



DOI: <https://doi.org/10.38035/jihhp.v5i6>

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

## Keseimbangan antara Efisiensi Biaya dan Hak Pasien dalam Studi Kebijakan Pembatasan Obat dalam BPJS Kesehatan

**Fredy Arifta Nasel<sup>1</sup>, Diah Arimbi<sup>2</sup>, A.Makbul<sup>3</sup>**

<sup>1</sup>Sekolah Tinggi Hukum Militer, Jakarta, Indonesia, [fredynasel2007@gmail.com](mailto:fredynasel2007@gmail.com).

<sup>2</sup>Universitas Jenderal Achmad Yani, Cimahi, Indonesia, [arimbi2510@gmail.com](mailto:arimbi2510@gmail.com).

<sup>3</sup>Sekolah Tinggi Hukum Militer, Jakarta, Indonesia, [ahmadmakbul13@gmail.com](mailto:ahmadmakbul13@gmail.com).

Corresponding Author: [fredynasel2007@gmail.com](mailto:fredynasel2007@gmail.com)<sup>1</sup>

**Abstract:** *BPJS Kesehatan, as the national health insurance provider, aims to protect participants by ensuring access to proper healthcare services. However, restrictions and exclusions on certain types of medication impact patients' accessibility to medical treatment. This study analyzes the protection of BPJS patients' rights regarding medical therapy and the cost-sharing of restricted and excluded medications, based on regulations such as Law No. 8 of 1999 on Consumer Protection and Minister of Health Regulation No. 71 of 2013 Article 13 Paragraph 1. This research employs a qualitative method with a literature study approach to examine legal and policy aspects. The findings indicate that although a legal foundation guarantees patients' rights, challenges remain in implementation, particularly in meeting medical needs that are not fully covered by BPJS. Policy evaluation is necessary to ensure a balance between cost efficiency and patients' rights in accessing optimal medical therapy.*

**Keyword:** *BPJS Patient Rights, Medication Restrictions, Health Insurance Policy.*

**Abstrak:** BPJS Kesehatan sebagai penyelenggara jaminan kesehatan nasional bertujuan untuk memberikan perlindungan bagi peserta dalam memperoleh layanan kesehatan yang layak. Tetapi terdapat pembatasan dan pengecualian terhadap beberapa jenis obat yang berdampak pada aksesibilitas terapi pengobatan bagi pasien. Penelitian ini menganalisis perlindungan hak pasien BPJS terhadap terapi pengobatan serta iuran biaya atas obat yang dibatasi dan dikecualikan, dengan berlandaskan pada regulasi seperti Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen dan Permenkes No. 71 Tahun 2013 Pasal 13 ayat 1. Penelitian ini menggunakan metode kualitatif dengan pendekatan studi literatur untuk menelaah aspek hukum dan kebijakan terkait. Hasil penelitian menunjukkan bahwa meskipun terdapat dasar hukum yang menjamin hak pasien, masih terjadi kendala dalam implementasi, terutama dalam pemenuhan kebutuhan medis yang tidak sepenuhnya tercakup dalam daftar obat yang ditanggung BPJS. Diperlukan evaluasi kebijakan guna memastikan keseimbangan antara efisiensi biaya dan hak pasien dalam mengakses terapi pengobatan yang optimal.

**Kata Kunci:** *Hak Pasien BPJS, Pembatasan Obat, Kebijakan Jaminan Kesehatan.*

## PENDAHULUAN

BPJS Kesehatan merupakan program jaminan kesehatan nasional yang bertujuan untuk memberikan perlindungan kesehatan bagi seluruh masyarakat Indonesia. Sebagai implementasi dari Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN), BPJS Kesehatan berkomitmen untuk menyediakan akses layanan kesehatan yang merata, termasuk dalam hal terapi pengobatan dan penyediaan obat-obatan. Namun, terdapat berbagai tantangan dalam pemenuhan hak pasien, terutama terkait dengan pembatasan dan pengecualian obat yang ditanggung oleh BPJS (Oktarina & Anggursuri, 2024). Salah satu permasalahan utama dalam sistem jaminan kesehatan ini adalah adanya daftar obat yang dibatasi dan dikecualikan dalam Formularium Nasional (Fornas). Formularium ini merupakan daftar obat yang ditetapkan oleh pemerintah sebagai acuan dalam penyediaan obat yang ditanggung oleh BPJS Kesehatan. Pembatasan dan pengecualian ini sering kali menjadi kendala bagi pasien yang membutuhkan terapi tertentu tetapi tidak dapat mengakses obat yang diperlukan secara gratis atau dengan subsidi penuh.

