

2024

# Laporan Kinerja Tahun 2024

**PUSAT KEBIJAKAN PEMBIAYAAN DAN DESENTRALISASI KESEHATAN**



Visit Us

**BADAN KEBIJAKAN PEMBANGUNAN KESEHATAN**

## KATA PENGANTAR



Puji syukur kehadirat Tuhan Yang Maha Esa karena berkat rahmat dan izin-Nya. Laporan Kinerja Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan Tahun 2024 telah diselesaikan.

Penyusunan Laporan Kinerja mengacu pada 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 Pemerintah. Laporan Kinerja Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan Tahun 2024 sebagai bentuk pertanggungjawaban atas pelaksanaan tugas dan fungsi serta penggunaan anggaran.

Melalui Laporan Kinerja Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan Tahun 2024 diharapkan dapat memberikan gambaran tentang pencapaian indikator kinerja selama periode tahun 2024 sehingga dapat menjadi bahan evaluasi pelaksanaan kinerja selama satu tahun anggaran berjalan dan sebagai bahan perbaikan dan peningkatan kinerja pada tahun selanjutnya.

Terima kasih kami sampaikan kepada semua pihak atas bantuan tenaga dan pikirannya sehingga laporan kinerja ini telah selesai disusun dan diselesaikan tepat waktu. Semoga laporan kinerja ini bermanfaat dalam perbaikan dan peningkatan kinerja Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan.

Jakarta, 14 Januari 2025  
Kepala Pusat Kebijakan Pembiayaan  
dan Desentralisasi Kesehatan



**Ahmad Irsan A. Moeis**

## RINGKASAN EKSEKUTIF

Laporan Kinerja merupakan salah satu sarana mewujudkan akuntabilitas dan pertanggungjawaban pelaksanaan tugas, fungsi dan anggaran, serta sebagai sumber informasi terkait monitoring dan evaluasi dalam rangka perbaikan perencanaan ke depan.

Berdasarkan perjanjian kinerja tahun 2024 antara Kepala Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan (Pusjak PDK) dengan Kepala Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan (BKPK) terdapat 15 (lima belas) Indikator Kinerja Kegiatan (IKK) yang menjadi tanggung jawab Pusjak PDK. Selain indikator pada perjanjian kinerja, Pusjak PDK juga merupakan penanggung jawab untuk 2 (dua) Indikator Sasaran Strategis (ISS) dan 4 (empat) Indikator Kinerja Program (IKP). Dari seluruh indikator tersebut baik IKK, IKP dan ISS, hampir seluruh indikator belum mencapai target yang telah ditetapkan.

Berikut capaian target ISS, IKP dan IKK Tahun 2024 yang menjadi tanggung jawab Pusjak PDK:

- 1) Persentase cakupan kelompok berisiko yang mendapatkan layanan skrining kesehatan tercapai 192% dari target 100%, dengan persentase capaian sebesar 192%
- 2) Proporsi *Out Of Pocket* (OOP) terhadap Total Belanja Kesehatan belum tercapai dengan capaian 28,6% dari target 20% dengan persentase capaian sebesar 57%
- 3) Persentase Penduduk Berisiko yang Mendapatkan Layanan Skrining Kesehatan tercapai 192% dari target 100%, dengan persentase capaian sebesar 192%
- 4) Persentase Kabupaten/Kota yang Memenuhi Pembiayaan Kegiatan Promotif Preventif pada SPM tercapai 80% dari target 75%, dengan persentase capaian sebesar 106,7%
- 5) Persentase Kabupaten/Kota yang Melaksanakan Kerjasama Pemerintah Swasta (KPS) Bidang Kesehatan tercapai 100% dari target 100%, dengan persentase capaian sebesar 100%
- 6) Persentase Kebijakan Teknis dalam Penguatan Berbagai Skema Pembiayaan Kesehatan yang Efektif dan Efisien tercapai 100% dari target 100%, dengan persentase capaian sebesar 100%
- 7) Persentase peserta JKN yang berisiko yang Mendapatkan layanan skrining kesehatan tercapai 192% dari target 100%, dengan persentase capaian sebesar 192%
- 8) Persentase belanja kesehatan promotif preventif dalam JKN tercapai 12,4% dari target 15%, dengan persentase capaian sebesar 83%
- 9) Persentase provinsi dan Kabupaten/kota yang menghasilkan rekomendasi dari hasil perhitungan *Provincial Health Account / District Health Account* (PHA/DHA) tercapai 100% dari target 100%, dengan persentase progress sebesar 100%
- 10) Persentase kabupaten/kota yang memberikan insentif pelaksanaan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) bersumber APBD Murni tercapai 100% dari target 100%, dengan persentase capaian sebesar 100%
- 11) Persentase asuransi kesehatan swasta yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan tercapai 100% dari target 100%, dengan persentase capaian sebesar 100%
- 12) Persentase kabupaten/kota yang melakukan kemitraan pembiayaan pemerintah dan swasta dalam penanganan 9 penyakit prioritas tercapai 100% dari target 100%, dengan persentase capaian sebesar 100%.
- 13) Persentase kabupaten/kota yang melakukan kemitraan pembiayaan pemerintah dan swasta dalam upaya skrining 14 penyakit tercapai 89,8% dari target 100%, dengan persentase capaian sebesar 89,8%.

- 14) *Annual review* tarif INA-CBGs dan NHA (T- 1) tercapai 2 dokumen dari target 2 dokumen, dengan persentase capaian sebesar 100%
- 15) *Annual utilization review* untuk 20 penyakit berbiaya tertinggi tercapai 20 dokumen dari target 20 dokumen, dengan persentase capaian sebesar 100%
- 16) *Annual review* terhadap HTA dan rencana implementasinya tercapai 1 dokumen dari target 1 dokumen, dengan persentase capaian sebesar 100%
- 17) Persentase keputusan atau peraturan di atas peraturan menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti tercapai 100% dari target 100%, dengan persentase capaian sebesar 100%
- 18) Persentase keputusan atau peraturan menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti tercapai 100% dari target 100%, dengan persentase capaian sebesar 100%
- 19) Persentase keputusan atau peraturan di bawah peraturan menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti tercapai 100% dari target 100%, dengan persentase capaian sebesar 100%
- 20) Persentase kebijakan kesehatan yang disusun berdasarkan rekomendasi kebijakan di bidang Pembiayaan Jaminan Kesehatan dan Desentralisasi Kesehatan tercapai 100% dari target 100%, dengan persentase capaian sebesar 100%
- 21) Persentase kabupaten/kota yang mengadopsi Kebijakan transformasi Kesehatan tercapai 100% dari target 100%, dengan persentase capaian sebesar 100%

Alokasi anggaran Pusjak PDK Tahun 2024 adalah sebesar Rp 33.973.706.000,- di dalamnya terdapat anggaran blokir sebesar Rp. 1.500.000.000,- yang seluruhnya bersumber dari APBN. Sehingga anggaran efektifnya sebesar Rp. 32.473.706.000,- Berdasarkan aplikasi SAKTI realisasi anggaran Pusjak PDK tahun 2024 sebesar Rp 31.201.196.740,- atau 96,08%. Realisasi anggaran tersebut mencapai target 96% karena maksimalnya pelaksanaan anggaran yang telah direncanakan.

## DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR.....	ERROR! BOOKMARK NOT DEFINED.
RINGKASAN EKSEKUTIF .....	2
DAFTAR ISI.....	4
DAFTAR TABEL.....	6
DAFTAR GRAFIK.....	8
DAFTAR GAMBAR.....	9
<b>BAB I PENDAHULUAN.....</b>	<b>1</b>
A. LATAR BELAKANG.....	1
B. MAKSUD DAN TUJUAN .....	1
C. VISI DAN MISI .....	1
D. TUGAS DAN FUNGSI.....	2
E. STRUKTUR ORGANISASI .....	3
F. ISU STRATEGIS.....	3
G. SISTEMATIKA PENULISAN .....	4
<b>BAB II PERENCANAAN KINERJA .....</b>	<b>5</b>
A. PERENCANAAN KINERJA.....	5
B. PERJANJIAN KINERJA.....	13
<b>BAB III AKUNTABILITAS KINERJA .....</b>	<b>17</b>
A. CAPAIAN KINERJA .....	17
a. <i>Indikator Sasaran Strategis (ISS)</i> .....	21
1) <i>Persentase Cakupan Kelompok Berisiko yang Mendapatkan Layanan Skrining Kesehatan</i> .....	22
2) <i>Proporsi Out Of Pocket (OOP) terhadap Total Belanja Kesehatan.</i> .....	25
b. <i>Indikator Kinerja Program (IKP)</i> .....	28
1) <i>Persentase Penduduk Berisiko yang Mendapatkan Layanan Skrining Kesehatan</i> .....	28
2) <i>Persentase Kabupaten/Kota yang Memenuhi Pembiayaan Kegiatan Promotif Preventif pada SPM</i> 28	
3) <i>Persentase Kabupaten/Kota yang Melaksanakan Kerjasama Pemerintah Swasta (KPS) Bidang Kesehatan</i> .....	31
4) <i>Persentase Kebijakan Teknis dalam Penguatan Berbagai Skema Pembiayaan Kesehatan yang Efektif dan Efisien</i> .....	33
c. <i>Indikator Kinerja Kegiatan (IKK)</i> .....	34
1) <i>Persentase Peserta JKN yang Berisiko yang Mendapatkan Layanan Skrining Kesehatan</i> .....	35
2) <i>Persentase Belanja Kesehatan Promotif Preventif dalam JKN</i> .....	35
3) <i>Persentase Provinsi dan Kabupaten/Kota yang Menghasilkan Rekomendasi dari Hasil Perhitungan Provincial Health Account / District Health Account (PHA/DHA)</i> .....	37
4) <i>Persentase Kabupaten/Kota yang Memberikan Insentif Pelaksanaan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) Bersumber APBD Murni</i> .....	40
5) <i>Persentase Asuransi Kesehatan Swasta yang Bekerjasama dengan BPJS Kesehatan</i> .....	42
6) <i>Persentase Kabupaten/Kota yang Melakukan Kemitraan Pembiayaan Pemerintah dan Swasta dalam Penanganan 9 Penyakit Prioritas</i> .....	45
7) <i>Persentase Kabupaten/Kota yang Melakukan Kemitraan Pembiayaan Pemerintah dan Swasta dalam Upaya Skrining 14 Penyakit</i> .....	48
8) <i>Annual Review Tarif INA-CBGs dan NHA (T- 1)</i> .....	50
9) <i>Annual Utilization Review untuk 20 Penyakit Berbiaya Tertinggi</i> .....	53
10) <i>Annual Review Terhadap HTA dan Rencana Implementasinya</i> .....	55
11) <i>Persentase Keputusan atau Peraturan di Atas Peraturan Menteri yang Disusun Berbasis Kajian dan Bukti</i> .....	61
12) <i>Persentase Keputusan atau Peraturan Menteri yang Disusun Berbasis Kajian dan Bukti</i> .....	63

13)	<b>Persentase Keputusan atau Peraturan di Bawah Peraturan Menteri yang Disusun Berbasis Kajian dan Bukti</b> .....	64
14)	<b>Persentase Kebijakan Kesehatan yang Disusun Berdasarkan Rekomendasi Kebijakan di Bidang Pembiayaan Jaminan Kesehatan dan Desentralisasi Kesehatan</b> .....	65
15)	<b>Persentase Kabupaten/Kota yang Mengadopsi Kebijakan Transformasi Kesehatan</b> .....	66
B.	CAPAIAN KINERJA LAINNYA .....	67
	<b>a. Pengembangan INA Grouper</b> .....	67
2)	PENGEMBANGAN GROUPE RAWAT INAP.....	68
3)	PENGEMBANGAN GROUPE EMERGENSI (IGD).....	69
4)	KOMUNIKASI DAN DOKUMENTASI .....	69
	<b>b. Pelatihan Tenaga Koder</b> .....	69
C.	REALISASI ANGGARAN.....	71
	<b>a. Sumber Daya Anggaran</b> .....	71
	<b>b. Analisis Efisiensi Sumber Daya Anggaran</b> .....	75
D.	SUMBER DAYA MANUSIA.....	78
E.	SUMBER DAYA SARANA DAN PRA SARANA.....	79
F.	PENGHARGAAN .....	79
1)	<b>LAUNCHING PROSES BISNIS HTA</b> .....	80
2)	<b>LAUNCHING PEDOMAN SELISIH BIAYA KESEHATAN</b> .....	81
	<b>BAB IV PENUTUP</b> .....	83
	<b>LAMPIRAN 1</b> .....	85
	<b>LAMPIRAN 2</b> .....	86
	<b>LAMPIRAN 3</b> .....	90

## DAFTAR TABEL

Tabel 2.1 Sasaran Strategis, Indikator Sasaran Strategis Kemenkes Tahun 2023-2024 .....	6
Tabel 2.2 Program dan Kegiatan pada Pusjak PDK .....	6
Tabel 2.3 Sasaran, Indikator dan Target pada Program Kebijakan Pembangunan Kesehatan .....	7
Tabel 2.4 Sasaran, Indikator dan Target pada Program Pelayanan Kesehatan dan Jaminan Kesehatan Nasional di Pusjak PDK Tahun 2022-2024 .....	8
Tabel 2.5 Analisis SMART indikator Kinerja Pusjak PDK.....	10
Tabel 2.6 Indikator Kinerja Kegiatan Pusjak PDK Tahun 2024 .....	14
Tabel 2.7 Indikator Sasaran Strategis yang Menjadi Tanggung Jawab Pusjak PDK Tahun 2024 .....	15
Tabel 2.8 Indikator Kinerja Program yang Menjadi Tanggung Jawab Pusjak PDK Tahun 2024 .....	15
Tabel 2.9 Alokasi dan Sumber Anggaran Pusjak PDK Tahun 2024 .....	16
Tabel 3.1 Sasaran, Indikator, Target, Capaian dan Persentase Capaian Pusjak PDK Tahun 2024 .....	17
Tabel 3.2 SANDING Capaian Indikator Pusjak PDK dengan Pusjak KGTK Tahun 2024 .....	20
Tabel 3.3 Capaian Indikator Persentase Cakupan Kelompok Beresiko yang mendapatkan layanan Skrining Kesehatan Tahun 2023 dan Tahun 2024.....	22
Tabel 3.4 Pelaksanaan Skrining Kesehatan Tertentu Diabetes Melitus dan Hipertensi Tahun 2024 ....	23
Tabel 3.5 Proporsi Out Of Pocket (OOP) terhadap Total Belanja Kesehatan .....	25
Tabel 3.6 Capaian Indikator Persentase Kabupaten/Kota yang Memenuhi Pembiayaan Kegiatan Promotif Preventif pada SPM Tahun 2023 dan Tahun 2024 .....	28
Tabel 3.7 Capaian Indikator Persentase Kabupaten/Kota yang Melaksanakan Kerjasama Pemerintah Swasta (KPS) Bidang Kesehatan Tahun 2023 dan Tahun 2024 .....	31
Tabel 3.8 Kabupaten/Kota yang Melaksanakan Kerjasama Pemerintah dan Swasta (KPS) .....	32
Tabel 3.9 Capaian Indikator Persentase Kebijakan Teknis dalam Penguatan Berbagai Skema Pembiayaan Kesehatan yang Efektif dan Efisien Tahun 2023 dan Tahun 2024 .....	33
Tabel 3.10 Capaian Indikator Persentase Belanja Kesehatan Promotif Preventif dalam JKN Tahun 2023 dan Tahun 2024.....	35
Tabel 3.11 Capaian Indikator Persentase Provinsi dan Kabupaten/Kota yang Menghasilkan Rekomendasi dari Hasil Perhitungan Provincial Health Account / District Health Account (PHA/DHA) Tahun 2023 dan Tahun 2024.....	37
Tabel 3.12 Capaian Indikator Persentase Kabupaten/Kota yang Memberikan Insentif Pelaksanaan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) Bersumber APBD Murni Tahun 2023 dan Tahun 2024.....	40
Tabel 3.13 Pagu Anggaran BOK Puskesmas dan Insentif UKM .....	41
Tabel 3.14 Capaian Indikator Persentase Asuransi Kesehatan Swasta yang Bekerjasama dengan BPJS Kesehatan Tahun 2023 dan Tahun 2024 .....	42
Tabel 3.15 Capaian Indikator Persentase Kabupaten/Kota yang Melakukan Kemitraan Pembiayaan Pemerintah dan Swasta dalam Penanganan 9 Penyakit Prioritas Tahun 2023 dan Tahun 2024 .....	45
Tabel 3.16 Kabupaten/Kota yang Melaksanakan Kerjasama Pemerintah dan Swasta (KPS) .....	46
Tabel 3.17 Capaian Indikator Persentase Kabupaten/Kota yang Melakukan Kemitraan Pembiayaan Pemerintah dan Swasta dalam Upaya Skrining 14 Penyakit Tahun 2023 dan Tahun 2024 .....	48
Tabel 3.18 Capaian Indikator Annual Review Tarif INA-CBGs dan NHA (T- 1) Tahun 2023 dan Tahun 2024 .....	50
Tabel 3.19 Capaian Indikator Annual Utilization Review untuk 20 Penyakit Berbiaya Tertinggi Tahun 2023 dan Tahun 2024.....	53
Tabel 3.20 Capaian Indikator Annual Review Terhadap HTA dan Rencana Implementasinya.....	55
Tabel 3.21 Daftar 27 Topik Prioritas HTA tahun 2024 .....	57
Tabel 3.22 Capaian Indikator Keputusan atau Peraturan di Atas Peraturan Menteri yang Disusun Berbasis Kajian dan Bukti .....	61
Tabel 3.23 Interpretasi Nilai Kebijakan.....	62
Tabel 3.24 Capaian Indikator Persentase Keputusan atau Peraturan Menteri yang Disusun Berbasis Kajian dan Bukti Tahun 2023 dan Tahun 2024 .....	63
Tabel 3.25 Capaian Indikator Persentase Keputusan atau Peraturan di Bawah Peraturan Menteri yang	

Disusun Berbasis Kajian dan Bukti Tahun 2023 dan Tahun 2024.....	64
Tabel 3.26 Capaian Indikator Persentase Kebijakan Kesehatan yang Disusun Berdasarkan Rekomendasi Kebijakan di Bidang Pembiayaan Jaminan Kesehatan dan Desentralisasi Kesehatan Tahun 2023 dan Tahun 2024.....	65
Tabel 3.27 Capaian Indikator Persentase Kebijakan Kesehatan yang Disusun Berdasarkan Rekomendasi Kebijakan di Bidang Pembiayaan Jaminan Kesehatan dan Desentralisasi Kesehatan Tahun 2023 dan Tahun 2024.....	66
Tabel 3.28 Penyesuai Alokasi Anggaran Per Program Pusjak PDK Tahun 2024 .....	71
Tabel 3.29 Sandingan Alokasi dan Realisasi Anggaran Pusjak PDK Tahun 2023 dan Tahun 2024.....	72
Tabel 3.30 Alokasi dan Realisasi Anggaran Pusjak PDK berdasarkan Indikator Kinerja Tahun 2024.....	73
Tabel 3.31 Analisa Efisiensi Indikator Kinerja Pusjak PDK Tahun 2024 .....	75
Tabel 3.32 Jumlah ASN Pusjak PDK Tahun 2024 Menurut Jabatan.....	78
Tabel 3.33 Jumlah ASN Pusjak PDK Tahun 2024 Menurut Jenjang Pendidikan .....	79

## DAFTAR GRAFIK

Grafik 3.1 Total Belanja Kesehatan 2014 – 2023 .....	26
Grafik 3.2 Perbandingan target dan realisasi indikator Proporsi Out of Pocket (OOP) terhadap total belanja kesehatan Tahun 2023, 2023 dan 2024 .....	27
Grafik 3.3 Sebaran Kabupaten / Kota yang telah melakukan perhitungan SPM Bidang Kesehatan dengan Siscobikes sampai dengan akhir Tahun 2024 .....	30
Grafik 3.4 Capaian KPS berdasarkan Fiskal .....	32
Grafik 3.5 Gambaran Belanja JKN Berdasarkan penyedia layanan termasuk Promotif Preventif Tahun 2019- 2023 .....	36
Grafik 3. 6 Grafik Realisasi Penyerapan Anggaran Insentif UKM tahun 2024 .....	42
Grafik 3.7 Perusahaan Asuransi Swasta Penyedia Produk Kesehatan tahun 2023 .....	43
Grafik 3.8 Capaian Insentif UKM berdasarkan Fiskal .....	47

## DAFTAR GAMBAR

Gambar 1. 1 Casecading Indikator Kinerja Pusjak PDK .....	9
Gambar 3. 1 Ruang Lingkup KPS 49	
Gambar 3. 2 Dokumen Annual Review Tarif INA-CBGs dan NHA (T- 1) .....	51
Gambar 3. 3 Dokumen Annual Review HTA .....	56
Gambar 3. 4 Dokumen Laporan Pengembangan Grouper INA-CBG Tahun 2024 .....	69
Gambar 3. 5 Kurikulum Pelatihan Pengkodean Diagnosis Penyakit dan Tindakan bagi Tenaga Koder di FKRTL dalam Program JKN.....	70
Gambar 3. 6 Dokumen Laporan Pelatihan Koding TA 2024.....	71
Gambar 3. 7 Penerimaan Penghargaan atas Kontribusi Pengukuran Indeks Kualitas Kebijakan Tahun 2023 dan 2024.....	80
Gambar 3. 8 Launching Proses Bisnis HTA.....	80
Gambar 3. 9 Launching Pedoman Selisih Biaya Kesehatan .....	81

## **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) dalam pelaksanaannya, penerapan akuntabilitas 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, objektif, 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 Pusjak PDK tahun 2024 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 2024
2. Sebagai evaluasi terhadap kinerja dan kegiatan yang dibiayai oleh DIPA Tahun 2024
3. Sebagai bahan masukan penyusunan perencanaan program dan kegiatan tahun mendatang.

#### **C. Visi dan Misi**

Visi Presiden RI pada Tahun 2020-2024 adalah "Terwujudnya Indonesia Maju yang Berdaulat, Mandiri, dan Berkepribadian, Berlandaskan Gotong Royong". Adapun 9 (sembilan) Misi Presiden 2020-2024, yakni:

1. Peningkatan Kualitas Manusia Indonesia
2. Penguatan Struktur Ekonomi yang Produktif, Mandiri dan Berdaya Saing
3. Pembangunan yang Merata dan Berkeadilan
4. Mencapai Lingkungan Hidup yang Berkelanjutan

5. Kemajuan Budaya yang Mencerminkan Kepribadian Bangsa
6. Penegakan Sistem Hukum yang Bebas Korupsi, Bermartabat, dan Terpercaya
7. Perlindungan bagi Segenap Bangsa dan Memberikan Rasa Aman pada Seluruh Warga
8. Pengelolaan Pemerintahan yang Bersih, Efektif, dan Terpercaya
9. Sinergi Pemerintah Daerah dalam Kerangka Negara Kesatuan.

Kementerian Kesehatan telah menjabarkan Misi Presiden Tahun 2020-2024, sebagai berikut:

1. Menurunkan angka kematian ibu dan bayi
2. Menurunkan angka stunting pada balita
3. Memperbaiki pengelolaan Jaminan Kesehatan Nasional
4. Meningkatkan kemandirian dan penggunaan produk farmasi dan alat kesehatan dalam negeri.

Guna mewujudkan Misi Presiden dalam Bidang Kesehatan Tahun 2020-2024, Kementerian Kesehatan menetapkan 5 (lima) 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 kedaruratan kesehatan masyarakat
4. Peningkatan sumber daya kesehatan
5. Peningkatan tata kelola pemerintahan yang baik, bersih dan inovatif.

Sedangkan Sasaran Strategis adalah sebagai berikut:

1. Meningkatnya kesehatan ibu, anak dan gizi masyarakat
2. Meningkatnya ketersediaan dan mutu fasyankes dasar dan rujukan
3. Meningkatnya pencegahan dan pengendalian penyakit serta pengelolaan kedaruratan kesehatan masyarakat
4. Meningkatnya akses, kemandirian dan mutu kefarmasian dan alat kesehatan
5. Meningkatnya pemenuhan SDM Kesehatan dan kompetensi sesuai standar
6. Terjaminnya pembiayaan kesehatan
7. Meningkatnya sinergisme pusat dan daerah serta meningkatnya tata kelola pemerintahan yang baik dan bersih
8. Meningkatnya efektivitas pengelolaan litbangkes dan sistem informasi kesehatan untuk pengambilan keputusan. Salah satu dari 8 Sasaran Strategis Kementerian Kesehatan adalah meningkatnya efektivitas pengelolaan penelitian dan pengembangan kesehatan dan sistem informasi kesehatan untuk pengambilan keputusan. Penelitian dan pengembangan kesehatan diarahkan pada riset yang menyediakan informasi untuk mendukung program kesehatan baik dalam bentuk kajian, riset kesehatan nasional, pemantauan berkala, riset terobosan berorientasi produk, maupun riset pembinaan dan jejaring.

#### **D. Tugas dan Fungsi**

Berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan pada pasal 226 menjelaskan bahwa Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan mempunyai tugas melaksanakan analisis, perumusan rekomendasi, dan evaluasi kebijakan di bidang pembiayaan, jaminan dan desentralisasi kesehatan.

Pada pasal 227 menjelaskan bahwa dalam melaksanakan tugas sebagaimana, Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan menyelenggarakan fungsi:

1. Penyusunan kebijakan teknis penguatan kebijakan di bidang pembiayaan, jaminan, dan

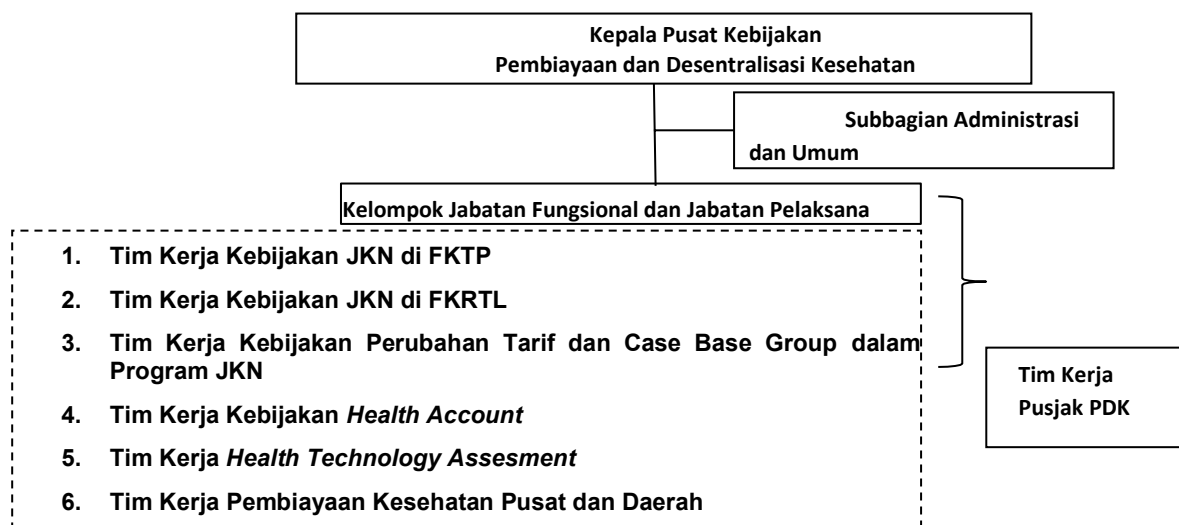
- desentralisasi kesehatan;
- 2. Pelaksanaan analisis dan perumusan kebijakan di bidang pembiayaan, jaminan, dan desentralisasi kesehatan;
- 3. Pelaksanaan diseminasi dan advokasi rekomendasi kebijakan di bidang pembiayaan, jaminan, dan desentralisasi kesehatan;
- 4. Pelaksanaan integrasi dan sinergi kebijakan di bidang pembiayaan, jaminan, dan desentralisasi kesehatan;
- 5. Pemantauan, evaluasi, dan pelaporan; dan
- 6. Pelaksanaan urusan administrasi pusat.

### E. Struktur Organisasi

Dengan terbitnya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2022 tentang Organisasi dan Tata Kerja Kementerian Kesehatan, susunan struktur Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan terdiri atas :

- 1. Subbagian Administrasi Umum; dan
- 2. Kelompok Jabatan Fungsional.

Subbagian Administrasi Umum mempunyai tugas melakukan penyiapan dan koordinasi penyusunan rencana, program, anggaran, pelaksanaan anggaran, pembukuan dan inventarisasi barang milik negara, urusan sumber daya manusia, pengelolaan data dan sistem informasi, pemantauan, evaluasi, laporan, kearsipan, persuratan, dan kerumahtanggaan Pusat.



### F. Isu Strategis

Selain menjalankan tugas dan fungsinya yang telah ditetapkan pada Permenkes Nomor 3 Tahun 2022, Pusjak PDK juga menjalankan penugasan yang diamanatkan oleh Menteri Kesehatan sebagaimana Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/MENKES/755/2022 tentang Penetapan Kepala Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan Sebagai Pelaksana Teknis Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan.

Dalam Keputusan Menteri tersebut, Kepala Pusjak PDK mempunyai tugas menyelenggarakan penyiapan, pengembangan, pelaksanaan, dan pembinaan kebijakan teknis pembiayaan dan jaminan kesehatan secara komprehensif, termasuk fasilitasi dan pendampingan dalam pencapaian indikator

kinerja sasaran strategis prioritas untuk keberlanjutan Jaminan Kesehatan Nasional yang efektif dan efisien.

Selain tugas khusus sebagai pelaksana teknis pembiayaan dan jaminan kesehatan, Pusjak PDK juga menyelenggarakan kegiatan program prioritas transformasi sistem pembiayaan kesehatan untuk memastikan pembiayaan kesehatan yang cukup, adil, efektif, dan efisien. Kegiatan program prioritas pilar sistem pembiayaan kesehatan terdiri dari: 1) National Health Account T-1, 2) Reviu tahunan tarif, 3) Health Technology Assessment (HTA), 4) Konsolidasi pembiayaan kesehatan.

## **G. Sistematika Penulisan**

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

KATA PENGANTAR

RINGKASAN EKSEKUTIF

DAFTAR ISI

**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 Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan semester satu tahun 2024.

**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, penghargaan yang diperoleh, inovasi atau terobosan semester satu tahun 2024.

**BAB IV PENUTUP**

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

## BAB II PERENCANAAN KINERJA

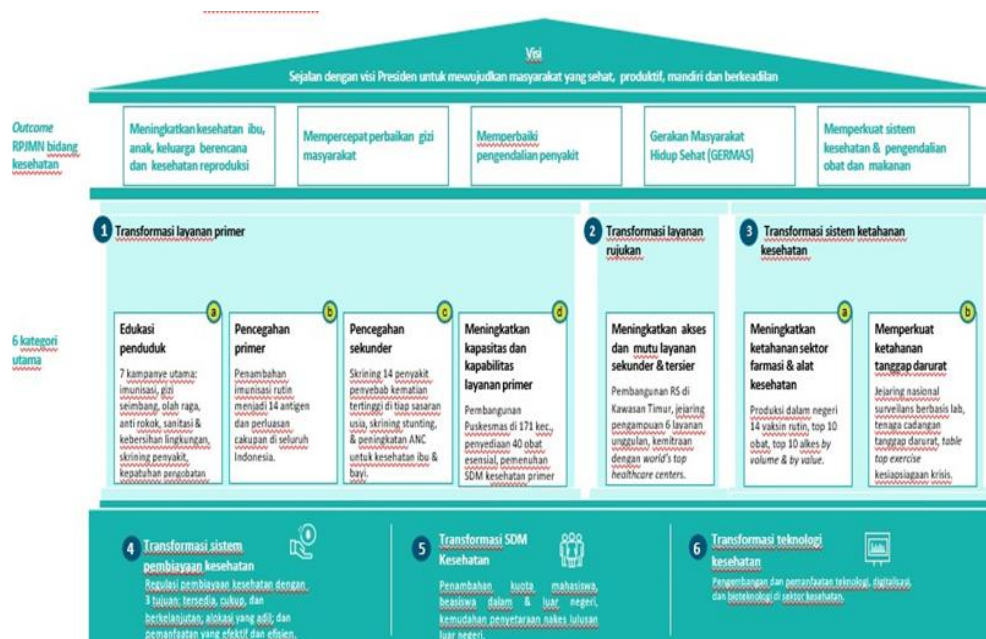
### A. Perencanaan Kinerja

Menindaklanjuti dan menjawab arahan Presiden, Kementerian Kesehatan melakukan reformasi sistem kesehatan nasional yang diterjemahkan ke dalam transformasi kesehatan pada perubahan Renstra Kementerian Kesehatan. Perubahan tersebut mencakup 6 (enam) hal prinsip atau disebut sebagai pilar transformasi kesehatan yang juga merupakan bentuk penerjemahan reformasi sistem kesehatan nasional. Enam pilar transformasi kesehatan, yaitu Transformasi Layanan Primer, Transformasi Layanan Rujukan, Transformasi Sistem Ketahanan Kesehatan, Transformasi Sistem Pembiayaan Kesehatan, Transformasi SDM Kesehatan dan Transformasi Teknologi Kesehatan

Berdasarkan Permenkes No 5 Tahun 2022 dan Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/MENKES/755/2022 dalam penyusunan perencanaan kegiatannya Pusjak PDK berfokus mendukung pelaksanaan dan pencapaian kinerja transformasi sistem pembiayaan kesehatan.

Transformasi sistem pembiayaan kesehatan dilakukan untuk menuju pembiayaan kesehatan yang lebih terintegrasi untuk mewujudkan ketersediaan, kecukupan, keberlanjutan, keadilan serta efektivitas dan efisiensi pada penyelenggaraan pembiayaan, dengan maksud untuk :

1. Penguatan kelembagaan NHA (*National Health Account*) sebagai instrumen monitoring aliran dana kesehatan tahunan. Penguatan NHA dimaksudkan untuk meningkatkan kualitas belanja berbasis kinerja dan perbaikan perumusan kebijakan berbasis bukti
2. Desentralisasi pembiayaan kesehatan dimana bertujuan meningkatkan kemandirian daerah di bidang Pembiayaan Kesehatan.
3. Alokasi pembiayaan yang lebih adil melalui pembiayaan 14 paket skrining penyebab kematian tertinggi bagi seluruh rakyat sebagai Kebutuhan Dasar Kesehatan (KDK) dan tarif layanan Jaminan Kesehatan Nasional di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP) dan Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Lanjut (FKTL)
4. Pembiayaan yang efektif dan efisien selaras dengan Rencana Strategis Kementerian Kesehatan.



Strategi transformasi sistem pembiayaan kesehatan ini antara lain:

1. Penguatan pembiayaan untuk Upaya Kesehatan Primer (UKM), melalui:
  - a) Penyediaan pembiayaan yang memadai untuk kegiatan promosi, skrining dan pencegahan
  - b) Pengembangan sistem pembiayaan kesehatan yang efektif, efisien dan berkeadilan
2. Pengintegrasian berbagai skema pembiayaan publik dan non publik secara efektif dan efisien dalam mencapai UHC

Kebijakan dan strategi Kementerian Kesehatan dirumuskan sebagai perwujudan dari transformasi kesehatan yang mencakup transformasi enam pilar. Target kinerja Kementerian Kesehatan terkait pilar sistem pembiayaan kesehatan memiliki tujuan terciptanya sistem pembiayaan kesehatan yang efektif, efisien dan berkeadilan. Tercapainya tujuan tersebut direpresentasikan ke dalam sasaran strategis dan indikator sasaran strategis beserta target sebagaimana dapat dilihat pada tabel di bawah ini

Tabel 2 1 Sasaran Strategis, Indikator Sasaran Strategis Kemenkes Tahun 2022-2024

Sasaran Strategis	Indikator Sasaran Strategis	Target			Capaian		
		2022	2023	2024	2022	2023	2024
<b>Terpenuhinya pembiayaan kesehatan yang berkeadilan pada kegiatan promotif dan preventif</b>	Persentase cakupan kelompok berisiko yang mendapatkan layanan skrining kesehatan	30	60	100	47,1	87,1	192
<b>Menguatnya pembiayaan kesehatan nasional secara efektif, efisien dan berkeadilan untuk mencapai <i>Universal Health Coverage (UHC)</i></b>	Proporsi <i>Out Of Pocket (OOP)</i> terhadap Total Belanja Kesehatan *	27	24	20	25,1	30,6	28,6

\*) merupakan Indikator bermakna negatif, yaitu semakin kecil realisasi semakin baik kinerja

Untuk mendukung tujuan dan capaian sasaran strategis Kementerian Kesehatan di atas, dalam perencanaan strategis telah dirumuskan 2 (dua) program pendukung sasaran strategis tersebut, yaitu Program Pelayanan Kesehatan dan Jaminan Kesehatan Nasional; dan Program Kebijakan Pembangunan Kesehatan. Dua program tersebut pada pelaksanaan teknisnya dicerminkan dalam kegiatan Pelaksanaan Teknis Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan; dan Perumusan Kebijakan Pembiayaan, Jaminan dan Desentralisasi Kesehatan.

Tabel 2 . 2 Program dan Kegiatan pada Pusjak PDK

Program	Kegiatan
<b>Program Kebijakan Pembangunan Kesehatan</b>	Perumusan Kebijakan Pembiayaan, Jaminan dan Desentralisasi Kesehatan
<b>Program Pelayanan Kesehatan dan Jaminan Kesehatan Nasional</b>	Pelaksanaan Teknis Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan

Program Kebijakan Pembangunan Kesehatan dengan Kegiatan Perumusan Kebijakan Pembiayaan, Jaminan dan Desentralisasi Kesehatan merupakan cerminan tugas Pusjak PDK sesuai Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 5 Tahun 2022. Sasaran, indikator dan target pada Program Kebijakan Pembangunan Kesehatan dengan Kegiatan Perumusan Kebijakan Pembiayaan, Jaminan dan Desentralisasi Kesehatan yang menjadi tanggung jawab Pusjak PDK dapat dilihat pada tabel di bawah ini.

