

IFG Progress Digest

Potential Consequences of the Upcoming SEOJK Health Insurance Regulation

21 Maret 2025 - Issue 22

Ibrahim Kholilul Rohman, Senior Research Associate/SKSG Universitas Indonesia, ibrahim.kholilul@ifg.id

Ezra Pradipta Hafidh, Research Associate, ezra.pradipta@ifg.id

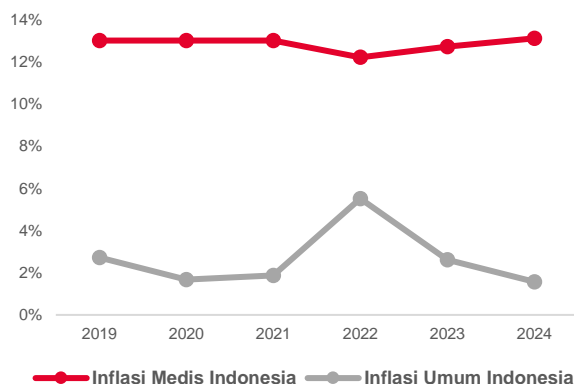
Kleovan Nathanael Gunawan, Research Assistant, kleovan.nathanael@ui.ac.id

- Inflasi biaya kesehatan di Indonesia terus meningkat, dengan angka yang secara konsisten melebihi 12% dan diproyeksikan mencapai 16,2% pada 2025, telah menyebabkan lonjakan klaim asuransi kesehatan. Dalam beberapa tahun tertentu, loss ratio asuransi kesehatan bahkan melebihi 100%, mencerminkan pembayaran klaim yang lebih besar daripada premi yang diterima. Kondisi ini menekan profitabilitas perusahaan asuransi dan membutuhkan intervensi kebijakan untuk menjaga keberlanjutan bisnis asuransi kesehatan di Indonesia.
- Sebagai respons terhadap tantangan ini, OJK sedang merancang regulasi baru yang mencakup berbagai ketentuan untuk memperkuat struktur ekosistem asuransi kesehatan. Rancangan SEOJK ini mewajibkan penerapan co-payment untuk mengendalikan klaim, MCU sebagai standar seleksi risiko, serta peningkatan sumber daya manusia seperti Medical Advisory Board dan sistem informasi guna memastikan pengelolaan klaim yang lebih efisien. Selain itu, regulasi ini menetapkan periode implementasi yang singkat, mulai 1 Januari 2026.
- Regulasi ini membawa perubahan signifikan terhadap klaim, daya tarik produk, dan operasional perusahaan asuransi. Sementara co-payment bertujuan untuk menekan klaim yang tidak perlu, kebijakan ini juga membuat nasabah menghadapi tambahan biaya yang lebih besar. Kewajiban MCU memperbaiki seleksi risiko tetapi dapat menghambat akuisisi nasabah baru dan meningkatkan biaya operasional. Selain itu, perusahaan asuransi harus segera beradaptasi dengan tuntutan SDM dan digitalisasi, termasuk kewajiban memiliki dokter dan Medical Advisory Board serta sistem informasi yang terhubung dengan fasilitas kesehatan. Dengan periode transisi yang singkat kesiapan industri dalam mengelola perubahan ini akan menjadi faktor kunci dalam keberhasilan implementasi regulasi ini.

Tren Kenaikan Klaim Kesehatan

Berdasarkan laporan survei yang dilakukan Aon melalui *Global Medical Trend Rates Report*, tingkat inflasi biaya kesehatan di Indonesia secara konsisten berada di atas angka 12%, jauh melampaui inflasi umum yang tertinggi hanya mencapai 5,51% (Exhibit 1). Secara tren, tingkat inflasi biaya kesehatan juga menunjukkan peningkatan, dengan ekspektasi inflasi medis mencapai 16,2% pada tahun 2025.

