

KEBIJAKAN TATA NIAGA OBAT DI INDONESIA: KONTROVERSI SISTEM DISTRIBUSI DAN KONSEKUENSI KELEMBAGAANNYA

Mulyadi Sumarto

ABSTRACT

Drug distribution is a multifaceted phenomenon. On one side it is a pure health phenomenon but on the other side it is loaded with political-economic drives. The mechanism distributing drug determines the eminence of health services. An appropriate system convinces people to get wide access consuming drug securely. Interestingly, it involve huge amount of capital invested by private sector. The profit comes to corporations is shaped by the system. This fact urges corporations to work closer with the entities which able to support them politically. Rent seeking refers to the efforts of private sector obtaining political resource from policy maker. What have been done by the corporations has not only changed the policy making process but also the decision taken by physicians pointing out drugs for their patients. The medical doctors choose drug is based on economic consideration rather than medical reasons. It deteriorates health services. Since the system of drug distribution is rooting for market, it puts people on a position in which unable empower them. The system causes the health services less accessible for people.

Keywords: drug distribution; health services; private sector; rent seeking; accessible

PENDAHULUAN

Salah satu fenomena paradoksal dalam kebijakan kesehatan di Indonesia yang menarik untuk dikaji adalah bahwa kualitas pelayanan kesehatan tidak berjalan secara beriringan dengan laju perkembangan industri farmasi dan tingkat penjualan produknya. Secara umum kualitas pelayanan kesehatan di Indonesia masih memprihatinkan. Pemerintah belum mampu menyediakan pelayanan kesehatan secara layak untuk memenuhi kebutuhan seluruh penduduknya. Indikasi buruknya pelayanan tersebut bisa dilihat; pada tahun 1995 misalnya, rasio antara jumlah penduduk dengan tempat rawat inap adalah 1.643 pasien

dibanding dengan satu tempat tidur dan 6.861 orang per dokter (Gross, 1997: 10).

Dalam kondisi pelayanan yang belum optimal tersebut, uniknya penjualan obat tumbuh pesat. Laju penjualan produk farmasi mengalami peningkatan yang cukup signifikan sejak tahun 1990. Tingkat penjualannya mengalami peningkatan 20 persen pada tahun 1995 yang mencapai 1,2 milyar dolar Amerika. Dari keseluruhan jenis obat yang terjual di Indonesia tingkat penjualan obat yang dijual bebas tanpa harus dengan resep dokter mencapai 25-30 persen, persentase selebihnya yaitu 70-75 persen adalah obat dengan resep dokter (Gross, 1997: 10). Rata-rata pertumbuhan penjualan obat dari

tahun 1990-1995 mencapai 15 persen. Angka tersebut sama dengan yang terjadi di Cina dan sedikit di bawah Filipina yang mencapai 16 persen. Namun demikian jauh lebih tinggi dibanding yang terjadi di Thailand dan Malaysia yang hanya mencapai 12 dan 13 persen (Gross, 1997: 3).

Walaupun pada tataran tertentu kedua isu tersebut terlihat bertolak belakang tapi keduanya memiliki keterkaitan yang kuat. Kualitas dan keberadaan obat juga merupakan aspek penting dalam pelayanan kesehatan. Aspek ini sering tidak dijadikan sebagai elemen penentu kualitas pelayanan kesehatan oleh banyak ahli kesehatan masyarakat (lihat Hardiman dan Midgley, 1982: 161-164) padahal kesehatan pasien ditentukan aksesibilitas konsumsi obat bagi masyarakat. Di daerah yang tidak memiliki jenis obat tertentu untuk menyembuhkan penyakit malaria misalnya, akan menghadapi jumlah penderita penyakit itu lebih banyak dibanding daerah yang memilikinya. Keberadaan obat tersebut sangat tergantung dari sistem distribusi yang digunakan oleh suatu negara.

Praktek tata niaga obat mengundang perdebatan serius yang tidak akan surut dalam waktu dekat. Perdebatan utama yang muncul adalah antara usaha menciptakan masyarakat yang sehat dan akumulasi modal dalam masyarakat kontemporer (Turner, 1987: 172). Pasar obat melibatkan masyarakat sebagai konsumen, negara sebagai regulator dan penyedia layanan kesehatan (Mulyadi, 2003a: 7), dan

industri farmasi sebagai produsen produk farmasi. Adalah kewajiban negara untuk mengatur tata niaga obat. Peranan ini sangat penting untuk mengeleminir kemungkinan-kemungkinan terjadinya *market failure*. Namun di sisi lain keinginan negara untuk menciptakan laju investasi memberikan kelonggaran pada pasar untuk melakukan ekspansi. Tidak jarang kelonggaran ini menempatkan sektor privat pada posisi yang cukup kuat sehingga kadang negara pun sulit mengontrolnya dan pada gilirannya akan merugikan kepentingan masyarakat.

Besarnya akumulasi modal yang diperolehnya memungkinkan sektor privat menciptakan jalinan hubungan dengan pembuat kebijakan. Jalinan-jalinan hubungan mereka terbentuk dalam jalinan *rent seeking*. Praktek *rent seeking* memungkinkan pasar mendapat banyak kemudahan melalui kebijakan-kebijakan yang diciptakan oleh pemerintah (lihat Fonkich, 2000: 2-13). Kompleksitas jalinan ini membuat negara sulit mengontrolnya. Dalam kondisi seperti ini maka yang berada dalam posisi dirugikan adalah masyarakat karena kepentingan ekspansi pasar sering berseberangan dengan kepentingan masyarakat.

Dari satu sisi ekspansi pasar bisa merugikan masyarakat. Namun demikian di sisi lain keterlibatannya akan mengurangi *voice mechanism* dan membuka peluang munculnya *exit mechanism* (lihat Bailey, 1999: 40-80). Selain itu, terlepas dari pendapat

bahwa perluasan kekuatan pasar merupakan wujud semangat neoliberalisme, keterlibatannya sulit ditolak oleh setiap negara. Kondisi politik ekonomi global pada akhir dekade 1970an memberikan ruangan yang sangat besar bagi sektor privat untuk terlibat dalam pelayanan kesehatan (Thursen, 1989: 50; Mulyadi, 2003b: 2). Model Keynesian (lihat Lydall, 1992; Miller, 1992) tidak mampu menahan resesi global sehingga memaksa negara mengurangi peranan sentralnya terutama dalam kebijakan menyelesaikan masalah ketenagakerjaan.

