



**PERATURAN OTORITAS JASA KEUANGAN
REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 36 TAHUN 2025
TENTANG
PENGUATAN EKOSISTEM ASURANSI KESEHATAN
DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA**

DEWAN KOMISIONER OTORITAS JASA KEUANGAN,

Menimbang : a. bahwa penyelenggaraan produk asuransi kesehatan memiliki keterkaitan dengan peran pihak lain dalam ekosistem asuransi kesehatan, sehingga diperlukan penguatan ekosistem asuransi kesehatan untuk memastikan keseimbangan manfaat bagi pemegang polis, tertanggung, atau peserta dan keberlanjutan industri asuransi;

b. bahwa untuk mendukung penguatan ekosistem asuransi kesehatan, perusahaan asuransi dan perusahaan asuransi syariah perlu menerapkan prinsip kehati-hatian dan manajemen risiko sehingga diperlukan pengaturan yang komprehensif dalam penyelenggaraan lini usaha asuransi kesehatan;

c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Peraturan Otoritas Jasa Keuangan tentang Penguatan Ekosistem Asuransi Kesehatan;

Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 21 Tahun 2011 tentang Otoritas Jasa Keuangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 111, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5253) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2023 tentang Pengembangan dan Penguatan Sektor Keuangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 4, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6845);

2. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2014 tentang Perasuransian (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 337, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5618) sebagaimana telah diubah dengan Undang-Undang Nomor 4 Tahun 2023 tentang Pengembangan dan Penguatan Sektor Keuangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 4, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6845);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN OTORITAS JASA KEUANGAN TENTANG PENGUATAN EKOSISTEM ASURANSI KESEHATAN.

BAB I
KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Otoritas Jasa Keuangan ini yang dimaksud dengan:

1. Produk Asuransi adalah program jasa pertanggungan/pengelolaan atas risiko yang dilakukan oleh perusahaan asuransi umum dan/atau perusahaan asuransi jiwa termasuk yang diselenggarakan berdasarkan prinsip syariah.
2. Produk Asuransi Kesehatan adalah Produk Asuransi yang memberikan pelindungan terhadap 1 (satu) jenis atau lebih risiko yang terkait dengan keadaan kesehatan seseorang atau menurunnya kondisi kesehatan seseorang yang dipertanggungkan.
3. Produk Asuransi Yang Dikaitkan Dengan Investasi yang selanjutnya disebut PAYDI adalah Produk Asuransi yang paling sedikit memberikan pelindungan terhadap risiko kematian dan memberikan manfaat yang mengacu pada hasil investasi dari kumpulan dana yang khusus dibentuk untuk Produk Asuransi baik yang dinyatakan dalam bentuk unit maupun bukan unit.
4. Produk Asuransi Mikro adalah Produk Asuransi yang didesain untuk memberikan pelindungan atas risiko keuangan yang dihadapi oleh masyarakat terutama masyarakat berpenghasilan rendah.
5. Polis Asuransi adalah akta perjanjian asuransi atau dokumen lain yang dipersamakan dengan akta perjanjian asuransi, dan dokumen lain yang merupakan satu kesatuan yang tidak terpisahkan dengan perjanjian asuransi, serta memuat perjanjian antara perusahaan asuransi atau perusahaan asuransi syariah dan pemegang polis, yang dibuat secara tertulis baik dalam bentuk cetak atau elektronik.
6. Perusahaan adalah perusahaan asuransi, perusahaan asuransi syariah, dan unit syariah dari perusahaan asuransi.
7. Pemegang Polis adalah pihak yang mengikatkan diri berdasarkan perjanjian dengan perusahaan asuransi, perusahaan asuransi syariah, perusahaan reasuransi, atau perusahaan reasuransi syariah untuk mendapatkan pelindungan atau pengelolaan atas risiko bagi dirinya, tertanggung, atau peserta lain.
8. Tertanggung adalah pihak yang menghadapi risiko sebagaimana diatur dalam perjanjian asuransi atau perjanjian reasuransi.
9. Peserta adalah pihak yang menghadapi risiko sebagaimana diatur dalam perjanjian asuransi syariah atau perjanjian reasuransi syariah.

10. Premi adalah sejumlah uang yang ditetapkan oleh perusahaan asuransi atau perusahaan reasuransi dan disetujui oleh Pemegang Polis untuk dibayarkan berdasarkan perjanjian asuransi atau perjanjian reasuransi, atau sejumlah uang yang ditetapkan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan yang mendasari program asuransi wajib untuk memperoleh manfaat.
11. Kontribusi adalah sejumlah uang yang ditetapkan oleh perusahaan asuransi syariah atau perusahaan reasuransi syariah dan disetujui oleh Pemegang Polis untuk dibayarkan berdasarkan perjanjian asuransi syariah atau perjanjian reasuransi syariah untuk memperoleh manfaat dari dana *tabarru'* dan/atau dana investasi Peserta dan untuk membayar biaya pengelolaan atau sejumlah uang yang ditetapkan berdasarkan ketentuan peraturan perundang-undangan yang mendasari program asuransi wajib untuk memperoleh manfaat.
12. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disebut BPJS Kesehatan adalah badan hukum publik yang dibentuk untuk menyelenggarakan program jaminan kesehatan sebagaimana diatur dalam Undang-Undang mengenai badan penyelenggara jaminan sosial.
13. Fasilitas Pelayanan Kesehatan adalah suatu alat dan/atau tempat pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan, baik promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif, dan/atau paliatif yang diselenggarakan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.
14. Dewan Penasihat Medis (*Medical Advisory Board*) yang selanjutnya disingkat DPM adalah dewan yang akan membantu Perusahaan dalam memberikan nasihat atau usulan atas layanan medis yang diberikan oleh Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
15. Penyedia Layanan Administrasi Pihak Ketiga (*Third Party Administrator*) yang selanjutnya disebut TPA adalah layanan administrasi pihak ketiga dalam membantu Perusahaan dalam pelayanan administratif yang meliputi manajemen klaim, manajemen Polis Asuransi dan fungsi administratif lainnya.
16. Telaah Utilisasi adalah evaluasi ketepatan penggunaan layanan kesehatan yang diberikan kepada Tertanggung atau Peserta yang dilakukan dalam rangka mengendalikan biaya dan memantau kualitas layanan.
17. Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan yang selanjutnya disingkat KAPJ adalah koordinasi yang dilakukan antara Perusahaan dengan BPJS Kesehatan dan penyelenggara jaminan lain dalam pemberian manfaat pelayanan kesehatan.

Pasal 2

Penguatan ekosistem asuransi kesehatan 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 konsumen dalam penyelenggaraan asuransi kesehatan.

Pasal 3

Dalam mewujudkan tujuan penguatan ekosistem asuransi kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 2, Otoritas Jasa Keuangan berkoordinasi dengan:

- a. kementerian yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang kesehatan;
- b. asosiasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
- c. BPJS Kesehatan dan penyelenggara jaminan lain;
- d. asosiasi profesi di bidang kesehatan; dan
- e. instansi lain terkait dengan ekosistem asuransi kesehatan nasional.

Pasal 4

Koordinasi Otoritas Jasa Keuangan dengan pihak sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 huruf a dan huruf e dapat dituangkan dalam bentuk nota kesepahaman antar lembaga.

BAB II PENYELENGGARAAN ASURANSI KESEHATAN

Bagian Kesatu

Kriteria Perusahaan yang Dapat Menyelenggarakan Lini Usaha Asuransi Kesehatan

Pasal 5

- (1) Perusahaan yang menyelenggarakan lini usaha asuransi kesehatan wajib memiliki:
 - a. kapabilitas medis yang memadai;
 - b. kapabilitas digital yang ditunjukkan dengan kepemilikan sistem informasi yang memadai; dan
 - c. kapabilitas DPM yang memadai.
- (2) Perusahaan wajib terlebih dahulu mendapatkan persetujuan Otoritas Jasa Keuangan sebelum menyelenggarakan lini usaha asuransi kesehatan.

