

**FISCAL STRESS SYNDROME DALAM UNIVERSAL HEALTH
COVERAGE: ANALISIS MULTIKABUPATEN/KOTA TERHADAP
KONSEKUENSI FISKAL IMPLEMENTASI JKN DI INDONESIA
INDONESIA**

Ahyar Wahyudi^{1,2}

¹South Kalimantan Provincial Health Office, Banjarbaru, Indonesia

²Gemilang Mutu Akreditasi (GEMA), Banjarbaru, Indonesia

orange.kelabu@gmail.com

Rasyid Ridha

South Kalimantan Provincial Health Office, Banjarbaru, Indonesia

ABSTRAK

Universal Health Coverage (UHC) telah menjadi indikator utama keberhasilan sistem kesehatan di berbagai negara. Namun, tingginya cakupan kepesertaan belum tentu mencerminkan keberlanjutan pembiayaan kesehatan dalam jangka panjang. Di Indonesia, implementasi Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) dalam kerangka desentralisasi fiskal telah menimbulkan kewajiban fiskal baru bagi pemerintah daerah dalam mempertahankan perlindungan kesehatan masyarakat. Penelitian ini bertujuan menganalisis dinamika pencapaian UHC dan perkembangan kepesertaan JKN, mengidentifikasi faktor-faktor pembentuk *Fiscal Stress Syndrome*, menyusun tipologi kerentanan fiskal pasca-pencapaian UHC, serta membangun model konseptual hubungan antara ekspansi kepesertaan JKN dan tekanan fiskal daerah. Penelitian menggunakan pendekatan *mixed methods* dengan desain *explanatory sequential*. Unit analisis mencakup 13 kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan. Data kuantitatif mengenai cakupan UHC, tingkat keaktifan peserta, peserta PBPU yang dibiayai pemerintah daerah, dan kapasitas fiskal dianalisis secara deskriptif-komparatif. Data kualitatif diperoleh melalui telaah dokumen kebijakan dan sintesis literatur mengenai *fiscal stress*, *fiscal federalism*, dan keberlanjutan pembiayaan kesehatan. Seluruh kabupaten/kota telah mencapai atau mendekati target UHC nasional, namun menunjukkan variasi yang signifikan dalam tingkat keaktifan peserta. Meningkatnya jumlah peserta nonaktif, tunggakan peserta mandiri, serta penonaktifan peserta PBI yang dibiayai pemerintah pusat mendorong migrasi kelompok rentan ke dalam skema PBPU yang dibiayai pemerintah daerah. Proses tersebut meningkatkan kewajiban pembiayaan APBD dan menghasilkan tekanan fiskal dengan tingkat kerentanan yang berbeda. Penelitian ini mengembangkan konsep Fiscal Stress Syndrome, menghasilkan tipologi Stable UHC, Vulnerable UHC, dan Fiscal-Stressed UHC, serta membangun model konseptual yang menjelaskan hubungan kausal antara pencapaian UHC dan kerentanan fiskal daerah. Keberhasilan UHC tidak lagi dapat diukur semata-mata berdasarkan cakupan kepesertaan. Evaluasi UHC perlu memasukkan dimensi keberlanjutan fiskal perlindungan kesehatan (*fiscal sustainability of coverage*) agar perlindungan kesehatan universal dapat dipertahankan secara berkelanjutan tanpa menimbulkan tekanan fiskal yang mengancam stabilitas pembangunan daerah. Temuan penelitian ini menunjukkan

bahwa keberlanjutan fiskal perlu ditempatkan sebagai indikator pelengkap dalam evaluasi keberhasilan UHC di Indonesia.

Kata Kunci: *Fiscal Stress Syndrome; Universal Health Coverage; Jaminan Kesehatan Nasional; Keberlanjutan Fiskal.*

ABSTRACT

Universal Health Coverage (UHC) has become a central indicator of health system performance worldwide. However, high insurance coverage does not necessarily guarantee the long-term sustainability of health financing. In Indonesia, the implementation of the National Health Insurance Program (*Jaminan Kesehatan Nasional—JKN*) within a decentralized fiscal system has generated increasing fiscal obligations for local governments. This study aims to analyze the dynamics of UHC achievement and JKN membership development, identify the determinants of Fiscal Stress Syndrome, develop a typology of post-UHC fiscal vulnerability, and construct a conceptual model explaining the relationship between JKN membership expansion and local fiscal pressure. A mixed-methods approach with an explanatory sequential design was employed. The study covered 13 districts and municipalities in South Kalimantan Province, Indonesia. Quantitative data on UHC coverage, active membership, locally government-funded beneficiaries (*PBPU BP Pemd*a), and fiscal capacity were analyzed using descriptive-comparative techniques. Qualitative data were obtained through policy document review and literature synthesis on fiscal stress, fiscal federalism, and health financing sustainability. Although all districts and municipalities achieved or approached the national UHC target, substantial variations in active membership rates were observed. Increasing numbers of inactive participants, premium arrears among self-enrolled members, and the deactivation of centrally subsidized beneficiaries contributed to the migration of vulnerable populations into local government-funded schemes. This process increased local fiscal obligations and generated varying levels of fiscal pressure. The study introduces the concept of Fiscal Stress Syndrome, proposes a three-tier typology (Stable UHC, Vulnerable UHC, and Fiscal-Stressed UHC), and develops a conceptual model linking UHC expansion to local fiscal vulnerability. The success of UHC should no longer be assessed solely by population coverage. Sustainable UHC requires integrating fiscal sustainability considerations into health policy evaluation and intergovernmental financing arrangements. The study suggests that fiscal sustainability of coverage should become a complementary indicator for assessing the long-term viability of UHC implementation.

Keywords: *Fiscal Stress Syndrome; Universal Health Coverage; National Health Insurance; Fiscal Sustainability*

A. PENDAHULUAN

Dalam dua dekade terakhir, Universal Health Coverage (UHC) telah menjadi paradigma dominan dalam reformasi sistem kesehatan global. Melalui Target 3.8 Sustainable Development Goals (SDGs), negara-negara didorong untuk menjamin

seluruh penduduk memperoleh akses terhadap pelayanan kesehatan esensial yang bermutu tanpa mengalami kesulitan finansial akibat biaya kesehatan. UHC diposisikan sebagai indikator utama keberhasilan sistem kesehatan karena mencerminkan keterjangkauan layanan, perlindungan finansial, pemerataan akses, dan keadilan sosial dalam pelayanan kesehatan (World Health Organization [WHO], 2022). Berbagai negara kemudian mengembangkan skema asuransi kesehatan nasional sebagai instrumen utama untuk mencapai tujuan tersebut, termasuk Ghana, Ethiopia, India, Kenya, dan Indonesia (Aikins et al., 2021; Hailu et al., 2021; Harikrishnan & Hiremath, 2024).

Indonesia mengimplementasikan agenda tersebut melalui Program Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang mulai berjalan pada tahun 2014 dan kini menjadi salah satu sistem asuransi kesehatan sosial terbesar di dunia. Hingga saat ini, lebih dari 98 persen penduduk telah terdaftar sebagai peserta JKN dan sebagian besar pemerintah daerah berhasil mencapai status UHC berdasarkan indikator cakupan kepesertaan nasional. Dalam praktik kebijakan, keberhasilan UHC hampir selalu diukur melalui besarnya proporsi penduduk yang tercakup dalam sistem jaminan kesehatan. Semakin tinggi angka kepesertaan, semakin berhasil pula suatu daerah dianggap menjalankan mandat pembangunan kesehatan nasional (Kementerian Kesehatan RI, 2024).

Namun demikian, indikator tersebut menyisakan pertanyaan mendasar yang jarang memperoleh perhatian akademik. Apakah tingginya cakupan kepesertaan secara otomatis menunjukkan keberhasilan sistem kesehatan yang berkelanjutan? Pertanyaan ini menjadi penting karena berbagai pengalaman internasional menunjukkan bahwa keberhasilan memperluas perlindungan kesehatan sering kali diikuti oleh meningkatnya tekanan pembiayaan publik. OECD (2015) menegaskan bahwa tantangan utama UHC abad ke-21 bukan lagi sekadar memperluas cakupan, melainkan memastikan keberlanjutan fiskal sistem kesehatan di tengah keterbatasan sumber daya publik. Colombier dan Braendle (2018) menunjukkan bahwa pertumbuhan belanja kesehatan yang tidak diimbangi kapasitas fiskal dapat mengancam stabilitas keuangan pemerintah dalam jangka panjang. Temuan serupa juga dilaporkan di Ghana, Ethiopia, dan berbagai negara berkembang lainnya yang menghadapi kesenjangan antara perluasan perlindungan kesehatan dan kemampuan pembiayaan negara (Aikins et al., 2021; Hailu et al., 2021).

Di Indonesia, persoalan tersebut memperoleh dimensi yang lebih kompleks karena berlangsung dalam kerangka desentralisasi fiskal. Pemerintah daerah tidak hanya bertanggung jawab mendukung implementasi JKN, tetapi juga menanggung pembiayaan kelompok masyarakat tertentu melalui skema PBPU BP Pemda. Dalam beberapa tahun terakhir, proses pemadanan data sosial ekonomi, penonaktifan peserta PBI pusat, meningkatnya peserta nonaktif, dan tingginya tunggakan peserta mandiri menyebabkan semakin banyak penduduk berpotensi beralih menjadi tanggungan pemerintah daerah. Situasi ini menciptakan kewajiban fiskal baru yang terus berkembang seiring upaya mempertahankan status UHC daerah.

Paradoks kebijakan mulai muncul pada titik ini. Di satu sisi, pemerintah daerah didorong mempertahankan cakupan kepesertaan setinggi mungkin sebagai indikator keberhasilan pembangunan kesehatan. Di sisi lain, keberhasilan tersebut justru berpotensi meningkatkan beban pembiayaan yang harus ditanggung APBD.

Semakin tinggi jumlah peserta yang harus dipertahankan dalam sistem, semakin besar pula kewajiban fiskal daerah untuk membayar iuran kesehatan. Dengan demikian, keberhasilan UHC dapat berubah menjadi sumber tekanan fiskal baru, terutama bagi daerah yang memiliki kapasitas pendapatan terbatas.

Fenomena tersebut terlihat pada 13 kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan. Hampir seluruh daerah telah mencapai atau mendekati target UHC nasional, namun tingkat keaktifan peserta menunjukkan variasi yang cukup besar. Pada saat yang sama, terdapat kecenderungan meningkatnya peserta nonaktif, tunggakan peserta mandiri, serta perpindahan kelompok rentan ke segmen pembiayaan pemerintah daerah. Kondisi tersebut menyebabkan kebutuhan anggaran JKN daerah terus meningkat meskipun indikator cakupan kepesertaan menunjukkan keberhasilan administratif. Dengan kata lain, terdapat kesenjangan antara keberhasilan statistik UHC dan kemampuan fiskal daerah untuk mempertahankan keberhasilan tersebut secara berkelanjutan.

Meskipun isu keberlanjutan pembiayaan kesehatan telah banyak dibahas dalam literatur internasional, penelitian yang menghubungkan pencapaian UHC dengan tekanan fiskal pemerintah daerah masih sangat terbatas. Sebagian besar studi berfokus pada determinan kepesertaan JKN (Laksono et al., 2024), utilisasi layanan kesehatan, perlindungan finansial peserta, maupun keberlanjutan dana jaminan kesehatan nasional. Kajian fiskal stress sendiri umumnya menempatkan tekanan fiskal sebagai akibat dari ketidakseimbangan pendapatan dan belanja pemerintah, perlambatan ekonomi, atau lemahnya kapasitas fiskal daerah (Leiser et al., 2021; Wulandari, 2023; Febrina, 2023). Sementara itu, literatur fiskal federalism lebih banyak membahas ketimpangan kapasitas fiskal antarwilayah dan efektivitas transfer fiskal dalam mengurangi disparitas pembangunan (Akita et al., 2021; Rotulo et al., 2020; Harikrishnan & Hiremath, 2024). Belum banyak penelitian yang secara spesifik menjelaskan bagaimana keberhasilan pencapaian UHC dapat menjadi mekanisme pembentuk tekanan fiskal daerah.

Dengan demikian, terdapat tiga kesenjangan penelitian yang signifikan. Pertama, kesenjangan empiris, yaitu minimnya bukti mengenai konsekuensi fiskal pasca-pencapaian UHC pada tingkat pemerintah daerah. Kedua, kesenjangan konseptual, yaitu belum adanya model teoritis yang menjelaskan hubungan kausal antara ekspansi kepesertaan JKN dan munculnya tekanan fiskal daerah. Ketiga, kesenjangan kebijakan, yaitu dominannya indikator cakupan kepesertaan dalam evaluasi UHC tanpa mempertimbangkan dimensi keberlanjutan fiskal yang menopang perlindungan kesehatan tersebut.