Tabel 2 3 Sasaran, Indikator dan Target pada Program Kebijakan Pembangunan Kesehatan

Sasaran Program	Indikator Kinerja Program	Target			Capaian		
		2022	2023	2024	2022	2023	2024
<b>Meningkatnya kebijakan kesehatan berbasis bukti</b>	Persentase kebijakan teknis dalam penguatan berbagai skema pembiayaan kesehatan yang efektif dan efisien	100	100	100	100	100	100
Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja Kegiatan	Target			Capaian		
		2022	2023	2024	2022	2023	2024
<b>Tersedianya bahan kebijakan teknis pembiayaan dan jaminan kesehatan</b>	1. <i>Annual review tarif</i> INA-CBGs dan NHA (T- 1)	2 Dok	2 Dok	2 Dok	2 Dok	2 Dok	2 Dok
	2. <i>Annual utilization review</i> untuk 20 penyakit berbiaya tertinggi	20 Dok	20 Dok	20 Dok	20 Dok	20 Dok	20 Dok
	3. Annual review terhadap HTA dan rencana implementasinya	1 Dok	1 Dok	1 Dok	1 Dok	1 Dok	1 Dok
<b>Meningkatnya kebijakan pembiayaan, jaminan dan desentralisasi kesehatan berbasis bukti</b>	1. Persentase keputusan atau peraturan di atas peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti	50	75	100	N/A	100	100
	2. Persentase keputusan atau peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti	50	75	100	93,9	100	100
	3. Persentase keputusan atau peraturan di bawah peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti	50	75	100	50	100	100
	4. Persentase kebijakan kesehatan yang disusun berdasarkan rekomendasi kebijakan di bidang Pembiayaan Jaminan Kesehatan dan Desentralisasi Kesehatan	50	80	100	100	100	100
	5. Persentase kabupaten/kota yang mengadopsi kebijakan transformasi Kesehatan	25	50	100	100	100	100

Adapun Program Pelayanan Kesehatan dan Jaminan Kesehatan Nasional dengan Kegiatan Pelaksanaan Teknis Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan merupakan cerminan tugas Pusjak PDK sesuai Keputusan Menteri Kesehatan RI Nomor HK.01.07/MENKES/755/2022 tentang Penetapan Kepala Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan Sebagai Pelaksana Teknis Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan. Sasaran, indikator dan target Program Pelayanan Kesehatan dan Jaminan Kesehatan Nasional dan Kegiatan Pelaksanaan Teknis Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan yang menjadi tanggung jawab Pusjak PDK dapat dilihat pada tabel di bawah ini :

Tabel 2. 4 Sasaran, Indikator dan Target pada Program Pelayanan Kesehatan dan Jaminan Kesehatan Nasional di Pusjak PDK Tahun 2022-2024

Sasaran Program	Indikator Kinerja Program	Target			Capaian		
		2022	2023	2024	2022	2023	2024
<b>Terpenuhinya pembiayaan kesehatan pada kegiatan promotif dan preventif dalam mencapai UHC</b>	1. Persentase penduduk berisiko yang mendapatkan layanan skrining kesehatan	30	60	100	47,1	87,1	192
	2. Persentase kabupaten/kota yang memenuhi pembiayaan kegiatan promotif preventif pada SPM	25	50	75	39,3	62,8	80
	3. Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan Kerja sama Pemerintah Swasta (KPS) bidang kesehatan	25	50	100	42,5	68,5	100
Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja Kegiatan	Target			Capaian		
		2022	2023	2024	2022	2023	2024
<b>Terlaksananya penyiapan implementasi pembiayaan dan jaminan kesehatan</b>	1. Persentase peserta JKN yang berisiko yang mendapatkan layanan skrining Kesehatan	30	60	100	47,1	87,1	192
	2. Persentase belanja kesehatan promotif preventif dalam JKN	10	12	15	16,6	13,2	12,5
	3. Persentase provinsi dan kabupaten/ kota yang menghasilkan rekomendasi dari hasil perhitungan Provincial Health Account / District Health Account (PHA/DHA)	50	75	100	52	79,7	100
	4. Persentase kabupaten/kota yang memberikan insentif pelaksanaan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) bersumber APBD Murni	50	75	100	81	100	100
	5. Persentase asuransi kesehatan swasta yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan	50	75	100	100	100	100

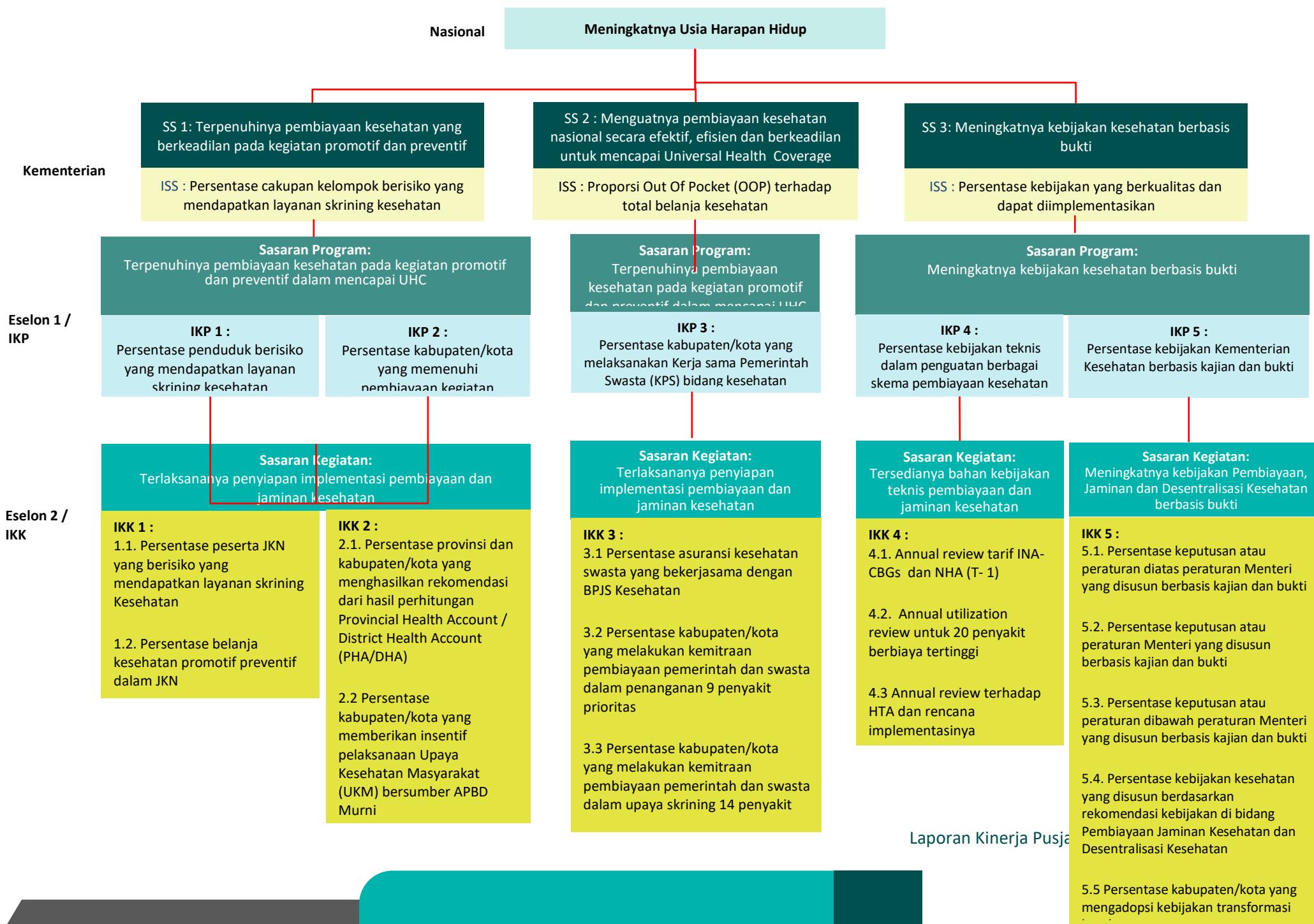
Sasaran Program	Indikator Kinerja Program	Target			Capaian		
		2022	2023	2024	2022	2023	2024
	6. Persentase kabupaten/kota yang melakukan kemitraan pembiayaan pemerintah dan swasta dalam penanganan 9 penyakit prioritas	50	75	100	62	89,9	100
	7. Persentase kabupaten/kota yang melakukan kemitraan pembiayaan pemerintah dan swasta dalam upaya skrining 14 penyakit	50	75	100	65,5	79,6	89,8

Dari penjabaran tabel-tabel di atas diketahui bahwa seluruh indikator kinerja yang menjadi tanggung jawab Pusjak PDK merupakan jabaran dari indikator kementerian (sasaran strategis), eselon 1 (sasaran program) dan eselon 2 (sasaran kegiatan) yang telah tercantum pada perubahan Renstra Kementerian Kesehatan 2022-2024. Hampir seluruh indikator kinerja Pusjak PDK pada tahun 2024 ada indikator yang belum semua tercapai dan penjelasannya akan dijelaskan di dalam BAB III Akuntabilitas Kinerja

Selain mengacu pada perubahan Renstra Kementerian Kesehatan 2022-2024, perencanaan kegiatan Pusjak PDK juga mengacu pada arah kebijakan Nasional ‘Memperkuat pelaksanaan perlindungan sosial’ melalui penguatan pelaksanaan jaminan sosial, mencakup

- a) Keberlanjutan pendanaan dan penguatan tata kelola SJSN, termasuk penyesuaian sistem iuran, tarif dan paket manfaat, perbaikan sistem tata kelola SJSN didukung dengan pembangunan sistem monitoring dan evaluasi yang terintegrasi,
- b) Peningkatan efektivitas JKN didukung pengembangan mekanisme *cost sharing*, penguatan *health technology assessment* (HTA), dewan pertimbangan klinis, peningkatan penyedia pelayanan kesehatan sesuai standar di seluruh wilayah terutama melalui kerjasama dengan swasta, integrasi data JKN dengan sistem informasi kesehatan dan pemanfaatan data pelayanan BPJS kesehatan untuk penyusunan kebijakan bagi para pemangku kepentingan

Gambar 1 1 Casecading Indikator Kinerja Pusjak PDK



Dalam mencapai target kinerja, Pusjak PDK telah menyusun indikator yang memenuhi persyaratan SMART seperti pada tabel di bawah ini. Penentuan suatu indikator harus memperhatikan hal berikut:

- 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-bond* (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 2.5 Analisis SMART indikator Kinerja Pusjak PDK

No	Indikator Kinerja	SMART				
		<i>Specific</i>	<i>Measurable</i>	<i>Achievable</i>	<i>Reliable/ Relevant</i>	<i>Time-bond</i>
1.	Persentase cakupan kelompok berisiko yang mendapatkan layanan skrining kesehatan	Data dan Informasi tentang penduduk berisiko (sasaran peserta JKN yang berisiko) yang mendapatkan layanan skrining kesehatan	Diperjelas dengan Definisi Operasional dan Cara Perhitungan	Data diperoleh dari BPJS Kesehatan	Sebagai dukungan bukti/evidence dalam penyusunan formulasi kebijakan program JKN	Telah ditentukan target dan jangka waktu capaian, serta target tahunannya
2.	Proporsi <i>Out Of Pocket</i> (OOP) terhadap Total Belanja Kesehatan	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/evidence dalam penyusunan formulasi kebijakan pembiayaan kesehatan	Telah ditentukan target dan jangka waktu capaian, serta target tahunannya
3.	Persentase Penduduk Berisiko yang Mendapatkan Layanan Skrining Kesehatan	Data dan Informasi tentang penduduk berisiko (sasaran peserta JKN yang berisiko) yang mendapatkan layanan skrining kesehatan	Diperjelas dengan Definisi Operasional dan Cara Perhitungan	Data diperoleh dari BPJS Kesehatan	Sebagai dukungan bukti/evidence dalam penyusunan formulasi kebijakan program JKN	Telah ditentukan target dan jangka waktu capaian, serta target tahunannya
4.	Persentase Kabupaten/Kota Yang Memenuhi Pembiayaan Kegiatan Promotif Preventif pada SPM	Data dan Informasi tentang kabupaten/kota yang telah memenuhi pembiayaan kegiatan promotif	Diperjelas dengan Definisi Operasional dan Cara Perhitungan	Diperoleh melalui serangkaian tahapan kegiatan	Sebagai dukungan bukti/evidence dalam penyusunan formulasi kebijakan	Telah ditentukan target dan jangka waktu capaian, serta target tahunannya

No	Indikator Kinerja	SMART				
		<i>Specific</i>	<i>Measurable</i>	<i>Achievable</i>	<i>Reliable/ Relevant</i>	<i>Time-bond</i>
		preventif pada SPM bidang kesehatan			pembiayaan kesehatan	
5.	Persentase Kabupaten/Kota yang Melaksanakan Kerjasama Pemerintah Swasta (KPS) Bidang Kesehatan	Data dan Informasi tentang kabupaten/kota yang melakukan KPS bidang kesehatan	Diperjelas dengan Definisi Operasional dan Cara Perhitungan	Diperoleh melalui serangkaian tahapan kegiatan	Sebagai dukungan bukti/evidence dalam penyusunan formulasi kebijakan pembiayaan kesehatan	Telah ditentukan target dan jangka waktu capaian, serta target tahunannya
6.	Persentase Kebijakan Teknis dalam Penguatan Berbagai Skema Pembiayaan Kesehatan yang Efektif dan Efisien	Data dan Informasi tentang regulasi/kebijakan terkait pembiayaan kesehatan yang dikoordinir atau telah dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan	Diperjelas dengan Definisi Operasional dan Cara Perhitungan	Diperoleh melalui serangkaian tahapan kegiatan	Sebagai dukungan bukti/evidence dalam penyusunan formulasi kebijakan pembiayaan kesehatan dan program JKN	Telah ditentukan target dan jangka waktu capaian, serta target tahunannya
7.	Persentase peserta JKN yang berisiko yang Mendapatkan layanan skrining kesehatan	Data dan Informasi tentang penduduk berisiko (sasaran peserta JKN yang berisiko) yang mendapatkan layanan skrining kesehatan	Diperjelas dengan Definisi Operasional dan Cara Perhitungan	Data diperoleh dari BPJS Kesehatan	Sebagai dukungan bukti/evidence dalam penyusunan formulasi kebijakan program JKN	Telah ditentukan target dan jangka waktu capaian, serta target tahunannya
8.	Persentase belanja kesehatan promotif preventif dalam JKN	Data dan Informasi tentang belanja kesehatan promotif preventif dalam JKN	Diperjelas dengan Definisi Operasional dan Cara Perhitungan	Diperoleh dari NHA t-1	Sebagai dukungan bukti/evidence dalam penyusunan formulasi kebijakan program JKN	Telah ditentukan target dan jangka waktu capaian, serta target tahunannya
9.	Persentase provinsi dan kabupaten/kota yang menghasilkan rekomendasi dari hasil perhitungan Provincial Health Account / District Health Account (PHA/DHA)	Data dan Informasi tentang kabupaten/kota yang menghasilkan rekomendasi dari hasil perhitungan Provincial Health Account / District Health Account (PHA/DHA)	Diperjelas dengan Definisi Operasional dan Cara Perhitungan	Diperoleh melalui serangkaian tahapan kegiatan	Sebagai dukungan bukti/evidence dalam penyusunan formulasi kebijakan terkait pembiayaan kesehatan	Telah ditentukan target dan jangka waktu capaian, serta target tahunannya
10.	Persentase kabupaten/kota yang memberikan insentif pelaksanaan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) bersumber APBD Murni	Data dan Informasi tentang kabupaten/kota yang memberikan insentif pelaksanaan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) di puskesmas	Diperjelas dengan Definisi Operasional dan Cara Perhitungan	Diperoleh melalui serangkaian tahapan kegiatan	Sebagai dukungan bukti/evidence dalam penyusunan formulasi kebijakan terkait pembiayaan kesehatan	Telah ditentukan target dan jangka waktu capaian, serta target tahunannya
11.	Persentase asuransi	Data dan Informasi	Diperjelas	Data diperoleh	Sebagai dukungan	Telah ditentukan

No	Indikator Kinerja	SMART				
		<i>Specific</i>	<i>Measurable</i>	<i>Achievable</i>	<i>Reliable/ Relevant</i>	<i>Time-bond</i>
	kesehatan swasta yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan	tentang asuransi kesehatan swasta yang menjual produk asuransi kesehatan	dengan Definisi Operasional dan Cara Perhitungan	dari OJK	bukti/evidence dalam penyusunan formulasi kebijakan program JKN	target dan jangka waktu capaian, serta target tahunannya
12.	Persentase kabupaten/kota yang melakukan kemitraan pembiayaan pemerintah dan swasta dalam penanganan 9 penyakit prioritas	Data dan Informasi tentang kabupaten/kota yang melakukan kemitraan pembiayaan pemerintah dan swasta dalam penanganan 9 penyakit prioritas	Diperjelas dengan Definisi Operasional dan Cara Perhitungan	Data diperoleh dari survey online, konfirmasi dan penelusuran data elektronik	Sebagai dukungan bukti/evidence dalam penyusunan formulasi kebijakan terkait pembiayaan kesehatan	Telah ditentukan target dan jangka waktu capaian, serta target tahunannya
13.	Persentase kabupaten/kota yang melakukan kemitraan pembiayaan pemerintah dan swasta dalam upaya skrining 14 penyakit	Data dan Informasi tentang kabupaten/kota yang melakukan kemitraan pembiayaan pemerintah dan swasta dalam upaya skrining 14 penyakit	Diperjelas dengan Definisi Operasional dan Cara Perhitungan	Data diperoleh dari survey online, konfirmasi dan penelusuran data elektronik	Sebagai dukungan bukti/evidence dalam penyusunan formulasi kebijakan terkait pembiayaan kesehatan	Telah ditentukan target dan jangka waktu capaian, serta target tahunannya
14.	Annual review tarif INA-CBGs dan NHA (T- 1)	Data dan Informasi tentang annual review tarif INA-CBGs dan NHA tahun sebelumnya (T-1)	Diperjelas dengan Definisi Operasional dan Cara Perhitungan	Diperoleh melalui serangkaian tahapan kegiatan	Sebagai dukungan bukti/evidence dalam penyusunan formulasi kebijakan pembiayaan kesehatan	Telah ditentukan target dan jangka waktu capaian, serta target tahunannya
15.	Annual utilization review untuk 20 penyakit berbiaya tertinggi	Data dan Informasi tentang annual review utilization review untuk 20 penyakit berbiaya tertinggi	Diperjelas dengan Definisi Operasional dan Cara Perhitungan	Diperoleh melalui serangkaian tahapan kegiatan	Sebagai dukungan bukti/evidence dalam penyusunan formulasi kebijakan program JKN	Telah ditentukan target dan jangka waktu capaian, serta target tahunannya
16.	Annual review terhadap HTA dan rencana implementasinya	Data dan Informasi tentang annual review terhadap HTA dan rencana implementasinya	Diperjelas dengan Definisi Operasional dan Cara Perhitungan	Diperoleh melalui serangkaian tahapan kegiatan	Sebagai dukungan bukti/evidence dalam penyusunan formulasi kebijakan program JKN	Telah ditentukan target dan jangka waktu capaian, serta target tahunannya
17.	Persentase keputusan atau peraturan di atas peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti	Hasil pengukuran kualitas kebijakan/regulasi berdasarkan instrumen yang telah dibuat	Diperjelas dengan Definisi Operasional dan Cara Perhitungan	Diperoleh melalui serangkaian tahapan kegiatan	Sebagai evaluasi perbaikan dalam proses penyusunan kebijakan/ regulasi	Telah ditentukan target dan jangka waktu capaian, serta target tahunannya
18.	Persentase keputusan atau peraturan Menteri yang	Hasil pengukuran kualitas	Diperjelas dengan Definisi	Diperoleh melalui	Sebagai evaluasi perbaikan dalam	Telah ditentukan target dan jangka

No	Indikator Kinerja	SMART				
		<i>Specific</i>	<i>Measurable</i>	<i>Achievable</i>	<i>Reliable/ Relevant</i>	<i>Time-bond</i>
	disusun berbasis kajian dan bukti	kebijakan/regulasi berdasarkan instrumen yang telah dibuat	Operasional dan Cara Perhitungan	serangkaian tahapan kegiatan	proses penyusunan kebijakan/ regulasi	waktu capaian, serta target tahunannya
19.	Persentase keputusan atau peraturan di bawah peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti	Hasil pengukuran kualitas kebijakan/regulasi berdasarkan instrumen yang telah dibuat	Diperjelas dengan Definisi Operasional dan Cara Perhitungan	Diperoleh melalui serangkaian tahapan kegiatan	Sebagai evaluasi perbaikan dalam proses penyusunan kebijakan/ regulasi	Telah ditentukan target dan jangka waktu capaian, serta target tahunannya
20.	Persentase kebijakan kesehatan yang disusun berdasarkan rekomendasi kebijakan di bidang Pembiayaan Jaminan Kesehatan dan Desentralisasi Kesehatan	Hasil pengukuran jumlah kebijakan/ regulasi dirumuskan berdasarkan rekomendasi hasil kajian	Diperjelas dengan Definisi Operasional dan Cara Perhitungan	Diperoleh melalui serangkaian tahapan kegiatan	Sebagai evaluasi perbaikan dalam proses penyusunan kebijakan/ regulasi	Telah ditentukan target dan jangka waktu capaian, serta target tahunannya
21.	Persentase kabupaten/kota yang mengadopsi Kebijakan transformasi Kesehatan	Data dan Informasi tentang kab/kota yang sudah mengadopsi transformasi kesehatan khususnya untuk pilar sistem pembiayaan kesehatan	Diperjelas dengan Definisi Operasional dan Cara Perhitungan	Diperoleh melalui serangkaian tahapan kegiatan	Sebagai evaluasi perbaikan dalam proses penyusunan kebijakan/ regulasi terkait transformasi kesehatan, khususnya pilar sistem 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 disusunlah Perjanjian Kinerja antara Kepala Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan dengan Kepala Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan.

Perjanjian kinerja inilah yang dijadikan tolok ukur keberhasilan capaian kinerja setiap tahun. Indikator dan target kinerja pada Perjanjian Kinerja Pusjak PDK merupakan penjabaran dari Indikator Kinerja Kegiatan (IKK). Target IKK yang tercantum pada Perjanjian Kinerja Tahun 2024 di Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan Tahun 2024 dapat dilihat pada tabel berikut.

Tabel 2.6 Indikator Kinerja Kegiatan Pusjak PDK Tahun 2024

No	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja	Target	Capaian	% Capaian
1	Tersedianya bahan kebijakan teknis pembiayaan dan jaminan kesehatan	1. Annual review tarif INA-CBGs dan NHA (T- 1)	2	2	100
		2. Annual utilization review untuk 20 penyakit berbiaya tertinggi	20	20	100
		3. Annual review terhadap HTA dan rencana implementasinya	1	1	100
2	Meningkatnya kebijakan pembiayaan, jaminan dan desentralisasi kesehatan berbasis bukti	4. Persentase keputusan atau peraturan di atas peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti	100	100	100
		5. Persentase keputusan atau peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti	100	100	100
		6. Persentase keputusan atau peraturan di bawah peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti	100	100	100
		7. Persentase kebijakan kesehatan yang disusun berdasarkan rekomendasi kebijakan di bidang Pembiayaan Jaminan Kesehatan dan Desentralisasi Kesehatan	100	100	100
		8. Persentase kabupaten/kota yang mengadopsi Kebijakan transformasi Kesehatan	100	100	100
3	Terlaksananya penyiapan implementasi pembiayaan dan jaminan kesehatan	1. Persentase peserta JKN yang berisiko yang Mendapatkan layanan skrining kesehatan	100	192	192
		2. Persentase belanja kesehatan promotif preventif dalam JKN	15	12,5	83,3
		3. Persentase provinsi dan Kabupaten/kota yang menghasilkan rekomendasi dari hasil perhitungan Provincial Health Account / District Health Account (PHA/DHA)	100	100	100
		4. Persentase kabupaten/kota yang memberikan insentif pelaksanaan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) bersumber APBD Murni	100	100	100
		5. Persentase asuransi kesehatan swasta	100	100	100

No	Sasaran Kegiatan	Indikator Kinerja	Target	Capaian	% Capaian
		yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan			
		6. Persentase kabupaten/kota yang melakukan kemitraan pembiayaan pemerintah dan swasta dalam penanganan 9 penyakit prioritas	100	100	100
		7. Persentase kabupaten/kota yang melakukan kemitraan pembiayaan pemerintah dan swasta dalam upaya skrining 14 penyakit	100	89,8	89,8
4	<b>Meningkatnya dukungan manajemen dan pelaksanaan tugas teknis lainnya</b>	1. Persentase Realisasi Anggaran BKPK	96	96	96

Seperti yang telah dijelaskan di Bab sebelumnya selain indikator pada perjanjian kinerja, Pusjak PDK juga merupakan penanggung jawab untuk 2 (dua) Indikator Sasaran Strategis (ISS) dan 4 (empat) Indikator Kinerja Program (IKP).

Tabel 2.7 Indikator Sasaran Strategis yang Menjadi Tanggung Jawab Pusjak PDK Tahun 2024

No	Sasaran Strategis	Indikator Sasaran Strategis	Target	Capaian	% Capaian
1	<b>Terpenuhinya pembiayaan kesehatan yang berkeadilan pada kegiatan promotif dan preventif</b>	Persentase cakupan kelompok berisiko yang mendapatkan layanan skrining kesehatan	100	192	192
2	<b>Menguatnya pembiayaan kesehatan nasional secara efektif, efisien dan berkeadilan untuk mencapai <i>Universal Health Coverage (UHC)</i></b>	Proporsi <i>Out Of Pocket (OOP)</i> terhadap Total Belanja Kesehatan*	20	28,6	57

\*) merupakan Indikator bermakna negatif, yaitu semakin kecil realisasi semakin baik kinerja

Tabel 2. 8 Indikator Kinerja Program yang Menjadi Tanggung Jawab Pusjak PDK Tahun 2024

No	Sasaran Program	Indikator Kegiatan Program	Target	Capaian	% Capaian
1	<b>Terpenuhinya pembiayaan kesehatan pada kegiatan promotif dan preventif dalam</b>	1. Persentase penduduk berisiko yang mendapatkan layanan skrining kesehatan	100	192	192

	<b>mencapai UHC</b>	2. Persentase kabupaten/kota yang memenuhi pembiayaan kegiatan promotif preventif pada SPM	75	80	106
		3. Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan Kerja sama Pemerintah Swasta (KPS) bidang kesehatan	100	100	100
<b>2</b>	<b>Meningkatnya kebijakan kesehatan berbasis bukti</b>	Persentase kebijakan teknis dalam penguatan berbagai skema pembiayaan kesehatan yang efektif dan efisien	100	100	100

Untuk mencapai target indikator kinerja di atas baik ISS, IKP dan IKK, Pusjak PDK telah didukung dengan alokasi anggaran pada tahun 2024 sebesar Rp 33.973.706.000,- rincian alokasi anggaran Pusjak PDK tahun 2024 disajikan pada tabel berikut:

Tabel 2.9 Alokasi dan Sumber Anggaran Pusjak PDK Tahun 2024

No	Kegiatan	Alokasi Anggaran
1	Pelaksanaan Teknis Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan	Rp 22.234.721.000
2	Perumusan Kebijakan Pembiayaan, Jaminan dan Desentralisasi Kesehatan	Rp 9.104.707.000
3	Dukungan Manajemen Pelaksanaan Program di Badan Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan	Rp 2.634.278.000
<b>Total Anggaran</b>		<b>Rp 33.973.706.000</b>

### BAB III AKUNTABILITAS KINERJA

#### A. Capaian Kinerja

Laporan kinerja merupakan sebuah dokumen yang berisi informasi dan analisis mengenai pencapaian hasil dan kinerja suatu program atau kegiatan selama periode waktu tertentu. Hal terpenting yang diperlukan dalam penyusunan laporan kinerja adalah pengukuran kinerja dan evaluasi serta pengungkapan secara memadai hasil analisis terhadap pengukuran kinerja. Pengukuran Kinerja diperlukan untuk mengetahui realisasi atau capaian kinerja suatu program kegiatan selama periode waktu tertentu dibandingkan periode waktu sebelumnya. Perbandingan capaian tersebut akan untuk membantu proses analisa pencapaian, hambatan, kendala dan tindak lanjutnya.

Sebagai salah satu bentuk transparansi dan akuntabilitas serta untuk memudahkan pengelolaan kinerja, maka data kinerja harus dikumpulkan dan dirangkum. Pengumpulan dan rangkuman harus memperhatikan indikator kinerja yang digunakan, frekuensi pengumpulan data, penanggung jawab dan mekanisme perhitungan dan media yang digunakan. Proses pengukuran dan evaluasi kinerja dilakukan langsung oleh masing-masing tim kerja yang bertanggung jawab atas pencapaian sasaran dan indikator kinerja. Selanjutnya, informasi kinerja dari masing-masing tim kerja tersebut disampaikan kepada Sub Bagian Administrasi dan Umum untuk dikompilasi, dianalisis, dan dievaluasi lebih lanjut sebelum diteruskan kepada pihak-pihak yang berkepentingan. Melalui proses ini diharapkan ada upaya-upaya perbaikan kinerja sehingga target kinerja dapat tercapai sebagaimana yang diharapkan. Pada sub bab ini menyajikan capaian kinerja dan analisis sebagai berikut:

1. Pencapaian indikator kinerja tahun 2024
2. Membandingkan realisasi kinerja tahun ini dengan target RPJMN
3. Membandingkan realisasi kinerja serta capaian kinerja 5 (lima) tahun terakhir.
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 21 (dua puluh satu) indikator kinerja yang menjadi tanggung jawab Pusjak PDK Tahun 2024

Tabel 3.1 Sasaran, Indikator, Target, Capaian dan Persentase Capaian Pusjak PDK Tahun 2024

Sasaran	Indikator	Target	Capaian	% Capaian
<b>Indikator Sasaran Strategis</b>				
<b>Terpenuhinya pembiayaan kesehatan yang berkeadilan pada kegiatan promotif dan preventif</b>	Persentase cakupan kelompok berisiko yang mendapatkan layanan skrining kesehatan	100	192	192
<b>Menguatnya pembiayaan kesehatan nasional secara efektif, efisien dan berkeadilan</b>	Proporsi <i>Out Of Pocket</i> (OOP) terhadap Total Belanja Kesehatan*	20	28,6	57

Sasaran	Indikator	Target	Capaian	% Capaian
untuk mencapai <i>Universal Health Coverage</i> (UHC)				
<b>Indikator Kinerja Program</b>				
<b>Meningkatnya kebijakan kesehatan berbasis bukti</b>	Persentase kebijakan teknis dalam penguatan berbagai skema pembiayaan kesehatan yang efektif dan efisien	100	100	100
<b>Terpenuhinya pembiayaan kesehatan pada kegiatan promotif dan preventif dalam mencapai UHC</b>	1. Persentase penduduk berisiko yang mendapatkan layanan skrining kesehatan	100	192	192
	2. Persentase kabupaten/kota yang memenuhi pembiayaan kegiatan promotif preventif pada SPM	75	80	106
	3. Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan Kerja sama Pemerintah Swasta (KPS) bidang kesehatan	100	100	100
<b>Indikator Kinerja Kegiatan</b>				
<b>Tersedianya bahan kebijakan teknis pembiayaan dan jaminan kesehatan</b>	1. Annual review tarif INA-CBGs dan NHA (T- 1)	2 Dok	2 Dok	100
	2. Annual utilization review untuk 20 penyakit berbiaya tertinggi	20 Dok	20 Dok	100
	3. Annual review terhadap HTA dan rencana implementasinya	1 Dok	1 Dok	100
<b>Meningkatnya kebijakan pembiayaan, jaminan dan desentralisasi kesehatan berbasis bukti</b>	1. Persentase keputusan atau peraturan di atas peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti	100	100	100
	2. Persentase keputusan atau peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti	100	100	100
	3. Persentase keputusan atau peraturan di bawah peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti	100	100	100

Sasaran	Indikator	Target	Capaian	% Capaian
	4. Persentase kebijakan kesehatan yang disusun berdasarkan rekomendasi kebijakan di bidang Pembiayaan Jaminan Kesehatan dan Desentralisasi Kesehatan	100	100	100
	5. Persentase kabupaten/kota yang mengadopsi kebijakan transformasi Kesehatan	100	100	100
<b>Terlaksananya penyiapan implementasi pembiayaan dan jaminan kesehatan</b>	1. Persentase peserta JKN yang berisiko yang mendapatkan layanan skrining Kesehatan	100	192	192
	2. Persentase belanja kesehatan promotif preventif dalam JKN	15	12,5	83,3
	3. Persentase provinsi dan kabupaten/kota yang menghasilkan rekomendasi dari hasil perhitungan Provincial Health Account / District Health Account (PHA/DHA)	100	100	100
	4. Persentase kabupaten/kota yang memberikan insentif pelaksanaan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) bersumber APBD Murni	100	100	100
	5. Persentase asuransi kesehatan swasta yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan	100	100	100
	6. Persentase kabupaten/kota yang melakukan kemitraan pembiayaan pemerintah dan swasta dalam penanganan 9 penyakit prioritas	100	100	100
	7. Persentase kabupaten/kota yang melakukan kemitraan pembiayaan pemerintah dan swasta dalam upaya skrining 14 penyakit	100	89,8	89,8

Berdasarkan penyajian tabel di atas diketahui bahwa capaian indikator kinerja Pusjak PDK Tahun 2024 belum semua berhasil mencapai target yang telah ditetapkan.

Dalam penilaian akuntabilitas kinerja unit kerja terdapat komponen penilaian untuk menyandingkan capaian indikator kinerja satker dengan satker lain yang setingkat, di dalam hal ini capaian Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan (Pusjak PDK) disandingkan dengan Pusat Kebijakan Kesehatan Global dan Teknologi Kesehatan (Pusjak KGTK) yang dinilai setingkat karena menerima penugasan lainnya dari Menteri Kesehatan yang tertulis dalam Keputusan Menteri

Kesehatan. Berikut disampaikan sandingan capaian indikator kinerja kegiatan Pusjak PDK dengan Pusjak KGTK Tahun 2024

Tabel 3.2 Sanding Capaian Indikator Pusjak PDK dengan Pusjak KGTK Tahun 2024

Sasaran	Indikator	Pusjak PDK			Pusjak KGTK		
		T	C	% C	T	C	% C
Tersedianya bahan kebijakan teknis pembiayaan dan jaminan kesehatan	1. <i>Annual review</i> tarif INA-CBGs dan NHA (T- 1)	2 Dok	2 Dok	100			
	2. <i>Annual utilization review</i> untuk 20 penyakit berbiaya tertinggi	20 Dok	20 Dok	100			
	3. <i>Annual review</i> terhadap HTA dan rencana implementasinya	1 Dok	1 Dok	100			
Meningkatnya kebijakan pembiayaan, jaminan dan desentralisasi kesehatan berbasis bukti	1. Tersusunnya blueprint pengelolaan kerjasama internasional berdasarkan kriteria negara dan lembaga				1	1	100
	2. Jumlah dokumen kerjasama internasional, termasuk perjanjian dan prakarsa hasil diplomasi kesehatan				10	92	920
	3. Persentase keputusan atau peraturan di atas peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti	100	100	100	100	100	100
	4. Persentase keputusan atau peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti	100	100	100	100	100	100
	5. Persentase keputusan atau peraturan di bawah peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti	100	100	100	100	100	100
	6. Persentase kebijakan kesehatan yang disusun berdasarkan rekomendasi kebijakan di bidang Pembiayaan Jaminan Kesehatan dan Desentralisasi Kesehatan	100	100	100	100	100	100
	7. Persentase kabupaten/kota yang mengadopsi kebijakan transformasi Kesehatan	100	100	100	100	100	100
Terlaksananya penyiapan implementasi pembiayaan dan jaminan kesehatan	1. Persentase peserta JKN yang berisiko yang mendapatkan layanan skrining Kesehatan	100	192	192			

Sasaran	Indikator	Pusjak PDK			Pusjak KGTK		
		T	C	% C	T	C	% C
	2. Persentase belanja kesehatan promotif preventif dalam JKN	15	12,5	83,3			
	3. Persentase provinsi dan kabupaten/ kota yang menghasilkan rekomendasi dari hasil perhitungan Provincial Health Account / District Health Account (PHA/DHA)	100	100	100			
	4. Persentase kabupaten/kota yang memberikan insentif pelaksanaan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) bersumber APBD Murni	100	100	100			
	5. Persentase asuransi kesehatan swasta yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan	100	100	100			
	6. Persentase kabupaten/kota yang melakukan kemitraan pembiayaan pemerintah dan swasta dalam penanganan 9 penyakit prioritas	100	100	100			
	7. Persentase kabupaten/kota yang melakukan kemitraan pembiayaan pemerintah dan swasta dalam upaya skrining 14 penyakit	100	89,8	89,8			

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

Sampai dengan akhir tahun 2024 dari 21 (tujuh) indikator kinerja yang menjadi tanggung jawab Pusjak PDK Tahun 2024 terdapat 18 (delapan belas) indikator kinerja telah mencapai ataupun melampaui target dan masih terdapat 3 (tiga) indikator kinerja yang belum mencapai target. Berikut penyajian analisis pencapaian kinerja yang disertai penjelasan kegiatan yang mendukung pencapaian target, faktor penghambat serta pemecahan masalah dan tindak lanjut yang dilakukan.

**a. Indikator Sasaran Strategis (ISS)**

Dalam Renstra Kementerian Kesehatan tahun 2020-2024, terdapat 2 (dua) Indikator Sasaran Strategis (ISS) yang pencapaian targetnya menjadi tanggung jawab Pusjak PDK. Indikator Kinerja tersebut adalah: 1) Persentase cakupan kelompok berisiko yang mendapatkan layanan skrining Kesehatan, dan 2) Proporsi *Out Of Pocket* (OOP) terhadap total belanja Kesehatan.

## 1) Persentase Cakupan Kelompok Berisiko yang Mendapatkan Layanan Skrining Kesehatan

Tabel 3.3 Capaian Indikator Persentase Cakupan Kelompok Berisiko yang Mendapatkan Layanan Skrining Kesehatan Tahun 2023 dan Tahun 2024

Indikator Sasaran Strategis	Tahun 2023			Tahun 2024		
	T	C	%C	T	C	%C
Persentase Cakupan Kelompok Berisiko yang Mendapatkan Layanan Skrining Kesehatan	60	87,1	145	100	192	192

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

### a) Definisi Operasional

Persentase cakupan kelompok berisiko yang mendapatkan layanan skrining kesehatan sebanyak 100 (seratus) persen yaitu Persentase cakupan kelompok berisiko peserta JKN sedang dan berat yang mendapatkan layanan skrining kesehatan. Cakupan kelompok berisiko peserta JKN adalah kelompok sasaran berdasarkan usia pada 14 layanan skrining. Sumber data layanan skrining didapatkan dari BPJS Kesehatan.

Adapun 14 layanan skrining sebagai berikut: Hipotiroid kongenital; Anemia; Tuberkulosis; Hepatitis; Diabetes Melitus; Hipertensi; Jantung; Stroke; Penyakit Paru Obstruksi Kronis (PPOK); Thalasemia; Kanker payudara; Kanker leher rahim; Kanker paru; Kanker usus. Layanan skrining dilakukan sesuai dengan Petunjuk Teknis Skrining.

### b) Cara Perhitungan

Penghitungan dilakukan melalui 2 tahap:

- 1) Menghitung cakupan 14 layanan skrining, dengan cara sebagai berikut: Jumlah cakupan pada setiap kelompok berisiko sedang dan berat yang mendapatkan layanan skrining kesehatan dibagi total populasi berisiko dikali 100.
- 2) Menghitung Rerata cakupan 14 layanan skrining, dengan cara sebagai berikut: Total cakupan 14 layanan skrining dibagi 14

### c) Analisis Pencapaian

Implementasi skrining 14 layanan kesehatan saat ini belum sepenuhnya dilaksanakan karena penjaminan skrining dan penyesuaian sistem informasi di BPJS Kesehatan. Formula penghitungan capaian skrining saat ini didapatkan dari :

- pembilang : jumlah skrining pelayanan kesehatan yang dilakukan melalui pemeriksaan gula darah puasa atau post prandial untuk diabetes melitus dan pemeriksaan tekanan darah untuk hipertensi.
- penyebut : Jumlah peserta JKN yang mengisi self assessment melalui skrining riwayat kesehatan (SRK) dengan hasil berisiko menderita penyakit diabetes mellitus atau hipertensi

Perhitungan capaian ISS skrining kesehatan tahun 2024 menggunakan data laporan BPJS Kesehatan sampai dengan 31 Desember 2024 untuk mengetahui jumlah peserta yang melakukan pengisian SRK dan jumlah pemeriksaan gula darah/ post prandial yang telah dilakukan. Berdasarkan data BPJS Kesehatan diketahui sebanyak 265.179 peserta JKN yang mengisi self assessment memiliki risiko DM Sedang dan Tinggi, dengan jumlah peserta yang dilakukan skrining DM (pemeriksaan GDP-GDPP) sebanyak 816.888 peserta atau sebesar 308%. Capaian ini melebihi 100% dikarenakan untuk mendapatkan skrining pemeriksaan Gula Darah Puasa/ post prandial, saat ini peserta tidak diharuskan mengisi self assessment terlebih

dahulu. Sebanyak 2.114.079 peserta memiliki risiko hipertensi sedang dan tinggi, dengan jumlah peserta yang dilakukan skrining Hipertensi (pemeriksaan Tekanan Darah) sebanyak 1.611.702 peserta atau sebanyak 76%. Cakupan pemeriksaan tekanan darah di FKTP masih rendah mengingat biaya yang dilakukan masuk dalam skema pembayaran kapitasi, sehingga potensi pemeriksaan tidak tercatat/ melaporkan tinggi. Sehingga rerata % cakupan tuk 2 penyakit tersebut =  $(308\%+76\%)/2 = 192\%$ . Sehingga dari rata-rata capaian kedua skrining tersebut, capaian ISS Skrining adalah 192%

Beberapa dinamika penerbitan kebijakan sepanjang tahun 2023 dan 2024 untuk mengakomodir perluasan manfaat skrining pelayanan kesehatan menjadi 14 layanan skrining Kesehatan yaitu:

- 1) Peraturan Presiden Nomor 59 tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan;
- 2) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan;
- 3) Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/2090/2023 tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Pelayanan Skrining Kesehatan dalam Rangka Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.
- 4) Peraturan BPJS No. 3 Tahun 2024 Pelayanan Skrining Riwayat Kesehatan, Pelayanan Penapisan Atau Skrining Kesehatan Tertentu, Dan Peningkatan Kesehatan Bagi Peserta Penderita Penyakit Kronis Dalam Program Jaminan Kesehatan
- 5) Sosialisasi Implementasi Per BPJS 3/2024 tanggal 4-5 Desember 2024 dengan melibatkan Lintas Program Kemenkes, BPJS Kesehatan, K/L terkait (Kemendagri, Kemenkeu) dan Fasilitas Kesehatan

*Tabel 3 4 Pelaksanaan Skrining Kesehatan Tertentu Diabetes Melitus dan Hipertensi Tahun 2024*

Jenis Pemeriksaan	Total Skrining Riwayat Kesehatan (Orang)	Beresiko (Orang)	Skrining Layanan Kesehatan (Orang)
Pemeriksaan GDP dan GDPP	43.652.777	265.179	816.888
Pemeriksaan Tekanan Darah	43.652.777	2.114.079	1.611.702

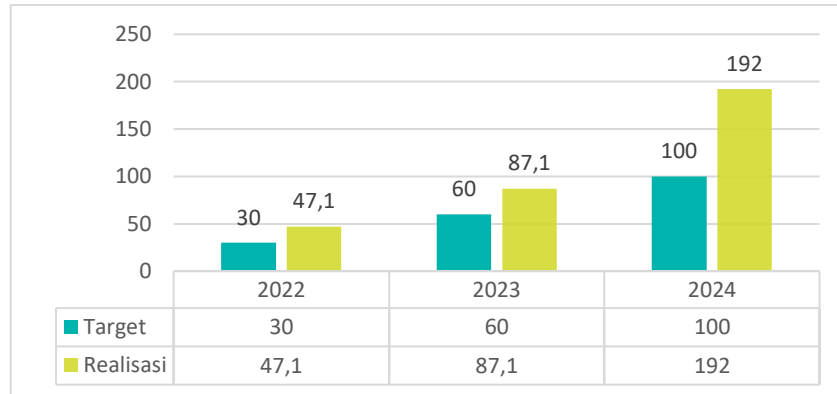
Sumber : Data BPJS Kesehatan Tahun 2024

Berdasarkan data skrining riwayat kesehatan dan data skrining layanan kesehatan diketahui bahwa perhitungan capaian target indikator skrining hanya dapat mengukur 2 dari 14 layanan skrining, sebagai berikut:

- 1) Cakupan kelompok berisiko Diabetes Melitus.  
Jumlah peserta dengan hasil skrining riwayat kesehatan untuk resiko DM sedang dan tinggi sebanyak 265.179 orang. Jumlah peserta berisiko DM sedang dan tinggi yang dilakukan skrining layanan kesehatan dengan pemeriksaan GDP dan GDPP sebanyak 816.888 orang, sehingga persentase cakupan peserta berisiko DM sedang dan tinggi yang dilakukan skrining layanan kesehatan dengan pemeriksaan GDP dan GDPP sebesar 308%.
- 2) Cakupan kelompok berisiko Hipertensi  
Jumlah peserta dengan hasil skrining riwayat kesehatan untuk resiko Hipertensi sedang dan tinggi sebanyak 2.114.079 orang. Jumlah peserta berisiko Hipertensi sedang dan tinggi yang dilakukan skrining layanan kesehatan dengan pemeriksaan tekanan darah sebanyak 1.611.702 orang, sehingga persentase cakupan peserta berisiko hipertensi sedang dan tinggi yang dilakukan skrining layanan kesehatan dengan pemeriksaan tekanan darah sebesar 76%.

