

INTERVENSI PEMERINTAH DALAM EKONOMI CAMPURAN: PENYEDIAAN *PUBLIC GOODS* DAN PENGATURAN *PRIVATE GOODS* DI SEKTOR KESEHATAN

*GOVERNMENT INTERVENTION IN A MIXED ECONOMY:
THE PROVISION OF PUBLIC GOODS AND REGULATION OF PRIVATE GOODS IN
THE HEALTH SECTOR*

Bhisma Murti

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

ABSTRACT

Background: The best way to run the economy is usually to let people produce and consume goods without restrictions or government intervention. This interaction of supply and demand in the market leads to an equilibrium at the point where marginal benefits equal marginal costs. The power of market prices arising from this perfect competition organizes production and consumption in a way that maximizes welfare, so-called as Pareto-optimality. Yet, conditions are not always "perfect". There are things that only government can do. This paper discusses the presence of public goods in the health sector as an example where market fails to perform efficiently.

Subject and methods: This policy paper reviews micro-economic theories that address public goods and private goods in the health sector. Empirical evidence is presented to support (or to refute) the theories.

Results: A pure public good is a good or service, such as information that warns the hazard of tobacco use, but the consumption of which by one person does not reduce its availability to others in society. It is not possible to charge for a public good because no one can be excluded from using them, and no one wants to charge for because it does not cost anything to accommodate additional users. As such the public good must be subsidized or provided by government if it is to be produced efficiently. The government production of a public good also is advantageous because government can assess taxes to pay for it.

Conclusions: This paper has discussed the policy issues concerning the provision of public goods and regulation of private goods by the government. Firstly, the definitions of public good and private good were explained, by citing relevant examples in the health sector. The efficient level of provision of a public good, market failure due to public goods, the rationale for government intervention, and privatization of public goods, were then discussed along the remaining of the paper.

Keywords: perfect competition, public good, private good, government intervention, health sector

PENGANTAR

Cara terbaik menjalankan ekonomi pada umumnya adalah membiarkan orang-orang agar bekerja, memproduksi, menyediakan barang, dan mengkonsumsi barang yang mereka inginkan tanpa pembatasan. Interaksi antara penyediaan dan permintaan barang di pasar membawa ke arah titik keseimbangan yaitu manfaat marginal dari mengkonsumsi barang sama dengan biaya marginal untuk menyediakan barang itu, $MB = MC$.^{1,2,3}

Harga-harga yang diperoleh dari interaksi antara penyediaan dan permintaan akan mengarahkan orang untuk memilih pekerjaan-pekerjaan yang memberikan manfaat terbesar kepada masyarakat, menemukan cara produksi yang paling efisien, membatasi konsumsi barang-barang langka, menabung dan melakukan investasi untuk masa depan. Tatanan atau paradigma ekonomi yang lebih menganjurkan penggunaan mekanisme pasar ketimbang intervensi pemerintah untuk memecahkan masalah-masalah ekonomi disebut pasar kompetitif (*competitive market*).^{4,5}

Jika tidak ada masalah-masalah atau kesulitan-kesulitan istimewa, maka keseluruhan ekonomi dapat dikoordinasikan tanpa pengendalian atau pengarahan apapun dari pemerintah. Siapa yang mengatur alokasi sumber daya dengan efisien dalam struktur pasar kompetitif? Tidak lain adalah *invisible hand* - konsep tersohor yang dicetuskan oleh ekonom kondang Adam Smith.^{4,6} Kekuatan harga pasar akan menata produksi dan konsumsi sedemikian sehingga memaksimalkan kesejahteraan. Hal tersebut dinyatakan dalam dua Teorema Fundamental Ekonomi Kesejahteraan^{1,3,4,7} yaitu pertama, dengan syarat kondisi-kondisi "sempurna", maka pasar kompetitif akan selalu membawa kepada alokasi sumber daya yang efisien untuk produksi dan konsumsi. Kedua, alokasi yang

efisien dapat diperoleh melalui sebuah sistem pasar tanpa suatu pengendalian pemerintah pusat, dengan melakukan penyesuaian terhadap distribusi awal sumber daya. Alokasi sumber daya yang efisien itu disebut Pareto-efisiensi, diambil dari nama seorang ekonom Italia - Vilfredo Pareto.^{1,2,5,7}