Berdasarkan kesenjangan tersebut, penelitian ini mengembangkan konsep Fiscal Stress Syndrome (FSS) sebagai kerangka analitis untuk menjelaskan kondisi ketika keberhasilan mempertahankan cakupan kepesertaan kesehatan universal menghasilkan peningkatan kewajiban pembiayaan pemerintah daerah yang melampaui kemampuan fiskalnya. Konsep ini menjelaskan bahwa tekanan fiskal tidak semata-mata muncul akibat kelemahan ekonomi daerah, melainkan juga sebagai konsekuensi dari interaksi antara ekspansi kepesertaan, peserta nonaktif, tunggakan peserta mandiri, penonaktifan PBI pusat, migrasi kepesertaan ke PBPU BP Pemda, dan keterbatasan kapasitas fiskal daerah.

Oleh karena itu, penelitian ini bertujuan untuk: (1) menganalisis dinamika pencapaian UHC dan perkembangan kepesertaan JKN pada pemerintah daerah di Provinsi Kalimantan Selatan; (2) mengidentifikasi komponen-komponen utama yang membentuk Fiscal Stress Syndrome dalam implementasi JKN; (3) menyusun tipologi daerah berdasarkan tingkat kerentanan fiskal pasca-pencapaian UHC; (4) membangun model konseptual hubungan antara ekspansi kepesertaan JKN dan tekanan fiskal daerah; serta (5) merumuskan implikasi teoretis dan kebijakan bagi keberlanjutan pembiayaan UHC di Indonesia. Melalui tujuan tersebut, penelitian ini berupaya menggeser cara pandang evaluasi UHC dari sekadar ukuran cakupan kepesertaan menuju perspektif yang lebih komprehensif, yaitu keberlanjutan fiskal perlindungan kesehatan (fiscal sustainability of coverage) sebagai prasyarat utama keberhasilan UHC dalam jangka panjang.

B. METODE PENELITIAN

Penelitian ini menggunakan pendekatan mixed methods dengan desain explanatory sequential, yang mengintegrasikan analisis kuantitatif dan interpretasi kualitatif untuk memahami hubungan antara pencapaian Universal Health Coverage (UHC) dan munculnya tekanan fiskal daerah dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Pendekatan ini dipilih karena fenomena Fiscal Stress Syndrome tidak hanya merupakan persoalan angka kepesertaan dan pembiayaan, tetapi juga berkaitan dengan dinamika kebijakan, relasi fiskal pusat-daerah, serta konstruksi institusional yang membentuk respons pemerintah daerah terhadap kewajiban pembiayaan kesehatan.

Secara ontologis, penelitian ini berangkat dari asumsi bahwa tekanan fiskal daerah merupakan realitas objektif yang dapat diamati melalui indikator kuantitatif, seperti cakupan kepesertaan JKN, tingkat keaktifan peserta, proporsi PBPU yang dibiayai pemerintah daerah, dan kapasitas fiskal daerah. Namun demikian, realitas tersebut juga dipahami sebagai konstruksi sosial dan institusional yang dibentuk oleh kebijakan desentralisasi fiskal, mekanisme pembiayaan JKN, serta interaksi antaraktor dalam tata kelola kesehatan. Dengan demikian, fenomena Fiscal Stress Syndrome diposisikan sebagai realitas yang bersifat objektif sekaligus kontekstual.

Secara epistemologis, penelitian ini mengadopsi paradigma pragmatisme kritis (critical pragmatism) yang memadukan tradisi positivistik dan interpretatif. Pengetahuan dibangun melalui pengukuran empiris terhadap indikator fiskal dan kepesertaan JKN, kemudian diperdalam melalui interpretasi terhadap hubungan kausal yang membentuk tekanan fiskal daerah. Pendekatan ini memungkinkan peneliti tidak hanya menjelaskan “berapa besar” tekanan fiskal yang terjadi, tetapi juga “mengapa” dan “bagaimana” tekanan tersebut terbentuk dalam implementasi kebijakan UHC.

Secara aksiologis, penelitian ini diarahkan untuk menghasilkan pengetahuan yang memiliki nilai praktis bagi pengembangan kebijakan kesehatan dan keuangan daerah. Hasil penelitian diharapkan menjadi dasar ilmiah dalam merumuskan strategi keberlanjutan pembiayaan UHC, penguatan hubungan fiskal pusat-daerah, serta pengembangan indikator baru UHC berbasis keberlanjutan fiskal (fiscal sustainability of coverage).

Unit analisis penelitian mencakup 13 kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan. Data kuantitatif diperoleh dari BPJS Kesehatan, Dinas Kesehatan, Badan Pengelolaan Keuangan Daerah, dan publikasi resmi pemerintah daerah yang memuat data cakupan UHC, keaktifan peserta, PBPB BP Pemda, serta indikator kapasitas fiskal. Analisis dilakukan secara deskriptif-komparatif untuk mengidentifikasi pola hubungan antara cakupan UHC dan tekanan fiskal daerah. Selanjutnya, data kualitatif diperoleh melalui telaah dokumen kebijakan, laporan implementasi JKN, dan analisis literatur terkait fiscal stress, fiscal federalism, serta health financing sustainability.

Untuk meningkatkan validitas, penelitian menerapkan triangulasi sumber, triangulasi teori, dan triangulasi metode. Analisis dilakukan secara iteratif melalui reduksi data, kategorisasi tematik, perbandingan antardaerah, dan sintesis konseptual hingga diperoleh model Fiscal Stress Syndrome yang menjelaskan mekanisme kausal antara pencapaian UHC, migrasi risiko pembiayaan, peningkatan kewajiban APBD, dan munculnya tekanan fiskal daerah. Melalui pendekatan tersebut, penelitian tidak hanya menghasilkan deskripsi empiris, tetapi juga membangun proposisi konseptual baru mengenai keberlanjutan fiskal dalam implementasi JKN di Indonesia.

C. HASIL DAN PEMBAHASAN

Potret Pencapaian UHC dan Keaktifan Peserta

Pencapaian Universal Health Coverage (UHC) selama satu dekade terakhir telah menjadi indikator utama keberhasilan reformasi sistem kesehatan di berbagai negara. UHC tidak hanya dimaknai sebagai perluasan kepesertaan jaminan kesehatan, tetapi juga mencakup kemampuan masyarakat untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang dibutuhkan tanpa mengalami kesulitan finansial. Namun demikian, berbagai literatur mutakhir menunjukkan bahwa pengukuran keberhasilan UHC yang hanya bertumpu pada cakupan kepesertaan berpotensi menghasilkan gambaran yang terlalu optimistis karena tidak selalu mencerminkan keberlangsungan perlindungan kesehatan yang sesungguhnya (Endalamaw et al., 2022). Studi tinjauan sistematis yang dilakukan Endalamaw dan kolega menemukan bahwa sebagian besar evaluasi UHC di berbagai negara masih berfokus pada dimensi cakupan, sementara dimensi keberlanjutan, kualitas layanan, dan kesinambungan perlindungan peserta relatif kurang mendapat perhatian. Akibatnya, keberhasilan administratif sering kali tidak sejalan dengan keberhasilan substantif dalam menjamin akses pelayanan kesehatan yang berkelanjutan.

Temuan penelitian ini memperlihatkan fenomena yang serupa. Seluruh kabupaten/kota yang menjadi objek penelitian pada dasarnya telah mencapai atau mendekati target UHC nasional. Cakupan kepesertaan JKN berada pada rentang 97,61% hingga 101,64%. Kabupaten Kotabaru mencatat cakupan tertinggi sebesar 101,64%, diikuti Balangan sebesar 100,66%, Tanah Bumbu sebesar 100,65%, dan Kota Banjarbaru sebesar 100,51%, sedangkan cakupan terendah ditemukan di Kabupaten Tapin sebesar 97,61%. Secara agregat, cakupan tersebut menunjukkan bahwa agenda perluasan kepesertaan JKN di Kalimantan Selatan dapat dikategorikan berhasil.

Namun demikian, ketika indikator keaktifan peserta dianalisis lebih lanjut, muncul variasi yang sangat mencolok. Kabupaten Balangan memiliki tingkat keaktifan peserta sebesar 96,78% dan Hulu Sungai Selatan sebesar 96,58%, sedangkan Kota Banjarmasin hanya mencapai 71,63%. Kabupaten Banjar dan Tanah Laut juga menunjukkan tingkat keaktifan yang relatif rendah, masing-masing sebesar 80,09% dan 80,33%. Dengan kata lain, daerah-daerah yang sama-sama telah mencapai UHC ternyata memiliki kemampuan yang berbeda dalam mempertahankan status aktif kepesertaan masyarakatnya.

Perbedaan tersebut menunjukkan adanya kesenjangan antara nominal coverage dan effective coverage. Secara administratif seseorang dapat tercatat sebagai peserta JKN, tetapi secara praktis tidak memiliki perlindungan kesehatan yang efektif apabila status kepesertaannya tidak aktif. Fenomena ini sejalan dengan temuan Endalamaw et al. (2022) yang menekankan bahwa universalisme UHC tidak hanya ditentukan oleh banyaknya individu yang terdaftar dalam sistem, melainkan oleh kemampuan sistem tersebut menjamin akses layanan yang nyata, berkelanjutan, dan setara. Dengan demikian, angka cakupan yang tinggi belum tentu identik dengan tingkat perlindungan kesehatan yang tinggi apabila proporsi peserta nonaktif masih besar.

Fenomena tersebut juga memperoleh dukungan dari penelitian Hidayat et al. (2025) yang menunjukkan bahwa sekitar 18% peserta JKN secara nasional berada dalam status tidak aktif akibat ketidakpatuhan pembayaran iuran. Faktor kemampuan membayar, kemauan membayar, literasi asuransi kesehatan, risiko ekonomi rumah tangga, dan kepuasan terhadap pelayanan terbukti berpengaruh terhadap keberlangsungan kepesertaan. Temuan ini relevan dengan kondisi sejumlah daerah dalam penelitian ini yang melaporkan tingginya tunggakan peserta mandiri, meningkatnya jumlah peserta nonaktif, serta perpindahan peserta ke skema pembiayaan pemerintah daerah sebagai permasalahan utama implementasi JKN.

Dari perspektif kebijakan publik, temuan ini memperlihatkan paradoks penting dalam implementasi JKN. Daerah berhasil memenuhi indikator UHC yang ditetapkan secara nasional, tetapi keberlanjutan kepesertaan belum sepenuhnya terjamin. Bahkan, beberapa daerah yang memiliki cakupan kepesertaan sangat tinggi justru menghadapi proporsi peserta nonaktif yang cukup besar. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa tantangan implementasi JKN saat ini telah bergeser dari isu ekspansi kepesertaan menuju isu retensi dan keberlangsungan kepesertaan. Dengan demikian, keberhasilan UHC tidak lagi cukup dinilai dari seberapa banyak penduduk yang berhasil didaftarkan, melainkan dari seberapa besar proporsi peserta yang mampu mempertahankan status aktifnya secara berkelanjutan. Pergeseran inilah yang kemudian menjadi titik awal munculnya tekanan fiskal baru bagi pemerintah daerah, karena peserta yang kehilangan kemampuan mempertahankan kepesertaan aktif pada akhirnya berpotensi beralih menjadi tanggungan pembiayaan pemerintah daerah melalui skema PBPB BP Pemda.

Dinamika Perpindahan Risiko Pembiayaan dari Pusat ke Daerah

Keberhasilan pencapaian Universal Health Coverage (UHC) sering dipahami sebagai keberhasilan memperluas perlindungan kesehatan kepada seluruh penduduk. Namun, literatur mutakhir menunjukkan bahwa perluasan cakupan kepesertaan selalu diikuti oleh konsekuensi fiskal yang kompleks, terutama pada

negara yang menerapkan sistem desentralisasi pemerintahan dan pembiayaan kesehatan. Dalam perspektif fiskal federalism, pembiayaan kesehatan tidak hanya berkaitan dengan besarnya sumber daya yang tersedia, tetapi juga menyangkut bagaimana tanggung jawab fiskal dibagi antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Maino dan Maioni (2024) menunjukkan bahwa reformasi kesehatan di negara-negara yang menerapkan sistem federal atau semi-desentralistik cenderung menghasilkan pergeseran tanggung jawab pembiayaan dari tingkat pusat ke tingkat subnasional sebagai konsekuensi dari upaya menjaga keberlanjutan sistem kesehatan. Pergeseran tersebut tidak selalu terlihat secara formal dalam regulasi, tetapi sering muncul melalui mekanisme pembiayaan, pembagian kewenangan, maupun redistribusi risiko fiskal yang harus ditanggung pemerintah daerah.

Fenomena serupa terlihat dalam implementasi JKN di Kalimantan Selatan. Analisis terhadap 13 kabupaten/kota menunjukkan bahwa tantangan utama implementasi JKN tidak lagi terletak pada perluasan cakupan kepesertaan, melainkan pada upaya mempertahankan status aktif peserta yang rentan kehilangan perlindungan akibat perubahan status sosial ekonomi, ketidakpatuhan pembayaran iuran, maupun penyesuaian data kepesertaan PBI yang dilakukan pemerintah pusat. Beberapa daerah melaporkan meningkatnya jumlah peserta yang dinonaktifkan dari segmen PBI pusat dan kemudian harus ditangani kembali melalui mekanisme pembiayaan daerah agar target UHC tetap dapat dipertahankan. Kondisi tersebut secara bertahap menciptakan kebutuhan pembiayaan baru yang sebelumnya tidak sepenuhnya diperhitungkan dalam perencanaan APBD.

