutu dan kendali biaya secara periodik sebagai media komunikasi dan pembelajaran

## Referensi

- Greenfield, D & Braithwaite, J (2008). A review of Health Sector Accreditation Research Literature. *International Journal for Quality in Health Care*. 20 (3). pp 172-183
- Laksono Trisnantoro et al., 2018. Draft Working Paper Evaluasi 8 Sasaran Peta Jalan JKN dengan Pendekatan Realist Evaluation. Yogyakarta: Pusat Kebijakan dan Manajemen Kesehatan (PKMK) Fakultas Kedokteran, Kesehatan Masyarakat dan Keperawatan UGM.
- Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 8 Tahun 2016 tentang Penerapan Kendali Mutu Dan Kendali Biaya Pada Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan Nasional.

### Tim Peneliti

Eva Tirtabayu Hasri, S.Kep., MPH  
Dr. dr. Hanevi Djasri, MARS., FISQua  
Prof. dr. Laksono Trisnantoro, MSc, PhD

### Informasi lebih lanjut:

Eva Tirtabayu Hasri – PKMK FK-KMK UGM  
Gd. Penelitian dan Pengembangan Kesehatan, FK-KMK UGM  
Telp. 0274 549425 | 0823-2433-2525  
E-mail: eva.tbh@gmail.com