

Nomor : PR.05.06/A.XII/153/2026

23 Januari 2026

Lampiran : Satu berkas

Hal : Laporan Kinerja (LKj) Pusat Pembiayaan Kesehatan
Tahun Anggaran 2025

Yth. Kepala Biro Umum

Menindaklanjuti Surat Kepala Biro Umum: PR.05.06/A.VII/106/2026 hal: Penyampaian Laporan Kinerja (LKj) Tahun 2025. Bersama ini kami sampaikan Dokumen Laporan Kinerja Tahun Anggaran 2025 Pusat Pembiayaan Kesehatan Tahun 2025.

Demikian kami sampaikan, atas perhatiannya kami ucapkan terima kasih.

Kepala Pusat Pembiayaan Kesehatan,



Ahmad Irsan A. Moeis

Tembusan :
Kepala Biro Perencanaan dan Anggaran

Kementerian Kesehatan tidak menerima suap dan/atau gratifikasi dalam bentuk apapun. Jika terdapat potensi suap atau gratifikasi silakan laporkan melalui HALO KEMENKES 1500567 dan <https://wbs.kemkes.go.id>. Untuk verifikasi keaslian tanda tangan elektronik, silakan unggah dokumen pada laman <https://tte.kominfo.go.id/verifyPDF>.



LAPORAN KINERJA TAHUNAN TA 2025

PUSAT PEMBIAYAAN KESEHATAN



PUSAT PEMBIAYAAN KESEHATAN
SEKRETARIAT JENDERAL
KEMENTERIAN KESEHATAN
TAHUN 2025

KATA PENGANTAR



Puji syukur kehadiran Tuhan Yang Maha Esa atas rahmat dan karunia-Nya, Laporan Kinerja (LKj) Pusat Pembiayaan Kesehatan (Pusbikes) Tahun 2025 telah berhasil diselesaikan. Dokumen ini merupakan wujud pertanggungjawaban nyata atas pelaksanaan tugas dan fungsi organisasi, serta perwujudan akuntabilitas penggunaan anggaran sepanjang tahun berjalan.

Laporan ini menyajikan potret capaian indikator kinerja yang telah disepakati dalam Perjanjian Kinerja. Melalui analisis yang objektif, dokumen ini menggambarkan sejauh mana efektivitas program dan kegiatan Pusat Pembiayaan Kesehatan dalam mendukung transformasi kesehatan nasional, khususnya pada penguatan pilar pembiayaan kesehatan.

Hasil yang tertuang dalam laporan ini diharapkan mampu menjadi instrumen evaluasi yang komprehensif bagi seluruh pemangku kepentingan. Selain mencatat berbagai keberhasilan yang telah diraih, laporan ini juga mengidentifikasi tantangan dan hambatan di lapangan sebagai bahan perbaikan strategis serta peningkatan mutu kinerja organisasi di masa yang akan datang.

Kami menyampaikan apresiasi dan terima kasih kepada seluruh pihak yang telah memberikan kontribusi, dedikasi, serta pemikirannya sehingga laporan ini dapat tersusun dengan baik. Semoga Laporan Kinerja ini dapat memberikan manfaat luas bagi penyempurnaan kebijakan pembiayaan kesehatan yang lebih transparan, efisien, dan akuntabel.

Jakarta, 31 Desember 2025
Kepala Pusat Pembiayaan Kesehatan,



Ahmad Irsan A. Moeis

DAFTAR ISI

DAFTAR ISI.....	3
DAFTAR TABEL.....	4
DAFTAR GAMBAR	5
RINGKASAN EKSEKUTIF	6
BAB I PENDAHULUAN.....	8
A. Latar Belakang	8
B. Maksud dan Tujuan	8
C. Visi dan Misi	8
D. Tugas dan Fungsi	9
E. Struktur Organisasi	9
F. Isu Strategis	10
G. Sistematika Penulisan	10
BAB II PERENCANAAN KINERJA	12
A. Perencanaan Kinerja	12
B. Perjanjian Kinerja.....	18
BAB III AKUNTABILITAS KINERJA.....	21
A. Capaian Kinerja.....	21
1. Indikator Sasaran Strategis (ISS).....	22
2. Indikator Kinerja Program (IKP)	29
3. Indikator Kinerja Kegiatan (IKK)	39
B. Capaian Kinerja Lainnya	51
1. Perpanjangan Lisensi INACBGs	51
2. Pengembangan dan Uji Coba Indonesia Diagnosis-Related Groups (iDRG)	52
3. Perhitungan Tarif Indonesia Diagnosis-Related Groups (iDRG)	54
4. Pelatihan Pengkodean Diagnosis dan Tindakan bagi Tenaga Koder di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjut (FPKTL) dalam Program JKN	54
5. Penyelesaian Pending dan Dispute Klaim.....	55
C. Realisasi Anggaran.....	57
1. Sumber Daya Anggaran.....	57
2. Analisis Efisiensi Sumber Daya	63
3. Sumber Daya Manusia	64
4. Sumber Daya Sarana dan Prasarana	65
BAB IV PENUTUP	66
LAMPIRAN	68

DAFTAR TABEL

Tabel 2. 1 Indikator Sasaran Strategis yang Menjadi Tanggung Jawab Pusbikes Tahun 2025-2029.....	13
Tabel 2. 2 Indikator Kinerja Program yang Menjadi Tanggung Jawab Pusbikes Tahun 2025-2029	13
Tabel 2. 3 Indikator Kinerja Kegiatan yang Menjadi Tanggung Jawab Pusbikes Tahun 2025-2029	14
Tabel 2. 4 Analisis SMART indikator Kinerja Pusbikes	16
Tabel 2. 5 Perjanjian Kinerja Pusbikes Tahun 2025	18
Tabel 2. 6 Alokasi dan Sumber Anggaran Pusbikes Tahun 2025	20
Tabel 3. 1 Capaian Target Indikator Kinerja Pusbikes Tahun 2025	21
Tabel 3. 2 Capaian ISS 18: Persentase Belanja Kesehatan Out of Pocket Tahun 2024 dan Tahun 2025.....	22
Tabel 3. 3 Capaian ISS 19: Persentase Masyarakat Memiliki Asuransi Kesehatan Aktif Tahun 2024 dan Tahun 2025	25
Tabel 3. 4 Capaian ISS 27 Pengeluaran Kesehatan Total per Kapita Tahun 2024 dan Tahun 2025	28
Tabel 3. 5 Perhitungan Pengeluaran Kesehatan per Kapita Tahun 2024	28
Tabel 3. 6 Capaian IKP 18.1 Persentase Belanja Kesehatan Out Of Pocket Masyarakat Berpengeluaran 40% Terbawah Tahun 2024 dan Tahun 2025.....	30
Tabel 3. 7 Capaian IKP 19.1: Jumlah Masyarakat yang memiliki Polis Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan (KAPJ) Tahun 2024 dan Tahun 2025.....	32
Tabel 3. 8 Capaian IKP 19.2: Persentase Masyarakat Miskin dan Kurang Mampu yang Dibayarkan Bantuan luran Jaminan Kesehatan Tahun 2024 dan Tahun 2025	34
Tabel 3. 9 Pembayaran luran PBI JK Tahun 2025	35
Tabel 3. 10 Pembayaran luran PBPU dan BP Kelas III Tahun 2025	35
Tabel 3. 11 Capaian IKP 27.1: Persentase Pertumbuhan Belanja Kesehatan dari Sektor Publik Tahun 2024 dan Tahun 2025	37
Tabel 3. 12 Capaian IKP 27.2: Persentase Pertumbuhan Belanja Kesehatan dari Sektor Non Publik Tahun 2024 dan Tahun 2025	38
Tabel 3. 13 Capaian IKK 18.1.1: Indikator Persentase Belanja Kesehatan Out of Pocket Pelayanan Kesehatan Kuratif Masyarakat Berpengeluaran 40% Terbawah Tahun 2024 dan Tahun 2025	40
Tabel 3. 14 Capaian IKK 19.1.1: Persentase Rumah Sakit yang memiliki Kerja Sama dengan Asuransi Kesehatan Tambahan Tahun 2024 dan Tahun 2025	41
Tabel 3. 15 Capaian IKK 19.2.1: Persentase peserta Penerima Bantuan luran Jaminan Kesehatan (PBI JK) yang dibayarkan Tahun 2024 dan Tahun 2025	43
Tabel 3. 16 Pembayaran luran PBI JK Tahun 2025	43
Tabel 3. 17 Capaian IKK 19.2.2: Persentase Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja (PBPU dan BP) Kelas III yang Dibayarkan lurannya Tahun 2024 dan Tahun 2025	44
Tabel 3. 18 Pembayaran luran PBPU dan BP Kelas III Tahun 2025	45
Tabel 3. 19 Capaian IKK 19.2.3: Jumlah Dokumen Dukungan Pembayaran Jaminan Kesehatan Tahun 2024 dan Tahun 2025	46
Tabel 3. 20 Capaian IKK 27.1.1: Persentase Pertumbuhan Belanja Asuransi Kesehatan Sosial Tahun 2025	48
Tabel 3. 21 Capaian IKK 27.2.1: Persentase Pertumbuhan Belanja Asuransi Kesehatan Swasta Tahun 2025 ..	49
Tabel 3. 22 Penyesuaian Alokasi Anggaran Per Kegiatan Pusbikes Tahun 2025.....	58
Tabel 3. 23 Alokasi dan Realisasi Anggaran Pusbikes per kegiatan Tahun 2024 dan Tahun 2025	58
Tabel 3. 24 Keterkaitan RO PN	59
Tabel 3. 25 Alokasi dan Realisasi Anggaran Pusbikes berdasarkan Indikator Kinerja Tahun 2025	63
Tabel 3. 26 Analisa Efisiensi Indikator Kinerja Pusbikes Tahun 2025	64
Tabel 3. 27 Jumlah Pegawai Pusbikes Menurut Status Kepegawaian Tahun 2025.....	65
Tabel 3. 28 Jumlah ASN Pusbikes Tahun 2025 Menurut Jabatan	65
Tabel 3. 29 Jumlah ASN Pusbikes Tahun 2025 Menurut Jenjang Pendidikan	65

DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. 1 Struktur Organisasi Pusbikes Tahun 2025	10
Gambar 2. 1 Cascading Indikator Kinerja Pusbikes	15
Gambar 3. 1 Tren Total Belanja Kesehatan (TBK) Tahun 2014 – 2024	23
Gambar 3. 2 Trend Tren Cakupan Peserta Aktif Program Jaminan Kesehatan Tahun 2019 – 2025	26
Gambar 3. 3 Sebaran Tingkat Keaktifan Peserta JKN dibandingkan % PBPU Pemda	26
Gambar 3. 4 Penandatanganan Perpanjangan Lisensi INACBGs	52
Gambar 3. 5 Pelaksanaan Survei Evaluasi Pasca Pelatihan Koder	55

RINGKASAN EKSEKUTIF

Laporan Kinerja ini merupakan instrumen strategis untuk mewujudkan akuntabilitas atas pelaksanaan tugas, fungsi, dan pengelolaan anggaran, sekaligus menjadi sumber informasi dalam proses pemantauan dan evaluasi guna penyempurnaan perencanaan pada periode berikutnya.

Sesuai dengan Perjanjian Kinerja Tahun 2025 antara Kepala Pusat Pembiayaan Kesehatan (Pusbikes) dengan Sekretaris Jenderal, terdapat 7 (tujuh) Indikator Kinerja Kegiatan (IKK) yang menjadi tanggung jawab utama Pusbikes. Selain itu, Pusbikes juga mampu tanggung jawab atas pencapaian 3 (tiga) Indikator Sasaran Strategis (ISS) dan 5 (lima) Indikator Kinerja Program (IKP). Berdasarkan hasil pengukuran kinerja, sebagian besar indikator telah mencapai target yang ditetapkan, namun masih terdapat indikator tertentu yang belum tercapai secara maksimal sehingga memerlukan analisis mendalam dan langkah-langkah perbaikan strategis.

Berikut capaian target ISS, IKP dan IKK Tahun 2025 yang menjadi tanggung jawab Pusbikes:

- 1) Persentase belanja kesehatan *out of pocket* (OOP) terhadap total belanja kesehatan tercapai 28.3 % dari target 28% dengan persentase capaian sebesar 98,94%
- 2) Persentase Masyarakat memiliki asuransi Kesehatan aktif tercapai 82,10% dari target 80.5% dengan persentase capaian sebesar 101,98%
- 3) Pengeluaran Kesehatan total per kapita tercapai 2,3 juta dari target 2.2 juta, dengan persentase capaian sebesar 104,54%
- 4) Persentase belanja kesehatan *out of pocket* masyarakat berpengeluaran 40% terbawah tercapai 3,78 % dari target 3,98% dengan persentase capaian sebesar 105.29%
- 5) Jumlah Masyarakat yang memiliki Polis Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan (KAPJ) tercapai 68 Orang dari target 787,000 orang dengan persentase capaian sebesar 0.01%
- 6) Persentase Masyarakat Miskin dan Kurang Mampu yang dibayarkan Bantuan Luran Jaminan Kesehatan tercapai 99,997% dari target 99,6% dengan persentase capaian sebesar 100,39%
- 7) Persentase Pertumbuhan Belanja Kesehatan dari Sektor Publik tercapai 6.2 % dari target 5% dengan persentase capaian sebesar 124%
- 8) Persentase Pertumbuhan Belanja Kesehatan dari Sektor Non Publik tercapai -0.95% dari target 1% dengan persentase capaian sebesar -95%
- 9) Persentase belanja kesehatan *out of pocket* pelayanan kesehatan kuratif masyarakat berpengeluaran 40% terbawah tercapai 50.8% dari target 50%, dengan persentase capaian sebesar 98,42%
- 10) Persentase Rumah Sakit yang memiliki kerja sama dengan Asuransi Kesehatan Tambahan tercapai 3,2 % dari target 2 %, dengan persentase capaian sebesar 160%
- 11) Persentase peserta Penerima Bantuan Luran Jaminan Kesehatan (PBI JK) yang

dibayarkan iurannya tercapai 99,99% dari target 99.2%, dengan persentase capaian sebesar 100,80%

- 12) Persentase peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja (PBPU dan BP) Kelas III yang dibayarkan iurannya tercapai 100% dari target 100%, dengan persentase capaian sebesar 100%
- 13) Jumlah Dokumen Dukungan Pembayaran Jaminan Kesehatan tercapai 12 dokumen dari target 12 dokumen, dengan persentase capaian sebesar 100%
- 14) Persentase pertumbuhan belanja asuransi kesehatan sosial tercapai 2.2% dari target 1%, dengan persentase progress sebesar 220%
- 15) Persentase pertumbuhan belanja asuransi kesehatan swasta tercapai -0.13% dari target 0.2%, dengan persentase capaian sebesar -65%

Alokasi anggaran Pusbikes Tahun 2025 ditetapkan sebesar Rp49.246.391.010.000,-. Berdasarkan data aplikasi SAKTI, realisasi anggaran mencapai Rp49.140.437.688.594,- atau sebesar 99,78%. Capaian realisasi ini melampaui target yang ditetapkan sebesar 96%. Tingginya angka realisasi tersebut menunjukkan bahwa penggunaan anggaran telah dilaksanakan secara optimal dalam mencapai target kinerja yang direncanakan.

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Penyusunan Laporan Kinerja merupakan amanat dari Peraturan Pemerintah Nomor 8 Tahun 2006 tentang Pelaporan Keuangan dan Kinerja Instansi Pemerintah; Peraturan Presiden Nomor 29 Tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah; Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu Atas Laporan Kinerja Instansi; dan Peraturan Menteri Negara Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi Nomor 9 Tahun 2015 tentang Pedoman Penyusunan Laporan Kinerja Pemerintah Pusat. Laporan Kinerja merupakan bentuk akuntabilitas dari pelaksanaan tugas dan fungsi yang dipercayakan kepada setiap instansi pemerintah atas penggunaan anggaran.

B. Maksud dan Tujuan

Menurut Lembaga Administrasi Negara (LAN), penerapan akuntabilitas dalam pelaksanaannya perlu memperhatikan prinsip-prinsip sebagai berikut:

1. Harus ada komitmen dari pimpinan dan seluruh staf institusi untuk melakukan pengelolaan pelaksanaan misi agar akuntabel
2. Harus merupakan suatu sistem yang dapat menjamin penggunaan sumber-sumber daya secara konsisten dengan peraturan perundang-undangan yang berlaku
3. Harus dapat menunjukkan tingkat pencapaian tujuan dan sasaran yang telah ditetapkan
4. Harus berorientasi pada pencapaian visi dan misi serta hasil dan manfaat yang diperoleh
5. Harus jujur, obyektif, transparan dan inovatif sebagai katalisator perubahan manajemen instansi pemerintah dalam bentuk pemutakhiran metode dan teknik pengukuran kinerja dan penyusunan laporan akuntabilitas.

Laporan kinerja memberikan informasi kinerja yang terukur atau akuntabel kepada pemberi mandat atas kinerja yang telah dan seharusnya dicapai, dan sebagai upaya perbaikan berkesinambungan bagi instansi pemerintah untuk meningkatkan kinerjanya. Adapun tujuan dari penyusunan Laporan Kinerja Pusbikes tahun 2025 mengacu pada Permenpan RB Nomor 53 Tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Instansi Pemerintah, yaitu:

1. Sebagai laporan pertanggungjawaban kegiatan dan anggaran Tahun 2025
2. Sebagai evaluasi terhadap kinerja dan kegiatan yang dibiayai oleh DIPA Tahun 2025
3. Sebagai bahan masukan penyusunan perencanaan program dan kegiatan tahun mendatang.

C. Visi dan Misi

Visi Presiden RI pada Tahun 2025-2029 adalah “Bersama Indonesia Maju Menuju Indonesia Emas 2045”, yaitu masyarakat yang sehat dan produktif guna mewujudkan Indonesia Emas 2045.

Kementerian Kesehatan telah menjabarkan Misi Presiden Tahun 2025-2029, sebagai berikut:

1. Mewujudkan masyarakat sehat pada seluruh siklus hidup
2. Memenuhi layanan kesehatan yang berkualitas, baik, adil, dan terjangkau
3. Mengimplementasikan sistem ketahanan kesehatan yang tangguh dan responsif
4. Memperkuat tata kelola dan pembiayaan kesehatan yang efektif, adil dan berkelanjutan
5. Mengembangkan teknologi kesehatan yang maju; dan
6. Mewujudkan Kementerian Kesehatan yang *agile*, efektif dan efisien

Guna mewujudkan Misi Presiden dalam Bidang Kesehatan Tahun 2025-2029, Kementerian Kesehatan menetapkan 4 (empat) Tujuan Strategis, yakni:

1. Peningkatan derajat kesehatan masyarakat melalui, pendekatan siklus hidup
2. Penguatan pelayanan kesehatan dasar dan rujukan
3. Peningkatan pencegahan dan pengendalian penyakit dan pengelolaan
4. Peningkatan sumber daya kesehatan

Sedangkan Sasaran Strategis adalah sebagai berikut:

1. Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan primer, lanjutan, dan laboratorium kesehatan (labkes)
2. Meningkatnya kualitas tata Kelola dan pembiayaan Kesehatan di pusat dan daerah

D. Tugas dan Fungsi

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2024 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan pada pasal 233 menjelaskan bahwa Pusat Pembiayaan Kesehatan mempunyai tugas melaksanakan pengelolaan pembiayaan dan jaminan kesehatan.

Pada Pasal 234 menjelaskan bahwa dalam melaksanakan tugas, Pusat Pembiayaan Kesehatan menyelenggarakan fungsi:

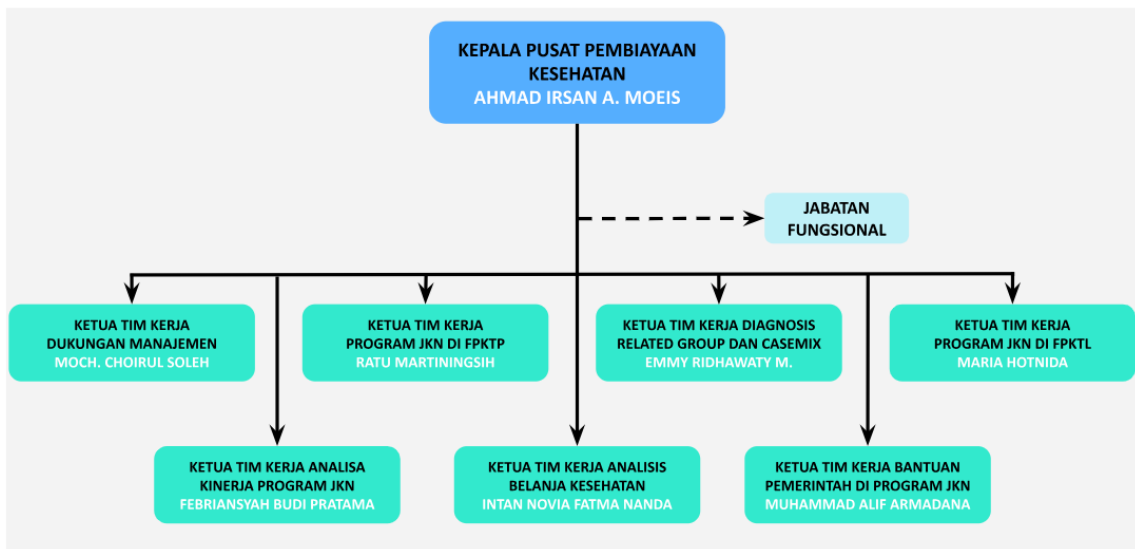
1. penyusunan kebijakan teknis di bidang pembiayaan dan jaminan kesehatan serta evaluasi ekonomi kesehatan;
2. pelaksanaan kebijakan teknis di bidang pembiayaan dan jaminan kesehatan serta evaluasi ekonomi kesehatan;
3. koordinasi dan pendampingan dalam pencapaian indikator kinerja sasaran strategis prioritas untuk keberlanjutan jaminan kesehatan nasional yang efektif dan efisien;
4. koordinasi, verifikasi, dan pelaksanaan pembayaran iuran jaminan kesehatan nasional untuk Penerima Bantuan Iuran, Pekerja Bukan Penerima Upah, dan Peserta Bukan Pekerja;
5. pemantauan, analisis, evaluasi, dan pelaporan; dan
6. pelaksanaan urusan administrasi pusat.

E. Struktur Organisasi

Dengan terbitnya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2024 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan, susunan struktur Pusbikes terdiri atas:

1. Jabatan fungsional; dan
2. Jabatan pelaksana.

Pusat Pembiayaan Kesehatan



Gambar 1. 1 Struktur Organisasi Pusbikes Tahun 2025

F. Isu Strategis

Selain menjalankan tugas dan fungsi sebagaimana ditetapkan dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2024 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan, Pusat Pembiayaan Kesehatan juga mengemban mandat strategis yang diamanatkan dalam Peraturan Presiden Nomor 12 Tahun 2025 tentang Rencana Pembangunan Jangka Menengah Nasional (RPJMN) Tahun 2025-2029.

Sebagai penjabaran visi, misi, dan program prioritas nasional, RPJMN 2025-2029 memuat kerangka regulasi dan pendanaan yang bersifat indikatif guna mendukung strategi pembangunan nasional. Dalam konteks ini, Pusat Pembiayaan Kesehatan memegang peranan strategis dalam mengawal capaian indikator kesehatan nasional, yang meliputi:

1. Cakupan Kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN);
2. Persentase Belanja Kesehatan *Out-of-Pocket* (OOP) masyarakat berpengeluaran 40% terbawah;
3. Total Pengeluaran Kesehatan per Kapita; serta
4. Persentase Pertumbuhan Belanja Kesehatan dari Sektor Publik

Sinergi antara tugas operasional kementerian dan target strategis nasional ini menjadi komitmen utama Pusat Pembiayaan Kesehatan dalam mewujudkan transformasi sistem pembiayaan kesehatan yang adil dan berkelanjutan.

G. Sistematika Penulisan

Sistematika penulisan Laporan Akuntabilitas Kinerja Pusat Pembiayaan Kesehatan adalah sebagai berikut:

KATA PENGANTAR
DAFTAR ISI

RINGKASAN EKSEKUTIF

BAB I PENDAHULUAN

Menjelaskan tentang latar belakang, maksud dan tujuan, visi dan misi, tugas pokok dan fungsi, struktur organisasi, isu strategis dan sistematika penulisan.

BAB II PERENCANAAN KINERJA

Menjelaskan tentang perencanaan kinerja, Perjanjian Kinerja Pusat Pembiayaan Kesehatan tahun 2025.

BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

Menjelaskan tentang pencapaian indikator kinerja sasaran strategis, indikator kinerja program, indikator kinerja kegiatan, realisasi anggaran, sumber daya manusia, sumber daya sarana dan prasarana, analisis atas efisiensi sumber daya, Keterkaitan Kinerja Sasaran Strategis dengan Rincian Output dan capaian kinerja lainnya tahun 2025.

BAB IV PENUTUP

Menguraikan kesimpulan umum pencapaian kinerja serta tindak lanjut yang akan dilakukan ke depannya dalam rangka perbaikan dan peningkatan kinerja.

