

ANALISA NEED DAN DEMAND BAGI PELAYANAN KESEHATAN

Nurlina

ABSTRACT

This paper describes one of the characteristics of commodity economy of health services that are categorized as merit goods, causing a decrease in the approach to health care need to be reduced in advance of the need for their own health so that the discussion about the decline need to be important to understand the operation of a reduction in health care demand version of the theory agency relationship. If economists insist on textbook notion of demand as the only proper way to go about assessing priorities in determining the amount and distribution of goods and services such as medical care, then they will miss important elements in the situation and be discredited and disregarded by policy makers. If through appeal to complex notions of externalities and merit goods they attempt to go beyond this simplistic interpretation of demand, they will be forced to Unravel the same tangled skein of conflicting roles and judgment that the needology have been grappling with and on roomates we economists have tended to pour scorn. The heart of the matter he is a societal judgment as to who shall play what role according to roomates rules. The parties in the who bits are (i) patients and other potential beneficiaries, (ii) experts, (iii) politician and (iv) the electorates at large. The role to be played are advisers, applicants, diagnosers, priority setters, and treatment assigners researchers.

Keywords: need and demand, health services.

A . PENDAHULUAN

Pada teori permintaan konvensional diajukan asumsi bahwa konsumen mempunyai cukup informasi untuk dapat melakukan pemilihan barang yang dikonsumsi secara optimal. Akan tetapi model yang sedemikian itu tidak selamanya berlaku secara sempurna di beberapa pasar, termasuk diantaranya pasar pelayanan kesehatan sehingga sering orang mempersoalkan apakah benar pada pasar pelayanan kesehatan memang ada fungsi permintaan yang murni. Hal ini karena adanya **lack of knowledge** yang berjalan dengan kondisi **uncertainty** berlaku di pasar pelayanan kesehatan.

Di samping itu karena salah satu ciri ekonomi komoditi pelayanan kesehatan tergolong sebagai **merit goods**, menyebabkan penurunan pendekatan **need** terhadap pelayanan kesehatan harus diturunkan terlebih dahulu dari **need** terhadap kesehatan sendiri. Dengan demikian pembahasan tentang penurunan **need** menduduki peranan penting untuk memahami bagaimana beroperasinya penurunan fungsi permintaan pelayanan kesehatan versi teori **agency relationship**.

Pendekatan yang dilakukan dalam penurunan fungsi permintaan pelayanan kesehatan adalah teori tentang hubungan perwakilan (**agency relationship**) yang pada awalnya

dikemukakan oleh Evans (1974) dan Van Der Gaag (1972). Teori yang kedua adalah teori pendekatan sumberdaya manusia atau biasanya dalam ekonomi kesehatan disebut sebagai **investment model** oleh Grossman.

Operasi pasar pelayanan kesehatan agak berbeda dengan pasar-pasar lain dan pasar pelayanan kesehatan akan cenderung gagal untuk beroperasi dengan baik karena terjadinya beberapa alasan. Kenyataan menunjukkan bahwa sumberdaya itu langka sedangkan keinginan manusia tidak terbatas yang akan membentuk landasan penting bagi konsep permintaan dan penawaran. Permintaan merupakan kemauan konsumen membayar berbagai barang dan jasa yang dikonsumsinya. Penawaran berkaitan dengan sisi produksi yaitu bagaimana biaya faktor-faktor produksi dan harga produk berpengaruh terhadap barang yang ditawarkan.

Sebagai konsumen kita memiliki berbagai keinginan terhadap barang dan jasa. Jika hal tersebut digabungkan dengan kondisi pendapatan yang terbatas, maka akan diperoleh pengertian tentang permintaan konsumen atau **willingness to pay**. Dalam fungsi permintaan diasumsikan bahwa orang akan memberikan nilai kepada barang dan jasa yang bermanfaat saja. Secara implisit dianggap bahwa orang tersebut ketika melakukan penilaian memiliki pengetahuan yang baik dan sekaligus berada pada tempat yang tepat sehingga mendasari pengertian **consumer sovereignty** yang menyatakan bahwa konsumen seharusnya **soverign** di pasar.

Permintaan dilatarbelakangi oleh konsep **utility** yang menyatakan kepuasan. Ekonom mengasumsikan bahwa cara orang menghabiskan pendapatannya untuk membeli berbagai barang dan jasa merupakan usaha untuk memaksimalkan kepuasannya. Jika semua barang ditawarkan pada harga yang sama maka sangat rasional bila seseorang hanya akan mengkonsumsi barang yang memberikan **utility** terbesar. Tapi hal ini tidak berarti bahwa orang tadi terus menerus hanya akan mengkonsumsi satu jenis barang saja tentunya bisa mengkombinasikannya dan konsep **diminishing marginal utility** telah dipergunakan dalam perhitungan.

