MENTERI KESEHATAN
REPUBLIK INDONESIA

KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR HK.01.07/MENKES/1117/2025
TENTANG
PEDOMAN PELAKSANAAN PEMBAYARAN SELISIH BIAYA
OLEH ASURANSI KESEHATAN TAMBAHAN
MELALUI KOORDINASI ANTAR PENYELENGGARA JAMINAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

Menimbang : a. bahwa dalam upaya memberikan pelindungan finansial kepada peserta jaminan kesehatan yang menginginkan perawatan di atas kelas haknya melalui sistem asuransi kesehatan, perlu diatur mekanisme koordinasi antar penyelenggara jaminan;

b. bahwa dalam rangka optimalisasi pelaksanaan selisih biaya oleh asuransi kesehatan tambahan melalui koordinasi antar penyelenggara jaminan dengan tetap mempertimbangkan kesinambungan program jaminan kesehatan, perlu dilakukan penyesuaian terhadap Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/1366/2024 tentang Pedoman Pelaksanaan Selisih Biaya oleh Asuransi Kesehatan Tambahan melalui Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan;

c. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan huruf b, perlu menetapkan Keputusan Menteri Kesehatan tentang Pedoman Pelaksanaan Pembayaran Selisih Biaya oleh

KEMENTERIAN KESEHATAN

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. Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887);
4. Peraturan Pemerintah Nomor 28 Tahun 2024 tentang Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 135, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6952);
5. 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);
6. Peraturan Presiden Nomor 161 Tahun 2024 tentang Kementerian Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 357);
7. 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);

KEMENTERIAN KESEHATAN

8. 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);
9. 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);
10. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2024 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2024 Nomor 1048);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PEDOMAN PELAKSANAAN PEMBAYARAN SELISIH BIAYA OLEH ASURANSI KESEHATAN TAMBAHAN MELALUI KOORDINASI ANTAR PENYELENGGARA JAMINAN.

KESATU : Menetapkan pedoman pelaksanaan pembayaran 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 : Pedoman pelaksanaan pembayaran selisih biaya oleh asuransi kesehatan tambahan melalui koordinasi antar penyelenggara jaminan sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESATU digunakan sebagai acuan bagi fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut, asuransi kesehatan tambahan, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, dan peserta program jaminan kesehatan dalam pelaksanaan pembayaran selisih biaya oleh asuransi kesehatan tambahan melalui koordinasi antar penyelenggara jaminan.

KETIGA : Selisih biaya yang dibayarkan oleh asuransi kesehatan tambahan diperuntukan bagi peserta jaminan kesehatan yang menginginkan kelas perawatan yang lebih tinggi

KEMENTERIAN KESEHATAN

daripada haknya dalam program jaminan kesehatan.

KEEMPAT : Ketentuan sebagaimana dimaksud dalam Diktum KETIGA tidak berlaku bagi peserta jaminan kesehatan yang mendapatkan bantuan iuran dari pemerintah baik secara penuh maupun sebagian sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

KELIMA : Kelas perawatan yang lebih tinggi daripada haknya sebagaimana dimaksud dalam Diktum KETIGA meliputi akomodasi rawat inap dan hal lain sesuai dengan polis asuransi kesehatan tambahan peserta.

KEENAM : Pembayaran selisih biaya sebagaimana dimaksud dalam Diktum KETIGA dilakukan sesuai kesepakatan antara fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut dan asuransi kesehatan tambahan.

KETUJUH : Kesepakatan sebagaimana dimaksud dalam Diktum KEENAM dilaksanakan setelah adanya koordinasi antara asuransi kesehatan tambahan dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan.

KEDELAPAN : Koordinasi sebagaimana dimaksud dalam Diktum KETUJUH dituangkan dalam bentuk perjanjian kerja sama dengan ruang lingkup paling sedikit meliputi:

a. koordinasi kepesertaan aktif dalam program jaminan kesehatan;
b. koordinasi sistem tagihan satu pintu; dan
c. koordinasi selisih biaya pelayanan kesehatan yang ditanggung oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan dan asuransi kesehatan tambahan.