Dari perspektif teoritis, fenomena tersebut dapat dipahami sebagai bentuk transfer of fiscal responsibility atau perpindahan tanggung jawab fiskal antartingkat pemerintahan. Rotulo, Epstein, dan Kondilis (2020) menjelaskan bahwa dalam sistem kesehatan yang terdesentralisasi, pemerintah pusat sering tetap mempertahankan fungsi pengaturan dan penetapan target nasional, sementara sebagian konsekuensi pembiayaan dialihkan kepada pemerintah daerah melalui mekanisme implementasi program. Situasi ini menciptakan ketergantungan yang tinggi terhadap kapasitas fiskal daerah dan berpotensi menimbulkan ketimpangan apabila kemampuan pembiayaan antarwilayah berbeda. Dalam hal JKN, pemerintah pusat menetapkan target UHC nasional dan melakukan penyesuaian data peserta bantuan iuran secara berkala, tetapi konsekuensi sosial dan politik dari hilangnya perlindungan peserta sering kali harus direspons oleh pemerintah daerah melalui pengalokasian PBPU BP Pemda.

Lebih jauh lagi, kondisi ini memiliki kemiripan dengan konsep unfunded mandates, yaitu situasi ketika pemerintah daerah menerima tambahan tanggung jawab pelayanan publik tanpa disertai sumber daya fiskal yang memadai. Rodríguez-Pose dan Vidal-Bover (2022) menegaskan bahwa ketidaksesuaian antara fungsi yang diberikan dengan sumber pembiayaan yang tersedia merupakan salah satu penyebab utama memburuknya kondisi fiskal pemerintah daerah. Prinsip yang mereka sebut sebagai finance should follow function menegaskan bahwa setiap pelimpahan tanggung jawab seharusnya diikuti oleh kecukupan sumber daya fiskal. Ketika prinsip tersebut tidak terpenuhi, pemerintah daerah akan menghadapi tekanan anggaran yang semakin besar dan kemampuan menyediakan layanan publik akan menurun.

Temuan penelitian ini menunjukkan gejala yang sejalan dengan argumen tersebut. Hampir seluruh kabupaten/kota melaporkan adanya persoalan tunggakan peserta mandiri, kebutuhan reaktivasi kepesertaan, dan peningkatan jumlah masyarakat yang memerlukan dukungan pembiayaan pemerintah daerah agar tetap terlindungi dalam sistem JKN. Dengan kata lain, risiko pembiayaan yang semula berada pada rumah tangga atau pemerintah pusat secara perlahan bergeser menjadi tanggung jawab APBD. Proses ini berlangsung melalui beberapa tahapan: peserta mengalami tunggakan atau dinonaktifkan, kehilangan status perlindungan aktif, kemudian diusulkan masuk ke dalam segmen PBPB BP Pemda agar cakupan UHC tetap terjaga. Akibatnya, keberhasilan mempertahankan indikator UHC tidak lagi hanya bergantung pada efektivitas administrasi kepesertaan, tetapi juga pada kemampuan fiskal pemerintah daerah dalam menyerap tambahan beban pembiayaan tersebut.

Fenomena ini memperlihatkan paradoks kedua dalam implementasi JKN. Jika pada subbab sebelumnya ditemukan bahwa cakupan UHC tidak selalu identik dengan keaktifan peserta, maka pada subbab ini terlihat bahwa keberhasilan mempertahankan UHC justru dapat menghasilkan tekanan fiskal baru bagi pemerintah daerah. Temuan ini memperkuat argumentasi bahwa keberlanjutan UHC tidak dapat dipisahkan dari keberlanjutan pembiayaannya. Pengalaman Indonesia selama satu dekade implementasi JKN juga menunjukkan bahwa perluasan cakupan harus dibarengi dengan penguatan komitmen pembiayaan antara pemerintah pusat dan daerah serta pencarian sumber pembiayaan yang berkelanjutan untuk menjaga stabilitas sistem kesehatan nasional.

Dengan demikian, dinamika yang terjadi pada 13 kabupaten/kota mengindikasikan adanya proses risk shifting dari pemerintah pusat dan peserta individu menuju pemerintah daerah. Proses inilah yang menjadi fondasi awal munculnya tekanan fiskal daerah (local fiscal pressure) dan selanjutnya berkembang menjadi fenomena yang dalam penelitian ini disebut sebagai Fiscal Stress Syndrome, yaitu kondisi ketika keberhasilan mempertahankan cakupan kesehatan universal justru menghasilkan peningkatan kewajiban fiskal yang semakin berat bagi pemerintah daerah.

Keterbatasan Fiskal Daerah dalam Mempertahankan UHC

Temuan penelitian menunjukkan bahwa hampir seluruh pemerintah kabupaten/kota di Kalimantan Selatan menghadapi tantangan yang relatif serupa dalam mempertahankan status Universal Health Coverage (UHC). Meskipun tingkat cakupan kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) telah mencapai target nasional, keberlanjutan pembiayaannya semakin bergantung pada kemampuan fiskal pemerintah daerah. Informan dari berbagai daerah secara konsisten menyampaikan adanya keterbatasan anggaran, meningkatnya kebutuhan pembiayaan peserta PBPB yang didaftarkan pemerintah daerah (PBPB Pemda), serta kebutuhan tambahan dana untuk menjaga kepesertaan tetap aktif. Kondisi tersebut menunjukkan bahwa tantangan utama UHC saat ini bukan lagi memperluas cakupan kepesertaan, melainkan menjaga keberlangsungan pembiayaan peserta yang telah masuk dalam sistem.

Dalam perspektif keuangan publik, fenomena tersebut dapat dijelaskan melalui konsep fiscal stress atau tekanan fiskal daerah. Fiscal stress terjadi ketika

kebutuhan belanja publik tumbuh lebih cepat dibandingkan kapasitas pendapatan pemerintah daerah sehingga ruang fiskal yang tersedia semakin terbatas. Zhang dan Guo (2024) menjelaskan bahwa keberlanjutan fiskal pemerintah daerah sangat ditentukan oleh kemampuan menjaga keseimbangan antara kewajiban pelayanan publik yang terus meningkat dengan kapasitas fiskal yang dimiliki. Ketika beban pengeluaran meningkat sementara sumber pendapatan relatif stagnan, pemerintah daerah akan menghadapi tekanan terhadap keberlanjutan keuangannya. Dalam kasus JKN, meningkatnya jumlah peserta BPJS Kesehatan Pemda menyebabkan pemerintah daerah harus mengalokasikan anggaran yang semakin besar untuk pembayaran iuran kesehatan, sementara kapasitas fiskal daerah tidak selalu mengalami peningkatan yang sebanding. Akibatnya, ruang fiskal yang tersedia untuk membiayai sektor pembangunan lainnya menjadi semakin sempit.

Temuan penelitian memperlihatkan adanya variasi tingkat tekanan fiskal antar daerah. Kelompok dengan tekanan fiskal tinggi terdiri atas Kota Banjarbaru, Kabupaten Banjar, Kabupaten Tanah Laut, dan Kota Banjarmasin. Daerah-daerah ini memiliki komitmen besar dalam mempertahankan peserta aktif JKN sehingga kebutuhan anggaran BPJS Kesehatan Pemda terus meningkat setiap tahun. Di sisi lain, peningkatan kapasitas Pendapatan Asli Daerah (PAD) tidak selalu mampu mengimbangi pertumbuhan kewajiban tersebut. Kondisi ini menunjukkan adanya gejala yang dalam literatur disebut sebagai *expenditure rigidity*, yaitu meningkatnya pengeluaran wajib yang sulit dikurangi karena berkaitan langsung dengan pelayanan dasar masyarakat (Xu, 2025). Dalam situasi demikian, pemerintah daerah memiliki ruang manuver yang semakin terbatas untuk melakukan realokasi anggaran.

Sebaliknya, kelompok tekanan fiskal sedang seperti Kabupaten Hulu Sungai Tengah, Tapin, dan Kotabaru masih memiliki kemampuan adaptasi fiskal yang relatif lebih baik. Walaupun menghadapi peningkatan kebutuhan pembiayaan JKN, kapasitas fiskal daerah masih mampu menyerap tambahan beban tersebut tanpa menimbulkan tekanan yang terlalu besar terhadap APBD. Adapun kelompok tekanan fiskal rendah yang terdiri atas Balangan, Hulu Sungai Selatan, dan Tabalong menunjukkan kondisi yang lebih stabil. Daerah-daerah ini memiliki kombinasi antara jumlah peserta yang relatif terkendali dan kapasitas fiskal yang cukup memadai sehingga pembiayaan BPJS Kesehatan Pemda belum menjadi ancaman serius bagi keberlanjutan APBD.

Namun demikian, klasifikasi ini perlu dibaca secara kritis. Rendahnya tekanan fiskal tidak selalu mencerminkan tingginya kapasitas fiskal. Dalam beberapa kasus, kondisi tersebut dapat pula dipengaruhi oleh jumlah peserta BPJS Kesehatan yang lebih kecil atau masih terbatasnya komitmen daerah dalam melakukan perluasan perlindungan kesehatan. Sebaliknya, daerah dengan tekanan fiskal tinggi justru sering kali merupakan daerah yang lebih progresif dalam menjaga cakupan kepesertaan masyarakat. Dengan demikian, tekanan fiskal tidak semata-mata menunjukkan kelemahan tata kelola keuangan, melainkan dapat menjadi konsekuensi dari tingginya komitmen pemerintah daerah terhadap perlindungan sosial kesehatan.

Perspektif ini sejalan dengan konsep *fiscal space for health* yang dikembangkan WHO. Organisasi tersebut mendefinisikan ruang fiskal kesehatan

sebagai kemampuan pemerintah menyediakan sumber daya tambahan untuk sektor kesehatan tanpa mengganggu keberlanjutan fiskal jangka panjang. WHO menegaskan bahwa keterbatasan ruang fiskal akan muncul ketika peningkatan kebutuhan pelayanan kesehatan tidak diikuti oleh peningkatan pendapatan, efisiensi pengelolaan anggaran, maupun prioritas alokasi belanja kesehatan. Dalam situasi demikian, pemerintah daerah menghadapi dilema antara mempertahankan cakupan kepesertaan JKN dan menjaga keseimbangan fiskal daerah.

Lebih jauh, berbagai studi internasional menunjukkan bahwa tekanan fiskal yang berkepanjangan dapat mengurangi kapasitas pemerintah daerah dalam mempertahankan kualitas pelayanan publik. Borge dan Hopland (2023) menemukan bahwa daerah dengan kapasitas fiskal rendah cenderung mengurangi pengeluaran pembangunan dan pemeliharaan layanan publik ketika menghadapi tekanan anggaran. Demikian pula Padovani et al. (2024) menunjukkan bahwa kerentanan fiskal pemerintah daerah meningkat ketika terjadi ketidakseimbangan antara kewajiban pelayanan dan sumber daya yang tersedia. Kondisi tersebut berpotensi menurunkan ketahanan fiskal (*financial resilience*) pemerintah daerah dalam menghadapi guncangan ekonomi maupun peningkatan kebutuhan pelayanan kesehatan.

Dengan demikian, temuan penelitian ini memperlihatkan hubungan yang jelas antara kebutuhan mempertahankan peserta aktif JKN dan tingkat tekanan APBD. Semakin besar jumlah peserta yang harus dibiayai pemerintah daerah, semakin besar pula tekanan fiskal yang muncul. Fenomena ini menunjukkan bahwa keberhasilan pencapaian UHC tidak hanya bergantung pada cakupan kepesertaan, tetapi juga pada kapasitas fiskal daerah untuk mempertahankan keberlanjutan pembiayaan. Oleh karena itu, isu utama yang dihadapi pemerintah daerah saat ini bukan lagi sekadar mencapai UHC, melainkan menjaga UHC tetap bertahan di tengah keterbatasan fiskal yang semakin nyata.

Manifestasi Fiscal Stress Syndrome dalam Implementasi JKN

Temuan penelitian menunjukkan bahwa tekanan fiskal yang dialami pemerintah daerah dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) tidak dapat dijelaskan melalui satu variabel tunggal. Fiscal stress yang muncul bukan sekadar akibat keterbatasan anggaran daerah, melainkan merupakan gejala multidimensional yang terbentuk dari interaksi kompleks antara dinamika kepesertaan, perubahan regulasi, kapasitas fiskal daerah, serta kondisi sosial ekonomi masyarakat. Dalam perspektif administrasi publik, kondisi tersebut dapat disebut sebagai *Fiscal Stress Syndrome*, yaitu keadaan ketika pemerintah daerah menghadapi tekanan berlapis untuk mempertahankan komitmen pelayanan publik meskipun sumber daya fiskal yang tersedia semakin terbatas.