Kegagalan tesis Keynes untuk menyesuaikan dengan perubahan sosial-ekonomi pada dekade tersebut juga meruntuhkan model *welfare state* (lihat Midgley, 1997: 127). Pelayanan sosial tidak lagi didominasi oleh negara tapi terdistribusi pada kekuatan plural yang melibatkan lembaga nirlaba dan sektor privat (lihat Midgley, 1997: 8; Spicker, 1995:115-117). Praktek pelayanan sosial *welfare state* mengundang kritik yang cukup kuat. Model *welfare state* menerapkan pajak yang tinggi dan pengeluaran pemerintah yang tinggi pula untuk pelayanan sosial. Secara ekonomis ini dianggap tidak efisien. Secara politis *welfare state* melanggengkan peranan negara sebagai otoritas tunggal yang memberikan pelayanan sosial. Kondisi seperti ini bertentangan dengan prinsip demokrasi.

Fenomena global tersebut merupakan proses demokratisasi yang berjalan secara bersamaan dengan

runtuhnya rejim pemerintahan sentralistik dan berubah menjadi terdesentralisasi (lihat Lavigne, 1999; Gregory and Stuart, 1999). Reformasi sistem ekonomi-politik ini juga terjadi di Indonesia pada dasawarsa terakhir ini di mana privatisasi dilakukan dalam skala yang cukup besar. Ini memberikan peluang yang semakin besar pada pasar untuk terlibat dalam pelayanan publik. Fenomena tersebut menunjukkan bahwa di satu sisi peranan pasar perlu diwaspadai namun di sisi yang lain setiap negara tidak punya banyak pilihan kecuali memberikan ruangan yang lebih luas pada ekspansi pasar.

Artikel sederhana ini mencoba untuk mengkaji perdebatan antara peranan pasar dalam kebijakan tata niaga obat dan perlindungan yang harus diberikan oleh negara pada masyarakat dalam konteks pemberian pelayanan kesehatan yang baik. Elaborasi akan dimulai dari sistem distribusi yang dianggap bagian yang penting dalam tata niaga obat dan ketersediaan obat bagi masyarakat. Pembahasan berikutnya akan dilanjutkan pada isu-isu yang terkait dengan posisi masyarakat di depan kekuatan industri farmasi yang semakin kuat. Pembahasan mengenai topik ini sebenarnya merupakan topik krusial untuk dibicarakan melihat fakta bahwa konsumsi obat melibatkan semua masyarakat. Lebih dari pada itu praktek penjualan obat melibatkan kekuatan dana yang sangat besar dari pasar yang terjalin rapi melalui lobi-lobi mutakhir dengan kekuatan pemerintah. Dengan demikian sangat

dimungkinkan bahwa pengaturan tata niaga obat bias dari kepentingan pelayanan publik.

SISTEM DISTRIBUSI OBAT DAN EKSPANSI PASAR

Sistem distribusi obat memiliki peranan kunci dalam menentukan bagaimana obat sebagai salah satu komponen penting pelayanan kesehatan bisa didapatkan oleh masyarakat. Sulit tidaknya obat didapatkan masyarakat sangat bergantung pada mekanisme distribusi obat dipraktikkan. Dengan demikian distribusi obat terkait dengan aksesibilitas dan *equity* konsumsi obat bagi masyarakat. (lihat Thursen, 1989, 65-68). Aksesibilitas dan *equity* yang tercipta akan menentukan sampai seberapa besar kesempatan masyarakat mendapatkan pelayanan kesehatan yang baik. Ini menjadi sangat penting manakala kecengkahan kemampuan mengakses antara rumah tangga yang satu dengan rumah tangga yang lain, maupun antara daerah yang satu dengan daerah yang lain yang masih tinggi. Kecengkahan tersebut muncul karena perbedaan kemampuan ekonomi dan kondisi geografis yang sulit dijangkau secara fisik.

Namun di sisi lain, mekanisme itu merupakan cara yang ditempuh oleh pasar untuk melakukan ekspansi. Distribusi memegang peranan strategis bagi sektor privat untuk meluaskan area penjualannya. Ketika produk sudah dihasilkan, promosi sudah dilakukan, tingkat penjualan tidak akan mengalami kenaikan apabila

produk itu tidak bisa dengan mudah didapatkan oleh konsumen. Iklan yang disiarkan di media cetak dan elektronik dengan budget yang tinggi sekalipun tidak akan menghasilkan raihan apa pun apabila masyarakat mencoba untuk mendapatkannya dan sulit menemukan. Dalam konteks ini maka distribusi memegang posisi paling depan ketika suatu produk dipasarkan. Melihat posisi ini maka akumulasi modal sektor privat sangat ditentukan oleh bagaimana sistem distribusi obat diimplementasi di suatu negara.

Dengan demikian maka model distribusi obat yang dilakukan memiliki dua mata yang sulit dihindari. Di satu sisi sistem distribusi obat akan membantu masyarakat untuk bisa merasa yakin bahwa mereka akan mudah mendapatkan obat guna merespon penyakit yang dideritanya. Namun di sisi yang lain distribusi obat merupakan instrumen yang digunakan pasar untuk mengakumulasi modalnya. Pilihan sistem tata niaga obat yang kurang bisa mengakomodasi kepentingan dua pihak akan merugikan salah satu dari keduanya. Ini karena masyarakat menginginkan obat yang mudah didapatkan dengan harga yang terjangkau dan mereka merasa aman mengkonsumsinya. Sementara pasar lebih menghendaki obat dibeli masyarakat dalam jumlah besar, mekanisme distribusi yang efisien, dan produknya tidak kalah dengan produk yang lain. Muaranya adalah pada peningkatan keuntungan ekonomis mereka.

