

Ekonomi Kesehatan

Dr. Mohamad Ichwan, S.E., M.Kes



PENDAHULUAN

Dalam modul ini kita akan mempelajari peran ilmu ekonomi pada bidang kesehatan. Karena kesehatan merupakan sesuatu yang tidak terobservasi dan tidak dapat diperdagangkan, komoditas dalam kesehatan akan diarahkan pada pelayanan kesehatan. karena itu penerapan ilmu ekonomi tidak selamanya mengikuti aturan umum yang berlaku. Perlu penyesuaian agar prinsip-prinsip ilmu ekonomi dapat diterapkan secara lebih tepat dalam bidang kesehatan.

Secara umum, setelah mempelajari modul ini, Anda diharapkan dapat menjelaskan tentang peran ilmu ekonomi dalam bidang kesehatan. Secara khusus, setelah mempelajari modul ini, Anda diharapkan:

1. Menjelaskan masalah ekonomi dalam bidang kesehatan terutama masalah alokasi sumber daya
2. Menjelaskan permintaan-penawaran pelayanan kesehatan.
2. Menjelaskan tentang teori utilitas dalam bidang kesehatan.
3. Menjelaskan karakteristik komoditas kesehatan

KEGIATAN BELAJAR 1

Ekonomi dan Ekonomi Kesehatan

❧ Pada kegiatan belajar ini kita akan mempelajari prinsip ekonomi yang dapat diterapkan dalam bidang kesehatan. Perhatian utama dalam pembahasan kita adalah mengenai keterbatasan sumber daya yang tersedia dan kebutuhan yang tidak terpenuhi secara sempurna.

Perkembangan beberapa tahun terakhir terlihat lonjakan minat dalam mereformasi organisasi dan sistem kesehatan dengan mengganti peranan pemerintah ke arah kekuatan pasar. Hal ini dipicu oleh terus meningkatnya biaya kesehatan dan prioritas yang makin bersaing seperti pendidikan, kesejahteraan, dan keprihatinan terhadap masalah lingkungan. Sehingga analis dan pembuat kebijakan telah berpaling kepada pasar yang kompetitif sebagai sarana pilihan untuk mereformasi sistem perawatan medis. Masalah pengelolaan sumber daya ke dalam bidang kesehatan yang semakin bersaing dengan bidang lainnya membuka ruang makin besar bagi ilmu ekonomi untuk berperan mengatasinya.

A. MASALAH ALOKASI KESEHATAN

Dua alasan sederhana yang mendasari kehadiran ilmu ekonomi sebagai ilmu tentang tingkah laku manusia. *Pertama*, adanya keterbatasan sumber daya yang tersedia bagi kehidupan, yang berarti pula bagi setiap masyarakat, organisasi, dan individu. *Kedua*, nampaknya *needs* dan *wants* kita sebagai manusia dan masyarakat tidak dapat terpenuhi secara sempurna. Kedua hal tersebut memberi kejelasan mengapa proses pemilihan harus dilakukan. Tidak hanya pilihan tentang apa yang harus dilakukan, tetapi juga tentang pilihan apa yang tidak harus dilakukan.

Kedua alasan sederhana di atas memberikan sebuah pemahaman bahwa setiap keputusan yang ditetapkan dalam usaha memenuhi suatu kebutuhan hidup dengan sumberdaya yang terbatas akan menimbulkan biaya bagi usaha memenuhi kebutuhan hidup lainnya. Biaya yang timbul dari proses tersebut dikenal dengan *opportunity cost*.

Sehingga konsep *opportunity cost* menjadi bagian pokok ilmu ekonomi. Konsep ini mengandung pengertian tentang pengorbanan. Menyadari bahwa sumber daya ekonomi yang tersedia terbatas, alokasinya untuk suatu jenis

kegiatan akan menyebabkan hilangnya manfaat atas penggunaan sumber tersebut pada kegiatan lainnya. Sebagai contoh penerapan sumber daya ekonomi yang terbatas adalah waktu, apabila Amir menetapkan bahwa jam tertentu digunakan untuk memproduksi barang A maka Amir akan kehilangan manfaat atas waktu tersebut untuk menghasilkan barang lainnya yang bersamaan waktunya. Contoh lain untuk pelayanan kesehatan rumah sakit, apabila suatu rumah sakit menetapkan bahwa persentase tertentu dari anggaran rumah sakit digunakan untuk membeli peralatan pelayanan gigi (*dental unit*), rumah sakit bersangkutan kehilangan kesempatan untuk menggunakan dana tersebut untuk membeli peralatan kesehatan anak.

Konsep *opportunity cost* mendorong kita untuk meletakkan nilai moneter kepada biaya. Sehingga penggunaan waktu seperti contoh di atas, *opportunity cost* yang muncul dapat diukur berdasarkan beberapa kemungkinan pendapatan yang hilang karena tidak dapat menghasilkan barang lain pada waktu yang bersamaan.

Setiap kehidupan masing-masing walaupun tidak harus semuanya dilakukan secara sadar, setiap orang senantiasa berusaha untuk memaksimalkan manfaat atas penggunaan sumber daya apa saja yang dimiliki. Inilah yang mendorong lahirnya dasar pengertian tentang efisiensi, yaitu memperoleh manfaat secara maksimal untuk sumber daya yang ada. Sebagai contoh sederhana tentang pilihan konsumsi buah-buahan, ketika Amir lebih menyenangi buah avokad dibandingkan jeruk, dan kemudian bertindak secara terus menerus membeli buah avokad maka sampai pada saat tertentu akan merasa bahwa lebih baik jika mengonsumsi advokadnya dengan memberi porsi yang lebih besar kepada buah jeruk. Dengan begitu alokasi anggaran untuk buah-buahan yang telah tertentu (*given*) untuk waktu tertentu, kondisi optimal bagi Amir adalah mengonsumsi 100 buah avokad dan 75 buah jeruk.

Bagi Amir pola konsumsi demikian merupakan model tentang tingkah-lakunya. Dengan alokasi anggaran yang tertentu, kombinasi Avokad dan Jeruk seperti demikian adalah yang paling maksimal baginya dibandingkan apabila kombinasi lainnya seperti 75 buah Avokad dan 100 Jeruk. Apabila Amir menghadapi situasi harga satuan kedua buah tersebut persis sama, kombinasi maksimal 100 buah Avokad dan 75 Jeruk tetap lebih disukai dibandingkan kombinasi 99 buah Avokad dengan 76 Jeruk. Kombinasi yang menjadi pilihan terbaik seperti itu didasari oleh karena penilaian Amir mengenai kerugian yang dihasilkan oleh tidak dikonsumsi Avokad yang

ke 100 masih belum dapat digantikan oleh manfaat yang diperoleh dari konsumsi Jeruk yang ke 76.

Proses yang terjadi pada contoh Advokad dan Jeruk di atas adalah bagaimana proses pengambilan keputusan didasari oleh *at the margin*, yaitu sebuah persoalan keputusan antara Advokad yang ke 100 dengan Jeruk yang ke 76. Berdasarkan pandangan keputusan tersebut, masalah prioritas menjadi bagian utama dalam proses keputusan mengenai pilihan yang harus ditentukan oleh siapa pun. Kecenderungan menikmati Advokad yang lebih banyak dibandingkan Jeruk tidak berarti semua dana yang tersedia akan dibelanjakan untuk buah Advokad semata dan sama sekali tidak menikmati Jeruk. Tidak pula berarti bahwa pembelian Advokad akan dilanjutkan hingga unit yang seberapa pun. Perilaku mengenai alokasi anggaran yang ditandai oleh tidak membelajakan seluruh pendapatannya untuk buah yang lebih disukai hingga unit seberapa pun, disebabkan pada suatu saat pembelian Advokad pada unit tertentu akan menimbulkan *opportunity cost* dalam arti jeruk yang hilang. Karena itu, prioritas bukan sesuatu yang absolut, kita tidak membuat sebuah urutan pengeluaran sedemikian rupa hingga kemudian kita dapat menunjukkan bahwa inilah total *want* (kebutuhan) pada prioritas tertinggi, kemudian kita beranjak pada prioritas kedua, prioritas ketiga, dan seterusnya. Kenyataannya ada penyesuaian konsumsi sedemikian rupa agar seseorang memperoleh keyakinan bahwa dia telah memaksimalkan manfaat yang diterima dari keputusannya. Misalnya membeli barang tertentu relatif lebih banyak dan mengurangi pembelian barang lainnya.

Persoalan pilihan berdasarkan *at the margin* seperti yang telah dicontohkan untuk konsumsi buah di atas, akan lebih realistis apabila keadaan yang dihadapi adalah adanya perubahan harga buah tertentu, misalnya harga Advokad naik menjadi dua kali lipat dari harga sebelumnya. Keadaan tersebut tentu saja Advokad yang dapat dibeli cenderung menjadi berkurang dan buah Jeruk akan cenderung bertambah. *Opportunity cost* Advokad, yaitu berapa banyak Jeruk yang dikorbankan relatif meningkat, dengan begitu pilihan kombinasi penggunaan yang optimal anggaran buah-buahan yang tersedia itu merupakan fungsi preferensi Amir terhadap Advokad atau Jeruk, sekaligus fungsi harga relatif kedua buah yang dihadapinya. Sehingga kesimpulan yang dapat kita kemukakan mengenai keadaan yang dibicarakan di atas adalah:

1. Prioritas bukanlah sesuatu yang absolut atau sesuatu yang mengikuti urutan yang berlaku.

2. Prioritas merupakan fungsi dari manfaat dan sekaligus biayanya.
3. Kondisi penting dalam proses pengambilan keputusan memilih adalah berada pada kondisi *margin*.
4. Penilaian terhadap manfaat dan biaya adalah subyektif.
5. Setiap orang dapat saja berlainan dalam hal pandangan terhadap manfaat dan biaya untuk barang yang sama.

Secara konsep keadaan tersebut dapat diterapkan untuk komoditas kesehatan yaitu pelayanan kesehatan sebagai berikut.

1. Pemilihan prioritas pada pelayanan kelompok orang tertentu, misalnya kelompok orang jompo tidak berarti harus mengalokasikan seluruh pengeluaran untuk jenis pelayanan ini saja.
2. Untuk memutuskan pelayanan kesehatan apa saja dan berapa banyak yang akan dilakukan kepada kelompok orang jompo, harus mempertimbangkan segi manfaat dan biayanya. Penilaian terhadap *opportunity cost* tidak dapat dilakukannya pelayanan kesehatan bagi kelompok lainnya misalnya bagi ibu hamil, anak cacat dan lainnya disaat pengeluaran untuk pelayanan kesehatan kelompok orang jompo telah ditetapkan.
3. Praktiknya dalam kegiatan pelayanan kesehatan, penetapan prioritas adalah bagaimana memilih jenis pelayanan kesehatan manakah yang akan dibiayai dari adanya kelebihan dana sejumlah tertentu. Apakah untuk ibu hamil, orang jompo, atau anak cacat.
4. Tidak ada ukuran secara ilmiah yang benar-benar obyektif mengenai manfaat dan biaya atas kegiatan melayani satu jenis pelayanan kesehatan tertentu dengan pelayanan kesehatan lainnya.
5. Pandangan tentang manfaat dan biaya ini mungkin akan sangat berbeda antara setiap orang dan akhirnya akan membedakan pandangan mengenai keputusan prioritas pelayanan kesehatan.

