

MEKANISME PASAR, EFISIENSI, EKUITAS, DAN JARING PENGAMAN SOSIAL

COMPETITIVE MARKET, EFFICIENCY, EQUITY, AND SOCIAL SAFETY NET

Bhisma Murti

Fakultas Kedokteran, Universitas Sebelas Maret

ABSTRACT

Background: Resources are too precious to waste. Therefore, any intervention to society that implies reallocation of resources must be justifiable on efficiency and equity grounds. An efficient allocation of resources is one from which no person can be made better off without making another person worse off. The so-called Pareto optimality can be achieved through competitive market. Equity refers to fairness in the distribution of goods and services among the people in the economy. Both social objectives (i.e. efficiency and equity) are often incompatible, yet the problem is surmountable. In 1998 the Government of Indonesia launched the Social Safety Net program. As the name suggests, everyone knows that the program is aimed at protecting the high-risk population from "social catastrophe". However, as the intervention program consumes public money, it is no exception subject to critical review on its efficiency and equity.

Conclusions: Not to consider corruption in its implementation, such program is warranted on equity grounds under the competitive market paradigm as well as Rawlsian theory of justice. The program brings about an equitable initial redistribution of endowment. However, whenever technically possible, economists generally recommend income transfer rather than price discrimination as the latter would only distort market prices and lead to an inefficient equilibrium.

Key words: competitive market, Pareto-efficiency, equity, social safety net

PENGANTAR

Tajuk rencana Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan Vol. 01/No. 02/1998 mempertanyakan ketegasan kebijakan pemerintah mengenai pelayanan kesehatan sebagai pelayanan sosial atau komoditas pasar¹. Beberapa tahun terakhir memang tampak kecenderungan pemerintah memberi angin bagi munculnya elemen-elemen mekanisme pasar dalam pelayanan kesehatan. Dalam pengorganisasian pelayanan kesehatan, pemerintah mempersilahkan sejumlah rumah sakit pemerintah dan sebentar lagi Puskesmas untuk diselenggarakan secara swadana (swakelola). Dirjen Binkesmas DepKes dalam harian Kompas (30/8/98) menegaskan, Puskesmas akan menjadi sarana pelayanan kesehatan tingkat pertama yang mempunyai otonomi penuh dalam merencanakan program serta mengelola dana, bukan lagi sekedar pelaksana dari apa yang sudah direncanakan di Dati II atau Pusat. Ditambahkan pula, Puskesmas swadana bukan swastanisasi². Ke-

cenderungan pasar bebas terlihat pula dari masuknya beberapa (cabang) rumah sakit asing yang meskipun mendapat penolakan, kenyataan telah beroperasi di Indonesia. Untuk menggalang dana publik, sejak 1992 pemerintah mengintrodusir JPKM sebagai sumber pembiayaan alternatif pelayanan kesehatan melalui asuransi.

Menarik untuk dicermati apa yang mendorong pemerintah memberi peluang kepada ekonomi pasar dan tidak lagi memandang pelayanan kesehatan semata-mata sebagai *necessities* dan oleh karena itu harus dibiayai dan disediakan oleh pemerintah. **Pertama**, diakui atau tidak dampak globalisasi dan pasar bebas mempengaruhi pengambilan kebijakan sektor kesehatan. Keterikatan Indonesia dengan WTO, AFTA dan APEC akan menghilangkan penghalang ekspor-impor komoditas kesehatan dan *entry-exit* pemberi pelayanan kesehatan. Persoalan menjadi lebih menekan, karena komponen impor faktor produksi kesehatan tinggi. Sekitar delapan

puluh persen pasokan obat-obatan adalah impor. Negeri yang dahulu dikenal sebagai tirai bambu dan tirai besi sekalipun tidak dapat menutup diri dari arus pasar bebas, dengan segala kejutan-kejutan dalam proses adaptasinya. Negara-negara yang masih terkungkung ideologi ataupun fasis-militerisme seperti Korea Utara, Kuba, Angola, Tanzania, dan Myanmar, terbukti tidak hanya terkucilkan di dunia internasional tetapi juga menduduki peringkat-terendah di antara kelompok negara miskin di dunia. **Kedua**, penerimaan pemerintah dari sumber-sumber tradisional seperti pajak amat terbatas, sementara tuntutan pelayanan kesehatan dan biaya medik meningkat. Banyak negara berkembang, termasuk Indonesia, mencari cara-cara pembiayaan alternatif seperti mekanisme swasta, *community financing* (misalnya dana sehat tradisional), asuransi sukarela, asuransi wajib pemerintah (*social insurance*), *user-charges*, organisasi sukarela/*missionaries*, dan bantuan asing.

