

**DAFTAR TANYA JAWAB LAZIM/ *FREQUENTLY ASKED QUESTIONS* (FAQ)
SURAT EDARAN OTORITAS JASA KEUANGAN
REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 7/SEOJK.05/2025
TENTANG
PENYELENGGARAAN PRODUK ASURANSI KESEHATAN**

1. Apa latar belakang penerbitan SEOJK ini?

Inflasi kesehatan yang terus meningkat, berdasarkan data di Indonesia setiap tahunnya tercatat sekitar 2–3 kali lebih tinggi dibandingkan inflasi umum, dan secara global sekitar 1,5–2 kali, sebagaimana tercantum dalam 2023 *Global Medical Trend Rates Report*. Tren ini selaras dengan kondisi industri asuransi kesehatan di Indonesia, terjadi peningkatan klaim yang cukup signifikan. Selain tingginya biaya layanan kesehatan, peningkatan klaim juga dipicu oleh pola hidup tidak sehat dan kecenderungan *overtreatment* oleh peserta asuransi. Jika kondisi ini terus berlanjut, keberlangsungan usaha asuransi kesehatan dikhawatirkan akan terganggu. Oleh karena itu, OJK perlu melakukan pembenahan ekosistem asuransi kesehatan dengan mendorong praktik pengelolaan risiko yang lebih baik dan efisiensi biaya.

SEOJK ini juga merupakan tindak lanjut atas penerbitan Peraturan Otoritas Jasa Keuangan Nomor 36 Tahun 2024 tentang Perubahan Atas Peraturan Otoritas Jasa Keuangan Nomor 69/POJK.05/2016 tentang Penyelenggaraan Usaha Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, Perusahaan Reasuransi, dan Perusahaan Reasuransi Syariah.

2. Apa saja pokok pengaturan dalam SEOJK ini?

Pokok-pokok perubahan pengaturan dalam SEOJK ini meliputi:

- a. Kriteria Perusahaan Asuransi dan Perusahaan Asuransi Syariah yang dapat memasarkan produk asuransi kesehatan;
- b. Dewan Penasihat Medis;
- c. Desain produk asuransi kesehatan;
- d. Penerapan Manajemen Risiko;
- e. Koordinasi antara penyelenggara jaminan kesehatan dengan penyelenggara jaminan lainnya; dan
- f. Perjanjian kerja sama dengan pihak lain.

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

perusahaan asuransi, perusahaan asuransi syariah, dan unit syariah pada perusahaan asuransi yang menyelenggarakan produk asuransi kesehatan harus memiliki sumber daya manusia dengan kriteria sebagai berikut:

- a. memiliki tenaga medis dengan kualifikasi dokter yang berperan untuk melakukan analisis atas tindakan medis dan Telaah Utilisasi;
- b. memiliki sumber daya manusia ajun ahli asuransi kesehatan dari lembaga sertifikasi profesi (LSP) yang terdaftar di OJK; dan
- c. memiliki Dewan Penasihat Medis.

perusahaan asuransi, perusahaan asuransi syariah, dan unit syariah pada Perusahaan Asuransi sistem informasi yang memadai sebagaimana diatur dalam SEOJK ini dan dapat melakukan pertukaran data secara digital dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

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

Saat ini baru ada 1 LSP yang telah menyelenggarakan sertifikasi terkait tenaga ahli di bidang asuransi kesehatan, namun sampai saat ini LSP tersebut belum terdaftar di OJK. Adapun persyaratan bahwa perusahaan asuransi, perusahaan asuransi syariah, dan unit syariah pada perusahaan asuransi yang menyelenggarakan produk asuransi kesehatan untuk memiliki sumber daya manusia yang memiliki sertifikasi keahlian di asuransi kesehatan baru akan berlaku sejak ada LSP penyelenggara yang terdaftar di OJK.

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. Dewan Penasihat Medis beranggotakan kumpulan dokter spesialis dengan keahlian tertentu yang dibutuhkan perusahaan asuransi dan perusahaan asuransi syariah dalam penyelenggaraan asuransi kesehatan.

6. Bagaimana penerapan batas nilai tahunan (*annual limit*) dan/atau batas nilai seumur hidup (*life limit*) pada produk Asuransi Kesehatan sesuai tagihan (*as charged*)?

