

ANALISIS OPERASIONAL BPJS KESEHATAN TERHADAP PRINSIP EKONOMI SYARIAH

Mochamad Edris¹⁾, Dina Lusianti²⁾

Fakultas Ekonomi, Universitas Muria Kudus

email : mochedrisfeumk@yahoo.com¹⁾; dina.lusianti@umk.ac.id²⁾

Abstract

Health insurance program is a government program with the concept of mutual cooperation. The program has been holding since Januari 1st 2014. BPJS Kesehatan as organizer have contributed to the passage of a national health insurance program. Although the concept for the common interest, there are things that the different views of the MUI and PBNU in BPJS Kesehatan operationalization of Islamic economics. In the registration process for member, BPJS Kesehatan has provided a clear registration scheme. The member of BPJS Kesehatan also get the socialization and education on JKN's program, procedures for registration and service procedures. BPJS Kesehatan in accordance with Islamic economics although there are some things that need to be followed up.

Keyword : JKN, BPJS Kesehatan, Islamic Economics

1. PENDAHULUAN

Setiap orang berhak atas jaminan sosial untuk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak dan meningkatkan martabatnya menuju terwujudnya masyarakat Indonesia yang sejahtera, adil, dan makmur. Oleh karenanya Pemerintah menerbitkan Undang-undang nomor 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN).

Adapun jenis program jaminan sosial meliputi jaminan kesehatan, kecelakaan kerja, hari tua, pensiun dan kematian. Jaminan sosial yang pertama kali diimplementasikan adalah program jaminan kesehatan.

Semenjak 1 Januari 2014, Jaminan kesehatan menjadi implementasi jaminan pertama dari penyelenggaraan jaminan sosial. Kesehatan merupakan hal yang krusial bagi setiap makhluk. Dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan maka dibentuklah Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan sebagaimana yang diatur dalam Undang-undang nomor 24 tahun 2011.

Sebagaimana transformasi dari PT Askes (Persero), BPJS Kesehatan merupakan 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-besarnya kepentingan peserta.

Meskipun keberadaan program JKN banyak diminati oleh Peserta, Majelis Ulama Indonesia (MUI) menimbang adanya tiga unsur pelanggaran dalam BPJS Kesehatan. Pertama, *gharar* (ketidakjelasan) bagi peserta dalam menerima hasil dan bagi penyelenggara dalam menerima keuntungan. Kedua, *mukhatharah* (untung-untungan), yang berdampak pada unsur *maisir* (judi). Ketiga, *Riba fadhil* (kelebihan antara yang diterima dan yang dibayarkan).

Peserta membayar iuran setiap bulan namun tidak jelas berapa jumlah yang akan diterima. Bisa lebih besar, bisa kurang. Di situlah unsur *gharar* (ketidakjelasan) dan untung-untungan. Ketika *gharar* itu sangat kecil, mungkin tidak menjadi masalah. Karena hampir dalam setiap jual beli, ada unsur *gharar*, meskipun sangat kecil. Dari Abu Hurairah *radhiyallahu 'anhu*, beliau mengatakan:

نَهَى رَسُولُ اللَّهِ صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ عَنْ بَيْعِ الْغَرَرِ

"*Rasulullah shallallahu 'alaihi wa sallam melarang jual beli gharar.*" (HR. Muslim 1513).

Secara perhitungan keuangan bisa jadi untung, bisa jadi rugi. Peserta BPJS Kesehatan yang sakit berarti untung, sebaliknya ketika sehat berarti rugi. Namun dalam perhitungan keuangan, yang diperoleh peserta ada dua kemungkinan, bisa jadi untung, bisa jadi rugi. Sementara kesehatan peserta yang menjadi taruhannya. Jika dia sakit, dia bisa mendapatkan klaim dengan nilai yang lebih besar dari pada premi yang dia bayarkan. Karena pertimbangan ini, MUI menyebutnya, ada unsur *maisir* (judi).

Dalam hal terjadi keterlambatan pembayaran iuran untuk Pekerja Penerima Upah, maka dikenakan denda administratif sebesar 2% (dua persen) per bulan dari total iuran yang tertunggak paling banyak untuk waktu 3 (tiga) bulan. Denda tersebut dibayarkan bersamaan dengan total iuran yang tertunggak oleh Pemberi Kerja. Sementara keterlambatan pembayaran iuran untuk Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja dikenakan denda keterlambatan sebesar 2% (dua persen) per bulan dari total iuran yang tertunggak paling banyak untuk waktu 6 (enam) bulan yang dibayarkan bersamaan dengan total iuran yang tertunggak. Pemberlakuan denda ini dapat berakibat adanya *riba fadhil*, yakni kelebihan antara yang diterima dan yang dibayarkan.

