

Economic Bulletin – Issue 64

Discovering Gender Gap in Indonesia's Insurance Industry

- Berdasarkan data Susenas 2023 menunjukkan bahwa perempuan memiliki tingkat keluhan kesehatan, morbiditas, dan unmet need layanan kesehatan yang lebih tinggi dibandingkan laki-laki, terutama di wilayah perdesaan. Hal ini menegaskan bahwa perempuan merupakan kelompok yang lebih rentan dalam sistem kesehatan nasional.
- Terdapat Kesenjangan Gender dan Intra-Gender dalam Kepemilikan Asuransi Kesehatan. Meskipun kepemilikan asuransi publik di kalangan perempuan relatif tinggi, proporsi perempuan dalam kepemilikan asuransi privat (asuransi kantor dan swasta) masih lebih rendah dibandingkan laki-laki. Selain itu, kesenjangan juga terjadi di antara kelompok perempuan sendiri dimana perempuan yang tidak bekerja atau berada di sektor informal memiliki tingkat kepemilikan asuransi yang jauh lebih rendah dibandingkan perempuan yang bekerja di sektor formal.
- Kepemilikan asuransi kesehatan di kalangan perempuan sangat dipengaruhi oleh faktor seperti pendidikan, usia, pendapatan, status pernikahan, jumlah anggota rumah tangga, lokasi tempat tinggal, literasi, penggunaan TIK, layanan keuangan, kebiasaan merokok, dan pengalaman kehamilan. Pengaruh faktor-faktor ini berbeda tergantung status pekerjaan dan sektor kerja perempuan.
- Tingkat literasi Asuransi yang Rendah Menghambat Pemanfaatan di Kalangan Perempuan. Sebagian besar perempuan yang tidak menggunakan asuransi saat berobat menyatakan tidak tahu cara menggunakan asuransi atau mengalami kendala prosedural. Tingkat literasi yang rendah ini berdampak pada rendahnya pemanfaatan asuransi kesehatan, meskipun mereka telah menjadi peserta aktif.

Ibrahim Kholilul
Rohman
Ibrahim.kholilul@ifg.id
Senior Research Associate
/ SKSG Universitas
Indonesia

Rosi Melati
Rosi.melati@ifg.id
Research Associate

Kleovan Nathanael
Gunawan
kleovan.nathanael@ui.ac.id
Research Assistant

Pendahuluan

Analisis Gender Gap dalam Health Vulnerabilities dan Kepemilikan Asuransi

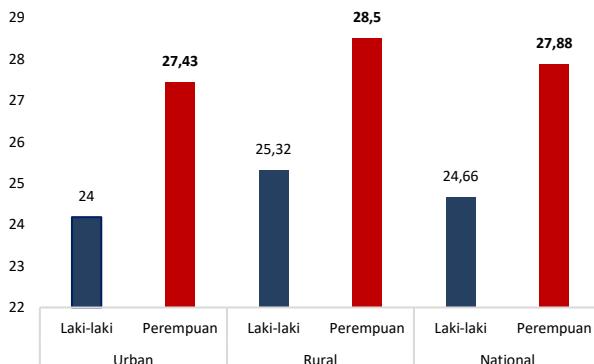
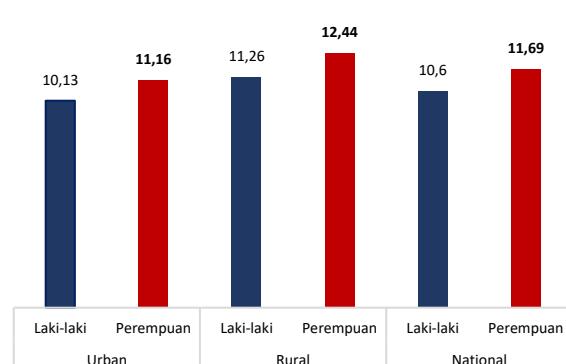
Di Indonesia, gender merupakan salah satu faktor kunci yang mempengaruhi kesehatan, karena norma, peran, dan tanggung jawab antar gender berinteraksi dengan faktor biologis menentukan tingkat paparan individu terhadap penyakit dan risiko kesehatan (WHO, 2021). Kesehatan perempuan memiliki peran strategis dalam menentukan kualitas kesehatan di berbagai tingkatan, mulai dari individu, keluarga, hingga komunitas (Christiani et al., 2017). Namun, perempuan sering menghadapi keterbatasan akses terhadap layanan kesehatan, termasuk asuransi kesehatan, dibandingkan laki-laki (Gumber, 2001; Merzel, 2000). Di banyak negara, tantangan ini diperparah oleh faktor ekonomi, di mana biaya layanan kesehatan yang tinggi menjadi penghalang utama bagi kelompok masyarakat berpenghasilan rendah (WHO, 2012).

Di sisi lain, perempuan di Indonesia seringkali menjadi kelompok yang lebih rentan (Laksono et al., 2022). Mereka tidak hanya harus memenuhi peran domestik, tetapi juga berpartisipasi dalam dunia kerja untuk mencari nafkah, sehingga mengalami tekanan ganda dari kedua aspek tersebut (Megatsari et al., 2021). Tantangan dalam menyeimbangkan tugas rumah tangga dan tanggung jawab pekerjaan ini menambah kompleksitas dalam upaya mencapai kesejahteraan yang setara. Dalam konteks asuransi, kesenjangan peran ini turut berkontribusi pada ketidakmerataan akses dan perlindungan finansial, sehingga penting untuk mengkaji kondisi dan faktor yang mempengaruhi kesenjangan dalam kepemilikan maupun dampak dari asuransi antar gender.

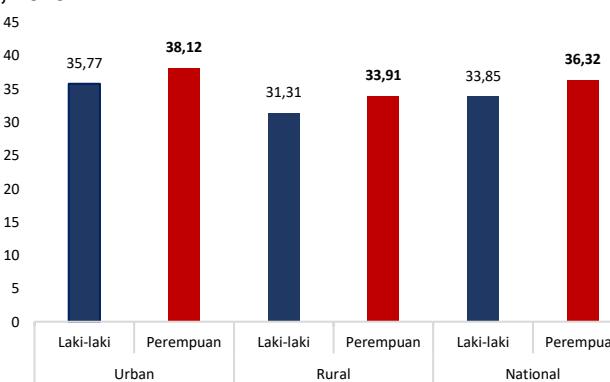
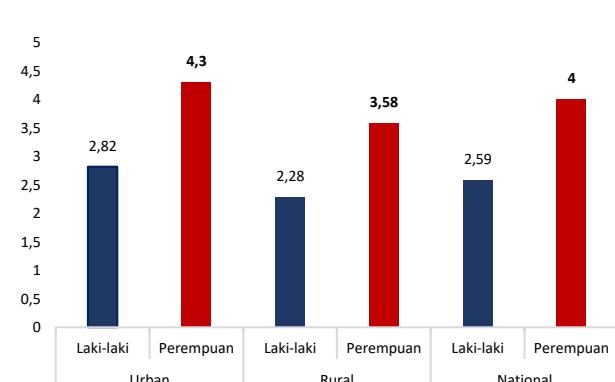
Kajian Empiris Survei Sosial Ekonomi Nasional : Kepemilikan Asuransi Kesehatan pada Kalangan Perempuan

Kajian empiris menunjukkan bahwa kepemilikan asuransi kesehatan di kalangan perempuan masih jauh dari merata, dengan berbagai faktor sosial-ekonomi sebagai determinan utama. Variabel seperti usia, tingkat pendidikan, kondisi ekonomi, status pekerjaan, status perkawinan, etnisitas, ukuran keluarga, serta keberadaan penyakit kronis berkontribusi terhadap kesenjangan dalam kepemilikan asuransi (Mhere, 2013; Montez et al., 2009; Pardo & Schott, 2014). Disparitas ini mencerminkan kompleksitas tantangan dalam industri asuransi yang belum sepenuhnya responsif terhadap kebutuhan spesifik perempuan.

