

PENYELESAIAN KLAIM ASURANSI KESEHATAN PADA RUMAH SAKIT X

SKRIPSI

**WIYONO
0595234976**



**UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS HUKUM
PROGRAM STUDI ILMU HUKUM
DEPOK
JANUARI 2011**

PENYELESAIAN KLAIM ASURANSI KESEHATAN PADA RUMAH SAKIT X

SKRIPSI

Diajukan sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Sarjana Hukum

**WIYONO
0595234976**



**UNIVERSITAS INDONESIA
FAKULTAS HUKUM
PROGRAM STUDI ILMU HUKUM KEKHUSUSAN
TENTANG KEGIATAN EKONOMI DEPOK
JANUARI 2011**

HALAMAN PERNYATAAN ORISINALITAS

**Skripsi ini adalah hasil karya saya sendiri,
dan semua sumber baik yang dikutip maupun dirujuk,
telah saya nyatakan dengan benar.**

Nama : Wiyono

NPM : 0595234976

Tanda Tangan :

Tanggal :

HALAMAN PENGESAHAN

Skripsi ini diajukan oleh :

Nama : Wiyono
NPM : 0595234976
Program Studi : Ilmu Hukum
Judul Skripsi : Penyelesaian Klaim Asuransi Kesehatan Pada Rumah Sakit x

Telah berhasil dipertahankan di hadapan Dewan Penguji dan diterima sebagai bagian persyaratan yang diperlukan untuk memperoleh gelar Sarjana Hukum pada Program Studi Ilmu Hukum, Fakultas Hukum, Universitas Indonesia

DEWAN PENGUJI

Pembimbing I : Kornelius Simanjuntak, S.H., M.H. (.....)

Pembimbing II : Brian A. Prastyo, S.H., M.LI. (.....)

Penguji : Purnawidhi W. Purbacaraka, S.H, M.H. (.....)

Penguji : Nadia Maulisa, S.H, M.H. (.....)

Ditetapkan di :

Tanggal :

KATA PENGANTAR

Penulis memanjatkan rasa syukur kehadirat Allah Yang Maha Pengasih dan Maha Penyayang, karena segala rahmat dan karunia-Nya, skripsi ini rampung diselesaikan. Tiada kata yang pantas dan dapat menandingi rasa syukur ini selain rasa syukur yang tiada henti-hentinya atas selesainya skripsi ini tepat pada waktunya.

Penulisan skripsi ini memang dirasakan penulis sangat berat, tetapi berkat bantuan dan bimbingan dari berbagai pihak, akhirnya penulis dapat menyelesaikannya. Maka pada tempatnyalah penulis menyampaikan ucapan terima kasih yang tiada terhingga kepada yang terhormat :

1. Bapak Purnawidi W. Purbacaraka, SH, MH selaku Ketua Sub Program Sarjana Ekstensi dan Paralel, yang telah berusaha sekuat tenaga untuk mengusahakan agar penulis dapat menyusun skripsi ini, terima kasih atas segala kebaikan.
2. Bapak Kornelius Simanjuntak, SH, MH selaku pembimbing substantif yang telah memberikan bimbingannya.
3. Bapak Brian A. Prastyo, SH, MLI selaku pembimbing teknis yang telah memberikan bimbingannya dengan penuh kesabaran dan penuh semangat kepada penulis.
4. Segenap dosen dan staf pengajar di Fakultas Hukum Universitas Indonesia yang telah memberikan ilmu dan pengetahuan kepada penulis.
5. Rekan serta dosenku yang sangat berjasa atas dorongan semangat kepada penulis, yaitu Dian Puji Simatupang, SH.
6. rekan-rekan ku diprogram kekhususan V Fakultas Hukum Universitas Indonesia yang telah memberikan dorongan dan semangat kepada penulis, sehingga skripsi ini segera terselesaikan, khususnya kepada Sony Wicaksono, SH beserta keluarganya, terima kasih atas segala bantuannya yang tiada terhingga semoga Allah SWT memberikan rahmat dan rezki yang tiada terhingga pada anda. Serta rekan-rekan seangkatan di Fakultas Hukum Universitas Indonesia, Atjep Suhadi, Irvin, Logiana.

7. Istriku dan kedua putriku yang aku sayangi, Siti Novianti, Winona Hanantian, Wianda Putri Sekardianti yang telah mendorong penulis untuk segera menyelesaikan skripsi ini.
8. Seluruh keluarga besarku, serta keponakan-keponakanku Bismantoko dan lain-lain yang mendorong penulis untuk menyelesaikan skripsi ini.
9. Universitas Krisnadwipayana, Universitas Pancasila yang khususnya bagian perpustakaan yang dengan baik hati untuk meminjamkan buku-buku yang penulis butuhkan.
10. Teman-teman ditempat kerjaku yang terus mendorongku untuk menyelesaikan skripsi ini.
11. Berbagai pihak yang telah banyak andilnya dalam membantu penulisan skripsi ini, terima kasih yang sebesar-besarnya atas bantuan yang diberikan.
12. Staf Sekretariat Program Ekstensi (Mbak Surya, Mbak Dewi, Mas Surono, dll), terima kasih atas dukungan dan upayanya yang begitu besar.

Depok, 12 Januari 2011

**HALAMAN PERNYATAAN PERSETUJUAN PUBLIKASI TUGAS AKHIR
UNTUK KEPENTINGAN AKADEMIS**

Sebagai sivitas akademik Universitas Indonesia, saya yang bertanda tangan di bawah ini :

Nama : Wiyono
NPM : 0595234976
Program Studi : Ilmu Hukum
Program Kekhususan : Program Kekhususan IV (Hukum tentang Kegiatan Ekonomi)
Departemen : -
Fakultas : Hukum
Jenis Karya : Skripsi

Demi pengembangan ilmu pengetahuan, menyetujui untuk memberikan kepada Universitas Indonesia **Hak Bebas Royalti Noneksklusif (*Non-exclusive Royalty-Free Right*)** atas karya ilmiah saya yang berjudul : *Penyelesaian Klaim Asuransi Kesehatan Pada Rumah Sakit X* , beserta perangkat yang ada (jika diperlukan). Dengan Hak Bebas Royalti Noneksklusif ini Universitas Indonesia berhak menyimpan, mengalihmedia/formatkan, mengelola dalam bentuk pangkalan data (*database*), merawat, dan mempublikasikan tugas akhir saya tanpa meminta izin dari saya selama tetap mencantumkan nama saya sebagai penulis/pencipta dan sebagai pemilik Hak Cipta.

Demikian pernyataan ini saya buat dengan sebenarnya.

Dibuat di : Depok
Pada Tanggal :

Yang Menyatakan,

Wiyono

ABSTRAK

Nama : WIYONO

Program Studi : Ilmu Hukum

Judul : PENYELESAIAN KLAIM ASURANSI KESEHATAN PADA RUMAH SAKIT X

Dewasa ini industri asuransi telah menjelma sebagai salah satu pilar utama perekonomian modern. Perananan sektor asuransi kian signifikan seiring dengan arus globalisasi dan liberalisasi perdagangan, akselerasi inovasi teknologi dan proses difusinya, serta deregulasi berbagai sektor finansial dan pasar riil.

Akan tetapi ditengah perjalanan di dapat beberapa kendala - kendala yang dihadapi oleh pemegang polis, seperti prosedur penyelesaian, kendala di dalam mengurus klaim serta bentuk penyelesaian klaim kurang dipahami. Prosedur penyelesaian yang ditempuh oleh para pihak mengacu pada ketentuan pasal 23 ayat 1 PP No.73 Tahun 1992. Adapun bentuk penyelesaian kendala adalah dengan menyerahkan dokumen – dokumen pendukung sebagaimana yang diatur dalam Pasal 8 butir M Keputusan Menteri Keuangan No.422/KMK.06/2003. Sedangkan bentuk penyelesaian kendala yang ditempuh oleh para pihak adalah musyawarah kekeluargaan, serta jika tidak ada kata sepakat maka ditempuh dengan penyelesaian melalui Badan Arbitrase Nasional Indonesia (BANI)

Kata Kunci : Asuransi, klaim

ABSTRACT

Name : WIYONO

Study Program : Law

Title : The Settlement of Insurance Health Claim at Hospital X

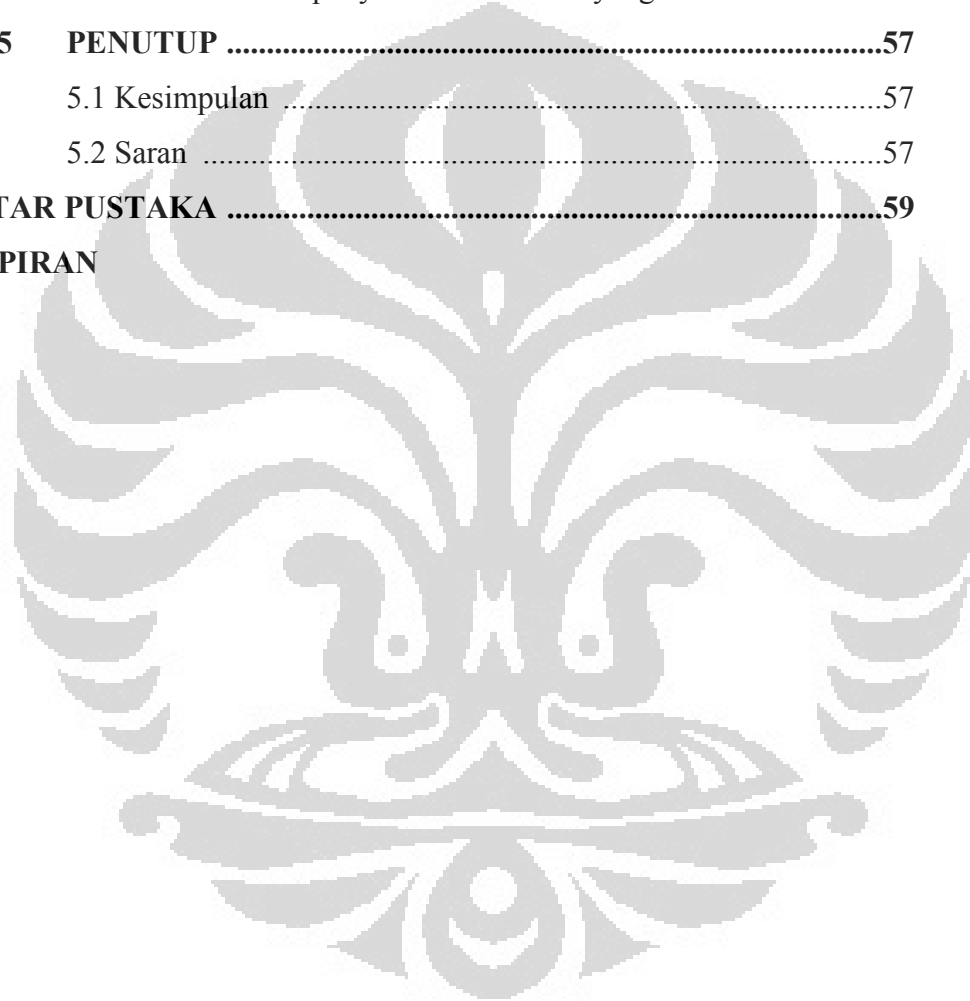
insurance industry currently has emerged as one of the main pillars of modern economy. increasingly significant role of the insurance sector in line with current globalizm liberalism and trade, technological innovation and accelerate the diffusion process, and deregulation of the financial sector and the real market. But on the way to some of the constraints faced by the policyholder, such as settlement procedures, difficulties in managing the claim and claim settlement is less understood. The resolution procedures adopted by the parties refer to the provisions of article 23 paragraph 1 of Government Regulation No. 73 year 1992. Form of constraint solving is to hand over documents - supporting documents as stipulated in article 8 M clause in the decision of the Minister of Finance of the number 422 in 2003. While the form of constraint resolution adopted by the parties is a family consultation, and if no agreement is reached by settlement through national arbitration bodies Indonesian (BANI)

Keywords : insurance,claims

DAFTAR ISI

HALAMAN JUDUL.....	ii
LEMBAR PERNYATAAN ORISIONALITAS.....	iii
LEMBAR PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR	v
ABSTRAK	viii
DAFTAR ISI.....	x
BAB 1 PENDAHULUAN	1
1.1 Latar Belakang Permasalahan	1
1.2 Pokok Permasalahan	3
1.3 Tujuan Penelitian	4
1.4 Kerangka Konsepsional	4
1.5 Metode Penelitian	6
1.6 Sistematika Penulisan	7
BAB 2 TINJAUAN TENTANG ASURANSI KESEHATAN	9
2.1 Pengertian dan Definisi Asuransi Kesehatan	9
2.2 Syarat sahnya Perjanjian Asuransi Kesehatan	10
2.3 Metode Asuransi Kesehatan	16
2.4 Polis Asuransi Kesehatan	18
2.5 Perkembangan Asuransi Kesehatan di Indonesia	20
BAB 3 TINJAUAN HUKUM TENTANG KLAIM ASURANSI	25
3.1 Pengertian Asuransi menurut	25
3.1.1 KUHD	25
3.1.2 Undang-Undang Perasuransian	26
3.2 Prinsip-Prinsip Asuransi	26
3.3 Pengertian Klaim	32
3.3.1 Jenis Klaim	32
3.3.2 Persyaratan Kalim	33
3.3.3 Pemberitahuan Klaim	33

3.3.4	Prosedur Penyelesaian Klaim	34
3.4	Hak dan Kewajiban.....	36
BAB 4	ANALISA PENYELESAIAN KLAIM ASURANSI PADA RUMAH SAKIT “X”	40
4.1	Tinjauan Umum tentang Rumah Sakit “X”	40
4.2	Kendala Pengurusan Klaim di Rumah Sakit “X”	48
4.3	Bentuk-bentuk penyelesaian kendala yang ada	51
BAB 5	PENUTUP	57
5.1	Kesimpulan	57
5.2	Saran	57
DAFTAR PUSTAKA		59
LAMPIRAN		



BAB 1

PENDAHULUAN

1.1 Latar Belakang Permasalahan

Dewasa ini industri asuransi telah menjelma sebagai salah satu pilar utama perekonomian modern. Peranan sektor asuransi kian signifikan seiring dengan arus globalisasi dan liberalisasi perdagangan, akselerasi inovasi teknologi dan proses difusinya, serta deregulasi berbagai sektor finansial dan pasar riil.

Asuransi juga sudah menjadi elemen utama dalam strategi manajemen risiko dan kompleksitas bagi individu, kelompok sosial, maupun kalangan bisnis. Asuransi berperan penting dalam upaya individu dan kelompok menghadapi dan menangani kondisi hidup yang semakin kompleks dan serta tidak pasti.

Senang dan susah, untung dan rugi, sehat dan sakit, umur panjang dan umur pendek, memang sudah ditakdirkan oleh Tuhan Sang Pencipta, menjadi bagian dari kehidupan manusia. Segala sesuatu dalam kehidupan mempunyai dua sisi, yaitu sisi yang menyenangkan dan sisi yang tidak menyenangkan. Manusia umumnya terbuai oleh sisi yang menyenangkan dalam kehidupannya sehingga sering lupa bahwa sisi yang tidak menyenangkan selalu dapat terjadi, hanya saja masalah waktu.

Dalam kehidupan sehari-hari, kita tahu bahwa sisi yang tidak menyenangkan yang menimpa kita sering tidak dapat dipisahkan dari kebutuhan atau tambahan biaya yang harus dikeluarkan, rumah terbakar, keluarga sakit, tulang punggung keluarga meninggal dunia dan lain sebagainya, jelas akan berdampak pada kebutuhan dana, atau hilangnya sumber nafkah bagi mereka yang terkena musibah tersebut.

Dana bisa diperoleh dari berbagai sumber, bantuan keluarga, saudara, teman atau pinjaman, tetapi sumber-sumber tersebut jelas tidak pasti dan tidak dapat diandalkan. Asuransi merupakan solusi dan jawaban yang sederhana untuk mengatasi masalah tersebut. Asuransi sebagai lembaga keuangan non bank, semakin mendapat tempat di tengah-tengah masyarakat kita, baik dilihat dari sisi pengusaha maupun dari sisi kebutuhan masyarakat, bahkan hampir dalam seluruh hal mereka harus berurusan dengan pertanggunggaan.

Jadi jelas, semakin lama pertanggung jawaban akan menjadi kebutuhan masyarakat secara luas untuk menghadapi kemungkinan yang mungkin akan terjadi dan menimbulkan suatu risiko. Terutama di dalam kegiatan perusahaan-perusahaan besar, pertanggung jawaban semakin dirasakan memegang peranan yang sangat penting. Bersamaan dengan itu di dalam kehidupan masyarakat sehari-hari, juga semakin dirasakan adanya keharusan untuk mengenal betapa pentingnya pertanggung jawaban jiwa, pertanggung jawaban kecelakaan, dan sebagainya.

Dengan perkembangannya ekonomi dan teknologi yang semakin maju, kemungkinan adanya risiko yang mengancam kebutuhan manusia semakin besar pula. Adanya alasan tersebut di atas, maka semakin besar pula masalah yang akan dihadapi oleh manusia baik secara langsung maupun tidak langsung.

Diantara orang yang khawatir akan mendapat kerugian dengan orang yang akan menanggung suatu risiko maka akan diadakan suatu perjanjian pertanggung jawaban.

Pertanggung jawaban adalah perjanjian timbal balik antara penanggung dan penutup asuransi, dimana penanggung mengikatkan diri untuk mengganti kerugian dan/atau membayar sejumlah uang (santunan) yang ditetapkan pada penutup perjanjian, kepada penutup asuransi atau orang lain yang ditunjuk, pada waktu terjadinya evenement, sedangkan penutup asuransi mengikatkan diri untuk membayar uang premi.¹

Untuk memberikan kepastian di dalam pelaksanaan perjanjian pertanggung jawaban, masing-masing pihak harus diatur secara jelas mengenai ketentuan tugas masing-masing pihak, sehingga hak dan kewajibannya secara jelas diatur dalam perjanjian tersebut. Hal ini dimaksudkan untuk menghindari dari hal-hal yang tidak diinginkan saat timbulnya *evenement*, dimana pihak yang dipercayakan untuk menanggulangi risiko benar-benar mengetahui bahwa hal tersebut memang telah diperjanjian sebelumnya. Beberapa macam bahaya yang mengancam kehidupan manusia disebabkan oleh peristiwa yang timbul secara mendadak tanpa diduga sebelumnya seperti meninggal dunia, menderita sakit, terjadi kecelakaan atau sebab lainnya. Melihat peristiwa tersebut yang terjadi pada orang lain, maka kita dapat menyadari apabila peristiwa tersebut terjadi pada diri kita, karena

¹ H.M.N. Purwosutjipto, *Pengertian Pokok Hukum Dagang*, Jilid 6, (Jakarta : Djambatan, 1990), hal.10.

alasan tersebut mendorong orang untuk mencari sesuatu perlindungan atau jaminan rasa aman terhadap persiapan masa depan yang lebih baik dan pasti.