Konsep fiscal stress pada awalnya menjelaskan situasi ketika kapasitas penerimaan pemerintah tidak lagi mampu mengimbangi peningkatan kebutuhan belanja publik. Wulandari (2023) menemukan bahwa Pendapatan Asli Daerah (PAD), dana perimbangan, dan belanja modal memiliki hubungan signifikan terhadap tingkat fiscal stress pemerintah provinsi di Indonesia. Temuan tersebut mengindikasikan bahwa tekanan fiskal bukan hanya muncul karena rendahnya pendapatan, tetapi juga karena meningkatnya kewajiban pengeluaran yang harus dipenuhi pemerintah daerah. Dalam implementasi JKN, fenomena tersebut terlihat

jelas ketika pemerintah daerah harus mengalokasikan anggaran yang semakin besar untuk membiayai peserta PBPU Pemda, sementara ruang fiskal daerah tidak bertambah secara proporsional.

Namun demikian, menjelaskan fiscal stress JKN semata-mata melalui pendekatan keuangan daerah menjadi kurang memadai. Temuan lapangan menunjukkan bahwa pertumbuhan peserta PBPU Pemda justru terjadi bersamaan dengan penonaktifan sebagian peserta PBI pusat akibat pemutakhiran data kemiskinan dan verifikasi kepesertaan. Kondisi ini menciptakan proses cost shifting dari pemerintah pusat ke pemerintah daerah. Secara administratif, beban kepesertaan berpindah; secara fiskal, tanggung jawab pembiayaan ikut bergeser. Akibatnya, pemerintah daerah dipaksa menanggung kelompok masyarakat rentan yang sebelumnya memperoleh perlindungan dari skema nasional. Fenomena ini sejalan dengan konsep unfunded mandates, yaitu ketika fungsi pelayanan publik dilimpahkan kepada pemerintah daerah tanpa diikuti dukungan pendanaan yang memadai. Studi Rodríguez-Pose (2024) menunjukkan bahwa ketidaksesuaian antara fungsi dan pembiayaan merupakan salah satu penyebab utama munculnya tekanan fiskal dalam sistem desentralisasi.

Lebih jauh, tekanan tersebut diperkuat oleh tingginya tunggakan peserta mandiri. Secara teoritis, kelompok peserta mandiri merupakan instrumen untuk memperluas basis pembiayaan JKN. Akan tetapi, dalam praktiknya, ketidakmampuan sebagian masyarakat membayar iuran secara rutin menyebabkan terjadinya ketidakstabilan pendapatan sistem jaminan kesehatan. Penelitian Laksono et al. (2024) menunjukkan bahwa kepemilikan JKN di wilayah perdesaan Indonesia sangat dipengaruhi oleh status sosial ekonomi rumah tangga. Dengan kata lain, keberlanjutan kepesertaan tidak hanya ditentukan oleh kesadaran administrasi, tetapi juga oleh kemampuan ekonomi masyarakat. Temuan serupa terlihat pada studi di India dan Kenya yang menunjukkan bahwa pendapatan, pekerjaan, dan persepsi keterjangkauan iuran merupakan determinan utama partisipasi asuransi kesehatan. Ketika kelompok rentan gagal mempertahankan kepesertaannya, tekanan sosial kemudian beralih kepada pemerintah daerah untuk menanggung biaya perlindungan kesehatan mereka.

Pada saat yang sama, kemampuan daerah dalam merespons tekanan tersebut sangat dipengaruhi oleh kapasitas fiskal yang dimiliki. Tidak semua daerah memiliki ruang fiskal yang sama. Kajian Akita, Riadi, dan Rizal (2021) menunjukkan bahwa disparitas fiskal antarwilayah di Indonesia masih relatif tinggi meskipun telah berlangsung lebih dari dua dekade desentralisasi. Dana Alokasi Umum memang berfungsi sebagai instrumen pemerataan, namun belum sepenuhnya mampu menghilangkan kesenjangan kapasitas fiskal antar daerah. Akibatnya, daerah dengan PAD tinggi relatif lebih mudah mempertahankan pembiayaan peserta JKN dibandingkan daerah yang masih bergantung pada transfer pusat. Situasi ini memperkuat argumen bahwa fiscal stress dalam implementasi JKN tidak hanya dipengaruhi oleh jumlah peserta yang harus ditanggung, tetapi juga oleh kemampuan fiskal yang tersedia untuk menanggung mereka.

Kondisi tersebut semakin kompleks ketika pemerintah daerah harus mempertahankan indikator Universal Health Coverage (UHC). UHC pada dasarnya merupakan indikator keberhasilan kebijakan kesehatan nasional, namun dalam

praktiknya menjadi tekanan administratif dan politik bagi pemerintah daerah. Daerah dituntut mempertahankan tingkat kepesertaan aktif yang tinggi meskipun menghadapi keterbatasan anggaran dan meningkatnya jumlah masyarakat yang membutuhkan subsidi. Dalam perspektif fiskal federalism, kondisi ini mencerminkan adanya ketidakseimbangan vertikal (*vertical fiscal imbalance*) antara kewenangan pelayanan dan sumber pendanaan. Pengalaman India menunjukkan bahwa ketergantungan daerah terhadap transfer pusat menyebabkan ketimpangan penyediaan layanan kesehatan dan menyulitkan pencapaian cakupan kesehatan universal secara merata. Hal serupa juga ditemukan pada berbagai sistem kesehatan terdesentralisasi seperti Kenya, Brasil, dan India, di mana kapasitas fiskal daerah menjadi faktor penentu keberhasilan layanan kesehatan publik.

Dengan demikian, *Fiscal Stress Syndrome* dalam implementasi JKN merupakan hasil interaksi simultan antara pertumbuhan peserta BPJU Pemda, penonaktifan peserta PBI pusat, tingginya tunggakan peserta mandiri, kesenjangan kapasitas fiskal daerah, serta tekanan mempertahankan indikator UHC. Kelima faktor tersebut saling memperkuat dan membentuk lingkaran tekanan fiskal yang tidak dapat diselesaikan hanya melalui penambahan anggaran semata. Fiscal stress yang muncul bukan sekadar persoalan keuangan daerah, melainkan refleksi dari relasi yang belum sepenuhnya seimbang antara desentralisasi fiskal, perlindungan sosial, dan agenda *universal health coverage* dalam sistem pemerintahan Indonesia. Temuan ini sekaligus memperluas pemahaman mengenai fiscal stress dari sekadar indikator kesehatan keuangan daerah menjadi sebuah sindrom kebijakan publik yang lahir dari pertemuan antara tuntutan sosial, kewajiban regulatif, kapasitas fiskal, dan dinamika kepesertaan JKN.

Tipologi Fiscal Stress Syndrome pada Daerah UHC

Pencapaian Universal Health Coverage (UHC) selama ini umumnya diukur melalui indikator cakupan kepesertaan dan akses pelayanan kesehatan. Pendekatan tersebut memang penting karena menunjukkan sejauh mana masyarakat telah terlindungi oleh sistem jaminan kesehatan. Namun demikian, indikator tersebut belum mampu menjelaskan apakah keberhasilan UHC dapat dipertahankan secara berkelanjutan dari sisi kapasitas fiskal pemerintah daerah. Dalam banyak kasus, daerah dapat mencapai cakupan UHC yang tinggi, tetapi pada saat yang sama menghadapi tekanan anggaran yang semakin berat akibat peningkatan kewajiban pembayaran iuran, keterbatasan ruang fiskal, serta ketergantungan pada transfer pemerintah pusat. Kondisi ini menunjukkan bahwa keberhasilan UHC tidak selalu identik dengan kesehatan fiskal daerah.

Literatur mengenai fiscal stress menegaskan bahwa tekanan fiskal muncul ketika kemampuan pemerintah menghasilkan pendapatan tidak lagi sebanding dengan tuntutan pengeluaran publik yang harus dipenuhi (Lhutfi et al., 2019). Bahkan Leiser, Wang, dan Kargman (2021) menunjukkan bahwa kondisi fiskal tidak bersifat biner antara sehat dan bermasalah, melainkan membentuk spektrum yang ditandai oleh tingkat kerentanan yang berbeda-beda. Pemerintah yang tampak stabil dalam indikator konvensional dapat menyimpan tekanan fiskal laten yang baru terlihat ketika terjadi guncangan ekonomi atau peningkatan kewajiban pelayanan publik. Dalam perspektif ini, keberhasilan UHC seharusnya tidak hanya dipahami sebagai keberhasilan administratif dalam memperluas kepesertaan,

melainkan juga sebagai kemampuan fiskal untuk mempertahankan perlindungan kesehatan tersebut dalam jangka panjang.

Temuan penelitian ini menunjukkan bahwa hubungan antara capaian UHC dan tekanan fiskal tidak bersifat linear. Beberapa daerah dengan cakupan UHC tinggi ternyata memiliki kondisi fiskal yang relatif aman, sementara daerah lain menghadapi tekanan fiskal yang jauh lebih besar meskipun memiliki tingkat cakupan yang hampir sama. Variasi ini memperlihatkan bahwa indikator kepesertaan semata tidak cukup untuk menggambarkan keberlanjutan program. Oleh karena itu, penelitian ini mengusulkan sebuah tipologi baru yang disebut sebagai Fiscal Stress Syndrome pada Daerah UHC, yaitu klasifikasi daerah berdasarkan kombinasi antara cakupan kepesertaan, tingkat kepesertaan aktif, dan tekanan fiskal pemerintah daerah.

Kelompok pertama adalah Stable UHC. Tipologi ini ditandai oleh cakupan kepesertaan yang tinggi, tingkat peserta aktif yang tinggi, serta tekanan fiskal yang relatif rendah. Daerah dalam kategori ini mampu mempertahankan perlindungan kesehatan tanpa menimbulkan gangguan signifikan terhadap stabilitas APBD. Kabupaten Balangan dan Kabupaten Hulu Sungai Selatan termasuk dalam kelompok ini. Karakteristik utamanya adalah kemampuan menjaga keseimbangan antara perluasan cakupan layanan dan kapasitas fiskal daerah. Dalam terminologi Rao, Musso, dan Young (2023), kondisi tersebut mencerminkan tingginya fiscal resilience, yakni kemampuan pemerintah daerah untuk bertahan, pulih, dan beradaptasi terhadap tekanan ekonomi tanpa mengurangi kualitas pelayanan publik. Dengan kata lain, keberhasilan UHC di daerah ini bukan sekadar keberhasilan administratif, tetapi juga keberhasilan manajerial dalam menjaga ketahanan fiskal.

Kelompok kedua adalah Vulnerable UHC. Kelompok ini ditandai oleh cakupan kepesertaan yang tetap tinggi, namun tingkat kepesertaan aktif mulai menurun dan tekanan fiskal menunjukkan tren peningkatan. Kabupaten Kotabaru, Tapin, dan Hulu Sungai Tengah berada pada kategori ini. Daerah-daerah tersebut belum mengalami krisis fiskal, tetapi telah memperlihatkan gejala awal kerentanan. Temuan ini sejalan dengan kerangka fiscal vulnerability yang dikembangkan Stoian et al. (2018), yang menjelaskan bahwa kerentanan fiskal dapat muncul jauh sebelum terjadi kegagalan fiskal aktual. Dalam kondisi demikian, indikator keuangan daerah mungkin masih tampak sehat, tetapi kapasitas untuk menyerap guncangan semakin melemah. Jika tidak diantisipasi melalui diversifikasi pendapatan, efisiensi belanja, dan penguatan basis fiskal lokal, kelompok ini berpotensi bergeser menuju kategori tekanan fiskal yang lebih berat.

Kelompok ketiga adalah Fiscal-Stressed UHC. Kategori ini ditandai oleh cakupan UHC yang tinggi, namun tingkat kepesertaan aktif relatif rendah dan beban fiskal yang harus ditanggung pemerintah daerah sangat besar. Kota Banjarmasin, Kota Banjarbaru, dan Kabupaten Banjar merupakan contoh utama kelompok ini. Paradoks yang muncul adalah bahwa keberhasilan mencapai cakupan UHC justru beriringan dengan meningkatnya tekanan terhadap APBD. Fenomena tersebut memperlihatkan adanya gejala yang dapat disebut sebagai Fiscal Stress Syndrome, yaitu kondisi ketika keberhasilan perluasan perlindungan kesehatan menghasilkan konsekuensi fiskal yang semakin berat bagi pemerintah daerah. Situasi ini sejalan dengan argumentasi Pedraza et al. (2019) bahwa pertumbuhan ekonomi semata

tidak cukup untuk menciptakan ruang fiskal kesehatan yang berkelanjutan; diperlukan sumber pembiayaan tambahan, efisiensi belanja, dan penguatan kapasitas fiskal daerah agar sistem kesehatan tetap mampu bertahan dalam jangka panjang.

