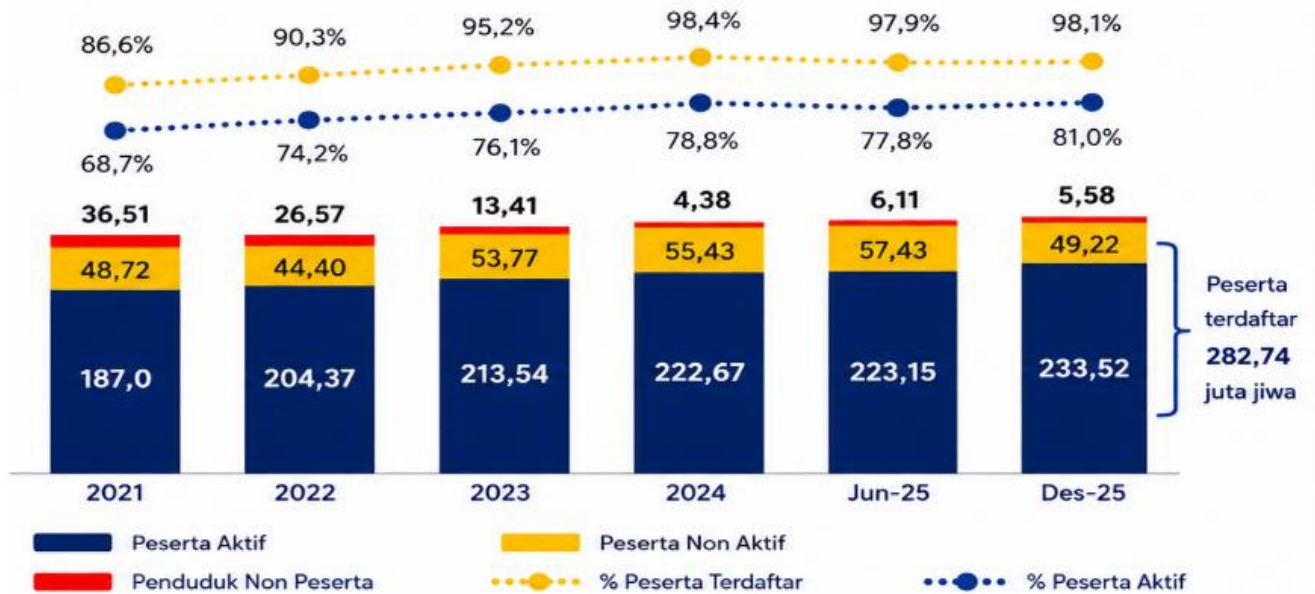


LAPORAN MONITORING PROGRAM JAMINAN KESEHATAN NASIONAL KUARTAL IV TAHUN 2025

I. Kepesertaan

Cakupan kepesertaan JKN Per 31 Desember 2025 telah mencapai 282,7 juta jiwa atau 98,1% dari penduduk Indonesia Tahun 2025. Cakupan peserta tumbuh 4,6 juta (1,6%) dibanding 31 Desember 2024. Berdasarkan cakupan peserta yang hampir menyeluruh, maka fokus dan strategi saat ini lebih menekankan pada menjaga dan meningkatkan keaktifan peserta JKN, khususnya sektor informal.

Capaian Kepesertaan JKN (dalam juta jiwa) Kuartal IV Tahun 2025



Sumber : Dukcapil Kemendagri dan BPJS Kesehatan, diolah

Capaian **kepesertaan aktif** sebesar 233,52 juta jiwa atau 81,0% dari jumlah penduduk, dan 82,59% dari keseluruhan peserta, peserta aktif tumbuh 4,88% atau 10,85 juta jiwa dibanding 31 Desember 2024, penambahan/penurunan peserta aktif didorong oleh beberapa segmen berikut:

Jumlah dan Penambahan/Pengurangan Peserta Aktif Kuartal IV Tahun 2025

SEGMENT PESERTA	AKTIF	NON AKTIF MENUNGGAK	NON AKTIF MUTASI	TOTAL PESERTA TERDAFTAR
Penerima Bantuan Iuran (PBI)	96.693.367	-	16.862.338	113.555.705
PPU Penyelenggara Negara	19.823.475	20.824	717.856	20.562.155
PPU Non Penyelenggara Negara	38.780.659	121.916	7.792.079	46.694.654
Pekerja Bukan Penerima Upah (PBPU)	17.568.049	13.744.397	1.676.734	32.989.180
Bukan Pekerja (BP)	5.010.436	30.693	374.167	5.415.296
↳ BP Penyelenggara Negara (BP PN)	4.563.154	-	331.804	4.894.958
↳ BP Swasta (BP Non PN)	447.282	30.693	42.363	520.338
PBPU Pemda	55.646.946	-	7.875.522	63.522.468
TOTAL PESERTA	233.522.932	13.917.830	35.298.696	282.739.458

Sumber : BPJS Kesehatan, diolah

Peningkatan peserta aktif JKN sepanjang tahun 2025 tersebut sebagian besar didorong oleh peningkatan kepesertaan pada segmen PBPU yang didaftarkan Pemerintah Daerah (PBPU Pemda), yang bertambah sebesar 8,22 juta jiwa sepanjang tahun 2025. Sekitar 6,94 juta peserta aktif tambahan berasal dari proses reaktivasi kepesertaan melalui skema PBPU Pemda, sehingga segmen ini menjadi kontributor utama terhadap pencapaian target kepesertaan aktif pada tahun 2025.

