

## **KONSUMEN FARMASI DAN HARGA OBAT DI INDONESIA**

**Oleh: Dora Kusumastuti  
Fkip Universitas Slamet Riyadi Surakarta**

Abstrack: A In the selection of cultural practice medicine by a doctor to the patient, who is also known aspharmacy consumers, there is a relationship a simetric information where the information is only held by one party, namely the grant of a fee of dokter. Dengan Large Pharmacyto the doctor, resulting in its higher drug prices would do not want to be paid by the consumer. Of structural factors of health, including, Doctor, Pharmacy Man power, and Large Pharmaceutical Company, and also of the laws that regulate each of these structural element shave not been reflected in a regulation that provides protection to the patients in the economy. And the absence of a rule governing the distribution of pharmaceutical processes, resulting in the consumer marketin this case is apatient, who becomes the victim, and only certain parties are benefited.

Key word : Konsumen Farmasi, Pembangunan Hukum Farmasi, Mahalnya Harga Obat

### **PENDAHULUAN**

Secara awam kesehatan dapat diartikan ketiadaan penyakit. Menurut WHO kesehatan adalah keadaan sejahtera dari badan, jiwa dan sosial yang memungkinkan setiap orang hidup produktif secara sosial dan ekonomis. Dapat disimpulkan kesehatan itu sangat penting dalam kelangsungan hidup masyarakat. Jadi apabila terjadi tindak pidana di bidang kesehatan akan menyerang langsung masyarakat baik secara materil maupun immateril. Sehingga masyarakat tidak dapat melangsungkan kehidupannya dengan baik. Seiring dengan tuntutan perkembangan zaman, membawa

masyarakat pada suatu tatanan hidup yang serba cepat dan praktis. Kemajuan ilmu pengetahuan merupakan penentu bagi suatu peradaban yang modren.

Hukum kedokteran dan hukum kesehatan mulai di perkenalkan di Indonesia dengan terbentuknya kelompok study untuk Hukum Kedokteran di Universitas Indonesia pada tanggal 1 November 1982 di Rumah Sakit Cipto Mangunkusumo oleh beberapa dokter dan sarjana hukum. Hukum kesehatan ini sebenarnya sudah lama diperkenalkan, namun dalam perkembanganya hukum kesehatan ini masih kurang mendapat perhatian oleh para sarjana hukum di Indonesia. Ini dapat dilihat dari masih

jarangnya ditemukan buku-buku yang membahas tentang hukum kesehatan.

Sejarah industri farmasi di Indonesia diawali dengan berdirinya pabrik farmasi pertama yang didirikan di Hindia Timur pada tahun 1817, yaitu *NV.Chemicalien Rathkamp & Co* dan *NV.Pharmaceutische Handel Vereniging J. Van Gorkom & Co.* pada tahun 1865. Sedangkan industri farmasi modern pertama kali di Indonesia adalah pabrik kina di Bandung pada tahun 1896. Perkembangan selanjutnya, pada tahun 1957-1959 setelah perang kemerdekaan usai perusahaan-perusahaan farmasi milik Belanda yaitu *Bovasta Bandoengsche Kinine Fabriek* yang memproduksi pil kina dan *Onderneming Jodium* yang memproduksi Iodium dinasionalisasi oleh pemerintah Indonesia yang pada perkembangan selanjutnya menjadi PT Kimia Farma (persero). Sementara pabrik pembuatan salep dan kasa, *Centrale Burgelijke Ziekeninrichring* yang berdiri pada tahun 1918 menjadi perum Indofarma yang saat menjadi PT Indofarma (persero).

Demikian pula jika dilihat dari angka konsumsi obat per kapita yang hanya mencapai kurang dari US\$ 7,2 per kapita/tahun (IMS, 2004) dan merupakan salah satu angka terendah di kawasan ASEAN (sedikit di atas Vietnam). Konsumsi obat tertinggi adalah Singapura,

disusul oleh Thailand, Malaysia, dan Filipina. Pasar farmasi Indonesia merupakan pasar yang terbesar di ASEAN. Ke depan pasar farmasi Indonesia diprediksikan masih mempunyai pertumbuhan yang cukup tinggi mengingat konsumsi obat per kapita Indonesia paling rendah di antara negara-negara ASEAN. Rendahnya konsumsi obat per kapita Indonesia tidak hanya disebabkan karena rendahnya daya beli tapi juga pola konsumsi obat di Indonesia berbeda dengan di negara-negara ASEAN lainnya. Di Malaysia misalnya, pola penggunaan obat lebih mengarah pada obat paten. Harga obat paten jauh lebih mahal dibandingkan dengan harga obat *branded generic*.

