

# **JAMINAN KESEHATAN SYARIAH NASIONAL (JKSN) DAN BPJS KESEHATAN SYARIAH<sup>(1)</sup>**

**Oleh : Dr. Oni Sahroni, MA**

## **Mukaddimah**

Kehadiran program JKN dan BPJS Kesehatan menjadi hal yang menggembirakan tapi tidak menenangkan. Menggembirakan karena JKS BPJS yang menjadi satu-satunya asuransi termurah di tanah air yang bisa memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat. Tetapi disisi lain, tidak menenangkan karena JKN dan BPJS Kesehatan dikelola dengan model asuransi konvensional. Hal ini terlihat dari pola pertanggungungan yang dijalankan oleh BPJS adalah *transfer of risk*, juga dana premi peserta itu diinvestasikan pada bisnis ribawi di lembaga-lembaga keuangan konvensional. Maka pertanyaan yang mengemuka adalah:

1. Bagaimana operasional JKN dan BPJS kesehatan konvensional?
2. Bagaimana ketentuan hukum JKN dan hukum menjadi peserta BPJS kesehatan? Jika BPJS adalah asuransi konvensional itu diharamkan, apakah ikut serta menjadi peserta BPJS itu juga diharamkan dan berlaku untuk masyarakat miskin?
3. Bagaimana seharusnya format JKSN dan BPJS kesehatan syariah ? Bagaimana format Jaminan kesehatan syariah negara dan BPJS kesehatan syariah, *dhowabith*, akad, perlakuan terhadap iuran peserta PB dan non PB? Bagaimana jika terjadi *surplus* (*defisit*) *underwriting* iuran peserta BPJS?

---

<sup>(1)</sup> Disusun sebagai bahan Ijtima' Ulama Komisi Fatwa Se-Indonesia ke-5 pada tanggal 07-10 Juni 2015 di Tegal

## **BAB I**

### **KONSEP JKN DAN BPJS KESEHATAN KONVENSIONAL**

#### **1. SEKILAS TENTANG JKN DAN BPJS KESEHATAN**

- a. JKN merupakan program pelayanan kesehatan terbaru yang merupakan kepanjangan dari Jaminan Kesehatan Nasional yang sistemnya menggunakan sistem asuransi. Artinya, seluruh warga Indonesia nantinya wajib menyisihkan sebagian kecil uangnya untuk jaminan kesehatan di masa depan.
- b. Semua rakyat miskin atau PBI (Penerima Bantuan Iuran) ditanggung kesehatannya oleh pemerintah. Sehingga tidak ada alasan lagi bagi rakyat miskin untuk tidak memeriksakan penyakitnya ke fasilitas kesehatan.
- c. BPJS adalah singkatan dari Badan Penyelenggara Jaminan Sosial. BPJS ini adalah perusahaan asuransi yang dikenal sebelumnya sebagai PT Askes.
- d. Antara JKN dan BPJS itu berbeda. JKN merupakan nama programnya, sedangkan BPJS merupakan badan penyelenggaranya yang kinerjanya nanti diawasi oleh DJSN (Dewan Jaminan Sosial Nasional).
- e. BPJS Kesehatan yang mulai beroperasi 01 Januari 2014 adalah badan publik yang menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan sesuai amanat UU BPJS Kesehatan, yaitu UU 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional dan UU 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial.

#### **2. TUGAS DAN WEWENANG BPJS**

##### **A. BPJS menjalankan tugas-tugas berikut :**

1. Melakukan pendaftaran/penerimaan peserta
2. Memungut dan mengumpulkan iuran dari Peserta dan Pemberi Kerja
3. Menerima bantuan iuran dari Pemerintah
4. Mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan Peserta
5. Mengumpulkan dan mengelola data peserta Program Jaminan Sosial
6. Membayarkan manfaat/membiayai pelkes sesuai ketentuan Program Jaminan Sosial
7. Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan Program Jaminan Sosial kepada Peserta dan masyarakat

##### **B. Selain tugas – tugas tersebut di atas, BPJS juga memiliki kewewenangan berikut :**

- a. Menagih pembayaran iuran.

- b. Menempatkan Dana Jaminan Sosial untuk investasi Jangka Panjang/Pendek
- c. Melakukan pengawasan dan pemeriksaan atas kepatuhan Peserta dan Pemberi Kerja dlm memenuhi kewajibannya.
- d. Membuat kesepakatan dengan FASKES mengenai pembayaran yang mengacu pada standar tarif.
- e. Membuat/menghentikan kontrak dgn FASKES
- f. Mengenakan sanksi administratif terhadap Pekerja dan Pemberi Kerja
- g. Melaporkan Pemberi Kerja kepada instansi berwenang mengenai ketidakpatuhan terkait iuran dan kewajiban lainnya
- h. Melakukan kerja sama dengan pihak lain dalam rangka penyelenggaraan program Jaminan Sosial

### **3. HAK DAN KEWAJIBAN PESERTA**

Setiap peserta berhak untuk memperoleh identitas Peserta, dan memperoleh manfaat pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yg bekerjasama dgn BPJS Kesehatan. Di sisi Setiap peserta wajib membayar iuran, dan melaporkan data kepesertaannya kepada BPJS Kesehatan dengan menunjukkan identitas Peserta pada saat pindah domisili &/atau pindah kerja.