Lebih jauh, tipologi ini juga memberikan kritik terhadap pandangan yang selama ini mendominasi evaluasi UHC. Sebagian besar pendekatan menempatkan cakupan kepesertaan sebagai indikator keberhasilan utama, sementara aspek ketahanan fiskal sering kali diposisikan sebagai isu sekunder. Padahal, sebagaimana ditegaskan WHO dalam kerangka Health System Performance Assessment, fungsi pembiayaan merupakan salah satu pilar utama yang menentukan keberhasilan sistem kesehatan secara keseluruhan. Tanpa fondasi fiskal yang kuat, peningkatan cakupan kepesertaan berisiko menjadi capaian yang rapuh dan sulit dipertahankan.

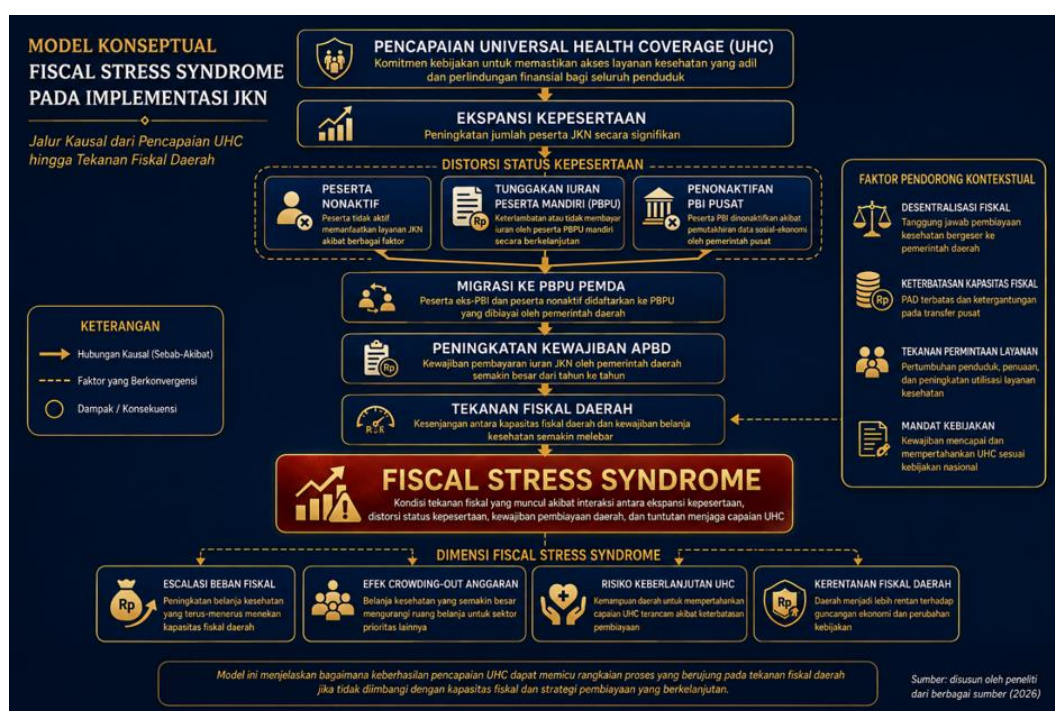
Dengan demikian, tipologi Stable UHC–Vulnerable UHC–Fiscal-Stressed UHC menawarkan kontribusi teoritis baru berupa kerangka klasifikasi daerah berdasarkan interaksi antara performa UHC dan kapasitas fiskal. Berbeda dengan model sebelumnya yang hanya menilai kesehatan fiskal atau capaian kesehatan secara terpisah, tipologi ini mengintegrasikan keduanya dalam satu kerangka analisis. Novelty tersebut memungkinkan pemerintah daerah dan pembuat kebijakan untuk tidak hanya bertanya apakah UHC telah tercapai, tetapi juga apakah UHC tersebut dapat dipertahankan secara fiskal dalam jangka panjang. Ini merupakan langkah penting menuju paradigma baru pembangunan kesehatan daerah yang tidak hanya inklusif, tetapi juga berkelanjutan.

Model Konseptual Fiscal Stress Syndrome pada Implementasi JKN

Temuan penelitian ini menunjukkan bahwa keberhasilan pencapaian Universal Health Coverage (UHC) tidak selalu menghasilkan kondisi fiskal yang lebih sehat bagi pemerintah daerah. Sebaliknya, pada sejumlah daerah ditemukan paradoks kebijakan, yaitu ketika capaian cakupan kepesertaan yang tinggi justru diikuti oleh peningkatan beban pembiayaan daerah yang semakin besar. Berdasarkan pola empiris yang ditemukan, penelitian ini membangun sebuah model konseptual yang disebut Fiscal Stress Syndrome pada Implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN). Model ini menjelaskan hubungan sebab-akibat yang menghubungkan ekspansi kepesertaan JKN dengan munculnya tekanan fiskal daerah secara bertahap dan sistematis.

Pada tahap pertama, pemerintah daerah berupaya mencapai target UHC melalui perluasan kepesertaan JKN. Secara konseptual, strategi ini sejalan dengan agenda global WHO bahwa perluasan cakupan kesehatan merupakan instrumen utama untuk menjamin akses pelayanan kesehatan yang adil dan perlindungan finansial masyarakat. Namun demikian, berbagai studi menunjukkan bahwa keberhasilan perluasan cakupan tidak selalu diikuti oleh keberlanjutan pembiayaan (financial sustainability). Hailu et al. (2021) menemukan bahwa ekspansi layanan kesehatan universal di Ethiopia menghasilkan kebutuhan pembiayaan yang jauh lebih besar dibandingkan kapasitas fiskal yang tersedia sehingga menimbulkan kesenjangan pendanaan yang terus meningkat. Kondisi serupa juga dijelaskan oleh Pedraza et al. (2019) yang menunjukkan bahwa pertumbuhan ekonomi semata tidak cukup menciptakan ruang fiskal (fiscal space) yang memadai untuk menopang UHC secara berkelanjutan.

Dalam penelitian ini, pencapaian UHC menghasilkan konsekuensi lanjutan berupa meningkatnya jumlah peserta yang secara administratif terdaftar tetapi tidak aktif. Sebagian besar peserta mengalami tunggakan iuran PBPJ mandiri akibat keterbatasan kemampuan membayar, perubahan kondisi ekonomi rumah tangga, maupun rendahnya kontinuitas pembayaran premi. Fenomena tersebut sejalan dengan temuan Vasudeva et al. (2024) yang menunjukkan bahwa tingkat pendidikan, pendapatan, dan kapasitas ekonomi rumah tangga sangat menentukan keberlanjutan kepesertaan asuransi kesehatan. Bahkan, pengetahuan mengenai manfaat asuransi tidak selalu berujung pada kepatuhan pembayaran premi. Kondisi ini memperlihatkan bahwa perluasan cakupan administratif tidak identik dengan keberlanjutan kepesertaan aktual.



Pada saat yang sama, kebijakan pemutakhiran data sosial-ekonomi oleh pemerintah pusat menyebabkan sebagian peserta PBI kehilangan status kepesertaan yang sebelumnya dibiayai APBN. Penonaktifan PBI tersebut tidak serta-merta menghilangkan kebutuhan masyarakat terhadap perlindungan kesehatan. Dalam praktiknya, tekanan sosial dan politik mendorong pemerintah daerah untuk mengakomodasi kelompok yang keluar dari skema PBI pusat melalui mekanisme PBPJ yang didaftarkan dan dibiayai oleh pemerintah daerah. Proses inilah yang menjadi titik kritis dalam model penelitian ini.

Secara teoritis, kondisi tersebut dapat dipahami sebagai bentuk policy feedback effect, yakni ketika keberhasilan sebuah kebijakan menciptakan konsekuensi baru yang membutuhkan intervensi kebijakan berikutnya. Chollate dan Harrison (2021) menyebut fenomena ini sebagai unintended consequences, yaitu situasi ketika respons masyarakat terhadap suatu kebijakan menghasilkan hasil yang berbeda dari tujuan awal pembuat kebijakan. Dalam kasus JKN, tujuan

awal berupa perluasan perlindungan kesehatan justru menghasilkan konsekuensi fiskal yang tidak sepenuhnya diperhitungkan sebelumnya.

Migrasi peserta nonaktif dan eks-PBI ke skema PBPU pemerintah daerah kemudian meningkatkan kewajiban pembayaran iuran yang harus ditanggung APBD. Semakin besar jumlah peserta yang dibiayai daerah, semakin tinggi pula proporsi belanja kesehatan wajib yang harus dialokasikan pemerintah daerah. Pada titik ini muncul fenomena yang dalam literatur keuangan publik disebut sebagai fiskal vulnerability. Leiser, Wang, dan Kargman (2021) menjelaskan bahwa tekanan fiskal muncul ketika kewajiban pelayanan publik meningkat lebih cepat dibandingkan kapasitas fiskal pemerintah. Sementara itu, Rao, Musso, dan Young (2023) menegaskan bahwa ketahanan fiskal (fiscal resilience) suatu pemerintah sangat ditentukan oleh kemampuan menghadapi peningkatan kewajiban yang bersifat struktural dan berulang.

Dari perspektif desentralisasi fiskal, temuan penelitian ini juga memperlihatkan adanya risiko transfer beban pembiayaan dari pemerintah pusat ke pemerintah daerah. Rotulo, Epstein, dan Kondilis (2020) mengingatkan bahwa desentralisasi pembiayaan kesehatan berpotensi memperlebar ketimpangan fiskal antarwilayah apabila tidak diimbangi kapasitas pendanaan yang memadai. Temuan Chen, Zheng, dan Zhu (2023) di Tiongkok bahkan menunjukkan bahwa desentralisasi fiskal dapat menurunkan perhatian pemerintah daerah terhadap investasi kesehatan ketika tekanan anggaran meningkat. Kondisi tersebut menjelaskan mengapa daerah dengan kapasitas fiskal terbatas lebih rentan mengalami tekanan pembiayaan JKN dibandingkan daerah yang memiliki basis pendapatan yang kuat.

Dengan demikian, Fiscal Stress Syndrome dalam penelitian ini dapat didefinisikan sebagai suatu kondisi ketika keberhasilan pencapaian UHC memicu rangkaian proses berupa ekspansi kepesertaan, meningkatnya peserta nonaktif dan tunggakan mandiri, penonaktifan peserta PBI pusat, migrasi kepesertaan ke PBPU pemerintah daerah, peningkatan kewajiban pembiayaan APBD, dan akhirnya menghasilkan tekanan fiskal yang semakin besar terhadap pemerintah daerah. Berbeda dengan konsep fiskal stress klasik yang menitikberatkan pada ketidakseimbangan antara pendapatan dan belanja daerah (Halim, 2001), model ini menunjukkan bahwa tekanan fiskal juga dapat muncul sebagai konsekuensi tidak langsung dari keberhasilan kebijakan kesehatan universal.

Oleh karena itu, model konseptual ini menawarkan kontribusi teoritis baru bahwa pencapaian UHC tidak hanya perlu diukur melalui indikator cakupan kepesertaan, tetapi juga melalui kapasitas fiskal daerah dalam mempertahankan keberlanjutan pembiayaan. Semakin tinggi ketergantungan perluasan kepesertaan pada subsidi APBD tanpa diimbangi peningkatan ruang fiskal dan ketahanan keuangan daerah, semakin besar risiko terbentuknya *Fiscal Stress Syndrome* sebagai konsekuensi laten dari implementasi JKN.

Implikasi Teoretis dan Kebijakan bagi Keberlanjutan UHC di Indonesia

Temuan penelitian ini menunjukkan bahwa pencapaian Universal Health Coverage (UHC) tidak selalu identik dengan terciptanya keberlanjutan pembiayaan kesehatan di tingkat daerah. Di banyak kabupaten/kota, peningkatan cakupan kepesertaan justru diikuti oleh meningkatnya kewajiban pembiayaan yang harus

ditanggung pemerintah daerah akibat bertambahnya peserta PBP yang dibiayai APBD, penonaktifan peserta PBI pusat, serta tingginya tunggakan peserta mandiri. Situasi tersebut membentuk tekanan fiskal yang berlangsung secara kumulatif dan pada akhirnya memunculkan fenomena yang dalam penelitian ini disebut sebagai Fiscal Stress Syndrome. Temuan ini memiliki implikasi penting baik bagi pengembangan teori maupun bagi perumusan kebijakan pembiayaan JKN di Indonesia.

Dari perspektif teoretis, hasil penelitian memperluas pemahaman mengenai Fiscal Stress Theory yang selama ini lebih banyak digunakan untuk menjelaskan tekanan keuangan pemerintah akibat ketidakseimbangan antara kapasitas pendapatan dan kebutuhan belanja publik. Literatur klasik memandang fiscal stress sebagai konsekuensi dari perlambatan ekonomi, keterbatasan pendapatan daerah, meningkatnya belanja pemerintah, atau tekanan pelayanan publik (Leiser et al., 2021; Rao et al., 2023). Temuan penelitian ini menunjukkan bahwa dalam sektor kesehatan, fiscal stress dapat muncul bukan semata-mata karena lemahnya kapasitas fiskal daerah, tetapi juga karena keberhasilan ekspansi program jaminan kesehatan yang tidak diimbangi oleh mekanisme pembiayaan yang berkelanjutan. Dengan kata lain, keberhasilan kebijakan sosial dapat menjadi sumber tekanan fiskal baru apabila desain pembiayaannya tidak memperhitungkan kemampuan fiskal pemerintah daerah secara proporsional.