Capaian target indikator skrining pada tahun 2024 berdasarkan rerata persentase cakupan kelompok berisiko penyakit Diabetes Melitus dan Hipertensi yaitu sebesar 192%.

**Perbandingan Target dan Realisasi Indikator Persentase Cakupan Kelompok Berisiko yang Mendapatkan Layanan Skrining Kesehatan Tahun 2022, 2023 dan 2024**



Capaian target Indikator persentase cakupan kelompok berisiko yang mendapatkan layanan skrining kesehatan tahun 2022 s.d 2024 telah berhasil melampaui target, sehingga pada akhir tahun 2024 indikator tersebut mencapai target 100% dengan capaian 192%.

**a) Kegiatan-kegiatan yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target**

Beberapa upaya yang telah dilakukan untuk pencapaian target skrining kedepannya adalah sebagai berikut:

1. Telah terbit Peraturan presiden nomor 59 tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 Tentang Jaminan Kesehatan
2. Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/2090/2023 tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Pelayanan Skrining Kesehatan dalam Rangka Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan
3. Telah terbit Peraturan BPJS No. 3 Tahun 2024 Pelayanan Skrining Riwayat Kesehatan, Pelayanan Penapisan Atau Skrining Kesehatan Tertentu, Dan Peningkatan Kesehatan Bagi Peserta Penderita Penyakit Kronis Dalam Program Jaminan Kesehatan
4. Sosialisasi Implementasi Per BPJS 3/2024 tanggal 4-5 Desember 2024 dengan melibatkan Lintas Program Kemenkes, BPJS Kesehatan, K/L terkait (Kemendagri, Kemenkeu) dan Fasilitas Kesehatan
5. Sudah ada kesepakatan (MoU) Interoperabilitas Data dengan BPJS dan saat ini menunggu proses implementasi
6. Perjanjian interoperabilitas data antara Kementerian Kesehatan dan BPJS Kesehatan telah dilakukan

Untuk pelaksanaan 14 layanan skrining akan dilakukan sesuai dengan Petunjuk Teknis Pelaksanaan Pelayanan skrining dengan cara perhitungan indikator melalui 2 tahap:

- 1) Menghitung cakupan layanan skrining dengan cara sebagai berikut:  
Jumlah cakupan pada setiap kelompok berisiko dan tidak berisiko yang mendapatkan layanan skrining kesehatan dibagi total populasi berisiko dikali 100.
- 2) Menghitung Rerata cakupan 14 layanan skrining, dengan cara sebagai berikut:  
Menghitung Rerata capaian hasil skrining pada setiap penyakit

**a) Faktor Penghambat Pencapaian Target**

Adapun permasalahan dalam pelaksanaan skrining kesehatan adalah

- Walaupun 14 layanan skrining sudah masuk dalam amanah Perpres 59 Tahun 2024 dan Permenkes 3 tahun 2023 serta telah ada juga KMK 2090 tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Pelayanan Skrining tapi implementasi tidak dapat langsung dilakukan di lapangan karena masih menunggu revisi peraturan BPJS 2 terkait penjaminan skrining dan perbaikan pada sistem informasi pada BPJS Kesehatan ( mobile JKN dan P-Care). Pelaksanaan 14 Layanan skrining akan dilaksanakan pada tahun 2025.
- Dari hasil monitoring yang dilakukan Kementerian Kesehatan terkait indikator Cakupan Kelompok Berisiko yang Mendapatkan Layanan Skrining Kesehatan, Kementerian Kesehatan mengalami kesulitan dalam mendapatkan data capaian layanan skrining JKN dari BPJS Kesehatan, sehingga menyebabkan keterlambatan dalam melaporkan capaian indikator skrining tersebut.
- Dalam hal pencapaian pelaksanaan 14 Layanan Skrining ini, Pusjak PDK telah melakukan penguatan regulasi layanan skrining serta monitoring pelaksanaan kebijakan skrining tersebut melalui Kepmenkes no 2090 Tahun 2023, adapun implementasi lebih lanjut merupakan kewenangan BPJS Kesehatan dalam melaksanakan amanah peraturan yang berlaku yaitu melalui Peraturan BPJS Kesehatan no 3 Tahun 2024 yang diundangkan tanggal 14 November 2024. Sehubungan dengan hal tersebut implementasi baru akan dapat dilakukan dengan penyesuaian sistem informasi serta interoperabilitas data di fasilitas kesehatan pada tahun depan

#### d) Pemecahan Masalah dan Tindak Lanjut yang Dilakukan

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

- Penguatan Implementasi perluasan 14 layanan skrining Kesehatan di tahun 2025 dengan penyiapan infrastruktur pendukung oleh BPJS Kesehatan
- Pembahasan perbaikan *dashboard* JKN untuk mengakomodir monitoring pelaksanaan perluasan skrining;
- Monitoring Implementasi perluasan skrining Kesehatan dan interoperabilitas/ pertukaran data pelaksanaan skrining JKN oleh BPJS Kesehatan ke Kementerian Kesehatan di tahun 2025, sehingga data skrining dapat diperoleh secara cepat dan realtime
- Memasukkan pelaksanaan skrining ke dalam usulan Indikator Capaian Kinerja (ICK) BPJS Kesehatan

## 2) Proporsi *Out Of Pocket* (OOP) terhadap Total Belanja Kesehatan.

Tabel 3.5 Proporsi *Out Of Pocket* (OOP) terhadap Total Belanja Kesehatan

Indikator Sasaran Strategis	Tahun 2023			Tahun 2024		
	T	C	%C	T	C	%C
Proporsi <i>Out Of Pocket</i> (OOP) terhadap Total Belanja Kesehatan*	24	31,2	70	20	28,6	57,2

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

\*) merupakan Indikator bermakna negatif, yaitu semakin kecil realisasi semakin baik kinerja

### 3) Definisi Operasional

Proporsi *Out Of Pocket* (OOP) terhadap total belanja kesehatan yang dihasilkan dari produksi National Health Account (NHA) Tahun-1

### 4) Cara Perhitungan

Jumlah belanja *Out Of Pocket* (OOP) dibagi total belanja kesehatan dikali 100, berdasarkan National Health Account (NHA) Tahun-1.

### 5) Analisis Pencapaian

Proporsi *Out of Pocket* (OOP) terhadap total belanja kesehatan merupakan indikator yang menggambarkan besarnya pengeluaran langsung rumah tangga untuk Kesehatan dibanding dengan total belanja kesehatan nasional. Indikator ini dihitung berdasarkan data *National Health Accounts* (NHA) tahun sebelumnya (T-1) dengan rumus:

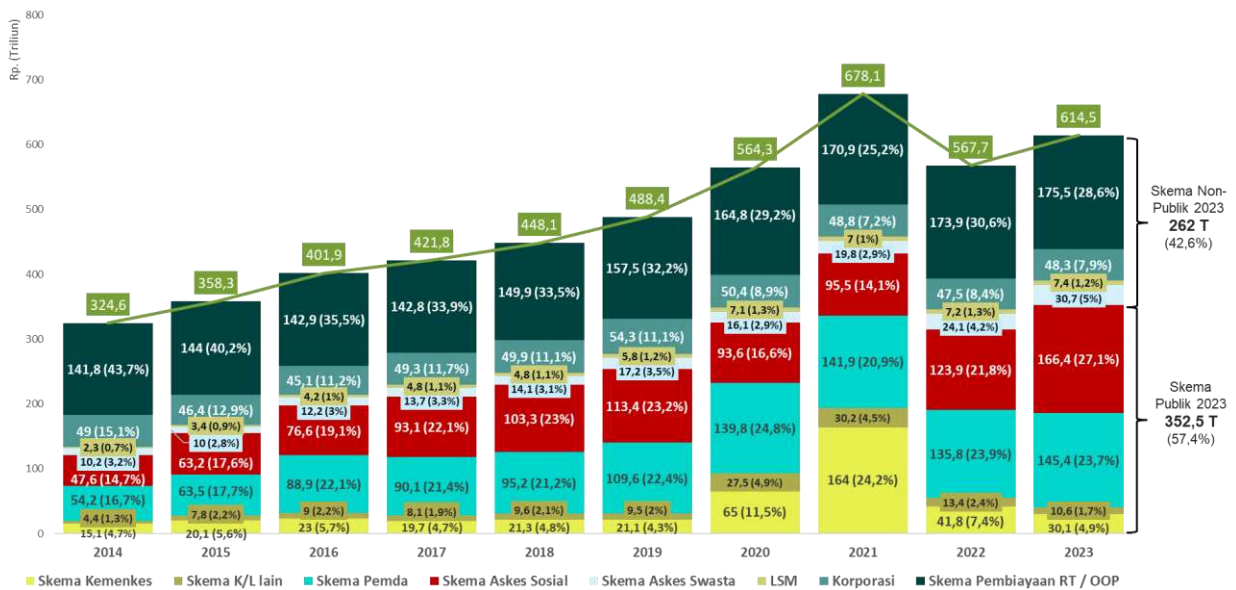
$$\text{Proporsi OOP (\%)} = \left[ \frac{\text{Jumlah Belanja OOP}}{\text{Total Belanja Kesehatan}} \right] \times 100$$

Sedangkan untuk mengukur pencapaian target, digunakan rumus sebagai berikut:

$$\text{Persentase Realisasi Target (\%)} = \left[ \frac{\text{Target} - (\text{Realisasi} - \text{Target})}{\text{Target}} \right] \times 100$$

Berdasarkan perhitungan ini, persentase realisasi target tahun 2024 hanya mencapai 57,2%. Indikator ini termasuk dalam kategori indikator negatif, di mana semakin kecil proporsi OOP terhadap total belanja kesehatan, semakin baik capaiannya. Pada tahun 2022, target dapat tercapai berkat peningkatan belanja publik yang signifikan, namun pada tahun 2023 dan 2024, capaian menurun karena pola belanja publik kembali seperti sebelum pandemi.

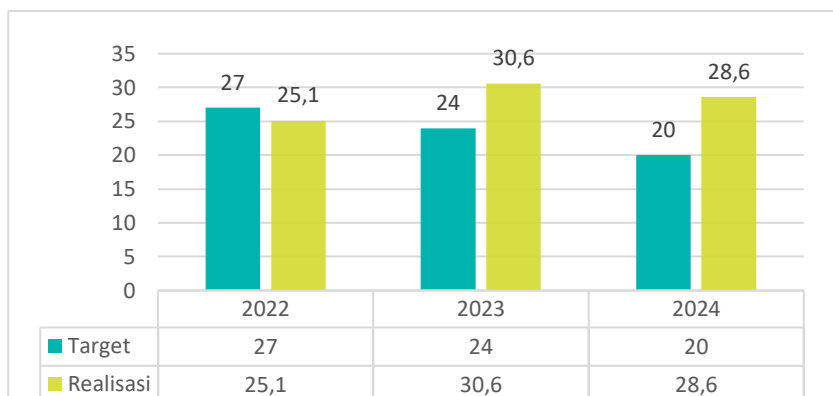
Grafik 3.1 Total Belanja Kesehatan 2014 – 2023



Belanja kesehatan rumah tangga/OOP dalam kerangka NHA merupakan pengeluaran untuk barang dan jasa kesehatan yang dikeluarkan oleh rumah tangga, tidak termasuk penggantian biaya dari pihak ketiga (reimburse), bantuan subsidi (transfer) dan belanja jaminan kesehatan (asuransi). Capaian tahun 2024 indikator proporsi OOP terhadap total belanja kesehatan erat kaitannya dengan perhitungan belanja OOP pada perhitungan NHA tahun 2023.

Pada tahun 2024, produksi NHA untuk data tahun 2023 menunjukkan data belanja OOP sebesar Rp 175,5 triliun, sementara total belanja kesehatan mencapai Rp 614,5 triliun. Dengan demikian, proporsi OOP terhadap total belanja kesehatan mencapai 28,6%, yang masih belum mencapai target tahun 2024 sebesar 20%.

Grafik 3.2 Perbandingan target dan realisasi indikator Proporsi Out of Pocket (OOP) terhadap total belanja kesehatan Tahun 2022, 2023 dan 2024



Indikator OOP merupakan indikator negatif yaitu semakin kecil proporsi OOP semakin baik capaiannya. Indikator Proporsi *Out of Pocket* (OOP) terhadap total belanja kesehatan tahun 2022 berhasil mencapai target karena adanya peningkatan belanja publik, sehingga porsi belanja OOP terhadap total belanja kesehatan semakin rendah. Namun, tahun 2023 dan 2024 belum berhasil mencapai target karena pola belanja publik kembali ke pola sebelum pandemi.

Meskipun nominal belanja OOP mengalami peningkatan setiap tahun, persentase proporsinya cenderung melambat karena adanya tren peningkatan belanja kesehatan nasional, khususnya sejak implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada tahun 2014. Namun, tantangan masih dihadapi, antara lain tingginya jumlah peserta JKN yang tidak aktif (>20%), mekanisme rujukan berjenjang dan waktu tunggu pelayanan yang lama, serta adanya mekanisme selisih biaya untuk peningkatan kelas perawatan.

Untuk mengatasi permasalahan ini, diperlukan langkah strategis seperti meningkatkan cakupan peserta aktif JKN, memperluas skema asuransi kesehatan baik dari sektor publik maupun swasta, serta memastikan cakupan manfaat asuransi mencukupi kebutuhan kesehatan utama. Selain itu, peran asuransi swasta juga perlu diperkuat melalui koordinasi dengan Otoritas Jasa Keuangan (OJK). Dalam hal ini, Kementerian Kesehatan telah menerbitkan KMK Nomor HK.01.07/MENKES/ 1366/2024 sebagai pedoman pelaksanaan selisih biaya oleh asuransi kesehatan tambahan melalui koordinasi antar penyelenggara jaminan kesehatan.

Upaya peningkatan pembiayaan dari sumber publik menjadi kunci utama dalam menekan pengeluaran OOP dan meringankan beban finansial masyarakat dalam mengakses layanan kesehatan. Oleh karena itu, sinergi antara pemerintah, BPJS Kesehatan, sektor swasta, serta pemangku kepentingan lainnya sangat diperlukan untuk mencapai sistem pembiayaan kesehatan yang lebih berkelanjutan dan inklusif.

#### 6) Kegiatan-kegiatan yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target

Dihasilkannya angka belanja kesehatan agregat tahun 2023 tidak lepas dari dukungan berbagai pihak. Saat ini produksi NHA t-1 sesuai dengan timeline, dimana estimasi full figure akan didapatkan pada bulan Agustus dan final NHA 2023 dirilis Desember 2023. Beberapa aktivitas yang mendukung produksi belanja kesehatan OOP dalam kerangka NHA t-1 adalah:

- 1) Penyusunan SK Tim Reviewer dan SK Tim Teknis pengolahan data yang mendukung produksi NHA t-1, termasuk pengolahan data belanja OOP.
- 2) Triangulasi estimasi perhitungan belanja OOP kepada BPS

**7) Faktor Penghambat Pencapaian Target**

Beberapa faktor yang mempengaruhi pencapaian target indikator OOP, di antaranya

- 1) Cakupan kepesertaan JKN tinggi tapi >20% peserta tidak aktif sehingga mengeluarkan biaya dari kantong sendiri untuk mendapatkan pelayanan kesehatan
- 2) Mekanisme rujukan berjenjang dan antrian panjang yang sering memakan waktu membuat masyarakat lebih memilih biaya dari kantong sendiri dibanding dengan menggunakan JKN
- 3) Terdapat mekanisme selisih biaya untuk naik kelas pada pembiayaan JKN yang menggunakan tambahan dari kantong sendiri

**8) Pemecahan Masalah dan Tindak Lanjut yang Dilakukan**

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

- 1) Bekerjasama dengan BPJS kesehatan agar meningkatkan cakupan peserta aktif
- 2) Memperluas cakupan asuransi kesehatan baik melalui skema pemerintah maupun swasta, serta memastikan paket manfaat mencakup kebutuhan kesehatan utama.
- 3) Mendorong implementasi kebijakan *Coordination of Benefit (CoB)* melalui Koordinasi antar Penyelenggara Jaminan Kesehatan (KAPJ)

**b. Indikator Kinerja Program (IKP)**

Dalam Renstra Kementerian Kesehatan tahun 2020-2024, terdapat 4 (empat) Indikator Kinerja Program yang pelaksanaan pencapaiannya menjadi tanggung jawab Pusjak PDK, yaitu :

- 1) Persentase penduduk berisiko yang mendapatkan layanan skrining Kesehatan;
- 2) Persentase kabupaten/kota yang memenuhi pembiayaan kegiatan promotif preventif pada SPM;
- 3) Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan Kerjasama Pemerintah Swasta (KPS) bidang Kesehatan; dan
- 4) Persentase kebijakan teknis dalam penguatan berbagai skema pembiayaan kesehatan yang efektif dan efisien;

**1) Persentase Penduduk Berisiko yang Mendapatkan Layanan Skrining Kesehatan**

Penjelasan capaian target indikator kinerja program ini telah dijelaskan di indikator sasaran strategis Persentase Cakupan Kelompok Berisiko yang Mendapatkan Layanan Skrining Kesehatan.

**2) Persentase Kabupaten/Kota yang Memenuhi Pembiayaan Kegiatan Promotif Preventif pada SPM**

Tabel 3.6 Capaian Indikator Persentase Kabupaten/Kota yang Memenuhi Pembiayaan Kegiatan Promotif Preventif pada SPM Tahun 2023 dan Tahun 2024

Indikator Sasaran Program	Tahun 2023			Tahun 2024		
	T	C	%C	T	C	%C
Persentase Kabupaten/Kota yang Memenuhi Pembiayaan Kegiatan Promotif Preventif pada SPM	50	16	45	75	80	106

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

**b) Definisi Operasional**

Persentase kabupaten/kota yang sudah memenuhi 12 layanan SPM sesuai perhitungan Sistem Costing Biaya Kesehatan (SISCOBIKES).

**c) Cara Perhitungan**

Jumlah kabupaten/kota yang sudah memenuhi 12 layanan SPM sesuai perhitungan SISCOBIKES dibagi total jumlah kabupaten/kota dikali 100.

**d) Analisis Pencapaian**

Pada UU 23 Tahun 2014 tentang Pemerintahan Daerah, kesehatan adalah satu dari enam urusan pemerintahan yang berkaitan dengan pelayanan dasar. Karena kondisi dan kemampuan sumber daya yang tidak sama di setiap pemerintah dalam melaksanakan keenam urusan tsb, maka untuk menyamakannya dalam pelaksanaan urusan tersebut diatur dengan Standar Pelayanan Minimal (SPM). SPM bertujuan untuk memastikan ketersediaan layanan tersebut bagi seluruh warga negara.

Untuk memastikan pemenuhan SPM, Kementerian Kesehatan telah mengeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan yang menggantikan Permenkes Nomor 4 Tahun 2019. Permenkes ini memuat 12 jenis pelayanan dasar yang harus dilakukan Pemerintah Kabupaten/Kota, yaitu:

- 1) Pelayanan kesehatan ibu hamil;
- 2) Pelayanan kesehatan ibu bersalin;
- 3) Pelayanan kesehatan bayi baru lahir;
- 4) Pelayanan Kesehatan Balita;
- 5) Pelayanan kesehatan pada usia pendidikan dasar;
- 6) Pelayanan kesehatan pada usia produktif;
- 7) Pelayanan kesehatan pada usia lanjut;
- 8) Pelayanan kesehatan penderita hipertensi;
- 9) Pelayanan Kesehatan Penderita Diabetes Mellitus;
- 10) Pelayanan Kesehatan orang dengan gangguan jiwa berat;
- 11) Pelayanan Kesehatan orang terduga tuberkulosis; dan
- 12) Pelayanan Kesehatan Orang dengan Risiko Terinfeksi virus yang melemahkan daya tahan tubuh manusia atau *human immunodeficiency virus*

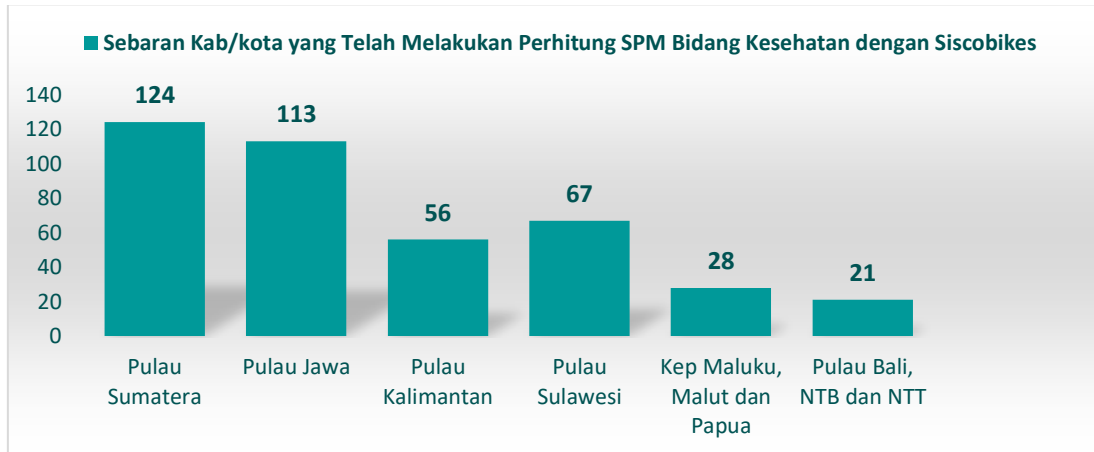
Implementasi SPM juga menjadi sangat strategis dalam kaitannya dengan pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) karena implementasi SPM akan memperkuat sisi promotif – preventif sehingga diharapkan akan berdampak pada penurunan jumlah kasus kuratif yang harus ditanggung oleh JKN.

Untuk mempermudah perhitungan SPM bidang Kesehatan, Pusjak PDK telah mengembangkan *tools* Siscobikes (Sistem Informasi Costing Biaya Kesehatan) untuk memperkuat *performance based budgeting* (anggaran berbasis kinerja). Siscobikes digunakan oleh daerah untuk memudahkan dalam menghitung perencanaan pembiayaan SPM bidang kesehatan baik di tingkat Puskesmas maupun Dinkes sesuai dengan perannya masing-masing.

Sejak Tahun 2020 telah dilaksanakan advokasi dan sosialisasi, serta pendampingan perhitungan SPM bidang kesehatan baik melalui daring maupun luring dengan output adalah perhitungan perencanaan kebutuhan pembiayaan SPM Kesehatan Kab/Kota pada 12 layanan SPM Bidang Kesehatan menggunakan Siscobikes. Sampai dengan akhir tahun 2024 sudah

sebanyak 409 kabupaten/kota yang telah menghasilkan perhitungan perencanaan SPM Bidang Kesehatan menggunakan Siscobikes dari 514 kabupaten/kota di Indonesia sehingga capaian untuk indikator ini sebesar 80% atau tercapai dari target yang telah ditetapkan sebesar 75%.

Grafik 3.3 Sebaran Kabupaten / Kota yang telah melakukan perhitungan SPM Bidang Kesehatan dengan Siscobikes sampai dengan akhir Tahun 2024



**e) Kegiatan-kegiatan yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target**

Seperti pada tahun sebelumnya Pusjak PDK melalui anggaran dekonsentrasi 2024 telah mengakomodir Dinas Kesehatan Provinsi agar dapat melaksanakan kegiatan pendampingan dalam perhitungan layanan SPM bidang Kesehatan, namun karena keterbatasan tidak semua Dinas Kesehatan Provinsi dapat menganggarkan. Selain menggunakan anggaran dekonsentrasi, Dinas Kesehatan Provinsi menggunakan APBD nya dapat menyelenggarakan kegiatan pendampingan tersebut.

Pada tahun 2024 Pusjak PDK telah melakukan beberapa kegiatan untuk mendorong pencapaian target diantaranya, pertemuan yang dilakukan *hybrid* mengundang Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang belum melakukan dan/atau memberikan matriks perencanaan perhitungan pembiayaan SPM dengan *template* Siscobikes. Selain itu, pasca terbitnya Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan SPM Kesehatan, Pusjak PDK sedang berproses penyempurnaan instrumen perhitungan SPM Bidang Kesehatan.

**f) Faktor Penghambat Pencapaian Target**

Kurangnya komitmen Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota yang menyelenggarakan melengkapi data dalam *template* Siscobikes pasca dilakukannya pendampingan perencanaan perhitungan pembiayaan SPM dengan *template* Siscobikes

**a) Pemecahan Masalah dan Tindak Lanjut yang Dilakukan**

- 1) Memfollow up Dinas Kabupaten/Kota yang mengikuti pertemuan perencanaan perhitungan pembiayaan SPM dengan *template* Siscobikes
- 2) Melakukan pertemuan kembali untuk pendampingan Dinas Kabupaten/Kota yang belum melakukan perhitungan SPM bidang Kesehatan

### 3) Persentase Kabupaten/Kota yang Melaksanakan Kerjasama Pemerintah Swasta (KPS) Bidang Kesehatan

Tabel 3.7 Capaian Indikator Persentase Kabupaten/Kota yang Melaksanakan Kerjasama Pemerintah Swasta (KPS) Bidang Kesehatan Tahun 2023 dan Tahun 2024

Indikator Sasaran Program	Tahun 2023			Tahun 2024		
	T	C	%C	T	C	%C
Persentase Kabupaten/Kota yang Melaksanakan Kerjasama Pemerintah Swasta (KPS) Bidang Kesehatan	50	68,5	137	100	100	100

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

#### a) Definisi Operasional

Persentase kabupaten/kota dengan kapasitas fiskal rendah yang melaksanakan Kerja sama Pemerintah Swasta (KPS) sesuai pedoman kemitraan pemerintah swasta Kementerian Kesehatan.

#### b) Cara Perhitungan

Jumlah kabupaten/kota dengan kapasitas fiskal rendah yang melaksanakan Kerja sama Pemerintah Swasta (KPS) sesuai pedoman kemitraan pemerintah swasta Kementerian Kesehatan dibagi total kabupaten/kota dengan kapasitas fiskal rendah dikali 100.

#### c) Analisis Pencapaian

Total belanja kesehatan Indonesia terus meningkat, namun anggaran kesehatan skema publik mengalami penurunan pasca pandemi. Hal ini menunjukkan perlunya diversifikasi sumber pembiayaan kesehatan dengan membuka peluang sumber pembiayaan baru lainnya termasuk melalui kemitraan dengan sektor swasta.

Peran Penguatan pelayanan kesehatan tidak hanya dijalankan oleh pelaku yang berasal dari sisi pemerintah, tetapi juga pelaku dari sektor privat (swasta), terutama untuk penyedia layanan kesehatan (*provision*) dan pembiayaan kesehatan (*financing*). Sehingga dapat mengoptimalkan semua unsur dan sumber pembiayaan kesehatan.

Kemitraan Pemerintah dengan swasta bukanlah hal yang baru di Indonesia. Kementerian Kesehatan juga telah mengeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 40 Tahun 2018 tentang kemitraan di bidang infrastruktur kesehatan yang disebut Kerjasama Pemerintah dan Badan Usaha (KPBU) yang membuka jalan untuk memperluas potensi Kemitraan antara Pemerintah dan sektor swasta dalam penyediaan layanan kesehatan di Indonesia. Pemanfaatan sektor swasta adalah salah satu keputusan strategis yang diambil Kementerian Kesehatan untuk mengatasi kesenjangan layanan yang terjadi antar wilayah dan kepulauan di Indonesia.

Dalam rangka memenuhi pencapaian program-program kesehatan yang lebih komprehensif (promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif) untuk mendorong pembangunan kesehatan, maka telah disusun pula regulasi yang mengatur kemitraan pemerintah dengan swasta di bidang non-infrastruktur kesehatan. Regulasi tersebut adalah Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 tahun 2023 tentang Pedoman Kemitraan Pemerintah dengan Swasta di bidang non infrastruktur Kesehatan.

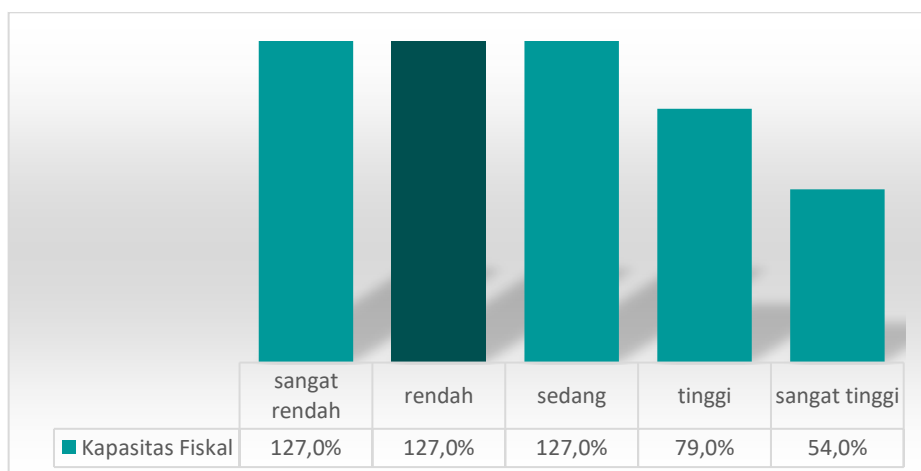
Pemetaan KPS bidang Kesehatan baik infrastruktur maupun non infrastruktur dilakukan dengan mengumpulkan data dari program baik di tingkat pusat maupun di Dinas Kesehatan kabupaten/kota, pengisian survey online oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, serta penelusuran data secara elektronik. Data di kompilasi dan diidentifikasi variabelnya menurut wilayah kabupaten/ kota, kapasitas fiskal, ruang lingkup Kerjasama, bentuk, dan mekanisme kerjasama.

Hasil pemetaan KPS menunjukkan hasil, dari 514 kabupaten/kota yang melakukan KPS terdapat 514 kabupaten/kota (100%) yang melakukan KPS dengan ruang lingkup kemitraan secara umum dalam bidang infrastruktur maupun non infrastruktur. Adapun untuk kabupaten/kota dengan kapasitas fiskal rendah yang melakukan KPS bidang kesehatan sebanyak 127 kabupaten/kota dari 127 kabupaten/kota dengan kapasitas fiskal rendah yang melakukan KPS atau 100%. Berdasarkan data tersebut maka target indikator ini belum tercapai.

Tabel 3.8 Kabupaten/Kota yang Melaksanakan Kerjasama Pemerintah dan Swasta (KPS)

Kapasitas Fiskal Kabupaten/ Kota	KPS Bidang Kesehatan
Sangat Rendah (N=127)	127 (100%)
<b>Rendah (N=127)</b>	<b>127 (100%)</b>
Sedang (N=127)	127 (100%)
Tinggi (N=79)	79 (100%)
Sangat Tinggi (N=54)	54 (100%)
<b>Total Kab/Kota = 514</b>	<b>514 (100%)</b>

Grafik 3.4 Capaian KPS berdasarkan Fiskal



#### Kegiatan-kegiatan yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target

Untuk mendorong pemetaan KPS bidang Kesehatan baik infrastruktur maupun non infrastruktur di daerah, Pusjak PDK telah melakukan upaya antara lain :

1. Diskusi Tata Kelola pelaksanaan KPS bersama lintas Eselon 1 Kementerian Kesehatan dan

Biro Organisasi Sumber Daya manusia.

2. Pemetaan data KPS bidang Kesehatan di Kementerian Kesehatan dan di Daerah dilakukan dengan memberikan template data terstruktur melalui surat resmi kepada unit kerja di lingkungan Kementerian Kesehatan.

**d) Faktor Penghambat Pencapaian Target**

Berikut beberapa hambatan pada pemetaan KPS bidang Kesehatan baik infrastruktur maupun non infrastruktur:

- 1) Pemerintah daerah belum memiliki pedoman/petunjuk teknis/peraturan khusus tingkat daerah yang mengatur dan mendukung implementasi KPS bidang kesehatan.
- 2) Belum adanya MOU atau perjanjian kerjasama yang mengikat dan belum ada keberlanjutannya di setiap kerjasama. Kemitraan yang berjalan masih ada yang belum memiliki MOU atau Perjanjian Kerjasama berupa kesepakatan non kontraktual. Kemitraan dengan NGO/Mitra Pembangunan bersifat turunan yang sudah ada MOU dari Pusat (Kemenkes) dan sebagian masuk ke dalam dana Hibah
- 3) Belum adanya inventarisasi KPS di daerah karena mekanisme kerjasama tidak mengikat antar sektor yang bermitra.

**e) Pemecahan Masalah dan Tindak Lanjut yang Dilakukan**

1. Dalam upaya percepatan pemetaan kemitraan pemerintah dengan swasta untuk mendukung pembiayaan dan pelayanan kesehatan, maka perlu dilakukan koordinasi lanjutan lintas Eselon 1 Kementerian Kesehatan terkait pengelola kemitraan pemerintah dengan swasta.
2. Mengoptimalkan Peran dan Fungsi Donors Office Kementerian Kesehatan dengan mengatur tata kelola kemitraan yang bersumber dari sektor swasta dalam negeri dan luar negeri.

**4) Persentase Kebijakan Teknis dalam Penguatan Berbagai Skema Pembiayaan Kesehatan yang Efektif dan Efisien**

Tabel 3. 9 Capaian Indikator Persentase Kebijakan Teknis dalam Penguatan Berbagai Skema Pembiayaan Kesehatan yang Efektif dan Efisien Tahun 2023 dan Tahun 2024

Indikator Kinerja Program	Tahun 2023			Tahun 2024		
	T	C	% C	T	C	% C
<b>Persentase Kebijakan Teknis dalam Penguatan Berbagai Skema Pembiayaan Kesehatan yang Efektif dan Efisien</b>	100	100	100	100	100	100

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

**a) Definisi Operasional**

Persentase kebijakan teknis (berupa PP, Perpres, Perda, Permenkes, Kepmenkes, Edaran Menkes, Edaran eselon 1, dll) dalam penguatan berbagai skema pembiayaan kesehatan yang efektif dan efisien.

**b) Cara Perhitungan**

Jumlah kebijakan (PP, Perpres, Perda, Permenkes, Kepmenkes, Edaran Menkes, Edaran Eselon 1, dll) dalam penguatan berbagai skema pembiayaan kesehatan yang efektif dan efisien dibagi total jumlah rancangan kebijakan teknis dikali 100.

**c) Analisis Pencapaian**

Pencapaian target indikator ini adalah regulasi/kebijakan teknis skema pembiayaan kesehatan yang telah ditetapkan sampai dengan tahun 2024. Berikut regulasi/kebijakan yang dimaksud :

- 1) Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga Atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan;
- 2) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan
- 3) Kepmenkes Nomor HK.01.07/MENKES/1366/2024 tentang Pedoman Pelaksanaan Selisih Biaya Oleh Asuransi Kesehatan Tambahan Melalui Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan
- 4) Keputusan Kepala Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan Nomor HK.02.02/H/4175/2024 tentang Pedoman Audit Koding Diagnosis, Tindakan dan/atau Prosedur Medis pada Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan Nasional

**d) Kegiatan-kegiatan yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target**

Kegiatan yang mendukung pencapaian indikator ini, di antaranya :

- 1) Pusjak PDK berkoordinasi bersama kementerian/lembaga terkait percepatan penetapan Revisi Peraturan Presiden nomor 82 tahun 2018 tentang jaminan kesehatan;
- 2) Pembahasan rancangan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan Standar Pelayanan Minimal Kesehatan
- 3) Pembahasan rancangan Pedoman Pelaksanaan Selisih Biaya oleh Asuransi Kesehatan Tambahan Melalui Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan dengan stakeholder terkait
- 4) Pembahasan rancangan Pedoman Audit Koding dengan stakeholder terkait dan Tim Kerja Hukum dan Strategi Kebijakan Sekretariat BKKP

**e) Faktor Penghambat Pencapaian Target**

Pencapaian kegiatan ini berkaitan dengan proses penyusunan rancangan peraturan yang membutuhkan pembahasan dan diskusi yang intensif dan produktif serta membutuhkan waktu yang intens dalam proses pembahasannya

**f) Pemecahan Masalah dan Tindak Lanjut yang Dilakukan**

Berkoordinasi intens dengan para pihak yang terlibat dalam proses penyusunan rancangan peraturan baik lintas program, lintas unit, lintas K/L dan para pakar agar proses pembahasan rancangan peraturan berjalan dengan baik dan lancar.

**c. Indikator Kinerja Kegiatan (IKK)**

Berdasarkan perjanjian kinerja antara Kepala Pusjak PDK dengan Kepala BKKP terdapat 15 (lima belas) Indikator Kinerja Kegiatan (IKK) yang menjadi tanggung jawab Pusjak PDK. Berikut gambaran capaian target Indikator Kinerja Kegiatan tersebut

1) **Persentase Peserta JKN yang Berisiko yang Mendapatkan Layanan Skrining Kesehatan**  
 Penjelasan capaian target indikator kinerja kegiatan ini telah dijelaskan di indikator kinerja program Persentase Penduduk Berisiko yang Mendapatkan Layanan Skrining Kesehatan.

2) **Persentase Belanja Kesehatan Promotif Preventif dalam JKN**

Tabel 3.10 Capaian Indikator Persentase Belanja Kesehatan Promotif Preventif dalam JKN Tahun 2023 dan Tahun 2024

Indikator Kinerja Kegiatan	Tahun 2023			Tahun 2024		
	T	C	% C	T	C	% C
<b>Persentase Belanja Kesehatan Promotif Preventif dalam JKN</b>	12	13,2	110	15	12,5	83,3

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

a) **Definisi Operasional**

Persentase belanja kesehatan promotif preventif program JKN. Sumber data dari NHA.

b) **Cara Perhitungan**

Jumlah belanja kesehatan promotif preventif program JKN dibagi total belanja kesehatan JKN dikali 100.

c) **Analisis Pencapaian**

Capaian Tahun 2024 indikator ini erat kaitannya dengan perhitungan National Health Account (NHA) tahun 2023. Total Belanja Kesehatan Indonesia pada tahun 2023 sebesar Rp 614,5 triliun. Dalam 10 tahun terakhir terjadi peningkatan total belanja kesehatan dengan rata-rata pertumbuhan sebesar 4,3% per tahun. Peningkatan belanja kesehatan di 2023 dipengaruhi peningkatan utilisasi dan perubahan tarif JKN.

Pada tahun 2023, total belanja kesehatan dari program JKN sebesar Rp 164,6 triliun atau sebesar 26,8% dari total belanja kesehatan. Belanja JKN ini meningkat karena peningkatan utilisasi akibat berakhirnya pandemi COVID-19.

Belanja kesehatan dalam layanan primer program JKN yang termasuk promotif preventif dengan provider FKTP sebesar 12,5% (Rp 20,5 triliun) dari total belanja program JKN. Secara proporsi belanja promotif preventif ini menurun 0,7% dari tahun 2023 namun secara nominal meningkat sebanyak Rp 4,3 Triliun. Berdasarkan dari data tersebut maka capaian target indikator ini masih belum mencapai target dari yang telah ditetapkan, yaitu capaian 12,5% dari target 15% (83,3%).

Persentase belanja promotif-preventif JKN di FKTP menurun dari 13,2% pada 2023 menjadi 12,5% pada 2023, meskipun secara pertumbuhan belanja mengalami peningkatan dari yang semula sebesar Rp 16,2 triliun di tahun 2023 naik menjadi Rp 20,5 triliun di tahun 2023 atau mengalami kenaikan sebesar Rp 4,3 triliun. Peningkatan total belanja JKN dari 2022 ke 2023 menunjukkan upaya pemerintah untuk meningkatkan layanan kesehatan dalam program JKN. Namun, Dominasi proporsi belanja pada di FKRTL tetap tinggi. Hal ini menunjukkan bahwa aktivitas layanan kesehatan kuratif/pengobatan lebih besar dibandingkan upaya kegiatan promotif-preventif JKN di FKTP.