### **4. MANFAAT JKN**

JKN memiliki manfaat, diantaranya pelayanan kesehatan tingkat pertama dan pelayanan kesehatan rujukan tingkat lanjutan Rawat jalan dan Rawat Inap

### **5. IURAN PESERTA BPJS KESEHATAN**

Iuran peserta BPJS terdiri dari 4 kategori :

- a. Iuran peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) Jaminan Kesehatan itu dibayarkan (ditanggung) oleh Pemerintah.
- b. Iuran Peserta Pekerja sebesar 3 % (tiga persen) itu dibayarkan oleh pemberi kerja dan sebesar 2 % (dua persen) itu dibayarkan oleh peserta.
- c. Iuran Peserta Pekerja Penerima Upah sebesar 4% (empat persen) dibayarkan oleh Pemberi Kerja dan 0,5% (nol koma lima persen) dibayarkan oleh Peserta.
- d. Iuran pekerja bukan penerima upah serta peserta bukan pekerja adalah:
  - i. Sebesar Rp.25.500 per orang per bulan dengan pelayanan Kelas III.
  - ii. Sebesar Rp.42.500 per orang per bulan dengan pelayanan Kelas II.
  - iii. Sebesar Rp.59.500,- per orang per bulan dengan pelayanan Kelas I.

## **6. DENDA KETERLAMBATAN PEMBAYARAN IURAN**

Keterlambatan pembayaran iuran untuk Pekerja Penerima Upah dikenakan denda administratif sebesar 2% (dua persen) per bulan. Keterlambatan pembayaran iuran untuk Peserta Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja dikenakan denda keterlambatan sebesar 2% (dua persen) per bulan.

## **7. BIAYA OPERASIONAL**

UU BPJS Kesehatan telah mengamanatkan adanya alokasi dana untuk BPJS sebesar 10% dari total iuran peserta. Dana ini pun tidak digunakan untuk pembayaran gaji pegawai, melainkan diprioritaskan bagi pengembangan infrastruktur, komputer, kantor cabang baru, layanan peserta, dan lainnya. Hal ini tertuang dalam Peraturan Menteri Keuangan (PMK) Nomor 245/PMK.02/2014 tentang Besaran Dana Operasional Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan Tahun 2015. Peraturan Menteri Keuangan ini berlaku mulai 1 Januari 2015 dan ditandatangani pada 24 Desember 2014.

Dalam pasal 12 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS disebutkan, dana operasional BPJS bersumber dari Dana Jaminan Sosial dan/atau sumber lainnya yang sah sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan. BPJS Kesehatan menargetkan dana operasional badan ke depan tidak lagi menggunakan dana peserta, melainkan dana investasi yang dimiliki. Dari modal awal Rp10 triliun tersebut bila nilai investasinya 10%, maka tersedia anggaran Rp1 triliun yang selalu tersedia untuk menghidupi BPJS Kesehatan. Per Juli 2014 saja nilai investasi sudah mencapai target satu tahun yang sudah ditetapkan.

## **8. INVESTASI PREMI / IURAN**

Sebesar 6,25% premi dari peserta dialokasikan sebagai dana BPJS dan sisanya sebesar 93,75% sebagai dana jaminan sosial yang ditempatkan di bank. Selain itu, BPJS Kesehatan sendiri memiliki modal awal yang berasal dari investasi sejak masih sebagai BUMN atau PT Askes sekitar Rp10 triliun. Dana investasi ini justru jauh lebih besar dari iuran, dan cukup untuk membiaya operasional BPJS Kesehatan. Ditambah lagi modal (equity) pada saat penutupan buku anggaran PT Askes sebesar Rp15 triliun, di mana Rp5 triliun di antaranya disumbangkan kepada BPJS Kesehatan sebagai dana cadangan.

Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan akan menempatkan dana peserta ke salah satu investasi yang menguntungkan. Namun, untuk melakukan hal tersebut, BPJS tetap mengedepankan prinsip kehati-hatian. Dana yang dikelola oleh BPJS Kesehatan tersebut juga diinvestasikan di sejumlah instrumen investasi. Alokasi dana investasi tersebut

dibedakan sesuai jenis asetnya. Dana jaminan sosial hanya bisa diinvestasikan sebagai deposito dan Surat Utang Negara (SUN).

Dalam pengelolaan aset Dana Jaminan Sosial (DJS) atau iuran peserta, mengalokasikan dana sekitar Rp3 triliun di obligasi serta surat utang negara, sekitar Rp3,7 triliun di deposito, di deposito sebesar Rp5,3 triliun. Sisanya di obligasi Rp3,5 triliun, saham dan reksadana Rp800 miliar. Penempatan tersebut, turut mempertimbangkan likuiditas BPJS untuk membayar klaim kepada peserta. UU 24/2014 menyebutkan bahwa aset jaminan sosial harus disimpan dalam bank pemerintah yang ditunjuk sebagai bank kustodian yang merupakan lembaga keuangan konvensional.