Bila seseorang diserang oleh penyakit, apalagi harus lama dirawat di rumah sakit tentu memerlukan biaya pengobatan dan perawatan yang besar. Bila orang kaya yang mempunyai cukup dana, hal itu tidak menjadi masalah. Namun bila penghasilan seseorang pas-pasan saja, sudah tentu biaya besar menjadi problem besar. Untuk mengatasi problem yang demikian dapat dilakukan dengan mengamalkan prinsip sedia payung sebelum hujan, yaitu menabung. Tetapi, bagaimana mengatasinya bila dia diserang oleh penyakit sedangkan dana yang ditabungnya belum mencukupinya. Dalam situasi demikian diperlukan asuransi kesehatan, melalui asuransi kesehatan itu, maka biaya pengobatan dan perawatan yang diderita oleh tertanggung akan diganti oleh penanggung.

Berdasarkan uraian di atas, maka penulis tertarik untuk lebih mengetahui seluk beluk dari perjanjian asuransi kesehatan khususnya yang dilakukan di Rumah Sakit “X” sehingga penulis mengambil judul : “PENYELESAIAN KLAIM ASURANSI KESEHATAN PADA RUMAH SAKIT X.”

1.2 Pokok Permasalahan

Arti penting pokok permasalahan adalah sebagai pedoman bagi tujuan dan manfaat penelitian dalam rangka mencapai kualitas pembahasan yang optimal.

Berdasarkan hal tersebut maka pokok permasalahan yang akan diteliti adalah sebagai berikut :

1. Apakah prosedur penyelesaian klaim asuransi kesehatan dari tertanggung kepada perusahaan asuransi di Rumah Sakit “X” telah sesuai dengan ketentuan perundang-undangan?
2. Bagaimana kendala yang dihadapi tertanggung dalam mengurus klaim?
3. Bagaimana bentuk penyelesaian atas kendala tersebut dan apa peran dari Rumah Sakit “X”?

1.3 Tujuan Penelitian

Berdasarkan pertimbangan dari pokok permasalahan di atas, tujuan penelitian diarahkan pada fokus sentral mengenai penyelesaian klaim asuransi kesehatan dari tertanggung kepada perusahaan asuransi di Rumah Sakit “X”.

Dengan mengambil patokan tersebut, diharapkan kajian dan bahasan mengenai topik ini tidak melebar, sehingga diharapkan dapat mempermudah kendala-kendala yang dihadapi tertanggung dalam mengurus klaim.

Maka tujuan penelitian ini adalah sebagai berikut :

1. Untuk mengetahui bentuk penyelesaian klaim asuransi kesehatan dari tertanggung kepada perusahaan asuransi di Rumah Sakit “X”.
2. Untuk mengetahui kendala-kendala yang dihadapi tertanggung dalam mengurus klaim.
3. Untuk mengetahui bentuk penyelesaian yang ada dan apa peran dari Rumah Sakit “X”.

1.4 Kerangka Konseptual

Dalam subbab ini ada beberapa istilah yang dimaksud dengan :

1. Asuransi
 - a. Menurut KUHD
Asuransi atau pertanggungan adalah suatu perjanjian, dengan mana seorang penanggung mengikatkan diri kepada seorang tertanggung, dengan menerima suatu premi, untuk memberikan penggantian kepadanya, karena suatu kerugian, karena kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan, yang mungkin akan dideritanya, karena suatu peristiwa yang tak tentu.²
 - b. Menurut Undang-Undang Perasuransian
Asuransi atau pertanggungan adalah perjanjian antara dua pihak atau lebih, dengan mana pihak penanggung mengikatkan diri kepada tertanggung, dengan menerima premi asuransi, untuk memberikan penggantian kepada tertanggung karena kerugian, kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan, atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin akan diderita tertanggung, yang timbul dari suatu peristiwa yang tidak pasti, atau untuk memberikan suatu pembayaran yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya seseorang yang dipertanggungkan.³
 - c. Menurut A. Hasyim Ali

² *Kitab Undang-Undang Hukum Dagang dan Hukum Kepailitan*, diterjemahkan oleh R. Subekti dan R. Tjitrosudibio, cet. 20, (Jakarta : Padnya Paramita, 1991), Ps. 246.

³ Indonesia, *Undang-Undang Usaha Perasuransian*, UU No. 2 Tahun 1992, Ps. 1 ayat (1).

Asuransi adalah bisnis teknis yang melibatkan keahlian-keahlian dari ahli statistik, analis keuangan, insinyur, ahli ekonomi, para pengacara dan lain-lain.⁴

2. Polis

a. Menurut KUHD

Suatu pertanggungan harus dibuat secara tertulis dalam suatu akte yang dinamakan polis. Setiap polis, kecuali yang mengenai suatu pertanggungan jiwa, harus menyatakan hari ditutupnya pertanggungan, nama orang yang menutup pertanggungan atau tanggungan sendiri atau atas tanggungan seorang ketiga, suatu uraian yang cukup jelas mengenai barang yang dipertanggungkan, jumlah uang untuk berapa diadakan pertanggungan, bahaya-bahaya yang ditanggung oleh si penanggung, saat pada mana bahaya mulai berlaku untuk tanggungan si penanggung dan saat berakhirnya itu, premi pertanggungan tersebut dan pada umumnya, semua keadaan yang kiranya penting bagi si penanggung untuk diketahuinya, dan segala syarat yang diperjanjikan antara para pihak.⁵

b. Menurut A. Hasyim Ali

Polis adalah dokumen yang memuat kontrak antara pihak yang ditanggung dengan perusahaan asuransi yang ditanggungnya.⁶

3. Premi

Menurut H.M.N Purwosutjipto

Premi adalah kewajiban tertanggung, sebagai imbalan dari kewajiban penanggung untuk mengganti kerugian tertanggung.⁷

4. Tertanggung

Tertanggung adalah manusia atau badan hukum sebagai pihak yang mempunyai kewajiban untuk membayar premi dan berhak atas penggantian kerugian dari penanggung.

5. Penanggung

Penanggung adalah mereka yang mendapatkan premi berjanji akan mengganti kerugian atau membayar sejumlah uang yang telah disetujui, jika terjadi peristiwa yang tidak terduga sebelumnya yang mengakibatkan kerugian bagi tertanggung.

6. Adjuster

Adjuster adalah orang atau kumpulan orang-orang yang tugasnya mengurus dan menyelesaikan klaim. Orang-orang yang umumnya menguasai dan mengetahui dengan baik kondisi-kondisi yang digunakan dalam penutupan serta pengetahuan-pengetahuan lain yang erat hubungannya dengan itu, sehingga mereka dapat

⁴ A. Hasyim Ali, *Pengantar Asuransi*, cet. 1, (Jakarta : Bumi Aksara, 1993), hal. 18.

⁵ Kitab Undang-Undang Hukum Dagang dan Kepailitan, *Op. Cit.*, Ps. 255 jo. 256. jo. 257.

⁶ Ali, *Op. Cit.*, hal. 110.

⁷ Purwosutjipto, *Op. Cit.*, hal. 51.

mengetahui kerugian yang bagaimanakah yang dapat di klaim sesuai dengan kondisi polis dan kerugian yang bagaimana yang menjadi tanggungan tertanggung sendiri.⁸

7. Klaim

Klaim adalah suatu kinerja dari janji yang dibuat oleh penanggung pada saat melakukan kontrak.⁹

1.5 Metode Penelitian

Penelitian ini berbentuk kepustakaan yang bersifat yuridis normatif. Yuridis normatif ini adalah penelitian mengacu pada norma hukum yang terdapat dalam peraturan perundang-undangan serta norma-norma yang berlaku serta mengikat dalam masyarakat atau juga menyangkut kebiasaan yang berlaku didalam masyarakat. Penelitian ini merupakan penelitian hukum normatif dengan metode penelitian kepustakaan yaitu metode yang memiliki kegiatan mengumpulkan data sekunder (bahan pustaka). Penelitian ini juga menggunakan metode penelitian langsung di lapangan dengan melakukan wawancara terhadap sumber-sumber yang terkait.

Jenis data yang digunakan dalam penelitian ini adalah data sekunder yaitu data yang berasal dari bahan-bahan pustaka. Selain itu, penulis juga mengumpulkan data primer yaitu data yang didapat langsung dari wawancara. Bahan hukum yang digunakan dalam penelitian ini antara lain :

i. Bahan hukum primer

Adapun bahan hukum primer digunakan untuk mencari landasan hukum yang terkait dengan permasalahan yang diteliti. Bahan hukum primer ini berupa ketentuan peraturan perundang-undangan yang sifatnya mengikat yang didapat dari Undang-Undang, Peraturan Pemerintah, Keputusan Menteri dan peraturan perundangan yang lainnya yang berhubungan dengan penelitian ini, khususnya Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian.

ii. Bahan hukum sekunder

Bahan hukum sekunder digunakan untuk menemukan dasar teori dalam penelitian ini. Bahan hukum sekunder ini berupa buku-buku, artikel-artikel ilmiah, jurnal, skripsi, dokumen dari internet.

⁸ Departemen Keuangan, Surat Keputusan Menteri Keuangan Republik Indonesia tentang *Perizinan Usaha Adjuster Dalam Bidang Asuransi Kerugian*, Kep. No. 932/MK/IV/12/1971, Ps. 1 ayat (1).

⁹ AIG Life, "*Pelatihan Sertifikasi Keagenan Bancassurance*", (Makalah disampaikan pada pelatihan keagenan pada bulan September 2006), hal. 20.

iii. Bahan hukum tersier

Bahan hukum tersier digunakan sebagai bahan referensi yang dapat mendukung penelitian. Bahan hukum tersier ini dapat berupa kamus, ensiklopedia, bahan lainnya yang memberikan petunjuk ataupun penjelasan tentang bahan hukum primer maupun sekunder.

Alat pengumpul data yang digunakan dalam penelitian ini adalah studi dokumen atau bahan pustaka yang ditambah dengan wawancara langsung dengan pihak peserta asuransi dan pegawai perusahaan asuransi

Metode yang digunakan dalam mengolah data adalah pendekatan kualitatif yaitu tata cara penelitian yang menghasilkan data deskriptif yaitu pada yang dinyatakan oleh responden secara tertulis atau lisan dan perilaku yang nyata.¹⁰

1.6 Sistematika Penulisan

Penulisan pembahasan mengenai penyelesaian klaim ini, khususnya mengenai penyelesaian klaim asuransi kesehatan di Rumah Sakit “X”, diupayakan dapat mengatasi kendala-kendala penyelesaian klaim tersebut.

Adapun secara lengkap, sistematika penulisan skripsi ini adalah sebagai berikut :

BAB 1 PENDAHULUAN

Dalam bab ini diuraikan latar belakang permasalahan, pokok permasalahan, tujuan penelitian, kerangka konseptual, metode penelitian, dan sistematika penulisan.

BAB 2 TINJAUAN TENTANG ASURANSI KESEHATAN

Menjelaskan mengenai pengertian dan definisi asuransi kesehatan, syarat sahnya perjanjian asuransi kesehatan, metode asuransi kesehatan, polis asuransi kesehatan, perkembangan asuransi kesehatan di Indonesia.

BAB 3 TINJAUAN HUKUM TENTANG KLAIM ASURANSI

¹⁰ Soejono Soekanto, *Pengantar Penelitian Hukum*, (Jakarta: Penerbit Universitas Indonesia, 2008), hal. 32.

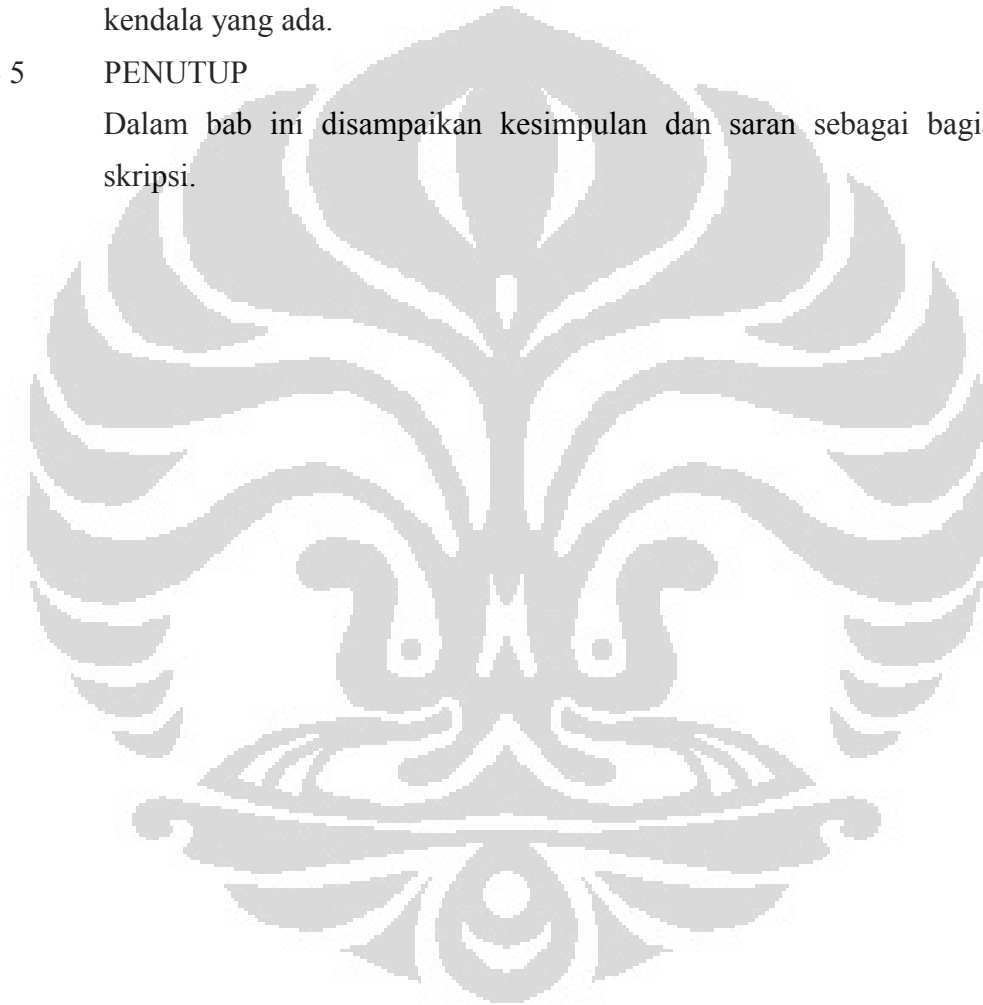
Menjelaskan mengenai pengertian asuransi menurut KUHD, Undang-Undang Perasuransian, prinsip-prinsip asuransi, pengertian klaim, hak dan kewajiban.

BAB 4 ANALISA PENYELESAIAN KLAIM ASURANSI PADA RUMAH SAKIT “X”

Menjelaskan mengenai tinjauan umum tentang Rumah Sakit “X”, kendala-kendala pengurusan klaim di Rumah Sakit “X”, bentuk-bentuk penyelesaian kendala yang ada.

BAB 5 PENUTUP

Dalam bab ini disampaikan kesimpulan dan saran sebagai bagian akhir skripsi.



BAB 2

TINJAUAN TENTANG ASURANSI KESEHATAN

2.1 Pengertian dan Definisi Asuransi Kesehatan

Istilah asuransi yang berarti pertanggunggunaan atau perlindungan merupakan suatu kegiatan yang memberikan perlindungan atas objek yang diasuransikan atas suatu risiko. Asuransi merupakan suatu mekanisme peralihan risiko dari tertanggung kepada penanggung, dimana kerugian-kerugian yang terjadi dimasa yang diderita oleh tertanggung dimasa yang akan datang dialihkan kepada penanggung. Dalam Pasal 246 KUHD dijelaskan bahwa :¹¹

“Asuransi atau pertanggunggunaan adalah suatu perjanjian dengan mana seorang penanggung mengikatkan diri kepada seorang tertanggung, dengan menerima suatu premi, untuk memberikan penggantian kepadanya, karena suatu kerugian, kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan, yang mungkin akan dideritanya karena suatu peristiwa yang tek tertentu.”

Sedangkan pengertian asuransi menurut UU No.2 Tahun 1992 mengenai Usaha Perasuransian adalah :¹²

“Asuransi atau pertanggunggunaan adalah perjanjian antara dua pihak atau lebih, dengan mana pihak penanggung mengikatkan diri kepada pihak tertanggung, dengan menerima premi asuransi untuk memberikan penggantian kepada tertanggung karena kerugian, kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan, atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin akan diderita tertanggung, yang timbul dari suatu peristiwa yang tidak pasti, atau untuk memberikan suatu pembayaran yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya seseorang yang dipertanggunggunakan.”

Sehingga berdasarkan pasal tersebut dapat diambil kesimpulan bahwa asuransi merupakan peralihan risiko dari penanggung kepada tertanggung dimana tertanggung membayar premi kepada penanggung sebagai wujud dari peralihan risiko yang diambil oleh penanggung tersebut. Dalam Pasal 246 KUHD tidak menjelaskan mengenai asuransi jiwa, dimana dalam UU No.2 Tahun 1992 dinyatakan dengan kalimat “memberikan pembayaran yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya seseorang.”

Terkait dengan asuransi kesehatan, dijelaskan dalam Pasal 4 butir b UU No.2 Tahun 1992 yang menyatakan bahwa :¹³

12 Pasal 246 KUHD

12 Indonesia, *Op.cit.*, Pasal 1 ayat (I)

13 *Ibid*, Pasal 4 butir B

Perusahaan asuransi jiwa hanya dapat menyelenggarakan usaha dalam bidang asuransi jiwa, dan asuransi kesehatan, asuransi kecelakaan diri, dan usaha anuitas, serta menjadi pendiri dan pengurus dana pension sesuai dengan peraturan perundang –undangan dana pensiun yang berlaku.