Secara umum distribusi obat bisa dikelompokkan dalam dua sistem

yaitu sistem distribusi satu pintu dan sistem distribusi melalui dua pintu (lihat Yang dan Bae, 2001). Sistem distribusi obat satu pintu menunjuk pada sistem distribusi di mana obat hanya bisa dijual di apotik saja. Ketika terjadi transaksi antara dokter sebagai penyedia layanan kesehatan dan pasien sebagai konsumen maka dokter hanya berperan sebagai entitas yang menulis resep sedangkan obatnya hanya bisa dibeli di apotik. Dalam hal ini, terdapat pembatas yang jelas antara peranan dokter sebagai penulis resep dan apoteker.

Sistem distribusi yang kedua memberikan kesempatan bagi masyarakat untuk mendapatkan obat selain di apotik juga di tempat dokter memberikan layanan kesehatan. Dalam hal ini, dokter selain sebagai penulis resep juga menempatkan diri sebagai distributor obat. Dalam kondisi ini sebenarnya dokter berperan ganda selain sebagai dokter juga mengambil posisi peranan apoteker.

Baik secara medis maupun secara politik-ekonomis, praktek pendistribusian obat dengan sistem dua pintu menimbulkan banyak kerugian pada masyarakat sebagai pasien. Sistem distribusi dua pintu memberi peluang yang sangat besar bagi terbagunnya kesepakatan-kesepakatan yang berorientasi keuntungan ekonomis antara industri farmasi dan dokter yang pada gilirannya akan merugikan masyarakat. Kerugian-kerugian yang lain menyangkut masalah keamanan mengkonsumsi obat, pemakaian obat

yang berlebihan, dan pengabaian hak pasien.

Memasuki pasar medis tidak sama dengan memasuki pasar sektor lain. Produk yang dihasilkan pasar medis relatif lebih sulit diketahui kebenarannya dibanding produk lain. Ketika dokter selesai melakukan diagnosa pada pasien dan pasien berusaha untuk mengetahui mengenai informasi kondisi kesehatannya maka pasien belum tentu akan mengetahui kebenaran informasi tersebut. Ada beberapa kemungkinan mengenai informasi yang diterima pasien: informasi sesuai faktanya, tidak sesuai fakta karena kesalahan diagnosa, dan tidak sesuai fakta karena dokter tidak mengetahui kondisi kesehatannya. Banyak kasus menunjukkan bahwa pasien tidak mendapatkan jenis informasi yang pertama namun yang kedua dan ketiga. Keterbatasan ketrampilan dokter, persaingan di antara mereka, lemahnya perlindungan pemerintah pada pasien, dan lemahnya posisi pasien di depan dokter mendorong dokter melakukannya. Hanya dokterlah yang mengetahui kebenaran informasi itu. Pasien tidak memiliki akses yang cukup untuk mendapatkan kebenaran informasi tersebut.

Fenomena seperti ini dalam diskursus kebijakan sosial dikenal sebagai *asymmetric information*. Istilah ini menggambarkan suatu kondisi di mana informasi hanya dikuasai satu pihak ketika transaksi pelayanan kesehatan terjadi. Hal ini tentu merugikan pasien sebagai pihak yang tidak bisa mengakses informasi

tersebut. Dalam konteks tata niaga obat, ketika dokter menyarankan untuk membeli obat yang dijualnya maka pasien tidak mengetahui apakah obat tersebut merupakan obat alternatif terbaik dalam konteks kualitas, harga, dan efek sampingnya. Sangat mungkin bahwa obat yang disarankan dikonsumsi pada pasien bukan karena pertimbangan-pertimbangan tersebut tetapi karena didasarkan pada pertimbangan-pertimbangan insentif ekonomis yang berasal dari industri obat.

Insentif penjualan dari industri farmasi memiliki andil yang sangat besar menentukan keputusan dokter untuk memilih obat yang disarankan pada pasien. Insentif ini memacu penjualan obat sehingga ketika distributor mampu memenuhi target penjualan maka pihak yang bersangkutan akan mendapatkan insentif tersebut. Secara teknis kesepakatan-kesepakatan itu biasanya dilakukan ketika tenaga penjualan obat menawarkan obat pada dokter. Sangat mudah dijumpai para tenaga penjualan tersebut menemui dokter baik di rumah sakit maupun di tempat praktek dokter bersamaan dengan waktu ketika dokter memberikan pelayanan kepada masyarakat. Lobi-lobi dan kesepakatan-kesepakatan antara industri obat dengan dokter terjadi dalam pertemuan antara tenaga penjualan dan dokter tersebut.

Peranan ganda dokter sebagai pemberi layanan kesehatan sekaligus sebagai distributor obat menafikan peranan apoteker. Dalam konteks ini

maka fungsi kontrol terhadap kemungkinan-kemungkinan kesalahan obat sangat kecil. Peranan apoteker tidak hanya berfungsi sebagai entitas yang meramu obat namun juga sebagai pihak yang mengontrol kemungkinan terjadinya kesalahan obat. Kasus-kasus keracunan obat yang pada tingkat tertentu bisa membahayakan keselamatan pasien disebabkan kesalahan-kesalahan memberikan obat dari dokter. Ini sangat mungkin terjadi karena dokter tidak dipersiapkan sebagai tenaga ahli untuk meramu obat. Keterbatasan ketrampilan dan kesalahan manusia sangat menungkhkan terjadinya kesalahan pemberian obat pada pasien (Yang dan Bae, 2001: 3).

Disisi lain konsekuensi logis dari peran ganda dokter adalah bahwa apotik akan menjual obat tanpa harus dengan resep dokter. Logika pasar menyarankan untuk melakukan ekspansi. Kalau apotik mendapat ijin menjual obat sementara hasil penjualan obat dari resep yang ditulis dokter terbatas jumlahnya maka untuk meningkatkan jumlah penjualan, apotik akan menjual obat tanpa harus dengan resep dokter. Ini sangat berbahaya untuk keselamatan pasien. Kesesuaian obat dan besarnya dosis yang diperlukan pasien ditentukan dari hasil pemeriksaan kondisi kesehatan pasien yang dilakukan oleh dokter. Sementara itu, transaksi terjadi karena konsultasi antara pembeli dan apoteker tanpa melibatkan dokter.

