

Eko Subardi

PNS TNI Angkatan Udara Republik Indonesia
Email: subardi.eko@gmail.com

Suranto

Dosen Magister Ilmu Pemerintahan Universitas Muhammadiyah Yogyakarta
Email: suranto_ummy@yahoo.com

<http://dx.doi.org/10.18196/jgpp.2014.0013>

Akuntabilitas BPJS Kesehatan Cabang Utama Yogyakarta Dalam Penanganan Klaim Asuransi Program Jaminan Kesehatan Nasional Januari – April 2014

ABSTRACT

Healthcare and Social Security Agency (BPJS) is a government program, that started on January 1, 2014. at the Early Implementation is not yet completed. and has shortcomings, among others payment of claims insurance JKN to Government's Partner hospitals (BPJS). The aims of this research was to describe Healthcare and Social Security Agency (BPJS) accountability in claims insurance handling and factors that influence. This study used descriptive and qualitative data, While the research analysis using the data analysis process based on the result of in depth interview and documents.. the result showed that accountability in claims insurance handling generally the result has been accountable (80,5 %) although several indicators to measure showed any discrepancy / not accountable. when measured with indicator refers to a predetermined scheduler that is not accountable. The presence indicator adherence to rules and procedures have not been fully accountable. while ability indicator for do performance evaluation and Transparency Indicator in decision-making and to implement effectiveness and cost-efficiency performance of its duties has been accountable. Then, to determine the factors that the effect of accountability in claims insurance handling used a variable factor of service rules, factor of bureaucratic apparatus and factors of priority interests and service users. Application and implementation of the third factor have relevance and has a causal impact that influence the Healthcare and Social Security Agency (BPJS) in claims insurance handling.

Keywords: Accountability, Healthcare and Social Security Agency, Public Health Assurances

ABSTRAK

BPJS Kesehatan merupakan program pemerintah, mulai beroperasi sejak 1 Januari 2014. Pada awal pelaksanaannya belum sempurna dan memiliki kekurangan, antara lain pembayaran klaim JKN kepada Rumah Sakit Mitra BPJS Kesehatan. Tujuan penelitian untuk mengetahui akuntabilitas BPJS Kesehatan dalam Penanganan Klaim Asuransi dan faktor-faktor yang mempengaruhinya, dengan menggunakan jenis Penelitian Deskriptif dan Data Kualitatif, sumber datanya meliputi data primer dan sekunder, teknik pengumpulan datanya Wawancara dan Studi Dokumentasi. Hasil penelitian menunjukkan akuntabilitas penanganan klaim asuransi secara umum sudah akuntabel (80,5 %) walaupun beberapa indikator pengukuran menunjukkan adanya ketidaksesuaian / belum akuntabel. Apabila diukur dengan indikator mengacu pada jadwal yang telah ditetapkan belum akuntabel. Indikator Adanya ketaatan kepada peraturan dan prosedur yang berlaku belum sepenuhnya akuntabel. Sedangkan Indikator kemampuan untuk melakukan evaluasi kinerja dan Indikator keterbukaan dalam pembuatan keputusan serta Indikator menerapkan efisiensi dan efektifitas biaya pelaksanaan tugasnya sudah akuntabel. Kemudian untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi Akuntabilitas dalam Penanganan Klaim Asuransi, menggunakan variabel faktor aturan pelayanan, faktor aparat birokrasi dan faktor prioritas kepentingan pengguna jasa. Penerapan dan pelaksanaan ketiga faktor tersebut memiliki keterkaitan dan mempunyai dampak sebab akibat sehingga mampu mempengaruhi terwujudnya Akuntabilitas BPJS Kesehatan dalam penanganan klaim asuransi.

Kata Kunci: Akuntabilitas, BPJS, Jaminan Kesehatan Nasional.

PENDAHULUAN

381

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 di dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi, dan keadilan sosial. Dalam Pembukaan UUD 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.

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. Untuk mewujudkan program jaminan sosial yang menyeluruh bagi rakyat, maka diundangkanlah pada tanggal 19 Oktober 2004 UU Nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN). 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 UU Nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). UU ini juga menjelaskan bahwa BPJS Kesehatan menyelenggarakan program jaminan kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan menyelenggarakan program jaminan kecelakaan kerja, jaminan hari tua, jaminan pensiun, dan

382 jaminan kematian. Dengan terbentuknya kedua BPJS tersebut jangkauan kepesertaan program jaminan sosial akan diperluas secara bertahap. BPJS Kesehatan merupakan Badan Hukum 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).

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 menyetujui 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. (<http://www.republika.co.id> pada Senin, 30 desember 2013, pukul 15.40 WIB).

Pelaksanaan Program 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. Tempo melaporkan bahwa 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. (<http://www.tempo.co> yang diakses pada Senin 10 Maret 2014 pukul 12.41)

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).

Disisi lain juga dijelaskan sebagaimana dalam Tribun Jateng (2014) bahwa Tunggalan 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 diverikasi muncul angka 1,33 Triliun. 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.

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).

