

TINJAUAN YURIDIS TERHADAP KECURANGAN (*FRAUDS*) DALAM INDUSTRI ASURANSI KESEHATAN DI INDONESIA

Yohanes Budi Sarwo¹

budisarwo@yahoo.com, budisarwo@unika.ac.id

Abstrak

Seiring dengan perkembangannya yang pesat bidang ekonomi di Indonesia, dapat memicu bagi pertumbuhan industri asuransi kesehatan. Pertumbuhan industri asuransi berdampak pada persaingan untuk memperebutkan pasar guna ekspansi atau memajukan usaha serta permodalannya. Hal ini dikarenakan tanggung jawab yang besar bagi Penanggung dalam menanggung risiko yang dilimpahkan oleh para Tertanggung. Disisi lain terdapat perkembangan yang negatif dalam pengajuan klaim asuransi. Para Tertanggung semakin pintar dengan memanfaatkan perkembangan teknologi dalam industri asuransi yaitu sering terjadinya kecurangan (*frauds*). Dalam kancah asuransi dikenal dengan istilah "*Insurance fraud*" yaitu, suatu tindak pidana yang melanggar hukum terhadap perusahaan asuransi dengan tujuan mendapatkan keuntungan finansial secara tidak sah dari penutupan suatu risiko. *Fraud* dalam industri asuransi kesehatan dapat dikategorikan tindak pidana kejahatan yang dapat diancam dengan pidana penipuan Pasal 381 Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (KUHP) dan juga Pidana Pemalsuan sebagaimana diatur dalam Pasal 21 (5) Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian joct. Pasal 263 KUHP.

Kata kunci : Industri, asuransi kesehatan, kecurangan, pidana kejahatan.

1. Pendahuluan

Dewasa ini perkembangan usaha di bidang asuransi kesehatan baik yang komersial maupun asuransi kesehatan sosial di Indonesia mengalami perkembangan yang cukup pesat. Perkembangan ini terjadi terutama dalam asuransi kesehatan sosial setelah diundangkannya Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) di Indonesia. Didalam undang-undang ini ditentukan bahwa BPJS I bidang kesehatan diselenggarakan dengan sistem asuransi kesehatan sosial yang mulai diberlakukan mulai tanggal 1 Januari 2014.

Secara umum pengertian asuransi dapat ditemukan dalam ketentuan Pasal 246 KUH Dagang maupun Pasal 1 ayat (1) Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1992 tentang Usaha

¹ Dosen Fakultas Hukum dan Komunikasi Unika Soegijapranta Semarang

Perasuransian, pada dasarnya asuransi adalah merupakan perjanjian antara Penanggung dengan Tertanggung atas suatu risiko yang dijaminakan merupakan bisnis yang sangat bergantung pada asas kepercayaan antara perusahaan asuransi (Penanggung) dengan pemegang polis (Tertanggung), di mana pihak perusahaan asuransi akan membayar sejumlah manfaat (pertanggungan) kepada pemegang polis sesuai apa yang tertulis dalam polis asuransi dan untuk itu pemegang polis berkewajiban membayar sejumlah premi kepada perusahaan asuransi. Dalam hal ini pemegang polis melimpahkan kerugian yang mungkin dialaminya di masa mendatang kepada perusahaan asuransi dan percaya bahwa perusahaan asuransi akan membayar kerugian tersebut. Sementara perusahaan asuransi percaya bahwa pemegang polis tidak akan berbuat curang.

Seiring dengan pesatnya perkembangan bisnis asuransi menunjukkan semakin meningkatnya kesadaran masyarakat akan pentingnya perlindungan terhadap kesehatan dan jiwa. Selain itu tujuan lain pembukaan polis asuransi adalah untuk melindungi masa depan ahli waris ketika kehilangan pencari nafkah utamanya. Disisi lain perkembangan bisnis asuransi ini pada prakteknya diikuti pula dengan timbulnya kecurangan atau dalam bisnis asuransi dikenal dengan *Insurance Fraud*. Keinginan memperoleh keuntungan sebesar-besarnya menjadi salah satu faktor pendorong berkembangnya *Insurance Fraud*.

Kecurangan dalam bisnis asuransi dapat dilakukan oleh semua pihak terkait, yakni perusahaan asuransi, tertanggung, dan perusahaan penunjang asuransi yakni reasuransui, *broker*, serta agen asuransi. Dari tahun ke tahun kecurangan dalam industri asuransi yang terjadi ada kecenderungan meningkat dan di semua lini bisnis seperti properti dan *surety bond*. Tertanggung semakin pintar, persaingan antar perusahaan semakin berat, perekonomian makin susah sehingga bisnis dalam asuransi kesehatan dapat menjadi salah satu lahan yang tumbuh dan berkembang dengan pesat.