Kelongsoran apotik dan dokter dalam mendistribusikan obat

akan mengarah pada penggunaan obat yang berlebihan. Orientasi untuk mendapatkan keuntungan ekonomis baik dokter maupun apotik akan meningkatkan jumlah penjualan obat. Ini artinya konsumsi obat masyarakat juga akan meningkat. Konsumsi obat yang berlebihan akan berakibat serius pada kesehatan pasien. Kelebihan antibiotik seperti jenis-jenis penisilin misalnya, akan menyebabkan meningkatnya tingkat resistensi penyakit yang diderita pasien terhadap jenis obat serupa. Sebagaimana yang tertera pada tabel 1 di bawah ini terlihat bahwa di India, Kanada, Amerika, Inggris, dan Perancis yang menggunakan sistem distribusi satu pintu tingkat resistensi terhadap terapi obat serupa adalah 12,4. Sementara di Hong Kong, Singapura, Jepang, Thailand, dan Korea Selatan yang

menganut sistem distribusi dua pintu tingkat resistensinya 51,7. Perbedaan keduanya sangat menyolok yaitu lebih dari 400% (Yang dan Bae, 2001: 3-4). Akibat buruk yang lain adalah bahwa sistem distribusi dua pintu mengabaikan hak-hak pasien untuk mengetahui kandungan obat yang akan dikonsumsi. Tidak jarang ketika pasien menerima obat, mereka tidak mengetahui kandungan unsur di dalamnya. Pasien berhak untuk mendapatkan penjelasan mengenai kandungan obat dan kemungkinan efek sampingnya. Idealnya dalam proses penulisan resep, pasien mendapatkan kesempatan untuk melakukan konsultasi yang sifatnya validasi kepada apotiker.

Tabel 1. SISTEM DISTRIBUSI DAN PENGARUHNYA PADA TINGKAT RESISTENSI OBAT ANTIBIOTIKA

Sistem Distribusi	Negara	Tingkat Resistensi	Rata-rata Tingkat Resistensi
Satu pintu	India	1,8	12,4
	Kanada	6-10	
	Amerika	10	
	Inggris	15	
	Perancis	36,3	
Dua pintu	Hong Kong	293	51,7
	Singapura	36,9	
	Jepang	55	
	Thailand	63,1	
	Korea Selatan	70-77	

Sumber: Yang, Bong-Min and Jay P. Bae, *Reforming drug Distribution System in Korea: Correcting the Economic Incentives*, 2001: 16.

SISTEM. DISTRIBUSI DAN PASAR OBAT DI INDONESIA

Melihat praktek penjualan obat di Indonesia, terlihat bahwa sistem distribusi obat yang digunakan adalah sistem distribusi dua pintu. Tidak sulit menemukan pada setiap klinik praktek dokter bahwa selain dokter melakukan praktek pelayanan kesehatan mereka juga melakukan penjualan obat. Tabel 2 di bawah menunjukkan bahwa pelaku distribusi obat di Indonesia terdiri atas apotik, toko obat resmi, rumah sakit, toko umum, dan dokter. Yang menarik dari data yang diperlihatkan tabel tersebut adalah bahwa sumbangan pendistribusian obat paling besar adalah diberikan oleh dokter. Apotik yang seharusnya menjadi distributor tunggal hanya menyumbangkan 24,3 persen untuk keseluruhan jenis obat yang beredar. Sementara itu dokter yang melakukan distribusi lebih sedikit jenis obatnya menyumbangkan 26% total distribusi obat di Indonesia. Apabila rumah sakit diasumsikan sebagai tempat praktek dokter,

sementara pada beberapa rumah sakit tidak mempekerjakan apotiker, maka jumlah kontribusi dokter akan bertambah besar.

Laju penjualan obat di Indonesia mengalami pertumbuhan yang cukup pesat dari tahun ke tahun. Laju penjualan itu seakan tidak terpengaruh dinamika perubahan sosial, ekonomi politik. Baik dari sistem pemerintahan yang sentralistik maupun yang sudah terdesentralisasi grafik penjualan tidak mengalami perubahan yang signifikan. Yang menarik lagi adalah bahwa krisis ekonomi yang dihadapi Indonesia pada tahun 1997 tidak menggoyahkan trend penjualan obat di Indonesia. Ini rasional karena kesehatan setiap orang tidak akan pernah terpengaruh dengan kondisi sosial, ekonomi, politik. Kapan pun ketika orang sakit maka tidak mempertimbangkan sistem politik-ekonomi, orang yang bersangkutan memerlukan obat.

Laju pertumbuhan penjualan obat sebagaimana dielaborasi di atas bisa dilihat dalam tabel 3 di bawah ini.

Tabel . DISTRIBUTOR DAN KONTRIBUSINYA DALAM MENDISTRIBUSIKAN OBAT

Jenis Obat	Apotik	Toko Obat	Rumah Sakit	Toko	Dokter Umum	%
Resep Bermerek	x	x	x	-	x	100
Generic	x	x	x	-	x	100
OTC	x	x	x	x	-	100
Total Penjualan	24,3	12,7	11,2	25,7	26,0	100

Sumber: <http://www.imshealthasia.com/Product%20Brochures/Country%20Products/Country%20Product/Indonesia%20Product%20Brochure.pdf>

SISTEM DISTRIBUSI DAN PASAR OBAT DI INDONESIA

Melihat praktek penjualan obat di Indonesia, terlihat bahwa sistem distribusi obat yang digunakan adalah sistem distribusi dua pintu. Tidak sulit menemukan pada setiap klinik praktek dokter bahwa selain dokter melakukan praktek pelayanan kesehatan mereka juga melakukan penjualan obat. Tabel 2 di bawah menunjukkan bahwa pelaku distribusi obat di Indonesia terdiri atas apotik, toko obat resmi, rumah sakit, toko umum, dan dokter. Yang menarik dari data yang diperlihatkan tabel tersebut adalah bahwa sumbangan pendistribusian obat paling besar adalah diberikan oleh dokter. Apotik yang seharusnya menjadi distributor tunggal hanya menyumbangkan 24,3 persen untuk keseluruhan jenis obat yang beredar. Sementara itu dokter yang melakukan distribusi lebih sedikit jenis obatnya menyumbangkan 26% total distribusi obat di Indonesia. Apabila rumah sakit diasumsikan sebagai tempat praktek dokter,

sementara pada beberapa rumah sakit tidak mempekerjakan apoteker, maka jumlah kontribusi dokter akan bertambah besar.