#### **9. *SURPLUS (DEFISIT) UNDERWRITING***

BPJS Kesehatan menghitung kelebihan atau kekurangan iuran jaminan kesehatan sesuai dengan gaji atau upah peserta. Dalam hal terjadi kelebihan atau kekurangan pembayaran iuran sebagaimana dimaksud, BPJS Kesehatan memberitahukan secara tertulis kepada pemberi kerja dan atau peserta selambat-lambatnya 14 (empat belas) hari sejak diterimanya iuran. Kelebihan atau kekurangan pembayaran iuran diperhitungkan dengan pembayaran iuran bulan berikutnya. Dana surplus ini tetap digunakan sebagai dana cadangan teknis untuk mengantisipasi fluktuasi penyakit. Jika lebih, dipakai untuk kepentingan peserta pada tahun berikutnya.

## **BAB II**

### **KETENTUAN HUKUM JKN KONVENSIONAL**

#### **1. Substansi Jaminan Kesehatan Konvensional (Asuransi Konvensional)**

Jika menelaah konsep Jaminan kesehatan nasional dan praktiknya, maka bisa disimpulkan bahwa konsep jaminan kesehatan nasional itu sama dengan asuransi konvensional.

Sehingga ketentuan hukum yang berlaku dalam asuransi konvensional itu juga berlaku dalam jaminan kesehatan nasional konvensional. Di mana, Dewan Syariah Nasional (DSN) dan lembaga fatwa di negara-negara Islam bahwa Asuransi konvensional itu dilarang dalam Islam, maka begitu pula jaminan kesehatan nasional konvensional itu dilarang dalam Islam dengan dalil dan pertimbangan hukum yang sama.

#### **2. Unsur terlarang dalam Jaminan Kesehatan konvensional**

Berdasarkan penjelasan dalam bagian I tentang operasional BPJS, maka ada dua hal yang tidak sesuai dengan prinsip syariah, yaitu :

##### **Pertama, Pola pembayaran premi**

Pola pertanggungan yang dijalankan oleh BPJS adalah transfer of risk, dimana risiko pertanggungan dialihkan dari peserta kepada BPJS. Transaksi seperti ini diharamkan dalam Islam karena termasuk gharar. Dari aspek akad, biaya yang dibayarkan oleh peserta itu jelas, sedangkan hak pertanggungan tidak pasti dan tidak jelas itu termasuk gharar (ketidakpastian) yang dilarang dalam Islam.

##### **Kedua, Investasi iuran / premi BPJS Kesehatan**

Dana premi peserta dan kontribusi itu diinvestasikan pada transaksi ribawi di lembaga-lembaga keuangan konvensional (LKS) yang diharamkan. Berdasarkan penjelasan di atas, bisa disimpulkan bahwa BPJS yang dikelola pemerintah saat ini adalah pola asuransi konvensional yang diharamkan.

### **3. Cara merubah Jaminan Kesehatan konvensional menjadi Jaminan Kesehatan syariah**

- a. Menghilangkan gharar dengan cara mengganti transaksi jual beli menjadi *tabarru'*.
- b. Menghilangkan investasi ribawi dengan cara mewajibkan investasi pada LKS dan usaha yang halal.

## **BAB III**

### **JAMINAN KESEHATAN KONVENSIONAL SAAT JAMINAN KESEHATAN SYARIAH BELUM TERSEDIA**

#### **1. Pertimbangan Hukum**

Jika BPJS adalah asuransi konvensional itu diharamkan, apakah ikut serta menjadi peserta BPJS itu juga diharamkan dan berlaku untuk masyarakat miskin?

Sebelum menjawab pertanyaan tersebut, terlebih mempertimbangkan beberapa hal berikut :

- a) Kebutuhan kesehatan adalah kebutuhan asasi setiap masyarakat (*hifdzu al-jism / adh-dharuriyat al- khomsah*) yang harus dipenuhi.
- b) BPJS satu-satunya asuransi termurah di tanah air.
- c) BPJS satu-satunya asuransi yang mampu mengcover seluruh resiko peserta asuransi, khususnya rawat jalan.
- d) Masyarakat miskin – pada umumnya - tidak bisa menjadi peserta asuransi syariah yang ada saat ini karena premi yang mahal.
- e) Ketidak ikut sertaan dalam BPJS bagi masyarakat yang kurang mampu, akan mengakibatkan risiko sakit, berutang, dan kerugian lain karena tidak terantisipasi. Akibat-akibat tersebut adalah bahaya dan kerugian (dharar) yang harus dihindari, sesuai dengan kaidah : '*adh-dharrau yuzal*'.<sup>(2)</sup>

#### **2. Ketentuan hukum ikut serta dalam jaminan kesehatan konvensional saat jaminan kesehatan syariah belum tersedia**

---

(<sup>2</sup>) Prof. Dr. Ramadhan al-Buthi, *Dhowabith al-mashlahah*, Muassatu ar-risaalah, Beirut, cet. \_\_\_\_ hal. 35