Kebijakan pembatasan obat dalam sistem BPJS Kesehatan bertujuan untuk mengoptimalkan alokasi anggaran dalam skema jaminan kesehatan nasional. Tetapi, hal ini juga menimbulkan konsekuensi bagi pasien, terutama mereka yang memiliki penyakit kronis atau membutuhkan pengobatan khusus yang tidak termasuk dalam cakupan BPJS. Dalam beberapa kasus, pasien harus menanggung biaya obat sendiri, yang dapat menjadi beban finansial bagi kelompok masyarakat ekonomi menengah ke bawah. Perlindungan hukum terhadap hak pasien BPJS dalam memperoleh terapi pengobatan yang layak telah diatur dalam berbagai regulasi. Salah satunya adalah Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen, yang menegaskan bahwa setiap konsumen, termasuk pasien BPJS, berhak mendapatkan akses terhadap produk dan layanan yang sesuai dengan standar keselamatan, kenyamanan, serta kesehatan (Fitriyani, 2018). Permenkes No. 71 Tahun 2013 Pasal 13 ayat 1 juga menyebutkan bahwa setiap peserta BPJS berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang mencakup promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk pelayanan obat dan bahan medis habis pakai sesuai dengan kebutuhan medis (Sholehah, Sudjana, & Suryaman, 2020).

Meskipun regulasi telah mengatur hak pasien, realitas di lapangan menunjukkan bahwa banyak pasien mengalami kesulitan dalam mengakses obat-obatan tertentu yang dibatasi atau dikecualikan. Beberapa rumah sakit dan fasilitas kesehatan sering kali mengalami kendala dalam penyediaan obat, baik karena keterbatasan stok maupun karena kebijakan internal yang berpedoman pada regulasi BPJS. Hal ini menimbulkan dilema bagi pasien dan tenaga medis dalam menentukan pilihan terapi yang optimal sesuai dengan kondisi pasien (Indahri, Lestari, Retnaningsih, Hakim, & Yuningsih, 2014). Transparansi dan mekanisme pengajuan keberatan terhadap pembatasan obat masih menjadi tantangan dalam sistem BPJS Kesehatan. Pasien yang merasa dirugikan sering kali tidak memiliki jalur yang jelas untuk mengajukan keluhan atau meminta pengecualian atas kebijakan pembatasan obat tertentu. Kurangnya sosialisasi mengenai hak-hak pasien juga menjadi faktor yang memperburuk kondisi ini, sehingga banyak peserta BPJS yang tidak sepenuhnya memahami batasan dan ketentuan dalam layanan yang mereka terima.

Dalam beberapa kasus, pasien yang tidak dapat memperoleh obat yang mereka butuhkan dari BPJS Kesehatan harus mencari alternatif lain, seperti membeli obat dengan biaya sendiri atau beralih ke layanan kesehatan swasta. Hal ini menimbulkan ketimpangan dalam akses layanan kesehatan, di mana mereka yang memiliki kemampuan finansial lebih baik dapat memperoleh pengobatan yang lebih optimal, sementara kelompok ekonomi lemah harus menghadapi keterbatasan dalam pilihan terapi (Adha, et al., 2023). Diperlukan analisis mendalam mengenai perlindungan hak pasien BPJS dalam mengakses terapi pengobatan, khususnya terkait dengan iuran biaya atas obat yang dibatasi dan dikecualikan. Kajian ini

penting untuk mengevaluasi efektivitas regulasi yang telah ada serta untuk mengidentifikasi solusi yang dapat meningkatkan keadilan dalam sistem jaminan kesehatan nasional.

Penelitian ini bertujuan untuk menganalisis perlindungan hak pasien BPJS terhadap terapi pengobatan serta iuran biaya atas obat yang dibatasi dan dikecualikan. Melalui pendekatan kualitatif studi literatur, penelitian ini akan mengkaji kebijakan yang berlaku, hambatan dalam implementasi, serta dampaknya terhadap aksesibilitas layanan kesehatan bagi peserta BPJS. Hasil penelitian ini diharapkan dapat memberikan rekomendasi kebijakan yang lebih inklusif dan berkeadilan dalam sistem jaminan kesehatan nasional.

## Landasan Teori

Perlindungan hak pasien dalam sistem jaminan kesehatan merupakan salah satu aspek fundamental dalam kebijakan kesehatan nasional. Menurut Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, setiap individu berhak mendapatkan pelayanan kesehatan yang aman, bermutu, dan terjangkau. Dalam konteks BPJS Kesehatan, regulasi seperti Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2011 tentang BPJS dan Peraturan Presiden Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan menjadi dasar hukum utama dalam penyelenggaraan jaminan kesehatan nasional. Formularium Nasional (Fornas) berperan sebagai pedoman dalam menentukan obat-obatan yang ditanggung oleh BPJS Kesehatan, berdasarkan prinsip efektivitas biaya dan ketersediaan anggaran. Namun, pembatasan dan pengecualian obat dalam Fornas menimbulkan persoalan dalam pemenuhan hak pasien, terutama bagi mereka yang membutuhkan terapi khusus yang tidak termasuk dalam cakupan pembiayaan BPJS. Teori keadilan kesehatan (*health equity theory*) menegaskan bahwa akses terhadap layanan kesehatan harus merata tanpa diskriminasi, sehingga kebijakan pembatasan obat perlu dievaluasi untuk memastikan keseimbangan antara efisiensi biaya dan hak pasien dalam memperoleh pengobatan yang layak (Oktarina & Anggunsuri, 2024).