Dalam Pasal 4 butir b UU No.2 Tahun 1992 tersebut dengan Pasal 1 ayat (1) UU No.2 Tahun 1992, maka asuransi kesehatan merupakan bagian dari ruang lingkup perusahaan asuransi jiwa. Tetapi pengertian asuransi kesehatan secara spesifik dapat diartikan sebagai perjanjian pertanggungan untuk menjamin biaya kesehatan dan biaya rumah sakit karena sakit dan atau risiko karena kecelakaan seperti cedera yang terjadi setelah tanggal berlakunya perjanjian asuransi kesehatan tersebut antara penanggung dan tertanggung. Dalam asuransi kesehatan bentuk pemulihan akibat terjadinya risiko adalah dengan cara pembayaran biaya-biaya perawatan inap dirumah sakit baik dengan cara tertanggung membayar biaya rawat inap terlebih dahulu kemudian mengajukan klaim kepada perusahaan asuransi kesehatan ataupun dengan cara pihak penanggung membayar ke rumah sakit yang merupakan rekanan dari perusahaan asuransi kesehatan apabila tertanggung rawat inap di rumah sakit rekanan perusahaan asuransi kesehatan yang bersangkutan.¹⁴

2.2 Syarat Sahnya Perjanjian Asuransi Kesehatan

Asuransi pada dasarnya merupakan suatu perjanjian. Hal ini dijelaskan dalam Pasal 246 KUHD yang menyatakan bahwa :¹⁵

Asuransi atau pertanggungan adalah suatu perjanjian, dengan mana seorang penanggung mengikatkan diri kepada seorang tertanggung, dengan menerima suatu premi, untuk memberikan penggantian kepadanya karena suatu kerugian, kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan, yang mungkin akan dideritanya karena suatu peristiwa yang tak tertentu.

Dalam hal ini jelas bahwa inti dari asuransi kesehatan adalah perjanjian menurut Pasal 246 KUHD. Dalam hal syarat sah suatu perjanjian, karena asuransi termasuk ke dalam perjanjian, maka syarat sahnya perjanjian pada umumnya juga berlaku untuk asuransi, termasuk asuransi kesehatan. Syarat sahnya suatu perjanjian diatur dalam Pasal 1320 KUHPER. Selain syarat sahnya suatu perjanjian asuransi menurut Pasal 1320 KUHPER tersebut, maka terdapat syarat khusus yang diwajibkan dalam membuat perjanjian

¹⁴ Radiks Purba, *Memahami Asuransi di Indonesia*, (Jakarta : PT. Pustaka Binaman Pressindo, 1995), hal. 357-358

¹⁵ Pasal 246 KUHD

sauransi tersebut yaitu syarat *utmost goodfaith* atau azas itikad yang teramat baik yang diatur menurut Pasal 251 KUHD atau disebut juga pemberitahuan.

Menurut Pasal 1320 KUHPER syarat sahnya perjanjian adalah :

1. Kesepakatan

Dalam hal ini, penanggung dan tertanggung harus sepakat mengenai hal – hal yang pokok dari perjanjian yang diadakan itu.¹⁶ Dalam hal kesepakatan ini, maka kehendak pihak penanggung juga dikehendaki pihak tertanggung. Penanggung dan tertanggung sepakat mengadakan perjanjian asuransi yang kesepakatan tersebut pada pokoknya meliputi :¹⁷

- a. Objek yang diasuransikan, dalam asuransi kesehatan maka objek asuransi tersebut adalah jiwa dari tertanggung
- b. Pengalihan risiko dan pembayaran premi
- c. Syarat – syarat khusus asuransi
- d. Dibuat secara tertulis yang disebut polis

Kesepakatan antara tertanggung dan penanggung dibuat secara bebas. Maksudnya adalah tidak dibawah pengaruh, tekanan, atau paksaan pihak tertentu. Dalam kaitannya dengan dunia perasuransian, dijelaskan dalam Pasal 6 ayat (1) UU No.2 Tahun 1992 dijelaskan bahwa penutupan asuransi atas objek asuransi harus didasarkan pada kebebasan memilih penanggung kecuali program asuransi sosial.¹⁸

Kebebasan memilih penanggung kecuali dalam asuransi sosial merupakan suatu hal yang sangat penting karena tertanggung adalah pihak yang paling berkepentingan terhadap objek yang diasuransikan terutama jiwa tertanggung dalam asuransi kesehatan. Dalam dunia praktek perasuransian, untuk membuktikan kapan kesepakatan itu terjadi sangat sulit. Karena pengertian kesepakatan yang diatur dalam Pasal 1320 KUHPER hanyalah kesesuaian kehendak. Sehingga tidak ada pengaturan secara terperinci mengenai kapan kesepakatan dalam perjanjian pertanggungan atau asuransi ini lahir karena pengaturan mengenai kesepakatan ini hanyalah kesesuaian kehendak menurut Pasal 1320 KUHPER.

¹⁶ Subekti, *Hukum Perjanjian* (Jakarta : PT. Intermasa, 2005), hal. 17

¹⁷ Abdulkadir Muhammada, *Hukum Asuransi Indonesia*, (Bandung : PT. Citra Aditya Bakti, 2006), hal. 50

¹⁸ Undang-undang Republik Indonesia, UU No. 2 Tahun 1992, Tentang Usaha Perasuransian LN No. 13 Tahun 1992, Pasal 6 ayat (1)

Oleh karena itu, untuk membuktikan kapan kesepakatan itu lahir, perlu dilakukan pengamatan terhadap praktek dunia perasuransian.¹⁹

Pada dasarnya perjanjian asuransi menganut azas konsensualisme. Dimana pada saat kesepakatan terjadi, maka perjanjian pertanggungan telah lahir. Sehingga penulis berpendapat bahwa proses mencapai kesepakatan dalam asuransi kesehatan pada dasarnya dimulai dengan tertanggung mengisi surat permohonan asuransi kesehatan.

Dalam hal calon tertanggung mengisi surat permohonan asuransi kesehatan dapat disimpulkan bahwa calon tertanggung pada dasarnya telah setuju mengenai produk atau program yang disampaikan oleh penanggung. Hal ini pada dasarnya tertanggung sudah memiliki keinginan untuk mengasuransikan segala risiko berkaitan dengan kesehatannya kepada pihak penanggung. Tetapi perjanjian asuransi belum lahir pada tahapan ini karena pihak penanggung belum melakukan penyelesaian risiko melalui *underwriting* proses untuk menentukan apakah calon penanggung dapat disetujui menjadi nasabah dalam asuransi kesehatan atau tidak dan risiko tersebut akan di cover pihak asuransi kesehatan atau tidak.

Lalu tahapan selanjutnya adalah setelah surat permohonan asuransi kesehatan tersebut diisi oleh calon tertanggung, agen akan submit surat permohonan asuransi kesehatan tersebut kepada perusahaan asuransi kesehatan dan dilakukan *underwriting process*.

Pada saat surat permohonan asuransi kesehatan tersebut disetujui oleh pihak penanggung dan tertanggung telah membayar premi, maka dalam hal ini pertanggungan telah lahir atau dalam Pasal 257 ayat (1) KUHD disebut dengan penutupan.

Sehingga dapat dilihat bahwa kesepakatan yang terjadi dalam asuransi kesehatan adalah pada saat tertanggung ingin mengalihkan risikonya kepada penanggung dengan mengisi surat permohonan asuransi kesehatan dan pada saat surat asuransi kesehatan telah disetujui oleh penanggung setelah dilakukan *underwriting process* dan tertanggung telah melakukan pembayaran premi, maka kesepakatan telah terjadi karena adanya kesesuaian kehendak antara tertanggung yang ingin mengalihkan risiko kepada penanggung dan kehendak penanggung yang bersedia menanggung risiko yang akan diderita oleh tertanggung. Dan pada saat kesepakatan dalam asuransi kesehatan tersebut

¹⁹ *Ibid.*, hal. 55

terjadi, maka pertanggung jawaban tersebut telah lahir. Hal ini disebut dengan penutupan sesuai yang dijelaskan dalam Pasal 257 ayat (1) KUHD.

Dan pertanggung jawaban tersebut berjalan pada saat tertanggung telah membayar premi kepada penanggung. Dalam prakteknya, pembayaran premi selalu dibayarkan pada saat tertanggung telah mengisi surat permohonan asuransi kesehatan dan diserahkan uang pembayaran premi kepada agen. Dalam hal ini disebut penitipan pembayaran premi. Pada saat tertanggung telah disetujui menjadi nasabah dalam asuransi kesehatan, status penitipan pembayaran premi berubah menjadi pembayaran premi yang sesungguhnya dan pertanggung jawaban tersebut berjalan setelah status penitipan pembayaran premi tersebut berubah menjadi pembayaran premi. Dalam hal ini pertanggung jawaban dalam asuransi kesehatan telah berjalan. Lalu pada saat polis tersebut diterbitkan oleh penanggung dan tidak dikembalikan oleh tertanggung pada saat telah dipelajari, hal ini juga disebut kesepakatan. Tetapi secara normatif dalam perjanjian asuransi pada saat kesepakatan terjadi antara penanggung dan tertanggung, maka perjanjian asuransi telah lahir dan berjalan apabila tertanggung telah membayar premi sebagai wujud peralihan risiko sesuai dengan Pasal 246 KUHD. Sehingga dalam hal ini penulis berkesimpulan bahwa kesepakatan yang menyebabkan perjanjian asuransi lahir dan pertanggung jawaban berjalan pada saat penanggung sudah setuju untuk menanggung risiko dari tertanggung dan premi telah dibayarkan oleh tertanggung kepada penanggung. Dalam asuransi kesehatan, data-data yang dihimpun, penulis berpendapat bahwa pada saat polis tidak dikembalikan oleh tertanggung setelah polis tersebut diterbitkan oleh penanggung, maka hal tersebut bukanlah kesepakatan yang menyebabkan perjanjian asuransi lahir. Karena perjanjian asuransi terutama dalam asuransi kesehatan telah lahir dan berjalan pada saat penanggung sudah setuju untuk menanggung risiko dari tertanggung dan premi telah dibayarkan walaupun polis tersebut belum diterbitkan oleh penanggung.

2. Cakap

Cakap dalam perjanjian asuransi atau perjanjian pertanggung jawaban maksudnya adalah pihak penanggung dan tertanggung memiliki kewenangan untuk melakukan perbuatan hukum yaitu mengadakan perjanjian asuransi menurut ketentuan yang diatur dalam peraturan perundang-undangan. Dalam perjanjian pertanggung jawaban atau asuransi ini, selain

cakap menurut Pasal 1320 KUHD yaitu dewasa, sehat pikiran, tidak dalam pengampunan, dan perempuan (menurut UU No.1 Tahun 1974, kedudukan laki-laki dan perempuan sama dalam melakukan perbuatan hukum).²⁰

Hal tersebut merupakan kecakapan yang bersifat subjektif dalam perjanjian pertanggungan. Kecakapan yang bersifat objektif dalam perjanjian pertanggungan artinya adalah tertanggung memiliki hubungan dengan objek yang akan diasuransikan.²¹ Dalam hal ini pihak yang dapat membuat perjanjian asuransi haruslah sudah cakap dalam melakukan perbuatan hukum. Dalam praktek pihak yang dapat melakukan perjanjian asuransi dengan pihak penanggung adalah apabila calon tertanggung telah berusia 17 tahun.

3. Objek Tertentu

Dalam perjanjian pertanggungan atau asuransi, yang dimaksud dengan objek tertentu adalah objek yang akan diasuransikan. Dalam hal ini objek yang dapat diasuransikan berupa harta kekayaan, atau dapat pula berupa jiwa seseorang. Objek berupa harta kekayaan dan kepentingan yang melekat pada harta kekayaan terdapat dalam perjanjian asuransi kerugian, sedangkan objek berupa jiwa manusia terdapat dalam perjanjian asuransi jiwa.²² Dalam perjanjian pertanggungan, tertanggung merupakan pihak yang memiliki kepentingan dengan objek yang akan diasuransikan. Dan tertanggung harus memiliki hubungan dengan objek yang akan diasuransikan tersebut. Dalam hal ini, tertanggung harus dapat membuktikan bahwa dirinya yang memiliki kepentingan terhadap objek yang akan diasuransikan.²³ Apabila tertanggung tidak dapat membuktikan bahwa ia memiliki hubungan dengan objek yang akan diasuransikan, maka penanggung berhak membatalkan perjanjian pertanggungan tersebut dengan tertanggung. Hal ini dijelaskan dalam Pasal 250 KUHD yang menyatakan.²⁴

²⁰ Subekti, *Hukum Perjanjian*, (Jakarta : PT. Intermasa, 2005), hal. 17-18

²¹ Abdulkadir Muhammad, *Hukum Asuransi Indonesia*, (Bandung : PT. Citra Aditya Bakti, 2006), hal. 50-51

²² *Ibid*, hal. 51

²³ *Ibid*, hal. 52

²⁴ Pasal 250 KUHD

Apabila seseorang yang telah mengadakan suatu pertanggungan untuk diri sendiri, atau apabila seseorang yang untuknya telah diadakan suatu pertanggungan, pada saat diadakannya pertanggungan itu tidak mempunyai suatu kepentingan terhadap barang yang dipertanggungkan itu, maka si penanggung tidaklah diwajibkan memberikan ganti rugi.

Menurut Pasal 1 butir 2 UU No.2 Tahun 1992 Tentang Usaha Perasuransian dijelaskan bahwa objek dari asuransi adalah benda dan jasa, jiwa dan raga. Kesehatan manusia, tanggung jawab hukum, serta semua kepentingan lainnya yang dapat hilang, rusak, rugi, dan atau berkurang nilainya.²⁵ Dalam asuransi kesehatan, objek yang diasuransikan adalah jiwa dari tertanggung yang berkaitan dengan risiko penyakit dan risiko karena kecelakaan dari tertanggung tersebut. Sebagai contoh dalam asuransi kesehatan, seorang ibu mengasuransikan anaknya. Dalam hal ini, sang ibu memiliki hubungan dengan anak tersebut yaitu hubungan darah dan anak tersebut merupakan objek dari asuransi kesehatan tersebut atau dalam hal ini anak tersebut berkedudukan sebagai tertanggung dalam asuransi kesehatan.

4. Kausa yang halal

Maksud dari kausa yang halal adalah perjanjian pertanggungan tersebut tidak dilarang oleh undang-undang, tidak bertentangan dengan ketertiban umum, dan tidak bertentangan dengan kesusilaan.²⁶ Contoh dalam asuransi kesehatan yang bertentangan dengan kausa yang halal adalah seseorang yang mengasuransikan dirinya dalam asuransi kesehatan karena profesinya yang dilarang oleh peraturan perundang-undangan atau kesusilaan karena orang tersebut takut terkena penyakit akibat dari profesinya yang melanggar kesusilaan atau peraturan perundang-undangan tersebut.

2.3 Metode Asuransi Kesehatan

Metode Menentukan Santunan

Santunan asuransi kesehatan yang diberikan oleh penanggung kepada tertanggung untuk menggantikan kerugian finansial yang diderita oleh tertanggung karena ia diserang oleh penyakit, biasanya ditentukan dengan metode sejumlah uang atau dengan metode dana sakit

²⁵ Indonesia, *Op. Cit.*, Ps. 1 butir 2.

²⁶ Subekti, *Hukum Perjanjian*, (Jakarta : PT. Intermasa, 2005), hal. 19

1. Metode Sejumlah Uang

Menurut metode ini, besarnya santunan kesehatan ditentukan ketika asuransi ditutup sebagai berikut :

Penanggung akan memberikan sejumlah uang kepada tertanggung sebagai santunan kesehatan untuk setiap kali tertanggung diserang oleh penyakit yang mengindahkan besar kecilnya biaya pengobatan /perawatan yang digunakan oleh tertanggung.

Penanggung menyediakan sejumlah dana yang akan digunakan oleh tertanggung untuk berkali-kali tertanggung diserang oleh penyakit, namun jumlah total yang boleh digunakan maksimal sebesar dana yang tersedia.

Bila metode ini yang digunakan, maka asuransi kesehatan termasuk "*Asuransi Sejumlah Uang*" seperti halnya asuransi jiwa, yaitu ganti rugi financial yang diberikan oleh penanggung kepada tertanggung sesuai dengan jumlah uang / dana yang ditentukan lebih dahulu ketika asuransi ditutup. Dalam penggunaan metode ini, biasanya diterapkan potongan, yaitu sampai sejumlah tertentu biaya pengobatan setiap kali diserang oleh penyakit tidak diganti oleh penanggung.

2. Metode Dana Sakit.

Beragam-macam jenis penyakit dan pula terdiri dari berbagai tingkatan, ada penyakit keras, penyakit sedang, penyakit ringan, penyakit yang memerlukan perawatan khusus atau perawatan intensif. Ada penyakit yang cepat sembuh, ada pula yang lama baru bisa sembuh. Ada penyakit yang memerlukan obat-obatan mahal [paten] dan ada pula yang hanya memerlukan obat-obatan murah. Ada pula penyakit yang harus dioperasi untuk penyembuhannya. Selain itu, ada orang yang sering sakit, ada yang sekali-kali sakit, dan ada pula yang jarang sakit.

Dengan adanya perbedaan-perbedaan yang demikian, maka biaya pengobatan/perawatannya pun berbeda-beda pula tingkatannya. Ada memerlukan biaya besar, ada yang memerlukan biaya sedang, dan ada pula yang memerlukan biaya ringan untuk setiap kali menderita sakit.

Maka sangat sulitlah untuk menentukan sejumlah uang yang akan diberikan oleh penanggung kepada tertanggung sebagai santunan kesehatan. Oleh karena kesulitan yang demikian, maka diterapkanlah "*Metode Dana Sakit*". Menurut metode dana sakit,

santunan kesehatan yang akan diberikan oleh penanggung kepada tertanggung yang menderita sakit disesuaikan dengan besar kecilnya biaya pengobatan (biaya dokter, obat-obatan, *rontgen*, dan sebagainya). Bila tertanggung harus dirawat nginap di rumah sakit, juga diganti biaya perawatan (makan, minum, pelayanan, dan sebagainya). Metode ini yang umum digunakan.