B. KESEHATAN DAN PELAYANAN KESEHATAN SEBAGAI KOMODITI EKONOMI

Pandangan terhadap pelayanan kesehatan lebih difokuskan daripada kesehatannya sendiri. Dari sudut pandang ilmu ekonomi, hal ini penting artinya demi mengingat bahwa pokok pembahasan ilmu ekonomi akan selalu mengarah kepada **demand, supply** dan **distribusi** komoditi dimana komoditinya adalah pelayanan kesehatan bukan kesehatannya

sendiri. Kesehatan sendiri tidak dapat diperjualbelikan, dalam pengertian bahwa kesehatan tidak dapat secara langsung dibeli atau dijual di pasar. Oleh karena itu kesehatan hanya merupakan salah satu ciri komoditi. Kegiatan kesehatan merupakan salah satu karakteristik dari pelayanan kesehatan tapi kesehatan tidak dapat dipertukarkan.

Menurut (Mills : 1909) kesehatan hanya memiliki **value in use** dan bukannya **value in exchange**. Berarti kesehatan bukanlah suatu komoditi sedangkan pelayanan kesehatan adalah suatu komoditi. Dari sudut pandang **supply** produksi yang terpenting dari pelayanan kesehatan adalah kesehatan dan sekaligus akan menghasilkan **output** lainnya. Dari sudut pandang **demand** masyarakat ingin memperbaiki status kesehatannya, sehingga perlu pelayanan kesehatan sebagai salah satu cara untuk mencapai status kesehatan yang lebih tinggi karena adanya keinginan untuk dapat menikmati hidup sebaik mungkin dibandingkan bila mengalami gangguan kesehatan.

Hubungan antara keinginan sehat dan permintaan pelayanan kesehatan kelihatannya sederhana tapi sebenarnya sangat kompleks karena adanya persoalan kesenjangan informasi. Menurut (Arrow : 1963) sebenarnya para ahli kesehatanlah secara aktif untuk menyebarkan informasi tentang pelayanan kesehatan ; lengkap dengan segala kelebihan dan kekurangannya kepada semua lapisan masyarakat sehingga masyarakat terpengaruh untuk melakukan permintaan dan penggunaan (utilisasi) pelayanan kesehatan.

Ketidakpastian ditimbulkan oleh **ignorance** tentang status kesehatan, ketersediaan dan efektifitas perawatan sehingga pengambilan keputusan tentang perawatan mana yang akan dipilih menjadi sulit dilakukan. Konsekuensinya permintaan pelayanan kesehatan memasukkan unsur keinginan untuk menghindari kewajiban yang sulit dilakukan serta menanggung resiko dalam melakukan keputusan. Teori **agency relationship** pada dasarnya menyebutkan bahwa dokterlah yang melakukan keputusan bagi kebutuhan pasiennya.

C. DASAR TEORI UTILITY

Prinsip dasar teori **expected utility** yang menjadi sendi utama teori permintaan neoklasik, mengacu kepada kondisi dimana seorang pelaku ekonomi yang rasional dihadapkan kepada sejumlah kemungkinan pemilihan dengan kondisi **uncertainty**. Pelaku tersebut sebagai konsumen mempunyai posisi **sovereignty**. Secara tradisional rasionalitas seperti ini didasari oleh beberapa aksioma sebagai berikut :

- 1 . Aksioma **completeness** dimana konsumen dianggap mampu membuat urutan setiap kemungkinan kombinasi barang dan jasa yang disesuaikan dengan preferensi si konsumen.
- 2 . Aksioma **transitivity** menyatakan bahwa bila konsumen lebih suka A daripada B dan

kemudian bila ternyata juga lebih suka B daripada C maka konsumen tersebut akan lebih A daripada C (dalam hal ini A,B dan C merupakan pengganti bagi sekumpulan barang dan jasa).

3. Aksioma seleksi dimana konsumen akan selalu mencoba untuk mencapai kondisi yang paling diinginkan.

Dengan memakai formulasi menurut (Hey : 1979) yaitu $U(C_j) = \sum_i P_i U(A_{ij})$ dimana

$U(C_j)$ = **expected utility** dari pemilihan C yang dilakukan individu

A_{ij} = **consequences** yang diperoleh saat alternatif C_j dipilih pada kondisi terjadinya kemungkinan i .

$U(A_{ij})$ = utility dari A_{ij}

P_i = probabilitas terjadinya kemungkinan i

I = jumlah kemungkinan yang dapat terjadi ($i = 1, 2, 3, \dots, I$).