Dalam suatu riset yang dilakukan oleh beberapa dokter di Jerman terhadap negara-negara maju mengungkapkan bahwa kecurangan dalam perawatan kesehatan merupakan sumber yang paling potensial yang dapat merugikan perusahaan asuransi khususnya asuransi kesehatan. Kecurangan dilakukan dengan kesengajaan yang bermaksud untuk mendapatkan keuntungan atas perbuatan tersebut. Di Amerika Serikat industri asuransi kesehatan mengalami kerugian mencapai ratusan juta dolar dalam setahun yang ditimbulkan oleh perbuatan curang tersebut,

yang apabila diestimasi kalangan industri asuransi di Amerika mengalami kerugian antara 3 – 7% .

Masalah tersebut di atas menjadi menarik pada saat pemerintah Indonesia mencanangkan suatu reformasi kebijakan pembiayaan kesehatan dengan konsep Asuransi Sosial melalui Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), saat pemerintahan Megawati akan segera berakhir. Komitmen memperluas jaminan sosial tersebut ditindak lanjuti oleh pemerintah dengan Presiden Susilo Bambang Yudoyono, melalui program asuransi kesehatan masyarakat miskin atau yang dikenal dengan ASKESKIN yang selanjutnya diganti dengan program Jaminan Kesehatan Masyarakat (Jamkesmas) dan berbagai program jaminan lainnya seperti Jaminan Masyarakat Daerah (Jamkesda)/Jaminan Masyarakat Kota (Jamkeskot) maupun Jaminan Persalinan ((Jampersal).

Dalam periode tahun 2005-2006 pemerintah mengalokasikan dana bagi hampir 60 juta penduduk miskin Indonesia, jumlah ini kemudian meningkat lagi menjadi untuk sekitar 76,4 juta jiwa penduduk miskin di tahun 2007. Dana yang disediakan diperuntukkan bagi pemberian pelayanan kesehatan primer di Puskesmas sampai ke tingkat lanjutan di Rumah Sakit, bahkan dapat digunakan untuk pelayanan yang sifatnya *katastrofik* (menghabiskan dana besar), seperti operasi, bedah *caesar*, cuci darah, hingga operasi jantung. Dana ini diserahkan pengelolaannya ke PT. Askes untuk kemudian dibayarkan ke Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK) dalam hal ini adalah rumah sakit. Perkembangan lebih lanjut pada saat ini pemerintah telah mengundang Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Nasional (BPJS). Di dalam BPJS I tentang kesehatan telah diatur pelaksanaan jaminan kesehatan menggunakan sistem asuransi kesehatan sosial yang pada saat ini banyak menjadi pemberitaan yang cukup menarik.

Di dalam program asuransi kesehatan komersial maupun sosial terdapat hubungan tripartit yaitu antara Perusahaan Asuransi/BPJS sebagai badan penyelenggara (Penanggung), Pengguna manfaat sebagai peserta (Tertanggung) dan Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK). Dalam pelaksanaan klaim asuransi sosial kesehatan tersebut sering terjadi kecurangan (*fraud*),

hal ini pernah terjadi dalam program ASKESKIN dengan membengkaknya jumlah dana yang harus dibayarkan PT. Askes sebagai Penanggung ke Pemberi Pelayanan Kesehatan (PPK). Pada saat itu berbagai media sering ditulis keluhan PPK yang merasa haknya belum dibayar oleh PT. Askes, di sisi lain PT. Askes sebagai pihak pengelola dana merasa kewalahan membayar tagihan klaim yang ternyata jumlahnya melebihi kuota anggaran yang disediakan pemerintah, dan di sisi berikutnya ternyata pemerintah mengalami kesulitan mencari dana untuk menutupi kekurangan tersebut.

Dalam kondisi tersebut di atas, kemudian muncul berbagai pernyataan di media yang sepertinya menunjukkan sebuah kekalutan akibat kacaunya sistem pembiayaan yang diterapkan pada program ini. Salah satu pernyataan yang paling mengemuka adalah kecurigaan “Bu Menkes” akan adanya upaya penggelembungan klaim oleh pihak PPK khususnya pihak Rumah Sakit. Dari sudut pandang akademis membengkaknya dana askeskin merupakan sebuah kewajaran, karena memang program ini memiliki banyak celah/kelemahan yang memungkinkan terjadinya kecurangan (*fraud*). Dalam bahasa Indonesia, terminologi *fraud* dalam asuransi dapat diartikan sebagai kecurangan.

