

Pengaruh Bansos Lansia Pemda terhadap Belanja *Out-Of-Pocket* Lansia: Studi Kasus Lansia Miskin di Indonesia Tahun 2020

Niar Afdhal Luthfi^{1*}, Muhammad Hanri¹

¹Fakultas Ekonomi dan Bisnis, Universitas Indonesia, 16424, Jawa Barat-Indonesia

INFO ARTIKEL

Dikirim: Agus 01, 2023

Diterima: Des 23, 2023

Dipublikasi: Jan 31, 2024

KATA KUNCI:

Elderly Poverty; Elderly Social Protection; Health literacy; Local Government's Elderly Social Assistance Program; Out of Pocket (OOP); Propensity Score Matching-Nearest-Neighbors (PSM-NN).

KORESPONDEN:

Niar Afdhal Luthfi

Fakultas Ekonomi dan Bisnis,
Universitas Indonesia

Email:

niar.luthfi@gmail.com

SITASI CANTUMAN:

Luthfi, N. A., & Hanri, M. (2024). Pengaruh Bansos Lansia Pemda terhadap Belanja Out-Of-Pocket Lansia: Studi Kasus Lansia Miskin di Indonesia Tahun 2020. *Journal of Political Issues*. 5(2); 146-158. <https://doi.org/10.33019/jpi.v5i2.134>



DOI:

<https://doi.org/10.33019/jpi.v5i2.134>

LISENSI:



Attribution-NonCommercial-ShareAlike 4.0 International
(CC- BY-NC-SA 4.0)



ABSTRAK

Abstract This research aims to examine the effect of the local government's elderly social assistance program on out-of-pocket (OOP) health spending for the poor elderly group in Indonesia. The data used is Susenas data March 2020 using counterfactual analysis. What is meant by counterfactual in the context of this research is to compare the actual condition of OOP health spending for the elderly when receiving interventions from local government elderly social assistance and without receiving intervention. Because the requirement to be able to carry out a counterfactual analysis is that the subjects of the study must have the same/balanced characteristics, the data used is limited to the elderly in the bottom 40 percent of the economic group. Moreover, the randomization technique is also carried out using the Propensity Score Matching-Nearest-Neighbors (PSM-NN) method, namely constructing data that has similar characteristics into two groups: the group that received treatment and the group that did not receive treatment. The results of this study indicate that the poor elderly group who receive elderly social assistance from the local government has a higher OOP health spending of 26.6 percent compared to the poor elderly group who do not receive assistance. The high spending on OOP was mainly due to an increase in spending on curative.

Abstrak Penelitian ini bertujuan untuk mengkaji pengaruh program bantuan sosial lansia pemda terhadap belanja kesehatan out-of-pocket (OOP) kelompok lansia miskin di Indonesia. Data yang digunakan adalah data Susenas bulan Maret tahun 2020 dengan menggunakan analisis counterfactual. Karena syarat untuk dapat melakukan analisis counterfactual adalah subjek dari penelitian harus memiliki karakteristik yang sama/seimbang, maka data yang digunakan dibatasi pada lansia kelompok ekonomi 40 persen terbawah. Selain itu, dilakukan teknik randomisasi metode Propensity Score Matching-Nearest-Neighbors (PSM-NN) yaitu mengkonstruksi data yang memiliki karakteristik serupa menjadi dua grup yaitu grup yang mendapatkan perlakuan (treatment) dan grup yang tidak mendapatkan perlakuan (grup kontrol). Hasil dari penelitian ini menunjukkan bahwa kelompok lansia miskin yang mendapatkan bantuan sosial lansia pemda memiliki belanja kesehatan OOP lebih tinggi sebesar 28,3 persen dibanding kelompok lansia miskin yang tidak mendapatkan bantuan. Tingginya belanja OOP ini terutama disebabkan oleh peningkatan belanja untuk pengobatan/kuratif.

TENTANG PENULIS:

Niar Afdhal Luthfi, Penulis pegawai di Dirjen Anggaran Kementerian Keuangan, Penulis baru saja menyelesaikan studi S-2 di Magister Perencanaan Ekonomi dan Kebijakan Pembangunan FEB Universitas Indonesia tahun 2023.

Muhammad Hanri, menyelesaikan S-3nya di University of Southampton dan merupakan pengajar di Fakultas Ekonomi dan Bisnis Universitas Indonesia serta aktif sebagai peneliti di LPEM UI.

PENDAHULUAN

Indonesia merupakan negara urutan ke empat yang memiliki jumlah penduduk lanjut usia yang paling tinggi di Asia setelah China, India dan Japan (World Bank, 2022). Di tahun 2050, jumlah penduduk lansia Indonesia mencapai 74 juta jiwa atau 25 persen dari populasi Indonesia (UN, 2017, dikutip dalam TNP2K, 2020). Namun karena kemampuan kerja dan kesehatan yang semakin menurun, kelompok ini sangat rentan jatuh ke dalam kemiskinan dibanding kelompok usia lainnya. Tingkat kemiskinan lansia Indonesia tahun 2019 mencapai 11,1 persen atau paling tinggi di antara kelompok usia lainnya (TNP2K, 2020). Tingginya angka kemiskinan lansia di Indonesia terutama disebabkan oleh 85 persen lansia Indonesia tidak memiliki jaminan ekonomi/pendapatan (Kidd et al, 2017). Untuk itu, salah satu cara untuk mengatasi masalah kemiskinan pada lansia tersebut adalah dengan memberikan bantuan sosial secara rutin kepada lansia (Priebe & Howell, 2014; Kidd, et al., 2019).

Ketika lansia diberikan bantuan sosial, digunakan untuk apa bantuan tersebut. Berdasarkan teori konsumen dalam ilmu mikroekonomi, individu akan menentukan pilihannya terhadap barang dan jasa berdasarkan alasan yang paling rasional yaitu memberikan kepuasan paling maksimal (Pindyck & Rubinfeld, 2018). Saat memasuki masa lansia, maka isu yang paling sering muncul adalah kebutuhan terhadap pembiayaan kesehatan. Data BPS 2021 menunjukkan bahwa secara nasional 43,22 persen dari lansia mengalami gangguan kesehatan dan 22,48 persen dari lansia mengalami sakit. Peningkatan belanja kesehatan untuk meningkatkan status kesehatan seseorang sangat bergantung pada tingkat literasi seseorang, apakah digunakan untuk biaya pencegahan/preventif ataukah biaya pengobatan/kuratif (Hardie, et. al., 2011).

