

## Workshop C

### Seminar dan Workshop Governance of Quality and Safety

MMR-UGM, PMPK-UGM, Persi Yogyakarta, Badan Mutu Pelayanan Kesehatan

0830-1100	<b>Seminar</b> with Guest Speaker: Prof Judith Healy (ANU, Australia)
1300-1630	<b>Workshop</b> with Provinces and regulatory actors. Facilitators: dr Tjahjono Koentjoro MPH, PhD dan dr Hanevi Djasri MARS



### *Workshop C*

### Regulasi keselamatan pasien dan mutu pelayanan kesehatan di RS swasta

Judith Healy  
Australian National University



MMR-UGM, PMPK-UGM, Persi Yogyakarta, Badan Mutu Pelayanan Kesehatan bekerja sama dengan 5<sup>th</sup> Postgraduate Forum in Health Systems and Policy, UGM  
Yogyakarta, 20 May 2011

## What health policy lessons can we learn from other countries?

- Countries are interested in learning from the experiences of others – both successes and failures.
- Comparative health policy analysis an expanding field
- Asia-Pacific Observatory on Health Systems being established in 2011
- BUT – what works in one country may not in another.
- **Context** is crucial –select and adapt





		
Population	21 million	227 million
Median age	37 years	28 years
% population urban	89%	52%
Per capita income PPP Int.\$	\$34, 040	\$3,830
Life expectancy at birth	82 years	67 years
Infant mortality/1000 live births	4	31
Expenditure health % GDP	8.9%	2.2%
Doctors /10,000 population	10	1
Hospital beds /10,000 population	39	6

WHO World Health Statistics 2010

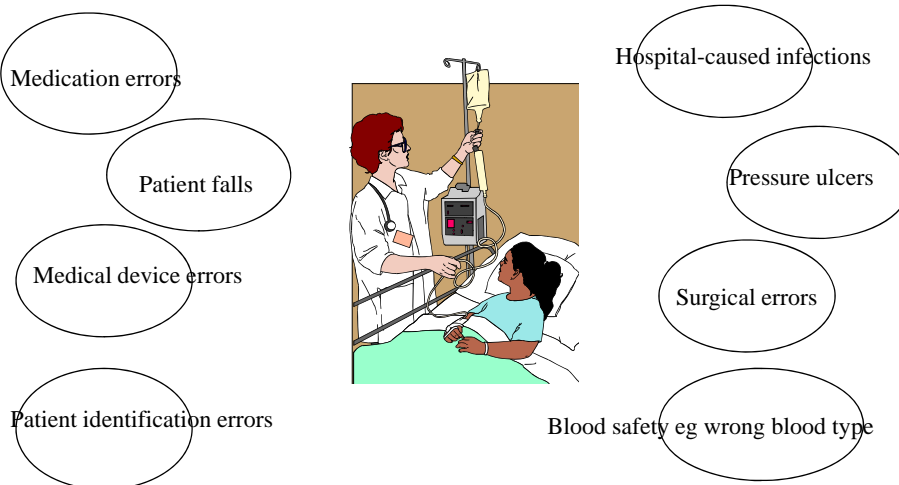
## Mutu pelayanan kesehatan yang rendah dapat berupa:

**Over use:** obat, tes dan prosedur yang tidak perlu, seperti SC, tonsilektomi

**Under use:** untuk 30 kondisi medis, hanya 55% (11-79%) pasien di Amerika yang menerima pelayanan yang sesuai rekomendasi (McGlynn et al 2003)

**Misuse:** misdiagnosis, obat dan prosedur yang tidak tepat

**KTD menyebabkan harm yang tidak diinginkan terhadap pasien, oleh karena kesalahan omisi atau komisi dan bukan akibat penyakit/kondisinya**





## Mengapa pemerintah harus “melakukan action” dalam mutu pelayanan kesehatan dan keselamatan pasien?

Kesalahan (Kejadian Tidak Diinginkan/KTD) sering terjadi di rumah sakit moderen (US, Eropa dan Australia). 4-12% pasien mengalami KTD – atau sekitar 1 dari 10 pasien – dan sampai dengan 0.3% dari pasien rumah sakit meninggal karena KTD.