## METODE

Penelitian ini menerapkan pendekatan kualitatif dengan metode studi literatur untuk mengkaji perlindungan hak pasien BPJS dalam memperoleh terapi pengobatan serta iuran biaya terkait obat yang mengalami pembatasan dan pengecualian. Studi literatur dilakukan dengan menelaah berbagai sumber akademik, termasuk jurnal, buku, peraturan perundang-undangan, serta laporan resmi dari BPJS Kesehatan dan Kementerian Kesehatan (Abdussamad, 2021). Analisis terhadap dokumen hukum seperti Undang-Undang Nomor 8 Tahun 1999 tentang Perlindungan Konsumen dan Permenkes No. 71 Tahun 2013 Pasal 13 ayat 1 juga menjadi fokus utama dalam memahami dasar hukum perlindungan hak pasien. Penelitian ini juga mengevaluasi data sekunder dari berbagai studi terdahulu mengenai implementasi kebijakan BPJS Kesehatan, khususnya terkait dengan daftar obat dalam Formularium Nasional (Fornas) serta dampaknya terhadap aksesibilitas pasien. Data yang diperoleh dianalisis secara deskriptif kualitatif untuk mengidentifikasi pola, tantangan, serta implikasi kebijakan terhadap hak pasien dalam sistem jaminan kesehatan nasional (Sugiyono, 2016). Hasil dari studi ini diharapkan dapat memberikan pemahaman yang lebih komprehensif mengenai permasalahan yang dihadapi serta memberikan rekomendasi kebijakan untuk meningkatkan akses dan perlindungan bagi pasien BPJS.

## HASIL DAN PEMBAHASAN

### Kebijakan BPJS Kesehatan terkait Pembatasan dan Pengecualian Obat

BPJS Kesehatan sebagai penyelenggara Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) di Indonesia memiliki kebijakan dalam penyediaan obat bagi peserta yang mengacu pada Formularium Nasional (Fornas). Fornas merupakan daftar obat yang telah ditetapkan oleh pemerintah dan wajib digunakan dalam pelayanan kesehatan yang dijamin oleh BPJS

Kesehatan. Penyusunan Fornas dilakukan oleh Komite Nasional Penyusunan Formularium Nasional yang berada di bawah koordinasi Kementerian Kesehatan. Daftar obat yang masuk dalam Fornas ditentukan berdasarkan berbagai pertimbangan, termasuk efektivitas terapi, keamanan, serta efisiensi biaya bagi sistem jaminan kesehatan nasional. Salah satu regulasi yang menjadi dasar kebijakan ini adalah Peraturan Menteri Kesehatan (Permenkes) No. 71 Tahun 2013, yang mengatur bahwa peserta BPJS Kesehatan berhak memperoleh pelayanan kesehatan yang mencakup aspek promotif, preventif, kuratif, dan rehabilitatif, termasuk pelayanan obat. Dalam implementasinya, tidak semua obat dapat ditanggung oleh BPJS Kesehatan. Hanya obat yang telah masuk dalam Fornas yang dapat diklaim oleh fasilitas kesehatan yang bekerja sama dengan BPJS. Hal ini sering menjadi kendala bagi pasien yang membutuhkan obat tertentu yang tidak tercantum dalam daftar tersebut (Sholehah, Sudjana, & Suryaman, 2020).

Kriteria pembatasan dan pengecualian obat dalam layanan BPJS Kesehatan ditetapkan berdasarkan evaluasi klinis dan ekonomis. Beberapa faktor yang mempengaruhi keputusan ini meliputi harga obat, efektivitas dibandingkan dengan alternatif lain yang tersedia, serta dampak penggunaannya terhadap anggaran kesehatan nasional. Obat yang tergolong mahal atau memiliki alternatif terapi lain yang lebih ekonomis sering kali tidak dimasukkan dalam Fornas. Obat-obatan yang masih dalam tahap penelitian atau belum memiliki cukup bukti klinis juga cenderung tidak dimasukkan dalam daftar obat yang ditanggung oleh BPJS. Selain pembatasan berdasarkan aspek biaya dan efektivitas, beberapa jenis obat juga dikecualikan dari cakupan BPJS Kesehatan berdasarkan indikasi medis tertentu. Misalnya, obat yang digunakan untuk terapi estetika, suplemen makanan, serta obat-obatan yang diperuntukkan bagi penyakit langka yang membutuhkan terapi individual sering kali tidak masuk dalam daftar Fornas. Hal ini menimbulkan dilema bagi pasien yang membutuhkan obat-obatan khusus tetapi tidak dapat memperolehnya melalui skema BPJS Kesehatan, sehingga mereka harus mengeluarkan biaya sendiri untuk mendapatkan terapi yang dibutuhkan.

