



EKONOMI & PEMBIAYAAN  
**KESEHATAN**



Haerawati Idris



## **KATA PENGANTAR**

Alhamdulillah, buku dengan judul “Ekonomi dan Pembiayaan Kesehatan” telah rampung diselesaikan. Buku ini terdiri dari dua belas bab yang mengkaji mulai dari konsep ekonomi, ekonomi dalam kesehatan dan konsep pembiayaan kesehatan.

Manusia tidak bisa lepas dengan ilmu ekonomi, termasuk dalam bidang kesehatan. Kita selalu dihadapkan dengan berbagai pilihan dan sumber daya yang terbatas. Dengan memahami konsep ini, akan mampu membantu kita di bidang kesehatan melakukan prioritas yang nantinya mampu memberi nilai atau manfaat. Buku ini saya persembahkan kepada semua mahasiswa yang mengambil mata kuliah ini. Selain itu, buku ini dapat menjadi rujukan bahan pembelajaran di tingkat perguruan tinggi khususnya pada kajian ekonomi kesehatan.

Saya mengucapkan terima kasih kepada semua pihak yang ikut membantu penerbitan. Selamat membaca. Semoga buku ini memberikan tambahan wawasan dan pemahaman dalam ilmu ekonomi dan pembiayaan kesehatan.

Palembang, 1 Agustus 2021

Penulis

## DAFTAR ISI

KATA PENGANTAR .....	I
DAFTAR ISI.....	II
BAB I GAMBARAN EKONOMI PELAYANAN KESEHATAN .....	1
Pendahuluan.....	1
Garis Besar .....	5
Kerangka Analisis .....	6
Rangkuman .....	6
Daftar Pustaka.....	7
Latihan .....	7
Umpan Balik .....	7
BAB II KESEHATAN DAN PELAYANAN KESEHATAN .....	9
Pendahuluan.....	9
Sumber Peningkatan Kesehatan .....	11
Pengukuran Peningkatan Kesehatan .....	20
Rangkuman .....	28
Daftar Pustaka.....	29
Latihan .....	29
Umpan Balik .....	30
BAB III PELAYANAN KESEHATAN SEBAGAI KOMODITAS EKONOMI.....	31
Pendahuluan.....	31
Pelayanan Kesehatan Sebagai Komoditas Ekonomi .....	32
Prinsip-Prinsip Dasar Teori Utilitas .....	34
Sifat pelayanan Kesehatan .....	37
Rangkuman .....	50
Daftar Pustaka.....	50
Latihan .....	52
Umpan Balik .....	52
BAB IV PERMINTAAN, ELASTISITAS DAN KESEHATAN .....	53
Elastisitas Permintaan.....	53
Mengukur Elastisitas.....	53
Elastisitas Permintaan dan Promosi Kesehatan.....	57
Elastisitas Silang Permintaan.....	60
Elastisitas Pendapatan atas Permintaan .....	60

Rangkuman .....	62
Daftar Pustaka.....	63
Latihan .....	63
Umpan Balik.....	63
<b>BAB V PERMINTAAN KESEHATAN DAN PELAYANAN KESEHATAN .....</b>	<b>65</b>
Pendahuluan.....	65
Kebutuhan .....	67
Hubungan Keagenan.....	70
Bukti Empiris tentang Permintaan yang Diinduksi Penyedia.....	80
Rangkuman .....	98
Daftar Pustaka.....	99
Latihan .....	100
Umpan Balik .....	100
<b>BAB VI PERMINTAAN TERHADAP PELAYANAN MEDIS.....</b>	<b>101</b>
Pendahuluan.....	101
Aturan Pemaksimalan Utilitas .....	102
Hukum Permintaan.....	103
Faktor Sisi Permintaan Ekonomi Lainnya .....	107
Rangkuman .....	131
Daftar Pustaka.....	131
Latihan .....	132
Umpan Balik .....	132
<b>BAB VII SUPLIER INDUCE DEMAND DAN AGENCY .....</b>	<b>133</b>
Masalah Informasi.....	133
Agensi yang Sempurna.....	134
<i>Supplier Induced Demand</i> .....	138
Agensi yang Tidak Sempurna.....	138
Rangkuman .....	140
Daftar Pustaka.....	140
Latihan Soal .....	140
Umpan Balik .....	141
<b>BAB VIII KESEDIAAN MEMBAYAR PELAYANAN KESEHATAN .....</b>	<b>142</b>
Apa Itu WTP .....	142
Menggunakan WTP dalam Pengambilan Keputusan Pelayanan Kesehatan .....	144
Masalah Distribusi .....	148
Rangkuman .....	149

Daftar Pustaka.....	149
Latihan Soal .....	150
Umpan Balik .....	150
<b>BAB IX KEGAGALAN PASAR DAN PEEMRINTAH.....</b>	<b>151</b>
Eksternalitas .....	151
Barang Publik .....	154
Monopoli dan oligopoli .....	157
Sumber Lain Dari Kegagalan Pasar .....	158
Barang Jasa dan Pemerataan .....	160
Rangkuman .....	162
Daftar Pustaka.....	162
Latihan .....	162
Umpan Balik .....	162
<b>BAB X PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN.....</b>	<b>163</b>
Pendahuluan.....	163
Pemanfaatan dan Kesejahteraan.....	165
Pemanfaatan: Hasil Empiris.....	169
Rangkuman .....	175
Daftar Pustaka.....	175
Latihan .....	176
Umpan Balik .....	176
<b>BAB XI PENYEDIA PELAYANAN KESEHATAN .....</b>	<b>163</b>
Pendahuluan.....	163
Pasar dan Kegagalan.....	165
Komplikasi Lebih Lanjut dan Kegagalan Tambahan.....	169
Penerimaan dan Tanggapan .....	176
Pentingnya Perilaku Etis .....	176
Rangkuman .....	175
Daftar Pustaka.....	175
Latihan .....	176
Umpan Balik .....	176
<b>INDEKS .....</b>	<b>198</b>
<b>GLOSSARIUM .....</b>	<b>199</b>

# **BAB I**

## **GAMBARAN EKONOMI PELAYANAN KESEHATAN**

### **A. Pendahuluan**

Dalam sebuah analisis ekonomi, studi hubungan antara kesehatan dengan pelayanan kesehatan, dapat dilakukan analisis di beberapa tingkat yang berbeda. Buku ini nantinya akan membahas banyak mengenai analisis ekonomi mikro pelayanan kesehatan. Pada bab pertama ini akan dijelaskan mengenai isi cakupan dan juga uraian tentang definisi-definisi terkait.

Mungkin ada yang bertanya tentang apa hubungan ekonomi dengan pelayanan kesehatan? Bukankah kesehatan merupakan aspek yang fundamental sehingga prioritas mutlak yang harus diberikan untuk memelihara dan meningkatkan pelayanan kesehatan? Namun, perlu diketahui bahwa sumber daya kesehatan terbatas, dan pilihan atas pola alokasi sumber daya. Bagaimanapun keadaannya harus tetap dibuat, idealnya dengan menggunakan prinsip meminimalkan *opportunity cost* atau biaya peluang. Beberapa di antara pilihan yang tersedia pasti berhubungan dengan sumber daya yang dialokasikan untuk pelayanan kesehatan. pelayanan kesehatan dapat dilihat sebagai salah satu dari banyak input produksi kesehatan, dimana pilihan-pilihan tersebut akan berpengaruh pada kesehatan penduduk.

Seringkali kesehatan didefinisikan hanya sebagai tidak adanya penyakit, tetapi penyakit itu perlu didefinisikan sendiri. Ada banyak cara berbeda untuk mendefinisikan penyakit, dan masing-masing aktor mungkin memberikan definisi yang berbeda. Sebagai contoh, oleh profesi medis, mendefinisikan penyakit dalam hal gangguan fisik dan mental. Ada atau tidak adanya penyakit dan definisi tersebut berbasis pada patologis. Definisi lain, mungkin lebih berbasis fungsional. Hal ini memungkinkan untuk mendefinisikan penyakit dalam hal efek pada cara dimana individu berfungsi dalam kehidupan sehari-hari. Misalnya,

penekanan akan ditempatkan pada jumlah rasa sakit yang diderita atau sejauh mana individu dibatasi dalam melakukan aktivitas normal.

Kesulitan dalam mendefinisikan kesehatan tercermin dalam hubungan antara pelayanan kesehatan dan status kesehatan. Dengan demikian pemeliharaan kesehatan tidak hanya melibatkan pengobatan penyakit tetapi juga pencegahan penyakit. Disisi lain, dapat dikatakan bahwa pemeliharaan kesehatan juga terkait dengan dimensi sosial. Misalnya, status pekerjaan dan kekayaan.

Definisi kesehatan yang paling luas tampaknya menerima bahwa apa pun dapat mempengaruhi status kesehatan. Maka ekonom hadir dengan mendefinisikan parameter analisis ekonomi yang berkaitan dengan kesehatan. Untuk ekonom & politik, pendekatan perlu dilakukan seluas mungkin. Bagi mereka, masalah ekonomi seringkali berhadapan dengan latar belakang sosial-politik dan dianalisis hanya untuk mendukung inisiatif kebijakan sosial dan politik. Ekonomi tidak akan memiliki arti tanpa pertimbangan secara rinci terkait kompleksitas dunia nyata.

Tujuan dari bab ini adalah untuk mempertimbangkan upaya penyederhanaan dan abstraksi analitis normal ekonomi ke bidang pelayanan kesehatan. Mengingat hal ini, mungkin akan muncul pertanyaan: Mengapa pelayanan harus kesehatan? dan pada tingkat agregasi apa bisa dilaksanakan? Mari kita bahas dua pertanyaan pertama.

Kesehatan memiliki nilai guna tetapi bukan nilai untuk ditukar. Penjelasan lengkap tentang pernyataan ini disajikan dalam bab tiga. Pada dasarnya kesehatan tidak dapat diperdagangkan dan, oleh karena itu, tidak ada pasar dalam kesehatan. Pelayanan kesehatanlah yang dapat diperdagangkan. Perbedaan penting adalah bahwa kesehatan tidak dapat dibeli secara langsung sementara kesehatan pelayanan bisa. Pelayanan kesehatan sifatnya dikonsumsi secara khusus dan tunggal karena hubungannya dengan kesehatan individu. Pelayanan kesehatan hanya dikonsumsi dengan anggapan bahwa ia memiliki manfaat investasi dalam status kesehatan. Oleh karena itu, permintaan akan pelayanan kesehatan merupakan permintaan turunan berdasarkan keinginan konsumen untuk kesehatan.

Dengan demikian tidak mengherankan bahwa masyarakat sangat menghargai pelayanan kesehatan.

Selain itu, ada tantangan bahwa dengan adanya pilihan, sebagian besar orang tidak ingin berpartisipasi dalam konsumsi sebagian besar bentuk pelayanan kesehatan. Pada konsumsi sebagian besar pelayanan kesehatan, agar rasionalitas bertahan, konsumen harus sakit dan sebagian besar individu tentu tidak ingin sakit. Fakta sederhana ini memiliki konsekuensi yang signifikan bagi analisis ekonomi pelayanan kesehatan. Tentu saja dalam mempertimbangkan pelayanan kesehatan preventif, konsumen mungkin tidak sakit pada saat membeli layanan kesehatan. Namun, pelayanan kesehatan preventif mempertahankan beberapa karakteristik dari pelayanan kuratifnya, misalnya, permintaan itu tetap merupakan permintaan turunan berdasarkan manfaat investasi yang diharapkan berkaitan dengan kesehatan.

Kesehatan tidak dapat diperdagangkan adalah titik awal yang baik untuk analisis kesehatan sebagai komoditas ekonomi. Hal ini bukan untuk menyatakan bahwa ekonomi tidak bisa berkontribusi pada analisis konsumsi atau bahkan produksi karena mereka mempengaruhi kesehatan. Contoh penting dari kontribusi tersebut adalah analisis pengangguran yang berkaitan dengan kesehatan dan pertimbangan masalah kesehatan di literatur tentang ekonomi. Namun, sebagian besar studi di ekonomi kesehatan dalam praktiknya berkaitan dengan ekonomi pelayanan kesehatan.

Argumen semacam itu juga sebagian bertanggung jawab untuk menentukan tingkat agregasi yang mendominasi sebagian besar analisis ekonomi dalam bab ini. Karena ekonomi berkaitan dengan pilihan, maka menarik untuk memeriksa pilihan dalam keadaan dimana konsumen sakit. Ilmu ekonomi biasanya mengasumsikan bahwa pilihan yang paling konsisten dengan memaksimalkan utilitas adalah dibuat dalam kondisi informasi yang lengkap. Namun, begitu suatu penyakit tertular, kecil kemungkinannya konsumen akan bersedia, bahkan jika dia mampu secara fisik untuk mulai mengumpulkan informasi yang diperlukan untuk memungkinkan pilihan optimal dilakukan. Selain itu, persyaratan informasi seperti itu mungkin cukup besar. Hal ini juga



merupakan alasan untuk melatih dokter. Dokter yang terlatih tidak hanya menyimpan informasi yang dibutuhkan oleh konsumen tetapi juga menyediakan pelayanan. Pertimbangan tersebut jelas mempengaruhi pilihan dasar atas bentuk dan jumlah pelayanan kesehatan yang dikonsumsi. Sebagian besar analisis ekonomi pelayanan kesehatan dibahas dalam bab berkaitan dengan implikasi untuk pilihan dibawah keadaan tersebut.

Penyakit yang tidak dapat diprediksi dan kapan terjadinya penyakit adalah fakta yang terjadi dalam kehidupan. Konsumen mungkin memiliki sedikit pengetahuan tentang pengobatan dan besarnya biaya pengobatan dari berbagai macam penyakit. Oleh karena itu, tidak mengejutkan bahwa mencari asuransi untuk menutupi sebagian dari risiko biaya yang timbul. Ini tentu saja memperkenalkan pasar lain ke dalam analisis: pasar untuk asuransi kesehatan. Dengan demikian asuransi pelayanan kesehatan diharapkan karena risiko menimbulkan biaya pelayanan kesehatan, dengan pelayanan kesehatan yang dikonsumsi, diharapkan efek positif pada status kesehatan. Sejauh ini, asuransi menjadi pelindung dalam penyebaran risiko di sejumlah individu, maka analisis asuransi pelayanan kesehatan pasti menjauh dari analisis konsumen individu. Selanjutnya bentuk sistem asuransi akan mempengaruhi bentuk di mana layanan pelayanan kesehatan diberikan, serta pilihan konsumen atas konsumsi. Oleh karena itu pengenalan analisis asuransi pelayanan kesehatan memperluas analisis ekonomi pelayanan kesehatan, memperkenalkan pertanyaan seperti apakah pelayanan kesehatan harus dibiayai secara pribadi atau publik.

Pertimbangan tersebut tidak dapat didiskusikan semata-mata atas dasar efisiensi, namun aspek distribusi juga penting. Jadi aspek lain dari analisis ekonomi pelayanan kesehatan harus menjadi masalah kesetaraan yang berkaitan dengan distribusi komoditas ini. Pertimbangan seperti itu harus ditangani pada tingkat mikro dan makro ekonomi. Berkaitan dengan yang terakhir, masalah distribusi akan mempengaruhi struktur dan sifat penyediaan pelayanan kesehatan agregat. Pada sisi lain, pengenalan pertimbangan kesetaraan ke dalam fungsi utilitas individu menimbulkan pertanyaan yang berkaitan dengan asumsi yang dibuat tentang tingkah laku individu.

Analisis ekonomi mikro merupakan bagian yang dominan disebabkan oleh fakta bahwa, hubungan khas antara pelayanan kesehatan dan status kesehatan diakui dan diterima sebagai titik awal untuk analisis ekonomi pelayanan kesehatan. Analisis pengambilan keputusan sehubungan dengan pelayanan kesehatan harus dimulai dengan pemeriksaan ulang dari proses pilihan. Seperti yang akan kita lihat, pilihan dipengaruhi sedemikian rupa sehingga solusi pasar untuk masalah alokasi sumber daya di sektor ini menjadi tidak dapat dipertahankan. Karena itu perhatian utama dari bab ini adalah peluang yang tersedia bagi konsumen dan produsen dalam proses pengambilan keputusan. Peluang inilah yang sangat menentukan variasi dalam perilaku dan tanggapan institusional terhadap kegagalan pasar yang sangat penting dalam kesehatan sektor pelayanan.

## **B. Garis Besar**

Struktur buku dibahas di bawah ini. Fakta bahwa kesehatan itu sendiri tidak bisa, dan banyak pelayanan kesehatan di sebagian besar negara tidak diperdagangkan di pasar normal telah diakui secara luas. Sifat khusus dari pembelian dan penyediaan layanan dokter mungkin setara obat itu sendiri, atau setidaknya setara Sumpah Hipokrates.

Untuk memberikan beberapa latar belakang analisis ekonomi kita pada bab 2 membahas: sifat kesehatan, penyebab sakit dan hubungannya dengan pelayanan kesehatan. Pengukuran peningkatan kesehatan juga dibahas. Bab 3 menganalisis pelayanan kesehatan sebagai komoditas. Sebagai dasar untuk ini, bab ini dimulai dengan mempertimbangkan aksioma dari pilihan konsumen di bawah kondisi risiko dan kemudian melanjutkan dengan memeriksa kesulitan dalam kerangka ini ketika menganalisis pelayanan kesehatan. Tidak mengherankan kalau dua bab ini sebagian besar berkaitan dengan masalah definisi. Bab 4 membahas permintaan, elastisitas dan kesehatan dan pengukuran elastisitas. Bab 5 membahas permintaan pelayanan kesehatan secara lebih dalam, dimulai dari hubungan agensi, permintaan yang diinduksi penyedia dan bukti empiris, model produksi rumah tangga, model Grossman, permintaan dan permintaan terkait pelayanan kesehatan. Lebih jauh pada bab 6, 7 dan 8 akan dibahas mengenai permintaan atas pelayanan

medis, permintaan dan agensi yang diinduksi oleh penyedia, dan kesediaan membayar untuk pelayanan kesehatan. Kegagalan pasar dan pemerintah akan dibahas di bab 9. Bab 10,11, dan 12 secara berturut-turut akan membahas tentang pemanfaatan pelayanan kesehatan, persediaan pelayanan kesehatan, dan permintaan atas asuransi kesehatan, yang ditinjau mulai dari asuransi tradisional hingga yang sifatnya *managed care coverage*.

### **C. Kerangka Analisis**

Sebagai cabang ilmu ekonomi, ekonomi kesehatan mengacu pada bagian yang luas dari teori ekonomi. Bahwa ekonomi kesehatan adalah pendatang baru di bidang ekonom, terlihat melalui pemeriksaan usia referensi tentang ekonomi kesehatan dan pelayanan kesehatan, beberapa di antaranya kembali ke luar tahun 1960-an. Subyek ini memang bisa dikelompokkan dengan literatur ekonomi terapan 'baru' lainnya, seperti ekonomi lingkungan dan ekonomi perkotaan, yang juga berkembang pada periode pasca perang.

Tentu saja analisis ekonomi pelayanan kesehatan sekokoh teori ekonomi yang menjadi landasannya. Dalam beberapa tahun terakhir, semakin banyak pertanyaan tentang dasar-dasar aspek-aspek tertentu dari teori ekonomi. Misalnya ada literatur yang berkembang tentang alternatif untuk teori utilitas yang diharapkan sebagai sarana untuk mengeksplorasi risiko dan ketidakpastian (Schoemaker, 1982 dan Sugden, 1986), serta meningkatnya kritik terhadap meluasnya otonomi dan rasionalitas dalam berbagai masalah pilihan (Sen, 1982 & Simon, 1959). Sejauh ini diharapkan pembaca memiliki kesadaran akan batasan yang mungkin diberikan oleh ekonomi tradisional (neoklasik) pada analisis sektor pelayanan kesehatan.

### **D. Rangkuman**

1. Kesehatan didefinisikan hanya sebagai tidak adanya penyakit. Definisi penyakit berbasis patologis didasarkan pada ada atau tidak adanya penyakit, sedangkan secara fungsional mendefinisikan penyakit dalam hal efeknya pada cara di mana individu berfungsi dalam kehidupan sehari-hari.

2. Definisi kesehatan yang luas membuat apa pun dapat mempengaruhi status kesehatan. Termasuk ekonomi. Maka ekonom hadir dengan mendefinisikan parameter analisis ekonomi yang berkaitan dengan kesehatan.
3. Kesehatan memiliki nilai guna tetapi bukan nilai untuk ditukar. Kesehatan tidak dapat dibeli secara langsung sementara pelayanan kesehatan bisa.
4. Penyakit yang tidak dapat diprediksi apa dan kapan adalah fakta dalam kehidupan. Konsumen yang memiliki pengetahuan tentang pengobatan dan besarnya biaya pengobatan akan cenderung mencari perlindungan, seperti asuransi untuk menutupi setidaknya sebagian dari risiko biaya.

#### **E. Daftar Pustaka**

Schoemaker, P.J.H. 1982. 'The expected utility model: its variants, purposes, evidence and limitations' *Journal of Economic Literature*, vol. 20, pp. 529–63.

Sen, A. 1982. *Choice, Welfare and Measurement*. Oxford: Basil Blackwell.

Simon, H.A. 1959. *Theories of decision-making in economics and behavioural science*. *American Economic Review*, vol. 49, pp. 797–825.

Sugden, R. 1986. 'New developments in the theory of choice under uncertainty'. *Bulletin of Economic Research*, vol. 38, pp. 1–24.

#### **F. Latihan**

1. Apakah perbedaan antara definisi penyakit berbasis patologis dengan penyakit berdasarkan fungsional?
2. Apakah perbedaan antara kesehatan dan pelayanan kesehatan?

#### **G. Umpan Balik**

1. Definisi penyakit berbasis patologis didasarkan pada ada atau tidak adanya penyakit, sedangkan secara fungsional mendefinisikan penyakit dalam hal efeknya pada cara di mana individu berfungsi dalam kehidupan sehari-hari

2. Perbedaan penting bahwa kesehatan tidak dapat dibeli secara langsung sementara kesehatan pelayanan bisa. Pelayanan kesehatan sifatnya dikonsumsi secara khusus dan tunggal karena hubungannya dengan kesehatan individu.

## **BAB II**

### **KESEHATAN DAN PELAYANAN KESEHATAN**

#### **A. Pendahuluan**

Mengukur kesehatan dan efek intervensi medis terhadap kesehatan bukanlah hal baru. Di Mesopotamia sekitar tahun 2000 SM, ada undang-undang yang berlaku yakni kode Hammurabi, yang mengatur pembayaran yang harus dilakukan, atau kerugian yang akan diderita oleh seorang praktisi medis (Singer and Underwood, 1962):

1. Jika seorang tabib telah merawat seorang bangsawan karena luka yang parah dan telah menyembuhkannya atau membuka abses mata seorang bangsawan dan telah menyembuhkannya, dia harus mengambil sepuluh syikal perak.
2. Jika dia telah merawat seorang bangsawan karena luka yang parah dan menyebabkan bangsawan tersebut meninggal, atau membuka abses mata seorang bangsawan dan telah menyebabkan hilangnya mata, maka tangan tabib harus dipotong.
3. Jika seorang tabib telah mengobati luka parah seorang budak miskin dan telah menyebabkan kematiannya, dia harus menjadikan budak untuk budak.
4. Jika seorang tabib telah menyembuhkan anggota badan yang patah, atau telah menyembuhkan usus yang sakit, pasien harus memberi dokter lima syikal perak.

Maka, jelas diyakini bahwa menyelamatkan atau menghancurkan penglihatan adalah hasil dari kemampuan ahli bedah untuk campur tangan dengan keterampilan. Juga telah dihargai sejak zaman kuno bahwa 'Tujuh puluh tahun adalah rentang hidup kita; delapan puluh jika kekuatan mereka bertahan' (New English Bible, 1970). Harapan hidup saat itu umumnya digunakan untuk menggambarkan kesehatan suatu populasi. Tabel 1 menunjukkan bahwa harapan hidup saat pria lahir di banyak negara industri adalah sekitar tujuh puluh tahun sedangkan untuk wanita mendekati delapan puluh tahun.

**Tabel 1. Angka Harapan Hidup**

Negara-negara OECD	Angka harapan hidup lahir (1980)	
	Laki-laki	Perempuan
Austria	76.1	69.0
Belgia	75.5	69.8
Kanada	79.0	71.0
Denmark	77.6	71.4
Finlandia	77.6	69.2
Perancis	78.3	70.1
Jerman	76.5	69.7
Yunani	77.8	73.2
Islandia	80.5	73.6
Irlandia	75.0	69.5
Italia	77.4	70.7
Jepang	79.2	73.7
Luxemburg	75.1	68.0
Belanda	79.2	73.7
Selandia Baru	76.4	69.7
Norwegia	79.0	72.2
Portugal	75.0	67.0
Spanyol	78.0	71.5
Swedia	78.9	72.6
Swiss	79.1	72.4
Turki	62.3	58.3
United Kingdom	75.9	70.2
United States	76.7	69.6

*Sumber: OECD, 1985*

Selain harapan hidup, aspek fundamental kedua dari kesehatan adalah kualitas hidup. Keduanya jelas penting, dan sementara langkah-langkah formal

yang menggabungkan keduanya telah dikembangkan baru-baru ini. Hal ini akan terbukti menjadi kemajuan besar dalam evaluasi dan analisis pelayanan kesehatan. Dalam bab ini kita mengkaji hubungan antara ekonomi dan pengukuran kesehatan dan pelayanan kesehatan, alasan mengapa kesehatan telah meningkat selama berabad-abad terakhir, penyebab kesehatan yang buruk saat ini, dan apa sumber peningkatan kesehatan (bagian B). Setelah itu cara-cara di mana peningkatan kesehatan dapat diukur dan dinilai dibahas (bagian C).

## **B. Sumber Peningkatan Kesehatan**

Pelayanan kesehatan menghabiskan sebagian besar sumber daya setiap negara industri. Dari 6,2 persen PDB di Inggris hingga 10,8 persen di AS (OECD, 1985). Sejauh mana pelayanan kesehatan mampu meningkatkan kesehatan, area di mana kepercayaan populer dan bukti ilmiah berbeda. Analisis ekonomi pelayanan kesehatan membutuhkan pengetahuan ilmiah tentang hubungan teknis antara input dan output dalam peningkatan kesehatan. Oleh karena itu, para ekonom kesehatan perlu memperhatikan pertanyaan tentang efektivitas dari kemampuan obat, pengobatan, atau tindakan lain untuk meningkatkan kesehatan sebagai latar belakang untuk menguji efisiensi. Bab ini bertujuan untuk memberikan latar belakang topik tersebut.

Sumber informasi awal tentang kesehatan di banyak negara adalah catatan kematian Paroki. Catatan tersebut telah lama digunakan untuk tujuan seperti memantau perkembangan penyakit. Misalnya, selama Wabah Besar di London pada tahun 1665, perubahan jumlah kematian mingguan digunakan untuk menilai penyebaran wabah dari Paroki ke Paroki, untuk menghubungkan wabah dengan jumlah kematian yang melebihi dari yang diharapkan, dan juga untuk memperkirakan keberhasilan pengendalian tindakan medis dan sosial.

Inggris dan Wales adalah negara pertama yang mendaftarkan kematian, dimulai pada tahun 1838. Dikombinasikan dengan data dari sensus penduduk sepuluh tahun, pendaftaran ini memungkinkan tren penyebab kematian tertentu untuk dipantau. McKeown (1979) telah menggunakan data tersebut untuk memeriksa mengapa kesehatan telah meningkat. Sementara data ini



memungkinkan dia untuk mengukur penurunan angka kematian sejak tahun 1841. Dia berpendapat bahwa pertumbuhan populasi yang sangat besar (tiga kali lipat) di Inggris dan Wales antara tahun 1700 dan 1851 menunjukkan bahwa penurunan angka kematian dimulai jauh sebelum pertengahan abad kesembilan belas. Analisisnya menunjukkan bahwa alasan utama turunnya angka kematian adalah berkurangnya penyakit yang ditularkan melalui udara, air dan makanan (dapat lihat Tabel 2).

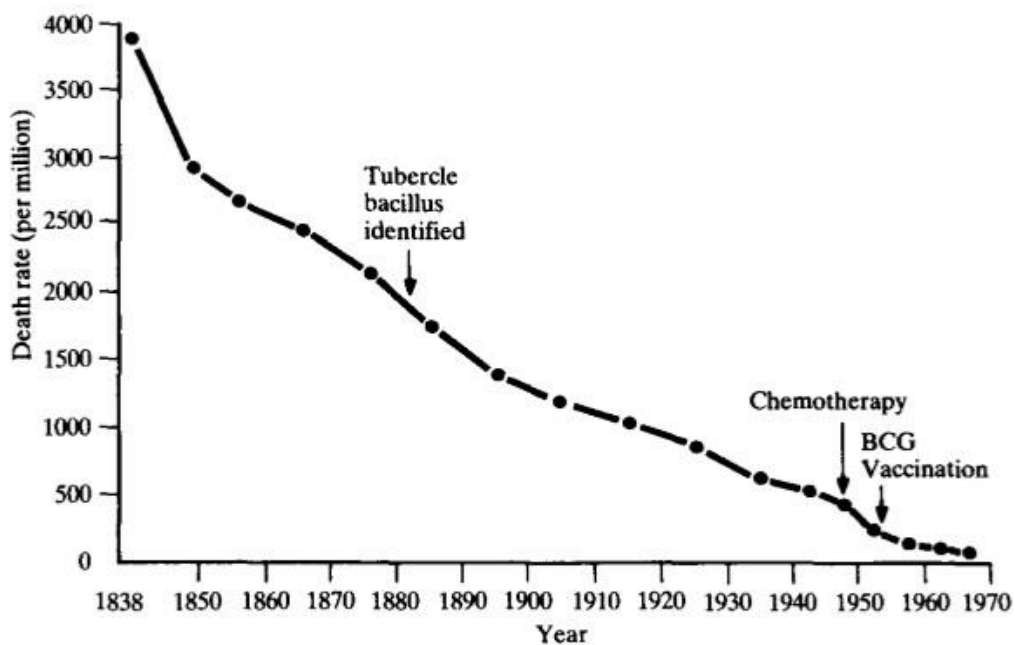
**Tabel 2.** Sumber Penurunan Angka Kematian, 1848–54 hingga 1971: Inggris dan Wales

	<b>% Penurunan</b>
<b>Kondisi yang disebabkan oleh mikroorganisme</b>	
1. Penyakit yang ditularkan melalui udara	
1.1 Tuberkulosis (pernapasan)	17.5
1.2 Bronkitis, pneumonia, influenza	9.9
1.3 Batuk rejan	2.6
1.4 Campak	2.1
1.5 Demam berdarah dan difteri	6.2
1.6 Cacar	1.6
1.7 Infeksi telinga, faring, laring	0.4
<b>TOTAL</b>	<b>40</b>
2. Penyakit yang ditularkan melalui air dan makanan	21
3. Kondisi lain	13
<b>TOTAL</b>	<b>74</b>
Kondisi yang tidak disebabkan oleh mikroorganisme	26
<b>Semua penyakit</b>	<b>100</b>

Sumber: McKeown (1979)

Tetapi mengapa kematian akibat penyakit menular menurun? McKeown menyarankan tiga alasan utama. Pertama, nutrisi yang lebih baik membuat orang lebih sehat dan lebih mampu melawan penyakit dengan mekanisme pertahanan tubuh mereka sendiri. Perbaikan gizi dimungkinkan oleh meningkatnya ketersediaan pangan karena peningkatan produksi pertanian dari akhir abad

ketujuh belas, dengan penurunan tingkat kelahiran dari abad kesembilan belas. Kedua, kebersihan yang lebih baik menyebabkan penurunan penyakit yang ditularkan melalui air dan makanan. Hal ini mengikuti langkah-langkah seperti peningkatan penyedia air dan pembuangan limbah, dan sterilisasi, pembotolan dan transportasi susu yang aman, misalnya, yang mengurangi penyakit seperti gastroenteritis pada abad kesembilan belas. Ketiga, beberapa imunisasi dan tindakan terapeutik mungkin telah berkontribusi, meskipun tidak sebanyak nutrisi dan kebersihan.



**Gambar 1** TBC (pernapasan): rata-rata tingkat kematian tahunan (distandarisasi untuk 1901 populasi): Inggris dan Wales

Ada beberapa persamaan langsung yang dapat ditarik di sini dengan upaya untuk meningkatkan kesehatan di negara-negara berkembang saat ini. Analisis McKeown menunjukkan bahwa nutrisi yang lebih baik, air bersih, kebersihan, sanitasi dan keluarga berencana memiliki peran yang sama pentingnya dengan intervensi medis, dan yang terakhir, pelayanan kesehatan primer seperti imunisasi mungkin lebih penting daripada sekunder. Selain itu, pelayanan kesehatan, seperti pelayanan rawat inap di rumah sakit, berperan dalam meningkatkan kesehatan penduduk, yang diukur dari segi harapan hidup.

Analisis McKeown membawanya pada kesimpulan bahwa layanan medis tradisional terlalu menekankan pada penyelidikan dan pengobatan penyakit dan terlalu sedikit pada pencegahan dan pelayanan orang sakit (McKeown, 1976):

**1.** Penentu langsung dari berbagai kepentingan tradisional adalah permintaan pasien untuk pelayanan akut dan keinginan dokter untuk menyediakannya. Tapi pendekatan ini juga bertumpu pada model konseptual, pada keyakinan bahwa kesehatan tergantung pada intervensi pribadi, berdasarkan pemahaman tentang struktur dan fungsi tubuh serta proses penyakit yang mempengaruhinya.

**2.** Konsep ini tidak sesuai dengan pengalaman masa lalu. Peningkatan dari kesehatan selama tiga abad terakhir pada dasarnya disebabkan oleh penyediaan makanan, perlindungan dari bahaya, dan pembatasan jumlah; ilmu medis dan jasa dalam memberikan kontribusi penting untuk pengendalian bahaya tetapi hanya terbatas melalui imunisasi dan terapi.

**3.** Sebuah penilaian teoretis dari faktor-faktor penentu kesehatan manusia menunjukkan bahwa pengaruh yang sama kemungkinan akan efektif di masa depan; tetapi ada perbedaan, bahwa di negara-negara maju perilaku individu (dalam kaitannya dengan diet, olahraga, tembakau, alkohol, obat-obatan dll) sekarang bahkan lebih penting daripada penyediaan makanan dan pengendalian bahaya.

Sementara McKeown di sini menekankan bahwa pengaruh semacam itu mungkin efektif, memutuskan apakah harus dipromosikan, juga melibatkan pertimbangan apakah hal tersebut akan efisien. Perbedaan ini akan segera dipertimbangkan.

Saat ini di dunia industri penyebab utama kematian adalah penyakit jantung, stroke, kanker dan kecelakaan di jalan. Tabel 3 menunjukkan penyebab utama kematian di Amerika Serikat untuk pria dan wanita dan untuk orang kulit hitam dan kulit putih. Untuk sebagian besar penyebab, tingkat kematian tertinggi untuk pria kulit hitam diikuti oleh pria kulit putih, diikuti oleh wanita kulit hitam dan terendah untuk wanita kulit putih. Perbedaan antara kulit hitam dan kulit putih mungkin terkait dengan tingkat pendapatan yang berbeda.

**Tabel 3** Tingkat kematian yang disesuaikan dengan usia untuk penyebab kematian tertentu, menurut jenis kelamin: Amerika Serikat, 1980

<i>Pria</i>	<i>Kulit Putih</i>	<i>Kulit Hitam</i>
Semua penyebab	745.3	1,112.8
Penyakit jantung	277.5	327.3
Penyakit pembuluh darah di otak	41.9	77.5
Neoplasma ganas:	160.5	229.9
Sistem pernapasan	58.0	82.0
Sistem pencernaan	39.8	62.1
Pneumonia and influenza	16.2	28.0
Penyakit hati kronis dan sirosis	15.7	30.6
Diabetes melitus	9.5	17.7
Kecelakaan dan efek samping	62.3	82.0
Kecelakaan kendaraan bermotor	34.8	32.9
Bunuh diri	18.9	11.4
Pembunuhan dan intervensi hukum	10.9	71.9
<i>Wanita</i>	<i>Kulit Putih</i>	<i>Kulit Hitam</i>
Semua penyebab	411.1	631.1
Penyakit jantung	134.6	201.1
Penyakit pembuluh darah di otak	35.2	61.7
Neoplasma ganas:	107.7	129.7
Sistem pernapasan	18.2	19.5
Sistem pencernaan	25.4	35.4
Pneumonia and influenza	22.8	23.3
Penyakit hati kronis dan sirosis	9.4	12.7
Diabetes melitus	7.0	14.4
Kecelakaan dan efek samping	8.7	22.1
Kecelakaan kendaraan bermotor	21.4	25.1
Bunuh diri	12.3	8.4
Pembunuhan dan intervensi hukum	5.7	2.4
Semua penyebab	3.2	13.7

Sumber: National Center for Health Statistics (1983).

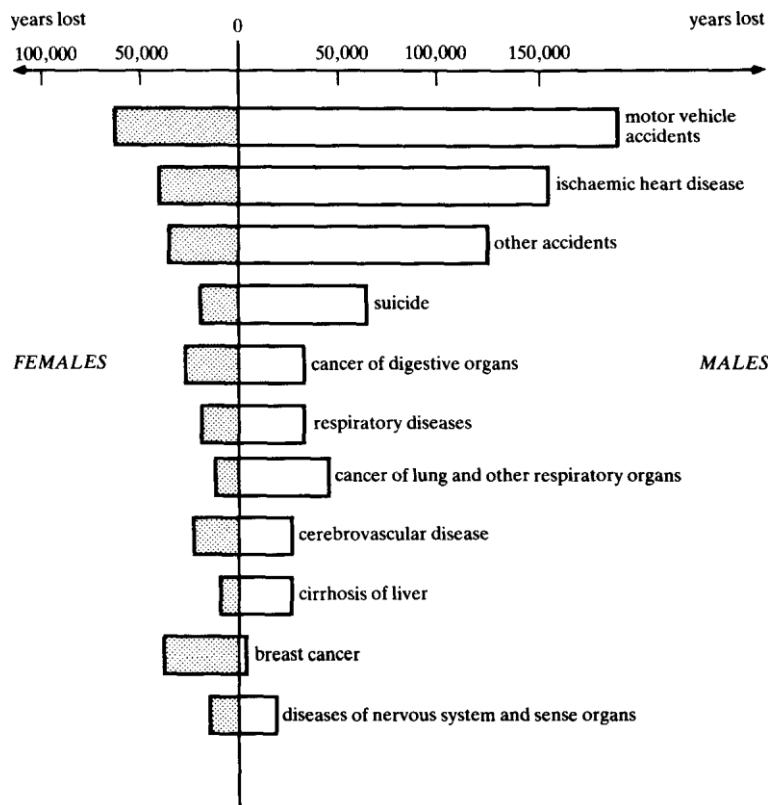
Mengekspresikan angka-angka dalam tahun mengenai potensi hilangnya nyawa memberikan penekanan yang lebih besar pada penyebab kematian yang paling umum di antara kelompok usia yang lebih muda yaitu kecelakaan. Tabel 4 dan 5 menunjukkan penyebab hilangnya tahun hidup terbanyak di Inggris, Wales, dan Amerika Serikat, dan Gambar 2 menunjukkan hal tersebut di Kanada, di mana

kecelakaan kendaraan bermotor adalah penyebab tunggal terbesar dari potensi hilangnya nyawa selama bertahun-tahun.

**Tabel 4** Perkiraan tahun kehidupan potensial yang hilang sebelum usia 85, Inggris dan Wales, 1984

<i>Years of potential life lost (thousands) 10 penyebab teratas</i>			
<b>Laki-laki</b>		<b>Perempuan</b>	
Penyakit jantung iskemik	1.302	Penyakit jantung iskemik	567
Kanker trakea, bronkus dan paru-paru	398	Penyakit serebrovaskuler	288
Kanker usus besar	324	Kanker payudara	239
Penyakit serebrovaskuler	286	Kanker usus besar	224
Kecelakaan lalu lintas kendaraan bermotor	170	Kanker organ genitourinari	173
Penyakit jantung dan hipertensi lainnya	136	Kanker trakea, bronkus dan paru-paru	151
Kanker organ genitourinari	129	Penyakit jantung dan hipertensi lainnya	122
Bronkitis, emfisema dan asma	122	Anomali kongenital	89
Penyakit pernapasan lainnya	113	Pneumonia	60
Anomali kongenital	112	Penyakit pernapasan lainnya	58

Sumber: OPCS (1986)



**Gambar 2** Distribusi potensi tahun kehidupan yang hilang oleh penyebab utama, berdasarkan jenis kelamin, Kanada 1974, Romeder and McWhinnie (1977).

Seperti pada abad terakhir, pencegahan melalui perubahan sosial dan lingkungan dibandingkan dengan layanan medis langsung, merupakan cara paling efektif untuk mengurangi penyebab utama kematian saat ini. Misalnya, fakta bahwa remaja diperbolehkan mengemudi pada usia yang lebih muda di Kanada dan Amerika Serikat kemungkinan bertanggung jawab atas kontribusi proporsional yang lebih besar dari kecelakaan kendaraan bermotor terhadap tahun-tahun kehidupan yang hilang di negara-negara ini daripada di Inggris dan Wales.

Penyakit jantung koroner dan kanker sangat terkait dengan merokok: perokok berat (lebih dari 40 batang per hari) empat kali lebih mungkin meninggal karena penyakit jantung koroner dibandingkan non-perokok. Perokok sedang, dua kali lebih mungkin, dan berhenti merokok mengurangi risiko berlebih; 40 persen dari semua kematian akibat kanker dan 90 persen kematian akibat kanker paru-

paru disebabkan oleh merokok (McCarthy, 1982). Mengurangi merokok dan kecelakaan di jalan mungkin merupakan cara paling efektif untuk mengurangi tahun-tahun kehidupan yang hilang. Meskipun langkah-langkah ini mungkin bukan yang paling efisien, atau paling efisien yang dilakukan oleh layanan medis.

Layanan kesehatan digunakan untuk sebagian besar pada kondisi yang jarang berakibat fatal. Misalnya 13 persen dari penerimaan rumah sakit di Inggris adalah penerimaan bersalin (OPCS, 1985), dan sebagian besar beban kerja dokter umum menyangkut penanganan kondisi umum seperti batuk, pilek dan infeksi pernapasan lainnya (OPCS/RCGP/DHSS, 1986). Jadi ada lebih banyak upaya dalam meningkatkan kesehatan daripada pemanfaatan layanan kesehatan. Masih banyak lagi manfaat memanfaatkan layanan kesehatan daripada meningkatkan harapan hidup.

Sebuah pertanyaan terkait menyangkut pengaruh intervensi medis, atau penyediaan layanan kesehatan terhadap kesehatan. McKeown membuat analisisnya dari catatan sejarah dan berpendapat bahwa layanan kesehatan memiliki dampak kecil pada kesehatan. Cara yang berpotensi lebih andal untuk mengetahuinya adalah melalui perbandingan dan eksperimen ilmiah.

Epidemiologi awalnya studi tentang epidemi (karena itu namanya). Sekarang, bagaimanapun, ahli epidemiologi mengkhususkan diri dalam menemukan faktor-faktor dari penentu kesehatan yang buruk, metode pencegahan atau perbaikan, dan dalam mengukur 'efektivitas' intervensi medis dan penyediaan layanan kesehatan dalam meningkatkan kesehatan. Alderson (1983) telah menggambarkan tiga tujuan epidemiologi sebagai berikut: untuk menggambarkan distribusi dan ukuran masalah penyakit pada populasi manusia; untuk mengidentifikasi faktor etiologi dalam patogenesis penyakit; untuk menyediakan data penting untuk manajemen, evaluasi dan perencanaan layanan untuk pencegahan, pengendalian dan pengobatan penyakit. Untuk memenuhi tujuan ini, tiga kelas studi epidemiologi dibagi menjadi:

1. Studi deskriptif berkaitan dengan mengamati distribusi dan perkembangan penyakit dalam populasi;

2. Studi analitik berkaitan dengan menyelidiki hipotesis yang disarankan oleh studi deskriptif;

3. Studi eksperimental atau intervensi yang berkaitan dengan pengukuran pengaruh manipulasi lingkungan terhadap populasi yang dianggap berbahaya, atau dengan memperkenalkan layanan preventif, kuratif, dan amelioratif secara terkendali.

Epidemiologi berkaitan dengan pengukuran kuantitas 'output' kesehatan dari intervensi atau layanan kesehatan tertentu. Oleh karena itu, ia terkait dengan efisiensi, yang berkaitan dengan hubungan nilai input dengan kuantitas output (efisiensi teknis), atau nilai input dengan nilai output (efisiensi sosial). Jadi studi efisiensi sering dibangun di atas hasil studi epidemiologi. Aspek lain dari ekonomi kesehatan juga secara intrinsik terkait dengan epidemiologi. Misalnya, studi tentang penyediaan pelayanan kesehatan, kesehatan, ukuran kebutuhan output, pemodelan permintaan kesehatan, dan pelayanan kesehatan, membutuhkan informasi tentang bagaimana kesehatan dapat diperoleh dan bagaimana hal itu dipengaruhi oleh keputusan konsumen. Oleh karena itu, untuk tujuan mengejar analisis ekonomi dalam studi kesehatan dan pelayanan kesehatan perlu memiliki beberapa pengetahuan dasar epidemiologi, terutama studi intervensi dan uji coba.

Studi epidemiologi tentang efektivitas intervensi medis dan penyediaan layanan kesehatan menggunakan metode perbandingan yang berbeda, dengan tingkat keandalan yang berbeda. Salah satu yang paling sederhana adalah studi 'sebelum dan sesudah' yang mengukur kesehatan sebelum intervensi dan sesudahnya. Masalah dengan studi semacam itu adalah bahwa hasilnya mungkin bias, sehingga efektivitas intervensi mungkin dilebih-lebihkan, atau diremehkan, karena efeknya disebabkan oleh beberapa faktor lain, seperti kemampuan alami tubuh untuk menyembuhkan dirinya sendiri, efek plasebo, efek 'Hawthorne', tren alami, atau perubahan lain yang terjadi.

Pelayanan medis modern berteknologi tinggi jelas tunduk pada aturan hasil marjinal yang semakin berkurang seperti halnya proses produktif lainnya. Peningkatan kesehatan yang dihasilkannya umumnya tidak sedramatis beberapa tindakan kesehatan masyarakat dan pelayanan primer pada abad-abad sebelumnya



di negara-negara industri, atau di bagian dunia ketiga saat ini. Dengan demikian penggunaan sumber daya pelayanan kesehatan yang efisien semakin bergantung pada pengukuran hasil layanan kesehatan.

### **C. Pengukuran Peningkatan Kesehatan**

Menilai efektivitas pelayanan kesehatan jelas membutuhkan pengukuran peningkatan kesehatan yang berbeda dengan dan tanpa intervensi. Bagian ini membahas pertama, kuantifikasi peningkatan kesehatan dan kedua penilaian mereka.

Ada dua aspek mendasar untuk kesehatan yakni lama hidup dan kualitas hidup. Lama hidup cukup mudah diukur dengan langkah-langkah seperti harapan hidup. Namun, kualitas hidup tidak mudah diukur. WHO (1961) telah mendefinisikan kesehatan sebagai: 'Keadaan kesejahteraan fisik, mental dan sosial yang lengkap, dan bukan hanya bebas dari penyakit atau kelemahan.' Meskipun ini mungkin bukan definisi kesehatan yang paling praktis yang dapat dibuat, namun tetap mengandung beberapa petunjuk yang berguna, bahwa kesehatan mencakup tidak adanya penyakit dan kelemahan, tetapi juga memperhitungkan perasaan subjektif.

Tahap pertama dalam mengukur kesehatan adalah untuk menggambarkan kemungkinan keadaan kesehatan yang berbeda dalam hal bagaimana mereka mempengaruhi orang, misalnya apakah dan sejauh mana mobilitas dibatasi dan/atau aktivitas fisik terganggu dan/atau aktivitas sosial dibatasi.

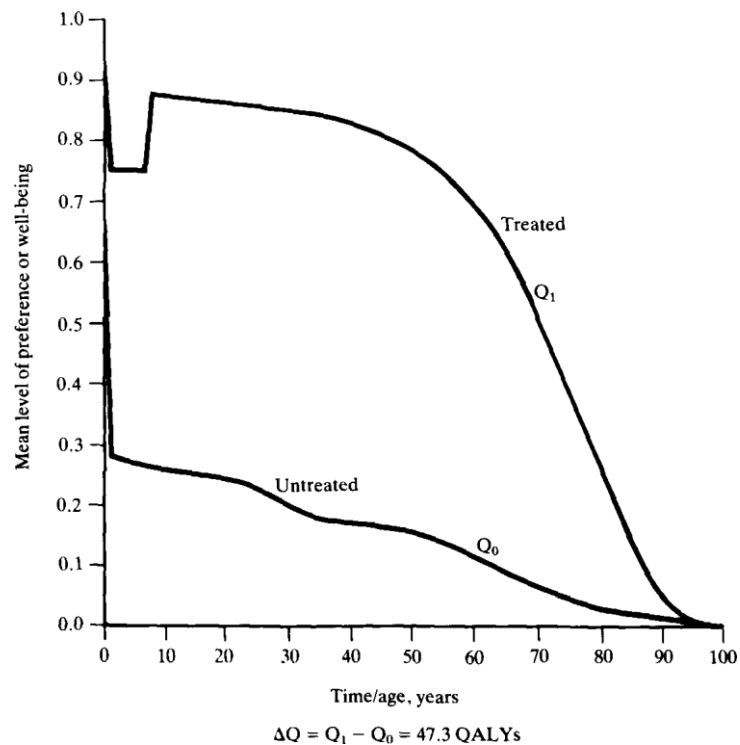
Keadaan kesehatan seperti itu kemudian dapat dinilai menurut seberapa baik atau seberapa buruk perasaan itu. Penilaiannya mungkin ordinal, yaitu peringkat sederhana dari yang terbaik hingga yang terburuk, di mana peringkat, katakanlah, peringkat ke-4 belum tentu dua kali lebih buruk dari peringkat ke-2. Alternatifnya, grading kardinal pada skala interval seperti suhu, misalnya 64°F (18°C) tidak dapat dikatakan dua kali lebih panas dari 32°F (0°C), tetapi interval antara angka-angka tersebut mungkin dibandingkan secara kardinal, perbedaan antara 100° C dan 75° C dapat dikatakan sama dengan perbedaan antara 50° C dan 25° C. Atau penilaiannya mungkin kardinal pada skala rasio, seperti tinggi

dan berat badan, misalnya di mana penting untuk membuat perbandingan seperti 'dua kali sebagai' atau 'setengah sebagai'.

Dalam literatur tentang pengukuran kesehatan, menjadi semakin umum untuk menilai status kesehatan pada skala interval. Setelah menjelaskan keadaan yang mungkin, tahap selanjutnya dalam proses ini adalah memperbaiki dua keadaan referensi yang dapat digunakan untuk menilai keadaan lain.

(Dalam mengukur suhu, dua keadaan acuan untuk skala celsius adalah titik beku dan titik didih air tawar di permukaan laut). Dalam pengukuran kesehatan, dua keadaan acuan umumnya adalah 'kesehatan yang baik' (=1) dan 'kematian' (=0). Pada Tabel 5 ini adalah status referensi yang digunakan untuk menilai status menengah, atau 'tingkat status kesehatan'. Dalam set khusus ini, negara bagian dirancang untuk mencerminkan kemungkinan tingkat status kesehatan yang disebabkan oleh penyakit bawaan fenilketonuria (PKU). Penulis penelitian ini meminta konsultan PKU dan mahasiswa kedokteran pascasarjana untuk menilai berbeda pada skala 0-1, dan peringkat mereka (berbeda) ditunjukkan pada dua kolom terakhir dari Tabel 5.

Mereka kemudian menetapkan tingkat status kesehatan yang akan dialami oleh mereka yang menderita PKU pada tahap kehidupan yang berbeda, jika mereka masih hidup, dan kemudian menggabungkan peringkat status kesehatan dengan tingkat kematian yang dialami pada usia yang berbeda untuk menghasilkan profil status kesehatan PKU seumur hidup. level pada skala 0-1. Hasilnya (menggunakan peringkat konsultan) ditunjukkan pada Gambar 3. Juga ditunjukkan pada gambar ini adalah efek merawat bayi baru lahir yang terkena PKU dengan diet khusus untuk mencegah efek penyakit. Diet terbatas mengurangi status kesehatan anak selama beberapa tahun, tetapi setelah itu status kesehatannya mendekati normal. Jadi Bush, Chen dan Patrick (1973) memperkirakan bahwa pengobatan dini PKU klasik rata-rata akan meningkatkan kesehatan sebesar 47,3 'fungsi-tahun', atau, seperti yang lebih sering disebut sekarang, 'tahun hidup yang disesuaikan dengan kualitas' (QALYs) .



**Gambar 3** Efek pada status kesehatan merawat bayi baru lahir untuk fenilketonuria.

Sumber: Bush, Chen dan Patrick (1973).

Meminta 'ahli' untuk menilai tingkat status kesehatan terhadap keadaan referensi kesehatan dan kematian adalah salah satu cara untuk menghasilkan indeks status kesehatan. Alternatifnya adalah bertanya kepada non-ahli. Kind, Rosser dan Williams (1982) mengembangkan klasifikasi dari 29 status kesehatan yang melibatkan berbagai tingkat kecacatan dan kelemahan. Mereka kemudian mendapatkan berbagai subjek: dokter, perawat medis, pasien, perawat psikiatri, pasien psikiatri, dan sukarelawan yang sehat, melalui beberapa teknik psikometri yang berbeda. Nilai median dari 70 subjek yang diwawancarai ditunjukkan pada Tabel 5. Dua dari keadaan: tidak sadar, dan baring dengan tekanan berat, dinilai oleh subjek ini sebagai lebih buruk daripada kematian. Para penulis ini melaporkan bahwa usia, agama, dan kelas sosial tidak terkait dengan perbedaan cara, tetapi pengalaman penyakit.

**Tabel 5.** Matriks penilaian untuk 70 responden

1= sehat, 0= mati (nilai median)

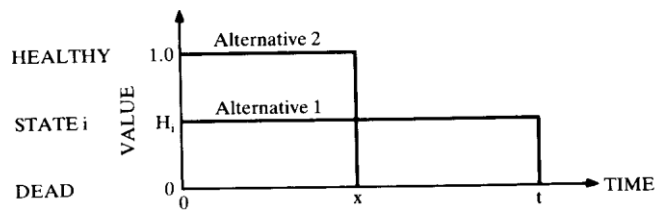
		<i>Peringkat kesulitan</i>			
		<i>A</i>	<i>B</i>	<i>C</i>	<i>D</i>
<i>Tidak ada</i>	<i>ringan</i>	<i>sedang</i>	<i>parah</i>		
I	Tidak cacat	1.000	0.995	0.990	0.967
II	Cacat sosial ringan	0.990	0.986	0.973	0.932
III	Cacat sosial yang parah atau sedikit penurunan kinerja di tempat kerja, atau keduanya, mampu melakukan semua pekerjaan rumah tangga kecuali tugas berat	0.980	0.972	0.956	0.912
IV	Pilihan pekerjaan atau kinerja di tempat kerja sangat terbatas, ibu rumah tangga dan orang tua hanya dapat melakukan pekerjaan rumah ringan tetapi dapat berbelanja	0.964	0.956	0.942	0.870
V	Tidak dapat melakukan pekerjaan yang dibayar, tidak dapat melanjutkan pendidikan apa pun, orang tua dikurung di rumah kecuali untuk jalan-jalan yang dikawal dan jalan-jalan pendek dan tidak dapat berbelanja, ibu rumah tangga hanya dapat melakukan beberapa tugas sederhana	0.946	0.935	0.900	0.700
VI	Terbatas pada kursi atau kursi roda atau hanya dapat bergerak dengan dukungan	0.875	0.845	0.680	0.000
VII	Terbatas di tempat tidur	0.677	0.564	0.000	-1.486
VIII	Dibawah sadar	-1.028	*	*	*

\* : tidak tersedia

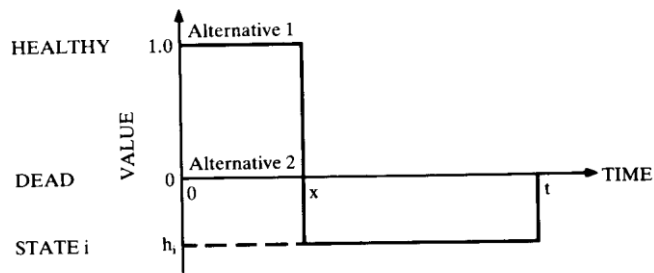
Sumber: Kind, Rosser and Williams (1982)

Torrance dan rekan-rekannya di Ontario telah mengembangkan dua teknik khusus untuk mendapatkan penilaian dari berbagai metode, termasuk anggota masyarakat umum. Ini adalah metode 'pertukaran waktu' dan 'perjudian standar'

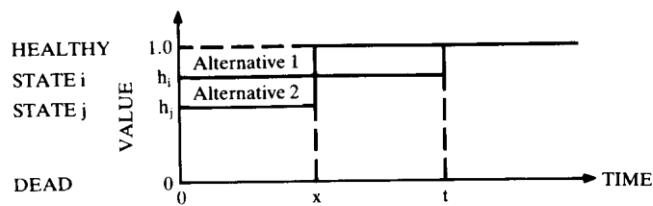
(Torrance, 1986). Pada subjek pertama yang nilai-nilainya sedang dicari diminta untuk membuat trade-off antara kondisi kesehatan kronis yang diminati selama  $t$  tahun dan kesehatan yang baik untuk periode yang lebih pendek,  $x$  tahun. Kedua periode tersebut diasumsikan segera diikuti oleh kematian. Periode  $x$  divariasikan panjangnya sampai subjek acuh tak acuh di antara keduanya. Pada titik indifferen penilaian ( $h$ ) kondisi kesehatan dihitung sebagai  $h=x/t$ . Trade-off ini diilustrasikan dalam bentuk diagram pada Gambar 4, bersama dengan trade-off untuk kondisi kesehatan yang lebih buruk daripada kematian dan kondisi kesehatan sementara.



