

KEADILAN HORIZONTAL, Keadilan Vertikal, Dan Kebijakan Kesehatan

HORIZONTAL EQUITY, VERTICAL EQUITY, AND HEALTH POLICY

Bhisma Murti

Bagian Ilmu Kesehatan Masyarakat,
Fakultas Kedokteran, Universitas Sebelas Maret, Surakarta

ABSTRACT

Health economics is concerned with finding the most efficient allocation of health resources to achieve a given policy goal. Equity, or fairness, is another separate and important criterion that health policy makers and analysts must address. Equity in the health care context refers to fairness in the relative distribution of resources, utilization, access, and health among the people in the economy. Two dimensions of equity are recognized: horizontal equity and vertical equity. The former refers to equal treatment of equals, the latter refers to unequal treatment of unequals. This paper illuminates definitions and issues of equity, and highlights recent methods of quantifying inequity and computing inequity indices. Also illustrated is the theoretical implications of various tax systems on equity.

Keywords: equity, horizontal equity, vertical equity, health policy, tax system.

PENGANTAR

Ekonomi kesehatan bertujuan menemukan alokasi sumber daya yang paling efisien dari suatu kebijakan. Apakah efisiensi satu-satunya kriteria kebijakan distribusi sumber daya? Jawabnya adalah *no!* Ekuitas, atau keadilan, merupakan kriteria penting lainnya yang harus diperhitungkan dalam setiap kebijakan menyangkut distribusi sumber daya, termasuk dalam sistem pelayanan kesehatan.

Ekonomi yang efisien belum tentu adil. Efisiensi ekonomi dapat mengakibatkan sejumlah kecil penduduk memiliki tingkat kesehatan sangat prima dan sejumlah besar memiliki tingkat kesehatan buruk. Situasi demikian akan dipandang tidak adil oleh mayoritas penduduk, tetapi belum tentu dipandang tidak adil oleh setiap orang. Ekonom telah berhasil mencapai kesepakatan yang diterima semua pihak tentang definisi efisiensi, tetapi mendefinisikan ekuitas atau keadilan merupakan pekerjaan tidak mudah.

Ekonom dan manusia paling rasional sekalipun belum mencapai kesepakatan tentang keadilan atau "*fairness*". Mengapa demikian? Sebab keputusan tentang suatu kebijakan adil atau tidak adil tidak hanya ditentukan oleh rasionalitas, tetapi lebih ditentukan oleh etika dan moral dengan filosofi dan kultur melatarbelakangi etika tersebut.

Perhatian ekonom dan pembuat kebijakan kesehatan terhadap keadilan bervariasi antara satu negara dengan negara lainnya, tergantung pada filosofi keadilan sosial yang berkembang dominan di negara bersangkutan. Sebagai contoh, minat terhadap keadilan distribusi pada pembuat kebijakan di Amerika Serikat relatif lebih rendah ketimbang di negara-negara OECD (sebagian besar negara Eropa) dan Kanada. Dengan faham libertarian yang dominan, sistem pelayanan kesehatan di Amerika Serikat lebih mengandalkan kedaulatan konsumen dan kekuatan pasar/ sektor swasta. Di pihak lain, negara-negara

OECD dan Kanada menunjukkan karakter filosofi egalitarian yang lebih kental, dengan komitmen utama mencapai tujuan kesehatan bagi semua warga komunitas. Kanada, Jepang, dan sejumlah negara maju lainnya menilai asuransi kesehatan universal sebagai simbol solidaritas nasional. Demikian pula *National Health Service* di Inggris menunjukkan strategi penyelenggaraan dan pembiayaan kesehatan yang egaliter¹: (1) peran negara sangat dominan; (2) pelayanan kesehatan didistribusikan menurut kebutuhan (*need*); (3) pembiayaan pelayanan kesehatan menurut kemampuan membayar (*ability to pay*).

Meskipun mengikuti paham libertarian, Amerika Serikat berkeinginan memperbaiki keadilan sosial dalam sistem pelayanan kesehatan. Program asuransi kesehatan bagi usia lanjut (*medicare*) dan kelompok berpendapatan rendah/miskin (*medicaid*) merupakan bukti bahwa pemerintah AS mepedulikan masalah keadilan sosial bagi warganya yang dengan terseok-seok mencoba mengais keadilan sosial dalam "hingar-bingar"-nya mekanisme pasar kompetitif.

Pada umumnya pembuat kebijakan tidak mudah mencapai kesepakatan tentang apa yang dimaksudkan dengan "adil", baik secara prinsip maupun implementasinya dalam praktik. Sebagian disebabkan alasan yang sangat sederhana: pembuat kebijakan demikian awam dan naif sehingga tidak dapat membuat *distingsi* (baca: perbedaan) antara keadilan (*equity*) dan kesamarataan (*equality*). Pada banyak program dan proyek-proyek besar pembangunan kesehatan di Indonesia, para pembuat kebijakan di departemen kesehatan sering kali secara "*business as usual*" menggelar tujuan-tujuan "pemerataan" atau "pemerataan pelayanan kesehatan" untuk merujuk kepada suatu entitas yang seharusnya dimaksudkan adalah keadilan dalam distribusi pelayanan kesehatan.

