

BAB I

TITIAN AWAL UNTUK Mencari SeBongkah Ilmu PENGETAHUAN

1.1 Latar Belakang

Pemerintah Indonesia memiliki pekerjaan rumah yang menjadi salah satu prioritas yaitu meningkatkan pertumbuhan dan kemajuan bangsa Indonesia terutama dari segi kesehatan. Karena kesehatan merupakan suatu hak dasar dari setiap individu dan berhak mendapatkan pelayanan kesehatan terutama kalangan miskin. Mengingat dalam penjelasan Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 9 Tahun 1960, tentang Pokok Pokok Kesehatan tercantum:

“Bahwa kesehatan rakyat adalah salah satu modal pokok dalam rangka pertumbuhan dan kehidupan bangsa, dan mempunyai peranan penting dalam penyelesaian revolusi nasional dan penyusunan masyarakat sosialis Indonesia.”

Dari ketentuan Undang-undang diatas menunjukkan bahwa pemerintah benar-benar serius dalam mengupayakan memajukan bangsa dengan cara meningkatkan kualitas sumber daya manusianya, salah satu cara yang dilakukan pemerintah dalam meningkatkan kualitas SDM-nya yaitu dengan meningkatkan kesehatan masyarakatnya. Salah satu alat yang digunakan pemerintah untuk meningkatkan kesehatan masyarakatnya yaitu dengan Asuransi Kesehatan sebagai unit layanan jasa kesehatan masyarakat.

Asuransi Kesehatan merupakan jaminan sosial bagi pesertanya dalam hal kesehatan, dimana asuransi kesehatan diharapkan mampu menjamin kesejahteraan masyarakat Indonesia khususnya dalam layanan dan fasilitas kesehatan. Salah satu dari produk asuransi sosial tersebut adalah BPJS Kesehatan (Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan). BPJS Kesehatan tersebut merupakan Badan Usaha Milik Negara (BUMN) yang dibentuk oleh pemerintah Indonesia dengan tujuan mensejahterakan masyarakat khususnya dalam lingkup kesehatan. BPJS Kesehatan telah mulai

dioperasikan pada tanggal 1 Januari 2014 oleh pemerintah Indonesia. (bpjs-kesehatan.go.id)

Namun, dengan keberadaan asuransi kesehatan dewasa ini sering terjadi problematika. Dimana pelayanan BPJS Kesehatan dirasa kurang adil bagi masyarakat. Hal ini membuat masyarakat kalangan bawah beranggapan bahwa asuransi kesehatan hanya diperuntukkan bagi kalangan atas saja, sehingga masyarakat masih terkesan acuh dengan asuransi kesehatan.

Permasalahan itulah yang mendasari pemerintah membentuk asuransi sosial BPJS Kesehatan. Yang dimana BPJS tersebut akan membantu mensejahterkan seluruh pesertanya dalam bidang kesehatan baik itu dari kalangan bawah maupun kalangan atas. Karena BPJS tersebut dibentuk oleh pemerintah bukan bertujuan mengayomi salah satu kalangan tertentu, namun BPJS tersebut diciptakan untuk semua kalangan tidak memandang miskin atau kaya.

Beberapa kasus yang pernah terjadi terkait pelayanan yaitu peserta BPJS yang berobat di suatu Rumah Sakit namun tidak mendapatkan penanganan yang semestinya. Timbul dilema etis yang terjadi antara peserta BPJS dengan Rumah Sakit yang anggapan masing-masing masih salah kaprah. Bahwa sebenarnya semua kalangan baik itu BPJS maupun non BPJS seharusnya mendapatkan pelayanan yang terbaik. (bpjs-online.com)

Menanggapi berbagai kasus lain yang terjadi di BPJS baik dari segi dana jaminan sosial. Menteri Puan Maharani selaku Menteri Perekonomian Bidang Pembangunan Manusia dan Kebudayaan meminta kajian terkait skenario mengatasi defisit DJS pada akhir tahun 2016 sebesar Rp 9,7 triliun. Karena yang terjadi defisit dana jaminan sosial kesehatan terus meningkat tiap tahun sehingga pemerintah harus segera mentustaskan kajian tersebut. (Jawa Pos 31 Maret 2017)

Berdasarkan penjelasan dari Direktur Utama Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Fachmi Idris mengungkapkan, masalah lain yang menjadi momok di BPJS Kesehatan yakni iuran premi yang tidak sesuai dengan aktuaria. Padahal sudah melakukan evaluasi perhitungan iuran sesuai dengan aktuaria. Perlunya opsi-opsi khusus yang dapat mengatasi defisit

misalnya *financial intervention* maupun *police intervention* maupun *cost sharing*.

