



ANALISIS LEGALITAS DAN ETIKA RESOURCE RATIONING DALAM ALOKASI SUMBER DAYA JAMINAN KESEHATAN NASIONAL: PERSPEKTIF KEADILAN DISTRIBUTIF DAN KEPASTIAN HUKUM TENAGA MEDIS

Yudhi Hertanto¹, Ahmad Ma'mun Fikri²

Universitas Islam Nusantara ^{1,2}

Email : yudhihertanto@gmail.com

Diterima: 21/6/2026; Direvisi: 10/7/2026; Diterbitkan: 18/7/2026

ABSTRAK

Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia, menghadapi tantangan besar berupa keterbatasan sumber daya fiskal, dan infrastruktur yang memicu praktik *resource rationing*. Artikel ini bertujuan, untuk mengevaluasi dimensi legalitas dan etika dari pembatasan tersebut, melalui perspektif keadilan distributif, dampak sosiologis pada kelompok rentan, serta kepastian hukum bagi tenaga medis. Riset ini menggunakan metode yuridis-normatif, dengan pendekatan deskriptif-kualitatif. Hasil penelitian menunjukkan bahwa praktik *rationing* sering kali dilakukan secara implisit melalui mekanisme *denial*, *selection*, *delay*, *deterrence*, *deflection*, dan *dilution* guna menyeimbangkan rasio klaim yang melampaui 100%. Secara filosofis, terdapat ketegangan antara paradigma utilitarianisme yang mengutamakan stabilitas sistem kolektif, dengan teori keadilan John Rawls yang menuntut perlindungan prioritas bagi kelompok paling tidak beruntung. Secara yuridis, meskipun Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dan Permenkes Nomor 6 Tahun 2024 telah memberikan kerangka standar pelayanan minimal (SPM), namun proteksi hukum bagi tenaga medis dalam pengambilan keputusan sulit di lapangan, masih memerlukan pedoman klinis yang lebih eksplisit dan transparan.

Kata Kunci: *JKN, Resource Rationing, Keadilan Distributif, UU Kesehatan 17/2023, Etika Medis.*

ABSTRACT

The National Health Insurance (JKN) program in Indonesia faces significant challenges in the form of limited fiscal resources and infrastructure, which trigger the practice of resource rationing. This article aims to evaluate the legal and ethical dimensions of these restrictions through the perspective of distributive justice, the sociological impact on vulnerable groups, and legal certainty for medical personnel. This research uses a juridical-normative method with a descriptive-qualitative approach. The results show that rationing practices are often carried out implicitly through mechanisms of denial, selection, delay, deterrence, deflection, and dilution to balance claim ratios exceeding 100%. Philosophically, there is a tension between the utilitarian paradigm, which prioritizes the stability of collective systems, and John Rawls's theory of justice, which demands priority protection for the most disadvantaged groups. Legally, although Law Number 17 of 2023 concerning Health and Ministerial Regulation Number 6 of 2024 have provided a framework for minimum service standards (SPM), legal protection for medical personnel in making difficult decisions in the field still requires more explicit and transparent clinical guidelines.

Keywords: *JKN, Resource Rationing, Distributive Justice, Health Law 17/2023, Medical Ethics.*





PENDAHULUAN

Penyelenggaraan sistem kesehatan nasional melalui program Jaminan Kesehatan Nasional merupakan langkah strategis pemerintah untuk menjamin hak konstitusional setiap warga negara dalam memperoleh pelayanan medis secara merata. Pengondisian ekosistem proteksi kesehatan publik ini diidealkan mampu memfasilitasi kebutuhan pengobatan seluruh lapisan masyarakat secara inklusif, berkelanjutan, serta ditopang oleh fondasi keuangan yang stabil. Melalui pengumpulan iuran peserta dan pengelolaan dana amanah, sistem ini dirancang untuk mewujudkan cakupan kesehatan semesta guna melindungi individu dari kerentanan beban finansial akibat gangguan fisik maupun kecelakaan. Manajemen pelayanan kesehatan idealnya mampu menjamin ketersediaan logistik medis yang memadai, keterjangkauan akses di berbagai tingkatan fasilitas kesehatan, serta ketepatan diagnosis klinik tanpa adanya diskriminasi status ekonomi (Adiyanta, 2020; Fatkhullah et al., 2022; Susetio & Ifitah, 2021). Keberlanjutan sistem ini sangat bergantung pada rasio klaim yang seimbang antara penerimaan iuran dengan pembayaran beban jaminan kesehatan harian. Keharmonisan tata kelola fiskal dan kepuasan pelayanan medis dipandang sebagai pilar utama untuk menciptakan ketahanan kesehatan nasional, meningkatkan derajat kesejahteraan umum, serta memberikan rasa aman bagi seluruh rakyat Indonesia di tengah dinamika risiko kehidupan modern (Alfiyani et al., 2023; Jannati, 2022)