Pertanyaannya, apakah supra dan infrastruktur pemerintah siap untuk berubah ke pola pikir dan budaya pasar, dengan merelakan seluas mungkin *supply* dan *demand* pelayanan kesehatan kepada pasar? Sejauh mana pembuat peraturan dan perundang-undangan memahami mekanisme pasar? Apakah pemerintah siap untuk menderegulasi hambatan sebanyak mungkin untuk mengakomodasi pasar kompetitif, dan meregulasi isu-isu krusial untuk memperkuat paradigma pasar kompetitif? Apakah gagasan-gagasan yang terungkap akan berhenti sebagai retorika? Pengalaman serupa menunjukkan, karena kepentingan politik dan kekuasaan, pemerintah pusat bermain tarik-ulur dalam mendelegasikan otoritas dan memberikan otonomi riil kepada daerah, meski undang-undang desentralisasi telah dikeluarkan tahun 1974.

Pada resesi ekonomi dewasa ini, pemerintah meluncurkan program berskala besar untuk menyelamatkan orang-orang miskin yang disebut *social safety net*. Program jaring pengaman sosial sebagian besar didanai dari utang melalui Bank Dunia, ADB, dan sebagainya. Karena utang pemerintah menjadi semakin menggelembung, maka keberhasilan program tersebut sangat krusial. Tanpa perencanaan

yang seksama dan hati-hati, dilandasi dengan teori dan pengalaman empirik yang kuat, tidak mustahil tujuan jaring pengaman sosial gagal. Satu indikator praktis adalah apabila setelah diterapkan jaring-jaring pengaman, masyarakat sasaran turut ambil bagian dalam pemberontakan dan penjarahan untuk soal-soal yang menjadi *domain* program jaring pengaman sosial itu. Sedang contoh aktual perencanaan yang lemah adalah subsidi minyak goreng dan terigu yang tidak saja mendistorsi *market price* tetapi juga gagal menembak sasaran (konsumen), gagal menurunkan harga-harga bersangkutan, sehingga akhirnya segera dicabut pemerintah.

Artikel ini bertujuan memberi perspektif teoretik secara garis besar tentang mengapa terdapat pemikiran mekanisme pasar, bagaimana pasar kompetitif dapat menjamin efisiensi tanpa mengorbankan ekuitas, bagaimana dampak subsidi harga dalam pelayanan kesehatan, dikaitkan dengan program jaring pengaman sosial.

PEMBAHASAN

Masyarakat mewarisi pasokan sumberdaya yang terbatas. Sumberdaya terlalu bernilai untuk dihaburkan begitu saja, oleh karena itu harus dialokasikan dengan efisien. Alokasi sumberdaya yang efisien merujuk kepada keadaan dimana seseorang tidak dapat diubah ke posisi yang lebih baik tanpa membuat orang lain menjadi lebih buruk. Keadaan itu sering disebut Pareto-optimalitas atau Pareto-efisiensi, untuk menghormati ekonom Italia Vilfredo Pareto (1848-1923) perumus konsep tersebut¹.

Manusia merupakan *economic man*. Konsumen merupakan *utility maximizer*, artinya menggunakan sumberdaya sedemikian rupa untuk mencapai kepuasan (utilitas) maksimal. Produsen merupakan *profit maximizer*, artinya menggunakan sumberdaya sedemikian rupa untuk mencapai keuntungan maksimal. Ekonom dan pembuat kebijakan pada umumnya menggunakan paradigma pasar kompetitif untuk mencapai efisiensi. Dengan masuknya sejumlah perusahaan atau pemberi pelayanan kesehatan ke dalam pasar ketika terdapat harga tinggi dan/atau keuntungan tinggi, maka perusaha-