Laju penjualan obat di Indonesia mengalami pertumbuhan yang cukup pesat dari tahun ke tahun. Laju penjualan itu seakan tidak terpengaruh dinamika perubahan sosial, ekonomi politik. Baik dari sistem pemerintahan yang sentralistik maupun yang sudah terdesentralisasi grafik penjualan tidak mengalami perubahan yang signifikan. Yang menarik lagi adalah bahwa krisis ekonomi yang dihadapi Indonesia pada tahun 1997 tidak menggoyahkan trend penjualan obat di Indonesia. Ini rasional karena kesehatan setiap orang tidak akan pernah terpengaruh dengan kondisi sosial, ekonomi, politik. Kapan pun ketika orang sakit maka tidak mempertimbangkan sistem politik-ekonomi, orang yang bersangkutan memerlukan obat.

Laju pertumbuhan penjualan obat sebagaimana dielaborasi di atas bisa dilihat dalam tabel 3 di bawah ini.

Tabel . DISTRIBUTOR DAN KONTRIBUSINYA DALAM MENDISTRIBUSIKAN OBAT

Jenis Obat	Apotik	Toko Obat	Rumah Sakit	Toko	Dokter Umum	%
Resep Bermerek	x	x	x	-	x	100
Generic	x	x	x	-	x	100
OTC	x	x	x	x	-	100
Total Penjualan	24,3	12,7	11,2	25,7	26,0	100

Sumber: <http://www.jmshealthasia.com/Product%20Brochures/Country%20Products/Country%20Product/Indonesia%20Product%20Brochure.pdf>

Secara umum jumlah pengeluaran dana yang dibelanjakan masyarakat untuk membeli obat mengalami peningkatan. Dari tahun 1991-2000 jumlah pengeluaran tersebut mengalami peningkatan yang sangat berarti. Dari tahun ke tahun terlihat kecenderungan yang selalu meningkat. Hanya pada tahun 1994 mengalami sedikit penurunan. Namun kalau dibandingkan baik dari sisi nominal maupun trend tersebut tidak menunjukkan penurunan yang signifikan.

pertumbuhan jumlah apotik maupun toko obat mengalami peningkatan yang nyata. Baik dari sisi perubahan jumlah dari tahun-ke tahun maupun peningkatan akumulatif secara keseluruhan jumlah apotik dan toko obat menunjukkan peningkatan yang relatif besar.

Fenomena yang sama juga terjadi pada pengeluaran pemerintah dan swasta dalam membelanjakan anggarannya untuk membeli produk-produk farmasi. Tabel di bawah ini menggambarkan persamaan

Tabel 3: PENGELUARAN MASYARAKAT DALAM KONSUMSI OBAT DAN JUMLAH DISTRIBUTOR OBAT DI INDONESIA

Tahun	Pengeluaran Masyarakat untuk Konsumsi Obat (Triliyun Rp.)	Jumlah Distributor Obat	
		Apotik	Toko
1991	1,771	3.136	3.822
1992	1,999	3.238	3.931
1993	2,184	3.520	4.845
1994	2,138	3.868	4.854
1995	2,685	3.988	5.115
1996	2,795	4.572	5.521
1997	3,130	5.016	5.740
1998	4,928	5.120	5.811
1999	6,975	5.240	5.926
2000	9,219	5.363	6.048

Sumber: diolah dari beberapa tabel Marzof, James R. *Sektor Kesehatan Swasta Indonesia: Peluang untuk Reformasi*, 2002: 20-22.

Hal ini tidak terlepas dari peranan jumlah apotik dan distributor lain. Terdapat korelasi yang cukup signifikan antara jumlah penjualan obat dengan laju peningkatan jumlah apotik dan toko obat di Indonesia. Pada periode yang sama, laju

kecenderungan tersebut. Secara umum alokasi anggaran pemerintah dan swasta untuk pengeluaran produk farmasi mengalami peningkatan. Perbedaan yang ada di antara keduanya adalah bahwa pengeluaran pemerintah tidak pernah mengalami penurunan

sedangkan di sektor swasta mengalami sedikit penurunan pada tahun 1994. Hal ini juga menyebabkan total pengeluaran pada tahun yang sama juga mengalami penurunan. Namun penurunan tersebut bukan merupakan penurunan yang berarti dibanding besarnya peningkatan dan grafik secara keseluruhan.

menyemangati industri obat melakukan berbagai manuver untuk memenangkan pasar.

Tingginya laju penjualan tersebut tidak terlepas dari dukungan infrastruktur politik yang diciptakan pemerintah (lihat Graham, 2003: 4, 5, 9). Dukungan reformasi politik yang digulirkan oleh pemerintah Indonesia

Tabel 4. PENGELUARAN PEMERINTAH DAN SWASTA DALAM PEMBELAN PRODUK FARMASI

Tahun	Pemerintah	Swasta	Total
1991	145,9	1.625,3	1.771,2
1992	186,5	1.812,8	1.999,3
1993	235,2	2.048,5	2.283,7
1994	286,4	1.851,3	2.137,7
1995	337,6	2.347,8	2.685,4
1996	362,4	2.432,8	2.795,2
1997	391,8	2.738,1	3.129,9
1998	622,1	4.305,6	4.927,7
1999	841,8	6.133,4	6.975,2
2000	952,1	8.267,3	9.219,4

Sumber: Diolah dari beberapa tabel Marzof, James R. *Sektor Kesehatan Swasta Indonesia: Peluang untuk Reformasi*, 2002: 20-22.