Kepesertaan nonaktif mencapai 49,2 juta jiwa atau 17,41% dari total peserta dan menurun sebesar 6,94 juta jiwa selama tahun 2025. Ketidakeaktifan akibat tunggakan tercatat sebanyak 13,91 juta peserta, dengan dominasi segmen PBPU Mandiri sebesar 13,74 juta peserta (98,8%). Hasil kajian BPJS Kesehatan tahun 2024 menunjukkan bahwa 56% peserta menunggak atau tidak aktif karena keterbatasan kemampuan finansial, sementara 15% disebabkan oleh pendapatan yang tidak menentu.

Di sisi lain, capaian peserta aktif JKN menunjukkan hasil yang beragam antarsegmen dibandingkan target ICK 2025. Segmen PBPU Pemda berhasil melampaui target dengan realisasi 55,65 juta jiwa, lebih tinggi 7,32 juta jiwa (15,2%) dari target. Sementara itu, segmen PPU Badan Usaha (PPU BU) mencapai 38,78 juta jiwa, masih di bawah target sebesar 7,98 juta jiwa (-17,1%). Segmen PBPU Mandiri mencatat capaian 17,57 juta jiwa, lebih rendah 7,86 juta jiwa (-30,9%) dari target, sedangkan BP Non-PN mencapai 447 ribu jiwa atau 7,3% di bawah target. Secara umum, hanya segmen PBPU Pemda yang telah melampaui target ICK 2025, sementara segmen lainnya masih memerlukan upaya peningkatan kepesertaan aktif..

Capaian Indikator Kinerja (ICK) Perspektif Kepesertaan BPJS Kesehatan Kuartal IV 2025

No.	Kode	INDIKATOR CAPAIAN KINERJA	Satuan	Bobot	Target 2025	Realisasi s.d. 31 Desember 2025	Capaian s.d. 31 Desember 2025	Nilai	Skor	ICK	
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	
	PERSPEKTIF KEPESERTAAN		35,00							32,84	
1	P1	Jumlah peserta aktif paling sedikit membayar iuran 6 bulan dalam 12 bulan secara keseluruhan	Jumlah	4,26	120.997.258	106.616.524	88,11% 	4	80	3,41	
2	P2	Jumlah peserta aktif PPU	Jumlah	4,60	46.758.781	38.780.659	82,94% 	4	80	3,68	
	P3	Jumlah peserta aktif PBPU									
3	P3.1	Jumlah peserta aktif PBPU Mandiri	Jumlah	7,04	25.432.512	17.568.049	69,08% 	3	60	4,22	
4	P3.2	Jumlah peserta aktif PBPU Pemda	Jumlah	4,04	48.323.230	55.646.946	115,16% 	6	120	4,85	
5	P4	Jumlah peserta aktif BP	Jumlah	3,49	482.735	447.282	92,66% 	4	80	2,79	
6	P5	Rasio Reaktivasi Kepesertaan	%	7,01	18	31,03	172,37% 	6	120	8,41	
7	P6	Pengurangan Data Peserta-Non Aktif yang Tidak Valid	%	4,56	95	99,20	104,42% 	6	120	5,47	

Sumber : *Dashboard* Indikator Capaian Kinerja (ICK) BPJS Kesehatan, 2025

Capaian Indikator Kinerja (ICK) interim perspektif kepesertaan hingga Triwulan IV Tahun 2025 menunjukkan kinerja yang secara umum bervariasi, dengan variasi capaian antar indikator jika ditinjau berdasarkan skala penilaian. Pada kategori Sangat Baik (skor 6), indikator P3.2 (jumlah peserta aktif PBPU Pemda) mencatat capaian 115,16%, indikator P5 (rasio reaktivasi

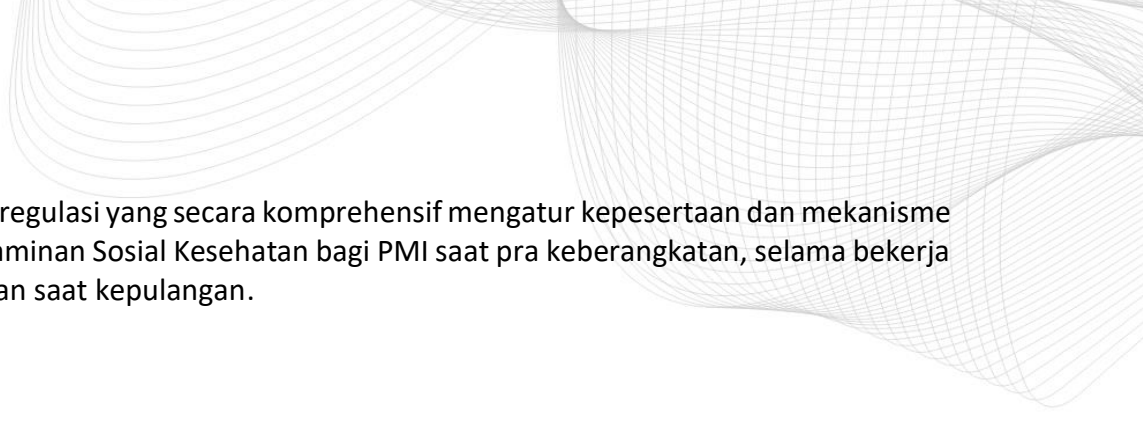
kepesertaan) mencapai 172,37%, serta indikator P6 (pengurangan data peserta non-aktif tidak valid) sebesar 104,42%, capaian ini menunjukkan kinerja yang melampaui target.