Berbagai bentuk kecurangan (*fraud*) serupa akan dapat mewarnai dalam klaim asuransi sosial kesehatan, yang dapat dilakukan oleh individu ataupun kelompok maupun oleh Pemberi Pelayanan Kesehatan pada tingkat pertama maupun rumah sakit sebagai penerima rujukan. Bentuk kecurangan ini dapat terjadi karena ketidak pahaman masyarakat pengguna pelayanan kesehatan ataupun dilakukan oleh PPK karena biaya pengobatan ditanggung oleh penanggung.

Secara teoretis terdapat beberapa faktor penyebab yang memungkinkan terjadinya *fraud*, antara lain² :

- a. Kebutuhan (*need*) dimana situasi pemegang polis dan/atau tertanggung sebelum terjadinya kerugian sedang mengalami kesulitan keuangan.
- b. Kesempatan (*opportunity*), misalnya sebab kerugian yang tidak dapat ditelusuri atau ada celah hukum yang dapat dimanfaatkan oleh pemegang polis dan/atau tertanggung untuk mengajukan klaim fiktif.
- c. Keserakahan (*greed*) dapat tercermin dari rasionalisasi/sikap yang memandang tindakan *fraud*³ sebagai suatu pembenaran atau justifikasi dan sesuai dengan kode etik.

² Department of Justice Health Care, *Fraud Report Fiscal Year 1998*, Washington, DC.

³ Bandingkan dengan teori yang disampaikan oleh Dr. Donal Cressey tentang *Fraud Triangle* yaitu Motif atau Tekanan, Kesempatan dan Rasionalisasi atau kecenderungan pelaku untuk membenarkan

Berdasarkan latar belakang tersebut maka dapat ditemukan permasalahan bahwa kecurangan (*frauds*) adalah suatu perbuatan melanggar hukum. Dalam kancah asuransi dikenal dengan istilah “*Insurance fraud*” yaitu, suatu tindak pidana yang melanggar hukum terhadap perusahaan asuransi dengan tujuan mendapatkan keuntungan finansial secara tidak sah dari penutupan suatu risiko. Lebih lanjut dapat kaji dari aspek yuridis bagaimana hukum mampu mengatasi para pelaku kecurangan (*frauds*) tersebut sehingga dapat meminimalisir kerugian-kerugian yang mungkin akan timbul dalam industri asuransi pada umumnya dan asuransi kesehatan pada khususnya.

2. Pengertian Kecurangan (*frauds*) dan Pemalsuan dalam Asuransi Kesehatan

Dalam prakteknya pertanggungan asuransi merupakan perjanjian dengan unsur saling percaya antara penanggung dan tertanggung. Secara umum syarat sahnya perjanjian asuransi tersebut di atur dalam Pasal 1320 KUH-Perdata dan secara khusus telah memenuhi beberapa ketentuan sebagaimana di atur dalam Pasal 246 KUH-Dagang maupun Pasal 1 ayat (1) Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian. Penanggung percaya bahwa tertanggung akan memberikan segala keterangan dengan baik dan benar, di lain pihak tertanggung juga percaya bahwa kalau terjadi peristiwa penanggung akan membayar ganti rugi. Saling percaya tersebut merupakan dasar dari asas kejujuran, yang merupakan asas yang sangat penting dalam setiap perjanjian pertanggungan, sehingga harus dipenuhi oleh para pihak yang mengadakan perjanjian untuk menghindari terjadinya kecurangan asuransi.

Asas kejujuran atau lebih dikenal dengan sebutan *principle of utmost good faith* atau *uberrimae fidei* merupakan unsur yang penting dalam bisnis asuransi. *Good faith* secara harfiah dapat diterjemahkan sebagai itikad baik; Dengan demikian *utmost good faith* dapat diterjemahkan sebagai itikad baik yang sebaik-baiknya/sem sempurna. Sebenarnya secara umum asas itikad baik dan kejujuran sempurna dapat diartikan bahwa masing-masing pihak dalam suatu perjanjian yang akan disepakati demi hukum mempunyai kewajiban untuk memberikan keterangan atau informasi yang selengkap-lengkapnyanya, yang akan dapat mempengaruhi keputusan pihak yang lain untuk memasuki perjanjian atau tidak, baik keterangan yang demikian itu diminta atau tidak.