Pasal 6

- (1) Kapabilitas medis yang memadai sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) huruf a paling sedikit mencakup:
 - a. tenaga medis dengan kualifikasi dokter yang berperan untuk melakukan analisis atas tindakan medis dan Telaah Utilisasi; dan
 - b. sumber daya manusia yang memiliki sertifikat keahlian asuransi kesehatan dengan level paling rendah 1 (satu) tingkat di bawah kualifikasi tertinggi dari lembaga sertifikasi profesi di bidang perasuransian yang terdaftar di Otoritas Jasa Keuangan.
- (2) Dalam hal lembaga sertifikasi profesi yang terdaftar di Otoritas Jasa Keuangan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b belum tersedia, sertifikasi kompetensi di bidang keahlian asuransi kesehatan diperoleh dari lembaga sertifikasi profesi yang telah menjalankan kegiatan sertifikasi di bidang asuransi kesehatan.
- (3) Sertifikat keahlian asuransi kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b dapat menggunakan sertifikasi kompetensi setara yang diselenggarakan oleh lembaga di luar negeri sebagaimana diatur dalam Peraturan Otoritas Jasa Keuangan mengenai pengembangan kualitas sumber daya manusia bagi perusahaan perasuransian, lembaga penjamin, dana pensiun, serta lembaga khusus bidang perasuransian, penjaminan, dan dana pensiun.

Pasal 7

- (1) Kapabilitas digital sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) huruf b dibuktikan dengan kepemilikan sistem informasi yang paling sedikit memenuhi ketentuan:
 - a. mampu melakukan pertukaran data secara digital dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
 - b. mampu menyediakan akses data kepesertaan;
 - c. mampu menyediakan data yang memuat layanan dan *resume* medis, termasuk layanan obat dan alat kesehatan, yang diberikan kepada Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta;
 - d. mampu menyediakan data klaim yang dibayarkan untuk masing-masing Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta;
 - e. mampu mendukung pengolahan, penyimpanan, dan pengamanan data secara elektronik untuk mencegah potensi terjadinya *fraud* di bidang asuransi kesehatan; dan
 - f. didukung basis data (*database*) dengan ketentuan sebagai berikut:
 1. mempunyai standar klasifikasi jenis penyakit sesuai dengan ketentuan yang berlaku;
 2. memiliki kemampuan untuk menganalisis kesesuaian layanan medis dan obat yang diberikan; dan

3. memiliki kemampuan untuk melakukan Telaah Utilisasi dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan.
- (2) Sistem informasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dapat dikembangkan oleh Perusahaan secara mandiri atau bekerja sama dengan:
 - a. TPA;
 - b. BPJS Kesehatan dan penyelenggara jaminan lain;
 - c. perusahaan yang dapat menyediakan layanan digital; atau
 - d. Perusahaan lain.
- (3) Dalam hal pengembangan sistem informasi dilakukan oleh pihak ketiga sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Perusahaan wajib memiliki perjanjian kerja sama yang mencakup kerahasiaan dan penggunaan data Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta.
- (4) Perusahaan wajib melakukan penyimpanan basis data (*database*) sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf f paling singkat 10 (sepuluh) tahun setelah masa pertanggungan Polis Asuransi berakhir.

Bagian Kedua
Dewan Penasihat Medis

Pasal 8

- (1) Kapabilitas DPM yang memadai sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) huruf c dibuktikan dengan kepemilikan DPM yang terdiri atas kumpulan dokter spesialis dengan keahlian tertentu yang dibutuhkan Perusahaan dalam penyelenggaraan lini usaha asuransi kesehatan.
- (2) Perusahaan dapat memiliki DPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) secara mandiri atau bekerja sama dengan:
 - a. Perusahaan lain;
 - b. TPA; atau
 - c. pihak lain penyedia DPM.
- (3) Kepemilikan DPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) harus dibuktikan dengan dokumen surat penunjukan DPM oleh direksi dan disetujui oleh dewan komisaris.

Pasal 9

Perusahaan wajib memastikan DPM melaksanakan tugas untuk memberikan:

- a. nasihat kepada Perusahaan untuk mendukung pelaksanaan Telaah Utilisasi; dan
- b. usulan terkait pelayanan kesehatan, termasuk perkembangan baru layanan medis dan rekomendasi kepada Perusahaan.

**Bagian Ketiga
Sanksi Administratif**

Pasal 10

- (1) Pelanggaran terhadap ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5, Pasal 7 ayat (3), ayat (4), dan/atau Pasal 9 dikenakan sanksi administratif berupa:
 - a. peringatan tertulis;
 - b. larangan untuk memasarkan Produk Asuransi Kesehatan; dan/atau
 - c. penurunan tingkat kesehatan.
- (2) Pelanggaran terhadap ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (2), dikenakan sanksi administratif tambahan berupa denda administratif sebesar Rp100.000.000,00 (seratus juta rupiah).
- (3) Dalam hal terjadi pelanggaran ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan pelanggaran telah diperbaiki, Otoritas Jasa Keuangan memberikan sanksi peringatan tertulis yang berakhir dengan sendirinya.
- (4) Dalam hal pelanggaran atas ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dan huruf b telah dipenuhi, Otoritas Jasa Keuangan mencabut sanksi administratif.

Pasal 11

Terhadap pelanggaran ketentuan sanksi administratif sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10 ayat (1), Otoritas Jasa Keuangan dapat melakukan penilaian kembali terhadap pihak utama Perusahaan sesuai dengan Peraturan Otoritas Jasa Keuangan mengenai penilaian kembali bagi pihak utama lembaga jasa keuangan.

BAB III
DESAIN PRODUK ASURANSI KESEHATAN

Bagian Kesatu
Jenis dan Mekanisme Produk Asuransi Kesehatan

Pasal 12

Produk Asuransi Kesehatan yang dipasarkan oleh Perusahaan berdasarkan kepesertaan meliputi:

- a. Produk Asuransi Kesehatan individu; dan
- b. Produk Asuransi Kesehatan kumpulan.

Pasal 13

- (1) Produk Asuransi Kesehatan diselenggarakan dengan cara:
 - a. prinsip ganti rugi; dan
 - b. skema pelayanan kesehatan yang terkelola.
- (2) Produk Asuransi Kesehatan dengan prinsip ganti rugi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a terdiri atas:
 - a. Produk Asuransi Kesehatan dengan batasan maksimum biaya per manfaat (*inner limit*); dan

- b. Produk Asuransi Kesehatan sesuai tagihan (*as charged*).
- (3) Produk Asuransi Kesehatan dengan skema pelayanan kesehatan yang terkelola sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b merupakan integrasi antara pembiayaan dan penyediaan perawatan kesehatan komprehensif yang dilakukan sebagai upaya dari tindakan:
- a. promotif;
 - b. preventif;
 - c. kuratif;
 - d. rehabilitatif; dan/atau
 - e. paliatif,
- yang meliputi rawat jalan tingkat pertama, rawat jalan tingkat lanjutan, rawat inap secara terstruktur, dan berjenjang.

Bagian Kedua
Periode Menunggu Produk Asuransi Kesehatan

Pasal 14

- (1) Perusahaan yang memasarkan Produk Asuransi Kesehatan individu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 huruf a dapat menerapkan periode menunggu.
- (2) Dalam hal Perusahaan menetapkan periode menunggu sebagaimana dimaksud pada ayat (1), periode menunggu wajib memenuhi ketentuan sebagai berikut:
 - a. paling lama 30 (tiga puluh) hari kalender; dan/atau
 - b. paling lama 6 (enam) bulan bagi Produk Asuransi Kesehatan individu yang memberikan manfaat penyakit kritis, kronis, dan/atau khusus yang dinyatakan dengan jelas dalam Polis Asuransi.
- (3) Bagi Produk Asuransi Kesehatan individu yang dapat diperpanjang secara otomatis, ketentuan periode menunggu sebagaimana dimaksud pada ayat (2) huruf b hanya berlaku untuk periode pertanggungan pertama kali.
- (4) Periode menunggu bagi Produk Asuransi Kesehatan individu yang merupakan asuransi tambahan (*rider*) dari PAYDI mengacu pada ketentuan Otoritas Jasa Keuangan mengenai produk asuransi yang dikaitkan dengan investasi.
- (5) Periode menunggu bagi Produk Asuransi Kesehatan individu yang merupakan Produk Asuransi Mikro mengacu pada ketentuan Otoritas Jasa Keuangan mengenai produk asuransi mikro dan saluran pemasaran produk asuransi mikro.
- (6) Penerapan periode menunggu bagi Produk Asuransi Kesehatan individu dikecualikan untuk:
 - a. keadaan darurat disebabkan oleh kecelakaan; dan/atau
 - b. keadaan darurat disebabkan oleh keadaan kahar.

