

**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 *overutilization* 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 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 asuransi dalam edukasi dan promosi kesehatan.

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

Perusahaan asuransi, perusahaan asuransi syariah, dan unit syariah pada perusahaan asuransi 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.
- 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 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.

4. Terkait dengan kewajiban sertifikasi mengenai ahli asuransi kesehatan, apakah saat ini sudah ada LSP penyelenggara yang terdaftar di OJK?

Saat ini baru terdapat 1 (satu) LSP yang telah menyelenggarakan sertifikasi terkait tenaga ahli di bidang asuransi kesehatan, namun sampai saat ini LSP tersebut belum terdaftar di OJK. Selama belum terdapat LSP penyelenggara yang terdaftar OJK, dapat menggunakan sertifikasi terkait asuransi kesehatan lain yang diselenggarakan oleh LSP.

5. Mengapa perlu ada Dewan Penasehat Medis dan siapa yang akan ada didalamnya dan apa saja tugasnya?

Dewan Penasihat Medis beranggotakan kumpulan dokter spesialis dengan keahlian tertentu dan berperan untuk memberikan nasihat kepada perusahaan asuransi dan perusahaan asuransi syariah untuk mendukung pelaksanaan telaah utilisasi, dan memberikan masukan terkait pelayanan kesehatan, termasuk perkembangan baru layanan medis, dan rekomendasi kepada perusahaan asuransi dan perusahaan asuransi syariah.

Apabila dijalankan dengan baik, Dewan Penasihat Medis akan membantu perusahaan asuransi dan perusahaan asuransi syariah untuk efisiensi klaim kesehatan.

6. 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.

7. 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.

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

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% dari total pengajuan klaim**, dengan batas maksimum sebesar:
 - untuk rawat jalan Rp300.000,00 per pengajuan klaim; dan
 - 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.

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

Hal ini diperkenankan, sepanjang sesuai ketentuan di SEOJK 5 tahun 2022 tentang Produk Asuransi Yang Dikaitkan dengan Investasi sebagaimana yang diatur dalam Pasal 14 ayat 4.

10. **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.

11. **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 antara lain Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, PMK 141/2018 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.

12. 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 Asuransi wajib memprioritaskan terlaksananya KAPJ dengan melakukan langkah-langkah agar KAPJ dapat terlaksana seperti sudah memiliki PKS dengan BPJS kesehatan dan Faskes.

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

14. 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 pertanggungan yang sudah ada masih berlaku sampai dengan masa pertanggungan 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 asuransi wajib memperoleh persetujuan penyelenggaraan lini usaha asuransi kesehatan terlebih dahulu sebelum penyesuaian produk asuransi.

15. 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 Dewan Penasihat Medis.