Implikasi dari kebijakan pembatasan dan pengecualian obat ini berdampak langsung pada aksesibilitas pasien terhadap pengobatan yang mereka perlukan. Pasien yang tidak dapat memperoleh obat yang dibutuhkan melalui BPJS Kesehatan sering kali menghadapi kesulitan finansial dalam membeli obat secara mandiri. Hal ini terutama dirasakan oleh pasien dengan penyakit kronis yang membutuhkan pengobatan jangka panjang. Jika obat yang mereka perlukan tidak termasuk dalam daftar yang ditanggung, maka biaya pengobatan yang harus mereka tanggung menjadi lebih besar dan dapat membebani kondisi ekonomi mereka (Widayatun & Fatoni, 2013). Selain kendala finansial, kebijakan pembatasan obat juga berdampak pada kualitas layanan kesehatan yang diberikan oleh tenaga medis. Dokter dan tenaga kesehatan lainnya sering kali harus menyesuaikan pilihan terapi mereka dengan daftar obat yang tersedia dalam Fornas. Dalam beberapa kasus, hal ini dapat membatasi pilihan pengobatan yang seharusnya lebih efektif bagi pasien. Misalnya, jika obat yang lebih baru dan memiliki tingkat efektivitas lebih tinggi tidak termasuk dalam Fornas, tenaga medis mungkin harus menggunakan obat alternatif yang tersedia, meskipun hasil terapinya mungkin tidak seoptimal yang diharapkan.

Di sisi lain, kebijakan ini juga memiliki dampak positif dalam pengelolaan anggaran kesehatan nasional. Dengan adanya batasan dan pengecualian obat tertentu, BPJS Kesehatan dapat mengalokasikan sumber daya yang tersedia secara lebih efisien dan berkelanjutan. Tanpa adanya regulasi ketat dalam daftar obat yang ditanggung, sistem jaminan kesehatan dapat mengalami tekanan finansial yang besar, terutama dengan meningkatnya jumlah peserta BPJS dari tahun ke tahun (Astuti, 2021). Kebijakan pembatasan ini dianggap sebagai upaya untuk menjaga keberlanjutan sistem BPJS Kesehatan dalam jangka panjang. Meskipun demikian, kebijakan ini perlu dievaluasi secara berkala untuk memastikan bahwa tidak terjadi ketimpangan dalam akses layanan kesehatan. Pemerintah dan BPJS Kesehatan perlu

mempertimbangkan mekanisme yang lebih fleksibel, seperti skema subsidi tambahan untuk pasien dengan kondisi tertentu atau sistem pengecualian bagi mereka yang benar-benar membutuhkan obat di luar daftar Fornas. Dengan demikian, kebijakan yang ada dapat tetap menjaga keberlanjutan sistem BPJS Kesehatan tanpa mengorbankan hak pasien dalam memperoleh terapi pengobatan yang optimal.

### **Hambatan dalam Implementasi Kebijakan Pembatasan Obat BPJS Kesehatan**

Dalam implementasi kebijakan pembatasan obat BPJS, terdapat kendala administratif yang sering kali menjadi hambatan bagi pasien dalam mengakses obat yang tidak tercakup dalam Fornas. Proses pengajuan obat di luar Fornas sering kali rumit dan memakan waktu yang cukup lama, menyebabkan keterlambatan dalam terapi bagi pasien yang sangat membutuhkannya. Pasien harus melalui prosedur administrasi yang panjang, mulai dari pengajuan permohonan, evaluasi oleh tim medis, hingga persetujuan dari BPJS Kesehatan. Proses ini menjadi semakin kompleks ketika fasilitas kesehatan dan BPJS tidak memiliki sinkronisasi yang baik dalam pengelolaan persetujuan obat (Oktarina & Anggunsuri, 2024). Akibatnya, pasien sering kali harus menunggu lebih lama atau bahkan mencari alternatif lain dengan biaya sendiri. Selain kendala administratif, keterbatasan anggaran BPJS Kesehatan juga menjadi faktor utama dalam pembatasan dan pengecualian obat. BPJS harus menyesuaikan cakupan pembiayaan dengan dana yang tersedia, sehingga hanya obat-obatan tertentu yang bisa ditanggung. Seiring meningkatnya jumlah peserta BPJS, anggaran yang dialokasikan untuk pembelian obat menjadi semakin terbatas, mengharuskan seleksi yang lebih ketat terhadap jenis obat yang dapat ditanggung. Hal ini menyebabkan beberapa obat yang sebenarnya memiliki efektivitas tinggi dalam pengobatan penyakit tertentu tidak masuk dalam daftar tanggungan BPJS. Perbedaan prioritas dalam alokasi anggaran kesehatan nasional juga berdampak pada penyusunan daftar obat dalam Fornas, di mana obat-obatan yang dianggap tidak mendesak atau memiliki alternatif lain sering kali tidak masuk dalam cakupan pembiayaan BPJS.