Pasal 15

Perusahaan yang memasarkan Produk Asuransi Kesehatan individu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 huruf a dilarang menerapkan periode menunggu bagi Produk Asuransi Kesehatan individu yang memiliki masa pertanggungan paling lama 3 (tiga) bulan.

Pasal 16

Bagi Produk Asuransi Kesehatan kumpulan, Perusahaan dapat menerapkan ketentuan periode menunggu yang spesifik mengacu pada perjanjian yang disepakati antara Pemegang Polis dengan Perusahaan.

Bagian Ketiga
Sanksi Administratif

Pasal 17

- (1) Pelanggaran terhadap ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 14 ayat (2) dan/atau Pasal 15 dikenakan sanksi administratif berupa:
 - a. peringatan tertulis;
 - b. larangan untuk memasarkan Produk Asuransi Kesehatan; dan/atau
 - c. penurunan tingkat kesehatan.
- (2) Dalam hal terjadi pelanggaran ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan pelanggaran telah diperbaiki, Otoritas Jasa Keuangan memberikan sanksi peringatan tertulis yang berakhir dengan sendirinya.
- (3) Dalam hal pelanggaran atas ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dan huruf b telah dipenuhi, Otoritas Jasa Keuangan mencabut sanksi administratif.

Pasal 18

Terhadap pelanggaran ketentuan sanksi administratif sebagaimana dimaksud dalam Pasal 17 ayat (1), Otoritas Jasa Keuangan dapat melakukan penilaian kembali terhadap pihak utama Perusahaan sesuai dengan Peraturan Otoritas Jasa Keuangan mengenai penilaian kembali bagi pihak utama lembaga jasa keuangan.

BAB IV
PENERAPAN MANAJEMEN RISIKO

Bagian Kesatu
Umum

Pasal 19

Dalam menyelenggarakan lini usaha asuransi kesehatan, Perusahaan wajib menerapkan prinsip kehati-hatian dan manajemen risiko.

**Bagian Kedua
Polis Asuransi, Premi, dan Kontribusi**

**Paragraf 1
Umum**

Pasal 20

- (1) Perusahaan yang memasarkan Produk Asuransi Kesehatan dapat memuat pengecualian atau batasan cakupan untuk kondisi Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta yang sudah ada sebelum pertanggungan.
- (2) Perusahaan wajib membuat dan menyampaikan ringkasan pertanggungan guna mempermudah calon Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta dalam mempelajari polis pertanggungan.
- (3) Penghitungan dan penetapan Premi atau Kontribusi dilakukan sesuai dengan risiko dan manfaat yang didapat oleh Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta sebagaimana diatur dalam Peraturan Otoritas Jasa Keuangan mengenai produk asuransi dan saluran pemasaran produk asuransi.

**Paragraf 2
Penetapan Premi atau Kontribusi Ulang**

Pasal 21

- (1) Perusahaan dilarang meninjau dan menetapkan Premi atau Kontribusi ulang berdasarkan:
 - a. riwayat klaim Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta;
 - b. peningkatan risiko Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta; dan/atau
 - c. tingkat inflasi di bidang kesehatan, melebihi 1 (satu) kali dalam 1 (satu) tahun.
- (2) Perusahaan wajib menyampaikan pemberitahuan tertulis kepada Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta mengenai penetapan Premi atau Kontribusi ulang sebagaimana dimaksud pada ayat (1) yang mencakup:
 - a. penjelasan yang jelas tentang faktor yang mendorong penetapan Premi atau Kontribusi ulang, termasuk data pendukungnya;
 - b. perbandingan tarif Premi atau Kontribusi ulang dengan tarif Premi atau Kontribusi saat ini; dan
 - c. penjelasan tentang alternatif yang disediakan khusus bagi Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta.
- (3) Pemberitahuan tertulis kepada Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta sebagaimana dimaksud pada ayat (2) wajib disampaikan paling lambat 30 (tiga puluh) hari kalender sebelum penetapan Premi atau Kontribusi ulang.

Pasal 22

Perusahaan wajib:

- a. mengembangkan kebijakan dan prosedur internal untuk penghitungan dan penetapan Premi atau Kontribusi ulang sebagaimana dimaksud dalam Pasal 21 ayat (1); dan
- b. memastikan bahwa seluruh pelaksanaan penetapan Premi atau Kontribusi tersebut dilakukan sesuai dengan kebijakan dan prosedur internalnya.

Pasal 23

Perusahaan dilarang menetapkan Premi atau Kontribusi ulang sebagaimana dimaksud dalam Pasal 21 ayat (1) yang mengakibatkan Perusahaan mendapatkan margin keuntungan di atas asumsi awal pada saat persetujuan/pelaporan Produk Asuransi Kesehatan.

Paragraf 3 Pembagian Risiko

Pasal 24

- (1) Dalam memasarkan Produk Asuransi Kesehatan, Perusahaan wajib menyediakan Produk Asuransi Kesehatan tanpa fitur pembagian risiko.
- (2) Selain menyediakan Produk Asuransi Kesehatan tanpa fitur pembagian risiko sebagaimana dimaksud pada ayat (1), Perusahaan dapat menyediakan Produk Asuransi Kesehatan dengan fitur pembagian risiko.
- (3) Dalam hal calon Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta memilih Produk Asuransi Kesehatan dengan fitur pembagian risiko sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Perusahaan wajib memenuhi ketentuan pembagian risiko sebagai berikut:
 - a. menetapkan risiko yang ditanggung Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta sebesar 5% (lima persen) dari total pengajuan klaim dengan batas maksimum sebesar:
 1. untuk rawat jalan Rp300.000,00 (tiga ratus ribu rupiah) per pengajuan klaim; dan
 2. untuk rawat inap Rp3.000.000,00 (tiga juta rupiah) per pengajuan klaim; dan/atau
 - b. menetapkan jumlah tertentu (*deductible*) tahunan sepanjang disepakati antara Perusahaan dengan Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta serta telah dinyatakan dalam Polis Asuransi.
- (4) Dalam penyelenggaraan Produk Asuransi Kesehatan dengan fitur pembagian risiko sebagaimana dimaksud pada ayat (2), ketentuan pembagian risiko sebagaimana dimaksud pada ayat (3) tidak berlaku untuk:
 - a. keadaan darurat disebabkan oleh kecelakaan;
 - b. penyakit kritis yang dinyatakan dalam Polis Asuransi; dan/atau
 - c. keadaan darurat disebabkan oleh keadaan kahar.

- (5) Dalam memasarkan Produk Asuransi Kesehatan dengan fitur pembagian risiko sebagaimana dimaksud pada ayat (2), Perusahaan wajib menyampaikan perbandingan harga Premi atau Kontribusi untuk produk yang menerapkan fitur pembagian risiko dan tanpa fitur pembagian risiko kepada calon Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta pada saat awal pertanggungan atau *renewal* Polis Asuransi.

**Bagian Ketiga
Seleksi Risiko**

Pasal 25

- (1) Perusahaan yang memasarkan Produk Asuransi Kesehatan individu sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 huruf a wajib memastikan calon Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta memahami seluruh informasi dalam surat permintaan asuransi kesehatan dan diisi sendiri oleh calon Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta.
- (2) Perusahaan yang memasarkan Produk Asuransi Kesehatan individu sebagaimana dimaksud pada ayat (1) wajib mempertimbangkan pelaksanaan pemeriksaan kesehatan untuk calon Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta disesuaikan dengan kebijakan *underwriting* Perusahaan saat penutupan Polis Asuransi.

Pasal 26

- (1) Perusahaan yang memasarkan Produk Asuransi Kesehatan kumpulan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 12 huruf b harus memperoleh laporan performa klaim Pemegang Polis saat penutupan Polis Asuransi.
- (2) Laporan performa klaim sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling sedikit mencakup data:
- periode laporan;
 - nomor pokok wajib pajak (NPWP) setiap Pemegang Polis;
 - Jumlah Tertanggung atau Peserta;
 - Jumlah Premi atau Kontribusi;
 - Jumlah klaim yang dibayarkan; dan
 - informasi *loss ratio*.

**Bagian Keempat
Sanksi Administratif**

Pasal 27

- (1) Pelanggaran terhadap ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 19, Pasal 20 ayat (2), Pasal 21, Pasal 22, Pasal 23, Pasal 24 ayat (1), ayat (3), ayat (5), dan/atau Pasal 25 dikenakan sanksi administratif berupa:
- peringatan tertulis;
 - larangan untuk memasarkan Produk Asuransi Kesehatan; dan/atau
 - penurunan tingkat kesehatan.

