



**PROGRAM STUDI
KESEHATAN MASYARAKAT
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN INDONESIA MAJU**

**Seri Bahan Pendidikan PS SKM STIKIM
2021/2022**

**SKM23028
EKONOMI KESEHATAN**

**Penyusun :
Rahma Yeni, SKM, MKM**

PROGRAM STUDI
SARJANA KESEHATAN MASYARAKAT
SEKOLAH TINGGI ILMU KESEHATAN INDONESIA MAJU

EKONOMI KESEHATAN

SEMESTER GANJIL – TAHUN AKADEMIK 2021/2022

Penanggung Jawab :
Rahma Yeni, SKM, MKM

Tujuan Instruksional :

Mahasiswa mendapatkan pengetahuan mendalam (*in-depth knowledge*) tentang konsep, metode dan aplikasi ilmu ekonomi dalam bidang kesehatan.

Metode :

Tugas baca, diskusi kelas dan kelompok, dan tugas perorangan.

Evaluasi :

Kehadiran Minimal	5 %
Ujian Tengah Semester	25 %
Ujian Akhir Semester	35 %
Tugas Individu	10 %
Tugas Kelompok	15 %
Quis	10 %

DAFTAR ISI

Topik 1	Pendahuluan
Topik 2	Konsep Dasar Ekonomi dan Ekonomi Kesehatan
Topik 3	Peran Ekonomi Kesehatan dan Faktor yang Berpengaruh
Topik 4	<i>Demand, Supply</i> dan Elastisitas
Topik 5	Konsep <i>Demand</i> dan <i>Supply</i> Pelayanan Kesehatan
Topik 6	Pasar Pelayanan Kesehatan
Topik 7	Pembiayaan Kesehatan
Topik 8	Evaluasi Ekonomi Kesehatan
Topik 9	Pengendalian Biaya (<i>Cost Containment</i>) Layanan Kesehatan

TOPIK

1

PENDAHULUAN

Deskripsi MA

Mata kuliah ini membahas berbagai pengertian, konsep dan ruang ekonomi kesehatan konsep *demand, supply* dan elastisitas, mekanisme pasar pada pelayanan kesehatan, system kesehatan dan kaitan kesehatan dalam pembangunan ekonomi, pembiayaan kesehatan (*health account* dan asuransi kesehatan), teori dan konsep biaya (analisis biaya rumah sakit, *break even point* dan penetapan tarif pelayanan kesehatan, *cost containment*), teknik evaluasi pelayanan kesehatan (*cost benefit analysis* dan *cost effectiveness analysis*).

Tujuan

Umum :

Memahami konsep dasar ilmu ekonomi dan ekonomi kesehatan pada pelayanan kesehatan dan penerapannya.

Khusus :

1. Mengetahui dan memahami konsep dasar ilmu ekonomi, khususnya ilmu ekonomi mikro di pelayanan kesehatan
2. Mengetahui keterkaitan prinsip ilmu ekonomi dengan topik kesehatan
3. Mengetahui ciri unik penerapan ekonomi di pasar pelayanan kesehatan
4. Mengetahui dan memahami konsep pembiayaan dan analisis biaya RS berikut pentarifan dan analisis titik impas
5. Mengetahui dan memahami teknik evaluasi ekonomi kesehatan (*Cost Effectiveness Analysis dan Cost Benefit Analysis*)

Referensi :

1. Case, Karl E., Ray C. Fair, and Sharon M. Oster. 2012. Principles of Economics. 10th ed. Boston: Prentice Hall.
2. David Wonderling, Reinhold Gruen, dan Nick Black, Introduction to Health Economics, Open University Press, England, 2005
3. Perhimpunan Peminat Ekonomi Kesehatan Indonesia (PPEKI), Proceedings Lokakarya Ekonomi Kesehatan: Perumusan dan Aplikasi Ilmu Ekonomi Kesehatan di Indonesia, cimacan, 9-11 Oktober 1989.
4. Tjiptoherijanto P dan Soesetyo B. Ekonomi Kesehatan, Cetakan Kedua, Rineka Cipta Jakarta. 2008
5. Samuelson, Paul A., and William D. Nordhaus. 2010. Economics. 19th ed. Singapore: McGraw-Hill
6. Sukirno, S. 2001. Pengantar Teori Mikroekonomi, Edisi 3. PT. Raja Grafindo Jakarta
7. Anne Mills., Lucy Gilson. 1990. Ekonomi Kesehatan di Negara-negara Sedang Berkembang. Penerbit Dian Rakyat
8. Robert S, Pindyck, Daniel L. Rubinfeld, Microeconomics 5th Edition, alih Bahasa : Aldi Jenie dan Tanti Tarigan, PT. Indeks, Jakarta 2003
9. PS KARS UI. 1998. Ekonomi Layanan Kesehatan. Jakarta
10. Donaldson C, Gerard K., 1993. Economics of Healthcare Financing: The Visible hand. St.Martin's Press, New York
11. Sorkin A.L., 1984. Health Economics: An Introduction. Lexington Books

TOPIK

2

KONSEP DASAR EKONOMI DAN EKONOMI KESEHATAN

Ilmu Ekonomi

Ilmu ekonomi adalah ilmu yang berkaitan dengan segala bentuk kegiatan pemenuhan kebutuhan manusia.

Menurut Samueson (2010), ilmu ekonomi adalah sebagai studi yang mempelajari bagaimana manusia membuat pilihan dengan menggunakan sumber daya yang terbatas yang kemudian diolah lagi untuk menghasilkan berbagai jenis barang dan jasa untuk kemudian didistribusikan lagi ke pelbagai lapisan masyarakat.

Ilmu ekonomi merupakan ilmu bagaimana individu atau masyarakat, dengan atau tanpa uang menggunakan sumber daya yang terbatas dengan berbagai pilihan penggunaannya, untuk keperluan konsumsi saat ini atau dimasa mendatang.

Ilmu ekonomi mengkaji semua biaya dan manfaat dari perbaikan pola alokasi sumber daya manusia

Ekonomi Makro dan Mikro

Ilmu ekonomi sangat luas cakupannya, namun secara garis besar dibedakan atas :

1. **Makro Ekonomi**, berkaitan dengan analisis kegiatan perekonomian secara keseluruhan dan focus pada faktor-faktor yang mempengaruhi pendapatan nasional. Makro ekonomi juga berkaitan dengan analisis agregat, misalnya

pertumbuhan ekonomi, pengangguran, inflasi dan deflasi. Di sector kesehatan kajian yang berhubungan dengan pembangunan ekonomi termasuk mengenai fiscal dan moneter terhadap pembiayaan kesehatan, kebijakan kesehatan dan lain-lain.

Beberapa indicator dan istilah kunci yang dibahas dalam ekonomi makro misalnya : 1). *national income*, 2). *aggregate output*, 3). *gross domestic product (GDP)*, 4). *gross nasional product (GNP)*, 5). *intermediate good*, 6). *final good*, 7). *value added*, 8). *nominal recessions*, 9). *real GDP*, 10). *real GDP per Capita*, 11). *GDP growth*, 12). *Employement*, 13). *Unemployment*, 14). *labor force* , 15). *consumer price index*.

2. **Mikro Ekonomi**, merupakan sesuatu yang spesifik dan di definisikan sebagai bagian dari ilmu ekonomi yang menganalisis bagian-bagian kecil dari keseluruhan kegiatan perekonomian. Hal yang dianalisis adalah bagian dari system ekonomi, seperti 1). Interaksi produsen dan konsumen di pasar barang, 2). Perilaku konsumen dalam membeli barang dan jasa, 3). Demand, supply dan elastisitas,, 4). Ciri kegiatan di pasar produksi dan cara penentuan pendapatan faktor produksi.

Kajian Ekonomi Kesehatan

Ilmu ekonomi kesehatan merupakan ilmu sosial yang berarti tidak bebas nilai, dan merupakan salah satu cabang dari ilmu ekonomi seperti halnya cabang ilmu ekonomi lingkungan, ekonomi perkotaan dan lain-lain.

Menurut Klarman (1964), ekonomi kesehatan merupakan aplikasi ilmu ekonomi dalam bidang kesehatan. Menurut PPEKAI (!989), ilmu ekonomi kesehatan adalah penerapan ilmu ekonomi dalam upaya kesehatan dan faktor-faktor yang mempengaruhinya untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal.

Pemahaman mengenai ekonomi kesehatan adalah penting, karena kebutuhan yang terus meningkat untuk menggunakan teori ekonomi di bidang kesehatan. Pada pelayanan kesehatan, ilmu ekonomi dipelajari karena terdapat hubungan antara kesehatan dan ekonomi. Kesehatan mempengaruhi kondisi ekonomi, begitu juga sebaliknya, ekonomi mempengaruhi kesehatan. Seseorang dengan tingkat kesehatan yang buruk, akan pasti mengeluarkan biaya yang tinggi untuk pengobatannya, sedangkan seseorang dengan tingkat kesehatan yang lebih baik memungkinkan dia untuk memenuhi hidup yang lebih produktif. Status kesehatan penduduk yang baik meningkatkan produktivitas, meningkatkan pendapatan per kapita, dan berdampak pada meningkatnya pertumbuhan ekonomi negara.

Ekonomi kesehatan sebagai cabang ilmu ekonomi termasuk di dalam ekonomi positif, ekonomi normative, serta *welfare economics*. Namun dengan berbagai nilai yang melekat pada ekonomi kesehatan, menjadikan ekonomi normative dan *welfare economics* lebih dominan dibandingkan ekonomi positif.

Ekonomi normative merupakan bidang ilmu ekonomi yang lebih banyak membicarakan tentang “apa yang seharusnya terjadi”, dan bukan apa yang terjadi. Ekonomi normative berkaitan dengan norma-norma atau standar yang harus diterapkan dan biasanya ketidaksesuaian mengenai hal-hal normative akan sulit diatasi dengan menggunakan observasi empiris. Ekonomi normative merupakan ilmu ekonomi yang bersifat perspektif, mempelajari bagaimana menentukan yang seharusnya. Seperti halnya pasar bebas pada pelayanan kesehatan merupakan hal yang berkaitan dengan ekonomi normative.

Ekonomi positif berkaitan dengan “apa yang terjadi”, atau “apa yang telah terjadi”, dan “apa yang akan terjadi”. Ekonomi positif merupakan ilmu ekonomi deskriptif, mempelajari tentang bagaimana komoditi di produksi, didistribusi, dikonsumsi dalam berbagai keterbatasan sumber daya.

Di dalam *welfare economics*, esensi ekonomi positif dihubungkan dengan nilai-nilai yang ada dalam masyarakat serta system sosial politik yang dianut suatu Negara, misalnya terkandung topik *externality*, *public goods* dan *consumer's ignorance*, upaya kesehatan yang terkait dengan upaya promotif, preventif, kuratif dan rehabilitative.

Pembahasan dalam ilmu ekonomi kesehatan mencakup; *consumer* (dalam hal ini adalah pasien/ pengguna pelayanan kesehatan), *provider* (yang merupakan professional investor, yang terdiri dari *public* maupun *private*), dan *government* (pemerintah). Dengan diterapkannya ilmu ekonomi dalam bidang kesehatan, maka kegiatan yang dilaksanakan harus memenuhi kriteria efisiensi dan cost effective, karena ilmu ekonomi berperan dalam rasionalisasi pemilihan dan pelaksanaan kegiatan yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan terkait penggunaan sumber daya yang terbatas.

PPEKI dalam lokakarya Ekonomi Kesehatan (1989) menggarisbawahi aplikasi atau penerapan ekonomi kesehatan, yaitu:

1. Mobilisasi sumber daya (SDM, pembiayaan, sarana prasaran, peralatan, teknologi/metode). Mobilisasi dana dari potensi masyarakat dan swasta.
2. Alokasi sumber daya terkait dengan bagaimana alokasi optimal antar sector/bidang yang dapat memberikan manfaat yang optimal.
3. Analisis biaya program kesehatan atau pelayanan kesehatan yang lebih kompleks
4. Analisis demand dan supply bidang kesehatan
5. Dampak kesehatan terhadap pembangunan ekonomi dan sebaliknya.