KESEMBILAN : Koordinasi sebagaimana dimaksud dalam Diktum KEDELAPAN huruf c mengacu pada:

a. skema selisih biaya melalui pelayanan kesehatan secara berjenjang sesuai kebutuhan medis dan kompetensi yang dimulai dari fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama peserta jaminan kesehatan kecuali dalam keadaan kegawatdaruratan medis; dan
b. ketentuan polis asuransi kesehatan tambahan.

KEMENTERIAN KESEHATAN

KESEPULUH : Fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut dan asuransi kesehatan tambahan wajib menginformasikan ketentuan mengenai selisih biaya dalam koordinasi antar penyelenggara jaminan kepada peserta program jaminan kesehatan atau keluarga peserta jaminan kesehatan sebelum peserta menerima pelayanan kesehatan.

KESEBELAS : Pemberian informasi sebagaimana dimaksud dalam Diktum KESEPULUH yang disampaikan oleh asuransi kesehatan tambahan, termasuk memuat hal lain yang tertuang dalam polis.

KEDUA BELAS : Pengawasan terkait pelaksanaan selisih biaya melalui koordinasi antar penyelenggara jaminan dilakukan oleh Menteri dengan melibatkan Otoritas Jasa Keuangan dan Dewan Jaminan Sosial Nasional.

KETIGA BELAS : Pengawasan sebagaimana dimaksud dalam Diktum KEDUA BELAS dilaksanakan melalui sistem informasi yang terintegrasi dengan sistem informasi kesehatan nasional.

KEEMPAT BELAS : Dalam hal sistem informasi sebagaimana dimaksud dalam Diktum KETIGA BELAS belum tersedia, pengawasan dapat dilakukan secara manual melalui peninjauan data berdasarkan:

a. laporan rutin yang disampaikan oleh asuransi kesehatan tambahan kepada Otoritas Jasa Keuangan;
b. laporan rutin yang disampaikan oleh fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut kepada Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan; dan
c. laporan rutin yang disampaikan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan kepada Kementerian Kesehatan.

KELIMA BELAS : Fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut, asuransi kesehatan tambahan, dan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan berkewajiban melakukan pencegahan terjadinya *fraud* sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

KEMENTERIAN KESEHATAN

KEENAM BELAS : Pada saat Keputusan Menteri ini mulai berlaku, Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/1366/2024 tentang Pedoman Pelaksanaan Selisih Biaya oleh Asuransi Kesehatan Tambahan melalui Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

KETUJUH BELAS : Keputusan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal ditetapkan.

Ditetapkan di Jakarta
Pada tanggal 11 November 2025

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

KEMENTERIAN KESEHATAN

LAMPIRAN
KEPUTUSAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA
NOMOR HK.01.07/MENKES/1117/2025
TENTANG PEDOMAN PELAKSANAAN PEMBAYARAN SELISIH BIAYA OLEH ASURANSI KESEHATAN TAMBAHAN MELALUI KOORDINASI ANTAR PENYELENGGARA JAMINAN

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

I. Pendahuluan

A. Latar belakang

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. Penerapan program jaminan kesehatan pada Tahun 2014, memberikan ruang kepada peserta yang menginginkan kelas perawatan yang lebih tinggi dari pada haknya, untuk dapat meningkatkan haknya dengan mengikuti asuransi kesehatan tambahan, atau membayar sendiri selisih antara biaya yang dijamin oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan dengan biaya yang harus dibayar akibat peningkatan kelas perawatan.

Berdasarkan data belanja kesehatan di Indonesia Tahun 2014 – 2023, implementasi penjaminan kesehatan melalui asuransi kesehatan tambahan termasuk asuransi kesehatan swasta berdasarkan data belanja kesehatan menunjukkan bahwa total klaim asuransi kesehatan swasta lebih besar dibanding dari total premi. Pada Tahun 2023 total klaim mencapai Rp26,94 Triliun dan ini lebih besar dibanding total premi yaitu Rp21,03 Triliun. Tren ini menunjukkan kenaikan terjadi dalam 5 (lima) tahun terakhir (kecuali

KEMENTERIAN KESEHATAN

di Tahun 2021 karena diasumsikan kondisi tidak normal akibat pandemi Covid-19).

