

KEBIJAKAN INDUSTRI FARMASI DI TENGAH GEMPURAN PRAKTEK KAPITALISME

Oleh

Ratna Dwi Novitasari

Lembaga Ilmu Pengetahuan Indonesia

ABSTRAK

Praktek kapitalisme merambah pada segala aspek kehidupan masyarakat global dan mampu menciderai keberpihakan negara terhadap rakyatnya. Dalam industri kesehatan misalnya, kebijakan-kebijakan ke-farmasi-an yang diselenggarakan oleh negara mengarah pada kepentingan pasar. Kebutuhan-kebutuhan atas obat-obat berkualitas mengacu pada kepentingan pasar. Dengan demikian, "pasar" menjadi aktor utama dalam industri farmasi dalam negeri. Minimnya kualitas layanan kesehatan yang diberikan negara kepada masyarakat semakin menguatkan asumsi bahwa negara sedang absen dalam melindungi hak-hak dasar warga negara seperti kesehatan. Negara lebih menggantungkan diri kepada para pasar yang memainkan kualitas dan harga obat-obatan yang seharusnya menjadi tugas dan wewenang negara. Dengan demikian masyarakat miskin akan lebih dekat dengan segala sumber penyakit yang siap menyerang kapan dan dimana saja.

Kata Kunci : Globalisasi, Industrialisasi Farmasi, Kebijakan Kesehatan, Kemiskinan

PENDAHULUAN

Kesehatan adalah bagian dari hak asasi manusia, seperti yang terdapat dalam Undang-Undang Nomor 23 Tahun 1992 pasal 3 tentang kesehatan, yang berbunyi bahwa tujuan pembangunan kesehatan adalah untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan bagi setiap orang agar terwujud derajat kesehatan yang optimal. Kesehatan, berguna untuk meningkatkan kualitas hidup manusia. Dengan sehat, orang akan mampu beraktivitas secara maksimal, produktif, juga efektif. Maka, pembangunan akan berjalan lancar, teratur, dan terstruktur jika masyarakatnya sehat, karena bagaimanapun pembangunan bangsa bersumbu pada sumber daya manusianya.

Namun dalam perkembangannya kemudian, masyarakat menghadapi masalah dalam hal kesehatan, yaitu tidak meratanya akses masyarakat pada pelayanan kesehatan untuk mengatasi faktor kesakitan. Ini terjadi selain karena faktor ketidakmampuan masyarakat miskin untuk mengakses pelayanan tersebut, juga disebabkan karena faktor pelayanan kesehatan yang sudah menjadi komoditas ekonomi, sehingga lebih mengedepankan prinsip *those who use them most, pay the highest total price*. Kondisi ini semakin menjauhkan akses si miskin terhadap pelayanan kesehatan. Akibatnya, kelompok miskin, karena tingkat ekonomi yang rendah, seringkali menunda pergi ke tempat-tempat pelayanan kesehatan

(dokter, rumah sakit) meskipun sakit (Baswir, 1999).

Sebuah bukti kesehatan menjadi komoditas ekonomi adalah masalah obat. Orang miskin adalah populasi terbesar yang dirugikan oleh tindak-tanduk perusahaan farmasi. Orang miskin menjadi sasaran utama dalam pemerasan dan penyalahgunaan obat yang dikeluarkan oleh perusahaan-perusahaan farmasi. Sudah sangat banyak terdengar keluhan bagaimana biaya menebus obat yang jauh melebihi pendapatan orang miskin. Obat menjadi barang mahal lantaran dokter jarang sekali memberitahukan obat generik yang murah. Atau juga karena dokter memang diwajibkan oleh perusahaan farmasi untuk hanya menuliskan resep dengan memakai obat-obat tertentu saja. Ketidaktahuan orang miskin atas informasi obat-obatan telah membuka peluang penindasan (Prasetyo, 2005).

Persekongkolan busuk dalam bisnis obat-obatan dapat juga ditempuh dengan langkah lain yang berupa pemberian diskon terselubung dengan memanfaatkan tangan dokter. Agen obat menawarkan produknya ke dokter. Selanjutnya si agen akan memesan obat dari apotek yang ditentukan. Apotek ini menerima komisi dari perusahaan farmasi 2 -2,5%. Lalu agen mengirim obatnya kepada dokter (meski sebenarnya dilarang, praktik dokter memberi obat langsung ke pasien sangat

lazim dilakukan). Setelah jatuh tempo pembayaran (biasanya satu bulan), dokter akan membayar seluruhnya tanpa potongan sehingga nampak seperti bisnis yang wajar. Namun potongan harga 15-20% akan ditransfer ke rekening sang dokter. Akhirnya si agen akan menunjukkan bukti transfer ke dokter yang bersangkutan (Prasetyo, 2005).

