

## ETIKA DALAM ASURANSI KESEHATAN: MENEMUKAN KESEIMBANGAN DAN KEADILAN

Annisa Putri Salsabila<sup>1</sup>, Putri Naira Kusuma<sup>2</sup>, Riswandy Wasir<sup>3</sup>, Cahya Arbitera<sup>4</sup>

<sup>1,2,3,4</sup>Universitas Pembangunan Nasional Veteran Jakarta

(Korespondensi: [2110713100@mahasiswa.upnvj.ac.id](mailto:2110713100@mahasiswa.upnvj.ac.id))

### ABSTRAK

**Pendahuluan:** Etika merupakan komponen penting dalam berbisnis. Dalam dunia asuransi kesehatan, etika diperlukan untuk menunjang keadilan dan keseimbangan bagi perusahaan dan konsumen. Perusahaan wajib memenuhi hak-hak konsumen secara penuh, namun masih banyak perusahaan yang mementingkan keuntungan semata dengan melakukan kecurangan atau fraud. Melalui penelitian ini diharapkan memberikan wawasan mendalam tentang masalah etika dan membantu perusahaan asuransi kesehatan menjalankan bisnis mereka dengan cara yang etis dan tanggung jawab. **Metode:** Metode yang digunakan dalam penelitian ini adalah systematic review melalui data base google scholar dan pubmed dalam rentang waktu 5 tahun terakhir. **Hasil:** Dari hasil analisis ditemukan pelanggaran etik dalam asuransi kesehatan masih kerap terjadi. Tindakan fraud banyak dilakukan oleh perusahaan asuransi seperti pemalsuan dokumen dan penolakan klaim asuransi hal ini tentunya tidak sesuai dengan etika bisnis asuransi kesehatan serta tidak menjunjung keadilan konsumen. **Kesimpulan:** Dari penelitian yang dilakukan dapat ditarik kesimpulan bahwa kesadaran mengenai etika dalam bisnis asuransi kesehatan masih rendah, namun terdapat beberapa solusi yang dapat dilakukan seperti meningkatkan kerjasama antara pemerintah, regulator, dan perusahaan asuransi.

**Kata kunci:** Asuransi Kesehatan, Etika, Keadilan, Keseimbangan

### *ETHICS IN HEALTH INSURANCE: FINDING FAIRNESS AND JUSTICE*

#### ABSTRACT

**Background:** Ethics is an important component of business. In the world of health insurance, ethics are needed to support justice and balance for companies and consumers. Companies are obliged to fulfil consumer rights in full, but there are still many companies that prioritize profit alone by committing fraud. This research is expected to provide in-depth insight into ethical issues and help health insurance companies run their businesses in an ethical and responsible manner. **Method:** The method used in this research is a systematic review using Google Scholar and PubMed databases over the last 5 years. **Result:** From the results of the analysis, it was found that ethical violations in health insurance still frequently occur. Fraudulent acts are often carried out by insurance companies, such as falsifying documents and rejecting insurance claims. This is certainly not in accordance with health insurance business ethics and does not uphold consumer justice. **Conclusion:** From the research conducted, it can be concluded that awareness regarding ethics in the health insurance business is still low. However, there are several solutions that can be implemented, such as increasing cooperation between the government, regulators, and insurance companies.

**Keywords:** Health Insurance, Ethics, Justice, Balance

---

## INFO ARTIKEL

---

*Riwayat Artikel:*  
Diterima: 6 Maret 2024  
Disetujui: 25 Maret 2024  
Tersedia secara online: 30 April 2024

*Alamat Korespondensi:*  
Nama: Annisya Putri Salsabila  
Afiliasi: Universitas Pembangunan Nasional Veteran Jakarta  
Alamat: Limo Raya No. 7, Cinere, Depok  
Email: 2110713100@mahasiswa.upnvj.ac.id