Beberapa asumsi dan implikasi dalam persoalan **property rights** yang ada disetiap konsumen yakni sebagai berikut :

- 1 . Menentukan biaya konsumsi yang terdiri dari harga komoditinya sendiri dan biaya lainnya
- 2 . Tidak ada subsidi maupun asuransi dalam biaya konsumsi.
- 3 . Menentukan benefitnya ; konsumen yang memperoleh informasi dengan baik, rasional dan **sovereign** akan menentukan utility yang diperolehnya dari konsumsi tersebut dengan asumsi bahwa tidak ada pihak lain yang lebih tepat menentukan manfaat yang diperoleh dari mengkonsumsi barang dibandingkan konsumen itu sendiri.
- 4 . Mendapatkan manfaat dimana konsumen memperoleh **utility** dari konsumsinya.
- 5 . Pengambilan keputusan

Dalam pembahasan tentang resiko dan probabilitas dalam teori **expected utility** terdapat suatu kondisi bahwa jumlah semua **probability** sama dengan satu. Pada umumnya diasumsikan juga bahwa setiap individu adalah penghindar resiko sehingga akibatnya fungsi **utility** akan berbentuk cembung. Penghindaran resiko berarti bahwa setiap individu lebih menyukai kejadian 's' daripada kemungkinan lain 'z' pada probabilitas 'p' ; walaupun sebenarnya $s = pz$. Kecembungan bentuk fungsi tadi mempunyai pengertian bahwa dengan kriteria **willingness to pay** maka setiap individu yang ingin merubah probabilitasnya dari kondisi yang ada menjadi lebih tinggi akan mengalami pembayaran yang lebih banyak **ceteris paribus**.

D. KARAKTERISTIK KOMODITI KESEHATAN

Dalam pelayanan kesehatan distribusi **property rights** dalam pengambilan keputusan sering berbeda dengan yang diasumsikan oleh analisa ekonomi. Tentunya setiap konsumen masih memperoleh **utility** dari mengkonsumsi, tapi **consumer's sovereignty** telah hilang (dalam artian melakukan penilaian dan penanggungian biaya dan manfaatnya serta pengambilan keputusan).

Informasi yang diberikan dokter kepada pasien tentang status kesehatan pasien, jenis pelayanan serta efektifitasnya akan menempatkan posisi dokter sebagai **supplier** sekaligus sebagai pihak yang pengaruhnya akan langsung masuk ke dalam fungsi **utility** konsumen. Pemisahan permintaan dan penawaran yang dijelaskan oleh teori Marshall menjadi tidak berlaku lagi sehingga fenomena terjadinya **supplier-induced demand** perlu mendapat perhatian. Fenomena ini menjelaskan kemungkinan adanya pergeseran fungsi permintaan konsumen sebagai akibat adanya intervensi yang dilakukan oleh dokter.

Pelayanan kesehatan merupakan komoditi yang heterogen dan juga merupakan **intermediate commodity** dalam arti bahwa komoditi ini tidak dikonsumsi karena komoditinya sendiri sehingga dalam prakteknya akan menurunkan persoalan heterogenitasnya sendiri. Sifat komoditi pelayanan kesehatan dapat dipandang dari dua sisi yaitu permintaan dan penawaran yang mencerminkan antara apa yang diminta (kesehatan) dan apa yang disediakan (pelayanan kesehatan). Sudut permintaan dan penawaran dapat benar-benar berbeda tapi keduanya mempunyai kecenderungan muncul secara bersamaan yang dimanifestasikan melalui permintaan menurut versi **agency relationship**. Intinya pendekatan permintaan menyadari adanya ketimpangan informasi berarti pengetahuan antara pasien dan dokter. Pasien menerima kenyataan akan ketidaktahuannya, kelebihan pengetahuan dokter serta kemungkinan manfaat yang akan diterima oleh pasien dengan membiarkan dokter mempengaruhi fungsi utilitasnya. Dengan kata lain pasien menerima kenyataan bahwa dokter lebih mengetahui tentang dampak akhir dari status kesehatan pasien. Sebagian alasan terjadinya himpitan informasi karena begitu mahalnnya bagi pasien untuk memperoleh informasi yang seimbang. Tapi untuk mencapai situasi **agency relationship** yang sempurna benar-benar sulit atau bahkan tidak mungkin akan tercapai. Sebab harus diketahui secara benar status kesehatan, pelayanan kesehatan yang tersedia, fungsi utilitas secara keseluruhan bukan hanya yang berkaitan dengan masalah kesehatan saja. Pengetahuan ini perlu karena yang akan diputuskan tidak hanya sisi manfaatnya saja tapi sekaligus sisi biayanya dimana biaya akan melibatkan berbagai aspek dalam fungsi **utility** seseorang.

Komoditi pelayanan kesehatan tidak dapat dengan sempurna memenuhi teori utilitas karena tiga alasan yang berhubungan dengan masalah informasi tersebut. Pertama, pelayanan

kesehatan sendiri merupakan informasi yang sangat luas sehingga saat pasien belum mempunyai informasi maka dia akan mengalami kesulitan membuat urutan prioritas sejumlah komoditi dimana diantaranya adalah pelayanan kesehatan. Kedua, pasien harus yakin saat memutuskan pelayanan kesehatan mana yang akan dikonsumsi sebelum bisa mempunyai preferensi. Ketiga, melakukan pemilihan dimana pasien akan selalu mengalami kekurangan informasi untuk membuat keputusan status kesehatan mana yang paling ingin dicapainya.