Pada kategori Cukup (skor 4), indikator P1 (peserta aktif dengan pembayaran iuran minimal 6 bulan dalam 12 bulan terakhir) mencapai 88,11%, P2 (jumlah peserta aktif PPU) sebesar 82,94%, dan P4 (jumlah peserta aktif Bukan Pekerja) sebesar 92,66%. Sementara itu, indikator P3.1 (jumlah peserta aktif PBPU Mandiri) berada pada kategori Kurang (skor 3) dengan capaian 69,08% dari target. Kondisi ini menegaskan bahwa segmen informal masih menghadapi tantangan struktural berupa rendahnya persistensi kepesertaan dan kepatuhan. Dengan demikian, meskipun secara agregat kinerja kepesertaan JKN menunjukkan hasil yang baik hingga sangat baik, intervensi dan strategi retensi dan reaktivasi yang lebih adaptif tetap menjadi prioritas, khususnya untuk memperkuat keberlanjutan kepesertaan PBPU Mandiri sebagai segmen paling rentan dalam sistem JKN ke depan.

Tantangan Kepesertaan

Meskipun tingkat cakupan peserta program JKN telah mencapai 98,1% dan peserta aktif mencapai 81%, terdapat catatan untuk perbaikan, yaitu :

1. Perbaikan data peserta berdasarkan Data Tunggal Sosial Ekonomi Nasional (DTSEN) berdampak perubahan signifikan status kepesertaan PBI sebesar sekitar 13,5 juta peserta. Selain itu, berdasarkan hasil monev DJSN di Kabupaten Garut dan Sukabumi bahwa implementasi DTSEN masih menghadapi tantangan validitas data, mekanisme notifikasi peserta, serta percepatan reaktivasi untuk menjamin keberlangsungan akses layanan kesehatan bagi masyarakat rentan.
2. Hasil monitoring dan evaluasi DJSN menunjukkan masih terdapat kesenjangan antara ketentuan dan implementasi penonaktifan peserta PPU pasca-PHK. Masih ditemukan penonaktifan peserta yang belum didukung dokumen PHK yang memadai, minimnya notifikasi kepada pekerja, serta belum optimalnya pemanfaatan fitur sistem untuk menjamin perlindungan peserta pasca-PHK. Kondisi tersebut berpotensi menyebabkan pekerja kehilangan hak manfaat JKN dan menimbulkan sengketa administrasi kepesertaan.
3. Ketidakpatuhan badan usaha terhadap kewajiban Program JKN masih menjadi tantangan dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan. Selain itu, kepesertaan JKN belum sepenuhnya terintegrasi sebagai persyaratan wajib dalam proses pendirian usaha, perizinan, maupun layanan administrasi usaha lainnya.
4. Segmen PBPU masih menghadapi tantangan tingginya angka peserta nonaktif akibat tunggakan iuran. Keterbatasan kemampuan membayar dan pendapatan yang tidak menentu menjadi faktor utama rendahnya keberlangsungan kepesertaan.
5. Keberlanjutan kepesertaan PBPU Pemda sangat berisiko terdampak oleh keterbatasan kapasitas fiskal daerah, khususnya dikarenakan perubahan kebijakan Transfer ke Daerah (TKD).

- 
- 
6. Belum tersedia regulasi yang secara komprehensif mengatur kepesertaan dan mekanisme perlindungan Jaminan Sosial Kesehatan bagi PMI saat pra keberangkatan, selama bekerja di luar negeri dan saat kepulangan.

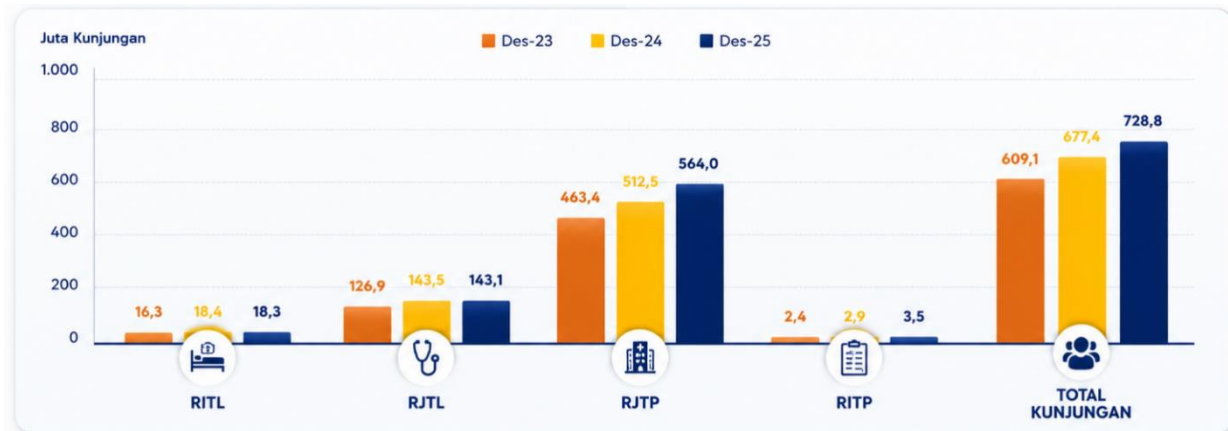
II. Kerjasama Faskes dan Utilisasi



Sumber : BPJS Kesehatan, diolah

Per Desember 2025, **kerja sama dengan FKTP** tercatat sebanyak 23.770, naik 88 FKTP dibanding 31 Desember 2024. Penambahan terjadi didorong oleh Klinik Pratama yang bertambah 225 mitra, diikuti penambahan pada Puskesmas sebanyak 26, Klinik TNI dan Polri yang masing-masing bertambah 3 FKTP, dan RS D Pratama bertambah 1 lokasi. **Kerja sama FKRTL tercatat 3.194**, bertambah 32 dibanding akhir 2024. Di sisi lain, BPJS Kesehatan juga bekerja sama dengan 4.938 apotek dan 1.252 optik sebagai fasilitas kesehatan Penunjang. Capaian jumlah kerja sama FKTP dan FKRTL telah memenuhi target ICK 2025 yang ditetapkan oleh DJSN.