---

---

## PENDAHULUAN

Istilah "asuransi" berasal dari bahasa Belanda, "*assurantie*", dan tidak jarang dikenal juga istilah "*verzekering*", yang berarti "pertanggungan." Menurut Pasal 1 UU Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian (selanjutnya disebut UU Asuransi) asuransi didasarkan pada perjanjian antara dua pihak, yaitu pemegang polis dan perusahaan asuransi. Etika berasal dari bahasa Yunani kuno, "*ethos*", yang berarti "kebiasaan, adat, akhlak, watak, perasaan, sikap, dan cara berpikir." Pada umumnya, etika dihubungkan dengan moralitas atau moral. Namun, meskipun keduanya berkaitan dengan tindakan buruk yang dilakukan oleh manusia, moral dan etika berbeda dalam pengertiannya. Moral lebih berfokus pada nilai baik dan buruk dari setiap tindakan manusia, sedangkan etika lebih merupakan disiplin ilmu yang menyelidiki apa yang baik dan buruk (Musyahidah *et al.*, 2020).

Indonesia, sebagai negara berkembang, menghadapi tantangan untuk menyediakan pelayanan kesehatan

berkualitas tinggi. Pelayanan kesehatan harus memiliki kemampuan untuk memberikan layanan yang sesuai dengan hak asasi pasien, yang berarti bahwa setiap pasien berhak atas perlakuan yang adil. Keinginan orang untuk mendapatkan pelayanan kesehatan melalui asuransi kesehatan semakin meningkat karena memberikan sejumlah manfaat untuk melindungi mereka dari kejadian yang tidak diinginkan. Etika yang mengatur penyediaan asuransi kesehatan terdiri dari berbagai prinsip moral dan standar perilaku. Etika ini sangat mempengaruhi kesehatan seseorang dan hak mereka untuk mendapatkan perawatan medis. Dengan menerapkan etika bisnis dalam asuransi kesehatan dapat menjunjung tinggi nilai transparansi dan keadilan bagi konsumen asuransi. Selain itu etika bisnis penting untuk menghindari pelanggaran hukum pidana di tempat kerja, menghindari pelanggaran etik, dan memelihara reputasi perusahaan dari hal-hal yang dapat merugikan pihak perusahaan dan konsumen asuransi (Hotimah, 2020).

Dalam prakteknya, masih banyak masalah yang terjadi seperti kerugian dalam asuransi dikarenakan kurangnya transparansi yang menjunjung aspek keadilan dan keterbukaan, sehingga tidak adanya pemahaman pemegang polis yang menjadi hak-hak yang seharusnya telah dibayar jadi hangus begitu saja. Kecurangan, juga dikenal sebagai fraud, adalah tindakan disengaja dengan tujuan mendapatkan keuntungan ilegal baik ditujukan pada individu atau kelompok atau organisasi dengan melakukan tindakan penipuan, memberikan saran palsu, atau menahan kebenaran (Nugraha & Irawan, 2023). Sangat penting untuk menangani klaim asuransi dengan adil, berkomunikasi dengan baik, dan menjadi transparan selama proses klaim. Selain itu, sangat penting untuk memberikan kebijakan dan prosedur asuransi yang transparan, menjamin keterbukaan klaim, dan mendorong pengambilan keputusan moral dalam kasus asuransi. Contoh masalah etika dalam asuransi kesehatan termasuk keadilan, transparansi, kebijakan premi, penanganan klaim, dan hak konsumen. Pemerintah, perusahaan asuransi, penyedia layanan kesehatan, dan masyarakat secara keseluruhan dapat bekerja sama untuk membuat sistem asuransi yang beretika, terbuka, dan efektif. Dalam sistem Jaminan Kesehatan pemerintah mempunyai tanggung jawab untuk mencapai tujuan

UHC, yaitu memberikan akses yang adil dan merata pada layanan kesehatan bagi semua orang (Adiyanta, 2020).

Disamping banyaknya isu etika dalam asuransi sebagai penyedia layanan kesehatan harus membangun hubungan yang baik dengan konsumen (pasien) sehingga dapat menimbulkan rasa kepercayaan dan kepuasan pasien dalam menggunakan penyedia layanan. Dengan ini kita dapat mengidentifikasi dan mengatasi tantangan etika, memberikan pemahaman yang lebih baik tentang kebutuhan dan harapan pelanggan, serta merumuskan kebijakan dan panduan etis yang dapat membentuk landasan operasional yang adil dan transparan. Literature review dapat membantu memahami berbagai isu etika dalam asuransi kesehatan dan solusi untuk mengatasinya. Diharapkan dari penelitian ini memberikan wawasan mendalam tentang masalah etika dan membantu perusahaan asuransi kesehatan menjalankan bisnis mereka dengan cara yang etis dan tanggung jawab.

