



## STUDI IDENTIFIKASI KESESUAIAN PENGELOLAAN DANA BPJS KESEHATAN DENGAN PRINSIP SYARIAH

<sup>1</sup>Rosmiati, <sup>2</sup>Hasan Aedy, <sup>3</sup>Ambo Wonua Nusantara

<sup>1</sup>Universitas Halu Oleo, Kendari, Sulawesi Tenggara, 93231  
Email: [miatiros408@gmail.com](mailto:miatiros408@gmail.com)

<sup>2</sup>Universitas Halu Oleo, Kendari, Sulawesi Tenggara, 93231  
Email: [hasan.aedy@uho.ac.id](mailto:hasan.aedy@uho.ac.id)

<sup>3</sup>Universitas Halu Oleo, Kendari, Sulawesi Tenggara, 93231  
Email: [ambo.nusantara@uho.ac.id](mailto:ambo.nusantara@uho.ac.id)

### ABSTRACT

*This study aims to determine the level of suitability of BPJS Health fund management with sharia principles. The design of the study is qualitative descriptive. Data collection is done using interview guide lists. In this study, the informants were 1 person BPJS Health leader, 3 staff employees, 2 directors, and 4 Kendari Health BPJS insurance participants. This study uses descriptive analysis.*

*The results showed that the management of health BPJS insurance funds was known to contain elements of usury. It is said to contain elements of usury because every month the contribution funds that enter the BPJS account are of course certainly getting ziyadah or additional funds as conventional banks in general. The premium system run by BPJS contains things that contain elements of gharar seen from unclear agreements used between participants and the BPJS, containing elements of uncertainty (gambling / maysir) in premium payments and the amount obtained and there are elements of injustice to participants who die the world whose premiums are said to be non-refundable (forfeited), as well as the separation between the poor, middle and upper classes in the facility.*

*Keyword : BPJS Health Fund Management, Sharia Principle*

Kode klasifikasi : C54; H41; I13

### Pendahuluan

Asuransi sosial adalah asuransi yang dikelola oleh pemerintah atau instansi atau badan yang ditunjuk oleh pemerintah sebagai pengelola asuransi. Adapun yang dimaksud dengan prinsip ekuitas adalah tiap peserta yang membayar iuran



akan mendapat pelayanan kesehatan sebanding dengan iuran yang dibayarkan, di mana Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah asuransi kesehatan sosial (Kementerian Kesehatan RI, 2013). Dalam hal ini dipercayai pemerintah untuk mengurusnya adalah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

Berdasarkan hal tersebut dapat dikatakan bahwa jaminan sosial itu berarti tanggung jawab penjaminan yang harus dilaksanakan oleh masyarakat terhadap individu-individunya yang membutuhkan dengan cara menutupi kebutuhan mereka, dan berusaha merealisasikan kebutuhan mereka, memperhatikan mereka, dan menghindarkan keburukan dari mereka (Al-Haritsi, 2010). Sistem Islam didedikasikan kepada persaudaraan manusia yang dibarengi oleh keadilan sosial, keadilan ekonomi, dan distribusi pendapatan yang patut, serta pada kebebasan individu dalam konteks kesejahteraan sosial. Dedikasi ini penekanannya pada sisi spiritual dan dengan sempurna ke dalam keseluruhan norma-norma sosial dan ekonominya (Rivai, 2011).

Sebagai salah satu bentuk instrumen keuangan Islam, status hukum asuransi (baik jiwa maupun harta) masih menjadi perdebatan di kalangan ulama. Ada beberapa ulama yang mengharamkan dan ada beberapa ulama yang membolehkan atau menghalalkan asuransi. Faktor-faktor yang memberatkan atau menyebabkan jatuhnya hukum haram bagi asuransi terutama konvensional adalah karena adanya unsur *maysir* (perjudian atau spekulasi), *gharar* (ketidakjelasan atau ketidakpastian) dan riba (bunga) dalam operasional asuransi konvensional (Nadjib, 2008).

Kemajuan ilmu pengetahuan dan teknologi saat ini sehingga secara sepiantas manusia tampak mengalami kemajuan dalam hidup dan kehidupan ekonomi yang serba canggih dan modern di dunia. Namun, bila menelusuri lebih detail, sebenarnya bagian mana di belahan dunia ini yang maju dan berubah dari suasana serba sederhana menjadi berkecukupan dan modern. Tampaknya, kemajuan yang selama ini dianggap berkembang ternyata masih mengalami kemunduran. Hal tersebut ditandai dengan pertumbuhan ekonomi yang tidak merata dinikmati oleh setiap warga negara. Negara Eropa dan Amerika misalnya masih mendikte negara Asia terutama Timur Tengah untuk menerapkan ekonomi konvensional yang berbasis bunga. Hampir semua konstruksi hukum keperdataan diwarnai oleh sistem konvensional yang berbasis bunga termasuk penerapan asuransi konvensional yang telah menciptakan keresahan dan ketidakadilan kepada nasabah (Ali, 2008).