Di Indonesia, pembiayaan kesehatan atau asuransi kesehatan telah mengalami dinamika dan perkembangan yang cukup pesat sejak awal kemerdekaan hingga saat ini, baik melalui pembiayaan publik maupun swasta; Askes untuk pegawai negeri (1968), Jamsostek untuk pekerja swasta (1992), Askeskin untuk masyarakat miskin (2005), dan BPJS Kesehatan (2014). Namun berdasarkan data National Health Account Indonesia, proporsi pendanaan *out-of-pocket* (OOP) Indonesia adalah yang terbesar dari skema pendanaan lainnya, yaitu mencapai 32,1 persen dari total belanja kesehatan Indonesia, lebih tinggi dari pendanaan asuransi kesehatan sosial yang hanya mencapai 23,1 persen (NHAI, 2019).

Perlindungan sosial untuk lansia di Indonesia baik dari pemerintah pusat maupun pemerintah daerah sudah ada, namun cakupannya masih rendah. Pada tahun 2021, perlindungan sosial pemerintah pusat untuk lansia hanya mencakup 4,7 jiwa lansia atau sekitar 18 persen dari total penduduk lansia Indonesia. Perlindungan sosial tersebut terdiri dari program kontribusi yaitu JHT BPJSTK dan jaminan pensiun ASN/TNI/Polri. Sementara itu, program untuk kelompok miskin (non-kontribusi) terdiri dari Program PKH dan program Asistensi Sosial Lanjut Usia Terlantar (ASLUT). Rendahnya cakupan bantuan sosial terhadap lansia yang berasal dari APBN tersebut terutama disebabkan oleh terbatas ruang fiskal dalam APBN.

Sementara itu, di tingkat pemerintah daerah, bantuan sosial untuk lansia juga memiliki cakupan yang sangat terbatas. Berdasarkan data Susenas Maret 2020, seluruh pemda memiliki program bantuan sosial kepada lansia, akan tetapi dalam proporsi yang sangat kecil. Pada umumnya, bantuan sosial untuk lansia di daerah sangat bergantung pada program dari pusat, sementara program yang ada di daerah hanya bersifat komplementer.

Oleh karena itu, untuk memberi tambahan pembiayaan kesehatan sekaligus memberikan perlindungan keuangan kepada penduduk lansia atas *shock* belanja kesehatan OOP, bantuan sosial lansia yang diberikan pemda dapat menjadi alternatif kebijakan. Namun sampai dengan saat ini, belum ada penelitian yang mengkaji mengenai pengaruh bantuan sosial lansia terhadap pilihan pengeluaran lansia khususnya belanja kesehatan OOP lansia. Penelitian tentang lansia

di Indonesia sangat terbatas, padahal penelitian pada kelompok lansia ini sangat penting untuk memahami situasi lansia, upaya pengentasan kemiskinan pada lansia, terutama dalam menyambut *aging population* yang sudah di depan mata.

Berdasarkan penjelasan diatas, penelitian ini mencoba untuk melihat pengaruh bantuan sosial lansia pemda terhadap belanja kesehatan OOP lansia. Beberapa penelitian sebelumnya yang telah mengkaji tentang belanja kesehatan OOP di Indonesia adalah Agnes, et al., (2021) dan Sparrow, et al., (2013), namun pembahasan mereka mencakup seluruh kelompok umur. Belum ada penelitian yang mengkaji mengenai belanja kesehatan OOP pada kelompok usia lansia khususnya apabila dikaitkan dengan bantuan sosial lansia pemda. Adapun pertanyaan penelitian yang ingin dijawab adalah “Bagaimana dampak program bantuan sosial lansia pemda terhadap belanja kesehatan OOP lansia?”.

LANDASAN TEORITIK

Berdasarkan penelitian-penelitian sebelumnya, tingginya angka kemiskinan lansia di Indonesia disebabkan antara lain oleh (i) 85 persen lansia di Indonesia tidak memiliki jaminan ekonomi/pendapatan (Kidd et al, 2017); (ii) besaran manfaat dari program perlindungan sosial di Indonesia masih sangat rendah untuk menghasilkan perlindungan yang efektif (Ramesh, 2014); dan (iii) program pensiun di Indonesia masih kurang untuk memberikan perlindungan pada lansia miskin dan *vulnerable*, dimana jumlah lansia yang *discover* Asistensi Sosial Lanjut Usia Terlantar (ASLUT) sangat kecil sementara jaminan pensiun melalui Sistem Jaminan Sosial Nasional (SJSN) membutuhkan waktu setidaknya 20 tahun untuk menghasilkan *coverage* yang tinggi (Priebe & Howell, 2014).

Untuk mengatasi rendahnya cakupan tunjangan pensiun terhadap lansia, banyak negara telah memperkenalkan sosial pensiun sebagai komplementer dari pensiun sektor formal sebagai dukungan pendapatan terhadap kelompok lansia (Priebe dan Howell, 2014). Priebe dan Howell (2014) melakukan simulasi potensial efek dari sosial pensiun kepada 10 persen, 15 persen, 20 persen, dan universal pensiun terhadap tingkat kemiskinan lansia (Data Susenas 2012). Hasilnya menunjukkan bahwa dengan bantuan sosial sebesar Rp200 rb per bulan yang diberikan kepada 5 persen lansia 60 tahun ke atas, tingkat kemiskinan lansia akan turun dari 12,35 persen menjadi 9,76 persen. Sementara itu, jika seluruh lansia usia 60 tahun ke atas diberi pensiun/bantuan sosial sebesar Rp200 rb per bulan, maka kemiskinan lansia akan turun menjadi 2,58 persen.