Kritik yang paling sering dilontarkan para ekonom terhadap intervensi pemerintah adalah intervensi mendistorsi harga-harga sehingga biaya marginal tidak lagi sama dengan manfaat marginal.^{1,3,4,7} Dalam mengupayakan segala sesuatunya lebih baik, intervensi pemerintah mengorbankan efisiensi dan tidak jarang malah membuat sesuatunya tambah buruk. Pemerintah tidak dapat memihak bahkan menghindari untuk melakukan kolusi dan nepotisme dengan kelompok-kelompok kepentingan yang memiliki kekuatan politis (misalnya: produsen rokok, keluarga pejabat tinggi, anggota-anggota dewan perwakilan rakyat), dan memberikan kemudahan-kemudahan kepada mereka. Akibatnya, merugikan sebagian besar masyarakat lainnya serta menurunkan efisiensi ekonomi secara keseluruhan.

Pertanyaannya, apakah campur tangan pemerintah selalu merugikan? Adakah keadaan intervensi pemerintah memang diperlukan? Jika jawabannya ada, kapan intervensi pemerintah diperlukan dan bagaimana penjelasan teoretisnya?

Makalah ini mengupas peran pemerintah dalam menyediakan barang dan pelayanan kesehatan sebagai *public goods*. Pertama-tama dijelaskan konsep *public goods* dan *private goods* dengan pemberian contoh-contoh di bidang pelayanan kesehatan. Kemudian makalah ini mengupas efisiensi penyediaan *public goods*, kegagalan pasar karena *public goods*, intervensi pemerintah dan privatisasi *public goods*.

APAKAH PUBLIC GOODS DAN PRIVATE GOODS?

Akhir-akhir ini pembuat kebijakan di sektor kesehatan maupun akademisi sering menggunakan istilah *public goods* dan *private goods*, meskipun belum tentu mengerti arti konsep tersebut. Karena itu, pertama-tama perlu dijelaskan arti *public goods* dan *private goods*. *Public goods* (barang publik) merupakan barang-barang yang *jointly consumed by everybody* alias dikonsumsi secara kolektif oleh setiap orang.^{1,3} Keamanan oleh aparat kepolisian, udara bersih, penerangan lampu jalan, panduan mercusuar, prakiraan cuaca, penemuan penisilin, penerangan bahwa merokok merusak kesehatan merupakan barang publik.

Barang publik murni memiliki dua karakteristik^{1,3,6,8,9} - (1) *Nonrival*, dan (2) *Nonexcludable*. Pertama, barang publik tidak akan habis (disebut *nonrival* atau *inexhaustible*). Artinya, sekali diproduksi maka tidak diperlukan biaya tambahan bagi orang lain dalam menggunakan barang itu. Dengan kata lain, biaya marginal bagi pengguna tambahan adalah 0, $MC = 0$. Kedua, barang publik bersifat noneksklusif. Artinya, orang tidak dapat dicegah untuk menggunakan barang publik apabila barang itu tersedia.

Private goods (barang swasta, barang pribadi) bersifat *rival* atau *exhaustible*, artinya akan habis setelah dikonsumsi - misalnya, pil (dengan huruf kecil!), atau waktu konsultasi seorang dokter. Jika seorang pasien menggunakan waktu konsultasi seorang dokter, jatah waktu konsultasi yang tersedia untuk pasien-pasien berikutnya akan berkurang. Sebaliknya, formulasi pil itu sendiri dan isi konsultasi dokter berupa nasihat bahwa mengkonsumsi makanan kaya akan vitamin C mengurangi risiko kanker tidak habis setelah dikonsumsi.

Barang swasta bersifat *excludable* (eksklusif). Artinya, jika seorang menggunakan barang itu maka orang lain tidak dapat menggunakannya. Pelayanan bedah seorang ahli ortopedi kepada seorang pasien merupakan barang swasta. Hal ini karena bersifat eksklusif untuk pasien tersebut yang tidak dapat digantikan atau dipindahkan kepada pasien lainnya. Sifat eksklusif memudahkan ahli ortopedi untuk mengenakan biaya atas penggunaan pelayanan yang diberikan dan meminta pengguna pelayanan membayar biaya produksi.

