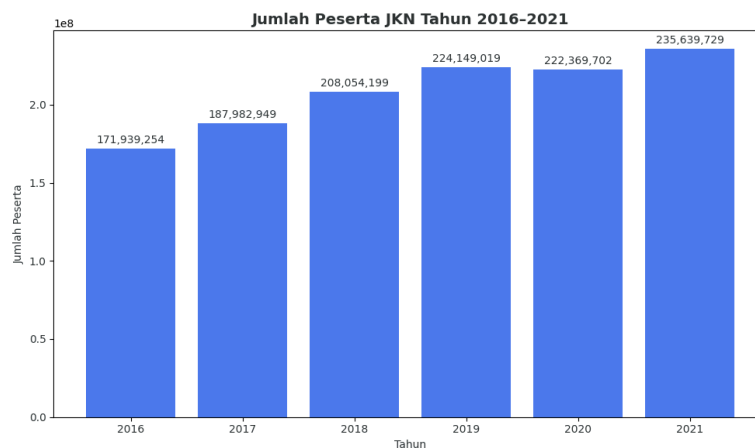


Lebih dari Sekadar Punya: Mengapa Friksi Psikologis Menghambat Upgrade Asuransi Komersil

Pendahuluan

Keberhasilan dan Tantangan Baru Era JKN

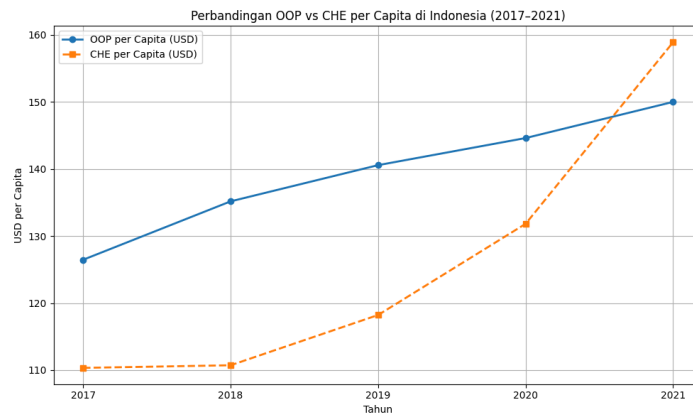
Indonesia telah mencapai tonggak sejarah monumental dalam sistem jaminan sosialnya melalui program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Menurut data statistik BPJS Kesehatan tahun 2021, JKN berhasil membuka akses layanan kesehatan dasar hingga mencapai 235 juta penduduk Indonesia. Keberhasilan ini secara fundamental telah mengubah lanskap kesehatan dan ekspektasi masyarakat terhadap proteksi finansial dari risiko penyakit di masa mendatang.



Gambar 1. Jumlah Peserta JKN Tahun 2016–2021

Sumber: Buku Statistik JKN, DKJS & BPJS Kesehatan, 2022

Namun, perluasan cakupan JKN yang berhasil dicapai juga memunculkan tantangan baru bagi generasi mendatang. Seiring dengan meningkatnya jumlah peserta JKN, pengeluaran langsung masyarakat (*out-of-pocket/OOP* per capita) juga terus mengalami peningkatan secara nominal. Hal ini terkonfirmasi melalui UU No. 40 Tahun 2004 Pasal 23 Ayat 4 yang mengatur bahwa peserta JKN memperoleh pelayanan di rumah sakit berdasarkan kelas standar. Peserta dapat menggunakan Asuransi Kesehatan Tambahan (AKT) atau membayar sendiri selisih biaya layanan yang tidak ditanggung oleh program JKN. Hal ini mengindikasikan bahwa manfaat JKN belum sepenuhnya mampu menutup risiko keuangan akibat pengobatan, terutama untuk layanan yang tidak dijamin secara penuh, serta dalam kasus penyakit kritis atau layanan berbiaya tinggi. Selain itu, Menteri Kesehatan RI, Budi Gunadi Sadikin, pada tahun 2024 menyampaikan bahwa pertumbuhan belanja kesehatan nasional secara konsisten melampaui laju pertumbuhan ekonomi, yakni mencapai 8 persen dari tahun 2020 hingga 2023. Peningkatan ini tidak hanya menimbulkan tekanan fiskal terhadap sistem pembiayaan kesehatan nasional, tetapi juga berpotensi meningkatkan beban ekonomi rumah tangga, terutama dengan diberlakukannya Peraturan Presiden (Perpres) Nomor 59 Tahun 2024 tentang Perubahan Ketiga atas Perpres Nomor 82 Tahun 2018 tentang Jaminan Kesehatan yang dikeluarkan untuk mengevaluasi penetapan manfaat, tarif, dan iuran. Tanpa diimbangi oleh reformasi sistem maupun perubahan perilaku konsumsi layanan kesehatan, situasi ini berpotensi memperlebar ketimpangan akses serta memperburuk kerentanan keuangan masyarakat akibat penyakit.



Gambar 2. Tren Out-of-Pocket (OOP) dan Current Health Expenditure (CHE) per Kapita di Indonesia dalam USD, 2017–2021
Sumber: World Bank

Sepanjang lima tahun tersebut, terjadi peningkatan yang konsisten pada CHE per kapita, yang mencerminkan naiknya total pengeluaran sektor kesehatan baik dari pemerintah, asuransi, maupun individu. Peningkatan paling mencolok terjadi pada tahun 2020 dan 2021, yang kemungkinan besar dipicu oleh pandemi COVID-19 yang mendorong lonjakan belanja kesehatan nasional. Namun demikian, pengeluaran langsung masyarakat (OOP) juga menunjukkan tren yang meningkat, meskipun tidak setajam peningkatan pada CHE. Hal ini menandakan bahwa meskipun pemerintah telah meningkatkan alokasi dana untuk sektor kesehatan, beban biaya kesehatan yang ditanggung sendiri oleh masyarakat tidak menunjukkan penurunan yang signifikan.

Kondisi ini mengindikasikan bahwa peningkatan investasi pemerintah dalam sistem kesehatan belum sepenuhnya berhasil menurunkan beban finansial individu terhadap layanan kesehatan. Dalam konteks kebijakan kesehatan nasional, khususnya program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), hal ini menjadi catatan penting: perlu evaluasi terhadap efektivitas perlindungan finansial yang diberikan, serta peningkatan cakupan dan kualitas layanan yang benar-benar bisa mengurangi pengeluaran langsung masyarakat. Dengan kata lain, masyarakat tetap harus merogoh kocek pribadi dalam jumlah yang terus meningkat meskipun pemerintah telah memperbesar anggaran kesehatan. Fenomena ini bisa menghambat akses terhadap layanan kesehatan, terutama bagi kelompok masyarakat rentan, dan pada akhirnya berdampak pada ketimpangan dalam status kesehatan. Lebih jauh, kondisi ini membuka risiko ketidakseimbangan sistemik, di mana ketiga aktor utama dalam sistem pembiayaan kesehatan, yaitu negara, masyarakat, dan sektor swasta (asuransi komersial), tidak berada dalam posisi saling menopang. Pemerintah menjadi satu-satunya aktor dominan yang memikul beban pembiayaan melalui JKN, sementara masyarakat tidak terdorong untuk melakukan upaya proteksi tambahan, dan sektor swasta tidak memiliki ruang untuk berkembang karena persepsi publik bahwa JKN sudah cukup. Jika dibiarkan, ketidakseimbangan ini dapat menyebabkan ketergantungan struktural pada pembiayaan negara, yang sangat rentan terhadap gejolak fiskal. Dalam jangka panjang, ini juga bisa menghambat reformasi manfaat JKN, karena ruang fiskal yang terbatas membuat negara tidak bisa menambah layanan atau memperbaiki kualitas tanpa menaikkan iuran atau memangkas subsidi. Sistem pembiayaan kesehatan yang ideal seharusnya dibangun atas prinsip gotong royong lintas aktor, bukan bergantung sepenuhnya pada dana publik.