Ciri-ciri Sektor Kesehatan

Aplikasi ilmu ekonomi pada sektor kesehatan perlu mendapat perhatian terhadap sifat dan ciri-ciri khususnya sektor kesehatan. Sifat dan ciri khusus tersebut menyebabkan asumsi-asumsi tertentu dalam ilmu ekonomi tidak berlaku atau tidak seluruhnya berlaku apabila diaplikasikan untuk sektor kesehatan. Ciri khusus itu antara lain :

1. Uncertainty (Kejadian penyakit tidak terduga)

Orang tidak banyak bisa menduga tentang penyakit apa yang akan dialaminya di masa yang akan datang, dan tidak akan mengetahui juga secara pasti pelayanan kesehatan apa yang dia butuhkan. Ketidakpastian (*uncertainty*) ini berarti seseorang akan menghadapi suatu resiko akan sakit dan juga resiko untuk mengeluarkan biaya untuk mengobati penyakit tersebut.

2. Consumer Ignorance

Suatu keadaan dimana konsumen sangat tergantung pada penyedia atau provider pelayanan kesehatan, karena pada umumnya konsumen tidak tahu banyak tentang jenis penyakit, jenis pemeriksaan dan jenis pengobatan yang dibutuhkannya. Dalam hal ini provider lah yang menentukan jenis dan volume pelayanan yang perlu dikonsumsi oleh konsumen.

3. Sehat dan pelayanan kesehatan sebagai hak

Makan, pakaian, tempat tinggal dan hidup sehat adalah elemen kebutuhan dasar manusia yang harus senantiasa diusahakan untuk dipenuhi, terlepas dari kemampuan seseorang itu untuk membayarnya. Hal ini menyebabkan distribusi pelayanan kesehatan seringkali dilakukan atas dasar kebutuhan atau *need* dan bukan atas dasar kemampuan membayar (*demand*).

4. Eksternalitas

Merupakan dampak positif atau negatif yang dialami orang lain sebagai akibat penggunaan pelayanan kesehatan. Contohnya imunisasi untuk mencegah seseorang dari penyakit menular, dimana jika ada sekelompok orang yang diimunisasi, maka manfaatnya bukan hanya kepada orang tersebut, tetapi juga kepada masyarakat keseluruhan. Ini disebut bahwa imunisasi mempunyai *social marginal benefit* yang jauh lebih besar daripada *private marginal benefit* bagi individu tersebut. Oleh karena itu pemerintah harus dapat menjamin bahwa program imunisasi harus benar-benar dapat terlaksana. Pelayanan yang tergolong pencegahan umumnya mempunyai eksternalitas yang besar sehingga digolongkan sebagai komoditi masyarakat atau *public good* dan untuk itu seyogyanya mendapatkan subsidi atau bahkan disediakan oleh pemerintah secara gratis, sedangkan untuk pelayanan kuratif, eksternalitasnya umumnya kecil dan sering disebut sebagai *private goods* dan hendaknya dibayar atau dibiayai sendiri oleh penggunanya atau pihak swasta.

5. Motif non profit

Ideal sebuah usaha dalam kegiatan ekonomi adalah memperoleh keuntungan yang maksimal (*profit maximization*), tetapi hal ini tidak berlaku di sector kesehatan. Pendapat yang dianut adalah “orang tidak layak memperoleh keuntungan dari penyakit orang lain”.

6. Padat karya

Kecenderungan spesialisasi dan super spesialisasi di pelayanan kesehatan menyebabkan komponen tenaga dalam pelayanan semakin besar. Komponen tenaga tersebut bisa mencapai 40% sampai 60% dari keseluruhan biaya.

7. **Mix output**

Dalam pelayanan kesehatan yang dikonsumsi pasien adalah suatu paket pelayanan yang terdiri dari sejumlah pemeriksaan, diagnosis perawatan, terapi dan nasehat kesehatan. Paket tersebut bervariasi antara individu dan sangat tergantung kepada jenis penyakit.

8. **Upaya kesehatan sebagai konsumsi dan sekaligus investasi**

Dalam jangka pendek upaya kesehatan terlihat sebagai sektor yang sangat konsumtif karena tidak memberikan *return on investment* secara jelas. Oleh sebab itu seringkali sektor kesehatan ada pada urutan bawah dalam skala prioritas pembangunan terutama jika titik berat pembangunan ada pada pembangunan ekonomi, namun jika orientasi pembangunan pada pembangunan manusia, maka pembangunan sektor kesehatan sesungguhnya adalah suatu investasi paling tidak untuk jangka panjang.

9. **Retriksi berkompetisi**

Terdapat pembatasan praktek kompetisi. Hal ini menyebabkan mekanisme pasar dalam pelayanan kesehatan tidak bisa sempurna seperti mekanisme pasar untuk komoditi lain. Dalam mekanisme pasar, wujud kompetisi adalah kegiatan pemasaran (promosi, iklan dan lain-lain), sedangkan dalam sektor kesehatan tidak pernah terdengar adanya promosi, diskon atau bonus atau banting harga dalam pelayanan kesehatan.

Pertanyaan

1. Jelaskan pengertian ilmu ekonomi dan ekonomi kesehatan!
2. Jelaskan maksud dari ekonomi normative dan ekonomi positif!
3. Jelaskan perbedaan makro ekonomi dan mikro ekonomi!
4. Sebutkan ciri-ciri sector kesehatan?

Referensi

1. Samuelson, Paul A., and William D. Nordhaus. 2010. Economics. 19th ed. Singapore: McGraw-Hill
2. Perhimpunan Peminat Ekonomi Kesehatan Indonesia (PPEKI),
Proceedings Lokakarya Ekonomi Kesehatan: Perumusan dan Aplikasi
Ilmu Ekonomi Kesehatan di Indonesia, cimacan, 9-11 Oktober 1989.
3. Tjiptoherijanto P dan Soesetyo B. Ekonomi Kesehatan, Cetakan Kedua,
Rineka Cipta Jakarta. 2008
4. Sukirno, S. 2001. Pengantar Teori Mikroekonomi, Edisi 3. PT. Raja
Grafindo Jakarta

PERAN EKONOMI KESEHATAN dan FAKTOR YANG MEMPENGARUHI KESEHATAN

Peran Ekonomi Kesehatan

Ekonomi kesehatan didefinisikan sebagai penerapan teori, konsep dan teknik ilmu ekonomi pada sektor kesehatan. Ekonomi kesehatan berkaitan dengan pemilihan satu cara atau memilih beberapa cara untuk mencapai tujuan, begitu juga dengan perencanaan kesehatan. Perencanaan kesehatan pada dasarnya berhubungan erat juga dengan memilih satu alternative di antara banyak alternative kegiatan, sehingga dapat dikatakan bahwa ekonomi kesehatan dan perencanaan kesehatan terdapat persamaan dan keterkaitan.

Menurut Mills & Gibson (1990), ekonomi kesehatan berkaitan erat dengan hal-hal seperti berikut :

1. Alokasi sumber daya diantara berbagai upaya kesehatan
2. Jumlah sumber daya yang dipergunakan dalam pelayanan kesehatan
3. Pengorganisasian dan pembiayaan dari berbagai pelayanan kesehatan
4. Efisiensi pengalokasian dan penggunaan berbagai sumber daya
5. Dampak upaya pencegahan, pengobatan, dan pemulihan kesehatan pada individu dan masyarakat

Klarman (1964) menjelaskan bahwa ekonomi kesehatan merupakan aplikasi ekonomi di bidang kesehatan, sehingga secara umum ekonomi akan berkonsentrasi pada industri kesehatan yang mencakup 4 bidang, yaitu :

1. Peraturan (*regulating*)
2. Perencanaan (*planning*)

3. Pemeliharaan kesehatan (*the health maintenance*)
4. Analisis *Cost and Benefit*

Menurut Schultz (1960) dan Denison (1962), kesehatan dapat mempengaruhi pertumbuhan ekonomi melalui beberapa cara :

1. Perbaikan kesehatan seseorang akan menyebabkan penambahan dalam partisipasi tenaga kerja.
2. Perbaikan kesehatan dapat pula membawa perbaikan dalam tingkat pendidikan yang kemudian menyumbang terhadap pertumbuhan ekonomi ataupun perbaikan kesehatan menyebabkan bertambahnya penduduk yang akan membawa tingkat partisipasi angkatan kerja.

Program-program kesehatan hendaknya dipandang sebagai suatu strategi menyeluruh untuk meningkatkan kesejahteraan sosial dan ekonomi dari suatu penduduk. Strategi tersebut membutuhkan pilihan program-program yang dapat meningkatkan derajat kesehatan efisien. Misalnya, pengembangan jaringan pelayanan kesehatan, pembangunan infrastruktur air bersih, peningkatan gizi masyarakat, imunisasi dan sebagainya. Ilmu ekonomi kesehatan dapat membantu mengevaluasi dan menentukan pilihan yang tepat. Strategi dan skala prioritas perlu ditetapkan sebagai kebijaksanaan dalam beberapa bentuk pelayanan yang ada.

Faktor yang mempengaruhi kesehatan

1. Berapa besar kontribusi perawatan kesehatan tingkat pendapatan pendidikan keadaan lingkungan dan sebagainya?
2. Berapa besar nilai yang diberikan pada sektor kesehatan dan bagaimana cara mengukurnya?
3. Apa saja yang mempengaruhi tuntutan masyarakat terhadap pelayanan kesehatan? Apa pengaruh dari tariff, tingkat pendapatan, waktu perjalanan

untuk mencapai tempat pelayanan, perilaku dari petugas yang merupakan pemberi pelayanan (provider) dan sebagainya.

4. Bagaimana karakteristik dari penawaran (supply) pelayanan kesehatan?
 - a. Berapa besar biaya yang harus dikeluarkan untuk sebuah pelayanan kesehatan, biaya berbagai masukan, keadaan pasar dari input untuk pelayanan kesehatan seperti tenaga kerja, obat, peralatan dan sebagainya?
 - b. Bagaimana cara pembayaran terhadap pelayanan yang disediakan dan bagaimana pengaruhnya terhadap perilaku pemberi pelayanan kesehatan tersebut?
5. Berapa besar biaya dan akibat dari pilihan-pilihan cara lain untuk berbagai alternative, untuk perbaikan status kesehatan atau untuk melaksanakan kesehatan program kesehatan?
6. Apakah hasil dari interaksi antara penawaran (supply) dengan permintaan (demand) terhadap pelayanan kesehatan serta konsekuensinya, seperti konsekuensi uang, waktu pembayaran, rasionalisasi system, dan siapa yang mendapat dan siapa yang tidak mendapat pelayanan kesehatan tersebut?
7. Apakah akibat dari berbagai cara pembiayaan dan pengorganisasian di sektor kesehatan dalam kaitannya dengan kriteria efisiensi dan pemerataan?
8. Cara apa yang ada untuk mencapai berbagai tujuan secara maksimum dari sektor kesehatan, misalnya sistem penganggaran, sistem perencanaan dan sampai sejauh mana cara-cara tersebut cukup efektif?