Skandal rumah sakit menimbulkan keprihatinan publik dan menjadi masalah politis bagi pemerintah, misalnya kasus Bristol Hospital di Inggris dan Bundaberg Hospital di Australia.

KTD menyebabkan biaya tinggi. Sekitar 2% dari pengeluaran kesehatan dan hingga 30% dari anggaran rumah sakit. Misalnya, pasien harus dirawat lebih lama apabila terkena infeksi yang bersifat multi-drug resistant.

KTD menyebabkan harm dan stres ke pasien dan keluarga, dan juga staf rumah sakit.



## Apa pembelajaran yang diperoleh untuk melakukan suatu intervensi?

**Memperkuat tata kelola dan regulasi:** Di beberapa negara, pemerintah memperkuat regulasi kinerja pelayanan kesehatan dengan cara mengeluarkan UU, membentuk badan regulasi dan mendorong profesi kesehatan dan fasilitas pelayanan kesehatan untuk lebih menunjukkan akuntabilitasnya

**Mendesain sistem yang “aman”:** Merancang kembali bangunan fisik, peralatan dan prosedur. Industri lain yang lebih aman misalnya penerbangan, jalan, mobil. Sektor kesehatan lambat untuk menurunkan risiko, dan berasumsi bahwa profesi kesehatan tidak membuat kesalahan (terlepas dari banyaknya bukti yang menunjukkan).

**Mempromosikan budaya keselamatan pasien:** Mengubah budaya medis menjadi budaya keselamatan pasien dengan lebih mengutamakan pasien, bukan staf



## Pembelajaran dalam regulasi

**Regulasi bukan hanya enforcement:** regulasi merupakan cara untuk “mempengaruhi flow of events’ (bukan hanya tentang aturan dan UU)

