



BPJS Kesehatan Jelaskan Aturan Main Urun Biaya dan Selisih Biaya JKN-KIS

Jakarta (17/01/2019) – Memasuki tahun kelima, pagar hukum Program Jaminan Kesehatan Nasional-Kartu Indonesia Sehat (JKN-KIS) diperkokoh. Kementerian Kesehatan pun mengundang regulasi soal ketentuan urun biaya dan selisih biaya JKN-KIS, yang ditetapkan untuk menekan potensi penyalahgunaan pelayanan di fasilitas kesehatan.

Kepala Humas BPJS Kesehatan M. Iqbal Anas Ma'ruf menerangkan, dalam Peraturan Kementerian Kesehatan (Permenkes) Nomor 51 Tahun 2018, jenis pelayanan kesehatan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan dalam Program JKN-KIS tersebut ditetapkan oleh Kementerian Kesehatan.

Ketentuan urun biaya tersebut diberlakukan bagi jenis pelayanan kesehatan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan dalam Program JKN-KIS. Adapun penetapan jenis-jenis pelayanan kesehatan dilakukan berdasarkan usulan dari BPJS Kesehatan, organisasi profesi, dan/atau asosiasi fasilitas kesehatan.

“Saat ini urun biaya memang masih belum diberlakukan, karena masih dalam proses pembahasan jenis pelayanan apa saja yang akan dikenakan urun biaya. Tentu usulan itu harus disertai data dan analisis pendukung yang dapat dipertanggungjawabkan. Selanjutnya Kementerian Kesehatan membentuk tim yang terdiri atas pengusul tersebut, serta akademisi dan pihak terkait lainnya, untuk melaksanakan kajian, uji publik, dan membuat rekomendasi,” ucap Iqbal dalam Diskusi Media di BPJS Kesehatan Kantor Pusat, Kamis (17/01).

Iqbal mengatakan, fasilitas kesehatan wajib menginformasikan jenis pelayanan yang dikenai urun biaya dan estimasi besarnya kepada peserta. Ke depan, peserta atau keluarganya harus memberikan persetujuan kesediaan membayar urun biaya sebelum mendapatkan pelayanan. Aturan besaran urun biaya tersebut berbeda antara rawat jalan dengan rawat inap.

“Nantinya untuk rawat jalan, besarnya Rp 20.000 untuk setiap kali kunjungan rawat jalan di RS kelas A dan RS kelas B, Rp 10.000 untuk setiap kali kunjungan rawat jalan di RS kelas C, RS kelas D, dan klinik utama, serta paling tinggi Rp 350.000 untuk paling banyak 20 kali kunjungan dalam waktu 3 bulan. Perlu diperhatikan, nominal ini terbilang kecil daripada total biaya pelayanan yang diperoleh peserta,” jelas Iqbal.

Sedangkan untuk rawat inap, besaran urun biayanya adalah 10% dari biaya pelayanan, dihitung dari total tarif INA CBG's setiap kali melakukan rawat inap, atau paling tinggi Rp 30 juta. Selanjutnya, BPJS Kesehatan akan membayar klaim RS dikurangi besaran urun biaya tersebut. Urun biaya dibayarkan oleh peserta kepada fasilitas kesehatan setelah pelayanan kesehatan diberikan.

“Ketentuan urun biaya ini tidak berlaku bagi peserta JKN-KIS dari segmen Penerima Bantuan Iuran (PBI) dan penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah,” tegas Iqbal.

Pada kesempatan yang sama, Iqbal juga menerangkan soal aturan bagi peserta yang hendak meningkatkan kelas perawatan yang lebih tinggi dari haknya, termasuk rawat jalan eksekutif. Iqbal mengatakan, Permenkes tersebut tidak melarang peningkatan hak kelas rawat di rumah sakit. Meski demikian, ada konsekuensi pembayaran selisih biaya yang harus ditanggung oleh peserta JKN-KIS yang bersangkutan.

“Peningkatan kelas perawatan tersebut hanya dapat dilakukan satu tingkat lebih tinggi dari kelas yang menjadi hak kelas peserta. Pembayaran selisih biayanya dapat dilakukan secara mandiri oleh peserta, pemberi kerja, atau melalui asuransi kesehatan tambahan,” terang Iqbal.

Lebih lanjut ia menjelaskan, untuk peningkatan kelas **rawat inap** dari kelas 3 ke kelas 2, dan dari kelas 2 ke kelas 1, maka peserta harus membayar selisih biaya antara tarif INA CBG's antar kelas. Sementara untuk peningkatan kelas rawat inap dari kelas 1 ke kelas di atasnya, seperti VIP, maka peserta harus membayar selisih biaya paling banyak 75% dari tarif INA CBG's kelas 1. Sedangkan untuk **rawat jalan**, peserta harus membayar biaya paket pelayanan rawat jalan eksekutif paling banyak Rp 400.000 untuk setiap episode rawat jalan.

