

**DAFTAR TANYA JAWAB LAZIM/ FREQUENTLY ASKED QUESTIONS (FAQ)
PERATURAN OTORITAS JASA KEUANGAN
REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 36 TAHUN 2025
TENTANG
PENGUATAN EKOSISTEM ASURANSI KESEHATAN**

1. Apa latar belakang penerbitan POJK ini?

Ekosistem asuransi kesehatan nasional saat ini menghadapi tekanan yang semakin besar. Otoritas Jasa Keuangan (OJK) mencermati kecenderungan overutilisasi layanan kesehatan, adanya perkembangan yang sangat tinggi untuk tren inflasi kesehatan (*medical inflation*), dan adanya kenaikan premi per polis asuransi kesehatan yang signifikan, yang secara agregat pada tahun 2023 ke tahun 2024 peningkatannya mencapai 43,01%. Sementara itu, terdapat tuntutan pula dari masyarakat untuk pelayanan kesehatan yang berkualitas dengan premi yang terjangkau. Kombinasi dari faktor-faktor tersebut menunjukkan perlunya penguatan ekosistem asuransi kesehatan agar mampu berfungsi secara stabil dan berkelanjutan.

Untuk merespons berbagai tekanan tersebut, semula OJK menerbitkan Surat Edaran Otoritas Jasa Keuangan Nomor 7 Tahun 2025 tentang Penyelenggaraan Produk Asuransi Kesehatan (SEOJK 7/2025) yang rencananya akan berlaku pada tanggal 1 Januari 2026. Namun pada perkembangannya, dalam rangka memperkuat seluruh ekosistem asuransi kesehatan dan menciptakan keseimbangan manfaat antara pemegang polis dan keberlanjutan bagi pelaku industri asuransi, maka disusun pengaturan dalam bentuk Peraturan Otoritas Jasa Keuangan (POJK) tentang Penguatan Ekosistem Asuransi Kesehatan yang fokus pada penyelenggaraan asuransi kesehatan oleh Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, dan Unit Syariah Pada Perusahaan Asuransi (“Perusahaan”) dan aspek keberlanjutan sistem pembiayaan kesehatan.

2. Apa saja pokok pengaturan dalam POJK ini?

Pokok-pokok pengaturan dalam POJK ini 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 antar penyelenggara jaminan;
- g. Pelindungan konsumen; dan
- h. Peran Perusahaan dalam edukasi dan promosi kesehatan.

3. Bagaimana kriteria perusahaan asuransi yang dapat memasarkan produk asuransi kesehatan?

Perusahaan yang menyelenggarakan lini usaha asuransi kesehatan wajib memiliki:

- a. kapabilitas medis yang memadai, yaitu mempunyai tenaga medis dengan kualifikasi dokter dan memiliki SDM dengan sertifikat keahlian asuransi kesehatan dengan level paling rendah 1 (satu) tingkat di bawah kualifikasi tertinggi. SDM dengan sertifikat keahlian asuransi kesehatan dapat dirangkap oleh dokter yang merupakan pegawai di Perusahaan.
- b. kapabilitas digital yang ditunjukkan dengan kepemilikan sistem informasi yang mampu melakukan pertukaran data, menyediakan akses data kepesertaan, data layanan, *resume* medis, data klaim, mendukung pengolahan, penyimpanan, dan pengamanan data secara elektronik, dan didukung basis data (*database*); dan
- c. kapabilitas Dewan Penasihat Medis (DPM) yang memadai, yaitu terdiri atas kumpulan dokter spesialis dengan keahlian tertentu.

Selain itu, Perusahaan juga wajib terlebih dahulu mendapatkan persetujuan OJK sebelum menyelenggarakan lini usaha asuransi kesehatan, termasuk Perusahaan yang selama ini telah menyelenggarakan lini usaha asuransi kesehatan.

4. Terkait dengan kewajiban sertifikasi mengenai ahli asuransi kesehatan apakah saat ini sudah ada LSP penyelenggara yang terdaftar di OJK? Sertifikasi dalam dan luar negeri apa saja yang dapat digunakan?

Saat ini telah terdapat LSP yang telah menyelenggarakan sertifikasi terkait tenaga ahli di bidang asuransi kesehatan, namun LSP tersebut belum terdaftar di OJK. Selama belum terdapat LSP penyelenggara yang terdaftar di OJK, Perusahaan dapat menggunakan sertifikasi asuransi kesehatan yang diselenggarakan oleh LSP yang ada.