KERANGKA TEORI

AKUNTABILITAS

Akuntabilitas mempunyai beberapa pengertian/definisi beragam,

berikut ini akan dikemukakan beberapa definisi yang dikembangkan sejumlah kalangan akademisi dan pemerintahan. Dalam Seri Kajian Birokrasi yang dilakukan oleh Agus Dwiyanto dkk (2012), dijelaskan bahwa Akuntabilitas dalam penyelenggaraan pelayanan publik adalah suatu ukuran yang menunjukkan seberapa besar tingkat kesesuaian penyelenggaraan pelayanan dengan ukuran nilai-nilai atau norma eksternal yang ada di masyarakat atau yang dimiliki oleh para *stakeholders*.

Definisi yang lebih luas dikemukakan oleh Gruber (1987) dalam Umar dkk (2004) yang menyatakan bahwa akuntabilitas merupakan suatu instrumen pengendalian didalam suatu masyarakat demokrasi. Ditambahkan lagi oleh Umar dkk (2004) bahwa untuk mengetahui efektifitas implementasi konsep akuntabilitas perlu digaris bawahi bahwa akuntabilitas dapat hidup dan berkembang dalam suasana yang transparan dan demokratis dan adanya kebebasan dalam mengemukakan pendapat. Esensi dari demokrasi adalah akuntabilitas, sedangkan esensi dari akuntabilitas adalah keterbukaan.

Pada bagian lain, Umar dkk (2004) menjelaskan bahwa dari sudut pandang organisasi usaha (bisnis), implementasi akuntabilitas sudah sejak lama dilakukan. Untuk organisasi yang bertujuan laba (*profit organization*) dalam rangka penilaian kinerja, konsep dasar akuntabilitas sudah lama digunakan. Sedangkan implementasi akuntabilitas untuk pengukuran kinerja pada organisasi nirlaba banyak mengalami kesulitan, terutama dalam upaya penetapan indikator keberhasilan ataupun kegagalan dari suatu kegiatan.

Akuntabilitas sektor publik terkait erat dengan kinerja sektor publik dengan fokus tidak hanya pada kepatuhan perundang-undangan tetapi lebih pada bagaimana mencapai Outcome dengan efisien dan efektif. Mengingat tugas utama sektor publik adalah menyelenggarakan pelayanan prima bagi publik/masyarakat, maka pada dasarnya akuntabilitas publik berarti pertanggung jawaban aparatur pemerintah kepada publik sebagai pemberi mandat/

amanah dan sebagai konsumen pelayanannya. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa akuntabilitas memvisualisasikan suatu ketaatan kepada peraturan dan prosedur yang berlaku, kemampuan untuk melakukan evaluasi kinerja, keterbukaan dalam pembuatan keputusan, mengacu pada jadwal yang telah ditetapkan dan menerapkan efisiensi dan efektifitas biaya pelaksanaan tugas-tugasnya (Umar dkk, 2004).

KLAIM ASURANSI

Dalam kamus Besar Bahasa Indonesia, sebagaimana dikutip Badiah (2013) klaim adalah tuntutan pengakuan atas suatu fakta bahwa seseorang berhak (untuk memiliki atau mempunyai) atas sesuatu. Sedangkan definisi klaim yang terdapat dalam PSAK No. 28 (2004) tentang perusahaan asuransi kerugian yaitu Klaim bruto adalah klaim yang jumlahnya telah disepakati, termasuk biaya penyelesaian klaim.

Menurut Sreshthaputra sebagaimana dikutip Budiarto dan Sugiharto (2013), masalah cakupan universal (*universal coverage*) sebagaimana yang diamanatkan dalam UU No. 40 tahun 2004 tentang SJSN, maka elemen pembiayaan kesehatan tidak dapat dipisahkan dengan implikasinya pada penyediaan pelayanan kesehatan. Kelebihan dan kekurangan pilihan sistem pengelolaan asuransi kesehatan sosial secara nasional perlu dianalisis berdasarkan kriteria keadilan, efisiensi, dan daya tanggap (*responsiveness*), baik dalam aspek pembiayaan maupun penyediaan pelayanan kesehatan, (Bhisma Murti, 2011).

Kemudian dalam Peraturan BPJS kesehatan Nomor 1 tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan dijelaskan bahwa Fasilitas Kesehatan (Faskes) 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 Panduan Praktis Administrasi Klaim Faskes BPJS Kesehatan, dijelaskan bahwa:

- a. Fasilitas Kesehatan mengajukan klaim setiap bulan secara reguler paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya, kecuali kapitasi, tidak perlu diajukan klaim oleh Fasilitas Kesehatan.
- b. BPJS Kesehatan wajib membayar Fasilitas Kesehatan atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 (lima belas) hari kerja sejak dokumen klaim diterima lengkap di Kantor Cabang/Kantor Operasional Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan.

Sementara dalam Peraturan Menteri Kesehatan RI Nomor 69 tahun 2013 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan pada Faskes Tingkat Pertama dan Faskes Tingkat Lanjutan dalam Penyelenggaraan Program JKN, pada pasal 1 dijelaskan: “.....Tarif *Indonesian - Case Based Groups* yang selanjutnya disebut Tarif INA-CBG’s adalah besaran pembayaran klaim oleh BPJS Kesehatan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit”.