Masyarakat sejahtera merupakan cita-cita bangsa Indonesia seperti tercantum dalam Pembukaan Undang-Undang Dasar (UUD) 1945 serta dalam Pasal 28 H dalam perubahan kedua UUD 1945. Menurut Spicker seperti yang dikutip dari Edi Suharto, Negara kesejahteraan adalah sebuah sistem kesejahteraan sosial yang memberi peran lebih besar kepada negara (pemerintah) untuk mengalokasikan sebagian dana publik demi menjamin terpenuhinya kebutuhan dasar warganya. Seluruh sumber daya yang dimiliki oleh suatu Negara dikelola dan ditujukan untuk **k e p e n t i n g a n k e s e j a h t e r a a n**

masyarakatnya. Salah satu wujud peran nyata negara kesejahteraan adalah jaringan sosial seperti tercantum dalam Pasal 34 ayat 2 perubahan keempat (UUD) 1945.

Undang-Undang No.36 Tahun 2009 Tentang Kesehatan dimaksud sebagai landasan bagi berbagai peraturan mengenai sistem pelayanan kesehatan bagi seluruh masyarakat. Undang-Undang ini mencakup pengaturan berbagai hal pokok tentang kesehatan, antara lain (1) Asas dan tujuan yang menjadi landasan dan memberi arah pembangunan kesehatan yang dilaksanakan melalui upaya kesehatan untuk meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi orang sehingga terwujud derajat kesehatan masyarakat yang optimal tanpa membedakan status sosial;

(2) Hak dan kewajiban setiap orang untuk memperoleh derajat kesehatan yang optimal serta wajib untuk ikut serta didalam memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan. (3) Tugas dan tanggung jawab pemerintah pada dasarnya adalah mengatur, membina, dan mengawasi penyelenggaraan upaya kesehatan serta mengerahkan peran serta masyarakat. (4) Upaya kesehatan dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan melalui pendekatan peningkatan kesehatan, pencegahan penyakit, penyembuhan penyakit dan pemulihan kesehatan. (5) Sumber daya

kesehatan sebagai pendukung upaya kesehatan, harus tetap melaksanakan fungsi dan tanggung jawab sosialnya, dengan pengertian bahwa sarana kesehatan harus tetap memperhatikan golongan masyarakat yang kurang mampu dan tidak semata-mata mencari keuntungan. (6) Ketentuan pidana untuk melindungi pemberi dan penerima jasa pelayanan kesehatan bila terjadi pelanggaran terhadap Undang-Undang ini.

Dalam pembukaan Undang-Undang Dasar 1945 tercantum jelas cita-cita bangsa Indonesia yang sekaligus merupakan tujuan nasional bangsa Indonesia. Tujuan nasional tersebut adalah melindungi segenap bangsa Indonesia dan seluruh tumpah darah Indonesia dan memajukan kesejahteraan umum, mencerdaskan kehidupan bangsa dan ikut melaksanakan ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan perdamaian abadi serta keadilan sosial.

Untuk mencapai tujuan nasional tersebut diselenggarakanlah upaya pembangunan yang berkesinambungan yang merupakan suatu rangkaian pembangunan yang menyeluruh terarah dan terpadu, termasuk di antaranya pembangunan kesehatan. Kesehatan merupakan hak asasi manusia dan salah satu unsur kesejahteraan yang harus diwujudkan sesuai dengan cita-cita bangsa Indonesia sebagaimana dimaksud dalam

Pancasila dan Pembukaan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945. Oleh karena itu, setiap kegiatan dan upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dilaksanakan berdasarkan prinsip nondiskriminatif, partisipatif, perlindungan, dan berkelanjutan yang sangat penting artinya bagi pembentukan sumber daya manusia Indonesia, peningkatan ketahanan dan daya saing bangsa, serta pembangunan nasional.

Upaya kesehatan adalah setiap kegiatan untuk memelihara dan meningkatkan kesehatan, bertujuan untuk mewujudkan derajat kesehatan yang optimal bagi masyarakat. Upaya kesehatan diselenggarakan dengan pendekatan pemeliharaan, peningkatan kesehatan, yang dilaksanakan secara menyeluruh, terpadu, dan berkesinambungan. Konsep kesatuan upaya kesehatan di Indonesia ini menjadi pedoman dan pengaggan bagi semua fasilitas kesehatan, farmasi dan termasuk rumah sakit.