Pada umumnya berbagai macam penyakit dijamin oleh asuransi kesehatan, apakah penyakit di dalam tubuh atau pada kulit manusia (penyakit kulit), apakah penyakit THT, penyakit mata, dan sebagainya, tetapi ada yang tidak dijamin oleh asuransi kesehatan atau risiko yang dikecualikan:

1. Penyakit atau sakit yang disebabkan oleh kecelakaan (risiko kecelakaan dijamin oleh asuransi kecelakaan diri)
2. Penyakit yang terjadinya disengaja, misalnya sengaja memakan/meminum bahan-bahan beracun atau memakan obat melebihi dosis yang ditentukan oleh dokter atau oleh farmasi yang membuat obat itu
3. Penyakit yang terjadi karena bermaksud bunuh diri, tetapi tidak berhasil (tidak jadi atau gagal mati) sehingga menderita sakit
4. Penyakit yang terjadi karena menyalahgunakan obat-obatan/bahan-bahan terlarang (ganja, narkotika, dan lain-lain)
5. Immunisasi (suntikan pencegahan) massal
6. Obat-obatan yang tidak ada kaitannya dengan penyakit seperti obat-obatan berupa makanan, obat-obat kosmetik, obat-obat gosok minyak kayu putih, rheumason, dan lain-lain
7. Kacamata, gigi buatan, alat Bantu dengar, kaki atau tangan buatan
8. Penyakit yang terjadi karena peperangan atau yang berhubungan dengan peperangan, pemberontakan, perlawanan senjata dan lain-lain
9. Penyakit yang disebabkan oleh inti atom atau nuklir atau disebabkan oleh radio aktif atau unsur radioaktif
10. Penyakit yang disebabkan oleh gas beracun yang keluar dari dalam bumi atau dibawa oleh angin atau berasal dari industri, pertambangan dan lain-lain sumber gas beracun

11. Penyakit yang terjadi karena gempa bumi, banjir, tanah longsor, gunung berapi meletus dan lain-lain yang sejenis

Jaminan tambahan terhadap resiko-resiko sakit yang dikecualikan (yang tidak dijamin) seperti tersebut di atas dapat juga ditutup asuransinya dengan membayar tambahan premi. Risiko-risiko yang dijamin sebagai tambahan diperinci di dalam polis. Namun penyakit yang disebabkan oleh risiko-risiko (2), (3), (4), dan (9) sama sekali tidak dijamin oleh asuransi kesehatan.

2.4 Polis Asuransi Kesehatan

Sebagai imbalan atas santunan kesehatan yang diberikan oleh penanggung, maka tertanggung membayar 'premi' kepada penanggung. Pada umumnya pembayaran dilakukan secara berkala, misalnya setiap bulan, setiap triwulan, setiap semester atau setiap tahun.

Polis asuransi kesehatan yang digunakan dapat berupa : a. polis seumur hidup atau b. polis jangka warsa sesuai dengan yang dikehendaki oleh tertanggung. Tetapi bila asuransi kesehatan diselenggarakan sebagai asuransi sosial (asuransi wajib), maka jaminan asuransi berlangsung seumur hidup.

a. Polis seumur hidup

Menurut ketentuan polis seumur hidup, jaminan kesehatan berlangsung terus menerus selama hidupnya tertanggung. Bila tertanggung meninggal dunia, maka berakhir lah jaminan kesehatan. Jaminan kesehatan dapat diperluas kepada istri (suami) tertanggung dan anak-anaknya yang belum dewasa asalkan ditambah premi asuransi. Dalam hal ini, jaminan kesehatan berlangsung terus menerus hingga istri (suami) tertanggung meninggal dan anak-anaknya dewasa, sekalipun tertanggung telah meninggal lebih dahulu.

Untuk polis seumur hidup sangat sulit menentukan sejumlah uang yang akan diberikan oleh penanggung kepada tertanggung sebagai santunan kesehatan bila tertanggung menderita sakit. Maka untuk menentukan besar kecilnya santunan kesehatan digunakan metode dana sakit.

b. Polis jangka warsa

Menurut ketentuan polis jangka wara, jaminan kesehatan berlangsung selama suatu jangka waktu tertentu, misalnya selama satu tahun, dua tahun atau lebih. Jaminan kesehatan berakhir bila :

1. Masa berlakunya polis berakhir
2. Tertanggung meninggal dalam masa berlakunya polis.

Bila masa berlakunya polis berakhir dan tertanggung masih hidup, jaminan kesehatan dapat dilanjutkan untuk suatu jangka waktu tertentu berikutnya dengan membayar lagi premi asuransi. Jaminan kesehatan dapat diperluas kepada istri (suami) tertanggung dan anak-anaknya yang belum dewasa asalkan ditambah premi asuransi, tetapi lamanya jaminan kesehatan terbatas selama masa berlakunya polis. Oleh karena masa berlaku polis jangka wara terbatas, maka dapat ditentukan sejumlah uang yang akan diberikan oleh penanggung kepada tertanggung sebagai santunan kesehatan bila tertanggung menderita sakit. Berarti untuk polis jangka wara dapat digunakan metode sejumlah uang. Namun demikian, lebih praktis digunakan metode dana sakit. Polis asuransi kesehatan dapat dipisahkan ke dalam :

1. Polis standar

Risiko-risiko sakit yang dijamin dan yang tidak dijamin, demikian juga syarat-syarat asuransi dan tariff premi telah dibakukan. Setiap penanggung yang menggunakan polis standar tidak boleh mengubahnya. Yang berhak mengubahnya hanya organisasi atau lembaga yang diakui oleh pemerintah, yang menghimpun semua penanggung dalam satu wadah.

2. Polis non standar

Risiko-risiko sakit yang dijamin dan yang tidak dijamin, demikian juga syarat-syarat asuransi dan tarif premi berubah-ubah untuk setiap kali penutupan asuransi kesehatan sesuai dengan tawar menawar yang berlangsung antara penanggung dan tertanggung ketika penutupan asuransi. Menggunakan polis non standar dapat menimbulkan persaingan tidak sehat antara sesama penanggung, khususnya pada waktu pasaran asuransi kesehatan sepi.

2.5 Perkembangan Asuransi Kesehatan Di Indonesia

Di Indonesia, asuransi kesehatan telah ada sejak tahun 1968. Pada masa tersebut, berdasarkan SK Presiden RI No.230 Tahun 1968 ditetapkan bahwa pemerintah menerapkan asuransi kesehatan untuk pegawai negeri, pensiunan beserta keluarganya. Perkembangan asuransi kesehatan di Indonesia didasarkan pada tiga hal yaitu:²⁷

- a. Pegawai negeri yang terhimpun dalam Perum Husada Bakti (PHB) dan sekarang telah berubah menjadi PT. ASKES
- b. Buruh dan pegawai swasta yang terhimpun dalam Pelayanan Kesehatan Tenaga Kerja [PKTK] yang berada di bawah PT. Astek dan sekarang menjadi “Jamsostek”
- c. Masyarakat swasta yang bergerak dalam bidang informal golongan menengah dapat dijadikan objek bagi perusahaan asuransi swasta

Ketiga hal tersebut diselenggarakan oleh asuransi komersial dalam hal pelaksanaannya. Oleh karena itu, dalam sub bab kali ini akan membahas mengenai asuransi sosial dan asuransi komersial terkait dengan asuransi kesehatan.

a. Asuransi sosial

Asuransi sosial pada dasarnya diselenggarakan oleh pemerintah, asuransi ini disebut juga asuransi wajib karena memang pelaksanaannya diwajibkan oleh suatu peraturan berdasarkan perintah dari pemerintah. Ciri-ciri dari asuransi sosial adalah :²⁸

- Pihak yang menyelenggarakan pertanggunganaan adalah pemerintah
- Sifat pertanggungannya adalah wajib bagi seluruh anggota masyarakat
- Penentuan penggantian kerugian diatur oleh pemerintah dengan peraturan
- Tujuannya adalah untuk memberikan suatu jaminan sosial dan bukan untuk mencari keuntungan

Dasar hukum pengaturan asuransi kesehatan yang berbentuk asuransi sosial ini terdapat dalam Undang-Undang Pokok Kesehatan No.9 Tahun 1960. Dalam undang-undang ini ditetapkan bahwa tiap warga negara berhak memperoleh derajat kesehatan yang setinggi-tingginya dan untuk itu seluruh rakyat harus ikut serta dalam usaha-usaha

²⁷ Zaenal Abidin, dalam skripsi yang berjudul “*Manfaat Asuransi Kesehatan Dalam Pelayanan Kesehatan Beserta beberapa Permasalahannya*”, (Depok, 1992), hal. 36-37

²⁸ Emmy Pangaribuan, *Hukum Pertanggunganaan dan Perkembangannya*, (Jogyakarta : Seksi Hukum Dagang Universitas Gajah Mada, 1990), hal. 106

kesehatan pemerintah. Sebagai pelaksanaan dari undang-undang pokok kesehatan No.9 Tahun 1960 tersebut, maka dibuatlah Keputusan Presiden No.230 Tahun 1968 sebagaimana telah dirubah dengan Keputusan Presiden No.13 Tahun 1981. Dalam perjalanannya, aturan tersebut dinilai sudah tidak sesuai lagi dengan perkembangan masyarakat dan tidak dapat mengakomodir mengenai pemeliharaan kesehatan pegawai negeri sipil dan anggota keluarganya. Oleh karena itu dibentuklah Peraturan Pemerintah No.22 Tahun 1984 mengenai Pemeliharaan Kesehatan Pegawai Negeri Sipil dan penerima pensiun beserta anggota keluarganya yang diselenggarakan oleh Badan Penyelenggara. Menurut Peraturan Pemerintah No.23 Tahun 1984 ditetapkan bahwa badan penyelenggara tersebut atau lembaga yang menyelenggarakan asuransi kesehatan ini adalah Perum Husada Bakti (PHB).²⁹

Dalam asuransi sosial ini, tidak diperlukan suatu polis asuransi kesehatan oleh pihak penanggung. Tetapi secara otomatis tertanggung sudah menjadi anggota asuransi kesehatan berdasarkan suatu peraturan. Dan untuk memperoleh pelayanan terhadap asuransi kesehatan ini, pegawai negeri sipil tersebut harus memiliki kartu peserta PHB. Apabila pegawai negeri sipil tersebut tidak memiliki kartu PHB maka pegawai negeri sipil tersebut tidak dapat dilayani.³⁰ Tetapi hal tersebut tidak berlaku mutlak, apabila pegawai negeri sipil tersebut belum memiliki kartu PHB karena suatu hal, maka untuk sementara masih dapat memperoleh pelayanan kesehatan dengan menunjukkan surat pengangkatan sebagai pegawai negeri sipil. Dengan catatan bahwa untuk memperoleh pelayanan kesehatan berikutnya harus mengurus kartu peserta PHB tersebut.³¹ Lalu sesuai dengan perkembangan zaman, berdasarkan Peraturan Pemerintah No.6 Tahun 1992, PHB tersebut digantikan dengan Perusahaan Perseroan dalam hal menjalankan tugas seperti yang dilakukan oleh PHB.³² Pada Tahun 2005 berdasarkan Keputusan

²⁹ Indonesia, Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 23 Tahun 1984 Tentang *Perum Husada Bakti*, Pasal 2

³⁰ Zaenal Abidin dalam skripsi yang berjudul “*Manfaat Asuransi Kesehatan Dalam Pelayanan Kesehatan Beserta Beberapa Permasalahannya*”, (depok, 1992), hal. 49-50

³¹ *Ibid*, hal. 50

³² Indonesia, Peraturan Pemerintah Republik Indonesia No. 6 Tahun 1992 Tentang *Pengalihan Bentuk Perusahaan Umum (Perum) Husada Bakti Menjadi Perusahaan Perseroan (Persero)*, LN No. 16 Tahun 1992, Pasal 1 ayat (2)

Menteri Kesehatan Republik Indonesia No.1241/MENKES/XI/2004 ditunjuklah PT. Askes sebagai penyelenggara Program Jaminan Kesehatan bagi Masyarakat Miskin (PJKMM). PT. Askes sebagai penyelenggara program jaminan kesehatan bagi masyarakat miskin memiliki tugas antara lain mengelola kepersertaan serta pelayanan kesehatan dan rujukan. Lalu pada tahun 2008 PJKMM dirubah menjadi Program Jaminan Kesehatan Masyarakat (JAMKESMAS). Berdasarkan surat Menteri Kesehatan RI No.112/MENKES/II/2008 mendapat penugasan untuk melaksanakan manajemen kepersertaan JAMKESMAS yang meliputi tata laksana kepesertaan, tata laksana pelayanan, dan tata laksana organisasi dan manajemen. Pada tahun 2008 dikeluarkanlah UU No.40 Tahun 2004 mengenai Sistem Jaminan Sosial Nasional dimana terdapat badan penyelenggara yang juga menyelenggarakan program asuransi kesehatan sesuai dengan program yang diikuti. Sebagai contoh apabila ABRI maka untuk asuransi kesehatannya mengikuti program yang terdapat dalam ASABRI, apabila pesertanya adalah para pekerja suatu perusahaan maka mengikuti program JAMSOSTEK.

b. Asuransi Komersial

Asuransi komersial pada umumnya dapat diselenggarakan untuk individu, keluarga atau perusahaan yang ingin mengasuransikan karyawannya. Asuransi komersial dalam prakteknya tentu mengandung unsur bisnis atau mencari keuntungan. Hal ini berbeda dengan asuransi sosial yang pada dasarnya tidak mengandung unsur bisnis dan memberikan perlindungan dasar bagi tertanggungnya. Dalam asuransi komersial terdapat beberapa pihak yang berkepentingan dalam perjanjian asuransi kesehatan ini yaitu :

- a. Penanggung (Perusahaan Asuransi)
- b. Pemegang polis (dalam hal ini pemegang polis dapat berkedudukan sebagai tertanggung)
- c. Yang dipertanggungkan

Jadi dalam asuransi kesehatan selain pemegang polis yang akan menutup perjanjian asuransi kesehatan dengan pihak penanggung, terdapat pula pihak ketiga yang jiwanya dipertanggungkan. Contoh adalah ibu yang mengasuransikan kesehatan anaknya pada perusahaan asuransi kesehatan tertentu. Dalam hal ini perusahaan asuransi kesehatan berkedudukan sebagai penanggung, ibu sebagai pemegang polis, dan anak

sebagai pihak yang dipertanggungjawabkan jiwanya. Dalam asuransi kesehatan, umumnya pihak penanggung akan mengajukan berbagai syarat yang harus dipenuhi oleh pemegang polis atau pihak yang dipertanggungjawabkan jiwanya.

Pada saat perjanjian asuransi kesehatan akan ditutup, maka pihak penanggung akan mengadakan seleksi terhadap calon tertanggung dengan tujuan untuk mengurangi beban risiko dari penanggung. Pelaksanaan seleksi ini dilakukan dengan cara berupa pengisian surat permohonan asuransi kesehatan yang formatnya bergantung pada perusahaan asuransi kesehatan tersebut. Tetapi format asuransi kesehatan tersebut pada umumnya terdiri dari :

- a. Data calon pemegang polis
- b. Data calon tertanggung utama apabila calon tertanggung utama berbeda dengan calon pemegang polis
- c. Data calon tertanggung tambahan dan hubungannya dengan tertanggung utama
- d. Program yang dipilih oleh pemegang polis atau tertanggung
- e. Data kesehatan calon tertanggung
- f. Kegiatan dan kebiasaan pribadi
- g. Pernyataan dan persetujuan

Dalam hal pengisian surat permohonan asuransi kesehatan ini, tertanggung harus mengisi seluruh kolom yang ada dalam surat permohonan tersebut dengan jujur, karena hal tersebut akan mempengaruhi penilaian penanggung terhadap calon tertanggung apakah penanggung mau menerima calon tertanggung tersebut menjadi tertanggung dalam asuransi kesehatan atau tidak.

Selain itu, pada asuransi kesehatan biasanya terdapat plan-plan yang dapat dipilih oleh tertanggung sesuai dengan kemampuan tertanggung untuk membayar premi. Dan nilai pertanggungan pada kesanggupan tertanggung untuk membayar premi tersebut. Plan-plan ini biasanya memuat mengenai biaya rumah sakit, biaya kamar icu/iccu, biaya operasi, biaya kunjungan dokter, dll.

Perusahaan-perusahaan yang wajib mengasuransikan karyawannya melalui jamsostek pun juga dapat mengasuransikan karyawannya dengan asuransi komersial ini. Karena jamsostek hanya melindungi segala risiko akibat pekerjaan, sedangkan risiko yang terjadi

di luar pekerjaan tidak dilindungi oleh jamsostek. Sehingga karyawan-karyawan perusahaan dapat mendaftarkan agar selain dilindungi oleh jamsostek yang bersifat wajib, tetapi juga mendapat perlindungan tambahan melalui asuransi kesehatan komersial tersebut.

Dalam Pasal 6 ayat (1) UU No.2 Tahun 1992 dinyatakan bahwa :³³

“Penutupan asuransi atas objek asuransi harus didasarkan pada kebebasan memilih penanggung kecuali bagi program asuransi sosial “.

Hak ini dimaksudkan agar tertanggung secara bebas memilih perusahaan asuransi yang diinginkan oleh tertanggung sesuai dengan objek yang akan diasuransikan terutama dalam hal ini adalah kesehatan. Apabila kita coba kaitkan peraturan tersebut dengan perusahaan-perusahaan yang diwajibkan untuk mengasuransikan karyawannya, maka pada dasarnya perusahaan tersebut harus mengasuransikan karyawannya melalui program JAMSOSTEK, tetapi diperbolehkan untuk mengasuransikan karyawan tersebut kepada asuransi kesehatan komersial asalkan sudah mengasuransikan karyawannya melalui jamsostek tersebut

³³ Indonesia, Undang-undang No.2 Tahun 1992 Tentang Usaha Perasuransian, LN No.13 Tahun 1992, TLN No. 3467, Pasal 6 ayat (1)

BAB 3

TINJAUAN HUKUM TENTANG KLAIM ASURANSI

3.1 Pengertian Asuransi Menurut

3.1.1 KUHD

Pasal 246 Mengatakan :

“Asuransi atau pertanggungan adalah suatu perjanjian, dengan mana seorang penanggung mengikatkan diri kepada seorang tertanggung, dengan menerima suatu premi untuk memberikan penggantian kepadanya karena suatu kerugian, kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan, yang mungkin akan dideritanya karena suatu peristiwa yang tak tertentu.”³⁴

Menurut Prof. Emmy Pangaribuan Simanjuntak, SH., sifat-sifat asuransi dapat diuraikan sebagai berikut :³⁵

1. Bahwa asuransi itu pada dasarnya adalah suatu perjanjian kerugian dalam hal ini jelas bahwa penanggung mengikatkan diri untuk mengganti kerugian karena pihak tertanggung menderita kerugian dan yang diganti itu adalah seimbang dengan kerugian yang sungguh-sungguh diderita (prinsip *indemniteit*).
2. Bahwa asuransi itu adalah suatu perjanjian bersyarat, artinya bahwa kewajiban mengganti rugi dari penanggung hanya dilaksanakan dalam peristiwa yang tertentu atas mana diadakan asuransi itu terjadi.³⁶
3. Asuransi adalah suatu perjanjian timbal balik. Artinya, bahwa kewajiban penanggung mengganti-rugi dihadapkan dengan kewajiban tertanggung membayar premi walaupun dengan pengertian bahwa kewajiban membayar premi itu tidak bersyarat atau tidak digantungkan pada suatu syarat.³⁷

Bahwa kerugian yang diderita adalah sebagai akibat dari peristiwa tidak tertentu atas mana diadakan asuransi. Dari isi dan bunyi Pasal 246 KUHD, dapat disimpulkan bahwa perjanjian asuransi adalah suatu perjanjian dimana penanggung menikmati suatu premi, mengikatkan dirinya terhadap tertanggung untuk membebaskannya dari kerugian

³⁴ Pasal 246 KUHD

³⁵ Djoko Prakoso dan I Ketut Murtika, *Hukum Asuransi Indonesia*, Cet.1, Jakarta: Bina Aksara, 1987, hal. 24.