Utilisasi Jaminan Kesehatan Nasional



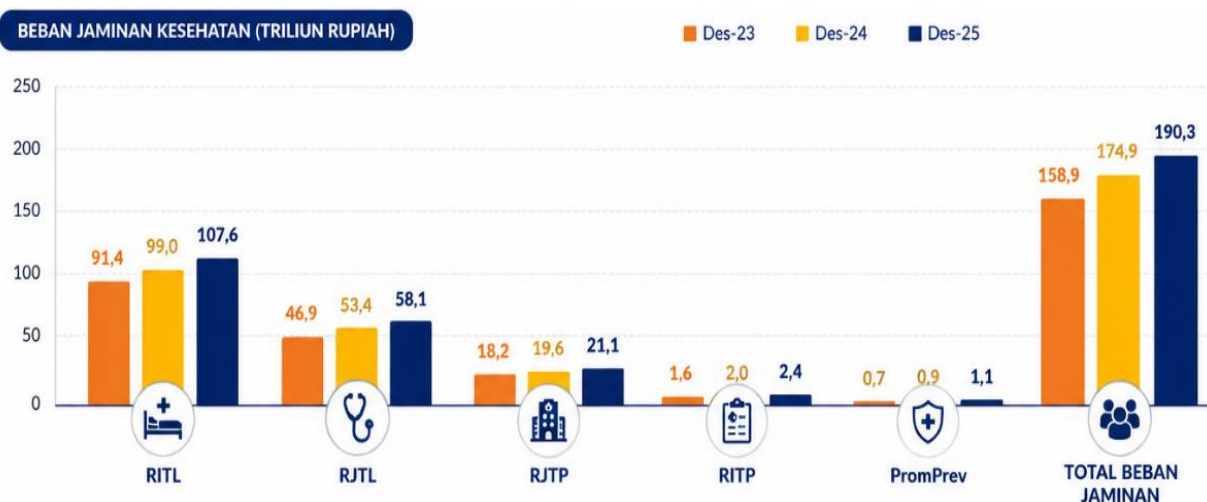
Sumber : BPJS Kesehatan, diolah

Total pemanfaatan layanan JKN terus meningkat secara tahunan hingga mencapai 728,8 juta kunjungan pada Des-25, tumbuh 7,6% dibandingkan Des-24 (677,4 juta). Laju pertumbuhan total ini melambat dibanding periode Des-23 ke Des-24 yang mencapai 11,2%.

Utilisasi tertinggi didominasi oleh RJTP yang naik konsisten menjadi 564,0 juta kunjungan pada Des-25 (tumbuh 10,0% dari Des-24). Di tingkat lanjutan, RJTL bergerak stabil di angka 143,1 juta, sementara RITL sedikit terkoreksi ke angka 18,3 juta. Sebaliknya, RITP selaku pemanfaatan terendah justru mengalami lonjakan persentase tertinggi sebesar 20,7% menjadi 3,5 juta pada Des-25.

Dominasi pertumbuhan di tingkat primer (RJTP dan RITP) menunjukkan fungsi *gatekeeper* FKTP berjalan optimal dalam menyerap kebutuhan dasar peserta. Hal ini efektif menekan beban biaya di tingkat rujukan lanjutan (RJTL dan RITL) demi menjaga keberlanjutan fiskal Program JKN.

Disi lain, keberhasilan pengendalian volume kunjungan RITL dan RJTL juga terkonfirmasi pada level diagnosis 10 kunjungan terbesar INA-CBG's. Data per Desember 2025 menunjukkan adanya menjaga stabilitas bahkan penurunan volume pada mayoritas kasus yang secara historis mendominasi layanan lanjutan.



Sumber : BPJS Kesehatan, diolah

Total beban JKN konsisten meningkat secara tahunan hingga mencapai Rp190,3 triliun pada Des-25, tumbuh sebesar 8,8% dibandingkan Des-24 (Rp174,9 triliun). Laju pertumbuhan ini relatif terkendali jika dibandingkan pertumbuhan periode Des-23 ke Des-24 yang mencatatkan kenaikan sebesar 10,1%.

Struktur beban jaminan secara konsisten didominasi oleh Rawat Inap Tingkat Lanjutan (RITL) sebesar Rp107,6 triliun (porsi 56,5% dari total beban Des-25), disusul oleh Rawat Jalan Tingkat Lanjutan (RJTL) sebesar Rp58,1 triliun (porsi 30,5%). Sementara itu, alokasi biaya pada tingkat primer, yaitu RJTP (Rp21,1 triliun), RITP (Rp2,4 triliun), serta program Promotif-Preventif (Rp1,1 triliun), secara akumulatif hanya menyerap sekitar 13% dari total anggaran jaminan pada Des-25.

Meskipun fungsi pemanfaatan di FKTP (tingkat primer) terus tumbuh, porsi anggaran tetap terkonsentrasi besar di tingkat rujukan lanjutan (RITL dan RJTL). Tren ini menegaskan perlunya penguatan intervensi serta optimalisasi efisiensi biaya pada layanan kesehatan tingkat rujukan guna mengamankan kesinambungan fiskal Dana Jaminan Sosial (DJS) Kesehatan jangka panjang.



