

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **I.1. Latar Belakang**

Pelaksanaan Pembangunan Nasional pada hakikatnya adalah pembangunan manusia Indonesia seutuhnya. Cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana tercantum dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 adalah melindungi segenap bangsa Indonesia dan mencerdaskan kehidupan bangsa, dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi, dan keadilan sosial. Dalam rangka mencapai cita-cita bangsa tersebut diselenggarakan pembangunan nasional di semua bidang kehidupan yang berkesinambungan yang merupakan suatu rangkaian pembangunan yang menyeluruh, terpadu, dan terarah. Pembangunan sosial ekonomi sebagai salah satu pelaksanaan kebijakan pembangunan nasional telah menghasilkan banyak kemajuan, diantaranya telah meningkatkan kesejahteraan rakyat. Kesejahteraan tersebut harus dapat dinikmati secara berkeanjutan, adil, dan merata menjangkau seluruh rakyat.

Selanjutnya ditegaskan kembali dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 bahwa tujuan negara adalah untuk meningkatkan kesejahteraan rakyat. Dalam Perubahan Keempat Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, tujuan tersebut semakin dipertegas yaitu dengan mengembangkan sistem jaminan sosial bagi kesejahteraan seluruh rakyat.

Sementara dalam Batang Tubuh Undang-undang Dasar Republik Indonesia Tahun 1945 Pasca Amandemen, sebagaimana termaktub pada Pasal 28 H menjelaskan :

1. Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.
2. Setiap orang berhak mendapat kemudahan dan perlakuan khusus untuk memperoleh kesempatan dan manfaat yang sama guna mencapai persamaan dan keadilan.
3. Setiap orang berhak atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermanfaat.

Selanjutnya dalam Pasal 34 juga ditentukan sebagai berikut :

1. Fakir miskin dan anak-anak yang terlantar dipelihara oleh Negara
2. Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan
3. Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak.

Berdasarkan amanat UUD 1945 tersebut, maka secara konstitusional sesungguhnya penyelenggaraan jaminan sosial adalah merupakan tanggung jawab / kewajiban negara dan juga merupakan hak konstitusional bagi masyarakat dan bangsa Indonesia. Indonesia telah menjalankan beberapa program jaminan sosial, antara lain Asuransi Kesehatan (Askes), Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek), Tabungan dan Asuransi Pegawai Negeri (Taspen), dan Asuransi Angkatan Bersenjata Republik Indonesia (Asabri). Namun program tersebut masih belum mampu untuk melayani seluruh rakyat Indonesia, khususnya bagi rakyat miskin dan kurang mampu.

Sehubungan dengan hal di atas, dipandang perlu menyusun suatu program yang mampu untuk melayani penyelenggaraan jaminan sosial bagi seluruh rakyat

Indonesia. Program ini diharapkan mampu menjangkau seluruh lapisan masyarakat secara luas dan akan memberikan manfaat yang sangat besar pula bagi seluruh rakyat Indonesia.

Untuk mewujudkan program jaminan social yang menyeluruh bagi rakyat, maka diundangkanlah pada tanggal 19 Oktober 2004 Undang-undang Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). Dalam Undang-undang ini dijelaskan bahwa SJSN merupakan program negara yang bertujuan memberikan kepastian perlindungan dan kesejahteraan sosial bagi seluruh rakyat. Untuk mewujudkan tujuan SJSN perlu dibentuk badan penyelenggara yang berbentuk badan hukum berdasarkan prinsip kegotongroyongan, nirlaba, keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, portabilitas, kepesertaan bersifat wajib, dana amanat, dan hasil pengelolaan dana jaminan sosial seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.

Selanjutnya sebagai tindak lanjut dari UU SJSN tersebut maka diterbitkanlah Undang-undang Nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Dalam Penjelasan UU tersebut, dijelaskan hal-hal sebagai berikut :

