



BUKU AJAR

# *Ekonomi Kesehatan* *Jilid 1*

OLEH NORMA YANTI RAMBE, SKM.,M.K.M



PT Inovasi Pratama Internasional  
[www.ipinternasional.com](http://www.ipinternasional.com)

# **Ekonomi Kesehatan Jilid 1**

**--Norma Yanti Rambe, SKM.,M.K.M--**



**PT INOVASI PRATAMA INTERNASIONAL**

# **Ekonomi Kesehatan Jilid 1**

Penulis :

Norma Yanti Rambe, SKM.,M.K.M

ISBN :

Editor :

Bincar Nasution, S.Pd.,C.Mt

Penyunting :

Rahmah Juliani Siregar, SST.,M.K.M

Desain Sampul dan Tata Letak :

*InoVal*

Penerbit:

PT Inovasi Pratama Internasional

Anggota IKAPI No. 071/SUT/2022

Redaksi :

Jl. Cempaka No. 25 Padang Sidempuan 22725

Telp. +628 5360 415005

Email: [cs@ipinternasional.com](mailto:cs@ipinternasional.com)

Distributor Tunggal :

PT Inovasi Pratama Internasional

Jl. Cempaka No. 25 Padang Sidempuan 22725

Telp. +628 5360 415005

Email: [admin@ipinternasional.com](mailto:admin@ipinternasional.com)

Cetakan Pertama, Januari 2023

Hak cipta dilindungi Undang-Undang

Dilarang memperbanyak karya tulis ini dalam bentuk dan dengan cara apapun tanpa izin tertulis dari penerbit

## **KATA PENGANTAR**

Puji syukur selalu kita panjatkan kehadirat Allah SWT yang telah memberikan ridho dan limpahan nikmat, dan atas segala karunianya sehingga kita sebagai ciptaannya diberikan kesehatan untuk tetap dapat menjalani aktifitas ibadah sebagaimana yang menjadi petunjuk-Nya. Dalam penyusunan buku ajar ini, saya sebagai tenaga pengajar pada mata kuliah ekonomi kesehatan menformulasi materi agar dapat lebih mudah untuk dipahami oleh mahasiswa sehingga substansi mata kuliah dapat tercapai dan terserap sebaik mungkin.

Ekonomi kesehatan pada prinsipnya memberikan ruang pada bidang ilmu ekonomi untuk memiliki peran dalam peningkatan pelayanan pada bidang kesehatan, yang selama ini dikenal penuh dengan kritikan dan rasa ketidakpuasan masyarakat tersebut terhadap pelayanan kesehatan yang ada. Pada fokus materi, sengaja untuk menciptakan kekikinian permasalahan biaya biaya yang dialami masyarakat, oleh karenanya solusi solusi yang akan diberikan pada buku ajar ini senantiasa berlandaskan pada nilai nilai ekonomi yang berperan atau berkedudukan di masyarakat itu sendiri.

Dengan keberadaan buku ajar, saya sebagai tenaga pengajar pada mata kuliah ekonomi kesehatan berharap terjadi kemudahan transformasi pengetahuan kepada mahasiswa, selain itu saya juga ingin mengucapkan terima kasih atas dukungan dan kerjasama baiknya pada tenaga tenaga pengajar di lingkup Prodi Kesehatan Masyarakat Program Sarjana STIKes Darmas Kota Padangsidempuan yang memberikan masukan untuk peyempurnaan karya ini.

Padangsidempuan, Januari 2023  
Penulis

Norma Yanti Rambe, SKM, M.K.M

# DAFTAR ISI

Halaman

<b>KATA PENGANTAR .....</b>	<b>i</b>
<b>DAFTAR ISI .....</b>	<b>ii</b>
<b>DAFTAR TABEL .....</b>	<b>iii</b>
<b>DAFTAR GAMBAR .....</b>	<b>iv</b>
<b>BAB 1. KONSEP DASAR EKONOMI KESEHATAN.....</b>	<b>1</b>
<b>A. Pengantar Ekonomi Kesehatan.....</b>	<b>2</b>
1. Mengapa Kesehatan? .....	2
2. Sistem Kesehatan Indonesia ?.....	4
3. Mengapa Penting Ekonomi Kesehatan? .....	9
<b>B. Penerapan Ilmu Ekonomi Kesehatan .....</b>	<b>12</b>
1. Pengertian Ekonomi.....	12
2. Ilmu Ekonomi .....	13
3. Ekonomi Kesehatan .....	14
4. Ciri-ciri Sektor Kesehatan .....	18
5. Ruang Lingkup Ekonomi Kesehatan .....	20
<b>C. Peran Ekonomi Kesehatan dalam Perencanaan Kesehatan .....</b>	<b>20</b>
<b>D. Penerapan Ilmu Ekonomi Kesehatan dalam Perjalanan Kebijakan Kesehatan di Indonesia .....</b>	<b>21</b>
<b>E. Manfaat Ekonomi Kesehatan dalam Sektor Pelayanan Kesehatan .....</b>	<b>24</b>
<b>BAB 2. INDUSTRI LAYANAN KESEHATAN.....</b>	<b>25</b>
<b>A. Industri Pelayanan Kesehatan Ciri/ Karakteristik Pelayanan Kesehatan .....</b>	<b>25</b>
<b>B. Peran Swasta Dan Pemerintah Dalam Pelayanan Kesehatan .....</b>	<b>26</b>
1. Definisi Swasta .....	27
2. Jenis Swasta .....	27
3. Keterlibatan Swasta .....	28
4. Swastanisasi/Privatisasi .....	29
5. Asumsi dan Ekspektasi .....	29

6. Motivasi dan Perilaku Swasta .....	31
7. Prospek Peranan Swasta .....	32
8. Peran Pemerintah .....	33
<b>BAB 3. PEMBIAYAAN KESEHATAN DAN ANALISIS</b>	
<b>BIAYA PUSKESMAS .....</b>	<b>35</b>
<b>A. Konsep Biaya .....</b>	<b>36</b>
<b>B. Analisis Biaya Puskesmas .....</b>	<b>37</b>
1. Pengertian .....	37
2. Tujuan Umum .....	37
3. Tujuan Khusus .....	37
4. Manfaat .....	38
5. Langkah-langkah .....	38
<b>BAB 4. PASAR PELAYANAN KESEHATAN .....</b>	<b>44</b>
<b>A. Ciri Dan Pasar Pelayanan Kesehatan Di Indonesia .....</b>	<b>45</b>
1. Ketidakpastian dalam Pelayanan Kesehatan.....	45
2. Asimetri Informasi dalam Pelayanan Kesehatan .....	48
3. Kompleksitas dan Variasi Pelayanan Kesehatan .....	49
4. Kegagalan Pasar Pelayanan Kesehatan.....	50
5. Eksternalitas dalam Pelayanan Kesehatan .....	51
6. Barang Publik .....	52
<b>B. Keseimbangan Pasar .....</b>	<b>53</b>
1. Keseimbangan Ekonomi .....	53
<b>BAB 5. KONSEP <i>DEMAND</i> DAN <i>SUPPLY</i> DALAM</b>	
<b>SEKTOR KESEHATAN.....</b>	<b>55</b>
<b>A. Masalah Kesehatan, <i>Needs</i> dan <i>demand</i> Yankes .....</b>	<b>56</b>
1. Teori-Teori <i>Demand</i> Yankes .....	56
2. <i>Demand</i> Dan <i>Supply</i> .....	57
3. <i>Need, Demand, Dan Want</i> .....	57
4. Perbedaan Permintaan ( <i>Demand</i> ), Kebutuhan ( <i>Need</i> ), Dan Keinginan ( <i>Wants</i> ) Atas Kesehatan .....	58
<b>B. Konsep ATP dan WTP .....</b>	<b>59</b>

<b>C. Penerimaan (<i>Revenue</i>) dan Biaya (<i>Cost</i>) .....</b>	<b>61</b>
2. Penerimaan.....	61
3. Biaya ( <i>Cost</i> ) .....	62
Penutup .....	63
Daftar Pustaka .....	65

## DAFTAR TABEL

<b>Nomor</b>		<b>Halaman</b>
1.	Persentase Belanja Kesehatan terhadap GDP di Indonesia.....	6
2.	Faktor yang Mempengaruhi Status kesehatan.....	16
3.	Keseimbangan Pasar.....	30
4.	<i>Profit atau Not For Profit</i> .....	33
5.	Contoh Sumber Ketidakpastian dalam Respons terhadap Pengobatan Kanker Paru .....	46
6.	Menunjukkan Lokus Ketidakpastian Dalam Pelayanan Kesehatan .....	47
7.	WTP dan Surplus Konsumen .....	60

## DAFTAR GAMBAR

<b>Nomor</b>	<b>Halaman</b>
1. Matriks Peran Swasta dan Pemerintah.....	28
2. Contoh Pusat Biaya Puskesmas.....	39
3. Biaya Tetap Dan Biaya Operasional Pada Pusat Biaya Pendukung/Unit Penunjang Dan Unit Produksi .....	41

# **BAB 1**

## **KONSEP DASAR EKONOMI KESEHATAN**

### **Tujuan Instruksional Umum (TIU)**

Sarjana kesehatan masyarakat (SKM) mampu memahami berbagai konsep penting dalam bidang ekonomi kesehatan.

### **Tujuan Instruksional Khusus (TIK) :**

Untuk mencapai kompetensi, setelah mengikuti kuliah Ekonomi Kesehatan ini mahasiswa mampu:

1. Menjelaskan konsep ekonomi kesehatan dan peranannya dalam pelayanan kesehatan.
2. Menggunakan konsep ekonomi kesehatan dalam mengatasi persoalan-persoalan ekonomis dalam bidang kesehatan masyarakat.
3. Mengetahui penerapan ilmu ekonomi kesehatan dalam perjalanan kebijakan kesehatan di Indonesia

## **A. Pengantar Ekonomi Kesehatan**

### **1. Mengapa Kesehatan?**

Pada akhirnya tujuan manusia bukan semata akhir hidup yang baik, namun kehidupan yang bermartabat sampai akhir hayat (Atul Gawande, *Being Mortal*, 2014).

Hidup sehat adalah impian semua orang yang harus diwujudkan. Inilah yang mendasari negara untuk mengatur dan memastikan setiap orang berhak hidup sehat dan memperoleh pelayanan kesehatan. Sistem kesehatan dibangun untuk memelihara dan meningkatkan derajat kesehatan setinggi-tingginya, bagi yang sehat maupun yang sakit, sehingga setiap masyarakat dapat hidup berkualitas dan produktif secara sosial dan ekonomis sesuai kondisi kesehatannya. Membangun sistem kesehatan yang kuat artinya memberikan penghormatan kepada manusia sesuai haknya. Masyarakat yang sehat dan bermartabat merupakan modal terciptanya sumber daya manusia berkualitas untuk bangsa yang maju dan sejahtera.

Bayangkan suatu negara dapat menyediakan akses mobilisasi dan transportasi publik yang baik bagi penyandang disabilitas. Menyediakan jamban yang layak di pedesaan. Vaksin esensial gratis bagi seluruh balita dan populasi berisiko. Mencegah kekerdilan (*stunting*) melalui pemeriksaan kehamilan rutin dan memberi gizi seimbang pada wanita usia produktif. Memantau kualitas udara di kota metropolitan. Menggunakan pajak rokok untuk pembiayaan kesehatan. Surveilans kesehatan untuk mencegah berbagai penyakit dan wabah. Menyediakan jaminan kesehatan bagi seluruh warga negara. Menyediakan obat-obatan berkualitas bagi pasien sampai ke pelosok. Memajukan penelitian dan pengembangan obat dalam negeri. Mendekatkan fasilitas kesehatan (faskes) dengan sarana prasarana cukup kepada masyarakat di daerah terpencil. Memperpendek waktu tunggu pengobatan. Pelayanan kesehatan jiwa yang komprehensif. Perawatan paliatif bagi penderita penyakit terminal. Apakah sebuah negara dapat memenuhi semua keinginan untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakatnya? Bagaimana caranya?

Indonesia kaya sumber daya alam dan memiliki keanekaragaman hayati terkaya kedua di dunia (Rintelen, K. V., Arida, E., Hauser C., 2017), juga merupakan negara dengan jumlah penduduk terbanyak keempat di dunia (Aisyah, R., Gorbiano, M. I., 2019). Menurut peraih nobel ekonomi, Amartya Sen, manusia adalah aset negara sesungguhnya (Klugman, J., 2010). Masyarakat yang sehat secara fisik, mental, spiritual, dan intelektual akan membentuk sumber daya manusia yang unggul, yang dapat mengelola sumber daya alamnya sehingga berdampak pada pertumbuhan ekonomi dan kesejahteraan.

Untuk mencapai hal tersebut, diperlukan sistem kesehatan yang dapat memastikan kesehatan seluruh masyarakat di setiap siklus hidup dan tingkat kesehatannya, masyarakat yang sakit dapat memperoleh pelayanan kesehatan untuk mengembalikan fungsi kesehatan fisik dan mentalnya secara optimal, bahkan kembali normal, dan masyarakat yang sehat akan tetap sehat serta dapat dicegah dari berbagai penyakit fisik maupun mental.

Indonesia menjamin hak warga negaranya untuk hidup sejahtera seperti tercantum dalam Undang-Undang Dasar (UUD) 1945 pasal 28H ayat 1: “Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat, serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.” Di sinilah peran sistem kesehatan yang perlu menjadi komitmen pemerintah. Sistem kesehatan yang dikelola dengan baik akan memastikan anak-anak tumbuh dengan berat dan tinggi badan yang cukup. Seorang seniman dengan *multiple sclerosis* tetap dapat berkarya dengan penyakit yang diderita dan memenuhi kebutuhan ekonomi. Seorang pelajar dengan gagal ginjal kronis tetap dapat belajar dan berprestasi dengan kondisi yang dimilikinya, seorang *Chief Executive Officer* (CEO) perusahaan besar dengan hipertensi derajat II tetap dapat menyejahterakan pegawainya karena memperoleh pelayanan kesehatan yang baik. Pasien

tuberkulosis (TB) paru tetap dapat mengejar cita-citanya menjadi seorang atlet yang membanggakan bangsa, dan insidens Covid-19 dapat ditekan sehingga perekonomian dapat bangkit kembali. Hal ini akan mendorong Indonesia menjadi bangsa yang bermartabat Bukan semata karena pertumbuhan ekonominya, namun karena masyarakat yang sejahtera lahir dan batin, yang

dapat mendorong perekonomian dan prestasi bangsanya. Sebagaimana dikemukakan Joseph Stiglitz, “*development is about transforming the lives of people, not just transforming economies*” (Stiglitz, J. E. (2006).

## **2. Sistem Kesehatan Indonesia**

Indonesia menjamin pemenuhan hak kesehatan masyarakatnya melalui sistem kesehatan yang memberikan fungsi pengobatan dan pencegahan penyakit. Sistem kesehatan tersebut diuraikan dalam Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 72 Tahun 2012

tentang Sistem Kesehatan Nasional (SKN). SKN memiliki beberapa subsistem yang terdiri dari upaya kesehatan; penelitian dan pengembangan kesehatan; pembiayaan kesehatan, sumber daya manusia kesehatan, sediaan farmasi, alat kesehatan, dan makanan, manajemen, informasi, dan regulasi kesehatan, dan pemberdayaan masyarakat.

Indonesia telah menerapkan program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang bersinergi dengan Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) sejak 1 Januari 2014 dan telah mencakup sedikitnya 80 persen penduduk Indonesia per Desember 2021 (BPJS Kesehatan, 2020). JKN bertujuan menjamin pemenuhan kebutuhan pelayanan kesehatan dasar bagi seluruh warga negara dan memberikan perlindungan finansial dari biaya kesehatan yang dapat memiskinkan masyarakat yang sakit. JKN dikelola Badan Penyelenggara Jaminan Sosial (BPJS) Kesehatan yang menjadi pembayar tunggal (*single payer*) jaminan sosial kesehatan terbesar di dunia saat ini. Kehadiran JKN memberikan dampak positif bagi masyarakat (Dartanto, T., et al., 2017).

Kajian yang dilakukan oleh Lembaga Penyelidikan Ekonomi dan Masyarakat (LPEM) Universitas Indonesia (UI) menunjukkan bahwa JKN memberikan dampak berupa pertumbuhan ekonomi jangka pendek dan jangka panjang. Selain itu, 100 persen kepesertaan JKN dapat meningkatkan angka harapan hidup penduduk sebesar 2.9 tahun. Bila bercermin pada dimensi cakupan kesehatan semesta *World Health Organization* (WHO, 2021), Indonesia telah mencakup hampir seluruh warga negaranya dan implementasi JKN telah menurunkan pembayaran

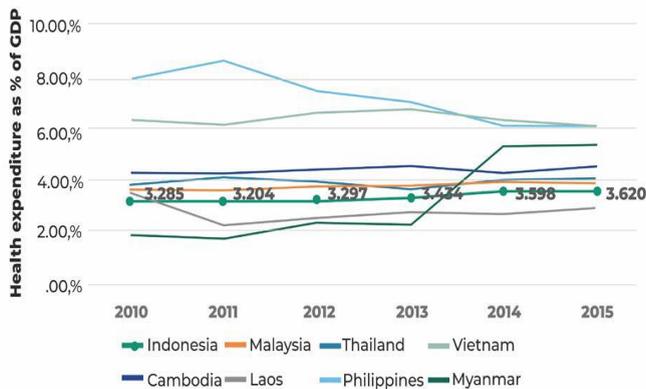
dari kantong sendiri (*out of pocket*) dari 49 persen pada tahun 2013 menjadi 35 persen pada tahun 2017. JKN juga telah meningkatkan pemanfaatan pelayanan kesehatan, khususnya pada kelompok masyarakat dengan tingkat sosioekonomi rendah (Soewondo, P., et al., 2017).