Sumber : BPJS Kesehatan, diolah

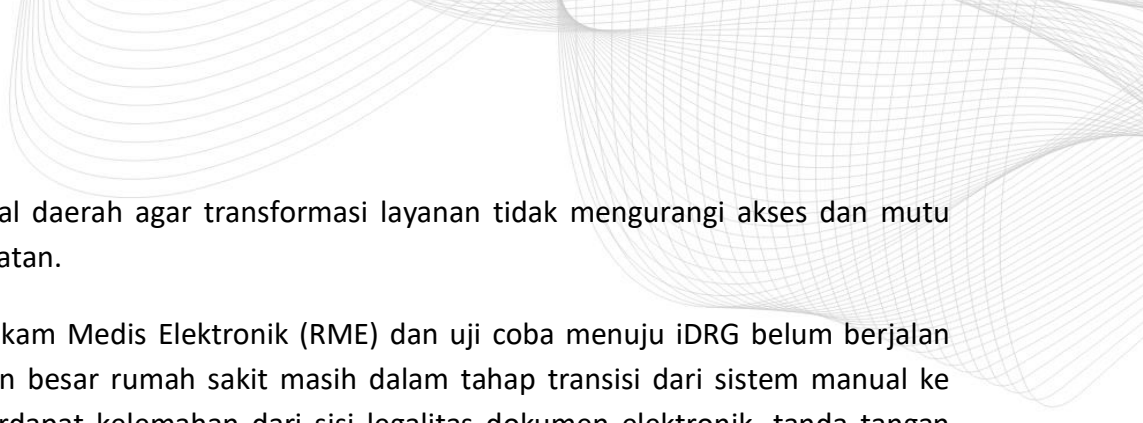
Pembayaran manfaat RJTL per Desember 2025 mencapai Rp58,1 triliun, naik 8,7% dibanding pembayaran manfaat RJTL pada Desember 2024. Jumlah kunjungan RJTL adalah sebesar 143,1 juta kunjungan, diagnosa terbanyak di RJTL yaitu penyakit kronis kecil lain-lain, prosedur terapi fisik dan prosedur kecil muskuloskeletal, prosedur dialisis, perawatan luka, penyakit akut kecil-kecil lain, dan lain sebagainya. Penurunan beberapa kasus terbesar CBG's RJTL adalah indikasi efektifitas kendali mutu dan kendali biaya.

Pembayaran manfaat RITL hingga Desember 2026 mencapai Rp97,5 triliun, meningkat 7,6% dibandingkan periode yang sama tahun 2024. Kasus terbanyak didominasi oleh persalinan dengan operasi bedah caesar ringan, nyeri abdomen & gastroenteritis, disusul oleh infeksi non bakteri (ringan). Mayoritas kelompok INA-CBG's RITL pada November 2025 menunjukkan penurunan volume layanan dibandingkan November 2024, kecuali beberapa kasus spesifik. Tren ini mengindikasikan adanya perubahan pola rujukan dan/atau pergeseran layanan dengan kendali mutu dan kendali biaya yang lebih optimal. Namun demikian, perlu dipastikan bahwa kebijakan kendali mutu dan biaya benar-benar sesuai dengan kebutuhan peserta, sehingga tidak menimbulkan hambatan akses layanan kesehatan yang seharusnya dapat diberikan di tingkat lanjutan.

Tantangan Kerjasama Fasilitas Kesehatan dan Utilisasi

Berdasarkan hasil pengawasan, monitoring dan evaluasi DJSN terkait fasilitas kesehatan dan manajemen manfaat, tantangan yang masih memerlukan perbaikan diantaranya adalah :

1. Akses dan mutu layanan JKN masih menghadapi tantangan kapasitas layanan kesehatan di daerah 3 T (Tertinggal, Terdepan, dan Terluar). Hasil monitoring dan evaluasi DJSN di wilayah DBTFMS Papua menunjukkan bahwa tantangan geografis, keterbatasan fasilitas kesehatan, dan kekurangan tenaga medis (seperti puskesmas tanpa dokter) masih menjadi hambatan utama dalam pemerataan akses layanan JKN.
2. Keluhan peserta masih didominasi oleh masalah layanan Mobile JKN, ketersediaan obat, kejelasan alur pelayanan, pembatasan layanan, dan kedisiplinan tenaga kesehatan.
3. Meningkatnya beban penyakit katastropik menjadi tantangan utama keberlanjutan Program JKN. Pada tahun 2025, kasus katastropik meningkat 34,8% menjadi 50,3 juta kunjungan, dengan biaya jaminan mencapai Rp59,9 triliun atau meningkat 81,5% dibandingkan tahun sebelumnya. Kondisi ini berpotensi meningkatkan tekanan terhadap keberlanjutan pendanaan Program JKN.
4. Penyebab klaim *pending* didominasi oleh konfirmasi kunjungan berulang (22,45%) serta ketidaktepatan kode diagnosis/prosedur klinis (21,47%). Selain itu, penyelesaian klaim terhambat oleh besarnya porsi *dispute* medis (64,73%) akibat perbedaan interpretasi klinis pada kasus-kasus spesifik seperti diagnosis sepsis dan rehabilitasi psikososial sebagaimana hasil monitoring dan evaluasi DJSN pada layanan rehabilitasi psikososial di empat Rumah Sakit Jiwa (RSJ).
5. Hasil monitoring dan evaluasi DJSN terkait pengelolaan fraud Program JKN di Yogyakarta menunjukkan masih terdapat tantangan berupa belum optimalnya sistem pencegahan dan deteksi dini fraud, perbedaan kapasitas antar fasilitas kesehatan dalam penerapan tata kelola klaim, keterbatasan SDM verifikator dan koder medis, serta belum terintegrasinya standar operasional dan pertukaran data lintas lembaga secara memadai.
6. Rencana implementasi KRIS, iDRG, dan rujukan berdasarkan klasifikasi kemampuan pelayanan kesehatan dihadapkan pada tantangan berupa belum terbitnya regulasi pengganti Perpres 59 Tahun 2024. Di sisi lain, berdasarkan hasil monitoring dan evaluasi DJSN, memberikan kesimpulan bahwa pemerintah perlu merumuskan roadmap implementasi iDRG secara bertahap berbasis evaluasi piloting dan kesiapan fasilitas kesehatan, serta transisi sistem melalui uji coba rujukan berdasarkan klasifikasi kemampuan pelayanan kesehatan melalui pertimbangan dan kajian matang.
7. Berdasarkan hasil monitoring dan evaluasi DJSN menunjukkan bahwa implementasi Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) masih menghadapi tantangan berupa kesiapan fasilitas kesehatan dalam memenuhi 12 kriteria standar, kebutuhan investasi infrastruktur yang besar, potensi pengurangan kapasitas tempat tidur, serta perlunya kepastian regulasi, tarif, dan petunjuk teknis. Selain itu, penerapan KRIS perlu memperhatikan persepsi peserta dan