Namun demikian, terdapat kesenjangan yang sangat nyata antara idealisme cakupan kesehatan semesta tersebut dengan kenyataan objektif yang berlangsung di tataran praktis operasional medis saat ini. Kondisi ideal menghendaki agar meroketnya jumlah kepesertaan masyarakat diimbangi secara linier oleh mutu layanan yang stabil serta ketahanan anggaran yang sehat. Sayangnya, fakta empiris menyingkapkan fenomena ketidakseimbangan fiskal yang memprihatinkan, di mana total beban jaminan kesehatan membengkak melampaui penerimaan iuran harian hingga memicu rasio klaim yang minus. Defisit keuangan yang kronis ini memaksa terjadinya fenomena rasionalisasi sumber daya atau *resource rationing* melalui pembatasan akses, pemangkasan jenis layanan, hingga pembatasan alokasi obat-obatan tertentu bagi para penderita. Kesenjangan ini memicu keterbatasan sarana prasarana kesehatan di fasilitas pelayanan dasar, memanjangkan durasi antrean perawatan, serta memicu penurunan kualitas penanganan pasien secara signifikan. Apabila ketimpangan anggaran ini dibiarkan tanpa adanya reformasi regulasi yang komprehensif, maka mutu pelayanan kesehatan nasional rentan mengalami kemerosotan yang merugikan hak-hak dasar masyarakat Indonesia (Ananda et al., 2020; Kartika & Sudarmo, 2022; Lestari, 2025)

Kondisi kesenjangan fiskal dan kelangkaan alokasi medis tersebut terkonfirmasi secara nyata melalui pengamatan langsung pada tataran pelayanan klinis harian. Di dalam ruang pengobatan, tampak jelas bahwa subjek penelitian yang merupakan para tenaga medis di fasilitas kesehatan senantiasa menghadapi dilema etika serta hambatan yuridis yang sangat kompleks. Berdasarkan data observasi awal, subjek penelitian kerap kali terjebak di antara kewajiban moral sumpah profesi untuk memberikan penanganan medis terbaik atau *beneficence* dan keterbatasan plafon biaya paket pengobatan yang terikat aturan kaku. Dalam mengeksekusi tindakan medis, subjek penelitian terpaksa melakukan pembatasan layanan secara implisit akibat minimnya ketersediaan obat-obatan serta ketatnya pembatasan logistik dari sistem rujukan. Fenomena kelesuan operasional ini mengakibatkan subjek penelitian berada dalam posisi yang sangat rentan terhadap tuduhan malapraktik atau kelalaian, akibat ketiadaan panduan hukum yang transparan dan proteksi kepastian hukum yang jelas dalam menjalankan tugas kemanusiaan di lapangan (Aritonang et al., 2025; Bruno & Haar, 2020; Surbakti et al., 2025)



Fenomena rasionalisasi sumber daya medis pada hakikatnya bukan sekadar persoalan teknis manajemen administrasi keuangan semata, melainkan merupakan isu multidimensional yang menyentuh dimensi filosofis keadilan, sosiologis, dan kepastian hukum. Pembatasan akses pengobatan secara tidak terstruktur berpotensi merusak tatanan keadilan sosial, memperlebar jurang pemisah kualitas layanan antara kelompok masyarakat, serta memicu ketidakpercayaan publik terhadap sistem jaminan kesehatan nasional. Kebanyakan studi terdahulu mengenai tata kelola kesehatan masyarakat umumnya masih terfokus pada evaluasi manajemen anggaran, analisis rasio klaim keuangan, dan tingkat kepuasan pasien secara kuantitatif semata. Kajian spesifik yang membedah krisis etika, dampak sosiologis, serta ketidakpastian hukum yang dialami langsung oleh para praktisi kesehatan saat berhadapan dengan regulasi pembatasan biaya medis masih sangat terbatas. Pengupasan lapisan kompleksitas multidimensi ini dipandang sangat vital untuk merumuskan tata kelola rasionalisasi yang lebih terbuka, adil, humanis, serta berlandaskan prinsip kepastian hukum bagi seluruh pemangku kepentingan di industri kesehatan (Alizadeh et al., 2025; Nugroho et al., 2026; Nurhayati et al., 2025)