Time trade-off for a chronic health state preferred to death



Time trade-off for a chronic health state considered worse than death



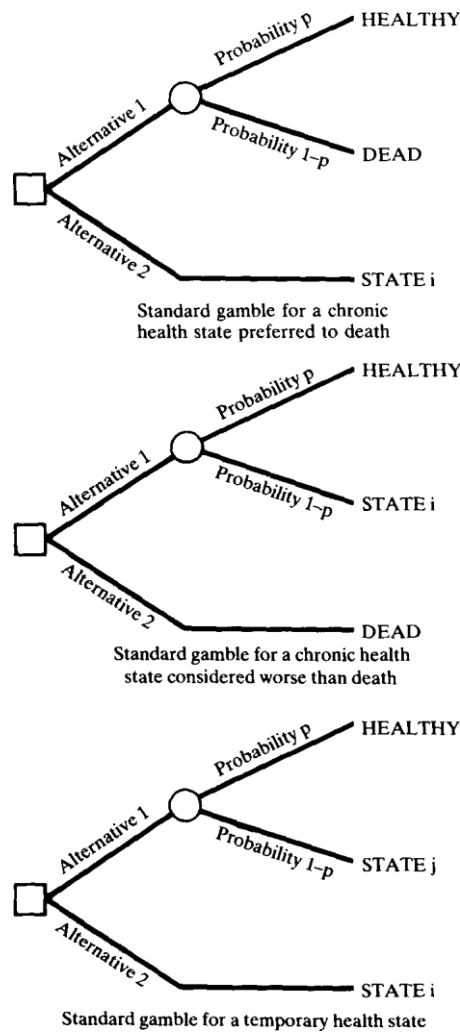
Time trade-off for a temporary health state

**Gambar 4.** Pertukaran Waktu

Sumber: Torrance (1986)

Dalam pertaruhan standar subjek diminta untuk membuat trade-off antara kepastian memiliki selama  $t$  tahun kondisi kesehatan kronis yang menarik, atau

berjudi dengan kesehatan yang baik selama  $t$  tahun sebagai salah satu alternatif dan kematian sebagai yang lain. Probabilitas dari berjudi yang mengakibatkan kesehatan atau kematian bervariasi sampai subjek acuh tak acuh antara berjudi dan kondisi kesehatan kronis dengan pasti. Pada titik penilaian ketidakpedulian kondisi kesehatan dihitung sama dengan probabilitas ( $p$ ) kesehatan dalam perjudian. Trade-off ini juga diilustrasikan (Gambar 5) bersama dengan trade-off untuk kondisi kesehatan yang lebih buruk daripada kematian dan kondisi kesehatan sementara.



**Gambar 5.** Taruhan Standar

Sumber: Torrance (1986).

Torrance dan rekan-rekannya telah menggunakan teknik tersebut dalam memunculkan preferensi untuk status kesehatan dari berbagai pendekatan. Misalnya, Sackett dan Torrance (1978) mengukur preferensi untuk tingkat kualitas hidup yang berbeda dari sampel acak bertingkat dari masyarakat umum Hamilton, Ontario, menggunakan teknik time trade-off. Mereka menemukan bahwa wanita menyamakan satu tahun dengan mastektomi untuk pengobatan kanker payudara menjadi 0,48 tahun dengan kesehatan penuh: 0,48 QALYs. Langkah-langkah tersebut dapat digunakan dalam penilaian ekonomi untuk mengungkapkan manfaat intervensi dalam hal yang setara dengan tahun kehidupan yang diperoleh dengan kesehatan penuh. Misalnya, program skrining mencegah perlunya mastektomi untuk pengobatan kanker payudara dan tanpa efek samping lainnya akan membawa keuntungan sebesar 0,52 QALYs per wanita per tahun. Idealnya QALYs dapat digunakan dalam perbandingan penggunaan alternatif untuk sumber daya pelayanan kesehatan sehingga membantu untuk memastikan bahwa jumlah maksimum kesehatan yang dihasilkan dari sumber daya yang tersedia.

Namun, pada prinsipnya ada berbagai kritik terhadap pengukuran kesehatan, seperti yang telah dilakukan hingga saat ini, yang membuatnya tidak tepat dan prematur untuk pengambilan keputusan pelayanan kesehatan 'global', meskipun signifikansi praktis dari kritik tersebut belum diuji secara menyeluruh.

Kritik pertama adalah bahwa tanggapan orang terhadap pilihan yang diminta untuk mereka buat dalam wawancara tentang situasi hipotetis mungkin tidak mencerminkan pilihan yang akan mereka buat dalam kehidupan nyata. Preferensi mereka dapat berubah ketika mereka memperoleh lebih banyak informasi, atau karena pilihan-pilihan tersebut memiliki signifikansi yang lebih besar dan konsekuensinya tampak lebih nyata ketika benar-benar dihadapkan pada keputusan yang sebenarnya.

Kedua, sebagian besar pengukuran yang telah dilakukan mencerminkan perpindahan dari posisi kesehatan yang baik ke status kesehatan yang lebih buruk (Thompson, 1986). Mereka tidak mencerminkan nilai perpindahan dari kondisi kesehatan kronis ke kesehatan yang baik atau dari satu kondisi ke kondisi lain.

Jika kesehatan tunduk pada hukum utilitas marjinal yang semakin berkurang maka ini mungkin menjadi sumber kesalahan yang penting jika hasil dari situasi sebelumnya diterapkan pada situasi terakhir.

Ketiga, penilaian yang diperoleh akan dipengaruhi oleh durasi kondisi yang diharapkan, menderita kondisi kronis selama dua tahun mungkin lebih dari dua kali lebih buruk selama satu tahun. Poin terkait adalah bahwa pengukuran sampai saat ini mungkin tidak cukup memperhitungkan pengaruh prognosis pada penilaian status kesehatan saat ini.

Ketiga kritik tersebut diilustrasikan oleh Tabel 6, di mana terlihat bahwa pasien dialisis menilai dialisis tidak seburuk yang dirasakan masyarakat umum, menilai perbedaan antara dialisis di rumah dan di rumah sakit secara berbeda dari masyarakat umum, dan peringkat kedua kelompok menurun seiring periode.

Tabel 6. Durasi kondisi pasien Dialisis

<b>Lama</b>	<b>Status kesehatan</b>	<b>Populasi umum</b>	<b>Pasien dialisis</b>	<b>% Perbedaan</b>	
3 bulan	Dialisis rumah sakit	0.62	0.81	31	0.01
8 tahun	Dialisis rumah sakit	0.56	0.59	5	NS
8 tahun	Dialisis di rumah	0.65	0.72	11	NS
Hidup	Dialisis rumah sakit	0.32	0.52	62	0.01
Hidup	Dialisis di rumah	0.39	0.56	44	0.06

Sumber: Sackett and Torrance (1982)

Kritik keempat adalah, seperti yang ditunjukkan Torrance, penilaian yang diberikan dapat berubah dengan cara pertanyaan diajukan. Perbedaan telah ditemukan antara nilai yang ditempatkan pada kondisi tertentu saat menggunakan trade-off waktu dan pertaruhan standar. (Pada prinsipnya pertukaran waktu harus disesuaikan dengan tingkat preferensi waktu individu, dan pertaruhan standar untuk penghindaran/preferensi risiko)

Kritik terakhir adalah bahwa QALY mungkin tidak mengukur manfaat penuh yang diperoleh dari kesehatan. Manfaat lain mungkin berhubungan dengan nilai pelayanan kesehatan bagi kerabat pasien, nilai informasi yang dapat



diberikan oleh dokter dan pihak lain, dan pengurangan beban pengambilan keputusan mengenai kelayakan jenis pelayanan kesehatan.

Setelah mengukur peningkatan kesehatan dalam hal peningkatan kualitas hidup dan durasinya dalam hal tahun kehidupan, langkah selanjutnya adalah mencoba menilai peningkatan kesehatan dalam bentuk uang. Salah satu metode untuk memunculkan nilai-nilai tersebut adalah dengan menanyakan secara langsung kepada individu berapa banyak yang akan mereka bayarkan untuk memperoleh peningkatan kesehatan tertentu, atau menghindari penurunan kesehatan. Thompson (1986) melaporkan bagaimana ini dicoba dengan sekelompok 247 orang, berusia antara 21 dan 66, menderita rheumatoid arthritis kronis. Mereka diminta untuk membayangkan bahwa obat (lengkap) untuk kondisi mereka tersedia, tetapi hanya melalui pembelian pribadi. Sembilan puluh enam persen dari subyek menjawab, dan kesediaan mereka untuk membayar pengobatan hipotetis adalah 22 persen dari pendapatan (rumah tangga) keluarga mereka. Kesediaan untuk membayar sebagai proporsi pendapatan berkorelasi positif dengan tingkat gangguan mereka dalam aktivitas hidup sehari-hari, dan berkorelasi negatif dengan usia.

#### **D. Rangkuman**

1. Dua aspek fundamental dari kesehatan adalah kualitas hidup dan harapan hidup.
2. Analisis McKeown menunjukkan bahwa nutrisi yang lebih baik, air bersih, kebersihan, sanitasi dan keluarga berencana memiliki peran yang sama pentingnya dengan intervensi medis. Pelayanan kesehatan primer seperti imunisasi mungkin lebih penting daripada sekunder.
3. Mengukur peningkatan kesehatan dapat dilakukan dengan cara mengukur peningkatan kualitas hidup dan durasinya dalam hal tahun kehidupan, langkah selanjutnya adalah menilai peningkatan kesehatan tersebut dalam bentuk uang, yaitu dengan menanyakan secara langsung kepada individu berapa banyak yang akan mereka bayarkan untuk memperoleh peningkatan kesehatan tertentu, atau menghindari penurunan kesehatan.

## **E. Daftar Pustaka**

- Alderson, M. 1983. *An Introduction to Epidemiology (2nd edition)*, London, Macmillan
- McCarthy, M. 1982. *Epidemiology and Policies for Health Planning*, London, King Edward's Hospital Fund.
- McKeown, T. 1976. *The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis?*, London, Nuffield Provincial Hospitals Trust. McKeown, T. (1979), *The Role of Medicine: Dream, Mirage or Nemesis? (2nd edition)*, Oxford, Basil Blackwell.
- OECD 1985. *Measuring Health Care 1960–1983: Expenditure, Costs and Performance*, Paris, OECD.
- Romeder, J.-M. and McWhinnie, J.R. 1977. 'Potential years of life lost between ages 1 and 70: an indicator of premature mortality for health planning', *International Journal of Epidemiology*, vol. 6, pp. 143–51.
- Sackett, D.L. and Torrance, G.W. 1978. 'The utility of different health states as perceived by the general public', *Journal of Chronic Disease*, vol. 31, pp. 697–704
- Singer, C. and Underwood, E.A. 1962. *A Short History of Medicine (2nd edition)*, Oxford, Oxford University Press.
- Thompson, M.S. 1986. 'Willingness to pay and accept risks to cure chronic disease', *American Journal of Public Health*, vol. 76, pp. 392–6.
- WHO. 1961. *Constitution of the World Health Organisation: Basic Documents (15th edition)*, Geneva, WHO.

## **F. Latihan**

1. Mengapa angka kematian akibat penyakit menular menurun di Inggris dan Wales pada tahun 1848-1971?
2. Apa hubungan epidemiologi dengan efisiensi dalam pengukuran kesehatan?

## **G. Umpan Balik**

1. McKeown menyarankan tiga alasan utama. **Pertama**, nutrisi yang lebih baik membuat orang lebih sehat dan lebih mampu melawan penyakit dengan mekanisme pertahanan tubuh mereka sendiri. **Kedua**, kebersihan yang lebih baik menyebabkan penurunan penyakit yang ditularkan melalui air dan makanan. **Ketiga**, beberapa imunisasi dan tindakan terapeutik mungkin telah berkontribusi, meskipun tidak sebanyak nutrisi dan kebersihan.

2. Epidemiologi berkaitan dengan pengukuran kuantitas 'output' kesehatan dari intervensi atau layanan kesehatan tertentu. Oleh karena itu, epidemiologi terkait dengan efisiensi, yang berkaitan dengan hubungan nilai input dengan kuantitas output (efisiensi teknis), atau nilai input dengan nilai output (efisiensi sosial). Studi efisiensi sering dibangun di atas hasil studi epidemiologi.

# **BAB III**

## **PELAYANAN KESEHATAN SEBAGAI KOMODITAS EKONOMI**

### **A. Pendahuluan**

Dalam bab ini, fokus pembahasan adalah pada sifat komoditas ekonomi yang menjadi perhatian utama adalah pelayanan kesehatan. Bab ini mulai dibangun di atas masalah yang lebih epidemiologis, demografis dan medis di bab terakhir. Penekanan bab ini adalah pada deskripsi, definisi pelayanan kesehatan dan karakteristiknya sebagai komoditas ekonomi. Selain itu, bab ini juga menggambarkan pengaturan ekonomi dan identifikasi fitur kunci atau karakteristik pelayanan kesehatan yang relevan dengan bab-bab berikutnya.

Pada bagian selanjutnya, proses *setting* dimulai dengan menguraikan dalam istilah hubungan ekonomi penting antara kesehatan dan pelayanan kesehatan yang berkaitan dengan pertanyaan tentang interpretasi konsep nilai. Setelah itu menetapkan prinsip-prinsip utama teori utilitas yang diharapkan, yaitu teori yang terletak di jantung paradigma neoklasik ekonomi konvensional. Di bagian berikutnya mempertimbangkan sejauh mana paradigma neoklasik relevan dengan pelayanan kesehatan. Dalam mengejar masalah ini, tujuan utama bukan untuk menetapkan bahwa pelayanan kesehatan 'berbeda' dari komoditas lain. Masalahnya adalah: dimanakah relevansi potensial dan kegunaan teori utilitas yang diharapkan pada pelayanan kesehatan?

Ternyata ini menjadi pertanyaan yang agak sulit untuk dijawab, paling tidak karena dengan pelayanan kesehatan, kita tidak berurusan dengan satu komoditas yang homogen tetapi heterogen. Apa yang mungkin benar dari terapi intensif di unit pelayanan jantung koroner, mungkin tidak berlaku untuk kunjungan awal ke dokter umum untuk pengobatan beberapa infeksi pada saluran pernapasan bagian atas. Selanjutnya, individu pasien dan individu dokter dapat secara langsung mempengaruhi sifat komoditas itu sendiri.

## **B. Pelayanan Kesehatan Sebagai Komoditas**

Perhatian utama adalah pada pelayanan kesehatan daripada kesehatan. Dari perspektif ekonomi, berpendapat bahwa ini harus menjadi kasus karena fokus ekonomi adalah pada permintaan, penawaran dan distribusi komoditas dan pelayanan kesehatan, bukan kesehatan itu sendiri, yang merupakan komoditas. Kesehatan itu sendiri tidak dapat diperjualbelikan, dalam arti tidak dapat secara tegas dibeli atau dijual ke pasar: kesehatan tidak lebih dari karakteristik suatu komoditas.

Menerjemahkan ini ke dalam istilah kesehatan dan pelayanan kesehatan, kesehatan hanya dapat memiliki nilai guna dan tidak dapat ditukar. Selanjutnya, kesehatan biasanya hanya dapat dikaitkan dengan jumlah utilitas yang sesuai oleh konsumen, yaitu penerima, misalnya, perubahan status kesehatan. Kesehatan itu sendiri tidak bisa diperjualbelikan.

Dengan demikian dikatakan bahwa kesehatan bukanlah komoditas, tetapi pelayanan kesehatan yang menjadi komoditas. Pada gilirannya, mengingat perhatian utama para ekonom dengan nilai dalam pertukaran, pokok bahasan utama bab ini bukanlah kesehatan tetapi pelayanan kesehatan sebagai komoditas utama dicirikan oleh kesehatan.

Bukan berarti analisis ekonomi bisa mengabaikan kesehatan. Misalnya, seperti yang ditunjukkan Williams (1977), mendefinisikan kesehatan adalah fitur penting dari ekonomi kesehatan: Mengukur kesehatan dengan jelas, seperti ditunjukkan pada bab sebelumnya, juga merupakan aspek penting dari ekonomi kesehatan. Tapi itu adalah pelayanan kesehatan, komoditas yang dapat diperdagangkan, yang menjadi fokus bab ini.

Dari sudut pandang *supply*, pelayanan kesehatan tidak hanya menghasilkan kesehatan tetapi juga 'output' lainnya. Dari sudut pandang *demand*, orang ingin meningkatkan status kesehatannya, sehingga mereka menuntut pelayanan kesehatan (sebagai salah satu cara untuk mencapai ini). Hubungan yang tampaknya sederhana antara menginginkan kesehatan dan menuntut pelayanan kesehatan menjadi lebih kompleks, terutama karena masalah kurangnya informasi. Menerjemahkan keinginan akan kesehatan ke dalam konsumsi pengobatan

melibatkan antara lain permintaan informasi tentang berbagai aspek status kesehatan yang ada, peningkatan status kesehatan, ketersediaan pengobatan, efektivitas, dll. Oleh karena itu, permintaan akan pelayanan kesehatan melibatkan ketidakpastian yang membuat karakteristik informasi, dan bukan hanya karakteristik pelayanan, penting. Seperti yang disebutkan Arrow (1963), profesi medis mengkhususkan diri dalam penyediaan informasi dan informasi ini mempengaruhi pelayanan kesehatan apa yang kemudian diminta dan digunakan oleh *user*.

Ketidakpastian yang ditimbulkan oleh ketidaktahuan tentang status kesehatan, ketersediaan dan efektivitas pengobatan, dll. membuat pengambilan keputusan tentang konsumsi pengobatan menjadi sulit, terutama karena mungkin ada kecemasan substansial tentang membuat keputusan yang salah, yang dapat berakibat buruk (untuk kesehatan). Akibatnya, konsumsi pelayanan kesehatan, terutama untuk kondisi yang mengancam jiwa, pengambilan keputusannya diserahkan kepada dokter. Dengan kata lain, permintaan akan pelayanan kesehatan dapat mencakup permintaan untuk menghindari keharusan membuat keputusan yang sulit dan memikul tanggung jawab pengambilan keputusan tersebut. Fitur informasi dan pengambilan keputusan ini sangat penting untuk masalah 'hubungan agensi' di mana dokter bertindak sebagai agen atas nama dan untuk kepentingan pasien.

Jadi kita beralih dari keinginan individu untuk meningkatkan status kesehatan ke situasi di mana dalam konteks konsumsi pelayanan kesehatan, keinginan itu hanyalah salah satu fitur dari proses yang lebih kompleks yang mengarah pada pemanfaatan pelayanan kesehatan. Sejauh ini asumsi normal pemisahan lengkap pengambilan keputusan dan pengambil keputusan pada *supply* dan sisi *demand* pasar mungkin tidak berlaku. Dengan kata lain distribusi 'hak milik' dalam pengambilan keputusan dalam pelayanan kesehatan mungkin berbeda dari yang tersirat dalam hak konsumen menurut standar pasar neoklasik.

Yang dimaksud dengan hak milik adalah 'Hubungan perilaku yang disetujui di antara manusia, yang muncul dari keberadaan benda-benda dan berkaitan dengan penggunaannya .... dapat digambarkan sistem hak milik yang

*berlaku di masyarakat ...sebagai rangkaian hubungan ekonomi dan sosial yang menentukan posisi setiap individu sehubungan dengan pemanfaatan sumber daya yang langka”* (Furubotn dan Pejovich, 1972). Ekonomi neoklasik konvensional mengasumsikan bahwa hak milik atas keputusan konsumsi berada di tangan konsumen, yaitu gagasan rasional konsumen yang menjalankan haknya. Seperti yang dinyatakan Mishan (1971): 'para ekonom umumnya sepakat, baik sebagai iman kanon, sebagai prinsip politik, atau tindakan kemanfaatan, untuk menerima keputusan bahwa setiap orang paling mengetahui kepentingannya sendiri'. Dalam pelayanan kesehatan, setidaknya untuk beberapa situasi, mungkin ada batasan substansial tentang seberapa jauh keputusan semacam itu dapat dianggap valid.

Ada fitur lain dari pelayanan kesehatan yang juga menimbulkan pertanyaan tentang sejauh mana relevansi teori utilitas yang diharapkan, ekonomi neoklasik dengan pelayanan kesehatan komoditas. Hal ini adalah masalah yang saling memiliki ketergantungan fungsi utilitas, atau lebih khusus lagi kesetaraan, yang muncul di banyak sistem pelayanan kesehatan menjadi tujuan penting. Meskipun dimungkinkan untuk memasukkan kesetaraan ke dalam paradigma neoklasik melalui pengenalan eksternalitas, ada alasan untuk percaya bahwa hal ini bukanlah cara yang paling valid untuk dipertimbangkan.

### **C. Prinsip-Prinsip Dasar Teori Utilitas**

Prinsip-prinsip dasar teori utilitas yang diharapkan, terletak di pusat teori permintaan neoklasik, melibatkan orang ekonomi rasional dihadapkan dengan pilihan di bawah ketidakpastian di mana ia, sebagai konsumen memiliki hak. Rasionalitas seperti demikian dipahami secara tradisional, didasarkan pada aksioma berikut:

1. Aksioma kelengkapan: konsumen dapat memesan semua kombinasi barang yang tersedia sesuai dengan preferensinya;
2. Aksioma transitivitas: jika A lebih disukai daripada B dan B lebih disukai daripada C, maka A lebih disukai daripada C, dengan A, B dan C biasanya dipahami sebagai kumpulan barang-dagangan;
3. Aksioma seleksi: konsumen membidik keadaan yang paling disukainya.

Risiko diperkenalkan dengan menyarankan bahwa ada berbagai kemungkinan keadaan di dunia, yang semuanya diketahui dengan pasti, dan yang memungkinkan untuk menyediakan probabilitas kejadian. Utilitas diturunkan dari konsekuensi akhir dari keadaan di dunia dan probabilitas kemudian disediakan ke utilitas. Produk dari probabilitas dan utilitas ini kemudian dijumlahkan untuk memberikan utilitas yang diharapkan secara keseluruhan.

Menggunakan rumusan Hey (1979):

$$U = \sum_{i=1}^I P_i U(A_{ij})$$

- di mana  $U(c_j)$  adalah utilitas yang diharapkan terkait dengan pilihan,  $C$ , untuk individu  $j$ .
- $A_{ij}$  adalah konsekuensi jika individu memilih  $C_j$  dan keadaan dunia,  $i$ , kejadian
- $U(A_{ij})$  adalah utilitas yang terkait dengan  $A_{ij}$
- $P_i$  adalah probabilitas bahwa keadaan dunia,  $i$ , kejadian
- $I$  adalah jumlah kemungkinan keadaan dunia sehingga  $i = 1, 2, \dots, I$ .

Ada beberapa asumsi dan implikasi dalam pernyataan ini perlu dijabarkan secara rinci. Pada dasarnya, mengambil kepastian dunia terlebih dahulu, diasumsikan bahwa konsumen terlibat dalam sejumlah tindakan, hak milik yang diberikan kepada individu tersebut:

1. Menilai biaya konsumsi yang biasanya mencakup harga komoditas tetapi juga biaya lainnya (misalnya biaya waktu);
2. Menanggung biaya secara penuh pada saat konsumsi, yaitu tidak ada subsidi dan tidak ada asuransi;
3. Menilai manfaatnya, konsumen yang berwawasan penuh, rasional, dan berhak menentukan keuntungan utilitas terkait dengan konsumsi pada alasan



mendasar bahwa tidak ada orang yang lebih baik ditempatkan daripada dia untuk menentukan keuntungan utilitas ini;

4. Memperoleh manfaat, konsumen menerima keuntungan utilitas langsung dari konsumsi;
5. Pengambilan keputusan, berdasarkan poin pertama sampai terakhir, konsumen yang sepenuhnya berpengetahuan, rasional, dan berhak memilih atau tidak, dan jika ya, berapa banyak, apa yang akan dikonsumsi. Biasanya tidak ada keuntungan atau kerugian utilitas yang terkait dengan pengambilan keputusan itu sendiri kecuali bahwa kegagalan melakukan pengambilan keputusan kadang-kadang dapat dilihat sebagai hilangnya utilitas, yaitu ada utilitas dalam kebebasan memilih (Hahn, 1982).

Memperkenalkan risiko pada prinsipnya tidak banyak berubah, terutama karena risiko secara konvensional didefinisikan sebagai kemungkinan bahwa berbagai kemungkinan keadaan dunia akan terjadi. Semua keadaan dunia diketahui dengan pasti, semua konsekuensi dari keadaan dunia, jika itu terjadi, diketahui dengan pasti, dan semua rangkaian pilihan yang dihadapi individu sehubungan dengan keadaan dunia dan konsekuensinya diketahui dengan pasti. Hal ini merupakan kasus bahwa probabilitas diketahui dengan pasti meskipun seringkali dinilai secara subjektif oleh individu. Ketidakpastian dalam teori utilitas yang diharapkan dengan demikian didefinisikan dalam istilah yang agak terbatas, yaitu umumnya dianggap identik dengan risiko.

Diasumsikan dalam teori utilitas yang diharapkan bahwa individu konsumen berhak dan dapat menilai utilitas yang terkait dengan semua rangkaian konsekuensi akhir. Dengan melakukan itu, hanya konsekuensi akhir yang menanggung utilitas, fakta yang mengikuti secara langsung karena utilitarianisme konsekuensial dari teori utilitas yang diharapkan. Jadi tidak hanya individu dianggap cukup mampu, mau dan berpengetahuan (dalam hal pilihan, keadaan dunia, konsekuensi akhir, probabilitas dan penilaian utilitas) untuk membuat pilihan yang relevan; dalam tujuannya memaksimalkan utilitas, ia diasumsikan memperoleh utilitas hanya dari konsekuensi atau hasil tindakan atau proses dan bukan dari tindakan atau proses itu sendiri. 'Domain preferensi', sebagaimana

Hahn (1982) biasanya diartikan secara sempit oleh para ekonom kesejahteraan, konsekuensinya biasanya terbatas pada 'ruang komoditas'. Oleh karena itu ekspresi yang diturunkan oleh Margolis (1982) tentang utilitas 'barang' yang dia adopsi untuk menarik perhatian pada pandangan yang pada dasarnya sempit ini tentang sumber utilitas.

Pada risiko dan probabilitas yang relevan dalam teori utilitas yang diharapkan, satu syaratnya adalah bahwa semua probabilitas bersama-sama berjumlah satu. Selanjutnya biasanya diasumsikan bahwa individu menghindari risiko dengan hasil bahwa fungsi utilitas cekung di seluruh. (Penghindaran risiko berarti bahwa individu lebih memilih peristiwa tertentu,  $s$ , daripada kemungkinan peristiwa,  $z$ , dengan probabilitas  $p$  terjadinya, meskipun  $s=pz$ . Kecekungan berarti bahwa di bawah kriteria kesediaan untuk membayar, misalnya, individu akan bersedia untuk membayar lebih, ceteris paribus, untuk perubahan tertentu dalam probabilitas keadaan dunia yang diinginkan terjadi, semakin tinggi probabilitas awal, yaitu perubahan probabilitas penyakit dari 0,02 menjadi 0,019 akan dinilai lebih tinggi daripada jika perubahan itu dari 0,005 hingga 0,004.) Itulah dasar teori utilitas yang diharapkan yang merupakan landasan analisis permintaan neoklasik. Jelas bahwa ada banyak komoditas yang paling tidak cocok dengan paradigma ini. Pada bagian berikutnya kita membahas ketidaksempurnaan ini dalam konteks spesifik pelayanan kesehatan komoditas dan karakteristiknya yang relevan.

#### **D. Sifat pelayanan Kesehatan**

##### **1. Pelayanan dan informasi kesehatan**

Dalam konsumsi pelayanan kesehatan, sebagian besar hak konsumen yang diasumsikan oleh teori utilitas yang diharapkan hilang atau berkurang. Dalam pelayanan kesehatan, seringkali ada distribusi hak milik yang berbeda dalam pengambilan keputusan daripada yang diasumsikan secara konvensional dalam analisis ekonomi. Tentu saja individu konsumen masih memperoleh utilitas tetapi, pada tingkat yang berbeda, hak konsumen berkurang sehubungan dengan menilai dan menanggung biaya, menilai manfaat, dan mengambil keputusan. Adalah

mungkin untuk berargumen bahwa, mengingat pentingnya manfaat eksternal dalam pelayanan kesehatan (yang lebih di bawah), bahkan memperoleh utilitas berkurang pada pasien. Selanjutnya, utilitas konsumsi pelayanan kesehatan mungkin datang, tidak hanya dalam bentuk hasil utilitas yang terkait dengan perubahan status kesehatan (yaitu konsekuensi dari keadaan dunia seperti yang ditekankan oleh teori utilitas yang diharapkan), tetapi juga dalam berbagai bentuk utilitas proses terkait dengan informasi dan pengambilan keputusan itu sendiri.

Konsekuensi akhir dari keadaan yang diminati konsumen tentu saja berkaitan dengan peningkatan kesehatan. Untuk mendapatkan ini, ia mungkin meminta informasi, misalnya, tentang status kesehatannya saat ini, pelayanan yang tersedia, dan keefektifannya. Dalam keadaannya yang tidak pasti, dan mengingat hasil yang tidak pasti, pasien mungkin pada gilirannya menuntut dokter bertindak sebagai agen pembuat keputusan (dan bukan hanya membantu keputusan). Pasien mungkin melakukan ini karena takut salah dan kemudian harus menanggung beban, memungkinkan dia membuat pilihan yang salah.

Sejauh mana karakteristik pelayanan kesehatan, pembawa informasi, dan pendelegasian keputusan dari pelayanan kesehatan ini akan bervariasi tergantung pada sejumlah faktor termasuk komoditas pelayanan kesehatan tertentu yang diperiksa, dan mungkin terlibat kepribadian dokter dan pasien. Kebanyakan orang memiliki pengetahuan yang relatif baik tentang sakit gigi, pelayanan yang tersedia dan efektivitasnya. Kandungan informasi dalam pelayanan kesehatan untuk sakit gigi dengan demikian relatif rendah; demikian juga karakteristik pendelegasian keputusan. Melakukan kesalahan dalam konteks ini relatif tidak memiliki konsekuensi yang besar.

Lebih lanjut, tidak dapat diasumsikan bahwa ketiga rangkaian karakteristik ini tidak dipengaruhi oleh kepribadian masing-masing dokter dan masing-masing pasien. Beberapa dokter akan lebih siap untuk menerima peran dalam mengambil keputusan daripada yang lain; beberapa pasien ingin mempertahankan otonomi mereka dalam hal kapasitas mereka untuk membuat keputusan, yang lain lebih siap untuk melepaskan tanggung jawab pengambilan keputusan kepada dokter (bahkan jika konsumen harus tetap menjadi pemenang utilitas utama). Sikap

dokter dalam memberikan informasi, dan sikap pasien dalam menerimanya, tidak mungkin terlepas dari pandangan masing-masing tentang distribusi hak milik atas pengambilan keputusan.

Dimensi heterogenitas khusus yang berkaitan dengan kepribadian dokter dan pasien ini mungkin kurang mendapat perhatian. Hal tersebut membuat kesulitan dalam 'hubungan agensi' karena sifat hubungan itu sendiri merupakan sumber utilitas potensial bagi pasien dan 'dिसesuaikan' sampai batas yang sangat besar, yaitu bersifat individual untuk setiap pasien.

Pemberian informasi oleh penyedia kepada konsumen tentang status kesehatan yang ada, ketersediaan dan keefektifan pengobatan, menempatkan dokter pada posisi tidak hanya bertindak sebagai penyedia tetapi juga secara nyata mempengaruhi fungsi utilitas konsumen secara langsung. Pemisahan yang normal dari penawaran dan permintaan tidak lagi dipertahankan dan fenomena '*supplier induced demand*', yaitu kemungkinan pergeseran kurva permintaan konsumen sebagai akibat dari beberapa intervensi oleh dokter. Otonomi konsumen dapat dikurangi lebih lanjut oleh efek kesehatan yang buruk pada kemampuan pengambilan keputusan konsumen.

Pelayanan kesehatan jelas merupakan komoditas yang heterogen. Hal tersebut merupakan komoditas perantara dalam arti ia tidak dikonsumsi untuk dirinya sendiri. Fakta bahwa keduanya heterogen dan menengah dalam praktiknya dapat mengurangi sejauh mana heterogenitas itu penting. Hal ini disebabkan karena meskipun ada perbedaan yang jelas antara sakit kepala sederhana dan tumor otak, tidak selalu begitu jelas pada semua tahap proses bahwa ini adalah diagnosis, atau sakit kepala mungkin bukan gejala dari beberapa kondisi yang lebih mengerikan. . Sindrom 'apa yang mungkin terjadi' ini adalah fungsi langsung dari informasi buruk konsumen dan meskipun mungkin untuk membesar-besarkan kepentingannya, tampaknya individu akan cenderung untuk terlalu mempersepsikan risiko kecil dari hasil yang sangat merugikan dan, pada gilirannya, ini akan cenderung mengurangi derajat heterogenitas komoditas pelayanan kesehatan.

Komplikasi tambahan tentang informasi terletak pada kebutuhan untuk membedakan informasi dari pengetahuan. Meskipun informasi mungkin diberikan oleh dokter, dan layanan kesehatan secara lebih umum, informasi itu tidak akan selalu diubah menjadi pengetahuan. Informasi yang dipahami dan disimpan setidaknya selama beberapa waktu oleh pasien. Akibatnya, penyediaan informasi mungkin tidak menghasilkan peningkatan pengetahuan. Hal ini terutama berlaku untuk kejadian kesehatan yang tidak biasa dan karena sifat tidak teratur dari banyak pemanfaatan layanan kesehatan. Jika informasi dipandang memiliki implikasi yang sangat serius terhadap kesehatan pasien yang buruk, mungkin sulit bagi pasien untuk memproses informasi dengan cara yang cukup objektif untuk mengubahnya menjadi pengetahuan yang masuk akal. Dalam beberapa kasus juga, mungkin dokter akan mengalami kesulitan dalam menyampaikan informasi yang sangat mengganggu pasien. Tidak seorang pun, bahkan seorang dokter, suka menjadi pembawa kabar buruk. Akibatnya pasien yang tidak menuntut pengetahuan mungkin tidak diberikan informasi untuk memungkinkan dia untuk meminta hal ini.

Untuk alasan ini dan alasan lainnya, sifat pelayanan kesehatan komoditas dapat dilihat secara berbeda di kedua sisi 'pasar' yang mencerminkan, sebagaimana dibahas di atas, perbedaan antara apa yang diinginkan (terutama tetapi tidak secara eksklusif kesehatan) dan apa yang disediakan (kesehatan). Misalnya, komoditas yang disediakan dokter untuk pelayanan kesehatan wanita penderita kanker payudara (sebagian besar pelayanan untuk meningkatkan kuantitas hidupnya) mungkin berbeda dengan yang diinginkan wanita, misalnya kualitas dan kuantitas hidup, serta informasi, dan pengetahuan (Adamsen dan Alban, 1984). Sebuah contoh, dalam pelayanan antenatal, sebuah penelitian di Barcelona (Artells, 1981) menunjukkan bahwa dokter kandungan menyediakan, hampir secara eksklusif, pengobatan yang ditujukan untuk meminimalkan risiko hasil yang merugikan bagi bayi baru lahir, sementara para wanita menginginkan tambahan informasi dan kepastian.

Jelas, perspektif permintaan dan penawaran dapat dan memang berbeda karena sejumlah alasan. Namun mereka cenderung bersatu melalui pelaksanaan

'hubungan agensi'. Untuk saat ini perlu dipahami bahwa pada prinsipnya hubungan keagenan mencerminkan pengakuan kedua belah pihak pasien dan dokter atas asimetri informasi yang ada di antara mereka. Pasien menerima: pertama, ketidaktahuannya sendiri, kedua, pengetahuan superior dokter dan, ketiga, keuntungan utilitas yang mungkin diperoleh dengan meminta dokter secara langsung mempengaruhi argumen dan bobotnya dalam fungsi utilitasnya (pasien). Dengan kata lain, pasien menerima bahwa dokter tahu lebih banyak tentang konsekuensi akhir dari keadaan dunia pasien (dalam hal status kesehatan) daripada pasien sendiri. Sebagian alasan keberadaan 'dampak' informasi ini, seperti yang ditunjukkan Williamson (1973), adalah biaya tinggi (untuk pasien) untuk mencapai paritas informasi. Namun, untuk mencapai hubungan agensi yang sempurna, hubungan di mana hasilnya persis seperti yang akan terjadi seandainya pasien dapat membuat pilihannya sendiri dari posisi yang sepenuhnya berpengetahuan, yaitu posisi yang diasumsikan oleh teori utilitas yang diharapkan, sangat sulit dan bahkan mungkin mustahil. Hal ini melibatkan pemahaman tentang status kesehatan, pelayanan kesehatan dan fungsi utilitas individu; dan memang bukan hanya ciri-ciri fungsi itu relevan secara langsung dengan kesehatannya. Hal ini karena ada kebutuhan tidak hanya untuk menilai manfaat, yang setidaknya sebagian dalam hal kesehatan, tetapi juga untuk menilai biaya yang dapat melibatkan banyak aspek dari fungsi utilitas individu. Misalnya, keputusan untuk menerima seorang wanita ke rumah sakit bersalin lokal atau rumah sakit bersalin spesialis yang jauh, tidak hanya memerlukan pertimbangan risiko relatif terhadap ibu dan bayinya, tetapi juga biaya yang dirasakan oleh wanita tersebut karena berada di dua lokasi tersebut.

Berdasarkan diskusi di atas bahwa bukan hanya 'keadaan dunia' dalam hal status kesehatan yang relevan dalam fungsi utilitas pasien. Informasi dan tingkat otonomi pasien juga penting. Namun dimasukkannya faktor-faktor ini tidak dianggap sering cukup dalam literatur tentang hubungan keagenan. Hal ini melibatkan masalah yang sulit. Pada dasarnya ini adalah tentang pembentukan agen (i) penilaian sebelumnya tentang jumlah, dan mungkin juga jenis, informasi dan pengetahuan yang diinginkan pasien, dan kemudian memberikan informasi itu;

dan (ii) dalam hal aspek lain dari kepribadian pasien, menentukan sejauh mana bertindak sebagai agen pasien, yaitu memutuskan apa preferensi pasien sehubungan dengan distribusi hak milik atas pengambilan keputusan dalam dirinya. Pengobatan (dan kejadian di sekitarnya) antara pasien dan dokter.

Oleh karena itu hubungan agensi bukan hanya tentang mendapatkan hasil yang 'benar' dalam hal apa yang akan dilakukan pasien jika dia diberi tahu secara bijaksana. Hal ini mengenai upaya untuk mencapai hubungan dengan cara yang kondusif dengan preferensi pasien untuk memperoleh informasi dan mempertahankan tingkat pengambilan keputusan yang optimal. Hal tersebut membuat hubungan agensi yang 'sempurna' semakin sulit untuk dicapai. Pada saat yang sama tampaknya lebih tepat daripada jika dibatasi hanya untuk mempertimbangkan manfaat yang terkait langsung dengan status kesehatan.

Sebuah contoh yang sangat baik dari masalah yang terkait dengan hubungan agensi ada pada diskusi Berwick dan Weinstein (1985) tentang tes diagnostik. Mereka menyarankan bahwa pengambilan keputusan klinis biasanya ditulis dalam istilah 'nilai yang diharapkan dari informasi klinis'. Namun dalam studi ultrasound mereka, mereka menemukan bahwa pandangan seperti itu terlalu sempit. Mereka memperkirakan bahwa hanya 74 persen dari rata-rata kesediaan wanita untuk membayar USG terkait dengan nilai informasi untuk tujuan pengambilan keputusan dan ini dibagi 63 persen untuk pengambilan keputusan medis dan 37 persen untuk pengambilan keputusan untuk kepentingan pasien. Dengan kata lain, kurang dari 50 persen dari kesediaan pasien untuk membayar adalah untuk konten informasi yang mungkin dapat mempengaruhi manajemen klinis pasien. Dari sini jelas bahwa karakteristik informasi dari pelayanan kesehatan tidak hanya penting: sifat informasi dari sudut pandang kegunaan pasien dapat melampaui apa yang sangat relevan dengan pengambilan keputusan medis.

Mengingat hal di atas, tampaknya pelayanan kesehatan, seperti berbagai komoditas lainnya, tidak sesuai dengan teori utilitas yang diharapkan. Dalam hal pelayanan kesehatan. Hal ini terutama karena dua alasan yang terkait erat, keduanya terkait dengan informasi. Pertama, pelayanan kesehatan itu sendiri

sebagian besar merupakan informasi. Akibatnya individu, dalam konteks spesifik aksioma kelengkapan, mungkin tidak dapat membuat peringkat satu set barang, yang salah satunya adalah pelayanan kesehatan, menurut preferensi pra-informasinya. Kedua, hal ini terutama terjadi karena dia mungkin perlu mengkonsumsi karakteristik tertentu dari pelayanan kesehatan, informasi sebelum dapat memiliki preferensi dimana dia memiliki keyakinan yang cukup untuk membuat keputusan.

Jadi, sementara kita tidak ingin memperdebatkan 'keunikan' pelayanan kesehatan, pertanyaan tentang ketidakmampuan baik *ex ante* maupun *ex post* untuk menilai kualitas cenderung mendorong ke ujung spektrum komoditas di mana teori utilitas yang diharapkan berpotensi kurang sah.

## **2. Pelayanan Kesehatan, Informasi dan Asuransi**

Status kesehatan tidak pasti dalam arti tidak dapat diprediksi. Pelayanan kesehatan kemudian dikonsumsi secara tidak teratur. Sebagai individu tidak mungkin untuk menyatakan secara tepat dan pasti seperti apa status kesehatan dalam sepuluh tahun ke depan, tahun depan, atau bahkan minggu depan. Berbagai tindakan dapat dilakukan sebagai respon atas ketidakpastian status kesehatan di masa depan.

Probabilitas kesehatan yang buruk di masa depan dapat dikurangi dengan mengadopsi pola konsumsi tertentu sekarang misalnya jogging, makan makanan yang baik, menahan diri dari merokok, mengurangi minum alkohol, dll. Walaupun sejauh mana kontribusinya terhadap peningkatan status kesehatan di masa depan juga tidak pasti. Tindakan tersebut, sejauh efektif, akan mengurangi baik kesehatan yang buruk dan dengan berpengaruh pada biaya pelayanan kesehatan di masa depan. Dengan demikian individu dapat terlibat dalam sisi produksi maupun sisi konsumsi.

Tindakan lain dapat diambil sekarang untuk mengurangi kerugian finansial yang akan diderita jika status kesehatan turun. Menabung dapat mengurangi dampak dari hilangnya pendapatan akibat tidak dapat bekerja, atau agar biaya pelayanan kesehatan lebih mudah dipenuhi. Sekali lagi tindakan dapat ditunda



sampai penyakit muncul dan kemudian pelayanan kesehatan dapat dibeli ketika dibutuhkan dari pendapatan saat ini dan kepemilikan kekayaan atau pendapatan masa depan melalui pinjaman.

Alternatif utama lainnya untuk tindakan ini adalah asuransi dimana beberapa biaya kesehatan yang buruk dapat dikumpulkan pada sekelompok individu. Asuransi dalam praktiknya pasti akan 'secara aktuarial tidak adil'. (Asuransi yang adil secara aktuarial melibatkan pembayaran premi sebesar  $m$  untuk menutupi kemungkinan 1 dalam  $x$  peristiwa yang diasuransikan dengan biaya  $mx$  terjadi.) Hal ini sebagian 'tidak adil' karena kebutuhan perusahaan asuransi untuk 'memuat' premi untuk menutupi biaya administrasi. Akan tetapi, asuransi yang secara aktuarial tidak adil dapat terjadi, karena individu umumnya menghindari risiko ketika dihadapkan pada hasil yang tidak pasti karena mereka hanya salah memahami probabilitas dan/atau kerugian mereka jika hasil yang tidak pasti itu memang terjadi.

Dalam praktiknya, penting untuk dicatat bahwa hanya aspek-aspek yang dapat dikompensasikan dengan uang yang dapat dianggap benar-benar dapat diasuransikan. Di sini ada pertimbangan penting dalam rantai kesehatan, pelayanan kesehatan dan asuransi kesehatan. Asuransi kesehatan seperti pelayanan kesehatan dapat diperjualbelikan sementara, seperti yang ditunjukkan pada bagian di atas, kesehatan tidak. Tetapi lebih lanjut, kesehatan yang buruk itu sendiri tidak dapat diasuransikan kecuali dimungkinkan untuk mengkompensasi seseorang secara finansial atas hilangnya status kesehatan. Ada batasan sejauh hal ini mungkin terjadi. Jadi, misalnya, individu tidak dapat mengasuransikan diri mereka sendiri atas hilangnya utilitas yang terkait dengan kehilangan nyawa mereka karena mereka tidak dapat dikompensasikan secara finansial atas kematian mereka sendiri.

Asuransi muncul sebagian besar sebagai akibat dari kesehatan yang buruk yang tidak dapat diprediksi, daripada ketidakpastian dari efektivitas pelayanan kesehatan, atau karena konsumsi yang tidak teratur. Jadi, asuransi biasanya menanggung biaya keuangan pelayanan terlepas dari keefektifannya, kecuali dalam keadaan dimana ketidakefektifan merupakan fungsi dari kelalaian.

Akibatnya, hal ini berarti bahwa ketidakpastian mengenai efektivitas pengobatan biasanya tidak ditanggung oleh asuransi.

Yang juga sangat penting untuk dicatat adalah bahwa komoditas asuransi kesehatan mungkin lebih dapat menerima pengobatan dengan teori utilitas yang diharapkan, daripada pelayanan kesehatan itu sendiri. Hal ini mungkin terjadi, di satu sisi mengejutkan mengingat adanya hubungan yang relatif dekat dan logis antara kesehatan, pelayanan kesehatan dan asuransi kesehatan. Namun, dalam arti lain tidak, setelah diketahui bahwa sebagian besar asuransi kesehatan adalah keliru karena risiko yang biasanya diasuransikan adalah biaya pelayanan kesehatan. Dengan kata lain bukan asuransi kesehatan yang buruk tetapi pemeliharaan pendapatan yang menjadi masalah. Asuransi kesehatan komoditas lebih sesuai dengan teori utilitas yang diharapkan, oleh karena itu, karena dunia nyata adalah perkiraan yang cukup baik, mengingat bahwa seringkali biaya pelayanan kesehatan yang merupakan pertanggung. Oleh karena itu, asuransi kesehatan lebih sesuai dengan paradigma neoklasik daripada pelayanan kesehatan.

### **3. Utilitas Proses dalam Pelayanan Kesehatan**

Salah satu fitur penting dari teori utilitas yang diharapkan adalah ketergantungannya pada utilitarianisme konsekuensial, yaitu gagasan bahwa hasil atau konsekuensi dari keadaan dunialah yang menanggung utilitas. Sementara itu dapat ditunjukkan dalam kasus sejumlah komoditas, tampaknya sangat relevan untuk mempertanyakannya dalam pelayanan kesehatan di mana 'utilitas proses' mungkin ada dan dalam dua bentuk, satu terkait dengan pengambilan keputusan dan menanggung risiko dan yang lainnya untuk ekuitas. Bagian ini membahas relevansi kedua bentuk utilitas proses dan akibatnya, kekuatan teori utilitas yang diharapkan pada (hasil) dalam menganalisis pelayanan kesehatan.

Seperti yang telah disarankan, pengambilan keputusan pelayanan kesehatan melibatkan pengambilan risiko. Ada hasil dalam hal status kesehatan yang berpotensi sangat merugikan: kematian yang ekstrem atau pengurangan tahun kehidupan. Membuat keputusan di mana hasil yang merugikan seperti itu

mungkin melibatkan dis utilitas itu sendiri. Selain disutilitas 'hasil' yang terkait dengan hasil kesehatan yang merugikan, ada disutilitas 'proses' yang terkait dengan keharusan membuat (atau telah membuat) keputusan di mana hasil yang merugikan mungkin (atau telah terjadi).

Mungkin ada keuntungan bagi konsumen dari karakteristik komoditas pelayanan kesehatan melalui peran agen, yakni memungkinkan pasien untuk 'melepaskan' tanggung jawab untuk pengambilan keputusan yang sulit kepada dokter. Harris (1977) telah menggambarkannya sebagai 'beban moral tanggung jawab akhir dari klinisi untuk hasil kasus' di mana pasien mungkin secara sukarela gagal dalam tindakan pengambilan keputusan. Sejauh teori utilitas yang diharapkan didasarkan pada konsekuensi atau hasil, utilitas proses ini biasanya tidak dimasukkan ke dalam fungsi utilitas yang relevan.

Beralih ke kesetaraan/ekuitas, jelas bahwa, dalam banyak sistem pelayanan kesehatan, bobot yang cukup besar melekat pada tujuan distributif. Mengapa kurang jelas, Secara tradisional, sejauh para ekonom telah memperhatikan ekuitas, dalam pengertian umum bahwa masalah distribusi paling baik diselesaikan pada tingkat yang paling umum, misalnya, melalui perpajakan pendapatan dan kekayaan. Namun, mengusulkan kesediaan para ekonom untuk menerima ketidaksetaraan 'ditempa oleh ketegangan yang terus-menerus dan tahan lama dari ... *egalitarianisme khusus* ... pandangan bahwa komoditas langka tertentu harus didistribusikan secara tidak merata daripada kemampuan untuk membayarnya' . Dalam hal ini termasuk pelayanan kesehatan. Mengingat pentingnya kesetaraan dalam pelayanan kesehatan. Namun, pada titik ini perlu secara singkat mencoba menetapkan kemungkinan alasan untuk perhatian terhadap kesetaraan dalam pelayanan kesehatan sebagai bentuk '*egalitarianisme spesifik*' dan beberapa masalah yang ditimbulkannya untuk analisis ekonomi neoklasik.

Setidaknya ada tiga kemungkinan penjelasan untuk kesetaraan, salah satunya kemungkinan untuk menciptakan beberapa kesulitan di pasar pelayanan kesehatan. Pertama, ada konsep eksternalitas kepedulian (atau seperti yang digambarkan oleh Culyer (1976) sebagai 'limpahan kemanusiaan') yang

menunjukkan bahwa individu peduli dengan status kesehatan, atau konsumsi pelayanan kesehatan. Kedua, ada gagasan Sen tentang komitmen di mana, mungkin karena rasa kewajiba, individu 'berkomitmen' pada penyediaan pelayanan kesehatan yang adil (Sen, 1977). Hal ini sangat mirip dengan 'hubungan hadiah' Titmuss. Ketiga, ada konsep partisipasi Margolis yang terkait di mana individu memperoleh utilitas melalui partisipasi dalam kegiatan kelompok seperti penyediaan pelayanan kesehatan, di mana mereka adalah anggota kelompok yang setara dan utilitas diperoleh melalui proses partisipasi.

Sejauh mana kesetaraan masuk sebagai argumen dalam fungsi utilitas individu dan kemudian dalam fungsi kesejahteraan sosial tampaknya bervariasi antar negara. Namun tampaknya ada di sebagian besar sistem pelayanan kesehatan, bahkan dalam sistem berbasis individualistis seperti di Amerika Serikat.

Tentu saja dimungkinkan untuk memasukkan eksternalitas ke dalam analisis neoklasik tetapi fungsi utilitas barang 'egois' dasar yang hanya mencakup barang-barang yang tersedia untuk homo economicus, tidak akan memiliki ruang untuk 'eksternalitas yang peduli'. Bahkan jika fungsi utilitas diperluas untuk mencakup saling ketergantungan utilitas. Hal ini biasanya dianggap semata-mata dalam hal konsekuensi akhir dari keadaan dunia, yaitu hasil. Dengan demikian ada masalah dalam menggabungkan utilitas proses yang berasal dari kesempatan orang lain untuk menggunakan layanan kesehatan, dan dalam gagasan 'utilitas partisipasi' sebagai penjelasan lain untuk kesetaraan. Tentu saja analisis neoklasik dalam bentuk standarnya tidak dapat hidup dengan komitmen yang secara eksplisit bertentangan dengan aksioma seleksi (yaitu tujuan memaksimalkan utilitas individu). Hal ini tidak mampu menggabungkan penjelasan imperatif moral Kantian Titmuss tentang kesetaraan.

Jadi satu masalah teori utilitas yang diharapkan dalam penerapannya pada pelayanan kesehatan setidaknya, terletak pada penekanannya pada utilitas hasil dengan mengesampingkan utilitas proses. Hal ini adalah akibat langsung dari fakta bahwa teori utilitas yang diharapkan didasarkan pada utilitarianisme konsekuensial. Pada utilitas yang terkait dengan konsekuensi akhir dari keadaan dunia, ini biasanya dipahami dalam bentuk kumpulan barang.

Dalam pelayanan kesehatan tampaknya ada beberapa argumen penting yang berpotensi hilang dari fungsi utilitas seperti itu, yang dapat dimasukkan dalam konsep utilitas 'proses' dan terkait dengan masalah utilitas dalam pilihan dan partisipasi. Hahn (1982) berargumen bahwa utilitasnya mungkin terpengaruh secara merugikan jika dikenai pajak untuk menyediakan dana tertentu untuk tujuan baik daripada jika dia dibiarkan bebas memilih untuk menyediakan dana yang sama untuk tujuan baik yang sama. Dalam kedua kasus, disarankan bahwa utilitas terletak pada proses pengambilan keputusan dan bukan hanya hasil.

Dalam pelayanan kesehatan kita mungkin memiliki kebalikan dari gagasan utilitas ini untuk dapat memilih. Mungkin ada utilitas karena pasien dapat gagal dalam pengambilan keputusan dan menyerahkan beban tanggung jawab kepada dokter. Ada biaya dalam membuat pilihan yang sulit: konsumsi pelayanan kesehatan memiliki karakteristik memungkinkan pasien untuk menyerahkan biaya ini ke dokter, mengakibatkan redistribusi hak milik atas keputusan konsumsi dan hilangnya relevansi konsep konvensional dari permintaan. Kedua, dan sebagian besar terpisah dari pertanyaan pilihan ini, ada masalah partisipasi dalam kegiatan kelompok yang mungkin atau tidak mempengaruhi distribusi barang antar individu yang berbeda. Jadi mungkin ada, seperti yang disarankan Margolis (1982) suatu bentuk utilitas yang diturunkan dari 'altruisme partisipasi', gagasan tentang warga negara yang melakukan bagiannya yang adil bagi masyarakat, utilitas di sini adalah berasal dari proses berpartisipasi, yaitu dari tindakan itu sendiri.

Rasionalitas semacam itu adalah rasionalitas utilitarianisme konsekuensial di mana transaksi tidak mengandung utilitas, positif atau negatif, dalam dirinya sendiri. Hal itu tampak terlalu sempit dalam pelayanan kesehatan baik di tingkat dokter/pasien maupun di tingkat distribusi masyarakat. Hal ini kemudian menarik untuk dicatat bahwa Williamson (1975) menduga 'bahwa transaksi yang mempengaruhi konsepsi harga diri dan/ atau persepsi kesejahteraan kolektif adalah dengan pertimbangan sikap sangat penting mereka.

Memang ada fitur lain dari diskusi Williamson tentang pasar dan hierarki yang relevan dengan pelayanan kesehatan, terutama rasionalitas terbatas dan dampak informasi. Yang pertama awalnya didefinisikan oleh Simon (1961)

sebagai perilaku manusia yang 'dimaksudkan rasional, tetapi hanya terbatas', yang merupakan deskripsi akurat tentang posisi sebagian besar konsumen layanan kesehatan.

Rasionalitas terikat untuk memungkinkan individu, mengatasi lebih baik dengan masalah yang timbul dari kombinasi kompleksitas dan ketidakpastian dan dapat eksis baik dalam bentuk komputasi atau bahasa. Masalah komputasi yang baik besar dan jelas dalam pengambilan keputusan pelayanan kesehatan; masalah bahasa juga sama, mengingat deskripsi Williamson tentang ini sebagai situasi di mana 'peserta transaksi tidak memiliki kemampuan untuk berkomunikasi dengan sukses tentang sifat transaksi'. Namun, dalam hal ini poin penting dikemukakan oleh Simon (1957): 'hanya karena manusia individu terbatas dalam pengetahuan, pandangan ke depan, keterampilan dan waktu, maka organisasi merupakan instrumen yang berguna untuk pencapaian tujuan manusia.' Organisasi pelayanan kesehatan tentu cocok dengan deskripsi itu. Kebutuhan informasi, komputasi dan persyaratan bahasa dari rasionalitas tak terbatas dari teori utilitas yang diharapkan tampaknya terlalu menuntut dalam konsumsi pelayanan kesehatan.

Dampak informasi telah disebutkan di atas. Hal ini mengacu pada situasi dimana ada asimetri informasi yang besar antara pihak-pihak yang bertransaksi, biaya untuk mencapai paritas bagi pihak yang kurang mendapat informasi sangat besar, dan para pihak cenderung berperilaku oportunistik. Sekali lagi, ini tampaknya merupakan deskripsi yang sangat akurat tentang situasi dalam pelayanan kesehatan, kecuali bahwa perilaku oportunistik jarang menjadi kenyataan

Fitur-fitur tesis Williamson tentang kesesuaian hierarki vis-à-vis pasar untuk melakukan berbagai jenis transaksi ekonomi diangkat di sini sebagai alternatif yang mungkin atau tambahan untuk teori utilitas yang diharapkan. Dalam bab-bab selanjutnya, relevansi mereka yang lebih lengkap dalam pelayanan kesehatan akan disorot.