Berdasarkan data Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS) tahun 2023, perempuan memiliki tingkat vulnerabilities yang lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Secara persentase, perempuan memiliki keluhan kesehatan yang lebih tinggi dibandingkan laki-laki dengan angka yang lebih tinggi bagi perempuan yang tinggal di perdesaan (Exhibit 1). Keluhan kesehatan didefinisikan oleh BPS sebagai keadaan seseorang yang mengalami gangguan kesehatan atau kejiwaan, baik karena gangguan/penyakit yang sering dialami penduduk seperti panas, pilek, diare, pusing, sakit kepala, maupun karena penyakit akut, penyakit kronis. Secara keseluruhan, perempuan juga memiliki angka kesakitan atau morbidity rate yang lebih tinggi dibandingkan laki-laki baik secara urban, rural, maupun nasional, dengan angka tertinggi di wilayah rural (Exhibit 2).

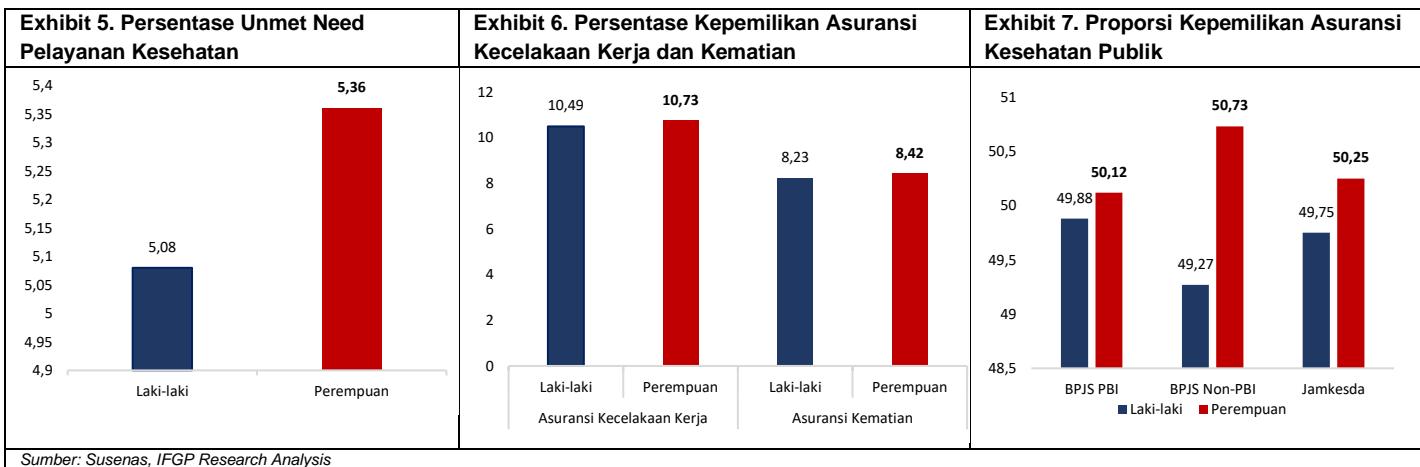
Exhibit 1. Perbandingan Keluhan Kesehatan Berdasarkan Gender (%), 2023

Exhibit 2. Perbandingan Morbidity Rate Berdasarkan Gender (%), 2023

Sumber: SUSENAS, IFGP Research Analysis

Temuan ini diperkuat pada Exhibit 3, yang menunjukkan bahwa persentase perempuan yang mengalami keluhan kesehatan dan pernah menjalani rawat jalan mencapai 36,32% secara nasional, lebih tinggi dibandingkan laki-laki yang berada di angka 33,85%. Selain itu, dari sisi layanan rawat inap, persentase perempuan yang pernah dirawat inap secara nasional juga sedikit lebih tinggi, yaitu 4%, dibandingkan dengan 2,59% pada laki-laki (Exhibit 4).

Exhibit 3. Perbandingan Penduduk dengan Keluhan Kesehatan dan Pernah Rawat Jalan Berdasarkan Gender (%), 2023

Exhibit 4. Perbandingan Penduduk yang Pernah Rawat Inap Berdasarkan Gender (%), 2023

Sumber: SUSENAS, IFGP Research Analysis

Meskipun perempuan menunjukkan tingkat kerentanan (vulnerabilities) yang lebih tinggi, mereka juga mengalami unmet need layanan kesehatan dalam proporsi yang lebih besar dibandingkan laki-laki. Unmet need merujuk pada individu yang mengalami keluhan kesehatan yang mengganggu aktivitas, namun tidak memperoleh pengobatan. Persentase perempuan dalam kategori ini mencapai 5,36%, sedikit lebih tinggi dibandingkan laki-laki sebesar 5,08% (Exhibit 5). Hal ini mencerminkan ketimpangan akses kesehatan antar gender yang membutuhkan perhatian khusus seperti inklusivitas dalam coverage asuransi kesehatan.

Menariknya, dalam hal kepemilikan asuransi kecelakaan kerja dan asuransi kematian, perempuan tercatat memiliki persentase sedikit lebih tinggi dibandingkan laki-laki. Persentase kepemilikan asuransi kecelakaan kerja pada perempuan mencapai 10,73%, dibandingkan 10,49% pada laki-laki. Sementara itu, kepemilikan asuransi kematian tercatat sebesar 8,42% pada perempuan, lebih tinggi dibandingkan laki-laki sebesar 8,23% (Exhibit 6). Namun, angka ini masih jauh lebih rendah dibandingkan dengan rata-rata persentase secara global yang mencapai 49% bagi perempuan menurut LIMRA (2023). Selanjutnya, dalam persentase kepemilikan asuransi kesehatan publik yang terdiri dari BPJS PBI (penerima bantuan iuran), BPJS Non PBI, dan Jamkesda, perempuan memiliki proporsi yang lebih tinggi dibandingkan laki-laki.



Sumber: Susenas, IFGP Research Analysis

Kepesertaan program asuransi kesehatan publik, perempuan terpantau memiliki proporsi yang sedikit lebih tinggi dari laki-laki. Dari 119 juta peserta BPJS PBI, 50,12% adalah perempuan; dari 65 juta peserta BPJS Non-PBI, 50,73% adalah perempuan; dan dari 17 juta peserta Jamkesda, 50,25% merupakan perempuan. Namun, hal ini tidak berlanjut pada skema asuransi kesehatan privat, yang mencakup asuransi swasta dan asuransi kantor. Dalam kategori ini, perempuan justru memiliki tingkat kepemilikan yang lebih rendah dibandingkan laki-laki (Exhibit 7). Dari 1,5 juta pemilik Asuransi Swasta, 51,43% diantaranya adalah laki-laki; dan dari 7 juta pemilik Asuransi Kantor, 51,81% diantaranya adalah laki-laki (Exhibit 8).

Berdasarkan data SUSENAS 2023, dari total 138 juta perempuan di Indonesia, 41,8% tercatat sebagai peserta BPJS PBI. Sebanyak 23,1% menggunakan BPJS Non-PBI, 5,8% tercakup dalam Jamkesda, 2,4% memiliki asuransi kesehatan dari kantor, dan hanya 0,5% yang memiliki asuransi swasta. Sementara itu, masih ada 26,3% perempuan yang belum memiliki perlindungan asuransi kesehatan sama sekali (Exhibit 9). Perlu diperhatikan bahwa sebagian perempuan mungkin memiliki lebih dari satu jenis asuransi, sehingga total persentase kepemilikan tidak bersifat eksklusif.

Exhibit 8. Proporsi Kepemilikan Asuransi Kesehatan Privat Berdasarkan Gender (%), 2023

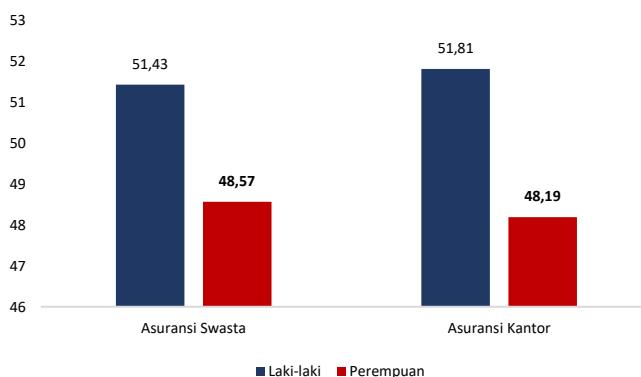
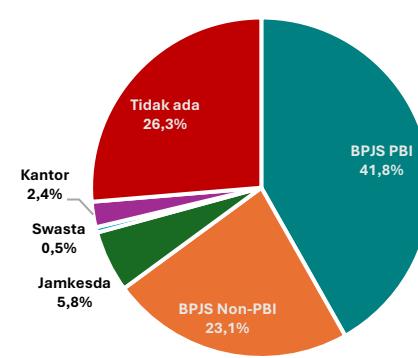