Pengalihan belanja rumah tangga atau *out of pocket* menunjukkan tren peningkatan (mencapai Rp175,5 Triliun di Tahun 2023 (28,9%). Salah satu strategi untuk mengendalikan belanja rumah tangga dilakukan melalui pengalihan ke sistem asuransi dengan mekanime koordinasi antar penyelenggara jaminan antara BPJS Kesehatan dengan asuransi kesehatan tambahan peserta mendapatkan perlindungan dari produk asuransi yang dibeli meliputi kebutuhan dasar kesehatan dan kebutuhan lainnya yang mengakomodasi kenyamanan pelayanan nonmedis serta pemanfaatan teknologi di bidang kesehatan antara lain obat-obatan dan prosedur pelayanan.

Peran asuransi kesehatan swasta sebagai asuransi kesehatan tambahan sangat penting sebagai mitra yang bisa saling melengkapi dalam ekosistem program jaminan kesehatan baik dari aspek kepesertaan, tarif, manfaat, dan tata kelola untuk menciptakan sistem pembiayaan kesehatan yang lebih adil. Pada Tahun 2024 telah ditetapkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/Menkes/1366/2024 tentang Pedoman Pelaksanaan Selisih Biaya oleh Asuransi Kesehatan Tambahan melalui Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan yang menjadi pedoman bagi fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut, BPJS Kesehatan, asuransi kesehatan tambahan dan peserta dalam pelaksanaan selisih biaya oleh asuransi kesehatan melalui koordinasi antar penyelenggara jaminan (KAPJ). Regulasi ini juga menjadi acuan bagi asuransi swasta dalam membuat produk asuransi yang kreatif dan inovatif serta mampu bertumbuh dengan baik.

Dalam implementasinya masih perlu dilakukan optimalisasi pelaksanaan pembayaran selisih biaya oleh asuransi kesehatan tambahan melalui KAPJ dengan tetap mempertimbangkan kesinambungan program jaminan kesehatan dan keberlanjutan bisnis asuransi kesehatan tambahan seperti kepatuhan dalam kepemilikan jaminan kesehatan untuk memenuhi kebutuhan dasar kesehatan, keterjangkauan premi asuransi kesehatan swasta, kelayakan manfaat, hingga keberlanjutan bisnis asuransi kesehatan swasta.

KEMENTERIAN KESEHATAN

Berdasarkan hal tersebut, perlu dilakukan penyesuaian regulasi sebagai upaya perbaikan kebijakan guna mendukung tujuan transformasi kesehatan melalui optimalisasi peran asuransi kesehatan tambahan dalam ekosistem program jaminan kesehatan nasional.

B. Sasaran

Sasaran dari penetapan mekanisme KAPJ ini adalah:

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

C. Tujuan

Pedoman ini disusun sebagai acuan bagi fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut, asuransi kesehatan tambahan, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, dan peserta program jaminan kesehatan dalam pelaksanaan pembayaran selisih biaya oleh asuransi kesehatan tambahan melalui koordinasi antar penyelenggara jaminan.

II. Ruang Lingkup KAPJ

A. Koordinasi kepesertaan aktif dalam program jaminan kesehatan;

1. Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjut:
   a. memastikan peserta jaminan kesehatan yang memiliki polis asuransi kesehatan tambahan dan akan memanfaatkan pelayanan kesehatan dengan mekanisme selisih biaya oleh asuransi kesehatan tambahan melalui KAPJ merupakan peserta aktif jaminan kesehatan; dan

KEMENTERIAN KESEHATAN

b. memberikan informasi kepada peserta atau anggota keluarga peserta mengenai ketentuan selisih biaya oleh asuransi kesehatan tambahan melalui KAPJ sebelum peserta menerima pelayanan kesehatan.