Asas kejujuran dalam asuransi ini, sering dilanggar dengan adanya keinginan untuk mendapatkan suatu manfaat keuntungan dengan cara ketidak jujuran maupun kecurangan yang dilakukan oleh para pihak dalam bisnis asuransi kesehatan. Secara luas, kecurangan atau lebih dikenal dengan dengan *Insurance Fraud*, dapat diartikan sebagai segala macam bentuk kecurangan yang dilakukan oleh para pelaku asuransi (Nasabah, Tenaga Pemasaran, maupun Perusahaan Asuransi) dalam rangka menguntungkan diri sendiri. Contoh sederhana antara lain adalah pemalsuan identitas, yaitu misalnya pemalsuan usia yang dilakukan dengan tujuan agar premi yang dikenakan lebih murah. Untuk memperkuat, dokumen yang dipalsukan juga dilampirkan sebagai pendukung. Contoh lainnya adalah pemalsuan kejadian seperti menyembunyikan riwayat kesehatan.

Istilah *fraud* (Inggris) atau *fraude* (Belanda) sering diterjemahkan sebagai bentuk perbuatan curang terhadap asuransi (*insurance fraud*) sebenarnya sudah diantisipasi dalam Pasal 251 KUH Dagang⁴, yang menyatakan:

“Semua pemberitahuan yang keliru atau tidak benar, atau semua penyembunyian keadaan yang diketahui oleh tertanggung, meskipun dilakukannya dengan itikad baik, yang sifat demikian rupa, sehingga perjanjian itu tidak akan diadakan, atau tidak diadakan dengan syarat-syarat yang sama, bila penanggung mengetahui keadaan yang sesungguhnya dari semua hal itu, membuat pertanggungan itu batal”.

Disamping itu, dalam tatanan hukum Indonesia tindak pidana curang (*fraud*) terhadap perusahaan asuransi yang diatur oleh Kitab Undang-Undang Hukum Pidana (“*KUHP*”) dikategorikan dengan tindak pidana penipuan sebagaimana termaktub dalam Pasal 378 KUHP, Pasal 381 dan Pasal 382 KUHP.⁵

Di dalam Pasal 378 KUHP disebutkan :

“Barang siapa dengan maksud untuk menguntungkan diri sendiri atau orang lain secara melawan hukum, dengan memakai nama palsu atau martabat palsu, dengan tipu muslihat, ataupun rangkaian kebohongan, menggerakkan orang lain untuk menyerahkan barang sesuatu kepadanya, atau supaya memberi hutang maupun menghapuskan piutang, diancam dengan penipuan dengan pidana penjara paling lama empat tahun”

⁴ Kitab Undang-undang Hukum Dagang.

⁵ Kanon Armiyanto, makalah Seminar Sehari “Kecurangan (*fraud*) Dalam Jaminan/Asuransi Kesehatan” diselenggarakan oleh PAMJAKI (perhimpunan Ahli Manajemen Jaminan dan Asuransi Kesehatan Indonesia) di Hotel Bumi Karsa, pada tanggal 13 Desember 2007.

Dalam ketentuan Pasal 381 KUHP disebutkan :

“Barangsiapa dengan akal dan tipu muslihat menyesatkan orang menanggung asuransi tentang hal ikhwal yang berhubungan dengan tanggungan itu, sehingga ia menanggung asuransi itu membuat perjanjian yang tentu tidak akan dibuatnya atau tidak dibuatnya dengan syarat serupa itu, jika sekiranya diketahuinya keadaan hal ikhwal yang sebenarnya, dihukum penjara selama-lamanya satu tahun empat bulan”.

Sedangkan dalam Pasal 382 KUHP disebutkan :

“Barangsiapa dengan maksud akan menguntungkan diri sendiri atau orang lain dengan melawan hak, sedang hal itu merugikan yang menanggung asuransi atau orang yang dengan sah memegang surat penanggungan barang di kapal, membakar atau menyebabkan letusan dalam sesuatu barang yang masuk asuransi bahaya api, atau mengaramkan atau mendamparkan, membinasakan, atau merusakkan sehingga tanpa dapat dipakai lagi kapal (perahu) yang dipertanggungkan atas atau yang muatannya atau upah muatannya yang akan diterima telah dipertanggungkan atau yang untuk melengkapkan kapal (perahu) itu, orang sudah meminjamkan uang dengan tanggungan kapal (perahu) itu, dihukum penjara selama-lamanya lima tahun”.

