BAB V

HASIL ANALISIS DATA

5.1 Analisis Fatwa Dewan Syariah Nasional No:98/-DSN-MUI/XII/2015 tentang Pedoman Penyelenggaraan Jaminan Sosial Kesehatan Syariah terhadap BPJS Kesehatan

5.1.1 Sistem Akad

Undang-Undang hanya mengatur tata cara pendaftaran pada BPJS Kesehatan. Seperti yang tertulis dalam UU No. 24 Tahun 2011 Tentang BPJS Pasal 16 Ayat :

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

Saat mendaftarkan diri untuk mengikuti program BPJS Kesehatan dengan memenuhi persyaratan dianggap telah menyetujui segala ketentuan

yang berlaku. Kemudian jika hal ini dilihat dari kaca mata Islam, dapat ditemukan hal-hal yang dapat menyesatkan masyarakat, adanya ketidakpastian (*gharar*) yang awam terhadap undang-undang dan aturan Islam dalam hal akad.

Dalam upaya menghindari *gharar*, pada setiap kontrak asuransi syariah harus dibuat se jelas mungkin dan sepenuhnya terbuka. Keterbukaan itu dapat diterapkan pada dua sisi, yaitu baik pada pokok permasalahan maupun pada ketentuan kontrak. Tidak diperbolehkan terdapat elemen yang tidak jelas dalam pokok permasalahan ruang lingkup kontrak itu sendiri. *Maysir* (perjudian) timbul karena *gharar*. Peserta (tertanggung) mungkin memiliki kepentingan yang dipertanggungkan, tetapi apabila perpindahan resiko berisikan elemen-elemen spekulasi, maka tidak diperkenankan pada asuransi sosial dalam Islam.

Berdasarkan hal tersebut, jika yang menjadi penanggung dan tertanggung adalah sesama peserta, maka dalam hal ini yang terjadi adalah akad *tabarru'* (hibah/tolong menolong) sesuai dengan fatwa DSN No.98/-DSN-MUI/XII/2015 Tentang Pedoman Penyelenggara Jaminan Kesehatan Nasional Syariah. Namun, hal yang tidak sesuai dengan hibah sendiri dalam BPJS adalah tidak jelasnya pemilihan oleh peserta untuk memilih menggunakan akad *tabarru'* atau hibah yang dana seluruhnya untuk kepentingan peserta lain, tanpa mengharapkan kembali harta hibah itu atau memang diniatkan untuk kepentingan pribadi peserta, yakni dalam akad *tabarru'* (hibah), peserta memberikan hibah yang akan digunakan untuk

menolong peserta lain yang terkena musibah. Sedangkan perusahaan bertindak sebagai pengelola dana hibah dan jika yang menjadi penanggung dan bertanggung adalah BPJS dan peserta, maka ini menyalahi prinsip dari BPJS Kesehatan yaitu gotong-royong dan juga BPJS Kesehatan menjanjikan suatu hal yang tidak pasti (pelayanan kesehatan) kepada masyarakat yang belum tentu akan sakit atau tidak (*gharar*). Seperti yang dijelaskan pada hadis Bukhari dan Muslim :

“Setiap amalan itu hanyalah tergantung niatnya. Dan seseorang akan mendapat ganjaran sesuai dengan apa yang diniatkannya”. (HR. Bukhari & Muslim dari Umar bin Khattab).