Sedang sakit atau tidak, setiap anak manusia memang memerlukan pelayanan kesehatan. Karena pada prinsipnya ingintetap sehat jasmani dan rohani, bahkan sebagian orang menginginkan derajat kesehatan yang lebih tinggi. Diakui atau tidak, saat ini telah terjadi perubahan pola perilaku interaksi antara penyedia

jasa dan penerima jasa kesehatan. Pasien tidak lagi semata-mata orang sakit yang memerlukan pertolongan dokter. Sekarang telah terjadi pergeseran orientasi dari pelayanan kesehatan beralih ke industry kesehatan. Jika kita tidak ingin mengatakan adanya pergeseran tersebut, kita coba kawinkan kedua orientasi tersebut menjadi "industri jasa pelayanan kesehatan. Kemajuan industry kedokteran dan penemuan obat-obat baru semakin memperkuat posisi industry jasa pelayanan kesehatan yang bersifat padat modal, padat karya, padat tehnologi.

Menurut resolusi PBB No. 39/248 tahun 1985 tentang perlindungan konsumen (*Guidelines for Consumer Protection*), kepentingan konsumen yang haru dilindungi meliputi : (1) Perlindungan konsumen dari bahaya-bahaya terhadap kesehatan dan keamanannya, (2) Promosi dan perlindungan kepentingan social ekonomi konsumen (3) Tersedianya informasi yang memadai bagi konsumen untuk memberikan kemampuan mereka dalam melakukan pilihan yang tepat sesuai dengan kehendak dan kebutuhan pribadi, (4) Pendidikan konsumen, (5) Tersedianya upaya ganti rugi yang efektif, (6) Kebebasan membentuk organisasi konsumen atau organisasi lainnya yang relevan dan memberikan kesempatan kepada organisasi tersebut untuk

menyuarakan pendapatnya dalam proses pengambilan keputusan yang menyangkut kepentingan mereka.

Bila kita cermati dari poin kepentingan konsumen no (2) Promosi dan perlindungan kepentingan social ekonomi konsumen, disini konsumen mendapatkan suatu bentuk perlindungan dari segala macam social dan ekonomi konsumen. Konsumen tidak akan dirugikan, dari segi social maupun ekonomi. Selanjutnya adalah kepentingan konsumen butir ke (3) yaitu Tersedianya informasi yang memadai bagi konsumen untuk memberikan kemampuan mereka dalam melakukan pilihan yang tepat sesuai dengan kehendak dan kebutuhan pribadi, berarti pada hal ini sepenuhnya kebijakan diserahkan kepada konsumen sendiri. Seperti pendapat Geraints Howells yang dikutip dari makalah Suraji bahwa: “*Consumer policy increasingly places emphases on the role of information in allowing consumers to protect themselves and promoting a competitive economy*” ( Kebijakan konsumen semakin menempatkan penekanan pada peran informasi dalam memungkinkan konsumen untuk melindungi diri dan mempromosikan ekonomi yang kompetitif.

Yang sangat spesifik disini adalah dari produk pelayanan kesehatan apabila dibandingkan dengan komoditas produk

lainnya, yaitu konsumen hanya dapat menentukan pilihannya pada jasa dokter atau rumah sakit dan produk obat bebas dan obat bebas terbatas apabila informasi tentang dokter maupun rumah sakit itu memadai. Pilihan untuk menggunakan resep obat ( obat generic atau paten) , bukanlah pilihan murni konsumen, melainkan dipilhkan oleh dokter. Hak pilihnya disini yang disini yang diatur di dalam UU perlindungan konsumen ditentukan orang lain ( pelaku usaha/ dokter) padahal menyangkut hak konsumen yang paling asasi, yaitu hak atas keselamatan dan keamanan. Pada saat seorang konsumen menerima resep obat dari Dokter, pasien sama sekali tidak diberikan pilihan oleh Dokter tersebut untuk memilih atau menentukan pilihan obat, baik yang generic maupun yang patent. Jadi dalam hal ini, pilihan berada di tangan Dokter.

Yang menjadi masalah di sini adalah di Indonesia tidak adanya rambu penetapan harga obat generic bermerek. Karena itu, produsen yang memproduksi obat yang habis masa patennya menjual obat dengan harga yang tak jauh berbeda dengan harga obat ketika dalam masa paten. Selain itu, masyarakat dan sebagian dokter masih tidak percaya terhadap mutu obat generic sehingga pemanfaatan obat generic masih sedikit. Bagaimanapun, dengan harga obat