Berdasarkan kondisi dan pertimbangan di atas, maka menjadi peserta BPJS itu hukumnya boleh karena alasan darurat bahkan menjadi wajib dalam kondisi tertentu<sup>(3)</sup> dengan ketentuan sebagai berikut :

- a) BPJS hanya dibolehkan bagi masyarakat miskin, yaitu setiap masyarakat yang tidak mampu menjadi peserta asuransi syariah yang ada saat ini.
- b) Setiap bunga atas premi asuransi yang didapatkan oleh peserta BPJS adalah dana non halal yang disumbangkan untuk kebutuhan dana sosial.
- c) Hukum boleh sebagaimana tercantum di atas itu berlaku selama belum tersedianya BPJS syariah, jika BPJS syariah sudah tersedia, maka menjadi peserta BPJS syariah menjadi wajib.
- d) Bagi pemerintah wajib membuka BPJS syariah karena jaminan kesehatan adalah tanggung jawab pemerintah dengan cara dan mekanisme berdasarkan prinsi-prinsip syariah.

#### **BAB IV**

#### **KONSEP JAMINAN KESEHATAN SYARIAH**

##### **1. Jaminan sosial dalam Islam dan BPJS**

Dalam islam, jamina sosial dikenal dengan istilah adh-dhaman al-ijtima'i / at-takaful al-ijtima'i yang berarti negara menjamin biaya kesehatan rakyatnya. Sedangkan konsep BPJS kesehatan adalah konsep asuransi. Maka memaknai BPJS sebagai takaful ijtimai adalah tidak tepat.

##### **2. Substansi BPJS dalam Islam (Asuransi syariah)**

Jika menelaah konsep Jaminan kesehatan syariah dan praktiknya, maka bisa disimpulkan bahwa konsep jaminan kesehatan syariah itu sama dengan asuransi syariah.

Sehingga ketentuan hukum yang berlaku dalam asuransi syariah itu juga berlaku dalam jaminan kesehatan nasional syariah. Di mana, Dewan Syariah Nasional (DSN) dan

---

(<sup>3</sup>) Prof. Dr. Wahbah az-Zuhaili, *Nadzariyyatu adh-Dharurah*, Muassatu ar-risaalah, Beirut, cet. 2005 hal. 70



lembaga fatwa di negara-negara Islam bahwa Asuransi syariah itu dibolehkan dalam islam dan menjadi alternatif dari asuransi konvensional, maka begitu pula jaminan kesehatan nasional syariah itu itu dibolehkan dalam islam dengan dalil dan pertimbangan hukum yang sama.

Seluruh ulama kontemporer dan lembaga-lembaga fikih internasional telah sepakat bahwa asuransi syariah itu dibolehkan menurut syariah, diantara lembaga-lembaga tersebut adalah :

- Keputusan lembaga Fikih Rabithah Alam Islami tahun 1398 H,
- Majelis Ulama Saudi no. 51 tahun 1397,
- Lembaga Fikih Islam OKI no. 2/9, dll

Tidak ada satupun ulama kontemporer atau lembaga-lembaga fikih yang melarang asuransi syariah; seluruh ulama kontemporer sepakat bahwa asuransi syariah dibolehkan. Diantaranya Lembaga Fikih Islam OKI no. 2/9 diantaranya menegaskan hal berikut :

أن العقد الذي يحترم أصول التعامل الإسلامي هو عقد التأمين التعاوني القائم على أساس التبرع والتعاون

*'Bahwa akad yang sesuai dengan islam adalah asuransi yang didasarkan pada akad tabarruu'*

*dan ta'awun. (Fatwa DPS perusahaan ar-rajihi no. 40)*

Keputusan Lembaga Riset Islam Al-Azhar dalam koferensi ke 2 tahun 1965(subtemanya apa?)

نظام نظام الضمان الاجتماعي المتبع في بعض الدول، ونظام التأمينات الاجتماعية المتبع في دول أخرى،

كل هذا من الأعمال الجائزة.

*'Sistem jaminan sosial yang terapkan disebagian negara dan sistem asuransi yang diterapkan sebagian negara lain itu termasuk praktik yang dibolehkan menurut islam'.*

Rekomendasi seminar at-tasyri' al-islami tahun 1972 di Libia :

يجب تعميم الضمان الاجتماعي حتى تطمئن كل أسرة إلى مورد يكفل رزقها عند وفاة عائلها أو عجزه، أو غير ذلك من أسباب انقطاع الرزق لسد حاجة

المحتاجين. وجواز التأمين الصحي يستند إلى مصلحة الرعاية المنوط بالرعي تحقيقها في تصرفاته، ولا نزاع في أن نظام التأمين الصحي. وسائر أنواع التأمينات

الاجتماعية. فيه مصلحة للرعية، وبخاصة بالنسبة للدول الفقيرة التي لا تكفي مواردها لتقدم الخدمات الصحية ونحوها بالجمان.