Dalam Ketentuan Pasal 246 Kitab Undang-undang Hukum dagang, dijelaskan sebagai berikut: “Asuransi atau pertanggungan adalah perjanjian, di mana penanggung mengikat diri terhadap tertanggung dengan memperoleh premi, untuk memberikan kepadanya ganti rugi karena suatu kehilangan, kerusakan, atau tidak mendapat keuntungan yang diharapkan, yang mungkin akan dapat diderita karena suatu peristiwa yang tidak pasti. (KUHPerd. 1774; KUHD 60, 249, 252, 269, 286, 593).”

Dari ketentuan KUHD tersebut, dalam hal klaim asuransi JKN, maka yang bertindak selaku Pihak Penanggung disini adalah BPJS Kesehatan sedangkan Pihak Tertanggung adalah Faskes Tingkat Lanjutan selaku klien, dimana keduanya mempunyai hak dan kewajiban.

Keberhasilan upaya kesehatan tergantung pada ketersediaan sumber daya kesehatan yang berupa tenaga, sarana, dan prasarana

dalam jumlah dan mutu yang memadai. Rumah sakit merupakan salah satu sarana kesehatan yang diselenggarakan baik oleh pemerintah maupun masyarakat. Pemerintah dalam penyelenggaraannya juga menetapkan asuransi kesehatan dalam upaya membantu pengobatan bagi seluruh masyarakat di Rumah Sakit Pemerintah maupun Rumah Sakit Swasta. Rumah Sakit sebagai sarana dapat memberikan jaminan ketersediaan, kelengkapan jaringan pelayanan yang dibutuhkan serta representatif terhadap domosili peserta sehingga cepat memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkan sesuai dengan indikasi medis.

AKUNTABILITAS DALAM PENANGANAN KLAIM ASURANSI

Untuk dapat melihat akuntabilitas dalam penanganan klaim asuransi, perlu menentukan dan menetapkan ukuran/indikator yang bisa digunakan guna mengetahui apakah penanganan klaim yang dilakukan BPJS Kesehatan KCU Yogyakarta sudah akuntabel atau belum.

Menurut Umar dkk (2004), akuntabilitas sektor publik terkait erat dengan kinerja sektor publik dengan fokus tidak hanya pada kepatuhan perundang-undangan tetapi lebih pada bagaimana mencapai Outcome dengan efisien dan efektif. Mengingat tugas utama sektor publik adalah menyelenggarakan pelayanan prima bagi publik/masyarakat, maka pada dasarnya akuntabilitas publik berarti pertanggung jawaban aparatur pemerintah kepada publik sebagai pemberi mandat/amanah dan sebagai konsumen pelayanannya. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa akuntabilitas memvisualisasikan suatu ketaatan kepada peraturan dan prosedur yang berlaku, kemampuan untuk melakukan evaluasi kinerja, keterbukaan dalam pembuatan keputusan, mengacu pada jadwal yang telah ditetapkan dan menerapkan efisiensi dan efektifitas biaya pelaksanaan tugas-tugasnya.

388 FAKTOR-FAKTOR YANG MEMPENGARUHI AKUNTABILITAS

Akuntabilitas dalam penyelenggaraan pelayanan publik merupakan suatu ukuran yang menunjukkan seberapa besar tingkat kesesuaian penyelenggaraan pelayanan dengan ukuran nilai/norma eksternal yang ada di masyarakat maupun yang dimiliki oleh para stakeholders. Aparat birokrasi dalam memberikan pelayanan publik seringkali masih menerapkan standar nilai atau norma pelayanan secara sepihak, seperti pemberian pelayanan yang hanya berdasarkan pada juklak semata, sehingga kecenderungan yang terjadi adalah lemahnya komitmen aparat birokrasi untuk akuntabel terhadap masyarakat yang dilayaninya. Oleh karena itu, untuk melihat akuntabilitas dalam penanganan klaim asuransi tersebut, perlu memperhatikan faktor-faktor yang mempengaruhinya. Faktor-faktor yang mempengaruhi tersebut antara lain acuan pelayanan yang digunakan oleh aparat birokrasi dalam pemberian pelayanan. Pola pelayanan yang akuntabel adalah pola pelayanan yang mengacu pada kepuasan publik sebagai pengguna jasa sesuai dengan ketentuan yang berlaku. Kemudian adanya kesadaran aparat birokrasi tentang eksistensi publik yang dapat mempengaruhi eksistensi birokrasi. Aparat birokrasi harus menempatkan masyarakat pengguna jasa sebagai subyek pelayanan, bukan sebagai obyek pelayanan yang harus menurut setiap perkataan dan kehendak aparat birokrasi. Selanjutnya orientasi pemberian pelayanan yang harus bersandar pada kepuasan masyarakat pengguna jasa. Sistem pemberian pelayanan yang baik dapat dilihat dari besarnya sumber daya manusia yang dimiliki oleh birokrasi secara efektif di dayakan untuk melayani kepentingan pengguna jasa.