Exhibit 1. Perbandingan Tingkat Inflasi Umum dan Tingkat Inflasi Kesehatan



Sumber: Aon Global Medical Trend Rates Report, Bank Indonesia

Tingginya inflasi biaya kesehatan ini menjadi salah satu faktor pendorong peningkatan signifikan klaim asuransi kesehatan di industri asuransi jiwa maupun umum (Exhibit 2). Akibatnya, rasio pembayaran klaim terhadap pendapatan premi (*loss ratio*) pada asuransi kesehatan memburuk. Pada beberapa tahun tertentu, *loss ratio* lini bisnis tercatat melebihi 100%, mencerminkan pembayaran klaim yang lebih besar daripada premi yang diterima, sehingga perusahaan asuransi merugi dalam lini bisnis ini (Exhibit 3).

Selain membebani klaim asuransi kesehatan, inflasi biaya kesehatan ini turut membebani finansial masyarakat. Berdasarkan data pengeluaran kesehatan *out-of-pocket* (OOP) yang diambil dari Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas), rata-rata biaya kesehatan yang dikeluarkan adalah sebesar Rp5.022.380 (Exhibit 4). Biaya tersebut menjadi beban dengan proporsi sekitar 5,76% dari pendapatan di seluruh provinsi di Indonesia. Di provinsi dengan standar pendapatan tinggi seperti DKI Jakarta, bahkan biaya kesehatan mencapai 9,20% (Exhibit 5). *Scatter plot* pada Exhibit 6 menunjukkan bahwa provinsi dengan pendapatan tinggi cenderung memiliki biaya kesehatan yang lebih besar, meskipun ada beberapa daerah dengan pendapatan sedang yang juga menghadapi beban biaya kesehatan tinggi. Hal ini mengindikasikan ketimpangan akses dan efisiensi layanan kesehatan di berbagai wilayah.

Menanggapi kondisi tersebut, Otoritas Jasa Keuangan (OJK) sebagai regulator berinisiatif menyusun rancangan Surat Edaran OJK (SEOJK) tentang Penyelenggaraan Produk Asuransi Kesehatan. Regulasi ini bertujuan untuk memperkuat lini bisnis asuransi kesehatan, membantu transformasi ekosistem kesehatan, serta keberlanjutan industri asuransi kesehatan, sebagaimana yang telah dilakukan sebelumnya dalam bisnis PAYDI melalui SEOJK 5/2022.

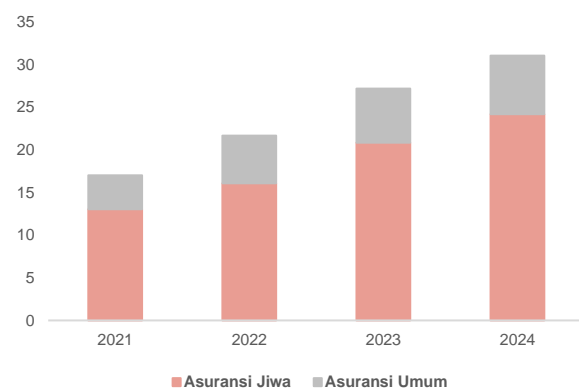
Pokok-Pokok Ketentuan dalam Rancangan SEOJK Asuransi Kesehatan

Rancangan SEOJK penyelenggaraan produk asuransi kesehatan, yang informasinya tersedia secara publik di *website* OJK, bertujuan untuk meningkatkan keberlanjutan lini bisnis asuransi kesehatan di tengah meningkatnya biaya klaim yang terus menekan kondisi keuangan perusahaan asuransi. Beberapa poin utama dalam rancangan regulasi ini meliputi:

1. Sumber daya manusia (SDM)

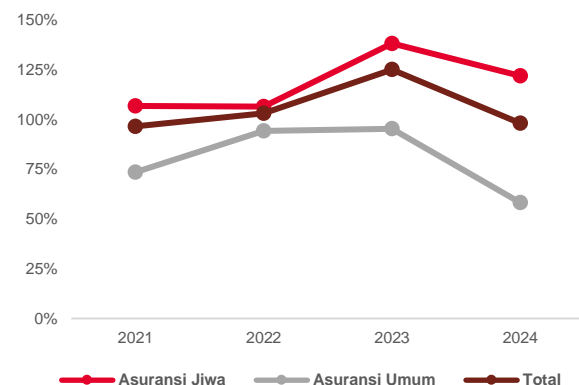
Perusahaan asuransi harus memiliki tenaga medis dengan kualifikasi dokter serta membentuk *Medical Advisory Board* (MAB). Keduanya berperan untuk melakukan *utilization review* untuk memastikan kesesuaian layanan kesehatan yang diberikan kepada tertanggung. MAB sendiri terdiri dari kumpulan dokter ahli dan tim sekretariat. Perusahaan asuransi dapat membentuk MAB secara mandiri atau bekerja sama dengan perusahaan asuransi lain maupun *Third Party Administrator* (TPA).

Exhibit 2. Klaim Asuransi Kesehatan (dalam triliun rupiah)