Karakteristik lain dari komoditi pelayanan kesehatan antara lain adalah ketidaksempurnaan informasi, ketidakpastian permintaan, monopoli penawaran, komoditinya tidak pernah homogen, efek eksternalitas dan **non excludability**, bahaya moral dan **merit goods**. Pemerintah bertindak mengatur pasar terutama untuk menghindarkan konsumen menanggung kerugian yang besar akibat salah dalam melakukan pemilihan mengkonsumsi komoditi pelayanan kesehatan. Untuk mendukung kesempurnaan konsumen mengkonsumsi komoditi pelayanan kesehatan maka Lee (1979) mencatat bahwa akibat kegagalan pasar mendorong keterlibatan negara untuk melakukan intervensi pasar dan mendukung argumentasi bahwa komoditi pelayanan kesehatan merupakan **merit goods**.

Dari sudut pandang konsumen tingkat ketergantungan pasien terhadap agennya akan ditentukan oleh **uncertainty** sehingga menyebabkan hilangnya kesejahteraan dimana konsumen akan cenderung mencari asuransi. Kesejahteraan meningkat melalui penyebaran resiko, hilangnya rasa terbelenggu karena tingginya biaya pelayanan kesehatan serta keterbatasan pendapatan saat mengkonsumsi pelayanan kesehatan. Dengan memperhatikan hilangnya kesejahteraan yang dikaitkan dengan beban resiko, Arrow (1963) menunjukkan bahwa orang akan meminta asuransi yang **full coverage** bila tersedia pada batas harga premi yang terjangkau. Tapi meskipun harga premi lebih tinggi dari yang dianggap wajar, asuransi masih akan dibeli asalkan preminya belum terlalu timpang.

Dalam banyak hal permintaan pelayanan kesehatan seharusnya mengarah kepada permintaan terhadap asuransi kesehatan. Selama utility masih berhubungan positif dengan pendapatan, sementara biaya pelayanan kesehatan dianggap akan mengurangi pendapatan maka penghindar resiko akan terus membeli asuransi sejalan dengan meningkatnya resiko sakit. Oleh karena itu kejadian yang mempunyai kemungkinan rendah untuk muncul tapi sekali muncul akan menghabiskan banyak biaya cenderung akan diasuransikan dibandingkan kejadian yang sering muncul tapi hanya membawa dampak biaya rendah.

E. NEED TERHADAP PELAYANAN KESEHATAN

Pendekatan **need** didasari kepada pengertian tentang **merit goods**. Menurut Margolis (1982) **merit goods** adalah setiap bentuk pengeluaran masyarakat yang nampaknya secara umum dapat dipahami akan tetapi sulit untuk diperhitungkan dengan menggunakan teori permintaan biasa. **Need** terhadap pelayanan kesehatan merupakan fungsi dari **need** terhadap kesehatannya sendiri berdasarkan pengalaman selama ini yang dilalui seseorang. Bagi para ekonom **need** adalah suatu pengertian yang evaluatif dan normatif.

Keraguan akan relevansi permintaan mengacu pada pemikiran bahwa **value** mungkin lebih sesuai dikenakan kepada semua orang daripada hanya kepada konsumen saja sehingga beberapa ekonom William dan Anderson (1975) lebih suka membahas masalah **marginal value curve** ketimbang kurva permintaan sendiri. Pada kurva permintaan diasumsikan bahwa konsumen melakukan penilaian, artinya kebebasan konsumen berjalan sepenuhnya. Sedangkan pada **marginal value curve** yang melakukan penilaian bisa siapa saja atau sedikitnya tidak dipermasalahkan. Bila yang melakukan penilaian si konsumen maka kedua kurva tersebut sama. Dalam prakteknya mengingat komoditi kesehatan tidak homogen, yang dapat dilihat dari indikasi bahwa pelayanan kesehatan yang dilakukan oleh dokter umum tidak sama dengan yang dilakukan oleh dokter spesialis, maka sejauh mana **need** atau **demand** yang tepat akan bervariasi sesuai dengan pelayanan kesehatan.

Dalam pembahasan total **need** tidak semua **need** akan dapat dipenuhi sehingga akan terdapat sebuah ranking **need** dalam pengertian **ceteris paribus** kita akan lebih memilih satu **need** untuk dipenuhi dibanding **need** yang lain, bila **need** yang dipilih akan bermanfaat lebih tinggi dibandingkan dengan yang tidak dipilih sehingga asumsi **ceteris paribus** tidak dapat terpenuhi khususnya bila dikaitkan dengan biaya. Dengan konsep **opportunity cost** jelas bahwa pemilihan **need** mana yang akan dipenuhi harus merupakan bagian dari fungsi biaya, berarti untuk memenuhi **need** tidak perlu mekanisme paling efektif yang harus dipilih. **Need** bukan sesuatu yang absolut maupun terbatas. **Need** adalah sesuatu yang dinamis dan cenderung untuk terus tumbuh bersama dengan berjalannya waktu dimana pertumbuhan **need** merupakan bagian dari perkembangan penawaran fasilitas pelayanan kesehatan.

