

REGISTRASI	
NO.	248/PUU-XXIV/2026
Hari	: Kamis
Tanggal	: 25 Juni 2026
Jam	: 10:00 WIB

Surabaya, 23 Juni 2026

Ketua Mahkamah Konstitusi Republik Indonesia

Jalan Medan Merdeka Barat Nomor 6

Jakarta Pusat 10110

Hal: Permohonan Pengujian Materiil Pasal 401 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887) terhadap Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

Dengan hormat,

yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama : Vidya Virginia

Kewarganegaraan : Warga Negara Indonesia

Pekerjaan : Pelajar/Mahasiswa

Alamat

[Redacted Address]

Selanjutnya disebut sebagai-----**Pemohon**

Dengan ini, Pemohon mengajukan permohonan Pengujian Materiil Pasal 401 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan terhadap Pasal 28H ayat (1), Pasal 34 ayat (3), dan Pasal 28D ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945.

I. KEWENANGAN MAHKAMAH KONSTITUSI

1. Bahwa berdasarkan Pasal 24C ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 (selanjutnya disebut UUD NRI 1945), yang berbunyi:

“Mahkamah Konstitusi berwenang mengadili pada tingkat pertama dan terakhir yang putusannya bersifat final untuk menguji undang-undang terhadap Undang-Undang Dasar, memutus sengketa kewenangan lembaga negara yang kewenangannya diberikan oleh Undang-Undang Dasar, memutus pembubaran partai politik, dan memutus perselisihan tentang hasil pemilihan umum.”

2. Bahwa berdasarkan Ketentuan Pasal 10 ayat (1) huruf a Undang-Undang Nomor 24

Tahun 2003 tentang Mahkamah Konstitusi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2003 Nomor 98, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 4316) sebagaimana terakhir diubah dengan Undang-Undang Nomor 7 Tahun 2020 tentang Perubahan Ketiga atas Undang-Undang Nomor 24 Tahun 2003 tentang Mahkamah Konstitusi (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2020 Nomor 216, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6554), dan selanjutnya disebut UU MK, menyatakan bahwa:

"Mahkamah Konstitusi berwenang mengadili pada tingkat pertama dan terakhir yang putusannya bersifat final untuk:

a. Menguji undang-undang terhadap Undang-undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945."

3. Bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 29 ayat (1) huruf a Undang-Undang Nomor 48 Tahun 2009 tentang Kekuasaan Kehakiman (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2009 Nomor 157, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 5076), untuk selanjutnya disebut UU Kekuasaan Kehakiman, menyatakan bahwa:

"Mahkamah Konstitusi berwenang mengadili pada tingkat pertama dan terakhir yang putusannya bersifat final untuk: (a) menguji undang-undang terhadap Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia 1945."

4. Bahwa berdasarkan ketentuan Pasal 9 ayat (1) Undang-Undang Nomor 13 Tahun 2022 tentang Perubahan Kedua atas Undang-Undang Nomor 12 Tahun 2011 tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2022 Nomor 143, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6801), untuk selanjutnya disebut UU PPP, menyatakan bahwa:

"Dalam hal suatu Undang-Undang diduga bertentangan dengan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, pengujiannya dilakukan oleh Mahkamah Konstitusi".

5. Bahwa berdasarkan Pasal 2 ayat (1) Peraturan Mahkamah Konstitusi Nomor 7 Tahun 2025 tentang Tata Beracara Dalam Perkara Pengujian Undang-Undang (PMK Pengujian UU), menyatakan:

(1) Objek Permohonan PUU adalah undang-undang dan Perppu.

- a. Bahwa objek pengujian a quo yang dimohonkan oleh para pemohon merupakan undang-undang yang masih masuk dalam ruang lingkup kewenangan Mahkamah Konstitusi sebagaimana diatur dalam Pasal 24C ayat (1) UUD 1945, Pasal 29 ayat (1) UU Kekuasaan Kehakiman, Pasal 10 ayat (1)

huruf a dan Pasal 51A ayat (3) UU Mahkamah Konstitusi serta Pasal 9 ayat (1) UU PPP.

6. Bahwa Mahkamah Konstitusi dibentuk dan memiliki fungsi, antara lain, sebagai lembaga pengawal konstitusi (*the guardian of the constitution*), lembaga penafsir tertinggi atas ketentuan konstitusi (*the sole and the highest interpreter of the constitution*), serta lembaga pelindung hak hak konstitusional warga negara (*the protector of constitutional rights of the citizens*). Oleh karena itu, apabila dalam perkembangannya terdapat norma, pasal, atau keseluruhan undang undang yang tidak lagi relevan dengan keadaan sosial dan perkembangan hukum sehingga menimbulkan kerugian terhadap hak hak konstitusional warga negara, Mahkamah Konstitusi berwenang untuk membatalkan undang undang tersebut secara keseluruhan atau menyatakan suatu pasal dalam undang undang yang diuji sebagai inkonstitusional bersyarat. Hal demikian sejalan dengan ketentuan dalam Pasal 57 ayat (1) dan (2) UU MK, yang dirumuskan:

- 1) Putusan Mahkamah Konstitusi yang amar putusannya menyatakan bahwa materi muatan ayat, pasal, dan/ atau bagian undang-undang bertentangan dengan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, materi muatan ayat, pasal, dan/ atau bagian undang-undang tersebut tidak mempunyai kekuatan hukum mengikat.
- 2) Putusan Mahkamah Konstitusi yang amar putusannya menyatakan bahwa pembentukan undang-undang dimaksud tidak memenuhi ketentuan pembentukan undang-undang berdasarkan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945, undang-undang tersebut tidak mempunyai kekuatan hukum mengikat.

7. Bahwa objek permohonan Para Pemohon *a quo* adalah pengujian konstitusionalitas Pasal 401 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan yang pada pokoknya menghapus ketentuan mengenai “*minimum mandatory spending*” (anggaran minimum) di bidang kesehatan dalam peraturan perundang-undangan sebelumnya, sehingga berimplikasi pada tidak adanya jaminan alokasi anggaran kesehatan secara pasti oleh negara.