Dalam penerapan ilmu ekonomi kesehatan sebagai cabang dari ilmu ekonomi dan masuk ke dalam ranah ekonomi normative, maka penerapan ekonomi kesehatan secara makro akan dipengaruhi oleh banyak faktor antara lain:

1. Kepentingan dan *interest* pemerintah
2. Sistem politik dan strategi yang dijalankan dan untuk mempertahankan kekuasaan

3. Pemahaman pemerintah terhadap kesehatan dan peran kesehatan terhadap pembangunan nasional atau daerah
4. Kemampuan pemerintah terkait sumber daya yang dimiliki
5. Kondisi sosial ekonomi sosial budaya serta geografis masyarakat
6. Pengaruh dunia internasional atau global terhadap kebijakan yang diambil

Penerapan ekonomi kesehatan secara mikro dipengaruhi oleh:

1. Visi misi organisasi
2. Tipe dan gaya kepemimpinan dalam organisasi
3. Metode/model manajemen yang dilakukan untuk mengelola organisasi
4. Kemampuan manajer untuk menerapkan kaidah manajemen, teori dan metode ekonomi kesehatan
5. Ketersediaan sumber daya di dalam organisasi
6. Hubungan dengan pemangku kebijakan atau stakeholder kesehatan yaitu masyarakat atau konsumen pemasok dan pesaing serta pemerintah

TOPIK

4

KONSEP DEMAND, SUPPLY DAN ELASTISITAS

Demand

Demand atau permintaan adalah jumlah komoditi yang mau dan mampu dikonsumsi oleh konsumen pada suatu harga dan waktu tertentu. Komoditi tersebut dapat berupa barang dan jasa.

Demand berkaitan dengan keinginan konsumen akan suatu barang dan jasa yang ingin dipenuhi. Dan kecenderungan permintaan konsumen akan barang dan jasa tak terbatas. Hukum permintaan dibuat oleh Alfred Marshall setelah mengkaji data antara tingkat harga dengan permintaan (inipun dengan batasan yang sangat ketat), lalu diperoleh nilai hubungan yang negatif sehingga dibuatlah satu kesimpulan bahwa ada hubungan terbalik antara harga terhadap permintaan, lalu dijadikan prinsip dasar teori permintaan.

Hukum Permintaan menjelaskan sifat hubungan antara permintaan suatu barang dengan harga barang itu, yaitu: “Semakin rendah harga suatu barang akan makin banyak permintaan terhadap barang itu. Sebaliknya, semakin tinggi harga suatu barang akan makin sedikit permintaan terhadap barang dimaksud”

Faktor-faktor penentu permintaan suatu komoditi adalah sebagai berikut :

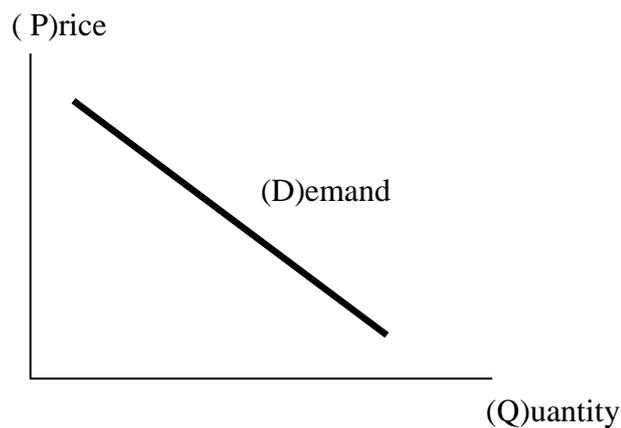
1. **Harga barang itu sendiri.** Harga barang akan memengaruhi jumlah barang yang diminta. Jika harga naik jumlah permintaan barang tersebut akan menurun, sedangkan jika harga turun maka jumlah permintaan barang akan meningkat.

2. **Harga barang substitusi (pengganti).** Harga barang dan jasa pengganti (substitusi) ikut memengaruhi jumlah barang dan jasa yang diminta. Apabila harga dari barang substitusi lebih murah maka orang akan beralih pada barang substitusi tersebut. Akan tetapi jika harga barang substitusi naik maka orang akan tetap menggunakan barang yang semula.
3. **Harga barang komplementer (pelengkap).** Barang pelengkap juga dapat mempengaruhi permintaan barang/jasa. Misalnya sepeda motor, barang komplementernya bensin. Apabila harga bensin naik, maka kecenderungan orang untuk membeli sepeda motor akan turun, begitu juga sebaliknya.
4. **Jumlah Pendapatan.** Jika jumlah pendapatan yang diperoleh tinggi maka permintaan akan barang dan jasa juga semakin tinggi. Namun jika pendapatannya turun, maka kemampuan untuk membeli barang juga akan turun dan akibatnya jumlah barang yang tersedia pun akan semakin turun.
5. **Selera konsumen.** Permintaan terhadap suatu barang tergantung selera konsumen. Semakin konsumen menyukai suatu barang, maka permintaan akan barang itu pasti meningkat pula.
6. **Intensitas kebutuhan konsumen.** Kebutuhan terhadap suatu barang atau jasa yang tidak mendesak, akan menyebabkan permintaan masyarakat terhadap barang atau jasa tersebut rendah. Sebaliknya jika kebutuhan terhadap barang atau jasa sangat mendesak maka permintaan masyarakat terhadap barang atau jasa tersebut menjadi meningkat, misalnya dengan meningkatnya curah hujan maka intensitas kebutuhan akan jas hujan semakin meningkat.
7. **Perkiraan harga di masa depan.** Apabila konsumen memperkirakan bahwa harga akan naik maka konsumen cenderung menambah jumlah barang yang dibeli karena ada kekhawatiran harga akan semakin mahal, begitu juga sebaliknya.
8. **Jumlah penduduk.** Semakin banyak pertambahan penduduk akan mempengaruhi jumlah barang yang diminta.

Oleh karena itu fungsi dari demand adalah : $Q_d = f(P, S, Pr, Y, \dots)$

Dimana Q_d adalah jumlah yang diminta, P diartikan sebagai harga barang itu sendiri, S adalah harga barang substitusi, P_r adalah selera, Y adalah jumlah pendapatan konsumen dan sebagainya. Dari semua variable diatas, harga dan pendapatan merupakan variable yang sangat berguna untuk analisis teoritis.

Hubungan antara demand dengan harga sering dijabarkan dalam kurva demand yang menggambarkan berapa banyak barang yang diminta untuk setiap harga barang tersebut. Konsumen akan lebih banyak membeli pada saat harga turun, demikian juga sebaliknya. Kurva demand dapat menurun dari kiri atas ke kanan bawah, hal tersebut dapat dilihat pada gambar dibawah ini.

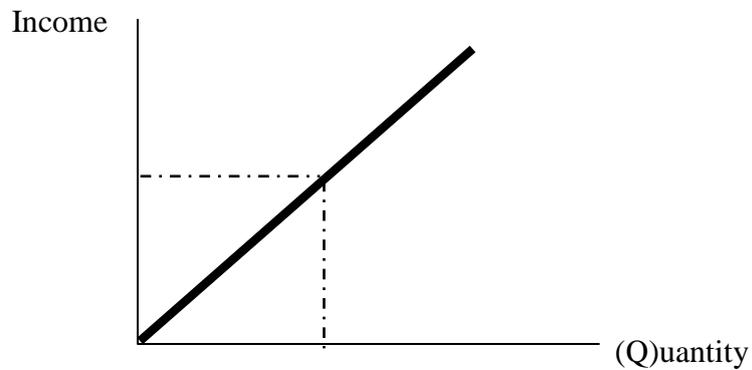


Demand (D) dan jumlah barang yang diminta disebut Quantity (Q) berbanding terbalik dengan harga (P). Oleh karena itu bila terjadi kenaikan harga maka akan diikuti oleh menurunnya kuantitas yang diminta, sebaliknya bila terjadi penurunan harga maka akan diikuti oleh naiknya jumlah barang yang diminta.

Perubahan ini dipengaruhi oleh:

1. Pendapatan (naiknya harga akan menyebabkan daya beli menurun)
2. Barang-barang lain (naiknya harga akan menyebabkan permintaan menurun karena kita membeli barang-barang lain).

Hubungan antara pendapatan dan demand



Semakin tinggi pendapatan, maka akan semakin tinggi pula kuantitas barang yang diminta, maka kuantitas barang berbanding lurus dengan pendapatan

Supply

Supply atau penawaran adalah jumlah komoditi yang mau dan mampu ditawarkan (disupply) oleh supplier pada setiap tingkat harga selama periode waktu tertentu.

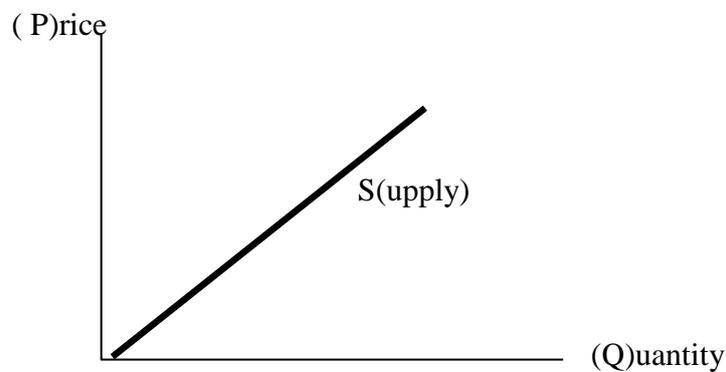
Penawaran dipengaruhi oleh beberapa faktor, antara lain:

1. Harga barang itu sendiri
2. Harga barang lain yang terkait
3. Harga factor produksi
4. Biaya Produksi
5. Tingkat teknologi
6. Jumlah produsen di pasar
7. Tujuan perusahaan
8. Kebijaksanaan pemerintah

Di antara faktor-faktor di atas, harga barang dianggap sebagai faktor terpenting dan sering dijadikan acuan untuk melakukan analisis penawaran. Harga berbanding lurus dengan jumlah penawaran. Jika harga tinggi, maka produsen akan berlomba-lomba menjajakan barangnya sehingga penawaran meningkat. Sementara itu, jika harga turun, maka produsen akan menunda penjualan atau menyimpan produknya di gudang sehingga jumlah penawaran akan berkurang.

Hukum penawaran yang menjelaskan sifat perkaitan antara harga suatu barang dan jumlah barang yang ditawarkan penjual, yaitu: “Semakin tinggi harga suatu barang akan makin banyak jumlah barang yang ditawarkan. Sebaliknya, semakin rendah harga suatu barang akan makin sedikit penawaran terhadap barang dimaksud”

$$S = f(\text{harga barang, harga barang lain, teknologi,})$$



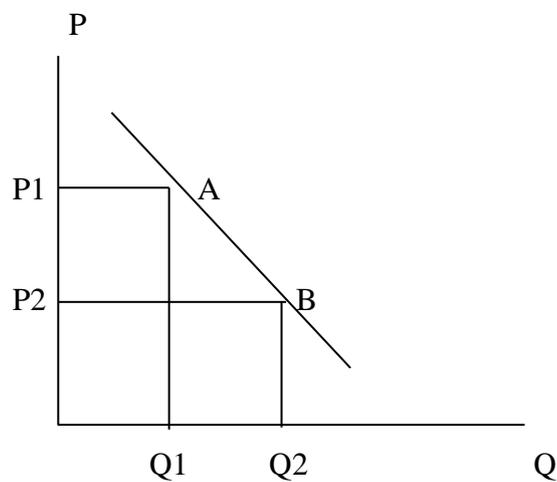
Harga suatu komoditi biasanya dihitung berdasarkan biaya (cost) untuk memproduksi komoditi tersebut, ditambah dengan profit yang diharapkan.

$$P (\text{Price}) = C (\text{cost}) + Pr (\text{Profit})$$

Elastisitas Demand

Konsep elastisitas demand muncul sebagai reaksi demand terhadap setiap perubahan variable, dimana elastisitas mengukur bagaimana responsif perubahan kuantitas dengan adanya perubahan harga. Jika harga suatu barang menurun sebanyak 1% maka permintaan terhadap barang tersebut akan bertambah sesuai dengan hukum permintaan. Besarnya pertambahan tersebut akan berbeda dari satu keadaan ke keadaan lainnya dan dari satu barang ke barang lainnya. Nilai dari perbandingan antara persentase perubahan jumlah barang yang diminta dengan persentase perubahan harga dinamakan koefisien elastisitas demand, dihitung dengan menggunakan rumus sebagai berikut:

$$Ed = \frac{\text{Persentase perubahan jumlah barang yang diminta}}{\text{Persentase perubahan harga}}$$