Hal ini karena subsidi yang diberikan oleh pemerintah pusat dan pemerintah daerah melalui segmen populasi Penerima Bantuan Iuran (PBI). Berbagai kajian menunjukkan bahwa JKN telah meningkatkan pemanfaatan dan belanja pelayanan kesehatan pada masyarakat dengan tingkat ekonomi rendah, di wilayah timur Indonesia dan daerah pedesaan (Soewondo, P., et al., 2017; Shihab, A. N., Nurdin, A., Kadir, A., Thabrany, H., Paturusi, I., 2017; Johar, M., Soewondo, P., Adji, A., Pujisubekti, R., Satrio, H. K., Wibisono, I.D, 2018).

Meskipun telah memberikan banyak hal positif, JKN masih mempunyai banyak pekerjaan-pekerjaan rumah yang harus dituntaskan. Hal-hal yang masih menjadi tantangan JKN diantaranya adalah keberlanjutan keuangan, masih adanya ketimpangan akses pada berbagai kelompok usia dan wilayah, serta kesiapan dan kualitas layanan kesehatan mulai dari infrastruktur, ketersediaan obat, hingga alat kesehatan (Agustina, R., Dartanto, T., Sitompul, R., Susiloretni, K. A., Suparmi, Achadi, E. L., Taher, A., Wirawan, F., Sungkar, S., Sudarmono, P., Shankar, A. H., Thabrany, H., 2019; Mboi, N., 2015).

Peningkatan program JKN tak lepas dari perbaikan yang masih harus dilakukan pada sistem kesehatan sehingga peningkatan JKN perlu diiringi dengan peningkatan SKN. Pembiayaan kesehatan adalah salah satu aspek terpenting yang menopang sebuah sistem kesehatan. Kepedulian negara terhadap sektor kesehatan dapat tercermin dalam perbandingan belanja kesehatan nasional terhadap produk domestik bruto (PDB). Persentase belanja kesehatan nasional dibandingkan PDB Indonesia merupakan salah satu yang terendah di antara negaranegara ASEAN, walaupun persentasenya lebih tinggi setelah adanya JKN di tahun 2014 (Gani, A., 2019). Namun, komitmen pemerintah pada pembiayaan kesehatan semakin terlihat setelah adanya JKN. Persentase kontribusi pemerintah terhadap belanja kesehatan total terus meningkat setelah tahun 2014 (Saptati, R., 2020). Sebaliknya,

persentase pembayaran dari kantong sendiri terhadap total belanja kesehatan terus menurun.



**Gambar 1. Persentase Belanja Kesehatan terhadap GDP di Indonesia**

Pemerintah mengalokasikan anggaran untuk PBI JKN sebesar 48,8 triliun di tahun 2020 dan angka ini mengalami kenaikan dari tahun-tahun sebelumnya (Saptati, R., 2020). Seperti kita ketahui, JKN telah menghadapi tantangan defisit keuangan sejak awal implementasinya. Salah satu alasan utamanya adalah ketidaksesuaian tarif peserta dan tingginya rasio klaim rumah sakit (*Health Policy Plus and National Team for the Acceleration of Poverty Reduction*, 2018).

Dengan subsidi yang telah dialokasikan pemerintah, JKN masih mengalami kesulitan dalam pengelolaan arus keuangannya (*Health Policy Plus and National Team for the Acceleration of Poverty Reduction*, 2018). Pemerintah perlu terus mengevaluasi prioritas dan alokasi anggaran belanja negara, khususnya untuk sektor kesehatan. Selain itu, JKN perlu melakukan strategi seperti menentukan kepastian skema pembayaran iuran bagi sektor informal, penerapan belanja strategis, dan pemilihan skema pembiayaan faskes yang tepat dan efisien (Agustina, R., et al., 2019).

Aspek kunci lainnya dalam sistem kesehatan adalah upaya pelayanan kesehatan yang didukung oleh sumber daya manusia

kesehatan dan ketersediaan obat serta alat kesehatan. Walaupun JKN telah meningkatkan akses masyarakat terhadap pelayanan kesehatan, pemerataan pelayanan kesehatan masih perlu menjadi perhatian. Salah satu penyebabnya adalah distribusi tenaga kesehatan yang belum merata di seluruh penjuru Indonesia (Anderson, I., et al., 2014). Kurangnya tenaga kesehatan, terutama dokter dan perawat, berakibat pada kurangnya kapasitas pelayanan di tingkat primer dan meningkatnya beban di tingkat rumah sakit (Rajan, V., et al., 2018).

Distribusi tenaga kesehatan juga berakibat pada sulitnya pelayanan kesehatan di daerah tertinggal, perbatasan, dan kepulauan. Selain tenaga kesehatan, obat dan alat kesehatan memiliki peran krusial dalam pemberian pelayanan kesehatan. Dokter memiliki kewenangan untuk memberikan obat sesuai pilihannya kepada pasien yang membayar dari kantong sendiri. JKN telah mendorong dokter untuk memilih obat yang efektif dan efisien melalui cara pembayaran faskes yang berbasis efisiensi menggunakan kapitasi dan *Indonesian Case Base Groups* (INA-CBGs). Faskes diharuskan untuk membuat rencana kebutuhan obat dengan berpedoman pada Formularium Nasional (Fornas) dan melakukan pembelian melalui *e-purchasing* sesuai e-katalog. Namun, tidak semua obat yang diperlukan faskes terdaftar di dalam Fornas (Soewondo, P., et al., 2020).

Hal ini memungkinkan adanya celah pembayaran obat dari kantong sendiri bagi pasien JKN. Harga obat yang ditekan pada era JKN juga perlu menjadi perhatian para pembuat kebijakan untuk memastikan kualitas obat yang diberikan di bawah skema JKN (Pisani, E., et al., 2019). Namun, JKN telah mendorong penerapan *health technology assessment* (HTA) untuk mengevaluasi obat-obat dalam Fornas menggunakan metode evaluasi ekonomi. Tidak hanya obat, HTA juga digunakan untuk mengevaluasi teknologi kesehatan lainnya seperti vaksin dan alat-alat kesehatan. Dalam sistem JKN, pelayanan kesehatan baik yang disediakan oleh pemerintah maupun swasta, diberikan secara berjenjang mulai dari Fasilitas Kesehatan Tingkat Primer (FKTP) melalui Pusat Kesehatan Masyarakat (Puskesmas) dan klinik. Peran FKTP dititikberatkan pada upaya promosi kesehatan dan pencegahan penyakit, sedangkan upaya kesehatan kuratif dan rehabilitatif

menjadi domain Fasilitas Kesehatan Rujukan Tingkat Lanjut (FKRTL) yang diberikan oleh rumah sakit (RS) daerah, swasta, dan RS sub spesialis.

Konsep Puskesmas diluncurkan pada tahun 1969 dan sempat dijadikan contoh oleh negara-negara lain pada Deklarasi Alma Ata di tahun 1978. Sejatinya, Puskesmas adalah ujung tombak pelayanan kesehatan dengan mengedepankan upaya promotif dan preventif, dan berfungsi sebagai penjaga gerbang rujukan (*gate keeper*) dalam sistem kesehatan (Humas BPJS Kesehatan, 2017). Namun, tidak semua Puskesmas memiliki kapasitas yang memadai untuk melakukan fungsinya secara optimal. Selain distribusi tenaga kesehatan yang belum merata, kurangnya memadainya infrastruktur dan sarana prasarana dapat mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan yang diberikan pada masyarakat (Rajan, V. et al, 2018).

Sejak implementasi JKN, pengeluaran JKN lebih banyak terjadi di tingkat rumah sakit melalui klaim INA-CBGs. Biaya di tingkat RS yang lebih mahal dapat berpengaruh kepada pengeluaran JKN sehingga fungsi FKTP sebagai penjaga gerbang rujukan perlu untuk terus ditingkatkan untuk mengurangi angka rujukan. Pemenuhan dan peningkatan infrastruktur dan sarana prasarana faskes milik pemerintah merupakan peran pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Sejak diimplementasikannya otonomi daerah di tahun 1999, pemerintah pusat dan daerah memiliki peran masing-masing dalam sektor kesehatan.

Pemerintah pusat, dalam hal ini Kementerian Kesehatan, memiliki fokus pada fungsi regulasi, supervisi, penyediaan dan pendistribusian sumber daya kesehatan (tenaga kesehatan, alat kesehatan, dan obat), serta pengelolaan rumah sakit tersier dan sub spesialis. Pemerintah daerah fokus pada perencanaan dan manajemen pemberian pelayanan kesehatan pada faskes milik pemerintah daerah. Pemerintah daerah juga berperan dalam mendorong pemberdayaan dan partisipasi masyarakat dalam peningkatan status kesehatan menggunakan sumber daya dan kearifan lokal. Contoh pemberdayaan masyarakat antara lain Desa Siaga, Pos Kesehatan Desa (Poskesdes), Pos Pelayanan Terpadu (Posyandu), Pos Kesehatan Pesantren (Poskestren), dan lainnya.

Indonesia memiliki beban penyakit ganda berupa masih banyaknya penyakit menular, termasuk masih adanya penyakit tropis terabaikan, dan meningkatnya prevalensi penyakit tidak menular (PTM) dalam beberapa dekade terakhir. Indonesia menduduki peringkat ke-3 alam jumlah kasus TB dan insiden pandemi Covid-19 yang terus meningkat (Mboi, N., et al., 2018; Komite Penanganan Covid-19 dan Pemulihan Ekonomi Nasional, 2020).

Penyebab kematian terbanyak dan disabilitas didominasi oleh PTM dan penyakit katastrofik seperti penyakit kardiovaskular dan sirosis hati (IHME, 2020). Beban kesehatan lainnya meliputi lambatnya penurunan angka kematian ibu, tingginya prevalensi kekerdilan di sebagian besar provinsi, dan cakupan alat kontrasepsi yang belum mencapai target nasional (Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Dengan adanya JKN, tidak berarti sistem kesehatan fokus pada upaya pengobatan penyakit. Upaya promotif dan preventif perlu dilakukan secara terstruktur dimulai di tingkat nasional melalui pembentukan pedoman dan dorongan kepada seluruh pihak oleh Kemenkes RI, pelaksanaan upaya pencegahan penyakit dan kesehatan lingkungan di Puskesmas, surveilans epidemiologi terpadu oleh dinas kesehatan dan faskes sebagai umpan balik pencegahan dan penanggulangan penyakit, dan pemberdayaan masyarakat dengan menggali potensi dan budaya setempat. Sudah selayaknya sistem kesehatan memprioritaskan upaya pencegahan penyakit. Sesuai Peraturan Presiden nomor 72 tahun 2012, SKN adalah pengelolaan kesehatan yang dilakukan secara terpadu oleh seluruh komponen bangsa dan saling mendukung guna menjamin tercapainya derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya dengan menekankan pada upaya promotif dan preventif, tanpa mengesampingkan upaya kuratif dan rehabilitatif, bukan sebaliknya.

### **3. Mengapa Penting Ekonomi Kesehatan?**

*“Economics is an inquiry into the nature and causes of the wealth of nations.”* (Adam Smith, *The Wealth of Nations*, 1776)

Ekonomi adalah ilmu mengenai alokasi sumber daya yang terbatas dalam meningkatkan kesejahteraan hidup manusia

(Bhattacharya, Hyde, Tu, 2014). Ilmu ekonomi kesehatan merupakan penerapan ilmu ekonomi dalam sektor kesehatan yang diprakarsai oleh Kenneth Arrow melalui publikasi pada *The American Economic Review* di tahun 1963 berjudul *Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care* (Clarke & Erreygers, 2018; Arrow, Kenneth, 1963).

Alasan diperlukannya ilmu ekonomi kesehatan adalah adanya kesenjangan antara keinginan dan sumber daya dalam pemberian pelayanan kesehatan. Contohnya adalah keinginan masyarakat agar iuran JKN tidak mengalami kenaikan, namun dibatasi oleh kapasitas keuangan BPJS Kesehatan dan tingginya pemanfaatan JKN. Contoh lainnya adalah wacana pemerintah untuk menjamin iuran JKN bagi segmen populasi pekerja bukan penerima upah (PBPU), namun mempertimbangkan kapasitas keuangan BPJS

Kesehatan dan dampak dari alokasi anggaran tersebut. Selain itu, keinginan pemerintah untuk mendistribusikan tenaga kesehatan secara merata di seluruh penjuru tanah air, namun terbentur oleh ketersediaan insentif moneter dan nonmoneter yang layak bagi tenaga kesehatan.

Indonesia berikrar untuk memberikan pelayanan kesehatan yang merata bagi semua melalui UUD 45, Undang-undang SJSN Nomor 40 tahun 2004, dan Undang-undang Kesehatan Nomor 36 tahun 2009. Dengan keterbatasan sumber daya manusia, infrastruktur dan keuangan, diperlukan upaya alokasi sumber daya yang terbatas tersebut untuk menjamin pemerataan pelayanan kesehatan dan efisiensi. Ilmu ekonomi kesehatan dapat menunjang pemilihan prioritas alokasi sumber daya untuk meningkatkan derajat kesehatan masyarakat.

Di era keterbukaan dan kebebasan informasi seperti saat ini, masyarakat difasilitasi untuk semakin kritis terhadap intervensi medis yang diberikan oleh dokter. Masyarakat ingin mengetahui apakah biaya yang dikeluarkan untuk pelayanan kesehatan sesuai dengan hasil yang diperoleh. Hal ini mendorong pemberi layanan kesehatan untuk semakin transparan dan memberikan pelayanan kesehatan yang efektif dan efisien berbasis bukti. Di tingkat kebijakan, masyarakat juga ingin mengetahui dasar pemilihan

kebijakan kesehatan oleh pemerintah. Contohnya adalah kajian-kajian yang menjadi dasar pemilihan paket manfaat dalam JKN.

Kajian evaluasi ekonomi dapat memberikan bukti dalam penentuan paket manfaat JKN. Analisis ekonomi dapat membantu menentukan pilihan kebijakan yang efektif dan efisien sesuai kapasitas keuangan yang dimiliki pemerintah dan yang memberikan hasil kesehatan terbaik bagi masyarakat. Hal ini dapat diaplikasikan dalam menjawab pertanyaan seperti: Apakah bedah sesar perlu dijamin JKN? Dan lain-lain. Ekonomi dan kesehatan memiliki hubungan timbal balik. Derajat kesehatan suatu bangsa berdampak pada pertumbuhan ekonomi dan kesejahteraan penduduknya. Sebaliknya, pertumbuhan ekonomi dapat menjadi sarana peningkatan alokasi anggaran kesehatan yang dibutuhkan untuk penelitian dan pengembangan teknologi kesehatan dalam negeri, peningkatan kualitas pelayanan kesehatan, dan lain-lain (Murti, 2019).

Pelayanan kesehatan memiliki karakteristik dan kekhususan yang menjadi salah satu alasan ekonomi kesehatan menjadi cabang tersendiri. Kenneth Arrow memiliki argumen bahwa pasar pemberian pelayanan kesehatan memiliki perbedaan yang fundamental dengan pasar bebas umumnya. Beberapa karakteristik pasar pelayanan kesehatan tersebut antara lain (Murti, 2019; Arrow, Kenneth, 1963) adalah:

- 1) Memiliki ketidakpastian, yaitu kejadian penyakit bersifat tidak pasti dipengaruhi oleh berbagai faktor, dan memiliki risiko berbiaya mahal, kualitas pelayanan medis sulit dipastikan, kesembuhan pasien dipengaruhi oleh berbagai faktor, permintaan, penggunaan, dan besarnya biaya pelayanan medis bersifat tidak pasti;
- 2) Produsen pelayanan kesehatan memiliki informasi yang lebih baik daripada penerima layanan asimetri informasi (*asymmetric information*), sehingga pihak yang mengetahui kualitas produk dapat memanipulasi pihak yang tidak atau sedikit memiliki informasi. Hal ini dapat menimbulkan bahaya moral (*moral hazard*) dan seleksi yang tidak diinginkan (*adverse selection*)

- 3) Hubungan prinsipal-agen yang dilatarbelakangi oleh asimetri informasi. Pasien memberikan wewenang kepada dokter untuk membuat keputusan atas nama pasien;
- 4) Adanya hambatan masuk, yang membuat pesaing baru sulit memasuki industri atau area bisnis. Hal ini diakibatkan oleh berbagai regulasi pemerintah seperti pajak khusus dan lisensi, loyalitas konsumen, dan lain-lain
- 5) Padat karya berupa kecenderungan pembentukan spesialis dan sub spesialis yang menyebabkan komponen biaya pelayanan kesehatan semakin besar Adanya eksternalitas atau akibat tidak langsung dari penggunaan pelayanan kesehatan yang dialami pihak ketiga yang tidak terlibat dalam transaksi. Contohnya eksternalitas positif, yaitu pembangunan rumah sakit yang tidak hanya bermanfaat bagi pasien, namun juga menciptakan lapangan pekerjaan bagi masyarakat.
- 6) Adanya intervensi pemerintah yang dapat membantu menurunkan biaya pelayanan kesehatan, memperluas cakupan asuransi kesehatan, dan memperbaiki akses pelayanan kesehatan dengan mengoreksi kegagalan pasar dan memberikan subsidi biaya.

Karakteristik-karakteristik di atas dapat menyebabkan pasar bebas gagal mengalokasikan sumber daya secara efisien yang disebut kegagalan pasar (*market failure*) dalam pasar pelayanan kesehatan, sehingga diperlukan intervensi pemerintah untuk mengoreksi pasar bebas (Murti, 2019). Ekonomi kesehatan berperan penting dalam menjawab permasalahan-permasalahan yang ada pada sistem kesehatan yang diakibatkan oleh karakteristik pelayanan kesehatan tersebut dan memberikan bukti dalam pengambilan kebijakan oleh pemerintah. Sebagaimana dikemukakan Hasbullah Thabrany, “Ilmu ekonomi kesehatan adalah tulang punggung peningkatan sistem kesehatan Indonesia” (Thabrany, 2020).