2. BPJS Kesehatan:
   a. melakukan sosialisasi pelaksanaan pembayaran selisih biaya oleh asuransi kesehatan tambahan melalui KAPJ kepada peserta jaminan kesehatan atau anggota keluarganya; dan
   b. melakukan aktivasi atau reaktivasi peserta.
3. Asuransi Kesehatan Tambahan:
   a. memastikan nasabah asuransi kesehatan tambahan sebagai peserta aktif jaminan kesehatan; dan
   b. memberikan informasi kepada peserta jaminan kesehatan atau anggota keluarganya mengenai ketentuan pembayaran selisih biaya oleh asuransi kesehatan tambahan melalui KAPJ sebelum peserta menerima pelayanan kesehatan termasuk hal - hal lain yang tertuang dalam polis.

B. Koordinasi sistem tagihan satu pintu
1. Fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut melakukan integrasi sistem informasi dengan sistem yang dimiliki oleh asuransi kesehatan tambahan dan BPJS Kesehatan serta terintegrasi dengan sistem informasi kesehatan nasional.
2. Integrasi sistem informasi sebagaimana dimaksud pada angka 1 dilakukan setelah terlaksananya sistem integrasi antar penyelenggara jaminan dengan ketentuan:
   a. pertukaran data antara BPJS Kesehatan dan asuransi kesehatan tambahan dilakukan berdasarkan asas keterpaduan, kerahasiaan, keamanan, dan kemanfaatan data;
   b. data yang dipertukarkan merupakan data yang digunakan untuk kepentingan verifikasi kepesertaan, koordinasi selisih biaya, dan pembayaran klaim;
   c. BPJS Kesehatan memberikan akses data kepada asuransi kesehatan tambahan berupa data kepesertaan, jumlah besaran klaim yang dibayarkan oleh BPJS Kesehatan, status keaktifan, dan informasi lain yang relevan dengan

KEMENTERIAN KESEHATAN

pelaksanaan selisih biaya; dan

d. Asuransi kesehatan tambahan memberikan akses data kepada BPJS Kesehatan berupa data nasabah asuransi kesehatan tambahan yang menggunakan mekanisme pembayaran selisih biaya melalui KAPJ.

3. Dalam hal integrasi sistem informasi sebagaimana dimaksud pada angka 2 belum berjalan, maka integrasi sistem informasi dilakukan oleh fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut, asuransi kesehatan tambahan dan BPJS Kesehatan sesuai dengan kesepakatan.

C. Koordinasi selisih biaya pelayanan kesehatan yang ditanggung oleh BPJS Kesehatan dan asuransi kesehatan tambahan.

Koordinasi selisih biaya melalui koordinasi antar penyelenggara jaminan meliputi:

1. Koordinasi selisih biaya untuk peserta koordinasi antar penyelenggara jaminan yang dirujuk oleh fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama.

   a. Terdapat surat rujukan dari fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama atau untuk kondisi gawat darurat sesuai ketentuan yang berlaku;

   b. Fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut dapat menagihkan biaya pelayanan kesehatan sesuai tarif yang berlaku dalam fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut yang dihitung paling banyak sebesar 250% (dua ratus lima puluh persen) dari tarif yang berlaku dalam program jaminan kesehatan sesuai dengan hak kelas perawatan;

   c. BPJS Kesehatan menanggung tagihan biaya pelayanan kesehatan sebesar 75% (tujuh puluh lima persen) dari tarif yang berlaku dalam program jaminan kesehatan sesuai dengan hak kelas perawatan yang diklaimkan oleh fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut;

   d. Asuransi kesehatan tambahan menanggung selisih biaya pelayanan kesehatan dari total tagihan yang diklaimkan fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut;

   e. Selisih biaya sebagaimana dimaksud pada huruf d dihitung berdasarkan tarif fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut sebagaimana dimaksud pada huruf b setelah

KEMENTERIAN KESEHATAN

dikurangi biaya yang dibayar oleh BPJS Kesehatan sebagaimana dimaksud pada huruf c.

f. Besaran selisih biaya sebagaimana dimaksud pada huruf e, dibayarkan oleh asuransi kesehatan tambahan paling banyak sebesar 175% (seratus tujuh puluh lima persen) dari tarif yang berlaku dalam program jaminan kesehatan sesuai hak kelas perawatan dan ketentuan dalam polis asuransi kesehatan tambahan.