Sebaliknya, barang-barang publik seperti udara bersih, panduan mercusuar, maupun informasi tentang pencegahan SARS (sindroma pernapasan akut parah) bersifat noneksklusif. Siapapun bisa menggunakan barang publik tanpa dapat dicegah, maka tidak seorang pun mempunyai dorongan untuk membayar barang itu. Inilah problem yang terkenal dengan istilah *free-rider* (pembonceng gratis).^{1,3,9,10} Mengapa problem? Ya jelas. Jika tidak seorang pun dapat dikenai biaya atau tidak seorang pun dengan sukarela mau membayar untuk penyediaan barang publik, tidak akan ada orang yang mau menyediakan barang publik. Terjadilah keadaan yang disebut kegagalan pasar (*market failure*).^{1,3,4,9} Di sinilah pemerintah "diperkenankan" untuk campur tangan dalam ekonomi pasar dengan bertindak sebagai penyedia atau pembeli barang atau pelayanan.^{1,3,4,9} Sebagai contoh, pemerintah (Departemen Kesehatan) menyediakan program penyuluhan pencegahan SARS kepada masyarakat, menyelenggarakan berbagai program pemberantasan nyamuk, seperti penyemprotan dan larvisida, membiayai dan menyelenggarakan penelitian tentang HIV/AIDS, dan sebagainya. Jika program-program tersebut tidak disediakan oleh pemerintah dengan cuma-cuma, tidak ada orang mau

membayar upaya-upaya pencegahan dan pengendalian penyakit menular tersebut dalam masyarakat.

Demikian pula pemerintah "diperkenankan" mengeluarkan peraturan yang "mewajibkan" para pegawai negeri merelakan sebagian gaji bulannya untuk disumbangkan sebagai *ear-marked tax*.^{1,6} Sumbangan tersebut untuk membayar penyediaan pelayanan medik yang diperlukan para pegawai ketika sakit. Jika tidak terjadi kewajiban seperti itu, sebagian besar pegawai kemungkinan besar (karena jarang sakit atau berperilaku *risk seeker*) tidak mau membayar pajak tersebut dengan teratur.

penduduk Surabaya, maka rumah sakit akan menjadi penuh. Artinya, setiap penambahan seorang pasien akan berimplikasi kepada pengurangan kemungkinan orang lain untuk menggunakan pelayanan rumah sakit itu, sehingga pelayanan rumah sakit kini merupakan sebuah barang swasta (yakni biaya marginal meningkat sehingga kurang lebih sama dengan biaya rata-rata per unit). Program pelayanan kesehatan yang disediakan oleh pemerintah memiliki sifat tidak habis (*inexhaustible*) hingga pada kapasitas pelayanan tertentu, tetapi memiliki sifat barang swasta. Hal ini karena pemerintah dapat memisahkan

Tabel 1. Hubungan antara Barang Publik dan Barang Swasta

		Dapatkah konsumen yang tidak membayar dipisahkan dari yang membayar?	
		Dapat (<i>Excludable</i>)	Tidak dapat (<i>Nonexcludable</i>)
Apakah barang akan habis setelah dikonsumsi seorang konsumen?	Habis (<i>Exhaustible</i>)	Barang swasta murni	Barang campuran (<i>Mixed goods</i>)
	Tidak habis (<i>Inexhaustible</i>)	Barang campuran (<i>Mixed goods</i>)	Barang publik murni

Sebagian besar barang atau pelayanan sektor kesehatan bukan barang publik maupun barang swasta murni, melainkan terletak di antara keduanya-disebut barang campuran (*mixed goods*).^{3,6} Sejauh mana suatu barang swasta memiliki sifat "publik" atau sejauh mana suatu barang publik memiliki sifat "swasta", bergantung pada kondisi pasar. Sebagai contoh, bagi masyarakat terisolasi di daerah pedalaman pegunungan Jayawijaya di Papua, pendirian rumah sakit oleh sebuah perusahaan penambangan tembaga merupakan barang publik. Hal ini karena jumlah penduduk lokal sedikit, sedangkan kapasitas rumah sakit berlebihan. Akibatnya, setiap orang dapat datang ke rumah sakit dan menjadi pasien tanpa mengurangi konsumsi orang lain (dengan kata lain, biaya marginal penambahan pasien mendekati nol). Tetapi apabila jumlah penduduk pedalaman itu sama dengan jumlah