Munculnya Teka-Teki Perilaku (The Behavioral Puzzle)

Secara hukum, tersedia opsi bagi peserta JKN untuk meningkatkan perlindungan melalui Asuransi Kesehatan Tambahan. Namun, dalam praktiknya, tingkat partisipasi masyarakat dalam program asuransi tambahan masih tergolong sangat rendah. Otoritas Jasa Keuangan (OJK), dalam Roadmap Perasuransian Indonesia 2023–2027, mencatat bahwa tingkat penetrasi, densitas, dan inklusi asuransi di Indonesia masih tertinggal, bahkan dibandingkan dengan negara-negara ASEAN lainnya, seperti Vietnam, Filipina, Malaysia,

Thailand, dan Singapore. Padahal, tren peningkatan biaya kesehatan dan masih adanya celah proteksi dalam program JKN seharusnya menjadi insentif rasional bagi masyarakat untuk mencari perlindungan tambahan.

Secara logis, segmen masyarakat berpendapatan menengah ke atas, yang memiliki kemampuan finansial dan tingkat kesadaran risiko yang lebih tinggi, seharusnya menjadi motor penggerak utama pasar asuransi komersial ini. Mereka adalah kelompok yang paling merasakan kebutuhan untuk meningkatkan kenyamanan rawat inap atau mengakses layanan kesehatan yang lebih cepat di luar sistem rujukan JKN. Akan tetapi, realitas di lapangan menunjukkan adanya anomali yang menarik. Pertumbuhan pasar asuransi komplementer tidak secepat yang diperkirakan, dan banyak individu dari kelompok yang mampu ini tetap puas dengan proteksi dasar mereka. Kesenjangan ini menimbulkan pertanyaan mendasar: **mengapa masyarakat tidak mengambil keputusan untuk meningkatkan proteksi kesehatannya, meskipun terdapat opsi rasional untuk melakukannya?**

Melampaui Penjelasan Ekonomi Tradisional

Kerangka ekonomi tradisional mungkin akan menjelaskan fenomena ini melalui faktor-faktor seperti harga premi yang tinggi atau kurangnya informasi mengenai produk. Meskipun valid, penjelasan ini terasa kurang lengkap karena tidak mampu menjawab mengapa individu yang telah terpapar informasi dan memiliki dana yang cukup tetap memilih untuk tidak bertindak. Untuk menjawab pertanyaan ini, penelitian ini bergerak melampaui asumsi pilihan rasional dan menggunakan lensa Ekonomi Perilaku (Behavioural Economics). Penulis berhipotesis bahwa penghalang terbesar bukanlah lagi faktor ekonomi murni, melainkan friksi psikologis yang tidak terlihat. Penelitian ini secara spesifik akan menginvestigasi bias perilaku yang diduga kuat menjadi penghalang utama. Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk membedah dan mengukur pengaruh dari faktor sosio-ekonomi dan bias perilaku dalam keputusan kepemilikan asuransi tambahan di luar JKN. Temuan dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan rekomendasi berbasis bukti yang lebih tajam bagi para pembuat kebijakan, regulator, dan pelaku industri asuransi untuk merancang intervensi yang mampu mengatasi hambatan perilaku, bukan hanya hambatan ekonomi.

Tinjauan Literatur

Asuransi Kesehatan

Menurut Undang-Undang Nomor 2 Tahun 1992, asuransi atau pertanggungan adalah perjanjian yang dibuat oleh dua pihak atau lebih, di mana pihak penanggung berkomitmen kepada pihak tertanggung untuk memberikan penggantian kerugian, kerusakan, kehilangan keuntungan yang diharapkan, atau tanggung jawab hukum kepada pihak ketiga, sebagai akibat dari suatu peristiwa yang belum pasti. Sebagai imbalannya, pihak tertanggung membayar premi asuransi kepada penanggung. Selain itu, perjanjian asuransi juga dapat berupa pembayaran yang didasarkan pada meninggal atau hidupnya seseorang yang menjadi objek pertanggungan.

Selain asuransi konvensional, terdapat pula pengertian asuransi sosial, yaitu program asuransi yang diselenggarakan secara wajib berdasarkan Undang-undang, dengan tujuan memberikan perlindungan dasar bagi kesejahteraan masyarakat. Sesuai Pasal 2, usaha asuransi merupakan usaha jasa keuangan yang menghimpun dana masyarakat melalui pengumpulan premi asuransi untuk memberikan perlindungan terhadap kemungkinan timbulnya kerugian akibat suatu peristiwa yang tidak pasti, atau terhadap hidup dan meninggalnya seseorang. Dengan demikian, asuransi berperan sebagai mekanisme perlindungan finansial yang tidak hanya melindungi individu dari risiko tertentu, tetapi juga berfungsi sebagai instrumen penting dalam mendukung kesejahteraan dan stabilitas ekonomi masyarakat secara lebih luas.

Preferensi Risiko (*Expected Utility Theory & Prospect Theory*)

Preferensi risiko adalah kecenderungan individu dalam mengambil keputusan di bawah ketidakpastian. Dalam psikologi, hal ini merujuk pada pilihan yang berpotensi memberikan keuntungan namun disertai risiko kerugian, termasuk perilaku berisiko bagi fisik dan mental seperti penggunaan narkoba atau tindakan kriminal (Steinberg, 2013). Dalam ekonomi, preferensi risiko mengacu pada kecenderungan memilih tindakan dengan variasi hasil moneter yang lebih besar, baik untung maupun rugi (Harrison & Rutström, 2008). Menurut *Expected Utility Theory* (von Neumann & Morgenstern, 1944), individu membuat keputusan berdasarkan rata-rata tertimbang utilitas yang diharapkan dari setiap pilihan. Utilitas, bukan nilai moneter, menjadi tolok ukur utama, dan bentuk kurva utilitas menggambarkan tipe preferensi risiko: **risk averse** memiliki kurva *concave* karena utilitas tambahan menurun saat kekayaan bertambah; **risk tolerant** memiliki kurva *convex* yang menunjukkan utilitas meningkat seiring kekayaan; sedangkan **risk neutral** memiliki kurva linear dan mendasarkan keputusan pada *expected value* semata (Eckel & Grossman, 2008). Selain itu, terdapat **status quo bias**, yaitu kecenderungan mempertahankan pilihan yang ada meskipun terdapat alternatif lebih menguntungkan (Samuelson & Zeckhauser, 1988). Dalam *Prospect Theory*, bias ini dijelaskan melalui konsep *loss aversion*, yaitu sensitivitas yang lebih besar terhadap kerugian dibandingkan keuntungan, sehingga kerugian memberi dampak psikologis lebih kuat dan mendorong individu untuk tetap pada pilihan yang ada (Kahneman & Tversky, 1979).