B. MASALAH PERMINTAAN DAN PENAWARAN DI PASAR

Karena komoditas kesehatan mempunyai ciri berbeda dengan komoditas lainnya, organisasi pasar pelayanan kesehatan berbeda dengan pasar komoditas lainnya. Seperti biasanya yang telah kita pahami bahwa sumber daya adalah langka sementara keinginan manusia tak terbatas. Keadaan tersebut merupakan sebuah konsep dasar yang membentuk landasan penting mengenai permintaan-penawaran. Permintaan sebagai kemauan konsumen

membayar berbagai barang dan jasa yang dikonsumsi. Sementara penawaran berkaitan dengan sisi produksi yang menjelaskan bagaimana biaya faktor-faktor produksi dan harga produk berpengaruh terhadap kuantitas barang yang ditawarkan.

Konsumen pada dasarnya akan memiliki berbagai keinginan terhadap barang dan jasa. Ketika dihadapkan dengan kondisi pendapatan yang terbatas, kita dapat memperoleh pengertian tentang permintaan konsumen sebagai *willingness to pay* (WTP). Pada fungsi permintaan diasumsikan orang akan memberikan nilai kepada barang dan jasa yang membawa manfaat saja. Secara implisit dianggap bahwa orang ketika melakukan penilaian mempunyai pengetahuan yang baik tentang barang dan berbagai aspek yang berkaitan dengan barang yang sedang dinilai, orang tersebut berada pada ruang yang tepat. Ide demikian itulah yang mendasari pengertian tentang *consumer sovereignty*, yaitu sebuah istilah ekonomi yang menunjukkan bahwa konsumen memutuskan suatu pilihan berdasarkan informasi yang sempurna. Istilah ini mempertegas bahwa keputusan konsumen ditetapkan atas dasar seharusnya *sovereign* di pasar.

Fungsi permintaan menjelaskan tentang hubungan antara harga dan jumlah barang yang diminta dan menganggap bahwa pendapatan, harga barang lain, dan selera dalam keadaan konstan (tidak berubah). Pada umumnya fungsi permintaan tersebut sedemikian rupa sehingga tercermin dari bentuk kurvanya yang berkemiringan dari kiri atas ke kanan bawah. Bentuk kurva demikian mengisyaratkan ketika harga barang dan jasa turun (menjadi lebih murah dari sebelumnya) maka jumlah barang dan jasa yang diminta cenderung bertambah, sebaliknya ketika harga barang dan jasa naik (menjadi lebih mahal dari sebelumnya) maka jumlah barang dan jasa yang diminta cenderung berkurang.

Asumsi utama yang melekat pada permintaan adalah bahwa orang yang tepat untuk menilai suatu barang atau jasa adalah mereka yang akan memperoleh manfaat dari barang atau jasa tersebut. Fungsi permintaan mengasumsikan pula bahwa konsumen adalah mereka yang paling baik informasinya tentang barang atau jasa yang akan dikonsumsi sehingga dialah orang yang tepat memberikan penilaian. Atas dasar inilah lahir landasan penting mengenai *consumer sovereignty*, sebuah pandangan bahwa konsumen seharusnya mempunyai kebebasan di sisi permintaan pasar. Namun landasan penting tersebut tidak benar-benar tercipta pada komoditi pelayanan kesehatan karena konsumen tidak cukup memiliki pengetahuan

tentang komoditi yang akan dikonsumsi. Konsumen mempunyai pengetahuan yang terbatas mengenai berbagai aspek yang melekat pada komoditas kesehatan, seperti pengetahuan yang terbatas mengenai keadaan kesehatan, efektivitas pelayanan kesehatan yang tersedia, biaya yang diperlukan untuk mendapatkan pelayanan kesehatan yang efektif.

Konsep yang melatarbelakangi permintaan adalah utilitas (biasa dinyatakan sebagai *utility*), sebuah jargon ilmu ekonomi untuk menyatakan kepuasan. Semakin besar kepuasan seseorang terhadap konsumsi barang atau jasa tertentu, orang akan semakin tinggi rela membayarnya. Pandangan ini yang membangun asumsi ekonom bahwa cara orang menghabiskan pendapatan yang tersedia untuk membeli barang atau jasa merupakan usaha untuk memaksimalkan kepuasannya.

Apabila situasi yang dihadapi adalah semua barang atau jasa ditawarkan dengan harga yang sama, sangat rasional apabila seseorang hanya akan mengonsumsi barang-barang yang memberikan utilitas terbesar. Hal ini tidak berarti bahwa orang tersebut secara terus menerus hanya akan mengonsumsi satu jenis barang saja, Ia boleh jadi mengombinasikan dengan barang atau jasa lainnya.

Konsep mengenai utilitas marginal karenanya harus masuk dalam pertimbangan pilihan kombinasi konsumsi, khususnya tentang konsep *diminishing marginal utility*. Konsep ini menyampaikan sebuah keadaan bahwa utilitas yang diperoleh dari aktivitas konsumsi barang atau jasa tertentu akan lebih tinggi ketika mengurangi kuantitas konsumsi barang atau jasa tertentu. Namun demikian tidak berarti bahwa konsumen akan mendapatkan utilitas yang jumlahnya dua kali lebih banyak dibandingkan ketika mengonsumsi barang atau jasa dengan jumlah satu kali lebih kecil dari sebelumnya. Dengan begitu dapat disimpulkan bahwa *marginal utility* adalah tambahan utilitas akibat adanya tambahan konsumsi satu unit lebih banyak, *diminishing marginal utility* memberi arti bahwa bila konsumsi komoditas dilakukan secara terus menerus akan menghasilkan tambahan utilitas yang diperoleh jumlahnya semakin berkurang setiap ada tambahan konsumsi barang atau jasa yang bersangkutan.

Untuk memaksimalkan utilitas, setiap orang perlu meyakinkan dirinya bahwa tambahan uang yang dikeluarkan untuk memperoleh tambahan barang atau jasa yang akan dikonsumsi harus sama dengan tambahan utilitas yang diterima dari barang atau jasa tersebut. Apabila tambahan uang yang dikeluarkan untuk menambah konsumsi barang atau jasa tertentu

mendapatkan tambahan utilitas yang lebih besar dibandingkan tambahan utilitas untuk konsumsi tambahan barang lain, tentunya konsumen akan memperoleh utilitas total yang lebih besar jika dilakukan dengan cara menambah pembelian komoditi yang memiliki tambahan utilitas lebih besar. Inilah yang menjadi dasar mengapa seseorang akan membeli suatu komoditas lebih banyak dibandingkan komoditas lainnya.

Sebagai contoh kita menggunakan ulang konsumsi buah-buahan di atas. Ketika tambahan uang yang dikeluarkan seorang konsumen untuk membeli Jeruk menghasilkan tambahan utilitas yang lebih besar dibandingkan yang dikeluarkan untuk membeli Advokad, konsumen tersebut akan memperoleh utilitas total yang lebih besar dengan cara menambah pembelian Jeruk serta mengurangi pembelian Advokad. Dari proses demikian kita mendapatkan gambaran bahwa keputusan yang dilakukan untuk menentukan kuantitas konsumsi tertentu yang lebih banyak dan mengurangi kuantitas konsumsi lainnya, adalah sebuah proses pertukaran yang dilakukan oleh konsumen sesuai rasionalitasnya untuk mendapatkan utilitas total.

Berbeda dengan konsumen, Produsen senantiasa mencoba memaksimalkan keuntungan, yaitu memaksimalkan perbedaan antara penerimaan yang mereka peroleh dari menjual barang atau jasa tertentu dengan biaya yang timbul dalam proses menghasilkan barang atau jasa tersebut, dikenal sebagai biaya produksi. Apabila harga barang atau jasa menjadi lebih tinggi pada tingkat biaya produksi yang sama, *ceteris paribus* dapat diduga keuntungan yang akan diperoleh produsen cenderung lebih tinggi pula. Selain harga barang atau jasa bersangkutan, harga komoditas lain yang berhubungan dengannya turut memengaruhi penawaran komoditas tertentu, hal ini karena apabila harga komoditas lain yang berkaitan dengan komoditas yang diamati naik sementara harga komoditas yang dipelajari tetap, produsen kurang tertarik untuk menawarkan barang tersebut.

Selain harga komoditas dan komoditas lain yang berhubungan memengaruhi keputusan produsen untuk menawarkan barang atau jasa tertentu. Teknologi juga ikut memengaruhi penawaran komoditas tertentu, misalnya saja dengan adanya revolusi teknologi di bidang komputer akan berdampak penting pada produksi komoditas, yaitu melalui proses produksi yang mampu menekan biaya produksi. Dengan demikian, penawaran suatu komoditas merupakan fungsi dari berbagai hal berikut: biaya produksi, tujuan produsen bersangkutan, harga komoditas lain yang berhubungan dengan

komoditas yang dipelajari, harga faktor produksi, dan teknologi yang terkait dengan proses produksi komoditas tersebut.

Kurva penawaran menunjukkan hubungan antara harga komoditas dengan jumlahnya yang bersedia ditawarkan oleh produsen. Kurva penawaran mempunyai sifat dasar berkemiringan garis (positif) dari kiri bawah ke kanan atas, kemiringan ini mengindikasikan dorongan yang terjadi pada produsen. Apabila harga komoditas yang diproduksi lebih tinggi, semakin banyak sumber daya yang disiapkan untuk memproduksinya. Karenanya jika harga komoditas tertentu meningkat sementara hal lainnya yang turut memengaruhi penawaran komoditas tersebut tidak berubah, produsen dapat meningkatkan keuntungan dengan cara memperbanyak alokasi sumber daya yang digunakan untuk memproduksi komoditas bersangkutan, dibandingkan sumber daya yang dialokasikan untuk menghasilkan komoditas lainnya yang dapat diproduksi oleh produsen. Boleh jadi input produksi yang relatif tetap akan dialokasikan relatif lebih banyak untuk produksi komoditas bersangkutan, apabila produsen meyakini bahwa perbandingan harga komoditas tetap lebih menguntungkan untuk produksi komoditas tersebut.

Konsep biaya produksi dalam penawaran bekerja seperti konsep utilitas dalam permintaan. Produsen hanya berkenan menghasilkan komoditas tertentu apabila harga penawaran minimal dapat menutupi biaya produksinya. Inilah yang menjadi dasar hubungan antara harga dengan jumlah barang atau jasa tertentu yang ditawarkan. Pada harga yang lebih tinggi, akan berarti semakin besar biaya produksi yang mampu ditutupi dan semakin besar pula keuntungan yang memungkinkan dapat diperoleh produsen.

Menggunakan contoh pelayanan perawatan kesehatan gigi di pasar pelayanan perawatan gigi dengan memanfaatkan berbagai angka yang dikemukakan oleh Tjiptoherijanto dan Soesetyo (1994) berikut, kita dapat menemukan penawaran dan permintaan perawatan kesehatan gigi dapat bersama-sama dipertemukan dalam lingkup harga pasar.