## **B. Penerapan Ilmu Ekonomi Kesehatan**

### **1. Pengertian Ekonomi**

Ekonomi adalah ilmu untuk membuat pilihan. Sumber daya di alam terbatas, sedang keinginan (*wants*) manusia tidak terbatas. Demikian juga jumlah dokter, perawat, obat-obatan, tempat tidur

kesehatan meningkat. Karena itu sumber daya kesehatan harus digunakan dengan efisien dan berkeadilan (*equitable*). (Murti,2011)

Ekonomi adalah aktivitas manusia yang berhubungan dengan produksi, distribusi, pertukaran serta konsumsi barang dan jasa. Ekonomi secara umum atau khusus adalah suatu aturan atau manajemen rumah tangga. Ekonomi juga dikatakan sebagai ilmu yang menjelaskan cara cara dalam menghasilkan, mengedarkan, membagi serta memakai barang dan jasa dalam masyarakat sehingga kebutuhan materi masyarakat mampu terpenuhi sebaik-baiknya.

Ekonomi juga dipelajari pada berbagai tingkatan. Kita dapat mempelajari keputusan rumah tangga dan perusahaan, atau kita dapat mempelajari interaksi rumah tangga dan perusahaan pada pasar barang dan jasa tertentu. Kita juga dapat mempelajari operasi perekonomian sebagai suatu keseluruhan, yang hanyalah merupakan jumlah dari segala kegiatan para pembuatan keputusan ini pada semua pasar yang ada. (N.G. Mankiw,2006)

Menurut Lubis (2009) secara garis besar teori ekonomi dapat dibagi atas dua yaitu:

1) *Micro Economics*

Merupakan sesuatu yang spesifik dan merupakan sesuatu yang didefinisikan sebagai bagian dari ilmu ekonomi yang menganalisis bagian-bagian yang kecil dari seluruh kegiatan perekonomian. Hal yang dianalisis adalah bagian dan sistem ekonomi seperti: Perilaku konsumen, *Supply, Demand, Elastisitas Supply* dan *Demand*, pasar dan sebagainya.

2) *Macro Economics*

Merupakan sesuatu yang bersifat Agregat dan merupakan analisis atas seluruh kegiatan perekonomian. Analisis bersifat global dan tidak memperhatikan kegiatan ekonomi yang dilaksanakan oleh unit-unit kecil dalam perekonomian. Menganalisis kajian sektor-sektor kesehatan dan hubungannya dengan pembangunan ekonomi. Yang termasuk didalamnya antara lain: Fiskal dan moneter terhadap pembiayaan kesehatan, Kebijakan kesehatan dan lain-lain.

## **2. Ilmu Ekonomi**

*Asal Kata* Bahasa Yunani:

*Oikos = keluarga,*

*Nomos = aturan atau hukum*

Ilmu Ekonomi menurut Samuelson (1995) adalah ilmu yang mempelajari bagaimana orang melakukan dan menetapkan pilihan pada sumber daya produksi yang langka/terbatas untuk kemudian memproduksi berbagai komoditi dan mendistribusikannya ke anggota masyarakat atau konsumen.

Ilmu ekonomi merupakan ilmu mengenai bagaimana individu atau masyarakat, dengan atau tanpa uang menggunakan sumberdayayang terbatas dengan berbagai pilihan penggunaannya, untuk keperluan konsumsi saat ini atau dimasa mendatang. Ilmu ini mengkaji semua biaya dan manfaat dari perbaikan pola alokasi sumber daya yang ada.

Definisi ini tidak terbatas hanya pada kegiatan yang berkaitan dengan manusia saja, akan tetapi dapat diterapkan pada semua kegiatan yang menghadapi keterbatasan atau kelangkaan sumber daya sehingga pilihan harus ditentukan. Oleh karena itu sering dijelaskan bahwa ekonomi adalah suatu ilmu mengenai keterbatasan atau kelangkaan sumber daya dan penentuan pilihannya. Batasan tersebut terlihat pada analisis untuk pengambilan keputusan yang berkaitan dengan sumber daya dan pilihannya. Bidang dari ilmu ekonomi ini disebut dengan *Positive economics*.

*Positive Economics vs Normative Economics* *Positive economics* merupakan bidang yang berkaitan dengan “Apa yang terjadi”, atau “apa yang telah terjadi”, dan “Apa yang akan terjadi”. *Positive* Ekonomi merupakan ilmu ekonomi yang bersifat deskriptif, mempelajari tentang bagaimana komoditas diproduksi, didistribusi, dikonsumsi dalam keterbatasan sumber daya.

Disamping itu ada lagi yang disebut dengan *Normative Economics*, yaitu bidang ilmu ekonomi yang lebih banyak membicarakan tentang “apa yang seharusnya terjadi”, bukan apa yang terjadi. *Normative economics* selalu berkaitan dengan norma-norma atau standar yang harus diterapkan, biasanya ketidaksesuaian mengenai hal-hal normatif akan sulit diatasi dengan mempergunakan observasi empiris. Normatif ekonomi merupakan ilmu ekonomi yang bersifat perspektif, mempelajari bagaimana menentukan yang seharusnya. Misalnya hal mengenai

adanya pasar bebas bagi jasa pelayanan kesehatan merupakan hal yang berkaitan dengan *Normative economics*, bila berhubungan dengan nilai kebebasan konsumen untuk memilih. Sedangkan *Positive economics* bila berkaitan dengan bagaimana perilaku pasar bebas dan bagaimana praktek sehari-hari.

Walaupun *Positive Economics* tidak menentukan bagaimana seharusnya sesuatu dilaksanakan, akan tetapi bidang ini tetap penting bagi pembuatan kebijaksanaan. Misalnya sebagai pedoman dalam memperkirakan akibat dari berbagai tujuan dan kebijaksanaan yang telah dipilih.

### 3. Ekonomi Kesehatan

Menurut UU kesehatan tahun 2009 Kesehatan adalah keadaan sehat, baik secara fisik, mental, spritual maupun sosial yang memungkinkan setiap orang untuk hidup produktif secara sosial dan ekonomis.

Menurut Mills dan Gillson (1999) mendefinisikan ekonomi kesehatan sebagai penerapan teori, konsep dan teknik ilmu ekonomi dalam sektor kesehatan. Ekonomi kesehatan berhubungan dengan hal-hal sebagai 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 (Mills & Gillson, 1999)

Ilmu ekonomi kesehatan merupakan ilmu-ilmu sosial yang berarti tidak bebas nilai, dan merupakan salah satu cabang dari ilmu ekonomi seperti halnya cabang lainnya seperti ilmu ekonomi lingkungan, *welfares economics* dan sebagainya.

Winslow menyatakan bahwa ilmu Kesehatan Masyarakat adalah ilmu (*Art*) dan Pengetahuan (*Science*) dalam pencegahan penyakit, memperpanjang hidup dan meningkatkan derajat kesehatan dan efisiensi, melalui: pencegahan lingkungan,

pengecanaan dan pemberantasan penyakit, pendidikan kesehatan bagi masyarakat, pengorganisasian pelayanan kesehatan dan pengembangan organisasi sosial untuk menjamin standar hidup yang cukup (Hanlon, 1969).

Blum (1974) menjelaskan berbagai faktor yang mempengaruhi dalam upaya meningkatkan status kesehatan yaitu: Genetika, lingkungan, perilaku, dan pelayanan kesehatan seperti gambar di bawah ini:

Faktor-faktor yang mempengaruhi upaya peningkatan status kesehatan akan terlihat pada gambar di bawah ini:



**Gambar 2. Faktor yang Mempengaruhi Status kesehatan**

Menurut Klarman (1964) menjelaskan bahwa ekonomi kesehatan itu merupakan aplikasi ekonomi dalam bidang kesehatan. Secara umum ekonomi kesehatan akan berkonsentrasi pada industri kesehatan. Ada 4 bidang yang tercakup dalam ekonomi kesehatan yaitu:

1. Peraturan (*regulation*)
2. Perencanaan (*planning*)
3. Pemeliharaan kesehatan (*the health maintenance*) atau organisasi
4. *Analisis Cost dan benefit*

Pembahasan dalam ilmu ekonomi kesehatan mencakup *costumer* (dalam hal ini pasien / pengguna pelayanan kesehatan) provider ( yang merupakan *profesional investor*, yang terdiri dari publik maupun private), pemerintah ( *government*).

Ilmu ekonomi kesehatan berperan dalam rasionalisasi pemilihan dan pelaksanaan kegiatan yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan terutama yang menyangkut penggunaan

sumber daya yang terbatas. Dengan diterapkannya ilmu ekonomi dalam bidang kesehatan, maka kegiatan yang akan di laksanakan harus memenuhi kriteria efisiensi atau apakah kegiatan tersebut bersifat *Cost Effective*. Ada kalanya menerapkan ilmu ekonomi harus memenuhi kriteria interest-eficient, sedangkan pada kesehatan adalah interest-individu.

PPEKI (1989), menyatakan bahwa ilmu ekonomi kesehatan adalah penerapan ilmu ekonomi dalam upaya kesehatan dan faktor-faktor yang mempengaruhi kesehatan untuk mencapai derajat kesehatan yang optimal. Perubahan mendasar terjadi pada sektor kesehatan, ketika sektor kesehatan menghadapi kenyataan bahwa sumberdaya yang tersedia (khususnya dana) semakin hari semakin jauh dari mencukupi. Keterbatasan tersebut mendorong masuknya disiplin ilmu kesehatan dalam perencanaan, manajemen dan evaluasi sektor kesehatan.

Terdapat banyak definisi ekonomi kesehatan. Salah satunya mendefinisikan ekonomi kesehatan sebagai ilmu yang mempelajari *suplai* dan *demand* sumber daya pelayanan kesehatan dan dampak sumber daya pelayanan kesehatan terhadap populasi. Tentu saja definisi hanya merepresentasikan sebagian kecil topik yang dipelajari dalam ekonomi kesehatan. Ekonomi kesehatan perlu dipelajari, karena terdapat hubungan antara kesehatan dan ekonomi.

Kesehatan mempengaruhi kondisi ekonomi, dan sebaliknya ekonomi mempengaruhi kesehatan. Sebagai contoh:

- 1) Kesehatan yang buruk seorang menyebabkan biaya bagi orang tersebut karena menurunnya kemampuan untuk menikmati hidup, memperoleh penghasilan, atau bekerja dengan efektif. Kesehatan yang lebih baik memungkinkan seorang untuk memenuhi hidup yang lebih produktif.
- 2) Kesehatan yang buruk individu dapat memberikan dampak dan ancaman bagi orang lain.
- 3) Seorang yang terinfeksi penyakit infeksi dapat menular ke orang lain. Misalnya, AIDS
- 4) Kepala rumah tangga pencari nafkah yang tidak sehat atau sakit akan menyebabkan penurunan pendapatan keluarga, makanan dan perumahan yang buruk bagi keluarga

- 5) Anggota keluarga yang harus membantu merawat anggota keluarga yang sakit akan kehilangan waktu untuk mendapatkan penghasilan dari pekerjaan
- 6) Pekerja yang memiliki kesehatan buruk akan mengalami penurunan produktivitas.

Jadi pelayanan kesehatan yang lebih baik akan memberikan manfaat bagi individu dan masyarakat keseluruhan jika membawa kesehatan yang lebih baik. Status kesehatan penduduk yang baik meningkatkan produktivitas, meningkatkan pendapatan per kapita, meningkatkan pertumbuhan ekonomi negara (Murti,2011).

#### 4. Ciri-Ciri Sektor Kesehatan

Aplikasi ilmu ekonomi pada sektor kesehatan perlu mendapat perhatian terhadap sifat dan 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 tersebut antara lain:

- 1) Kejadian penyakit tidak terduga

Adalah tidak mungkin untuk memprediksi penyakit apa yang akan menimpa kita dimasa yang akan datang, oleh karena itu adalah tidak mungkin mengetahui secara pasti pelayanan kesehatan apa yang N butuhkan dimasa yang akan datang. Ketidakpastian (*uncertainty*) ini berarti adalah seseorang akan menghadapi suatu risiko akan sakit dan oleh karena itu ada juga risiko untuk mengeluarkan biaya untuk mengobati penyakit tersebut.

- 2) *Consumer Ignorance*

Konsumer sangat tergantung kepada penyedia (*provider*) pelayanan kesehatan. Oleh karena pada umumnya consumer tidak tahu banyak tentang jenis penyakit, jenis pemeriksaan dan jenis pengobatan yang dibutuhkannya. Dalam hal ini Providerlah yang menentukan jenis dan volume pelayanan kesehatan yang perlu dikonsumsi oleh konsumer.

- 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 untuk membayarnya. Hal ini menyebabkan distribusi pelayanan kesehatan sering sekali dilakukan atas dasar kebutuhan (*need*) dan bukan atas dasar kemampuan membayar (*demand*).

#### 4) Eksternalitas

Terdapat efek eksternal dalam penggunaan pelayanan kesehatan. Efek eksternal adalah dampak positif atau negatif yang dialami orang lain sebagai akibat perbuatan seseorang. Misalnya imunisasi dari penyakit menular akan memberikan manfaat kepada masyarakat banyak. Oleh karena itu imunisasi tersebut dikatakan mempunyai *social marginal benefit* yang jauh lebih besar dari *private marginal benefit* bagi individu tersebut. Oleh karena itu pemerintah harus dapat menjamin bahwa program imunisasi harus benar-benar dapat terlaksana.

Pelayanan kesehatan yang tergolong pencegahan akan mempunyai eksternalitas yang besar, sehingga dapat digolongkan sebagai “komoditi masyarakat”, atau *public goods*. Oleh karena itu program ini sebaiknya mendapat subsidi atau bahkan disediakan oleh pemerintah secara gratis. Sedangkan untuk pelayanan kesehatan yang bersifat kuratif akan mempunyai eksternalitas yang rendah dan disering disebut dengan *private good*, hendaknya dibayar atau dibiayai sendiri oleh penggunanya atau pihak swasta.

#### 5) *Non Profit Motive*

Secara ideal memperoleh keuntungan yang maksimal (*profit maximization*) bukanlah tujuan utama dalam pelayanan kesehatan. Pendapat yang dianut adalah “Orang tidak layak memperoleh keuntungan dari penyakit orang lain”.

#### 6) Padat Karya

Kecendrungan spesialis dan superspesialis menyebabkan komponen tenaga dalam pelayanan kesehatan semakin besar. Komponen tersebut bisa mencapai 40%-60% dari keseluruhan biaya.

#### 7) *Mixed Outputs*

Yang dikonsumsi pasien adalah satu paket pelayanan, yaitu sejumlah pemeriksaan diagnosis, perawatan, terapi dan nasihat kesehatan. Paket tersebut bervariasi antara individu dan sangat tergantung kepada jenis penyakit.

#### 8) Upaya kesehatan sebagai konsumsi dan investasi

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

#### 9) Restriksi berkompetisi

Terdapat pembatasan praktek berkompetisi. 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 sebagainya). Sedangkan dalam sektor kesehatan tidak pernah terdengar adanya promosi discount atau bonus atau banting harga dalam pelayanan kesehatan. Walaupun dalam prakteknya hal itu sering juga terjadi dalam pelayanan kesehatan.

Banyak teori dan praktek yang telah dikembangkan dibidang ini, walaupun dalam banyak hal kerangka ilmu (*body of knowledge*) nya masih relatif kecil dibandingkan dengan subdisiplin ekonomi yang lain.

### **5. Ruang Lingkup Ekonomi Kesehatan**

Adapun beberapa ruang lingkup ekonomi kesehatan yaitu :

#### 1) Konsumen

Konsumen adalah semua individu dan rumah tangga yang membeli atau memperoleh barang atau jasa untuk di konsumsi pribadi.

#### 2) Pemerintah

#### 3) Provider ( public – private )

Provider merupakan professional investor yang terdiri dari public maupun private.

### **C. Peran Ekonomi Kesehatan dalam Perencanaan Kesehatan**

Perencanaan kesehatan pada dasarnya berhubungan erat dengan pemilihan, yaitu: memilih satu cara atau memilih beberapa

cara diantara pilihan untuk mencapai tujuan dimasa yang akan datang. Dilain pihak, Ekonomi Kesehatan juga berkaitan dengan pemilihan sehingga antara perencanaan dan Ekonomi kesehatan terdapat persamaan dan keterkaitan.

Pertumbuhan dan pembangunan ekonomi disebuah Negara akan sangat mempengaruhi derajat kesehatan penduduknya dan berkaitan erat pula dengan kemampuan Negara tersebut untuk mengembangkan pelayanan kesehatan maupun kegiatan-kegiatan lain disektor kesehatan. Oleh karena itu kebijaksanaan dibidang kesehatan dan pelaksanaannya juga sangat dipengaruhi oleh pertimbangan ekonomi secara makro.

Program-program kesehatan hendaknya dipandang sebagai suatu strategi yang menyeluruh untuk meningkatkan kesejahteraan sosial dan ekonomi dari suatu penduduk. Strategi tersebut membutuhkan pilihan program-program yang dapat meningkatkan derajat kesehatan secara efisien. Misalnya, pengembangan jaringan pelayanan kesehatan, pembangunan infrastruktur air bersih, peningkatan gizi masyarakat, imunisasi dan sebagainya.

Dalam hal ini dibutuhkan kajian terhadap strategi dan skala prioritas yang perlu ditetapkan sebagai kebijaksanaan dalam beberapa bentuk pelayanan yang ada. Bagi Negara miskin atau sedang berkembang, untuk menentukan prioritas tersebut adalah tidak mudah dan sulit. Oleh karena itu segala usaha untuk memperluas pilihan dalam hal meningkatkan pelayanan kesehatan dan penyuluhan kesehatan akan dipandang sebagai sesuatu yang bermanfaat. Hal tersebut sangat relevan bagi konteks ekonomi dinegara yang berpendapatan rendah.