2. Ketentuan Polis Asuransi Kesehatan Tambahan

   Dalam hal peserta jaminan kesehatan menerima pelayanan kesehatan di luar ketentuan angka 1, tagihan biaya pelayanan kesehatan dikenakan sesuai dengan ketentuan polis peserta jaminan kesehatan paling banyak sebesar 250% (dua ratus lima puluh persen) dari tarif yang berlaku dalam program jaminan kesehatan.

3. Hal-hal lain di luar ketentuan angka 1 dan angka 2, diatur lebih lanjut berdasarkan kesepakatan antara fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut dan asuransi kesehatan tambahan.

III. Contoh pelaksanaan selisih biaya pelayanan kesehatan yang ditanggung oleh BPJS Kesehatan dan asuransi kesehatan tambahan.

A. Contoh kasus I (satu)

   Peserta naik satu tingkat dari hak kelas perawatan peserta, terdiagnosis penyakit jantung dengan diabetes mellitus, memerlukan tindakan *Percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty* (PTCA) dengan tarif pada program jaminan kesehatan, misalnya ditetapkan pada rumah sakit pemerintah regional 1 sebesar Rp49.957.000,00 dengan ketentuan sebagai berikut:

   1. Fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut dapat melakukan penagihan sesuai dengan biaya fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut dengan tagihan paling banyak sebesar 250% (dua ratus lima puluh persen) dari tarif yang berlaku dalam program jaminan kesehatan.
   2. BPJS Kesehatan membayar tagihan sebesar 75% (tujuh puluh lima persen) dari tarif yang berlaku dalam program jaminan kesehatan (75% x Rp49.957.000,00).

KEMENTERIAN KESEHATAN

3. Asuransi kesehatan tambahan membayar selisih biaya tagihan paling banyak sebesar selisih dari biaya fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut setelah dikurangi pembayaran oleh BPJS Kesehatan (paling banyak sebesar 175% dari tarif yang berlaku dalam Program JKN).

Tabel 1. Simulasi Kasus I

Tarif JKN	Tagihan maksimal yang dapat ditagihkan RS*	Penjaminan BPJS Kesehatan	Penjaminan Asuransi Kesehatan Tambahan (Maksimal 175% dari tarif JKN*)
(1)	(2)= 250%x (1)	(3) = 75% x (1)	(4) = (2) - (3)
49.957.000	124.892.500	37.467.750	87.424.750

** sesuai ketentuan polis*

B. Contoh Kasus II (Dua)

Peserta naik satu tingkat dari hak kelas perawatan peserta, terdiagnosis *infark myocard acute*, memerlukan tindakan *infark myocard acute* dengan *trombolitik injection* dengan ditetapkan pada rumah sakit swasta regional 1 sebesar Rp6.013.500,00 dengan *top up streptokinase* sebesar Rp4.850.700,00 sehingga total tarif pada program jaminan kesehatan sebesar Rp10.864.200,00 dengan ketentuan sebagai berikut:

a. Fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut dapat melakukan penagihan sesuai dengan biaya fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut dengan tagihan paling banyak sebesar 250% (dua ratus lima puluh persen) dari tarif yang berlaku dalam program jaminan kesehatan.
b. BPJS Kesehatan membayar tagihan sebesar 75% (tujuh puluh lima persen) dari tarif yang berlaku dalam program jaminan kesehatan (75% x Rp 10.864.200,00).
c. Asuransi kesehatan tambahan membayar selisih biaya tagihan paling banyak sebesar selisih dari biaya fasilitas pelayanan

KEMENTERIAN KESEHATAN

kesehatan tingkat lanjut setelah dikurangi pembayaran oleh BPJS Kesehatan (paling banyak sebesar 175% dari tarif yang berlaku dalam Program JKN).