METODE PENELITIAN

Dalam penelitian ini menggunakan Jenis Penelitian Deskriptif dengan Jenis Data Kualitatif. Lokasi penelitian dilaksanakan di

BPJS Kesehatan Kantor Cabang Utama Yogyakarta yang beralamat di Jalan Gedong Kuning Nomor 130A Yogyakarta. Dengan pertimbangan bahwa Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum yang dibentuk pemerintah untuk menyelenggarakan Program JKN di wilayah Yogyakarta. Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah Data Primer dan Data Sekunder. Sedangkan Teknik pengumpulan data yang digunakan dalam penelitian ini adalah dengan Wawancara dan Studi Dokumentasi serta Observasi. Kemudian yang menjadi unit analisis data adalah pihak-pihak yang terkait dengan Akuntabilitas BPJS Kesehatan Dalam Penanganan Klaim Asuransi Program JKN, yaitu: Kepala Cabang dan Kepala Bagian serta Staf BPJS Kesehatan Kantor Cabang Utama Yogyakarta. Selanjutnya Teknik analisis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah Model Interaktif dari Miles dan Huberman (dalam H.B. Sutopo, 2002: 91-93) dengan tiga komponen.

PEMBAHASAN

AKUNTABILITAS BPJS KESEHATAN DALAM PENANGANAN KLAIM

Akuntabilitas dalam penanganan klaim asuransi adalah suatu ukuran yang menunjukkan seberapa besar tingkat kesesuaian penyelenggaraan pelayanan kesehatan dalam hal penanganan klaim asuransi JKN yang diajukan FKRTL / Rumah Sakit, dengan ukuran indikator-indikator akuntabilitas.

Penanganan klaim asuransi yang diajukan oleh Faskes Tingkat Lanjutan (Rumah Sakit) tentunya harus mentaati peraturan dan prosedur yang berlaku yaitu:

- a. Permenkes RI Nomor 27 Tahun 2014 tentang Sistem Indonesian Case Base Groups (INA-CBGs)
- b. Permenkes RI Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional

c. Permenkes RI Nomor 59 Tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan

Dalam memberikan pelayanan kepada masyarakat, ketentuan dan peraturannya telah diatur dalam Permenkes RI Nomor 28 Tahun 2014 Bab V Pendanaan, huruf A Ketentuan Umum untuk faskes mengajukan klaim setiap bulan secara regular paling lambat tanggal 10 bulan berikutnya, kecuali kapitasi tidak perlu diajukan klaim oleh faskes dengan dalam Pada Angka 10 disebutkan BPJS Kesehatan wajib membayar faskes atas pelayanan yang diberikan kepada peserta paling lambat 15 hari kerja sejak dokumen klaim lengkap diterima lengkap di Kantor Cabang/KLO Kabupaten/Kota BPJS Kesehatan.

Pada Semester I pelaksanaan program JKN memang masih terdapat beberapa keterlambatan pengajuan klaim oleh pihak Rumah Sakit. Hal itu disebabkan karena program ini masih baru yang memerlukan adaptasi bagi petugas Rumah Sakit yang mengentry data, bahkan setelah dilakukan verifikasi oleh Verifikator kami, ada juga yang masih perlu konfirmasi ulang sehingga perlu revisi ulang (Wawancara Staf Manajemen Faskes Rujukan, 8 Desember 2014).”

Dari data dokumentasi dan hasil wawancara diatas dapat dilihat bahwa terdapat beberapa Rumah Sakit yang terlambat mengajukan tagihan klaim:

- a. Tagihan klaim bulan Januari 2014 baru diajukan bulan Maret 2014, antara lain RSUD Kota, RS Panti Rapih, RSUD Sleman dan RSUD Wates.
- b. Tagihan klaim bulan Februari 2014 baru diajukan bulan April 2014, antara lain RSUD Kota, RS Bethesda, RS Panti Rapih, RS JIH dan RSUD Wates.
- c. Tagihan klaim bulan Maret 2014 baru diajukan bulan Mei 2014, antara lain RSUD Kota, RS Panti Rapih, RSUD Sleman, RS JIH, RSUD Bantul dan RSUD Wates.

d. Tagihan klaim bulan April 2014 baru diajukan bulan Juni 2014, antara lain RSUD Kota, RSUD Sleman dan RS JIH.

Sedangkan untuk pembayaran dana klaim oleh BPJS Kesehatan adalah sebagai berikut:

- a. Tagihan Klaim Bulan Januari dan Februari, pembayarannya terlambat.
- b. Tagihan Klaim Bulan Maret, sudah sesuai ketentuan dalam pembayaran kepada RS PKU Muhammadiyah dan RS Mata dr YAP, namun 8 (Delapan) Rumah Sakit yang lain masih terlambat.
- c. Tagihan Bulan April, pembayaran sudah sesuai ketentuan kepada 9 (Sembilan) Rumah Sakit, namun masih ada yang terlambat yaitu RSUD Kota Yogyakarta.