## **METODE PENELITIAN**

Penelitian ini menggunakan metode systematic review untuk mensintesis informasi dari artikel dan dokumen terkait. Pencarian dilakukan melalui database elektronik Google Scholar dan PubMed. Artikel dan dokumen yang dikaji adalah

yang terpublikasi dalam kurun waktu lima tahun terakhir, yaitu dari tahun 2019 hingga 2024.

Proses penyaringan artikel dilakukan berdasarkan beberapa tahap, yaitu identifikasi, penyaringan, inklusi, dan kelayakan. Hasil pencarian artikel diseleksi dengan melihat kesesuaian antara tujuan penelitian ini dengan judul, abstrak, dan isi artikel pada penelitian lain dengan kriteria inklusi ketersediaannya file full teks artikel, kesesuaian dengan judul, dan kesesuaian abstrak. Serta artikel diseleksi dengan kriteria eksklusi isi keseluruhan artikel tidak sesuai dengan topik penelitian, output bukan mengenai solusi untuk menghadapi permasalahan etika dalam asuransi kesehatan, dan artikel tertulis dalam bentuk bahasa selain bahasa Indonesia dan bahasa Inggris.

Pada tahap awal pencarian artikel jurnal diperoleh dari Goggle Scholar (853) artikel dan PubMed (10) artikel dari 2019 sampai 2024. Setelah itu dilakukan filter eksklusi terhadap jurnal tersebut dengan melihat kesesuaian antara tujuan penelitian ini dengan judul, abstrak didapatkan 19 artikel. Selanjutnya sejumlah artikel tersebut diseleksi berdasarkan file full text dan isi keseluruhannya sesuai dengan topik dan output yang menyisakan 4 artikel yang di review sesuai kelayakan dan relevan terhadap tujuan penelitian.

Tujuan penelitian ini adalah: (1) Mengidentifikasi isu-isu etika dalam bisnis asuransi kesehatan; (2) Merumuskan solusi potensial untuk mengatasi permasalahan etika dalam asuransi kesehatan.

## HASIL PENELITIAN

**Tabel 1. Pengelompokan data**

Penulis	Tahun	Metode Penelitian	Subjek Penelitian	Hasil Penelitian
Sari, C	2023	Kualitatif dengan pendekatan deskriptif	Pemegang polis dan perusahaan asuransi jiwa	Dari hasil analisis ditemukan efektifitas menggabungkan elemen globalisasi, privasi, keamanan, etika, dan etika ke dalam regulasi yang melindungi pemegang polis asuransi jiwa dalam hal aksesibilitas rekam medis. Untuk mencapai keseimbangan yang optimal dan menjaga integritas industri asuransi jiwa sambil tetap melindungi hak-hak individu, pemerintah, perusahaan asuransi, lembaga pengawas, dan

masyarakat sipil harus bekerja sama. Hak dan kepentingan pemegang polis asuransi jiwa harus diperjelas. Regulasi juga harus mempertimbangkan etika penggunaan informasi kesehatan. Untuk memastikan perlindungan yang optimal bagi pemegang polis asuransi jiwa terkait dengan aksesibilitas rekam medis, fokus utama adalah perbaikan dan peningkatan dalam kerangka hukum yang ada, serta keseimbangan antara hak privasi pemegang polis.

Suryati dan Agustiano	2023	Kualitatif dengan pendekatan deskriptif	Nasabah asuransi	Berdasarkan hasil analisis etika asuransi kesehatan menunjukkan bahwa hak konsumen, nasabah, atau tertanggung dilindungi dalam klaim asuransi. Untuk mendapatkan asuransi kesehatan, tertanggung harus membayar biaya kesehatan secara rutin kepada perusahaan asuransi. Ada berbagai jenis asuransi kesehatan dan persyaratan pengajuan klaim yang harus dipenuhi. Selain itu, konsep indemnitas dan kompensasi dalam asuransi kesehatan dibahas, yaitu ketika perusahaan asuransi harus membayar ganti rugi kepada tertanggung sesuai dengan apa yang sebenarnya mereka alami. Peraturan perundang-undangan Indonesia mengatur berbagai aspek asuransi, termasuk perlindungan hukum pemegang polis, sehingga penting untuk mencegah klaim asuransi ditolak.
Syailendra <i>et al.</i>	2023	Kualitatif dengan pendekatan deskriptif	Perusahaan asuransi dan nasabah asuransi	Hasil analisis menunjukkan bahwa dokumen asuransi kesehatan dipalsukan, dan agen asuransi bertanggung jawab atas tanda tangan nasabah yang dipalsukan. Meskipun ada undang-undang, masih ada banyak kasus dokumen palsu di

