



ISSN Print: 2085-2339
ISSN Online: 2654-7252

Jurnal Surya Kencana Satu: Dinamika Masalah Hukum dan Keadilan

Editorial Office: Fakultas Hukum, Universitas Pamulang,
Jalan Surya Kencana No. 1, Pamulang Barat, Tangerang Selatan 15417, Indonesia.
Phone/ Fax: +6221-7412566
E-mail: dinamikahukum_fh@unpam.ac.id
Website: <http://openjournal.unpam.ac.id/index.php/sks>

Perlindungan Hukum Terhadap Kejadian Risiko *Underwriting* Dalam Asuransi Kesehatan

Afendra Eka Saputra^a

^a Fakultas Hukum, Universitas Pamulang, E-Mail afendraekasaputra@yahoo.com

Article	Abstract
<p>Received: Dec 03, 2022; Reviewed: Jan 07, 2023; Accepted: Feb 27, 2023; Published: Mar 31, 2023</p>	<p><i>Underwriting</i>, atau dalam istilah perasuransian lebih dikenal dengan sebutan <i>risk selection</i>, merupakan bagian dari proses identifikasi atas kemungkinan risiko dalam manajemen asuransi dari pihak subjek bertanggung, baik pribadi maupun kelompok. Pencegahan atas risiko tersebut di dalam dunia asuransi kesehatan telah diupayakan melalui pengaturan penyelenggaraan usaha perusahaan asuransi yang telah tercantum di dalam POJK 69/2016, dimana pada pasal 34 disebutkan bahwa bidang usaha komersial ataupun syariah harus mempunyai dasar panduan seleksi risiko untuk produk usaha yang dipasarkan agar pelaksanaan usaha dilakukan dengan prinsip hati-hati dan sesuai dengan standar prosedur yang telah ditetapkan. Tujuan penulisan ini adalah untuk mengetahui model perlindungan hukum pada risiko <i>underwriting</i> dalam asuransi kesehatan. Metode penelitian yang akan digunakan adalah model yuridis empiris, yang berarti dalam upaya mengangkat permasalahan yang diteliti menggunakan pendekatan hukum secara riil yang ada di lapangan. Hasil dari penelitian dapat diketahui bahwa bentuk legal proteksi untuk mencegah terjadinya risiko <i>underwriting</i>, yang pertama perusahaan asuransi kesehatan perlu untuk menyusun manajemen penilaian tingkat risiko, sehingga perusahaan wajib menyediakan ringkasan informasi produk secara tertulis. Apabila terjadi permasalahan dan sengketa, maka perusahaan wajib melakukan prosedur penyelesaian pengaduan konsumen dengan menerapkan standar Internal Dispute Resolution (IDR) dan apabila gagal diupayakan melalui Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa (LAPS) yang diawasi langsung oleh OJK.</p> <p>Kata kunci: perlindungan hukum; risiko <i>underwriting</i>; asuransi kesehatan.</p> <p><i>Underwriting, or in insurance terms better known as risk selection, is part of the identification process of possible risks in insurance management from the insured subject, either individually or in groups. Prevention of these risks in the world of health insurance has been pursued through the arrangement of the insurance company business which has been listed in POJK 69/2016, where in article 34 it is stated that the commercial or sharia business sector must have a basic risk selection guide for business products that are marketed so</i></p>

that business implementation is carried out with prudence principles and in accordance with established standard procedures. The purpose of this paper is to determine the model of legal protection on underwriting risk in health insurance. The research method that will be used is an empirical juridical model, which means that in an effort to raise the problem under study, it uses a real legal approach that exists in the field. The results of the study can be seen that in the form of legal protection to prevent underwriting risk, firstly, health insurance companies need to develop a risk level assessment management, so the company is required to provide a written summary of product information. In the event of problems and disputes, the company is obliged to carry out procedures for resolving consumer complaints by applying the Internal Dispute Resolution (IDR) standard and if it fails, it is sought through the Alternative Dispute Resolution Institution (LAPS) which is directly supervised by the OJK.

Keywords: legal protection; underwriting risk; health insurance.

PENDAHULUAN

Underwriting memiliki fungsi untuk memberikan penilaian atas level risiko dari calon nasabah secara personal ataupun kelompok dan memberikan hasil keputusan terkait dengan seleksi risiko tersebut. Kemudian tim yang bertugas untuk melakukan penilaian hasil monev dari risiko yang kemungkinan terjadi serta memberikan penetapan diterima atau ditolakny surat dari pihak pemohon asuransi dikenal dengan istilah *Underwriter*. (Thabany, 2005).

Kinerja *underwriter* merupakan akumulasi dari hasil yang dicapai oleh *underwriter* dan perusahaan. Kinerja yang baik perlu dilakukan agar mencapai tujuan yang telah ditetapkan oleh perusahaan. Kinerja atau *performance* merupakan suatu gambaran terhadap pencapaian tujuan, sasaran, visi, dan misi organisasi untuk melaksanakan rencana kegiatan atau kebijakan yang dituangkan ke dalam rencana strategis. (ImawantiY. D., LubisF. A., & AtikaA., 2022).

Apabila suatu perusahaan tidak tepat dalam melakukan proses *underwriting*, hal ini dapat menyebabkan potensi kerugian ketika perusahaan salah dalam tahapan pengambilan risiko yang pada akhirnya dapat menimbulkan besarnya beban klaim yang lebih besar dibandingkan dengan angka kontribusi premi yang besarnya telah ditentukan kepada peserta. Hal ini tentunya dapat membuat kinerja perusahaan menjadi menurun. (Rizky Syachlan Pratama, Mira Rahmi, 2022). Premi asuransi merupakan besaran biaya yang dibayarkan oleh pihak bertanggung kepada penanggung (perusahaan asuransi) sebagai kompensasi atas pengalihan risiko oleh penanggung. (Yasmi, Andi Arimbi Mappidemang, 2022).