Yang dimaksud dengan 1 tingkat di bawah kualifikasi tertinggi terkait asuransi kesehatan yang telah ada saat ini adalah Ajun Ahli Asuransi Kesehatan (AAAK).

Sertifikasi luar negeri dapat digunakan dalam memenuhi ketentuan ini sepanjang topiknya adalah dikhususkan untuk asuransi kesehatan, dengan level setara atau lebih tinggi dari AAAK dan telah diakui secara internasional, seperti Health Insurance Associate (HIA).

Untuk sertifikat yang diterbitkan oleh lembaga internasional yang tidak dikhususkan untuk asuransi kesehatan, perlu dibuktikan dengan menunjukkan daftar modul yang berkaitan dengan asuransi kesehatan serta telah diakui secara internasional.

5. Mengapa perlu ada DPM dan siapa yang akan ada didalamnya dan apa saja tugasnya?

DPM beranggotakan kumpulan dokter spesialis dengan keahlian tertentu dan berperan untuk memberikan nasihat kepada Perusahaan untuk mendukung pelaksanaan telaah utilisasi, dan memberikan masukan terkait pelayanan kesehatan, termasuk perkembangan baru layanan medis, dan rekomendasi kepada Perusahaan.

Apabila dijalankan dengan baik, DPM akan membantu Perusahaan untuk efisiensi klaim kesehatan.

6. Bagaimana struktur organisasi untuk DPM dan berapa jumlah minimum DPM yang dapat dimiliki oleh Perusahaan?

DPM merupakan fungsi non-organik perusahaan. Perusahaan dapat menyediakan DPM secara mandiri maupun bekerja sama dengan pihak lain, termasuk penyedia DPM. DPM diharapkan memiliki akses terhadap sistem informasi perusahaan yang relevan sehingga dapat menjalankan fungsinya secara efektif, dan keberadaan DPM akan dievaluasi oleh pengawas berdasarkan implementasi nyata, bukan hanya keberadaan formal.

Keberadaan DPM dimaksudkan untuk memastikan bahwa penyelenggaraan asuransi kesehatan selaras dengan *clinical pathway* dan efikasi obat. Pengawas akan menilai apakah peran DPM berjalan efektif dan mendukung kapabilitas medis, digital, serta kapabilitas pendukung lainnya. Sistem informasi perusahaan juga harus mampu menyediakan dan membagikan

data yang dibutuhkan DPM untuk keperluan evaluasi dan pengambilan keputusan ke depan.

Tidak ada ketentuan jumlah minimum DPM yang dimiliki oleh Perusahaan. Namun dalam DPM tersebut, harus terdapat dokter spesialis yang berkaitan dengan banyaknya kasus medis yang sering terjadi pada Perusahaan. Mengingat namanya adalah “Dewan”, maka DPM harus terdiri dari beberapa dokter spesialis.

7. Bagaimana mekanisme persetujuan penyelenggaraan lini usaha asuransi kesehatan, serta dokumen apa saja yang harus dilengkapi dalam rangka persetujuan penyelenggaraan asuransi kesehatan tersebut?

Dalam rangka memperoleh persetujuan untuk menyelenggarakan lini usaha asuransi kesehatan, Perusahaan wajib menempuh tahapan dan memenuhi persyaratan sebagai berikut:

a. Penyampaian Permohonan

Direksi Perusahaan menyampaikan surat permohonan persetujuan penyelenggaraan lini usaha asuransi kesehatan yang ditujukan kepada Direktur Perizinan Perasuransian, Penjaminan, dan Dana Pensiun, dengan melampirkan dokumen pendukung sebagai berikut:

1) Surat Permohonan

Surat Permohonan Persetujuan Menyelenggarakan Lini Usaha Asuransi Kesehatan yang ditandatangani oleh Direksi sebagaimana format tercantum dalam Lampiran.