Terhadap ketentuan:

- a. Pasal 28H ayat (1) UUD NRI 1945: “*Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan*”;
- b. Pasal 34 ayat (3) UUD NRI 1945: “*Negara bertanggung jawab atas*

penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak”;

- c. Pasal 28D ayat (1) UUD NRI 1945: *“Setiap orang berhak atas pengakuan, jaminan, perlindungan, dan kepastian hukum yang adil serta perlakuan yang sama di hadapan hukum.”*

8. Bahwa oleh karena Permohonan Pemohon pada pokoknya mempersoalkan konstitusionalitas norma Pasal 401 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan terhadap Pasal 28H ayat (1), Pasal 34 ayat (3), dan Pasal 28D ayat (1) UUD NRI Tahun 1945, maka pengujian *a quo* jelas termasuk dalam ruang lingkup kewenangan Mahkamah Konstitusi. Kewenangan tersebut sebagaimana ditegaskan dalam Pasal 24C ayat (1) UUD NRI Tahun 1945, Pasal 29 ayat (1) Undang-Undang tentang Kekuasaan Kehakiman, Pasal 10 ayat (1) huruf a Undang-Undang tentang Mahkamah Konstitusi, Pasal 9 ayat (1) Undang-Undang tentang Pembentukan Peraturan Perundang-undangan, serta Pasal 2 Peraturan Mahkamah Konstitusi Nomor 7 Tahun 2025. Dengan demikian, Mahkamah Konstitusi berwenang untuk memeriksa, mengadili, dan memutus Permohonan *a quo*.

II. KEDUDUKAN HUKUM PEMOHON (LEGAL STANDING) PARA PEMOHON

1. Bahwa Pemohon adalah warga negara Indonesia yang berdomisili di Kabupaten Nganjuk, daerah yang fasilitas pelayanan kesehatan pada rumah sakit daerahnya tidak memadai sebagaimana tercermin dari keterbatasan sarana dan tenaga medis RSUD setempat, akibat ketergantungan anggaran yang tidak lagi dijamin oleh ketentuan minimum yang mengikat.
2. Bahwa Pemohon adalah perseorangan warga negara Indonesia yang identitas kewarganegaraannya dibuktikan dengan Kartu Tanda Penduduk (KTP) Pemohon (Bukti P-1) serta tercantum dalam Kartu Keluarga Pemohon (Bukti P-2). Bahwa Pemohon berdomisili di Kabupaten Nganjuk, Provinsi Jawa Timur, dan merupakan pengguna serta penerima manfaat potensial layanan kesehatan publik yang diselenggarakan oleh negara melalui fasilitas pelayanan kesehatan pemerintah, termasuk Rumah Sakit Umum Daerah (RSUD) Nganjuk dan RSUD Kertosono. Sebagai warga negara Indonesia, Pemohon memiliki hak konstitusional untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang layak sebagaimana dijamin dalam Pasal 28H ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 serta berhak memperoleh jaminan penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan yang layak oleh negara sebagaimana diatur dalam Pasal 34 ayat (3) UUD NRI Tahun 1945.

3. Bahwa sebagai bentuk pemenuhan kebutuhan kesehatan, Pemohon secara nyata memiliki hubungan hukum dengan sistem pelayanan kesehatan nasional yang pembiayaannya bersumber dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) dan Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD). Bahwa dengan berlakunya Pasal 401 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan yang menghapus ketentuan mengenai minimum mandatory spending anggaran kesehatan sebagaimana sebelumnya diatur dalam Pasal 171 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan, Pemohon memiliki hubungan hukum dan kepentingan konstitusional yang nyata, spesifik, dan langsung terhadap norma a quo. Hubungan hukum tersebut dibuktikan dengan kedudukan Pemohon sebagai warga negara yang bergantung pada tersedianya fasilitas kesehatan publik yang memadai dan terjangkau di daerah tempat tinggal Pemohon. Bahwa keberadaan fasilitas pelayanan kesehatan tersebut sangat dipengaruhi oleh kebijakan dan alokasi anggaran kesehatan yang ditetapkan oleh negara dan pemerintah daerah.
4. Bahwa dengan status tersebut, Pemohon mengalami kerugian konstitusional berupa berkurangnya jaminan negara dalam penyediaan pelayanan kesehatan yang layak, timbulnya ketidakpastian hukum mengenai keberlangsungan pembiayaan sektor kesehatan, serta potensi menurunnya kualitas dan aksesibilitas fasilitas kesehatan publik di daerah tempat tinggal Pemohon. Kerugian konstitusional tersebut memiliki hubungan sebab akibat (causal verband) dengan berlakunya Pasal 401 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan dan berpotensi tidak terjadi lagi apabila Mahkamah Konstitusi mengabulkan permohonan a quo.
5. Bahwa hak atas pelayanan kesehatan yang layak merupakan hak konstitusional Pemohon yang dijamin secara tegas oleh Pasal 28H ayat (1) UUD NRI Tahun 1945, yang berbunyi: *"Setiap orang berhak hidup sejahtera lahir dan batin, bertempat tinggal, dan mendapatkan lingkungan hidup yang baik dan sehat serta berhak memperoleh pelayanan kesehatan."*
6. Bahwa negara memikul kewajiban konstitusional untuk menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan yang layak sebagaimana diperintahkan oleh Pasal 34 ayat (3) UUD NRI Tahun 1945, yang berbunyi: *"Negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak."*
7. Bahwa sebelum berlakunya Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, Pasal 171 ayat (1) dan ayat (2) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan secara tegas mengatur kewajiban minimum alokasi anggaran

kesehatan, yakni sekurang-kurangnya 5% (lima persen) dari APBN di luar gaji dan sekurang-kurangnya 10% (sepuluh persen) dari APBD di luar gaji, yang merupakan jaminan normatif bagi terwujudnya fasilitas pelayanan kesehatan yang layak di seluruh wilayah Indonesia, termasuk di daerah tempat Pemohon berdomisili.