Satu hal perlu diluruskan, bahwa *equity* (keadilan) dan *equality* (kesamarataan) meru-

pakan dua konsep yang berbeda, meskipun berkaitan. Tengok definisi umum *equity* dalam kamus *Longman New Universal Dictionary*²: *equity* adalah "sebuah sistem keadilan berdasarkan kesadaran dan fairness"; *equality* adalah "keadaan yang sama". Dengan demikian *equality* (kesamaan atau pemerataan) hanya merupakan bagian dari *equity* (keadilan). Ia hanya mempersoalkan bagian yang sama. Di pihak lain, *equity*, mempersoalkan keadilan. Friedman³ mendefinisikan ekuitas sebagai "keadilan dalam distribusi barang dan pelayanan di dalam masyarakat ekonomi". Bisa jadi sesuatu keadaan dinilai adil meskipun tidak merata; sebaliknya suatu kebijakan dimana semua orang mendapat kue sama besar dapat dipandang sebagai suatu kebijakan yang tidak adil. Sebagai contoh, dalam pelayanan kesehatan, akses terhadap pelayanan kesehatan yang tidak merata kepada semua kelompok populasi dinilai adil, sebab kelompok yang menghadapi risiko sakit lebih besar dipandang logis dan adil untuk memperoleh akses pelayanan kesehatan lebih besar.

Hal kedua yang perlu diklarifikasi adalah perbedaan antara keadilan dan "*caring externality*". "*Caring externality*" merupakan akibat positif yang dirasakan seorang karena orang lain mengkonsumsi atau memproduksi suatu barang⁴. Seorang memiliki "*caring externality*" ketika dia menaruh perhatian dan mendapat kepuasan karena menyaksikan atau mengetahui orang-orang lain di suatu masyarakat memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkannya dengan tepat waktu. Jadi perhatian tersebut berdasarkan kemauan masing-masing individu. Di negara barat, "*caring externality*" biasanya dimiliki anggota-anggota masyarakat kaya, yang menghibahkan sebagian sumber daya ekstra yang dimilikinya untuk mendukung preferensinya sedemikian rupa sehingga mereka akan mendapat kepuasan dari perbuatan amal (*altruisme*) tersebut. Untuk menyebut hanya beberapa, *Ford*, *Rockefeller*, *Wellcome*,

merupakan jutawan multinasional yang banyak memberikan amal (*charity*) dan filantropi di bidang riset dan pelayanan kesehatan. Dengan adanya anggota masyarakat yang peduli sekaligus mampu dan mau membayar sebagian dari konsumsi orang miskin, maka pola sub-optimal dari konsumsi pelayanan kesehatan anggota masyarakat miskin dapat dikurangi. Jadi "*caring externality*" dan eksternalitas positif lainnya lebih berhubungan dengan konsep efisiensi ketimbang keadilan distribusi sumber daya, sebagai bentuk pengejawantahan preferensi anggota masyarakat yang lebih kaya⁵. Hochman dan Rodgers⁶ menggunakan istilah Pareto "*optimal redistribution*" untuk menyebut konsep efisiensi tersebut.

Keadilan sosial atau ekuitas, di lain pihak, merupakan konsep yang lebih luas, yang mengandung gagasan "*fairness*" sebagai suatu pandangan yang independen, eksternal, tidak menyangkut preferensi. Artinya, suatu kondisi keadilan eksis tidak tergantung apakah ada anggota masyarakat yang melakukan perbuatan amal atau tidak. Keadilan tidak mengandalkan kepada kebajikan yang diperbuat dan dirasakan oleh orang kaya terhadap orang miskin, melainkan mengandalkan kepada proses demokratis⁷. Sebagai contoh, di Amerika Serikat kini makin banyak *Health Maintenance Organization* (HMO) melakukan *conjoint analysis* terhadap konsumen, yaitu studi untuk mengetahui preferensi atribut produk asuransi kesehatan di antara para konsumen. Pihak HMO dapat dipandang melakukan prinsip demokrasi yang berkeadilan apabila ia mengambil sampel studi dari semua lapisan tingkat penghasilan, termasuk kelompok miskin. Apabila, misalnya, dari hasil studi ternyata pelayanan bedah kosmetik dinilai kurang penting oleh konsumen, maka HMO memberikan respons dengan tidak menyediakan pelayanan tersebut dalam paket asuransi kesehatan yang ditawarkannya. Sebaliknya, apabila HMO tetap saja menyediakan pelayanan itu maka ia telah mengabaikan

penilaian konsumen terhadap pelayanan yang mungkin hanya diminati dan dinikmati segelintir konsumen kaya. Jadi, meski menggunakan preferensi perorangan sebagai basis pembuatan kebijakan, tetapi karena sampel dengan sengaja mengandung elemen-elemen dari semua lapisan pendapatan masyarakat, maka kebijakan asuransi kesehatan tersebut telah memperhatikan aspek "*fairness*" realokasi sumber daya.

Isu keadilan relevan di berbagai tingkat sistem pelayanan kesehatan. Masing-masing tingkat dalam sistem pelayanan kesehatan dapat menghadapi isu keadilan yang berbeda. Sebagai contoh, departemen kesehatan di tingkat nasional memberikan perhatian kepada aspek keadilan dalam alokasi anggaran dan penempatan tenaga kesehatan di berbagai wilayah regional di Indonesia. Dinas kesehatan kabupaten berkepentingan dalam mengalokasikan pelayanan kesehatan primer dan sekunder secara adil antara masyarakat perkotaan dan pedesaan, atau antara kelompok-kelompok populasi tertentu misalnya wanita, anak-anak, usia lanjut, dan kelompok miskin. Pemberi pelayanan kesehatan di klinik dan puskesmas memberikan perhatian kepada bagaimana menentukan prioritas pelayanan medis kepada individu-individu berdasarkan keparahan dan keakutan penyakit, kelangkaan obat-obatan, dan sebagainya. Pembuat kebijakan, baik yang bersifat publik, administratif, maupun klinis, masing-masing menghadapi barang atau sumber daya kesehatan dengan karakteristik yang berbeda-beda. Pada gilirannya, keadilan distribusi sumber daya membutuhkan pertimbangan, kriteria, alasan, dan prinsip yang berbeda pula.