Apa yang mungkin paling penting dalam hal ini, dalam konteks pelayanan kesehatan, adalah memungkinkan kecenderungan yang lebih besar untuk berbagai karakteristik individu yang terlibat dalam proses pengambilan keputusan untuk mempengaruhi keuntungan atau kerugian utilitas yang diharapkan. Mengingat

kehadiran dokter di kedua 'sisi' pasar pelayanan kesehatan, hubungan agensi yang tidak sempurna, dan kerangka kerja Williamson, lebih mudah untuk memahami mengapa keputusan mengenai pilihan yang tampaknya sama dapat dibuat secara berbeda pada pasien/dokter yang berbeda.

### **E. Rangkuman**

1. Kesehatan itu sendiri tidak bisa diperjualbelikan. Dengan demikian dikatakan bahwa kesehatan bukanlah komoditas dan pelayanan kesehatan yang menjadi komoditas.
2. Kompleksitas yang timbul dari perubahan sifat keinginan/permintaan yaitu keinginan untuk kesehatan menjadi permintaan untuk pelayanan yang mengarah pada permintaan akan informasi, dan menjadi permintaan untuk menghindari keputusan yang sulit.
3. Teori utilitas yang diharapkan juga mengarahkan pelayanan kesehatan pada penekanan perubahan status kesehatan. Utilitas proses yang terkait dengan pengambilan keputusan itu sendiri, yaitu kemampuan untuk memberikan keputusan sulit kepada dokter; dan, kedua, utilitas proses yang terkait dengan ekuitas.

### **F. Daftar Pustaka**

- Artells, J.J. (1981), 'Effectiveness and decision making in health planning context: the case of outpatient ante-natal care', unpublished M.Litt. thesis, Oxford, University of Oxford.
- Adamsen, L. and Alban, A. (1984), *Consequences of Medical Treatment: Breast Cancer*, Notat 015, Copenhagen, Danish Hospital Institute.
- Arrow, K.J. (1963), 'Uncertainty and the welfare economics of medical care', *American Economic Review*, vol. 53, pp. 941–73, reprinted in Cooper, M.H. and Culyer, A.J. (eds) (1983), *Health Economics, Selected Readings*, Harmondsworth, Penguin.
- Berwick, D.M. and Weinstein, M.C. (1985), 'What do patients value? Willingness to pay for ultrasound in normal pregnancy', *Medical Care*, 23, pp. 881–93.

- Culyer, A.J. (1976), *Need and the National Health Service*, Oxford, Martin Robertson.
- Furubotn, E. and Pejovich, S. (1972), 'Property rights and economic theory: a survey of recent literature', *Journal of Economic Literature*, vol. 10, pp. 1137–62.
- Grossman, M. (1972a), *The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation*, New York, National Bureau of Economic Research.
- Grossman, M. (1972b), 'On the concept of health capital and the demand for health', *Journal of Political Economy*, vol. 80, pp. 223–55.
- Hahn, F. (1982), 'On some difficulties of the utilitarian economist', in Sen, A. and Williams, B. (eds), *Utilitarianism and Beyond*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Harris, J.E. (1977), 'The internal organisation of hospitals: some economic implications', *The Bell Journal of Economics*, vol. 8, pp. 467–82.
- Hay, J. and Leahy, M.J. (1982), 'Physician-induced demand: an empirical analysis of the consumer information gap', *Journal of Health Economics*, vol. 1, pp. 217–309.
- Margolis, H. (1982), *Selfishness, Altruism and Rationality*, Cambridge, Cambridge University Press.
- Schoemaker, P.J.H. (1982), 'The expected utility model: its variants, purposes, evidence and limitations', *Journal of Economic Literature*, vol. 20, pp. 529–63.
- Simon, H.A. (1957), *Models of Man*, New York, John Wiley.
- Simon, H.A. (1961), *Administrative Behavior*, New York, Macmillan
- Sen, A. (1977), 'Rational fools: a critique of the behavioural foundations of economic theory', *Philosophy and Public Affairs*, 6, pp. 317–44. Reprinted in Hahn, F: and Hollis, M. (eds) (1979), *Philosophy and Economic Theory*, Oxford, Oxford University Press.



Williams, A. (1977), 'Health service planning', in Artis, M.J. and Nobay, A.R. (eds), *Studies in Modern Economic Analysis*, Oxford, Basil Blackwell.

Williamson, O.E. (1973), 'Markets and hierarchies: some elementary considerations', *American Economic Review*, vol. 63, pp. 316–25.

### **G. Latihan**

1. Apakah kesehatan atau pelayanan kesehatan yang dapat menjadi komoditas ekonomi?
2. Siapa yang memiliki hak dalam menentukan konsumsi menurut ekonomi neoklasik konvensional?

### **H. Umpan Balik**

1. Kesehatan hanya dapat memiliki nilai guna dan tidak dapat ditukar. Kesehatan biasanya hanya dapat dikaitkan dengan jumlah utilitas yang sesuai oleh konsumen, yaitu penerima, misalnya, perubahan status kesehatan. Kesehatan itu sendiri tidak bisa diperjualbelikan. Namun pelayanan kesehatan dapat diakses/dimanfaatkan konsumen. Dengan demikian dikatakan bahwa kesehatan bukanlah komoditas, tetapi pelayanan kesehatan yang menjadi komoditas.

2. Ekonomi neoklasik konvensional mengasumsikan bahwa hak milik atas keputusan konsumsi berada di tangan konsumen, yaitu gagasan rasional konsumen yang menjalankan haknya.

## **BAB IV**

### **PERMINTAAN, ELASTISITAS DAN KESEHATAN**

#### **A. Elastisitas Permintaan**

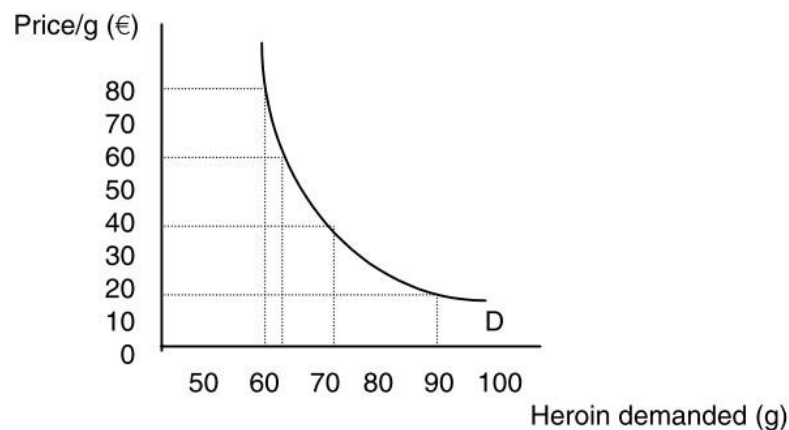
Permintaan dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk pendapatan, selera, preferensi, harga barang dan harga pengganti/pelengkap. Gambar kurva permintaan menunjukkan bagaimana hubungan permintaan barang atau jasa dengan harga. Hal ini sering berguna untuk mengetahui lebih banyak mengenai bagaimana permintaan bervariasi menurut harga. Beberapa layanan atau barang sangat penting untuk kehidupan sehingga manusia cenderung menggunakannya, berapa pun harganya. Yang lain mungkin membawa manfaat, tetapi kurang diperlukan atau memiliki lebih banyak pengganti. Seberapa besar ukuran permintaan terhadap harga dikenal sebagai elastisitas harga permintaan. Dengan cara yang sama kita dapat menghitung respon permintaan terhadap perubahan pendapatan, dan ini dapat disebut dengan elastisitas pendapatan dari permintaan.

#### **B. Mengukur Elastisitas**

Banyak penelitian telah memperkirakan elastisitas permintaan. Seringkali berguna untuk mengetahui apa yang akan terjadi jika harga naik atau turun. Ambil contoh legalisasi penggunaan heroin. Harga heroin saat ini tinggi, sebagian besar sebagai akibat dari larangan produksi, impor dan distribusi obat. Jika obat itu dilegalkan kemungkinan harganya akan turun, karena sangat murah untuk diproduksi. Sangat mungkin bahwa konsumsi akan meningkat dalam kasus itu, karena permintaan biasanya meningkat ketika harga turun. Pertanyaan yang menarik adalah 'Seberapa besar kemungkinan permintaan akan naik sebagai respons terhadap penurunan harga?' Para pembuat kebijakan akan tertarik untuk mengetahui jawabannya sebelum memulai legalisasi. Dapat dikatakan bahwa, karena heroin bersifat adiktif, pengguna tidak terlalu sensitif terhadap harga.

Dengan kata lain permintaan bersifat inelastis. Tetapi akan berguna untuk memiliki perkiraan elastisitas sebelum membuat perubahan kebijakan.

Gambar 6 mengilustrasikan hubungan antara harga dan jumlah permintaan heroin, per minggu di satu pasar. Dari informasi pada gambar tersebut, kita dapat membuat gambar yang menunjukkan hubungan antara kuantitas yang dikonsumsi dan harga. Misalnya, pada harga 80, permintaannya adalah 59 g.



**Gambar 6** Hubungan antara harga dan jumlah heroin yang diminta

Berdasarkan gambar tersebut, apa yang dapat dikatakan tentang seberapa responsif permintaan terhadap harga? Jatuhnya kuantitas tampaknya cukup besar – kenaikan harga dari 20 menjadi 80 mengurangi permintaan sebesar 31 g. Tapi untuk menjawab benar-benar pertanyaan ini, kita perlu membandingkan perubahan proporsional. Jika harga turun dari 80 menjadi 60, penurunan 25 persen ini menyebabkan kenaikan konsumsi kurang dari 7 persen. Hal Ini menunjukkan bahwa permintaan tidak terlalu responsif terhadap harga, apa yang mungkin diharapkan dari sifat adiktif obat tersebut. Jika kita mempertimbangkan penurunan harga dari 40 menjadi 20, penurunan harga sebesar 50 persen ini menyebabkan peningkatan permintaan sebesar 29 persen. Pada kasus ini, kita dapat melihat bahwa permintaan lebih sensitif terhadap perubahan harga pada tingkat harga yang rendah, tetapi sangat tidak sensitif pada harga yang lebih tinggi.

Jelas perbandingan persentase kenaikan permintaan dan penurunan harga ini memberikan ukuran seberapa banyak permintaan merespon secara

proporsional terhadap perubahan harga. Hal inilah yang menjadi dasar perhitungan elastisitas harga permintaan. Cara normal untuk menghitungnya adalah dengan membagi *perubahan proporsional dalam kuantitas* dengan *perubahan proporsional dalam harga* sebagai berikut:

$$= \frac{\frac{\Delta Q}{Q}}{\frac{\Delta P}{P}}$$

dimana Q adalah perubahan jumlah dan P adalah perubahan harga. Dalam contoh di atas, ketika harga berubah dari 80 menjadi 60,

$$= \frac{\% \Delta Q}{\% \Delta P} = \frac{-20\%}{20\%} = -1$$

Dengan perhitungan yang sama, ketika harga turun dari 40 menjadi 20, elastisitas permintaan dihitung pada 0,58. Jelas dari perhitungan bahwa elastisitas hanyalah angka, tidak memiliki satuan. Perhatikan juga bahwa dalam kasus ini elastisitas harga permintaan adalah angka negatif. Dalam contoh di atas, persentase digunakan, tetapi tentu saja jawaban yang sama persis muncul jika proporsi digunakan.

Perubahan harga pada contoh di atas adalah besar (kita menghitung elastisitas pada busur, dalam kurva permintaan). Perhitungan telah dilakukan atas dasar penurunan harga. Jika sebaliknya harga dinaikkan dari 20 menjadi 40, maka persentase kenaikannya adalah 100 persen. Oleh karena itu, dalam hal ini penting jika kita menghitung elastisitas berdasarkan kenaikan atau penurunan harga. Ada dua cara di mana kita bisa menyiasatinya. Pertama, persentase kenaikan atau penurunan dapat dihitung berdasarkan titik tengah perubahan. Jika kita melakukan ini, kita akan mendapatkan perkiraan elastisitas yang sedikit berbeda:

$$= \frac{\% \Delta Q}{\% \Delta P} = \frac{-20\%}{30\%} = -0.67$$

Jika kita berurusan dengan perubahan besar dalam harga atau kuantitas, lebih baik menghitung elastisitas dengan cara ini. Namun, solusi yang lebih baik adalah dengan mempertimbangkan perubahan yang lebih kecil. Kita dapat mempertimbangkan perubahan harga 1, dan akan ada sedikit perbedaan antara perhitungan menggunakan titik tengah dan perhitungan menggunakan harga awal untuk menghitung persentase.

Kita dapat dengan mudah menulis ulang ekspresi elastisitas dalam dua bagian – rasio perubahan, rasio harga dan kuantitas:

$$\epsilon = \frac{\% \Delta Q}{\% \Delta P} = \frac{\Delta Q}{\Delta P} \times \frac{(P_2 + P_1)/2}{(Q_2 + Q_1)/2} = \frac{\Delta Q}{\Delta P} \times \frac{(P_2 + P_1)}{(Q_2 + Q_1)}$$

di mana P1 dan P2 adalah harga awal dan akhir, dan Q1 dan Q2 adalah kuantitas awal dan akhir.

Ekspresi pertama mendekati kemiringan kurva permintaan. Saat kita membuat perubahan harga lebih kecil, kita dapat menulis ulang ekspresi elastisitas dalam hal kemiringan kurva permintaan, rasio harga dan kuantitas dengan menggunakan notasi biasa kalkulus:

$$\epsilon \approx \frac{6}{6}$$

Ungkapan ini untuk elastisitas permintaan barang atau jasa pada titik P1, Q1 (dan ini dikenal sebagai elastisitas titik). Sekarang jelas bahwa elastisitas dapat bervariasi sepanjang kurva permintaan, baik karena perubahan kemiringan atau sebagai akibat dari perubahan rasio harga dan kuantitas. Bahkan jika kurva permintaan adalah garis lurus, elastisitas bervariasi sepanjang kurva. Hal ini penting untuk dicatat. Kurva permintaan yang lebih datar biasanya lebih elastis, dan kurva yang lebih curam kurang elastis, tetapi elastisitas tidak sama dengan kemiringan.

Dalam contoh di atas, elastisitas permintaan dihitung berada dalam kisaran dari 0,28 hingga 0,58. Dalam menggambarkan elastisitas harga dari permintaan, kita dapat menggambarkan kisaran 0 hingga 1,0 sebagai tidak elastis – yaitu, permintaan merespons perubahan harga dengan proporsi yang lebih kecil daripada perubahan harga. Ketika elastisitas 1, perubahan proporsional dalam harga dan

kuantitas adalah sama, situasi 'elastisitas kesatuan'. Kisaran angka 1 biasanya digambarkan sebagai elastis. Dalam kisaran ini kuantitas yang diminta sangat responsif terhadap perubahan harga.

### **C. Elastisitas Permintaan dan Promosi Kesehatan**

Pengetahuan tentang elastisitas harga permintaan dapat berguna untuk berbagai keputusan/kebijakan dalam promosi kesehatan dan pelayanan kesehatan. Contoh nyata adalah penggunaan pajak untuk menaikkan harga rokok dan mencegah kebiasaan merokok. Dalam hal ini beberapa pertanyaan relevan. Pertama, jika harga naik, sejauh mana hal itu akan mencapai pengurangan merokok? Kedua, siapa yang akan dibujuk, apakah yang muda atau yang tua, perokok berat atau yang sesekali? Apa yang akan terjadi dengan pendapatan pemerintah? Akankah pajak jatuh secara tidak proporsional pada orang miskin?

Banyak penelitian telah dilakukan tentang permintaan rokok (Townsend 1987; Trigg dan Bosanquet 1992; Stebbins 1991). Perkiraan bervariasi, tetapi konsensusnya adalah bahwa elastisitas harga permintaan sekitar 0,5. Dengan menggunakan informasi ini, kita dapat membuat sejumlah penilaian tentang kemungkinan dampak merokok dan pendapatan pajak, dan memeriksa bagaimana beban akan jatuh pada kelompok populasi yang berbeda.

Mari kita asumsikan bahwa pajak rokok saat ini adalah pajak *ad valorem* (yaitu persentase yang ditambahkan ke harga jual), dan ditetapkan sebesar 20 persen dari harga jual. Apa pengaruhnya jika dinaikkan menjadi 30 persen dari harga jual? Ini tidak semua akan diteruskan ke konsumen. Beban relatif pada konsumen dan penjual tergantung pada berbagai faktor. Namun, untuk sederhanya mari kita asumsikan bahwa pajak ini semua dibebankan kepada konsumen. Karena permintaan tidak elastis, untuk menghasilkan persentase penurunan konsumsi tertentu harus ada kenaikan harga yang lebih dari proporsional. Dengan kata lain, untuk menghasilkan pengurangan besar dalam merokok, perlu untuk meningkatkan pajak (dan karena itu harga) secara substansial.

Apa yang terjadi dengan penerimaan pajak bagi pemerintah? Contoh sederhana disajikan pada tabel dibawah ini. Kenaikan harga adalah 8 persen, dan penurunan konsumsi 4 persen. Dapat dilihat dari tabel bahwa pengeluaran meningkat meskipun konsumsi turun, dan penerimaan pajak mengambil bagian yang lebih besar dari total pengeluaran yang lebih besar. Aturan praktis yang sederhana adalah, jika permintaan tidak elastis, kenaikan harga yang disebabkan semata-mata oleh pajak yang lebih tinggi akan selalu meningkatkan penerimaan pajak. Kadang-kadang pemerintah takut menaikkan pajak tembakau karena takut kehilangan pendapatan. Mereka hampir pasti salah. Contohnya mungkin mengecilkan ruang lingkup pemerintah untuk meningkatkan pendapatan dengan meningkatkan pajak tembakau. Dalam contoh ini kita telah mengabaikan fakta bahwa biasanya sebagian pajak dibayar oleh penjual, sehingga pemerintah dapat meningkatkan penerimaan pajaknya baik dari pembeli maupun penjual.

**Tabel 7.** Efek Menaikkan Pajak Rokok

<b>Variabel</b>	<b>Sebelum</b>	<b>Sesudah</b>
Harga sebelum pajak	10	10
Pajak	2	3
Konsumsi	100.000	96.080
Total pengeluaran	1.200.000	1.249.040
Penghasilan pajak	200.000	288.240

Studi tentang elastisitas permintaan tembakau biasanya menunjukkan bahwa permintaan lebih elastis di kalangan perokok muda, banyak di antaranya adalah pemula. Hal ini berarti bahwa perkiraan elastisitas keseluruhan cenderung menyiratkan bahwa elastisitas permintaan bahkan lebih rendah untuk perokok yang lebih tua dan lebih kecanduan. Hal ini menunjukkan bahwa kenaikan pajak mungkin merupakan strategi yang baik untuk mengurangi merokok pada orang yang lebih muda. Namun, orang lebih kaya mungkin menunjukkan elastisitas harga permintaan yang lebih rendah daripada yang lebih miskin, efek pajak kemungkinan akan lebih banyak jatuh pada orang yang lebih miskin. Orang yang

lebih miskin membelanjakan sebagian besar pendapatannya untuk tembakau, sehingga pajaknya bersifat regresif, yaitu mengambil proporsi pendapatan yang lebih tinggi dari mereka yang lebih miskin. Pajak digambarkan sebagai progresif jika orang kaya membayar proporsi yang lebih tinggi dari pendapatan mereka daripada orang miskin.

Hal lain yang perlu diingat adalah bahwa elastisitas harga permintaan biasanya bervariasi pada harga yang berbeda. Jika kita tahu bahwa elastisitas adalah 0,5 pada harga saat ini, kita dapat dengan aman memprediksi efek dari kenaikan pajak yang relatif kecil. Apa yang tidak begitu masuk akal adalah membuat prediksi tentang efek, katakanlah, kenaikan pajak dari 20 persen menjadi 80 persen, yang melibatkan pergerakan sepanjang kurva permintaan, mungkin ke titik di mana elastisitas jauh lebih tinggi.

Apa yang dapat dikatakan dari contoh sederhana ini, meskipun ini realistis? Pertama, menaikkan pajak tembakau mungkin merupakan cara yang efektif untuk mengurangi kebiasaan merokok, tetapi kenaikan pajak yang besar akan diperlukan untuk menghasilkan pengurangan yang moderat. Kedua, pemerintah kemungkinan akan menikmati peningkatan penerimaan pajak sebagai akibat dari peningkatan tersebut. Ketiga, kemungkinan besar kebijakan ini akan sangat efektif dalam mengurangi kebiasaan merokok pada perokok baru yang relatif muda. Keempat, kebijakan seperti itu mungkin memiliki efek yang tidak diinginkan pada beban pajak, karena secara tidak proporsional jatuh pada orang yang lebih miskin. Di beberapa negara ini adalah masalah yang lebih besar, karena tingkat merokok seringkali lebih tinggi pada kelompok berpenghasilan rendah.

Elastisitas harga permintaan yang rendah cenderung menunjukkan bahwa barang tersebut dianggap penting, dan hanya ada sedikit barang pengganti. Barang dapat dianggap penting karena diperlukan untuk mempertahankan hidup, atau sebagai akibat dari kecanduan. Salah satu indikator bahwa suatu barang bersifat adiktif adalah bahwa barang tersebut biasanya tidak dianggap perlu untuk mempertahankan hidup tetapi memiliki elastisitas harga permintaan yang rendah.

Pajak yang tinggi atas barang-barang yang merusak kesehatan mungkin efektif dalam mengurangi konsumsi. Kita bisa melakukan perhitungan serupa



untuk menyelidiki efektivitas subsidi untuk mendorong perilaku sehat. Misalnya, mungkin untuk membebaskan semua buah dan sayuran segar dari pajak untuk mendorong lebih banyak konsumsi. Fasilitas olahraga dapat disubsidi untuk mendorong penggunaan. Kita tidak dapat mengatakan apakah kebijakan seperti ini akan menjadi cara yang efektif untuk mendorong gaya hidup yang lebih sehat tanpa melakukan perhitungan elastisitas permintaan.

#### **D. Elastisitas Silang Permintaan**

Elastisitas harga permintaan adalah ukuran yang paling banyak digunakan. Kita juga dapat mengukur elastisitas lainnya. Misalnya, kita dapat menilai elastisitas silang permintaan antara dua barang. Misalnya, seberapa sensitif permintaan jarum suntik terhadap harga alat suntik. Karena mereka saling melengkapi, kita memperkirakan permintaan jarum akan turun jika harga jarum naik. Jika  $P_n$  adalah harga jarum suntik, dan  $Q_s$  adalah jumlah jarum suntik, elastisitas silang permintaan dapat dinyatakan sebagai

$$\frac{\Delta Q_s}{Q_s} \times \frac{P_n}{\Delta P_n}$$

Jika barang komplementer, seperti dalam contoh ini, nilai elastisitas silang dari permintaan adalah negatif. Dalam kasus substitusi, elastisitas silang dari permintaan adalah positif. Misalnya, jika harga aspirin naik, kita akan mengharapkan kenaikan permintaan ibuprofen, karena masing-masing dapat menggantikan yang lain.

#### **E. Elastisitas Pendapatan atas Permintaan**

Orang dengan pendapatan lebih tinggi dapat membeli lebih banyak barang. Tentu saja mereka tidak melakukannya. Ketika pendapatan meningkat, seseorang membeli lebih banyak barang, dan lebih sedikit membeli beberapa barang lainnya. Dia mungkin membeli lebih sedikit perjalanan bus dan lebih banyak perjalanan taksi, lebih banyak perumahan dan liburan yang lebih mahal. Suatu barang dikatakan elastis terhadap pendapatan jika proporsi pendapatan yang dibelanjakan untuk barang tersebut meningkat seiring dengan pendapatan. Elastisitas

pendapatan dari permintaan bisa positif (yaitu dengan meningkatnya pendapatan lebih banyak yang dibeli) atau negatif. Barang dengan elastisitas pendapatan positif disebut barang normal dan barang dengan elastisitas pendapatan negatif disebut barang inferior.

Elastisitas pendapatan dihitung dari perubahan relatif dalam permintaan suatu barang dan perubahan relatif dalam pendapatan. Secara formal, rumus elastisitas pendapatan dari permintaan adalah

$$\frac{\Delta Q}{Q} \times \frac{Y}{\Delta Y}$$

di mana Y adalah pendapatan asli, dan Q1 kuantitas asli

#### **F. Elastisitas dan Harga Layanan Kesehatan**

Dengan cara yang sama kita dapat menggunakan informasi tentang elastisitas untuk menginformasikan kebijakan pajak atau subsidi untuk mendorong gaya hidup yang lebih sehat. Hal ini juga dapat berguna dalam mengembangkan kebijakan tentang tarif layanan kesehatan. Di sebagian besar negara setidaknya ada beberapa biaya untuk layanan medis, pelayanan rumah sakit atau obat-obatan. Jika permintaan tidak elastis, efek dari biaya tersebut akan meningkatkan pendapatan dengan sedikit efek pada penggunaan. Jika lebih elastis, biaya dapat menghalangi orang untuk menggunakan pelayanan yang efektif dan bermanfaat.

Bukti menunjukkan bahwa secara umum permintaan untuk pelayanan kesehatan adalah harga-inelastis, sehingga hanya ada pengaruh kecil pada permintaan dari kenaikan biaya (Creese 1991; McPake 1993; Gertler et al. 1987). Namun, bukti juga menunjukkan bahwa gambarannya lebih rumit. Orang yang lebih miskin menunjukkan permintaan yang lebih elastis daripada yang lebih kaya, sehingga kebijakan pungutan pajak akan lebih menghalangi mereka. Hal ini mungkin membenarkan pembebasan dari biaya untuk orang-orang berpenghasilan rendah.

Peran potensial untuk biaya pengguna adalah untuk mencegah orang menggunakan layanan yang tidak perlu. Jika orang menghadapi biaya untuk akses, mereka akan berpikir dengan hati-hati tentang kebutuhan mereka akan pelayanan.

Namun, sekali lagi bukti menunjukkan bahwa kebijakan seperti itu tidak dapat diterapkan begitu saja (Newhouse, 1993).

Studi elastisitas pendapatan atas permintaan layanan kesehatan menunjukkan bahwa nilainya positif dan lebih besar dari 1. Dengan kata lain, permintaan layanan kesehatan adalah elastis pendapatan. Ketika pendapatan meningkat, jumlah pelayanan kesehatan yang dikonsumsi meningkat lebih dari proporsional. Barang dengan karakteristik ini sering digambarkan sebagai barang mewah, karena orang kaya membeli lebih banyak. Ini tidak berarti bahwa barang-barang tersebut tidak diperlukan, hanya saja barang-barang tersebut dipilih dalam jumlah yang jauh lebih besar meningkat seiring dengan pendapatan. Fenomena ini juga dapat menjelaskan temuan bahwa negara-negara yang lebih kaya tidak hanya membelanjakan lebih banyak secara total untuk pelayanan kesehatan tetapi juga membelanjakan proporsi GNP yang lebih tinggi untuk layanan kesehatan.

Secara keseluruhan, bukti dari studi empiris tentang dampak biaya pengguna menunjukkan bahwa biaya tersebut dapat digunakan untuk meningkatkan pendapatan tanpa efek jera yang besar terhadap penggunaan layanan. Namun, ini juga menunjukkan bahwa kehati-hatian yang harus diambil, karena mereka yang berpenghasilan rendah kemungkinan besar akan terhalang, dan seringkali mereka yang paling membutuhkan. Memahami pola elastisitas permintaan pada tingkat harga yang berbeda dan untuk kelompok yang berbeda dalam populasi memungkinkan dikembangkan kebijakan untuk menghindari beberapa efek yang tidak diinginkan.

## **G. Rangkuman**

1. Permintaan dipengaruhi oleh berbagai faktor, termasuk pendapatan, selera dan preferensi, harga barang dan harga barang pengganti dan pelengkap.
2. Pengetahuan tentang elastisitas harga permintaan dapat berguna untuk berbagai keputusan kebijakan dalam pelayanan kesehatan dan promosi kesehatan. Contoh nyata adalah penggunaan pajak untuk menaikkan harga rokok dan mencegah kebiasaan merokok.

3. Elastisitas pendapatan dari permintaan bisa positif (yaitu dengan meningkatnya pendapatan lebih banyak yang dibeli) ataupun sebaliknya. Barang dengan elastisitas pendapatan positif disebut barang normal dan barang dengan elastisitas pendapatan negatif disebut barang inferior.

## **H. Daftar Pustaka**

- Creese, A. L. (1991) 'User charges for health care: a review of the recent experience', *Health Policy and Planning* 6 (4): 309–19.
- Gertler, P., Locay, L. and Sanderson, W. (1987) 'Are user fees regressive? The welfare implications of health care financing proposals in Peru', *Journal of Econometrics* 36: 67–88.
- McPake, B. (1993) 'User charges for health services in developing countries: a review of the economic literature', *Social Science and Medicine* 36 (11): 1397–405.
- Newhouse, J. (1970) 'Theory of non-profit institutions: an economic model of a hospital', *American Economic Review* 60: 64–74
- Stebbins, K. R. (1991) 'Tobacco, politics and economics: implications for global health', *Social Science and Medicine* 33 (12): 1317–26.
- Townsend, J. (1987) 'Cigarette tax, economic welfare and social class patterns of smoking', *Applied Economics* 19: 355–65.
- Trigg, A. B. and Bosanquet, N. (1992) 'Tax harmonisation and the reduction of European smoking rates', *Journal of Health Economics* 11: 329–46.

## **I. Latihan**

1. Apa yang terjadi jika pemerintah mengeluarkan kebijakan berupa menaikkan pajak rokok?
2. Apa manfaat memiliki pengetahuan elastisitas harga permintaan ?

## **J. Umpan Balik**

1. Pertama, menaikkan pajak tembakau mungkin merupakan cara yang efektif untuk mengurangi kebiasaan merokok, tetapi kenaikan pajak yang

besar akan diperlukan untuk menghasilkan pengurangan yang moderat. Kedua, pemerintah kemungkinan akan menikmati peningkatan penerimaan pajak sebagai akibat dari peningkatan tersebut. Ketiga, kemungkinan besar kebijakan ini akan sangat efektif dalam mengurangi kebiasaan merokok pada perokok baru yang relatif muda. Keempat, kebijakan seperti itu mungkin memiliki efek yang tidak diinginkan pada beban pajak, karena secara tidak proporsional jatuh pada orang yang lebih miskin. Di beberapa negara ini adalah masalah yang lebih besar, karena tingkat merokok seringkali lebih tinggi pada kelompok berpenghasilan rendah.

2. Pengetahuan tentang elastisitas harga permintaan dapat berguna untuk berbagai keputusan kebijakan dalam pelayanan kesehatan dan promosi kesehatan. Contoh nyata adalah penggunaan pajak untuk menaikkan harga rokok dan mencegah kebiasaan merokok

## **BAB V**

### **PERMINTAAN KESEHATAN DAN PELAYANAN KESEHATAN**

#### **A. Pendahuluan**

Ada peningkatan kesadaran dalam literatur ekonomi kesehatan bahwa penerapan teori permintaan konvensional untuk kesehatan dan pelayanan kesehatan menyesatkan. Karakteristik ketidakpastian dan dampak informasi dari komoditas pelayanan kesehatan, seperti yang diperkenalkan dalam Bab 3, memiliki efek mendasar pada analisis permintaan di sektor ini. Pendekatan ekonomi yang biasa dilakukan adalah dengan menetapkan konsumen sebagai penguasa dan menghubungkan permintaan dengan kesediaan untuk membayar, dibatasi oleh peran nyata dari pertimbangan anggaran. Ketidakpastian dikelola oleh ekspresi *von Neumann-Morgenstern* yang diharapkan utilitas maksimal dan analisis pasar berlanjut melalui studi penawaran dalam kendala permintaan yang ditentukan. Keberadaan dan dampak sifat informasi dalam pelayanan kesehatan sedemikian rupa sehingga, konsumen tetap berhak secara ketat atas pilihan utilitas dasar. Hanya konsumen yang dapat mengubah status kesehatan menjadi keuntungan atau kerugian utilitas. Informasi tentang hubungan teknis antara pelayanan kesehatan dan status kesehatan, membuat perbandingan preferensi yang konsisten serta informasi yang akan memungkinkan konsumen menentukan keadaan *ex post* yang diharapkan di dunia. Informasi ini relevan dengan konsumsi langsung pelayanan kesehatan dan efek investasi dari konsumsi tersebut. Pelayanan kesehatan, tentu saja, merupakan komoditas yang heterogen. Namun demikian, masih dapat disarankan bahwa pelayanan kesehatan secara luas dalam konsumsi, karena konsumsinya sendiri melibatkan *dis* utilitas. Ada beberapa orang yang, dalam keadaan normal, rela mengkonsumsi pelayanan kesehatan semata-mata karena efek konsumsinya pada fungsi utilitas mereka.

Namun, informasi tentang bentuk pelayanan kesehatan yang diperlukan untuk efek investasinya diperlukan agar konsumen dapat mengevaluasi utilitas bersih dan membuat pilihan yang rasional. Evans dan Wolfson (1980) mengungkapkan masalah dalam bentuk fungsi utilitas berikut:

$$U=U(X,\dots, HS(HC, X, E))$$

di mana U adalah utilitas, X adalah komoditas konsumsi gabungan selain pelayanan kesehatan (HC), E mewakili barang lingkungan dan status kesehatan HS. Konsumen sendiri dapat menentukan hubungan  $U/\delta HS$ , tetapi mereka harus mencari informasi tentang hubungan HS/ HC sebelum evaluasi utilitas ini. Tidak hanya informasi ini sangat teknis, dalam beberapa kasus mungkin juga terlalu mahal untuk diperoleh dalam hal pencarian biaya. Selanjutnya biaya kecemasan yang terlibat dalam memegang informasi juga mungkin tinggi. Permintaan mendasar untuk kesehatan dan spesifikasinya tetap menjadi milik konsumen, dengan keputusan dalam hal ini tetap menjadi hak konsumen. Misalnya, meskipun konsumen menyadari risiko kesehatan yang terkait dengan merokok, keputusan untuk merokok tetap menjadi miliknya. Namun, turunan permintaan untuk pelayanan kesehatan bergantung pada kapasitas pengambilan keputusan penyedia. Dampak informasi berarti bahwa penyedia menjadi alat dalam menentukan pola konsumsi konsumen.

Peran penting penyedia dalam memesan preferensi konsumen telah lama diakui dalam literatur. Namun, tanggapan pertama dan paling awal terhadap kekhasan yang terkait dengan konsumsi pelayanan kesehatan berkisar pada diskusi tentang kebutuhan sebagai konsep permintaan. Kemudian, pengenalan eksplisit penyedia dalam proses konsumsi muncul dari pengakuan bahwa, mengingat dampak informasi, penyedia dapat memanipulasi tingkat permintaan konsumen. Kita akan memeriksa masing-masing masalah ini dalam bab ini. Bagian B membahas konsep kebutuhan. Bagian C dikhususkan untuk diskusi tentang hubungan keagenan dan bagian D mempertimbangkan pentingnya permintaan yang diinduksi penyedia. Bagian E kemudian mempertimbangkan bukti empiris tentang permintaan yang disebabkan oleh penyedia.

## **B. Kebutuhan**

Ambiguitas konsep 'kebutuhan' telah menarik banyak perhatian di masa lalu (Culyer, 1976). Mereka mempertimbangkan kegunaan konsep ini sehubungan dengan pemahaman yang lebih baik tentang operasi sektor pelayanan kesehatan. Kebutuhan dapat dikaitkan dengan konsep permintaan dengan menyatakan bahwa tuntutan tidak lebih dari ekspresi kebutuhan yang dirasakan atau keinginan yang mencerminkan selera tertentu. Dengan kata lain setiap tuntutan adalah kebutuhan seseorang akan sesuatu untuk tujuan tertentu. Tentu saja jika konsumen tidak dapat menilai kebutuhannya sendiri dengan baik, hal ini akan mempengaruhi preferensi yang diungkapkannya, yaitu tuntutannya, akan barang dan jasa.

Namun, dapat juga dikatakan bahwa kebutuhan adalah konsep yang sarat dengan nilai yang jauh lebih berat. Konsep ini juga memiliki nuansa kesetaraan jika hanya dalam kaitannya 'dari masing-masing sesuai dengan kemampuannya, untuk masing-masing sesuai dengan kebutuhannya'. Secara ekstrem konsep kebutuhan dapat digunakan untuk menolak konsep hak konsumen sama sekali. Dapat dikatakan bahwa komoditas tertentu, termasuk pelayanan kesehatan, sangat mendasar sehingga individu memiliki 'hak' untuk konsumsi mereka. Dasar etika dari penilaian tersebut, terbuka untuk diperdebatkan, tentu saja berbeda dari yang diajukan argumen utilitarian. Untuk mempertahankan intervensi pemerintah dalam penyediaan pelayanan kesehatan dengan alasan efisiensi. Sebagian besar karena, kebutuhan bias yang melekat seperti itu tetap menjadi konsep yang berpengaruh dalam menentukan tingkat pelayanan kesehatan. Ini sangat disayangkan dari sudut pandang ekonomi karena konsepnya masih terbelakang.

Misalnya dari sudut pandang medis, kebutuhan cenderung dilihat secara sederhana sebagai kuantitas absolut, sebagai lawan dari ukuran relatif. Tentu saja kebalikannya yang benar. Kisaran penyediaan pelayanan kesehatan tidak terbatas dan setiap prosedur baru atau kemajuan dalam teknologi medis menciptakan tingkat kebutuhan yang lebih tinggi. Apalagi tingkat *unmet need* sulit dipastikan. Kebutuhan individu untuk pelayanan kesehatan biasanya bergantung pada identifikasi kebutuhan, dengan pemeriksaan klinis. Namun, berbagai penelitian



telah menunjukkan bahwa jumlah individu yang datang untuk pengobatan mungkin jauh lebih sedikit daripada jumlah yang diperkirakan memiliki penyakit yang dapat diobati. Satu penelitian menemukan bahwa, dari 1.000 orang yang diperiksa, lebih dari 90 persen memiliki kondisi yang dapat diobati, namun hanya 20 persen sebenarnya menerima pelayanan layanan kesehatan (Wadsworth et al., 1971). Konsep kebutuhan mutlak menentang analisis konsekuensi sumber daya dalam penyediaan pelayanan kesehatan: jika ada kebutuhan maka pasti harus ditangani. Ada sedikit ruang untuk pemeriksaan biaya peluang jika argumen seperti itu diajukan.

Mungkin garis besar kebutuhan yang paling ringkas sebagai konsep ekonomi diberikan dalam Williams (1978) di mana kebutuhan dipertimbangkan dari sudut pandang penawaran dan permintaan. Sehubungan dengan yang pertama, ia menyarankan bahwa kebutuhan ada selama produktivitas marjinal pengobatan positif, implikasinya adalah bahwa tidak ada manfaat yang dapat diperoleh dengan mempertimbangkan instrumen kebijakan yang memiliki produktivitas nol atau negatif. Bagaimanapun, diperlukan di sini pada definisi produktif. Sementara pengobatan mungkin memiliki sedikit dampak fisiologis pada kondisi tertentu dan mungkin, oleh karena itu, dianggap tidak efektif, proses aktual yang terkait dengan pengobatan mungkin masih bermanfaat bagi pasien, misalnya, jika ia menerima utilitas dari pelayanan. Hal ini menunjukkan pentingnya mendefinisikan mengapa barang atau jasa diperlukan dan dalam hal ini Williams menyoroiti pertanyaan tentang siapa yang menilai kebutuhan. Dalam melakukannya setidaknya diidentifikasi tiga pembuat keputusan potensial: individu, ahli teknis dan masyarakat.

Seperti disebutkan di atas, mendefinisikan tingkat kebutuhan sulit karena individu biasanya tidak memiliki informasi tentang hubungan teknis antara pelayanan kesehatan dan status kesehatan. Dengan demikian individu tersebut dapat dengan cepat dikesampingkan sebagai pesaing untuk status penilai. Pakar teknis, dokter, jelas lebih berkualitas dan memang ini mungkin menjelaskan daya tarik konsep kebutuhan bagi profesi medis. Ini membantu mempertahankan posisi monopoli mereka. Namun, ketika kebutuhan yang saling bertentangan muncul,

mereka terikat begitu menyadari bahwa kebutuhan itu relatif dan sumber daya terbatas, maka individu dan masyarakat sama-sama berperan dalam menentukan prioritas. Memutuskan siapa yang memainkan peran dalam membuat keputusan tentang alokasi sumber daya pelayanan kesehatan jelas penting, dan memastikan distribusi yang sah dari hak milik atas pengambilan keputusan tersebut harus menjadi fokus utama dari setiap analisis ekonomi pasar pelayanan kesehatan (McGuire, 1986).

Kebutuhan sebagai konsep ekonomi tampaknya membantu dalam memberikan wawasan tentang sifat proses pengambilan keputusan. Terutama konsep keuntungan terletak pada tingkat definisi, keuntungan dalam resolusi adalah salah satu klarifikasi. Kebutuhan, sebagai sebuah konsep, mengakui bahwa penawaran dan permintaan tidak berinteraksi di sektor pelayanan kesehatan dengan cara konvensional. Seperti yang akan kita lihat, pengoperasian kendala permintaan atas penyedia sangat dibatasi di sektor pelayanan kesehatan. Sebelum permintaan dapat ditentukan, kebutuhan, yang digunakan dalam pengertian untuk mendefinisikan hubungan teknis antara pelayanan kesehatan dan status kesehatan, harus ditentukan, meskipun di sini elemen utilitas proses dalam tindakan konsumsi mungkin penting untuk definisi kebutuhan. Konsep kebutuhan dengan demikian mengakui bahwa permintaan untuk pelayanan kesehatan tidak otonom, minimal penyedia memainkan peran integral dalam menentukan tingkat konsumsi. Dengan pengecualian penerimaan utilitas yang terkait dengan peningkatan status kesehatan apa pun, dalam semua hal lain muncul beberapa pembatasan pada otonomi konsumen. Dalam menilai manfaat, menilai biaya, pengambilan keputusan dan keterlibatan orang lain dalam keputusan menanggung risiko yang terkait dengan hasil.

Pengakuan bahwa kebutuhan adalah konsep relatif, melibatkan individu, serta masyarakat, dalam membuat penilaian atas penilaian relatif dari biaya dan manfaat. Dalam pengertian inilah ambiguitas yang terkait dengan kebutuhan tetap ada. Klarifikasi peran yang akan dimainkan oleh berbagai aktor masih harus diselesaikan dan pentingnya biaya peluang pengobatan perlu lebih diakui sepenuhnya. Biaya peluang dan bobot yang menyertainya harus memainkan peran

yang lebih eksplisit dalam menentukan proses pengambilan keputusan. Jadi sementara konsep kebutuhan berguna dalam menyoroti keterbatasan konsep permintaan, secara analitis tetap agak berlebihan. Nilai utamanya terletak pada menjelaskan keterbatasan pendekatan konvensional terhadap analisis konsumsi.

### **C. Hubungan Keagenan**

Pertanyaan tentang siapa yang menentukan kebutuhan, khususnya mengenai hubungan antara pelayanan kesehatan dan status kesehatan, mengarah pada analisis hubungan keagenan. Dalam membahas karakteristik pelayanan kesehatan di bab 3, dicatat bahwa karena dampak informasi, konsumen dan penyedia memulai hubungan agensi, di mana pengetahuan khusus dokter tentang hubungan antara pelayanan kesehatan dan status kesehatan tersedia untuk konsumen untuk membantu perilaku memaksimalkan utilitas. Seperti halnya sejumlah komoditas jasa, tindakan konsumsi bersifat individualistis, dan aktivitas produksi dan konsumsi cenderung terjadi secara bersamaan. Namun, tidak seperti tindakan konsumsi seperti yang diterapkan pada sebagian besar barang dan jasa. Dalam konsumsi pelayanan kesehatan, konsumen tidak memiliki pengetahuan yang memadai tentang efek konsumsi tersebut terhadap utilitasnya. Selain itu, sejumlah besar hasil yang terkait dengan konsumsi tidak pasti karena obat bukanlah sesuatu pasti dalam banyak keadaan bahkan agen tidak dapat memprediksi hasil dengan pasti.

Dengan demikian konsumen tidak ditempatkan dengan baik untuk menilai keuntungan (atau kerugian) utilitas yang akan melekat pada konsumsi pelayanan kesehatan. Tentunya setelah tindakan konsumsi konsumen biasanya dapat menilai utilitas yang diperoleh dari setiap perubahan status kesehatannya. Namun, seperti yang dijelaskan Weisbrod (1978), apa yang tidak dapat dia nilai, *ex ante* atau *ex post*, adalah sejauh mana, konsumsi layanan kesehatan dikaitkan dengan perubahan status kesehatan dan oleh karena itu utilitas. Weisbrod menunjukkan bahwa tubuh manusia diberkahi dengan kemampuannya sendiri untuk pemulihan. Akibatnya konsumen layanan kesehatan yang mengalami peningkatan status kesehatan setelah pengobatan 'tidak tahu apakah peningkatan itu karena hal itu,

atau terlepas dari pelayanan yang diterima. Atau jika tidak ada layanan pelayanan kesehatan yang dibeli dan masalah individu menjadi lebih buruk. Dia umumnya tidak dalam posisi menentukan apakah hasilnya akan berbeda, dan lebih baik, jika dia membeli pelayanan kesehatan tertentu. Selain itu, seperti yang Weisbrod sebutkan, pasien/konsumen, yang bukan ahli medis, mungkin memperoleh sedikit informasi dari pengalaman penyakitnya dan mungkin tidak dapat mengubah informasi yang diperoleh dari orang lain menjadi pengetahuan. Singkatnya, sulit bagi konsumen untuk menilai kualitas baik sebelum dan sesudah konsumsi. Di sisi lain penyedia barang, dokter, mengkhususkan diri dalam pengetahuan tentang hubungan teknis antara pelayanan kesehatan dan status kesehatan. Dokter ditempatkan lebih baik, melalui pengetahuan, pelatihan dan pengalamannya, untuk memahami *ex ante* bagaimana konsumsi pelayanan kesehatan akan mempengaruhi utilitas, baik dari segi aspek *dis* utilitas langsung (misalnya, dampak dari setiap efek samping yang terkait dengan pengobatan) dan efek yang diharapkan, diturunkan, pada status kesehatan. Tidak seperti barang dan jasa lainnya, oleh karena itu, penyedia berada pada posisi yang lebih baik untuk menginformasikan konsumen tidak hanya informasi teknis yang diperlukan untuk membantu konsumsi, tetapi juga kemungkinan hasil dalam hal keuntungan utilitas bersih yang terkait dengan konsumsi tersebut.

Selain itu, biaya pencarian kepada konsumen yang terkait dengan perolehan informasi mungkin sangat tinggi, terutama jika ada hubungan yang tidak pasti antara pelayanan kesehatan dan status kesehatan. Mungkin ada gunanya pada pendapat kedua jika ini hanya meningkatkan ketidakpastian. Jika biaya ini digabungkan dengan apa yang disebut biaya kecemasan yang timbul dari penyebab permintaan. Fakta bahwa konsumen sakit, maka tidak mengherankan jika konsumen menjadi bergantung pada penyedia layanan. Bahkan jika biaya kecemasan menjadi terlalu tinggi, konsumen mungkin tidak mau berpartisipasi dalam proses pilihan dan gagal mengambil keputusan. Dalam hal ini dokter/penyedia mengambil alih peran pengambilan keputusan ini. Demikian pula dalam keadaan lain konsumen mungkin sangat sakit sehingga dia tidak dapat berpartisipasi dalam proses pengambilan keputusan.

Hal yang perlu dicatat bahwa hubungan keagenan dalam pelayanan kesehatan tidak sama dengan hubungan normal ekonomi yang diajukan antara prinsipal ekonomi dan agen. Dalam hubungan biasa, fungsi utilitas dari aktor-aktor ini terpisah dan prinsip agen untuk melakukan tindakan yang mempengaruhi utilitasnya. Pengaturan kontrak dicapai melalui tawar-menawar untuk memastikan tujuan dan fungsi utilitas yang saling bergantung dan memaksimalkan agen tetapi terpisah. Sebaliknya dalam pelayanan kesehatan, tujuan dan fungsi utilitas tidak lagi, atau setidaknya tidak seharusnya, berbeda atau terpisah dan menjadi sulit untuk membedakan fungsi prinsip utilitas dan agen.

Namun, hubungan agensi yang sempurna jelas sulit dicapai. Tugas dokter adalah membantu perilaku memaksimalkan utilitas konsumen. Hal ini mengharuskan dokter memiliki pengetahuan penuh tentang selera, preferensi, pendapatan, produksi, dan kemungkinan konsumsi pasien/konsumen yang relevan. Dengan kata lain itu bergantung pada dokter, pada dasarnya, dengan asumsi tokoh konsumen. Ini tidak mungkin terjadi. Pada dasarnya masalahnya adalah bahwa baik dokter maupun pasien/konsumen mungkin membuat jenis penilaian tertentu, yang rekonsiliasinya menjadi sangat sulit, terutama dalam keadaan terpaksa yang sering disertai penyakit. Kesulitan ini hampir pasti akan muncul dengan sendirinya bahkan jika argumen tidak melibatkan fungsi utilitas dokter kemungkinan adanya konflik dengan argumen dalam fungsi utilitas pasien/konsumen.

Tidak mungkin hubungan agensi yang sempurna akan ada. Dokter dapat membantu konsumen dalam memahami hubungan teknis antara pelayanan kesehatan dan status kesehatan, serta membantu dalam evaluasi pola konsumsi yang berbeda karena dapat mempengaruhi utilitas. Tetapi posisinya diperumit oleh fakta bahwa individu konsumen dapat bervariasi sejauh mana mereka ingin memiliki informasi dan membuat keputusan sendiri. Dengan kata lain agen yang sempurna harus mempertimbangkan tidak hanya utilitas yang terkait dengan hasil status kesehatan tetapi juga utilitas proses yang terkait dengan penerimaan informasi oleh pasien dan tanggung jawab untuk pengambilan keputusan oleh dokter atas nama pasien.

Konsep utilitas proses, seperti yang kita sebutkan di bab 3, bukanlah konsep yang mudah diterima oleh banyak ekonom. Namun, dapat dikatakan bahwa, dalam mempertimbangkan topik seperti penilaian kehidupan manusia dan pelayanan kesehatan secara umum adalah konsep mendasar. Bahkan dalam perdebatan tentang penilaian kehidupan, yang dibahas di bagian 5.3, Buchanan dan Faith (1979) tampaknya menerima pentingnya utilitas proses. Dalam mengadopsi pendekatan kesediaan untuk membayar *ex ante* mereka berpendapat bahwa pendekatan ini bergantung pada kemungkinan orang untuk mengambil keputusan berisiko (yaitu atas risiko kematian yang terlibat dengan aktivitas konsumsi atau produksi) untuk diri mereka sendiri dan bahwa ini harus dihargai untuk kepentingannya sendiri. Dengan kata lain, utilitas proses yang melekat pada kebebasan untuk memilih apakah akan mengambil risiko dengan hidup mereka atau tidak adalah penting dalam dirinya sendiri.

Demikian pula dalam pelayanan kesehatan, fakta bahwa agen mempengaruhi rencana konsumsi secara mendasar juga memberi arti penting pada konsep utilitas proses. Bahkan di mana individu ingin membuat, dan mempertahankan tanggung jawab untuk pilihan dia akan sadar bahwa dia harus bergantung pada agen untuk informasi tentang hubungan teknis antara pelayanan kesehatan dan kesehatan dan definisi keadaan *ex post* yang diharapkan. Dengan kata lain sulit untuk sampai pada probabilitas subjektif yang melekat pada hasil tanpa masukan yang signifikan ke dalam proses pengambilan keputusan oleh agen. Selanjutnya untuk banyak pilihan yang mempengaruhi kesehatan konsumen mungkin gagal dalam pengambilan keputusan. Cara untuk mencapai hasil tersebut jelas sangat penting.

Aspek-aspek utilitas proses ini seringkali tidak diberi bobot yang cukup dalam diskusi tentang hubungan agensi. Namun, seperti yang diangkat dalam Bab 3, mereka adalah fitur yang penting. Salah satu kesulitan utama dalam setiap analisis hubungan semacam itu adalah kemungkinan besar akan 'disesuaikan' dalam arti bahwa hal itu akan bervariasi sesuai dengan masing-masing pasien, individu dokter dan kondisi kesehatan individu yang dipertimbangkan. Dengan kata lain pasien yang berbeda akan menempatkan utilitas lebih atau kurang pada

proses penerimaan informasi dan lebih atau kurang utilitas pada proses pendelegasian pengambilan keputusan kepada dokter, dan untuk individu pasien ini akan bervariasi tergantung pada individu dokter dan sifat dari kondisi kesehatan yang buruk yang terlibat. (Sementara kita prihatin di sini dengan fungsi utilitas pasien, juga relevan untuk dicatat bahwa fungsi utilitas dokter juga cenderung mempengaruhi seberapa banyak informasi yang siap dia berikan dan seberapa banyak pengambilan keputusan yang harus dilakukan)

Sementara hubungan keagenan yang sempurna sulit tercapai. Hubungan keagenan yang telah berkembang antara konsumen dan penyedia dalam pelayanan kesehatan menyebabkan penyedia memperoleh kepemilikan hak yang kuat dalam fungsi utilitas konsumen. Tentu saja pengaburan hak milik dalam penetapan fungsi utilitas konsumen menimbulkan potensi eksploitasi. Dokter memegang posisi sedemikian rupa sehingga mereka dapat menentukan biaya dan manfaat dari pola alternatif konsumsi pelayanan kesehatan, dan mengungkapkannya, jika diinginkan, sehingga kesediaan konsumen untuk membayar pengobatan dapat dimanfaatkan.

Konsumen yang mengadakan perjanjian agensi dengan penyedia pelayanan kesehatan, tidak dapat mengevaluasi kinerja hubungan ini secara *ex ante*. Kode etik medis membantu dalam hal ini dengan meyakinkan konsumen kepada mereka menyatakan bahwa dokter akan bekerja demi kepentingan terbaiknya (konsumen). Tentu saja ada masalah, disinggung di atas, bahwa kepentingan terbaik konsumen mungkin salah ditentukan oleh dokter, yang spesialisasinya adalah dalam hubungan teknis antara pelayanan kesehatan dan status kesehatan, dan yang mungkin memiliki sedikit pengetahuan tentang preferensi sebenarnya dari konsumen atau sifat kendala yang dihadapi konsumen. Dokter memang dapat menentukan hubungan antara pelayanan kesehatan dan status kesehatan dan membantu konsumen mengevaluasi keuntungan utilitas yang diharapkan dari berbagai bentuk pengobatan, yaitu membantu menentukan utilitas yang diharapkan terkait dengan kemungkinan hasil. Namun, pasien yang menempati posisi di mana, setelah semua informasi yang relevan telah disesuaikan, keuntungan utilitas bersih dapat dievaluasi dengan benar. Dalam hal

ini pasien dapat memiliki keputusan akhir, bahwa ia dapat menolak untuk mematuhi pengobatan yang ditentukan.

Tentu saja masalah lebih lanjut bahwa konsumen mungkin tidak dapat memahami sepenuhnya atau mengevaluasi informasi yang relevan, baik karena biaya untuk melakukannya mahal atau karena secara teknis tidak mungkin, konsumen mungkin tidak sadar, terganggu mentalnya, dalam keadaan kecemasan atau bahkan belum lahir. Bahkan ketika pasien mampu membuat pilihan rasional, jika biaya kecemasan yang terkait dengan proses pengambilan keputusan menjadi penghalang, ia mungkin tidak mau mengevaluasi informasi tersebut. Jadi, bahkan jika konsumen berada dalam posisi untuk membuat keputusan, dia mungkin mempertimbangkan biaya yang terkait dengan hal ini begitu tinggi sehingga dia bersedia untuk wanprestasi dan menyerahkan tanggung jawab kepada dokter/agen. Namun, penting untuk diingat bahwa pelayanan kesehatan adalah komoditas yang sangat heterogen dan bahwa biaya yang terkait dengan proses pengambilan keputusan biasanya akan sangat berkorelasi dengan tingkat kompleksitas dan ketidakpastian yang terkait dengan bentuk pelayanan kesehatan tertentu yang sedang dipertimbangkan. Untuk penyakit ringan, biaya ini akan diabaikan. Namun, kemiringan kurva biaya khusus ini cenderung curam dan potensi untuk mengalihkan biaya pengambilan keputusan ke agen itu sendiri merupakan sumber utilitas proses.

Pentingnya kode etik perilaku dapat dikaitkan dengan jaminan bahwa, mengingat peran penyedia, setidaknya jika kepentingan terbaik konsumen tidak dipertahankan, perilaku penyedia ditentukan oleh tujuan medis daripada tujuan ekonomi. Dalam pengertian ini, perilaku etis setidaknya merupakan upaya untuk mengabstraksi argumen ekonomi dalam fungsi utilitas penyedia. Sejauh ini tidak terjadi adanya kekhawatiran yang jelas mengenai eksploitasi.

