



MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

NOMOR HK.01.07/MENKES/1366/2024

TENTANG

PEDOMAN PELAKSANAAN SELISIH BIAYA

OLEH ASURANSI KESEHATAN TAMBAHAN MELALUI KOORDINASI ANTAR
PENYELENGGARA JAMINAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang
- : a. bahwa peserta jaminan kesehatan nasional yang menginginkan kelas perawatan yang lebih tinggi daripada haknya dapat meningkatkan kelas perawatan sesuai dengan ketentuan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan;
 - b. bahwa pelaksanaan selisih biaya oleh asuransi kesehatan tambahan dengan mempertimbangkan kesinambungan program Jaminan Kesehatan;
 - c. bahwa untuk memberikan acuan dalam pelaksanaan selisih biaya oleh asuransi kesehatan tambahan melalui koordinasi antar penyelenggara jaminan perlu disusun pedoman mengenai pelaksanaan selisih biaya agar memiliki kepastian hukum dalam implementasinya;
 - d. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a, huruf b, dan huruf c perlu menetapkan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Pelaksanaan Selisih Biaya oleh Asuransi Kesehatan Tambahan melalui Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan;

- Mengingat : 1. Undang-Undang Nomor 40 Tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2004 Nomor 150, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4456);
2. Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2011 Nomor 116, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5256);
3. Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 165) sebagaimana telah beberapa kali diubah terakhir dengan Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 82);
4. Peraturan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan Nomor 4 Tahun 2020 tentang Petunjuk Teknis Penjaminan Pelayanan Kesehatan dengan Asuransi Kesehatan Tambahan dalam Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 1340);
5. Peraturan Otoritas Jasa Keuangan Republik Indonesia Nomor 6/POJK.07/2022 tentang Perlindungan Konsumen dan Masyarakat di Sektor Jasa Keuangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 99);
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 35);

MEMUTUSKAN:

- Menetapkan : KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PEDOMAN PELAKSANAAN SELISIH BIAYA OLEH ASURANSI KESEHATAN TAMBAHAN MELALUI KOORDINASI ANTAR PENYELENGGARA JAMINAN.
- KESATU : Menetapkan Pedoman Pelaksanaan Selisih Biaya oleh Asuransi Kesehatan Tambahan melalui Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan sebagaimana tercantum dalam Lampiran yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari Keputusan Menteri ini.
- KEDUA : Selisih biaya yang dibayarkan oleh asuransi kesehatan tambahan diperuntukan bagi peserta jaminan kesehatan yang menginginkan kelas perawatan rawat inap lebih tinggi diatas haknya.
- KETIGA : Kelas perawatan lebih tinggi diatas haknya sebagaimana dimaksud dalam Diktum KEDUA yaitu hak rawat kelas 1 naik di atas kelas 1.
- KEEMPAT : Pedoman pelaksanaan selisih biaya sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU digunakan sebagai acuan bagi fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut, asuransi kesehatan tambahan, badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan, dan peserta program jaminan kesehatan dalam pembayaran selisih biaya oleh asuransi kesehatan tambahan melalui koordinasi antar penyelenggara jaminan.
- KELIMA : Pembayaran selisih biaya sebagaimana dimaksud dalam Diktum KEDUA dituangkan dalam kesepakatan antara fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut dan asuransi kesehatan tambahan.
- KEENAM : Kesepakatan sebagaimana dimaksud dalam Diktum KELIMA dilaksanakan setelah dilakukan koordinasi antara badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan dan asuransi kesehatan tambahan.

- KETUJUH : Koordinasi sebagaimana dimaksud dalam Diktum KEENAM paling sedikit meliputi:
- koordinasi pengumpulan iuran satu pintu;
 - koordinasi sistem tagihan satu pintu; dan
 - koordinasi selisih biaya pelayanan yang ditanggung oleh badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan dan Asuransi Kesehatan Tambahan.
- KEDELAPAN : Koordinasi sebagaimana dimaksud dalam Diktum KEENAM dituangkan dalam dokumen koordinasi.
- KESEMBILAN : Fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut wajib menginformasikan ketentuan mengenai selisih biaya kepada peserta atau anggota keluarga sebelum peserta menerima pelayanan kesehatan.
- KESEPULUH : Pengawasan terkait pelaksanaan selisih biaya dilakukan oleh Menteri dengan melibatkan Otoritas Jasa Keuangan (OJK) dan Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN).
- KESEBELAS : Keputusan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta

Pada tanggal 10 September 2024

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd.