Bila melihat fenomena hadirnya BPJS, dalam pengelolaan dana jaminan sosial BPJS yang terkumpul tidak ada pemisahan antara dana *tabarru'* dan dana premi wajib peserta, sedangkan dalam asuransi syariah, khususnya asuransi sosial harus dibedakan antara dana *tabarru'* dengan dana bukan *tabarru'* (Agustianto, 2015). Perbedaan pola dan mekanisme tersebut secara normatif dan teknis pelaksanaan akan mengalami implikasi hukum yang berbeda terutama ketika ditinjau dari aspek hukum Islam.

Melihat ketidakjelasan dari masalah di atas yakni tentang status akad dari BPJS dan banyaknya pertanyaan serta perhatian dari masyarakat tentang status BPJS apakah murni asuransi sosial yang dibentuk pemerintah atau mengandung bisnis di dalamnya. Untuk itulah penulis mengangkat penelitian ini dengan judul kajian "Studi Identifikasi Kesesuaian Pengelolaan Dana BPJS Kesehatan dengan Prinsip Syariah (Studi Kasus BPJS Kesehatan Cabang Kendari)". Berdasarkan uraian di atas, maka penulis merumuskan masalah yaitu Bagaimanakah kesesuaian pengelolaan dana BPJS Kesehatan dengan prinsip syariah?

### **Kajian Literatur**

Prinsip-prinsip ekonomi Islam itu secara garis besar dapat diuraikan sebagai berikut. Ekonomi Islam memiliki sifat dasar sebagai ekonomi rabbani dan insani (Rivai, 2009). Disebut ekonomi rabbani karena sarat dengan arahan dan nilai-nilai Ilahiyah. Lalu ekonomi Islam dikatakan memiliki dasar sebagai ekonomi insani karena sistem ekonomi ini dilaksanakan dan ditujukan untuk kemakmuran manusia. Keimanan sangat penting dalam ekonomi Islam karena secara langsung akan mempengaruhi cara pandang dalam membentuk kepribadian, perilaku, gaya hidup, selera, dan preferensi manusia.

Pada intinya Ekonomi Syariah adalah suatu cabang ilmu pengetahuan yang berupaya untuk memandang, menganalisis, dan akhirnya menyelesaikan permasalahan-permasalahan ekonomi dengan cara-cara Islam di sini adalah cara-cara yang mendasarkan atas ajaran agama Islam, yaitu Al-Qur'an dan Sunnah Nabi. Dengan pengertian seperti ini maka istilah yang juga sering digunakan adalah Ekonomi Syariah (P3EI, 2012).

Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayarkan oleh pemerintah. Badan



Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan adalah Badan hukum yang di bentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan (Kemenkes RI, 2013).

Menurut Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (UU BPJS) Pasal 7 ayat (1) dan ayat (2), Pasal 9 ayat (1) yakni Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) adalah badan hukum publik yang bertanggungjawab kepada Presiden dan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

Dalam pelaksanaan pengelolaan BPJS, dapat dikategorikan menjadi dua macam, yang itu sumber dana yang berupa iuran dan alokasi dana iuran yang kemudian dikelola oleh BPJS untuk pertanggung jawaban bagi peserta dengan bentuk layanan kesehatan maupun jaminan lainnya. Selain itu terdapat beberapa ketentuan dalam pengelolaan BPJS, seperti pembagian kelompok iuran yang harus dibayar, serta kepesertaan menjadi anggota BPJS.

Tujuan diadakannya BPJS itu sendiri adalah mewujudkan terselenggaranya pemberian jaminan kesehatan yang layak bagi setiap peserta dan/atau anggota keluarganya sebagai pemenuhan kebutuhan dasar hidup penduduk Indonesia (UU No. 24 Tahun 2011 Pasal 3). Sumber pendanaan dalam penyelenggaraan JKN berasal dari iuran peserta PBI (dibayar oleh pemerintah) dan bukan PBI (Pekerja Penerima Upah dibayar oleh Pekerja dan Pemberi Kerja sedangkan Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja dibayar oleh peserta yang bersangkutan).

BPJS merupakan badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial untuk menjamin hak konstitusional setiap orang atas jaminan sosial yang memungkinkan pengembangan dirinya secara utuh sebagai manusia yang bermanfaat dan sebagai pelaksanaan tugas konstitusional negara untuk mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat dan memberdayakan masyarakat yang lemah dan tidak mampu sesuai dengan martabat kemanusiaan (Agustianto, 2015).

Berdasarkan Undang-undang No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS, Pasal 15 menyebutkan bahwa "peserta mendaftarkan dirinya dalam formulir pendaftaran dengan membayar iuran dan kepesertaan bersifat wajib". Kemudian BPJS memasukkan iuran tersebut menjadi aset dana jaminan sosial. Diketahui, bahwa



dalam BPJS terdapat pemisahan aset, yakni aset BPJS dan aset dana jaminan sosial, iuran peserta tergolong aset dana jaminan sosial. Kedua aset ini boleh dikembangkan melalui kegiatan investasi, dengan memperoleh kebijakan dari Dewan Jaminan Sosial Nasional. Karena tidak ada RUPS (Rapat Umum Pemegang Saham) maka sepenuhnya kewenangan dalam melakukan pengawasan kegiatan investasi ada pada Dewan Jaminan Sosial Nasional (Kemenkes RI, 2013).