Tabel 2. Simulasi Kasus II

Tarif JKN dengan *Top Up*	Tarif maksimal yang dapat ditagihkan RS*	Penjaminan BPJS Kesehatan	Penjaminan Asuransi Kesehatan Tambahan (Maksimal 175% tarif yang berlaku dalam Program JKN*)
(1)	(2)= 250%x (1)	(3) = 75% x (1)	(4) = (2) - (3)
10.864.200	27.160.500	8.148.150	19.012.350

**sesuai ketentuan polis*

C. Contoh Kasus III (Tiga)

Peserta naik satu tingkat dari hak kelas perawatan peserta, terdiagnosis *cerebral infarction* dengan prosedur *trombolitic injection* dengan tarif pada program jaminan kesehatan misalnya ditetapkan pada rumah sakit pemerintah regional 1 sebesar Rp9.737.100,00 dengan non paket Alteplase sebesar Rp4.500.545,00 sehingga total tarif JKN sebesar Rp14.237.645,00 dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut dapat melakukan penagihan sesuai dengan biaya fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut dengan tagihan paling banyak sebesar 250% (dua ratus lima puluh persen) dari tarif yang berlaku dalam program jaminan kesehatan.
2. BPJS Kesehatan membayar tagihan sebesar 75% (tujuh puluh lima persen) dari tarif yang berlaku dalam program jaminan kesehatan (75% x Rp14.237.645,00).
3. Asuransi kesehatan tambahan membayar selisih biaya tagihan paling banyak sebesar selisih dari biaya fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut setelah dikurangi pembayaran oleh BPJS Kesehatan (paling banyak sebesar 175% dari tarif yang berlaku dalam Program JKN).

KEMENTERIAN KESEHATAN

Tabel 3. Simulasi Kasus III

Tarif JKN dengan tarif non paket	Tarif maksimal yang dapat ditagihkan RS*	Penjaminan BPJS Kesehatan	Penjaminan Asuransi Kesehatan Tambahan (Maksimal 175% tarif yang berlaku dalam Program JKN*)
(1)	(2)= 250%x (1)	(3) = 75% x (1)	(4) = ((2) - (3)
14.237.645	35.594.112	10.678.233	24.915.879

** sesuai ketentuan polis*

D. Contoh kasus IV

Peserta naik satu tingkat dari hak kelas perawatan peserta, terdiagnosis *abdominal aortic aneurysm*, memerlukan prosedur sistem peredaran darah dan lain-lain (sedang) dengan tarif pada program jaminan kesehatan misalnya ditetapkan pada rumah sakit swasta regional 1 sebesar Rp37.246.500,00 dengan *top up EVAR* (*Endovascular Aneurysm Repair*) sebesar Rp119.325.000,00 sehingga total tarif pada program jaminan kesehatan sebesar Rp156.571.500,00 dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut dapat melakukan penagihan sesuai dengan biaya fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut dengan tagihan paling banyak sebesar 250% (dua ratus lima puluh persen) dari tarif yang berlaku dalam program jaminan kesehatan.
2. BPJS Kesehatan membayar tagihan sebesar 75% (tujuh puluh lima persen) dari tarif yang berlaku dalam program jaminan kesehatan (75% x Rp156.571.500,00).
3. Asuransi kesehatan tambahan membayar selisih biaya tagihan paling banyak sebesar selisih dari biaya fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut setelah dikurangi pembayaran oleh BPJS Kesehatan (paling banyak sebesar 175% dari tarif yang berlaku dalam Program JKN).

Tabel 4. Simulasi Kasus IV

KEMENTERIAN KESEHATAN

Tarif JKN dengan *Top Up*	Tarif maksimal yang dapat ditagihkan RS*	Penjaminan BPJS Kesehatan	Penjaminan Asuransi Kesehatan Tambahan (Maksimal 175% tarif yang berlaku dalam Program JKN*)
(1)	(2)= 250%x (1)	(3) = 75% x (1)	(4) = ((2) - (3)
156.571.500	391.428.750	117.428.625	274.000.125