Keputusan masyarakat khususnya lansia dalam menggunakan bantuan sosial yang didapatkan dari pemerintah dapat dikaitkan dengan teori perilaku konsumen dalam ilmu mikroekonomi. Pindyck & Rubinfeld (2018) menjelaskan bahwa keputusan konsumen dalam mengalokasikan pendapatan mereka yang terbatas terhadap barang atau jasa dapat dijelaskan dalam tiga langkah yaitu preferensi konsumen, keterbatasan anggaran, dan pilihan konsumen. Pada saat pendapatan meningkat karena mendapatkan bantuan sosial, maka pilihan terhadap barang dan jasa juga akan mengalami perubahan untuk mendapatkan kepuasan yang paling maksimal. Setelah mendapatkan bantuan sosial lansia pemda, maka terjadi peningkatan pendapatan dan *budget line* akan bergeser ke arah kanan, sehingga *indifference curve* dapat menyesuaikan ke U2 dan kepuasan maksimal berada di titik B. Namun demikian, preferensi terhadap pembiayaan kesehatan setiap individu tentunya berbeda-beda, tetapi Robert E Hall dan Charles I. Jones (2007) menunjukkan bahwa pengeluaran kesehatan akan lebih besar seiring dengan meningkatnya pendapatan (Pindyck & Rubinfeld, 2018).

Belanja Kesehatan Out-of-pocket (OOP)

Definisi belanja kesehatan *Out-of-pocket* (OOP) berdasarkan WHO adalah setiap pengeluaran oleh rumah tangga, termasuk gratifikasi dan pembayaran dalam bentuk barang, kepada petugas kesehatan, farmasi, terapis, atau barang dan jasa lainnya yang bertujuan untuk

memulihkan atau meningkatkan status kesehatan seseorang atau kelompok masyarakat. Pengeluaran OOP dapat dikatakan baik jika merupakan preferensi dari pendapatan dan individu, alih-alih kebutuhan medis yang tidak bisa dihindari. Namun pengeluaran OOP akan menciptakan beban yang tidak adil dan konsekuensi yang merugikan apabila mensyaratkan pengeluaran rumah tangga yang besar, menimbulkan hutang, bahkan menyebabkan kebangkrutan (Baird, 2016).

Penelitian tentang pemberian bantuan sosial lansia pemda di Indonesia masih sangat terbatas, apalagi jika dikaitkan dengan belanja kesehatan OOP pada lansia. Beberapa penelitian yang membahas tentang belanja *out-of-pocket* (pada semua kelompok usia) adalah Agnes, et al., (2021) dan Sparrow, et al., (2013). Agnes, et al., (2021) menemukan bahwa secara agregat belanja kesehatan OOP tertinggi berada di wilayah dimana klaim asuransinya paling tinggi, yaitu Jawa dan Bali lebih besar 180 persen dibanding provinsi-provinsi yang ada di bagian timur. Provinsi di wilayah Indonesia bagian barat selain populasinya lebih padat, lebih kaya, skor kebutuhan kesehatannya rendah, memiliki belanja kesehatan OOP yang besar. Sebaliknya, provinsi di wilayah timur Indonesia selain memiliki penduduk yang sedikit, juga memiliki belanja yang kecil termasuk belanja kesehatan meskipun skor kebutuhan kesehatannya tinggi. Hal ini disebabkan oleh penyediaan layanan kesehatan di daerah timur Indonesia jauh lebih terbatas dibanding penyediaan layanan kesehatan di daerah barat Indonesia. Sparrow, et al., (2013) dalam penelitiannya dengan menggunakan data Susenas tahun 2005 dan 2006 menemukan bahwa rasio belanja kesehatan OOP terhadap total belanja pada kelompok terkaya lebih tinggi (2,4 persen) dibanding kelompok termiskin (1,4 persen).

Literasi Kesehatan

Literasi kesehatan merupakan topik yang sering diangkat dalam berbagai penelitian di banyak negara karena dianggap sebagai faktor krusial dalam status kesehatan masyarakat. Studi-studi sebelumnya telah membuktikan bahwa literasi kesehatan yang rendah diasosiasikan dengan status kesehatan yang lebih rendah, prevalensi penyakit kronis seperti diabetes dan stroke, dan perilaku pencegahan yang kurang terhadap penyakit menular (Rachmani, et al., 2019). Literasi kesehatan didefinisikan sebagai kapasitas seseorang untuk memperoleh, memproses, dan memahami informasi dan pelayanan kesehatan dasar yang diperlukan untuk membuat keputusan kesehatan yang tepat (Hardie, et al., 2011 dan Howard, et al., 2005). Hardie (2011) menemukan bahwa seseorang yang memiliki literasi kesehatan yang baik diasosiasikan dengan memiliki total belanja kesehatan yang lebih rendah, khususnya dalam belanja unit gawat darurat dan rawat jalan. Sementara itu, seseorang yang memiliki skor literasi kesehatan yang rendah umumnya menggunakan layanan kesehatan yang lebih banyak khususnya untuk penyakit yang lebih kronis. Sejalan dengan Hardie, Howard (2005) juga menemukan bahwa seseorang yang memiliki literasi kesehatan yang kurang memadai rentan terhadap biaya kesehatan yang tinggi dan penggunaan layanan kesehatan yang tidak efisien. Peningkatan literasi kesehatan merupakan strategi yang efektif dalam meningkatkan status kesehatan dan mengurangi penggunaan pelayanan rumah sakit dan gawat darurat yang mahal di antara pasien lansia (Cho, et al., 2008).

METODE PENELITIAN

Analisis Counterfactual

Hubungan kausalitas antara bantuan sosial lansia pemda yang diterima lansia dengan belanja kesehatan OOP lansia dapat diukur dengan menggunakan analisis counterfactual. Yang dimaksud dengan counterfactual dalam konteks penelitian ini adalah membandingkan kondisi aktual belanja kesehatan OOP lansia apabila mendapatkan intervensi/treatment bantuan sosial lansia pemda dan apabila tanpa mendapatkan intervensi. Untuk melakukan analisis

counterfactual maka subjek dari penelitian harus memiliki karakteristik yang sama (Cunningham, 2020).