“Pembentukan Undang-undang ini yang merupakan pelaksanaan Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), setelah Putusan Mahkamah Konstitusi terhadap perkara Nomor 007/PUU-III/2005, guna memberikan kepastian hukum bagi pembentukan BPJS untuk melaksanakan program Jaminan Sosial di seluruh Indonesia. Undang-Undang ini merupakan pelaksanaan dari Pasal 5 ayat (1) dan Pasal 52 UU Nomor 40 Tahun 2004 yang mengamanatkan pembentukan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan transformasi kelembagaan PT Askes (Persero), PT Jamsostek (Persero), PT TASPEN (Persero), dan PT ASABRI (Persero) menjadi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). BPJS akan menggantikan sejumlah lembaga jaminan sosial yang ada di Indonesia yaitu lembaga asuransi jaminan kesehatan PT. Askes Indonesia menjadi BPJS Kesehatan dan lembaga jaminan sosial ketenagakerjaan PT. Jamsostek menjadi BPJS Ketenagakerjaan. Transformasi PT Askes dan PT Jamsostek menjadi BPJS dilakukan secara bertahap. Pada awal 2014, PT

Askes akan menjadi BPJS Kesehatan, selanjutnya pada 2015 giliran PT Jamsostek menjadi BPJS Ketenagakerjaan. Lembaga ini bertanggung jawab terhadap Presiden. BPJS berkantor pusat di Jakarta, dan bisa memiliki kantor perwakilan di tingkat provinsi serta kantor cabang di tingkat kabupaten kota. Dalam Transformasi tersebut juga diikuti adanya pengalihan peserta, program, aset dan liabilitas, pegawai, serta hak dan kewajiban”.  
(Sumber : UU Nomor 24 tahun 2011)

Dalam Ketentuan Peralihan UU Nomor 24 tahun 2011 tersebut, sebagaimana dijelaskan dalam pasal 57 huruf (a) yaitu :

“Bahwa pada saat Undang-undang ini mulai berlaku, Perusahaan Perseroan (Persero) PT AsuransiKesehatan Indonesia atau disingkat PT Askes(Persero) yang dibentuk dengan PeraturanPemerintah Nomor 6 Tahun 1992 tentangPengalihan Bentuk Perusahaan Umum (Perum)Husada Bhakti menjadi Perusahaan Perseroan(Persero) (Lembaran Negara Republik IndonesiaTahun 1992 Nomor 16) diakui keberadaannya dan tetap melaksanakan program jaminan kesehatan termasuk menerima pendaftaran peserta baru,sampai dengan beroperasinya BPJS Kesehatan”.

Kemudian dalam Ketentuan Penutup UU tersebut pada pasal 60 ayat (2) menjelaskan bahwa sejak beroperasinya BPJS Kesehatan maka :

- a. Kementerian Kesehatan tidak lagi menyelenggarakan program jaminan kesehatan masyarakat;
- b. Kementerian Pertahanan, Tentara Nasional Indonesia, dan Kepolisian Republik Indonesia tidak lagi menyelenggarakan program pelayanan kesehatan bagi pesertanya, kecuali untuk pelayanan kesehatan tertentu berkaitan dengan kegiatan operasionalnya, yang ditetapkan dengan Peraturan Presiden; dan
- c. PT Jamsostek (Persero) tidak lagi menyelenggarakan program jaminan pemeliharaan kesehatan.

Selanjutnya dipertegas lagi dalam ayat (3) yang menjelaskan bahwa pada saat BPJS Kesehatan mulai beroperasi, maka :

- a. PT Askes (Persero) dinyatakan bubar tanpa likuidasi dan semua aset dan liabilitas serta hak dan kewajiban hukum PT Askes (Persero)menjadi aset dan liabilitas serta hak dan kewajiban hukum BPJS Kesehatan;
- b. Semua pegawai PT Askes (Persero) menjadi pegawai BPJS Kesehatan

- c. Menteri Badan Usaha Milik Negara selaku Rapat Umum Pemegang Saham mengesahkan laporan posisi keuangan penutup PT Askes (Persero) setelah dilakukan audit oleh kantor akuntan publik dan Menteri Keuangan mengesahkan laporan posisi keuangan pembuka BPJS Kesehatan dan laporan posisi keuangan pembuka dana jaminan kesehatan.