Berdasarkan hal ini, penulis menyimpulkan bahwa BPJS Kesehatan belum jelas akadnya, selain poin pertama pada fatwa DSN No.98/DSN-MUI/XII/2015, disebutkan pada ketentuan akad dan personalia hukum jenis akad yang digunakan, yaitu :

1. Akad antara Peserta-Individu dengan Peserta-Kolektif yang diwakili BPJS Kesehatan adalah akad hibah dalam rangka saling menolong sesama peserta (*ta'awun*).
2. Akad antara Pemerintah dengan Peserta-Individu Bantuan Iuran (PBI) adalah akad hibah, yang diserahkan kepada BPJS Kesehatan sebagai wakil dari Peserta-Kolektif;
3. Akad antara Peserta-Kolektif dengan BPJS Kesehatan adalah akad wakalah atau akad wakalah bil ujah;
4. Akad wakalah atau wakalah bil ujah sebagaimana dimaksud pada

angka 3 dapat mencakup pemberian kuasa untuk:

- a. Kegiatan administrasi
- b. Pengelolaan portofolio risiko
- c. Investasi/Pengembangan DJS
- d. Pembayaran klaim (dari BPJS ke Faskes) dan
- e. Pemasaran (promosi) / sosialisasi

5. Akad antara BPJS Kesehatan dengan pihak lain dalam rangka pengembangan Dana Jaminan Sosial Kesehatan adalah akad *mu'awadhat*, baik dalam bentuk jual-beli, ijarah, maupun akad yang berbasis bagi hasil;
6. Akad antara Pemerintah dengan BPJS Kesehatan sebagai wakil Peserta Kolektif adalah akad hibah untuk menanggulangi Dana Jaminan Sosial Kesehatan yang bernilai negatif; atau akad *qard* apabila pemerintah belum memiliki anggaran khusus;
7. Akad antara BPJS Kesehatan dengan Peserta-Kolektif adalah akad *kafalah* atau akad *qardh* untuk menanggulangi Dana Jaminan Sosial Kesehatan yang bernilai negatif;
8. Akad antara BPJS Kesehatan dengan Peserta-Kolektif adalah akad *kafalah* atau akad *qardh* untuk menanggulangi kesulitan likuiditas asset Dana Jaminan Sosial Kesehatan;
9. Akad antara Pemerintah dengan BPJS Kesehatan sebagai wakil peserta-kolektif adalah akad *kafalah* atau *qardh* dalam hal BPJS

10. Kesehatan tidak dapat memberikan talangan, atau dapat memberikan talangan namun tidak mencukupi untuk menanggulangi kesulitan likuiditas aset Dana Jaminan Kesehatan;
11. Akad antara BPJS Kesehatan dengan Faskes adalah akad ijarah.

5.1.2 Sistem Pembayaran Premi

Dalam hal pembayaran premi pada BPJS Kesehatan, terdapat pilihan pembayaran iuran dilihat dari tingkat kelas yaitu kelas 1, kelas 2 dan kelas 3 tergantung dari besar kecilnya iuran bulanan yang dibayar berdasarkan Peraturan Presiden Nomor 19 Tahun 2016 Tentang Perubahan Kedua atas Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan.

- 1) Iuran bagi Peserta Pekerja Penerima Upah yang bekerja pada Lembaga Pemerintahan terdiri dari Pegawai Negeri Sipil, anggota TNI, anggota Polri, pejabat negara, dan pegawai pemerintah non pegawai negeri sebesar 5% dari Gaji atau Upah per bulan dengan ketentuan: 3% dibayar oleh pemberi kerja dan 2% dibayar oleh peserta.
- 2) Iuran bagi Peserta Pekerja Penerima Upah yang bekerja di BUMN, BUMD dan Swasta sebesar 5% dari Gaji atau Upah per bulan dengan ketentuan : 4% dibayar oleh Pemberi Kerja dan 1% dibayar oleh Peserta.

- 3) Untuk iuran peserta BPJS mandiri atau peserta BPJS Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPJU) adalah sebagai berikut :
- a) Sebesar Rp. 42.500,- (empat puluh dua ribu lima ratus rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas III. Pemerintah tetap memberikan bantuan iuran sebesar Rp. 7.000, sehingga iuran BPJS Kesehatan kelas III yaitu sebesar Rp. 35.500 (tiga puluh lima ribu rupiah).
 - b) Sebesar Rp. 100.000,- (seratus ribu rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas II.
 - c) Sebesar Rp.150.000,- (seratus lima puluh ribu rupiah) per orang per bulan dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan Kelas I.
 - d) Iuran Jaminan Kesehatan bagi Veteran, Perintis Kemerdekaan, dan janda, duda, atau anak yatim piatu dari Veteran atau Perintis Kemerdekaan, iurannya ditetapkan sebesar 5% (lima persen) dari 45% (empat puluh lima persen) gaji pokok Pegawai Negeri Sipil golongan ruang III/a dengan masa kerja 14 (empat belas) tahun per bulan, dibayar oleh Pemerintah.