Kurangnya sosialisasi dan transparansi dalam kebijakan pembatasan obat juga menjadi hambatan dalam implementasi layanan BPJS Kesehatan. Banyak pasien dan tenaga medis yang tidak memiliki pemahaman yang cukup mengenai daftar obat yang ditanggung serta mekanisme pengajuan keberatan jika obat yang dibutuhkan tidak masuk dalam Fornas. Minimnya informasi ini menyebabkan banyak pasien yang akhirnya memilih membeli obat secara mandiri tanpa mencoba mengajukan permohonan melalui BPJS. Tidak adanya penjelasan yang rinci mengenai pertimbangan dalam penentuan daftar obat yang dibatasi dan dikecualikan menimbulkan ketidakpercayaan di kalangan pasien dan tenaga medis (Fitriyani, 2018). Hal ini dapat berujung pada persepsi negatif terhadap sistem layanan kesehatan yang seharusnya bertujuan memberikan perlindungan optimal bagi seluruh peserta. Masalah lain yang turut mempersulit akses pasien terhadap obat yang dibutuhkan adalah disparitas dalam ketersediaan obat di berbagai fasilitas kesehatan. Tidak semua rumah sakit atau puskesmas memiliki stok obat yang sama, meskipun obat tersebut masuk dalam daftar Fornas dan seharusnya ditanggung oleh BPJS. Hal ini menyebabkan pasien di daerah tertentu mengalami kesulitan dalam memperoleh obat yang mereka butuhkan, sehingga harus mencari ke fasilitas lain atau menanggung biaya sendiri. Disparitas ini terjadi karena distribusi obat yang belum merata serta perbedaan dalam mekanisme pengadaan obat di setiap fasilitas kesehatan.

Kerja sama antara BPJS dengan apotek dan distributor farmasi juga masih menghadapi berbagai kendala. Keterbatasan dalam sistem pengadaan dan distribusi sering kali menyebabkan keterlambatan dalam penyediaan obat yang seharusnya tersedia bagi peserta BPJS. Beberapa apotek bahkan tidak memiliki akses langsung terhadap obat-obatan yang ditanggung BPJS, sehingga pasien harus mencari ke tempat lain yang belum tentu dekat dengan tempat tinggal mereka. Masalah ini semakin diperburuk dengan adanya perbedaan regulasi di

setiap fasilitas kesehatan yang membuat tidak semua rumah sakit dan apotek memiliki mekanisme yang seragam dalam penyediaan obat untuk pasien BPJS (Rombot, Rorie, & Roeroe, 2024). Hambatan dalam implementasi kebijakan pembatasan obat BPJS Kesehatan mencakup kendala administratif, keterbatasan anggaran, kurangnya sosialisasi kebijakan, serta disparitas dalam penyediaan obat. Untuk mengatasi berbagai hambatan tersebut, diperlukan perbaikan dalam sistem administrasi pengajuan obat, peningkatan transparansi dalam kebijakan, serta optimalisasi distribusi obat agar layanan kesehatan yang diberikan oleh BPJS benar-benar dapat diakses secara merata dan adil oleh seluruh peserta. Tanpa adanya solusi konkret, pembatasan obat ini akan terus menjadi hambatan yang berdampak pada efektivitas layanan kesehatan dan perlindungan hak pasien.

### **Dampak Pembatasan Obat terhadap Hak Pasien dan Kualitas Pengobatan**

Pembatasan obat dalam layanan BPJS Kesehatan berpotensi mengurangi efektivitas terapi yang diterima oleh pasien. Pasien yang membutuhkan obat tertentu yang tidak termasuk dalam Fornas terpaksa menggunakan alternatif obat lain yang lebih terjangkau, meskipun efektivitasnya tidak sebaik obat yang sebelumnya direkomendasikan. Dalam beberapa kasus, pengobatan yang lebih murah tetapi kurang efektif dapat mengarah pada penurunan hasil terapi atau proses penyembuhan yang lebih lama. Ini sangat berdampak bagi pasien dengan penyakit kronis yang membutuhkan pengobatan jangka panjang, seperti kanker, diabetes, atau penyakit jantung, di mana ketepatan dan keberlanjutan terapi sangat penting untuk kesembuhan (Rombot, Rorie, & Roeroe, 2024). Bagi peserta BPJS, salah satu tantangan besar yang muncul akibat pembatasan obat adalah beban finansial yang harus ditanggung ketika obat yang diperlukan tidak masuk dalam daftar yang ditanggung. Peserta BPJS yang mengharapkan obat tertentu sebagai bagian dari pengobatan mereka sering kali harus membeli obat tersebut secara mandiri, yang dapat menambah biaya pengobatan secara signifikan. Kondisi ini sangat membebani peserta dengan status ekonomi menengah ke bawah, yang mungkin tidak mampu membeli obat dengan harga yang sangat tinggi. Sebagai akibatnya, mereka bisa jadi terpaksa menghentikan atau menunda terapi yang direkomendasikan oleh dokter, yang dapat memperburuk kondisi medis mereka.