Kebijakan sosial adalah “anak kandung” paham negara kesejahteraan (*welfare state*). Sebagai sebuah kebijakan publik di bidang kesejahteraan sosial, kebijakan sosial menunjuk pada seperangkat kewajiban negara (*state obligation*) untuk melindungi dan memberikan pelayanan dasar terhadap warganya. Pemenuhan kebutuhan hidup minimum, pendidikan wajib, perawatan kesehatan dasar, dan perlindungan sosial terhadap kelompok-kelompok rentan adalah beberapa contoh kewajiban negara yang harus dipenuhi yang dinyatakan oleh konsep negara kesejahteraan (Suharto, 2007).

Namun demikian, menguatnya globalisasi dan perubahan tata ekonomi dan politik telah memunculkan hegemoni paham *neoliberalisme* dan *managerialism*. Selain melucuti peran negara dalam bidang kesejahteraan sosial, dominasi pandangan ini juga telah menyebabkan kegamangan sikap dalam bangsa yang beradab (*civilized nation*). Indonesia yang secara

konstitusional menganut model negara kesejahteraan dan tengah melakukan konsolidasi untuk mengaktualisasikan ide ini sesuai amanat para *founding fathers*-nya, seolah-olah harus membelokkan kembali kemudinya mengikuti paham neoliberalisme yang menekankan pada pasar bebas dan peran negara minimal dalam pembangunan kesejahteraan sosial (Suharto, 2007).

Lebih tegas lagi, pasal 34 berisi pernyataan tentang keharusan negara menjamin dan melindungi fakir miskin sebagai bagian dari kelompok-kelompok yang kurang beruntung (*disadvantaged groups*). Ayat-ayat dari pasal 34 itu kemudian secara jelas menyatakan tentang sistem jaminan sosial nasional yang harus dijalankan negara dalam melindungi dan memenuhi hak-hak dasarnya. Ini artinya, Indonesia secara konstitusional menganut sistem *welfare state* atau negara kesejahteraan, yakni sebuah model kebijakan sosial yang mengedepankan pentingnya peran negara untuk secara aktif, sensitif, dan responsif ambil bagian dalam pemenuhan pelayanan sosial dasar kepada warga negara, terutama mereka yang tergolong lemah dan rentan dan memerlukan perlindungan khusus.

Dengan mengacu pada latar belakang di atas diskusi dalam paper ini akan diarahkan pada sebuah pertanyaan mendasar, yaitu bagaimana peran pemerintah dalam mengatur mekanisme

pasar dalam bidang kesehatan terutama pasar obat, di tengah gempuran praktik neoliberalisme di negeri ini?

GLOBALISASI

Menurut Edison A. Jamli dkk (2005), Globalisasi adalah suatu proses tatanan masyarakat yang mendunia dan tidak mengenal batas wilayah. Globalisasi pada hakikatnya adalah suatu proses dari gagasan yang dimunculkan, kemudian ditawarkan untuk diikuti oleh bangsa lain yang akhirnya sampai pada suatu titik kesepakatan bersama dan menjadi pedoman bersama bagi bangsa-bangsa di seluruh dunia.

Menurut Martin Wolf (2007), globalisasi adalah produk perkembangan ilmu pengetahuan, daya inovasi, dan teknologi yang semakin mengecilkan arti tapal batas politik dan geografi. Masih menurut Martin Wolf (2007), globalisasi juga adalah hasil dari perubahan-perubahan besar di dunia finansial, manajemen perusahaan dan tata pemerintahan modern yang semakin terbuka dan demokratis.

