

INTERVENSI PEMERINTAH DI SEKTOR KESEHATAN: REGULASI MONOPOLI-OLIGOPOLI

GOVERNMENT INTERVENTION IN THE HEALTH SECTOR:
MONOPOLY-OLIGOPOLY REGULATION

Bhisma Murti

Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat,
Fakultas Kedokteran, Universitas Sebelas Maret, Surakarta,
Jawa Tengah

ABSTRACT

Monopoly refers to an industry in which there is one supplier of a good, service, or resource that has no close substitutes, and in which there is a barrier preventing the entry of new firms. Monopoly causes welfare loss, since it produces output level lower than competitive one, and sets price exceeding the competitive price, hence it causes: (1) Pareto-suboptimality of resource allocation; and (2) Transfer of consumer surplus to producer surplus. The former raises efficiency issue while the latter evokes equity concern. The government not only has the role but also must play its role to control the behavior of monopoly-oligopoly in the health services industry. A number of instruments can be used by the government to prevent anti-competition and monopolistic behaviors and to enhance equitable distribution of resources: Anti-Trust Law; price control; taxation; and government provision of public goods in the case of natural monopoly.

Keywords: monopoly, welfare loss, health care industry

PENGANTAR

Struktur pasar yang lazim dipakai sebagai rujukan analisis perbandingan bagi sejumlah struktur pasar lainnya adalah kompetisi sempurna. Dalam istilah yang lebih familiar di telinga awam, kompetisi sempurna adalah pasar bebas alias "*free market*". Kekuatan pasar akan menata produksi dan konsumsi sedemikian rupa sehingga memaksimalkan kesejahteraan. Menurut teorema (baca: prinsip) fundamental ekonomi kesejahteraan, pasar kompetitif akan membawa kepada suatu keadaan alokasi sumber daya yang efisien, disebut Pareto-efisiensi atau Pareto-optimalitas, diambil dari nama seorang ekonom Italia – Vilfredo Pareto.¹ Dua teorema ekonomi kesejahteraan menyatakan prinsip sebagai berikut^{1,2,3,4,5,6}: pertama, dengan syarat kondisi-kondisi terpenuhi dengan sempurna (*perfect competitive market*), maka pasar kompetitif akan selalu membawa alokasi sumber daya yang efisien untuk produksi dan konsumsi. Kedua, alokasi yang efisien dapat dicapai melalui sistem pasar tanpa suatu pengendalian pemerintah, dengan syarat terdapat penyesuaian terhadap distribusi awal sumber daya di antara masing-masing pelaku pasar (*initial endowment*). Ketika

orang-orang memproduksi, menyediakan barang, menjual barang, dan mengkonsumsi barang yang mereka inginkan tanpa ada pembatasan dan hambatan. Interaksi yang terjadi di antara para pelaku pasar tersebut akan membawa ke arah titik keseimbangan manfaat marginal dari mengkonsumsi barang sama dengan biaya marginal yang dibutuhkan untuk memproduksi dan menyediakan barang tersebut, yaitu *marginal benefit = marginal cost*, $MB = MC$.^{1,2,3,4,5,6}

Salah satu syarat pasar kompetitif adalah kemajemukan pelaku pasar. Kemajemukan tersebut akan mencegah pelaku pasar (yakni produsen maupun konsumen) untuk menentukan harga barang, melainkan harus menuruti harga yang terdapat di pasar. Sebagai contoh, jika spesialis di suatu kota jumlahnya banyak, masing-masing spesialis tidak dapat seenaknya mematok harga (baca: tarif) tinggi untuk jasa pelayanan konsultasi maupun tindakan medik dan bedah yang diberikannya. Andaikata dengan motivasi mengeruk keuntungan sebesar-besarnya dan secepat-cepatnya seorang spesialis memasang harga tinggi, maka konsumen (pasien) akan berpaling kepada sejumlah spesialis lainnya yang memasang tarif

lebih rendah tetapi memberikan kualitas pelayanan yang serupa. Keadaan yang terakhir akan membawa ke arah efisiensi sebab biaya marginal setiap unit yang dihadapi konsumen sama dengan manfaat marginal yang dirasakan konsumen untuk setiap pertambahan unit barang yang dikonsumsi. Sebaliknya, jika sejumlah konsumen dengan alasan *die hard* (baca: fanatik) atau terpaksa dan akhirnya memang memutuskan untuk menggunakan pelayanan spesialis yang pertama karena harga pelayanan masih sesuai dengan kemauan membayar (*willingness to pay*), tetapi sejumlah konsumen lainnya terpaksa tidak dapat menggunakan pelayanan spesialis tersebut (karena kemauan membayar atau kemampuan membayar lebih rendah dari harga), maka yang terjadi adalah inefisiensi alokasi sumber daya.

Ilustrasi di atas memberikan contoh struktur atau mekanisme pasar yang tidak jalan (dalam terminologi ekonomi dinamakan kegagalan pasar), yang disebut monopoli. Kritik terhadap monopoli terutama berkaitan dengan hambatan-hambatan bagi pelaku baru untuk memasuki pasar, sehingga memungkinkan monopoli menikmati profit di atas normal dengan seenaknya sendiri dalam jangka waktu panjang. Monopoli menentukan harga di atas biaya marginal, sehingga mengakibatkan: 1). Pareto suboptimalitas alokasi sumber daya; dan 2). Redistribusi sumber daya dari (surplus) konsumen ke (surplus) produsen.^{3,4,5,6} Di samping itu, sebagaimana tersirat dalam ilustrasi di atas, produksi *output* di bawah tingkat kompetitif mengakibatkan *deadweight loss* alias kerugian sosial (*welfare loss*) bagi konsumen maupun produsen.^{3,4,5,6} Dengan demikian jelas berlawanan dengan tujuan kesejahteraan sosial yang ingin dicapai ekonomi.