yang semakin mahal, yang dapat kita lakukan adalah mengetahui informasi tentang kesehatan sebaik-baiknya sehingga dapat mencegah terjadinya suatu penyakit. Dari beberapa sumber, terdapat temuan tentang adanya budaya *fee* yang tumbuh subur. Setidaknya, itu kesimpulan awal kita setelah membaca berita: "Praktek dokter menerima *fee* obat membuat biaya berobat di rumah sakit Indonesia lebih mahal dari negara tetangga. Padahal, jasa dokter di Negara Jiran lebih mahal daripada di Indonesia". Budaya pemberian *fee* kepada Dokter ini, dilakukan dengan langsung memberikan transfer langsung ke rekening Dokter secara rutin, oleh perusahaan farmasi. Bahkan tidak hanya berupa *fee* saja, melainkan juga *travel cheque* ke luar negeri, akomodasi seminar, biaya *entertainment*, akomodasi, maupun biaya lain (ongkos seminar keluar negeri, simposium, kongres, termasuk tiket, hotel dan sebagainya

#### **Peran Pedagang Besar Farmasi dalam peredaran obat di Indonesia**

Peraturan Menteri Kesehatan RI No 1148/ MENKES/ PER/ 2011 Tentang Pedagang Besar Farmasi. Pedagang Besar Farmasi, yang selanjutnya disingkat PBF adalah perusahaan berbentuk badan hukum yang memiliki izin untuk pengadaan, penyimpanan, penyaluran obat dan/atau bahan obat dalam jumlah besar sesuai

ketentuan peraturan perundangundangan.

Istilah PBF yang merupakan kepanjangan dari Pedagang Besar Farmasi tentu sudah tak asing lagi bagi para *pharmapreneur* dan pebisnis apotek. Sejatinya PBF sama juga dengan distributor, hanya saja karena dia bergerak di bidang pendistribusian produk kefarmasian, maka disebutlah sebagai PBF. Peran PBF dalam kancah bisnis apotek tentu sangat vital, maka dari itu antara PBF dan apotek sama – sama membutuhkan. Fungsi PBF adalah kepanjangan tangan dari pabrik farmasi (*principal*) untuk mendistribusikan segala produk farmasi ke seluruh daerah yang telah diliputnya (*coverage*). Apotek adalah salah satu *customer* dari sebuah PBF. Mengingat semakin tingginya tingkat penyebaran apotek ke berbagai daerah, maka hal ini juga diikuti pula oleh tumbuh suburnya keberadaan PBF. Para PBF biasanya akan membawa beragam produk dari beragam *principal*. Hal ini bergantung pada kontrak antar PBF dan *principal* tersebut. Kontrak antara PBF dan *principal* akan memengaruhi beberapa hal berikut ini : ragam item, harga, diskon, kelangsungan produk (*life cycle*), cara pembayaran, dan lainnya.

Padagang farmasi Besar dapat dikategorikan menjadi dua yaitu, (1) **Pedagang Farmasi Lokal**, keberadaan PBF lokal biasanya hanya meliputi satu

daerah tertentu saja. Dengan demikian, apotek yang berada di luar ring daerah tersebut tidak akan terliput oleh PBF tersebut. Alasan adanya PBF lokal ini sebenarnya dikarenakan daya jangkauan PBF utama tidak mencukupi daerah tersebut untuk diliputnya. Untuk membentuk kepanjangan tangan, agar produk prinsipal tetap terdistribusi merata, maka PBF utama akan menggandeng beberapa PBF lokal tersebut. PBF lokal ini memiliki kerjasama dengan PBF utama dan biasanya tidak berhubungan kontrak langsung dengan *principal*. Keberadaan stock dan aneka program promo yang dijalankan biasanya akan dikontrol oleh PBF utama. Selain itu, adanya beberapa *principal* lokal juga sering memanfaatkan keberadaan PBF lokal ini. Hal ini tentu saja dengan pertimbangan adanya efisiensi biaya distribusi.

Sedangkan yang ke dua (2) adalah Pedagang Besar Farmasi Nasional, PBF Nasional ini meliputi daerah yang luas ke seluruh penjuru tanah air dan adanya perwakilan kantor cabang di tiap area menjadikan suatu Farmasi Nasional, PBF tersebut bersifat nasional. Biasanya *principal* yang bonafid akan mempercayakan produknya ke PBF semacam ini. *Principal* juga berharap bahwa berbagai item produknya akan terdistribusi merata ke seluruh pelosok nusantara. Dengan demikian *principal*

tersebut akan mengukuhkan posisinya dalam memperebutkan *market share* yang ada. Keuntungan bagi apotek dalam berhubungan dengan PBF utama adalah adanya jaminan ketersediaan produk, dan kemudahan proses *return* (pengembalian) produk. Selain itu, kepastian produk tersebut adalah produk asli tentu tak perlu diragukan lagi. Hal ini karena memang *supply* produk PBF utama berasal dari gudang *principal* secara langsung. Disisi lain, *principal* biasanya dalam membuat program promo akan bekerjasama dengan PBF utama, sehingga bagi apotek yang loyal akan mendapatkan beragam program promo.