8. Bahwa Pasal 401 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan telah mencabut dan menyatakan tidak berlaku Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 secara keseluruhan, sehingga ketentuan "*minimum mandatory spending*" kesehatan tersebut turut terhapus tanpa digantikan oleh norma yang setara dalam rezim hukum yang berlaku saat ini.
9. Bahwa ketidaktersediaan fasilitas yang layak di rumah sakit daerah tersebut merupakan cerminan nyata dari minimnya investasi pemerintah daerah dalam bidang kesehatan, yang secara struktural disebabkan oleh tidak adanya jaminan normative minimum anggaran kesehatan daerah sebagaimana yang sebelumnya dijamin oleh Pasal 171 ayat (1) UU No. 36 Tahun 2009 dan kini telah dihapuskan melalui Pasal 401 UU No. 17 Tahun 2023.
10. Bahwa berdasarkan seluruh uraian di atas, Pasal 401 UU No. 17 Tahun 2023 sepanjang menyebabkan dihapuskannya kewajiban minimum alokasi anggaran kesehatan tanpa norma pengganti yang setara, bertentangan dengan Pasal 28H ayat (1) dan Pasal 34 ayat (1) UUD NRI Tahun 1945, serta tidak memiliki kekuatan hukum mengikat.
11. Bahwa selain Pemohon yang telah menguraikan kerugian konstitusional konkretnya melalui studi kasus RSUD Nganjuk dan RSUD Kertosono, Bahwa sebagai warga negara yang merupakan pengguna potensial layanan kesehatan publik yang dibiayai oleh APBN dan APBD, Pemohon memiliki hak konstitusional yang sama sebagaimana dijamin dalam Pasal 28H ayat (1) dan Pasal 34 ayat (3) UUD NRI Tahun 1945, dan menghadapi kerugian konstitusional yang bersifat potensial berupa ketidakpastian ketersediaan dan kualitas layanan kesehatan di daerah tempat tinggal masing-masing, sebagai akibat langsung dari hilangnya kewajiban hukum *minimum mandatory spending* yang sebelumnya menjamin alokasi anggaran kesehatan secara merata di seluruh wilayah Indonesia.
12. Bahwa berdasarkan uraian di atas Pemohon sebagai bagian dari kerugian kolektif warga negara telah memenuhi kelima syarat legal standing sebagaimana ditentukan dalam Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 006/PUU-III/2005, yaitu adanya hak konstitusional, kerugian konstitusional yang bersifat spesifik dan aktual atau setidaknya potensial, hubungan kausal antara kerugian dimaksud dengan berlakunya

Pasal 401 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, serta kemungkinan bahwa kerugian tersebut tidak akan atau tidak lagi terjadi apabila permohonan ini dikabulkan. Dengan demikian, Pemohon memiliki kedudukan hukum (legal standing) untuk mengajukan permohonan pengujian materiil ini.

III. ALASAN PERMOHONAN

A. Penghapusan Ketentuan *Minimum Mandatory Spending* dalam Pasal 401 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 Menghilangkan Jaminan Konstitusional atas Prioritas Pendanaan Kesehatan

1. Bahwa kesehatan merupakan hak konstitusional setiap warga negara yang dijamin dalam Pasal 28H ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 yang menyatakan setiap orang berhak memperoleh pelayanan kesehatan. Selain itu, Pasal 34 ayat (3) UUD 1945 menegaskan bahwa negara bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan dan fasilitas pelayanan umum yang layak. Dengan demikian, pemenuhan hak atas kesehatan bukanlah kebijakan yang bersifat pilihan, melainkan kewajiban konstitusional negara yang harus dipenuhi secara nyata dan berkelanjutan.
2. Bahwa sebelum berlakunya Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan, Pasal 171 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan mengatur *mandatory spending* kesehatan, yaitu kewajiban pemerintah mengalokasikan anggaran kesehatan paling sedikit 5% dari APBN di luar gaji dan pemerintah daerah paling sedikit 10% dari APBD di luar gaji. Ketentuan tersebut merupakan bentuk jaminan konkret agar sektor kesehatan tetap menjadi prioritas dalam kebijakan anggaran negara, sekaligus menjadi mekanisme operasionalisasi kewajiban konstitusional negara sebagaimana diamanatkan Pasal 34 ayat (3) UUD 1945.
3. Bahwa melalui Pasal 401 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023, ketentuan *mandatory spending* tersebut dihapus tanpa menghadirkan mekanisme pengganti yang memberikan jaminan perlindungan setara. Penghapusan ini bersifat mutlak sehingga tidak terdapat lagi batas minimum yang wajib dipenuhi negara dalam pengalokasian anggaran kesehatan, baik di tingkat pusat maupun daerah. Perbandingan norma sebelum dan sesudah penghapusan tersebut dapat dilihat dalam tabel berikut:

Aspek	UU No. 36 Tahun 2009 (Sebelum)	UU No. 17 Tahun 2023 (Sesudah)
Alokasi APBN Kesehatan	Minimal 5% APBN di luar gaji (Pasal 171 ayat 1)	Tidak ada ketentuan minimum
Alokasi APBD Kesehatan	Minimal 10% APBD di luar gaji (Pasal 171 ayat 2)	Tidak ada ketentuan minimum
Mekanisme Pengawasan	Terukur berdasarkan persentase yang dapat diaudit	Diserahkan pada kebijakan tahunan pemerintah dan DPR
Kepastian Hukum	Terdapat jaminan minimum alokasi anggaran	Tidak ada jaminan minimum yang mengikat

4. Bahwa penghapusan ketentuan anggaran minimum tersebut menyebabkan penentuan anggaran kesehatan sepenuhnya bergantung pada kebijakan politik anggaran tahunan pemerintah dan DPR. Tanpa adanya batas minimum yang mengikat secara hukum, anggaran kesehatan berpotensi dikurangi atau dialihkan ke sektor lain sehingga mengurangi prioritas pendanaan kesehatan. Kondisi ini tidak memberikan kepastian hukum yang memadai bagi warga negara bahwa hak konstitusionalnya atas pelayanan kesehatan akan tetap dipenuhi oleh negara.
5. Bahwa kondisi tersebut berpotensi berdampak langsung terhadap kualitas pelayanan kesehatan masyarakat, antara lain keterbatasan fasilitas kesehatan, kurangnya tenaga kesehatan, terbatasnya obat dan alat kesehatan, serta terganggunya program kesehatan masyarakat seperti imunisasi, penanganan stunting, dan pelayanan kesehatan bagi masyarakat miskin dan kelompok rentan. Bagi kelompok masyarakat tersebut, pendanaan publik merupakan satu-satunya akses nyata terhadap layanan kesehatan sehingga kepastian alokasi anggaran minimum bersifat esensial dalam pemenuhan hak konstitusional mereka.
6. Bahwa hak atas kesehatan tidak dapat dipenuhi hanya melalui norma yang bersifat umum dan deklaratif. Hak konstitusional memerlukan jaminan konkret dari negara

melalui kewajiban positif yang salah satunya diwujudkan melalui kepastian pendanaan. Frasa "bertanggung jawab" dalam Pasal 34 ayat (3) UUD 1945 memiliki makna aktif yang mengandung kewajiban negara untuk menyediakan, mengalokasikan sumber daya, dan memastikan ketersediaan fasilitas kesehatan yang layak. Tanpa mekanisme jaminan anggaran minimum yang mengikat, kewajiban dimaksud menjadi norma kosong yang bergantung semata pada kehendak politik pembentuk anggaran tahunan.