Exhibit 9. Proporsi Kepemilikan Asuransi Kesehatan Perempuan (%), 2023



Sumber: SUSENAS, IFGP Research Analysis

Penggunaan Asuransi Kesehatan dan Tingkat Literasi

Selain analisis kepemilikan asuransi kesehatan, selanjutnya akan dibahas mengenai kaitan penggunaan asuransi kesehatan dan tingkat literasi. Berdasarkan proporsi penduduk yang melakukan rawat inap, terdapat 58,79% perempuan yang tidak menggunakan asuransi kesehatan untuk rawat inap sedangkan laki-laki hanya mencapai 41,21% (Exhibit 10). Di antara kelompok perempuan yang tidak

menggunakan asuransi kesehatan saat menjalani rawat inap, sebanyak 54,39% menyatakan tidak mengetahui cara menggunakan asuransi tersebut, sementara pada kelompok laki-laki angkanya lebih rendah, yakni 45,61%. Selain itu, 59,87% perempuan menyatakan mengalami kendala dalam memenuhi prosedur atau persyaratan administrasi untuk memanfaatkan layanan asuransi kesehatan. Temuan-temuan ini mencerminkan adanya kesenjangan literasi asuransi kesehatan antara perempuan dan laki-laki. Oleh karena itu, diperlukan peningkatan literasi asuransi bagi perempuan, untuk mewujudkan akses layanan kesehatan yang inklusif dan setara.

Tren yang serupa juga ditunjukkan dalam proporsi penduduk yang melakukan rawat jalan, dimana terdapat 53,5% perempuan yang tidak menggunakan asuransi kesehatan sedangkan laki-laki hanya 46,5%. Dari mereka yang tidak menggunakan asuransi kesehatan, 55,3% perempuan tidak tahu cara menggunakan asuransi kesehatan untuk rawat jalan, sementara itu 54,4% perempuan mengaku sulit untuk memenuhi prosedur/persyaratan dalam menggunakan asuransi kesehatan untuk rawat jalan (Exhibit 11).

Exhibit 10. Proporsi Rawat Inap Tanpa Menggunakan Asuransi Kesehatan dan Alasannya Berdasarkan Gender (%), 2023

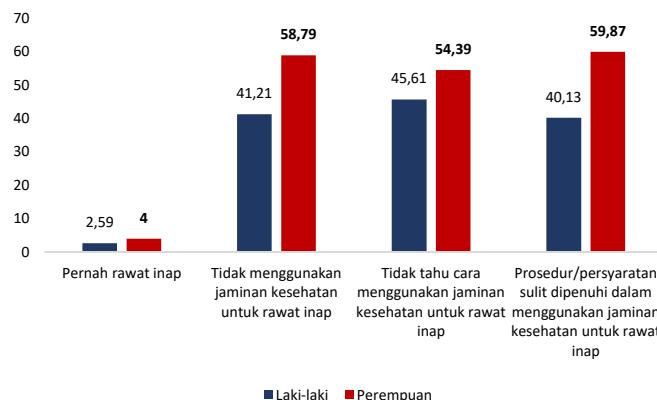
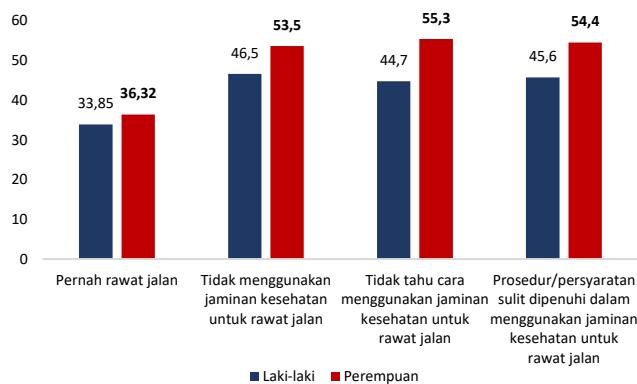


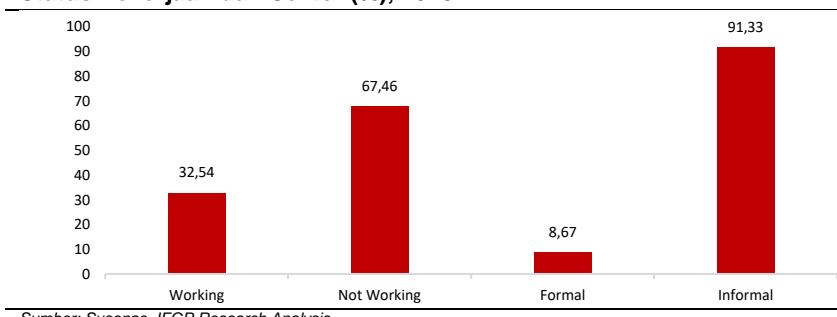
Exhibit 11. Proporsi Rawat Jalan Tanpa Menggunakan Asuransi Kesehatan dan Alasannya Berdasarkan Gender (%), 2023



Sumber: Susenas, IFGP Research Analysis

Selain terdapat kesenjangan antar gender dalam kepemilikan asuransi kesehatan, persentase perempuan yang tidak memiliki asuransi kesehatan intra gender juga menunjukkan adanya kesenjangan berdasarkan status bekerja dan sektor pekerjaan. Exhibit 12 menunjukkan proporsi perempuan tanpa asuransi kesehatan berdasarkan status bekerja dimana dari 37,5 juta perempuan yang tidak memiliki asuransi kesehatan, 67,46% merupakan perempuan yang tidak bekerja dan hanya 32,54% yang merupakan perempuan yang bekerja.

Exhibit 12. Proporsi Perempuan Tanpa Asuransi Kesehatan Berdasarkan Status Pekerjaan dan Sektor (%), 2023



Disparitas ini juga semakin terlihat signifikan dimana berdasarkan status pekerjaan, 91,33% perempuan yang tidak memiliki asuransi kesehatan merupakan perempuan yang bekerja di sektor informal, sementara itu hanya 8,67% yang bekerja di sektor formal. Hal ini menekankan adanya ketimpangan tidak hanya antar gender tetapi

juga intra gender terutama bagi perempuan yang tidak bekerja serta yang bekerja di sektor informal. Sehingga, penting untuk memperluas inklusivitas akses asuransi kesehatan bagi perempuan yang tidak bekerja serta yang bekerja di sektor informal. Selanjutnya, setelah menganalisis kondisi kesenjangan dalam akses asuransi, penelitian ini akan mencoba menjelaskan faktor apa saja yang dapat mempengaruhi kepemilikan asuransi kesehatan bagi perempuan yang dapat memiliki implikasi dan rekomendasi kebijakan untuk meningkatkan kesetaraan dalam asuransi.

Determinan Kepemilikan Asuransi pada Perempuan

Berdasarkan tinjauan literatur, terdapat sejumlah variabel sosio-ekonomi yang konsisten digunakan untuk menganalisis kepemilikan polis asuransi kesehatan (Appendix 3). Variabel-variabel seperti usia, jenis kelamin, tingkat pendidikan, dan status pernikahan muncul di banyak studi (Akokuwebe & Idemudia, 2022; Laksono et al., 2021; Yamada et al., 2014; Kimani et al., 2014; Mulenga et al., 2021; Sari & Idris, 2019; Idris et al., 2017). Selain itu, aspek ekonomi seperti pendapatan rumah tangga, wealth index atau wealth status, dan status pekerjaan juga diidentifikasi sebagai determinan penting (Akokuwebe & Idemudia, 2022; Yamada et al., 2014; Duku, 2018; Wan et al., 2020; Owusu-Sekyere & Chiaraah, 2014; Dartanto et al., 2016). Penggunaan variabel-variabel ini mendukung analisis karena faktor-faktor tersebut berperan besar dalam menentukan kemampuan dan kecenderungan individu, khususnya perempuan, untuk mengakses dan memiliki asuransi kesehatan.