Penelitian ini juga memberikan kontribusi terhadap kajian Fiscal Federalism. Teori federalisme fiskal menjelaskan bahwa desentralisasi pembiayaan memungkinkan pelayanan publik disesuaikan dengan kebutuhan lokal, tetapi pada saat yang sama dapat menimbulkan ketimpangan apabila kapasitas fiskal antarwilayah berbeda secara signifikan (Rotulo et al., 2020; Harikrishnan & Hiremath, 2024). Dalam implementasi JKN, pemerintah daerah memiliki kewajiban mempertahankan cakupan kepesertaan sekaligus menanggung kelompok penduduk yang tidak lagi memperoleh subsidi pusat. Temuan penelitian menunjukkan bahwa daerah dengan kapasitas fiskal rendah menghadapi beban yang relatif lebih besar dibandingkan daerah yang memiliki PAD tinggi. Kondisi tersebut memperlihatkan adanya ketidakseimbangan antara mandat kebijakan nasional dan kapasitas pembiayaan daerah. Oleh karena itu, Fiscal Stress Syndrome dapat dipahami sebagai konsekuensi dari hubungan fiskal pusat-daerah yang belum sepenuhnya mampu mengakomodasi risiko pembiayaan UHC secara merata.

Selain itu, penelitian ini memperluas diskursus mengenai Health Financing Sustainability. Berbagai studi menegaskan bahwa keberlanjutan pembiayaan kesehatan ditentukan oleh kemampuan sistem menghasilkan sumber pendanaan yang cukup, stabil, dan adil untuk membiayai pelayanan kesehatan dalam jangka panjang (OECD, 2015; Colombier & Braendle, 2018; Aikins et al., 2021). Temuan penelitian memperlihatkan bahwa indikator cakupan kepesertaan yang tinggi tidak otomatis mencerminkan keberlanjutan sistem pembiayaan. Sebaliknya, tingginya proporsi peserta yang bergantung pada pembiayaan pemerintah daerah dapat menjadi indikator awal kerentanan fiskal apabila tidak disertai peningkatan kapasitas pendapatan dan dukungan fiskal yang memadai. Dengan demikian, konsep keberlanjutan pembiayaan kesehatan perlu memasukkan dimensi kapasitas fiskal daerah sebagai bagian integral dari evaluasi UHC.

Pada tataran kebijakan, hasil penelitian mengindikasikan perlunya reformulasi skema PBPU Pemda. Selama ini PBPU yang dibiayai pemerintah daerah sering berfungsi sebagai mekanisme penyelamatan cakupan kepesertaan untuk mempertahankan status UHC. Namun, apabila jumlah peserta terus meningkat tanpa mekanisme pengendalian dan verifikasi yang memadai, APBD akan menanggung beban yang semakin besar. Oleh karena itu, diperlukan pembaruan basis data kepesertaan secara berkala, integrasi data sosial ekonomi, serta penetapan kriteria penerima bantuan daerah yang lebih adaptif terhadap perubahan kondisi masyarakat.

Selanjutnya, penelitian ini mendukung pentingnya penguatan mekanisme cost-sharing antara pemerintah pusat dan pemerintah daerah. Pendanaan UHC tidak dapat sepenuhnya dibebankan kepada daerah, terutama pada wilayah yang memiliki kapasitas fiskal terbatas. Skema pembagian beban pembiayaan yang mempertimbangkan tingkat kemiskinan, kemampuan fiskal, dan karakteristik demografis daerah berpotensi mengurangi ketimpangan serta meningkatkan keberlanjutan program secara nasional.

Temuan penelitian juga mengarah pada kebutuhan pembentukan mekanisme kompensasi fiskal kesehatan. Sebagaimana transfer fiskal digunakan untuk mengurangi kesenjangan pembangunan antarwilayah, instrumen serupa dapat diterapkan untuk mengompensasi daerah yang mengalami tekanan pembiayaan JKN akibat tingginya jumlah peserta yang harus ditanggung APBD. Pendekatan ini sejalan dengan prinsip pemerataan fiskal yang menjadi fondasi desentralisasi di Indonesia.

Akhirnya, penelitian ini mengusulkan perlunya indikator baru UHC berbasis keberlanjutan fiskal. Selama ini keberhasilan UHC lebih banyak diukur melalui persentase cakupan kepesertaan aktif. Padahal indikator tersebut belum mampu menggambarkan kemampuan daerah mempertahankan pembiayaan dalam jangka panjang. Ke depan, evaluasi UHC perlu memasukkan indikator seperti proporsi peserta yang dibiayai APBD, rasio belanja JKN terhadap kapasitas fiskal daerah, tingkat ketergantungan terhadap subsidi pemerintah, dan tren pertumbuhan kewajiban pembiayaan kesehatan. Dengan demikian, keberhasilan UHC tidak lagi dipahami hanya sebagai capaian kuantitatif kepesertaan, melainkan sebagai kemampuan sistem untuk menjaga fiscal sustainability of coverage, yakni keberlanjutan perlindungan kesehatan yang tetap terjamin tanpa menimbulkan tekanan fiskal yang mengancam stabilitas pembangunan daerah.

Novelty Penelitian

Novelty utama penelitian ini terletak pada pengembangan konsep Fiscal Stress Syndrome sebagai kerangka analitis baru untuk menjelaskan konsekuensi fiskal yang muncul dari implementasi Universal Health Coverage (UHC) di tingkat pemerintah daerah. Berbeda dengan penelitian terdahulu yang umumnya memandang fiscal stress sebagai akibat dari keterbatasan pendapatan daerah, perlambatan ekonomi, ketidakseimbangan anggaran, atau tekanan belanja publik, penelitian ini menunjukkan bahwa tekanan fiskal juga dapat muncul sebagai konsekuensi dari keberhasilan kebijakan sosial nasional, khususnya perluasan kepesertaan Jaminan Kesehatan Nasional (JKN).

Kontribusi konseptual penelitian ini terletak pada identifikasi mekanisme kausal yang belum banyak dijelaskan dalam literatur. Penelitian menemukan bahwa pencapaian UHC memicu ekspansi kepesertaan yang kemudian berinteraksi dengan tingginya peserta nonaktif, tunggakan peserta mandiri, serta penonaktifan peserta PBI pusat. Interaksi ketiga faktor tersebut mendorong migrasi kepesertaan ke skema PBPUPU yang dibiayai pemerintah daerah, sehingga meningkatkan kewajiban APBD dan menghasilkan tekanan fiskal yang bersifat sistemik. Rangkaian hubungan tersebut dirumuskan sebagai Model Konseptual Fiscal Stress Syndrome pada Implementasi JKN, yang menjelaskan bagaimana keberhasilan perluasan perlindungan kesehatan dapat bertransformasi menjadi sumber kerentanan fiskal daerah apabila tidak diimbangi oleh kapasitas pembiayaan yang memadai.

Selain itu, penelitian ini menghasilkan Tipologi Fiscal Stress Syndrome pada Daerah UHC, yang mengklasifikasikan daerah ke dalam kategori Stable UHC, Vulnerable UHC, dan Fiscal-Stressed UHC. Tipologi ini memperkaya pendekatan evaluasi UHC yang selama ini lebih menitikberatkan pada indikator cakupan kepesertaan semata. Melalui tipologi tersebut, keberhasilan UHC dapat dianalisis secara lebih komprehensif dengan mempertimbangkan kemampuan fiskal daerah dalam mempertahankan pembiayaan kepesertaan secara berkelanjutan. Dengan demikian, penelitian ini menawarkan perspektif baru bahwa keberhasilan sistem jaminan kesehatan tidak hanya ditentukan oleh luasnya cakupan peserta, tetapi juga oleh kemampuan fiskal pemerintah untuk mempertahankan perlindungan kesehatan dalam jangka panjang.

Implikasi Penelitian

Implikasi penelitian ini mencakup aspek teoretis dan praktis yang relevan bagi pengembangan kebijakan JKN dan tata kelola pembiayaan kesehatan di Indonesia. Dari sisi teoretis, penelitian memperluas cakupan Fiscal Stress Theory dengan menunjukkan bahwa tekanan fiskal tidak selalu bersumber dari kegagalan ekonomi atau lemahnya kapasitas pendapatan daerah, melainkan juga dapat berasal dari keberhasilan program kesejahteraan yang menciptakan kewajiban pembiayaan baru. Temuan ini sekaligus memperkaya kajian Fiscal Federalism dengan memperlihatkan bagaimana hubungan fiskal pusat-daerah dalam pembiayaan kesehatan dapat menghasilkan tekanan asimetris pada daerah yang memiliki kapasitas fiskal berbeda. Penelitian juga memperluas diskursus Health Financing Sustainability dengan menempatkan kapasitas fiskal daerah sebagai elemen penting dalam keberlanjutan UHC.

Dari sisi kebijakan, penelitian mengindikasikan perlunya reformulasi mekanisme pembiayaan peserta PBPUPU yang ditanggung pemerintah daerah. Pemerintah pusat dan daerah perlu mengembangkan skema cost-sharing yang lebih proporsional berdasarkan kapasitas fiskal, tingkat kemiskinan, dan beban kepesertaan masing-masing wilayah. Selain itu, diperlukan mekanisme kompensasi fiskal kesehatan bagi daerah yang mengalami tekanan pembiayaan akibat tingginya jumlah peserta yang harus ditanggung APBD. Kebijakan transfer fiskal yang sensitif terhadap risiko pembiayaan JKN dapat menjadi instrumen untuk menjaga keberlanjutan program secara nasional sekaligus mengurangi kesenjangan antarwilayah.

Implikasi penting lainnya adalah perlunya redefinisi indikator keberhasilan UHC. Selama ini keberhasilan UHC cenderung diukur melalui persentase cakupan kepesertaan aktif. Penelitian ini menunjukkan bahwa indikator tersebut belum cukup untuk menggambarkan keberlanjutan sistem. Oleh karena itu, evaluasi UHC perlu memasukkan indikator keberlanjutan fiskal, seperti proporsi peserta yang dibiayai APBD, rasio belanja JKN terhadap kapasitas fiskal daerah, tingkat ketergantungan terhadap subsidi pemerintah, serta tren pertumbuhan kewajiban pembiayaan kesehatan. Dengan pendekatan tersebut, UHC tidak hanya dinilai dari kemampuan memperluas perlindungan kesehatan, tetapi juga dari kemampuan mempertahankan perlindungan tersebut secara fiskal, berkelanjutan, dan adil bagi seluruh daerah di Indonesia.

D. PENUTUP

Kesimpulan

Berdasarkan hasil penelitian mengenai Fiscal Stress Syndrome dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) pada 13 kabupaten/kota di Provinsi Kalimantan Selatan, diperoleh beberapa kesimpulan sebagai berikut:

1. Pencapaian Universal Health Coverage (UHC) tidak selalu mencerminkan keberhasilan perlindungan kesehatan yang berkelanjutan.
Meskipun seluruh kabupaten/kota telah mencapai atau mendekati target UHC nasional dengan cakupan kepesertaan di atas 95 persen, tingkat keaktifan peserta menunjukkan variasi yang signifikan. Temuan ini mengindikasikan adanya kesenjangan antara nominal coverage dan effective coverage, sehingga keberhasilan administratif dalam perluasan kepesertaan belum tentu diikuti oleh keberlanjutan perlindungan kesehatan masyarakat.
2. Implementasi JKN menunjukkan terjadinya perpindahan risiko pembiayaan dari pemerintah pusat dan peserta individu kepada pemerintah daerah.
Penonaktifan peserta PBI pusat, tingginya tunggakan peserta mandiri, serta meningkatnya jumlah peserta nonaktif mendorong pemerintah daerah untuk melakukan intervensi melalui skema PBPU BP Pemda guna mempertahankan status UHC. Kondisi ini menyebabkan meningkatnya kewajiban pembiayaan yang harus ditanggung APBD dan memperlihatkan adanya fenomena risk shifting dalam tata kelola pembiayaan kesehatan.
3. Kapasitas fiskal daerah menjadi faktor penentu utama keberlanjutan UHC.
Penelitian menemukan bahwa semakin besar jumlah peserta yang harus dibiayai pemerintah daerah, semakin tinggi pula tekanan fiskal yang muncul. Daerah dengan kapasitas fiskal kuat cenderung lebih mampu mempertahankan UHC secara berkelanjutan dibandingkan daerah yang masih bergantung pada transfer pemerintah pusat. Oleh karena itu, keberhasilan UHC tidak hanya ditentukan oleh luasnya cakupan kepesertaan, tetapi juga oleh kemampuan fiskal daerah dalam mempertahankan pembiayaannya.
4. Fiscal Stress Syndrome merupakan fenomena multidimensional yang terbentuk melalui interaksi berbagai faktor.
Fiscal Stress Syndrome tidak semata-mata disebabkan oleh keterbatasan pendapatan daerah, tetapi merupakan hasil interaksi antara ekspansi kepesertaan JKN, meningkatnya peserta nonaktif, tunggakan peserta mandiri,

penonaktifan peserta PBI pusat, migrasi peserta ke PBPU BP Pemda, dan keterbatasan kapasitas fiskal daerah. Kombinasi faktor-faktor tersebut membentuk tekanan fiskal yang bersifat sistemik dan berulang.