Akan tetapi, salah satu masalah dalam penggunaan data observasi dalam hal ini data Susenas adalah adanya perbedaan karakteristik dari subjek atau sampel yang mendapatkan perlakuan dan sampel yang tidak mendapatkan perlakuan atau adanya confounding. Meskipun data yang digunakan dibatasi pada lansia kelompok ekonomi 40 persen terbawah, namun karakteristik dari lansia yang diamati masih heterogen mulai dari umur, status pernikahan, jenjang pendidikan, status kesehatan, pekerjaan, domisili, aset yang dimiliki, program pemerintah yang didapatkan dan sebagainya. Untuk mengatasi masalah tersebut, salah satu metode yang banyak digunakan saat ini adalah Propensity Score Matching (PSM) (Austin, 2011).

PSM adalah sebuah pendekatan randomisasi data dengan mengkonstruksi data yang memiliki distribusi/karakteristik yang serupa menjadi dua grup yaitu grup yang mendapatkan perlakuan (treatment) dan grup yang tidak mendapatkan perlakuan (untreatment) (Austin, 2011; Basu et al., 2017; Rosenbaum and Rubin, 1983). Bias akan tereduksi apabila hasil perbandingan propensity score antara kelompok yang mendapatkan perlakuan dan kelompok kontrol memiliki nilai sedekat mungkin (Rosenbaum & Rubin, 1983).

Berdasarkan Yanovitzk, et. Al (2005), langkah-langkah dalam melakukan analisis PSM adalah: (i) menentukan kovariat yang akan dijadikan variabel *confounding* untuk mengestimasi nilai *propensity score*-nya. Adapun kovariat yang digunakan dalam penelitian ini adalah variabel yang mempengaruhi peluang sampel untuk menerima bantuan sosial lansia pemda (*treatment*) yaitu: umur, gender, bekerja, menikah, pendidikan, status kesehatan, menerima program PKH, pensiun, JHT, dan kepemilikan rumah yang kesemuanya dibuat dalam bentuk *dummy*; (ii) menghitung nilai *propensity score*-nya untuk menghasilkan *balance score* yang seimbang. *Propensity* dikatakan memiliki skor seimbang (*balance score*) apabila distribusi dari perhitungan kovarian dasarnya sama antara sampel yang mendapatkan perlakuan dengan sampel yang tidak mendapatkan perlakuan (Austin, 2011); (iii) melakukan analisis *matching*. Adapun metode *matching* yang digunakan dalam penelitian ini adalah *nearest neighbour* yaitu untuk setiap sampel pada kelompok yang mendapatkan bantuan lansia pemda dicocokkan dengan sampel yang ada pada kelompok kontrol yang memiliki *propensity score* yang paling dekat (Katchova, 2013). Data sampel pada kelompok kontrol yang tidak memiliki nilai yang cocok atau mendekati nilai pada kelompok *treatment* tidak akan digunakan, sehingga sebagian dari data pada kelompok kontrol akan berkurang; (iv) menghitung nilai *balance covariate* dan average treatment of treated (ATT). Pengujian *balance covariate* dilakukan untuk mengecek keseimbangan kovariat pada variabel *confounding* antara kelompok *treatment* dan kontrol. ATT dilakukan untuk mengestimasi efek perlakuan pada kelompok *treatment* dengan membandingkan perbedaan rata-rata dari hasil antara kelompok *treatment* dan kontrol untuk seluruh sampel. Selain itu, *propensity score matching* dalam penelitian ini akan dikombinasikan dengan *regression adjustment*.

Sumber Data

Penelitian ini menggunakan data *cross section* Survei Sosial Ekonomi Nasional (Susenas) Maret tahun 2020. Data Susenas merupakan merupakan survei yang dirancang untuk mengumpulkan data sosial kependudukan dengan dimensi yang cukup luas. Pemilihan data Susenas untuk penelitian ini dikarenakan variabel-variabel yang akan diteliti dalam Tesis ini mulai dari variabel tidak bebas (bantuan sosial lansia pemda), variabel bebas utama (rasio belanja *out-of-pocket* terhadap total belanja lansia) dan variabel kontrol (*matching*) lainnya (karakteristik individu, karakteristik geografis, karakteristik program, dan karakteristik kepemilikan aset) tersedia dalam data Susenas. Unit analisis yang digunakan dalam penelitian ini adalah anggota rumah tangga yang telah mencapai usia lanjut. Berdasarkan hasil pengolah

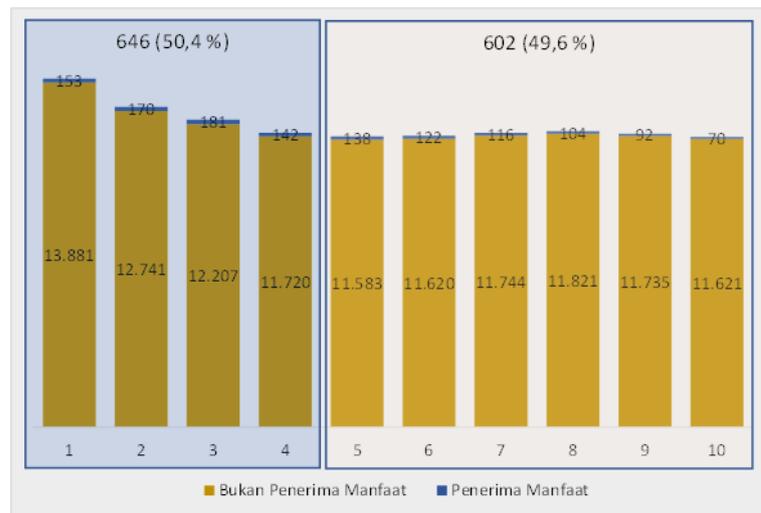
data, dari 1.258.328 observasi orang/individu semua umur, terdapat sebanyak 121.961 data lansia yang menjadi unit analisis penelitian ini.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Analisis Deskriptif

Gambar 1 menunjukkan dari total responden yang menerima bantuan sosial pemda tersebut, hanya sebanyak 646 responden atau 50,4 persen yang berasal dari kelompok ekonomi 40 persen terbawah (desil 1 sampai dengan desil 4). Hal ini mengindikasikan besarnya *exclusion error* dan *inclusion error* dari program bantuan sosial lansia pemda ini. *Inclusion error* berarti kelompok masyarakat yang seharusnya bukan merupakan sasaran program justru menerima program. Sebaliknya, *exclusion error* berarti kelompok yang seharusnya mendapatkan program tetapi tidak mendapatkan program. *Exclusion error* dan *inclusion error* merupakan persoalan klasik pada program-program perlindungan sosial yang menggunakan paradigma *targeted-program* atau *poverty-targeted* (Nathan,2020). *Poverty-targeted* merupakan suatu kebijakan sosial yang ditujukan untuk kelompok miskin saja (Kidd, et al., 2019).