Pada umumnya produk asuransi kesehatan sesuai tagihan di Indonesia hanya memiliki *annual limit*, namun dapat juga menerapkan *life limit* untuk produk kesehatan jangka panjang. Contoh penerapan bagi Produk Asuransi Kesehatan yang memiliki baik *annual limit* dan *life limit*, misalnya Produk Kesehatan A memberikan penggantian biaya medis dengan nilai total tahunan maksimal sebesar Rp100.000.000,00 (seratus juta rupiah) dan batas nilai seumur hidup sebesar Rp500.000.000,00 (lima ratus juta rupiah). Dalam hal ini, ketika seorang Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta telah memiliki akumulasi klaim di tahun-tahun sebelumnya sebesar Rp450.000.000,00 (empat ratus lima puluh juta rupiah), maka penggantian biaya medis pada tahun ini paling banyak sebesar Rp50.000.000,00 (lima puluh juta rupiah) walaupun batas tahunannya adalah Rp100.000.000,00 (seratus juta rupiah).

7. Apakah produk asuransi kesehatan berdasarkan SEOJK Asuransi Kesehatan hanya berlaku untuk produk tipe *Hospital & Surgical* saja atau juga berlaku pada produk tipe lainnya, seperti santunan dan *Critical Illness*?

Pada intinya SEOJK ini disusun untuk mengatasi adanya overutilitas dari penggunaan fasilitas dan layanan Kesehatan.

Berdasarkan definisi saat ini Produk Asuransi Kesehatan adalah Produk Asuransi yang menjanjikan dapat 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 SEOJK ini. Terkait dengan produk jenis lainnya, juga memenuhi definisi tersebut apabila manfaat yang diberikan termasuk manfaat rawat jalan atau rawat inap.

8. Apa yang melatar belakangi pemberlakuan *co-payment* dengan Pemegang Polis, Tertanggung atau Peserta? Dapatkah menerapkan nilai lain dibandingkan dengan yang tercantum dalam SEOJK ini?

Maksud dan tujuan pengaturan *copayment* 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 *copayment* ini juga diharapkan premi menjadi lebih ekonomis. Pemberlakuan *copayment* ini berlaku baik untuk produk individu maupun kumpulan.

Pembagian risiko (*co-payment*) yang ditanggung oleh Pemegang Polis, Tertanggung atau Peserta paling sedikit sebesar 10% (sepuluh persen) dari total pengajuan klaim dengan batas maksimum biaya sendiri sebesar:

- a. untuk rawat jalan Rp300.000,00 (tiga ratus ribu rupiah) per pengajuan klaim; dan
- b. untuk rawat inap Rp3.000.000,00 (tiga juta rupiah) per pengajuan klaim.

Perusahaan Asuransi, Perusahaan Asuransi Syariah, dan Unit Syariah pada Perusahaan Asuransi dapat menerapkan batas maksimum biaya sendiri yang lebih tinggi sepanjang dinyatakan dalam Polis Asuransi, sebagai contoh persentase ditetapkan 20% dengan batas maksimum biaya sendiri rawat jalan sebesar Rp 500.000,00, dan rawat inap sebesar Rp 5.000.000,00.

Perusahaan juga dapat memberlakukan *deductible* sebesar Rp 300.000,00 atau angka yang lebih besar untuk rawat jalan dan Rp 3.000.000 atau angka yang lebih besar untuk rawat inap.

9. **Produk Asuransi kumpulan merupakan produk *tailormade*, mengapa harus menerapkan *co-payment*, bagaimana apabila pemegang polis tidak setuju?**

Walaupun produk asuransi kesehatan kumpulan bersifat *tailormade*, namun dengan adanya SEOJK asuransi kesehatan ini diharapkan adanya perubahan ekosistem jaminan kesehatan yang lebih baik, sehingga tetap diterapkan pada asuransi kumpulan.

Copayment untuk produk asuransi kesehatan kumpulan dapat dibayarkan oleh pemegang polis, sesuai perjanjian kerja antara perusahaan sebagai pemegang polis dengan karyawan perusahaan sebagai tertanggung atau peserta.

10. **Untuk produk individu, apakah memungkinkan jika *co-payment* dibuat dengan mekanisme opsi fitur dengan *co-payment* dan tanpa *co-payment*, dimana pemilihan opsi tersebut berdasarkan persetujuan dari Pemegang Polis?**

Saat ini tetap berlaku ketentuan minimum *copayment*, tidak diperbolehkan produk asuransi kesehatan tanpa adanya *co-payment*. Perusahaan asurandi dan perusahaan asuransi syariah dapat membuat opsi beberapa pilihan *copayment*.