Menurut Sandayna, dkk., 2017, proses seleksi risiko yang dilakukan pihak bertanggung telah disesuaikan menurut level tiap-tiap risiko yang mungkin terjadi sebagai bagian dari dokumen penting perusahaan serta memilih kondisi spesifik sebagai contoh premi yang lebih besar yang dilatarbelakangi oleh aspek kesehatan atau adanya hal yang dikecualikan berdasar pada level risiko yang tergabung di dalamnya. Nasabah yang bertanggung dengan level risiko lebih besar, maka wajib untuk membayarkan sejumlah premi pertanggungan yang besar pula.

Upaya hukum untuk memberikan jaminan perlindungan kepada konsumen di tanah air, dengan ditetapkannya kebijakan peraturan tentang usaha perasuransian dalam UU No. 2 Tahun 1992. Namun pada prinsip implementasinya belum jelas dan nyata dirasakan oleh masyarakat. Sehingga, dengan melihat pertumbuhan dan perkembangan sosial ekonomi yang ada sekarang, ketentuan yang tercantum di dalamnya harus dilakukan proses *monev*, apakah sesuai kebutuhan di tengah-tengah masyarakat, level pemerintah dan negara (Nurwidiatmo, 2008).

Asuransi merupakan suatu sistem atau tindakan perlindungan terhadap finansial atas kemungkinan terjadinya risiko tidak terduga. (Salsabila, N., & Nurdiansyah, D., 2022). Perbedaan asuransi antara syariah dengan konvensional dapat dilihat berdasarkan proses akad. Asuransi syariah menggunakan prinsip akad tolong menolong, sedangkan asuransi konvensional dengan akad jual beli. Pada asuransi syariah, kepemilikan dana merupakan milik bersama, dimana jika salah satu peserta mengalami musibah maka peserta lain akan membantu melalui kumpulan dana. Sedangkan pada model konvensional, perusahaan asuransi yang mengelola dan menentukan dana dari nasabah yang berasal dari premi. (Sindi, S., & Rahma, T. I. F., 2022).

Asuransi Kesehatan merupakan bentuk jaminan perlindungan yang menanggung kesehatan konsumen, meliputi obat-obatan, biaya rawat, baik rawat jalan dan rawat inap, biaya konsultasi dokter, biaya peralatan medis, check laboratorium, dan lain sebagainya yang ditanggung oleh perusahaan asuransi sesuai kesepakatan awal dengan konsumen. (Hersa Farida Qoriani, 2022).

Goretti, dkk., 2019 menyatakan bahwa di Indonesia telah ditetapkan legalitas peraturan yang akan mengatur lebih lanjut terkait dunia perasuransian dalam bentuk UU No. 40 Tahun 2014. Undang-undang tersebut adalah hasil penyempurnaan dari peraturan sebelumnya UU No. 2 Tahun 1992, yang dilatarbelakangi adanya kemajuan sosial ekonomi sehingga diperlukan bentuk transformasi regulasi yuridis untuk dapat mewujudkan perkembangan dan inovasi perasuransian yang lebih *eligible*. Di dalam UU asuransi tersebut telah dijelaskan bahwa OJK merupakan lembaga pemerintah yang bertugas untuk mengatur dan mengawasi di bidang jasa keuangan, termasuk Industri Keuangan Non-Bank, dimana perusahaan asuransi yang bergerak sekarang di Indonesia tergabung di dalamnya. Lebih lanjut, ketentuan lainnya tentang bidang perasuransian telah dijelaskan secara spesifik dengan Peraturan OJK.

Berdasarkan regulasi POJK No. 69 Tahun 2016 menyatakan bahwa perusahaan asuransi umum, baik konvensional maupun syariah, bisa mengimplementasikan setiap usaha di bidang asuransi kesehatan. Berdasarkan bentuk struktur usaha asuransi kesehatan, perusahaan asuransi dapat menyediakan sistem penanggungan biaya medis kepada pelanggan.

Asuransi konvensional adalah produk asuransi dengan prinsip dasar jual beli risiko. Konsumen akan dibebankan premi untuk memperoleh timbal balik dalam bentuk perlindungan atas risiko yang mungkin terjadi (baik berupa jaminan kesehatan maupun jiwa). (Elsa, Rustamunadi, Sarehan Khwankawin, RatuHumaemah, Ammar Dhafin, 2022)

UU No. 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen mengatur secara terperinci mengenai kebijakan yang berkaitan dengan jaminan perlindungan terhadap konsumen / pelanggan di Indonesia. Secara substansial, regulasi ini mencakup segala hal yang berkaitan dengan tanggung jawab dan kewajiban serta hak pelanggan ataupun subjek usaha sampai dengan penetapan hukuman tegas bagi yang melanggar. Di dalam pasal 2 peraturan tersebut,

diuraikan bahwa jaminan akan perlindungan konsumen berdasarkan atas aspek benefit, keadilan, balance, security dan safety untuk pelanggan serta asas kepastian hukum. Lebih lanjut di dalam pasal selanjutnya terkandung makna arah tujuan dari konsep perlindungan terhadap pelanggan yang mencakup : peningkatan pengembangan konsumen dan menumbuhkan pemahaman serta kemauan para subjek usaha untuk tetap berperilaku tidak menyimpang dari aturan yang ada dalam berusaha. Secara spesifik, konsep perlindungan terhadap pelanggan di dalam sektor jasa keuangan diatur secara tegas melalui POJK No. 1 Tahun 2013.