2) Surat Pernyataan

Surat pernyataan direksi bermeterai sebagaimana format tercantum dalam Lampiran yang menyatakan bahwa perusahaan yang akan menyelenggarakan lini usaha asuransi kesehatan telah memiliki:

- a) kapabilitas medis yang memadai
- b) kapabilitas digital yang ditunjukkan dengan kepemilikan sistem informasi yang memadai
- c) kapabilitas DPM yang memadai

3) Bukti Kepemilikan Tenaga Medis

Bukti bahwa Perusahaan memiliki tenaga medis dengan kualifikasi dokter yang berperan dalam melakukan analisis atas tindakan medis dan Telaah Utilisasi, paling sedikit meliputi:

- a) Daftar tenaga medis dengan kualifikasi dokter yang dimiliki perusahaan, yang paling sedikit memuat:
 - i) Nama dokter;
 - ii) Daftar Riwayat Hidup terkini (riwayat pendidikan dan pekerjaan);
 - iii) STR dan/atau SIP yang masih berlaku.
- b) Salinan ijazah kelulusan profesi (dr.) dokter sebagaimana daftar pada huruf a).
- c) Surat keterangan kerja yang menyatakan bahwa tenaga medis dengan kualifikasi dokter tersebut adalah pegawai tetap perusahaan yang berperan untuk melakukan analisis atas tindakan medis dan Telaah Utilisasi.

4) Bukti Kepemilikan SDM yang Memiliki Kualifikasi Keahlian Bidang Asuransi Kesehatan

- a) Daftar SDM yang memiliki sertifikat keahlian asuransi kesehatan dengan level paling rendah 1 tingkat di bawah kualifikasi tertinggi dari LSP bidang perasuransian, paling sedikit meliputi:
 - i) Nama SDM;
 - ii) Jabatan;
 - iii) Jenis dan level sertifikasi;
 - iv) Lembaga penerbit sertifikat.
- b) Bukti sertifikat keahlian asuransi kesehatan a.n. SDM sebagaimana daftar pada huruf a).
- c) Surat keterangan kerja yang menyatakan bahwa SDM tersebut adalah pegawai tetap perusahaan.

5) Bukti Kepemilikan Sistem Informasi

- a) Video simulasi yang dilengkapi dengan narasi/penjelasan, yang menunjukkan bahwa sistem informasi dimiliki oleh Perusahaan dan memenuhi ketentuan:
 - i) mampu melakukan pertukaran data secara digital dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
 - ii) mampu menyediakan akses data kepesertaan;
 - iii) mampu menyediakan data yang memuat layanan dan resume medis, termasuk layanan obat dan alat kesehatan,

yang diberikan kepada Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta;

- iv) mampu menyediakan data klaim yang dibayarkan untuk masing-masing Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta;
 - v) mampu mendukung pengolahan, penyimpanan, dan pengamanan data secara elektronik untuk mencegah potensi terjadinya fraud di bidang asuransi kesehatan; dan
 - vi) didukung basis data (*database*) dengan ketentuan sebagai berikut:
 - mempunyai standar klasifikasi jenis penyakit sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
 - memiliki kemampuan untuk menganalisis kesesuaian layanan medis dan obat yang diberikan; dan
 - memiliki kemampuan untuk melakukan Telaah Utilisasi dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
- b) Dalam hal sistem informasi dikerjasamakan dengan pihak ketiga, selain harus memenuhi ketentuan sebagaimana dimaksud pada huruf a), Perusahaan wajib menyampaikan dokumen perjanjian kerja sama dua pihak yang paling sedikit memuat ketentuan mengenai:
- i) kerahasiaan dan penggunaan data Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta.
 - ii) penyimpanan basis data (*database*) terkait dengan pertanggungansian asuransi kesehatan paling singkat 10 (sepuluh) tahun setelah masa pertanggungansian Polis Asuransi berakhir

6) Bukti Penunjukan Dewan Penasihat Medis (DPM)

Surat penunjukan DPM oleh direksi dan disetujui oleh dewan komisaris.

Opsi 1: surat penunjukan ditandatangani oleh direksi dan komisaris

Opsi 2: surat penunjukan ditandatangani direksi dan risalah rapat yang menunjukkan persetujuan komisaris

Opsi 3: berbentuk PKS yang ditandatangani oleh direksi, komisaris, pihak ketiga (dalam hal kepemilikan DPM bekerja sama dengan pihak ketiga)

- b. Surat permohonan beserta lampirannya disampaikan melalui surat elektronik ke *mailing room* (mailingroomwismul@ojk.go.id)**

Persetujuan ini serupa dengan persetujuan penyelenggaraan ASO. Perusahaan harus menyampaikan dokumen yang dapat membuktikan kepemilikan tersebut melalui *mailing room* OJK.