Akad yang digunakan bukanlah tentang akad investasi antara peserta dengan BPJS Kesehatan, tetapi hanya akad dengan mendaftarkan diri kemudian peserta menulis data diri pada formulir yang sudah disiapkan BPJS Kesehatan, akad yang digunakan merupakan akad saling percaya dan tolong menolong antara kedua belah pihak dan peserta mendapatkan jaminan berupa kesehatan. Istilah akad juga terdapat dalam Undang-undang No. 21 tahun 2008 tentang Perbankan Syariah dinyatakan dalam pasal 1 angka 13, yaitu "kesepakatan tertulis antara Bank Syari'ah atau Unit Usaha Syari'ah (UUS) dan pihak lain yang memuat adanya hak dan kewajiban bagi masing-masing pihak sesuai dengan prinsip syari'ah (Sutedi, 2009). Oleh karena itu, pihak peserta dengan BPJS Kesehatan boleh menggunakan akad dalam bentuk apa saja asalkan dapat dipahami maksudnya oleh masing-masing pihak dan berdasarkan adanya saling melakukan, yang merupakan syarat utama dalam setiap akad muamalah.

Dalam bisnis asuransi syariah, secara umum peserta asuransi syariah tidak memberikan syarat tertentu yang membatasi tentang cara pengelolaan dan sehingga akad ini dikategorikan sebagai mudharabah mutlaqah. Sedangkan dalam posisinya sebagai mudharib di satu sisi dan shahibul mal di sisi yang lain maka asuransi syariah layaknya bank syariah melaksanakan mudharabah kedua. Kemudian dana peserta yang terkumpul akan diinvestasikan ke dalam instrument investasi syariah dan apabila ada keuntungan (profit) maka hasilnya akan dibagikan kepada peserta dan perusahaan berdasarkan nisbah atau rasio yang telah disepakati di awal perjanjian (Ismanto, 2009).

Sebagai salah satu bentuk instrumen keuangan Islam, status hukum asuransi (baik jiwa maupun harta) masih menjadi perdebatan di kalangan ulama. Ada beberapa ulama yang mengharamkan dan ada beberapa ulama yang membolehkan atau menghalalkan asuransi. Faktor-faktor yang memberatkan atau menyebabkan jatuhnya hukum haram bagi asuransi terutama konvensional adalah karena adanya unsur *maysir* (perjudian atau spekulasi), *gharar* (ketidakjelasan atau ketidakpastian) dan *riba* (bunga) dalam operasional asuransi konvensional.



Bila melihat fenomena hadirnya BPJS, dalam pengelolaan dana jaminan sosial BPJS yang terkumpul tidak ada pemisahan antara dana *tabarru'* dan dana premi wajib peserta, sedangkan dalam asuransi syariah, khususnya asuransi sosial harus dibedakan antara dana *tabarru'* dengan dana bukan *tabarru'*. Perbedaan pola dan mekanisme tersebut secara normatif dan teknis pelaksanaan akan mengalami implikasi hukum yang berbeda terutama ketika ditinjau dari aspek hukum Islam.

### **Metode Penelitian**

Objek dalam penelitian ini adalah tingkat kesesuaian pengelolaan dana BPJS Kesehatan Cabang Kendari dengan prinsip syariah. Informan adalah orang yang dapat memberikan informasi tentang situasi dan kondisi latar penelitian. Dalam penelitian ini yang menjadi informan adalah pimpinan BPJS Kesehatan sebanyak 1 orang, staff karyawan sebanyak 3 orang, direksi sebanyak 2 orang, dan peserta asuransi BPJS Kesehatan Cabang Kendari sebanyak 4 orang. Adapun sumber data primer yang digunakan adalah buku pegangan tentang BPJS kesehatan, website resmi BPJS kesehatan serta hasil wawancara terhadap informan dari pihak BPJS. Data Sekunder adalah data yang diperoleh secara tidak langsung dalam hal ini dokumen yang diperoleh dari Kantor BPJS Kesehatan Cabang Kendari dan literatur yang ada relevansinya dengan penelitian ini, yakni Hukum Asuransi, Hukum Ekonomi Syariah dan Fiqih Muamalah serta data-data yang diperoleh dari media elektronik yang berhubungan dengan masalah dalam penelitian ini. Teknik pengumpulan data yang digunakan penulis untuk memperoleh data dan informasi dalam penelitian ini adalah wawancara, observasi dan studi dokumentasi.