PERMASALAHAN

Berdasarkan uraian permasalahan di atas, penulis melakukan telaahan yang dituliskan di dalam artikel ini yang pertama, bagaimanakah model perlindungan hukum yang dilakukan oleh Pemerintah terhadap upaya pencegahan atas kejadian risiko *underwriting* dalam perusahaan asuransi kesehatan ? dan yang kedua bagaimana upaya penyelesaian risiko dari pihak asuransi kesehatan secara hukum terhadap nasabah / pihak bertanggung apabila terjadi kerugian.

METODOLOGI

Metodologi yang digunakan dalam artikel ini dengan pendekatan berupa yuridis empiris, yaitu dalam upaya mengangkat permasalahan yang diteliti menggunakan pendekatan hukum secara riil, yang berfokus pada upaya pencegahan dan penyelesaian risiko *underwriting* dalam perusahaan asuransi kesehatan. Pemodelan penelitian menggunakan analisis deskriptif, yang melibatkan pemberian gambaran objektif tentang masalah yang sedang dipelajari.

Sumber data Penelitian hukum normatif akan selalu fokus pada data sekunder yang terdiri dari beberapa bahan hukum : Bahan hukum primer berupa : laporan penelitian, disertasi, buku dan lain-lain. Bahan hukum sekunder berupa : indeks, bibliografi abstrak dan lain-lain dan Bahan hukum tersier berupa : Kamus Hukum, Kamus Besar Bahasa Indonesia (KBBI) dan lain-lain. Metode Pengumpulan data pada artikel ini digunakan teknik tinjauan pustaka, dengan analisis data kualitatif yang dapat memberikan gambaran atau deskripsi temuan, sehingga lebih mengutamakan pada kualitas data, bukan sekedar kuantitas.

PEMBAHASAN

Jaminan Perlindungan Hukum terhadap Pencegahan atas Kejadian Risiko *Underwriting* dalam Perusahaan Asuransi Kesehatan

Berkaitan dengan mandat peraturan dalam pasal 5 ayat 4, pasal 7 ayat 3 serta pasal 8 ayat 6 POJK No. 10 Tahun 2014 yang mengatur Penilaian Tingkat Risiko Lembaga Jasa Keuangan Non-Bank (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 No. 197, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia No. 5575), diperlukan aturan khusus yang dapat mengatur klausul implementasi *assessment* tingkatan risiko, *template* dan ketentuan dalam diseminasi laporan hasil serta ketentuan spesifik dalam menyampaikan RTL atas hasil *assessment risk selection* untuk lembaga asuransi dan perusahaan reasuransi.

Pada pelaksanaan kegiatan usaha asuransi yang dilakukan, perusahaan akan berhadapan dengan situasi dan kondisi risiko yang kemungkinan dapat menyebabkan tidak berhasilnya

pencapaian tujuan perusahaan. Lembaga asuransi sangat perlu untuk mengimplementasikan pengelolaan risiko sehingga dapat meminimalisir risiko yang terjadi. Sebagian dari bentuk pengelolaan risiko yang dilakukan adalah dengan mengukur dan melakukan *assessment* risiko. Arah kebijakan *assessment* risiko yaitu menetapkan kemungkinan akan terjadinya kegagalan dalam proses usaha yang dilakukan oleh perusahaan. Aktivitas *assessment* risiko sebaiknya dilaksanakan simultan dan selalu dilakukan proses *updating* secara rutin oleh perusahaan. Mengacu pada dasar hukum yang ada, maka perusahaan asuransi harus menyampaikan hasil *assessment* risiko kepada OJK sekurang-kurangnya satu kali tiap tahun.

Nilai relatif kemungkinan suatu lembaga asuransi akan mengalami kerugian dapat terlihat di dalam *risk value* dan *risk level*. *Risk level* dapat digolongkan menjadi 5 level, yaitu rendah, sedang-rendah, sedang-tinggi, tinggi dan sangat tinggi. Sedangkan untuk *risk value* memiliki ukuran nilai 0 s/d 4. Semakin besar *risk value* nya maka akan semakin tinggi pula probabilitas perusahaan akan mengalami kerugian dan sebaliknya.

Berdasarkan amanat UU No. 2 Tahun 1992 yang mengatur perihal Usaha Perasuransian, pada pasal 9 ayat 2 diatur yakni “*Untuk mendukung suatu kegiatan usaha perasuransian yang bertanggungjawab, perlu anggaran dasar, susunan organisasi yang baik, jumlah modal yang memadai, status kepemilikan yang jelas, tenaga ahli asuransi yang diperlukan sesuai dengan bidangnya, rencana kerja yang layak sesuai dengan kondisi, dan hal-hal lain yang dikemudian hari diperkirakan mendukung pertumbuhan usaha perasuransian secara sehat.*”

“*Yang dimaksud dengan keahlian bidang perasuransian dalam ketentuan ini mencakup antara lain keahlian di bidang aktuaria, underwriting, manajemen risiko, penilai kerugian asuransi, dan sebagainya, sesuai dengan kegiatan usaha perasuransian yang dijalankan.*”

Peraturan tersebut menjadi dasar sekaligus pijakan yang diperkuat dengan terbitnya POJK No. 69 Tahun 2016 yang mengatur Penyelenggaraan Usaha Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, Perusahaan Reasuransi, dan Perusahaan Reasuransi Syariah pada Bagian Keempat pasal 34 tentang *underwriting*. Di dalam pasal tersebut dipersyaratkan bahwa Perusahaan atau Lembaga yang berbasis Syariah harus mempunyai peraturan yang mengatur tentang pengelolaan *Underwriting* bagi segala jenis produk yang diperjualbelikan, sehingga dapat memberikan gambaran bahwa dalam implementasi proses *risk selection* dilaksanakan dengan mengedepankan kehati-hatian serta tunduk pada peraturan perasuransian yang berlaku.