Kritik lainnya berkaitan dengan rendahnya kualitas dan meningkatnya biaya, karena monopoli tidak mengalami tekanan-tekanan persaingan, kualitas barang atau pelayanan dapat menurun. Toh konsumen tidak memiliki alternatif pengganti (substitusi) dari produsen lain. Di samping itu, monopoli menjadi keenanakan sedemikian rupa sehingga tidak peduli dengan peningkatan biaya yang tak perlu. Peningkatan biaya selanjutnya dibebankan kepada konsumen. Kekuatan monopoli memungkinkan monopoli bertahan hidup meskipun memaksimalkan keuntungan bukan tujuan lagi.

Isu monopoli-oligopoli sangat relevan dalam sektor kesehatan, tidak hanya di negara maju tetapi

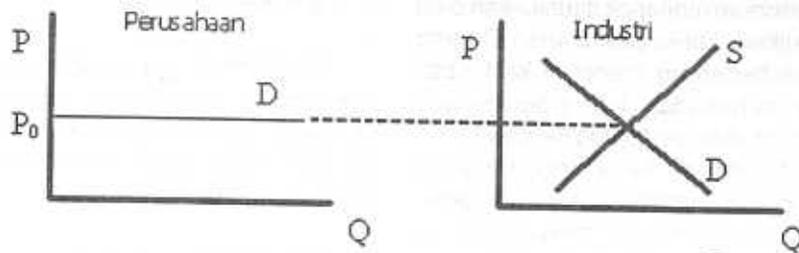
juga di Indonesia. Banyak contoh monopoli-oligopoli baik yang bersifat kasuistik maupun sistemik. Sebagai contoh, lisensi praktik spesialis dalam perspektif ekonomi kesehatan dapat dipandang sebagai sebilah pedang bermata dua. Di satu sisi, lisensi dan akreditasi sebagaimana yang terungkap di permukaan merupakan upaya untuk menjamin kualitas pelayanan praktik spesialis. Di sisi lain, lisensi dan akreditasi yang dilakukan oleh organisasi profesi atau Departemen Kesehatan merupakan instrumen "legal" untuk mewujudkan "skenario terselubung" yang membatasi masuknya spesialis lainnya ke dalam pasar, dengan demikian mengamankan kerajaan *status quo* seorang spesialis atau sejumlah kecil spesialis di suatu daerah. Struktur yang pertama disebut monopoli, yang kedua disebut oligopoli.

Artikel ini memperkenalkan teori neoklasik kegagalan pasar kompetitif yang disebut monopoli dan relevansinya di sektor kesehatan. Pertama-tama dijelaskan asumsi-asumsi yang melatari struktur pasar kompetitif yang selanjutnya akan digunakan sebagai pijakan perbandingan dalam menganalisis struktur monopoli. Kemudian diuraikan akibat-akibat monopoli terhadap aspek efisiensi dan keadilan. Faktor penyebab monopoli dan instrumen yang dapat dilakukan pemerintah untuk mengontrol perilaku monopoli-oligopoli mengakhiri kupasan artikel ini.

PASAR KOMPETITIF

Struktur pasar kompetitif memiliki karakteristik sebagai berikut^{1,4,7}: (1) terdapat banyak pembeli (konsumen) maupun penjual (produsen); (2) pelaku pasar dapat dengan bebas memasuki pasar ketika bisnis menguntungkan maupun keluar dari pasar ketika bisnis tidak menguntungkan; (3) tidak ada hambatan regulasi pemerintah; (4) homogenitas produk; (5) pembeli dan penjual memiliki informasi penuh ketika mengambil keputusan konsumsi maupun produksi; (6) mobilitas sempurna faktor-faktor produksi, termasuk mobilitas pengetahuan dan keterampilan teknis produksi; (7) tujuan memaksimalkan keuntungan merupakan motivasi produsen atau penjual dan tujuan memaksimalkan utilitas (kepuasan) merupakan motivasi konsumen.

Dalam pasar kompetitif, perusahaan merupakan "pengambil harga" (*price taker*), artinya hanya dapat menuruti harga pasar dalam memaksimalkan keuntungan serta tidak bisa menentukan harga tersebut.



Gambar 1. Kurva Permintaan yang Dihadapi Perusahaan (*Price Taker*) dalam Pasar Kompetitif

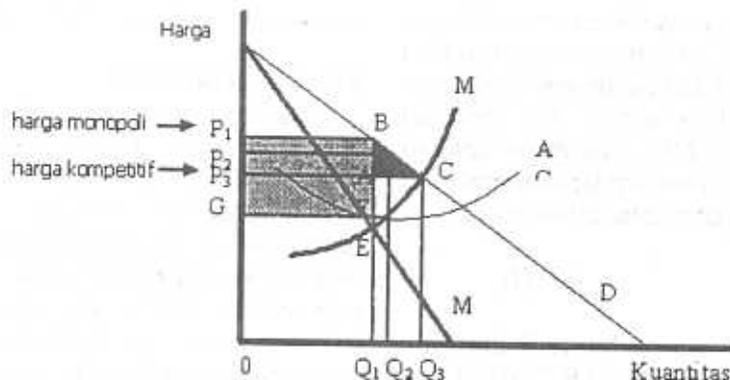
Gambar 1 menyajikan kurva permintaan dari perusahaan (*price taker*) dalam pasar kompetitif sempurna. *Price taker* menghadapi kurva permintaan horisontal dari barang yang diproduksi.¹ Harga ekuilibrium pasar merupakan perpotongan antara kurva permintaan D dan kurva penyediaan S. Pada harga pasar, masing-masing perusahaan dapat menjual dengan jumlah sekehendaknya tanpa dapat mempengaruhi harga. Setiap upaya menaikkan harga di atas harga pasar akan menghasilkan penjualan nol alias tidak ada konsumen yang mau membeli, sebab konsumen segera akan berpaling ke arah penjual yang menawarkan produk yang sama dengan harga pasar.