Berpijak pada seluruh rangkaian latar belakang dan pemetaan masalah tersebut, penelitian ini hadir dengan membawa nilai kebaruan serta inovasi berupa formulasi kerangka rekonstruksi kebijakan kesehatan yang berkeadilan sosial. Nilai inovasi dari kajian ini memfokuskan sasarannya pada pembongkaran fenomena *resource rationing* melalui pendekatan holistik yang mengintegrasikan aspek filosofis keadilan, dampak sosiologis masyarakat, dan kepastian hukum profesi medis. Fokus subjek penelitian ini diarahkan secara spesifik pada penguraian dilema etis serta tantangan operasional yang dihadapi oleh para tenaga medis di fasilitas kesehatan tanpa keterikatan pada nama sekolah ataupun kurikulum tahun ajaran tertentu. Kebaruan riset ini bersumber dari penyajian rekomendasi kebijakan yang tidak hanya menitikberatkan pada efisiensi anggaran, melainkan memberikan kepastian proteksi hukum dan keadilan distribusi layanan kesehatan secara transparan. Melalui pembuktian teoretis yang komprehensif terhadap subjek penelitian ini, luaran riset diharapkan mampu menyajikan sebuah kontribusi pemikiran yang segar dan aplikatif demi memperkuat keberlanjutan sistem kesehatan nasional.

METODE PENELITIAN

Kajian ilmiah ini menerapkan metode penelitian hukum normatif atau *normative legal research* dengan spesifikasi pendekatan yang bersifat deskriptif-analitis. Fokus operasional difungsikan untuk menganalisis keselarasan sinkronisasi regulasi pada UU Kesehatan Nomor 17 Tahun 2023 terhadap pemenuhan prinsip etika medis dalam pengelolaan keterbatasan fasilitas kesehatan. Peneliti mengumpulkan data sekunder yang dipilah secara sistematis menjadi 2 rumputan utama bahan hukum demi menjaga kedalaman telaah. Rumpun pertama adalah bahan hukum primer yang mencakup konstitusi tertinggi negara, undang-undang jaminan sosial, serta Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2024. Dokumen formal tersebut dijadikan jangkar utama bagi peneliti dalam memetakan standar pelayanan minimal yang diwajibkan oleh otoritas pusat. Rumpun kedua meliputi bahan hukum sekunder seperti laporan neraca keuangan, evaluasi tahunan dewan jaminan sosial, hingga publikasi berkala dari berbagai jurnal ilmiah bereputasi. Penggunaan material kepustakaan ini ditujukan untuk membedah potret sosiologis mengenai dampak nyata pelaksanaan kebijakan pembiayaan klinis terhadap hak asasi kelompok masyarakat marjinal.

Prosedur pengolahan data hukum dalam studi ini diselenggarakan secara kualitatif dengan mengaplikasikan metode penalaran deduktif yang ketat. Peneliti melakukan evaluasi kritis terhadap fenomena spesifik di lapangan seperti hambatan distribusi obat serta penundaan

pelayanan medis komunal. Fakta operasional tersebut kemudian diuji kesesuaiannya dengan asas legalitas jaminan kesehatan nasional dan instrumen keadilan distributif yang mengutamakan keberpihakan pada kelompok paling rentan. Analisis ini tidak diarahkan untuk menguji kebenaran teori secara abstrak, melainkan sebagai pisau bedah terhadap implementasi klausul hukum positif secara objektif. Peneliti menyusun alur interpretasi makna secara naratif terstruktur guna merumuskan rekomendasi penataan regulasi yang selaras dengan prinsip kedokteran. Seluruh proses pelaksanaan riset kepustakaan ini dikerjakan tanpa melibatkan pengumpulan data statistik sektoral baru di luar dokumen jaminan sosial yang telah diterbitkan secara resmi. Skema pembahasan yang runut ini memastikan bahwa pembahasan sinkronisasi norma yuridis dapat dipertanggungjawabkan akurasi sesuai dengan standar metodologi penelitian hukum yang baku.

Tabel 1: Matriks Perbandingan Filosofis Alokasi Sumber Daya JKN

Dimensi	Utilitarianisme	Keadilan John Rawls
Prinsip Utama	Maksimisasi manfaat total (Efisiensi).	Perlindungan kelompok paling lemah.
Fokus Kebijakan	Kendali biaya dan cakupan luas.	Keadilan substantif dan akses merata.
Risiko Etis	Minoritas/pasien biaya tinggi terabaikan.	Biaya sistem sangat tinggi.
Manifestasi JKN	Sistem INA-CBGs dan kendali mutu.	Peserta PBI dan Program Nusantara Sehat.

Sumber: Diolah dari Rawls (1971) dan Dharma Wiasa (2024).

HASIL DAN PEMBAHASAN

Hasil

Realitas Fiskal dan Praktik Rationing Implisit

Data keuangan menunjukkan bahwa meskipun pendapatan iuran meningkat, beban jaminan kesehatan tumbuh lebih cepat, memaksa fasilitas kesehatan untuk mengadopsi strategi pembatasan guna menghindari kerugian operasional.

