



**MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA**

PERATURAN MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA

NOMOR 51 TAHUN 2018

TENTANG

PENGENAAN URUN BIAYA DAN SELISIH BIAYA  
DALAM PROGRAM JAMINAN KESEHATAN

DENGAN RAHMAT TUHAN YANG MAHA ESA

MENTERI KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA,

- Menimbang : a. bahwa untuk meningkatkan kualitas dan kesinambungan program jaminan kesehatan, perlu memberikan acuan dalam pengenaan urun biaya dan selisih biaya sebagai bagian upaya kendali mutu dan kendali biaya serta pencegahan penyalahgunaan pelayanan di fasilitas kesehatan;
- b. bahwa berdasarkan pertimbangan sebagaimana dimaksud dalam huruf a dan untuk melaksanakan ketentuan Pasal 81 ayat (4) Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan, perlu menetapkan Peraturan Menteri Kesehatan tentang Pengenaan Urun Biaya dan Selisih Biaya Dalam Program Jaminan Kesehatan;
- 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);
4. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan pada Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2013 Nomor 1400) sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2018 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 71 Tahun 2013 tentang Pelayanan Kesehatan Pada Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 367);
5. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 28 Tahun 2014 tentang Pedoman Pelaksanaan Program Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2014 Nomor 874);
6. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1601) sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2018 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 442);
7. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 11 Tahun 2016 tentang Penyelenggaraan Pelayanan Rawat Jalan Eksekutif di Rumah Sakit (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 531);

8. Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 76 Tahun 2016 tentang Pedoman *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBG) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2017 Nomor 92);

MEMUTUSKAN:

Menetapkan : PERATURAN MENTERI KESEHATAN TENTANG PENGENAAN URUN BIAYA DAN SELISIH BIAYA DALAM PROGRAM JAMINAN KESEHATAN.

BAB I

KETENTUAN UMUM

Pasal 1

Dalam Peraturan Menteri ini yang dimaksud dengan:

1. Jaminan Kesehatan adalah jaminan berupa perlindungan kesehatan agar peserta memperoleh manfaat pemeliharaan kesehatan dan perlindungan dalam memenuhi kebutuhan dasar kesehatan yang diberikan kepada setiap orang yang telah membayar iuran jaminan kesehatan atau iuran jaminan kesehatannya dibayar oleh pemerintah pusat atau pemerintah daerah.
2. Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan yang selanjutnya disebut BPJS Kesehatan adalah badan hukum yang dibentuk untuk menyelenggarakan program Jaminan Kesehatan.
3. Peserta adalah setiap orang, termasuk orang asing yang bekerja paling singkat 6 (enam) bulan di Indonesia, yang telah membayar iuran.
4. Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan yang selanjutnya disebut PBI Jaminan Kesehatan adalah fakir miskin dan orang tidak mampu sebagai Peserta program Jaminan Kesehatan

5. Fasilitas Kesehatan adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang digunakan untuk menyelenggarakan upaya pelayanan kesehatan perorangan, baik promotif, preventif, kuratif maupun rehabilitatif yang dilakukan oleh pemerintah, pemerintah daerah, dan/atau masyarakat.
6. Urun Biaya adalah tambahan biaya yang dibayar Peserta pada saat memperoleh manfaat pelayanan kesehatan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan.
7. Selisih Biaya adalah tambahan biaya yang dibayar Peserta pada saat memperoleh manfaat pelayanan kesehatan yang lebih tinggi daripada haknya.
8. Tarif *Indonesian-Case Based Groups* yang selanjutnya disebut Tarif INA-CBG adalah besaran pembayaran klaim oleh badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan kepada fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjutan atas paket layanan yang didasarkan kepada pengelompokan diagnosis penyakit dan prosedur.
9. Pemerintah Pusat adalah Presiden Republik Indonesia yang memegang kekuasaan Pemerintahan Negara Republik Indonesia yang dibantu oleh Wakil Presiden dan Menteri sebagaimana dimaksud Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.
10. Menteri adalah menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan bidang kesehatan.

## Pasal 2

Peraturan Menteri ini bertujuan untuk kendali mutu dan kendali biaya serta pencegahan penyalahgunaan pelayanan di Fasilitas Kesehatan dalam program Jaminan Kesehatan.