³⁶ *Ibid.*, hal. 26.

³⁷ *Ibid*

karena kehilangan atau lenyapnya keuntungan yang diharapkan oleh karena suatu kejadian yang tidak pasti. Jadi adanya kerugian yang disebabkan oleh kejadian yang tidak pasti inilah adalah faktor yang tidak dapat diabaikan pada perjanjian asuransi.³⁸

3.1.2 Menurut Undang-undang No. 2 Tahun 1992, tentang Usaha Perasuransian.

Bahwa asuransi atau pertanggungan adalah perjanjian antara dua pihak atau lebih, dengan mana pihak penanggung mengikatkan diri kepada tertanggung, dengan menerima premi asuransi untuk memberikan penggantian kepada tertanggung karena kerugian, kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan, atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga yang mungkin akan diderita tertanggung yang timbul dari suatu peristiwa yang tidak pasti atau untuk memberikan suatu pembayaran yang didasarkan atas meninggal atau hidupnya seseorang yang dipertanggungkan.³⁹

3.2 Prinsip-Prinsip Asuransi

Kesalahan atau kekeliruan dapat terjadi atau dilakukan dalam proses pemasaran, yaitu kesalahan dalam menerapkan atau kurang-pahaman masing-masing pihak yang melakukan kontrak atau perjanjian asuransi atas pemberlakuan prinsip-prinsip asuransi yang harus ada sejak dilakukannya perjanjian atau kontrak asuransi. Konsumen membeli produk asuransi pada umumnya hanya mendengar, percaya dan memegang janji-janji yang pernah disampaikan oleh tenaga pemasarannya. Jika dikemudian hari konsumen yang membeli produk merasakan produk yang dibelinya itu menyimpang atau tidak sesuai dengan yang diperjanjikan, maka konsumen dapat menjangkitkan gugatan atau membatalkan.⁴⁰ Untuk itu antara penjual dan calon pembeli harus memahami prinsip-prinsip yang melandasi perjanjian.

3.2.1 Pemahaman Prinsip “Itikad Baik”

Tertuang dalam Pasal 251, 277, 281 KUD, prinsip mendasar yang harus dimiliki adalah prinsip adanya itikad baik.⁴¹ Dengan demikian dapat diketahui bahwa penanggung sebagai “penjual” polis perlu dilindungi terhadap kemungkinan adanya kesalahan informasi yang diberikan oleh calon tertanggung mengenai objek pertanggungan. Jika

³⁸ *Ibid.*, hal. 261

³⁹ Indonesia, *Undang-Undang Tentang Usaha Perasuransian*, UU No.2 Tahun 1992, pasal 1.

⁴⁰ Ketut Sendro, *Klaim Asuransi Gampang*, Cet.3, Jakarta: BMAI, PPH, 2009, hal. 52.

⁴¹ *Ibid.*, hal. 53

penanggung mengetahuinya, ia tidak akan menerima pertanggung tersebut atau menerimanya tetapi dengan kondisi yang berbeda.

Pasal 251 KUHD mengaturnya :

“Setiap keterangan yang keliru atau tidak benar, ataupun setiap tidak memberitahukan hal-hal yang diketahui oleh si tertanggung, betapapun itikad baik ada padanya, yang demikian sifatnya sehingga seandainya si penanggung telah mengetahui keadaan yang sebenarnya, perjanjian itu tidak akan ditutup, atau tidak ditutup dengan syarat-syarat yang sama, mengakibatkan batalnya pertanggung”.

Pelanggaran atas prinsip itikad baik ini dapat mengakibatkan pertanggung menjadi batal. Kesalahan ini dapat terjadi karena :

a. Tidak mengungkapkan informasi material secara benar dan lengkap (*non disclosure*).⁴²

b. Menyembunyikan informasi (*concealment*)

Ini terjadi jika calon tertanggung dalam pengisian formulir permintaan asuransi dengan sengaja menyembunyikan atau tidak menyampaikan suatu informasi yang material mengenai objek pertanggung kepada penanggung, maka pertanggung tersebut juga dapat menjadi batal.

c. Informasi yang diungkapkan keliru (*innocent misrepresentation*)

Kekeliruan penyampaian informasi dapat terjadi karena cara penyampaian informasi yang salah ataupun isi atau materi dari informasi tersebut tidak benar.

d. Memberikan informasi yang salah dengan tujuan penipuan (*fraudulent misrepresentation*)

Pemberian informasi dengan tujuan penipuan dapat dilakukan pada waktu penutupan asuransi, dapat juga terjadi pada saat pengajuan klaim.

3.2.2 Pemahaman Prinsip “Kepentingan”

Tertuang dalam Pasal 250 dan 268 KUHD, pemahaman tertanggung tentang kepentingan yang dapat diasuransikan (*insurable interest*) merupakan prinsip yang harus ditegakkan sejak awal perjanjian asuransi.⁴³ Kepentingan yang dapat diasuransikan dapat timbul sesuai ketentuan yang diatur dalam Pasal 250 KUHD, yaitu : “Apabila seseorang yang telah mengadakan suatu pertanggung untuk diri sendiri, atau apabila seseorang

⁴² *Ibid.*, hal. 54

⁴³ *Ibid.*, hal. 58

yang untuknya telah diadakan suatu pertanggungan, pada saat diadakannya pertanggungan itu tidak mempunyai suatu kepentingan terhadap barang yang dipertanggungkan itu, maka si penanggung tidaklah diwajibkan memberikan ganti rugi.”

Kepentingan yang diasuransikan ini dapat timbul atau ada karena beberapa hal, antara lain :

- a. Karena hubungan kerja, yaitu majikan dengan karyawannya atau karena perjanjian pekerjaan.
- b. Karena hubungan perkawinan atau hubungan darah, yaitu karena hubungan suami-istri yang terjadi dari perkawinan.
- c. Karena hubungan utang-piutang, karena pihak yang meminjamkan uang (kreditur) akan menderita kerugian sebesar utang yang belum dilunasi oleh peminjam (debitur).
- d. Karena penunjukan perjanjian, yaitu karena seseorang atau badan dapat diberi kuasa atau ditunjuk oleh orang atau badan lainnya untuk mewakilinya melakukan penutupan asuransi.
- e. Karena kewajiban, yaitu karena adanya kewajiban untuk misal memberikan ganti-rugi kepada pihak ketiga.
- f. Karena sebab-sebab lain, yaitu karena adanya ketentuan perundang-undangan.
- g. Karena kepemilikan, yaitu karena kepemilikan merupakan penyebab yang paling utama, paling lazim dan dikenal oleh masyarakat pada umumnya. Kepemilikan dapat terjadi karena pembelian, hibah, warisan.

3.2.3 Pemahaman Prinsip “Ganti Rugi”

Tertuang dalam Pasal 252 dan 253, 273, 275 KUHD, prinsip ganti-rugi (*indemnity*) adalah prinsip yang memberikan ganti-rugi atas kerugian yang sebenarnya, artinya tidak akan terjadi pembayaran suatu kerugian atas risiko yang direncanakan.⁴⁴ Besarnya ganti-rugi yang diberikan tidak boleh melebihi kerugian yang sebenarnya diderita (atau tidak boleh melebihi jumlah penggantian penuh/ jumlah uang pertanggungan). Prinsip-prinsip ganti rugi ini diatur dalam pasal 252, 253, 273, 276 KUHD, yang dapat disimpulkan bahwa :

⁴⁴ *Ibid.*, hal. 60

1. Jumlah pertanggungan harus sama dengan jumlah harga yang sebenarnya dari objek pertanggungan.
2. Bila terjadi kerugian, maka jumlah pemberian ganti-rugi akan dilakukan sepenuhnya (sesuai dengan kerugian yang diderita) sampai jumlah yang dipertanggungkan.

Menghitung atau menakar besaran ganti-rugi selalu menjadi perdebatan, perbedaan perhitungan, dan bahkan akhirnya menjadi pertentangan atau perselisihan atau sengketa. Akan tetapi dalam perjanjian asuransi yang tertuang dalam polis akan ditentukan lembaga independen dan imparial yang akan ditunjuk untuk melakukan perhitungan besarnya suatu kerugian yang disebut lembaga "*Los Adjuster*".

Demikian juga dalam polis asuransi kesehatan yang menetapkan besarnya biaya perawatan kesehatan yang dapat dijamin perusahaan asuransi sesuai penilaian penyedia jasa kesehatan yang ditunjuk. Mengulas tentang ganti-rugi senantiasa melahirkan kekecewaan atau kurang puas dari salah satu pihak. Atas dasar tersebut, karena penanggung yang memiliki produk serta menguasai ruang lingkup dari produk yang dibeli oleh nasabah, maka ia berkewajiban untuk memberikan penjelasan atau sosialisasi secara berkala dan berkesinambungan agar nasabah asuransi memahami benar tentang apa yang menjadi hak dan kewajibannya, benefit yang akan didapatkan serta proses untuk mendapatkannya, dan pengecualian yang wajib diketahui. Artinya nasabah harus tahu benar tentang polis yang akan dibelinya.

3.2.4 Pemahaman Prinsip Proksima atau "Penyebab Utama Terjadinya Risiko"

Prinsip proksima dalam asuransi adalah penyebab terjadinya risiko (*proximate cause*), sering juga timbul perselisihan karena kesalahan dalam penafsiran terhadap penyebab terjadinya risiko.⁴⁵ Dalam polis asuransi selalu tercantum penyebab apa saja yang dijamin. Pernyataan ini mengandung arti bahwa perusahaan akan membayar ganti-rugi terhadap kerusakan/kerugian objek yang dipertanggungkan apabila kerusakan atau kerugian tersebut timbul akibat salah satu sebab dijamin. Sebelum seorang tertanggung dapat mengklaim kerugian yang dideritanya dari penanggung, terlebih dahulu harus ditetapkan apa penyebab kerugian tersebut. Artinya tertanggung dapat mengklaim hanya

⁴⁵ *Ibid.*, hal. 63

jika kerugian yang dideritanya disebabkan oleh suatu risiko yang dijamin polis. Penyebab yang dijamin itu haruslah “*penyebab terdekat*” (*proximate cause*).

Penyebab terdekat atau kausa proksima adalah “suatu penyebab aktif dan efisien yang bergerak dalam suatu matarantai peristiwa yang membawa suatu akibat tanpa intervensi sesuatu penyebab lain yang bekerja secara aktif dan yang datang dari suatu sumber baru dan independen.”

Doktrin ini menyatakan bahwa agar seorang tertanggung dapat mengklaim, maka mata rantai peristiwa sejak penyebab yang dijamin polis hingga kerugian finansial yang diderita tertanggung tidak boleh putus. Jika matarantai peristiwa itu putus oleh suatu penyebab baru yang dikecualikan dari polis, maka kerugian yang dijamin hanyalah kerugian yang diderita hingga penyebab baru itu mulai bekerja. Kerugian yang diderita setelah terjadinya resiko yang tidak dijamin tidak dapat diklaim.

3.2.5 Pemahaman Prinsip “Kontribusi”

Kontribusi dalam asuransi adalah hak penanggung untuk “*menagih*” bagian yang menjadi tanggung jawab penanggung lain atas ganti-rugi yang telah dibayarkan kepada tertanggung.⁴⁶ Dalam praktik perasuransian, kita melihat bahwa kontribusi tidaklah selamanya dilakukan sesuai dengan cara “*bayar dulu*” kepada tertanggung “*baru tagih*” kepada penanggung lainnya, hal ini tergantung dari bagaimana cara penutupan asuransi yang dengan sendirinya mempengaruhi cara kontribusi dalam pembayaran klaim. Cara penutupan asuransi (atas objek pertanggungan yang sama) antara lain :

a. Penutupan Asuransi Bersama (*co-insurance*)

Dalam *co-insurance* ini, beberapa penanggung secara bersama-sama menutup pertanggungan atas objek pertanggungan yang sama dengan mengeluarkan satu polis saja. Polis akan dikeluarkan oleh “*leading insurer*” yang biasanya mempunyai bagian terbesar dari penanggung lainnya, juga turut menandatangani polis tersebut dengan mencantumkan bagian mereka masing-masing. Dalam hal terjadi klaim asuransi, maka kontribusi dilakukan dengan cara masing-masing penanggung membayar ganti-rugi sebesar bagiannya kepada tertanggung.

b. Penutupan Asuransi Sendiri-sendiri

⁴⁶ *Ibid.*, hal. 66.

Suatu objek pertanggungan yang sama dapat dipertanggungkan oleh beberapa penanggung secara terpisah. Penutupan dapat dilakukan serentak pada saat yang sama ataupun pada saat yang berbeda-beda dengan mencantumkan atau menyebutkan bahwa polis yang dikeluarkan itu “*berjalan bersama*” dengan polis yang dikeluarkan oleh penanggung lainnya, dengan nomor dan jumlah pertanggungan masing-masing. Dalam hal terjadi klaim asuransi, tidak lazim “*adanya*” kontribusi cara “*mengumpulkan*” pembayaran, lalu selanjutnya menyerahkannya kepada tertanggung, melainkan tertanggung langsung menerima pembayaran klaim asuransi dari masing-masing asurader.

3.2.6 Pemahaman Prinsip “Subrogasi”

Subrogasi (*subrogation*) berarti menggantikan atau menempatkan diri pada tempat orang lain. Dalam asuransi subrogasi berarti penanggung menempatkan diri atau menggantikan tempat tertanggung dengan maksud untuk memperoleh/menuntut ganti-rugi dari pihak ketiga atas kerugian yang diderita oleh tertanggung karena kelalaian pihak ketiga.⁴⁷ Jika pemilik menuntut ganti-rugi kepada penanggung, maka penanggung menggantikan pihak ketiga tersebut dengan mengganti biaya kerusakan tersebut dan tertanggung diminta untuk menandatangani tanda bukti penyelesaian pembayaran klaim tersebut. Ini berarti bahwa tertanggung tidak akan mengajukan tuntutan lagi atas kerugian yang ditimbulkan oleh peristiwa yang sama, dan tertanggung menyerahkan kepada penanggung segala halnya yang mungkin timbul untuk memperoleh penggantian kerugian dari pihak ketiga lainnya yang menyebabkan terjadinya kerugian tersebut. Penyerahan “*hak*” dari tertanggung kepada penanggung inilah yang dinamakan “*subrogasi*”. Pada hakekatnya hak subrogasi adalah untuk :

1. Menghindari tertanggung mendapatkan penggantian berganda.
2. Mencegah bebasnya pihak ketiga (yang menjadi penyebab kerugian).
3. Tertanggung tidak perlu menunggu selesainya tuntutan penanggung kepada pihak ketiga, bisa langsung meminta ganti-rugi kepada penanggung.

Dalam subrogasi, apabila kerugian yang timbul adalah akibat kelalaian orang lain, maka menurut hukum orang lain tersebut harus bertanggung jawab. Pasal 1365

⁴⁷ *Ibid.*, hal. 69

KUHPerdata menetapkan bahwa “tiap perbuatan melanggar hukum yang membawa kerugian kepada orang lain, mewajibkan orang yang karena salahnya menerbitkan kerugian itu, mengganti kerugian tersebut”.

Adapun prinsip subrogasi diatur dalam Pasal 284 KHUD menetapkan bahwa :

“seorang penanggung yang telah membayar kerugian sesuatu barang yang di pertanggungkan, menggantikan si tertanggung dalam segala hak yang diperolehnya terhadap orang-orang ketiga berhubungan dengan penerbitan kerugian tersebut, dan si tertanggung itu adalah yang bertanggung jawab untuk setiap perbuatan yang dapat merugikan hak sipenanggung terhadap orang-orang ketiga itu”.

3.3 Pengertian Klaim

“Suatu kinerja dari janji yang di buat oleh penanggung pada saat melakukan kontrak”⁴⁸

“Tuntutan pengakuan atas suatu fakta bahwa sekarang berhak (untuk memiliki atau mempunyai) atas sesuatu”⁴⁹

Pengertian klaim dibagi :

3.3.1 Jenis-jenis klaim :

a. Klaim jatuh tempo (*maturity claim*)

Dalam klaim jatuh tempo pemegang polis bertahan hidup sampai kontrak polis berakhir, yaitu sampai tanggal jatuh tempo.

b. Klaim lebih awal (*early claim*)

Perusahaan asuransi jiwa tidak mengharapkan kematian dari tertanggung dalam jangka waktu tiga tahun sejak di mulainya polis. Klaim yang tidak diharapkan ini disebut juga “*Klaim Lebih Awal*”

c. Klaim Kematian (*Death Claim*)

Klaim kematian terjadi pada saat tertanggung meninggal pada saat perlindungan polis.⁵⁰

3.3.2 Manfaat kelangsungan hidup (*Survival Benefits*)

⁴⁸ *Pelatihan Sertifikasi Keagenan Bancassurance*, AIG Life, Prosedur Klaim.

⁴⁹ WJS, *Purwadaminta Kamus Besar Bahasa Indonesia*, edisi.2. hal. 506

⁵⁰ AIG Life, *Op. cit.*, hal. 20

Manfaat kelangsungan hidup dapat dibayarkan sebelum tanggal jatuh tempo tapi hanya untuk sampai periode tertentu.

Contoh : pembayaran periodik di bawah ketentuan pengambilan uang dan bonus atau tambahan loyalty

3.3.3 Persyaratan klaim :

1. Apakah polis masih berlaku
2. Apakah premi telah dibayar
3. Apakah kerugian di sebabkan risiko tertanggung
4. Berapa besar tertanggung di pengaruhi oleh kerugian
5. Sudahkah catatan kerugian diserahkan tanpa penangguhan yang tidak semestinya⁵¹

3.3.4 Pemberitahuan Klaim

Merupakan proses komunikasi antara penanggung dan tertanggung ketika klaim muncul. Umumnya agen perusahaan asuransi memberikan booklet kecil terhadap kliennya yang menjelaskan apa yang harus dilakukan jika terjadi kerugian. Ide pokoknya adalah untuk memberitahu perusahaan asuransi bahwa telah terjadi suatu kerugian. Dalam perusahaan jiwa, pemberitahuan terhadap agen dapat dilakukan dengan telepon, fax, surat, E-mail dan agen itu akan memproses klaim. Sedangkan asuransi kesehatan, seringkali penyelesaian klaim di laksanakan melalui kantor rumah sakit atau dokter.