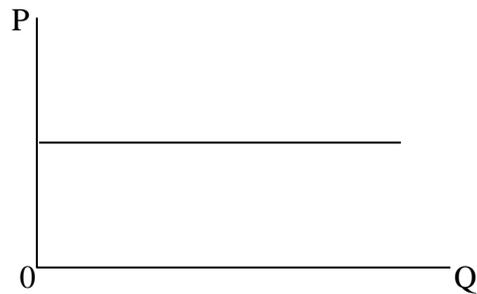
Misalkan harga berubah dari P_0 ke P_1 dan jumlah barang yang diminta berubah dari Q_0 ke Q_1 maka :

$$Ed = \frac{\frac{Q_1 - Q_0}{Q_0}}{\frac{P_1 - P_0}{P_0}}$$

Jenis-jens Elastisitas Perrmintaan

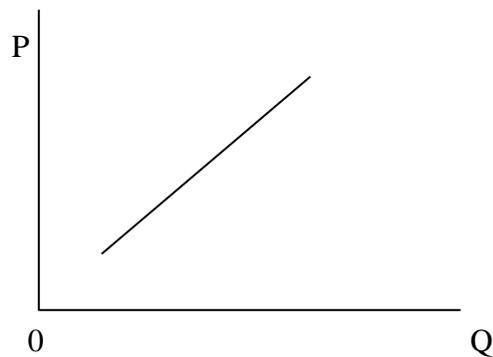
1. Elastisitas sempurna

terjadi bila penjual bersedia menjual semua komoditinya pada suatu harga tertentu, seperti terlihat pada gambar berikut :



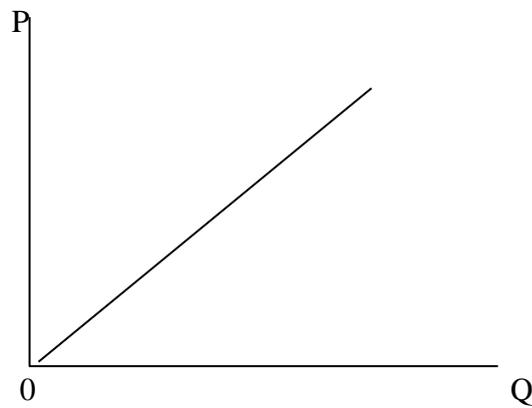
2. Elastisitas

Bila terjadi perubahan harga komoditi, maka menyebabkan perubahan yang lebih besar atas penawaran, seperti terlihat pada gambar berikut.



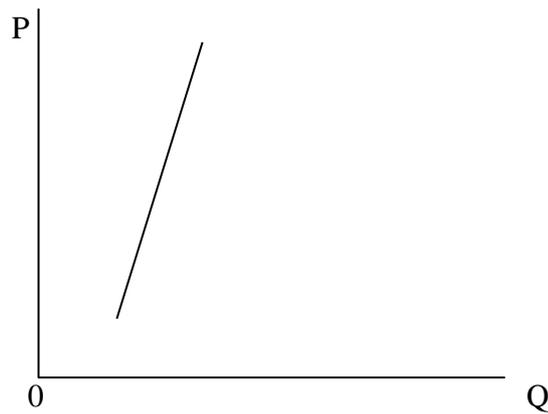
3. Elastisitas uniter

Merupakan kurva garis lurus yang bermula dari titik 0 dan biasanya merupakan kasus khusus, artinya setiap persen kenaikan jumlah yang ditawarkan sama dengan persentasi kenaikan harga



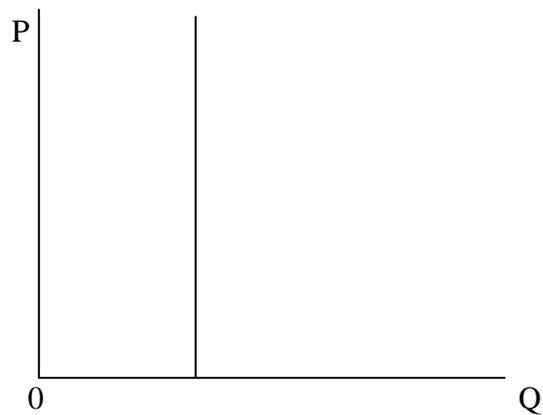
4. Inelastisitas

Terjadi bila persentase perubahan harga akan menimbulkan persentase perubahan yang lebih kecil atas persentase perubahan penawaran



5. Inelastitas sempurna

Terjadi bila kurva penawaran sejajar dengan sumbu vertical. Kondisi ini dimana penjual sama sekali tidak dapat menambah jumlah penawarannya walaupun harga semakin tinggi.



Faktor-faktor yang mempengaruhi elastisitas demand

1. Jenis barang tersebut
 - a. Pada barang yang banyak memiliki barang pengganti (barang substitusi) maka demand menjadi elastis karena konsumen memiliki pilihan dengan harga yang lebih murah.
 - b. Jika tidak banyak barang pengganti maka demand bersifat inelastis
2. Persentase pendapatan yang dibelanjakan
 - a. Jika persentase pendapatan yang dibelanjakan rendah, adanya kenaikan harga hanya berpengaruh sedikit terhadap kuantitas permintaan barang
 - b. Jika persentase pendapatan yang dibelanjakan cukup tinggi, maka kenaikan harga akan berpengaruh terhadap kuantitas
3. Jangka waktu analisis

Semakin lama analisis dilakukan maka akan semakin elastis permintaan tersebut, sedangkan untuk waktu analisis jangka pendek konsumen belum dapat membandingkan dengan lainnya sehingga belum pindah ke barang lain. Pada waktu analisis yang lama, konsumen sempat membandingkan dengan harga lain dan pindah ke barang lain

Manfaat dari Konsep Elastisitas Demand

Konsep elastisitas demand memiliki manfaat dalam aplikasi kebijakan ekonomi kesehatan yaitu melihat pengaruh dari kenaikan harga misalnya terhadap utilisasi pelayanan kesehatan, dimana rumah sakit dapat memprediksi adanya perubahan jumlah kunjungan ke poliklinik rawat jalan atau perubahan BOR atau perubahan utilisasi pelayanan yang lain terhadap adanya perubahan tariff.

Pertanyaan

1. Jelaskan apa itu demand dan supply! Dan bagaiman pengaruh harga terhadap demand dan supply/
2. Definisikan elastisitas permintaan dan jelaskan jenis-jenisnya!
3. Apa faktor-faktor yang mempengaruhi elastisitas permintaan?

Referensi

1. Sukirno, S. 2001. Pengantar Teori Mikroekonomi, Edisi 3. PT. Raja Grafindo Jakarta
2. Robert S, Pindyck, Daniel L. Rubinfeld, Microeconomics 5th Edition, alih Bahasa : Aldi Jenie dan Tanti Tarigan, PT. Indeks, Jakarta 2003

TOPIK

5

KONSEP DEMAND DALAM SEKTOR KESEHATAN

Pendahuluan

Kebutuhan akan pelayanan kesehatan bersifat unik dibandingkan dengan kebutuhan manusia yang lain seperti sandang, pangan dan papan. Pada konsumsi barang kebutuhan, biasanya konsumen memang ingin mengkonsumsi barang itu untuk memuaskan kebutuhannya, sedangkan pada pelayanan kesehatan sesungguhnya, orang tidak ingin dan tidak mau mengkonsumsi pelayanan kesehatan tersebut karena berbeda dengan konsumsi barang yang lain yang langsung menimbulkan kepuasan. Konsumsi pelayanan kesehatan justru menimbulkan ketidaknyamanan, namun faktanya orang tetap menggunakan pelayanan kesehatan yang tersedia.

Pertanyaannya mengapa orang ingin mengkonsumsi pelayanan kesehatan? Jawabannya adalah mengkonsumsi pelayanan kesehatan karena dibalik ketidaknyamanan yang ditimbulkan, orang ingin mendapatkan kesembuhan dari penyakit yang dideritanya. Jadi sesungguhnya yang diinginkan adalah kesehatan. Namun di pasar tidak ada yang menjual kesehatan, sehingga demand terhadap kesehatan tidak dapat diukur secara langsung. Demand terhadap kesehatan hanya dapat didekati dengan mengukur demand terhadap pelayanan kesehatan, sehingga dapat dikatakan bahwa demand terhadap pelayanan kesehatan merupakan *derivat demand* dari dimensi terhadap kesehatan.

Pengertian Demand Kesehatan

Dalam membahas konsep demand pada sektor kesehatan, terlebih dahulu kita akan membedakan *demand for health* dan *demand for healthcare*. Hal ini penting mengingat terdapat berbagai hal dalam sektor kesehatan yang berbeda dengan sektor lainnya. Ada beberapa pertanyaan kunci yang mendasarinya. Mengapa orang ingin sehat? Apa yang menentukan seseorang untuk menjadi sehat? Apa pengaruh pelayanan kesehatan dalam meningkatkan status kesehatan?

Dalam pemikiran rasional semua orang ingin sehat, karena kesehatan merupakan modal untuk bekerja dan hidup serta untuk mengembangkan keturunan. Keinginan untuk sehat timbul bersumber dari kebutuhan hidup manusia. Demand untuk menjadi sehat tidaklah sama antar manusia. Seseorang yang kebutuhan hidupnya sangat tergantung dari kesehatannya, tentu akan mempunyai demand yang lebih tinggi akan status kesehatannya. Sebagai contoh seorang atlet profesional, akan lebih memperhatikan status kesehatannya dibandingkan seseorang yang menganggur.

Pertanyaan selanjutnya adalah bagaimana hubungan antara demand terhadap kesehatan dan demand terhadap pelayanan kesehatan. Pendekatan menggunakan prinsip ekonomi menekankan bahwa kesehatan merupakan suatu modal untuk bekerja, sedangkan pelayanan kesehatan termasuk rumah sakit merupakan salah satu input dalam proses menghasilkan hari-hari sehat. Dengan konsep ini maka pelayanan kesehatan merupakan salah satu input yang digunakan untuk proses produksi yang menghasilkan kesehatan.

Grossman (1972) mengatakan bahwa seseorang melakukan investasi untuk bekerja dan menghasilkan uang melalui pendidikan, pelatihan dan kesehatan. Demand untuk kesehatan memiliki beberapa hal yang membedakannya dengan pendekatan tradisional demand dalam sector lain, yaitu :

1. Yang diinginkan masyarakat atau konsumen adalah kesehatan, bukan pelayanan kesehatan. Pelayanan kesehatan merupakan *derivat demand* sebagai input untuk menghasilkan kesehatan. Dengan demikian demand untuk pelayanan rumah sakit pada umumnya berbeda dengan demand untuk pelayanan untuk hotel.
2. Masyarakat tidak membeli kesehatan dari pasar secara pasif. Masyarakat menghasilkannya, menggunakan waktu untuk usaha-usaha peningkatan kesehatan di samping menggunakan pelayanan kesehatan
3. Kesehatan dapat dianggap sebagai bahan investasi karena tahan lama dan tidak terdepresiasi dengan segera
4. Kesehatan dapat dianggap sebagai bahan konsumsi sekaligus bahan investasi

Pembahasan mengenai demand terhadap kesehatan dapat dilakukan melalui pemahaman terkait tentang keinginan (*wants*), permintaan (*demand*) dan kebutuhan (*need*), sehingga nanti bisa memaknai demand terhadap kesehatan lebih dalam lagi.



Analisis demand

Besar kecilnya demand dan need sebaiknya dipahami dengan baik oleh tenaga kesehatan. Analisis demand pada akhirnya akan menghasilkan peramalan demand yang merupakan hal penting untuk dilakukan rumah sakit. Dengan analisis demand akan muncul pertanyaan-pertanyaan seperti :

- (1) berapa jumlah dan jenis tenaga medis yang diperlukan untuk memenuhi demand terhadap pelayanan rumah sakit pada masa mendatang?;
- (2) apakah produksi pelayanan rumah sakit saat ini sudah cukup untuk memenuhi demand? ; dan
- (3) apakah sarana, prasarana, dan berbagai kegiatan pokok rumah sakit dapat diandalkan untuk memenuhi demand pada masa mendatang?