BAB II

PERENCANAAN KINERJA

A. Perencanaan Kinerja

Sebagai tindak lanjut atas arahan Presiden kepada Kementerian Kesehatan terkait reformasi sistem kesehatan nasional yang diakselerasi melalui agenda transformasi kesehatan. Agenda besar ini diwujudkan ke dalam enam pilar strategis, yaitu: (1) Transformasi Layanan Primer, (2) Transformasi Layanan Rujukan, (3) Transformasi Sistem Ketahanan Kesehatan, (4) Transformasi Sistem Pembiayaan Kesehatan, (5) Transformasi Sumber Daya Manusia Kesehatan, dan (6) Transformasi Teknologi Kesehatan.

Sejalan dengan mandat Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 21 Tahun 2024, Pusbikes memegang peran sentral dalam mengawal pilar keempat, yakni transformasi sistem pembiayaan kesehatan. Fokus utama perencanaan organisasi diarahkan pada terwujudnya skema pembiayaan yang terintegrasi untuk menjamin ketersediaan, kecukupan, keberlanjutan, serta keadilan dalam pemanfaatan sumber daya kesehatan.

Guna mencapai target strategis tersebut, Pusbikes menetapkan 7 (tujuh) kegiatan Prioritas Unggulan Tahun 2025 sebagai berikut:

1. Peraturan Presiden tentang Jaminan Kesehatan
2. *Piloting* bersama terkait *Indonesian Diagnosis Related Groups* (iDRG), Kelas Rawat Inap Standar (KRIS), dan Rujukan Berbasis Kompetensi
3. Penyelesaian pembahasan Pedoman *Indonesian Coding Standard* (ICS)
4. Revisi Permenkes Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan
5. Revisi Permenkes Nomor 26 Tahun 2021 tentang Pedoman *Indonesian Case Based Groups* (INA-CBGs)
6. Revisi Permenkes Nomor 6 Tahun 2022 tentang Penggunaan Jasa Pelayanan Kesehatan dan Dukungan Biaya Operasional Pelayanan Kesehatan dalam Pemanfaatan Dana Kapitasi Jaminan Kesehatan Nasional pada Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama Milik Pemerintah Daerah
7. Sosialisasi intensif kebijakan Kepmenkes Nomor HK.01.07/MENKES/1117/2025 tentang Pedoman Pelaksanaan Pembayaran Selisih Biaya oleh Asuransi Kesehatan Tambahan melalui Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan (KAPJ)

Tujuh kegiatan prioritas unggulan tersebut merupakan representasi operasional dari komitmen Pusbikes dalam mengawal target kinerja, mulai dari level sasaran program hingga level sasaran kegiatan. Untuk mengukur efektivitas pelaksanaan seluruh agenda tersebut, kinerja organisasi dievaluasi melalui kerangka indikator yang berjenjang, yang mencakup Indikator Sasaran Strategis (ISS), Indikator Kinerja Program (IKP), serta Indikator Kinerja Kegiatan (IKK).

Rincian target indikator sasaran strategis yang menjadi tanggung jawab Pusbikes tahun 2025 – 2029 berdasarkan Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan tahun 2025 - 2029 dapat dilihat pada Tabel 2.1.

Tabel 2. 1 Indikator Sasaran Strategis yang Menjadi Tanggung Jawab Pusbikes Tahun 2025-2029

Sasaran Strategis	Indikator Sasaran Strategis	Target				
		2025	2026	2027	2028	2029
Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan primer, lanjutan dan labkes	1. Persentase Belanja Kesehatan <i>Out of Pocket</i> *	28	27	26	25	24
	2. Persentase Masyarakat memiliki asuransi Kesehatan aktif	80.5	82	84,5	87	90
Meningkatnya kualitas tata kelola dan pembiayaan kesehatan di pusat dan daerah	3. Pengeluaran Kesehatan total per kapita	2,2 Juta	2,4 Juta	2,6 Juta	2,8 Juta	3 Juta

**Out-of-pocket* merupakan Indikator bermakna negatif, yaitu semakin kecil realisasi semakin baik capaian

Rincian target indikator kinerja program yang menjadi tanggung jawab Pusbikes tahun 2025–2029 berdasarkan Renstra Kementerian Kesehatan tahun 2025-2029 dapat dilihat pada Tabel 2.2.

Tabel 2. 2 Indikator Kinerja Program yang Menjadi Tanggung Jawab Pusbikes Tahun 2025-2029

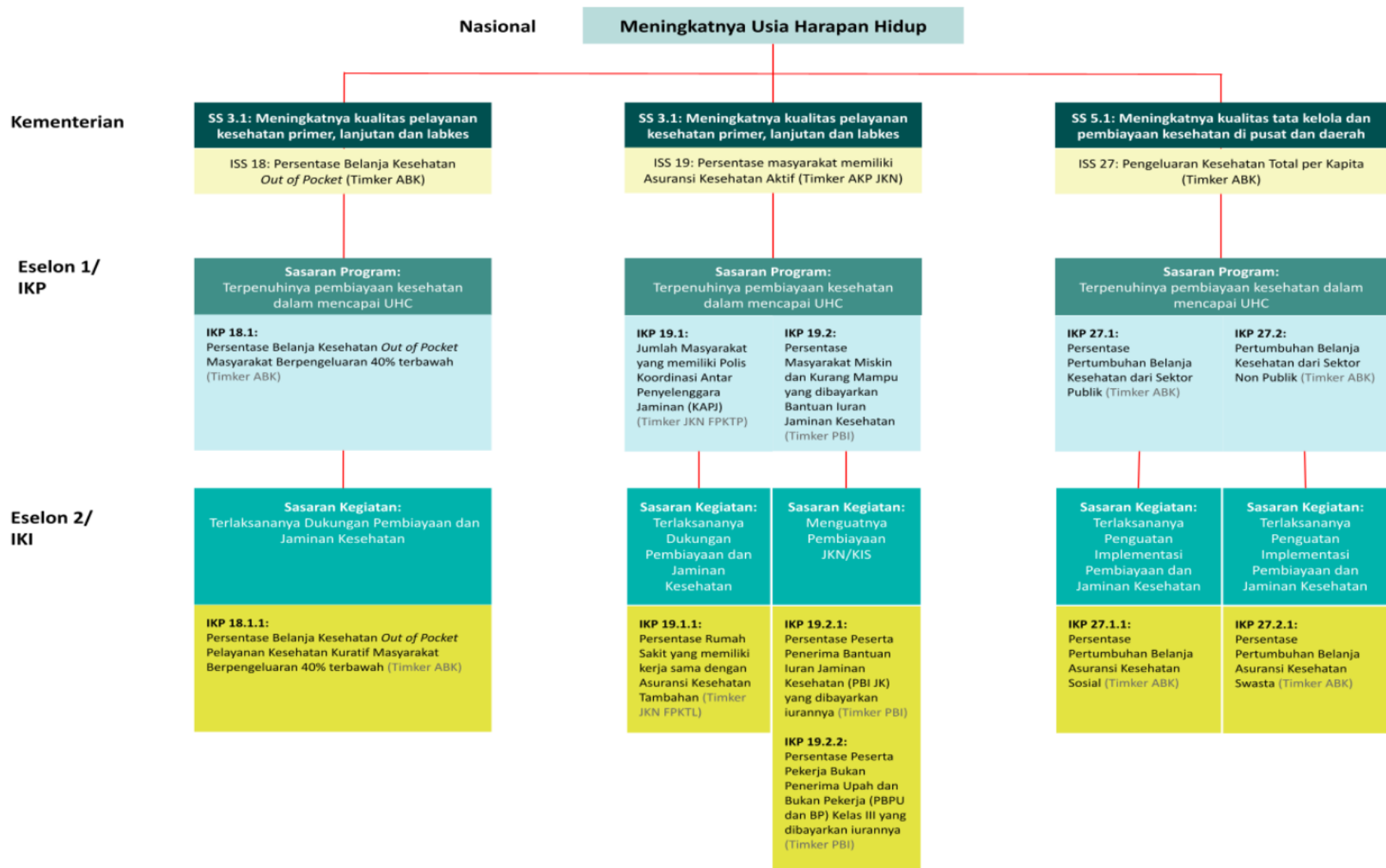
Sasaran Program	Indikator Kinerja Program	Target				
		2025	2026	2027	2028	2029
Terpenuhinya pembiayaan kesehatan dalam mencapai <i>Universal Health Coverage</i> (UHC)	1. Persentase Belanja Kesehatan <i>Out Of Pocket</i> Masyarakat Berpengeluaran 40% Terbawah	3,98%	3,96%	3,93%	3,9%	3,87%
	2. Jumlah Masyarakat yang Memiliki Polis Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan (KAPJ)	787.000 Orang	1.575.000 Orang	2.362.000 Orang	3.150.000 Orang	4.725.000 Orang
	3. Persentase Masyarakat Miskin dan Kurang Mampu yang dibayarkan Bantuan luran	99,6	99,7	99,8	99,9	99,95
Meningkatnya kecukupan pendanaan kesehatan yang berkeadilan dan berkelanjutan	4. Persentase Pertumbuhan Belanja Kesehatan dari Sektor Publik	5%	5%	5%	5%	5%
	5. Persentase Pertumbuhan Belanja Kesehatan dari Sektor Non Publik	1%	1%	1%	1%	1%

Rincian target indikator kinerja kegiatan yang menjadi tanggung jawab Pusbikes tahun 2025–2029 berdasarkan Renstra Kementerian Kesehatan tahun 2025-2029 dapat dilihat pada Tabel 2.3

Tabel 2. 3 Indikator Kinerja Kegiatan yang Menjadi Tanggung Jawab Pusbikes Tahun 2025-2029

Sasaran Kegiatan	Indikator Sasaran Kegiatan	Target				
		2025	2026	2027	2028	2029
Terlaksananya dukungan pembiayaan dan jaminan kesehatan	1. Persentase belanja kesehatan <i>out of pocket</i> pelayanan kesehatan kuratif masyarakat berpengeluaran 40% terbawah	50%	48%	46%	44%	42%
	2. Persentase Rumah Sakit yang memiliki kerja sama dengan Asuransi Kesehatan Tambahan	2%	4%	6%	8%	10%
Menguatnya Pembiayaan JKN/KIS	3. Persentase peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI JK) yang dibayarkan	99,2%	99,4%	99,6%	99,8%	99,9%
	4. Persentase peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja (PBPU dan BP) Kelas III yang dibayarkan iurannya	100%	100%	100%	100%	100%
Terlaksananya Penguatan Implementasi Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan	5. Persentase pertumbuhan belanja asuransi kesehatan sosial	1%	1%	1%	1%	1%
	6. Persentase pertumbuhan belanja asuransi kesehatan swasta	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%	0,2%
Menguatnya Dukungan Pelaksanaan Jaminan Kesehatan	7. Jumlah Dokumen Dukungan Pembayaran Jaminan Kesehatan*	12 Dok	-	-	-	-

* IKK ini hanya berlaku di tahun 2025



Gambar 2. 1 Cascading Indikator Kinerja Pusbikes

Penetapan indikator kinerja terkait Pusbikes di atas telah melalui proses penelaahan yang mendalam dengan mengacu pada prinsip **SMART** (*Specific, Measurable, Achievable, Reliable/ Relevant, dan Time-bound*). Hal ini dilakukan untuk memastikan bahwa setiap indikator yang dipilih bersifat:

- 1) *Specific* (spesifik): indikator harus spesifik dan didefinisikan dengan jelas, dengan makna dan ruang lingkup yang jelas. Artinya, indikator tersebut harus terfokus pada aspek tertentu dari program atau proyek, dan tidak terlalu luas atau kabur
- 2) *Measurable* (dapat diukur): indikator harus dapat diukur sehingga kemajuan menuju tujuan dapat dilacak dari waktu ke waktu. Artinya, indikator tersebut harus mempunyai satuan pengukuran yang jelas
- 3) *Achievable* (dapat dicapai): indikator harus dapat dicapai dan realistis, artinya indikator tersebut dapat diukur secara realistis dengan mempertimbangkan sumber daya dan data yang tersedia
- 4) *Reliable/ Relevant* (dapat dipercaya): Indikator harus relevan dengan tujuan dan sasaran program atau proyek. Artinya, indikator tersebut harus bermakna dan memiliki hubungan yang jelas dengan hasil yang diharapkan dari program atau proyek
- 5) *Time-bound* (terikat waktu): indikator harus terikat waktu, dengan jangka waktu pengukuran yang jelas. Artinya, indikator tersebut harus diukur pada titik waktu tertentu untuk melacak kemajuan menuju tujuan.

Tabel 2. 4 Analisis SMART indikator Kinerja Pusbikes

No	Indikator Kinerja	S M A R T				
		<i>Specific</i>	<i>Measurable</i>	<i>Achievable</i>	<i>Reliable/ Relevant</i>	<i>Time-bound</i>
1	Persentase belanja Kesehatan <i>out of pocket</i>	Data dan Informasi tentang OOP yang terdapat dalam dokumen NHA tahun sebelumnya (T-1)	Diperjelas dengan Definisi Operasional dan Cara Perhitungan	Diperoleh melalui serangkaian tahapan kegiatan	Sebagai dukungan bukti/ <i>evidence</i> dalam penyusunan formulasi kebijakan pembiayaan kesehatan	Telah ditentukan target dan jangka waktu capaian, serta target tahunannya
2	Persentase Masyarakat memiliki asuransi Kesehatan aktif	Data dan Informasi tentang Masyarakat memiliki asuransi Kesehatan aktif	Diperjelas dengan Definisi Operasional dan Cara Perhitungan	Data diperoleh dari BPJS Kesehatan	Sebagai dukungan bukti/ <i>evidence</i> dalam penyusunan formulasi kebijakan pembiayaan kesehatan	Telah ditentukan target dan jangka waktu capaian, serta target tahunannya
3	Pengeluaran Kesehatan total per kapita	Data ini secara jelas mengukur total pengeluaran kesehatan (termasuk biaya rumah sakit, obat-obatan, pencegahan, dan layanan kesehatan lainnya) yang dibagi dengan jumlah penduduk.	Diperjelas dengan Definisi Operasional dan Cara Perhitungan	Diperoleh melalui serangkaian tahapan kegiatan	Sebagai dukungan bukti/ <i>evidence</i> dalam penyusunan formulasi kebijakan pembiayaan kesehatan	Telah ditentukan target dan jangka waktu capaian, serta target tahunannya
4	Persentase belanja kesehatan <i>out of pocket</i> masyarakat berpengeluaran	Data dan Informasi tentang indikator ini yang terdapat dalam dokumen NHA tahun sebelumnya (t-1)	Diperjelas dengan Definisi Operasional dan Cara Perhitungan	Data diperoleh dari NHA t-1	Sebagai dukungan bukti/ <i>evidence</i> dalam penyusunan formulasi kebijakan pembiayaan kesehatan	Telah ditentukan target dan jangka waktu capaian, serta target tahunannya

	40% terbawah					
5	Jumlah Masyarakat yang memiliki Polis Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan (KAPJ)	Data dan Informasi tentang jumlah Masyarakat yang memiliki Polis Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan (KAPJ)	Diperjelas dengan Definisi Operasional dan Cara Perhitungan	Diperoleh melalui serangkaian tahapan kegiatan	Sebagai dukungan bukti/ <i>evidence</i> dalam penyusunan formulasi kebijakan pembiayaan kesehatan	Telah ditentukan target dan jangka waktu capaian, serta target tahunannya
6	Persentase masyarakat miskin dan kurang mampu yang dibayarkan bantuan iuran	Data dan Informasi tentang masyarakat miskin dan kurang mampu yang dibayarkan bantuan iuran oleh pemerintah	Diperjelas dengan Definisi Operasional dan Cara Perhitungan	Diperoleh melalui serangkaian tahapan kegiatan	Sebagai dukungan bukti/ <i>evidence</i> dalam penyusunan formulasi kebijakan pembiayaan kesehatan	Telah ditentukan target dan jangka waktu capaian, serta target tahunannya
7	Persentase pertumbuhan belanja kesehatan dari sektor publik	Data dan Informasi tentang pertumbuhan belanja kesehatan dari sektor publik, contoh: Kementerian Kesehatan, Dinas kesehatan daerah, dan badan-badan lain yang terkait dengan pelayanan kesehatan	Diperjelas dengan Definisi Operasional dan Cara Perhitungan	Diperoleh melalui serangkaian tahapan kegiatan	Sebagai dukungan bukti/ <i>evidence</i> dalam penyusunan formulasi kebijakan pembiayaan kesehatan	Telah ditentukan target dan jangka waktu capaian, serta target tahunannya
8	Persentase pertumbuhan belanja kesehatan dari sektor Non publik	Data dan Informasi tentang pertumbuhan belanja kesehatan dari sektor non publik, contoh : Asuransi Kesehatan Swasta, Perusahaan, Organisasi	Diperjelas dengan Definisi Operasional dan Cara Perhitungan	Data diperoleh dari BPJS Kesehatan	Sebagai dukungan bukti/ <i>evidence</i> dalam penyusunan formulasi kebijakan pembiayaan kesehatan	Telah ditentukan target dan jangka waktu capaian, serta target tahunannya
9	Persentase belanja kesehatan <i>out of pocket</i> pelayanan kesehatan kuratif masyarakat berpengeluaran 40% terbawah	Data dan Informasi tentang indikator ini yang terdapat dalam dokumen NHA tahun sebelumnya (t-1)	Diperjelas dengan Definisi Operasional dan Cara Perhitungan	Diperoleh dari NHA t-1	Sebagai dukungan bukti/ <i>evidence</i> dalam penyusunan formulasi kebijakan pembiayaan kesehatan	Telah ditentukan target dan jangka waktu capaian, serta target tahunannya
10	Persentase Rumah Sakit yang memiliki kerja sama dengan Asuransi Kesehatan Tambahan	Data dan Informasi tentang Rumah Sakit yang memiliki kerja sama dengan Asuransi Kesehatan Tambahan	Diperjelas dengan Definisi Operasional dan Cara Perhitungan	Diperoleh melalui serangkaian tahapan kegiatan	Sebagai dukungan bukti/ <i>evidence</i> dalam penyusunan formulasi kebijakan pembiayaan kesehatan	Telah ditentukan target dan jangka waktu capaian, serta target tahunannya
11	Persentase peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI JK) yang dibayarkan	Data dan Informasi tentang jumlah peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI JK) yang dibayarkan iurannya	Diperjelas dengan Definisi Operasional dan Cara Perhitungan	Diperoleh melalui serangkaian tahapan kegiatan	Sebagai dukungan bukti/ <i>evidence</i> dalam penyusunan formulasi kebijakan pembiayaan kesehatan	Telah ditentukan target dan jangka waktu capaian, serta target tahunannya

12	Persentase peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja (PBPU dan BP) Kelas III yang dibayarkan iurannya	Data dan Informasi tentang jumlah peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja (PBPU dan BP) Kelas III yang dibayarkan iurannya	Diperjelas dengan Definisi Operasional dan Cara Perhitungan	Diperoleh melalui serangkaian tahapan kegiatan	Sebagai dukungan bukti/ <i>evidence</i> dalam penyusunan formulasi kebijakan pembiayaan kesehatan	Telah ditentukan target dan jangka waktu capaian, serta target tahunannya
13	Persentase pertumbuhan belanja asuransi kesehatan sosial	Data dan Informasi tentang pertumbuhan belanja asuransi kesehatan sosial	Diperjelas dengan Definisi Operasional dan Cara Perhitungan	Data diperoleh dari survei <i>online</i> , konfirmasi dan penelusuran data elektronik	Sebagai dukungan bukti/ <i>evidence</i> dalam penyusunan formulasi kebijakan pembiayaan kesehatan	Telah ditentukan target dan jangka waktu capaian, serta target tahunannya
14	Persentase pertumbuhan belanja asuransi kesehatan swasta	Data dan Informasi tentang pertumbuhan belanja asuransi kesehatan swasta	Diperjelas dengan Definisi Operasional dan Cara Perhitungan	Data diperoleh dari survey online, konfirmasi dan penelusuran data elektronik	Sebagai dukungan bukti/ <i>evidence</i> dalam penyusunan formulasi kebijakan pembiayaan kesehatan	Telah ditentukan target dan jangka waktu capaian, serta target tahunannya
15	Jumlah Dokumen Dukungan Pembayaran Jaminan Kesehatan	Dokumen pembayaran peserta BPJS Kesehatan yang iurannya dibayarkan oleh pemerintah setiap bulan	Diperjelas dengan Definisi Operasional dan Cara Perhitungan	Dokumen pembayaran tersedia setiap bulan	Sebagai dukungan bukti/ <i>evidence</i> dalam penyusunan formulasi kebijakan pembiayaan kesehatan	Telah ditentukan target dan jangka waktu capaian, serta target tahunannya

B. Perjanjian Kinerja

Berdasarkan Peraturan Menteri PAN-RB, perjanjian kinerja adalah lembar/dokumen yang berisikan penugasan dari pimpinan instansi yang lebih tinggi kepada pimpinan instansi di jenjang bawahnya untuk melaksanakan program/kegiatan yang disertai dengan indikator kinerja. Dalam rangka mewujudkan manajemen pemerintahan yang efektif, transparan dan akuntabel serta berorientasi hasil maka telah disusun Perjanjian Kinerja antara Sekretaris Jenderal dengan Kepala Pusat Pembiayaan Kesehatan.

Dokumen Perjanjian Kinerja ini berfungsi sebagai tolok ukur utama dalam menilai keberhasilan capaian target kinerja organisasi sepanjang tahun berjalan. Target kinerja yang ditetapkan merupakan penjabaran dari ISS, IKP dan IKK yang secara spesifik mencerminkan tugas dan fungsi Pusat Pembiayaan Kesehatan. Adapun rincian indikator dan target kinerja Tahun 2025 tersebut disajikan pada tabel berikut

Tabel 2. 5 Perjanjian Kinerja Pusbikes Tahun 2025

No	Tujuan/Sasaran Strategis/ Program/Sasaran Program		Indikator Kegiatan	Target
I	Tujuan 2: Layanan Kesehatan yang baik, adil dan terjangkau	IT 2	Cakupan Layanan Kesehatan Esensial**	

Sasaran Strategis 2.1 Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan primer, lanjutan dan labkes	ISS 18	Persentase Belanja Kesehatan <i>Out of Pocket</i> *	28%
	ISS 19	Persentase Masyarakat memiliki Asuransi Kesehatan Aktif*	80,5%
024.DG Program Pelayanan Kesehatan dan JKN			
Sasaran Program: Terpenuhinya Pembiayaan Kesehatan dalam mencapai UHC	IKP 18.1	Persentase Belanja Kesehatan <i>Out of Pocket</i> Masyarakat Berpengeluaran 40% terbawah*	3,98%
	IKP 19.1	Jumlah Masyarakat yang memiliki Polis Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan (KAPJ)*	787.000 Orang
	IKP 19.2	Persentase Masyarakat Miskin dan Kurang Mampu yang dibayarkan Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan*	99,6%
7883. Kegiatan Pengelolaan Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan			
Sasaran Kegiatan: Terlaksananya Dukungan Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan	IKK 18.1.1	Persentase Belanja Kesehatan <i>Out of Pocket</i> Pelayanan Kesehatan Kuratif Masyarakat Berpengeluaran 40% terbawah	50%
	IKK 19.1.1	Persentase Rumah Sakit yang memiliki kerja sama dengan Asuransi Kesehatan Tambahan	2%
5610. Kegiatan Pembiayaan JKN/KIS			
Sasaran Kegiatan: Menguatnya Pembiayaan JKN/KIS	IKK 19.2.1	Persentase Peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI JK) yang dibayarkan iurannya	99,2%
	IKK 19.2.2	Persentase Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja (PBPU dan BP) Kelas III yang dibayarkan iurannya	100%
6788. Kegiatan Dukungan Pelaksanaan Jaminan Kesehatan			
Sasaran Kegiatan: Menguatnya Dukungan Pelaksanaan Jaminan Kesehatan	IKK 19.2.3	Jumlah Dokumen Dukungan Pembayaran Jaminan Kesehatan	12 Dokumen
II Tujuan 4: Tata Kelola dan Pembiayaan Kesehatan yang efektif, adil, dan berkelanjutan	IT 4	Rasio belanja kesehatan per kapita terhadap usia harapan hidup sehat**	
Sasaran Strategis 4.1 Meningkatnya kualitas tata kelola dan pembiayaan kesehatan di pusat dan daerah	ISS 27	Pengeluaran Kesehatan Total per Kapita*	2,2 Juta
024.DG. Program Pelayanan Kesehatan dan JKN			
Sasaran Program: Meningkatkan Kecukupan Pendanaan Kesehatan yang Berkeadilan dan Berkelanjutan	IKP 27.1	Persentase Pertumbuhan Belanja Kesehatan dari Sektor Publik*	5%
	IKP 27.2	Persentase Pertumbuhan Belanja Kesehatan dari Sektor Non Publik*	1%
7883. Kegiatan Pengelolaan Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan			

	Sasaran Kegiatan: Terlaksananya Penguatan Implementasi Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan	IKK 27.1.1	Persentase Pertumbuhan Belanja Asuransi Kesehatan Sosial	1%
		IKK 27.2.1	Persentase Pertumbuhan Belanja Asuransi Kesehatan Swasta	0,2%
III	Tujuan 6: Kementerian Kesehatan yang agile, efektif, dan efisien	IT 6	Nilai <i>Good Public Governance</i> Kementerian Kesehatan**	
	Sasaran Strategis 6.1 Meningkatnya kualitas tata kelola Kementerian Kesehatan	ISS 33	Nilai Reformasi Birokrasi Kementerian Kesehatan**	
	024.WA. Program Dukungan Manajemen			
	Sasaran Program: Meningkatkan Tata Kelola Organisasi dan Pengendalian Intern Kementerian Kesehatan	IKP 33.2	IKP 33.2 Nilai Kinerja Anggaran Kementerian Kesehatan**	
	6788. Kegiatan Dukungan Pelaksanaan Jaminan Kesehatan			
	Sasaran Kegiatan: Menguatnya Dukungan Pelaksanaan Jaminan Kesehatan	IKD 33.2.1	Persentase Realisasi Anggaran Unit Kerja	96%

Keterangan:

*Kontributor (Indikator Kinerja dan Target ditampilkan)

**Kolaborator (Target Indikator Kinerja tidak ditampilkan)

IKM: Indikator Kinerja *Mandatory* (di luar Renstra dan termasuk ruang lingkup tusi)

IKD: Indikator Kinerja Direktif Pimpinan

Untuk mencapai target indikator kinerja pada perjanjian kinerja di atas, Pusbikes telah didukung dengan alokasi anggaran pada tahun 2025 sebesar Rp. 49.246.391.010.000,-. Rincian alokasi anggaran Pusbikes tahun 2025 disajikan pada tabel berikut:

Tabel 2. 6 Alokasi dan Sumber Anggaran Pusbikes Tahun 2025

No	Kegiatan	Alokasi Anggaran
1	Pembiayaan JKN/KIS	Rp. 49.232.475.698.000
2	Pengelolaan Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan	Rp. 13.585.088.000
3	Dukungan Pelaksanaan Jaminan Kesehatan	Rp. 330.224.000
Total Anggaran		Rp. 49.246.391.010.000

BAB III

AKUNTABILITAS KINERJA

A. Capaian Kinerja

Laporan kinerja merupakan sebuah dokumen yang berisi informasi dan analisis mengenai pencapaian hasil kinerja suatu program atau kegiatan selama periode waktu tertentu. Hal terpenting dalam penyusunan laporan kinerja adalah pengukuran kinerja dan evaluasi serta pengungkapan hasil analisis secara memadai terhadap pengukuran kinerja. Pengukuran kinerja menjadi instrumen penting untuk membandingkan realisasi kegiatan saat ini dengan target yang ditetapkan maupun dengan capaian pada periode sebelumnya. Perbandingan ini bertujuan untuk memetakan progres capaian, mengidentifikasi hambatan, serta merumuskan langkah tindak lanjut yang diperlukan.