Pada awal pelaksanaan Program JKN, dalam pembayaran tagihan klaim asuransi belum mengacu pada jadwal yang telah ditetapkan, dikarenakan pihak Rumah Sakit terlambat mengajukan tagihan klaim, yang berakibat mundurnya pembayaran oleh BPJS Kesehatan. Hal itu disebabkan karena Program JKN masih baru yang memerlukan adaptasi bagi petugas Rumah Sakit yang meng-*entry data*. Bahkan setelah dilakukan verifikasi, ada juga yang masih perlu konfirmasi ulang sehingga perlu revisi ulang, dimana hal itu memerlukan waktu yang lama.

Kemudian dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan sudah mentaati Petunjuk Teknis Sistem INA-CBGs, dalam menentukan besaran pembayaran klaim kepada Faskes Rujukan Tingkat Lanjutan (Rumah Sakit) atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur dengan menggunakan Tarif INA-CBGs, untuk pembayaran dana klaim diberikan 100% dari tagihan yang diajukan oleh pihak Rumah Sakit, selain itu *software* yang digunakan untuk *entry data* sudah sesuai dengan ketentuan paket INA-CBGs, sedangkan waktu pembayarannya belum mentaati Pedoman Pelaksanaan JKN.

Evaluasi yang dilaksanakan terhadap kinerja pegawai, dilakukan

pada setiap unit kerja secara terus menerus sehingga dapat digunakan untuk memberikan perbaikan terhadap *performance* dan kualitas pegawai dalam menjalankan tugasnya, yaitu pelayanan dalam penanganan klaim asuransi, yang dilakukan secara periodik.

“Evaluasi yang dilakukan adalah bahwa setiap hari mengadakan coaching/conseling terhadap permasalahan yang dihadapi, dan evaluasi terhadap rutinitas pekerjaan, setiap minggu memberikan bimbingan dan pendampingan kepada pihak Rumah Sakit mengenai ketentuan pengajuan tagihan klaim, kemudian setiap bulan melakukan evaluasi kinerja terhadap pencapaian-pencapaian kinerja Unit Kerjanya, setiap triwulan melakukan Evaluasi Pelaksanaan JKN BPJS Kesehatan dan Forum Komunikasi dengan Pemangku Kepentingan dan melakukan Koordinasi serta Evaluasi kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama maupun Lanjutan. Selain evaluasi yang sudah terjadwal diatas, sering juga dilakukan evaluasi diluar jadwal tersebut, apabila ada kepentingan/ permasalahan yang harus segera ditangani (Wawancara dengan Kepala MPKR, 24 November 2014)

Sedangkan mengenai penyesuaian terhadap transformasi organisasi, upaya yang dilakukan Pihak BPJS Kesehatan untuk mengatasinya dengan cara antara lain menambah jam kerja (Lembur) bagi pegawai BPJS Kesehatan serta memberikan pendampingan dan bimbingan kepada pihak Rumah Sakit mengenai ketentuan dalam pengajuan klaim. Keberhasilan dalam melakukan Evaluasi Pelaksanaan Penanganan Klaim Asuransi dan Penyesuaian terhadap Transformasi Organisasi dapat dilihat hasilnya pada pembayaran tagihan klaim yang menunjukkan arah perbaikan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

Dalam memberikan pelayanan penanganan klaim asuransi yang diajukan oleh Rumah Sakit sudah memberikan kemudahan dan kejelasan akses informasi serta sudah transparan dalam penggunaan dan pembayaran dana klaim. Dimana dalam hal kemudahan dan

kejelasan akses informasi, BPJS Kesehatan memberikan kesempatan yang seluas-luasnya kepada pihak Rumah Sakit bila menemui permasalahan dan ingin melakukan konfirmasi dalam pengurusan klaim, dapat meminta penjelasan kepada Verifikator dengan mendatangi BPJS Center yang berada di Rumah Sakit tersebut, bisa juga datang langsung ke Kantor BPJS Kesehatan, dan sering pula pihak BPJS Kesehatan mendatangi Rumah Sakit untuk memberikan pendampingan dan memberikan informasi terbaru mengenai Petunjuk Teknis (Juknis) dan Petunjuk Pelaksanaan (Juklak) JKN serta untuk meminta umpan balik terhadap pelayanan yang telah diberikan. Kemudian dalam hal transparansi penggunaan dan pembayaran dana klaim sebagai berikut:

“Penggunaan dan pembayaran klaim telah diatur oleh Pemenkes RI dan untuk pemanfaatannya diserahkan sepenuhnya kepada Manajemen Rumah Sakit sesuai ketentuan yang berlaku, sedangkan pembayaran dana klaim diberikan 100% dari Tagihan yang diajukan oleh pihak Rumah Sakit (Wawancara dengan Kepala MPKR, 8 Desember 2014)”.

Hal ini menunjukkan bahwa BPJS Kesehatan dalam memberikan pelayanan penanganan klaim asuransi yang diajukan oleh Rumah Sakit sudah memberikan kemudahan dan kejelasan akses informasi serta sudah transparan dalam penggunaan dan pembayaran dana klaim.