Beberapa ide pokok Culyer dkk (1981) tentang **need** di bidang kesehatan yakni sebagai berikut :

- 1 . **Need** tidak selalu harus dijelaskan dengan tanpa mempertimbangkan apakah hasil akhir yang ingin dicari serta jenis pelayanan kesehatan mana yang dijadikan instrumennya.
- 2 . Pengabaian kemungkinan pertukaran dalam rangka memenuhi suatu **need** nampaknya akan merupakan persoalan awal dari timbulnya masalah ketidakefisienan.
- 3 . Bagaimanapun kita mendefinisikan **need** maka hampir selalu timbul usaha pihak ketiga

yang terlibat kedalam proses penilaian, berbeda halnya dengan **demand** dimana konsumen lah yang **sovereign**.

4 . **Need** tidak absolut.

5 . **Need** harus diranking dan juga harus dihitung.

6 . Kontribusi utama dari ilmu ekonomi ke dalam **needology** diderivasikan dari dasar pengertian bahwa **need** mana yang akan dipenuhi akan tergantung sekali dengan biaya manfaat untuk memenuhi **need** tersebut.

Konsep **need** dan **demand** akan sangat potensial dalam membantu analisa dan mengevaluasi kebijaksanaan pelayanan kesehatan dan yang lebih penting lagi tentang implikasi berbagai pola pelayanan kesehatan yang berbeda. Konsep **demand** tetap mengandung pengertian dasar bahwa individu lah yang melakukan penilaian manfaatnya. Sedangkan konsep **need** merangkum beberapa penilaian efektifitas, potensi untuk mempertimbangkan berbagai cara untuk memenuhi **need** dengan segala akibat yang ditimbulkannya dan pengakuan akan adanya keterbatasan sumberdaya serta dapat juga merupakan bentuk dasar bagi alokasi sumberdaya. Pada umumnya akan lebih baik untuk memasukkan sekaligus **demand** dan **need** saat melakukan pengujian beroperasinya pelayanan kesehatan tertentu. Mengingat jika hanya **demand** atau **need** sendiri-sendiri saja kurang memberikan dasar yang cukup bagi pengambilan keputusan yang tepat. Alokasi sumberdaya sektor kesehatan tetap kurang efisien tanpa adanya beberapa koreksi yang menyangkut penyatuan kesepakatan tentang **benefit's value** yang sering masih berbeda antara satu orang dan informasi yang benar tentang segi biayanya.

F. DEMAND TERHADAP PELAYANAN KESEHATAN

Ada 2 pendekatan yang dipergunakan untuk permintaan pelayanan kesehatan yakni **the agency relationship (supplier induced demand model)** dan **investment model** menurut Grossman (1972a, 1972b). Perbedaan utama kedua pendekatan tersebut terletak dari asumsinya tentang posisi pasien dalam model **demand**. Pada pendekatan pertama peranan pasien amat kecil dibandingkan peranan ahli kesehatan atau dokter dalam membentuk **demand** pelayanan kesehatan. Grossman (1972) menyatakan bahwa pasien cukup memiliki informasi dan kebebasan dalam menentukan **demand** nya sendiri.

1 . Demand Menurut Model Agency Relationship

Hubungan antara need dengan demand merupakan sesuatu yang rumit dengan beberapa argumentasi sebagai berikut :

- a . Sebagai individu semua orang sering mempunyai **wants** kesehatan yang lebih baik dari yang dimiliki saat ini.
- b . Sebagian individu tidak melakukan apapun dengan **wants** tadi dan sebagian lagi secara aktif berusaha memperoleh pelayanan kesehatan misalnya secara rutin melakukan kontrol ke dokter pribadi dan sebagainya.
- c . Terkadang para dokter tidak sependapat tentang penilaian **wants** atau **demand**. Para dokter mengatakan bahwa beberapa **wants** atau **demand** kita tidak selalu membutuhkan perawatan. Atau ada beberapa aspek kesehatan yang lebih baik yang seharusnya lebih diperhatikan tapi luput dari perhatian kita. Sebenarnya justru yang luput dari perhatian tersebutlah yang memerlukan perawatan. Cooper (1975) mencoba memformulasikan ketiga hal di atas secara diagramatis seperti pada gambar berikut ini :

Gambar 1

WANT	DEMAND	NEED
Penilaian pribadi terhadap Wants atas status kesehatan yg lebih baik.	Wants yang diwujudkan kedalam demand dalam bentuk mencari bantuan	Status kesehatan yang dinilai sebagai need atas pelayanan medis. Tidak semua demand akan menjadi need, dan tidak semua need akan tercermin dalam demand.