Pada prinsipnya analisis demand merupakan aktivitas dasar dalam manajemen rumah sakit, karena memberikan basis untuk menganalisis pengaruh pasar pada jenis kegiatan dan pelayanan yang akan dihasilkan rumah sakit. Adapun kegunaan demand dirincikan pada dua hal :

- Menentukan faktor-faktor yang paling mempengaruhi penggunaan jasa pelkes oleh seseorang.
- Meramalkan penggunaan di masa depan secara lebih akurat

Faktor-faktor yang Mempengaruhi Demand

1. Kebutuhan pelayanan kesehatan (yang dipersepsi oleh pasien)

Setiap orang mempunyai kebutuhan pelayanan kesehatan yang berbeda. Berdasarkan umur, kelompok usia dini dan lansia mungkin memiliki kebutuhan kesehatan yang tinggi, dibandingkan usia remaja dan dewasa. Begitu juga dengan persepsi sakit pada diri individu merupakan pemicu (trigger) terjadinya pencarian pengobatan. Makin tinggi insiden sakit maka makin tinggi demand terhadap pelayanan kesehatan dan sebaliknya.

2. Preferensi pasien. Preferensi adalah sikap dan selera individu pada suatu produk. Biasanya preferensi bisa dibentuk oleh pengalaman, faktor genetic, informasi iklan, kepercayaan/agama dan faktor sosial budaya lainnya. Semua hal ini akan mempengaruhi pasien dalam melakukan pilihan terhadap demand pelayanan kesehatannya.
3. Penghasilan, semakin tinggi penghasilan masyarakat maka makin tinggi demand terhadap pelayanan kesehatannya. Hal ini disebabkan oleh tersedianya *disposable income* untuk membeli pelayanan kesehatan, namun pada kondisi penghasilan yang rendah maka (hampir) seluruh penghasilan dihabiskan untuk belanja barang kebutuhan pokok, sehingga tidak lagi tersisa *disposable income* untuk belanja pelayanan kesehatan.
4. Harga pelayanan, secara umum makin tinggi harga pelayanan kesehatan maka makin rendah di men terhadap pelayanan tersebut baik pelayanan esensial maupun non esensial namun untuk pelayanan kesehatan yang bersifat esensial dan menyangkut lifesaving faktor harga relatif tidak berpengaruh sehingga dia menjadi inelastis
5. Biaya perjalanan dan waktu tunggu. Biaya pelayanan kesehatan bukan hanya biaya yang dibayarkan kepada fasilitas kesehatan (*provider*) melainkan juga mencakup biaya perjalanan ke dan dari lokasi fasilitas kesehatan dan biaya atas waktu tunggu yang diperlukan di fasilitas kesehatan (*opportunity cost*). Makin tinggi biaya perjalanan dan waktu tunggu, makin tinggi juga total biaya pelayanan kesehatan, sehingga bisa menyebabkan makin turun demand terhadap pelayanan kesehatan dan sebaliknya.
6. Mutu layanan kesehatan (yang dipersepsi oleh pasien). Secara umum makin baik mutu pelayanan kesehatan maka makin tinggi demand terhadap pelayanan kesehatan. Hal ini terkait dengan upaya maksimasi kepuasan konsumen untuk setiap uang yang dibelanjakannya, makin tinggi mutu pelayanan yang diterima pasien, makin kecil atau makin murah biaya yang dikeluarkan oleh pasien per unit kepuasan sehingga dari perspektif pasien

harga pelayanan yang bermutu adalah lebih murah dibandingkan dengan pelayanan kesehatan yang tidak bermutu akibatnya terhadap pelayanan kesehatan yang bermutu lebih tinggi daripada demand terhadap pelayanan kesehatan yang tidak bermutu.

Pertanyaan

1. Jelaskan konsep *demand for health* dan *demand for healthcare*!
2. Apa saja hal yang membedakan demand terhadap kesehatan dan demand terhadap sector lain?
3. Apa kegunaan analisis demand?
4. Sebutkan faktor-faktor apa saja yang mempengaruhi demand terhadap pelayanan kesehatan?

Referensi :

1. David Wonderling, Reinhold Gruen, dan Nick Black, *Introduction to Health Economics*, Open University Press, England, 2005
2. Makalah Prof. Ascobat Gani

TOPIK

6

PASAR PELAYANAN KESEHATAN

Pasar dan Pasar Pelayanan Kesehatan

Dalam upaya pemenuhan hidup sehat, salah satu sector ekonomi yang berperan penting memenuhi hajat hidup adalah pelayanan kesehatan. Dalam pelayanan kesehatan terjadi interaksi antara penyedia pelayanan kesehatan, yaitu dokter, perawatan, tenaga kesehatan maupun non kesehatan dengan masyarakat yang membutuhkan pelayanan kesehatan tersebut.

Secara ekonomi sebenarnya terjadi proses tukar-menukar barang ataupun jasa antara penyedia pelayanan kesehatan dengan masyarakat ataupun pasien. Konsep tersebut secara analitik oleh pakar ekonomi disebut sebagai pasar. Pasar yang dimaksud disini adalah pasar pelayanan kesehatan yang merupakan suatu interaksi antara penjual yaitu bisa rumah sakit dengan pembeli seperti pasien, dimana terjadi jual beli barang atau jasa kesehatan, seperti pemeriksaan laboratorium, perawatan rumah sakit, obat baik yang bersifat teknologi sederhana sampai teknologi yang canggih.

Sifat transaksi antara penjual dan pembeli dalam pasar pelayanan pelayanan kesehatan tersebut dapat terjadi sepanjang rantai produksi. Pasar dapat berupa penjualan barang atau jasa kepada konsumen akhir (*final goods transactions*), namun pasar pelayanan kesehatan juga dapat terjadi antara pedagang besar farmasi yang menjual obatnya kepada rumah sakit, yang nantinya akan dijual kembali kepada pasiennya, atau disebut dengan transaksi komoditas intermediate (*intermediate goods transactions*).

Proses transaksi dalam pasar pelayanan kesehatan tersebut tidak hanya terjadi pada institusi rumah sakit yang bersifat kuratif rehabilitatif namun juga pada sarana pelayanan kesehatan lainnya seperti Puskesmas, dinas kesehatan yang menyediakan pelayanan kesehatan yang bersifat promotif preventif.

Pasar Global Dalam Pasar Pelayanan Kesehatan

Saat ini, dimana informasi global sudah di depan mata, maka suatu pasar tidak lagi tergantung pada batasan wilayah atau lokasi geografis spesifik. Dulu kebanyakan pasar pada sektor pelayanan kesehatan bersifat local, karena pembeli dan penjual berada dalam satu kota, akan tetapi hal tersebut sudah berubah saat ini, dimana penjual dan pembeli pelayanan kesehatan sekarang ini tidak saja berada dalam satu kota yang sama, melainkan juga bisa berbeda kota, berbeda negara maupun berbeda benua.

Pasar pelayanan kesehatan terletak pada proses interaksi antara penjual dan pembeli, dimana secara letak geografis dapat bersifat lokal maupun skala wilayah yang lebih luas lagi baik bersifat regional nasional maupun internasional. Misalnya sekarang banyak sudah banyak penduduk Indonesia yang berobat ke luar negeri. Informasi mengenai rumah sakit, dokter dan jenis pelayanannya sangat mudah diketahui lewat informasi di internet. Oleh karena itu, jasa pelayanan kesehatan sudah dapat dikatakan bersifat regional, nasional maupun internasional. Begitu juga dengan produk farmasi yang umumnya bersifat internasional karena produknya dapat dikirim dengan mudah dan dapat dilakukan distribusi internasional.

Pasar Kompetitif (Competitive Market)

Karakteristik khusus yang berbeda dibandingkan pasar pasar konsumsi lainnya dimiliki oleh pasar pelayanan kesehatan. Isu pasar kompetitif yang terjadi pada barang-barang konsumsi, pada umumnya tidak terjadi pada pasar pelayanan kesehatan.

Pasar kompetitif (*competitive market*) adalah suatu keadaan dimana terdapat banyak penjual dan pembeli yang memiliki informasi yang jelas (*well-informed*). Namun, hal ini tidak terjadi dalam pasar pelayanan kesehatan. Pasar pelayanan kesehatan memerlukan perhatian khusus, kaitannya dengan upaya memberikan kesempatan yang sama bagi seluruh masyarakat dalam memperoleh atau mengakses layanan kesehatan.

Mills and Gibson (1999) mengatakan bahwa kondisi untuk persaingan bebas yang sempurna adalah sebagai berikut:

1. Adanya sejumlah besar pembeli dan penjual yang masing-masing cukup kecil bila dibandingkan dengan jumlah secara keseluruhan sehingga mereka tidak dapat mengendalikan harga maupun hasil (*output*). Dengan hanya sedikit penjual maka persaingan tidak akan berjalan
2. Tidak ada hambatan dalam memasuki pasar, sehingga para produsen secara bebas dapat masuk dan meninggalkan pasar, disamping faktor-faktor yang mempengaruhi produksi juga dapat bergerak bebas.
3. Tidak ada peraturan ekonomi yang dapat memberikan keuntungan pada produsen besar sehingga mengarah pada monopoli. Monopoli yang dialami memang menggambarkan keadaan di mana produksi dapat dilaksanakan dengan lebih efisien dengan harga yang paling rendah, akan tetapi hal tersebut mengurangi persaingan, mengurangi kualitas, harga kuantitas dan mutu barang.
4. Tidak ada perbedaan produk atau merek barang sehingga produk yang ada sifatnya homogeny dan tidak berbeda mutunya.

5. Terdapat asumsi bahwa masing-masing pihak mementingkan dirinya sendiri yaitu produsen menginginkan keuntungan yang sebesar-besarnya, demikian juga dengan konsumen.
6. Tidak ada dampak keluar atau dampak limbah dari proses produksi dan dari pemakaian barang tersebut, karena tidak ada pelibatan masyarakat dalam pengambilan keputusan untuk memproduksi barang, termasuk akibat yang nantinya mungkin timbul.
7. Tidak ada resiko atau ketidakpastian, karena adanya pengetahuan yang lengkap tentang harga barang dan akibat dari pemakaian barang.

Keseimbangan Pasar (*Market Equilibrium*)

Keseimbangan pasar atau interaksi antara supply dan demand untuk menentukan harga yang disepakati pasar. Pada pasar sempurna (*perfect market*) terjadi pasar yang kompetitif, sehingga terjadi efisiensi, di mana harga di titik perpotongan antara kurva supply dan demand merupakan titik keseimbangan. Pada suatu reaksi ini jumlah yang ingin dibeli oleh konsumen sama dengan jumlah yang dijual oleh produsen. Perubahan pada keseimbangan pasar menunjukkan perubahan pada kondisi ekonomi yang mendasarinya. Situasi ini yang menyebabkan terjadinya pergeseran kurva supply dan demand, akan tetapi dalam pasar yang sempurna keseimbangan harga akan tercapai kembali pada titik yang paling efisien atau disebut dengan fenomena *invisible hand*.

Efisiensi dan Pemerataan (*Equity*)

Efisiensi adalah upaya memanfaatkan sumber daya yang tersedia untuk dapat menghasilkan keuntungan atau output yang maksimal. Efisiensi berarti upaya pengalokasian sumber daya kesehatan yang tersedia untuk memenuhi kebutuhan masyarakat akan pelayanan kesehatan. Dengan menggunakan teori efisiensi Pareto, ini disebut *allocative efficiency*, dan juga jika mampu memproduksi

layanan kesehatan dengan biaya seminimal mungkin disebut *productive efficiency* atau *technical efficiency*.

Equity lebih menekankan pada pengalokasian sumber daya yang memenuhi permintaan masyarakat akan rasa keadilan. Isu *equity* lebih ke arah isu yang bersifat normatif atau apa yang seharusnya dilakukan atau didapatkan masyarakat.