## BAB II URUN BIAYA

### Bagian Kesatu Umum

#### Pasal 3

- (1) Terhadap jenis pelayanan kesehatan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan dalam program Jaminan Kesehatan dikenakan Urun Biaya.
- (2) Pelayanan kesehatan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan pelayanan yang dipengaruhi selera dan perilaku Peserta.
- (3) Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikecualikan bagi Peserta PBI Jaminan Kesehatan dan penduduk yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah.

### Bagian kedua Mekanisme Penetapan Pelayanan Yang Dapat Menimbulkan Penyalahgunaan Pelayanan

#### Pasal 4

- (1) Jenis pelayanan kesehatan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan dalam program Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (1) ditetapkan oleh Menteri.
- (2) Penetapan jenis pelayanan kesehatan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan dalam program Jaminan Kesehatan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan berdasarkan usulan dari BPJS Kesehatan, organisasi profesi, dan/atau asosiasi fasilitas kesehatan.
- (3) Usulan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) harus disertai data dan analisis pendukung yang dapat dipertanggungjawabkan.

- (4) Untuk penetapan jenis pelayanan kesehatan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) Menteri membentuk tim yang terdiri atas unsur Kementerian Kesehatan, BPJS Kesehatan, organisasi profesi, asosiasi fasilitas kesehatan, akademisi, dan pihak lain yang terkait.
- (5) Berdasarkan usulan sebagaimana dimaksud pada ayat (1), tim bertugas:
  - a. melaksanakan kajian;
  - b. melaksanakan uji publik; dan
  - c. membuat rekomendasi.
- (6) Kajian sebagaimana dimaksud pada ayat (5) huruf a dilakukan dengan mempertimbangkan aspek data pemanfaatan dan penggunaan (*utilisasi*) yang dapat dipertanggungjawabkan, serta pertimbangan prosedur pelayanan.
- (7) Uji publik sebagaimana dimaksud pada ayat (5) huruf b dapat dilakukan melalui sosialisasi, seminar, lokakarya dan/atau diskusi.
- (8) Berdasarkan hasil kajian dan uji publik sebagaimana dimaksud pada ayat (5) huruf a dan huruf b, tim menyusun rekomendasi untuk disampaikan kepada Menteri sebagai dasar penetapan jenis pelayanan kesehatan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan dalam program Jaminan Kesehatan.
- (9) Rekomendasi sebagaimana dimaksud pada ayat (8) harus disampaikan kepada Menteri paling lama 3 (tiga) minggu sejak penugasan.
- (10) Menteri berdasarkan rekomendasi tim dalam jangka waktu paling lama 1 (satu) minggu dapat menetapkan atau menolak seluruh atau sebagian usulan sebagaimana dimaksud pada ayat (2) sejak rekomendasi diterima.
- (11) Dalam hal menteri menolak usulan sebagaimana dimaksud pada ayat (10), maka penolakan harus segera disampaikan kepada pengusul.

#### Pasal 5

- (1) Penetapan jenis pelayanan kesehatan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan dalam program Jaminan Kesehatan harus disosialisasikan kepada masyarakat sebelum diberlakukan.
- (2) Sosialisasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilaksanakan oleh Kementerian Kesehatan, BPJS Kesehatan, asosiasi fasilitas kesehatan, dan/atau organisasi profesi.

#### Bagian Ketiga

#### Pelaksanaan Urun Biaya di Fasilitas Kesehatan

#### Pasal 6

- (1) Fasilitas Kesehatan wajib menginformasikan jenis pelayanan yang dikenai Urun Biaya dan estimasi besaran Urun Biaya kepada Peserta atau keluarga Peserta sebelum dilaksanakan pemberian pelayanan kesehatan.
- (2) Pemberian informasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan:
  - a. secara langsung kepada Peserta atau keluarga Peserta yaitu pada saat pendaftaran; dan
  - b. secara tidak langsung melalui media informasi yang dimiliki oleh Fasilitas Kesehatan.

#### Pasal 7

Peserta atau keluarga Peserta yang telah mendapatkan informasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 6 harus memberikan persetujuan kesediaan membayar Urun Biaya sebelum mendapatkan pelayanan.

#### Pasal 8

Urun Biaya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (1) dibayarkan oleh Peserta kepada Fasilitas Kesehatan setelah pelayanan kesehatan diberikan.