Grafik 3.5 Gambaran Belanja JKN Berdasarkan penyedia layanan termasuk Promotif Preventif Tahun 2019- 2023



Sumber: National Health Accounts, 2023

#### d) Kegiatan-kegiatan yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target

Berikut aktivitas kegiatan yang dilakukan untuk mencapai berikut

- 1) Pengumpulan data dari skema JKN dan berkoordinasi dengan BPJS kesehatan untuk mendapatkan angka
- 2) Diperoleh angka agregat JKN berdasarkan perhitungan aktuaris BPJS Kesehatan.
- 3) Melakukan proses perhitungan agregat total belanja kesehatan skema JKN
- 4) Data full klaim JKN telah dikirim oleh BPJS Kesehatan melalui SIPK
- 5) Penarikan data dan membutuhkan waktu mengingat data yang dikirim sangat besar.
- 6) Updating data belanja skema JKN untuk full figure NHA t-1
- 7) Finalisasi persentase belanja promotif preventif

#### e) Faktor Penghambat Pencapaian Target

Perhitungan indikator ini adalah belanja kesehatan promotif preventif program JKN dibagi total belanja kesehatan JKN dikali 100 sehingga untuk persentase belanja kesehatan promotif preventif sangat dipengaruhi oleh total belanja JKN. Sedangkan total belanja JKN sendiri terdiri dari berbagai unsur belanja di antaranya belanja FKRTL untuk kuratif. Apabila kenaikan belanja FKRTL lebih besar/dominan dibandingkan belanja FKTP, maka proporsi belanja promotif preventif FKTP akan menurun.

Target indikator ini pada tahun 2024 yaitu sebesar 15%, dengan target 15% tersebut sampai dengan akhir tahun capaiannya 12,5%, angka tersebut menunjukkan bahwa indikator ini tidak tercapai karena terjadi kenaikan utilisasi JKN yang didominasi belanja di FKRTL (belanja kuratif) pasca meredanya pandemi covid 19. Kenaikan utilisasi JKN yg didominasi di belanja FKRTL karena peserta JKN telah leluasa berkunjung ke FKRTL dibanding pada masa covid yg dimana menahan diri untuk tidak berkunjung ke FKRTL, berbeda dengan tahun-tahun sebelumnya yang dimana pola belanja masih dipengaruhi oleh pandemic covid-19.

#### f) Pemecahan Masalah dan Tindak Lanjut yang Dilakukan

Untuk meningkatkan proporsi belanja promotif dan preventif di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama (FKTP), beberapa langkah pemecahan masalah dan tindak lanjut yang dapat dilakukan meliputi:

- 1) Optimalisasi Penggunaan Dana Kapitasi di FKTP
  - Revisi regulasi dan kebijakan untuk memperjelas alokasi dana kapitasi yang harus digunakan untuk promotif preventif.
  - Penguatan mekanisme monitoring dan evaluasi, termasuk laporan penggunaan dana kapitasi berbasis indikator promotif preventif.
- 2) Penguatan Insentif untuk FKTP
  - Pemberian insentif berbasis kinerja bagi FKTP yang mencapai target indikator kesehatan promotif preventif.
  - Integrasi sistem reward and punishment dalam mekanisme pembayaran kapitasi berbasis kinerja.
- 3) Peningkatan Kapasitas dan Kesadaran Tenaga Kesehatan
  - Pelatihan dan workshop bagi tenaga kesehatan mengenai pentingnya program promotif preventif serta strategi implementasinya.
  - Penguatan jejaring dengan komunitas dan kader kesehatan untuk meningkatkan cakupan intervensi promotif preventif.
- 4) Integrasi Layanan Promotif Preventif dalam Sistem Pelayanan FKTP
  - Penerapan sistem skrining kesehatan berkala untuk mendeteksi dini penyakit tidak menular dan faktor risiko lainnya.
  - Penggunaan teknologi digital dan telemedicine untuk edukasi kesehatan dan pemantauan pasien secara berkala.

### 3) Persentase Provinsi dan Kabupaten/Kota yang Menghasilkan Rekomendasi dari Hasil Perhitungan Provincial Health Account / District Health Account (PHA/DHA)

Tabel 3.11 Capaian Indikator Persentase Provinsi dan Kabupaten/Kota yang Menghasilkan Rekomendasi dari Hasil Perhitungan Provincial Health Account / District Health Account (PHA/DHA) Tahun 2023 dan Tahun 2024

Indikator Kinerja Kegiatan	Tahun 2023			Tahun 2024		
	T	C	%C	T	C	%C
Persentase Provinsi dan Kabupaten/Kota yang Menghasilkan Rekomendasi dari Hasil Perhitungan Provincial Health Account / District Health Account (PHA/DHA)	75	79,7	104	100	100	100

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

#### a) Definisi Operasional

Persentase seluruh provinsi dan persentase kabupaten/kota yang menghasilkan rekomendasi dari hasil perhitungan PHA dan hasil perhitungan DHA pada provinsi dan kabupaten/kota dengan kapasitas fiskal tinggi dan sedang

#### b) Cara Perhitungan

Terdapat 3 tahap dalam menghitung capaian indikator, yaitu:

- 1) Jumlah provinsi yang menghasilkan rekomendasi dari hasil perhitungan PHA dibagi total provinsi dengan kapasitas fiskal tinggi dan sedang yang sudah melakukan perhitungan PHA dikali 100;
- 2) Jumlah kabupaten/kota yang sudah menghasilkan rekomendasi dari hasil perhitungan DHA dibagi total kabupaten/kota kapasitas fiskal tinggi dan sedang yang sudah melakukan

perhitungan DHA dikali 100

- 3) Rerata dari persentase provinsi yang menghasilkan PHA dan persentase kabupaten/kota yang menghasilkan DHA dibagi 2

### c) Analisis Pencapaian

Capaian indikator ini masih belum ada dikarenakan belum adanya dokumen rekomendasi dari perhitungan PHA dan DHA yang dihasilkan oleh Provinsi dan Kabupaten/Kota. Sampai dengan tahun 2024, sudah 17 (tujuh belas) provinsi yang dilakukan pendampingan, yaitu

- 1) Nusa Tenggara Timur
- 2) Sulawesi Tenggara
- 3) Maluku Utara
- 4) Kalimantan Utara
- 5) Sumatera Selatan
- 6) Jawa Timur
- 7) Kalimantan Tengah
- 8) DI Yogyakarta
- 9) Sulawesi Tengah
- 10) Sulawesi Utara
- 11) Kepulauan Bangka Belitung
- 12) Jawa Barat
- 13) Kepulauan Riau
- 14) Sulawesi Barat
- 15) Lampung
- 16) Bengkulu
- 17) Papua Barat

Tujuh belas provinsi serta Kab/Kota yang telah dilakukan pendampingan tersebut masih membutuhkan waktu untuk melengkapi data terkait perhitungan PHA/DHA sebelum menyusun rekomendasi. Pelaksanaan pendampingan dimulai bulan Maret-September 2024 dengan melibatkan Tim Kerja Kebijakan Health Accounts dan akademisi. Pelaksanaan pendampingan dilakukan di provinsi dengan mengundang perwakilan dari kabupaten/kota, yaitu dinas kesehatan, rumah sakit, dan Puskesmas terpilih. Dari hasil pendampingan tersebut didapatkan 17 provinsi menyusun PHA-p dan 75 Kab/kota menyusun DHA.

Berikut adalah bagan jumlah daerah Provinsi dan Kab/Kota yang melakukan perhitungan PHA/DHA dari pelaksanaan pendampingan berdasarkan Kapasitas Fiskal Daerah (KFD) tahun 2023:



Berdasarkan bagan tersebut di atas dapat diketahui bahwa dari 17 Provinsi yang melakukan perhitungan PHAp terdapat 6 Provinsi dengan kapasitas fiskal sedang dan tinggi yang telah

menyusun telaah rekomendasi yaitu Provinsi Sumatera Selatan, Provinsi Jawa Barat, Provinsi Jawa Timur, Provinsi Kalimantan Utara, Provinsi Kalimantan Tengah, dan Provinsi Maluku Utara. Selanjutnya, dari 75 Kab/Kota yang melakukan perhitungan DHA terdapat 41 Kab/Kota dengan kapasitas fiskal sedang dan tinggi yang telah menyusun telaah rekomendasi dengan rincian Kab/Kotanya adalah sebagai berikut:

No.	Nama Kab/Kota	No.	Nama Kab/Kota
1.	Kab. Ogan Komering Ulu	22.	Kab. Malaka
2.	Kab. Empat Lawang	23.	Kab. Nunukan
3.	Kab. Tulang Bawang	24.	Kota Tarakan
4.	Kab. Pesisir Barat	25.	Kab. Bangka
5.	Kab. Garut	26.	Kab. Bangka Barat
6.	Kota Bandung	27.	Kab. Kaur
7.	Kab. Bantul	28.	Kab. Katingan
8.	Kab. Sleman	29.	Kab. Lamandau
9.	Kota Yogyakarta	30.	Kab. Barito Timur
10.	Kab. Blitar	31.	Kab. Karimun
11.	Kab. Ponorogo	32.	Kota Batam
12.	Kab. Tuban	33.	Kota Tidore Kepulauan
13.	Kota Madiun	34.	Kab. Polewali Mandar
14.	Kota Pasuruan	35.	Kab. Pasangkayu
15.	Kota Batu	36.	Kab. Bombana
16.	Kota Palu	37.	Kab. Kolaka Utara
17.	Kab. Tojo Una-una	38.	Kab. Muna Barat
18.	Kab. Morowali Utara	39.	Kota Manado
19.	Kab. Manggarai	40.	Kab. Minahasa Utara
20.	Kab. Rote Ndao	41.	Kota Kotamobagu
21.	Kab. Sumba Barat Daya		

**d) Kegiatan-kegiatan yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target**

Beberapa kegiatan telah dilakukan untuk mendukung pencapaian target indikator ini di antaranya

- 1) Telah dilaksanakan Pertemuan Kegiatan Peningkatan Kapasitas Daerah dalam melakukan Health Account
- 2) Telah dilakukan pendampingan ke 17 Provinsi yang mengambil menu PHA/DHA pada anggaran dekonsentrasi
- 3) Telah dilakukan pendampingan 233 Kabupaten/Kota yang di mana di dalamnya termasuk pendampingan 92 Kabupaten/Kota dengan fiskal tinggi dan sedang

**e) Faktor Penghambat Pencapaian Target**

Beberapa tantangan dalam pelaksanaan kegiatan pendampingan dan penyusunan PHA-p/DHA pada tahun 2024 mencakup:

- 1) Daerah menginginkan tersedianya dasar hukum mengikat untuk memastikan penyusunan PHA-p/DHA sebagai masukan perbaikan perencanaan kesehatan di daerah.
- 2) Masih diperlukannya updating data setelah pendampingan PHA/DHA oleh masing-masing daerah
- 3) Belum semua daerah memiliki tim PHA/DHA yang dibentuk oleh SK Kepala Daerah, hal tersebut dikarenakan belum terinformasinya kewajiban dan kebutuhan penyusunan PHA/DHA kepada daerah secara merata.
- 4) Pemahaman mengenai PHA/DHA oleh daerah masih terbatas dan belum seragam dan proses pengolahan dan analisis data yang masih manual melalui excel membuat proses penyusunan membutuhkan waktu yang lama.

**f) Pemecahan Masalah dan Tindak Lanjut yang Dilakukan**

Dalam upaya mengatasi tantangan dalam pelaksanaan perhitungan PHA-p/DHA, maka perlu :

- 1) Telah terbit PP 28 Tahun 2024 Peraturan Pelaksanaan Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Tentang Kesehatan pada halaman 561 pasal 1139 ayat 9 huruf a,b,c mengenai tentang pencatatan belanja kesehatan mengenai National Health Account (NHA), Provincial Health Account (PHA) dan District Health Account (DHA)
- 2) Monitoring updating data ke masing-masing daerah pasca pendampingan PHA/DHA untuk penyusunan rekomendasi kebijakan

**4) Persentase Kabupaten/Kota yang Memberikan Insentif Pelaksanaan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) Bersumber APBD Murni**

*Tabel 3.12 Capaian Indikator Persentase Kabupaten/Kota yang Memberikan Insentif Pelaksanaan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) Bersumber APBD Murni Tahun 2023 dan Tahun 2024*

Indikator Kinerja Kegiatan	Tahun 2023			Tahun 2024		
	T	C	% C	T	C	% C
<b>Persentase Kabupaten/Kota yang Memberikan Insentif Pelaksanaan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) Bersumber APBD Murni</b>	75	100	133	100	100	100

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

**a) Definisi Operasional**

Persentase kabupaten/kota dengan kapasitas fiskal tinggi yang memberikan insentif pelaksanaan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) bersumber APBD murni.

**b) Cara Perhitungan**

Jumlah kabupaten/kota dengan kapasitas fiskal tinggi yang memberikan insentif pelaksanaan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) bersumber APBD murni dibagi total kabupaten/kota kapasitas fiskal tinggi dikali 100.

**c) Analisis Pencapaian**

Insentif UKM merupakan pemberian imbalan yang bersifat material di luar gaji kepada petugas puskesmas sebagai kompensasi pelaksanaan kegiatan program UKM untuk meningkatkan kinerja program UKM di puskesmas. Insentif UKM diberikan setiap bulan kepada semua petugas ASN puskesmas (PNS dan PPPK) yang melaksanakan kegiatan program UKM, setelah puskesmas melaporkan kinerja dan penyerapan dana BOK bulan yang bersangkutan.

Kebijakan insentif UKM pada petugas puskesmas dimulai sejak tahun 2023 berdasarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 19 tahun 2022 tentang Perubahan atas Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 2 Tahun 2022 tentang Petunjuk Teknis Penggunaan Dana Alokasi Khusus Nonfisik Bidang Kesehatan Tahun 2022. Adapun dasar kebijakan pemberian insentif UKM pada petugas puskesmas tahun 2023, yaitu Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 37 tahun 2023 tentang Petunjuk Teknis Pengelolaan Dana Bantuan Operasional Kesehatan Tahun Anggaran 2024. Sasaran kebijakan insentif UKM, yaitu petugas Puskesmas baik ASN maupun Non ASN dengan pengaturan yang berlaku saat ini.

Pengalihan Pengampu Menu dan Teknis Kebijakan Insentif UKM pada BOK Puskesmas ke Direktorat Tata Kelola Kesehatan Masyarakat. Berdasarkan surat dari Kepala Biro Perencanaan dan Anggaran Kemenkes, Nomor : PR.01.06/A.I/3594/2023 tanggal 22 September 2023 tentang Pengampu Menu Insentif UKM, disampaikan hal-hal sebagai berikut:

- a. Dalam rapat optimalisasi pelaksanaan DAK Nonfisik TA 2023 dan Perencanaan DAK Nonfisik TA 2024 pada tanggal 23 Agustus 2023 yang dipimpin oleh Bapak Sekretaris Jenderal, diputuskan bahwa mulai TA 2024 pengampu menu insentif UKM pada BOK Puskesmas dialihkan dari Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan kepada Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat.
- b. Selama masa transisi, proses pembahasan menu insentif UKM untuk BOK Puskesmas TA 2024 dalam tahap Sinkronisasi dan tahap penyusunan Rencana Kegiatan (RK) dilakukan bersama oleh Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan dan Direktorat Jenderal Kesehatan Masyarakat.

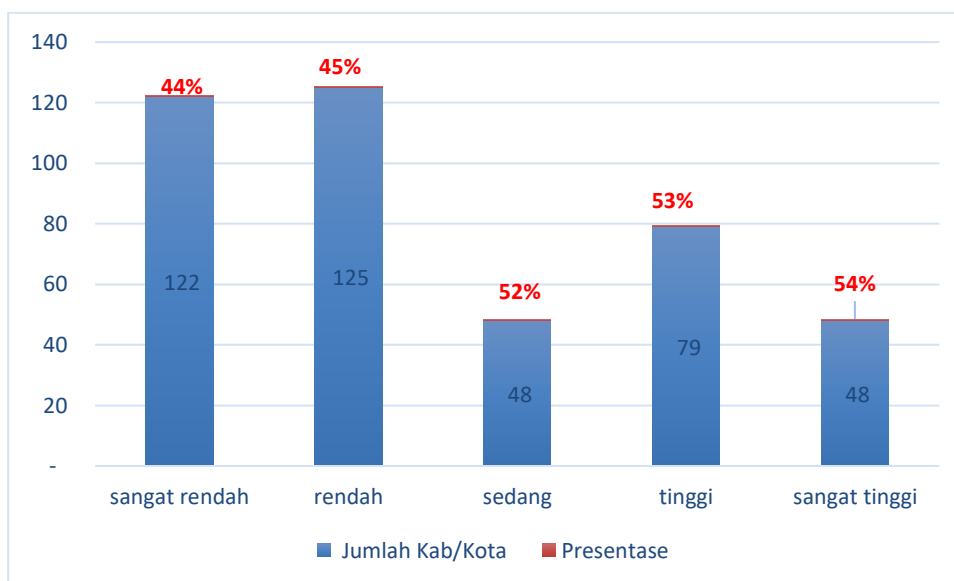
Berdasarkan data yang diperoleh dari e-renggar dimana Kabupaten/Kota melakukan input laporan realisasi insentif setiap bulannya. Pada tahun 2024 diketahui jumlah Kabupaten/Kota yang telah memberikan atau merealisasikan insentif UKM saat ini sebanyak 505 kabupaten/kota telah menganggarkan insentif UKM pada menu DAK Non Fisik. Adapun perhitungan capaian indikator ini, yaitu 79 Kab/ Kota fiskal tinggi yang telah merealisasikan insentif dibagi total 79 Kab/Kota fiskal tinggi dikali 100% sehingga diperoleh angka capaian 100%.

Tabel 3.13 Pagu Anggaran BOK Puskesmas dan Insentif UKM

Tahun	Total BOK Puskesmas (Rp)	% Indeks Dasar Insentif UKM	Anggaran Insentif UKM (Rp)
2023	8,272,605,523,108	7,5%	620,445,414,233
2023	8,100,641,918,000	16%	1,345,225,733,000
2024	8.481.718.304.000	16%	1.345.225.738.000

Pada tahun 2024 sebanyak 505 kabupaten/kota telah menganggarkan insentif UKM. Adapun kabupaten/kota yang tidak menganggarkan insentif UKM, yaitu 6 Kota di Provinsi DKI Jakarta; dan 3 Kabupaten yang tidak mengajukan anggaran Insentif UKM yaitu Kabupaten Bekasi Kabupaten Asmat dan Kota Bontang.

Grafik 3. 6 Grafik Realisasi Penyerapan Anggaran Insentif UKM tahun 2024



**d) Kegiatan-kegiatan yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target**

Pusjak PDK berkoordinasi dengan Biro Perencanaan terkait pemantauan berkala untuk realisasi menu insentif UKM bagi tenaga puskesmas melalui e-renggar

**e) Faktor Penghambat Pencapaian Target**

Adanya peralihan PIC pelaksanaan insentif UKM bagi tenaga Puskesmas dari Pusjak PDK ke Direktorat Tata Kelola Kesehatan Masyarakat menyebabkan Pusjak PDK sudah tidak dapat mengakses akun e-renggar untuk memantau realisasi insentif UM secara real time.

**f) Pemecahan Masalah dan Tindak Lanjut yang Dilakukan**

Akibat Pusjak PDK sudah tidak memiliki akun e-renggar, yaitu pemantauan realisasi insentif UKM bagi tenaga puskesmas tidak dapat dipantau secara real time, sehingga Pusjak PDK berkoordinasi dengan Biro Perencanaan terkait pemantauan berkala untuk realisasi insentif UKM

**5) Persentase Asuransi Kesehatan Swasta yang Bekerjasama dengan BPJS Kesehatan**

Tabel 3.14 Capaian Indikator Persentase Asuransi Kesehatan Swasta yang Bekerjasama dengan BPJS Kesehatan Tahun 2023 dan Tahun 2024

Indikator Kinerja Kegiatan	Tahun 2023			Tahun 2024		
	T	C	% C	T	C	% C
<b>Persentase Asuransi Kesehatan Swasta yang Bekerjasama dengan BPJS Kesehatan</b>	75	100	133	100	100	100

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

Persentase asuransi swasta dengan produk kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan untuk penyediaan manfaat tambahan (on top). Sumber data dari OJK

**a) Cara Perhitungan**

Jumlah asuransi swasta dengan produk kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan untuk penyediaan manfaat tambahan (on top) dibagi total asuransi swasta yang menjual

produk kesehatan dikali 100

#### b) Analisis Pencapaian

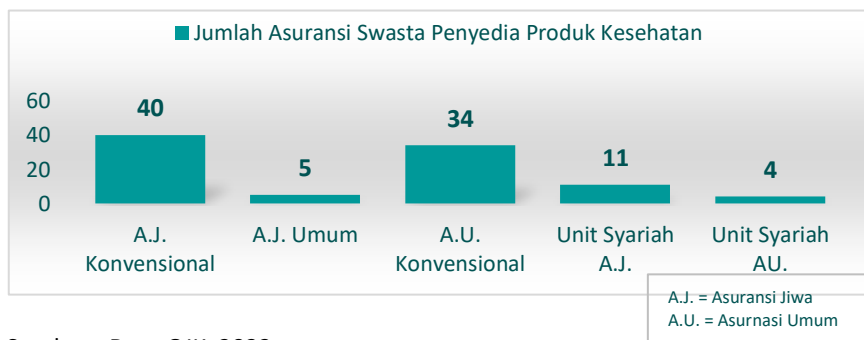
Dalam Peraturan BPJS Kesehatan Nomor 4 tahun 2020 tentang Petunjuk Teknis Penjaminan Pelayanan Kesehatan dengan Asuransi Kesehatan Tambahan dalam Program JKN, skema penjaminan selisih biaya atas pelayanan Kesehatan untuk peserta JKN yang menghendaki kenaikan kelas perawatan dilakukan melalui mekanisme BPJS Kesehatan sebagai pembayar pertama. Hal tersebut sejalan dengan Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan dan pengaturan sistem pembayaran pelayanan Kesehatan melalui paket INA-CBG yang telah diatur dalam Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.

Dalam skema dimaksud, peserta JKN dimungkinkan untuk mendapatkan manfaat pelayanan Kesehatan di atas standar akomodasi yang menjadi paket manfaat JKN dengan dijamin oleh asuransi Kesehatan tambahan. Asuransi Kesehatan Tambahan dalam hal ini menjadi penjamin kedua, yaitu menjamin biaya pelayanan Kesehatan yang tidak dijamin BPJS Kesehatan, karena keinginan peserta untuk dilayani di kelas yang lebih tinggi dari hak peserta. Syarat penjaminan dengan selisih biaya dimaksud dapat berlaku apabila peserta asuransi Kesehatan tambahan dirawat sesuai prosedur JKN dan dirawat di fasilitas Kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan.

Pada skema yang berlaku saat ini penjaminan selisih biaya oleh asuransi Kesehatan tambahan yang dimiliki oleh peserta JKN dapat langsung dilakukan tanpa melalui penandatanganan Kerjasama dengan BPJS Kesehatan. Selisih biaya dibayarkan sesuai dengan kesepakatan antara asuransi kesehatan tambahan dengan FKRTL. Oleh karena itu, dipastikan seluruh asuransi Kesehatan swasta yang menyediakan produk asuransi Kesehatan, dapat menjamin selisih biaya yang timbul karena kenaikan kelas oleh peserta JKN yang dirawat sesuai prosedur JKN dan dilayani di fasilitas Kesehatan yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan. Berdasarkan penjelasan tersebut, capaian target untuk indikator ini tercapai 100% melalui mekanisme skema yang berlaku saat ini.

Berdasarkan data Otoritas Jasa Keuangan (OJK) pada tahun 2023 terdapat 94 perusahaan asuransi swasta yang menyediakan produk kesehatan. Jumlah perusahaan asuransi swasta berdasarkan jenisnya yang menjual produk kesehatan disajikan pada grafik di bawah ini.

Grafik 3.7 Perusahaan Asuransi Swasta Penyedia Produk Kesehatan tahun 2023



Sumber : Data OJK 2023

Program JKN saat ini menjamin seluruh biaya pelayanan kesehatan yang dilakukan pada peserta dengan disertai indikasi/ kebutuhan medis. Namun demikian, terdapat amanat dimana peserta dapat meningkatkan pelayanan sesuai keinginan peserta untuk mendapatkan layanan diluar haknya dalam program JKN. Agar mendapatkan kenyamanan lebih dari standar yang ada. Skema ini melalui mekanisme selisih biaya yang dibayarkan oleh peserta atau pemberi kerja atau Asuransi Kesehatan Tambahan (AKT).

Dengan adanya kebijakan Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) yang mengatur **standar manfaat non medis**, maka kebijakan selisih biaya dapat efektif dijalankan tanpa bertentangan dengan aturan perundang-undangan

Sebagaimana amanat UU 17/2023 : Manfaat tambahan melalui asuransi kesehatan tambahan dilaksanakan dengan **koordinasi antar penjamin kesehatan lainnya**.

Kepmenkes no. 1366 Tahun 2024: Penataan Kebijakan Selisih Biaya melalui Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan (KAPJ) dalam Program JKN. Mengatur adanya Koordinasi antara BPJS Kesehatan dan Asuransi Kesehatan Tambahan, antara lain :

- a. koordinasi pengumpulan iuran satu pintu
- b. koordinasi sistem tagihan satu pintu
- c. koordinasi selisih biaya pelayanan yang ditanggung oleh badan penyelenggara jaminan sosial kesehatan dan Asuransi Kesehatan Tambahan

**a) Kegiatan-kegiatan yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target**

Pusjak PDK telah dan sedang berproses diskusi dan brainstorming perbaikan mekanisme penjaminan selisih biaya JKN dengan perwakilan asuransi swasta, para pakar, BPJS Kesehatan, Rumah Sakit dengan pembahasan di antaranya :

1. Telah terbit Kepmenkes no 1366 tahun 2024 Pedoman Pelaksanaan Selisih Biaya oleh Asuransi Kesehatan Tambahan melalui Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan (KAPJ)
2. Sosialisasi Kepmenkes no 1366 tahun 2024 Pedoman Pelaksanaan Selisih Biaya oleh Asuransi Kesehatan Tambahan melalui Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan (KAPJ)

**b) Faktor Penghambat Pencapaian Target**

Pada skema yang berlaku saat ini penjaminan selisih biaya oleh asuransi Kesehatan tambahan yang dimiliki oleh peserta JKN dapat langsung dilakukan tanpa melalui penandatanganan Kerjasama dengan BPJS Kesehatan. Selisih biaya dibayarkan sesuai dengan kesepakatan antara asuransi kesehatan tambahan dengan FKRTL.

Selain itu, regulasi yang ada saat ini hanya mengatur bahwa selisih biaya berlaku bagi peserta yang menginginkan naik kelas dari kelas hak peserta (pintu masuk selisih biaya dengan kenaikan kelas terlebih dahulu). Manfaat medis yang didapatkan peserta dalam JKN diberikan berdasarkan kebutuhan dasar kesehatan dan indikasi medis dan tidak dibedakan berdasarkan iuran, hal ini yang menyebabkan sulitnya membreakdown manfaat medis apa saja yang akan diselisihbiayakan selain manfaat non medis. Jika selisih biaya diimplementasikan diperlukan standar tarif secara nasional dan standar layanan sebagai dasar negosiasi antara Rumah Sakit dengan Asuransi Kesehatan Tambahan (AKT)

**c) Pemecahan Masalah dan Tindak Lanjut yang Dilakukan**

Dalam rangka meningkatkan peran asuransi kesehatan swasta dalam program JKN. Berikut hal-hal yang perlu dilakukan, di antaranya

- 1) Telah terbit Kepmenkes no 1366 tahun 2024 Pedoman Pelaksanaan Selisih Biaya oleh Asuransi Kesehatan Tambahan melalui Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan (KAPJ)
- 2) Pembahasan pengaturan selisih biaya untuk medis karena pengaturan pada Permenkes Nomor 3 Tahun 2023 masih terbatas terkait manfaat non medis
- 3) Koordinasi penyiapan sistem informasi untuk pelaksanaan koordinasi manfaat

**6) Persentase Kabupaten/Kota yang Melakukan Kemitraan Pembiayaan Pemerintah dan Swasta dalam Penanganan 9 Penyakit Prioritas**

Tabel 3.15 Capaian Indikator Persentase Kabupaten/Kota yang Melakukan Kemitraan Pembiayaan Pemerintah dan Swasta dalam Penanganan 9 Penyakit Prioritas Tahun 2023 dan Tahun 2024

Indikator Kinerja Kegiatan	Tahun 2023			Tahun 2024		
	T	C	%C	T	C	%C
Persentase Kabupaten/Kota yang Melakukan Kemitraan Pembiayaan Pemerintah dan Swasta dalam Penanganan 9 Penyakit Prioritas	75	89,9	120	100	100	100

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

**a) Definisi Operasional**

Persentase kabupaten/kota dengan kapasitas fiskal tinggi yang melakukan kemitraan pembiayaan pemerintah dan swasta dalam penanganan 9 penyakit prioritas

**b) Cara Perhitungan**

Jumlah kabupaten/kota dengan kapasitas fiskal tinggi yang melakukan kemitraan pembiayaan pemerintah dan swasta dalam penanganan 9 penyakit prioritas dibagi total kabupaten/kota dengan kapasitas fiskal tinggi dikali 100

**c) Analisis Pencapaian**

Total belanja kesehatan Indonesia terus meningkat, namun anggaran kesehatan skema publik mengalami penurunan pasca pandemi. Hal ini menunjukkan perlunya diversifikasi sumber pembiayaan kesehatan dengan membuka peluang sumber pembiayaan baru lainnya termasuk melalui kemitraan dengan sektor swasta.

Peran Penguatan pelayanan kesehatan tidak hanya dijalankan oleh pelaku yang berasal dari sisi pemerintah, tetapi juga pelaku dari sektor privat (swasta), terutama untuk penyedia layanan kesehatan (*provision*) dan pembiayaan kesehatan (*financing*). Sehingga dapat mengoptimalkan semua unsur dan sumber pembiayaan kesehatan.

Kemitraan Pemerintah dengan swasta bukanlah hal yang baru di Indonesia. Kementerian Kesehatan juga telah mengeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 40 Tahun 2018 tentang kemitraan di bidang infrastruktur kesehatan yang disebut Kerjasama Pemerintah dan Badan Usaha (KPBU) yang membuka jalan untuk memperluas potensi Kemitraan antara Pemerintah dan sektor swasta dalam penyediaan layanan kesehatan di Indonesia.

Pemanfaatan sektor swasta adalah salah satu keputusan strategis yang diambil Kementerian Kesehatan untuk mengatasi kesenjangan layanan yang terjadi antar wilayah dan kepulauan di Indonesia.

Dalam rangka memenuhi pencapaian program-program kesehatan yang lebih komprehensif (promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif) untuk mendorong pembangunan kesehatan, maka telah disusun pula regulasi yang mengatur kemitraan pemerintah dengan swasta di bidang non-infrastruktur kesehatan. Regulasi tersebut adalah Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 27 tahun 2022 tentang Pedoman Kemitraan Pemerintah dengan Swasta di bidang non infrastruktur Kesehatan.

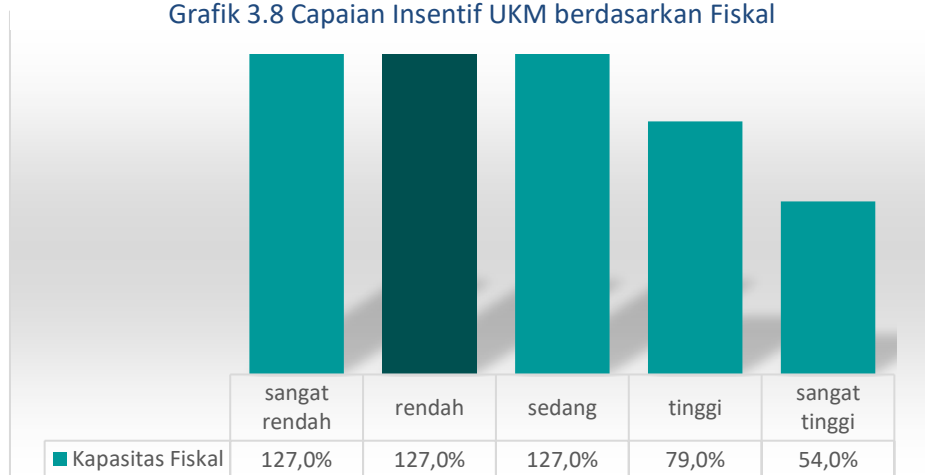
Pemetaan KPS bidang Kesehatan baik infrastruktur maupun non infrastruktur dilakukan dengan mengumpulkan data dari program baik di tingkat pusat maupun di Dinas Kesehatan kabupaten/kota, pengisian survey online oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, serta penelusuran data secara elektronik. Data di kompilasi dan diidentifikasi variabelnya menurut wilayah kabupaten/ kota, kapasitas fiskal, ruang lingkup Kerjasama, bentuk, dan mekanisme kerjasama.

Ruang lingkup KPS terdiri dari Kerjasama secara umum; penanganan salah satu dari 9 penyakit dan program prioritas yang meliputi Stroke, Jantung, Kanker, Diabetes, Ginjal, Hati, KIA, TBC dan Infeksi; upaya skrining salah satu dari 14 penyakit yaitu Diabetes Melitus, Hipertensi, Jantung, USG/mammografi, Tes IVA, Kadar Tyroid, Anemia, skrining kanker paru, TBC, PPOK, Rapid Hepatitis B dan C, Thalasemia, Skrining kanker usus.

Tabel 3.16 Kabupaten/Kota yang Melaksanakan Kerjasama Pemerintah dan Swasta (KPS)

Kapasitas Fiskal Kabupaten/ Kota	KPS Bidang Kesehatan
Sangat Rendah (N=127)	127 (100%)
Rendah (N=127)	127 (100%)
Sedang (N=127)	127 (100%)
<b>Tinggi (N=79)</b>	<b>79 (100%)</b>
Sangat Tinggi (N=54)	54 (100%)
<b>Total Kab/Kota = 514</b>	<b>514 (100%)</b>

Grafik 3.8 Capaian Insentif UKM berdasarkan Fiskal



Berdasarkan hasil pemetaan tersebut menurut ruang lingkup penanganan salah satu dari 9 penyakit prioritas menunjukkan 79 kab/kota (100%) dari 79 kabupaten/kota dengan kapasitas fiskal tinggi yang melakukan kemitraan dalam penanganan salah satu dari 9 penyakit prioritas. Capaian indikator ini sebesar 100 % dan telah mencapai target yang telah ditetapkan 100% di tahun 2024.

#### **Kegiatan-kegiatan yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target**

Untuk mendorong pemetaan KPS bidang Kesehatan baik infrastruktur maupun non infrastruktur di daerah, Pusjak PDK telah melakukan upaya antara lain :

1. Diskusi Tata Kelola pelaksanaan KPS bersama lintas Eselon 1 Kementerian Kesehatan dan Biro Organisasi Sumber Daya manusia.
2. Pemetaan data KPS bidang Kesehatan di Kementerian Kesehatan dan di Daerah dilakukan dengan memberikan template data terstruktur melalui surat resmi kepada unit kerja di lingkungan Kementerian Kesehatan.

#### **f) Faktor Penghambat Pencapaian Target**

Berikut beberapa hambatan pada pemetaan KPS bidang Kesehatan baik infrastruktur maupun non infrastruktur:

- 4) Pemerintah daerah belum memiliki pedoman/petunjuk teknis/peraturan khusus tingkat daerah yang mengatur dan mendukung implementasi KPS bidang kesehatan.
- 5) Belum adanya MOU atau perjanjian kerjasama yang mengikat dan belum ada keberlanjutannya di setiap kerjasama. Kemitraan yang berjalan masih ada yang belum memiliki MOU atau Perjanjian Kerjasama berupa kesepakatan non kontraktual. Kemitraan dengan NGO/Mitra Pembangunan bersifat turunan yang sudah ada MOU dari Pusat (Kemenkes) dan sebagian masuk ke dalam dana Hibah
- 6) Belum adanya inventarisasi KPS di daerah karena mekanisme kerjasama tidak mengikat antar sektor yang bermitra.

#### **g) Pemecahan Masalah dan Tindak Lanjut yang Dilakukan**

1. Dalam upaya percepatan pemetaan kemitraan pemerintah dengan swasta untuk mendukung pembiayaan dan pelayanan kesehatan, maka perlu dilakukan koordinasi lanjutan lintas Eselon 1 Kementerian Kesehatan terkait pengelola kemitraan pemerintah dengan swasta.
2. Mengoptimalkan Peran dan Fungsi Donors Office Kementerian Kesehatan dengan

mengatur tata kelola kemitraan yang bersumber dari sektor swasta dalam negeri dan luar negeri.

## 7) Persentase Kabupaten/Kota yang Melakukan Kemitraan Pembiayaan Pemerintah dan Swasta dalam Upaya Skrining 14 Penyakit

Tabel 3.17 Capaian Indikator Persentase Kabupaten/Kota yang Melakukan Kemitraan Pembiayaan Pemerintah dan Swasta dalam Upaya Skrining 14 Penyakit Tahun 2023 dan Tahun 2024

Indikator Kinerja Kegiatan	Tahun 2023			Tahun 2024		
	T	C	%C	T	C	%C
Persentase Kabupaten/Kota yang Melakukan Kemitraan Pembiayaan Pemerintah dan Swasta dalam Upaya Skrining 14 Penyakit	75	79,6	106	100	89,8	89,8

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

### a) Definisi Operasional

Persentase kabupaten/kota dengan kapasitas fiskal sedang dan tinggi yang melakukan kemitraan pembiayaan pemerintah dan swasta dalam upaya skrining 14 penyakit

### b) Cara Perhitungan

Jumlah kabupaten/kota dengan kapasitas fiskal **sedang dan tinggi** yang melakukan kemitraan pembiayaan pemerintah dan swasta dalam upaya skrining 14 penyakit dibagi total kabupaten/kota dengan kapasitas fiskal sedang dan tinggi dikali 100

### c) Analisis Pencapaian

Total belanja kesehatan Indonesia terus meningkat, namun anggaran kesehatan skema publik mengalami penurunan pasca pandemi. Hal ini menunjukkan perlunya diversifikasi sumber pembiayaan kesehatan dengan membuka peluang sumber pembiayaan baru lainnya termasuk melalui kemitraan dengan sektor swasta.

Peran Penguatan pelayanan kesehatan tidak hanya dijalankan oleh pelaku yang berasal dari sisi pemerintah, tetapi juga pelaku dari sektor privat (swasta), terutama untuk penyedia layanan kesehatan (*provision*) dan pembiayaan kesehatan (*financing*). Sehingga dapat mengoptimalkan semua unsur dan sumber pembiayaan kesehatan.

Kemitraan Pemerintah dengan swasta bukanlah hal yang baru di Indonesia. Kementerian Kesehatan juga telah mengeluarkan Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 40 Tahun 2018 tentang kemitraan di bidang infrastruktur kesehatan yang disebut Kerjasama Pemerintah dan Badan Usaha (KPBU) yang membuka jalan untuk memperluas potensi Kemitraan antara Pemerintah dan sektor swasta dalam penyediaan layanan kesehatan di Indonesia. Pemanfaatan sektor swasta adalah salah satu keputusan strategis yang diambil Kementerian Kesehatan untuk mengatasi kesenjangan layanan yang terjadi antar wilayah dan kepulauan di Indonesia.

Dalam rangka memenuhi pencapaian program-program kesehatan yang lebih komprehensif (promotif, preventif, kuratif dan rehabilitatif) untuk mendorong pembangunan kesehatan, maka telah disusun pula regulasi yang mengatur kemitraan pemerintah dengan swasta di bidang non-infrastruktur kesehatan. Regulasi tersebut adalah Peraturan Menteri Kesehatan

Nomor 27 tahun 2022 tentang Pedoman Kemitraan Pemerintah dengan Swasta di bidang non infrastruktur Kesehatan.

Pemetaan KPS bidang Kesehatan baik infrastruktur maupun non infrastruktur dilakukan dengan mengumpulkan data dari program baik di tingkat pusat maupun di Dinas Kesehatan kabupaten/kota, pengisian survey online oleh Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, serta penelusuran data secara elektronik. Data di kompilasi dan diidentifikasi variabelnya menurut wilayah kabupaten/ kota, kapasitas fiskal, ruang lingkup Kerjasama, bentuk, dan mekanisme kerjasama.

Ruang lingkup KPS terdiri dari Kerjasama secara umum; penanganan salah satu dari 9 penyakit dan program prioritas yang meliputi Stroke, Jantung, Kanker, Diabetes, Ginjal, Hati, KIA, TBC dan Infeksi; upaya skrining salah satu dari 14 penyakit yaitu Diabetes Melitus, Hipertensi, Jantung, USG/mammografi, Tes IVA, Kadar Tyroid, Anemia, skrining kanker paru, TBC, PPOK, Rapid Hepatitis B dan C, Thalasemia, Skrining kanker usus.