### **Hasil dan Pembahasan**

#### **Pengelolaan Dana BPJS Ditinjau dari Aspek Riba**

Sesuai ketentuan yang ada BPJS dalam pengelolaannya meliputi dua hal secara garis besar, yaitu penghimpunan dana dan pengalokasiannya. Adapun Sumber dana BPJS berdasarkan Pasal 42 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS adalah modal awal berasal dari pemerintah yang nominal paling banyak Rp 2.000.000.000.000,- (dua triliun rupiah) dan dari iuran yang dibayar peserta. Namun



iuran merupakan dana yang paling penting dalam BPJS, sebab lewat dana iuranlah BPJS dapat memberikan klaim atau layanan terhadap peserta.

Hasil wawancara dengan Kepala Unit Manager Kepesertaan dan PMPA BPJS Kesehatan Cabang Kendari yakni Bapak Novriawan menyatakan bahwa: "Jadi sumber dana pembiayaan adalah dari iuran yang dibayar peserta setiap bulan dimana kemudian dikelola oleh BPJS untuk membiayai jaminan kesehatan" (Wawancara, Tanggal 26 Juli 2018).

Dari keterangan di atas dapat dikatakan bahwa pada dasarnya BPJS dalam memberikan jaminan kesehatan kepada peserta bertumpu pada iuran yang dibayar peserta, dimana BPJS mengharapkan agar setiap peserta pada setiap bulan melunasi kewajibannya sehingga BPJS dapat menghimpun dan bisa memberikannya kepada peserta lainnya yang sedang membutuhkan bantuan jaminan kesehatan baik berupa pembayaran layanan maupun obat-obatan. Untuk itu agar BPJS tidak mengalami kekurangan dana, maka BPJS memberlakukan sanksi terhadap peserta yang terlambat atau menunggak membayar iuran.

Lebih lanjut dikatakan oleh Kepala Unit Manager Kepesertaan dan PMPA BPJS Kesehatan Cabang Kendari yakni Bapak Novriawan menyatakan bahwa: "Kalau dia (peserta) menunggak pembayaran, maka dia harus melunasi tunggaknya ditambah 2 persen dari jumlah tunggaknya sebagai sanksi. Dan apabila selama enam bulan dia tidak membayar, maka secara otomatis kartu pesertanya tidak aktif yang berarti kami tidak akan memberikan pelayanan. Beberapa nasabah juga memperoleh jumlah dana yang lebih besar dari jumlah dana yang disetor" (Wawancara, Tanggal 26 Juli 2018).

Sanksi yang diberlakukan bisa berupa teguran tertulis, denda sebagaimana disebutkan di atas yang dilakukan oleh BPJS, dan tidak mendapatkan pelayanan publik tertentu yang dilakukan oleh pemerintah atas permintaan BPJS, hal ini berdasarkan pasal 17 Undang-Undang No.24 Tahun 2011 tentang BPJS. Sanksi ini dimaksudkan agar menimbulkan kesadaran peserta untuk membayar iuran tepat waktu demi kelancaran pelayanan yang akan didapatkan. Berdasarkan Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 111 tahun 2013 tentang jaminan kesehatan, mengatakan bahwa sanksi untuk keterlambatan bagi pemberi kerja selain penyelenggara negara adalah 2 persen dari tunggakan dengan jenjang waktu paling lama tiga bulan, adapun untuk pekerja bukan penerima upah dan bukan pekerja diberi batas waktu enam bulan.



Dalam kaitannya dengan pengelolaan dana BPJS Kesehatan, bahwa prosedur pengelolaan dana BPJS Kesehatan belum memenuhi syarat asuransi dengan prinsip syariah. Hal ini dapat di nilai dari indikator transaksi yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan berdasarkan aspek unsur riba yang disajikan pada Tabel 1 berikut ini:

**Tabel 1.**  
**Unsur Riba dalam Transaksi Pengelolaan Dana BPJS Kesehatan**

No.	Indikator	Penerapan	Keterangan
1.	Denda	Adanya denda yang harus dibayarkan peserta jika terlambat menyetorkan iuran BPJS Kesehatan yang mencapai 2 persen per bulannya	Riba

*Sumber: Data Primer 2018 (diolah)*

BPJS dianggap mengandung unsur riba karena prosedur pembayaran dana iuran BPJS ini dilakukan melalui Bank Nasional Konvensional yang dalam pelaksanaan pada umumnya Bank-Bank ini menerapkan sistem riba atau tambahan. Tambahan yang diperoleh setiap bulan direkening iuran BPJS ini sudah jelas keharamannya dan tidak menutup kemungkinan uang tambahan ini digunakan untuk membayar klaim jika terjadi risiko pada diri peserta BPJS. Selain itu, jumlah dana yang diperoleh lebih besar dari jumlah dana yang disetor.

Dilihat dari hal di atas sudah cukup jelas mengenai status hukum pengelolaan dana iuran BPJS menurut hukum Islam. Tetapi kita semua tidak boleh menutup mata atau memandang sebelah mata. Kembali lagi pada suatu keadaan di mana kita hidup bukan di Negara Islam. Diakui atau tidak sejauh ini negara Republik Indonesia yang memiliki penduduk muslim terbesar ini tidak bisa menerapkan hukum Islam 100 persen.