- 8. Apakah produk asuransi kesehatan berdasarkan POJK ini hanya berlaku untuk produk tipe *Hospital & Surgical* saja atau juga berlaku pada produk tipe lainnya, seperti santunan dan *Critical Illness*?**

POJK ini disusun untuk mengatasi adanya overutilitas dari penggunaan fasilitas dan layanan kesehatan.

Berdasarkan definisi saat ini produk asuransi kesehatan adalah produk asuransi yang memberikan perlindungan terhadap 1 (satu) jenis atau lebih risiko yang terkait dengan keadaan kesehatan seseorang atau menurunnya kondisi kesehatan seseorang yang dipertanggungkan.

Pada intinya apabila produk tersebut memberikan manfaat yang memberikan akses terhadap pembayaran atas fasilitas dan layanan kesehatan dalam rangka menurunnya kondisi kesehatan maka harus memenuhi ketentuan dalam POJK ini.

Manfaat kesehatan yang berupa santunan di luar lingkup pengaturan POJK ini, contoh: *hospital cash plan*.

Untuk *critical illness* yang memiliki manfaat rawat jalan dan rawat inap dengan prinsip *indemnity* atau *managed care* termasuk dalam ruang lingkup POJK ini.

Terkait dengan produk jenis lainnya, juga memenuhi definisi tersebut apabila manfaat yang diberikan termasuk manfaat rawat jalan atau rawat inap.

- 9. Bagaimana dengan produk asuransi yang memiliki manfaat gabungan berupa perlindungan kesehatan, seperti Produk Asuransi Perjalanan, Produk Asuransi Kendaraan Bermotor dan produk asuransi lainnya yang memiliki manfaat gabungan kecelakaan diri, apakah termasuk dalam ruang lingkup POJK ini?**

Tidak termasuk ke dalam lingkup asuransi kesehatan yaitu produk asuransi dengan manfaat tambahan kesehatan misalnya produk asuransi perjalanan,

produk asuransi kendaraan bermotor yang memiliki manfaat tambahan kesehatan atau kecelakaan diri.

10. Apa yang melatarbelakangi pemberlakuan pembagian risiko/*risk sharing* (termasuk *copayment*) dengan Pemegang Polis, Tertanggung atau Peserta? Dapatkah menerapkan nilai lain dibandingkan dengan besaran pembagian risiko yang tercantum dalam POJK ini?

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

- a. risiko yang ditanggung pemegang polis **sebesar 5% dari total pengajuan klaim**, dengan batas maksimum sebesar:
 - 1) untuk rawat jalan Rp300.000,00 per pengajuan klaim; dan
 - 2) 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 tidak dapat menetapkan batas pembagian risiko di luar yang telah diatur dalam POJK ini. Perusahaan dapat memilih untuk memberlakukan porsi pembagian risiko berupa penerapan pembagian risiko (*copayment*), *deductible* secara tahunan, maupun keduanya.

11. Apakah boleh menerapkan pembatasan/pengecualian untuk produk asuransi kesehatan tanpa fitur pembagian risiko?

Produk asuransi kesehatan tanpa fitur pembagian risiko diperbolehkan adanya pembatasan/pengecualian sepanjang disepakati oleh pemegang

polis, antara lain pengecualian terkait penggunaan rumah sakit atau *provider* tertentu. Namun, ketentuan pembatasan/pengecualian wajib dinyatakan dalam polis asuransi dan Perusahaan **wajib memastikan bahwa calon pemegang polis memahami** syarat dan ketentuan termasuk konsekuensinya.

12. Apakah penerapan produk asuransi kesehatan dengan fitur pembagian risiko berlaku bagi KAPJ?

Ketentuan pembagian risiko berlaku juga saat produk asuransi kesehatan menerapkan KAPJ dengan BPJS Kesehatan dan penyelenggara jaminan lain. Porsi pembagian risiko berdasarkan bagian yang menjadi tanggungan Perusahaan.

Contoh: Tarif JKN atas pelayanan medis sebesar Rp10.000.000,00 dan biaya klaim sebesar Rp25.000.000,00, maka yang ditanggung oleh BPJS Kesehatan adalah sebesar 75% dari tarif JKN yaitu sebesar Rp7.500.000,00 sedangkan perusahaan asuransi menanggung sebesar Rp17.500.000,00. Dasar pembagian risiko adalah sebesar 5% dari Rp17.500.000,00 tersebut.

13. Apakah produk asuransi kesehatan yang didesain untuk pengobatan pada fasilitas pelayanan kesehatan secara global wajib menerapkan KAPJ?

