

Prinsip *Justice* dalam Implementasi BPJS Kesehatan: Tinjauan Bioetika terhadap KRIS, *Dual Loyalty*, dan Diferensiasi Layanan

CB. Kusmaryanto¹

¹Pascasarjana, Fakultas Filsafat Keilahian, Universitas Sanata Dharma, Yogyakarta

Kata Kunci

BPJS, dual-loyalty, equity, health services, justice, KRIS

Korespondensi

kusmaryanto@gmail.com

Publikasi

© 2026 JEKI/ilmiah.id

DOI

10.26880/jeki.v10i1.98

Tanggal masuk: 1 November 2025

Tanggal ditelaah: 1 Desember 2025

Tanggal diterima: 15 Februari 2026

Tanggal publikasi: 25 Maret 2026

Abstrak Sejak pelaksanaan program BPJS Kesehatan yang sudah berlangsung sejak tahun 2014, ada banyak manfaat yang dirasakan oleh rakyat yang bisa didapat dari program ini. Dulu orang yang sakit belum tentu bisa berobat ke rumah sakit tetapi sekarang dengan adanya BPJS ini semua warga masyarakat bisa mendapat layanan kesehatan. Walaupun demikian, masih ada masalah bioetis yang perlu dibenahi dalam layanan BPJS. Salah satu masalah seriusnya ialah sehubungan dengan justice (keadilan). Tujuan dari artikel ini adalah untuk menganalisa praktik BPJS Kesehatan memakai prinsip bioetika justice agar pelaksanaan BPJS semakin memuaskan semua pihak. Untuk sampai pada poin itu, akan dipakai metode analisis normatif bioetika di mana prinsip bioetika dipakai untuk menganalisis praktik pelayanan kesehatan terkait program BPJS Kesehatan. Dari analisis itu ditemukan beberapa praktik pelayanan kesehatan dengan BPJS yang masih belum mencapai standar keadilan: prinsip equity vs equality, aplikasi Kelas Rawat Inap Standar (KRIS), pembedaan kelas dalam layanan kesehatan, loyalitas ganda, dan pemakaian obat paten. Regulasi BPJS harus memperhatikan aspek keadilan ini sehingga para dokter dalam berpraktik tetap dapat memenuhi aspek equity. Selain itu, agar prinsip keadilan bisa terpenuhi maka diusulkan adanya KRIS, kelas prima, kelas utama, dan kelas VIP dalam layanan kesehatan.

Abstract Since the implementation of the BPJS Kesehatan program in 2014, the public has experienced numerous benefits. Now, with BPJS, all citizens can access healthcare services. However, there are bioethical issues that need to be addressed in BPJS services. One serious issue relates to justice. The purpose of this article is to analyze BPJS Kesehatan practices using bioethical justice principles to ensure that BPJS implementation is more satisfactory for all parties. To achieve this, a normative bioethical analysis method will be applied to healthcare practices related to the BPJS Kesehatan program. Several healthcare practices under BPJS Kesehatan still fall short of justice standards: the principle of equity versus equality, the application of the Standard Inpatient Class (Kelas Rawat Inap Standar, KRIS), class differentiation in healthcare services, dual loyalty, and the use of patented medication. BPJS regulations must address this aspect of justice so that doctors can continue to practice equity. To fulfill the principle of justice, it is proposed that there should be KRIS, prime class, main class, and VIP class in health services.

Undang Undang Dasar 1945 pasal 28 H menyatakan bahwa setiap orang “berhak memperoleh pelayanan kesehatan.” Untuk itu maka lebih lanjut UUD 45 pasal 34. 2 mengamanatkan bahwa “Negara mengembangkan sistem jaminan sosial bagi seluruh rakyat.” Amanat UUD tersebut kemudian ditindak lanjuti dengan Undang Undang no 40 tahun 2004 tentang Sistem Jaminan Sosial Nasional yang

merupakan payung hukum penyelenggaraan Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS). Sebagai salah satu pertimbangannya dikatakan, “bahwa setiap orang berhak atas jaminan sosial untuk dapat memenuhi kebutuhan dasar hidup yang layak dan meningkatkan martabatnya menuju terwujudnya masyarakat Indonesia yang sejahtera, adil, dan makmur.” Selanjutnya juga diterbitkan UU no 24 tahun 2011 tentang Badan Penyelenggara

Jaminan Sosial. Dengan demikian komplitalah payung hukum penyelenggaraan BPJS kesehatan bagi seluruh masyarakat Indonesia.