Berbeda dengan MUI, Pengurus Besar Nahdlatul Ulama (PBNU) dalam Komisi Bahtsul Masail Waqi'iyah (masalah kekinian) di arena Multamar ke 33 tahun 2015 menyatakan bahwa menerima dan memperbolehkan BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan tergolong dalam konsep *Syirkah Ta'awwun* yang sifatnya gotong royong (sukarela), bukan seperti asuransi yang menjadi dasar fatwa haram oleh MUI. *Syirkah Ta'awwun* dipahami sebagai sedekah dan saling membantu. Sebagai sedekah,

masyarakat harus ikhlas dalam membayar dan bergotong royong, yang sehat membantu yang sakit.

Perihal akad BPJS Kesehatan, PBNU memandang bahwa akad tersebut sudah sesuai dengan syariat Islam. Akad yang digunakan BPJS Kesehatan merupakan akad *ta'awun*, yakni akad yang menggunakan prinsip tolong menolong.

Permasalahan

Keputusan Komisi B2 Masail Fiqhiyyah Mu'ashirah (Masalah Fikih Kontemporer) Ijtima' Ulama Komisi Fatwa se Indonesia V Tahun 2015 tentang Panduan Jaminan Kesehatan Nasional dan BPJS Kesehatan, nampaknya secara umum program BPJS Kesehatan belum mencerminkan konsep ideal jaminan sosial dalam Islam, terlebih lagi jika dilihat dari hubungan hukum atau akad antar para pihak. Namun terdapat pandangan yang lain dari PBNU yang menyatakan menerima dan memperbolehkan BPJS Kesehatan.

Berdasarkan uraian tersebut dalam penelitian ini permasalahan yang terjadi adalah "Polemik mengenai operasionalisasi BPJS Kesehatan terhadap Prinsip Ekonomi Syariah".

Tujuan Penelitian

Tujuan dari penelitian ini adalah untuk mengkaji lebih dalam mengenai operasionalisasi BPJS Kesehatan apakah telah sesuai atau belum dengan kaidah syariah Islam. Secara lebih spesifik tujuan penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Menganalisis proses akad antara Calon Peserta dengan BPJS Kesehatan.
2. Menganalisis kemungkinan terjadinya *mukhatharah* (untung-untungan) yang berdampak pada unsur *maisir* (judi).
3. Menganalisis hukum denda keterlambatan pembayaran iuran.

2. KAJIAN LITERATUR

Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan program jaminan sosial yang menjamin biaya pemeliharaan kesehatan serta pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan yang diselenggarakan nasional secara bergotong royong wajib oleh seluruh penduduk Indonesia dengan membayar iuran berkala atau iurannya dibayari oleh Pemerintah kepada badan penyelenggaraan jaminan kesehatan nirlaba. Dalam Undang-undang SJSN pasal 19 ayat 2 disebutkan bahwa program JKN memiliki tujuan untuk memberikan manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan akan pemenuhan kebutuhan dasar kesehatan. Sedangkan manfaat dari program JKN adalah pelayanan kesehatan perseorangan yang komprehensif, mencakup pelayanan promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif, termasuk obat dan bahan medis.

Program JKN hadir dalam pelayanan kesehatan karena perintah peraturan perundang-undangan. Peraturan perundangan mengatur dengan rinci tujuan, prinsip, para pelaku, dan tata kelola JKN dalam satu kesatuan sistem penyelenggaraan program jaminan sosial, yaitu sistem jaminan sosial nasional. Penetapan hal-hal tersebut melalui proses penetapan kebijakan publik. Hal ini berbeda dengan penyelenggaraan program jaminan/asuransi kesehatan privat/komersial. Asuransi kesehatan komersial berlangsung berdasarkan kesepakatan jual beli antara perusahaan asuransi dengan pembeli produk asuransi. Peraturan perundang-undangan hanya mengatur hal-hal berkaitan dengan perizinan usaha perasuransian dan tata cara perjanjian jual beli. Manfaat, besar iuran, dan tata cara pengelolaan diatur oleh masing-masing perusahaan asuransi. Perusahaan asuransi dan peserta menegosiasikan hal-hal tersebut dan melaksanakannya sesuai dengan perjanjian dan kesepakatan yang tercantum dalam polis asuransi.