Undang--Undang Nomor 24 tahun 2011 juga menjelaskan bahwa BPJS Kesehatan menyelenggarakan program jaminan kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan jaminan kematian. Dengan terbentuknya kedua BPJS tersebut jangkauan kepesertaan program jaminan sosial akan diperluas secara bertahap. BPJS Kesehatan merupakan Badan Usaha Milik Negara yang ditugaskan khusus oleh pemerintah untuk menyelenggarakan jaminan pemeliharaan kesehatan bagi seluruh rakyat Indonesia, terutama untuk Pegawai Negeri Sipil, Penerima Pensiun PNS dan TNI/POLRI, Veteran, Perintis Kemerdekaan beserta keluarganya dan Badan Usaha lainnya ataupun rakyat biasa. BPJS Kesehatan merupakan program pemerintah dalam kesatuan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Dalam Berita Online, <http://www.republika.co.id> pada Senin, 30 desember 2013, pukul 15.40 WIB, melaporkan :

“Presiden Susilo Bambang Yudhoyono (SBY) mengatakan, konsep dasar dan tujuan diberlakukannya sistem dan kebijakan tentang BPJS Kesehatan tak lain untuk meningkatkan kesejahteraan rakyat Indonesia.

Selain instrumen peraturan, lanjutnya, pemerintah bersama DPR juga telah menyepakati alokasi anggaran untuk BPJS Kesehatan tahap pertama yakni Rp 19,93 triliun. Dana tersebut akan disalurkan dan diprioritaskan kepada 86,4 juta orang masyarakat Indonesia yang sangat miskin, miskin, dan rentan.

SBY juga meminta program tersebut dikelola dan diawasi dengan sebaik-baiknya. Apalagi itu merupakan program baru dan tonggak sejarah bagi Indonesia sehingga potensi adanya persoalan dan hambatan sangat besar.

Ia menginstruksikan agar pemerintah pusat, pemda, BPJS Kesehatan, rumah sakit dan semua fasilitas kesehatan untuk melaksanakan dan mensukseskan program tersebut”.

Jaminan kesehatan diselenggarakan dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Manfaat jaminan kesehatan bersifat pelayanan perseorangan berupa pelayanan kesehatan yang mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis habis pakai yang diperlukan. Manfaat jaminan kesehatan tersebut diberikan pada fasilitas kesehatan milik Pemerintah atau swasta yang menjalin kerjasama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

Dalam Pasal 24 UU Nomor 40 tahun 2004 dijelaskan bahwa :

- a. Besarnya pembayaran kepada fasilitas kesehatan untuk setiap wilayah ditetapkan berdasarkan kesepakatan antara Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan asosiasi fasilitas kesehatan di wilayah tersebut.
- b. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial wajib membayar fasilitas kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 (lima belas) hari sejak permintaan pembayaran diterima

Sementara itu, berdasarkan Permenkes RI Nomor 71 tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) menjelaskan bahwa :

“Penyelenggara pelayanan kesehatan meliputi semua Fasilitas Kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan berupa Fasilitas Kesehatan tingkat pertama dan Fasilitas Kesehatan rujukan tingkat lanjutan. Dalam Permenkes ini yang dimaksud dengan Fasilitas Kesehatan adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh Pemerintah, Pemerintah Daerah, dan/atau Masyarakat”.

Selanjutnya dalam Permenkes tersebut juga menjelaskan bahwa yang termasuk dalam Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama berupa :

- a. Puskesmas atau yang setara;
- b. Praktik Dokter;
- c. Praktik Dokter Gigi;
- d. Klinik Pratama atau yang setara; dan
- e. Rumah Sakit Kelas D Pratama atau yang setara.

Sedangkan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan berupa:

- a. Klinik Utama atau yang setara;
- b. Rumah Sakit Umum; dan
- c. Rumah Sakit Khusus.

Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) memang belum sempurna dan masih memiliki sejumlah kekurangan. Salah satunya adalah mengenai pembayaran klaim JKN oleh BPJS Kesehatan kepada pihak Rumah Sakit yang menjadi Mitra BPJS Kesehatan dilakukan secara bertahap. Pembayaran klaim yang bertahap tersebut menyebabkan rumah sakit yang menjadi Mitra BPJS Kesehatan harus memenuhi sendiri kebutuhan dana operasionalnya. Walaupun pada akhirnya rumah sakit menerima penggantian dana tersebut dari pembayaran klaim JKN, namun kondisi ini dikhawatirkan berdampak pada pelayanan rumah sakit yang kurang maksimal.

Dalam <http://www.tempo.co> yang diakses pada Senin 10 Maret 2014 pukul 12.41 melaporkan bahwa

“Sedikitnya Rp 10,6 miliar dana program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dari BPJS *ngendon* di kas daerah Kabupaten Jember, Jawa Timur. Dana itu menganggur karena belum ada petunjuk pelaksanaan (juklak) dan petunjuk teknis (juknis) serta peraturan bupati (perbup) tentang pencairan dan penggunaan dana.