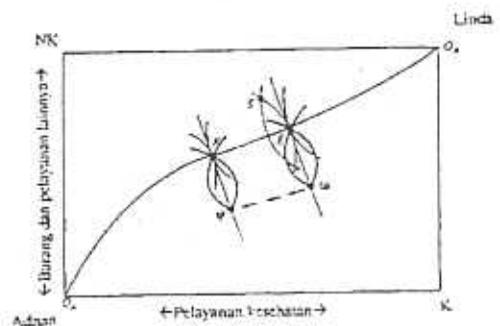
an-perusahaan dan pemberi pelayanan yang sudah lebih lama bercokol akan menurunkan harga mereka. Harga pasar mengikuti hukum permintaan dan pasokan. Apabila terdapat kelebihan pasokan, maka pasar bereaksi untuk menurunkan harga hingga ke titik ekuilibrium. Sebaliknya apabila terdapat kelebihan permintaan, pasar bereaksi untuk menaikkan harga sampai ke titik ekuilibrium. Masuknya pelaku pasar yang baru dan penurunan harga pada akhirnya meningkatkan kepuasan konsumen.

Model pasar kompetitif dalam bentuk idealnya jarang ditemukan dalam dunia sesungguhnya. Kompetisi sempurna membutuhkan asumsi-asumsi sebagai berikut: (1) Kemajemukan pelaku pasar. Terdapat sejumlah besar pembeli dan penjual barang atau pelayanan, sedemikian rupa sehingga tak ada aktor tunggal memiliki kekuatan untuk memainkan harga; (2) Barang atau pelayanan bersifat homogen. Artinya, semua produsen memproduksi barang yang identik, sedemikian rupa sehingga tidak dapat dilakukan segmentasi pasar berdasarkan perbedaan barang; (3) Terdapat kesempurnaan informasi. Semua pembeli dan penjual memiliki informasi lengkap tentang semua variabel-variabel relevan seperti harga-harga dan kualitas; dan (4) Tidak ada penghalang *entry* dan *exit*. Konsumen bebas memilih barang dan pelayanan sesuai dengan preferensinya. Produsen baru bebas masuk pasar ketika melihat kemungkinan *profit* dan bebas pula keluar ketika bisnis tidak lagi menguntungkan^{3,4}.

Selanjutnya perlu kita kenal dua teorema dasar ekonomi kesejahteraan. *First Fundamental Theorem of Welfare Economics* menyebutkan bahwa pasar kompetitif pada keadaan tertentu secara ekonomi bersifat efisien. *Second Fundamental Theorem of Welfare Economics* menyatakan, keadaan yang secara ekonomi efisien pada prinsipnya dapat dicapai oleh pasar kompetitif asal terdapat *endowment* awal yang layak^{3,4}. Sebenarnya masih terdapat teorema lain, yakni *Theorem of the Second Best* yang berguna untuk menganalisa aplikabilitas kompetisi sempurna dalam pasar pelayanan kesehatan, namun di luar ruang lingkup artikel ini untuk membahasnya.

Efisiensi hanya salah satu tujuan masyarakat. Tujuan ini yang penting adalah ekuitas. Dengan ekuitas dimaksudkan keadilan dalam distribusi barang dan pelayanan di antara masyarakat ekonomi. Karena itu isu sentral dalam sistem pelayanan kesehatan tidak hanya menyangkut pertanyaan tentang bagaimana sumberdaya kesehatan dialokasikan (*allocative efficiency*) dan di produksi dengan kombinasi *input* sebaik mungkin (*technical efficiency*), tetapi juga bagaimana didistribusikan dengan adil kepada anggota masyarakat (*equity*).

Ide *Pareto-efficiency* dan ekuitas mudah dipahami dengan menggunakan metafor sederhana yang disebut Kotak Edgeworth^{3,4}. Perhatikan Gambar 1, andaikan *endowment* awal adalah ω , dan *endowment* ini menghasilkan keluaran yang kompetitif sebagaimana ditunjukkan titik E. Titik E hanyalah salah satu diantara titik-titik *Pareto-efficiency* yang tak terhingga banyaknya, yakni semua yang terletak sepanjang kurva kontrak (*contract curve*) dari O_A sampai O_B . Titik E mungkin saja dianggap sebagai keluaran yang tidak adil bagi sejumlah anggota masyarakat. Dalam dunia yang sesungguhnya, masyarakat mungkin terdiri dari jutaan anggota.



Gambar 1.