Semakin populer BPJS Kesehatan, semakin banyak pula pesertanya. Namun jika realita kasus yang terjadi ini tidak didampingi dengan pengendalian internal yang baik maka akan berdampak buruk pada sistem operasional dalam berbagai aspek. Hal ini dapat kita lihat dari banyaknya kasus-kasus yang terjadi dari sejak terbentuknya BPJS Kesehatan hingga kini yaitu seringnya terjadi konflik antara Peserta, BPJS Kesehatan dan Fasilitas Kesehatan.

Seperti yang pernah diteliti oleh Taliana, Rattu, dan Soleman (2015) dalam proses pengajuan klaim mendapati kurangnya pemahaman dari dokter, perawat, atau petugas rekam medis terkait subsistem pembiayaan kesehatan. Sehingga terdapat masalah yaitu tidak lengkapnya dokumen dan prosedur yang tidak sesuai dalam perjanjian kerjasama antara BPJS Kesehatan dengan Rumah sakit.

Dari sekian kasus yang menjadi keluhan kesah para masyarakat akan pelayanan BPJS, ada satu kasus yang sempat ramai diperbincangkan yaitu pada proses salah klaim antara fasilitas kesehatan dengan BPJS Kesehatan yang menyebabkan klaim yang diajukan pihak rumah sakit lebih tinggi dari yang seharusnya. Namun belum dipastikan penyebab dari kesalahan klaim tersebut berasal dari unsur kesengajaan atau tidak. (kompas.com)

Seperti polemik di penghujung tahun 2016 BPJS Kesehatan di Yogyakarta mengalami masalah konseptual, yang tidak menjamin keefektifan kinerja BPJS dalam mencapai misi untuk memudahkan dan pemerataan akses pelayanan kesehatan di berbagai daerah. Tidak hanya dari segi pelayanan namun juga pada proses kebijakan dan penetapan agenda serta hubungan antar lembaga yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan banyak yang belum berjalan secara baik. (TribunJogja.com)

Masalah lain yang dialami BPJS Kesehatan Yogyakarta, dimana pihak BPJS Kesehatan meminta pemerintah untuk memperbaiki iuran kepesertaan program BPJS Kesehatan. Hal ini dikarenakan semenjak program BPJS Kesehatan dijalankan lembaga tersebut sering mengalami defisit yang dipicu

dari *moral hazard* dari kalangan mampu demi mendapatkan keuntungan. Defisit terjadi akibat dari *mismatch* antara pengeluaran dan iuran yang tidak seimbang. (TribunJogja.com)

Permasalahan diatas berkaitan dengan penelitian Mohamed dan Handley (2014) mengungkapkan bahwa setiap perusahaan asuransi sangat memerlukan strategi untuk pencegahan *fraud* baik dari sisi laporan keuangan maupun manipulasi data. Dengan menerapkan sistem pengendalian internal yang mampu menjadi tumpuan manajemen risiko terjadinya *fraud* dan untuk setiap transaksi yang berlangsung.

Menelaah dari penelitian Mohamed dan Handley (2014) tidak dapat dipungkiri bahwa dalam dunia asuransi sangat rentan akan *fraud* baik dari pihak luar maupun oknum dalam perusahaan asuransi itu sendiri. Sehingga pihak perusahaan asuransi harus menganalisis secara tepat bagaimana pengendalian internal pada semua jenis transaksi terutama pada proses pengajuan dan pembayaran klaim.

Tidak dapat dipungkiri sebenarnya faktor individu maupun organisasi bisa mengarah pada *fraud* dikarenakan kurang/lemahnya pengendalian internal yang dibangun oleh individu/organisasi dalam mencegah dan mendeteksi kecurangan yang terjadi. Romney dan Steinbart (2009:229) dalam ranah akuntansi dan organisasi, pengendalian internal (*internal control*) adalah suatu proses yang dipengaruhi oleh sumber daya manusia dan sistem teknologi informasi yang dirancang untuk membantu organisasi dalam mencapai tujuan atau objektif tertentu.

Menurut Wicaksono (2012) pada penelitiannya dengan tema pengendalian internal dan sistem akuntansi atas penerimaan kas dan piutang premi mengemukakan bahwa dalam meningkatkan pengendalian internal pada suatu entitas maka dibutuhkan suatu pedoman tertulis atau Standar Operasional Perusahaan (SOP) yang sesuai dengan kode etik, penyampaian informasi, serta struktur organisasi dan hal ini berkaitan dengan salah satu komponen COSO yaitu pengendalian lingkungan.