Keadilan Horizontal

Keadilan dalam pelayanan kesehatan memiliki dua dimensi: keadilan horizontal (*horizontal equity*) dan keadilan vertikal (*vertical equity*). Keadilan horizontal menegaskan prinsip perlakuan yang sama terhadap kondisi

yang sama. Mooney dan van Doorslaer *et al.*^{8,9} menafsirkannya sebagai perlakuan yang sama terhadap kebutuhan yang sama.

Dikenal empat macam definisi operasional keadilan horisontal^{7,10,11}:

1. Sumberdaya/input/pengeluaran yang sama untuk kebutuhan yang sama
2. Penggunaan (*utilization*) atau penerimaan (*receipt*) yang sama untuk kebutuhan yang sama
3. Akses/kesempatan yang sama untuk kebutuhan yang sama
4. Kesamaan tingkat kesehatan

Definisi operasional keadilan horisontal tersebut sesungguhnya dapat dipahami sebagai sebagai tahap-tahap dalam produksi kesehatan: input, proses (akses maupun penggunaan pelayanan kesehatan), dan output (kesehatan).

Meskipun tahap-tahap produksi kesehatan tersebut merupakan satu kontinum, namun terdapat sejumlah faktor produksi eksogen yang berperan terhadap terjadinya tahap-tahap tersebut. Sebagai contoh, tingkat kesehatan tidak hanya ditentukan oleh pelayanan kesehatan, tetapi juga *human biology/genetic endowment*, gaya hidup, dan lingkungan. Akibatnya, keempat definisi keadilan horisontal di atas dapat saja saling bertentangan. Kesamaan penggunaan pelayanan kesehatan, misalnya, belum tentu menghasilkan kesamaan tingkat kesehatan seperti yang diharapkan. Untuk mencapai kesamaan status kesehatan, ada kemungkinan dibutuhkan penggunaan pelayanan kesehatan yang lebih besar bagi kelompok populasi tertentu ketimbang kelompok populasi lainnya. Demikian juga untuk memastikan akses yang sama, ada kemungkinan dibutuhkan input sumber daya kesehatan yang lebih besar untuk suatu daerah (misalnya, terpencil) daripada daerah lainnya (urban).

Sumberdaya/input/pengeluaran yang sama untuk kebutuhan yang sama

"Kesamaan dalam sumber daya/ input/ pengeluaran kesehatan" merujuk kepada kesamaan dalam penyediaan sumber daya pelayanan kesehatan, termasuk di antaranya: *provider*, program, pelayanan, dan intervensi kesehatan. Van Doorslaer dan Wagstaff¹² mendefinisikan keadilan horisontal dalam persamaan berikut:

$$\begin{aligned} m_i &= \alpha_p + \beta_p h_i + \mu_i && \text{jika miskin} \\ m_i &= \alpha_r + \beta_r h_i + \mu_i && \text{jika kaya} \end{aligned}$$

dimana m pengeluaran medis; α_p dan α_r konstanta pengeluaran medis ketika sehat, berturut-turut pada orang miskin dan orang kaya. β_p dan β_r koefisien konstan status kesehatan h_i , yang merefleksikan kebutuhan pelayanan medis, bernilai 0 jika sehat dan 1 jika sakit. μ_i merupakan simbol yang lazim dijumpai dalam model ekonometrik, disebut kesalahan random (*error term*), yang merepresentasikan variabel-variabel lainnya yang pengaruhnya tidak terlalu penting terhadap pengeluaran medis, tanpa tergantung pada tingkat kebutuhan.

Keadilan horisontal terjadi apabila $\alpha_p = \alpha_r$, dan $\beta_p = \beta_r$, yaitu ketika pengeluaran medis rata-rata bagi orang kaya dan orang miskin adalah sama, baik ketika sehat ($h_i = 0$) maupun sakit ($h_i = 1$).

Kriteria "pengeluaran kesehatan yang sama untuk kebutuhan yang sama" sama sekali tidak mempersoalkan bagaimana penerimaan resipien terhadap pelayanan kesehatan itu dan bagaimana pelayanan kesehatan mempengaruhi kesehatan. Contoh: biaya operasional yang sama per puskesmas dengan pola dan beban penyakit yang sama (yaitu, kebutuhan yang sama), biaya yang sama untuk tiap kategori diagnosis terkait (DRG = kelompok terkait diagnosis), dan sebagainya.

Penggunaan/penerimaan yang sama untuk kebutuhan sama

"Penggunaan atau penerimaan yang sama untuk kebutuhan yang sama" memastikan bahwa proses penyampaian pelayanan kesehatan telah berlangsung untuk memenuhi kebutuhan yang sama. Contoh: lama tinggal (*length of stay*) yang sama per diagnosis penyakit. Ada dua asumsi "melekat" dalam definisi "penggunaan yang sama". Pertama, intervensi medis yang diberikan memiliki standar yang sama. Kedua, pasien memiliki kepatuhan yang sama. Sebagai contoh, apabila DOTS (*direct observed treatment short-course*) ditentukan sebagai terapi standar tuberkulosis, maka "penggunaan yang sama untuk kebutuhan yang sama" mengandung arti bahwa setiap pasien dengan tuberkulosis mendapatkan terapi DOTS dan menjalani terapi tersebut dengan kepatuhan yang sama.