Hasil yang efisien dan adil dapat dicapai dengan diawali redistribusi sumberdaya

Second Fundamental Theorem of Welfare Economics menegaskan perannya pada kasus-kasus tertentu di mana pasar kompetitif menghasilkan keluaran yang dipandang tidak adil. Andaikan masyarakat menetapkan keluaran E sebagai tidak adil dan karena itu menolak solusi pasar tersebut. Masyarakat lebih menyukai keluaran yang mendekati keadaan pasar seperti pada titik F. Menurut teorema ke-

dua, keluaran yang diinginkan dapat dicapai pasar kompetitif asal terdapat *endowment* awal yang berbeda dari titik ω . Sebagaimana terlihat, titik *endowment* ψ merupakan titik yang cocok untuk mencapai keluaran pasar yang adil pada titik F.

Jelas, titik F mencerminkan solusi pasar kompetitif yang efisien sekaligus adil, sementara titik E efisien tetapi dipandang tidak adil. Esensi yang ingin ditekankan di sini adalah, pertama, tidak selalu kontradiktif terhadap ekuitas. Kedua, pemecahan problem ekuitas tidak berarti menolak pasar kompetitif sebagai cara menyediakan barang dan pelayanan, melainkan membutuhkan redistribusi awal sumberdaya yang memungkinkan pasar kompetitif menentukan keluaran-keluaran sebagaimana yang diharapkan.

Sebuah metode alternatif untuk mencapai keadilan adalah diskriminasi harga. Yakni, memberikan pelayanan-pelayanan kesehatan kepada golongan miskin dengan harga-harga yang rendah dan tersubsidi. Sistem ini tidak konsisten dengan Pareto-efisiensi. Kita lihat pembuktiannya pada efisiensi pasar kompetitif. Keadaan yang optimal bagi kedua pihak adalah apabila garis anggaran (*budget line*) kedua pihak saling bersinggungan menjadi sebuah garis anggaran. Jika harga pelayanan medik dikenakan secara berbeda kepada golongan miskin dan golongan kaya, maka kedua pihak akan menghadapi garis-garis anggaran yang berbeda lereng kemiringannya. Hasilnya adalah posisi semacam titik S pada Gambar 1 jelas, titik ini tidak *Pareto-optimal*. *Pareto-optimality* dapat diperbaiki apabila si miskin menjual barangnya (misalnya sembako) kepada si kaya dengan harga pasar sesungguhnya⁴. Perbaikan efisiensi tersebut tidak dimungkinkan dalam pasar pelayanan medik, sebab pelayanan medik tidak mudah ditransfer seperti sembako. Jadi, harga-harga tersubsidi bagi pelayanan medik akan menghasilkan ekuilibrium yang inefisien.

Kedua teorema, plus fakta tentang inefisiensi diskriminasi harga, mengisyaratkan superioritas income transfer sebagai solusi problem ketidakadilan dalam pasar pelayanan kesehatan⁵.

Superioritas teoretik redistribusi pendapatan ke-timbang program tersubsidi telah mendorong peme-

rintah di sejumlah negara untuk meluncurkan program pengentasan pendapatan bagi si miskin dengan cara memberikan *cash subsidies* sehingga pendapatan si miskin mencapai tingkat yang sama dengan *floor* yang telah ditetapkan dan mampu membeli barang pada harga pasar. Walaupun demikian, pengentasan pendapatan dengan subsidi uang bukan tanpa kritik. Arthur Okun mengibaratkan *cash subsidies* sebagai menuangkan air ke dalam ember yang bocor (*leaky bucket*)⁶. Maksudnya, transfer kekayaan dari satu kelompok ke kelompok lainnya dalam masyarakat akan merupakan disinsentif yang menggerogoti upaya-upaya produktif. Bagi pihak pembayar pajak akan menambah beban pajak dan menurunkan semangat kerja, sedang bagi penerima subsidi dapat menurunkan dorongan untuk bekerja dan menolong diri sendiri. Sehingga analoginya, transfer pendapatan ibarat kita menuangkan air ke dalam ember yang bocor.

Dalam kaitan program jaring pengaman sosial dengan memakai paradigma pasar kompetitif, jelas upaya penyelamatan orang miskin dimungkinkan untuk mencapai efisiensi dan ekuitas dengan menaruh orang-orang miskin "pada *platform* awal yang sama". Selebihnya pasar kompetitif dipersilakan memainkan aktivitasnya. Persoalan yang krusial adalah memilih bentuk redistribusi sumberdaya, yakni apakah memberikan subsidi barang dan pelayanan, ataukah *cash subsidies*.