Menurut Mansour Faqih dalam bukunya yang berjudul *Runtuhnya teori pembangunan dan globalisasi* (2006), mengatakan bahwa proses globalisasi ditandai dengan pesatnya perkembangan paham kapitalisme, yakni kian terbuka dan menglobalnya peran pasar, investasi, dan proses produksi dari perusahaan-

perusahaan transnasional, yang kemudian dikuatkan oleh ideologi dan tata dunia perdagangan baru di bawah suatu aturan yang ditetapkan oleh organisasi perdagangan bebas secara global. Namun, globalisasi juga melahirkan kecemasan bagi mereka yang memikirkan permasalahan sekitar pemiskinan rakyat dan marjinalisasi rakyat, serta persoalan keadilan sosial. Bersamaan dengan itu, fenomena yang juga berkembang secara pesat dan global berakibat pada semakin meningkatnya kemajuan di bidang telekomunikasi, elektronika, serta bioteknologi yang dikuasai oleh perusahaan transnasional.

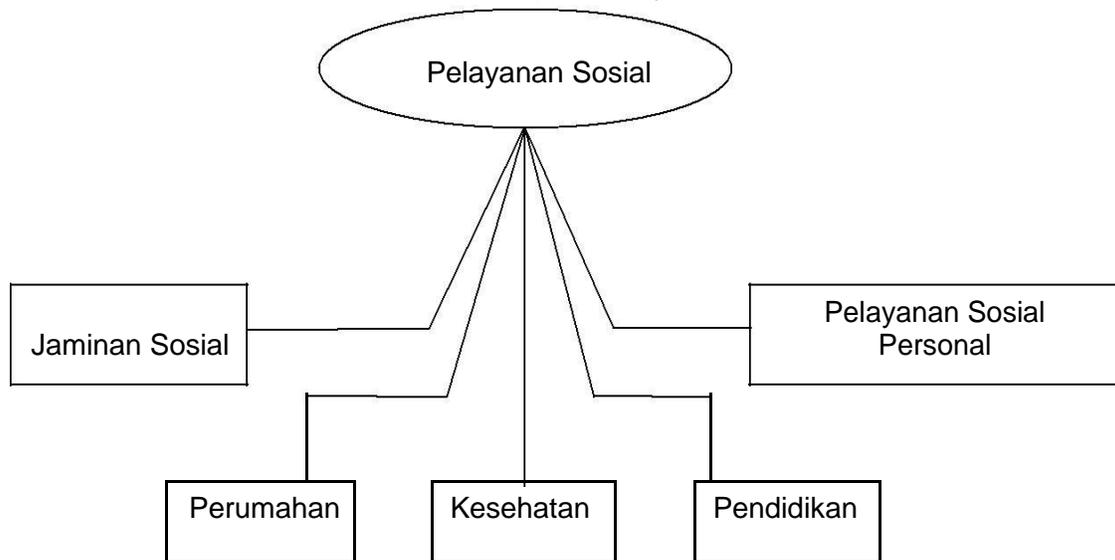
KEBIJAKAN SOSIAL DALAM NEGARA KESEJAHTERAAN

Kebijakan sosial (social policy) adalah kebijakan publik (publik policy) yang penting

di negara-negara modern dan demokratis. Sejarah menyaksikan bahwa semakin maju dan demokratis suatu negara, semakin tinggi perhatian negara tersebut terhadap pentingnya kebijakan sosial. Sebaliknya, di negara-negara miskin dan otoriter kebijakan sosial kurang mendapat perhatian. Kebijakan sosial pada hakikatnya merupakan kebijakan publik dalam bidang kesejahteraan sosial (Suharto, 2007).

Salah satu bentuk kebijakan sosial adalah program pelayanan sosial. Pelayanan sosial adalah aksi atau tindakan untuk mengatasi masalah sosial. Pelayanan sosial berkaitan dengan konsep negara kesejahteraan (welfare state). Negara kesejahteraan merupakan sistem yang memberi peran kepada negara untuk pro-aktif dan responsif dalam memberikan pelayanan sosial kepada warganya.

**Gambar 1
Jenis dan Cakupan Pelayanan Sosial**



Sumber : Diolah dari berbagai sumber

Jaminan sosial merupakan sektor kunci dari sistem negara kesejahteraan berdasarkan prinsip bahwa negara harus berusaha dan mampu menjamin adanya jaring pengaman pendapatan (financial safety net) atau pemeliharaan pendapatan (income maintenance) bagi mereka yang tidak memiliki sumber pendapatan untuk memenuhi kebutuhan hidupnya. Termasuk pelayanan kesehatan, karena pelayanan kesehatan dipandang sebagai aspek penting dalam kebijakan sosial (Suharto, 2007).