Bagian Keempat  
Besaran Urun Biaya

Pasal 9

- (1) Urun Biaya terhadap jenis pelayanan yang dapat menimbulkan penyalahgunaan pelayanan sebagaimana dimaksud dalam Pasal 3 ayat (1) yaitu sebesar:
  - a. nilai nominal tertentu setiap kali melakukan kunjungan untuk rawat jalan atau nilai nominal maksimal atas biaya pelayanan kesehatan untuk kurun waktu tertentu; dan
  - b. 10% (sepuluh persen) atau paling tinggi dengan nominal tertentu untuk rawat inap dari biaya pelayanan,
- (2) Besaran Urun Biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf a dengan ketentuan:
  - a. sebesar Rp20.000,00 (duapuluh ribu rupiah) untuk setiap kali melakukan kunjungan rawat jalan pada rumah sakit kelas A dan rumah sakit kelas B;
  - b. sebesar Rp 10.000,00 (sepuluh ribu rupiah) untuk setiap kali melakukan kunjungan rawat jalan pada rumah sakit kelas C, rumah sakit kelas D, dan klinik utama ; atau
  - c. paling tinggi sebesar Rp350.000,00 (tiga ratus lima puluh ribu rupiah) untuk paling banyak 20 (dua puluh) kali kunjungan dalam jangka waktu 3 (tiga) bulan.
- (3) Besaran Urun Biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) huruf b dengan ketentuan:
  - a. sebesar 10% (sepuluh persen) dari biaya pelayanan dihitung dari total Tarif INA-CBG setiap kali melakukan rawat inap; atau
  - b. paling tinggi sebesar Rp30.000.000,00 (tiga puluh juta rupiah).
- (4) Dalam hal rawat inap di atas kelas 1, maka Urun Biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (3) huruf a sebesar 10% dihitung dari total Tarif INA-CBG.

- (5) BPJS kesehatan membayarkan besaran klaim pelayanan kepada rumah sakit sebesar biaya pelayanan yang diberikan oleh rumah sakit dikurangi besaran Urun Biaya sebagaimana dimaksud pada ayat (2) dan ayat (3).

### BAB III SELISIH BIAYA

#### Bagian Kesatu Umum

#### Pasal 10

- (1) Peserta dapat meningkatkan kelas perawatan yang lebih tinggi dari haknya termasuk rawat jalan eksekutif.
- (2) Peningkatan kelas perawatan yang lebih tinggi dari haknya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan di rumah sakit.
- (3) Peserta yang ingin meningkatkan kelas perawatan yang lebih tinggi dari haknya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikenakan Selisih Biaya antara biaya yang dijamin oleh BPJS Kesehatan dengan biaya yang harus dibayar akibat peningkatan pelayanan.
- (4) Pembayaran Selisih Biaya dapat dilakukan secara mandiri oleh Peserta, pemberi kerja, atau melalui asuransi kesehatan tambahan.
- (5) Peningkatan kelas perawatan yang lebih tinggi dari haknya sebagaimana dimaksud pada ayat (1) hanya dapat dilakukan satu tingkat lebih tinggi dari kelas yang menjadi hak peserta.
- (6) Pelayanan rawat jalan eksekutif sebagaimana dimaksud pada ayat (1) merupakan pelayanan kesehatan rawat jalan nonreguler di rumah sakit melalui pelayanan dokter spesialis-subspesialis dalam satu fasilitas ruangan terpadu secara khusus tanpa menginap di rumah sakit dengan sarana dan prasarana di atas standar.

- (7) Ketentuan sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dikecualikan bagi:
- a. Peserta PBI Jaminan Kesehatan;
  - b. Peserta yang didaftarkan oleh Pemerintah Daerah sebagaimana dimaksud dalam peraturan perundang-undangan; dan
  - c. Peserta pekerja penerima upah yang mengalami pemutusan hubungan kerja dan anggota keluarganya.

## Bagian Kedua Pembayaran

### Pasal 11

Pembayaran Selisih Biaya dilakukan dengan ketentuan:

- a. untuk peningkatan kelas pelayanan rawat inap dari kelas 3 ke kelas 2, dan dari kelas 2 ke kelas 1, harus membayar Selisih Biaya antara Tarif INA-CBG pada kelas rawat inap lebih tinggi yang dipilih dengan Tarif INA-CBG pada kelas rawat inap yang sesuai dengan hak Peserta;
- b. untuk peningkatan kelas pelayanan rawat inap di atas kelas 1, harus membayar Selisih Biaya paling banyak sebesar 75% (tujuh puluh lima perseratus) dari Tarif INA-CBG Kelas 1.