BUDI G. SADIKIN

Salinan sesuai dengan aslinya

Kepala Biro Hukum
Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,


Indah Febrianti, S.H., M.H.
NIP 197802122003122003

LAMPIRAN

KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

NOMOR HK.01.07/MENKES/1366/2024

TENTANG

PEDOMAN PELAKSANAAN SELISIH BIAYA
OLEH ASURANSI KESEHATAN TAMBAHAN
MELALUI KOORDINASI ANTAR
PENYELENGGARA JAMINAN

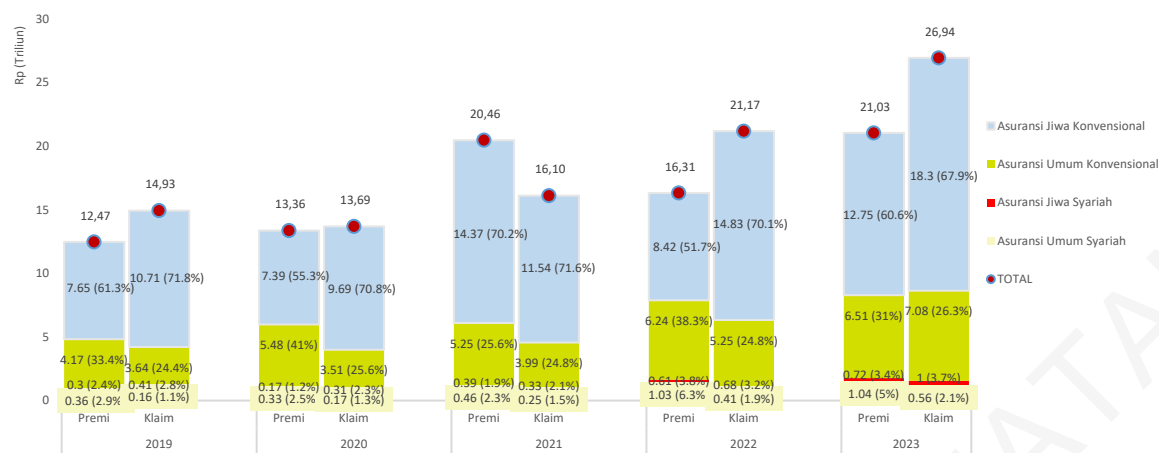
PEDOMAN PELAKSANAAN SELISIH BIAYA OLEH ASURANSI KESEHATAN
TAMBAHAN MELALUI KOORDINASI ANTAR PENYELENGGARA JAMINAN

A. Pendahuluan

Program jaminan kesehatan sebagai bagian dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) dilaksanakan untuk memastikan seluruh masyarakat Indonesia dapat mengakses pelayanan kesehatan sesuai kebutuhan dasar kesehatan tanpa hambatan biaya dan tidak membedakan segmentasi peserta baik yang mampu maupun tidak mampu. Dengan diterapkannya program jaminan kesehatan pada tahun 2014, memberikan ruang kepada peserta yang menginginkan kelas rawat lebih tinggi dari haknya untuk dapat dikenakan selisih biaya antara biaya yang dijamin oleh BPJS Kesehatan dengan biaya yang harus dibayar akibat adanya pelayanan yang diinginkan.