Equity dapat dibedakan menjadi dua yaitu :

1. **Horizontal equity**, menekankan pada kesamaan (equal) pelayanan bagi orang yang memiliki kebutuhan pelayanan kesehatan yang sama atau status kesehatan yang sama, tanpa memandang perbedaan status sosial ekonomi.
2. **Vertikal equity**, menekankan bahwa seseorang yang memiliki kemampuan yang berbeda harus dibedakan dalam perlakuannya, sebagai contoh orang yang memiliki tingkat pendapatan yang lebih tinggi harus berkontribusi lebih banyak dalam pembiayaan kesehatannya atau jika dalam sistem asuransi kesehatan maka orang yang lebih kaya akan diminta berkontribusi premi lebih tinggi.

Kegagalan Pasar (*Market Failure*)

Kegagalan pasar (*market failure*) menjadi isu krusial apabila pelayanan kesehatan berada pada mekanisme pasar, karena akan ada kelompok masyarakat yang tidak mampu yang dapat memasuki pasar atau disebut pada situasi *welfare loss*. Dimana untuk situasi ini perlu dilakukan intervensi, baik dari sisi supply atau dari sisi demand.

Intervensi dari sisi supply dapat berupa penyediaan fasilitas, sumber daya manusia, obat, yang dilakukan oleh pemerintah, sehingga dapat menurunkan harga. Sedangkan intervensi dari sisi demand seperti pelaksanaan asuransi sosial oleh pemerintah sehingga memberikan subsidi bagi kelompok yang tidak mampu atau yang memiliki daya beli rendah.

Terdapat 4 situasi dimana pasar gagal dalam mencapai efisiensi, yaitu :

1. Kekuatan pasar

Kekuatan pasar adalah suatu keadaan di mana satu atau sejumlah kecil partisipan yang bergabung bersama dapat mempengaruhi harga, biasanya disebut sebagai monopoli, karena hanya penjual yang dapat mengendalikan harga, akibatnya harga meningkat dan supply komoditi bisa jadi terbatas. Namun disisi lain, kekuatan pasar juga dapat terjadi dari sisi pembeli, di mana satu atau beberapa pembeli bergabung dan dapat mengendalikan harga. Outcome dari kekuatan pasar pada sisi pembeli adalah harga berada di bawah pasar kompetitif.

Pada sektor kesehatan, kekuatan pasar pembeli adalah penting, karena pemerintah dan perusahaan asuransi besar merupakan “pembeli” dari berbagai pelayanan dan untuk itu dapat mempengaruhi harga. Kekuatan pasar dari sisi pembeli juga dapat menyebabkan inefisiensi.

2. Eksternalitas

Eksternalitas merupakan dampak positif atau negative yang dinikmati/di derita oleh pelaku ekonomi sebagai akibat tindakan pelaku ekonomi lainnya. Pelayanan kesehatan adalah komoditas ekonomi yang memiliki pengaruh atau efek samping baik dari konsumsi maupun produksi.

Eksternalitas produksi pada pelayanan kesehatan terjadi pada komoditas pelayanan kesehatan yang bersifat preventif, misalnya dengan kejadian pencemaran lingkungan. Pembuangan limbah ke sungai akan mengakibatkan pencemaran air sungai, dan orang lain tidak dapat lagi menggunakan air tersebut. Menggunakan mekanisme pembuangan limbah ke sungai, akan membuat air menjadi tidak sesuai lagi untuk kegunaan yang lain.

Eksternalitas konsumsi contohnya adalah program vaksinasi terhadap penyakit menular. Dengan memperoleh vaksinasi, maka orang tersebut tidak akan terkena penyakit tersebut, dan bisa bermanfaat juga bagi orang lain, berkurangnya kemungkinan terkena penyakit dari orang tersebut.

3. **Pelayanan Kesehatan sebagai Public Goods**

Konsep ini menekankan bahwa prinsip pelayanan kesehatan adalah suatu komoditas dimana pihak swasta terbatas untuk terlibat didalam menyediakannya. Ada 2 ciri khas dari *public good*, yaitu : a). Terdapat konsumsi yang tidak dapat dihindarkan. Konsumsi tersebut mungkin akan membuat seseorang menolak membayarnya karena konsumsi tersebut tidak dapat dicegah untuk dikonsumsi atau mendapat keuntungan dari komoditi tersebut, b). Setiap orang harus mengkonsumsi dengan jumlah yang sama. Misalnya pengendalian nyamuk, dimana setiap orang dalam daerah tersebut mendapat keuntungannya. Jasa tersebut harus dibiayai oleh pemerintah. Perusahaan swasta tidak dapat menawarkan komoditi tersebut karena orang menolak untuk membayarnya.

4. **Informasi yang tidak sempurna (*asymmetry of information*)**

Kurangnya informasi akan dapat menyebabkan kegagalan pasar karena adanya ketidakseimbangan informasi yang dimiliki oleh pembeli terhadap komoditas yang akan dikonsumsi. Dalam mekanisme pasar murni, pembeli dapat memperoleh informasi yang utuh terhadap barang atau jasa tersebut, sedangkan pada pasar pelayanan kesehatan pembeli dianggap tidak atau bodoh atau (*ignorance*) dikarenakan kemampuan pengetahuan dan pemahaman yang dimiliki akan komoditas tersebut, penjual dalam hal ini dokter, apoteker dan sebagainya, dianggap lebih tahu akan kebutuhan dari komoditas yang akan dikonsumsi oleh pembeli atau pasien. Disini bahaya moral menjadi isu krusial yang menyebabkan pasar kesehatan dapat mengalami kondisi inefisiensi.

Pertanyaan

1. Jelaskan perbedaan pasar pelayanan kesehatan dengan pasar umum!
2. Mengapa tidak pernah terjadi perfect market pada industry pelayanan kesehatan?
3. Sebutkan apa saja yang menyebabkan terjadi kegagalan pasar?

Referensi

1. Donaldson C, Gerard K., 1993. Economics of Healthcare Financing: The Visible hand. St.Martin's Press, New York
2. PS KARS UI. 1998. Ekonomi Layanan Kesehatan. Jakarta
3. Sorkin A.L., 1984. Health Economics: An Introduction. Lexington Books

TOPIK

7

PEMBIAYAAN KESEHATAN

Biaya Kesehatan

Biaya kesehatan merupakan sejumlah dana yang perlu disiapkan dalam menyelenggarakan dan atau memanfaatkan pelayanan kesehatan untuk memenuhi kebutuhan individu, keluarga, kelompok, dan masyarakat.

Biaya kesehatan dibagi menjadi dua perspektif (Azwar, 1996): perspektif penyedia layanan kesehatan dan perspektif pengguna jasa.

Dari perspektif penyedia layanan kesehatan, biaya kesehatan merupakan sejumlah uang yang harus disiapkan dalam menyelenggarakan layanan kesehatan. Layanan kesehatan bisa dilaksanakan oleh pihak pemerintah dan swasta. Adapun dana yang disiapkan oleh penyedia layanan kesehatan berupa biaya investasi (*investment cost*) dan biaya operasional (*operasional cost*). Dana tersebut digunakan untuk menyelenggarakan upaya kesehatan.

Dari perspektif pengguna jasa, biaya kesehatan merupakan sejumlah dana yang harus disiapkan ketika menggunakan layanan kesehatan. Besaran dana yang digunakan oleh pemakai jasa pelayanan kesehatan berasal dari kantong pribadi individu (*out of pocket*). Biaya kesehatan memiliki beragam jenis dan peruntukan. Hal ini disesuaikan dengan jenis dan kompleksitas pelayanan kesehatan yang dimanfaatkan.

Biaya kesehatan dianggap baik jika memenuhi empat komponen:

1. Biaya kesehatan tersedia dalam jumlah yang cukup dan masyarakat dapat memanfaatkan layanan kesehatan dengan mudah
2. Penyebaran dana harus sesuai dengan kebutuhan.
3. Pemanfaatan dana harus diatur secara saksama.
4. Pengelolaan biaya kesehatan hendaklah meningkatkan efektivitas dan efisiensi.

Sumber Biaya Kesehatan

Secara umum sumber biaya kesehatan dikelompokkan menjadi dua, yaitu :

1. Bersumber dari anggaran pemerintah. Negara menyediakan biaya kesehatan untuk masyarakat sepenuhnya. Pelayanan kesehatan diberikan oleh pemerintah secara cuma-cuma dan tidak ada campur tangan dari pelayanan kesehatan swasta.
2. Sebagian pembiayaan ditanggung oleh masyarakat. Beberapa negara mengajak peran serta masyarakat untuk ikut andil dalam pelayanan kesehatan. Pada kondisi ini, swasta pun ikut berperan dalam penyediaan layanan kesehatan sehingga masyarakat menggunakan pelayanan kesehatan dengan mengeluarkan dana sendiri. (Azwar, 1996).

Kutzin, 2008; Mills & Gilson, (1988) mengatakan sumber utama pembiayaan untuk sektor kesehatan terdiri dari :

1. Pembiayaan pemerintah untuk pelayanan kesehatan meliputi pengeluaran kesehatan di semua tingkat pemerintah (pusat dan daerah), termasuk pengeluaran perusahaan public
2. Pembiayaan swasta, dapat dilakukan secara langsung ataupun tidak langsung.
 - Pembayaran langsung merupakan pembayaran pribadi yang dilakukan langsung kepada berbagai penyedia, termasuk praktik swasta, tabib tradisional, dan apoteker. Biaya pengguna untuk layanan yang disediakan

- pemerintah atau pelayanan kesehatan swasta yang berasal dari kantong sendiri dianggap sebagai pembiayaan kesehatan dari sumber swasta..
- Pembayaran tidak langsung merupakan pembayaran layanan kesehatan oleh pengusaha sebagai cakupan dan pembiayaan kesehatan oleh badan non-pemerintah lainnya, seperti pengumpulan dana amal.
3. Pembiayaan asuransi kesehatan. Ada tiga jenis asuransi utama, yaitu :
- Asuransi pemerintah atau sosial,
 - Asuransi swasta, dan
 - Asuransi berbasis pengusaha atau pekerja.
4. Pembiayaan sumber eksternal, seperti dari WHO, World bank, dan organisasi lain dalam membiayai program prioritas kesehatan suatu negara, seperti HIV, TB, Malaria, dan imunisasi. Bantuan pembangunan untuk kesehatan, biasa disebut bantuan asing, merupakan porsi yang signifikan dari pengeluaran kesehatan di negara-negara berpenghasilan rendah, rata-rata 40% dari total pengeluaran perawatan kesehatan (J. L. Dieleman et al., 2016)

Pembiayaan Kesehatan

Menurut Organisasi Kesehatan Dunia atau World Health Organization (2000), pembiayaan kesehatan mengacu pada fungsi sistem kesehatan yang berkaitan dengan pengumpulan, alokasi, dan mobilisasi dana untuk memenuhi kebutuhan kesehatan masyarakat, secara individu dan kolektif.

Tujuan pembiayaan kesehatan adalah menyediakan pendanaan dan menetapkan insentif atau pembiayaan bagi penyedia layanan, serta memastikan semua individu memiliki akses terhadap pelayanan kesehatan masyarakat secara efektif. Lebih lanjut lagi, WHO menjelaskan bahwa pembiayaan kesehatan mengacu pada bagaimana menggunakan sumber daya keuangan untuk memastikan bahwa sistem kesehatan dapat memenuhi kebutuhan kesehatan setiap orang secara kolektif & memadai (Organization, 2010).

Pembiayaan kesehatan menjadi suatu bagian yang sangat mendasar dari sistem kesehatan. Dengan dukungan pembiayaan kesehatan, sistem kesehatan akan mampu memelihara dan meningkatkan kesehatan dan kesejahteraan manusia. Pada kondisi yang sangat ekstrem, ketidaktersediaan pendanaan kesehatan akan menyulitkan layanan kesehatan, pengobatan, pelaksanaan program, pencegahan, dan promosi kesehatan.