**Melibatkan banyak aktor regulasi** – aktor pemerintah dan non-pemerintah

**Menggunakan banyak mekanisme**– rewards dan punishments – tidak hanya sekedar mendorong kepatuhan terhadap aturan

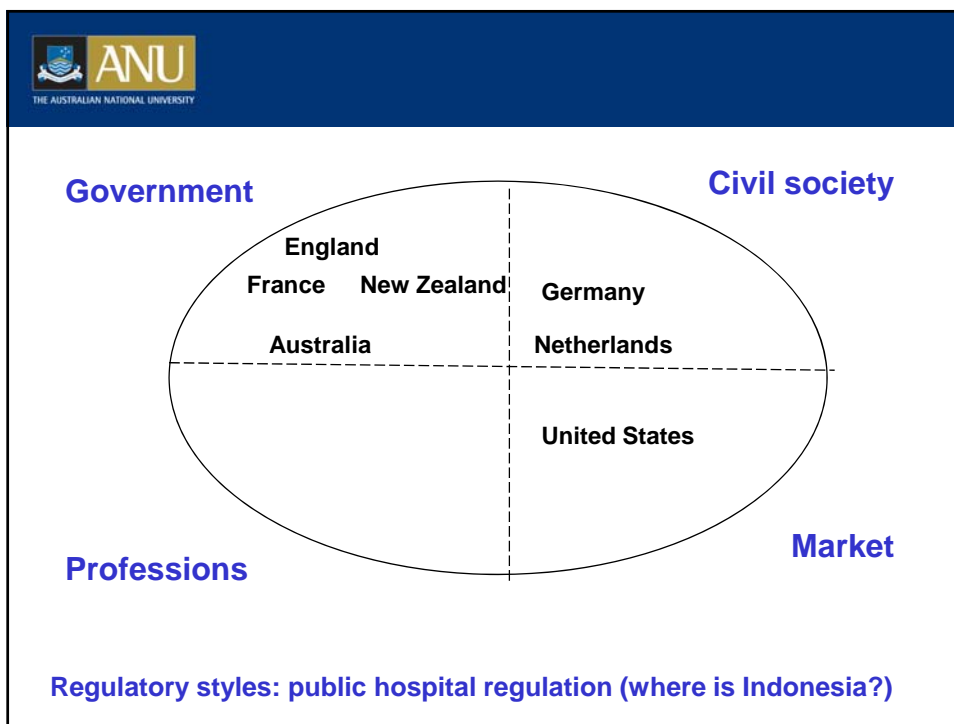
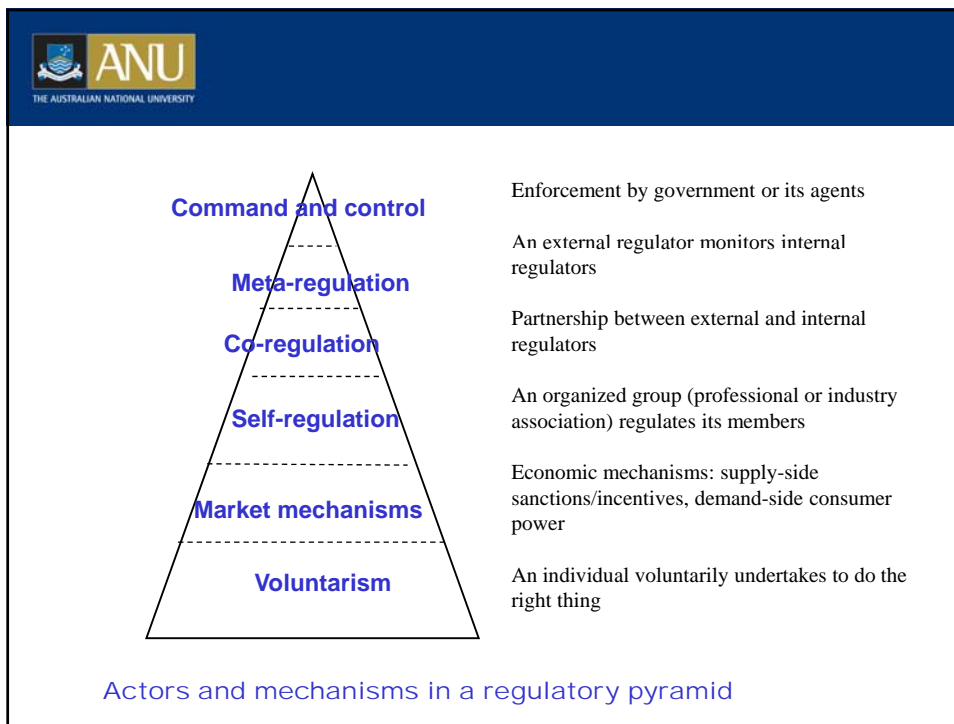
**Membangun jejaring tata kelola** – melibatkan banyak aktor dan membangun jejaring yang saling terkait yang dapat mempengaruhi