Menurut Dewan Syariah Nasional (DSN) dan Majelis Ulama Indonesia (MUI) dalam Pedoman Umum Asuransi Syariah adalah sebuah usaha saling melindungi dan tolong menolong di antara sejumlah orang melalui investasi dalam bentuk aset-aset dan/atau *tabarru'* yang memberikan pola pengembalian untuk menghadapi risiko tertentu melalui Akad yang sesuai dengan syariah. Asuransi Syariah adalah sebuah sistem di

mana para peserta mendonasikan sebagian atau seluruh kontribusi/premi yang mereka bayar untuk digunakan membayar klaim atas musibah yang dialami oleh sebagian peserta. Proses hubungan peserta dan perusahaan dalam mekanisme pertanggung jawaban pada asuransi syariah adalah *sharing of risk* atau "saling menanggung risiko". Apabila terjadi musibah, maka semua peserta asuransi syariah saling menanggung. Dengan demikian, tidak terjadi transfer risiko (*transfer of risk* atau "memindahkan risiko") dari peserta ke perusahaan seperti pada asuransi konvensional. Peranan perusahaan asuransi pada asuransi syariah terbatas hanya sebagai pemegang amanah dalam mengelola dan menginvestasikan dana dari kontribusi peserta. Jadi pada asuransi syariah, perusahaan hanya bertindak sebagai pengelola operasional saja, bukan sebagai penanggung seperti pada asuransi konvensional. *Tabarru'* adalah sumbangan atau derma (dalam definisi Islam adalah *Hibah*). Sumbangan atau derma (*hibah*) atau dana kebajikan ini diberikan dan diikhlasakan oleh peserta asuransi syariah jika sewaktu-waktu akan dipergunakan untuk membayar klaim atau manfaat asuransi lainnya. Dengan adanya dana *tabarru'* dari para peserta asuransi syariah ini maka semua dana untuk menanggung risiko dihimpun oleh para peserta sendiri. Dengan demikian kontrak polis pada asuransi syariah menempatkan peserta sebagai pihak yang menanggung risiko, bukan perusahaan asuransi, seperti pada asuransi konvensional. Oleh karena dana-dana yang terhimpun dan digunakan dari dan oleh peserta tersebut harus dikelola secara baik dari segi administratif maupun investasinya, untuk itu peserta memberikan kuasa kepada perusahaan asuransi untuk bertindak sebagai operator yang bertugas mengelola dana-dana tersebut secara baik. Jadi jelas di sini bahwa posisi perusahaan asuransi syariah hanyalah sebagai pengelola atau operator saja dan bukan sebagai pemilik dana. Sebagai pengelola atau operator, fungsi perusahaan asuransi hanya mengelola dana peserta saja, dan pengelola tidak boleh menggunakan dana-dana tersebut jika tidak ada kuasa dari peserta.

3. METODE PENELITIAN

Penelitian ini dilaksanakan di kantor BPJS Kesehatan Cabang Pati. Kantor BPJS Kesehatan Cabang Pati merupakan kantor cabang pemekaran dari kantor BPJS Kesehatan Cabang Utama Kudus. BPJS Kesehatan Cabang Pati yang mulai beroperasi secara

mandiri per 1 Januari 2015 ini meliputi wilayah Kabupaten Pati, Rembang dan Blora. Adapun pertimbangan pemilihan kantor BPJS Kesehatan Cabang Pati ini adalah selain kedekatan juga alasan kompleksitas kantor cabang pemekaran baru ini tepat sebagai media penelitian.

Dalam penelitian ini menggunakan teknik dokumentasi yaitu berupa kumpulan peraturan perundang-undangan mengenai program JKN, BPJS Kesehatan dan konsep asuransi sisyariah. Untuk mendukung hasil penelitian juga dilakukan observasi lapangan mengenai tata cara pendaftaran, proses pembayaran iuran hingga pelayanan kesehatan yang diberikan oleh provider BPJS Kesehatan Cabang Pati.