Kondisi industri farmasi nasional sekarang ini terasa sangat timpang. Betapa tidak, dengan hanya 196 pabrik obat, jumlah distributornya (PBF-Pedagang Besar Farmasi) ada sebanyak 2.250, yang berarti 1 pabrik obat rata-rata berhadapan dengan 11 distributor, ditambah lagi 1 distributor (PBF) berhadapan dengan 2,3 apotek. Ketimpangan tersebut bagaikan sebuah piramid terbalik, dimana untuk mencapai skala ekonomi atau efisiensi, seharusnya jumlah distributor nasional jauh lebih sedikit dibandingkan jumlah pabriknya. Dengan begitu, akan diperoleh rasio dimana 1 distributor obat dapat melayani puluhan pabrik, tidak seperti sekarang ini dimana 1 pabrik obat dilayani oleh beberapa puluh distributor. Kondisi

ini pula yang justru menjadikan PBF lokal, terutama yang tidak memiliki bentuk kerjasama, misalnya sebagai 'distributor tunggal' atau 'sub distributor', tidak lagi mampu bersaing.

Ketidakseimbangan ini semakin mendorong tidak efisiennya biaya operasional pendistribusian obat. Kecilnya volume yang didistribusikan oleh satu PBF, bukan saja tidak efisien, juga tidak ekonomis, sehingga tidak dapat bersaing secara baik. Dampaknya, obat-obat yang telah diproduksi mengikuti CPOB (cara pembuatan obat yang baik) tidak dapat disimpan dan didistribusikan dengan baik. Begitu juga kualitas obatnya pun tidak lagi terjamin oleh distributor, karena PBF tersebut tidak sanggup melaksanakan GDP (*good distribution practice*).

Berdasarkan regulasi pemerintah, setiap pabrik obat dalam mendistribusikan produk obatnya harus menggunakan jalur PBF. Saat ini jumlahnya sudah mencapai 2.250 distributor. Sedang jumlah retailernya: sekitar 5.695 apotek dan 5.513 toko obat – besar dan kecil. Selain itu, dari 196 perusahaan farmasi, sekitar 60 pabrik obat menguasai lebih dari 80% total pasar, sedangkan 20% sisanya diperebutkan oleh 140 parik obat lainnya. Dari jumlah itu perbandingan antara perusahaan lokal dan multinasional masih 60 berbanding 40. Gambaran ini menunjukkan betapa lemahnya persaingan industri farmasi di

Indonesia, termasuk lemahnya skala ekonomi distributornya, sehingga tak heran bila harga obat di Indonesia bisa begitu melangit.

Ketimpangan tersebut seperti sebuah piramid terbalik, dimana untuk mencapai *economic of scale* atau efisiensi, seharusnya jumlah distributor nasional jauh lebih sedikit dibandingkan jumlah pabriknya. Kondisi ini pula yang justru menjadikan PBF lokal, terutama yang tidak memiliki bentuk kerja sama, misalnya sebagai 'distributor tunggal' atau 'sub distributor', tidak lagi mampu bersaing. Drs. Richard Panjaitan, Apt. S.KM Dirjend Bina Kefarmasian dan Alat Kesehatan Depkes RI dalam pertemuan perencanaan kesehatan nasional tahun 2006 memaparkan bahwa terdapat beberapa isu yang harus diantisipasi dalam penggunaan obat salah satu diantaranya adalah pergeseran nilai sosial obat ke arah komoditas bisnis, mengakibatkan kepentingan pasien dapat terabaikan, tidak berdasarkan *evidence based treatment* sehingga tidak rasional.

Peningkatan jumlah PBF yang sangat dramatis, selain karena rata-rata pabrik obat mendirikan PBF sendiri, juga lebih dikarenakan regulasi pemerintah yang memungkinkan perusahaan-perusahaan yang tidak berbasis industri farmasi untuk mendirikan PBF. Jadi, meski



jumlah pabrik obat tidak bertambah, sebaliknya malah berkurang, namun jumlah PBF terus meningkat. Perusahaan-perusahaan distributor dari negara-negara maju, yang memang telah didukung oleh aplikasi TI, mereka dapat lebih efisien. Selain itu, skala ekonomisnya sangat baik terpenuhi, karena volumenya sangat besar, sehingga meski mendapatkan margin penjualan yang tipis, yakni antara 3-4% dari penjualan, hal itu masih sangat menguntungkan. Di Indonesia rata-rata besar marginnya masih antara 11-12% dan tergantung pada beberapa faktor lainnya, sehingga dalam konteks ini kemampuan distributor nasional untuk bersaing semakin kecil alias tak mampu bersaing dengan baik. Pada tahun 2003, pasar produk-produk farmasi diperkirakan tumbuh sekitar 20%, namun daya beli masyarakat sudah sangat menurun. Produk obat-obatan yang selama ini diproduksi oleh 196 pabrik obat, 4 di antaranya merupakan 4 BUMN, 31 perusahaan PMA, dan sisanya adalah PMDN.