7. Bahwa penghapusan *mandatory spending* merupakan bentuk kemunduran perlindungan hak karena secara nyata mengurangi tingkat jaminan perlindungan yang sebelumnya telah diberikan negara terhadap pemenuhan hak atas kesehatan. Dalam sistem hak konstitusional UUD 1945, hak atas kesehatan seharusnya dipenuhi secara progresif dan tidak boleh dikurangi tingkat perlindungannya. Langkah regresif seperti ini seharusnya tidak diambil tanpa justifikasi yang kuat dan tanpa menghadirkan mekanisme perlindungan alternatif yang setara.
8. Bahwa negara tidak dapat menyerahkan pemenuhan hak kesehatan semata-mata pada pertimbangan politik anggaran tahunan tanpa adanya standar minimum yang mengikat. Sebab, tanpa batas minimum tersebut, tidak terdapat kepastian bahwa hak masyarakat untuk memperoleh pelayanan kesehatan akan tetap menjadi prioritas dalam kebijakan keuangan negara. Ketidakpastian ini secara langsung bertentangan dengan prinsip negara hukum yang menjamin kepastian hukum bagi setiap warga negara sebagaimana diamanatkan Pasal 1 ayat (3) UUD 1945.
9. Bahwa oleh karena itu, penghapusan ketentuan *minimum mandatory spending* dalam Pasal 401 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 telah: (a) menghilangkan jaminan konstitusional atas prioritas pendanaan kesehatan; (b) melemahkan kewajiban positif negara dalam menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan yang layak; (c) menciptakan ketidakpastian hukum bagi warga negara atas pemenuhan hak kesehatan mereka; dan (d) mengancam akses kesehatan bagi kelompok masyarakat miskin dan rentan. Dengan demikian, Pasal 401 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 bertentangan dengan Pasal 28H ayat (1) dan Pasal 34 ayat (3) UUD 1945.

B. Penghapusan *Mandatory Spending* Kesehatan melalui Pasal 401 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan yang Menimbulkan Ketidakpastian Hukum serta Bertentangan dengan Jaminan Konstitusional atas Hak Kesehatan

1. Bahwa Negara Republik Indonesia sebagai negara hukum yang menganut prinsip kesetaraan memiliki kewajiban konstitusional untuk menjamin terpenuhinya hak atas kesehatan bagi seluruh warga negara sebagaimana dijamin dalam Pasal 28H ayat (1)

dan Pasal 34 ayat (3) UUD NRI Tahun 1945.

2. Bahwa kondisi nyata sistem kesehatan Indonesia ditandai oleh disparitas yang sangat lebar antardaerah. Berdasarkan tabel Umur Harapan Hidup (UHH) Badan Pusat Statistik tahun 2023, Umur Harapan Hidup penduduk Sulawesi Barat tercatat sebesar 66,01 tahun, sedangkan Daerah Istimewa Yogyakarta mencatatkan Umur Harapan Hidup tertinggi secara nasional sebesar 75,18 tahun, sehingga terdapat selisih sekitar 9,17 tahun yang mencerminkan ketimpangan akses dan kualitas layanan kesehatan antardaerah.
3. Bahwa disparitas ini diperparah oleh perbedaan kapasitas fiskal antardaerah. Daerah di Kawasan Timur Indonesia umumnya memiliki kapasitas fiskal yang jauh lebih rendah dibandingkan daerah di Jawa dan Bali, sehingga biaya operasional dan logistik penyediaan layanan kesehatan menjadi sangat tinggi, dan menyebabkan efektivitas anggaran menurun.
4. Bahwa penghapusan ketentuan *mandatory spending* melalui Pasal 401 UU Kesehatan 2023 berpotensi memperparah disparitas tersebut, karena daerah-daerah dengan kapasitas fiskal rendah yang selama ini sudah kesulitan memenuhi kewajiban minimumnya kini tidak lagi memiliki kewajiban hukum apapun untuk memprioritaskan anggaran kesehatan.
5. Bahwa melalui Pasal 401 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023, ketentuan mengenai ukuran yang jelas dalam pembiayaan kesehatan telah dihapus tanpa adanya aturan pengganti yang setara. Akibatnya, tidak ada lagi batas yang pasti untuk menilai apakah anggaran kesehatan yang dialokasikan pemerintah sudah sesuai dengan amanat konstitusi. Kondisi ini berpotensi melemahkan tanggung jawab negara dalam menjamin pemenuhan hak kesehatan masyarakat.
6. Bahwa menurut konsep negara kesejahteraan, negara memiliki kewajiban untuk secara aktif menjamin terpenuhinya hak-hak dasar warga negara, termasuk hak atas kesehatan. Pemenuhan hak tersebut tidak boleh sepenuhnya bergantung pada kebijakan politik anggaran yang dapat berubah setiap waktu, tetapi harus didukung oleh aturan yang jelas dan pasti agar perlindungan hak masyarakat tetap terjaga.
7. Bahwa Pasal 28H ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 menjamin hak setiap orang untuk memperoleh pelayanan kesehatan, sedangkan Pasal 34 ayat (3) menegaskan tanggung jawab negara untuk menyediakan fasilitas pelayanan kesehatan yang layak. Oleh karena itu, negara wajib menghadirkan aturan yang nyata dan terukur agar jaminan atas hak kesehatan tidak hanya menjadi pernyataan

normatif, tetapi benar-benar dapat dirasakan oleh masyarakat.