Pada bab ini menyajikan capaian kinerja dan analisis yang meliputi:

1. Membanding pencapaian indikator kinerja dengan target yang telah ditetapkan pada Perjanjian Kinerja
2. Membandingkan pencapaian kinerja tahun ini dengan target RPJMN
3. Membandingkan pencapaian kinerja serta capaian kinerja 5 (lima) tahun berikutnya.
4. Analisis penyebab keberhasilan/kegagalan atau peningkatan/penurunan kinerja serta alternatif solusi yang telah dilakukan.
5. Analisis atas efisiensi penggunaan sumber daya manusia, sarana dan prasarana

Berikut hasil pengukuran 15 (lima belas) indikator kinerja yang menjadi tanggung jawab Pusbikes Tahun 2025:

Tabel 3. 1 Capaian Target Indikator Kinerja Pusbikes Tahun 2025

Sasaran	Indikator Kegiatan	Target	Capaian	Target	
Sasaran Strategis 2.1 Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan primer, lanjutan dan labkes	ISS 18	Persentase Belanja Kesehatan <i>Out of Pocket</i> *	28%	28,3%	98,94%
	ISS 19	Persentase Masyarakat memiliki Asuransi Kesehatan Aktif	80,5%	82,10%	101,98%
Sasaran Strategis 4.1 Meningkatnya kualitas tata kelola dan pembiayaan kesehatan di pusat dan daerah	ISS 27	Pengeluaran Kesehatan Total per Kapita	2,2 Juta	2,3 Juta	104,54%
Sasaran Program: Terpenuhinya Pembiayaan Kesehatan dalam mencapai UHC	IKP 18.1	Persentase Belanja Kesehatan <i>Out of Pocket</i> Masyarakat Berpengeluaran 40% terbawah*	3,98%	3,78%	105,29%
	IKP 19.1	Jumlah Masyarakat yang memiliki Polis Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan (KAPJ)	787.000 Orang	68 Orang	0,01%
	IKP 19.2	Persentase Masyarakat Miskin dan Kurang Mampu yang dibayarkan Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan	99,6%	99,997%	100,39%
Sasaran Program: Meningkatnya Kecukupan	IKP 27.1	Persentase Pertumbuhan Belanja Kesehatan dari Sektor Publik	5%	6,2%	124%
Pendanaan Kesehatan yang Berkeadilan dan Berkelanjutan	IKP 27.2	Persentase Pertumbuhan Belanja Kesehatan dari Sektor Non Publik	1%	-0,95%	-95%

Sasaran Kegiatan: Terlaksananya Dukungan Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan	IKK 18.1.1	Persentase Belanja Kesehatan <i>Out of Pocket</i> Pelayanan Kesehatan Kuratif Masyarakat Berpengeluaran 40% terbawah*	50%	50,8%	98,42%
	IKK 19.1.1	Persentase Rumah Sakit yang memiliki kerja sama dengan Asuransi Kesehatan Tambahan	2%	3,2%	160%
Sasaran Kegiatan: Menguatnya Pembiayaan JKN/KIS	IKK 19.2.1	Persentase Peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI JK) yang dibayarkan iurannya	99,2%	99,99%	100,71%
	IKK 19.2.2	Persentase Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja (PBPU dan BP) Kelas III yang dibayarkan iurannya	100%	100%	100%
Sasaran Kegiatan: Menguatnya Dukungan Pelaksanaan Jaminan Kesehatan	IKK 19.2.3	Jumlah Dokumen Dukungan Pembayaran Jaminan Kesehatan	12 Dokumen	12 Dokumen	12 Dokumen
Sasaran Kegiatan: Terlaksananya Penguatan Implementasi Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan	IKK 27.1.1	Persentase Pertumbuhan Belanja Asuransi Kesehatan Sosial	1%	2,2%	220%
	IKK 27.2.1	Persentase Pertumbuhan Belanja Asuransi Kesehatan Swasta	0,2%	-0,13%	-65%

**Out-of-pocket* merupakan Indikator bermakna negatif, yaitu semakin kecil realisasi semakin baik capaian

Berdasarkan tabel di atas, dari total 15 indikator kinerja yang menjadi tanggung jawab Pusbikes pada tahun 2025, terdapat 5 (lima) indikator yang realisasinya belum mencapai target yang telah ditetapkan.

Berikut adalah analisis capaian atas 15 indikator kinerja Pusbikes tahun 2025. Penjelasan ini mencakup efektivitas kegiatan pendukung, faktor penghambat dalam pencapaian target, serta solusi dan tindak lanjut yang diimplementasikan.

1. Indikator Sasaran Strategis (ISS)

Dalam Renstra Kementerian Kesehatan tahun 2024-2029, terdapat 3 (tiga) Indikator Sasaran Strategis (ISS) yang pencapaian targetnya menjadi tanggung jawab Pusbikes. Indikator Kinerja tersebut adalah: (a) Persentase belanja Kesehatan *out of pocket*, (b) Persentase masyarakat memiliki asuransi kesehatan aktif, dan (c) Pengeluaran kesehatan total per kapita.

a. ISS 18: Persentase Belanja Kesehatan *Out of Pocket* (OOP)

Tabel 3. 2 Capaian ISS 18: Persentase Belanja Kesehatan *Out of Pocket* Tahun 2024 dan Tahun 2025

Indikator Sasaran Strategis	Tahun 2024			Tahun 2025		
	T	C	%C	T	C	%
Persentase Belanja Kesehatan <i>Out of Pocket</i> *	20%	28,6%	57,2%	28%	28,3%	98,94%

Keterangan : T = Target, C = Capaian, %C = Persentase Capaian

**Out-of-pocket* merupakan Indikator bermakna negatif, yaitu semakin kecil realisasi semakin baik capaian

1) Definisi Operasional

Persentase pengeluaran layanan kesehatan yang dibayar langsung oleh individu atau rumah tangga (*out-of-pocket*) dibandingkan dengan jumlah total yang dibelanjakan

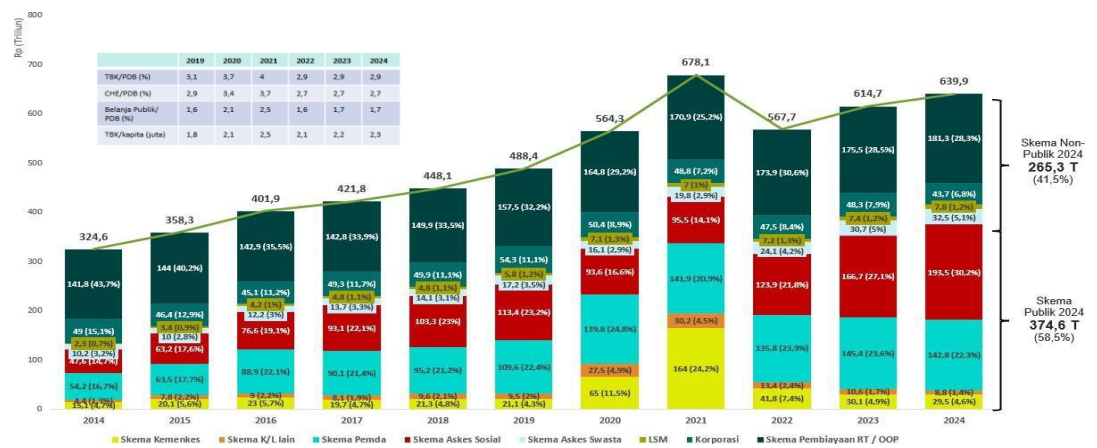
untuk layanan kesehatan di negara selama periode tertentu.

2) Cara Perhitungan

Total belanja kesehatan *out of pocket* dibagi total belanja kesehatan Indonesia dikali 100.

3) Analisis Pencapaian

Belanja kesehatan rumah tangga (*Out of Pocket/OOP*) dalam kerangka *National Health Accounts* (NHA) merupakan pengeluaran untuk barang dan jasa kesehatan yang dikeluarkan oleh rumah tangga (baik dari pendapatan, tabungan maupun pinjaman), tidak termasuk penggantian biaya dari pihak ketiga (*reimburse*), bantuan subsidi (transfer), iuran jaminan kesehatan (asuransi), dan biaya tidak langsung (transportasi, biaya akomodasi dan *opportunity cost*).



Gambar 3. 1 Tren Total Belanja Kesehatan (TBK) Tahun 2014 – 2024

Capaian indikator proporsi OOP terhadap total belanja kesehatan tahun 2025 menggunakan perhitungan belanja OOP pada perhitungan NHA tahun 2024. Estimasi agregat belanja OOP tahun 2024 sebesar Rp181,3 triliun dengan Total Belanja Kesehatan (TBK) sebesar Rp639,9 triliun (Gambar 3.1). Sehingga diperoleh persentase OOP terhadap belanja kesehatan sebesar 28.3%. Meskipun persentase OOP masih di atas 20% (berdasarkan standar WHO) dan belum mencapai target nasional sebesar 28%, penurunan belanja kesehatan OOP selama 1 dekade terakhir (43.7% pada tahun 2014 menjadi 28.3% pada tahun 2024) menunjukkan peran asuransi kesehatan sosial sebagai upaya untuk memberikan perlindungan finansial kepada masyarakat. Terbukti pada tahun 2024, persentase belanja asuransi kesehatan sosial (30.2%) lebih tinggi daripada belanja kesehatan OOP (28.3%).

4) Kegiatan-kegiatan yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target

Penyusunan angka belanja kesehatan tahun 2025 didukung oleh berbagai pemangku kepentingan (*stakeholders*). Hingga saat ini produksi NHA t-1 telah dilaksanakan sesuai dengan *timeline* yang direncanakan, yang menunjukkan bahwa proses penyusunan semakin dekat dengan tahun berjalan, terstruktur, sistematis dan

didukung oleh triangulasi data yang menghasilkan informasi yang kredibel.

Adapun sejumlah kegiatan yang dilakukan untuk mendukung produksi belanja kesehatan OOP dalam kerangka NHA t-1 adalah:

- a) Melakukan kegiatan triangulasi data OOP karena penyusunan NHA t-1 yang semakin mendekati tahun berjalan, terutama meningkatkan koordinasi dengan Badan Pusat Statistik (BPS);
- b) Kolaborasi dengan BPJS Kesehatan untuk meningkatkan cakupan peserta aktif;
- c) Perluasan cakupan asuransi kesehatan baik melalui skema pemerintah maupun swasta, serta penjaminan bahwa paket manfaat mencakup kebutuhan kesehatan utama;
- d) Dorongan untuk melakukan implementasi kebijakan *Coordination of Benefit* (CoB) melalui Koordinasi antar Penyelenggara Jaminan Kesehatan (KAPJ); serta
- e) Advokasi dan sosialisasi pemanfaatan JKN untuk mengakses pelayanan kesehatan.

5) Faktor Penghambat Pencapaian Target

Meskipun proporsi OOP menurun dari tahun sebelumnya, namun capaian tersebut masih belum mencapai target yang dapat disebabkan oleh beberapa kendala dari sisi data dan substantif yang mempengaruhi, yaitu:

- a) Kendala data dapat berupa pencapaian indikator OOP yang dipengaruhi oleh total belanja kesehatan dan porsi belanja dari skema pembiayaan lainnya serta peningkatan porsi belanja asuransi kesehatan sosial yang mencapai 30,2% dirasa belum cukup untuk menarik porsi OOP sehingga mencapai target.
- b) Kendala substantif dapat berupa:
 - Tingginya proporsi peserta JKN yang tidak aktif ($\pm 18\%$) meskipun secara jumlah kepesertaan cukup tinggi sehingga menyebabkan masyarakat masih membayar secara OOP;
 - Mekanisme rujukan berjenjang dan lamanya waktu tunggu akibat antrean layanan yang panjang menjadi faktor yang mendorong preferensi pembayaran langsung; serta
 - Adanya mekanisme pembayaran selisih biaya dalam skema JKN bagi peserta yang melakukan peningkatan kelas perawatan dengan menggunakan tambahan pembiayaan dari kantong sendiri (OOP).

6) Pemecahan Masalah dan Tindak Lanjut yang Dilakukan

Dengan mempertimbangkan berbagai permasalahan yang dapat menghambat pencapaian target, maka tindak lanjut diarahkan pada penguatan kualitas data dan optimalisasi kebijakan pembiayaan kesehatan untuk menekan OOP secara berkelanjutan, antara lain:

- a) Melakukan triangulasi data dengan BPS, BPJS Kesehatan, dan instansi terkait lainnya dalam penyusunan NHA.
- b) Memperkuat kolaborasi dengan BPJS Kesehatan untuk meningkatkan cakupan keaktifan peserta JKN.
- c) Memperluas cakupan asuransi kesehatan baik melalui skema pemerintah maupun

- swasta, serta memastikan paket manfaat mencakup kebutuhan kesehatan utama.
- d) Mendorong implementasi kebijakan *Coordination of Benefit* (CoB) melalui Koordinasi antar Penyelenggara Jaminan Kesehatan (KAPJ).
 - e) Berkoordinasi dengan Kementerian/Lembaga lain pemilik data (BPJS Kesehatan, OJK dan Kemenkeu) untuk memastikan penerimaan data *unaudited* dan *audited* diterima sesuai dengan *timeline* yang telah ditentukan.
 - f) Disagregasi belanja kesehatan skema OOP dilakukan dengan menggunakan struktur hasil Susenas Maret sehingga diperoleh rincian belanja berdasarkan penyedia layanan (rumah sakit, FPKTP, toko obat/alat kesehatan) dan fungsi (kuratif, preventif, dan obat). Perhitungan pola belanja OOP dengan memakai pendekatan data survei juga banyak dilakukan oleh negara-negara lainnya. Hal ini didukung oleh *World Health Organization* (WHO) dan *The World Bank*.

b. ISS 18: Persentase Masyarakat Memiliki Asuransi Kesehatan Aktif

Tabel 3. 3 Capaian ISS 19: Persentase Masyarakat Memiliki Asuransi Kesehatan Aktif Tahun 2024 dan Tahun 2025

Indikator Sasaran Strategis	Tahun 2024			Tahun 2025		
	T	C	%C	T	C	%C
Persentase Masyarakat Memiliki Asuransi Kesehatan aktif	-	-	-	80,5%	82,10%	101,98%

Keterangan : T = Target, C = Capaian, %C = Persentase Capaian

1) Definisi Operasional

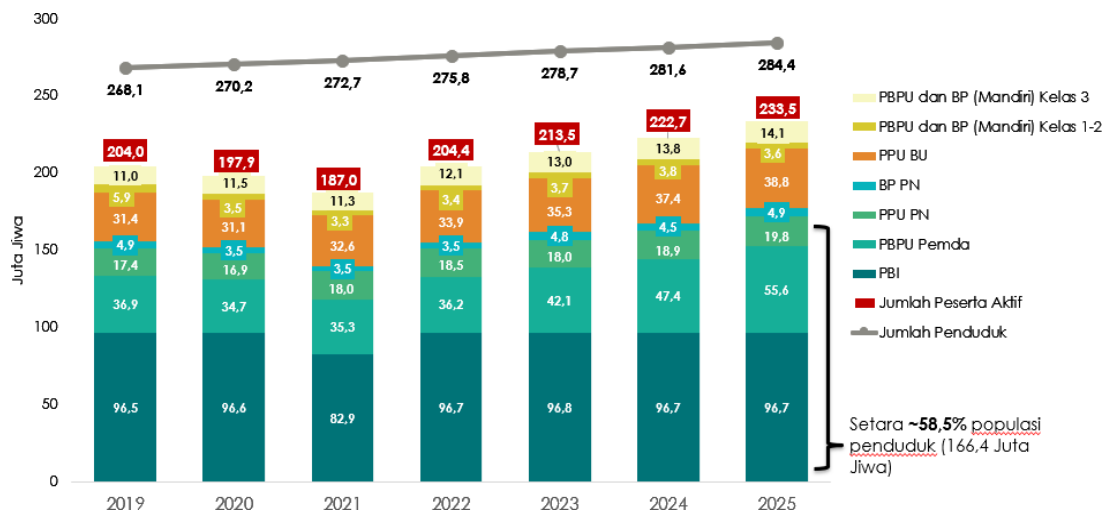
Persentase dari jumlah populasi yang dilindungi asuransi Kesehatan (terdaftar sebagai Peserta JKN, atau sebagai Peserta JKN dan sebagai Peserta Asuransi Swasta) dan berstatus aktif.

2) Cara Perhitungan

Jumlah populasi yang dilindungi asuransi Kesehatan yang berstatus aktif dibagi Jumlah penduduk Indonesia dikali 100%

3) Analisis Pencapaian

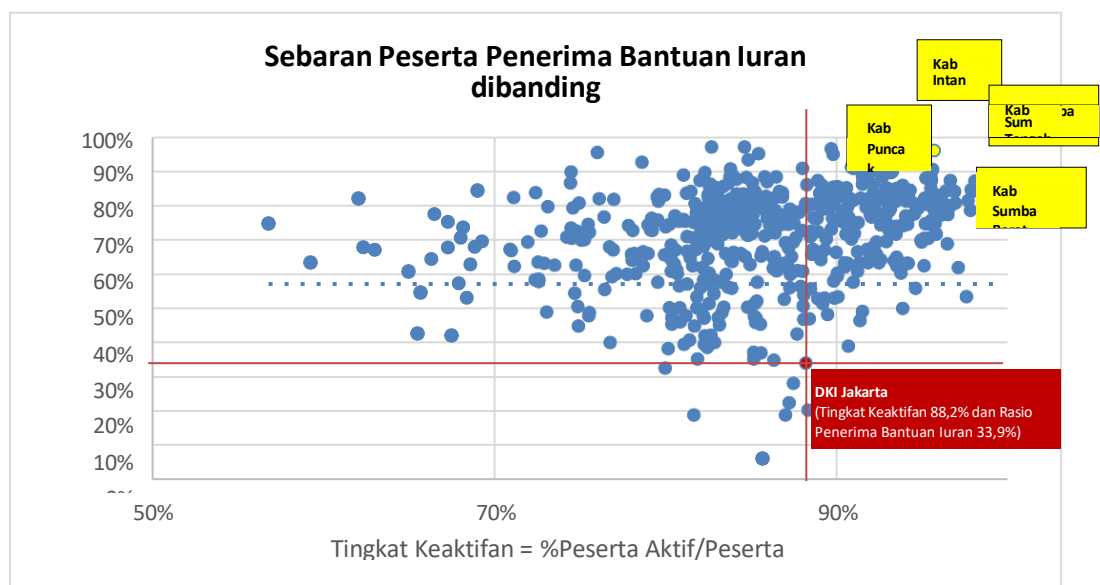
Dalam mencapai target indikator Persentase Masyarakat memiliki asuransi Kesehatan aktif yaitu di dapatkan dari perhitungan total peserta aktif JKN per Desember 2025 yang selanjutnya dibagi dengan jumlah penduduk menurut BPS tahun 2025. Perhitungan dalam angka yaitu : $233.522.932 / 284.438.800 = 82,10\%$. Capaian peserta aktif secara agregat (keseluruhan segmen) telah mencapai target kepesertaan yang ditetapkan, yaitu 80,5%.



Gambar 3. 2 Trend Tren Cakupan Peserta Aktif Program Jaminan Kesehatan Tahun 2019 – 2025

Jika dianalisis berdasarkan kepesertaan aktif pada setiap segmen kepesertaan, kenaikan peserta aktif 3 terbesar adalah pada segmen:

- PBPU Pemda (peserta yang dibiayai oleh Pemerintah Daerah) yaitu sebesar 8,2 juta atau 75,7% dari kenaikan peserta aktif.
- Pekerja Penerima Upah Badan Usaha/ Swasta sebesar 1,3 juta atau 12,3% dari total kenaikan peserta aktif
- Pekerja Penerima Upah Penyelenggara Negara sebesar 822 ribu atau 8,1% dari total kenaikan peserta aktif



Gambar 3. 3 Sebaran Tingkat Keaktifan Peserta JKN dibandingkan % PBPU Pemda

Tingginya kenaikan peserta aktif dari segmen PBPU Pemda dapat mencerminkan komitmen Pemerintah Daerah, dalam menjamin pembiayaan kesehatan bagi warganya. Namun perlu diperhatikan potensi penambahan beban finansial bagi Pemda, terlebih dengan menurunnya porsi dana transfer ke Daerah pada tahun 2026.

Jika target kepesertaan aktif tahun 2026 tetap ditopang oleh kepesertaan PBPU Pemda, maka terdapat potensi tidak tercapainya target peserta aktif.

Untuk itu, diperlukan komitmen BPJS Kesehatan untuk mendorong peningkatan jumlah dari segmen PBPU dan BP Mandiri atau masyarakat mampu, tidak hanya mengandalkan peningkatan peserta dari PBPU Pemda. Advokasi ke Pemerintah Daerah harus dilakukan agar Pemda tidak hanya mengejar status UHC dengan mendaftarkan seluruh masyarakatnya (mampu dan tidak mampu), tapi juga memberikan bantuan iuran secara selektif menggunakan DTSEN (Data Tunggal Sosial Ekonomi Nasional) dan berupaya mendorong belanja kesehatan untuk memenuhi *supply side* pelayanan kesehatan.

4) Kegiatan-kegiatan yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target

- a) Advokasi ke Pemangku Kepentingan (Pemerintah Daerah, BPJS Kesehatan, Kementerian Sosial) untuk perbaikan target penerima bantuan iuran baik pada segmen PBI dan PBPU Pemda
- b) Sosialisasi ke Masyarakat untuk mendorong *updating* data dan kepatuhan membayar iuran bagi peserta yang mampu
- c) Mendorong pengukuran kinerja perluasan kepesertaan ke segmen peserta mampu seperti Pekerja Penerima Upah Badan Usaha dan Pekerja Bukan Penerima Upah pada kelas 1 maupun kelas 2
- d) Mendorong integrasi data kepesertaan JKN, kepesertaan Jaminan Sosial Tenaga Kerja dan DTSEN
- e) Pembayaran iuran PBI dan subsidi iuran untuk PBPU-BP Kelas 3

5) Faktor Penghambat Pencapaian Target

Beberapa faktor juga mempengaruhi pencapaian target indikator tersebut, di antaranya:

- a) Peserta cenderung hanya membayar jika sakit (kepatuhan membayar rendah).
- b) Kemauan membayar iuran yang rendah dan cenderung mengandalkan subsidi/ bantuan iuran Pemerintah melalui PBI, PBPU Pemda dan bantuan sebagian iuran untuk kelas 3.
- c) Perluasan kepesertaan aktif oleh BPJS Kesehatan lebih bergantung pada kepesertaan PBI & PBPU Pemda (segmen bantuan iuran)
- d) Keterbatasan pemanfaatan DTSEN oleh Pemerintah/ Pemerintah Daerah untuk mendukung ketepatan sasaran bantuan iuran

6) Pemecahan Masalah dan Tindak Lanjut yang Dilakukan

Dengan masih terdapatnya beberapa permasalahan maka alternatif solusi yang dapat dilakukan antara lain:

- a) Melakukan advokasi kepada Pemda, BPJS Kesehatan, masyarakat dan DJSN terkait kondisi kepesertaan JKN dan mendorong kepatuhan membayar iuran
- b) Mendorong perbaikan pengukuran kinerja BPJS Kesehatan dalam memperluas kepesertaan aktif diluar segmen PBI dan PBPU Pemda

- c) Mendorong revisi regulasi penegakan kepatuhan pembayaran iuran dan tata kelola JKN
- d) Mendorong pemanfaatan DTSEN oleh Pemerintah Daerah dan Kementerian terkait untuk memastikan bantuan/ subsidi iuran JKN tepat sasaran
- e) Mendorong pemerataan akses layanan, perbaikan kualitas layanan serta rasionalisasi manfaat sebagai upaya menumbuhkan kesadaran masyarakat agar memiliki kepesertaan aktif JKN

c. ISS 27: Pengeluaran Kesehatan Total Per Kapita

Tabel 3. 4 Capaian ISS 27 Pengeluaran Kesehatan Total per Kapita Tahun 2024 dan Tahun 2025

Indikator Sasaran Strategis	Tahun 2024			Tahun 2025		
	T	C	%C	T	C	%C
Pengeluaran Kesehatan total per kapita	-	-	-	2,2 Juta	2,3 Juta	104,54%

Keterangan : T = Target, C = Capaian, %C = Persentase Capaian

1) Definisi Operasional

Pengeluaran yang digunakan untuk kesehatan dari seluruh sumber pendanaan dibandingkan dengan jumlah populasi pada periode waktu tertentu.