Dari ilustrasi di atas jelas dapat dipahami bahwa paradigma kompetitif menjadi sangat penting karena kompetisi menekan perusahaan-perusahaan untuk terus-menerus berusaha mencari cara terbaik untuk memproduksi barang dan pelayanan. Dalam situasi kompetisi, perusahaan-perusahaan harus memperoleh *rate of return* dari harga yang ada di pasar, sebab jika tidak maka mereka akan terlempar dari bisnis. Para produsen dalam pasar kompetitif akan selalu berada dalam tekanan untuk menemukan cara memangkas biaya produksi dan memperoleh keuntungan yang lebih banyak (ingat: salah satu

syarat pasar kompetitif adalah adanya motivasi *profit maximization* dari masing-masing produsen) pada situasi lingkungan yang juga terus berubah⁶. Inilah mekanisme yang populer dengan istilah *invisible hand*. Adam Smith² yang membawa ke arah ekonomi yang efisien. Sekarang, bagaimana analisisnya jika hanya terdapat satu pemain dalam industri? Simak uraian berikut.

MONOPOLI

Kompetisi sempurna merupakan struktur pasar yang ekstrim. Pada ekstrim lain dikenal struktur monopoli. Monopoli murni merupakan penyedia tunggal suatu barang atau pelayanan, yaitu tidak terdapat barang pengganti (*substitusi*) bagi barang tersebut dan terdapat hambatan masuk pasar bagi penyedia lainnya. Dalam terma elastisitas harga, ketiadaan barang substitusi mengandung arti bahwa elastisitas silang (*cross elasticity*) antara permintaan produk monopoli dan semua produk lainnya adalah rendah. Dus peningkatan harga produk monopoli hanya sedikit mempengaruhi peningkatan permintaan terhadap barang lainnya. Karena tidak ada pesaing maka monopoli dapat menentukan sendiri harga yang diinginkan serta jumlah produk yang disediakan, sehingga monopoli disebut "penentu harga" (*price setter*)^{1,3,5}.



Gambar 2. Ekuilibrium Monopoli dan Biaya Sosial Akibat Monopoli

Keadaan ekuilibrium monopoli ditunjukkan oleh Gambar 2. Perhatikan, kurva permintaan D yang dihadapi monopoli berlereng menurun ke bawah karena monopoli menghadapi kurva permintaan pasar secara keseluruhan berlereng ke bawah.^{1,7,8} Dengan kurva permintaan berlereng menurun seperti itu, pendapatan tambahan atau marginal, MR, lebih kecil daripada harga menurut kurva permintaan. Penjelasan sebagai berikut.

Andaikata sebuah perusahaan merupakan satu-satunya korporasi farmasi di suatu negara yang diberi lisensi untuk memproduksi obat AIDS (katakanlah, *acyclovir*). Karena merupakan penyedia tunggal barang maka perusahaan tersebut dapat berperilaku monopoli. Sebagaimana perusahaan lainnya dalam struktur pasar kompetitif, perusahaan monopoli harus memproduksi pada tingkat *output* yaitu pendapatan marginal MR sama dengan biaya marginal MC, yaitu Q_1 untuk memaksimalkan profit (keuntungan)^{1,5,6,7,12} Kalau $MR < MC$, maka hal itu berarti perusahaan mengalami kerugian. Sebaliknya keuntungan berlebihan (*excess profit*) pada struktur monopoli terjadi ketika $MR \geq MC$, yaitu dengan memproduksi tingkat *output* sama atau lebih sedikit daripada Q_1 , dan mematok harga sama atau lebih tinggi daripada P_1 .

Pada Gambar 2 terlihat bahwa pada tingkat *output* Q_1 , monopoli menetapkan harga P_1 . Sesuai dengan kurva permintaan D, maka masyarakat konsumen sebenarnya menghendaki monopoli untuk memproduksi barang dengan *output* yang lebih besar dari Q_1 , yakni Q_3 , yaitu pada tingkat *output* yaitu manfaat marginal MB (= kurva permintaan D) sama dengan biaya marginal MC (= kurva penyediaan S). Harga pada pasar kompetitif ini adalah P_3 . Selanjutnya, sesuai dengan kurva permintaan D pula yang berlereng menurun tersebut, untuk menjual satu unit lebih banyak dari Q_1 , misalnya pada Q_2 , maka monopoli harus menurunkan harga yaitu P_2 . Ketika ini dilakukan, monopoli tentu tidak mungkin menurunkan harga bagi konsumen tambahan tersebut tanpa menurunkan harga juga bagi konsumen lainnya. Yang terjadi kemudian adalah perubahan pendapatan total TR akibat penurunan harga dan peningkatan *output* tersebut. Per definisi pendapatan marginal, MR, adalah perubahan dalam pendapatan total yaitu pendapatan total yang baru dikurangi pendapatan total sebelumnya:

$$MR = TR_2 - TR_1 \quad (1)$$

Pendapatan total adalah harga P dikalikan jumlah Q . Dengan demikian $TR_1 = P_1 Q_1$ dan $TR_2 = P_2 Q_2$. Jadi:

$$MR = P_2 Q_2 - P_1 Q_1 \quad (2)$$

Per definisi, pendapatan marginal MR adalah pendapatan dari satu unit tambahan *output*, artinya Q_2 dalam persamaan di atas adalah $Q_2 = Q_1 + 1$. Dengan sedikit aljabar disubstitusikan ke dalam persamaan (2):

$$\begin{aligned} MR &= P_2 (Q_1 + 1) - P_1 Q_1 \\ &= P_2 Q_1 + P_2 - P_1 Q_1 \\ &= P_2 + (P_2 - P_1) Q_1 \end{aligned} \quad (3)$$