Berdasarkan pemahaman penulis, secara sosial sistem iuran BPJS Kesehatan berdasarkan asas gotong royong. Namun, jika dilihat dari aturan syariah penulis menemukan ketidaksesuaian dari adanya tingkat kelas dimana secara jelas membuat masyarakat berbeda sesuai dengan pilihan premi yang dibayarkan. Hal ini tidak sesuai pada fatwa DSN No.98-DSN-MUI/XII/2015 pada ketentuan iuran dan layanan pada poin ketiga, BPJS

Kesehatan sebagai wakil Peserta-Kolektif wajib bertanggungjawab untuk mengupayakan agar besaran pembayaran imbalan dan membayarnya kepada fasilitas layanan kesehatan (Faskes) melalui sistem yang adil dan transparan.

5.1.3 Sistem Pencairan Klaim

Menurut Peraturan Menteri Kesehatan No. 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional menjelaskan mekanisme pencairan klaim oleh pihak BPJS pelaksanaan jaminan kesehatan, klaim pembayaran tidak dibayarkan oleh pemerintah, tetapi diserahkan pada pihak BPJS Kesehatan. Dokumen klaim akan diverifikasi oleh verifikator BPJS Kesehatan. Apabila pihak verifikator BPJS Kesehatan menyetujui maka klaim akan diganti oleh pihak BPJS Kesehatan, jika tidak disetujui maka klaim akan dikembalikan ke pihak rumah sakit. Pencairan dana yang diteruskan ke rumah sakit yang bersangkutan dan bukan ke rekening dari pasien atau peserta dari asuransi BPJS. Meskipun begitu, nantinya pasien atau peserta dari BPJS Kesehatan ini akan mendapatkan dana untuk penggantian biaya dari rumah sakit tersebut. Untuk bisa mengajukan klaim pada asuransi BPJS Kesehatan, maka pasien akan diminta untuk melengkapi beberapa dokumen yang menunjukkan keanggotaan pada asuransi BPJS Kesehatan.

Dari penjabaran diatas, terlihat bahwa untuk mengajukan klaim hanya dibutuhkan beberapa dokumen, tetapi melalui penelitian-penelitian terdahulu yang penulis analisis, banyak peserta yang mengeluhkan

mekanisme dari pencairan klaim ini. Padahal, peserta telah menjalankan ketentuan sesuai dengan aturannya agar BPJS Kesehatan memberikan hak yang merupakan programnya dalam menjalankan kegiatan asuransi tersebut.

Hal ini pun tidak dijalankan oleh BPJS Kesehatan sesuai dengan fatwa DSN No. 98-DSN-MUI/XII/2015, dimana pada ketentuan iuran dan layanan pada poin pertama, BPJS Kesehatan harus memberikan kemudahan bagi semua peserta BPJS di seluruh wilayah Indonesia untuk mendapatkan pekayaan yang baik sesuai dengan hak mereka.

5.1.4 Sistem Kualitas Pelayanan

Dari beberapa penelitian terdahulu mengenai kualitas pelayanan BPJS Kesehatan yang penulis cermati, dapat dipahami bahwa BPJS Kesehatan membuat solusi mengatasi kendala dalam pelayanan yakni dengan menerima semua komplain dan keluhan dari peserta sehingga akhirnya keluhan tersebut dievaluasi kembali oleh BPJS Kesehatan.