Gambar 3. 1 Ruang Lingkup KPS

Kapasitas Fiskal Daerah*	Ruang Lingkup KPS		
	KPS Bidang Kesehatan n (%)	Penanganan 9 Penyakit/ Program n (%)	Upaya % 14 Penyakit n (%)
Sangat Rendah (N= 127)	127 (100%)	124 (98%)	77 (61%)
Rendah (N=127)	127 (100%)	121 (95%)	83 (65%)
Sedang (N=127)	127 (100%)	126 (99%)	110 (87%)
Tinggi (N=79)	79 (100%)	79 (100%)	75 (95%)
Sangat Tinggi (N=54)	54 (100%)	54 (100%)	51 (94%)
Total Kab/kota = 514	514 (100%)	504 (98%)	396 (77%)

\* Kapasitas Fiskal Sesuai Permenkeu No. 116 tahun 2021

Gambar diatas memperlihatkan bahwa pencapaian target Indikator Kinerja Program (IKP) dan Indikator Kinerja Kegiatan (IKK) tahun 2024. Hasil pemetaan menunjukkan bahwa untuk IKK Upaya skrining 14 penyakit belum mencapai target, hal ini terlihat bahwa sebanyak 185 Kab/Kota (**89,8%**) dari 206 kabupaten/kota dengan kapasitas fiskal tinggi dan sedang yang melakukan Kemitraan Pemerintah dengan Swasta bidang infrastruktur dan non infrastruktur Kesehatan. Dengan melihat kapasitas fiksak daerah maka secara praktik, makin tinggi kapasitas fiskal kab/kota makin banyak pelaksanaan KPS. Hasil pencapaian IKK dan IKP ini merupakan kumulatif dari tahun 2022 – 2024.

#### d) Kegiatan-kegiatan yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target

Untuk mendorong pemetaan KPS bidang Kesehatan baik infrastruktur maupun non infrastruktur di daerah, Pusjak PDK telah melakukan upaya antara lain :

1. Diskusi Tata Kelola pelaksanaan KPS bersama lintas Eselon 1 Kementerian Kesehatan dan Biro Organisasi Sumber Daya manusia.
2. Pemetaan data KPS bidang Kesehatan di Kementerian Kesehatan dan di Daerah dilakukan dengan memberikan template data terstruktur melalui surat resmi kepada unit kerja di lingkungan Kementerian Kesehatan.

**e) Faktor Penghambat Pencapaian Target**

Berikut beberapa hambatan pada pemetaan KPS bidang Kesehatan baik infrastruktur maupun non infrastruktur:

- 1) Pemerintah daerah belum memiliki pedoman/petunjuk teknis/peraturan khusus tingkat daerah yang mengatur dan mendukung implementasi KPS bidang kesehatan.
- 2) Belum adanya MOU atau perjanjian kerjasama yang mengikat dan belum ada keberlanjutannya di setiap kerjasama. Kemitraan yang berjalan masih ada yang belum memiliki MOU atau Perjanjian Kerjasama berupa kesepakatan non kontraktual. Kemitraan dengan NGO/Mitra Pembangunan bersifat turunan yang sudah ada MOU dari Pusat (Kemenkes) dan sebagian masuk ke dalam dana Hibah.
- 3) Belum adanya inventarisasi KPS di daerah karena mekanisme kerjasama tidak mengikat antar sektor yang bermitra.

**f) Pemecahan Masalah dan Tindak Lanjut yang Dilakukan**

- 1) Dalam upaya percepatan pemetaan kemitraan pemerintah dengan swasta untuk mendukung pembiayaan dan pelayanan kesehatan, maka perlu dilakukan koordinasi lanjutan lintas Eselon 1 Kementerian Kesehatan terkait pengelola kemitraan pemerintah dengan swasta.
- 2) Mengoptimalkan Peran dan Fungsi Donors Office Kementerian Kesehatan dengan mengatur tata kelola kemitraan yang bersumber dari sektor swasta dalam negeri dan luar negeri.

**8) Annual Review Tarif INA-CBGs dan NHA (T- 1)**

Tabel 3.18 Capaian Indikator Annual Review Tarif INA-CBGs dan NHA (T- 1) Tahun 2023 dan Tahun 2024

Indikator Kinerja Kegiatan	Tahun 2023			Tahun 2024		
	T	C	% C	T	C	% C
Annual Review Tarif INA-CBGs dan NHA (T- 1)	2	2	100	2	2	100

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

**a) Definisi Operasional**

Dihasilkannya dokumen annual review tarif INA-CBGs dan NHA tahun sebelumnya (T- 1) paling lambat September pada tahun berjalan.

**b) Cara Perhitungan**

Jumlah dokumen yang dihasilkan dari annual review tarif INA-CBGs dan NHA tahun sebelumnya (T- 1) paling lambat September pada tahun berjalan.

**c) Analisis Pencapaian**

Pada tahun 2024 telah dihasilkan dokumen Annual Review Tarif INA-CBGs dan dokumen NHA (T-1) sehingga indikator ini telah tercapai sesuai dengan target yang telah ditentukan dengan persentase capaian sebesar 100%.

Gambar 3.2 Dokumen Annual Review Tarif INA-CBGs dan NHA (T- 1)



### **Annual Review Tarif INA-CBGs**

Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018, pasal 73 ayat (1) dan ayat (2) bahwa standar tarif pelayanan Kesehatan di Fasilitas Kesehatan Tingkat Pertama dan Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjutan ditetapkan oleh Menteri Kesehatan, dan ditinjau minimal setiap 2 (dua) tahun sekali dengan memperhitungkan kecukupan luran dan kesinambungan program yang dilakukan bersama dengan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial Kesehatan, Dewan Jaminan Sosial Nasional, dan menteri yang menyelenggarakan urusan pemerintahan di bidang keuangan. Perhitungan tarif INA-CBG telah dilakukan pada Tahun 2023 dan dituangkan dalam Permenkes No. 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan.

Annual Review bertujuan untuk memberikan rekomendasi atas penyelenggaraan jaminan kesehatan terutama dalam hal tarif bagi fasilitas kesehatan. Adapun tujuan dari pelaksanaan annual review tarif INA-CBGs Tahun 2024, yaitu terimplementasinya costing tarif INA CBG menggunakan kodefikasi INA Grouper.

### **NHA (T- 1)**

Tahun 2024 merupakan produksi penyusunan NHA 2023 (NHA t-1). Pemanfaatan NHA diharapkan dapat sesuai dengan waktu perencanaan penganggaran kesehatan di Indonesia. Gambaran belanja kesehatan dalam NHA dibutuhkan untuk mendapatkan pola belanja kesehatan di Indonesia, sekaligus memberikan masukan kepada pemangku kebijakan tentang kecukupan dan keberlangsungan pembiayaan kesehatan di masa depan.

Penyusunan NHA t-1 melibatkan data dari berbagai sumber yang ada di berbagai K/L maupun instansi non publik. Oleh karena itu, pelaksana kegiatan Konsolidasi Penyusunan NHA 2023 pada tahun 2024 ini dilembagakan dengan menerbitkan SK Menteri Kesehatan untuk Tim Reviewer NHA dan SK Kepala Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan untuk Tim Teknis Pengolah Data yang melibatkan berbagai Kementerian/Lembaga/Instansi.

Tahapan penyusunan NHA 2023 secara garis besar dibagi menjadi 3, yaitu

- 1) Penyusunan agregat NHA 2023, untuk data publik dan data non publik
- 2) Penyusunan disagregat NHA 2023, berdasarkan skema Kementerian Kesehatan, skema

K/L lain, skema subnasional, skema asuransi kesehatan sosial, skema asuransi swasta, skema korporasi, skema LNPRT dan skema OOP.

3) Diseminasi NHA 2023

Hasil penyusunan NHA 2023 menghasilkan potret/gambaran/angka untuk:

- 1) Total Belanja Kesehatan
- 2) Persentase Belanja Kesehatan dalam Layanan Primer Program JKN yang termasuk Promotif Preventif
- 3) Proporsi *Out Of Pocket* (OOP) dalam Total Belanja Kesehatan
- 4) Belanja *Primary Health Care* (PHC)
- 5) Belanja Farmasi (*Pharmaceutical Expenditure*)

**d) Kegiatan-kegiatan yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target**

**Annual Review Tarif INA-CBGs**

Berikut pelaksanaan kegiatan/ langkah annual Tarif INA CBG selama tahun 2024 :

- 1) Proses perhitungan unit cost secara manual dan pengembangan aplikasi IHCA
- 2) Proses melakukan penghitungan relative weight rawat jalan
- 3) melakukan penghitungan cost weight
- 4) melakukan perhitungan case mix di 130 RS
- 5) melakukan perhitungan hospital base rate (HBR) 303 RS
- 6) melakukan adjustment factor
- 7) melakukan perhitungan preliminary tarif
- 8) simulasi spending tarif baru
- 9) Draft tarif
- 10) Dialog stakeholder
- 11) Final tarif

**NHA (T- 1)**

Dihasilkannya angka belanja kesehatan agregat tahun 2023 tidak lepas dari dukungan berbagai pihak. Saat ini produksi NHA t-1 sesuai dengan timeline, dimana estimasi full figure akan didapatkan pada bulan Agustus dan final NHA 2023 dirilis Desember 2024. Beberapa aktivitas yang mendukung produksi kerangka NHA t-1 adalah:

- 1) Penyusunan SK Tim Reviewer dan SK Tim Teknis pengolahan data yang mendukung produksi NHA t-1.
- 2) Triangulasi estimasi perhitungan bersama BPS dan BPJS Kesehatan
- 3) Finalisasi angka penuh NHA 2023
- 4) Penyusunan laporan NHA Tahun 2023

**e) Faktor Penghambat Pencapaian Target**

**Annual Review Tarif INA-CBGs**

Berikut hambatan pada pelaksanaan kegiatan annual review tarif INA CBG yaitu : pada Perhitungan Tarif, pada Proses diskusi INA-Grouper yang panjang, yang meliputi konsultasi dan koordinasi dengan para pakar, klasifikasi kasus, pengembangan algoritma, uji coba, koordinasi dengan stakeholder, serta reklasifikasi kasus, telah menyebabkan terhambatnya perhitungan tarif. Hal ini disebabkan karena data yang digunakan untuk menghitung tarif sangat bergantung pada INA-Grouper. Oleh karena itu, perhitungan tarif baru dapat dilanjutkan

setelah data final dari INA-Grouper tersedia

#### **NHA (T- 1)**

Beberapa tantangan/ hambatan yang dihadapi dalam proses penyusunan NHA tahun 2023 adalah:

- 1) Mekanisme pengiriman data belanja kesehatan, khususnya data skema asuransi kesehatan sosial yang sudah dilakukan interoperabilitas melalui Sistem Informasi Pembiayaan Kesehatan (SIPK) masih lambat (memakan waktu). Hal ini berkaitan dengan kecepatan sistem informasi dalam melakukan pengiriman data dan masih terdapat ketidaktepatan variabel yang dikirimkan oleh BPJS Kesehatan dan BPJS Ketenagakerjaan.
- 2) Proses diskusi dan koordinasi interoperabilitas data pada Kementerian Keuangan dan Kementerian Dalam Negeri masih terus berproses.
- 3) Belum semua skema dapat melakukan disagregasi data belanja kesehatan berdasarkan penyakit karena keterbatasan rincian data yang ada, terutama skema Nonpublik (Korporasi, LNPRT, dan OOP).
- 4) Linimasa agregat maupun disagregat kurang sesuai dengan terbitnya data audited pada K/L pengampu data sehingga butuh beberapa kali melakukan updating master output NHA. Khusus untuk data skema Nonpublik, hasil survei BPS dan OJK tersedia pada akhir tahun sehingga menyulitkan Tim NHA melakukan finalisasi data belanja sesuai dengan linimasa.

#### **f) Pemecahan Masalah dan Tindak Lanjut yang Dilakukan**

##### **Annual Review Tarif INA-CBGs**

- 1) Berkoordinasi lebih intens untuk mempercepat penyelesaian masalah teknis, seperti pengembangan algoritma dan klasifikasi kasus; meningkatkan kesepahaman antar-stakeholder dan; mengurangi hambatan komunikasi yang sering memperlambat pengambilan keputusan.
- 2) Penyusunan roadmap tahapan pengembangan INA-Grouper yang lebih efisien dengan timeline yang ketat untuk mengatasi keterlambatan dalam perhitungan tarif INA-CBG.

#### **NHA (T- 1)**

- 1) Menyesuaikan timeline agregat maupun disagregat dengan terbitnya data audited pada K/L pengampu data sehingga dapat meminimalisir updating master output NHA.
- 2) Berkoordinasi lebih intense kembali terkait proses administrasi dalam menyusun Perjanjian Kerja Sama (PKS) dengan K/L sumber data agar PKS dapat segera terbit

#### **9) Annual Utilization Review untuk 20 Penyakit Berbiaya Tertinggi**

Tabel 3.19 Capaian Indikator Annual Utilization Review untuk 20 Penyakit Berbiaya Tertinggi Tahun 2023 dan Tahun 2024

Indikator Kinerja Kegiatan	Tahun 2023			Tahun 2024		
	T	C	% C	T	C	% C

<b>Annual Utilization Review untuk 20 Penyakit Berbiaya Tertinggi</b>	20	20	100	20	20	100
---	----	----	-----	----	----	-----

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

**a) Definisi Operasional**

Dihasilkannya dokumen annual utilization review untuk 20 penyakit berbiaya tertinggi paling lambat September pada tahun berjalan.

**b) Cara Perhitungan**

Jumlah dokumen yang dihasilkan dari annual utilization review untuk 20 penyakit berbiaya tertinggi paling lambat September pada tahun berjalan.

**c) Analisis Pencapaian**

Berdasarkan waktu pelaksanaannya Utilization Review (UR) dapat dikelompokkan menjadi Prospective Review, Concurrent Review dan Retrospective. Pada Prospective Review merupakan UR yang digunakan untuk menentukan kebutuhan pelayanan kesehatan sebelum pelayanan tersebut diberikan, untuk hal ini dapat kita lakukan melalui kajian dan monitoring terhadap layanan yang telah ada sebelumnya untuk dapat ditentukan antara kebutuhan dengan layanan yang akan diberikan.

Concurrent Review merupakan UR yang dilakukan saat layanan diberikan, untuk hal ini kita dapat mengambil data LOS (Length of stay), Discharged Planning dan Continued stay review.

Retrospective Review dilakukan setelah layanan selesai diberikan dengan melakukan kajian terhadap Claim Review ataupun Pattern Review. Dalam melakukan suatu Review layanan, agar berhasil guna harus diikuti dengan Monitoring secara berkala ke lapangan untuk melihat efektifitas dan efisiensi dari layanan.

Tujuan umum pelaksanaan kegiatan Annual Utilization Review adalah efisiensi dari pembiayaan kesehatan yang diikuti dengan efektivitas dan mutu layanan yang baik. Adapun tujuan khusus diharapkan :

- 1) Melihat apakah layanan yang diberikan secara medis telah tepat atau tidak.
- 2) Melihat kendali mutu kendali biaya dari suatu layanan kesehatan
- 3) Monitoring terhadap Utilization atas layanan kesehatan

Daftar Annual Utilization Review antara lain, yaitu :

- 1) Kanker Payudara
- 2) Kanker Kolorektal
- 3) Thypoid
- 4) Kanker Serviks/Leher rahim
- 5) Kanker paru
- 6) Leukemia
- 7) Jantung dan Pembuluh Darah
- 8) Stroke
- 9) Diabetes Melitus
- 10) Uronefrologi
- 11) Transplan dan dialisis (HD dan CAPD)
- 12) Kesehatan Ibu
- 13) Kesehatan Anak
- 14) Katarak
- 15) Asma dan PPOK
- 16) ISPA dan Pneumonia

- 17) Tuberkulosis
- 18) Gastrohepatologi
- 19) Rehabilitasi Medik
- 20) Kesehatan Jiwa

Berdasarkan penjelasan di atas, telah tersedia 20 dokumen rekomendasi kebijakan untuk 20 penyakit di atas sehingga capaian untuk indikator ini telah tercapai sesuai dengan target yang telah ditentukan dengan persentase capaian sebesar 100%.

**d) Kegiatan-kegiatan yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target**

Berikut kegiatan yang mendukung pencapaian target indikator ini sampai tahun 2024, di antaranya:

- 1) Koordinasi dan konsolidasi internal terkait pelaksanaan 20 prosedur Utilization Review terbanyak
- 2) Diskusi pembahasan rencana analisis bersama tim DTO dan pakar
- 3) Penarikan dan manajemen data E-klaim Tahun 2023
- 4) Pengolahan dan analisis data
- 5) Penyusunan 20 rekomendasi kebijakan

**e) Faktor Penghambat Pencapaian Target**

Dalam proses penyusunan rekomendasi kebijakan UR 20 Penyakit saat ini data masih terbatas bersumber untuk FKRTL, sedangkan untuk data FKTP belum tersedia. Data FKRTL bersumber dari data e-klaim tahun 2023

**f) Pemecahan Masalah dan Tindak Lanjut yang Dilakukan**

Dilakukannya proses interoperabilitas antara Kemenkes dengan BPJS Kesehatan, dengan dukungan DTO dan Pusdatin Kemenkes, supaya didapatkan data klaim yang telah verified dan real time

**10) Annual Review Terhadap HTA dan Rencana Implementasinya**

Tabel 3.20 Capaian Indikator Annual Review Terhadap HTA dan Rencana Implementasinya

Indikator Kinerja Kegiatan	Tahun 2023			Tahun 2024		
	T	C	% C	T	C	% C
<b>Annual Review Terhadap HTA dan Rencana Implementasinya</b>	1	1	100	1	1	100

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

**a) Definisi Operasional**

Dihasilkannya dokumen annual review teknologi kesehatan (berupa alkes, obat, prosedur, diagnostik, dll) yang dihasilkan melalui Health Technology Assessment (HTA) dan rencana implementasinya paling lambat September pada tahun berjalan.

**b) Cara Perhitungan**

Jumlah dokumen yang dihasilkan dari annual review teknologi kesehatan (berupa alkes, obat, prosedur, diagnostik, dll) yang dihasilkan melalui Health Technology Assessment (HTA) dan rencana implementasinya paling lambat September pada tahun berjalan.

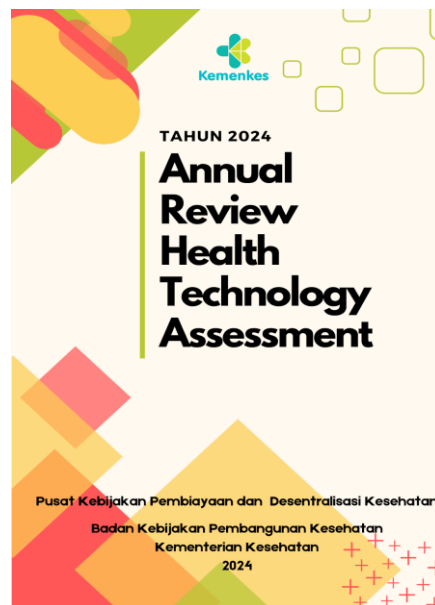
**c) Analisis Pencapaian**

*Health Technology Assessment (HTA)/* Penilaian Teknologi Kesehatan (PTK) adalah metode

yang digunakan untuk membantu pengambilan keputusan terkait adopsi teknologi kesehatan. PTK sebagai salah satu tools Kendali Mutu dan Kendali Biaya dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), merupakan analisis kebijakan yang dilakukan secara sistematis dengan pendekatan multidisiplin untuk menilai dampak penggunaan teknologi kesehatan.

Pada tahun 2024 telah dihasilkan 1 (satu) dokumen annual review terhadap HTA dan rencana implementasinya sehingga indikator ini telah tercapai sesuai dengan target yang telah ditentukan dengan persentase capaian sebesar 100%.

Gambar 3.3 Dokumen Annual Review HTA



Dapat disampaikan progres annual review HTA tahun 2024 sebagai berikut :

### 1) Institusionalisasi HTA

- Di awal tahun 2024 telah dilakukan pembahasan proses bisnis HTA yang dikawal oleh Menteri Kesehatan. Terdapat inisiasi proses *Price Negotiation/Value Based Pricing, Stakeholder-Led Submission (SLS)*, dan *patient involvement* yang akan menjadi pembaruan dalam proses bisnis HTA. Proses bisnis HTA yang baru akan menjadi dasar dalam revisi Permenkes 51 tahun 2017 tentang Pedoman PTK dalam JKN.
- Dengan berakhirnya Komite HTA 2020 - 2023, telah terbit SK Masa tugas Komite Penilaian Teknologi Kesehatan sampai dengan 31 Desember 2027
- Pengembangan website HTA dan pengembangan metodologi HTA dengan menggunakan metodologi HTA adaptif untuk mendukung pelaksanaan proses bisnis HTA satu pintu satu standar
- Asesmen HTA kini dapat dilakukan secara mandiri oleh stakeholder HTA, dan hasil kajian yang telah disusun akan diajukan kepada Kementerian Kesehatan untuk direview melalui mekanisme SLS. Penyusunan draft petunjuk teknis (*juknis*) untuk memastikan kelancaran proses dalam sistem bisnis HTA yang baru

### 2) Peningkatan Kapasitas HTA

Institusionalisasi HTA mencakup upaya peningkatan kapasitas SDM secara berkelanjutan, baik dari segi jumlah maupun kualitas. Ini penting untuk menjawab kebutuhan yang terus berkembang dalam melakukan kajian HTA yang lebih komprehensif dan adaptif. Pelatihan, transfer pengetahuan, dan penguatan kemampuan analitis akan menjadi bagian integral untuk memastikan keberlanjutan proses HTA yang berkualitas tinggi.

Beberapa kegiatan peningkatan kapasitas HTA yang diselenggarakan pada tahun 2024 yaitu:

- **Budget Impact Analysis Workshop, Februari 2024.** Workshop dilaksanakan secara hybrid dengan narasumber dari WHO HQ dan beberapa narasumber internasional selama 2 hari. Peserta workshop adalah Kementerian Kesehatan, BPJS Kesehatan, dan beberapa Universitas sebagai perwakilan agen HTA..
- **Study Visit Kementerian Kesehatan ke Singapura, Maret 2024.** Kegiatan ini bertujuan untuk mempelajari proses bisnis Health Technology Assessment (HTA) yang dilakukan oleh Kementerian Kesehatan Singapura. Hasil studi visit ini menjadi fondasi dalam pengembangan proses bisnis HTA baru, satu pintu satu standar.
- **Capacity Building Komite HTA, Oktober 2024.** Pasca terbentuknya Komite HTA melalui Keputusan Menteri Kesehatan 1572/2024 maka perlu dilaksanakan peningkatan kapasitas Komite dalam penyelenggaraan fungsi tugasnya. Khususnya terkait metode asesmen yang digunakan dalam kajian HTA.

### 3) Progres Kajian HTA 2024

Terdapat 4 topik kajian yang menjadi prioritas di tahun 2022 dan 2023 namun masih berlangsung proses kajiannya di tahun 2024, yaitu:

- 1) Bevacizumab pada kanker kolorektal
- 2) Akupuntur Medis pada Chronic Low Back Pain
- 3) Abirateron asetat pada kanker prostat
- 4) Telemedicine untuk pasien Hipertensi

Per Desember 2024, telah dilakukan appraisal untuk Bevacizumab pada kanker kolorektal, Akupuntur Medis pada Chronic Low Back Pain, dan Abirateron asetat pada kanker prostat. Selain itu, telah ditetapkan 27 topik prioritas HTA tahun 2024 yang diumumkan melalui surat Plt. Kepala Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan nomor JP.03.01/H.IV/1347/2024 tentang Penetapan Topik Prioritas Penilaian Teknologi Kesehatan Tahun 2024.

Tabel 3.21 Daftar 27 Topik Prioritas HTA tahun 2024

Kategori	Topik Prioritas 20224
Obat	1. Brigatinib untuk kanker paru metastatik
	2. Desitabin untuk Myelodysplastic Syndrome (MDS)
	3. Edoxaban untuk pencegahan stroke pada pasien dengan fibrilasi atrium non valvular
	4. Emicizumab untuk hemofilia A
	5. Karbetosin untuk pencegahan perdarahan pasca persalinan SC
	6. KDT Sofosbuvir (SOF) dan Daklastavir (DCV) untuk hepatitis C

Kategori	Topik Prioritas 20224
	<p>7. Kombinasi KDT/FDC mengandung: vilanterol + umeklidinium + flutikason furoat untuk PPOK sedang hingga berat</p> <p>8. Nimotuzumab untuk pasien kanker kepala dan leher jenis skuamosa locally advanced (stadium III atau IVA/B)</p> <p>9. Nintedanib 100 mg dan 150 mg untuk mengurangi laju penurunan fungsi paru pada pasien dewasa penderita systemic sclerosis-associated interstitial lung disease (SSc-ILD)</p> <p>10. Palbosiklib untuk pasien kanker payudara metastatik</p> <p>11. Pirfenidon untuk Idiopathic Pulmonary Fibrosis (IPF)</p> <p>12. Ribosiklib untuk pasien kanker payudara metastatik</p> <p>13. Setuksimab untuk kanker kolorektal metastatik</p> <p>14. Sunitinib untuk pengobatan karsinoma sel ginjal metastasis (MRCC)</p> <p>15. Trastuzumab untuk kanker payudara metastatik pereseapan maksimal</p>
Teknologi Medis	<p>1. Alat Bantu Dengar 12 channel</p> <p>2. Cochlear implant</p> <p>3. Gamma knife untuk pasien vestibular schwannoma</p> <p>4. HBA1C untuk skrining dan penegakan diagnosis diabetes melitus (DM)</p> <p>5. HCV Self Testing</p> <p>6. INDIGEN MTB/NTM/DR-TB Real-time PCR Kit Gen.2</p> <p>7. Kamera fundus portable untuk skrining retinopati diabetik di FKTP</p> <p>8. Multiplex RDT HBsAg-HIV-Sifilis</p> <p>9. Rapid Diagnosis Test (RDT ) Typhoid</p> <p>10. Skrining Kanker Serviks Metode HPV DNA dengan Alternatif Sampel Urin</p>

Kategori	Topik Prioritas 20224
	11. Stereotactic electroencephalography (SEEG) untuk pasien dengan epilepsi fokal resisten obat/ epilepsi refrakter
	12. Transplantasi Sumsum Tulang (TST) Autologus pada multiple myeloma

Dari 27 topik tahun 2024, telah dilaksanakan appraisal untuk 4 kajian, yaitu Edoxaban untuk pencegahan stroke pada pasien dengan fibrilasi atrium non valvular, Karbetosin untuk pencegahan perdarahan pasca persalinan SC, Kombinasi KDT/FDC mengandung: vilanterol + umeklidinium + flutikason furoat untuk PPOK sedang hingga berat, Setuksimab untuk kanker kolorektal metastatik.

#### 4) Monitoring implementasi kebijakan HTA

Tujuan pelaksanaan monitoring ini yaitu untuk melihat pemanfaatan teknologi kesehatan hasil rekomendasi HTA.

Tabel 3.22 Daftar Hasil Monitoring Implentasi Kebijakan HTA, Update Per Desember 2024

No	Jenis Rekomendasi	Topik	Implementasi
1	10 keputusan pada Formularium nasional	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sildenafil vs Beraprost pada pasien HAP (hipertensi arteri pulmonal)</li> <li>Imatinib untuk Leukemia Granulositik Kronik (LGK)</li> <li>Human Insulin vs analog insulin</li> <li>Trastuzumab pada pasien kanker payudara stadium dini HER2+</li> </ul>	<p>Dijamin dan masuk dalam Fornas (Sildenafil, prostaglandin E1, Nilotinib, dan Trastuzumab).</p> <p>Catatan: Terdapat kendala dalam penjaminan trastuzumab untuk stadium dini, dan belum dapat dipergunakan oleh pasien dan masih berlangsung proses konsolidasi untuk pelaksanaannya.</p>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Trastuzumab pada pasien kanker payudara metastasis HER2+</li> <li>Rituximab pada pasien Limfoma Malignum non Hodgkins DLBCL</li> </ul>	Dijamin dengan restriksi (trastuzumab, rituximab)
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Bevacizumab pada pasien kanker kolorektal metastasis</li> <li>Setuksimab pada pasien kanker kolorektal metastasis</li> <li>Lapatinib kombinasi kapesitabin pada pasien kanker payudara metastasis HER2+</li> <li></li> </ul>	Tidak dijamin dan dikeluarkan dari Fornas karena tidak <i>cost-effective</i>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Pembrolizumab untuk kanker paru metastasis non small cell</li> </ul>	Tidak dijamin dan tidak dapat dimasukan dalam Fornas karena tidak <i>cost-effective</i>

No	Jenis Rekomendasi	Topik	Implementasi
2	2 keputusan untuk penyesuaian tarif	<ul style="list-style-type: none"> <li>Phacoemulsification vs ECCE pada pasien katarak</li> <li>Terapi fibrinolitik (alteplase) pada pasien infark miokardium akut dengan elevasi segmen ST</li> </ul>	Perbaikan tarif Regulasi yang mengatur tarif : Permenkes 3/2023
3	6 keputusan untuk peningkatan layanan	<ul style="list-style-type: none"> <li>HD vs CAPD pada pasien GGT (Gagal Ginjal Terminal)</li> </ul>	Tersedia regulasi berdasarkan Keputusan Menteri Kesehatan Nomor 1277 Tahun 2024 tentang Rumah Sakit Jejaring untuk Pengampunan Pelayanan Kanker, Jantung dan Pembuluh Darah, Stroke, Uronefrologi, serta Kesehatan Ibu dan Anak, yang saat ini telah berhasil memperluas layanan CAPD di 89 kabupaten/kota.
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Prostaglandin E1 pada bayi dengan Penyakit jantung bawaan (PJB) kritis tergantung duktus</li> </ul>	Proses pengadaan obat melalui SAS
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Skrining kanker Ca Serviks dengan HPV DNA, IVA dan Papsmear</li> </ul>	HPV DNA sebagai strategi skrining dalam RAN Eliminasi Ca Serviks 2023 - 2030 Pelaksanaan ujicoba skrining Kanker serviks dengan HPV DNA oleh program
		<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Sectio caesarea (SC)</i>: pola utilisasi dan biaya persalinan</li> </ul>	Tagging klasifikasi Robson untuk pengendalian SC.
		<ul style="list-style-type: none"> <li><i>Appropriateness</i> pemasangan stent</li> </ul>	Penggunaan penilaian kelayakan pemasangan stent dalam PNPk
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Skrining Kanker Kolorektal</li> </ul>	Dilakukan piloting Belum dilakukan monitoring karena baru diperoleh arahan Menteri Kesehatan di akhir tahun 2024

#### d) Kegiatan-kegiatan yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target

Berikut kegiatan yang dilaksanakan dalam mencapai target annual review HTA tahun 2024

- 1) Diskusi pembahasan draft rancangan annual review
- 2) Pemetaan kebutuhan data dukung monitoring implementasi kebijakan HTA dengan DTO, BPJS, dan unit Kemenkes terkait lainnya
- 3) Koordinasi dengan unit-unit teknis terkait implementasi hasil HTA dengan BPJS, dan unit Kementerian Kesehatan terkait lainnya
- 4) Koordinasi dengan *HTA agent* untuk penyelesaian kajian HTA
- 5) Pengumpulan data dan informasi
- 6) Pertemuan pembahasan draft rancangan annual review
- 7) Pengolahan dan analisis data

- 8) Penyusunan laporan
  - 9) Finalisasi dokumen annual review
- e) Faktor Penghambat Pencapaian Target**

Kendala terkait dengan lambatnya ketersediaan data dan informasi pada beberapa unit terkait.

**f) Pemecahan Masalah dan Tindak Lanjut yang Dilakukan**

Adapun langkah kerja sebagai berikut:

- 1) Pemetaan kebutuhan data dukung monitoring implementasi kebijakan HTA dengan DTO, BPJS, dan unit Kemenkes terkait lainnya per Desember 2023
- 2) Koordinasi lanjutan dengan unit-unit teknis terkait implementasi hasil HTA dengan BPJS, dan unit Kemenkes terkait lainnya
- 3) Koordinasi secara intensif dan proaktif dengan *HTA agent* untuk penyelesaian kajian HTA
- 4) Pelaporan hasil yang dituangkan kedalam dokumen annual review.

**11) Persentase Keputusan atau Peraturan di Atas Peraturan Menteri yang Disusun Berbasis Kajian dan Bukti**

Tabel 3.23 Capaian Indikator Keputusan atau Peraturan di Atas Peraturan Menteri yang Disusun Berbasis Kajian dan Bukti

Indikator Kinerja Kegiatan	Tahun 2023			Tahun 2024		
	T	C	% C	T	C	% C
Persentase Keputusan atau Peraturan di Atas Peraturan Menteri yang Disusun Berbasis Kajian dan Bukti	75	100	133	100	100	100

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

**a) Definisi Operasional**

Persentase keputusan atau peraturan di atas peraturan Menteri yang disusun sesuai dengan kaidah penyusunan formulasi kebijakan (pedoman standarisasi proses formulasi kebijakan)

**b) Cara Perhitungan**

Jumlah keputusan atau peraturan di atas peraturan menteri yang disusun sesuai dengan kaidah penyusunan formulasi kebijakan (pedoman standarisasi proses formulasi kebijakan) dibagi seluruh keputusan atau peraturan di atas menteri pada tahun yang sama dikali 100

**c) Analisis Pencapaian**

Teknis pelaksanaan penilaian merupakan adopsi dari pengukuran indeks kualitas kebijakan yang dilakukan oleh Lembaga Administrasi Negara (LAN). Metode pengukuran tersebut melalui self assessment atas regulasi yang disusun sesuai dengan kaidah penyusunan formulasi kebijakan atau pedoman standarisasi proses formulasi kebijakan. Instrumen pengukuran ini tidak seluruhnya mengadopsi pengukuran indeks kualitas kebijakan tadi hanya mengambil bagian perencanaan kebijakan yang memuat penilaian mengenai agenda setting dan formulasi kebijakan. Hasil penilaian self assessment memenuhi kriteria sudah disusun sesuai standar apa dinilai dengan kriteria “baik” dengan batas ambang nilai (cut-off)  $\geq 65$ .

Instrumen pengukuran indikator kinerja kegiatan (IKK) Rencana Strategis (Renstra) Kementerian Kesehatan merupakan hasil modifikasi dari instrumen pengukuran indeks kualitas kebijakan yang dikeluarkan oleh Lembaga Administrasi Negara (LAN). instrumen pengukuran hanya mengacu bagian perencanaan kebijakan yang memuat penilaian mengenai

agenda setting dan formulasi kebijakan. Perolehan nilai self assessment menggunakan matriks perhitungan matematis sederhana dengan bantuan aplikasi Microsoft Excel untuk dilakukan penghitungan nilai setiap kebijakan yang menjadi sampel.

Nilai kebijakan kemudian diinterpretasikan berdasarkan kriteria 5 (lima) predikat penilaian yang juga mengacu pada indeks kualitas kebijakan yang dikeluarkan oleh Lembaga Administrasi Negara (LAN). Rentang predikat hasil penilaian yang dimaksud adalah sebagai berikut:

Tabel 3.24 Interpretasi Nilai Kebijakan

Nilai	Predikat Penilaian
91,00 - 100	Unggul
80,00 - 90,99	Sangat Baik
65,00 - 79,99	Baik
50,00 - 64,99	Cukup
< 50,00	Kurang

Guna menghasilkan “persentase kebijakan/regulasi (Permenkes, Kepmenkes, SK Menkes, Perka/Perdirjen, SE) yang sudah mengacu pedoman standarisasi proses formulasi kebijakan oleh pengambil kebijakan” maka cut-off predikat penilaian yang digunakan adalah kriteria baik atau dengan nilai lebih dari sama dengan 65. Rumus yang digunakan adalah sebagai berikut:

$$\begin{aligned}
 & \text{Persentase kebijakan/} \\
 & \text{regulasi (Permenkes,} \\
 & \text{Kepmenkes, SK} \\
 & \text{Menkes, Perka/} \\
 & \text{Perdirjen, SE) yang} \\
 & \text{sudah mengacu} \\
 & \text{pedoman standarisasi} \\
 & \text{proses formulasi} \\
 & \text{kebijakan oleh} \\
 & \text{pengambil kebijakan} \\
 & = \frac{\text{jumlah sampel kebijakan dengan perolehan nilai} \geq 65}{\text{jumlah seluruh kebijakan yang menjadi sampel}} \times 100\%
 \end{aligned}$$

Berdasarkan hasil identifikasi jumlah peraturan/kebijakan di atas Peraturan Menteri yang telah diterbitkan Kementerian Kesehatan tahun 2024 yang terkait tugas dan fungsi Pusjak PDK sampai dengan tahun 2024 terdapat sebanyak 1 (satu) peraturan/kebijakan, yaitu Peraturan Presiden Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga atas Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan.

Sudah dilakukan self assessment Perpres 59 tahun 2024 tentang perubahan ketiga atas perpres no 82 tahun 2018 tentang jaminan kesehatan. Hasil self assessment >65% yaitu sebesar 83,1, sehingga berdasarkan rumus perhitungan, capaian indikator ini sebesar 100% dari target 100% yang telah ditetapkan.

**d) Kegiatan-kegiatan yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target**

Kegiatan yang telah dilakukan untuk mendukung pencapaian target indikator ini di antaranya pembahasan dan diskusi bersama antara Sekretariat BPKP, Timker Hukum, Timker MIK, Tim Teknis dan Analisis Kebijakan Ahli Utama dengan Pusat Kebijakan lainnya terkait identifikasi populasi kebijakan tahun 2024. Pelaksanaan kegiatan penilaian IKK Pusjak PDK terdiri dari beberapa tahapan kegiatan, yaitu pembentukan Tim Pengukur IKK Pusjak PDK, persiapan

pengukuran IKK, proses pengukuran IKK dan penyusunan laporan pengukuran IKK

**e) Faktor Penghambat Pencapaian Target**

Beberapa kendala yang dihadapi dalam pencapaian target di antaranya

- 1) Minimnya pemahaman terkait nomenklatur pertanyaan dan pilihan jawaban sehingga muncul keraguan dalam menentukan jawaban .
- 2) Tim Penilaian IKK yang telah ditunjuk tidak fokus dan lebih mengutamakan tugasnya di Tim Kerja sehingga pelaksanaan kegiatan pengukuran baru dapat dilakukan di akhir tahun

**g) Pemecahan Masalah dan Tindak Lanjut yang Dilakukan**

- 1) Mengundang dan memastikan kehadiran perwakilan Biro Hukum dan Tim Kerja Pembinaan Wilayah Setban untuk menyelaraskan persamaan pemahaman dalam pengisian instrumen
- 2) Melakukan pengukuran IKK bersama dengan Tim Penilaian IKK dan bantuan masukan Analis Kebijakan Ahli Utama (AKAU)

**12) Persentase Keputusan atau Peraturan Menteri yang Disusun Berbasis Kajian dan Bukti**

Tabel 3.25 Capaian Indikator Persentase Keputusan atau Peraturan Menteri yang Disusun Berbasis Kajian dan Bukti Tahun 2023 dan Tahun 2024

Indikator Kinerja Kegiatan	Tahun 2023			Tahun 2024		
	T	C	% C	T	C	% C
Persentase Keputusan atau Peraturan Menteri yang Disusun Berbasis Kajian dan Bukti	75	100	133	100	100	100

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

**a) Definisi Operasional**

Persentase keputusan atau peraturan Menteri yang disusun sesuai dengan kaidah penyusunan formulasi kebijakan (pedoman standarisasi proses formulasi kebijakan)

**b) Cara Perhitungan**

Jumlah keputusan atau peraturan Menteri yang disusun sesuai dengan kaidah penyusunan formulasi kebijakan (pedoman standarisasi proses formulasi kebijakan) dibagi seluruh keputusan atau peraturan Menteri pada tahun yang sama dikali 100

**c) Analisis Pencapaian**

Sampai dengan tahun 2024 sudah teridentifikasi 2 regulasi/kebijakan untuk mendukung capaian target indikator ini, yaitu :

- 1) Permenkes No 6 tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan SPM Kesehatan.
- 2) Kepmenkes Nomor HK.01.07/MENKES/1366/2024 tentang Pedoman Pelaksanaan Selisih Biaya Oleh Asuransi Kesehatan Tambahan Melalui Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan.