Literatur menunjukkan bahwa preferensi individu terhadap asuransi dapat dibentuk oleh bias persepsi yang menyimpang dari ekspektasi rasional. Sejumlah penelitian menyoroti bahwa individu sering kali tidak membuat keputusan secara objektif, melainkan berdasarkan persepsi yang bias atau keliru terhadap risiko dan manfaat asuransi. Dalam konteks ini, framing effect atau pengaruh status quo menjadi relevan. Keputusan konsumen dalam memilih jenis asuransi sering kali dipengaruhi oleh opsi default yang disediakan, bukan karena pilihan tersebut sesuai dengan preferensi aktual mereka. Misalnya, asuransi (dalam hal ini seperti JKN) mungkin lebih banyak dipilih karena merupakan opsi default, bukan karena lebih disukai secara intrinsik (Krieger & Felder, 2013). Individu yang bersikap risk averse juga diyakini lebih mungkin keluar dari jebakan status quo dan memilih perlindungan asuransi yang sesuai dengan preferensinya. Temuan ini diperkuat oleh Rapi et al. (2025) yang mengkaji bahwa sikap terhadap risiko menjadi prediktor penting dalam perilaku pengambilan keputusan asuransi, dimana mereka dengan kelompok dengan preferensi risiko penghindar lebih cenderung untuk memiliki asuransi kesehatan.

Variabel Penjelas Lainnya

Permintaan terhadap asuransi tidak hanya ditentukan oleh faktor pendapatan dan risiko, tetapi juga dipengaruhi oleh sejumlah variabel lainnya, baik dari sisi psikologis, sosial, budaya, maupun karakteristik demografis. **Pendapatan** secara konsisten memang ditemukan sebagai prediktor positif terhadap kepemilikan asuransi. Browne dan Kim (1993) mencatat bahwa kelompok berpendapatan tinggi cenderung memiliki kapasitas finansial yang lebih baik untuk membeli asuransi swasta, selain dari perlindungan yang disediakan oleh negara. Hal ini memperkuat asumsi bahwa permintaan asuransi bersifat elastis terhadap daya beli. Namun, sejumlah faktor lainnya seperti, **Jumlah anggota keluarga** atau ukuran rumah tangga juga berkontribusi terhadap permintaan asuransi. Giri dan Chatterjee (2021) menunjukkan bahwa rumah tangga yang lebih besar cenderung lebih sadar akan risiko finansial, sehingga memiliki insentif yang lebih besar untuk memiliki perlindungan asuransi kesehatan. Hal ini dikaitkan dengan meningkatnya potensi beban biaya kesehatan akibat jumlah anggota yang lebih banyak dalam rumah tangga. **Usia dan jenis kelamin** juga turut menentukan kecenderungan seseorang dalam memiliki asuransi kesehatan. Studi oleh Donkers et al. (2001) dan Dohmen et al. (2011) mengindikasikan bahwa peningkatan usia terkait dengan peningkatan kesadaran akan risiko kesehatan, yang pada akhirnya meningkatkan permintaan terhadap asuransi. Selain itu, perempuan ditemukan lebih cenderung memiliki asuransi dibandingkan laki-laki, terutama karena persepsi risiko kesehatan dan peran mereka dalam pengelolaan kesehatan keluarga.

Status perkawinan memiliki pengaruh penting. Wang et al. (2023) menunjukkan bahwa individu yang menikah lebih mungkin untuk membeli asuransi kesehatan komersial dibandingkan yang belum

menikah, karena pertimbangan perlindungan terhadap anggota keluarga. Di sisi lain, Lavelle dan Smock (2012) menemukan bahwa perempuan yang mengalami perceraian memiliki risiko lebih tinggi untuk tidak memiliki asuransi kesehatan, bahkan ketika mereka telah menikah kembali. Risiko tertinggi terjadi segera setelah perceraian, mengindikasikan adanya keterputusan perlindungan akibat peristiwa keluarga. **Pendidikan** menjadi faktor penentu yang signifikan. Dewar (1998) menemukan bahwa individu dengan tingkat pendidikan tinggi lebih mungkin memiliki perlindungan asuransi sepanjang tahun, khususnya yang disponsori oleh perusahaan. Pendidikan berperan sebagai alat mobilitas sosial sekaligus perlindungan terhadap risiko kesehatan dan ekonomi. **Status pekerjaan** berperan penting dalam mengakses asuransi, terutama di pasar tenaga kerja formal. Buric et al. (2017) menunjukkan bahwa individu yang bekerja lebih mungkin memiliki asuransi, baik melalui perusahaan maupun secara mandiri, dibandingkan dengan mereka yang tidak bekerja. Akses terhadap asuransi sering kali melekat pada hubungan kerja, terutama di sektor formal.

Faktor lainnya yang juga relevan adalah **agama**. Agama juga dapat memengaruhi sikap terhadap asuransi. Wasaw (1986) dan Zelizer (1979) menjelaskan bahwa di negara-negara mayoritas Muslim, asuransi jiwa dan kesehatan menghadapi resistensi budaya karena dianggap bertentangan dengan prinsip ketergantungan pada Tuhan. Secara empiris, Wasaw (1986) menemukan bahwa negara-negara Islam memiliki tingkat konsumsi asuransi yang lebih rendah dibandingkan negara non-Islam. Terakhir, Penelitian ini akan memasukkan **tempat tinggal** sebagai prediktor yang turut memengaruhi akses dan kesadaran terhadap asuransi. Yao et al. (2024) menemukan bahwa penduduk perkotaan memiliki kemungkinan lebih besar untuk memiliki asuransi dibandingkan penduduk pedesaan, karena keterjangkauan terhadap fasilitas kesehatan, paparan terhadap informasi, dan akses terhadap penyedia jasa keuangan yang lebih luas. Dengan demikian, seluruh prediktor diharapkan dapat melihat dan mengukur pengaruh dari faktor sosio-ekonomi dan bias perilaku dalam keputusan kepemilikan asuransi tambahan di luar JKN yang menjadi pemain tunggal utama dalam sejarah asuransi di Indonesia.