Sebagaimana telah dijelaskan pada bab sebelumnya bahwa dana yang masuk dan dikelola oleh BPJS merupakan dana yang berasal dari iuran peserta setiap bulannya. Dana iuran ini masuk melalui Bank nasional sebagaimana dijelaskan pada pemaparan sebelumnya. Dana iuran ini setiap bulannya akan mendapat *ziyadah* atau tambahan yang dalam dunia perbankan disebut bunga atau riba. Bertambahnya dana ini merupakan dana yang haram menurut syariat Islam karena Islam melarang adanya riba dalam suatu muamalah.





Berkaitan dengan pengelolaan dana iuran ini, BPJS berperan sebagai perantara. Maksudnya, BPJS tidak memiliki wewenang secara langsung untuk menentukan kemana dan bagaimana dana iuran tersebut akan dikelola. Keadaan ini disebabkan oleh faktor kedudukan BPJS yang membawahi Kementerian Kesehatan dalam menjalankan program JKN ini.

BPJS sendiri mengakui bahwa pihaknya hanya menjalankan apa yang menjadi tugas mereka tanpa memiliki wewenang untuk membuat aturan sendiri, termasuk didalamnya berkenaan dengan prosedur pembayaran iuran peserta setiap bulannya. Pihak BPJS memberi penjelasan bahwa, dana yang telah masuk dari setiap peserta setiap bulannya itu tidak selalu dalam keadaan diam. Maksudnya, setiap hari dana itu diputar karena setiap hari pasti terjadi klaim peserta dari berbagai wilayah dan daerah yang berbeda-beda.

Setiap peserta yang mengalami resiko, dapat mengajukan klaim untuk mendapatkan dana berobat gratis. Pengobatan ini dilakukan di Fasilitas Kesehatan tingkat I (puskesmas atau dokter BPJS), apabila fasilitas kesehatan tingkat I tidak mampu untuk memberikann pelayanan maka peserta dapat meminta surat rujukan dari Faskes I untuk mendapat perawatan lebih intensif di rumah sakit di wilayahnya masing-masing. Perlu diingat kembali bahwasanya BPJS ini merupakan sistem asuransi *non saving*, artinya peserta BPJS tidak akan mendapatkan kembali dana iuran yang telah disetorkan kecuali adanya risiko yang terjadi.

Pengelolaan Dana BPJS Ditinjau dari Aspek Gharar

Menurut Pasal 14 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS bahwa sifat dari kepesertaan BPJS kesehatan adalah wajib bagi setiap warga Indonesia termasuk warga asing yang akan menetap minimal enam bulan. Selain itu kepesertaan yang terdaftar akan berlaku seterusnya atau dengan kata lain tidak ada batas waktu berlaku.

Dalam wawancara yang dilakukan pada BPJS Kesehatan cabang Kendari, Ibu Mislihani menjelaskan bahwa: "Dalam mengikuti program jaminan kesehatan ini, tidak adanya polis yang digunakan karena merupakan kepesertaan. Saat melakukan proses pendaftaran, cukup datang mendaftarkan diri dan anggota keluarga, setelah itu akan mendapatkan kartu identitas" (Wawancara, Tanggal 26 Juli 2018).

Sejalan dengan hal tersebut, di dalam Undang-Undang hanya mengatur tata cara pendaftaran di BPJS. Seperti yang tertulis dalam UU No. 24 Tahun 2011 Tentang BPJS Pasal 16 Ayat (1) Setiap orang, selain Pemberi Kerja, Pekerja dan



penerima Bantuan luran, yang memenuhi persyaratan kepesertaan dalam program Jaminan Sosial wajib mendaftarkan dirinya dan anggota keluarganya sebagai Peserta kepada BPJS, sesuai dengan program Jaminan Sosial yang diikuti. (2) Setiap orang sebagaimana dimaksud pada Ayat (1) wajib memberikan data mengenai dirinya dan anggota keluarganya secara lengkap dan benar kepada BPJS. Kemudian pada Pasal 18 Ayat (2) PBI wajib memberikan data mengenai diri sendiri dan anggota keluarganya secara lengkap dan benar kepada Pemerintah untuk disampaikan kepada BPJS.

Ketika hal tersebut dilihat dalam kaca mata Islam, yang di mana dalam segala aspek kehidupan telah diatur agar sesuai dengan Al-Quran dan Sunnah, maka tak terkecuali hal mengenai akad pun telah diatur sedemikian rupa yang koridornya juga tidak menyalahi aturan hukum positif di negara ini. Saat mendaftarkan diri untuk mengikuti program Jaminan Kesehatan di BPJS dengan memenuhi persyaratan kepesertaan dianggap telah menyetujui segala ketentuan yang berlaku. Kemudian jika hal ini dilihat dengan mendasarkannya pada hukum Islam, dapat ditemukan hal-hal yang dapat menyesatkan masyarakat (ketidakpastian atau *gharar*) yang awam terhadap undang-undang dan aturan Islam dalam hal ini akad.