(eksklusif) konsumen, yakni keluarga miskin dipisahkan dari bukan keluarga miskin. Demikian juga jalan raya, taman-taman, pantai, merupakan barang publik murni sepanjang belum banyak orang menggunakannya tetapi dapat berubah memiliki sifat barang swasta ketika banyak orang menggunakan tempat itu. Tabel 1 menyajikan hubungan antara barang publik dan barang swasta.⁶

EFISIENSI PENYEDIAAN PUBLIC GOODS

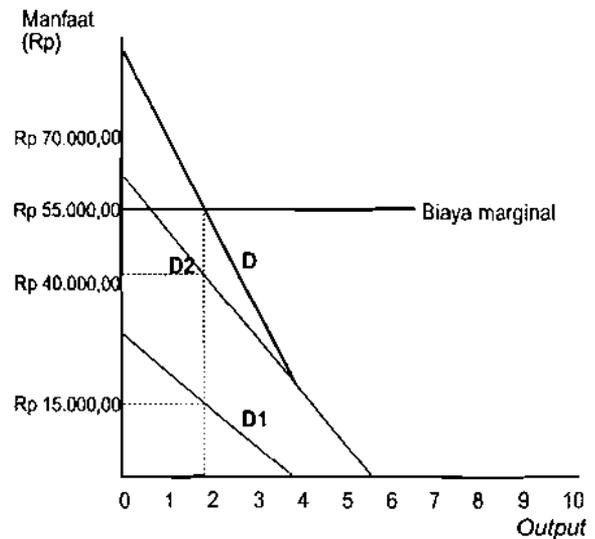
Karena terdapat "pembonceng gratis", dapatkah dicapai efisiensi penyediaan barang publik? Jawabnya dapat. *Why not!* Intinya, justru preferensi sesungguhnya dari semua orang yang menikmati manfaat barang publik (termasuk para "pembonceng gratis") harus dikalkulasi atau diestimasi untuk kemudian dicocokkan dengan suplai barang itu.

Untuk lebih jelasnya, simak uraian berikut ini. Tingkat penyediaan efisien barang swasta ditentukan dengan cara membandingkan manfaat marginal dari tambahan sebuah unit dan biaya marginal untuk memproduksi unit itu. Efisiensi dicapai jika manfaat marginal sama dengan biaya marginal, $MB = MC$.^{2,4} Dengan kata lain, efisiensi dicapai jika manfaat setiap pertambahan satu unit barang yang dinikmati konsumen sama dengan biaya yang diperlukan untuk memproduksi dan menyediakan barang itu.

Prinsip yang sama berlaku untuk barang publik hanya saja analisisnya berbeda. Pada barang swasta manfaat marginal diukur oleh manfaat yang diterima konsumen. Pada barang publik kita harus menanyakan berapa besar masing-masing orang memberikan nilai manfaat terhadap sebuah unit tambahan *output*. Hal ini karena barang publik bersifat tidak eksklusif. Manfaat marginal diperoleh dengan cara menjumlahkan nilai-nilai manfaat untuk semua orang yang menikmati barang itu.^{1,3,4,6,7} Kemudian untuk menentukan tingkat penyediaan yang efisien sebuah barang publik kita harus menyamakan jumlah manfaat marginal dengan biaya marginal produksi, $MB = MC$.^{1,3,4,6,7}

Gambar 1, menyajikan eksposisi geometris klasik yang dikembangkan Samuelson tentang tingkat penyediaan yang efisien sebuah barang publik.^{4,7} D1 menunjukkan permintaan barang publik oleh seorang konsumen. D2 menunjukkan permintaan barang publik oleh konsumen kedua. Apakah makna kurva permintaan (*demand curve*) dalam konteks bahasan ini? Maksudnya, masing-masing kurva permintaan sesungguhnya menunjukkan kepada kita manfaat marginal yang diperoleh konsumen dari mengkonsumsi setiap tingkat *output*. Sebagai contoh, jika terdapat dua unit barang publik, konsumen pertama mau membayar (*willing to pay*) Rp15.000,00 untuk barang itu, dan Rp15.000,00 adalah manfaat

marginal. Demikian pula, dengan dua unit barang publik, konsumen kedua memperoleh manfaat marginal Rp40.000,00.