2) Cara Perhitungan

Jumlah pengeluaran untuk kesehatan total dibagi jumlah penduduk pada periode waktu yang ditentukan.

3) Analisis Pencapaian

Analisis pencapaian pada indikator ini dapat dilihat pada tabel di bawah ini beserta penjelasan pencapaian indikator tersebut.

Tabel 3. 5 Perhitungan Pengeluaran Kesehatan per Kapita Tahun 2024

Indikator Pembiayaan Kesehatan	2019	2020	2021	2022	2023	2024
TBK/PDB (%)	3,1	3,7	4	2,9	2,9	2,9
CHE/PDB (%)	2,9	3,4	3,7	2,7	2,7	2,7
Belanja Publik/PDB (%)	1,6	2,1	2,5	1,6	1,7	1,7
TBK/kapita (juta)	1,8	2,1	2,5	2,1	2,2	2,3

Dalam 6 tahun terakhir, tren pengeluaran kesehatan per kapita menunjukkan peningkatan dari Rp1,8 juta menjadi Rp2,3 juta pada tahun 2024. Secara agregat, **Pengeluaran Kesehatan Total per Kapita** telah melampaui target yang ditetapkan. Capaian ini menunjukkan adanya peningkatan investasi di sektor kesehatan, baik dari sumber pembiayaan publik maupun swasta. Namun demikian, secara komparatif, tingkat pengeluaran tersebut masih relatif lebih rendah dibandingkan negara-negara di kawasan Asia Tenggara, seperti Malaysia dan Thailand, menunjukkan masih adanya ruang untuk penguatan investasi kesehatan ke depan.

4) Kegiatan-kegiatan yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target

Tercapainya indikator ini didukung oleh berbagai kegiatan penguatan pembiayaan kesehatan dan penyempurnaan pengukuran belanja kesehatan secara nasional, seperti:

- a) Meningkatkan kontribusi asuransi kesehatan sosial melalui pembiayaan PBI bagi masyarakat miskin
- b) Memperluas cakupan manfaat yang ditanggung oleh JKN
- c) Memastikan peningkatan pembiayaan agar tidak berasal dari beban langsung rumah tangga
- d) Meningkatkan koordinasi lintas sektor dan *stakeholders* dalam pengumpulan dan validasi data belanja kesehatan, seperti triangulasi data belanja kesehatan untuk keseluruhan skema sehingga dapat memperoleh data final

5) Faktor Penghambat Pencapaian Target

Meskipun capaian telah melampaui target, masih terdapat beberapa faktor yang berpotensi menghambat optimalisasi dan keberlanjutan peningkatan pengeluaran kesehatan per kapita, antara lain:

- a) Indikator ini memiliki faktor eksternalitas yang tinggi yang dipengaruhi oleh kondisi makro ekonomi dan pembiayaan kesehatan dari Kementerian Lembaga lain baik publik dan non publik
- b) Regulasi yang memastikan peranan askesz sosial dan askes swasta untuk berkontribusi dalam pembiayaan kesehatan dalam konteks KAPJ masih dalam proses implementasi
- c) Dinamika pengumpulan dan pembaruan data belanja kesehatan yang dapat menyebabkan fluktuasi nilai pengeluaran kesehatan per kapita
- d) Efisiensi belanja yang belum optimal, khususnya pada pelayanan kuratif berbiaya tinggi

6) Pemecahan Masalah dan Tindak Lanjut yang Dilakukan

Sebagai tindak lanjut, berbagai upaya dilakukan untuk menjaga keberlanjutan capaian indikator serta memastikan peningkatan pengeluaran kesehatan per kapita berdampak pada perbaikan akses dan kualitas layanan, yaitu:

- a) Penguatan kegiatan triangulasi data belanja kesehatan melalui koordinasi dengan K/L sumber data untuk triangulasi pada bulan Oktober - November 2025
- b) Advokasi ke pemerintah daerah peningkatan kualitas perencanaan dan penganggaran dengan menyediakan dan mengalokasikan anggaran Kesehatan sejalan dengan RIBK, serta mendorong alokasi belanja kesehatan yang lebih berimbang antara promotif-preventif dan kuratif
- c) Optimalisasi pemanfaatan JKN untuk meningkatkan efektivitas pembiayaan pelayanan kesehatan

2. Indikator Kinerja Program (IKP)

Dalam Renstra Kementerian Kesehatan tahun 2025-2029, terdapat 5 (lima) Indikator Kinerja Program yang pencapaiannya menjadi tanggung jawab Pusbikes, yaitu:

- a. Persentase belanja kesehatan *out of pocket* masyarakat berpengeluaran 40% terbawah
- b. Jumlah Masyarakat yang memiliki Polis Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan (KAPJ)
- c. Persentase masyarakat miskin dan kurang mampu yang dibayarkan bantuan iuran jaminan Kesehatan
- d. Persentase pertumbuhan belanja kesehatan dari sektor publik
- e. Persentase pertumbuhan belanja kesehatan dari sektor non publik

a. IKP 18.1: Persentase Belanja Kesehatan *Out Of Pocket* Masyarakat Berpengeluaran 40% Terbawah

Tabel 3. 6 Capaian IKP 18.1 Persentase Belanja Kesehatan *Out Of Pocket* Masyarakat Berpengeluaran 40% Terbawah Tahun 2024 dan Tahun 2025

Indikator Kinerja Program	Tahun 2024			Tahun 2025		
	T	C	%C	T	C	%C
Persentase Belanja Kesehatan <i>Out of Pocket</i> Masyarakat Berpengeluaran 40% Terbawah*	-	-	-	3,98%	3,78%	105,29%

Keterangan : T = Target, C = Capaian, %C = Persentase Capaian

**Out-of-pocket* merupakan Indikator bermakna negatif, yaitu semakin kecil realisasi semakin baik capaian

1) Definisi Operasional

Proporsi belanja *out of pocket* masyarakat dengan pengeluaran 40% terbawah dibandingkan pengeluaran kesehatan total

2) Cara Perhitungan

Jumlah belanja *out of pocket* masyarakat dengan pengeluaran 40% terbawah dibandingkan pengeluaran kesehatan total dikali 100%

3) Analisis Pencapaian

Persentase Belanja Kesehatan *Out-of-Pocket* (OOP) pada masyarakat 40% berpengeluaran terbawah telah melampaui target yang telah ditetapkan, terutama didorong oleh penurunan total belanja OOP pada kelompok tersebut dibandingkan tahun sebelumnya. Meskipun demikian, capaian ini masih dipengaruhi oleh tingginya proporsi peserta JKN yang berstatus tidak aktif ($\pm 18\%$), serta belum optimalnya ketepatan sasaran sebagian peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI). Hal ini berdampak pada masih adanya pengeluaran langsung dari masyarakat dalam mengakses pelayanan kesehatan. Ke depan, optimalisasi pemanfaatan data Data Terpadu Sosial Ekonomi Nasional (DTSEN) dalam penetapan peserta PBI JKN diharapkan dapat meningkatkan ketepatan sasaran dan memperkuat perlindungan finansial masyarakat 40% berpengeluaran terbawah.

4) Kegiatan-kegiatan yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target

Capaian yang melampaui target pada indikator ini mencerminkan perlindungan finansial bagi kelompok masyarakat berpendapatan rendah dalam mengakses layanan kesehatan. Pencapaian tersebut didukung oleh sejumlah kegiatan yang

diarahkan untuk menurunkan beban pengeluaran langsung masyarakat desil 1-4, antara lain:

- a) Penguatan cakupan dan keberlanjutan kepesertaan JKN, melalui koordinasi dengan BPJS Kesehatan untuk meningkatkan tingkat keaktifan peserta, terutama pada segmen masyarakat berpenghasilan rendah.
- b) Perbaikan ketepatan sasaran kepesertaan Penerima Bantuan Iuran (PBI) JKN, melalui pemanfaatan dan pemutakhiran data sosial ekonomi nasional, sehingga kelompok masyarakat 40% berpengeluaran terbawah dapat terlindungi secara optimal oleh skema jaminan kesehatan.
- c) Peningkatan pemanfaatan JKN dalam mengakses pelayanan kesehatan, melalui kegiatan advokasi dan sosialisasi kepada masyarakat, guna mengurangi kecenderungan pembayaran langsung dari kantong sendiri.
- d) Penguatan koordinasi lintas pemangku kepentingan, termasuk pemerintah pusat dan daerah, dalam mendukung pembiayaan pelayanan kesehatan bagi kelompok rentan dan miskin.

5) Faktor Penghambat Pencapaian Target

Meskipun target telah tercapai, terdapat sejumlah faktor yang mempengaruhi capaian indikator ini, baik yang bersifat pendukung maupun yang masih menjadi kendala. Beberapa faktor utama yang mempengaruhi pencapaian indikator tersebut antara lain:

- a) Indikator ini telah melebihi target yang telah ditentukan. Hal ini terjadi karena ada *update* data total belanja kesehatan sehingga mempengaruhi persentasenya.
- b) Namun demikian, cakupan kepesertaan tidak aktif pada peserta JKN masih tinggi ($\pm 18\%$) sehingga masih ada masyarakat yang mengeluarkan biaya dari kantong sendiri untuk mendapatkan pelayanan kesehatan.
- c) Penerapan mekanisme rujukan berjenjang dan lamanya waktu tunggu layanan, yang dalam praktiknya mendorong sebagian masyarakat untuk memilih pembiayaan langsung dari kantong sendiri dibandingkan dengan memanfaatkan skema Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

6) Pemecahan Masalah dan Tindak Lanjut yang Dilakukan

Dengan masih terdapatnya beberapa permasalahan maka alternatif solusi yang dapat dilakukan antara lain:

- a) Pemanfaatan Data Tunggal Sosial & Ekonomi (DTSEN) yang lebih tepat sasaran untuk memastikan masyarakat berpengeluaran 40% terbawah, terjamin kesehatan dan finansialnya.
- b) Koordinasi dengan BPJS kesehatan agar meningkatkan cakupan peserta aktif dan memastikan proses reaktivasi peserta PBI yang dinonaktifkan dan masih membutuhkan pelayanan kesehatan, dipermudah.
- c) Memperluas cakupan asuransi kesehatan baik melalui skema pemerintah maupun swasta, serta memastikan paket manfaat mencakup kebutuhan

kesehatan utama.

- d) Masih perlu melakukan advokasi dan sosialisasi pemanfaatan JKN kepada masyarakat untuk mengakses pelayanan kesehatan.

b. IKP 19.1: Jumlah Masyarakat yang memiliki Polis Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan (KAPJ)

Tabel 3. 7 Capaian IKP 19.1: Jumlah Masyarakat yang memiliki Polis Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan (KAPJ) Tahun 2024 dan Tahun 2025

Indikator Kinerja Program	Tahun 2024			Tahun 2025		
	T	C	%C	T	C	%C
Jumlah Masyarakat yang memiliki Polis Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan (KAPJ)	-	-	-	787.000 Orang	68 Orang	0,01%

Keterangan : T = Target, C = Capaian, %C = Persentase Capaian

1) Definisi Operasional

Jumlah masyarakat yang memiliki polis Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan (KAPJ).

2) Cara Perhitungan

Jumlah masyarakat yang memiliki polis Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan (KAPJ) tahun berkenaan. Target indikator dihitung berdasarkan masyarakat potensial pada kelas 1 peserta aktif JKN segmen Pekerja Penerima Upah (PPU).

3) Analisis Pencapaian

Indikator kinerja Program Jumlah Masyarakat yang memiliki Polis Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan (KAPJ) pada tahun 2025 ditetapkan dengan target sebesar 787.000 orang, dengan realisasi capaian output sebanyak 68 orang.

Rendahnya capaian indikator tersebut disebabkan oleh beberapa faktor. Pada tahun berjalan, implementasi KAPJ masih mengacu pada Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1366 tahun 2024 yang dalam pelaksanaannya belum sepenuhnya mampu mendukung koordinasi pembayaran selisih biaya secara optimal, sehingga diperlukan penyempurnaan regulasi.

Sebagai tindak lanjut, telah ditetapkan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia (Kepmenkes) Nomor HK.01.07/Menkes/1117/2025 tentang Pedoman Pelaksanaan Pembayaran Selisih Biaya oleh Asuransi Kesehatan Tambahan Melalui Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan, yang ditetapkan pada bulan November 2025.

Namun, implementasi regulasi tersebut memerlukan masa transisi dan penyesuaian, termasuk dalam hal pelaksanaan sosialisasi kepada pemangku kepentingan, khususnya kepada Penyelenggara Asuransi Kesehatan Tambahan (AKT), BPJS Kesehatan seluruh Indonesia, rumah sakit seluruh Indonesia, dan pengguna layanan kesehatan, serta pentingnya dilakukan proses penyusunan dan penandatanganan Perjanjian Kerja Sama antara Asuransi Kesehatan Tambahan dengan Rumah Sakit, dan Asuransi Kesehatan Tambahan dengan BPJS Kesehatan. Kondisi tersebut berdampak

pada belum optimalnya capaian indikator KAPJ pada tahun pelaporan. Selain itu implementasi Kepmenkes Nomor 1117 tahun 2025 juga memerlukan dukungan pengaturan dari Otoritas Jasa Keuangan (OJK) terkait penambahan fitur KAPJ pada produk asuransi swasta.

4) Kegiatan-kegiatan yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target

- a) Penetapan 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, sebagai dasar hukum pelaksanaan KAPJ secara nasional.
- b) Pelaksanaan pertemuan trilateral dalam rangka akselerasi Implementasi Regulasi KAPJ melibatkan OJK dan BPJS Kesehatan, untuk mencapai kesepakatan yang sama antar regulator sebelum diperluasnya kegiatan sosialisasi secara nasional.
- c) Penetapan Peraturan OJK sebagai regulasi pendukung pelaksanaan KAPJ, khususnya yang mengatur kewajiban dan peran penyelenggara AKT di mana telah disahkan peraturan OJK No 36 tahun 2025 tentang Penguatan Ekosistem Asuransi Kesehatan.
- d) Percepatan sistem pelaporan (OJK dan BPJS Kesehatan) untuk mengatur keterpaduan dan akuntabilitas data dalam implementasi KAPJ

5) Faktor Penghambat Pencapaian Target

- a) Regulasi yang mendukung ditetapkan akhir tahun 2025 Kepmenkes No. HK.01.07/Menkes/1117/2025 yang ditetapkan 11 November 2025 dan implementasinya masih memerlukan dukungan per OJK yang direncanakan ditetapkan di Januari 2026 yang kemudian sosialisasi bersama lebih lanjut. Kemudian, regulasi yang baru ditetapkan di trimester 3 tahun 2025 ini mengakibatkan waktu implementasi efektif dalam satu tahun anggaran relatif singkat, sehingga belum memungkinkan tercapainya target indikator secara optimal. Fase peralihan dari regulasi sebelumnya tersebut yang menyebabkan perlunya masa transisi penyesuaian teknis pelaksanaan implementasi.
- b) Diperlukan waktu dalam pengembangan produk KAPJ
Isu kesiapan penyelenggara asuransi kesehatan tambahan (AKT) belum merata. AKT belum sepenuhnya memiliki kesiapan operasional, termasuk bagaimana mengembangkan produk sebagai cerminan bentuk manfaat, sistem klaim yang terintegrasi, dan pemenuhan kerjasama dengan BPJS Kesehatan dan Rumah Sakit. Dalam pengembangan produk KAPJ, AKT dituntut untuk mengembangkan produk yang selaras dengan karakteristik program JKN dan perlu menyesuaikan dengan *demand* pasar.
- c) Pengaturan Kebijakan Selisih Biaya sangat bergantung dengan kesiapan dari pihak luar Kemenkes
Implementasi pelaksanaan KAPJ sangat bergantung pada kesiapan dari pihak-pihak diluar Kemenkes, khususnya dalam hal regulasi turunan, sistem pembayaran, serta mekanisme koordinasi lintas penyelenggara. Oleh karena itu,

implementasi pelaksanaan Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan (KAPJ) juga sangat bergantung pada kesiapan dan komitmen para pemangku kepentingan di luar Kementerian Kesehatan, termasuk BPJS Kesehatan, perusahaan asuransi kesehatan tambahan, serta fasilitas pelayanan kesehatan.

- d) Literasi masyarakat terhadap produk asuransi KAPJ yang minim
Diperlukan waktu untuk respon pasar terhadap produk asuransi yang menerapkan pola selisih biaya melalui KAPJ.

6) Pemecahan Masalah dan Tindak Lanjut yang Dilakukan

- a) Melakukan koordinasi dan sinkronisasi kebijakan dengan Asosiasi Perusahaan Kesehatan Swasta dengan melibatkan OJK serta asosiasi rumah sakit, untuk menyamakan pemahaman dan komitmen implementasi KAPJ.
- b) Telah adanya Nota Kesepakatan antara AKT dan asosiasi rumah sakit, sebagai dasar kerja sama dalam pelaksanaan pembayaran selisih biaya melalui KAPJ
- c) Mendorong percepatan penyusunan dan pengesahan PKS antara AKT dengan RS dan AKT dengan BPJS Kesehatan, untuk mendukung kesiapan operasional KAPJ.
- d) Melaksanakan sosialisasi KMK 1117 tahun 2025 secara bertahap kepada pemangku kepentingan terkait, khususnya pada Rumah Sakit, Penyelenggara AKT, BPJS Kesehatan seluruh Indonesia dan termasuk kepada Pemerintah Daerah untuk meningkatkan pemahaman terhadap mekanisme pelaksanaan KAPJ.

c. IKP 19.2: Persentase Masyarakat Miskin dan Kurang Mampu yang Dibayarkan Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan

Tabel 3. 8 Capaian IKP 19.2: Persentase Masyarakat Miskin dan Kurang Mampu yang Dibayarkan Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan Tahun 2024 dan Tahun 2025

Indikator Kinerja Program	Tahun 2024			Tahun 2025		
	T	C	%C	T	C	%C
Persentase Masyarakat Miskin dan Kurang Mampu yang Dibayarkan Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan	-	-	-	99,6%	99,997%	100,39%

Keterangan : T = Target, C = Capaian, %C = Persentase Capaian

1) Definisi Operasional

- a) Masyarakat fakir miskin dan orang tidak mampu yang terdaftar sebagai peserta PBI JK dan dibayarkan iurannya oleh Kementerian Kesehatan berdasarkan Keputusan Menteri Sosial.
- b) Masyarakat yang terdaftar sebagai Peserta PBPU dan BP berdasarkan tagihan dari BPJS Kesehatan dilakukan verifikasi oleh Kementerian Kesehatan untuk selanjutnya ditetapkan dalam SK Penerima Bantuan Iuran bagi Peserta PBPU dan BP dengan Manfaat Pelayanan di Ruang Perawatan Kelas III oleh Pemerintah Pusat, yang digunakan sebagai dasar untuk dilakukan pembayaran bantuan iuran pada bulan berikutnya oleh Kementerian Kesehatan.

2) Cara Perhitungan

- a) Jumlah peserta PBI JK berdasarkan data *By Name By Address* (BNBA) yang sudah didaftarkan dan dibayarkan oleh Kementerian Kesehatan dibagi jumlah peserta PBI JK berdasarkan SK Menteri Sosial dikali 100%.
- b) Jumlah peserta PBPU dan BP yang dibayarkan kontribusi bantuan iurannya dibagi jumlah peserta PBPU dan BP berdasarkan SK Penerima Bantuan Iuran bagi Peserta PBPU dan BP dengan Manfaat Pelayanan di Ruang Perawatan Kelas III yang sudah ditetapkan dan diverifikasi oleh Kementerian Kesehatan dikali 100.
- c) Persentase capaian PBI ditambah persentase capaian PBPU dan BP dibagi 2.

3) Analisis Pencapaian

Tabel 3. 9 Pembayaran Iuran PBI JK Tahun 2025

Bulan Pembayaran	Target (Jiwa)	Realisasi Pembayaran	
		Jumlah Peserta (Jiwa)	Jumlah Pembayaran (Rp)
Januari	96.800.000	96.747.197	3.862.503.081.600
Februari		96.747.990	3.862.532.902.600
Maret		96.732.626	3.861.672.277.600
April		96.758.702	3.862.954.305.400
Mei		96.760.768	3.863.037.663.700
Juni		96.288.453	3.844.248.932.800
Juli		96.868.623	3.867.415.227.300
Agustus		96.841.319	3.866.323.932.800
September		96.795.265	3.821.707.982.300
Oktober		96.753.007	3.862.770.284.700
November		95.790.036	3.824.341.471.700
Desember		96.794.044	3.864.421.220.400
Total			46.263.929.282.900

Tabel 3. 10 Pembayaran Iuran PBPU dan BP Kelas III Tahun 2025

Bulan Pembayaran	Target (Jiwa)	Realisasi Pembayaran	
		Jumlah Peserta (Jiwa)	Jumlah Pembayaran (Rp)
Tunggakan 2024		121.237.359	363.160.104.800
Januari	60.049.291	60.049.291	252.207.022.200
Februari	60.484.084	60.484.084	254.033.152.800
Maret	60.890.076	60.890.076	255.738.319.200
April	62.358.028	62.358.028	261.903.717.600
Mei	63.494.822	63.494.822	261.130.203.600
Juni	61.413.312	61.413.312	257.935.910.400
Juli	62.832.094	62.832.094	263.894.794.800
Agustus	64.274.269	64.274.269	269.858.988.000
September	65.723.684	65.723.684	276.039.472.800
Oktober	35.061.528	35.061.528	147.258.417.600
Total			2.863.160.103.800

Capaian indikator ini telah melebihi target yang ditentukan, pada tahun 2025 target indikator persentase masyarakat miskin dan kurang mampu yang dibayarkan bantuan iuran jaminan kesehatan yaitu 99,6% dengan persentase capaian 99,997%. Capaian tersebut didapatkan dari hasil perhitungan persentase capaian PBI ditambah PBPU BP dibagi 2. Dengan nilai capaian PBI Peserta yang dibayarkan pada bulan Desember sejumlah 96.794.044 jiwa dibagi jumlah peserta PBI JK berdasarkan

SK Mensos 96.800.000 jiwa sehingga didapatkan angka persentase capaian PBI yaitu sebesar 99,99%. Adapun capaian PBPU BP kelas III peserta yang dibayarkan pada bulan Oktober sejumlah 35.061.528 jiwa dibagi jumlah peserta PBPU dan BP berdasarkan SK Penerima Bantuan Iuran bagi Peserta PBPU dan BP kelas III yang sudah ditetapkan dan diverifikasi oleh Kementerian Kesehatan 35.061.528 jiwa sehingga didapatkan angka persentase capaian PBPU BP kelas III sebesar 100%. Dari kedua perhitungan tersebut diperoleh capaian indikator ini yaitu 99,99% ditambah 100% dibagi 2 sehingga diperoleh 99,997%.

Dalam pelaksanaan pembayaran iuran PBPU dan BP kelas III tahun 2025, terdapat penyesuaian realisasi pembayaran pada sebagian tahap 10 untuk bulan Oktober serta tahap 11 dan 12 untuk bulan November dan Desember 2025. Penyesuaian tersebut dipengaruhi oleh dinamika jumlah kepesertaan PBPU dan BP kelas III yang mengalami peningkatan sepanjang tahun 2025 serta bagian dari pengendalian pelaksanaan anggaran, dengan tetap memperhatikan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

4) Kegiatan-kegiatan yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target

- a) Melakukan koordinasi dengan Kementerian Sosial dan Badan Pusat Statistik mengenai penetapan peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) JK berdasarkan DTSEN.
- b) Melakukan koordinasi dengan BPJS Kesehatan terkait pembayaran iuran PBI JK dan PBPU BP kelas III.
- c) Melakukan pembayaran iuran PBI JK dan PBPU-BP kelas III secara tepat waktu, tepat jumlah dan tepat sasaran.
- d) Melakukan verifikasi dan validasi data pembayaran PBI JK dan PBPU BP kelas III.

5) Faktor Penghambat Pencapaian Target

Keakuratan dalam perencanaan dan penganggaran menjadi faktor penting yang memengaruhi realisasi serta capaian target pembayaran bantuan iuran, baik untuk PBI JK maupun PBPU BP Kelas III. Saat ini, interoperabilitas data oleh Pusdatin masih tahap pengembangan sehingga pemantauan pembayaran iuran PBI JK dan PBPU BP belum dapat dilakukan secara *real time*. Integrasi ini diharapkan meningkatkan efektivitas pengawasan serta akurasi pelaporan ke depannya.