Produk asuransi kesehatan wajib memuat fitur yang memungkinkan terselenggaranya KAPJ yang dilakukan antara Perusahaan dengan BPJS Kesehatan dan penyelenggara jaminan lain dalam pemberian manfaat pelayanan kesehatan. Namun, apabila produk asuransi tersebut digunakan untuk pengobatan pada fasilitas layanan kesehatan di luar negeri, maka KAPJ tidak dapat diterapkan.

14. Untuk produk asuransi kesehatan yang merupakan asuransi tambahan (*riders*) dari PAYDI, apakah atas produk tersebut dapat ditetapkan periode menunggu lebih dari 6 bulan, jika nasabah menolak *full underwriting*?

Berdasarkan pasal 14 ayat (4) POJK ini, periode menunggu bagi Produk Asuransi Kesehatan individu yang merupakan asuransi tambahan (*riders*) dari PAYDI mengacu pada ketentuan Otoritas Jasa Keuangan mengenai

produk asuransi yang dikaitkan dengan investasi. Selanjutnya ketentuan mengenai pemberlakuan periode menunggu bagi produk asuransi kesehatan yang merupakan asuransi tambahan (*rider*) dari PAYDI mengacu pada SEOJK Nomor 5/SEOJK.05/2022 dimana diatur bahwa periode menunggu (*waiting period*) pada PAYDI hanya diberlakukan kepada Tertanggung atau Peserta apabila Tertanggung atau Peserta telah:

- a. memilih tidak dilakukan pemeriksaan kesehatan (*medical check-up*) sesuai dengan ketentuan underwriting ; dan
- b. memahami konsekuensi masa tunggu (*waiting period*).

Oleh karena itu, untuk penutupan produk asuransi kesehatan yang merupakan asuransi tambahan (*rider*) dari PAYDI, dimana calon nasabah menolak *full underwriting*, perusahaan dapat menerapkan *waiting period* sesuai kebijakan perusahaan dan setelah mendapatkan persetujuan pemegang polis.

15. Apakah Perusahaan dapat memberlakukan kembali periode menunggu dalam hal terjadi pemulihan polis (*reinstatement*) karena dianggap polisnya tidak aktif dan nasabah melakukan pemulihan?

Berdasarkan ketentuan Pasal 14 ayat (3) POJK 36/2025, ketentuan periode menunggu (*waiting period*) bagi produk asuransi kesehatan individu yang dapat diperpanjang secara otomatis (YRT) berlaku untuk periode pertanggunganaan pada tahun pertama. Dengan demikian, periode menunggu (*waiting period*) tidak berlaku kembali jika terdapat *reinstatement*. Namun, dalam hal perusahaan memberlakukan periode menunggu (*waiting period*) kembali, penerapannya harus berdasarkan kesepakatan antara Perusahaan dan pemegang polis.

16. Apakah jenis penyakit kritis dapat ditentukan sendiri oleh perusahaan, dan apakah dalam polis perlu disebutkan secara spesifik apa yang termasuk penyakit kritis agar tidak perlu diimplementasikan pembagian risiko ?

Penyakit kritis dapat ditentukan perusahaan dengan kesepakatan pemegang polis yang dituangkan dalam polis.

17. **Pada POJK ini disebutkan bahwa produk asuransi kesehatan wajib memprioritaskan terlaksananya Koordinasi antar Penyelenggara Jaminan (KAPJ) dan memuat fitur yang memungkinkan terselenggaranya KAPJ. Atas hal tersebut bagaimana kesiapan infrastruktur dan koordinasi manfaat di antara fasilitas kesehatan dengan BPJS Kesehatan? Apakah ada peraturan pendukung terkait hal ini?**

POJK ini mendorong perusahaan asuransi melakukan KAPJ dengan BPJS Kesehatan dan juga penyelenggara jaminan lainnya.

KAPJ dengan BPJS Kesehatan melalui mekanisme:

- a. **Koordinasi selisih biaya** untuk peserta koordinasi antar penyelenggara jaminan yang dirujuk oleh Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP).
- b. **Koordinasi kepesertaan aktif** dalam program jaminan kesehatan dan tagihan biaya pelayanan kesehatan yang tidak dirujuk oleh FKTP.

Saat ini fasilitas kesehatan telah terhubung dengan BPJS Kesehatan, dan telah ada pula produk asuransi yang memiliki fitur koordinasi manfaat.