- (2) Dalam hal terjadi pelanggaran ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan pelanggaran telah diperbaiki, Otoritas Jasa Keuangan memberikan sanksi peringatan tertulis yang berakhir dengan sendirinya.
- (3) Dalam hal pelanggaran atas ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dan huruf b telah dipenuhi, Otoritas Jasa Keuangan mencabut sanksi administratif.

Pasal 28

Terhadap pelanggaran ketentuan sanksi administratif sebagaimana dimaksud dalam Pasal 27 ayat (1), Otoritas Jasa Keuangan dapat melakukan penilaian kembali terhadap pihak utama Perusahaan sesuai dengan Peraturan Otoritas Jasa Keuangan mengenai penilaian kembali bagi pihak utama lembaga jasa keuangan.

BAB V TELAAH UTILISASI

Bagian Kesatu Penyelenggaraan Telaah Utilisasi

Pasal 29

- (1) Perusahaan wajib melakukan Telaah Utilisasi.
- (2) Telaah Utilisasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan untuk menjamin agar pelayanan kesehatan kepada Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta sesuai dengan mutu dan diselenggarakan secara efisien dalam rangka untuk pengendalian biaya.
- (3) Telaah Utilisasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui pemenuhan standar mutu yang meliputi:
 - a. standar *input* pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
 - b. standar proses pelayanan kesehatan; dan
 - c. standar *output* kualitas kesehatan Tertanggung atau Peserta.

Pasal 30

- (1) Telaah Utilisasi wajib dilaksanakan oleh dokter sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (1) huruf a dan tenaga ahli asuransi kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 ayat (1) huruf b.
- (2) Perusahaan dapat meminta nasihat kepada DPM dalam pelaksanaan Telaah Utilisasi.
- (3) Telaah Utilisasi dapat dilaksanakan pada saat:
 - a. Fasilitas Pelayanan Kesehatan meminta persetujuan dari Perusahaan sebelum memberikan perawatan atau layanan tertentu;
 - b. Fasilitas Pelayanan Kesehatan meminta persetujuan untuk perawatan atau layanan saat pasien masih menerima perawatan; dan/atau
 - c. Perusahaan meninjau catatan medis pasien setelah perawatan selesai.

- (4) Telaah Utilisasi yang dilaksanakan oleh Perusahaan paling sedikit mencakup:
- a. evaluasi kesesuaian dan kebutuhan atas layanan yang diberikan dengan alur klinis (*clinical pathway*); dan
 - b. evaluasi kesesuaian dan kebutuhan efikasi obat.

Bagian Kedua
Sanksi Administratif

Pasal 31

- (1) Pelanggaran terhadap ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 29 ayat (1) dan/atau Pasal 30 ayat (1) dikenakan sanksi administratif berupa:
 - a. peringatan tertulis;
 - b. larangan untuk memasarkan Produk Asuransi Kesehatan; dan/atau
 - c. penurunan tingkat kesehatan.
- (2) Dalam hal terjadi pelanggaran ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan pelanggaran telah diperbaiki, Otoritas Jasa Keuangan memberikan sanksi peringatan tertulis yang berakhir dengan sendirinya.
- (3) Dalam hal pelanggaran atas ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dan huruf b telah dipenuhi, Otoritas Jasa Keuangan mencabut sanksi administratif.

Pasal 32

Terhadap pelanggaran ketentuan sanksi administratif sebagaimana dimaksud dalam Pasal 31 ayat (1), Otoritas Jasa Keuangan dapat melakukan penilaian kembali terhadap pihak utama Perusahaan sesuai dengan Peraturan Otoritas Jasa Keuangan mengenai penilaian kembali bagi pihak utama lembaga jasa keuangan.

BAB VI
PERAN PARA PIHAK DALAM PENGUATAN EKOSISTEM
ASURANSI KESEHATAN

Bagian Kesatu
Umum

Pasal 33

- (1) Penguatan ekosistem asuransi kesehatan dilakukan oleh Perusahaan melalui kerja sama dengan:
 - a. Fasilitas Pelayanan Kesehatan;
 - b. TPA;
 - c. BPJS Kesehatan dan penyelenggara jaminan lain;
 - d. Perusahaan lain;
 - e. perusahaan penyedia layanan digital; dan/atau
 - f. pihak lain penyedia DPM.
- (2) Kerja sama dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dilakukan untuk pemberian layanan kesehatan bagi Produk Asuransi Kesehatan, dengan menerapkan prinsip kehati-hatian dan manajemen risiko yang memadai.

- (3) Kerja sama dengan TPA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b dilakukan dalam penyediaan:
 - a. layanan administrasi dan manajemen klaim;
 - b. sistem informasi; dan/atau
 - c. layanan DPM,dengan menerapkan prinsip kehati-hatian dan manajemen risiko yang memadai.
- (4) Kerja sama dengan BPJS Kesehatan dan penyelenggara jaminan lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf c dilakukan dalam rangka KAPJ dan/atau kerja sama penyediaan sistem informasi, dengan menerapkan prinsip kehati-hatian dan manajemen risiko yang memadai.
- (5) Kerja sama dengan Perusahaan lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf d dilakukan dalam rangka penyediaan:
 - a. sistem informasi; dan/atau
 - b. layanan DPM,dengan menerapkan prinsip kehati-hatian dan manajemen risiko yang memadai.
- (6) Kerja sama dengan perusahaan penyedia layanan digital sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf e dilakukan dalam rangka penyediaan sistem informasi, dengan menerapkan prinsip kehati-hatian dan manajemen risiko yang memadai.
- (7) Kerja sama dengan pihak lain penyedia DPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf f dilakukan dalam rangka penyediaan layanan DPM dengan menerapkan prinsip kehati-hatian dan manajemen risiko yang memadai.

Bagian Kedua
Peran Fasilitas Pelayanan Kesehatan

Pasal 34

- (1) Peran Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 33 ayat (1) huruf a dilakukan untuk mendukung Perusahaan dalam penyediaan:
 - a. akses data melalui sistem informasi Perusahaan;
 - b. layanan kesehatan sesuai alur klinis (*clinical pathway*) dan efikasi medis (*medical efficacy*) sebagaimana yang diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan;
 - c. infrastruktur yang memungkinkan adanya pembagian tagihan klaim kepada Perusahaan dan BPJS Kesehatan dan penyelenggara jaminan lainnya, dalam hal adanya KAPJ; dan
 - d. *settlement* atas setiap tindakan di setiap akhir hari berjalan atau sesuai yang disepakati dalam perjanjian kerja sama, terhadap fasilitas rawat inap bagi Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta, untuk mempercepat proses layanan klaim.

- (2) Kerja sama dengan Fasilitas Pelayanan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dituangkan dalam perjanjian kerja sama yang wajib paling sedikit memuat:
- a. identitas para pihak;
 - b. jangka waktu perjanjian kerja sama;
 - c. hak dan kewajiban masing-masing pihak;
 - d. ruang lingkup kerja sama masing-masing pihak;
 - e. kewajiban para pihak dalam menjaga kerahasiaan data;
 - f. penyelesaian perselisihan antar kedua belah pihak;
 - g. syarat dan tata cara perubahan perjanjian;
 - h. keadaan kahar;
 - i. kondisi yang menyebabkan perjanjian berakhir;
 - j. penyelesaian hak dan kewajiban masing-masing pihak saat perjanjian berakhir;
 - k. pernyataan dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk memberikan akses data melalui sistem informasi Perusahaan;
 - l. komitmen Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk menjalankan layanan kesehatan sesuai alur klinis (*clinical pathway*) dan efikasi medis (*medical efficacy*) sebagaimana yang diatur dalam ketentuan peraturan perundang-undangan di bidang kesehatan;
 - m. komitmen Fasilitas Pelayanan Kesehatan terkait infrastruktur yang memungkinkan adanya pembagian tagihan klaim kepada Perusahaan dan BPJS Kesehatan, dalam hal adanya KAPJ dengan BPJS Kesehatan; dan
 - n. komitmen Fasilitas Pelayanan Kesehatan untuk melakukan *settlement* atas setiap tindakan di setiap akhir hari berjalan atau sesuai yang disepakati dalam perjanjian kerja sama, terhadap fasilitas rawat inap bagi Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta, untuk mempercepat proses layanan klaim.