Tabel 2. Statistik Keuangan JKN 2020-2024 (Triliun Rp)

Tahun	Pendapatan Iuran	Beban Jaminan Kesehatan	Rasio Klaim (%)
2020	139,85	95,51	68,3%
2021	143,32	90,33	63,0%
2022	144,04	113,47	78,8%
2023	151,70	158,85	104,7%
2024	165,25	175,07	105,9%

Sumber: Laporan DJSN (2024) dan BPJS Kesehatan (2024).

Berdasarkan tabel 2 tersebut, terlihat trend klaim rasio yang meningkat pasca pandemi. Situasi ini terlihat mulai tahun 2023 dengan rasio klaim melebihi 100%. Hal tersebut menggambarkan situasi defisit anggaran yang terjadi, berdampak bagi penerima maupun pemberi layanan. Dibutuhkan intervensi finansial bagi penyelenggaraan program JKN, untuk memastikan keberlanjutan operasional untuk perlindungan kesehatan publik secara meluas.

Dampak Sosiologis terhadap Kelompok Rentan

Secara sosiologis, pembatasan sumber daya ini menciptakan eksklusi sosial dan memperlebar jurang ketimpangan antara wilayah perkotaan dan pedesaan.

Tabel 3. Analisis Dampak Sosiologis Kebijakan Rationing JKN pada Kelompok Rentan

Dimensi Sosiologis	Dampak Nyata di Lapangan	Referensi Data
Geografi Sosial	Akses rumah sakit rujukan terpusat di kota; rasio	The

	rujukan non-spesialistik di pedesaan mencapai 20-30%.	PRAKARSA (2020)
Psikologi & Konflik	Beban psikologis pada nakes dan konflik horizontal dengan pasien akibat prosedur rujukan kaku.	Nurmaida (2023)
Ketahanan Ekonomi	Keterlambatan layanan menyebabkan penurunan produktivitas dan ancaman kemiskinan lebih dalam.	Das et al. (2007)
Biaya Mandiri	Munculnya <i>out-of-pocket expenditure</i> untuk obat yang tidak tersedia di faskes (sekitar 30,6% dari total belanja).	WHO (2024); Kemenkes (2023)
Persepsi Keadilan	Munculnya stigma layanan kelas dua bagi peserta PBI/JKN dibandingkan pasien umum.	Dmedlaw (2025)

Sumber: Diolah dari The PRAKARSA (2020), WHO Indonesia (2024), dan Nurmaida (2023).

Berdasarkan tabel 3 ketika alokasi anggaran terbatas, maka efek ketimpangan akan semakin dirasakan pada daerah pedesaan. Fokus sorotan pelayanan kesehatan nasional yang masih terpusat di kota-kota besar, juga permasalahan bagi kelompok penerima bantuan. Dalam aspek psikologi sosial, rasio pembatasan membuat beban tambahan sekaligus stigma bagi kelompok marjinal.

Kerangka Yuridis dan Standar Pelayanan Minimal (SPM)

Keberadaan UU Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, menegaskan tanggung jawab negara atas ketersediaan sumber daya kesehatan yang adil. Kepastian hukum mengenai hak peserta dijamin melalui instrumen SPM.

Tabel 4. Jenis Pelayanan Dasar SPM Kesehatan (Permenkes 6/2024)

No	Jenis Pelayanan Dasar	Sasaran & Target
1-4	Kesehatan Ibu, Bayi, dan Balita	Kunjungan rutin dan imunisasi (Target 100%).
5-7	Skrining Kesehatan (Sekolah, Produktif, Lansia)	Deteksi dini faktor risiko penyakit (Target 100%).
8-9	Penyakit Tidak Menular (Hipertensi, DM)	Pelayanan farmakologi dan edukasi (Target 100%).
10	Kesehatan Jiwa (ODGJ Berat)	Tata laksana medik dan edukasi (Target 100%).
11-12	Penyakit Menular (TBC, HIV)	Skrining dan pengobatan standar (Target 100%).

Sumber: Peraturan Menteri Kesehatan Nomor 6 Tahun 2024.

Berdasarkan tabel 4 secara hukum, penetapan SPM adalah batas akan hak yang tidak boleh dilanggar. Namun, tantangan operasional, sering kali membuat demarkasi antara pelayanan minimal dan pelayanan optimal menjadi kabur, terutama ketika anggaran daerah terbatas.