Fakta tersebut menunjukkan betapa prospektifnya bisnis produk farmasi. Ketika negara mengalami defisit keuangan selama krisis ekonomi, pengeluaran budgetnya untuk produk farmasi mengalami peningkatan. Ketika masalah sosial yang dihadapi masyarakat dengan angka pengangguran, kemiskinan, dan keterbatasan penghasilan semakin nyata, pengeluaran masyarakat untuk konsumsi obat tetap mengalami peningkatan. Fenomena ini

dilakukan melalui deregulasi pada Oktober 1993 (Gross, 1997: 11). Sebelum paket deregulasi tersebut, pemerintah melarang import obat. Para investor luar negeri mensiasati peraturan ini dengan melakukan *joint venture* dengan perusahaan swasta lokal. Melalui kebijakan tersebut dimungkinkan bagi investor luar negeri untuk melakukan investasi di Indonesia.

Dua tahun kemudian pemerintah Indonesia melakukan

reformasi kebijakan perdagangan obat dengan memberi peluang yang lebih besar pada swasta melalui liberalisasi pasar produk farmasi. Beberapa komponen dari reformasi tersebut adalah pemotongan tarif import yang mencapai 5-20 persen. Pemerintah juga memotong tarif impor produk farmasi. Hal lain yang dilakukan pemerintah Indonesia adalah menghilangkan kendala bagi investor luar negeri untuk melakukan *joint venture* dan melakukan investasi secara langsung (*foreign direct investment*) (Gross, 1997:11). Kebijakan ini memberi peluang yang besar pada berkembangnya jumlah industri obat di Indonesia. Pada tahun 2000 jumlah industri obat di Indonesia adalah 203, terdiri atas 169 industri lokal dan 34 industri asing. Empat dari perusahaan lokal tersebut adalah perusahaan obat milik negara (Marzof, 2002: 20).

LOBI INDUSTRI OBAT-DOKTER vs IKLAN LANGSUNG PADA MASYARAKAT

Elaborasi di atas menunjukkan bahwa perkembangan industri obat dipengaruhi oleh dua peranan yaitu peranan negara dan dokter. Di tingkat nasional, kebijakan negara akan menentukan laju investasi, proses produksi, dan sistem distribusi. Sedangkan di tingkat individu, sebagaimana terlihat dalam tabel 3 di atas, peranan dokter sangat penting dalam menentukan sampai seberapa besar obat dikonsumsi masyarakat.

Sistem distribusi akan menentukan bagaimana industri obat

bekerja dalam mempengaruhi pengambilan keputusan dokter dalam menentukan pilihan obat yang akan dijualnya. Mekanisme yang digunakan pasar dan pengambilan keputusan dokter pada gilirannya akan menentukan sampai seberapa jauh pasien berdaya menghadapi ekspansi laju penjualan obat. Perbandingan kasus mekanisme yang digunakan pasar di bawah ini akan memberi gambaran yang jelas pada tesis tersebut di atas.

Dalam dua dekade terakhir di Amerika terjadi fenomena menarik yaitu munculnya promosi obat secara langsung pada pasien (*direct-to-consumer advertising/DTCA*) (lihat Brekke and Kuhn, 2002; Hunt, 1998; Rosental, Erndt and others, 2002). Secara umum konsep dari iklan ini adalah bahwa industri obat memberikan informasi secara langsung pada pasien guna mempengaruhi pasien dalam menentukan pilihan obat yang akan dikonsumsinya. Melalui media cetak dan elektronik, masyarakat Amerika bisa menyaksikan iklan-iklan yang disiarkan oleh perusahaan obat. Akibat dari penayangan iklan ini telah terjadi perubahan perilaku pasien dan dokter dalam melakukan transaksi pelayanan kesehatan. Banyak masyarakat yang ketika berkunjung pada dokter meminta dokter untuk menulis resepnya guna mengkonsumsi merek obat tertentu (Rosental, Erndt, and others, 2002: 2). Perkembangan jenis iklan ini memaksa dokter untuk mengeksplorasi informasi mengenai jenis obat yang diiklankan supaya bisa

mensikapi berbagai tuntutan pasien. Secara umum kecenderungan yang terjadi adalah bahwa dokter mengakomodasi permintaan pasien.

Kompleksitas persaingan antar industri obat memaksa mereka untuk menciptakan strategi pemasaran yang tepat. Industri farmasi menginvestasikan dana yang sangat besar untuk memenangkan pasar melalui model iklan ini. Setiap tahunnya sebuah industri bisa menganggarkan untuk DTCA mencapai besaran milyar dolar Amerika. Secara umum biasanya 20-30 persen dari total hasil penjualan industri difokuskan untuk biaya promosi. Jumlah ini sering melebihi dari anggaran untuk melakukan penelitian dan pengembangan (Brekke dan Kuhn, 2002: 1). Ini menunjukkan betapa seriusnya mereka mencurahkan perhatiannya dalam usaha mempengaruhi pilihan masyarakat pada konsumsi obat. Kenyataan membuktikan bahwa investasi mereka tidak sia-sia. Perusahaan-perusahaan mendapatkan keuntungan dalam jumlah besar sebagai wujud kontribusi iklan yang diinvestasikannya (Hunt, 1998: 2).

DTCA merupakan hasil proses perubahan pendekatan iklan produk farmasi. Sebelum periode 1980an iklan lebih banyak difokuskan pada dokter, rumah sakit, dan institusi-institusi yang terkait dengan pelayanan kesehatan. Secara tradisional iklan obat misalnya, dilakukan di jurnal-jurnal atau terbitan-terbitan yang ditujukan untuk dokter (Hunt, 1998: 3).

Perbedaan jenis iklan ini dengan DTCA adalah bahwa pada iklan ini stimulus diberikan pada dokter atau rumah sakit untuk mempengaruhi pasien dalam memilih obat. Sedangkan DTCA mencoba mempengaruhi langsung keputusan masyarakat dalam menentukan pilihannya.