Bagian Ketiga
Peran *Third Party Administrator* (TPA)

Pasal 35

- (1) Peran TPA sebagaimana dimaksud dalam Pasal 33 ayat (1) huruf b dilakukan untuk mendukung Perusahaan dalam rangka:
- a. menjaga kerahasiaan data sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan mengenai pelindungan data pribadi, dalam hal sistem informasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) huruf b disediakan oleh TPA; dan/atau
 - b. menyediakan layanan fungsi DPM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) huruf c, dalam hal DPM Perusahaan disediakan oleh TPA.

- (2) Kerja sama dengan TPA sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dituangkan dalam perjanjian kerja sama yang wajib paling sedikit memuat:
- a. identitas para pihak;
 - b. jangka waktu perjanjian kerja sama;
 - c. hak dan kewajiban masing-masing pihak;
 - d. ruang lingkup kerja sama masing-masing pihak;
 - e. kewajiban para pihak dalam menjaga kerahasiaan data;
 - f. penyelesaian perselisihan antar kedua belah pihak;
 - g. syarat dan tata cara perubahan perjanjian;
 - h. keadaan kahar;
 - i. kondisi yang menyebabkan perjanjian berakhir;
 - j. penyelesaian hak dan kewajiban masing-masing pihak saat perjanjian berakhir;
 - k. komitmen untuk saling menjaga kerahasiaan data sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan mengenai pelindungan data pribadi, dalam hal sistem informasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (1) disediakan oleh TPA; dan
 - l. komitmen TPA menyediakan layanan fungsi DPM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) huruf c, dalam hal DPM Perusahaan disediakan oleh TPA.

Bagian Keempat
Peran BPJS Kesehatan dan Penyelenggara Jaminan Lain

Pasal 36

- (1) Peran BPJS Kesehatan dan penyelenggara jaminan lain sebagaimana dimaksud dalam Pasal 33 ayat (1) huruf c dilakukan dalam rangka KAPJ dan/atau kerja sama penyediaan layanan sistem informasi.
- (2) Kerja sama dengan BPJS Kesehatan dan penyelenggara jaminan lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dituangkan dalam perjanjian kerja sama yang wajib paling sedikit memuat:
- a. identitas para pihak;
 - b. jangka waktu perjanjian kerja sama;
 - c. hak dan kewajiban masing-masing pihak;
 - d. ruang lingkup kerja sama masing-masing pihak;
 - e. kewajiban para pihak dalam menjaga kerahasiaan data;
 - f. penyelesaian perselisihan antar kedua belah pihak;
 - g. syarat dan tata cara perubahan perjanjian;
 - h. keadaan kahar;
 - i. kondisi yang menyebabkan perjanjian berakhir;
 - j. penyelesaian hak dan kewajiban masing-masing pihak saat perjanjian berakhir;

- k. tata cara dan mekanisme KAPJ; dan
- l. komitmen untuk saling menjaga kerahasiaan data sebagaimana yang diatur dalam peraturan perundang-undangan mengenai pelindungan data pribadi.

Bagian Kelima
Peran Perusahaan Lain

Pasal 37

- (1) Peran Perusahaan lain sebagaimana dimaksud dalam Pasal 33 ayat (1) huruf d dilakukan dalam rangka kerja sama penyediaan sistem informasi dan/atau layanan DPM.
- (2) Kerja sama dengan Perusahaan lain sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dituangkan dalam perjanjian kerja sama yang wajib paling sedikit memuat:
 - a. identitas para pihak;
 - b. jangka waktu perjanjian kerja sama;
 - c. hak dan kewajiban masing-masing pihak;
 - d. ruang lingkup kerja sama masing-masing pihak;
 - e. kewajiban para pihak dalam menjaga kerahasiaan data;
 - f. penyelesaian perselisihan antar kedua belah pihak;
 - g. syarat dan tata cara perubahan perjanjian;
 - h. keadaan kahar;
 - i. kondisi yang menyebabkan perjanjian berakhir;
 - j. penyelesaian hak dan kewajiban masing-masing pihak saat perjanjian berakhir;
 - k. komitmen untuk saling menjaga kerahasiaan data sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan mengenai pelindungan data pribadi, dalam hal sistem informasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 7 ayat (1) disediakan oleh Perusahaan lain; dan
1. komitmen Perusahaan lain menyediakan layanan fungsi DPM sebagaimana yang dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) huruf c, dalam hal DPM Perusahaan disediakan oleh Perusahaan lain.

Bagian Keenam
Peran Perusahaan Penyedia Layanan Digital

Pasal 38

- (1) Peran perusahaan penyedia layanan digital sebagaimana dimaksud dalam Pasal 33 ayat (1) huruf e dilakukan dalam rangka kerja sama penyediaan sistem informasi dalam penyelenggaraan Produk Asuransi Kesehatan.
- (2) Kerja sama dengan perusahaan penyedia layanan digital sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dituangkan dalam perjanjian kerja sama yang wajib paling sedikit memuat:
 - a. identitas para pihak;
 - b. jangka waktu perjanjian kerja sama;

- c. hak dan kewajiban masing-masing pihak;
- d. ruang lingkup kerja sama masing-masing pihak;
- e. kewajiban para pihak dalam menjaga kerahasiaan data;
- f. penyelesaian perselisihan antar kedua belah pihak;
- g. syarat dan tata cara perubahan perjanjian;
- h. keadaan kahar;
- i. kondisi yang menyebabkan perjanjian berakhir;
- j. penyelesaian hak dan kewajiban masing-masing pihak saat perjanjian berakhir; dan
- k. komitmen untuk saling menjaga kerahasiaan data sebagaimana diatur dalam peraturan perundang-undangan mengenai pelindungan data pribadi.

**Bagian Ketujuh
Peran Pihak Lain Penyedia DPM**

Pasal 39

- (1) Peran pihak lain penyedia DPM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 33 ayat (1) huruf f dilakukan dalam rangka kerja sama penyediaan layanan DPM dalam penyelenggaraan Produk Asuransi Kesehatan.
- (2) Kerja sama dengan pihak lain penyedia DPM sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dituangkan dalam perjanjian kerja sama yang wajib paling sedikit memuat:
 - a. identitas para pihak;
 - b. jangka waktu perjanjian kerja sama;
 - c. hak dan kewajiban masing-masing pihak;
 - d. ruang lingkup kerja sama masing-masing pihak;
 - e. kewajiban para pihak dalam menjaga kerahasiaan data;
 - f. penyelesaian perselisihan antar kedua belah pihak;
 - g. syarat dan tata cara perubahan perjanjian;
 - h. keadaan kahar;
 - i. kondisi yang menyebabkan perjanjian berakhir;
 - j. penyelesaian hak dan kewajiban masing-masing pihak saat perjanjian berakhir; dan
 - k. komitmen pihak lain penyedia DPM untuk menyediakan layanan fungsi DPM sebagaimana dimaksud dalam Pasal 5 ayat (1) huruf c.

**Bagian Kedelapan
Sanksi Administratif**

Pasal 40

- (1) Pelanggaran terhadap ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 34 ayat (2), Pasal 35 ayat (2), Pasal 36 ayat (2), Pasal 37 ayat (2), Pasal 38 ayat (2), dan/atau Pasal 39 ayat (2) dikenakan sanksi administratif berupa:
 - a. peringatan tertulis;
 - b. larangan untuk memasarkan Produk Asuransi Kesehatan; dan/atau

- c. penurunan tingkat kesehatan.
- (2) Dalam hal terjadi pelanggaran ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan pelanggaran telah diperbaiki, Otoritas Jasa Keuangan memberikan sanksi peringatan tertulis yang berakhir dengan sendirinya.
- (3) Dalam hal pelanggaran atas ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dan huruf b telah dipenuhi, Otoritas Jasa Keuangan mencabut sanksi administratif.

Pasal 41

Terhadap pelanggaran ketentuan sanksi administratif sebagaimana dimaksud dalam Pasal 40 ayat (1), Otoritas Jasa Keuangan dapat melakukan penilaian kembali terhadap pihak utama Perusahaan sesuai dengan Peraturan Otoritas Jasa Keuangan mengenai penilaian kembali bagi pihak utama lembaga jasa keuangan.

BAB VII KOORDINASI ANTAR PENYELENGGARA JAMINAN

Bagian Kesatu Umum

Pasal 42

- (1) Perusahaan wajib memprioritaskan terlaksananya KAPJ.
- (2) KAPJ sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan melalui mekanisme pengaturan manfaat dan pembagian pembayaran klaim antara Perusahaan dengan BPJS Kesehatan dan penyelenggara jaminan lain untuk memastikan efisiensi pembiayaan layanan kesehatan.