Gambar 1. Distribusi Penerima Bantuan Sosial Lansia Pemda Tahun 2020



Sumber : Susena Maret 2020

Untuk mengatasi tingginya *inclusion error* dan *exclusion error* penerima manfaat ini, pemerintah pusat dan daerah perlu secara bersama-sama melakukan perbaikan pendataan dan pemutakhiran data (DTKS) serta menindak tegas pemerintah daerah yang tidak secara aktif melakukan pemutakhiran data yang berkeadilan. Selain itu, pemerintah juga dapat mengembangkan metode penargetan program perlindungan sosial yang lain yaitu pertama penargetan berbasis komunitas yaitu komunitas lokal yang akan menyeleksi calon penerima program. Kedua metode *self-targeting* yaitu pemerintah menetapkan sistem subsidi yang dirancang sedemikian rupa sehingga hanya orang yang hidup dalam kemiskinan yang akan menikmati subsidi. Caranya dengan mensubsidi barang/jasa inferior seperti obat generik, kamar perawatan kelas dua, jasa dokter bukan spesialis, dan sebagainya.

Tabel 1 menunjukkan belanja kesehatan OOP responden di Indonesia bagian Barat hampir dua kali lipat lebih besar dari belanja kesehatan OOP responden yang berasal dari Indonesia bagian timur baik secara nominal maupun rasio terhadap total belanja per bulan. Hal ini sejalan dengan penelitian yang dilakukan Pratiwi B Agnes, et al, (2021) yang menunjukkan bahwa provinsi bagian timur Indonesia selain memiliki penduduk yang sedikit, juga memiliki belanja yang kecil termasuk belanja kesehatan meskipun skor kebutuhan kesehatannya tinggi. Sebaliknya, provinsi di Indonesia bagian barat selain populasinya lebih padat, lebih kaya, skor

kebutuhan kesehatannya rendah, tetapi memiliki belanja kesehatan OOP yang besar. Hal ini disebabkan oleh penyediaan layanan kesehatan di daerah timur Indonesia jauh lebih terbatas dibanding penyediaan layanan kesehatan di daerah barat Indonesia (Agnes, et al., 2021).

Tabel 1.
Perbandingan Rata-Rata Belanja Out-Of-Pocket Berdasarkan Wilayah Indonesia Bagian Barat dan Timur

Variabel	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Provinsi Bagian Barat Indonesia					
Jumlah Belanja OOP per Tahun (Rp)	39.660	105.549	177.653	1	2.359.668
Rasio Belanja OOP thd Total Belanja per Tahun (%)	39.660	1,901	2,937	0,001	31,912
Provinsi Bagian Timur Indonesia					
Jumlah Belanja OOP per Tahun (Rp)	11.535	62.227	117.056	1	1.685.501
Rasio Belanja OOP thd Total Belanja per Tahun (%)	11.535	1,149	1,975	0,001	23,042

Catatan: rata-rata rasioa belanja OOP Provinsi di Indonesia bagian Barat dan Timur tersebut berbeda secara signifikan pada level 5 persen dengan menggunakan uji t-test

Sumber: Susenas Maret 2020, telah diolah kembali.

Sementara itu, Tabel 2 menunjukkan rata-rata belanja kesehatan OOP di perkotaan lebih besar dibanding belanja kesehatan OOP di pedesaan baik secara nominal maupun rasio terhadap total belanja. Rendahnya belanja kesehatan OOP di pedesaan disebabkan oleh berbagai hal terutama keterbatasan penyediaan layanan kesehatan di daerah timur Indonesia dan juga di pedesaan (Agnes, et al., 2021). Di kabupaten-kabupaten dimana lebih dari 20 persen desa memiliki akses terbatas terhadap pelayanan kesehatan menyebabkan rendahnya permintaan dan penggunaan layanan kesehatan baik melalui asuransi maupun belanja kesehatan OOP terutama rawat inap (Agnes, et al., 2021).

Tabel 2.
Perbandingan Rata-Rata Belanja Kesehatan Out-of-Pocket di Kota dan di Desa

Variabel	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Kota					
Jumlah Belanja OOP per Tahun (Rp)	16.439	108.714	181921.1	1	2.359.668
Rasio Belanja OOP thd Total Belanja per Tahun (%)	16.439	1,917	2,948	0,001	31,572
Desa					
Jumlah Belanja OOP per Tahun (Rp)	34.756	89.674	158.978	1	2.355.501
Rasio Belanja OOP thd Total Belanja per Tahun (%)	34.756	1,644	2,674	0,001	31,912

Catatan: rata-rata rasioa belanja OOP di desa dan kota tersebut berbeda secara signifikan pada level 5 persen dengan menggunakan uji t-test

Sumber: Susenas Maret 2020, telah diolah kembali.

Untuk mengatasi perbedaan rata-rata belanja kesehatan antara provinsi-provinsi di Indonesia bagian Barat dan provinsi-provinsi di Indonesia bagian Timur dan juga di pedesaan dan perkotaan, pemerintah perlu terus melakukan perbaikan pelayanan kesehatan terutama pemenuhan supply side yaitu pemenuhan infrastruktur kesehatan di wilayah timur Indonesia dan di pedesaan.