Sumber: AAJI, AAUI

Exhibit 3. Loss Ratio Asuransi Kesehatan

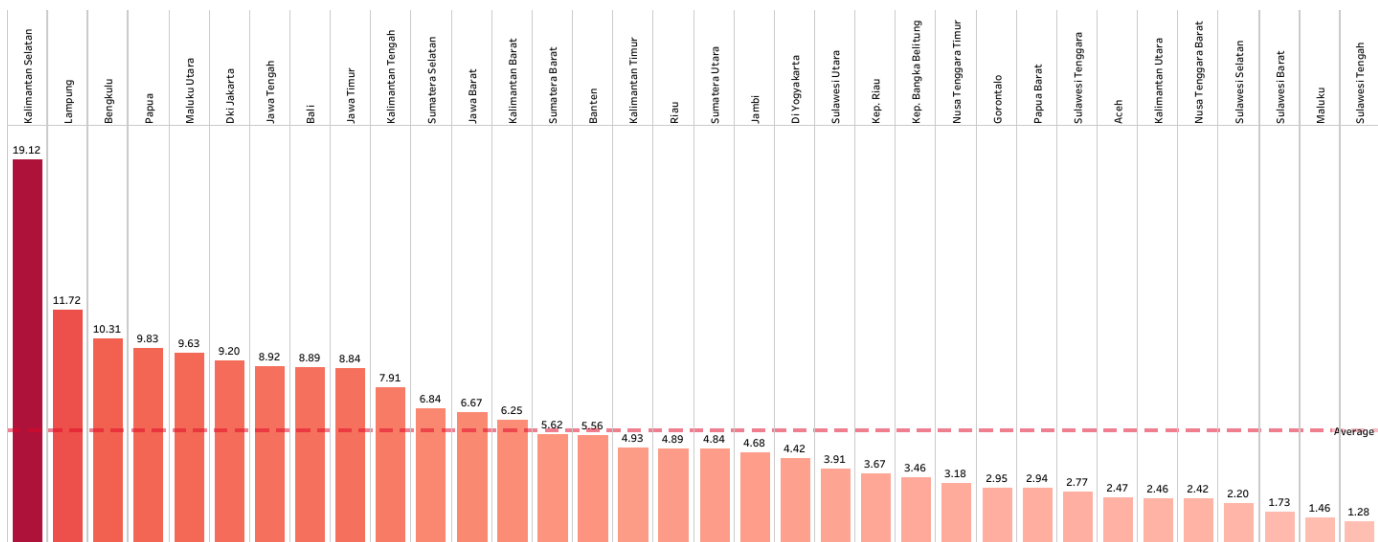


Sumber: AAJI, AAUI

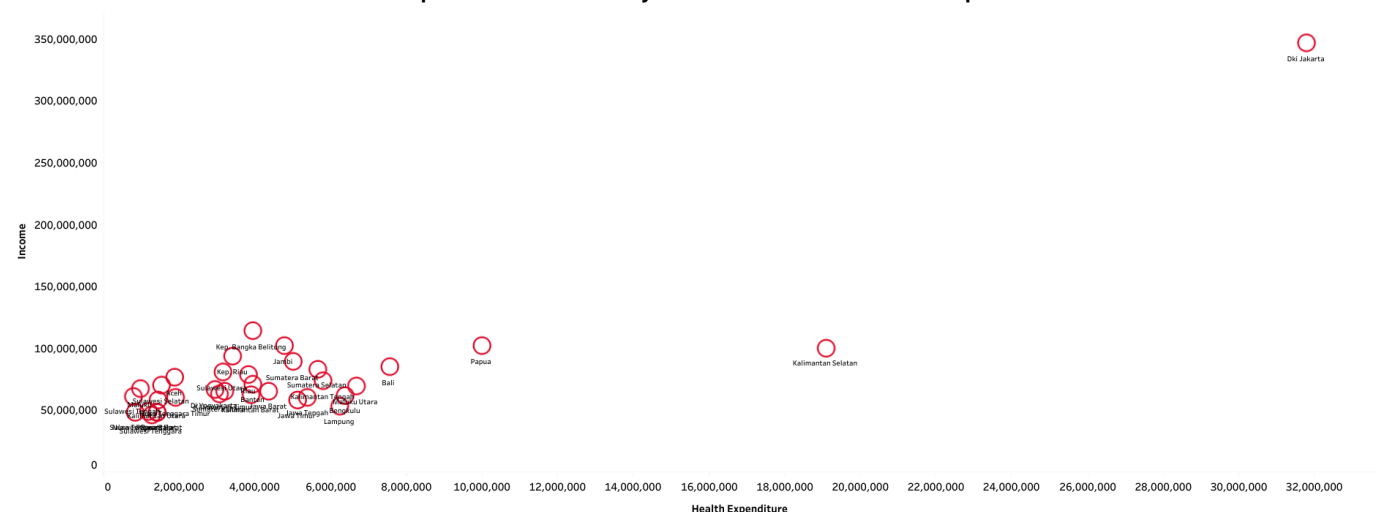
Exhibit 4. Rata-Rata Biaya Kesehatan Untuk Rumah Tangga yang Memiliki Pengeluaran untuk Kesehatan Berdasarkan Klasifikasinya pada 2023



Sumber: Susenas, IFGP Analysis

Exhibit 5. Proporsi Biaya Kesehatan Terhadap Pendapatan Tahunan Menurut Provinsi (2023), dalam %

Sumber: Susenas, IFGP Analysis

Exhibit 6. Scatter Plot Rata-Rata Pendapatan Tahunan vs Biaya Kesehatan Menurut Provinsi pada 2023

Sumber: Susenas, IFGP Analysis

2. Sistem informasi

Perusahaan asuransi harus memiliki sistem informasi yang memadai dan terkoneksi dengan sistem informasi yang dimiliki fasilitas kesehatan. Sistem ini harus mampu mengakses dan melakukan pertukaran data terkait kepesertaan, *resume medis*, serta layanan medis yang diberikan. Selain itu, sistem informasi harus memiliki kemampuan untuk mendeteksi potensi *fraud*, memungkinkan analisis kesesuaian layanan medis dan obat, serta mendukung proses *utilization review* dengan fasilitas kesehatan guna memastikan efektivitas dan efisiensi layanan yang diberikan kepada tertanggung. Seperti halnya MAB, sistem informasi ini dapat dikembangkan secara mandiri atau melalui kerja sama dengan perusahaan asuransi lain maupun TPA.

3. Co-payment

Produk asuransi kesehatan diharuskan menerapkan skema *cost sharing* dengan model *co-payment*, di mana Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta menanggung paling sedikit 10% dari total klaim, dengan batas maksimum *out-of-pocket* sebesar

Rp5.000.000 per klaim. Ketentuan ini berlaku untuk layanan rawat jalan maupun rawat inap. Namun, jika seseorang memiliki lebih dari satu polis asuransi kesehatan, porsi *co-payment* dapat ditanggung oleh perusahaan asuransi lain sesuai dengan koordinasi manfaat yang berlaku.