Dalam memberikan pelayanan penanganan klaim asuransi yang diajukan oleh Rumah Sakit sudah menerapkan efisiensi dan efektifitas biaya pelaksanaan tugas-tugasnya. Penerapan efisiensi yang dilakukan adalah pengendalian biaya pelayanan kesehatan dan biaya operasional serta melaksanakan sesuai dengan POA yang telah ditetapkan. Sedangkan penerapan efektifitas yang dilakukan adalah pemberian penekanan kepada pihak Faskes maupun Sumber Daya Manusia yang dimiliki. Penekanan pada pihak faskes dengan cara mengatur ulang entry data atau pengajuan klaim perminggu (tidak menunggu hingga 1 bulan), hal ini agar lebih memudahkan dan

394 mempercepat proses verifikasi, sehingga akan lebih cepat pula pembayaran tagihan klaim asuransi. Sedangkan penekanan kepada pegawai (Staf dan Verifikator) dilakukan dengan menambah jam kerja (lembur) dan Sistem *Gropyokan*.

FAKTOR YANG MEMPENGARUHI AKUNTABILITAS BPJS KESEHATAN DALAM PENANGANAN KLAIM ASURANSI

Untuk mengetahui faktor yang mempengaruhi Akuntabilitas dalam Penanganan Klaim Asuransi, menggunakan variabel faktor aturan pelayanan, faktor aparat birokrasi dan faktor prioritas kepentingan pengguna jasa. Apabila penerapan dan pelaksanaan faktor tersebut memiliki keterkaitan dan mempunyai dampak sebab-akibat terhadap penanganan klaim asuransi, maka dapat dikatakan bahwa faktor tersebut mampu mempengaruhi terwujudnya Akuntabilitas dalam penanganan klaim asuransi.

A. FAKTOR ATURAN PELAYANAN

Untuk mengetahui seberapa jauh Faktor Aturan Pelayanan dapat mempengaruhi Akuntabilitas dalam Penanganan Klaim Asuransi, dapat dilihat melalui indikator Peraturan Perundangan yang digunakan, Prosedur Pelayanan (SOP), dan Ketentuan waktu pelayanan dan besaran biaya.

Pertama, Peraturan perundangan yang digunakan. Adanya peraturan perundangan yang digunakan akan berkaitan dengan indikator Akuntabilitas penanganan klaim asuransi yaitu ketaatan kepada peraturan dan prosedur yang berlaku dan akan mempengaruhi indikator jadwal pembayaran tagihan klaim sebagaimana yang telah ditetapkan. Oleh karena itu, bisa dikatakan bahwa peraturan perundangan merupakan indikator faktor aturan pelayanan yang dapat mempengaruhi akuntabilitas penanganan klaim asuransi.

Kedua, *Prosedur Pelayanan (SOP)*. Dalam Penanganan Klaim Asuransi perlu adanya SOP / Prosedur pelayanan, agar dalam

pemberian pelayanan tersebut dapat berjalan sesuai dengan sesuai ketentuan yang berlaku. Kemudian SOP / Prosedur pelayanan tersebut juga perlu disosialisasikan kepada masyarakat luas. Hal tersebut berdampak pada jadwal pembayaran tagihan klaim asuransi dan akan mempengaruhi pembayaran tagihan klaim asuransi sebagaimana ketentuan yang telah ditetapkan. Oleh karena itu, bisa dikatakan bahwa SOP, Persyaratan dan kelengkapan berkas penagihan Klaim Asuransi, serta Sosialisasi adalah parameter Prosedur Pelayanan (SOP) yang merupakan indikator Faktor Aturan Pelayanan, yang dapat mempengaruhi Akuntabilitas dalam Penanganan Klaim Asuransi.

Ketiga, *Ketentuan Waktu Pelayanan dan Besaran Biaya*. Dalam penanganan klaim harus memperhatikan ketentuan batas waktu pengajuan dan kelengkapan berkas. Dimana hal tersebut akan berdampak pada indikator Akuntabilitas Penanganan Klaim Asuransi yaitu Mengacu pada jadwal yang telah ditetapkan dan akan mempengaruhi jadwal pembayaran tagihan klaim sebagaimana yang telah ditetapkan. Oleh karena itu maka bisa dikatakan bahwa ketentuan waktu dan besaran biaya merupakan indikator faktor aturan pelayanan, yang dapat mempengaruhi akuntabilitas dalam penanganan klaim asuransi.

B. FAKTOR APARAT BIROKRASI

Untuk mengukurnya digunakan parameter Tingkat Pendidikan dan Pelatihan/Diklat yang diikuti oleh Pegawai yang menangani klaim asuransi. Adanya kriteria tingkat pendidikan dan pelatihan / diklat bagi pegawai Unit MPKR yang sesuai dengan ketentuan maka akan berkaitan dengan indikator Akuntabilitas dalam Penanganan Klaim Asuransi yaitu Kemampuan untuk melakukan evaluasi Kinerja. Oleh karena itu bisa dikatakan bahwa Tingkat Pendidikan dan Pelatihan/Diklat yang harus diikuti oleh pegawai adalah parameter untuk mengukur Kompetensi Aparat Birokrasi yang juga

396 merupakan indikator Faktor Aparat Birokrasi yang dapat mempengaruhi Akuntabilitas Penanganan Klaim Asuransi.

