

Sabtu, 14 November 2009

[Berita Utama](#) | [Bisnis & Keuangan](#) | [Humaniora](#) | [International](#) | [Opini](#) | [Politik & Hukum](#) | [Sosok](#) | [Nama & Peristiwa](#) | [Nusantara](#) | [Metropolitan](#) | [Olahraga](#) | [Sumatera Bagian Selatan](#) | [Sumatera Bagian Utara](#) | [Jawa Bar](#)



KOMPAS/RIZA FATHONI

Pekerja mengemas obat di pabrik PT Kimia Farma, Jakarta, beberapa waktu lalu. Pabrik farmasi BUMN ini memproduksi total 324 item obat yang terdiri dari obat generik, produk kesehatan, obat branded, narkotik, dan obat Keluarga Berencana.

INDUSTRI FARMASI

Kemandirian Bukanlah Kemustahilan

Selasa, 20 Oktober 2009 | 05:11 WIB

Irwan Julianto

Di bidang produk dan jasa sektor kesehatan, ada dua hal yang menyangkut hajat hidup orang banyak, yaitu obat-obatan (produk industri farmasi, termasuk vaksin) dan rumah sakit (selain tentu puskesmas dan klinik).

Untuk industri farmasi, selama ini pabrik-pabrik obat di Indonesia lebih jadi "tukang jahit", tetapi kini ada harapan menerabas ke riset dan pembuatan produk farmasi bioteknologi tingkat dunia. Rumah sakit? Masih jalan di tempat.

Tak kurang dari Presiden Direktur Kimia Farma M Syamsul Arifin dan Chairman Kalbe Farma Johannes Setijono hari Jumat (16/10) menyatakan industri farmasi Indonesia perlu berkiblat pada kemajuan di China dan India jika Indonesia ingin mandiri di bidang farmasi: memenuhi kebutuhan obat-obatan dalam negeri, menyediakan ragam pilihan dari obat-obat esensial dan generik yang berharga murah, hingga produk bioteknologi kesehatan mutakhir seperti vaksin rekombinan dan antibodi monoklonal untuk terapi aneka jenis kanker.

"Untuk pembuatan antibiotik dan vitamin, sekarang dengan proses bioteknologi bisa lebih cepat dan efisien dibandingkan dengan proses sintetik kimiawi. Untuk vitamin C, misalnya, jika dengan proses kimia harus delapan tahap, dengan bioteknologi cukup satu tahap. Saya sudah melihat sendiri di China, pabrik dengan ratusan tangki fermentasi besar-besar. Jamur, bakteri, dan virus menjadi pengganti pekerja pabrik. Mereka tak perlu dibayar dan tak akan unjuk rasa," tutur Syamsul Arifin.

Menurut Johannes Setijono, di area lama—produksi obat dengan cara sintetik kimia—Indonesia sudah ketinggalan dibandingkan dengan China dan India. Apalagi dibandingkan dengan Jepang, Korea Selatan, Eropa dan Amerika Serikat.

"Namun, di area baru—bioteknologi—kita masih lebih mungkin mengejar ketinggalan kita. Paling tidak, ini sudah kami buktikan di Kalbe yang sejak tahun 2003 merintis produk bioteknologi kesehatan dan melakukan uji klinis yang memperoleh pengakuan di puluhan negara. Sayangnya, di Indonesia perizinan susah sekali. Bukannya upaya kami didorong pemerintah, malah seperti direm," ujarnya didampingi Dr Rikrik Ilyas, Direktur Innogene Kalbiotech, anak perusahaan Kalbe Farma yang berkantor di Singapura.

Mulai dari kina

Sejarah industri farmasi di Indonesia berawal dari cikal bakal Kimia Farma, yaitu pabrik kina di Bandung yang berdiri sejak 1896. "Pil kina yang dibuat secara sintetik kimia dengan menyintesis molekul aktif kinine dari kulit pohon kina untuk mengobati malaria sebenarnya merupakan urutan kedua evolusi industri farmasi. Ini persis dengan pembuatan Aspirin dan antibiotik konvensional. Urutan pertamanya adalah resource based, seperti pembuatan jamu dan obat-obat herbal. Contohnya adalah efedrine dari tanaman mahuang yang dipakai untuk campuran obat batuk. Urutan ketiga industri farmasi kini adalah era bioteknologi. Ini peluang yang harus kita rebut," kata Syamsul Arifin.