Pasal 43

- (1) Produk Asuransi Kesehatan wajib memuat fitur yang memungkinkan terselenggaranya KAPJ sebagaimana dimaksud pada dalam Pasal 42 ayat (1).
- (2) KAPJ sebagaimana dimaksud pada ayat (1) antara Perusahaan dengan BPJS Kesehatan dan penyelenggara jaminan lain diselenggarakan dengan menerapkan prinsip kehati-hatian dan manajemen risiko yang memadai, serta sesuai dengan ketentuan terkait.

Pasal 44

Perusahaan wajib:

- a. mengembangkan kebijakan dan prosedur internal untuk pelaksanaan KAPJ; dan
- b. memastikan seluruh pelaksanaan KAPJ sebagaimana dimaksud dalam huruf a dilakukan sesuai dengan kebijakan dan prosedur internal Perusahaan.

**Bagian Kedua
Sanksi Administratif**

Pasal 45

- (1) Pelanggaran terhadap ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 42 ayat (1), Pasal 43 ayat (1), dan/atau Pasal 44 dikenakan sanksi administratif berupa:
 - a. peringatan tertulis;
 - b. larangan untuk memasarkan Produk Asuransi Kesehatan; dan/atau
 - c. penurunan tingkat kesehatan.
- (2) Dalam hal terjadi pelanggaran ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dan pelanggaran telah diperbaiki, Otoritas Jasa Keuangan memberikan sanksi peringatan tertulis yang berakhir dengan sendirinya.
- (3) Dalam hal pelanggaran atas ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dan huruf b telah dipenuhi, Otoritas Jasa Keuangan mencabut sanksi administratif.

Pasal 46

Terhadap pelanggaran ketentuan sanksi administratif sebagaimana dimaksud dalam Pasal 45 ayat (1), Otoritas Jasa Keuangan dapat melakukan penilaian kembali terhadap pihak utama Perusahaan sesuai dengan Peraturan Otoritas Jasa Keuangan mengenai penilaian kembali bagi pihak utama lembaga jasa keuangan.

**BAB VIII
PELINDUNGAN KONSUMEN**

Pasal 47

Perusahaan menerapkan prinsip pelindungan konsumen dan masyarakat sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan mengenai pelindungan konsumen dan masyarakat di sektor jasa keuangan.

**BAB IX
PERAN PERUSAHAAN ASURANSI DALAM EDUKASI DAN
PROMOSI KESEHATAN**

Pasal 48

Perusahaan harus:

- a. memiliki program untuk mendorong Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta menerapkan pola hidup sehat; dan
- b. melakukan edukasi kesehatan secara aktif untuk meningkatkan kesadaran (*awareness*) masyarakat untuk menjaga kesehatan.

BAB X
KETENTUAN LAIN-LAIN

Pasal 49

- (1) Otoritas Jasa Keuangan berdasarkan pertimbangan tertentu dapat memberikan persetujuan atau kebijakan yang berbeda dengan Peraturan Otoritas Jasa Keuangan ini.
- (2) Ketentuan dalam Peraturan Otoritas Jasa Keuangan ini dikecualikan untuk program jaminan kesehatan nasional.

BAB XI
KETENTUAN PERALIHAN

Pasal 50

Pada saat Peraturan Otoritas Jasa Keuangan ini mulai berlaku:

- a. Perusahaan wajib menyesuaikan Produk Asuransi Kesehatan yang telah mendapatkan persetujuan Otoritas Jasa Keuangan atau dilaporkan kepada Otoritas Jasa Keuangan sebelum Peraturan Otoritas Jasa Keuangan ini berlaku dengan ketentuan dalam Peraturan Otoritas Jasa Keuangan ini paling lambat 1 (satu) tahun sejak Peraturan Otoritas Jasa Keuangan ini diundangkan;
- b. Perusahaan yang telah menyelenggarakan lini usaha asuransi kesehatan sebelum Peraturan Otoritas Jasa Keuangan ini berlaku, wajib memperoleh persetujuan Otoritas Jasa Keuangan paling lambat 1 (satu) tahun sejak Peraturan Otoritas Jasa Keuangan ini diundangkan.

BAB XII
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 51

Pada saat Peraturan Otoritas Jasa Keuangan ini mulai berlaku, ketentuan Otoritas Jasa Keuangan mengenai penyelenggaraan produk asuransi kesehatan, dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 52

Peraturan Otoritas Jasa Keuangan ini mulai berlaku 3 (tiga) bulan sejak tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Otoritas Jasa Keuangan ini dengan penempatannya dalam Lembaran Negara Republik Indonesia.



Ditetapkan di Jakarta
pada tanggal 17 Desember 2025

KETUA DEWAN KOMISIONER
OTORITAS JASA KEUANGAN
REPUBLIK INDONESIA,

MAHENDRA SIREGAR

Diundangkan di Jakarta
pada tanggal

MENTERI HUKUM REPUBLIK INDONESIA,

SUPRATMAN ANDI AGTAS

LEMBARAN NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2025 NOMOR



**PENJELASAN
ATAS
PERATURAN OTORITAS JASA KEUANGAN
REPUBLIK INDONESIA
NOMOR 36 TAHUN 2025
TENTANG
PENGUATAN EKOSISTEM ASURANSI KESEHATAN**

I. UMUM

Dalam rangka penguatan ekosistem asuransi kesehatan nasional, Otoritas Jasa Keuangan menerbitkan Peraturan Otoritas Jasa Keuangan tentang Penguatan Ekosistem Asuransi Kesehatan. Peraturan Otoritas Jasa Keuangan ini diterbitkan guna memperkuat tata kelola dan manajemen risiko, serta mendorong praktik asuransi kesehatan yang lebih rasional dan berkelanjutan. Regulasi ini juga diharapkan mampu memperkuat sinergi antar seluruh pemangku kepentingan dalam ekosistem asuransi kesehatan, termasuk Perusahaan, penyedia layanan kesehatan, serta Pemegang Polis, Tertanggung atau Peserta agar tercipta sistem yang efektif, efisien, dan berorientasi pada pelindungan konsumen.

Penguatan prinsip kehati-hatian dan manajemen risiko oleh Perusahaan juga merupakan bagian penting dari upaya memperkuat tata kelola dan ketahanan industri asuransi kesehatan nasional. Hal ini penting dalam mendorong efisiensi operasional, meningkatkan kualitas layanan, serta menjamin keberlangsungan manfaat jangka panjang bagi Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta asuransi kesehatan. Penguatan tersebut perlu diiringi dengan pembentukan regulasi yang sesuai dengan perkembangan kebutuhan dan risiko yang dihadapi sektor asuransi kesehatan. Pembentukan regulasi dimaksud merupakan salah satu upaya untuk membenahi ekosistem asuransi kesehatan. Pada akhirnya, penerbitan Peraturan Otoritas Jasa Keuangan ini menjadi langkah strategis untuk memastikan industri asuransi kesehatan nasional tetap stabil, sehat, dan mampu mendukung keberlanjutan sistem pembiayaan kesehatan di Indonesia.

Secara umum, Peraturan Otoritas Jasa Keuangan ini mengatur mengenai mekanisme penyelenggaraan lini usaha asuransi kesehatan dan Produk Asuransi Kesehatan, pengelolaan manajemen risiko dalam menyelenggarakan lini usaha asuransi kesehatan, mekanisme Telaah Utilisasi, peran para pihak dalam penguatan ekosistem asuransi kesehatan, cakupan KAPJ, dan peran Perusahaan dalam hal edukasi dan promosi kesehatan.

II. PASAL DEMI PASAL

Pasal 1
Cukup jelas.

Pasal 2

Cukup jelas.

Pasal 3

Huruf a

Cukup jelas.

Huruf b

Asosiasi Fasilitas Pelayanan Kesehatan antara lain Perhimpunan Rumah Sakit Seluruh Indonesia dan Asosiasi Rumah Sakit Swasta Indonesia.

Huruf c

Penyelenggara jaminan lain antara lain BPJS Ketenagakerjaan, PT Taspen (Persero), PT Asabri (Persero), dan PT Jasa Raharja (Persero).