Adanya pembagian Tugas Pokok dan Fungsi (Tupoksi) yang jelas, berguna untuk menghindari adanya tumpang tindih kewenangan. Dengan adanya pembagian Tupoksi yang jelas tersebut maka hal ini berkaitan dengan indikator Akuntabilitas dalam Penanganan Klaim Asuransi yaitu Kemampuan untuk melakukan Evaluasi Kinerja. Oleh karena itu maka bisa dikatakan bahwa Adanya Pembagian Tupoksi yang jelas adalah parameter untuk mengukur Kompetensi Aparat Birokrasi yang juga merupakan indikator Faktor Aparat Birokrasi yang dapat mempengaruhi Akuntabilitas Penanganan Klaim Asuransi.

C. FAKTOR PRIORITAS KEPENTINGAN PENGGUNA JASA

Pertama, *Penentuan Prioritas*. Penentuan prioritas berdasarkan pengajuan tagihan klaim oleh Faskes Tingkat Lanjutan yang masuk lebih awal. Hal ini berkaitan dengan indikator Akuntabilitas dalam Penanganan Klaim Asuransi yaitu Adanya ketaatan pada peraturan dan prosedur yang berlaku serta Mengacu pada jadwal yang ditetapkan. Oleh karena itu bisa dikatakan bahwa Penentuan Prioritas dalam penanganan klaim asuransi merupakan indikator Faktor Prioritas Kepentingan Pengguna Jasa, yang dapat mempengaruhi Akuntabilitas dalam Penanganan Klaim.

Kedua, *Solusi Pelayanan bila ada kealpaan berkas klaim*. Dalam pengajuan klaim asuransi yang diajukan Rumah Sakit, apabila terdapat berkas administrasi pengajuan klaim ada yang kurang lengkap, akan diberikan solusi dengan cara dikembalikan agar dapat dilakukan pengecekan ulang mengenai kelengkapan berkas tersebut. Setelah berkas lengkap dapat segera diajukan kembali untuk diproses lebih lanjut. Dengan Solusi tersebut akan berdampak pada jadwal pembayaran tagihan klaim asuransi, dan ini berarti berkaitan dengan indikator yaitu Adanya Ketaatan kepada Peraturan dan Prosedur

yang berlaku. Oleh karena itu maka bisa dikatakan bahwa solusi pelayanan bila ada kealpaan berkas klaim dalam penanganan klaim asuransi yang diajukan oleh Faskes Tingkat Lanjutan merupakan indikator Faktor Prioritas Kepentingan Pengguna Jasa, yang dapat mempengaruhi Akuntabilitas dalam Penanganan Klaim.

Ketiga, *Menyediakan Mekanisme Penanganan Keluhan*. BPJS Kesehatan KCU Yogyakarta sudah mempunyai Staf yang khusus menangani keluhan, yaitu dibawah Unit Kepesertaan dan Pelayanan Peserta, dan sudah mendirikan Ruang Khusus Layanan Informasi dan Pengaduan. Mekanisme penanganan keluhan ini juga diatur dalam Permenkes RI Nomor 28 Tahun 2014. Dengan adanya Staf yang khusus menangani keluhan, maka akan berkaitan dengan indikator Akuntabilitas Penanganan Klaim Asuransi yaitu Adanya ketaatan pada peraturan perundangan yang berlaku. Oleh karena itu maka bisa dikatakan bahwa menyediakan mekanisme keluhan dalam penanganan klaim asuransi yang diajukan oleh Faskes Tingkat Lanjutan merupakan indikator faktor prioritas kepentingan pengguna jasa, yang dapat mempengaruhi akuntabilitas dalam penanganan klaim.

KESIMPULAN

Akuntabilitas penyelenggaraan pelayanan kesehatan penanganan klaim asuransi yang diajukan FKRTL / Rumah Sakit, bulan Januari sampai dengan April 2014 oleh BPJS Kantor Cabang Utama Yogyakarta, secara umum dapat dikatakan sudah akuntabel (80,5 %) walaupun masih ada beberapa indikator pengukuran menunjukkan adanya ketidak sesuaian / belum akuntabel, bisa dilihat pada Tabel terlampir.