Perhatikan bagian pertama dari ruas kanan persamaan (3) yaitu P_2 , tidak lain adalah harga yang baru dari setiap unit tambahan yang dijual, sedang bagian kedua ruas kanan merupakan perubahan harga dikalikan kuantitas. Karena telah diketahui bahwa harga telah diturunkan, maka P_2 tentu lebih rendah daripada P_1 , artinya $(P_2 - P_1)$ adalah negatif. Artinya apa? Artinya tentu saja $P_2 > MR$.

Dengan demikian kurva MR lebih rendah daripada kurva permintaan D (yaitu kurva yang menunjukkan harga). Sebagai contoh, untuk memaksimalkan keuntungan, monopoli memproduksi pada tingkat *output* yaitu $MC = MR$, jadi pada Q_1 . Pada tingkat *output* Q_1 , titik B (mencerminkan harga) terletak lebih tinggi daripada titik E (menunjukkan pendapatan marginal). Harga pada tingkat *output* tersebut adalah P_1 . Pendapatan total monopoli adalah P_1 dikalikan Q_1 , ditunjukkan oleh segiempat OP_1BQ_1 . Biaya total adalah biaya rata-rata AC dikalikan *output* Q_1 , digambarkan oleh segiempat $OGFQ_1$, sedang keuntungan yang dinikmati monopoli adalah segiempat sisanya, yaitu GP_1BF . Jika hambatan masuk pasar terus berlangsung, maka keuntungan ekonomis tersebut dapat dipertahankan dan bahkan ditingkatkan lagi dengan iklan, promosi, diferensiasi produk, dan cara-cara lain. Sebagai contoh, perusahaan farmasi tersebut dapat dengan gencar melancarkan iklan, promosi televisi. Pelaku monopoli dapat memilih memproduksi tingkat *output* yang lebih kecil daripada Q_1 , dengan menentukan harga lebih tinggi daripada P_1 , dan tetap menikmati *excess profit*.

AKIBAT MONOPOLI

Gambar 2 menunjukkan bahwa tingkat *output* Q_1 memberikan keuntungan maksimal bagi monopoli, karena pendapatan marginal MR sama dengan biaya marginal MC. Gejala inefisiensi terlihat karena monopoli mengenakan harga lebih tinggi daripada biaya marginal. Biaya marginal mencerminkan nilai yang diberikan konsumen terhadap setiap unit pertambahan produk. Harga yang membawa kepada keadaan yang efisien apabila harga tersebut mencerminkan kesamaan

antara manfaat marginal dan biaya marginal (disebut *marginal cost pricing*)^{1,3}, tetapi ini tidak dilakukan monopoli. Monopoli mengenakan harga tinggi P_1 , atau bahkan lebih tinggi, karena tahu konsumen mau membayar (*willing to pay*) setinggi harga itu sesuai dengan kurva permintaan D konsumen.

Output Q_1 terlalu sedikit bagi konsumen, karena konsumen menghendaki *output* dengan penyediaan S dapat memenuhi kurva permintaan D. Dengan kata lain biaya marginal MC sama dengan manfaat marginal MB, yaitu pada Q_3 . Karena hal itu tidak dilakukan monopoli, maka industri monopoli mengakibatkan implikasi ekonomis: (1) kehilangan surplus konsumen sebesar segitiga ABC; dan (2) kehilangan surplus produsen sebesar segitiga ACE. Jika keduanya dijumlahkan, terjadi kehilangan surplus sebesar segitiga BCE disebut biaya sosial (*social cost*), kerugian kesejahteraan (*welfare loss*) atau dalam buku-buku teks populer berbahasa Inggris disebut "*deadweight loss*".^{1,2,3,5,6,7} Implikasi tersebut menunjukkan bahwa pada industri monopoli terjadi Pareto-suboptimalitas alokasi sumber daya. Artinya, *output* yang dihasilkan dan ditemukan di dalam pasar lebih sedikit daripada *output* yang seharusnya bisa diproduksi dengan optimal.

Apakah hanya itu implikasi monopoli? Tidak. Monopoli mengakibatkan transfer sumber daya atau pendapatan dari konsumen ke industri monopoli. Perhatikan, bidang P_3P_1BA pada Gambar 2 merupakan surplus konsumen yang berpindah dari konsumen kepada keuntungan produsen. Artinya, dengan berlakunya harga P_1 pada *output* Q_1 (bukannya harga kompetitif P_3), maka keuntungan yang seharusnya dapat dinikmati konsumen kini berpindah dinikmati produsen.