Sejak diberlakukannya jaminan sosial kesehatan melalui BPJS Kesehatan pada tahun 2014, banyak warganegara yang merasakan manfaat yang sangat besar dari program BPJS Kesehatan. Orang yang tadinya tidak mampu berobat ke rumah sakit sekarang bisa dan mendapat layanan yang baik dari faskes. Dengan adanya BPJS ini diharapkan bahwa derajat kesehatan masyarakat Indonesia akan menjadi semakin baik. Tidak mengherankan bahwa banyak pihak menyambut BPJS ini dengan sukacita karena manfaatnya sangat dirasakan oleh banyak orang.

Setelah berjalan lebih dari 10 tahun, di satu pihak kita bisa melihat manfaatnya yang banyak bagi masyarakat tetapi di lain pihak juga masih bisa dilihat adanya masalah-masalah yang belum terselesaikan secara memuaskan. Salah satu masalah yang dengan mudah bisa dilihat adalah masalah bioetis yang berhubungan dengan keadilan dalam penyelenggaraan BPJS ini. Artikel ini akan membahas praktik pelayanan kesehatan BPJS memakai salah satu prinsip bioetis yakni *Justice* (keadilan) dengan pertanyaan pokok: Apakah pelaksanaan pelayanan BPJS sudah memenuhi prinsip bioetika *Justice*? Apakah *Equity* (kesetaraan) sudah diterapkan secara tepat dalam pelayanan BPJS?

Artikel ini diharapkan akan memberikan sumbangan terhadap pelayanan BPJS secara nyata agar Badan Penyelenggara BPJS memperhatikan masalah keadilan ini dan kepada para pelayan kesehatan juga menerapkan prinsip keadilan dalam melayani pasiennya. Secara teoritis artikel ini akan mengembangkan diskusi dan diskursus keadilan dalam pelayanan BPJS sehingga semakin banyak orang memahami bagaimana aplikasi keadilan dalam praktik pelayanan BPJS.

Justice dalam Bioetika

Tom L. Beauchamp dan James F. Childress menulis buku *Principles of Biomedical Ethics*. Buku itu terbit pertama kalinya tahun 1977 dan edisi terakhirnya (edisi ke 8) muncul tahun 2019.¹ Mereka sebenarnya memaksudkan

bukunya sebagai buku etika bioedis, sebagaimana judul bukunya. Hanya saja dalam perjalanan waktu, di banyak tempat – termasuk di Indonesia – buku itu diterima sebagai prinsip pokok bioetika sehingga menjadi semacam buku pokok dalam membicarakan bioetika.² Dalam buku itu ada 4 pokok yang menjadi dasar untuk bioetika yakni *Respect for Autonomy*, *Beneficence*, *Nonmaleficence*, dan *Justice*.

Ketika membicarakan soal *justice*, Beauchamp dan Childress membicarakan *justice* terutama dalam konteks *distributive justice* karena dalam hal pelayanan kesehatan yang paling penting adalah *distributive justice* di mana dibicarakan: siapa yang mendapatkan apa dan atas dasar apa? Yang dibicarakan di sini adalah dasar mengapa si A mendapat itu sedangkan si B mendapat ini. Menurut Beauchamp dan Childress *distributive justice* menunjuk pada pembagian keuntungan dan beban secara *fair*, *equitable*, dan *appropriate*.¹

Beauchamp dan Childress tidak menekankan soal *equality* (kesamaan) tetapi *equity*. *Equality* adalah ketika semua orang mendapatkan hal yang sama entah keadaannya apapun; sedangkan *equity* terjadi ketika semua orang mendapatkan apa yang dia perlukan untuk berkembang dan berpartisipasi secara penuh dalam kehidupan masyarakat. Jadi di sini ada ruangan untuk berbeda sehingga perbedaan bukanlah sesuatu yang salah tetapi malah dihargai. Perbedaan itu dibutuhkan agar setiap orang mempunyai kesempatan yang sama untuk bisa berkembang sesuai dengan keadaan konkritnya dan dapat menyumbang sesuai dengan kemampuannya bagi hidup bersama dan mendapat benefit sesuai dengan keadaannya. Di sini setiap individu dihargai dan dipertimbangkan secara proporsional sehingga mendapatkan hak atau kebutuhannya secara wajar. Jadi, keadilan memang bukan sama rasa dan sama rata tetapi berbeda sesuai dengan kebutuhan dan sumbangannya. Dalam hal ini, *equity* mirip dengan *fairness*.³

Fairness lebih tepat dimengerti sebagai tidak berpihak dalam *distributive justice*. Di sini sangat diperlukan objektivitas daripada subjektivitas sehingga pembagian itu menjadi objektif terhadap semua pihak tanpa diskriminasi. Hal

itu dilakukan dengan standar yang objektif sehingga sebuah proses itu menjadi layak. *Fairness* terjadi dalam berbagi, mendapatkan keuntungan, dan pembagiannya.⁴