PASAR DAN PEMERINTAH DALAM PEREKONOMIAN MODERN

Menurut Samuelson dan Nordhaus, pasar adalah sebuah mekanisme yang melaluinya para pembeli dan para penjual berinteraksi untuk menentukan harga dan melakukan pertukaran barang dan jasa. Dalam sebuah sistem pasar, segala sesuatu mempunyai harga, yang merupakan nilai dari barang dalam satuan uang. Harga mengkoordinasikan keputusan-keputusan para produsen dan konsumen dalam sebuah pasar. Harga-harga yang lebih tinggi cenderung mengurangi pembelian konsumen dan mendorong produksi. Harga-harga yang lebih rendah mendorong konsumsi dan menghambat produksi. Harga adalah roda penyeimbang dari mekanisme pasar.

Perekonomian pasar yang ideal

adalah sebuah perekonomian yang di dalamnya semua barang dan jasa secara sukarela dipertukarkan dengan uang pada harga-harga pasar. Sistem seperti itu memeras manfaat maksimum dari sumber daya-sumber daya yang tersedia dari sebuah masyarakat tanpa campur tangan pemerintah (Nordhaus & Samuelson, 2004). Akan tetapi nyatanya, setiap ekonomi pasar mengandung ketidak sempurnaan-ketidak sempurnaan yang menyebabkan eksternalitas muncul.

Menurut Nordhaus dan Samuelson (2004), pemerintah mempunyai tiga fungsi ekonomi dalam sebuah ekonomi pasar, fungsi-fungsi ini adalah meningkatkan efisiensi, memajukan keadilan, dan membantu perkembangan stabilitas dan pertumbuhan makroekonomi.

Pemerintah meningkatkan efisiensi, dengan cara menciptakan persaingan dengan meniadakan eksternalitas dan menyediakan barang publik. Pemerintah memajukan keadilan, dengan menggunakan pajak dan program-program pengeluarannya untuk mendistribusikan kembali pendapatan kepada kelompok-kelompok khusus.

Pemerintah membantu perkembangan stabilitas dan pertumbuhan makroekonomi, dengan mengurangi pengangguran dan inflasi sambil mendorong pertumbuhan ekonomi, melalui kebijakan fiskal dan kebijakan moneter.

EKONOMI KESEHATAN

Obat-obatan kesehatan mengandung eksternalitas positif dan negatif. Terlepas dari keduanya maka eksternalitas akan tetap diperbincangkan. Ekternalitas positif dari obat adalah adanya manfaat positif yang diterima masyarakat yang tidak diperhitungkan oleh dari proses terjadinya pasar. Contohnya adalah 1) seorang ibu yang sehat bisa bekerja di kantor dan mengerjakan pekerjaan rumah tangga 2) imunisasi bayi memutus mata rantai menular. Ekternalitas negatif sangat banyak sekali, seperti racun dari kandungan kimia obat, limbah, dan segala hal lainnya. Aspek-aspek makro kesehatan adalah; 1) kesehatan sebagai indikator kesejahteraan sosial (angka kematian, angka kesakitan) yang terkandung di dalam Indek Mutu Hidup. 2) pemerintah perlu mengintervensi karena situasi sehat orang miskin akan menguntungkan masyarakat luas, akan menghasilkan produktifitas. Aspek mikro kesehatan dilihat dari sisi supply,; 1) produksi obat-obatan, alat-alat kedokteran dan tenaga medis. 2) pemberian layanan kesehatan oleh dokter, paramedik, dan rumah sakit. Dilihat dari sisi demand; 1) permintaan terhadap obat, alat kedokteran, dan tenaga medis. 2) permintaan terhadap pelayanan kesehatan.

Karakteristik pelayanan kesehatan; 1) peran dokter monopoli atas informasi. 2) posisi pasien awam. Karena terjadi

monopoli informasi maka harga ditentukan oleh dokter. Inilah yang menyebabkan terjadinya inefisiensi pasar. Oleh karenanya pemerintah harus melakukan intervensi. Karena; adanya manfaat berantai dari pelayanan kesehatan, hak untuk sehat dari warga Negara, dan sifat sakit yang sulit diramalkan. Sifat dari pasar kesehatan adalah inelastis, dalam pengertian berapapun harga yang ditawarkan permintaan tidak akan pernah turun. Demand cenderung akan terus mengalami peningkatan sementara supply kesehatan sifatnya konstan, oleh karenanya harga akan tinggi.