Selain itu, terdapat variabel yang berkaitan dengan karakteristik tempat tinggal, lingkungan, dan kondisi rumah tangga. Variabel seperti jenis tempat tinggal (urban atau rural), faktor geografis, dan wilayah digunakan untuk menangkap perbedaan konteks sosial-ekonomi dan infrastruktur antar daerah (Akokuwebe & Idemudia, 2022; Laksono et al., 2021; Kimani et al., 2014; Mulenga et al., 2021; Idris et al., 2017). Selain itu, karakteristik rumah tangga seperti jumlah anggota rumah tangga (Yamada et al., 2014; Wan et al., 2020; Kirigia et al., 2005; Dartanto et al., 2016) juga sering disertakan, karena variabel-variabel tersebut mencerminkan dinamika sosial dan ekonomi internal yang dapat mempengaruhi keputusan untuk memiliki asuransi.

Selanjutnya, terdapat variabel-variabel yang berhubungan dengan kondisi kesehatan, perilaku, dan akses terhadap informasi serta layanan kesehatan. Variabel seperti pengalaman sakit atau keluhan kesehatan, riwayat kehamilan, dan perilaku merokok menunjukkan aspek risiko kesehatan yang memotivasi kepemilikan asuransi (Yamada et al., 2014; Adjei-Mantey & Horioka, 2023; Duku, 2018; Sari & Idris, 2019; Idris et al., 2017).

Faktor-faktor yang berkaitan dengan akses informasi seperti literasi, penggunaan handphone, internet, dan layanan finansial turut disorot untuk menangkap peran teknologi dan informasi dalam meningkatkan pemahaman terhadap manfaat asuransi (Kimani et al., 2014; Mulenga et al., 2021; Dartanto et al., 2016). Tidak hanya itu, variabel-variabel yang berkaitan dengan faktor skema asuransi, seperti premi, persepsi manfaat, dan kualitas layanan kesehatan, juga diidentifikasi sebagai determinan penting dalam konteks kebijakan asuransi (Morgan et al., 2023). Kelompok variabel ini memberikan gambaran komprehensif tentang bagaimana faktor kesehatan, perilaku, dan akses informasi berkontribusi terhadap kepemilikan polis asuransi kesehatan.

Penelitian ini akan menganalisis determinan kepemilikan asuransi yang dibedakan menjadi asuransi kesehatan publik yang terdiri dari BPJS PBI, BPJS Non-PBI, dan Jamkesda serta asuransi kesehatan privat yang terdiri dari Asuransi Swasta dan Asuransi Kantor diantara perempuan yang bekerja (Working), tidak bekerja (Not

Working), bekerja di sektor formal, dan bekerja di sektor informal menggunakan data mikro di tingkat individu dari Survei Sosial Ekonomi Nasional (SUSENAS) Maret 2023 yang terdiri dari 1,2 juta sampel yang merepresentasikan penduduk Indonesia.

Definisi formal diadopsi dari BPS yaitu mereka yang bekerja dengan status kedudukan dalam pekerjaan kategori 3 (berusaha dibantu buruh tetap/buruh dibayar) dan kategori 4 (buruh/karyawan/pegawai). Sementara itu, informal adalah mereka yang bekerja dengan status kedudukan dalam pekerjaan kategori 1 (berusaha sendiri), 2 (berusaha dibantu buruh tidak tetap/buruh tidak dibayar), 5 (pekerja bebas), dan 6 (pekerja keluarga atau tidak dibayar).

Analisis statistik deskriptif untuk tiap kategori perempuan dan variabel sosio-ekonominya secara detail dilampirkan dalam Appendix 1. Operasionalisasi variabel dependen dan deskripsi variabel determinan kepemilikan asuransi kesehatan perempuan di Indonesia secara lebih lengkap dilampirkan dalam Appendix 2.

Exhibit 13. Hasil Logit Model Regression Determinan Kepemilikan Asuransi Kesehatan Perempuan

VARIABLES	Public				Private			
	(1) Working	(2) Not Working	(3) Formal	(4) Informal	(5) Working	(6) Not Working	(7) Formal	(8) Informal
Education	0.0621*** (4.26e-05)	-0.0250*** (3.60e-05)	0.109*** (5.32e-05)	-0.0375*** (3.60e-05)	0.0854*** (0.000166)	-0.00324*** (0.000127)	0.0982*** (0.000179)	-0.00513*** (0.000123)
Income	0.0145*** (0.000393)	0.144*** (0.000330)	0.0963*** (0.000486)	0.102*** (0.000334)	0.773*** (0.00126)	1.042*** (0.000993)	0.737*** (0.00134)	1.051*** (0.000964)
Age	0.0274*** (1.68e-05)	-0.00848*** (1.32e-05)	0.0133*** (2.32e-05)	0.00398*** (1.36e-05)	-0.00373*** (7.70e-05)	-0.0271*** (6.07e-05)	-0.00832*** (8.42e-05)	-0.0236*** (5.75e-05)
HH_Member	-0.0480*** (0.000157)	0.103*** (0.000129)	-0.0155*** (0.000206)	0.0815*** (0.000133)	0.0115*** (0.000637)	-0.0842*** (0.000487)	0.00514*** (0.000681)	-0.0891*** (0.000469)
Dummy_Married	-0.227*** (0.000672)	0.176*** (0.000595)	-0.459*** (0.000935)	0.147*** (0.000610)	0.0335*** (0.00296)	0.500*** (0.00270)	0.0316*** (0.00319)	0.452*** (0.00256)
Dummy_Urban	0.0495*** (0.000487)	0.244*** (0.000398)	0.307*** (0.000668)	0.108*** (0.000404)	0.489*** (0.00241)	0.888*** (0.00192)	0.487*** (0.00257)	0.867*** (0.00185)
Dummy_HealthComplaints	-0.0608*** (0.000518)	0.140*** (0.000430)	-0.0930*** (0.000694)	0.149*** (0.000440)	-0.310*** (0.00224)	-0.147*** (0.00172)	-0.285*** (0.00237)	-0.170*** (0.00166)
Dummy_Literacy	0.0984*** (0.00143)	0.0336*** (0.00115)	0.220*** (0.00305)	0.109*** (0.00120)	0.510*** (0.0217)	0.406*** (0.00885)	0.0535** (0.0209)	0.506*** (0.00891)
Dummy_Handphone	0.271*** (0.000814)	-0.0682*** (0.000644)	0.164*** (0.00148)	0.0919*** (0.000671)	0.0868*** (0.00779)	-0.334*** (0.00327)	0.187*** (0.00988)	-0.321*** (0.00318)
Dummy_Internet	0.0528*** (0.000740)	-0.00541*** (0.000604)	0.570*** (0.00123)	-0.190*** (0.000622)	1.214*** (0.00632)	0.445*** (0.00302)	1.579*** (0.00820)	0.455*** (0.00292)
Dummy_FinancialServices	0.614*** (0.000524)	-0.292*** (0.000483)	0.732*** (0.000627)	-0.243*** (0.000479)	0.678*** (0.00191)	-0.243*** (0.00173)	0.708*** (0.00202)	-0.193*** (0.00165)
Dummy_Smoking	0.391*** (0.00206)	-0.444*** (0.00196)	0.165*** (0.00288)	-0.214*** (0.00192)	0.525*** (0.00720)	-0.513*** (0.00967)	0.574*** (0.00753)	-0.454*** (0.00897)
Dummy_Pregnancy	0.647*** (0.000634)	-0.492*** (0.000551)	0.563*** (0.000884)	-0.261*** (0.000566)	0.619*** (0.00271)	-0.0134*** (0.00234)	0.592*** (0.00293)	0.0556*** (0.00223)
Constant	-3.388*** (0.00560)	-1.945*** (0.00472)	-6.092*** (0.00732)	-1.245*** (0.00479)	-19.02*** (0.0280)	-19.53*** (0.0167)	-18.47*** (0.0283)	-19.81*** (0.0164)
Observations	119,628,870	119,628,870	119,628,870	119,628,870	119,628,870	119,628,870	119,628,870	119,628,870