Appropriate lebih cocok dimengerti sebagai tepat dalam arti apakah suatu (tindakan) itu tepat atau tidak. Dalam *distributive justice*, diharapkan bahwa pembagian itu bukan hanya benar tetapi tepat. Bisa terjadi sesuatu itu benar tetapi tidak tepat. Kita perlu memastikan bawa tindakan yang dipilih itu selaras dan pantas dan sesuai dengan tuntutan situasi yang khusus.⁵ Dari paparannya mengenai ketiga unsur dalam *justice* itu, maka Beauchamp dan Childress menyetujui definisi *justice* yang sudah biasa dipergunakan oleh para filsuf untuk yakni memberikan hak kepada yang berhak dan tidak memberikan hak kepada yang tidak berhak.¹ Kalau memang orang berhak untuk mendapatkan sesuatu, maka sesuatu itu harus diberikan sesuai dengan haknya tetapi sebaliknya kalau orang tidak berhak untuk mendapatkan sesuatu, maka jangan diberikan. Inilah adil (*justice*). Konsep ini berasal dari *Institutiones Justiniani*, yaitu kumpulan karya pokok yurisprudensi dari Yustianianus (527 - 565), seorang kaisar Byzantium.⁶

Beauchamp dan Childress juga menyebutkan unsur keadilan berikutnya yang berasal dari dari buku Aristoteles¹ (384-322 SM) *Ethica Nichomachea* nomor 1131a10 - 1131b24. Dalam buku tersebut Aristoteles mendefinisikan adil: yang sama harus diperlakukan dengan cara yang sama dan yang tidak sama harus diperlakukan secara tidak sama sesuai dengan proporsi yang relevan atas ketidaksamaannya itu. Di sinilah konkretisasi dari *equity*, *fairness*, dan *appropriate* itu. Mengapa Aristoteles berpendapat demikian? Aristoteles sangat yakin bahwa manusia itu mempunyai kapasitas natural yang berbeda-beda dalam banyak hal: dari segi kemampuan akal budinya, dari segi kekayaannya, dari segi jenis pekerjaannya, dari segi ketertarikan dalam bidang kerja tertentu, dan masih banyak perbedaan itu. Perbedaan itu adalah suatu keniscayaan yang tidak bisa diingkari karena itu adalah kodrat manusia. Menyamaratakan manusia itu bertentangan kodrat manusia itu sendiri dan pasti akan gagal

karena manusia itu memang berbeda dalam banyak hal dari kodratnya.⁷ Bagi Aristoteles, menyamakan semua manusia justru ini adalah bentuk ketidak-adilan karena manusia tidak diperlakukan sesuai dengan kodratnya.

Lebih lanjut Aristoteles membedakan antara keadilan khusus (*particular justice*) dengan keadilan umum (*general justice*). Keadilan khusus membicarakan mengenai siapa yang selayaknya mendapat keuntungan atau manfaat dan siapa yang harus memikul bebannya (*Ethica Nichomachea* 1130b30). Keadilan khusus kemudian dikembangkan menjadi *distributive justice*: jangan sampai yang menerima manfaat itu orang lain sementara yang harus berkorban atau yang menanggung bebannya tidak mendapat apa-apa, misalnya dalam riset kesehatan, ada kelompok tertentu yang selalu menjadi subyek penelitian dan kalau riset itu berhasil, subyek penelitian tidak mendapat apa-apa. Sementara itu, orang/kelompok tertentu yang tidak ikut serta menanggung beban riset, mereka malah mendapatkan manfaat dari riset itu. Ini tidak adil.⁸

Keadilan umum (*general justice*) membicarakan soal karakter keutamaan (*virtue*) seseorang yang nampak dalam dalam relasinya dengan orang lain. Relasinya itu mendorong terjadinya hidup yang baik dan mengarahkan kepada kebahagiaan bagi seluruh anggota komunitasnya (*Ethica Nichomachea* 1129b). Dalam garis ini pulalah Theognis seorang penyair akhir abad ke 6 SM mengatakan, "*Keadilan adalah ringkasan dari semua keutamaan. Orang akan menjadi orang baik bila berlaku adil.*"⁷ Di sini ditekankan bahwa orang tidak mungkin akan menjadi orang yang baik, apabila dia tidak bersikap adil sebab keadilan menempati urutan yang tinggi dalam karakter manusia yang baik. Prinsip ini berlaku bukan hanya bagi manusia tetapi juga bagi semua institusi. Tidak ada institusi yang baik jikalau institusi itu tidak adil. Bagi John Rawl, keadilan juga bukan sama rasa dan sama rata. Dalam bukunya *Theory of Justice*, Rawl juga menekankan adanya perbedaan itu sebagai sesuatu yang wajar terjadi dalam masyarakat. Keadilan itu bukan kesamaan (*equality*) tetapi lebih *fairness* dalam pembagian antara keuntungan dan beban. Hal