8. Bahwa praktik di berbagai negara menunjukkan bahwa pembiayaan kesehatan umumnya diatur melalui standar yang jelas dan terukur guna menjamin keberlanjutan sistem kesehatan nasional. Selain itu, berbagai studi internasional menunjukkan bahwa stabilitas pembiayaan kesehatan berkorelasi langsung dengan kualitas pelayanan kesehatan masyarakat. Dalam konteks Indonesia yang masih menghadapi persoalan stunting, penyakit menular, dan ketimpangan akses layanan kesehatan, keberadaan standar pembiayaan yang pasti menjadi kebutuhan mendesak.
9. Bahwa realitas sosial menunjukkan masih adanya kesenjangan pelayanan kesehatan antar daerah akibat perbedaan kapasitas fiskal. Dalam kondisi demikian, keberadaan standar nasional pembiayaan kesehatan menjadi penting agar pemenuhan hak atas kesehatan tidak bergantung sepenuhnya pada kemampuan daerah masing-masing. Penghapusan parameter pembiayaan kesehatan justru berpotensi memperlebar ketimpangan pelayanan kesehatan dan menurunkan kepercayaan masyarakat terhadap komitmen negara dalam menjamin kesejahteraan sosial.

C. Dampak Nyata Penghapusan *Mandatory Spending* terhadap Rumah Sakit Umum Daerah sebagai Fasilitas Pelayanan Kesehatan Publik: Studi atas RSUD Nganjuk dan RSUD Kertosono

1. Bahwa Pasal 401 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan tidak sekadar menghapus satu ketentuan teknis dalam tata kelola keuangan negara. Penghapusan ketentuan *minimum mandatory spending* tersebut memberikan dampak konkret dan terukur terhadap keberlangsungan pelayanan kesehatan di rumah sakit umum daerah (RSUD) yang selama ini menjadi tulang punggung akses layanan kesehatan masyarakat di tingkat kabupaten. Fakta-fakta berikut menggambarkan bagaimana penghapusan tersebut berdampak secara nyata terhadap dua RSUD yang berada di wilayah domisili Pemohon.
2. Bahwa RSUD Nganjuk merupakan rumah sakit umum milik Pemerintah Kabupaten Nganjuk dengan klasifikasi Kelas C yang berkedudukan sebagai fasilitas kesehatan rujukan tingkat pertama di wilayah Kabupaten Nganjuk, Jawa Timur. Sebagai satu-satunya RSUD yang menjadi pusat rujukan utama bagi masyarakat Kabupaten Nganjuk, RSUD Nganjuk melayani lebih dari 1 juta penduduk yang tersebar di 20 kecamatan.
3. Bahwa berdasarkan data yang dapat diperoleh dari laporan keuangan dan profil RSUD Nganjuk, anggaran operasional rumah sakit tersebut memiliki ketergantungan yang

sangat signifikan terhadap sumber pembiayaan dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah (APBD) Kabupaten Nganjuk. Sebelum berlakunya Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023, Pasal 171 ayat (2) Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan mewajibkan pemerintah daerah untuk mengalokasikan minimal 10% (sepuluh persen) APBD di luar belanja pegawai untuk sektor kesehatan. Kewajiban normatif inilah yang menjadi landasan kepastian anggaran bagi RSUD Nganjuk dalam merencanakan pengembangan fasilitas, pengadaan alat kesehatan, dan pembiayaan operasional jangka panjang.

4. Bahwa dengan dihapuskannya ketentuan *mandatory spending* tersebut melalui Pasal 401 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023, maka tidak ada lagi instrumen hukum yang memaksa Pemerintah Kabupaten Nganjuk untuk mempertahankan proporsi anggaran kesehatan minimal sebesar 10% APBD. Konsekuensinya adalah:

Aspek Terdampak	Kondisi Sebelum Penghapusan (UU 36/2009)	Kondisi Sesudah Penghapusan (UU 17/2023)
Dasar Hukum Alokasi APBD Kesehatan	Wajib min. 10% APBD (Pasal 171 ayat 2)	Tidak ada batas minimum bergantung diskresi politik DPRD/eksekutif
Kepastian Anggaran RSUD	Terukur, dapat dianggarkan jangka panjang	Tidak pasti, dapat berfluktuasi setiap tahun anggaran
Pengembangan Fasilitas	Ada dasar hukum untuk perencanaan investasi	Bergantung prioritas tahunan, rawan pengurangan
Pengadaan Alat Kesehatan	Terjamin melalui alokasi minimum	Dapat dipangkas apabila APBD mengalami tekanan fiskal
Akses Masyarakat Miskin	Terlindungi melalui jaminan anggaran terstruktur	Rentan terhadap pemotongan layanan tanpa dasar hukum

5. Bahwa dampak penghapusan *mandatory spending* terhadap RSUD Nganjuk bersifat aktual dan bukan sekadar ancaman hipotetis. Kondisi fiskal Kabupaten Nganjuk sebagai daerah dengan kapasitas fiskal menengah-bawah di Jawa Timur menyebabkan tekanan anggaran sangat rentan mempengaruhi alokasi sektor kesehatan ketika tidak ada kewajiban hukum minimum yang mengikat. Ketiadaan batas minimum anggaran ini secara langsung mengancam keberlanjutan pelayanan RSUD Nganjuk kepada

masyarakat, termasuk Pemohon dan seluruh warga Kabupaten Nganjuk yang menggantungkan akses layanan kesehatannya pada rumah sakit tersebut.

6. Bahwa RSUD Nganjuk juga melayani pasien peserta Jaminan Kesehatan Nasional (JKN) yang merupakan kelompok masyarakat penerima bantuan iuran (PBI) dari golongan tidak mampu. Berkurangnya anggaran daerah untuk sektor kesehatan akan berdampak langsung pada kemampuan RSUD Nganjuk dalam memenuhi standar akreditasi, mempertahankan tenaga kesehatan, serta menyediakan obat dan alat kesehatan yang memadai seluruhnya berakibat pada degradasi kualitas pelayanan bagi masyarakat yang paling membutuhkan.
7. Bahwa RSUD Kertosono merupakan rumah sakit umum daerah kedua yang berada di wilayah Kabupaten Nganjuk, berlokasi di Kecamatan Kertosono yang menjadi pusat perekonomian dan layanan publik di bagian timur Kabupaten Nganjuk. RSUD Kertosono berfungsi sebagai fasilitas kesehatan rujukan yang melengkapi daya tampung RSUD Nganjuk dalam melayani masyarakat di wilayah timur dan selatan Kabupaten Nganjuk, termasuk kecamatan-kecamatan yang berbatasan dengan Kabupaten Jombang dan Kabupaten Kediri.
8. Bahwa dengan dihapuskannya *mandatory spending*, keberadaan dua RSUD yang harus dibiayai secara bersamaan menjadi beban fiskal yang semakin tidak terlindungi secara hukum. Dalam situasi tekanan fiskal daerah misalnya ketika terjadi defisit pendapatan asli daerah atau pemotongan dana transfer pusat pemerintah daerah tidak lagi terikat secara hukum untuk mempertahankan proporsi anggaran kesehatan minimal 10% APBD. Akibatnya, salah satu atau kedua RSUD dapat mengalami pemotongan anggaran operasional yang berdampak pada:
 - a. Berkurangnya ketersediaan tenaga medis dan paramedis akibat keterbatasan pembiayaan honorarium dan tunjangan;
 - b. Tertundanya pengadaan alat kesehatan dan obat-obatan yang berdampak pada kualitas diagnosis dan pengobatan;
 - c. Terhentinya program rehabilitasi dan renovasi fasilitas fisik rumah sakit yang diperlukan untuk memenuhi standar keamanan dan kenyamanan pasien;
 - d. Berkurangnya daya tampung rawat inap yang berimplikasi pada penolakan pasien atau panjangnya antrean layanan;