Underwriting asuransi individu mewajibkan calon konsumen bertanggung untuk memenuhi persyaratan yang ditetapkan oleh perusahaan asuransi. Sebaliknya, *underwriting* asuransi kumpulan umumnya berfokus pada karakteristik kelompok dan biasanya tidak mengharuskan setiap calon bertanggung kumpulan untuk memberikan *evidence of insurability*. Namun demikian tujuan *underwriting* kumpulan sama dengan perorangan, yaitu menentukan apakah sekelompok orang mempunyai risiko rata-rata dan apakah pengalaman kerugian kumpulan dapat diramalkan dan diterima oleh perusahaan asuransi. (Fanny Oktivia Denovis dan Sari Arsita, 2022).

Lebih lanjut pada POJK No. 71 Tahun 2016 yang mengatur tentang Kesehatan Keuangan Perusahaan Asuransi dan Reasuransi, pada Bab X pasal 55 terkait Sanksi yang diberikan kepada Perusahaan (termasuk lembaga asuransi yang tidak melaksanakan serta tidak dapat memenuhi ketentuan dalam persyaratan yang tercantum di dalam POJK tersebut, maka Perusahaan dapat diberikan hukuman administratif dalam bentuk : a) teguran tertulis, b)

pengurangan ruang lingkup kegiatan usaha, dalam bentuk sebagian ataupun seluruhnya serta c) pembatalan terhadap izin usaha yang telah diberikan sebelumnya.

Berbeda dengan cara kerja asuransi kesehatan perorangan, seorang *underwriter* asuransi kesehatan kumpulan dalam melakukan pekerjaannya tidak terlalu terfokus kepada kondisi kesehatan perorangan (kecuali kelompok yang dianalisis merupakan kelompok dengan jumlah peserta yang sangat kecil). Hal utama yang menjadi *concern* di dalam kajian *underwriter* asuransi kesehatan kumpulan yaitu untuk memahami penyebaran risiko kesehatan yang meluas di dalam kelompok. Penyebaran risiko ini memungkinkan perusahaan untuk menyimpulkan bahwa individu dalam kelompok ini umumnya diklasifikasikan sebagai sehat (berisiko rendah) atau sakit (berisiko tinggi). (Frissai Gusminar Mutia, Fauzi Arif Lubis, Wahyu Syarvina, 2023).

Pelaksanaan asuransi kesehatan yang bersifat sederhana, maka dalam proses pelaksanaan *underwriting* dilakukan guna memilah dan memilih risiko yang dapat dipertanggungjawabkan dan yang tidak dapat diproses lebih lanjut. Hal tersebut menjadi dasar bahwa *underwriter* dapat memberikan penilaian dari keseluruhan aspek risiko yang diusulkan ke Perusahaan, sehingga diperkirakan secara kelompok dapat memberikan suatu nilai lebih keuntungan. Lebih lanjut untuk seorang *underwriter* dapat memutuskan nilai besaran iuran premi serta nilai *deductible*, dll yang nilainya setara dengan nilai antisipasi pengajuan klaim dari pihak yang bertanggung, biaya operasional manajemen serta akuisisi. Serta hal yang terpenting yaitu wajib memperoleh benefit *underwriting* bagi Perusahaan. (Hilmansyah, 2014).

Dalam rangka untuk mengelompokkan level risiko dari calon klien yang bertanggung, maka *underwriter* harus menetapkan peraturan yang diuraikan di dalam pedoman yang dikenal dengan istilah *Underwriting Guidelines* serta mengacu pada pedoman tersebut, maka risiko yang ada dapat diklasifikasikan dalam level berikut ini : *Standard Risks*, adalah level yang didalamnya memiliki klien bertanggung yang besaran risikonya bersifat rata-rata untuk kelompok umur tertentu, serta di rentang umur yang berbeda, maka risiko yang ditanggung pun ikut berbeda. Iuran premi yang diberikan di level ini dikenal dengan sebutan "*standart premium rate*" atau disebut pula dengan tarif premi standar.

Preferred Risks adalah level dengan klien bertanggung yang nilai risikonya lebih kecil dari kelompok lainnya dalam *standard risks*. Sehingga besaran nilai premi yang diperuntukkan bagi golongan *preferred risks* lebih kecil. Di dalam pelaksanaannya, terdapat pula perusahaan asuransi kesehatan yang mengelompokkan calon bertanggung dengan sebutan *super-preferred risk class*. Pada kelompok tersebut merupakan level calon bertanggung yang memiliki nilai premi lebih kecil bila dibandingkan dengan besaran premi yang ditujukan bagi *preferred risks*.

Sebagai contohnya untuk calon yang masuk dalam kriteria *preferred risk class* adalah orang-orang yang tidak memiliki kebiasaan buruk dalam kesehatan, misalnya tidak merokok dan minum minuman keras. Namun untuk sebagian besar orang-orang yang sudah menghindari kebiasaan buruk tersebut dan berupaya untuk menjaga stamina kesehatannya, dengan rutin melakukan olah raga, melaksanakan pemeriksaan kesehatan secara berkala, juga digolongkan ke dalam level *preferred risk class*.