itu harus dibagi secara *fair*.⁹

Prinsip *Justice* dalam Layanan Kesehatan

Sudah menjadi jamak dan lumrah di manapun bahwa di dalam rumah sakit ada perbedaan kelas-kelas perawatan. Ada kelas tiga, ada kelas dua, ada kelas satu, ada kelas VIP dan sebagainya. Praktik semacam ini sudah berlaku sejak berabad-abad lalu dan terus berlangsung sampai sekarang. Mengapa terjadi kelas-kelas seperti itu? Karena kemampuan ekonomi dan kebutuhan pasien dan keluarganya itu berbeda-beda sedangkan semua orang ingin hidup sehat sehingga memerlukan pelayanan kesehatan sesuai dengan kemampuannya. Adanya kelas-kelas itu dianggap wajar – sebagaimana sudah diterangkan oleh Aristoteles di atas – karena secara alamiah memang kemampuan masing-masing orang itu berbeda, sementara itu semua orang ingin hidup sehat. Oleh karena itu, layanan kesehatan harus bisa diakses oleh semua orang dengan kemampuan yang berbeda-beda itu.¹⁰

Kalau semua orang dipatok harus membayar jumlah yang sama untuk mengakses layanan kesehatan (biasanya cukup tinggi), maka menjadi tidak adil karena ada orang yang tidak mampu membayar sejumlah itu sehingga tidak bisa mengakses layanan kesehatan. Ini jelas bertentangan dengan hak asasi manusia karena mengakses layanan kesehatan adalah salah satu hak asasi manusia itu. Layanan kesehatan yang demikian itu hanya akan menguntungkan orang-orang kaya sedangkan orang miskin tidak akan mampu mengaksesnya.² Jika dipatok dengan harga murah sehingga terjangkau bagi semua orang, pemerintah harus mengeluarkan dana dalam jumlah yang sangat tinggi bagi layanan kesehatan. Padahal, dana itu sebenarnya harus diperuntukkan bagi kebutuhan yang lainnya.

Oleh karena itu, demi keadilan, memang harus ada berbagai macam kelas dalam layanan kesehatan. Saya usulkan supaya ada kelas KRIS, kelas prima, kelas utama, dan kelas VIP. Tentu saja kelas yang dimaksud di sini tidak membedakan semua hal dalam layanan kesehatan. Dalam hal standar pelayanan klinis, keselamatan pasien (*patient safety*), mutu profesional, privasi dan kerahasiaan,

etika pelayanan medis dan sebagainya tetap harus sama atau setara. Fasilitas non klinis boleh berbeda, misalnya ruangan, perabotan, kenyamanan, pelayanan dan sebagainya.

Di atas kita sudah melihat salah satu definisi adil ialah: yang sama harus diperlakukan secara sama dan yang berbeda harus diperlakukan secara berbeda (*Equals must be treated equally, and unequals must be treated unequally*). Aplikasi prinsip keadilan ini dalam layanan kesehatan menjadi sangat jelas: Sesama kelas VIP harus diperlakukan dengan cara yang sama demikian pula atau sesama kelas prima harus diperlakukan secara sama. Memperlakukan kelas KRIS sama dengan kelas VIP justru menjadi tidak adil karena sumbangan (bayaran) yang diberikan oleh pasien kelas KRIS tidak sama dengan sumbangan (bayaran) yang diberikan oleh pasien kelas VIP. Yang kelas VIP membayar jauh lebih banyak oleh karena itu mereka berhak untuk mendapatkan yang lebih. Menjadi jelaslah bahwa adil itu tidak sama dengan sama rata dan rama rasa.

Tentu saja yang berbeda di sini adalah fasilitasnya bukan pelayanan kesehatannya: kalau pasien operasi, entah yang kelas VIP atau yang kelas KRIS, akan memakai peralatan, tempat yang sama, dan standar pelayanan yang sama untuk semua pasien. Akan tetapi, sebelum dan sesudahnya *tentu* wajar bila mendapatkan fasilitas yang berbeda, seperti ruang tunggu dan fasilitas tambahan dalam kamar perawatan, antara pasien kelas KRIS dengan kelas VIP.

Pembedaan ini tidak dimaksudkan untuk merendahkan, kelas KRIS tetap berhak untuk mendapatkan pelayanan dan fasilitas yang memang menjadi haknya. Sudah kita lihat di atas bahwa adil itu berarti memberikan hak kepada yang berhak dan tidak memberikan hak kepada yang tidak berhak. Pasien kelas KRIS berhak untuk mendapatkan standar pelayanan dan fasilitas yang sesuai dengan kelasnya. Sementara itu pasien kelas VIP juga berhak untuk menerima pelayanan dan fasilitas yang memang diperuntukkan bagi mereka yang membayar lebih mahal. Dengan kata lain: memberikan fasilitas yang lebih tinggi untuk yang VIP tidak dilakukan dengan cara merendahkan kualitas pelayanan dan fasilitas

kelas KRIS tetapi memberi fasilitas yang lebih tinggi dari standar kelas KRIS karena kelas VIP memang berhak untuk mendapatkannya.