Tentunya sumber dari **demand** adalah **wants**, meskipun tidak semua **wants** diwujudkan sebagai **demand**. Tentunya beberapa **demand** dan **wants** dinilai sebagai **need** tapi tidak semua **need** akan ditampung kedalam **demand** dan **wants**. Berarti ada sumber **need** yang sama sekali terpisah dari **demand** maupun **wants** tadi ; maksudnya ahli kesehatan mungkin saja menentukan **need** tertentu yang tidak termasuk dalam **demand** maupun **wants** dengan demikian **need** mungkin saja :

- a . Demanded dan wanted
- b . Undemanded dan wanted
- c . Undemanded dan unwanted

Dari sudut pandang pasien **demanded** dan **wanted need** tampaknya memiliki nilai yang lebih tinggi daripada **undemanded** dan **wanted need** (dengan mengasumsikan bahwa ada

wants yang berprioritas lebih tinggi akan tampak dinyatakan sebagai **demand**) ; tapi mungkin tidak demikian halnya menurut pandangan dokter.

Menurut pandangan konsumen **undemanded** dan **unwanted need** nampaknya bernilai lebih rendah (bahkan bila memperhatikan kadar pengetahuannya saat ini mungkin keduanya sebenarnya tidak berarti sama sekali bagi konsumen) dibandingkan **demanded, wanted need** atau **undemanded, wanted need**.

Apakah **demand** dan **need** dapat digabungkan? Salah satu cara untuk melakukan penggabungan adalah dengan pendekatan **agency relationship** ; dimana dalam pendekatan ini dokter bertindak sebagai agen bagi pasiennya yang kurang mempunyai informasi tentang segala sesuatu yang menyangkut pelayanan kesehatan. Kejadian ini tidak lain disebabkan oleh sifat komoditi pelayanan kesehatan yang akhirnya mengacu kepada situasi dimana dokterlah yang secara efektif sering bertindak untuk melakukan **demanding**.

Agar hubungan tersebut beroperasi secara efisien, menurut Artells (1981) diperlukan tiga kelompok informasi yaitu sebagai berikut :

- 1 . Pengetahuan dasar tentang masalah medis, yaitu suatu bentuk informasi yang pada dasarnya pasien tidak harus memilikinya. Informasi ini menyangkut pengetahuan khusus untuk melakukan penilaian status kesehatan dan mengidentifikasi perawatan apa saja yang tersedia.
- 2 . Keterangan tentang keadaan pasien meliputi pengetahuan tentang simptom pasien, sejarah kesehatan dan keadaan lingkungan pasien sehingga memungkinkan dokter untuk menerapkan ilmu kedokterannya terhadap kasus yang sedang dialami pasiennya.
- 3 . Informasi tentang penilaian pasien sendiri tentang penyakit yang dideritanya termasuk preferensi pasien atas berbagai alternatif perawatan yang tersedia, sikapnya dalam menghadapi resiko dan penilaiannya atas kemungkinan **trade off** dari berbagai dimensi keadaan sehat.

Intinya kita mencoba memperbaiki hitungan **cost benefit** yang harus dilakukan pasien. Pemilihan konsumsi biasanya akan memaksa konsumen terlebih dahulu membuat pertimbangan terhadap **cost benefit** dari pilihannya untuk kemudian melakukan pilihan yang sesuai dengan perhitungan tadi. Masalahnya dalam pelayanan kesehatan sering konsumen sebenarnya tidak menanggung semua biaya, salah satu penyebabnya karena adanya **third party financing** dan mungkin juga karena pasien tidak memperoleh informasi yang lengkap tentang biaya apa saja yang seharusnya ditanggung. Juga pasien kurang informasi tentang manfaat apa saja yang akan diperolehnya dari sekian banyak alternatif pilihan pelayanan kesehatan yang bisa dipilih. Dalam kondisi ini menyebabkan pasien tidak ingin untuk

mengambil resiko akibat buruk dari keputusan yang diambilnya. **Agency relationship** kemudian bertindak sebagai proses untuk menggabungkan aspek beban biaya, dampak manfaat dan pengambilan keputusan dari perhitungan **cost benefit**.

2 . Demand Pelayanan Kesehatan Menurut Model Grossman

Penelitian Grossman (1972a, 1972b) menyatakan bahwa demand terhadap pelayanan kesehatan merupakan derivasi dari **demand** terhadap kesehatan itu sendiri, menurut terminologinya Becker (1965) kesehatan merupakan komoditi terpenting. Berdasarkan pengertian tersebut Grossman menyusun teori tingkah laku konsumen dalam **human capital approach**. Model Grossman mengasumsikan bahwa masing-masing individu melakukan penilaian manfaat atas pengeluaran untuk kesehatan yang diperbandingkan dengan pengeluaran untuk komoditi lainnya dalam rangka memutuskan status kesehatan yang optimal. Dalam hal ini konsumen diasumsikan mempunyai pengetahuan tentang status kesehatannya sendiri, tingkat depresiasi status kesehatannya dan fungsi produksi yang mengkaitkan perbaikan kesehatan dengan pengeluaran untuk pelayanan kesehatan.