Substandard Risks, adalah kelompok bertanggung dengan nilai risiko lebih besar dari orang-orang dengan level *standard risk class*. Terkait asuransi kesehatan, orang-orang yang dikelompokkan pada level ini akan dibebankan besaran *substandard premium rate* yang nilainya jauh lebih mahal bila dibandingkan dengan iuran premi standar. Kemudian dalam

mekanisme yang ditawarkan oleh perusahaan asuransi kesehatan tersebut, orang-orang ini akan diberikan pelayanan kesehatan berdasarkan 2 cara pengenaan besaran premi, yaitu :

1. Premi Substandard sama halnya dengan yang diterapkan dalam asuransi kesehatan.
2. Kondisi dengan hasil modifikasi (*modified policy condition*) merupakan contoh dengan cara menghilangkan suatu klausul penyakit dalam pemanfaatan asuransi yang ditanggung, sebagai contohnya : tidak ada biaya klaim untuk pemeriksaan kesehatan secara berkala, tidak ditanggungnya biaya operasi kardiovaskuler, pemasangan ring jantung, dsb.

Declined Risks, merupakan golongan dari mereka yang termasuk ke dalam risiko tinggi untuk sebuah perusahaan asuransi kesehatan, yang menyebabkan tertolaknya dari asuransi, karena dinilai tidak layak. Namun apabila harus diterima sebagai calon klien asuransi, maka akan dibebankan nilai premi yang sangat besar. Secara garis besar, untuk golongan dari level ini merupakan *disability income insurance* yang masuk pada *declined risks class* ini.

Berdasarkan uraian yang telah dijelaskan di atas, dapat ditarik garis besarnya bahwa tugas seorang *underwriter* adalah memiliki kewenangan untuk seluruh aktivitas yang digunakan dalam rangka melakukan proses seleksi (diterima atau ditolak) dalam menjalankan produk asuransi pada konsumen berdasar aspek kebutuhan perusahaan secara general. (Fuad, 2010).

Perusahaan asuransi sangat terkait dengan proses *underwriting*, sehingga pengukuran profitabilitas asuransi juga sangat dipengaruhi oleh multifaktor *underwriting result*. Komponen pendapatan *underwriting* dan beban *underwriting* dapat menunjukkan tingkat perolehan laba perusahaan. Sehingga pada akhirnya faktor-faktor tersebut akan bertujuan untuk memaksimalkan laba yang merupakan orientasi bisnis perusahaan asuransi. (Sinaga,P.I., Indrawati,N.K., 2022)

Hasil *underwriting* adalah keuntungan atau kerugian yang terjadi pada saat kegiatan usaha asuransi, berupa selisih pendapatan *underwriting* dan beban *underwriting*. Hasil *underwriting* menjadi variabel utama dalam pembentukan laba bersih, dan digunakan untuk investasi. Semakin tinggi hasil *underwriting* akan meningkatkan laba perusahaan asuransi. Di sisi lainnya, hasil *underwriting* yang menunjukkan laba kotor atas dasar akunting, merupakan laba perusahaan yang tidak termasuk biaya administratif dan hasil investasi. (Vivi Novitasari dan Henny Ritha, 2023).

Mengacu pada Peraturan OJK tentang Perlindungan Konsumen, bahwa aktivitas di bidang jasa keuangan, termasuk di dalamnya pelaksanaan kegiatan asuransi kesehatan, maka wajib untuk sesuai dengan 5 asas utama, yaitu : akuntabilitas kegiatan, keadilan, keandalan, rahasia dan *safety information* konsumen dan tindak lanjut pengaduan serta pemecahan masalah sengketa konsumen secara konvensional, cepat dan biaya terjangkau. Sehingga upaya dalam rangka menjamin perlindungan terhadap konsumen asuransi kesehatan oleh perusahaan pun tetap berasaskan pada prinsip diatas yaitu : Asas akuntabilitas (keterbukaan) kegiatan yang dilaksanakan melalui diseminasi informasi secara lugas, jelas dan tepat terkait produk maupun proses dalam asuransi kesehatan yang ditawarkan, dengan cara menggunakan bahasa yang baik dan mudah dimengerti. Informasi dimaksud minimal berisi karakteristik produk, manfaat, risiko, serta potensi semua biaya yang akan dibayarkan oleh konsumen. Perusahaan asuransi juga harus menjelaskan mengenai istilah-istilah yang digunakan dalam asuransi kesehatan, termasuk istilah kondisi kesehatan yang berpotensi mempengaruhi besaran premi, proses klaim, atau bahkan berperan dalam keputusan produk asuransi yang cocok bagi konsumen. Perusahaan

asuransi wajib memastikan bahwa asuransi kesehatan yang digunakan oleh konsumennya merupakan produk yang sesuai dengan kebutuhan (*suitability*) dan kemampuan konsumen.

Dengan memberikan penjelasan mengenai hal-hal tersebut di atas, perusahaan asuransi secara tidak langsung mengedukasi kepada konsumen mengenai hak dan kewajibannya sebagai pemegang polis asuransi kesehatan. Pelaksanaan hal dimaksud dapat mencegah dan meminimalisasi kemungkinan terjadinya pengaduan atau sengketa di kemudian hari.

Prinsip rahasia dan *safety information* identitas konsumen harus dijaga dan dilindungi oleh perusahaan asuransi. Data dan identitas lainnya hanya diperbolehkan untuk digunakan untuk kepentingan tertentu yang telah disepakati bersama dan disetujui oleh konsumen sebagai pemilik data, terkecuali hal lain yang diatur lebih lanjut dengan peraturan undang-undang yang berlaku. Berkaitan dengan hal tersebut, perusahaan asuransi dan mitra kerja yang terkait sebagai pihak pertama yang menerima dan menyimpan data konsumen harus menjaga kerahasiaannya dari pihak-pihak yang tidak bertanggung jawab. Perusahaan juga harus memastikan bahwa seluruh data dan informasi seputar konsumennya yang bersifat pribadi (*confidential*) terutama riwayat kondisi kesehatan tidak disalahgunakan dan tetap disimpan dengan baik dan aman.