*Jaminan sosial harus diperluas supaya setiap keluarga merasa terjamin karena ada yang menjamin pendapaannya saat keluarga meninggal, pensiunnya atau sebab – sebab terputusnya pendapatan.*

*Asuransi kesehatan dibolehkan berdasarkan maslhat yang harus ditunaikan oleh negara. Begitu pula asuransi sosial sangat bermanfaat bagi masyarakat, khususnya bagi negara-negara miskin yang tidak bisa memberikan layanan kesehatan kepada masyarakat secara Cuma-cuma*

### 3. Istilah-istilah dalam BPJS

Dalam fatwa ini yang dimaksud dengan:

- a) Jaminan Sosial adalah salah satu bentuk perlindungan sosial untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak;
- b) Penyelenggaraan Jaminan Sosial Kesehatan adalah cara penyelenggaraan perlindungan sosial di bidang kesehatan untuk menjamin seluruh rakyat agar dapat memenuhi kebutuhan dasar hidupnya yang layak di bidang kesehatan;
- c) Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial;
- d) BPJS-Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan sosial di bidang kesehatan;
- e) Peserta-Individu adalah setiap orang yang membayar iuran, baik membayar sendiri, dibayarkan sebagian atau seluruhnya oleh pemberi kerja, ataupun dibayarkan oleh Negara, guna mengikuti program jaminan sosial kesehatan sesuai peraturan perundang-undangan yang berlaku;
- f) Peserta-Kolektif adalah keseluruhan Peserta Individu yang terhimpun dalam kumpulan peserta jaminan sosial kesehatan;
- g) Pemberi Kerja adalah orang perseorangan, pengusaha, badan usaha, atau badan lainnya yang mempekerjakan tenaga kerja atau penyelenggara negara yang mempekerjakan pegawai negeri dengan membayar gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lainnya;
- h) Pekerja adalah setiap orang yang bekerja dengan menerima gaji, upah, atau imbalan dalam bentuk lain;
- i) Dana Jaminan Sosial (DJS) adalah dana amanat milik Peserta-Kolektif yang merupakan himpunan iuran beserta hasil pengembangannya yang dikelola oleh BPJS Kesehatan untuk pembayaran manfaat kepada peserta-Individu dan pembiayaan operasional penyelenggaraan program Jaminan Sosial Kesehatan;
- j) Iuran adalah sejumlah uang yang dibayar secara teratur oleh Peserta, pemberi kerja, dan/atau Pemerintah;
- k) Bantuan iuran adalah iuran yang dibayar oleh Pemerintah bagi fakir miskin dan orang tidak mampu sebagai Peserta program Jaminan Sosial;
- l) Manfaat adalah faedah jaminan sosial yang menjadi hak peserta dan/atau anggota keluarganya;

- m) Fasilitas Kesehatan (Faskes) adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan Pemerintah atau masyarakat;
- n) Pemerintah adalah Pemerintah Republik Indonesia sebagaimana dimaksud dalam Peraturan Perundang-undangan;
- o) Prinsip syariah adalah ketentuan-ketentuan atau aturan yang terdapat dalam fatwa DSN-MUI;
- p) Akad hibah adalah pemberian sejumlah dana dari Peserta-Individu kepada Peserta-Kolektif yang dikelola dalam rangka membayarkan manfaat kepada Peserta-Individu;
- q) Akad *qardh* adalah pinjaman dari Pemerintah atau BPJS Kesehatan kepada Peserta Kolektif untuk menanggulangi Likuiditas Dana Jaminan Sosial Kesehatan atau Dana Jaminan Sosial Kesehatan bernilai negatif;
- r) Akad *mu'awadhat* adalah akad usaha antara BPJS Kesehatan sebagai wakil Peserta Kolektif dengan Pihak ketiga untuk mengembangkan Dana Jaminan Sosial Kesehatan;
- s) Akad *Ijarah* adalah akad antara BPJS Kesehatan sebagai wakil Peserta Kolektif dengan Faskes untuk melakukan pelayanan kesehatan;
- t) Akad *Wakalah* atau *Wakalah bi al-Ujrah* adalah akad antara Peserta-Kolektif dengan BPS Kesehatan untuk kegiatan administrasi dan kegiatan lainnya sesuai dengan prinsip-prinsip syariah;
- u) Akad *Kafalah* adalah akad antara BPJS Kesehatan dengan Peserta Kolektif untuk menanggulangi Dana Jaminan Sosial Kesehatan yang bernilai negatif;
- v) *Zhulm* adalah sesuatu yang mengandung unsur ketidakadilan, ketidakseimbangan, dan merugikan pihak lain; dan
- w) *Lalai* adalah meninggalkan perbuatan yang harusnya dilakukan (*ifrath/ta'addi*), atau melakukan perbuatan yang seharusnya tidak dilakukan (*tafrith/taqshir*)

#### **a. Perbedaan antara BPJS syariah dan konvensional**

##### **1. Ketentuan akad dan para pihak dalam BPJS**

Para pihak yang terlibat dalam JKS adalah sebagai berikut :