masyarakat. Memalsukan dokumen dapat dilakukan dengan membuat surat palsu atau menggunakan tanda tangan palsu. Selain itu, artikel ini menekankan pentingnya melindungi pemegang polis dalam industri asuransi secara hukum. Agen dan pihak asuransi bertanggung jawab atas dokumen palsu, dan perusahaan asuransi harus memastikan bahwa dokumen asuransi asli sebelum membayar premi. Hakim menentukan hukuman untuk pemalsuan dokumen berdasarkan tingkat kejahatan, dampak terhadap korban, dan niat di balik kejahatan.

Indrawan <i>et al.</i>	2024	Kualitatif dengan pendekatan deskriptif	Masyarakat pemegang jaminan kesehatan dan dinas kesehatan Kabupaten Buleleng	Dari hasil analisis studi ini menyelidiki bagaimana Dinas Kesehatan bertanggung jawab untuk menghentikan dan menangani kecurangan dalam Program Jaminan Kesehatan Kabupaten Buleleng. Berbagai pihak, termasuk peserta, BPJS Kesehatan, dan fasilitas kesehatan, dapat melakukan kecurangan, seperti pemalsuan data, manipulasi klaim, dan penerimaan suap. Analisis ini dilakukan menggunakan yuridis sosiologis. Upaya untuk menghentikan kecurangan dilakukan melalui penerapan kebijakan, sosialisasi, pemantauan, dan laporan oleh berbagai pihak terkait. Selain itu, Kabupaten Buleleng membentuk Tim Pengawas Pelaksanaan Program Jaminan Sosial Ketenagakerjaan.
------------------------	------	---	--	---

## PEMBAHASAN

Undang-Undang No. 40 Tahun 2014 tentang perasuransian menjelaskan bahwa pemegang polis asuransi sebagai

pihak yang mengikatkan diri dengan perusahaan asuransi melalui perjanjian asuransi berhak mendapat perlindungan hukum. Polis merupakan salah satu alat

bukti tertulis bahwa telah terjadi perjanjian asuransi. Meskipun sudah ada undang-undang yang melindungi nasabah asuransi, masih banyak kasus yang terjadi di masyarakat.

Menghadapi kemajuan teknologi yang canggih menjadi tantangan dalam dunia perasuransian untuk menjaga privasi informasi kesehatan pemegang polis. Untuk mengatasi masalah ini diperlukan kerangka kerja regulasi perlindungan hukum bagi pemegang polis asuransi. Menurut penelitian (Sari, 2023), Dibutuhkan kerja sama antara regulator, perusahaan asuransi, dan pemangku kepentingan lainnya untuk mengembangkan upaya pencegahan dan penanggulangan masalah keamanan data. Selain itu, regulator harus mendorong perusahaan asuransi untuk menerapkan kode etik yang jelas dan mudah dilihat bagi pemegang polis. Hal ini penting untuk memastikan prinsip moral dipertimbangkan saat membuat keputusan tentang penggunaan informasi kesehatan.

