

SIARAN PERS

OJK TERBITKAN ATURAN DORONG INDUSTRI PERASURANSIAN, PENJAMINAN, DAN DANA PENSIUN TUMBUH KUAT BERDAYA SAING

Jakarta, 14 Januari 2026. Otoritas Jasa Keuangan (OJK) terus mendorong industri perasuransian, penjaminan dan dana pensiun yang kuat, tumbuh dan berdaya saing. Komitmen dimaksud terlihat dengan diterbitkannya Peraturan Otoritas Jasa Keuangan Nomor 33 Tahun 2025 tentang Penilaian Tingkat Kesehatan Perusahaan Perasuransian, Lembaga Penjamin, dan Dana Pensiun (POJK 33/2025) dan Peraturan Otoritas Jasa Keuangan Nomor 36 Tahun 2025 tentang Penguatan Ekosistem Asuransi Kesehatan (POJK 36/2025).

POJK 33/2025

Penerbitan POJK 33/2025 merupakan bagian dari upaya OJK menyempurnakan kerangka pengawasan terhadap sektor Perasuransian, Penjaminan, dan Dana Pensiun (PPDP), seiring dengan meningkatnya kompleksitas risiko dan kebutuhan akan sistem penilaian kesehatan yang lebih terstruktur, komprehensif, dan berorientasi ke depan.

Melalui pengaturan ini, OJK menetapkan metodologi penilaian tingkat kesehatan yang lebih terstruktur dan berbasis risiko untuk mendukung pelaksanaan pengawasan secara efektif.

POJK 33/2025 mengatur penilaian tingkat kesehatan Perusahaan Perasuransian, Lembaga Penjamin, dan Dana Pensiun (PPDP) sebagai dasar bagi OJK dalam menetapkan strategi serta penguatan pengawasan.

POJK 33/2025 mulai berlaku pada 1 Januari 2026 dengan pokok-pokok pengaturan meliputi:

- a. ruang lingkup penilaian tingkat kesehatan yang mencakup perusahaan perasuransian, lembaga penjamin, dan dana pensiun, termasuk yang menjalankan kegiatan usaha berdasarkan Prinsip Syariah;
- b. pendekatan penilaian berbasis risiko (*risk-based supervision*) melalui analisis terhadap kinerja, profil risiko, permasalahan yang dihadapi, serta prospek perkembangan (PPDP);
- c. faktor-faktor penilaian tingkat kesehatan yang meliputi tata kelola perusahaan yang baik, profil risiko, rentabilitas, serta permodalan atau pendanaan;
- d. penilaian tingkat kesehatan secara individual dan penilaian tingkat kesehatan secara konsolidasi bagi PPDP yang memiliki pengendalian terhadap perusahaan anak;
- e. kewajiban penyampaian hasil penilaian sendiri tingkat kesehatan oleh PPDP kepada OJK melalui sistem pelaporan OJK; dan

- f. pengaturan sanksi administratif bagi PPDP yang tidak memenuhi ketentuan sesuai POJK ini.

POJK ini juga memuat ketentuan peralihan untuk memberikan waktu penyesuaian bagi PPDP, khususnya bagi lembaga penjamin yang telah memperoleh izin usaha sebelum berlakunya peraturan ini.

Dengan berlakunya POJK 33/2025, OJK berharap pelaku usaha dapat melakukan penilaian tingkat kesehatan secara konsisten sebagai bagian dari penguatan tata kelola dan manajemen risiko guna mendukung industri PPDP yang sehat dan stabil.

POJK 36/2025

Penerbitan POJK 36/2025 merupakan bagian dari upaya OJK untuk memperkuat ekosistem asuransi kesehatan guna memastikan keseimbangan manfaat bagi pemegang polis, tertanggung, atau peserta dan keberlanjutan industri asuransi. POJK ini juga disusun untuk mengatasi adanya overutilitas dari penggunaan fasilitas dan layanan kesehatan.

Selain itu, penguatan ekosistem asuransi kesehatan juga bertujuan untuk:

- a. menguatkan tata kelola, manajemen risiko, dan pengawasan yang efektif untuk melindungi hak dan kepentingan pemegang polis, tertanggung, atau peserta serta pihak terkait dalam ekosistem asuransi kesehatan;
- b. mendorong kolaborasi pihak yang terlibat dalam ekosistem asuransi kesehatan nasional;
- c. menjamin terciptanya ekosistem asuransi kesehatan yang stabil, sehat, dan berdaya saing; dan
- d. memprioritaskan prinsip pelindungan penyelenggaraan asuransi kesehatan.

Dalam mewujudkan tujuan penguatan ekosistem asuransi kesehatan dimaksud, OJK berkoordinasi dengan kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan, asosiasi fasilitas pelayanan kesehatan, BPJS Kesehatan dan penyelenggara jaminan lain, asosiasi profesi di bidang kesehatan serta instansi lain terkait dengan ekosistem asuransi kesehatan nasional.