Prinsip Justice dalam Praktik BPJS

Kalau kita menerapkan prinsip keadilan di atas dalam pelayanan rumah sakit yang melayani BPJS, maka kita akan melihat adanya beberapa hal yang menarik dan perlu dicermati serta direnungkan bersama sehubungan dengan penerapan prinsip keadilan ini. Di sini kita hanya akan membicarakan beberapa kasus saja:

a. Pelayanan BPJS harus sama dengan yang non BPJS

Banyak pejabat publik - mulai dari tingkat pusat sampai ke tingkat daerah - yang mengatakan bahwa tidak boleh ada perbedaan antara pasien yang BPJS dengan pasien umum (non BPJS). Ini adalah bentuk diskriminasi dalam pelayanan Kesehatan. Ali Ghufron Mukti Direktur Utama BPJS Kesehatan - sebagaimana dilaporkan oleh Suara Surabaya Net tanggal 2 Oktober 2023¹² - mengatakan bahwa tidak boleh ada perbedaan antara yang BPJS dan yang non BPJS. Dalam berita itu dikatakan, "*fasilitas layanan kesehatan (fasyankes) tidak boleh membedakan antara peserta BPJS dan pasien umum.*"

Dalam Kompas online tanggal 20 Maret 2023¹³ dalam berita yang berjudul "Viral Video Nakes Bedakan Pasien BPJS Kesehatan, Dirut: Tak Boleh Diskriminasi!" mengatakan bahwa tidak boleh membedakan pasien BPJS dan yang non BPJS. Di situ dikatakan, "*Direktur Utama (Dirut) BPJS Kesehatan Ali Ghufron Mukti menyatakan, membedakan layanan kesehatan terhadap pasien BPJS Kesehatan dengan pasien umum adalah bentuk diskriminasi.*" Masih banyak berita yang mirip seperti ini yang menyatakan bahwa tidak boleh ada perbedaan pasien antara pasien BPJS dan pasien non BPJS. Benarkah demikian?

Kalimat tidak boleh membedakan antara peserta BPJS dan yang non BPJS dari sudut pandang etika rumah sakit sebenarnya tidak jelas. Apanya yang tidak boleh dibedakan? Kalau pelayanannya memang tidak boleh dibedakan karena harus sesuai dengan standar pelayanan medis. Akan tetapi kalau

mengenai fasilitas lainnya maka harus ada perbedaan antara pasien BPJS dengan pasien umum non BPJS. Ini adalah masalah keadilan sedangkan "*Keadilan adalah ringkasan dari semua keutamaan. Orang akan menjadi orang baik bila berlaku adil.*"⁷ Pasien umum non BPJS membayar lebih banyak daripada yang BPJS maka demi keadilan, mereka berhak untuk mendapatkan fasilitas yang lebih daripada yang BPJS.

Sebagaimana sudah kita lihat di atas bahwa prinsip keadilan adalah *Equals must be treated equally, and unequals must be treated unequally*. Menyamakan pasien BPJS dengan pasien non BPJS akan bertentangan dengan prinsip keadilan ini karena pembayaran yang dilakukan keduanya sangat berbeda jumlahnya. Perbedaan ini tentu saja melahirkan kewajiban yang memang harus berbeda. Sama seperti sudah kita bicarakan di atas, menyamakan kelas tiga dengan kelas VIP merupakan bentuk ketidakadilan, demikian pula menyamakan pasien BPJS dan non BPJS merupakan bentuk ketidakadilan. Sekali lagi: Keadilan itu tidak sama dengan sama rasa dan sama rata tetapi memperlakukan orang sesuai dengan haknya yang dimiliki secara sah.

Perbedaan perlakuan ini tidak dilakukan dengan cara merendahkan standar pelayanan pasien BPJS. Pasien BPJS tetap berhak untuk menerima apa yang menjadi haknya sesuai dengan standar ketentuan BPJS sementara pasien non BPJS berhak untuk mendapatkan sesuatu yang lebih dari pasien BPJS. Menjadi salah bila pelayan kesehatan ogah-ogahan dan seadanya dalam melayani pasien BPJS karena standar pelayanan BPJS bukan ogah-ogahan dan seadanya.

b. Kelas Rawat Inap Standar (KRIS)