Monopoli dapat melakukan diskriminasi harga yaitu mengenakan harga yang berbeda untuk konsumen yang berbeda (dokter juga dapat melakukan ini terhadap pasiennya). Makin besar kemampuan monopoli melakukan diskriminasi harga makin kecil "*deadweight loss*" (sekali lagi: kerugian kesejahteraan secara keseluruhan), tetapi makin besar keuntungan monopoli dan makin kecil surplus konsumen (karena surplus yang seharusnya dinikmati konsumen atau pasien berpindah kepada produsen atau dokter).⁸

Transfer sumber daya itu sendiri dari konsumen atau pasien kepada produsen atau dokter sebenarnya bukan merupakan biaya sosial. Dengan kriteria efisiensi, beralihnya sumber daya dari konsumen ke produsen bukan merupakan masalah. Tetapi transfer sumber daya menjadi masalah ketika kita memperhatikan aspek normatif dari ekonomi yaitu kriteria keadilan (*equity*). Ketika kriteria

keadilan redistribusi sumber daya kita gunakan, kita bisa mempertanyakan apakah keuntungan berlebihan yang dinikmati perusahaan monopoli memang diinginkan masyarakat. Di sinilah terletak justifikasi pemerintah untuk melakukan campur tangan dalam ekonomi pasar. Dengan penjelasan di atas bahwa struktur monopoli berakibat buruk kepada efisiensi maupun keadilan, pemerintah tidak hanya memiliki peran tetapi harus memainkan peran tersebut untuk mengeluarkan kebijakan yang mengendalikan perilaku monopolistik dan mengatur realokasi atau redistribusi sumber daya sehingga tercapai keadaan ekonomi yang efisien dan adil (*equitable*).

FAKTOR PENYEBAB MONOPOLI

Intinya, monopoli terjadi karena ada hambatan (*barrier*) terhadap pelaku baru untuk masuk ke dalam pasar, sehingga mencegah kompetisi. Hambatan tersebut dapat bersifat "legal" ataupun "natural" (alamiah). Faktor penyebab terjadinya monopoli dapat dikategorikan sebagai berikut^{2,4,5,6}: (1) kepemilikan bahan baku atau pengetahuan strategis; (2) hak paten produk atau proses produksi; (3) lisensi; (4) kebijakan pembatasan harga; (5) keberadaan historis satu produsen dalam industri; (6) pangsa pasar relatif terlalu kecil untuk mencapai skala ekonomis bagi banyak perusahaan.

Pertama, kepemilikan bahan baku strategis, ataupun pengetahuan eksklusif tentang teknik produksi, memberikan peluang terjadinya monopoli. Ingat bahwa salah satu karakteristik pasar kompetitif adalah homogenitas produk. Tetapi jika produsen mampu membuat produk yang berbeda dengan produk lainnya yang tersedia di pasar, maka ia memiliki kesempatan untuk menerapkan praktik monopoli. Sebagai contoh, seorang ahli bedah kosmetik memiliki peluang lebih besar untuk berperilaku monopoli dibandingkan dengan dokter umum, ketika ia memiliki pengetahuan eksklusif tentang teknik memperindah kurvatur hidung yang tidak dimiliki oleh dokter umum. Makin spesialisistik keahlian dokter, makin eksklusif produk yang dihasilkannya dan makin besar kesempatan untuk berperilaku monopoli. Sebaliknya dokter umum sulit melakukan monopoli karena banyak produsen lain menghasilkan pelayanan yang serupa. Dokter umum mampu melakukan monopoli jika ia memiliki pengetahuan dan keterampilan yang unik untuk melakukan diferensiasi produk sedemikian sehingga produk yang dihasilkan merupakan pelayanan kesehatan atau medik yang eksklusif dan unik. Kemampuan monopoli dapat terus dipertahankan jika informasi tentang "resep" memproduksi barang unik tersebut disembunyikan atau dirahasiakan rapat-rapat – satu lagi contoh

kegagalan pasar kompetitif untuk bekerja sesuai dengan teorema fundamental ekonomi kesejahteraan ketika asumsi *perfect information* yang seharusnya dimiliki pelaku pasar dalam membuat keputusan tidak dipenuhi. Lebih jauh, di luar masalah mikro-ekonomi, sesuai dengan kiat pemasaran, diferensiasi tersebut tidak harus menyentuh substansi, melainkan bisa saja hanya bersifat superfisial (kulitnya "doang"), ibarat memberikan bungkus permen yang lebih atraktif meski isinya tetap saja permen yang sama.

Kedua, monopoli dapat terjadi secara "legal" karena ada hak paten suatu produk atau proses produksi yang diberikan pemerintah. Hak paten sebenarnya merupakan pengakuan terhadap temuan (invenisi) dan penghargaan terhadap kekayaan intelektual. Selain itu, hak paten diperlukan untuk mendukung kegiatan-kegiatan inovatif lainnya. Namun, campur tangan pemerintah dalam pemberian hak paten dapat mengakibatkan perusahaan pemegang hak tersebut berperilaku monopolistik. Hak paten dapat melegitimasi kekuatan monopoli perusahaan farmasi penemu obat-obat baru hingga 20 tahun lamanya. Persoalannya, perlukah perusahaan penemu obat mengenakan harga tinggi temuannya ketika dilemparkan di pasar?

Sesungguhnya, segera setelah sebuah perusahaan farmasi menyelesaikan riset dan memperoleh pengetahuan baru tentang cara memproduksi obat baru, maka ketika obat diproduksi dalam skala besar ke dalam pasar tidak diperlukan lagi biaya marginal berkaitan dengan pengetahuan baru tersebut. Pengetahuan tentang cara membuat obat baru tidak lagi memiliki salah satu karakter barang swasta (*private good*) yang disebut *exhaustible*, sebab pengetahuan tersebut tidak akan habis ketika digunakan oleh berapapun konsumen. Dengan kata lain, sesungguhnya tidak ada alasan untuk mengenakan biaya penemuan obat terhadap setiap unit obat yang diproduksi dan diedarkan ke dalam pasar. Namun dengan diberikannya hak paten, maka perusahaan penemu obat dapat terus-menerus mengenakan semua biaya yang berkaitan dengan penemuan dan pengujian obat tersebut yang telah dilakukan di masa lalu (disebut *sunk cost*), dan perusahaan menikmati profit berlebihan sepanjang masa pemberian hak paten.