4. HASIL DAN PEMBAHASAN

Sebagai makhluk sosial, manusia hendaknya saling tolong menolong dalam hal kebaikan. Dalam Al-Qur'an surat Al Maidah [5]:2 disebutkan bahwa:

وَتَعَاوَنُوا عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَىٰ وَلَا تَعَاوَنُوا عَلَى الْإِثْمِ وَالْعُدْوَانِ وَاتَّقُوا اللَّهَ إِنَّ اللَّهَ شَدِيدُ الْعِقَابِ (المائدة: ٢).

“Dan tolong-menolonglah kamu dalam (mengerjakan) kebaikan dan takwa, dan jangan tolong-menolong dalam berbuat dosa dan pelanggaran. Dan bertawaklah kamu kepada Allah, sesungguhnya Allah amat berat siksa-Nya”.

Sebagaimana firman Allah tersebut, konsep JKN merupakan implemmentasi tolong menolong di antara masyarakat Indonesia dalam hal jaminan kesehatan. Dimana yang sehat membantu yang sakit dan masyarakat yang mampu bersedia ikhlas membayar iuran meskipun tidak menderita sakit. Dengan konsep gotong royong, semua akan tertolong.

Dalam proses Pendaftaran Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPJU) di kantor BPJS Kesehatan Cabang Pati diawali dengan “Kelas Sosialisasi”. Pada kelas ini, Calon Peserta PBPJU diberikan informasi mengenai program JKN, tata cara pendaftarannya dan prosedur pelayanannya hingga hak dan kewajiban sebagai Peserta. Tidak tertinggal juga penyampaian informasi mengenai cara pembayaran iuran BPJS Kesehatan dengan

tepat waktu untuk menghindari denda keterlambatan iuran.

Pada kelas sosialisasi, calon Peserta diperbolehkan bertanya untuk menggali sedalam-dalamnya informasi mengenai prosedur penyelenggaraan JKN oleh BPJS Kesehatan. Sehingga diharapkan melalui kelas ini pada nantinya Peserta telah mengetahui ketentuan yang ada sebagaimana akad.



Gambar mekanisme Pendaftaran Peserta PBPJU

Ketika mendaftar pun Calon Peserta diwajibkan mengisi lembar Daftar Isian Peserta (DIP) yang berisi tentang identitas Peserta, kelas perawatan yang dipilih, pilihan fasilitas kesehatan tingkat pertama, dan foto. Pada lembar tersebut tercantum pula mengenai ketentuan pendaftaran, yang berbunyi:

1. Pengguna Layanan pendaftaran BPJS Kesehatan harus memiliki usia yang cukup secara hukum untuk melaksanakan kewajiban hukum yang mengikat dari setiap kewajiban apapun yang mungkin terjadi akibat penggunaan Layanan Pendaftaran BPJS Kesehatan.
2. Mengisi dan memberikan data dengan benar dan dapat dipertanggungjawabkan.
3. Mendaftarkan diri dan anggota keluarganya menjadi peserta BPJS Kesehatan.
4. Membayar iuran setiap bulan selambat-lambatnya tanggal 10 (sepuluh) setiap bulan.
5. Menjaga identitas peserta (Kartu BPJS Kesehatan atau E-ID) agar tidak rusak, hilang atau dimanfaatkan oleh orang yang tidak berhak.
6. Melaporkan kehilangan dan kerusakan identitas peserta yang diterbitkan oleh BPJS Kesehatan kepada BPJS Kesehatan.
7. Menyetujui membayar iuran pertama paling cepat 14 (empat belas) hari kalender dan paling

- lambat 30 (tiga puluh) hari kalender sejak virtual account diterima, untuk mendapatkan hak dan manfaat jaminan kesehatan.
8. Menyetujui untuk mengulang proses pendaftaran apabila :
 - a) belum melakukan pembayaran iuran pertama sampai dengan 30 (tiga puluh) hari kalender sejak virtual account diterima.
 - b) melakukan perubahan data setelah 14 (empat belas) hari kalender sejak virtual account diterima dan belum melakukan pembayaran iuran pertama.
 9. Bersedia untuk pembayaran iuran melalui autodebet dan menyediakan dana dalam rekening untuk kebutuhan iuran BPJS Kesehatan setiap akhir bulan untuk Peserta yang memilih manfaat perawatan kelas I dan II.
 10. Menyetujui pencetakan kartu baru dapat dilakukan setelah pembayaran iuran pertama atas seluruh iuran anggota keluarga yang memiliki virtual account sebagaimana yang didaftarkan.
 11. Menyetujui tidak meningkatkan kelas perawatan dengan membayar sendiri selisih biaya perawatan untuk Peserta yang memilih manfaat perawatan kelas III.
 12. Melaporkan perubahan status data dan anggota keluarga, perubahan yang dimaksud adalah perubahan fasilitas kesehatan, susunan keluarga / jumlah peserta, dan anggota keluarga tambahan. Perubahan data Peserta dilakukan selambat-lambatnya 7 (tujuh) hari untuk bayi baru lahir.