#### **D. Peran Ekonomi Kesehatan dalam Perjalanan Kebijakan Kesehatan Indonesia**

Ilmu ekonomi kesehatan tidak terpisahkan dari topik jaminan

kesehatan. Sejarah cikal bakal warisan jaminan kesehatan di Indonesia telah dapat ditelusuri sejak zaman kolonialisme di sekitar abad ke-19 (Trisnantoro, 2018). Pada saat itu, jaminan kesehatan hanya ditujukan untuk golongan tertentu dan belum ada pemerataan

kesehatan untuk seluruh masyarakat. Indonesia mengalami kesulitan dalam pendanaan kesehatan pada masa pasca-revolusi karena berkurangnya subsidi dari luar negeri (Trisnantoro, 2018).

Walaupun telah memiliki Undang-undang Nomor 18 tahun 1953 tentang Merawat Orang-Orang Miskin dan Orang-Orang yang Kurang Mampu dan Undang-undang Nomor 48 tahun 1953 yang mengatur rumah sakit swasta untuk memberikan pelayanan kesehatan bagi orang-orang tidak mampu, pelaksanaan kedua Undang-undang tersebut masih tidak jelas (Trisnantoro, 2018). *Pilot project* pelayanan kesehatan untuk semua dilakukan pada tahun 1960 di Jakarta, namun masih ditemukan berbagai kendala dan kekurangan dalam implementasinya (Trisnantoro, 2018). Di tahun 1974, dibentuklah Dana Sehat, yaitu dana yang dikumpulkan dan dihimpun dari berbagai kelompok masyarakat dan digunakan oleh masyarakat untuk pemeliharaan kesehatan (Thabrany, 2020).

Hal ini menunjukkan bahwa upaya-upaya pembentukan jaminan kesehatan sudah dilakukan Indonesia sejak lama. Di tahun 1980-an, didirikanlah Perhimpunan Peminat Ekonomi Kesehatan (PPEKI) (Gani, 2020). Perkumpulan ini dibentuk oleh Ascobat Gani yang menjadi wadah bagi para peminat ekonomi kesehatan di masa tersebut dan menjadi awal dikembangkannya ilmu ekonomi kesehatan. Penerapan ilmu ekonomi di Indonesia semakin nyata dengan adanya perubahan-perubahan kebijakan kesehatan pada tahun 1990-an berkaitan dengan situasi ekonomi pada saat itu. Salah satu kebijakan yang diberlakukan adalah kebijakan swadana Badan Layanan Umum (BLU) bagi faskes milik pemerintah yang membolehkan faskes untuk mencari penghasilan secara mandiri. Karena rendahnya tarif puskesmas dan rumah sakit pemerintah di masa itu, dilakukanlah perhitungan *unit cost* pelayanan kesehatan yang didukung oleh *United States Agency for International Development* (USAID) dan World Bank (WB) (Thabrany, 2020).

Hal ini dilakukan untuk mengoreksi tarif puskesmas dan RS pemerintah yang sangat kecil atau *cost recovery* dan untuk mengetahui kemampuan membayar (*ability to pay*) masyarakat atas pelayanan kesehatan. Namun hal ini menimbulkan bahaya moral pada faskes sehingga dibentuklah peraturan Penerimaan Negara Bukan Pajak (PNBP) di tahun 1997 yang mengharuskan

pendapatan faskes pemerintah untuk diserahkan kepada pemerintah (Thabrany, 2020).

Jaminan Sosial Tenaga Kerja (Jamsostek) di tahun 1992 yang mewajibkan pegawai swasta untuk menjadi peserta Jaminan Pemeliharaan Jamsostek (JPK) Jamsostek. Selain itu dibentuk pula Undang-undang Nomor 2 Tahun 1992 tentang Usaha Perasuransian yang membolehkan asuransi jiwa dan kerugian untuk menjual asuransi kesehatan dan Undang-undang Nomor 23 Tahun 1992 tentang Kesehatan yang mempromosikan Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat (JPKM).

Adanya kebijakan-kebijakan ini menciptakan kebutuhan pemahaman mengenai asuransi/jaminan kesehatan sehingga dibentuklah pendidikan profesi asuransi pekerja atas kerja sama *Health Insurance Association of America* (HIAA). Di tahun 1998, Perhimpunan Ahli Manajemen Jaminan dan Asuransi Kesehatan Indonesia (Pamjaki) dibentuk sebagai organisasi profesi yang dapat memberikan pendidikan berkelanjutan pada anggotanya mengenai manajemen asuransi kesehatan (Thabrany, 2020). Semua hal ini mendorong semakin meluasnya pembiayaan kesehatan berbasis asuransi dan memperluas aplikasi ilmu ekonomi kesehatan. Tahun 1998 merupakan tahun yang bergejolak di Indonesia. Salah satu catatan sejarahnya adalah terjadinya krisis ekonomi yang mengakibatkan terguncangnya nilai tukar tukar rupiah terhadap mata uang asing. Kondisi ini mengakibatkan melonjaknya harga-harga barang dan meningkatnya kemiskinan. Berbagai kebijakan dibentuk untuk merespons kondisi tersebut, salah satunya adalah pembentukan jaringan pengaman sosial (*social safety net*) menggunakan konsep JPKM untuk mencegah masyarakat yang jatuh miskin tidak mampu berobat, sehingga dibentuklah prabadan penyelenggara JPKM yang bertugas sebagai penyelenggara JPKM (Thabrany, 2020).

Di tahun 1999 kemiskinan semakin meningkat dan 99 persen bahan baku obat serta alat kesehatan diimpor dengan harga yang tinggi yang mengakibatkan biaya pengobatan menjadi semakin mahal. Di titik inilah Indonesia semakin mengukuhkan hak kesehatan bagi seluruh rakyatnya pada amandemen UUD 1945. Pada amandemen ini dibuatlah pasal 28 ayat 1 h yang menyatakan “Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat

tinggal dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan.” Pasal ini menjadi fondasi reformasi kesehatan yang salah satunya tertuang dalam Undang-undang SJSN dan pencetus kebutuhan yang lebih banyak atas kajian-kajian berbasis ekonomi kesehatan.

Proses pembentukan Undang-undang SJSN Nomor 40 tahun

2004 melibatkan pembentukan tim Jaminan Sosial Nasional dan pengujian materi Undang-undang. Setelah Undang-undang SJSN dibentuk, ilmu ekonomi kesehatan semakin luas diimplementasikan antara lain untuk penghitungan iuran dan subsidi pemerintah untuk segmen populasi PBI, penghitungan tarif kapitasi, dan penghitungan tarif INA-CBGs. Semakin tingginya kebutuhan kajian ekonomi kesehatan, ilmu ekonomi kesehatanpun semakin berkembang dan dikenal di Indonesia. Hal ini melatarbelakangi dibentuknya *Indonesian Health Economics Association (INAHEA)* di tahun 2014 (Thabrany, 2020).

INAHEA telah menjadi sarana bagi para penggiat ilmu ekonomi kesehatan untuk meningkatkan pengetahuan dan pemahaman mengenai berbagai aspek ekonomi dalam sistem kesehatan di Indonesia. Asosiasi ini beranggotakan praktisi dan akademis dari sektor pemerintah, swasta, dan universitas yang tersebar di seluruh Indonesia. Dengan keanggotaan yang semakin meluas, INAHEA terus berupaya untuk berkontribusi nyata dalam meningkatkan sistem dan status kesehatan masyarakat melalui aplikasi ilmu ekonomi kesehatan di Indonesia, karena masyarakat yang sehat merupakan modal terciptanya sumber daya manusia berkualitas untuk bangsa Indonesia yang maju dan sejahtera.

### **E. Manfaat Ekonomi Kesehatan dalam Sektor Pelayanan Kesehatan**

Perawatan kesehatan sangat menyerap biaya pemerintah maupun anggaran keluarga. Selain itu banyak juga peralatan kesehatan yang harus dibeli dengan menggunakan valuta asing sehingga akan menghabiskan banyak devisa, hal tersebut merupakan keterbatasan bagi Negara miskin. Untuk dapat lebih menghemat, dan meningkatkan efisiensi, banyak Negara yang berusaha untuk mencari sumber daya tambahan. Dalam hal ini

ekonomi kesehatan akan sangat bermanfaat, karena dapat membantu pengalokasian dana secara lebih baik, meningkatkan efisiensi, memilih teknologi yang lebih murah tapi tetap efektif, dan mengevaluasi sumber dana lainnya.

Ekonomi kesehatan tidak dapat memecahkan semua masalah. Oleh karena kesulitan dan keterbatasan dalam ekonomi kesehatan dalam menerapkan konsep lama dan ekonomi kesehatan itu juga sulit untuk diperaktekkan dibidang pelayanan kesehatan. Pada umumnya ekonom selalu menerapkan metode kuantitatif yang ditawarkan untuk membantu perencanaan kesehatan. Akan tetapi para ekonom tersebut telah dapat menjabarkan “Keinginan untuk lebih merinci tujuan atau beberapa tujuan yang tidak begitu jelas, guna menilai dan memantau kebijaksanaan, keinginan untuk mengidentifikasi fungsi produksi, pengakuan akan pentingnya kaitan antaran perilaku manusia, teknologi dan lingkungan hidup dalam proses kejadian, pencegahan, dan pengobatan penyakit.

Dalam hal ini pandangan para ekonom merupakan salah satu masukan bagi para perencana dalam membuat rencana disamping berbagai masukan lain untuk pengambilan keputusan.

## **BAB 2**

### **INDUSTRI LAYANAN KESEHATAN**

#### **Tujuan Instruksional Umum (TIU)**

Sarjana kesehatan masyarakat (SKM) mampu memahami berbagai konsep penting dalam industri layanan kesehatan.

#### **Tujuan Instruksional Khusus (TIK) :**

Untuk mencapai kompetensi, setelah mengikuti kuliah Ekonomi Kesehatan ini mahasiswa mampu:

1. Menjelaskan mengenai industri pelayanan kesehatan ciri/karakteristik pelayanan kesehatan
2. Mengetahui peran swasta dan pemerintah dalam pelayanan kesehatan

## **A. Industri Pelayanan Kesehatan Ciri/ Karakteristik Pelayanan Kesehatan**

Sektor Kesehatan/industri pelayanan kesehatan mempunyai beberapa karakteristik dibandingkan dengan sektor lainnya. Oleh sebab itu penerapan ilmu ekonomi di sektor kesehatan harus disesuaikan dengan karakteristik yang dimiliki sektor kesehatan.

Beberapa ciri/karakteristik sektor kesehatan :

### 1. *Consumer's ignorance* (ketidaktahuan konsumen)

Konsumen pelayanan kesehatan tidak tahu apa yang harus dikonsumsi, jenis, berapa banyak barang/jasa yang harus dikonsumsi untuk mengatasi masalah kesehatannya. Sehingga konsumen sangat tergantung pada provider pelayanan kesehatan. Ciri ini sangat jelas pada pelayanan kuratif. Pasien datang ke dokter dalam kondisi tidak tahu apa penyakitnya dan bagaimana mengatasinya.

### 2. *Supplier induced demand*

Provider pelayanan kesehatan bersifat dominan dalam memenuhi kebutuhan konsumen. Provider menyarankan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang harus dikonsumsi. Misalkan : jenis obat, berapa dosis yang harus diminum, dll.

### 3. Kejadian penyakit/masalah kesehatan tidak terduga

Konsumen tidak bisa menduga kejadian penyakit/masalah kesehatan. Dan mereka mengkonsumsi pelayanan kesehatan karena terpaksa untuk mengatasi penyakitnya/masalah kesehatan. Oleh karena itu harus ada perencanaan dari segi biaya untuk mengatasi masalah tersebut, misalnya melalui asuransi kesehatan.

### 4. Kesehatan bersifat konsumtif dan investasi

Memanfaatkan pelayanan kesehatan adalah kegiatan konsumsi karena mengeluarkan sumber daya (tenaga, uang dan waktu) untuk mendapatkannya. Tetapi mengkonsumsi pelayanan kesehatan promotif dan preventif pada hakekatnya adalah investasi SDM di masa mendatang.

### 5. Ekternalitas

Yaitu dampak positif/negatif yang diakibatkan oleh perbuatan orang lain. Misal : pemberian imunisasi bagi seseorang untuk mencegah penyakit menular akan memberikan manfaat bagi masyarakat sekitarnya., tetapi polusi memberikan dampak negatif bagi masyarakat sekitar. Pemerintah perlu menjamin program-

program yang mempunyai eksternalitas tinggi, dimana manfaat sosialnya lebih tinggi dibanding manfaat individunya.

#### 6. *Non competitive*

Dalam kesehatan kompetisi dalam iklan secara iklan dianggap tidak patut. Akibatnya konsumen yang 'ignorance' tidak memperoleh informasi tentang beda kualitas pelayanan dan beda tarif (harga) dari berbagai alternatif pelayanan kesehatan.

#### 7. *Non Profit motive*

Idealnya mencari untung/laba bukan merupakan tujuan utama bagi pelayanan kesehatan (seperti RS swasta), namun fungsi sosial yang harus diutamakan. Dalam prakteknya, memaksimalkan laba yang biasanya harus mengendalikan tarif dan jumlah produksi sulit dilakukan oleh pelayanan kesehatan. Kunjungan pasien (cerminan morbiditas) sulit diprediksi dan dikendalikan sementara tarif tidak bisa leluasa dinaikkan.

#### 8. Bersifat padat karya dan ada kesulitan untuk memasukinya

Sangat banyak profesi kesehatan yang terlibat dalam industri pelayanan kesehatan, banyak profesi spesialis yang tidak bisa digantikan fungsinya misalnya : dokter, perawat, bidan, dll. Pola tenaga yang padat karya dan terspesialisasi, membuat pelayanan kesehatan menjadi kompleks dan rumit mengelolanya.

## **B. Peran Swasta Dan Pemerintah Dalam Pelayanan Kesehatan**

### **1. Definisi Swasta**

Semua organisasi dan individu yang dalam melaksanakan kegiatannya tidak langsung dikendalikan oleh pemerintah. Ini termasuk perusahaan swasta dan individu yang mencari untung (*for profit*) artinya target pada pangsa pasar dengan kemampuan tinggi serta organisasi swasta yang tidak mencari untung (*not for profit*) artinya untuk sosial/ekonomi rendah/miskin (WHO, Mexico, 1991).

### **2. Jenis Swasta**

Adapun jenis swasta antara lain:

- 1) *For profit*
- 2) *Not for profit* □ dengan subsidi dan tanpa subsidi
- 3) Dengan izin resmi atau tanpa izin
- 4) Jenis kegiatan : preventif, promotif, kuratif dan rehabilitatif

**Tabel 1. Matriks Peran Swasta dan Pemerintah**

<b>Pelaksana</b> <b>Biaya</b>	<b>Pemerintah</b>	<b>Swasta</b>
Pemerintah	1. RS 2. Puskesmas 3. Pustu 4. Program Kesmas	Pelayanan dikontrakkan ke swasta Mis : <i>cleaning service</i> , pemeliharaan alat
Swasta	1. Paviliun swasta di RS Pemerintah 2. Yankes dari askes swasta ke yankes pemerintah 3. <i>Fee for service</i> masy. Ke yankes pemerintah	1. pasien/perusahaan swasta ke yankes swasta 2. Praktek swasta 3. Askes swasta ke yankes swasta

### 3. Keterlibatan Swasta

Jeffers,1990 ada 17 kriteria swasta, namun 7 yang utama adalah :

- 1) Pemerataan (*equity*)
- 2) Efisiensi operasional
- 3) Efisiensi alokatif
- 4) Acceptability oleh konsumen
- 5) Acceptability oleh penyelenggara pelayanan kesehatan
- 6) Kelayakan administrasi
- 7) Acceptability secara politik

Dari ke-7 kriteria diatas, menunjukkan 7 peranan utama swasta :

- 1) Mengontrakkan kegiatan tertentu kepada swasta
- 2) Mendorong perkembangan JPKM (Jaminan Pemeliharaan Kesehatan Masyarakat)
- 3) Menyesuaikan tarif untuk meningkatkan pendapatan
- 4) Membayar swasta sesuai dengan mutu pelayanan di fasilitas pemerintah
- 5) Otonomi RS Pemerintah ( : RS Unit Swadana)
- 6) Menegmbangkan asuransi kesehatan nasional

7) Swasta ikut menanggung biaya pendidikan tenaga

#### 4. Swastanisasi/Privatisasi

Adalah strategi atau kebijakan pemerintah untuk mengalihkan pelaksanaan upaya dan pelayanan kesehatan serta pembiayaannya dari pemerintah kepada swasta.