**Meminimalkan beban regulasi** – mengurangi duplikasi, mengkoordinasi aktor regulasi, harmonisasi mekanisme regulasi

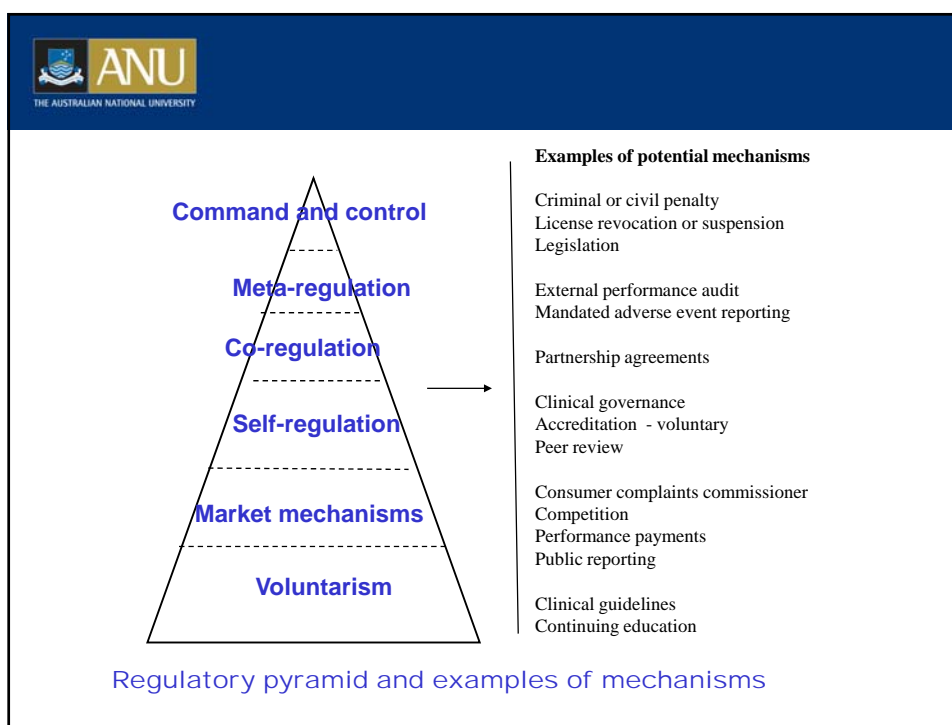


## Lima prinsip ‘responsive regulation’

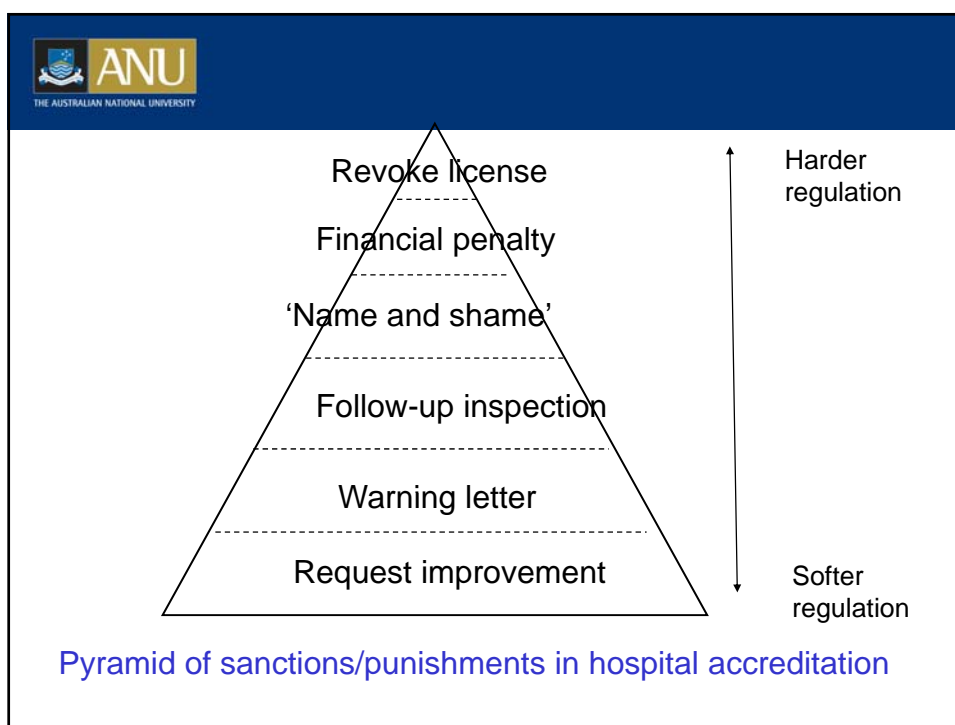
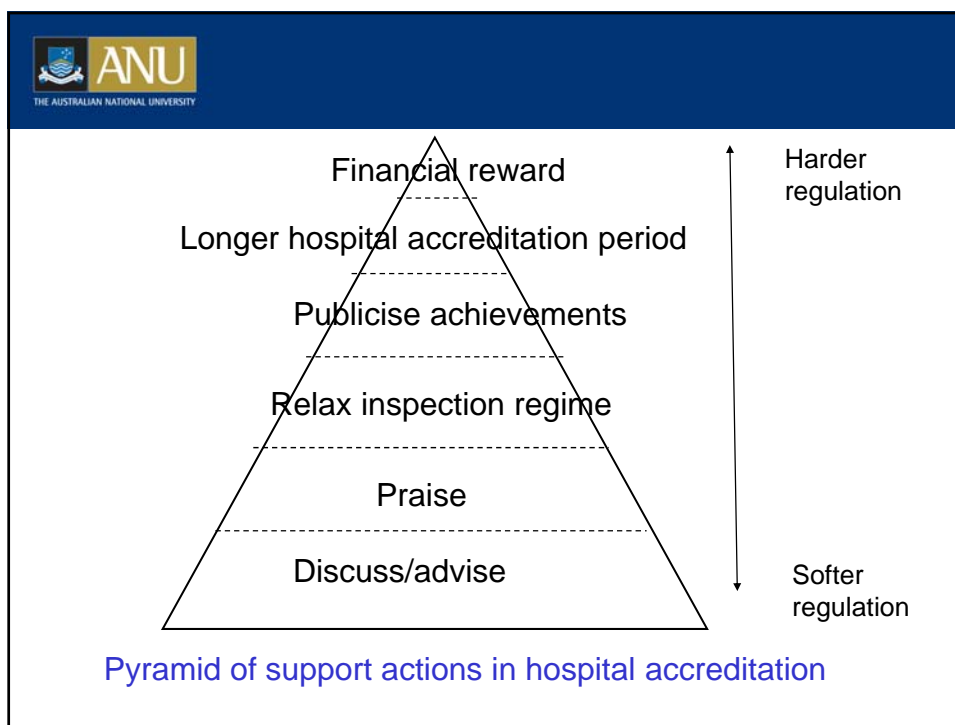
1. Aksi regulasi berupa model piramida – mulai dari yang bawah – pendekatan dari lunak ke tegas
2. Terdapat kapasitas untuk meningkatkan regulasi ke arah yang lebih tegas (lebih tinggi di piramidanya)
- 3 Menggunakan banyak aktor regulasi – satu seringkali tidak cukup
4. Menggunakan banyak mekanisme regulasi – satu seringkali tidak cukup
5. Membangun kekuatan– menggunakan dukungan/reward serta sangsi




 <b>Examples of regulatory action and evidence of impact</b>		
Strategy	Mechanism	Evidence
Voluntarism	Information and learning	Low and slow takeup
Market	Financial incentives Public reporting of performance Patient litigation	'Money talks' Reputation important, consumer choice
Self-regulation	Professional registration boards Accreditation agencies	Impact assumed
Internal management	Clinical governance, Training, Credentialing, Open disclosure	Some evidence
Structural	Better design, standard procedures, technology, safe staffing	Strong evidence
Meta-regulation	Ombudsmen, Publish performance indicators Report adverse events	Some evidence Strong evidence Some evidence
Enforcement	Public inquiries Legislation Prosecution	Strong impact Unknown Deterrent effect?