Gambar 1. Penyediaan *public good* yang efisien

Untuk menghitung jumlah manfaat kedua orang tersebut, kita harus menjumlahkan masing-masing kurva permintaan secara vertikal.^{3,4,6,7} Sebagai contoh, jika *output* sebanyak dua unit, kita tambahkan manfaat marginal Rp15.000,00 dengan manfaat marginal Rp40.000,00 untuk memperoleh manfaat marginal sosial sebesar Rp55.000,00. Jika hal ini dihitung untuk setiap tingkat *output* publik, kita memperoleh kurva permintaan agregat untuk barang publik berupa kurva D.

Jumlah *output* yang efisien tercapai jika manfaat marginal kepada masyarakat sama dengan biaya marginal. Hal ini terjadi pada perpotongan antara kurva permintaan dan kurva biaya marginal. Dalam contoh, biaya marginal produksi adalah Rp55.000,00. Jadi, angka 2 adalah tingkat *output* barang publik yang efisien untuk disediakan.

Untuk menjelaskan mengapa angka 2 adalah efisien, perhatikan apa yang terjadi jika hanya disediakan 1 unit *output*. Biaya marginal tetap Rp55.000,00 tetapi manfaat marginal kurang lebih Rp70.000,00. Karena manfaat marginal lebih besar daripada biaya marginal, maka barang publik yang disediakan terlalu

sedikit. Demikian pula seandainya diproduksi 3 unit barang publik. Manfaat marginal kurang lebih Rp40.000,00 lebih kecil daripada Rp55.000,00. Hal ini berarti barang publik yang disediakan terlalu banyak. Hanya jika manfaat marginal sosial sama dengan biaya marginal maka barang publik yang disediakan efisien, $MSB = MC$.^{3,4,6,7}

PUBLIC GOODS DAN KEGAGALAN PASAR

Andaikan kita merencanakan membuat suatu program pemberantasan nyamuk (dalam bahasa pengendalian penyakit menular disebut *mosquito abatement*, sehingga muncullah terma "abatisasi") kepada komunitas. Kita mengetahui bahwa program tersebut akan memberikan nilai manfaat kepada komunitas lebih besar daripada biaya produksi yang diperkirakan Rp500.000,00. Pertanyaannya, dapatkah kita menarik keuntungan dengan cara memberikan program itu sebagai barang swasta? Titik impas (baca: *break even*) akan tercapai jika kita memungut bayaran Rp100,00 dari masing-masing 5.000 rumah tangga dalam komunitas kita. Tetapi kita tidak bisa memaksakan mereka untuk membayar apalagi menciptakan instrumen yang mengharuskan rumah tangga yang memberikan nilai tinggi terhadap pemberantasan nyamuk membayar lebih tinggi.

Masalahnya, pemberantasan nyamuk bersifat noneksklusif (tidak ada cara untuk memberikan pelayanan tanpa memberikan manfaat kepada setiap orang). Akibatnya, rumah tangga tidak memiliki dorongan untuk membayar terhadap program yang bernilai bagi mereka. Dikatakan, orang dapat bertindak sebagai *free rider* (baca: pembonceng gratis) dengan cara mengecilkan nilai program, sehingga mereka dapat menikmati tanpa membayar pelayanan yang diperoleh.^{8,10}

Contoh lain, jika program penyuluhan tentang HIV atau AIDS dilakukan dalam klinik, jumlah pengguna relatif sedikit dan penyuluhan merupakan barang swasta, sehingga klinik

dapat mengenakan biaya kepada masing-masing pengguna yang mendapatkan penyuluhan. Tetapi jika penyuluhan ditayangkan melalui media massa, elektronika, jumlah pengguna (pemirsa) tidak terbatas dan penyuluhan itu menjadi barang publik. Hal tersebut sulit bagi media elektronik untuk menarik bayaran (kecuali jika acara itu disalurkan melalui *cable TV*).