Akses Sama untuk Kebutuhan yang Sama

"Akses terhadap pelayanan kesehatan" dan "penerimaan terhadap pelayanan kesehatan" merupakan dua konsep yang berbeda^{11,13,14}. "Kesamaan akses" merujuk kepada kesamaan kesempatan (*opportunity*) yang terbuka bagi semua orang untuk mendapatkan pelayanan kesehatan (dan asuransi kesehatan). Sedang "kesamaan penggunaan/penerimaan" mempersoalkan apakah peluang-peluang tersebut eksis, dan jika ya, apakah individu telah memperoleh dan menggunakan peluang tersebut. Akses hanya merupakan salah satu faktor yang mempengaruhi penerimaan/penggunaan pelayanan kesehatan. Faktor-faktor lain yang juga berpengaruh mencakup persepsi individu tentang manfaat-manfaat dari perlakuan medis serta insentif yang dihadapi dokter.¹⁴

Sebagai contoh: Departemen Kesehatan mendirikan puskesmas di seluruh kecamatan di Indonesia, tujuannya adalah untuk memastikan bahwa seluruh rakyat negeri ini memiliki akses (fisik) yang sama terhadap pelaya-

anan kesehatan primer. Definisi ini bisa saja memberikan pola penggunaan pelayanan kesehatan bervariasi di suatu daerah, sebab setiap individu memiliki opsi (dalam bahasa ekonomi: preferensi!) untuk menggunakan atau tidak menggunakan kesempatan tersebut, serta untuk mematuhi atau tidak mematuhi intervensi medis yang diberikan.

Bagaimana mendefinisikan akses secara operasional? Le Grand dan Mooney^{13,14} mendefinisikan akses dalam arti biaya dan waktu yang dibutuhkan untuk memperoleh pelayanan kesehatan. Namun definisi ini belum sepenuhnya memuaskan. Le Grand¹⁵ mencontohkan, jika dua orang menghadapi biaya (dalam arti uang dan waktu) yang sama, akankah mereka dikatakan memiliki akses sama, meskipun keduanya berpendapatan berbeda? Contoh lebih ekstrim, pantaskah seorang tanpa pendapatan di satu pihak dan seorang jutawan di pihak lain dikatakan memiliki akses yang sama terhadap pelayanan kesehatan hanya karena keduanya menghadapi biaya-biaya uang dan waktu yang sama? Tampaknya sulit masuk akal untuk mengatakan ya. Untuk mengatasi kesulitan ini, Olson dan Rodgers¹⁶ mengusulkan definisi akses sebagai tingkat maksimum yang dapat dicapai dalam mengkonsumsi pelayanan kesehatan, pada tingkat pendapatan yang dimiliki individu, serta biaya dan waktu yang dibutuhkan untuk mengkonsumsi pelayanan kesehatan tersebut. Dengan pendekatan ini, akses terhadap pelayanan tidak hanya tergantung pada harga pelayanan kesehatan yang dihadapi individu tetapi juga tingkat pendapatannya.

Satu problem dalam "kesamaan akses" adalah kesulitan menyeimbangkan tujuan keadilan dengan tujuan efisiensi, manakala harga diperhitungkan dalam akses. Penyebaran puskesmas di setiap kecamatan di seluruh nusantara memberikan keadilan berupa akses yang sama tanpa tergantung pada apakah seorang tinggal di Kecamatan Semampir di

Surabaya yang sangat padat ataupun tinggal di Kecamatan Timika di ujung Timur Papua dengan densitas penduduk sangat langka. Meskipun tujuan keadilan tercapai, alokasi puskesmas dengan cara demikian sangat mungkin tidak efisien. Karena biaya untuk mendirikan dan menyelenggarakan pelayanan kesehatan dengan standar sama di Timika jauh lebih besar daripada di Semampir, maka efisiensi alokatif tercapai jika pasien di Puskesmas Timika membayar pelayanan dengan harga lebih tinggi daripada pasien di Semampir sedemikian rupa sehingga harga sama dengan manfaat marginal pribadi pasien sama dengan biaya marginal sosial. Tetapi jika kebijakan ini dilakukan (pasien Timika membayar lebih tinggi sementara daya beli rendah) tentu dipandang tidak memenuhi rasa keadilan (yaitu, prinsip keadilan vertikal yang akan kita simak tidak lama lagi).

Kesamaan Tingkat Kesehatan

Donaldson dan Gerard⁷ berpendapat, "kesamaan tingkat kesehatan" merupakan kriteria keadilan horisontal yang paling lemah. Ada sejumlah alasan. Pertama, kesamaan tingkat kesehatan setiap orang bukan merupakan pilihan yang masuk akal untuk dicapai, dengan demikian terlalu utopis untuk ditempatkan sebagai hak azasi bagi setiap manusia. Mengapa? Sebab adanya kelainan-kelainan genetik dan memburuknya kesehatan secara alamiah dengan bertambahnya usia, suka tidak suka jelas bertabrakan dengan keinginan mencapai kesamaan tingkat kesehatan bagi setiap manusia, walau diukur di titik manapun dalam daur hidup. Kedua, sebagian besar sistem pelayanan kesehatan memang tidak berpretensi untuk mencapai distribusi kesehatan yang adil (melainkan cukup distribusi pelayanan kesehatan yang adil). Mengapa demikian? Sebab produksi kesehatan tidak hanya ditentukan oleh faktor pelayanan kesehatan, tetapi juga profil individu (genetik, umur, seks), gaya hidup, status sosial-ekonomi, dan lingkungan. Dengan kata lain distribusi