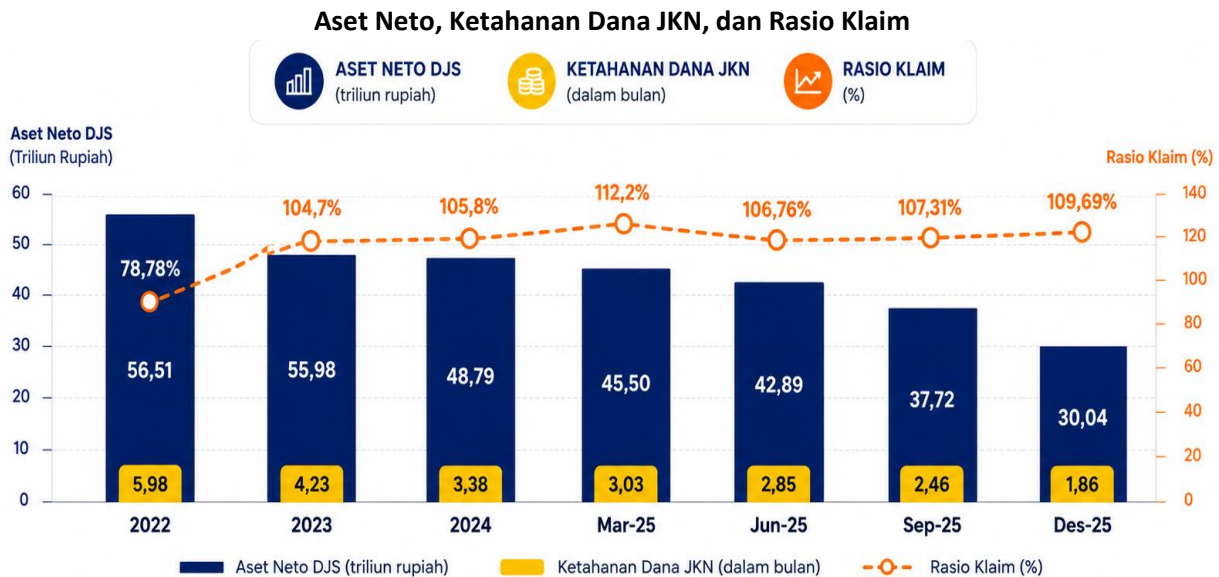
kemampuan fiskal daerah agar transformasi layanan tidak mengurangi akses dan mutu pelayanan kesehatan.

8. Implementasi Rekam Medis Elektronik (RME) dan uji coba menuju iDRG belum berjalan optimal. Sebagian besar rumah sakit masih dalam tahap transisi dari sistem manual ke digital. Masih terdapat kelemahan dari sisi legalitas dokumen elektronik, tanda tangan digital tersertifikasi, serta interoperabilitas antar sistem kedepannya (RME, iDRG, SATUSEHAT, Sistem Klaim BPJS Kesehatan).



III. Kesehatan Keuangan DJS dan BPJS Kesehatan

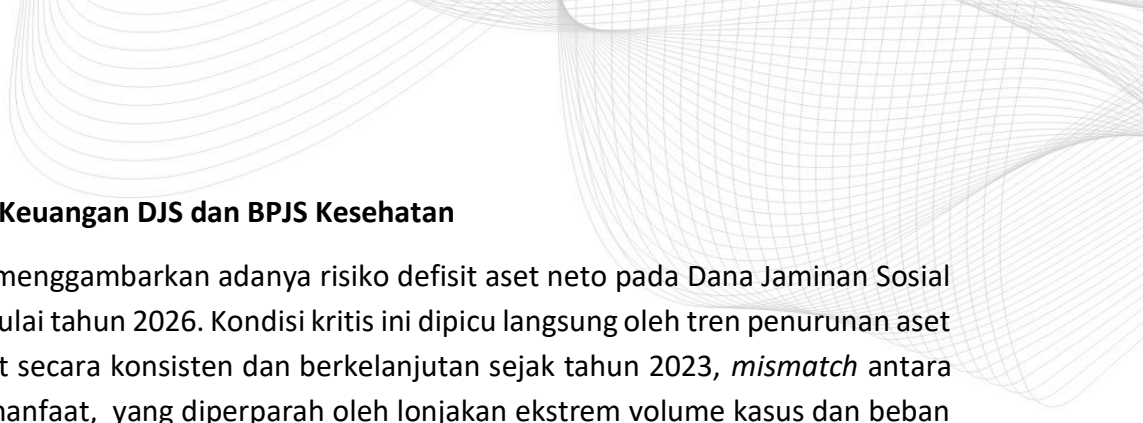
Perolehan pendapatan iuran mencapai 75,82% dari target tahun 2025. realisasi beban jaminan kesehatan sebesar Rp139,4 triliun telah melampaui pendapatan iuran yang terkumpul sebesar Rp129,9 triliun, sehingga menghasilkan **rasio klaim sebesar 107,31%**. Tren penurunan aset neto dan rasio klaim di atas 100% ini telah berlangsung konsisten sejak 2023, hal tersebut menunjukkan bahwa pendapatan iuran tidak lagi dapat mengimbangi tingginya biaya layanan kesehatan. Per 30 September 2025, program JKN mencatatkan defisit operasional yang menyebabkan **penurunan aset neto Dana Jaminan Sosial Kesehatan sebesar Rp11,8 triliun (YTD)**.