3.3.4.1 Pemberitahuan Klaim Jatuh Tempo

Polis endowment membayarkan klaim jatuh tempo dengan ketentuan sebagai berikut : tertanggung adalah pemegang polis sebenarnya dengan bukti polis, premi telah dibayar seluruhnya, menyerahkan polis asli (surat kehilangan jika hilang polis).

3.3.4.2 Pemberian Klaim Meninggal

Dibayarkan hanya ketika tertanggung meninggal dalam jangka waktu kontrak polis yang diberitahukan oleh ahli waris yang ditunjuk secara tertulis. Pemberitahuan mencakup : Nomor polis, nama, tanggal kematian, penyebab kematian, hubungan dengan tertanggung.

⁵¹ *Ibid.*, hal. 21

3.3.4.3 Inisiatif penanggung dalam dalam proses klaim

Tertanggung harus dengan segera melaporkan kerugiannya kepada perusahaan asuransi atau agennya secara hukum, tertanggung tidak memenuhi kewajiban pelaporannya bila ia telah memberitahu agen.

3.3.5 Prosedur Penyelesaian Klaim :

Para penanggung memakai berbagai cara atau jalan untuk memperoleh penyelesaian kerugian yang memuaskan. Siapapun atau jenis organisasi apapun yang dibertanggung jawab untuk menyelesaikan kerugian, namun langkah-langkah yang diambil untuk mencapai penyelesaian klaim.⁵²

3.3.5.1 Memeriksa penutupan asuransi

Bila suatu pemberitahuan kerugian telah diterima oleh agen, maka dilakukan inspeksi terhadap fakta-fakta untuk memastikan apakah perusahaan asuransi perlu meng follow-up (mengambil tindakan lebih lanjut).⁵³ Ada beberapa pertanyaan yang timbul dan harus di jawab dengan “YA” jika penyelesaian kerugian itu hendak di proses :

- a. Sudahkah di keluarkan suatu polis untuknya dan apakah polis itu masih berlaku
- b. Adakah kerugian itu disebabkan oleh suatu bencana yang di asuransikan
- c. Adakah kerugian harta itu ditanggung oleh polis itu
- d. Adakah kerugian yang di klaim itu merupakan jenis kerugian yang di liputi oleh kontrak / polis
- e. Adakah claimant (yang mengajukan claim) orang yang berhak memperoleh pembayaran
- f. Adakah kerugian itu terjadi di tempat yang diliputi oleh kontrak

Setiap pertanyaan diatas harus dijawab berdasarkan fakta yang di serahkan oleh claimant. Jika waktu menginspeksi setiap pertanyaan diatas, penanggung yakin akan adanya basis untuk klaim tersebut, maka kepada claimant dikirimkan formulir bukti

⁵² A. Hasyim Ali, *Pengantar Asuransi*, cet. I, (Jakarta : Bumi Aksara, 1993), hal. 266

⁵³ *Ibid.*, hal. 268.

kerugian. Jika perusahaan asuransi mendapatkan bahwa klaim itu tidak memenuhi salah satu syarat pokok diatas, maka proses penyelesaian klaim tidak dilanjutkan.

3.3.5.2 Menyelidiki Klaim

Untuk dapat menentukan kewajibannya kepada claimant, perlu penyelidikan yang lebih lengkap, meliputi :

- a. Memastikan bahwa memang fakta-fakta yang diserahkan dalam bukti kerugian
- b. Menentukan apakah tindakan-tindakan tertanggung membatalkan klaimnya. Apakah tindakan-tindakan tertanggung memenuhi kewajiban-kewajiban yang tercantum dalam kontrak asuransi
- c. Menentukan jumlah kerugian

Bila tertanggung telah melaporkan jumlah kerugiannya, maka adjuster akan memeriksa klaim itu dan membandingkannya dengan taksirannya sendiri mengenai jumlah yang terhutang kepada tertanggung berdasarkan polis.⁵⁴ Jika jumlah ini tidak cocok, adjuster akan menjelaskan kepada tertanggung bagaimana ia sampai pada taksiran tersebut. Tertanggung akan menjelaskan pula perhitungannya kepada adjuster. Mereka dapat menyusun suatu pemecahan yang memuaskan untuk kedua belah pihak yang bersangkutan.

3.3.5.3 Menyiapkan bukti kerugian

Segera setelah penyelidikan selesai dilakukan, dan jika tidak ada ternyata hal-hal yang membatalkan klaim tertanggung. Proses penyelesaian kerugian mungkin mengharuskan adjuster (penyelesai klaim) untuk menentukan, apakah perusahaan asuransinya dapat memperoleh kembali sebagian uang yang telah dibayarkan untuk klaim.⁵⁵ “*Salvage*” (penyelamat) terjadi bila sebagian dari harta yang rusak itu dapat dijual oleh representative (perwakilan) perusahaan asuransi itu atas nama tertanggung atau penanggung.

⁵⁴ *Ibid.*, hal. 269.

⁵⁵ *Ibid.*, hal. 270.

Bila perusahaan asuransi telah membayar suatu klaim, maka sampai sebesar pembayaran klaim itu, ia mempunyai hak “*subrogasi*” (hak menggantikan) klaim bertanggung terhadap pihak bersalah yang bertanggung jawab atas kerugian itu. Walaupun pada umumnya adjuster dan tertanggung dapat mencapai kesepakatan mengenai penyelesaian kerugian, namun setiap polis asuransi menetapkan syarat-syarat untuk penyelesaian klaim bila tidak memperoleh kesepakatan, untuk hal inilah diadakan “*Arbitration*” (perwasitan) untuk bertindak sebagai wasit.

3.4 Hak dan Kewajiban

Telah disinggung di depan bahwa perjanjian adalah suatu hubungan hukum antara dua pihak yang isinya adalah hak dan kewajiban. Demikian juga halnya dengan perjanjian asuransi, masing-masing pihak mempunyai hak dan kewajiban di dalam menjalankan perjanjian tersebut. Akan tetapi perjanjian asuransi mempunyai sifat yang khusus. Hak dan kewajiban tersebut dapat disimpulkan dari ketentuan yang ada di dalam KUHD dan surat perjanjian asuransi (polis).

Hak-hak dari tertanggung

1. Menuntut supaya polis ditandatangani oleh penanggung seperti tercantum dalam Pasal 259 KUHD, yang berbunyi :

Apabila suatu pertanggungan ditutup langsung antara si tertanggung, atau seorang yang telah diperintahnya untuk itu atau mempunyai kekuasaan untuk itu dan si penanggung, maka haruslah polisnya dalam waktu 24 jam setelah dimintanya ditandatangani oleh pihak yang tersebut terakhir ini, kecuali apabila dalam ketentuan-ketentuan Undang-undangan dalam suatu hal tertentu ditetapkan suatu jangka waktu yang lebih lama.

2. Menuntut supaya polis segera diserahkan oleh penanggung, seperti tercantum dalam Pasal 260 KUHD, yang berbunyi :

Apabila pertanggungan ditutup dengan perantara seorang makelar, maka polis yang telah ditandatangani harus diserahkan dalam waktu delapan hari setelah ditutupnya perjanjian.

3. Meminta ganti kerugian kepada penanggung atas kelalaiannya menandatangani dan menyerahkan polis sehingga menimbulkan kerugian bagi tertanggung, seperti tercantum dalam Pasal 261 KUHD, yang berbunyi :

Jika ada kelalaian, dalam hal-hal yang ditentukan dalam kedua pasal yang lalu, maka wajiblah si penanggung atau makelar terhadap si tertanggung mengganti kerugian yang kiranya dapat timbul dari kelalaian itu.

4. Melalui pengadilan, tertanggung dapat membebaskan penanggung dari segala kewajibannya pada waktu yang akan datang, seperti tercantum dalam Pasal 272 KUHD, yang berbunyi :

Apabila si tertanggung, dengan suatu pemberitahuan lewat pengadilan, membebaskan di penanggung dari segala kewajibannya untuk waktu yang akan datang, maka bolehlah ia untuk waktu yang sama dan bahaya yang sama, sekali lagi mempetanggungkan kepentingannya. Dalam hal yang demikian, maka atas ancaman batal dalam polisnya baru harus disebutkan baik pertanggungannya lama maupun pemberitahuan lewat pengadilan tersebut diatas.

5. Menuntut pengembalian premi restono, baik seluruh atau sebagian, apabila perjanjian asuransi bata atau gugur, seperti tercantum dalam Pasal 281 KUHD, yang berbunyi :

Dalam segala hal di mana perjanjian pertanggungan itu untuk seluruhnya atau sebagian gugur atau menjadi batal, sedangkan si penanggung diwajibkan mengembalikan preminya untuk seluruhnya, ataupun untuk sebagian yang sedemikian untuk mana ia tidak telah menghadapi bahaya.

6. Menuntut ganti kerugian kepada penanggung jika peristiwa yang diperjanjikan dalam polis terjadi.

Kewajiban-kewajiban tertanggung :

1. Membayar premi kepada penanggung, seperti tercantum dalam Pasal 246 KUHD, yang berbunyi :

Asuransi atau pertanggungan adalah suatu perjanjian, dengan mana seorang penanggung mengikatkan diri kepada seorang penanggung, dengan menerima suatu premi, untuk memberikan penggantian kepadanya karena suatu kerugian, kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan, yang mungkin akan dideritanya karena suatu peristiwa yang tak tertentu.

2. Memberikan keterangan yang benar tentang objek yang diasuransikan, seperti tercantum dalam Pasal 251 KUHD, yang berbunyi :

Setiap keterangan yang keliru atau tidak benar, ataupun setiap tidak memberitahukan hal-hal yang diketahui oleh si tertanggung, betapapun etiket baik ada padanya, yang demikian sifatnya, sehingga seandainya si penanggung telah mengetahui keadaan yang sebenarnya, perjanjian itu tidak akan ditutup atau tidak ditutup dengan syarat-syarat yang sama, mengakibatkan batalnya pertanggungan.

3. Mengusahakan atau mencegah agar peristiwa yang dapat menimbulkan kerugian terhadap objek yang diasuransikan tidak terjadi atau dapat dihindari (Pasal 283 KUHD).
4. Memberitahukan penanggung jika telah terjadi peristiwa yang menimpa objek yang diasuransikan, berikut usaha-usaha pencegahannya.

Hak-hak Penanggung

1. Menuntut pembayaran premi kepada tertanggung sesuai dengan perjanjian, seperti tercantum dalam Pasal 246 KUHD, yang berbunyi :

Asuransi atau pertanggungan adalah suatu perjanjian, dengan mana seseorang penanggung mengikatkan diri kepada seorang tertanggung, dengan menerima suatu premi, untuk memberikan penggantian kepadanya karena suatu kerugian, kerusakan atau kehilangan keuntungan yang diharapkan, yang mungkin akan dideritanya karena suatu peristiwa yang tak tentu.

2. Meminta keterangan yang benar dan lengkap berkaitan dengan yang diasuransikan kepadanya, seperti tercantum dalam Pasal 251 KUHD, yang berbunyi :

Setiap keterangan yang keliru atau tidak benar, ataupun setiap tidak memberitahukan hal-hal yang diketahui oleh si penanggung, betapapun etika baik ada padanya, yang demikian sifatnya, sehingga, seandainya si penanggung mengetahui keadaannya sebenarnya, perjanjian itu tidak akan ditutup atau tidak ditutup dengan syarat-syarat yang sama, mengakibatkan batalnya pertanggungan.

3. Memiliki premi dan bahkan menuntutnya dalam hal peristiwa yang diperjanjikan terjadi atas kesalahan tertanggung, seperti tercantum dalam Pasal 276 KUHD, yang berbunyi :

Tiada kerugian atau kerusakan yang disebabkan karena kesalahan si tertanggung sendiri harus ditanggung oleh si tertanggung sendiri harus ditanggung oleh si penanggung. Bahkan berhaklah si penanggung itu memiliki premi ataupun menuntutnya, apabila ia sudah mulai memikul suatu bahaya.

4. Melakukan asuransi kembali (reasuransi) kepada penanggung lain, seperti tercantum pada Pasal 271 KUHD, yang berbunyi :

Si penanggung selamanya berkuasa untuk sekali lagi mempertanggungkan apa yang telah ditanggung olehnya.

Kewajiban penanggung

1. Menandatangani polis dan menyerahkannya kepada tertanggung, seperti, tercantum dalam Pasal 259 dan 260 KUHD, yang berbunyi :

Pasal 259 :

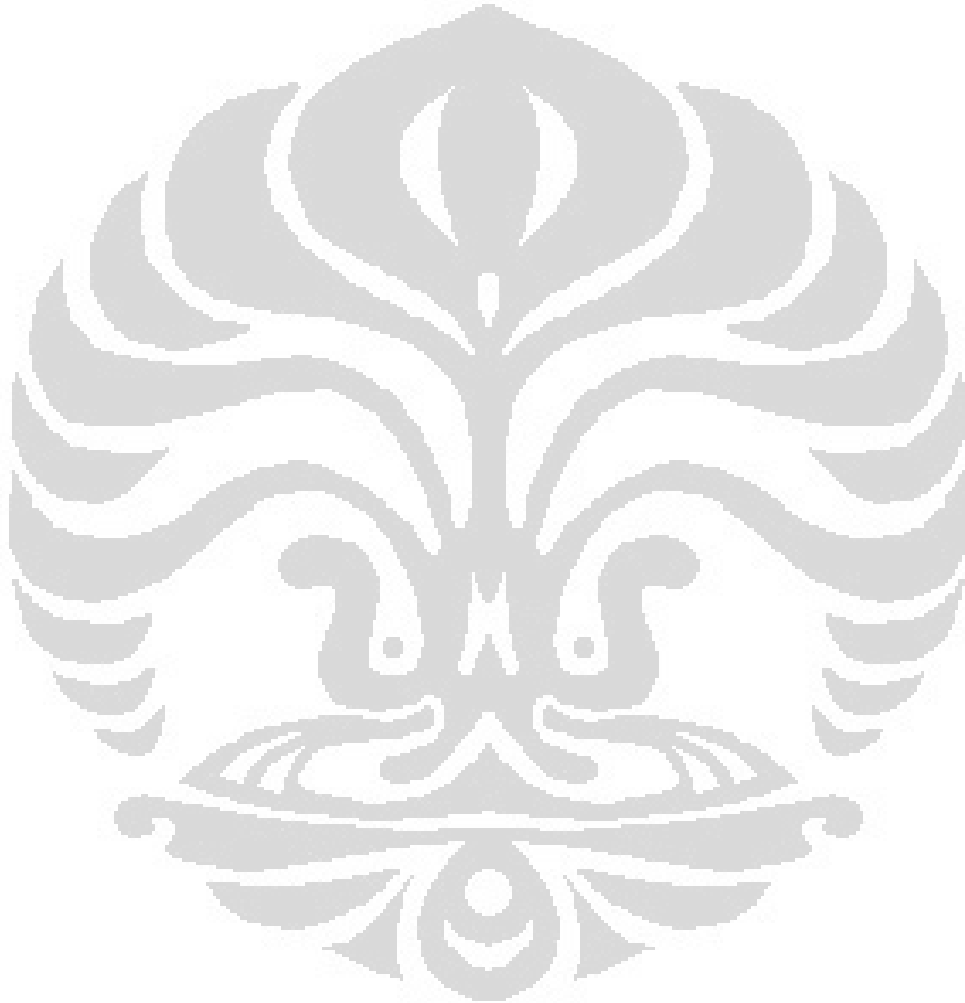
Apabila suatu pertanggungan ditutup langsung antara si tertanggung, atau seorang yang telah diperintahnya untuk itu atau mempunyai kekuasaan untuk itu dan si penanggung, maka haruslah polisnya dalam waktu 24 jam setelah dimintanya ditandatangani oleh pihak yang tersebut terakhir ini, kecuali apabila dalam ketentuan-ketentuan Undang-undang dalam suatu hal tertentu ditetapkan suatu jangka yang lebih lama.

Pasal 260 :

Apabila suatu pertanggungan ditutup dengan perantara seorang makelar, maka polis yang telah ditandatangani harus diserahkan dalam waktu delapan hari setelah ditutupnya perjanjian.

2. Memberikan ganti kerugian kepada tertanggung, jika peristiwa yang diperjanjikan terjadi, seperti tercantum dalam Pasal 246 KUHD
3. Mengembalikan premi restorno kepada tertanggung, jika asuransi batal atau gugur, seperti tercantum dalam Pasal 281 KUHD

Dalam segala hal di mana perjanjian pertanggungan itu untuk seluruhnya atau sebagian gugur atau menjadi batal, sedangkan si tertanggung telah bertindak dengan itikad baik, maka si penanggung diwajibkan mengembalikan preminya untuk seluruhnya, ataupun untuk sebagian yang sedemikian untuk mana ia tidak telah menghadapi bahaya.



BAB 4
ANALISA PENYELESAIAN KLAIM ASURANSI
PADA RUMAH SAKIT X

4.1 Tinjauan Umum Tentang Rumah Sakit X

1. Sekilas Tentang Rumah Sakit X

Rumah Sakit X adalah rumah sakit swasta yang terletak di bilangan Jakarta Selatan dan memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh kepada masyarakat. Rumah Sakit X didirikan pada tanggal 2 April tahun 1982 oleh Yayasan Bina Sehat Interna (YBSI) dalam bentuk klinik praktek bersama dokter spesialis. Pada tahun 1984 dikembangkan menjadi Rumah Sakit "X" berdasarkan izin sementara Depkes RI No.0130/Yan/RSK/1984, tanggal 26 Juni 1984. Kemudian surat izin sementara tersebut diperkuat menjadi Surat Izin Tetap berdasarkan Surat Keputusan Menteri Kesehatan RI No. 0287/Yan Med/RSK/1987, tanggal 11 April 1987, Rumah Sakit X mempunyai 2 bangunan yang terdiri dari gedung baru berlantai 8 dengan luas 7.262 m² dan gedung lama berlantai 4 dengan luas 2.316 m². Saat ini Rumah Sakit X memiliki fasilitas layanan rawat inap sebanyak 156 tempat tidur dengan 35 produk jasa pelayanan kesehatan dan dalam pelayanannya pada tahun 2003 telah terakreditasi oleh Depkes RI dengan status akreditasi penuh untuk 12 pelayanan.

2. Visi

“Memberikan pelayanan kesehatan secara menyeluruh yang baik dan bermutu bagi masyarakat“

3. Misi

- ³⁵/₁₇ Memberikan pelayanan kesehatan bagi masyarakat secara utuh.
- ³⁵/₁₇ Memberikan pelayanan kesehatan dalam segala bidang sesuai dengan kemajuan kedokteran mutakhir tanpa meninggalkan etika kedokteran.
- ³⁵/₁₇ Melaksanakan pembinaan dan pengembangan sumber daya manusia untuk meningkatkan pelayanan kesehatan bagi masyarakat.