Tabel 1.1 Harga perawatan gigi, Jumlah perawatan yang diminta, Jumlah perawatan yang ditawarkan, dan Keseimbangannya

Situasi	Harga Perawatan Gigi per bulan (Rp)	Jumlah perawatan Gigi yang diminta per bulan (kunjungan)	Jumlah perawatan Gigi yang ditawarkan per bulan (kunjungan)	Kelebihan: Permintaan Penawaran (-) (kunjungan)
1	100	500	180	320
2	150	400	240	160
3	200	320	320	0
4	250	260	400	-140
5	300	220	500	-280
6	350	200	620	-420

Pada harga Rp 100 per kunjungan, kuantitas perawatan gigi per bulan mencapai 500 kunjungan. Ketika harga bergerak naik menjadi Rp 150 per kunjungan, kuantitas perawatan gigi per bulan turun menjadi 400 kunjungan. Pada situasi 1 dan 2 tersebut keinginan produsen untuk menawarkan/menyediakan pelayanan perawatan masing-masing sebanyak 180 dan 240 kunjungan per bulan. Keputusan produsen seperti demikian tentunya dilandasi oleh kesediaan melayani ketika biaya pelayanan sudah tertutupi dengan harga pasar tersebut. Pada situasi 1 dan 2 ini yang menggambarkan harga relatif rendah menghasilkan kelebihan permintaan, jumlah yang ditawarkan oleh penyedia jasa perawatan gigi lebih kecil dibandingkan kebutuhan pengguna.

Pada kedua situasi tersebut sebenarnya terdapat beberapa konsumen (pasien) yang bersedia melakukan pengorbanan tambahan (ekstra) untuk memperoleh tambahan pelayanan perawatan. Hal ini memberikan informasi bagi produsen dan konsumen untuk tetap melakukan tawar-menawar yang pada akhirnya akan mendorong harga secara perlahan naik.

Berbeda dengan situasi 1 dan 2, pada situasi 3, 5, dan 6 yang menandai harga cenderung telah meningkat secara pasti menjadi lebih tinggi dibandingkan situasi sebelumnya, telah tercipta kelebihan penawaran. Pada harga-harga tersebut produsen merasa mempunyai kesempatan yang besar

mendapatkan keuntungan, produsen menganggap pada harga demikian selisih antara penerimaan dari kegiatan pelayanan perawatan gigi dan biaya pelayanannya semakin lebar. Sehingga ada dorongan yang kuat untuk bersedia menawarkan lebih banyak pelayanan perawatannya.

Pada situasi ini produsen melihat banyak pelayanan perawatan yang tersedia tidak dimanfaatkan, kecuali bila mereka menurunkan harga perawatan. Pada sisi lain, konsumen memandang bahwa di pasar sedang terjadi kelebihan pelayanan perawatan sehingga mereka cenderung enggan membayar pelayanan perawatan dengan harga yang dianggap mahal. Hal ini mendorong terjadinya tawar-menawar antara produsen dan konsumen yang menghasilkan kekuatan menekan harga perawatan ke tingkat yang lebih rendah.

Apabila keadaan yang terjadi adalah permintaan lebih besar dibandingkan penawaran, di pasar cenderung terjadi kekuatan yang mendorong naiknya harga. Sebaliknya ketika yang terjadi adalah penawaran lebih besar dibandingkan permintaan, di pasar akan terjadi kekuatan yang menekan harga perawatan turun. Dengan demikian kekuatan tawar-menawar yang terjadi ketika permintaan tidak sama dengan penawaran akan mengarahkan harga pada tingkat yang menyesuaikan permintaan dan penawaran dalam keadaan sama. Keadaan inilah kemudian dikenal sebagai *equilibrium*, situasi yang menjamin tidak adanya kekuatan yang mendorong maupun menekan harga di pasar. Situasi ini ditandai oleh situasi 3 yang menetapkan harga berada pada tingkat tertentu yaitu Rp 200 per kunjungan yang menjamin kesamaan antara permintaan perawatan gigi dan penawarannya.

Ciri ekonomi komoditas kesehatan penting dikemukakan karena pemahaman ini akan berkaitan dengan komoditas lain yang mempunyai pengaruh merusak atau memperbaiki kesehatan. Mengapa dalam bidang kesehatan, perhatian lebih penting kepada pelayanan kesehatan dibandingkan kesehatannya sendiri, karena dalam ilmu ekonomi akan senantiasa mengarah kepada *demand*, *supply*, dan distribusi komoditas, sementara komoditas dalam kesehatan adalah pelayanan kesehatan. Kesehatan tidak dapat diperjual-belikan, dalam kata lain kesehatan tidak dapat secara langsung dibeli atau dijual di pasar. Oleh karena itu kesehatan hanya merupakan satu ciri komoditas. Kegiatan pelayanan kesehatan merupakan salah satu karakteristik kesehatan. Seperti yang termasuk karakteristik kesehatan

lainnya yaitu sabuk pengaman, pemadam kebakaran, makanan bergizi dan sebagainya. Namun kesehatan itu sendiri tidak dapat diperdagangkan.

Berdasarkan uraian Mill (1909) mengenai nilai yang terdiri dari *value in use* dan *value in exchange*. Kita dapat menerjemahkan dalam pengertian kesehatan dan pelayanan kesehatan hanya memiliki *value in use* bukannya *value in exchange*. Pada umumnya kesehatan dalam penilaian pasien hanya dapat ditunjukkan oleh suatu tingkat utilitas tertentu, misalnya perubahan yang terjadi pada satus kesehatannya. Sementara kesehatan itu sendiri tidak dapat diperjual-belikan.

Dengan begitu jelaslah bahwa kesehatan bukanlah suatu komoditas, sementara pelayanan kesehatan adalah suatu komoditas. Namun demikian tidak berarti bahwa analisis ekonomi akan mengabaikan persoalan kesehatan, seperti yang diungkapkan oleh Williams (1977) bahwa memberi batasan kesehatan merupakan ‘penampilan’ yang penting dari ilmu ekonomi kesehatan. Dalam analisis ekonomi perlu untuk selalu bekerja dengan definisi dan yang terpenting adalah kaitannya dengan fungsi sosial dan sikap budaya terhadap sakit, dibandingkan pertimbangan biomedik seperti tinggi rendahnya tekanan darah. Dengan demikian jelaslah bahwa pengukuran kesehatan merupakan salah satu aspek penting ilmu ekonomi kesehatan.

Dari sisi *supply*, produksi pelayanan kesehatan yang terpenting adalah kesehatan yang sekaligus akan menghasilkan output lainnya. Dari sisi *demand*, masyarakat ingin memperbaiki status kesehatannya agar dapat lebih tinggi dibandingkan sebelumnya, untuk itu dibutuhkan pelayanan kesehatan. Alasan yang dapat menjelaskan ini adalah masyarakat memerlukan status kesehatan yang lebih baik boleh jadi didorong oleh keinginan untuk dapat menikmati hidup sebaik mungkin dibandingkan jika mereka mengalami gangguan kesehatan.

Hubungan antara keinginan sehat dan permintaan pelayanan kesehatan kelihatannya sederhana, namun sebenarnya rumit. Utamanya karena persoalan kensenjangan informasi antara pengguna dan pemberi jasa kesehatan. Menerjemahkan adanya keinginan sehat menjadi konsumsi perawatan kesehatan melibatkan berbagai informasi, yaitu aspek yang berkaitan dengan status kesehatan saat ini. Informasi tentang status kesehatan yang membaik, informasi tentang macam perawatan yang tersedia, informasi tentang efektivitas pelayanannya dan lain sebagainya. Keadaan tersebut disebabkan oleh permintaan pelayanan kesehatan mengandung ketidakpastian (*uncertainty*). Sehingga persoalan informasi tidak hanya dalam hal pelayanan

saja, namun menjadi penting untuk mengurangi keadaan ketidakpastian. Arrow (1963) menjelaskan bahwa para ahli kesehatanlah yang sebenarnya secara aktif menyebarkan informasi tentang pelayanan kesehatan, lengkap dengan segala kelebihan dan kekurangannya kepada seluruh lapisan masyarakat. Dari informasi yang mereka sebarakan itulah masyarakat terpengaruh untuk melakukan permintaan dan penggunaan (utilisasi) pelayanan kesehatan.

Ketidakpastian ditimbulkan oleh ketidaktahuan (*ignorance*) mengenai keadaan status kesehatan, ketersediaan dan efektivitas perawatan, dan sebagainya, sehingga pengambilan keputusan mengenai perawatan mana yang akan dipilih menjadi sulit dilakukan. Khususnya kesulitan itu berawal dari adanya rasa khawatir melakukan kesalahan yang akhirnya dapat memberi dampak fatal bagi kehidupan pemilih. Konsekuensinya, konsumsi pelayanan kesehatan, khususnya pada saat yang genting, mungkin dapat digolongkan sebagai kemampuan untuk melepaskan persoalan pengambilan keputusan kepada dokter. Dengan lain perkataan, permintaan pelayanan kesehatan memasukkan unsur keinginan untuk menghindari kewajiban yang sulit dilakukan serta menanggung risiko karena konsekuensi yang berat keputusan tersebut (dalam hal ini adalah melakukan keputusan). Persoalan informasi dan pengambilan keputusan ini merupakan masalah pokok dalam teori *agency relationship*. Teori ini menekankan bahwa dokter berperan dalam melakukan keputusan untuk kebutuhan pasiennya.

Pengertian mengonsumsi pelayanan kesehatan telah beralih dari suatu situasi keinginan individu akan status kesehatan yang lebih baik kepada situasi bahwa keinginan itu memang ada tetapi prosesnya lebih rumit sebelum akhirnya sampai pada utilisasi pelayanan kesehatan. Sehingga teori neoklasik yang konvensional yang didasari oleh pengertian *consumer sovereignty* tidak selamanya sesuai digunakan dalam pembahasan pasar pelayanan kesehatan. Ini berarti pemisahan antara pengambil keputusan dan proses pengambilan keputusan di sisi penawaran dan permintaan mungkin tidak sepenuhnya berlaku. Dengan perkata lain, distribusi *property rights* dalam proses pengambilan keputusan di pasar pelayanan kesehatan mungkin berbeda dengan yang diterapkan dalam *standard consumers sovereignty* di pasar neoklasik.

Pada umumnya ekonomi neoklasik mengasumsikan bahwa *property rights* atas keputusan konsumsi masih tetap berada di tangan konsumen. Ini adalah ide dasar bahwa konsumen yang rasional menggunakan hak

sovereignty-nya. Mishan (1971) menyatakan bahwa: “...economist are generally agreed-either as a canon of faith, as a political tenet, or an act of expediency-to accept the dictum that each person knows own interest best.”