AMBIGUITAS KUALITAS KESEHATAN; KEMISKINAN, PENURUNAN DAYA BELI

Pembangunan di negara-negara berkembang, tidak terkecuali di Indonesia, berlangsung setelah usai Perang Dunia II. Awal pembangunan di Indonesia dimulai sekitar awal tahun 1970-an, isu yang diangkat adalah membangun ekonomi untuk mengentaskan kemiskinan menuju masyarakat sejahtera. Akan tetapi, cerita tentang kemiskinan juga tidak mengalami perubahan dari waktu ke waktu (Susetiawan, 2009). Jumlah orang miskin tidak berkurang justru semakin bertambah. Dan sistem kapitalisme yang gagal ditumbuh kembangkan di negara berkembang semakin memperparah keadaan. Kapitalisme menyebabkan

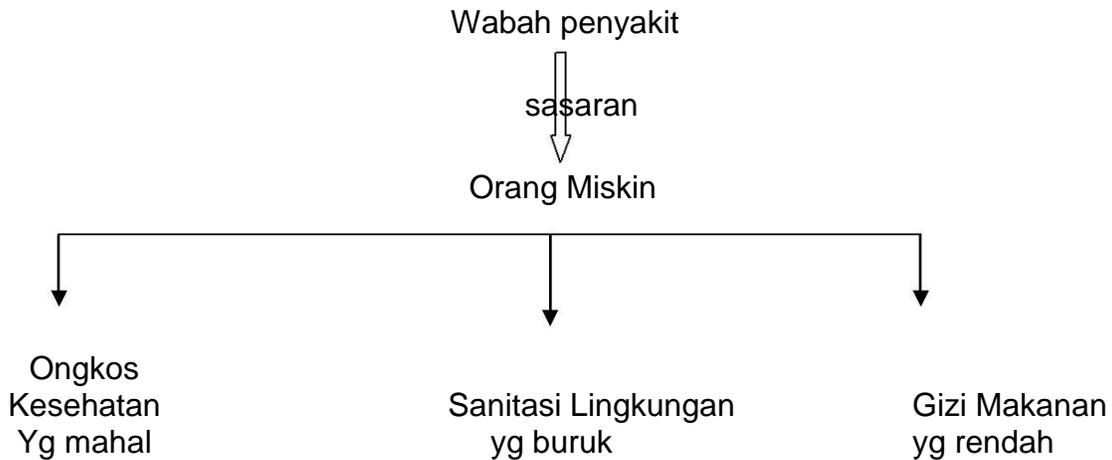
pengangguran dan kemiskinan. Pergantian peran atas manusia oleh mesin menyebabkan banyak pengangguran, pengangguran menyebabkan tidak adanya pendapatan, tidak adanya pendapatan menyebabkan tidak adanya daya beli masyarakat, dan ketika tidak ada daya beli masyarakat tentunya masyarakat tidak mampu memenuhi kebutuhan dasarnya, gizi menjadi buruk, lingkungan yang tidak sehat, dan ini sangat rentan dengan berbagai macam penyakit. Dan parahnya, kapitalismepun menyentuh daerah ini. Mahalnya harga sehat yang harus dibayarkan membuat yang miskin tidak mampu menjangkau. Ini adalah rantai yang sangat sulit untuk dipotong. Dan disinilah seharusnya pemerintah lebih mengambil peran. Membuat kebijakan ekonomi yang pro kesehatan rakyat.

Banyak sekali bukti yang menunjukkan bagaimana kemiskinan ikut memperkeruh persoalan kesehatan (Prasetyo, 2005). Saat wabah influenza menyerang madagaskar misalnya, yang telah menewaskan 440 jiwa penduduknya, diindikasikan penyebab utamanya adalah kemiskinan. Kondisi tempat tinggal yang gubug-gubug pengap tanpa ventilasi, sangat memudahkan virus-virus menyebar dan menular dari satu orang ke orang lain melalui percikan batuk (*droplet nuclei*). Persediaan air bersih di sana sulit sekali

didapat dan ditambah kebiasaan penduduk juga lebih suka pergi ke dukun. Pilihan ke dukun ini muncul karena keberadaan RS yang memang sulit untuk dijangkau.