Mekanisme pembayaran selisih biaya dapat dilakukan oleh asuransi kesehatan tambahan yang dimiliki. Berdasarkan data belanja kesehatan di Indonesia tahun 2014 – 2023*, belanja rumah tangga atau *out of pocket* mencapai 175,5T (28,9%) menunjukkan tren peningkatan

Tren Premi dan Klaim Asuransi Kesehatan Swasta, 2019-2023*
Berdasarkan jenis Perusahaan Asuransi



Sumber: Data olahan dari Otoritas Jasa Keuangan

Tren ini menunjukkan kenaikan terjadi dalam 5 (lima) tahun terakhir (kecuali di tahun 2021 karena diasumsikan kondisi tidak normal akibat pandemi Covid-19). Sehingga perlu diatur standar tarif di fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut dan standar tatalaksana penyakit agar asuransi swasta mendapatkan kepastian dalam membuat produk asuransi yang kreatif, inovatif untuk bertumbuh dengan sehat serta menjadi pedoman bagi fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut, BPJS Kesehatan, asuransi kesehatan tambahan dan peserta dalam pelaksanaan selisih biaya oleh asuransi kesehatan melalui koordinasi antar penyelenggara jaminan. Hal ini diharapkan dapat mendukung tujuan transformasi kesehatan melalui optimalisasi peran asuransi kesehatan swasta dalam program jaminan kesehatan.

B. Tujuan

Pedoman ini disusun sebagai acuan dalam pelaksanaan selisih biaya oleh asuransi kesehatan tambahan melalui koordinasi antar penyelenggara jaminan agar peserta mendapatkan perlindungan dari produk asuransi yang dibeli meliputi kebutuhan dasar kesehatan dan kebutuhan lainnya yang mengakomodir kenyamanan pelayanan non medis serta pemanfaatan teknologi di bidang kesehatan antara lain obat-obatan dan prosedur pelayanan.

C. Sasaran

Sasaran dari penetapan mekanisme ini adalah:

1. Fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut dalam memberikan pelayanan dan informasi kepada peserta dalam pelaksanaan selisih biaya oleh asuransi kesehatan tambahan melalui koordinasi antar penyelenggara jaminan.
2. BPJS Kesehatan dalam melaksanakan penjaminan bagi peserta yang menggunakan asuransi kesehatan tambahannya melalui mekanisme koordinasi antar penyelenggara jaminan dalam program jaminan kesehatan.
3. Asuransi Kesehatan Tambahan dalam melaksanakan penjaminan bagi pesertanya yang menggunakan asuransi kesehatan tambahan melalui mekanisme koordinasi antar penyelenggara jaminan dalam program jaminan kesehatan.
4. Peserta dalam menentukan penjaminan kesehatan berdasarkan produk asuransi kesehatan tambahan yang akan dibeli.

D. Ruang Lingkup

Ruang lingkup pengaturan dalam Keputusan Menteri ini mengenai mekanisme koordinasi yang dilakukan oleh fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut dalam rangka kerja sama dengan BPJS Kesehatan dan asuransi kesehatan tambahan dalam pelaksanaan selisih biaya, meliputi penyelenggaraan koordinasi:

1. pengumpulan iuran satu pintu;
2. sistem tagihan satu pintu; dan
3. selisih biaya yang ditanggung oleh BPJS kesehatan dan asuransi kesehatan tambahan.

E. Penyelenggaraan Koordinasi Pengumpulan Iuran Satu Pintu

Fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut dalam melakukan kesepakatan dengan asuransi kesehatan tambahan perlu memastikan adanya koordinasi antara asuransi kesehatan tambahan dengan BPJS Kesehatan terkait pengumpulan iuran satu pintu yaitu:

1. mekanisme keaktifan peserta; dan
2. mekanisme kolektabilitas dan pembayaran iuran BPJS Kesehatan sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

F. Penyelenggaraan Koordinasi Sistem Tagihan Satu Pintu

Fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut dalam melakukan kesepakatan dengan asuransi kesehatan tambahan perlu memastikan adanya koordinasi antara asuransi kesehatan tambahan dengan BPJS Kesehatan terkait sistem tagihan satu pintu yaitu:

1. mekanisme interoperabilitas sistem informasi yang terdapat di asuransi kesehatan tambahan, BPJS Kesehatan, dan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut untuk dapat terintegrasi dengan Sistem Informasi Kesehatan Nasional.
2. mekanisme pertukaran data sesuai dengan ketentuan yang berlaku.