Ia memaparkan kronologi sejarah industri farmasi di Indonesia, mulai dari tahun 1950-an dengan impor dan perdagangan obat-obat jadi, dengan distributor seperti PT Jawa Maluku yang mengageni produk Bayer (sejak 1950), disusul PT Tunggal untuk Beecham dan Hoechst, PT Tempo untuk Upjohn, PT Praja, CV Sumber Mas yang tahun 1973 berganti nama menjadi PT Enseval, dan PT Mugi/Dos Ni Roha untuk Ciba-Geigy. Undang-Undang Penanaman Modal Asing (PMA) tahun 1967 membuka pintu untuk usaha patungan seperti PT Bayer Farma dan lain-lain sehingga tahun 1970-an ada sekitar 35 industri farmasi PMA. Kalbe Farma yang berdiri tahun 1966 malah mendahului Undang-Undang Penanaman Modal Dalam Negeri (PMDN) tahun 1968.

Tahun 2000-an hingga kini ada sekitar 200 pabrik farmasi di Indonesia, empat di antaranya

BUMN, sekitar 30 PMA, dan 160-an PMDN/swasta. Jumlah ini menurun dibandingkan dengan tahun 1980-an ketika jumlah pabrik farmasi di Indonesia mencapai 350-an. Penurunan ini terjadi karena adanya fenomena "mega-merger" di kalangan industri farmasi multinasional dan gulung tikarnya pabrik-pabrik farmasi kecil dalam negeri karena tak mampu bersaing dalam kompetisi yang sengit.

Untuk bahan baku obat-obatan di Indonesia yang tahun 2008 diperkirakan volumenya mencapai Rp 7 triliun, 95 persennya saat ini masih harus diimpor dari China, India, Eropa, Jepang, Korea, dan AS. Padahal, UU PMA tahun 1967 mewajibkan pabrik obat PMA setelah beroperasi lima tahun harus memproduksi paling sedikit satu jenis bahan baku. Bayer, misalnya, sudah melakukannya untuk bahan baku Aspirin, yaitu asam asetilsalisilat, dan Beecham memproduksi ampisilin. Sayangnya, dalam perkembangannya, pemerintah kurang "memaksa" industri farmasi PMA untuk melakukan transfer teknologi. Alhasil, pabrik obat di Indonesia, baik BUMN maupun PMDN, cuma menjadi "tukang jahit"—istilah yang pernah dilontarkan Ronny Kosasih, mantan Direktur Utama Kalbe Farma.

Obat jiplakan

Menurut Syamsul Arifin, jika era 1970-1980 impor bahan baku obat 80-90 persen berasal dari Eropa dan China/India hanya 10-20 persen, pada era 1990 hingga 2000-an proporsi itu terbalik: Eropa tinggal 15-20 persen dan China/India 80-85 persen.

Yang menarik, jika tahun 1970 hingga 1980-an industri farmasi PMA amat dominan, kini justru industri farmasi PMDN yang lebih menguasai pangsa pasar. Satu-satunya industri PMA yang masuk 10 besar hanyalah Pfizer yang memproduksi obat seperti Viagra. Ingin tahu sebabnya? Ini tak lain karena industri farmasi PMDN yang umumnya tidak melakukan riset untuk menemukan molekul-molekul aktif bahan baku obat tinggal "menjiplak" obat-obat yang laris di pasaran dunia dan menjualnya dengan harga hampir sama atau bahkan lebih mahal dibandingkan obat-obat originatornya. Obat-obat "latah" (me-too drugs) ini lebih kerennya disebut bioekuivalen. Karena diberi merek dengan nama-nama yang keren, konsumen pun tak jarang terkecoh mengira mereka mengonsumsi obat-obat bermerek, padahal tak lebih daripada obat-obat generik bermerek!

Keuntungan industri farmasi PMDN papan atas begitu besarnya karena margin keuntungannya amat besar dibandingkan industri farmasi PMA yang harus mengeluarkan biaya berjuta-juta dollar AS untuk penemuan satu jenis molekul aktif baru. Akibatnya, industri farmasi PMDN amat leluasa memanjakan para dokter yang meresepkan obat-obat buatan mereka dengan bonus-bonus menggiurkan yang jelas-jelas melanggar Kode Etik Kedokteran. Fenomena kontrak- mengontrak atau kongkalikong pabrik farmasi-dokter ini oleh ahli farmakologi Fakultas Kedokteran UI, Prof dr Iwan Darmansyah, tahun 1983 dalam pidato pengukuhan guru besarnya, disebut industrio-medical complex. Inilah yang pada akhirnya membuat harga obat di Indonesia menjadi yang termahal di dunia, baik obat-obat originator buatan industri PMA dengan dalih transfer pricing maupun obat-obat "jiplakan".