Menurut Kepala Bagian Humas Dinas Kesehatan Jember, Yumarlis, dana itu adalah dana kapitasi atau dana pelayanan program JKN-BPJS yang akan diberikan kepada 49 pusat kesehatan masyarakat (puskesmas).

Wamenkes Ali Ghufron Mukti yang mengunjungi Jember beberapa waktu lalu menyatakan aturan teknis pendistribusian dana kapitasi JKN-BPJS kepada puskesmas diserahkan kepada daerah.

Kepala Cabang BPJS Kesehatan Jember M. Ismail Marzuki mengatakan dana sebesar Rp 10,6 miliar itu adalah dana kapitasi bagi puskesmas di Jember untuk Januari dan Februari 2014. Nilai sebesar itu, kata dia, merupakan dana kapitasi dari 1,066 juta jiwa warga Jember yang menjadi anggota BPJS. "Jadi tiap bulan sekitar Rp 5,3 miliar," katanya".

Sementara itu dalam satu kesempatan, BPJS Kesehatan membantah adanya kesengajaan menahan dana iuran peserta Rp 9 (Sembilan) trilyun yang terkumpul hingga awal April 2014. Kepala Humas BPJS Kesehatan, Irfan Humaidi menegaskan dana tersebut masih dipegang BPJS Kesehatan lantaran rumah sakit belum mengajukan klaim. Irfan menjelaskan, dana yang terkumpul bukan seluruhnya dana yang akan dibayarkan untuk klaim dan kapitasi, namun dana tersebut juga termasuk dana cadangan klaim serta iuran yang memang telah dialokasikan (Jawa Pos, 12 April 2014).

Selanjutnya terkait hal ini juga ditegaskan dalam <http://www.beritasatu.com> yang diakses pada Rabu, 16 April 2014 pukul 20.00, yang melaporkan :

"Dalam pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan yang sudah berlangsung 100 hari, sebagian besar rumah sakit yang telah menjadi *provider* BPJS Kesehatan mengaku mengalami surplus dengan pembiayaan bertarif INA-CBG's, baik rumah sakit di Jakarta maupun di daerah.

Sementara itu, Kepala BPJS Kesehatan Cabang Utama Surabaya, I Made Puja Yasa menyatakan untuk wilayah Surabaya, Sidoarjo, dan Gresik, sudah ada 43 rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Selama Januari-Februari 2014, klaim yang diajukan oleh 38 rumah sakit telah terbayar lunas. Sedangkan lima rumah sakit lainnya yang sedang dalam proses verifikasi juga telah dibayarkan uang muka sebesar 50 persen dari total tagihan. Sedangkan untuk Maret 2014, masih dilakukan proses *entry* rumah sakit.

BPJS Kesehatan melakukan kewajiban untuk membayarkan klaim ke rumah sakit sesuai peraturan, yaitu maksimal 15 hari setelah klaim diajukan. Biasanya klaim jadi terlambat dibayarkan karena rumah sakitnya sendiri yang belum menyerahkan dokumen klaim. Tapi BPJS Kesehatan juga memiliki

kebijakan tentang pembayaran uang muka sebesar 50% dari pengajuan klaim, walaupun belum diverifikasi, terang Made”.

Disisi lain juga dijelaskan sebagaimana dalam <http://jateng.tribunnews.com>,

yang diakses pada Rabu tanggal 16 April 2014 pukul 20.26, sebagai berikut :

Tunggakan klaim BPJS Kesehatan ke rumah sakit di seluruh Indonesia sampai 7 maret 2014 mencapai Rp 2,1 triliun.

Kepala Pusat Pembiayaan Badan Pengembangan dan Pemberdayaan SDM Kementerian Republik Indonesia, Donald Pardede menjelaskan setelah diverifikasi muncul angka 1,33 Triliun,"Jadi tidak semua yang diajukan rumah sakit dibayarkan, karena harus melalui proses verifikasi di BPJS Kesehatan, saat ini kami masih mengajukan pada kementerian keuangan sebesar 1,33 Triliun," paparnya usai roadshow sosialisasi Jaminan Kesehatan Nasional, Selasa siang (11/3).