*Gambar Suasana Kelas Sosialisasi
Bagi Calon Peserta PBP
BPJS Kesehatan Cabang Pati*

Pada penyelenggaraan JKN, para peserta mendonasikan sebagian atau seluruh kontribusi/premi yang mereka bayar untuk digunakan membayar biaya pelayanan kesehatan atas musibah yang dialami oleh sebagian peserta. Proses hubungan peserta dan BPJS Kesehatan

dalam mekanisme pertanggung jawaban adalah *sharing of risk* atau “saling menanggung risiko”. Apabila terjadi musibah, maka semua peserta BPJS Kesehatan saling menanggung. Dengan demikian, tidak terjadi transfer risiko (*transfer of risk* atau “memindahkan risiko”) dari peserta ke BPJS Kesehatan seperti pada asuransi konvensional.

Peranan BPJS Kesehatan sebagai pemegang amanah dalam mengelola dan menginvestasikan dana dari iuran peserta. Jadi BPJS Kesehatan hanya bertindak sebagai pengelola operasional saja, bukan sebagai penanggung seperti pada asuransi konvensional.

BPJS Kesehatan wajib mengelola iuran yang telah diterima dari peserta secara baik dari segi administratif maupun investasinya, untuk itu peserta memberikan kuasa kepada BPJS Kesehatan untuk bertindak sebagai operator yang bertugas mengelola dana-dana tersebut secara baik. Dengan akad untuk tolong menolong, maka peserta sukarela membayar iuran untuk kemaslahatan bersama.

Iuran yang telah dibayarkan oleh Peserta, selanjutnya akan dikelola oleh BPJS Kesehatan. BPJS Kesehatan akan membayarkan biaya pelayanan kesehatan yang telah diberikan oleh Fasilitas Kesehatan (Faskes). Baik bagi Faskes tingkat pertama (FKTP) seperti Puskesmas, Dokter Keluarga maupun Klinik dengan sistem kapitasi maupun bagi Faskes tingkat lanjutan (FKTL) yaitu Rumah Sakit sesuai dengan tarif Case Base Group (INA CBGs).

Pembayaran biaya pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh BPJS Kesehatan mengacu pada Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 59 Tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan. Dengan system kapitasi BPJS Kesehatan akan membayarkan berdasarkan jumlah orang yang terdaftar pada suatu FKTP tanpa memperhatikan jumlah kunjungan, pemeriksaan, tindakan, obat dan pelayanan medic lainnya. Sehingga Peserta sakit atau tidak sakit, BPJS Kesehatan akan tetap membayarkan biaya kapitasi.

Pada FKTL pembayaran biaya pelayanan kesehatan berdasar pada tarif INA CBGs. Tarif tersebut berbentuk paket yang mencakup seluruh komponen biaya Rumah Sakit berdasarkan penyakit yang diderita. Didalamnya mencakup jenis obat dan kelas perawatan. Implementasi INA CBGs pada

JKN berguna dalam standarisasi tariff sehingga lebih memberikan kepastian. Melalui INA CBGs diharapkan dapat terciptanya meningkatkan efisiensi rumah sakit tanpa mengesampingkan mutu pelayanan dan keselamatan bagi Peserta.

BPJS Kesehatan sebagai badan hukum yang bersifat nirlaba namun investasi tetap dimungkinkan untuk kepentingan pesertanya. Akan tetapi dikarenakan dana jaminan kesehatan harus siap setiap saat bagi pengobatan pesertanya, maka BPJS Kesehatan tidak diwajibkan untuk menginvestasikan dananya.

Mengenai denda keterlambatan pembayaran iuran, sebagian Ulama berpendapat bahwa hukuman denda tidak boleh digunakan, dan sebagian lagi berpendapat boleh digunakan. Ulama Mazhab Hambali, termasuk Ibnu Taimiyah dan Ibnu Qayyim al-Jauziah, mayoritas ulama Mazhab Maliki, ulama Mazhab Hanafi, dan sebagian ulama dari kalangan mazhab Syafi'i berpendapat bahwa seorang hakim boleh menetapkan hukuman denda terhadap suatu tindak pidana *ta'zir*. Alasan yang mereka kemukakan adalah sebuah riwayat dari Bahz bin Hukaim yang berbicara tentang zakat unta. Dalam hadits itu Rasulullah SAW bersabda:

يُرْفَقُ إِبِلٌ عَنْ جَسَائِمِنَا مِنْ أَعْطَاهَا مُؤْتَمِرًا عَلَيْهِ أَحْرَبَهَا وَمَنْ أَى قَاتًا أَحْدَوْهَا وَشَطَّرَ إِلَيْهِ عَزْمَةً مِنْ عَزَمَاتِ رَبَّنَا (رواه النسائي)

Artinya:

"Siapa yang membayar zakat untanya dengan patuh, akan menerimaimbalan pahalanya, dan siapa yang enggan membayarnya, saya akan mengambilnya, serta mengambil sebagian dari hartanya sebagai dendadan sebagai hukuman dari tuhan kami....". (HR. an-Nasa'i).

Fatwa Dewan Syariah Nasional-MUI nomor 54/DSN-MUI/X/2006 tentang *Syariah Card* menjelaskan mengenai ketentuan *ta'widh* dan denda kartu kredit syariah. Penerbit kartu dapat menggunakan *ta'widh* yaitu ganti rugi terhadap biaya-biaya yang dikeluarkan oleh Penerbit Kartu akibat keterlambatan pemegang kartu dalam membayar kewajibannya yang

telah jatuh tempo. Sedangkan pada denda keterlambatan, Penerbit Kartu dapat mengenakan denda keterlambatan pembayaran yang akan diakui seluruhnya sebagai dana sosial.

Demikian pula halnya pada BPJS Kesehatan, apabila Peserta melakukan pembayaran iuran lebih dari tanggal sepuluh maka Peserta akan dikenai denda sebesar dua persen dari iuran. Denda keterlambatan merupakan bentuk pembelajaran agar Peserta tertib dalam melakukan pembayaran. Ketepatan pembayaran iuran akan berpengaruh pada kesiapan dana tersedia untuk melakukan pembayaran biaya pelayanan kesehatan kepada Faskes. Besaran denda akan menjadi dana amanah yang selanjutnya dikelola oleh BPJS Kesehatan dalam rangka kemaslahatan bersama.

5. SIMPULAN

Program JKN yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan merupakan program Pemerintah dalam hal jaminan kesehatan. Dengan mengusung konsep gotong royong, diharapkan semua masyarakat dapat tertolong sebagai upaya menuju Indonesia yang lebih sehat.

Dalam proses pendaftaran bagi para Calon Peserta, BPJS Kesehatan telah memberikan skema pendaftaran yang jelas. Calon Peserta juga telah mendapatkan sosialisasi dan edukasi mengenai program JKN, tata cara pendaftarannya dan prosedur pelayanannya hingga hak dan kewajiban sebagai Peserta.

Dengan menandatangani lembar DIP, Peserta telah mengetahui akad tentang kepesertaan BPJS Kesehatan, yakni akad untuk saling tolong menolong. Saling membantu kepada sesama dengan membayar ikhlas iuran setiap bulannya guna pembiayaan peserta lain yang menderita sakit.

Pada hal investasi, BPJS Kesehatan telah menempatkan dananya pada reksadana dan obligasi. Namun demikian karena dana amanah yang dikelola oleh BPJS Kesehatan ini harus selalu siap manakala dibutuhkan untuk membayar biaya pelayanan kesehatan bagi pesertanya maka menurut Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN), dana BPJS yang akan diinvestasikan hanya dana BPJS jangka panjang dan bukan BPJS kesehatan. Apabila Peserta telah memiliki komitmen untuk membayar tepat waktu yakni selambatnya pada tanggal 10 setiap bulannya, maka denda keterlambatan tidak akan terjadi. Munculnya denda keterlambatan pembayaran iuran merupakan bahan pembelajaran

agar Peserta tidak lagi mengulangi pembayaran melebihi tanggal 10 pada bulan-bulan berikutnya. Terlebih pendapatan iuran dan denda keterlambatan akan dipergunakan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta BPJS Kesehatan.

Saran

Untuk masa yang akan datang setiap kantor BPJS Kesehatan yang menerima pendaftaran peserta wajib memberikan informasi selengkapya kepada para calon Peserta, yakni melalui kelas sosialisasi. Tidak berhenti disana, kelas sosialisasi pun perlu dilakukan evaluasi. Apakah materi yang disampaikan dalam kelas tersebut telah dapat dipahami oleh para Peserta. Termasuk apabila dalam hal pendaftaran peserta diwakili oleh anggota keluarga lain, anggota keluarga yang hadir dalam kelas tersebut meneruskan informasi kepada Peserta sebenarnya.

Dalam proses pendaftarannya pun Calon Peserta harus mengetahui bagaimana filosofi pentingnya program JKN ini terhadap kemaslahatan masyarakat Indonesia. Selain memang sifat kepesertaannya yang wajib, Peserta memahami konsep sukarela dan gotong royong dalam program JKN.

Meskipun produk BPJS Kesehatan yang sudah ada saat ini bila dipandang dalam sisi keadilan dan kemanfaatan merupakan jaminan kesehatan yang penting dan wajib, BPJS Kesehatan juga dapat menerbitkan produk BPJS Kesehatan syariah. Produk BPJS Kesehatan syariah ini di dalam proses pembayarannya melalui bank-bank syariah. Mengingat bank syariah murni menggunakan hukum Islam dalam tata kelola perbankan.

BPJS Kesehatan juga perlu melakukan sinergi dengan stakeholder terkait penyelenggaraan JKN. Seperti pada hal pemutakhiran data peserta khususnya pada Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI), BPJS Kesehatan bersama Kementerian terkait agar peserta PBI benar-benar tepat sasaran dan bagi peserta yang telah meninggal dunia segera dihapuskan dari kepesertaan untuk selanjutnya dapat digunakan haknya bagi masyarakat tidak mampu yang belum memperoleh jaminan kesehatan.

Berbagai keterbatasan dalam penelitian ini agar dapat menjadi sumber inspirasi dan masukan bagi pengembangan penelitian serupa di masa yang akan datang. Adapun perluasan yang disarankan adalah analisa mengenai implementasi sistem kebijakan dipandang dari berbagai pihak yang terkait dalam penyelenggaraan program JKN, misalnya pada masyarakat sebagai pengguna, BPJS Kesehatan sebagai badan penyelenggara, Faskes

sebagai pemberi layanan, dan para stakeholder lainnya.

6. REFERENSI

- Ali, Zainuddin, 2008. *Hukum Asuransi Syariah*, Jakarta : Sinar Grafika
- Amrin, Abdullah, 2006. *Asuransi Syariah Keberadaan dan Kelebihannya di Tengah Asuransi Konvensional*, Jakarta : PT Elex Media Komputindo
- BPJS Kesehatan Cabang Pati, 2015. *Dokumentasi Kelas Edukasi*
- Departemen Agama Republik Indonesia, 2005. *Al-Qur'an Terjemahan*. Jakarta:PT. Syamil Cipta Media
- Dewan Syari'ah Nasional MUI, 2001. *Pedoman Umum Asuransi Syari'ah*
- Dewan Syari'ah Nasional MUI, 2006.54/DSN_MUI/X/2006 tentang *Syariah Card*
- HR. Muslim 1513
- Jalaluddin As-Suyuti, *Sunan AN-Nasa'i, jilid: V*, Beirut: Darul Qutub Ulumiah
- Menteri Kesehatan, 2014. *Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 59 Tahun 2014 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan*
- MUI, 2015. *Keputusan Komisi B2 Masail Fiqhiyyah Mu'ashirah (Masalah Fikih Kontemporer) Ijtima' Ulama Komisi Fatwa se Indonesia V Tahun 2015 tentang Panduan Jaminan Kesehatan Nasional dan BPJS Kesehatan*
- PBNU, 2015. *Sidang Komisi Bahtsul Masail Waqi'iyah : Muktamar ke 33 NU*
- Undang-undang nomor 40 tahun 2004 tentang *Sistem Jaminan Sosial Nasional*
- Undang-undang nomor 24 tahun 2011 tentang *Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*
<http://www.nu.or.id/a.public-m.dinamic-s.detailids.44id.61184lang.idc.nasional.PBNU++Akad+BPJS+Sudah+Sesuai+Syariat+Islam-.phpx>
- <http://www.kpmak-ugm.org/news/bpjs-update/175-meski-nirlaba,-bpjs-tetap-butuh-berinvestasi.html#ixzz3x1h3KDoB>