Perlindungan Hukum bagi Tenaga Medis

Tenaga medis dilindungi oleh UU Kesehatan 17/2023, dalam situasi pengambilan keputusan sulit. Pasal 273 dan Pasal 286 memberikan tameng hukum bagi nakes yang bekerja sesuai standar profesi namun menghadapi keterbatasan fasilitas. Penyelesaian sengketa klinis dilakukan melalui Dewan Pertimbangan Klinis (DPK) dan Tim Pertimbangan Klinis (TPK).

Tabel 5. Mekanisme Penyelesaian Sengketa Klinis (DPK dan TPK)

Fitur	Tim Pertimbangan Klinis (TPK)	Dewan Pertimbangan Klinis (DPK)
Tingkatan	Provinsi (Gubernur).	Pusat (Menteri Kesehatan).
Komposisi	Maks. 5 orang (Dinkes, Profesi, Akademisi).	Maks. 13 orang (Kemenkes, Profesi, Akademisi).
Tugas Utama	Menyelesaikan aduan klinis di	Banding sengketa; rekomendasi nasional.

	daerah.	
Kekuasaan	Memeriksa rekam medis dan saksi.	Keputusan final secara administratif.

Sumber: Diolah dari Permenkes No. 17 Tahun 2019 (Endradita, 2021).

Berdasarkan tabel 5 dalam konteks dimana terjadi kelangkaan anggaran jaminan kesehatan, yang meningkatkan potensi rasio pembatasan pelayanan karena aspek kalkulasi, maka peningkatan potensi konflik layanan menjadi konsekuensi logis. Terkait hal tersebut, kemampuan untuk memiliki ruang pengaman dan pelindung atas pelayanan yang diberikan, perlu diperkuat secara bersama.

Pembahasan

Analisis terhadap dinamika finansial program jaminan kesehatan nasional menunjukkan adanya eskalasi rasio klaim yang sangat pesat, terutama pada periode pascapandemi. Pada tahun 2020, pendapatan iuran sebesar 139,85 triliun rupiah mampu menutup beban jaminan sebesar 95,51 triliun rupiah. Stabilitas ini berlanjut pada tahun 2021 dengan penerimaan iuran 143,32 triliun rupiah dan beban jaminan 90,33 triliun rupiah. Namun, pergeseran beban keuangan mulai terasa pada tahun 2022 saat iuran 144,04 triliun rupiah harus menanggung beban jaminan 113,47 triliun rupiah. Tren defisit anggaran secara struktural terjadi pada tahun 2023 ketika penerimaan iuran 151,70 triliun rupiah tidak mencukupi untuk menutup beban jaminan yang melonjak hingga 158,85 triliun rupiah. Kondisi tekanan fiskal ini berlanjut pada tahun 2024 dengan perolehan iuran sebesar 165,25 triliun rupiah berbanding beban jaminan mencapai 175,07 triliun rupiah. Pembengkakan biaya medis yang tidak seimbang dengan pendapatan iuran memicu terjadinya pembatasan implisit di tingkat fasilitas kesehatan demi menjaga kelangsungan operasional (Nugraheni et al., 2020; Saman et al., 2026; Setiawan et al., 2026)

Dampak dari pembatasan anggaran ini memicu ketimpangan sosiologis yang tajam, terutama bagi kelompok masyarakat rentan di kawasan pedesaan. Terpusatnya rumah sakit rujukan di area perkotaan menyebabkan rasio rujukan nonspesialistik di wilayah pinggiran membengkak hingga rentang 20 sampai 30. Ketimpangan fasilitas fisik ini diperparah oleh munculnya beban pengeluaran biaya mandiri dari kantong pasien untuk membeli obat-obatan yang tidak tersedia di faskes, yang porsinya mencapai 30,6 dari total belanja kesehatan. Penundaan tindakan akibat kaku prosedur rujukan tidak hanya memicu konflik psikologis antara tenaga medis dan pasien, melainkan juga mengancam produktivitas ekonomi warga miskin. Munculnya stigma bahwa peserta penerima bantuan iuran mendapatkan pelayanan kelas dua semakin memperlebar jurang keadilan sosial. Ketiadaan alokasi dana yang merata menyebabkan fasilitas kesehatan primer di pedesaan gagal memberikan perlindungan komprehensif, sehingga risiko jatuh miskin akibat biaya pengobatan terus mengintai masyarakat marginal (Febriyanti et al., 2025; Maharani et al., 2023; Nurcholiq & Hardianto, 2024)