5. Penelitian menghasilkan tipologi baru daerah UHC berdasarkan tingkat tekanan fiskal.

Tipologi tersebut terdiri atas Stable UHC, Vulnerable UHC, dan Fiscal-Stressed UHC. Klasifikasi ini menunjukkan bahwa daerah dengan capaian UHC yang relatif sama dapat memiliki tingkat kerentanan fiskal yang berbeda. Oleh karena itu, evaluasi keberhasilan UHC perlu mempertimbangkan dimensi ketahanan fiskal selain indikator cakupan kepesertaan.

6. Penelitian berhasil mengembangkan Model Konseptual Fiscal Stress Syndrome pada implementasi JKN.

Model ini menjelaskan bahwa keberhasilan pencapaian UHC dapat memicu rangkaian proses berupa ekspansi kepesertaan, peningkatan peserta nonaktif, migrasi pembiayaan ke pemerintah daerah, meningkatnya kewajiban APBD, dan akhirnya menghasilkan tekanan fiskal daerah. Temuan ini memperluas teori Fiscal Stress dan Fiscal Federalism dengan menunjukkan bahwa keberhasilan kebijakan sosial juga dapat menjadi sumber kerentanan fiskal apabila tidak didukung mekanisme pembiayaan yang berkelanjutan.

Rekomendasi Kebijakan Dan Tindak Lanjut

Berdasarkan temuan penelitian mengenai *Fiscal Stress Syndrome* dalam implementasi Jaminan Kesehatan Nasional (JKN), rekomendasi yang diajukan tidak hanya berorientasi pada penyelesaian masalah administratif kepesertaan, tetapi diarahkan pada upaya menjaga keberlanjutan Universal Health Coverage (UHC) tanpa menciptakan tekanan fiskal yang semakin berat bagi pemerintah daerah. Temuan penelitian menunjukkan bahwa persoalan utama JKN saat ini bukan lagi bagaimana mencapai UHC, melainkan bagaimana mempertahankan UHC ketika jumlah peserta yang harus ditanggung pemerintah daerah terus bertambah, sementara kapasitas fiskal daerah tidak tumbuh dengan kecepatan yang sama. Oleh karena itu, rekomendasi berikut disusun dengan pendekatan implementatif, realistis, dan dapat dijalankan baik pada tingkat nasional maupun di Provinsi Kalimantan Selatan.

1. Pemerintah Pusat Perlu Mengubah Paradigma Evaluasi UHC dari "Coverage-Oriented" Menjadi "Sustainability-Oriented"

Selama lebih dari satu dekade, keberhasilan UHC hampir selalu diukur berdasarkan persentase cakupan kepesertaan. Pendekatan ini berhasil mendorong daerah berlomba mencapai angka UHC, tetapi secara tidak langsung juga mendorong munculnya praktik "mengejar angka" tanpa mempertimbangkan kemampuan pembiayaan jangka panjang. Ke depan, Kementerian Kesehatan bersama BPJS Kesehatan perlu mengembangkan indikator baru yang tidak hanya mengukur jumlah penduduk yang terdaftar, tetapi juga kemampuan daerah mempertahankan perlindungan tersebut secara berkelanjutan. Secara konkret, setiap kabupaten/kota perlu dinilai berdasarkan empat indikator utama, yaitu cakupan UHC, tingkat keaktifan peserta, proporsi peserta yang dibiayai APBD, dan rasio belanja JKN

terhadap kapasitas fiskal daerah. Dengan cara ini pemerintah pusat dapat membedakan daerah yang benar-benar sehat secara fiskal dengan daerah yang hanya tampak berhasil secara administratif. Perubahan paradigma ini penting karena tanpa ukuran keberlanjutan fiskal, pemerintah daerah akan terus terdorong menambah peserta tanpa memiliki strategi pembiayaan jangka panjang.

2. Kalimantan Selatan Perlu Membentuk Forum Fiskal Sustainability JKN Tingkat Provinsi

Selama ini pembahasan JKN lebih banyak berfokus pada capaian kepesertaan, pemutakhiran data, dan pelayanan kesehatan. Hampir tidak ada ruang diskusi yang secara khusus membahas risiko fiskal yang muncul akibat peningkatan PBPU BP Pemda. Oleh karena itu, Pemerintah Provinsi Kalimantan Selatan perlu membentuk Forum Fiskal Sustainability JKN yang melibatkan Dinas Kesehatan, BPKAD, Bappeda, Dinas Sosial, BPJS Kesehatan, serta seluruh pemerintah kabupaten/kota. Forum ini tidak sekadar menjadi rapat koordinasi rutin, tetapi berfungsi sebagai pusat analisis risiko fiskal JKN. Setiap triwulan, seluruh daerah diwajibkan mempresentasikan perkembangan peserta aktif, peserta nonaktif, PBPU BP Pemda, kebutuhan anggaran tahun berikutnya, dan proyeksi tekanan fiskal lima tahun ke depan. Dengan demikian, pemerintah provinsi dapat mengidentifikasi daerah yang mulai memasuki kategori *Vulnerable UHC* sebelum berubah menjadi *Fiscal-Stressed UHC*.

3. Pemerintah Daerah Harus Berhenti Menjadikan PBPU BP Pemda sebagai Solusi Utama

Temuan penelitian menunjukkan bahwa hampir semua daerah merespons peserta yang kehilangan perlindungan JKN dengan cara paling mudah, yaitu memasukkan mereka ke segmen PBPU BP Pemda. Dalam jangka pendek langkah ini memang mampu mempertahankan status UHC, tetapi dalam jangka panjang justru menjadi sumber utama Fiscal Stress Syndrome. Pemerintah daerah perlu mengubah pendekatan dari "membayar peserta" menjadi "mencegah peserta jatuh menjadi tanggungan daerah". Caranya adalah dengan membangun sistem deteksi dini terhadap peserta yang mulai menunggak iuran. BPJS Kesehatan dapat mengirimkan daftar peserta berisiko menunggak setiap bulan kepada pemerintah daerah. Selanjutnya dilakukan intervensi berupa edukasi, pendampingan, restrukturisasi tunggakan, atau fasilitasi perubahan segmen kepesertaan sebelum peserta tersebut menjadi nonaktif. Strategi pencegahan akan jauh lebih murah dibandingkan terus menambah peserta yang harus dibayar APBD.

4. Diperlukan Operasi Bersama Validasi PBPU BP Pemda di Seluruh Kabupaten/Kota

Berdasarkan pengalaman lapangan, tidak sedikit peserta PBPU BP Pemda yang sebenarnya sudah tidak memenuhi kriteria penerima bantuan. Sebagian telah bekerja, memiliki usaha, bahkan sudah masuk kategori mampu, tetapi masih tercatat sebagai peserta yang dibiayai pemerintah daerah. Karena itu Pemerintah Provinsi Kalimantan Selatan perlu memimpin pelaksanaan validasi massal PBPU BP Pemda setiap tahun. Tim gabungan yang terdiri dari

Dinas Sosial, Dinas Kesehatan, BPJS Kesehatan, pemerintah desa dan kelurahan melakukan verifikasi lapangan terhadap seluruh peserta bantuan daerah. Peserta yang sudah mampu diarahkan kembali menjadi peserta mandiri. Apabila langkah ini dilakukan secara konsisten, maka ribuan peserta yang tidak lagi layak dapat dikeluarkan dari skema pembiayaan APBD sehingga menciptakan ruang fiskal yang signifikan.

5. Kementerian Kesehatan dan Kementerian Sosial Perlu Menjamin Tidak Terjadi "Migrasi Kemiskinan Administratif"

Salah satu akar Fiscal Stress Syndrome adalah penonaktifan peserta PBI pusat yang kemudian beralih menjadi tanggungan pemerintah daerah. Dalam banyak kasus, masyarakat tidak benar-benar keluar dari kategori rentan, tetapi hanya gagal memenuhi persyaratan administratif akibat perubahan data sosial ekonomi. Pemerintah pusat perlu membangun mekanisme transisi otomatis. Setiap peserta yang akan dinonaktifkan dari PBI pusat harus terlebih dahulu melalui proses konfirmasi bersama pemerintah daerah. Tidak boleh ada peserta yang langsung keluar dari sistem perlindungan tanpa adanya skema transisi yang jelas. Pendekatan ini akan mengurangi fenomena perpindahan beban pembiayaan secara mendadak dari APBN ke APBD yang selama ini menjadi salah satu penyebab meningkatnya tekanan fiskal daerah.

6. Kalimantan Selatan Perlu Menyusun Peta Risiko Fiscal Stress JKN Lima Tahunan

Sebagaimana pemerintah memiliki peta risiko bencana, maka sektor kesehatan juga perlu memiliki peta risiko fiskal. Pemerintah Provinsi Kalimantan Selatan bersama BPJS Kesehatan dapat menyusun proyeksi lima tahunan mengenai pertumbuhan peserta PBPB BP Pemda, tren peserta nonaktif, tingkat kemiskinan, kemampuan fiskal daerah, dan kebutuhan anggaran JKN. Peta risiko tersebut kemudian menjadi dasar penyusunan RKPD, RPJMD, dan kebijakan penganggaran daerah. Dengan demikian, pemerintah tidak lagi bekerja secara reaktif ketika anggaran JKN meningkat, tetapi sudah memiliki skenario mitigasi jauh sebelum tekanan fiskal benar-benar terjadi.

7. BPJS Kesehatan Perlu Mengembangkan Dashboard Fiscal Stress Syndrome
Saat ini hampir seluruh dashboard JKN berorientasi pada jumlah peserta dan pemanfaatan pelayanan. Padahal yang dibutuhkan pemerintah daerah adalah informasi mengenai risiko fiskal masa depan. Oleh karena itu, BPJS Kesehatan perlu mengembangkan dashboard khusus yang menampilkan jumlah peserta nonaktif, tren tunggakan peserta mandiri, pertumbuhan PBPB BP Pemda, rasio ketergantungan subsidi, dan tingkat risiko fiscal stress setiap daerah. Dashboard ini dapat diberi sistem warna seperti peringatan dini. Zona hijau menunjukkan daerah stabil, zona kuning menunjukkan kerentanan, dan zona merah menunjukkan tekanan fiskal tinggi. Informasi tersebut akan membantu kepala daerah mengambil keputusan yang lebih cepat dan berbasis data.

8. **Pemerintah Daerah Harus Mengintegrasikan JKN dengan Strategi Pengentasan Kemiskinan**
Salah satu kesalahan yang sering terjadi adalah menempatkan JKN hanya sebagai urusan kesehatan. Padahal akar masalah Fiscal Stress Syndrome sebenarnya lebih banyak berasal dari persoalan sosial ekonomi masyarakat. Ketika kemiskinan meningkat, pekerjaan informal mendominasi, dan kemampuan membayar iuran menurun, maka jumlah peserta yang harus ditanggung pemerintah juga meningkat. Oleh karena itu, strategi pengendalian Fiscal Stress Syndrome harus terhubung langsung dengan program pengentasan kemiskinan, pemberdayaan ekonomi masyarakat, perlindungan sosial, dan penciptaan lapangan kerja. Semakin banyak masyarakat yang mampu membayar iuran secara mandiri, semakin kecil tekanan yang harus ditanggung APBD.
9. **Pemerintah Pusat Perlu Membentuk Dana Insentif Fiskal UHC Berkelanjutan**
Selama ini daerah memperoleh penghargaan ketika berhasil mencapai UHC. Namun penghargaan tersebut belum memperhitungkan kemampuan daerah menjaga keberlanjutan pembiayaannya. Pemerintah pusat perlu membentuk Dana Insentif Fiskal UHC Berkelanjutan yang diberikan kepada daerah yang berhasil mempertahankan cakupan UHC tinggi sekaligus menurunkan ketergantungan terhadap PBPU BP Pemda. Skema ini akan mengubah perilaku pemerintah daerah. Fokus tidak lagi pada menambah peserta sebanyak-banyaknya, tetapi pada membangun sistem yang sehat, aktif, dan berkelanjutan secara fiskal.
10. **Diperlukan Reformasi Nasional terhadap Skema PBPU BP Pemda**
Dalam jangka panjang, pemerintah pusat perlu mengevaluasi ulang desain PBPU BP Pemda. Saat ini skema tersebut berfungsi sebagai "katup pengaman" ketika peserta keluar dari PBI pusat atau gagal membayar iuran mandiri. Akibatnya, pemerintah daerah menjadi penanggung risiko terakhir bagi hampir seluruh masalah kepesertaan. Ke depan, PBPU BP Pemda seharusnya dibatasi sebagai instrumen sementara (*temporary safety net*) dan bukan menjadi sumber pembiayaan permanen. Pemerintah pusat perlu menetapkan batas maksimal proporsi peserta PBPU BP Pemda terhadap jumlah penduduk, disertai mekanisme evaluasi berkala dan dukungan pembiayaan nasional. Tanpa reformasi ini, jumlah peserta yang dibiayai APBD akan terus meningkat dan pada akhirnya mengancam keberlanjutan fiskal daerah.
11. **Membangun Agenda Baru UHC Indonesia: "Coverage, Sustainability, and Resilience"**
Implikasi terbesar dari penelitian ini adalah perlunya perubahan cara pandang terhadap keberhasilan UHC. Selama ini keberhasilan hanya diukur dari seberapa banyak penduduk yang berhasil didaftarkan. Temuan penelitian menunjukkan bahwa ukuran tersebut tidak lagi memadai. Keberhasilan UHC harus dibangun di atas tiga pilar yang berjalan bersamaan, yaitu *coverage* (cakupan perlindungan), *sustainability* (keberlanjutan pembiayaan), dan *resilience* (ketahanan fiskal daerah). Tanpa keberlanjutan fiskal, UHC hanya menjadi capaian statistik yang rapuh. Tanpa ketahanan fiskal daerah,

perlindungan kesehatan universal akan terus bergantung pada intervensi anggaran yang semakin besar. Karena itu, agenda besar Indonesia setelah berhasil mencapai UHC bukan lagi memperluas perlindungan kesehatan, melainkan memastikan bahwa perlindungan tersebut tetap dapat dipertahankan 10 hingga 20 tahun mendatang tanpa mengorbankan stabilitas fiskal daerah dan pembangunan sektor lainnya.