Permasalahan yang sering terjadi selanjutnya adalah penolakan klaim asuransi. Salah satu sumber perselisihan penolakan klaim adalah perubahan sepihak terhadap peraturan dan persyaratan yang dilakukan oleh perusahaan asuransi tanpa pemberitahuan atau persetujuan tertanggung (Apriani, 2019). Perusahaan

asuransi harus menerapkan prinsip indemnitas, yang berarti sebagai penanggung, perusahaan asuransi harus membayar ganti rugi kepada tertanggung sesuai dengan jumlah yang disepakati dalam kontrak asuransi. Besar ganti rugi harus sesuai dengan total klaim asuransi, tanpa dikurangi atau ditambahkan, sesuai dengan peraturan perundang-undangan. Menurut penelitian (Suryati & Agustianto, 2023), prinsip *take it or leave it* sangat penting bagi calon pemegang polis ketika mereka menerima konsekuensi dari suatu kontrak atau perjanjian, atau ketika mereka tidak menyukainya serta peneliti menyarankan bahwa calon pemegang polis harus memahami rancangan kontrak asuransi dengan lebih cepat, tekun, dan hati-hati untuk menghindari hal-hal yang tidak menguntungkan.

Kasus asuransi yang masih marak terjadi di masyarakat adalah mengenai kasus pemalsuan dokumen. Tindak pidana pemalsuan dokumen perasuransian terjadi apabila ada perbuatan yang dilakukan memenuhi unsur-unsur tindak pidana pemalsuan atas dokumen perusahaan asuransi, perusahaan asuransi syariah, perusahaan reasuransi, atau perusahaan reasuransi syariah yang merupakan pelanggaran hukum atas larangan sebagaimana dimaksud dalam

Pasal 33 Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian.

Berdasarkan penelitian Syailendra & Siswanto 2023 Mengambil kasus pemalsuan dokumen yang dilakukan oleh agen asuransi PT.Prudential dengan kronologi kasus “Bryan Malvin memalsukan tanda tangan Ong Siau Jong pada formulir penarikan dana dari polis nomor 12348957 pada tanggal 19 dan 23 September 2019 (Syailendra & Siswanto, 2023). Pada bulan Oktober 2019 terbit buku Polis nomor 13060804 atas nama Ong Siau Jong jenis polis Prulink Generasi baru (PGB), padahal Ong Siau Jong tidak pernah mengajukan pembukaan polis baru. Dengan adanya polis baru, Ong Siau Jong membayar 2 polis sebesar Rp. 56.233.333.” Ditemukan juga kasus pemalsuan dokumen dengan pelakunya adalah tertanggung/pemegang polis, ditemukan oleh peneliti (Awaloedin *et al.*, 2019), dengan kronologi kasus “Berdasarkan informasi dari Asuransi Penjamin Perawatan, terdapat klien ke-9 yang namanya terdaftar sebagai klien. Namun, foto tertanggung dalam KTP tertanggung dengan nomor induk yang sama di perusahaan asuransi tersebut berbeda. Muncul dugaan adanya pemalsuan KTP. Perusahaan asuransi penjamin melakukan kunjungan ke rumah sakit saat pasien dirawat inap. Pasien tidak sesuai

dengan tertanggung, hanya membawa kartu asli penjaminan rumah sakit dan KTP tertanggung. Rumah sakit tidak melakukan pengecekan lebih lanjut.” Kecurangan-kecurang tersebut harus diproses Hukum pemalsuan dokumen yang didasarkan pada tingkat kejahatan, pengaruhnya terhadap korban, dan niat di balik kejahatan.

Implementasi pencegahan kecurangan (*fraud*) harus dilakukan oleh seluruh pihak yang berkaitan dengan program jaminan kesehatan mulai dari peserta, BPJS Kesehatan, FKTP, FKRTL, pemberi kerja, penyedia obat dan alat kesehatan serta pemangku kepentingan lainnya (Indrawan *et al.*, 2023). Implementasi pencegahan Kecurangan (*fraud*) oleh aparat pemerintah/pemerintah daerah, sebagaimana diamanatkan oleh Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019, antara lain: pelaksanaan prinsip *Good Corporate Governance*, pelaksanaan pencegahan, deteksi dan penyelesaian terhadap kecurangan termasuk penguatan peran pengawasan internal dan Sistem pengendalian Internal dalam pencegahan Kecurangan, lalu pelaksanaan manajemen risiko kecurangan seperti membangun komitmen seluruh jajaran dalam mengelola risiko kecurangan (*fraud*) selanjutnya pengembangan budaya pencegahan

kecurangan (*fraud*) dalam program Jaminan Kesehatan seperti membangun kesadaran masyarakat, serta mengembangkan kebijakan kendali mutu dan kendali biaya untuk program Jaminan Kesehatan.