- 1) Total
- 2) Selektif atau Terbatas

#### 5. Asumsi dan Ekspektasi

##### 1) *Mobilisasi Sumber Daya*

a. Fakta : dana yang bersumber dari masyarakat dan swasta, jumlahnya cukup besar 35-65%. Dana yang besar ini diharapkan akan bisa membantu memikul tanggung jawab sosial secara langsung.

b. Kesuksesan sektor swasta dalam membantu memobilisasi dana tergantung pada kondisi :

##### a) Jumlah tenaga kesehatan

Dengan berkembangnya swasta, tenaga tranmpil yang jumlahnya terbatas di sektor pemerintah akan berkurang. (*brain drain*)

##### b) Intervensi pemerintah

Tidak adanya intersevnasi menyebabkan terjadinya kenaikan total biaya kesehatan, akan tetapi volume pelayanan masih tetap atau bahkan berkurang

##### 2) *Kompetisi dan Efisiensi*

a. Kenyataan : tidak selalu terjadi

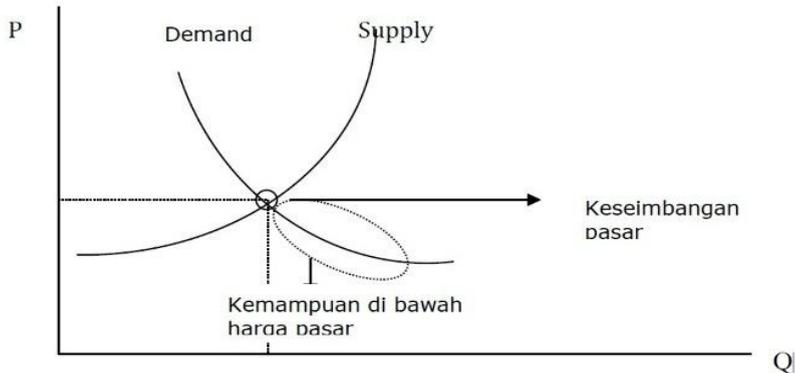
a) Mekanisme harga di pasar memerlukan informasi biaya produksi secara tepat dan cepat. Di negara maju, kebanyakan informasi ini sudah tersedia, tetapi di sebagian negara berkembang, informasi ini masih sangat terbatas.

b) Persyaratan tersedianya supplier dalam jumlah banyak dan dapat masuk dan keluar dengan mudah. Dalam kenyataannya, sulit untuk masuk dan keluar dari sistem di sektor kesehatan. Sehingga yang terjadi bukan *free competition* tapi oligopoli, bahkan monopoli di daerah tertentu.

c) *Consumer choice*. Kondisi pasar sempurna memungkinkan konsumen untuk memilih yang terbaik dari banyaknya layanan kesehatan, sekaligus untuk mengetahui kualitas barang yang dibelinya. Untuk itu konsumen harus mengetahui variasi harga dan kualitas barang yang tersedia di pasar. Tetapi karena salah satu ciri sektor kesehatan adalah *consumer ignorance*, maka permintaan yang terjadi adalah permintaan yang diwakilkan oleh provider, sehingga terjadi mekanisme pasar tidak sempurna.

### 3) *Keseimbangan Pasar*

- a. *Asumsi* : Pasar terbentuk bila ada interaksi dinamis antara demand dan supply sehingga membentuk *pareto optimum* (dimana keuntungan yang diperoleh pihak tertentu adalah kerugian pihak lain sehingga terjadi pergeseran pasar dari titik keseimbangan)
- b. Namun, pemerataan sulit terjadi bila peranan swasta dominan



**Gambar 3. Keseimbangan Pasar**

### 4) *Kualitas*

- a. *Fakta* : kualitas sektor pemerintah sangat rendah. **KELUhan** terdapat dalam layanan kesehatan, layanan penunjang medis, layanan administrasi, layanan transportasi, dan layanan lainnya.
- b. *Harapan* : peningkatan kualitas pelayanan kesehatan

- c. Swasta menonjol (swastanisasi) → Kualitas pelayanan meningkat
- d. Kualitas *lege artis* (dari segi medis), harus dipenuhi tidak kurang dan tidak lebih (adekuat)
- e. Kualitas non medis → meningkatkan pelayanan kesehatan
- f. Pelayanan Kesehatan yang Berkualitas :
  - a) Kualitas dari aspek medis harus adekuat (tidak lebih dan tidak kurang)
  - b) Sementara peran swasta *for profit* ada kecenderungan untuk memberi layanan berlebihan (untuk pembayaran *fee for service*) atau kurang untuk *kapitasi*.
  - c) Kualitas dari aspek non medis (*convenience dan amenities*)  
Meliputi : waktu tunggu, administrasi, kebersihan, keramahan, kenyamanan. Swasta lebih mudah menyesuaikan kualitas pelayanan.
  - d) Kualitas dari Aspek *Aksesibilitas*

## 6. Motivasi dan Perilaku Swasta

- 1) *Swasta Not For Profit*
  - a. Tujuan : *social benefit maximum*
  - b. Jenis : subsidi (organisasi internasional/domestik) dan tanpa subsidi
  - c. Sumber subsidi : Badan/organisasi internasional dan sumber dana domestik (jumlah sedikit)
  - d. Subsidi mencakup :
    - a) Seluruh/sebagian komponen biaya (investasi, operasional, dan pemeliharaan)
    - b) Subsidi terbatas hanya pada investasi
  - e. Peran pemerintah, adalah membantu dengan memberi subsidi, keringanan perijinan, bimbingan, pembangunan infrastruktur fisik
  - f. Ciri-ciri :
    - a) Tarif biasanya di bawah biaya satuan
    - b) Tarif diatas biaya satuan digunakan untuk subsidi silang

- c) Sasaran pelayanan kesehatan adalah pemukiman kumuh dan daerah tertinggal
- 2) *Swasta For Profit*
- a. Tujuan : maksimum *return on investment*, sehingga selalu memperhatikan jumlah, jenis dan lokasi layanan kesehatan.
  - b. Sasaran : ekonomi menengah keatas, di kota dan selalu menginginkan kualitas pelayanan yang tinggi.
  - c. Bersistem eksklusif dalam SDM, peralatan medis, dan pendukung serta tarif
  - d. *Supply induced Demand* yaitu biaya investasi dan operasional beraal dari uang pinjaman bank, sehingga terdorong untuk melakukan *un-necessary procedure*
  - e. Praktek *Tying* (pemberian/penjualan suatu barang/jasa kepada konsumen yang menyebabkan konsumen terpaksa membelinya). Contoh : Di AS, satu diantara empat laboratorium adalah milik dokter, sehingga pasien cenderung patuh pada apa yang disarankan oleh dokternya.
  - f. Tarif > unit cost sehingga berorientasi laba (profit), yang tidak hanya untuk meningkatkan pelayanan atau subsidi silang

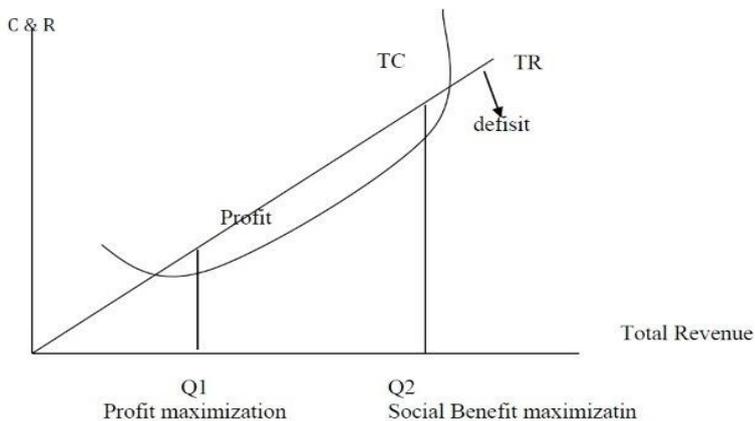
## 7. Prospek Peranan Swasta

### 1) *Pangsa Pasar*

Pada swasta for profit sangat tergantung pada *out of pocket payment*. Ada keterbatasan pasar :

- a. 15% (27 juta) penduduk Indonesia masih hidup di bawah garis kemiskinan
  - b. 75% (135 juta) tinggal di pedesaan.
  - c. Asumsi : 40-50 juta yang mampu membayar layanan PHC di swasta, tapi masih terbatas dalam penyediaan layanan sekunder dan tersier.
  - d. Dapat juga dilihat dari jumlah penduduk yang bekerja di sektor formal. Diestimasikan 8 juta bekerja di sektor formal, dimana termasuk 4 juta pegawai negeri, 4 juta (12 dengan keluarga).
- 2) *Motivasi : Profit atau Not For Profit*

- a. Terbatasnya dana pemerintah dan swasta non profit (organisasi domestik maupun internasional) menyebabkan motif swasta for profit menjadi semakin kuat.
- b. *Profit* : penetapan tarif diatas biaya satuan sehingga sisa keuntungan dapat dipakai baik untuk keperluan perluasan layanan maupun untuk investasi lain di luar sektor kesehatan.
- c. *Pure profit* merupakan *profit maximization*



**Gambar 4. Profit atau Not For Profit**

### 3) *Kendala Tenaga Medis*

Terbatasnya ketersediaan dan produksi tenaga medis., sehingga dokter pemerintah bekerja pada sektor swasta pada jam kerja resmi pemerintah.

### 4) *Two Tiers Health System*

Terdapat 2 jalur layanan kesehatan yang terpisah :

- a. Swasta for profit yang memberikan layanan yang eksklusif → *skimming the cream* (menggambil 'lemak' / hanya pada masyarakat sosial ekonomi yang mampu)
- b. Pemerintah → masyarakat yang tidak mampu

Bila ini terjadi, maka motif sektor swasta untuk membantu pemerintah dalam meringankan biaya kesehatan akan sulit tercapai.

## 8. Peran Pemerintah

- 1) Swasta yang bagaimana ?

Tidak dapat dihindari peranan sektor swasta akan bertambah besar, karena :

- a. Meningkatnya sosial ekonomi penduduk
- b. Jumlah penduduk yang dilayani bertambah
- c. Awareness akan kualitas layanan yang baik

Peran swasta yang bagaimana yang cocok dengan norma, tujuan pembangunan kesehatan yang telah ditetapkan ?

- a. Pasar Bebas (*free competition* dan *consumer choice* tidak berfungsi dalam mekanisme pasar, sehingga terjadi *hidden monopoly*)
- b. *Re-regulasi* (menjaga agar tujuan nasional, nilai dan norma pembangunan kesehatan tidak dilanggar oleh pelaku-pelaku pembangunan kesehatan)
- c. Deregulasi (penyederhanaan sistem untuk memudahkan sektor swasta masuk ke dalam industri pelayanan kesehatan melalui : mengurangi jalur perijinan, birokrasi, administrasi dan peraturan pemerintah)

Kriteria pokok sistem layanan kesehatan yang diinginkan adalah : pemerataan, efisiensi, kualitas, akseptabilitas masyarakat dan politis.

### **BAB 3**

## **PEMBIAYAAN KESEHATAN DAN ANALISIS BIAYA PUSKESMAS**

### **Tujuan Instruksional Umum (TIU)**

Sarjana kesehatan masyarakat (SKM) mampu memahami berbagai konsep penting dalam pembiayaan kesehatan dan analisis biaya puskesmas.

### **Tujuan Instruksional Khusus (TIK) :**

Untuk mencapai kompetensi, setelah mengikuti kuliah Ekonomi Kesehatan ini mahasiswa mampu:

1. Menjelaskan konsep Biaya
2. Mengalalisa Biaya Puskesmas

## A. Konsep Biaya

Ada beberapa konsep :

### 1. Biaya total ( *Total Cost* )

Seluruh pengorbanan ( dalam nilai uang ) yang diperlukan untuk menghasilkan barang atau jasa. Dalam jangka pendek perush. Harus sudah mempunyai peralatan seperti gedung, mesin dan faktor produksi tetap lainnya. Yang masih harus disesuaikan dengan bahan mentah, tenaga kerja dan bahan pembantu lainnya ( faktor produksi variable). Operasional faktor produksi tetap dan variable akan menyesuaikan diri dan bertambah lentur.

<b>Biaya Total = Biaya tetap + Biaya Variable/ <math>TC = FC + V</math></b>
---

### 2. Biaya Tetap ( *Fixed Cost = FC* )

Besarnya nilai uang pengorbanan untuk mendapatkan faktor produksi tetap, seperti nilai gedung ( penyusutan /depresiasi nilai gedung karena perbikan ), tanah ( pembelian tanah atau sewa ), mesin ( penyusutan nilai mesin). FC dalam jangka panjang relatif tetap untuk skala produksi ttt, tetapi akan berubah bilamana ada perluasan produksi ( misal Penambahan gedung dan mesin ).

### 3. Biaya Variabel ( *Variable COST = VC* )

Besarnya nilai uang pengorbanan untuk mendapatkan faktor produksi variable seperti bahan mentah, tenaga kerja, bahan pembantu dsb. VC ini akan berubah-ubah jumlahnya sesuai dengan skala produksinya.

### 4. Biaya marjinal ( *Marginal Cost = MC* )

Besarnya biaya yang diperlukan apabila produk barang/jasa yang akan dihasilkan bertambah 1 unit.

Ada dua pendekatan biaya :

a. Pendekatan Total ;  $TC = TFC + TVC$

$$MC = dTC \text{ atau } MC = TC_n + TC_{n-1}$$

b. Pendekatan rata-rata : dibagi dengan Q ( jumlah barang yang diproduksi)

$$TC : \text{Everage Total Cost/ATC} = TC/Q$$

$$TFC : \text{Average Fixed Cost/ AFC} = TFC/Q$$

$$TVC : \text{Average Variable Cost/AVC} = TVC/Q$$

Dari data biaya ( baik total maupun rata-rata ) yang ada dapat dibuat kurvenya agar data biaya lebih mudah dibaca dan disimpulkan pola biayanya.

## B. Fakta : Data Pembiayaan Kesehatan Indonesia

Contoh data biaya

Q	TFC	TVC	TC	MC	AFC	AVC	ATC
0	60	0	60	-	-	0	-
1	60	30	90	30	60	30	90
2	60	40	100	10	30	20	50
3	60	45	105	5	20	15	35
4	60	55	115	10	15	13,75	28,75
5	60	75	135	20	12	15	27
6	60	120	180	45	10	20	30

## C. Analisis Biaya Puskesmas

### 1. Pengertian

Suatu kegiatan menghitung biaya Puskesmas untuk berbagai jenis pelayanan yang ditawarkan, baik secara total maupun per unit/per pasien, dengan cara menghitung seluruh biaya pada seluruh unit/pusat biaya serta mendistribusikannya ke unit-unit produksi yang kemudian dibayar oleh pasien.

### 2. Tujuan Umum

Mendapatkan informasi mengenai biaya total dan biaya satuan di Puskesmas dan Puskesmas pemantu

### 3. Tujuan Khusus

- a. Mendapatkan gambaran mengenai unit/bagian yang merupakan “ pusat biaya “ atau Cost Center serta “ pusat pendapatan “ atau Revenue Center.
- b. Mendapatkan gambaran biaya pada tiap unit/kegiatan pokok, baik biaya tetap ( fixed cost ) biaya investasi yang disetahunkan maupun biaya variable/ Recurrent cost/biaya operasional-pemeliharaan. Identifikasi biaya untuk seluruh sumber dana seperti APBN, DIP Terpadu, APBD I,II dan sumber lain seperti kesehatan haji, BKKBN, Askes.

- c. Mendapatkan gambaran pendapatan puskesmas, baik bersumber dari pemerintah maupun retribusi ( Revenue)
- d. Mendapatkan gambaran biaya satuan pelayanan puskesmas (BP/Kuratif/Pengobatan, KIA,KB, Imunnisasi, Rawat Inap dll )

#### **4. Manfaat**

- a. Menghasilkan informasi biaya satuan yang penting untuk penyesuaian Perda Tarif Puskesmas.
- b. Informasi untuk menetapkan kebijakan subsidi silang internal puskesmas maupun antar puskesmas.

#### **5. Langkah-Langkah**

##### **a. Pertama :**

Pilih satuan waktu untuk perhitungan biaya , biasanya tahun anggaran yang telah berjalan yang datanya tersedia dan lengkap.. Beri batrasan unit yang dilakukan analisis biaya, misalnya : untuk Puskesmas atau Pustu, atau untuk seluruh kegiatan utuh puskesmas dan semua pustu. Untuk kepentingan analisis penetapan tarif, sebaiknya dipisah perhitungan untuk Puskesmas Induk dan Puskesmas Pembantu. Tidak boleh dilupakan bahwa kegiatan lapangan seperti Pusling, Posyandu, Penyuluhan, adalah bagian dari kegiatan Puskesmas. Bila ingin diketahui keseluruhan biaya puskesmas tsb maka analisis biaya melibatkan seluruh unit. Namun bila untuk penetapan tarif hanya kegiatan BP saja misalnya yang dihitung, maka harus dibatasi dengan tegas dan jelas komponen kegiatan dan biayanya yang dimasukkan dalam analisis biaya pengeluaran operasional-pemeliharaan dll yang semuanya harus dihitung.

##### **b. Kedua :**

Identifikasi pusat-pusat biaya pelayanan dan pendukung dari Puskesmas. Pusat biaya di sini adalah unit-unit didalam Puskesmas yang menyediakan pelayanan/kegiatan pokok/program, misalnya unit BP (

pelayanan pengobatan/kuratif ), atau menyediakan pendukung pelayanan, misalnya Tata Usaha/RR. Komponen pelkes yang dipungut Retribusi misalnya : Rawat jalan; Rawat inap; Rawat kunjungan; Tindakan Medik; Pemeriksaan penunjang diagnostik; Pelayanan Ambulans.

**Tabel 2. Contoh Pusat Biaya Puskesmas**

<b>Pusat/unit pelayanan</b>	<b>Pusat /Unit penunjang</b>
BP/Pengobatan	TU/administrasi
KIA	KB,RT/Pemeliharaan
BP Gigi	Apotik
Laboratorium	Bag. Pendaftaran/karcis

Program lain UKS, Sanitasi lingkungan, penyuluhan, gizi, rawat inap, persalinan, dan lain-lain. Tiap pusat biaya di atas mempunyai komponen biaya investasi dan biaya operasional, artinya tiap bagian di Puskesmas mempunyai ruangan, staf, alat, pengeluaran operasional-pemeliharaan dll yang semuanya harus dihitung.

**c. Ketiga :**

Identifikasi komponen biaya investasi/modal dan biaya operasional Puskesmas selama tahun anggaran yang telah ditetapkan., Sebagai alat bantu digunakan instrumen pengumpulan data biaya puskesmas. Biaya investasi adalah biaya pembelian alat/barang yang digunakan lebih dari satu tahun. Biaya investasi disebut juga biaya tetap. Perhitungan biaya tetap yang disetahunkan ( dihitung biaya tsb dalam waktu setahun ) harus mempertimbangkan harga beli, masa pakai dan umur barang saat itu dengan rumus. :

$$AFC = \frac{IIC ( 1+r ) t}{L}$$

AFC =Annualized Fixed Cost

IIC = innitialized Investment cost ( harga beli)

I = laju inflansi

t = masa pakai

L = perkiraan masa pakai ( life time )

Yang termasuk biaya tetap : gedung ( Puskesmas, pustu ), alat ( alat medis dan non medis), kendaraan, pendidikan staf.