G. Penyelenggaraan Koordinasi Selisih Biaya yang ditanggung oleh BPJS Kesehatan dan asuransi kesehatan tambahan

Fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut dalam melakukan kesepakatan dengan asuransi kesehatan tambahan perlu memastikan adanya koordinasi antara asuransi kesehatan tambahan dengan BPJS Kesehatan terkait selisih biaya yang ditanggung oleh BPJS Kesehatan dan asuransi kesehatan tambahan yaitu:

1. biaya pelayanan yang ditanggung oleh BPJS Kesehatan sebesar 75% dari tarif INACBG sesuai dengan hak kelas perawatan peserta yang diklaimkan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut.
2. selisih biaya pelayanan yang ditanggung oleh asuransi kesehatan tambahan dihitung dari selisih tarif fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut dengan biaya yang ditanggung oleh BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud pada angka 1, paling banyak sebesar 125% dari tarif INACBG sesuai dengan hak kelas perawatan peserta.
3. pelaksanaan koordinasi selisih biaya pelayanan yang ditanggung oleh BPJS Kesehatan dan asuransi kesehatan tambahan diajukan dalam satu tagihan yang tidak terpisah oleh fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut kepada asuransi kesehatan tambahan dan BPJS Kesehatan, serta tidak ada tambahan atau iur biaya yang ditagihkan kepada peserta.

4. Ketentuan koordinasi selisih biaya pelayanan yang ditanggung oleh BPJS Kesehatan dan asuransi kesehatan tambahan bagi peserta yang meningkatkan hak kelas perawatan yang lebih tinggi dari haknya sesuai dengan prosedur yang berlaku pada program jaminan kesehatan.

Contoh:

Peserta Naik kelas dari kelas 1 ke Kelas Perawatan diatas kelas 1 terdiagnosis Jantung dengan Diabetes Mellitus dengan Tindakan PTCA di RS Pemerintah regional 1. Fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut melakukan klaim dengan hasil Group INA CBG Prosedur Kardiovaskular Perkutan (Sedang) dengan tarif INACBG kelas 1 Rp.49.957.000,00.

- 1) Bila tagihan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut melebihi 200% dari tarif INA-CBG

Tarif INA - CBG Kelas 1	Tarif Kelas VIP/ Eksekutif/ Paviliun di RS	Tarif yang Dapat Ditagihkan RS	Penjaminan BPJS Kesehatan	Penjaminan ASURANSI KESEHATAN TAMBAHAN (Maksimal 125% INACBG)
(1)	(2)	(3) = 200% x (1)	(4) = 75% x (1)	(5) = (3)-(4)
Rp. 49.957.000	Rp. 120.000.000	Rp. 99.914.000	Rp. 37.467.750	Rp. 62.446.250

- 2) Bila tagihan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut lebih besar dari tarif INA-CBG tapi tidak mencapai 200% dari tarif INA-CBG

Tarif INA - CBG Kelas 1	Tarif Kelas VIP/ Eksekutif/ Paviliun di RS	Tarif yang Dapat Ditagihkan RS	Penjaminan BPJS Kesehatan	Penjaminan ASURANSI KESEHATAN TAMBAHAN (Maksimal 125% INACBG)
(1)	(2)	(3)	(4) = 75% x (1)	(5) = (3)-(4)
Rp. 49.957.000	Rp. 80.000.000	Rp. 80.000.000	Rp. 37.467.750	Rp. 42.532.250

H. Penutup

Pedoman Pelaksanaan Selisih Biaya oleh Asuransi Kesehatan Tambahan melalui Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan disusun untuk memperjelas pengaturan selisih biaya yang dibayarkan oleh Asuransi Kesehatan Tambahan melalui Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan sesuai ketentuan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam program jaminan kesehatan.

Diharapkan, pedoman ini menjadi acuan bersama untuk mendorong optimalisasi peran Asuransi Kesehatan Tambahan dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional serta mengurangi belanja kesehatan rumah tangga atau *out of pocket* dalam pembiayaan pelayanan kesehatan.

MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA,

ttd.

BUDI G. SADIKIN

Salinan sesuai dengan aslinya

Kepala Biro Hukum
Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,



Indah Febrianti, S.H., M.H.
NIP 197802122003122003