Dalam kaitannya dengan pengelolaan dana BPJS Kesehatan, bahwa prosedur pengelolaan dana BPJS Kesehatan belum memenuhi syarat asuransi dengan prinsip syariah. Hal ini dapat di nilai dari indikator transaksi yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan berdasarkan aspek unsur *gharar* yang disajikan pada Tabel 2 berikut ini:

**Tabel 2.**

**Unsur Gharar dalam Transaksi Pengelolaan Dana BPJS Kesehatan**

No.	Indikator	Penerapan	Keterangan
1.	Pembayaran Premi	Kepastian pembayaran premi, namun jumlah pasti dari pertanggung jawaban bagi mereka tidak didapatkan	Tidak Pasti

*Sumber: Data Primer 2018 (diolah)*

Dalam upaya menghindari *gharar*, pada setiap kontrak asuransi syariah harus dibuat sejelas mungkin dan sepenuhnya terbuka. Keterbukaan itu dapat diterapkan di dua sisi, yaitu baik pada pokok permasalahan maupun pada ketentuan kontrak. Tidak diperbolehkan di dalam kontrak asuransi syariah bila



terdapat elemen yang tidak jelas dalam pokok permasalahan dan/atau ruang lingkup kontrak itu sendiri. Peserta (tertanggung) mungkin memiliki kepentingan yang dipertanggungjawabkan, tetapi apabila perpindahan resiko berisikan elemen-elemen spekulasi, maka tidak diperkenankan dalam asuransi sosial.

### **Pengelolaan Dana BPJS Ditinjau dari Aspek Maysir**

Dalam kaitannya dengan pengelolaan dana BPJS Kesehatan, bahwa prosedur pengelolaan dana BPJS Kesehatan belum memenuhi syarat asuransi dengan prinsip syariah. Hal ini dapat di nilai dari indikator transaksi yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan berdasarkan aspek unsur Maysir yang disajikan pada Tabel 3 berikut ini:

**Tabel 3.**

#### **Unsur Maysir dalam Transaksi Pengelolaan Dana BPJS Kesehatan**

<b>No.</b>	<b>Indikator</b>	<b>Penerapan</b>	<b>Keterangan</b>
1.	Premi yang hangus	Ketika pemegang polis sampai akhir kontrak tidak mengalami klaim, maka otomatis dana premi yang selama ini dibayarkan akan hangus dan menjadi milik asuransi	Maysir

*Sumber: Data Primer 2018 (diolah)*

Transaksi dikatakan mengandung unsur maysir bahwa ketika pemegang polis sampai akhir kontrak tidak mengalami klaim, maka otomatis dana premi yang selama ini dibayarkan akan hangus dan menjadi milik asuransi. Setelah peserta telah membayar iuran dan tidak melakukan penunggakan, atau setelah peserta memiliki kartu BPJS yang terdaftar aktif maka peserta secara otomatis telah memiliki hak untuk mendapatkan layanan baik di tingkat pertama dilokasi pelayanan yang telah ditunjuk sesuai kemauan peserta maupun rujukan tingkat lanjutan ke rumah sakit dengan menunjukkan surat rujukan.

Hasil wawancara dengan Staf Pelayanan yakni Asriatin mengatakan bahwa: "Mereka (peserta) berhak mendapatkan informasi, berhak memilih tempat pelayanan tingkat pertama maupun rujukan dengan menunjukkan kartu peserta dan surat rujukan." (Wawancara, Tanggal 27 Juli 2018).



Layanan yang didapatkan peserta bersifat tidak terbatas, yang artinya peserta akan terus mendapatkan jaminan kesehatan hingga tidak dibutuhkan lagi (sembuh atau meninggal dunia). Selain itu jenis penyakit yang diderita tidak dibatasi, artinya semua jenis penyakit yang terdaftar akan dilayani lewat jaminan BPJS.

Hasil wawancara dengan Staf Komunikasi Publik yakni Mutmainnah mengatakan bahwa: "Kalau jenis penyakit seluruh penyakit yang terdiagnosa di Indonesia itu kita (BPJS) jamin, selama peserta mengikuti prosedurnya yaa. Saat ini pun seperti kasus-kasus ringan itu sampai operasi yang berat jantung, cuci darah misalnya itu dijamin, dalam artian kita mengcover seluruh jenis penyakit yang ada, kalau perolehan waktu atau limitasi atau besaran layanan kita tidak ada batas, dalam artian begini kita sifatnya dalam menghadapi klaim itu unlimited, tidak dibatasi. Jadi seperti yang saya bilang tadi dengan iuran yang dibayarkan peserta Rp. 25.500,- kalau kebetulan dia mau operasi jantung, ya tetap ada operasi jantung, tidak dibatasi mau berapa lama dirawat, mau berapa hari di ini mau sakitnya apa selama peserta rutin membayar iuran kita akan menjamin" (Wawancara, Tanggal 28 Juli 2018).