- a. Untuk biaya operasional, dihitung pengeluaran Puskesmas/pustu selama setahun 1. ) untuk operasional-pemeliharaan, seperti : personel/pegawai ( biaya semi tetap) yang terdiri dari gaji, honor, insentif, tunjangan dll.
- b. Untuk staf yang kerjanya rangkap, dibutuhkan informasi tambahan perkiraan bobot waktu untuk kegiatann pokok dan kegiatan lainnya di puskesmas, contohnya dokter 70 % di BP dan 20 % di lapangan, dan 10 % administrasi/rapat-rapat. 3).Obat dan bahan ( vaksin) dll. 4). Utilities (listrik, telepon dll). 5). Biaya pemeliharaan gedung dan alat. 6). Transport/biaya perjalanan dan perdiem. 7). Bahan makanan/dapur. 8). Bahan habis pakai/ATK 9). Bahan rumah tangga/kebersihan. 10). Biaya operasional lainnya.

### **Pendekatan Perhitungan**

- 1) Full Cost : Menghitung seluruh komponen AFC dan biaya operasional puskesmas.
- 2) Direct Cost : Menghitung komponen biaya tanpa AFC dan Gaji PNS ( tetapi honor, insentif, jasa medik tetap dibebankan )

### **Data, Sumber Data Dan Cara Pengumpulan**

- 1) Biaya Investasi :
  - a. Gedung : Pengukuran meter persegi setiap pusat biaya; Biaya satuan M2 dari Kabupaten atau propinsi ; Hitung dengan rumus AFC
  - b. Alat : Data inventaris dari staff puskesmas atau catatan data; Harga pembelian setiap item dari kabupaten atau propinsi ; Hitung dengan rumus AFC
  - c. Kendaraan : Infentaris/catatan data; Harga kendaraan dari Kab/prop; hitung dengan rumus AFC
  - d. Lain-lain : Masukan biaya-biaya pelatihan atau pendidikan; Masukan biaya rumah dinas staf

puskesmas; depresiasikan-AFC berdasarkan perkiraan masa pemanfaatan pelatihan

## 2) Biaya Operasional

Staff, jumlah dan jenis gaji, tunjangan, honorarium, insentif. Sumber datanya melalui wawancara dengan kepala puskesmas dan lain-lain. Obat-obatan, harga satuan obat-obatan, pemeliharaan gedung, alat, kendaraan, biaya perjalanan, bensin per Diem, transport, utilities, dll.

### d. Keempat :

Mengalokasikan biaya-biaya tetap dan biaya operasional pada pusat biaya pendukung/unit penunjang dan unit produksi ( pusat layanan ). Tahap ini merupakan alokasi tahap pertama dimana asumsi-asumsi yang dipakai sebagai dasar pembobotan adalah :  
 Investasi; Dasar Alokasi; Gedung M2 luas setiap ruang layanan; Alat Biasanya  
 dihitung sesuai penggunaan.

*BILA ALAT DIPAKAI BERSAMA UNTUK BEBERAPA KEGIATAN, GUNAKAN ASUMSI BOBOT*

Kendaraan Dihitung sesuai penggunaan, misalnya 100 % untuk administrasi untuk mobil dinas, dan untuk ambulance 60% BP, 40 % lain-lain.

**Tabel 3. Biaya Tetap Dan Biaya Operasional Pada Pusat Biaya Pendukung/Unit Penunjang Dan Unit Produksi**

<b>Biaya Operasional</b>	<b>Dasar Alokasi</b>
Gaji/Tunjangan	Alokasikan menurut waktu masing-masing staf
Obat-obatan	Alokasikan untuk unit-unit pengguna

Pemeliharaan, supervisi, perjalanan, biaya umum juga demikian.

### e. Kelima :

Merupakan alokasi tahap kedua, dimana biaya-biaya dari pusat biaya penunjang ( administrasi dll ) ke pusat pelayanan/program/kegiatan pokok dengan dasar asumsi menggunakan bobot aktifitas puskesmas ybs.; diwakili oleh bobot pengeluaran untuk obat dan gaji pada masing2 unit produksi. Misalnya biaya obat dan gaji di BP 40 %; KIA/KB 25 %; imunisasi 15 %; Laboratorium 5 %, lain-lain 15 %. Dengan demikian bobot biaya utilities/umum di unit-unit tsb adalah berturut-turut 40%,25 %,15%,5 % dan 15 % ( bobot ini juga digunakan untuk memboot biaya lain yang sulit diasumsikan penggunaannya pada tiap unit ).

**f. Keenam :**

Dari berbagai langkah penghitungan di atas, kumpulkan informasi biaya-biaya untuk setiap unit pelayanan di puskesmas, sehingga diperoleh data biaya total tiap unit (BP,KIA dll). Data disesuaikan dengan keadaan puskesmas ybs :

- 1) Unit/Program BP outputnya : Jumlah kunjungan pasien rawat jalan
- 2) KIA outputnya :
  - a. Jumlah kunjungan pasien KIA
  - b. Ummnunsiasi TT
  - c. Pemeriksaan ibu hamil
  - d. Penimbangan bayi
  - e. Pemeriksaan penyakit kandungan
  - f. Pemeriksaan pasca melahirkan
  - g. Pemeriksaan balita
- 3) KB outputnya: Jumlah kunjungan pasien KB ( pil, iud, implant )
- 4) BP Gigi outputnya : Jumlah kunjungan pasien perawatan gigi
- 5) Imunisasi output : Jumlah imunisasi BCG, DPT, Polio, Campak
- 6) Rawat inap : jumlah pasien rawat inap yang keluar; jumlah hari rawat inap.

- 7) Tindakan Medik ringan: Jahit luka, vasektomi insisi abses, sirkumsisi, tindik daun telinga, pemasangan dan pencabutan IUD-Implant dll
- 8) Tindakan medik sedang : Operasi katarak, minilaparotomi, vakum ekstraksi dll.
- 9) Pemeriksaan diagnostik : USG, rontgen foto dll

**g. Ketujuh :**

Untuk menghitung biaya satuan atau unit cost diperoleh dengan cara membagi biaya total pada tiap unit dengan output unit ybs. Untuk penyesuaian tarif yang akan di Perdakan, perlu dibedakan perhitungan biaya satuan total ( keseluruhan, terdiri dari biaya investasi dan operasional pemeliharaan atau full cost ) atau biaya satuan operasional pemeliharaan saja ( tanpa investasi dan gaji PNS ) sehingga subsidi dapat diperhitungkan untuk beberapa komponen biaya.

## **BAB 4**

### **PASAR PELAYANAN KESEHATAN**

#### **Tujuan Instruksional Umum (TIU)**

Sarjana kesehatan masyarakat (SKM) mampu memahami berbagai konsep penting dalam pasar pelayanan kesehatan.

#### **Tujuan Instruksional Khusus (TIK) :**

Untuk mencapai kompetensi, setelah mengikuti kuliah Ekonomi Kesehatan ini mahasiswa mampu:

1. Menjelaskan ciri dan pasar pelayanan kesehatan di Indonesia
2. Mengetahui apa menyebabkan kegagalan pasar pelayanan kesehatan
3. Menjelaskan keseimbangan pasar

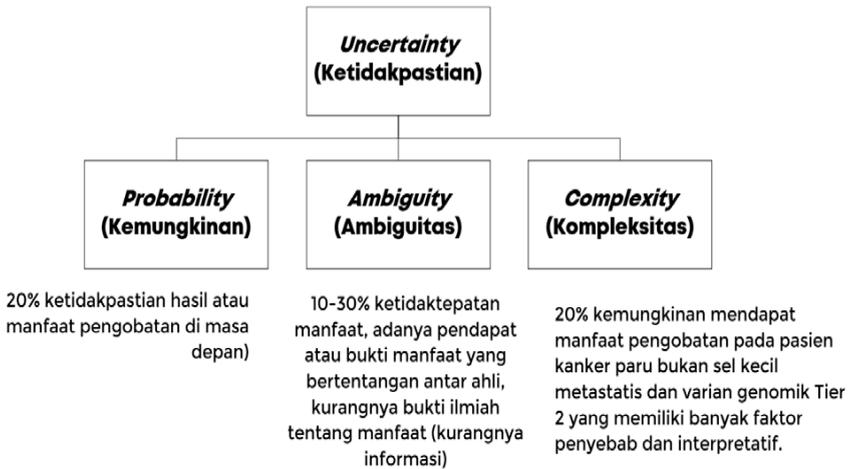
## **A. Ciri Dan Pasar Pelayanan Kesehatan Di Indonesia**

### **1. Ketidakpastian dalam Pelayanan Kesehatan**

Ketidakpastian (*uncertainty*) merupakan hal esensial dan fundamental yang berkaitan dengan pelayanan kesehatan. Ketidakpastian dapat didefinisikan sebagai perspektif subjektif dari ketidaktahuan, berperan penting dalam mendorong berbagai penelitian medis, mendorong pasien mengunjungi pelayanan kesehatan, dan merangsang intervensi medis (Han dkk, 2011). Pelayanan kesehatan berbeda dengan sebagian besar barang atau komoditas lain karena adanya ketidakpastian ini. Kenneth Arrow (1963) dalam tulisannya menyatakan bahwa ketidakpastian dalam pelayanan kesehatan dapat terjadi baik dari sisi permintaan atau pasien/pengguna layanan kesehatan dan dari sisi penawaran atau penyedia layanan kesehatan (Arrow, K. J., 1963).

Pasien tidak pasti mengetahui kejadian penyakit sementara dokter tidak pasti mengetahui kemanjuran pengobatan yang diberikannya. Selain itu, administrasi pelayanan kesehatan, pembayar pelayanan kesehatan, pembuat kebijakan, dan para peneliti juga menghadapi tantangan ketidakpastian dalam melayani, membayar, mengatur, dan mengkajinya (Arrow, 1963).

Dalam memahami kompleksitas ketidakpastian dalam pelayanan kesehatan, terdapat konsep taksonomi ketidakpastian dalam pelayanan kesehatan. Han et al. (2019) mengembangkan konsep taksonomi ini dengan cara mengklasifikasikan tiga dimensi independen fundamental, yaitu *source* (sumber), *issue* (isu), dan *locus* (lokus). Sumber utama ketidakpastian meliputi *probability* (kemungkinan), *ambiguity* (ambiguitas), dan *complexity* (kompleksitas).



**Gambar 5. Contoh Sumber Ketidakpastian dalam Respons terhadap Pengobatan Kanker Paru**

Ketidakpastian diawali dari kemungkinan (*probability*) atau dikenal sebagai risiko atas manfaat yang akan diperoleh di waktu mendatang. Sementara ambiguitas adalah kondisi ketidakcukupan informasi terkait probabilitas sehingga menimbulkan ketidakpastian dalam layanan kesehatan. Informasi yang tidak cukup dapat berupa informasi terkait risiko yang tidak tersedia, tidak memadai, atau tidak tepat. Sumber ketidakpastian yang terakhir adalah kompleksitas layanan kesehatan. Kompleksitas dapat diartikan sebagai sulitnya memahami informasi-informasi risiko atas layanan kesehatan akibat adanya hubungan yang kompleks antara faktor risiko, hasil, dan keputusan alternatif dalam layanan kesehatan. Gambar 5. (Han, et al., 2019) di bawah ini menjelaskan sumber-sumber ketidakpastian dalam pelayanan pengobatan pasien kanker paru.

Dimensi kedua dalam taksonomi ketidakpastian adalah issue (isu). Isu atau masalah terkait ketidakpastian dalam pelayanan kesehatan mencakup 3 (tiga) kategori yaitu *scientific* (keilmuan), *practical* (praktik), dan *personal* (pribadi) (Han et al., 2019). Isu pertama adalah ketidakpastian terhadap keilmuan pada sebuah pengobatan penyakit, mencakup proses diagnosis (penentuan jenis penyakit dalam perjalanan penyakit berdasarkan informasi

diagnosa yang tersedia), berhubungan sebab akibat, dan rekomendasi pelayanan kesehatan.

Sementara itu, isu kedua adalah isu praktik yang berfokus pada ketidakpastian mengenai struktur dan kompetensi layanan kesehatan, seperti ketidakpastian tentang kompetensi dokter, kualitas atau prosedur pelayanan kesehatan. Isu terakhir yaitu ketidakpastian pribadi yang meliputi permasalahan psikososial atau pandangan pribadi terhadap efek pelayanan kesehatan tertentu. Sebagai contoh, seorang pria memiliki permasalahan ketidakpastian ketika akan memutuskan apakah akan melakukan operasi pengangkatan sebagian/ seluruh kelenjar prostat akibat adanya kanker prostat.

Beberapa isu ketidakpastian yang mungkin terjadi adalah potensi timbulnya kembali kanker pasca-operasi, kompetensi ahli bedah dan kualitas pelayanan kesehatan yang akan diberikan. Sementara isu ketidakpastian personal dapat berupa kemampuan beradaptasi dengan efek samping operasi, dampak efek samping operasi pada hubungan seksual dengan sang istri, hingga dampak efek samping operasi terhadap kesejahteraan dan tujuan hidup pria tersebut. Dimensi terakhir dalam ketidakpastian adalah lokus. Lokus mengacu pada ketidakpastian yang dihadapi para pihak dalam pelayanan kesehatan. Dalam pelayanan medis tertentu, ketidakpastian dapat terjadi dalam pikiran pasien, atau dokter, atau keduanya, atau tidak keduanya. Hal ini menunjukkan karakteristik hubungan dalam pelayanan kesehatan.

		Ketidakpastian dokter	
		Hadir	Absen
Ketidakpastian pasien	Hadir	ketidakpastian bersama	ketidakpastian sepihak
	Absen	ketidakpastian sepihak	ketidaktahuan bersama

**Gambar 6. Menunjukkan Lokus Ketidakpastian Dalam Pelayanan Kesehatan**

Persepsi pasien adalah sumber dari ketidakpastian terhadap permintaan pelayanan kesehatan karena kebutuhan akan pelayanan kesehatan tidak pernah dapat diprediksi, sehingga terjadi permasalahan pada saat membayar harga layanan kesehatan (*ability to pay*). Misalnya, risiko pemiskinan atau *impoverishment catastrophic* dapat terjadi pada individu yang telah divonis memiliki penyakit kronis. Karena ketidakmampuan ekonomi, individu tersebut terpaksa harus membayar layanan kesehatan dengan menjual harta benda. Oleh karena itu, SDGs, khususnya yang berkaitan dengan pencapaian UHC disepakati untuk memberikan perlindungan risiko finansial bagi setiap penduduk.

## **2. Asimetris Informasi dalam Pelayanan Kesehatan**

Hubungan antara pasien dan penyedia layanan kesehatan merupakan hubungan yang utama dalam sistem pelayanan kesehatan. Dalam banyak studi ekonomi yang berhubungan dengan pelayanan kesehatan, dokter memiliki keunggulan informasi dalam memberikan layanan kesehatan daripada pasien. Situasi seperti ini disebut dengan asimetris atau ketidaksetaraan informasi, yang merupakan salah satu karakteristik utama dalam pelayanan kesehatan. Pasien tidak mampu menentukan jumlah yang dikonsumsi karena informasi yang asimetris serta tidak mampu menilai kualitas jasa dan barang layanan kesehatan.

Arrow (1963) menjelaskan bahwa karena kerumitan ilmu kedokteran, informasi yang dimiliki dokter mengenai konsekuensi dan kemungkinan pelayanan kesehatan yang diberikan jelas jauh lebih banyak daripada yang dimiliki pasien. Lebih lanjut, kedua belah pihak menyadari ketidaksetaraan informasi pengetahuan dan pilihan layanan kesehatan. Sebagai contoh, pasien mungkin dapat menjelaskan gejala suatu penyakit, tetapi mereka memiliki informasi yang tidak memadai untuk menghubungkan kondisi mereka dengan jenis pengobatan yang dipilih. Hubungan ini menciptakan kekuatan yang tidak sama antara penyedia dan pengguna layanan kesehatan sehingga kemungkinan terjadi penyalahgunaan kepentingan.

Adanya asimetris informasi antara dokter dan pasien dapat menimbulkan kondisi di mana dokter dapat memanipulasi permintaan pasien akan layanan medis untuk menciptakan

permintaan tambahan layanan tersebut. Istilah ini dikenal dengan *supplier-induced demand (SID)* atau penyedia barang/jasa meningkatkan permintaan. Fenomena SID ini dapat muncul dari tindakan dokter yang terkait dengan kepentingan pribadi atau upaya untuk meningkatkan derajat kesehatan pasien mereka. Praktik SID terbukti telah ada dalam pelayanan kesehatan dinegara Indonesia. Analisis data IFLS atau Indonesian Family Life Survey tahun 2012 menunjukkan bahwa praktik SID oleh penyedia pelayanan kesehatan pada daerah perkotaan lebih tinggi dibanding dengan pedesaan.

Hal tersebut disebabkan karena kompetisi antar penyedia layanan kesehatan di perkotaan lebih tinggi daripada di pedesaan. Hasil lain melalui Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) dan Potensi Desa (Podes) 2012 menunjukkan angka probabilitas dokter yang mendorong kunjungan pasien rawat jalan semakin tinggi seiring dengan semakin banyaknya jumlah dokter dalam populasi (persaingan antar dokter) (Hidayat, Budi., 2016).