Sumber : BPJS Kesehatan, diolah

Per 31 Desember 2025, kondisi aset neto DJS Kesehatan mencatatkan penurunan signifikan menjadi Rp30,40 triliun, yang berdampak pada merosotnya tingkat ketahanan dana jaminan hingga hanya mampu menutupi beban pembiayaan untuk 1,86 bulan ke depan. Meskipun angka ketahanan ini secara formal masih memenuhi batas minimal kecukupan (paling sedikit untuk 1,5 bulan) berdasarkan PP Nomor 53 Tahun 2018, tren penurunan aset neto yang terus merosot sejak tahun 2023 (dari Rp55,98 triliun menjadi Rp30,04 triliun) serta rasio klaim yang konsisten bertengger di level tinggi sebesar 109,69% mempertegas terjadinya tekanan finansial yang sangat berat pada DJS menuju tahun 2026.

Dana operasional BPJS Kesehatan tahun 2025 ditetapkan 3,55% dari penerimaan iuran program JKN, dan atau maksimal Rp5,98 triliun sebagaimana PMK 134/2024. Realisasi **Beban terhadap dana operasional + pendapatan investasi (BOPO)** berada diposisi **91,52%**, masih sesuai ketentuan Permenkeu 251 Tahun 2016 yang mengamahkan maksimal BOPO sebesar 95%. **YoI BPJS Kesehatan** tercapai sebesar 10,17% (neto), dengan perolehan imbal hasil investasi sebesar Rp1,1 triliun dari rata-rata portofolio Investasi BPJS Kesehatan sebesar Rp11,09 triliun. Imbal hasil investasi BPJS Kesehatan telah mencapai target yang ditetapkan oleh DJSN dalam ICK Tahun 2025 sebesar 7%.

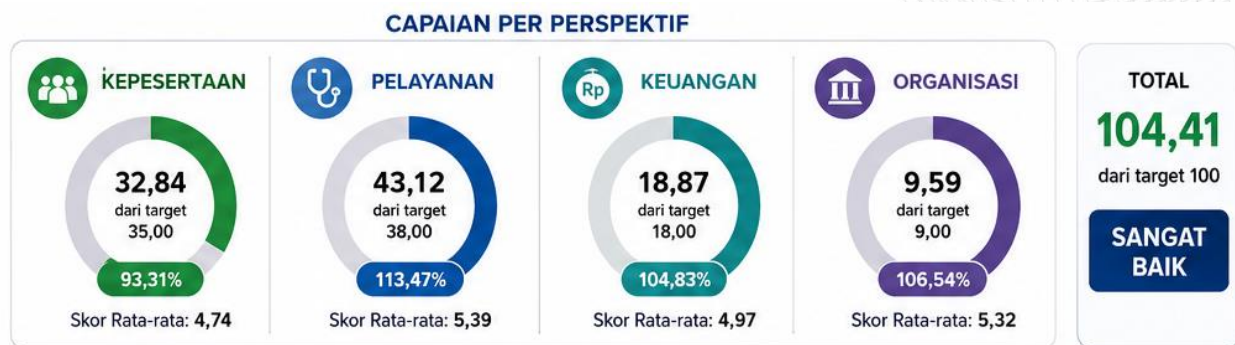


Tantangan Kesehatan Keuangan DJS dan BPJS Kesehatan

1. Proyeksi aktuarial menggambarkan adanya risiko defisit aset neto pada Dana Jaminan Sosial (DJS) Kesehatan mulai tahun 2026. Kondisi kritis ini dipicu langsung oleh tren penurunan aset neto yang merosot secara konsisten dan berkelanjutan sejak tahun 2023, *mismatch* antara iuran dan beban manfaat, yang diperparah oleh lonjakan ekstrem volume kasus dan beban biaya jaminan katastropik yang mencatatkan rekor tertinggi sepanjang tahun 2025.
2. Realisasi imbal hasil investasi DJS Kesehatan per 31 Desember 2025 tercatat *underperformed* sebesar 5,88% dari target 7%, rigiditas regulasi PP 87/2013 dan POJK 1/2016 yang melarang penempatan pada saham/reksadana serta mewajibkan pembatasan tenor deposito maksimal 3 bulan demi menjaga likuiditas.