6) Pemecahan Masalah dan Tindak Lanjut yang Dilakukan

Langkah-langkah strategis selama proses interoperabilitas untuk pemantauan capaian target:

- a) Rekonsiliasi data kepesertaan setiap bulan dengan Kemensos dan BPJS Kesehatan.
- b) Mendorong perbaikan infrastruktur TI untuk mendukung interoperabilitas, seperti standarisasi format data dan penguatan keamanan pertukaran data.
- c) Memastikan alokasi anggaran dari pemerintah pusat atau daerah tepat waktu melalui koordinasi dengan Kementerian Keuangan.

d. IKP 27.1: Persentase Pertumbuhan Belanja Kesehatan dari Sektor Publik

Tabel 3. 11 Capaian IKP 27.1: Persentase Pertumbuhan Belanja Kesehatan dari Sektor Publik Tahun 2024 dan Tahun 2025

Indikator Kinerja Program	Tahun 2024			Tahun 2025		
	T	C	% C	T	C	% C
Persentase pertumbuhan belanja kesehatan dari sektor publik	-	-	-	5%	6,2%	124%

Keterangan : T = Target, C = Capaian, %C = Persentase Capaian

1) Definisi Operasional

Pertumbuhan belanja kesehatan dari sektor publik (Kementerian Kesehatan, Kementerian/Lembaga lain, Pemerintah Daerah, dan Asuransi Kesehatan Sosial) pada tahun t dibandingkan dengan t-1.

2) Cara Perhitungan

Pengeluaran Kesehatan dari sektor publik tahun t dikurangi t-1 dibagi Pengeluaran sektor publik t-1 dikali 100% .

3) Analisis Pencapaian

Capaian persentase pertumbuhan belanja kesehatan sektor publik telah melampaui target yang ditetapkan (5%), yaitu sebesar 6,2%, yang sejalan dengan meningkatnya kontribusi belanja dari skema asuransi kesehatan sosial terhadap total belanja kesehatan.

Indikator ini menunjukkan bahwa pertumbuhan belanja kesehatan di sektor publik telah melampaui target dengan tingkat capaian mencapai 124%. Besaran tingkat capaian tersebut mencerminkan adanya peningkatan komitmen pemerintah dalam pembiayaan sektor kesehatan. Pertumbuhan belanja kesehatan sektor publik tersebut bersumber dari peningkatan pengeluaran kesehatan oleh Kementerian Kesehatan, Kementerian/Lembaga lain terkait, Pemerintah Daerah, dan skema asuransi kesehatan sosial (JKN). Hal ini menunjukkan bahwa kebijakan penguatan belanja kesehatan publik telah berjalan secara efektif, meskipun masih dihadapkan pada dinamika pengelolaan anggaran dan keterbatasan fiskal.

4) Kegiatan-kegiatan yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target

Pencapaian pertumbuhan belanja kesehatan dari sektor publik didukung oleh berbagai kegiatan penguatan perencanaan, penganggaran, dan pelaksanaan belanja kesehatan karena sektor publik yang berkontribusi besar adalah melalui skema asuransi sosial, sehingga kegiatan tersebut berupa:

- a) Peningkatan Peserta PBI (Penerima Bantuan Iuran) untuk memastikan anggaran negara meng-cover iuran masyarakat miskin secara konsisten dan menguatkan pembiayaan kesehatan melalui skema asuransi kesehatan sosial (JKN).
- b) Penyesuaian tarif layanan dengan melakukan reviu berkala terhadap tarif INACBGs untuk menjaga keberlangsungan operasional RS tanpa membebani pasien.

5) Faktor Penghambat Pencapaian Target

Meskipun capaian indikator telah melampaui target, terdapat sejumlah faktor yang berpotensi menghambat optimalisasi dan keberlanjutan pertumbuhan belanja kesehatan sektor publik.

- a) Akurasi data yang kurang maksimal karena penggunaan data *stunting* atau angka kematian ibu yang tidak sinkron antara pusat dan daerah mengakibatkan intervensi anggaran menjadi salah sasaran.
- b) Belum optimalnya efektivitas Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) akibat defisit anggaran BPJS. Jika iuran PBI dari pemerintah tidak dibayarkan tepat waktu atau jumlahnya tidak mencukupi biaya klaim rumah sakit, hal ini akan menghambat perputaran ekonomi di sektor kesehatan publik.

6) Pemecahan Masalah dan Tindak Lanjut yang Dilakukan

Sebagai tindak lanjut untuk menjaga keberlanjutan pertumbuhan belanja kesehatan sektor publik dan meningkatkan kualitas pembiayaan kesehatan, dilakukan berbagai upaya perbaikan kebijakan dan tata kelola. Optimalisasi utilisasi program JKN menjadi salah satu tindak lanjut yang dilakukan sehingga terjadi peningkatan belanja publik karena peningkatan porsi belanja skema askes sosial.

e. IKP 27.2: Persentase Pertumbuhan Belanja Kesehatan dari Sektor Non-Publik

Tabel 3. 12 Capaian IKP 27.2: Persentase Pertumbuhan Belanja Kesehatan dari Sektor Non Publik Tahun 2024 dan Tahun 2025

Indikator Kinerja Program	Tahun 2024			Tahun 2025		
	T	C	% C	T	C	% C
Persentase pertumbuhan belanja kesehatan dari sektor non publik	-	-	-	1%	-0,95	-95%

Keterangan : T = Target, C = Capaian, %C = Persentase Capaian

1) Definisi Operasional

Pertumbuhan belanja Kesehatan dari sektor swasta di luar OOP.

2) Cara Perhitungan

Pengeluaran Kesehatan dari sektor swasta (diluar OOP) tahun berjalan dibagi Total Belanja Kesehatan (TBK) dikali 100% dikurangi (Pengeluaran Kesehatan dari Sektor Swasta (diluar OOP) tahun sebelumnya dibagi Total Belanja Kesehatan (TBK) dikali 100%).

3) Analisis Pencapaian

Capaian indikator ini diperoleh dari pengeluaran Kesehatan dari sektor swasta (diluar OOP) tahun ini dibagi Total Belanja Kesehatan (TBK) dikali 100% dikurangi (Pengeluaran Kesehatan dari Sektor Swasta (diluar OOP) tahun sebelumnya dibagi Total Belanja Kesehatan (TBK) dikali 100%).

Persentase capaian pertumbuhan belanja kesehatan dari sektor non publik pada tahun pelaporan belum memenuhi target yang ditetapkan (1%), yaitu -0,95%. Belanja

sektor non publik ini meliputi 3 skema pembiayaan utama, yaitu skema asuransi kesehatan swasta, skema korporasi dan lembaga non profit yang melayani rumah tangga (LNPRRT).

Penurunan belanja sektor non publik terutama terjadi pada skema korporasi, yang dipengaruhi oleh peralihan penjaminan kesehatan karyawan dari skema korporasi ke asuransi kesehatan sosial dan/atau asuransi kesehatan swasta. Peralihan tersebut menyebabkan belanja kesehatan dari sektor non publik pada tahun berjalan ini tercatat lebih rendah dibandingkan tahun sebelumnya.

4) Kegiatan-kegiatan yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target

Upaya pencapaian indikator ini dilakukan melalui berbagai kegiatan yang bertujuan mendorong peningkatan peran sektor non publik dalam pembiayaan kesehatan.

a) Perluasan Ekosistem Asuransi Kesehatan Tambahan (AKT)

Kegiatan koordinasi antara BPJS Kesehatan dengan asuransi swasta melalui skema *Coordination of Benefit (CoB)/KAPJ* agar masyarakat kelas menengah atas terdorong menggunakan layanan asuransi swasta.

b) Promosi Program Kesehatan Kerja di Perusahaan

Sosialisasi agar perusahaan-perusahaan (sektor swasta) meningkatkan alokasi anggaran kesehatan untuk karyawan di luar jaminan wajib BPJS.

5) Faktor Penghambat Pencapaian Target

Belum tercapainya target pertumbuhan belanja kesehatan dari sektor non publik dipengaruhi oleh beberapa faktor struktural dan operasional.

a) Terdapat penurunan belanja non publik karena penurunan belanja skema korporasi yang cukup signifikan dengan adanya perpindahan penjaminan karyawan oleh perusahaan menjadi Askes sosial/Askes swasta. Sehingga jika dibandingkan dengan tahun lalu, total belanja non publik tahun ini lebih rendah.

b) Total belanja kesehatan dari sektor non publik (askes swasta, korporasi dan LNPRRT) tahun ini mengalami penurunan.

6) Pemecahan Masalah dan Tindak Lanjut yang Dilakukan

Mendorong implementasi kebijakan *Coordination of Benefit (CoB)* melalui Koordinasi antar Penyelenggara Jaminan Kesehatan (KAPJ), sehingga diharapkan belanja skema asuransi swasta dapat meningkat yang berdampak pada peningkatan total belanja non publik.

3. Indikator Kinerja Kegiatan (IKK)

Berdasarkan perjanjian kinerja antara Kepala Pusat Pembiayaan Kesehatan dengan Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan terdapat 7 (tujuh) Indikator Kinerja Kegiatan (IKK) yang menjadi tanggung jawab Pusbikes. Berikut gambaran capaian target Indikator Kinerja Kegiatan tersebut:

a. IKK 18.1.1: Persentase Belanja Kesehatan *Out of Pocket* Pelayanan Kesehatan Kuratif Masyarakat Berpengeluaran 40% Terbawah

Tabel 3. 13 Capaian IKK 18.1.1: Indikator Persentase Belanja Kesehatan *Out of Pocket* Pelayanan Kesehatan Kuratif Masyarakat Berpengeluaran 40% Terbawah Tahun 2024 dan Tahun 2025

Indikator Kinerja Kegiatan	Tahun 2024			Tahun 2025		
	T	C	% C	T	C	% C
Persentase belanja kesehatan <i>out of pocket</i> pelayanan kesehatan kuratif masyarakat berpengeluaran 40% terbawah*	-	-	-	50%	50,8%	98,42%

Keterangan : T = Target, C = Capaian, %C = Persentase Capaian

**Out-of-pocket* merupakan Indikator bermakna negatif, yaitu semakin kecil realisasi semakin baik capaian

1) Definisi Operasional

Persentase belanja kesehatan yang dibayar langsung (*out-of-pocket/OOP*) untuk kuratif oleh masyarakat dengan pengeluaran 40% terbawah.

2) Cara Perhitungan

Total belanja kesehatan yang dibayar langsung (*out-of-pocket/OOP*) untuk kuratif oleh masyarakat yang berada pada kelompok 40% penduduk dengan pengeluaran terbawah dibagi total OOP masyarakat yang berada pada kelompok 40% penduduk dengan pengeluaran terbawah dikali 100%.

3) Analisis Pencapaian

Target IKK Persentase Belanja Kesehatan OOP Pelayanan Kesehatan Kuratif pada Masyarakat 40% Berpengeluaran Terbawah Tahun 2025 ditargetkan sebesar 50%, dengan capaian sebesar 50,8%. Meskipun terdapat penurunan pada total belanja OOP kuratif, total belanja OOP pada masyarakat 40% pengeluaran terbawah sebagai penyebut (denominator) tidak mengalami penurunan yang signifikan. Kondisi ini menyebabkan capaian persentase belanja OOP kuratif belum memenuhi target yang ditetapkan.

Belum tercapainya target tersebut dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain masih adanya ketidaktepatan sasaran kepesertaan PBI, sehingga sebagian masyarakat yang seharusnya terlindungi masih harus menanggung biaya pelayanan kesehatan secara mandiri. Selain itu, penonaktifan kepesertaan JKN akibat hasil penilaian kemampuan ekonomi serta tingginya proporsi belanja OOP pada layanan rawat jalan pada kelompok masyarakat 40% pengeluaran terbawah turut berkontribusi terhadap belum optimalnya capaian indikator ini. Perlu dicatat bahwa data yang digunakan dalam pelaporan indikator Tahun 2025 merupakan data tahun t- 1, yaitu data Tahun 2024.

4) Kegiatan-kegiatan yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target

Upaya pencapaian indikator ini difokuskan pada pengendalian belanja OOP pada pelayanan kesehatan kuratif yang menjadi kontributor utama pengeluaran langsung masyarakat, dengan cara:

- a) Melakukan estimasi agregat data belanja kesehatan skema OOP

- b) Berkoordinasi untuk memperoleh data Susenas Maret dari BPS untuk disagregasi data belanja kesehatan skema OOP berdasarkan desil/ kuintil dan jenis pelayanan (kuratif, preventif, obat)

5) Faktor Penghambat Pencapaian Target

Capaian indikator ini masih belum memenuhi target yang ditetapkan akibat beberapa kendala utama pada pelayanan kuratif, misalnya:

- a) Masih ada peserta PBI yang tidak tepat sasaran sehingga yang berhak menjadi peserta PBI belum terdaftar.
- b) Peserta terkena dampak penonaktifan karena dianggap telah mampu.
- c) Pada kelompok 40% terbawah, belanja OOP paling besar dikeluarkan untuk rawat jalan dan preventif (seperti KB dan imunisasi).
- d) Preferensi masyarakat lebih memilih berbayar daripada alat kontrasepsi yang disediakan program (contoh: suntik 1 bulan lebih diminati daripada suntik 3 bulan yang disediakan program karena timbul flek berlebihan)
- e) Isu kekosongan vaksin dan jam imunisasi yang terbatas di Puskesmas sehingga masyarakat melakukan vaksin di faskes berbayar.

6) Pemecahan Masalah dan Tindak Lanjut yang Dilakukan

Tindak lanjut diarahkan pada penguatan regulasi, pemanfaatan JKN, dan edukasi masyarakat untuk menurunkan belanja OOP pelayanan kuratif.

- a) Pemanfaatan DTSEN yang lebih tepat sasaran untuk memastikan masyarakat berpengeluaran 40% terbawah, terjamin kesehatan dan finansialnya.
- b) Koordinasi dengan BPJS kesehatan agar meningkatkan cakupan peserta aktif dan memastikan proses reaktivasi peserta PBI yang dinonaktifkan dan masih membutuhkan pelayanan kesehatan, dipermudah.
- c) Koordinasi dengan BPJS Kesehatan agar memperluas kerja sama dengan bidan dan praktik dokter, sebagai tempat yang berpotensi berbayar untuk rawat jalan maupun KB dan imunisasi.

b. IIKK 19.1.1: Persentase Rumah Sakit yang memiliki Kerja Sama dengan Asuransi Kesehatan Tambahan

Tabel 3. 14 Capaian IKK 19.1.1: Persentase Rumah Sakit yang memiliki Kerja Sama dengan Asuransi Kesehatan Tambahan Tahun 2024 dan Tahun 2025

Indikator Kinerja Kegiatan	Tahun 2024			Tahun 2025		
	T	C	% C	T	C	% C
Persentase Rumah Sakit yang memiliki kerja sama dengan Asuransi Kesehatan Tambahan	-	-	-	2%	3,2%	160%

Keterangan : T = Target, C = Capaian, %C = Persentase Capaian

1) Definisi Operasional

Persentase Rumah Sakit yang melakukan penagihan atas kerja sama dengan Asuransi Kesehatan tambahan yang dimiliki peserta Jaminan Kesehatan.

2) Cara Perhitungan

Cara perhitungan: Jumlah rumah sakit yang melakukan selisih biaya akomodasi dengan AKT dibagi total rumah sakit yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan dikali 100.

3) Analisis Pencapaian

Capaian indikator ini sudah melebihi target (2%), yaitu sebesar 3,2% pada tahun 2025. Capaian ini bersumber dari data e-klaim di mana angka 3,2% didapatkan dari sejumlah 102 Rumah Sakit yang melakukan selisih biaya akomodasi dengan AKT dibagi 3.140 Rumah Sakit yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan dikali 100%.

Capaian terjadi karena adanya pelaksanaan skema koordinasi manfaat (*coordination of benefit*) antara BPJS Kesehatan dengan penyelenggara jaminan kesehatan lainnya. Dalam skema ini, peserta jaminan kesehatan nasional yang menginginkan kelas perawatan yang lebih tinggi daripada haknya dapat meningkatkan kelas perawatan dengan membayar selisih biaya, termasuk rawat jalan eksekutif. Pembayaran selisih biaya dapat dilakukan oleh Peserta, Pemberi Kerja dan/atau asuransi kesehatan tambahan. Pembayaran oleh asuransi kesehatan dilakukan melalui kerjasama antara BPJS kesehatan, AKT, dan fasilitas pelayanan kesehatan, yang seluruh datanya terintegrasi dalam sistem e-klaim.

4) Kegiatan-kegiatan yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target

Langkah-langkah yang dilaksanakan untuk mencapai target diantaranya sebagai berikut:

- a) Mendorong pelaksanaan selisih biaya kepada pasien yang menginginkan kelas perawatan yang lebih tinggi daripada haknya, termasuk rawat jalan eksekutif, sebagaimana diatur pada Permenkes nomor 3 tahun 2023.
- b) Penarikan data Rumah sakit yang melakukan selisih biaya akomodasi dengan AKT dari aplikasi eklaim.
- c) Adanya nota kesepakatan antara AKT dan asosiasi RS.
- d) Koordinasi dengan Asosiasi Asuransi Kesehatan Swasta, BPJS Kesehatan, dan Asosiasi Rumah Sakit

5) Faktor Penghambat Pencapaian Target

Indikator Rumah Sakit yang memiliki kerja sama dengan Asuransi Kesehatan sudah melebihi target yang ditentukan pada tahun 2025 sehingga sejauh ini belum ditemukan adanya faktor penghambat atau kendala yang berarti dalam pencapaian target ini.

6) Pemecahan Masalah dan Tindak Lanjut yang Dilakukan

Untuk tetap menjaga target dapat dicapai, upaya-upaya yang dapat dilakukan diantaranya:

- a) Sosialisasi pelaksanaan selisih biaya kepada peserta jaminan kesehatan dan rumah sakit yang dapat dibayarkan oleh Asuransi Kesehatan Tambahan.
- b) Rencana sosialisasi Kepmenkes Nomor HK.01.07/MENKES/1117/2025 tentang

Pedoman Pelaksanaan Pembayaran Selisih Biaya oleh Asuransi Kesehatan Tambahan melalui Koordinasi antar Penyelenggara Jaminan kepada seluruh AKT, BPJS Kesehatan dan RS seluruh Indonesia.

c. IKK 19.2.1: Persentase Peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI JK) yang Dibayarkan Iurannya

Tabel 3. 15 Capaian IKK 19.2.1: Persentase peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI JK) yang dibayarkan Tahun 2024 dan Tahun 2025

Indikator Kinerja Kegiatan	Tahun 2024			Tahun 2025		
	T	C	%C	T	C	%C
Persentase Peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI JK) yang Dibayarkan Iurannya	-	-	-	99.2%	99.99%	100,80%

Keterangan : T = Target, C = Capaian, %C = Persentase Capaian

1) Definisi Operasional

Masyarakat fakir miskin dan orang tidak mampu yang terdaftar sebagai peserta PBI JK dan dibayarkan iurannya oleh Kementerian Kesehatan berdasarkan Keputusan Menteri Sosial.

2) Cara Perhitungan

Jumlah peserta PBI JK berdasarkan data *By Name By Address* (BNBA) yang didaftarkan dan dibayarkan oleh Kemenkes dibagi jumlah peserta PBI JK berdasarkan SK Menteri Sosial dikali 100.

3) Analisis Pencapaian

Tabel 3. 16 Pembayaran Iuran PBI JK Tahun 2025

Bulan Pembayaran	Target (Jiwa)	Realisasi Pembayaran	
		Jumlah Peserta (Jiwa)	Jumlah Pembayaran (Rp)
Januari	96.800.000	96.747.197	3.862.503.081.600
Februari		96.747.990	3.862.532.902.600
Maret		96.732.626	3.861.672.277.600
April		96.758.702	3.862.954.305.400
Mei		96.760.768	3.863.037.663.700
Juni		96.288.453	3.844.248.932.800
Juli		96.868.623	3.866.415.227.300
Agustus		96.841.319	3.866.323.932.800
September		96.795.265	3.821.707.982.300
Oktober		96.753.007	3.862.770.284.700
November		95.790.036	3.824.341.471.700
Desember		96.794.044	3.864.421.220.400
Total			46.263.929.282.900

Berdasarkan data tabel di atas, maka didapatkan angka capaian indikator jumlah peserta PBI JK berdasarkan data *By Name By Address* (BNBA) yang didaftarkan dan dibayarkan oleh Kemenkes sebanyak 96.794.044 jiwa yang dibagi jumlah peserta PBI JK berdasarkan SK Menteri Sosial sejumlah 96.800.000 jiwa dikali 100%, sehingga didapatkan angka capaian sebesar 99.99%.

4) Kegiatan-kegiatan yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target

- a) Melakukan koordinasi dengan Kementerian Sosial dan Badan Pusat Statistik terkait Penetapan Peserta Penerima Bantuan Iuran (PBI) JK
- b) Melakukan koordinasi dengan BPJS Kesehatan terkait pembayaran iuran PBI JK
- c) Melakukan pembayaran iuran PBI JK secara tepat waktu, tepat jumlah dan tepat sasaran
- d) Melakukan verifikasi dan validasi data pembayaran PBI JK

5) Faktor Penghambat Pencapaian Target

Beberapa tantangan dalam pelaksanaan kegiatan:

- a) Proses interoperabilitas data kepesertaan masih dalam tahap pengembangan oleh Pusat Data dan Teknologi Informasi
- b) Terdapat tagihan susulan atas peserta reaktivasi PBI JK yang belum diperhitungkan pembayarannya pada bulan Juni - Desember 2025

6) Pemecahan Masalah dan Tindak Lanjut yang Dilakukan

- a) Rekonsiliasi data kepesertaan setiap bulan dengan Kemensos dan BPJS Kesehatan
- b) Mendorong proses interoperabilitas data kepesertaan terkait tagihan pembayaran iuran PBI JK
- c) Berkoordinasi dengan BPJS Kesehatan agar tagihan susulan atas peserta reaktivasi yang belum diperhitungkan dapat disampaikan secara lengkap dan tepat

d. IKK 19.2.2: Persentase Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja (PBPU dan BP) Kelas III yang Dibayarkan Iurannya

Tabel 3. 17 Capaian IKK 19.2.2: Persentase Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja (PBPU dan BP) Kelas III yang Dibayarkan Iurannya Tahun 2024 dan Tahun 2025

Indikator Kinerja Kegiatan	Tahun 2024			Tahun 2025		
	T	C	% C	T	C	% C
Persentase peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja (PBPU dan BP) Kelas III yang dibayarkan iurannya	-	-	-	100%	100%	100%

Keterangan: T = Target, C = Capaian, %C = Persentase Capaian

1) Definisi Operasional

Peserta PBPU dan BP berdasarkan tagihan dari BPJS Kesehatan diverifikasi oleh Kementerian Kesehatan untuk selanjutnya ditetapkan dalam SK Penerima Bantuan Iuran bagi Peserta PBPU dan BP dengan Manfaat Pelayanan di Ruang Perawatan Kelas III oleh Pemerintah Pusat, yang digunakan sebagai dasar untuk dilakukan pembayaran bantuan iuran pada bulan berikutnya oleh Kementerian Kesehatan.

2) Cara Perhitungan

Jumlah peserta PBPU dan BP yang dibayarkan bantuan iurannya dibagi jumlah peserta PBPU dan BP berdasarkan SK Penerima Bantuan Iuran bagi Peserta PBPU dan BP dengan Manfaat Pelayanan di Ruang Perawatan Kelas III yang sudah ditetapkan dan diverifikasi oleh Kementerian Kesehatan dikali 100%.

3) Analisis Pencapaian

Tabel 3. 18 Pembayaran Iuran PBPU dan BP Kelas III Tahun 2025

Bulan Pembayaran	Target (Jiwa)	Realisasi Pembayaran	
		Jumlah Peserta (Jiwa)	Jumlah Pembayaran (Rp)
Tunggakan 2024		121.237.359	363.160.104.800
Januari	60.049.291	60.049.291	252.207.022.200
Februari	60.484.084	60.484.084	254.033.152.800
Maret	60.890.076	60.890.076	255.738.319.200
April	62.358.028	62.358.028	261.903.717.600
Mei	63.494.822	63.494.822	261.130.203.600
Juni	61.413.312	61.413.312	257.935.910.400
Juli	62.832.094	62.832.094	263.894.794.800
Agustus	64.274.269	64.274.269	269.858.988.000
September	65.723.684	65.723.684	276.039.472.800
Oktober	35.061.528	35.061.528	147.258.417.600
	Total		2.863.160.103.800

Berdasarkan data tabel di atas, capaian indikator ini dihitung berdasarkan realisasi pembayaran iuran peserta PBPU dan BP kelas III pada bulan Oktober. Angka capaian sebesar 100% diperoleh dari hasil pembagian antara jumlah peserta yang dibayarkan sebanyak 35.061.528 jiwa dengan jumlah peserta yang telah ditetapkan dan diverifikasi oleh Kementerian Kesehatan sebanyak 35.061.528 jiwa.