Fenomena SID perlu juga dikaji lebih mendalam, terutama SID yang dilakukan dalam hal kebaikan pasien dan masyarakat. Sebagai contoh, jika dokter menemukan penderita *corona virus diseases 2019 (COVID-19)*, dokter dapat meminta orang-orang terdekat pasien atau yang pernah kontak dengan pasien untuk melakukan tes deteksi keberadaan virus tersebut, yaitu pemeriksaan *polymerase chain reaction (PCR)*. Pada kasus seperti ini, praktik SID oleh dokter merupakan praktik yang bagus dan bermanfaat. Dengan demikian, SID oleh penyedia layanan kesehatan tidak selamanya berkonotasi negatif.

Seiring dengan perkembangan teknologi internet dan ketersediaan serta kemudahan akses informasi, termasuk informasi kesehatan, fenomena asimetris informasi semakin menurun. Terjadi pada negara-negara yang maju asimetris informasi mengenai gejala, diagnosis, dan pilihan pengobatan, antara pasien dan dokter telah sangat menurun. Namun, terkait asimetris informasi dalam hal kompetensi masih tetap berlaku, yaitu dokter lebih banyak mengetahui bagaimana menganalisis dan mengobati gejala penyakit (Major, 2019).

### **3. Kompleksitas dan Variasi Pelayanan Kesehatan**

Karakteristik lain dalam pelayanan kesehatan adalah kompleksitas dan variasinya. Karakteristik ini merupakan bagian penting dalam memahami kebijakan kesehatan. Kebutuhan dan selera konsumen bervariasi sehingga berdampak juga terhadap jenis dan kualitas layanan kesehatan. Situasi layanan kesehatan yang bersifat sangat heterogen, sangat spesifik, dan ditujukan kepada pasien dengan kondisi latar belakang yang berbeda, menyebabkan sektor ini sulit mencapai skala ekonominya.

Sebagai contoh pada pengobatan kanker. Saat ini terdapat terapi target (*targeted therapy*) yang dapat mendeteksi sel kanker yang berbahaya dengan menggunakan teknologi tinggi dalam menciptakannya (National Cancer Institute, 2020). Akibatnya, produk yang ditawarkan sangat mahal. Pasien kanker juga dapat memilih bentuk pengobatan kanker tradisional seperti terapi radiasi, kemoterapi, dan operasi kanker. Artinya, satu jenis penyakit dapat memiliki berbagai jenis pilihan pengobatan. Pelayanan kesehatan memiliki karakteristik unik dan berbeda dalam pemasaran dibanding dengan pasar barang/jasa lainnya sebagaimana telah dibahas sebelumnya di atas. Salah satu isu penting lain dalam pasar pelayanan kesehatan adalah adanya kegagalan pasar (*market failure*).

#### **4. Kegagalan Pasar Pelayanan Kesehatan**

Dalam sebuah transaksi pasar, pembeli dan penjual membuat perjanjian sukarela yang menguntungkan kedua belah pihak. Transaksi semacam itu disebut *Pareto Improvement* atau Pareto, karena setiap pihak yang terlibat menjadi lebih baik (atau, paling tidak, tidak lebih buruk) (Bhattacharya, Hyde, & Tu, 2014).

*Pareto Improvement* akan terus berproses jika *Pareto efficiency* (efisiensi pareto) tercapai. Efisiensi pareto terjadi pada kondisi di mana tidak ada lagi perubahan yang dapat meningkatkan keuntungan atau kesejahteraan pihak tertentu tanpa mengorbankan pihak lain. Untuk mencapai efisiensi, produsen dan konsumen perlu berada dalam sebuah pasar persaingan sempurna. Istilah kegagalan pasar digunakan untuk mencakup keadaan di mana efisiensi Pareto tidak tercapai oleh pasar (Dewar, 2010). Sebagian besar pasar pelayanan kesehatan jarang mencapai efisiensi Pareto tersebut

karena ada penyimpangan dari pasar persaingan sempurna. Beberapa penyebab kegagalan pasar pelayanan kesehatan dibahas di bawah ini.

### **5. Eksternalitas dalam Pelayanan Kesehatan**

Dalam pelayanan kesehatan terdapat masalah besar yang bukan saja berhubungan dengan penyedia atau pengguna layanan kesehatan, tetapi juga berhubungan dengan efek yang ditimbulkan pada masyarakat atau yang disebut eksternalitas pelayanan kesehatan. Eksternalitas merupakan segala efek positif atau negatif yang ditimbulkan oleh transaksi pasar terhadap pihak ketiga, yaitu orang lain selain pembeli atau penjual (Bhattacharya et al, 2014).

Terdapat dua kelompok eksternalitas, yaitu eksternalitas positif dan eksternalitas negatif. Tindakan seseorang dalam mengonsumsi atau menggunakan layanan kesehatan yang dapat menimbulkan efek baik untuk orang lain disebut eksternalitas positif. Sebagai contoh *herd immunity* atau kekebalan kelompok (komunitas) dalam kasus penyakit-penyakit menular. Kekebalan kelompok adalah kekebalan yang diperoleh sekelompok masyarakat yang tidak divaksinasi saat masyarakat lain divaksinasi. Setiap kali seseorang melakukan vaksinasi terhadap penyakit infeksi tertentu, maka individu tersebut melindungi dirinya dan orang-orang di sekitarnya dari penyebaran penyakit infeksi tersebut. Umumnya, karena manfaat sosial yang diperoleh lebih besar daripada manfaat pribadi, pasar swasta menghasilkan lebih sedikit vaksinasi (Bhattacharya et al, 2014).

Di Indonesia terdapat lima vaskisnasi yang wajib harus diberikan berdasarkan imunisasi antara lain hepatitis B, polio, BCG, DPT, serta campak. Kekebalan kelompok telah tercapai pada penyakit polio. Pada Maret 2020, Indonesia sukses menjadi negara yang tidak lagi terjangkit polio, namun tetap rentan akan terinfeksi kembali oleh virus polio (Biro Komunikasi dan Pelayanan Masyarakat Kementerian Kesehatan RI, 2020).

Melalui program imunisasi dasar, pemerintah mewajibkan bayi mendapatkan imunisasi polio sebanyak 4 kali. Dalam mempertahankan status bebas polio, pemerintah harus terus menjalankan program imunisasi wajib ini kepada bayi berusia satu hingga empat bulan. Penelitian di India mengungkapkan bahwa investasi upaya eliminiasi polio di India bermanfaat besar bagi

kesehatan dan ekonomi India (Nandi, Barter, Prinja, & John, 2016). Pada saat memutuskan untuk melakukan vaksinasi, seseorang cenderung menilai antara keuntungan pribadi yang akan didapat dan biaya pribadi yang dikeluarkan. Biaya tersebut antara lain biaya vaksin, kemungkinan adanya efek samping, biaya perjalanan menuju tempat vaksinasi, dan sebagainya. Seseorang tersebut kemudian mengabaikan manfaat sosial dari kekebalan kelompok. Karena permintaan lebih cenderung memperlihatkan manfaat pribadi, hal tersebut membuat pasar memproduksi vaksin lebih sedikit daripada jumlah yang seharusnya dapat memberikan manfaat yang optimal bagi masyarakat. Akhirnya, pasar bekerja tidak efisien atau dengan kata lain timbulnya kegagalan pasar (Murti, 2000).

Sebaliknya, dalam pasar layanan kesehatan, terdapat produk-produk yang memiliki eksternalitas buruk terhadap orang lain. Eksternalitas ini dikategorikan sebagai eksternalitas negatif. Di Indonesia, produk tembakau seperti rokok mempunyai eksternalitas negatif. Perokok pasif memiliki risiko terkena berbagai penyakit (Cao, Yang, Gan, & Lu, 2015) karena terpapar asap rokok dari banyaknya jumlah perokok aktif di Indonesia.

## **6. Barang Publik**

Dalam ilmu ekonomi sudah disebutkan bahwa yang manfaatnya tidak dapat dibagi ke seluruh masyarakat, terlepas dari keinginan individu untuk mengonsumsi barang publik (Samuelson & Nordhaus, 2009). Barang publik memiliki karakteristik khas yaitu tanpa persaingan (*non-rivalry*) dan tidak dapat dikecualikan (*nonexcludability*) (Dewar, 2010). Barang publik bersifat tanpa persaingan (*non-rivalry*) berarti setiap orang dapat mengonsumsi barang atau jasa tanpa adanya pencegahan dari orang lain untuk mengonsumsi barang atau jasa yang sama. Sementara barang publik dikatakan tidak dapat dikecualikan (*non-excludability*) artinya tidak mungkin memberikan barang atau jasa hanya kepada satu orang tanpa membiarkan orang lain juga mengonsumsinya (Dewar, 2010). Jadi, dalam memahami apakah sebuah barang dikatakan barang publik atau bukan, persoalan membayar atau tidak membayar bukan merupakan hal yang dipersoalkan.

Ketika barang memiliki karakteristik tanpa persaingan (*non-rivalry*) dan tidak dapat dikecualikan (*non-excludability*), barang tersebut tidak akan tersedia pada pasar swasta. Hal ini dikarenakan tidak adanya insentif bagi mereka yang bersedia membayar barang publik tersebut. Implikasi dari barang publik yang bersifat *nonrivalry* ini adalah barang tersebut cenderung memiliki manfaat eksternal marginal yang besar yang membuatnya sangat diinginkan oleh masyarakat luas, tetapi secara pribadi tidak menguntungkan untuk disediakan. Sementara itu, barang yang publik juga sering menimbulkan berbagai masalah *free-rider*, dimana mereka yang menikmati barang publik tanpa membayar. Implikasinya adalah jika setiap orang menjadi *free-rider*, barang tersebut tidak akan diberikan sama sekali, sehingga merugikan masyarakat (Dewar, 2010).

Kegagalan di pasar akan muncul apabila pasar tersebut gagal menawarkan barang publik tersebut. Umumnya, barang itu publik disediakan oleh pemerintah, yang kemudian memaksa individu untuk membiayai penyediaannya melalui pengenaan pajak. Dalam pasar layanan kesehatan, melihat dua karakteristik khas dari barang publik, sebagian besar produk dan layanan kesehatan bukan barang publik. Hal tersebut dikarenakan setiap orang bersaing dan dapat dikecualikan dalam mendapatkan produk maupun layanan kesehatan. Sebagai contoh pada saat tempat tidur rumah sakit penuh, dan pasien lain datang, maka pasien yang telah mendapatkan tempat tidur tersebut mencegah pasien baru menggunakan tempat tidur yang sama pada saat itu. Namun, terdapat program layanan kesehatan yang memiliki aspekpek dari barang publik, yaitu upaya meningkatkan kesehatan masyarakat seperti pengendalian penyakit infeksi menular atau kampanye informasi kesehatan kepada masyarakat melalui berbagai media. Selain itu, implementasi cakupan kesehatan semesta (*universal health coverage*) berupa program asuransi kesehatan sosial atau asuransi kesehatan yang dibiayai publik di setiap negara akan semakin mendekatkan pelayanan kesehatan menjadi barang publik (Galea, 2016).

## **B. Keseimbangan Pasar**

### **1. Keseimbangan Ekonomi**

Keseimbangan ekonomi adalah keadaan di mana kekuatan ekonomi yang seimbang dan tidak adanya pengaruh eksternal, (keseimbangan) nilai dan variabel ekonomi tidak akan berubah. Ini adalah titik di mana kuantitas yang diminta dan kuantitas yang ditawarkan sama. Keseimbangan pasar, misalnya, mengacu pada suatu kondisi dimana harga pasar yang dibentuk melalui kompetisi seperti bahwa jumlah barang atau jasa yang dicari oleh pembeli adalah sama dengan jumlah barang atau jasa yang dihasilkan oleh penjual.

Pasar suatu macam barang dikatakan berada dalam keseimbangan (*equilibrium*) apabila jumlah barang yang diminta di pasar tersebut sama dengan jumlah barang yang ditawarkan. Pasar adalah pertemuan antara permintaan dan penawaran akan sesuatu barang. Pasar tidak harus banyak pembeli dan ditempat tertentu, tetapi pasar bisa terjadi hanya oleh satu orang pembeli dan penjual.

Secara matematik dan grafik hal ini ditunjukkan dengan kesamaan  $D = S$ , yakni pada perpotongan kurva permintaan dengan kurva penawaran. Pada posisi keseimbangan pasar ini tercipta harga keseimbangan (*equilibrium price*) dan jumlah keseimbangan (*equilibrium quantity*).

Harga Keseimbangan (*equilibrium price*) dan jumlah keseimbangan suatu komoditi ditentukan oleh permintaan dan penawaran pasar dari komoditi yang bersangkutan dalam suatu sistem bebas usaha. Harga keseimbangan adalah tingkat harga dimana jumlah suatu komoditi yang ingin dibeli oleh konsumen dalam suatu saat tertentu tepat sebanding atau sama dengan jumlah penawaran yang ingin ditawarkan oleh para produsen. Pada tingkat harga yang lebih tinggi jumlah barang yang diminta akan lebih sedikit dari pada jumlah yang ditawarkan. Akibatnya terjadi kelebihan (*surplus*) yang akan menekan harga ke arah tingkat keseimbangan.

Ditingkat harga yang berada dibawah tingkat keseimbangan, jumlah barang yang diminta melebihi jumlah yang ditawarkan. Maka akibat yang ditimbulkan yakni kekurangan (*shortage*) akan mendorong harga naik menuju tingkat keseimbangan. Jadi harga keseimbangan, sekali dicapai akan cenderung bertahan.



## **BAB 5**

### **KONSEP *DEMAND* DAN *SUPPLY* DALAM SEKTOR KESEHATAN**

#### **Tujuan Instruksional Umum (TIU)**

Sarjana kesehatan masyarakat (SKM) mampu memahami berbagai konsep penting *Demand* Dan *Supply* dalam Sektor Kesehatan.

#### **Tujuan Instruksional Khusus (TIK) :**

Untuk mencapai kompetensi, setelah mengikuti kuliah Ekonomi Kesehatan ini mahasiswa mampu:

1. Menjelaskan masalah kesehatan, *needs* dan *demand* pelayanan kesehatan
2. Menjelaskan perbedaan permintaan (*demand*), kebutuhan (*need*), dan keinginan (*wants*) atas kesehatan
3. Menggunakan ATP dan WTP dalam mengatasi persoalan-persoalan ekonomis dalam bidang kesehatan masyarakat.
4. Menggunakan konsep penerimaan (*revenue*) dan biaya (*cost*) dalam pelayanan kesehatan

## A. Masalah Kesehatan, *Needs* Dan *Demand* Pelayanan Kesehatan

Masalah kesehatan merupakan masalah fisik/psikis individu yakni kelainan yang dapat atau tidak dirasakan sesuai dengan kriteria medis. Sedangkan *needs* yankes merupakan perpaduan jenis dan jumlah pelayanan kesehatan yang diperlukan untuk menghilangkan masalah kesehatan. Masalah dan *needs* yankes ini akan diperhatikan oleh individu tergantung pada tingkat pengetahuan/pendidikan, sikap, kepercayaan/keyakinan dan sosial budayanya.

Perhatian individu terhadap masalah kesehatan dan kebutuhan tadi, perlu dievaluasi secara teknis medis, apakah kurang, cukup atau lebih besar dibandingkan dengan masalah yang sebenarnya. Proses perubahan dari masalah kesehatan menuju perhatian dan kemudian beralih menjadi *need* yang akhirnya terwujud menjadi konsumsi nyata yankes (*demand* yankes) biasa dikenal dengan istilah Proses Demand Yankes. Yang menjadi masalah adalah antara yankes yang tersedia dengan yankes yang mau dan mampu terjadi GAP yaitu *underutilization* dan *overutilization*.

Untuk itulah, melalui studi demand yankes kita akan mengetahui pola pemanfaatan yankes oleh konsumen, strata pendidikan, strata pendapatan, letak geografis, pekerjaan, kelompok umur dan sebagainya. Selain itu, kita juga dapat mengkuantifikasikan pengaruh variabel ekonomi seperti tarif, subsidi, pendapatan, askes dan sebagainya melalui analisis elastisitas. Studi ini akan bermanfaat dalam mengambil keputusan dalam yankes agar sesuai dengan keinginan konsumen, efektif dan efisien.

### 1. Teori-Teori *Demand* Yankes

Banyak para ahli yang mengemukakan berbagai teori demand, diantaranya :

- a. Alan I. Sorkin ( 1976), yang menyatakan bahwa *demand* yankes kuratif dipengaruhi oleh *Needs* ( Kebutuhan ) seperti rasa sakit fisik/psikis dan pandangan individu terhadap sehat dan sakit menurut tingkat pendidikan, pekerjaan, pendapatan dan persepsi terhadap yankes ( tarif, jarak, waktu pelayanan dan kondisi pelayanan )

- b. *Paul J. Feldstein* ( 1983), mengemukakan demand kuratif dipengaruhi (a) needs insidens penyakit ( morbiditas ), ( b ) karakteristik demografi dan sosbud seperti statsu marital, jumlah dan struktur keluarga, pendidikan dan sistem nilai dan ( c ) faktor ekonomi seperti pendaatan, harga/tarif yankes, nilai waktu/time cost.
- c. *Heggenhougen dan Clements* ( 1987 ) menyebutkan demand yankes preventif ( imunisasi ) dipengaruhi (a) karakteristik sistem yankes seperti pelayanan terintegrasi atau tidak, waktu dan tempat, dan sikap petugas, ( b ) karakteristik target populasi seperti sosio ekonomik, mobilitas dan hubungan masyarakat, sikap dan kepercayaan.

## **2. Demand Dan Supply**

*Demand* (permintaan) adalah apa yang diminta orang. Penyediaan (*supply*) adalah apa yang disediakan. Salah satu prinsip ekonomi menyatakan, pada pasar sempurna (*perfect market*), demand dan *supply* ditentukan secara independen. Artinya, produsen menentukan *supply*, konsumen menentukan *demand*.