Pada sisi pandang masyarakat luas (konsumen), Konsumen obat di Indonesia selama ini tidak pernah mendapat informasi jelas mengenai harga obat. Pasien selalu hanya menerima secarik kertas resep dari dokter, yang tulisannya tak terbaca, kemudian harus menukarkannya dengan obat di apotek dan diharuskan membayar sejumlah uang.

Tidak pernah ada perincian harga obat dengan jelas. Dari satu apotik ke apotik lain, harga obat bisa berubah-ubah. Maka tak heran kalau banyak yang lari ke pasar obat bebas alasannya, di sana lebih murah.

Obat dalam pandangan masyarakat merupakan suatu produk sosial yang harus berharga murah dan pihak industri tidak boleh mengambil untung terlalu banyak. Pada kenyataannya di Indonesia, obat justru suatu produk yang kadang hanya bisa dijangkau oleh lapisan tertentu. Kalaupun ada obat yang "murah meriah" terbukti tidak semujarab obat yang berharga mahal. Penyakit-penyakit berbahaya yang butuh penanganan khusus seperti kanker justru memerlukan obat impor yang harganya mahal. India, kendati tergolong negara berkembang sama seperti Indonesia, terdapat sekira 13.000 pabrik farmasi yang mendapat subsidi pemerintah sebanyak 30-40 persen. Jumlah pabrik obat di Indonesia hanya sekira 196 buah, termasuk empat perusahaan milik negara dan 34 perusahaan asing (PMA), sedangkan sisanya merupakan perusahaan swasta lokal.

### **Kebijakan Pengaturan Farmasi di Indonesia**

Pembangunan kesehatan adalah bagian dari pembangunan nasional yang bertujuan meningkatkan kesadaran, kemauan, dan kemampuan hidup sehat bagi setiap orang agar terwujud derajat

kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya. Pembangunan kesehatan tersebut merupakan upaya seluruh potensi Bangsa Indonesia, baik masyarakat, swasta maupun Pemerintah yang dilaksanakan dalam sistem kesehatan. Kesehatan seharusnya dipandang oleh para "Policy maker" sebagai hak azasi manusia, barang konsumsi dan sebuah investasi. Pengertian kesehatan sebagai hak azasi manusia berarti peranan pemerintah yang kuat untuk mengatasi masalah untuk tercapainya kesehatan seperti kemiskinan, kegiatan pembangunan yang merusak kesehatan, mempromosikan pemerataan pelayanan kesehatan dan menjamin ketersediaan pelayanan kesehatan yang bermutu.

Sistem distribusi obat ada dua macam, yaitu (1) system satu pintu, dalam system ini system distribusi dimana obat hanya bisa dijual di apotik saja, dan ketika terjadi transaksi antara Dokter dan Pasien sebagai konsumen, maka Dokter hanya berperan sebagai entitas yang menulis resep, sedangkan obatnya hanya bisa dibeli di apotik. Dalam hal ini terdapat pembatasan yang jelas antara peranan Dokter sebagai penulis resep, dan Apoteker. Sistem distribusi yang ke (2) memberikan kesempatan kepada konsumen atau masyarakat untuk mendapatkan obat selain di apotik juga di

tempat praktek Dokter. Dalam hal ini Dokter sebagai penulis resep juga memosisikan sebagai distributor obat, sehingga dalam hal ini Dokter berperan ganda selain sebagai penulis obat juga sebagai Apoteker.

Baik secara medis maupun politik ekonomi di sini menimbulkan kerugian terhadap pasien. Pada system distribusi yang kedua ini bisa menimbulkan kesepakatan antara Dokter dengan Perusahaan Besar Farmasi. Ketika memasuki sector medis memang lebih sulit untuk diketahui kebenarannya jika dibandingkan dengan sector yang lain. Hal ini dikarenakan ketika seorang Dokter selesai memeriksa dan mendiagnosa Pasien, maka belum tentu seorang Pasien akan mendapatkan informasi kesehatan yang dibutuhkan. Ada beberapa kemungkinan mengenai hasilnya, informasi sesuai dengan fakta, tidak sesuai dengan fakta karena kesalahan diagnose, dan tidak sesuai dengan fakta karena Dokter tidak mengetahui kondisi kesehatannya.