Kesimpulan, efisiensi penyediaan barang publik sulit dilakukan dengan mengandalkan mekanisme pasar. Karena bersifat *nonrival* dan *nonexcludable*, maka upaya memisahkan individu-individu yang tidak membayar tidak hanya sulit dilakukan tetapi juga memerlukan biaya tinggi.^{3,4,8,9,11} Adakah jalan keluar? Solusinya adalah pemerintah memproduksi atau menyediakan sendiri barang publik atau memberikan subsidi kepada sektor swasta untuk memproduksi barang publik pada tingkat *output* yang efisien sesuai dengan *demand* (permintaan) dari semua orang yang mendapatkan manfaat dari barang publik itu.^{3,4,8,9,11} Penyediaan barang publik oleh pemerintah juga memiliki keuntungan karena pemerintah dapat menarik pajak untuk menutup biaya produksi barang publik.⁴

INTERVENSI PEMERINTAH

Pada batas-batas tertentu campur tangan pemerintah merupakan hal yang normal di banyak negara. Hal ini bahkan terjadi di Amerika Serikat dan negara-negara industri lain dengan tatanan pasar kompetitif sangat jelas.^{3,11} Setidaknya terdapat dua kasus mengenai teori ekonomi tentang barang publik yang sangat relevan dalam sektor kesehatan. Oleh karena itu, campur tangan pemerintah dapat dibenarkan dalam penyediaan barang publik^{3,7} yaitu: 1) informasi, dan 2) redistribusi.

1. Informasi

Informasi dapat dipandang sebuah barang ekonomis yang memiliki tingkat kepublikan

(*publicness*) tinggi.^{3,7} Dengan memperoleh informasi, maka seorang konsumen tidak mengurangi informasi yang tersedia untuk konsumen lainnya. Meskipun mereka yang tidak membayar dapat dipisahkan, sesungguhnya biaya marginal untuk memberikan informasi kepada individu lainnya relatif kecil. Oleh karena itu, informasi akan diproduksi lebih rendah (*underproduced*) apabila dilakukan pasar swasta dan intervensi pemerintah diperlukan untuk meningkatkan ketersediaan informasi (kesehatan) bagi masyarakat luas.⁷ Pada umumnya pelayanan kesehatan dengan entitas sarat informasi, yakni pelayanan preventif dan promotif, merupakan barang ekonomis yang lebih kental sifat kepublikannya, sedangkan pelayanan kuratif dan rehabilitatif lebih jelas keswastaannya.

Pemerintah dapat memainkan dua macam peran untuk meningkatkan efisiensi alokasi informasi sebagai barang publik sektor kesehatan.⁷ Pertama, pemerintah membantu menyebarluaskan pengetahuan yang ada kepada publik. Tujuan ini bisa dicapai dengan cara menyediakan atau memberikan subsidi kepada kegiatan-kegiatan sektor swasta. Kedua, pemerintah memperbesar stok pengetahuan dengan berperan aktif dalam riset ilmiah. Tujuan ini juga bisa dilakukan dengan cara menyediakan langsung atau memberikan subsidi riset pada sektor swasta.

2. Redistribusi

Sebagian besar orang secara keliru menganggap pelayanan medis sebagai barang publik. Hal ini karena barang tersebut sangat esensial (*merit goods*) bagi kehidupan manusia.^{6,7} Oleh karena itu, keluarga berpenghasilan rendah (baca: miskin) perlu dibantu dengan suatu program agar dapat mengkonsumsi pelayanan kesehatan hingga pada tingkat standar. Pertanyaannya, bagaimana cara melakukan redistribusi *income* untuk membiayai program pelayanan medis bagi

keluarga miskin tersebut? Dengan cara sukarela (*voluntary*) atau wajib (*mandatory*)?