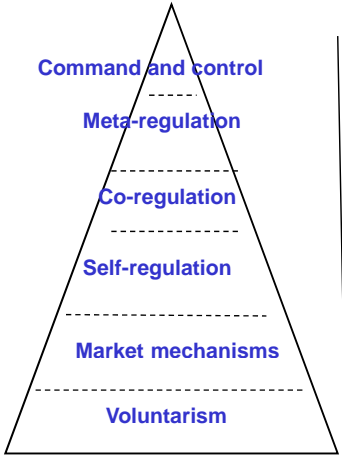






 THE AUSTRALIAN NATIONAL UNIVERSITY

**Examples of mechanisms**



Command and control

Meta-regulation


Co-regulation

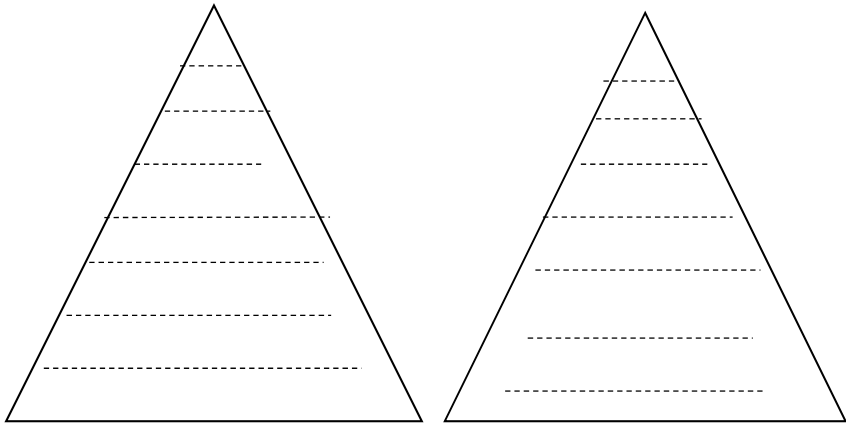
Self-regulation

Market mechanisms

Voluntarism

As a health department administrator, what strategies would you use to improve quality and safety?

 THE AUSTRALIAN NATIONAL UNIVERSITY



**Supports/rewards**                      **Sanctions/punishments**

**Internal regulation: As a hospital manager, what mechanisms would you use to improve quality and safety in your hospital?**



## References

- Ayres I & Braithwaite J (1992) *Responsive Regulation: Transcending the Regulation Debate*, Oxford University Press, Oxford.
- Braithwaite J, Healy J & Dwan K (2005) *The Governance of Health Care Safety and Quality*, Commonwealth of Australia, Canberra
- Healy J & Braithwaite J (2006) 'Designing safer health care through responsive regulation' *Medical Journal of Australia* 184 (10 Suppl) S56-59.
- Healy J & Dugdale P eds. (2009) *Patient Safety First*, Allen & Unwin, Sydney
- Healy J (2010) *Improving Health Care Safety and Quality: Reluctant Regulators*, Ashgate, England, USA.



## Regulasi rumah sakit

- Meningkatkan regulasi eksternal untuk RS pemerintah dan swasta
- Beberapa negara membentuk lembaga independen yang mempunyai kekuatan statutori untuk melakukan review
- Perijinan oleh pemerintah semakin ketat
- Akreditasi rumah sakit semakin dibutuhkan
- Mekanisme formal audit oleh peer profesional
- Indikator kinerja rumah sakit dikembangkan dan hasilnya diinformasikan ke publik





## RS di Australia: pemerintah dan swasta

742 RS pemerintah “acute care” (pemerintah dan swasta non-profit) dan 20 rumah sakit jiwa

280 RS private ‘for profit’

270 private freestanding ‘day hospitals’

Sektor swasta berkontribusi 33% dari total tempat tidur

Terjadi perubahan yang lambat dari ‘soft regulation’ sektor swasta ke regulasi yang lebih tegas



## Meningkatkan pengembangan profesional

*Strategi tradisional – sistem kesehatan tergantung dari profesi kesehatannya*

Melibatkan pemimpin klinis dalam reformasi kesehatan: profesi kesehatan mencari pemimpinnya