11. **Mengenai koordinasi manfaat dengan BPJS Kesehatan atau penerima jaminan lainnya apakah terdapat penyesuaian premi pada asuransi komersial untuk menjadi lebih murah?**

Dengan adanya koordinasi manfaat tentunya premi akan menjadi lebih murah dibandingkan dengan produk tanpa koordinasi manfaat.

12. **Pada SEOJK Asuransi Kesehatan disebutkan bahwa perusahaan asuransi harus memiliki fitur koordinasi manfaat dengan penyedia jaminan lainnya termasuk dengan BPJS Kesehatan, Atas hal tersebut bagaimana kesiapan infrastruktur dan koordinasi manfaat diantara fasilitas kesehatan dengan BPJS Kesehatan? Apakah ada peraturan pendukung terkait hal ini?**

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

terkait dengan kesiapan fasilitas koordinasi manfaat fasilitas kesehatan, kami mendorong perusahaan untuk bekerja sama dengan fasilitas kesehatan untuk dapat melakukan persiapan terkait koordinasi manfaat tersebut.

Peraturan pendukung lainnya yang ada saat penerbitan SEOJK ini seperti Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, PMK 141/2018 Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan Dalam Pemberian Manfaat Pelayanan Kesehatan, KMK Nomor HK.01.07/MENKES/1366/2024 tentang Pedoman Penataan Kebijakan Selisih Biaya oleh Asuransi Kesehatan Tambahan melalui Koordinasi antara 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.

13. Kapan SEOJK ini mulai berlaku?

SEOJK ini mulai berlaku sejak 1 Januari 2026.

Bagi produk asuransi kesehatan yang dapat diperpanjang secara otomatis (*renewable term*) dan telah mendapatkan persetujuan OJK atau dilaporkan kepada OJK sebelum SEOJK ini berlaku, harus disesuaikan dengan SEOJK ini paling lambat tanggal 31 Desember 2026.

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

Untuk produk asuransi kesehatan dan semua penutupan polis atas pertanggungan baru yang akan dipasarkan setelah 1 Januari 2026 harus menyesuaikan dengan ketentuan pada SEOJK ini. Untuk pertanggungan yang sudah ada masih berlaku sampai dengan masa pertanggungan atau kepesertaan berakhir.

Sedangkan bagi produk yang dapat diperpanjang secara otomatis (*renewable term*) dan telah mendapatkan persetujuan OJK atau dilaporkan kepada OJK sebelum SEOJK ini berlaku, harus disesuaikan dengan SEOJK ini paling lambat tanggal 31 Desember 2026. **Ilustrasi:**

- 1) Perusahaan memiliki produk asuransi kesehatan yang merupakan asuransi tambahan (*rider*) dari PAYDI dan merupakan produk *yearly renewable term* (yrt). Pembaharuan pertanggungan (*renewal*) atas produk tersebut berdasarkan polis yang ada adalah tanggal 30 November 2025. Kapan kewajiban penyesuaiannya?

Pada saat perpanjangan produk tersebut pada tanggal 30 November 2025, produk asuransi kesehatan YRT tersebut **belum wajib** disesuaikan dengan ketentuan SEOJK ini. Hal ini karena pertanggungannya berakhir pada tanggal 30 November 2026, **sebelum batas akhir** penyesuaian dengan SEOJK ini tanggal 31 Desember 2026.

- 2) Perusahaan memiliki produk asuransi kesehatan yang merupakan asuransi tambahan (*rider*) dari PAYDI dan merupakan produk *yearly renewable term* (yrt). Pembaharuan pertanggungan (*renewal*) atas produk tersebut berdasarkan polis yang ada adalah tanggal 31 Maret 2026. Kapan kewajiban penyesuaiannya.

Pada saat perpanjangan produk tersebut pada tanggal 31 Maret 2026, produk asuransi kesehatan YRT tersebut **wajib** telah disesuaikan dengan ketentuan SEOJK ini. Hal ini karena pertanggungannya berakhir pada tanggal 31 Maret 2027, **setelah batas akhir** penyesuaian dengan SEOJK ini selesai yaitu tanggal 31 Desember 2026.

Dalam hal pada saat perpanjangan tanggal 31 Maret 2026, produk asuransi kesehatan tersebut belum disesuaikan dengan ketentuan SEOJK ini, maka Perusahaan wajib melakukan *endorsement* produk asuransi kesehatan tersebut agar sesuai dengan ketentuan SEOJK paling lambat 31 Desember 2026.