3. Metodologi

Penelitian ini menggunakan data IFLS (Indonesian Family Life Survey) yang dikumpulkan oleh RAND Corporation sejak 1993. IFLS mencakup 83 persen populasi Indonesia, dengan sampel lebih dari 30.000 orang dari 13 provinsi. Penelitian ini menggunakan data IFLS gelombang kelima (2014), dengan sampel individu yang memiliki setidaknya satu jenis asuransi kesehatan. Setelah melakukan seluruh tahapan prapemrosesan data mencakup pembersihan data (*data cleaning*), integrasi data (*data integration*), transformasi data (*data transformation*), dan reduksi data (*data reduction*), total seluruh sampel dalam penelitian ini adalah sebanyak 10.755 individu. Adapun operasionalisasi variabel dalam penelitian ini sebagai berikut:

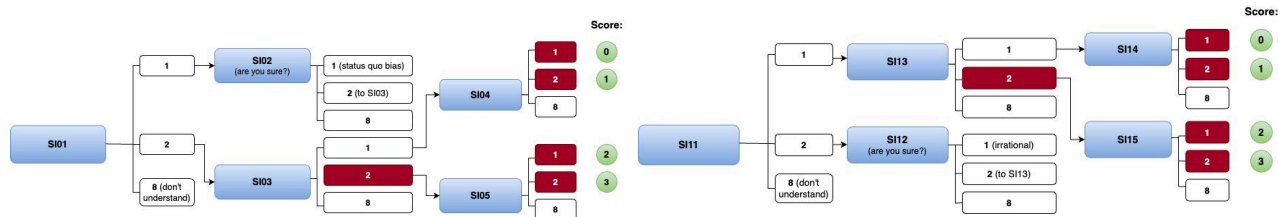
Tabel 1. Variable Operationalization

Variabel	Definisi	Kode IFLS	Unit	Pengukuran	Referensi	Hubungan
Variabel Dependen						
Insurance	Kategori kepemilikan asuransi kesehatan baik satu atau lebih jenis perlindungan kesehatan, baik yang disediakan oleh negara, perusahaan, maupun swasta.	Buku 3B seksi AK	Kategori	0= Hanya memiliki asuransi JKN 1= Memiliki Asuransi tambahan (Swasta)	-	-
Variabel Independen						
Risk_Preference	Kategori sikap pengambilan keputusan berdasarkan skor dari set pertanyaan <i>hypothetical gambling</i> .	Buku 3A seksi SI	Kategori	0= Status Quo Bias 1= Risk Averse 2= Risk Tolerance	Krieger & Felder (2013), Rapi et al. (2025)	Positive (1)
Family_Size	Jumlah individu yang tinggal bersama dalam satu unit keluarga, baik yang memiliki hubungan darah, pernikahan, atau hubungan sosial lainnya.	Buku K seksi AR	Individu	Numerik	Giri & Chatterjee (2021)	Positive

Variabel	Definisi	Kode IFLS	Unit	Pengukuran	Referensi	Hubungan
Age	Usia responden.	Buku K seksi AR	Tahun	Numerik	Donkers et al. (2001), Dohmen et al. (2011)	Positive
Gender	Kategori jenis kelamin responden.	Buku K seksi AR	Kategori	0= Laki-laki 1= Perempuan	Dohmen et al. (2011)	Positive (1)
Education	Kategori dummy tingkat pendidikan tertinggi yang diselesaikan individu.	Buku K seksi AR	Kategori	0= Tidak Sekolah 1= SD Sederajat 2= SMP Sederajat 3= SMA Sederajat 4= Universitas (Diploma dan Sarjana)	Dewar (1998)	Positive (4)
Marital_Status	Kategori dummy status perkawinan responden.	Buku K seksi AR	Kategori	0= Belum Menikah 1= Menikah 2= Pernah Menikah	Wang et al. (2023), Lavelle & Smock (2012)	Positive (1) Negative (2)
Income_Group	Kategori dummy jumlah pendapatan responden dalam 12 bulan terakhir.	Buku K seksi AR	Kategori	0= No Income 1= Low income 2= Middle income 3= High income	Browne & Kim (1993)	Positive (3)
Occupational_Status	Status pekerjaan individu yang menunjukkan posisi atau aktivitas utama dalam pasar tenaga kerja.	Buku K seksi AR	Kategori	0= Tidak Bekerja 1= Bekerja	Buric et al. (2017)	Positive (1)
Religion		Buku K Seksi AR	Kategori	0= Lainnya 1= Islam	Wasaw (1986)	Negative (1)
Living_Area	Kategori dummy area tempat tinggal responden.	Buku K seksi SC	Kategori	0=Rural area 1=Urban area	Yao et al. (2024)	Positive (1)

Notes: **Hubungan** mengacu pada **kategori spesifik** dalam variabel independen yang memiliki pengaruh terhadap kategori **1 pada variabel Insurance**, yaitu kepemilikan asuransi tambahan (komersial/swasta). Contoh: Positive (3) pada variabel Income_Group berarti individu dengan **pendapatan tinggi (kategori 3)** cenderung lebih mungkin memiliki asuransi komersial (kategori 1 pada Insurance).

Penelitian ini mengadopsi metode elisitasi dari Anandari & Nuryakin (2019) dan Diza et al. (2022) dengan pemberian skor berdasarkan kombinasi pilihan responden. Pada Gambar 3, pertanyaan SI01 menawarkan pilihan Rp800.000,- per bulan atau opsi berisiko dengan peluang Rp1.600.000,- atau Rp800.000,-. Jika memilih opsi berisiko, responden lanjut ke SI03 yang memuat insentif dan penalti; semakin berisiko pilihan, semakin tinggi skor. Jika memilih Rp800.000,- di SI01 dan SI02, responden dikategorikan sebagai individu yang status quo, yaitu bertahan pada pilihan yang sama meskipun diberikan insentif lebih tinggi dalam pada pilihan lainnya.



Gambar 3. Elisitasi Preferensi Risiko

Sumber: Anandari & Nuryakin (2019); Diza, et al. (2022), telah diolah kembali

Skor pada setiap set pertanyaan berkisar 0–3. Tabel 2, merangkum 16 kombinasi tingkat penghindaran risiko. Risk Averse (RA) mencakup skor total 0–3 dengan kombinasi 2–1 atau 1–2, yang menunjukkan ketidakkonsistenan dalam memilih opsi berisiko dan kecenderungan menghindari risiko. Risk Tolerant (RT) mencakup skor total 3–6, dengan pengecualian skor total 3 yang berasal dari kombinasi 3–0 atau 0–3, karena menunjukkan kecenderungan menerima risiko pada salah satu set meskipun tidak konsisten di set lainnya. Sementara itu, kategori Status Quo tidak termasuk dalam kategori Risk Averse maupun Risk Tolerant.

Tabel 2. Kategori Preferensi Risiko Individu

Set A	Set B			
	0	1	2	3
0	RA	RA	RA	RT
1	RA	RA	RA	RT
2	RA	RA	RT	RT
3	RT	RT	RT	RT

Penelitian ini akan menggunakan metode statistik deskriptif dan inferensial. Penelitian ini menggunakan data cross section dengan model regresi logistik. Regresi logit merupakan teknik analisis yang efektif digunakan ketika variabel dependen bersifat dikotomis (Peng et al., 2002). Menurut Gujarati (2008), model regresi logistik adalah sebagai berikut:

$$Li = \ln \left(\frac{Pi}{1-Pi} \right) = \beta_0 + \beta_1 Xi + \varepsilon_i$$

dimana:

P : Probabilitas bahwa variabel dependen (Y) = 1

$1-P$: Probabilitas bahwa variabel dependen (Y) = 0

β_0 : Rasio odds saat $X=0$, konstanta

β_1 : Koefisien variabel penjelas atau perubahan L saat X berubah 1 unit

X : Variabel penjelas

ε : Variabel penjelas lainnya yang tidak dimasukkan kedalam model

i : orang ke i

Dengan memasukkan variabel-variabel yang digunakan, maka model untuk penelitian ini menjadi:

$$Li = \left(\ln \frac{P}{1-P} \right) = \beta_0 + \beta_1 Risk_Preference1.0 + \beta_2 Risk_Preference2.0 + \beta_3 Age + \beta_4 Family_Size + \beta_5 Gender + \beta_6 Religion + \beta_7 Occupational_Status + \beta_8 Income_Group1.0 + \beta_9 Income_Group2.0 + \beta_{10} Income_Group3.0 + \beta_{11} Marital_Status1.0 + \beta_{12} Marital_Status2.0 + \beta_{13} Education1.0 + \beta_{14} Education2.0 + \beta_{15} Education3.0 + \beta_{16} Education4.0 + \beta_{17} Living_Area + \varepsilon$$

Hasil dan Pembahasan

Statistik Deskriptif

1. Variabel Kategorikal

Variabel		Insurance			
		Jumlah		Persentase	
		0	1	0	1
Gender	Male	5026	745	87.09	12.91
	Female	4150	834	83.27	16.73
Religion	Others	1058	235	81.83	18.17
	Islam	8118	1344	85.8	14.2
Living_Area	Rural	3023	336	90	10
	Urban	6153	1243	83.19	16.81
Income_Group	No Income	3350	342	90.74	9.26
	Low	2241	125	94.72	5.28
	Middle	2070	371	84.8	15.2
	High	1515	741	67.15	32.85
Risk_Preference_Binary	Risk Averse	5018	967	83.84	16.16
	Status Quo	2491	300	89.25	10.75
	Risk Tolerance	1667	312	84.23	15.77
Marital_Status	Single	1937	374	83.82	16.18
	Married	6505	1144	85.04	14.96
	Previously Married	734	61	92.33	7.67
Education	No School	1383	51	96.44	3.56
	Elementary	2031	113	94.73	5.27
	Junior HS	1919	264	87.91	12.09
	Senior HS	2766	779	78.03	21.97
	University	1077	372	74.33	25.67
Occupational_Status	Unemployed	3326	338	90.78	9.22
	Employed	5850	1241	82.5	17.5

Berdasarkan hasil crosstabulation, terdapat beberapa temuan penting terkait faktor-faktor yang memengaruhi kepemilikan asuransi. Pertama, pendapatan menjadi faktor pembeda yang paling signifikan. Kelompok dengan pendapatan tinggi (High income) memiliki tingkat kepemilikan asuransi tertinggi, yaitu sebesar 32,85%, lebih dari dua kali lipat rata-rata keseluruhan (14,68%). Sebaliknya, kelompok Low income (5,28%) dan No income (9,26%) memiliki proporsi kepemilikan yang sangat rendah, mengindikasikan bahwa keterbatasan kemampuan finansial menjadi hambatan utama.

Kedua, tingkat pendidikan menunjukkan hubungan positif dengan kepemilikan asuransi. Responden tanpa pendidikan formal hanya memiliki tingkat kepemilikan asuransi sebesar 3,56%, sedangkan lulusan universitas mencapai 25,67%. Lonjakan kepemilikan mulai terlihat signifikan pada tingkat Senior High School (21,97%), yang menunjukkan bahwa semakin tinggi pendidikan, semakin besar kesadaran dan kemampuan untuk memiliki asuransi.

Ketiga, lokasi tempat tinggal memengaruhi kepemilikan asuransi. Responden yang tinggal di wilayah perkotaan memiliki tingkat kepemilikan sebesar 16,81%, lebih tinggi dibandingkan mereka yang tinggal di pedesaan (10,00%). Hal ini kemungkinan disebabkan oleh akses yang lebih mudah terhadap produk asuransi dan paparan informasi yang lebih tinggi di perkotaan.

Keempat, status pekerjaan berhubungan erat dengan kepemilikan asuransi. Responden yang bekerja (Employed) memiliki tingkat kepemilikan sebesar 17,50%, hampir dua kali lipat dibandingkan mereka yang tidak bekerja (Unemployed) dengan 9,22%. Hal ini bisa terkait dengan program asuransi yang disediakan oleh tempat kerja atau kestabilan penghasilan.

Terakhir, faktor demografi lain menunjukkan pengaruh yang lebih moderat. Perempuan memiliki tingkat kepemilikan yang sedikit lebih tinggi (16,73%) dibanding laki-laki (12,91%). Selain itu, kelompok non-muslim memiliki tingkat kepemilikan asuransi yang lebih tinggi (18,17%) dibandingkan muslim

(14,20%). Secara keseluruhan, pendapatan, pendidikan, lokasi tinggal, dan status pekerjaan merupakan faktor yang paling menentukan perbedaan kepemilikan asuransi, sedangkan gender dan agama berpengaruh dalam skala yang lebih kecil.

2. Variabel Numerik

	Age	Family_Size
count	10755	10755
mean	37.664714	3.340121
std	14.805499	1.604863
min	15	1
25%	26	2
50%	36	3
75%	47	4
max	101	11

Berdasarkan statistik deskriptif untuk variabel numerik Age dan Family_Size, terdapat beberapa poin penting. Pertama, usia responden bervariasi cukup luas, mulai dari 15 tahun hingga 101 tahun, dengan rata-rata 37,66 tahun. Sebagian besar responden berada dalam kelompok usia produktif, terlihat dari nilai median (36 tahun) dan kuartil ketiga (47 tahun). Sebaran yang cukup besar (std 14,80) menunjukkan adanya keragaman yang signifikan dalam distribusi usia, termasuk partisipasi responden muda maupun lansia.

Kedua, ukuran keluarga rata-rata adalah 3,34 anggota, dengan nilai tengah (median) 3 orang. Mayoritas responden memiliki keluarga berukuran kecil hingga menengah (kuartil pertama 2 orang dan kuartil ketiga 4 orang). Namun, terdapat beberapa kasus keluarga besar hingga 11 anggota, meskipun jarang terjadi. Secara umum, distribusi ini menunjukkan bahwa sebagian besar responden adalah individu usia produktif dengan keluarga kecil-menengah, yang berpotensi memiliki pola kebutuhan asuransi berbeda dibandingkan keluarga besar atau lansia.