Dari perspektif hukum, pemerintah telah menetapkan aturan standar pelayanan minimal yang menjamin 12 jenis pelayanan dasar bagi seluruh warga negara tanpa terkecuali. Cakupan pelayanan dasar ini meliputi kesehatan ibu, bayi, balita, skrining kesehatan populasi, hingga penanganan penyakit menular dan gangguan jiwa berat dengan target capaian 100. Namun demikian, ketersediaan anggaran daerah yang sangat terbatas kerap mengaburkan batas antara pemenuhan standar pelayanan minimal dengan pemberian pelayanan medis yang optimal. Diskresi medis yang diambil dokter di lapangan saat menghadapi kelangkaan obat atau keterbatasan alat berpotensi membenturkan hak konstitusional pasien dengan realitas anggaran faskes. Ketika hak atas pelayanan dasar tidak terpenuhi secara utuh akibat pengetatan biaya operasional, risiko terjadinya sengketa klinis antara penerima dan penyedia layanan kesehatan akan meningkat secara drastis. Penegakan kepastian hukum memerlukan komitmen pemerintah



dalam menjamin ketersediaan alokasi dana yang memadai di tingkat kabupaten (Setiawan et al., 2026; Wijayanti, 2026; Wiwoho et al., 2023)

Guna melindungi tenaga medis dari tuntutan hukum saat mengambil keputusan sulit di tengah keterbatasan fasilitas, regulasi nasional menyediakan mekanisme penyelesaian sengketa melalui dewan pertimbangan klinis. Di tingkat daerah, tim pertimbangan tingkat provinsi dibentuk oleh gubernur dengan anggota maksimal 5 orang yang terdiri dari unsur dinas kesehatan, organisasi profesi, dan akademisi. Sementara di tingkat pusat, dewan pertimbangan nasional berada di bawah menteri kesehatan dengan komposisi keanggotaan maksimal 13 orang. Tim di tingkat daerah berwenang melakukan pemeriksaan rekam medis serta mengklarifikasi saksi, sedangkan lembaga pusat memiliki kewenangan administratif final untuk menyelesaikan banding sengketa. Pembentukan instrumen perlindungan hukum ini sangat krusial agar keputusan klinis tenaga medis yang bekerja sesuai standar profesi tidak dipidanakan akibat kegagalan sistemik. Keberadaan wadah mediasi ini memberikan rasa aman bagi praktisi kesehatan saat menjalankan tugas di daerah dengan sarana terbatas (Kusworo & Fauzi, 2023; Ramadhani, 2023; Sutanto, 2024)

Implikasi praktis dari studi ini menegaskan urgensi reformasi sistem pembiayaan kesehatan nasional guna mencegah penurunan kualitas layanan medis secara berkelanjutan. Penelitian ini memiliki keterbatasan karena data keuangan terfokus pada agregat nasional, sehingga tidak dapat memotret variasi defisit anggaran pada masing-masing faskes daerah secara mikro. Selain itu, belum ada pengukuran kuantitatif mengenai efektivitas keputusan dewan pertimbangan klinis dalam menurunkan angka gugatan hukum tenaga medis. Oleh karena itu, agenda riset mendatang direkomendasikan untuk mengevaluasi efisiensi skema tarif kapitasi serta dampaknya terhadap kepuasan pasien di wilayah terpencil. Pemerintah perlu segera merumuskan formula penyesuaian iuran yang realistis serta memperkuat sinergi antara anggaran pusat dan daerah. Langkah korektif ini vital untuk memastikan bahwa transparansi tata kelola jaminan kesehatan dapat menciptakan keadilan sosial yang merata bagi seluruh rakyat Indonesia.

KESIMPULAN

Penelitian yuridis normatif ini menyimpulkan bahwa praktik rasionalisasi sumber daya dalam program jaminan kesehatan nasional di Indonesia merupakan sebuah keniscayaan ekonomi yang dipicu oleh tekanan defisit anggaran, namun pelaksanaannya masih dilakukan secara terselubung sehingga mencederai prinsip transparansi. Ketegangan filosofis antara paradigma utilitarianisme yang mengejar efisiensi kuantitatif dengan teori keadilan sosial menimbulkan kesenjangan akses yang memojokkan hak-hak dasar pasien dari golongan masyarakat rentan di pedesaan. Meskipun pembaruan regulasi melalui undang-undang kesehatan terbaru telah menetapkan jangkar hukum berupa standar pelayanan minimal serta mekanisme perlindungan profesi, penegakan hukumnya senyatanya masih terhambat oleh lemahnya pengawasan independen terhadap tata kelola birokrasi klaim. Akibatnya, para tenaga medis kerap terjebak dalam dilema etika akut saat harus mengambil keputusan klinis yang sulit di lapangan tanpa adanya pedoman operasional yang eksplisit untuk melindungi mereka dari risiko tuntutan hukum.