Berdasarkan peraturan yang telah ditetapkan oleh OJK, maka perusahaan asuransi kesehatan diharuskan menerapkan SOP tindak lanjut pengaduan konsumen. Selain itu, OJK pun telah melakukan publikasi Standar *Internal Dispute Resolution* (IDR) kepada para Pelaku Usaha Jasa Keuangan (PUJK), agar menjadi pedoman pelaksanaan IDR dengan baik. Namun bila penyelesaian masalah gagal dengan IDR, maka perusahaan dan konsumen sebagai klien dapat menyelesaikan sengketa melalui Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa (LAPS) yang diawasi langsung oleh OJK.

Tanggung jawab penanggung (perusahaan asuransi) di dalam penyelesaian tanggung jawab hukum apabila tertanggung melakukan wanprestasi atau perbuatan melanggar hukum yang menyebabkan kerugian bagi pihak ketiga dan melakukan gugatan ganti rugi, maka seluruh tanggung jawab tertanggung memberikan ganti rugi akan digantikan oleh pihak penanggung. (Arief Suryono, 2022).

Upaya Penyelesaian Risiko (*Transfer of Risk*) dari Pihak Asuransi Kesehatan Secara Hukum terhadap Nasabah / Pihak Tertanggung apabila terjadi Kerugian

Pihak tertanggung dalam asuransi kesehatan merupakan pemilik polis asuransi yang harus mengerti dengan baik hak dan tanggung jawab yang dimiliki, dari tahap sebelum pembelian asuransi sampai pada proses pemecahan masalah sengketa (apabila terjadi). Secara spesifik untuk pelaksanaan asuransi kesehatan, klien tertanggung harus dapat menampilkan itikad baik melalui pemberian data dan informasi yang tepat, transparan, lugas, jelas dan tidak bersifat menyesatkan (*utmostgood faith*).

Mengacu pada pasal 3 POJK terkait dengan perlindungan konsumen, maka para PUJK memiliki hak untuk mengecek kesesuaian data dan informasi dari calon klien. Calon klien yang telah memberikan data dan informasi yang tepat dan transparan, dapat menghindarkan dari proses tertolakannya / tertanggungnya klaim serta sengketa yang kemungkinan terjadi di kemudian hari.

Berdasarkan UU No. 2 Tahun 1992 yang mengatur Usaha Perasuransian, Asuransi atau Pertanggungjawaban merupakan kesepakatan bersama diantara 2 pihak atau lebih, dan pihak yang menanggung akan mengikatkan diri kepada pihak tertanggung, atas dasar kerugian, kerusakan ataupun kehilangan separuh maupun keseluruhan benefit yang ada, ataupun kewajiban hukum pada pihak ketiga yang kemungkinan akan dialami oleh pihak tertanggung, yang terjadi sebagai akibat dari adanya peristiwa yang tidak pasti, ataupun memberikan pembayaran atas dasar hidup atau meninggalnya orang yang telah dipertanggungjawabkan tersebut.

Mengacu pada KUHD pada pasal 246, yang berbunyi : "Asuransi merupakan suatu asas kesepakatan yang dituangkan ke dalam perjanjian tertentu, dimana seseorang penanggung mengikatkan diri kepada calon tertanggung dengan pemberian biaya premi sebesar ketentuan yang telah disepakati bersama, guna sebagai ganti kepadanya karena kondisi tertentu, seperti kerugian, kerusakan ataupun kehilangan separuh maupun keseluruhan benefit yang ada yang mungkin akan dialami karena adanya peristiwa yang tidak pasti."

Mengacu pada peraturan diatas, diketahui bahwa di dalam upaya penyelesaian risiko kepada pihak tertanggung / nasabah untuk dapat meminimalisir kemungkinan terjadinya kerugian yang diakibatkan oleh perusahaan asuransi, maka perlu dilakukan analisis lebih lanjut bagaimana perjanjian hukum yang telah disepakati bersama termasuk proses ganti rugi yang disebutkan di dalam persetujuan polis asuransi kesehatan.

Suatu kerugian yang diterima oleh pihak tertanggung adalah hasil dari sebuah peristiwa yang terjadi, menanggapi hal tersebut, perusahaan asuransi kesehatan sebagai pihak penanggung akan melakukan analisa terlebih dahulu akan peristiwa yang terjadi dan memberikan ganti rugi kepada pihak tertanggung sesuai dengan kesepakatan yang tertuang dalam polis. Analisa peristiwa yang dilakukan akan dijadikan bahan pertimbangan oleh pihak penanggung dalam memberikan ganti rugi, apakah kerugian yang terjadi disebabkan oleh peristiwa yang mengakibatkan kerugian tersebut disertakan dalam perjanjian atau tidak.

Ganti rugi yang diberikan oleh perusahaan asuransi didasarkan pada kesepakatan antara kedua belah pihak seperti yang dijelaskan pada KUHD Pasal 253 di mana pertanggungjawaban hanyalah berlaku sampai jumlah nilainya atau sesuai dengan kesepakatan yang diperjanjikan oleh kedua belah pihak terkait jumlah nilai yang menjadi pertanggungjawaban.