Standard errors in parentheses

*** p<0.01, ** p<0.05, * p<0.1

Sumber: Susenas, IFGP Research Analysis

Exhibit 13 menunjukkan hasil regresi logit model dalam bentuk marginal effects untuk analisis determinan kepemilikan asuransi kesehatan perempuan berdasarkan variabel-variabel sosio-ekonomi yang signifikan pada literatur sebelumnya. Kolom (1) hingga (4) menunjukkan determinan kepemilikan asuransi kesehatan publik untuk 4 kategori perempuan yaitu bekerja, tidak bekerja, bekerja di sektor formal, dan bekerja di sektor informal. Kolom (5) hingga (8) menunjukkan determinan kepemilikan asuransi kesehatan privat untuk 4 kategori perempuan yaitu bekerja, tidak bekerja, bekerja di sektor formal, dan bekerja di sektor informal. Variabel Education berpengaruh positif dan signifikan bagi perempuan yang bekerja dan sektor formal tetapi negatif signifikan bagi perempuan yang tidak bekerja dan sektor informal baik untuk asuransi kesehatan publik maupun privat. Hal ini karena mereka yang bekerja memiliki akses lebih baik terhadap informasi asuransi melalui tempat kerja, pendapatan yang lebih stabil, dan kesadaran lebih

tinggi akan manfaat perlindungan kesehatan (Kirui, 2014). Sebaliknya, bagi perempuan yang tidak bekerja atau berada di sektor informal, pendidikan tidak serta-merta meningkatkan kepemilikan asuransi. Faktor seperti ketidakstabilan pendapatan, kurangnya fasilitas asuransi dari tempat kerja, serta prioritas pengeluaran harian seringkali menghambat mereka, meski memiliki tingkat pendidikan yang tinggi. Hal ini juga didukung oleh pengaruh positif dan signifikan dari variabel Income terhadap seluruh kategori perempuan dan asuransi kesehatan yang menunjukkan pentingnya variabel ini dalam menjelaskan kepemilikan asuransi kesehatan bagi perempuan.

Usia (variabel age) berpengaruh positif dan signifikan terhadap kepemilikan asuransi publik bagi perempuan yang bekerja, baik pada sektor formal, maupun pada sektor informal sedangkan pengaruh negatif ditemukan bagi perempuan yang tidak bekerja. Hal ini dapat dijelaskan oleh adanya kebijakan yang mewajibkan pekerja untuk memiliki asuransi publik seperti BPJS. Selain itu, perempuan yang bekerja cenderung memiliki pendapatan yang stabil dan akses informasi yang lebih baik, sehingga seiring bertambahnya usia dan meningkatnya risiko kesehatan, mereka semakin menyadari pentingnya perlindungan asuransi. Sementara itu, usia berpengaruh negatif dan signifikan terhadap seluruh kategori perempuan dalam kepesertaan asuransi privat. Meskipun peningkatan usia dapat meningkatkan kesadaran akan risiko kesehatan, namun hal ini tidak serta merta dapat meningkatkan penetrasi asuransi Kesehatan. Pada kelompok usia yang lebih tua, terdapat kendala berupa keterbatasan pendapatan, khususnya bagi mereka yang sudah tidak produktif, serta tingkat premi asuransi yang cenderung meningkat seiring bertambahnya usia. Faktor-faktor ini dapat mengurangi kemampuan maupun minat untuk berpartisipasi dalam asuransi privat.

Jumlah anggota rumah tangga (ART) yang ditunjukkan dari variabel HH member memiliki pengaruh yang bervariasi terhadap kepemilikan asuransi perempuan. Kenaikan jumlah ART meningkatkan peluang memiliki asuransi publik bagi perempuan yang tidak bekerja maupun di sektor informal. Hal ini dapat dijelaskan karena semakin meningkatnya ART maka semakin besar beban dan risiko bagi perempuan yang tidak bekerja maupun di sektor informal karena ketidakstabilan pendapatan sehingga asuransi publik menjadi pilihan.

Sementara itu, dalam hal asuransi privat, kenaikan jumlah ART meningkatkan peluang memiliki asuransi privat bagi perempuan yang bekerja dan di sektor formal. Hal ini dapat dikaitkan dengan kestabilan pendapatan yang memungkinkan individu di sektor ini untuk melengkapi perlindungan dari asuransi publik atau asuransi kesehatan dari tempat kerja. Di banyak perusahaan sektor formal, manfaat asuransi kesehatan umumnya mencakup pasangan dan maksimal tiga anak. Ketika jumlah tanggungan dalam rumah tangga melebihi batas tersebut, kebutuhan akan perlindungan tambahan menjadi lebih mendesak. Dalam situasi seperti ini, asuransi privat menjadi pilihan rasional untuk memastikan seluruh anggota keluarga mendapatkan akses terhadap layanan kesehatan yang layak, terutama mengingat tingginya risiko biaya pengobatan yang tidak dijamin oleh skema asuransi yang ada.

Status pernikahan (variabel dummy *marriage*) pada kepemilikan asuransi publik bagi perempuan bekerja dan di sektor formal cenderung memiliki koefisien negatif karena mereka sering kali sudah mendapatkan perlindungan melalui skema keluarga atau dari pasangan (misalnya melalui program jaminan sosial atau BPJS yang mencakup anggota keluarga). Dengan demikian, insentif untuk memiliki polis asuransi kesehatan secara individu berkang, karena manfaat tambahan yang diperoleh dari asuransi publik sudah terpenuhi melalui cakupan keluarga.

Sebaliknya, di ranah asuransi privat, pernikahan menunjukkan pengaruh positif

karena asuransi privat biasanya dirancang untuk memberikan perlindungan tambahan yang lebih komprehensif bagi keluarga. Perempuan yang sudah menikah cenderung mencari perlindungan ekstra untuk mengamankan kesejahteraan keluarga secara lebih menyeluruh, sehingga mereka lebih terdorong untuk memiliki polis asuransi privat guna melengkapi cakupan dari asuransi publik atau untuk mengantisipasi kekurangan pada program pemerintah.

Tempat Tinggal (Variabel Dummy Urban) di perkotaan meningkatkan peluang untuk memiliki asuransi kesehatan baik publik maupun privat bagi seluruh kategori perempuan dibandingkan mereka yang tinggal di perdesaan. Hal ini karena akses dan infrastruktur finansial biasanya lebih tersedia di perkotaan dibandingkan wilayah desa sehingga dari sisi literasi dan inklusi asuransi menjadi lebih baik.

Hasil yang menarik dan counterintuitive juga terlihat dalam **keluhan kesehatan** yang ditunjukan pada variabel Dummy Health Complaints. Adanya keluhan kesehatan menurunkan peluang untuk memiliki asuransi kesehatan publik bagi perempuan bekerja dan sektor formal serta dalam asuransi kesehatan privat di seluruh kategori perempuan. Hal ini mungkin disebabkan masih rendahnya awareness dari manfaat dan pentingnya asuransi kesehatan terutama bagi mereka yang memiliki risiko kesehatan. Namun, bagi perempuan yang tidak bekerja dan sektor informal, adanya keluhan kesehatan justru meningkatkan peluang memiliki asuransi kesehatan publik yang dapat dijelaskan oleh mereka yang cenderung tidak stabil pendapatannya lebih mudah terkena shock yang lebih besar oleh adanya penyakit sehingga akan mengantisipasi dengan memegang polis asuransi publik.

Tingkat **literasi** meningkatkan peluang memiliki polis asuransi publik dan privat bagi seluruh kategori perempuan yang sejalan dengan penelitian terdahulu. Memiliki Handphone maupun Internet meningkatkan kemungkinan memiliki asuransi publik maupun privat bagi perempuan yang bekerja karena dengan adanya handphone dapat memudahkan akses informasi sehingga dapat lebih mengenal produk dan manfaat asuransi secara lebih mudah seperti dalam aplikasi One by IFG.

Hasil serupa juga ditemukan dalam variabel Dummy Financial Services atau **layanan keuangan**, dimana peningkatan layanan keuangan meningkatkan probabilitas memiliki asuransi kesehatan bagi perempuan pekerja dan sektor formal dibandingkan dengan mereka yang tidak menggunakan layanan keuangan. Sementara itu, pengaruh negatif justru ditemukan bagi perempuan yang tidak bekerja. Hal ini menunjukkan adanya perbedaan pengaruh dari TIK (Teknologi Informasi dan Komunikasi) sehingga memerlukan kebijakan khusus untuk mengatasi adanya perbedaan dalam akses, penggunaan, dan keterampilan TIK antar kategori perempuan agar manfaat positif dari digitalisasi dapat diterima secara merata bagi seluruh kalangan.

Merokok (variable smoking) meningkatkan peluang memiliki asuransi publik maupun privat bagi perempuan yang bekerja dan di sektor formal. Hal ini karena merokok dapat meningkatkan risiko kesehatan, sehingga mereka mengantisipasi dengan memiliki coverage asuransi kesehatan. Hasil ini tidak terlihat bagi perempuan yang tidak bekerja dan di sektor informal karena masih rendahnya kesadaran dan akses maupun pendapatan.