Huruf d

Asosiasi profesi di bidang kesehatan antara lain Ikatan Dokter Indonesia, Perhimpunan Dokter Pembiayaan Jaminan Sosial dan Perasuransi Indonesia, dan Perkumpulan Ahli Manajemen Jaminan dan Asuransi Kesehatan Indonesia.

Huruf e

Instansi lain antara lain Kementerian Keuangan.

Pasal 4

Cukup jelas.

Pasal 5

Ayat (1)

Cukup jelas.

Ayat (2)

Yang dimaksud dengan “persetujuan Otoritas Jasa Keuangan” adalah dalam rangka penyelenggaraan Produk Asuransi Kesehatan pertama kali. Penilaian yang dilakukan oleh Otoritas Jasa Keuangan mencakup antara lain pemenuhan kapabilitas medis, kapabilitas digital, dan kapabilitas DPM.

Pasal 6

Ayat (1)

Huruf a

Telaah Utilisasi dikenal dengan istilah *utilization review*.

Huruf b

Cukup jelas.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Ayat (3)

Cukup jelas.

Pasal 7

Ayat (1)

Huruf a

Cukup jelas.

Huruf b

Cukup jelas.

Huruf c

Cukup jelas.

Huruf d

Cukup jelas.

Huruf e

Fraud di bidang asuransi kesehatan antara lain klaim asuransi fiktif.

Huruf f

Cukup jelas.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Ayat (3)

Cukup jelas.

Ayat (4)

Cukup jelas.

Pasal 8

Ayat (1)

Cukup jelas.

Ayat (2)

Yang dimaksud dengan “pihak lain” adalah pihak yang memiliki kapabilitas untuk menyediakan DPM.

Ayat (3)

Cukup jelas.

Pasal 9

Cukup jelas.

Pasal 10

Cukup jelas.

Pasal 11

Cukup jelas.

Pasal 12

Tidak termasuk ke dalam lingkup asuransi kesehatan yaitu produk asuransi dengan manfaat tambahan kesehatan misalnya produk asuransi perjalanan dan produk asuransi kendaraan bermotor yang memiliki manfaat tambahan kesehatan atau kecelakaan diri.

Pasal 13

Ayat (1)

Huruf a

Produk Asuransi Kesehatan dengan prinsip ganti rugi dikenal dengan istilah *indemnity*.

Yang dimaksud “Produk Asuransi Kesehatan dengan prinsip ganti rugi” adalah penggantian biaya perawatan medis dengan maksimum penggantian yang ditagihkan oleh Fasilitas Pelayanan Kesehatan dan dibayarkan oleh Perusahaan sesuai dengan plafon yang telah ditetapkan dalam Polis Asuransi.

Huruf b

Produk Asuransi Kesehatan dengan skema pelayanan kesehatan yang terkelola dikenal dengan istilah *managed care*.

Yang dimaksud dengan “Produk Asuransi Kesehatan dengan skema pelayanan kesehatan yang terkelola” adalah pelayanan kesehatan dengan rujukan berjenjang dan terstruktur sesuai dengan kebutuhan medis yang

dimulai dari Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan dasar/umum, hingga Fasilitas Pelayanan Kesehatan yang memberikan pelayanan kesehatan spesialis dan subspesialis.

Ayat (2)

Huruf a

Produk Asuransi Kesehatan dengan batasan maksimum biaya per manfaat dikenal dengan istilah *inner limit*.

Yang dimaksud dengan “Produk Asuransi Kesehatan dengan batasan maksimum biaya per manfaat” adalah Produk Asuransi Kesehatan yang memberikan tanggungan biaya perawatan dengan batasan manfaat terpisah antar jenis biaya perawatan yang dijamin.

Contoh:

Terdapat biaya operasi sebesar Rp10.000.000,00 (sepuluh juta rupiah), biaya konsultasi dokter umum sebesar Rp250.000,00 (dua ratus lima puluh ribu rupiah), biaya perawatan lainnya sebesar Rp5.000.000,00 (lima juta rupiah). Dalam hal ini, Perusahaan akan memberikan batasan sesuai dengan masing-masing tindakan yang tercantum dalam tabel manfaat Produk Asuransi. Jika biaya dimaksud melebihi ketentuan, maka selisih biaya akan ditanggung oleh Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta.

Huruf b

Produk Asuransi Kesehatan sesuai tagihan dikenal dengan istilah *as charged*.

Yang dimaksud dengan “Produk Asuransi Kesehatan sesuai tagihan” adalah Produk Asuransi Kesehatan yang memberikan penggantian biaya perawatan medis sesuai dengan tagihan dengan batas nilai tahunan (*annual limit*) dan/atau batas nilai seumur hidup (*life limit*).

Pada umumnya Produk Asuransi Kesehatan sesuai tagihan di Indonesia hanya memiliki batas nilai tahunan (*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 Asuransi 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).

Ayat (3)

Huruf a

Yang dimaksud dengan “promotif” adalah kegiatan yang bersifat promosi kesehatan atau edukasi kesehatan.

Huruf b

Yang dimaksud dengan “preventif” adalah pencegahan terhadap suatu penyakit.

Huruf c

Yang dimaksud dengan “kuratif” adalah pengobatan untuk penyembuhan penyakit.

Huruf d

Yang dimaksud dengan “rehabilitatif” adalah pemulihan.

Huruf e

Yang dimaksud dengan “paliatif” adalah perawatan medis khusus untuk meningkatkan kualitas hidup pasien serta keluarga pasien yang menderita penyakit kronis dan sulit sembuh.

Pasal 14

Ayat (1)

Periode menunggu dikenal dengan istilah *waiting period*.

Yang dimaksud dengan “periode menunggu” adalah jangka waktu tertentu yang harus dilalui oleh Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta sejak mulai berlakunya Polis Asuransi, dimana Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta belum berhak untuk mengajukan klaim atau manfaat asuransi tertentu.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Ayat (3)

Cukup jelas.

Ayat (4)

Cukup jelas.

Ayat (5)

Cukup jelas.

Ayat (6)

Huruf a

Cukup jelas.

Huruf b

Keadaan darurat disebabkan oleh keadaan kahir dikenal dengan istilah *force majeure*.

Yang dimaksud dengan “keadaan darurat disebabkan oleh keadaan kahir” adalah pelayanan kesehatan atas kondisi darurat yang disebabkan oleh peristiwa tak terduga yang terjadi di luar kendali manusia, seperti keadaan darurat akibat bencana alam, serangan teroris, dan lain-lain.

Pasal 15

Cukup jelas.

Pasal 16

Cukup jelas.

Pasal 17

Cukup jelas.

Pasal 18

Cukup jelas.

Pasal 19

Cukup jelas.

Pasal 20

Ayat (1)

Kondisi Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta yang sudah ada sebelum pertanggungan dikenal dengan istilah *pre-existing condition*.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Ayat (3)

Cukup jelas.

Pasal 21

Ayat (1)

Menetapkan Premi atau Kontribusi ulang dikenal dengan istilah *repricing*.

Repricing dapat dilakukan termasuk karena penambahan usia Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta.

Yang dimaksud dengan 1 (satu) tahun adalah 1 (satu) tahun pertanggungan Polis Asuransi.

Ayat (2)

Penjelasan tentang alternatif yang disediakan khusus bagi Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta, adalah penjelasan mengenai opsi alternatif Produk Asuransi Kesehatan atau modifikasi dari Produk Asuransi Kesehatan yang ada dengan tarif Premi atau Kontribusi yang lebih terjangkau dibandingkan dengan tarif Premi atau Kontribusi ulang. Contoh modifikasi dari Produk Asuransi Kesehatan yang ada adalah dengan menambahkan porsi pembagian risiko atau pengurangan manfaat.

Ayat (3)

Contoh:

Perusahaan menjual Produk Asuransi Kesehatan kepada Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta dengan periode pertanggungan mulai 1 April 2025 sampai dengan 31 Maret 2026. Perusahaan berencana melakukan *repricing* pada tanggal 31 Desember 2025 maka Perusahaan wajib menyampaikan pemberitahuan tertulis kepada Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta paling lambat 1 Desember 2025.

Pasal 22

Cukup jelas.

Pasal 23

Contoh:

Dalam Produk Asuransi Kesehatan yang telah mendapatkan persetujuan Otoritas Jasa Keuangan, Perusahaan menetapkan asumsi margin keuntungan sebesar 8% (delapan persen). Dalam periode pertanggungan yang berjalan, Produk Asuransi Kesehatan ini menghasilkan margin keuntungan yang sangat kecil di bawah asumsi margin awal atau cenderung menghasilkan kerugian. Atas kondisi tersebut, Perusahaan hanya boleh melakukan penetapan Premi atau Kontribusi ulang (*repricing*) pada saat perpanjangan Polis Asuransi, yang menghasilkan margin keuntungan paling tinggi

sebesar 8% (delapan persen) sesuai asumsi margin keuntungan awal.