Capaian maksimal ini merujuk pada data pembayaran subsidi iuran PBPU dan BP kelas III tahap 10. Seluruh realisasi tersebut telah sesuai dengan daftar penerima yang ditetapkan dalam SK Pejabat Pembuat Komitmen mengenai Penetapan Penerima Bantuan Iuran bagi Peserta PBPU dan BP dengan Manfaat Pelayanan di Ruang Perawatan Kelas III.

Dalam pelaksanaan pembayaran iuran PBPU dan BP kelas III tahun 2025, terdapat penyesuaian realisasi pembayaran pada sebagian tahap 10 untuk bulan Oktober serta tahap 11 dan 12 untuk bulan November dan Desember 2025. Penyesuaian tersebut dipengaruhi oleh dinamika jumlah kepesertaan PBPU dan BP kelas III yang mengalami peningkatan sepanjang tahun 2025 serta bagian dari pengendalian pelaksanaan anggaran, dengan tetap memperhatikan ketentuan peraturan perundang-undangan yang berlaku.

4) Kegiatan-kegiatan yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target

- Melakukan verifikasi dan validasi data penerima bantuan iuran bagi Peserta PBPU dan Peserta BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III sebagai dasar penetapan yang akurat.

- b) Menyampaikan hasil verifikasi dan validasi data kepada BPJS Kesehatan untuk dilakukan konfirmasi data kepesertaan.
- c) Menetapkan penerima bantuan iuran melalui penerbitan SK PPK berdasarkan data hasil perbaikan yang telah terkonfirmasi.
- d) Melakukan pembayaran bantuan iuran PBPU dan BP kelas III secara tepat waktu dan tepat jumlah sesuai SK PPK yang ditetapkan

5) Faktor Penghambat Pencapaian Target

- a) Masih diperlukan penyelerasan dan perbaikan data BNBA peserta PBPU dan BP kelas III yang disampaikan oleh BPJS Kesehatan berdasarkan hasil verifikasi dan validasi yang dilakukan Kemenkes.
- b) Terdapat kewajiban pembayaran iuran PBPU dan BP kelas III tahun 2024 yang penyelesaiannya dilanjutkan pada tahun 2025 seiring dengan peningkatan jumlah kepesertaan PBPU dan BP kelas III pada tahun 2024.
- c) Terdapat penyesuaian perhitungan pembayaran pada tahap 10 sampai dengan tahap 12 untuk bulan Oktober sampai dengan Desember 2025, yang dilakukan dengan mempertimbangkan ketersediaan pagu anggaran yang berjalan

6) Pemecahan Masalah dan Tindak Lanjut yang Dilakukan

- a) Melakukan koordinasi dan rekonsiliasi data kepesertaan PBPU dan BP kelas III dengan BPJS Kesehatan secara rutin.
- b) Melaksanakan penyelesaian kewajiban pembayaran bantuan iuran PBPU dan BP kelas III tahun 2024 yang dilanjutkan pada tahun 2025 secara tepat waktu dan tepat jumlah.
- c) Melakukan koordinasi dengan Biro Perencanaan dan Anggaran serta Biro Umum untuk memperkuat perencanaan anggaran dan proyeksi kebutuhan pembayaran iuran PBPU dan BP kelas III

e. IKK 19.2.3: Jumlah Dokumen Dukungan Pembayaran Jaminan Kesehatan

Tabel 3. 19 Capaian IKK 19.2.3: Jumlah Dokumen Dukungan Pembayaran Jaminan Kesehatan Tahun 2024 dan Tahun 2025

Indikator Kinerja Kegiatan	Tahun 2024			Tahun 2025		
	T	C	%C	T	C	%C
Jumlah Dokumen Dukungan Pembayaran Jaminan Kesehatan	-	-	-	12 Dok	12 Dok	100%

Keterangan: T = Target, C = Capaian, %C = Persentase Capaian

1) Definisi Operasional

Jumlah dokumen yang diverifikasi dan dipergunakan untuk pembayaran klaim iuran jaminan kesehatan.

2) Cara Perhitungan

Jumlah dokumen tagihan klaim jaminan kesehatan yang sudah diverifikasi dan dipergunakan sebagai dasar pembayaran klaim iuran jaminan kesehatan dalam 1 tahun.

3) Analisis Pencapaian

Capaian indikator jumlah dokumen dukungan pembayaran jaminan kesehatan pada tahun 2025 sebanyak 12 dokumen dan telah mencapai target. Dokumen tersebut merupakan hasil verifikasi dan validasi atas dokumen pembayaran PBI JK serta PBPU dan BP kelas III yang dituangkan dalam bentuk Berita Acara (BA) Rekonsiliasi pembayaran iuran jaminan kesehatan dan dipergunakan sebagai dasar pembayaran klaim iuran jaminan kesehatan periode Januari sampai dengan Desember 2025.

Proses penyusunan dokumen tersebut diawali dengan pelaksanaan rekonsiliasi dan perhitungan kembali iuran PBI JK. Proses ini dilakukan dengan membandingkan antara dana iuran PBI JK yang telah dibayarkan oleh Kementerian Kesehatan dengan dana iuran PBI JK yang seharusnya diterima oleh BPJS Kesehatan berdasarkan realisasi data kepesertaan PBI JK yang terdaftar dan telah dibayarkan kapitasinya ke FPKTP. Pada proses rekonsiliasi tersebut dilaksanakan verifikasi dan validasi bersama dengan BPJS Kesehatan sehingga menghasilkan BA Rekonsiliasi sebagai dokumen dukungan pembayaran klaim iuran PBI JK.

Sementara itu, untuk peserta PBPU dan BP kelas III, pelaksanaan rekonsiliasi pembayaran iuran dilakukan berdasarkan hasil reuiu Inspektorat Jenderal Kemenkes atas pembayaran klaim PBPU dan BP kelas III. Hasil reuiu tersebut menjadi dasar verifikasi dan validasi dokumen pembayaran yang kemudian dituangkan dalam bentuk Berita Acara Rekonsiliasi dan dipergunakan sebagai dokumen dukungan pembayaran klaim iuran jaminan kesehatan PBPU dan BP kelas III.

4) Kegiatan-kegiatan yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target

- a) Melakukan verifikasi dan validasi data peserta PBI JK serta Peserta PBPU dan BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III.
- b) Melakukan verifikasi dan validasi dokumen tagihan pembayaran bantuan iuran PBI JK serta PBPU dan BP kelas III.
- c) Melakukan rekonsiliasi atas data kepesertaan dan pembayaran PBI JK serta PBPU dan BP kelas III dengan BPJS Kesehatan.
- d) Melakukan pembayaran bantuan iuran PBI JK serta PBPU dan BP kelas III secara tepat waktu, tepat jumlah dan tepat sasaran.

5) Faktor Penghambat Pencapaian Target

- a) Proses interoperabilitas data kepesertaan masih dalam tahap pengembangan oleh Pusat Data dan Teknologi Informasi.
- b) Terdapat tagihan susulan atas peserta reaktivasi PBI JK yang belum diperhitungkan pembayarannya pada bulan Juni - Desember 2025.
- c) Terdapat penyesuaian perhitungan pembayaran bantuan iuran PBPU dan BP kelas III pada tahap 10 sampai dengan tahap 12 untuk bulan Oktober - Desember 2025, yang dilakukan dengan mempertimbangkan ketersediaan pagu anggaran yang berjalan.

6) Pemecahan Masalah dan Tindak Lanjut yang Dilakukan

- a) Mendorong proses interoperabilitas data kepesertaan terkait tagihan pembayaran iuran PBI JK serta PBPU dan BP kelas III.
- b) Berkoordinasi dengan BPJS Kesehatan agar tagihan susulan atas peserta reaktivasi PBI JK yang belum diperhitungkan dapat disampaikan secara lengkap dan tepat.
- c) Koordinasi teknis antar Satker dan K/L terkait proyeksi kebutuhan anggaran bantuan iuran peserta PBI JK dan PBPU-BP dengan manfaat pelayanan di ruang perawatan kelas III secara efektif dan efisien.

f. IKK 27.1.1: Persentase Pertumbuhan Belanja Asuransi Kesehatan Sosial

Tabel 3. 20 Capaian IKK 27.1.1: Persentase Pertumbuhan Belanja Asuransi Kesehatan Sosial Tahun 2025

Indikator Kinerja Kegiatan	Tahun 2024			Tahun 2025		
	T	C	% C	T	C	% C
Persentase pertumbuhan belanja asuransi kesehatan sosial	-	-	-	1%	2,2%	220%

Keterangan : T = Target, C = Capaian, %C = Persentase Capaian

1) Definisi Operasional

Pertumbuhan Belanja Asuransi Sosial (BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan) dibanding periode sebelumnya.

2) Cara Perhitungan

Belanja Asuransi Sosial tahun ini dibagi Total belanja Kesehatan (TBK) tahun sebelumnya dikali 100% dikurang Belanja Asuransi Sosial tahun sebelumnya dibagi Total Belanja Kesehatan (TBK) dikali 100%.

3) Analisis Pencapaian

Persentase pertumbuhan belanja Asuransi Kesehatan Sosial telah melampaui target yang ditetapkan dengan capaian sebesar 2,2% seiring dengan meningkatnya persentase belanja kesehatan yang bersumber dari skema asuransi kesehatan sosial. Peningkatan tersebut mencerminkan penguatan peran skema jaminan sosial dalam pembiayaan kesehatan nasional, seiring dengan meningkatnya pemanfaatan layanan kesehatan oleh peserta serta penguatan keberlanjutan pembiayaan BPJS Kesehatan.

4) Kegiatan-kegiatan yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target

Pencapaian pertumbuhan belanja asuransi kesehatan sosial didukung oleh berbagai kegiatan yang memperkuat peran jaminan sosial dalam sistem pembiayaan kesehatan. Contoh kegiatan yang dilakukan adalah berkoordinasi dengan:

- a) BPJS Kesehatan terkait data kepesertaan, iuran dan klaim;
- b) Kementerian Kesehatan terkait data fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan, dan program kesehatan;
- c) Badan Pusat Statistik (BPS) terkait data demografi, ekonomi, dan sosial;

- d) Survei Kesehatan terkait data Survei Kesehatan Nasional, Survei Demografi dan Kesehatan Indonesia (SDKI); serta
- e) Laporan Fasilitas Kesehatan: Laporan dari rumah sakit, puskesmas dan klinik.

5) Faktor Penghambat Pencapaian Target

Meskipun capaian indikator telah melampaui target, masih terdapat beberapa faktor yang berpotensi menghambat konsistensi pertumbuhan belanja asuransi kesehatan sosial ke depan.

- a) Sulitnya menjangkau pekerja informal dan meningkatkan kepesertaan.
- b) Biaya premi yang relatif tinggi bagi masyarakat miskin.
- c) Kualitas layanan kesehatan yang masih rendah di beberapa fasilitas kesehatan.
- d) Aksesibilitas fasilitas kesehatan yang masih terbatas di daerah terpencil.
- e) Kurangnya kesadaran masyarakat tentang pentingnya asuransi kesehatan.
- f) Sistem administrasi yang masih rumit dan tidak efisien.
- g) Keterbatasan dana untuk membiayai program Asuransi Kesehatan Sosial

6) Pemecahan Masalah dan Tindak Lanjut yang Dilakukan

Sebagai tindak lanjut untuk menjaga dan mengoptimalkan pertumbuhan belanja asuransi kesehatan sosial, dilakukan berbagai langkah penguatan kebijakan dan tata kelola, seperti:

- a) Melakukan sosialisasi dan edukasi kepada pekerja informal tentang manfaat asuransi kesehatan.
- b) Mengidentifikasi masyarakat miskin yang berhak menerima subsidi premi dan meningkatkan transparansi biaya kesehatan.
- c) Melakukan akreditasi fasilitas kesehatan dan memberikan pelatihan kepada tenaga kesehatan.
- d) Membangun fasilitas kesehatan di daerah terpencil dan meningkatkan transportasi kesehatan.
- e) Melakukan kampanye promosi kesehatan dan asuransi kesehatan.
- f) Mengimplementasikan sistem administrasi digital dan meningkatkan koordinasi antar lembaga.
- g) Meningkatkan alokasi anggaran pemerintah dan mencari sumber dana alternatif.

g. IKK 27.2.1: Persentase Pertumbuhan Belanja Asuransi Kesehatan Swasta

Tabel 3. 21 Capaian IKK 27.2.1: Persentase Pertumbuhan Belanja Asuransi Kesehatan Swasta Tahun 2025

Indikator Kinerja Kegiatan	Tahun 2024			Tahun 2025		
	T	C	%C	T	C	%C
Persentase Pertumbuhan belanja asuransi kesehatan swasta	-	-	-	0,2%	-0,13%	-65%

Keterangan: T = Target, C = Capaian, %C = Persentase Capaian

1) Definisi Operasional

Persentase Pertumbuhan Belanja Asuransi Swasta dibanding periode sebelumnya.

2) Cara Perhitungan

Belanja Asuransi Swasta tahun ini dibagi Total Belanja Kesehatan (TBK) tahun sebelumnya dikali 100% dikurang Belanja Asuransi Swasta tahun sebelumnya dibagi Total Belanja Kesehatan (TBK) tahun sebelumnya dikali 100%

3) Analisis Pencapaian

Capaian ini pada tahun pelaporan tercatat sebesar $-0,13\%$ dan belum memenuhi target yang ditetapkan sebesar $0,2\%$. Berdasarkan data NHA 2024, belanja asuransi kesehatan swasta tidak mengalami peningkatan signifikan, bahkan menunjukkan penurunan secara nominal sehingga berdampak pada perlambatan pertumbuhan dan menghasilkan capaian akhir negatif. Kondisi ini mencerminkan masih terbatasnya peran asuransi kesehatan swasta dalam pembiayaan kesehatan nasional.

Capaian negatif ini menunjukkan terjadinya penurunan proporsi belanja asuransi kesehatan swasta terhadap total belanja kesehatan dibandingkan dengan periode sebelumnya, sehingga pertumbuhannya tercatat negatif. Kondisi tersebut antara lain dipengaruhi oleh meningkatnya peran dan cakupan asuransi kesehatan sosial.

4) Kegiatan-kegiatan yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target

Dalam rangka mendorong pertumbuhan belanja asuransi kesehatan swasta, berbagai kegiatan telah dilaksanakan, antara lain:

- a) Koordinasi dengan pemangku kepentingan asuransi kesehatan swasta terkait permintaan dan pengumpulan data yang diperlukan dalam penyusunan dan penguatan kebijakan terkait peran asuransi kesehatan swasta dalam sistem pembiayaan kesehatan nasional.
- b) Melakukan fasilitasi diskusi teknis mengenai pengolahan data pembiayaan kesehatan skema asuransi kesehatan swasta, misalnya dengan melakukan triangulasi data pada TW IV sebagai bagian dari penyusunan NHA yang pada akhir tahun dilakukan Diseminasi NHA.
- c) Sosialisasi awal kebijakan *Coordination of Benefit (CoB)* antar penyelenggara jaminan kesehatan.

5) Faktor Penghambat Pencapaian Target

Belum tercapainya target pertumbuhan belanja asuransi kesehatan swasta dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain:

- a) Belanja asuransi kesehatan swasta pada Triwulan IV tidak meningkat secara signifikan, sehingga pertumbuhan secara kumulatif menjadi melambat
- b) Penurunan nilai belanja asuransi kesehatan swasta dibandingkan tahun sebelumnya
- c) Regulasi Koordinasi antar Penyelenggara Jaminan Kesehatan (KAPJ) yang belum dapat diimplementasikan secara optimal
- d) Belum optimalnya pelaksanaan kebijakan *Coordination of Benefit (CoB)* antara asuransi kesehatan swasta dan asuransi kesehatan sosial

- e) Terbatasnya insentif bagi pelaku asuransi swasta untuk memperluas peran dalam pembiayaan pelayanan kesehatan
- f) Dengan meningkatnya peran dan cakupan asuransi kesehatan sosial, maka banyak perusahaan yang sudah berpindah ke JKN atau asuransi kesehatan sosial. Hal ini menjadi salah satu faktor yang menghambat pertumbuhan belanja Asuransi Kesehatan Swasta sehingga mengakibatkan penurunan total belanja kesehatan pada skema asuransi kesehatan swasta.

6) Pemecahan Masalah dan Tindak Lanjut yang Dilakukan

Sebagai upaya untuk meningkatkan pertumbuhan belanja asuransi kesehatan swasta ke depan, dilakukan langkah-langkah tindak lanjut sebagai berikut:

- a) Perbaikan dan penyempurnaan regulasi Koordinasi antar Penyelenggara Jaminan Kesehatan (KAPJ) agar dapat dilaksanakan secara efektif
- b) Penguatan implementasi kebijakan *Coordination of Benefit (CoB)* melalui koordinasi lintas penyelenggara jaminan kesehatan
- c) Peningkatan sinergi antara asuransi kesehatan swasta dan BPJS Kesehatan dalam skema pembiayaan pelayanan kesehatan
- d) Penguatan mekanisme monitoring dan evaluasi belanja asuransi kesehatan swasta secara berkala
- e) Optimalisasi pemanfaatan data NHA sebagai dasar perumusan kebijakan pembiayaan kesehatan yang lebih inklusif.

B. Capaian Kinerja Lainnya

1. Perpanjangan Lisensi INACBGs

Pertemuan strategis Menteri Kesehatan Budi G. Sadikin dengan Prof. Emeritus Dato Dr. Syed Mohamed Aljunid pada 15 April 2025 di Kantor Kementerian Kesehatan, Jakarta, yang fokus membahas perpanjangan lisensi INA-CBG. Perpanjangan lisensi ini sangat penting dalam menjaga kelangsungan proses input klaim dan penetapan tarif Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) sesuai dengan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023.

Lisensi yang diperpanjang ini menjadi fondasi hukum dan teknis utama selama masa transisi menuju implementasi resmi sistem Indonesia *Diagnosis-Related Groups (iDRG)* sehingga tidak terjadi gangguan operasional dalam pelayanan klaim dan pembayaran. Langkah ini juga memberi waktu dan ruang bagi Kementerian Kesehatan untuk melakukan persiapan teknis, penyesuaian sistem, dan sosialisasi, sebagai bagian dari strategi modernisasi pengelolaan klaim kesehatan nasional yang lebih efisien dan transparan.



Gambar 3. 4 Penandatanganan Perpanjangan Lisensi INACBGs

2. Pengembangan dan Uji Coba Indonesia *Diagnosis-Related Groups* (iDRG)

Pengembangan sistem iDRG tahun 2025 pada awalnya berlandaskan pada Keputusan Kepala Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan Nomor HK.02.02/H/4733/2024 tentang Tim Klasifikasi Penyakit dan INA *Group* di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjut dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan. Pengembangan algoritma pengelompokan iDRG tahun 2025 merupakan transformasi teknis untuk membangun sistem pengelompokan pembiayaan yang adil, akurat, dan berbasis ilmiah. Proses ini mengintegrasikan aspek klinis, kebijakan kesehatan, serta teknologi informasi secara terpadu guna menerjemahkan kompleksitas layanan medis ke dalam standar pembiayaan yang akuntabel.

a. Koordinasi dan *Mirroring Group*

Sebelum melangkah ke ranah eksternal, Pusbikes menetapkan fondasi teknis melalui koordinasi dan pemantauan internal terhadap algoritma *group* iDRG. Tahap ini penting untuk memastikan kesiapan sistem dalam hal akurasi dan konsistensi logika. Pusbikes melakukan analisis mendalam terhadap performa sistem, identifikasi anomali, serta penyesuaian persepsi tim inti guna meminimalisasi risiko kesalahan teknis saat konsultasi publik.

Proses validasi diperkuat melalui mekanisme *mirroring*, yaitu perbandingan sistematis antara *group* iDRG versi baru dengan sistem referensi yang ada. Melalui uji coba pada data set yang representatif, tim ahli melakukan analisis komparatif untuk mengukur tingkat kesesuaian (*match rate*) dan mengidentifikasi pola pergeseran pengelompokan (*DRG shift*).

Hasil dari tahap ini memastikan bahwa setiap perubahan algoritma telah tervalidasi secara klinis sebelum penerapannya di lapangan.

b. Pengembangan Aplikasi pada E-Klaim Analisis Data

Pengembangan aplikasi E-Klaim untuk mendukung uji coba iDRG tahun 2025 difokuskan pada implementasi 25 *check point* teknis yang menjadi standar validasi sistem *bridging* antara SIMRS rumah sakit dengan aplikasi E-Klaim pusat. *Check point* ini

dirancang untuk memastikan alur kerja iDRG yang benar, mulai dari *setup environment* hingga finalisasi klaim, serta menjamin konsistensi data antara sistem rumah sakit dan sistem pusat.

Pada implementasi 25 *check point* teknis dalam pengembangan aplikasi E-Klaim untuk iDRG telah berhasil menciptakan sistem yang *robust* dan siap operasional. Tingkat *compliance* rata-rata 98.2% menunjukkan kesiapan teknis yang sangat baik. Meskipun terdapat tantangan adaptasi pengguna, sistem telah membuktikan kemampuan untuk menangani beban nasional dengan 99.8% *uptime* selama uji coba Oktober 2025.

c. Pengembangan *Indonesian Coding Standard (ICS)* sebagai Pedoman Koding iDRG

Pengembangan *Indonesian Coding Standard (ICS)* merupakan tahapan fundamental dalam penyempurnaan sistem iDRG Tahun 2025. Dokumen ini berfungsi sebagai pedoman baku dan rujukan utama bagi seluruh fasilitas kesehatan dalam melakukan pengodean diagnosis dan prosedur, yang menjadi dasar penentuan kelompok dan pembayaran dalam sistem pembiayaan iDRG. Penyusunannya dirancang untuk menjamin keseragaman, akurasi dan keadilan dalam pengelompokan kasus secara nasional. Proses penyusunan ICS dilaksanakan melalui metode kolaboratif yang melibatkan organisasi profesi kedokteran (Kolegium PMIK dan PORMIKI), asosiasi fasilitas kesehatan (PERSI, ARSSI, ARSADA), serta BPJS Kesehatan.

d. Uji Coba Nasional Penerapan iDRG

Pada bulan Maret, Komite Kebijakan Sektor Kesehatan (KKSK) menyepakati pelaksanaan uji coba iDRG di RS untuk mengetahui kesiapan RS dalam menerapkan iDRG. Menindaklanjuti kesepakatan tersebut, Pusbikes bersama BPJS Kesehatan mengadakan diskusi metodologi dan sampling. Uji coba iDRG di RS sampel berfokus pada evaluasi terhadap dampak perubahan tata cara koding, penyesuaian sistem IT (E-Klaim, VClaim dan SIMRS) dan SDM.

Untuk mendukung kesiapan RS dalam implementasi uji coba iDRG, Pusbikes melakukan proses *onboarding*. *Onboarding* adalah tahapan untuk memastikan bahwa sistem hasil *bridging* SIMRS dengan E-Klaim iDRG sesuai dengan standar antarmuka pengguna (UI) dan pengalaman pengguna (UX) yang diwakili dalam 25 *checkpoint* IT. Secara teknis, proses *onboarding* dilakukan secara daring per masing-masing RS dan dihadiri oleh Tim TI Kemenkes serta Tim TI RS peserta uji coba iDRG. Berdasarkan data per tanggal 5 November 2025, sebanyak 3.075 FPKTL telah ikut serta dalam uji coba nasional iDRG.

e. Perbaikan *Grouper*

Sebagai respons terhadap temuan dalam fase uji coba penerapan iDRG, Pusbikes melakukan perbaikan *grouper* yang bersifat iteratif dan korektif. Fokus utama kegiatan ini adalah menyelesaikan *bug*, menyempurnakan logika pengelompokan yang tidak wajar (*outlier*), serta mengoptimalkan algoritma agar lebih adil dalam mencerminkan konsumsi sumber daya di lapangan.

Setiap perbaikan dilakukan melalui pengujian yang ketat guna memastikan stabilitas

sistem. Dengan prinsip *continuous improvement*, perbaikan ini tidak hanya meningkatkan presisi teknis sistem pembiayaan, tetapi juga membangun kepercayaan para pemangku kepentingan terhadap keandalan sistem iDRG yang transparan dan akurat.

3. Perhitungan Tarif Indonesia *Diagnosis-Related Groups* (iDRG)

Seiring dengan pengembangan iDRG, dilakukan pola perhitungan tarif iDRG. Dalam rangka mendukung perhitungan tarif iDRG berbasis KRIS dan kompetensi layanan, sejak Mei hingga Juni 2025, Pusbikes secara rutin melakukan diskusi dengan Tim Layanan Klinis untuk menentukan level pembiayaan pada masing-masing MDC, baik untuk pelayanan rawat jalan maupun rawat inap, meskipun saat ini prosesnya masih difokuskan pada rawat inap. Penentuan kompetensi rumah sakit sebagai rujukan pelayanan dilakukan berdasarkan kode ICD atau jenis layanan, sementara penetapan tarif iDRG berbasis kompetensi layanan ditentukan berdasarkan *Diagnosis Cluster* (DC). Artinya, rumah sakit yang memiliki kompetensi sesuai dengan DC yang ditetapkan dapat memberikan layanan tersebut, namun tarif iDRG yang dibayarkan tetap berlaku secara seragam di tingkat nasional. Tarif iDRG telah mempertimbangkan tingkat kesulitan kasus, sehingga grup dengan CC (*Comorbidity & Complexity*) lebih tinggi mendapatkan tarif lebih tinggi. Hasil diskusi dengan Tim Layanan Klinis juga memberikan berbagai masukan penting untuk proses reklasifikasi lanjutan, yang akan menjadi salah satu dasar dalam pengembangan iDRG pada tahap-tahap selanjutnya.