Berdasarkan hasil penelitian, maka penulis mengajukan saran yang diharapkan jadi masukan yang berguna bagi pihak-pihak yang berkepentingan, sebagai berikut:

1. Bagi BPJS Kesehatan KCU Yogyakarta

NO	INDIKATOR	AKUNTABILITAS (%)
1	Mengacu pada jadwal yang telah ditetapkan	27,5
2	Adanya ketaatan kepada peraturan dan prosedur yang berlaku	75
3	Kemampuan untuk melakukan evaluasi kinerja	100
4	Keterbukaan dalam pembuatan keputusan	100
5	Menerapkan efisiensi dan efektifitas biaya pelaksanaan tugas-tugasnya	100
REKAPITULASI		80,5

(Sumber : Data diolah)

- a. Dalam memberikan pelayanan penanganan klaim asuransi, agar mentaati ketentuan waktu pembayaran tagihan klaim asuransi, yaitu dengan memberikan bimbingan dan pendampingan yang lebih intensif kepada Faskes Tingkat lanjutan.
 - b. Mengingat terbatasnya jumlah pegawai khususnya Verifikator dibandingkan dengan banyaknya Faskes yang harus ditangani, disarankan untuk menambah pegawai baru yang nantinya bertugas sebagai Verifikator.
2. Bagi Penelitian selanjutnya
- Penelitian ini dilakukan dengan cara menggunakan studi dokumentasi dan wawancara di BPJS Kesehatan KCU Yogyakarta. Bagi penelitian selanjutnya disarankan untuk melibatkan lebih banyak pihak terkait, misalnya Rumah Sakit, Pemerintah Daerah, Dinas Kesehatan, Dinas Sosial dan sebagainya. Kemudian untuk rentang waktu penelitian minimal 1 (Satu) semester.

DAFTAR PUSTAKA

BUKU

- Dwiyanto, Agus, Partini dkk. 2012. *Reformasi Birokrasi Publik di Indonesia*". Yogyakarta: Gajah Mada University Press.
- Mohamad Ismail, Rasul, dkk. 2004. *Konsep dan Pengukuran Akuntabilitas*. Jakarta: Penerbit Universitas Trisakti.
- Murti, Bhisma. *Strategi untuk Mencapai Cakupan Universal Pelayanan Kesehatan di Indonesia*. 2011. Makalah disampaikan pada Temu Ilmiah Reuni Akbar FK UNS 27

Nov 2010.

- Sutopo, HB. 2002. *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Surakarta: Universitas Sebelas Maret.
- Badiyah, Watul dan Lutvia. 2013. *Penyelesaian Klaim bagi Pemegang Polis Asuransi Kendaraan Roda Empat (Studi di PT. Asuransi Rama satria Wibawa cabang Malang)*. Malang: Fakultas Hukum Universitas Brawijaya.
- Wasis Budiarto dan Mugeni Sugiharto. Biaya Klaim INA CBGS dan Biaya Riil Penyakit Katastropik Rawat Inap Peserta Jamkesmas Di Rumah Sakit Studi Di 10 Rumah Sakit Milik Kementerian Kesehatan Januari–Maret 2012, (<http://download.portalgaruda.org/article.php?article=80767&val=4892&title=>, Pusat Sumarauw Fitriani, Meiline, "Evaluasi Sistem dan Prosedur Akuntansi atas Pembayaran Klaim Asuransi Kesehatan pada PT Askes Persero", *Jurnal EMBA, Vol 1, 2013*.
- Andriani, Vivien. 2008. *Pelaksanaan Penyelesaian Klaim Asuransi di Asuransi Jiwa Bersama Bumiputera 1912 Cabang Semarang*. Semarang: Program Pascasarjana Universitas Diponegoro.
- Nurhayati. 2010. *Kajian Yuridis Terhadap Pelaksanaan Asuransi Kesehatan Di Semarang (Studi Kasus Pada PT. Askes (Persero) Cabang Semarang)*. Semarang: Program Pascasarjana Universitas Diponegoro.
- Rahmanurrajsid, Amin. 2008. *Akuntabilitas dan Transparansi dalam Pertanggung jawaban Pemerintah Daerah untuk Mewujudkan Pemerintah yang baik di Daerah (Studi di Kabupaten Kebumen)*. Semarang: Program Pascasarjana Universitas Diponegoro.
- Subroto, Agus. 2009. *Akuntabilitas Pengelolaan Dana Desa, (Studi Kasus Pengelolaan Alokasi dana Desa di desa-desa dalam wilayah Kecamatan Tlogomulyo Kabupaten Temanggung)*. Semarang: Program Pascasarjana Universitas Diponegoro.

JURNAL

- Astuti, Tri Endah. 2012. "Analisis Pengelolaan Rekam Medis Rawat Inap Pasien Kanker Program Bpjs Kesehatan Dalam Mendukung Pengelolaan Pembiayaan Kesehatan Di RSI. Yarsis Surakarta". *INFOKES, VOL. II NO. 2, September 2012*.
- Irfani, Nurfakih. 2012. "Organisasi Jaminan Sosial di Negara Federal Republik Jerman: Suatu Perbandingan". *Journal Legislasi Indonesia Vol. 9 Nomor 2*.
- Putra, M. Febriansyah, dkk. 2014. "Pertanggung Jawaban Bpjs Ketenagakerjaan Terhadap Penyelenggaraan Jaminan Sosial Bagi Peserta Eks Jamsostek". *USU Law Journal, Vol.3.No.3*
- Waras, Nindya dan Yuni Sudarwati. 2010. "Analisis Terhadap Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Transformasi Pada BUMN Penyelenggara Jaminan Sosial". *Jurnal Ekonomi dan Kebijakan Publik Vol. 1 Nomor 1 Tahun 2010*.