4. Moto

“Memberikan pelayanan tepat dan nyaman“

5. Fasilitas Pelayanan Medik 40

Untuk memenuhi tuntutan masyarakat akan pelayanan kesehatan yang lebih baik, Rumah Sakit X secara terus menerus melakukan upaya memperbaiki mutu pelayanan kesehatan, baik di bidang sumber daya manusia, fasilitas dan peralatan kedokteran, teknologi informasi dan sebagainya. Pelayanan yang terdapat di Rumah Sakit X diantaranya :

³⁵/₁₇ Pelayanan poliklinik spesialis dan sub spesialis, pelayanan *haemodialisa*

³⁵/₁₇ Pelayanan katerisasi jantung, unit gawat darurat, *intensive care unit (ICU)*

³⁵/₁₇ Pelayanan rawat inap dan kamar bersalin serta kamar operasi.

Pelayanan Spesialis dan Sub Spesialis

Sampai saat ini Rumah Sakit X memiliki 15 pelayanan poliklinik spesialis dan 14 pelayanan poliklinik sub spesialis yang terbagi menjadi 2 jenis yaitu, poliklinik spesialis non bedah dan bedah, serta 1 klinik khusus yaitu, klinik kardioserebrovaskuler, klinik kardiovaskuler ini dikhususkan untuk pasien diabetes dengan komplikasi agar mendapat penanganan secara terpadu oleh beberapa dokter spesialis dan sub spesialis. Pelayanan poliklinik spesialis dan sub spesialis yang tersedia diantaranya :

a. Non Bedah

1) Spesialis penyakit dalam

- *Endokrin*
- Ginjal dan hipertensi
- *Gastroenterologi*

2) Spesialis kesehatan anak

3) Spesialis jantung

4) Spesialis paru

5) Spesialis jiwa

6) Spesialis syaraf

7) Spesialis radiologi

8) Spesialis gizi

9) Spesialis rehabilitasi medic

b. Bedah

(1) Spesialis bedah

- Bedah umum
- Bedah syaraf
- Bedah *urologi*
- Bedah *plastic*
- Bedah *orthopedic*
- Bedah *thorax*
- Bedah anak
- Bedah *digestive*
- Bedah tumor

2) Spesialis *obstetric* dan *ginekologi*

3) Spesialis anastesi

4) Spesialis gigi

- Spesialis *orthopedic*
- Spesialis bedah mulut

5) Spesialis mata

6) Spesialis THT

Pelayanan Haemodialisa

Unit layanan *haemodialisa* Rumah Sakit X dilayani oleh tenaga professional secara terpadu dengan melibatkan tim dokter spesialis penyakit dalam dengan bidang kekhususan ginjal hipertensi, dokter ahli gizi serta dokter dan perawat yang terlatih dan berpengalaman. Unit *haemodialisa* Rumah Sakit X menerima pasien umum dan pasien peserta ASKES dengan tanpa mengurangi kualitas layanan. Sampai saat ini Rumah Sakit X memiliki 4 mesin *haemodialisis* dengan waktu pelayanan senin – sabtu, pukul 08.00 – 21.00.

Pelayanan UGD (Instalasi Gawat Darurat / Emergency Instalasy)

Instalasi gawat darurat siap memberikan pelayanan gawat darurat secara professional dengan memberikan bantuan hidup dasar bagi setiap pasien dalam 24 jam penuh. Laboratorium, radiologi, farmasi, ruang observasi dan ambulans disiagakan untuk menunjang layanan gawat darurat. Tersedia layanan ambulans untuk menjemput pasien yang gawat dari lokasi untuk mendapatkan pertolongan pertama oleh dokter dan perawat yang kompeten.

Pelayanan Rawat Inap

1) Kapasitas Tempat Tidur Rawat Inap

³⁵ / ₁₇ Super VIP Plus	: 6 Tempat Tinur
³⁵ / ₁₇ Super VIP	: 5 Tempat Tinur
³⁵ / ₁₇ VIP Plus	: 30 Tempat Tinur
³⁵ / ₁₇ VIP	: 5 Tempat Tinur
³⁵ / ₁₇ Executive	: 18 Tempat Tinur
³⁵ / ₁₇ Kelas I	: 16 Tempat Tinur
³⁵ / ₁₇ Kelas II	: 24 Tempat Tinur
³⁵ / ₁₇ Kelas III	: 36 Tempat Tinur
³⁵ / ₁₇ ICU	: 7 Tempat Tinur
³⁵ / ₁₇ Intermediate	: 2 Tempat Tinur

2) Pelayanan Penunjang

³⁵ / ₁₇ Laboratorium Klinik 24 jam
³⁵ / ₁₇ Farmasi 24 jam
³⁵ / ₁₇ Radiologi 24 jam
³⁵ / ₁₇ CT-Scan Whole Body 24 jam
³⁵ / ₁₇ <i>Mammografi</i>
³⁵ / ₁₇ <i>Angiografi</i>
³⁵ / ₁₇ <i>Endoskopi</i>
³⁵ / ₁₇ <i>Bronchoskopi</i>
³⁵ / ₁₇ <i>Laparascopy</i>
³⁵ / ₁₇ <i>Ultrasonografi (USG) / Dopler</i>
³⁵ / ₁₇ <i>Electroencephalografi (EEG)</i>

³⁵₁₇ *Echocardiografi (ECG)*

³⁵₁₇ *Spirometri*

³⁵₁₇ *Audiometri*

³⁵₁₇ *Funduscopy, FFA*

³⁵₁₇ *Patologi Anatomi*

6. Pengelolaan Limbah

³⁵₁₇ Rumah Sakit X menggunakan Instalasi Pengolahan Air Limbah (IPAL) yang terpadu.

³⁵₁₇ Pengolahan limbah padat menggunakan *Incenerator*.

Kebiasaan penduduk di sekitar rumah sakit dalam pembuangan kotoran menggunakan septick tank dan kesadaran sanitasinya baik.

7. Ketenagaan

(Dokter Spesialis, Dokter Umum)

a. Tenaga Medik

No	Jenis Tenaga	Purna Waktu	Paruh Waktu	Total
1.	Dokter Umum	10	-	10
2.	Dokter Gigi & Mulut	-	13	13
3.	Dokter Spesialis Bedah Umum	1	-	1
4.	Dokter Bedah Orthopedi	-	2	2
5.	Dokter Bedah Saraf	-	1	1
6.	Dokter Bedah Plastik	-	1	1
7.	Dokter Bedah Urologi	-	2	2
8.	Dokter Bedah Anak	-	1	1
9.	Dokter Bedah Digestive	-	2	2
10.	Dokter Bedah Tumor	-	1	1
11.	Dokter Anestesi	-	4	4
12.	Dokter Mata	-	3	3
13.	Dokter THT	-	2	2

No	Jenis Tenaga	Purna Waktu	Paruh Waktu	Total
14.	Dokter Psikiatri	-	-	-
15.	Dokter Anak	1	2	3
16.	Dokter Saraf	-	2	2
17.	Dokter Kulit dan Kelamin	-	1	1
18.	Dokter Radiologi	1	1	2
19.	Tehabilitasi Medik	1	2	3
20.	Dokter Jantung	-	2	2
21.	Dokter Penyakit Dalam	3	4	7
22.	Dokter Gastroenterologi	-	1	1
23.	Dokter USG (Dokter Umum)	-	2	2
24.	Dokter Ginjal & Hipertensi	-	1	1
25.	Dokter Paru	-	2	2
26.	Dokter Ahli Gizi	-	2	2
27.	Dokter Obstetri & Ginekologi	-	4	4
28.	Dokter Patologi Klinik	1	-	1
29.	Dokter Patologi Anatomi	-	1	1
30.	Dokter MARS	1	-	1
Total		19	59	78

b. Para Medik

No	Jenis Tenaga	Purna Waktu	Paruh Waktu	Total
1.	AKPER / D3 Keperawatan	117	-	117
2.	Perawat Kesehatan (SPK)	25	-	25
3.	Perawat Bidan	4	-	4
4.	Paramedis Non Perawat	39	-	39
Total		185	-	185

c. Tenaga Kefarmasian

No	Jenis Tenaga	Purna Waktu	Paruh Waktu	Total
1.	Apoteker	-	1	1
2.	Asisten Apoteker	11	-	11
Total		11	1	12

d. Tenaga Paramedik Non Keperawatan

No	Jenis Tenaga	Purna Waktu	Paruh Waktu	Total
1.	Radiografer	6	-	6
2.	Pengatur Rawat Gigi	3	-	3
3.	Sekolah Menengah Analisis Kesehatan (D3)	13	-	13
4.	Ahli Madya Analisis Kesehatan (D3)	9	-	9
5.	Perekam Medis (D3)	1	-	1
6.	Tenaga Elektromedis (D3)	1	-	1
7.	Fisioterapi	6	-	6
Total		39	-	39

e. Tenaga Non Medis / Umum berjumlah 207 orang

Jumlah Keseluruhan Tenaga : 461 orang

8. Kinerja Pelayanan Rumah Sakit X Tahun 2007 s/d 2009

No	Keterangan	TAHUN		
		2007	2008	2009
1.	Angka Pemanfaatan Tempat Tidur	60,81%	59,84%	57,20%
2.	Rata-rata Lama Hari Rawat (LOS)	5,79%	5,55 hr	6 hr
3.	Jumlah Pasien Rawat Inap / bulan	382	366	445
4.	Jumlah Kunjungan Pasien Rawat	147	157	159

	Jalan / hari			
5.	Jumlah Kunjungan PAsien UGD Rata-rata / hari	27	28	31
6.	Angka Kematian :			
	< 48 GDR	1,93%	2,05%	5,38%
	> 48 GDR	0,89%	1,07%	1,6%
7.	T O I	3,72 hr	3,97 hr	5,84 hr
8.	B T O	37 x	34 x	35,6 x

BOR : Tahun 2007 : 60,81 %
Tahun 2008 : 59,84 %
Tahun 2009 : 57,20%

Jumlah In-Patient/tahun : Tahun 2007 : 4.591 pasien
Tahun 2008 : 4.403 pasien
Tahun 2009 : 5.345 pasien

Jumlah Hari Perawatan/tahun : Tahun 2007 : 22.628 hari
Tahun 2008 : 24.213 hari
Tahun 2009 : 23.531 hari

9. Penunjang Medik

Keberadaan penunjang medik di rumah sakit adalah sangat penting untuk mempercepat penegakan diagnosis agar berbagai kasus dapat cepat ditangani dengan tepat. Laboratorium, radiologi dan instalasi farmasi Rumah Sakit X merupakan penunjang diagnostic yang beroperasi 24 jam untuk membantu menangani berbagai kejadian yang terjadi di unit gawat darurat. Selain itu Rumah Sakit X juga melengkapi dengan penunjang medik lainnya diantaranya : *Endoscopy gastrointestinal, laparoscopy, USG, EEG, spirometri, patologi anatomi, funduscopy (FFA) dan treadmill.*

Adalah pemeriksaan dengan menggunakan alat teropong serat optik/video dimana dengan alat ini kita dapat melihat kedalam lambung dan usus sehingga kita dapat mengetahui secara pasti penyakit yang ada didalamnya. Kehadiran *endoscopy gastrointestinal* ini adalah untuk menunjang penatalaksanaan dan pengobatan penyakit saluran cerna selain laboratorium, dan radiologi. Tindakan diagnostic ini dapat dilakukan di klinik *gastroenterology* dan *endoskopi gastrointestinal* Rumah Sakit X. Pelayanan yang diberikan adalah konsultasi penyakit saluran cerna, pemeriksaan *endoscopy gastrointestinal diagnostik* dan *terapeutik*.

³⁵/₁₇ Radiologi

Pemeriksaan radiologi yang dilayani di Rumah Sakit X adalah meliputi pemeriksaan *CT Scan, mammografi, foto thoraks*. Pelayanan radiologi Rumah Sakit selama 24 jam dengan tenaga radiographer yang professional.

³⁵/₁₇ Laboratorium

Sistem laboratorium komprehensif dan terintegrasi memungkinkan pengerjaan pemeriksaan menjadi lebih efektif dan efisien sehingga didapatkan hasil secara lebih cepat dan akurat. Didukung oleh staf yang professional dan peralatan terbaru sehingga dapat mencapai hasil yang akurat. Laboratorium klinik Rumah Sakit x melayani : *Hematologi, kimia darah, mikrobiologi, serologi, pemeriksaan kadar obat, pemeriksaan obat terlarang dan lain-lain*, sedangkan laboratorium patologi anatomi melayani *histopatologi, sitologi dan pap's smear*. Laboratorium Rumah Sakit x melayani selama 24 jam.

³⁵/₁₇ Diagnostik Lainnya

Penunjang medic lainnya yang tersedia di Rumah Sakit X diantaranya : *USG, EKG, EEG, Angiografi, Treadmill test, Audiometri, Spirometri, Funduscopy* dan lain-lain. Semua penunjang medik yang tersedia di Rumah Sakit X bertujuan untuk mempercepat menegakkan diagnosis dalam menangani berbagai kasus, oleh karena itu Rumah Sakit x secara terus menerus melakukan upaya meningkatkan profesionalitas kerja dan selalu memperbaiki mutu pelayanan kesehatan, baik di bidang sumber daya manusia, fasilitas dan peralatan kedokteran.

4.2 Kendala Pengurusan Klaim di Rumah Sakit X

Mengacu pada pokok permasalahan yang disampaikan sebelumnya, bagaimana bentuk penyelesaian klaim asuransi kesehatan dari tertanggung kepada perusahaan asuransi yang bekerja sama dengan Rumah Sakit X, bahwa dalam suatu perjanjian pertanggungan atau asuransi, terutama asuransi kesehatan, sengketa mungkin saja terjadi antara penanggung dan tertanggung. Sengketa dapat terjadi bisa saja apabila tertanggung merasa hak-haknya seperti klaim yang tidak dibayarkan oleh penanggung atau bisa saja sengketa tersebut terjadi karena tertanggung mengajukan klaim yang tidak benar. Dalam hal ini, menurut Pasal 8 butir M Keputusan Menteri Keuangan No. 422/KMK. 06/2003 dinyatakan bahwa *polis asuransi harus memuat mengenai pemilihan tempat penyelesaian.*⁵⁶

Dari tiga polis yang penulis dapatkan yaitu PT Asuransi ML, PT Asuransi WT, PT Asuransi ABD, apabila terjadi perselisihan antara penanggung dan tertanggung mengenai masalah-masalah yang diakibatkan oleh hal-hal yang terkait dengan polis tersebut, maka perselisihan atau perbedaan pendapat tersebut, pertama-tama akan diselesaikan melalui musyawarah antara penanggung dan tertanggung. Tetapi apabila setelah di adakan musyawarah ternyata para pihak masih bersengketa, maka jalan terakhir adalah di selesaikan melalui Pengadilan Negeri atau melalui Badan Arbitrase dalam hal ini adalah BANI.

Penulis dapat menyimpulkan bahwa apabila terjadi perselisihan antara penanggung dan tertanggung mengenai pelaksanaan polis, maka cara penyelesaian sengketa yang utama dilakukan adalah musyawarah untuk mencapai mufakat terlebih dahulu. Apabila musyawarah atas perselisihan antara penanggung dan tertanggung tidak mencapai suatu kemufakatan, maka perselisihan tersebut diselesaikan melalui Pengadilan Negeri atau melalui Badan Arbitrase dalam hal ini adalah BANI.

Kendala yang dihadapi tertanggung dalam mengurus klaim adalah pengajuan klaim merupakan suatu hak yang dimiliki oleh tertanggung atas risiko yang dijamin oleh penanggung. Klaim tentu berkaitan erat dengan risiko yang dialami oleh tertanggung

⁵⁶ Pasal 8 butir M, Keputusan Menteri Keuangan No: 422.KMK.06/2003, tentang *Penyelenggaraan Usaha Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Reasuransi.*

selama dalam perlindungan asuransi yang diadakan oleh pihak penanggung. Dijelaskan dalam Pasal 8 butir L Keputusan Menteri Keuangan No. 422/KMK.06/2003 dinyatakan bahwa *polis harus memuat syarat dan tata cara pengajuan klaim*, termasuk bukti pendukung yang diperlukan untuk mengajukan klaim.⁵⁷ Keberadaan dokumen-dokumen pendukung untuk mengajukan klaim dibutuhkan oleh penanggung untuk mengetahui secara terperinci risiko yang dialami oleh tertanggung dan klaim yang diajukan oleh tertanggung atas risiko yang diderita benar-benar oleh tertanggung.

Dari tiga polis yang penulis dapatkan yaitu polis asuransi ML, polis asuransi WT, polis asuransi ABD, mengenai prosedur pengajuan klaim asuransi kesehatan, dapat disimpulkan bahwa untuk mengajukan klaim asuransi kesehatan terdapat beberapa hal yang dibutuhkan antara lain :

1. Polis asuransi kesehatan
2. Nama penanggung polis
3. No polis
4. Nama tertanggung
5. Formulir klaim asuransi yang diisi dan ditandatangani oleh pemegang polis atau tertanggung dan dokter yang merawat serta dokter bedah (bila ada tindakan pembedahan)
6. Kwitansi asli dari rumah sakit selama perawatan
7. Perincian biaya perawatan di rumah sakit
8. Tembusan-tembusan hasil test diagnostic dan ringkasan catatan medic dari dokter yang memeriksa atau merawat tertanggung mulai dari perawatan inap atau operasi
9. Dokumen-dokumen lain yang dibutuhkan oleh pihak penanggung

Dalam hal terjadi risiko yang dipertanggungkan, maka tertanggung harus segera mengajukan pemberitahuan secara tertulis kepada pihak penanggung. Dalam proses penyelesaian klaim asuransi, menurut Pasal 23 ayat 1 PP No.73 Tahun 1992 dinyatakan bahwa:

“Perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi dilarang melakukan tindakan yang dapat memperlambat penyelesaian atau pembayaran klaim, atau tidak melakukan tindakan yang seharusnya dilakukan yang dapat mengakibatkan kelambatan penyelesaian atau pembayaran klaim.”⁵⁸

⁵⁷ *Ibid.*, Ps. 8 butir L..

⁵⁸ Indonesia, Peraturan Pemerintah No : 73/1992, tentang *Penyelenggaraan Usaha Perasuransian*, LN No: 120/1992, TLN No: 3506, Pasal 23 ayat 1.