Fenomena seperti ini dalam dunia kedokteran disebut dengan *asymmetric information* yang menggambarkan bahwa suatu kondisi yang menggambarkan dimana informasi hanya dimiliki oleh satu pihak saja ketika transaksi pelayanan kesehatan terjadi. Dalam konteks tata niaga obat, ketika Dokter menyarankan Pasien untuk

membeli obat yang dijualnya maka Pasien tidak mengetahui apakah obat itu merupakan obat alternative terbaik dalam kategori kualitas, harga, dan efeknya. Karena sangat dimungkinkan seorang Dokter mengabaikan kategori diatas, tetapi lebih mengutamakan keuntungan ekonomi Dokter.

Insentif penjualan dari Pedagang Besar Farmasi memiliki andil yang sangat besar dalam keputusan penulisan resep oleh Dokter. Insentif ini memacu untuk dapat menjual obat dalam jumlah yang besar. Secara teknis kesepakatan ini ditawarkan oleh Agen Pedagang Besar Farmasi ini memberikan penawaran kepada Dokter. Sangat sering kita jumpai Agen – Agen ini menemui Dokter baik di tempat praktek Dokter maupun di Rumah Sakit, bersamaan pada saat melayani Pasien.

### **Konsep Perlindungan terhadap konsumen farmasi di Indonesia**

Terhadap Perlindungan Konsumen, bermuarakan dari UU Perlindungan Konsumen No. 8 Tahun 2009, dapat dikaji sebagai berikut. Bahwa kehadiran UUPK secara umum setidaknya dapat dilihat dari tiga perspektif. *Pertama*, UUPK sebagai symbol kebangkitan hak- hak sipil rakyat. Oleh karena itu, dengan adanya UUPK berarti hak- hak sipil rakyat akan terjamin, terlindungi, dan terawasi dengan baik.

*Kedua* UUPK merupakan penjabaran lebih detil dari Hak asasi manusia (HAM), lebih khusus lagi adalah hak ekonomi. Sebagai bagian dari HAM, keberadaan UUPK tidak dapat dilepaskan dari doktrin- doktrin HAM yang berlaku secara universal. *Ketiga* untuk dapat memahami suatu undang- undang, terlebih dahulu harus mengetahui filosofi yang menjadi dasar dikeluarkannya produk hukum tersebut. Hal demikian pada umumnya dapat ditemukan dalam penjelasan suatu undang- undang.

Dalam konteks perlindungan konsumen, landasan filosofi yang menjadi dasar lahirnya UUPK adalah, (1) tingkat kesadaran konsumen akan hak- haknya masih sangat rendah, dan juga (2) UUPK pada dasarnya bukan merupakan awal dan akhir dari hukum yang mengatur perlindungan konsumen, (3) UUPK merupakan payung yang mengintegrasikan dan memperkuat penegakan hukum dalam bidang perlindungan konsumen.

Menurut Friedman dalam setiap system hukum selalu mengandung tiga aspek atau komponen, yakni komponen struktural, komponen substansial, dan komponen cultural. Dalam komponen yang pertama, komponen struktural ini dari suatu sistem hukum mencakup berbagai institusi yang diciptakan oleh sistem hukum dengan berbagai macam

fungsinya, dalam rangka mendukung bekerjanya sistem hukum tersebut. Dalam peraturan pemerintah no 32 tahun 1996 tentang tenaga kesehatan, disebutkan bahwa tenaga kesehatan adalah setiap orang yang mengabdikan diri dalam bidang kesehatan, serta memiliki kemampuan atau ketrampilan, melalui pendidikan dibidang kesehatan yang untuk jenis tertentu memerlukan kewenangan untuk melakukan upaya kesehatan. Sedangkan unsur yang kedua adalah komponen substantive mencakup segala apa saja yang merupakan keluaran dari suatu sistem hukum, termasuk norma-norma hukum, baik yang berupa peraturan, keputusan, doktrin, sejauh semuanya ini digunakan dalam proses yang bersangkutan, dalam hal ini adalah peraturan yang menatur mengenai kesehatan khususnya dibidang farmasi. Komponen yang ketiga adalah komponen cultural yang mencakup sikap- sikap yang bersifat umum dan nilai- nilai yang akan menentukan bekerjanya hukum yang bersangkutan. Dalam komponen yang ketiga ini oleh Friedman disebut dengan "*the legal culture* atau *budaya hukum*, sebagai "pengerak keadilan. Dalam unsur yang ketiga ini adalah bagaimana suatu kebiasaan hukum ini selalu dilakukan oleh masyarakat khususnya pasien, tenaga medis, dan perusahaan farmasi. "Sedangkan menurut Adi Sulistiyono ada

tiga komponen lagi yang menjadi pelengkap, yaitu Pendidikan Hukum, Wawasan Hukum legislative, dan politik hukum.