DAFTAR PUSTAKA

- Ahrens, T., & Ferry, L. (2020). Financial resilience of English local government in the aftermath of COVID-19. *Journal of Public Budgeting, Accounting & Financial Management*, 32(5), 813–823. <https://doi.org/10.1108/JPBAFM-07-2020-0098>
- Aikins, M., Tabong, P. T.-N., Salari, P., Tediosi, F., Asenso-Boadi, F. M., & Akweongo, P. (2021). Positioning the national health insurance for financial sustainability and universal health coverage in Ghana: A qualitative study among key stakeholders. *PLOS ONE*, 16(6), e0253109. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0253109>
- Aizenman, J., Jinjarak, Y., Nguyen, H. T. K., & Park, D. (2019). Fiscal space and government-spending and tax-rate cyclical patterns: A cross-country comparison, 1960–2016. *Journal of Macroeconomics*, 60, 229–252. <https://doi.org/10.1016/j.jmacro.2019.01.006>
- Akita, T., Riadi, A. A., & Rizal, A. (2021). Fiscal disparities in Indonesia in the decentralization era: Does general allocation fund equalize fiscal revenues? *Regional Science Policy & Practice*, 13(6), 1842–1866. <https://doi.org/10.1111/rsp3.12326>
- Asante, A., Cheng, Q., Susilo, D., Satrya, A., Haemmerli, M., Fattah, R. A., et al. (2023). The benefits and burden of health financing in Indonesia: Analyses of nationally representative cross-sectional data. *The Lancet Global Health*, 11(5), e770–e780. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00104-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00104-7)
- Atake, E.-H. (2020). *Does the type of health insurance enrollment affect provider choice, utilization and health care expenditures?* *BMC Health Services Research*, 20, 1003. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05879-0>
- Barbera, C., Jones, M., Korac, S., Saliterer, I., & Steccolini, I. (2021). Local government strategies in the face of shocks and crises: The role of anticipatory capacities and financial vulnerability. *International Review of Administrative Sciences*, 87(1), 154–170. <https://doi.org/10.1177/0020852319842661>
- Borge, L.-E., & Hopland, A. O. (2023). Fiscal and political determinants of local government maintenance. *Building Research & Information*, 51(8), 937–948. <https://doi.org/10.1080/09613218.2023.2206089>
- Chen, C., Zheng, M., & Zhu, J. (2023). How does fiscal decentralization affect health outcomes? Evidence from China. *Risk Management and Healthcare Policy*, 16, 1893–1903. <https://doi.org/10.2147/RMHP.S412547>

- Cho, V., Trowbridge, J., Perreira, T., Sodhi, S., Karsan, A., Hassan, H., Perrier, L., Prokopy, M., Dale, A., & Brown, A. (2025). Definition and key concepts of high-performing health systems: A scoping review. *BMJ Open*, 15(7), e094124. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2024-094124>
- Chollete, L., & Harrison, S. G. (2021). Unintended consequences: Ambiguity neglect and policy ineffectiveness. *Eastern Economic Journal*, 47(2), 206–226. <https://doi.org/10.1057/s41302-021-00187-7>
- Endalamaw, A., Gilks, C. F., Ambaw, F., & Assefa, Y. (2022). *Universality of universal health coverage: A scoping review*. *PLOS ONE*, 17(8), e0269507. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0269507>
- Hailu, A., Eregata, G. T., Stenberg, K., & Norheim, O. F. (2021). Is universal health coverage affordable? Estimated costs and fiscal space analysis for the Ethiopian essential health services package. *Health Systems & Reform*, 7(1), e1870061. <https://doi.org/10.1080/23288604.2020.1870061>
- Halim, A. (2001). Anggaran daerah dan fiscal stress (Sebuah studi kasus pada anggaran daerah provinsi di Indonesia). *Jurnal Ekonomi dan Bisnis Indonesia*, 16(4), 346–357.
- Harikrishnan, K. S., & Hiremath, G. S. (2024). Asymmetric fiscal federalism and public provision of healthcare: New insights from India. *Indian Journal of Human Development*, 17(3), 420–438. <https://doi.org/10.1177/09737030241239736>
- Hidayat, M. S., Permana, Y. H., Puspendari, D. A., Siregar, D. R., Setyaningsih, H., Aristianti, V., Baros, W. A., Atsna, Z., Fadlika, F., & Boenjamin, A. (2025). *Payment compliance of informal sector workers in Indonesia National Health Insurance: A study on ability and willingness to pay*. *Health Economics Review*, 15, 109. <https://doi.org/10.1186/s13561-025-00702-y>
- Laksono, A. D., Rukmini, R., Tumaji, T., Ipa, M., & Wulandari, R. D. (2022). *National Health Insurance Membership among Urban Poor Societies in Indonesia in 2019: Are They Protected?* *Economies*, 10(8), 196. <https://doi.org/10.3390/economies10080196>
- Laksono, A. D., Wulandari, R. D., Efendi, D. E., Tumaji, T., & Nantabah, Z. K. (2024). Role of socioeconomic status in national health insurance ownership in Indonesia's rural areas. *Journal of Research in Health Sciences*, 24(1), e00608. <https://doi.org/10.34172/jrhs.2024.143>
- Leiser, S., Wang, S., & Kargman, C. (2021). Perceptions of local government fiscal health and fiscal stress: Evidence from quantile regressions with Michigan municipalities and counties. *State and Local Government Review*, 53(4), 279–292. <https://doi.org/10.1177/0160323X211038356>
- Lhutfi, I., Ritchi, H., & Yudianto, I. (2019). Bagaimana pemerintah daerah merespon fiscal stress? *Jurnal Ilmiah Ekonomi Global Masa Kini*, 10(2), 76–81. <https://doi.org/10.36982/jiegm.v10i2.840>
- Maino, F., & Maioni, A. (2024). Federalism and health care: A comparative policy analysis of Canada and Italy. *Journal of Comparative Policy Analysis: Research and Practice*, 26(5), 385–406. <https://doi.org/10.1080/13876988.2024.2336538>

- Mawejje, J. (2024). Fiscal vulnerabilities in low-income countries: Evolution, drivers, and policies. World Bank Publications. <https://doi.org/10.1596/42239>
- Nurhasana, R., Hidayat, B., Pujiyanto, Ratih, S. P., Hartono, R. K., & Dartanto, T. (2021). *The sustainability of premium payment of national health insurance's self-enrolled members in Jakarta Greater Area*. Journal of Public Health Research, 11(1), 2392. <https://doi.org/10.4081/jphr.2021.2392>
- OECD. (2015). Fiscal sustainability of health systems: Bridging health and finance perspectives. Organisation for Economic Co-operation and Development Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264233386-en>
- Ohno, T., Ishida, M., & Kobayashi, W. (2022). Local government cash flow situation as viewed from the fiscal indicators of the assessment of fiscal conditions. Public Policy Review, 18(2), 1–29.
- Padovani, E., Iacuzzi, S., Poljasevic, J., & Valle de Souza, S. (2025). A multicountry analysis of local government financial vulnerability during the 2020 pandemic considering systemic factors. Financial Accountability & Management, 41(1), 42–59. <https://doi.org/10.1111/faam.12403>
- Pedraza, C. C., Matus-López, M., & Báscolo, E. (2019). Fiscal space for health in the Americas: Is economic growth sufficient? Revista Panamericana de Salud Pública, 43, e321. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.321>
- Peng, F., Zhou, S., & Zhou, P. (2023). Local government fiscal stress and corporate risk-taking: Evidence from a quasi-natural experiment in China. Economic Analysis and Policy, 80, 1677–1695. <https://doi.org/10.1016/j.eap.2023.11.009>
- Pratiwi, A. B., Setiyaningsih, H., Kok, M. O., Hoekstra, T., Mukti, A. G., & Pisani, E. (2021). Is Indonesia achieving universal health coverage? Secondary analysis of national data on insurance coverage, health spending and service availability. BMJ Open, 11(10), e050565. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2021-050565>
- Rahayu, S., Yudi, Y., & Rahayu, R. (2023). Local government performance: Financial condition perspective. Jurnal Perspektif Pembiayaan dan Pembangunan Daerah, 10(6), 395–408. <https://doi.org/10.22437/ppd.v10i6.11779>
- Rao, M., Musso, J. A., & Young, M. M. (2023). Resist, recover, renew: Fiscal resilience as a strategic response to economic uncertainty. The American Review of Public Administration, 53(7–8), 509–526. <https://doi.org/10.1177/02750740231186424>
- Referensi Tambahan yang Sangat Kuat untuk Pembahasan Fiscal Stress Syndrome
Ritonga, I. T. (2014). Modelling local government financial conditions in Indonesia (Doctoral dissertation, Victoria University, Melbourne, Australia). Victoria University Research Repository.
- Rodríguez-Pose, A. (2024). Unfunded mandates and the economic impact of decentralisation: When finance does not follow function. Political Studies. <https://doi.org/10.1177/00323217221136666>

- Rotulo, A., Epstein, M., & Kondilis, E. (2020). Fiscal federalism versus fiscal decentralization in healthcare: A conceptual framework. *Hippokratia*, 24(3), 107–113.
- Stoian, A., Braşoveanu, L. O., Braşoveanu, I. V., & Dumitrescu, B. (2018). A framework to assess fiscal vulnerability: Empirical evidence for European Union countries. *Sustainability*, 10(7), 2482. <https://doi.org/10.3390/su10072482>
- Thapa, B. B., Rahman, M., Were, L., Wamai, R., & Galárraga, O. (2024). Do targeted intergovernmental fiscal transfers improve health outcomes? Evidence from Kenyan decentralization using the difference-in-differences technique. *Health Research Policy and Systems*, 22, 172. <https://doi.org/10.1186/s12961-024-01272-x>
- Vasudeva, T., Jangra, R., Sharma, D., Nirola, N., Syal, P., Gupta, R., Sharma, S., Kaundal, H., Khanna, P., Singh, A., & Kiran, T. (2024). Socioeconomic and demographic determinants of health insurance knowledge and coverage among street vendors in a North Indian city. *Discover Public Health*, 21, Article 210. <https://doi.org/10.1007/s44189-024-00210-2>
- WHO. (2026). Fiscal space for health. World Health Organization.
- World Health Organization. (2022). Health system performance assessment: A framework for policy analysis. World Health Organization & European Observatory on Health Systems and Policies. <https://www.who.int>
- Wulandari, V. (2023). Determinan fiscal stress pada pemerintah daerah provinsi di Indonesia (Skripsi Sarjana, Politeknik Negeri Sriwijaya). Polstri Repository. <http://eprints.polsri.ac.id/14954/>
- Xu, S. (2025). Establishment of local government financial sustainability and debt risk prevention and control mechanism. *Education Insights*, 2(7), 194–200.
- Zhang, P., & Guo, H. (2024). Navigating local fiscal sustainability: Topics and challenges. *Local Government Studies*, 50(6), 1094–1104. <https://doi.org/10.1080/03003930.2024.2408629>
- Zhang, X., Feng, T., Wang, C., & Li, C. (2023). Local fiscal pressure and public health: Evidence from China. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(6), 5126. <https://doi.org/10.3390/ijerph20065126>