Pada pelayanan kesehatan, untuk beberapa situasi tertentu akan ditemukan keterbatasan yang mendasar menyebabkan persyaratan tersebut tidak dapat berlaku. Merupakan salah satu wujud bahwa pelayanan kesehatan tetap menimbulkan pertanyaan mengenai sejauh mana relevansi teori *expected utility*, dan ini berarti mempertanyakan pula apakah ekonomi neoklasik dapat digunakan. Hal ini merupakan persoalan interdependensinya fungsi utilitas, atau yang lebih khusus adalah aspek pemerataan yang menjadi tujuan penting beberapa jenis pelayanan kesehatan. meskipun masih tetap ada peluang memasukkan aspek pemerataan ke dalam paradigma neoklasik melalui pengenalan konsep externalities. Meskipun harus disadari bahwa cara demikian bukanlah cara terbaik.



LATIHAN

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Jelaskan apa yang dimaksud *opportunity cost* dalam bidang kesehatan.
- 2) Jelaskan bagaimana penerapan konsep permintaan dan penawaran pada bidang kesehatan
- 3) Jelaskan dengan bantuan grafik proses menuju harga keseimbangan pada pasar pelayanan kesehatan.

Petunjuk Jawaban Latihan

- 1) Lihat dan pelajari bagian awal modul ini, utamanya mengenai alokasi sumber daya. *Opportunity cost* adalah masalah pilihan alokasi sumber daya kesehatan yang terbatas untuk kegiatan bidang kesehatan yang beragam. Karena itu perlu membuat daftar prioritas dalam mengidentifikasinya.
- 2) Lihat dan pelajari bagian masalah permintaan dan penawaran dalam modul ini. Permintaan merupakan gambaran tentang kaitan antara harga dan jumlah yang diminta oleh konsumen. Kaitan ini sesungguhnya

menegaskan hukum permintaan, yang menyatakan bahwa jumlah yang diminta cenderung bertambah ketika harganya turun dan sebaliknya jumlah yang diminta cenderung berkurang ketika harganya naik. Sementara penawaran adalah gambaran tentang kaitan antara harga dan jumlah yang bersedia ditawarkan oleh produsen, kaitan dimaksud adalah kecenderungan produsen menawarkan lebih banyak barang ketika harganya naik dan sebaliknya cenderung menekan jumlah yang ditawarkan ketika harganya turun. Terapkanlah hal demikian untuk pelayanan kesehatan tertentu.

- 3) Untuk menjawab pertanyaan butir 3 pada latihan ini, gunakanlah contoh yang telah diterapkan pada butir 2 dan tentukan harga keseimbangan yang menjamin keadaan kuantitas pelayanan kesehatan yang diminta sama dengan kuantitas pelayanan kesehatan yang ditawarkan. Pada tingkat harga yang lebih tinggi dibandingkan harga keseimbangan akan terjadi kelebihan jumlah yang ditawarkan, ketika tingkat harga lebih rendah akan terjadi kelebihan jumlah yang diminta.



RANGKUMAN

Dua alasan sederhana mengapa ilmu ekonomi perlu diterapkan pada bidang kesehatan adalah: *Pertama*, adanya keterbatasan sumber daya yang tersedia dalam bidang kesehatan untuk dinikmati oleh seluruh masyarakat agar dapat hidup lebih baik. *Kedua*, kebutuhan untuk hidup dengan kesehatan yang lebih baik terus bertambah seiring dengan makin banyaknya penyebab sakit di masyarakat, sementara sumber daya untuk memenuhinya makin terbatas.

Operasi pasar pelayanan kesehatan berbeda dengan pasar-pasar yang lain. Karena dalam pasar pelayanan kesehatan terdapat ketidaksempurnaan informasi sehingga konsumen tidak berada pada keadaan yang bebas untuk memilih dan menentukan jumlah yang dikonsumsi agar mencapai utilitas tertinggi selama hidupnya. Ketidaksempurnaan ini akibatnya memaksa konsumen harus meminta kepada produsen untuk membantu memutuskan bahkan seringkali menjadi pengambil keputusan mengenai jenis layanan dan kuantitas yang dibutuhkan.

Karena ketidaksempurnaan informasi tersebut, hampir tidak dapat dipisahkan proses bekerjanya tawar-menawar secara terpisah antara konsumen (pasien) dan produsen (pemberi jasa), untuk itu dibutuhkan lembaga lain (pemerintah) yang memadai untuk mengatur pasar pelayanan kesehatan. Istilah mengatur yang dimaksud mencakup sumber

daya, komoditas, dan distribusinya. Dalam praktiknya lembaga yang menjembatani ketimpangan informasi antara pasien dan pemberi jasa adalah organisasi asuransi kesehatan. Asuransi pada akhirnya membantu dalam kapasitas menjadi lembaga yang dipercaya untuk meminimalkan risiko kesehatan yang muncul karena kesalahan menetapkan keputusan.



TES FORMATIF 1

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Apabila seorang konsumen menghadapi pilihan kuantitas dua macam komoditas yang memberikan utilitas tertinggi adalah 80 komoditas A dan 60 komoditas B. Ketika kombinasi ini berubah menjadi 79 komoditas A dan 61 komoditas B namun tambahan kuantitas B mempunyai nilai yang lebih kecil dibandingkan nilai yang hilang atas berkurangnya satu unit A. Agar utilitas dipertahankan tetap pada tingkat tertinggi, konsumen ini akan melakukan hal berikut...
 - A. menambah kuantitas B dan mengurangi kuantitas A
 - B. menambah kuantitas A dan mengurangi kuantitas B
 - C. mempertahankan kombinasi kuantitas konsumsi A dan B
 - D. menambah kuantitas B dan kuantitas A
- 2) Apabila harga keseimbangan di pasar pelayanan kesehatan tertentu, katakanlah perawatan gigi sebesar Rp 200 per kunjungan dan kuantitas yang diminta dan ditawarkan pada tingkat harga tersebut pada waktu tertentu sebesar 320 kunjungan. Apabila harga naik, kecenderungan kondisi yang terjadi di pasar adalah ketidakseimbangan dalam bentuk...
 - A. kelebihan kuantitas perawatan gigi yang diminta
 - B. kelebihan kuantitas perawatan gigi yang ditawarkan
 - C. kekurangan kuantitas perawatan medis yang ditawarkan
 - D. keseimbangan permintaan dan penawaran tidak berubah
- 3) Berkaitan dengan pertanyaan pada butir 2 tersebut, gangguan keseimbangan pasar terjadi karena hal berikut...
 - A. konsumen menilai utilitas tambahan yang diterima lebih besar dibandingkan harga yang tercapai
 - B. produsen menilai ada kesempatan untuk mendapatkan selisih yang lebih besar antara penerimaan dan biaya pelayanan.
 - C. adanya informasi yang tidak sempurna tentang pasar
 - D. adanya faktor eksternalities

- 4) Masih berkaitan dengan pertanyaan butir 2 Apabila harga bergerak turun, kecenderungan kondisi yang terjadi di pasar adalah ketidakseimbangan dalam bentuk...
- A. kelebihan kuantitas perawatan gigi yang diminta
 - B. kelebihan kuantitas perawatan gigi yang ditawarkan
 - C. kekurangan kuantitas perawatan medis yang diminta
 - D. keseimbangan tidak terpengaruh
- 5) Berkaitan dengan pertanyaan pada butir 4, gangguan keseimbangan pasar terjadi karena hal berikut...
- A. konsumen menilai utilitas tambahan yang diterima lebih besar dibandingkan harga yang tercipta.
 - B. produsen menilai ada kesempatan untuk mendapatkan selisih yang lebih besar antara penerimaan dan biaya pelayanan.
 - C. konsumen menilai utilitas tambahan yang diterima lebih kecil dibandingkan harga yang tercipta
 - D. produsen menilai ada kesempatan untuk meminimalkan kerugian yang lebih besar antara penerimaan dan biaya pelayanan

Cocokkanlah jawaban Anda dengan Kunci Jawaban Tes Formatif 1 yang terdapat di bagian akhir modul ini. Hitunglah jawaban yang benar. Kemudian, gunakan rumus berikut untuk mengetahui tingkat penguasaan Anda terhadap materi Kegiatan Belajar 1.

$$\text{Tingkat penguasaan} = \frac{\text{Jumlah Jawaban yang Benar}}{\text{Jumlah Soal}} \times 100\%$$

Arti tingkat penguasaan: 90 - 100% = baik sekali

80 - 89% = baik

70 - 79% = cukup

< 70% = kurang

Apabila mencapai tingkat penguasaan 80% atau lebih, Anda dapat meneruskan dengan Kegiatan Belajar 2. **Bagus!** Jika masih di bawah 80%, Anda harus mengulangi materi Kegiatan Belajar 1, terutama bagian yang belum dikuasai.

KEGIATAN BELAJAR 2

Dasar Teori Utilitas

❏ Pada kegiatan belajar ini kita akan mempelajari teori utilitas yang diterapkan dalam bidang kesehatan. Perhatian utama dalam pembahasan kita adalah prinsip dasar teori *expected utility* yang penerapannya dalam bidang kesehatan memerlukan pengaturan kembali terutama mengenai kedudukan konsumen yang tidak bebas dan berdaulat lagi dalam menentukan pilihan yang dapat memaksimalkan utilitasnya.

Prinsip dasar teori *expected utility* yang menjadi sendi utama teori permintaan neoklasik mengacu pada suatu kondisi bahwa seorang pelaku ekonomi yang rasional diperhadapkan sejumlah kemungkinan pemilihan dengan kondisi ketidakpastian (*uncertainty*). Pelaku ekonomi sebagai konsumen mempunyai posisi *sovereignty*. Dalam pandangan teori tradisional, rasionalitas tersebut didasari oleh beberapa aksioma berikut.

1. *Completeness*, aksioma yang menyatakan bahwa konsumen dianggap mampu membuat urutan setiap kemungkinan kombinasi barang atau jasa yang disesuaikan dengan preferensi konsumen bersangkutan. Apabila diterapkan dalam bidang kesehatan, setiap orang mempunyai kemampuan membuat urutan setiap kemungkinan kombinasi komoditas kesehatan yang sesuai dengan preferensinya. Hal ini mungkin sulit ditemukan dalam bidang kesehatan karena pasien tidak memiliki informasi yang cukup tentang kesehatan dan segala konsekuensinya
2. *Transitivity*, aksioma yang menyatakan bahwa apabila dalam sebuah pilihan konsumen menghadapi tiga kondisi yang merupakan pengganti bagi sekumpulan barang atau jasa. Ketika konsumen lebih menyukai kondisi A dibandingkan kondisi B dan kemudian bila konsumen ternyata lebih menyukai kondisi B dibandingkan kondisi C, maka tidak boleh tidak konsumen bersangkutan lebih menyukai A dibandingkan C. Dalam bidang kesehatan ini masih memungkinkan dilakukan oleh pasien, tentunya setelah mendapatkan informasi yang cukup dari pihak pemberi jasa kesehatan.

3. *Selection*, aksioma yang menyatakan tentang konsumen akan senantiasa mencoba mencapai kondisi yang paling diinginkan (*most preferred state*). Tentunya ini menjadi tujuan seorang pasien yang sedang mengalami gangguan kesehatan, namun bagaimana cara mendapatkan kondisi yang diinginkan tidak terlepas dari peran pemberi jasa.