Masih menurut Prasetyo (2005), jika menelusuri data, terutama Index Pembangunan Manusia (Human Development Index / HDI) yang memasukkan tiga parameter penting dalam menghitung tingkat kesejahteraan, yaitu pendidikan, kesehatan, dan ekonomi, maka tingkat kesejahteraan Indonesia pada tahun 2003 ada di urutan 112 dari 175 negara (sekarang Indonesia ada di urutan 124 dari 187 negara di tahun 2011). Jika dibanding negara-negara ASEAN, Indonesia berada di urutan bawah. Semakin besar skor HDI berarti semakin rendah tingkat pembangunan manusia di suatu negara. Itu sebabnya orientasi kebijakan ekonomi sudah waktunya mempertimbangkan implikasi-implikasinya terhadap kesehatan. Pembangunan pemukiman yang sehat, nutrisi yang lebih baik, serta keringanan biaya kesehatan dalam bentuk implementasinya. Sekurang-kurangnya mesti ada klinik kesehatan yang ditempatkan di kawasan miskin. Klinik yang diasuh oleh dokter praktik maupun calon dokter (koas) yang bisa diakses oleh penduduk miskin.

Gambar 2.
Rantai Hubungan Antara Kemiskinan dan Penyakit



Sumber : Prasetyo, 2005

Kedekatan penyakit dengan kemiskinan tentunya menjadi persoalan serius bagi negara dalam menjamin kualitas hidup masyarakatnya. Jangkauan biaya yang tinggi, lingkungan tempat tinggal yang buruk, serta gizi makanan yang tidak terjaga dipengaruhi oleh kondisi kemiskinan yang dihadapi. Oleh sebab itu, penyakit lebih dekat dengan kondisi sosial masyarakat miskin.

Dihadapkan dengan kondisi tersebut, Indonesia dengan tingkat pertumbuhan penduduk yang cukup tinggi dibanding dengan negara-negara Asean lainnya, tingkat kemiskinan yang dirilis oleh BPS menunjukkan angka yang cukup krusial untuk ditilik oleh negara. Kemiskinan yang dekat dengan penyakit harus menjadi sorotan utama dalam rangka mendekat negara dengan rakyatnya. Kondisi

kemiskinan dapat dilihat dalam tabel dibawah ini:

Tabel 1. Jumlah Penduduk Miskin

Indonesia (000)			
Tahun	Kota	Desa	Kota + Desa
2007	13,559,3	23,609,0	37,168,3
2008	12,768,5	22,194,8	34,963,3
2009	11,910,5	20,619,4	32,530,0
2010	11,097,8	19,925,6	31,023,4

Sumber: Badan Pusat Statistik (BPS) 2007-2010

KESEHATAN SEBAGAI KOMODIFIKASI KAPITALISME

Globalisasi adalah proses pengintegrasian ekonomi nasional kepada sistem ekonomi dunia berdasarkan keyakinan pada perdagangan bebas yang sesungguhnya telah dicanangkan sejak jaman kolonialisme (Faqih, 2001). Bagi negara maju, globalisasi benar-benar memberikan pengaruh baik bagi pembangunan secara ekonomi. Proses

globalisasi mengurangi kemiskinan terlihat dengan tingkat pertumbuhan ekonomi yang meningkat. Menurut hasil survei WVS (World Value Surveys), terjadi peningkatan harapan hidup, dengan menurunnya tingkat kematian yang disebabkan oleh kelaparan, penyakit karena perkembangan teknologi dan ekonomi. Ini menunjukkan bahwa perkembangan ekonomi dan industrialisasi memberikan hasil yang luar biasa pada tingkat harapan hidup masyarakat.

Dalam paham kapitalisme memang diakui bahwa cara kerjanya mampu meningkatkan profesionalitas dan efisiensi pengelolaan kesehatan. Namun sayangnya, profesionalitas tersebut harus dibayar mahal dengan semakin susah akses kesehatan bagi orang miskin, serta jaminan pelayanan kesehatan yang prima dan berkualitas hanya tersedot di daerah kota. Kesehatan berkualitas yang semestinya menjadi hak setiap orang beralih menjadi hak segelintir orang. Yaitu mereka yang memiliki harta berlimpah dan akses yang baik. Sementara mereka yang berada di daerah terpencil dan miskin, belum dapat menikmati pelayanan kesehatan yang berkualitas dan murah, sebab akses kesehatan yang dapat didatangi memang masih sangat terbatas dan mahal.