Menurut Syamsul Arifin, biaya pemasaran obat di Indonesia memang amat mahal. Peraturan pemerintah mulai dari Menteri Kesehatan hingga Direktur Jenderal POM dan kini Badan POM yang silih berganti membuat risiko investasi di bidang farmasi amat tinggi. "Di Indonesia itu aneh, obat generik bermerek atau bioekuivalen yang murah malah tidak laku. Di India, harga obat-obat esensial maupun bioekuivalen bisa begitu murah karena ada ketentuan industri farmasi PMA harus mengalihkan ke mitra lokalnya setelah 10-15 tahun. Buktinya, mereka tidak keluar, malah

investasi baru lagi. Di sini industri farmasi PMA kini malah hampir sepenuhnya impor obat jadi. Waktu Menkes mengeluarkan Permenkes No 1010/2009 yang melarang impor obat jadi, industri farmasi PMA ramai-ramai mengancam keluar dari Indonesia. Ini akibat lemahnya regulasi selama ini," ujarnya.

Namun, Syamsul Arifin menyambut baik PP No 51/2009 tentang Kefarmasian bahwa obat yang diresepkan dokter bisa diganti dengan persetujuan dokter dan atau pasien. "Ini memberdayakan pasien," tambahnya.

Sementara, menurut Johannes Setijono, mahalnya harga obat di Indonesia karena tidak ada asuransi kesehatan sehingga tidak bisa menekan harga obat. "Kita perlu iklim investasi yang kondusif. Jangan hanya melihat produk farmasi sebagai produk sosial, tapi juga produk yang punya nilai ekonomi. Era pembuatan obat-obat secara sintetik kimiawi sudah mulai surut, kita harus naik ke hulu ke riset bioteknologi kesehatan," katanya.

Ia dan Rikrik Ilyas mengaku bahwa pengembangan industri farmasi bioteknologi Kalbe Farma diilhami oleh China. "Kami tahun 2003 diajak seorang profesor asal Singapura yang sudah menjadi warga negara China meninjau pabrik-pabrik yang memproduksi biosimilar—produk bioteknologi kesehatan yang mirip dengan temuan aslinya. Di China ada lebih dari 200 pabrik seperti itu," tuturnya.

Sulit saingi Singapura

Tentang bisnis jasa rumah sakit, Indonesia diperkirakan tetap bakal sulit bersaing dengan rumah sakit negara tetangga, terutama Singapura. Ini dikemukakan Direktur Pelaksana Rumah Sakit Mitra Keluarga Group Ir Rustiyan Oen MBA ketika ditemui pada Jumat lalu. Rumah Sakit Mitra Keluarga Group kini memiliki delapan rumah sakit, setelah melepas dua rumah sakit di Jatinegara dan Bintaro kepada mitra Australia.

"Rumah sakit itu bisnis lokal, seperti bisnis real estat. Tidak multinasional seperti farmasi. Rumah sakit internasional di Indonesia tidak begitu berkembang. Kita tak perlu khawatir dengan AFTA nanti banyak dokter dan perawat asing menyerbu Indonesia. Aset rumah sakit sebagai institusi jasa layanan kesehatan adalah dokter dan perawat, inilah yang seharusnya dipenuhi oleh Indonesia sendiri," katanya.

Saat ini di Indonesia baru ada sekitar 50.000 dokter sehingga rasio dokter dibanding pasien mendekati 1 : 5.000. "Kita masih kalah dibanding Sri Lanka dan Banglades. Idealnya, satu dokter untuk 1.000 pasien. Dari 22 fakultas kedokteran di seluruh Indonesia, hanya 13 yang menghasilkan dokter spesialis. Dokter (umum) dan dokter spesialis harus diperbanyak, kalau perlu mendatangkan pengajar-pengajar dari luar negeri karena dokter-dokter ahli kita umumnya sibuk," ujarnya.

Selain pendidikan di fakultas kedokteran dan rumah sakit pendidikan, pendidikan dasar dan menengah di Indonesia harus dibenahi sehingga lebih banyak siswa yang terpacu untuk memilih jurusan eksakta daripada sosial.

Di China dan India, rasio siswa dan mahasiswa yang masuk jurusan eksakta 70 persen, selebihnya sosial. Di Indonesia rasionya terbalik. "Tak heran jika di China banyak sekali insinyur, di India banyak dokter dan ahli teknologi informasi," katanya pula.