Sampai sekarang masih belum jelas aplikasi Kelas Rawat Inap Standar (KRIS) ini. Oleh karena itu, diskusi mengenai KRIS di sini hanyalah bersifat hipotetis. Salah satu ketidakjelasan ialah apakah hanya ada satu kelas dengan pembayaran yang sama, ada tiga kelas dengan pembayaran yang sama, atau ada tiga kelas dengan pembayaran yang berbeda. Menteri Kesehatan Budi Gunadi Sadikin - sebagaimana dilaporkan oleh Kontan.co.id pada tanggal 14 Mei 2024¹⁴ - menegaskan bahwa

“KRIS bukan menghapus atau menghilangkan kelas peserta BPJS yang selama ini terdiri dari kelas 1, 2 dan 3.” Bagaimana kita harus memahami kalimat ini? Apakah ini berarti bahwa iuran masyarakat ada tiga jenis yang jumlahnya berbeda? Padahal selama ini selalu dikatakan bahwa iuran masyarakat itu sama bagi semua orang. Secara hipotetis bisa dikatakan (1) Menjadi ketidakadilan yang sangat besar kalau bayarnya sama bagi semua orang tetapi tempat perawatannya (fasilitasnya) berbeda-beda kelasnya; (2) Kalau iurannya sama bagi semua orang dengan tempat rawat inap yang sama maka iuran harus sedemikian murah agar terjangkau bagi semua orang, sebab keterjangkauan akses layanan kesehatan itu adalah hak asasi manusia: semua orang berhak untuk mengakses layanan Kesehatan. Kalau iuran dari masyarakat itu sedemikian rendah supaya terjangkau, berapa besar kerugian yang akan ditanggung oleh penjamin BPJS itu. Apakah sanggup?

Sebagaimana di atas sudah diusulkan bawa paling baik kalau dalam rumah sakit itu ada berbagai macam kelas, misalnya kelas KRIS, kelas Prima, kelas Utama, dan kelas VIP. Yang harus diatur dengan ketat hanyalah kelas KRIS saja, misalnya satu ruangan boleh ada berapa pasien, ukurannya berapa, biayanya berapa, dan seterusnya. Kelas yang lain (kelas prima, utama, dan VIP) serahkan saja kepada pengelola rumah sakit untuk mengaturnya. Tentu saja kelas-kelas lain itu standar fasilitasnya harus lebih tinggi dari kelas KRIS. Dengan demikian, tujuan adanya KRIS untuk memartabatkan pasien telah tercapai dan tidak menimbulkan masalah yang ruwet serta tidak bertentangan dengan keadilan.

Dengan pengaturan kelas KRIS itu akan memartabatkan apa yang dulu kelas 3 yang dianggap paling rendah dengan pelayanan yang seadanya. Kelas KRIS diatur dengan standar yang tinggi sehingga tidak lagi sama dengan kelas 3. KRIS adalah kelas yang bermartabat yang akan menjamin mutu bagi pasien, bagi rumah sakit, dan juga bagi tenaga kesehatan. Kita harapkan dengan adanya KRIS semua *stakeholder* akan merasa puas.

c. Dokter memakai obat yang tidak dibayar oleh BPJS

Salah satu perubahan mentalitas dan cara berpikir sebelum dan sesudah BPJS adalah soal penggunaan obat. Sebelum BPJS, kalau obat yang dipergunakan banyak, rumah sakit dan dokter akan mendapatkan keuntungan yang lebih banyak. Di era BPJS, persis terbalik: bahwa semakin banyak obat yang diberikan kepada pasien maka semakin rugi rumah sakitnya atau setidaknya keuntungannya berkurang. Demikian juga jenis obat yang dipergunakan. Sebelum BPJS, penggunaan obat-obat paten akan lebih menguntungkan rumah sakit dan dokternya daripada penggunaan obat generik. Di era BPJS hal itu persis terbalik, sebab banyak obat-obat paten itu tidak dicover oleh BPJS. Semakin banyak obat paten dipakai, semakin rugilah rumah sakit.

Di beberapa rumah sakit masih ada yang menggunakan mentalitas ‘sebelum BPJS’ padahal ia sedang melayani pasien BPJS. Masih tetap ada dokter yang meresepkan obat paten ketika melayani BPJS.¹⁵ Memang dari tahun-ke tahun jumlahnya semakin kecil tetapi selalu konsisten ada.¹⁶ Ada dokter yang sebelum jaman BPJS selalu pakai obat paten tertentu untuk mengobati penyakit tertentu, misalnya saja seorang dokter selalu memakai obat paten A kalau mengobati penyakit X. Sementara itu, di era BPJS, obat paten A itu sekarang tidak dibayar oleh BPJS namun si dokter terus saja memakainya.