“Sama halnya dengan aturan tentang urun biaya tadi, fasilitas kesehatan juga harus memberi informasi kepada peserta atau keluarganya tentang biaya pelayanan yang ditanggung BPJS Kesehatan dan berapa selisih biaya yang harus ditanggung peserta. Baik peserta ataupun keluarganya juga harus menyatakan kesediaannya membayar selisih biaya sebelum mendapatkan pelayanan,” kata Iqbal.

Informasi lebih lanjut hubungi:

Humas BPJS Kesehatan

BPJS Kesehatan Kantor Pusat

+62 21 424 6063

humas@bpjs-kesehatan.go.id

Website : www.bpjs-kesehatan.go.id

Twitter : @BPJSKesehatanRI

Instagram : @bpjskesehatan_ri

Facebook : BPJS Kesehatan

Youtube : BPJS Kesehatan

Kompasiana : BPJS Kesehatan

Kaskus : bpjskesehatan

to be disseminated immediately
PRESS RELEASE

BPJS Kesehatan Explain the Main Rules of Cost Sharing and Cost Difference of JKN-KIS

Jakarta (17/01/2019) – Entering its fifth year, the legal foundation of the National Health Insurance - Healthy Indonesia Card (JKN-KIS) Program was strengthened. The Ministry of Health promulgated regulations regarding JKN-KIS cost sharing and cost differences to reduce the potential of services manipulation in health facilities.

Head of Public Relations of BPJS Kesehatan, M. Iqbal Anas Ma'ruf, explained that in the Ministry of Health Regulation (Permenkes) Number 51 of 2018, the types of health services that could be manipulated in the JKN-KIS Program were determined by the Ministry of Health.

Cost-sharing provision is applied to the types of health services that can cause the manipulation of services in the JKN-KIS Program. The determination of the types of health services based on proposals from BPJS Kesehatan, professional organizations, and/or health facilities associations.

"The cost sharing hasn't been implemented now, because it is still in the process of discussing what types of services which will be subjected to cost sharing. Of course, the proposal must be accompanied by data and supporting analysis that can be accounted for. The Ministry of Health has formed a team consisting of the proposers, as well as academics and other related parties to carry out studies, test the public, and make recommendations," Iqbal said in Media Discussion at the BPJS Kesehatan Headquarters on Thursday (01/17).

Iqbal said that health facilities were required to inform the types of services subjected to cost sharing and estimates the amount to the participants. In the future, participants or their families must give their consent to pay fees before getting service. These cost-sharing rules are different between outpatient and inpatient care.

"For outpatient care, the amount is Rp. 20,000 for each outpatient visit in Class A and Class B Hospital. Rp. 10,000 for each outpatient visit in Class C Hospital, Class D Hospital, and the main clinic, and a maximum of Rp. 350,000 for a maximum of 20 visits in 3 months. It should be noted, this nominal is relatively small compared to the total service costs obtained by participants," explained Iqbal.

As for hospitalizations, the cost sharing is 10% of the service fee, calculated from the total tariff of INA CBG's every time it is hospitalized, or a maximum of Rp 30 million. Furthermore, BPJS Kesehatan will pay the hospital claim minus the cost sharing. Disbursement of fees is paid by participants to health facilities after health services are provided.

"This cost-sharing doesn't apply to JKN-KIS participants from the Contribution Beneficiary (PBI) segment and residents registered by the Regional Government," said Iqbal.

On the same occasion, Iqbal also explained the rules for participants who wished to improve care classes which were higher than their rights, including executive outpatient care. Iqbal said that the Minister of Health Regulation did not prohibit the increase of the right to care classes in hospitals. However, there are consequences of paying the difference in costs that must be borne by the JKN-KIS participants concerned.

Increasing the treatment class can only be done one level higher than the class that is the right of the class of participants. "Payment of the difference in costs can be made independently by participants, employers, or through additional health insurance," said Iqbal.

He further explained that for increasing **inpatient** classes from grade 3 to grade 2, and from class 2 to class 1, participants must pay the difference in costs between the INA CBG's rates between classes. While to increase inpatient class from class 1 to upper class, such as VIP, participants must pay a difference in cost of at most 75% of the class 1 INA CBG rate. As for **outpatient care**, participants must pay the most executive outpatient service package fees. IDR 400,000 for each outpatient episode.

"Similar to the rules regarding the costs, health facilities must also provide information to participants or their families about the cost of services borne by the BPJS Kesehatan and how much the cost must be borne by the participants. "Both participants and their families must also state their willingness to pay the difference in costs before getting services," said Iqbal.

For more information, contact:

BPJS Kesehatan Public Relations

BPJS Kesehatan Headquarters

+62 21 424 6063

humas@bpjs-kesehatan.go.id

Website : www.bpjs-kesehatan.go.id

Twitter : @BPJSKesehatanRI

Instagram : @bpjskesehatan_ri

Facebook : BPJS Kesehatan

Youtube : BPJS Kesehatan

Kompasiana : BPJS Kesehatan

Kaskus : bpjskesehatan