Adapun bentuk penyelesaian kendala tersebut, apabila seluruh dokumen-dokumen yang dijelaskan diatas telah terpenuhi dan diterima oleh penanggung, maka apabila tidak diperlukan suatu pemeriksaan atau investigasi atas risiko yang terjadi, penanggung akan melakukan pembayaran klaim kepada tertanggung. Dengan etiked baik, disini peran dari rumah sakit tetap akan memberikan bantuan bila ada kendala-kendala dalam pengurusan klaim yang dirasa kurang jelas dan kurang lengkap masalah dokumen-dokumen yang diperlukan baik dengan pihak rumah sakit maupun dengan pihak perusahaan asuransi yang bekerja sama dengan rumah sakit, pihak rumah sakit akan berusaha mengambil jalan tengah untuk turut membantu dalam penyelesaian masalah tersebut dengan mendekati pihak penanggung agar dapat diselesaikan dengan cara kekeluargaan demi kepentingan bersama. Tetap dengan fungsinya rumah sakit memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta atau tertanggung sesuai dengan ketentuan-ketentuan dalam perjanjian dengan pihak penanggung, sesuai kesepakatan kedua belah pihak, mana yang tercantum dalam perjanjian dan mana yang tidak tercantum dalam perjanjian.

Yang tidak tercantum dalam perjanjian tentunya sebelum memberikan tindakan pelayanan kesehatan, tertanggung diberi informasi oleh pihak rumah sakit, bahwa hal tersebut (bila ada tindakan yang dibutuhkan tertanggung tidak dijamin oleh pihak asuransi) dengan pengertian ini tertanggung tidak merasa dirugikan.

Mengenai hal yang tercantum dalam perjanjian, pihak rumah sakit mengingatkan kembali bahwa dokumen-dokumen tersebut harus diisi lengkap baik nama tertanggung, nama pemegang polis, nomor polis, tanda tangan tertanggung, tanda tangan dokter dan lain-lain.

Itu semua dibutuhkan rumah sakit, untuk memudahkan pengurusan klaim. Penulis berpendapat bahwa dengan etiked baik, rumah sakit membantu tertanggung dalam mengurus klaim-klaim yang ada demi pelayanan kesehatan yang dibutuhkan.

4.3 Bentuk-Bentuk Penyelesaian Kendala Yang Ada

Didalam asuransi kesehatan, perselisihan mungkin saja bisa terjadi antara kedua pihak baik rumah sakit maupun pihak asuransi. Perselisihan dapat terjadi apabila salah satu pihak merasa hak-haknya seperti klaim yang tidak dibayar ataupun tidak sesuai dengan kesepakatan yang sudah diperjanjikan.

4.3.1 Musyawarah Kekeluargaan

Dari tiga perjanjian kerjasama dengan PT Asuransi, apabila terjadi perselisihan antara kedua belah pihak mengenai masalah-masalah yang diakibatkan oleh hal-hal yang terkait dengan klaim, maka perselisihan atau perbedaan pendapat tersebut pertama-tama akan diselesaikan oleh kedua belah pihak, duduk bersama-sama melalui musyawarah. Rumah Sakit X, bila terjadi perselisihan hanya diselesaikan dengan baik-baik antara kedua belah pihak, rumah sakit tetap bekerja dengan baik sesuai dengan kesepakatan yang sudah di sepakati. Apabila ada klaim yang dikembalikan, rumah sakit akan merespon dan memberikan informasi yang sejelas-jelasnya, misalnya dokumen-dokumen klaim tidak lengkap, pihak rumah sakit akan melengkapi kekurangan yang dibutuhkan, dan apabila diagnose tidak jelas, pemeriksaan penunjang, dan obat-obat dengan tidak mengurangi kerjasama yang baik rumah sakit akan membantu sesuai dengan prosedur.

4.3.2 Badan Arbitrase Nasional Indonesia (BANI)

Dalam Pasal 12 ayat 1 surat perjanjian kerjasama rumah sakit dengan PT Asuransi ML, WT, menyatakan apabila terjadi perselisihan dalam pelaksanaan kontrak kerjasama ini, kedua belah pihak sepakat untuk menyelesaikan secara musyawarah kekeluargaan. Sehingga penulis dapat menyimpulkan bahwa apabila terjadi perselisihan antara para pihak, maka cara penyelesaian perselisihan yang utama dilakukan adalah musyawarah, jika tidak diperoleh kesepakatan, para pihak setuju untuk menyelesaikannya melalui mekanisme Arbitrase yang berlaku di Badan Arbitrase Nasional Indonesia (BANI).

4.4 Pedoman Kerjasama Asuransi Antara Rumah Sakit dan Perusahaan Asuransi

Rumah Sakit dalam menjalankan tugasnya sebagaimana mestinya berpedoman pada akte perjanjian kerjasama dengan PT Asuransi ML, PT Asuransi WT, PT Asuransi ABD tentang “Jasa Pelayanan Kesehatan“. Pihak Rumah Sakit X diwakili salah satu direktur yaitu dr. P.S yang secara syah bertindak untuk dan atas nama Rumah Sakit X, yang berkedudukan di Jakarta. Sedangkan pihak PT Asuransi ML diwakili oleh Ibu MS dan Ibu CI, sebagai Direktur PT Asuransi ML dalam hal ini bertindak dalam jabatannya berdasarkan Anggaran Dasar Akte Notaris No. 31 tanggal 18 Januari 2005, yang dibuat

dihadapan Bapak Fx. BSI, SH. Notaris di Jakarta, NPWP No. 01.690.463.3.019.000, disahkan oleh Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. C2-9314.HT.01.01. Tahun 1995 Tanggal 31 Juli 1995, TDP No. 09.03.1.66.27881, Tanggal 27 Mei 2004 dan telah diumumkan dalam Berita Negara Republik Indonesia No. 52 Tahun 1999, bertindak mewakili PT Asuransi ML berkedudukan di Jakarta.

4.5 Hak dan Kewajiban Rumah Sakit dengan Perusahaan Asuransi

Dalam menjalankan perjanjian kerjasama tentang “Jasa Pelayanan Kesehatan“, masing-masing pihak mempunyai hak dan kewajiban. Adapun hak dan kewajiban Rumah Sakit terhadap PT Asuransi ML adalah tertuang dalam Pasal 4 menyebutkan :

³⁵₁₇ Hak dan Kewajiban Rumah sakit

1. Rumah Sakit akan memberikan pelayanan kesehatan kepada peserta/ tertanggung sesuai dengan ketentuan-ketentuan dalam perjanjian ini.
2. Rumah Sakit wajib memastikan kelengkapan dokumen klaim antara lain :
 - a. Formulir klaim/Resume medis yang telah diisi lengkap oleh dokter yang merawat.
 - b. Surat pernyataan kesediaan membayar selisih biaya kepada pihak penanggung yang telah ditandatangani oleh peserta/tertanggung di atas materai.
 - c. Kwitansi asli beserta lampirannya untuk seluruh selisih biaya yang ditimbulkan akibat perawatan peserta/ tertanggung.
 - d. Copy surat jaminan yang telah diterbitkan oleh pihak penanggung/ pihak asuransi
3. Menolak penggunaan kartu peserta asuransi apabila :
 - b. Pihak rumah sakit telah diberitahukan oleh pihak asuransi bahwa kartu peserta asuransi telah dinyatakan tidak berlaku lagi dan bukan menjadi tanggung jawab pihak penanggung.
 - c. Pihak rumah sakit telah diberitahukan bahwa fasilitas provider untuk pemegang polis diberhentikan sementara dan/atau dibatalkan dan/atau belum diperbaharui.
4. Menolak permintaan peserta/tertanggung dalam hal-hal sebagai berikut :

- a. Peserta/tertanggung meminta pihak rumah sakit untuk mengubah tanggal perawatan dan/atau diagnose dan/atau informasi lain yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan.
 - b. Peserta/tertanggung meminta pengobatan/perawatan rumah sakit seperti test diagnostik dan/atau obat-obatan dan/atau pelayanan kesehatan yang tidak sesuai/tidak diperlukan secara medis dan/atau tidak berhubungan dengan perawatan yang sedang dijalani dan/atau tidak dianjurkan oleh dokter yang memeriksa.
 - c. Peserta/tertanggung meminta pengobatan/perawatan/pelayanan kesehatan rumah sakit dengan langsung/tidak langsung menyalahgunakan kartu peserta dengan cara menggunakan fasilitas provider dalam perjanjian ini dengan sengaja/tidak sengaja diberikan kepada orang lain yang jelas tidak memiliki kartu peserta asuransi dan/atau surat jaminan untuk keuntungan/kepentingan pribadi.
5. Pihak rumah sakit wajib/harus memberitahukan kepada pihak penanggung dalam hal peserta/tertanggung menjalani perawatan rumah sakit dengan biaya perawatan rumah sakit telah mencapai Rp 5.000.000,- dengan melampirkan perincian dan diagnose sementara atas perawatan rumah sakit peserta/tertanggung dan/atau biaya perawatan mendekati/kurang Rp 5000.000,- tetapi peserta masih memerlukan waktu/biaya perawatan lebih lama dan / atau dilakukan tindakan medis dengan biaya besar
 6. Tanpa mengurangi maksud dari Pasal 4 ayat 5 diatas pihak penanggung/ pihak asuransi dalam keadaan dan situasi tertentu berhak untuk mendapatkan informasi sebagaimana dimaksud Pasal 4 ayat 5 diatas meskipun biaya perawatan belum mencapai jumlah Rp 5.000.000,- dan peserta masih memerlukan waktu perawatan lebih lama dan/atau tindakan medis yang memerlukan biaya besar dan dalam jangka waktu lebih lama
 7. Pihak rumah sakit berhak mendapat pembayaran atas pelayanan kesehatan yang telah diberikan kepada peserta

4.6 Hak dan Kewajiban Pihak Penanggung / Pihak Asuransi

Tertuang dalam Pasal 5 dalam perjanjian ini menyebutkan :

35
17

Hak dan Kewajiban Penanggung

1. Peserta yang merupakan tanggung jawab penanggung berhak atas pelayanan kesehatan yang diberikan oleh pihak Rumah Sakit.
2. Pihak penanggung wajib memberikan daftar nama dan contoh tanda tangan pejabat khusus yang berhak menandatangani surat pengantar rawat atau surat jaminan berikut perubahannya.
3. Pihak penanggung wajib membayar kepada pihak Rumah Sakit biaya pelayanan kesehatan.
4. Pihak penanggung wajib memberitahukan kepada pihak Rumah Sakit apabila pertanggungans atas peserta dihentikan sementara, dibatalkan atau telah berakhir, dalam hal mana setelah pemberitahuan tersebut disampaikan kepada pihak rumah sakit, pihak penanggung/pihak asuransi tidak lagi bertanggung jawab atas pelayanan kesehatan yang diberikan.

Terdapat beberapa ketentuan bagi peserta / tertanggung PT Asuransi untuk mendapatkan jasa pelayanan kesehatan dari pihak Rumah Sakit, ketentuan yang dimaksud adalah hak dari pihak Rumah Sakit terhadap peserta/tertanggung.

4.7 Hak Rumah Sakit Terhadap Peserta

Adapun Hak Rumah Sakit terhadap peserta / tertanggung antara lain :

- 1 . Memiliki kartu peserta asuransi yang masih berlaku
- 2 . Kartu identitas diri
- 3 . Mengisi dan mendatangi formulir klaim
- 4 . Mendatangi kwitansi asli
- 5 . Mengisi surat pernyataan
- 6 . Menyerahkan surat jaminan dari pihak asuransi

BAB 5

KESIMPULAN DAN SARAN

5.1 Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian yang telah dilakukan, maka dapat disimpulkan sebagai berikut:

1. Prosedur penyelesaian klaim asuransi kesehatan dari tertanggung kepada perusahaan asuransi di Rumah Sakit “X” tidak melanggar perundang-undangan. Hal itu terlihat dari cara penyelesaian yang ditempuh oleh Rumah Sakit x. Dalam hal ini setiap penyelesaian dilakukan dengan musyawarah kekeluargaan. Prosedur penyelesaian ini sesuai dengan Pasal 12 ayat (1) perjanjian kerjasama Rumah Sakit x dengan Perusahaan Asuransi.
2. Kendala yang dihadapi tertanggung dalam mengurus klaim adalah kurangnya dokumen pendukung sebagaimana diatur dalam Pasal 8 butir M Keputusan Menteri Keuangan No :422/KMK.06/2003. Kurangnya dokumen pendukung tersebut mengakibatkan si tertanggung tidak dapat mengajukan klaim.
3. Bentuk penyelesaian atas kendala tersebut dan apa peran dari Rumah Sakit “X” adalah bentuk penyelesaiannya melalui musyawarah kekeluargaan . Akan tetapi bila kedua belah pihak tidak sepakat ,maka penyelesaian dilakukan melalui Badan Arbitrase Nasional Indonesia (BANI). Peran dari pada Rumah Sakit x dalam kasus ini adalah sebagai pihak yang membantu mempermudah proses penyelesaian klaim. Sebagaimana diatur dalam Pasal 23 ayat (1) PP No: 73 Tahun 2003.

5.2 Saran

Untuk melengkapi penulisan skripsi ini, berikut disampaikan saran-saran :

1. Tertanggung perlu lebih teliti dalam membaca isi dari polis, sejauhmana luas atau cakupan jaminan yang diberikan dari perusahaan asuransi.
2. Persyaratan khusus lainnya yang mungkin diperlakukan oleh perusahaan asuransi, perlu untuk tertanggung minta informasi yang sejelas-jelasnya.

DAFTAR PUSTAKA

1. Buku

- Subekti, R. *Hukum Perjanjian*. Jakarta : Penerbit PT Intermassa, 2005.
- Ali, H. Zainudin, *Metode Penelitian Hukum*. Jakarta : Sinar Grafika, 2009.
- Soekanto, Soerjono. *Pengantar Penulisan Hukum*. Jakarta : UI Press, 1986.
- Prakoso, Djoko. *Hukum Asuransi Indonesia*. Jakarta : Rineka Cipta, 2000.
- Prakoso, Djoko. *Asuransi di Indonesia*. Jakarta : Dahara Prize, 1991.
- Hartono, Sri Rejeki. *Hukum Asuransi Dan Perusahaan Asuransi*. Jakarta : PT Citra Aditya Bakti, 1997.
- Muhammad, Abdulkadir. *Hukum Asuransi Indonesia*. Bandung : PT Citra Aditya Bakti, 2006.
- Simanjuntak, Emmy Pangaribuan. *Hukum Pertanggungan (Pokok-Pokok Pertanggungan, Kerugian, Kebakaran, dan Jiwa)*. Cet.5, Yogyakarta : Seksi Hukum Dagang Fakultas Hukum UGM, 1982.
- Soekanto, Soerjono dan Sri Mamudji. *Penelitian Hukum Normatif : Suatu Tinjauan Singka*. Cet.3. Jakarta : Rajawali Pers, 1995.
- Mahdi, Sri Soesilowati, Surini Ahlan Sjarif, dan Akhmad Budi Cahyono. *Hukum Perdata : Suatu Pengantar*. Jakarta : Gitama Jaya Jakarta, 2005.
- Rusli, Hardijan. *Hukum Perjanjian Indonesia dan Common Law*. Jakarta : Pustaka Sinar Harapan, 1996.
- Purba, Radiks. *Memahami Asuransi di Indonesia*. Jakarta : PT Pustaka Binaman Pressindo, 1995.
- Prakoso, Djoko dan I Ketut Murtika. *Hukum Asuransi Indonesia*. Penerbit : PT Bina Aksara Jakarta. 1987.
- Salim A. Abbas. *Dasar-Dasar Asuransi (Principle of Insurance)*. Rajawali Pers Jakarta. 1989.
- Sendra, Ketut. *Klaim Asuransi Gampang*. Cet.I. Jakarta : BMAI, PPM, 2009.

2. Peraturan Perundang-undangan

- Kitab Undang-Undang Hukum Perdata (Burgerlijk Wetboek)*. Diterjemahkan oleh R. Subekti dan R. Tjitrosudibio. Cet.27. Jakarta : PT Pradnya Paramita, 2002.
- Kitab Undang-Undang Hukum Dagang dan Undang-Undang Kepailitan*. (Wetboek Van Koophandel en Faillissements Verordening), Diterjemahkan oleh R. Subekti dan R. Tjitrosudibio. Cet.27. Jakarta : PT Pradnya Paramita, 2002.
- Indonesia. *Undang-Undang Tentang Usaha Perasuransian*. UU No.2 tahun 1992, LN No. 13 Tahun 1992. TLN No. 3467.
- Indonesia. *Undang-Undang Tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional*. UU No. 40 Tahun 2004, LN No. 150 Tahun 2004. TLN No. 4456.
- _____. *Peraturan Pemerintah Tentang Perum Husada Bhakti*. PP No. 23 Tahun 1984.
- _____. *Peraturan Pemerintah Tentang Pengalihan Bentuk Perusahaan Umum (Perum) Husada Bhakti Menjadi Perusahaan Perseroan (Persero)*. PP No. 6 Tahun 1992. LN. 16 Tahun 1992.
- _____. *Peraturan Pemerintah Tentang Penyelenggaraan Usaha Perasuransian*. PP No. 73 Tahun 1992. LN No. 120 Tahun 1992 TLN No. 3506.
- _____. *Keputusan Menteri Keuangan Republik Indonesia Tentang Penyelenggaraan Usaha Perusahaan Asuransi Dan Perusahaan Reasuransi*. KKM Nomor 422/KMK.06/2003.
- _____. *Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia No. 1241.MENKES/XI/2004*.
- _____. *Surat Menteri Kesehatan RI No. 112/MENKES/II/2008*.

3. Sumber Internet

- Life! Asuransi dari bisnis. “Tantangan Penerapan Compulsory Insurance”,
<http://web.bisnis.com/laporan-khusus/inhealth1.html>.
- <http://.agenasuransi.net/2008/02/20/kecewa-pengajuan-pembatalan-pendaftaran-polis-asuransi-bumiputera-1912/>.
- Pojokasuransi.com.”Prinsip indemnity”.
<Http://pojokasuransi.com/content/view/28/42/>.

WealthIndonesia.com. “Polis Asuransi”. [Http://www.asuransiallianz.com/polis-asuransi/artikel-asuransi/](http://www.asuransiallianz.com/polis-asuransi/artikel-asuransi/).

Istilah Asuransi. http://www.konsultanasuransi.com/pmain.php?id_hal=17.

Hasbullah Thabrany. “Sejarah Asuransi Kesehatan”.

[Http://staff.ui.ac.id/internal/140163956/material/Bab I Sejarah Asuransi Kesehatanedited.pdf/](http://staff.ui.ac.id/internal/140163956/material/Bab_I_Sejarah_Asuransi_Kesehatanedited.pdf).

4. Sumber Lainnya

Polis Asuransi Kesehatan PT Asuransi ABDA

Polis Asuransi Kesehatan PT Asuransi Megalife

Polis Asuransi Kesehatan PT Winterthur