1. Pemerintah
2. BPJS sebagai penyelenggara asuransi kesehatan
3. Peserta individu (Penerima bantuan iuran)
4. Peserta kolektif

5. Investee sebagai pihak ketiga yang mengelola dana iuran
6. Faskes (Fasilitas kesehatan)

Ketentuan akad yang mengikat pihak-pihak tersebut adalah sebagai berikut :

1. Akad antara Pemerintah dengan Peserta-Individu sebagai Penerima Bantuan Iuran (PBI) adalah akad hibah;
  2. Akad antara Peserta-Individu dengan Peserta-Kolektif adalah akad hibah;
  3. Akad antara Peserta-Kolektif dengan BPJS Kesehatan adalah akad wakalah atau akad wakalah bil ujah;  
Akad wakalah atau wakalah bil ujah dapat mencakup pemberian kuasa untuk:
    - a. Kegiatan administrasi;
    - b. Pengelolaan portopolio risiko;
    - c. Investasi/Pengembangan DJS;
    - d. Pembayaran klaim (dari BPJS ke Faskes); dan
    - e. Pemasaran (Promosi)/sosialisasi;
  4. Akad antara BPJS Kesehatan dengan pihak lain dalam rangka pengembangan Dana Jaminan Sosial Kesehatan adalah akad mu'awadhat, baik dalam bentuk jual-beli, ijarah, maupun bagi hasil;
  5. Akad antara Pemerintah dengan BPJS Kesehatan sebagai wakil Peserta Kolektif adalah akad hibah atau qardh untuk menanggulangi Dana Jaminan Sosial Kesehatan yang bernilai negatif;
  6. Akad antara BPJS Kesehatan dengan Peserta-Kolektif adalah akad *kafalah* atau akad qardh untuk menanggulangi Dana Jaminan Sosial Kesehatan yang bernilai negatif;
  7. Akad antara BPJS Kesehatan dengan Peserta-Kolektif adalah akad *kafalah* atau akad qardh untuk menanggulangi kesulitan likuiditas asset Dana Jaminan Sosial Kesehatan;
  8. Akad antara Pemerintah dengan BPJS Kesehatan sebagai wakil Peserta-Kolektif adalah akad *kafalah* atau akad qardh untuk menanggulangi kesulitan likuiditas asset Dana Jaminan Sosial Kesehatan;
  9. Akad antara BPJS Kesehatan dengan Faskes adalah akad ijarah
- a. Akad yang berlaku antara para pihak yang terlibat dalam JKSN adalah sebagai berikut :
1. Akad pembayaran premi sebagai berikut :

- a. Akad yang berlaku antara peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan Pemerintah adalah akad hibah, selanjutnya peserta menghibahkan kepada peserta secara kolektif dalam akun *tabarru'*.
  - b. Akad yang berlaku antara Peserta Pekerja dan pemberi kerja adalah akad hibah, selanjutnya peserta menghibahkan kepada peserta secara kolektif dalam akun *tabarru'*.
  - c. Akad yang berlaku antara Peserta Pekerja Penerima Upah dan pemberi kerja adalah akad hibah, selanjutnya peserta menghibahkan kepada peserta secara kolektif dalam akun *tabarru'*.
  - d. Akad yang berlaku antara peserta mandiri (pekerja bukan penerima upah serta peserta bukan pekerja) dan peserta kolektif adalah akad hibah.
2. Akad antara peserta secara kolektif (wali amanat) dengan BPJS Kesehatan Syariah adalah akad wakalah bil ujah<sup>(4)</sup>
  3. Akad antara BPJS dengan investee adalah wakalah bil istitsmar atau akad mudharabah<sup>(5)</sup>

## **2. Ketentuan terkait Iuran dan Layanan**

- a) BPJS Kesehatan harus memberikan kemudahan bagi semua peserta BPJS di seluruh wilayah Indonesia untuk mendapatkan pelayanan yang baik sesuai dengan hak mereka;
- b) BPJS Kesehatan sebagai wakil Peserta-Kolektif wajib memberikan informasi yang jelas kepada Peserta Individu terkait jumlah iuran dan manfaat atau cakupan layanan fasilitas kesehatan yang ditanggung (jenis layanan, tingkat layanan, tenaga medis, penunjang diagnostik, obat, bentuk-bentuk terapi, dan biaya-biaya layanan kesehatan lainnya);
- c) BPJS Kesehatan sebagai wakil Peserta-Kolektif wajib bertanggungjawab untuk mengupayakan agar besaran pembayaran imbalan dan membayarnya kepada fasilitas layanan kesehatan (Faskes) melalui sistem yang adil dan transparan;
- d) BPJS Kesehatan wajib menunaikan kewajibannya dengan baik kepada Faskes sesuai perjanjian;
- e) Faskes wajib memberikan layanan kesehatan kepada Peserta-Individu sesuai prinsip-prinsip syariah serta peraturan perundang-undangan yang berlaku; wajib menolong pasien dan dilarang menolak dan/atau mengabaikannya;

---

<sup>(4)</sup> Lihat Fatwa Dewan Syariah Nasional No: 53/DSN-MUI/III/2006 Tentang pedoman asuransi