#### ***D. Supplier-Induced Demand***

Salah satu cara untuk menganalisis potensi eksploitasi ini adalah melalui konsep permintaan yang diinduksi penyedia atau *supplier-induced demand* di mana penyedia dalam bertindak sebagai agen bagi konsumen, menghasilkan

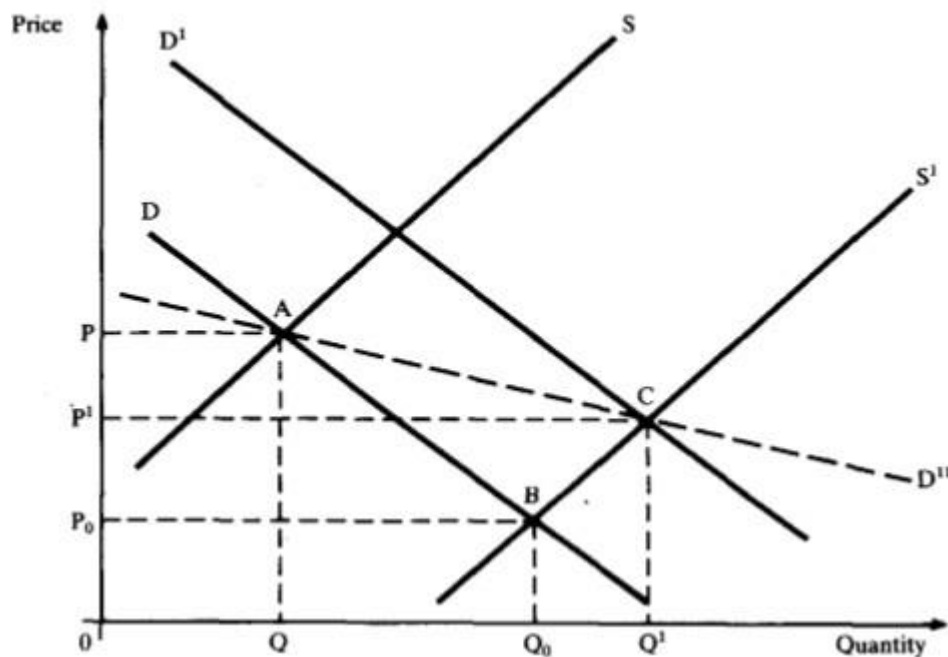


tingkat konsumsi yang berbeda dari yang akan terjadi jika konsumen yang memiliki informasi lengkap dapat untuk memilih secara bebas.

Konsep permintaan yang diinduksi penyedia harus dibedakan dari perlakuan berlebihan. Perlakuan berlebihan berkaitan dengan penilaian teknis mengenai perbedaan antara perlakuan yang dianggap perlu secara teknis dan yang benar-benar diberikan. Perlu dicatat bahwa pelayanan berlebihan mungkin terjadi ketika permintaan yang diinduksi penyedia tidak, jika pasien lebih menyukai apa yang secara teknis dianggap terlalu banyak pelayanan. Permintaan yang diinduksi penyedia secara berlebihan dapat terjadi tanpa pengobatan yang berlebihan jika pasien lebih memilih pengobatan yang kurang dari yang diperlukan secara teknis tetapi dibujuk oleh penyedia/agen untuk mengkonsumsi lebih banyak (Parkin dan Yule, 1984). Pentingnya perbedaan ini muncul, sekali lagi, dari pertanyaan tentang siapa yang mengevaluasi fungsi utilitas konsumen.

Adanya permintaan yang diinduksi penyedia dapat diinterpretasikan sebagai demonstrasi hubungan keagenan yang tidak sempurna. Secara khusus, ini adalah tampilan potensi monopoli profesi medis dan telah dikaitkan dengan hipotesis bahwa individu dokter bertujuan untuk memaksimalkan target pendapatan dan pengamatan bahwa konsumsi per kaput layanan dokter cenderung meningkat kira-kira sejalan dengan peningkatan pendapatan dokter: rasio populasi. Sejauh konsep tersebut terkait dengan remunerasi pribadi yang berasal dari layanan pelayanan kesehatan. Hal itu sebagian besar merupakan fenomena yang timbul dari struktur organisasi pemberian layanan kesehatan. Manifestasi permintaan yang diinduksi penyedia secara umum ditegaskan adalah bahwa 'tempat tidur yang dibangun adalah tempat tidur yang diisi', yang kadang-kadang disebut sebagai Hukum *Roemer* setelah nama penyelidik yang pertama kali memeriksa hipotesis ini (Roemer dan Shain, 1959). Jadi permintaan yang diinduksi penyedia adalah fenomena yang perlu diselidiki untuk memastikan apakah, ketika kurva penawaran bergeser, ada pergeseran yang menyertainya dalam kurva permintaan. Permintaan yang diinduksi penyedia dapat dianggap sebagai pergeseran permintaan, yang disebabkan oleh respons terhadap perubahan mendasar dalam kondisi penawaran (atau permintaan) penyedia.

Namun seperti yang ditunjukkan oleh Reinhardt (1978), sulit untuk menentukan apakah dorongan permintaan terjadi atau tidak dalam kondisi di mana kurva permintaan dan penawaran bergeser. Dia memeriksa situasi di mana penyediaan oleh dokter meningkat. Hal ini dapat diilustrasikan secara grafis seperti pada gambar berikut. Kurva permintaan dan penawaran awal diberikan oleh  $D$  dan  $S$ . Jika penawaran layanan dokter meningkat ke  $S'$  titik ekuilibrium akan bergerak, dengan asumsi kondisi persaingan dan tidak ada bujukan, dari  $A$  ke  $B$ . Harga akan turun saat kuantitas meningkat. Namun, dengan bujukan, karena penawaran meningkat, permintaan juga akan meningkat, mari kita asumsikan dari  $D$  ke  $D'$ . Sekali lagi harga telah jatuh karena kuantitas meningkat, namun titik keseimbangan sekarang di  $C$ .



**Gambar 7** Pengaruh Permintaan yang Diinduksi Penyedia

Poin utama yang harus diperhatikan adalah bahwa kedua model tidak dapat dibedakan dengan menggunakan data yang dimiliki untuk mencerminkan posisi keseimbangan. Jika data konsisten dengan kesetimbangan yang bergerak dari  $A$  ke  $C$ , salah satu dari dua penjelasan. Baik dorongan permintaan terjadi dengan konsekuensi pergeseran permintaan dari  $D$  ke  $D'$ . Atau, dengan asumsi struktur kompetitif, permintaan pasar dapat diwakili oleh  $D''$ , bukan  $D$  seperti

yang dibayangkan semula. Kemudian terjadi pergeseran ekuilibrium di bawah kondisi kompetitif.

Relevansi konsep permintaan yang diinduksi penyedia dengan sistem di mana konsumen menghadapi harga nol pada titik konsumsi atau yang didasarkan pada konsep kebutuhan, tentu saja dapat dipertanyakan. Di mana dokter dibayar berdasarkan sistem biaya per item layanan, alasan untuk penyedia jelas. Pertimbangan asuransi kesehatan hanya memperumit gambaran sejauh dokter/penyedia mungkin merasa kurang berkewajiban untuk membatasi saran permintaan jika biaya ditanggung oleh perusahaan asuransi pihak ketiga, yang pada gilirannya menimbulkan pertanyaan tentang kemampuan perusahaan asuransi untuk meneruskan kenaikan harga kepada konsumen dalam bentuk premi yang lebih tinggi. Dalam sistem di mana ada pertanggungans asuransi nasional dan dokter digaji, relevansi bujukan penyedia dapat dianggap berkurang. Tentu saja hipotesis target pendapatan mungkin memiliki sedikit relevansi. Namun, dokter mungkin ingin mendorong permintaan untuk memenuhi argumen lain dalam fungsi utilitas mereka, misalnya, yang terkait dengan kegiatan mengajar atau bahkan jika dokter hanya ingin 'mengisi tempat tidur'. Atau bujukan penyedia mungkin timbul jika dokter meremehkan biaya pelayanan kesehatan kepada pasien. Setiap harga uang yang ditanggung oleh pasien tentu saja hanya sebagian dari biaya penuh pelayanan kesehatan mereka. Biaya relevan lainnya adalah, misalnya, biaya perjalanan, kehilangan pendapatan atau biaya rekreasi dan kecemasan. Jika dokter meremehkan biaya ini, dan, oleh karena itu, harga pelayanan kesehatan bagi pasien, dalam perannya sebagai agen, mendorong pasien untuk mengonsumsi lebih banyak pelayanan kesehatan daripada yang dianggap tepat dengan kesediaan membayar.

Tentu saja permintaan yang diinduksi penyedia hanya memiliki relevansi dalam konteks hak konsumen. Namun, seperti yang telah kita lihat, mungkin saja dasar konsumsi pelayanan kesehatan dikaitkan dengan konsep kebutuhan. Dalam hal ini bujukan penyedia tidak relevan selama tingkat pelayanan yang 'dibutuhkan' tersedia. Karena itu, perlakuan berlebihan, bukan bujukan penyedia, yang menjadi perhatian.

Secara lebih umum, konsep permintaan yang diinduksi penyedia menimbulkan pertanyaan tentang mengapa tingkat permintaan tertentu harus dikaitkan dengan tingkat penawaran tertentu. Jika ini tidak terjadi, maka tampaknya tidak ada kendala bagi profesi medis yang terus meningkatkan tingkat konsumsi. Dalam mengatasi masalah ini Richardson (1981) menyarankan sejumlah penjelasan. Dia menolak hipotesis bahwa dokter selalu berusaha untuk meningkatkan permintaan sebanyak mungkin. Dia juga menolak penjelasan bahwa kendala politik menghambat perilaku medis sehubungan dengan permintaan yang disebabkan oleh penyedia dan hal ini gagal menjelaskan, antara lain, variasi geografis dalam pergeseran permintaan. Penjelasan lain adalah bahwa profesi medis bertindak secara kolektif untuk menetapkan permintaan sebagai sarana untuk memaksimalkan pendapatan individu. Namun, seperti yang ditunjukkan Richardson, ini tidak menjelaskan kendala, hanya menyatakan bahwa mereka beroperasi pada tingkat kolektif daripada individu. Dia kemudian menyarankan bahwa dokter adalah memberikan kepuasan layanan, dan satu-satunya kendala pada permintaan adalah kendala perilaku yang dipaksakan sendiri. Sekali lagi menemukan ini tidak masuk akal karena gagal menjelaskan perbedaan sistematis dalam pendapatan dan pola kerja dokter.

Penjelasan yang menurut Richardson paling masuk akal sehubungan dengan perilaku medis dan permintaan yang diinduksi adalah bahwa argumen tambahan dalam fungsi utilitas dokter membatasi tingkat bujukan. Secara khusus dia berpendapat bahwa kode etik yang dihormati oleh profesi medis memaksakan batasan pada penggunaan kekuatan potensial monopoli profesi. Dalam pengertian ini mungkin ada tingkat permintaan yang diinduksi yang 'dapat diterima secara etis'. Richardson percaya, bagaimanapun, bahwa kendala ini dapat beroperasi hanya dengan kekuatan yang lemah. Masuknya kesejahteraan pasien ke dalam fungsi utilitas dokter dan keyakinan bahwa pelayanan kesehatan bersifat pendapatan elastis juga dikemukakan sebagai pembatasan profesi medis dari mendorong bujukannya. Memang Richardson berpendapat bahwa ini bahkan lebih mungkin jika fungsi utilitas dokter diadakan untuk memasukkan status sebagai

argumen dan status dikaitkan dengan kebijakan penetapan harga yang wajar dan perilaku etis.

#### **E. Bukti Empiris tentang Permintaan yang Diinduksi Penyedia**

Tampaknya masuk akal bahwa permintaan yang diinduksi penyedia dapat ada tanpa kecenderungan bawaan untuk didorong hingga batasnya. Tentu saja penerimaan konsep itu hanya sebagian dari gambarannya; masih ada masalah validasi empiris. Ini telah dicoba di tingkat sektor kesehatan agregat dan tingkat praktik individu terpilih. Keduanya tunduk pada masalah yang sama. Titik awal untuk pengujian hipotesis permintaan yang diinduksi penyedia dengan pemisahan permintaan yang tidak diinduksi dan yang diinduksi. Mengingat keterlibatan agen dalam spesifikasi tingkat permintaan apa pun, ini sangat sulit. Salah satu metode yang diusulkan oleh Wilensky dan Rossiter (1981) adalah untuk membedakan antara kunjungan yang diprakarsai oleh pasien dan yang diprakarsai oleh dokter dan kemudian menguji pentingnya karakteristik pasar berdasarkan permintaan. Namun, sejauh permintaan efektif hanya terwujud setelah mengunjungi dokter, ini adalah perbedaan yang agak salah antara permintaan yang tidak diinduksi dan yang diinduksi. Selanjutnya, tidak semua permintaan pascakonsultasi harus dianggap sebagai terinduksi. Studi Wilensky dan Rossiter menemukan bahwa dokter memulai pelayanan terutama berdasarkan status kesehatan pasien mereka dan pertimbangan yang berkaitan dengan pendapatan pasien mereka daripada dengan cara yang mencerminkan kepentingan mereka sendiri, yaitu ada sedikit bukti bujukan.

Masalah lebih lanjut dalam pengujian empiris permintaan yang diinduksi penyedia adalah bahwa prediksi yang terkait dengan perilaku yang diduga ini sangat tidak jelas. Dalam keadaan normal dimana peningkatan penawaran dikaitkan dengan peningkatan permintaan yang menyertainya, harga dapat meningkat, menurun, atau tetap konstan. Perubahan harga akan tergantung pada pergerakan yang tepat dalam kurva penawaran, permintaan dan elastisitasnya, serta efek apa pun yang dimiliki pertanggungjawaban asuransi terhadap distorsi harga pasar pelayanan kesehatan. Bahkan dengan asumsi bahwa pasar pelayanan

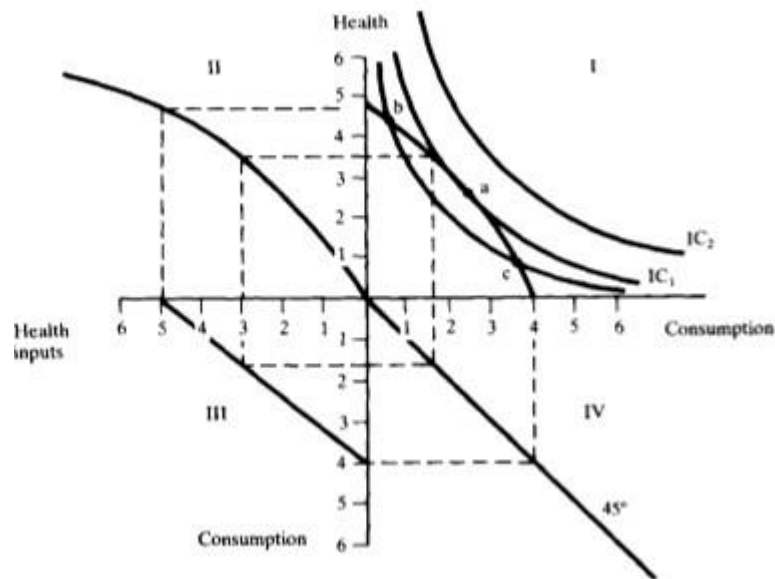
kesehatan dapat dianalisis dengan mengacu pada model monopolistik normal, tidak jelas, seperti yang kita lihat secara grafis di atas, di mana keseimbangan yang diprediksi seharusnya berada. Masalah lebih lanjut yang dihadapi pada tingkat agregat pengujian empiris berkaitan dengan kurangnya identifikasi pergeseran yang diinduksi dalam permintaan dari penyebab lain. Sejumlah penelitian, termasuk Pauly (1980) dan Auster dan Oaxaca (1981), telah mencatat bahwa hipotesis target pendapatan dan pentingnya perubahan rasio dokter terhadap populasi hanya dapat diuji dengan baik jika salah satu abstrak dari pengaruh selera, pendapatan, cakupan asuransi dan status kesehatan penduduk. Dengan kata lain, sulit untuk mengisolasi efek permintaan yang diinduksi penyedia dari faktor-faktor lain. Kurangnya data merupakan masalah lebih lanjut. Sulit untuk mengukur keluaran, misalnya, dan untuk mengidentifikasi skala biaya yang sesuai untuk pelayanan.

Pada tingkat data terpilah, sementara masalah serupa ada, tampaknya ada dukungan yang cukup besar untuk hipotesis bahwa ada permintaan yang diinduksi penyedia. Evans (1974) menemukan bahwa biaya medis individu yang tinggi dan tagihan berkorelasi dengan rasio dokter terhadap populasi yang tinggi dan, setelah membahas masalah data dan definisi sebagai bukti permintaan yang diinduksi penyedia. Dalam salah satu dari sedikit studi non-Amerika Utara, Richardson (1981) menemukan bukti hubungan yang kuat dan signifikan antara penyedia dokter dan permintaan layanan mereka di Australia. Steinwald dan Sloan (1974) menyajikan bukti bahwa permintaan yang diinduksi penyedia mungkin ada di antara dokter kandungan tetapi tidak pada dokter umum di AS, sementara Fuchs (1978), mengendalikan faktor demografi, menunjukkan hubungan positif yang signifikan antara rasio dokter bedah dan tingkat konsumsi. Sebaliknya Pauly (1980) tidak menemukan bukti permintaan yang disebabkan oleh penyedia, sementara Bunker dan Brown (1974) menunjukkan bahwa praktisi medis dan keluarga mereka memiliki pelayanan sebanyak konsumen lain, mempertanyakan hipotesis bahwa permintaan yang diinduksi penyedia muncul dari dampak informasi.

Kesimpulannya adalah bahwa, meskipun ada beberapa bukti empiris yang mendukung, mengingat masalah yang dibahas di atas, tidak mengherankan bahwa, seperti yang dikatakan Parkin dan Yule, 'masih mungkin untuk memperdebatkan keberadaan permintaan yang diinduksi penyedia'. Yang tidak diragukan lagi adalah, dengan adanya hubungan keagenan dan kepemilikan hak milik sebagai akibat dari fungsi utilitas konsumen, penyedia layanan kesehatan memang memiliki potensi untuk mengeksploitasi konsumen. Bagaimanapun, hanya setelah berkonsultasi dengan penyedia, permintaan konsumen untuk (sebagian besar) pelayanan ditentukan oleh dokter.

#### **F. Model Produksi Rumah Tangga: Eksposisi Sederhana**

Konsumen dianggap sebagai pemaksimal utilitas. Hal ini dapat direpresentasikan melalui analisis kurva indifferen, perilaku tersebut dibatasi oleh tingkat pendapatan, harga input kesehatan, aktivitas konsumsi, dan peluang untuk mengubah input kesehatan menjadi kesehatan. Dengan kata lain, tujuan individu adalah untuk mencapai kontur kemungkinan konsumsi tertinggi dan tergantung pada kondisi bahwa ini beroperasi baik pada kendala anggaran maupun fungsi produksi kesehatannya. Perilaku memaksimalkan utilitas individu dapat dianalisis, sehubungan dengan diagram empat kuadran yang diberikan sebagai gambar.



**Gambar 8** Produksi Rumah Tangga Kesehatan

Sumber: Wagstaff (1986b)

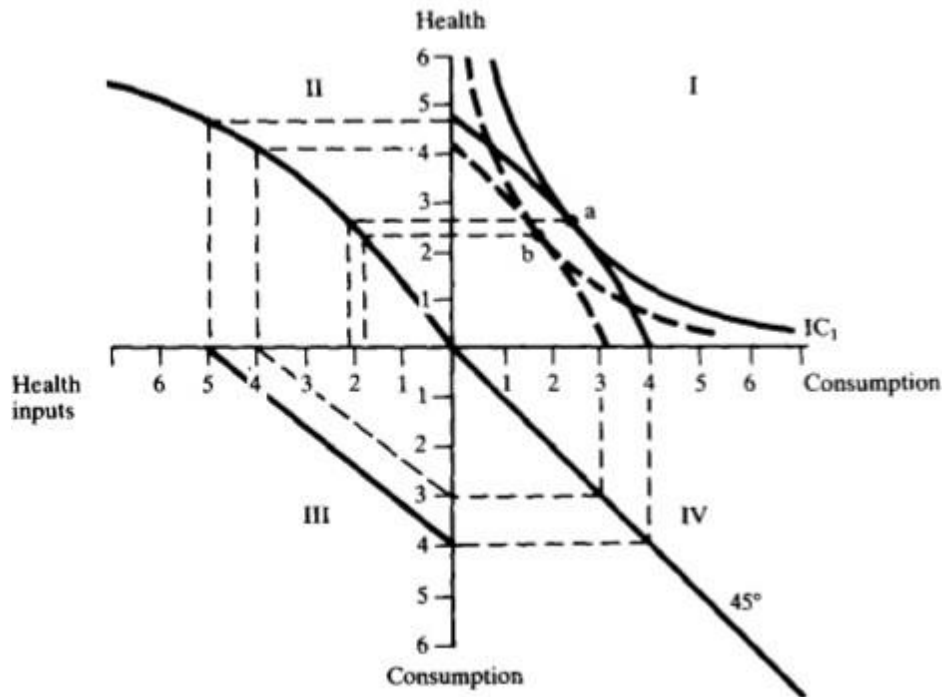
Kuadran II menguraikan fungsi produksi kesehatan yang mencakup hukum produk marjinal yang semakin berkurang. Fungsi ini menunjukkan seberapa banyak kesehatan yang dapat diperoleh untuk sejumlah input kesehatan tertentu, dengan pengetahuan teknis yang diberikan. Kuadran III menguraikan batasan anggaran pada perilaku memaksimalkan utilitas individu. Karena input kesehatan maupun aktivitas konsumsi tidak memerlukan biaya konsumen. Sejalan dengan ekonomi neoklasik tradisional yang harus mengalokasikan pendapatannya di antara aktivitas-aktivitas ini. Kemiringan kurva mencerminkan biaya relatif. Perhatikan bahwa konsumen diasumsikan memiliki pengetahuan yang sempurna atas biaya-biaya ini.

Pencantuman batasan anggaran dan produksi kesehatan dalam diagram yang sama memungkinkan penentuan kombinasi kegiatan konsumsi dan input kesehatan yang akan benar-benar dipilih konsumen. Hal ini ditunjukkan pada Kuadran I, yang mengubah informasi yang diberikan di Kuadran III melalui garis  $45^\circ$  Kuadran IV. Kurva IC1 dan IC2 menguraikan bagian dari gambar



ketidakpedulian konsumen. Kurva cekung adalah batas kemungkinan konsumsi. Keseimbangan diberikan pada titik a.

Deskripsi ini berguna untuk menguji asumsi *ceteris paribus*. Gambar 9, misalnya, menguraikan pengaruh perubahan pendapatan berdasarkan asumsi ini. Diasumsikan bahwa pendapatan individu turun, seperti pada Gambar 9, menghasilkan gerakan paralel menuju asal kendala anggaran. Bergerak di sekitar kuadran, kita dapat mengikuti efek dari penurunan pendapatan ini. Tidak mengherankan, mengingat asumsi yang mendasari, pendapatan yang lebih rendah berarti bahwa jumlah kombinasi yang layak dari input kesehatan dan kegiatan konsumsi yang terbuka untuk individu berkurang. Keseimbangan di A tidak mungkin lagi, keseimbangan baru individu berada di B, di mana ia memiliki tingkat kesehatan yang lebih rendah dan mengkonsumsi lebih sedikit. Stok kesehatannya berkurang karena dia memiliki lebih sedikit pengeluaran untuk input kesehatan. Jadi, untuk contoh khusus yang diberikan pada Gambar 9, penurunan pendapatan diperkirakan akan mengakibatkan pengurangan jumlah input kesehatan yang digunakan dan penurunan status kesehatan individu. Eksposisi serupa dapat diuraikan untuk perubahan dalam variabel harga.



**Gambar 9** Pengaruh Penurunan Pendapatan terhadap Produksi Kesehatan Rumah Tangga.

Sumber: Wagstaff (1986b)

Tentu saja akan diakui bahwa sejumlah asumsi dasar mendasari pemaparan sederhana model produksi rumah tangga ini. Diasumsikan, misalnya, bahwa konsumen mampu membuat perbandingan antara aktivitas konsumsi dan tingkat kesehatan sedemikian rupa sehingga ia dapat memutuskan pola konsumsi dan produksi kesehatan yang disukainya untuk memungkinkan pemesanan preferensi yang konsisten dibuat. Hal ini tentu saja mengharuskan konsumen memiliki informasi yang memadai untuk memungkinkan pengambilan keputusan yang rasional. Kemampuan untuk memperoleh informasi tersebut dapat dipertanyakan. Perlu juga dicatat bahwa titik kesetimbangan yang dicapai dalam contoh ini adalah fungsi dari bentuk kurva yang ditarik. Jadi, misalnya, jika efisiensi marginal dari persediaan modal yang dianggap kesehatan, berbeda, maka fungsi produksi kesehatan akan menunjukkan elastisitas substitusi yang berbeda antara input fungsi produksi kesehatan yang baik dan kesehatan yang mendasar, dan akan ada perbedaan yang berbeda pada posisi keseimbangan. Sementara

eksposisi diagram berguna dalam menguraikan pendekatan dasar, arah tersirat perubahan yang timbul dari gerakan tertentu dalam variabel mungkin, secara umum, lebih eksplisit melalui pemeriksaan formulasi aljabar. Aljabar juga memungkinkan kita untuk menguraikan asumsi khusus untuk model Grossman penuh, yaitu untuk memeriksa fungsi produksi rumah tangga secara lebih rinci.

### **G. Model Grossman: Aljabar**

Dalam model Grossman, sebagaimana dinyatakan di atas, kesehatan dapat dilihat sebagai komoditas fundamental yang memberikan utilitas langsung, seperti dalam model konsumsi, atau sebagai komoditas yang menggabungkan, antara lain, waktu untuk menghasilkan uang/pendapatan. Hal ini menimbulkan motif investasi dalam menuntut kesehatan, karena dengan meningkatkan persediaan kesehatannya, individu menurunkan jumlah waktu yang hilang karena kesehatan yang buruk, yang dapat digunakan untuk produksi kegiatan pasar dan non pasar. Kesehatan, persediaan modal yang tahan lama, menghasilkan output waktu yang sehat per periode, yang diukur dengan hari-hari yang sehat. Grossman berpendapat bahwa output ini membedakan modal kesehatan yang baik dari bentuk modal manusia lainnya. Misalnya, persediaan pengetahuan individu mempengaruhi produktivitas pasar dan non-pasarnya, sedangkan persediaan kesehatan sebenarnya menentukan jumlah total waktu yang dapat dia habiskan untuk menghasilkan pendapatan uang dan komoditas.

Model Grossman formal lengkap dipertimbangkan di bawah ini sebelum kita beralih untuk menganalisis model investasi. Seperti dalam eksposisi diagram sederhana, tujuan individu adalah untuk memaksimalkan utilitas. Namun, dalam hal ini adalah utilitas seumur hidup. Ini adalah fungsi dari  $Z_t$ , barang konsumsi gabungan, dan  $H_t$ , layanan yang mengalir dari stok kesehatan. Dengan kata lain  $H_t$  merupakan hari sehat yang berasal dari stok kesehatan. Oleh karena itu,  $U$  dan  $H_t$  memiliki bentuk neoklasik yang khas:

$$U = f(h_0, \dots, h_t; Z_0, \dots, Z_t) \quad (7.1)$$

Alur pelayanan, hari sehat ( $h_t$ ), dihasilkan dari stok kesehatan, sehingga:

$$= \phi(\cdot) : \phi' > 0, \phi'' < 0$$

dimana dapat dianggap sebagai produk marjinal dari stok kesehatan yang diukur dalam hari-hari sehat. Perubahan stok dari waktu ke waktu dapat ditunjukkan oleh:

$$\dot{H}_t = I_t^h - \delta H_t$$

di mana investasi baru dalam kesehatan dan  $\delta$  adalah tingkat depresiasi stok modal, kesehatan. Tingkat depresiasi diasumsikan eksogen. Kendala pada persediaan modal ada sedemikian rupa sehingga:

$$H_t \geq H^*$$

di mana adalah minimum yang diberikan; 'stok kematian'. Pada periode terakhir,  $T$ , tentu saja.

Selanjutnya diasumsikan bahwa konsumen menghasilkan investasi bruto dalam kesehatan dan komoditas lain dalam fungsi utilitas dari fungsi produksi rumah tangga berikut:

$$I_t^h = I_t^h(X_t^h, T_t^h, E_t)$$

$$Z_t = Z_t(X_t^z, T_t^z, E_t)$$

dimana pelayanan kesehatan dan merupakan input barang pasar dalam produksi  $Z$ ; adalah waktu yang dihabiskan untuk berinvestasi dalam kesehatan dan input waktu dalam memproduksi  $Z$ ;  $E_t$  adalah stok modal manusia, pada dasarnya pendidikan, yang beroperasi pada efisiensi produksi rumah tangga, dengan cara yang analog dengan pengoperasian teknologi pada efisiensi proses produksi industri. Perhatikan bahwa Grossman, sementara mengakui dalam catatan kaki (1972b) bahwa pelayanan kesehatan bukan satu-satunya barang pasar yang relevan dengan investasi bruto dalam kesehatan stok modal, telah menghilangkan efek dari semua barang pasar lainnya, misalnya, rokok merokok, diet dan perumahan, pada kesehatan.

Batasan waktu diperkenalkan sedemikian rupa sehingga jumlah total waktu dalam periode, habis oleh semua kemungkinan penggunaan:

$$\Omega_t = T_t^w + T_t^z + T_t^h + T_t^u$$

dimana dan masing-masing adalah waktu kerja dan waktu sakit, dalam periode waktu  $t$ . Dengan menggunakan persamaan dibawah dapat ditunjukkan sebagai berikut:

$$\Omega_t - T_t^u = h_t = \Phi_t(K_t^h)$$

Batasan anggaran seumur hidup menyamakan nilai sekarang dari pembelian dengan nilai sekarang dari pendapatan siklus hidup ditambah sumbangan aset awal:

$$\sum_{t=0}^T \frac{P_t^z X_t^z + P_t^h X_t^h}{(1+r)^t} = \sum_{t=0}^T \frac{W_t T_t^w}{(1+r)^t} + A_0$$

di mana  $r$  adalah biaya peluang modal, yaitu tingkat bunga konstan, dan adalah harga masing-masing,  $W_t$  tingkat upah dan  $A_0$  nilai diskon pendapatan modal.

Setelah menata ulang, marginal syarat untuk investasi kesehatan baru sebagai:

$$\frac{U_{\Phi t}(1+r)^t}{\lambda} \cdot \frac{\Phi'_t}{MC_{t-1}^h} + \frac{W_t \Phi'_t}{MC_{t-1}^h} = r + \delta_t - \overline{MC}_{t-1}^h$$

dimana  $U_{\Phi t} = \delta U / \delta \Phi_t$  yang merupakan utilitas marjinal waktu kesehatan; adalah utilitas marjinal kekayaan; adalah produktivitas marjinal kesehatan yang diukur dengan hari sehat: adalah biaya marjinal investasi kesehatan pada periode  $t-1$ ; dan tingkat persentase perubahan biaya marjinal antara periode  $t-1$  dan  $t$ .

Persamaan diatas adalah persamaan esensial dari model Grossman. Ketika stok kesehatan yang diwariskan dan tingkat depresiasi diberikan, jumlah optimal dari investasi kotor menentukan jumlah optimal dari modal kesehatan. Singkatnya persamaan ini hanya menetapkan, pada margin, biaya pengguna modal kesehatan sama dengan manfaat marjinal yang didiskontokan dari kesehatan. Dengan kata lain, pada margin, manfaat harus sama dengan biaya dalam ekuilibrium: yaitu tingkat pengembalian total, baik tingkat pengembalian moneter dan tingkat pengembalian 'psikis', untuk investasi di bidang kesehatan harus sama dengan biaya pengguna modal seperti yang dinyatakan oleh harga investasi bruto. Jadi membaca persamaan dari kiri, suku pertama menyatakan tingkat pengembalian

moneter (atau manfaat investasi), suku kedua menyatakan tingkat pengembalian 'psikis' (manfaat konsumsi), sedangkan suku RHS menyatakan pengguna biaya sebagaimana ditentukan oleh tingkat pengembalian riil sendiri dan tingkat depresiasi.

Grossman mengasumsikan bahwa stok modal, kesehatan, tidak dapat diperdagangkan, di pasar modal. Hal ini menyiratkan bahwa investasi bruto harus non-negatif. Namun, ia membayangkan bahwa individu dapat menyewa stok modal dari dirinya sendiri selama periode waktu yang berbeda, sehingga menimbulkan biaya pengguna modal kesehatan. Jadi perdagangan dimungkinkan melalui individu yang memvariasikan pola investasi kotornya sendiri dalam kesehatan dari waktu ke waktu.

Grossman melanjutkan analisisnya dengan mengabstraksikan, secara terpisah, manfaat konsumsi yang akan diperoleh dari persediaan modal kesehatan dan manfaat investasi yang akan diperoleh dari saham tersebut. Jadi untuk menganalisis aspek konsumsi, suku kedua di sisi kiri disetel ke nol. Maka kondisi keseimbangannya adalah sebagai berikut:

$$\frac{U_{\Phi_t} (1+r)^t}{\lambda} \cdot \frac{\Phi'_t}{MC_{t-1}^h} = r + \delta_t - \overline{MC}_{t-1}^h$$

Untuk menganalisis manfaat investasi, manfaat konsumsi ditetapkan nol, yaitu utilitas marjinal waktu sehat sama dengan nol, sehingga kondisi ekuilibrium menjadi:

$$\frac{W_t \Phi'_t}{MC_{t-1}^h} = r + \delta_t - \overline{MC}_{t-1}^h$$

Sisi kanan persamaan ini dapat dianggap sebagai tingkat pengembalian moneter marjinal atas investasi di bidang kesehatan, atau efisiensi marjinal modal kesehatan. Perlu juga dicatat bahwa Grossman mengasumsikan biaya marjinal investasi kesehatan yang konstan dalam model investasi, yang memungkinkan stok ekuilibrium kesehatan pada usia berapa pun ditentukan dengan menetapkan tingkat pengembalian moneter marjinal atas modal kesehatan sama dengan biaya peluang modal ini.

Model investasi kemudian dilengkapi dengan spesifikasi permintaan pelayanan kesehatan yang diturunkan sebagai berikut. Seperti yang dicatat di atas, output modal kesehatan memiliki batas terbatas 365 hari per tahun, dan oleh karena itu produk marjinal harus berkurang. Jadi fungsi produksi hari sehat persamaan di atas dapat ditentukan sebagai:

$$h_t = 365 - B(K_t^h)^{-C}$$

dimana B dan C adalah konstanta. Dari sini, produk marjinal kesehatan ( $\Phi'_t$ ) diberikan sebagai;

$$\Phi'_t = BC(K_t^h)^{-C-1}$$

Sekarang

$$\ln \Phi'_t = \ln BC - (C + 1)K_t^h$$

dan, dari persamaan di atas, kita dapat mendefinisikan efisiensi marjinal modal,  $t$ , dalam hal tingkat upah per jam dan biaya marjinal investasi kotor dalam kesehatan:

$$\gamma_t = \frac{W_t \Phi'_t}{MC_{t-1}^h}$$

dan tentu saja untuk keseimbangan

$$\gamma_t = r + \delta_t - \overline{MC}_{t-1}^h$$

Jika kita mengganti persamaan di atas dan menyelesaikannya kita mendapatkan:

$$\ln K_t^h = \ln BC + \epsilon \ln W_t - \epsilon \ln \overline{MC}_{t-1}^h - \epsilon \ln \gamma_t$$

Mengganti  $\gamma$  dengan kondisi ekuilibrium dan mengasumsikan seperti yang dilakukan Grossman adalah nol, memberikan:

$$\ln K_{t-1}^h = \ln BC + \epsilon \ln W_t - \epsilon \ln MC_{t-1}^h - \epsilon \ln \delta_t$$

sebagai permintaan modal kesehatan atau efisiensi marjinal jadwal modal kesehatan. Persamaan ini membentuk dasar untuk bentuk persamaan permintaan tereduksi yang dapat diperkirakan untuk persamaan kesehatan.

Usher (1975) menunjukkan bahwa adalah penting untuk mengasumsikan biaya investasi marjinal konstan jika permintaan untuk kesehatan tidak bergantung pada nilai masa depan dari variabel eksogen, khususnya tingkat depresiasi di

tahun-tahun mendatang. Memang dia menyarankan bahwa lebih masuk akal untuk mengasumsikan bahwa biaya marginal investasi di bidang kesehatan adalah fungsi yang meningkat dari investasi di bidang kesehatan. Jika ini benar maka kurva permintaan akan bergantung pada nilai masa depan dari variabel eksogen, dalam hal ini permintaan kesehatan hari ini menjadi fungsi dari 'semua parameter dalam model, semua upah, semua tingkat depresiasi, dan semua harga kesehatan. modal dari sekarang sampai akhir hidup seseorang' (Usher,195). Tentu saja pembatasan biaya marginal diperlukan untuk memastikan bahwa aljabar tidak menjadi terlalu rumit.

Grossman melanjutkan dengan mempertimbangkan bagaimana perubahan dalam variabel tertentu akan mempengaruhi analisis, yang tetap didasarkan pada model investasi murni. Dia mempertimbangkan dampak usia terhadap permintaan kesehatan, dengan asumsi ceteris paribus. Karena biaya marginal konstan dan oleh karena itu tidak tergantung usia menjadi berkurang yaitu kita mengabaikan,:

$$\frac{W_T \Phi'_t}{MC_{t-1}^h} = r + \delta_t$$

Kemudian diasumsikan bahwa depresiasi meningkat seiring bertambahnya usia untuk setiap individu. Ketika tingkat depresiasi ( $\delta_t$ ) meningkat, biaya marginal untuk memproduksi hari-hari yang sehat meningkat. Dengan kata lain ada kenaikan harga bayangan kesehatan. Tentu saja ketika tingkat depresiasi meningkat, individu bergerak keluar dari keseimbangan, karena biaya investasi dalam kesehatan melebihi manfaatnya. Dari persamaan di atas kita tahu bahwa, dan dengan asumsi bahwa produktivitas marginal kesehatan semakin rendah, semakin tinggi stok kesehatan, individu akan memilih stok kesehatan yang lebih rendah sehingga meningkatkan produktivitas marginalnya yang pada akhirnya akan membawa individu kembali ke ekuilibrium karena tingkat pengembalian marginal disamakan dengan peningkatan biaya marginal. Perhatikan bahwa tidak ada yang dikatakan tentang dinamika proses penyesuaian karena ini, bagaimanapun, adalah latihan dalam statika komparatif. Agaknya, bagaimanapun, karena individu bertindak dengan kepastian penuh, prosesnya seketika. Jadi seperti yang dikatakan Grossman 'Faktor biologis yang terkait dengan penuaan



meningkatkan harga modal manusia dan menyebabkan individu beralih dari kesehatan masa depan sampai kematian "dipilih"

Tentu saja kenaikan harga bayangan modal, yang disebabkan oleh tingkat depresiasi, tidak hanya mengurangi permintaan akan modal kesehatan, tetapi juga jumlah modal kesehatan yang dipasok kepada mereka oleh sejumlah investasi kotor tertentu. Biaya investasi, setelah meningkat, mengurangi penyedia modal kesehatan. Namun, mengingat kurva permintaan kesehatan yang relatif tidak elastis, individu akan mengimbangi sebagian dari pengurangan modal kesehatan, yang disebabkan oleh peningkatan tingkat depresiasi, dengan meningkatkan investasi bruto mereka. Oleh karena itu, permintaan akan pelayanan kesehatan, misalnya, sebagai salah satu input dalam fungsi investasi kesehatan, akan meningkat selama elastisitas harga dari permintaan modal kesehatan kurang dari satu. Dengan kata lain akan ada hubungan negatif antara kesehatan dan pelayanan kesehatan jika permintaan modal kesehatan tidak elastis. Ini memprediksi bahwa orang yang kurang sehat akan meningkatkan konsumsi pelayanan kesehatan.

Grossman kemudian beralih untuk mempertimbangkan efek upah. Nilai produk marjinal kesehatan, ( $Wt\Phi'$ ), jelas tergantung pada tingkat upah. Jadi ketika upah meningkat, ini akan meningkatkan ekuivalen moneter dari produk marjinal stok kesehatan. Dengan kata lain semakin tinggi upah seorang individu maka semakin tinggi pula nilai bagi individu tersebut, ceteris paribus, dari peningkatan waktu sehat. Tetapi fungsi investasi bruto juga memerlukan masukan waktu dan jika lebih banyak waktu dihabiskan di pasar tenaga kerja, maka akan semakin sedikit waktu yang dicurahkan untuk berinvestasi di bidang kesehatan, misalnya melalui konsumsi pelayanan kesehatan. Akibatnya biaya investasi harus meningkat. Namun, karena waktu bukanlah satu-satunya masukan dalam jadwal investasi bruto, persentase kenaikan upah akan selalu lebih besar pada margin daripada persentase kenaikan biaya investasi. Pengembalian yang tepat untuk modal kesehatan dari kenaikan upah. Oleh karena itu, tergantung pada elastisitas permintaan untuk kesehatan dan bagian waktu dalam jadwal investasi bruto.

Akhirnya, Grossman meneliti model investasi sehubungan dengan peran pendidikan. Model tersebut mengasumsikan bahwa pendidikan bertindak, dengan

cara yang mirip dengan teknologi, dengan menggeser fungsi produksi. Dengan demikian didalilkan bahwa pendidikan menggeser efisiensi marjinal dari jadwal modal (yaitu kurva permintaan untuk kesehatan) dengan meningkatkan produktivitas. Dengan kata lain kurva permintaan untuk kesehatan bergeser ke kanan bukan sebagai akibat dari perubahan selera konsumen, bukan mekanisme yang relevan dalam analisis produksi rumah tangga, melainkan karena produksi yang lebih efisien telah mengurangi biaya. Jadi efisiensi marjinal dari jadwal modal kesehatan terlihat bergantung pada elastisitas jadwal tersebut dan elastisitas investasi terhadap pendidikan.

Membuat asumsi lebih lanjut mengenai netralitas faktor dalam proses produksi, Grossman menunjukkan bahwa jika elastisitas efisiensi marjinal modal kurang dari satu, semakin terdidik akan menuntut lebih banyak kesehatan tetapi lebih sedikit pelayanan medis. Hal ini terjadi karena orang yang berpendidikan lebih baik akan meningkatkan permintaan mereka akan kesehatan pada margin karena pendidikan mereka mengarah pada penurunan biaya produksi kesehatan. Namun, peningkatan kesehatan ini, yang diperoleh melalui produksi yang lebih efisien, juga akan memberikan insentif kepada individu untuk mengurangi pembelian pelayanan kesehatan.

Sementara analisis Grossman dilakukan terutama dalam konteks model investasi murni, beberapa analisis model konsumsi murni dilakukan. Dengan demikian ditemukan bahwa, seperti dalam model investasi, proses penuaan menyebabkan individu 'menggantikan kesehatan masa depan sampai kematian dipilih' (Grossman, 1972a). Namun, perbedaan utama adalah bahwa, dalam model konsumsi, keberadaan preferensi waktu untuk masa depan mungkin lebih besar daripada kenaikan tingkat depresiasi yang menyertai usia dan menyebabkan peningkatan sementara dalam modal kesehatan. Elastisitas substitusi antara kesehatan sekarang dan masa depan, daripada elastisitas efisiensi marjinal jadwal modal, menjadi parameter yang menentukan perilaku siklus hidup. Dalam menganalisis efek upah sehubungan dengan model konsumsi. Hal ini sulit untuk ditentukan. Upah mempengaruhi biaya marjinal investasi kotor dan biaya marjinal barang konsumsi. Oleh karena itu, ada ambiguitas atas efek upah. Demikian pula

pengenalan efek kekayaan dalam pertimbangan pendidikan dalam model konsumsi menyebabkan ambiguitas dalam efek variabel ini. Akibatnya prediksi statis komparatif yang terkait dengan model konsumsi tidak meyakinkan.

#### **H. Permintaan dan Permintaan Akan pelayanan Kesehatan**

Obat-obatan dan pelayanan kesehatan memiliki sejarah panjang diperlakukan sebagai sesuatu yang istimewa. Ada beberapa cara yang jelas di mana cara kita berinteraksi dengan sektor kesehatan berbeda dari cara kita berurusan dengan penyedia barang dan jasa lainnya. Dokter memberi tahu kita tentang layanan apa yang kita butuhkan dan sering juga menyediakannya. Beberapa layanan kesehatan digunakan ketika kita sakit parah dan mungkin tidak dapat membuat keputusan yang masuk akal. Beberapa keputusan pelayanan kesehatan secara harfiah tentang hidup dan mati. Dalam banyak kasus, intervensi memiliki efek yang sangat tidak pasti bagi setiap individu. Masalah lain adalah waktu. Secara umum kita lebih sehat ketika relatif muda dan relatif kaya. Ini adalah saat-saat ketika kita paling tidak membutuhkan pelayanan kesehatan, tetapi kemungkinan besar dapat memenuhinya. Mungkin ciri terpenting dari kebutuhan kita akan pelayanan kesehatan adalah bahwa kita jarang mengetahui sebelumnya apa yang akan kita perlukan, kapan kita akan membutuhkannya atau berapa banyak yang akan kita perlukan. Fitur menarik lainnya adalah hanya sedikit dari kita yang benar-benar ingin menggunakan layanan kesehatan. Memang, penggunaan layanan kesehatan seringkali tidak menyenangkan. Kebanyakan barang yang kita beli lebih enak untuk dikonsumsi.

Di sisi lain tidak semua intervensi kesehatan pasti, hanya sedikit yang benar-benar hidup atau mati, dan dalam banyak kasus intervensi dipahami dengan baik oleh pasien. Misalnya, Anda memiliki miopia, dan membutuhkan layanan optometri. Anda dapat menghitung dengan akurasi yang hampir sempurna seberapa sering Anda membutuhkan tes mata dan, kecuali Anda duduk di atasnya, berapa banyak kacamata yang Anda perlukan selama sisa hidup Anda. Bagi banyak orang, pelayanan gigi hampir dapat diprediksi. Tidak ada ketidakpastian

yang signifikan dalam kebutuhan untuk banyak vaksinasi masa kanak-kanak, isi dan waktu imunisasi dapat diprediksi.

Banyak pelayanan kesehatan tentang kenyamanan, mobilitas, perasaan sehat dan kualitas hidup yang baik. Relatif sedikit dari apa yang dilakukan memperpanjang hidup ke tingkat yang signifikan. Dalam arti mutlak pelayanan kesehatan kurang diperlukan daripada banyak kebutuhan lainnya, seperti makanan dan pakaian. Bab ini memperkenalkan teori permintaan ekonomi, dan menerapkannya pada kesehatan dan pelayanan kesehatan. Ciri-ciri kesehatan yang khusus dieksplorasi. Ada beberapa alasan mengapa kita harus tertarik pada permintaan akan kesehatan dan pelayanan kesehatan. Yang pertama adalah untuk membantu kita memprediksi kemungkinan reaksi dan perilaku. Misalnya, jika penyedia membebankan biaya untuk tes penglihatan, apa pengaruhnya terhadap jumlah orang yang menggunakan layanan ini? Bagaimana biaya tersebut akan mempengaruhi frekuensi penggunaan layanan optometri? Kedua, mengetahui sesuatu tentang permintaan orang akan pelayanan kesehatan dapat memberi tahu kita tentang seberapa besar mereka menghargai layanan. Poin ini akan dieksplorasi lebih dalam di bawah ini.

### **I. Determinan permintaan**

Analisis di atas menunjukkan sejumlah faktor penentu permintaan atas suatu layanan. Pertama, selera dan preferensi individu penting dalam menentukan bentuk kurva indifferen individu. Ini mungkin lebih atau kurang stabil. Beberapa hal berubah dengan mode, dan yang lainnya lebih dapat diprediksi. Kedua, harga barang akan mempengaruhi jumlah yang dipilih. Ketiga, permintaan akan dipengaruhi oleh harga barang lain, baik barang substitusi maupun barang komplementer. Secara umum penurunan harga barang substitusi menyebabkan permintaan akan jasa turun, dan penurunan harga barang komplementer akan naik. Keempat, pendapatan individu merupakan determinan dari permintaan. Lebih formal kita dapat mengungkapkan ini sebagai berikut:

$$D = f(P, P_s, P_c, Y, T)$$

dimana  $P$  adalah harga,  $P_s$  adalah harga barang substitusi,  $P_c$  adalah harga barang komplementer,  $Y$  adalah pendapatan dan  $T$  adalah selera.

Kita tahu bahwa, secara umum, permintaan turun dengan harga, meningkat dengan harga pengganti, menurun dengan harga pelengkap, meningkat dengan pendapatan dan meningkat dengan selera dan preferensi meningkat. Jelasnya keseluruhan permintaan barang tersebut bergantung pada permintaan semua orang yang berpotensi berada di pasar. Untuk mendapatkan kurva permintaan masyarakat, kita cukup menjumlahkan kurva permintaan untuk semua individu. (Permintaan pada setiap harga adalah total dari semua permintaan individu pada harga tersebut, sehingga kurva permintaan dijumlahkan secara horizontal).

#### **J. Dari Permintaan ke Permintaan Kesehatan dan pelayanan Kesehatan**

Contoh yang dipilih untuk menggambarkan teori dasar permintaan diambil dari pengaturan pelayanan sosial. Pertanyaannya adalah sejauh mana prinsip-prinsip tersebut dapat diterapkan secara berguna untuk memahami permintaan akan kesehatan dan permintaan akan pelayanan kesehatan.

Poin pertama adalah bahwa kesehatan memiliki banyak dimensi. Kita menikmatinya untuk dirinya sendiri, dan menggunakannya untuk membantu kita mencari nafkah dan menikmati barang dan jasa lainnya. Untuk menghasilkan kesehatan kita dapat melakukan beberapa hal seperti berolahraga, makan makanan yang lebih sehat, tinggal di perumahan yang lebih baik, menghindari air yang terkontaminasi, berhenti merokok, melakukan vaksinasi, ikut serta dalam skrining faktor risiko atau gejala awal penyakit, atau memiliki pengobatan medis atau bedah.

Permintaan akan pelayanan kesehatan sebagian bergantung pada seberapa besar kita menghargai kesehatan. Oleh karena itu kadang-kadang digambarkan sebagai permintaan turunan, karena permintaan sebenarnya adalah kesehatan, dan permintaan akan pelayanan kesehatan adalah untuk membantu mencapai kesehatan yang diinginkan. Tentu banyak barang dan jasa yang memiliki fitur ini. Permintaan akan mobil dapat digambarkan sebagai permintaan berjam-jam untuk

mobil keluarga yang bahagia, atau bahkan permintaan untuk akses ke tempat-tempat yang berbeda.

Dalam perilaku kita, kita dapat mengamati *trade-off ands* antara kesehatan dan barang dan jasa lainnya. Ketika seseorang merokok mereka (mungkin) menikmati rasa dan akhir dari keinginan untuk zat adiktif. Keputusan untuk berkendara ke toko terdekat adalah keputusan untuk tidak mendapatkan manfaat kesehatan dari beberapa olahraga. Menyeberang jalan di penyeberangan pejalan kaki mengurangi kemungkinan kematian atau cedera, tetapi banyak orang menyelamatkan diri mereka sendiri beberapa menit dan melintasi lalu lintas yang padat. Mengemudi cepat itu mengasyikkan, menghemat waktu dan meningkatkan kemungkinan kematian atau cedera. Dalam pengertian ini orang terus-menerus melakukan trade-off antara mengkonsumsi lebih banyak kesehatan dan mengkonsumsi barang-barang lain yang memberikan utilitas. Kita mungkin mengklaim bahwa kesehatan kita adalah yang terpenting, tetapi perilaku kita tidak selalu mendukung klaim tersebut. Dengan mengamati pilihan barang dan jasa yang meningkatkan kesehatan atau merusak kesehatan, pada prinsipnya kita dapat memperhitungkan permintaan akan kesehatan.

Mungkin pertimbangan yang lebih penting adalah bahwa kesehatan bukanlah sesuatu yang diperjualbelikan secara langsung. Kita tidak dapat dengan mudah membeli dan menjualnya, dan itu melekat erat pada kita. Dalam pengertian itu, adalah karakteristik daripada produk.

Ciri penting lain dari kesehatan adalah dikelilingi oleh ketidakpastian. Hanya beberapa penyakit yang dapat diprediksi, dan ada variasi yang sangat besar. Kita semua tahu tentang perokok seumur hidup yang hidup sehat sampai usia sembilan puluhan, dan orang-orang bijaksana yang mengikuti pesan promosi kesehatan dan jatuh sakit. Tentu saja kita dapat mengubah risiko, tetapi kita tidak bisa begitu saja memilih hasil yang baik. Ini semakin memperumit masalah.

Permintaan akan pelayanan kesehatan juga dipengaruhi oleh ketidakpastian ini. Intinya yang ingin kita beli adalah akses ke pelayanan jika kita membutuhkannya. Ini berarti bahwa bagi sebagian orang, permintaan akan pelayanan kesehatan adalah seperti permintaan akan asuransi yang menawarkan

jaminan akses ke pelayanan jika kebutuhan itu muncul. Tentu banyak barang lain yang memiliki karakteristik ini. Sebuah rumah yang rusak akibat gempa bumi atau badai es yang aneh tidak dapat diprediksi, tetapi ini dapat mengasuransikan kemungkinan tersebut. Sering diklaim bahwa pelayanan kesehatan berbeda dari barang lain karena itu adalah kebutuhan. Sejauh itu benar (walaupun proporsi pelayanan kesehatan yang ditujukan untuk mengurangi kematian dini relatif kecil di sebagian besar negara). Banyak barang kebutuhan hidup, dan banyak yang lebih penting untuk ini daripada pelayanan kesehatan.

Ciri kesehatan adalah bahwa dalam beberapa hal itu seperti barang modal. Jika Anda berinvestasi dalam kesehatan yang lebih baik, itu tetap ada pada Anda, dan perilaku yang merusak kesehatan dapat membuatnya turun secara permanen. Dalam pengertian ini kita mungkin ingin menarik wawasan teori permintaan yang diterapkan pada industri barang modal, dan melihat keputusan untuk berinvestasi dalam produk tahan lama.

Tes lain apakah pelayanan kesehatan dapat dianggap sama dengan layanan lain adalah bagaimana permintaan merespons perubahan pendapatan atau harga. Apa yang ditemukan dalam semua penelitian adalah bahwa, jika hal-hal lain dianggap sama, kenaikan harga pelayanan kesehatan mengurangi jumlah yang dikonsumsi, dan penurunan harga meningkatkan penggunaan. Peningkatan pendapatan dikaitkan dengan permintaan yang lebih tinggi untuk layanan kesehatan, dan pendapatan yang lebih rendah dengan permintaan yang lebih rendah. Jadi, dalam banyak hal penting, permintaan akan kesehatan dan permintaan akan pelayanan kesehatan adalah seperti permintaan akan barang dan jasa lainnya. Namun, ketidakpastian yang besar, informasi yang terbatas dan konteks di mana kesehatan dan pelayanan kesehatan diproduksi semuanya membuatnya sedikit istimewa, dan analisis selanjutnya dalam buku ini mengeksplorasi banyak cara di mana penerapan ekonomi pada kesehatan dan pelayanan kesehatan dapat dilakukan dan menantang.

## **K. Rangkuman**

1. Dari sudut pandang medis, kebutuhan cenderung dilihat secara sederhana sebagai kuantitas absolut, sebagai lawan dari ukuran relatif.

2. Salah satu cara untuk menganalisis potensi eksploitasi ini adalah melalui konsep permintaan yang diinduksi penyedia atau *supplier-induced demand* di mana penyedia, dalam bertindak sebagai agen bagi konsumen. Menghasilkan tingkat konsumsi yang berbeda dari yang akan terjadi jika konsumen yang memiliki informasi lengkap dapat untuk memilih secara bebas.
3. Masalah lebih lanjut dalam pengujian empiris permintaan yang diinduksi penyedia adalah bahwa prediksi yang terkait dengan perilaku yang diduga ini sangat tidak jelas.

#### **L. Daftar Pustaka**

- Auster, R.D. and Oaxaca, R.L. (1981), 'Identification of supplier induced demand in the health care sector', *Journal of Human Resources*, vol. 16, pp. 325–42.
- Bunker, J.P. and Brown, B. (1974), 'The physician-patient as an informed consumer of surgical services', *New England Journal of Medicine*, vol. 290, pp. 1051–5
- Fuchs, V.R. (1978), 'The supply of surgeons and the demand for operations', *Journal of Human Resources*, vol. 13 (supplement), pp. 35–56.
- Grossman, M. (1972a), *The Demand for Health: A Theoretical and Empirical Investigation*, New York, National Bureau of Economic Research.
- Pauly, M.V. (1980), *Doctors and Their Workshops: Economic Models of Physician Behavior*, NBER monograph, Chicago, University of Chicago Press.
- Richardson, J. (1981), 'The inducement hypothesis: that doctors generate demand for their own services', in van der Gaag, J. and Perlman, M. (eds), *Health, Economics and Health 'Economics*, Amsterdam, North Holland.
- Steinwald, B. and Sloan, F.A. (1974), 'Determinants of physician's fees', *Journal of Business*, vol. 47, pp. 493–511.
- Weisbrod, B.A. (1978), 'Comment on M.V. Pauly', in Greenberg, W. (ed.), *Competition in the Health Care Sector*, Proceedings of a conference



sponsored by Bureau of Economics, Federal Trade Commission, Germanstown, Aspen Systems.

Wilensky, G.R. and Rossiter, L.F. (1981), 'The magnitude and determination of physicianinitiated visits in the US', in van der Gaag, J. and Perlman, M. (eds.), Health, Economics and Health Economics, Amsterdam, North Holland

#### **M. Latihan**

1. Apa yang anda ketahui mengenai teori grossman?
2. Apa saja faktor penentu permintaan atas suatu layanan?

#### **N. Umpan Balik**

1. Kesehatan dapat dilihat sebagai komoditas fundamental yang memberikan utilitas langsung, seperti dalam model konsumsi, atau sebagai komoditas yang menggabungkan, antara lain, waktu untuk menghasilkan uang/pendapatan.
2. Faktor penentu permintaan atas suatu layanan terdiri dari selera/ preferensi individu, harga barang yang dipilih, harga barang lain, baik barang substitusi maupun barang komplementer dan pendapatan individu.