Namun, persepsi peserta terkait pelayanan medis yang diberikan oleh pihak rumah sakit dianggap belum memuaskan. Hal tersebut dapat dilihat dari pelayanan medis yang diberikan kepada peserta yang dilakukan oleh salah satunya dokter spesialis yang belum sesuai dengan jenis penyakit, keramahan dokter, kesigapan dokter, serta kemampuan dokter dalam memberikan pelayanan medis yang belum memuaskan. Lalu persepsi pelayanan keperawatan yang diberikan oleh pihak rumah sakit dianggap berbelit-belit. Hal tersebut dapat dilihat dari pelayanan

keperawatan yang belum sesuai, seperti keramahan perawat, kesigapan perawat ketika dibutuhkan serta kemampuan perawat dalam memberikan pelayanan keperawatan sangat minim. Persepsi selanjutnya yaitu terkait pelayanan rujukan yang diberikan oleh pihak rumah sakit juga dianggap belum sesuai. Peserta merasa dipersulit dalam memperoleh pelayanan kesehatan di rumah sakit sebagai pasien rujukan. Tidak adanya kontras pelayanan yang diberikan antara pasien rujukan maupun pasien gawat darurat.

Faktor yang menjadi kendala dalam pelayanan adalah banyaknya terjadi penunggakan pembayaran iuran, karena banyak peserta BPJS mengeluhkan pembayaran biaya pengobatan yang tak ditanggung sepenuhnya oleh BPJS. Peserta menilai, sesuai dengan Pasal 2 Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011, BPJS seharusnya menyelenggarakan sistem jaminan sosial berdasar asas kemanusiaan, manfaat dan keadilan sosial bagi semua rakyat Indonesia mendesak pemerintah segera memperbaiki sistem dan pelaksanaan BPJS Kesehatan.

Peserta juga berpendapat bahwa pemerintah harus memperhatikan pelayanan bagi masyarakat, agar pelayanan kesehatan yang layak dapat segera terpenuhi, dengan pola iuran yang wajib disetorkan peserta setiap bulannya lalu pihak BPJS akan memberikan pembiayaan kesehatan kepada peserta menandakan bahwa sejatinya diantara peserta terjadi ikatan saling menanggung.

Berdasarkan hal ini, sesuai dengan fatwa DSN No.98/DSN-MUI/XII/2015 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Jaminan Sosial Kesehatan Syariah, penulis menyimpulkan belum sesuai kualitas pelayanan oleh BPJS Kesehatan, dilihat dari ketentuan iuran dan layanan poin keempat, BPJS Kesehatan wajib menunaikan kewajibannya dengan baik kepada Faskes sesuai perjanjian dan poin kelima, Faskes wajib memberikan layanan kesehatan kepada Peserta-Individu sesuai prinsip-prinsip syariah serta peraturan perundang-undangan yang berlaku; wajib menolong pasien dan dilarang menolak dan/atau mengabaikannya.

5.1.5 Sistem Denda/ Sanksi

Dikutip dari BPJS Kesehatan, sistem denda/sanksi adalah sebagai berikut :

- 1) Dalam hal keterlambatan pembayaran iuran Jaminan Kesehatan lebih dari 1 (satu) bulan sejak tanggal 10, penjamin peserta diberhentikan sementara.
- 2) Pemberhentian sementara penjamin peserta berakhir dan kepesertaan kembali aktif apabila peserta membayar iuran tertunggak paling banyak untuk waktu 12 bulan.
- 3) Dalam waktu 45 hari sejak status kepesertaan aktif kembali, peserta wajib membayar denda kepada BPJS Kesehatan untuk setiap pelayanan kesehatan rawat inap.