Beberapa tahun terakhir sejumlah kelompok aktivis anti "globalisasi" gencar melancarkan kampanye publik menentang hak paten obat yang dianggap telah mengakibatkan meroketnya harga pelayanan kesehatan, terutama di negara-negara berkembang. Sebagai contoh, LSM tingkat dunia terkenal, Oxfam, baru-baru ini mengeluarkan

laporan: "Setiap minggu 200.000 orang meninggal karena penyakit infeksi, sebagian besar dari mereka adalah wanita, pria dan anak-anak yang tinggal di kantong-kantong kemiskinan negara-negara berkembang. Peraturan paten global yang disetujui *World Trade Organization* (WTO) tahun 1994 memperparah krisis kesehatan masyarakat melalui peningkatan biaya obat-obatan".

Sumber monopoli ketiga yang juga bersifat "legal" adalah lisensi pemerintah ataupun profesi. Tujuan lisensi sebenarnya baik yakni memberi kepastian standar minimal kualitas barang atau pelayanan. Namun tujuan yang baik bisa menjadi tidak berarti apa-apa jika disikapi secara indifferen tanpa kajian kritis (artinya, hanya dilihat segi positifnya tetapi tidak diperhatikan sisi negatifnya). Lisensi dari pemerintah atau organisasi profesi (misalnya ijin praktik) merupakan instrumen yang mampu menghambat secara "legal" kelancaran lalu lintas penyediaan pelayanan kesehatan baru untuk memasuki pasar.^{7,8} Keadaan itu disebut sebagai *legal monopoly*.^{2,6} Hambatan "legal" tersebut memungkinkan terjadinya raja-raja kecil di suatu wilayah. Sudah menjadi rahasia umum bahwa organisasi profesi spesialis dengan sangat mudah membuat berbagai alasan untuk mencegah masuknya spesialis baru melakukan praktek di wilayah yang dianggap sebagai "lahan" mereka. Demikian juga hambatan terhadap dokter asing (misalnya dari Filipina, Bangladesh, India, Korea Selatan) untuk membuka praktik di Indonesia dapat mendorong terjadinya monopoli penyediaan pelayanan dokter.

Lisensi tidak selalu menciptakan monopoli, tetapi yang jelas menghambat kompetisi yang berimplikasi pada isu-isu nonekonomis. Di luar perspektif ekonomi, argumen bahwa lisensi merupakan instrumen jaminan mutu sangat lemah jika pada kenyataannya lisensi diberikan sekali dan berlaku seumur hidup kepada dokter atau spesialis. Padahal ketrampilan teknis, kapasitas, dan retensi memori manusia jelas menurun selama siklus hidupnya, sedang ilmu dan teknologi kedokteran terus berkembang dengan cepat sehingga membuat pengetahuan lama yang dimiliki klinisi menjadi "obsolete" alias kuno (dalam jargon populer dikatakan tidak mempraktikkan *evidence-based medicine*).

Keempat, dengan menerapkan kebijakan pembatasan harga, sebuah atau sejumlah perusahaan dalam suatu industri dapat berkolusi untuk menetapkan *limit pricing policy*⁷ ataupun membatasi output dengan tujuan meningkatkan harga, dengan demikian meningkatkan profit, lazim disebut kartel³. Perilaku kartel dapat dilakukan oleh sekelompok pabrik obat yang memproduksi obat

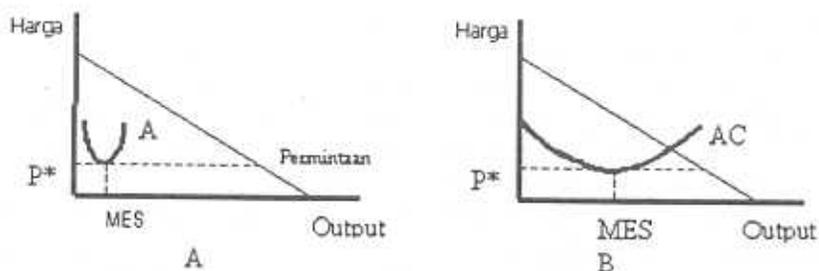
yang sama. Tetapi organisasi profesi atau sekelompok dokter atau spesialis dapat juga berperilaku kartel. Secara informal, implisit, atau tak langsung, anggota profesi dokter atau spesialis dapat menetapkan suatu norma tentang besar minimum jasa pelayanan yang berlaku di suatu wilayah. Dengan meningkatkan harga pelayanan, maka para dokter atau spesialis bisa kehilangan sebagian tetapi yang jelas tidak seluruh pasien, karena kekuatan monopoli menempatkan mereka sebagai *price setter* dan menghadapi kurva permintaan yang nyaris horisontal (umumnya pelayanan kuratif bersifat *price inelastic*, sehingga kurva permintaan D menjadi agak mendatar artinya kuantitas pelayanan yang dibeli pasien tidak banyak menurun dengan meningkatnya harga pelayanan).

Di Amerika Serikat, kartel merupakan praktik bisnis yang ilegal⁵. Divisi Antitrust Departemen Kehakiman AS mempunyai pekerjaan utama mengawasi dan mencari bukti-bukti perilaku nonkompetitif dari perusahaan-perusahaan. Di bawah Undang-Undang Clayton atau Sherman jika ditemukan bukti-bukti sekelompok perusahaan membatasi *output* dan terlibat dalam praktik antikompetisi, maka pengadilan akan menjatuhkan denda berat kepada (kelompok) perusahaan tersebut.