4. Pelatihan Pengkodean *Diagnosis dan Tindakan* bagi Tenaga Koder di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjut (FPKTL) dalam Program JKN

Akurasi sistem pembayaran *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBGs) sangat bergantung pada kualitas pengodean (*coding*) yang dilakukan oleh tenaga koder profesional serta dukungan sistem TI yang andal. Pengodean yang presisi memastikan pengelompokan kode INA-CBGs yang akurat, sehingga tarif yang dibayarkan kepada Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjut (FPKTL) sesuai dengan pelayanan kesehatan yang telah diberikan. Hal ini sejalan dengan amanat Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Pasal 72 ayat (1), yang menetapkan bahwa pembayaran dengan sistem INA-CBGs untuk FPKTL dilakukan sesuai dengan kelas rumah sakit.

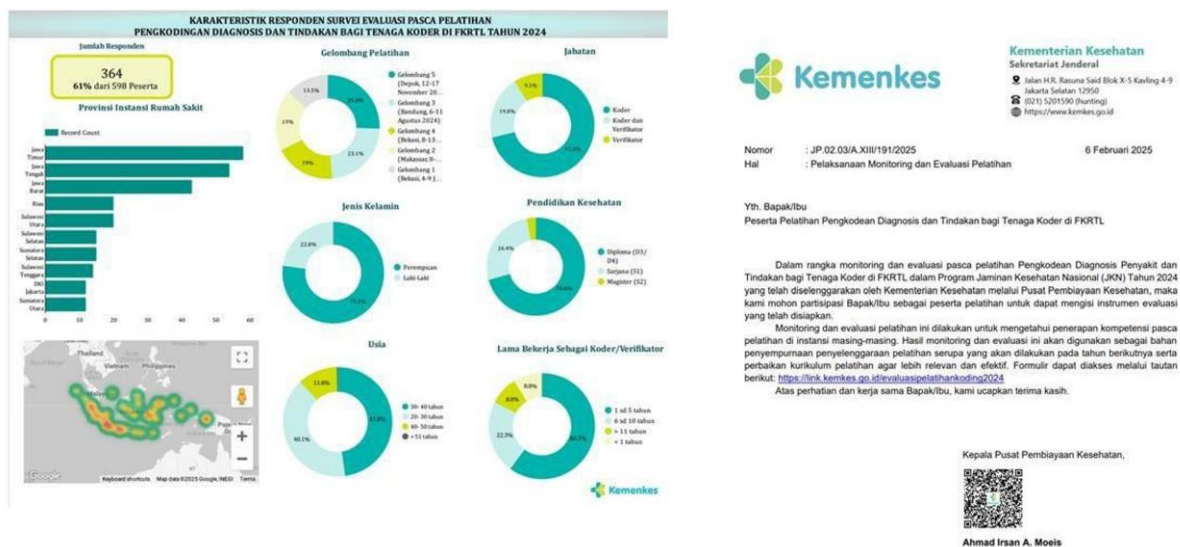
Sebagai upaya penguatan kapasitas tersebut, pelatihan koding tahun 2025 telah dilaksanakan dengan melibatkan peserta dari berbagai rumah sakit mitra BPJS Kesehatan, baik milik pemerintah maupun swasta. Peserta pelatihan ini tercatat tersebar luas di berbagai provinsi di Indonesia, guna memastikan standarisasi kompetensi koder di seluruh wilayah.

Pelatihan Koding Bagi Tenaga Koder di FPKTL dalam Program Jaminan Kesehatan Tahun 2025 dilaksanakan sebanyak 3 (tiga) kali untuk 3 (tiga) gelombang dengan jumlah peserta sebanyak 660 orang tenaga koder sebagai berikut:

- a. Gelombang 1 pada tanggal 20-25 Oktober 2025 di Depok dengan jumlah peserta sebanyak 240 orang tenaga koder yang berasal dari 32 Provinsi.
- b. Gelombang 2 pada tanggal 10-15 November 2025 di Bekasi dengan jumlah peserta sebanyak 210 orang tenaga koder yang berasal dari 27 Provinsi
- c. Gelombang 3 pada tanggal 24-29 November 2025 di Bekasi dengan peserta sebanyak 210 orang tenaga koder yang berasal dari 34 Provinsi.

Total secara keseluruhan peserta Pelatihan Koding Bagi Tenaga Koder di FPKTL dalam Program Jaminan Kesehatan Tahun 2025 dilaksanakan sebanyak 3 (tiga) kali untuk 3 (tiga) gelombang dengan jumlah peserta sebanyak 660 orang tenaga koder diikuti dari perwakilan dari 37 Provinsi.

Guna menjamin mutu dan efektivitas program secara berkelanjutan, selain pelaksanaan pelatihan tahun berjalan, telah dilakukan juga survei evaluasi pasca-pelatihan bagi peserta pelatihan tahun 2024. Evaluasi ini bertujuan untuk memperoleh gambaran manfaat pelatihan bagi peserta dan institusi/rumah sakit di mana peserta pelatihan bekerja. Selain itu juga agar dapat diperoleh masukan, baik dari segi materi maupun proses penyelenggaraan pelatihan secara keseluruhan. survei tersebut melibatkan 364 responden dari lima gelombang pelatihan tahun 2024 yang tersebar di hampir seluruh provinsi di Indonesia.



Gambar 3. 5 Pelaksanaan Survei Evaluasi Pasca Pelatihan Koder

5. Penyelesaian *Pending* dan *Dispute* Klaim

Pusat Pembiayaan Kesehatan terus meningkatkan kinerjanya dalam menyelesaikan *pending* dan *dispute* klaim yang terjadi pada RS yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, terdapat capaian yang signifikan dalam meningkatkan efisiensi dan efektivitas dalam sistem pembiayaan kesehatan.

Dengan komitmen untuk meningkatkan kualitas layanan, Pusbikes telah berhasil menyelesaikan sejumlah besar *pending* dan *dispute* klaim, sehingga memberikan kepastian bagi RS yang memberikan layanan yang berdampak kepada peserta JKN melalui akses luas bagi peserta. Kegiatan ini tidak hanya meningkatkan kepercayaan RS dan masyarakat terhadap sistem kesehatan, tetapi juga dapat membantu RS dalam mendapatkan haknya setelah memberikan pelayanan kesehatan.

Capaian kinerja Pusbikes ini merupakan hasil dari upaya keras dan dedikasi tim kerja pembiayaan program JKN di FPKTL dalam meningkatkan proses bisnis, meningkatkan kualitas data, dan memperkuat kerja sama dengan *stakeholders*. Pusbikes melalui tim kerja pembiayaan program JKN di FPKTL akan terus berkomitmen untuk meningkatkan kinerjanya dan memberikan layanan terbaik bagi RS dan masyarakat.

Pelaksanaan kegiatan ini sangat diperlukan dan dilaksanakan secara berkesinambungan mengingat jumlah klaim RS semakin bertambah setiap tahunnya yang dapat mengakibatkan verifikasi klaim semakin ketat sehingga dapat meningkatkan jumlah klaim pending dalam program JKN akibat ketidaksepahaman antara RS dan BPJS Kesehatan, di mana BPJS Kesehatan melakukan *barrier* di mencapai 5 layer verifikasi yang dapat berdampak pada peningkatan *pending* dan *dispute* klaim secara nasional. Hal ini tentu berdampak pula pada jumlah klaim yang dibayar secara keseluruhan.

Pending klaim yang tidak terselesaikan dalam waktu 6 bulan dapat menyebabkan klaim tersebut menjadi klaim tidak layak (tidak dapat dibayar) sehingga berpotensi menyebabkan ketidakstabilan arus kas fasilitas kesehatan, berpotensi mengganggu kualitas layanan kepada peserta JKN, dan meningkatkan risiko ketidakpastian dalam sistem JKN. Terjadinya pending klaim dapat karena berbagai faktor penyebab antara lain ketidaksesuaian dokumen, perbedaan interpretasi regulasi, dan keterlambatan dalam proses verifikasi, memerlukan analisis mendalam agar dapat ditemukan solusi yang komprehensif.

Urgensi lainnya adalah kebutuhan untuk meningkatkan efisiensi dan efektivitas mekanisme pembayaran dalam program JKN guna memastikan keberlanjutan program serta kepatuhan terhadap regulasi yang berlaku, seperti Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 sebagaimana beberapa kali mengalami perubahan sampai kepada Peraturan Presiden nomor 59 Tahun 2024, Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2021 dan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023. Tanpa adanya penyelesaian terhadap pending klaim, risiko akumulasi klaim tertunda maupun tidak terbayarkan semakin tinggi, yang dapat menimbulkan ketidakpastian ataupun kerugian bagi fasilitas kesehatan dan peserta JKN. Oleh karena itu, penilaian ini diperlukan sebagai langkah strategis untuk meningkatkan efisiensi, akuntabilitas, dan transparansi dalam proses administrasi klaim JKN.

Pusbikes telah mengumpulkan data sampling *pending* dan *dispute* klaim periode Januari - Juni 2025 terhadap 1.172 RS dari total 3.151 RS yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan. Berdasarkan analisis atas data tersebut, dapat dilaporkan secara ringkas sebagai berikut:

- 1) Besaran klaim yang disetujui secara nasional sebesar Rp36,29 Triliun (85,5%) dari total klaim yang diajukan (Rp42,4 triliun);
- 2) Total *pending* klaim nasional sebesar Rp5,6 triliun, *pending* tertinggi terjadi di RS milik Pemerintah sebesar Rp2,2 Triliun;
- 3) Total *dispute* klaim secara nasional sebesar Rp37,9 Miliar, *dispute* tertinggi terjadi di RS Vertikal sebesar Rp17,5 Milyar;

Dalam rangka percepatan penyelesaian *pending* klaim JKN tersebut, telah dilaksanakan beberapa kegiatan penyelesaian pending klaim daerah dengan pendekatan berbasis prioritas wilayah dan regionalisasi tarif JKN. Penentuan lokasi kegiatan difokuskan pada daerah dengan tingkat *pending* klaim tertinggi serta mempertimbangkan keterwakilan setiap regional, sehingga diharapkan intervensi yang dilakukan lebih tepat sasaran dan berdampak signifikan terhadap penurunan *pending* klaim. Pelaksanaan kegiatan penyelesaian *pending* klaim pada tahun 2025 telah dilakukan di beberapa wilayah yang mewakili setiap regional, yaitu:

- Regional 1: Jawa Tengah, Jawa Barat, Jawa Timur dan DKI Jakarta
- Regional 2: Bali dan Sumatera Utara

- Regional 3: Gorontalo
- Regional 4: Kalimantan Timur
- Regional 5: Sulawesi Selatan

Selain mewakili regional, juga dilakukan serial kegiatan penyelesaian *pending* klaim yang difokuskan pada Rumah Sakit Vertikal milik Kementerian Kesehatan sendiri yang berada di DKI Jakarta karena tingginya volume serta kompleksitas permasalahan klaim yang memerlukan pendampingan secara langsung.

Berdasarkan hasil identifikasi selama pelaksanaan kegiatan, ditemukan beberapa jenis kasus yang paling sering menyebabkan terjadinya *pending* klaim. Kasus tersebut antara lain pelayanan dengan penggunaan ventilator, pneumonia, re-admisi atau fragmentasi klaim, gagal napas, ketidaksesuaian ketentuan pelayanan IGD rawat inap dan rawat jalan, gangguan elektrolit, stroke, hemiparesis, *cardiac arrest*, rehabilitasi medis, AKI/CKD, serta pelayanan dengan lama hari rawat (LOS) ≤ 2 hari.

Selain kegiatan penyelesaian *pending* klaim ke daerah, telah dilaksanakan kegiatan *Sharing Session* terkait Tata Kelola Klaim yang bertujuan untuk berbagi pengalaman dan strategi dalam pengelolaan klaim, khususnya praktik terbaik yang telah terbukti efektif menekan angka *pending* klaim. Kegiatan ini menghadirkan narasumber dari rumah sakit dengan tingkat *pending* klaim rendah, sehingga diharapkan dapat menjadi referensi bagi rumah sakit lainnya bagaimana melakukan tata kelola yang baik.

Dalam rangka mendukung penyelesaian permasalahan *pending* klaim JKN di rumah sakit, Pusbikes memberikan layanan konsultasi atas permohonan yang diajukan oleh rumah sakit. Konsultasi tersebut dilaksanakan sebagai bagian dari upaya fasilitasi dan pendampingan teknis dalam penyelesaian kasus *pending* klaim, khususnya yang memerlukan penjelasan lebih lanjut terkait ketentuan pembiayaan dan koding klaim.

Pelaksanaan konsultasi dilakukan melalui mekanisme surat resmi, di mana rumah sakit menyampaikan permohonan konsultasi disertai uraian permasalahan klaim yang dihadapi. Pada tahun 2025, tercatat sebanyak 45 surat dari rumah sakit perihal permohonan konsultasi kepada Pusbikes dalam rangka penyelesaian permasalahan klaim di rumah sakitnya. Seluruh permohonan tersebut telah ditindaklanjuti, baik melalui surat tanggapan resmi maupun melalui fasilitasi pertemuan secara daring (zoom).

C. Realisasi Anggaran

1. Sumber Daya Anggaran

Salah satu faktor pendukung utama dalam pencapaian kinerja adalah adanya dukungan anggaran. Pada tahun 2025 alokasi anggaran awal Pusbikes sebesar Rp 48.972.681.784.000,- (Empat puluh delapan trilyun sembilan ratus tujuh puluh dua puluh enam milyar enam delapan puluh satu juta tujuh ratus delapan puluh empat ribu rupiah). Selama pelaksanaan anggaran tahun 2025, Pusbikes melalui koordinasi di bawah Sekretariat Sekjen telah melakukan beberapa kali revisi anggaran yang menyebabkan penyesuaian alokasi anggaran program berubah.

Tabel 3. 22 Penyesuaian Alokasi Anggaran Per Kegiatan Pusbikes Tahun 2025

No	Kegiatan	Pagu Awal (Rp)	Pagu Akhir (Rp)
1	Program Pelayanan Kesehatan dan JKN	48.964.000.000.000	
2	Pembiayaan JKN/KIS	-	49.232.475.698.000
3	Pengelolaan Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan	8.351.560.000	13.585.088.000
3	Dukungan Pelaksanaan Jaminan Kesehatan	330.224.000	330.224.000
Total Anggaran		48.972.681.784.000	49.246.391.010.000

Anggaran Pusat Pembiayaan Kesehatan (Pusbikes) tahun 2025 ditetapkan sebesar Rp. 49.246.391.010.000. Berdasarkan data dari aplikasi SAKTI, realisasi anggaran Pusbikes tahun 2025 tercatat Rp 49.140.437.668.594,- atau 99.78% dari anggaran. Realisasi ini melampaui target realisasi yang ditetapkan sebesar 98%, yang berarti penggunaan anggaran hampir seluruhnya terealisasi dan melebihi sasaran.

Tabel 3. 23 Alokasi dan Realisasi Anggaran Pusbikes per kegiatan Tahun 2024 dan Tahun 2025

No	Program	Tahun 2025		
		Alokasi (Rp)	Realisasi (Rp)	%
1	Pembiayaan JKN/KIS	49.232.475.698.000	49.127.089.386.700	99,78%
2	Pengelolaan Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan	13.585.088.000	13.348.281.894	98,25%
3	Dukungan Pelaksanaan Jaminan Kesehatan	330.224.000	-	-
Total Anggaran Pusbikes		49.246.391.010.000	49.140.437.668.594	99.78%

Berdasarkan tabel di atas dapat disimpulkan bahwa realisasi anggaran Pusbikes Tahun 2025 mencapai 99.78%.

Tabel 3. 24 Keterkaitan RO PN

No	Uraian Kinerja	Belanja			Capaian Kinerja			Keterkaitan pada Prioritas Nasional
		Anggaran	Realisasi	%	Target	Realisasi	%	
1	SS 2.1 Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan primer, lanjutan dan labkes	49.235.748.212.000	49.129.983.883.516	99,79%				PN 4: Memperkuat Pembangunan Sumber Daya Manusia (SDM), Sains, Teknologi, Pendidikan, Kesehatan, Prestasi Olahraga, Kesetaraan Gender, serta Penguatan Peran Perempuan, Pemuda, dan Penyandang Disabilitas
	ISS 18. Persentase Belanja Kesehatan <i>Out of Pocket</i>	2.727.580.000	2.679.879.918	98,25%	28%	28.3%	98.94	
	Program Pelayanan Kesehatan dan JKN							
	IKP 18.1 Persentase Belanja Kesehatan <i>Out of Pocket</i> Masyarakat Berpengeluaran 40% terbawah	2.727.580.000	2.679.879.918	98,25%	3.98%	3.78%	105.29	
	IKK 18.1.1 Persentase Belanja Kesehatan <i>Out of Pocket</i> Pelayanan Kesehatan Kuratif Masyarakat Berpengeluaran 40% terbawah	2.727.580.000	2.679.879.918	98,25%	50%	50.8%	98.42	
	7883.AEA.001 Verifikasi Pelaksanaan Jaminan Kesehatan	359.674.000	352.610.377	98,04%	1 Keg	1 Keg	100	
	7883.AEF.001 Advokasi Pembiayaan Kesehatan	2.157.606.000	2.134.825.281	98,94%	5400 orang	5400 orang	100	
	7883.PBG.001 Dokumen <i>National Health Accounts</i> (NHA)	210.300.000	192.444.260	91,51%	1 Rekomjak	1 Rekomjak	100	
2	SS 2.1 Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan primer, lanjutan dan labkes							PN 4: Memperkuat Pembangunan Sumber Daya Manusia (SDM), Sains, Teknologi, Pendidikan, Kesehatan, Prestasi Olahraga, Kesetaraan Gender, serta Penguatan Peran Perempuan, Pemuda, dan Penyandang Disabilitas
	ISS 19. Persentase Masyarakat memiliki Asuransi Kesehatan Aktif Program Pelayanan Kesehatan	49.233.020.632.000	49.127.304.003.598	99,79%	80.5%	82.10%	101.68	

	dan JKN							
	IKP 19.1 Jumlah Masyarakat yang Memiliki Polis Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan (KAPJ)	214.710.000	214.616.898	99,96%	787.000 orang	68 orang	0.01	
	IKK 19.1.1 Persentase Rumah Sakit yang memiliki Kerja Sama dengan Asuransi Kesehatan Tambahan	214.710.000	214.616.898	99,96%	2%	3.2%	160	
	7883.FAE.001 Laporan Evaluasi untuk Penataan Manfaat dalam Program Jaminan Kesehatan	214.710.000	214.616.898	99,96%	1 Laporan	1 Laporan	100	
3	SS 2.1 Meningkatnya kualitas pelayanan kesehatan primer, lanjutan dan labkes							PN 4: Memperkuat Pembangunan Sumber Daya Manusia (SDM), Sains, Teknologi, Pendidikan, Kesehatan, Prestasi Olahraga, Kesetaraan Gender, serta Penguatan Peran Perempuan, Pemuda, dan Penyandang Disabilitas
	ISS 19. Persentase Masyarakat Memiliki Asuransi Kesehatan Aktif Program Pelayanan Kesehatan dan JKN	49.233.020.632.000	49.127.304.003.598	99,79%	80.5%	82.10%	101.68	
	IKP 19.2 Persentase Masyarakat Miskin dan Kurang Mampu yang dibayarkan Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan	49.232.805.922.000	49.127.089.386.700		99.6%	99,97%	100.40	
	IKK 19.2.1 Persentase Peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI JK) yang dibayarkan iurannya	46.369.315.593.000	46.263.929.282.900		99.2%	99.99%	100.80	
	5610.QEA.001 Penduduk penerima bantuan iuran PBI JKN	46.369.315.593.000	46.263.929.282.900	99,77%				
	IKK 19.2.2 Persentase Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja (PBPU dan BP) Kelas III yang dibayarkan iurannya	2.863.160.105.000	2.863.160.103.800		100%	100%	100	
	5610.QEA.002 Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU) dan Bukan Pekerja (BP) penerima	2.863.160.105.000	2.863.160.103.800	100,00%	49.603.175.000	65.723.684.000	100	

	kontribusi bantuan iuran							
	IKK 19.2.3 Jumlah Dokumen Dukungan Pembayaran Jaminan Kesehatan	330.224.000	-		12 Dok	12 Dok	100	
	6788.AEA.001 Koordinasi Pembayaran Iuran PBI JKN, PBPU dan BP	330.224.000	-	0,00%	12 Keg	12 Keg	100	
4	SS 4.1 Meningkatnya kualitas tata kelola dan pembiayaan kesehatan di pusat dan daerah	10.642.798.000	10.453.785.078	98,22%				PN 4: Memperkuat Pembangunan Sumber Daya Manusia (SDM), Sains, Teknologi, Pendidikan, Kesehatan, Prestasi Olahraga, Kesetaraan Gender, serta Penguatan Peran Perempuan, Pemuda, dan Penyandang Disabilitas
	ISS 27: Pengeluaran Kesehatan total per kapita Program Pelayanan Kesehatan dan JKN	10.642.798.000	10.452.936.088	98,22%	2.2 juta	2.3 juta	104.54	
	IKP 27.1 Persentase Pertumbuhan Belanja Kesehatan dari Sektor Publik	9.724.646.000	9.567.191.931	98,38%	5%	6.2%	124	
	IKK 27.1.1 Persentase Pertumbuhan Belanja Asuransi Kesehatan Sosial	9.724.646.000	9.567.191.931	98,38%	1%	2.2%	220	
	7883.AEA.003 Penilaian Pending Klaim pada Program Jaminan Kesehatan	691.680.000	689.199.949	99,64%	1 Keg	1 Keg	100	
	7883.AEA.004 Pengembangan <i>Groupier</i> dan Klasifikasi Penyakit	111.414.000	109.698.485	98,46%	1 Keg	1 Keg	100	
	7883.AEA.005 Evaluasi Tarif di FPKTL dalam Program Jaminan Kesehatan	85.600.000	85.247.000	99,59%	1 Keg	1 Keg	100	
	7883.AFA.001 Rancangan NSPK Program Jaminan Kesehatan	367.030.000	357.297.520	97,35%	1 NSPK	1 NSPK	100	
	7883.DCM.001 Pelatihan Koding bagi Tenaga Koder di FPKTRL dalam Program JKN	6.762.784.000	6.726.621.505	99,45%	660 orang	660 orang	100	
	7883.ABG.002 Rekomendasi Skema Inovasi Pembiayaan	11.790.000	11.665.000	98,94%	1 Rekomjak	1 Rekomjak	100	

	Jaminan Kesehatan							
	7883.FAE.002 Laporan Evaluasi Dukungan Penguatan Jaminan Kesehatan melalui PforR JKN	1.694.348.000	1.588.311.462	93,74%	2 Laporan	2 Laporan	100	
5	SS 4.1 Meningkatnya kualitas tata kelola dan pembiayaan kesehatan di pusat dan daerah	10.642.798.000						PN 4: Memperkuat Pembangunan Sumber Daya Manusia (SDM), Sains, Teknologi, Pendidikan, Kesehatan, Prestasi Olahraga, Kesetaraan Gender, serta Penguatan Peran Perempuan, Pemuda, dan Penyandang Disabilitas
	ISS 27: Pengeluaran Kesehatan total per kapita Program Pelayanan Kesehatan dan JKN	10.642.798.000	10.452.936.088	98,22%	2.2 Juta	2.3 juta	104.54	
	IKP 27.2 Persentase Pertumbuhan Belanja Kesehatan dari Sektor Non Publik	918.152.000	885.744.157	96,47%	1%	-0.95%	-95	
	IKK 27.2.1 Persentase Pertumbuhan Belanja Asuransi Kesehatan Swasta	918.152.000	885.744.157	96,47%	0.2%	-0.13%	-65	
	7883.AEA.002 Penyusunan Nota Kebijakan (Policy Note) Pembiayaan Kesehatan	918.152.000	885.744.157	96,47%	1 Keg	1 Keg	100	

Tabel 3. 25 Alokasi dan Realisasi Anggaran Pusbikes berdasarkan Indikator Kinerja Tahun 2025

	Indikator	Alokasi (Rp)	Realisasi (Rp)	%
ISS 18	Persentase Belanja Kesehatan <i>Out of Pocket</i> *	2.727.580.000	2.679.879.918	98.3%
ISS 19	Persentase Masyarakat memiliki Asuransi Kesehatan Aktif	49.232.690.408.000	49.127.304.003.598	99.8%
ISS 27	Pengeluaran Kesehatan Total per Kapita	8.948.450.000	8.865.473.616	99.1%
IKP 18.1	Persentase Belanja Kesehatan <i>Out of Pocket</i> Masyarakat Berpengeluaran 40% terbawah	2.727.580.000	2.679.879.918	98.3%
IKP 19.1	Jumlah Masyarakat yang memiliki Polis Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan (KAPJ)	214.710.000	214.616.898	100.0%
IKP 19.2	Persentase Masyarakat Miskin dan Kurang Mampu yang dibayarkan Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan	49.232.475.698.000	49.127.089.386.700	99.8%
IKP 27.1	Persentase Pertumbuhan Belanja Kesehatan dari Sektor Publik	8.030.298.000	7.979.729.459	99.4
IKP 27.2	Persentase Pertumbuhan Belanja Kesehatan dari Sektor Non Publik	918.152.000	885.744.157	96.5%
IKK 18.1.1	Persentase Belanja Kesehatan <i>Out of Pocket</i> Pelayanan Kesehatan Kuratif Masyarakat Berpengeluaran 40% terbawah*	2.727.580.000	2.679.879.918	98.3%
IKK 19.1.1	Persentase Rumah Sakit yang memiliki kerja sama dengan Asuransi Kesehatan Tambahan	214.710.000	214.616.898	100.0%
IKK 19.2.1	Persentase Peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI JK) yang dibayarkan iurannya	46.369.315.593.000	46.263.929.282.900	99.8%
IKK 19.2.2	Persentase Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja (PBPU dan BP) Kelas III yang dibayarkan iurannya	2.863.160.105.000	2.863.160.103.800	100.0%
IKK 19.2.3	Jumlah Dokumen Dukungan Pembayaran Jaminan Kesehatan	49.232.475.698.000	49.127.089.386.700	99.8%
IKK 27.1.1	Persentase Pertumbuhan Belanja Asuransi Kesehatan Sosial	8.030.298.000	7.979.729.459	99.4%
IKK 27.2.1	Persentase Pertumbuhan Belanja Asuransi Kesehatan Swasta	918.152.000	885.744.157	96.5%

2. Analisis Efisiensi Sumber Daya

Analisis efisiensi sumber daya memberikan gambaran penilaian tingkat pencapaian target kegiatan dari masing-masing indikator kinerja kegiatan, dan penilaian tingkat pencapaian target sasaran dari masing-masing indikator kinerja sasaran yang ditetapkan dalam Renstra Kemenkes 2025– 2029.