Kecurangan (*fraud*) termasuk dalam klasifikasi kejahatan yaitu suatu tindakan dilakukan oleh seseorang, sekelompok orang atau perusahaan secara melawan hukum dengan maksud untuk menguntungkan dirinya sendiri (mereka) atau orang lain. Dalam *Black's Law dictionary*⁶ memberikan definisi *fraud* sebagai berikut:

1. *A knowing misrepresentation of the truth or concealment of a material fact to induce another to act to his or her detriment; is usual tort (esp. when the conduct is willful) it may be a crime”*
2. *A misrepresentation made recklessly without belief in its truth to induce another person to act,*
3. *A tort arising from knowing misrepresentation, concealment of material fact, or reckless misrepresentation made to induce another to act to his or her detriment.*

Berdasarkan definisi tersebut di atas, maka terdapat tiga unsur yang harus dipenuhi sebagai tindak pidana kecurangan atau fraud, yaitu : adanya unsur perbuatan melawan hukum dalam bentuk kesalahan, penyembunyian fakta material atau kecerobohan dengan maksud membujuk orang lain untuk bertindak atau berbuat.

Dari pengertian tersebut dapat dibandingkan dengan *Nasional Care Anti-Fraud*

⁶ Henry Campbell Black, *Black's Law Dictionary*, West Publishing Co., St. Paul, Minn, 1991. bandingkan dengan *Webster's New World Dictionary* yang mendefinisikan *fraud* sebagai suatu pembohongan atau penipuan (*deception*) yang dilakukan demi keuntungan pribadi.

*Association (NHCAA)*⁷ sebuah lembaga yang khusus menangani permasalahan *fraud* dibidang perawatan kesehatan di Amerika memberikan definisi *fraud* sebagai berikut: “*An intentional deception or misrepresentation that the individual or entity makes, knowing that the misrepresentation could result in some unauthorized benefit to the individual, or the entity, or to another party*”.

Di samping itu dalam sistem hukum di Negara Bagian New Hampshire memberi definisi *Insurance fraud*⁸ sebagai berikut:

“*Commits with a purpose to injure, defraud or deceive any insurer, knowingly submits or helps someone else to submit any oral or written statements knowing that these statements contain false, incomplete, or misleading information concerning any application claims for payment or benefits pursuant to an insurance policy*”.

Sedangkan di dalam Kamus asuransi⁹ yang menjadi panduan bagi praktisi asuransi di Indonesia menyamakan pengertian *fraud* dengan tindak pidana penipuan, dan memberi pengertian *fraud* sebagai : “Tindakan penipuan, misrepresentasi fakta penting yang dibuat secara sengaja, dengan maksud orang lain mempercayai fakta itu dan akibatnya orang itu menderita kesukaran keuangan”.

Berdasarkan beberapa definisi tersebut di atas, dapat dilihat bahwa *fraud* atau kecurangan memiliki empat kriteria yang harus dipenuhi, yaitu :

- 1) tindakan tersebut dilakukan oleh pelaku secara sengaja;
- 2) adanya korban;
- 3) korban menuruti kemauan pelaku;
- 4) adanya kerugian yang dialami oleh korban

⁷ www.nchc.org

⁸ Insurance Fraud Unit, New Hampshire Insurance Departmen. Web site: <http://www.nh.gov/insurance>

⁹ A. Hasymi Ali, *Kamus Asuransi*, cetakan II, PT Bumi Aksara, Jakarta, 2002, hlm.123.

3. Tinjauan Yuridis Terhadap Bentuk Kecurangan Dan Pemalsuan Dalam Industri Asuransi Kesehatan

Dalam asuransi kesehatan terdapat berbagai kemungkinan yang dilakukan oleh berbagai pihak dalam melakukan pemalsuan ataupun kecurangan (*fraud*). Adapun berbagai kasus kecurangan yang pernah ditemukan oleh tim verifikasi Jamkesmas antara lain :

a. Kecurangan oleh Rumah Sakit/Laboratorium

- 1) Rumah sakit menambahkan tagihan klaim untuk pemeriksaan yang tidak pernah dilakukan;
- 2) Laboratorium menambah jenis pemeriksaan yang tidak diminta oleh dokter untuk tagihan klaimnya.

b. Kecurangan pelanggan obat

- 1) Menambah jumlah obat yang resepkan oleh dokter;
- 2) Mengganti obat generik dengan obat paten.

c. Kecurangan *optical*

- 1) Melakukan pemeriksaan mata gratis dalam penggantian kaca mata namun dalam klaimnya terdapat biaya jasa pemeriksaan;
- 2) Memberikan discount harga kacamata yang sebenarnya harga telah dinaikan terlebih dahulu.