kesehatan yang sama merupakan tujuan yang tidak realistis untuk dicapai melalui suatu sistem pelayanan kesehatan. Ketiga, tidak ada definisi yang disepakati semua pihak tentang apa yang disebut dengan "tingkat kesehatan yang sama". Keempat⁸ berargumentasi, bahwa upaya untuk menyamakan kesehatan bagi setiap orang, mau tidak mau akan membawa akibat menurunnya tingkat kesehatan orang lain, sehingga menjadi absurd jika tujuan keadilan sistem pelayanan kesehatan adalah untuk meningkatkan status seorang tetapi menurunkan tingkat kesehatan orang lainnya.

"Akses yang sama untuk kebutuhan yang sama" merupakan definisi keadilan horisontal yang dipandang paling superior, karena tidak ada unsur paksaan dan memberikan ruang preferensi individu untuk memutuskan membeli atau tidak membeli pelayanan kesehatan, dengan demikian memenuhi premis ekonomi kesejahteraan Pareto^{7,11,17,18}. Sedang kriteria "pengeluaran yang sama" dan "penggunaan yang sama" dipandang lebih lemah. Pertama, karena hasil-hasil penelitian menunjukkan bahwa pada kenyataannya banyak dijumpai variasi praktek medis (yaitu, variasi dalam penggunaan pelayanan medis) terhadap kebutuhan yang sama (Andersen dan Mooney,¹⁹ Kedua, "pengeluaran yang sama", "penggunaan yang sama" maupun "kesamaan kesehatan" mengabaikan preferensi individu tentang konsumsi pelayanan kesehatan, dengan demikian menjauhi premis ekonomi kesejahteraan Pareto. Inkonsisten terhadap ekonomi kesejahteraan Pareto mengakibatkan definisi operasional keadilan horisontal tersebut tidak dapat dibenarkan secara etis^{11,17,18}.

MENKUARTIFIKASI KETIDAKADILAN HORISONTAL

Prinsip keadilan horisontal adalah "perlakuan sama untuk kebutuhan sama". Untuk menghitung ketidaksamaan distribusi, metode yang umum digunakan adalah menggambar kurva Lorenz dan menghitung suatu indeks ketidaksamaan tersebut.

Perhatikan Gambar 1. Sumbu horisontal menggambarkan proporsi kumulatif dari populasi menurut ranking pendapatan, dari yang terendah (0) hingga tertinggi (1). Sumbu vertikal menggambarkan proporsi kumulatif pelayanan medis (misalnya, hari rawat inap per orang per tahun, jumlah kunjungan ke spesialis per orang per semester), dari yang terendah (0) hingga tertinggi (1).

Garis diagonal menggambarkan kesamaan sempurna (*perfect equality*) antara proporsi tingkat pendapatan dan proporsi penggunaan pelayanan medis. Sebagai contoh, apabila distribusi tingkat pendapatan dibagi menjadi tiga kelompok: rendah, menengah, tinggi, maka kesamaan sempurna berarti bahwa ketiga kelompok tingkat pendapatan tersebut menggunakan pelayanan medis dengan proporsi yang sama.

Selanjutnya garis lengkung $L_M(R)$ merupakan sebuah kurva hipotetis yang disebut kurva Lorenz. Misalnya m_i menunjukkan jumlah pelayanan medis yang diterima individu i dalam suatu periode. Maka ketidaksamaan distribusi pelayanan medis menurut tingkat pendapatan digambarkan oleh kurva $L_M(R)$, suatu kurva Lorenz yang disebut kurva konsentrasi⁹. Karena tidak berhimpitan dengan garis diagonal, maka kurva konsentrasi $L_M(R)$ menunjukkan konsentrasi distribusi yang tidak merata, dalam hal ini kelompok tingkat pendapatan rendah menggunakan sekitar separoh bagian pelayanan medis. Makin menjauhi garis kesamaan sempurna (garis diagonal) makin tidak merata distribusi pelayanan medis.

Ketidaksamaan distribusi selanjutnya perlu diekspresikan dalam bentuk indeks. Indeks konsentrasi C_M , sesuai dengan kurva konsentrasi $L_M(R)$, menunjukkan derajat ketidaksamaan (ketidakmerataan) distribusi pelayanan medis, dan diukur sebagai dua kali luas bidang antara $L_M(R)$ dan garis diagonal, secara matematis ditulis:

$$C_M = 1 - 2 \int_0^1 L_M(R) dR \quad (1)$$

Dengan kalkulus integral (ingat: kebalikan dari kalkulus diferensial!) kita dapat menghitung luas area dari fungsi kurva konsentrasi $L_M(R)$. Perhatikan, makin luas area tersebut, dengan kata lain makin besar indeks konsentrasi C_M , makin besar ketidakmerataan distribusi pelayanan medis.