Jika dilakukan secara sukarela dan setiap orang mengetahui bahwa dampak kontribusinya terhadap kontribusi total tidak seberapa (*negligible*), maka masing-masing orang akan memilih menjadi *free rider*.⁷ Untuk mengatasi pengaruh itu, maka diperlukan program wajib untuk mengoreksi rendahnya penyediaan (*undersupply*) yang terjadi jika dilakukan secara sukarela.⁷ Program pelayanan medis bagi keluarga miskin dan program asuransi kesehatan merupakan contoh-contoh kasus dengan pemerintah dapat mewajibkan keluarga-keluarga mampu untuk memberikan kontribusinya. Dengan demikian, akan dicapai alokasi pelayanan medis yang efisien bagi masyarakat. Tetapi apakah pada titik ini persoalan "barang publik" selesai? Tidak juga! Pertama, timbul isu tentang manakah cara yang terbaik dalam melakukan redistribusi - *cash transfer* atau *in-kind transfer*?^{7,11} Kedua, diskusi di atas mempersoalkan efisiensi. Padahal masih terdapat tujuan normatif ekonomi, yakni *equity* (keadilan).^{7,11} Berbagai isu menyangkut keadilan dan mekanisme redistribusi *income* berada di luar lingkup topik yang sedang kita bahas.

Jika pada batas tertentu diperlukan campur tangan pemerintah, pertanyaan selanjutnya, pemerintah pada tingkat mana sebaiknya melakukan intervensi? Pemerintah pusat atau daerah? Karena tujuan akhir adalah memaksimalkan kesejahteraan masyarakat, penting untuk menentukan unit penyediaan barang publik yang paling efisien.⁶ Sebagai contoh, penyediaan efisien pelayanan kesehatan bermutu bagi keluarga miskin mungkin lebih tepat jika dilakukan pemerintah lokal (kabupaten, kota). Mengapa? Hal ini karena mereka berada pada posisi yang lebih baik untuk memperkirakan permintaan barang tersebut. Artinya, mereka lebih mengetahui tentang berapa jumlah dan wilayah-wilayah keluarga miskin dan bagaimana *demand*

(baca: permintaan) terhadap pelayanan bermutu, sehingga lebih mudah pula dalam membandingkan biaya-biaya dan manfaat-manfaat yang relevan dari penyediaan barang itu. Sebaliknya, jika manfaat dari suatu barang tersebar secara luas, unit penyediaan yang paling efisien mungkin dipegang pemerintah pusat, misalnya penyediaan pelayanan imunisasi bayi, penyediaan asuransi kesehatan pegawai negeri (Askes).

Campur tangan pemerintah tidak hanya dapat dilakukan terhadap barang publik, tetapi juga terhadap barang swasta. Di samping menyediakan sendiri barang swasta kepada publik (misalnya, *natural monopoly*)^{9,10} atau menjadi pembeli tunggal pelayanan kesehatan dari sektor swasta (misalnya, *monopsony*)⁴, intervensi pemerintah terhadap pasar kompetitif dapat dilakukan dalam berbagai cara, misalnya pengenaan pajak, subsidi, pengendalian harga, lisensi, *quality control*, undang-undang anti monopoli, anti-trust, anti kartel.^{7,11,12,13} Sebagai contoh, agar obat-obatan lebih bersifat "publik", dalam arti terjangkau oleh masyarakat luas, maka pemerintah menetapkan *price ceiling* (baca: harga eceran tertinggi) yaitu harga maksimum yang diperkenankan terhadap harga obat yang dijual di pasaran.²

PRIVATISASI BARANG PUBLIK

Pada bagian sebelumnya telah kita bahas barang swasta (yaitu, pelayanan medis) yang dipublikkan. Kini kita bahas kasus barang publik yang diswastakan. Obat-obat resep merupakan contoh menarik dengan barang publik tertentu dapat diprivatisasi. Sekali sebuah obat baru ditemukan dan divalidasi melalui uji klinis, maka sesungguhnya biaya produksi (yakni biaya untuk menemukan dan menguji secara ilmiah obat tersebut) mendekati nol.³ Dengan kata lain, penemuan obat baru tersebut *inexhaustible* (tidak habis