Banyak pasien merasa kecewa dan frustasi dengan kebijakan pembatasan obat BPJS yang dianggap tidak memenuhi kebutuhan medis mereka. Ketika obat yang mereka butuhkan untuk pengobatan tidak ditanggung, mereka sering kali mencari alternatif di luar sistem BPJS, meskipun dengan biaya yang lebih tinggi. Hal ini menyebabkan rasa ketidakpuasan terhadap kualitas pelayanan BPJS Kesehatan. Sebagian pasien juga merasa bahwa hak mereka untuk memperoleh pengobatan yang layak telah dilanggar, karena mereka merasa bahwa setiap pasien berhak mendapatkan akses penuh terhadap obat-obatan yang sesuai dengan kondisi medis mereka, tanpa dibatasi oleh kebijakan anggaran atau ketersediaan obat tertentu (Harmanto, Budiarti, & Herisandi, 2022). Para tenaga medis, termasuk dokter dan apoteker, sering kali terjebak dalam dilema ketika harus memilih obat yang akan diresepkan kepada pasien. Dalam beberapa kasus, obat yang paling efektif dan cocok untuk kondisi pasien tidak termasuk dalam daftar Fornas, sehingga tenaga medis harus mencari alternatif lain yang lebih terjangkau meskipun dengan efek yang tidak seoptimal obat yang diinginkan. Hal ini dapat menyebabkan keterbatasan dalam pemberian terapi yang optimal dan merugikan pasien, terutama dalam kasus penyakit yang membutuhkan terapi khusus. Beberapa tenaga medis mungkin merasa terbatas dalam memberikan pelayanan terbaik karena kebijakan BPJS yang membatasi obat yang dapat diresepkan.

Ketika obat yang dibutuhkan tidak ditanggung oleh BPJS, ada kemungkinan bahwa pasien menjadi tidak patuh terhadap pengobatan mereka, terutama jika mereka terpaksa membeli obat dengan biaya pribadi. Tidak sedikit pasien yang menghentikan pengobatan atau menggunakan dosis yang lebih rendah dari yang direkomendasikan karena keterbatasan

finansial. Ketidakpatuhan pengobatan ini sangat berisiko memperburuk kondisi kesehatan pasien, memperpanjang masa perawatan, dan meningkatkan kemungkinan timbulnya komplikasi medis, yang pada akhirnya juga menambah biaya perawatan dalam jangka panjang. Penyakit langka atau kondisi medis yang sangat spesifik sering kali membutuhkan obat yang sangat khusus, yang mungkin tidak tercakup dalam daftar Fornas BPJS Kesehatan. Pasien dengan penyakit langka yang membutuhkan terapi obat tertentu sering kali menghadapi kesulitan besar dalam memperoleh obat yang dibutuhkan melalui BPJS. Situasi ini memperburuk kualitas hidup mereka, karena selain tidak mendapatkan obat yang tepat, mereka juga harus mengeluarkan biaya yang sangat tinggi jika ingin membeli obat tersebut di luar BPJS. Hal ini dapat menimbulkan ketidaksetaraan dalam pengobatan antara pasien yang memiliki akses lebih besar terhadap biaya dan mereka yang terbatas (Oktarina & Anggursuri, 2024).

Pembatasan obat dalam sistem BPJS juga berpotensi memperburuk kesenjangan sosial dalam akses kesehatan. Pasien dengan kemampuan finansial yang terbatas mungkin tidak dapat membeli obat yang tidak ditanggung, sementara pasien yang lebih mampu secara finansial dapat membeli obat-obatan tersebut di luar sistem BPJS. Hal ini menciptakan ketidaksetaraan dalam layanan kesehatan, di mana pasien dengan penghasilan rendah tidak dapat mendapatkan pengobatan yang optimal, sedangkan pasien dengan penghasilan lebih tinggi memiliki akses penuh terhadap semua jenis terapi yang dibutuhkan. Kesenjangan ini mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan yang diterima oleh pasien dari berbagai lapisan sosial ekonomi (Pradhita, Mainassy, Marpaung, & Juwita, 2023). Melihat dampak yang ditimbulkan oleh pembatasan obat, sangat penting bagi pemerintah dan BPJS Kesehatan untuk secara terus-menerus mengevaluasi kebijakan yang ada. Evaluasi ini harus mempertimbangkan aspek efektivitas terapi bagi pasien, terutama dalam penyakit yang membutuhkan pengobatan jangka panjang atau khusus. Kebijakan pembatasan obat perlu disesuaikan dengan perkembangan ilmu kedokteran dan kebutuhan medis pasien, serta mempertimbangkan aspek keadilan sosial agar setiap pasien dapat memperoleh pengobatan yang sesuai tanpa terhambat oleh faktor biaya atau pembatasan obat yang tidak relevan dengan kondisi medis mereka.