## **BAB VI**

### **PERMINTAAN TERHADAP PELAYANAN MEDIS**

#### **A. Pendahuluan**

Untuk menurunkan kurva permintaan pelayanan medis, pertama-tama kita perlu menetapkan hubungan antara kuantitas layanan medis dan utilitas. Berdasarkan Bab 2, bahwa stok kesehatan dapat diperlakukan sebagai barang tahan lama yang menghasilkan utilitas dan tunduk pada hukum utilitas marjinal yang semakin berkurang. Hal ini berarti bahwa setiap peningkatan kesehatan yang meningkat secara berturut-turut menghasilkan penambahan utilitas total yang lebih kecil. Kita juga mengetahui bahwa pelayanan medis merupakan input dalam produksi kesehatan karena seseorang mengkonsumsi jasa pelayanan medis dengan tujuan yang jelas untuk memelihara, memulihkan, atau meningkatkan kesehatan. Namun, hukum produktivitas marjinal yang semakin berkurang menyebabkan peningkatan marjinal kesehatan yang ditimbulkan oleh setiap unit tambahan pelayanan medis yang dikonsumsi menurun.

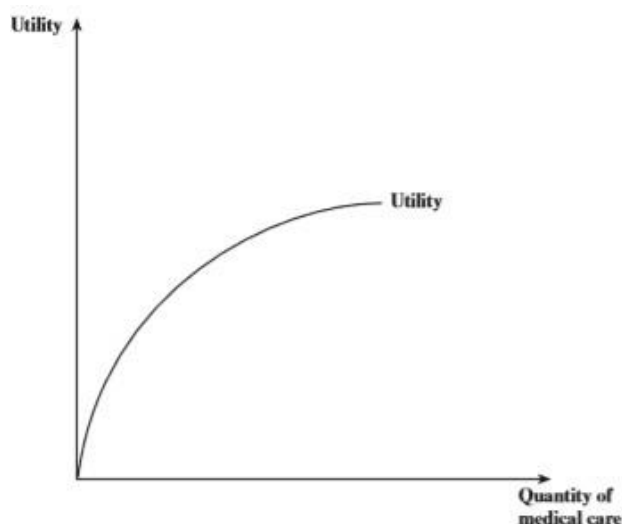
Dapat disimpulkan bahwa pelayanan medis secara tidak langsung memberikan utilitas. Secara khusus, pelayanan medis membantu menghasilkan kesehatan, yang pada gilirannya menghasilkan utilitas. Akibatnya, utilitas dapat ditentukan sebagai fungsi dari kuantitas pelayanan medis. Gambar 10 menggambarkan hubungan antara tingkat pelayanan medis yang dikonsumsi dan utilitas. Utilitas ditentukan pada sumbu vertikal, dan kuantitas pelayanan medis ( $q$ ) diukur pada sumbu horizontal. Bentuk kurva utilitas total menunjukkan bahwa utilitas meningkat pada tingkat yang menurun sehubungan dengan pelayanan medis, atau bahwa layanan pelayanan medis tunduk pada utilitas marjinal yang semakin berkurang. Utilitas marjinal menurun disebabkan dengan faktor: (1) setiap unit pelayanan medis yang berurutan menghasilkan peningkatan kesehatan yang lebih kecil daripada unit sebelumnya (karena hukum produktivitas marjinal

yang semakin berkurang) dan (2) setiap peningkatan kesehatan, pada gilirannya, menghasilkan peningkatan yang lebih kecil dalam utilitas (karena hukum utilitas marjinal yang semakin berkurang).

### B. Aturan Pemaksimalan Utilitas

Mengingat harga pasar pada suatu titik waktu, konsumen harus memutuskan kombinasi barang dan jasa mana yang digunakan, termasuk pelayanan medis, yang akan dibeli dengan pendapatan tetap mereka. Menurut teori ekonomi mikro, setiap konsumen memilih kumpulan barang dan jasa yang memaksimalkan utilitas. Tanpa bekerja melalui logika matematika yang mendasari proses yakni utilitas konsumen dimaksimalkan ketika utilitas marjinal yang diperoleh dari uang terakhir yang dihabiskan untuk setiap produk adalah sama di semua barang dan jasa yang dibeli. Kondisi ini dikenal sebagai aturan memaksimalkan utilitas, dan pada dasarnya utilitas total mencapai puncaknya ketika konsumen menerima "*bang for the buck*" maksimum dalam hal utilitas marjinal per dolar pendapatan dari setiap barang. Dalam istilah matematika, aturan menyatakan bahwa utilitas dimaksimalkan ketika

$$(1) \quad MU_q/P_q = MU_z/P_z,$$



**Gambar 10** Hubungan antara Utilitas dan Pelayanan Medis

Bentuk kurva utilitas menggambarkan bahwa utilitas total meningkat pada tingkat yang menurun sehubungan dengan tingkat pelayanan medis yang

dikonsumsi. Kurva memiliki bentuk busur karena dua alasan. Pertama, setiap unit tambahan pelayanan medis yang dikonsumsi menghasilkan peningkatan kesehatan yang lebih kecil daripada unit sebelumnya karena hukum produktivitas marginal yang semakin berkurang. Kedua, setiap peningkatan tambahan dalam kesehatan menghasilkan peningkatan utilitas yang lebih kecil karena hukum utilitas marginal yang semakin berkurang. Di mana  $MU_q$  mewakili utilitas marginal yang diterima dari unit terakhir pelayanan medis yang dibeli,  $q$ , dan  $MU_z$  sama dengan utilitas marginal yang diperoleh dari unit terakhir semua barang lain,  $z$ . Barang yang terakhir sering disebut sebagai barang komposit dalam ilmu ekonomi. Untuk mengilustrasikan mengapa aturan memaksimalkan utilitas harus berlaku, anggaplah bahwa:

$$(2) \quad MU_q/P_q = MU_z/P_z,$$

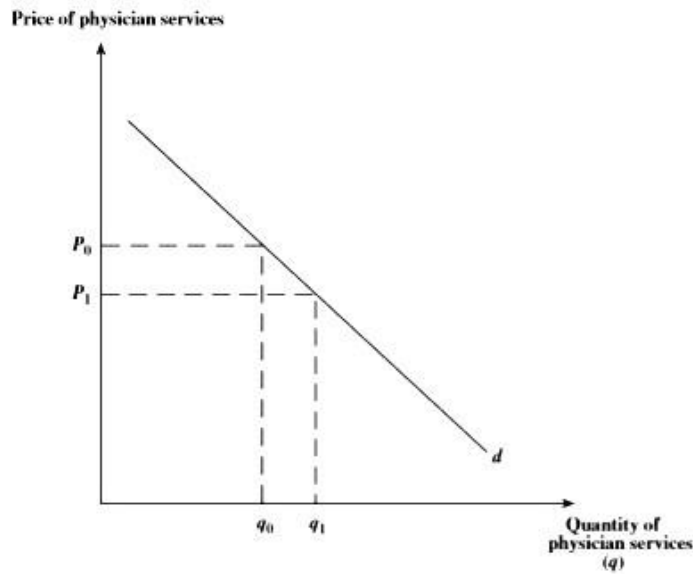
Dalam hal ini, uang terakhir yang dihabiskan untuk pelayanan medis menghasilkan lebih banyak utilitas tambahan daripada uang terakhir yang dihabiskan untuk semua barang lainnya. Konsumen dapat meningkatkan utilitas total dengan mengalokasikan pengeluaran dan membeli lebih banyak unit pelayanan medis dan lebih sedikit unit barang lainnya. Ketika konsumen membeli lebih banyak layanan medis dengan mengorbankan semua barang lain (ingat bahwa pendapatan konsumen dan harga barang komposit adalah tetap), utilitas marginal pelayanan medis turun dan utilitas marginal barang lain meningkat. Hal ini pada gilirannya menyebabkan nilai  $MU_q/P_q$  turun dan nilai  $MU_z/P_z$  meningkat. Konsumen membeli layanan medis tambahan sampai persamaan dalam Persamaan 1 berlaku lagi, atau terakhir yang dihabiskan untuk setiap produk menghasilkan jumlah kepuasan tambahan yang sama. Pada titik ini, utilitas total dimaksimalkan dan perubahan lebih lanjut dalam pola pengeluaran akan berdampak negatif pada total utilitas.

### **C. Hukum Permintaan**

Kondisi ekuilibrium yang ditentukan dalam Persamaan 1 dapat digunakan untuk menelusuri kurva permintaan untuk layanan medis tertentu, seperti layanan dokter. Untuk mempermudah, asumsikan harga semua barang lain dan pendapatan

tetap konstan dan pada awalnya konsumen membeli campuran optimal antara layanan dokter dan semua barang lainnya. Sekarang asumsikan harga layanan dokter meningkat. Dalam hal ini,  $MU_q/P_q$  lebih kecil dari  $MU_z/P_z$  (di mana  $MU_q$  dan  $P_q$  masing-masing mewakili utilitas marjinal dan harga layanan dokter). Akibatnya, konsumen menerima lebih banyak kepuasan per dolar dari mengkonsumsi semua barang lainnya. Sebagai reaksi terhadap kenaikan harga, konsumen membeli lebih sedikit unit layanan dokter dan lebih banyak unit semua barang lainnya. Realokasi ini berlanjut sampai  $MU_q/P_q$  meningkat dan  $MU_z/P_z$  menurun dan kondisi ekuilibrium. Persamaan 1 kembali berlaku sedemikian rupa sehingga dolar terakhir yang dihabiskan untuk setiap barang menghasilkan jumlah utilitas yang sama. Dengan demikian, ada hubungan terbalik antara harga dan kuantitas yang diminta dari layanan dokter.

Jika harga jasa dokter terus berubah, kita dapat menentukan sejumlah titik yang mewakili hubungan antara harga dan kuantitas yang diminta jasa dokter. Dengan menggunakan informasi ini, kita dapat memetakan kurva permintaan seperti yang digambarkan pada gambar dibawah, dimana sumbu horizontal menunjukkan jumlah layanan dokter yang dikonsumsi (misalnya diukur dengan jumlah kunjungan ) dan sumbu vertikal sama dengan harga layanan dokter. Kurva miring ke bawah dan mencerminkan hubungan terbalik antara harga dan kuantitas yang diminta dari layanan dokter, ceteris paribus. Misalnya, jika harga jasa dokter sama dengan  $P_0$ , konsumen bersedia dan mampu membeli  $q_0$ . Perhatikan bahwa jika harga turun ke  $P_1$ , konsumen membeli sejumlah  $q_1$  layanan dokter.



**Gambar 11** Kurva Permintaan Individu untuk Layanan Dokter

Kurva permintaan individu untuk layanan dokter miring ke bawah, menggambarkan bahwa kuantitas yang diminta meningkat ketika harga layanan dokter turun. Analisis utilitas, atau efek pendapatan dan substitusi, dapat digunakan untuk menurunkan hubungan terbalik ini, yang disebut hukum permintaan.

Dalam hal ini, harga menunjukkan biaya per unit yang dikeluarkan konsumen saat membeli layanan medis dari dokter. Dengan demikian, ini sama dengan jumlah yang harus dibayar konsumen setelah dampak pembayaran pihak ketiga diperhitungkan. Tentu saja, jika kunjungan ke dokter tidak ditanggung oleh pihak ketiga, biaya kunjungan yang sebenarnya sama dengan biaya yang dikeluarkan sendiri.

Efek substitusi dan pendapatan yang terkait dengan perubahan harga menawarkan pembenaran teoretis lain dari hubungan terbalik antara harga dan kuantitas yang diminta. Kedua efek ini memprediksi bahwa harga yang lebih tinggi akan menyebabkan jumlah yang diminta lebih sedikit dan, sebaliknya, harga yang lebih rendah akan menghasilkan jumlah yang diminta lebih besar. Menurut efek substitusi, penurunan harga layanan dokter menyebabkan konsumen beralih dari barang medis yang relatif lebih mahal, seperti layanan rawat jalan rumah sakit, dan membeli lebih banyak layanan dokter. Artinya, layanan dengan

harga lebih rendah diganti dengan layanan dengan harga lebih tinggi. Akibatnya, kuantitas yang diminta dari layanan dokter meningkat ketika harga turun.

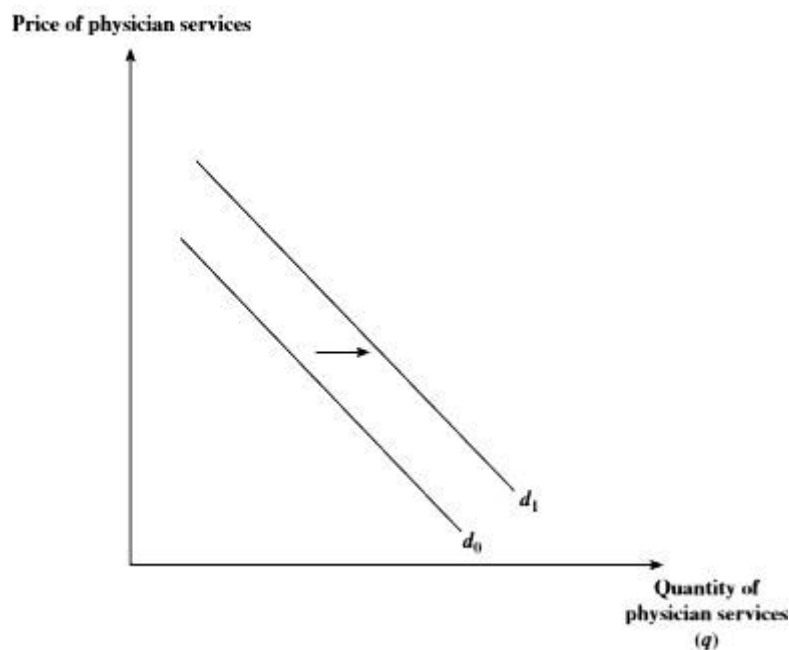
Menurut efek pendapatan, harga yang lebih rendah juga meningkatkan daya beli riil konsumen. Karena pelayanan medis diasumsikan sebagai barang normal (yaitu, kuantitas yang diminta dari layanan medis meningkat dengan pendapatan), kuantitas yang diminta dari layanan dokter meningkat dengan peningkatan daya beli. Hal ini menghasilkan hubungan terbalik antara harga dan kuantitas yang diminta karena ketika harga turun, pendapatan riil meningkat dan kuantitas yang diminta naik. Secara bersama-sama, efek substitusi dan pendapatan menunjukkan bahwa kuantitas yang diminta dari layanan dokter menurun dengan kenaikan harga.

Singkatnya, Gambar 11 menangkap hubungan terbalik antara harga yang dibayar konsumen untuk pelayanan medis (dalam hal ini, layanan dokter) dan kuantitas yang diminta. Kurva mewakili jumlah pelayanan medis yang ingin dan mampu dibeli konsumen pada setiap harga. Analisis utilitas, atau efek pendapatan dan substitusi, dapat digunakan untuk menghasilkan hubungan ini. Hubungan terbalik ini kadang-kadang disebut sebagai hukum permintaan. Penting untuk dicatat bahwa permintaan akan pelayanan medis adalah permintaan turunan, karena itu tergantung pada permintaan akan kesehatan yang baik. Kunjungan ke dokter gigi menggambarkan hal ini. Seorang individu tidak menerima utilitas langsung dari memiliki rongga yang diisi. Sebaliknya, utilitas dihasilkan dari peningkatan kesehatan gigi.

Tentu saja, variabel ekonomi dan non ekonomi lainnya juga mempengaruhi permintaan pelayanan kesehatan. Tidak seperti harga, yang menyebabkan pergerakan sepanjang kurva permintaan, faktor-faktor lain mempengaruhi kuantitas yang diminta dengan mengubah posisi kurva permintaan. Penentu permintaan ekonomi dan non ekonomi lainnya ini adalah topik dari bagian berikutnya.

#### D. Faktor Sisi Permintaan Ekonomi Lainnya

Pendapatan adalah variabel ekonomi lain yang mempengaruhi permintaan akan layanan medis. Karena pelayanan medis umumnya dianggap sebagai barang normal. Setiap peningkatan pendapatan, yang menunjukkan peningkatan daya beli, akan menyebabkan permintaan layanan medis meningkat. Gambar 12 mengilustrasikan apa yang terjadi pada permintaan layanan dokter ketika pendapatan meningkat. Kenaikan pendapatan menyebabkan kurva permintaan bergeser ke kanan, dari  $d_0$  ke  $d_1$ , karena pada setiap harga konsumen bersedia dan mampu membeli lebih banyak jasa dokter. Demikian pula, untuk setiap kuantitas layanan medis, konsumen bersedia membayar harga yang lebih tinggi. Hal ini disebabkan oleh fakta bahwa setidaknya sebagian dari peningkatan pendapatan dihabiskan untuk layanan dokter. Sebaliknya, penurunan pendapatan menyebabkan kurva permintaan bergeser ke kiri.



**Gambar 12** Pergeseran Kurva Permintaan Individu untuk Layanan Dokter

Pelayanan medis diasumsikan sebagai barang normal, yang berarti bahwa ketika pendapatan meningkat, konsumen menghabiskan setidaknya sebagian dari peningkatan daya beli untuk tambahan layanan dokter. Akibatnya, kurva permintaan individu untuk layanan dokter bergeser ke kanan, dari  $d_0$  ke  $d_1$ , ketika



pendapatan meningkat. Pada setiap harga, konsumen sekarang bersedia dan mampu membeli lebih banyak layanan dokter.

Permintaan akan jenis layanan medis tertentu juga kemungkinan besar akan bergantung pada harga barang lain, terutama jenis layanan medis lainnya. Jika dua atau lebih barang digunakan bersama untuk tujuan konsumsi, para ahli ekonomi mengatakan bahwa barang-barang tersebut saling melengkapi dalam konsumsi: Karena barang-barang tersebut dikonsumsi bersama-sama, kenaikan harga satu barang berbanding terbalik mempengaruhi permintaan untuk yang lain. Misalnya, permintaan akan kacamata (yaitu, kacamata atau lensa kontak) dan layanan dokter mata kemungkinan besar akan saling melengkapi.

Biasanya, seseorang melakukan pemeriksaan mata sebelum membeli kacamata. Jika kedua barang tersebut saling melengkapi dalam konsumsi, maka permintaan akan layanan optometrik akan meningkat seiring dengan turunnya harga kacamata. Akibatnya, kurva permintaan layanan optometrik bergeser ke kanan. Contoh lain dari hubungan yang saling melengkapi ada antara layanan obstetri dan pediatrik. Kenaikan harga layanan pediatrik berbanding terbalik dengan permintaan layanan kebidanan. Jika, misalnya, seorang wanita menunda kehamilan karena mahalnya biaya layanan pediatrik, permintaannya akan layanan obstetri juga turun. Kurva permintaan pelayanan obstetri bergeser ke kiri.

Mungkin juga dua barang atau lebih untuk memuaskan keinginan yang sama atau memberikan karakteristik yang sama. Jika demikian halnya, para ekonom mengatakan bahwa barang-barang ini adalah barang substitusi dalam konsumsi: Permintaan akan satu barang secara langsung berhubungan dengan perubahan harga barang pengganti. Misalnya, layanan dokter dan layanan rawat jalan rumah sakit adalah substitusi dalam konsumsi. Dengan meningkatnya harga layanan rawat jalan, konsumen cenderung mengubah pola konsumsi dan membeli lebih banyak layanan dokter karena harga kunjungan ke dokter relatif lebih murah. Hal itu menyebabkan kurva permintaan jasa dokter bergeser ke kanan. Obat generik dan obat bermerek memberikan contoh lain dari dua barang pengganti. Permintaan obat bermerek harus menurun dengan penurunan harga obat generik.

Jika demikian, kurva permintaan obat bermerek bergeser ke kiri. Terakhir, kacamata dan lensa kontak cenderung menjadi substitusi dalam konsumsi.

Biaya waktu juga mempengaruhi kuantitas yang diminta dari layanan medis. Biaya waktu termasuk biaya perjalanan moneter, seperti ongkos bus atau bensin, ditambah *opportunity cost*. Biaya peluang dari waktu seseorang mewakili nilai uang dari aktivitas yang ditinggalkan orang tersebut ketika memperoleh layanan medis. Misalnya, jika seorang tukang ledeng yang berpenghasilan \$50 per jam mengambil cuti dua jam dari pekerjaannya untuk mengunjungi dokter gigi. Biaya peluang waktu itu sama dengan \$100. Implikasinya adalah bahwa biaya kesempatan waktu berhubungan langsung dengan tingkat upah seseorang. Mengingat biaya waktu, tidak mengherankan jika anak-anak dan orang tua sering memenuhi ruang tunggu dokter. Biaya waktu dapat bertambah saat bepergian ke dan dari penyedia medis, menunggu untuk menemui penyedia, dan mengalami penundaan dalam mendapatkan janji temu. Dengan kata lain, biaya perjalanan meningkat. Semakin jauh seseorang harus melakukan perjalanan untuk menemui dokter, semakin lama menunggu di kantor dokter, dan semakin lama penundaan dalam mendapatkan janji. Permintaan akan pelayanan medis turun seiring dengan meningkatnya biaya waktu (yaitu ketika kurva permintaan bergeser ke kiri).

#### **E. Hubungan Asuransi Kesehatan dengan Permintaan Pelayanan Kesehatan**

Pertumbuhan jumlah asuransi kesehatan adalah salah satu perkembangan paling signifikan di bidang pelayanan kesehatan selama beberapa dekade terakhir. Hal ini memiliki pengaruh besar pada alokasi sumber daya dalam pasar pelayanan medis, terutama dampaknya pada harga *out-of-pocket* layanan pelayanan kesehatan. Pembayaran *out-of-pocket* untuk pelayanan kesehatan turun dari hampir setengah dari total pengeluaran pada tahun 1960 menjadi sekitar sepertujuh pada tahun 2003. Bahkan lebih mencolok, pembayaran *out-of-pocket* untuk pelayanan rumah sakit turun dari 20,7 persen pada tahun 1960 menjadi 3,2 persen pada tahun 2003. Mengingat bahwa berbagai fitur terkait dengan polis asuransi kesehatan, sulit untuk membahas implikasi ekonomi dari masing-masing

fitur tersebut. Di sini kita akan fokus pada tiga fitur yang lebih umum dari polis asuransi kesehatan: *coinsurance*, *copayments*, dan *deductible*.

**Koinsuransi dan Pembayaran.** Banyak rencana asuransi kesehatan, terutama rencana swasta, memiliki komponen *coinsurance*. Di bawah rencana *coinsurance*, konsumen membayar beberapa persentase tetap dari biaya pelayanan kesehatan dan operator asuransi mengambil bagian lainnya. Misalnya, di bawah rencana dengan tingkat *coinsurance* 20 persen (pengaturan umum), konsumen membayar 20 sen dari setiap dolar yang dihabiskan untuk pelayanan kesehatan dan operator mengambil sisa 80 sen. Seperti yang dapat Anda bayangkan, rencana asuransi seperti ini memiliki dampak yang signifikan terhadap permintaan pelayanan kesehatan karena secara efektif menurunkan harga pelayanan kesehatan sendiri sebesar 80 persen.

Mari kita mulai diskusi kita tentang cakupan *coinsurance* dengan melihat kurva permintaan untuk pelayanan medis dari perspektif alternatif. Kita biasanya menganggap kurva permintaan sebagai jumlah barang yang ingin dan mampu dibeli oleh konsumen pada berbagai harga. Namun, kurva permintaan juga menunjukkan kesediaan konsumen untuk membayar (atau manfaat marjinal) untuk setiap unit barang. Kemiringan negatif kurva menunjukkan bahwa kesediaan untuk membayar turun karena lebih banyak barang dikonsumsi karena hukum utilitas marjinal yang semakin berkurang.

Misalnya, kurva permintaan dWO (WO 5 tanpa asuransi) pada Gambar dibawah mewakili permintaan atau kesediaan konsumen untuk membayar kunjungan tanpa adanya cakupan asuransi kesehatan. Kurva permintaan “efektif” ini mengungkapkan bahwa konsumen bersedia membayar \$50 untuk kunjungan yang kelima. Jika \$50 adalah harga pasar yang dibayar oleh konsumen, ia mengunjungi dokter lima kali selama setahun dalam proses memaksimalkan utilitas karena setiap kunjungan kantor tambahan tidak menghasilkan manfaat yang mengkompensasi biaya *out-of-pocket* mereka yang lebih tinggi. Perhatikan bahwa kesediaan konsumen untuk membayar untuk empat kunjungan pertama, seperti yang diungkapkan oleh kurva permintaan efektif, melebihi harga pasar \$50. Selisih antara kesediaan untuk membayar dan harga pasar yang dibayarkan

disebut sebagai surplus pelanggan dan, dalam contoh ini, mencerminkan manfaat bersih yang diterima dari kunjungan dokter empat kali pertama.

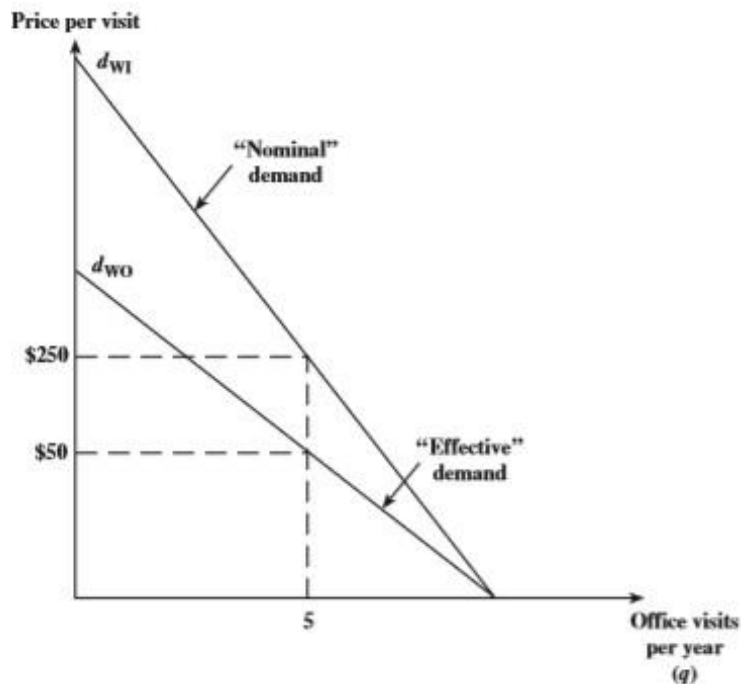
Sekarang anggaplah konsumen memperoleh rencana asuransi kesehatan yang mengharuskannya untuk membayar sebagian tertentu,  $C_0$ , dari harga sebenarnya,  $P$ . Dalam kasus ini, pertanggungansian asuransi mendorong irisan antara kesediaan untuk membayar, atau permintaan efektif, dan aktual harga, atau permintaan “nominal”, untuk kunjungan. Karena konsumen yang memaksimalkan utilitas menentukan jumlah waktu yang optimal untuk mengunjungi dokter dengan menyamakan kesediaannya untuk membayar (atau manfaat marjinal) dengan harga di luar kantong (biaya marjinal), hubungan antara biaya aktual dan biaya keluar -harga saku dapat ditentukan dengan persamaan berikut:

$$(3) \quad PW = C_0P.$$

Di sini  $P_w$  adalah kesediaan konsumen untuk membayar untuk kunjungan terakhir, dan  $C_0$  mewakili jumlah coinsurance. Jika kita menyelesaikan Persamaan 3 untuk harga sebenarnya, kita dapatkan

$$(4) \quad P = PW/C_0.$$

Karena coinsurance,  $C_0$ , kurang dari 1, maka harga aktual yang dibayarkan, atau permintaan nominal, untuk kunjungan kantor lebih besar daripada harga yang dibayarkan konsumen. Misalnya, jika dia bersedia membayar \$50 untuk lima kali kunjungan ke dokter dan koin asuransi adalah 20 persen dari harga penuh, harga sebenarnya sama dengan \$250 per kunjungan, atau  $\$50/0.2$ .



**Gambar 13** Kurva Permintaan Kunjungan Dokter dengan Coinsurance

Grafik menggambarkan bagaimana rencana kesehatan asuransi koin berdampak pada kurva permintaan individu untuk kunjungan dokter. Itu kurva permintaan berlabel  $d_{WO}$  adalah permintaan efektif individu tanpa coinsurance sedangkan kurva permintaan berlabel  $d_{WI}$  adalah dengan coinsurance. Kurva permintaan nominal  $d_{WI}$  menelusuri total harga untuk berbagai kunjungan dokter dan menangkap porsi yang dibayarkan oleh konsumen sebagai pembayaran langsung serta porsi yang dibayarkan oleh operator asuransi. Jika Anda menggambar garis vertikal dari titik mana pun pada kurva permintaan nominal ke sumbu horizontal, Anda dapat membagi jumlah yang dibayarkan oleh konsumen (dari sumbu horizontal ke kurva  $d_{WO}$ ) dan jumlah yang dibayarkan oleh operator asuransi (potongan antara kurva  $d_{WI}$  dan  $d_{WO}$ ). Saat tingkat coinsurance turun,  $d_{WI}$  berputar ke atas dan berputar dari titik di mana kedua kurva melintasi sumbu horizontal.

Kurva permintaan nominal berlabel  $d_{WI}$  ( $WI$  5 dengan asuransi) pada Gambar 13 mencerminkan total harga yang dibayarkan untuk layanan medis yang

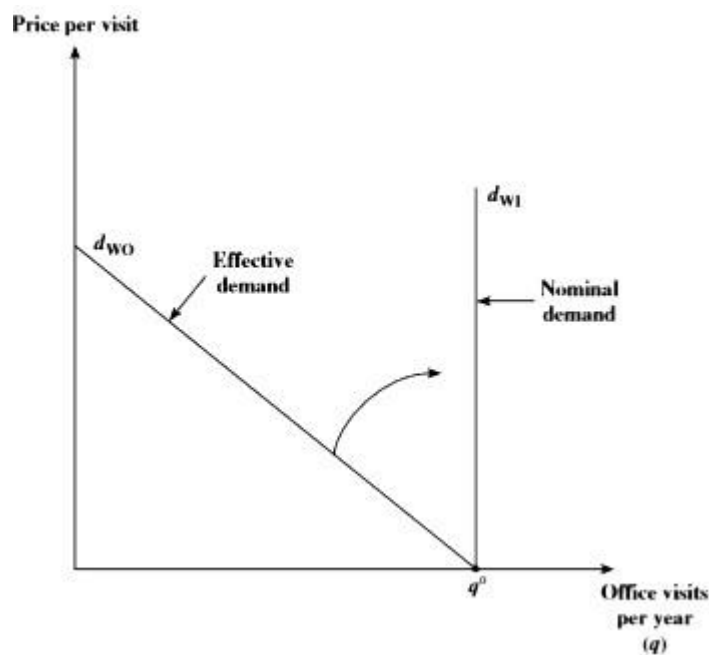
memperhitungkan coinsurance yang dibayarkan oleh tertanggung. Jarak vertikal antara dWI dan sumbu horizontal menunjukkan total harga kunjungan kantor, yang dapat dipecah menjadi jumlah yang dibayar konsumen dan jumlah yang dibayar oleh operator asuransi. Bagian dari harga total yang dibayar konsumen sebagai pembayaran langsung sama dengan jarak antara sumbu horizontal dan kurva permintaan dWO. Jarak yang tersisa antara dua kurva mewakili jumlah yang dibayar oleh pembawa asuransi. Ini mewakili irisan yang didorong oleh coinsurance antara kesediaan konsumen untuk membayar, atau permintaan efektif, dan total harga yang dibayarkan, atau permintaan nominal.

Untuk melihat dari analisis penurunan tingkat coinsurance menyebabkan kurva permintaan nominal dWI berputar searah jarum jam dan berputar dari titik di mana dWO melintasi sumbu horizontal. Dengan harga kesediaan-untuk-membayar nol, asuransi tidak berpengaruh pada kuantitas yang diminta karena pelayanan medis adalah barang gratis bagi individu. Selain itu, kurva permintaan nominal dWI menjadi lebih curam karena coinsurance,  $C_0$ , menurun nilainya seperti yang ditunjukkan oleh Persamaan 4. Hal itu masuk akal secara intuitif, karena berharap konsumen menjadi kurang sensitif terhadap perubahan harga total saat coinsurance menurun.

Dalam kasus di mana konsumen memiliki cakupan penuh ( $C_0 = 0$ ), kurva permintaan nominal dWI berputar sepenuhnya dan menjadi vertikal sepenuhnya. Hal ini ditunjukkan pada Gambar 14. Karena konsumen menghadapi harga nol, dia mengkonsumsi pelayanan medis seolah-olah itu adalah barang gratis, padahal kenyataannya harganya bukan nol. Persamaan 4 dapat digunakan untuk mengilustrasikan hal tersebut. Ketika  $C_0$  mendekati nol, harga total berpotensi tak terhingga bahkan ketika  $P_w$  sama dengan nol.

Coinsurance berbeda dengan copayment. Pembayaran bersama merupakan jumlah tetap yang dibayarkan oleh konsumen yang tidak tergantung pada harga pasar atau biaya pelayanan medis yang sebenarnya. Misalnya, seseorang mungkin diharuskan membayar \$10 untuk setiap kunjungan kantor terlepas dari biaya aktual yang dinegosiasikan oleh perusahaan asuransi kesehatan dengan dokter. Seperti tingkat asuransi koin yang lebih rendah, pembayaran bersama yang

berkurang menghasilkan pergerakan menuruni kurva permintaan efektif dan biasanya mengarah pada jumlah pelayanan yang diminta lebih besar. Namun tidak seperti perubahan tarif coinsurance, perubahan copayment tidak menyebabkan rotasi permintaan nominal karena bagian konsumen dari tagihan adalah independen daripada proporsional dengan permintaan nominal (yaitu, harga aktual yang dibayarkan).



**Gambar 14** Kurva Permintaan Kunjungan Dokter dengan Cakupan 100 Persen

Juga tidak seperti coinsurance, copayment tidak secara otomatis berubah dengan penyesuaian biaya penyediaan pelayanan medis. Misalnya, sebagai tanggapan atas biaya produksi yang lebih tinggi. Seorang dokter menegosiasikan harga yang lebih tinggi dengan perusahaan asuransi untuk setiap kunjungan kantor sehingga harga pasar meningkat dari \$100 menjadi \$150. Seorang individu yang diasuransikan yang bertanggung jawab untuk membayar 20 persen dari biaya sekarang menghadapi kenaikan \$10 dalam coinsurance-nya dari \$20 menjadi \$30 per kunjungan kantor. Namun, individu yang diasuransikan yang diharuskan membayar pembayaran bersama sebesar \$10 per kunjungan kantor tidak terpengaruh oleh harga negosiasi yang lebih tinggi untuk kunjungan kantor

(setidaknya sampai polis asuransi dinegosiasikan ulang). Jadi, jika dibandingkan dengan copayment, coinsurance membuat konsumen lebih sensitif terhadap harga pasar pelayanan medis yang sebenarnya.

**Deductible.** Banyak polis asuransi memiliki pengurangan di mana konsumen harus membayar sejumlah biaya pelayanan kesehatan per tahun kalender sebelum pertanggung jawaban dimulai. Misalnya, rencana tersebut dapat meminta individu untuk membayar \$200 biaya pelayanan kesehatan awal dengan batas \$500 per keluarga per tahun. Setelah deductible terpenuhi, pembawa asuransi membayar semua atau sebagian dari tagihan medis yang tersisa, tergantung pada bagaimana rencana tersebut ditentukan. Dari perspektif pembawa asuransi, tujuan pengurangan adalah untuk menurunkan biaya. Ini dicapai dengan dua cara.

Pertama, pengurangan kemungkinan akan menurunkan biaya administrasi karena lebih sedikit klaim kecil yang akan diajukan selama setahun. Kedua, deductible cenderung berdampak negatif pada permintaan pelayanan kesehatan. Sejauh mana hal ini benar, bagaimanapun, sulit untuk ditentukan dan tergantung pada faktor-faktor seperti biaya episode medis, titik waktu ketika pelayanan medis diminta, dan kemungkinan membutuhkan pelayanan medis tambahan untuk sisanya. Sebagai ilustrasi, asumsikan pengurangan baru diberlakukan pada awal setiap tahun kalender. Setelah deductible terpenuhi, konsumen memiliki cakupan medis penuh. Sangat mudah untuk melihat bahwa sejauh mana pengurangan mempengaruhi permintaan untuk layanan medis untuk setiap satu episode medis cenderung berbanding terbalik dengan biaya layanan medis yang terlibat. Misalnya, jika konsumen menghadapi tagihan medis yang berpotensi besar untuk suatu operasi, keberadaan yang dapat dikurangkan cenderung berdampak kecil pada permintaan. Hal ini karena secara relatif, deductible mewakili sangat sedikit dari segi uang. Di sisi lain, pengurangan mungkin memainkan peran penting dalam keputusan untuk membeli pelayanan medis jika biaya pelayanan tersebut relatif murah. Dalam hal ini, biaya yang dikeluarkan cukup besar dibandingkan dengan total biaya, dan konsumen dapat memilih untuk tidak membeli pelayanan medis atau menunda pembelian di kemudian hari.



Sedikit lebih sulit untuk memahami bagaimana kesehatan individu, bersama dengan waktu dalam setahun, memengaruhi dampak pengurangan pada permintaan. Cara terbaik untuk menjelaskan ini adalah dengan sebuah contoh. Pertimbangkan individu yang biasanya sehat yang terkena flu pada akhir November dan tidak mengeluarkan biaya pengobatan sampai saat ini. Dalam keadaan seperti ini, dia mungkin kurang tertarik untuk mengunjungi dokter. Ini karena dia akan memiliki sedikit kesempatan untuk mengambil keuntungan dari fakta bahwa pelayanan kesehatan adalah barang gratis setelah dia melakukan kunjungan pertamanya ke dokter. Di sisi lain, individu yang sama ini jauh lebih mungkin untuk mengunjungi dokter jika dia terkena flu pada awal Februari dan kesehatannya secara keseluruhan sedemikian rupa sehingga dia dapat berharap untuk mengunjungi dokter tiga atau empat kali lagi selama sisa tahun ini. Dengan mengunjungi dokter dan memenuhi yang dapat dikurangkan, ia menurunkan biaya kunjungan di masa mendatang menjadi nol untuk sisa tahun ini. Oleh karena itu, pengurangan kemungkinan memiliki dampak negatif terbesar pada permintaan pelayanan medis ketika biaya episode medis rendah, kebutuhan pelayanan terlambat di tahun kalender, dan kemungkinan membutuhkan pelayanan di masa depan kecil karena orang tersebut dalam keadaan sehat.

#### **F. Moral Hazard**

Sebelum kita meninggalkan topik tentang hubungan asuransi terhadap permintaan pelayanan medis, kita perlu memperkenalkan konsep bahaya moral (*moral hazard*). Moral hazard mengacu pada situasi di mana konsumen mengubah perilaku mereka ketika diberikan asuransi kesehatan. Misalnya, asuransi kesehatan dapat mendorong konsumen untuk mengambil tindakan pencegahan yang lebih sedikit untuk mencegah penyakit atau berbelanja sangat sedikit untuk mendapatkan harga medis terbaik. Selain itu, konsumen yang diasuransikan dapat membeli lebih banyak pelayanan medis daripada yang mereka miliki tanpa perlindungan asuransi. Mari kita ilustrasikan hal ini dengan mengacu pada Gambar 13. Menurut grafik, seorang konsumen tanpa asuransi membeli lima unit

layanan medis dengan harga \$50 per unit. Jika konsumen tersebut memperoleh cakupan medis penuh sehingga tingkat coinsurance perusahaan asuransi,  $C_0$ , sama dengan nol, jumlah yang diminta dari pelayanan medis meningkat ke titik di mana kurva permintaan melintasi sumbu horizontal. Pada titik ini, konsumen mengkonsumsi pelayanan medis seolah-olah itu adalah barang gratis karena dia menghadapi harga nol. Dengan demikian, setiap perpanjangan pertanggungans asuransi kesehatan berpotensi meningkatkan konsumsi pelayanan medis karena konsumen tidak lagi membayar harga penuh. Ketersediaan dan perluasan asuransi kesehatan mungkin memiliki efek mendalam pada pengeluaran pelayanan medis.

### **G. Determinan Nonekonomi dari Permintaan Pelayanan Medis**

Empat faktor umum nonekonomi mempengaruhi permintaan layanan medis: selera dan preferensi, karakteristik individu, mental, keadaan kesehatan, dan kualitas pelayanan. Faktor selera dan preferensi mencakup karakteristik pribadi seperti status perkawinan, pendidikan, dan gaya hidup, yang mungkin mempengaruhi cara orang menghargai waktu sehat mereka (yaitu, utilitas marginal kesehatan mereka), atau mungkin mengarah pada preferensi yang lebih besar untuk jenis layanan medis tertentu. Status perkawinan kemungkinan akan berdampak pada permintaan pelayanan kesehatan di pasar terutama melalui pengaruhnya terhadap produksi pelayanan kesehatan di rumah. Seorang individu yang sudah menikah cenderung menuntut lebih sedikit pelayanan medis, terutama pelayanan di rumah sakit, karena ketersediaan pasangan untuk merawatnya di rumah, seperti ketika sembuh dari penyakit.

Dampak pendidikan terhadap permintaan pelayanan medis sulit diprediksi. Di satu sisi, konsumen dengan pendidikan tambahan mungkin lebih bersedia mencari pelayanan medis untuk memperlambat tingkat depresiasi kesehatan karena konsumen tersebut mungkin memiliki pemahaman yang lebih baik tentang dampak potensial pelayanan medis terhadap kesehatan. Sebagai contoh, seseorang dengan tingkat pendidikan tinggi mungkin lebih cenderung mengunjungi dokter

gigi untuk pemeriksaan berkala. Jadi, kita harus mengamati hubungan langsung antara pencapaian pendidikan dan permintaan.

Di sisi lain, individu dengan tingkat pendidikan yang tinggi dapat lebih efisien menggunakan layanan kesehatan yang diproduksi di rumah untuk memperlambat tingkat depresiasi kesehatan dan, sebagai akibatnya, menuntut layanan pelayan medis lebih sedikit. Misalnya, individu seperti itu mungkin lebih memahami nilai pencegahan (seperti diet dan olahraga yang tepat). Selain itu, individu mungkin lebih mengenali tanda-tanda peringatan dini penyakit dan lebih cenderung mengunjungi penyedia layanan kesehatan ketika gejala pertama kali muncul. Akibatnya, masalah pelayanan kesehatan ditangani lebih awal ketika pengobatan memiliki kemungkinan keberhasilan yang lebih besar dan lebih murah. Ini berarti bahwa kita harus mengamati hubungan terbalik antara tingkat pendidikan dan permintaan pelayanan medis, terutama pelayanan penyakit akut.

Akhirnya, variabel gaya hidup, seperti apakah individu tersebut merokok atau minum alkohol dalam jumlah berlebihan, mempengaruhi status kesehatan dan akibatnya jumlah pelayanan kesehatan yang diminta. Misalnya, seseorang mungkin mencoba untuk mengkompensasi kesehatan yang merugikan dampak merokok dengan mengkonsumsi lebih banyak layanan kesehatan. Itu berarti meningkatnya permintaan akan pelayanan medis.

Variabel karakteristik mempertimbangkan dampak dari faktor-faktor seperti jenis kelamin, ras/etnis, dan usia terhadap permintaan layanan medis. Misalnya, perempuan umumnya menuntut lebih banyak layanan pelayanan kesehatan daripada laki-laki terutama karena melahirkan anak. Selain itu, penyakit tertentu, seperti penyakit kardiovaskular, osteoporosis, penyakit imunologi (seperti penyakit tiroid dan rheumatoid arthritis), gangguan mental, dan penyakit Alzheimer, lebih banyak terjadi pada wanita daripada pria (Miller, 1994). Usia juga memainkan peran penting dalam menentukan permintaan pelayanan medis. seiring bertambahnya usia individu, persediaan kesehatan secara keseluruhan terdepresiasi lebih cepat. Untuk mengimbangi hilangnya kesehatan ini, permintaan akan pelayanan medis kemungkinan akan meningkat seiring

bertambahnya usia, setidaknya setelah pertengahan tahun (kurva permintaan bergeser ke kanan). Jadi, kita harus mengamati hubungan langsung antara usia dan permintaan pelayanan medis.

Keadaan kontrol kesehatan untuk fakta bahwa orang yang sakit menuntut lebih banyak layanan medis, yang lainnya tetap konstan. Seperti yang diduga, status kesehatan dan permintaan akan pelayanan kesehatan juga kemungkinan besar berhubungan langsung dengan tingkat keparahan penyakit. Misalnya, seseorang yang lahir dengan masalah medis, seperti hemofilia, cenderung memiliki permintaan pelayanan medis yang jauh lebih tinggi daripada rata-rata. Dalam jargon ekonomi, seorang individu yang diberkahi dengan kesehatan yang kurang cenderung menuntut lebih banyak pelayanan medis dalam upaya untuk menambah stok kesehatan secara keseluruhan. Sebagai contoh lain, Fuchs dan Frank (2002) menemukan peningkatan penggunaan pelayanan medis, baik rawat inap dan rawat jalan, di antara penerima Medicare yang tinggal di wilayah Metropolitan yang sangat tercemar di Amerika Serikat. Hubungan tersebut bertahan bahkan setelah mengontrol populasi, pendidikan, pendapatan, komposisi ras, dan penggunaan rokok.

Akhirnya, meskipun samar-samar dan tidak mungkin untuk diukur, kualitas pelayanan juga cenderung berdampak pada permintaan pelayanan medis. Karena kualitas tidak dapat diukur secara langsung, biasanya diasumsikan berhubungan positif dengan jumlah dan jenis input yang digunakan untuk menghasilkan pelayanan medis. Definisi kualitas pelayanan sebagai “istilah umum untuk menunjukkan tingkat fasilitas umum untuk pasien serta pengeluaran tambahan untuk staf dan peralatan profesional.” Misalnya, konsumen mungkin merasa bahwa rumah sakit yang lebih besar memberikan pelayanan dengan kualitas lebih baik daripada rumah sakit yang lebih kecil karena mereka memiliki lebih banyak staf spesialis dan peralatan yang lebih canggih. Atau, individu yang sama mungkin berpikir bahwa dokter yang telah lulus dari sekolah kedokteran bergengsi memberikan kualitas pelayanan yang lebih tinggi daripada mereka yang tidak. Tidak masalah apakah perbedaan dalam kualitas pelayanan medis yang

diberikan itu nyata atau hanya ilusi. Yang penting adalah bahwa konsumen merasakan bahwa perbedaan kualitas benar-benar ada.

Berkenaan dengan contoh sebelumnya, tentu tidak demikian halnya dengan rumah sakit yang lebih besar memberikan pelayanan yang lebih baik untuk semua jenis layanan rumah sakit. Namun, jika konsumen umumnya merasa bahwa rumah sakit yang lebih besar memberikan layanan yang lebih baik, permintaan akan layanan medis di rumah sakit yang lebih besar akan lebih tinggi daripada yang lebih kecil. Seperti yang ditunjukkan oleh definisi Feldstein, kualitas juga dapat bergantung pada hal-hal yang tidak ada hubungannya dengan produksi aktual pelayanan medis yang efektif. Misalnya, konsumen mungkin lebih suka dokter yang memiliki kantor yang menyenangkan dengan ruang tunggu yang nyaman bersama dengan perawat yang sopan. Dengan demikian, setiap peningkatan kualitas pelayanan yang diberikan kemungkinan akan meningkatkan permintaan konsumen akan pelayanan medis terlepas dari apakah itu mempengaruhi produksi pelayanan kesehatan yang sebenarnya.

Sebelum kita melanjutkan, kita harus membedakan antara pergerakan sepanjang kurva permintaan dan pergeseran kurva. Perubahan harga layanan medis menghasilkan perubahan kuantitas yang diminta, dan ini diwakili oleh pergerakan sepanjang kurva permintaan. Jika salah satu faktor lain berubah, seperti pendapatan atau biaya waktu, kurva permintaan untuk layanan medis bergeser. Pergeseran ini disebut sebagai perubahan permintaan. Dengan demikian, perubahan jumlah yang diminta digambarkan oleh pergerakan sepanjang kurva permintaan, sedangkan perubahan permintaan digambarkan oleh pergeseran kurva.

Singkatnya, mari kita membahas variabel yang kita harapkan untuk mempengaruhi permintaan individu akan pelayanan medis. Teori ekonomi menunjukkan bahwa persamaan permintaan akan terlihat seperti berikut:

**(5) Kuantitas yang diminta = f (harga *out-of-pocket*, pendapatan, biaya waktu, harga pengganti dan pelengkap, selera dan preferensi, profil, keadaan kesehatan, dan kualitas pelayanan)**

Persamaan 5 menyatakan bahwa kuantitas yang diminta dari layanan medis adalah fungsi dari, atau tergantung pada, faktor-faktor umum yang terdaftar. Perhatikan bahwa perubahan pada faktor pertama menghasilkan pergerakan sepanjang kurva permintaan tertentu, sedangkan penyesuaian pada faktor lain menghasilkan pergeseran kurva permintaan. Pergeseran ke kanan menunjukkan permintaan yang lebih besar dan pergeseran ke kiri menunjukkan permintaan yang lebih rendah.

#### **H. Permintaan Pasar untuk Pelayanan Medis**

Sampai sekarang, kita telah membahas permintaan individu untuk layanan pelayanan medis. Permintaan pasar untuk pelayanan medis, seperti layanan dokter, sama dengan permintaan total oleh semua konsumen di pasar tertentu. Dalam istilah grafis, kita dapat membangun kurva permintaan pasar untuk layanan pelayanan medis dengan menjumlahkan kurva permintaan individu secara horizontal. Kurva ini menunjukkan jumlah layanan medis yang ingin dan mampu dibeli oleh seluruh pasar pada setiap harga tertentu. Misalnya, jika harga rata-rata kunjungan ke dokter adalah \$50 dan pada harga ini konsumen A bersedia menemui dokter tiga kali selama setahun sementara konsumen B bersedia melakukan empat kunjungan, total, atau pasar, permintaan untuk layanan dokter adalah tujuh kunjungan per tahun dengan \$50 per kunjungan. Kurva permintaan pasar miring ke bawah karena alasan yang sama kurva permintaan individu miring ke bawah. Selain itu, faktor-faktor yang menggeser kurva permintaan individu juga menggeser kurva permintaan pasar secara keseluruhan, asalkan perubahan tersebut terjadi di seluruh pasar. Kurva permintaan pasar juga bergeser jika jumlah keseluruhan konsumen di pasar bertambah atau berkurang. Misalnya, permintaan pelayanan medis di komunitas tertentu dapat meningkat jika penduduk baru masuk. Hal ini menyebabkan kurva permintaan pasar bergeser ke kanan.

Perkembangan kurva permintaan pasar memungkinkan kita untuk membedakan antara margin intensif dan ekstensif. Margin intensif mengacu pada seberapa banyak atau lebih sedikit produk yang dibeli konsumen ketika harganya berubah. Margin yang luas menangkap berapa banyak atau lebih sedikit orang

yang membeli produk ketika harganya berubah. Jelas, ini adalah perbedaan penting yang harus dibuat untuk produk seperti pelayanan medis. Banyak pembelian medis seperti operasi hanya terjadi sekali untuk individu tertentu. Sebagai contoh lain, seorang individu dapat memiliki gigi tertentu yang dicabut hanya sekali. Ini juga merupakan pembelian sekali pakai yang terjadi atau tidak terjadi. Namun, jika harga cabut gigi turun, kita mungkin masih mengamati hubungan terbalik antara harga dan jumlah gigi yang dicabut. Itu karena pada margin yang luas, lebih banyak konsumen memilih untuk membeli bentuk layanan gigi sekali pakai karena harga turun. Akibatnya, kuantitas yang diminta dapat meningkat dengan penurunan harga karena perubahan yang terjadi pada margin intensif dan ekstensif.

### **I. Kurva Permintaan Fuzzy**

Sampai saat ini, kita telah mengasumsikan kurva permintaan pasar untuk pelayanan medis adalah garis yang terdefinisi dengan baik, menyiratkan hubungan yang tepat antara harga dan kuantitas yang diminta. Pada kenyataannya hal ini biasanya tidak terjadi, dan kita perlu merujuk pada turunan kurva permintaan untuk pelayanan medis dan mengetahui alasannya. Perlu diingat bahwa permintaan akan pelayanan medis adalah permintaan turunan dan bergantung pada permintaan akan kesehatan dan sejauh mana pelayanan medis mempengaruhi produksi kesehatan. Hubungan antara pelayanan medis dan kesehatan, bagaimanapun, masih jauh dari kepastian. Hal itu karena kurangnya pengetahuan medis tentang kemanjuran jenis intervensi medis tertentu. Akibatnya, penyedia layanan kesehatan tidak setuju tentang pengobatan beberapa jenis masalah medis, dan permintaan untuk layanan medis menjadi kabur. Misalnya, ada perdebatan di antara para dokter tentang kapan pembedahan diperlukan untuk pria lanjut usia dengan kanker prostat.

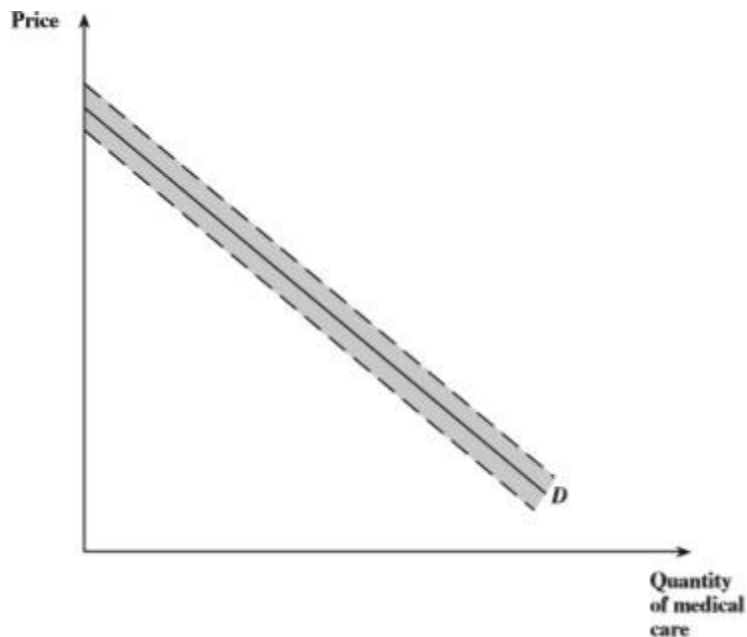
Selain itu, dalam beberapa kasus konsumen mungkin kekurangan informasi atau pengetahuan medis yang mereka butuhkan untuk membuat pilihan berdasarkan informasi. Akibatnya, konsumen cenderung sangat bergantung pada nasihat dokter mereka ketika membuat keputusan seperti itu seperti ketika tes

medis atau pembedahan tertentu diperlukan. Implikasinya adalah dokter, daripada konsumen, memilih layanan medis, yang membuat kurva permintaan menjadi lebih kabur. Masalah rumit lebih lanjut adalah ketidakmampuan untuk mengukur pelayanan medis secara akurat, masalah yang telah kita bahas sebelumnya. Misalnya, bagaimana kita mengukur kuantitas pelayanan medis yang dihasilkan selama sesi terapi satu jam dengan seorang psikiater?

Semua faktor ini digabungkan membuat sangat sulit untuk secara akurat menggambarkan hubungan antara harga dan kuantitas yang diminta dari pelayanan medis. Dengan kata lain, hubungan antara harga dan kuantitas yang diminta agak kabur (Aaron, 1991). Penggambaran yang lebih akurat tentang hubungan antara harga dan kuantitas mungkin bukan garis yang terdefinisi dengan baik tetapi pita abu-abu yang mirip dengan yang digambarkan pada Gambar berikut.

Dua implikasi terkait dengan kurva permintaan fuzzy. Pertama, untuk harga tertentu, kita dapat mengamati beberapa variasi dalam jumlah atau jenis layanan medis yang diberikan. Memang, para peneliti telah mendokumentasikan variasi dalam gaya praktik dokter di seluruh wilayah geografis kita membahas diskusi itu di Bab 12. Kedua, untuk jumlah atau jenis layanan medis tertentu, kita mungkin akan menyaksikan perbedaan harga. Misalnya, Feldstein (1988) melaporkan variasi substansial dalam biaya dokter untuk prosedur serupa di wilayah geografis yang sama. Kita harus menekankan, bagaimanapun, bahwa keberadaan pita abu-abu tidak mungkin mengurangi hubungan terbalik antara harga dan kuantitas yang diminta dari pelayanan medis seperti yang ditunjukkan oleh bukti empiris berikut.





**Gambar 15.** Kurva Permintaan Fuzzy untuk Pelayanan Medis

Pita abu-abu mewakili kemungkinan ketidakjelasan permintaan pelayanan medis mengingat ketidakpastian sakit dan peran dokter.

#### **J. Elastisitas**

Teori ekonomi memberi kita wawasan tentang faktor-faktor yang mempengaruhi permintaan pelayanan medis bersama dengan arah pengaruhnya. Sebagai contoh, kita tahu bahwa jika harga layanan dokter meningkat sebesar 15 persen, jumlah yang diminta turun. Tapi seberapa jatuhnya? Apakah ada cara untuk menentukan, apakah penurunan itu substansial atau dapat diabaikan? Jawabannya adalah ya, dengan bantuan ukuran yang disebut para ekonom sebagai elastisitas. Elastisitas mengukur respons kuantitas yang diminta terhadap perubahan faktor independen.