Munculnya DTCA ini menimbulkan masalah tersendiri bagi pemerintah Amerika. Sejak berkembangnya model iklan ini pemerintah Amerika mencoba untuk menciptakan regulasi-regulasi guna mengatur iklan tersebut. Perdebatan-perdebatan mengenai isu ini muncul terutama berpusat pada perlindungan pasien dan efisiensi konsumsi obat. Kritik terhadap pendekatan model ini adalah bahwa muncul kecenderungan pasien menuntut dokter untuk menulis resep guna konsumsi obat yang sebenarnya tidak diperlukan. Iklan jenis ini juga akan memunculkan loyalitas pasien pada obat bermerek dibanding generik. Ini artinya akan meningkatkan biaya konsumsi obat (Brekke and Kuhn, 2002: 2; Hunt, 1998: 6).

Apa yang terjadi di Amerika melalui DTCA tidak mungkin terjadi di Indonesia. Perbedaan sistem distribusi obat memaksa industri obat menerapkan model iklan yang berbeda. Sistem distribusi obat yang berlaku di Amerika tidak memungkinkan dokter untuk menjadi distributor obat. Yang bisa dilakukannya hanyalah menulis resep. Kesetaraan hubungan dokter-pasien menyebabkan pasien berperan sebagai penentu jenis obat yang akan

dikonsumsinya. Sementara di Indonesia, kentalnya praktek *asymmetric information*, stratifikasi hubungan dokter-pasien, dan sistem distribusi obat menstimulus pasar melakukan pendekatan yang berbeda dengan DTCA.

Prinsip yang digunakan untuk mempromosikan produknya sebenarnya tidak berbeda, yaitu mempengaruhi pengambilan keputusan tokoh utama pemilihan obat. Dalam kasus Indonesia, karena tokoh sentralnya adalah dokter maka dokterlah yang dijadikan target audiens pasar farmasi. Mekanisme yang dilakukan oleh industri obat di Indonesia adalah tenaga penjualan melakukan lobi dengan dokter. Lobi-lobi ini biasanya mengarah pada pemberian insentif penjualan pada dokter. Ini akan menstimulus dokter untuk meningkatkan penjualan obat tertentu pada pasien.

Asumsi mendasar dari praktek lobi tenaga penjualan-dokter adalah bahwa pasien memiliki keterbatasan-keterbatasan sumber daya. Keterbatasan ini menyebabkan pasien tidak memiliki kapasitas yang cukup untuk mengambil keputusan secara mandiri dalam menentukan pilihan obat. Berbeda dengan DTCA. Walaupun DTCA menimbulkan masalah dan mengundang perdebatan namun dalam hal pembelaan terhadap pasien, maka DTCA jauh lebih menempatkan pasien pada posisi yang otonom. Keterbatasan yang dihadapi pasien merupakan celah utama bagi berkembangnya lobi tenaga penjualan obat-dokter. Ini merupakan pintu

masuk yang longgar bagi ekspansi pasar obat di Indonesia. Secara politis ini merugikan pasien karena posisi tawarnya menjadi lemah dan menjadi obyek perluasan pasar.

KESIMPULAN DAN AGENDA KEBIJAKAN

Kebijakan tata niaga obat di Indonesia telah mendorong munculnya strategi pemasaran industri farmasi yang menempatkan masyarakat bukan sebagai pihak yang penentu pilihan dalam konsumsi obat. Mekanisme perdagangan obat berbasis pada pengambilan keputusan dokter sebagai pemberi layanan kesehatan. Praktek ini didukung dengan kentalnya *asymmetric information* dalam pelayanan kesehatan. Secara mendasar ini bukan model pelayanan kesehatan yang menempatkan publik sebagai entitas yang berdaya. Seting kelembagaan pasar dan negara tidak mampu memberikan pelayanan kesehatan yang berbasis pada masyarakat.

Praktek lobi industri obat-dokter memungkinkan terjadinya *rent seeking* yang selain menimbulkan inefisiensi kelembagaan publik (Fonkikh, 2000: i) juga akan menciptakan stratifikasi hubungan dokter-pasien semakin langgeng. Dokter sebagai bagian institusi pelayanan kesehatan tidak bisa menjalankan fungsinya sebagai entitas yang memberikan saran-saran konsumsi obat yang tepat guna. Kapasitas itu telah bias manakala ada intervensi pasar. Insentif ekonomi memiliki kekuatan yang besar dalam

menentukan fungsi tersebut sehingga keberpihakannya bukan lagi pada masyarakat tapi pada kepentingan-kepentingan akumulasi modal sektor privat.

Praktek ini bisa diminimalisir melalui sistem distribusi yang lebih ideal. Secara teknis melakukan sistem distribusi obat satu pintu di seluruh Indonesia masih sangat sulit. Jumlah apotik yang ada di Indonesia adalah: 6.098 apotik. Di antara jumlah tersebut, 88 persen tersebar di Jawa dan

S u m a t r a
(<http://www.imshealthasia.com/12-Product.html>). Kecengkahan persebaran jumlah apotik seperti ini sangat mengganggu realisasi sistem distribusi obat satu pintu. Sistem ini mengasumsikan bahwa aksesibilitas geografis sudah tidak menjadi masalah lagi. Padahal beberapa daerah masih bertumpu pada peranan puskesmas sebagai media memberikan layanan kesehatan sekaligus sebagai instrumen distribusi obat. Persentase jumlah apotik 12 persen di sebagian besar wilayah Indonesia tidak memungkinkan melakukannya secara menyeluruh di wilayah Indonesia.

Kendala lain yang lebih prinsipil adalah komitmen politik dari pemerintah Indonesia. Pasca desentralisasi, keputusan politik berada di tingkat pemerintah daerah. Belum terlihat inisiatif politis dari pemerintah daerah yang mencoba memperbaiki tata niaga obat di wilayahnya. Beberapa masalah teknis sebagaimana dielaborasi di atas sebenarnya bisa diselesaikan apabila terdapat komitmen politik yang baik

untuk menciptakan perlindungan konsumsi obat bagi masyarakat yang hidup di daerahnya.