d. *Consumer fraud*

- 1) meminjamkan kartu kepada orang yang tidak berhak;
- 2) Menambahkan tagihan dalam kwitansi makanan suplemen atau bahan kosmetik;
- 3) Menggunakan pelayanan berlebihan misalnya membeli obat untuk selanjutnya dijual kembali.

e. *Application fraud*

Tertanggung bersama dengan agen asuransi menyembunyikan kondisi kesehatan dengan risiko tinggi menjadi risiko rendah

f. *Eligibility fraud*

- 1) Bukan karyawan perusahaan/instansi mengaku karyawan;
- 2) Anggota keluarga diakui sebagai karyawan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan;

- 3) Mantan karyawan masih ikut dalam daftar karyawan;
- 4) Mengikutkan sertakan dalam asuransi hanya untuk anggota keluarga yang berisiko sakitnya tinggi.

Berbagai kasus kecurangan tersebut di atas, pada hakekatnya tidak mengungkapkan fakta material yang sebenarnya dengan jujur yang dapat mempengaruhi pertanggungan. Kecurangan ini dalam asuransi sesuai dengan ketentuan Pasal 521 KUH Dagang yang dapat berakibat pertanggungan menjadi batal. Pelaku kecurangan dalam penyembunyian fakta material (*misrepresentation material fact*) ini dapat dilakukan oleh agen, pemegang polis, ahli waris dan dokter maupun rumah sakit sebagai pemberi pelayanan kesehatan.

Bentuk-bentuk *fraud* dalam industri asuransi khususnya asuransi kesehatan, dapat diuraikan bahwa perbuatan *fraud insurance* adalah merupakan perbuatan yang dapat dihukum menurut hukum pidana. Tindak pidana yang paling sering terjadi terhadap perusahaan asuransi adalah tindak pidana penipuan, dimana si calon tertanggung/pemegang polis tidak dengan jujur mengungkapkan fakta-fakta penting sehubungan dengan kesehatannya. Pasal 381 KUHP telah melansir suatu perbuatan pidana penipuan yang dilakukan terhadap industri perasuransian. KUHP berusaha memberikan perlindungan bagi industri asuransi dengan mengkriminalisasikan persetujuan pertanggungan yang dibuat antara perusahaan asuransi sebagai penanggung dengan konsumen sebagai tertanggung/pemegang polis.

Perlindungan yang diberikan oleh KUHP adalah perlindungan terhadap setiap pengungkapan fakta-fakta yang tidak benar. Secara umum unsur-unsur perbuatan pidana penipuan yang harus dipenuhi dalam hal tidak diungkapkannya fakta-fakta penting dalam suatu penutupan asuransi (Surat Permintaan Asuransi) adalah sebagai berikut¹⁰:

- 1) *Adanya karangan perkataan bohong*¹¹ dalam melakukan penutupan asuransi, si calon tertanggung/pemegang polis biasanya tidak mengungkapkan keadaan yang sebenarnya yang telah diketahuinya, dengan maksud agar permintaan asuransi yang diajukan disetujui oleh perusahaan asuransi. Si calon tertanggung/pemegang polis biasanya akan

¹⁰ *Loc. Cit* hal. 9.

¹¹ R. Soesilo, *Kitab Undang-undang Hukum Pidana, Serta Komentar-komentar Lengkap Pasal Demi Pasal*, Politeia, Bogor, hal. 260

berbohong tentang keadaan dirinya dengan mengarang suatu cerita yang tidak sebenarnya; dan biasanya tindakan ini diikuti dengan kebohongan lainnya untuk menutupi suatu keadaan yang sebenarnya.

- 2) *Dengan akal cerdas*¹² dan tipu muslihat, biasanya untuk memutuskan niatnya berbuat curang si calon tertanggung/pemegang polis akan berbuat licik agar perusahaan asuransi tidak mengetahui kebohongannya.
- 3) *Keadaan palsu*; adalah si calon tertanggung/pemegang polis akan mengaku seolah-olah dia mampu melakukan pembayaran premi dalam jumlah yang besar dalam jangka waktu yang telah ditetapkan oleh perusahaan asuransi. Pada hal tujuannya adalah untuk mengelabui perusahaan asuransi dengan melakukan klaim-klaim dini, misalnya dia seorang pengusaha yang sukses atau punya perusahaan.
- 4) *Menguntungkan diri sendiri dengan cara melawan hak*; atas perbuatannya, si calon tertanggung/pemegang polis akan memperoleh keuntungan. unsur inilah yang paling pokok dalam tindak pidana penipuan yang harus dipenuhi.

Berbagai kemungkinan kecurangan dalam bisnis asuransi tersebut di atas dapat dikategorikan dan telah memenuhi unsur tindak pidana kecurangan (*fraud*) yang dapat diancam dengan hukuman penjara selama-lamanya satu tahun empat bulan.