Di sini jelas terjadi konflik kepentingan karena dokter ingin tetap terkenal tetapi dengan ongkos yang dibebankan kepada rumah sakit atau penyelenggara pelayanan kesehatan. Tentu saja ini menjadikan kerugian bagi fasyankes yang melayani BPJS. Praktik seperti ini jelas akan menimbulkan ketidakadilan karena yang mendapatkan nama kemashuran adalah si dokter sementara itu yang selalu menanggung bebannya adalah rumah sakit atau penyelenggara pelayanan kesehatan. Aristoteles akan protes keras kalau sekarang ia masih hidup sebab hal ini bertentangan dengan *distributive justice* di mana yang mendapatkan keuntungan si dokter sedangkan beban biayanya semuanya ditanggung oleh rumah sakit. Kalau mau adil,

maka dokter juga harus menanggung kerugian yang diakibatkan oleh penggunaan obat paten tersebut. Sekurang-kurangnya 50 - 50 di mana dokter harus membayar 50% kerugian yang diakibatkan oleh pemakaian obat paten tersebut.

d. Loyalitas ganda dokter

Bahtiar Husain, Djoko Widiarto, M. Adib Khumaidi, dan Prijo Sidipratomo menampilkan refleksi yang menarik dalam sebuah artikel berjudul “Dilema dalam Pelayanan Pasien BPJS: Dokter Dual-Loyalty”.¹⁷ Pada intinya, para penulis ini menampilkan dilema yang sering dihadapi oleh para dokter yang melayani BPJS: di satu pihak dokter harus setia kepada sumpahnya sebagaimana dinyatakan oleh WMA. Di sini disajikan deklarasi Helsinki yang terakhir tahun 2018. Pada Prinsip Umum nomor 3 dikatakan, “Deklarasi Geneva dari WMA mengikat semua dokter dengan kata-kata ini, ‘kesehatan pasienku akan selalu menjadi pertimbanganku yang pertama’ sedangkan kode etik kedokteran internasional menyatakan, ‘ketika sedang memberikan layanan kedokteran, seorang dokter haruslah bertindak sesuai dengan apa yang terbaik menurut kepentingan pasien.’” Dari sini jelas apa yang menjadi kewajiban seorang dokter dalam melayani pasien, yakni menempatkan kesehatan pasien sebagai pertimbangan utama dalam bertindak dan juga memberikan pelayanan yang terbaik menurut kepentingan pasien. Inilah monoloyalitas (*monoloyalty*) seorang dokter kepada pasiennya.

Lebih lanjut Bahtiar Husain dkk menyatakan bahwa di era BPJS ini, seorang dokter berhadapan dengan dilema yang serius karena tidak bisa mengaplikasikan apa yang menjadi kewajiban itu oleh karena dokter menjadikan *budget* dari BPJS sebagai bagian pertimbangan yang penting dalam mengobati pasien. Hal ini bisa bertentangan dengan kepentingan pasien. Di sinilah terjadi loyalitas ganda (*dualloyalty*). Di sini seolah-olah ada dua tuan yang mengatur tindakan dokter ketika melakukan terapi yakni kepentingan terbaik bagi kesehatan pasien dan *budget* yang terbatas. Dalam beberapa kasus, *budget* lebih dimenangkan daripada kepentingan terbaik

bagi pasien. Hal ini menimbulkan terjadinya kasus di mana pasien belum sehat tetapi sudah dipulangkan sehingga menimbulkan protes dari beberapa pihak. Adanya *budget* yang terbatas ini menjadikan semua *stakeholder* mengalami ketidakpuasan: para dokter tidak puas melayani karena tidak bisa mengerjakan pelayanannya sesuai dengan standar profesional-ilmiah dan ketaatannya pada pasien; pasien juga tidak puas karena tidak mendapatkan pelayanan profesional yang paripurna; penyelenggara pelayanan kesehatan (direksi rumah sakit) juga tidak puas karena sering kali mendapatkan komplain dari pasien dan tidak berdaya mengatasinya sehingga mengalami kerugian secara ekonomis.

Loyalitas ganda ini juga menimbulkan masalah ketidakadilan karena semua pasien diperlakukan secara sama. Padahal kemampuan pasien itu berbeda-beda: ada pasien yang puas dengan standar yang digariskan oleh BPJS (KRIS) dan ada yang ingin lebih dari standar KRIS. Sebagaimana di atas sudah diusulkan bahwa kelas pelayanan terdiri atas kelas KRIS, kelas Prima, kelas Utama, dan kelas VIP, maka loyalitas ganda itu tidak akan terjadi atau akan sangat berkurang. Pasien tidak diperlakukan sama dalam satu kelas karena keadilan itu bukan sama rasa dan sama rata. Sebaiknya pasien diberi kebebasan memilih: kalau memang kemampuan ekonominya terbatas, maka dia harus puas dengan standar yang digariskan oleh BPJS (KRIS). Akan tetapi jika ada pasien yang punya kemampuan lebih, dia harus diberi kebebasan untuk mengakses kelas di atasnya. Kalau pasien diberi kemungkinan untuk membayar lebih, akan terjadi keadilan distributif karena dokter akan bisa menerapkan terapi sesuai dengan standar pelayanan kesehatan dan kepentingan terbaik bagi pasien. Dengan demikian dokter tetap loyal kepada pasien dan bisa menerapkan seni terapinya sesuai dengan standar profesional kedokteran.