Sejalan dengan kerangka pikir teori keputusan investasi yang umum, diasumsikan bahwa setiap individu akan memaksimumkan fungsi utilitinya yang dibentuk dari flow jasa pelayanan kesehatan dan dari konsumsi barang lainnya untuk setiap tahun kehidupannya. Maksimisasi akan menyebabkan individu menyamakan **the marginal return on the asset** (kesehatan) dengan **marginal costnya**. **Return** kepada individu ke j disusun dari **marginal physical return** (a_j) dan **marginal monetary return** (m_j). Biaya kapital kesehatan adalah tingkat depresiasi (d_j) (dikurangi dengan setiap tabungan yang timbul sebagai akibat pembelian kesehatan saat ini, dengan menyadari bahwa pembelian kesehatan dimasa mendatang akan menyebabkan terjadinya kenaikan dalam **marginal cost** untuk setiap usaha perbaikan kesehatan) sehingga formulasi matematis untuk individu tertentu pada waktu i adalah : $m_j + a_j = r_j + d_j$ (1)

Sebenarnya Grossman melakukan pengujian konsumsi dan aspek-aspek investasi secara terpisah dengan fokus pada bagian investasi saja. Hasil **pecuniary** (m_j) ditentukan oleh tiga komponen yaitu tingkat upah harian orang pada tahun ke i (w_{ji}) yang diukur dalam jumlah hari sehat yang dihasilkan oleh satu unit stok kesehatan (G_{ji}) dan biaya marjinal dari **gross investment** dibidang kesehatan yang dibeli pada periode sebelumnya dan termasuk biaya waktu dan uang ($C_{ji} - 1$) sehingga akan memberikan **rate of return** sebagai berikut :

$$W_{ji}G_{ji} \text{ dan } C_{ji} - 1 = m_{ji} = r_{ji} + d_{ji} \text{ (2)}$$

Untuk setiap individu dengan status kesehatan tertentu akan selalu ada **marginal product** kesehatan G dengan kurva **marginal efficiency** kapital kesehatan yang menunjukkan hasil untuk masing-masing tingkat kesehatan $(W_{ji} G_{ji}) / C_{ji} - 1$.

Grossman mendukung asumsi tersebut dengan menunjukkan bahwa **return** terhadap kesehatan diukur dengan hari sehari (**healty days**) yakni 365 hari per tahunnya. **Return** tersebut akan bisa menjawab persoalan **disability** akan tetapi tidak akan bisa menjawab persoalan **debility** menurut Cullis JG and West PA (1979). **Debility** sebenarnya akan mempengaruhi tingkat upah tapi permasalahan ini secara eksplisit diperdebatkan dalam model Grossman. Implikasi asumsi Grossman dari persamaan (2) bahwa peningkatan depresiasi menyebabkan konsumen memilih stok kesehatan yang lebih rendah dalam rangka meningkatkan produk marjinal kesehatan juga menyamakan hasil marjinal dengan biaya yang lebih tinggi. Depresiasi kesehatan yang diketahui sudah cenderung naik, model Grossman mengatakan bahwa seseorang akan memilih status kesehatan yang lebih rendah setiap tahun berurutan **successive year**. Hal ini akan mendorong seseorang terpaksa harus memilih usia hidupnya sendiri ; mengingat stok kesehatannya yang optimal akhirnya akan turun sampai dibawah **life supporting** minimal yang diperlukan, bila hal ini sudah tercapai berarti seseorang akan mati.

Demand pelayanan kesehatan diderivasikan dari suatu **demand** terhadap stok kesehatan yang optimal dimasing-masing periode ; dengan memperhatikan stok kesehatan saat ini, depresiasi dan investasi pelayanan kesehatan merupakan determinan stok kesehatan dimasa mendatang. Stok kesehatan dan **flow gross invesment** tidak harus terkait antara satu dengan yang lain. Menurunnya stok kesehatan disetiap waktu tidak harus dikaitkan dengan menurunnya konsumsi pelayanan kesehatan dimasing-masing tahun yang bersangkutan. Tingkat depresiasi yang naik akan mengurangi peningkatan netto kesehatan yang diperoleh dari satu unit **gross investment** pelayanan kesehatan. Artinya tambahan kesehatan yang terjadi tergantung kepada tingkat depresiasi mengingat **gross investment** pun pada akhirnya juga akan menghasilkan stok dan investasi netto yang semakin berkurang. Hubungan yang tepat antara faktor usia dan konsumsi pelayanan kesehatan tergantung kepada elastisitas permintaan kesehatan. **Demand** ini akan sangat tidak elastis bila produk marjinal kesehatan naik secara cepat sejalan dengan menurunnya status kesehatan.