Perhatikan bahwa derajat ketidakmerataan distribusi pelayanan medis yang ditunjukkan C_M mengasumsikan bahwa kebutuhan (*need*) terhadap pelayanan medis adalah sama bagi semua kelompok tingkat pendapatan. Jika kebutuhan di lintas kelompok tingkat pendapatan ternyata berbeda, maka C_M harus dibandingkan dengan ketidakmerataan kebutuhan. Menggunakan metode standardisasi tak langsung (van Doorslaer et al., 2000)⁹ kita dapat membuat prediksi nilai m_i^* bagi masing-masing individu i , yaitu jumlah pelayanan medis yang seharusnya diterima individu tersebut sesuai dengan kebutuhan rata-rata pelayanan medis N . Analog dengan persamaan 1, kita kemudian dapat mendefinisikan indeks kebutuhan C_N berdasarkan kurva konsentrasi kebutuhan $L_N(R)$, sebagai berikut:

$$C_N = 1 - 2 \int_0^1 L_N(R) dR \quad (2)$$

Derajat ketidakadilan horisontal selanjutnya dapat diukur dengan membandingkan kurva $L_M(R)$ dan $L_N(R)$ sebagaimana tampak pada Gambar 1. Jika kurva $L_N(R)$ terletak di atas $L_M(R)$, maka hal itu berarti kelompok berpendapatan tinggi memperoleh porsi pelayanan medis lebih banyak daripada daripada porsi yang seharusnya menurut kebutuhan. Keadaan ini disebut terdapat ketidakadilan horisontal yang memihak kelompok berpendapatan tinggi. Sebaliknya jika kurva $L_N(R)$ terletak di bawah $L_M(R)$, maka kelompok

berpendapatan rendah memperoleh porsi pelayanan medis lebih banyak daripada porsi yang seharusnya menurut kebutuhan. Keadaan ini disebut terdapat ketidakadilan horisontal yang memihak kelompok berpendapatan rendah.

Kemudian ukuran ketidakadilan horisontal HI_{wv} didefinisikan sebagai dua kali bidang antara kurva konsentrasi kebutuhan dan pelayanan kesehatan, dengan mudah dapat dihitung sebagai selisih antara C_M dan C_N ⁹:

$$HI_{wv} = 2 \int_0^1 [L_M(R) - L_N(R)] dR = C_M - C_N \quad (3)$$

Nilai positif HI_{wv} menunjukkan ketidakadilan horisontal yang memihak kelompok berpendapatan tinggi. Sebaliknya, nilai negatif HI_{wv} menunjukkan ketidakadilan horisontal yang memihak kelompok berpendapatan rendah. Indeks HI_{wv} bernilai nol menunjukkan tidak adanya ketidakadilan horisontal. Artinya, pelayanan medis dan kebutuhan pelayanan medis didistribusikan secara proporsional di semua kelompok pendapatan. Perlu ditekan, berhimpitnya kurva konsentrasi kebutuhan dan penggunaan pelayanan medis memberikan kondisi yang cukup untuk menyimpulkan tidak adanya ketidakadilan. Namun tidak berhimpitnya kedua kurva konsentrasi tidak harus berarti ketidakadilan. Misalnya, bisa saja dua kurva berpotongan, tetapi hitungan indeks HI_{wv} dalam persamaan 3 menghasilkan nilai nol yang berarti tidak ada ketidakadilan. Mengapa? Sebab ketidakadilan yang memihak kelompok miskin di sebagian distribusi "mengimbangi" dengan persis ketidakadilan yang memihak kelompok kaya di bagian distribusi lainnya.

MENGHITUNG INDEKS KETIDAKADILAN

Ada beberapa cara menghitung indeks ketidakadilan. Jika m adalah rata-rata sampel dari m_i , maka C_M dapat dihitung⁹:

$$C_M = \frac{2}{Nm} \sum_{i=1}^N m_i R_i - 1 \quad (4)$$

dimana N adalah ukuran sampel dan R_i adalah ranking relatif dari orang ke i . C_N dapat dihitung dengan cara serupa, menggantikan m_i dan m dengan m_i^* dan m^* . Sebagai alternatif, C_M dan C_N dapat juga dihitung dengan cara yang lebih "enak", yaitu regresi²⁰. Sebagai contoh, C_M dapat dihitung menggunakan formula:

$$2\sigma_R^2 = [m/m] = \gamma_1 + \delta_1 R_i + u_i \quad (5)$$

dimana σ_R^2 merupakan varians ranking relatif. Estimator OLS (*Ordinary Least Square*) dari δ_1 sama dengan:

$$\hat{\delta}_1 = \frac{2}{Nm} \sum_{i=1}^N (m_i - m) (R_i - 1/2) \quad (5)$$

dimana dari persamaan (4), $\hat{\delta}_1$ sama dengan C_M .

Keadilan Vertikal

Keadilan vertikal menekankan prinsip perlakuan yang berbeda untuk keadaan yang berbeda. Dikenal dua kriteria keadilan vertikal⁷:

1. Perlakuan tidak sama untuk kebutuhan berbeda
2. Pembiayaan kesehatan progresif berdasarkan kemampuan membayar (*ability to pay*)

Perlakuan Tidak Sama untuk Kebutuhan Berbeda

Kriteria "perlakuan tidak sama untuk kebutuhan berbeda" agaknya lebih mudah dipahami oleh banyak orang. Sebagai contoh, pasien datang ke rumah sakit dengan gagal ginjal akut mendapat perlakuan yang berbeda (misalnya, pelayanan yang lebih segera atau di dunia kedokteran disebut "cito") daripada pasien dengan keluhan pilek. Maka mudah dipahami bahwa pelayanan dengan standar

yang berbeda agaknya lebih adil ketimbang pelayanan yang sama bagi kedua pasien. Demikian pula, penderita stroke selayaknya diperlakukan berbeda dengan penderita nyeri saraf trigeminus. Persoalannya menjadi tidak mudah ketika dipertanyakan lebih lanjut sejauh mana perlakuan tersebut seharusnya berbeda. Apakah selayaknya satu kondisi menikmati standar pelayanan lebih tinggi karena kondisi tersebut dinilai lebih penting (misalnya, lebih parah)? Jika jawabnya ya, sejauh mana standar pelayanan tersebut selayaknya lebih tinggi untuk dikatakan adil?