Terkait dengan kesiapan infrastruktur koordinasi manfaat fasilitas kesehatan, pada tanggal 6 Oktober 2025 telah dilakukan penandatanganan Nota Kesepakatan antara Asosiasi di Industri Asuransi (AAJI, AAUI, dan AASI) dengan asosiasi rumah sakit (ARSKI dan ARSSI) tentang Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan Dalam Pemberian Manfaat Pelayanan Kesehatan. Atas hal tersebut, tahap selanjutnya OJK mendorong perusahaan asuransi melakukan kerja sama dengan fasilitas kesehatan untuk dapat mengimplementasikan koordinasi manfaat tersebut.

Peraturan pendukung lainnya terkait hal ini saat ini, antara lain Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, Peraturan Menteri Keuangan Nomor 141/PMK.02/2018 Tahun 2018 tentang Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan Dalam Pemberian Manfaat Pelayanan Kesehatan, Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/1117/2025 tentang Pedoman Pelaksanaan Pembayaran Selisih Biaya oleh Asuransi Kesehatan Tambahan melalui Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan, dan Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 4 Tahun 2020 tentang Petunjuk Teknis Penjaminan

Pelayanan Kesehatan dengan Asuransi Kesehatan Tambahan dalam Program Jaminan Kesehatan.

18. Apakah untuk semua produk asuransi kesehatan harus ada fitur KAPJ dan apakah wajib digunakan?

Semua produk asuransi kesehatan wajib ada fitur KAPJ, walaupun tidak wajib untuk digunakan. Namun demikian, Perusahaan wajib memprioritaskan terlaksananya KAPJ dengan melakukan langkah-langkah agar KAPJ dapat terlaksana seperti sudah memiliki PKS dengan BPJS kesehatan dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

19. Kapan POJK ini mulai berlaku?

POJK ini mulai berlaku 3 (tiga) bulan sejak tanggal diundangkan, dan ketentuan SEOJK 7/2025 dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Untuk produk asuransi kesehatan yang baru akan dipasarkan pada saat POJK berlaku harus memenuhi ketentuan dalam POJK ini, dan peraturan terkait lainnya seperti POJK Produk Asuransi dan Saluran Pemasaran Produk Asuransi.

Bagi Perusahaan yang baru akan menyelenggarakan lini usaha asuransi kesehatan, maka harus memenuhi ketentuan dalam POJK ini untuk mendapatkan persetujuan OJK.

20. Bagaimana dengan produk asuransi kesehatan yang telah ada saat ini apakah perlu menyesuaikan dengan ketentuan dalam POJK ini?

Perusahaan wajib menyesuaikan produk asuransi kesehatan yang telah mendapatkan persetujuan OJK atau dilaporkan kepada OJK sebelum POJK ini berlaku dengan ketentuan dalam POJK ini paling lambat 1 (satu) tahun sejak POJK ini diundangkan. Untuk pertanggungungan yang sudah ada masih berlaku sampai dengan masa pertanggungungan atau kepesertaan berakhir.

Dalam hal Perusahaan menyesuaikan produk asuransi kesehatan dengan fitur yang diatur dalam POJK ini seperti adanya fitur KAPJ, *waiting period*, dan/atau *risk sharing* **sebelum 1 tahun**, maka Perusahaan wajib memperoleh persetujuan penyelenggaraan lini usaha asuransi kesehatan **terlebih dahulu sebelum penyesuaian produk asuransi.**

- 21. Bagaimana mekanisme penyesuaian produk asuransi kesehatan untuk polis asuransi yang melebihi batas waktu 1 (satu) tahun sejak POJK diundangkan, mengingat pada umumnya produk asuransi kesehatan memiliki masa pertanggung jawaban 1 (satu) tahun dan diperpanjang otomatis?**

Pada prinsipnya, penyesuaian produk asuransi kesehatan wajib dilakukan paling lambat 1 tahun sejak POJK diundangkan yaitu paling lambat 22 Desember 2026. Apabila ulang tahun polis melewati batas waktu tersebut, maka pada tanggal itu harus dilakukan penyesuaian dan disampaikan pemberitahuan kepada nasabah bahwa per 22 Desember 2026 terdapat perubahan pada produk yang sebelumnya telah diperpanjang 1 (satu) tahun. Idealnya penyesuaian dapat dilakukan sejak awal, namun Perusahaan memang perlu memastikan ketersediaan tiga kapabilitas utama, terutama bagi yang saat ini belum memenuhi.