#### **K. Elastisitas Permintaan Harga Sendiri**

Elastisitas yang paling umum adalah elastisitas harga sendiri dari permintaan. Ukuran ini mengukur sejauh mana konsumen mengubah konsumsi

barang atau jasa mereka ketika harganya sendiri berubah. Rumusnya terlihat seperti ini:

$$(6) \quad = \% \Delta / \% \Delta$$

di mana ED menunjukkan elastisitas harga permintaan,  $\% \Delta QD$  mewakili persentase perubahan jumlah yang diminta, dan  $\% \Delta P$  adalah persentase perubahan harga. Seperti yang Anda lihat dari rumus, ED adalah rasio sederhana yang sama dengan persentase perubahan jumlah yang diminta dibagi dengan persentase perubahan harga. Karena elastisitas ditentukan sebagai rasio dua persentase perubahan, maka elastisitasnya bebas skala. Ini membuatnya lebih mudah untuk membandingkan elastisitas di berbagai barang. Sebagai contoh, kita dapat membandingkan elastisitas harga dari permintaan akan layanan dokter dengan yang untuk pelayanan di panti jompo dan tidak memperhatikan fakta bahwa permintaan akan layanan dokter biasanya diukur dari jumlah kunjungan sedangkan permintaan untuk pelayanan di panti jompo diukur dalam hal jumlah hari rawat inap

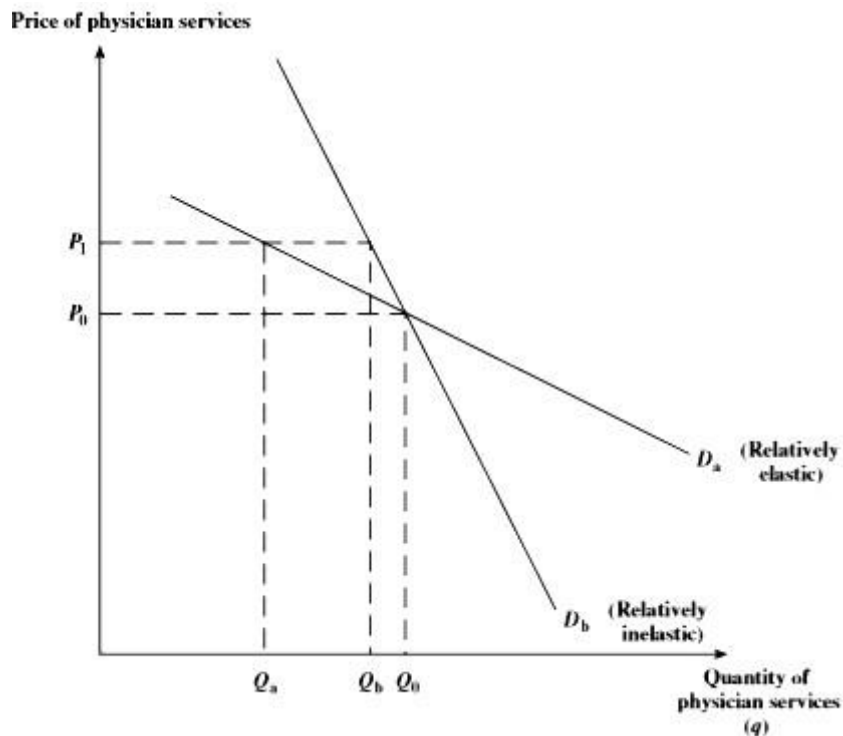
Nilai ED negatif dan mencerminkan hubungan terbalik antara harga dan kuantitas yang diminta. Dalam ilmu ekonomi, praktik normalnya adalah mengambil nilai absolut dari elastisitas harga ukuran permintaan, atau  $|ED|$ , dan menghilangkan tanda minus. Jika elastisitas harga permintaan lebih besar dari 1 secara absolut ( $|ED| > 1$ ), permintaan akan produk tersebut disebut sebagai elastisitas harga. Dalam istilah aritmatika,  $|ED| > 1$  jika nilai absolut dari persentase perubahan harga lebih kecil dari nilai absolut dari perubahan jumlah yang diminta, atau  $\% \Delta P < \% \Delta QD$ . Misalnya, jika elastisitas harga dari permintaan pelayanan gigi sama dengan 1,2, ini berarti jumlah yang dikonsumsi turun 12 persen jika harga pelayanan gigi naik 10 persen, ceteris paribus.

Elastisitas harga dari permintaan disebut inelastis jika  $|ED| < 1$  tetapi lebih besar dari nol. Dalam hal ini,  $\% \Delta P > \% \Delta QD$ , atau persentase perubahan harga lebih besar dari persentase kuantitas yang diminta dalam nilai absolut. Misalnya, jika elastisitas permintaan untuk layanan dokter sama dengan 0,6, penurunan harga sebesar 10 persen menyebabkan peningkatan kuantitas yang diminta sebesar

6 persen. Jika  $|ED|$  kebetulan sama dengan 1 karena  $|\%DP|$  sama dengan  $|\%DQD|$ , elastisitas harga permintaan adalah elastis unit. Ini menyiratkan bahwa penurunan 10 persen dalam harga produk menyebabkan peningkatan 10 persen dalam jumlah yang diminta.

Kurva permintaan yang vertikal dikatakan tidak elastis sempurna karena tidak terjadi perubahan jumlah yang diminta ketika harga berubah. Dalam istilah matematika,  $ED$  sama dengan nol karena  $\%DQD$  sama dengan nol. Di sisi lain, jika kurva permintaan horizontal, itu disebut elastis sempurna dan  $|ED|$  sama dengan tak terhingga ( $\infty$ ). Setiap perubahan harga menyebabkan perubahan tak terbatas dalam jumlah yang diminta.

Masuk akal bahwa semakin elastis permintaan akan produk, semakin besar respons kuantitas terhadap perubahan harga tertentu. Bandingkan efek penurunan harga 10 persen pada dua barang, satu dengan elastisitas harga 20,1 dan lainnya dengan elastisitas harga 226. Dalam kasus pertama, jumlah yang diminta hanya meningkat 1 persen, sedangkan dalam kasus kedua, meningkat sebesar 26 persen. Kita juga dapat menggunakan elastisitas permintaan untuk membuat kesimpulan mengenai kemiringan kurva permintaan. Umumnya, semakin elastis permintaan terhadap produk tersebut, maka kurva permintaan akan berubah pada tingkat harga tertentu. Ini juga berarti kurva relatif curam pada titik tertentu untuk permintaan inelastis. Perhatikan dua kurva permintaan linier yang berpotongan di titik  $P_0, Q_0$  pada Gambar 16. Jika harga produk naik ke  $P_1$ , kuantitas yang diminta turun ke  $Q_a$  dari kurva  $f_1$  di kurva ( $D_a$ ) dan ke  $Q_b$  di luar kurva curam ( $D_b$ ). Oleh karena itu, persentase kenaikan harga yang sama menghasilkan persentase penurunan yang lebih kecil dalam kuantitas yang diminta untuk kurva  $D_b$  yang lebih curam daripada untuk kurva datar  $D_a$  pada harga  $P_0$  yang sama. Ini berarti permintaan harus lebih elastis terhadap harga untuk kurva  $D_a$  daripada untuk kurva  $D_b$  selama rentang  $P_0$  sampai  $P_1$ .



**Gambar 16.** Elastisitas Permintaan dan Kemiringan Kurva Permintaan

Kurva permintaan yang curam,  $D_b$ , relatif tidak elastis dan menggambarkan bahwa kenaikan harga dari  $P_0$  ke  $P_1$  hanya menghasilkan sedikit penurunan kuantitas yang diminta dari  $Q_0$  ke  $Q_b$ . Kurva permintaan yang lebih rendah,  $D_a$ , relatif elastis dan, dalam hal ini, kenaikan harga yang sama untuk  $P_0$  ke  $P_1$  menghasilkan penurunan kuantitas yang diminta jauh lebih besar dari  $Q_0$  ke  $Q_a$ .

Elastisitas harga sendiri dari permintaan sangat bervariasi antar produk, dan para ekonom menunjukkan beberapa faktor yang menentukan nilainya. Di antara faktor-faktor yang paling sering disebutkan adalah porsi anggaran konsumen yang dialokasikan untuk barang tersebut, jumlah waktu yang terlibat dalam keputusan pembelian, sejauh mana barang tersebut merupakan kebutuhan, dan ketersediaan barang pengganti. Secara singkat, sebagai bagian dari anggaran konsumen yang dialokasikan untuk peningkatan yang baik, konsumen cenderung menjadi jauh lebih sensitif terhadap perubahan harga. Oleh karena itu, permintaan harus menjadi lebih elastis. Peningkatan kerangka waktu pengambilan keputusan

juga cenderung membuat permintaan lebih elastis. Jika konsumen memiliki lebih banyak waktu untuk membuat pilihan berdasarkan informasi, dia cenderung bereaksi lebih kuat terhadap perubahan harga. Karena konsumen biasanya membayar sebagian kecil dari biaya layanan medis karena asuransi, dan karena layanan medis terkadang bersifat mendesak, kedua pertimbangan ini menunjukkan bahwa dalam banyak kasus, permintaan layanan medis tidak elastis terhadap harga.

Jika suatu barang merupakan kebutuhan, seperti bahan makanan pokok, elastisitas harga sendiri seharusnya relatif tidak elastis. Produk dibeli dengan sedikit memperhatikan harga karena dibutuhkan. Layanan telepon dasar dapat dianggap sebagai contoh lain dari suatu kebutuhan. Karena masyarakat kita sangat bergantung pada telepon sebagai bentuk komunikasi. Sulit membayangkan sebuah rumah tangga berfungsi secara efektif tanpa telepon. Secara alami, pelayanan kesehatan dasar termasuk dalam kategori yang sama. Jika seseorang membutuhkan layanan medis tertentu, seperti operasi atau obat-obatan, dan jika tidak memilikinya sangat mempengaruhi kualitas hidup. Kita dapat berharap bahwa permintaan orang tersebut tidak elastis terhadap harga. Selain itu, ketika seseorang membutuhkan layanan medis tertentu dalam situasi hidup atau mati, permintaan kemungkinan besar tidak elastis sempurna karena layanan medis harus dibeli berapa pun harganya jika orang tersebut memiliki pendapatan yang cukup.

Mengingat bahwa banyak layanan medis adalah kebutuhan, kita memperkirakan permintaan keseluruhan untuk layanan medis agak tidak elastis. Namun, perlu diingat: Ini tidak berarti jumlah pelayanan kesehatan yang diminta tidak bereaksi terhadap perubahan harga. Sebaliknya, berarti persentase perubahan harga tertentu menghasilkan perubahan persentase kecil dalam kuantitas yang diminta dari layanan medis. Namun, untuk beberapa jenis pelayanan medis, permintaan mungkin lebih elastis. Pelayanan medis elektif, seperti bedah kosmetik, mungkin termasuk dalam kategori ini, karena dalam banyak kasus itu dianggap sebagai kemewahan daripada kebutuhan. Akibatnya, harga mungkin memainkan peran penting dalam keputusan untuk menjalani operasi. Untuk tingkat yang lebih rendah, layanan dokter gigi dan kacamata mungkin termasuk dalam kategori ini.

Faktanya, layanan medis apa pun yang dapat ditunda kemungkinan akan menunjukkan tingkat elastisitas harga tertentu.

Ketersediaan barang substitusi merupakan penentu lain dari elastisitas harga. Seperti yang kita lihat sebelumnya, berbagai jenis layanan medis dapat berfungsi sebagai pengganti satu sama lain. Semakin besar jumlah substitusi, semakin besar kesempatan untuk melakukan beberapa perbandingan belanja. Akibatnya, kuantitas yang diminta dari setiap layanan medis cenderung lebih sensitif terhadap perubahan harga ketika sarana alternatif untuk memperoleh pelayanan medis tersedia. Elastisitas harga sendiri dari permintaan untuk setiap produk tertentu harus berhubungan langsung dengan jumlah barang substitusi yang tersedia. Dengan kata lain, permintaan harus menjadi lebih elastis terhadap harga seiring dengan bertambahnya jumlah barang substitusi. Salah satu implikasinya adalah bahwa permintaan akan layanan medis individu atau penyedia layanan medis individu cenderung lebih elastis daripada permintaan pasar untuk pelayanan medis.

Satu hal lagi mengenai elastisitas permintaan perlu didiskusikan sebelum kita meninggalkan topik ini. Elastisitas harga sendiri dari permintaan dapat digunakan untuk memprediksi apa yang terjadi pada pengeluaran kesehatan total jika harga naik atau turun. Total pendapatan (atau total pengeluaran, dari sudut pandang konsumen) sama dengan harga dikalikan kuantitas. Dalam notasi matematika,

$$(7) \quad TR = PQ_D$$

di mana TR mewakili total pendapatan. Teori permintaan mengatakan bahwa ketika harga suatu produk meningkat, jumlah yang diminta menurun, atau bahwa P dan QD bergerak dalam arah yang berlawanan. Apakah pendapatan total meningkat atau menurun ketika harga berubah ditentukan oleh tingkat relatif di mana kedua variabel berubah, atau elastisitas permintaan. Pertimbangkan kenaikan harga layanan dokter dimana permintaan tidak elastis. Ini berarti  $|\%DQD| < 0\% DP_0$ , atau persentase kenaikan harga lebih besar dari persentase penurunan kuantitas yang diminta dalam nilai absolut. Dalam hal Persamaan 7, P

meningkat lebih cepat daripada penurunan QD. Ini berarti total pendapatan harus meningkat dengan harga yang lebih tinggi. Jika permintaan menjadi elastis, yang terjadi sebaliknya: Jumlah yang diminta turun lebih cepat daripada kenaikan harga, dan, sebagai akibatnya, pendapatan total menurun. Tidak ada perubahan yang terjadi dalam pendapatan total ketika permintaan elastis unit karena kenaikan harga diimbangi dengan persentase penurunan yang sama dalam jumlah yang diminta.

#### **L. Jenis Elastisitas Lainnya**

Konsep elastisitas dapat digunakan untuk mengukur sensitivitas kuantitas yang diminta terhadap faktor-faktor sisi permintaan lainnya juga. Elastisitas pendapatan dari permintaan menunjukkan persentase perubahan kuantitas yang diminta dibagi dengan persentase perubahan pendapatan, atau  $EY = \frac{\%DQD}{\%DY}$ , di mana  $\%DY$  sama dengan persentase perubahan pendapatan. Ini mengukur sejauh mana permintaan akan suatu produk berubah ketika pendapatan riil berubah. Jika EY positif, barang tersebut disebut sebagai barang normal karena setiap peningkatan pendapatan menyebabkan peningkatan kuantitas yang diminta. Misalnya, jika EY sama dengan 0,78, ini berarti peningkatan pendapatan sebesar 10 persen menyebabkan jumlah yang dikonsumsi meningkat sebesar 7,8 persen. Barang inferior adalah barang yang EY negatif dan peningkatan pendapatan menyebabkan penurunan jumlah yang dikonsumsi. Untuk sebagian besar jenis pelayanan medis, elastisitas pendapatan dari permintaan harus lebih besar dari nol.

Elastisitas harga silang (EC) mengukur sejauh mana permintaan akan suatu produk berubah ketika harga barang lain berubah. Dalam istilah matematika,  $EC = \frac{\%DQX}{\%DPZ}$ , di mana pembilangnya mewakili persentase perubahan permintaan barang X dan penyebutnya sama dengan persentase perubahan harga barang Z. Jika EC negatif, kita dapat menyimpulkan bahwa keduanya barang adalah pelengkap dalam konsumsi. Kembali ke pembahasan sebelumnya misalnya, elastisitas harga silang antara permintaan layanan optometrik dan harga kacamata seharusnya negatif. Jika harga kacamata meningkat, permintaan optometrik layanan harus turun. Dua barang adalah barang substitusi dalam konsumsi ketika

elastisitas harga silang positif. Misalnya, elastisitas harga silang dari permintaan layanan dokter sehubungan dengan harga layanan rawat jalan rumah sakit mungkin menjadi positif. Secara alami, jika EC sama dengan nol, permintaan produk tidak tergantung pada harga produk lain.

## **M. Rangkuman**

1. Utilitas konsumen dimaksimalkan ketika utilitas marjinal yang diperoleh dari uang terakhir yang dihabiskan untuk setiap produk adalah sama di semua barang dan jasa yang dibeli. Kondisi ini dikenal sebagai aturan memaksimalkan utilitas.
2. Kurva permintaan individu miring ke bawah menggambarkan bahwa kuantitas yang diminta meningkat ketika harga layanan dokter turun. Analisis utilitas, atau efek pendapatan dan substitusi, dapat digunakan untuk menurunkan hubungan terbalik ini, yang disebut hukum permintaan.
3. Pendapatan adalah variabel ekonomi lain yang mempengaruhi permintaan akan layanan medis.
4. Di sini kita akan fokus pada tiga fitur yang lebih umum dari polis asuransi kesehatan: *coinsurance*, *copayments*, dan *deductible*.
5. Moral hazard mengacu pada situasi di mana konsumen mengubah perilaku mereka ketika diberikan asuransi kesehatan.
6. Empat faktor umum nonekonomi mempengaruhi permintaan layanan medis: selera dan preferensi, karakteristik, mental, keadaan kesehatan, dan kualitas pelayanan.

## **N. Daftar Pustaka**

- Aaron, Henry J. 1991. *Serious and Unstable Condition: Financing America's Health Care*. Washington, D.C.: The Brookings Institution.
- Feldstein, Martin S. 1988. *Economic analysis for health services efficiency*. Amsterdam: North-Holland,



- Frank, Richard G., et al. 1995. “*The Demand for Childhood Immunizations: Results from the Baltimore Immunization Study.*” *Inquiry* 32 pp. 164–73.
- Miller, Lisa. 1994. “*Medical Schools Put Women in Curricula.*” *The Wall Street Journal*, May 24, p. B1.

#### **O. Latihan**

1. Apa yang anda pahami mengenai *moral hazard*?
2. Apa saja faktor non ekonomi yang mempengaruhi permintaan layanan medis?

#### **P. Umpan Balik**

1. *Moral hazard* mengacu pada situasi di mana konsumen mengubah perilaku mereka ketika diberikan asuransi kesehatan. Misalnya, asuransi kesehatan dapat mendorong konsumen untuk mengambil tindakan pencegahan yang lebih sedikit untuk mencegah penyakit atau berbelanja sangat sedikit untuk mendapatkan harga medis terbaik
2. Empat faktor umum nonekonomi mempengaruhi permintaan layanan medis: selera dan preferensi, karakteristik individu, mental, keadaan kesehatan, dan kualitas pelayanan. Faktor selera dan preferensi mencakup karakteristik pribadi seperti status perkawinan, pendidikan, dan gaya hidup, yang mungkin mempengaruhi cara orang menghargai waktu sehat mereka (yaitu, utilitas marginal kesehatan mereka), atau mungkin mengarah pada preferensi yang lebih besar untuk jenis layanan medis tertentu.

## **BAB VII**

### ***SUPPLIER-INDUCED-DEMAND DAN AGENCY***

#### **A. Masalah Informasi**

Bab ini berfokus pada apa yang mungkin merupakan penyimpangan paling penting yang ditemukan di pasar kesehatan dan beberapa pasar lainnya. Dari serangkaian asumsi standar model permintaan yang diusulkan dalam Bab 2 adalah masalah informasi. Model standar mengasumsikan bahwa konsumen memiliki hak, atau merupakan hakim terbaik dari kepentingan mereka sendiri. Setelah kita memasuki pasar kesehatan, berbagai keberatan terhadap perspektif ini muncul secara implisit dan eksplisit.

Masalah informasi merupakan salah satu jenis masalah yang dihadapi di pasar kesehatan. Secara lebih umum, ada banyak bidang penting dari pengetahuan khusus yang terlibat dalam upaya peningkatan status kesehatan yang tidak terlibat. Akibatnya, tidak efisien bagi setiap konsumen (prinsipal) untuk mencari semua informasi yang relevan dan pemahaman dirinya sendiri, dan kita mengamati meluasnya penggunaan agen seperti dokter, fisioterapis, apoteker, ahli kacamata dan ahli gizi, yang dipekerjakan (langsung atau tidak langsung) oleh konsumen untuk membuat keputusan pembelian atas namanya. Fenomena ini dikenal sebagai agensi, dan terjadi pada derajat yang berbeda di banyak bidang: hukum, mekanik mobil, investasi keuangan, pendidikan, dan banyak lainnya. Hampir di mana-mana ada seorang profesional, ada agen yang menyamar.

Dalam beberapa kasus agen, termasuk banyak tetapi tidak semua kejadiannya di pasar kesehatan, agen juga merupakan penyedia layanan. Ini berarti bahwa permintaan dan penawaran tidak sepenuhnya dapat dipisahkan dan menimbulkan kemungkinan bahwa agen-penyedia akan menyalahgunakan peran mereka sebagai agen untuk mengejar dan mencari keuntungan sebagai penyedia. Kombinasi asimetri informasi (satu pihak dalam suatu transaksi memiliki lebih

banyak informasi daripada yang lain), rasionalitas terbatas (tidak semua kontinjensi dapat diramalkan dan diperhitungkan) dan potensi oportunisme ('pencarian kepentingan pribadi dengan tipu muslihat') adalah kombinasi yang bermasalah. Untuk menangani bentuk-bentuk organisasi ekonomi standar (Williamson, 1975) dan tidak diragukan lagi berkontribusi pada penjelasan beberapa lembaga yang tidak biasa yang muncul di pasar kesehatan seperti etika medis dan badan pengatur mandiri. Ini juga memunculkan potensi fenomena yang banyak diperdebatkan dalam ekonomi kesehatan: permintaan yang dipicu oleh penyedia.

## **B. Agensi yang Sempurna**

Sebelum beralih untuk membahas apakah kita dapat menetapkan bahwa profesional kesehatan mendorong permintaan atau tidak, atau memanfaatkan peran mereka sebagai agen. Ada baiknya untuk mempertimbangkan dengan tepat apa yang mungkin kita harapkan dari seorang praktisi medis yang bekerja sebagai agen yang sempurna. Apa tujuan dari seorang dokter yang bertindak sebagai agen yang sempurna dalam merekomendasikan dan memberikan pelayanan kesehatan?

1. Untuk memaksimalkan status kesehatan pasien.
2. Untuk memaksimalkan utilitas pasien.
3. Untuk memaksimalkan status kesehatan atau utilitas seluruh masyarakat.

Kurangnya kejelasan dalam hal ini diekspresikan dalam perdebatan yang lebih luas tentang peran dokter dalam masyarakat yang mencakup lebih dari buku teks ekonomi kesehatan. Opsi pertama, memaksimalkan status kesehatan pasien, membatasi dokter pada lingkup profesionalnya yang sesuai tetapi berisiko paternalisme, yang mungkin bukan niatnya. Sebagai contoh, ini menunjukkan bahwa, agar efektif, dokter harus menggertak pasien untuk berhenti merokok, daripada hanya memastikan mereka mendapat informasi yang baik tentang risikonya.

Pilihan kedua, memaksimalkan utilitas pasien, mungkin menyarankan bahwa peran utama dokter seharusnya memberikan informasi kepada pasien dan, sejauh mungkin, membiarkan pasien membuat keputusan sendiri. Hal ini

tampaknya sesuai dengan banyak ide saat ini. Keberatan terhadap definisi peran ini lebih mungkin berhubungan dengan pasien yang tidak menginginkan (atau, dalam istilah kehilangan utilitas) pembuatan keputusan yang menentukan daripada berpendapat bahwa pasien mungkin pada gilirannya memaksimalkan hal yang salah (misalnya, memberikan bobot yang tidak cukup dengan status kesehatan).

Pilihan ketiga, memaksimalkan status kesehatan atau utilitas seluruh masyarakat, merespons tumbuhnya kesadaran akan keniscayaan pembayaran di pasar kesehatan - kesadaran bahwa untuk memberikan layanan kepada satu pasien mungkin memerlukan penolakan pasien lain. Sikap terhadap tujuan ini cenderung bergantung pada sistem kesehatan. Dokter yang dipekerjakan secara pribadi oleh pasien memiliki tugas yang lebih jelas terhadap pasien tersebut, dan implikasi pembayaran apa pun bagi orang lain setidaknya tidak langsung dan mungkin tidak muncul jika itu hanya pertanyaan tentang pasien yang memutuskan untuk menghabiskan lebih sedikit sumber daya mereka sendiri untuk barang lain. Dokter yang dipekerjakan dalam sistem publik berpotensi menjadi agen negara dan individu pasien. Beberapa sistem kesehatan memaksakan peran ini pada dokter lebih dari yang lain. Jika persediaan obat sangat sedikit, dokter tidak bisa tidak menganggap obat yang diberikan kepada satu pasien hilang dari pasien lain, mungkin satu jam kemudian di klinik yang sama. Dalam keadaan yang tidak terlalu dibatasi, kendala anggaran dapat beroperasi di tingkat rumah sakit, yang setidaknya menyiratkan bahwa penggunaan sumber daya oleh satu dokter di rumah sakit pada awal tahun dapat berarti ketidaktersediaannya untuk pasien dokter lain pada akhir tahun. Dalam situasi lain, implikasi *'down the line'* dari keputusan yang dibuat oleh satu dokter hanya dapat dipahami secara abstrak. Pasien yang tidak dikenal di bagian lain dari sistem yang mungkin mendapat manfaat dari surplus anggaran pada akhir tahun akan terpengaruh.

Hal ini membuat dokter yang berniat baik dalam posisi yang tidak menyenangkan mencoba untuk mengklarifikasi peran mereka sendiri. Hal ini juga membuat para ekonom kesehatan mengalami kesulitan, yang mungkin lebih mudah dijalani. Jika kita tidak dapat dengan jelas mendefinisikan agensi yang

sempurna, kita berada dalam posisi yang sulit ketika harus mengidentifikasi penyimpangan dari standar itu.

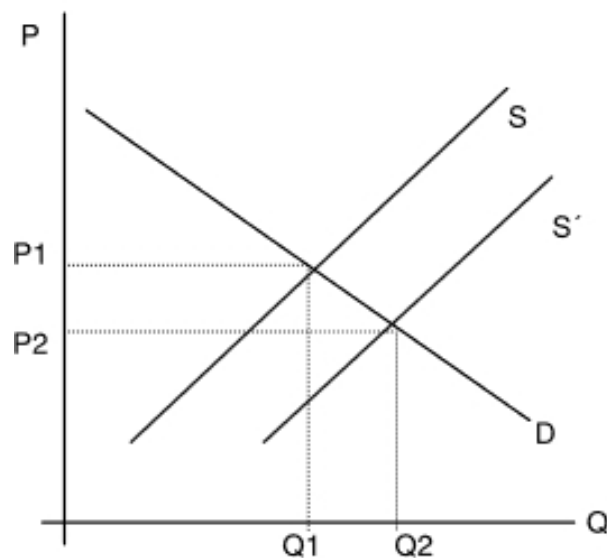
### ***C. Supplier-Induced Demand***

*Supplier-Induced Demand* (SID) mengacu pada jenis ketidaksempurnaan agensi tertentu dan menyiratkan bahwa, untuk mempromosikan kepentingannya sendiri, dokter merekomendasikan pelayanan yang tidak akan direkomendasikan oleh agen yang sempurna. Oleh karena itu, ide tersebut menyiratkan definisi agensi yang sempurna dan juga identifikasi motivasi. Nasihat yang tidak tepat yang dimotivasi oleh informasi yang tidak sempurna, misalnya, biasanya tidak dianggap sebagai SID. Kekhawatiran dengan SID dapat ditelusuri ke kontribusi awal literatur ekonomi kesehatan, yang paling terkenal Hukum *Roemer*: 'tempat tidur yang dibangun adalah tempat tidur yang terisi' (Roemer 1961). Korelasi antara penyedia dan pemanfaatan tidak sulit untuk dibangun di seluruh layanan kesehatan tetapi tidak dengan sendirinya membuktikan efek kausal. Pasien mungkin melintasi perbatasan ke tempat di mana layanan lebih banyak, rumah sakit dan dokter dapat memilih untuk mencari di daerah di mana permintaan tinggi. Permintaan yang tidak terpenuhi mungkin tinggi di mana lebih sedikit layanan yang disediakan, pasar mungkin hanya menemukan keseimbangan. Penjelasan bahwa permintaan diinduksi di mana penyedia melebihi tingkat yang seharusnya dicapai memerlukan pengujian yang lebih kuat.

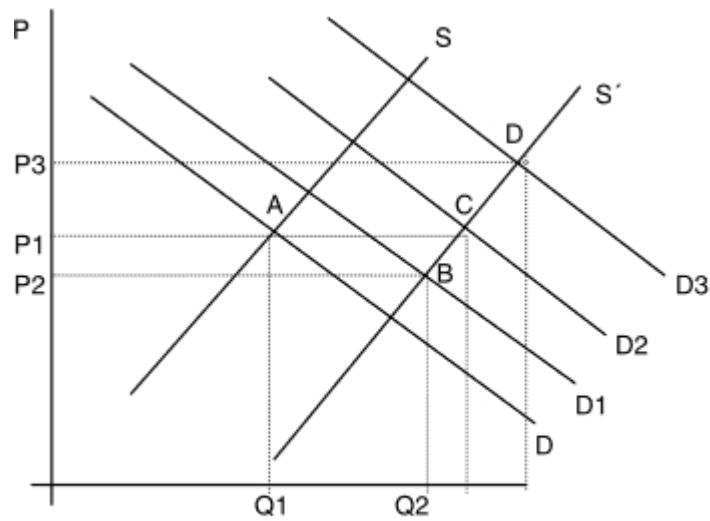
SID menyiratkan pergeseran kurva permintaan. Seorang dokter yang bertujuan untuk mendorong lebih banyak pasien untuk mengunjungi operasinya dengan mengurangi biayanya (dengan kata lain bertujuan untuk menghasilkan pergerakan di sepanjang kurva permintaan) hanya bertindak sebagaimana penyedia barang lainnya dapat bertindak. Jika maksimalisasi keuntungan adalah tujuannya, dia mungkin menyamakan pendapatan marjinal dan biaya marjinal dalam menetapkan harganya tanpa dikatakan telah mendorong permintaan. Masalah dengan mencoba mengamati pergeseran kurva adalah bahwa kurva permintaan itu sendiri tidak dapat diamati, hanya titik-titik ekuilibrium. Hal ini membuat sangat sulit untuk membedakan antara permintaan pasar normal dan

pergerakan penawaran, dan perilaku pasar yang menyiratkan bahwa penyedia telah menggeser kurva permintaan.

Perhatikan Gambar 17. Salah satu cara mencari SID adalah dengan mengikuti apa yang terjadi di pasar jasa kesehatan ketika suplai dokter meningkat. Di pasar standar, diperkirakan pergeseran kurva penawaran akan menghasilkan keseimbangan baru dengan biaya per kunjungan yang lebih rendah dan jumlah kunjungan dokter yang lebih tinggi (Gambar 17a). Namun, jika dokter mampu menggeser kurva permintaan, mereka akan dapat melindungi diri dari biaya yang lebih rendah. Mereka mungkin dapat melakukannya, sebagian, dengan menggeser kurva permintaan  $D$  ke  $D1$ ; seluruhnya, dengan menggeser kurva permintaan ke  $D2$ ; atau bahkan mungkin menggeser kurva permintaan sejauh  $D3$ , dalam hal ini biaya akan meningkat (Gambar 17b). Namun, pengamat hanya dapat mengamati titik  $A$ , dan titik alternatif  $B$ ,  $C$  dan  $D$ , dan tidak seluruh kurva permintaan. Jika titik  $A$  dan  $B$  diamati, polanya konsisten dengan perilaku pasar normal. Gambar 17a: biaya per kunjungan berkurang dan jumlah kunjungan meningkat. Hanya jika titik di sebelah kiri titik  $C$  diamati, seperti  $D$ , jelas bahwa pasar tidak normal: penyedia dokter meningkat tetapi begitu pula biaya per kunjungan.



(a) No inducement



(b) Inducement

**Gambar 17 Kesulitan Mengidentifikasi Bujukan penyedia**

Mencari situasi di mana perpindahan dari A ke D tampaknya disebabkan oleh peningkatan penyedia dokter dikenal sebagai tes biaya bujukan, yang dikaitkan dengan Reinhardt (1978). Perlu dicatat bahwa tes ini spesifik daripada sensitif: banyak kasus di mana permintaan diinduksi akan gagal dalam tes, tetapi ketika tes lulus, setidaknya ada sesuatu yang aneh tentang pasar dan bujukan adalah kandidat kuat untuk diberikan penjelasan.

#### **D. Agensi yang Tidak Sempurna**

Mungkin masalahnya tidak serumit upaya ini untuk membuktikan bahwa kurva permintaan bergeser. Banyak tergantung pada sumber kekhawatiran kita. Sebagian besar dari kita cenderung percaya bahwa nasihat medis harus diberikan berdasarkan bukti ilmiah terbaik yang tersedia dan mungkin dalam beberapa tahun terakhir dengan enggan menerima bahwa pengendalian pengeluaran atau batasan anggaran yang masuk akal menyiratkan pendanaan dan kebutuhan akan penggunaan kriteria efektivitas biaya daripada bukti efektivitas saja. Dalam sistem kesehatan masyarakat, fokus pada permintaan dan bukan pada kebutuhan

mungkin juga tampak aneh. Dari kedua perspektif, kita tidak ingin dokter kita dipengaruhi oleh motif keuntungan ketika mereka memberi kita nasihat.

Cukup jelas dari studi yang jauh lebih kompleks bahwa dokter adalah manusia, dan gagal mencapai ideal ini. Semua yang perlu diuji adalah apakah saran atau intervensi berubah ketika imbalan ekonomi yang terkait dengan berbagai jenis saran dan intervensi berubah. Ada banyak bukti dari berbagai belahan dunia bahwa ini masalahnya. Ketika penggantian biaya untuk layanan digunakan, lebih banyak layanan diberikan daripada ketika sistem penggantian yang memberikan penghargaan berdasarkan per kasus atau per pasien yang digunakan.

Semua ini menyiratkan bahwa kita memiliki situasi hak pilihan yang tidak sempurna. Ilmu kedokteran tidak tepat, tetapi bukan itu sumber masalahnya, atau setidaknya bukan sumber keseluruhannya. Ketika saran menanggapi insentif ekonomi, dokter tidak dapat menerapkan tebakan terbaik mereka tentang pengobatan terbaik sepanjang waktu. Mungkin ketidakpastian dieksploitasi untuk bermain aman ketika insentif ditetapkan untuk memberi penghargaan pada tingkat aktivitas yang lebih tinggi. Dokter dapat memesan beberapa tes diagnostik dengan kemungkinan rendah untuk temuan penting, atau beroperasi sekarang ketika kebijakan 'tunggu dan lihat' memiliki risiko rendah memperburuk masalah. Kebalikannya dapat diputuskan dan sedikit risiko diambil ketika insentif condong ke arah lain. Keputusan yang tepat sulit untuk diidentifikasi, tetapi jelas bahwa jika insentif ekonomi campur tangan, pertimbangan pertukaran intervensi risiko yang disukai pasien, dan pertukaran risiko, efektivitas dan biaya bukan satu-satunya pertimbangan dalam proses pembuatan keputusan.

Hal ini tidak semuanya buruk. Pengakuan agen yang tidak sempurna memberi pembuat kebijakan peluang penting untuk mempengaruhi perilaku dokter, terutama di mana dokter mengidentifikasi peran mereka dalam hal dua definisi pertama dari agen sempurna (hanya peduli dengan pasien individu) dan pembuat kebijakan prihatin untuk membawa pengaruh untuk menanggung atas nama masyarakat secara keseluruhan. Bukti yang sama terkait metode penggantian biaya dengan perilaku dokter menunjukkan betapa kuatnya alat yang



disediakan oleh sistem penggantian biaya untuk mencari perbaikan dalam efektivitas biaya dari pola pengobatan yang direkomendasikan dan disediakan.

#### **E. Rangkuman**

1. Kombinasi asimetri informasi (satu pihak dalam suatu transaksi memiliki lebih banyak informasi daripada yang lain), rasionalitas terbatas (tidak semua kontinjensi dapat diramalkan dan diperhitungkan) dan potensi oportunistik ('pencarian kepentingan pribadi dengan tipu muslihat') adalah kombinasi masalah dalam pasar pelayanan kesehatan.
2. Tujuan dari seorang dokter yang bertindak sebagai agen yang sempurna dalam merekomendasikan dan memberikan pelayanan kesehatan adalah untuk memaksimalkan status kesehatan pasien, memaksimalkan utilitas pasien dan memaksimalkan status kesehatan atau utilitas seluruh masyarakat.
3. *Supplier-Induced Demand* (SID) mengacu pada jenis ketidaksempurnaan agensi tertentu dan menyiratkan bahwa untuk mempromosikan kepentingannya sendiri, dokter merekomendasikan pelayanan yang tidak akan direkomendasikan oleh agen yang sempurna.

#### **F. Daftar Pustaka**

- Reinhardt, U. (1978) 'Comment on competition and physicians by F.A. Sloan and R. Feldman', in W. Greenberg (ed.) *Competition in the Health Care Sector: Proceedings of a Conference Sponsored by the Bureau of Economics, Federal Trade Commission, Germantown MD: Aspen Systems.*
- Williamson, O. E. (1975) *Markets and Hierarchies: Analysis and Antitrust Implications*, New York: Free Press.

#### **G. Latihan Soal**

1. Sebutkan salah satu masalah yang terjadi dalam pasar pelayanan kesehatan?

2. Apa tujuan dari seorang dokter yang bertindak sebagai agen yang sempurna?

#### **H. Umpan Balik**

1. Salah satu masalah yang terjadi dalam pasar pelayanan kesehatan adalah asimetri informasi (satu pihak dalam suatu transaksi memiliki lebih banyak informasi daripada yang lain).
2. Tujuan dari seorang dokter yang bertindak sebagai agen yang sempurna dalam merekomendasikan dan memberikan pelayanan kesehatan untuk memaksimalkan status kesehatan pasien, memaksimalkan utilitas pasien dan memaksimalkan status kesehatan atau utilitas seluruh masyarakat.

## **BAB VIII**

### **KESEDIAAN MEMBAYAR PELAYANAN KESEHATAN**

#### **A. Apa Itu WTP?**

Sederhananya, instrumen (*Willingness To Pay*) WTP mengukur 'kekuatan preferensi' untuk, atau nilai suatu komoditas. Di bidang kegiatan sektor publik, seperti pelayanan kesehatan, di mana pasar konvensional tidak ada, keputusan masih harus dibuat dengan cara terbaik untuk menggunakan sumber daya yang terbatas. Hal ini membutuhkan penilaian dari kedua biaya sumber daya intervensi dan manfaatnya (yaitu keuntungan kesehatan dan sumber kesejahteraan lainnya), yang terakhir ditimbulkan dalam survei dengan menggunakan pertanyaan WTP hipotetis. Pada prinsipnya, dengan jenis informasi ini, kombinasi intervensi dapat dipilih yang memaksimalkan nilai manfaat bagi masyarakat.

Penting untuk membedakan WTP, sebagai ukuran manfaat, dari biaya barang. Untuk kebaikan apa pun, banyak orang akan bersedia membayar lebih dari biayanya. Mengingat bahwa barang tersebut disediakan dengan biaya, dan banyak yang bersedia membayar lebih, WTP maksimum untuk barang tersebut yang mewakili manfaatnya bagi individu-individu ini. Untuk setiap individu, perbedaan antara manfaat ini dan biaya barang mewakili keuntungan kesejahteraan dari memiliki barang yang disediakan. Inilah mengapa konsep WTP sangat penting, dan mengapa gagasan WTP maksimum ditekankan oleh Dupuit (1844).

#### **B. Mengapa Mengukur WTP?**

Shackley dan Ryan (1995) menguraikan sebagian besar alasan mengapa WTP mungkin memiliki keunggulan dibandingkan metode yang lebih umum untuk memunculkan nilai-nilai komunitas secara lebih spesifik bahwa WTP

memiliki keunggulan dibandingkan metode penilaian lainnya. seperti QALYs, yang biasa digunakan dalam ekonomi kesehatan. Pertama, meminta anggota masyarakat untuk mengurutkan alternatif secara umum seperti 'pelayanan jangka panjang' dan 'layanan pencegahan' tidak mungkin berhubungan dengan perubahan spesifik yang sedang dipikirkan oleh pembuat keputusan. Kedua, meskipun 'pengobatan anak-anak dengan penyakit yang mengancam jiwa' mungkin menjadi yang teratas dalam survei semacam itu, apa yang harus dilakukan oleh pembuat keputusan dengan informasi tersebut? Layanan mungkin sudah tersedia untuk memenuhi prioritas ini. Kemungkinan besar, sebagian prioritas akan terpenuhi, pertanyaan sebenarnya adalah apakah lebih banyak sumber daya harus dialokasikan untuk itu pada margin pengembangan layanan potensial lainnya. Oleh karena itu, penting untuk mengetahui seberapa kuat keinginan anggota masyarakat lainnya tentang pembangunan yang diusulkan, bukan hanya tentang siapa yang akan ditunjuk sebagai kelompok yang lebih layak. Inilah yang ingin dilakukan WTP.

Keuntungan lain dari WTP adalah 'melampaui QALYs'. QALY telah menjadi metode penilaian manfaat yang dominan dalam pelayanan kesehatan selama tahun 1980-an, dan tetap demikian. Pada bagian berikut, kemungkinan alasan untuk ini dibahas. Namun, potensi WTP diakui sebagai bagian dari perdebatan tentang keterbatasan QALYs yang juga terjadi di akhir 1980-an). Bagian 'melampaui QALY' dari argumen adalah bahwa ada atribut pelayanan kesehatan yang mungkin tidak (secara memadai) ditangkap oleh QALY, seperti aspek non-peningkatan kesehatan dari proses pelayanan dan manfaat konsumsi lainnya seperti penyediaan informasi.

Pada prinsipnya, melampaui QALY, dengan menggunakan WTP, dapat membantu dalam keputusan alokasi sumber daya yang lebih luas (misalnya antara kesehatan dan pendidikan). Alasan terakhir yang lebih valid untuk melampaui QALY adalah menghindari asumsi keterpisahan yang digunakan dalam konstruksi nilai QALY; yaitu, asumsi bahwa kualitas hidup yang berhubungan dengan kesehatan dapat dipisahkan dan dinilai secara independen dari tahun-tahun kehidupan dan komoditas lain dianggap oleh banyak orang secara teoritis tidak

masuk akal dibandingkan dengan menilai barang secara lebih holistik (Bleichrodt 1995).

Terlepas dari aspek-aspek penting yang menguntungkan ini, WTP memiliki beberapa masalah (yang dirasakan) luar biasa, ini adalah sifat hipotetis dari survei di mana nilai-nilai diperoleh, bagaimana menggunakan angka-angka setelah nilai diperoleh, fakta bahwa metode ini jarang digunakan dalam arena kebijakan dan fakta bahwa WTP dikaitkan dengan kemampuan membayar. Ini adalah penelitian yang bertujuan untuk mengatasi masalah-masalah ini yang diulas di bawah ini.

### **C. Menggunakan WTP dalam Pengambilan Keputusan Pelayanan Kesehatan**

Apakah pertanyaan hipotetik memberikan jawaban hipotetik?

Dalam studi pelayanan kesehatan, tentu saja, studi WTP bersifat hipotetis dengan responden diminta untuk membayangkan bahwa mereka harus membayar. Hal ini tidak dapat dihindari, karena tidak melakukannya akan menimbulkan banyak tanggapan 'protes' di antara responden yang akan berpikir bahwa latihan tersebut adalah tentang membebankan biaya untuk pelayanan kesehatan daripada memunculkan nilai-nilai masyarakat. Lebih jauh, dapat dikatakan bahwa apa yang penting dalam konteks pengambilan keputusan adalah nilai relatif yang diperoleh untuk opsi yang dibandingkan.

Namun demikian, sejauh mana nilai-nilai yang diperoleh dalam survei tersebut mencerminkan perilaku 'dunia nyata' adalah masalah, yang mempengaruhi kredibilitas metode yang dirasakan. Pada awal 1990-an, literatur tentang masalah ini terpecah, dengan lima studi menunjukkan nilai WTP yang diperoleh dari survei lebih besar daripada dari perilaku nyata sementara lima studi memberikan hasil yang konsisten. Sejak itu, Carson et al. (1996) telah menunjukkan dalam tinjauan sistematis literatur bahwa, dibandingkan dengan metode preferensi yang diungkapkan, perkiraan WTP penilaian kontingen cenderung lebih rendah (rata-rata 0,89 dari perkiraan preferensi yang

diungkapkan), yang merupakan kebalikan dari apa yang mungkin diharapkan banyak orang.

Fokus utama lainnya sehubungan dengan validitas adalah pada efek ruang lingkup: apakah sampel terpisah dari responden bersedia membayar lebih untuk jumlah yang lebih besar dari barang yang dinilai? sebagian besar penelitian (31 dari 35 yang ditinjau) mengungkapkan kepekaan terhadap ruang lingkup. Terlepas dari hasil positif seperti itu, masih ada keraguan tentang nilai WTP yang diperoleh melalui survei hipotetis. Hal ini menyebabkan metode yang lebih kualitatif digunakan untuk memeriksa proses pemikiran yang mendasari nilai-nilai yang dinyatakan responden (Chilton & Hutchison 1999), sebuah tren yang kemungkinan akan (dan dapat dibenarkan) berlanjut.

### **Bagaimana kita menggunakan angka?**

Meskipun peningkatan jumlah studi WTP muncul dalam literatur, satu pertanyaan penting tampaknya telah diabaikan; begitulah hasil studi WTP dapat digunakan oleh pengambil kebijakan. Sepintas, jawaban atas pertanyaan ini mungkin tampak jelas karena, secara konvensional, keputusan apakah akan menyediakan layanan tergantung pada apakah nilai WTP lebih besar atau lebih kecil daripada biaya. Namun, penggunaan nilai WTP sedemikian rupa dapat dipertanyakan, terutama ketika, seperti yang sering terjadi dalam pelayanan kesehatan, nilai-nilai yang berasal dari pengguna pelayanan (yaitu pasien) dan anggaran untuk pelayanan kesehatan sering dibatasi. Secara khusus, cara nilai WTP digunakan akan bergantung pada dari siapa nilai tersebut diperoleh (pasien atau publik), dan apakah barang yang bersangkutan dibiayai secara pribadi atau dibiayai publik melalui perpajakan (selanjutnya disebut sebagai 'dibiayai publik'). Ini mengarah pada empat skenario yang mungkin: (i) data dikumpulkan dari pasien untuk barang yang dibiayai swasta; (ii) data dikumpulkan dari publik tentang barang yang dibiayai swasta; (iii) data dikumpulkan dari pasien untuk barang yang dibiayai publik; dan (iv) data dikumpulkan dari publik tentang barang yang dibiayai publik. Jadi, itu tergantung pada konteks kebijakan.

Penggunaan nilai WTP secara konvensional diringkas oleh Pauly (1995): 'Pendekatan biaya-manfaat memilih proyek... dengan memulai semua proyek yang manfaatnya lebih besar daripada biayanya, yaitu, semua proyek yang rasio manfaat terhadap biayanya lebih besar dari satu kesatuan.' (hal.109)

Kriteria ini dapat diterima asalkan tidak ada batasan anggaran pelayanan kesehatan yang tetap. Ketika pelayanan kesehatan dibiayai oleh swasta [skenario (i) dan (ii)], pada dasarnya tidak ada kendala tetap khususnya untuk barang yang bersangkutan, karena, jika individu bersedia membayar untuk pelayanan (dan jika total WTP melebihi total biaya) , maka premi dapat disesuaikan dan layanan akan diberikan.

Keadaan berubah setelah ada batasan anggaran tetap untuk barang yang sedang dipertimbangkan, yaitu ketika ada anggaran tetap untuk menyediakan layanan pelayanan medis untuk populasi tertentu, bahkan ketika jumlah total yang dialokasikan meningkat atau menurun secara bertahap. Seperti yang dicatat oleh Pauly (1995), dalam situasi ini (yang berlaku untuk barang-barang yang dibiayai publik seperti yang didefinisikan di atas): '... karena biaya ditetapkan oleh anggaran, aturan keputusan biaya-manfaat umum adalah memilih serangkaian tindakan dengan manfaat moneter maksimum.'

Ini berbeda dari kriteria konvensional dalam memilih semua proyek yang total manfaat lebih besar dari total biaya. Dengan demikian, dikatakan bahwa pendekatan konvensional tidak tepat ketika berhadapan dengan barang yang dibiayai publik, yaitu skenario (iii) dan (iv). Dengan skenario (iii), kendala yang relevan adalah anggaran yang dialokasikan untuk penanganan kondisi tertentu. Dalam konteks ini, nilai WTP ex ante pasien yang relevan karena pasienlah yang menanggung biaya peluang dari setiap keputusan dan nilai yang dikumpulkan sebelum pelayanan mencerminkan preferensi pada saat keputusan harus dibuat tentang pilihan pengobatan. Misalnya, ada dua program pengobatan alternatif, A dan B, yang dapat digunakan untuk mengobati kondisi tertentu. Misalkan lebih lanjut bahwa pasien X memiliki preferensi untuk A dan pasien Y lebih memilih B. Keputusan untuk melaksanakan program A akan berarti bahwa anggota kelompok X adalah 'pemenang', sedangkan mereka di kelompok lain (Y) akan menjadi

'pecundang' (yang sejauh mana keuntungan dan kerugian ditentukan oleh nilai WTP untuk setiap orang yang lebih disukai daripada pilihan yang kurang disukai). Semua hal lain sama, biaya peluang dari penerapan A oleh karena itu adalah manfaat yang akan diperoleh seandainya program B diimplementasikan sebagai gantinya. Jelas biaya peluang ini ditanggung oleh pasien kelompok Y karena mereka lebih memilih program B untuk dipilih. Karena pasienlah yang menanggung biaya peluang dari keputusan pengobatan tersebut, nilai pasienlah yang harus digunakan untuk memutuskan pengobatan mana yang akan dilaksanakan, semuanya sama. Sebuah metode untuk melakukan ini dijelaskan kemudian dalam bab ini. Jika semuanya tidak sama dan perlakuan yang lebih disukai juga lebih mahal, menyiratkan potensi perluasan anggaran relatif terhadap bidang pelayanan lain, ini menempatkan keputusan lebih dalam konteks sosial, karena biaya peluang sekarang menimpa pada tingkat lain di mana lebih luas kelompok pasien, masing-masing menderita kondisi yang berbeda, harus dibandingkan.

Hal ini mengarah ke skenario (iv), di mana kendala yang relevan adalah total anggaran kesehatan yang tersedia untuk menyediakan seluruh spektrum layanan. Jika nilai WTP diperoleh dalam konteks ini, itu adalah nilai publik, bukan pasien, yang lebih mungkin relevan karena nilai publik mencerminkan konteks biaya peluang yang sebenarnya dari keputusan pada tingkat ini.

### **Menggunakan angka: latihan**

Ada persepsi, bahwa WTP tidak banyak digunakan dalam pembuatan kebijakan. Tanggapan sederhana untuk ini adalah tidak bermasalah, karena validitasnya masih diteliti. Oleh karena itu, tidak siap untuk digunakan.

Kekhawatiran lain adalah bahwa tidak etis untuk menempatkan nilai moneter pada manfaat pelayanan kesehatan, dan bahwa ini mungkin merupakan pandangan yang dipegang teguh oleh para pembuat keputusan dan orang lain. Namun, metode ini telah digunakan untuk membantu menetapkan prioritas penyediaan layanan kesehatan anak di Grampian Health Board.



Metode ini juga memiliki dampak yang signifikan dalam meningkatkan nilai umur statistik yang digunakan dalam analisis biaya-manfaat dalam kebijakan transportasi Inggris dan digunakan secara luas dalam evaluasi kebijakan lingkungan dan penilaian kerusakan (JonesLee 1989; Carson et al. 2000). Ini sebagian besar studi multidisiplin di mana non-ekonomi, banyak dari mereka adalah penyedia layanan kesehatan, harus diyakinkan tentang nilai WTP, seringkali tanpa kesulitan. Namun, untuk mencapai penggunaan yang lebih luas, diperlukan strategi diseminasi yang berbeda dengan yang (sengaja) diadopsi hingga saat ini. Ini akan membutuhkan lebih banyak persuasi langsung dari pembuat kebijakan di semua tingkatan mengenai nilai dari metode tersebut

#### **D. Masalah Distribusi**

Pandangan yang cukup khas, dan yang mungkin mempengaruhi konsentrasi subdisiplin ekonomi kesehatan pada QALY pada 1980-an, adalah bahwa WTP tidak boleh digunakan dalam evaluasi ekonomi kesehatan karena hubungannya dengan kemampuan membayar. Implikasinya adalah bahwa WTP tidak dapat digunakan di mana alokasi sumber daya dimaksudkan untuk dilakukan atas dasar 'kebutuhan'. Tantangan terhadap pandangan ini tampak jelas di beberapa bagian makalah yang diterbitkan sepanjang tahun 1990-an (Donaldson et al. 1997a, 1998a). Namun, mereka paling baik diringkas oleh Donaldson (1999a), yang memulai dengan menunjukkan bahwa WTP tidak dapat digunakan untuk membuat perbandingan interpersonal di berbagai kategori kemampuan membayar karena nilai yang diperoleh tidak hanya mewakili kekuatan preferensi tetapi juga utilitas marjinal pendapatan yang berbeda. .

Tahap pertama adalah menetapkan arah preferensi individu, dengan kemampuan membayar yang berbeda, untuk pilihan pengobatan yang berbeda. Jika orang kaya cenderung memiliki preferensi yang berbeda dari orang miskin, ini akan menjadi masalah. Tahap kedua adalah menganalisis distribusi, atas pilihan pengobatan, kekuatan preferensi (dinyatakan melalui WTP) di seluruh kategori kemampuan untuk membayar. Hal ini memungkinkan untuk mendeteksi apakah satu kelompok (khususnya kelompok berpenghasilan tinggi) memiliki

kemampuan untuk mendistorsi nilai WTP rata-rata dengan satu atau lain cara. Jika perlu, tahap terakhir adalah melakukan analisis sensitivitas terhadap pengaruh bobot distribusi yang berbeda pada hasil uji kompensasi.

### **E. Rangkuman**

1. Instrumen (*Willingness To Pay*) WTP dapat digunakan untuk mengukur 'kekuatan preferensi' untuk, atau nilai, suatu komoditas.
2. Dalam studi pelayanan kesehatan, studi WTP bersifat hipotetis dengan responden diminta untuk membayangkan bahwa mereka harus membayar.
3. Cara nilai WTP digunakan akan bergantung pada dari siapa nilai tersebut diperoleh (pasien atau publik), dan apakah barang yang bersangkutan dibiayai secara pribadi atau dibiayai publik melalui perpajakan (selanjutnya disebut sebagai 'dibiayai publik').
4. Penilaian WTP mengarah pada empat skenario yang mungkin dilakukan: (i) data dikumpulkan dari pasien untuk barang yang dibiayai swasta; (ii) data dikumpulkan dari publik tentang barang yang dibiayai swasta; (iii) data dikumpulkan dari pasien untuk barang yang dibiayai publik; dan (iv) data dikumpulkan dari publik tentang barang yang dibiayai publik tergantung pada konteks kebijakan.

### **F. Daftar Pustaka**

- Bleichrodt H (1995) QALYs and HYE: under what conditions are they equivalent? *Journal of Health Economics*, 14, 17–37.
- Carson RT, Flores NE, Martin KM and Wright JL (1996) Contingent valuation and revealed preference methodologies: comparing the estimates for quasi-public goods. *Land Economics*, 72, 80–99.
- Chilton SM and Hutchison WG (1999) Do focus groups contribute anything to the contingent valuation process? *Journal of Economic Psychology*, 20, 465–483

Dupuit J (1844) On the measurement of utility of public works. In JJ Arrow and T Scitovsky (Eds), *Readings in Welfare Economics*. George Allen and Unwin, London, 1969.

Jones-Lee MW (1989) *The Value of Safety and Physical Risk*. Blackwell, Oxford

Pauly M (1995) Valuing health care benefits in money terms. In F Sloan (Ed.), *Valuing Health Care: Costs, Benefits and Effectiveness of Pharmaceuticals and Other Medical Technologies*. Cambridge University Press, Cambridge

Shackley P and Ryan M (1995) Involving consumers in health care decision-making. *Health Care Analysis*, 3, 196–204.

### **G. Latihan Soal**

1. Apa yang anda pahami mengenai instrumen Willingness to Pay (WTP)
2. Apa keuntungan jika menggunakan WTP?

### **H. Umpan Balik**

1. Instrumen (*Willingness To Pay*) WTP dapat digunakan untuk mengukur 'kekuatan preferensi' untuk, atau nilai, suatu komoditas.
2. Dengan menggunakan WTP, dapat membantu dalam keputusan alokasi sumber daya yang lebih luas (misalnya antara kesehatan dan pendidikan)

## **BAB IX**

### **KEGAGALAN PASAR DAN PEMERINTAH**

#### **A. Eksternalitas**

Eksternalitas telah didefinisikan sebagai 'efek samping dari konsumsi atau produksi yang tidak diperdagangkan di pasar atau diperhitungkan dalam penetapan harga' (Knapp 1984). Dengan kata lain, konsumen dan produsen tidak terpengaruh atau tidak menanggung beban penuh dari konsumsi atau produksi mereka.

Contoh standar dari eksternalitas negatif adalah polusi, biasanya (tetapi tidak selalu) merupakan efek samping dari produksi. Seorang produsen seperti produsen pakaian melepaskan zat warna ke sungai. Ini menghasilkan biaya nyata. Perusahaan air harus menggunakan prosedur penyaringan tambahan untuk menghasilkan air dengan kualitas yang dapat diminum. Ekosistem sungai rusak dan perikanan terpengaruh. Tak satu pun dari biaya ini secara otomatis berdampak pada produsen pakaian, kurva biaya marjinalnya tidak terpengaruh dan biaya yang dikenakan tidak diinternalisasikan dalam transaksi antara produsen pakaian dan mereka yang membeli darinya.