Klaim asuransi didasarkan pada klaim yang dibuat oleh pihak tertanggung pada perusahaan asuransi karena kontrak asuransi yang mengikat yang telah ditandatangani oleh kedua belah pihak, yang menjamin ganti rugi tertanggung jika terjadi bencana dibayar oleh tertanggung. Umumnya, klaim yang dibuat terhadap tertanggung dengan syarat terpenuhinya syarat-syarat kontrak asuransi sebelumnya. Untuk menjaga kesehatan keuangan masing-masing perusahaan, dan demi kelangsungan serta kelancaran operasional perusahaan, perlu untuk memelihara stabilitas keuangan dan meningkatkan investasi yang dilakukan perusahaan. (Puja Yana, Melvi Muchlian, Sari Arsita, 2022).

. Kinerja perusahaan asuransi dapat terlihat di dalam sistem yang disebut dengan *Early Warning System*. Sedangkan tingkat kesehatan perusahaan asuransi terdapat pada *Risk Based Capital*. *Early Warning System* terdiri dari beberapa rasio, diantaranya yang paling utama dan krusial adalah rasio pertumbuhan premi dan rasio beban klaim. (Melisa Anggraini, Wulandari, Bonaventura Hendrawan Maranata, Febe Tri Sinta Dewi, 2022).

Apabila terjadi kebangkrutan pada perusahaan asuransi, pihak bertanggung tidak bisa melakukan klaim atas kejadian yang diterimanya. Dalam hal ini, konsumen diharapkan melakukan penelusuran lebih lanjut atas perusahaan asuransi yang dipilih, salah satu upaya pencegahan yang dapat dilakukan adalah dengan menganalisis rekam jejak perusahaan asuransi tersebut, seperti melihat jumlah pembayaran klaim per tahun, *Risk-based Capital* (RBC), dsb. Upaya ini diharapkan membantu konsumen memilih perusahaan asuransi kesehatan yang kompeten dan profesional.

Bentuk jaminan perlindungan hukum yang diberikan kepada konsumen pada usaha asuransi di Indonesia yaitu dengan prinsip *utmost good faith* dianut di dalam usaha asuransi kesehatan, yaitu suatu tindakan untuk memberitahukan keseluruhan informasi secara tepat dan akurat terkait apa yang dimintakan ataupun yang tidak dimintakan perusahaan asuransi mengenai sesuatu yang akan diasuransikan ataupun objek/kepentingan yang dapat dipertanggungjawabkan. (Herlina Hanum Harahapan dan Eka Syafrina, 2022).

PENUTUP

Perlindungan hukum untuk mencegah risiko *underwriting*, dilakukan dengan cara-cara : perusahaan asuransi kesehatan perlu menyusun manajemen penilaian tingkat risiko dan perusahaan wajib menyediakan ringkasan informasi produk secara tertulis. Sehingga apabila terjadi permasalahan dan sengketa, maka perusahaan wajib melakukan prosedur penyelesaian pengaduan konsumen dengan menerapkan standar *Internal Dispute Resolution* (IDR) dan apabila gagal diupayakan melalui Lembaga Alternatif Penyelesaian Sengketa (LAPS) yang diawasi langsung oleh OJK.

DAFTAR PUSTAKA

- Arief Suryono. 2022. Tanggung Jawab Penanggung Dalam Asuransi Tanggung Jawab Hukum. *Privat Law Volume 10 Nomor 1 (Januari-April 2022). Halaman 1-12.*
- Dr.H.Noor Fuad, M.Sc.,Ph.D.,FLMI. AIAF, AAIJ, QIP DKK. 2010. Dasar-dasar Asuransi Jiwa dan Asuransi Kesehatan. Bidang penelitian dan Pengembangan asosiasi Ahli Manajemen Asuransi Indonesia: Jakarta
- Elsa, Rustamunadi, Sarehan Khwankawin, RatuHumaemah, Ammar Dhafin. 2022. Analisis Faktor-Faktor Yang MemengaruhiTingkat Solvabilitas Perusahaan Asuransi Syariah Di Indonesia. *Jurnal Syar'Insurance (SIJAS). Vol. 8 No. 2, Juli-Desember. ISSN: 2460-5484. Halaman 53-66.*
- Fanny Oktivia Denovis dan Sari Arsita. 2022. Analisis Manajemen Risiko Pada Produk Asuransi Jiwa Individu dan Asuransi Jiwa Kumpulan (Studi Kasus Pada PT. Taspen). *Aktuaria : Jurnal Matematika Terapan, Statistika, Ekonomi dan Manajemen Risiko Vol 1, No. 1, Agustus 2022. Halaman 32-35.*
- Frissai Gusminar Mutia. Fauzi Arif Lubis. Wahyu Syarvina. 2023. Analisis Peran Underwriter Dalam Menyeleksi Risiko pada Produk Asuransi Kesehatan: Studi AJB Bumiputera Wilayah Medan. *ManBiz: Journal of Management & Business Volume 2 Nomor 1 (2023). E-ISSN 2829-9213. Halaman 122-133. DOI: 10.47467/manbiz.v2i1.1801.*
- Goretti, Maria dan Aditya Krisna. 2019. Kajian Perlindungan Konsumen di Sektor Jasa Keuangan : Asuransi Kesehatan. Otoritas Jasa Keuangan: Jakarta.