- e. Terhambatnya proses akreditasi atau reakreditasi rumah sakit yang mensyaratkan standar sarana, prasarana, dan SDM tertentu.
9. Bahwa kondisi tersebut secara langsung merugikan hak konstitusional Pemohon dan seluruh warga Kabupaten Nganjuk yang mengandalkan RSUD Kertosono sebagai fasilitas kesehatan publik yang terjangkau. Dalam konteks hak konstitusional yang dijamin Pasal 28H ayat (1) UUD NRI Tahun 1945, memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas adalah hak setiap orang hak mana tidak dapat dipenuhi apabila fasilitas kesehatan publik yang ada tidak memperoleh pembiayaan yang memadai dan terjamin secara normatif.
 10. Bahwa dihapuskannya *mandatory spending* juga berimplikasi pada hilangnya instrumen akuntabilitas publik dalam pembiayaan kesehatan daerah. Sebelumnya, warga negara dapat menggunakan ketentuan Pasal 171 UU No. 36 Tahun 2009 sebagai tolok ukur hukum untuk menilai apakah pemerintah daerah telah memenuhi kewajibannya. Kini, tanpa batas minimum yang mengikat, tidak ada lagi norma yang dapat dijadikan dasar gugatan atau pengawasan atas kekurangan anggaran kesehatan di Kabupaten Nganjuk, termasuk yang berdampak pada RSUD Kertosono.
 11. Bahwa kondisi tersebut secara nyata melanggar prinsip tanggung jawab negara yang dijamin Pasal 34 ayat (3) UUD NRI Tahun 1945, yang mewajibkan negara untuk bertanggung jawab atas penyediaan fasilitas pelayanan kesehatan yang layak. Tanggung jawab dimaksud tidak dapat dilaksanakan secara bermakna apabila tidak disertai mekanisme pembiayaan yang terjamin dan terstruktur secara normatif.
 12. Bahwa fakta-fakta yang diuraikan mengenai RSUD Nganjuk dan RSUD Kertosono menunjukkan pola dampak yang sistemik dan konsisten dari penghapusan *mandatory spending* melalui Pasal 401 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023. RSUD tersebut, meskipun berbeda dalam hal skala layanan dan klasifikasi kelas rumah sakit, seluruhnya menghadapi ancaman yang sama, yakni hilangnya kepastian normatif atas pembiayaan operasional dan pengembangan yang selama ini dijamin oleh mekanisme *mandatory spending*.

Aspek Perbandingan	RSUD Nganjuk	RSU Kertosono
Kelas Rumah Sakit	Kelas C	Kelas C
Fungsi Layanan	Rujukan Kab. Nganjuk	Rujukan Kab. Nganjuk

	(Barat)	(Timur)
Ketergantungan APBD	Sangat tinggi	Sangat tinggi
Kapasitas Fiskal Daerah	Menengah-bawah	Menengah-bawah (bergabung Kab. Nganjuk)
Dampak Penghapusan MS	Ketidakpastian anggaran rutin & pengembangan	Risiko pemotongan saat tekanan fiskal ganda

13. Bahwa perbandingan di atas memperlihatkan bahwa dampak penghapusan mandatory spending menyentuh secara besar pada tiga rumah sakit publik yang merupakan fasilitas kesehatan primer bagi Para Pemohon dan jutaan warga masyarakat. Kondisi ini secara tegas memenuhi syarat kerugian konstitusional yang bersifat spesifik, aktual, dan setidaknya-tidaknya potensial sebagaimana digariskan dalam Putusan Mahkamah Konstitusi Nomor 006/PUU-III/2005 dan Putusan Nomor 11/PUU-V/2007.
14. Bahwa terdapat hubungan sebab-akibat yang langsung dan tidak terputus antara: (i) berlakunya Pasal 401 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 yang menghapus *mandatory spending*; (ii) hilangnya kewajiban hukum Pemerintah Daerah Kabupaten Nganjuk untuk mengalokasikan minimal 10% APBD untuk kesehatan; (iii) ketidakpastian anggaran operasional RSUD Nganjuk dan RSUD Kertosono, (iv) terancamnya hak konstitusional Pemohon serta seluruh masyarakat yang bergantung pada kedua RSUD tersebut untuk memperoleh pelayanan kesehatan yang berkualitas dan terjangkau sebagaimana dijamin Pasal 28H ayat (1) dan Pasal 34 ayat (3) UUD NRI Tahun 1945.
15. Bahwa apabila permohonan ini dikabulkan dan Mahkamah Konstitusi menyatakan Pasal 401 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 inkonstitusional sepanjang tidak memuat ketentuan alokasi minimum anggaran kesehatan, maka kewajiban pemerintah daerah untuk mempertahankan proporsi anggaran kesehatan minimum akan kembali berlaku, sehingga kepastian pembiayaan RSUD Nganjuk akan pulih dan kerugian konstitusional Para Pemohon tidak lagi terjadi. Dengan demikian, syarat kausalitas dan kemungkinan pemulihan kerugian konstitusional sebagaimana dipersyaratkan dalam hukum acara Mahkamah Konstitusi telah terpenuhi.