Eksternalitas bisa negatif atau positif dan bisa muncul dalam produksi atau konsumsi. Dari sisi konsumsi, konsumen program radio pada sore yang cerah tidak menginternalisasi biaya gangguan yang dialami tetangganya yang ingin membaca dengan tenang. Namun, tetangga di sisi lain mungkin menikmati program tersebut, eksternalitas positif di sisi konsumsi.

Ada banyak eksternalitas yang mempengaruhi pasar kesehatan. Yang mungkin paling penting adalah yang positif. Ada eksternalitas yang jelas dalam pengobatan dan pencegahan penyakit menular. Jika TB satu orang diobati dan disembuhkan, orang lain tidak terinfeksi. Jika vaksinasi diterima oleh mayoritas, minoritas yang tidak divaksinasi juga dapat dilindungi.

Jenis eksternalitas positif kedua yang mungkin penting dalam kesehatan dikenal sebagai eksternalitas kepedulian. Tampaknya kita jauh lebih peduli apakah orang lain menerima pelayanan kesehatan atau tidak daripada kita peduli apakah orang lain mengendarai mobil bergengsi atau makan di restoran secara teratur. Surat kabar menanggapi keprihatinan pembacanya atas laporan mereka yang membutuhkan pelayanan kesehatan yang tidak dapat mengaksesnya, dan sering mengajukan banding terkait. Lembaga amal di bidang kesehatan berlimpah. Orang Samaria yang baik hati itu memberikan pelayanan kesehatan kepada orang asing. Semua ini menyiratkan bahwa banyak manfaat memiliki eksternalitas positif di sisi konsumsi ketika orang lain menerima layanan kesehatan.

Kedua jenis eksternalitas ini terjadi pada sisi konsumsi, atau pada sisi permintaan. Mereka menyiratkan bahwa pembeli individu pelayanan kesehatan tidak mempertimbangkan semua manfaat yang terkait dengan pembelian, hanya yang diterima oleh dirinya sendiri secara pribadi. Kurva permintaannya menangkap utilitas marjinal pribadinya, tetapi tidak semua utilitas marjinal dalam masyarakat secara keseluruhan yang dipengaruhi oleh keputusan pembeliannya. Kita dapat membayangkan bahwa, selain kurva permintaan pribadi individu, ada kurva utilitas marjinal untuk seluruh masyarakat yang terletak di mana-mana di sebelah kanan kurva individu.

Pada titik ini, kita dapat mempertimbangkan strategi yang bertujuan untuk menggerakkan pasar menuju solusi yang efisien. Masalahnya adalah adanya nilai-nilai yang tidak diterjemahkan ke dalam kesediaan untuk membayar di pasar. Kita mungkin menggunakan lembaga amal untuk meminta dari masyarakat, uang untuk mensubsidi kunjungan dokter. Kami mungkin memaksakan subsidi tersebut melalui sistem pajak. Solusi ini juga dilanda inefisiensi. Keduanya melibatkan biaya transaksi administratif. Amal menghadapi masalah pengendara bebas - meskipun orang Samaria peduli dengan orang asing itu, dia mungkin telah menunggu untuk melihat apakah orang lain akan menjemputnya. Sistem pajak mungkin melibatkan penarikan pembayaran dari mereka yang tidak peduli - mengurangi lebih banyak dari fungsi utilitas mereka daripada yang mereka peroleh.

Ketidakpastian berlaku untuk kedua strategi. Baik badan amal atau pemerintah dapat memberikan subsidi yang berlebihan relatif terhadap tingkat inefisiensi dan terlalu banyak kunjungan dokter yang dapat dimanfaatkan. Dalam contoh, kunjungan dokter gratis akan menghasilkan penggunaan yang berlebihan dibandingkan dengan poin yang efisien, pada delapan kunjungan per tahun untuk Tuan Pink (ia akan membeli semua kunjungan yang baginya memiliki nilai marjinal lebih besar dari 0). Jika kita akan memberikan layanan gratis, kita harus mencoba memperkirakan berapa banyak kunjungan, atau berapa banyak pendidikan kesehatan, yang sesuai dalam arti nilai sosial lebih tinggi daripada biaya. Dalam kasus kunjungan dokter, kita harus menjatah Mr Pink untuk jumlah kunjungan tersebut dan mengatur sistem penjatahan yang mencoba untuk memastikan bahwa kunjungan yang dilakukan adalah yang paling tepat. Pada akhirnya, kita harus memperkirakan area inefisiensi yang terlibat, memperkirakan apakah intervensi dalam bentuk apa pun cenderung meningkatkan hasil pasar atau memperburuknya dan, jika kita yakin bahwa intervensi dapat meningkatkan efisiensi, rencanakan strategi yang mungkin memaksimalkan dampak. Evaluasi ekonomi menawarkan satu set metode untuk menangani tugas yang kompleks ini. Dalam banyak keadaan tidak mungkin menerapkan metode seperti itu dan diperlukan cara yang lebih intuitif untuk mengatasi masalah. Dugaan pembuat kebijakan tentang apa yang terjangkau mungkin merupakan penilaian implisit dari nilai-nilai masyarakat.

Secara setara, eksternalitas negatif dapat diatasi dengan melarang atau membebani aktivitas yang relevan. Namun, aktivitas nol hanya akan secara kebetulan sama dengan tingkat aktivitas yang efisien, dan bahkan pada prinsipnya, larangan karena itu dapat menciptakan lebih banyak inefisiensi daripada penyelesaiannya. Larangan pemolisian mungkin juga mahal, dan pelarangan yang diawasi dengan buruk mungkin yang paling mahal dari semuanya berpotensi menimbulkan mode perilaku kriminal dan ketidakmampuan untuk melakukan kontrol apa pun.

biaya eksternal dikenakan pada produsen sehingga ia kemudian menyamakan biaya marjinal sosial dengan manfaat sosial. Pajak yang mencoba secara tepat

untuk menginternalisasi eksternalitas negatif (yaitu pada setiap tingkat produksi sama dengan biaya eksternal yang relevan) dikenal sebagai pajak Pigovian, menurut ekonom A. C. Pigou (1877–1959). Menetapkan pajak pada tingkat yang sesuai melibatkan kesulitan yang sama seperti menetapkan subsidi – dapatkan biaya eksternal diukur dan dialokasikan ke produsen yang sesuai? Sehubungan dengan semua strategi ini, kegagalan pasar harus diseimbangkan dengan kegagalan pemerintah dan penilaian apakah intervensi terbaik meningkatkan hasil pasar harus dilakukan atau tidak.

## **B. Barang Publik**

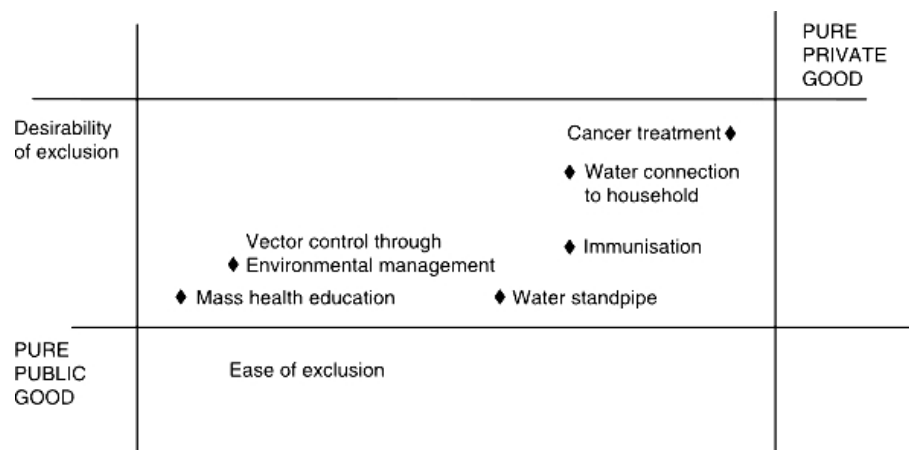
Ketika saya makan pisang, saya menghabiskannya, tidak ada orang lain yang bisa memakan pisang itu. Ini adalah saingan. Jika saya menjual pisang, saya bisa memberikannya kepada mereka yang membayar, dan menolaknya kepada mereka yang tidak. Pisang tidak dapat dikecualikan. Barang publik dicirikan oleh *non-rivalness* dan *non-excludability*.

*Non-rivalness* berarti bahwa konsumsi satu orang atas suatu barang tidak mencegah orang lain juga mengkonsumsinya. Sebuah pertunjukan teater tidak ada tandingannya sejauh, sekali disediakan untuk satu orang, tidak ada biaya untuk menyediakannya kepada orang lain hingga kapasitas tempat duduk teater. *Non-excludability* berarti tidak mungkin untuk mengecualikan non-pembayar dari mengkonsumsi. Setelah jalan dibersihkan, tidak mungkin mencegah siapa pun yang menggunakan jalan untuk menikmati manfaatnya. Barang-barang yang tidak dapat dikecualikan juga biasanya non-rival, tetapi barang-barang non-rival cukup sering dikecualikan. Cukup mudah, dan memang biasa, untuk mengecualikan non-pembayar dari produksi teater.

Layanan kesehatan lingkungan dan kampanye pendidikan kesehatan masyarakat adalah contoh barang yang bersifat non-rival dan non-excludable dan oleh karena itu hampir menjadi barang publik murni. Eksternalitas positif dalam konsumsi menyiratkan tingkat nonrivalness dan meskipun dua jenis kegagalan

pasar biasanya dipisahkan, mungkin akan lebih berguna untuk mengidentifikasi tingkat karakteristik barang publik.

Gambar dibawah menunjukkan representasi tingkat karakteristik barang publik dari beberapa intervensi terkait kesehatan pada peta dua dimensi non-rivalness dan nonexcludability. pelayanan kanker adalah saingan dan dapat dikecualikan dan oleh karena itu merupakan barang pribadi. Imunisasi juga relatif mudah dikecualikan (walaupun ada keuntungan dalam memberikan layanan kepada sekelompok orang sekaligus memindahkannya sedikit ke kiri dibandingkan dengan pengobatan kanker pada sumbu eksklusivitas yang mudah). Sebagian besar manfaat imunisasi diperoleh oleh individu yang diimunisasi tetapi, sejauh manfaat diperoleh oleh orang lain, tersirat ketidaksainan.



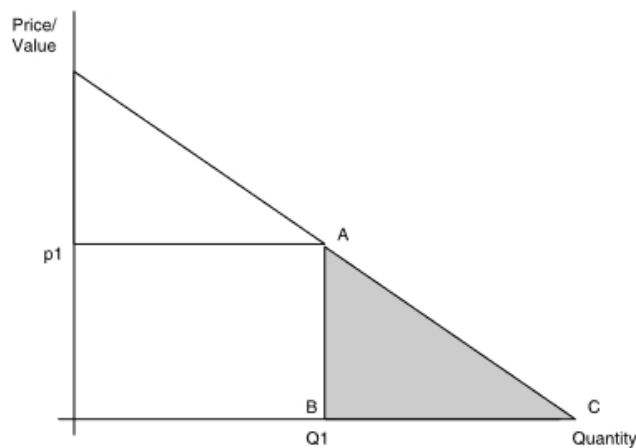
**Gambar 18.** Kontinum dari Publik & Swasta

Sumber: Bennett (1991)

Non-rivalness menciptakan kegagalan pasar karena menyebabkan biaya marjinal penyedia barang turun menjadi nol untuk setiap orang tambahan yang diberikan setelah yang pertama. Meskipun dimungkinkan untuk mengecualikan non-pembayar, itu tidak efisien untuk melakukannya. Perhatikan gambar dibawah, yang mungkin mewakili situasi produksi teater. Kurva biaya marjinal bertepatan dengan sumbu x karena, setelah orang pertama, biaya marjinal dari penyediaan tambahan adalah nol. Kurva permintaan pribadi untuk tiket ( $D_p$ ), seperti biasa, dapat digunakan untuk memperkirakan nilai tiket untuk individu. Jika harganya



lebih besar dari nol (misalnya,  $p_1$ ), akan selalu ada beberapa orang yang akan menghargai tiket (akan membayar lebih dari harga nol) tetapi tidak mau membayar harga yang dibebankan. Memberikan tiket gratis kepada orang-orang ini akan menciptakan nilai lebih di masyarakat daripada biayanya. Oleh karena itu, ada peluang untuk meningkatkan utilitas sosial yang tidak dimanfaatkan. Inefisiensi dibandingkan dengan harga nol dapat diwakili oleh segitiga ABC yang diarsir. (Perusahaan teater mencoba menangkap sebagian dari efisiensi yang hilang ini dengan menetapkan harga yang berbeda dalam bentuk diskon pelajar dan pensiunan dan tiket pada hari yang sama – pelajar, pensiunan, dan mereka yang tidak bertekad untuk memesan di muka dapat menetapkan nilai tiket yang lebih rendah daripada rata-rata – tetapi upaya pasti tidak sempurna dan beberapa area inefisiensi tetap ada.)



**Gambar 19** Kerugian kesejahteraan dari penetapan harga untuk barang publik

*Non-excludability* menyiratkan kesulitan parah dalam mengatur pasar dalam barang yang bersangkutan. Dalam banyak kasus, total biaya penyediaan barang akan melebihi kesediaan untuk membayar bahkan dari individu yang menetapkan nilai tertinggi di atasnya. Tidak seorang pun dapat menilai pengendalian nyamuk dengan cukup untuk bersedia mendanai program seluruh wilayah. Dalam keadaan ini barang tidak akan disediakan sama sekali oleh pasar. Karena non-rivalitas adalah bentuk ekstrem dari eksternalitas positif di sisi

permintaan, strategi kebijakan kesehatan yang menanggapi pengenalan karakteristik barang publik menggemakan strategi yang dibahas untuk menangani eksternalitas positif. Namun, jika biaya marjinal benar-benar nol, ada kemungkinan yang lebih kuat bahwa penyediaan barang secara gratis, sebagai lawan dari subsidi terbatas, adalah strategi yang tepat, dan jika non-eksklusivitas juga berlaku, ini adalah satu-satunya jalan yang layak. Harus diingat bahwa ketentuan publik menyiratkan perpajakan dan kerugian yang tidak dikompensasikan kepada mereka yang tidak menghargai barang publik. Secara keseluruhan, total manfaat yang akan diperoleh dari layanan yang bersangkutan harus melebihi nilai total bagi masyarakat bahkan sebelum ada potensi keuntungan dari penyediaan publik.

Penyediaan publik dapat menjawab karakteristik barang publik yang non-rival dan non eksklusif. Dimana nilai lebih sulit untuk diukur, penggunaan kriteria seperti apakah manfaat barang publik tidak sepele dan biaya penyediaan yang relatif terjangkau dapat menghasilkan penilaian terbaik tentang apakah penyediaan publik kemungkinan akan dibenarkan. Bahkan jika secara teori mungkin untuk menghilangkan agen penyakit seperti populasi tikus, jika sumber daya yang cukup diarahkan untuk masalah tersebut, belum tentu efisien untuk melakukannya. Kesimpulan bahwa tidak mungkin untuk melakukannya dapat dibaca sebagai makna bahwa biaya peluang untuk melakukannya akan sangat tinggi.

### **C. Monopoli dan oligopoli**

Banyak komponen sektor kesehatan adalah monopoli alami – mereka menunjukkan ciri-ciri yang cenderung membatasi jumlah penyedia di pasar. Pasar kompetitif memerlukan masuknya pesaing kecil untuk mendapatkan bagian dari bisnis pasar, dan peluang bagi perusahaan kecil tersebut untuk menjadi mapan. Sejumlah faktor menentang hal ini. Biaya tetap yang tinggi menyiratkan bahwa hanya perusahaan yang dapat menggunakan sumber daya substansial dari pasar modal yang dapat melakukan investasi awal yang diperlukan untuk memulai bisnis. (Sebaliknya, jika biaya variabel relatif tinggi, sebuah bisnis dapat memulai

dari yang kecil dan berkembang seperti bisnisnya.) Sunk cost – investasi dalam aset tertentu yang tidak dapat dipindahkan dari satu pasar ke pasar lainnya – adalah jenis investasi yang tidak menguntungkan. Untuk pendatang pasar: jika masuknya terbukti merupakan kesalahan, sangat sedikit dari investasi yang mungkin dapat diperoleh kembali, terutama jika kegagalan peserta sendiri di pasar menunjukkan kapasitas terbatas untuk ekspansi pasar. Argumen-argumen ini sangat relevan dengan layanan yang lebih canggih dan berteknologi tinggi yang membutuhkan investasi modal besar, sering kali bersifat tenggelam – misalnya, layanan diagnostik seperti x-ray dan CT scan, serta ruang operasi dan peralatan. Secara lebih umum, penyediaan layanan rumah sakit secara keseluruhan menghadapi kendala ini. Hanya pasar yang sangat besar (kota besar) yang menawarkan kemungkinan lebih dari beberapa rumah sakit untuk bersaing.

Skala ekonomi juga menghalangi masuknya banyak perusahaan ke pasar. Jika skala efisiensi minimum besar dalam kaitannya dengan total permintaan layanan, hanya perusahaan yang menangkap proporsi bisnis pasar yang tinggi yang dapat beroperasi pada skala tersebut. Ini bertindak sebagai penghalang untuk masuk ke perusahaan lain. Bahkan jika harga perusahaan dominan tinggi, yang mencerminkan tingkat keuntungannya, harga selalu dapat diturunkan cukup lama untuk mendorong pesaing baru keluar dari bisnis lagi. Kecuali jika pesaing baru dapat segera mulai beroperasi pada skala yang sama dengan perusahaan dominan, perusahaan tersebut tidak akan dapat masuk. Hambatan untuk masuk serupa dengan yang ditimbulkan oleh biaya tetap yang tinggi.

#### **D. Sumber Lain Dari Kegagalan Pasar**

Perhatian yang cukup besar telah diberikan pada pengetahuan dan agensi yang tidak sempurna, Kita masih dapat mengandalkan kurva permintaan untuk menunjukkan tebakan terbaik pasien mengenai nilai marjinalnya dari layanan yang berbeda, tetapi kita tidak dapat lagi mengandalkan tebakan terbaik tersebut sebagai nilai marjinalnya yang sebenarnya. Misalnya, pada awal 1960-an ada permintaan yang tinggi untuk obat thalidomide dalam kehamilan. Informasi selanjutnya mengenai hubungannya dengan malformasi kongenital tertentu

mengurangi permintaan itu menjadi nol. Nilai marjinal sebenarnya (mungkin sangat negatif) dari penggunaan thalidomide antenatal tidak diwakili oleh kurva permintaan 'bodoh'. Untuk jenis layanan yang pengetahuannya tidak sempurna kemungkinan besar, kurva permintaan mungkin memiliki sedikit informasi yang relevan dari perspektif efisiensi.

Jenis ketidakpastian yang berbeda, dengan implikasi yang berbeda, muncul dari ketidakmampuan individu untuk memprediksi tuntutan. Biaya pelayanan kesehatan bisa besar dan terpusat pada waktu. Oleh karena itu, dari sudut pandang individu mereka harus direncanakan dan disimpan, tetapi komplikasi tambahan bahwa mereka tidak pasti berarti bahwa tabungan mungkin masih tidak memadai. Asuransi kesehatan memastikan bahwa tingkat iuran akan terbukti memadai, bahkan ketika biaya untuk kebutuhan pelayanan kesehatan terbukti di atas rata-rata. Namun, asuransi kesehatan juga menyebabkan pasar gagal. Dua cara utama di mana ia melakukannya adalah melalui moral hazard dan seleksi yang merugikan. Bahaya moral muncul ketika konsumen menghadapi harga nol pada saat penggunaan: keputusan pemanfaatan mereka tidak memperhitungkan biaya marjinal. Seleksi yang merugikan muncul di mana individu berisiko rendah dapat memilih keluar dari kumpulan risiko. Akibatnya, risiko rata-rata meningkat, menyebabkan biaya asuransi meningkat dan individu berisiko lebih rendah untuk memilih keluar. Pada akhirnya mungkin tidak mungkin untuk mengatur pasar dalam asuransi kesehatan, atau setidaknya pasar yang tidak mengecualikan sebagian besar dari mereka yang perlu mengakses layanan kesehatan.

Seperti halnya monopoli dan oligopoli, pengaturan asuransi muncul sebagai respons terhadap karakteristik penyebab inefisiensi yang mendasarinya. Oleh karena itu, strategi yang masuk akal tidak mencoba meniru pasar yang sempurna dengan mencoba menghapus pengaturan asuransi tetapi lebih cenderung mengatur pasar asuransi. Asuransi wajib atau asuransi sosial adalah pengaturan yang diatur yang membahas seleksi yang merugikan. Agen asuransi sendiri dapat mengatasi beberapa masalah melalui formulir kontrak tertentu. Misalnya, bonus tanpa klaim merupakan upaya untuk mengurangi moral hazard.

### **E. Barang Jasa dan Pemerataan**

Banyak yang percaya bahwa layanan kesehatan adalah khusus, atau 'jasa', dengan kata lain, bahwa mereka yang membutuhkan memiliki hak dasar untuk pelayanan medis dan hak itu menyiratkan bahwa tidak seorang pun harus menghadapi hambatan keuangan atau hambatan lain untuk penggunaan kesehatan. jasa. Argumen ini dapat dilihat sebagai argumen absolut tidak dapat menerima pertimbangan tingkat efisiensi dan kesetaraan yang tersirat dalam pengaturan pasar yang berbeda tetapi mengarah langsung ke resep kebijakan bahwa layanan kesehatan harus ditawarkan secara gratis pada titik penggunaan.

Akan tetapi, argumen-argumen absolutis selalu sulit untuk dipertahankan. Jika semua barang tidak layak, sulit untuk mengidentifikasi batas-batas tanpa menggunakan standar relatif. Jika layanan kesehatan layak karena menghilangkan rasa sakit atau bahkan memperpanjang hidup, mungkin layanan kesehatan yang tidak melakukan keduanya (beberapa jenis operasi plastik mungkin memberikan contoh) harus dikecualikan. Pengakuan bahwa bahkan masyarakat yang paling makmur pun dapat mengalokasikan seluruh GNP mereka untuk intervensi kesehatan dengan potensi perpanjangan hidup dan penghilang rasa sakit (betapapun menitnya atau tidak mungkin) menunjukkan bahwa skala dan kemungkinan potensi tersebut harus diperhitungkan. Pertimbangan-pertimbangan ini cenderung menyarankan bahwa lebih banyak rasionalitas relativis untuk kebijakan kesehatan diperlukan.

Misalnya, beberapa orang akan berargumen bahwa tujuan utama dalam mengorganisir pasar untuk layanan kesehatan bukanlah efisiensi tetapi pemerataan. Oleh karena itu pasar gagal dalam pasar yang bahkan sempurna tidak membuat klaim khusus sehubungan dengan ekuitas. Ini adalah argumen yang sangat persuasif, tetapi memerlukan pemeriksaan lebih lanjut.

Pertama, tidak masuk akal untuk mengecualikan pertimbangan efisiensi sama sekali. Produksi layanan kesehatan harus dilakukan, atau tidak ada yang bisa dibagikan secara adil. *Ceteris paribus*, bahkan orang yang paling egaliter akan lebih suka berbagi lebih banyak daripada lebih sedikit. Kekhawatiran bahwa

sumber daya produktif tidak hanya disia-siakan, dan pada kenyataannya digunakan untuk menghasilkan pelayanan kesehatan sebanyak mungkin, karena distribusi apa pun harus menjadi penting dalam skema apa pun. Kedua, serangkaian kesalahpahaman dapat muncul dari penggunaan model pasar yang sempurna secara normatif daripada analitis. Jika kita percaya bahwa efisiensi menentukan bahwa pasar yang sempurna harus ditiru sedekat mungkin – dengan kata lain, jika kita tidak memahami teori yang terbaik kedua ada konflik yang jelas dengan ekuitas. Hal ini dapat meninggalkan beberapa intuisi konflik mendasar antara ekuitas dan efisiensi: permainan zero-sum di mana setiap unit ekuitas yang diperoleh adalah dengan mengorbankan efisiensi, dan sebaliknya. Dalam hal ini pilihan antara efisiensi dan kesetaraan harus dibuat yang bersifat ideologis daripada teknis.

Namun, begitu teori yang terbaik kedua diakui, mungkin ada tumpang tindih substansial antara ketentuan efisiensi dan kesetaraan. Konsep efisiensi dan pemerataan alokasi dalam praktik, dan bahkan secara konseptual, sulit untuk diurai. Kekhawatiran bahwa sumber daya harus dialokasikan sesuai dengan tempat yang paling efisien untuk menghasilkan kesehatan akan mengarahkan sumber daya tersebut ke kebutuhan terbesar (setidaknya di mana kebutuhan didefinisikan sebagai kapasitas untuk memperoleh manfaat).

Pada serangkaian definisi tertentu, efisiensi dan pemerataan alokasi mungkin hampir identik. Misalnya, Mooney (1983) menyarankan daftar kemungkinan definisi ekuitas. Menurut daftar ini, pemerataan dapat berarti pemerataan: (1) pengeluaran per kapita; (2) input per kapita; (3) masukan untuk kebutuhan yang sama; (4) akses untuk kebutuhan yang sama; (5) pemanfaatan untuk pemerataan kebutuhan; (6) pemenuhan kebutuhan marginal; (7) kesehatan. Jika kebutuhan didefinisikan sebagai kapasitas untuk mendapatkan manfaat, definisi (3) sampai (5) bertepatan dengan efisiensi alokasi (jika kapasitas untuk mendapatkan manfaat adalah per unit input, unit akses atau unit pemanfaatan, masing-masing).

## **F. Rangkuman**

1. Eksternalitas telah didefinisikan sebagai 'efek samping dari konsumsi atau produksi yang tidak diperdagangkan di pasar atau diperhitungkan dalam penetapan harga
2. Barang publik dicirikan oleh non-rivalness dan non-excludability. Non-rivalness berarti bahwa konsumsi satu orang atas suatu barang tidak mencegah orang lain juga mengkonsumsinya. Non-excludability menyiratkan kesulitan parah dalam mengatur pasar dalam barang yang bersangkutan
3. Banyak komponen sektor kesehatan adalah monopoli alami. Mereka menunjukkan ciri-ciri yang cenderung membatasi jumlah penyedia di pasar.

## **G. Daftar Pustaka**

- Bennett, S. (1991) *The Mystique of Markets: Public and Private Health Care in Developing Countries*, PHP Departmental Publication 4, London: London School of Hygiene and Tropical Medicine.
- Knapp, M. (1984) *The Economics of Social Care*, Basingstoke: Macmillan
- Mooney, G. H. (1983) 'Equity in health care: confronting the confusion', *Effective Health Care* 1 (4): 179–85.

## **H. Latihan**

1. Apa saja karakteristik barang publik?
2. Berikan satu contoh dari eksternalitas positif!

## **I. Umpan Balik**

1. Barang publik dicirikan oleh non-rivalness dan non-excludability. *Non-rivalness* berarti bahwa konsumsi satu orang atas suatu barang tidak mencegah orang lain juga mengkonsumsinya. *Non-excludability* menyiratkan kesulitan parah dalam mengatur pasar dalam barang yang bersangkutan
2. Pengobatan dan pencegahan penyakit menular. Jika TB satu orang diobati dan disembuhkan, orang lain tidak terinfeksi. Jika vaksinasi diterima oleh mayoritas, minoritas yang tidak divaksinasi juga dapat dilindungi.

## **BAB X**

### **PEMANFAATAN PELAYANAN KESEHATAN**

#### **A. Pendahuluan**

Salah satu efek dari keterlibatan penyedia dalam keputusan konsumsi pasien adalah kesulitan untuk menentukan variabel permintaan murni dalam studi empiris. Akibatnya kritik yang sangat tajam terhadap permintaan literatur pelayanan kesehatan adalah bahwa variabel dependen dalam spesifikasi empiris dari fungsi permintaan biasanya mencerminkan pemanfaatan daripada permintaan itu sendiri. Oleh karena itu, sejumlah studi yang konon 'permintaan' sebenarnya adalah studi pemanfaatan. Ini adalah masalah yang lebih serius daripada sekadar identifikasi masalah. Dalam hal ini permintaan tidak ada secara independen dari penawaran. Jadi seperti yang dikatakan Stoddart dan Barer (1981), mengingat bukti yang ada bahwa pemanfaatan layanan kesehatan tidak sesuai dengan definisi permintaan ekonomi yang normal, mengejutkan untuk menemukan perbedaan antara permintaan dan pemanfaatan sehingga jarang dibuat eksplisit dalam literatur. Gagasan konvensional tentang permintaan, sebagaimana diterapkan pada pasar pelayanan kesehatan, tidak dapat diterima bahkan jika ada hubungan agensi yang sempurna. Namun, jika ada pelaksanaan kekuasaan diskresioner oleh dokter, yang seperti yang telah kita lihat mungkin terjadi di dunia nyata, maka tentu saja tidak tepat untuk mendefinisikan permintaan dalam hal konsumsi.

Penerimaan pemanfaatan sebagai konsep yang relevan mengakui bahwa dengan pilihan konsumsi di sektor pelayanan kesehatan konsumen bergantung pada informasi yang diberikan oleh penyedia. Fenomena ini tentu saja tidak unik untuk pelayanan kesehatan, walaupun tingkat ketergantungan lebih signifikan di sektor ini, terutama mengingat peran penyedia dalam menentukan utilitas yang diharapkan terkait dengan kemungkinan hasil.

Sementara pengakuan pentingnya keputusan penyedia dalam menentukan tingkat konsumsi dan pentingnya pengakuan tersebut terhadap spesifikasi empiris



persamaan permintaan dan implikasi kebijakan konsekuen mengarah pada definisi konsumsi dalam hal pemanfaatan, ada juga upaya untuk mendamaikan pemanfaatan dengan konsep permintaan konvensional. Hal ini, pada gilirannya, mengarah pada pertimbangan 'episode' layanan medis sebagai unit yang tepat untuk menentukan pemanfaatan layanan kesehatan. Pada dasarnya sebuah episode berkaitan dengan kombinasi tertentu dari layanan pelayanan kesehatan yang membentuk aliran lengkap layanan untuk pengobatan tertentu. Stoddart dan Barer (1981), mengangkat keprihatinan atas inisiatif kebijakan yang ditujukan untuk mengubah perilaku konsumen yang didasarkan pada studi empiris yang mengandalkan analisis permintaan tradisional, mengusulkan tindakan episodik semacam itu. Mengakui bahwa pemanfaatan terdiri dari inisiatif konsumen serta praktisi medis fase yang dihasilkan dan konsumsi yang berkaitan dengan kombinasi layanan daripada layanan tertentu, mereka berpendapat bahwa pemanfaatan biasanya terdiri dari sejumlah episode pengobatan. Episode individu inilah yang dianggap paling sesuai dengan ukuran permintaan konvensional. Spesifikasi empiris dari proses pemanfaatan, yang didasarkan pada pendekatan episodik ini, memerlukan kumpulan-kumpulan informasi yang berbeda. Persyaratan data, bagaimanapun, tidak kurang menuntut daripada yang terkait dengan analisis yang lebih konvensional.

Redefinisi konsumsi pelayanan kesehatan dalam hal pemanfaatan daripada permintaan berguna tidak hanya dalam mengakui pengaruh penyedia dalam proses itu. Hal ini juga memungkinkan pengakuan yang tepat dari peran asuransi kesehatan. Ketidakpastian terkait dengan waktu dan bentuk persyaratan pelayanan kesehatan menyebabkan permintaan untuk asuransi kesehatan. Jadi, karena asuransi kesehatan adalah pembelian sebelumnya, konsumsi pelayanan kesehatan menjadi tergantung pada tingkat dan bentuk pertanggungansian asuransi. Ini sekali lagi menghilangkan analisis dari pendekatan mikroekonomi konvensional di mana permintaan. Dalam hal ini permintaan akan pelayanan kesehatan, dianggap sebagai respons terhadap harga pasar yang ditentukan dengan mudah. Fakta bahwa konsumen mungkin telah membeli asuransi sebelum menggunakan layanan pelayanan kesehatan berarti sulit untuk menentukan kesediaan untuk membayar

dan harga pasar dari pelayanan kesehatan yang benar-benar digunakan. Harga bersih yang dibayarkan oleh konsumen tergantung pada harga kotor yang dibebankan oleh penyedia ditambah luasnya pertanggung jawaban asuransi (Feldstein, 1974). Tentu saja harga kotor yang dibebankan oleh penyedia itu sendiri dapat dipengaruhi oleh fakta bahwa pihak ketiga (penanggung) memenuhi biaya pada titik konsumsi. Lebih jauh lagi, luasnya pertanggung jawaban asuransi akan bergantung pada, antara lain, tingkat penghindaran risiko individu, bentuk asuransi yang tersedia dan harga asuransi yang, seperti yang telah kita catat di bab 3, tidak mungkin adil secara aktuarial. Dengan demikian pembelian asuransi dapat mendistorsi perhitungan kesediaan untuk membayar komoditas pelayanan kesehatan dan harga komoditas tersebut. Tentunya dalam mengevaluasi elastisitas harga dari 'permintaan' untuk pelayanan kesehatan baik harga kotor yang harus dipenuhi dan pertanggung jawaban asuransi adalah relevan. Dengan demikian analisis 'permintaan' untuk pelayanan kesehatan menjadi lebih rumit karena permintaan akan asuransi pelayanan kesehatan, serta pengaruh perilaku penyedia, dianggap relevan. Penggantian istilah permintaan dengan pemanfaatan mengakui relevansi keduanya.

Bagian B menganalisis implikasi kesejahteraan yang terkait dengan pengenalan pembayaran pihak ketiga, dengan fokus pada bagaimana pemanfaatan dipengaruhi oleh hal ini. Bagian C mencakup bukti empiris tentang pemanfaatan.

## **B. Pemanfaatan dan Kesejahteraan**

Latar belakang setiap diskusi pemanfaatan menerima pentingnya ketidakpastian sebagai konsep penting dalam memahami operasi sektor pelayanan kesehatan. Ketidakpastian menyebabkan ketergantungan pada hubungan agensi. Namun, ada bentuk ketidakpastian lain yang muncul dalam pelayanan kesehatan yang terkait dengan tindakan konsumsi yang sebenarnya daripada proses pengambilan keputusan yang menyertainya. Pasien tidak yakin tentang waktu tindakan ini karena penyakit itu sendiri tidak dapat diprediksi. Dia juga tidak yakin tentang implikasi biaya konsekuensi. Cakupan asuransi biasanya diadopsi untuk menutupi risiko yang terkait dengan biaya pengobatan potensial, seperti

yang telah kita bahas secara singkat di Bab 3. Konsekuensi dasar dari hal ini adalah bahwa kita tidak boleh berasumsi bahwa, *ceteris paribus*, konsumsi merespons perubahan biaya dalam komoditas pelayanan kesehatan. . Pembayaran untuk pembelian pelayanan kesehatan biasanya dilakukan, sebagian atau seluruhnya, oleh pihak ketiga (penanggung) dan bukan langsung oleh konsumen.

Pengaruh intervensi pihak ketiga ini terhadap konsumsi tidak jelas secara *a priori*. Salah satu argumen yang umumnya dikemukakan adalah, jika pertanggung asuransi telah lengkap (yaitu komprehensif untuk semua risiko dengan semua biaya ditanggung) maka tidak akan ada insentif bagi konsumsi individu untuk dibatasi oleh kemauan, apalagi kemampuan, untuk membayar. Dengan kata lain, asuransi yang sepenuhnya komprehensif akan berarti bahwa, pada titik konsumsi, harga untuk setiap pasien/konsumen yang membeli pelayanan kesehatan adalah nol. Konsumen kemudian memiliki dorongan yang melekat untuk mengkonsumsi lebih banyak komoditas daripada jika ia telah melakukan pembelian langsung. Dengan kata lain, dia mungkin terdorong untuk menurunkan kurva 'permintaan'-nya. Arrow (1963) menggambarkan situasi ini sebagai salah satu moral hazard dimana keuntungan kesejahteraan dicapai dengan mengasuransikan terhadap biaya pelayanan kesehatan mungkin sebagian diimbangi oleh kurangnya insentif, yang timbul dari cakupan biaya pihak ketiga, untuk menahan pembelian pelayanan kesehatan. .

Pauly (1968) telah menyatakan bahwa potensi adanya moral hazard adalah alasan untuk tidak menyediakan cakupan asuransi yang komprehensif dengan alasan, pada dasarnya, bahwa kesejahteraan sosial meningkat jika konsumen dibiarkan menanggung sebagian dari risiko biaya pelayanan kesehatan. Argumennya mengadopsi fungsi permintaan konvensional di mana konsumsi dianggap bergantung pada pendapatan dan selera, tingkat penyakit dan harga pelayanan kesehatan. Dia berpendapat bahwa bahkan jika kejadian penyakit adalah peristiwa acak yang tidak dapat diprediksi, proposisi kesejahteraan Arrow (yaitu bahwa moral hazard akan mengurangi keuntungan kesejahteraan dari pertanggung asuransi) hanya berlaku ketat jika biaya pelayanan kesehatan juga acak. Disarankan bahwa pengaruh asuransi terhadap keacakan biaya pelayanan

kesehatan tergantung pada elastisitas permintaan pelayanan kesehatan. Seperti yang dinyatakan Pauly, hanya jika permintaan ini benar-benar inelastis terhadap harga dalam kisaran dari harga pasar hingga nol adalah biaya yang dapat diasuransikan dalam arti sempit yang dibayangkan oleh proposisi kesejahteraan Arrow.

Pauly melanjutkan dengan berargumen bahwa jika kurva permintaan elastis sampai tingkat tertentu di atas kisaran ini, konsumen harus memperhitungkan biaya pelayanan positif yang dimasukkan dalam harga asuransinya. Setiap individu akan menyadari bahwa adanya moral hazard meningkatkan harga premi asuransinya sendiri. Hal ini menimbulkan inefisiensi karena individu dipaksa untuk menutupi moral hazard, yaitu efek non-acak dalam pertanggung jawaban asuransi. Oleh karena itu, dia mengusulkan bahwa beberapa penajatan harga di titik layanan akan diperlukan untuk memastikan alokasi yang efisien. Ini secara implisit mengasumsikan bahwa, mengingat konsekuensi dari moral hazard dan adanya beberapa derajat elastisitas permintaan, konsumen dapat meningkatkan posisi kesejahteraannya dengan menanggung sendiri beberapa risiko.

Ini adalah contoh sempurna dari analisis pelayanan kesehatan ke dalam paradigma neoklasik. Analisis moral hazard, seperti yang dilakukan oleh Pauly (1968), mengasumsikan pemisahan lengkap antara penawaran dan permintaan. Hal ini tentunya sejalan dengan konsep pasien ekonomi yang rasional dan berhak. Permintaan, sebagai konsep ekonomi, berkaitan dengan kemauan dan kemampuan untuk membayar, sebagaimana ditentukan oleh konsumen yang memiliki informasi lengkap. Namun, di pasar pelayanan kesehatan, konsumsi komoditas yang sebenarnya berkaitan dengan penggunaan layanan berdasarkan informasi yang diperoleh dari penyedia, informasi yang biaya pencariannya mungkin mahal. Dengan demikian tindakan konsumsi tergantung, sampai tingkat yang signifikan, pada penyedia. Oleh karena itu, analisis yang lebih realistis dari sektor pelayanan kesehatan memungkinkan moral hazard muncul dari keputusan yang diambil oleh penyedia, Dengan kata lain jika penyedia layanan kesehatan berperan dalam menentukan tingkat konsumsi mereka juga dapat berperan dalam menginduksi

moral hazard. Jadi analisis harus fokus pada kombinasi layanan yang ditentukan oleh penyedia. Kemudian, seperti yang dicatat oleh Enthoven (1981), sedikit panggilan untuk analisis pembelian unit pelayanan individual oleh konsumen negara yang diasuransikan; signifikansi normatif dari kurva permintaan berkurang.

Meskipun tampaknya ada sedikit kontroversi dalam pernyataan terakhir ini, namun ada literatur empiris yang cukup besar tentang insentif penetapan harga untuk menahan konsumsi pelayanan kesehatan; insentif kebijakan yang mengikuti langsung dari penerimaan argumen dari jenis yang diusulkan oleh Pauly. Mungkin tidak mengherankan literatur seperti itu sebagian besar berbasis di AS, yang sebagian besar mengambil analisis permintaan konvensional, diubah untuk memperhitungkan efek pertanggung jawaban asuransi terhadap insentif, sebagai titik awalnya. Penjataan harga, dalam upaya untuk meningkatkan kesejahteraan, atau pengenalan harga untuk membantu insentif, menjadi fokus dari beberapa literatur ini. Namun, sebagian besar studi yang bersangkutan hanya dengan estimasi elastisitas daripada signifikansi normatif mereka. Kedua bentuk analisis tersebut terwujud dalam bentuk yang hampir sama: diskusi tentang pembagian biaya dalam pertanggung jawaban asuransi. Beberapa bentuk pembagian biaya sebenarnya dimungkinkan. Ini dapat berupa, misalnya, pengurangan di mana konsumen membayar jumlah yang ditentukan sebelum manfaat apa pun terjadi. Sifat pasti dari yang dapat dikurangkan dapat bervariasi, dalam hal ini dapat berupa jumlah tetap yang telah ditentukan sebelumnya atau dapat dikaitkan dengan nilai layanan tertentu. Alternatifnya, pembagian biaya bisa dalam bentuk pembayaran bersama, yaitu jumlah tetap yang harus dibayar dengan setiap layanan yang dikonsumsi. Akhirnya bentuk umum lainnya dari *coinsurance* adalah pembayaran sebagai proporsi yang ditetapkan dari biaya setiap layanan.

### **C. Pemanfaatan: Hasil Empiris**

Mengingat bahwa bentuk pertanggungans asuransi merupakan komponen penting dalam menentukan elastisitas 'permintaan' untuk pelayanan kesehatan, tidak mengherankan untuk menemukan bahwa sejumlah studi empiris telah berfokus pada efek dari pengenalan bentuk-bentuk tertentu. dari pembagian biaya. Studi yang memiliki akses ke database terbesar telah meneliti pengaruh perubahan pola asuransi pada skema asuransi yang sebenarnya. Studi tersebut berbeda dalam strukturnya tetapi semuanya menunjukkan bahwa perubahan dalam cakupan asuransi tampaknya mempengaruhi konsumsi layanan pelayanan kesehatan. Namun, dalam banyak kasus, sulit untuk membedakan antara perubahan pola konsumsi berdasarkan kemampuan untuk membayar dibandingkan dengan kesediaan untuk membayar, yaitu untuk membedakan antara efek pendapatan dan harga. Dalam salah satu studi paling awal, Beck (1974) menganalisis pengaruh pengenalan rencana pembayaran bersama setelah periode pertanggungans asuransi komprehensif di provinsi Saskatchewan, Kanada. Rencananya berupa biaya tetap, pembayaran \$1,50 untuk kunjungan ke kantor praktisi medis dan \$2,00 untuk kunjungan rumah, rawat jalan atau darurat di rumah sakit. Hasil penelitian menunjukkan bahwa pungutan ini memang menghasilkan penurunan konsumsi dan khususnya konsumsi turun lebih jauh untuk keluarga berpenghasilan rendah. Satu masalah dengan penelitian ini, yang umum untuk semua penelitian yang mencakup total populasi suatu daerah, adalah sulitnya membedakan efek harga murni dari efek lainnya. Jadi tingkat konsumsi mungkin juga telah dipengaruhi oleh pengaruh penyedia setelah pengenalan tingkat pembayaran bersama.

Perubahan asuransi yang dilaporkan secara luas adalah pengenalan pada tahun 1967 dari tingkat coinsurance 25 persen untuk kunjungan klinis dalam Rencana Kesehatan Grup Palo Alto yang sebelumnya menawarkan cakupan asuransi yang komprehensif kepada karyawan Universitas Stanford. Motif pengenalan tarif coinsurance ini secara eksplisit untuk mencoba menahan konsumsi. Sejumlah penelitian menemukan bahwa konsumsi turun secara signifikan setelah pengenalan skema ini.

Salah satu studi terpenting dari jenis ini adalah Eksperimen Asuransi Kesehatan RAND yang baru-baru ini disimpulkan. Eksperimen ini berlangsung dari tahun 1974 hingga 1982 dengan partisipasi 2.005 keluarga di enam pusat populasi di seluruh AS. Keluarga ditugaskan untuk 14 rencana asuransi eksperimental. Rencana ini dapat dikelompokkan ke dalam empat kategori; satu memberikan pelayanan gratis dan tiga membutuhkan bentuk pembagian biaya yang berbeda. Eksperimen dikendalikan, sejauh mungkin, untuk bias seleksi. Bias seleksi diri dihindari melalui alokasi acak individu untuk skema tertentu. Meskipun karakteristik populasi memang berbeda di seluruh pusat studi, misalnya, dalam hal komposisi rasial, desain eksperimen memungkinkan beberapa analisis tentang pengaruh variasi karakteristik populasi terhadap penyerapan layanan. Namun, keluarga dengan pendapatan keamanan tambahan, cacat pada Medicare dan anggota keluarga di atas usia 61 dikeluarkan dari percobaan. Pengaruh penyedia dianggap dapat diabaikan karena peserta hanya membentuk sebagian kecil dari populasi yang ditanggung, sehingga perubahan dalam cakupan asuransi mereka diasumsikan memiliki dampak yang tidak terlihat pada perilaku dan insentif penyedia. Oleh karena itu, efek yang diperkirakan dianggap sedekat mungkin dengan pemeriksaan efek harga.

Hasilnya cenderung mengkonfirmasi pandangan bahwa konsumsi bergantung pada bentuk pertanggungansuran dan khususnya bahwa konsumsi meningkat seiring dengan penurunan biaya yang dikeluarkan sendiri. Akibatnya pengeluaran per kaput ditemukan lebih tinggi karena coinsurance turun. Untuk orang dewasa, pembagian biaya menghasilkan sepertiga lebih sedikit kunjungan rawat jalan dan tingkat rawat inap sekitar sepertiga lebih rendah. Ditemukan juga bahwa perbedaan terbesar antara rencana pembagian biaya tertinggi dan rencana komprehensif adalah pada insentif untuk menunda pengobatan (Newhouse et al., 1981).

Studi RAND juga mempertimbangkan hubungan antara asuransi dan status kesehatan, yang jelas merupakan variabel fundamental dalam pengaruhnya terhadap konsumsi. Tidak mengherankan status kesehatan umumnya dianggap memiliki efek terbalik pada konsumsi pelayanan kesehatan. Kesimpulan yang

disajikan dengan hati-hati dalam studi RAND adalah bahwa cakupan komprehensif tidak berpengaruh pada kebiasaan utama yang berhubungan dengan kesehatan atau pada kesehatan umum subjek yang diukur dengan ukuran status kesehatan kasar. Yang paling penting, mungkin, ditemukan bahwa hanya untuk subjek dengan gejala yang mudah didiagnosis dan pelayanan yang mapan, misalnya, mereka yang menderita hipertensi, ada manfaat substansial, yang diwujudkan dalam bentuk peningkatan status kesehatan, dari cakupan asuransi yang komprehensif. Dari bukti ini penulis menyimpulkan bahwa untuk populasi secara umum, sementara mungkin ada argumen yang sah untuk penyediaan pelayanan kesehatan yang gratis pada titik konsumsi, argumen tersebut tidak dibenarkan oleh jalan lain untuk manfaat kesehatan yang terlibat.

Studi khusus ini, yang didasarkan pada eksperimen sosial yang terkontrol dan melalui perluasan analisisnya terhadap efek kesehatan, adalah yang paling penting dari jenisnya. Ini mengatasi sejumlah kesulitan yang dialami oleh studi yang menganalisis efek asuransi, terutama yang didasarkan pada data berbasis individual daripada, seperti dalam studi yang dibahas di atas, data agregat. Sebenarnya ada banyak penelitian yang berkaitan dengan data berbasis individu. Biasanya ini berfokus pada asuransi rumah tangga dan penggunaan layanan, atau telah dibatasi pada analisis konsumsi layanan tertentu. Studi semacam itu telah menggunakan basis data dan metodologi yang sangat berbeda, sehingga membuat perbandingan menjadi sulit. Namun sebagian besar setuju dengan hasil studi agregat bahwa konsumsi meningkat seiring turunnya coinsurance.

Masalah khusus dengan studi tersebut berkaitan dengan definisi harga pelayanan kesehatan. Umumnya premi asuransi yang dibayarkan oleh konsumen diambil sebagai proxy. Ini hanya dapat dianggap sebagai ukuran kasar dari harga. Premi sebenarnya berkaitan dengan komoditas asuransi kesehatan dan bukan pelayanan kesehatan. Oleh karena itu, sulit untuk membedakan efek harga yang terkait dengan pelayanan kesehatan itu sendiri sebagai lawan dari distorsi yang ditimbulkan oleh pertanggungansian asuransi dan pembayaran pihak ketiga. Dalam kasus apapun efek kesejahteraan sulit untuk ditentukan mengingat ketergantungan pada rata-rata daripada tingkat asuransi marjinal. Sebagai alternatif, harga dapat



dihitung sebagai pengeluaran dibagi kuantitas, tetapi tentu saja distorsi asuransi dapat kembali mempengaruhi pengukuran pengeluaran. Selain itu, kuantitas yang dikonsumsi mungkin secara inheren sulit diukur di seluruh sampel (misalnya, apakah semua hari tidur dianggap sebagai komoditas yang sama? Adanya moral hazard dalam perilaku konsumen tentu saja akan menimbulkan komplikasi pengukuran tambahan. Karena kesalahan pengukuran seperti itu dapat menjadi serius dan, selanjutnya, membiaskan elastisitas harga yang dihitung

Literatur empiris telah memperluas analisis untuk mempertimbangkan harga waktu. Dikatakan bahwa harga riil layanan pelayanan kesehatan, khususnya penting ketika beberapa biaya sumber daya dipenuhi oleh perusahaan asuransi pihak ketiga, harus mencakup biaya waktu, misalnya, waktu perjalanan dan waktu tunggu ke konsumen. Dengan demikian ini merupakan aplikasi lebih lanjut dari teori produksi rumah tangga untuk ekonomi pelayanan kesehatan. Kesimpulan umum dari studi yang menganalisis harga waktu adalah bahwa mereka mungkin sama pentingnya dengan harga uang dalam menentukan konsumsi dan bahwa hubungan antara kedua variabel sedemikian rupa sehingga pengaruh harga waktu terhadap konsumsi biasanya lebih besar semakin rendah pengaruh harga uang. (Acton, 1975; Newhouse dan Phelps, 1974). Menariknya Coffey (1983) melaporkan bahwa efek harga waktu relatif lebih penting dalam pilihan penyedia daripada pada jumlah kunjungan.

Tentu saja variabel lain yang dianggap penting dalam pengaruhnya terhadap permintaan adalah pendapatan. Sekali lagi bukti empiris sebagian besar berkaitan dengan pengaturan struktural Amerika Serikat dan oleh karena itu distorsi yang diperkenalkan oleh pasar asuransi akan mempengaruhi hasil. Mengingat hal ini studi awal oleh Andersen dan Benham (1970) menganalisis efek pendapatan ketika mencoba untuk mengontrol sejumlah variabel, termasuk variabel harga, komponen yang paling penting yang mewakili cakupan asuransi. Studi ini juga mengandalkan ukuran pendapatan permanen dalam beberapa persamaan yang diperkirakan. Newhouse (1981) berpendapat bahwa ini adalah satu-satunya ukuran pendapatan yang dapat diterima secara teoritis mengingat

pendapatan saat ini dapat dianggap endogen karena efek penyakit pada pendapatan dan permintaan pelayanan kesehatan.

Di antara kesimpulan yang lebih penting untuk ditarik dari studi Andersen dan Benham adalah pengakuan bahwa, mengingat sifat heterogen dari pelayanan kesehatan dan perbedaan yang cukup besar dalam faktor penentu permintaan untuk aspek yang berbeda dari komoditas ini, studi masa depan harus berkonsentrasi pada layanan individu disediakan daripada 'pelayanan kesehatan' komoditas majemuk. Sebuah studi oleh Hershey, Luft dan Gianaris (1975) menemukan bahwa pendapatan merupakan prediktor yang berguna dari permintaan untuk kunjungan awal dan pemeriksaan. Manning dkk. (1981) tampaknya pergi beberapa cara untuk menambahkan konfirmasi lebih lanjut dalam saran mereka bahwa pendapatan memiliki efek penjelasan yang kuat pada keputusan untuk mencari pelayanan kesehatan. Andersen dan Benham juga mencatat bahwa salah satu efek dari pertanggungjanaan asuransi adalah mengurangi peran pendapatan sebagai penentu konsumsi pelayanan kesehatan.

Seperti bukti yang berkaitan dengan elastisitas harga, perbandingan estimasi elastisitas pendapatan sulit dilakukan. Studi berbeda dalam hal variabel independen yang dianalisis, variabel dependen yang ditentukan, teknik estimasi, tingkat analisis dan unit pengambilan keputusan yang dipilih untuk analisis. Namun buktinya sangat kuat sejauh estimasi elastisitas pendapatan biasanya ditemukan positif dan kurang dari satu. Kesimpulan umumnya adalah bahwa konsumsi pelayanan kesehatan adalah pendapatan yang tidak elastis (misalnya, Andersen dan Benham, 1970; Grossman, 1972b; Rossett dan Huang, 1973; Newhouse dan Phelps, 1974; Newhouse dan Phelps, 1976; Manning et al., 1981). Karena literatur empiris telah mencapai kesepakatan luas mengenai hubungan antara pembagian biaya, konsumsi dan tingkat pengeluaran, telah terjadi pergeseran yang nyata dalam penekanan kebijakan. Studi awal sangat diarahkan pada penekanan pada pentingnya hasil untuk mengubah perilaku konsumen. Asumsi implisitnya adalah, dengan hak konsumen atas pilihan, memperkenalkan atau meningkatkan harga yang tidak terjangkau, pada dasarnya mencoba mengoreksi distorsi pasar asuransi akan bertindak sebagai insentif bagi konsumen

untuk menghambat moral hazard. Dengan pengakuan peran penyedia dalam membantu spesifikasi tingkat konsumsi dan kemungkinan konsekuensi moral hazard yang timbul dari perilaku penyedia, ada keraguan yang meningkat bahwa perubahan insentif yang dibatasi untuk mencoba mengubah perilaku konsumen saja, akan mempengaruhi mekanisme hubungan antara cakupan asuransi dan tingkat konsumsi.

Identifikasi potensi inefisiensi hanyalah bagian dari cerita apa pun. Selain itu, seseorang harus diyakinkan bahwa insentif untuk mengubah perilaku menawarkan keuntungan nyata. Pengakuan akan peran penyedia dalam proses pemanfaatan telah menimbulkan argumen bahwa pengenalan pembagian biaya sebagai instrumen untuk mengurangi moral hazard dan akibatnya tingkat konsumsi dan pengeluaran, paling banter, merupakan jawaban parsial. Insentif juga harus diarahkan ke penyedia. Hal ini menyebabkan Enthoven (1978, 1981) berpendapat bahwa insentif harus diperkenalkan untuk memastikan bahwa praktisi medis mengandung biaya pelayanan kesehatan. Dia menyarankan bahwa organisasi yang menyediakan pelayanan kesehatan yang komprehensif harus didorong untuk meminimalkan biaya, dengan penyedia pelayanan medis diberikan insentif keuangan dengan memungkinkan mereka untuk mempertahankan sisa keuntungan. Dengan kata lain jika struktur kompetitif dipertahankan, berdasarkan maksimalisasi keuntungan sebagai kendala, ini akan memastikan pemeliharaan kualitas dan minimalisasi biaya. Proposal tersebut mengakui bahwa analisis masalah permintaan di sektor pelayanan kesehatan mengarah pada kesimpulan bahwa penawaran dan permintaan tidak dapat dipisahkan dengan mudah seperti yang biasanya diasumsikan oleh para ekonom. Meskipun ini tentu saja berarti sulit untuk memastikan kondisi persaingan tetap terjaga dalam penyediaan layanan kesehatan. Dalam keadaan seperti itu sulit untuk tidak mencapai kesimpulan bahwa keputusan penyedia cenderung mendominasi analisis pasar pelayanan kesehatan.

#### **D. Rangkuman**

1. Salah satu efek dari keterlibatan penyedia dalam keputusan konsumsi pasien adalah menjadi sulit untuk menentukan variabel permintaan murni dalam studi empiris. Akibatnya kritik yang sangat tajam terhadap permintaan literatur pelayanan kesehatan adalah bahwa variabel dependen dalam spesifikasi empiris dari fungsi permintaan biasanya mencerminkan pemanfaatan daripada permintaan itu sendiri.
2. Pauly (1968) telah menyatakan bahwa potensi adanya moral hazard adalah alasan untuk tidak menyediakan cakupan asuransi yang komprehensif dengan alasan, bahwa kesejahteraan sosial meningkat jika konsumen dibiarkan menanggung sebagian dari risiko biaya pelayanan kesehatan.

#### **E. Daftar Pustaka**

- Arrow, K.J. (1963), 'Uncertainty and the welfare economics of medical care', *American Economic Review*, vol. 53, pp. 941–73, reprinted in Cooper, M.H. and Culyer, A.J. (eds) (1983), *Health Economics, Selected Readings*, Harmondsworth, Penguin.
- Beck, R.G. (1974), 'The effects of co-payment on the poor', *Journal of Human Resources*, vol. 19, pp. 124–42.
- Enthoven, A. (1981), 'The behavior of health care agents: provider behavior', in van der Gaag, J. and Perlman, M. (eds), *Health, Economics and Health Economics*, Amsterdam, North Holland.
- Newhouse, J.P. (1981), 'The demand for medical care services: a retrospective and perspective', in van der Gaag, J. and Perlman, M. (eds), *Health, Economics and Health Economics*, Amsterdam, North Holland.
- Pauly, M.V. (1968), 'The economics of moral hazard: a comment', *American Economic Review*, vol. 57, pp. 231–7.