Hasil penilaian instrumen untuk seluruh keempat kebijakan di atas diperoleh nilai  $\geq 65$  dengan penjabaran sebagai berikut :

No	Nama Kebijakan	Agenda Setting	Formulasi Kebijakan	Nilai
1	Permenkes No 6 tahun 2024 tentang Standar Teknis Pemenuhan SPM Kesehatan.	83,6	100	92,0

No	Nama Kebijakan	Agenda Setting	Formulasi Kebijakan	Nilai
2	Kepmenkes Nomor HK.01.07/MENKES/1366/2024 tentang Pedoman Pelaksanaan Selisih Biaya Oleh Asuransi Kesehatan Tambahan Melalui Koordinasi Antar Penyelenggara Jaminan	76,8	75,0	76,0

Berdasarkan hasil penilaian instrumen yang ditampilkan pada tabel di atas diketahui bahwa nilai pengukuran 2 kebijakan setara menteri seluruhnya > 65 sehingga berdasarkan rumus perhitungan, capaian indikator ini sebesar 100% dari target 100% yang telah ditetapkan

**d) Kegiatan-kegiatan yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target**

Penjelasan sama seperti di indikator kinerja kegiatan Persentase Keputusan atau Peraturan di Atas Peraturan Menteri yang Disusun Berbasis Kajian dan Bukti

**e) Faktor Penghambat Pencapaian Target**

Penjelasan sama seperti di indikator kinerja kegiatan Persentase Keputusan atau Peraturan di Atas Peraturan Menteri yang Disusun Berbasis Kajian dan Bukti

**f) Pemecahan Masalah dan Tindak Lanjut yang Dilakukan**

Penjelasan sama seperti di indikator kinerja kegiatan Persentase Keputusan atau Peraturan di Atas Peraturan Menteri yang Disusun Berbasis Kajian dan Bukti

**13) Persentase Keputusan atau Peraturan di Bawah Peraturan Menteri yang Disusun Berbasis Kajian dan Bukti**

Tabel 3.26 Capaian Indikator Persentase Keputusan atau Peraturan di Bawah Peraturan Menteri yang Disusun Berbasis Kajian dan Bukti Tahun 2023 dan Tahun 2024

Indikator Kinerja Kegiatan	Tahun 2023			Tahun 2024		
	T	C	% C	T	C	% C
Persentase Keputusan atau Peraturan di Bawah Peraturan Menteri yang Disusun Berbasis Kajian dan Bukti	75	100	133	100	100	100

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

**a) Definisi Operasional**

Persentase keputusan atau peraturan di bawah peraturan Menteri yang disusun sesuai dengan kaidah penyusunan formulasi kebijakan (pedoman standarisasi proses formulasi kebijakan)

**b) Cara Perhitungan**

Jumlah keputusan atau peraturan di bawah peraturan Menteri yang disusun sesuai dengan kaidah penyusunan formulasi kebijakan (pedoman standarisasi proses formulasi kebijakan) dibagi seluruh keputusan atau peraturan di bawah peraturan Menteri pada tahun yang sama dikali 100

**c) Analisis Pencapaian**

Berdasarkan hasil identifikasi total peraturan/kebijakan tingkat Menteri yang diterbitkan Kementerian Kesehatan selama tahun 2024 yang terkait Pusjak PDK sebanyak 1 (satu) peraturan/kebijakan, yaitu Keputusan Kepala Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan

Nomor HK.02,02/H/4175/2024 tentang Pedoman Audit Koding Diagnosis, Tindakan dan/atau Prosedur Medis pada FKRTL dalam Pelaksanaan JKN.

Berdasarkan hasil penilaian instrumen untuk Keputusan Kepala BPKP tersebut diperoleh nilai sebesar 94,3 sehingga berdasarkan rumus perhitungan, capaian indikator ini sebesar 100% dari target 100% yang telah ditetapkan.

**d) Kegiatan-kegiatan yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target**

Penjelasan sama seperti di indikator kinerja kegiatan Persentase Keputusan atau Peraturan di Atas Peraturan Menteri yang Disusun Berbasis Kajian dan Bukti

**e) Faktor Penghambat Pencapaian Target**

Penjelasan sama seperti di indikator kinerja kegiatan Persentase Keputusan atau Peraturan di Atas Peraturan Menteri yang Disusun Berbasis Kajian dan Bukti

**f) Pemecahan Masalah dan Tindak Lanjut yang Dilakukan**

Penjelasan sama seperti di indikator kinerja kegiatan Persentase Keputusan atau Peraturan di Atas Peraturan Menteri yang Disusun Berbasis Kajian dan Bukti

**14) Persentase Kebijakan Kesehatan yang Disusun Berdasarkan Rekomendasi Kebijakan di Bidang Pembiayaan Jaminan Kesehatan dan Desentralisasi Kesehatan**

Tabel 3.27 Capaian Indikator Persentase Kebijakan Kesehatan yang Disusun Berdasarkan Rekomendasi Kebijakan di Bidang Pembiayaan Jaminan Kesehatan dan Desentralisasi Kesehatan Tahun 2023 dan Tahun 2024

Indikator Kinerja Kegiatan	Tahun 2023			Tahun 2024		
	T	C	% C	T	C	% C
Persentase Kebijakan Kesehatan yang Disusun Berdasarkan Rekomendasi Kebijakan di Bidang Pembiayaan Jaminan Kesehatan dan Desentralisasi Kesehatan	80	100	125	100	100	100

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

**a) Definisi Operasional**

Persentase kebijakan atau regulasi yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan yang dirumuskan dari rekomendasi hasil kajian yang dihasilkan BPKP

**b) Cara Perhitungan**

Jumlah kebijakan atau regulasi yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesehatan pada tahun sebelumnya (T-1) yang dirumuskan dari rekomendasi hasil kajian yang dihasilkan BPKP dibagi dengan total jumlah kebijakan atau regulasi yang dikeluarkan Kementerian Kesehatan pada tahun sebelumnya (T-1) dikali seratus persen

**c) Analisis Pencapaian**

Berdasarkan definisi operasional terkait populasi kebijakan untuk capaian indikator ini adalah kebijakan/peraturan yang diterbitkan pada tahun 2023. Hasil self identifikasi kebijakan/peraturan tahun 2023 yang disusun berdasarkan rekomendasi kebijakan di bidang pembiayaan jaminan kesehatan dan desentralisasi kesehatan, di antaranya yaitu

- 1) Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan Dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan

- 2) Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/2090/2023 tentang Petunjuk Teknis Pelaksanaan Pelayanan Skrining Kesehatan Dalam Rangka Implementasi Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 3 Tahun 2023 Tentang Standar Tarif Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Program Jaminan Kesehatan
- 3) Keputusan Menteri Kesehatan Nomor HK.01.07/MENKES/2070/2023 tentang Petunjuk Teknis Uji Coba Pelaksanaan Inovasi Pembiayaan Program Penanggulangan Tuberkulosis di Fasilitas Pelayanan Kesehatan Tingkat Pertama

**d) Kegiatan-kegiatan yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target**

Berkoordinasi dengan Tim Kerja terkait yang menghasilkan 3 (tiga) kebijakan tersebut.

**e) Faktor Penghambat Pencapaian Target**

Meskipun kebijakan/peraturan tersebut diterbitkan di tahun 2023, namun proses penyusunannya sudah dilakukan tahun sebelumnya sehingga perlu melakukan penelusuran telaah ataupun rekomendasi kebijakan yang pernah dibuat.

**f) Pemecahan Masalah dan Tindak Lanjut yang Dilakukan**

Melakukan koordinasi dengan Tim Kerja terkait updating penelusuran telaah ataupun rekomendasi kebijakan

**15) Persentase Kabupaten/Kota yang Mengadopsi Kebijakan Transformasi Kesehatan**

Tabel 3.28 Capaian Indikator Persentase Kebijakan Kesehatan yang Disusun Berdasarkan Rekomendasi Kebijakan di Bidang Pembiayaan Jaminan Kesehatan dan Desentralisasi Kesehatan Tahun 2023 dan Tahun 2024

Indikator Kinerja Kegiatan	Tahun 2023			Tahun 2024		
	T	C	% C	T	C	% C
Kabupaten/Kota yang Mengadopsi Kebijakan Transformasi Kesehatan	50	100	200	100	100	100

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

**a) Definisi Operasional**

Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan kebijakan transformasi kesehatan pada satu tahun anggaran

**b) Cara Perhitungan**

Jumlah kabupaten/kota yang melaksanakan kebijakan transformasi kesehatan dibagi seluruh kabupaten/kota dikali 100

**c) Analisis Pencapaian**

Amanat Presiden kepada Kementerian Kesehatan terkait arah kebijakan Rencana Pembangunan Jangka Menengah (RPJMN) tahun 2020-2024 adalah terlaksananya transformasi sistem kesehatan di Indonesia, yang selanjutnya disebut sebagai Transformasi Kesehatan. Untuk menjawab tantangan tersebut substansi perubahan Renstra telah mencerminkan prinsip dan tujuan dari transformasi kesehatan yang terdiri 6 (enam) pilar.

Keenam pilar tersebut yaitu 1) transformasi layanan primer, 2) transformasi layanan rujukan, 3) transformasi sistem ketahanan kesehatan, 4) transformasi sistem pembiayaan kesehatan; 5) transformasi SDM kesehatan; dan transformasi teknologi kesehatan. Berdasarkan tugas dan fungsinya, maka Pusjak PDK melakukan kegiatan yang mendukung transformasi sistem pembiayaan kesehatan. Fokus transformasi sistem pembiayaan kesehatan untuk menjamin pembiayaan yang selalu tersedia dan transparan, efektif dan efisien, serta berkeadilan.

Pada pelaksanaan transformasi kesehatan tidak terlepas dukungan kebijakan di lingkup daerah. Kementerian Kesehatan untuk mengawal pelaksanaan transformasi mempunyai indikator Persentase kabupaten/kota yang mengadopsi kebijakan transformasi kesehatan. Untuk mengukur capaian indikator tersebut Sekretariat BKPK telah membuat sistematis instrumen penilaian, yaitu berupa kuesioner online "Evaluasi Transformasi Kesehatan Daerah Tingkat Kabupaten/Kota 2024" dengan sarannya adalah Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. Adapun substansi pilar pada kuesioner merupakan hasil diskusi dengan unit kerja Pusat Kebijakan yang ada di lingkungan BKPK. Substansi pilar transformasi sistem pembiayaan kesehatan mencakup DHA; penerapan insentif UKM mengacu APBD Murni; penerapan perencanaan pembiayaan SPM melalui Siscobikes; kerjasama pembiayaan pemerintah dan swasta dalam penanganan 9 penyakit/ program prioritas; kerjasama pembiayaan pemerintah dan swasta dalam upaya salah satu atau lebih, dari skrining 9 penyakit prioritas; kerjasama pembiayaan pemerintah dan swasta dalam upaya salah satu atau lebih, dari skrining 14 penyakit; dan Kebijakan kapitasi JKN di FKTP

Berdasarkan hasil pengisian kuesioner yang telah disebar ke dinas kesehatan kab/kota diketahui bahwa dari 514 Kab/Kota yang mengisi kuesioner diketahui seluruhnya mengadopsi satu atau lebih kebijakan terkait transformasi sistem pembiayaan. Sehingga capaian pada indikator ini sebesar 100%.

**d) Kegiatan-kegiatan yang Dilaksanakan untuk Mencapai Target**

- 1) Beberapa kegiatan telah dilaksanakan sebagai upaya memperoleh capaian indikator ini, di antaranya
- 2) rapat koordinasi antara Sekretariat BKPK dengan para pusjak terkait pembahasan substansi pilar dalam kuesioner.
- 3) Melakukan distribusi kuesioner ke Kab/Kota dan monitoring pengisian kuesioner
- 4) Melakukan pengolahan data dari hasil pengisian kuesioner

**e) Faktor Penghambat Pencapaian Target**

Terdapat Kabupaten/ Kota yang mengisi seluruh jawaban adalah tidak tahu sehingga perlu dikonfirmasi kembali jawaban khususnya terkait implementasi insentif UKM dan kebijakan kapitasi di FKTP. Hal ini dikarenakan, berdasarkan data e-renggar untuk kabupaten/kota tersebut telah menganggarkan insentif UKM. Adapun pelaksanaan dana kapitasi seharusnya telah terimplementasikan di seluruh FKTP yang terdapat di Kabupaten/Kota.

**f) Pemecahan Masalah dan Tindak Lanjut yang Dilakukan**

Melakukan konfirmasi ulang ke dinas kesehatan kabupaten/kota yang menjawab tidak tahu untuk pengisian jawaban pertanyaan terkait insentif UKM dan kebijakan kapitasi di FKTP

**B. Capaian Kinerja Lainnya**

**a. Pengembangan INA Grouper**

Kementerian Kesehatan mulai mengembangkan grouper baru yang dinamakan *Indonesian Grouper* (grouper INA-CBG) pada tahun 2016. Tujuan pengembangan grouper INA-CBG adalah untuk

mengakomodir perubahan pola penyakit, perkembangan teknologi kesehatan, dan metode perawatan pasien serta meminimalisir potensi *fraud* di rumah sakit. Selain itu, pengembangan grouper INA-CBG juga sejalan dengan tujuan Transformasi Sistem Pembiayaan Kesehatan untuk memastikan ketersediaan, kecukupan dan terlokasinya sumber daya yang berkelanjutan dengan adil, serta memastikan pemanfaatan yang efektif dan efisien.

Dalam pengembangannya, INA-Grouper dibagi menjadi 2 (dua) kelompok, yaitu INA-Grouper Rawat Inap dan Rawat Jalan. Pengembangan INA-Grouper Rawat Inap dan Rawat Jalan selalu melibatkan Rumah Sakit dan Organisasi Profesi. INA-Grouper Rawat Inap telah diresmikan pada tahun 2023 lalu dan masih dalam tahap penyempurnaan, sedangkan INA-Grouper Rawat Jalan telah *launching* pada akhir tahun 2024.

INA-CBG merupakan sistem casemix yang menjadi sistem pembayaran di FKRTL berdasarkan pengelompokan kasus yang memiliki ciri klinis dan pemakaian sumber daya yang relatif sama/mirip yang diimplementasikan di Indonesia. Dasar pengelompokan INA-CBG menggunakan sistem kodifikasi dari diagnosis akhir dan tindakan medis yang menjadi output pelayanan, dengan acuan ICD-10 Versi Tahun 2010, ICD-9-CM Versi Tahun 2010.

INA-CBG dikembangkan menggunakan UNU-Grouper yang diadopsi dari United Nations University (Institute for Global Health, Kuala Lumpur; Institute for Software Technology, Macau). Sekitar 14.500 kode diagnosis ICD-10 dan 7.500 kode ICD-9-CM diklasifikasikan menjadi 1.075 grup INA-CBG yang terdiri dari 789 grup rawat inap dan 288 grup rawat jalan

Pengelompokan INA-CBG dilakukan dengan menggunakan suatu perangkat lunak atau aplikasi yang dinamakan Grouper. Grouper yang digunakan saat ini dikembangkan oleh *United Nations University* (UNU) atau dikenal dengan UNU-Grouper. Mulai tahun 2016, Tim Tarif Kementerian Kesehatan mengembangkan Grouper baru yang sesuai dengan kaidah dan norma penyakit di Indonesia dan menganut sistem *Diagnostic Related Group* (DRG). Grouper tersebut dinamakan Indonesia-Grouper (INA-Grouper).

Pada tahun 2024, Kementerian Kesehatan melalui Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan (Pusjak PDK), Badan Kebijakan Pembiayaan Kesehatan (BKPK), telah berhasil mengembangkan grouper INA-CBG Rawat Jalan, melakukan uji coba, serta melakukan pengambilan data Instalasi Gawat Darurat (IGD). Pusjak PDK juga telah melakukan diskusi intensif bersama Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan untuk mereview grouper INA-CBG Rawat Jalan dan Rawat Inap. Dokumen pengembangan grouper INA-CBG juga telah mulai disusun sebagai manual yang dapat digunakan dalam implementasi grouper INA-CBG.

Pengembangan INA Grouper :

- 1) Pengembangan Grouper Rawat Jalan

Grouper rawat jalan merupakan susunan algoritma pengelompokan kasus konsultasi, tindakan medis, pemeriksaan, diagnostik, pengobatan, dan/atau rehabilitasi yang dilayani dan selesai pada hari yang sama. INA-CBG rawat jalan yang berlaku saat ini terdiri dari 22 *Casemix Main Group* (CMG) dan 289 *Case Base Group* (CBG). Sedangkan, grouper rawat jalan yang dikembangkan terdiri dari 26 *Major Diagnostic Category* (MDC) dan 437 *Diagnostic Related Group* (DRG).

- 2) Pengembangan Grouper Rawat Inap

Grouper rawat inap merupakan susunan algoritma pengelompokan kasus yang memerlukan observasi ketat, kemudahan akses ke layanan medis, dan/atau tindakan medis yang kompleks sehingga mengharuskan pasien untuk menginap selama satu hari atau lebih. INA-CBG rawat inap yang berlaku saat ini terdiri dari 22 *Casemix Main Group* (CMG) dan 786 *Case Base Group* (CBG). Sedangkan, grouper rawat inap yang dikembangkan terdiri dari 25 *Major Diagnostic Category* (MDC) dan 1.101 *Diagnostic Related Group* (DRG).

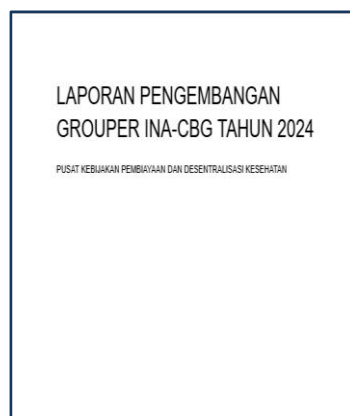
### 3) Pengembangan Grouper Emergensi (IGD)

Selain INA-Grouper Rawat Inap dan Rawat Jalan, Tim Tarif Kementerian Kesehatan juga telah mengumpulkan data dari Rumah Sakit untuk mengembangkan INA-Grouper Emergensi (IGD). Pengembangan INA-Grouper IGD melibatkan Perhimpunan Dokter Ahli Emergensi Indonesia (Perdamsi) terutama dalam mengembangkan instrumen pengumpulan data IGD. Grouper emergensi merupakan susunan algoritma pengelompokan kasus pada pasien yang mengalami kondisi medis mendesak, kritis, dan berpotensi mengancam jiwa.

### 4) Komunikasi dan Dokumentasi

Pengembangan grouper INA-CBG serta transisi dari INA-CBG ke DRG memiliki dampak yang besar terhadap para pemangku kepentingan (*stakeholder*), terutama rumah sakit sebagai penyedia layanan (*provider*) dan BPJS Kesehatan sebagai pembayar (*payer*). Dukungan para *stakeholder* tersebut sangat diperlukan karena akan menentukan keberhasilan implementasi grouper INA-CBG dan DRG. Para pemangku kepentingan harus memahami dan menerima konsep serta aturan-aturan yang berlaku dalam grouper INA-CBG dan DRG. Oleh karena itu, komunikasi memiliki peran yang sangat penting dalam sistem DRG. Dokumentasi tentang pengembangan, desain, dan perubahan atau penyesuaian sistem harus dibuat, diperbarui, dan disediakan dari waktu ke waktu dalam bentuk laporan teknis, infografis, video, atau bentuk lain yang mudah digunakan. Di tahun 2024, Pusjak PDK telah melakukan *benchmarking* dan meninjau dokumen-dokumen pengembangan grouper dan DRG ke Thailand (Thai-DRG), Inggris (HRG), dan Australia (AR-DRG).

Gambar 3. 4 Dokumen Laporan Pengembangan Grouper INA-CBG Tahun 2024



#### b. Pelatihan Tenaga Koder

Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018, pasal 72 ayat (1) Cara pembayaran dengan Indonesian Case Base Groups sebagaimana dimaksud dalam pasal 71 ayat (1) huruf b untuk FKRTL ditetapkan sesuai kelas rumah sakit.

Proses pengajuan klaim dalam sistem pembayaran INA CBG menuntut adanya pengkodean yang baik oleh tenaga koder yang profesional (terstandarisasi), yang diikuti dengan sistem IT yang handal, sehingga akan dihasilkan pengelompokan atau kode INA CBG yang akurat dan akan diperoleh tarif INA CBG yang sesuai dengan pelayanan kesehatan yang telah diberikan oleh pemberi pelayanan

kesehatan di FKRTL.

Pemahaman Koder di rumah sakit dalam menentukan kode diagnosis dan prosedur dalam sistem INA CBG sangat berpengaruh pada besaran tarif yang dihasilkan. Oleh sebab itu, tenaga Koder yang ada di seluruh FKRTL Indonesia diharapkan dapat memiliki pemahaman dan kemampuan yang sama dalam melakukan pengkodean terhadap diagnosis dan prosedur yang dilakukan oleh tenaga medik dengan baik dan benar yang selanjutnya diinput ke dalam perangkat lunak (aplikasi) INA CBG.

Saat ini masih terdapat permasalahan dalam pelaksanaan Program JKN khususnya permasalahan koding yang mengakibatkan adanya dispute dan pending klaim sehingga terjadi penundaan pembayaran dari BPJS Kesehatan kepada FKRTL. Berdasarkan hal tersebut maka Komisi Pemberantasan Korupsi (KPK) memberikan rekomendasi untuk perbaikan pelaksanaan Program JKN, dimana salah satunya adalah penguatan kompetensi koder JKN melalui standarisasi agar semua tenaga koder yang ada memiliki kemampuan dan kompetensi yang sama. Dengan pelatihan ini diharapkan dapat meningkatkan kompetensi dan memberikan pengetahuan kepada Koder di FKRTL tentang penerapan sistem INA CBG secara keseluruhan dan koding INA CBG dalam Program JKN.

Pada tahun 2024 Pelatihan Pengkodean Diagnosis Penyakit Dan Tindakan Bagi Tenaga Koder di FKRTL dalam Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dilaksanakan secara blended selama 4 hari, 2 hari secara daring, 2 hari secara klasikal. Pembelajaran menggunakan metode teori, praktik penugasan simulasi serta studi kasus. Pembelajaran dilaksanakan secara terstruktur selama 38 (tiga puluh delapan) JPL (1 Jam Pelajaran).

Gambar 3.5 Kurikulum Pelatihan Pengkodean Diagnosis Penyakit dan Tindakan bagi Tenaga Koder di FKRTL dalam Program JKN



Pada tahun 2024 sampai dengan telah dilaksanakan sebanyak 5 (lima) kali pelatihan koding untuk 20 (dua puluh) Angkatan dengan jumlah peserta sebanyak 599 orang sebagai berikut:

- 1) Gelombang 1 pada tanggal 4-9 Juni 2024 di Bekasi dengan jumlah peserta sebanyak 120 orang tenaga koder.
- 2) Gelombang 2 pada tanggal 8-14 Juli 2024 di Makassar dengan jumlah peserta sebanyak 120 orang tenaga koder.
- 3) Gelombang 3 pada tanggal 6-11 Agustus 2024 di Bandung dengan peserta sebanyak 119 orang tenaga koder.
- 4) Gelombang 4 pada tanggal 8-13 Oktober 2024 di Bekasi dengan jumlah peserta sebanyak 120 orang tenaga koder.
- 5) Gelombang 5 pada tanggal 12-17 November 2024 di Bekasi dengan jumlah peserta sebanyak 120 orang tenaga koder.

Peserta pelatihan koding tahun 2024 berasal dari rumah sakit (RS) yang telah bekerjasama dengan BPJS Kesehatan, baik milik pemerintah maupun swasta. Berdasarkan data, Rumah sakit tersebut tersebar di berbagai provinsi di Indonesia. Waktu dan Tempat Pelaksanaan Pelatihan Koding Bagi Tenaga Koder di FKRTL dalam Program Jaminan Kesehatan Tahun 2024 dilaksanakan sebagai berikut:

Kegiatan	Waktu	Tempat
Gelombang 1 (Angkatan 1, 2, 3, dan 4)	4-9 Juni 2024	Bekasi
Gelombang 2 (Angkatan 5, 6, 7, dan 8)	8-14 Juli 2024	Makassar
Gelombang 3 (Angkatan 9, 10, 11, dan 12)	6-11 Agustus 2024	Bandung
Gelombang 4 (Angkatan 13, 14, 15, dan 16)	8-13 Oktober 2024	Bekasi
Gelombang 5 (Angkatan 17, 18, 19, dan 20)	12 – 17 November 2024	Depok

Pelatihan Koding Bagi Tenaga Koder di FKRTL dalam Program Jaminan Kesehatan Tahun 2024 dilaksanakan sebanyak 5 (lima) kali untuk 5 (lima) gelombang dengan jumlah peserta sebanyak 599 orang tenaga koder.

Gambar 3.6 Dokumen Laporan Pelatihan Koding TA 2024



### C. Realisasi Anggaran

#### a. Sumber Daya Anggaran

Salah satu faktor pendukung utama dalam pencapaian kinerja adalah adanya dukungan anggaran. Pada tahun 2024 alokasi anggaran awal Pusjak PDK sebesar Rp 33.973.706.000,- (Tiga puluh tiga miliar sebelas ratus tujuh puluh tiga juta tujuh ratus enam ribu rupiah). Selama pelaksanaan anggaran tahun 2024, Pusjak PDK melalui koordinasi di bawah Sekretariat BKPK telah melakukan 19 kali revisi anggaran yang menyebabkan penyesuaian alokasi anggaran per program berubah.

Tabel 3.29 Penyesuaian Alokasi Anggaran Per Program Pusjak PDK Tahun 2024

No	Program	Pagu Awal	Pagu Menjadi
1	Program Pelayanan Kesehatan dan JKN	Rp 17.000.082.000	Rp 22.234.721.000
2	Program Kebijakan Pembangunan Kesehatan	Rp 11.372.825.000	Rp 9.104.707.000

3	Program Dukungan Manajemen	Rp 2.638.627.000	Rp 2.634.706.000
<b>Total Anggaran Pusjak PDK</b>		<b>Rp 31.011.534.000</b>	<b>Rp 33.973.706.000</b>

Alokasi anggaran Pusjak PDK Tahun 2024 adalah sebesar Rp 33.973.706.000,- di dalamnya terdapat anggaran blokir sebesar Rp. 1.500.000.000,- yang seluruhnya bersumber dari APBN. Sehingga anggaran efektifnya sebesar Rp. 32.473.706.000,- Berdasarkan aplikasi SAKTI realisasi anggaran Pusjak PDK tahun 2024 sebesar Rp 31.201.196.740,- atau 96,08%. Realisasi anggaran tersebut mencapai target 96% karena maksimalnya pelaksanaan anggaran yang telah direncanakan.

Tabel 3.30 Sandingan Alokasi dan Realisasi Anggaran Pusjak PDK Tahun 2023 dan Tahun 2024

No	Satker	Tahun 2023			Tahun 2024		
		Alokasi	Realisasi	%	Alokasi	Realisasi	%
1	Pusjak PDK	Rp. 23.876.630.000,-	Rp 22.212.944.045,-	93,03	Rp.32.473.706.000,-	Rp 31.201.196.740,-	96,08

Tabel 3.10 Alokasi dan Realisasi Anggaran Pusjak PDK per Program Tahun 2023 dan Tahun 2024

No	Program	Tahun 2023			Tahun 2024		
		Alokasi	Realisasi	%	Alokasi	Realisasi	%
1	Program Pelayanan Kesehatan dan JKN	Rp. 16.683.552.000	Rp 15.757.162.149	94,45	Rp 21.406.460.000	Rp 18.625.179.958	96%
2	Program Kebijakan Pembangunan Kesehatan	Rp. 3.303.596.000	Rp 2.806.507.389	84,95	Rp 8.556.268.000	Rp 8.224.624.465	96%
3	Program Dukungan Manajemen	Rp. 3.889.482.000	Rp 3.649.274.507	93,82	Rp 2.510.978.000	Rp 2.384.871.807	95%
<b>Total Anggaran Pusjak PDK</b>		<b>Rp. 23.876.630.000</b>	<b>Rp 22.212.944.045</b>	<b>93,03</b>	<b>Rp 32.473.706.000</b>	<b>Rp 29.234.676.230</b>	<b>96%</b>

Meskipun persentase realisasi anggaran Pusjak PDK Tahun 2024 meningkat dibandingkan tahun sebelumnya, persentase realisasi anggaran tahun 2024 sebesar 96% sudah mencapai target yang telah ditentukan, yaitu sebesar 96%. Persentase realisasi anggaran terendah terjadi di Program Dukungan Manajemen sebesar 95% dan realisasi program Pelayanan Kesehatan dan JKN sebesar 96%. Realisasi program Kebijakan Pembangunan Kesehatan sebesar 96% pada kedua program tersebut seluruhnya sudah mencapai target 96%. Pada dukungan manajemen masih 95% Adapun penyebab rendahnya realisasi program Dukungan Manajemen dikarenakan belum maksimalnya realisasi di layanan perkantoran. Sedangkan pada Program Pelayanan Kesehatan JKN karena belum maksimalnya pemanfaatan anggaran LS/LP untuk undangan sebagai narasumber ataupun pendampingan ke Dinas Kesehatan Provinsi maupun Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota, dikarenakan pegawai yang ditugaskan hadir secara daring.

Tabel 3.31 Alokasi dan Realisasi Anggaran Pusjak PDK berdasarkan Indikator Kinerja Tahun 2024

No	Sasaran	Indikator Kinerja	Alokasi (Rp)	Realisasi (Rp)	%
<b>Indikator Sasaran Strategis</b>					
1	<b>Terpenuhinya pembiayaan kesehatan yang berkeadilan pada kegiatan promotif dan preventif</b>	Persentase cakupan kelompok berisiko yang mendapatkan layanan skrining kesehatan	1.265.400.000	1.260.169.673	99,59
2	<b>Menguatnya pembiayaan kesehatan nasional secara efektif, efisien dan berkeadilan untuk mencapai Universal Health Coverage (UHC)</b>	Proporsi Out Of Pocket (OOP) terhadap Total Belanja Kesehatan	1.750.530.000	1.626.074.600	92,89
<b>Indikator Kinerja Program</b>					
1	<b>Terpenuhinya pembiayaan kesehatan pada kegiatan promotif dan preventif dalam mencapai UHC</b>	1. Persentase penduduk berisiko yang mendapatkan layanan skrining kesehatan	1.265.400.000	1.260.169.673	99,59
		2. Persentase kabupaten/kota yang memenuhi pembiayaan kegiatan promotif preventif pada SPM	1.956.500.000	1.889.037.754	96
		3. Persentase kabupaten/kota yang melaksanakan Kerja sama Pemerintah Swasta (KPS) bidang kesehatan	545.713.000	529.542.669	97,04
2	<b>Meningkatnya kebijakan kesehatan berbasis bukti</b>	Persentase kebijakan teknis dalam penguatan berbagai skema pembiayaan kesehatan yang efektif dan efisien	2.193.733.000	2.110.409.009	96
<b>Indikator Kinerja Kegiatan</b>					
1	<b>Tersedianya bahan kebijakan teknis pembiayaan dan jaminan kesehatan</b>	1. Annual review tarif INA-CBGs dan NHA (T- 1)	4.254.819.000	3.890.554.870	91
		2. Annual utilization review untuk 20 penyakit berbiaya tertinggi	621.251.000	595.720.804	95
		3. Annual review terhadap HTA dan rencana implementasinya	3.377.541.000	3.261.766.847	96
2	<b>Meningkatnya kebijakan pembiayaan, jaminan dan desentralisasi kesehatan berbasis bukti</b>	1. Persentase keputusan atau peraturan di atas peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti	2.193.733.000	2.110.409.009	96

No	Sasaran	Indikator Kinerja	Alokasi (Rp)	Realisasi (Rp)	%
		2. Persentase keputusan atau peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti	2.193.733.000	2.110.409.009	96
		3. Persentase keputusan atau peraturan di bawah peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti	2.193.733.000	2.110.409.009	96
		4. Persentase kebijakan kesehatan yang disusun berdasarkan rekomendasi kebijakan di bidang Pembiayaan Jaminan Kesehatan dan Desentralisasi Kesehatan	-	-	-
		5. Persentase kabupaten/kota yang mengadopsi Kebijakan transformasi Kesehatan	5.272.569.000	5.170.775.650	98
<b>3</b>	<b>Terlaksananya penyiapan implementasi pembiayaan dan jaminan kesehatan</b>	1. Persentase peserta JKN yang berisiko yang Mendapatkan layanan skrining kesehatan	1.265.400.000	1.260.169.673	99,59
		2. Persentase belanja kesehatan promotif preventif dalam JKN	1.750.530.000	1.626.074.600	92
		3. Persentase provinsi dan Kabupaten/kota yang menghasilkan rekomendasi dari hasil perhitungan Provincial Health Account / District Health Account (PHA/DHA)	1.816.931.000	1.803.704.345	99
		4. Persentase kabupaten/kota yang memberikan insentif pelaksanaan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) bersumber APBD Murni	-	-	-
		5. Persentase asuransi kesehatan swasta yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan	1.265.400.000	1.260.169.673	99,59
		6. Persentase kabupaten/kota yang melakukan kemitraan pembiayaan pemerintah dan swasta dalam penanganan 9 penyakit prioritas	545.713.000	529.542.669	97,04
		7. Persentase kabupaten/kota yang melakukan kemitraan pembiayaan pemerintah dan swasta dalam upaya skrining 14	545.713.000	529.542.669	97,04

No	Sasaran	Indikator Kinerja	Alokasi (Rp)	Realisasi (Rp)	%
		penyakit			

**b. Analisis Efisiensi Sumber Daya Anggaran**

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 2020 – 2024.

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

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

Tabel 3.32 Analisa Efisiensi Indikator Kinerja Pusjak PDK Tahun 2024

No	Sasaran	Indikator	% Realisasi Kinerja	% Realisasi Anggaran	Efisiensi
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6) = (4) – (5)
<b>Indikator Sasaran Strategis</b>					
1	Terpenuhinya pembiayaan kesehatan yang berkeadilan pada kegiatan promotif dan preventif	Persentase cakupan kelompok berisiko yang mendapatkan layanan skrining kesehatan	192	99	93
2	Menguatnya pembiayaan kesehatan nasional secara efektif, efisien dan berkeadilan untuk mencapai Universal Health Coverage (UHC)	Proporsi <i>Out Of Pocket</i> (OOP) terhadap Total Belanja Kesehatan	57	92	-35
<b>Indikator Kinerja Program</b>					
1	Terpenuhinya pembiayaan kesehatan pada kegiatan promotif dan preventif dalam mencapai UHC	1. Persentase penduduk berisiko yang mendapatkan layanan skrining kesehatan	192	99	93
		2. Persentase kabupaten/kota yang memenuhi pembiayaan kegiatan promotif preventif pada SPM	100	96	4
		3. Persentase kabupaten/kota yang	100	97	3

No	Sasaran	Indikator	% Realisasi Kinerja	% Realisasi Anggaran	Efisiensi
		melaksanakan Kerja sama Pemerintah Swasta (KPS) bidang kesehatan			
2	Meningkatnya kebijakan kesehatan berbasis bukti	Persentase kebijakan teknis dalam penguatan berbagai skema pembiayaan kesehatan yang efektif dan efisien	100	96	4
<b>Indikator Kinerja Kegiatan</b>					
1	Tersedianya bahan kebijakan teknis pembiayaan dan jaminan kesehatan	4. Annual review tarif INA-CBGs dan NHA (T- 1)	100	91	9
		5. Annual utilization review untuk 20 penyakit berbiaya tertinggi	100	95	5
		6. Annual review terhadap HTA dan rencana implementasinya	100	96	4
2	Meningkatnya kebijakan pembiayaan, jaminan dan desentralisasi kesehatan berbasis bukti	1. Persentase keputusan atau peraturan di atas peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti	100	96	4
		2. Persentase keputusan atau peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti	100	96	4
		3. Persentase keputusan atau peraturan di bawah peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti	100	96	4
		4. Persentase kebijakan kesehatan yang disusun berdasarkan rekomendasi kebijakan di bidang Pembiayaan Jaminan Kesehatan dan Desentralisasi Kesehatan	100	-	100
		5. Persentase kabupaten/kota yang mengadopsi Kebijakan transformasi Kesehatan	100	98	2
3	Terlaksananya penyiapan implementasi pembiayaan dan jaminan kesehatan	1. Persentase peserta JKN yang berisiko yang Mendapatkan layanan skrining kesehatan	192	99	93
		2. Persentase belanja kesehatan promotif preventif dalam JKN	83,3	99	-15
		3. Persentase provinsi dan Kabupaten/kota yang menghasilkan rekomendasi dari hasil perhitungan Provincial Health Account / District	100	99	1

No	Sasaran	Indikator	% Realisasi Kinerja	% Realisasi Anggaran	Efisiensi
		Health Account (PHA/DHA)			
		4. Persentase kabupaten/kota yang memberikan insentif pelaksanaan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) bersumber APBD Murni	100	-	100
		5. Persentase asuransi kesehatan swasta yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan	100	99	1
		6. Persentase kabupaten/kota yang melakukan kemitraan pembiayaan pemerintah dan swasta dalam penanganan 9 penyakit prioritas	100	97	3
		7. Persentase kabupaten/kota yang melakukan kemitraan pembiayaan pemerintah dan swasta dalam upaya skrining 14 penyakit	89	97	-8

Pada tabel di atas diketahui terdapat 3 (tiga) indikator kinerja yang hasil perhitungan efisiensinya minus, yaitu Indikator Proporsi *Out Of Pocket* (OOP) terhadap Total Belanja Kesehatan; Persentase belanja kesehatan promotif preventif dalam JKN dan Persentase kabupaten/kota yang melakukan kemitraan pembiayaan pemerintah dan swasta dalam upaya skrining 14 penyakit, dikarenakan sebagai berikut :

- 1) Hasil perhitungan minus pada Indikator OOP merupakan indikator negatif yaitu semakin kecil proporsi OOP semakin baik capaiannya. Indikator Proporsi *Out of Pocket* (OOP) terhadap total belanja kesehatan tahun 2022 berhasil mencapai target karena adanya peningkatan belanja publik, sehingga porsi belanja OOP terhadap total belanja kesehatan semakin rendah. Namun, tahun 2023 dan 2024 belum berhasil mencapai target karena pola belanja publik kembali ke pola sebelum pandemi.
- 2) Promotif Preventif dalam JKN Perhitungan indikator ini adalah belanja kesehatan promotif preventif program JKN dibagi total belanja kesehatan JKN dikali 100 sehingga untuk persentase belanja kesehatan promotif preventif sangat dipengaruhi oleh total belanja JKN. Sedangkan total belanja JKN sendiri terdiri dari berbagai usur belanja di antaranya belanja FKRTL untuk kuratif. Apabila kenaikan belanja FKRTL lebih besar/dominan dibandingkan belanja FKTP, maka proporsi belanja promotif preventif FKTP akan menurun.
- 3) Persentase kabupaten/kota yang melakukan kemitraan pembiayaan pemerintah dan swasta dalam upaya skrining 14 penyakit Adapun penyebab pada indikator ini yaitu pada pelaksanaan KPS berdasarkan jenis kerjasama sebagian besar berupa jenis kerjasama non-infrastruktur, sedangkan secara bentuk kerjasama yang paling umum dilakukan adalah Corporate Social Responsibilities (CSR). Selain itu, kesulitan inventarisir data KPS, data tersebar dimana-mana dan belum adanya standarisasi dalam pembuatan MoU atau PKS, sehingga bentuk dokumen kemitraan beragam dan kebanyakan perjanjian kerjasama berupa kesepakatan non-kontraktual.

Demikian pula saat melakukan perpanjangan MoU melalui alur yang rumit serta lama/panjang.

#### D. Sumber Daya Manusia

Dalam menjalankan tugas dan fungsinya Pusjak PDK didukung oleh sumber daya manusia (SDM) yang didistribusikan ke 6 (enam) Tim Kerja dan Sub Bagian Administrasi Umum. Jumlah SDM Pusjak PDK sampai dengan tahun 2024 sebanyak 89 orang dengan komposisi berdasarkan status kepegawaian, yaitu ASN PNS sebanyak 71 orang, ASN PPPK sebanyak 6 orang, dan Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri sebanyak 12 orang.

Tabel 3.38 Jumlah Pegawai Pusjak PDK Tahun 2024 Menurut Status Kepegawaian

No	Jenjang Pendidikan	Jumlah
1	ASN PNS	71
2	ASN PPPK	6
3	PPNPN (Pegawai Pemerintah Non Pegawai Negeri)	12
<b>Total</b>		<b>89</b>

Pada pertengahan Desember 2024, Pusjak PDK mengalami kekosongan untuk jabatan Pimpinan Tinggi Pratama yang dipindah tugaskan ke unit kerja lainnya. Berikut gambaran jumlah ASN Pusjak PDK Tahun 2024 menurut jabatan.

Tabel 3.33 Jumlah ASN Pusjak PDK Tahun 2024 Menurut Jabatan

No	Jabatan	Jumlah	
1	Jabatan Pimpinan Tinggi Pratama	1	
2	Jabatan Administrasi Pengawas	1	
		Pelaksana	15
3	Jabatan Fungsional Ahli Utama	1	
		Ahli Madya	9
		Ahli Muda	23
		Ahli Pertama	22
		Penyelia	1
		Mahir	3
		Terampil	2

<b>Jumlah</b>	<b>78</b>
---------------	-----------

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

Tabel 3.34 Jumlah ASN Pusjak PDK Tahun 2024 Menurut Jenjang Pendidikan

No	Jenjang Pendidikan	Jumlah
1	S3 dan sederajat	1
2	S2 dan sederajat	33
3	S1 dan sederajat	32
4	D3	9
5	SMA	3
<b>Total</b>		<b>89</b>

#### E. Sumber Daya Sarana dan Pra Sarana

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.

Jenis sarana yang diperlukan dalam rangka pencapaian target kinerja di antaranya adalah alat pengolah data (komputer, laptop, printer, scanner dan lain-lain), sistem informasi dan komunikasi seperti (telepon seluler, platform media daring, website dan lain-lain) serta alat perkantoran penunjang lainnya. Adapun jenis prasarana, seperti gedung kantor beserta jenis dan penggunaan ruangan di dalamnya serta kendaraan dinas.

Pada tahun 2024 Pusjak PDK 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 INA CBG se Indonesia.