Sumber monopoli kelima adalah keberadaan historis produsen tunggal dalam suatu industri. Varian⁵ menyebutnya *historical accident* alias "kecelakaan historis". Perusahaan tunggal yang sudah lama bercokol dalam industri memiliki keuntungan dan pengalaman dalam mengelola segala macam biaya. Apabila dalam industri memang terlalu banyak biaya yang diperlukan untuk mendirikan perusahaan baru (disebut *set-up cost* atau *entry cost*)^{2,6}, maka para debutan akan menjadi gamang untuk memasuki pasar. Para pelaku yang telah lama bercokol di suatu daerah dapat memperberat kegamangan itu dengan cara melancarkan kebijakan-kebijakan lainnya misalnya promosi berlebihan dan diferensiasi produk secara terus-menerus.

Sumber monopoli terakhir bersifat natural (alamiah). Ada situasi yaitu ukuran (pangsa) pasar tidak memungkinkan lebih dari satu produsen berproduksi optimal. Jika skala ekonomis demikian besar (catatan: skala ekonomis berarti, sampai pada titik tertentu berproduksi pada tingkat *output* yang makin tinggi akan menurunkan biaya produksi satu unit barang atau pelayanan), sehingga sebuah perusahaan tunggal dapat mensuplai keseluruhan pasar dengan biaya rata-rata total yang lebih rendah daripada yang dapat dilakukan sejumlah perusahaan dalam pasar kompetitif, maka industri dengan sebuah perusahaan akan membawa kepada keadaan ekulibrium yang lebih efisien.^{2,6} Penjelasan sederhana saja: monopoli natural dapat menghindari duplikasi tak perlu yang terjadi ketika dua atau lebih perusahaan mengalokasikan sumber daya *input* yang sama. Dengan demikian ada kemungkinan terjadi penurunan biaya, penurunan harga dan peningkatan *output*. Dalam mikroekonomi dikenal parameter yang disebut "skala minimum efisien" (MES), yaitu tingkat *output* yang meminimalkan biaya rata-rata, relatif terhadap ukuran (= besarnya) permintaan⁵.

Gambar 3 menyajikan kurva biaya rata-rata dan kurva permintaan dari dua jenis barang. Pada pasar A terdapat ruang bagi banyak perusahaan, masing-masing mengenakan harga mendekati P^* dan masing-masing beroperasi dalam skala yang relatif kecil. Pada pasar B, hanya sebuah perusahaan dapat memperoleh keuntungan positif. Dari Gambar 3 dapat dipahami, pasar A dapat beroperasi dalam model pasar kompetitif sebab skala ekonomis dapat dicapai pada tingkat *output* yang tidak terlalu besar, sehingga dapat dilakukan oleh masing-masing perusahaan yang relatif kecil. Di lain pihak, pasar B beroperasi dalam model monopoli, sebab hanya sebuah perusahaan besar yang kiranya mampu mencapai skala ekonomis pada tingkat *output* yang besar. Implikasinya, MES menciptakan "monopoli alamiah" (*natural monopoly*).^{2,6,14} Pemerintah lantas mengambil alih produksi barang atau pelayanan, misalnya penyediaan listrik, air minum, komunikasi, dan kereta api.



Gambar 3. (A) Permintaan Cukup Besar Dibandingkan dengan Skala Efisien Minimum, Cocok untuk Pasar Kompetitif. (B) Permintaan Relatif Terlalu Kecil Dibandingkan dengan Skala Efisien Minimum, Memungkinkan Industri Monopoli

Natural monopoly relevan di sektor kesehatan.^{7,8,9,10,11} Contoh, pendirian rumah sakit di suatu kabupaten berpenduduk tidak terlalu padat. Dengan ukuran pasar demikian kecil, jangankan mendirikan sejumlah rumah sakit, eksistensi rumah sakit tunggal pun tidak mampu mencapai skala ekonomis dan hanya cukup menutup ongkos-ongkos produksi. Bahkan ketika permintaan pelayanan medis menurun, rumah sakit tidak mampu bertahan tanpa suntikan subsidi (dari pemerintah) atau donasi (dari misi keagamaan). Dalam hal monopoli natural, keberadaan produsen tunggal justru menguntungkan konsumen.

REGULASI PEMERINTAH TERHADAP MONOPOLI

Pemerintah tidak hanya memiliki peran tetapi perlu memainkan peran tersebut untuk mengendalikan industri pelayanan kesehatan agar memperhatikan aspek efisiensi dan keadilan dalam distribusi sumber daya kesehatan. Intinya, intervensi pemerintah dapat mengambil beberapa bentuk: (1) Undang-Undang (UU) Anti-Trust, (2) pengendalian harga; (3) pengenaan pajak; dan (4) penyediaan barang atau pelayanan kesehatan oleh pemerintah.

Sebagai perbandingan, di AS dikenal tiga buah Undang-Undang Anti-Trust^{3,7}: Undang-Undang Sherman (1890); Undang-Undang Clayton (1914); dan Undang-Undang Komisi Perdagangan Federal (1914). Undang-Undang Anti-Trust bertujuan memastikan: (1) alokasi optimal sumber-sumber daya masyarakat pada pasar dan minimalisasi biaya di masing-masing pasar; (2) maksimalisasi efisiensi dinamis dengan cara meningkatkan kemajuan teknologi dan menekan perusahaan-perusahaan untuk melakukan inovasi; (3) peningkatan keadilan dengan cara menghilangkan ketidakadilan pendapatan yang ditimbulkan oleh keuntungan-keuntungan monopoli serta hambatan-hambatan yang membatasi kesempatan ekonomi.