Di samping berbagai kasus kecurangan (*fraud*) tersebut di atas, dalam bisnis asuransi kesehatan juga sering terjadi berbagai pemalsuan. Adapun berbagai kasus pemalsuan yang sering terjadi adalah :

a. Klaim palsu

- 1) Dokter dalam melakukan klaim dalam bulan yang bersangkutan menggunakan sebagian nama pasien yang datang berobat, sisanya hanya menggunakan kartu identitas tanpa pasien berobat;
- 2) Beberapa nama pasien diajukan dengan beberapa kali kunjungan untuk berobat pada hal kenyataannya hanya berobat satu kali;
- 3) Beberapa nama keluarga pasien diajukan dalam klaim pada hal yang sebenarnya nama tersebut tidak berobat;
- 4) Unit Gawat Darurat (UGD) melakukan penagihan klaim tindakan yang sebenarnya tidak dilakukan.

b. *Diagnose* palsu

¹² *Ibid*, hal. 261

- 1) Kasus bedah kosmetik di klaim sebagai tindakan kasus kecelakaan;
- 2) Tertanggung mengajukan klaim untuk perawatan syaraf yang sebenarnya pada pasien dilakukan ekstrasi.

Berbagai kasus tindak pidana pemalsuan dalam bisnis asuransi tersebut di atas, bukan merupakan tindak pidana pemalsuan sebagaimana diatur dalam Pasal 21 (5) Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian, melainkan perbuatan pidana pemalsuan surat sebagaimana termaktub dalam Pasal 263 ayat (1) KUHP berbunyi sebagai berikut:

“Barangsiapa membuat surat palsu atau memalsukan surat, yang dapat menerbitkan sesuatu hak, sesuatu perjanjian (kewajiban) atau sesuatu pembebasan utang, atau yang boleh dipergunakan sebagai keterangan bagi sesuatu perbuatan, dengan maksud akan menggunakan atau menyuruh orang lain menggunakan surat-surat itu seolah-olah surat itu asli dan tidak dipalsukan, maka kalau mempergunakannya dapat mendatangkan sesuatu kerugian dihukum karena pemalsuan surat, dengan hukuman penjara selamalamanya enam tahun.”

Di dalam hukum pidana terdapat 2 (dua) unsur penting yang harus dipenuhi oleh pelaku perbuatan pidana pemalsuan adalah yaitu :

- 1) membuat surat palsu; yang dimaksud membuat surat palsu adalah membuat “surat” yang isinya bukan semestinya (tidak benar), atau membuat surat sedemikian rupa, sehingga menunjukkan asal surat itu yang tidak benar.¹³
- 2) memalsukan surat. Tindakan memalsukan surat adalah mengubah surat demikian rupa, sehingga isinya menjadi lain dari isi yang asli atau sehingga surat itu menjadi lain dari pada yang asli.

Memalsukan tandatangan adalah termasuk perbuatan pidana memalsukan surat, sedangkan yang diartikan sebagai surat dalam pasal ini adalah segala surat baik yang ditulis dengan tangan, dicetak, maupun ditulis memakai mesin tik dan lain-lainnya. Pemalsuan surat tersebut dapat menimbulkan keuntungan di satu pihak sekaligus kerugian bagi pihak lain. Surat-surat yang dipalsukan itu harus suatu-surat yang :

- 1) dapat menerbitkan suatu hak (misalnya: daftar tagihan rumah sakit (*invoice*) mengenai suatu jenis perawatan medis yang sebenarnya tidak pernah dilakukan)
- 2) dapat menerbitkan suatu perjanjian (misalnya: surat perjanjian asuransi)

¹³ *Ibid*, hal. 195

- 3) dapat menerbitkan suatu pembebasan utang (misalnya: kwitansi)
- 4) suatu surat yang boleh dipergunakan sebagai suatu keterangan bagi sesuatu perbuatan atau peristiwa (misalnya: surat keterangan dokter)

Dalam beberapa kasus kejahatan asuransi, biasanya perbuatan pidana pemalsuan adalah perbuatan ikutan yang didahului oleh perbuatan pidana penipuan. Perbuatan pidana pemalsuan hanya sebagai pelengkap dari perbuatan pidana penipuannya, yang dapat diancam dengan hukuman penjara selama-lamanya enam tahun.