4. Underwriting

Calon nasabah produk asuransi kesehatan individu diwajibkan menjalani *medical check-up* (MCU) sebagai bagian dari proses underwriting sebelum penerbitan polis. Sementara itu, untuk produk asuransi kesehatan kumpulan, proses underwriting dilakukan melalui laporan performa klaim yang telah dilegalisir dari perusahaan asuransi yang menjadi penanggung sebelumnya. Ketentuan underwriting juga diperkuat dengan penerapan masa tunggu maksimal 30 hari kalender serta 1 tahun bagi produk asuransi kesehatan yang mencakup penyakit kritis. Selain itu, rancangan regulasi ini juga memungkinkan *pre-existing condition* untuk dikecualikan dalam polis.

5. Jangka waktu penerapan

Setelah ditetapkan, SEOJK tentang penyelenggaraan produk asuransi kesehatan akan mulai berlaku efektif dalam 6 bulan sejak tanggal penetapan. Namun, berdasarkan diskusi terakhir yang diselenggarakan oleh OJK, regulasi ini direncanakan mulai diterapkan pada 1 Januari 2026.

Dampak Potensial terhadap Industri Asuransi

Implementasi rancangan SEOJK terkait asuransi kesehatan diperkirakan akan membawa perubahan signifikan bagi industri asuransi kesehatan di Indonesia. Regulasi ini mempengaruhi berbagai aspek bisnis, mulai dari pengelolaan risiko, strategi pemasaran, aktivitas operasional, hingga keberlanjutan bisnis. Dampak dari regulasi ini tidak hanya dirasakan oleh perusahaan asuransi, tetapi juga oleh nasabah dan penyedia layanan kesehatan. Berikut adalah beberapa aspek yang terdampak akibat regulasi ini:

1. Dampak terhadap klaim dan profitabilitas

Salah satu tujuan utama dari regulasi ini adalah memperkuat pengelolaan risiko dalam produk asuransi kesehatan, mengingat tren kenaikan klaim yang menekan profitabilitas perusahaan asuransi. Dengan penerapan skema *co-payment*, sebagian beban risiko akan dialihkan ke nasabah, sehingga diharapkan dapat mengurangi klaim yang bersifat non-esensial dan meningkatkan kesadaran nasabah terhadap biaya layanan medis. Dalam jangka panjang, mekanisme ini dapat membantu menekan *loss ratio* dan menjaga stabilitas keuangan perusahaan asuransi dengan memastikan bahwa pembayaran klaim lebih terkendali.

Namun, terdapat potensi tantangan dalam implementasinya. Tidak semua nasabah memiliki kemampuan finansial atau bersedia menanggung porsi

biaya *co-payment*. Akibatnya, terdapat potensi peningkatan *lapse rate*, karena sebagian nasabah mungkin tidak lagi mau memperpanjang polis mereka. Untuk mengurangi dampak tersebut, regulasi menetapkan batas *out-of-pocket* sebesar Rp5 juta per klaim, tetapi angka ini tetap dapat menjadi beban bagi kelompok masyarakat tertentu, terutama bagi mereka yang sering menggunakan layanan kesehatan.

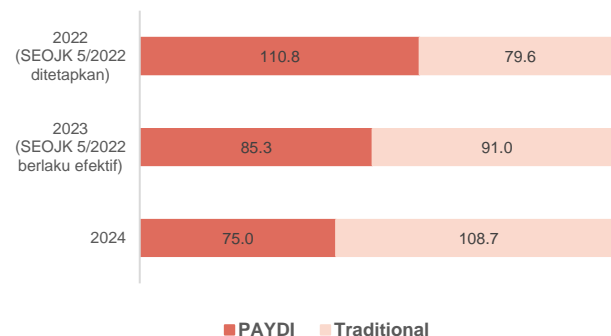
Selain itu, efektivitas skema *co-payment* dalam menekan klaim masih memerlukan kejelasan aturan lebih lanjut, khususnya mengenai cakupan layanan seperti rawat gigi, pemeriksaan optik/kacamata, serta kehamilan, yang tingkat utilisasi-nya cukup tinggi di kalangan peserta asuransi kesehatan. Jika tidak diatur dengan jelas, ada kemungkinan nasabah beralih ke alternatif perlindungan lain, seperti BPJS Kesehatan, yang menawarkan cakupan luas dengan biaya lebih terjangkau. Oleh karena itu, perusahaan asuransi perlu merancang strategi mitigasi yang memastikan bahwa skema *co-payment* tetap memberikan keseimbangan antara efisiensi biaya klaim dan aksesibilitas manfaat bagi nasabah.