Mulyadi (2010:9) Pengendalian lingkungan yang dimaksud adalah menetapkan tujuan dari suatu organisasi dan mampu mempengaruhi

kesadaran pengendalian setiap orang-orangnya dari segala aspek. Lingkungan pengendalian adalah dasar bagi semua komponen pengendalian internal dan sangat erat berkaitan pada komponen aktivitas pengendalian.

Seperti pada beberapa peneliti sebelumnya telah mengangkat tema yang berkaitan dengan sistem akuntansi dan pengendalian internal pada proses klaim BPJS. Berdasarkan penelitian Selvia (2015) bahwa sebuah struktur organisasi mampu mempengaruhi prosedur kinerja sistem akuntansi di perusahaan. Sehingga perusahaan dapat menanggulangi resiko misalnya perangkapan fungsi agen sebagai pemasaran dan penagihan.

Peneliti lainnya yang mengangkat tema tentang sistem akuntansi dan pengendalian internal ialah Nena dan Aries (2012) dengan menerapkan kerangka dan model pengendalian internal yang lazim digunakan yaitu model COSO (*The Committee of Sponsoring Organization*). Maka pengendalian internal secara keseluruhan yang telah dibuat mampu melindungi asset dan meminimalkan resiko yang dapat menghambat kinerja operasional perusahaan.

Penelitian tentang klaim asuransi Putri (2010) dengan judul penelitian pengendalian internal penjualan polis asuransi terhadap tingkat pembayaran klaim pada PT Bumiputera 1912, kesimpulannya bahwa setiap peranan pengendalian internal untuk transaksi penjualan polis terhadap tingkat pembayaran klaim berpengaruh pada besarnya klaim pada tahun-tahun sebelumnya.

Atas dasar pemikiran dan fenomena diatas, maka penelitian ini bermaksud untuk menganalisis peran pengendalian internal yang diterapkan oleh pihak BPJS Kota Yogyakarta terkait proses klaim dari Rumah Sakit yang bersangkutan. Demikian pula menilai keefektivan pengendalian internal yang sudah dijalankan oleh BPJS Kesehatan Kota Yogyakarta dalam menanggulangi berbagai macam resiko dari berbagai aspek. Sebagai salah satu upaya menganalisis evaluasi pengendalian internal pada BPJS Kesehatan Kota Yogyakarta pada proses pengajuan dan pembayaran klaim.

1.2 Rumusan Masalah

Berdasarkan uraian latar belakang diatas, pokok permasalahan yang akan dibahas dalam penelitian ini yaitu: Bagaimana pengendalian internal proses pengajuan dan pembayaran klaim yang diterapkan oleh BPJS Kesehatan Kota Yogyakarta?

1.3 Tujuan Penelitian

Tujuan yang ingin dicapai dalam penelitian ini yaitu untuk mengetahui implementasi pengendalian internal pada proses pengajuan dan pembayaran klaim oleh pihak BPJS Kesehatan Kota Yogyakarta. Serta dapat mengetahui alur proses pengajuan dan pembayaran klaim dari Rumah Sakit hingga BPJS Kesehatan Kota Yogyakarta.

1.4 Manfaat Penelitian

Manfaat dari penelitian ini adalah:

1. Manfaat Praktis

Dari hasil penelitian ini diharapkan dapat menambah masukan kepada pihak terkait baik pihak Rumah Sakit maupun pihak BPJS Kesehatan Yogyakarta. Masukan tersebut bisa berupa perbaikan sistem pengendalian internal bagi kedua belah pihak dalam proses pengajuan dan pembayaran klaim agar tidak terjadi kesalahpahaman.

2. Manfaat Teoritis

Harapan dengan penelitian ini dapat memberikan kontribusi terhadap pengembangan riset tentang pengendalian internal pada proses klaim dalam ranah BPJS Kesehatan dan mengembangkan riset dengan metode penelitian studi etnometodologi. Serta mengembangkan teori penelitian dengan mata kuliah Auditing maupun Pengantar Internal Audit (PIA).

Dengan penelitian ini mampu memberikan masukan tentang evaluasi pengendalian internal pada proses pengajuan dan pembayaran klaim yang sudah berjalan di Kantor Cabang BPJS Kesehatan Kota Yogyakarta.