### **Strategi dan Rekomendasi untuk Meningkatkan Perlindungan Hak Pasien**

Salah satu cara untuk meningkatkan perlindungan hak pasien adalah dengan melakukan evaluasi terhadap regulasi yang ada, khususnya terkait mekanisme pengajuan keberatan pasien. Saat ini, meskipun peserta BPJS dapat mengajukan keberatan jika obat yang dibutuhkan tidak ditanggung, prosesnya sering kali memakan waktu yang lama dan tidak transparan. Perlu adanya penyederhanaan prosedur dan peningkatan komunikasi antara pasien dan pihak BPJS untuk mempercepat pengajuan klaim obat yang tidak tercakup dalam Fornas. Mekanisme pengajuan keberatan harus lebih mudah diakses oleh pasien dan memberikan keputusan yang lebih cepat untuk mengurangi ketidaknyamanan pasien yang membutuhkan pengobatan segera. Perlu ada peninjauan lebih lanjut terhadap kriteria keberatan, khususnya dalam kasus-kasus yang mendesak, seperti pasien dengan penyakit kronis atau penyakit langka yang membutuhkan obat yang tidak terdaftar dalam Fornas. Pemerintah dan BPJS Kesehatan perlu menyediakan mekanisme pemeriksaan cepat dan transparansi dalam pengambilan keputusan untuk memastikan bahwa hak pasien terpenuhi secara adil dan tepat waktu. Dengan adanya sistem yang lebih responsif dan efisien, pasien akan merasa lebih terlindungi dalam mendapatkan akses terhadap pengobatan yang mereka butuhkan.

Dalam rangka meningkatkan akses terhadap pengobatan, perlu dipertimbangkan beberapa alternatif solusi untuk menyediakan obat bagi peserta BPJS yang tidak terdaftar dalam Fornas. Salah satunya adalah dengan menggali potensi penggunaan obat generik yang memiliki efektivitas setara dengan obat yang lebih mahal. BPJS Kesehatan dapat bekerjasama dengan produsen obat untuk memperluas daftar obat generik yang dapat ditanggung, sehingga

peserta tidak terhambat oleh biaya obat yang tidak terjangkau. Penggunaan obat generik yang terstandarisasi dan teruji dapat membantu memastikan bahwa pasien tetap mendapatkan terapi yang optimal meskipun dengan biaya yang lebih rendah. Kerja sama dengan perusahaan farmasi untuk menyediakan obat-obatan tertentu dengan harga yang lebih terjangkau juga dapat menjadi solusi. Dalam hal ini, BPJS Kesehatan bisa mengadopsi model kerja sama yang memungkinkan penyediaan obat dengan harga yang lebih bersaing bagi pasien. Pihak farmasi yang memproduksi obat-obatan mahal bisa menawarkan harga diskon atau memberikan potongan harga untuk BPJS, sehingga beban biaya yang ditanggung oleh peserta dapat lebih ringan. Alternatif lainnya adalah dengan membuka akses bagi obat-obatan impor yang lebih efektif tetapi dengan harga yang lebih kompetitif, melalui pengaturan kebijakan harga yang lebih fleksibel dan pengawasan yang ketat dari pihak BPJS.

Untuk meningkatkan akses dan keadilan dalam layanan kesehatan, kebijakan BPJS Kesehatan harus mengutamakan prinsip keadilan sosial, di mana setiap peserta, tanpa memandang status sosial atau ekonomi, memiliki hak yang sama untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang memadai. Salah satu rekomendasi kebijakan adalah untuk memperluas cakupan obat yang ditanggung oleh BPJS, terutama untuk obat-obatan yang diperlukan oleh pasien dengan penyakit langka atau penyakit yang membutuhkan terapi jangka panjang. Pemerintah perlu mengkaji ulang kriteria penetapan Fornas dan membuka ruang untuk memperbarui daftar obat sesuai dengan kebutuhan medis yang berkembang. Pemerintah juga perlu memperkenalkan kebijakan subsidi atau bantuan tambahan untuk obat-obatan yang tidak tercakup dalam Fornas, dengan tujuan untuk mengurangi beban finansial pasien. Subsidi ini bisa diberikan dalam bentuk voucher obat atau penurunan harga obat yang dibeli di apotek mitra BPJS, khususnya untuk obat-obatan yang sangat dibutuhkan oleh pasien dengan kondisi medis tertentu. BPJS Kesehatan juga bisa memperkenalkan mekanisme penggantian biaya untuk obat-obatan yang dibutuhkan oleh pasien tetapi tidak termasuk dalam daftar Fornas, dengan catatan bahwa obat tersebut telah direkomendasikan oleh tenaga medis.

## KESIMPULAN

Pembatasan dan pengecualian obat dalam layanan BPJS Kesehatan merupakan kebijakan yang didasarkan pada regulasi yang berlaku, termasuk Formularium Nasional (Fornas) sebagai acuan utama dalam penyediaan obat yang ditanggung. Meskipun kebijakan ini bertujuan untuk mengoptimalkan alokasi anggaran dan memastikan efisiensi dalam pelayanan kesehatan, terdapat berbagai hambatan dalam implementasinya. Kendala administratif dalam pengajuan obat di luar Fornas, keterbatasan anggaran, kurangnya sosialisasi kebijakan, serta disparitas dalam penyediaan obat di berbagai fasilitas kesehatan menjadi tantangan utama. Dampak dari pembatasan ini tidak hanya mempengaruhi akses pasien terhadap pengobatan yang optimal, tetapi juga menimbulkan beban finansial tambahan bagi peserta BPJS yang harus membeli obat di luar tanggungan. Keterbatasan pilihan terapi juga berisiko menurunkan efektivitas pengobatan dan kepuasan pasien terhadap layanan kesehatan yang diberikan.