Selain mendapatkan pelayanan tingkat pertama dan rujukan tingkat lanjutan, peserta juga berhak memperoleh alat kesehatan. Adapun obat-obatan, alat medis habis pakai, dan alat kesehatan yang dijamin berdasarkan pasal 32 PERPRES Nomor 111 Tahun 2013 tentang jaminan kesehatan bahwa Pelayanan obat, alat kesehatan, dan bahan medis berpedoman pada daftar dan harga obat, alat kesehatan, dan bahan medis habis pakai yang ditetapkan oleh Menteri. Artinya jaminan obat, alat kesehatan, dan alat medis sekali pakai yang ditanggung hanya ada dalam daftar tanggungan, tidak semua obat, alat kesehatan, dan alat medis sekali pakai itu dijamin oleh BPJS. Adapun untuk peserta yang di daerahnya belum terdapat fasilitas kesehatan yang menunjang kebutuhan sejumlah peserta, maka BPJS wajib memberikan kompensasi. Kompensasi sebagaimana dimaksud berdasarkan pasal 32 ayat 2 PERPRES nomor 111 tahun 2013 berupa penggantian uang tunai; pengiriman tenaga kesehatan; atau penyediaan Fasilitas Kesehatan tertentu.

Layanan kesehatan baik tingkat pertama maupun rujukan tingkat lanjutan dapat dinikmati seluruh peserta yang terdaftar aktif dengan layanan yang bersifat sama. Adapun tujuan pembedaan golongan dan besar iuran yang dibayar agar



peserta dalam memilih kategori sesuai kemampuan dan memperoleh akomodasi yang diinginkan.

Hasil wawancara dengan Staf Pelayanan yakni Ridwan Umar mengatakan bahwa: "Pemerintah kan melihat sesuai kemampuan ekonomi masyarakat, kalau semua mau dipaksakan di kelas I dengan iuran Rp. 59.500,- per orang maka tidak mungkin semua masyarakat mandiri bisa, makanya kita memberikan pilihan kategori. Kalau sisi pelayanannya sama semua, Cuma yang beda tempat tidurnya. Jadi bedakan akomodasinya, tempat tidurnya, dengan pelayanan." (Wawancara, Tanggal 28 Juli 2018).

Bentuk akomodasi yang didapatkan peserta sebagaimana yang disebutkan di atas terbagi berdasarkan kategori peserta yang diatur dalam pasal 23 PERPRES Nomor 111 tahun 2013 tentang jaminan kesehatan yang dikelompokkan kedalam tiga kelas ruang perawatan.

Dari pemberian layanan dapat dipahami bahwa kesepakatan yang terjadi antara pihak BPJS dan peserta adalah kesepakatan pembiayaan kesehatan dimana pihak peserta membayar iuran kepada BPJS setiap bulannya, atau dapat dikatakan pihak BPJS menghimpun dana iuran dari peserta maupun yang menanggung iuran peserta kemudian membayarkannya kepada pihak pemberi layanan yang telah bekerjasama dengan BPJS.

Jaminan yang diberikan BPJS kesehatan kepada peserta hanya berupa pembiayaan kesehatan, sehingga BPJS harus bergandengan dengan pihak pemberi layanan kesehatan untuk memberikan layanan kesehatan kepada peserta. Ini disebabkan BPJS tidak bertujuan untuk membangun fasilitas kesehatan sendiri, BPJS bertugas menghimpun dana iuran dan mengelolanya kemudian membayarkan tagihan biaya layanan kesehatan peserta kepada pihak pemberi layanan kesehatan yang bersangkutan.

Hasil wawancara dengan Staf yakni Mislihani mengatakan bahwa: "Jadi iuran yang dibayar peserta kita (BPJS) himpun jadi satu, kemudian fasilitas-fasilitas kesehatan yang sudah melayani peserta yang melakukan penagihan kepada kita, dan kita bayarkan dari dana itu..jadi biayanya itu pihak pelayanan yang menagih kepada kita, kita tidak memberikan biaya kepada peserta. Kita memang tidak membangun fasilitas kesehatan, karena kita fokus terhadap pembiayaan kesehatan." (Wawancara, Tanggal 30 Juli 2018).

Pengalokasian dana iuran yang sudah terhimpun berdasarkan pasal 43 ayat 2 UU nomor 24 tahun 2011 tentang BPJS diperuntukkan untuk pembiayaan



jaminan kesehatan, biaya operasional penyelenggara jaminan sosial, dan investasi dengan tujuan untuk pengembangan dana sosial. Menurut pasal 40 UU nomor 24 tahun 2011 tentang BPJS menjelaskan bahwa BPJS memisahkan antara aset BPJS dan aset jaminan sosial. Tujuan pemisahan tersebut agar aset jaminan sosial beserta hasil pengembangannya yang bersumber dari iuran memang hanya untuk jaminan sosial sebagai dana amanah.