<sup>(5)</sup> Lihat Fatwa Dewan Syariah Nasional No: 53/DSN-MUI/III/2006 Tentang pedoman asuransi

- f) Faskes/Rumah Sakit wajib memberikan imbal jasa yang berasal dari BPJS Kesehatan kepada para dokter dan paramedik serta semua unsur di dalam Faskes sesuai dengan prinsip keadilan dan prinsip-prinsip syariah serta peraturan perundang-undangan yang berlaku

### **3. Ketentuan terkait Penempatan dan Pengembangan DJS**

- a) BPJS Kesehatan wajib memiliki rekening penampungan DJS pada bank syariah;
- b) BPJS Kesehatan sebagai wakil Peserta-Kolektif wajib melakukan pengelolaan portofolio DJS sesuai dengan prinsip-prinsip syariah;
- c) BPJS Kesehatan sebagai wakil Peserta-Kolektif tidak boleh mengembangkan DJS pada kegiatan usaha dan/atau transaksi keuangan yang bertentangan dengan prinsip-prinsip syariah; dan
- d) BPJS Kesehatan sebagai wakil Peserta-Kolektif dalam upaya mengembangkan DJS harus menggunakan akad-akad yang sesuai prinsip-prinsip syariah

### **4. Ketentuan terkait Sanksi**

- 1. BPJS Kesehatan boleh mengenakan sanksi (*ta'zir*) kepada Pemberi Kerja atau Peserta-Individu dengan ketentuan berikut:
  - a. Apabila Pemberi Kerja atau Peserta-Individu terlambat membayar iuran karena lalai, maka boleh dikenai sanksi;
  - b. Apabila pemberi Kerja atau Peserta-Individu terlambat membayar iuran karena sebab yang benar menurut syariah dan hukum (misal karena kendala teknis operasional, kesulitan keuangan yang sangat atau karena ketidaktahuan), maka BPJS Kesehatan tidak boleh mengenakan sanksi;
  - c. Tingkatan berat atau ringannya ta'zir dapat diberlakukan secara sepadan dengan jenis dan tingkatan pelanggarannya; dan
  - d. Dana sanksi (*ta'zir*) wajib diakumulasikan ke dalam Dana Jaminan Sosial.
- 2. BPJS Kesehatan boleh dikenai sanksi (*ta'zir*) karena terlambat dalam pembayaran imbalan kepada Faskes sesuai nilai syariah serta peraturan perundang-undangan yang berlaku; dan
- 3. Dana sanksi (*ta'zir*) sebagaimana pada angka 2 di atas wajib diakumulasikan ke dalam Dana Jaminan Sosial

### **4. Ketentuan terkait Dana Jaminan Sosial Bernilai Negatif**

- a) Dalam hal terjadi DJS bernilai negatif, Pemerintah wajib menghibahkan dana untuk kecukupan DJS; dan
- b) Dalam hal pemerintah belum menghibahkan dana untuk mencukupi DJS yang bernilai negatif, maka BPJS Kesehatan wajib memberikan dana talangan kepada DJS dengan menggunakan akad *qardh* atau *kafalah*.

### **Khitam dan ikhtisar**

BPJS yang dikelola pemerintah saat ini adalah asuransi konvensional yang diharamkan karena pola pertanggungan yang dijalankan oleh BPJS adalah transfer of risk yang diharamkan dalam Islam. Begitu pula dana premi peserta itu diinvestasikan pada bisnis ribawi dilembaga-lembaga keuangan konvensional yang diharamkan.

Untuk kondisi saat ini, menjadi peserta BPJS itu hukumnya boleh karena alasan darurat dengan ketentuan sebagai berikut : BPJS Konvensional hanya dibolehkan bagi masyarakat miskin, setiap bunga atas premi asuransi yang didapatkan oleh peserta BPJS adalah dana non halal yang harus disalurkan untuk kebutuhan sosial. Hukum boleh ini hanya berlaku selama belum tersedianya BPJS Kesehatan syariah, dan bagi pemerintah wajib membuka BPJS kesehatan syariah karena jaminan kesehatan masyarakat adalah tanggung jawab pemerintah dengan cara dan mekanisme yang sesuai dengan prinsi-prinsip syariah sebagaimana kondisi dan maslahat berikut:

1. Kebutuhan kesehatan adalah kebutuhan asasi setiap masyarakat (*hifdzu al-jism / adh-dharuriyat al- khomsah*) yang wajib dipenuhi.
2. BPJS konvensional satu-satunya asuransi termurah di tanah air yang mampu mengcover seluruh resiko peserta asuransi, khususnya rawat jalan.
3. Masyarakat miskin – pada umumnya - tidak bisa menjadi peserta asuransi syariah yang ada saat ini karena premi yang mahal.
4. Ketidak ikut serta dalam BPJS bagi masyarakat yang kurang mampu, akan mengakibatkan risiko sakit, berutang, bahaya lain karena tidak terantisipasi. Akibat-akiabt tersebut adalah bahaya (*dharar*) yang harus dihindari, sesuai dengan kaidah : '*adh-dharrau yuzal*'