Saat ini industri farmasi adalah salah satu kekuatan terbesar di samping industri keuangan. Melalui industri farmasi, semua jenis penyakit tidak lagi ditangani sebagai

bahaya yang harus dimusnahkan, melainkan dieliminir gejalanya saja. Sebutlah misalnya jenis penyakit-penyakit yang menyerang otak dan jantung, sampai saat ini belum ada satupun obat yang mampu membereskan virus-virus penyebabnya, padahal setiap tahunnya tak kurang dana sebesar \$400M sudah terkuras untuk membiayai penanggulangan wabah ini (Business Week, 2004, dalam Prasetyo, 2005). Industri farmasi melalui media berusaha untuk membentuk keyakinan baru bahwa kalau ingin tetap bugar harus sering-sering meminum obat. Lapar terhadap obat selanjutnya menjadi ajaran yang digencarkan oleh pelbagai perusahaan farmasi. Obat seperti menu makanan yang akan selalu membawa kebugaran dan kesehatan. Tapi bukan saja rasa lapar, melainkan ketagihan dan ketergantungan pada obat yang dihasilkannya. Lagi-lagi industri farmasi melalui dokter bahkan ulama berusaha mengembangkan keyakinan baru, bahwa obat adalah menu pokok apabila ingin bertahan dalam usia panjang dan selalu merasa sehat.

Obat merupakan komoditi yang mempunyai kedudukan yang unik, dibandingkan dengan komoditi yang lain. Keunikannya terletak pada sulitnya konsumen (masyarakat) untuk mempengaruhi persoalan kualitas obat. Obat merupakan komoditi yang peredaran dan penilaian kualitasnya mutlak di bawah

pengaruh produsen sendiri dan penyedia pelayanan kesehatan (dokter). Karena itu pasar kesehatan bersifat inelastis, berapapun mahalannya, konsumen akan membayar. Pada pemerintahan orde baru, kebijakan tata niaga obat mendasarkan pada mekanisme pasar, kebijakan tersebut didasarkan pada asumsi dengan meningkatnya jumlah industri obat, maka harga obat semakin kompetitif, sebagai akibat tingkat persaingan usaha, namun yang terjadi di lapangan berkebalikan dengan asumsi pemerintah di mana harga obat bukannya menjadi lebih murah tetapi malah semakin mahal, dan menjauhkan jangkauan penduduk miskin. Hal ini dikarenakan produsen obat harus bertarung di lahan yang sempit lantaran pangsa pasar obat relatif kecil. Akibatnya, pangsa pasar tiap pabrik dan tiap jenis obat makin kecil, padahal rata-rata kapasitas produksi tiap pabrik cukup besar. Dampaknya, produsen obat berlomba melakukan pemasaran kepada para dokter dengan jalan kolusi agar dokter bersedia meresepkan obatnya (Baswir, 1999).

Di samping karena faktor kompetisi yang tidak etis antar pelaku industri, mahalannya harga obat di Indonesia juga disebabkan faktor ketidakmandirian industri obat terhadap bahan baku. Berdasarkan data dari Departemen Kesehatan, 90% bahan baku obat di Indonesia masih menggantungkan pada impor dari luar.

Kondisi ini diperparah dengan tata niaga obat yang mempunyai jalur industri cukup panjang. Berdasarkan survey, untuk sampai ke tangan konsumen, obat dari pabrik harus melalui distributor atau pedang besar farmasi, kemudian apotik / rumah sakit. Panjangnya rantai distribusi ini menyebabkan harga obat naik rata-rata 35% (Baswir, 1999).

KESIMPULAN

Dari paparan di atas, dapat disimpulkan bahwa pembangunan yang diprogramkan oleh pemerintah, globalisasi yang coba dikembangkan di Indonesia dan menyentuh ranah sosial seperti kesehatan, ternyata tidak menyentuh masyarakat miskin. Begitu buruknya sistem kesehatan yang ada di sini mencerminkan bagaimana lemah dan lambannya pemerintah. Sistem kapitalisme yang licik telah membuat persoalan kesehatan jadi komoditi yang menarik banyak laba. Dari obat, kapitalisme bisa membuat sistem perdagangan dengan volume dan daya jangkau pasar yang luas. Melalui produk-produk obat, kapitalisme dengan canggih membentuk kesadaran baru mengenai apa itu sehat dan bagaimana kesehatan itu bisa menumbuhkan pelbagai macam aktivitas produktif.