Harga barang naik atau turun hingga jumlah yang disuplai sama dengan jumlah yang diminta, yaitu tercapainya *ekuilibrium*. Prinsip dasar ekonomi lainnya menyatakan, *demand* akan sama dengan *supply* pada pasar sempurna. Meskipun *demand* dan *supply* kesehatan dan pelayanan kesehatan tidak mengikuti pasar sempurna, tetapi beberapa aspek supply dan demand tetap berlaku.

*Demand* terhadap pelayanan kesehatan dapat dihitung berdasarkan:

- 1) *Bed occupancy*
- 2) Jumlah kunjungan rawat jalan
- 3) Jumlah tes diagnostik, dan sebagainya. (Murti, 2011)

## **3. Need, Demand, Dan Want**

*Need* (kebutuhan) adalah kuantitas barang atau pelayanan yang secara objektif dipandang terbaik untuk digunakan memperbaiki kondisi kesehatan pasien. *Need* biasanya ditentukan oleh dokter, tetapi kualitas pertimbangan dokter tergantung pendidikan, peralatan, dan kompetensi dokter.

*Demand* (permintaan) adalah barang atau pelayanan yang sesungguhnya dibeli oleh pasien. Permintaan tersebut dipengaruhi oleh pendapat medis dari dokter, dan juga faktor lain seperti pendapatan dan harga obat. *Demand* berbeda dengan *need* dan *want*. *Wants* (keinginan) adalah barang atau pelayanan yang diinginkan pasien karena dianggap terbaik bagi mereka (misalnya, obat yang bekerja cepat). *Wants* bisa sama atau berbeda dengan *need* (kebutuhan) (Murti,2011)

#### **4. Perbedaan Permintaan (*Demand*), Kebutuhan (*Need*), Dan Keinginan (*Wants*) Atas Kesehatan**

Dalam manajemen pemasaran (Kasali, 2000) terdapat dua konsep yang sangat mendasar yaitu kebutuhan (*needs*) dan keinginan (*wants*). Kebutuhan adalah hal-hal yang mendasar yang dibutuhkan makhluk hidup untuk melangsungkan kehidupannya. Tanaman membutuhkan air, tanah, pupuk dan udara untuk hidup. Manusia tidak hanya membutuhkan makanan dan minuman, tetapi juga cinta, penghargaan, persaudaraan, pengetahuan dan sebagainya. Kalau kebutuhan itu tidak terpenuhi, mereka akan merasa tidak bahagia, ada yang dirasakan kurang dalam kehidupannya. Kebutuhan manusia amat bervariasi dan kompleks.

Sedangkan keinginan adalah pernyataan manusia terhadap kebutuhankebutuhannya yang dipertajam oleh budaya dan kepribadiannya. Perbedaannya dengan kebutuhan terletak pada barang-barang yang dipilih untuk melangsungkan kehidupannya.

Untuk membahas pengertian ini, model dari Cooper (Posnett 1988) dalam Palutturi (2005) juga sangat menarik untuk dibahas. Dalam model Cooper, keinginan (*wants*) diartikan sebagai keinginan seseorang untuk menjadi lebih sehat dalam hidup. Keinginan ini didasarkan pada penilaian diri terhadap status kesehatannya.

Permintaan (*demand*) merupakan keinginan untuk lebih sehat diwujudkan dalam perilaku mencari pertolongan tenaga kedokteran. Sedangkan kebutuhan (*needs*) adalah keadaan kesehatan yang dinyatakan oleh tenaga kedokteran harus mendapatkan penanganan medis.

Persoalan kesehatan, kebutuhan (*need*) pelayanan kesehatan dan permintaan (*demand*) pelayanan kesehatan merupakan tiga

konsep berbeda di dalam ekonomi kesehatan yang harus dijelaskan untuk menghindari kerancuan karena ketiga istilah tersebut kerap digunakan secara bergantian satu sama lain.

Ada 3 situasi yang dapat diperhatikan atas tingkat persoalan kesehatan dan kebutuhan pelayanan kesehatan yang dirasakan oleh seorang individu. Permintaan pelayanan kesehatan timbul melalui proses perubahan persoalan kesehatan menjadi persoalan kesehatan yang dirasakan, dilanjutkan dengan merasa dibutuhkannya pelayanan kesehatan dan akhirnya dinyatakan dengan permintaan aktual. Dalam upayanya mengubah kebutuhan pelayanan yang dirasakan menjadi suatu bentuk permintaan yang efektif, konsumen harus memiliki kesediaan (*willingness*) dan kemampuan (*ability*) untuk membeli atau membayar sejumlah jenis pelayanan kesehatan yang diperlukan (Andhika, 2010).

Dengan memahami konsep kebutuhan dan permintaan pelayanan kesehatan yang diperlukan dapat dijelaskan tentang mengapa dan bagaimanam kerap timbul kesenjangan dalam banyak hal antara penyedia (*provider*) dan konsumen pelayanan kesehatan.

Kesenjangan antara kebutuhan dan permintaan, misalnya timbul akibat kuantitas pelayanan yang diinginkan masyarakat (dalam membentuk kesediaan untuk membayar) dan kuantitas pelayanan professional yang seharusnya mereka inginkan jarang bertemu dan bersesuaian.

## **B. Konsep ATP Dan WTP**

Sebagaimana telah dibahas di depan, salah satu pendekatan demand yang digunakan adalah *Cardinal utility*. Kepuasan konsumen dapat diukur dengan nilai uang atau angka. Konsumen juga dapat mempunyai kelebihan kepuasan (surplus konsumen) yaitu perbedaan antara kepuasan karena mengkonsumsi barang/jasa tertentu dibandingkan dengan jumlah pembayarannya. Analisis surplus konsumen ini diperlukan untuk mengetahui ATP (*ability to pay*) kemampuan membayar dan WTP (*willingness to pay*) kemauan membayar.

Dalam ATP lebih banyak dipengaruhi oleh pendapatan dan harga/tarif barang dan jasa, sedangkan WTP dipengaruhi selera, persepsi serta harapan konsumen atau variabel non ekonomi. Dalam yankes, idealnya konsumen ATP sekaligus WTP. Apabila

ATP tetapi tidak WTP, tentu akan berakibat tidak laku atau *underutilization*. Sebaliknya, konsumen WTP tapi tidak ATP maka yankes laku tetapi mengalami kerugian atau *overutilization*.

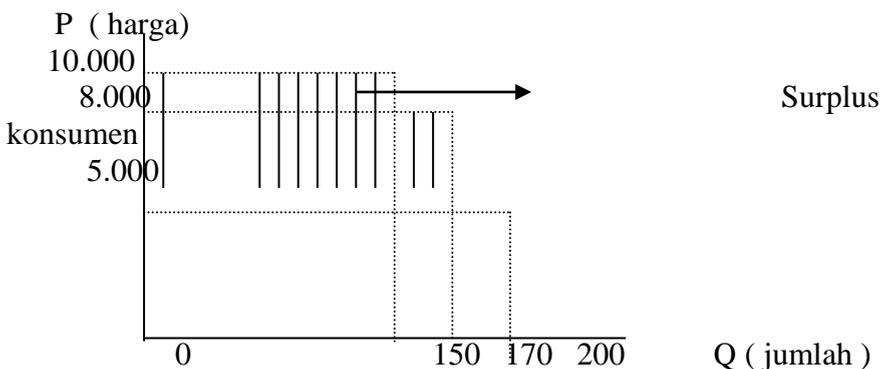
Untuk itu, kondisi *underutilization* dan *overutilization* yang terjadi perlu dicarikan solusinya. Umumnya konsumen golongan sosial ekonomi menengah ke bawah WTP tidak ATP sehingga perlu kebijakan subsidi agar barang/jasa terjangkau. Sedangkan konsumen golongan menengah ke atas, ATP tidak WTP diperlukan perbaikan penampilan barang/jasa.

Biasanya, cara mengukur ATP dalam yankes diperlukan semacam survei pendapatan dan pengeluaran masyarakat. Pengukuran ATP dengan dua cara yaitu :

- a.  $ATP = \text{Non essential expenditure} + \text{actual health expenditure}$
- b.  $ATP = \text{Disposabel income} \times 5 \%$ .

$$\text{Disposabel income} = \text{Pendapatan total} - \text{belanja}$$

WTP biasanya juga diperlukan survei di masyarakat dengan menanyakan berapa rupiah kemauan mereka membayar pelayanan kesehatan sesuai dengan keinginan, harapan serta persepsi mereka terhadap pelayanan kesehatan seperti kualitas, kondisi fisik gedung dan sarana serta petugasnya. WTP dan Surplus Konsumen digambarkan dengan kurva akan nampak sebagai berikut:



**Gambar 7. WTP dan Surplus Konsumen**

## C. Penerimaan ( *Revenue* ) Dan Biaya ( *Cost* )

### 1. Penerimaan

Adalah sejumlah uang yang diterima dari hasil produksi dan penjualan produk/jasa

- Penerimaan total ( Total Revenue=TR ).  $TR = P$  ( Price) X Q (quantity)
- Penerimaan rata-rata ( Average Revenue=AR).  $AR = TR/Q$
- Penerimaan marginal ( Marginal Revenue=MR).  $MR = TR_1 - TR_2$

Penerimaan dari suatu proses produksi tergantung pada jenis pasar dimana perusahaan tersebut beroperasi :

#### 1) Pasar Persaingan Sempurna

Salah satu cirinya yaitu penjual sangat banyak, dan masing-masing tidak dapat menguasai harga, harga dalam jangka tertentu tetap, tidak berubah-ubah, dan harga yang ditetapkan di pasar sama atau hampir sama dengan AR.

Q	P=AR	TR	MR
0	50	0	-
1	50	50	50
2	50	100	50
3	50	150	50
4	50	200	50 dst

#### 2) Pasar Persaingan Tak Sempurna (Persaingan monopolistik, oligopoli dan monopoli )

Salah satu cirinya yaitu jumlah penjual sudah berkurang ( cenderung makin berkurang), walaupun harga berubah tetapi harga pasar masih. Mendekati atau cenderung sama dengan AR. TR meningkat tetapi pada harga tertentu dapat menurun sedangkan MR mula-mula tinggi dan cenderung menurun dan dapat negatif

Q	P=AR	TR	MR	Q	P=AR	TR	MR
0	100	0	-	6	40	240	-10
1	90	90	90	7	30	210	-30
2	80	160	70	8	20	160	-50
3	70	210	50	9	10	90	-70
4	60	240	30	10	0	0	-90
5	50	250	10				

Dari berbagai kombinasi harga suatu barang/jasa dan jumlah yang dibeli dapat dibuat kurve TR,AR dan MR

## **2. Biaya (Cost)**

Merupakan sejumlah uang yang harus dikeluarkan untuk menghasilkan suatu barang atau jasa. Barang yang dipergunakan untuk membeli atau membayar faktor produksi.

## DAFTAR PUSTAKA

- Adisamito, Wiku. 2010. Sistem Kesehatan. Jakarta : Rajawali Press.
- Effendi, Ferry, & Makhfudli. 2009. Keperawatan Kesehatan Komunitas:Teori dan Praktik dalam Keperawatan.Jakarta:Salemba Medika
- Agustina, R., Dartanto, T., Sitompul, R., Susiloretni, K. A., Suparmi, Achadi, E. L., Taher, A., Wirawan, F., Sungkar, S., Sudarmono, P., Shankar, A. H., Thabrany, H. Universal Health Coverage in Indonesia: Concept, Progress, and Challenges. *The Lancet*, 393 (10166), 75-102.
- Aisyah, R., Gorbiano, M. I. (2019, August 19). 'Break Away from the Natural Resources Curse': Jokowi Sets Sights on Human Development. *The Jakarta Post*.
- Akku, S., Garg, A., Khandarkar, S. Cost-minimization Analysis of Gneric Equivalents (Bortezomib, Decitabine and Capecitabine) in Comparison to the Originator Brand Medicines in Colombia. (2016). *Generics and Biosimilars Initiative Journal*, 5 (4), 164.
- Anderson, I., Meliala, A., Marzoeqi, P., Pambudi, E. (2014). *The Production, Distribution and Performance of Physicians, Nurses and Midwives in Indonesia: An Update*. World Bank.
- Arrow, K. J. (1963). Uncertainty and the welfare economics of medical care. *The American Economic Review*, 53(5), 941-973.
- Badan Penelitian dan Pengembangan Kesehatan. (2018). Laporan nasional riset kesehatan dasar 2018. Jakarta: Kementerian Kesehatan
- Bhattacharya, J., Hyde, T., & Tu, P. (2014). *Health economics*. London: The Palgrave Macmillan.
- Biro Komunikasi dan Pelayanan Masyarakat Kementerian
- Blecher, E. (2018). *Cigarette affordability in Indonesia: A tobacconomics policy brief*. Chicago: University of Illinois
- Departemen Pendidikan Nasional, *Kamus Besar Bahasa Indonesia*, (Jakarta: Balai Pustaka, 2001), h. 854
- Dewar, D., M. (2010). *Essentials of health economics*. Massachusetts: Jones and Bartlett Publishers.
- Kesehatan RI. (2020). WHO akhiri KLB polio di Papua.

- Klarman, Hebert e. J. O, Prancis and G.D. Rosenthal., 1968. *Cost Effectiveness Analysis Applied to the Treatment of Chronic Renal Desesa.*, Medical Care., 6., pp., 48-54.
- Kotler, Philip .2000. *Manajemen Pemasaran*. Jakarta: PT. Prenhallindo.
- Longenecker, Justin G. 2001. *Kewirausahaan : Manajemen usaha kecil*. Jakarta : Salemba 4.
- Lubis, Ade Fatma. 2009. *Ekonomi Kesehatan*. Medan: USU Press  
Modul Ekonomi Kesehatan\_Prodi S1 KesMas FKM UDINUS  
2004©By Eti Rimawati
- Murti, Bhisma. 2011. *Ekonomi Kesehatan*. Diakses dari website :  
www.fk.uns.ac.id pada tanggal 07 April 2022 jam 08.00 WIB
- Murti, Bhisma. 2013. *Desain dan Ukuran Sampel untuk Penelitian Kuantitatif dan Kualitatif di Bidang Kesehatan*. Yogyakarta : Gajah Mada University Press pp. 119.
- M, Sholahuddin. 2007. *Asas-Asas Ekonomi Islam*. Jakarta: PT. Raja Grafindo Persada
- Permenkes. 2009. Undang-undang No. 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan
- Samuelson, Paul A dan Nordhaus, William D. 1995. *Makro Ekonomi*. IKAPI : Jakarta.
- Siswanto. 2007. *Peran Riset Sistem dan Kebijakan Kesehatan dalam Pembangunan*
- Trisnantoro, Laksono. 2011. *Memahami Sistem Kesehatan*. Diakses dari website [www.kebijakan.kesehatan.indonesia.org](http://www.kebijakan.kesehatan.indonesia.org) pada tanggal; 14 April 2022
- Yuwono, Slamet Riyadi. *Ekonomi Kesehatan (Health Economic) dan Kewirausahaan (Entrepreneurship)*. PPT Dosen IKM KP – FK. UNAIR - See more at:  
<http://sakinahkreatif.blogspot.co.id/2014/08/konsepdasarekonomi-kesehatan.html#sthash.DGrDAJZI.dpuf>

## PENUTUP

Buku ajar Ekonomi kesehatan ini menjadi acuan bagi dosen dan mahasiswa dalam melaksanakan pembelajaran terkait *supply and demand* sumber daya pelayanan kesehatan dan dampak sumber daya pelayanan kesehatan terhadap pengguna kesehatan. Kesehatan dan ekonomi saling mempengaruhi satu sama lain. Kesehatan mempengaruhi ekonomi, begitu pula sebaliknya ekonomi mempengaruhi kesehatan. Konsep dasar ekonomi terbagi atas dua yaitu mikro ekonomi dan makro ekonomi. Serta ruang lingkup ekonomi kesehatan terbagi atas konsumen, pemerintah dan *Provider ( public – private )*. Adanya buku ajar ini saya harapkan ada kesamaan pemahaman dalam penerapan materi dan dapat meningkatkan lulusan yang berkualitas dalam bidang kesehatan khususnya ekonomi kesehatan.

## BIOGRAFI PENULIS



Norma Yanti Rambe, SKM.,M.K.M lahir di Bandar Tarutung 14 November 1989. Penulis tinggal di Jl. Imam Bonjol Gg. Halim Kelurahan Aek Tampang, Kecamatan Padangsidempuan Selatan Kota Padangsidempuan. Penulis mengenyam Pendidikan di SD Negeri 200211 Kota Padangsidempuan, MTsN Model Padangsidempuan, MAN 1 Kota Padangsidempuan, Pendidikan Sarjana Fakultas Kesehatan Masyarakat di Universitas Sumatera Utara, dan Program Magister Ilmu Kesehatan Masyarakat Universitas Sumatera Utara. Penulis sebagai Dosen di Sekolah Tinggi Ilmu Kesehatan Darmais Padangsidempuan.

BUKU AJAR

# *Ekonomi Kesehatan* *Jilid 1*

**NORMA YANTI RAMBE, SKM, .M.K.M**

Ekonomi kesehatan pada prinsipnya memberikan ruang pada bidang ilmu ekonomi untuk memiliki peran dalam peningkatan pelayanan pada bidang kesehatan, yang selama ini dikenal penuh dengan kritikan dan rasa ketidakpuasan masyarakat tersebut terhadap pelayanan kesehatan yang ada. Pada fokus materi, sengaja untuk menciptakan kekikinan permasalahan biaya biaya yang dialami masyarakat, oleh karenanya solusi solusi yang akan diberikan pada buku ajar ini senantiasa berlandaskan pada nilai nilai ekonomi yang berperan atau berkedudukan di masyarakat itu sendiri.

Dengan keberadaan buku ajar, saya sebagai tenaga pengajar pada mata kuliah ekonomi kesehatan berharap terjadi kemudahan transformasi pengetahuan kepada mahasiswa.