Karena konsumen menghadapi keadaan ketidakpastian maka persoalan risiko dilibatkan dalam pembahasan. Pertimbangannya bahwa berbagai kemungkinan dapat saja terjadi dan untuk itu akan mengaitkannya dengan probabilitas. Utilitas diderivasi dari hasil akhir setiap kemungkinan yang terjadi dan selanjutnya probabilitas akan dikaitkan kepada utilitas tersebut. Hasil probabilitas dan utilitas ini kemudian dijumlahkan untuk memperoleh keseluruhan *expected utility*. Hey (1979) menggunakan formulasi berikut untuk menguraikan mengenai *expected utility*.

$$U(C_j) = \sum_i P_i U(A_{ij}); i = 1$$

- $U(C_j)$: adalah *expected utility* yang dihasilkan oleh pemilihan C yang dilakukan individu J.
- A_{ij} : adalah hasil atau konsekuensi yang diperoleh ketika alternatif C_j dipilih pada kondisi terjadinya kemungkinan 'i'
- $U(A_{ij})$: adalah *utility* yang diperoleh atas A_{ij}
- P_i : probabilitas terjadinya kemungkinan 'P'
- I : adalah jumlah kemungkinan yang dapat terjadi, sehingga $i = 1, 2, 3, \dots, n$

Penerapan formulasi Hey tersebut memerlukan beberapa asumsi dan implikasi yang perlu diperjelas. Diasumsikan bahwa konsumen terkait beberapa kegiatan dan persoalan *property rights* yang ada di setiap konsumen adalah:

1. Menentukan biaya konsumsi, biasanya terdiri dari harga komoditasnya sendiri dan biaya-biaya lain yang terkait dengan konsumsi itu, seperti *time cost*. Dalam bidang kesehatan biaya-biaya lain seperti aksesibilitas pada pelayanan kesehatan yang tersedia menjadi sangat penting, gangguan terhadap keterjangkauan pelayanan kesehatan dapat menurunkan utilitas.
2. Biaya konsumsi tersebut ditanggung sepenuhnya oleh konsumen. Tidak ada subsidi maupun asuransi dalam konsumsi. Kenyataannya

dalam komoditas kesehatan biaya konsumsi tidak sepenuhnya ditanggung oleh konsumen, masih ditemukan jenis pelayanan untuk sakit tertentu melibatkan pemerintah dalam pembiayaannya. Seperti penanganan masalah penyakit menular.

3. Menentukan benefitnya, konsumen yang memperoleh informasi dengan baik, rasional dan *sovereignty* akan menentukan utilitas yang diperolehnya atas konsumsi tersebut. Asumsinya bahwa tidak ada pihak lain yang lebih tepat dalam menentukan manfaat yang diperoleh atas konsumsi barang bersangkutan. Sebagian besar orang tidak mempunyai pengetahuan yang cukup untuk komoditas kesehatan, keputusan ditentukan setelah bekerja sama dengan pihak pemberi jasa sehingga utilitas yang diperoleh tidak sepenuhnya atas dasar konsumen yang *sovereignty*.
4. Mendapatkan manfaat, konsumen bersangkutan memperoleh utilitas atas konsumsi yang dilakukannya. Karena utilitas yang diperoleh tidak lagi atas dasar kedaulatan konsumen boleh jadi tidak maksimal karena utilitas yang datang dari kedaulatan menentukan keputusan tidak terpenuhi. Namun boleh jadi utilitas masih maksimal karena adanya kemampuan melimpahkan pengambilan keputusan pada pihak pemberi jasa yang diharapkan mengurangi risiko yang timbul akibat kesalahan memutuskan.
5. Pengambilan keputusan. Berdasarkan uraian butir a sampai dengan d, seorang konsumen yang mempunyai pengetahuan, rasional dan *sovereignty* akan memilih apa yang akan dikonsumsi dan berapa jumlah yang dikonsumsi. Pada umumnya tidak terdapat manfaat atau kerugian yang diperoleh atas pengambilan keputusan, akan tetapi ketidakmampuan melakukan pengambilan keputusan terkadang dipandang sebagai suatu kehilangan utilitas, yaitu utilitas kebebasan memilih.

Pada dasarnya dengan mengikuti faktor risiko hanya akan mengubah sedikit tentang apa yang telah dikemukakan sebelumnya. Khususnya faktor risiko yang didefinisikan secara konvensional sebagai “berbagai kemungkinan yang akan terjadi.” Semua kemungkinan yang akan terjadi diketahui secara pasti, semua akibat dari terjadinya kemungkinan tersebut diketahui pula secara pasti, semua alternatif pilihan konsumen yang menghadapi kemungkinan beserta akibatnya tersebut diketahui secara pasti. Pada umumnya probabilitas itu dinilai secara subjektif oleh konsumen, akan

tetapi dapat pula diartikan bahwa sesungguhnya probabilitas itu sendiri sudah diketahui secara pasti oleh konsumen. Karenanya ketidakpastian berdasarkan teori *expected utility* didefinisikan dalam pengertian yang lebih terbatas yaitu dianggap sama dengan risiko.

Pada teori *expected utility* diasumsikan masing-masing konsumen adalah *sovereignty* (berdaulat) dan dapat melakukan penilaian terhadap utilitas yang relevan dengan seluruh akibat yang terjadi. Memberlakukan asumsi tersebut maka yang mempunyai utilitas hanyalah “hasil akhir” (*final consequences*) saja. Dengan demikian tidak hanya diasumsikan bahwa konsumen tersebut dapat, mau, dan mempunyai pengetahuan untuk membuat keputusan yang relevan tetapi diasumsikan pula bahwa dalam memaksimumkan utilitas-nya konsumen tersebut hanya akan men-derivasi-kan utilitas-nya dari hasil (*outcomes*) suatu kegiatan (proses) saja, bukan dari kegiatannya (prosesnya) sendiri.

Pembahasan mengenai risiko dan probabilitas dalam teori *expected utility* terdapat satu kondisi yaitu jumlah probabilitas tersebut sama dengan satu. Umumnya diasumsikan pula bahwa setiap individu adalah penghindar risiko (*risk averse*) sehingga akibatnya fungsi utilitas akan berbentuk cembung. Sikap penghindaran risiko demikian diartikan sebagai setiap individu lebih menyukai suatu kejadian tertentu katakanlah ‘S’ dibandingkan kemungkinan lainnya katakanlah ‘Z’ pada probabilitas ‘p’, walaupun sebenarnya $S = pZ$. Kecembungan fungsi utilitas memberi pengertian bahwa menggunakan kriteria *willingness to pay* (WTP) setiap individu yang ingin mengubah probabilitasnya dari kondisi tertentu yang ada untuk menjadi kondisi yang lebih tinggi akan mengalami bersedia membayar lebih banyak, *ceteris paribus*. Misalnya perubahan probabilitas sakit dari 0,02 menjadi 0,019 akan bernilai lebih tinggi dibandingkan perubahan dari 0,005 menjadi 0,004. Bagi seseorang yang mempunyai keadaan kesehatan yang baik, probabilitas sakit relatif kecil katakanlah sebesar 0,005. Perubahan menjadi 0,004 hanya memberikan perubahan keadaan kesehatan yang sangat kecil karena keadaannya kesehatannya memang bagus.



LATIHAN

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Jelaskan apa yang dimaksud utilitas dalam bidang kesehatan.
- 2) Jelaskan apakah aksioma tentang *completeness* dapat diterapkan dalam bidang kesehatan.
- 3) Jelaskan mengapa posisi pasien tidak *sovereignty* (berdaulat) dalam mengambil keputusan untuk mendapatkan utilitas yang maksimal.

Petunjuk Jawaban Latihan

- 1) Pelajari secara keseluruhan bagian modul ini. Utilitas dalam bidang kesehatan dipandang sebagai “kebahagian” karena mempunyai hidup yang lebih baik/sehat. Dengan hidup yang lebih baik seseorang lebih banyak dapat mengerjakan aktivitas dalam kehidupannya. Untuk itu utilitas hanya dapat diperoleh melalui hasil akhir dari sebuah proses memperbaiki keadaan kesehatan bukan pada proses itu sendiri.
- 2) Pelajari secara keseluruhan bagian modul ini agar mampu mengaitkan antara aksioma-aksioma dalam teori utilitas tradisional dan utilitas dalam bidang kesehatan. Aksioma tentang *completeness* pada dasarnya mengarahkan bahwa setiap orang mempunyai informasi yang sempurna tentang seluruh aspek yang terkait dengan komoditas yang sedang dipelajari. Informasi tersebut dalam bidang kesehatan tidak saja mengenai keadaan kesehatan, namun termasuk bagaimana ketersediaan pelayanan dan efektivitasnya, biaya dan berbagai konsekuensi lainnya yang ditimbulkan oleh kesalahan memutuskan.
- 3) Pelajari secara keseluruhan bagian modul ini agar mampu mengidentifikasi pasien memang memiliki ketidakcukupan pengetahuan ketika berhadapan dengan komoditas kesehatan. Dalam pandangan teori utilitas tradisional mengasumsikan konsumen mempunyai kedaulatan dalam memutuskan untuk mendapatkan utilitas tertinggi dari sebuah konsumsi. Kenyataannya dalam kasus komoditas kesehatan melekat ketidakcukupan informasi bagi pasien. Pengetahuan secara sempurna tentang kesehatan adalah otoritas pemberi jasa (dokter) sehingga muncul jurang pengetahuan antara pasien dan pemberi jasa.

**RANGKUMAN**

Secara umum teori tradisional tentang utilitas pada dasarnya masih dapat diterapkan dalam bidang kesehatan. Hal mendasar bahwa teori tradisional menemui kegagalan penerapannya dalam bidang kesehatan adalah mengenai ketidaksempurnaan informasi, sehingga konsumen tidak berada dalam posisi berdaulat dalam menilai utilitas yang ada relevansinya dengan semua akibat yang terjadi atas keputusan yang sudah diambil.

Karena konsumen menghadapi masalah ketidakpastian, fungsi utilitas harus mempertimbangkan probabilitas risiko terutama dalam penerapannya di bidang kesehatan. Utilitas kesehatan pada dasarnya diperoleh dari bagaimana hasil kesehatan diterima oleh mereka yang menggunakan pelayanan kesehatan, bukan dari prosesnya. Dengan begitu keputusan menentukan pilihan pelayanan apa yang dibutuhkan menjadi sangat penting. Keputusan tersebut tidak terlepas dari peran pemberi jasa. Sehingga tinggi rendahnya utilitas yang diterima ditentukan pula oleh bagaimana kualitas hasil pendelegasian keputusan kepada pemilik pengetahuan.