Terakhir, perempuan yang pernah mengalami Pregnancy atau **Kehamilan** cenderung meningkatkan peluang kepemilikan asuransi publik maupun privat bagi mereka yang bekerja dan sektor formal. Hal ini karena besarnya biaya maternity care yang dihadapi sehingga perlu di-cover melalui asuransi kesehatan.

Pendidikan berpengaruh positif bagi perempuan yang bekerja di sektor formal karena akses informasi, pendapatan yang stabil, dan kesadaran akan manfaat asuransi, sedangkan efeknya negatif bagi perempuan yang tidak bekerja atau berada di sektor informal akibat ketidakstabilan pendapatan dan prioritas pengeluaran harian. Usia juga meningkatkan kepemilikan asuransi publik bagi perempuan yang bekerja, sementara justru menurunkan kepemilikan asuransi privat di seluruh kategori karena keterbatasan akses dan sumber daya. Selain itu, variabel lain seperti literasi, penggunaan TIK, layanan keuangan, merokok, dan pengalaman kehamilan turut memainkan peran signifikan dalam mempengaruhi keputusan memiliki polis asuransi.

Secara keseluruhan, melalui analisis determinan kepemilikan asuransi kesehatan dari 119 juta perempuan, terdapat beberapa temuan yang menunjukkan adanya perbedaan faktor determinan antar kategori perempuan. Hasil analisis menunjukkan bahwa determinan penting dalam kepemilikan asuransi kesehatan di kalangan perempuan meliputi **pendidikan, usia, pendapatan, jumlah anggota rumah tangga, status pernikahan, dan faktor lokasi tempat tinggal**.

Analisis Gender Gap dalam manfaat asuransi kesehatan

Setelah mengidentifikasi kondisi kesenjangan antar dan intra gender dalam asuransi kesehatan serta determinan yang mempengaruhi kepemilikan asuransi kesehatan publik maupun privat antar kategori perempuan, penelitian ini lebih lanjut menganalisis **kesenjangan dalam dampak** asuransi kesehatan publik dan privat antar gender melalui metode estimasi treatment effect. Dengan membandingkan individu yang memiliki polis (T = 1) dengan yang tidak memiliki polis (T = 0), analisis berfokus pada perbedaan jumlah rawat jalan, rawat inap, pengeluaran bulanan untuk biaya kuratif, biaya obat, dan biaya preventif yang diukur melalui average treatment effect on the treated (ATT). Untuk mengatasi potensi selection bias akibat kepemilikan polis asuransi yang non-random karena ditentukan secara internal oleh tiap individu, penelitian ini mengintegrasikan berbagai kovariat—seperti faktor sosial ekonomi, status kesehatan, dan karakteristik demografi—dalam logit model untuk mengidentifikasi determinan kepemilikan asuransi seperti dalam Exhibit 13.

Tahap kedua analisis menerapkan teknik Propensity Score Matching (PSM) untuk mencocokkan individu pada kelompok treatment dan kontrol berdasarkan skor kecenderungan yang dihitung dari model logit. Pendekatan dua tahap ini memungkinkan penilaian dampak kontrafaktual kepemilikan asuransi terhadap utilisasi fasilitas kesehatan dan pengeluaran biaya kesehatan, sehingga memberikan bukti yang kuat tentang dampak asuransi kesehatan dalam perlindungan finansial dan pemanfaatan layanan kesehatan (Exhibit 14).

Exhibit 14. Average Treatment Effect on The Treated (ATT) Dampak Asuransi Kesehatan Berdasarkan Gender

Indikator	Average Treatment Effect on the Treated (ATT)/Bulan	
	Laki-laki	Perempuan
Rawat Jalan		
Pemegang Polis Asuransi Publik	+0,079 kunjungan	+0,083 kunjungan
Pemegang Polis Asuransi Privat	+0,042 kunjungan	-0,122 kunjungan
Rawat Inap		
Pemegang Polis Asuransi Publik	+0,799 hari	+0,884 hari
Pemegang Polis Asuransi Privat	+0,133 hari	+0,264 hari
Pengeluaran Bulanan Kuratif (definisi pengeluaran bulanan kuatif)		
Pemegang Polis Asuransi Publik	-Rp823,4 Ribu	-Rp296,2 Ribu
Pemegang Polis Asuransi Privat	+Rp2,50 Juta	-Rp4,05 Juta
Pengeluaran Bulanan Obat		

Pemegang Polis Asuransi Publik	+Rp72,8 Ribu	+Rp9,8 Ribu
Pemegang Polis Asuransi Privat	-Rp51,8 Ribu	-Rp291,7 Ribu
Pengeluaran Bulanan Preventif		
Pemegang Polis Asuransi Publik	+Rp19,9 Ribu	+Rp6,9 Ribu
Pemegang Polis Asuransi Privat	-Rp64,9 Ribu	+Rp68,9 Ribu

Sumber: Susenas, IFGP Analysis,

Catatan : asuransi publik mencakup BPJS PBI, BPJS Non-PBI, Jamkesda, asuransi privat mencakup Asuransi Swasta dan Asuransi Kantor. Pengeluaran Bulanan Kuratif adalah suatu kegiatan dan/atau serangkaian kegiatan pengobatan yang ditujukan untuk penyembuhan penyakit, pengurangan penderitaan akibat penyakit, pengendalian penyakit, atau pengendalian kecacatan agar kualitas penderita dapat terjaga seoptimal mungkin. Contoh dari pengeluaran kuratif adalah biaya rumah sakit, pustekemas, poliklinik, praktik dokter, bidan, mantri, dukun penolong kelahiran bahkan sampai biaya pengobatan tradisional.

Pengeluaran Bulanan Preventif adalah suatu kegiatan pencegahan terhadap suatu masalah kesehatan/penyakit, contohnya seperti biaya periksa kehamilan, imunisasi, vaksin covid-19, tes kesehatan, keluarga berencana, vitamin dan biaya pemeliharaan kesehatan lainnya.

Pengeluaran Bulanan Obat adalah biaya obat yang dibeli dengan resep dari tenaga kesehatan (dokter, bidan, perawat).

Dampak asuransi kesehatan dibandingkan antara pemegang polis asuransi terhadap non pemegang polis asuransi baik publik maupun privat antar gender.

Angka yang dicetak tebal menunjukkan manfaat yang diterima lebih besar untuk kelompok gender pada indikator tertentu.

Untuk variabel pertama yaitu **jumlah kunjungan Rawat Jalan**, terdapat dampak positif dari asuransi publik terhadap seluruh gender (lebih terasa untuk perempuan) dimana pemegang polis asuransi publik secara rata-rata memiliki jumlah kunjungan rawat jalan per bulan sekitar 0,079 kali dan 0,083 kali lebih banyak bagi laki-laki dan perempuan secara berurutan dibandingkan dengan orang yang tidak memiliki asuransi publik. Namun, terdapat **gap manfaat** dari asuransi privaat dimana laki-laki yang memegang polis asuransi privaat secara umum lebih tinggi 0,042, sementara perempuan yang memegang polis asuransi privaat memiliki rata-rata kunjungan rawat jalan lebih rendah sebesar 0,122 kali dibandingkan yang tidak memiliki asuransi privaat.

Untuk variabel kedua yaitu **jumlah hari Rawat Inap**, terdapat dampak positif dari asuransi publik terhadap seluruh gender (lebih terasa untuk perempuan) dimana pemegang polis asuransi publik secara rata-rata memiliki jumlah hari rawat inap per bulan sekitar 0,799 dan 0,884 hari lebih lama bagi laki-laki dan perempuan secara berurutan dibandingkan yang tidak memiliki asuransi publik. Namun, terdapat **gap manfaat** dari asuransi privaat dimana laki-laki yang memegang polis asuransi privaat secara umum hanya lebih lama 0,133 hari, sementara perempuan yang memegang polis asuransi privaat lebih lama 0,264 hari dibandingkan yang tidak memiliki asuransi privaat.