KESIMPULAN

Program BPJS telah terbukti banyak manfaatnya bagi masyarakat Indonesia. Namun masih ada beberapa praktik BPJS

yang melanggar prinsip keadilan, baik yang dilakukan oleh Badan Penyelenggara BPJS maupun oleh pelayanan kesehatan. Adanya kelas KRIS, kelas Prima, kelas utama, dan kelas VIP akan membantu memecahkan masalah keadilan ini, sehingga bisa diberlakukan *co-payment* di mana pasien boleh naik kelas dengan membayar lebih demi standar yang lebih baik. Demikian pula dengan adanya kelas-kelas itu akan mencegah *dual-loyalty* bagi para dokter. Diperlukan perbaikan dalam tata kelola BPJS agar tidak lagi menimbulkan ketidakadilan. Yang jelas, keadilan adalah keutamaan (*virtue*) pokok seorang manusia atau institusi supaya ia bisa menjadi baik. Tidak ada manusia atau institusi yang baik kalau dia tidak sekaligus bertindak adil.

KONFLIK KEPENTINGAN

Tidak ada konflik kepentingan dalam tulisan ini.

REFERENSI

1. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of biomedical ethics. 8th ed. Oxford: Oxford University Press; 2019.
2. Kusmaryanto CB. Bioetika fundamental. Jakarta: Gramedia Pustaka Utama; 2022.
3. Bopaiah M. *Equity*. Oakland: Berrett-Koehler Publishers; 2021.
4. Rescher N. *Fairness: theory & practice of distributive justice*. New Brunswick: Transaction Publishers; 2002.
5. Daniels N. Justice, health, and healthcare. *Am J Bioeth*. 2001;1(2):2-16.
6. Evans-Jones R. The origins of Justinian's institute. *Cambridge Law Journal*. 1994;53(3):473-479.
7. Johnston D. *A brief history of justice*. Oxford: John Wiley & Sons; 2011.
8. Smith MA. The promotion of social justice in healthcare. *Nursing Made Incredibly Easy!* 2019;17(2):26-32.
9. Rawls J. *A theory of justice*. Cambridge (MA): Harvard University Press; 1999.
10. Gheaus A. Solidarity, justice and unconditional access to healthcare. *J Med Ethics*. 2016. doi:10.1136/medethics-2016-103451.
11. Kusmaryanto CB. Bioetika. 3rd ed. Jakarta: Penerbit Buku Kompas; 2023.
12. Suara Surabaya. Fasilitas layanan kesehatan diimbau tidak membeda-bedakan peserta BPJS dengan pasien umum [Internet]. 2023 [diakses pada 2025 Des 16]. Diakses dari: <https://www.suarasurabaya.net/kelanakota/2023/fasilitas-layanan-kesehatan-diimbau-tidak-membeda-bedakan-peserta-bpjs-dengan-pasien-umum/>
13. Kompas. Viral video nakes bedakan pasien BPJS kesehatan, dirut: tak boleh diskriminasi [Internet]. 2023 [diakses pada 2025 Des 16]. Diakses dari: <https://nasional.kompas.com/read/2023/03/20/20553311/viral-video-nakes-bedakan-pasien-bpjs-kesehatan-dirut-tak-boleh-diskriminasi>
14. Kontan. Ini penjelasan Menkes tentang KRIS bukan untuk hapus kelas peserta BPJS kesehatan [Internet]. [diakses pada 2025 Des 16]. Diakses dari: <https://nasional.kontan.co.id/news/ini-penjelasan-menkes-tentang-kris-bukan-untuk-hapus-kelas-peserta-bpjs-kesehatan>
15. Soegiantoro DH, et al. Poster edukasi obat paten dan obat generik. *Berbhakti: Jurnal Pengabdian Kepada Masyarakat*. 2023;1(1):42-48.
16. Liputan6. Dokter masih sering meresepkan obat paten dibanding generik [Internet]. [diakses pada 2025 Des 16]. Diakses dari: <https://www.liputan6.com/health/read/483332/dokter-masih-sering-meresepkan-obat-paten-dibanding-generik>
17. Husain B, Widiarto D, Khumaidi MA, Sidipratomo P. Dilema dalam pelayanan pasien BPJS: dokter dual-loyalty. *J Etik Kedokt Indones (JEKI)*. 2024;8(1):11-15. doi:10.26880/jeki.v8i1.75.