Pembiayaan bukan hanya sekadar menghasilkan pendanaan, melainkan negara mampu memantau dan mengevaluasi pembiayaan untuk sistem kesehatan dengan menggunakan berbagai indikator. Pembiayaan kesehatan bukan hanya membahas cara meningkatkan dana pelayanan kesehatan, melainkan juga mencakup alokasi pendanaan yang ada.

Sumber pembiayaan kesehatan suatu negara dapat berasal dari pemerintah dan non-pemerintah yang akan digunakan secara luas untuk membiayai upaya kesehatan. Namun, sering kali terjadi persaingan alokasi pendanaan dalam suatu sistem. Cara pengalokasian dana tidak hanya dipengaruhi oleh cara layanan, tetapi juga penetapan prioritas dalam hukum ekonomi kesehatan (Tulchinsky & Varavikova, 2014).

Pembiayaan kesehatan diharapkan mampu menyediakan sumber daya dan insentif untuk pelaksanaan sistem kesehatan. Selain itu, pembiayaan kesehatan menjadi penentu utama kinerja sistem kesehatan dalam hal pemerataan, efisiensi, dan outcome kesehatan (Schieber, Baeza, Kress, & Maier, 2006)

Fungsi Pembiayaan Kesehatan

Fungsi pembiayaan kesehatan meliputi fungsi dasar pengumpulan pendapatan (*revenue collection*), pengumpulan sumber daya (*pooling resources*), dan pembayaran intervensi (*purchase of interventions*). (Gottret & Schieber, 2006; Rannan-Eliya, 2009):

1. Pengumpulan pendapatan adalah bagaimana sistem kesehatan mengumpulkan uang dari rumah tangga, bisnis, dan sumber eksternal.
2. Pengumpulan berkaitan dengan akumulasi dan pengelolaan pendapatan sehingga anggota kelompok berbagi risiko kesehatan secara kolektif. Hal ini akan melindungi anggota kelompok individu dari pengeluaran kesehatan yang besar dan tidak dapat diprediksi. Pembayaran di muka memungkinkan anggota untuk membayar biaya rata-rata di muka, membebaskan mereka dari ketidakpastian, dan memastikan kompensasi jika terjadi kerugian. Pengumpulan ini memungkinkan pembentukan asuransi dan redistribusi pengeluaran kesehatan antara individu berisiko (tinggi dan rendah) dan individu berpenghasilan (tinggi dan rendah).
3. Pembelian mengacu pada mekanisme yang digunakan untuk membeli layanan dari penyedia publik dan swasta

Fungsi pembiayaan kesehatan di atas memiliki implikasi yang penting untuk mendukung kerja sistem kesehatan berupa:

1. Jumlah dana yang tersedia (saat ini dan di masa depan) dan tingkat layanan esensial dan perlindungan keuangan bagi populasi.
2. Keadilan (ekuitas).
3. Efisiensi ekonomi dari upaya peningkatan pendapatan.
4. Tingkat pooling (subsidi risiko, asuransi) dan pembayaran di muka (ekuitas subsidi)
5. Jumlah dan jenis layanan yang dibeli dan dikonsumsi terhadap dampak kesehatan dan biaya kesehatan (efektivitas biaya dan efisiensi alokasi layanan)
6. Efisiensi teknis dari produksi layanan (tujuannya adalah untuk menghasilkan setiap layanan dengan biaya rata-rata minimum)
7. Akses fisik dan finansial dan ke layanan oleh populasi (termasuk ekuitas akses dan manfaat).

Model Pembiayaan Kesehatan

1. *National Health Service (NHS)*

Model Layanan Kesehatan Nasional juga sering disebut dengan Model Beveridge. NHS dikenal pertama kali di Inggris pada 5 Juli 1948. Model ini diperkenalkan oleh William Beveridge. Model ini ditandai dengan cakupan universal yang bersifat wajib dan pembiayaan yang bersumber dari pendapatan umum nasional dan kepemilikan nasional. Dalam sistem ini, perawatan kesehatan disediakan dan dibiayai oleh pemerintah melalui pembayaran pajak. Model ini menawarkan pelayanan gratis bagi seluruh populasi. Negara-negara yang menggunakan model Beveridge atau variasi di dalamnya di antara Inggris Raya, Spanyol, sebagian besar Skandinavia, dan Selandia Baru.

2. Asuransi sosial.

Model pembiayaan ini sering disebut dengan model Bismarck. Model ini diperkenalkan oleh Kanselir Prusia Otto Von Bismarck. Cakupan universal wajib berada di bawah sistem jaminan sosial. Kontribusi asuransi ini bersumber dari karyawan dan pemberi kerja. Model Bismarck meliputi struktur, pembiayaan, dan pemberian pelayanan kesehatan. Dalam hal ini, model Bismarck mewakili layanan yang tersedia bagi karyawan melalui cakupan asuransi kesehatan yang disponsori oleh majikan. Model Bismarck diadopsi oleh Jerman, Perancis, Belgia, Belanda, Jepang, Swiss, dan beberapa bagian di Amerika Latin.

3. Asuransi swasta.

Pembelian asuransi kesehatan swasta ini berbasis pada perusahaan atau perorangan. Model asuransi kesehatan swasta dengan akses manfaat yang dikondisikan berdasarkan polis asuransi swasta. Dana yang dialokasikan untuk membiayai manfaat layanan kesehatan berasal dari premi asuransi swasta. Produsen layanan kesehatan adalah entitas swasta. Negara-negara Anggota Uni Eropa dan Amerika Serikat membangun sistem pembiayaan mereka berdasarkan model ini.

Pembiayaan Kesehatan di Indonesia

Sumber pembiayaan kesehatan di Indonesia berasal dari APBN, APBD, dana swasta, out of pocket, hibah, dan donor dari perusahaan ataupun luar negeri. Sumber dana tersebut dialokasikan untuk membiayai program dan kegiatan di bidang kesehatan, baik bersifat fisik maupun nonfisik. Metode pengumpulan dana menggunakan sistem *single pool*. Jenis penyedia layanan kesehatan berasal dari penyedia publik dan swasta. Dalam hal pembelian, penyedia layanan untuk pelayanan kesehatan mengandalkan campuran penyedia publik dan swasta.

Penyedia layanan di Indonesia membutuhkan akreditasi. Metode pembayaran penyedia menggunakan sistem kapitasi dan Diagnostic Related Group (DRG). Dana dikumpulkan ke satu tempat yang disebut asuransi kesehatan nasional (*single pool*). Meskipun pendapatan dimasukkan ke kumpulan tunggal, tarif premium bervariasi berdasarkan status pekerjaan di Indonesia.

Standar anggaran minimal suatu negara yang ditetapkan oleh WHO adalah sekitar 5%-6% dari total APBN. Tujuannya adalah agar mampu meningkatkan derajat kesehatan dengan dukungan pembiayaan kesehatan yang kuat. Idealnya suatu negara menganggarkan 15-20% dari APBN. Anggaran yang besar diharapkan mampu membiayai kebutuhan pelayanan kesehatan yang cukup mahal. Alokasi anggaran pemerintah secara nasional setidaknya harus berjumlah 5% dari total anggaran pemerintah pusat (APBN); sementara untuk anggaran daerah (APBD) alokasi untuk kesehatan minimal berjumlah 10%.

Reformasi di bidang pembiayaan kesehatan di Indonesia bergerak sangat dinamis dalam 20 tahun terakhir untuk penargetan berbagai program menuju UHC. Sistem UHC berkembang pesat di Indonesia dan mencakup 203 juta orang. Kini Indonesia dikenal sebagai pengguna skema pembayar tunggal terbesar di dunia dan telah meningkatkan pemerataan kesehatan dan akses layanan.

Pertanyaan

1. Jelaskan pengertian biaya kesehatan dilihat dari perspektif penyedia layanan dan pengguna layanan!
2. Sebutkan sumber-sumber pembiayaan kesehatan?
3. Jelaskan fungsi pembiayaan kesehatan!
4. Jelaskan 3 model pembiayaan kesehatan!
5. Bagaimana mekanisme pembiayaan kesehatan di Indonesia?

Referensi

1. Azwar, A. (1996). Pengantar Administrasi Kesehatan, Sistem Kesehatan. Edisi Ketiga. Jakarta: PT Binarupa Aksara.
2. Jaworzył'ska, M. (2016). A Comparative Analysis of the Health System Financing in Poland and Selected Countries. *Economics and Sociology*, 9(3), 41-51.
3. Kutzin, J. (2008). Health Financing Policy: A Guide for Decision Makers. Health Financing Policy Paper. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 24.
4. Mahendradhata, Y., Trisnantoro, L., Listyadewi, S., Soewondo, P., Marthias, T., Harimurti, P., & Prawira, J. (2017). The Republic of Indonesia Health System Review.
5. Mills, A., & Gilson, L. (1988). Health Economics for Developing Countries: A Survival Kit.
6. Organization, W. H. (2000). The World Health Report 2000: Health Systems: Improving Performance. World Health Organization

TOPIK

8

EVALUASI EKONOMI KESEHATAN

Filosofi Evaluasi Ekonomi

Peningkatan jumlah dan jenis teknologi kesehatan berkonsekuensi terhadap peningkatan biaya yang diperlukan dalam penyediaannya untuk pelayanan kesehatan, sehingga diperlukan suatu alat untuk menilainya.

Evaluasi ekonomi kesehatan merupakan alat untuk menilai seberapa besar manfaat yang dihasilkan oleh suatu teknologi kesehatan dibandingkan dengan penggunaan sumber daya ekonominya. Evaluasi ekonomi kesehatan membantu pengambil keputusan memperoleh gambaran lengkap mengenai seberapa besar rasio manfaat atau biaya yang dimiliki oleh suatu teknologi kesehatan atau opsi yang paling efisien secara ekonomi (*worth spent*, memiliki *value for money*).

Penggunaan evaluasi ekonomi kesehatan ini penting ketika terjadi keterbatasan sumber daya ekonomi yang dimiliki oleh suatu pihak, misalnya pemerintah pusat atau rumah sakit. Kondisi ini mewajibkan pengambil keputusan memilih teknologi kesehatan yang memberikan manfaat terbesar

Pentingnya Evaluasi Ekonomi

Ada beberapa alasan mengapa evaluasi ekonomi penting dilakukan (drummond et.al., 2015)

1. Tanpa analisis yang sistematis akan sulit untuk mengidentifikasi secara jelas alternatif yang relevan
2. Asumsi sudut pandang di dalam analisis itu penting, bisa jadi sudut pandang suatu sektor atau institusi terhadap program atau intervensi kesehatan akan secara signifikan membantu jika perspektif lain juga dipertimbangkan.
3. Tanpa kuantifikasi, penilaian yang sifatnya informal dapat salah arah atau *misleading*
4. Pendekatan yang sistematis meningkatkan kejelasan dan akuntabilitas dalam proses kebijakan kesehatan.

Berdasarkan penjelasan diatas ada beberapa situasi dimana evaluasi ekonomi dapat memberikan informasi yang bermanfaat dalam proses pengambilan keputusan.

1. Keputusan dalam layanan, program atau teknologi kesehatan yang akan tersedia di masyarakat termasuk perbaruan strategi intervensi dan pedoman klinis dalam bidang kesehatan masyarakat.
2. Penentuan paket manfaat dalam skema jaminan kesehatan. Apakah suatu obat masuk dalam daftar formularium Nasional?
3. Keputusan *pricing* dari pemerintah dan manufaktur terkait teknologi kesehatan.
4. *Post Marketing Surveilans* dan kajian informasi ekonomi dalam penggunaan teknologi kesehatan (yang selanjutnya dapat menyediakan informasi dalam konsiderasi pemanfaatan dan kebijakan teknologi kesehatan lainnya).

Metode Analisis Evaluasi Ekonomi

Secara umum evaluasi ekonomi kesehatan dikategorikan menjadi dua jenis, yaitu: evaluasi ekonomi kesehatan parsial dan menyeluruh. Pembagian tersebut dibuat berdasarkan ada atau tidaknya tiga komponen biaya dalam evaluasi Ekonomi Kesehatan, yaitu biaya, luaran, dan perbandingan.