Perhitungan efisiensi sesuai penyajian laporan kinerja KemenPAN RB menggunakan rumus, sebagai berikut:

$$\text{Efisiensi} = \% \text{ Realisasi Kinerja} - \% \text{ Realisasi Anggaran}$$

Tabel 3. 26 Analisa Efisiensi Indikator Kinerja Pusbikes Tahun 2025

	Indikator	% Realisasi Kinerja	% Realisasi Anggaran	% Efisiensi
(1)	(2)	(3)	(4)	(5) = (3) – (4)
ISS 18	Persentase Belanja Kesehatan <i>Out of Pocket</i> *	98.9%	98.3%	0.6%
ISS 19	Persentase Masyarakat memiliki Asuransi Kesehatan Aktif	101,68%	99.8%	1,88%
ISS 27	Pengeluaran Kesehatan Total per Kapita	104,54%	99.1%	5,44%
IKP 18.1	Persentase Belanja Kesehatan <i>Out of Pocket</i> Masyarakat Berpengeluaran 40% terbawah	105.29%	98.3%	6,99%
IKP 19.1	Jumlah Masyarakat yang memiliki Polis Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan (KAPJ)	0.01%	100%	-99.99%
IKP 19.2	Persentase Masyarakat Miskin dan Kurang Mampu yang dibayarkan Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan	100,39%	99.8%	0.59%
IKP 27.1	Persentase Pertumbuhan Belanja Kesehatan dari Sektor Publik	124%	99.4%	24.6%
IKP 27.2	Persentase Pertumbuhan Belanja Kesehatan dari Sektor Non Publik	-95%	96.5%	-191.5%
IKK 18.1.1	Persentase Belanja Kesehatan <i>Out of Pocket</i> Pelayanan Kesehatan Kuratif Masyarakat Berpengeluaran 40% terbawah*	98,42%	98.3%	0,12%
IKK 19.1.1	Persentase Rumah Sakit yang memiliki kerja sama dengan Asuransi Kesehatan Tambahan	160%	100%	60%
IKK 19.2.1	Persentase Peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI JK) yang dibayarkan iurannya	100.80%	99.8%	1,00%
IKK 19.2.2	Persentase Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja (PBPU dan BP) Kelas III yang dibayarkan iurannya	100%	100%	0%
IKK 19.2.3	Jumlah Dokumen Dukungan Pembayaran Jaminan Kesehatan	100%	99.8%	0,2%
IKK 27.1.1	Persentase Pertumbuhan Belanja Asuransi Kesehatan Sosial	220%	99.4%	120.6%
IKK 27.2.1	Persentase Pertumbuhan Belanja Asuransi Kesehatan Swasta	-65%	96.5%	-161.5%

Analisis efisiensi sumber daya memberikan gambaran penilaian tingkat pencapaian target kegiatan dari masing-masing indikator kinerja kegiatan, dan penilaian tingkat pencapaian target sasaran dari masing-masing indikator kinerja sasaran yang ditetapkan dalam Renstra Kemenkes 2025– 2029.

Pada tabel di atas diketahui terdapat 3 (tiga) indikator kinerja yang hasil perhitungan efisiensinya minus, yaitu Indikator Jumlah Masyarakat yang memiliki Polis Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan (KAPJ); Persentase pertumbuhan belanja kesehatan dari sektor Non publik dan Persentase pertumbuhan belanja asuransi kesehatan swasta.

3. Sumber Daya Manusia

Dalam menjalankan tugas dan fungsinya Pusbikes didukung oleh sumber daya manusia (SDM) yang didistribusikan ke 7 (tujuh) Tim Kerja. Jumlah SDM Pusbikes sampai dengan

bulan Desember tahun 2025 sebanyak 80 orang dengan komposisi berdasarkan status kepegawaian, yaitu ASN PNS sebanyak 57 orang, ASN CPNS 10 Orang, ASN PPPK sebanyak 12 orang dan ASN PPPK Paruh Waktu sebanyak 1 orang.

Tabel 3. 27 Jumlah Pegawai Pusbikes Menurut Status Kepegawaian Tahun 2025

No	Jenjang Pendidikan	Jumlah
1	ASN PNS	57
2	ASN CPNS	10
3	ASN PPPK	12
4	ASN PPPK Paruh Waktu	1
Total		80

Tabel 3. 28 Jumlah ASN Pusbikes Tahun 2025 Menurut Jabatan

No	Jabatan	Jumlah
1	Jabatan Pimpinan Tinggi	Pratama 1
2	Jabatan Administrasi	Pengawas 0
		Pelaksana 19
3	Jabatan Fungsional	Ahli Utama 0
		Ahli Madya 7
		Ahli Muda 17
		Ahli Pertama 30
		Penyelia 1
		Mahir 2
		Terampil 2
Jumlah		80

Secara komposisi menurut jenjang pendidikan jumlah SDM ASN Pusbikes ditampilkan pada tabel di bawah ini:

Tabel 3. 29 Jumlah ASN Pusbikes Tahun 2025 Menurut Jenjang Pendidikan

No	Jenjang Pendidikan	Jumlah
1	S3	1
2	S2 dan sederajat	21
2	S1 dan sederajat	48
3	D3	7
4	SMA	3
Total		80

4. Sumber Daya Sarana dan Prasarana

Sarana dan prasarana kantor merupakan salah satu faktor pendukung penting dalam pelaksanaan pekerjaan. Jumlah dan kondisi sarana dan prasarana yang memadai secara tidak langsung mempengaruhi efektivitas kinerja SDM. Kondisi efektivitas kinerja juga akan mempengaruhi organisasi dalam pelaksanaan kegiatan dalam rangka pencapaian target kinerja. Pada tahun 2025 Pusbikes untuk mendukung kebutuhan efektivitas kinerja dan berdasarkan analisis kebutuhan telah melakukan revisi anggaran belanja modal untuk pembelian PC *Workstation* dan UPS yang akan dipergunakan untuk pengolahan data INACBGs di seluruh Indonesia.

BAB IV PENUTUP

Berdasarkan pada Perjanjian Kinerja Tahun 2025, Pusat Pembiayaan Kesehatan telah melaksanakan berbagai kegiatan dalam rangka mencapai sasaran dan target indikator yang telah ditetapkan. Berikut penjabarannya:

- A. Dari 15 (lima belas) indikator kinerja, baik ISS, IKP dan IKP yang menjadi tanggung jawab Pusbikes hanya 10 (sepuluh) indikator telah mencapai target, yaitu :
1. Persentase Masyarakat memiliki asuransi Kesehatan aktif tercapai 82,10% dari target 80.5% dengan persentase capaian sebesar 101,68%
 2. Pengeluaran Kesehatan total per kapita tercapai 2,3 juta dari target 2,2 juta, dengan persentase capaian sebesar 104,54%
 3. Persentase belanja kesehatan *out of pocket* masyarakat berpengeluaran 40% terbawah tercapai 3,78 % dari target 3,98% dengan persentase capaian sebesar 105.29%
 4. Persentase Masyarakat Miskin dan Kurang Mampu yang dibayarkan Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan tercapai 99,997% dari target 99,6% dengan persentase capaian sebesar 100,40%
 5. Persentase Pertumbuhan Belanja Kesehatan dari Sektor Publik tercapai 6.2 % dari target 5% dengan persentase capaian sebesar 124%
 6. Persentase Rumah Sakit yang memiliki kerja sama dengan Asuransi Kesehatan Tambahan tercapai 2 % dari target 3,2 %, dengan persentase capaian sebesar 160%
 7. Persentase peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI JK) yang dibayarkan iurannya tercapai 99,99% dari target 99.2%, dengan persentase capaian sebesar 100,80%
 8. Persentase peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja (PBPU dan BP) Kelas III yang dibayarkan iurannya tercapai 100% dari target 100%, dengan persentase capaian sebesar 100%
 9. Jumlah Dokumen Dukungan Pembayaran Jaminan Kesehatan tercapai 12 dokumen dari target 12 dokumen, dengan persentase capaian sebesar 100%
 10. Persentase pertumbuhan belanja asuransi kesehatan sosial tercapai 2.2% dari target 1%, dengan persentase *progress* sebesar 220%
- B. Adapun 5 (lima) indikator yang belum mencapai target yaitu,
1. Persentase belanja kesehatan *out of pocket* (OOP) terhadap total belanja kesehatan tercapai 28.3 % dari target 28% dengan persentase capaian sebesar 98,94%
 2. Jumlah Masyarakat yang memiliki Polis Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan (KAPJ) tercapai 68 Orang dari target 787,000 orang dengan persentase capaian sebesar 0.01%
 3. Persentase Pertumbuhan Belanja Kesehatan dari Sektor Non Publik tercapai -0.95% dari target 1% dengan persentase capaian sebesar -95%
 4. Persentase belanja kesehatan *out of pocket* pelayanan kesehatan kuratif masyarakat berpengeluaran 40% terbawah tercapai 50.8% dari target 50%, dengan persentase capaian sebesar 98,42%
 5. Persentase pertumbuhan belanja asuransi kesehatan swasta tercapai -0.13% dari target 0.2%, dengan persentase capaian sebesar -65%


- C. Realisasi anggaran tahun 2025 sebesar 99,78% atau melampaui target yang ditetapkan sebesar 96%. Angka realisasi tersebut diperoleh dari perbandingan alokasi anggaran sebesar Rp49.246.391.010.000,- dengan realisasi anggaran mencapai Rp49.140.437.688.594,-

Dalam rangka meningkatkan kinerja pada tahun mendatang, perlu dilakukan beberapa langkah strategis sebagai berikut:

- A. Percepatan interoperabilitas data: mendorong integrasi data antara Kementerian Kesehatan dengan kementerian atau lembaga terkait lainnya. Hal ini krusial untuk memastikan setiap rekomendasi kebijakan didasarkan pada data *real-time* yang akurat dan terpadu.
- B. Penguatan kapasitas SDM: meningkatkan keahlian pegawai dalam analisis kebijakan berbasis bukti (*evidence-based policy*). Fokus pengembangan diarahkan pada penguasaan metodologi evaluasi ekonomi kesehatan, evaluasi kebijakan, ekonometrika, dan teknik analisis data lainnya guna meningkatkan kredibilitas laporan kinerja.
- C. Peninjauan indikator berkala: melakukan evaluasi rutin terhadap indikator kinerja yang belum mencapai target. Hal ini bertujuan untuk merumuskan rencana aksi mitigasi yang lebih tepat sasaran dan solutif di tahun berikutnya.

LAMPIRAN

Lampiran 1. Perjanjian Kinerja Pusbikes Tahun 2025



PUSAT PEMBIAYAAN KESEHATAN
PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025

Dalam rangka mewujudkan manajemen pemerintahan yang efektif, transparan dan akuntabel serta berorientasi pada hasil, kami yang bertanda tangan di bawah ini:


Nama : Ahmad Irsan A. Moeis
Jabatan : Kepala Pusat Pembiayaan Kesehatan
selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : Kunta Wibawa Dasa Nugraha
Jabatan : Sekretaris Jenderal
selaku atasan pihak pertama, selanjutnya disebut pihak kedua

Pihak pertama berjanji akan mewujudkan target kinerja yang seharusnya sesuai lampiran perjanjian ini, dalam rangka mencapai target kinerja jangka menengah seperti yang telah ditetapkan dalam dokumen perencanaan. Keberhasilan dan kegagalan pencapaian target kinerja tersebut menjadi tanggung jawab kami.

Pihak kedua akan melakukan supervisi yang diperlukan serta akan melakukan evaluasi terhadap capaian kinerja dari perjanjian ini dan mengambil tindakan yang diperlukan dalam rangka pemberian penghargaan dan sanksi.


Pihak Kedua,



Kunta Wibawa Dasa Nugraha

Jakarta, Desember 2025

Pihak Pertama,



Ahmad Irsan A. Moeis

PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2025			
No.	Tujuan/Sasaran Strategis/ Program/Sasaran Program	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
I	Tujuan 2: Layanan Kesehatan yang baik, adil dan terjangkau	IT 2 Cakupan Layanan Kesehatan Esensial**	
	Sasaran Strategis 2.1 Meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan primer, lanjutan dan labkes	ISS 18 Persentase Belanja Kesehatan <i>Out of Pocket</i> *	28%
		ISS 19 Persentase Masyarakat memiliki Asuransi Kesehatan Aktif*	80,5%
	024.DG Program Pelayanan Kesehatan dan JKN		
	Sasaran Program: Terpenuhinya Pembiayaan Kesehatan dalam mencapai UHC	IKP 18.1 Persentase Belanja Kesehatan Out of Pocket Masyarakat Berpengeluaran 40% terbawah*	3,98%
		IKP 19.1 Jumlah Masyarakat yang memiliki Polis Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan (KAPJ)*	787.000 Orang
		IKP 19.2 Persentase Masyarakat Miskin dan Kurang Mampu yang dibayarkan Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan*	99,6%
	7883. Kegiatan Pengelolaan Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan		
	Sasaran Kegiatan: Terlaksananya Dukungan Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan	IKK 18.1.1 Persentase Belanja Kesehatan Out of Pocket Pelayanan Kesehatan Kuratif Masyarakat Berpengeluaran 40% terbawah	50%
		IKK 19.1.1 Persentase Rumah Sakit yang memiliki kerja sama dengan Asuransi Kesehatan Tambahan	2%

Halaman 1 dari 4

No.	Tujuan/Sasaran Strategis/ Program/Sasaran Program	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
	5610. Kegiatan Pembiayaan JKN/KIS		
	Sasaran Kegiatan: Menguatnya Pembiayaan JKN/KIS	IKK 19.2.1 Persentase Peserta Penerima Bantuan Iuran Jaminan Kesehatan (PBI JK) yang dibayarkan iurannya	99,2%
		IKK 19.2.2 Persentase Peserta Pekerja Bukan Penerima Upah dan Bukan Pekerja (PBPU dan BP) Kelas III yang dibayarkan iurannya	100%
	6788. Kegiatan Dukungan Pelaksanaan Jaminan Kesehatan		
	Sasaran Kegiatan: Menguatnya Dukungan Pelaksanaan Jaminan Kesehatan	IKK 19.2.3 Jumlah Dokumen Dukungan Pembayaran Jaminan Kesehatan	12 Dokumen
II	Tujuan 4: Tata Kelola dan Pembiayaan Kesehatan yang efektif, adil, dan berkelanjutan	IT 4 Rasio belanja kesehatan per kapita terhadap usia harapan hidup sehat**	
	Sasaran Strategis 4.1 Meningkatkan kualitas tata kelola dan pembiayaan kesehatan di pusat dan daerah	ISS 27 Pengeluaran Kesehatan Total per Kapita*	2,2 Juta
	024.DG. Program Pelayanan Kesehatan dan JKN		
	Sasaran Program: Meningkatnya Kecukupan Pendanaan Kesehatan yang Berkeadilan dan Berkelanjutan	IKP 27.1 Persentase Pertumbuhan Belanja Kesehatan dari Sektor Publik*	5%
		IKP 27.2 Persentase Pertumbuhan Belanja Kesehatan dari Sektor Non Publik*	1%
	7883. Kegiatan Pengelolaan		

Halaman 2 dari 4

No.	Tujuan/Sasaran Strategis/ Program/Sasaran Program	Indikator Kinerja	Target
(1)	(2)	(3)	(4)
	Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan		
	Sasaran Kegiatan: Terlaksananya Penguatan Implementasi Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan	IKK 27.1.1 Persentase Pertumbuhan Belanja Asuransi Kesehatan Sosial	1%
		IKK 27.2.1 Persentase Pertumbuhan Belanja Asuransi Kesehatan Swasta	0,2%
III	Tujuan 6: Kementerian Kesehatan yang agile, efektif, dan efisien	IT 6 Nilai Good Public Governance Kementerian Kesehatan**	
	Sasaran Strategis 6.1 Meningkatkan kualitas tata kelola Kementerian Kesehatan	ISS 33 Nilai Reformasi Birokrasi Kementerian Kesehatan**	
	024.WA. Program Dukungan Manajemen		
	Sasaran Program: Meningkatnya Tata Kelola Organisasi dan Pengendalian Intern Kementerian Kesehatan	IKP 33.2 Nilai Kinerja Anggaran Kementerian Kesehatan**	
	6788. Kegiatan Dukungan Pelaksanaan Jaminan Kesehatan		
	Sasaran Kegiatan: Menguatnya Dukungan Pelaksanaan Jaminan Kesehatan	IKD 33.2.1 Persentase Realisasi Anggaran Unit Kerja	96%

Keterangan:

* : Kontributor (Indikator Kinerja dan Target ditampilkan)

** : Kolaborator (Target Indikator Kinerja tidak ditampilkan)

IKM : Indikator Kinerja Mandatory (di Luar Renstra dan termasuk Ruang Lingkup Tusi)


IKD : Indikator Kinerja Direktif Pimpinan


Halaman 3 dari 4

Kegiatan	Anggaran
1. Pembiayaan JKN/KIS	Rp. 49.232.475.698.000,-
2. Pengelolaan Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan	Rp. 13.585.088.000,-
3. Dukungan Pelaksanaan Jaminan Kesehatan	Rp. 330.224.000,-
	Rp. 49,246,391,010,000

Jakarta, Desember 2025

Pihak Kedua, Pihak Pertama,


Kunta Wibawa Dasa Nugraha


Ahmad Irsan A. Moeis

Halaman 4 dari 4



**Kementerian Kesehatan
Sekretariat Jenderal**

Jalan H.R. Rasuna Said Blok X-5 Kavling 4-9
Jakarta Selatan 12950
(021) 5201590 (hunting)
<https://setjen.kemkes.go.id>

**SURAT KEPUTUSAN KEPALA PUSAT PEMBIAYAAN KESEHATAN
SEKRETARIAT JENDERAL KEMENTERIAN KESEHATAN
NOMOR : HK.02.03/A.XIII/140/2025**

**TENTANG
TIM PENYUSUN LAPORAN KINERJA DAN PENANGGUNG JAWAB
PENGUMPULAN DATA
PUSAT PEMBIAYAAN KESEHATAN
TAHUN 2025**

KEPALA PUSAT PEMBIAYAAN KESEHATAN

- Menimbang** : a bahwa dalam rangka melaksanakan sistem akuntabilitas kinerja di satuan kerja Pusat Pembiayaan Kesehatan yang sesuai dengan peraturan presiden nomor 29 tahun 2014 tentang sistem akuntabilitas kinerja pemerintah (SAKIP), maka satuan kerja Pusat Pembiayaan Kesehatan harus Menyusun laporan kinerjanya pada tahun 2025.
- b bahwa agar pelaksanaan penyusunan laporan kinerja Pusat Pembiayaan Kesehatan tahun 2025 dapat diselesaikan tepat waktu, maka perlu dibentuk tim penyusun laporan kinerja Pusat Pembiayaan Kesehatan tahun 2025.
- Mengingat** : 1 Peraturan Presiden Nomor 29 tahun 2014 tentang Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah;
- 2 Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi nomer 53 tahun 2014 tentang Petunjuk Teknis Perjanjian Kinerja, Pelaporan Kinerja dan Tata Cara Reviu atas Laporan Kinerja Instansi Pemerintah;
- 3 Peraturan Menteri Pendayagunaan Aparatur Negara dan Reformasi Birokrasi nomor 12 tahun 2015 tentang Pedoman Evaluasi atas Implementasi Sistem Akuntabilitas Kinerja Instansi Pemerintah.
- 4 Peraturan Menteri Kesehatan nomor 2416 tahun 2011 tentang Petunjuk Pelaksanaan Penetapan Kinerja dan Pelaporan Akuntabilitas Kinerja Kementerian Kesehatan ;
- 5 Peraturan Menteri Kesehatan nomor 21 tahun 2024 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan;
- 6 Peraturan Menteri Kesehatan nomor 12 tahun 2025, tentang Rencana Strategis Kementerian Kesehatan tahun 2025 – 2029

MEMUTUSKAN

MENETAPKAN : SURAT KEPUTUSAN KEPALA PUSAT PEMBIAYAAN KESEHATAN TENTANG TIM PENYUSUN LAPORAN KINERJA PUSAT PEMBIAYAAN KESEHATAN TAHUN 2025

- Kesatu : Membentuk Tim Penyusun Laporan Kinerja Pusat Pembiayaan Kesehatan tentang Tim Penyusun Laporan Kinerja Pusat Pembiayaan Kesehatan Tahun 2025
- Kedua : Tugas Tim Penyusun adalah mengumpulkan data yang dibutuhkan sebagai bahan penyusunan serta mengelola dan menganalisis data tersebut dalam bentuk buku laporan kinerja Pembiayaan Kesehatan Tahun 2025
- Ketiga : Keputusan ini berlaku sejak tanggal ditetapkan dan akan ditinjau Kembali apabila dikemudian hari terdapat kekeliruan atau memerlukan penyesuaian
- Keempat : Salinan surat keputusan ini disampaikan kepada yang bersangkutan untuk di ketahui dan dilaksanakan sebagaimana mestinya

Ditetapkan di Jakarta
Pada tanggal 24 Januari 2025

Kepala Pusat Pembiayaan Kesehatan



Ahmad Irsan A. Moeis

Surat : Surat Keputusan Kepala Pusat Pembiayaan Kesehatan

Nomor : HK.02.03/A.XIII/140/2025

Tanggal : 24 Januari 2025

No	Nama	Jabatan	Ditunjuk / Diangkat Sebagai
1	Dr. Ahmad Irsan A. Moeis, S.E., M.E	Kepala Pusat Pembiayaan Kesehatan	Pengarah/ Penasihat
2	Moch Choirul Soleh, S.Si, MM	Ketua Tim Kerja Dukungan Manajemen	Ketua
3	Qotrun Nada, S.K.M	Tim Kerja Pembiayaan Program JKN di FKTP/ Analisis Kebijakan Ahli Pertama	Anggota
4	dr. Tita Rosita, MKM	Tim Kerja Pembiayaan Program JKN di FPKTL/ Analisis Kebijakan Ahli Muda	Anggota
5	dr. Yusuf Subekti, MARS	Tim Kerja Diagnosis Related Group dan Casemix/ Administrator Kesehatan Ahli Madya	Anggota
6	dr. Karlina	Tim Kerja Diagnosis Related Group dan Casemix/ Analisis Kebijakan Ahli Pertama	Anggota
7	Galindra Adiyudha	Tim Kerja Analisis Kinerja Program JKN/ Pengadministrasi Keuangan / Pengelola Keuangan	Anggota
8	Ranti Dewi, SKM, MPH	Tim Kerja Bantuan Pemerintah di Program JKN/ Analisis Kebijakan Ahli Muda	Anggota
9	Elvina Diah, SKM, MKM	Tim Kerja Analisis Belanja Kesehatan/ Administrator Kesehatan Ahli Muda	Anggota
10	Bima Adellano Sivananda Prichantiyo, S.M.	Tim Kerja Pembiayaan Program JKN di FPKTP/ Perencana Ahli Pertama	Anggota

11	Dwi Hendro Yudho, SE, MKM	Tim Kerja Dukungan Manajemen/ Perencana Ahli Muda	Anggota
12	Firman Nur Amri, ST	Tim Kerja Dukungan Manajemen/ Pranata Komputer Ahli / Analis Sistem Informasi	Anggota
13	Sukeni, SKM	Tim Kerja Dukungan Manajemen/ Perencana / Penyusun Anggaran dan Pelaporan	Anggota
14	Nur Indah Sulistyowati, SE	Tim Kerja Dukungan Manajemen/ Analis Pengelolaan Keuangan APBN Ahli Muda	Anggota
15	Bob Widiatno, ST	Tim Kerja Dukungan Manajemen/ Analis Pengelolaan Keuangan APBN Ahli Muda	Anggota
16	Mufidah Nurjayati, SP	Tim Kerja Dukungan Manajemen/ Staf Dukman	Anggota

Ditetapkan di Jakarta
 Pada tanggal 24 Januari 2025

Kepala Pusat Pembiayaan Kesehatan

Ahmad Irsan A. Moeis