D. Standar Internasional WHO tentang Mandatory Spending Kesehatan sebagai Tolok Ukur Kewajiban Konstitusional Negara

Tabel Perbandingan Rekomendasi WHO dengan Kondisi Pembiayaan Kesehatan Indonesia

Ukuran	Standar WHO	Kondisi Indonesia
Alokasi APBN untuk Kesehatan	Minimal 15% dari total APBN	Sejak TA 2024 tidak lagi memiliki batas minimum yang mengikat secara hukum akibat penghapusan mandatory spending
Alokasi Kesehatan dari PDB	Minimal 5% dari PDB	Pengeluaran kesehatan Indonesia berkisar 3,1% dari PDB (World Bank, 2022), di bawah ambang batas minimum WHO
Belanja Kesehatan Per Kapita	Minimal USD 86 per orang per tahun	Belanja pemerintah untuk kesehatan per kapita berisiko terus menurun karena tidak ada lagi kewajiban hukum yang membatasinya

1. Bahwa *World Health Organization* (WHO) sebagai badan kesehatan internasional di bawah naungan Perserikatan Bangsa-Bangsa telah menetapkan rekomendasi standar pembiayaan kesehatan yang berlaku bagi seluruh negara anggota, termasuk Indonesia. Rekomendasi tersebut bukan sekadar acuan teknis, melainkan cerminan nyata dari komitmen negara dalam memenuhi hak atas kesehatan warganya. Dalam perkara a quo, standar WHO menjadi relevan sebagai tolok ukur untuk menilai apakah kebijakan pembiayaan kesehatan Indonesia telah memenuhi batas minimum yang dibutuhkan guna menjamin hak konstitusional warga negara.
2. Bahwa target alokasi anggaran belanja kesehatan sebesar 15% (lima belas persen) dari total Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara (APBN) dikenal sebagai *Abuja Declaration* (2001), yaitu komitmen politik yang semula disepakati oleh negara-negara Uni Afrika, yang kemudian banyak dirujuk oleh WHO serta lembaga internasional lain sebagai tolok ukur (*benchmark*) pembiayaan kesehatan negara berkembang, termasuk Indonesia, meskipun bukan merupakan standar yang ditetapkan secara resmi dan mengikat oleh WHO bagi seluruh negara anggota. Di samping itu, alokasi anggaran kesehatan sekurang-kurangnya 5% (lima persen) dari Produk Domestik Bruto (PDB) didukung oleh berbagai kajian internasional, termasuk laporan *WHO Commission on*

Macroeconomics and Health dan riset akademik mengenai *Universal Health Coverage*, sebagai syarat minimum agar negara mampu membangun sistem kesehatan yang layak dan tidak membebani masyarakat miskin dengan biaya kesehatan yang harus ditanggung sendiri.

3. Bahwa selain kedua ukuran tersebut, WHO juga merekomendasikan standar pembiayaan kesehatan berdasarkan jumlah penduduk, yaitu bahwa pengeluaran pemerintah untuk kesehatan per orang per tahun seharusnya berada pada kisaran USD 86 (delapan puluh enam dolar Amerika Serikat) sebagai nilai minimum agar negara dapat menyediakan paket layanan kesehatan dasar bagi seluruh warganya. Angka ini mencakup pembiayaan untuk layanan kesehatan primer, imunisasi, penanganan penyakit menular, layanan kesehatan ibu dan anak, serta pengendalian penyakit tidak menular yang menjadi tantangan utama sistem kesehatan di negara berkembang, termasuk Indonesia.
4. Bahwa apabila standar WHO tersebut dijadikan tolok ukur, maka kondisi pembiayaan kesehatan Indonesia setelah berlakunya Pasal 401 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 berada dalam posisi yang rawan terhadap penurunan di bawah batas minimum yang direkomendasikan. Sebelum penghapusan *mandatory spending*, ketentuan Pasal 171 Undang-Undang Nomor 36 Tahun 2009 tentang Kesehatan telah menetapkan batas minimum 5% APBN dan 10% APBD yang setidaknya menjadi pegangan hukum bagi negara untuk menjaga komitmen pembiayaan. Dengan dihapuskannya ketentuan tersebut, tidak ada lagi mekanisme hukum yang memastikan negara memenuhi standar minimum yang direkomendasikan WHO.
5. Bahwa rekomendasi WHO tersebut tidak berdiri sendiri sebagai pedoman teknis, melainkan lahir dari pengakuan bahwa pembiayaan kesehatan yang tidak memadai secara langsung merugikan hak asasi manusia atas kesehatan. Dalam *General Comment* No. 14 Komite PBB tentang Hak Ekonomi, Sosial dan Budaya (ICESCR Committee) ditegaskan bahwa negara memiliki kewajiban inti (*core obligation*) untuk mengalokasikan sumber daya yang cukup guna menjamin ketersediaan dan keterjangkauan layanan kesehatan esensial. Kewajiban ini bersifat *non-derogable* dan tidak dapat dikurangi bahkan ketika negara menghadapi keterbatasan anggaran. Indonesia sebagai negara pihak dalam berbagai perjanjian internasional di bidang hak asasi manusia terikat pada standar tersebut, yang sejalan dengan amanat Pasal 28H ayat (1) dan Pasal 34 ayat (3) UUD NRI Tahun 1945.