Analisis Counterfactual

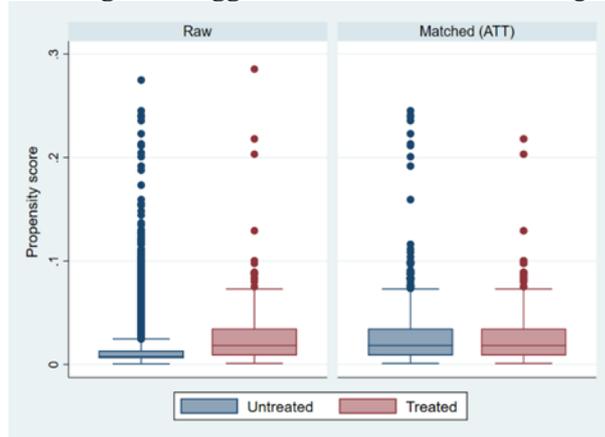
Untuk melihat keseimbangan data hasil matching menggunakan metode Nearest Neighbors, dilakukan post-estimation melalui balancing diagnostic. Gambar 2 menunjukkan bahwa data memenuhi syarat skor seimbang (balance score). Propensity dikatakan memiliki

Niar Afdhal Luthfi, Muhammad Hanri

Pengaruh Bansos Lansia Pemda terhadap Belanja Out-Of-Pocket Lansia: Studi Kasus Lansia Miskin di Indonesia Tahun 2020

skor seimbang (balance score) apabila distribusi dari perhitungan kovarian dasar antara sampel yang mendapatkan perlakuan dengan sampel yang tidak mendapatkan perlakuan sama (Austin, 2011).

Gambar 2.
Propensity Score dengan Menggunakan Model Nearest Neighbors Matching



Tabel 3 menunjukkan seluruh model secara konsisten bahwa program bantuan sosial lansia pemda yang diberikan kepada lansia kelompok ekonomi 40 persen terbawah berdampak positif terhadap rasio belanja kesehatan OOP lansia.

Tabel 3.
Estimasi Dampak Bantuan Sosial Lansia Pemda terhadap Rasio Belanja *Out-of-Pocket* Lansia terhadap Total Belanjanya Kelompok Ekonomi 40 Persen Terbawah

Variabel	Variabel Dependen: Rasio Belanja <i>Out-of-Pocket</i> thd Total Belanja			
	1	2	3	4
1. Ordinary Least Square (OLS)				
Kepesertaan Bansos Lansia Pemda (1=PM; 0=Non-PM)	0.147 (0.130)	0.149 (0.127)	0.171* (0.082)	0.221** (0.022)
2. Propensity-Score Nearest-Neighbor Matching (PSM-NN)-ATT				
Kepesertaan Bansos Lansia Pemda (1=PM; 0=Non-PM)	0.235** (0.023)	0.211** (0.043)	0.230** (0.031)	0.283*** (0.007)
3. Multivariate-Distance Nearest-Neighbor Matching-ATT				
Kepesertaan Bansos Lansia Pemda (1=PM; 0=Non-PM)	0.232** (0.025)	0.212** (0.042)	0.230** (0.030)	0.280*** (0.008)
Variabel Kontrol				
Karakteristik Individu	Ya	Ya	Ya	Ya
Karakteristik Program	tidak	Ya	Ya	Ya
Karakteristik Kepemilikan Aset	tidak	Tidak	Ya	Ya
Karakteristik Geografis	tidak	Tidak	Tidak	Ya
Standard errors in parentheses				
* p<0.1, ** p<0.05, *** p<0.01				

Koefisien estimasi sebesar 28,3 persen menandakan bahwa lansia pada kelompok 40 persen ekonomi terbawah yang menerima bantuan sosial lansia dari pemda memiliki rasio belanja kesehatan OOP 28,3 persen lebih tinggi (terhadap total belanjanya) dibanding kelompok lansia yang tidak menerima bantuan sosial lansia (grup kontrol). Jika melihat struktur data yang ada, tingginya belanja kesehatan OOP pada kelompok penerima manfaat tersebut disebabkan oleh :

- I. Rata-rata belanja OOP untuk pengobatan/kuratif pada kelompok penerima bantuan sosial lansia pemda lebih tinggi secara signifikan yaitu 85,3 persen dari total belanja OOP dibanding kelompok yang tidak menerima manfaat (82,3 persen).

Tabel 4.
Perbandingan Data Belanja Kesehatan Out-of-Pocket Preventif dan Kuratif antara Kelompok Penerima Bansos Pemda dan Kelompok Bukan Penerima Bansos Pemda (Rupiah)

	Menerima Bansos Lansia Pemda				t-test 5 % (Pr T > t)
	Yes	Std. Dev.	No	Std. Dev.	
OOP_Preventif	16.458	14,7	16.878	17,7	0.7118
OOP_Kuratif	95.850	85,3	78.698	82,3	0.2230**
Total OOP	112.308		95.576		
Obs	646		50.549		

Sumber: Susenas Maret 2020, telah diolah kembali.

- II. Dari total lansia yang menerima bantuan sosial lansia dan sedang rawat jalan, hanya 72 persen yang menggunakan jaminan kesehatan, sementara 28 persen tidak menggunakan jaminan kesehatannya. Padahal data menunjukkan 89,5 persen dari kelompok penerima bantuan memiliki jaminan kesehatan

Belanja Kesehatan *out-of-pocket* dikatakan baik jika merupakan preferensi dari pendapatan dan individu, namun peningkatan belanja kesehatan OOP dapat berdampak buruk terhadap seseorang/rumah tangga apabila harus mendapatkan pelayanan kesehatan namun tidak memiliki perlindungan keuangan menghadapi tingginya biaya kesehatan atau tidak memiliki akses terhadap asuransi kesehatan (Baird, 2016). Dalam penelitian ini, dapat disimpulkan bahwa peningkatan belanja kesehatan OOP merupakan preferensi dari lansia itu sendiri karena 89,5 persen dari penerima manfaat memiliki jaminan kesehatan sosial baik itu JKN/Jamkesda. Hal ini dapat disebabkan karena jaminan kesehatan sosial yang ada memerlukan birokrasi yang panjang sehingga lansia lebih memilih untuk mengeluarkan belanja *out-of-pocket* dibanding menggunakan jaminan kesehatan. Sebelumnya, Pratiwi B Agnes, et al (2021) juga menemukan bahwa pasien akan memilih mengeluarkan belanja kesehatan OOP terutama untuk rawat jalan apabila biayanya terjangkau dan memiliki kualitas yang cukup baik, dan untuk menghindari antri atau proses administrasi yang panjang.