**TES FORMATIF 2**

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Seorang konsumen menghadapi keadaan bahwa lebih menyukai A dibandingkan B dan selanjutnya ternyata lebih menyukai B dibandingkan C, maka Ia haruslah lebih menyukai A dibanding C. Keadaan ini dapat diringkas sebagai $A > B > C$, dalam teori utilitas keadaan demikian menjelaskan tentang aksioma...
 - A. *uncertainty*
 - B. *completeness*
 - C. *selection*
 - D. *transitivity*
- 2) Dorongan seseorang rela membayar lebih banyak untuk sebuah keadaan kesehatan yang lebih baik dan menerapkan asumsi *ceteris paribus* akan tergambarkan oleh fungsi utilitas yang berbentuk...
 - A. cembung terhadap titik asal
 - B. cekung terhadap titik asal

- C. miring dari kiri atas ke kanan bawah
 - D. miring dari kiri bawah ke kanan atas
- 3) Fungsi utilitas mengikuti pola kurva indifferen sebagai berikut, *kecuali*...
- A. memiliki kemiringan garis negatif
 - B. tidak berpotongan satu dengan lainnya
 - C. semakin jauh dari titik asal mencerminkan semakin tinggi utilitas yang diberikan
 - D. cekung terhadap titik asal

Cocokkanlah jawaban Anda dengan Kunci Jawaban Tes Formatif 2 yang terdapat di bagian akhir modul ini. Hitunglah jawaban yang benar. Kemudian, gunakan rumus berikut untuk mengetahui tingkat penguasaan Anda terhadap materi Kegiatan Belajar 2.

$$\text{Tingkat penguasaan} = \frac{\text{Jumlah Jawaban yang Benar}}{\text{Jumlah Soal}} \times 100\%$$

Arti tingkat penguasaan: 90 - 100% = baik sekali
80 - 89% = baik
70 - 79% = cukup
< 70% = kurang

Apabila mencapai tingkat penguasaan 80% atau lebih, Anda dapat meneruskan dengan Kegiatan Belajar 3. **Bagus!** Jika masih di bawah 80%, Anda harus mengulangi materi Kegiatan Belajar 2, terutama bagian yang belum dikuasai.

KEGIATAN BELAJAR 3

Karakteristik Komoditas Kesehatan

Pada kegiatan belajar ini kita akan mempelajari karakteristik komoditas kesehatan. Karena kesehatan tidak dapat diperdagangkan, kesehatan bukanlah sebagai komoditas. Karena kesehatan itu sendiri diperoleh dari pelayanan kesehatan dengan demikian yang diperdagangkan adalah pelayanan kesehatan, dengan begitu dalam bidang kesehatan yang disebut sebagai komoditas adalah pelayanan kesehatan.

Untuk konsumsi pelayanan kesehatan, asumsi *consumer's sovereignty* pada teori *expected utility* menemui kegagalan. Distribusi *property rights* dalam pengambilan keputusan seringkali berbeda dengan yang diasumsikan oleh analisis ekonomi. Setiap konsumen masih memperoleh utilitas atas konsumsinya, namun *consumer's sovereignty* telah hilang, pada kasus komoditas kesehatan penilaian dan penanggungan biaya serta manfaatnya, dan pengambilan keputusan tidak sepenuhnya dilakukan lagi oleh konsumen. Jika demikian kita masih dapat mengembangkan diskusi bahwa perolehan manfaat oleh pasien dalam pelayanan kesehatan pun akan menurun. Lebih lanjut dapat dikatakan bahwa utilitas yang diperoleh atas pelayanan kesehatan tidak hanya berasal dari bentuk utilitas karena status kesehatannya yang berubah namun juga berasal dari proses utilitas yang berkenaan dengan informasi dan pengambilan keputusan.

Hasil akhir yang diinginkan oleh konsumen adalah perbaikan status kesehatan. Untuk mendapatkan hal ini konsumen mungkin saja meminta (*demanding*) informasi, misalnya informasi mengenai status kesehatannya saat ini pada yayasan yang tersedia sekaligus dengan efektivitasnya. Ketidakpastian status kesehatannya dan hasil pelayanan kesehatan mendorong pasien meminta dokternya bertindak sebagai perantara untuk membantu memutuskan namun juga telah menjadi pengambil keputusan. Tindakan pasien seperti itu terjadi karena takut salah membuat keputusan dan sebagai akibatnya pasien bersangkutan harus menanggung beban sebagai dampak sebuah keputusan yang salah.

Seberapa jauh ciri tanggungan kesehatan, tanggungan informasi dan pendelegasian keputusan ini tergantung pada berbagai faktor termasuk komoditas pelayanan kesehatan apa yang sedang dipersoalkan, serta hubungan pribadi antara dokter dan pasien. Sebagai contoh, banyak orang

mengetahui tentang masalah sakit gigi dan perawatan apa yang tersedia sekaligus dengan efektivitasnya. Apabila demikian halnya informasi yang terkandung dalam pelayanan kesehatan gigi relatif rendah, demikian pula halnya dengan pendelegasian pada jenis pelayanan ini. Dalam kasus seperti ini, walaupun salah dalam bertindak tidak membawa akibat yang besar. Jika persoalan tersebut diganti dengan persoalan kanker payudara, tentu kondisinya akan berbeda sama sekali.

Ketiga ciri yang diuraikan sebelumnya tidak lepas dari unsur manusiawi dokter maupun pasiennya. Sebagian dokter ada yang relatif bersedia menerima peranan pengambil keputusan bagi pasiennya dibandingkan sebagian dokter lainnya. Sebagian pasien cenderung memegang otoritasnya dalam membuat keputusan, sementara lainnya cenderung menyerahkan tanggung jawab pengambilan keputusan kepada dokternya (meskipun pasien tetap sebagai pihak yang memperoleh utilitas-nya). Sikap dokter untuk memberikan informasi yang diperlukan dan sikap pasien menerima informasi yang relevan tersebut tidak dapat dilepaskan dari pandangan masing-masing pihak mengenai *distribusi property rights* dalam pengambilan keputusan.

Heterogenitas unsur manusiawi dokter maupun pasien termasuk salah satu hal yang relatif tidak memperoleh perhatian yang cukup. Sifat hubungan keduanya adalah salah satu hal yang rumit pada sisi analisis permintaan yang menggunakan pendekatan *agency relationship*. Mengingat sifat hubungan itu sendiri merupakan sumber utilitas yang potensial bagi pasien dan hubungan ini akan berbeda antara pasien yang satu dengan lainnya.

Informasi yang diberikan oleh dokter kepada pasien mengenai status kesehatannya, jenis pelayanan beserta efektivitasnya akan menempatkan posisi dokter sebagai suplier sekaligus sebagai pihak yang pengaruhnya langsung masuk ke dalam fungsi utilitas konsumen. Pemisahan penawaran dan permintaan yang tertuang dalam Teori Marshall menjadi tidak berlaku, sehingga fenomena terjadinya *supplier-induced demand* perlu mendapat perhatian. Fenomena ini menjelaskan kemungkinan bergesernya fungsi permintaan konsumen sebagai akibat adanya intervensi yang dilakukan oleh dokter.

Terlihat jelas bahwa pelayanan kesehatan merupakan komoditas yang *heterogen, intermediate commodity*, komoditas ini tidak dikonsumsi karena komoditasnya sendiri. Kenyataan bahwa komoditas ini *heterogen* dan *intermediate* dalam praktiknya akan menghasilkan persoalan heterogenitas. Hal ini disamping karena terdapat perbedaan yang jelas antara sakit kepala

yang ringan dengan tumor otak, dikarenakan pula tidak selamanya jelas setiap proses konsumsi bahwa ini semua merupakan hasil diagnosa, serta tidak dapat dikesampingkan adanya kemungkinan pusing tersebut bukan merupakan gejala kondisi yang lebih membahayakan. Sindrom apa yang mungkin merupakan suatu fungsi langsung dari kurangnya informasi yang dipunyai oleh pasien. Kurangnya informasi demikian selain mungkin persoalannya tidak didramatisir, juga akan menyebabkan pasien cenderung menghindari risiko sekecil mungkin dari setiap kemungkinan akibat yang dihadapinya. Konsekuensinya, tingkat heterogenitas pelayanan kesehatan akan dikurangi.

Karena keinginan untuk menunjukkan perbedaan antara informasi dan pengetahuan, nampaknya masalah informasi menjadi semakin rumit. Informasi yang terkait dengan kesehatan dapat diberikan oleh dokter atau paramedis tapi tidak selamanya informasi tersebut kemudian menjadi pengetahuan pasien, terutama bila informasi yang diberikan tidak berkaitan dengan gangguan kesehatan yang rutin dialami pasien. Mengingat masing-masing jenis gangguan kesehatan mempunyai utilisasi pelayanan kesehatan yang berbeda. Pada beberapa hal pemberian informasi malah memberikan beban tambahan kepada pasien, terutama jika diharapkan informasi tersebut sebagai tambahan pengetahuan. Atau terkadang pemberian informasi kepada pasien malah membuat pasien tidak senang. Tentunya kejadian-kejadian seperti itu tidak diharapkan terjadi oleh dokter atau tenaga paramedis lainnya, ketika ini terjadi, membuat mereka semakin enggan melakukan difusi informasi kepada pasien. Risikonya, jika ada pasien yang benar-benar ingin mendapatkan pengetahuan yang cukup untuk mendukung demand-nya akan sulit mendapatkannya.

Karena itu sifat komoditas pelayanan kesehatan dapat dipandang dari sisi permintaan dan penawaran yang mencerminkan antara apa yang diminta (kesehatan) dan apa yang disediakan (pelayanan kesehatan). Misalnya, komoditas pelayanan kesehatan yang disediakan oleh dokter untuk memperbaiki kuantitas kehidupan pasien yang menderita kanker payudara. Tetapi pelayanan yang disediakan dokter tersebut boleh saja berbeda dengan yang diinginkan oleh pasien, karena pasien sebenarnya menghendaki kualitas dan kuantitas kehidupan dan sekaligus kuantitas dan kualitas informasi untuk pengetahuannya.

Jelas bahwa sisi permintaan dan penawaran dapat benar-benar berbeda. Namun keduanya mempunyai kecenderungan muncul secara bersamaan yang

dimanifestasikan melalui permintaan menurut pendekatan *agency relationship*. Prinsip pendekatan ini adalah menyadari adanya ketimpangan informasi, termasuk ketimpangan pengetahuan antara dokter dan pasien mengenai kesehatan. Pasien menerima kenyataan ketidaktahuannya (*ignorance*), kelebihan pengetahuan dokter serta kemungkinan manfaat yang akan diterima oleh pasien dengan membiarkan dokter memengaruhi fungsi utilitas-nya. Pasien menerima kenyataan bahwa dokter lebih mengetahui tentang dampak akhir status kesehatan. Sebagian alasan terjadinya himpitan informasi ini adalah pasien menghadapi begitu mahalnnya informasi yang seimbang. Untuk mencapai situasi *agency relationship* yang sempurna sangat sulit, bahkan sangat mungkin tidak akan pernah tercapai. Karena syarat untuk dapat tercapai adalah jika pada akhirnya hasil yang diperoleh adalah persis sama seperti ketika pasien sendiri yang melakukan pilihan pada posisi dengan pengetahuan yang sempurna, seperti yang dipersyaratkan oleh teori utilitas di atas.