Untuk variabel ketiga yaitu **Pengeluaran Bulanan Kuratif**, terdapat dampak negatif dari asuransi publik terhadap seluruh gender (lebih terasa untuk laki-laki) dimana pemegang polis asuransi publik secara rata-rata memiliki pengeluaran kuratif sekitar Rp823,4 ribu dan Rp296,2 ribu lebih rendah bagi laki-laki dan perempuan secara berurutan dibandingkan dengan orang yang tidak memiliki asuransi publik. Namun, terdapat **gap manfaat** dari asuransi privaat dimana laki-laki yang memegang polis asuransi privaat secara umum memiliki pengeluaran kuratif lebih besar Rp2,5 juta, sementara perempuan yang memegang polis asuransi privaat memiliki pengeluaran kuratif lebih rendah sebesar Rp4,05 juta jika dibandingkan dengan perempuan yang tidak memiliki asuransi privaat.

Untuk variabel keempat yaitu **Pengeluaran Bulanan Obat**, terdapat dampak positif dari asuransi publik terhadap seluruh gender (lebih terasa untuk laki-laki) dimana pemegang polis asuransi publik secara rata-rata memiliki pengeluaran obat sekitar Rp72,8 ribu dan Rp9,8 ribu lebih tinggi bagi laki-laki dan perempuan secara berurutan dibandingkan yang tidak memiliki asuransi publik. Namun, terdapat **gap manfaat** dari asuransi privaat dimana laki-laki yang memegang polis asuransi privaat secara umum memiliki pengeluaran obat lebih rendah Rp51,8 ribu, sementara perempuan yang memegang polis asuransi privaat memiliki pengeluaran obat lebih rendah sebesar Rp291,7 ribu dibandingkan perempuan yang tidak memiliki asuransi privaat.

Untuk variabel kelima yaitu **Pengeluaran Bulanan Preventif**, terdapat dampak positif dari asuransi publik terhadap seluruh gender (lebih terasa untuk laki-laki) dimana pemegang polis asuransi publik secara rata-rata memiliki pengeluaran

preventif sekitar Rp19,9 ribu dan Rp6,9 ribu lebih tinggi bagi laki-laki dan perempuan secara berurutan dibandingkan yang tidak memiliki asuransi publik. Namun, terdapat *gap* manfaat dari asuransi privat dimana laki-laki yang memegang polis asuransi privat secara umum memiliki pengeluaran preventif lebih rendah Rp64,9 ribu, sementara perempuan yang memegang polis asuransi privat memiliki pengeluaran preventif lebih tinggi sebesar Rp68,9 ribu dibandingkan perempuan yang tidak memiliki asuransi privat.

Kesimpulan

Gender memainkan peran krusial dalam menentukan status kesehatan individu. Berdasarkan data Susenas 2023, terdapat kesenjangan gender yang nyata dalam sektor asuransi kesehatan di Indonesia, baik dari segi kepemilikan polis maupun manfaat yang diperoleh. Perempuan menunjukkan tingkat kerentanan kesehatan yang lebih tinggi dibandingkan laki-laki, khususnya di wilayah perdesaan, ditinjau dari aspek keluhan kesehatan, tingkat morbiditas, dan unmet need. Namun demikian, akses perempuan terhadap perlindungan asuransi terutama asuransi privat masih terbatas, khususnya bagi mereka yang tidak bekerja atau bekerja di sektor informal.

Analisis mendalam terhadap lebih dari 119 juta data individu menunjukkan bahwa kepemilikan asuransi di kalangan perempuan sangat dipengaruhi oleh faktor sosio-ekonomi seperti pendidikan, usia, pendapatan, ukuran rumah tangga, status pernikahan, lokasi tempat tinggal, hingga akses terhadap TIK, layanan keuangan, kebiasaan merokok, dan pengalaman kehamilan. Faktor-faktor ini memiliki dinamika pengaruh yang berbeda tergantung status kerja dan sektor pekerjaan perempuan.

Lebih lanjut, studi ini mengungkap adanya disparitas dalam manfaat yang diterima dari asuransi publik dan privat antar gender. Asuransi publik memberikan dampak positif yang relatif merata, namun asuransi privat menunjukkan ketimpangan: laki-laki cenderung memperoleh manfaat lebih besar dalam pengeluaran kuratif dan rawat jalan, sementara perempuan lebih diuntungkan dalam rawat inap dan pengeluaran preventif.

Dengan demikian, diperlukan kebijakan yang lebih inklusif dan responsif gender yang menargetkan perempuan tidak bekerja dan pekerja informal, melalui perluasan subsidi, penyederhanaan prosedur klaim, peningkatan literasi asuransi, serta perancangan produk asuransi yang disesuaikan dengan kebutuhan kesehatan spesifik perempuan. Hal ini penting untuk mendorong perlindungan finansial dan kesetaraan dalam pemanfaatan layanan kesehatan secara lebih menyeluruh.

Appendix 1. Statistik Deskriptif Sosio-Demografis Perempuan di Indonesia

Not Working

Variable	Observations	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Education	38.474.971	10,70401	6,63806	1	24
ln_Income	40.046.640	14,041	0,6700506	11,9956	18,43921
Age	40.046.640	41,43297	14,1564	10	97
HH_Member	40.046.640	4,091866	1,599567	1	25
Dummy_Married	40.046.640	0,6657302	0,4717346	0	1
Dummy_Urban	40.046.640	0,5910414	0,4916416	0	1
Dummy_HealthComplaint	40.046.640	0,2651966	0,4414378	0	1
Dummy_Literacy	40.046.640	0,9527002	0,2122794	0	1
Dummy_Handphone	40.046.640	0,8301204	0,375527	0	1
Dummy_Internet	40.046.640	0,690877	0,462132	0	1
Dummy_FinancialService	40.046.640	0,3292029	0,4699238	0	1
Dummy_Smoking	40.046.640	0,0150145	0,1216103	0	1
Dummy_Pregnancy	40.046.640	0,5829643	0,4930689	0	1

Working

Variable	Observations	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Education	81.153.899	8,39687	5,735952	1	24
ln_Income	98.117.206	13,90118	0,629233	11,72662	18,00374
Age	98.117.206	29,62908	22,116	0	97
HH_Member	98.117.206	4,470611	1,564173	1	25
Dummy_Married	98.117.206	0,425789	0,4944621	0	1
Dummy_Urban	98.117.206	0,5791095	0,493702	0	1
Dummy_HealthComplaint	98.117.206	0,284331	0,4510952	0	1
Dummy_Literacy	98.117.206	0,8329879	0,3729867	0	1
Dummy_Handphone	98.117.206	0,7200788	0,4489603	0	1
Dummy_Internet	98.117.206	0,6085606	0,4880723	0	1
Dummy_FinancialService	98.117.206	0,14451	0,3516061	0	1
Dummy_Smoking	98.117.206	0,0066853	0,08149	0	1
Dummy_Pregnancy	98.117.206	0,3329293	0,4712615	0	1

Informal

Variable	Observations	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Education	99.458.792	8,2179	5,6535	1	24
ln_Income	117.768.098	13,8976	0,6232	11,7266	18,0037
Age	117.768.098	32,5596	21,9239	0	97
HH_Member	117.768.098	4,3824	1,5906	1	25
Dummy_Married	117.768.098	0,4794	0,4996	0	1
Dummy_Urban	117.768.098	0,5576	0,4967	0	1
Dummy_HealthComplaint	117.768.098	0,2879	0,4528	0	1
Dummy_Literacy	117.768.098	0,8471	0,3599	0	1
Dummy_Handphone	117.768.098	0,7207	0,4487	0	1
Dummy_Internet	117.768.098	0,5899	0,4919	0	1
Dummy_FinancialService	117.768.098	0,1542	0,3611	0	1
Dummy_Smoking	117.768.098	0,0086	0,0924	0	1
Dummy_Pregnancy	117.768.098	0,3792	0,4852	0	1

Formal

Variable	Obs	Mean	Std. Dev.	Min	Max
Education	20.170.078	13,6803	6,3955	1	24
ln_Income	20.395.748	14,1967	0,7033	12,2773	18,4392
Age	20.395.748	35,8845	12,488	10	97
HH_Member	20.395.748	4,2364	1,5388	1	18
Dummy_Married	20.395.748	0,5874	0,4923	0	1
Dummy_Urban	20.395.748	0,7269	0,4456	0	1
Dummy_HealthComplaint	20.395.748	0,2263	0,4184	0	1
Dummy_Literacy	20.395.748	0,9867	0,1145	0	1
Dummy_Handphone	20.395.748	0,9327	0,2505	0	1
Dummy_Internet	20.395.748	0,8779	0,3273	0	1
Dummy_FinancialService	20.395.748	0,4514	0,4976	0	1
Dummy_Smoking	20.395.748	0,0119	0,1083	0	1
Dummy_Pregnancy	20.395.748	0,557	0,4967	0	1