Statistik Inferensial

Variabel	Koefisien (β)	Odds Ratio	p-value	Interpretasi Sederhana
Intercept	-2.009	0.13	0.000	Peluang dasar (tanpa variabel lain) sangat rendah untuk memiliki asuransi swasta/tambahan.
Age	-0.0296	0.97	0.000	Setiap kenaikan 1 tahun umur menurunkan peluang punya asuransi swasta sekitar 3%.
Family_Size	-0.0398	0.96	0.034	Keluarga lebih besar sedikit menurunkan peluang memiliki asuransi swasta.
Gender_1.0	-0.0716	0.93	0.263	Perbedaan gender tidak signifikan terhadap kepemilikan asuransi swasta.
Religion_1.0	-0.1804	0.84	0.032	Kelompok ini punya peluang ~16% lebih rendah memiliki asuransi swasta (signifikan).
Living_Area_1	0.2664	1.31	0.000	Tinggal di area urban meningkatkan peluang punya asuransi swasta sekitar 31%.
Income_Group_1.0	-0.8249	0.44	0.144	Pendapatan rendah cenderung menurunkan peluang, tapi tidak signifikan.
Income_Group_2.0	0.1026	1.11	0.855	Tidak ada perbedaan signifikan dibanding baseline.
Income_Group_3.0	0.9063	2.47	0.106	Pendapatan tinggi punya peluang 2,47× lebih besar, namun tidak signifikan di 5%.
Risk_Preference_Binary_1.0	-0.1677	0.85	0.026	Individu dengan status quo menurunkan peluang kepemilikan asuransi swasta secara signifikan.
Risk_Preference_Binary_2.0	-0.0978	0.91	0.201	Tidak signifikan secara statistik.
Marital_Status_1.0	0.2363	1.27	0.009	Status menikah meningkatkan peluang punya asuransi swasta sekitar 27%.
Marital_Status_2.0	0.2009	1.22	0.262	Tidak signifikan.
Education_1.0	-0.0013	1	0.994	Tidak ada pengaruh dibanding baseline.

Education_2.0	0.6803	1.97	0.000	Pendidikan menengah meningkatkan peluang hampir 2× lipat.
Education_3.0	1.0883	2.97	0.000	Pendidikan SMA meningkatkan peluang hampir 3× lipat.
Education_4.0	1.0267	2.79	0.000	Pendidikan universitas meningkatkan peluang hampir 2,8× lipat.
Occupational_Status_1.0	0.5228	1.69	0.351	Arah positif tapi tidak signifikan secara statistik.

Temuan paling fundamental dari penelitian ini adalah konfirmasi kuat terhadap hipotesis sentral: hambatan adopsi asuransi lebih bersifat psikologis daripada ekonomi. Hal ini terlihat jelas dari hasil regresi, di mana kapasitas ekonomi yang diwakili oleh kelompok pendapatan (Income Group) tidak terbukti signifikan secara statistik pada semua kategori pendapatan. Meskipun kelompok pendapatan tertinggi (Income Group 3) memiliki odds ratio 2,47 kali lebih besar untuk memiliki asuransi tambahan dibandingkan baseline, nilai $p=0,106$ menunjukkan efek ini belum cukup kuat untuk dinyatakan signifikan. Fakta bahwa kemampuan finansial tidak otomatis berujung pada pembelian proteksi menunjukkan adanya hambatan lain yang lebih dominan. Sebaliknya, beberapa faktor non-ekonomi terbukti berpengaruh signifikan. Misalnya, preferensi risiko (Risk_Preference_Binary_1.0) menunjukkan bahwa individu dengan status quo bias memiliki peluang 15% lebih rendah untuk memiliki asuransi swasta, dan efek ini signifikan ($p=0,026$). Artinya, kecenderungan psikologis untuk mempertahankan kondisi yang ada menjadi penghalang nyata, bahkan ketika kemampuan finansial memadai. Temuan ini mengimplikasikan bahwa keputusan untuk membeli asuransi bukanlah sekadar kalkulasi untung-rugi finansial, melainkan juga sangat dipengaruhi oleh dorongan internal untuk merasa aman atau keengganan keluar dari kebiasaan yang ada.

Selain faktor psikologis, karakteristik demografis tertentu juga signifikan mempengaruhi kepemilikan asuransi. Usia yang lebih tua ($\beta=-0.0296$; $OR=0.97$; $p<0.001$) menurunkan peluang kepemilikan asuransi, sementara tinggal di area urban ($OR=1.31$; $p<0.001$), berstatus menikah ($OR=1.27$; $p=0.009$), serta memiliki pendidikan menengah hingga universitas (OR antara 1,97–2,97; $p<0.001$) meningkatkan peluang kepemilikan asuransi secara signifikan. Temuan ini menunjukkan bahwa lingkungan, status sosial, dan tingkat pendidikan memiliki peran penting, meski sifatnya lebih ke faktor pendukung daripada faktor utama. Dengan demikian, “pasar yang hilang” dari kalangan menengah ke atas bukanlah pasar yang tidak mampu, melainkan pasar yang terjebak dalam inersia psikologis atau status quo bias. Tanpa adanya pemicu internal yang kuat, seperti kecenderungan risk averse, mereka cenderung tidak bertindak dan tetap mengandalkan proteksi dasar (JKN), meskipun secara rasional mereka mampu dan berpotensi membutuhkan perlindungan tambahan. Hambatan berupa kerumitan memilih produk, keengganan mengubah kebiasaan, serta bias kognitif terbukti menjadi penghalang yang lebih dominan daripada harga premi itu sendiri.

Pendidikan sebagai Katalisator Pengambilan Keputusan

Selain faktor psikologis murni, tingkat pendidikan (*Education*) muncul sebagai salah satu prediktor terkuat dan paling konsisten dalam model. Pengaruhnya bersifat gradual dan signifikan: dibandingkan dengan baseline (tidak sekolah), individu dengan pendidikan menengah ($OR=1,97$; $p<0,001$), SMA ($OR=2,97$; $p<0,001$), dan universitas ($OR=2,79$; $p<0,001$) memiliki peluang yang jauh lebih besar untuk memiliki asuransi swasta. Pengaruh pendidikan ini melampaui sekadar “pengetahuan produk”. Dalam lensa ekonomi perilaku, pendidikan yang lebih tinggi berfungsi sebagai katalisator kognitif yang membantu individu mengatasi berbagai bias:

- **Mengatasi Kompleksitas:** Pendidikan membekali individu dengan kemampuan memproses informasi yang rumit dan abstrak, seperti detail polis asuransi, sehingga mengurangi *cognitive load* yang sering menjadi penghalang.
- **Mengurangi Present Bias:** Individu berpendidikan cenderung memiliki orientasi masa depan yang lebih kuat, sehingga lebih menghargai manfaat jangka panjang dari pengorbanan jangka pendek (membayar premi).

- **Meningkatkan Salience Risiko:** Pendidikan meningkatkan kesadaran dan kemampuan membayangkan risiko masa depan, membuatnya terasa lebih nyata dan mendesak untuk dimitigasi.

Dengan demikian, pendidikan bukan hanya tentang mengetahui “apa itu asuransi”, tetapi juga menyediakan perangkat mental untuk menavigasi proses pengambilan keputusan yang kompleks dan sarat bias.

Pengaruh Konteks Sosial dan Tahapan Kehidupan

Faktor demografis lain yang signifikan juga memberikan wawasan tambahan yang sejalan dengan kerangka perilaku:

- **Status Pernikahan (*Marital_Status_1.0*):** Individu menikah memiliki peluang $1,27\times$ lebih besar untuk memiliki asuransi swasta ($p=0,009$). Ketika seseorang menikah, potensi kerugian finansial akibat sakit tidak lagi hanya berdampak pada diri sendiri, tetapi juga pada pasangan/keluarga. Peningkatan *loss aversion* ini menjadi pendorong kuat untuk mencari proteksi.
- **Lingkungan Perkotaan (*Living_Area_1*):** Tinggal di area urban meningkatkan peluang kepemilikan asuransi sebesar 31% ($p<0,001$). Hal ini dapat diatribusikan pada norma sosial dan *peer effects*. Di kota, perencanaan keuangan dan kepemilikan asuransi lebih sering dibicarakan dan dipraktikkan, sehingga menormalisasi perilaku tersebut.
- **Usia dan Ukuran Keluarga (*Age & Family_Size*):** Setiap kenaikan usia setahun menurunkan peluang memiliki asuransi sebesar 3% ($p<0,001$), dan keluarga yang lebih besar sedikit menurunkan peluang tersebut ($OR=0,96$; $p=0,034$). Hal ini dapat mengindikasikan efek *scarcity mindset*, di mana tekanan kebutuhan finansial sehari-hari dengan banyak tanggungan membuat asuransi jangka panjang menjadi prioritas lebih rendah.