2. Dampak terhadap pemasaran dan daya tarik produk

Perubahan regulasi menuntut perusahaan menyesuaikan strategi pemasaran guna mempertahankan daya saing dan menarik minat calon nasabah. Salah satu tantangan utama adalah bagaimana menyampaikan manfaat regulasi baru ini, terutama terkait skema *co-payment*, yang dapat dianggap sebagai beban tambahan bagi nasabah, serta kewajiban MCU, yang dapat menjadi hambatan dalam proses akuisisi nasabah baru. Selain itu, kewajiban MCU juga berpotensi meningkatkan biaya operasional bagi perusahaan asuransi. Jika biaya ini tidak dikelola dengan baik, perusahaan harus memilih antara menanggung beban tambahan atau membebankannya ke nasabah dalam bentuk kenaikan premi, yang dapat melemahkan daya tarik produk.

Di sisi lain, MCU dapat membantu seleksi risiko, memastikan hanya peserta dengan kondisi kesehatan yang memenuhi syarat yang dapat memperoleh pertanggungan. Namun, hal ini juga dapat menyebabkan penurunan jumlah peserta baru, terutama di segmen masyarakat yang merasa keberatan jika harus menjalani MCU karena dianggap merepotkan. Jika perusahaan asuransi tidak mengantisipasi dampak ini, maka skenario yang pernah terjadi pada PAYDI pasca SEOJK 5/2022 dapat terulang, di mana terjadi penurunan signifikan dalam pendapatan premi dan *shifting* produk ke jenis lain, seperti produk tradisional (Exhibit 7). Pergeseran ini juga berdampak pada industri asuransi jiwa secara

Exhibit 7. Market Share PAYDI vs. Produk Tradisional (dalam triliun rupiah)



Sumber: AAJI

keseluruhan, yang mengalami sedikit penurunan kinerja pendapatan premi (Exhibit 8).

Untuk menghindari dampak negatif ini, pemasaran perlu menyoroti manfaat jangka panjang regulasi, seperti premi yang lebih stabil dan perlindungan yang lebih efektif. Underwriting berbasis MCU juga perlu fleksibel, misalnya dengan memanfaatkan *screening* kesehatan melalui *telemedicine* atau bahkan melalui penerapan *simplified underwriting* yang tetap ketat tetapi lebih praktis. Perusahaan asuransi juga dapat menawarkan insentif tambahan, seperti diskon premi bagi nasabah dengan riwayat kesehatan atau klaim yang baik, guna menjaga daya tarik produk di mata nasabah. Hal ini juga didukung oleh regulasi yang mengamankan agar perusahaan asuransi aktif melakukan kampanye kesehatan dan program yang mendorong pola hidup sehat untuk meningkatkan kesadaran masyarakat.

3. Dampak terhadap sumber daya manusia dan sistem informasi

Regulasi ini juga berdampak pada kebutuhan SDM dan infrastruktur teknologi, di mana perusahaan asuransi diwajibkan memiliki dokter dan *Medical Advisory Board* serta sistem informasi yang terkoneksi dengan fasilitas kesehatan secara digital. Tujuan kebijakan ini adalah meningkatkan kualitas *utilization review*, mengurangi fraud, serta memastikan proses klaim lebih akurat dan efisien.