Appendix 2. Operasionalisasi Variabel Determinan Kepemilikan Asuransi Perempuan

Kategori	Keterangan	Data
Variabel Dependen	Dummy kepemilikan asuransi publik oleh perempuan working. 1 = memiliki, 0 = tidak memiliki	Susenas
	Dummy kepemilikan asuransi publik oleh perempuan not working	Susenas
	Dummy kepemilikan asuransi publik oleh perempuan pekerja formal	Susenas
	Dummy kepemilikan asuransi publik oleh perempuan pekerja informal	Susenas
	Dummy kepemilikan asuransi privat oleh perempuan working	Susenas
	Dummy kepemilikan asuransi privat oleh perempuan not working	Susenas
	Dummy kepemilikan asuransi privat oleh perempuan pekerja formal	Susenas
	Dummy kepemilikan asuransi privat oleh perempuan pekerja informal	Susenas
Variabel Independen	Tingkat pendidikan	Susenas
	Tingkat pengeluaran	Susenas
	Usia	Susenas
	Jumlah anggota rumah tangga	Susenas
	Dummy status pernikahan. 1 = menikah, 0 = lainnya	Susenas
	Dummy wilayah. 1 = perkotaan, 0 = perdesaan	Susenas
	Dummy keluhan kesehatan. 1 = ada, 0 = tidak ada	Susenas
	Dummy literasi. 1 = mampu membaca dan menulis, 0 = tidak mampu membaca dan menulis	Susenas
	Dummy handphone. 1 = menggunakan, 0 = tidak menggunakan	Susenas
	Dummy internet. 1 = menggunakan, 0 = tidak menggunakan	Susenas
	Dummy layanan finansial. 1 = menggunakan, 0 = tidak menggunakan	Susenas

	Dummy merokok. 1 = merokok elektrik/tembakau, 0 = tidak merokok	Susenas
	Dummy kehamilan. 1 = pernah hamil, 0 = belum pernah hamil	Susenas

Appendix 3. Studi Literatur Determinan Kepemilikan Asuransi Kesehatan

No.	Author	Determinants
1	Akokuwebe, M. E., & Idemudia, E. S. (2022).	gender, age, education, place of residence, region, province, race, wealth index, marital status, and employment status
2	Laksono, A. D., Wulandari, R. D., & Matahari, R. (2021).	type of place of residence, age group, education level, employment status, marital status, parity, wealth status, and know the danger signs of pregnancy
3	Yamada, T., Yamada, T., Chen, C. C., & Zeng, W. (2014).	premium, illness experience, household income, education, medicaid, age, marital status, number of children, employment sector
4	Adjei-Mantey, K., & Horioka, C. Y. (2023).	risk attitude, health status, health facility availability, education, poverty status, access to information, household size, age, gender
5	Duku, S. K. O. (2018).	educational level, wealth, marital status, travel time to the health facility, age, gender
6	Morgan, A. K., Adei, D., Agyemang-Duah, W., Peprah, P., & Mensah, A. A. (2023).	Macro (Scheme-related) determinants: Affordability of enrolment fee, Perceived benefits of the insurance scheme, Proximity to NHIS Offices, Quality of administrative service delivery at District Health Insurance Schemes (DHISs). Meso (Health- system) determinants of NHIS enrolment: Availability and accessibility of health facilities, Quality of healthcare services under the scheme, Attitude of healthcare providers
7	Wan, G., Peng, Z., Shi, Y., & Coyte, P. C. (2020).	age, education, marital status, household size, household income geographical factors, household medical expense, and medical debt
8	Kimani, J. K., Ettarh, R., Warren, C., & Bellows, B. (2014).	occupation groups (formal, informal and not working); marital status; exposure to the mass media (grouped into frequency of reading newspaper, listening to radio and watching television), education level; age; gender of household head (male or female); number of household members; household wealth status; place of residence (urban or rural); and geographical province of residence
9	Mulenga, J., Mulenga, M. C., Musonda, K. M., & Phiri, C. (2021).	Age, Marital Status, Education, Occupation, Type of place of residence, Wealth Category, Media Exposure (Exposure to TV, Radio, Newspaper, and Magazines)
10	Nsiah-Boateng, E., Nonvignon, J., Aryeetey, G. C., Salari, P., Tediosi, F., Akweongo, P., & Aikins, M. (2019).	age, sex, and member category (defined as being a person below the age of 18 years, indigent, informal sector employee (18–69 yrs), aged (70 + yrs), pregnant woman, SSNIT contributor and pensioner)
11	Kirigia, J. M., Sambo, L. G., Nganda, B., Mwabu, G. M., Chatora, R., & Mwase, T. (2005).	Environment rating, Residence, Income, Education, Age, Age squared, Race, Household size, Occupation, Employment status, Smoking, Alcohol use, Contraceptive use, Marital status
12	Sari, B., & Idris, H. (2019).	age, sex, region, economic status, history of chronic disease, education background, region, residency, self-reported health conditions, and job status
13	Owusu-Sekyere, E., & Chiaraah, A. (2014).	years of schooling, income, employment status, and the cost of curative care
14	Idris, H., Satriawan, E., & Trisnantoro, L. (2017).	1. subsidized scheme health insurance ownership among informal sector workers was affected by the following factors: female, residents in Eastern Indonesia, urban, felt sick, had illness symptoms and smoking behavior. 2. The predictor for ownership of health insurance with contributory scheme was influenced by the factors of age, female, income level, education level, urban and residents of Java/Bali.
15	Dartanto, T., Rezki, J. F., Pramono, W., Siregar, C. H., Bintara, U., & Bintara, H. (2016).	the availability of hospitals, insurance literacy, experiences of being an inpatient or outpatient, the number of family members, the sex of the head of the household, access to the Internet, and household income

PT. Bahana Pembinaan Usaha Indonesia (Persero)

Gedung Graha CIMB Niaga, 18th Floor

Jl. Jendral Sudirman Kav. 58

RT.5/RW.3, Senayan, Kebayoran Baru

Kota Jakarta Selatan, DKI Jakarta 12190

 (+62) 021 2505080

 Indonesia Financial Group

 PT. Bahana Pembinaan Usaha Indonesia – Persero

 @indonesiafinancialgroup

 @ifg_id

Indonesia Financial Group (IFG)

Indonesia Financial Group (IFG) adalah BUMN Holding Perasuransian dan Penjaminan yang beranggotakan PT Asuransi Kerugian Jasa Raharja, PT Jaminan Kredit Indonesia (Jamkrindo), PT Asuransi Kredit Indonesia (Askrindo), PT Jasa Asuransi Indonesia (Jasindo), PT Bahana Sekuritas, PT Bahana TCW Investment Management, PT Bahana Artha Ventura, PT Bahana Kapital Investa, PT Graha Niaga Tata Utama, dan PT Asuransi Jiwa IFG. IFG merupakan holding yang dibentuk untuk berperan dalam pembangunan nasional melalui pengembangan industri keuangan lengkap dan inovatif melalui layanan investasi, perasuransian dan penjaminan. IFG berkomitmen menghadirkan perubahan di bidang keuangan khususnya asuransi, investasi, dan penjaminan yang akuntabel, prudent, dan transparan dengan tata kelola perusahaan yang baik dan penuh integritas. Semangat kolaboratif dengan tata kelola perusahaan yang transparan menjadi landasan IFG dalam bergerak untuk menjadi penyedia jasa asuransi, penjaminan, investasi yang terdepan, terpercaya, dan terintegrasi. IFG adalah masa depan industri keuangan di Indonesia. Saatnya maju bersama IFG sebagai motor penggerak ekosistem yang inklusif dan berkelanjutan.

Indonesia Financial Group (IFG) Progress

The Indonesia Financial Group (IFG) Progress adalah sebuah *Think Tank* terkemuka yang didirikan oleh Indonesia Financial Group sebagai sumber penghasil pemikiran-pemikiran progresif untuk pemangku kebijakan, akademisi, maupun pelaku industri dalam memajukan industri jasa keuangan