Dari faktor struktural tenaga kesehatan, meliputi, Dokter, Tenaga Kefarmasian, dan Perusahaan Besar Kefarmasian, dan juga dari peraturan hukum yang masing-masing mengatur unsur struktural tersebut belum tercermin suatu peraturan yang memberikan perlindungan kepada pasien secara ekonomi. Dan belum adanya suatu peraturan yang mengatur tentang proses distribusi sediaan farmasi, mengakibatkan di pasaran konsumen yang menjadi korban, dan hanya pihak- pihak tertentu yang diuntungkan. Dari unsur yang ketiga yaitu budaya hukum, banyak konsumen yang belum mengetahui terhadap adanya Undang- Undang Perlindungan Konsumen, yang memberikan perlindungan kepada konsumen, dalam hal ini adalah pasien.

## DAFTAR PUSTAKA

### Peraturan Perundangan

UUD 1945

Tap MPR RI No. II Tahun 1993

Tap MPR RI No. IV Tahun 1999

UU RI no. 29 tahun 2004 tentang praktik kedokteran

Peraturan Pemerintah no 32 tahun 1996 tentang tenaga kesehatan

PP no 57 tahun 2001 tentang Badan Perlindungan Konsumen Nasional

Keppres no 58 tahun 2001 Pembentukan Badan Penyelesaian Sengketa Konsumen

Peraturan Menteri Kesehatan RI No.1148 tahun 2011 tentang pedagang besar farmasi

Peraturan Menteri Kesehatan RI No. 1027 tahun 2004 tentang pedagang besar farm

Adi Sulistiyono . *Materi kuliah hukum dan ekonomi*, Program Doktor Ilmu Hukum

UNS, Januari 2012

Amri Amir. 1997.*Bunga Rampai Hukum Kesehatan*, Jakarta

Adijaya Yusuf dan John W Head. Topik- Topik Mata Kuliah Hukum Ekonomi Dan

Kurikulum. 1998. Dalam Buku Yunus Sidabalok. *Hukum Perlindungan Konsumen Indonesia*. Citra Aditya Bakti. 2006

Harian Tribun Medan. Pengakuan Dokter tentang Fee Obat dari Pedagang Farmasi tgl  
19-10-11

Jurnal LIPI Vol 8 No 1. Mulyadi Sumarto, tentang kebijakan tata niaga obat di  
Indonesia: Kontroversi system distribusi dan kelembagaanya. Mei 2004

Lawrence Friedman. 2009. *Sistem Hukum Perspektif Ilmu Sosial*. Bandung:Nusa  
Media.

Lawrence M. Friedman.1975.*The Legal System*. New York :Russel Sage

Peran pelayanan kesehatan dalam jaminan kesehatan di Bandung, *Jurnal Manajemen  
Pelayanan Kesehatan, Vol. 13, No. 2 Juni 2010*

Rublik Tanya dokter anda dalam atasi mahal nya harga dengan pengetahuan informasi  
kesehatan, dalam *Harian Kompas*, 21 Februari 2011

Suraji. 2012. *Pembangunan hukum perlindungan konsumen di Indonesia pada era*

*Dora Kusumastuti : Konsumen Farmasi Dan  
Harga Obat di Indonesia*

*globalisasi ekonomi, PDIH UNS,*

Janus Sidabalok. 2006, Hukum Perlindungan Konsumen. Bandung: Citra Aditya Bakti

Titon Slamet Kurnia. 2007.*Hak Atas Drajat Kesehatan Optimal Sebagai HAM di Indonesia*,Bandung,

Wiku Andisasmita. 2008.Rancangan Peraturan Menteri Kesehatan RI Tentang Sediaan Farmasi. FKM UI.

Yustina Sri Hartini, Universitas Sanata Dharma, Yogyakarta. 2007. Apotek,ulasan beserta naskah peraturan perundang- undangan terkait apotik, termasuk naskah dan ulasan Permenkes tentang apotik rakyat.

Yunus Shofie.2003. Kapita selekta Hukum Perlindungan Konsumen di Indonesia. Bandung: PT. Citra Aditya Bakti,2003.