- 4) Denda sebagaimana yang dimaksud adalah sebesar 2,5% (dua koma lima persen) dari setiap biaya pelayanan kesehatan untuk setiap bulan tertunggak, dengan ketentuan :
- Jumlah bulan tertunggak paling banyak 12 bulan
 - Besar denda paling tinggi Rp. 30.000.000

BPJS kesehatan telah memberlakukan peraturan baru pada 1 Juli 2016 mengenai peserta yang menunggak bayar iuran dan denda yang dulunya status akan dinonaktifkan jika terlambat 3 bulan dan dikenakan denda sebesar 2% per bulan telah dihapuskan dan telah dibentuk regulasi baru yang diatur dalam Perpres No. 19 Tahun 2016 Tentang Perubahan Kedua Atas Perpres No. 12 Tahun 2013. Peraturan yang baru yakni terdapat dalam Perpres No. 19 Tahun 2016 Tentang Perubahan Kedua Atas Perpres No. 12 tahun 2013 Tentang Jaminan Kesehatan. Aturan baru tersebut mengatur jika peserta menunggak membayar iuran 1 bulan, maka statusnya akan langsung dinonaktifkan secara otomatis oleh sistem. Untuk mengaktifkannya maka peserta harus membayar iuran tertunggaknya terlebih dahulu. Kini peserta tidak dikenakan denda keterlambatan, namun peserta akan dikenakan denda jika dalam 45 hari sejak kartu BPJS diaktifkan kembali menggunakan kartu BPJS nya yang menjalani rawat inap. Dendanya berupa membayar biaya pengobatan sebesar 2,5% dikali biaya rawat inap dan dikalikan lagi dengan jumlah bulan yang ditunggak. Setiap iuran yang dibayarkan peserta BPJS Kesehatan digunakan untuk membiayai peserta yang sedang sakit, dan membutuhkan pertolongan.

Berdasarkan hal ini, penulis menyimpulkan ketidaksesuaian pada sistem sanksi/denda ini terdapat pada pengalokasian uang denda para peserta yang dibayarkan, disini tidak ada kejelasan oleh BPJS Kesehatan apakah uang denda tersebut dipisahkan atau tidak dengan dana tabarru' dan apakah uang denda tersebut masuk ke rekening bank konvensional. Hal ini tentu tidak sesuai dengan fatwa DSN No.98/DSN-MUI/XII/2015 pada ketentuan sanksi poin pertama bagian d). dana sanksi (*ta'zir*) wajib diakumulasikan ke dalam dana jaminan sosial.

5.1.6 Sistem Pengelolaan Dana

Salah satu prinsip Sistem Jaminan Sosial Nasional, sebagaimana tercantum dalam Undang-undang No 40 Tahun 2004, adalah prinsip dana amanat. Pengelolaan Dana Jaminan Sosial, baik dalam bentuk dana operasional maupun dana investasi, diselenggarakan dengan mempertimbangkan aspek likuiditas, solvabilitas, kehati-hatian, keamanan dana dan hasil memadai. Pengelolaan dana dilaksanakan melalui suatu mekanisme yang merupakan kombinasi proses dan struktur, untuk menginformasikan, mengarahkan, mengelola dan memantau kegiatan organisasi dalam rangka mencapai tata kelola organisasi yang baik, yang mana hasil pengelolaan dana tersebut dipergunakan seluruhnya untuk pengembangan program dan sebesar-besarnya kepentingan peserta. Pengelolaan Dana Jaminan Sosial dan aset BPJS Kesehatan diatur dalam Peraturan Pemerintah Nomor 87 Tahun 2013 tentang Pengelolaan

Aset Jaminan Sosial Kesehatan (sebagai penjelasan UU Nomor 24 Tahun 2011).

Lalu untuk premi per bulan yang dibayarkan oleh peserta BPJS Kesehatan yaitu melalui bank konvensional seperti, BRI, BCA, BNI, Mandiri dan BTN. Dalam hal ini, dana keluar masuk atau dana yang diinvestasikan dan dikelola oleh BPJS Kesehatan menggunakan bank konvensional. Di sinilah letak ketidaksesuaiannya, pada fatwa DSN No.98/DSN-MUI/XII/2015 ketentuan penampatan dan pengembangan dana jaminan sosial pada poin pertama disebutkan, BPJS Kesehatan wajib memiliki rekening penampungan DJS pada bank syariah.