Merujuk pada fatwa-fatwa DSN tentang asuransi dan berdasarkan operasional JKN, Maka Pedoman Jaminan Kesehatan Syariah Nasional (JKSN) dan BPJS kesehatan syariah bisa dijelaskan dalam point-point berikut :

1. Akad yang berlaku antara para pihak yang terlibat dalam JKSN adalah sebagai berikut:
  - (a) Akad antara pemerintah, pemberi kerja (upah) dan peserta mandiri dengan wali amanat adalah akad tabarru.
  - (b) Akad antara wali amanat dengan BPJS adalah akad

wakalah bil ujah. (c) Akad antara BPJS dengan investee adalah wakalah bil istitsmar atau akad mudharabah.

2. Investasi Dan Pengelolaan Iuran Peserta Bpjs Kesehatan Syariah: (a) Perusahaan selaku pemegang amanah wajib melakukan investasi dari dana yang terkumpul sesuai dengan syariah. (b). Pengelolaan BPJS syariah hanya boleh dilakukan oleh suatu lembaga yang berfungsi sebagai pemegang amanah. (c) Perusahaan BPJS Syariah memperoleh bagi hasil dari pengelolaan dana yang terkumpul atas dasar akad tijarah (mudharabah). (d) Perusahaan BPJS Syariah memperoleh ujah (fee) dari pengelolaan dana akad tabarru' (hibah).
3. Premi Dan Kalim Iuran Peserta Bpjs Kesehatan Syariah : (a) Premi yang berasal dari jenis akad *tabarru'* dapat diinvestasikan. (b) Klaim atas akad *tabarru'*, merupakan hak peserta dan merupakan kewajiban perusahaan, sebatas yang disepakati dalam akad.
4. Ketentuan Umum Akad Tabarru Iuran Peserta Bpjs Kesehatan Syariah : (a) Akad Tabarru' merupakan akad yang harus melekat pada semua produk BPJS. (b) Akad Tabarru' pada BPJS adalah akad yang dilakukan dalam bentuk hibah dengan tujuan kebajikan dan tolong menolong antar peserta, bukan untuk tujuan komersial. (c) Jika terdapat surplus underwriting atas dana tabarru', maka boleh dilakukan beberapa alternatif, diantaranya Diperlakukan seluruhnya sebagai dana cadangan dalam akun tabarru'. (d) Jika terjadi defisit underwriting atas dana tabarru' (defisit tabarru'), maka perusahaan asuransi wajib menanggulangi kekurangan tersebut dalam bentuk Qardh (pinjaman).

## REFERENSI

1. UU No. 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional
2. UU No. 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Nasional
3. Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan
4. Peraturan Presiden No. 11 Tahun 2013 tentang Perubahan Peraturan Presiden No. 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan
5. Peraturan BPJS Kesehatan No. 1 Tahun 2014 tentang Penyelenggaraan Jaminan Sosial Kesehatan
6. SE Menkes RI No. 31 Tahun 2014 tentang Pelaksanaan Standar Tarif Pelayanan Kesehatan
7. SE Menkes RI No. 32 Tahun 2014 tentang Pelaksanaan Pelayanan Kesehatan bagi Peserta BPJS Kesehatan



8. Peraturan Presiden No. 109 Tahun 2013 tentang Penahapan Kepesertaan Program Jaminan Sosial
9. Peraturan Pemerintah No. 85 Tahun 2013 tentang Tatacara Hubungan Antar Lembaga BPJS
10. Peraturan Pemerintah No. 87 Tahun 2013 tentang Pengelolaan Aset Jaminan Sosial Kesehatan
11. Keputusan Menteri Kesehatan No. 326 Tahun 2013 tentang Penyiapan Kegiatan Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional
12. Fatwa Dewan Syari'ah Nasional No: 53/DSN-MUI/III/2006 Tentang pedoman asuransi
13. Fatwa Dewan Syari'ah Nasional No: 53/DSN-MUI/III/2006 Tentang pedoman asuransi
14. Fatwa Dewan Syari'ah Nasional No: 53/DSN-MUI/III/2006 Tentang pedoman asuransi
15. Fatwa Dewan Syari'ah Nasional No: 53/DSN-MUI/III/2006 Tentang pedoman asuransi
16. Fatwa Dewan Syari'ah Nasional NO: 53/DSN-MUI/III/2006 tentang Tabarru
17. Fatwa Dewan Syari'ah Nasional No: 52/Dsn-MUI/III/2006 Tentang Akad Wakalah Bil Ujah Pada Asuransi Syari'ah Dan Reasuransi Syari'ah
18. Fatwa Dewan Syari'ah Nasional NO: 51/DSN-MUI/III/2006 Tentang Akad Mudharabah Musytarakah Pada Asuransi Syariah
19. Fatwa Dewan Syari'ah Nasional No: 81/DSN-MUI/III/2011 Tentang Engembalian Dana Tabarru' Bagi Peserta Asuransi Yang Berhenti Sebelum Masa Perjanjian Berakhir