Berdasarkan keterbatasan analisis yang berfokus pada kajian kepustakaan dan telaah regulasi formal, penelitian selanjutnya disarankan untuk menguji dampak implementasi rasionalisasi sumber daya ini secara empiris menggunakan pendekatan kombinasi metode campuran di lapangan. Penyelidikan masa depan perlu dikembangkan untuk membongkar secara spesifik seberapa besar frekuensi terjadinya sengketa medis serta beban psikologis nyata



yang dialami oleh para dokter akibat pemberlakuan sistem pembatasan biaya paket pengobatan. Peneliti berikutnya juga direkomendasikan untuk meneliti pengaruh pengintegrasian sistem digitalisasi antrian dan kecerdasan buatan terhadap reduksi ketimpangan akses obat-obatan antara wilayah urban dan rural. Desain analisis dapat diarahkan untuk mengevaluasi efektivitas peran mediasi dari tim pertimbangan klinis di daerah dalam memitigasi konflik horizontal antara tenaga kesehatan dengan pasien. Melalui model pengamatan longitudinal terstruktur, diharapkan dapat dirumuskan cetak biru standarisasi rujukan yang lebih humanis dan akuntabel demi kemajuan jaminan kesehatan nasional.

DAFTAR PUSTAKA

- Adiyanta, F. S. (2020). Urgensi kebijakan Jaminan Kesehatan Semesta (Universal Health Coverage) bagi penyelenggaraan pelayanan kesehatan masyarakat di masa pandemi Covid-19. *Administrative Law & Governance Journal*, 3(2), 272–299. <https://doi.org/10.14710/alj.v3i2.272-299>
- Alfiyanti, L., Setiyadi, N. A., Yakob, A., Mulyono, D., Rohmat, R., & Rizqi, M. F. (2023). Analysis of community satisfaction index on health service quality: CFA and gap analysis. *Jurnal Berita Ilmu Keperawatan*, 16(2), 193–202. <https://doi.org/10.23917/bik.v16i2.2369>
- Alizadeh, M., Azizi, N., Mahdavi, S. R., & Baghlani, F. (2025). Unveiling the shadows: Obstacles, consequences, and challenges of information opacity in healthcare systems. *Philosophy, Ethics, and Humanities in Medicine*, 20(1), 6–6. <https://doi.org/10.1186/s13010-025-00170-6>
- Ananda, B. R., Putera, R. E., & Ariany, R. (2020). Inovasi pelayanan kesehatan di Rumah Sakit Umum Daerah Kota Pariaman. *Publik (Jurnal Ilmu Administrasi)*, 8(2), 167–179. <https://doi.org/10.31314/pjia.8.2.167-179.2019>
- Aritonang, R. H., Sujiwo, A., Susilo, T., Tadung, R., & Panggabean, A. D. (2025). Hukum humaniter internasional di persimpangan. *JURNAL SYNTAX IMPERATIF: Jurnal Ilmu Sosial dan Pendidikan*, 6(3), 378–385. <https://doi.org/10.54543/syntaximperatif.v6i3.700>
- Bruno, W., & Haar, R. J. (2020). A systematic literature review of the ethics of conducting research in the humanitarian setting. *Conflict and Health*, 14(1), 27–27. <https://doi.org/10.1186/s13031-020-00282-0>
- Fatkullah, M., Habib, M. A. F., & Nisa, K. K. (2022). Identifikasi dan manajemen risiko untuk mereduksi kerentanan pada masyarakat. *Ekonomi, Keuangan, Investasi dan Syariah (EKUITAS)*, 3(4), 856–867. <https://doi.org/10.47065/ekuitas.v3i4.1529>
- Febriyanti, I., Azzura, A., Aulia, C., Fikri, M., & Ramdani, F. (2025). Stratifikasi sosial dan akses kesehatan: Analisis kesenjangan dalam sistem pelayanan publik. *Jurnal Mahasiswa Sosial Humaniora*, 2(2). <https://doi.org/10.31949/jumash.v2i2.16852>
- Jannati, A. S. R. (2022). Perlindungan hukum bagi pasien dalam pelayanan telemedicine di Indonesia. *Jurnal JURISTIC*, 3(2), 210–210. <https://doi.org/10.35973/jrs.v3i02.3184>
- Kartika, E. N., & Sudarmo, S. (2022). Reformasi birokrasi pelayanan publik dalam meningkatkan kualitas pelayanan kesehatan di RSUD Dr. Moewardi (Pencanangan pembangunan zona integritas WBK & WBBM). *Ministrate: Jurnal Birokrasi dan Pemerintahan Daerah*, 4(2), 20–37. <https://doi.org/10.15575/jbpd.v4i2.17941>
- Kusworo, D. L., & Fauzi, M. N. K. (2023). Implementation of litigation mediation in resolving medical negligence disputes between patients and health workers. *Administrative*