B. Penutup

Simpulan

Berdasarkan pembahasan tersebut di atas maka, dapat disimpulkan bahwa :

1. Perkembangan industri asuransi kesehatan di Indonesia, belum diikuti dengan pengaturan hukum di bidang yang mewadahi, sehingga berbagai tindak pidana kejahatan kecurangan (*fraud*) dan pemalsuan dalam asuransi kesehatan di Indonesia para pelakunya banyak yang lolos dari pemidanaan.
2. Berbagai tindak pidana kecurangan (*Fraud*) dan Pemalsuan, dalam bisnis asuransi kesehatan yang dapat dilakukan oleh siapa saja. Berbagai pihak yang dapat melakukan tindak kejahatan ini antara lain dapat dilakukan oleh : tertanggung dan pemegang polis, agen penutup asuransi, pihak rumah sakit dan dokter juga dapat melakukan *fraud* terhadap perusahaan asuransi.
3. Guna mengatasi kekosongan hukum dalam asuransi kesehatan, maka tindak pidana kejahatan dalam asuransi kesehatan, para pelaku dapat diancam dengan pidana kecurangan (*fraud*) diatur dalam Pasal 381 KUHP dan Tindak pidana pemalsuan sebagai mana diatur dalam Pasal 263 ayat (1) KUHP.

Saran

1. Guna mengimbangi pertumbuhan industri asuransi kesehatan yang pesat, maka perlu payung hukum bagi Penanggung maupun tertanggung, sehingga industri asuransi pada umumnya dan asuransi kesehatan pada khususnya dapat tumbuh dan berkembang serta bermanfaat bagi semua pihak, demi terwujudnya derajat kesehatan masyarakat yang

berkeadilan.

2. Bagi para pihak yang terkait dalam industri asuransi kesehatan, hendaknya semakin peka apabila terjadi indikasi tindak pidana kejahatan untuk dapat menggunakan payung hukum KUHP dalam upaya menjaerat para pelaku tindak pidana kejahatan kecurangan (*fraud*) maupun penipuan.

KISI HUKUM
Jurnal Ilmiah Hukum

Daftar Pustaka

- A. Hasymi Ali, *Kamus Asuransi*, cetakan II, PT Bumi Aksara, Jakarta, 2002.
- Abdulkadir Muhammad, *Hukum Asuransi Indonesia*, (Bandung, Citra aditya Bakti, 2002).
- Adrianus Meliala, *Praktik Bisnis Curang*, (Jakarta, Sinar Harapan, 1993).
- Bisma Murti, *Dasar-dasar Asuransi Kesehatan*, Kanisius, 2000.
- Department of Justice Health Care, *Fraud Report Fiscal Year 1998*, Washington, DC.
- Henry Campbell Black, *Black's Law Dictionary*, West Publishing Co., St. Paul, Minn, 1991.
bandingkan dengan *Webster's New World Dictionary* yang mendefinisikan *fraud* sebagai suatu pembohongan atau penipuan (*deception*) yang dilakukan demi keuntungan pribadi.
- H. Man Suparman Sastrawidjaja, *Aspek-aspek Hukum Asuransi dan Surat Berharga*, (Bandung, Alumni, 2003).
- Insurance Fraud Unit, New Hampshire Insurance Departmen. Web site: <http://www.nh.gov/insurance>
- Kanon Armiyanto, makalah Seminar Sehari "*Kecurangan (fraud) Dalam Jaminan/Asuransi Kesehatan*" diselenggarakan oleh PAMJAKI (perhimpunan Ahli Manajemen Jaminan dan Asuransi Kesehatan Indonesia) di Hotel Bumi Karsa, pada tanggal 13 Desember 2007.
- R. Soesilo, *Kitab Undang-undang Hukum Pidana, Serta Komentar-komentar Lengkap Pasal Demi Pasal*, Politeia, Bogor.
- Sutan Remy Sjahdeini, *Pertanggungjawaban Pidana Korporasi*, PT Grafiti Pers, 2006.
- Sekretariat Jenderal Dewan Asuransi Indonesia, Undang-Undang Republik Indonesia Nomor 2 Tahun 1992 dan Peraturan Pelaksanaan tentang Usaha Perasuransian (dilengkapi dengan PP No. 63 tahun 1999 tentang Perubahan atas PP No. 73 Tahun 1992).
- _____, *Perjanjian Baku dalam Praktek Perusahaan Perdagangan*, (Bandung, Citra Aditya, 1992).
- _____, *Asas-Asas Hukum Perjanjian*, (Bandung, Mandar Maju, 2000).
- Kitab Undang-undang Hukum Dagang.
- Web site: <http://www.nh.gov/insurance>
Web Site: www.nchc.org