Harus diketahui secara benar status kesehatan, pelayanan kesehatan yang tersedia, fungsi utilitas bukan hanya terkait dengan masalah kesehatan saja. Pengetahuan ini perlu karena yang akan diputuskan tidak terbatas pada manfaat saja, tetapi termasuk pula biaya, sementara biaya akan melibatkan berbagai aspek dalam fungsi utilitas seseorang. Misalnya keputusan memasukkan seorang pasien ke rumah sakit tertentu atau ke rumah sakit lain yang lebih jauh jaraknya tidak semata-mata mempertimbangkan risiko relatif yang dihadapi oleh pasien akan tetapi turut mempertimbangkan seluruh biaya yang diperhitungkan oleh pasien terhadap kedua tempat tersebut.

Tidak saja kondisi status kesehatan pasien yang ada kaitannya dengan fungsi utilitas-nya. Informasi dan seberapa jauh otonomi pasien juga penting. Pada dasarnya dokter harus memutuskan terlebih dahulu mengenai jumlah dan jenis informasi dan pengetahuan yang diinginkan oleh pasien, selanjutnya memberikan informasi bersangkutan kepada pasien. Proses demikian dikombinasikan dengan berbagai aspek kepribadian pasien, akhirnya memberikan otoritas kepada dokter untuk bertindak sebagai wakil pasien. Dokter bertindak untuk memutuskan pelayanan kesehatan yang menjadi preferensi pasien dengan mempertimbangkan hak-hak pasien dan dokter dalam proses pengambilan keputusan.

Ini menyebabkan *agency relationship* bukan sekedar bagaimana memperoleh hasil yang “benar” atas tindakan pasien jika mempunyai informasi dan bertindak secara bijaksana. Teori ini berkaitan dengan usaha

memperoleh hasil terbaik pada keadaan yang mendukung preferensi pasien untuk memperoleh informasi serta pasien masih tetap dapat mempertahankan optimalitas pengambilan keputusan. Menyebabkan semakin membuat *agency relationship* yang sempurna semakin sulit dicapai.

Penjelasan tersebut menunjukkan bahwa komoditas pelayanan kesehatan tidak dapat secara sempurna memenuhi teori utilitas karena beberapa alasan yang berhubungan masalah informasi. *Pertama*, pelayanan kesehatan itu sendiri adalah sebuah informasi yang luas. Ketika pasien belum memiliki informasi, pasien menemui kesulitan membuat urutan prioritas sejumlah komoditas diantaranya adalah pelayanan kesehatan. *Kedua*, pasien harus yakin ketika memutuskan jenis pelayanan kesehatan yang akan dikonsumsi sebelum dapat mempunyai preferensi. *Ketiga*, melakukan pemilihan, seorang pasien selalu mengalami kekurangan informasi untuk membuat keputusan mengenai status kesehatan yang paling ingin dicapai. Hal seperti ini tidak hanya terjadi pada komoditas pelayanan kesehatan, namun sifat khusus komoditas pelayanan kesehatan dibandingkan komoditas lainnya seperti dikemukakan oleh Wiesbrod (1978) adalah bahwa ketidakcukupan informasi mengenai kesehatan, jenis pelayanan dan efektivitasnya, serta biaya yang harus ditanggung pasien, tidak terbukanya penyedia layanan tentang keadaan kesehatan kepada pasien memaksa pengguna jasa hanya dapat menilai kualitas komoditas setelah pembelian, bahkan pada keadaan tertentu bahkan sulit menemukannya ketika sudah terjadi transaksi.

Makin menjelaskan tentang kerumitan yang dihadapi pada permintaan pelayanan kesehatan. Sebagian kerumitan tersebut berawal dari situasi ketika konsumsi komoditas tersebut dilakukan, yaitu sesuatu yang kental akan ketidakpastian. Sebagian lainnya tidak dapat dilepaskan dari sifat komoditasnya sendiri. Karakteristik komoditas tersebut antaranya adalah ketidaksempurnaan informasi, ketidakpastian permintaan, monopoli penawaran, komoditi yang heterogen, efek eksternalitas, dan *non-excludability* (tidak ada pengecualian, yaitu komoditas telah disediakan maka setiap orang dapat menggunakannya), bahaya moral, dan *merit goods*. Pemerintah bertindak mengatur pasar terutama untuk menghindarkan konsumen menanggung kerugian yang besar akibat salah melakukan pemilihan mengonsumsi komoditas pelayanan kesehatan.

Sumber masalah ketidaksempurnaan informasi yang dimiliki oleh pasien sekaligus memberi pengaruh pada fungsi utilitas-nya dapat diuraikan seperti berikut. Ketidaksempurnaan informasi mengenai pelayanan kesehatan tidak

saja sebatas pada pemilihan jenis pelayanan kesehatan, akan tetapi lebih luas yaitu berkaitan dengan berbagai pertanyaan mengenai kapan memerlukan pelayanan kesehatan, dimana saja tersedia pelayanan kesehatan yang sesuai dengan kebutuhan, bagaimana efektivitas pelayanan kesehatan tersebut, apa pengaruh kegagalan pelayanan kesehatan yang telah dipilih, alternatif pelayanan kesehatan yang tersedia sebagai penggantinya. Pastinya kesemua itu adalah dampak dari kegagalan pasar memberikan sinyal yang cukup untuk digunakan oleh konsumen (pasien) dalam mendukung kesempurnaan mengonsumsi komoditas ini. Lee (1979) mencatat bahwa akibat kegagalan pasar ini mendorong keterlibatan negara untuk melakukan intervensi pasar. Inilah yang mendukung argumentasi bahwa komoditas kesehatan merupakan *merit goods*.

Suatu bentuk komoditas yang dapat disediakan oleh pasar tetapi konsumen mungkin tidak mampu membayar atau merasa perlu untuk membeli, dengan demikian ekonomi pasar bebas tidak akan menyediakannya dalam jumlah yang diperlukan masyarakat (*Geoff Riley, Eton College, September 2006*). Situasi demikian disebabkan pula oleh masalah informasi dan eksternalitas yang dihadapi konsumen, untuk itu diperlukan peran pemerintah (negara) yang bertindak sebagai pihak yang bertanggung jawab menyediakannya. Dipercaya bahwa individu tidak dapat bertindak sesuai dengan kepentingan terbaik mereka karena informasi yang tidak sempurna tentang manfaat yang diperoleh. Contoh yang bagus untuk barang seperti ini mencakup pelayanan kesehatan, pendidikan, program pelatihan, perpustakaan, jasa untuk kepentingan anak dan siswa.

Berbeda dengan *merit goods*, barang publik didefinisikan sebagai produk yang setiap konsumsi oleh konsumen tambahan tidak mengurangi jumlah yang dikonsumsi oleh konsumen yang ada. Beberapa contoh umum barang publik meliputi hukum, taman, lampu jalan, pertahanan. Karena tidak ada biaya marjinal dalam memproduksi barang publik, umumnya mereka harus disediakan secara gratis, karena jika tidak disediakan seperti itu orang-orang yang mendapatkan manfaat kurang dari biaya pemanfaatannya, tidak akan menggunakannya. Hal ini akan mengarah pada hilangnya kesejahteraan. Jadi barang-barang ini tidak akan disediakan oleh pasar bebas karena tidak ada cara untuk mengenakan biaya dalam penggunaannya, solusinya adalah negara harus menyediakan dan membiayainya dari pajak yang dikumpulkan pada semua orang.

Utilisasi pelayanan kesehatan kaitannya sangat erat dengan kebutuhan kita akan pelayanan kesehatan dan seberapa efektif pelayanan tersebut. Kedua keadaan itu melahirkan masalah yang berkaitan dengan kesulitan informasi, hal ini kemudian yang mendorong terbentuknya “*agency-relationship*.” Hubungan tersebut terbentuk sebagai sebuah institusi yang merupakan jawaban atas kegagalan pasar menyediakan informasi. Tetapi tingkat ketergantungan pasien terhadap agennya akan ditentukan oleh tingkat ketidakpastian dan kerumitan yang terjadi dalam proses pengambilan keputusan.

Ketidakpastian yang terkait dengan waktu dan jenis utilisasi pelayanan kesehatan akan memengaruhi penawarannya, yaitu produksi akan diarahkan pada orientasi jangka pendek. Sebagai *merit goods*, pelayanan kesehatan tidak dapat disimpan sehingga sulit untuk membuat stok. Sementara komoditas ini juga sulit digantikan diantara berbagai konsumen karena komoditas ini merupakan komoditas *intermediate* yang berkaitan erat dengan produksi status kesehatan. Karena itu produksi komoditas pelayanan kesehatan akan bervariasi menurut kategori diagnosa. Bahkan pada kategori diagnosa yang sama, pelayanan kesehatan masih bervariasi menurut keadaan pasien. Hal demikianlah yang mendasari bahwa kesehatan tergantung berkarakteristik *heterogen*.

Tentunya dengan meningkatnya kerumitan pelayanan maka komoditas ini harus semakin diperkenalkan. Disamping itu mengingat sifatnya yang *intermediate* dan *heterogen* tersebut menyebabkan konsumen harus mempunyai kesempatan yang senantiasa siap digunakan pada setiap tingkat produksi komoditas tersebut. Sejalan dengan hal itu, produksi harus pula diatur sedemikian rupa agar yang dihasilkan selalu secara cepat memberikan tanggapan terhadap setiap perubahan yang dikehendaki. Meskipun belum tentu efisien, namun penyelesaian pasar banyak mengandalkan kepada kontrak ulang antara dokter dan pasien untuk menghindari risiko ketidakpastian.

Hal tersebut mendorong timbulnya berbagai alternatif. Dari sudut pandang konsumen, ketidakpastian itu akan menyebabkan hilangnya kesejahteraan konsumen sehingga konsumen cenderung mencari asuransi. Kesejahteraan akan meningkat kembali melalui penyebaran risiko hilangnya rasa terbelenggu karena tingginya biaya pelayanan kesehatan serta keterbatasan pendapatan ketika mengonsumsi pelayanan kesehatan. bentuk awalnya asuransi muncul lebih cenderung bertindak sebagai alternatif akibat

ketidakpastian waktu akan sakit dibandingkan karena ketidakpastian efektivitas pelayanan kesehatan atau karena ketidakteraturan konsumsi. Karena itu biasanya asuransi mengatasi kesulitan pembiayaan kesehatan dengan mengabaikan efektivitasnya, kecuali jika ketidakefektifan yang terjadi sebagai akibat kesemboronoan (mal praktek).

Hilangnya kesejahteraan pasien yang dikaitkan dengan beban risiko tadi, Arrow (1963) menunjukkan bahwa orang akan meminta asuransi yang '*full coverage*'. Apabila jenis tersebut tersedia dan pada batas harga premi yang terjangkau. Tetapi meskipun harga premi yang dihadapi lebih tinggi dibandingkan tingkat yang dianggap wajar, asuransi ini akan dibeli ketika premi tersebut secara relatif belum terlampau timpang.