- and *Environmental Law Review*, 4(1), 21–36.
<https://doi.org/10.25041/aclr.v4i1.2858>
- Lestari, Y. (2025). Strategic management of health budget efficiency in Indonesia's national health system. *International Journal of Administration, Business and Organization*, 6(2), 313–330. <https://doi.org/10.61242/ijabo.25.571>
- Maharani, A., Astrid, A., Arya, A., Deti, D., Yanti, D., Sulla, F. Y., & Hafizi, M. Z. (2023). Dampak kemiskinan terhadap ketidaksetaraan pelayanan kesehatan di Indonesia. *Tamaddun*, 1(3), 128–136. <https://doi.org/10.70115/tamaddun.v1i3.311>
- Nugraheni, W. P., Zahroh, A. H., Hartono, R. K., Nugraha, R. R., & Chun, C. B. (2020). National health insurance deficit in Indonesia: Identification of causes and solutions for resolution. *Global Journal of Health Science*, 12(13), 58–58. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v12n13p58>
- Nugroho, S. S., Budiyan, L., & Prayuti, Y. (2026). Akibat hukum dan kesenjangan regulasi dalam implementasi INA-CBGs di Indonesia. *JURNAL USM LAW REVIEW*, 9(1), 273–289. <https://doi.org/10.26623/julr.v9i1.12769>
- Nurcholih, A., & Hardianto. (2024). The impact of poverty on healthcare service disparities in Indonesia. *Jurnal Ekonomi, Manajemen dan Bisnis*, 2(2), 47–50. <https://doi.org/10.70716/emis.v2i2.290>
- Nurhayati, N., Telaumbanua, N., Daeli, L. J. H., Agustin, D., Khairunisa, S. S., Aulia, J., & Syifaurreidha, N. (2025). Masalah kebijakan kesehatan. *INNOVATIVE: Journal Of Social Science Research*, 5(4), 45–55. <https://doi.org/10.31004/innovative.v5i4.20143>
- Ramadhani, S. S. (2023). Urgensi payung hukum tindak pidana medis dalam upaya penyelesaian sengketa medis. *JATIJJAR LAW REVIEW*, 1(2). <https://doi.org/10.26753/jlr.v1i2.809>
- Saman, S., Putri, N. A., & Hasni, H. (2026). Integrasi sistem pelayanan jantung dan pembiayaan BPJS Kesehatan: Upaya peningkatan efektivitas dan keberlanjutan layanan kardiologi. *HEALTHY: Jurnal Inovasi Riset Ilmu Kesehatan*, 5(3), 284–294. <https://doi.org/10.51878/healthy.v5i3.11163>
- Setiawan, M. F., Purwadhi, H., & Santoso, B. (2026). Optimalisasi implementasi kegiatan monitoring dan konsultasi pada program pengelolaan penyakit kronis (Prolanis) di Puskesmas Cijaku Kabupaten Lebak. *CENDEKIA: Jurnal Ilmu Pengetahuan*, 6(3), 1624–1635. <https://doi.org/10.51878/cendekia.v6i3.10722>
- Surbakti, E. F., Sahlepi, M. A., & Rahmayanti, R. (2025). Legal protection for doctors facing challenges in medical referrals for inmates at Lubuk Pakam Class II B Correctional Institution. *Formosa Journal of Sustainable Research*, 4(5), 919–934. <https://doi.org/10.55927/fjsr.v4i5.231>
- Susetiyo, W., & Iftitah, A. (2021). Peranan dan tanggungjawab pemerintah dalam pelayanan kesehatan pasca berlakunya UU Cipta Kerja. *JURNAL SUPREMASI*, 92–106. <https://doi.org/10.35457/supremasi.v11i2.1648>
- Sutanto, Y. S. (2024). Criminal legal protection for medical personnel in the resolution of medical disputes. *POLICY, LAW, NOTARY AND REGULATORY ISSUES (POLRI)*, 3(3), 373–383. <https://doi.org/10.55047/polri.v3i3.1243>
- Wijayanti, L. A. (2026). Penguatan kader kesehatan dalam deteksi dini penyakit tidak menular. *COMMUNITY: Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*, 6(2), 910–919. <https://doi.org/10.51878/community.v6i2.10772>
- Wiwoho, J., Firdaus, S. U., & Hidayat, M. A. (2023). Fulfillment of legal rights protection on



incentives and allowances for Indonesian health professionals during the COVID-19 pandemic. *Jurnal Hukum dan Pembangunan Ekonomi*, 11(1), 172–172. <https://doi.org/10.20961/hpe.v11i1.76727>