POJK 36/2025 mulai berlaku 3 (tiga) bulan sejak tanggal diundangkan. POJK ini diundangkan pada tanggal 22 Desember 2025 dan ditetapkan pada tanggal 17 Desember 2025. Dengan diberlakukannya POJK ini maka ketentuan SEOJK 7/2025 dicabut dan dinyatakan tidak berlaku. Beberapa pokok pengaturan POJK 36/2025, meliputi:

- a. Penyelenggaraan asuransi kesehatan;
- b. Desain produk asuransi kesehatan;
- c. Penerapan manajemen risiko;
- d. Telaah utilisasi;

- e. Peran para pihak dalam penguatan ekosistem asuransi kesehatan;
- f. Koordinasi antarpenyelenggara jaminan;
- g. Pelindungan konsumen; dan
- h. Peran perusahaan asuransi dalam edukasi dan promosi kesehatan.

POJK ini juga mengatur bahwa perusahaan yang menyelenggarakan lini asuransi kesehatan wajib memiliki kapabilitas medis yang memadai, kapabilitas digital yang ditunjukkan dengan kepemilikan sistem informasi yang memadai, serta kapabilitas Dewan Penasihat Medis (DPM) yang memadai.

Selain itu, perusahaan asuransi, perusahaan asuransi syariah, dan unit syariah pada perusahaan asuransi juga wajib terlebih dahulu mendapatkan persetujuan Otoritas Jasa Keuangan sebelum menyelenggarakan lini usaha asuransi kesehatan.

Dalam rangka penerapan prinsip kehati-hatian dan manajemen risiko, ketentuan yang diatur antara lain mengenai kewajiban bagi Perusahaan untuk membuat dan menyampaikan ringkasan pertanggungan guna mempermudah calon pemegang polis, tertanggung, atau peserta dalam mempelajari polis pertanggungan. Perusahaan dapat meninjau dan menetapkan premi atau kontribusi ulang paling banyak 1 kali dalam 1 tahun;

Berbeda dengan SEOJK 7/2025 sebelumnya, terkait pembagian risiko, pada POJK ini kewajiban bagi perusahaan asuransi, perusahaan asuransi syariah, dan unit syariah pada perusahaan asuransi adalah menyediakan produk tanpa fitur pembagian risiko. Adapun apabila terdapat fitur pembagian risiko dalam produk asuransi kesehatan, maka:

- a. Risiko yang ditanggung pemegang polis (*co-payment*) sebesar 5 persen dari total pengajuan klaim, dengan batas maksimum sebesar:
 - i. untuk rawat jalan Rp300.000,00 per pengajuan klaim; dan
 - ii. untuk rawat inap Rp3.000.000,00 per pengajuan klaim; dan/atau
- b. menetapkan jumlah tertentu (*deductible*) tahunan yang disepakati antara Perusahaan dengan pemegang polis.

Maksud dan tujuan pengaturan pembagian risiko tersebut adalah mencegah *moral hazard* dan mengurangi penggunaan layanan kesehatan oleh peserta secara berlebihan (*overutilitas*). Diharapkan pemegang polis, tertanggung atau peserta menjadi lebih bijaksana dan *prudent* dalam menggunakan asuransi kesehatan.

Dengan adanya pembagian risiko ini juga diharapkan premi menjadi lebih ekonomis. Pemberlakuan pembagian risiko ini berlaku baik untuk produk individu maupun kumpulan. Adanya batasan dalam pembagian risiko ini bertujuan untuk melindungi pemegang polis.

Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, dan Unit Syariah pada Perusahaan Asuransi dapat memilih untuk memberlakukan porsi pembagian risiko berupa penerapan *copayment*, *deductible*, maupun keduanya.

Dalam rangka menjamin agar pelayanan kesehatan kepada pemegang polis, tertanggung, atau peserta sesuai dengan mutu dan diselenggarakan secara efisien dalam rangka untuk pengendalian biaya, perusahaan wajib melakukan telaah utilisasi yang dilaksanakan oleh dokter dan tenaga ahli asuransi kesehatan.

Kewajiban Perusahaan untuk memprioritaskan terlaksananya Koordinasi antar Penyelenggara Jaminan (KAPJ) dan memuat fitur yang memungkinkan terselenggaranya KAPJ. Penguatan ekosistem asuransi kesehatan dilakukan oleh perusahaan melalui kerja sama dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan, TPA (*Third Party Administrator*), BPJS Kesehatan dan penyelenggara jaminan lain, perusahaan lainnya, perusahaan penyedia layanan digital, dan/atau pihak lain penyedia DPM.

Informasi lebih lanjut:

Kepala Departemen Literasi, Inklusi Keuangan dan Komunikasi – M. Ismail Riyadi
Telp. (021) 29600000; Email: humas@ojk.go.id