Dalam menilai keadilan sistem pelayanan kesehatan di tingkat populasi diperlukan analisis menyeluruh mencakup segmentasi populasi, dengan mempertimbangkan aspek epidemiologi, demografi, sosioekonomi, dan kultural, dalam mengukur kebutuhan populasi. Sebagai contoh: Misalkan penggunaan obat asma empat kali lebih tinggi di populasi perkotaan daripada populasi. Adilkah distribusi tersebut? Karena kebutuhan merupakan karakteristik yang tepat untuk menentukan keadilan, maka diperlukan informasi lebih lanjut tentang epidemiologi asma di kedua populasi. Jika kualitas udara yang buruk di perkotaan mengakibatkan prevalensi asma empat kali lebih banyak di perkotaan, maka distribusi obat asma sedemikian tadi mungkin dipandang cukup adil.

Pembiayaan Kesehatan Progresif Berdasarkan Kemampuan Membayar

Kriteria kedua keadilan vertikal memberikan tekanan kepada sistem pembiayaan pelayanan kesehatan yang bersifat progresif berdasarkan kemampuan membayar (*ability to pay*). Ada dua alasan dibalik kriteria itu²¹. Pertama, peristiwa sakit sulit diramalkan dan serba tak pasti, dan jika terjadi berimplikasi pada biaya kesehatan yang sangat membebani ekonomi rumah tangga, khususnya bagi anggota masyarakat yang lebih miskin. Alasan tersebut membenarkan upaya proteksi terhadap situasi yang menyusahkan tersebut dengan cara menyingkirkan barrier (baca: hambatan!)

ketidakmampuan membayar pelayanan kesehatan. Kedua, konsumsi pelayanan kesehatan dianggap memberikan dampak yang besar bagi kesehatan, sehingga mekanisme yang menyingkirkan hambatan konsumsi pelayanan kesehatan sebagai suatu barang bermanfaat (*merit good*), lagi-lagi sangat diharapkan.

PEMBIAYAAN KESEHATAN, SISTEM PAJAK, DAN KEADILAN VERTIKAL

Pembiayaan kesehatan yang adil memenuhi dua dimensi keadilan⁷. Pertama, pembiayaan berdasarkan kemampuan membayar. Sebagai contoh, apabila sistem pelayanan kesehatan dibiayai dengan pajak pendapatan, maka warga yang berpendapatan tinggi membayar lebih besar daripada warga berpendapatan rendah (keadilan vertikal). Kedua, di dalam satu kelompok masyarakat yang memiliki kemampuan keuangan yang sama (dan kebutuhan yang sama), perlu dipastikan pembayaran yang juga sama (keadilan horisontal).

Pajak merupakan salah satu instrumen yang lazim digunakan pemerintah atau badan yang mendapat mandat pemerintah (misalnya, PT. ASKES) untuk membiayai pelayanan kesehatan. Sistem pelayanan kesehatan yang dibiayai pajak maupun asuransi sosial perlu memperhatikan keadilan vertikal. Dikenal beberapa jenis kebijakan pajak dengan progresivitas yang berbeda-beda, namun dapat dibagi dalam dua kategori: pajak langsung (*earmarked tax*) dan tidak langsung (*indirect tax*).

Perhatikan Gambar 2 tentang berbagai macam pajak. Pajak progresif, persentase pendapatan yang dibayarkan untuk pajak makin meningkat dengan meningkatnya pendapatan. Pajak progresif bersifat egaliter. Artinya, instrumen tersebut mendorong redistribusi pendapatan ke arah yang setara (*equal*). Jika pajak progresif dipakai untuk pembiayaan kesehatan, maka kelompok

berpendapatan rendah menanggung beban pajak dengan tingkat pajak lebih rendah daripada kelompok berpendapatan tinggi, dengan demikian sesuai dengan prinsip keadilan vertikal²².

Pajak proporsional, persentase pendapatan yang dibayarkan untuk pajak konstan dengan meningkatnya pendapatan. Contoh: pegawai negeri peserta PT. ASKES membayar "payroll tax" untuk asuransi kesehatan dalam tingkat yang sama yaitu sebesar 2 persen, tidak tergantung pada besarnya gaji (pendapatan). Pajak lumsum, semua orang dengan tingkat pendapatan berapapun membayar pajak dalam jumlah yang sama. Kedua jenis pajak tersebut tidak mendorong redistribusi pendapatan ke arah egaliter, dengan demikian tidak sesuai dengan prinsip keadilan vertikal. Pajak regresif tidak saja tidak mendorong redistribusi pendapatan yang lebih egaliter, tetapi justru memperlebar disparitas pendapatan, sebab kelompok miskin justru membayar pajak dengan tingkat lebih tinggi daripada kelompok kaya. Dengan demikian tidak sesuai dengan prinsip keadilan vertikal.

Perhatikan Gambar 3. Pajak progresif, rata-rata pajak (total pajak dibayar dibagi pendapatan, T/Y) makin meningkat dengan makin meningkatnya pajak. Sedang, marginal pajak (DT/DY) dapat meningkat (umumnya) dengan meningkatnya pendapatan, tetapi dapat juga konstan (di Inggris) dengan meningkatnya pendapatan²³. Sampai dengan tingkat pendapatan tertentu (Rp. OA), kelompok berpendapatan rendah dibebaskan dari pajak (*tax exemption*). Di atas nilai ambang tersebut, wajib pajak membayar dengan tingkat pajak yang konstan. Meskipun marginal pajak konstan, namun rata-rata pajak meningkat dengan meningkatnya pendapatan.