- Hartono, Sri Redjeki, 1985, Asuransi dan Hukum Asuransi di Indonesia, Semarang: IKIP Semarang Press.
- Herlina Hanum Harahapan dan Eka Syafrina. 2022. Perlindungan Hukum Akibat Itikad Buruk Perusahaan Dalam Menjalankan Usaha Asuransi Atas Polis Asuransi Jiwa. *Jurnal Hukum Kaidah Media Komunikasi dan Informasi Hukum dan Masyarakat*. Volume : 22, Nomor : 2 ISSN Online : 2613-9340 ISSN Offline : 1412-1255. Halaman 291-300.
- Hersa Farida Qoriani. 2022. Faktor-Faktor Yang Berpengaruh Dalam Keputusan Pembelian Asuransi Kesehatan Allisya Care Sidoarjo. *Tijarah: Jurnal Ekonomi Syariah ISSN (Online): 2830-5183 Vol. 1, No. 3, November 2022. Halaman 8-14.*
- Hilmansyah. 2014. Skripsi : Faktor-faktor yang Mempengaruhi Underwriter dalam Menyeleksi Risiko guna Menentukan Kontribusi pada Produk Asuransi Mikro Syariah Program AJP Mikro Sakinah (Studi pada PT. Asyki Sarana Sejahtera). Fakultas Syariah dan Hukum UIN Syarif Hidayatullah: Jakarta.
- HS, Salim, et.al., 2014, Penerapan Teori Hukum Pada Penelitian Tesis dan Disertasi, Rajawali Pers, Jakarta.
- Imawanti Y. D., Lubis F. A., & Atika A. 2022. Analisis Kinerja Underwriter Dalam Menentukan Calon Peserta pada Produk Dana Pensiun. *ManBiz: Journal of Management and Business*, 2(1). Halaman 27-39. <https://doi.org/10.47467/manbiz.v2i1.1754>.
- Maurich Sandayna, Chiqita, dkk. 2017. Analisa Yuridis atas Tanggung Jawab Underwriter dalam Praktek Penutupan Polis Asuransi Jiwa. *Diponegoro Law Journal: Volume 6, Nomor 2, Tahun 2017.*
- Melisa Anggraini, Wulandari, Bonaventura Hendrawan Maranata, Febe Tri Sinta Dewi. 2022. Pengaruh Rasio Pertumbuhan Premi Dan Rasio Beban Klaim Terhadap Tingkat Kesehatan Perusahaan Asuransi Di Masa Pandemi Covid-19. *Jurnal Arimbi (Applied Research In Management And Business) Fakultas Ekonomi Dan Bisnis Universitas Nasional Karangturi Vol. 2 No. 1 Juni 2022. P-ISSN 2809-7378 E-ISSN 2808-157. Halaman 1-8.*
- Njatrijani, Rinitami, 2016, Hukum Bahan Ajar Mata Kuliah Hukum Asuransi, Semarang: Fakultas Hukum Universitas Diponegoro.
- Nurwidiatmo. 2008. Laporan Akhir: Tim Analisis dan Evaluasi Hukum Tentang Perasuransian (Asuransi Syariah) UU No. 2 Tahun 1992. Departemen Hukum dan Hak Asasi Manusia RI Badan Pembinaan Hukum Nasional: Jakarta.
- Puja Yana, Melvi Muchlian, Sari Arsita. 2022. Analisis Pengaruh Pendapatan Premi, Beban Klaim Dan Hasil Investasi Terhadap Laba PT Asuransi Wahana Tata. *Aktuaria : Jurnal Matematika Terapan, Statistika, Ekonomi dan Manajemen Risiko Vol 1, No. 1, Agustus 2022. Halaman 12-19.*
- Rahmad Noor, 2019, Kajian Hukum terhadap Tindak Pidana Penipuan Secara Online, *J-HES*, Vol. 3, No.2. p-ISSN : 2549-4872, e-ISSN : 2654-4970.
- Rizky Syachlan Pratama, Mira Rahmi. 2022. Analisis Manajemen Risiko Proses Underwriting Pada Asuransi Syariah : Studi Kasus PT Asuransi Jiwa Reliance Syariah. *Islamic Economics and Business Review No. 1 Volume 2, hlm. 155-168 p-ISSN 2964-9609 – e-ISSN 2963-5659.*
- Salsabila, N., & Nurdiansyah, D. 2022. Analisis Manajemen Risiko Kerugian Studi Kasus PT

- Asuransi Jiwa Manulife Indonesia pada Masa Pandemi. *Jurnal Ilmiah Wahana Pendidikan*, 8(23). Halaman 306-315. <https://doi.org/10.5281/zenodo.7397511>.
- Sinaga, P.I. and Indrawati, N.K. 2022. Leverage, Risk Based Capital, Underwriting Result, Dan Profitabilitas Perusahaan Asuransi Di Indonesia. *Jurnal Management Risiko dan Keuangan*. Vol 01, No 2, Pages 75-84. Universitas Brawijaya. DOI: <http://dx.doi.org/10.21776/jmrk.2022.01.2.01>.
- Sindi, S., & Rahma, T. I. F. 2022. Analysis of Public Perception of Prucinta Products at PT Prudential Asuransi Binjai Branch. *Jurnal Ekonomi, Manajemen, Akuntansi Dan Keuangan*, 3(2), 667–674. <https://doi.org/10.53697/emak.v3i2.556>.
- Thabany, Hasbullah. 2005. Dasar-dasar Asuransi kesehatan. PAMJAKI: Jakarta.
- Vivi Novitasari dan Henny Ritha. 2023. Pengaruh Pertumbuhan Premi, Hasil Underwriting dan Risk Based Capital Terhadap Profitabilitas PT Asuransi Ramayana Tbk. 2011-2020. *Jurnal Ekonomi Bisnis Manajemen Prima Vol IV, No II, Fakultas Ekonomi Universitas Prima Indonesia*. ISSN Online: 2685-984X. Halaman 36-47.
- Yasmi, Andi Arimbi Mappidemang. 2022. Analisis Pengakuan Pendapatan Premi Asuransi Underwriting Berdasarkan PSAK No. 28 Tahun 2012 Pada PT. Askrimdo Cabang Makassar. *Accounting, Accountability and Organization System (AAOS) Journal E-ISSN 2716-2125 Vol. 3 (2) Maret (2022)*. Halaman 149-168.