Redistribusi sumberdaya yang lebih adil kepada orang-orang miskin dapat dibenarkan pula menurut teori keadilan John Rawls yang disebut *maximin principle*. Pada hakekatnya, teori keadilan Rawls yang lebih terkenal dengan sebutan "*behind the veil of ignorance*" menekankan bahwa keadilan sosial seharusnya ditentukan pada situasi seperti sebelum kita lahir, yakni sebelum kita mengetahui apakah kita akan menjadi laki-laki atau perempuan, kaya atau miskin, pandai atau bodoh dalam masyarakat kelak. Hanya dengan kondisi seperti itu kita mampu menduga bahwa kita dapat menjadi orang yang tak diuntungkan. Argumentasi Rawls, sistem yang adil dalam masyarakat adalah sistem yang memaksimalkan perbaikan posisi orang yang tak diuntungkan⁶.

Satu aspek penting yang menentukan keberhasilan jaring pengaman sosial adalah akurasi *targeting mechanism*. Dengan *targeting mechanism* dimaksudkan, mekanisme untuk menyalurkan manfaat-manfaat program (misalnya, kupon sembako, kartu sehat cuma-cuma atau pelayanan kesehatan tersubsidi) kepada populasi sasaran seperti golongan miskin, wanita dan anak-anak. Pada dasarnya ada dua jenis metode penargetan, yakni penargetan karakteristik dan penargetan langsung⁷. Penargetan karakteristik memberikan manfaat-manfaat program kepada daerah yang memiliki karakteristik umum yang sama dengan populasi sasaran. Contoh: penargetan geografik yang dilakukan program IDT Bappenas. Penargetan langsung memilih dan memberikan manfaat-manfaat program secara langsung kepada orang-perorang yang memenuhi kriteria eligibilitas. Contoh: *means testing*, yakni pemberian manfaat kepada individu atau keluarga yang memenuhi kriteria pendapatan.

Problem yang perlu diperhatikan secara khusus adalah kesalahan Tipe I dan kesalahan Tipe II. Kesalahan Tipe I merujuk kepada orang miskin yang secara keliru diklasifikasikan sebagai tidak miskin dan karena itu tidak mendapatkan manfaat. Keadaan ini disebut *error of exclusion*. Kesalahan Tipe II merujuk kepada orang tidak miskin yang diklasifikasikan secara keliru sebagai miskin dan karena itu mendapatkan manfaat. Keadaan ini disebut *error of inclusion* atau *leakage* (kebocoran). Kesalahan-kesalahan itu jelas harus dieliminir.

Di samping akurasi, aspek-aspek lain seperti mekanisme kontrol yang efektif tentu diperlukan pula bagi keberhasilan jaring pengaman sosial.

KESIMPULAN

Model pasar kompetitif dibutuhkan untuk mencapai efisiensi dan ekuitas sumberdaya di masyarakat. Dengan paradigma pasar kompetitif maupun teori keadilan Rawls, program jaring pengaman sosial dapat dibenarkan, namun diskriminasi harga melalui subsidi dapat menyebabkan distorsi harga pasar dan akhirnya *inefisiensi*. Di pihak lain, perlu diingat pula pemberian *cash subsidies* dapat menghasilkan disinsentif berupa ketidakmandirian resipien program. Keberhasilan jaring pengaman sosial juga ditentukan oleh akurasi mekanisme penargetan.

KEPUSTAKAAN

1. Trisnantoro, L. Kebutuhan Reformasi Pelayanan Kesehatan dalam Perspektif Sejarah. *Jurnal Manajemen Pelayanan Kesehatan*, 1998; 01(02): 59-63.
2. Atk. Swadana, Tapi Bukan Swasta. *Kompas*, 1998 Agustus. 30, p. 4.
3. Friedman, L.S. *Microeconomic Policy Analysis*. New York: McGraw-Hill, Inc. 1984.
4. Folland, S., Goodman, AC. dan Stano, M. *The Economics of Health and Health Care*. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, 1993.
5. Okun, A. *Efficiency and Equity: The Big Trade-Off*. Washington, DC: Brookings, 1975.
6. Rawls, JA. *Theory of Justice*. Cambridge: Belnap Press of The Harvard University Press, 1971.
7. Willis, CY dan Leighton, C. *Protecting the Poor Under Cost Recovery: The Role of Means Testing*. *Health Policy and Planning*, 1995 Sep; 10(3): 241-55.