#### F. Penghargaan

Beberapa penghargaan yang didapatkan dan dilakukan oleh Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan Pada Tahun 2024 yaitu pada tahun 2024 Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan telah menerima piagam penghargaan dari Sekretaris Jenderal Kementerian Kesehatan dan Lembaga Administrasi Negara (LAN) atas kontribusi dari pencapaian kategori 'sangat baik' untuk Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 26 Tahun 2021 tentang *Pedoman Indonesian Case Base Groups* (INA CBG's) dalam Pelaksanaan Jaminan Kesehatan pada Pengukuran Indeks Kualitas Kebijakan Tahun 2023 oleh Kementerian Kesehatan dan 2024 oleh Lembaga Administrasi Negara (LAN)

Gambar 3.7 Penerimaan Penghargaan atas Kontribusi Pengukuran Indeks Kualitas Kebijakan Tahun 2024



## G. Inovasi/ Terobosan yang Dilakukan

### 1) Launching Proses Bisnis HTA

Gambar 3.8 Launching Proses Bisnis HTA



Kementerian Kesehatan resmi meluncurkan Proses Bisnis *Health Technology Assessment* (HTA) Satu Pintu Satu Standar pada Jumat tanggal 18 Oktober 2024 di Jakarta. Peluncuran dilakukan oleh Menteri Kesehatan, Kepala Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan, Direktur Jenderal Farmasi dan Alat Kesehatan (Dirjen Farmalkes) dan Kepala Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan (BKPK). Acara yang bertempat di Ruang Siwabessy Kementerian Kesehatan ini mengundang Industri Farmasi, Organisasi Rumah Sakit, Organisasi Profesi Kesehatan, Organisasi Pasien, serta Akademisi selaku stakeholder dari Kementerian Kesehatan.

Penilaian Teknologi Kesehatan atau HTA adalah pendekatan saintifik yang digunakan untuk membantu Kementerian Kesehatan dalam pengambilan keputusan mengenai adopsi teknologi dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). HTA dilakukan sebagai salah satu upaya strategis pemerintah dalam mewujudkan komitmen meningkatkan akses masyarakat terhadap obat dan teknologi medis yang aman, efektif, dan efisien.

Proses bisnis HTA Satu Pintu Satu Standar hadir dengan berbagai inovasi seperti Pembentukan platform penilaian teknologi kesehatan terintegrasi, yang memungkinkan pengajuan usulan topik melalui satu pintu, Pengajuan usulan topik melalui mekanisme *Stakeholder-led Submission* (SLS), Pengembangan metode asesmen dengan pendekatan yang

lebih adaptif atau yang dikenal dengan *adaptive HTA*, serta Value-based pricing yang memastikan suatu teknologi kesehatan diperoleh dengan harga yang efisien serta mendukung sustainability JKN atau program yang dibiayai pemerintah.

Inovasi-inovasi tersebut didukung oleh susunan dan struktur baru Komite HTA yang melibatkan akademisi dan pemerintah. Sebelumnya susunan Komite HTA hanya terdiri dari ketua, anggota dan satu sekretaris komite yang dibantu oleh sekretariat komite. Komite HTA yang baru saat ini diperkuat dengan pembentukan dua sub komite yaitu sub komite penilaian obat dan sub komite penilaian teknologi medis. Pelaksanaan tugas dan fungsi Komite HTA didukung oleh Sekretariat HTA yang diperluas, dengan melibatkan dua sekretaris, yakni Direktur Prodisfar dan Kepala Pusjak PDK serta anggota sekretariat yang berasal dari BKPK, Ditjen Farmalkes, Ditjen P2P dan Ditjen Kesmas.

## 2) Launching Pedoman Selisih Biaya Kesehatan

Gambar 3.9 Launching Pedoman Selisih Biaya Kesehatan



Peluncuran Pedoman Penataan Kebijakan Selisih Biaya oleh Asuransi Kesehatan Tambahan (AKT) melalui koordinasi antara penyelenggara jaminan dalam program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) merupakan langkah lanjutan dalam penataan kebijakan JKN. Program ini adalah salah satu program besar yang bertujuan memberikan perlindungan finansial bagi masyarakat Indonesia dalam mengakses pelayanan kesehatan sesuai dengan kebutuhan dasar kesehatan. Peluncuran pedoman selisih biaya kesehatan ini dilaksanakan di ruang aula Siwabessy, Gedung Prof. Sujudi, lantai dua, pada Rabu tanggal 11 September 2024.

Implementasi ini sesuai dengan UU No. 40 Tahun 2004 Pasal 23 Ayat 4, yang memungkinkan peserta menggunakan Asuransi Kesehatan Tambahan (AKT) atau membayar sendiri selisih biaya. Permenkes No. 3 Tahun 2023 mengatur standar biaya pelayanan JKN, namun belum mengatur koordinasi antara BPJS Kesehatan dan Asuransi Kesehatan Tambahan. Pedoman ini diperlukan sebagai dasar kesepakatan antara fasilitas kesehatan, BPJS Kesehatan, dan asuransi swasta dalam menentukan tarif dan manfaat asuransi.

Sejak 2014, Program JKN memberi ruang kepada peserta yang menginginkan kelas rawat lebih tinggi dari haknya, dengan dikenakan selisih biaya. Namun, hal tersebut harus sesuai dengan regulasi Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) yang diatur dalam UU No. 40 Tahun 2004. Secara singkat, skema penjaminan selisih biaya adalah sebagai berikut: BPJS Kesehatan menanggung 75% dari tarif INA-CBG sesuai kelas perawatan yang sesuai dengan hak kelas perawatan peserta dan diklaimkan fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut, sementara selisih biaya yang ditanggung oleh asuransi kesehatan tambahan adalah perbedaan antara tarif fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut dan biaya yang ditanggung oleh BPJS Kesehatan. Besaran selisih ini maksimal 125% dari tarif INA-CBG yang sesuai dengan kelas

perawatan peserta. Penataan skema selisih biaya melalui koordinasi antarpemangku jaminan tidak lepas dari dukungan BPJS Kesehatan, Otoritas Jasa Keuangan, perusahaan asuransi swasta, fasilitas kesehatan rujukan tingkat lanjut yang bekerja sama dengan BPJS Kesehatan, serta seluruh pemangku kepentingan (stakeholder) terkait

## BAB IV PENUTUP

Laporan Kinerja Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan tahun 2024 merupakan bagian pertanggungjawaban pelaksanaan tugas pokok dan fungsi Pusjak PDK dalam mencapai indikator dan target kinerja yang tercantum dalam Perjanjian Kinerja tahun 2024. Selain menyajikan capaian target indikator pada laporan kinerja juga menyajikan analisis pencapaian; kegiatan- kegiatan yang dilaksanakan untuk mencapai target; faktor penghambat pencapaian target dan pemecahan masalah dan tindak lanjut yang dilakukan.

Dari 21 (dua puluh satu) indikator kinerja, baik ISS, IKP dan IKK yang menjadi tanggung jawab Pusjak PDK hampir seluruh indikator telah mencapai target yang telah ditetapkan, kecuali target ISS Proporsi *Out Of Pocket* (OOP) terhadap Total Belanja Kesehatan, Persentase belanja kesehatan promotif preventif dalam JKN dan Persentase kabupaten/kota yang melakukan kemitraan pembiayaan pemerintah dan swasta dalam upaya skrining 14 penyakit yang belum mencapai target. Berikut capaian target ISS, IKP dan IKK Tahun 2024 yang menjadi tanggung jawab Pusjak PDK:

Berikut capaian target ISS, IKP dan IKK Tahun 2024 yang menjadi tanggung jawab Pusjak PDK:

- 1) Persentase cakupan kelompok berisiko yang mendapatkan layanan skrining kesehatan tercapai 192% dari target 100%, dengan persentase capaian sebesar 192%
- 2) Proporsi *Out Of Pocket* (OOP) terhadap Total Belanja Kesehatan belum tercapai dengan capaian 28,6% dari target 20% dengan persentase capaian sebesar 57%
- 3) Persentase Penduduk Berisiko yang Mendapatkan Layanan Skrining Kesehatan tercapai 192% dari target 100%, dengan persentase capaian sebesar 192%
- 4) Persentase Kabupaten/Kota yang Memenuhi Pembiayaan Kegiatan Promotif Preventif pada SPM tercapai 80% dari target 75%, dengan persentase capaian sebesar 106%
- 5) Persentase Kabupaten/Kota yang Melaksanakan Kerjasama Pemerintah Swasta (KPS) Bidang Kesehatan tercapai 100% dari target 100%, dengan persentase capaian sebesar 100%
- 6) Persentase Kebijakan Teknis dalam Penguatan Berbagai Skema Pembiayaan Kesehatan yang Efektif dan Efisien tercapai 100% dari target 100%, dengan persentase capaian sebesar 100%
- 7) Persentase peserta JKN yang berisiko yang Mendapatkan layanan skrining kesehatan tercapai 192% dari target 100%, dengan persentase capaian sebesar 192%
- 8) Persentase belanja kesehatan promotif preventif dalam JKN tercapai 12,5% dari target 15%, dengan persentase capaian sebesar 83%
- 9) Persentase provinsi dan Kabupaten/kota yang menghasilkan rekomendasi dari hasil perhitungan *Provincial Health Account / District Health Account* (PHA/DHA) tercapai 100% dari target 100%, dengan persentase progress sebesar 100%
- 10) Persentase kabupaten/kota yang memberikan insentif pelaksanaan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) bersumber APBD Murni tercapai 100% dari target 100%, dengan persentase capaian sebesar 100%
- 11) Persentase asuransi kesehatan swasta yang bekerjasama dengan BPJS Kesehatan tercapai 100% dari target 100%, dengan persentase capaian sebesar 100%
- 12) Persentase kabupaten/kota yang melakukan kemitraan pembiayaan pemerintah dan swasta dalam penanganan 9 penyakit prioritas tercapai 100% dari target 100%, dengan persentase capaian sebesar 100%.
- 13) Persentase kabupaten/kota yang melakukan kemitraan pembiayaan pemerintah dan swasta dalam upaya skrining 14 penyakit tercapai 89,8% dari target 100%, dengan persentase capaian

sebesar 89%

- 14) *Annual review* tarif INA-CBGs dan NHA (T- 1) tercapai 2 dokumen dari target 2 dokumen, dengan persentase progres sebesar 100%
- 15) *Annual utilization review* untuk 20 penyakit berbiaya tertinggi tercapai 20 dokumen dari target 20 dokumen, dengan persentase progres sebesar 100%
- 16) *Annual review* terhadap HTA dan rencana implementasinya tercapai 1 dokumen dari target 1 dokumen, dengan persentase progres sebesar 100%
- 17) Persentase keputusan atau peraturan di atas peraturan menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti tercapai 100% dari target 100%, dengan persentase progres sebesar 100%
- 18) Persentase keputusan atau peraturan menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti tercapai 100% dari target 100%, dengan persentase progres sebesar 100%
- 19) Persentase keputusan atau peraturan di bawah peraturan menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti tercapai 100% dari target 100%, dengan persentase progres sebesar 100%
- 20) Persentase kebijakan kesehatan yang disusun berdasarkan rekomendasi kebijakan di bidang Pembiayaan Jaminan Kesehatan dan Desentralisasi Kesehatan tercapai 100% dari target 100%, dengan persentase capaian sebesar 100%
- 21) Persentase kabupaten/kota yang mengadopsi Kebijakan transformasi Kesehatan tercapai 100% dari target 100%, dengan persentase progres sebesar 100%

Keberhasilan pencapaian target kinerja indikator secara umum dikarenakan adanya koordinasi yang baik saat pelaksanaan kegiatan, baik internal Pusjak PDK, lintas unit/ lintas program Kementerian Kesehatan, lintas kementerian/lembaga, para pakar dan stakeholder terkait lainnya. Koordinasi yang baik memudahkan pemantauan progres pencapaian target sehingga target tercapai pada akhir tahun.

Alokasi anggaran Pusjak PDK Tahun 2024 adalah sebesar Rp 33.973.706.000,- di dalamnya terdapat anggaran blokir sebesar Rp. 1.500.000.000,- yang seluruhnya bersumber dari APBN. Sehingga anggaran efektifnya sebesar Rp. 32.473.706.000,-. Pada tahun 2024 alokasi anggaran awal Pusjak PDK sebesar Rp 31.011.534.000,-, namun pada tahun berjalan anggaran Pusjak PDK beberapa kali melakukan revisi anggaran sehingga alokasi anggaran akhir Pusjak PDK menjadi sebesar Rp 33.973.706.000,-. Berdasarkan aplikasi SAKTI realisasi anggaran Pusjak PDK tahun 2024 sebesar Rp 31.201.196.740,- atau 96,08%. Realisasi anggaran tersebut mencapai target 96%.

Dalam rangka perbaikan serta peningkatan kinerja pada tahun yang akan datang perlu melakukan beberapa upaya, di antaranya: peningkatan kompetensi SDM terkait pengembangan pembiayaan kesehatan serta isi-isu terkait lainnya melalui pelatihan baik dalam maupun luar negeri; pemanfaatan teknologi untuk mendukung pelaksanaan tugas dan peningkatan kualitas kinerja; dan melakukan monitoring secara berkala terkait progres pencapaian target.

## LAMPIRAN 1

### Perjanjian Kinerja Pusjak PDK Tahun 2024 Awal

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
PUSAT KEBIJAKAN PEMBIAYAAN DAN DESENTRALISASI KESEHATAN

**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2024**

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

Nama : Riris Dian Hardiani  
Jabatan : Pj. Kepala Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan

selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : Syarifah Lisa Munira  
Jabatan : Kepala Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan

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.

Jakarta, Januari 2024

Pihak Kedua, Syarifah Lisa Munira  
Pihak Pertama, Riris Dian Hardiani

**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2024  
PUSAT KEBIJAKAN PEMBIAYAAN DAN DESENTRALISASI KESEHATAN**

No. (1)	Sasaran Kegiatan (2)	Indikator Kinerja (3)	Target (4)
1.	Tersedianya bahan kebijakan teknis pembiayaan dan jaminan kesehatan	1. Annual review tarif INA-CBGs dan NHA (T-1) 2. Annual utilization review untuk 20 penyakit berbiaya tertinggi 3. Annual review terhadap HTA dan rencana implementasinya	2 20 1
2.	Meningkatnya kebijakan pembiayaan, jaminan dan desentralisasi kesehatan berbasis bukti	1. Persentase keputusan atau peraturan di atas peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti 2. Persentase keputusan atau peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti 3. Persentase keputusan atau peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti 4. Persentase kebijakan kesehatan yang disusun berdasarkan rekomendasi kebijakan di bidang Pembiayaan Jaminan Kesehatan dan Desentralisasi Kesehatan 5. Persentase kabupaten/kota yang mengadopsi kebijakan transformasi kesehatan	100 100 100 100 100
3.	Terlaksananya penyiapan implementasi pembiayaan dan jaminan kesehatan	1. Persentase peserta JKN yang berisiko yang mendapatkan layanan skrining kesehatan 2. Persentase belanja kesehatan promotif preventif dalam JKN 3. Persentase provinsi dan kabupaten/kota yang menghasilkan rekomendasi dari hasil perhitungan Provincial Health Account / District Health Account (PHA/DHA) 4. Persentase kabupaten/kota yang memberikan insentif pelaksanaan Upaya Kesehatan	100 15 100 100

Kegiatan	Anggaran
1. Perumusan Kebijakan Pembiayaan, Jaminan dan Desentralisasi Kesehatan	Rp 11.372.825.000
2. Pelaksanaan Teknis Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan	Rp 17.000.082.000
3. Dukuman Pelaksanaan Program di BKPK	Rp 2.638.627.000
<b>Total Anggaran Unit Kerja Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan</b>	<b>Rp 31.011.534.000</b>

Jakarta, Januari 2024

Pihak Kedua, Syarifah Lisa Munira  
Pihak Pertama, Riris Dian Hardiani

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
PUSAT KEBIJAKAN PEMBIAYAAN DAN DESENTRALISASI KESEHATAN

**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2024**

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. Moelis  
Jabatan : Kepala Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan

selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : Syarifah Lisa Munira  
Jabatan : Kepala Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan

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.

Jakarta, April 2024

Pihak Kedua, Syarifah Lisa Munira  
Pihak Pertama, Ahmad Irsan A. Moelis

**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2024  
PUSAT KEBIJAKAN PEMBIAYAAN DAN DESENTRALISASI KESEHATAN**

No. (1)	Sasaran Kegiatan (2)	Indikator Kinerja (3)	Target (4)
1.	Tersedianya bahan kebijakan teknis pembiayaan dan jaminan kesehatan	1. Annual review tarif INA-CBGs dan NHA (T-1) 2. Annual utilization review untuk 20 penyakit berbiaya tertinggi 3. Annual review terhadap HTA dan rencana implementasinya	2 20 1
2.	Meningkatnya kebijakan pembiayaan, jaminan dan desentralisasi kesehatan berbasis bukti	1. Persentase keputusan atau peraturan di atas peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti 2. Persentase keputusan atau peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti 3. Persentase keputusan atau peraturan di bawah peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti 4. Persentase kebijakan kesehatan yang disusun berdasarkan rekomendasi kebijakan di bidang Pembiayaan Jaminan Kesehatan dan Desentralisasi Kesehatan 5. Persentase kabupaten/kota yang mengadopsi kebijakan transformasi kesehatan	100 100 100 100 100
3.	Terlaksananya penyiapan implementasi pembiayaan dan jaminan kesehatan	1. Persentase peserta JKN yang berisiko yang mendapatkan layanan skrining kesehatan 2. Persentase belanja kesehatan promotif preventif dalam JKN 3. Persentase provinsi dan kabupaten/kota yang menghasilkan rekomendasi dari hasil perhitungan Provincial Health Account / District Health Account (PHA/DHA) 4. Persentase kabupaten/kota yang memberikan insentif pelaksanaan Upaya Kesehatan	100 15 100 100

Kegiatan	Anggaran
1. Perumusan Kebijakan Pembiayaan, Jaminan dan Desentralisasi Kesehatan	Rp 9.104.707.000
2. Pelaksanaan Teknis Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan	Rp 19.268.200.000
3. Dukuman Pelaksanaan Program di BKPK	Rp 2.638.627.000
<b>Total Anggaran Unit Kerja Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan</b>	<b>Rp 31.011.534.000</b>

Jakarta, April 2024

Pihak Kedua, Syarifah Lisa Munira  
Pihak Pertama, Ahmad Irsan A. Moelis

### Perjanjian Kinerja Pusjak PDK Tahun 2024 Akhir

KEMENTERIAN KESEHATAN REPUBLIK INDONESIA  
PUSAT KEBIJAKAN PEMBIAYAAN DAN DESENTRALISASI KESEHATAN

**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2024**

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. Moelis  
Jabatan : Kepala Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan

selanjutnya disebut pihak pertama

Nama : Syarifah Lisa Munira  
Jabatan : Kepala Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan

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.

Jakarta, Desember 2024

Pihak Kedua, Syarifah Lisa Munira  
Pihak Pertama, Ahmad Irsan A. Moelis

**PERJANJIAN KINERJA TAHUN 2024  
PUSAT KEBIJAKAN PEMBIAYAAN DAN DESENTRALISASI KESEHATAN**

No. (1)	Sasaran Kegiatan (2)	Indikator Kinerja (3)	Target (4)
1.	Tersedianya bahan kebijakan teknis pembiayaan dan jaminan kesehatan	1. Annual review tarif INA-CBGs dan NHA (T-1) 2. Annual utilization review untuk 20 penyakit berbiaya tertinggi 3. Annual review terhadap HTA dan rencana implementasinya	2 20 1
2.	Meningkatnya kebijakan pembiayaan, jaminan dan desentralisasi kesehatan berbasis bukti	1. Persentase keputusan atau peraturan di atas peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti 2. Persentase keputusan atau peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti 3. Persentase keputusan atau peraturan di bawah peraturan Menteri yang disusun berbasis kajian dan bukti 4. Persentase kebijakan kesehatan yang disusun berdasarkan rekomendasi kebijakan di bidang Pembiayaan Jaminan Kesehatan dan Desentralisasi Kesehatan 5. Persentase kabupaten/kota yang mengadopsi kebijakan transformasi kesehatan	100 100 100 100 100
3.	Terlaksananya penyiapan implementasi pembiayaan dan jaminan kesehatan	1. Persentase peserta JKN yang berisiko yang mendapatkan layanan skrining kesehatan 2. Persentase belanja kesehatan promotif preventif dalam JKN 3. Persentase provinsi dan kabupaten/kota yang menghasilkan rekomendasi dari hasil perhitungan Provincial Health Account / District Health Account (PHA/DHA) 4. Persentase kabupaten/kota yang memberikan insentif pelaksanaan Upaya Kesehatan	100 15 100 100

Kegiatan	Anggaran
1. Perumusan Kebijakan Pembiayaan, Jaminan dan Desentralisasi Kesehatan	Rp 9.104.707.000
2. Pelaksanaan Teknis Pembiayaan dan Jaminan Kesehatan	Rp 22.234.721.000
3. Dukuman Pelaksanaan Program di BKPK	Rp 2.634.278.000
<b>Total Anggaran Unit Kerja Pusat Kebijakan Pembiayaan dan Desentralisasi Kesehatan</b>	<b>Rp 33.973.706.000</b>

Jakarta, Desember 2024

Pihak Kedua, Syarifah Lisa Munira  
Pihak Pertama, Ahmad Irsan A. Moelis

## LAMPIRAN 2

### Daftar Kabupaten/ Kota yang Telah Menghasilkan Perhitungan Perencanaan SPM Bidang Kesehatan Menggunakan Siscobikes sampai dengan Tahun 2024

#### Provinsi Banten

- 1) Kabupaten Lebak
- 2) Kabupaten Pandeglang
- 3) Kabupaten Serang
- 4) Kabupaten Tangerang
- 5) Kota Cilegon
- 6) Kota Serang
- 7) Kota Tangerang
- 8) Kota Tangerang Selatan

#### DI Yogyakarta

- 9) Kabupaten Bantul
- 10) Kabupaten Gunungkidul
- 11) Kabupaten Kulon Progo
- 12) Kabupaten Sleman
- 13) Kota Yogyakarta

#### Provinsi Jawa Barat

- 14) Kabupaten Bandung
- 15) Kabupaten Bandung Barat
- 16) Kabupaten Bekasi
- 17) Kabupaten Bogor
- 18) Kabupaten Ciamis
- 19) Kabupaten Cianjur
- 20) Kabupaten Cirebon
- 21) Kabupaten Garut
- 22) Kabupaten Indramayu
- 23) Kabupaten Karawang
- 24) Kabupaten Kuningan
- 25) Kabupaten Majalengka
- 26) Kabupaten Pangandaran
- 27) Kabupaten Purwakarta
- 28) Kabupaten Subang
- 29) Kabupaten Sukabumi
- 30) Kabupaten Sumedang
- 31) Kabupaten Tasikmalaya
- 32) Kota Bandung
- 33) Kota Banjar
- 34) Kota Bekasi
- 35) Kota Bogor
- 36) Kota Cimahi
- 37) Kota Cirebon
- 38) Kota Depok
- 39) Kota Sukabumi
- 40) Kota Tasikmalaya

#### Provinsi Jawa Tengah

- 41) Kabupaten Banjarnegara
- 42) Kabupaten Banyumas
- 43) Kabupaten Batang
- 44) Kabupaten Blora
- 45) Kabupaten Boyolali
- 46) Kabupaten Brebes
- 47) Kabupaten Cilacap
- 48) Kabupaten Demak
- 49) Kabupaten Grobogan
- 50) Kabupaten Jepara
- 51) Kabupaten Karanganyar
- 52) Kabupaten Kebumen
- 53) Kabupaten Kendal
- 54) Kabupaten Klaten
- 55) Kabupaten Kudus
- 56) Kabupaten Magelang
- 57) Kabupaten Pati
- 58) Kabupaten Pekalongan
- 59) Kabupaten Pemalang
- 60) Kabupaten Purbalingga
- 61) Kabupaten Purworejo
- 62) Kabupaten Rembang
- 63) Kabupaten Semarang
- 64) Kabupaten Sragen
- 65) Kabupaten Sukoharjo
- 66) Kabupaten Tegal
- 67) Kabupaten Temanggung
- 68) Kabupaten Wonogiri
- 69) Kabupaten Wonosobo
- 70) Kota Magelang
- 71) Kota Pekalongan
- 72) Kota Salatiga
- 73) Kota Semarang
- 74) Kota Surakarta
- 75) Kota Tegal

#### Provinsi Jawa Timur

- 76) Kabupaten Bangkalan
- 77) Kabupaten Banyuwangi
- 78) Kabupaten Blitar
- 79) Kabupaten Bojonegoro
- 80) Kabupaten Bondowoso
- 81) Kabupaten Gresik
- 82) Kabupaten Jember
- 83) Kabupaten Jombang

- 84) Kabupaten Kediri
- 85) Kabupaten Lamongan
- 86) Kabupaten Lumajang
- 87) Kabupaten Madiun
- 88) Kabupaten Magetan
- 89) Kabupaten Malang
- 90) Kabupaten Mojokerto
- 91) Kabupaten Nganjuk
- 92) Kabupaten Ngawi
- 93) Kabupaten Pacitan
- 94) Kabupaten Pamekasan
- 95) Kabupaten Pasuruan
- 96) Kabupaten Ponorogo
- 97) Kabupaten Probolinggo
- 98) Kabupaten Sampang
- 99) Kabupaten Sidoarjo
- 100) Kabupaten Situbondo
- 101) Kabupaten Sumenep
- 102) Kabupaten Trenggalek
- 103) Kabupaten Tuban
- 104) Kabupaten Tulungagung
- 105) Kota Batu
- 106) Kota Blitar
- 107) Kota Kediri
- 108) Kota Madiun
- 109) Kota Malang
- 110) Kota Mojokerto
- 111) Kota Pasuruan
- 112) Kota Probolinggo
- 113) Kota Surabaya

#### Provinsi Aceh

- 114) Kabupaten Aceh Selatan
- 115) Kabupaten Aceh Tenggara
- 116) Kabupaten Aceh Timur
- 117) Kabupaten Aceh Tengah
- 118) Kabupaten Aceh Barat
- 119) Kabupaten Aceh Besar
- 120) Kabupaten Pidie
- 121) Kabupaten Aceh Utara
- 122) Kabupaten Simeulue
- 123) Kabupaten Aceh Singkil
- 124) Kabupaten Bireuen
- 125) Kabupaten Aceh Barat Daya
- 126) Gayo Lues

127) Kabupaten Aceh Jaya  
128) Kabupaten Nagan Raya  
129) Kabupaten Aceh Tamiang  
130) Kabupaten Bener Meriah  
131) Kabupaten Pidie Jaya  
132) Kota Banda Aceh  
133) Kota Sabang  
134) Kota Lhokseumawe  
135) Kota Langsa  
136) Kota Subulussalam

#### **Provinsi Sumatera Selatan**

137) Kabupaten Banyuasin  
138) Kabupaten Empat Lawang  
139) Kabupaten Lahat  
140) Kabupaten Muara Enim  
141) Kabupaten Musi Banyuasin  
142) Kabupaten Musi Rawas  
143) Kabupaten Musi Rawas Utara  
144) Kabupaten Ogan Ilir  
145) Kabupaten Ogan Komering Ilir  
146) Kabupaten Ogan Komering Ulu  
147) Kabupaten Ogan Komering Ulu Selatan  
148) Kabupaten Ogan Komering Ulu Timur  
149) Kabupaten Penukal Abab Lematang Ilir  
150) Kota Lubuklinggau  
151) Kota Pagar Alam  
152) Kota Palembang  
153) Kota Prabumulih

#### **Provinsi Kepulauan Riau**

154) Kabupaten Bintan  
155) Kabupaten Karimun  
156) Kabupaten Kepulauan Anambas  
157) Kabupaten Lingga  
158) Kabupaten Natuna  
159) Kota Batam  
160) Kota Tanjungpinang

#### **Provinsi Bengkulu**

161) Kabupaten Bengkulu Selatan  
162) Kabupaten Bengkulu Tengah

163) Kabupaten Bengkulu Utara  
164) Kabupaten Kaur  
165) Kabupaten Kepahiang  
166) Kabupaten Lebong  
167) Kabupaten Mukomuko  
168) Kabupaten Rejang Lebong  
169) Kabupaten Seluma  
170) Kota Bengkulu

#### **Provinsi Kep Bangka Belitung**

171) Kabupaten Bangka  
172) Kabupaten Bangka Barat  
173) Kabupaten Bangka Selatan  
174) Kabupaten Bangka Tengah  
175) Kabupaten Belitung  
176) Kabupaten Belitung Timur  
177) Kota Pangkalpinang

#### **Provinsi Riau**

178) Bengkalis  
179) Indragiri Hulu  
180) Indragili Hulu  
181) Kampar  
182) Kepulauan Meranti  
183) Kuantan Singingi  
184) Pelalawan  
185) Rokan Hilir  
186) Rokan Hulu  
187) Siak  
188) Kota Dumai  
189) Kota Pekanbaru

#### **Provinsi Sumatera Barat**

190) Padang Pariaman  
191) Kota Solok  
192) Agam  
193) Dharmasraya  
194) Kepulauan Mentawai  
195) Lima Puluh Kota  
196) Pasaman  
197) Pasaman Barat  
198) Pesisir selatan  
199) Sijunjung  
200) Solok  
201) Solok Selatan  
202) Tanah Datar  
203) Bukittinggi  
204) Padang

205) Padang Panjang  
206) Pariaman  
207) Payakumbuh  
208) Kota Sawahlunto

#### **Provinsi Lampung**

209) Lampung Selatan  
210) Tanggamus  
211) Tulang Bawang  
212) Pesawaran  
213) Lampung Timur  
214) Lampung Barat  
215) Lampung Tengah  
216) Lampung Utara  
217) Mesuji  
218) Pesisir Barat  
219) Pringsewu  
220) Tulang Bawang Barat  
221) Way Kanan  
222) Kota Bandar Lampung  
223) Kota Metro

#### **Provinsi Sumatera Utara**

224) Labuhanbatu  
225) Deli Serdang  
226) Kota Gunung sitoli

#### **Provinsi Kalimantan Barat**

227) Kabupaten Bengkayang  
228) Kabupaten Kapuas Hulu  
229) Kabupaten Kayong Utara  
230) Kabupaten Ketapang  
231) Kabupaten Kubu Raya  
232) Kabupaten Landak  
233) Kabupaten Melawi  
234) Kabupaten Mempawah  
235) Kabupaten Sambas  
236) Kabupaten Sanggau  
237) Kabupaten Sekadau  
238) Kabupaten Sintang  
239) Kota Pontianak  
240) Kota Singkawang

#### **Provinsi Kalimantan Tengah**

241) Kabupaten Barito Selatan  
242) Kabupaten Barito Timur  
243) Kabupaten Barito Utara  
244) Kabupaten Gunung Mas  
245) Kabupaten Kapuas  
246) Kabupaten Katingan  
247) Kabupaten Kotawaringin

Barat  
248) Kabupaten Kotawaringin Timur  
249) Kabupaten Lamandau  
250) Kabupaten Murung Raya  
251) Kabupaten Pulang Pisau  
252) Kabupaten Sukamara  
253) Kabupaten Seruyan  
254) Kota Palangka Raya

**Provinsi Kalimantan Selatan**

255) Kabupaten Balangan  
256) Kabupaten Banjar  
257) Kabupaten Barito Kuala  
258) Kabupaten Hulu Sungai Selatan  
259) Kabupaten Hulu Sungai Tengah  
260) Kabupaten Hulu Sungai Utara  
261) Kabupaten Kotabaru  
262) Kabupaten Tabalong  
263) Kabupaten Tanah Bumbu  
264) Kabupaten Tanah Laut  
265) Kabupaten Tapin  
266) Kota Banjarbaru  
267) Kota Banjarmasin

**Provinsi Kalimantan Timur**

268) Kabupaten Berau  
269) Kabupaten Kutai Barat  
270) Kabupaten Kutai Kartanegara  
271) Kabupaten Kutai Timur  
272) Kabupaten Mahakam Ulu  
273) Kabupaten Paser  
274) Kabupaten Penajam Paser Utara  
275) Kota Balikpapan  
276) Kota Bontang  
277) Kota Samarinda

**Provinsi Kalimantan Utara**

278) Kabupaten Bulungan  
279) Kabupaten Malinau  
280) Kabupaten Nunukan  
281) Kota Tarakan

**Provinsi Sulawesi Tengah**

282) Kabupaten Banggai  
283) Kabupaten Banggai

Kepulauan  
284) Kabupaten Banggai Laut  
285) Kabupaten Buol  
286) Kabupaten Donggala  
287) Kabupaten Morowali  
288) Kabupaten Morowali Utara  
289) Kabupaten Parigi Moutong  
290) Kabupaten Poso  
291) Kabupaten Sigi  
292) Kabupaten Tojo Una-Una  
293) Kabupaten Tolitoli  
294) Kota Palu

**Provinsi Sulawesi Tenggara**

295) Kabupaten Bombana  
296) Kabupaten Buton  
297) Kabupaten Buton Selatan  
298) Kabupaten Buton Tengah  
299) 250) Kabupaten Buton Utara  
300) Kabupaten Kolaka  
301) Kabupaten Kolaka Timur  
302) Kabupaten Kolaka Utara  
303) Kabupaten Konawe  
304) Kabupaten Konawe Kepulauan  
305) Kabupaten Konawe Selatan  
306) Kabupaten Konawe Utara  
307) Kabupaten Muna  
308) Kabupaten Muna Barat  
309) Kabupaten Wakatobi  
310) Kota Baubau  
311) Kota Kendari

**Provinsi Sulawesi Barat**

312) Kabupaten Majene  
313) Kabupaten Mamasa  
314) Kabupaten Mamuju  
315) Kabupaten Mamuju Tengah  
316) Kabupaten Pasangkayu  
317) Kabupaten Polewali Mandar

**Gorontalo**

318) Kabupaten Boalemo  
319) Kabupaten Bone Bolango

320) 271) Kabupaten Gorontalo  
321) Kabupaten Gorontalo Utara  
322) Kabupaten Pohuwato  
323) Kota Gorontalo

**Provinsi Sulawesi Utara**

324) Kota Manado

**Provinsi Sulawesi Selatan**

325) Pinrang  
326) Bantaeng  
327) Barru  
328) Bone  
329) Bulukumba  
330) Enrekang  
331) Gowa  
332) Jeneponto  
333) Kepulauan Selayar  
334) Luwu  
335) Luwu Timur  
336) Luwu Utara  
337) Maros  
338) Pangkepene  
339) Sidenrenf Rappanf  
340) Sinjai  
341) Soppeng  
342) Takalar  
343) Tana Toraja  
344) Toraja Utara  
345) Wajo  
346) Kota Palopo  
347) Kota Pare Pare  
348) Kota Makasar

**Provinsi Maluku**

349) Kabupaten Buru  
350) Kabupaten Buru Selatan  
351) Kabupaten Kepulauan Aru  
352) Kabupaten Kepulauan Tanimbar  
353) Kabupaten Maluku Barat Daya  
354) Kabupaten Maluku Tengah  
355) Kabupaten Maluku Tenggara  
356) Kabupaten Seram Bagian Barat  
357) Kabupaten Seram Bagian Timur

358) Kota Ambon

359) Kota Tual

**Provinsi Maluku Utara**

360) Kabupaten Halmahera Barat

361) Kabupaten Halmahera Tengah

362) Kabupaten Halmahera Timur

363) Kabupaten Halmahera Selatan

364) Kabupaten Halmahera Utara

365) Kabupaten Kepulauan Sula

366) Kabupaten Pulau Morotai

367) Kabupaten Pulau Taliabu

368) Kota Ternate

369) Kota Tidore Kepulauan

**Provinsi NTB**

370) Kabupaten Bima

371) Kabupaten Dompu

372) Kabupaten Lombok Barat

373) Kabupaten Lombok

Tengah

374) Kabupaten Lombok Timur

375) Kabupaten Lombok Utara

376) Kabupaten Sumbawa

377) Kabupaten Sumbawa Barat

378) Kota Bima

379) Kota Mataram

**Provinsi Bali**

380) Kabupaten Badung

381) Kabupaten Bangli

382) Kabupaten Buleleng

383) Kabupaten Gianyar

384) Kabupaten Jembrana

385) Kabupaten Karangasem

386) Kabupaten Klungkung

387) Kabupaten Tabanan

388) Kota Denpasar

**Provinsi NTT**

389) Kabupaten Kupang

390) Kabupaten Manggarai Barat

**Provinsi Papua Barat**

391) Kabupaten Fakfak

392) Kabupaten Kaimana

393) Kabupaten Manokwari

394) Kabupaten Manokwari Selatan

395) Kabupaten Pegunungan Arfak

396) Kabupaten Teluk Bintuni

397) Kabupaten Teluk Wondama

**Provinsi Jambi**

398) Kabupaten Batanghari

399) Kabupaten Bungo

400) Kabupaten Kerinci

401) Kabupaten Merangin

402) Kabupaten Muaro Jambi

403) Kabupaten Sarolangun

404) Kabupaten Tanjung Jabung Barat

405) Kabupaten Tanjung Jabung Timur

406) Kabupaten Tebo

407) Kota Jambi

408) Kota Sungai Penuh

### LAMPIRAN 3

Tabel 1. Kabupaten/Kota yang Melaksanakan Kerjasama Pemerintah dan Swasta (KPS)  
Bidang Kesehatan Menurut Kapasitas Fiskal Rendah, Di Indonesia  
Tahun 2022 – 2024

NO.	PROVINSI	KABUPATEN / KOTA	KAPASITAS FISKAL*
1	ACEH	KAB. ACEH SELATAN	Rendah
2	ACEH	KAB. ACEH TENGGARA	Rendah
3	ACEH	KAB. ACEH TENGAH	Rendah
4	ACEH	KAB. GAYO LUES	Rendah
5	ACEH	KAB. ACEH TAMIANG	Rendah
6	ACEH	KAB. PIDIE JAYA	Rendah
7	ACEH	KOTA LHOEKSEUMAWE	Rendah
8	ACEH	KOTA LANGSA	Rendah
9	ACEH	KOTA SUBULUSSALAM	Rendah
10	BALI	KAB. JEMBRANA	Rendah
11	BALI	KAB. KLUNGKUNG	Rendah
12	BENGKULU	KAB. BENGKULU UTARA	Rendah
13	GORONTALO	KAB. GORONTALO	Rendah
14	GORONTALO	KAB. BONE BOLANGO	Rendah
15	GORONTALO	KAB. POHUWATO	Rendah
16	JAMBI	KAB. KERINCI	Rendah
17	JAMBI	KAB. MERANGIN	Rendah
18	JAMBI	KAB. SAROLANGUN	Rendah
19	JAMBI	KAB. TANJUNG JABUNG TIMUR	Rendah
20	JAMBI	KAB. BUNGO	Rendah
21	JAMBI	KAB. TEBO	Rendah
22	JAWA TENGAH	KAB. SRAGEN	Rendah
23	JAWA TENGAH	KOTA PEKALONGAN	Rendah
24	JAWA TIMUR	KOTA PASURUAN	Rendah
25	KALIMANTAN BARAT	KAB. MEMPAWAH	Rendah
26	KALIMANTAN BARAT	KAB. SEKADAU	Rendah
27	KALIMANTAN BARAT	KAB. MELAWI	Rendah
28	KALIMANTAN BARAT	KOTA SINGKAWANG	Rendah
29	KALIMANTAN SELATAN	KAB. BARITO KUALA	Rendah
30	KALIMANTAN SELATAN	KAB. TAPIN	Rendah
31	KALIMANTAN SELATAN	KAB. HULU SUNGAI UTARA	Rendah
32	KALIMANTAN TENGAH	KAB. KATINGAN	Rendah
33	KALIMANTAN TENGAH	KAB. GUNUNG MAS	Rendah
34	KALIMANTAN TENGAH	KAB. PULANG PISAU	Rendah
35	KALIMANTAN TENGAH	KAB. BARITO TIMUR	Rendah
36	KALIMANTAN UTARA	KAB. BULUNGAN	Rendah
37	KALIMANTAN UTARA	KAB. NUNUKAN	Rendah
38	KALIMANTAN UTARA	KAB. TANA TIDUNG	Rendah
39	KEPULAUAN BANGKA BELITUNG	KAB. BANGKA	Rendah
40	KEPULAUAN BANGKA BELITUNG	KAB. BANGKA TENGAH	Rendah

41	KEPULAUAN BANGKA BELITUNG	KAB. BANGKA BARAT	Rendah
42	KEPULAUAN BANGKA BELITUNG	KAB. BELITUNG TIMUR	Rendah
43	KEPULAUAN BANGKA BELITUNG	KOTA PANGKAL PINANG	Rendah
44	KEPULAUAN RIAU	KAB. BINTAN	Rendah
45	KEPULAUAN RIAU	KAB. NATUNA	Rendah
46	KEPULAUAN RIAU	KAB. LINGGA	Rendah
47	KEPULAUAN RIAU	KOTA TANJUNG PINANG	Rendah
48	LAMPUNG	KAB. LAMPUNG BARAT	Rendah
49	LAMPUNG	KAB. TULANG BAWANG	Rendah
50	LAMPUNG	KAB. WAY KANAN	Rendah
51	LAMPUNG	KAB. PESAWARAN	Rendah
52	LAMPUNG	KAB. PRINGSEWU	Rendah
53	LAMPUNG	KAB. TULANG BAWANG BARAT	Rendah
54	LAMPUNG	KAB. PESISIR BARAT	Rendah
55	LAMPUNG	KOTA METRO	Rendah
56	MALUKU	KAB. KEPULAUAN ARU	Rendah
57	MALUKU	KAB. MALUKU BARAT DAYA	Rendah
58	MALUKU UTARA	KAB. HALMAHERA UTARA	Rendah
59	MALUKU UTARA	KAB. HALMAHERA TIMUR	Rendah
60	NUSA TENGGARA BARAT	KAB. DOMPU	Rendah
61	NUSA TENGGARA BARAT	KAB. BIMA	Rendah
62	NUSA TENGGARA BARAT	KAB. SUMBAWA BARAT	Rendah
63	NUSA TENGGARA TIMUR	KAB. TIMOR TENGAH SELATAN	Rendah
64	NUSA TENGGARA TIMUR	KAB. MANGGARAI	Rendah
65	NUSA TENGGARA TIMUR	KAB. SUMBA TIMUR	Rendah
66	PAPUA PEGUNUNGAN	KAB. JAYAWIJAYA	Rendah
67	PAPUA TENGAH	KAB. NABIRE	Rendah
68	PAPUA	KAB. BIAK NUMFOR	Rendah