Hasil wawancara dengan Kepala Unit Manager Kepesertaan dan PMPA BPJS Kesehatan Cabang Kendari yakni Bapak Novriawan menyatakan bahwa: "Kalau dari undang-undangnya dana itu (iuran) adalah amanah, dalam artian iuran itu yang dibayarkan peserta memang untuk layanan peserta. Kita (BPJS) tidak boleh menggunakan untuk kepentingan lain. Pemerintah tidak boleh menggunakan itu untuk bayar utang negara, karena memang maknanya iuran itu untuk jaminan kesehatan bukan kepentingan lain." (Wawancara, Tanggal 30 Juli 2018).

Iuran yang dikumpulkan dari peserta dikelola BPJS dengan mengembangkannya melalui investasi jangka pendek dan jangka panjang dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana, dan hasil yang memadai, hal ini sesuai pasal 11 ayat b UU nomor 24 tahun 2011 tentang BPJS. Tujuan pengembangan dana tersebut agar menambah daya pemberian pembiayaan kepada peserta yang terdaftar. Sehingga pada dasarnya pembiayaan jaminan kesehatan yang diberikan BPJS hanya merupakan dana masyarakat itu sendiri yang dikembalikan kepada peserta dalam bentuk jaminan kesehatan.

Hasil wawancara dengan Staf yakni Ridwan Umar mengatakan bahwa: "Karena memang prinsipnya adalah gotong royong yaa, istilahnya dari peserta ke peserta lagi." (Wawancara, Tanggal 30 Juli 2018).

Asas gotong royong yang diemban BPJS menandakan bahwa pesertalah yang bersama-sama membiayai dirinya sendiri. Adapun tugas pemerintah ikut memberikan bantuan bagi peserta yang tidak mampu membayar iuran dan membuat regulasi-regulasi mengenai pengelolaan BPJS demi kepentingan masyarakat.

## **Kesimpulan**

Berdasarkan hasil penelitian studi identifikasi kesesuaian pengelolaan dana bpjs kesehatan dengan prinsip syariah dapat diambil kesimpulan sebagai berikut: (1) Pengelolaan dana asuransi BPJS kesehatan telah diketahui mengandung unsur



riba. BPJS dianggap mengandung unsur riba karena prosedur pembayaran dana iuran BPJS ini dilakukan melalui Bank Nasional Konvensional yang dalam pelaksanaan pada umumnya Bank-Bank ini menerapkan sistem riba atau tambahan. Selain itu, adanya denda yang harus dibayarkan peserta jika terlambat menyetorkan iuran BPJS Kesehatan yang mencapai 2 persen per bulannya; (2) Sistem premi yang dijalankan oleh BPJS Kesehatan memuat hal-hal yang mengandung unsur gharar dilihat dari tidak jelasnya akad yang digunakan antara peserta dan pihak BPJS, mengandung unsur ketidakpastian (judi/maysir) dalam pembayaran premi dan jumlah yang diperoleh dan terdapat unsur ketidakadilan pada peserta yang meninggal dunia yang preminya dikatakan tidak dapat dikembalikan (hangus), serta adanya pemisahan antara masyarakat miskin, menengah dan kalangan atas dalam fasilitas; (3) Ketika pemegang polis sampai akhir kontrak tidak mengalami klaim, maka otomatis dana premi yang selama ini dibayarkan akan hangus dan menjadi milik BPJS Kesehatan.

#### Daftar Pustaka

- Agustianto, 2015. Asuransi dan Bahaya Riba. *Jurnal Muamalah*. No. 2. Vol 3. Januari 2015.
- Al-Haritsi, Jaribah, 2010. *Fikih Ekonomi Umar bin Khattab*. Jakarta: Khalifa Pustaka.
- Ali, Zainuddin, 2008. *Hukum Asuransi Syariah*. Jakarta: Sinar Grafika.
- Ismanto, Kuart, 2009. *Manajemen Syariah: Implementasi TQM dalam Lembaga Keuangan Syariah*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar.
- Kementerian Kesehatan RI, 2013. *Buku Saku FAQ (Frequently Asked Questions) BPJS Kesehatan*. Jakarta: Kementerian Kesehatan RI.
- Nadjib, 2008. *Dasar-Dasar Asuransi Kesehatan*. Yogyakarta: Kanisius.
- Peraturan Presiden Republik Indonesia Nomor 111 Tahun 2013 tentang jaminan Kesehatan
- P3EI, 2012. *Ekonomi Islam*. Jakarta: Rajawali Press.
- Rivai, Veithzal, 2009. *Islamic Economics: Ekonomi Syariah Bukan Opsi tetapi Solusi*. Jakarta: Bumi Aksara.
- Rivai, Veithzal, 2011. *Islamic Financial Managemen*. Bogor: Ghalia Indonesia.
- Sutedi, Adrian, 2009. *Perbankan Syariah: Tinjauan dan Beberapa Segi Hukum*. Jakarta: Ghalia Indonesia.
- Undang-undang Nomor 40 Tahun 2014 Tentang Usaha Perasuransian.



Undang-Undang Nomor 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS)