

**NILAI-NILAI EKONOMI SYARI'AH PADA BADAN
PENYELENGGARA JAMINAN SOSIAL KESEHATAN**

TESIS



**Tesis Ini Ditulis Untuk Memenuhi Sebagian Persyaratan
Program Studi Magister Ekonomi Syari'ah**

**OLEH:
ROSANI
NIM: 2184200055**

**PROGRAM STUDI EKONOMI SYARI'AH
PASCA SARJANA INSITUT AGAMA ISLAM NEGERI (IAIN)
PONTIANAK
2022**

ABSTRAK

Rosani, 2184200055. *Nilai-Nilai Ekonomi Syari'ah pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan*. Tesis Pontianak: Program Studi Magister Ekonomi Syari'ah Pascasarjana, Institut Agama Islam Negeri (IAIN) Pontianak, 2022.

Tujuan penelitian ini adalah untuk mengetahui dan memahami nilai-nilai ekonomi syari'ah pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dilihat dari prinsip *ta'awun* (saling membantu). Jenis dan pendekatan penelitian ini adalah deskriptif kualitatif, prinsip-prinsip ekonomi syari'ah digunakan sebagai potret untuk melihat keterterapan prinsip-prinsip Ekonomi syari'ah tersebut pada BPJS Kesehatan. Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah studi dokumen. Data dan informasi dikumpulkan melalui dokumen yang berasal dari literatur, sumber publikasi Pemerintah, peraturan perundang-undangan dan hasil-hasil penelitian terkait dengan teknik analisis kualitatif pada data sekunder.

BPJS Kesehatan sebagai asuransi sosial berasaskan gotong royong. Setiap peserta saling tolong menolong atau saling menanggung risiko (*sharing of risk*) saat peserta lain sakit. Prinsip *Ta'awun* pada BPJS Kesehatan dapat terimplementasi dengan baik jika terjadi sinergisitas dari Pemerintah, BPJS Kesehatan, Peserta dan FKTP serta FKTL.

Kata Kunci: *Nilai-Nilai Ekonomi Syariah, Prinsip Ta'awun, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan*

ABSTRACT

Rosani, 2184200055. *Sharia Economic Values at the Health Social Security Administering Agency*. Pontianak Thesis: Postgraduate Syari'ah Economics Masters Study Program, Pontianak State Islamic Institute (IAIN), 2022.

The purpose of this study was to find out and understand the economic values of sharia in the Social Security Administering Body (BPJS) of Health seen from the principle of ta'awun (helping each other). The type and approach of this research is descriptive qualitative, shari'ah economic principles are used as a portrait to see the application of the shari'ah economic principles to BPJS Health. The data collection technique used is document study. Data and information are collected through documents derived from literature, sources of Government publications, laws and regulations and research results related to qualitative analysis techniques on secondary data.

BPJS Health as a social insurance based on mutual cooperation. Each participant helps each other or takes the risk (sharing of risk) when another participant is sick. The Ta'awun principle in BPJS Health can be implemented properly if there is synergy from the Government, BPJS Health, Participants and FKTP and FKTL.

Keywords: *Sharia Economic Values, Ta'awun Principles, Health Social Security Administering Agency (BPJS)*

ملخص

روزاني، 2184200055. القيم الاقتصادية الشرعية بهيئة إدارة الضمان الاجتماعي الصحي. أطروحة بونتياك: برنامج دراسة الماجستير في الاقتصاد السوري للدراسات العليا ، معهد بونتياك الحكومي الإسلامي (IAIN)، 2022.

كان الغرض من هذه الدراسة هو معرفة وفهم القيم الاقتصادية للشريعة في هيئة إدارة الضمان الاجتماعي (BPJS) للصحة من منظور مبدأ التعاون (مساعدة بعضنا البعض). إن نوع ومنهج هذا البحث وصفي نوعي ، وتستخدم المبادئ الاقتصادية الشرعية كصورة لرؤية تطبيق مبادئ الشريعة الاقتصادية على صحة BPJS. تقنية جمع البيانات المستخدمة هي دراسة الوثيقة. يتم جمع البيانات والمعلومات من خلال وثائق مستمدة من الأدبيات ومصادر المنشورات الحكومية والقوانين واللوائح ونتائج البحوث المتعلقة بتقنيات التحليل النوعي على البيانات الثانوية.

BPJS Health كتأمين اجتماعي قائم على التعاون المتبادل. يساعد كل مشارك بعضه البعض أو يخاطر (تقاسم المخاطر) عندما يمرض مشارك آخر. يمكن تنفيذ مبدأ التعاون في BPJS Health بشكل صحيح إذا كان هناك تآزر من الحكومة ، BPJS Health ، المشاركين و FKTP و FKTL.

الكلمات المفتاحية: القيم الاقتصادية الإسلامية ، مبادئ التعاون ، هيئة إدارة الضمان الاجتماعي الصحي (BPJS).

KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Al-hamdulillah dari lisan dan lubuk hati yang terdalam peneliti ucapkan kehadirat Allah SWT. atas semua rahmat, inayah, taufik dan hidayah-Nya sehingga peneliti dapat menyelesaikan tesis ini yang berjudul: “Nilai-Nilai Ekonomi Syari’ah pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan”.

Shalawat serta salam senantiasa dihaturkan teruntuk kekasih Allah, Nabi Muhammad Saw. Mudah mudahan kita selalu menjadi ummatnya yang selalu mengikuti ajarannya.

Syukur kepada Allah SWT. karena meski terasa berat, namun akhirnya dapat menyelesaikan penelitian yang sederhana ini. Penelitian ini tidak akan rampung tanpa bantuan dari semua pihak. Oleh karena itu, dengan segala kerendahan hati dan keikhlasan peneliti mengucapkan terimakasih yang setulus-tulusnya kepada:

1. Kedua Orangtua tercinta yang tak terbalaskan cinta dan kasih sayang mereka, suami tercinta serta ketiga putri terkasih yang selalu menjadi sumber motivasi dan semangat.
2. Bapak Dr. H. Syarif, MA. Rektor Institut Agama Islam Negeri (IAIN) Pontianak.
3. Bapak Dr. Ismail Ruslan, M. Si, Direktur Pascasarjana beserta staf Pascasarjana IAIN Pontianak.
4. Bapak Dr. Ichsan Iqbal, MM. dan Bapak Dr. Luqman S.H.I, M.S.I selaku dosen pembimbing yang dengan ikhlas memberikan arahan, masukan, dan bimbingan dalam penelitian ini.
5. Bapak (alm.) Dr. M. Syaifullah, M. Si., semoga mendapat tempat yang layak dan mulia disisi Allah SWT.
6. Para dosen yang telah ikhlas membimbing selama perkuliahan.

7. Teman-teman seperjuangan MES Angkatan 2018, bersama melalui masa-masa perkuliahan dalam susah dan senang dan memberikan motivasi dalam penyelesaian tesis ini, terima kasih atas doa dan motivasinya.
8. Serta semua pihak yang telah berkontribusi dalam penyelesaian tesis ini, *jazaakumullaah ahsanal Jaza.*

Semoga penelitian yang sederhana ini dapat bermanfaat. *Amin Ya Rabbal 'Alamin.*

Pontianak, Juli 2022

Rosani

DAFTAR ISI

ABSTRAK	i
ABSTRACT	ii
ملخص.....	iii
KATA PENGANTAR	iv
DAFTAR ISI.....	vi
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang Masalah	1
B. Permasalahan	3
1. Identifikasi Masalah	3
2. Pembatasan Masalah	3
3. Rumusan Masalah	3
C. Tujuan Penelitian.....	3
D. Manfaat Penelitian.....	3
E. Luaran Penelitian.....	4
BAB II TINJAUAN PUSTAKA.....	5
A. Kajian Teoritis	5
1. Asuransi Syari'ah	5
a. Prinsip-Prinsip Ekonomi Syari'ah dalam Asuransi Syari'ah.....	6
b. Akad-Akad yang Terdapat dalam Asuransi Syari'ah:	16
2. Persamaan Asuransi Syariah dengan Asuransi Konvensional	18
3. Perbedaan Asuransi Syariah dan Asuransi Konvensional	19
a. Perbedaan Niat/Motivasi	19
b. Akad/Transaksi	19
c. Peralihan modal dan Pengupahan kepada Perusahaan Asuransi	20
d. Objek Pertanggungans Asuransi	20
4. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan	21
5. BPJS Kesehatan dan Prinsip-Prinsip Ekonomi Syari'ah.....	27
B. Hasil Penelitian Yang Relevan.....	32
C. Kerangka Pemikiran	35

BAB III METODE PENELITIAN.....	37
A. Jenis dan Pendekatan Penelitian.....	37
B. Teknik Pengumpulan Data	38
C. Teknik Analisis Data	38
BAB IV PAPARAN DATA DAN PEMBAHASAN	39
A. Gambaran Umum	39
1. Sejarah BPJS Kesehatan.....	39
2. Asas, Tujuan dan Prinsip BPJS Kesehatan.....	41
3. Struktur Organisasi	43
4. Visi dan Misi BPJS Kesehatan	54
5. Tugas dan Fungsi BPJS Kesehatan	54
6. Hak dan Kewajiban BPJS Kesehatan	55
7. Pengelolaan Dana BPJS Kesehatan.....	57
8. Kepesertaan BPJS Kesehatan	68
B. Paparan Data dan Pembahasan.....	71
1. Nilai-Nilai Ekonomi Syari'ah pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan pada Prinsip <i>At-Ta'awun</i>	71
BAB V PENUTUP.....	77
A. KESIMPULAN	77
B. SARAN	77
DAFTAR PUSTAKA	79

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang Masalah

Kesehatan merupakan kondisi umum dari pikiran dan tubuh manusia. Seseorang dikatakan sehat apabila bebas dari gangguan penyakit dan kelainan. Sesuai dengan Pasal 1, ayat (1) Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan (Indonesia) bahwa kesehatan merupakan keadaan sejahtera dari badan, jiwa, dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Kemudian disebutkan pula pada Pasal 1, ayat (2) Undang-Undang tersebut bahwa pemenuhan kesehatan atau upaya kesehatan adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan yang dilakukan oleh pemerintah dan atau masyarakat.

Tanggung jawab negara pada bidang kesehatan sejalan dengan syari'at Islam yang bertujuan mewujudkan kesejahteraan masyarakat dalam bidang kesehatan secara keseluruhan. Sejak tahun 2004 pemerintah Republik Indonesia telah berupaya untuk membentuk suatu sistem jaminan kesehatan yang mencakup seluruh masyarakat Indonesia. Sebagaimana dijelaskan pada pasal 19, ayat (1) dan (2) Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional bahwa Jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan prinsip ekuitas, dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

Pelayanan kesehatan menduduki posisi yang sangat penting dalam syari'ah. Pelayanan kesehatan adalah bagian dari *maqashid syari'ah*, yaitu memelihara diri (jiwa) yang disebut oleh ulama dengan istilah *hifz an-nafs* dengan tujuan kemaslahatan. Kemaslahatan yang akan diwujudkan itu menurut al-Syatibi terbagi kepada tiga tingkatan, yaitu kebutuhan *dharuriyat*, kebutuhan *hajiyat*, dan kebutuhan *tahsiniyat*. Menurut Al-Syatibi ada lima hal yang termasuk dalam kategori *dharuriyat* yaitu memelihara agama,

memelihara jiwa, memelihara akal, memelihara kehormatan dan keturunan, serta memelihara harta. (Syatibi, 1997: 324).

Pada pasal 9, ayat (1) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial bahwa pembentukkan BPJS Kesehatan berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan kepada masyarakat. Program unggulan yang dikelola BPJS Kesehatan adalah program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang implementasinya dimulai pada tahun 2014. Program ini bertujuan agar seluruh penduduk Indonesia terlindungi dan terpenuhi kebutuhan dasar kesehatan dengan sistem asuransi sosial yang berasaskan gotong royong (saling tolong-menolong).

Salah satu bentuk jaminan yang dibolehkan menurut syariah adalah dengan akad *tabarru'* atau tolong menolong yang banyak digunakan dalam praktek-praktek *takafful* atau asuransi syariah. Dewan Syariah Nasional Majelis Ulama Indonesia (DSN-MUI) dalam fatwa tentang “Akad *Tabarru'* pada Asuransi dan Reasuransi”, mendefinisikan akad *tabarru'* sebagai semua bentuk akad yang dilakukan dalam bentuk hibah dengan tujuan kebaikan dan tolong menolong antar peserta, bukan untuk tujuan komersil. (Muhammad Syakir Sula, 2016: 183)

Hasil ijtima komisi fatwa Majelis Ulama Indonesia (MUI) mengenai BPJS Kesehatan bahwa BPJS Kesehatan belum sesuai dengan prinsip syariah persoalannya bukan pada subsidi silang yang diterapkan oleh BPJS Kesehatan sebagai representasi dari asas gotong royong. Melainkan pada sistem pengelolaan dana yang dikumpulkan dari masyarakat. Salah satu poinnya pada ketidaktahuan masyarakat terkait uang yang diinvestasikan. (Sabrina Asril, 2015)

Berdasarkan latar belakang tersebut, penelitian ini ingin melihat bagaimana Nilai-Nilai Ekonomi Syari'ah pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan.

B. Permasalahan

1. Identifikasi Masalah

Berdasarkan judul dan latar belakang masalah diatas, maka masalah yang dapat diidentifikasi adalah mengenai Program BPJS Kesehatan. Penelitian berfokus pada Nilai-Nilai Ekonomi Syari'ah pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan.

2. Pembatasan Masalah

Pembahasan mengenai Nilai-Nilai Ekonomi Syari'ah sangat luas. Agar penelitian ini dapat lebih fokus dan mendalam penulis membatasi penelitian ini pada Prinsip saling tolong menolong pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan.

3. Rumusan Masalah

Berdasarkan latar belakang dan pembatasan masalah yang telah diuraikan di atas, maka pembahasan masalah dalam penelitian ini dapat dirumuskan sebagai berikut, yaitu: bagaimana nilai-nilai ekonomi syari'ah pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dilihat dari prinsip *At-Ta'awun* (saling tolong menolong).

C. Tujuan Penelitian

Untuk mengetahui dan memahami Nilai-nilai ekonomi syari'ah pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dilihat dari prinsip *At-Ta'awun* (saling tolong menolong).

D. Manfaat Penelitian

Penelitian ini dapat memberikan manfaat bagi peneliti, masyarakat, dan perkembangan ilmu pengetahuan dalam bentuk deskripsi konsep dan pelaksanaan program BPJS Kesehatan dan kesesuaiannya dengan nilai-nilai

ekonomi Syari'ah. Deskripsi itu dapat merupakan penjelasan ataupun ilustrasi pengetahuan, atau sebagai tafsiran praktik BPJS Kesehatan terutama bagi umat Islam.

Bagi peneliti, manfaat penelitian adalah mendapatkan tambahan informasi atau pengetahuan terkait BPJS Kesehatan dalam sudut pandang nilai-nilai ekonomi Syari'ah yang kemudian dapat dijadikan bahan pertimbangan guna mengambil keputusan dalam menjalankan kehidupan sehari-hari, termasuk didalam keluarga dan masyarakat. Bagi masyarakat khususnya masyarakat muslim akan mendapatkan gambaran tentang pelaksanaan BPJS Kesehatan dari perspektif nilai-nilai ekonomi Syari'ah.

E. Luaran Penelitian

Hasil penelitian ini merupakan rumusan atau jalinan konsep serta pemikiran berdasarkan data yang diperoleh dan dianalisis. Jalinan konsep atau pemikiran tersebut dapat dijadikan bahan kajian lanjut bagi semua pihak, secara khusus dapat digunakan pemerintah dalam mengevaluasi pelaksanaan program BPJS Kesehatan.

BAB II

TINJAUAN PUSTAKA

A. Kajian Teoritis

1. Asuransi Syari'ah

Asuransi dalam Kamus Lengkap Ekonomi disebut *assurance* atau asuransi yang berarti pertanggungan atau perjanjian antara dua pihak dimana pihak pertama berkewajiban membayar iuran dan pihak kedua berkewajiban memberikan jaminan sepenuhnya kepada pihak pertama apabila terjadi sesuatu yang menimpanya. (Sumadji P. dkk, 2006: 68).

Dalam bahasa Arab, asuransi dikenal dengan istilah *at-ta'min*, penanggung disebut *mu'ammin*, tertanggung disebut *mu'ammaan lahu* atau *musta'min*. *At-ta'min* (التأمين) diambil dari kata *amana* (امن) yang artinya memberi perlindungan, ketenangan, rasa aman, dan bebas dari rasa takut. (Muhammad Syakir Sula, 2004: 28).

Para ahli ekonomi Islam dan pakar asuransi berpendapat bahwa kebutuhan kaum muslimin akan dapat dipenuhi dengan membentuk asuransi dengan prinsip saling tolong menolong dan kebersamaan. Dalam bentuk asuransi seperti ini, setiap pemegang polis bertindak sebagai pihak penjamin dan sekaligus juga terjamin. (Chaudhry, M.S., 2012: 335).

Tinjauan tentang prinsip-prinsip ekonomi Islam dalam BPJS Kesehatan adalah kesesuaiannya dengan prinsip-prinsip ekonomi didalam asuransi syari'ah. Transaksi yang dibuat dalam asuransi syari'ah adalah akad *takafuli* (saling menanggung), bukan akad *tabaduli* (saling menukar) yang selama ini digunakan oleh asuransi konvensional, yaitu pertukaran pembayaran premi dengan uang pertanggungan.

Pengertian asuransi yang berbasis syari'ah adalah sebuah pengelolaan yang memiliki fungsi sebagai fasilitator hubungan struktural antara peserta penyeter premi (penanggung) dengan peserta penerima

premi (tertanggung) yang prinsip operasionalnya didasarkan pada syariat Islam dengan mengacu kepada Al-Qur'an dan As-Sunnah. (Dzajuli dan Yadi Januari, 2002: 120).

Sedangkan dalam Fatwa DSN MUI Nomor 21/DSN-MUI/X/2001 Tentang Pedoman Umum Asuransi Syariah, bahwa asuransi syari'ah adalah usaha saling tolong-menolong diantara sejumlah orang melalui investasi dalam bentuk asset dan tabarru' yang memberikan pola pengembalian untuk menghadapi risiko tertentu melalui akad yang sesuai dengan syari'ah.

a. Prinsip-Prinsip Ekonomi Syariah dalam Asuransi Syariah

Asuransi Syariah memiliki prinsip yang berbeda dengan lembaga konvensional. Prinsip-prinsip tersebut antara lain:

1) Tauhid

Merupakan prinsip dasar dalam asuransi syariah. Karena pada hakikatnya setiap muslim harus melandasi dirinya dengan tauhid dalam menjalankan segala aktifitas kehidupannya, tidak terkecuali dalam bermuamalah. Artinya bahwa niat dasar ketika berasuransi syari'ah haruslah berlandaskan pada prinsip tauhid, yaitu mengharapkan keridhaan Allah SWT. Sebagai contoh dilihat dari sisi perusahaan, asas yang digunakan dalam berasuransi syari'ah bukanlah semata-mata meraih keuntungan, atau menangkap peluang pasar yang sedang cenderung pada syari'ah. Namun lebih dari itu, niat awalnya adalah untuk mengimplementasikan nilai-nilai syari'ah dalam dunia asuransi. Sedangkan dari sisi nasabah, berasuransi syariah adalah bertujuan untuk bertransaksi dalam bentuk tolong menolong yang berlandaskan asas syari'ah, dan bukan semata-mata mencari perlindungan apabila terjadi musibah. Dengan demikian, maka nilai tauhid terimplementasikan pada industri asuransi syari'ah. Allah SWT berfirman:

وَمَا خَلَقْتُ الْجِنَّ وَالْإِنْسَ إِلَّا لِيَعْبُدُونِ.

Artinya: Dan tidaklah Aku menciptakan jin dan manusia, melainkan supaya mereka menyembah-Ku. (QS. Adh-Dhariyat: 56).

2) *At-Ta'awun* (Saling tolong menolong)

Semangat tolong-menolong merupakan aspek yang sangat penting dalam operasional asuransi syari'ah. Karena pada hakikatnya, konsep asuransi syari'ah didasarkan pada prinsip ini. Dimana sesama peserta *bertabarru'* atau berderma untuk kepentingan nasabah lainnya yang tertimpa musibah. Nasabah tidaklah berderma kepada perusahaan asuransi syari'ah, peserta berderma hanya kepada sesama peserta saja. Perusahaan asuransi syari'ah bertindak sebagai pengelola saja. Konsekuensinya, perusahaan tidak berhak mengklaim atau mengambil dana *tabarru'* nasabah. Perusahaan hanya mendapatkan dari *ujrah* atau *fee* atas pengelolaan dana *tabarru'* tersebut, yang dibayarkan oleh nasabah bersamaan dengan pembayaran kontribusi atau premi. Perusahaan asuransi syari'ah mengelola dana *tabarru'* tersebut untuk diinvestasikan secara syari'ah lalu kemudian dialokasikan pada nasabah lainnya yang tertimpa musibah. Konsep ini berarti antara sesama nasabah telah mengimplementasikan saling tolong-menolong, meskipun antara mereka tidak saling bertatap muka. Allah SWT berfirman:

وَتَعَاوَنُوا عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَىٰ وَلَا تَعَاوَنُوا عَلَى الْإِثْمِ
وَالْعُدْوَانِ ۗ وَاتَّقُوا اللَّهَ ۖ إِنَّ اللَّهَ شَدِيدُ الْعِقَابِ.

Artinya: “dan tolong menolonglah kalian dalam kebaikan dan ketakwaan, dan janganlah kalian tolong menolong dalam perbuatan dosa dan permusuhan, dan bertaqwalah kepada Allah, sungguh Allah sangat berat siksa-Nya.” (QS. Al-Maidah: 2).

“Allah senantiasa menolong hamba-Nya selama ia menolong sesamanya.”(HR. Abu Daud).

“Barangsiapa yang memenuhi kebutuhan saudaranya, Allah akan memenuhi kebutuhannya.” (HR. Bukhari, Muslim, dan Abu Daud).

3) *At-Takaful* (Saling menjamin)

Sebagaimana firman Allah SWT:

وَالْمُؤْمِنُونَ وَالْمُؤْمِنَاتُ بَعْضُهُمْ أَوْلِيَاءُ بَعْضٍ يَأْمُرُونَ بِالْمَعْرُوفِ
وَيَنْهَوْنَ عَنِ الْمُنْكَرِ وَيُقِيمُونَ الصَّلَاةَ وَيُؤْتُونَ الزَّكَاةَ وَيُطِيعُونَ
اللَّهَ وَرَسُولَهُ أُولَئِكَ سَيَرْحَمُهُمُ اللَّهُ إِنَّ اللَّهَ عَزِيزٌ حَكِيمٌ.

Artinya: “Dan orang-orang yang beriman, lelaki dan perempuan, sebagiannya menjadi penolong bagi sebagian yang lain, mereka menyuruh berbuat kebaikan dan melarang berbuat kejahatan dan mereka mendirikan shalat dan menunaikan zakat, serta taat kepada Allah dan Rasul-Nya. Mereka itu akan diberi rahmat oleh Allah, sesungguhnya Allah Maha Kuasa, lagi Maha Bijaksana”. (QS At-Taubah [9]: 71).

Dan sebagaimana Hadits Nabi Muhammad SAW:

“Orang mukmin itu bagi orang mukmin lainnya seperti sebuah bangunan yang saling memperkokoh satu sama lainnya. Kemudian Rasulullah menganyamkan jari-jemarinya”. (HR Bukhari, Muslim, Turmudzi).

4) **Keadilan**

Nilai-nilai dalam pengimplementasian asuransi syariah adalah prinsip keadilan. Artinya bahwa asuransi syariah harus benar-benar bersikap adil, khususnya dalam membuat pola hubungan antara nasabah dengan nasabah, maupun antara nasabah dengan perusahaan asuransi syariah, terkait dengan hak dan kewajiban masing-masing. Asuransi syariah tidak boleh mendzalimi nasabah dengan hal-hal yang akan menyulitkan atau

merugikan nasabah. Ditinjau darisisi asuransi sebagai sebuah perusahaan, potensi untuk melakukan ketidakadilan sangatlah besar. Seperti adanya unsur dana hangus (pada saving produk), dimana nasabah yang sudah ikut asuransi (misalnya asuransi pendidikan) dengan periode tertentu, namun karena suatu hal ia membatalkan kepesertaannya di tengah jalan. Pada asuransi syariah, dana tabungan nasabah yang telah dibayarkan melalui premi harus dikembalikan kepada nasabah bersangkutan, berikut hasil investasinya. Allah SWT berfirman:

أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُوا كُونُوا قَوَّامِينَ لِلَّهِ شُهَدَاءَ بِالْقِسْطِ وَلَا يَجْرِمَنَّكُمْ شَنَاٰنُ قَوْمٍ عَلَىٰ أَلَّا تَعْدِلُوا ۗ إِعْدِلُوا ۗ هُوَ أَقْرَبُ لِلتَّقْوَىٰ وَاتَّقُوا اللَّهَ ۗ إِنَّ اللَّهَ خَبِيرٌ بِمَا تَعْمَلُونَ.

Artinya “Hai orang-orang yang beriman, hendaklah kamu menjadi orang-orang yang selalu menegakkan kebenaran karena Allah, menjadi saksi dengan adil. Dan janganlah sekali-kali kebencianmu terhadap suatu kaum, mendorong kamu untuk berlaku tidak adil. Berlaku adillah, karena adil itu lebih dekat kepada takwa. Dan bertakwalah kepada Allah, sesungguhnya Allah Maha Mengetahui apa yang kamu kerjakan.” (QS. Al-Maidah (5): 08).

5) Amanah

Merupakan prinsip yang sangat penting. Karena pada hakikatnya kehidupan ini adalah amanah yang kelak harus dipertanggungjawabkan dihadapan Allah SWT. Perusahaan dituntut untuk amanah dalam mengelola dana premi. Demikian juga nasabah, perlu amanah dalam aspek resiko yang menyimpannya. Jangan sampai nasabah tidak amanah dalam artian mengada-adakan sesuatu sehingga yang seharusnya tidak klaim menjadi klaim yang tentunya akan berakibat pada ruginya para peserta yang lainnya. Perusahaan juga demikian, tidak boleh semena-mena dalam mengambil keuntungan, yang berdampak

pada ruginya nasabah. Transaksi yang amanah akan membawa pelakunya mendapatkan surga. Rasulullah saw. bersabda:

“Seorang pebisnis yang jujur lagi amanah, (kelak akan dikumpulkan di akhirat) bersama para nabi, shiddiqin, dan syuhada.” (HR. Turmudzi).

6) Saling Ridha (*At-Taradhin*)

Dalam transaksi apapun, aspek *at-taradhin* atau saling meridhai harus selalu menyertai. Nasabah ridha dananya dikelola oleh perusahaan asuransi syariah yang amanah dan profesional. Perusahaan asuransi syariah ridha terhadap amanah yang diembankan nasabah dalam mengelola kontribusi (premi) mereka. Demikian juga nasabah ridha dananya dialokasikan untuk nasabah-nasabah lainnya yang tertimpa musibah, untuk meringankan beban penderitaan mereka. Dengan prinsip inilah, asuransi syariah menjadikan saling tolong-menolong memiliki arti yang luas dan mendalam, karena semuanya menolong dengan ikhlas dan ridha, bekerjasama dengan ikhlas dan ridha, serta bertransaksi dengan ikhlas dan ridha pula.

7) Persaudaraan

Ukhuwah diperlukan dalam praktek asuransi syariah, sebagai bentuk peduli kita kepada sesama hamba Allah, dalam rangka meningkatkan hubungan sosial kemasyarakatan, menumbuhkan rasa peduli satu sama lainnya tanpa memandang agama, suku dan ras. Dan ini merupakan bagian dari nilai-nilai kebenaran yang diajarkan dan dicontohkan oleh Rasulullah Saw ketika membangun masyarakat madani di Madinah. Allah SWT berfirman:

وَأَعْتَصِمُوا بِحَبْلِ اللَّهِ جَمِيعًا وَلَا تَفَرَّقُوا وَاذْكُرُوا نِعْمَتَ اللَّهِ عَلَيْكُمْ إِذْ كُنْتُمْ أَعْدَاءً فَأَلَّفَ بَيْنَ قُلُوبِكُمْ فَأَصْبَحْتُمْ بِنِعْمَتِهِ إِخْوَانًا وَكُنْتُمْ عَلَىٰ شَفَا حُفْرَةٍ مِنَ النَّارِ فَأَنْقَذَكُمْ مِنْهَا كَذَلِكَ يُبَيِّنُ اللَّهُ لَكُمْ آيَاتِهِ لَعَلَّكُمْ تَهْتَدُونَ ﴿١٣﴾

وَأَعْتَصِمُوا بِحَبْلِ اللَّهِ جَمِيعًا وَلَا تَفَرَّقُوا وَاذْكُرُوا نِعْمَتَ اللَّهِ
 عَلَيْكُمْ إِذْ كُنْتُمْ أَعْدَاءً فَأَلَّفَ بَيْنَ قُلُوبِكُمْ فَأَصْبَحْتُمْ بِنِعْمَتِهِ إِخْوَانًا
 وَكُنْتُمْ عَلَى شَفَا حُفْرٍ مِنَ النَّارِ فَأَنْقَذَكُمْ مِنْهَا كَذَلِكَ يُبَيِّنُ اللَّهُ
 لَكُمْ آيَاتِهِ لَعَلَّكُمْ تَهْتَدُونَ ﴿١٠٣﴾

Artinya: “Dan berpeganglah kamu semuanya kepada tali (agama) Allah, dan janganlah kamu bercerai berai, dan ingatlah akan nikmat Allah kepadamu ketika kamu dahulu (masa Jahiliyah) bermusuh-musuhan, maka Allah mempersatukan hatimu, lalu menjadilah kamu karena nikmat Allah, orang-orang yang bersaudara; dan kamu telah berada di tepi jurang neraka, lalu Allah menyelamatkan kamu dari padanya. Demikianlah Allah menerangkan ayat-ayat-Nya kepadamu, agar kamu mendapat petunjuk.” (QS. Ali Imran (03): 103)

8) Kemaslahatan

Imam Al-Ghazali, menjelaskan *maslahah* menurut makna aslinya berarti menarik manfaat atau menolak *mudharat* (hal-hal yang merugikan). Kemaslahatan makhluk terletak pada tercapainya tujuan mereka. *Maslahah* berarti memelihara tujuan *syara'* (hukum Islam).

Menurut Ibnu Qayyim basis syariah adalah hikmah dan kemaslahatan manusia di dunia dan akhirat. Kemaslahatan ini terletak pada keadilan sempurna, rahmat, kebahagiaan dan kebijaksanaan. Apapun yang mengubah keadilan menjadi penindasan, rahmat menjadi kesulitan, kesejahteraan menjadi kesengsaraan dan hikmah menjadi kebodohan, tidak ada hubungannya dengan syariat. Dalam kaidah Fiqh disebutkan:

درء المفسد مقدم على جلب المصالح

Artinya: “Menghindarkan *mufsadat*/kerusakan atau bahaya harus didahulukan atas mendatangkan kemaslahatan.”

Dan kaidah lainnya yang mengatakan:

اينما وجدت المصلحة فتم حكم الله

Artinya: “Dimana terdapat kemaslahatan, disana terdapat hukum Allah.”

Tidak semua negara ramah terhadap implementasi sistem keuangan berbasis syariah, karena itu diperlukan kelenturan dalam tahapan menerapkan hukum syariah, *masalahah* adalah salah satu solusi yang diberikan oleh Allah SWT ketika suatu penerapan syariah tidak dapat dilakukan secara utuh, ideal dan tekstual. Karena itu tidak semua implementasi keuangan syariah harus seragam untuk semua negara. Hal ini sangat tergantung pada situasi hukum di negaranya. Penerapan sistem ekonomi syariah pada negara-negara Islam seperti di Timur Tengah, tentu berbeda dengan penerapan yang sama pada negara non muslim atau negara mayoritas muslim, tetapi hukum resmi yang dianut secara konstitusi bukan hukum Islam, seperti di Indonesia.

Karena itu, prinsip *masalahah* (kemaslahatan) dalam implementasi konsep asuransi syariah untuk suatu negara seperti Indonesia sangat relevan dan pada situasi tertentu prinsip ini sangat diperlukan. (Muhammad Syakir Sula, 2016: 793)

9) Universal (*As-Syumul*)

Pengertian *Syumul* berarti menyeluruh, meliputi semua zaman, kehidupan dan eksistensi (keberadaan manusia). Islam adalah risalah untuk semua zaman dan generasi. Setiap Nabi diutus dengan membawa risalah (misi) Islam, menyerukan tauhid dan menjauhi *thagut* (setan).

Firman Allah SWT:

وَلَقَدْ بَعَثْنَا فِي كُلِّ أُمَّةٍ رَّسُولًا أَنْ اعْبُدُوا اللَّهَ وَاجْتَنِبُوا الطَّاغُوتَ
فَمِنْهُمْ مَنْ هَدَى اللَّهُ وَمِنْهُمْ مَنْ حَقَّتْ عَلَيْهِ الضَّلَالَةُ ۖ فَسِيرُوا فِي
الْأَرْضِ فَانظُرُوا كَيْفَ كَانَ عَاقِبَةُ الْمُكْذِبِينَ

Artinya: “Dan sungguh, Kami telah mengutus seorang rasul untuk setiap umat (untuk menyerukan), “Sembahlah Allah, dan jauhilah tagut”, kemudian di antara mereka ada yang diberi petunjuk oleh Allah dan ada pula yang tetap dalam kesesatan. Maka berjalanlah kamu di bumi dan perhatikanlah bagaimana kesudahan orang yang mendustakan (rasul-rasul).” (QS. An-Nahl (16): 36)

Dalam kaitan dengan asuransi syariah, prinsip *syumuliyah* (menyeluruh) dapat diartikan bahwa penerapan konsep syariah pada asuransi tidak dapat dilakukan secara parsial atau setengah-setengah. Tidak dibenarkan pula dalam operasional asuransi syariah, secara akad sudah benar menggunakan akad yang sesuai *syara'* sebagai asuransi *Ta'awuni*, akan tetapi dalam pemasaran oleh agen (*sales*) melakukan penyimpangan dalam melakukan loby dan pendekatan kepada calon nasabah.

Prinsip *syumuliyah* juga berlaku ketika perusahaan asuransi melakukan investasi, wajib menempatkan investasinya kepada lembaga keuangan syariah dengan akad-akad yang sah secara *syar'i*. *Syumuliyah* juga berlaku ketika melakukan pembayaran klaim, haruslah benar-benar adil sesuai dengan apa yang diperjanjikan dalam akad (syarat-syarat umum polis). Pada prinsipnya yang dimaksud *syumul* dalam asuransi syariah adalah skema operasional asuransi syariah harus sesuai dengan prinsip syariah. (Muhammad Syakir Sula, 2016: 800)

10) Keseimbangan (*At-Tawazun*)

Tawazun (keseimbangan) merupakan keharusan sosial, seseorang yang tidak *tawazun* kehidupan individu dan kehidupan sosialnya, maka tidak akan baik kehidupan sosialnya. Bahkan interaksi sosialnya akan rusak. *Tawazun* antara kehidupan dunia dan akhirat. Allah SWT berfirman:

وَابْتَغِ فِيمَا آتَاكَ اللَّهُ الدَّارَ الْآخِرَةَ وَلَا تَنْسَ نَصِيبَكَ مِنَ الدُّنْيَا وَأَحْسِنْ
 كَمَا أَحْسَنَ اللَّهُ إِلَيْكَ وَلَا تَبْغِ الْفُسَادَ فِي الْأَرْضِ إِنَّ اللَّهَ لَا يُحِبُّ
 الْمُفْسِدِينَ

Artinya: Dan carilah (pahala) negeri akhirat dengan apa yang telah dianugerahkan Allah kepadamu, tetapi janganlah kamu lupakan bagianmu di dunia dan berbuatbaiklah (kepada orang lain) sebagaimana Allah telah berbuat baik kepadamu, dan janganlah kamu berbuat kerusakan di bumi. Sungguh, Allah tidak menyukai orang yang berbuat kerusakan. (QS. Al-Qashash (28): 77)

Islam menuntut semua dimensi kehidupan manusia dalam keadaan *tawazun*. Semua aspek kehidupan manusia ini membutuhkan perawatan dan perhatian. Karena itu sikap *tawazun* sangat dianjurkan dalam menjalankan asuransi syariah, sebagai symbol dari asuransi *ta'awuni*.

Dalam praktiknya, para pakar ekonomi syariah mengemukakan bahwa asuransi syari'ah ditegakkan atas sepuluh prinsip utama dan yang menjadi fokus dalam penelitian ini, yaitu prinsip At-Ta'awun (saling tolong menolong).

Diantara peserta asuransi takaful yang satu dengan yang lainnya saling bekerja samadan saling tolong menolong dalam mengatasi kesulitan yang dialami karena sebab musibah yang diderita.

a) Perintah Allah untuk saling melindungi dalam keadaan susah,yaitu:

الَّذِي أَطْعَمَهُمْ مِنْ جُوعٍ وَآمَنَهُمْ مِنْ خَوْفٍ

Artinya : “Yang telah memberi makanan kepada mereka untuk menghilangkan lapar dan mengamankan mereka dari rasa ketakutan”.(Q.S. Quraisy [106] : 4)

b) Perintah Allah SWT untuk saling tolong-menolong dan bekerjasama dalam Surat al-Maidah (5): 2, yaitu:

وَتَعَاوَنُوا عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَىٰ ۖ وَلَا تَعَاوَنُوا عَلَى الْإِثْمِ وَالْعُدْوَانِ ۗ
وَاتَّقُوا اللَّهَ ۚ إِنَّ اللَّهَ شَدِيدُ الْعِقَابِ .

Artinya : “Dan tolong menolonglah kamu dalam (mengerjakan) kebajikan dan taqwa, dan jangan tolong menolong dalam perbuatan dosa dan pelanggaran. Bertaqwalah kepada Allah, sesungguhnya Allah sangat berat siksa-Nya.”(Q.S, al-Ma’idah (5): 2)

Ayat ini memuat perintah tolong-menolong antar sesama manusia. Dalam bisnis asuransi syari’ah, ini terlihat dalam praktik kerelaan anggota (nasabah) perusahaan asuransi untuk menyisihkan dananya agar digunakan sebagai dana sosial (*tabarru*’).

- c) Perintah Allah untuk berlaku Adil dan larangan-Nya terhadap perbuatan keji:

إِنَّ اللَّهَ يَأْمُرُ بِالْعَدْلِ وَالْإِحْسَانِ وَإِيتَايَ ذِي الْقُرْبَىٰ وَيَنْهَىٰ عَنِ
الْفَحْشَاءِ وَالْمُنْكَرِ وَالْبَغْيِ ۚ يَعِظُكُمْ لَعَلَّكُمْ تَذَكَّرُونَ (النَّحْلُ : ٩٠)

Artinya: “Sesungguhnya Allah menyuruh (kamu) berlaku adil dan berbuat kebajikan, memberi kepada kaum kerabat, dan Allah melarang dari *perbuatan keji*, kemungkaran dan permusuhan. Dia memberi pengajaran kepadamu agar kamu dapat mengambil pelajaran. (QS. An-Nahl 16: 90).

- d) Hadist Rasulullah saw. yang dijadikan dasar Asuransi syari’ah:

عَنْ أَبِي مُوسَى قَالَ : قَالَ رَسُولُ اللَّهِ صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ : ”
إِنَّمَا أَشْعَرِيَّيْنِ إِذَا أَرْمَلُوا فِي الْعَزْوِ ، أَوْ قَلَّ طَعَامُ عِيَالِهِمْ بِالْمَدِينَةِ ،
جَمَعُوا مَا كَانَ عِنْدَهُمْ فِي تَوْبٍ وَاحِدٍ ، ثُمَّ اقْتَسَمُوهُ . بَيْنَهُمْ فِي إِنَاءٍ
وَاحِدٍ بِالسَّوِيَّةِ ، فَهُمْ مِنِّي وَأَنَا مِنْهُمْ (أَخْرَجَهُ الْبُخَارِيُّ عَنْ أَبِي

كُرَيْبٍ ، عَنْ أَبِي أُسَامَةَ . وَأَخْرَجَهُ مُسْلِمٌ عَنْ ابْنِ بَرَّادٍ وَأَبِي كُرَيْبٍ ،
عَنْ أَبِي أُسَامَةَ)

Dari Abu Musa r.a. dia berkata. Rasulullah SAW bersabda, "sesungguhnya Marga Asy'ari (Asy'ariyin) ketika keluarganya ada yang menjadi janda karena ditinggal suami (yang meninggal) di peperangan, ataupun ada keluarganya mengalami kekurangan makanan, maka mereka mengumpulkan apa yang mereka miliki dalam satu kumpulan. Kemudian dibagi diantara mereka secara merata. Mereka adalah bagian dari kami dan kami adalah bagian dari mereka." (HR. Bukhari).

والله في عون العبد ما كان العبد في عون أخيه

"Sesungguhnya Allah akan membantu hambanya, selama hamba tersebut mau membantu saudaranya." (HR. Muslim, Abu Dawud dan Tirmidzi).

b. Akad-Akad yang Terdapat dalam Asuransi Syari'ah:

1) Akad Tijarah

Akad tijarah adalah akad yang dilakukan untuk tujuan komersial. Bentuk akadnya menggunakan mudharabah. Jenis akad tijarah dapat diubah menjadi jenis akad tabarru' bila pihak yang tertahan haknya, dengan rela melepaskan haknya sehingga menggugurkan kewajiban pihak yang belum menunaikan kewajibannya. Akad tijarah ini adalah untuk mengelola uang premi yang telah diberikan kepada perusahaan asuransi syari'ah yang berkedudukan sebagai pengelola (Mudharib), sedangkan nasabahnya berkedudukan sebagai pemilik uang (shahibul maal). Ketika masa perjanjian habis, maka uang premi yang diakadkan dengan akad tijarah akan dikembalikan beserta bagi hasilnya (Fatwa DSN No. 21/DSN-MUI/X/2001 tentang Pedoman Umum Asuransi Syari'ah).

2) Akad Tabarru'.

Akad tabarru' adalah semua bentuk akad yang dilakukan dengan tujuan kebajikan dan tolong-menolong, bukan semata untuk tujuan komersial. Kemudian akad dalam akad tabarru' adalah akad hibah, dan akad tabarru' tidak bisa berubah menjadi akad tijarah. Dalam akad tabarru' (hibah), peserta memberikan hibah yang akan digunakan untuk menolong peserta lain yang terkena musibah. Sedangkan perusahaan bertindak sebagai pengelola dana hibah (Fatwa DSN No. 21/DSN-MUI/X/2001 tentang Pedoman Umum Asuransi Syari'ah).

Untuk akad tijarah dan akad tabarru' ini, ada beberapa akad yang mengikuti dalam pelaksanaannya, akad-akad tersebut meliputi:

a) Akad Wakalah bil Ujrah

Akad Wakalah bil Ujrah adalah Akad *Tijarah* yang memberikan kuasa kepada Perusahaan sebagai wakil Peserta untuk mengelola Dana *Tabarru'* dan/ atau Dana Investasi Peserta, sesuai kuasa atau wewenang yang diberikan dengan imbalan berupa *ujrah* (fee). (Peraturan Menteri Keuangan Nomor 18/PMK.010/2010 Tentang Penerapan Prinsip Dasar Penyelenggaraan Usaha Asuransi dan Usaha Reasuransi dengan Prinsip Syari'ah).

b) Akad Mudharabah

Akad Mudharabah adalah Akad *tijarah* yang memberikan kuasa kepada perusahaan sebagai mudharib untuk mengelola investasi dana tabarru' dan/atau dana investasi peserta, sesuai kuasa atau wewenang yang diberikan, dengan imbalan berupa bagi hasil (nisbah) yang besarnya telah disepakati sebelumnya.

c) Akad Mudharabah Musytarakah

Akad Mudharabah Musytarakah adalah Akad Tijarah yang memberikan kuasa kepada perusahaan sebagai mudharib untuk mengelola investasi dana Tabarru' dan/ atau dana investasi peserta, yang digabungkan dengan kekayaan perusahaan, sesuai kuasa atau wewenang yang diberikan dengan imbalan berupa bagi hasil (nisbah) yang besarnya ditentukan berdasarkan komposisi kekayaan yang digabungkan dan telah disepakati sebelumnya (Peraturan Menteri Keuangan Nomor 18/PMK.010/2010 Tentang Penerapan Prinsip Dasar Penyelenggaraan Usaha Asuransi Dan Usaha Reasuransi dengan Prinsip Syari'ah). Didalam Fatwa Dewan Syari'ah Nasional No: 51/DSNMUI/III/2006 Tentang Akad Mudharabah Musytarakah Pada Asuransi Syari'ah menyebutkan bahwa akad ini bisa dilakukan oleh perusahaan asuransi syari'ah karena merupakan bagian dari mudharabah dan merupakan gabungan dari akad Mudharabah dan Musytarakah.

2. Persamaan Asuransi Syariah dengan Asuransi Konvensional

Pada dasarnya asuransi syariah dan asuransi konvensional secara eksistensi dan fungsinya memiliki persamaan yaitu sebagai lembaga penjamin perlindungan atas risiko yang mungkin timbul, kemudian disisi lainnya sebagai lembaga keuangan yang berorientasikan pada keuntungan ekonomi (*profit oriented*). (Muhammad Amin Suma, 2020: 166)

Penekaan terhadap kesamaan tersebut pada fungsinya sebagai lembaga keuangan yang memberikan jaminan/pengalihan jaminan atas risiko yang dialami peserta asuransi dan pada tujuannya untuk menghasilkan keuntungan ekonomi pada aktivitas pelayanan penjaminan/pengalihan risiko dimaksud. Hanya saja terdapat perbedaan

dalam sistem atau cara yang digunakan untuk memperoleh keuntungan tersebut.

3. Perbedaan Asuransi Syariah dan Asuransi Konvensional

Perbedaan antara asuransi syariah dan asuransi konvensional dapat kita lihat pada beberapa aspek seperti pada prinsip dasar dari niat dan motivasi, akad, peralihan modal dan perbedaan objek pertanggungan.

a. Perbedaan Niat/Motivasi

Dalam asuransi konvensional, perusahaan asuransi lebih terdorong atau hanya berorientasi pada keuntungan ekonomi semata-mata. Sedangkan dalam asuransi syariah, selain niat untuk mencari keuntungan atau kelebihan ekonomi, yang sangat ditekankan ialah aspek motivasi tolong menolong (*ta'awun*) diantara peserta asuransi yang bernilai ibadah.

b. Akad/Transaksi

Akad yang dilakukan dalam asuransi syariah meliputi akad *tijarah* dan akad *tabarru'*. Akad *tijarah* adalah akad yang dilakukan dengan tujuan komersial. Sedangkan akad *tabarru'* adalah akad yang dilakukan dengan tujuan kebijakan dan tolong-menolong, bukan semata-mata untuk tujuan komersial. Yang dimaksud dengan akad *tijarah* disini ialah akad *mudharabah*, sedangkan akad *tabarru'* adalah akad hibah.

Kedudukan para pihak dalam asuransi syariah sebagaimana diatur dalam fatwa DSN MUI adalah sebagai berikut:

- 1) Dalam akad *tijarah* (*mudharabah*), perusahaan bertindak sebagai *mudharib* (pengelola) dan peserta bertindak sebagai *shahib al-mal* (pemegang polis)
- 2) Dalam akad *tabarru'* (hibah), peserta memberikan hibah yang akan digunakan untuk menolong peserta lain yang terkena

musibah. Sedangkan perusahaan bertindak sebagai pengelola dana hibah dimaksud.

- 3) Akad yang sesuai dengan syariah adalah akad yang tidak mengandung unsur-unsur *gharar* (ketidakjelasan/penipuan), *maysir* (perjudian), *riba*, *zhulm* (penganiayaan/eksploitasi), *rasuwah* (penyuapan), serta barang haram dan maksiat.

c. Peralihan modal dan Pengupahan kepada Perusahaan Asuransi

Dalam asuransi konvensional, pembayaran premi disetor oleh pemegang polis secara otomatis berpindah kepemilikan sepenuhnya dari uang nasabah (penyetor) menjadi milik perusahaan asuransi sebagai penerima setoran. Sedangkan *takaful*, uang setoran peserta, tetap menjadi milik kumpulan peserta, karena perusahaan asuransi yang menerima setoran dari peserta tidak berhak mengklaim modal nasabah menjadi modal perusahaan.

d. Objek Pertanggungans Asuransi

Objek pertanggungans akad pada asuransi syariah ditinjau dari objek pertanggungans tersebut bukan barang haram/jasa maksiat, asuransi konvensional tidak menetapkan objek akad sampai seperti itu. Misalnya gedung atau kendaraan yang nyata-nyata digunakan untuk aktivitas perjudian, pabrik minuman keras, prostitusi, dan lain-lain aktivitas yang diharamkan agama atau dilarang peraturan perundang-undangan negara. Begitu pula alat-alat transportasi yang digunakan untuk pengangkutan benda-benda yang diharamkan agama semisal pengangkutan daging babi, bangkai, obat-obatan terlarang (narkoba) dan sebagainya. (Muhammad Amin Suma, 2006: 62)

4. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan

BPJS Kesehatan merupakan badan hukum publik yang bertanggung jawab langsung kepada Presiden dan memiliki tugas untuk menyelenggarakan jaminan kesehatan nasional bagi seluruh rakyat Indonesia, yaitu: aparatur sipil negara, penerima pensiun, TNI, POLRI, veteran Perintis Kemerdekaan beserta keluarganya dan badan usaha lainnya ataupun rakyat biasa.

BPJS Kesehatan bersama BPJS Ketenagakerjaan (dahulu bernama Jamsostek) merupakan program pemerintah dalam kesatuan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diresmikan pada tanggal 31 Desember 2013. Untuk BPJS Kesehatan mulai beroperasi sejak tanggal 1 Januari 2014, sedangkan BPJS Ketenagakerjaan mulai beroperasi sejak 1 Juli 2014.

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang dikembangkan di Indonesia merupakan bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diselenggarakan melalui mekanisme asuransi sosial yang bertujuan agar seluruh penduduk Indonesia terlindungi dalam sistem asuransi sehingga mereka dapat memenuhi kebutuhan dasar kesehatan. Perlindungan ini diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran atau iurannya dibayar oleh pemerintah.

Unsur-unsur penyelenggaraan dalam Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) meliputi:

1. Regulator

Yang meliputi berbagai kementerian/lembaga terkait antara lain Kementerian Koordinator Kesejahteraan Rakyat, Kementerian Kesehatan, Kementerian Keuangan, Kementerian Sosial, Kementerian Tenaga Kerja dan Transmigrasi, Kementerian Dalam Negeri, dan Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN).

2. Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN)

Peserta Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) adalah seluruh penduduk Indonesia, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran.

3. Pemberi Pelayanan Kesehatan

Pemberi Pelayanan Kesehatan adalah seluruh fasilitas layanan kesehatan primer (Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama) dan rujukan (Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut).

4. Badan Penyelenggara

Badan Penyelenggara adalah badan hukum publik yang menyelenggarakan program jaminan kesehatan sebagaimana yang ditetapkan oleh Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS).

Dalam pelaksanaan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) mengacu pada prinsip-prinsip sebagaimana diamanatkan dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), yaitu:

1) Kegotongroyongan

Dalam Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), prinsip gotong royong berarti peserta yang mampu membantu peserta yang kurang mampu, peserta yang sehat membantu yang sakit. Hal ini terwujud karena kepesertaannya bersifat wajib untuk seluruh penduduk.

2) Nirlaba

Dana yang dikelola oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan (BPJS Kesehatan) adalah dana amanah yang dikumpulkan dari masyarakat secara nirlaba bukan untuk mencari laba (for profit oriented). Tujuan utamanya adalah untuk memenuhi sebesar-besarnya kepentingan peserta.

3) Keterbukaan, kehati-hatian, akuntabilitas, efisiensi, dan efektivitas.

Prinsip manajemen ini mendasari seluruh kegiatan pengelolaan dana yang berasal dari iuran peserta dan hasil pengembangannya.

4) Portabilitas

Prinsip portabilitas jaminan sosial dimaksudkan untuk memberikan jaminan yang berkelanjutan kepada peserta sekalipun mereka berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

5) Kepesertaan bersifat wajib

Kepesertaan wajib dimaksudkan agar seluruh rakyat menjadi peserta sehingga dapat terlindungi. Meskipun kepesertaan bersifat wajib bagi seluruh rakyat, penerapannya tetap disesuaikan dengan kemampuan ekonomi rakyat dan pemerintah, serta kelayakan penyelenggaraan program.

6) Dana Amanah

Dana yang terkumpul dari iuran peserta merupakan dana titipan kepada badan penyelenggara untuk dikelola sebaik-baiknya dalam rangka mengoptimalkan dana tersebut untuk kesejahteraan peserta.

7) Hasil pengelolaan dana Jaminan Sosial

Dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besar kepentingan peserta.

BPJS Kesehatan sebelumnya bernama Askes (Asuransi Kesehatan), yang dikelola oleh PT Askes Indonesia (Persero), namun sesuai UU No. 24 Tahun 2011 tentang BPJS, PT. Askes Indonesia berubah menjadi BPJS Kesehatan sejak tanggal 1 Januari 2014.

Setiap warga negara Indonesia dan warga asing yang sudah bekerja di Indonesia selama minimal enam bulan wajib menjadi anggota BPJS. Ini sesuai pasal 14 UU BPJS. Setiap perusahaan wajib mendaftarkan pekerjanya sebagai anggota BPJS. Sedangkan orang atau keluarga yang tidak bekerja pada perusahaan wajib mendaftarkan diri dan anggota keluarganya pada BPJS. Setiap peserta BPJS akan ditarik iuran yang besarnya ditentukan. Sedangkan bagi warga miskin, iuran BPJS ditanggung pemerintah melalui program Bantuan Iuran.

Menjadi peserta BPJS tidak hanya wajib bagi pekerja di sektor formal, namun juga pekerja informal. Pekerja informal juga wajib menjadi anggota BPJS Kesehatan. Para pekerja wajib mendaftarkan dirinya dan membayar iuran sesuai dengan tingkatan manfaat yang diinginkan.

Dasar hukum penyelenggaraan BPJS Kesehatan adalah: (1) Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan (2) Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional, Pasal 5 ayat (1) dan Pasal 52. Berikut adalah kelebihan dan kekurangan yang ada pada BPJS Kesehatan:

1. Kelebihan dan Keuntungan BPJS Kesehatan

a. Murah

Kelebihan pertama dari BPJS Kesehatan adalah biaya atau iuran yang relatif murah. Dengan premi per-bulan, untuk kelas 1 sebesar Rp. 59.000,- kelas 2 sebesar Rp. 49.500,- dan kelas 3 sebesar Rp. 25.000,- (sudah mengalami penyesuaian sejak 1 Juli

2020 menjadi Rp. 150.000, Rp. 100.000, dan Rp. 42.000) peserta bisa mendapatkan layanan atau perlindungan kesehatan dari pemeriksaan, rawat inap, pembedahan, obat dan lain sebagainya secara cuma-cuma, bahkan cuci darah dan biaya persalinan bisa didapat dengan gratis. Untuk pekerja bukan penerima upah (PBPU) dan bukan pekerja (BP) kelas III membayar sejumlah Rp. 25.500, sisanya sebesar Rp. 16.500, diberikan bantuan iuran oleh pemerintah.

b. Wajib

BPJS Kesehatan yang diselenggarakan langsung dari pemerintah ini memang sebuah program yang diwajibkan kepada seluruh masyarakat Indonesia. Hal ini dikarenakan ada Undang-Undang dan peraturan pemerintah yang mengatur kewajiban ini. Artinya jika seseorang ikut asuransi swasta maka diharuskan juga mendaftar asuransi BPJS kesehatan.

c. Tanpa *medical check up*

Apabila mendaftar pada asuransi kesehatan swasta, maka peserta asuransikan dikenai medical check up terlebih dahulu. Dan bila peserta terkena penyakit kritis dan sudah berumur di atas 40 tahun, maka premi yang harus dibayarkan akan menjadi semakin mahal. Kemungkinan terburuk seperti pengajuan polis yang ditolak juga sangat mungkin terjadi. Namun, pada BPJS Kesehatan, di umur berapa pun boleh mendaftar dan tanpa adanya medical check up, bahkan bayi yang masih dalam kandungan saja bisa di daftarkan.

d. Dijamin seumur hidup

BPJS Kesehatan menanggung proteksi peserta hingga seumur hidup. Dalam pengamatan sejauh ini, diketahui asuransi

swasta hanya bisa melindungi pesertanya maksimal pada usia 100 tahun, itupun belum ada orang yang memberikan testimoni atau kabar ada asuransi yang berani menanggung hingga umur 100 tahun tersebut.

e. Tidak ada pengecualian

Terakhir, kelebihan BPJS Kesehatan adalah tidak adanya pengecualian. Dalam pendaftaran asuransi swasta, seseorang yang sudah terkena penyakit kronis memang bisa saja mengalami penolakan. Walaupun diterima, premi yang dibebankan akan mahal atau bahkan polis bisa ditolak kalau muncul kebohongan. Pada BPJS Kesehatan pendaftaran bisa dilakukan tanpa ada ditanyakan penyakit yang telah diderita oleh peserta.

2. Kekurangan atau Kelemahan BPJS Kesehatan

Disamping kelebihan-kelebihan BPJS Kesehatan yang telah dibahas sebelumnya, BPJS juga menyimpan beberapa kekurangan yang bisa mungkin dikarenakan sistemnya yang masih baru dan masih diperbaiki terus menerus. Berikut beberapa kekurangan yang ada pada layanan kesehatan BPJS Kesehatan tersebut:

a. Metode Berjenjang

Kekurangan pertama dari BPJS Kesehatan adalah adanya metode berjenjang saat melakukan klaim. Di BPJS, di luar keadaan darurat, peserta memang diharuskan memeriksakan penyakitnya ke faskes 1 terlebih dahulu. Faskes 1 ini sendiri berupa puskesmas atau klinik. Setelah dari faskes 1 dan pasien memang dirasa harus ke rumah sakit, maka pasien atau peserta BPJS baru bisa ke rumah sakit yang bekerja sama dengan BPJS. Namun di asuransi lain, Anda bisa langsung memeriksakan sakit ke rumah sakit yang sudah bekerja sama.

b. Hanya di Indonesia

Layanan kesehatan BPJS memang hanya bisa melindungi diri di wilayah Indonesia saja. Berbeda dengan asuransi swasta yang bisa memproteksi kesehatan pesertanya di rumah sakit yang bekerja sama hingga di seluruh dunia. Untuk Anda yang akan mendaftar atau akan melakukan perubahan data di kantor BPJS, maka Anda harus bersiap dengan antrian yang panjang. Tidak hanya dalam hal mendaftar dan melakukan perubahan data, ketika peserta juga akan berobat ke rumah sakit, maka antrian panjang juga harus dihadapi peserta.

5. BPJS Kesehatan dan Prinsip-Prinsip Ekonomi Syari'ah.

Forum bahtsul masail pra muktamar ke-33 NU yang diselenggarakan PBNU di pesantren Krapyak Yogyakarta pada 28 Maret 2017 lalu, sepakat mendukung program jaminan kesehatan nasional (JKN) yang ditangani BPJS Kesehatan. Mereka menyimpulkan bahwa konsep JKN yang ditangani BPJS Kesehatan tidak bermasalah menurut syari'ah Islam. Forum yang diikuti para kiai dari pelbagai daerah di Indonesia ini menetapkan bahwa BPJS sudah sesuai dengan syariat Islam. Mereka memandang akad yang digunakan BPJS Kesehatan sebagai akad ta'awun. Ketika disodorkan pertanyaan apakah mengandung riba', mereka menjawab bahwa akad BPJS tidak mengandung riba'.

Putusan ini diambil setelah para kiai berdiskusi langsung dengan dr. Andi Afdal Abdullah (Deputi direksi bidang manajemen data dan informasi) terkait pelayanan kesehatan untuk peserta BPJS. Para kiai mengajukan pelbagai pertanyaan seperti konsep iuran, penggunaan, besaran iuran, siapa pengguna BPJS, siapa yang dibebaskan dari iuran, dan pertanyaan lainnya yang dibutuhkan dalam bahtsul masail yang digelar. Hasil diskusi dijadikan pedoman para kiai dalam memutuskan hukum BPJS. Ketua Lembaga Bahtsul Masail (LBM) PWNU Yogyakarta KH

Ahmad Muzammil kepada *NU Online* pada Kamis (30/7) pagi mengatakan bahwa dulu jaminan itu hukumnya fardhu kifayah, tetapi sekarang fardhu a'in bagi orang mampu untuk membayar iuran jaminan bagi mereka yang lemah ketika diwajibkan pemerintah. konsep *ta'awun* yang diberlakukan BPJS, menurut Muzammil, masuk dalam bab jihad. Sehingga di sini pemerintah diposisikan sebagai administrator bagi orang kaya untuk membantu mereka yang lemah.

“Kalau bicara halal-haram, BPJS sudah jelas halal. Tetapi harus dilihat apakah BPJS ini mengandung mashlahah atau mafsadah? Kita tinggal memperbaiki saja mana kurangnya,” (nu.onlin, 30 Juli 2015).

Menurut Ahmad Zain An-Najah, sebelum menentukan hukum BPJS, harus diketahui terlebih dahulu sistem dan akad yang digunakan di dalam BPJS tersebut. Setelah menelaah beberapa rujukan, didapatkan beberapa poin dibawah ini, berikut pandangan syari'ah terhadapnya:

a) Menarik iuran wajib dari masyarakat.

Ini sebagaimana dicantumkan dalam UU SJSN/No. 40 Th. 2004, Pasal 1 ayat 3 dan UU BPJS/No.24 Th.2011, Pasal 14 serta 16 dan Peraturan BPJS No.1/ 2014, Pasal 26. Iuran wajib yang diserahkan kepada pemerintah bisa berupa zakat, yang harus didistribusikan oleh pemerintah yang menerapkan Syariat Islam. Bisa juga berupa pajak, yang mana hukumnya masih diperdebatkan diantara para ulama. Dari hasil pajak inilah seharusnya pemerintah memberikan dana sosial kepada masyarakat dalam pendidikan dan kesehatan. Seandainya BPJS ini dialihkan menjadi pajak wajib bagi masyarakat dan dikhususkan untuk melayani kesehatan masyarakat, maka hukumnya boleh menurut sebagian ulama.

Jika iuran tersebut menggunakan sistem Asuransi Konvensional, peserta yang mendaftar wajib membayar premi setiap bulan untuk membeli pelayanan atas risiko (yang belum tentu terjadi), maka ini hukumnya haram. Adapun jika menggunakan sistem Asuransi Takaful, pesertanya harus memberikan hartanya secara suka

rela, bukan terpaksa, demi kemaslahatan bersama, tanpa mengharapkan harta yang diberikan tersebut. Maka dalam hal ini hukumnya boleh. (Lihat Fatwa MUI, No: 21/DSN-MUI/X/2001).

Namun jika peserta Asuransi Takaful mengharapkan harta yang sudah diberikan, maka bertentangan dengan pengertian hibah, yang secara hukum Islam harta yang sudah dihibahkan hendaknya jangan ditarik kembali. Hal itu sesuai dengan hadits Ibnu Abbas radhiyallahu ‘anhu bahwasanya Rasulullah shallallahu ‘alaihi wasallam bersabda:

“Tidaklah halal jika seseorang memberikan pemberian kemudian dia menarik lagi pemberiannya, kecuali orang tua (yang menarik lagi) sesuatu yang telah dia berikan kepada anaknya.” (HR. Abu Daud, Tirmidzi, Nasa-i, dan Ibnu Majah, dishahihkan Syekh Albani). Ini dikuatkan dengan hadits-hadits Ibnu Abbas radhiyallahu ‘anhu lainnya, bahwasanya Rasulullah shallallahu ‘alaihi wasallam bersabda: “Orang yang mengambil kembali pemberian (yang telah diberikan kepada orang lain) seperti anjing yang menjilat muntahannya.” (HR Bukhari dan Muslim)

b) Memberikan perlindungan atas risiko sosial ekonomi yang menimpa peserta.

Sebagaimana disebutkan dalam UU SJSN/No. 40 th. 2004, Pasal 1 ayat 3: “Memberikan perlindungan atas risiko sosial ekonomi yang menimpa peserta berdasarkan jumlah premi yang dibayarkan” adalah salah satu ciri asuransi konvensional yang diharamkan, karena menjual sesuatu yang tidak jelas dan bersifat spekulatif (gharar). Jika peserta mendapatkan risiko, dia mendapatkan pelayanan, tetapi jika tidak mendapatkan risiko, premi yang dibayarkan tiap bulan akan hangus begitu saja.

c) BPJS bertujuan agar masyarakat saling membantu satu dengan yang lainnya.

Di dalam BPJS tidak selalu didapatkan unsur saling membantu (*ta'awun*) dalam arti yang sebenarnya. Karena tidak setiap peserta BPJS ketika membayar premi berniat untuk membantu orang lain, bahkan cenderung demi kepentingan diri sendiri, agar jika sakit mendapatkan pelayanan yang maksimal dengan biaya minimal. Dengan sistem tersebut, tidak selalu didapatkan orang kaya membantu orang miskin, justru pada kenyataannya banyak orang kayayang terbantu biaya pengobatannya dari iuran orang miskin yang tidak sakit. Bentuk *ta'awun* yang dianjurkan adalah orang-orang kaya membantu orang-orang miskin, tanpa mengharap timbal balik dari orang miskin. Hal itu bisa diwujudkan dalam bentuk zakat, pajak, maupun pengumpulan dana sosial.

- d) Dana yang terkumpul dari masyarakat dikembangkan oleh BPJS, baik dalam bentuk investasi maupun di simpan di Bank-bank Konvensional, yang secara tidak langsung juga mengambil keuntungan.**

Ini tertuang dalam UU BPJS/No.24 Th.2011, Pasal 11 dan UU SJSN/No. 40 th.2004, Pasal 1 ayat 7 serta Peraturan BPJS No.1/2014, Pasal 33 bahwa jaminan sosial harus disimpan dalam bank pemerintah yang ditunjuk. Pelayanan yang diterima oleh peserta BPJS adalah hasil dari investasi ribawi. Peserta BPJS sengaja melakukan akad investasi yang di simpan di bank-bank konvensional, kemudian hasilnya mereka terima berupa pelayanan kesehatan. Ini berbeda dengan *danahaji* ataupun *dana-dana* lain dari pemerintah yang diterima masyarakat, karena di dalamnya tidak ada akad investasi, tetapi hanya akad mendapatkan pelayanan, yang mana masyarakat tidak mempunyai pilihan lain kecuali melalui pemerintah. Selain itu, di dalam Asuransi Sosial tidak dibolehkan mengambil keuntungan kecuali sekedar gaji bagi pengelola sesuai dengan kerjanya.

e) Peserta BPJS jika meninggal dunia, maka haknya untuk mendapatkan dana BPJS gugur secara otomatis

Pada dasarnya, seseorang yang mempunyai hak berupa harta benda atau sesuatu yang bernilai, jika dia meninggal dunia, haknya tersebut akan berpindah kepada ahli warisnya. Jika hak tersebut menjadi hangus, disini ada unsur kedzaliman dan unsur merugikan pihak lain. Jika hal itu dianggap kesepakatan, tidak boleh ada kesepakatan yang mengharamkan sesuatu yang halal dan menghalalkan sesuatu yang haram, sebagaimana dalam hadist Amru bin 'Auf Al Muzani ra. Bahwa Rasulullah saw. bersabda:

“Perdamaian diperbolehkan di antara kaum muslimin kecuali perdamaian yang mengharamkan yang halal atau menghalalkan yang haram. Dan kaum muslimin boleh menentukan syarat kecuali syarat yang mengharamkan yang halal atau menghalalkan yang haram.” Abu Isa berkata, Hadits ini hasan shahih. (Hadist Hasan Shahih Riwayat Tirmidzi).

Ini dikuatkan dengan hadist dari Aisyah ra. Bahwa Rasulullah saw. bersabda:

“Setiap syarat yang tidak terdapat didalam Kitab Allah adalah batil, walaupun seratus syarat.” (HR Bukhari dan Muslim).

f) Memberikan sanksi atau denda bagi peserta yang menunggak atau terlambat dalam membayar premi

Sebagaimana dicantumkan dalam Peraturan BPJS No.1/2014, Pasal 35, ayat 4 dan 5. Seseorang yang berutang dan terlambat dalam pembayarannya, tidak boleh dibebani dengan membayar denda, karena ini termasuk riba' yang diharamkan, kecuali jika dia mampu dan tidak ada i'tikad baik untuk membayar, maka menurut sebagian ulama boleh dikenakan denda yang diperuntukkan sebagai dana sosial dan sama sekali tidak boleh diambil manfaatnya oleh yang mengutang (Fatwa MUI, DSN No: 17/DSN-MUI/IX/2000).

Apakah denda tersebut masuk dalam kategori *asy-Syarth al-Jazai* (sarat bersangsi), yaitu syarat berupa denda atas keteledoran dalam bekerja? Sebagian ulama membolehkan memberikan sangsi atas keteledoran atau keterlambatan dalam bekerja, tetapi tidak membolehkan denda di dalam utang piutang. Denda di dalam BPJS termasuk dalam kategori denda karena utang piutang.

g) Belum ada badan pengawas syariah (BPS) dan belum ada audit oleh Dewan Syariah Nasional (DSN).

h) Belum menerapkan Asuransi Syariah.

Dari keterangan di atas bisa disimpulkan bahwa BPJS masih menyisakan banyak masalah, selain sistem administrasi yang belum rapi, terdapat beberapa penyimpangan dari prinsip-prinsip hukum Islam. Oleh karenanya, diharapkan ke depan pemerintah membentuk BPJS Syari'ah yang menerapkan Asuransi Syari'ah yang dalam operasionalnya diawasi oleh Badan Pengawas Syari'ah (BPS) dan diaudit oleh Dewan Syariah Nasional (DSN). *Wallahu A'lam.*

(Ahmad Zain, <https://www.panjimas.com/kajian/2015/06/14/ini-tinjauan-hukum-syariat-islam-tentang-bpjs/>).

B. Hasil Penelitian Yang Relevan

Penelitian terdahulu yang relevan dengan permasalahan yang akan diteliti sangat diperlukan guna mendukung tercapainya hasil penelitian yang baik dan mendalam. Untuk itu, peneliti mencoba menelaah dari beberapa hasil penelitian yang ada yang berhubungan dengan judul penelitian ini sebagai berikut:

Pertama, Penelitian terdahulu yang membahas tentang BPJS Kesehatan diantaranya yang dilakukan oleh Indira Kartini berjudul "Operasionalisasi Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Perspektif Hukum Islam", Tesis tahun 2016. Merupakan penelitian kualitatif, library

research yang bersifat deskriptif-analitis dengan menggunakan pendekatan pola normatif. Keseluruhan temuan penelitian diperoleh melalui pengumpulan data dengan melakukan observasi terhadap beberapa literatur yang relevan dengan fokus kajian dan dokumentasi terhadap temuan-temuan yang terkait dengan BPJS Kesehatan.

Fokus penelitiannya setidaknya menjawab tiga persoalan penting, yaitu: 1) Bagaimana Mekanisme Operasionalisasi Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, 2) Bagaimana kedudukan akad pada BPJS Kesehatan Perspektif Asuransi Syariah, dan 3) Bagaimana BPJS Kesehatan ditinjau dari perspektif Hukum Islam. Hasil penelitian ini menunjukkan bahwa mekanisme operasional BPJS Kesehatan mencerminkan semangat prinsip syariah yaitu saling tolong menolong (*ta'awun*) antar sesama.

Fenomena BPJS Kesehatan yang menjadi kebijakan pemerintah Indonesia saat ini bila diamati dari aspek akad syari'ah masih relevan dan sesuai secara regulasi dan petunjuk teknis kerja yang ada dalam BPJS Kesehatan itu sendiri. Sehingga secara normatif, akad dalam BPJS Kesehatan dapat dibenarkan secara syar'i karena tidak ada aspek atau unsur akad yang dilanggar dan tidak sesuai. Selain itu, dari segi maqashid syariah BPJS Kesehatan berusaha merealisasikan kemaslahatan sosial. (Kartini:2016)

Kedua, jurnal penelitian yang berjudul "Analisis Hukum Ekonomi Syariah Terhadap Pelaksanaan Jaminan Asuransi Kesehatan di BPJS Kesehatan Bandung" (2018) yang dilakukan oleh Azminur Naila Najah. Metode yang diterapkan dalam penelitian kualitatif ini adalah metode deskriptif. Data diperoleh melalui wawancara, dokumentasi, dan studi literatur. Hasil yang disajikan dalam bentuk laporan penelitian adalah Pelaksanaan pertanggung jawaban jaminan kesehatan di BPJS Kesehatan Kota Bandung baik dari sisi kepesertaan, pendaftaran, biaya, pelayanan, maupun mekanisme pembayaran denda dilakukan dengan baik dan sesuai dengan peraturan perundang-undangan yang ada.

Namun, hal itu tidak sesuai dengan ketentuan dalam Fatwa DSN-MUI No.98/DSN-MUI/XII/2015 tentang Pedoman Penyelenggaraan Jaminan

Sosial Kesehatan Syariah karena belum memenuhi seluruh unsur akadnya, tidak memiliki rekening penampungan Dana Jaminan Sosial di bank syariah, mendapatkan penghasilan dari bunga, jalur pengembangan dan penempatan DJS tidak jelas dan investasinya bukan di tempat yang sesuai dengan syari'ah. (Najah: 2018)

Ketiga, Penelitian yang dilakukan oleh Desmadi Saharuddin dalam disertasinya yang berjudul “Aplikasi claim Settlement Pada Asuransi syari'ah”. Dalam penelitiannya ia membuktikan bahwa claim settlement dan insurance policy pada perusahaan asuransi Syari'ah masih belum memenuhi Syari'ah compliance secara komprehensif.

Adapun indikator-indikator yang menunjukkan kebenaran kesimpulan ini adalah, pertama: polis *all risk* yang digunakan oleh perusahaan asuransi Syariah dalam memberikan jaminan pertanggungan (*risk sharing*) dan ganti rugi (*kafālah*) masih terdapat indikasi ketidak sesuaiannya dengan prinsip-prinsip muamalah Syariah (*jahālah/khidā'*). Kedua: dalam beberapa kasus yang berkaitan dengan implementasi claim settlement pada sebagian perusahaan asuransi umum Syari'ah masih terdapat beberapa unsur yang bertentangan dengan muamalah Syariah (*al-zulm*). Ketiga: dalam hal penyelesaian sengketa tuntutan ganti rugi (*takāful*) yang terjadi antara tertanggung (peserta) dengan penanggung (operator) dimana keterlibatan pihak yang berwenang dalam hal Syari'ah compliance masih belum maksimal, padahal mereka sangat diharapkan agar dapat memberikan solusi kepada pihak-pihak yang bersengketa untuk tercapainya keadilan yang sesungguhnya. (Saharuddin: 2014)

Keempat, Firdaus, Kekeu K dan Wondabio, Ludovicus S. (2019), dalam jurnal ASET (Akuntansi Riset) dalam penelitian yang berjudul “Analisis Iuran dan Beban Kesehatan Dalam Rangka Evaluasi Program Jaminan Kesehatan: Studi Kasus Pada BPJS Kesehatan.” Tujuan dari dilakukannya penelitian adalah untuk mengevaluasi program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dengan menganalisis pendapatan dan beban Dana

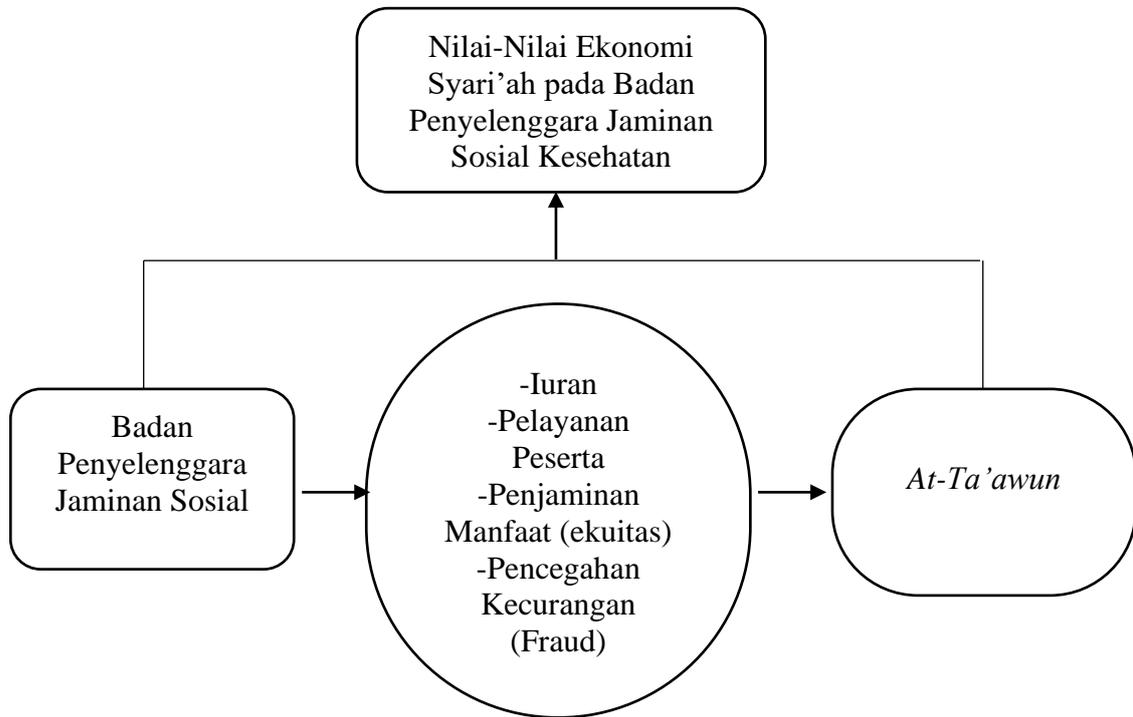
Jaminan Sosial Kesehatan dari tahun 2014-2018 untuk mengetahui lebih dalam penyebab terjadinya defisit.

Penelitian ini berfokus pada fenomena yang terjadi pada BPJS Kesehatan. Data yang digunakan dalam penelitian ini terbagi menjadi data kualitatif dan data kuantitatif. Data kualitatif didapat dari hasil wawancara yang dilakukan dengan pihak internal BPJS Kesehatan dianalisis dengan menggunakan metode analisis kondensasi dan analisis deskriptif, sedangkan data kuantitatif berupa laporan keuangan DJS Kesehatan dan BPJS Kesehatan dari tahun 2014-2018 dianalisis dengan menggunakan analisis kualitatif deskriptif. Melalui analisis iuran dan pendapatan dalam laporan aktivitas yang dilakukan, ditemukan bahwa pendapatan iuran selalu lebih rendah setiap tahunnya bila dibandingkan dengan beban biaya yang timbul. Biaya manfaat terbesar yang menyerap beban BPJS Kesehatan adalah pelayanan pada rawat inap tingkat lanjutan. Rawat inap tingkat lanjutan ini merujuk pada Rumah Sakit yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. (Kekeu K dan Ludovicus S: 2019)

C. Kerangka Pemikiran

Berdasarkan rumusan masalah yang telah dipaparkan, maka diperlukan penelitian lebih lanjut untuk mendapatkan jawaban atas pertanyaan mengenai bagaimana Nilai-nilai Ekonomi syariah pada badan penyelenggara Jaminan kesehatan dilihat dari prinsip *At-Ta'awun* (saling tolong menolong).

Kerangka pemikiran penelitian adalah Nilai-nilai Ekonomi syariah pada badan penyelenggara Jaminan kesehatan dilihat dari prinsip *At-Ta'awun* (saling tolong menolong).



BAB III

METODE PENELITIAN

A. Jenis dan Pendekatan Penelitian

Penelitian ini menggunakan pendekatan deskriptif kualitatif. Bungin (2015: 69), menyatakan bahwa format penelitian kualitatif lebih tepat digunakan untuk meneliti masalah-masalah yang membutuhkan studi mendalam. Suharsimi (2007, hal. 128), menjelaskan bahwa kualitatif dengan pendekatan deskriptif, yang dapat diartikan sebagai proses pemecahan masalah yang diselidiki dengan melukiskan keadaan subjek dan objek penelitian pada saat sekarang berdasarkan fakta-fakta yang tampak atau bagaimana adanya.

Pada umumnya penelitian deskriptif merupakan penelitian yang non hipotesis sehingga dalam rangka penelitiannya bahkan tidak perlu merumuskan hipotesisnya. Metode penelitian deskriptif adalah metode yang digunakan untuk mendapatkan gambaran keseluruhan obyek penelitian secara akurat. Pelaksanaan metode penelitian deskriptif tidak terbatas hanya sampai pada pengumpulan dan penyusunan data, tetapi meliputi analisis dan interpretasi tentang arti data tersebut, selain itu semua yang dikumpulkan berkemungkinan menjadi kunci terhadap apa yang diteliti (Moleong, 2010, hal. 6).

Alasan desain penelitian deskriptif kualitatif ini dipilih karena peneliti ingin mendeskripsikan keadaan yang akan diamati dengan lebih transparan, spesifik, dan mendalam. Penelitian ini berusaha memahami dan menggambarkan tentang model pembiayaan BPJS Kesehatan dan prinsip-prinsip ekonomi syari'ah dalam hal ini asuransi syari'ah sebagai potret implementasi prinsip-prinsip Ekonomi syari'ah pada model pembiayaan BPJS Kesehatan.

Variabel penelitian ini adalah "Nilai-Nilai Ekonomi Syariah pada Badan Penyelenggara jaminan sosial.

Nilai-nilai ekonomi syari'ah dalam hal ini asuransi syari'ah merupakan pengukur keterlaksanaan atau kesesuaian prinsip tersebut dalam pelaksanaan BPJS Kesehatan. Landasannya adalah Al-Quran dan sunnah Rasul Muhammad Saw.

B. Teknik Pengumpulan Data

Data yang akan dikumpulkan adalah fenomena mengenai nilai-nilai ekonomi syari'ah merupakan alat potret pengukur keterlaksanaannya. Adapun Teknik pengumpulan data yang digunakan adalah dokumentasi.

Data dan informasi dikumpulkan melalui dokumen yang berasal dari literatur, sumber publikasi Pemerintah, peraturan perundang-undangan dan hasil-hasil penelitian terkait. Dari dokumen tersebut dikumpulkan data atau informasi mengenai implementasi model pembiayaan BPJS Kesehatan. Prinsip ekonomi syari'ah digunakan untuk menganalisis implementasinya pada sistem pembiayaan tersebut.

C. Teknik Analisis Data

Peneliti menggunakan teknik analisis kualitatif pada data sekunder yaitu menganalisis kata-kata atau kalimat yang didapat dari dokumentasi kemudian dikelola dengan metode analisis deskriptif.

Adapun dalam menganalisis data, yang menjadi acuan dalam penelitian ini mengarah pada tahapan yang dijelaskan Miles dan Huberman. Tahapannya adalah pengumpulan data, reduksi data, penyajian data dan penarikan kesimpulan.

BAB IV

PAPARAN DATA DAN PEMBAHASAN

A. Gambaran Umum

1. Sejarah BPJS Kesehatan

Jaminan pemeliharaan kesehatan di Indonesia sebenarnya sudah ada sejak zaman kolonial Belanda. Dan setelah kemerdekaan, pada tahun 1949, setelah pengakuan kedaulatan oleh Pemerintah Belanda, upaya untuk menjamin kebutuhan pelayanan kesehatan bagi masyarakat, khususnya pegawai negeri sipil beserta keluarga, tetap dilanjutkan. Prof. G.A. Siwabessy, selaku Menteri Kesehatan yang menjabat pada saat itu mengajukan sebuah gagasan untuk perlu segera menyelenggarakan program asuransi kesehatan semesta (universal health insurance) yang saat itu mulai diterapkan di banyak negara maju dan programnya berkembang pesat.

Pada saat itu kepesertaannya baru mencakup pegawai negeri sipil beserta anggota keluarganya saja. Namun Siwabessy yakin suatu hari nanti, klimaks dari pembangunan derajat kesehatan masyarakat Indonesia akan tercapai melalui suatu sistem yang dapat menjamin kesehatan seluruh warga bangsa ini.

Pada 1968, pemerintah menerbitkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 1 Tahun 1968 dengan membentuk Badan Penyelenggara Dana Pemeliharaan Kesehatan (BPDPK) yang mengatur pemeliharaan kesehatan bagi pegawai negara dan penerima pensiun beserta keluarganya.

Selang beberapa waktu kemudian, Pemerintah mengeluarkan Peraturan Pemerintah Nomor 22 dan 23 Tahun 1984. BPDPK pun berubah status dari sebuah badan di lingkungan Departemen Kesehatan menjadi BUMN, yaitu PERUM HUSADA BHAKTI (PHB), yang

melayani jaminan kesehatan bagi PNS, pensiunan PNS, veteran, perintis kemerdekaan, dan anggota keluarganya.

Pada tahun 1992, PHB berubah status menjadi PT Askes (Persero) melalui Peraturan Pemerintah Nomor 6 Tahun 1992. PT Askes (Persero) mulai menjangkau karyawan BUMN melalui program Askes Komersial.

Pada Januari 2005, PT Askes (Persero) dipercaya pemerintah untuk melaksanakan program jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin (PJKMM) yang selanjutnya dikenal menjadi program Askeskin dengan sasaran peserta masyarakat miskin dan tidak mampu sebanyak 60 juta jiwa yang iurannya dibayarkan oleh Pemerintah Pusat.

PT Askes (Persero) juga menciptakan Program Jaminan Kesehatan Masyarakat Umum (PJKMU), yang ditujukan bagi masyarakat yang belum tercover oleh Jamkesmas, Askes Sosial, maupun asuransi swasta. Hingga saat itu, ada lebih dari 200 kabupaten/kota atau 6,4 juta jiwa yang telah menjadi peserta PJKMU. PJKMU adalah Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda) yang pengelolaannya diserahkan kepada PT Askes (Persero).

Langkah menuju cakupan kesehatan semesta pun semakin nyata dengan resmi beroperasinya BPJS Kesehatan pada 1 Januari 2014, sebagai transformasi dari PT Askes (Persero). Hal ini berawal pada tahun 2004 saat pemerintah mengeluarkan UU Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dan kemudian pada tahun 2011 pemerintah menetapkan UU Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) serta menunjuk PT Askes (Persero) sebagai penyelenggara program jaminan sosial di bidang kesehatan, sehingga PT Askes (Persero) pun berubah menjadi BPJS Kesehatan.

Melalui Program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) yang diselenggarakan oleh BPJS Kesehatan, negara hadir di tengah kita untuk memastikan seluruh penduduk Indonesia

terlindungi oleh jaminan kesehatan yang komprehensif, adil, dan merata. (BPJS Kesehatan, 2020).

2. Asas, Tujuan dan Prinsip BPJS Kesehatan

a. Asas BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan menyelenggarakan Jaminan Kesehatan berdasarkan asas sebagai berikut:

1) Kemanusiaan

Asas kemanusiaan adalah asas yang terkait dengan penghargaan terhadap martabat manusia.

2) Manfaat

Asas manfaat adalah asas yang bersifat operasional menggambarkan pengelolaan yang efektif dan efisien.

3) Keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia

Asas keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia adalah asas yang bersifat idiil.

b. Tujuan BPJS Kesehatan

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).

c. Prinsip BPJS Kesehatan

Terdapat 9 (Sembilan) prinsip penyelenggaraan BPJS Kesehatan (UU No.24 Tahun 2011 Pasal 4) yaitu:

1) **Kegotong-royongan**

Prinsip kegotong-royongan adalah prinsip kebersamaan antar peserta dalam menanggung beban biaya Jaminan Sosial yang diwujudkan dengan kewajiban setiap peserta membayar iuran sesuai dengan tingkat gaji, upah, atau penghasilannya.

2) **Nirlaba**

Prinsip nirlaba adalah prinsip pengelolaan usaha yang mengutamakan penggunaan hasil pengembangan dana untuk memberikan manfaat sebesar-besarnya bagi seluruh peserta.

3) **Keterbukaan**

Prinsip keterbukaan adalah prinsip mempermudah akses informasi yang lengkap, benar, dan jelas bagi setiap peserta.

4) **Kehati-hatian**

Prinsip kehati-hatian adalah prinsip pengelolaan dana secara cermat, teliti, aman, dan tertib.

5) **Akuntabilitas**

Prinsip akuntabilitas adalah prinsip pelaksanaan program dan pengelolaan keuangan yang akurat dan dapat dipertanggungjawabkan.

6) **Portabilitas**

Prinsip portabilitas adalah prinsip memberikan jaminan yang berkelanjutan meskipun peserta berpindah pekerjaan atau tempat tinggal dalam wilayah Negara Kesatuan Republik Indonesia.

7) **Kepesertaan bersifat wajib**

Prinsip kepesertaan bersifat wajib adalah prinsip yang mengharuskan seluruh penduduk menjadi peserta jaminan sosial yang dilaksanakan secara bertahap.

8) Dana amanat

Prinsip dana amanat adalah bahwa iuran dan hasil pengembangannya merupakan dana titipan dari peserta untuk digunakan sebesar-besarnya bagi kepentingan peserta Jaminan Sosial.

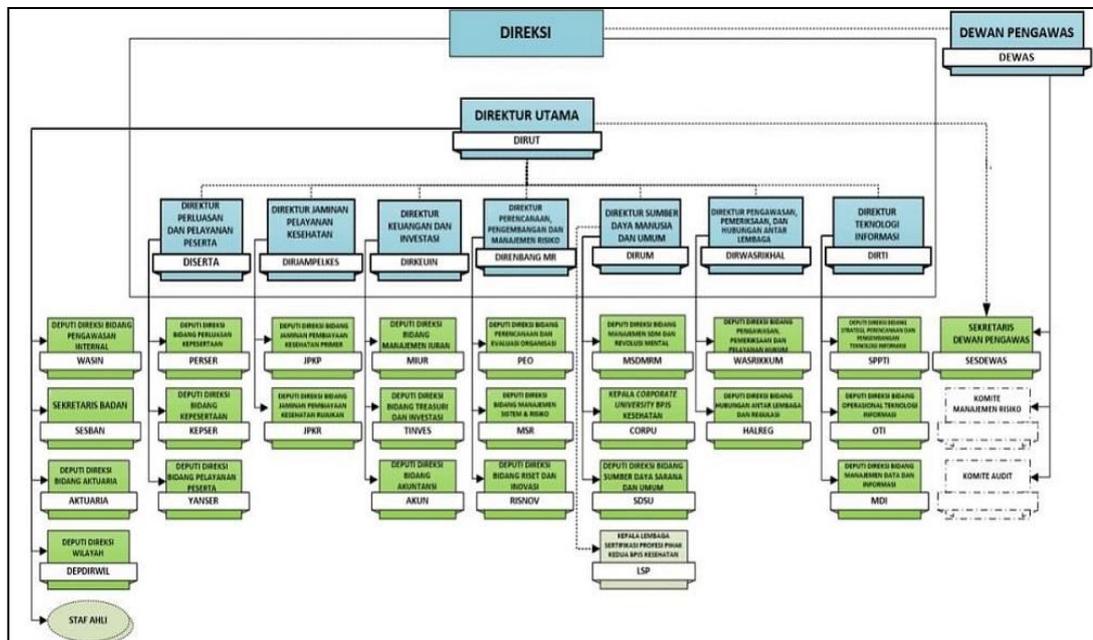
9) Hasil pengelolaan dana jaminan kesehatan

dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan untuk sebesar-besarnya kepentingan peserta

3. Struktur Organisasi

Berdasarkan peraturan Direksi BPJS Kesehatan Nomor 53 Tahun 2019 tentang struktur organisasi dan tata kerja BPJS Kesehatan, dengan skema sebagai berikut:

Struktur Organisasi BPJS Kesehatan



Sumber: (BPJS Kesehatan, 2020)

Struktur Badan lembaga jaminan sosial Indonesia (BPJS) Dari struktur diatas maka dapat dijabarkan tugas tugas dari setiap struktur mulai dari atas hingga per-setiap divisi, maka penjabarannya adalah:

a. Dewan Pengawas

Dewan Pengawas merupakan organ BPJS Kesehatan yang bertugas untuk melakukan pengawasan atas pelaksanaan pengurusan BPJS Kesehatan oleh Direksi dan memberikan nasihat kepada Direksi dalam penyelenggaraan program Jaminan Sosial Kesehatan oleh BPJS Kesehatan. Dalam menjalankan fungsi Pengawasan atas pelaksanaan tugas BPJS Kesehatan, berdasarkan Pasal 22 ayat (2) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011, Dewan Pengawas bertugas :

- 1) Melakukan pengawasan atas kebijakan pengelolaan BPJS Kesehatan dan kinerja Direksi.
- 2) Melakukan pengawasan atas pelaksanaan pengelolaan dan pengembangan Dana Jaminan Sosial oleh Direksi.
- 3) Memberikan saran, nasihat, dan pertimbangan kepada Direksi mengenai kebijakan dan pelaksanaan pengelolaan BPJS Kesehatan.
- 4) Menyampaikan laporan pengawasan penyelenggaraan Jaminan Sosial sebagai bagian dari laporan BPJS Kesehatan kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN.

Dalam pelaksanaan tugas Pengawasan dan pemberian nasihat kepada Direksi, Dewan Pengawas berdasarkan Pasal 22 ayat (3) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 memiliki wewenang sebagai berikut:

- 1) Menetapkan rencana kerja anggaran tahunan BPJS Kesehatan.
- 2) Mendapatkan dan/atau meminta laporan dari Direksi.
- 3) Mengakses data dan informasi mengenai penyelenggaraan BPJS Kesehatan.

- 4) Melakukan penelaahan terhadap data dan informasi mengenai penyelenggaraan BPJS Kesehatan.
- 5) Memberikan saran dan rekomendasi kepada Presiden mengenai kinerja Direksi.

b. Direksi

Direksi BPJS Kesehatan yang selanjutnya disebut Direksi adalah organ BPJS Kesehatan yang berwenang dan bertanggung jawab penuh atas pengurusan BPJS Kesehatan untuk kepentingan BPJS Kesehatan, sesuai dengan asas, tujuan, dan prinsip BPJS Kesehatan, serta mewakili BPJS Kesehatan, baik di dalam maupun di luar pengadilan. Dalam menjalankan fungsinya, sesuai ketentuan Pasal 24 ayat (2) Undang- Undang Nomor 24 Tahun 2011, Direksi bertugas untuk:

- 1) Melaksanakan pengelolaan BPJS Kesehatan yang meliputi perencanaan, pelaksanaan, pengawasan, dan evaluasi.
- 2) Mewakili BPJS Kesehatan di dalam dan di luar pengadilan.
- 3) Menjamin tersedianya fasilitas dan akses bagi Dewan Pengawas untuk melaksanakan fungsinya.

Dalam menjalankan tugas sebagaimana dimaksud pada Pasal 24 ayat (2) Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011, Direksi berwenang untuk:

- 1) Melaksanakan wewenang BPJS Kesehatan.
- 2) Menetapkan struktur organisasi beserta tugas pokok dan fungsi, tata kerja organisasi, dan sistem kepegawaian.
- 3) Menyelenggarakan manajemen kepegawaian BPJS Kesehatan termasuk mengangkat, memindahkan, dan memberhentikan pegawai BPJS Kesehatan serta menetapkan penghasilan pegawai BPJS Kesehatan.

- 4) Mengusulkan kepada Presiden penghasilan bagi Dewan Pengawas dan Direksi BPJS Kesehatan.
- 5) Menetapkan ketentuan dan tata cara pengadaan barang dan jasa dalam rangka penyelenggaraan tugas BPJS Kesehatan dengan memperhatikan prinsip transparansi, akuntabilitas, efisiensi, dan efektivitas.
- 6) Melakukan pemindahtanganan aset tetap BPJS Kesehatan yang bernilai paling banyak Rp. 100.000.000.000,00 (seratus miliar rupiah) dengan persetujuan Dewan Pengawas.
- 7) Melakukan pemindahtanganan aset tetap BPJS Kesehatan yang bernilai lebih dari Rp. 100.000.000.000,00 (seratus miliar rupiah) sampai dengan Rp. 500.000.000.000,00 (lima ratus miliar rupiah) dengan persetujuan Presiden.
- 8) Melakukan pemindahtanganan aset tetap BPJS Kesehatan yang bernilai lebih dari Rp. 500.000.000.000,00 (lima ratus miliar rupiah) dengan persetujuan Dewan Perwakilan Rakyat Republik Indonesia.

Sedangkan pembagian tugas secara umum dari setiap direksi yang dibagi dari beberapa divisi tadi diatur sebagai berikut :

- a) Direktur Utama, dengan tugas utamanya memimpin dan bertanggung jawab atas setiap aktivitas yang dijalankan oleh BPJS Kesehatan, membuat kebijakan umum dan mengambil keputusan strategis BPJS Kesehatan serta bertindak sebagai koordinator Direksi.
- b) Direktur Kepesertaan dan Pemasaran, dengan tugas utamanya menetapkan kebijakan yang terkait dengan kegiatan operasional yaitu meliputi kebijakan kepesertaan, Pemasaran dan hubungan pelanggan serta mengoordinasikan, mengendalikan dan bertanggung jawab terhadap pelaksanaan aktivitas terkait sesuai

dengan kebijakan, pedoman dan perencanaan yang telah ditetapkan.

- c) Direktur Pelayanan, dengan tugas utamanya menetapkan kebijakan yang terkait dengan kegiatan operasional yaitu meliputi kebijakan pelayanan, jaminan pelayanan kesehatan dan obat, promosi dan evaluasi pelayanan kesehatan, kemitraan dengan fasilitas kesehatan serta mengoordinasikan, mengendalikan dan bertanggung jawab terhadap pelaksanaan aktivitas terkait sesuai dengan kebijakan, pedoman dan perencanaan yang telah ditetapkan.
- d) Direktur Perencanaan dan Pengembangan, dengan tugas utamanya menyiapkan perencanaan BPJS Kesehatan jangka pendek dan jangka panjang dan laporan manajemen BPJS Kesehatan, melakukan evaluasi atas kinerja BPJS Kesehatan secara reguler, melaksanakan penelitian dan pengembangan terkait dengan core proses BPJS Kesehatan, pengelolaan aktuarial dan pengelolaan risiko yang efektif dan efisien serta mengoordinasikan, mengendalikan dan bertanggung jawab terhadap pelaksanaan aktivitas terkait sesuai dengan kebijakan, pedoman dan perencanaan yang telah ditetapkan.
- e) Direktur Keuangan dan Investasi, dengan tugas utamanya menetapkan kebijakan BPJS Kesehatan mengenai akuntansi, investasi dan keuangan serta mengoordinasikan, mengendalikan dan bertanggung jawab terhadap pelaksanaan aktivitas terkait sesuai dengan kebijakan, pedoman dan perencanaan yang telah ditetapkan.
- f) Direktur Sumber Daya Manusia dan Umum, dengan tugas utamanya menetapkan kebijakan BPJS Kesehatan mengenai Sumber Daya Manusia (SDM) dan Organisasi dan Sumber Daya Sarana (SDS) serta mengoordinasikan, mengendalikan dan bertanggung jawab terhadap pelaksanaan aktivitas terkait sesuai

dengan kebijakan, pedoman dan perencanaan yang telah ditetapkan.

- g) Direktur Teknologi Informasi, dengan tugas utamanya menetapkan kebijakan BPJS Kesehatan mengenai teknologi diantaranya tersedianya kebijakan strategis & layanan Teknologi Informasi melalui perencanaan, perancangan, pengembangan, dan implementasi, serta pemeliharaan jaringan dan infrastruktur diseluruh unit kerja guna mendukung tersedianya Sistem Informasi Manajemen BPJS Kesehatan yang handal dan bertanggung jawab terhadap pelaksanaan aktivitas terkait sesuai dengan kebijakan, pedoman dan perencanaan yang telah ditetapkan.
 - h) Direktur Hukum, Komunikasi dan Hubungan Antar Lembaga, dengan tugas utamanya menetapkan kebijakan BPJS Kesehatan terkait dengan hukum dan regulasi, terjalinnya hubungan kemitraan dengan Lembaga Negara dan atau Lembaga/Organisasi terkait lainnya melalui pengembangan konsep dan strategi, serta komunikasi, koordinasi dan kerja sama antar lembaga guna mendukung dan operasionalisasi BPJS Kesehatan.
- c. Dewan pengawasan Anggota organ pendukung Dewan Pengawas berasal dari luar pegawai BPJS Kesehatan dan/atau anggota Dewan Pengawas. Selama menjabat, anggota organ pendukung Dewan Pengawas tidak boleh merangkap jabatan di Lembaga Pemerintahan atau badan hukum lainnya. Pembentukan dan pengangkatan organ Dewan Pengawas ditetapkan dalam Keputusan Dewan Pengawas. Bahwa dalam rangka membantu Dewan Pengawas dalam melaksanakan tugasnya, dibentuk organ Dewan Pengawas, yang terdiri atas:

1) Sekretaris Dewan Pengawas

Sekretaris Dewan Pengawas Sekretariat Dewan Pengawas bertugas melakukan kegiatan untuk membantu Dewan Pengawas dalam melakukan tugasnya berupa:

- a) Mempersiapkan rapat, termasuk bahan rapat (briefing sheet) Dewan Pengawas.
- b) Membuat risalah rapat Dewan Pengawas.
- c) Mengadministrasikan dokumen Dewan Pengawas, baik surat masuk, surat keluar, risalah rapat maupun dokumen lainnya.
- d) Menyusun Rancangan Rencana Kerja dan Anggaran Dewan Pengawas.
- e) Menyusun Rancangan Laporan-Laporan Dewan Pengawas.
- f) Memberikan masukan kepada Dewan Pengawas mengenai kepatuhan terhadap peraturan perundang-undangan.
- g) Memberikan informasi yang dibutuhkan oleh Dewan Pengawas secara berkala dan/atau sewaktu-waktu apabila diminta.
- h) Bertindak sebagai penghubung (liaison officer) Dewan Pengawas dengan Direksi dan pihak lainnya.
- i) Melaksanakan tugas-tugas lain yang diberikan Dewan Pengawas.

Sedangkan kewenangan dari Sekretaris Dewan Pengawas adalah:

- a) Menjalankan sistem dan prosedur persuratan maupun kearsipan dalam lingkungan kewenangan Dewan Pengawas yang telah ditetapkan Dewan Pengawas.
- b) Berdasarkan surat penugasan tertulis dari Dewan Pengawas, Sekretaris Dewan Pengawas dapat mengakses catatan atau informasi tentang Pegawai, dana, aset, serta sumber daya

lainnya milik BPJS Kesehatan yang berkaitan dengan pelaksanaan tugasnya.

- c) Menghimpun data / informasi / penjelasan yang dibutuhkan Dewan Pengawas kepada pihak-pihak yang terkait di dalam maupun di luar BPJS Kesehatan untuk keperluan pelaksanaan tugas Dewan Pengawas.
- d) Menggunakan fasilitas-fasilitas kesekretariatan Dewan Pengawas untuk melaksanakan tugas-tugasnya.

Dan dengan kewajiban sebagai berikut:

- a) Sekretaris Dewan Pengawas wajib melaporkan secara tertulis hasil penugasan kepada Dewan Pengawas.
- b) Sekretariat Dewan Pengawas wajib menjaga kerahasiaan dokumen, data, dan informasi BPJS Kesehatan, baik yang diperoleh dari pihak internal maupun eksternal dan hanya digunakan untuk kepentingan tugasnya.

2) Komite Audit

Komite Audit Tugas dari komite audit adalah sebagai berikut:

- a) Membantu Dewan Pengawas untuk memastikan efektivitas sistem pengendalian internal dan efektivitas pelaksanaan tugas eksternal auditor dan internal auditor.
- b) Menilai pelaksanaan kegiatan serta hasil audit yang dilaksanakan oleh Satuan Pengawasan Internal maupun auditor eksternal.
- c) Memberikan rekomendasi mengenai penyempurnaan sistem pengendalian manajemen serta pelaksanaannya.
- d) Memastikan telah terdapat prosedur evaluasi yang memuaskan terhadap segala informasi yang dikeluarkan BPJS Kesehatan.

- e) Memberikan rekomendasi mengenai penunjukan auditor eksternal.
- f) Melakukan identifikasi hal-hal yang memerlukan perhatian Dewan Pengawas serta tugas-tugas Dewan Pengawas lainnya.
- g) Melakukan analisis atas laporan kinerja yang disampaikan manajemen secara berkala dan memberikan rekomendasi kepada Dewan Pengawas.
- h) Membantu Dewan Pengawas dalam melakukan evaluasi kinerja operasional BPJS Kesehatan.
- i) Melaksanakan tugas lain yang diberikan oleh Dewan Pengawas.

Sedangkan jika dilihat dari wewenangnya adalah sebagai berikut:

- a) Berdasarkan surat penugasan tertulis dari Dewan Pengawas, dapat mengakses catatan atau informasi tentang Pegawai, dana, aset, serta sumber daya lainnya milik BPJS Kesehatan yang berkaitan dengan pelaksanaan tugasnya.
- b) Berkomunikasi langsung dengan karyawan, termasuk Direksi dan pihak yang menjalankan fungsi audit internal, manajemen risiko, dan auditor eksternal terkait tugas dan tanggung jawab Komite Audit.
- c) Melibatkan pihak independen di luar anggota Komite Audit yang diperlukan untuk membantu pelaksanaan tugasnya (jika diperlukan).
- d) Melakukan kewenangan lain yang diberikan oleh Dewan Pengawas.

3) Komite Manajemen Risiko

Komite Manajemen Risiko Tugas Komite Manajemen Risiko yang merupakan penunjang dari dewan pengawas tadi adalah:

- a) Mendapatkan pemahaman atas manajemen risiko BPJS Kesehatan.
- b) Melakukan evaluasi terhadap berbagai model pengukuran risiko yang digunakan oleh BPJS Kesehatan dan memberikan rekomendasi penyempurnaan lebih lanjut.
- c) Memantau kesesuaian berbagai kebijakan dan pelaksanaan manajemen risiko BPJS Kesehatan.
- d) Memantau berbagai potensi risiko yang dihadapi BPJS Kesehatan.
- e) Mengevaluasi berbagai kebijakan manajemen risiko BPJS Kesehatan.
- f) Melakukan koordinasi implementasi dan pengawasan keberadaan dan tingkat efektivitas masing-masing komponen Enterprise Risk Management dalam BPJS Kesehatan.
- g) Mengukur efektivitas masing-masing komponen dari ERM yang telah diterapkan di BPJS Kesehatan.
- h) Melakukan analisis atas laporan kinerja yang disampaikan manajemen secara berkala dan memberikan rekomendasi kepada Dewan Pengawas.
- i) Membantu Dewan Pengawas dalam melakukan evaluasi kinerja operasional BPJS Kesehatan.
- j) Selain tugas sebagaimana dimaksud dalam ayat (1), Dewan Pengawas dapat memberikan penugasan lain kepada Komite.

Guna kelancaran pelaksanaan tugas pokok dan fungsinya, Komite Manajemen Risiko memiliki kewenangan untuk:

- a) Mengakses secara penuh, bebas dan tidak terbatas terhadap setiap kebijakan yang berkaitan dengan pengelolaan risiko di BPJS Kesehatan.
- b) Bekerja sama dengan mitra kerja diantaranya Sekretaris Dewan Pengawas, Komite Lainnya, tim terkait di level manajemen, internal audit, satuan kerja Manajemen Risiko dan Unit-unit operasional BPJS Kesehatan yang berkaitan dengan tugasnya.
- c) Mengikuti prosedur kerja sesuai dengan peraturan yang berlaku.
- d) Mempekerjakan tenaga ahli dan atau konsultan untuk membantu KMR dengan persetujuan tertulis Dewan Pengawas dan atas biaya BPJS Kesehatan, jika diperlukan.
- e) Membentuk suatu tim yang bersifat ad-hoc, dengan kriteria dan periode penugasannya disesuaikan dengan kebutuhan dan jenis pekerjaannya, jika diperlukan.
- f) Memperoleh masukan dari pihak eksternal independen yang profesional dalam rangka pelaksanaan tugas dan peningkatan kemampuan anggota Komite Manajemen Risiko apabila diperlukan.

Komite Manajemen Resiko dalam Struktur BPJS Komite ini merupakan lini pertahanan pertama pada kerangka risk governance, yang diberikan tanggung jawab dan akuntabilitas dalam perencanaan, pembentukan, pelaksanaan, dan pemantauan kegiatan manajemen risiko. Komite ini juga memberikan saran dan pengarahan pada respon terhadap risiko yang melewati batas toleransi risiko perusahaan . Komite ini adalah sah satu penunjang bagian pengawasan dalam struktur BPJS . Dalam menjelaskan tugasnya diatas sudah dijelaskan dalam penjelasan struktur BPJS diatas.

4. Visi dan Misi BPJS Kesehatan

a. Visi BPJS Kesehatan

Visi BPJS Kesehatan adalah menjadi badan penyelenggara yang dinamis, akuntabel dan terpercaya untuk mewujudkan jaminan kesehatan yang berkualitas, berkelanjutan, berkeadilan dan inklusif.

b. Misi BPJS Kesehatan

Adapun misi BPJS Kesehatan adalah sebagai berikut:

- 1) Meningkatkan kualitas layanan kepada peserta melalui layanan terintegrasi berbasis teknologi informasi.
- 2) Menjaga keberlanjutan program JKN-KIS dengan menyeimbangkan antara dana jaminan sosial dan biaya manfaat yang terkendali.
- 3) Memberikan jaminan kesehatan yang berkeadilan dan inklusif mencakup seluruh penduduk Indonesia.
- 4) Memperkuat *engagement* dengan meningkatkan sinergi dan kolaborasi pemangku kepentingan dalam mengimplementasikan program JKN-KIS.
- 5) Meningkatkan kapabilitas badan dalam menyelenggarakan program JKN-KIS secara efisien dan efektif yang akuntabel, berkehati-hatian dengan prinsip tata kelola yang baik, SDM yang produktif, mendorong transformasi digital serta inovasi yang berkelanjutan.

5. Tugas dan Fungsi BPJS Kesehatan

Fungsi dan tugas BPJS Kesehatan mengacu kepada Undang-Undang nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang berfungsi menyelenggarakan program jaminan kesehatan. Dijelaskan dalam Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional bahwa Jaminan kesehatan diselenggarakan secara nasional berdasarkan prinsip asuransi sosial dan

prinsip ekuitas, dengan tujuan menjamin agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan.

Dalam melaksanakan fungsi sebagaimana tersebut diatas BPJS Kesehatan bertugas untuk:

- a. Melakukan dan/atau menerima pendaftaran peserta.
- b. Memungut dan mengumpulkan iuran dari peserta dan pemberi kerja.
- c. Menerima bantuan iuran dari Pemerintah.
- d. Mengelola Dana Jaminan Sosial untuk kepentingan peserta.
- e. Mengumpulkan dan mengelola data peserta program jaminan sosial.
- f. Membayarkan manfaat dan/atau membiayai pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan program jaminan sosial.
- g. Memberikan informasi mengenai penyelenggaraan program jaminan sosial kepada peserta dan masyarakat.

6. Hak dan Kewajiban BPJS Kesehatan

Terkait hak dan kewajiban dari BPJS Kesehatan dan peserta tertera dalam Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS (UU BPJS). Dalam melaksanakan kewenangannya BPJS berhak:

- 1) Memperoleh dana operasional untuk penyelenggaraan program yang bersumber dari dana jaminan sosial dan/atau sumber lainnya sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.
- 2) Memperoleh hasil monitoring dan evaluasi penyelenggaraan program jaminan sosial dan hasil pengembangannya yang dapat digunakan BPJS untuk membiayai kegiatan operasional penyelenggaraan program jaminan sosial.

Adapun hak peserta BPJS Kesehatan adalah sebagai berikut:

- 1) Mendapatkan kartu peserta sebagai identitas peserta untuk memperoleh pelayanan kesehatan.

- 2) Memperoleh manfaat dan informasi tentang hak dan kewajiban serta prosedur pelayanan kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.
- 3) Mendapatkan pelayanan kesehatan di fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, dan
- 4) Menyampaikan keluhan/pengaduan, kritik dan saran secara lisan atau tertulis kepada BPJS Kesehatan.

Kemudian, pada UU BPJS tersebut dijelaskan bahwa dalam melaksanakan tugasnya, BPJS berkewajiban untuk:

- 1) Memberikan nomor identitas tunggal kepada peserta, yang dimaksud dengan “nomor identitas tunggal” adalah nomor yang diberikan secara khusus oleh BPJS kepada setiap peserta untuk menjamin tertib administrasi atas hak dan kewajiban setiap peserta. Nomor identitas tunggal berlaku untuk semua program jaminan sosial.
- 2) Mengembangkan aset dana jaminan sosial dan BPJS untuk sebesar besarnya kepentingan peserta.
- 3) Memberikan informasi melalui media massa cetak dan elektronik mengenai kinerja, kondisi keuangan, serta kekayaan dan hasil pengembangannya. Informasi mengenai kinerja dan kondisi keuangan BPJS mencakup informasi mengenai jumlah aset dan liabilitas, penerimaan dan pengeluaran BPJS.
- 4) Memberikan manfaat kepada seluruh peserta sesuai UU SJSN.
- 5) Memberikan informasi kepada peserta mengenai hak dan kewajiban untuk mengikuti ketentuan yang berlaku.
- 6) Memberikan informasi kepada peserta mengenai prosedur untuk mendapatkan hak dan memenuhi kewajiban.
- 7) Memberikan informasi kepada peserta mengenai saldo Jaminan Hari Tua (JHT) dan pengembangannya 1 kali dalam satu tahun.
- 8) Memberikan informasi kepada peserta mengenai besar hak pensiun 1 kali dalam 1 tahun.

- 9) Membentuk cadangan teknis sesuai dengan standar praktik aktuaria yang lazim dan berlaku umum.
- 10) Melakukan pembukuan sesuai dengan standar akuntansi yang berlaku dalam penyelenggaraan jaminan sosial.
- 11) Melaporkan pelaksanaan setiap program, termasuk kondisi keuangan, secara berkala 6 bulan sekali kepada Presiden dengan tembusan kepada DJSN.

Sedangkan kewajiban peserta menurut UU BPJS Kesehatan adalah sebagai berikut:

- 1) Mendaftarkan dirinya dan anggota keluarganya sebagai peserta BPJS Kesehatan.
- 2) Membayar iuran.
- 3) Memberikan data dirinya dan anggota keluarganya secara lengkap dan benar.
- 4) Melaporkan perubahan data dirinya dan anggota keluarganya, antara lain perubahan golongan, pangkat atau besaran gaji, pernikahan, perceraian, kematian, kelahiran, pindah alamat dan pindah fasilitas kesehatan tingkat pertama.
- 5) Menjaga kartu peserta agar tidak rusak, hilang atau dimanfaatkan oleh orang yang tidak berhak.
- 6) Mentaati semua ketentuan dan tata cara pelayanan kesehatan.

7. Pengelolaan Dana BPJS Kesehatan

Menurut Azwar (1996), secara umum sumber biaya kesehatan dikelompokkan menjadi dua, yakni pertama, seluruh pembiayaan bersumber dari anggaran pemerintah. Negara yang menggunakan model ini menyediakan biaya kesehatan untuk masyarakat sepenuhnya. Pelayanan kesehatan diberikan oleh pemerintah secara cuma-cuma. Tidak ada campur tangan dari pelayanan kesehatan swasta. Kedua, sebagian

pembiayaan ditanggung oleh masyarakat. Beberapa negara mengajak peran serta masyarakat untuk ikut andil dalam pelayanan kesehatan, baik dalam penyelenggaraan upaya kesehatan maupun pemanfaatan layanan kesehatan. Pada kondisi ini, swasta pun ikut berperan dalam penyediaan layanan kesehatan sehingga masyarakat menggunakan pelayanan kesehatan dengan mengeluarkan dana sendiri.

Sistem kesehatan membutuhkan sumber daya keuangan untuk mencapai tujuan yang ditargetkan. Biaya utama sebagian besar sistem pelayanan kesehatan diserap oleh kebutuhan biaya sumber daya manusia, perawatan di rumah sakit, dan penyediaan obat-obatan. Di sebagian besar negara tropis, pelayanan kesehatan dibiayai oleh pengeluaran pemerintah, swasta (didominasi out of pocket), dan bantuan eksternal. Pembiayaan pelayanan kesehatan di negara berpenghasilan rendah dan menengah menjadi tantangan yang signifikan. Banyak negara berpenghasilan menengah ke atas di seluruh Amerika Latin, Afrika, dan Asia telah mampu menyediakan perlindungan kesehatan untuk sebagian besar dari populasi mereka. Mekanisme pembiayaan yang digunakan diharapkan mampu memastikan akses ke pelayanan kesehatan dan melindungi individu dari bencana utang ketika mengakses pelayanan kesehatan (Rhatigan Jr, 2020)

Berikut empat sumber utama pembiayaan untuk sektor kesehatan (Kutzin, 2008; Mills & Gilson, 1988).

- a. Pembiayaan pemerintah untuk pelayanan kesehatan meliputi pengeluaran kesehatan di semua tingkat pemerintah (pusat dan daerah), termasuk pengeluaran perusahaan publik.
- b. Pembiayaan swasta, dapat dilakukan secara langsung ataupun tidak langsung. Pembayaran langsung merupakan pembayaran pribadi yang dilakukan langsung kepada berbagai penyedia, termasuk praktik swasta, tabib tradisional, dan apoteker. Biaya pengguna untuk layanan yang disediakan pemerintah atau pelayanan kesehatan swasta yang berasal dari kantong sendiri dianggap sebagai pembiayaan kesehatan dari sumber swasta. Biaya yang sama, kontribusi, atau pra-

pembayaran oleh anggota dalam skema pembiayaan masyarakat juga dianggap berasal dari sumber non-pemerintah. Pembayaran tidak langsung merupakan pembayaran layanan kesehatan oleh pengusaha sebagai cakupan dan pembiayaan kesehatan oleh badan non-pemerintah lainnya, seperti pengumpulan dana amal.

- c. Pembiayaan asuransi kesehatan. Ada tiga jenis asuransi utama, yaitu asuransi pemerintah atau sosial, asuransi swasta, dan asuransi berbasis pengusaha atau pekerja.
- d. Pembiayaan sumber eksternal. Pembiayaan ini bersumber dari bantuan organisasi luar dalam membantu program kesehatan, seperti dari WHO, World bank, dan organisasi lain dalam membiayai program prioritas kesehatan suatu negara, seperti HIV, TB, Malaria, dan imunisasi. Selama lima belas tahun terakhir, pendanaan eksternal meningkat secara signifikan untuk kesehatan di negara-negara berpenghasilan rendah dengan beban penyakit yang tinggi. Bantuan pembangunan untuk kesehatan, biasa disebut bantuan asing, merupakan porsi yang signifikan dari pengeluaran kesehatan di negara-negara berpenghasilan rendah, rata-rata 40% dari total pengeluaran perawatan kesehatan (J. L. Dieleman et al., 2016).

Pembiayaan kesehatan menjadi suatu bagian yang sangat mendasar dari sistem kesehatan. Dengan dukungan pembiayaan kesehatan, sistem kesehatan akan mampu memelihara dan meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan manusia. Pada kondisi yang sangat ekstrem, ketidaktersediaan pendanaan kesehatan akan menyulitkan layanan kesehatan, pengobatan, pelaksanaan program, pencegahan, dan promosi kesehatan. Pembiayaan bukan hanya sekadar menghasilkan pendanaan, melainkan negara mampu memantau dan mengevaluasi pembiayaan untuk sistem kesehatan dengan menggunakan berbagai indikator. Pembiayaan kesehatan bukan hanya membahas cara meningkatkan dana pelayanan

kesehatan, melainkan juga mencakup alokasi pendanaan yang ada. (Ery Setiawan, 2022)

Sumber pembiayaan kesehatan suatu negara dapat berasal dari pemerintah dan non-pemerintah yang akan digunakan secara luas untuk membiayai upaya kesehatan. Namun, sering kali terjadi persaingan alokasi pendanaan dalam suatu sistem. Cara pengalokasian dana tidak hanya dipengaruhi oleh cara layanan, tetapi juga penetapan prioritas dalam hukum ekonomi kesehatan (Tulchinsky & Varavikova, 2014). Pembiayaan kesehatan diharapkan mampu menyediakan sumber daya dan insentif untuk pelaksanaan sistem kesehatan. Selain itu, pembiayaan kesehatan menjadi penentu utama kinerja sistem kesehatan dalam hal pemerataan, efisiensi, dan *outcome* kesehatan (Schieber, Baeza, Kress, & Maier, 2006). Berikut beberapa macam model pembiayaan kesehatan yang dapat diadopsi oleh beberapa negara (Setyawan, 2018):

a. Pembiayaan secara langsung (*direct payments by patients*)

Setiap individu mengeluarkan biaya secara langsung berdasarkan tingkat penggunaan layanan kesehatan yang diterima. Model pembiayaan ini dapat mendorong penggunaan layanan kesehatan secara lebih hati-hati. Kondisi ini melahirkan kompetisi antara penyedia layanan kesehatan dalam menarik perhatian konsumen (*free market*). Walaupun hal ini tampak sehat, transaksi kesehatan menjadi tidak seimbang. Konsumen tidak mampu memahami dengan baik akan kebutuhan kesehatan dan masalah kesehatan yang dimiliki. Seluruhnya dikontrol oleh penyedia layanan kesehatan. Hal ini dapat menimbulkan inefisiensi dan pemakaian terapi secara berlebihan.

b. Pembayaran oleh pengguna (*user payments*)

Pasien membayar layanan kesehatan secara langsung, baik kepada pemerintah maupun swasta. Besaran dan mekanisme pembayaran telah diatur secara formal oleh penyedia layanan kesehatan dan pemerintah. Pada kondisi yang lebih kompleks, besaran

biaya setiap kunjungan dapat berbeda-beda sesuai dengan jasa pelayanan kesehatan yang diberikan (misalnya untuk pelayanan kesehatan di fasilitas swasta). Besaran biaya per episode ketika sakit bersifat tetap atau flat rate.

c. Pembiayaan berbasis tabungan (*saving-based*)

Pengeluaran biaya kesehatan individu didasarkan pada tingkat penggunaannya. Individu memperoleh bantuan dalam pengumpulan dana dalam bentuk tabungan. Ketika dibutuhkan, individu tersebut dapat memakai dana tersebut. Model ini dapat meng-cover biaya pelayanan kesehatan yang bersifat primer dan lanjutan, tetapi individu akan mengalami kesulitan membiayai pelayanan yang bersifat kronis dan kompleks. Oleh sebab itu, perlu model pembiayaan lain untuk mendukung model ini dalam menanggung biaya kesehatan yang kompleks dan populasi yang lebih luas.

d. Pembiayaan informal

Model ini tidak mengatur besaran, jenis, dan mekanisme pembayaran. Besaran biaya disesuaikan dengan kesepakatan antara penyedia dan pengguna layanan kesehatan. Umumnya penyedia layanan kesehatan lebih dominan dalam pengaturannya. Selain uang, barang dapat digunakan sebagai alat tukar untuk memperoleh pelayanan kesehatan, misalnya dari penyedia layanan kesehatan mantri atau pengobatan tradisional. Model ini biasanya diadopsi oleh negara-negara berkembang yang belum memiliki sistem kesehatan yang mampu melindungi seluruh masyarakatnya.

e. Pembiayaan berbasis-asuransi (*insurance-based*)

Dalam model ini individu tidak membiayai pelayanan kesehatan secara langsung, tetapi terjadi pengalihan risiko kesakitan seseorang menjadi risiko kelompok. Selain itu, terjadi pembagian risiko biaya secara adil. Biaya pelayanan kesehatan disesuaikan dengan perhitungan dan akan ditanggung dari dana yang telah

dikumpulkan bersama. Individu membayar premi dengan mekanisme pembayaran yang diatur oleh organisasi pengelola dana asuransi.

Selain kelima model tersebut, model pembiayaan kesehatan lainnya adalah model *Out of Pocket* (Pengeluaran dari Kantong Sendiri). Pengeluaran pada model ini berasal dari individu ketika ingin mengakses pelayanan kesehatan dan tidak didanai oleh program asuransi. Model pembiayaan ini diterapkan di sebagian besar negara yang berpenghasilan rendah (J. Dieleman, Campbell, & Chapin, 2017).

Menurut WHO, skema pembiayaan pelayanan kesehatan adalah komponen struktural dari sistem pembiayaan pelayanan kesehatan, yakni pengaturan pembiayaan sehingga seseorang mampu memperoleh pelayanan kesehatan. Skema pembiayaan pelayanan kesehatan termasuk pembayaran langsung oleh rumah tangga untuk layanan dan barang serta pengaturan pembiayaan oleh pihak ketiga (Organization, 2017). Manfaat atau cakupan dibagi ke dalam cakupan luas dan cakupan ruang lingkup. Cakupan luas berarti kelompok populasi yang dicakup oleh bentuk sistem pra pembayaran atau perlindungan sosial apa pun, sedangkan cakupan ruang lingkup mengacu pada jenis layanan kesehatan yang disediakan pada skema sistem pra pembayaran atau skema perlindungan sosial. Hal tersebut secara detail dideskripsikan pada tabel berikut ini:

Elemen	Indikator
Sumber pendapatan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pajak langsung dan pajak tidak langsung 2. Pendapatan nonpajak: pendapatan sumber daya alam 3. Pendanaan dari sumber asing melalui pemerintah 4. Kantong pribadi (<i>out of pocket</i>)
Pengumpulan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Pengumpulan tunggal (<i>single pool</i>) 2. Pengumpulan campuran (<i>multiple pool</i>)
Pembelian	<ol style="list-style-type: none"> 1. Jenis penyedia di bawah UHC 2. Persyaratan akreditasi untuk penyedia 3. Metode pembayaran penyedia: <ol style="list-style-type: none"> a. Kapitasi b. <i>Fee-for-Service</i> c. <i>Diagnostic Related Groups</i> (DRGs) d. <i>Fee schedules</i> e. Gaji f. <i>Global budget</i>
Manfaat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cakupan luas 2. Cakupan ruang lingkup
Perlindungan keuangan	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Out of Pocket Payments</i> (OOPPS) 2. Pengeluaran <i>catastrophic</i>
Pemanfaatan (pemerataan dalam penggunaan kesehatan jasa)	Tingkat pemanfaatan di antara kelompok rentan

Tabel Indikator untuk Menilai Mekanisme Pembiayaan Kesehatan Menurut Framework McIntyre dan Kutzin (2016)

Adapun mekanisme pembiayaan kesehatan yang diterapkan di Indonesia (Myint et al., 2019) adalah sumber utama pendapatan berasal dari pajak langsung, pajak tidak langsung, dan *out of pocket* (OOP). Metode pengumpulan pendapatan menggunakan sistem *single pool*. Jenis penyedia layanan kesehatan berasal dari penyedia publik dan swasta. Dalam hal pembelian, penyedia layanan untuk pelayanan kesehatan mengandalkan campuran penyedia publik dan swasta. Cakupan pelayanan berupa layanan kesehatan esensial dan berbiaya tinggi atau pelayanan tersier. Luas cakupan mencakup sekitar 63% masyarakat melalui subsidi pemerintah dan/atau pembayaran di muka dan/atau skema pengelompokan risiko. Cakupan ini belum mencapai tingkat yang direkomendasikan

WHO, yaitu lebih dari 90%. Paket layanan bersifat komprehensif, tetapi tergantung pada jenis asuransi yang dipilih oleh individu (perawatan tingkat pertama, kedua, dan ketiga) (Marzoeki, Tandon, Bi, & Pambudi, 2014).

Penyedia layanan di Indonesia membutuhkan akreditasi. Metode pembayaran penyedia menggunakan sistem kapitasi dan *Diagnostic Related Group* (DRG). Dana dikumpulkan ke satu tempat yang disebut asuransi kesehatan nasional (*single pool*). Meskipun pendapatan dimasukkan ke kumpulan tunggal, tarif premium bervariasi berdasarkan status pekerjaan di Indonesia. Sumber pendapatan asuransi kesehatan nasional terdiri dari kontribusi sosial dan subsidi pemerintah untuk orang miskin dan target spesifik (Myint et al., 2019).

Sumber pendanaan kesehatan di Indonesia berasal dari APBN, APBD, dana swasta, *out of pocket*, hibah, dan donor dari perusahaan ataupun luar negeri. Sumber dana tersebut dialokasikan untuk membiayai program dan kegiatan di bidang kesehatan, baik bersifat fisik maupun non fisik.

BPJS kesehatan merupakan administrator dari Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang mengumpulkan kontribusi dari pemerintah, perusahaan swasta, dan rumah tangga menjadi satu kumpulan nasional dan membeli layanan kesehatan dari penyedia publik dan swasta. Aliran dana pribadi meliputi pengeluaran *Out of Pocket* (OOP) dari rumah tangga, perusahaan di fasilitas publik dan swasta. Sejak lima tahun yang lalu, hanya sekitar satu persen dari total pengeluaran kesehatan berasal dari sumber eksternal (Pinto, Masaki, & Harimurti, 2016).

Dalam 20 tahun terakhir, reformasi di bidang pembiayaan kesehatan di Indonesia bergerak sangat dinamis, dari penargetan berbagai program menuju Universal Health Coverage (UHC). Upaya reformasi pembiayaan yang dilaksanakan pada akhir 1990-an bertujuan untuk memberikan perlindungan finansial bagi masyarakat miskin sebagai respons terhadap krisis ekonomi yang melanda Asia pada akhir 1998. Pada

2004 dibentuk skema asuransi kesehatan sosial berdasarkan Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (UU SJSN). Pada 2008, skema tersebut ditingkatkan dan diperluas lebih jauh. Kemudian pada tahun 2011, dibentuknya Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (UU BPJS) dengan skema perlindungan keuangan lainnya diperkenalkan secara khusus untuk mencapai Tujuan Pembangunan Milenium (*Millenium Development Goals/MDGs*). Akhirnya, sebuah langkah menuju Universal Health Coverage (UHC) dimulai pada tahun 2014 dengan implementasi Jaminan Kesehatan Nasional/JKN (Mahendradhata et al., 2017).

JKN adalah reformasi pembiayaan kesehatan yang berupaya mengatasi tiga pilar pembiayaan kesehatan, yakni pengumpulan pendapatan, penggabungan, dan pembelian. JKN berpotensi menciptakan momentum untuk bergerak menuju kebijakan dan strategi yang terkoordinasi untuk mencapai tujuan Sistem Kesehatan Nasional (SKN). JKN telah berupaya menciptakan distribusi yang adil dari beban sistem pendanaan. Negara perlu melanjutkan dan membuat penyesuaian yang diperlukan sehingga sistem kesehatan dapat berfungsi secara berkualitas, efisien dan adil. Pada saat yang sama menyediakan perlindungan finansial berkelanjutan kepada rakyat (Mahendradhata et al., 2017).

Sistem UHC berkembang pesat di Indonesia dan mencakup 203 juta orang. Kini Indonesia dikenal sebagai pengguna skema pembayar tunggal terbesar di dunia dan telah meningkatkan pemerataan kesehatan dan akses layanan. Kesuksesan di awal memberikan tantangan lain, seperti munculnya kelompok “missing middle”. Istilah tersebut digunakan untuk menunjukkan sejumlah kecil orang yang terdaftar di UHC dengan kuintil kekayaan Q2-Q3 dibandingkan orang di kuintil lainnya, dan rendahnya cakupan UHC pada anak sejak lahir sampai usia 4 tahun (Agustina et al., 2018).

Secara luas, pembiayaan kesehatan dipandang mampu memberikan kontribusi bagi perkembangan sosial dan ekonomi suatu negara.

Pembiayaan kesehatan yang optimal dan berkelanjutan sangat penting dalam pencapaian tujuan pembangunan kesehatan. Oleh karena itu, perencanaan dan pengelolaan pembiayaan kesehatan yang memadai akan membantu negara dalam memobilisasi sumber pembiayaan kesehatan, mengalokasikannya secara rasional, dan menggunakannya secara efektif serta efisien. Untuk mendorong tercapainya akses yang universal dibutuhkan kebijakan pembiayaan yang memperhatikan pemerataan dan membantu penduduk miskin.

Pembiayaan kesehatan yang kuat, stabil, dan berkesinambungan sangat berpengaruh terhadap penyelenggaraan pelayanan kesehatan guna mencapai tujuan penting pembangunan kesehatan di suatu negara, yakni pemerataan dalam pelayanan kesehatan dan akses (*equitable access to health care*) serta pelayanan yang berkualitas (*assured quality*). (Ery Setiawan, 2021)

BPJS Kesehatan di tingkat nasional, wilayah maupun cabang memiliki 2 sistem pembiayaan yaitu sistem kapitasi dan *Indonesia Case Base Groups (INA CBGs)*. Sistem kapitasi diterapkan dalam sistem pembayaran ke Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP). Sistem kapitasi ini pernah diterapkan dalam program Jamkesmas, tetapi terdapat beberapa regulasi yang menyulitkan penggunaan dana kapitasi ini digunakan sepenuhnya untuk peningkatan kualitas layanan kesehatan, seperti dana kapitasi harus disetor ke kas daerah dan menjadi Pendapatan Asli Daerah (PAD). Berdasarkan pengalaman tersebut, dalam pelaksanaan JKN beberapa regulasi disesuaikan untuk mengatur pengelolaan dana kapitasi yang dibayarkan langsung oleh BPJS Kesehatan kepada bendahara melalui rekening dana kapitasi di puskesmas sesuai dengan jumlah peserta yang terdaftar. Adapun Penerapan sistem pembiayaan INA-CBGs dilakukan untuk Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan (FKRTL).

Menurut Direktur Utama BPJS Kesehatan Fachmi Idris, sesuai dengan ketentuan perundang-undangan pihaknya diberi kewenangan untuk mengembangkan model pembiayaan dan sistem pembayaran pada fasilitas

kesehatan. Implementasinya dituangkan dalam kontrak kerjasama dengan fasilitas kesehatan yang diharapkan bisa memberikan pelayanan yang lebih efektif dan efisien dengan mutu kualitas yang tetap terjaga. Dalam International Health Economics Assosiation (IHEA) Congress di Basel Swiss Fachmi mengatakan:

“Pengembangan model dan sistem pembiayaan fasilitas kesehatan juga merupakan bagian upaya implementasi strategi bauran kebijakan pengendalian defisit JKN. Namun, untuk mengimplementasikannya memerlukan regulasi pendukung.”

BPJS Kesehatan sedang mengembangkan model pembiayaan yang lebih efektif. Menurut Fachmi Idris metode pembiayaan kapitasi dan INA CBGs akan dikembangkan menjadi kapitasi berbasis komitmen pelayanan (KBKP), *hospital-value base*, dan *global budget*.

KBKP merupakan sistem pembayaran kapitasi kepada fasilitas kesehatan tingkat pertama (FKTP) berdasarkan pemenuhan atau pencapaian empat indikator, yakni angka kontak, rasio rujukan rawat jalan, kasus non spesialisik, rasio kunjungan rutin peserta program pengelolaan penyakit kronis atau prolanis. Dengan begitu, kualitas pelayanan peserta di FKTP dapat ditingkatkan.

Untuk metode *hospital-value base* sistem pembayaran yang dinilai menggunakan indikator *value* yang mewakili kebutuhan pasien, pembayar, rumah sakit dan regulator. Fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan (FKRTL) dengan *value* yang baik dapat memperoleh insentif sedangkan jika memperoleh *value* yang tidak baik akan memperoleh disinsentif.

Adapun metode *global budget* merupakan pembayaran klaim ke rumah sakit berdasarkan kepada anggaran yang dihitung secara keseluruhan. Proses administrasi metode ini terbilang mudah sehingga dapat meningkatkan kemampuan rumah sakit untuk membuat keputusan yang rasional dalam memaksimalkan sumber daya yang tersedia. Selain itu ada semacam fleksibilitas bagi rumah sakit untuk melakukan realokasi biaya pelayanan kesehatan sesuai dengan prioritas kebutuhannya.

8. Kepesertaan BPJS Kesehatan

Kepesertaan adalah pilar penting program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) BPJS Kesehatan, sebab mencerminkan kemampuan program dalam mencapai target cakupan Kesehatan semesta. (Habullah Thabrany, 2021: 14).

Perkembangan dan capaian kepesertaan BPJS Kesehatan dapat kita lihat pada tabel di bawah ini:

Tabel 1:
Jumlah Peserta JKN Menurut Hak Kelas Perawatan Tahun 2015-2019

Hak Kelas	Jumlah Peserta				
	2015	2016	2017	2018	2019
1	20.276.165	21.199.184	23.412.850	25.696.561	28.037.675
2	29.647.602	33.554.622	36.619.893	40.382.404	40.991.609
3	106.866.520	117.185.448	127.950.206	141.975.234	155.119.735
Total	156.790.287	171.939.254	187.982.949	208.054.199	224.149.019

Sumber: Statistik Jaminan Kesehatan Nasional 2015-2018

Tabel 2:
Jumlah Peserta JKN Menurut Segmen Peserta Tahun 2015-2019

Hak Kelas	Jumlah Peserta				
	2015	2016	2017	2018	2019
1	20.276.165	21.199.184	23.412.850	25.696.561	28.037.675
2	29.647.602	33.554.622	36.619.893	40.382.404	40.991.609
3	106.866.520	117.185.448	127.950.206	141.975.234	155.119.735
Total	156.790.287	171.939.254	187.982.949	208.054.199	224.149.019

Sumber: Statistik Jaminan Kesehatan Nasional 2015-2018

Tabel 3:
Jumlah Peserta JKN Menurut Provinsi Tahun 2015-2019

Provinsi	Jumlah Peserta				
	2015	2016	2017	2018	2019
Aceh	5.122.956	5.128.344	5.379.035	5.690.053	5.504.130
Sumatera Utara	8.199.518	8.794.709	9.612.047	10.367.363	11.091.133
Sumatera Barat	3.361.681	3.622.562	3.869.259	4.188.963	4.429.969
Riau	3.121.599	3.395.631	3.859.543	4.146.624	4.609.326
Jambi	1.692.157	1.858.954	2.111.457	2.350.671	2.584.528
Sumatera Selatan	3.967.814	4.220.218	4.582.207	5.003.610	6.482.781
Bengkulu	1.106.547	1.277.293	1.363.890	1.500.972	1.587.381
Lampung	4.700.674	5.084.488	5.430.664	5.784.954	6.616.568
Kep. Bangka Belitung	718.931	815.032	910.390	1.060.217	1.119.794
Kepulauan Riau	1.229.310	1.277.104	1.407.790	1.589.459	1.726.996
DKI Jakarta	11.758.185	13.305.331	14.746.017	17.164.565	17.496.501
Jawa Barat	25.985.830	28.842.786	31.543.208	34.381.856	36.557.171
Jawa Tengah	20.992.423	22.659.150	24.704.079	26.783.800	28.895.088
DI Yogyakarta	2.503.611	2.710.276	3.084.593	3.370.478	3.316.065
Jawa Timur	21.735.039	23.101.486	24.593.121	26.974.274	29.035.592
Banten	6.615.733	7.324.209	8.171.534	9.590.543	10.537.442
Bali	2.072.653	2.209.787	3.142.097	3.612.456	4.161.945
NTB	3.022.232	3.288.723	3.539.319	3.777.606	4.309.792
NTT	3.597.061	3.828.641	4.014.210	4.218.560	4.475.557
Kalimantan Barat	2.420.347	2.702.107	2.986.649	3.285.523	3.822.517
Kalimantan Tengah	1.242.079	1.382.048	1.574.936	2.050.152	2.416.252
Kalimantan Selatan	1.603.595	1.757.245	2.066.162	2.404.511	3.071.591
Kalimantan Timur	1.974.239	2.700.165	2.680.011	3.230.728	3.444.475
Kalimantan Utara	401.454	471.542	514.366	629.265	642.132
Sulawesi Utara	1.587.172	1.726.932	1.988.257	2.478.410	2.600.045
Sulawesi Tengah	1.708.772	1.892.605	2.139.498	2.407.390	2.704.089
Sulawesi Selatan	4.984.078	6.617.876	7.237.729	8.071.716	8.508.227
Sulawesi Tenggara	1.457.255	1.582.275	1.820.990	2.226.751	2.408.471
Gorontalo	1.039.715	1.101.903	1.132.848	1.249.477	1.141.484
Sulawesi Barat	922.998	994.292	1.093.454	1.178.940	1.308.440
Maluku	1.074.841	1.114.778	1.258.045	1.427.739	1.458.419
Maluku Utara	559.104	631.621	747.351	850.137	931.912
Papua Barat	976.954	1.069.360	1.149.584	1.279.402	1.310.678
Papua	3.333.730	3.449.781	3.528.609	3.727.034	3.842.528
Total	156.790.287	171.939.254	187.982.949	208.054.199	224.149.019

Sumber: Statistik Jaminan Kesehatan Nasional 2015-2018

Pada ketiga tabel tersebut menunjukkan kepesertaan JKN sampai dengan Desember 2019 telah mencapai 224 Juta peserta atau 84% penduduk Indonesia. Angka ini belum sesuai target pencapaian sebesar 100% pada tahun 2019, namun peningkatan total jumlah kepesertaan pada tahun 2019 mencapai 43% dibandingkan pencapaian pada tahun 2015 yang hanya sebesar 156 Juta peserta.

Jumlah terbanyak adalah peserta JKN berasal dari kelas 3 dan peserta segmen PBI APBN, yaitu sebesar 96 Juta penduduk atau 43% dari total peserta JKN pada tahun 2019. Hal ini membuktikan pemerintah telah menunaikan kewajibannya dalam menjamin peserta JKN yang kurang mampu melalui subsidi dan APBN lewat peserta PBI. Kenaikan jumlah peserta JKN merata di seluruh provinsi Indonesia, kecuali di DI Yogyakarta dan Gorontalo yang mengalami penurunan kepesertaan pada tahun 2019 dibandingkan tahun sebelumnya.

Adapun jumlah kepesertaan BPJS pada tahun 2020 per 31 Desember 2020 peserta mencapai 222,4 Juta jiwa atau sekitar 82,33% dari total populasi Indonesia. Dilihat dari data tersebut ada penurunan tingkat kepesertaan dibandingkan pada tahun 2019. Menurut M. Iqbal Anas Ma'ruf bahwa pengurangan jumlah peserta secara keseluruhan terjadi karena pengaruh proses pemadanan data (*data cleansing*). Proses itu berlaku khususnya bagi peserta PBI dan mandiri dengan memastikan peserta mana yang perlu bantuan dan mana yang sudah mampu secara ekonomi.

Pada tahun 2021 jumlah kepesertaan kembali naik dari tahun sebelumnya per 31 Desember 2021, jumlah kepesertaan program JKN mencapai 235,7 Juta jiwa atau sekitar 86% dari jumlah total penduduk Indonesia. Dengan pertumbuhan kepesertaan BPJS Kesehatan terus berusaha meningkatkan pengelolaan dan layanan kesehatan kepada masyarakat. Hingga 31 Desember 2021, jumlah pemanfaatan pelayanan kesehatan terhadap kunjungan sakit dan kunjungan sehat sebanyak 392,9 Juta kunjungan atau sebanyak 1,1 Juta per hari serta BPJS telah bekerja sama dengan 23.608 Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan 2.810 Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKTP) atau rumah sakit.

B. Paparan Data dan Pembahasan

1. Nilai-Nilai Ekonomi Syari'ah pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan pada Prinsip *At-Ta'awun*

Pada BPJS Kesehatan, setiap peserta memiliki tanggung jawab untuk melaksanakan iuran setiap bulan. Hal ini berdasarkan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 pasal 9 ayat (3) tentang Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial disebutkan bahwa peserta yang bukan pekerja dan bukan penerima bantuan iuran (mandiri) wajib membayar dan menyetor iuran yang menjadi tanggung jawabnya kepada BPJS.

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).

Disini peranan BPJS Kesehatan adalah sebagai pemegang amanah dalam mengelola dana jaminan sosial (DJS) yang berasal dari iuran peserta tersebut. 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 (*takaful*). Dengan demikian, tidak terjadi transfer risiko (*transfer of risk* atau memindahkan risiko) dari peserta ke BPJS Kesehatan seperti pada asuransi konvensional. (Mochamad Edris, 2016)

Dalam hal ini menurut Direktur Utama BPJS Kesehatan Ali Ghufron Mukti langkah BPJS Kesehatan dalam menyelenggarakan program JKN-KIS sejak awal beroperasi telah sesuai dengan prinsip-prinsip syariah. Pertama, dana jaminan sosial (DJS) adalah dana amanat milik seluruh peserta yang dikelola BPJS Kesehatan untuk memberikan manfaat kepada peserta. Dana ini digunakan sebesar-besarnya untuk kepentingan peserta. BPJS Kesehatan tidak mengambil keuntungan karena

BPJS Kesehatan mengelolanya berdasarkan prinsip nirlaba. Kemudian, BPJS Kesehatan juga mengelola Program JKN-KIS berdasarkan prinsip gotong royong dan kebersamaan antar peserta dalam menanggung beban biaya jaminan sosial. Rasulullah Saw bersabda:

المؤمن للمؤمن كالبنيان يشد بعضه بعضاً

Artinya: “Seorang mukmin dengan mukmin lainnya (dalam satu masyarakat) seperti sebuah bangunan dimana tiap-tiap bagian dalam bangunan itu mengukuhkan bagian-bagian yang lain.” (HR. Bukhari dan Muslim)

Sesuai dengan Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 Pasal 40, BPJS Kesehatan mengelola dua jenis aset, yaitu aset Dana Jaminan Sosial (DJS) dan aset Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). BPJS Kesehatan wajib memisahkan aset DJS dan aset BPJS. Menurut Kepala Humas BPJS Kesehatan M. Iqbal Anas Ma’ruf bahwa aset DJS merupakan dana amanat milik seluruh peserta yang merupakan himpunan iuran beserta hasil pengembangannya yang dikelola oleh BPJS Kesehatan untuk pembayaran operasional penyelenggaraan program jaminan sosial.

Sedangkan aset BPJS adalah aset lembaga atau badan yang menyelenggarakan program jaminan sosial yang bersumber dari modal awal dari pemerintah, hasil pengalihan aset BPJS, dana operasional yang diambil dari DJS dan/atau sumber lain yang sah, untuk digunakan sebagai biaya operasional penyelenggaraan program jaminan sosial, biaya pengadaan barang dan jasa, biaya untuk peningkatan kapasitas pelayanan dan investasi dalam instrumen investasi. Menurut Iqbal bahwa dalam menyajikan laporan keuangan, BPJS Kesehatan menampilkan dua jenis laporan keuangan, yaitu laporan keuangan DJS dan laporan keuangan BPJS. Oleh karena itu, aset DJS dan aset BPJS Kesehatan adalah dua hal yang dikelola secara terpisah.

Sistem operasional asuransi syariah (*takaful*) adalah saling bertanggung jawab, bantu-membantu, dan saling melindungi antara para pesertanya, perusahaan asuransi syari’ah diberi kepercayaan atau amanah

oleh para peserta untuk mengelola premi, mengembangkan dengan jalan yang halal, dan memberikan santunan kepada yang mengalami musibah sesuai isi akta perjanjian. (Firdaus, 2020) 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

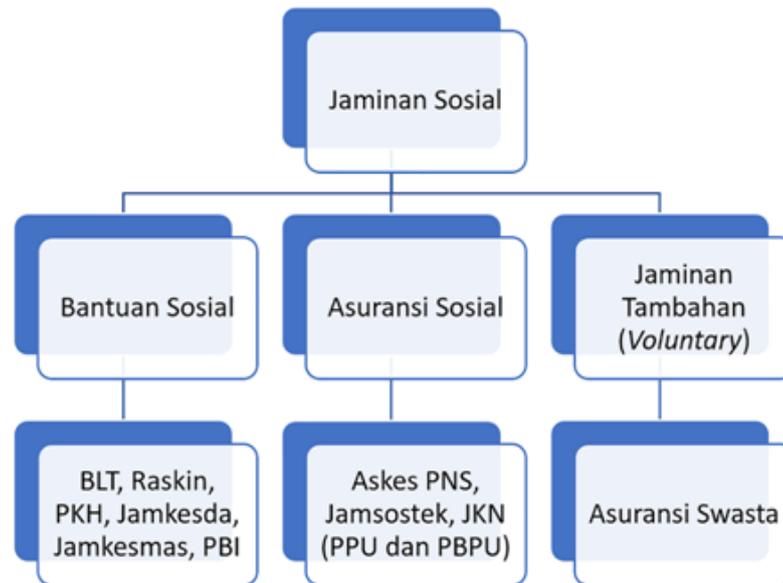
اللَّهُ شَدِيدُ الْعِقَابِ ۖ

Artiunya: “Dan tolong-menolonglah kamu dalam (mengerjakan) kebaikan dan takwa, dan jangan tolong-menolong dalam berbuat dosa dan pelanggaran. Dan bertakwalah kamu kepada Allah, sesungguhnya Allah amat berat siksa-Nya”.(QS. Al-Maidah (5): 2)

Sebagaimana firman Allah tersebut, BPJS Kesehatan dengan program JKN merupakan implemementasi 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. (Mochamad Edris, 2016)

BPJS Kesehatan merupakan asuransi sosial yang bertujuan menjamin semua orang memperoleh akses terhadap layanan kesehatan tanpa mempedulikan status ekonomi atau usia. Prinsip ini disebut sebagai keadilan sosial (*social equity/social justice*) yang menjadi falsafah hidup semua orang di dunia. Asuransi sosial memiliki fungsi redistribusi hak dan kewajiban di berbagai kelompok masyarakat seperti kaya-miskin, sehat-sakit, muda-tua, risiko rendah-risiko tinggi, sebagai wujud hakikat peradaban manusia. Namun, tidak sedikit orang awam beranggapan bahwa skema asuransi sosial adalah suatu program asuransi yang hanya ditujukan untuk masyarakat miskin atau kurang mampu. Hal ini mungkin ditenggarai oleh persepsi terhadap Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) ataupun Jaminan Kesehatan Daerah (Jamkesda). Faktanya, baik skema

Jamkesmas maupun Jamkesda merupakan bentuk dari bantuan sosial, bukan asuransi sosial. (Ery Setiawan, 2021)



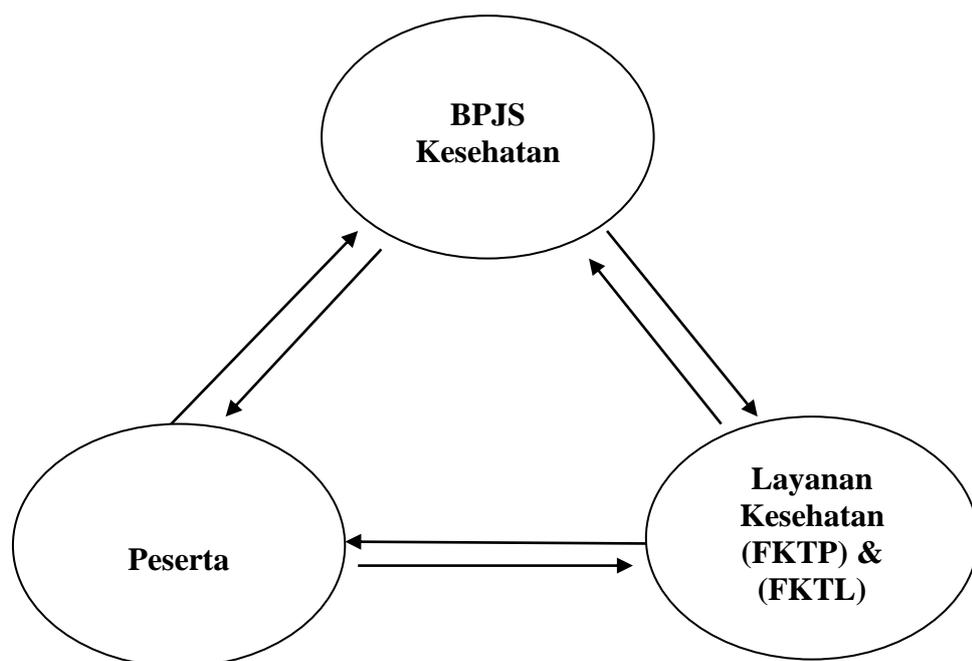
Gambar Pilar Jaminan Sosial JKN BPJS Kesehatan

Pada gambar tersebut menunjukkan secara implisit bahwa meskipun penyelenggaraan program JKN BPJS Kesehatan menurut UU No. 40 Tahun 2004 berbasis pada penyelenggaraan Asuransi Sosial, di dalamnya juga ada komponen bantuan sosial, yaitu pada cakupan kelompok penerima bantuan iuran (PBI). Salah satu perbedaan mendasar antara pilar bantuan sosial dan asuransi sosial adalah ada atau tidaknya kontribusi (iuran) dari peserta atau tertanggung dalam skema jaminan.

Dalam konteks bantuan sosial, tentu tertanggung atau penerima manfaat tidak memberikan kontribusi finansial terhadap program, lain halnya dengan peserta dalam pilar asuransi sosial. Dengan demikian, perlu dipahami bahwa peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) dalam konteks program tidak berarti tidak membayar iuran atau gratis karena secara prinsip iurannya dibayarkan oleh pemerintah. Dengan demikian, peserta PBI juga berhak mendapat manfaat kebutuhan dasar yang sama dengan

kelompok peserta yang membayar iuran secara mandiri meskipun tanggung jawabnya untuk membayar iuran telah diwakili oleh negara.

Prinsip saling bekerja sama atau saling membantu atau dalam syari'ah disebut dengan prinsip *ta'awun*, dapat dilihat implementasinya pada pembiayaan BPJS Kesehatan. Setiap peserta saling membantu dalam pembiayaan pada BPJS Kesehatan dari iuran rutin setiap bulan. BPJS Kesehatan sebagai pengelola membayarkan kepada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dengan sistem kapitasi dan Fasilitas Kesehatan Tingkat Lanjutan (FKTL) dengan sistem INA CBGs. FKTP dan FKTL sebagai pemberi layanan kesehatan kepada masyarakat yang terdaftar sebagai peserta BPJS Kesehatan. Dalam hal ini kita dapatkan skema saling tolong menolong antar peserta, BPJS Kesehatan sebagai pengelola kepada peserta, Mitra BPJS Kesehatan yaitu fasilitas kesehatan swasta maupun negara kepada Peserta dan BPJS Kesehatan. Sehingga jika iuran peserta lancar, pembiayaan BPJS Kesehatan berlangsung dengan baik serta penyedia layanan kesehatan bekerja dengan optimal maka prinsip tolong menolong (*at-ta'awun*) dapat terimplementasi dengan baik.



Skema sinergisitas dalam mengimplementasikan prinsip ta'awun

Dalam aspek ekonomi makro, program jaminan sosial nasional adalah suatu instrumen yang efektif untuk memobilisasi dana masyarakat dalam jumlah besar dan berlangsung terus menerus, yang sangat bermanfaat untuk membiayai program pembangunan dan kesejahteraan bagi masyarakat itu sendiri. Selain memberikan perlindungan melalui mekanisme asuransi kesehatan sosial, dana jaminan sosial yang terkumpul dapat menjadi sumber dana investasi yang memiliki daya ungkit besar bagi pertumbuhan ekonomi nasional. Dilihat dari aspek dana, program ini merupakan suatu gerakan tabungan nasional yang berlandaskan prinsip solidaritas sosial atau kegotong-royongan. Semakin banyaknya modal yang terhimpun, maka mutu pelayanan kesehatan dapat ditingkatkan melalui sistem terkelola (*managed care*).

BPJS Kesehatan dalam prakteknya memberikan pembiayaan kesehatan kepada masyarakat sesuai dengan prinsip *ta'awun*, dimana yang sakit membantu yang sehat. Sebagai asuransi sosial, BPJS Kesehatan berkomitmen memberikan jaminan kesehatan nasional (Program JKN). Peserta yang sakit dengan ketentuan syarat yang berlaku sejak awal perjanjian kepersertaan pada BPJS Kesehatan, akan mendapatkan layanan kesehatan secara penuh.

Dalam prinsip tolong-menolong (*ta'awun*), dana peserta diperbantukan untuk pembiayaan peserta lainnya dan setiap peserta mendapatkan hak yang sama dalam pembiayaan (ekuitas). BPJS Kesehatan yang berbasis asuransi sosial dengan program jaminan kesehatan nasional (JKN) sebagai pengelola DJS yang merupakan iuran dari peserta digunakan untuk pembiayaan peserta. Dalam hal ini masyarakat secara bersama-sama berkontribusi memberikan pertolongan semampunya untuk membantu anggota masyarakat yang sakit.

BAB V

PENUTUP

A. KESIMPULAN

Setelah menguraikan apa yang telah dikemukakan maka dapat disimpulkan terkait nilai-nilai ekonomi Syari'ah pada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan sebagai berikut:

1. Adanya prinsip *ta'awun* pada program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang diselenggarakan BPJS Kesehatan dimana setiap peserta saling tolong menolong dalam pembiayaan kesehatan bagi peserta lainnya yang sakit. Prinsip tolong menolong akan terlaksana dengan baik jika setiap peserta saling bertanggung jawab untuk tetap membayar iuran tepat waktu. Kemudian BPJS Kesehatan sebagai pengelola aset DJS dan BPJS melaksanakan tugas dan fungsi dengan optimal serta Fasilitas Kesehatan baik di tingkat pertama maupun di tingkat lanjutan (FKTP dan FKTL) memberikan layanan kesehatan kepada peserta BPJS Kesehatan dengan optimal pula.

B. SARAN

Sebagai penutup dari pembahasan yang telah dipaparkan, maka peneliti dapat memberikan saran sebagai berikut:

1. BPJS Kesehatan dalam menerapkan prinsip *ta'awun* mesti memperhatikan beberapa faktor seperti pengelolaan iuran peserta, pelayanan kesehatan terhadap peserta melalui FKTP maupun FKTL, pengontrolan terhadap kelangsungan jaminan sosial kesehatan dari FKTP maupun FKTL kepada masyarakat sehingga tidak ada unsur *fraud* (kecurangan) dalam pelaksanaan. Sehingga jaminan sosial kesehatan masyarakat dapat terpenuhi secara menyeluruh (ekuitas).

2. Peneliti berharap dengan adanya penelitian ini masyarakat mendapat informasi yang bermanfaat terkait nilai-nilai ekonomi syari'ah pada BPJS Kesehatan dan akan ada penelitian lainnya yang dapat menyempurnakan dan melengkapi bahasan dari penelitian ini.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahmad Izzan, Syahril Tanjung. (2006). *Referensi Ekonomi Syariah Ayat-ayat Al-Qur'an yang Berdimensi Ekonomi*. Bandung: PT. Remaja Rosdakarya Offset.
- Abu Ishaq al-Syatibi. (1997). *Al-Muwafaqat*. Beirut: Darul Ma'rifah.
- Ali, Hasan. (2005). *Asuransi Dalam Prespektif Hukum Islam Suatu Tinjauan Analisis Historis, Teoritis & Praktis*. Jakarta: Kencana.
- Andriansyah, Fahmi. (2017). *Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Prespektif Hukum Perjanjian Islam*. Skripsi, UIN Sunan Kalijaga, Yogyakarta.
- Anwar, Syamsul. (2010). *Hukum Perjanjian Syariah, Studi Tentang Teori Akad Dalam Fikih Muamalat*. Jakarta: Rajawali Press.
- Arikunto Suharsimi. (2007). *Prosedur Penelitian: Suatu Pendekatan Praktik*. Jakarta: PT. Rineka Cipta.
- Azwar, A. (1996). *Pengantar Administrasi Kesehatan, Sistem Kesehatan*. Jakarta: PT Binarupa Aksara.
- Basyir, Azhar Basyir. (2000). *Asas-Asas Hukum Muamalat*. Yogyakarta: UII Press.
- Billah, Mohd.Ma'sum. (2010). *Kontekstualisasi Takaful Dalam Asuransi Modern, Tinjauan Hukum dan Praktik*. Alih Bahasa Suparto. Selangor: Sweet & Maxwell Asia.
- Burhan Bungin. (2015). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Jakarta: Raja Grafindo Persada.
- Chaudhry, M.S. (2012). *Fundamental Of Islamic Economic System (Sistem Ekonomi Islam, Prinsip Dasar)*. Alih Bahasa Suherman Rosyidi. Jakarta: Kencana Prenada Media Group.

- Departemen Agama Republik Indonesia. (2012). *Al-Qur'an al-Karim dan Terjemahan Bahasa Indonesia*. Surabaya Publishing.
- Desmadi Saharuddin. (2010). *Aplikasi claim Settlement Pada Asuransi syariah*, Disertasi, Sekolah Pascasajana Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah, Jakarta.
- Dewi, Gemala. (2004). *Aspek-Aspek Hukum Dalam Perbankan dan Perasuransian Syariah di Indonesia*. Jakarta: Kencana.
- Dzajuli dan Janwari Yadi. (2002). *Lembaga-Lembaga Perekonomian Umat (Sebuah Pengenalan)*. Jakarta: PT Raja Grafindo Persada.
- Firdaus. (2020). *Tinjauan Prinsip Syariah Dalam Mekanisme Pengelolaan Dana BPJS Kesehatan*. Skripsi, Universitas Islam Negeri Syarif Hidayatullah, Jakarta.
- Firdaus, Kekeu K & Wondabio, Ludovicus S. (2019). *Analisis Iuran dan Beban Kesehatan Dalam Rangka Evaluasi Program Jaminan Kesehatan: Studi Kasus pada BPJS Kesehatan*. Jurnal ASET (Akuntansi Riset), 11 (1): 147-158.
- Ganie, Junaedy. (2013). *Hukum Asuransi Indonesia*. Jakarta: Sinar Grafika.
- Ghazaly, Abdul Rahman, Ghufron Ihsan, Sapiudin Shidiq. (2010). *Fiqh Muamalat*. Jakarta: Kencana Perdana Media Grup.
- Hadist Muslim, Imam, Sahih Muslim. (2011). *Kitab Fada'i As-Sahabah Radiyaallah Ta'ala 'Anhum*. Beirut: Dar al-Kutub al-Ilmiyyah.
- Hasbullah Thabrany, dkk. (2021). *Statistik JKN 2015-2019: Fakta dan Data Capaian Program Jaminan Kesehatan Nasional*. Jakarta: Dewan Jaminan Sosial Nasional.
- Indira Kartini. (2016). *Badan Penyelenggara Jaminan Kesehatan Perspektif Hukum Islam*. Tesis, UIN Sunan Kalijaga, Yogyakarta.
- Itang. (2015). *BPJS Kesehatan Dalam Perspektif Ekonomi Syariah*. Jurnal Ahkam. 15 (2): 153-162.

- Moelong, L, J. (2010). *Metodologi Penelitian Kualitatif*. Bandung: Remaja Rosda Karya.
- Mochamad Edris dkk. (2016). *Analisis Operasional BPJS Kesehatan Terhadap Prinsip Ekonomi Syariah*. Surakarta: University Research Colloquium, 2016.
- Muna, R. (2015). *Fatwa DSN No. 21/DSN-MUI/X/2001 tentang Pedoman Umum Asuransi Syari'ah*. <http://www.mui.or.id>. Diakses pada tanggal 13 Juli 2020.
- Murti, Bhisma. (2000). *Dasar-dasar Asuransi Kesehatan*. Yogyakarta: Khanisius.
- Muslehuddin, Mohammad. (2005). *Asuransi Dalam Islam*. Jakarta: Bumi aksara.
- Nawasi, Ismail. (2009). *Ekonomi Kelembagaan Syariah*. Surabaya: CV. Putra Media Nusantara.
- Prodjodikoro, Wirdjono. (1986). *Hukum Asuransi di Indonesia*. Jakarta: PT Intermasa.
- Setyawan Budi. (2018). *Health Financing System*. ICI Journals, 2 (4): 57-70.
- Setiawan Ery, dkk. (2021). *Pembiayaan Kesehatan Concept and Best Practice: Seri Ekonomi Kesehatan II*. Jakarta: PPIK Kementerian Kesehatan Republik Indonesia.
- Sumadji P, Yudha Pratama dan Rosita. (2006). *Kamus Lengkap Ekonomi*. Semarang: Wipress.
- Suma, Muhammad Amin. (2020). *Asuransi Syariah di Indonesia*. Jakarta: Amzah.
- Soepomo, Imam. (1981). *Hukum Perburuhan Bidang Kesehatan Kerja*. Jakarta: Pradaya Paramitha.
- Sugiyono. (2011). *Metode Penelitian Kuantitatif, Kualitatif, dan Kombinasi (Mixed Methods)*. Bandung: Alfabeta.

- Suharto, Edi (2013). *Kemiskinan dan Perlindungan Sosial di Indonesia*. Bandung: Alfabeta.
- Sula, Muhammad Syakir. (2004). *Asuransi Syariah (Life and General) Konsep dan Sistem Operasional*. Jakarta: Gema Insani.
- Sula, Muhammad Syakir. (2016). *Principles of Islamic Insurance (Life, General and Social Insurance)*. Depok: Syakirsula Institute.
- Supardiono. (2009). *Tanggung Jawab Negara dalam Memenuhi Hak Jaminan Sosial Rakyat (Prespektif Hukum Islam dan UU No.40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional)*. Tesis, UIN Sunan Kalijaga Yogyakarta.
- Syahatah, Husain. (2006). *Asuransi Dalam Prespektif Syariah*. Jakarta: Amzah.
- Fatwa Dewan Syariah Nasional No: 51/DSNMUI/III/2006 Tentang *Akad Mudharabah Musytarakah Pada Asuransi Syariah*.
- Undang-undang Nomor 2 Tahun 1992 tentang *Usaha Perasuransian*.
- Undang-undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang *Badan Penyelenggara Jaminan Sosial*.
- Undang-undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang *Sistem Jaminan Sosial Nasional*.
- Peraturan Menteri Keuangan Nomor 18/PMK.010/2010 Tentang *Penerapan Prinsip Dasar Penyelenggaraan Usaha Asuransi Dan Usaha Reasuransi dengan Prinsip Syari'ah*.
- Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2016 tentang Perubahan Kedua Atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan PP No. 111 Tahun 2013 tentang Jaminan Kesehatan.
- Admin. (2016). *JKN, Apa Bedanya dengan BPJS Kesehatan*. <https://dinsos.bulelengkab.go.id/informasi/detail/artikel/jkn-apa-bedanya-dengan-bpjs-kesehatan-91>. Diakses pada tanggal 05 Juli 2022.

- Admin. (2021). *Prinsip Dasar Asuransi Syariah*.
<https://www.jasindosyariah.co.id/blog/edukasi/prinsip-dasar-asuransi-syariah#> Diakses pada tanggal 01 Juni 2022.
- Admin. (2021). *Jaminan Kesehatan*. <https://www.djsn.go.id/sjsn/program-sjsn/jaminan-kesehatan>. Diakses pada tgl 05 Juli 2022.
- Al-Hafiz. K. (2015). PBNU: Akad BPJS Sudah Sesuai Syariat Islam.
<http://www.nu.or.id/post/read/61184/pbnu-akad-bpjs-sudah-sesuai-syariat-islam>. Diakses tanggal 10 Juni 2020.
- <https://www.hukumonline.com/pusatdata/detail/412/undangundang-nomor-23-tahun-1992>. Diakses 15 Juni 2020.
- <https://www.iac.or.id/id/perbedaan-jkn-bpjs-kis-dan-hubungannya-dengan-uhc/>.
 Diakses pada tanggal 05 Juli 2022.
- Humas. (2020). *Struktur Organisasi*. <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/pages/detail/2010/3>. Diakses pada tanggal 29 Mei 2022.
- Humas. (2020). *Sejarah Perjalanan Jaminan Sosial di Indonesia*.
<https://www.bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/index.php/pages/detail/2013/4>.
 Diakses pada tanggal 29 Mei 2022.
- Humas. (2019). *BPJS Kesehatan Bahas Model dan Sistem Pembiayaan Faskes di IHEA Congress*. <https://www.bpjs-kesehatan.go.id>. Diakses pada tanggal 30 Mei 2022.
- Humas. (2022). *Dirut BPJS Kesehatan: Prinsip Pelaksanaan Program JKN-KIS Sudah Sesuai Syariah*. <https://www.bpjs-kesehatan.go.id/>. Diakses pada tanggal 01 Juni 2022.
- Humas. (2020). *Ini Peran BPJS Kesehatan Dalam Penanganan Covid-19*.
<https://www.bpjs-kesehatan.go.id/>. Diakses pada tanggal 08 Juni 2020.
- Humas. (2021). *Kunci Capai UHC: Komitmen Pemerintah Lindungi Penduduk*.
<https://bpjs-kesehatan.go.id/bpjs/post/read/2021/2128/Kunci-Capai-UHC->

- Komitmen-Pemerintah-Lindungi-Penduduk. Diakses pada tanggal 05 Juli 2022.
- Humas. (2021). Kaleidoskop BPJS Kesehatan 2021: Menutup Tahun dengan Kinerja Gemilang <https://bpjs-kesehatan.go.id>. Diakses pada tanggal 05 Juli 2022.
- Intan, Novita. (2019). BPJS Kesehatan Optimalkan Prinsip Syariah. <https://www.republika.co.id/berita/pnl0wp383/bpjs-kesehatan-optimalkan-prinsip-syariah>. Diakses pada tanggal 05 Juli 2022.
- Irfan Syauqi Beik. (2020). *Mana yang Benar: Ekonomi Islam atau Ekonomi Syariah*. <https://republika.co.id/berita/qc96x7440/mana-yang-benar-ekonomi-islam-atau-ekonomi-syariah>. Diakses tanggal 22 Maret 2022.
- Izatifiqa, Inkana. (2022). Dirut: 80-90% Pasien di Rumah Sakit Adalah Peserta BPJS Kesehatan <https://health.detik.com/berita-detikhealth/d-6163981/dirut-80-90-pasien-di-rumah-sakit-adalah-peserta-bpjs-kesehatan>. Diakses pada tanggal 07 Juli 2022.
- Kompas.com. (2019). *Mengenal Asuransi Syariah*. <https://money.kompas.com/read/2019/05/14/121200326/mengenal-asuransi-syariah?page=all>. Diakses pada tanggal 12 April 2020.
- Pangestu, Wibi. (2021). Jumlah Peserta BPJS Kesehatan Merosot 1,64 Juta Orang, Kenapa Ya? <https://finansial.bisnis.com/read/20210113/215/1342316/jumlah-peserta-bpjs-kesehatan-merosot-164-juta-orang-kenapa-ya>. Diakses pada tanggal 07 Juli 2022.
- Putra, Dwitya. (2022). Begini Rapor Biru BPJS Kesehatan Sepanjang 2021 <https://www.cnbcindonesia.com/news/20220705214556-4-353224/begini-rapor-biru-bpjs-kesehatan-sepanjang-2021>. Diakses pada tanggal 07 Juli 2022.
- Vina. (2014). *JKN Adalah Model Baru Pelayanan Kesehatan Indonesia*. <https://www.djkn.kemenkeu.go.id/berita/baca/5070/JKN-adalah-Model->

Baru-Pelayanan-Kesehatan-Indonesia.html. Diakses pada tanggal 05 Juli 2022.

World Health Organization. (2010). *The World Health Report Health Systems Financing: The Path to Universal Coverage*. Available: <http://www.who.int/whr/en/index.html>. Diakses tanggal 14 April 2022.

WHO 2009, *Health Financing Strategy for the Asia Pacific Region (2010-2015)*, <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/205221/B4437.pdf>. Diakses tanggal 17 Mei 2022.

Widyawati. (2021). *Pemerintah Upayakan Universal Health Coverage Bagi Masyarakat Indonesia*. <https://sehatnegeriku.kemkes.go.id/baca/umum/20201212/0135971/pemerintah-upayakan-universal-health-coverage-bagi-masyarakat-indonesia/>. Diakses pada tanggal 05 Juli 2022.

Zain, Ahmad. (2015). *Hukum Badan Penyelenggaraan Jaminan Sosial (BPJS)*. <https://www.panjimas.com/kajian/2015/06/14/ini-tinjauan-hukum-syariat-islam-tentang-bpjs/>. Diakses tanggal 15 Juni 2020.