Strategi informasi: ekspansi pengetahuan dan informasi secara dramatis

Model pembelajaran yang penting bagi profesi kesehatan

Mengembangkan dan menggunakan clinical practice guidelines

Meningkatkan pengembangan profesional berkelanjutan





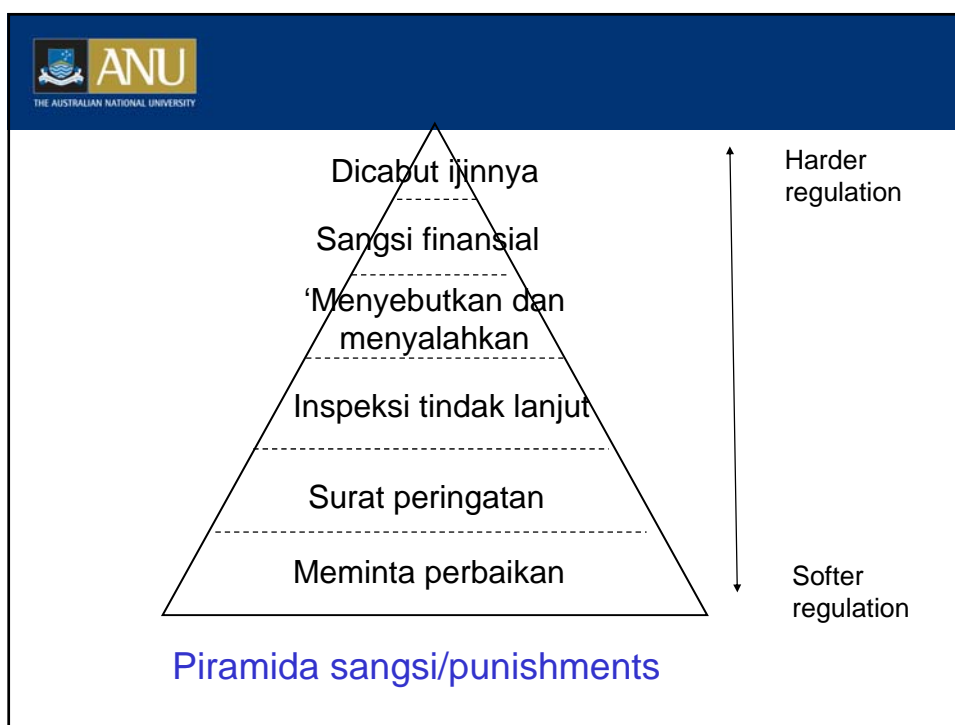
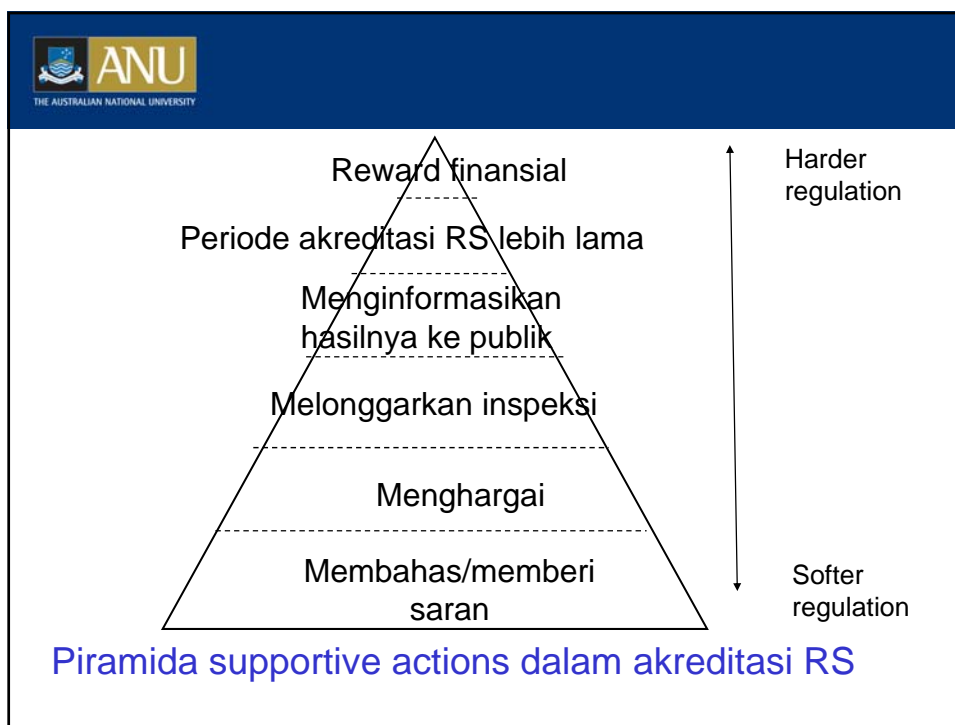
## Regulasi profesi kesehatan