Namun, kebijakan ini menimbulkan tantangan biaya dan kesiapan operasional. Dari sisi SDM, biaya perekrutan tenaga medis, pelatihan, serta pengelolaan MAB menjadi tambahan beban operasional. Kualifikasi dokter juga perlu diperjelas, apakah cukup dokter umum atau harus dokter spesialis tertentu. Meskipun regulasi memperbolehkan perusahaan berbagi MAB dan sistem informasi melalui TPA atau perusahaan asuransi lain, tetap ada *fee* kepada pihak ketiga, yang meningkatkan beban perusahaan.

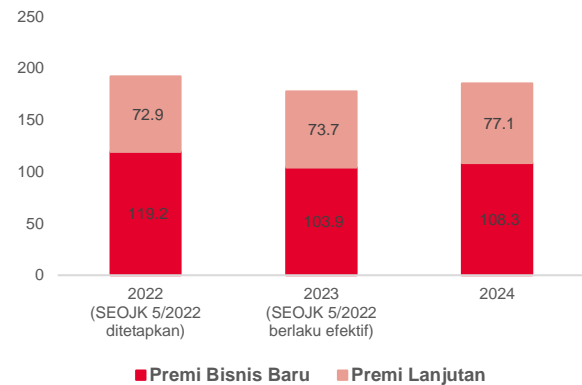
Dari sisi sistem informasi, tantangan utama adalah sinkronisasi data dengan rumah sakit dan fasilitas kesehatan, yang belum memiliki standar sistem yang seragam. Oleh karena itu, peningkatan koordinasi dengan penyedia layanan kesehatan menjadi langkah penting untuk memastikan sistem informasi yang lebih efisien.

4. Tantangan implementasi dan periode transisi

Salah satu tantangan terbesar dalam implementasi SEOJK ini adalah waktu transisi yang sangat singkat. Regulasi ini direncanakan mulai berlaku pada 1 Januari 2026, memberikan perusahaan asuransi waktu yang terbatas untuk melakukan penyesuaian, baik dalam hal produk, sistem informasi, maupun kesiapan SDM.

Tantangan ini semakin kompleks karena sejumlah polis asuransi kesehatan kumpulan memasuki periode *renewal* pada Q4 2025, sehingga perusahaan harus

Exhibit 8. Market Share PAYDI vs. Produk Tradisional (dalam triliun rupiah)



Sumber: AAJI

segera mengadaptasi ketentuan baru dalam polis yang akan diperpanjang. Jika tidak dipersiapkan dengan baik, perusahaan dapat menghadapi kendala dalam penyesuaian produk, komunikasi dengan nasabah, serta integrasi sistem informasi dan SDM sesuai regulasi baru. Oleh karena itu, diperlukan strategi transisi bertahap dan komunikasi proaktif agar perubahan regulasi dapat diimplementasikan dengan baik tanpa mengganggu layanan bagi nasabah.

In summary, rancangan SEOJK penyelenggaraan produk asuransi kesehatan bertujuan untuk meningkatkan keberlanjutan produk asuransi kesehatan di tengah tren kenaikan klaim dan inflasi medis yang semakin tinggi. Regulasi ini mencakup berbagai ketentuan baru, seperti penerapan *co-payment*, kewajiban *medical check-up* (MCU), peningkatan standar sumber daya manusia dan sistem informasi, serta perubahan dalam proses underwriting dan jangka waktu implementasi.

Dampaknya terhadap industri asuransi cukup signifikan. *Co-payment* diharapkan dapat menekan klaim yang tidak perlu, tetapi berisiko meningkatkan *lapse rate* di perusahaan asuransi. Sementara itu, kewajiban MCU berpotensi meningkatkan seleksi risiko, namun juga dapat menurunkan jumlah peserta baru dan meningkatkan biaya operasional perusahaan. Regulasi ini juga memengaruhi pemasaran, dengan potensi penurunan kinerja pendapatan premi produk asuransi kesehatan seperti yang terjadi pada PAYDI pasca SEOJK 5/2022. Tantangan lainnya adalah waktu transisi yang singkat yakni 1 Januari 2026. Oleh karena itu, strategi transisi bertahap dan komunikasi efektif menjadi kunci agar industri dapat beradaptasi dengan baik dan tujuan bersama memperbaiki ekosistem asuransi kesehatan dapat tercapai.