Di sisi lain, peningkatan belanja kesehatan OOP yang disebabkan oleh peningkatan biaya pengobatan/kuratif menunjukkan rendahnya literasi kesehatan kelompok penerima manfaat. Howard, et al. (2005) dan Hardie, et al. (2011) menemukan bahwa seseorang yang memiliki literasi kesehatan yang tidak memadai akan mengeluarkan biaya medis/kesehatan lebih tinggi dan menggunakan layanan kesehatan yang tidak efisien terutama dalam penggunaan layanan gawat darurat. Selain itu, menurut Cho et al. (2008), rendahnya tingkat perawatan pencegahan/preventif seseorang disebabkan oleh tingkat literasi kesehatan yang rendah yaitu keterbatasan kemampuan untuk memahami informasi tentang pentingnya kesehatan dan metode deteksi dini penyakit dan pengobatan. Cho et al. (2008) menemukan bahwa peningkatan literasi kesehatan merupakan pendekatan langsung yang paling efektif dalam meningkatkan status kesehatan terutama dalam mengurangi rawat inap dan penggunaan unit gawat darurat lansia.

Berdasarkan penjelasan di atas maka penulis berpendapat bahwa peningkatan belanja kesehatan OOP yang ternyata disebabkan oleh peningkatan biaya pelayanan pengobatan/kuratif (tidak berpengaruh terhadap peningkatan layanan pencegahan/preventif), perlu menjadi perhatian pemerintah untuk melakukan peningkatan literasi kesehatan kepada masyarakat terutama peningkatan kesadaran masyarakat dalam upaya pencegahan/preventif secara luas. Hal ini juga dapat menjadi masukan pemerintah baik pusat maupun daerah dalam melakukan investasi kesehatan, mengingat berdasarkan data WHO (2018), investasi pada layanan pencegahan/preventif mempunyai *return* yang lebih tinggi dari biaya yang diinvestasikan (NHAI, 2019).

Upaya peningkatan *outcome* kesehatan lansia juga dapat memanfaatkan komunitas atau organisasi non-pemerintahan yang ada saat ini seperti Lembaga Kesejahteraan Sosial (LKS) atau Posyandu lansia. Jumlah LKS yang ada di Indonesia sampai dengan tahun 2020 mencapai 893 lembaga dan hampir setiap kelurahan memiliki posyandu lansia. LKS dan posyandu tersebut memiliki kader atau pendamping yang dapat dimaksimalkan peranannya, terutama dalam upaya pencegahan/preventif.

Untuk menguji *robustness* dari hasil estimasi model utama yaitu Propensity Score Nearest-Neighbor Matching (PSM-NN), maka dilakukan estimasi lain dengan menggunakan Multivariate-Distance Nearest-Neighbor Matching (MDM-NN). Selain itu, hasil estimasi *Ordinary Least Square* (OLS) juga tetap disajikan guna melihat efektivitas model utama dalam meminimalisir *confounding variable bias*. Tabel 3 menunjukkan hasil dimana seluruh model memiliki arah koefisien yang sama dengan model utama (PSM-NN) dengan signifikansi 10 sampai dengan 1 persen. Hasil estimasi OLS menunjukkan hasil yang *underestimated*. Sementara itu, model MDM-NN menunjukkan arah dan koefisien yang relatif sama dengan model utama PSM-NN. Dengan demikian dapat dikatakan bahwa hasil estimasi model utama PSM-NN adalah *robust*, dengan dampak sebesar 28,3 persen. Hal ini juga berarti penggunaan metode *matching* adalah langkah tepat dalam mengatasi potensi hasil estimasi yang bias sebagaimana yang sering muncul dalam model OLS.

SIMPULAN

Berdasarkan hasil analisis inferensial/*counterfactual*, ditemukan bahwa program bantuan sosial lansia pemda yang diberikan kepada lansia kelompok ekonomi 40 persen terbawah berpengaruh positif terhadap rasio belanja kesehatan OOP lansia (terhadap total belanjanya). Dengan menggunakan model utama PSM-NN, diperoleh koefisien estimasi sebesar 28,3 persen pada level signifikansi 1 persen, yang berarti bahwa kelompok lansia yang mendapatkan program bantuan sosial lansia pemda memiliki rasio belanja kesehatan OOP lebih besar 28,3 persen dibanding kelompok lansia yang tidak mendapatkan bantuan. Dengan demikian, dapat disimpulkan bahwa bantuan sosial lansia pemda berhasil mendorong lansia untuk lebih peduli dengan kesehatannya, terbukti dengan meningkatnya belanja kesehatan OOPnya. Namun demikian, peningkatan belanja kesehatan OOP lansia tersebut lebih disebabkan oleh peningkatan biaya pengobatan/kuratif. Tingginya biaya pengobatan/kuratif dan rendahnya biaya pencegahan/preventif menunjukkan rendahnya tingkat literasi kesehatan kelompok penerima manfaat. Seseorang yang memiliki literasi kesehatan yang tidak memadai akan mengeluarkan biaya medis/kesehatan lebih tinggi dan menggunakan layanan kesehatan yang tidak efisien terutama dalam penggunaan layanan gawat darurat.

Selain itu, dalam penelitian ini ditemukan bahwa peningkatan belanja kesehatan OOP merupakan preferensi dari lansia itu sendiri, karena 89,5 persen dari penerima manfaat memiliki jaminan kesehatan sosial baik itu JKN/Jamkesda. Hal ini dapat disebabkan karena jaminan kesehatan sosial yang ada memerlukan birokrasi yang panjang sehingga lansia lebih memilih untuk mengeluarkan belanja *out-of-pocket* dibanding menggunakan jaminan kesehatan. Pasien akan memilih mengeluarkan belanja kesehatan OOP terutama untuk rawat

jalan apabila biayanya terjangkau dan memiliki kualitas yang cukup baik, dan untuk menghindari antri atau proses administrasi yang panjang.