Secara keseluruhan, hasil analisis ini menegaskan bahwa untuk memahami keputusan adopsi asuransi komplementer, kita perlu bergerak melampaui penjelasan ekonomi tradisional. Keputusan ini bukanlah hasil kalkulasi rasional sederhana, melainkan proses kompleks yang dipengaruhi oleh **profil psikologis individu, kapasitas kognitif yang dibentuk pendidikan, dan konteks sosial** yang membentuk norma serta persepsi risiko. Anomali pasar yang muncul bukanlah anomali kemampuan bayar, melainkan anomali tindakan, berakar pada friksi dan bias perilaku yang mendalam.

Kesimpulan

Penelitian ini menegaskan bahwa hambatan utama dalam adopsi asuransi komersial di Indonesia lebih bersifat psikologis dan perilaku dibandingkan faktor ekonomi murni. Kemampuan finansial, yang diwakili oleh kelompok pendapatan, tidak terbukti signifikan memengaruhi kepemilikan asuransi tambahan. Meskipun kelompok pendapatan tertinggi memiliki peluang $2,47\times$ lebih besar dibanding baseline, efek ini tidak signifikan secara statistik ($p=0,106$).

Sebaliknya, preferensi risiko menjadi salah satu penentu penting. Individu dengan risk preference tertentu, khususnya kelompok status quo bias, menunjukkan kecenderungan lebih rendah untuk memiliki asuransi swasta ($OR=0,85$; $p=0,026$) dibandingkan kelompok acuan. Temuan ini menggarisbawahi bahwa keputusan berasuransi tidak selalu lahir dari kalkulasi rasional finansial, melainkan dipengaruhi oleh dorongan psikologis dan kecenderungan mempertahankan kondisi yang ada.

Selain faktor psikologis, pendidikan muncul sebagai katalisator paling kuat dalam pengambilan keputusan asuransi. Dibandingkan dengan individu tanpa pendidikan formal, mereka yang berpendidikan menengah memiliki peluang hampir dua kali lipat ($OR=1,97$; $p<0,001$), SMA hampir tiga kali lipat ($OR=2,97$; $p<0,001$), dan universitas $2,79\times$ lebih besar ($p<0,001$) untuk memiliki asuransi swasta. Pendidikan yang lebih tinggi membantu individu mengatasi kompleksitas informasi, mengurangi present bias, dan meningkatkan salience risiko jangka panjang.

Faktor sosial-demografis juga berperan penting: individu yang menikah memiliki peluang 27% lebih besar ($p=0,009$) dan tinggal di perkotaan 31% lebih besar ($p<0,001$) untuk memiliki asuransi swasta. Sebaliknya, usia yang lebih tua (penurunan $\sim 3\%$ per tahun; $p<0,001$) dan ukuran keluarga yang lebih besar ($OR=0,96$; $p=0,034$) justru menurunkan kecenderungan berasuransi, kemungkinan akibat keterbatasan alokasi sumber daya di tengah kebutuhan rumah tangga yang tinggi.

Secara keseluruhan, keputusan membeli asuransi komersial merupakan hasil interaksi antara profil psikologis, kapasitas kognitif, dan konteks sosial, bukan sekadar kalkulasi untung-rugi finansial. Anomali pasar yang ditemukan adalah anomali tindakan, di mana inersia psikologis dan bias perilaku menjadi penghalang utama, bukan keterbatasan kemampuan bayar.

Saran

Berdasarkan temuan penelitian ini, terdapat sejumlah implikasi praktis dan strategis yang dapat dipertimbangkan oleh pemangku kepentingan, baik dari sisi pembuat kebijakan, penyedia layanan asuransi, maupun masyarakat.

1. Mengatasi Hambatan Perilaku dengan Menyederhanakan Pilihan dan Meningkatkan Pemahaman

Narasi utamanya adalah bahwa adopsi asuransi tambahan di Indonesia tidak terhambat oleh faktor ekonomi, melainkan oleh friksi psikologis seperti kebingungan dan persepsi yang keliru. Oleh karena itu, solusinya adalah intervensi dua arah. **Pertama, pemerintah perlu menyederhanakan produk asuransi** dengan mewajibkan standardisasi produk komplementer ke dalam beberapa tingkatan yang mudah dipahami, seperti "JKN-Plus Bronze, Silver, dan Gold," lengkap dengan terminologi yang seragam dan portal perbandingan resmi. **Kedua, standardisasi ini harus didukung oleh edukasi publik yang masif dan terarah** untuk mengoreksi persepsi bahwa "JKN sudah cukup". Kampanye ini harus secara proaktif mengomunikasikan batasan JKN dan menargetkan masyarakat pada momen-momen penting dalam hidup (seperti menikah atau memiliki anak) ketika kesadaran akan risiko meningkat. Dengan menyederhanakan pilihan dan meluruskan pemahaman, hambatan mental untuk membeli proteksi tambahan dapat diatasi secara efektif.

2. Transformasi Insentif Pajak: Dari Subsidi Pasif menjadi Pemicu Tindakan

Rekomendasi kebijakan fiskal berfokus pada pergeseran strategi insentif pajak, dari model subsidi umum yang kurang efektif menjadi pemicu tindakan (*behavioral nudge*) yang lebih tepat sasaran. Penelitian menunjukkan bahwa hambatan utama adopsi asuransi tambahan di Indonesia bukanlah keterbatasan finansial, melainkan inersia psikologis atau *status quo bias* yang membuat masyarakat enggan bertindak meskipun mampu. Oleh karena itu, insentif konvensional seperti potongan pajak tahunan dinilai tidak efisien karena lebih banyak menguntungkan nasabah yang sudah ada. Sebaliknya, diusulkan sebuah **insentif pajak yang bersifat sekali seumur hidup (*one-time tax credit*) yang diberikan khusus bagi pembeli pertama kali**. Tujuan insentif ini bukan untuk mensubsidi biaya secara berkelanjutan, melainkan untuk memberikan dorongan kuat guna mengatasi hambatan psikologis dalam mengambil keputusan awal. Pendekatan ini diyakini lebih efisien dalam penggunaan anggaran negara dan lebih efektif dalam memperluas basis kepesertaan pasar asuransi komplementer dengan menargetkan langsung pada akar masalah, yaitu keraguan untuk bertindak.