### Pasal 12

Pembayaran Selisih Biaya pelayanan rawat jalan eksekutif dilakukan dengan ketentuan membayar biaya paket pelayanan rawat jalan eksekutif paling banyak sebesar Rp400.000,00 (empat ratus ribu rupiah) untuk setiap episode rawat jalan.

Bagian Ketiga  
Pelaksanaan Selisih Biaya di Fasilitas Kesehatan

Pasal 13

- (1) Fasilitas Kesehatan wajib menginformasikan ketentuan mengenai Selisih Biaya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10, Pasal 11, dan Pasal 12 kepada Peserta atau keluarga Peserta sebelum Peserta menerima pelayanan kesehatan.
- (2) Pemberian informasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) dilakukan:
  - a. secara langsung pada saat pendaftaran; dan
  - b. secara tidak langsung melalui media informasi yang dimiliki oleh Fasilitas Kesehatan.
- (3) Informasi sebagaimana dimaksud pada ayat (1) paling sedikit berisi penjelasan mengenai biaya pelayanan yang ditanggung oleh BPJS Kesehatan dan besaran Selisih Biaya yang harus ditanggung oleh Peserta.
- (4) Ketentuan mengenai Selisih Biaya dalam pemberian pelayanan rawat jalan eksekutif dilaksanakan sesuai dengan ketentuan peraturan perundang-undangan.

Pasal 14

Peserta atau keluarga Peserta yang telah mendapatkan informasi sebagaimana dimaksud dalam Pasal 13 harus memberikan persetujuan kesediaan membayar Selisih Biaya sebelum mendapatkan pelayanan.

Pasal 15

Selisih Biaya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 10 ayat (3) dibayarkan oleh Peserta kepada Fasilitas Kesehatan setelah mendapatkan pelayanan kesehatan.

#### Pasal 16

Dalam hal Peserta dikenakan Urun biaya dan ingin meningkatkan kelas perawatan yang lebih tinggi dari haknya, maka Peserta harus membayar Urun Biaya ditambah dengan Selisih Biaya akibat peningkatan kelas perawatan kepada rumah sakit.

#### Pasal 17

Ketentuan mengenai pembayaran Selisih Biaya sebagaimana dimaksud dalam Pasal 11 dan Pasal 12 dapat dilakukan evaluasi paling lambat 1 (satu) tahun sejak Peraturan Menteri ini diundangkan.

### BAB IV

#### KETENTUAN PERALIHAN

#### Pasal 18

Peserta yang telah meningkatkan kelas perawatan yang lebih tinggi dari haknya sebelum Peraturan Menteri ini mulai berlaku, ketentuan peningkatan kelas perawatan tersebut tetap berlaku sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1601) sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2018 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 442), sampai dengan selesainya perawatan.

BAB V  
KETENTUAN PENUTUP

Pasal 19

Pada saat Peraturan Menteri ini mulai berlaku, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2016 Nomor 1601) sebagaimana telah beberapa kali diubah, terakhir dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2018 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 52 Tahun 2016 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan (Berita Negara Republik Indonesia Tahun 2018 Nomor 442), sepanjang mengenai peningkatan kelas perawatan yang lebih tinggi dari haknya dicabut dan dinyatakan tidak berlaku.

Pasal 20

Peraturan Menteri ini mulai berlaku pada tanggal diundangkan.

Agar setiap orang mengetahuinya, memerintahkan pengundangan Peraturan Menteri ini dengan penempatannya dalam Berita Negara Republik Indonesia.

Ditetapkan di Jakarta  
pada tanggal 14 Desember 2018

MENTERI KESEHATAN  
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

NILA FARID MOELOEK

Diundangkan di Jakarta  
pada tanggal 17 Desember 2018

DIREKTUR JENDERAL  
PERATURAN PERUNDANG-UNDANGAN  
KEMENTERIAN HUKUM DAN HAK ASASI MANUSIA  
REPUBLIK INDONESIA,

ttd

WIDODO EKATJAHJANA

BERITA NEGARA REPUBLIK INDONESIA TAHUN 2018 NOMOR 1663

Salinan sesuai dengan aslinya  
Kepala Biro Hukum dan Organisasi  
Sekretariat Jenderal Kementerian Kesehatan,



  
Sundoyo, SH, MKM, M.Hum  
NIP 196504081988031002