Pasal 24

Ayat (1)

Pembagian risiko dikenal dengan istilah *risk sharing*.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Ayat (3)

Huruf (a)

Cukup jelas.

Huruf (b)

Pengenaan jumlah tertentu (*deductible*) diberlakukan secara tahunan dan nilai *deductible* dapat diterapkan berbeda untuk rawat jalan dan rawat inap.

Ilustrasi penerapan pembagian risiko dan *deductible*:

Produk 1: tidak ada pembagian risiko

Produk 2: pembagian risiko sebesar 5% (lima persen) per pengajuan klaim

Produk 3: pembagian risiko sebesar 5% (lima persen) per pengajuan klaim dan *deductible* tahunan sebesar Rp5.000.000,00 (lima juta rupiah)

Produk 4: *deductible* tahunan sebesar Rp5.000.000,00 (lima juta rupiah)

Seorang Pemegang Polis mengajukan klaim sebanyak 4 (empat) kali di tahun yang sama.

Klaim	Penanggung	Dalam Ribuan Rupiah			
		Produk 1	Produk 2	Produk 3	Produk 4
Rawat Inap	Perusahaan	10.000	9.500	9.500	5.000
	Pemegang Polis	0	500	500	5.000
Rawat Inap	Perusahaan	50.000	47.500	47.500	50.000
	Pemegang Polis	0	2.500	2.500	0
Rawat Inap	Perusahaan	100.000	97.000	98.000	100.000
	Pemegang Polis	0	3.000*	2.000**	0
Rawat Jalan	Perusahaan	5.000	4.750	5.000	5.000
	Pemegang Polis	0	250	0	0

Keterangan:

*3.000 karena maksimal *risk sharing* bagi Pemegang Polis untuk rawat inap adalah Rp3.000.000,00 (tiga juta rupiah).

**2.000 karena maksimal *deductible* tahunan adalah Rp5.000.000,00 (lima juta rupiah) dan sebelum klaim ini Pemegang Polis telah membayar total sebesar Rp3.000.000,00 (tiga juta rupiah). Jadi untuk klaim ini, Pemegang Polis maksimal membayar Rp2.000.000,00 (dua juta rupiah).

Ayat (4)

Lihat penjelasan Pasal 14 ayat (6) huruf b.

Ayat (5)

Perbandingan harga Premi atau Kontribusi untuk produk yang menerapkan fitur pembagian risiko dan tanpa fitur pembagian risiko dapat diterapkan dengan menyajikan perbandingan

harga Premi atau Kontribusi pada Produk Asuransi Kesehatan yang berbeda atau dalam fitur Produk Asuransi Kesehatan yang sama.

Pasal 25

Ayat (1)

Cukup jelas.

Ayat (2)

Pertimbangan pelaksanaan pemeriksaan kesehatan untuk calon Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta berupa antara lain *standard operating procedure* yang dimiliki oleh Perusahaan terkait pelaksanaan pemeriksaan kesehatan.

Yang dimaksud dengan “pemeriksaan kesehatan” adalah *medical check up* yang mengacu pada umur dan hasil kuesioner kesehatan yang diisi oleh calon Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta.

Pasal 26

Cukup jelas.

Pasal 27

Cukup jelas.

Pasal 28

Cukup jelas.

Pasal 29

Ayat (1)

Cukup jelas.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Ayat (3)

Huruf a

Yang dimaksud dengan “standar *input* pada Fasilitas Pelayanan Kesehatan” mencakup berbagai aspek yang menjadi dasar operasional dan mutu pelayanan. *Input* ini meliputi sumber daya manusia (tenaga kesehatan), sarana dan prasarana (fasilitas fisik, peralatan medis, obat-obatan), sistem dan prosedur yang mendukung pelayanan, serta data dan informasi yang digunakan dalam pelayanan, seperti rekam medis pasien dan standar terkait lainnya.

Huruf b

Yang dimaksud dengan “standar proses pelayanan kesehatan” adalah serangkaian aturan dan prosedur yang ditetapkan untuk memastikan pelayanan kesehatan diberikan secara berkualitas, efisien, dan efektif, misalnya alur klinis (*clinical pathway*) dan efikasi medis (*medical efficacy*).

Huruf c

Yang dimaksud dengan “standar *output* kualitas kesehatan Tertanggung atau Peserta” merujuk pada tolok ukur atau kriteria yang digunakan untuk mengukur dan mengevaluasi hasil atau dampak dari intervensi kesehatan terhadap Tertanggung atau Peserta yang menerima pelayanan kesehatan.

Pasal 30

Ayat (1)

Dalam hal dokter memiliki sertifikat keahlian asuransi kesehatan, Telaah Utilisasi dapat dilakukan oleh dokter tersebut.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Ayat (3)

Cukup jelas.

Ayat (4)

Huruf a

Yang dimaksud dengan “evaluasi kesesuaian dan kebutuhan atas layanan yang diberikan dengan alur klinis (*clinical pathway*)” adalah proses penilaian kesesuaian layanan medis yang diberikan kepada Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta terhadap standar prosedur klinis yang telah ditetapkan dalam rangka meningkatkan efektivitas dan efisiensi layanan medis.

Huruf b

Yang dimaksud dengan “evaluasi kesesuaian dan kebutuhan efikasi obat” adalah proses penilaian untuk memastikan bahwa obat yang diresepkan kepada Pemegang Polis, Tertanggung, atau Peserta sesuai dengan kebutuhan medis.

Pasal 31

Cukup jelas.

Pasal 32

Cukup jelas.

Pasal 33

Cukup jelas

Pasal 34

Cukup jelas.

Pasal 35

Cukup jelas.

Pasal 36

Cukup jelas.

Pasal 37

Cukup jelas.

Pasal 38

Cukup jelas.

Pasal 39

Cukup jelas.

Pasal 40

Cukup jelas.

Pasal 41

Cukup jelas.

Pasal 42

Ayat (1)

Yang dimaksud dengan “memprioritaskan terlaksananya KAPJ” adalah mengutamakan adanya KAPJ sebagai upaya memastikan manfaat yang optimal bagi Tertanggung atau Peserta, mencegah duplikasi manfaat, mengoptimalkan efisiensi, dan memastikan kepastian serta keadilan dalam pemberian layanan, antara lain adanya perjanjian kerja sama antara Perusahaan dengan BPJS Kesehatan dan/atau Fasilitas Pelayanan Kesehatan.

Ayat (2)

Cukup jelas.

Pasal 43

Ayat (1)

Cukup jelas.

Ayat (2)

Yang dimaksud dengan “ketentuan terkait” antara lain ketentuan mengenai pedoman pelaksanaan pembayaran selisih biaya oleh asuransi kesehatan tambahan melalui KAPJ.

Pasal 44

Cukup jelas.

Pasal 45

Cukup jelas.

Pasal 46

Cukup jelas.

Pasal 47

Cukup jelas.

Pasal 48

Program untuk mendorong penerapan pola hidup sehat antara lain melakukan kegiatan literasi atau pemberian insentif berupa *no claim bonus*.

Pasal 49

Ayat (1)

Pemberian persetujuan atau kebijakan yang berbeda dimaksudkan antara lain untuk:

- a. mendukung kebijakan nasional;
- b. menjaga kepentingan publik;
- c. menjaga pertumbuhan industri; dan/atau
- d. menjaga persaingan usaha yang sehat.

Contoh kondisi yang memerlukan pertimbangan tertentu, antara lain, kejadian luar biasa yang dapat mengakibatkan terjadinya peningkatan kesakitan dan kematian yang besar dan juga berdampak pada ekonomi dan sosial, sehingga membutuhkan perhatian dan penanganan oleh semua pihak terkait serta diatur dalam ketentuan lain atas pertimbangan dalam menghadapi kemungkinan kejadian luar biasa.

Ayat (2)
Cukup jelas.

Pasal 50
Cukup jelas.

Pasal 51
Cukup jelas.

Pasal 52
Cukup jelas.

TAMBAHAN LEMBARAN NEGARA REPUBLIK INDONESIA NOMOR