Pada tataran yang lebih praktis, komitmen tersebut perlu diwujudkan dalam instrumen kelembagaan yang mengatur praktek perdagangan produk farmasi. Perlu diciptakan perangkat-perangkat hukum yang mengatur konsekuensi-konsekuensi politik-ekonomis dan medis akibat kesalahan-kesalahan dalam praktek perdagangan obat. Praktek *rent seeking* yang terjadi pada tingkat pembuat kebijakan dengan industri obat maupun antara dokter dengan industri obat perlu diminimalisir. Dalam waktu yang sama, secara medis, masyarakat perlu dilindungi dalam mengkonsumsi obat. Dengan demikian kesalahan-kesalahan fungsi pasar seperti munculnya keracunan obat bisa dihindari.

Ini menuntut kesediaan dari pemerintah untuk merubah paradigma tata niaga obat. Praktek perdagangan obat harus menempatkan kepentingan kesehatan publik sebagai pijakan utamanya. Ini artinya menuntut intervensi negara pada pasar perdagangan obat. Pada tingkat tertentu ini cukup kontroversial karena model ekonomi yang banyak diadopsi sekarang ini menghendaki minimalisasi peran negara. Namun dengan penjelasan bahwa telah terjadi *market failure* yang menuntut keterlibatan negara maka hal tersebut rasional dilakukan. Pada ranah ini sebenarnya permasalahan mendasar yang muncul cukup klasik yaitu pada dilema sampai seberapa jauh negara

harus terlibat dan sampai seberapa besar ruangan yang disediakan bagi pasar untuk memberikan pelayanan kesehatan pada masyarakat.

DAFTAR PUSTAKA

- Bailey, Stephen J., 1999. *Local Government Economics: Principles and Practice*. Macmillan Press Ltd., London.
- Brekke, Kurt R. and Michael Kuhn, 2002. "Direct to Consumer Advertising in Pharmaceutical Markets", paper published in http://heb.rok.kan.uib.no/publications/files/87-Notat09_03.pdf.
- Fonkich, Kateryna, 2000. "Rent Seeking and Interest Group under Institutions of Transition: The Case of Ukraine" paper published in <http://www.sigou.si/~mar/conference/2000/pdf/fonkicheb.pdf>.
- Graham, John R., 2003. "Prescription Drug Prices in Canada and the United States-Part 4 Canadian Prescriptions for American Patients Are Not the Solution" paper No 70/September. Public Policy Sources in http://collection.nlc-bnc.ca/100/201/300/public_policy/sources/pdf/2003/no70.pdf
- Gregory, Paul R. and Robert Stuart, 1999. *Comparative Economic System*. Ch 14 Transition. Mifflin Company, Houghton.
- Gross, Ames, 1997. "Asia's Emerging Pharmaceutical Markets: A look at China, Indonesia, Thailand, the Philippines, and Malaysia". Paper *Spectrum*, June 13.
- Hardiman, Margaret and James Midgley, 1982. *The Social Dimensions of Development: Social Policy and Planning in the Third World*. John Wiley and Sons, Chicester.
- <http://www.imshealthasia.com/1431.htm>
- <http://www.imshealthasia.com/Product%20Brochures/Country520Products/Country%20/Country%20/Product/Indonesia%20Product%20Brochure.pdf>
- Hunt, Michie, 1998. "Direct-to-Consumer Advertising of Prescription Drugs" paper April. *National Health Policy Forum*. in <http://www.nhpf.org/index.cfm?section=Details&key=345>
- Lavigne, Marie, 1999. *The Economic of Transition: From Socialist Economy to Market Economy*, Ch 10 toward a of the Transition. Chantam, Macmillan, Kent.

- Lydall, Harold, 1992. "Keynes' Legacy of Half-Truth" in Russel Lewis, (Eds.). *Recent Controversies on Political Economy*. Routledge, London.
- Marzof, James R., 2002. "Sektor Kesehatan Swasta Indonesia: peluang untuk Reformasi Analisis mengenai Hambatan dan Kendala dalam Pertumbuhan", Agustus, paper dipublikasikan di [http://wbln0018.worldbank.org/eap/eap.nsf/Attachments/PHS/\\$File/Private+Health+Sector-aug02ind.pdf](http://wbln0018.worldbank.org/eap/eap.nsf/Attachments/PHS/$File/Private+Health+Sector-aug02ind.pdf)
- Midgley, James, 1997. *Social Welfare in Global Context*. Sage Publication, Thousand Oaks.
- Miller, Robert CB., 1992. "Futures finally Refute Keynes" in Russel Lewis, (Eds.). *Recent Controversies on Political Economy*. Routledge, London.
- Mulyadi, 2003a.. "Desentralisasi Kesehatan: Aspek Sosial Politik dalam Pelayanan Kesehatan dan Pemberantasan Penyakit Menular", makalah disampaikan dalam *Workshop Pemberantasan Penyakit Menular di Era Otonomi Daerah*, Bandung, August.
- _____, 2003b. "Rethinking the Role of Private Sector in Development: The Politics of Corporate Social Responsibility in Indonesia", makalah disampaikan dalam *Workshop of Policy Negotiation*, Seoul, 8-12 Desember.
- Rosental, Meredith B., Berndt Ernst R., [et al.], 2002. "Demand Effects of Recent Changes in Prescription Drug Promotion" June 28, in <http://faculty.fuqua.duke.edu/~dbr1/Berndt/RosentalDTC.doc>
- Spicker, Paul, 1995. *Social Policy: Themes and Approaches*. Prentice Hall, London.
- Turner, Brian S., 1987. *Medical Power and Social Knowledge*. Sage Publications, London.
- Turshen, Meredith, 1989. *The Politics of Public Health*. Zed Books Ltd, London.
- Yang, Bong-Min and Jay P. Bae, 2001. "Reforming Drug Distribution System in Korea: Correcting the Economic Incentives". paper published in <http://www.healthcaredistribution.org/index.v3page?p=5046>