Untuk meningkatkan perlindungan hak pasien dalam memperoleh terapi pengobatan yang memadai, diperlukan perbaikan dalam mekanisme kebijakan BPJS Kesehatan. Pemerintah dan BPJS Kesehatan harus meningkatkan transparansi dalam proses seleksi dan pembatasan obat serta memperkuat sistem pengajuan keberatan agar pasien memiliki akses yang lebih mudah terhadap obat yang diperlukan. Optimalisasi anggaran kesehatan dan peningkatan kerja sama dengan industri farmasi dapat menjadi solusi untuk memastikan ketersediaan obat yang lebih luas bagi peserta BPJS. Upaya peningkatan edukasi dan sosialisasi mengenai hak-hak pasien serta prosedur pengajuan obat juga harus diperkuat agar peserta BPJS dan tenaga medis memiliki pemahaman yang lebih baik mengenai kebijakan yang berlaku.

Dengan langkah-langkah strategis ini, diharapkan layanan kesehatan yang diberikan oleh BPJS dapat lebih inklusif, adil, dan berorientasi pada kebutuhan pasien.

## REFERENSI

- Abdussamad, Z. (2021). *Metode Penelitian Kualitatif*. Makassar: Syakir Media Press.
- Adha, F. R., Sahria, Y., Febrilarini, N. I., Fauziah, R. N., Sa'adah, W., & Hidayati, A. (2023). Analisis Literatur Sistem Informasi Kesehatan (SIK): Tren, Tantangan, dan Manfaat dalam Peningkatan Pelayanan Kesehatan di Indonesia. *Prosiding Seminar Nasional UNIMUS*.
- Astuti, F. A. (2021). Pemanfaatan Teknologi Artificial Intelligence untuk Penguatan Kesehatan dan Pemulihian Ekonomi Nasional. *Jurnal Sistem Cerdas*, 4(1), 25-34.
- Fitriyani, K. A. (2018). Perlindungan Hukum terhadap Pasien BPJS Kesehatan dalam Prosedur Pembedahan yang Biaya Pengobatannya Melebihi Tarif INA CBGs. *Notarius*, 11(1), 85-99.
- Harmanto, D., Budiarti, A., & Herisandi, A. (2022). Gambaran Kelengkapan Informasi Medis dan Keakuratan Kode Diagnosis di Rumah Sakit Bhayangkara Bengkulu. *Jurnal Manajemen Informasi Kesehatan*, 7(2), 65-75.
- Indahri, Y., Lestari, T. R., Retnaningsih, H., Hakim, L. N., & Yuningsih, R. (2014). Ketersediaan Obat di Fasilitas Pelayanan Kesehatan dalam Penyelenggaraan Jaminan Kesehatan Nasional (Studi di Kota Banda Aceh, Provinsi Aceh dan Kota Jayapura, Provinsi Papua). *Kajian*, 19(3), 201-218.
- Oktarina, N., & Anggunsurji, U. (2024). Penegakan Hukum Pengadaan Obat Sebagai Pemenuhan Hak Peserta Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan di Indonesia. *Unes Journal of Swara Justisia*, 7(4), 1268-1282.
- Pradhita, K. A., Mainassy, M. C., Marpaung, M. P., & Juwita, R. (2023). Sosialisasi Pemeriksaan Kesehatan Masyarakat dalam Rangka Gerakan Masyarakat Hidup Sehat. *Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat Membangun Negeri*, 7(1).
- Rombot, K. M., Rorie, R. E., & Roeroe, S. (2024). Pembatasan Jaminan Kesehatan oleh Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan. *E-Jurnal UNSRAT*.
- Sholehah, B. M., Sudjana, U., & Suryaman, A. (2020). Perlindungan Pasien dalam Pelayanan Kesehatan oleh Fasilitas Kesehatan BPJS di Kota Bandung Dihubungkan dengan UU No. 24 Tahun 2011 Tentang Badan Penyelenggara Jaminan Sosial dan Peraturan Menteri Kesehatan No. 71 Tahun 2013 Tentang Pelayanan Kesehatan. *Hermeneutika: Jurnal Ilmu Hukum*, 4(1).
- Sugiyono. (2016). *Memahami Penelitian Kualitatif*. Bandung: Alfabeta.
- Widayatun, & Fatoni, Z. (2013). Permasalahan Kesehatan dalam Kondisi Bencana: Peran Petugas Kesehatan dan Partisipasi Masyarakat. *Jurnal Kependudukan Indonesia*, 8(1), 37-52.