**F. Latihan**

1. Apa yang anda pahami mengenai bentuk pertanggung jawaban asuransi?
2. Apa hasil temuan empiris mengenai kaitan konsumsi layanan dengan asuransi?

**G. Umpan Balik**

1. Bentuk pertanggung jawaban asuransi merupakan komponen penting dalam menentukan elastisitas 'permintaan' untuk pelayanan kesehatan. Sejumlah studi empiris telah berfokus pada efek dari pengenalan bentuk-bentuk tertentu dari pembagian biaya.
2. Hasil studi empiris cenderung mengkonfirmasi pandangan bahwa konsumsi bergantung pada bentuk pertanggung jawaban asuransi dan khususnya bahwa konsumsi meningkat seiring dengan penurunan biaya yang dikeluarkan sendiri.

## **BAB XI**

### **PENYEDIA PELAYANAN KESEHATAN**

#### **A. Pendahuluan**

Dalam bab-bab sebelumnya telah dicatat bahwa penyedia adalah sisi yang dominan, dari sektor pelayanan kesehatan. Untuk membawa proses ini satu tahap lebih jauh, bab ini sekarang beralih ke refleksi pada proses pasar dan kegagalannya untuk menyediakan pelayanan kesehatan secara efisien. Ini mengacu pada diskusi sebelumnya tentang sifat pelayanan kesehatan komoditas. Bab ini dengan demikian mencakup beberapa topik yang telah kita bahas sebelumnya. Ini sebagian besar kontekstual karena menekankan, misalnya, peran penting yang dimainkan oleh karakteristik komoditas dalam menentukan kondisi penawaran. Dengan maksud ini, bab ini dimulai dengan bagian B yang membahas kesulitan yang ditimbulkan oleh karakteristik pelayanan kesehatan pada penyediaan pasar yang efisien. Tanggapan non-pasar terhadap kegagalan ini dan konsekuensi strukturalnya kemudian dibahas dalam bagian C. Akhirnya modifikasi yang ditempatkan pada perilaku yang muncul dari tanggapan ini dipertimbangkan dalam bagian D.

#### **B. Pasar dan kegagalan**

Dalam proses alokasi pasar tradisional, aktivitas produsen dikoordinasikan satu sama lain dan dengan tuntutan (sebagai perbedaan dari kebutuhan) konsumen melalui informasi yang disampaikan oleh sinyal pasar. Produsen, dalam kondisi pasar yang kompetitif, akan memperluas produksi setiap barang dan jasa sampai pada titik di mana biaya produksi barang tambahan menjadi sama dengan harga pasar untuk barang tersebut. Dengan asumsi bahwa produsen ingin memaksimalkan keuntungan, akan ada insentif untuk menjaga biaya produksi tetap minimum; produksi akan menjadi yang paling hemat biaya. Karena harga merupakan cerminan dari margin penilaian konsumen atas barang atau jasa yang

diminta, *ceteris paribus*, semakin tinggi penilaian konsumen terhadap suatu barang, semakin tinggi harganya. Membiarkan produsen dipandu melalui sinyal harga juga akan memastikan bahwa pola produksi sesuai dengan keinginan konsumen. Dengan cara ini campuran barang dan jasa akan disediakan, dengan biaya sumber daya serendah mungkin, yang sesuai dengan permintaan konsumen.

Pasar, sekali lagi melalui sinyal harga, juga akan memastikan distribusi barang dan jasa yang teratur, berdasarkan refleksi dari distribusi kekayaan yang mendasarinya. Pada harga pasar tertentu, konsumen akan membeli unit tambahan barang di mana, dengan asumsi kemampuan untuk membayar, penilaian mereka atas unit tambahan ini tercermin dalam kesediaan mereka untuk membayar barang tersebut. Distribusi barang karena itu akan terkait dengan kemampuan konsumen untuk membayarnya, yaitu dengan kekayaannya. Distribusi kemudian akan ditentukan, bukan hanya oleh permintaan semata, tetapi oleh struktur kepemilikan kekayaan yang ada.

Harga, dengan menyampaikan sinyal yang relevan pada permintaan dan penawaran, bertindak sebagai mekanisme sederhana untuk penyelesaian masalah alokasi yang sangat kompleks. Harga berguna dalam pengalokasian sumber daya yang 'tidak terlihat', tetapi tidak tanpa biaya. Tentu saja di bawah asumsi lain yang menyertainya, khususnya tidak adanya eksternalitas, transaksi dua agen yang sederhana antara produsen dan konsumen menghasilkan tidak hanya harga yang membersihkan pasar tetapi juga pencapaian harmoni sosial (ekonomi).

Tersirat dalam analisis ini adalah asumsi bahwa, selain tidak ada ketidaksempurnaan dalam sistem penetapan harga dan tidak ada eksternalitas, hak milik didefinisikan dengan jelas dan dipegang secara pribadi. penyedia menghasilkan komoditas yang dibawa ke pasar dan dipertukarkan, pada harga kliring, sehingga konsumen memperoleh kepemilikan hak milik atas komoditas tersebut. Eksposisi pertukaran sederhana ini berfokus pada hubungan pasar yang ada antara dua pelaku transaksi produsen dan konsumen yang bertindak secara independen, terlepas dari kendala permintaan agregat atas penawaran.

Penjelasan bab-bab sebelumnya tentang ekonomi pelayanan kesehatan, meskipun terbatas pada proses konsumsi, menimbulkan kesulitan khusus dalam

penerapan analisis konvensional ini pada sektor ini. Seperti yang telah kita catat sebelumnya, jika diberi pilihan, sebagian besar orang tidak ingin berpartisipasi dalam konsumsi pelayanan kesehatan. Konsumen tidak hanya harus sakit untuk mendapatkan pelayanan kesehatan dan penyakit itu sendiri merupakan sumber *disutilitas* tetapi terkadang penyembuhannya bisa tampak lebih buruk daripada penyakitnya. Pemanfaatan jasa pelayanan kesehatan hanya dilakukan karena konsumen berharap dapat memberikan kontribusi terhadap derajat kesehatannya. Ini didefinisikan sebagai konsumsi yang buruk dan 'permintaan' untuk pelayanan kesehatan adalah permintaan yang diturunkan dari keinginan dasar untuk kesehatan.

Akan tetapi, seperti disebutkan dalam Bab 3, tidak ada pasar dalam kesehatan. Ada pasar untuk pelayanan kesehatan, sumber daya dialokasikan dan dipertukarkan secara langsung untuk penyediaan pelayanan kesehatan dengan asumsi bahwa mereka akan berkontribusi pada status kesehatan. Namun pasar ini dicirikan oleh tumpang tindih hak milik dan adanya eksternalitas penting serta ketidaksempurnaan dalam sistem harga yang timbul dari biaya transaksi yang signifikan. Ini berfungsi untuk melemahkan efisiensi alokasi pasar dan memberikan minat yang cukup besar untuk studi ekonomi pelayanan kesehatan.

Memang Williamson (1973, 1975) berpendapat bahwa fokusnya harus pada 'transaksi', sebagai unit dasar analisis ekonomi mikro, daripada pertukaran pasar itu sendiri. Transaksi mungkin atau mungkin tidak dilakukan dalam pengaturan pasar. Jika biaya transaksi substansial maka, menurut Williamson, pasar menjadi berlebihan dan analisis hierarki, pada dasarnya bentuk organisasi internal dari alokasi sumber daya (misalnya 'perusahaan'), menjadi penting. Williamson menyarankan bahwa biaya transaksi akan menjadi signifikan jika sejumlah kondisi mendominasi proses alokasi sumber daya. Dia mengidentifikasi kondisi ini sebagai:

1. Rasionalitas terbatas
2. Ketidakpastian dan/atau kompleksitas dalam pengambilan keputusan
3. Sejumlah kecil aktor yang terlibat dalam lingkungan transaksi apa pun oportunistik dalam perilaku yang muncul dari pengejaran kepentingan



pribadi melalui kurangnya keterbukaan atau kejujuran dalam transaksi dampak informasional dan

4. Suasana, yang berkaitan dengan fakta bahwa pengambilan keputusan dan proses transaksi itu sendiri dapat secara langsung mempengaruhi utilitas.

Sedikit refleksi pada kondisi ini dan pelayanan kesehatan komoditas, khususnya karakteristik yang diuraikan dalam bab 3 dan 8, menunjukkan pentingnya biaya transaksi di sektor pelayanan kesehatan, serta menyoroti kemungkinan kegagalan pasar yang substansial dalam hal ini. sektor.

Seperti yang telah dikemukakan di seluruh, individu kekurangan informasi mengenai waktu sebagian besar konsumsi pelayanan kesehatan mereka dan juga tentang efektivitas pengobatan. Penilaian utilitas oleh konsumen bergantung pada informasi yang diberikan oleh penyedia, pada hubungan antara pelayanan kesehatan dan status kesehatan dan pada hasil yang diharapkan (yaitu pada keadaan *ex post* yang diharapkan dari dunia). Akibatnya, dampak informasi dan hubungan agensi terbentuk. Dalam pengertian ini hubungan keagenan merupakan respon institusional terhadap kegagalan pasar dalam penyediaan informasi. Namun, respons ini sendiri dapat menyebabkan kegagalan pasar lebih lanjut jika potensi perilaku oportunistik oleh agen, misalnya, dalam bentuk permintaan yang dipicu oleh penyedia, tidak dimitigasi. Pertimbangan tersebut memunculkan pentingnya perilaku medis etis yang dibahas secara singkat berkaitan dengan permintaan yang disebabkan oleh penyedia di bab 8 dan dibahas lebih lanjut di bawah.

Tentu saja tingkat ketergantungan konsumen pada agen akan tergantung pada ketidakpastian dan kompleksitas seputar keputusan yang akan diambil. Dalam hal ini perlu ditekankan kembali bahwa pelayanan kesehatan merupakan komoditas yang heterogen. Dalam konsumsi beberapa layanan kesehatan, meskipun ketidakpastian terkait dengan waktu konsumsi mungkin tetap ada, ketidakpastian dan/atau kompleksitas dalam proses pengambilan keputusan yang berkaitan dengan hubungan antara pelayanan kesehatan dan status kesehatan mungkin tidak menjadi masalah. Sebagian besar dari kita telah menderita satu

atau lebih penyakit yang paling umum (misalnya flu biasa). Penyakit seperti itu melibatkan sedikit ketidakpastian/kerumitan dalam pelayanannya; mereka juga menyebabkan pembelian ulang pelayanan kesehatan dan biasanya sedemikian rupa sehingga diagnosis sendiri dan pengobatan yang diresepkan sendiri mampu memulihkan status kesehatan ke tingkat semula. Dalam beberapa kasus pelayanan kesehatan tertentu dapat dibeli (misalnya parasetamol). Meskipun demikian, mungkin ada peran agen bahkan pada tingkat ketidakpastian dan/atau kompleksitas yang rendah, jika hanya dalam meyakinkan konsumen bahwa dia membuat keputusan yang tepat. Namun, dengan meningkatnya ketidakpastian dan kompleksitas, biaya untuk memperoleh informasi juga meningkat sejauh dampak informasi dicapai dengan relatif cepat di sektor pelayanan kesehatan. Selain itu, potensi biaya tinggi yang terkait dengan proses pengambilan keputusan aktual dalam konsumsi pelayanan kesehatan dan yang terkait dengan pengambilan keputusan yang salah (yaitu biaya kecemasan) menyebabkan ketergantungan yang besar pada agen. Memang biaya ini bisa menjadi sangat tinggi sehingga konsumen bersedia untuk gagal dalam proses pengambilan keputusan sepenuhnya. Bagaimanapun, seperti yang telah kami kemukakan di seluruh, hak milik dalam fungsi utilitas konsumen tidak akan didefinisikan dengan baik (berkenaan dengan konsumen dan produsen) seperti yang ditentukan oleh persyaratan efisiensi pasar.

Ketidakpastian yang terkait dengan waktu dan bentuk pemanfaatan layanan kesehatan akan mempengaruhi penyedia sebanyak produksi di sektor ini harus, sebagian besar, diarahkan pada alokasi jangka pendek. pelayanan kesehatan sulit untuk disimpan dalam hal itu, sebagai komoditas jasa, sulit untuk membangun persediaan. Ini juga kurang dapat disubstitusikan di seluruh kategori konsumen yang luas karena merupakan komoditas perantara yang berkaitan dengan produksi status kesehatan. Oleh karena itu, produksi akan bervariasi antar kategori diagnostik dan bahkan mungkin antar individu dalam kategori diagnostik yang sama. Tentu saja dengan semakin kompleksnya pelayanan, komoditas menjadi semakin 'disesuaikan'. Selain itu, sifat menengah dari pelayanan kesehatan dan heterogenitas pengobatan berarti bahwa konsumen harus memiliki akses siap ke semua tingkat produksi pelayanan kesehatan.

Jadi konsumen bergantung pada informasi yang diperoleh dari penyedia mengenai sifat dan hasil dari proses konsumsi, yang khusus untuk kasus (yaitu kontrak). Mungkin juga perlu untuk mempertimbangkan kembali keputusan sebelumnya tentang diagnosis dan pengobatan (yaitu untuk kontrak ulang) secara berurutan terutama karena proses konsumsi/produksi dapat memiliki sejumlah keanehan (yaitu setiap kasus berpotensi berbeda satu sama lain). Semua ini menekankan sifat dari masalah pertukaran. Dengan kata lain, penyediaan pelayanan kesehatan mewakili 'urutan rumit dari respons adaptif dalam menghadapi ketidakpastian' (Harris, 1977, hlm. 469). Tentu saja tingkat kerumitan dan ketidakpastian akan berbeda tetapi sifat perantara pelayanan kesehatan berarti bahwa produksi harus diatur sedemikian rupa sehingga apa yang dihasilkan (yaitu diagnosis, informasi yang diberikan kepada konsumen dan pengobatan) cepat tanggap terhadap perubahan persyaratan.

Pasar tidak mampu mengatasi masalah tersebut secara efisien. Solusi pasar murni akan bergantung sepenuhnya pada kontrak ulang sebagai sarana untuk mengurangi ketidakpastian. Namun, bahkan dengan asumsi konsumen secara fisik dapat menegosiasikan kembali, informasi tentang efektivitas pelayanan kesehatan dan keadaan *ex post* yang diharapkan dari dunia terpengaruh dan re-kontrak tidak akan selalu memberikan solusi yang efisien.

Sejumlah alternatif ada. Kontrak dapat didasarkan, misalnya, pada pembayaran di muka baik kepada masing-masing dokter atau kepada sekelompok penyedia layanan kesehatan. Seperti yang ditunjukkan oleh Arrow (1963), pembayaran di muka benar-benar merupakan bentuk asuransi di mana ketidakpastian yang terkait dengan pelayanan kesehatan, setidaknya berkaitan dengan biaya pelayanan, diteruskan ke penyedia medis. Dalam pengertian ini dokter juga berperan sebagai penanggung. Dokter individu, mengingat ketidakpastian yang terkait dengan pelayanan kesehatan dan efektivitasnya, mungkin tidak ingin menanggung risiko seperti itu. Tentu saja beberapa penyatuan risiko, melalui pembayaran di muka yang dikaitkan dengan sekelompok penyedia, misalnya, akan mengurangi biaya. Namun, seperti yang akan kita bahas di bawah, masalah terjadi bahkan dengan penyatuan seperti itu

dan dengan asuransi pada umumnya. Selain itu, pasien/konsumen mungkin tidak menginginkan seorang dokter, yang bagaimanapun juga agennya, terlalu terkait dengan biaya penyediaan pelayanan kesehatan. Tentu saja penyatuan risiko melalui pembayaran di muka tidak mengatasi potensi pelaksanaan kekuatan monopoli yang timbul dari dampak informasi. Solusi lain adalah mengalihkan sepenuhnya risiko dari pasien ke dokter dengan mengontrak berdasarkan pembayaran berdasarkan hasil. Sekali lagi, mengingat ketidakpastian efektivitas pelayanan medis, dokter mungkin memiliki keengganan untuk menanggung risiko ini.

Pemeriksaan asuransi yang lebih rinci berikut ini. Pada dasarnya masalahnya adalah bahwa asuransi yang ideal sulit untuk disediakan secara efisien. Mengingat hal ini, sektor telah merespons dengan menawarkan solusi kelembagaan yang menyediakan beberapa bentuk pengganti, di mana hubungan keagenan adalah salah satu yang lebih penting.

Masalah kontrak seperti itu diperparah oleh masalah transaksi yang terkait dengan pertukaran angka kecil. Dimana pertukaran terbatas pada lingkungan yang terbatas pada sejumlah kecil pelaku transaksi, sumber daya yang cukup besar dapat dikeluarkan untuk mencoba menyepakati harga kliring (pasar), masalahnya adalah bahwa tekanan persaingan tidak berlaku, dan ini mengarah pada inefisiensi pasar (Arrow, 1969). Tidak mengherankan jika pertukaran angka kecil ketika digabungkan dengan dampak informasi meningkatkan potensi perilaku oportunistik.

Maka akan tampak bahwa semua kondisi yang dinyatakan Williamson (1975) dapat menyebabkan kegagalan pasar relevan sampai tingkat tertentu, dan cukup sering sampai tingkat tertentu, dalam analisis penyediaan layanan kesehatan. Mengingat hal ini tidak mengherankan bahwa ada kegagalan pasar di sektor ini. Masalah dasarnya adalah bahwa pasar tidak dapat secara efisien menangani pertukaran yang terkonsentrasi pada jangka pendek antara sejumlah kecil pelaku transaksi di mana informasi tentang sifat komoditas dan hasil yang diharapkan terpengaruh, di mana komoditas tersebut tidak dapat disubstitusikan dengan baik di seluruh dunia. konsumen dan di mana ada potensi masalah parah

yang berkaitan dengan ketidakpastian dan kompleksitas dalam pengambilan keputusan. Paling-paling, kondisi sudah matang untuk pelaksanaan kekuatan monopoli; paling buruk akan ada kegagalan total dalam alokasi jika ini diserahkan ke pasar. Maka tidak mengherankan bahwa berbagai struktur kelembagaan telah muncul yang berusaha untuk mengoreksi kegagalan pasar potensial dan aktual ini.

### **C. Komplikasi Lebih Lanjut dan Kegagalan Tambahan**

Untuk memperumit masalah, analisis penyediaan layanan kesehatan harus mencakup, seperti disinggung di atas, analisis asuransi. Tentu saja timbulnya penyakit tidak dapat diprediksi. Tetapi individu tidak hanya tidak yakin tentang waktu konsumsi pelayanan kesehatan masa depan mereka, mereka juga tidak yakin tentang bentuk dan akibatnya biaya konsumsi itu. Ketidakpastian tersebut menyebabkan kerugian kesejahteraan dan oleh karena itu individu mencari asuransi. Kesejahteraan kemudian meningkat dengan penyebaran risiko. Juga dikatakan bahwa asuransi dapat meningkatkan kesejahteraan dengan membebaskan konsumen dari kekhawatiran atas harga pelayanan kesehatan dan kendala pendapatan pada saat konsumsi ketika kemungkinan besar biaya yang terkait langsung dengan pengambilan keputusan, bahkan tanpa pertimbangan seperti itu, dalam hal apa pun. tinggi (Fuchs, 1979).

Dalam mempertimbangkan kerugian kesejahteraan yang terkait dengan menanggung risiko Arrow (1963) menunjukkan bahwa individu yang menghindari risiko akan menuntut pertanggung jawaban penuh jika asuransi tersedia dengan harga yang wajar secara aktuarial. Bahkan Arrow melangkah lebih jauh dengan menyatakan bahwa bahkan jika perusahaan asuransi menghindari risiko dan memuat premi untuk menutupi risikonya (yaitu premi ditetapkan pada tingkat yang lebih tinggi daripada nilai wajar aktuarial) asuransi akan tetap dibeli, asalkan pemuatan tidak dirasakan oleh individu terlalu tidak adil. Arrow melanjutkan dengan membahas kondisi di mana seseorang akan lebih memilih skema yang dapat dikurangkan atau coinsurance. Yang pertama lebih cocok untuk menutupi beban tinggi dan yang terakhir untuk menutupi segala ketidakpastian yang terkait dengan risiko yang diasuransikan.

Dalam kebanyakan keadaan maka permintaan akan pelayanan kesehatan harus mengarah pada permintaan akan asuransi kesehatan. Jika utilitas secara positif terkait dengan pendapatan dan biaya pelayanan kesehatan dipandang sebagai pengurang dari pendapatan itu, individu yang menghindari risiko cenderung membeli lebih banyak asuransi karena risikonya meningkat. Memang juga dikatakan bahwa, *ceteris paribus*, peristiwa yang memiliki probabilitas kejadian rendah tetapi kerugian terkait yang tinggi, seperti pelayanan di rumah sakit, lebih mungkin untuk diasuransikan daripada peristiwa yang memiliki risiko kejadian tinggi tetapi kerugian rendah, seperti sebagai pemeriksaan (Hershey et al., 1984; Phelps, 1983).

Namun, sejumlah masalah menghalangi keberadaan pasar asuransi yang ideal. Misalnya bahaya moral dapat terjadi, dengan individu yang diasuransikan memiliki sedikit insentif untuk membatasi tingkat konsumsi mereka ke tingkat yang akan berlaku jika mereka menghadapi biaya konsumsi penuh. Hal ini selanjutnya meningkatkan kerugian yang diharapkan untuk diasuransikan, masalah esensial adalah efek asuransi terhadap insentif. Dapat dikatakan bahwa hubungan antara dokter dan pasien membatasi tingkat bahaya moral karena perilaku profesional dokter berarti bahwa ia bertindak, sampai tingkat tertentu, sebagai agen pengendali bagi perusahaan asuransi. Dengan kata lain, dokter hanya akan memberikan tingkat pelayanan yang benar-benar diperlukan. Sejauh moral hazard tetap menjadi masalah, perusahaan asuransi dapat mencoba, seperti yang kita lihat, untuk melakukan kontrol dengan memperkenalkan ketentuan coinsurance. Jadi beberapa biaya pelayanan kesehatan dapat dialihkan kembali ke konsumen. Arrow juga menunjukkan bahwa adanya moral hazard dapat dikaitkan dengan asuransi yang menghapus insentif untuk mencari pelayanan kesehatan dengan harga terendah. Jadi kekuatan pasar yang kompetitif dihalangi oleh moral hazard dan 'kekuatan pasar, oleh karena itu, cenderung digantikan oleh kontrol institusional langsung'.

Ada sejumlah masalah tambahan yang menghambat operasi yang efisien dari pasar asuransi. Biaya operasional perusahaan asuransi mungkin menunjukkan skala pengembalian yang meningkat. Jelas karena asuransi melibatkan penyebaran

risiko, ada karakteristik inheren yang cocok untuk skala ekonomi seperti itu. Hal ini biasanya diasumsikan bahwa ekonomi tersebut substansial meskipun sedikit bukti empiris yang ada (Arrow, 1963; Evans, 1984). Argumen dapat diajukan untuk penyediaan publik asuransi pelayanan kesehatan, dengan asumsi bahwa ekonomi tersebut besar dan atas dasar argumen kesejahteraan standar melawan monopoli. Jika kekuatan monopoli berlebihan di sektor asuransi swasta, ini mungkin berarti beban premi yang tinggi yang akan mengakibatkan beberapa individu tidak menanggung risiko yang terkait dengan biaya pelayanan kesehatan. Dengan kata lain, adanya skala ekonomi dapat mengakibatkan kegagalan pasar melalui kegagalan beberapa individu memastikan bahwa mereka memiliki cakupan asuransi yang memadai.

Masalah lebih lanjut dengan asuransi swasta adalah seleksi yang merugikan. Hal ini muncul ketika terjadi asimetri informasi antara pihak-pihak yang terlibat dalam kontrak asuransi. Secara khusus, individu mungkin memiliki lebih banyak informasi tentang status kesehatan yang diharapkan daripada penjual asuransi. Pentingnya seleksi yang merugikan berasal dari fakta bahwa manfaat kesejahteraan asuransi tergantung pada kemampuan untuk membedakan antara kelas risiko yang berbeda, hasilnya adalah bahwa kelompok-kelompok yang menghadapi risiko penyakit yang lebih tinggi harus membayar premi yang lebih tinggi. Jika ini tidak terjadi, (dan jika seleksi yang merugikan menjadi masalah, hal itu tidak akan terjadi), akan ada kerugian kesejahteraan. Dengan demikian, seleksi yang merugikan mempengaruhi pengumpulan risiko sehingga pihak-pihak yang berisiko tinggi membayar premi bersubsidi, dengan konsekuensi redistribusi yang dihasilkan. Pada akhirnya, seleksi yang merugikan dapat menyebabkan kesenjangan dalam cakupan asuransi, karena persaingan di antara perusahaan asuransi menyebabkan kelompok berisiko tinggi menjadi yang pertama dibedakan dan kedua dihilangkan dari pertanggunggunaan. Tentu saja karena jumlah pengumpulan risiko berkurang dan sebagai konsekuensinya, risiko yang ditanggung meningkat, premi akan naik dan beberapa individu memang akan dikeluarkan dari pasar. Orang yang sakit kronis dan lanjut usia adalah contoh paling jelas dari individu yang mungkin merasa sulit untuk mendapatkan

perlindungan asuransi. Sekali lagi hanya sedikit bukti empiris yang tersedia tentang efek seleksi yang merugikan terhadap penyediaan asuransi kesehatan. Meskipun dapat dicatat bahwa cakupan di sektor pelayanan kesehatan swasta, untuk alasan apapun, masih jauh dari universal.

Komplikasi lebih lanjut adalah adanya kecenderungan untuk menyamakan risiko di pasar asuransi kesehatan. pelayanan kesehatan adalah komoditas yang sangat heterogen dan, oleh karena itu, potensi biaya yang ditanggung oleh asuransi mencakup spektrum yang luas. Dalam kondisi kompetitif, premi akan disesuaikan dengan risiko. Namun, pada kenyataannya risiko yang tidak setara cenderung dikumpulkan sehingga kekayaan didistribusikan kembali, *ex ante*, dari individu berisiko rendah ke individu berisiko tinggi. Tidak hanya ini lebih mudah untuk dikelola oleh perusahaan asuransi, biaya tersebut dibebankan kepada konsumen dalam bentuk premi yang lebih tinggi dari yang wajar secara aktuarial untuk pertanggungansian berisiko rendah. Sebagai konsekuensi dari tidak sepenuhnya membedakan antara risiko, kesejahteraan sosial, sampai batas tertentu, berkurang. Selain itu, hal ini dapat menyebabkan kerugian kesejahteraan lebih lanjut dalam bentuk kesenjangan dalam cakupan jika beban pada individu berisiko rendah, menurut pikiran mereka, menjadi sangat tinggi.

Semua masalah ini mengakibatkan kegagalan pasar asuransi untuk memberikan solusi yang efisien, baik karena perubahan struktur insentif atau melalui penerapan kekuatan monopoli yang menyebabkan beban premi dan/atau kesenjangan cakupan yang tidak dapat diterima. Di atas semua ini, heterogenitas komoditas pelayanan kesehatan mengarah pada kecenderungan untuk menyamakan risiko, yang pada gilirannya menghasilkan, seperti dibahas di atas, dalam efek redistribusi dan hilangnya kesejahteraan berikutnya. Oleh karena itu, pasar gagal menawarkan asuransi komprehensif kepada individu terhadap risiko timbulnya biaya pelayanan kesehatan yang terkait dengan kemungkinan terjadinya banyak penyakit. Tidak mengherankan alternatif untuk penyediaan pasar telah muncul. Jadi analisis asuransi kesehatan membawa seseorang pada kesimpulan, yang pertama kali dikemukakan oleh Arrow, 'bahwa kegagalan pasar untuk



mengasuransikan terhadap ketidakpastian telah menciptakan banyak institusi sosial di mana asumsi pasar yang biasa sampai batas tertentu bertentangan'.

Ketidakpastian yang terkait dengan biaya pelayanan kesehatan mendorong tidak hanya analisis asuransi kesehatan dan masalah kesediaan untuk membayar. Juga penting adalah masalah yang terkait dengan fungsi utilitas yang saling bergantung dan kemampuan untuk membayar. Kami mencatat sebelumnya bahwa pasar bergantung pada kemampuan konsumen untuk membayar untuk bertindak sebagai mekanisme untuk mendistribusikan barang dan jasa. Kemampuan ini tidak mungkin berkorelasi positif dengan kebutuhan medis. Jelas jika kendala pendapatan yang parah konsumen mungkin tidak mampu membayar, sebagaimana dan bila perlu, untuk beberapa pelayanan. Sistem alokasi pasar akan beroperasi seolah-olah mereka telah memberikan penilaian yang sangat rendah pada perlakuan ini. Permintaan efektif dan, ceteris paribus, produksi akan menjadi bias terhadap layanan yang disukai oleh mereka yang pendapatannya tidak dibatasi. Meskipun ini adalah fitur dari semua sistem alokasi pasar, dengan pertimbangan utilitas antarpribadi pelayanan kesehatan tampaknya sangat penting sehingga beberapa penyesuaian terhadap penyediaan pasar diperlukan. Banyak individu tampaknya khawatir tentang kesetaraan dalam pelayanan kesehatan. Tentu saja jika pertimbangan utilitas interpersonal diperlakukan sebagai eksternalitas atau jika individu bersedia berkomitmen untuk menutupi biaya penyediaan pelayanan kesehatan dari mereka yang membutuhkan yang tidak dapat memenuhi biaya tersebut, penyediaan pasar akan menjadi tidak efisien sejauh tidak memperhitungkan perilaku tersebut.

Dapat dikatakan bahwa pertimbangan utilitas antarpribadi dapat dikurangi melalui pembayaran subsidi pendapatan, pada dasarnya melalui peningkatan kemampuan untuk membayar. Argumen semacam itu mengabaikan kegagalan mendasar pasar untuk menyediakan pelayanan kesehatan secara efisien. Waktu konsumsi pelayanan kesehatan tidak pasti. Hal ini dapat menyebabkan perlindungan asuransi yang dicari, namun seperti yang telah kita lihat pasar tersebut mungkin tidak beroperasi secara efisien. Terlebih lagi jika individu yang disubsidi harus membelanjakan subsidi pendapatan untuk barang-barang yang

tidak meningkatkan kesehatan (atau secara tidak efisien berkaitan dengan barang-barang yang meningkatkan kesehatan) dan masih membutuhkan pelayanan kesehatan di kemudian hari, keberadaan masalah utilitas interpersonal yang terus berlanjut dapat mengakibatkan masalah lebih lanjut. alokasi sumber daya yang ditujukan untuk pelayanan kesehatan individu tersebut. Inefisiensi seperti itu akan muncul karena subsidi pendapatan tidak netral dalam efek alokasinya.

#### **D. Penerimaan dan Tanggapan: Pertimbangan Struktural**

Kemudian akan muncul potensi kegagalan pasar yang substansial di sektor pelayanan kesehatan. Sangat tidak mungkin bahwa pasien kecelakaan dan pelayanan darurat di rumah sakit ingin mengumpulkan semua informasi yang diperlukan untuk mengevaluasi hubungan antara pelayanan kesehatan dan status kesehatan, mencari tahu permintaannya akan komoditas (mungkin berdasarkan informasi yang diberikan oleh penyedia), membandingkan kesediaannya untuk membayar dengan harga pasar (jika ada) dan kemudian memutuskan apakah akan menerima atau menolak jasa yang ditawarkan. Meskipun ini mungkin merupakan contoh ekstrem, tidak mungkin rangkaian kejadian ini akan efisien untuk pelayanan kesehatan secara umum

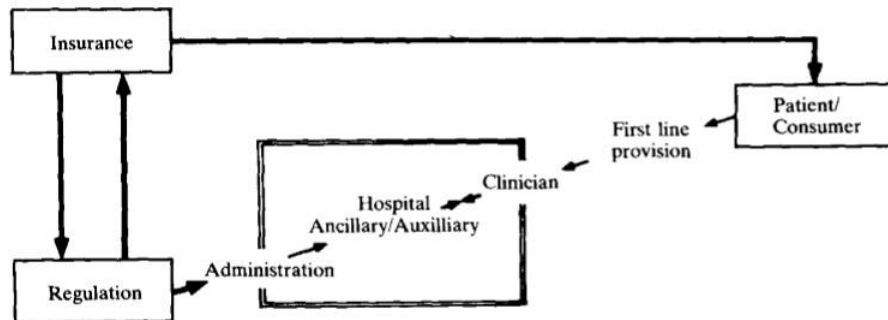
Jika, sebagai akibat dari biaya transaksi yang besar dan sifat tidak dapat dipasarkan, pelayanan kesehatan tidak dapat disediakan secara efisien oleh pasar, penting untuk menanyakan alternatif apa yang tersedia. Paling luas ini bergantung pada upaya untuk menginternalisasi transaksi dan menawarkan pengganti institusional. Oleh karena itu, kami dapat menganggap hubungan agensi sebagai upaya untuk menginternalisasi transaksi. Mengingat menonjolnya ketidakpastian dan kompleksitas dalam sejumlah besar transaksi di sektor ini, dan kemungkinan adanya rasionalitas terbatas, kombinasi layanan yang akan diberikan akan dicapai melalui proses pengambilan keputusan berurutan yang ditentukan oleh penyedia/agen. Jika solusi pasar diupayakan, jika ini mungkin, kontrak pasar spot akan menjadi norma. Efek dari ketidakpastian dan/atau kompleksitas, ditambah dengan rasionalitas terbatas, adalah bahwa proses transaksi akan dicirikan oleh rekontrak substansial. Namun, mengingat masalah yang dibebankan pada pasar

oleh dampak informasi dan tawar-menawar dalam jumlah kecil, kemungkinan pertukaran pasar akan mahal. Dengan demikian hubungan keagenan dapat dilihat sebagai contoh integrasi vertikal dalam upaya untuk menginternalisasi biaya transaksi. penyedia pelayanan kesehatan berintegrasi ke depan ke dalam proses pengambilan keputusan konsumsi untuk mengurangi biaya transaksi.

Integrasi vertikal di sektor ini juga dapat dilihat sebagai reaksi terhadap saling ketergantungan teknologi. Pelayanan kesehatan hanyalah salah satu input dalam produksi kesehatan. Ketika konsumsi individu meningkat, proses produksi cenderung menjadi semakin kompleks. Namun, pelayanan kesehatan pada dasarnya melengkapi input lain yang digunakan dalam produksi kesehatan dan harus dilihat sebagai bagian dari proses aliran daripada produksi komponen yang terpisah. Dengan kata lain, kondisi yang diperlukan untuk integrasi vertikal hadir di sektor ini. Memang integrasi vertikal dari proses pelayanan kesehatan adalah apa yang tampaknya telah terjadi, melalui adaptasi struktural, di semua negara maju. Namun, fakta bahwa produksi kesehatan melibatkan, secara integral, kehadiran konsumen (dokter tidak dapat melakukan tonsilektomi, misalnya, tanpa kehadiran pasien) berarti produksi tidak pernah dapat sepenuhnya terintegrasi. Terlebih lagi dalam keadaan tertentu, misalnya, di mana produksi terbatas pada kunjungan GP sehingga hanya sebagian dari proses produksi yang diperlukan dan biaya transaksi rendah, integrasi penuh tidak selalu diperlukan.

Hubungan agensi (non-pasar) yang terjalin antara pasien dan dokter adalah fitur struktural utama dari sektor ini. Sebuah hubungan yang khas juga ada antara penyedia pelayanan kesehatan dan pemerintah di mana yang terakhir, setidaknya di banyak negara Eropa, menyediakan sumber daya keuangan sementara juga bertindak sebagai pengatur sektor ini. Bahkan di AS, sebagian besar pengeluaran pelayanan kesehatan disediakan melalui dana pemerintah dan sektor ini secara konsekuen diatur ke tingkat yang substansial. Namun secara bersamaan, pemerintah mendelegasikan sebagian besar peraturan kepada profesi medis yang menikmati tingkat 'pemerintahan sendiri' yang besar. Perilaku dan hak dokter untuk berpraktik ditentukan secara substansial oleh profesi medis. Keberadaan hubungan non-pasar ini, yang muncul langsung dari kegagalan pasar, jelas dan

memperkuat pentingnya menekankan perlunya analisis transaksional berbasis non-pasar.



**Gambar 20.** Struktur sektor pelayanan kesehatan

Sumber: Evans (1981)

Beberapa fitur penting mengenai struktur sektor ini, khususnya hubungan multilateral dan keputusan alokasi jangka pendek. Oleh karena itu tidak mengherankan bahwa, dalam menganalisis peran berbagai aktor dalam pelayanan kesehatan, kami menemukan konflik kepentingan yang timbul dari kepemilikan hak milik sehubungan dengan pemanfaatan sumber daya yang tersebar di berbagai aktor di sektor ini dan, yang penting, perbedaan periode waktu.

Pelaku utama dapat diidentifikasi dengan mengacu pada gambar. Sisi kiri diagram menunjukkan badan asuransi dan badan pengatur. Memang yang terakhir juga dapat diidentifikasi sebagai legislator, jika kita mengambil regulator berarti pemerintah. Badan-badan ini bergabung untuk bertindak sebagai pemegang anggaran di sektor pelayanan kesehatan. Dalam memainkan peran legislator, pemodal pihak ketiga, dan regulator, aktor-aktor ini menentukan jumlah sumber daya yang tersedia di sektor tersebut, misalnya, melalui penyedia sumber daya yang memungkinkan penyerapan tenaga kerja khusus dan sumber daya modal, serta, dalam beberapa kasus, bertindak sebagai pemilik de facto sumber daya pelayanan kesehatan. Dengan demikian badan-badan asuransi dan pengatur dapat mempengaruhi efisiensi ekonomi melalui peran mereka dalam menyediakan dana, mengendalikan tingkat kapasitas, menentukan tingkat kepegawaian, dll. Pengendalian ini, setidaknya sampai saat ini di sebagian besar negara, biasanya

telah dilaksanakan dalam periode jangka panjang, dengan badan-badan tersebut biasanya tidak peduli dengan masalah alokasi jangka pendek. Dalam hal badan pengatur mungkin bertindak untuk masyarakat luas, kita dapat berasumsi bahwa mereka berusaha untuk memaksimalkan kesejahteraan sosial yang diperoleh dari konsumsi pelayanan kesehatan.<sup>3</sup> Memang di beberapa negara, misalnya Inggris, asumsi ini berlaku untuk asuransi badan juga, karena pemerintah memiliki kontrol langsung atas fungsi ini.

Regulasi sektor ini semakin diperumit oleh fakta, yang disebutkan di atas, bahwa, meskipun badan pengatur dan legislatif memiliki kendali substansial atas pelayanan kesehatan, sebuah delegasi penting dari pemerintahan sendiri telah diberikan kepada dokter. Sebagai Evans (1981) menunjukkan, setiap perilaku penyedia individu diatur oleh profesi medis kolektif. Dengan demikian dokter tidak hanya memiliki kepemilikan hak milik yang kuat dalam proses konsumsi (sebagai konsumen/agen pasien) dan dalam proses produksi (melalui spesifikasi pengobatan), kepemilikan hak milik ini sangat dilindungi melalui pendelegasian pemerintahan sendiri. Sementara dokter memperhatikan input, itu adalah penggunaannya daripada biayanya yang paling dia perhatikan, dan perilakunya diatur oleh profesi medis sesuai dengan itu. Seperti yang telah kita lihat, pengetahuan tentang hubungan antara pelayanan kesehatan dan status kesehatan memungkinkan dokter untuk membuat penilaian tentang efektivitas produksi kesehatan, dan oleh karena itu jumlah sumber daya yang dibutuhkan dalam pengobatan. Belum tentu ada kepentingan dalam biaya sumber daya ini. Memang hak untuk mengatur diri sendiri yang dipegang oleh profesi medis dapat dilihat sebagai memperkuat peran agensi dari dokter individu, sebanyak mereka berfungsi untuk memisahkan perilaku dan kinerja medis dari implikasi sumber daya.

#### **E. Pentingnya Perilaku Etis**

Setelah membahas konsekuensi dari kegagalan pasar dalam pelayanan kesehatan sehubungan dengan struktur sektor itu, sekarang kita memeriksa perilaku dengan penekanan sekali lagi ditempatkan pada dokter. Perannya

kompleks karena ia bertindak, secara bersamaan, di kedua sisi sektor pelayanan kesehatan. Sementara bertindak sebagai agen bagi pasien dalam proses pemanfaatan pengobatan, ia juga terlibat dalam spesifikasi penyediaan pengobatan. Disimpulkan bahwa permintaan, seperti yang didefinisikan secara konvensional, seringkali memiliki sedikit arti dan bahwa pemanfaatan, berdasarkan keputusan yang diambil bersama oleh konsumen dan produsen, seringkali lebih penting. Dengan kata lain, kendala permintaan atas penyedia seringkali tidak efektif.

Hubungan agensi merupakan pusat pemahaman tentang pentingnya perilaku etis yang bertindak sebagai kendala. Sebagian karena kurangnya informasi dan biaya yang terkait dalam memperoleh informasi tersebut, tetapi juga karena fakta bahwa konsumen mungkin sebenarnya ingin gagal dalam proses pengambilan keputusan, hubungan agensi dimasukkan sebagai respons institusional langsung terhadap kegagalan pasar. Namun, *ex ante* karena kurangnya informasi, konsumen tidak dapat mengevaluasi kinerja hubungan ini. Etika medis mendukung hubungan ini, memberikan jaminan bahwa dokter akan berusaha melakukan yang terbaik untuk pasien secara individu.

Dalam konteks ini Harris (1977) dalam membahas sektor rumah sakit AS menyatakan bahwa 'salah satu fungsi sistem *fee-for-service* adalah untuk menutup ikatan etis antara dokter dan pasien'. Ini mungkin tampak agak aneh pada pandangan pertama, tetapi mengingat struktur AS, di mana dokter dipekerjakan oleh pasien dan bukan pegawai rumah sakit, itu masuk akal. Pemisahan biaya dokter dari rumah sakit adalah cara untuk menjaga dokter terpisah dari konsekuensi penuh implikasi alokasi sumber daya dari menentukan pengobatan. Proses ini, pada dasarnya, membantu untuk mengkonfirmasi dan memperjelas distribusi kepemilikan hak milik antara dokter, pasien dan rumah sakit.

Pemisahan pertimbangan medis dan ekonomi yang mendasari hubungan non-pasar ini selanjutnya didukung oleh keterlibatan pihak ketiga dari badan asuransi kesehatan. Mekanisme pembayaran ini juga membantu menghilangkan aspek harga-tukar-sumber daya dari hubungan dokter-pasien. Hasil dari transaksi institusional ini adalah bahwa, tidak seperti sektor ekonomi lainnya, ada sedikit, dan bahkan dalam beberapa kasus, tidak ada analisis biaya produksi oleh orang

yang menentukan tingkat produksi (pelayanan), yaitu dokter. Pertimbangan seperti itu diserahkan, setidaknya secara formal, kepada administrator dan, pada akhirnya, politisi. Dengan kata lain, ada hambatan struktural yang kuat yang memisahkan dokter dari pertimbangan alokasi sumber daya.

Ini mungkin tampak aneh, tetapi refleksi atas argumen sebelumnya akan membantu pemahaman. Konsumen/pasien peduli dengan status kesehatan, namun karena kesehatan tidak dapat diperjualbelikan, maka dokter hanya dapat memberikan pelayanan kesehatan. Dokter bertindak baik sebagai penyedia maupun sebagai agen bagi konsumen. Dalam menerima peran agen, dokter tidak hanya memperoleh kepemilikan hak milik dalam fungsi konsumsi tetapi mungkin juga harus menerima tanggung jawab atas risiko yang terkait dengan hasil. Penahanan risiko ini akan bervariasi di seluruh pengaturan individu baik dalam hal sifat medis kasus dan sehubungan dengan kesediaan pasien untuk gagal dalam pengambilan keputusan. Harris (1977), dalam menganalisis pelayanan rumah sakit akut (pada dasarnya keadaan di mana pasien bahkan mungkin tidak memiliki kesempatan atau pilihan untuk gagal), menyatakan bahwa dokter menerima 'beban moral tanggung jawab akhir untuk hasil kasus'.

Pada saat yang sama untuk mendukung hubungan agensi, kode etik medis memungkinkan dokter individu untuk mengetahui bahwa mereka telah bertindak secara luas seperti yang akan dilakukan rekan-rekan mereka. Sebenarnya hal ini tidak mengurangi risiko yang ditanggung oleh dokter, tetapi hal ini memengaruhi biaya yang dirasakannya untuk melakukannya. Dengan kata lain, tidak dapat dialihkannya risiko yang dipegang oleh dokter kepada pelaku lain dalam proses produksi dapat berarti bahwa etika kedokteran bertindak sebagai pengganti pembagian risiko.

Etika kedokteran, jika dilihat dari perspektif profesi secara keseluruhan, oleh karena itu, dapat dilihat sebagai mekanisme pengaturan diri. Dalam pengertian ini kode etik medis membantu pandangan *ex ante* mengenai kinerja dengan mengurangi varians hasil medis. Agaknya kode etik medis dan hak untuk mengatur diri sendiri adalah bentuk pengusiran perdukunan!

Kemudian ada berbagai dimensi etika kedokteran. Pertama dan terutama mereka mendukung hubungan non-pasar, khususnya hubungan keagenan dan hak profesi medis untuk mengatur diri sendiri. Mereka juga merupakan respons terhadap kemampuan pasar mengatur diri sendiri. Luasnya kegagalan pasar di sektor ini berarti diperlukan beberapa bentuk regulasi institusi yang menggantikan transaksi pasar. Fakta bahwa peraturan tersebut didasarkan pada pemisahan perilaku medis dari perilaku ekonomi merupakan konsekuensi dari dominasi ketidakpastian, risiko dan kompleksitas dalam pelayanan kesehatan. Ketidacukupan informasi konsumen dan biaya yang terkait dengan konsumsi pelayanan kesehatan sangat membatasi *caveat emptor*. Respon institusional, dalam bentuk hubungan keagenan, melibatkan pengalihan risiko ini kepada penyedia/agen. Peran perbaikan (yang dirasakan) yang dimiliki oleh kode etik medis dan perilaku medis konvensional terhadap risiko yang ditanggung oleh dokter ini adalah respon institusional langsung terhadap penanganan ketidakpastian. Selanjutnya integrasi kepentingan penyedia dan konsumen melalui hubungan keagenan meningkatkan pentingnya utilitas proses yang terkait dengan transaksi di sektor ini, dengan kata lain 'atmosfer' seperti yang dikatakan Williamson (1975). Mengingat potensi eksploitasi ekonomi yang dimungkinkan oleh keberadaan dampak informasi, di sektor ini, mungkin tidak mengherankan bahwa perilaku profesional diatur dengan pertimbangan medis daripada pertimbangan ekonomi.

Akibatnya, perilaku medis, yang menentukan sifat proses produksi pelayanan kesehatan, memiliki sedikit perhatian dengan implikasi sumber daya dari proses itu. Selain itu, mengingat dominasi kebutuhan individu dalam mendikte etika dan perilaku medis, kami menemukan bahwa sebagian besar praktik medis secara khusus diarahkan untuk transaksi individu (unik), daripada, misalnya, pengobatan berbasis komunitas preventif. *Opportunity cost* memiliki arti yang kecil bagi tindakan medis. Efek pembatas yang dimiliki etika kedokteran terhadap perilaku, dan, oleh karena itu, alokasi sumber daya di sektor pelayanan kesehatan, semakin diperkuat oleh struktur itu sendiri. Sejumlah keputusan produksi/konsumsi penting harus dibuat dan struktur desentralisasi yang



dihasilkan dari sektor pelayanan kesehatan berfungsi untuk menambah peran etika medis.

## **F. Rangkuman**

1. Pasar memastikan distribusi barang dan jasa yang teratur, berdasarkan refleksi dari distribusi kekayaan yang mendasarinya. Pada harga pasar tertentu, konsumen akan membeli unit tambahan barang di mana, dengan asumsi kemampuan untuk membayar, penilaian mereka atas unit tambahan ini tercermin dalam kesediaan mereka untuk membayar barang tersebut.
2. Akibat dari biaya transaksi yang besar dan sifat tidak dapat dipasarkan, pelayanan kesehatan tidak dapat disediakan secara efisien oleh pasar, penting untuk menanyakan alternatif apa yang tersedia. Efek dari ketidakpastian dan/atau kompleksitas, ditambah dengan rasionalitas terbatas, adalah bahwa proses transaksi akan dicirikan oleh rekontrak substansial.

## **G. Daftar Pustaka**

- Arrow, K.J. (1963), 'Uncertainty and the welfare economics of medical care', *American Economic Review*, vol. 53, pp. 941–73, reprinted in Cooper, M.H. and Culyer, A.J. (eds) (1983), *Health Economics, Selected Readings*, Harmondsworth, Penguin.
- Evans, R.G. (1981), 'Incomplete vertical integration: the distinctive structure of the healthcare industry', in van der Gaag, J. and Perlman, M. (eds), *Health, Economics and Health Economics*, Amsterdam, North Holland.
- Evans, R.G. (1984), *Strained Mercy: The Economics of Canadian Health Care*, Toronto, Butterworths.
- Fuchs, V.R. (1979), 'Economics, health and post-industrial society', *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 57, pp. 153–82.
- Harris, J.E. (1977), 'The internal organisation of hospitals: some economic implications', *The Bell Journal of Economics*, vol. 8, pp. 467–82.

- Hershey, J.C., Kunreuther, H., Schwartz, S. and Williams, S. (1984), 'Health insurance and competition: would people choose what is expected?', *Inquiry*, vol. 21, pp. 349–60.
- Phelps, C.E. (1983), *Taxing Health Insurance: How Much Is Enough?*, Report P-6915, Santa Monica, RAND Corporation.
- Williamson, O.E. (1973), 'Markets and hierarchies: some elementary considerations', *American Economic Review*, vol. 63, pp. 316–25.
- Williamson, O.E. (1975), *Markets and Hierarchies: Analysis and AntiTrust Implications*, New York, Free Press.

## **H. Latihan**

1. Apa yang anda pahami mengenai hubungan agensi?
2. Mengapa etika medis penting dalam pasar pelayanan kesehatan?

## **I. Umpan Balik**

1. Hubungan agensi merupakan pusat pemahaman tentang pentingnya perilaku etis yang bertindak sebagai kendala. Sebagian karena kurangnya informasi dan biaya yang terkait dalam memperoleh informasi tersebut, tetapi juga karena fakta bahwa konsumen mungkin sebenarnya ingin gagal dalam proses pengambilan keputusan, hubungan agensi dimasukkan sebagai respons institusional langsung terhadap kegagalan pasar.
2. Etika medis mendukung hubungan penyedia layanan dengan pengguna. Etika memberikan jaminan bahwa dokter akan berusaha melakukan yang terbaik untuk pasien secara individu.

## INDEKS

- Agensi, 5, 33, 39, 41, 42, 50, 69, 71, 73, 132, 135, 140, 157, 162, 164, 178, 187, 188, 190, 191, 192
- Asuransi, 4, 6, 7, 36, 44, 45, 77, 80, 97, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 127, 130, 131, 158, 163, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 189, 192, 196, 197
- Asuransi tradisional, 6
- Elastisitas, 5, 53, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 84, 91, 92, 123, 124, 125, 127, 128, 129, 130, 164, 166, 167, 168, 171, 172
- Harapan hidup, 10, 11, 14, 18, 20, 28, 29, 30
- Informasi, 42, 43, 64, 132, 157
- Komoditas ekonomi, 3, 31
- Konsumen, 2, 3, 4, 5, 19, 32, 34, 35, 36, 38, 39, 40, 46, 49, 57, 64, 65, 66, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 77, 78, 81, 82, 83, 84, 86, 92, 98, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 109, 110, 111, 112, 114, 115, 116, 118, 119, 120, 121, 123, 126, 128, 130, 132, 150, 158, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 170, 171, 173, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 185, 186, 188, 190, 191, 192, 193, 197
- Konsumen, 4, 7, 65, 73, 82, 102, 165, 177, 192
- Kualitas hidup, 11, 20, 26, 28, 30, 94, 127, 142
- Managed care coverage.*, 6
- Opportunity cost*, 1
- Pasar, 2, 4, 5, 6, 32, 33, 40, 47, 49, 50, 54, 64, 68, 77, 80, 85, 86, 88, 91, 95, 101, 108, 109, 112, 113, 116, 120, 121, 128, 132, 133, 134, 135, 136, 138, 141, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 166, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 191, 193, 197
- penyedia, 5, 39, 65, 68, 69, 70, 71, 73, 74, 75, 77, 78, 79, 80, 81, 98, 133, 136, 156, 161, 162, 163, 166, 169, 171, 173, 178, 180, 187, 188, 192, 193
- Penawaran, 32, 39, 41, 64, 67, 68, 76, 78, 80, 133, 136, 162, 166, 173, 175, 176
- Pengukuran kesehatan, 11, 21, 26
- Permintaan, 2, 3, 5, 14, 19, 32, 33, 34, 37, 39, 40, 41, 48, 50, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 71, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 88, 89, 90, 91, 92, 94, 95, 96, 97, 98, 100, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 135, 136, 137, 138, 151, 154, 156, 157, 162, 163, 165, 166, 167, 168, 171, 172, 173, 176, 177, 178, 183, 191, 197
- Preventif, 3, 19, 193
- Produksi, 1, 3, 5, 13, 44, 53, 69, 71, 72, 82, 83, 84, 85, 86, 89, 91, 92, 100, 113, 116, 119, 121, 131, 150, 153, 154, 161, 171, 175, 179, 180, 186, 188, 190, 192, 193, 194
- Sosial-politik, 2
- Supplier-induced demand*, 75, 98

## **GLOSSARIUM**

### **Agen**

Perusahaan perdagangan nasional yang bertindak sebagai perantara untuk dan atas nama prinsipal berdasarkan perjanjian untuk melakukan pemasaran tanpa melakukan pemindahan hak atas fisik barang dan/atau jasa yang dimiliki/dikuasai oleh prinsipal yang menunjuknya

### ***Aksioma***

Postulat atau asumsi adalah pernyataan yang berfungsi sebagai premis atau titik awal untuk alasan dan argumen lebih lanjut.

### **Asuransi**

Sebuah perjanjian antara dua orang atau lebih di mana pihak bertanggung membayarkan iuran/kontribusi/premi untuk mendapat penggantian atas risiko kerugian, kerusakan, atau kehilangan, yang dapat terjadi akibat peristiwa yang tidak terduga.

### **Ekonomi *neoklasik***

Teori luas yang berfokus pada penawaran dan permintaan sebagai kekuatan pendorong di balik produksi

### **Elastisitas**

Respon jumlah barang yang diminta dan ditawarkan terhadap perubahan harga

### **Komoditas**

Sesuatu benda nyata yang relatif mudah diperdagangkan, dapat diserahkan secara fisik, dapat disimpan untuk suatu jangka waktu tertentu dan dapat dipertukarkan dengan produk lainnya dengan jenis yang sama, yang biasanya dapat dibeli atau dijual oleh investor melalui bursa berjangka.

### ***Opportunity Cost***

Atau biaya peluang adalah biaya yang timbul akibat hilangnya kesempatan dari pemenuhan suatu kebutuhan lain.

### **Penyedia**

Pihak perorangan atau perusahaan yang memasok atau menjual bahan mentah ke pihak lain, baik itu ke perorangan atau perusahaan agar bisa dijadikan produk barang atau jasa yang matang.

### **Penawaran**

Hubungan antara harga dengan kuantitas untuk setiap unit waktu yang akan dijual oleh penjual.

### **Permintaan**

Suatu proses dalam meminta sesuatu atau sejumlah barang yang dibeli atau diminta pada suatu harga dan waktu tertentu.

### **BPJS Kesehatan**

Administrator dari jaminan kesehatan nasional yang mengumpulkan kontribusi dari pemerintah, perusahaan swasta, dan rumah tangga menjadi satu kumpulan nasional dan membeli layanan kesehatan dari penyedia publik dan swasta.

### ***Diagnostic Related Group***

Cara pembayaran dengan biaya satuan per diagnosis

### **Efisiensi**

Kemampuan mencapai target dengan baik dan tepat dengan tidak membuang waktu, tenaga, biaya

**Efektif**

Dapat membawa hasil; berhasil guna

**Ekuitas**

Kondisi/keadaan yang adil, tidak parsial dan fair

***Fee for services***

Metode pembayaran jasa ditetapkan setelah pelayanan kesehatan yang diberikan

**Flat rate**

Besaran biaya per-episode ketika sakit bersifat tetap

**Inflasi**

Kemerosotan nilai uang karena banyaknya dan cepatnya uang beredar sehingga menyebabkan naiknya harga barang-barang

**Kapitasi**

Imbalan jasa yang diberikan berdasarkan pada jumlah jiwa atau kapita yang dilayani

**Out of pocket**

Besaran dana yang digunakan oleh pemakai jasa pelayanan kesehatan berasal dari kantong pribadi individu disebut dengan

**Universal Health coverage**

Upaya dalam memastikan agar semua orang dapat menggunakan layanan kesehatan promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan paliatif yang dibutuhkan dan layanan cukup berkualitas sehingga efektif

**Missing middle**

Jumlah orang yang sedikit terdaftar di UHC dengan kuintil kekayaan Q2 - Q3 dibandingkan di kuintil lainnya

**Pengeluaran katastropik kesehatan**

Pengeluaran medis dari rumah tangga melebihi 40% dari total pengeluaran rumah tangga