Kepala Bidang Kepesertaan dan Pemasaran Divre VI-BPJS Kesehatan, Maya Susanti, menambahkan apabila ada rumah sakit yang belum terbayarkan klaimnya itu karena petugas rumah sakit tidak segera mengentry data ke BPJS.

Pada bagian lain, dalam <http://www.indopos.co.id/2014/02> yang diakses pada

Rabu, 16 April 2014 pukul 20.22 juga melaporkan sebagai berikut :

“Program pelayanan kesehatan yang dilaksanakan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) dinilai amburadul. Kerjasama BPJS dengan rumah sakit-rumah sakit dinilai tidak menguntungkan pelaku layanan kesehatan. Selain klaim kesehatan yang lambat, BPJS juga dinilai gagal mengedukasi dan mensosialisasikan program-programnya kepada para peserta. Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) yang bertugas sebagai pengawas BPJS Kesehatan, melalui Ketuaanya, Chazali H. Situmorang menilai, tingkat kepuasan pelayanan BPJS masih jauh di bawah standar, sebab hingga dua bulan berjalan, masih banyak peserta yang tidak puas pada pelayanan kesehatan yang diselenggarakan BPJS. Hal ini dapat dilihat dari keluhan-keluhan rumah sakit. Dimana banyak rumah sakit di Indonesia yang mengeluhkan lamanya proses pencairan klaim yang mereka ajukan ke BPJS. Hal ini mengganggu operasional rumah sakit karena dana mereka tak kunjung dibayarkan oleh pemerintah melalui BPJS kesehatan tersebut”.

Selanjutnya dalam <http://koran.tempo.co> yang diakses pada Jumat, 30-5-2014

pukul 21.50, melaporkan :

“Manajemen rumah sakit milik pemerintah dan swasta di Daerah Istimewa Yogyakarta berharap pembayaran klaim jaminan kesehatan di Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) tidak molor. Terakhir klaim Jamkesmas yang diselenggarakan pemerintah hingga lima bulan belum dibayar. Trisno Heru Nugroho Kabag Hukum dan Humas Rumah Sakit dr Sardjito Yogyakarta mengatakan kasus yang paling parah adalah pada tagihan klaim Jamkesmas. Tahun ini RS Sardjito belum menerima pembayaran klaim Jamkesmas”.

Melihat fenomena tersebut diatas, maka penulis akan melakukan penelitian dengan judul **“Akuntabilitas Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Dalam Penanganan Klaim Asuransi Program Jaminan Kesehatan Nasional Januari – April 2014”** (Studi di BPJS Kesehatan Kantor Cabang Utama Yogyakarta).

## I.2. Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian diatas maka rumusan masalah yang akan dikaji dalam penelitian ini adalah :

- a. Bagaimana Akuntabilitas Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Dalam Penanganan Klaim Asuransi Program Jaminan Kesehatan Nasional, Januari – April 2014?
- b. Faktor-faktor apa yang mempengaruhi akuntabilitas Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Dalam Penanganan Klaim Asuransi Program Jaminan Kesehatan Nasional, Januari – April 2014?

### I.3. Tujuan dan Manfaat Penelitian

Tujuan utama yang hendak dicapai dari penelitian ini adalah :

- a. Menjelaskan akuntabilitas Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Dalam Penanganan Klaim Asuransi Program Jaminan Kesehatan Nasional, Januari – April 2014.
- b. Menjelaskan Faktor-faktor yang mempengaruhi akuntabilitas Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Dalam Penanganan Klaim Asuransi Program Jaminan Kesehatan Nasional, Januari – April 2014.

Sedangkan manfaat dari penelitian ini mencakup manfaat secara teoritis maupun praktis, yaitu :

- a. Manfaat Teoritis penelitian ini diharapkan dapat memberikan sumbangan ilmu pengetahuan dan menambah wawasan bagi masyarakat tentang prinsip-prinsip proses pelaksanaan pembayaran Klaim Asuransi Kesehatan di BPJS Kesehatan Kantor Cabang Utama Yogyakarta.
- b. Manfaat Praktis penelitian ini diharapkan dapat berguna bagi penerapan langsung di lapangan dan dapat dipergunakan dalam mengambil kebijaksanaan yang lebih baik pada pihak-pihak terkait, khususnya pihak-pihak yang terlibat dalam pelaksanaan pembayaran Klaim Asuransi Kesehatan dan masyarakat pada umumnya.