69	PAPUA TENGAH	KAB. PUNCAK JAYA	Rendah
70	PAPUA PEGUNUNGAN	KAB. YAHUKIMO	Rendah
71	PAPUA PEGUNUNGAN	KAB. MAMBERAMO TENGAH	Rendah
72	PAPUA TENGAH	KAB. INTAN JAYA	Rendah
73	PAPUA BARAT	KAB. FAKFAK	Rendah
74	PAPUA BARAT DAYA	KAB. SORONG SELATAN	Rendah
75	PAPUA BARAT	KAB. KAIMANA	Rendah
76	RIAU	KAB. KUANTAN SINGINGI	Rendah
77	SULAWESI BARAT	KAB. MAMUJU	Rendah
78	SULAWESI SELATAN	KAB. KEPULAUAN SELAYAR	Rendah
79	SULAWESI SELATAN	KAB. JENEPONTO	Rendah
80	SULAWESI SELATAN	KAB. TAKALAR	Rendah
81	SULAWESI SELATAN	KAB. SINJAI	Rendah
82	SULAWESI SELATAN	KAB. BARRU	Rendah
83	SULAWESI SELATAN	KAB. SIDENRENG RAPPANG	Rendah
84	SULAWESI SELATAN	KAB. PINRANG	Rendah
85	SULAWESI SELATAN	KAB. LUWU	Rendah
86	SULAWESI SELATAN	KAB. TANA TORAJA	Rendah
87	SULAWESI SELATAN	KAB. TORAJA UTARA	Rendah
88	SULAWESI SELATAN	KOTA PALOPO	Rendah
89	SULAWESI TENGAH	KAB. POSO	Rendah
90	SULAWESI TENGAH	KAB. DONGGALA	Rendah
91	SULAWESI TENGAH	KAB. TOLI-TOLI	Rendah
92	SULAWESI TENGAH	KAB. PARIGI MOUTONG	Rendah
93	SULAWESI TENGAH	KAB. TOJO UNA-UNA	Rendah
94	SULAWESI TENGAH	KAB. MOROWALI UTARA	Rendah
95	SULAWESI TENGGARA	KAB. KONAWE	Rendah
96	SULAWESI TENGGARA	KAB. KONAWE SELATAN	Rendah
97	SULAWESI TENGGARA	KAB. BOMBANA	Rendah

98	SULAWESI TENGGARA	KAB. KONAWE UTARA	Rendah
99	SULAWESI TENGGARA	KOTA BAU-BAU	Rendah
100	SULAWESI UTARA	KAB. BOLAANG MONGONDOW	Rendah
101	SULAWESI UTARA	KAB. MINAHASA	Rendah
102	SULAWESI UTARA	KAB. MINAHASA UTARA	Rendah
103	SULAWESI UTARA	KOTA BITUNG	Rendah
104	SULAWESI UTARA	KOTA TOMOHON	Rendah
105	SUMATERA BARAT	KAB. PESISIR SELATAN	Rendah
106	SUMATERA BARAT	KAB. SOLOK	Rendah
107	SUMATERA BARAT	KAB. TANAH DATAR	Rendah
108	SUMATERA BARAT	KAB. AGAM	Rendah
109	SUMATERA BARAT	KAB. LIMA PULUH KOTA	Rendah
110	SUMATERA BARAT	KAB. KEPULAUAN MENTAWAI	Rendah
111	SUMATERA BARAT	KAB. PASAMAN BARAT	Rendah
112	SUMATERA BARAT	KOTA BUKITTINGGI	Rendah
113	SUMATERA BARAT	KOTA PAYAKUMBUH	Rendah
114	SUMATERA SELATAN	KAB. EMPAT LAWANG	Rendah
115	SUMATERA SELATAN	KAB. MUSI RAWAS UTARA	Rendah
116	SUMATERA SELATAN	KOTA LUBUK LINGGAU	Rendah
117	SUMATERA SELATAN	KOTA PRABUMULIH	Rendah
118	SUMATERA UTARA	KAB. TAPANULI TENGAH	Rendah
119	SUMATERA UTARA	KAB. TAPANULI UTARA	Rendah
120	SUMATERA UTARA	KAB. MANDAILING NATAL	Rendah
121	SUMATERA UTARA	KAB. SAMOSIR	Rendah
122	SUMATERA UTARA	KAB. BATU BARA	Rendah
123	SUMATERA UTARA	KAB. PADANG LAWAS	Rendah
124	SUMATERA UTARA	KAB. LABUHANBATU SELATAN	Rendah
125	SUMATERA UTARA	KAB. LABUHANBATU UTARA	Rendah
126	SUMATERA UTARA	KOTA PEMATANG SIANTAR	Rendah
127	SUMATERA UTARA	KOTA TEBING TINGGI	Rendah

## LAMPIRAN 5

Tabel 2. Daftar Kabupaten/Kota menurut Kapasitas Tinggi yang Memberikan Insentif Pelaksanaan Upaya Kesehatan Masyarakat (UKM) Bersumber APBD Murni Tahun 2024

No	Provinsi	Kabupaten/ Kota	Kapasitas Fiskal
1	ACEH	KOTA BANDA ACEH	Tinggi
2	SUMATERA UTARA	KAB. LANGKAT	Tinggi
3	SUMATERA UTARA	KAB. SIMALUNGUN	Tinggi
4	RIAU	KAB. KAMPAR	Tinggi
5	RIAU	KAB. PELALAWAN	Tinggi
6	RIAU	KAB. ROKAN HILIR	Tinggi
7	RIAU	KAB. SIAK	Tinggi
8	JAMBI	KOTA JAMBI	Tinggi
9	SUMATERA SELATAN	KAB. LAHAT	Tinggi
10	SUMATERA SELATAN	KAB. MUSI RAWAS	Tinggi
11	SUMATERA SELATAN	KAB. BANYUASIN	Tinggi
12	SUMATERA SELATAN	KAB. PENUKAL ABAB LEMATANG ILIR	Tinggi
13	LAMPUNG	KAB. LAMPUNG TENGAH	Tinggi
14	LAMPUNG	KAB. LAMPUNG TIMUR	Tinggi
15	LAMPUNG	KAB. TANGGAMUS	Tinggi
16	JAWA BARAT	KAB. CIAMIS	Tinggi
17	JAWA BARAT	KAB. CIREBON	Tinggi
18	JAWA BARAT	KAB. KUNINGAN	Tinggi
19	JAWA BARAT	KAB. PURWAKARTA	Tinggi
20	JAWA BARAT	KAB. SUBANG	Tinggi
21	JAWA BARAT	KAB. SUMEDANG	Tinggi
22	JAWA BARAT	KAB. TASIKMALAYA	Tinggi
23	JAWA BARAT	KOTA BOGOR	Tinggi
24	JAWA BARAT	KOTA CIREBON	Tinggi
25	JAWA BARAT	KOTA TASIKMALAYA	Tinggi

No	Provinsi	Kabupaten/ Kota	Kapasitas Fiskal
26	JAWA BARAT	KAB. BANDUNG BARAT	Tinggi
27	JAWA BARAT	KAB. PANGANDARAN	Tinggi
28	JAWA TENGAH	KAB. BANJARNEGARA	Tinggi
29	JAWA TENGAH	KAB. BANYUMAS	Tinggi
30	JAWA TENGAH	KAB. BLORA	Tinggi
31	JAWA TENGAH	KAB. BOYOLALI	Tinggi
32	JAWA TENGAH	KAB. DEMAK	Tinggi
33	JAWA TENGAH	KAB. GROBOGAN	Tinggi
34	JAWA TENGAH	KAB. JEPARA	Tinggi
35	JAWA TENGAH	KAB. KEBUMEN	Tinggi
36	JAWA TENGAH	KAB. MAGELANG	Tinggi
37	JAWA TENGAH	KAB. PATI	Tinggi
38	JAWA TENGAH	KAB. PEKALONGAN	Tinggi
39	JAWA TENGAH	KAB. PEMALANG	Tinggi
40	JAWA TENGAH	KAB. PURWOREJO	Tinggi
41	JAWA TENGAH	KAB. SEMARANG	Tinggi
42	JAWA TENGAH	KAB. SUKOHARJO	Tinggi
43	JAWA TENGAH	KAB. TEGAL	Tinggi
44	DI YOGYAKARTA	KAB. BANTUL	Tinggi
45	DI YOGYAKARTA	KOTA YOGYAKARTA	Tinggi
46	JAWA TIMUR	KAB. BANGKALAN	Tinggi
47	JAWA TIMUR	KAB. BLITAR	Tinggi
48	JAWA TIMUR	KAB. JOMBANG	Tinggi
49	JAWA TIMUR	KAB. KEDIRI	Tinggi
50	JAWA TIMUR	KAB. LUMAJANG	Tinggi
51	JAWA TIMUR	KAB. MOJOKERTO	Tinggi
52	JAWA TIMUR	KAB. NGANJUK	Tinggi

No	Provinsi	Kabupaten/ Kota	Kapasitas Fiskal
53	JAWA TIMUR	KAB. PONOROGO	Tinggi
54	JAWA TIMUR	KAB. PROBOLINGGO	Tinggi
55	JAWA TIMUR	KAB. TUBAN	Tinggi
56	JAWA TIMUR	KAB. TULUNGAGUNG	Tinggi
57	KALIMANTAN BARAT	KAB. KETAPANG	Tinggi
58	KALIMANTAN BARAT	KOTA PONTIANAK	Tinggi
59	KALIMANTAN TENGAH	KAB. KOTAWARINGIN TIMUR	Tinggi
60	KALIMANTAN SELATAN	KOTA BANJARMASIN	Tinggi
61	KALIMANTAN SELATAN	KAB. TANAH BUMBU	Tinggi
62	KALIMANTAN TIMUR	KAB. BERAU	Tinggi
63	KALIMANTAN TIMUR	KAB. KUTAI BARAT	Tinggi
64	SULAWESI UTARA	KOTA MANADO	Tinggi
65	SULAWESI TENGAH	KAB. BANGGAI	Tinggi
66	SULAWESI TENGAH	KAB. MOROWALI	Tinggi
67	SULAWESI SELATAN	KAB. BONE	Tinggi
68	SULAWESI TENGGARA	KOTA KENDARI	Tinggi
69	BALI	KAB. BULELENG	Tinggi
70	BALI	KAB. GIANYAR	Tinggi
71	BALI	KOTA DENPASAR	Tinggi
72	NUSA TENGGARA BARAT	KAB. LOMBOK TIMUR	Tinggi
73	NUSA TENGGARA BARAT	KOTA MATARAM	Tinggi
74	PAPUA SELATAN	KAB. MERAUKE	Tinggi
75	BANTEN	KAB. LEBAK	Tinggi
76	BANTEN	KAB. PANDEGLANG	Tinggi
77	BANTEN	KAB. SERANG	Tinggi

No	Provinsi	Kabupaten/ Kota	Kapasitas Fiskal
78	BANTEN	KOTA CILEGON	Tinggi
79	BANTEN	KOTA SERANG	Tinggi

## LAMPIRAN 6

Tabel 3. Daftar Perusahaan Asuransi Swasta yang Menyediakan Produk Kesehatan Tahun 2023

No	Nama Perusahaan Penyedia Produk Kesehatan	Jenis Perusahaan
1	PT Asuransi Jiwa Sealnsure (d.h PT Asuransi Jiwa Advista)	Asuransi Jiwa Konvensional
2	PT ASURANSI JIWA IFG	Asuransi Jiwa Konvensional
3	PT Perta Life Insurance (d.h PT Asuransi Jiwa Tugu Mandiri)	Asuransi Jiwa Konvensional
4	PT Jiwasraya (Persero)	Asuransi Jiwa Konvensional
5	PT Chubb Life Insurance (d/h PT Ace Life Assurance)	Asuransi Jiwa Konvensional
6	PT Asuransi Jiwa Central Asia Raya	Asuransi Jiwa Konvensional
7	PT Equity Life Indonesia	Asuransi Jiwa Konvensional
8	PT Asuransi BRI Life (d/h PT Asuransi Jiwa Bringin Jiwa Sejahtera)	Asuransi Jiwa Konvensional
9	PT AXA Mandiri Financial Services	Asuransi Jiwa Konvensional
10	PT Asuransi Jiwa Sequis Life	Asuransi Jiwa Konvensional
11	PT Panin Dai-Ichi Life	Asuransi Jiwa Konvensional
12	PT FWD Insurance Indonesia (d/h PT Commonwealth Life)	Asuransi Jiwa Konvensional
13	PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia	Asuransi Jiwa Konvensional
14	PT Hanwha Life Insurance Indonesia	Asuransi Jiwa Konvensional
15	PT Sun Life Financial Indonesia	Asuransi Jiwa Konvensional
16	PT Prudential Life Assurance	Asuransi Jiwa Konvensional
17	PT Asuransi Simas Jiwa (d/h PT Asuransi Jiwa Mega Life)	Asuransi Jiwa Konvensional
18	PT AXA Financial Indonesia	Asuransi Jiwa Konvensional
19	PT Heksa Solution Insurance (d.h. PT Heksa Eka Life Insurance)	Asuransi Jiwa Konvensional
20	PT Great Eastern Life Indonesia	Asuransi Jiwa Konvensional
21	PT Asuransi Jiwa Sequis Financial	Asuransi Jiwa Konvensional
22	PT BNI Life Insurance	Asuransi Jiwa Konvensional
23	PT AIA Financial	Asuransi Jiwa Konvensional
24	PT Asuransi Allianz Life Indonesia	Asuransi Jiwa Konvensional
25	PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia	Asuransi Jiwa Konvensional
26	PT Asuransi Jiwa Starinvestama (d/h PT Asuransi Jiwa Recapital)	Asuransi Jiwa Konvensional
27	PT Asuransi Jiwa InHealth Indonesia	Asuransi Jiwa Konvensional
28	PT Avrist Assurance	Asuransi Jiwa Konvensional
29	PT MNC LIFE ASSURANCE	Asuransi Jiwa Konvensional
30	PT Asuransi Jiwa Astra (d/h PT Astra Aviva Life)	Asuransi Jiwa Konvensional
31	PT MSIG Life Insurance Indonesia Tbk (d.h PT Asuransi Jiwa Sinarmas MSIG Tbk)	Asuransi Jiwa Konvensional
32	PT Zurich Topas Life	Asuransi Jiwa Konvensional
33	PT Tokio Marine Life Insurance Indonesia	Asuransi Jiwa Konvensional
34	PT Central Asia Financial	Asuransi Jiwa Konvensional
35	PT PFI Mega Life Insurance d/h PT. ASURANSI JIWA MEGA INDONESIA	Asuransi Jiwa Konvensional
36	PT. Asuransi Jiwa Taspen	Asuransi Jiwa Konvensional
37	PT China Life Insurance Indonesia d.h. PT Asuransi Jiwa Sinansari Indonesia	Asuransi Jiwa Konvensional
38	PT Asuransi Jiwa BCA	Asuransi Jiwa Konvensional

No	Nama Perusahaan Penyedia Produk Kesehatan	Jenis Perusahaan
39	PT Lippo Life Assurance	Asuransi Jiwa Konvensional
40	PT Asuransi Ciputra Indonesia d.h. PT Ciputra Finansial Indonesia	Asuransi Jiwa Konvensional
41	PT Asuransi Jiwa Syariah Jasa Mitra Abadi	Asuransi Jiwa Syariah
42	PT Asuransi Takaful Keluarga	Asuransi Jiwa Syariah
43	PT CAPITAL LIFE SYARIAH	Asuransi Jiwa Syariah
44	PT Prudential Sharia Life Assurance	Asuransi Jiwa Syariah
45	PT Asuransi Allianz Life Syariah Indonesia	Asuransi Jiwa Syariah
46	PT Asuransi Ramayana Tbk.	Asuransi Umum Konvensional
47	PT Asuransi Artarindo	Asuransi Umum Konvensional
48	PT Asuransi Harta Aman Pratama Tbk.	Asuransi Umum Konvensional
49	PT Asuransi Maximus Graha Persada Tbk (d/h PT Asuransi Kresna Mitra Tbk)	Asuransi Umum Konvensional
50	PT Chubb General Insurance Indonesia (d/h PT Ace Jaya Proteksi)	Asuransi Umum Konvensional
51	PT Sampo Insurance Indonesia d.h. PT Asuransi Sampo Japan Nipponkoa Indonesia	Asuransi Umum Konvensional
52	PT Malacca Trust Wuwungan Insurance Tbk	Asuransi Umum Konvensional
53	PT Asuransi Bosowa	Asuransi Umum Konvensional
54	PT Arthagraha General Insurance	Asuransi Umum Konvensional
55	PT Asuransi Bina Dana Arta Tbk	Asuransi Umum Konvensional
56	PT Asuransi Reliance Indonesia	Asuransi Umum Konvensional
57	PT Asuransi Umum Bumiputera Muda 1967	Asuransi Umum Konvensional
58	PT Asuransi Central Asia	Asuransi Umum Konvensional
59	PT Asuransi Multi Artha Guna Tbk	Asuransi Umum Konvensional
60	PT Tugu Pratama Indonesia Tbk	Asuransi Umum Konvensional
61	PT Asuransi Jasa Indonesia	Asuransi Umum Konvensional
62	PT Citra International Underwriters	Asuransi Umum Konvensional
63	PT Sunday Insurance Indonesia (d.h PT KSK Insurance Indonesia)	Asuransi Umum Konvensional
64	PT Avrist General Insurance	Asuransi Umum Konvensional
65	PT Victoria Insurance Tbk	Asuransi Umum Konvensional
66	PT Asuransi Etiqa Internasional Indonesia (d/h PT Asuransi Asoka Mas)	Asuransi Umum Konvensional
67	PT Asuransi Perisai Listrik Nasional (d/h PT Asuransi Tugu Kresna Pratama)	Asuransi Umum Konvensional
68	PT Lippo General Insurance Tbk	Asuransi Umum Konvensional
69	PT Great Eastern General Insurance Indonesia	Asuransi Umum Konvensional
70	PT Asuransi Astra Buana	Asuransi Umum Konvensional
71	PT Asuransi Umum Mega	Asuransi Umum Konvensional
72	PT Pan Pacific Insurance	Asuransi Umum Konvensional
73	PT Zurich Asuransi Indonesia Tbk (d/h PT Asuransi Adira Dinamika Tbk)	Asuransi Umum Konvensional
74	PT. Asuransi FPG Indonesia	Asuransi Umum Konvensional
75	PT Asuransi Intra Asia	Asuransi Umum Konvensional
76	PT AXA Insurance Indonesia (d.h PT Mandiri AXA General Insurance)	Asuransi Umum Konvensional
77	PT Asuransi Sahabat Artha Proteksi (d/h PT Bess Central	Asuransi Umum Konvensional

No	Nama Perusahaan Penyedia Produk Kesehatan	Jenis Perusahaan
	Insurance)	
78	PT Asuransi Sinar Mas	Asuransi Umum Konvensional
79	PT Asuransi Simas Insurtech (d/h PT Asuransi Simas Net)	Asuransi Umum Konvensional
80	PT Asuransi Allianz Life Indonesia	Unit Syariah Asuransi Jiwa
81	PT Asuransi Jiwa Generali Indonesia	Unit Syariah Asuransi Jiwa
82	PT Asuransi Jiwa Manulife Indonesia	Unit Syariah Asuransi Jiwa
83	PT Avrist Assurance	Unit Syariah Asuransi Jiwa
84	PT AXA Mandiri Financial Services	Unit Syariah Asuransi Jiwa
85	PT BNI Life Insurance	Unit Syariah Asuransi Jiwa
86	PT Chubb Life Insurance (d/h PT Ace Life Assurance)	Unit Syariah Asuransi Jiwa
87	PT FWD Insurance Indonesia (d/h PT Commonwealth Life)	Unit Syariah Asuransi Jiwa
88	PT Sun Life Financial Indonesia	Unit Syariah Asuransi Jiwa
89	PT Tokio Marine Life Insurance Indonesia	Unit Syariah Asuransi Jiwa
90	PT MSIG Life Insurance Indonesia Tbk (d.h PT Asuransi Jiwa Sinarmas MSIG Tbk)	Unit Syariah Asuransi Jiwa
91	PT Asuransi Ramayana Tbk.	Unit Syariah Asuransi Umum
92	PT Asuransi Reliance Indonesia	Unit Syariah Asuransi Umum
93	PT Asuransi Tri Pakarta	Unit Syariah Asuransi Umum
94	PT Asuransi Umum Bumiputera Muda 1967	Unit Syariah Asuransi Umum

## LAMPIRAN 7

Tabel 4. Kabupaten/Kota yang Melaksanakan Kerjasama Pemerintah dan Swasta (KPS)  
Menurut Ruang Lingkup 9 Penyakit Prioritas dan Kapasitas Fiskal Tinggi, di Indonesia tahun  
2022 - 2024

No.	Provinsi	Kabupaten / Kota	Kapasitas Fiskal*
1	ACEH	KOTA BANDA ACEH	Tinggi
2	BALI	KAB. GIANYAR	Tinggi
3	BALI	KAB. BULELENG	Tinggi
4	BALI	KOTA DENPASAR	Tinggi
5	BANTEN	KAB. PANDEGLANG	Tinggi
6	BANTEN	KAB. LEBAK	Tinggi
7	BANTEN	KAB. SERANG	Tinggi
8	BANTEN	KOTA CILEGON	Tinggi
9	BANTEN	KOTA SERANG	Tinggi
10	DI YOGYAKARTA	KAB. BANTUL	Tinggi
11	DI YOGYAKARTA	KOTA YOGYAKARTA	Tinggi
12	JAMBI	KOTA JAMBI	Tinggi
13	JAWA BARAT	KAB. TASIKMALAYA	Tinggi
14	JAWA BARAT	KAB. CIAMIS	Tinggi
15	JAWA BARAT	KAB. KUNINGAN	Tinggi
16	JAWA BARAT	KAB. CIREBON	Tinggi
17	JAWA BARAT	KAB. SUMEDANG	Tinggi
18	JAWA BARAT	KAB. SUBANG	Tinggi
19	JAWA BARAT	KAB. PURWAKARTA	Tinggi
20	JAWA BARAT	KAB. BANDUNG BARAT	Tinggi
21	JAWA BARAT	KAB. PANGANDARAN	Tinggi
22	JAWA BARAT	KOTA BOGOR	Tinggi
23	JAWA BARAT	KOTA CIREBON	Tinggi
24	JAWA BARAT	KOTA TASIKMALAYA	Tinggi
25	JAWA TENGAH	KAB. BANYUMAS	Tinggi
26	JAWA TENGAH	KAB. BANJARNEGARA	Tinggi
27	JAWA TENGAH	KAB. KEBUMEN	Tinggi
28	JAWA TENGAH	KAB. PURWOREJO	Tinggi
29	JAWA TENGAH	KAB. MAGELANG	Tinggi
30	JAWA TENGAH	KAB. BOYOLALI	Tinggi
31	JAWA TENGAH	KAB. SUKOHARJO	Tinggi
32	JAWA TENGAH	KAB. GROBOGAN	Tinggi
33	JAWA TENGAH	KAB. BLORA	Tinggi
34	JAWA TENGAH	KAB. PATI	Tinggi
35	JAWA TENGAH	KAB. JEPARA	Tinggi
36	JAWA TENGAH	KAB. DEMAK	Tinggi
37	JAWA TENGAH	KAB. SEMARANG	Tinggi
38	JAWA TENGAH	KAB. PEKALONGAN	Tinggi
39	JAWA TENGAH	KAB. PEMALANG	Tinggi
40	JAWA TENGAH	KAB. TEGAL	Tinggi
41	JAWA TIMUR	KAB. PONOROGO	Tinggi
42	JAWA TIMUR	KAB. TULUNGAGUNG	Tinggi
43	JAWA TIMUR	KAB. BLITAR	Tinggi

44	JAWA TIMUR	KAB. KEDIRI	Tinggi
45	JAWA TIMUR	KAB. LUMAJANG	Tinggi
46	JAWA TIMUR	KAB. PROBOLINGGO	Tinggi
47	JAWA TIMUR	KAB. MOJOKERTO	Tinggi
48	JAWA TIMUR	KAB. JOMBANG	Tinggi
49	JAWA TIMUR	KAB. NGANJUK	Tinggi
50	JAWA TIMUR	KAB. TUBAN	Tinggi
51	JAWA TIMUR	KAB. BANGKALAN	Tinggi
52	KALIMANTAN BARAT	KAB. KETAPANG	Tinggi
53	KALIMANTAN BARAT	KOTA PONTIANAK	Tinggi
54	KALIMANTAN SELATAN	KAB. TANAH BUMBU	Tinggi
55	KALIMANTAN SELATAN	KOTA BANJARMASIN	Tinggi
56	KALIMANTAN TENGAH	KAB. KOTAWARINGIN TIMUR	Tinggi
57	KALIMANTAN TIMUR	KAB. BERAU	Tinggi
58	KALIMANTAN TIMUR	KAB. KUTAI BARAT	Tinggi
59	LAMPUNG	KAB. LAMPUNG TENGAH	Tinggi
60	LAMPUNG	KAB. TANGGAMUS	Tinggi
61	LAMPUNG	KAB. LAMPUNG TIMUR	Tinggi
62	NUSA TENGGARA BARAT	KAB. LOMBOK TIMUR	Tinggi
63	NUSA TENGGARA BARAT	KOTA MATARAM	Tinggi
64	PAPUA SELATAN	KAB. MERAUKE	Tinggi
65	RIAU	KAB. KAMPAR	Tinggi
66	RIAU	KAB. PELALAWAN	Tinggi
67	RIAU	KAB. ROKAN HILIR	Tinggi
68	RIAU	KAB. SIAK	Tinggi
69	SULAWESI SELATAN	KAB. BONE	Tinggi
70	SULAWESI TENGAH	KAB. BANGGAI	Tinggi
71	SULAWESI TENGAH	KAB. MOROWALI	Tinggi
72	SULAWESI TENGGARA	KOTA KENDARI	Tinggi
73	SULAWESI UTARA	KOTA MANADO	Tinggi
74	SUMATERA SELATAN	KAB. LAHAT	Tinggi
75	SUMATERA SELATAN	KAB. MUSI RAWAS	Tinggi
76	SUMATERA SELATAN	KAB. BANYUASIN	Tinggi
77	SUMATERA SELATAN	KAB. PENUKAL ABAB LEMATANG ILIR	Tinggi
78	SUMATERA UTARA	KAB. LANGKAT	Tinggi
79	SUMATERA UTARA	KAB. SIMALUNGUN	Tinggi

## Lampiran 8

Tabel 5. Kabupaten/Kota yang Melaksanakan Kerjasama Pemerintah dan Swasta (KPS) Menurut Ruang Lingkup Upaya 14 Skrining Penyakit dan Kapasitas Fiskal Sedang dan Tinggi, di Indonesia tahun 2022 -2024

No	PROVINSI	KABUPATEN / KOTA	KAPASITAS FISKAL
1	ACEH	KAB. ACEH BESAR	Sedang
2	ACEH	KAB. PIDIE	Sedang
3	ACEH	KAB. ACEH UTARA	Sedang
4	ACEH	KAB. NAGAN RAYA	Sedang
5	ACEH	KOTA BANDA ACEH	Tinggi
6	ACEH	KAB. BIREUEN	Sedang
7	BALI	KAB. GIANYAR	Tinggi
8	BALI	KAB. KARANGASEM	Sedang
9	BALI	KAB. BULELENG	Tinggi
10	BALI	KOTA DENPASAR	Tinggi
11	BANTEN	KAB. PANDEGLANG	Tinggi
12	BANTEN	KAB. LEBAK	Tinggi
13	BANTEN	KAB. SERANG	Tinggi
14	BANTEN	KOTA CILEGON	Tinggi
15	BANTEN	KOTA SERANG	Tinggi
16	BENGKULU	KOTA BENGKULU	Sedang
17	DI YOGYAKARTA	KAB. KULON PROGO	Sedang
18	DI YOGYAKARTA	KAB. BANTUL	Tinggi
19	DI YOGYAKARTA	KAB. GUNUNG KIDUL	Sedang
20	DI YOGYAKARTA	KOTA YOGYAKARTA	Tinggi
21	GORONTALO	KOTA GORONTALO	Sedang
22	JAMBI	KAB. BATANGHARI	Sedang
23	JAMBI	KAB. MUARO JAMBI	Sedang
24	JAMBI	KOTA JAMBI	Tinggi
25	JAWA BARAT	KAB. TASIKMALAYA	Tinggi
26	JAWA BARAT	KAB. CIAMIS	Tinggi
27	JAWA BARAT	KAB. KUNINGAN	Tinggi
28	JAWA BARAT	KAB. CIREBON	Tinggi
29	JAWA BARAT	KAB. SUMEDANG	Tinggi
30	JAWA BARAT	KAB. SUBANG	Tinggi
31	JAWA BARAT	KAB. PURWAKARTA	Tinggi
32	JAWA BARAT	KAB. BANDUNG BARAT	Tinggi
33	JAWA BARAT	KAB. PANGANDARAN	Tinggi
34	JAWA BARAT	KOTA BOGOR	Tinggi
35	JAWA BARAT	KOTA SUKABUMI	Sedang
36	JAWA BARAT	KOTA CIREBON	Tinggi
37	JAWA BARAT	KOTA CIMAH	Sedang
38	JAWA BARAT	KOTA TASIKMALAYA	Tinggi
39	JAWA TENGAH	KAB. BANYUMAS	Tinggi
40	JAWA TENGAH	KAB. PURBALINGGA	Sedang

41	JAWA TENGAH	KAB. KEBUMEN	Tinggi
42	JAWA TENGAH	KAB. PURWOREJO	Tinggi
43	JAWA TENGAH	KAB. WONOSOBO	Sedang
44	JAWA TENGAH	KAB. MAGELANG	Tinggi
45	JAWA TENGAH	KAB. BOYOLALI	Tinggi
46	JAWA TENGAH	KAB. KLATEN	Sedang
47	JAWA TENGAH	KAB. SUKOHARJO	Tinggi
48	JAWA TENGAH	KAB. WONOGIRI	Sedang
49	JAWA TENGAH	KAB. KARANGANYAR	Sedang
50	JAWA TENGAH	KAB. GROBOGAN	Tinggi
51	JAWA TENGAH	KAB. BLORA	Tinggi
52	JAWA TENGAH	KAB. REMBANG	Sedang
53	JAWA TENGAH	KAB. PATI	Tinggi
54	JAWA TENGAH	KAB. KUDUS	Sedang
55	JAWA TENGAH	KAB. JEPARA	Tinggi
56	JAWA TENGAH	KAB. DEMAK	Tinggi
57	JAWA TENGAH	KAB. SEMARANG	Tinggi
58	JAWA TENGAH	KAB. TEMANGGUNG	Sedang
59	JAWA TENGAH	KAB. KENDAL	Sedang
60	JAWA TENGAH	KAB. BATANG	Sedang
61	JAWA TENGAH	KAB. PEKALONGAN	Tinggi
62	JAWA TENGAH	KAB. PEMALANG	Tinggi
63	JAWA TENGAH	KAB. TEGAL	Tinggi
64	JAWA TENGAH	KOTA MAGELANG	Sedang
65	JAWA TENGAH	KOTA SALATIGA	Sedang
66	JAWA TENGAH	KOTA TEGAL	Sedang
67	JAWA TIMUR	KAB. PACITAN	Sedang
68	JAWA TIMUR	KAB. PONOROGO	Tinggi
69	JAWA TIMUR	KAB. TRENGGALEK	Sedang
70	JAWA TIMUR	KAB. TULUNGAGUNG	Tinggi
71	JAWA TIMUR	KAB. BLITAR	Tinggi
72	JAWA TIMUR	KAB. KEDIRI	Tinggi
73	JAWA TIMUR	KAB. LUMAJANG	Tinggi
74	JAWA TIMUR	KAB. BONDOWOSO	Sedang
75	JAWA TIMUR	KAB. SITUBONDO	Sedang
76	JAWA TIMUR	KAB. PROBOLINGGO	Tinggi
77	JAWA TIMUR	KAB. MOJOKERTO	Tinggi
78	JAWA TIMUR	KAB. JOMBANG	Tinggi
79	JAWA TIMUR	KAB. NGANJUK	Tinggi
80	JAWA TIMUR	KAB. MADIUN	Sedang
81	JAWA TIMUR	KAB. MAGETAN	Sedang
82	JAWA TIMUR	KAB. NGAWI	Sedang
83	JAWA TIMUR	KAB. TUBAN	Tinggi
84	JAWA TIMUR	KAB. BANGKALAN	Tinggi
85	JAWA TIMUR	KAB. SAMPANG	Sedang
86	JAWA TIMUR	KAB. PAMEKASAN	Sedang
87	JAWA TIMUR	KAB. SUMENEP	Sedang
88	JAWA TIMUR	KOTA KEDIRI	Sedang

89	JAWA TIMUR	KOTA BLITAR	Sedang
90	JAWA TIMUR	KOTA PROBOLINGGO	Sedang
91	JAWA TIMUR	KOTA MOJOKERTO	Sedang
92	JAWA TIMUR	KOTA MADIUN	Sedang
93	JAWA TIMUR	KOTA BATU	Sedang
94	KALIMANTAN BARAT	KAB. SAMBAS	Sedang
95	KALIMANTAN BARAT	KAB. SANGGAU	Sedang
96	KALIMANTAN BARAT	KAB. KETAPANG	Tinggi
97	KALIMANTAN BARAT	KAB. SINTANG	Sedang
98	KALIMANTAN BARAT	KAB. KAPUAS HULU	Sedang
99	KALIMANTAN BARAT	KAB. KUBU RAYA	Sedang
100	KALIMANTAN BARAT	KOTA PONTIANAK	Tinggi
101	KALIMANTAN SELATAN	KAB. TANAH LAUT	Sedang
102	KALIMANTAN SELATAN	KAB. KOTABARU	Sedang
103	KALIMANTAN SELATAN	KAB. BANJAR	Sedang
104	KALIMANTAN SELATAN	KAB. HULU SUNGAI SELATAN	Sedang
105	KALIMANTAN SELATAN	KAB. TABALONG	Sedang
106	KALIMANTAN SELATAN	KAB. TANAH BUMBU	Tinggi
107	KALIMANTAN SELATAN	KAB. BALANGAN	Sedang
108	KALIMANTAN SELATAN	KOTA BANJARMASIN	Tinggi
109	KALIMANTAN SELATAN	KOTA BANJARBARU	Sedang
110	KALIMANTAN TENGAH	KAB. KOTAWARINGIN BARAT	Sedang
111	KALIMANTAN TENGAH	KAB. KOTAWARINGIN TIMUR	Tinggi
112	KALIMANTAN TENGAH	KAB. KAPUAS	Sedang
113	KALIMANTAN TENGAH	KAB. SERUYAN	Sedang
114	KALIMANTAN TENGAH	KOTA PALANGKARAYA	Sedang
115	KALIMANTAN TIMUR	KAB. PASER	Sedang
116	KALIMANTAN TIMUR	KAB. BERAU	Tinggi
117	KALIMANTAN TIMUR	KAB. KUTAI BARAT	Tinggi
118	KALIMANTAN TIMUR	KAB. MAHAKAM ULU	Sedang
119	KALIMANTAN TIMUR	KOTA BONTANG	Sedang
120	KALIMANTAN TIMUR	KAB. MALINAU	Sedang
121	KALIMANTAN UTARA	KOTA TARAKAN	Sedang
122	LAMPUNG	KAB. LAMPUNG SELATAN	Sedang
123	LAMPUNG	KAB. LAMPUNG TENGAH	Tinggi
124	LAMPUNG	KAB. LAMPUNG UTARA	Sedang
125	LAMPUNG	KAB. TANGGAMUS	Tinggi
126	LAMPUNG	KAB. LAMPUNG TIMUR	Tinggi
127	MALUKU	KAB. MALUKU TENGAH	Sedang
128	MALUKU	KOTA AMBON	Sedang
129	MALUKU UTARA	KAB. HALMAHERA TENGAH	Sedang
130	MALUKU UTARA	KAB. HALMAHERA SELATAN	Sedang
131	MALUKU UTARA	KOTA TERNATE	Sedang
132	NUSA TENGGARA BARAT	KAB. LOMBOK TENGAH	Sedang
133	NUSA TENGGARA BARAT	KAB. LOMBOK TIMUR	Tinggi
134	NUSA TENGGARA BARAT	KAB. SUMBAWA	Sedang
135	NUSA TENGGARA BARAT	KOTA MATARAM	Tinggi
136	NUSA TENGGARA TIMUR	KAB. MANGGARAI BARAT	Sedang

137	NUSA TENGGARA TIMUR	KOTA KUPANG	Sedang
138	PAPUA SELATAN	KAB. MERAUKE	Tinggi
139	PAPUA	KAB. SARMI	Sedang
140	PAPUA PEGUNUNGAN	KAB. PEGUNUNGAN BINTANG	Sedang
141	PAPUA PEGUNUNGAN	KAB. TOLIKARA	Sedang
142	PAPUA SELATAN	KAB. BOVEN DIGOEL	Sedang
143	PAPUA SELATAN	KAB. MAPPI	Sedang
144	PAPUA SELATAN	KAB. ASMAT	Sedang
145	PAPUA	KAB. MAMBERAMO RAYA	Sedang
146	PAPUA PEGUNUNGAN	KAB. YALIMO	Sedang
147	PAPUA PEGUNUNGAN	KAB. LANNY JAYA	Sedang
148	PAPUA PEGUNUNGAN	KAB. NDUGA	Sedang
149	PAPUA TENGAH	KAB. PUNCAK	Sedang
150	PAPUA	KOTA JAYAPURA	Sedang
151	PAPUA BARAT DAYA	KAB. RAJA AMPAT	Sedang
152	PAPUA BARAT DAYA	KAB. TAMBRAUW	Sedang
153	PAPUA BARAT DAYA	KOTA SORONG	Sedang
154	RIAU	KAB. KAMPAR	Tinggi
155	RIAU	KAB. PELALAWAN	Tinggi
156	RIAU	KAB. ROKAN HILIR	Tinggi
157	RIAU	KAB. SIAK	Tinggi
158	RIAU	KAB. KEPULAUAN MERANTI	Sedang
159	RIAU	KOTA DUMAI	Sedang
160	RIAU	KAB. ROKAN HULU	Sedang
161	SULAWESI BARAT	KAB. POLEWALI MANDAR	Sedang
162	SULAWESI SELATAN	KAB. BULUKUMBA	Sedang
163	SULAWESI SELATAN	KAB. MAROS	Sedang
164	SULAWESI SELATAN	KAB. PANGKAJENE KEPULAUAN	Sedang
165	SULAWESI SELATAN	KAB. WAJO	Sedang
166	SULAWESI SELATAN	KAB. LUWU UTARA	Sedang
167	SULAWESI TENGAH	KAB. BANGGAI	Tinggi
168	SULAWESI TENGAH	KOTA PALU	Sedang
169	SULAWESI TENGGARA	KAB. KOLAKA	Sedang
170	SULAWESI TENGGARA	KOTA KENDARI	Tinggi
171	SUMATERA SELATAN	KAB. OGAN KOMERING ILIR	Sedang
172	SUMATERA SELATAN	KAB. LAHAT	Tinggi
173	SUMATERA SELATAN	KAB. MUSI RAWAS	Tinggi
174	SUMATERA SELATAN	KAB. BANYUASIN	Tinggi
175	SUMATERA SELATAN	KAB. OGAN KOMERING ULU TIMUR	Sedang
176	SUMATERA SELATAN	KAB. OGAN KOMERING ULU SELATAN	Sedang
177	SUMATERA SELATAN	KAB. OGAN ILIR	Sedang
178	SUMATERA SELATAN	KAB. PENUKAL ABAB LEMATANG ILIR	Tinggi
179	SUMATERA UTARA	KAB. TAPANULI SELATAN	Sedang
180	SUMATERA UTARA	KAB. LANGKAT	Tinggi
181	SUMATERA UTARA	KAB. SIMALUNGUN	Tinggi

182	SUMATERA UTARA	KAB. ASAHAN	Sedang
183	SUMATERA UTARA	KAB. LABUHANBATU	Sedang
184	SUMATERA UTARA	KAB. SERDANG BEDAGAI	Sedang
185	SUMATERA UTARA	KOTA BIN-JAI	Sedang