**Sesuai ketentuan polis*

E. Contoh kasus V (lima)

Peserta naik satu tingkat dari hak kelas perawatan peserta, terdiagnosis kasus *osteoarthritis primer* satu lutut, memerlukan tindakan prosedur pada sendi tungkai bawah dengan tarif dalam program jaminan kesehatan misalnya ditetapkan pada rumah sakit Pemerintah regional 1 sebesar Rp42.178.700,00 dengan *top up knee implant* sebesar Rp13.780.200,00 sehingga total tarif dalam program jaminan kesehatan sebesar Rp55.958.900,00 dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut dapat melakukan penagihan sesuai dengan biaya fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut dengan tagihan paling banyak sebesar 250% (dua ratus lima puluh persen) dari tarif yang berlaku dalam program jaminan kesehatan.
2. BPJS Kesehatan membayar tagihan sebesar 75% (tujuh puluh lima persen) dari tarif yang berlaku dalam program jaminan kesehatan (75% x Rp55.958.900,00).
3. Asuransi kesehatan tambahan membayar selisih biaya tagihan paling banyak sebesar selisih dari biaya fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut setelah dikurangi pembayaran oleh BPJS Kesehatan (paling banyak sebesar 175% dari tarif yang berlaku dalam Program JKN).

KEMENTERIAN KESEHATAN

Tabel 5. Simulasi Kasus V

Tarif JKN dengan *Top Up*	Tarif maksimal yang dapat ditagihkan RS*	Penjaminan BPJS Kesehatan	Penjaminan Asuransi Kesehatan Tambahan (Maksimal 175% tarif yang berlaku dalam Program JKN*)
(1)	(2)= 250%x (1)	(3) = 75% x (1)	(4) = ((2) - (3)
55.958.900	139.897.250	41.969.175	97.928.075

**sesuai ketentuan polis*

F. Contoh kasus VI

Peserta naik satu tingkat dari hak kelas perawatan peserta, terdiagnosis kasus kanker paru dengan tarif dalam program jaminan kesehatan misalnya ditetapkan pada rumah sakit pemerintah regional 1 sebesar Rp8.574.400,00 (tumor paru) dengan non paket pemeriksaan *Epidermal Growth Factor Receptor* (EGFR) sebesar Rp1.620.000,00 sehingga total tarif dalam program jaminan kesehatan sebesar Rp10.194.400,00 dengan ketentuan sebagai berikut:

1. Fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut dapat melakukan penagihan sesuai dengan biaya fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut dengan tagihan paling banyak sebesar 250% (dua ratus lima puluh persen) dari tarif yang berlaku dalam program jaminan kesehatan.
2. BPJS kesehatan membayar tagihan sebesar 75% (tujuh puluh lima persen) dari tarif yang berlaku dalam program jaminan kesehatan (75% x Rp10.194.400,00).
3. Asuransi kesehatan tambahan membayar selisih biaya tagihan paling banyak sebesar selisih dari biaya fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut setelah dikurangi pembayaran oleh BPJS Kesehatan (paling banyak sebesar 175% dari tarif yang berlaku dalam Program JKN).

KEMENTERIAN KESEHATAN

Tabel 6. Simulasi Kasus VI

Tarif JKN dengan Top Up	Tarif maksimal yang dapat ditagihkan RS*	Penjaminan BPJS Kesehatan	Penjaminan Asuransi Kesehatan Tambahan (Maksimal 175% tarif yang berlaku dalam Program JKN*)
(1)	(2)= 250%x (1)	(3) = 75% x (1)	(4) = ((2) - (3)
10.194.400	25.486.000	7.645.800	17.840.200

**sesuai ketentuan polis*

IV. Penutup

Pedoman Pelaksanaan Pembayaran Selisih Biaya oleh Asuransi Kesehatan Tambahan melalui Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan diharapkan menjadi acuan yang jelas bagi fasilitas pelayanan kesehatan tingkat lanjut, asuransi kesehatan tambahan, Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, dan peserta program jaminan kesehatan dalam pelaksanaan pembayaran selisih biaya oleh asuransi kesehatan tambahan melalui koordinasi antar penyelenggara jaminan.

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

KEMENTERIAN KESEHATAN