pakai), sehingga tidak diperlukan biaya tambahan bagi orang lain untuk juga menggunakan barang itu. Tetapi, karena semua manfaat tambahan dari peresepan obat itu akan dinikmati oleh pengguna (konsumen) yang dapat diidentifikasi, maka terdapat peluang untuk membuat barang publik itu eksklusif seperti barang swasta. Orang atau perusahaan penemu obat bisa melakukan upaya efisiensi penyediaan barang "swasta" tersebut, bahkan mencari keuntungan terus atas penemuan itu. Bagaimana caranya? Caranya dengan menggunakan hak paten yang diberikan oleh pemerintah. Hak paten adalah suatu hak yang diberikan kepada orang atau perusahaan penemu obat untuk melakukan monopoli produksi selama beberapa tahun. Kemudian juga dengan mengenakan kepada para pengguna biaya-biaya yang berkaitan dengan semua pengeluaran yang telah dilakukan untuk menemukan dan menguji obat tersebut (dalam ekonomi disebut *sunk cost*).^{3,4}

Privatisasi barang publik dapat juga dilakukan dengan cara pembatasan geografis.³ Jalan raya, taman-taman kota, dan pantai, sesungguhnya merupakan barang-barang publik. Jalan raya yang dibuat mulus dan bebas hambatan dapat menjadi barang "swasta" dan pengguna dapat ditarik bayaran (jalan tol).

Cara ketiga privatisasi barang publik adalah keanggotaan perkumpulan.³ Klub kebugaran jasmani merupakan salah satu contoh bahwa penggunaan publik dapat dibatasi atau dicegah dengan cara menerapkan aturan keanggotaan klub. Dengan aturan keanggotaan, maka para anggota dapat menggunakan fasilitas kebugaran jasmani. Hak paten, pembatasan geografis, dan keanggotaan klub merupakan cara-cara menginternalisasi sifat-sifat swasta barang yang tidak murni publik, tanpa diperlukan intervensi langsung pemerintah dalam penyediaan atau pembelian barang.

KESIMPULAN

Telah dibahas berbagai aspek kebijakan penyediaan dan konsumsi barang publik dan barang swasta pada sektor kesehatan. Pertama, dijelaskan konsep barang publik dan barang swasta. Kemudian diuraikan efisiensi penyediaan barang publik, kegagalan pasar karena barang publik, intervensi pemerintah dalam penyediaan barang publik dan pengaturan barang swasta serta privatisasi barang publik.

KEPUSTAKAAN

1. Friedman, L.S. *Microeconomic Policy Analysis*. McGraw-Hill, Inc. New York. 1984.
2. Blake, D. *A Short Course of Economics*. McGraw-Hill Book Company. London. 1993.
3. Getzen, T.E. *Health Economics: Fundamentals and Flow of Funds*. John Wiley and Sons, Inc. New York. 1997.
4. Pindyck, R.S., Rubinfeld, D.L. *Microeconomics*. Upper Saddle River, New Jersey Prentice Hall. 1998.
5. Clewer A, Perkins D. *Economics for Health Care Management*. Prentice Hall. London. 1998.
6. Hardwick, P., Langmead, J., Khan, B. *An Introduction to Modern Economics*. Essex. Longman. 1999.
7. Folland, S., Goodman, A.C., Stano, M. *The Economics of Health and Health Care*. Upper Saddle River NJ. Prentice-Hall. 2001.
8. Gravelle, H., Rees, R. *Microeconomics*. Longman. London. 1992.
9. McTaggart, D., Findlay, C., Parkin, M. *Microeconomics*. Addison-Wesley Publishing Company. Sydney. 1996
10. Varian, H.R. *Intermediate Microeconomics: a Modern Approach*. WW Norton and Company. New York. 1987.
11. Santerre, R.E., Neun, S.P. *Health Economics. Theories, Insights, and Industry Studies*. Orlando, FL. The Dryden Press. 2000.
12. Phelps, C.E. *Health Economics*. Reading, MA. Addison-Wesley. 1997.
13. Feldstein, P.J. *Health Care Economics*. John Wiley and Sons. New York. 1979.