- 22. Jika produk asuransi kesehatan sudah dicatatkan atau mendapatkan persetujuan OJK, apakah Perusahaan tetap harus mendapatkan persetujuan OJK untuk penyelenggaraan lini usaha asuransi kesehatan?**

Tetap. Perusahaan yang telah menyelenggarakan lini usaha asuransi kesehatan sebelum POJK ini berlaku, wajib memperoleh persetujuan OJK dalam rangka penyelenggaraan lini usaha asuransi kesehatan paling lambat 1 (satu) tahun sejak POJK ini diundangkan.

Persetujuannya atas penyelenggaraan lini usaha asuransi kesehatan untuk memastikan bahwa perusahaan telah memiliki kapabilitas medis, kapabilitas digital dan DPM.

- 23. Apakah pelaporan atau persetujuan atas produk asuransi kesehatan juga masih mengacu pada POJK 8 Tahun 2024 tentang Produk Asuransi dan Saluran Pemasaran Produk Asuransi (POJK 8/2024)?**

Ya. Produk asuransi kesehatan yang berdiri sendiri (*stand alone*) berdasarkan POJK 8/2024 masuk dalam produk dengan mekanisme pelaporan bukan persetujuan. Namun demikian, produk asuransi kesehatan yang merupakan produk *bundling* dengan produk asuransi yang memiliki nilai tunai termasuk produk dengan mekanisme persetujuan.

LAMPIRAN

I. SURAT PERMOHONAN PERSETUJUAN MENYELENGGARAKAN LINI USAHA ASURANSI KESEHATAN

(tempat), (tanggal, bulan, dan tahun)

Nomor :

Lampiran :

Kepada Otoritas Jasa Keuangan

Up. Direktur Perizinan Perasuransian, Penjaminan, dan Dana Pensiun

Perihal : Permohonan Persetujuan Menyelenggarakan Lini Usaha Asuransi Kesehatan

Sesuai dengan ketentuan Pasal 50 Peraturan Otoritas Jasa Keuangan Nomor 36 Tahun 2025 tentang Penguatan Ekosistem Asuransi Kesehatan, yang antara lain mengatur mengenai persetujuan penyelenggaraan lini usaha asuransi kesehatan, dengan ini kami, Direksi ... (diisi nama Perusahaan), menyampaikan permohonan persetujuan untuk menyelenggarakan lini usaha asuransi kesehatan pada ... (diisi nama Perusahaan).

Sehubungan dengan permohonan dimaksud, bersama ini kami menyampaikan dokumen persyaratan dan kelengkapan administrasi yang telah disusun sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

Selanjutnya, untuk keperluan korespondensi, klarifikasi, dan tindak lanjut atas permohonan ini, kami menunjuk Sdr./Sdri. ... (nama PIC) yang dapat dihubungi melalui alamat surat elektronik ... (email PIC) dan/atau nomor telepon ... (nomor telepon PIC).

Demikian permohonan ini kami sampaikan. Atas perhatian dan kerja sama Bapak/Ibu, kami ucapkan terima kasih.

... (diisi nama kota, tanggal, bulan,
dan tahun)

Direksi ... (diisi nama jabatan)

tanda tangan

(nama)

II. SURAT PERNYATAAN DIREKSI

Kami yang bertanda tangan di bawah ini, dengan ini menyatakan bahwa dalam menyelenggarakan lini usaha asuransi kesehatan,(sebutkan nama perusahaan asuransi) telah memiliki:

1. kapabilitas medis yang memadai;
2. kapabilitas digital yang ditunjukkan dengan kepemilikan sistem informasi yang memadai; dan
3. kapabilitas DPM yang memadai.

Perusahaan berkomitmen untuk senantiasa memenuhi dan mematuhi ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku dalam penyelenggaraan lini usaha asuransi kesehatan.

Pernyataan ini dibuat dengan sebenar-benarnya sebagai bentuk tanggung jawab Perusahaan, serta sebagai penegasan bahwa Produk Asuransi yang diselenggarakan telah disusun dan dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku. Apabila di kemudian hari terdapat ketidaksesuaian atas pernyataan ini, Perusahaan menyatakan kesediaannya untuk bertanggung jawab sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

... (diisi nama kota, tanggal, bulan,
dan tahun)

Direksi ... (diisi nama jabatan)

tanda tangan

(nama)