IV. Ketercapaian Indikator Capaian Kinerja (ICK) BPJS Kesehatan Kuartal IV 2025



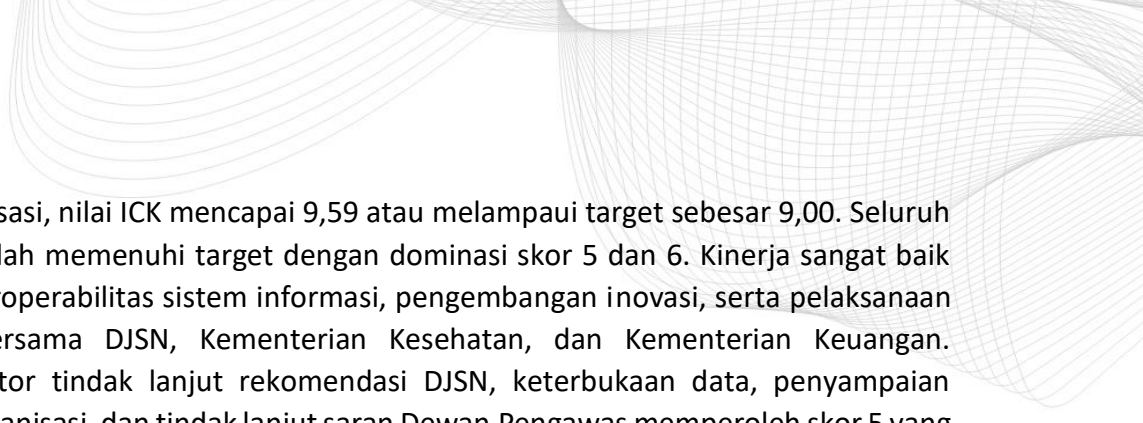
Sumber : BPJS Kesehatan, diload

Capaian Indikator Capaian Kinerja (ICK) BPJS Kesehatan Tahun 2025 berdasarkan self assessment mencapai nilai agregat sebesar 104,41 atau melampaui target sebesar 100 sehingga berada pada kategori *Sangat Baik*. Capaian tersebut menunjukkan bahwa sebagian besar indikator kinerja telah memenuhi bahkan melampaui target yang ditetapkan, meskipun masih terdapat beberapa indikator strategis yang memerlukan perhatian untuk mendukung keberlanjutan Program JKN.

Pada perspektif kepesertaan, nilai ICK mencapai 32,84 dari target 35,00. Kinerja sangat baik ditunjukkan oleh indikator kepesertaan PBPU Pemda, rasio reaktivasi kepesertaan, dan pengurangan data peserta nonaktif yang tidak valid yang memperoleh skor 6. Namun demikian, kepesertaan aktif PBPU Mandiri masih memperoleh skor 3, sedangkan kepesertaan aktif secara keseluruhan, segmen PPU, dan Bukan Pekerja masing-masing memperoleh skor 4. Kondisi ini menunjukkan bahwa tantangan utama masih berada pada peningkatan kepesertaan aktif, khususnya pada segmen informal, serta keberlanjutan pembayaran iuran.

Pada perspektif pelayanan, nilai ICK mencapai 43,12 atau melampaui target sebesar 38,00. Mayoritas indikator memperoleh skor 5 dan 6, terutama pada aspek kepuasan peserta, pemahaman peserta terhadap Program JKN, digitalisasi proses bisnis, tindak lanjut pengaduan, kemudahan akses pelayanan, pengembangan jejaring fasilitas kesehatan, serta pelaksanaan skrining riwayat kesehatan. Sementara itu, indikator implementasi kontrak kerja sama, keterbukaan informasi publik, kredensialing fasilitas kesehatan, serta implementasi Kapitasi Berbasis Kinerja (KBK) dan Program Rujuk Balik (PRB) memperoleh skor 5 yang menunjukkan target telah tercapai sesuai rencana.

Pada perspektif keuangan, nilai ICK mencapai 18,87 atau melampaui target sebesar 18,00. Kinerja sangat baik tercermin pada rasio likuiditas dan ekuitas BPJS Kesehatan, imbal hasil investasi BPJS Kesehatan, kolektibilitas iuran seluruh segmen, serta penyelesaian dispute klaim. Namun demikian, indikator aset bersih Dana Jaminan Sosial (DJS) Kesehatan masih memperoleh skor 3, sedangkan imbal hasil investasi DJS, likuiditas DJS, rasio BOPO, dan penyelesaian klaim pending memperoleh skor 4. Hal ini menunjukkan bahwa keberlanjutan pendanaan DJS Kesehatan dan pengendalian biaya pelayanan masih memerlukan perhatian melalui penguatan kolektibilitas iuran, efisiensi biaya, dan optimalisasi pengelolaan investasi.



Pada perspektif organisasi, nilai ICK mencapai 9,59 atau melampaui target sebesar 9,00. Seluruh indikator organisasi telah memenuhi target dengan dominasi skor 5 dan 6. Kinerja sangat baik ditunjukkan pada interoperabilitas sistem informasi, pengembangan inovasi, serta pelaksanaan manajemen risiko bersama DJSN, Kementerian Kesehatan, dan Kementerian Keuangan. Sementara itu, indikator tindak lanjut rekomendasi DJSN, keterbukaan data, penyampaian laporan, tata kelola organisasi, dan tindak lanjut saran Dewan Pengawas memperoleh skor 5 yang menunjukkan implementasi telah berjalan sesuai target.

Hasil *self assessment* tersebut menunjukkan capaian kinerja BPJS Kesehatan yang sangat baik. Namun demikian, penilaian akhir atas Capaian Indikator Capaian Kinerja (ICK) BPJS Kesehatan Tahun 2025 akan dilakukan oleh Dewan Jaminan Sosial Nasional (DJSN) sesuai mekanisme yang diatur dalam Peraturan Dewan Jaminan Sosial Nasional Nomor 01 Tahun 2022 tentang Penetapan Target Kinerja dan Penilaian Capaian Kinerja Badan Penyelenggara Jaminan Sosial serta Keputusan Dewan Jaminan Sosial Nasional Nomor 1 Tahun 2025 tentang Penetapan Penyesuaian Target Kinerja BPJS Kesehatan Tahun 2025. Proses penilaian dilakukan melalui verifikasi atas dokumen pendukung, validasi capaian indikator, serta pembahasan bersama kementerian/lembaga terkait sebelum ditetapkan sebagai hasil penilaian kinerja BPJS Kesehatan Tahun 2025.