Pemerataan terhadap akses pelayanan kesehatan cenderung memihak pada kaum berpunya. Kelompok miskin

cenderung memiliki akses yang rendah. Semua kebijakan yang ditetapkan pemerintah, pada akhirnya lebih berpihak pada sektor swasta yang memiliki modal. Praktik-praktik penjajahan dalam kesehatan yang marak terjadi di sekitar kita tidak mampu disentuh oleh kebijakan pemerintah. Yang kaya semakin kaya dan yang miskin semakin miskin. Pertanggung jawaban pemerintah dalam menjamin kesejahteraan sosial masyarakatnya, seperti yang tertuang dalam Undang-Undang, belum mampu untuk direalisasikan. Industri obat-obatan dan pelayanan yang mencekik karena mahalnnya harga yang harus dibayarkan, semuanya tidak untuk kepentingan rakyat.

Berkaitan dengan peran pemerintah dalam mengendalikan pasar kesehatan, untuk memenuhi hak atas kesehatan, maka advokasi yang harus dilakukan adalah menuntut perubahan orientasi kebijakan kesehatan dari paradigma sakit ke paradigma sehat. Sehingga fokus kebijakan pemerintah adalah kebijakan-kebijakan preventif. Pergeseran tersebut diikuti oleh perubahan kebijakan pelayanan kesehatan dari tingkat nasional hingga daerah, berupa perbaikan jaminan kesehatan masyarakat, pelayanan dokter, ketersediaan obat-obatan, dan kesiapan rumah sakit di seluruh Indonesia untuk menjadi pelayan atas kebutuhan dan hak pasien, sebagai implementasi hak asasi manusia untuk mendapat pelayanan kesehatan

masyarakat yang paripurna di era global.

Kebijakan publik dapat berupa intervensi Negara secara langsung atau tidak langsung melakukan internalisasi terhadap eksternalitas yang ditimbulkan. Karena obat-obatan dan pelayanan kesehatan adalah barang/ jasa yang mengandung eksternalitas yang besar, yang jika tidak dilakukan internalisasi akan menyebabkan terjadinya inefisiensi pasar. Internalisasi yang dilakukan pemerintah adalah pemerintah berhak mengambil pajak dari masyarakat, karena masyarakat mendapat eksternalitas dari kesehatan. Masyarakat akan dirugikan jika tidak ada internalisasi, mengingat pasar bebas tidak akan mampu memproduksinya secara efisien.

Ada beberapa model intervensi yang bisa dilakukan oleh pemerintah; 1) dari sisi penawaran biasanya dilakukan oleh Negara kesejahteraan yaitu dengan cara mengatasi hambatan supply dan subsidi pelayanan kesehatan. 2) dari sisi demand biasanya dilakukan Negara-negara kapitalis dengan cara pengembangan sistem asuransi dan subsidi kepada kelompok miskin.

DAFTAR PUSTAKA

Wolf, Martin. 2007. *Globalisasi : Jalan Menuju Kesejahteraan*. Jakarta : Yayasan Obor Indonesia.

Fakih, Mansour. 2001. *Runtuhnya Teori Pembangunan dan Globalisasi*. Yogyakarta : Insist Press.

Triwibowo, Darmawan dan Bahagijo, Sugeng. 2006. *Mimpi Negara Kesejahteraan*. Jakarta : Pustaka LP3ES.

Susetiawan. 2009. *Pembangunan dan Kesejahteraan Masyarakat: Ketidakberdayaan Para Pihak Melawan Konstruksi Neoliberalisme*. Yogyakarta.

Suharto, Edi. 2007. *Kebijakan Sosial Sebagai Kebijakan Publik*. Bandung : Alfabeta.

Baswir, Revrison. 1999. *Pembangunan Tanpa Perasaan*. Yogyakarta : Pustaka Pelajar.

Samuelson, Paul dan Nordhaus, William. 2004. *Ilmu Makroekonomi*. Jakarta : PT.Media Global Edukasi.

Prasetyo, Eko. 2005. *Orang Miskin Dilarang Sakit*. Yogyakarta.

Sumber Lain:

Pemerintah Republik Indonesia, 1992. Peraturan Pemerintah No.23 Th. 1992 tentang Kesehatan.

Pemerintah Republik Indonesia. Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Pasal 33 dan 34.

www.bps.go.id