Appendix 1. Klasifikasi Biaya Pengeluaran Kesehatan

Kategori	Keterangan	Jenis Fasilitas
Biaya Berobat	Biaya berobat jalan yang dibayar tunai (<i>out of pocket</i>) setahun terakhir	Rumah Sakit Pemerintah
	Biaya berobat jalan yang dibayar tunai (<i>out of pocket</i>) setahun terakhir	Rumah Sakit Swasta
	Biaya berobat jalan ke puskesmas yang dibayar tunai (<i>out of pocket</i>) setahun terakhir	Puskesmas
	Biaya berobat ke pustu yang dibayar tunai (<i>out of pocket</i>) setahun terakhir	Puskesmas Pembantu
	Biaya berobat ke polindes yang dibayar tunai (<i>out of pocket</i>) setahun terakhir	Pondok Bersalin Desa
	Biaya berobat ke posyandu yang dibayar tunai (<i>out of pocket</i>) setahun terakhir	Pos Pelayanan Terpadu
	Biaya berobat ke praktik dokter/poliklinik	Praktik Dokter/Poliklinik
	Biaya berobat ke praktik petugas kesehatan	Petugas Kesehatan
	Biaya obat yang dibeli dengan resep dari tenaga kesehatan (dokter, bidan, perawat)	Tenaga Kesehatan
	Biaya pembelianacamata, kaki/tangan palsu (protese), dan kursi roda	Alat Kesehatan
Biaya Preventif	Biaya pemeriksaan kehamilan	Persalinan
	Biaya imunisasi	Imunisasi
	Biaya untuk tes kesehatan rutin	Medical Check Up
	Biaya untuk keluarga berencana	KB
Biaya Rawat	Biaya rawat inap yang dibayar tunai (<i>out of pocket</i>) setahun terakhir	Rumah Sakit Pemerintah
	Biaya rawat jalan yang dibayar tunai (<i>out of pocket</i>) setahun terakhir	Rumah Sakit Swasta
	Biaya rawat inap ke puskesmas yang dibayar tunai (<i>out of pocket</i>) setahun terakhir	Puskesmas

PT. Bahana Pembinaan Usaha Indonesia (Persero)

Gedung Graha CIMB Niaga, 18th Floor
Jl. Jendral Sudirman Kav. 58
RT.5/RW.3, Senayan, Kebayoran Baru
Kota Jakarta Selatan, DKI Jakarta 12190
☎ (+62) 021 2505080

 Indonesia Financial Group
 PT. Bahana Pembinaan Usaha Indonesia – Persero
 @indonesiafinancialgroup
 @ifg_id

Indonesia Financial Group (IFG)

Indonesia Financial Group (IFG) is the State-Owned Insurance and Underwriting Holding Enterprises consisting of PT Asuransi Kerugian Jasa Raharja, PT Jaminan Kredit Indonesia (Jamkrindo), PT Asuransi Kredit Indonesia (Askrindo), PT Jasa Asuransi Indonesia (Jasindo), PT Bahana Sekuritas, PT Bahana TCW Investment Management, PT Bahana Artha Ventura, PT Bahana Kapital Investa, PT Graha Niaga Tata Utama, dan PT Asuransi Jiwa IFG. IFG is the holding established to have the role in national development through the development of complete and innovative financial industry through investment, insurance, and underwriting services. IFG is committed to bring the change in financial sector particularly insurance, investment, and underwriting to which it is accountable, prudent, and transparent with good corporate governance and full of integrity. The collaborative spirit with good corporate governance that is transparent has become the basis for IFG to become the leading, trustworthy, and integrated provider of insurance, investment, and underwriting services. IFG is the future of financial industry in Indonesia. It is time to move forward with IFG as the driving force of inclusive and sustainable ecosystem.

Indonesia Financial Group (IFG) Progress

The Indonesia Financial Group (IFG) Progress is the leading Think Tank established by Indonesia Financial Group as the source of progressive ideas for the stakeholders, academics, or even the business players in bringing forward the financial service industry.