5.2 Analisis penerapan BPJS Kesehatan berdasarkan fatwa DSN No.98/DSN-MUI/XII/2015 Tentang Pedoman Penyelenggaraan Jaminan Sosial Kesehatan Syariah dalam Perspektif Ekonomi Islam

Berdasarkan tiga prinsip utama asuransi syariah yang telah penulis kemukakan pada landasan teori, yaitu: saling bertanggung jawab, saling bekerja sama atau saling membantu dan saling melindungi penderitanya satu sama lainnya. Islam mengajarkan bahwa sesama manusia harus memiliki tanggung jawab untuk saling membantu satu sama lain. Hal ini pun diterapkan dalam pelaksanaan jaminan asuransi kesehatan di BPJS Kesehatan, terlihat dalam prinsip yang dianutnya pun kegotongroyongan yang mana para peserta BPJS Kesehatan membayar iuran dengan akad

hibah, yang akan digunakan untuk menolong peserta lain yang terkena musibah, sedangkan BPJS Kesehatan bertindak sebagai pengelola dana hibah. Meskipun pada dasarnya tidak semua peserta BPJS Kesehatan menyadari bahwa uang yang dibayarkan akan diputar untuk pembiayaan peserta BPJS Kesehatan lainnya.

Berdasarkan hal ini, BPJS Kesehatan telah melaksanakan atau menerapkan akad sesuai dengan isi fatwa yaitu akad *tabarru' ta'awun* dan telah memenuhi unsur *'aqidain*. Akan tetapi masih belum ada istilah atau penamaan akad-akad syariah sehingga BPJS Kesehatan dinilai masih belum sesuai dengan ketentuan akadnya.

Di dalam khazanah pemikiran Islam, khususnya terkait dengan sistem perekonomian Islam, dapat dipahami dengan mudah bahwa konsep jaminan dalam Islam adalah negara berkewajiban untuk memenuhi segala kebutuhan dasar tiap individu serta regulasi untuk mencapai kesejahteraan warganya (Antonio, 1994).

Terkait pembahasan tentang *maqashid syariah* tidaklah hanya sebagai pemuas nalar, tetapi juga memiliki tujuan praktis bagi iklim pemikiran dan kehidupan sosial umat Islam saat ini. Sebab, tujuannya adalah membantu umat Islam dalam memberikan aturan atau undang-undang terhadap berbagai kepentingan dan kemaslahatan yang ada, ketika munculnya berbagai kasus yang baru dan kompleks. Selain itu, untuk memutuskan satu pendapat hukum ketika terjadi perbedaan pandangan, Imam Al-Ghazali mengatakan bahwa, penjagaan terhadap maksud dan

tujuan syariah adalah upaya mendasar untuk bertahan hidup, menahan faktor kerusakan dan mendorong terjadinya kesejahteraan (Ismanto, 2016).

Tujuan penetapan hukum atau yang sering dikenal dengan istilah *maqashid syariah* merupakan salah satu konsep penting dalam kajian hukum Islam. Karena begitu pentingnya *maqashid syariah* tersebut, para ahli teori hukum menjadikan *maqashid syariah* sebagai sesuatu yang harus dipahami oleh *mujtahid* yang melakukan *ijtihad*. Adapun inti dari teori *maqashid syariah* adalah untuk mewujudkan kebaikan sekaligus menghindari keburukan, atau menarik manfaat dan menolak *mudharat*.

Penulis mengambil kesimpulan bahwa penerapan BPJS Kesehatan belum sesuai dalam perspektif *maqashid syariah* jika dikaitkan dengan salah satu perlindungan yaitu perlindungan terhadap jiwa (*hifz al-nafs*), karena Islam telah mensyariatkan atau mengatur hak-hak asasi manusia secara mendalam.