Indonesia memiliki Undang-Undang No.5 Tahun 1999 tentang Larangan Praktik Monopoli dan Persaingan Usaha Tidak Sehat. Diundangkan sejak 5 Maret 1999, UU itu merupakan produk yang positif bagi industri, termasuk industri pelayanan kesehatan. Meskipun demikian, persoalan lebih besar yang lazim dijumpai tentang peraturan perundang-undangan di Indonesia adalah lemahnya implementasi undang-undang (*law enforcement*) itu sendiri – sehingga ibaratnya UU menjadi semacam “macan kertas”. Selain itu, produk hukum itu umumnya tidak diikuti oleh pembentukan derivat-derivat produk hukum yang lebih rendah dan operasional, misalnya Peraturan Pemerintah tentang praktik monopoli dan persaingan usaha industri pelayanan kesehatan di rumah sakit.

Dalam kasus-kasus yang sederhana, pengendalian harga oleh pemerintah secara teoretis dapat mengurangi biaya sosial akibat monopoli. Regulasi harga dapat menjadi instrumen efektif untuk menurunkan harga, menangkalkan keuntungan berlebihan monopoli, dan meminimalkan biaya sosial. Namun satu hal perlu dicatat, bahwa umumnya rumah sakit dan dokter memproduksi berbagai jenis pelayanan medis. Implikasinya, implementasi kebijakan regulasi harga dalam situasi demikian merupakan pekerjaan rumit.⁷

Instrumen penting lainnya yang digunakan untuk mengendalikan keuntungan berlebihan monopoli industri adalah pajak. Sebagai contoh, melalui pajak lumpsum, pelaku monopoli membayar pajak dalam jumlah tertentu yang konstan, tidak tergantung pada jumlah *output* produksi. Pajak lumpsum mengurangi profit berlebihan^{1,3,4}, sebab meningkatkan biaya tetap total (*total fixed cost*), tetapi tidak mengubah tingkat *output* yang memberikan keuntungan maksimal kepada monopoli (Q, pada Gambar 2). Biaya marginal MC dari perusahaan monopoli tidak terpengaruh, sehingga ekuilibrium monopoli tetap sama asal pajak lumpsum tidak melampaui keuntungan berlebihan monopoli. Pajak lumpsum tidak mengakibatkan distorsi maupun menimbulkan biaya sosial baru.

Pajak per unit³ yang dikenakan terhadap monopoli mengakibatkan bergesernya kurva MC ke atas alias meningkatkan biaya marginal dalam jumlah sesuai dengan besarnya pajak. Pajak per unit menurunkan kuantitas output yang diproduksi serta meningkatkan harga, meskipun peningkatan harga tersebut masih lebih rendah daripada besarnya pajak per unit.

KESIMPULAN

Monopoli merujuk kepada industri yang hanya memiliki sebuah penyedia tunggal barang, pelayanan, atau sumber daya, tidak terdapat barang substitusi, dan terdapat hambatan yang mencegah produsen-produsen baru memasuki pasar. Monopoli merugikan kesejahteraan sebab memproduksi output pada tingkat lebih rendah daripada *output* optimal, dan mengenakan harga lebih tinggi daripada harga kompetitif sehingga mengakibatkan (1) pareto-suboptimalitas alokasi sumber daya; dan (2) transfer (perpindahan) surplus konsumen kepada surplus produsen. Akibat pertama merupakan masalah efisiensi (*efficiency*), sedangkan akibat kedua merupakan masalah keadilan *equity*.

Pemerintah tidak hanya memiliki peran tetapi harus memainkan peran untuk mengontrol monopoli-oligopoli dalam industri pelayanan kesehatan. Dikenal sejumlah instrumen yang dapat digunakan pemerintah untuk mencegah perilaku antikompetisi dan monopolistik, serta memperbaiki keadilan alokasi sumber daya, antara lain Undang-Undang Anti-*Trust*, pengendalian harga, pengenaan pajak, dan penyediaan barang dan pelayanan oleh pemerintah dalam monopoli natural.

KEPUSTAKAAN

1. Blake D. A Short Course of Economics. McGraw-Hill Book Company. London. 1993.
2. Hardwick, P., Langmead, J., Khan, B. An Introduction to Modern Economics. Essex: Longman. 1999.
3. Maddala, G.S. Microeconomics: Theory and Applications. McGraw-Hill Book, Co. Singapore. 1989.
4. Koutsoyannis, A. Modern Microeconomics. London: The Macmillan Press Ltd. London. 1979.
5. Varian, H.R. Intermediate Microeconomics: A Modern Approach. WW Norton & Company. New York. 1987.
6. McTaggart, D, Findlay, C, Parkin, M. Microeconomics. Addison-Wesley Publishing Company. Sydney. 1996.
7. Folland, S., Goodman, A.C., Stano, M. The Economics of Health and Health Care. Upper Saddle River NJ: Prentice-Hall. 2001.
8. Santerre, R.E., Neun, S.P. Health Economics: Theories, Insights, and Industry Studies. The Dryden Press. Orlando, FL. 2000.
9. Phelps, C.E. Health Economics. Reading, MA: Addison-Wesley. 1997.
10. Feldstein, P.J. Health Care Economics. John Wiley & Sons. New York. 1979.
11. Clewer, A., Perkins, D. Economics for Health Care Management. Prentice Hall. London. 1998.
12. Friedman, L.S. Microeconomic Policy Analysis. McGraw-Hill, Inc. New York. 1984.
13. Bale Jr. H.E. Patents and Public Health: a Good or Bad Mix? www.pfizerforum.com. 2001.
14. Mansfield, E. Microeconomics: Theory and Applications. WW Norton & Company. New York. 1970.