1. Analisis ekonomi parsial, merupakan analisis ekonomi yang diterapkan hanya pada sisi input atau output saja dan bukan keduanya sekaligus.
2. Analisis ekonomi secara menyeluruh, merupakan analisis ekonomi yang diterapkan untuk merangkum sekaligus masalah input dan output suatu program.

Metode analisis biaya lazim digunakan untuk membahas analisis biaya dan analisis efektivitas program, karena:

1. Analisis biaya menekankan pembahasan pada masalah struktur biaya serta bagaimana komposisi struktur tersebut.
2. Analisis efektivitas lebih menekankan kepada sejauh mana teknis kesehatan dapat diandalkan penggunaannya.

Metode pendekatan menyeluruh di biasa dibagi atas 4 kelompok besar, yaitu :

1. **Analisis Minimalisasi Biaya.**

Pola ini memerlukan adanya studi empiris sebelumnya yang menunjukkan bahwa dua atau lebih intervensi terhadap suatu kegiatan menghasilkan suatu keluaran atau output yang sama . Metode ini akan menentukan intervensi mana yang paling murah biayanya. Analisis ini menekankan kepada upaya pencapaian target program dengan biaya yang terkecil

2. Analisis Efektivitas Biaya

Metode ini mencari cara intervensi yang paling menguntungkan dalam mencapai suatu tujuan tertentu dengan cara membandingkan hasil suatu kegiatan dengan biayanya. Cara ini mengevaluasi salah satu dari hal sebagai berikut:

- a. Intervensi yang dapat mencapai suatu hasil yang telah ditargetkan dalam pembangunan kesehatan dengan biaya yang paling rendah
- b. Intervensi mana yang mencapai hasil yang paling menguntungkan dengan alokasi biaya yang telah ditentukan. Hasilnya dihitung dalam biaya per unit luaran atau total biaya untuk suatu intervensi dibagi dengan total luaran kesehatan. Analisis efektivitas biaya mencari pencapaian output yang maksimal dengan jumlah biaya yang telah ditentukan dengan kata lain analisis ini mencari maksimasi output yang telah ditentukan.

3. Analisis Biaya Manfaat

Metode ini menilai baik manfaat maupun biaya dari suatu program dan menetapkan apakah program ini menguntungkan atau tidak, bila benefit cost ratio lebih besar dari 1 maka program tersebut bermanfaat. Analisis ini mencari tahu seberapa jauh program tersebut bermanfaat.

4. Analisis Biaya Kegunaan

Metode ini sejenis dengan metode efektivitas biaya, akan tetapi faedahnya dan manfaatnya yang berkaitan dengan *utility* ikut dinilai. Peningkatan kualitas ikut dinilai dalam menilai luaran dari program atau perubahan akibat program. Metode ini dapat dititikberatkan pada menekan biaya atau *minimizing cost* atau memperbesar hasil (*maximizing effect*).

Pertanyaan

1. Jelaskan filosofi evaluasi ekonomi kesehatan? dan kenapa evaluasi ekonomi penting dilakukan?
2. Jelaskan 4 metode analisis evaluasi ekonomi?

PENGENDALIAN BIAYA (*COST CONTAINMENT*) LAYANAN KESEHATAN

Pendahuluan

Peningkatan biaya kesehatan menuntut jumlah anggaran nasional yang lebih besar dan tentu saja juga menuntut pemberlakuan kebijakan pengendalian biaya (*cost-containment*) atau strategi menahan laju peningkatan biaya kesehatan.

Secara umum peningkatan bersumber dari permintaan terhadap layanan kesehatan, peningkatan proporsi dari populasi usia tua (*aging population*), inovasi pada bidang teknologi kedokteran dan obat-obatan, malpraktik, proses administrasi yang tidak efektif, korupsi, dan kurangnya upaya pencegahan dan promosi kesehatan.

Peran organisasi dan fasilitas kesehatan milik pemerintah dan swasta sangat penting dalam pengendalian biaya kesehatan secara keseluruhan. Pengeluaran atau belanja pada sektor kesehatan sangat dipengaruhi oleh pilihan dan sikap penyedia layanan kesehatan. Oleh karena itu, para manajer dan penyedia layanan pada fasilitas dan organisasi kesehatan diharapkan mampu memahami konsep pengendalian biaya dan memiliki kesadaran akan biaya (*cost-awareness and cost-consciousness*) sebagai suatu sikap yang muncul atas pemahaman yang baik akan biaya obat, pemeriksaan penunjang biaya layanan, dan biaya lainnya terkait keputusan klinis yang diberikan kepada pasien.

Pengendalian Biaya

Pengendalian Biaya merupakan suatu upaya atau strategi yang digunakan untuk mengurangi atau menahan laju peningkatan pengeluaran atau pembiayaan kesehatan (Rapoport, et.al., 2008). Beberapa ahli berpendapat bahwa *cost containment* tidaklah sama dengan *cost reduction*. Ide dasar dari *cost containment* adalah untuk meningkatkan produktivitas dari sumber-sumber yang ada walaupun peningkatan produktivitas tersebut juga meningkatkan biaya.

Tujuan utama dari strategi pengendalian biaya pada sektor kesehatan adalah untuk menurunkan atau mengurangi pengeluaran, memastikan sumber daya dana atau anggaran terlokasikan dengan tepat, memastikan efisiensi dan efektivitas penggunaan sumber daya yang secara jangka panjang akan berdampak pada keberlangsungan (sustainability) pengelolaan fasilitas kesehatan.

Strategi *Cost Containment* di rumah sakit

1. Memperbaiki Pembiayaan.

Menurut Schwierz, C (2016) strategi yang dilakukan dengan menggunakan empat hal berikut.

- a. Anggaran total.
- b. Cost-sharing.
- c. DRG-based payment, pembiayaan kemudian berbasis aktivitas atau berdasarkan kasus atau diagnosis pasien.
- d. Sistem pembayaran penyedia layanan berbasis-kinerja.

2. Menurunkan Biaya Operasional.

Melakukan penghematan atau menurunkan biaya operasional dilakukan dengan pengurangan gaji, perbaikan kinerja staf melalui proses pemantauan, dan optimisasi belanja obat. Strategi lainnya mencakup hal berikut. a).

Optimisasi Purchasing Strategy untuk barang medis dan non-medis yang digunakan di rumah sakit, b) Peningkatan kinerja staf dan strategi *staff-mix* atau *task-shifting*. Hal ini dapat dilakukan dengan memberikan pelatihan kepada perawat untuk beberapa tugas yang biasanya dilakukan oleh dokter (untuk beberapa kualifikasi yang memungkinkan).

3. Penerapan Lean Management di Rumah Sakit

Tujuannya adalah untuk meminimalkan pemborosan dengan proses perbaikan yang berkelanjutan. Penggunaannya mampu mengurangi dan mengendalikan biaya sekaligus meningkatkan kepuasan pasien. Pada sektor kesehatan terdapat tujuh sumber utama pemborosan yang dapat dikurangi, yaitu :

- a. Waktu yang dihabiskan pasien atau personel untuk menunggu.
- b. Kelebihan suplai dan persediaan obat yang belum dipakai.
- c. Kegagalan proses atau sistem, kesalahan medis, dan kesalahan diagnosis.
- d. Perpindahan pasien, suplai, dan peralatan yang berlebihan.
- e. Pergerakan karena kebutuhan berjalan jauh akibat desain bangunan yang buruk ataupun proses transfer pasien tidak ergonomis.
- f. Perawatan yang berlebihan, seperti redundansi perawatan, duplikasi tes, dan perpanjangan hari rawat inap yang tidak dibutuhkan.
- g. *Over-processing*, misalnya pasien melakukan tes yang tidak dibutuhkan, mengisi formulir yang berbeda untuk informasi yang sama, dan mengisi data di lebih dari satu sistem.

Ketika waktu, tenaga, dan sumber daya dikeluarkan tidak dibarengi dengan penambahan kualitas pelayanan dan peningkatan hasil kesehatan pada pasien, proses tersebut dapat dieliminasi melalui *Lean Management*.

4. Review di Level Layanan Kesehatan (Rumah Sakit)

Utilization Review (UT) adalah strategi yang digunakan untuk mencegah pemberian layanan medis yang tidak tepat. Pemberi layanan kesehatan akan melakukan tinjauan terhadap perawatan pasien dari perspektif kebutuhan

medis, kualitas layanan, ketepatan pengambilan keputusan, dan lama waktu rawat inap.

5. Reformasi Struktural pada Sektor Rumah Sakit

Reformasi struktural di rumah sakit yang bertujuan untuk menahan laju biaya dapat dilakukan dengan banyak cara. Salah satunya adalah mendorong praktik pengadaan barang yang tepat. Pengendalian biaya bisa dilakukan dengan peningkatan efisiensi (yaitu *procurement dan supply-chain management*). Efisiensi proses pengadaan barang dapat memotong biaya administrasi dan transportasi dan penghematan waktu.

6. Sistem Anggaran Rumah Sakit Berorientasi-kinerja

Sistem anggaran rumah sakit berorientasi-kinerja (*Performance Budgeting*) adalah terobosan dari prinsip anggaran tradisional. Walaupun ada kesulitan dalam menentukan tolak ukur, sistem anggaran ini dapat diandalkan dalam reformasi keuangan rumah sakit. Kelebihannya adalah dalam akuntabilitas keuangan rumah sakit.

7. Memperbaiki Keberlanjutan Layanan Kesehatan

Upaya ini diharapkan akan mengurangi jumlah masuk rumah sakit (*hospital admission*). Layanan kesehatan berbasis-*health outcome (value-based healthcare)* adalah salah satu terobosan layanan kesehatan yang bertujuan untuk memastikan pemberian perawatan yang efektif dan efisien untuk menghasilkan *health outcome*.

8. Penguatan Layanan Kesehatan Primer dan Prosedur Gatekeeping Di

Indonesia, layanan kesehatan primer secara umum merupakan tanggung jawab puskesmas dan praktik dokter umum (milik pemerintah ataupun swasta). Penguatan prosedur *gate-keeping* pada layanan primer dianggap mampu menahan penggunaan sumber daya kesehatan yang tidak diperlukan (Garrido, et.al., 2011).

9. Penguatan Kerja Sama Swasta dan Pemerintah

Public-Private Partnership (PPP) merupakan kolaborasi sektoral antara pemerintah dan swasta yang kemudian diharapkan mampu meningkatkan kapasitas, kualitas, dan jangkauan dari layanan kesehatan. PPP juga dianggap mampu untuk kemudian menciptakan model bisnis yang berkelanjutan (sustainable) dan mengedepankan inovasi (Parker, et.al., 2019).

10. Penguatan Kinerja e-Health

E-Health bukan hanya bermanfaat dalam mereformasi pemberian layanan kesehatan konvensional, melainkan juga dapat berbentuk penguatan sistem informasi teknologi yang melingkupi proses administrasi, evaluasi kualitas, keuangan, pengadaan barang procurement and supply-chain management), dokumentasi rekam medis, manajemen kasus dan pengaturan booking/ appointment). Selain itu, penggunaan e-Health dapat memperkuat peluang self-care, self-management, dan partisipasi pasien.

Referensi

1. Schwierz, C. (2016). Cost-Containment Policies in Hospital Expenditure in the European Union (Vol. 037). <https://doi.org/10.2765/253237>
2. Rapoport, J., Jacobs, P., & Jonsson, E. (2008). Cost Containment and Efficiency in National Health Systems: A Global Comparison. Retrieved from <https://www.wiley.com/en-us/ency+in+National+Health+Systems%3A+A+Global+Comparison-p-9783527622955>
3. Garrido, M. V., Zentner, A., & Busse, R. (2011). The Effects of Gatekeeping: A Systematic Review of The Literature. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 29(1), 28–38. <https://doi.org/10.3109/02813432.2010.537015>