- Lembaga nasional/konsil: dengan anggota dari profesi kesehatan, pemerintah dan masyarakat
- Register profesional – informasi dapat diakses oleh publik
- Persyaratan registrasi ulang – harus menunjukkan pengembangan/pendidikan profesional berkelanjutan dan 'fitness to practice'
- Prosedur disipliner independen – tidak hanya dikendalikan oleh profesi
- Identifikasi dan merehabilitasi profesi kesehatan yang mempunyai masalah kesehatan



## Rumah sakit harus ada perijinan/akreditasi

- Perijinan RS: memenuhi standar minimum
- Akreditasi RS: peningkatan mutu berkelanjutan
- Lembaga akreditasi: pemerintah atau NGO
- Pada sistem akreditasi sukarela pun sebagian RS swasta menempuh akreditasi
- Bukti-bukti peningkatan struktur-proses dalam siklus akreditasi RS – dampaknya terhadap outcome pasien tidak masih belum jelas



## Strategi Pasar

Self-regulation oleh RS: mendukung sebuah peak body untuk meregulasi anggota dari RS swasta

Mengendalikan biaya: membolehkan asuransi untuk to membatasi pembayarannya

Menawarkan insentif pajak untuk meningkatkan pertumbuhan sektor swasta

Meningkatkan kompetisi: Pemerintah dalam membatasi merger untuk meningkatkan kompetisi

Pilihan konsumen (strategi sisi demand): menyediakan informasi kepada konsumen untuk membuat keputusan berdasarkan tarif dan mutu

Prosedur keluhan pasien: membuat komite komplain/ombudsman

## Do lawyers get better health care?



"Wait, this one's a lawyer. We'd better wash our hands."

## Regulasi yang lebih ketat

Indikator kinerja rumah sakit

Menginformasikan indikator kinerja RS ke publik

Menetapkan lembaga independen yang mempunyai kewenangan untuk melakukan inspeksi dan review RS

Strategi legislasi: kewajiban untuk memenuhi standar, melaporkan kinerja, menginformasikan status akreditasi

Pasien dapat menuntut dokter dan RS untuk malpraktek

## Tema Utama: Lebih transparan

Register dokter – profil praktisi dapat diakses publik

Nama dokter yang tidak berijin dapat diakses publik

Laporan/skor akreditasi RS dapat diakses publik

Indikator kinerja RS/bedah dapat diakses publik

Data KTD dapat diakses publik

Prosedur Informed consent pasien sebelum tindakan apapun

Menyampaikan informasi KTD ke pasien/keluarga (open disclosure)







## References

- Ayres I & Braithwaite J (1992) *Responsive Regulation: Transcending the Regulation Debate*, Oxford University Press, Oxford.
- Saltman RB, Busse R, Mossialos E (2002) *Regulating Entrepreneurial Behaviour in European Health Care Systems*, European Observatory on Health Care Systems & Open University Press.
- Braithwaite J, Healy J & Dwan K (2005) *The Governance of Health Care Safety and Quality*, Commonwealth of Australia, Canberra
- Healy J & Braithwaite J (2006) 'Designing safer health care through responsive regulation' *Medical Journal of Australia* 184 (10 Suppl) S56-59.
- Healy J & Dugdale P eds. (2009) *Patient Safety First*, Allen & Unwin, Sydney
- Healy J (2010) *Improving Health Care Safety and Quality: Reluctant Regulators*, Ashgate, England, USA.