## KESIMPULAN

Etika dalam asuransi Kesehatan, masih terdapat banyak kecurangan yang dilakukan oleh agen asuransi maupun pemegang polis. Kesadaran akan pentingnya etika dalam asuransi kesehatan menjadi semakin penting dan tidak bisa dipandang remeh. Untuk menciptakan dunia perasuransian yang lebih etis dan terpercaya, pemerintah, regulator, perusahaan asuransi, agen, dan pemegang polis harus bekerja sama. Dengan mempertahankan nilai-nilai etika, kita dapat mempertahankan integritas industri asuransi kesehatan dan memastikan bahwa pemegang polis menerima perlindungan yang sesuai dengan hak-hak mereka, sementara agen asuransi bertindak jujur dan adil dalam melayani masyarakat.

## DAFTAR PUSTAKA

- Adiyanta, F.C. S. (2020). Urgensi Kebijakan Jaminan Kesehatan Semesta (Universal Health Coverage) bagi Penyelenggaraan Pelayanan Kesehatan Masyarakat di Masa Pandemi Covid-19. *Administrative Law and Governance Journal*, 3(2), 272–299. <https://doi.org/10.14710/alj.v3i2.272-299>
- Apriani, R. (2019). Sanksi Hukum Terhadap Pihak Penanggung atas Klaim Asuransi yang Tidak Dipenuhi Penanggung Berdasarkan Hukum Positif. *Syiar Hukum : Jurnal Ilmu Hukum*, 16(1). <https://doi.org/10.29313/sh.v16i1.5130>
- Awaloedin, M., Sutendi, H. H., & Kusdani, D. (2019). Fraud Investigation in The Cash Plan Hospital Health Insurance Claim Investigasi Kecurangan dalam Klaim Program Asuransi Kesehatan Hospital Cash Plan. In *Management Studies and Entrepreneurship Journal* (Vol. 2, Issue 1). <http://journal.yrpiiku.com/index.php/msej>
- Hotimah, H. (2020). Analisis Penerapan Etika Bisnis dan Nilai Perusahaan PT Axa Mandiri Financial Services. *Jurnal Ekonomi Manajemen Sistem Informasi*, 1(6), 570–580. <https://doi.org/10.31933/jemsi.v1i6.219>
- Indrawan, G. *et al.* (2023). Peranan Dinas Kesehatan Dalam Pencegahan dan Penanganan Kecurangan (Fraud) Dalam Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Republik Indonesia Nomor 16 Tahun 2019 Di Kabupaten Buleleng. *Kertha Widya Jurnal Hukum*, 11, 59–84.
- Musyahidah, S., Asizah, N., & Rahmawati, R. (2020). Etika Agen Asuransi Allianz Syariah dalam Memasarkan Produk Asuransi Jiwa Pada PT. Asuransi Allianz Kota Palu. *Jurnal Ilmu Ekonomi Dan Bisnis Islam*, 2(2), 27–35. <https://doi.org/10.24239/jiebi.v2i2.30.27-35>
- Nugraha, A. C., & Irawan, M. I. (2023). Komparasi Deteksi Kecurangan pada Data Klaim Asuransi Pelayanan

Kesehatan Menggunakan Metode Support Vector Machine (SVM) dan Extreme Gradient Boosting (XGBoost). *Jurnal Sains Dan Seni ITS*, 12(1).  
<https://doi.org/10.12962/j23373520.v12i1.107032>

Sari, C. I. (2023). *Analisis Perlindungan Hukum bagi Pemegang Polis Asuransi Jiwa Terkait dengan Aksesibilitas Rekam Medis*. 6(2).  
<https://doi.org/10.31933/unesrev.v6i2>

Suryati, & Agustianto. (2023).  
Perlindungan Hukum Terhadap

Nasabah Asuransi Kesehatan dalam Penyelesaian Klaim Polis Asuransi. *Jurnal Pro Hukum*, 12(3), 989–1001.

Syailendra, M. R., & Siswanto, V. O. (2023). Tindakan Pemalsuan Dokumen Terhadap Asuransi Kesehatan. *Jurnal Kewarganegaraan*, 7(2), 2134–2144.  
<https://doi.org/10.31316/JK.V7I2.5624>