Pengaruh tingkat upah terhadap stok kesehatan dan **demand** pelayanan kesehatan terdiri dari dua unsur. Produk marjinal kesehatan dihitung dari **healthy days** jelas akan lebih berharga pada tingkat upah yang lebih tinggi. Tapi waktu milik konsumen juga merupakan input bagi pelayanan kesehatan. Dengan asumsi waktu bukan merupakan satu-satunya input

bagi pelayanan kesehatan maka persentase kenaikan upah akan melampaui kenaikan biaya per unit dan **return** kepada kesehatan akan naik disetiap level stok kesehatan. Pengaruh upah yang meningkat tergantung pada elastisitas permintaan kesehatan dan porsi biaya waktu dalam total biaya per unit pelayanan kesehatan. Tapi karena penambahan kesehatan yang diperoleh dari satu unit **gross investment** pelayanan kesehatan tidak dipengaruhi oleh kenaikan upah maka permintaan pelayanan kesehatan akan naik atau dalam kasus yang ekstrim mungkin saja tetap sejalan dengan naiknya tingkat upah.

Sebenarnya model **human capital** kecil implikasinya bagi **public policy** dalam rangka memperbaiki efisiensi atau pemerataan pelayanan kesehatan. Sebab konsumen dianggap mampu melakukan pilihan yang efisien dalam rangka memaksimalkan utilitynya. Pelayanan kesehatan akan meningkat sejalan dengan naiknya pendapatan. Juga mengingat pilihan konsumen sudah efisien maka pengukuran **income support** akan menyebabkan tercapainya tingkat pemerataan yang diinginkan. Dowie (1975) mengemukakan bahwa **public policy** yang dapat ditunjukkan oleh model pendekatan Grossman perlunya penyediaan informasi kesehatan yang memadai bagi konsumen dan sekaligus para penyedia pelayanan kesehatan tentang pengaruh masing-masing input pelayanan kesehatan juga tentang efisiensi dari mengkombinasikan input kesehatan yang diinginkan.

G. KESIMPULAN

Pada prakteknya ada empat definisi berbeda tentang **need** yang lazimnya dipergunakan oleh peneliti dan praktisi **social policy** yang berhubungan dengan aspek pelayanan kesehatan tapi juga dapat dipergunakan diberbagai aspek sosial lainnya yakni **normative need, felt need, expressed need** dan **comparative need**. Keempat definisi ini saling terkait dan dapat digunakan untuk membentuk 12 kemungkinan kombinasi bentuk **need**. Bila +1 menunjukkan adanya **need** dan -1 menunjukkan tidak adanya **need** untuk definisi 1 dan seterusnya maka -1, +2, +3 dan +4 berarti bahwa individu memperoleh pelayanan kesehatan meskipun menurut pemikiran para ahli tidak perlu akan tetapi dikehendaki (**wanted**), diminta (**needed**) oleh individu dan juga diterima oleh yang lainnya pada kondisi sejenis. **Need** adalah sesuatu yang potensial untuk penurunan status kesehatan dan sesuatu yang potensial bagi perbaikan status kesehatan di atas level yang mungkin tidak akan diperoleh jika tidak memperbaiki masalah **need** tersebut. Sumber dari **demand** adalah **wants** meskipun tidak semua **wants** diwujudkan sebagai **demand**. Beberapa **demand** dan **wants** dinilai sebagai **need** tapi tidak semua **need** akan ditampung ke dalam **demand** dan **wants**. Berarti ada sumber need yang sama sekali terpisah dari **demand** maupun **wants**.

DAFTAR PUSTAKA

- Arrow K. 1963. **Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care**. American Review Volume 53 page 941 – 973.
- Artells Harrero JJ. 1981. **Effectiveness and Decesion Making in a Health Planning Context The Case of Outpatient Antenatal Care**. Unpublished MPhil Thesis, University of Oxford.
- Becker GS.1965.**A Theory of the Allocation of Time**.Economic Journal 75(299): 439 – 517.
- Cooper MH. 1975. **Rationing Health Care**. Croom – Helm : London.
- Cullis JG and West PA. 1979. **The Economics and Health : an Introduction**. Martin Robertson : London.
- Culyer A.J. 1981. **Health, Economics and Health Economics in Health, Economics** (ed J.Vander Gaag and M.Perlman). North Holland : Amsterdam.
- Grossman G. 1972. **Human Capital Approach** . Journal of Political Economics.
- Grossman M. 1972a. **The Demand for Health : A Theoretical and Emperical Investigation**. National Bureau of Economic Research Occasional Paper 119. Columbia University Press : New York – London.
- Grossman M. 1972b. **On the Concept of Health Capital and the Demand for Health**. Journal of Political Economy, 80.
- Hey JD. 1979. **Uncertainty in Micro Economics**. Martin Robertson : Oxford.
- Lee, K and Mills, A.J. 1979. **The Role of Economics and Economics in Health Planning A General Overview in Economics and Health Planning** (ed, Lee).
- Mills, JS. 1909. **Principles of Political Economy**. Longman, Green and Co : London.
- William A and Anderson R. 1975. **Effesiency in the Social Services**. Basil Blackwell and Martin Robertson : Oxford and London, page 39.