Fauzia dan Riyadi (2014) mengatakan bahwa Islam mengatur hak hidup dengan segala macam jaminan yang cukup untuk menjaga hak tersebut. Islam membentuk masyarakatnya diatas fondasi dan dasar yang menguatkan dan memperkokoh hak-hak asasi manusia ini. Hak pertama dan paling utama yang diperhatikan islam ialah hak hidup, hak yang disucikan dan tidak boleh dihancurkan kemuliaannya dan di sinilah nilai jiwanya.

Kesimpulannya bahwa *maqashid asy syariah* adalah konsep untuk mengetahui hikmah (nilai-nilai dan sasaran *syara'* yang tersurat dan

tersirat dalam Al-Qur'an dan Hadits) yang ditetapkan oleh Allah SWT terhadap manusia adapun tujuan akhir hukum tersebut adalah satu, yaitu mashlahah atau kebaikan dan kesejahteraan umat manusia baik di dunia maupun di akhirat.

BAB VI

PENUTUP

6.1 Kesimpulan

Dari uraian yang dikemukakan sebelumnya yang dapat penulis simpulkan yaitu :

1. Majelis Ulama Indonesia (MUI) pada tahun 2015 yang menyebutkan bahwa BPJS Kesehatan belum sesuai dengan ketentuan syariah, dilihat dari ketidakjelasan status iuran atau bahasa hukumnya, apakah termasuk hibah, wadiah atau sebagainya, sebab dalam Islam status dan kedudukannya harus jelas dan transparan. Lalu, kedudukan investasinya, apakah iuran yang dibayarkan menjadi milik peserta, pihak BPJS atau negara dan apakah didepositokan ke bank konvensional atau bank syariah, karena jika didepositokan ke dalam bank konvensional, maka sistem pada BPJS berpotensi riba. Maka dari itu, pada tahun yang sama Komisi Fatwa MUI beserta Pemerintah dan pihak BPJS mengagendakan rapat untuk membahas hal terkait, maka dikeluarkannya fatwa Dewan Syariah Nasional (DSN) – MUI Nomor 98/DSN-MUI/XII/2015 tentang Pedoman Penyelenggaraan Jaminan Sosial Kesehatan Syariah sebagai landasan atau konsep BPJS Kesehatan. Tetapi, penerapan fatwa tersebut pun belum dilaksanakan dengan baik oleh BPJS Kesehatan, baik dari segi teknis maupun sistemnya.

2. Jika dikaitkan dalam Islam, akad dalam asuransi ini bersifat gotong-royong atau saling tolong-menolong dalam kebaikan dan menanggulangi resiko kesehatan antar peserta. Akan tetapi, beberapa sistemnya dinilai bertolak belakang dari ketentuan syariah. Beberapa unsur pada prinsip asuransi syariah telah sejalan dengan sistem pada BPJS Kesehatan, yaitu saling bekerjasama/saling membantu, saling melindungi penderitaan orang lain tetapi masih ada unsur riba, maisyir dan gharar dilihat dari sistem akad yang masih belum jelas, perbedaan kelas pada pembayaran premi, mekanisme klaim/pencairan, kualitas pelayanan, sistem denda yang uangnya tidak dipisahkan dengan dana jaminan sosial dan pengelolaan dana yang mana uang premi tersebut dikelola oleh bank konvensional yang di dalamnya mengandung bunga (riba).

6.2 Saran

Diharapkan penelitian ini dapat membawa manfaat bagi pembaca dan dapat menjadi bahan pertimbangan bagi peneliti terkait Fatwa DSN – MUI dan BPJS Kesehatan di masa yang akan datang. Penelitian ini terbatas pada analisis penerapan Fatwa Nomor 98/DSN-MUI/XII/2015 dan sistem BPJS Kesehatan, diharapkan peneliti selanjutnya dapat mengembangkan pada bidang lain.