Pada beberapa hal permintaan pelayanan kesehatan seharusnya mengarah pada permintaan asuransi kesehatan. selama utilitas masih mempunyai kaitan positif dengan pendapatan, sementara biaya pelayanan kesehatan dianggap akan mengurangi pendapatan. Seorang penghindar risiko cenderung akan terus membeli asuransi sejalan dengan meningkatnya risiko sakit. Karena itu berbagai kejadian yang berkemungkinan rendah untuk muncul tetapi sekali muncul akan menghabiskan banyak biaya (seperti rawat inap di rumah sakit) cenderung diasuransikan dibandingkan kejadian yang sering muncul tetapi dengan dampak biaya yang rendah (seperti *general check-up*).

Persoalan lain muncul sejalan dengan meningkatnya penggunaan asuransi kesehatan, dampak negatif itu biasanya disebut sebagai *moral hazard* yang biasanya muncul dalam dua bentuk. *Pertama*, konsumen yang merasa tidak ada beban biaya apapun pada saat melakukan konsumsi komoditas pelayanan kesehatan cenderung menggunakan pelayanan yang berlebihan sehingga menimbulkan ketidakefisienan. *Kedua*, produsen (pemberi jasa) pelayanan kesehatan yang mengetahui keberadaan konsumen yang dilindungi oleh asuransi kesehatan cenderung mengarahkan pada penggunaan pelayanan kesehatan yang semestinya tidak diperlukan (*over prescribed*.) Kedua bentuk *moral hazard* demikian tentu akan berdampak pada perilaku pasar pelayanan kesehatan.

Berbagai upaya pencegahan telah dilakukan untuk mengatasi *moral hazard* dalam pelayanan kesehatan tersebut. *Pertama*, menggunakan mekanisme *co-insurance*. Konsumen (pasien) tidak sepenuhnya bebas dari seluruh biaya pelayanan kesehatan, melainkan harus membayar sebagian biaya pelayanan kesehatan, jenis biaya dan besar kecilnya tambahan biaya

terbentuk dari kesepakatan antara pihak asuransi dan pemegang polis. Dampaknya, pemegang polis yang tidak lagi bebas biaya pelayanan kesehatan cenderung mengurangi konsumsi pelayanan kesehatannya. Besar-kecilnya penurunan konsumsi tersebut tergantung kepada seberapa besar porsi biaya yang harus ditanggung pemegang polis dengan mempertimbangkan pengaruhnya pada pendapatannya. *Kedua*, melalui pengawasan langsung. Metode ini menurut Arrow (1963) akan mendorong dokter melakukan pelayanan kepada pemegang polis terbatas pada pelayanan yang diperlukan dan khususnya pada pelayanan yang murah biaya.



LATIHAN

Untuk memperdalam pemahaman Anda mengenai materi di atas, kerjakanlah latihan berikut!

- 1) Jelaskan mengapa yang dianggap sebagai komoditas dalam kesehatan adalah pelayanan kesehatan bukan kesehatannya sendiri?
- 2) Jelaskan mengapa pelayanan kesehatan dipandang sebagai *merit goods*?
- 3) Salah satu sifat komoditas pelayanan kesehatan adalah *heterogen*. Jelaskan!

Petunjuk Jawaban Latihan

- 1) Pelajari secara keseluruhan bagian modul ini. Walaupun hasil kesehatan memberikan utilitas, namun kesehatan pada dasarnya tidak dapat diperdagangkan atau tegasnya tidak tersedia di pasar. Untuk mendapatkan keadaan kesehatan tertentu yang diharapkan orang tidak dapat mencarinya di pasar, melainkan harus menggunakan pelayanan kesehatan tertentu yang disediakan oleh pemberi jasa kesehatan. Dengan begitu mudah dipahami bahwa yang diperoleh dalam pasar adalah pelayanan kesehatan, bukan kesehatan itu sendiri.
- 2) Pelajari secara keseluruhan bagian modul ini agar mampu menangkap makna pelayanan kesehatan sebagai *merit goods*. Karena proses transaksi dalam pelayanan kesehatan tidak memenuhi kesempurnaan informasi yang harus tersedia dalam kerangka teori utilitas. Komoditas ini tidak disediakan oleh pasar sesuai kebutuhan konsumen, selain itu ketimpangan pengetahuan antara pasien dan pemberi jasa mengenai

kesehatan dan komoditas yang berkaitan dengan kesehatan, akhirnya menciptakan hilangnya surplus konsumen. Oleh karena itu pemerintah/negara bertanggung jawab menyediakannya.

- 3) Pelajari secara keseluruhan bagian modul ini agar dapat mengerti tentang heterogenitas komoditas pelayanan kesehatan. Karena gangguan kesehatan sangat beragam bentuknya yang ditandai oleh begitu banyaknya jenis penyakit. Setiap jenis sakit membutuhkan penanganan secara khusus sehingga pelayanan kesehatan ini berbeda dengan pelayanan untuk sakit lainnya. Seperti penanganan untuk sakit gigi dan kesehatan ibu dan anak tentunya tidak sama bahkan penanganan untuk sakit yang sama seperti dalam pelayanan perawatan gigi akan berbeda berdasarkan kebutuhan.



RANGKUMAN

Karena kesehatan merupakan hasil dari sebuah proses dan bukanlah sesuatu yang dapat diperdagangkan, untuk mendapatkannya dibutuhkan proses berupa pelayanan kesehatan. Konsumen yang bertindak untuk mendapatkan kualitas hidup yang lebih baik sepanjang hidup senantiasa membutuhkan pelayanan kesehatan untuk mendapatkannya, sementara produsen menyediakan pelayanan kesehatan yang dibutuhkan oleh masyarakat. Secara sepintas nampak ada pemisahan secara tegas antara sisi permintaan dan sisi penawaran untuk komoditas ini.

Namun sesungguhnya ada kerumitan ketika informasi yang tersedia di pasar tidak sempurna. Sebagian kerumitan tersebut berawal dari situasi ketika konsumsi komoditas tersebut dilakukan, yaitu sesuatu yang kental akan ketidakpastian. Sebagian lainnya tidak dapat dilepaskan dari sifat komoditasnya sendiri. Karakteristik komoditas tersebut antaranya adalah ketidaksempurnaan informasi, ketidakpastian permintaan, monopoli penawaran, komoditi yang heterogen, efek eksternalitas, dan *non-excludability* (tidak ada pengecualian, yaitu komoditas telah disediakan maka setiap orang dapat menggunakannya), bahaya moral, dan *merit goods*.

Pastinya kesemua itu adalah dampak dari kegagalan pasar memberikan sinyal yang cukup untuk digunakan oleh konsumen (pasien) dalam mendukung kesempurnaan mengonsumsi komoditas ini. Akibat kegagalan pasar ini mendorong keterlibatan negara untuk melakukan intervensi pasar. Inilah yang mendukung argumentasi bahwa komoditas kesehatan merupakan *merit goods*.

**TES FORMATIF 3**

Pilihlah satu jawaban yang paling tepat!

- 1) Untuk mendapatkan kesehatan yang lebih baik, dibutuhkan pelayanan kesehatan tertentu. Proses dalam menghasilkan kesehatan yang lebih baik tersebut merupakan salah satu karakteristik pelayanan kesehatan yang disebut sebagai...
 - A. *uncertainty*
 - B. *intermediate goods*
 - C. *externalities*
 - D. *market failure*
- 2) *Agency-relationship* adalah sebuah alternatif yang menyelesaikan masalah pasar komoditas pelayanan kesehatan yang ditimbulkan oleh beberapa hal berikut, *kecuali*...
 - A. ketidaksempurnaan informasi
 - B. ketidakpastian
 - C. kominasi pihak pemberi jasa
 - D. *transitivity*
- 3) *Moral hazard* berkaitan dengan penggunaan asuransi kesehatan yang sering terjadi pada konsumen adalah...
 - A. penggunaan layanan kesehatan hanya tertentu saja
 - B. cenderung menggunakan pelayanan kesehatan secara berlebihan
 - C. lebih selektif dalam menggunakan pelayanan kesehatan
 - D. memberikan pelayanan kesehatan secara berlebihan
- 4) Masih terkait *moral hazard*, yang sering terjadi pada produsen adalah...
 - A. penggunaan pelayanan kesehatan yang tidak semestinya diperlukan
 - B. kecenderungan menggunakan pelayanan kesehatan berlebihan
 - C. lebih selektif dalam menggunakan pelayanan kesehatan
 - D. memberikan pelayanan kesehatan secara berlebihan
- 5) Bentuk asuransi *co-insurance* merupakan asuransi kesehatan dengan ciri berikut, *kecuali*...
 - A. tidak sepenuhnya bebas dari biaya pelayanan kesehatan
 - B. tambahan biaya berdasarkan kesepakatan antara pemegang polis dan pihak asuransi

- C. pelayanan kesehatan khusus pada pelayanan yang berbiaya murah
- D. konsumen cenderung mengurangi penggunaan pelayanan kesehatan akibat keterbatasan biaya.

Cocokkanlah jawaban Anda dengan Kunci Jawaban Tes Formatif 3 yang terdapat di bagian akhir modul ini. Hitunglah jawaban yang benar. Kemudian, gunakan rumus berikut untuk mengetahui tingkat penguasaan Anda terhadap materi Kegiatan Belajar 3.

$$\text{Tingkat penguasaan} = \frac{\text{Jumlah Jawaban yang Benar}}{\text{Jumlah Soal}} \times 100\%$$

Arti tingkat penguasaan: 90 - 100% = baik sekali

80 - 89% = baik

70 - 79% = cukup

< 70% = kurang

Apabila mencapai tingkat penguasaan 80% atau lebih, Anda dapat meneruskan dengan modul selanjutnya. **Bagus!** Jika masih di bawah 80%, Anda harus mengulangi materi Kegiatan Belajar 3, terutama bagian yang belum dikuasai.

Kunci Jawaban Tes Formatif

Tes Formatif 1

- 1) C
- 2) B
- 3) B
- 4) A
- 5) A

Tes Formatif 2

- 1) D
- 2) A
- 3) D

Tes Formatif 3

- 1) B
- 2) D
- 3) B
- 4) A
- 5) C

Daftar Pustaka

- Arrow, K. 1963. *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care*. American Economic Review, 53: 941-973.
- Mc Poke, B. dan Normand, C. 2008. *Health Economics: An International Perspective*. 2nd Edition. Oxon, Routledge.
- Mill, J.S. 1909. *Principles of Political Economy*. London, Longman, Green and Co.
- Hey, J.D. 1979. *Uncertainty in Micro Economics*. Martin Robertson, Oxford.
- Phelps, Charles E. 2010. *Health Economics*. 4th Edition. New York: Addison-Wesley, Pearson.
- Rice, T. dan Unruh, L. 2009. *The Economics of Health Reconsidered*. 3rd Edition. Chicago, Health Administration Press.
- Santerre, Rexford. E. dan Neun, Stephen. P. 2010. *Health Economics: Theories, Insights, and Industries Studies*. 5th Edition. USA: South-Western.
- Tjiptoherijanto, P. dan Budhi Soesetyo. 1994. *Ekonomi Kesehatan*. Rineka Cipta, Jakarta.
- Weisbrod, B.A. 1961. *Economics of Public Health*. University of Pennsylvania Press.
- Williams, A. 1980. *Economics and Health Care*. International Journal of Epidemiology, 9: 296-298