Dalam rangka tujuan keadilan vertikal pula, sistem pelayanan kesehatan yang mengandalkan mekanisme pasar plus pembayaran langsung dari kantung (*out-of-pocket*) memerlukan regulasi dan intervensi pemerintah untuk

melindungi kelompok masyarakat berpendapatan rendah dan kelompok yang membutuhkan pelayanan kesehatan lebih banyak. Program asuransi sosial bagi orang miskin di Amerika Serikat (*Medicaid*) dan JPS-BK (Jaring Pengaman Sosial - Bidang Kesehatan) merupakan contoh intervensi pemerintah yang mencoba memperbaiki keadilan vertikal dalam sistem pelayanan kesehatan.

KESIMPULAN

Dua kriteria ekonomi perlu diperhatikan para pembuat dan analis kebijakan kesehatan: efisiensi dan ekuitas. Ekuitas dalam konteks pelayanan kesehatan mempersoalkan keadilan dalam distribusi relatif sumber daya, penggunaan, akses, dan tingkat kesehatan masyarakat dalam ekonomi. Dikenal dua dimensi keadilan: keadilan horisontal dan keadilan vertikal. Keadilan horisontal merujuk kepada perlakuan sama terhadap kebutuhan yang sama. Keadilan vertikal merujuk kepada perlakuan yang berbeda untuk kebutuhan yang tidak sama, dan pembiayaan kesehatan berdasarkan kemampuan membayar. Artikel ini telah mengulas konsep, definisi, dan isu keadilan dalam konteks sistem pelayanan kesehatan. Telah diuraikan pula metode untuk mengkuantifikasi dan menghitung keadilan, serta implikasi berbagai sistem pajak terhadap keadilan.

KEPUSTAKAAN

1. Wagstaff A, dan van Doorslaer E. Equity in Health Care Finance and Delivery. Second Draft Prepared for Chapter 40, North Holland Handbook of Health Economics (eds.) AJ Culyer and JP Newhouse, 1989.
2. Longman New Universal Dictionary. Harlow: Longmans Donaldson C, Gerard D (1993). Economics of health care financing: The Visible Hand. Hampshire: The Macmillan Press Ltd, 1982.
3. Friedman LS. Microeconomic Policy Analysis. New York: McGraw Hill, Inc., 1984.

4. Culyer AJ. *The Political Economy of Social Policy*. Oxford: Martin Robertson, 1980.
5. Culyer AJ. *The Normative Economics of Health Care Finance and Provision*. Oxford Review of Economic Policy, 1989;5: 34-58.
6. Hochman, HM, dan Rodgers JD. Pareto Optimal Redistribution. *American Economic Review*, 1969;59: 542-57.
7. Donaldson C, dan Gerard K. *Economics of Health Care Financing: The Visible Hand*. Basingstoke: The Macmillan Press Ltd, 1993.
8. Mooney. *Equity and Efficiency: an Inevitable or Unethical Conflict?* Sidney. Paper Presented to the First Conference of the Public Health Association of Australia and New Zealand, August 24-27, 1987.
9. Van Doorslaer E, Wagstaff, Van Der Burg H, et al. Equity in the Delivery of Health Care in Europe and the US. *J of Health Economics*, 2000;19: 553-83.
10. McGuire A, Henderson J, Mooney G. *The economics of Health Care: An Introductory Text*. London: Routledge, 1988.
11. Mooney G. *Key Issues in Health Economics*. New York: Harvester Wheatsheaf, 1994.
12. Van Doorslaer E, dan Wagstaff A. Equity in the Delivery of Health Care: Some International Comparisons. *J of Health Economics*, 1992;11:389-411.
13. Le Grand J. *The Strategy of Equality: Redistribution and the Social Services*. London: G. Allen & Unwin, 1982.
14. Mooney G. Equity in Health Care: Confronting the Confusion. *Effective Health Care*, 1983;1: 179-85.
15. Le Grand J. The Distribution of Health Care Revisited: A Commentary. *J of Health Economics*, 1991;10(2): 239-45.
16. Olson EO, dan Rodgers DL. The Welfare Economics of Equal Access. *J of Public Economics*, 1991;45: 91-106.
17. Mooney G, Hall J, Donaldson C, et al. Utilisation as a Measure of Equity: Weighing heat?. *J of Health Economics*, 1991; 10(4): 475-80.
18. Mooney G, Hall J, Donaldson C, et al. Re-weighing Heat: Response. *J of Health Economics*, 1992;11(2): 199-205.
19. Andersen TF, dan Mooney GH. *The challenges of Medical Practice Variations*. Basingstoke: Macmillan Press, 1990.
20. Kakwani N, Wagstaff A, Van Doorslaer E. Socioeconomic inequality of Health: Measurement, Computation, and Statistical Inference. *J Econometrics*. 1997;77(1): 87-104.
21. McClelland. *In Fair Health? Equity and the Health System*. Canberra: National Health Strategy Unit, Background paper. 1991;3.
22. Maxwell R. *Health and Wealth*. Lexington, MA: Lexington Books, 1981.
23. Hardwick P, Langmead J, dan Khan B. *An Introduction to Modern Economics*. Essex, England: Longman, 1999.