Penelitian ini memberikan gambaran penting mengenai faktor-faktor yang memengaruhi kepemilikan asuransi di Indonesia, namun data yang digunakan berasal dari IFLS-5 yang dikumpulkan beberapa tahun lalu. Mengingat dinamika sosial, ekonomi, dan perilaku masyarakat yang terus berubah, disarankan bagi peneliti selanjutnya untuk melakukan penelitian lanjutan dengan data terbaru melalui observasi langsung (*observant*) di masa kini. Pendekatan ini akan memungkinkan analisis yang lebih relevan dengan kondisi aktual, sekaligus memberikan landasan yang lebih kuat bagi perumusan kebijakan dan strategi pengembangan pasar asuransi di Indonesia.

Daftar Pustaka

- Browne, M. J., & Kim, K. (1993). An international analysis of life insurance demand. *The Journal of Risk and Insurance*, 60(4), 616–634. <https://doi.org/10.2307/253382>
- Buric, M. N., Bacovic, M., Cerovic, J., & Bozovic, M. L. (2017). Factors influencing life insurance market development in Montenegro. *Periodica Polytechnica Social and Management Sciences*, 25(2), 141–149. <https://doi.org/10.3311/PPso.10049>
- Development (New York: New York University Press).
- Dewar, D. M. (1998). Do those with more formal education have better health insurance opportunities? *Economics of Education Review*, 17(3), 267–277. [https://doi.org/10.1016/s0272-7757\(97\)00034-4](https://doi.org/10.1016/s0272-7757(97)00034-4)
- Dohmen, T., A. Falk, D. Huffman, U. Sunde, J. Schupp (2011). "Individual Risk Attitudes: Measurement, Determinants and Behavioral Consequences," *Journal of the European Economic Association* 9(3): 522-550.
- Donkers, B., B. Melenberg, and A. Van Soest (2001) "Estimating Risk Attitudes Using Lotteries: A Large Sample Approach," *Journal of Risk and Uncertainty* 22(2): 165-195
- Eckel, C. C. (2019). Measuring individual risk preferences. IZA World of Labor, ISSN 2054-9571, Institute of Labor Economics (IZA), Bonn. <https://doi.org/10.15185/izawol.454>
- Giri, M., & Chatterjee, D. (2021). Factors affecting changes in insured status of rural and urban households: A study over two time periods in India. *IIMB Management Review*, 33(4), 360–371. <https://doi.org/10.1016/j.iimb.2021.12.004>
- Harrison, Glenn W., and E. Elisabet Rutström (2008). "Risk Aversion in the Laboratory." *Research in Experimental Economics*, Vol. 12: Risk Aversion in Experiments, edited by James C. Cox and Glenn W. Harrison, pp. 41–196. Bingley, UK: Emerald.
- Kahneman, D., & Tversky, A. (1979). Prospect theory: An analysis of decision under risk. *Econometrica*, 47(2), 263–291. <https://doi.org/10.2307/1914185>
- Krieger, M., & Felder, S. (2013). Can decision biases improve insurance outcomes? an experiment on status quo bias in health insurance choice. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10(6), 2560–2577. <https://doi.org/10.3390/ijerph10062560>
- Launching Pedoman selisih Biaya Kesehatan. (n.d.). Retrieved August 5, 2025, from <https://kemkes.go.id/id/launching-pedoman-selisih-biaya-kesehatan>
- Lavelle, B., & Smock, P. J. (2012). Divorce and women's risk of health insurance loss. *Journal of Health and Social Behavior*, 53(4), 413–431. <https://doi.org/10.1177/0022146512465758>
- Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). (2004). Private health insurance in OECD countries: The benefits and costs for individuals and health systems (OECD Health Working Papers No. 15). OECD.
- Otoritas Jasa Keuangan. (2023). Roadmap Perasuransian Indonesia 2023–2027. Direktorat Pengembangan IKNB dan Inovasi Keuangan Digital, Departemen Pengaturan dan Pengembangan IKNB, Otoritas Jasa Keuangan.
- Perpres no. 59 tahun 2024. (n.d.). Database Peraturan | JDIH BPK. Retrieved August 4, 2025, from <https://peraturan.bpk.go.id/Details/285181/perpres-no-59-tahun-2024>
- Rapi, K., Priyarsono, D. S., Jahroh, S., & Bakhtiar, T. (2025). A cross-sectional study of risk aversion and life insurance demand at the country level. *Journal of Risk and Financial Management*, 18(3), 121. <https://doi.org/10.3390/jrfm18030121>
- Samuelson, W., & Zeckhauser, R. (1988). Status quo bias in decision making. *Journal of Risk and Uncertainty*, 1(1), 7–59. <https://doi.org/10.1007/BF00055564>
- Samuelson, W., & Zeckhauser, R. (1988). Status quo bias in decision making. *Journal of risk and uncertainty*, 1(1), 7-59.
- Steinberg, L. 2013. The Influence of Neuroscience on US Supreme Court Decisions about Adolescents' Criminal Culpability. *Nature Reviews: Neuroscience*, 14(7), 513-518. <https://doi.org/10.1038/nrn3509>
- Sudahkah Anda Mengetahui Hubungan Jamkesda, Jamkesmas, JKN, KIS, KJS dan BPJS? (n.d.). Ayo Sehat Kementerian Kesehatan RI. Retrieved August 5, 2025, from <https://ayosehat.kemkes.go.id/sudahkah-anda-mengetahui-hubungan-jamkesda-jamkesmas-jkn-kis-kjs-dan-bpjs>
- Utomo, T. S. (2012). The pharmaceutical patent protection impact on Indonesia drugs price. *Mimbar Hukum - Fakultas Hukum Universitas Gadjah Mada*, 21(3), 426. <https://doi.org/10.22146/jmh.16278>
- UU no. 2 tahun 1992. (n.d.). Database Peraturan | JDIH BPK. Retrieved August 14, 2025, from <https://peraturan.bpk.go.id/Details/46594/uu-no-2-tahun-1992>
- UU no. 40 tahun 2004. (n.d.). Database Peraturan | JDIH BPK. Retrieved August 4, 2025, from <https://peraturan.bpk.go.id/Details/40787>
- Wang, X., Jia, H., Yan, Y., & Zhang, R. (2023). Will marriage promote insurance purchase? — empirical evidence on the effect of marital status on family's demand for commercial personal insurance in China. *Emerging Markets Finance and Trade*, 59(7), 2298–2312. <https://doi.org/10.1080/1540496x.2023.2172318>
- Wasaw, Bernard, and Raymond D. Hill, 1986, *The Insurance Industry in Economic*
- World Bank. (n.d.). *Current health expenditure per capita (current US\$): Indonesia* [Indicator SH.XPD.CHEX.PC.CD]. Retrieved [tanggal akses], from <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.CHEX.PC.CD>
- World Bank. (n.d.). *Out-of-pocket health expenditure per capita, PPP (current international \$): Indonesia* [Indicator SH.XPD.OOPC.PP.CD]. Retrieved [tanggal akses], from <https://data.worldbank.org/indicator/SH.XPD.OOPC.PP.CD?locations=ID>
- Yao, J., & Kurmaj, A. (2024, April 30). The impact of urbanization and economic development on health insurance performance: Evidence from China. EnPress Publisher. https://www.researchgate.net/publication/380208623_The_impact_of_urbanization_and_economic_development_on_health_insurance_performance_Evidence_from_China