Berdasarkan hasil analisis deskriptif menunjukkan beberapa hal. *Pertama* tingkat *exclusion error* dan *inclusion error* program bantuan sosial lansia pemda masih sangat tinggi, yaitu hanya 50,2 persen penerima bantuan sosial lansia pemda yang berasal dari 40 persen kelompok ekonomi terbawah, sementara lebihnya dinikmati oleh kelompok ekonomi menengah ke atas. Tingginya *exclusion error* dan *inclusion error* tersebut mengindikasikan beberapa kemungkinan antara lain lemahnya mekanisme pendataan dan pemutakhiran Data Terpadu Kesejahteraan Sosial/DTKS, tidak semua pemerintah daerah secara aktif membantu proses pemutakhiran data, dana dan SDM terbatas, dan persyaratan penerima manfaat program yang berbeda-beda di setiap provinsi. *Kedua*, adanya perbedaan rata-rata belanja *out-of-pocket* secara signifikan antara provinsi-provinsi Indonesia bagian barat (1,9 persen) dengan Indonesia bagian timur (1,1 persen), demikian halnya antara perkotaan (1,9 persen) dengan perdesaan (1,6 persen).

Keterbatasan Penelitian

Keterbatasan dalam penelitian ini adalah tidak mengkaji lebih lanjut mengenai hubungan kausalitas antara tingkat literasi kesehatan lansia dengan belanja OOP lansia khususnya belanja kesehatan untuk pencegahan/preventif dan pengobatan kuratif. Hal ini dapat menjadi topik dalam penelitian selanjutnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Agnes, P. B., Hermawati, S., Maartin, K. O., Trynke, H., Ali, M. G., & Elizabeth, P. (2021). Is Indonesia achieving universal health coverage. Secondary analysis of national data on insurance coverage, health spending and service availability. *BMJ Open*, *11*(10), e050565. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050565>
- Austin, P. C. (2011, May 31). An Introduction to Propensity Score Methods for Reducing the Effects of Confounding in Observational Studies. *Multivariate Behavioral Research*, *46*(3), 399–424. <https://doi.org/10.1080/00273171.2011.568786>
- Baird, K. (2016, January 22). High Out-of-Pocket Medical Spending among the Poor and Elderly in Nine Developed Countries. *Health Services Research*, *51*(4), 1467–1488. <https://doi.org/10.1111/1475-6773.12444>
- Cho, Y. I., Lee, S. Y. D., Arozullah, A. M., & Crittenden, K. S. (2008, April). Effects of health literacy on health status and health service utilization amongst the elderly. *Social Science & Medicine*, *66*(8), 1809–1816. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2008.01.003>
- Cunningham, S. (2020). Causal Inference The Mixtape.
- Hall, R. E., & Jones, C. I. (2007). The value of life and the rise in health spending. *The Quarterly Journal of Economics*, *122*(1), 39–72. <https://doi.org/10.1162/qjec.122.1.39>
- Hardie, N. A., Kyanko, K., Busch, S., LoSasso, A. T., & Levin, R. A. (2011, September 30). Health Literacy and Health Care Spending and Utilization in a Consumer-Driven Health Plan. *Journal of Health Communication*, *16*(sup3), 308–321. <https://doi.org/10.1080/10810730.2011.604703>

- Howard, D. H., Gazmararian, J., & Parker, R. M. (2005, April). The impact of low health literacy on the medical costs of Medicare managed care enrollees. *The American Journal of Medicine*, 118(4), 371–377. <https://doi.org/10.1016/j.amjmed.2005.01.010>
- Katchova, A. (2013). Propensity Score Matching.
- Kesehatan, K. (2019). *National Health Accounts Indonesia 2019*.
- Kidd, S., Bjorn, G., Rahayu, K. S., Larasati, D., Yuda, K., Siyaranamuai, M., & Geldes, J. (2019). *Perlindungan Sosial bagi Penduduk Lanjut Usia di Indonesia*.
- Nathan, A. (2020). *Melampaui Jaminan Sosial 'Targeted' dan Membangun Jaminan Sosial Universal di Indonesia – Islam Bergerak*.
- Pindyck, R. S., & Rubinfeld, D. L. (2018). *Microeconomics Ninth Edition*.
- Priebe, J. (2017). Old-age Poverty in Indonesia: Measurement Issues and Living Arrangements. *Development and Change*, 48(6), 1362-1385. <https://doi.org/10.1111/dech.12340>
- Priebe, J., & Howell, F. (2014). *Old Age Poverty in Indonesia Empirical Evidence and Policy Options: A Role for Social Pensions*. Retrieved from www.tnp2k.go.id
- Priebe, J., & Howell, F. (2014). *Old Age Poverty in Indonesia Empirical Evidence and Policy Options: A Role for Social Pensions i OLD-AGE POVERTY IN INDONESIA: Empirical Evidence and Policy Options A Role for Social Pensions*. Diambil kembali dari www.tnp2k.go.id
- Rachmani, E., Hsu, C., Nurjanah, N., Chang, P., Shidik, G., Noersasongko, E., . . . Lin, M. (2019, 12). Developing an Indonesia's health literacy short-form survey questionnaire (HLS-EU-SQ10-IDN) using the feature selection and genetic algorithm. *Computer Methods and Programs in Biomedicine*, 182. <https://doi.org/10.1016/j.cmpb.2019.105047>
- Ramesh, M. (2014). Social Protection in Indonesia and the Philippines: Work in Progress. Source: *Journal of Southeast Asian Economies*, 31(1), 40-56.
- Rosenbaum, P., & Rubin, D. (1983). The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. Diambil kembali dari <https://academic.oup.com/biomet/article/70/1/41/240879>
- Sparrow, R., Suryahadi, A., & Widyanti, W. (2013). Social health insurance for the poor: Targeting and impact of Indonesia's Askeskin programme. *Social Science and Medicine*, 96, 264-271.
- TNP2K, Australian Government, & SMERU. (2020). *Situasi Lansia di Indonesia dan Akses terhadap Program Perlindungan Sosial: Analisis Data Sekunder*.
- World Bank, 2022. Population ages 65 and above (% of total population) - Indonesia. <https://data.worldbank.org/indicator/SP.POP.65UP.TO.ZS?locations=ID>

Yanovitzky, I., Zanutto, E., & Hornik, R. (2005). Estimating causal effects of public health education campaigns using propensity score methodology. *Evaluation and Program Planning*, 28(2), 209-220.