6. Bahwa dengan demikian, penghapusan *mandatory spending* melalui Pasal 401 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 telah membawa Indonesia menyimpang dari standar pembiayaan kesehatan minimum yang direkomendasikan WHO sekaligus bertentangan dengan kewajiban internasional yang telah Indonesia ikuti. Hal ini semakin menegaskan bahwa Pasal 401 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 merupakan langkah mundur (*retrogressive measure*) yang secara nyata bertentangan dengan Pasal 28H ayat (1) dan Pasal 34 ayat (3) UUD NRI Tahun 1945, karena menghapus mekanisme yang selama ini menjadi tulang punggung jaminan negara atas hak kesehatan warga negaranya.
7. Bahwa Pancasila sebagai dasar negara mengandung prinsip penghormatan terhadap nilai kemanusiaan dan menempatkan setiap individu dalam kedudukan yang bermartabat, serta menghendaki terwujudnya keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia. Sejalan dengan hal itu, dalam bidang kesehatan negara berkewajiban untuk menjamin terpenuhinya akses atas pelayanan kesehatan yang layak bagi setiap warga negara sebagai bentuk penghormatan, perlindungan, serta pemenuhan terhadap harkat dan martabat manusia.
8. Bahwa penghapusan ketentuan *minimum mandatory spending* dalam Undang-Undang Kesehatan berpotensi melemahkan komitmen negara dalam menjamin pemenuhan hak atas kesehatan secara berkelanjutan. Kondisi ini pada hakikatnya tidak selaras dengan nilai kemanusiaan yang adil dan beradab serta prinsip keadilan sosial bagi seluruh rakyat Indonesia sebagaimana terkandung dalam Pancasila.
9. Bahwa Indonesia menganut konsep negara kesejahteraan (*welfare state*) yang menempatkan negara sebagai pihak yang memiliki tanggung jawab aktif dalam menjamin kesejahteraan masyarakat, termasuk dalam bidang kesehatan. Dalam kerangka tersebut, negara tidak hanya berkewajiban untuk bersikap pasif melalui pembentukan kebijakan semata, tetapi juga wajib menyediakan instrumen hukum dan dukungan fiskal yang memadai guna menjamin terselenggaranya pelayanan kesehatan yang layak, merata, dan berkeadilan bagi seluruh masyarakat.
10. Bahwa penghapusan *minimum mandatory spending* juga tidak sejalan dengan doktrin *progressive realization* yang menghendaki adanya kewajiban negara untuk secara bertahap meningkatkan pemenuhan hak-hak sosial dan ekonomi, termasuk hak atas kesehatan. Penghapusan kewajiban penyediaan minimum anggaran berpotensi menimbulkan kemunduran (*regressive measure*) dalam upaya pemenuhan hak atas

kesehatan, karena dapat mengurangi jaminan keberlangsungan pembiayaan layanan kesehatan yang sebelumnya telah diberikan oleh negara.

11. Bahwa penghapusan *minimum mandatory spending* telah membuka ruang diskresi yang berlebihan tanpa disertai batasan normatif yang jelas, sehingga berpotensi menimbulkan ketidakpastian hukum dalam penyelenggaraan serta pemenuhan pembiayaan kesehatan, baik pada tingkat nasional maupun daerah.
12. Bahwa hak atas kesehatan merupakan bagian dari hak asasi manusia yang secara konstitusional wajib dihormati, dilindungi, dan dipenuhi oleh negara. Pemenuhannya tidak dapat hanya bergantung pada pertimbangan fiskal yang bersifat tahunan maupun kebijakan administratif yang berubah-ubah, mengingat hak konstitusional warga negara harus ditempatkan sebagai prioritas utama dalam penyelenggaraan pemerintahan.
13. Bahwa penghapusan *minimum mandatory spending* menyebabkan pemenuhan hak atas kesehatan menjadi sangat bergantung pada kebijakan dan diskresi pemerintah, padahal perlindungan terhadap hak asasi manusia memerlukan adanya jaminan normatif yang pasti, jelas, dan mengikat guna memastikan terpenuhinya hak tersebut secara berkelanjutan.
14. Bahwa prinsip keadilan distributif dalam penyelenggaraan pelayanan kesehatan menuntut adanya distribusi sumber daya dan anggaran secara proporsional berdasarkan tingkat kebutuhan masyarakat, khususnya bagi daerah atau kelompok yang memiliki keterbatasan akses dan kemampuan fiskal. Ketentuan *minimum mandatory spending* sebelumnya berfungsi sebagai instrumen untuk menjamin tersedianya alokasi minimum anggaran kesehatan secara merata, termasuk bagi daerah dengan kapasitas keuangan yang rendah.
15. Bahwa penghapusan *minimum mandatory spending* tanpa jaminan pengganti yang setara menunjukkan kecenderungan formalisme anggaran yang dapat mengorbankan tujuan substantif hukum, yaitu perlindungan dan pemenuhan hak atas kesehatan bagi seluruh rakyat.
16. Bahwa penghapusan ketentuan *minimum mandatory spending* tidak selaras dengan asas kepastian hukum karena dalam penyelenggaraan negara tidak hanya dapat dimaknai sebagai keberadaan norma yang jelas, tetapi juga harus mampu memberikan jaminan perlindungan yang nyata dan adil terhadap hak-hak dasar warga negara.

17. Bahwa doktrin *minimum core obligation* menegaskan adanya kewajiban minimum negara untuk memenuhi inti dasar dari hak sosial, termasuk hak atas kesehatan. Kewajiban ini tidak boleh dihapus hanya karena negara ingin memperluas ruang fleksibilitas fiskal.
18. Bahwa penghapusan ketentuan *minimum mandatory spending* berpotensi melemahkan pemenuhan inti dasar tersebut, sebab tanpa batas minimum, negara dapat saja menetapkan alokasi yang tidak cukup untuk menjamin layanan kesehatan esensial.
19. Bahwa penghapusan ketentuan *minimum mandatory spending* dalam Undang-Undang Kesehatan memiliki hubungan kausal secara langsung terhadap menurunnya kepastian perlindungan hak atas kesehatan, khususnya bagi kelompok rentan yang dalam pemenuhan layanan kesehatannya sangat bergantung pada dukungan dan pembiayaan negara.
20. Bahwa dengan demikian, penghapusan ketentuan *minimum mandatory spending* tidak dapat dipandang semata-mata sebagai perubahan dalam teknik pembentukan peraturan perundang-undangan, melainkan merupakan perubahan yang memiliki implikasi langsung terhadap kemampuan negara dalam melaksanakan kewajiban konstitusionalnya untuk menjamin pemenuhan hak atas kesehatan bagi warga negara.
21. Bahwa berdasarkan teori aturan fiskal, ketentuan *mandatory spending* berfungsi sebagai instrumen perlindungan yang menjamin alokasi anggaran kesehatan tetap terpelihara dari tekanan kompetisi dengan sektor lain yang lebih mendapat prioritas politik; penghapusan ketentuan tersebut tanpa mekanisme pengamanan alternatif yang setara menghilangkan instrumen yang telah terbukti menjamin konsistensi pemenuhan anggaran kesehatan secara berkelanjutan.
22. Bahwa penghapusan *mandatory spending* bertentangan dengan prinsip pemanfaatan sumber daya maksimal yang tersedia sebagaimana diamanatkan dalam Pasal 2 ayat (1) Kovenan Internasional tentang Hak-Hak Ekonomi, Sosial, dan Budaya, yang mewajibkan negara menggunakan seluruh sumber daya yang dimilikinya untuk mewujudkan pemenuhan hak ekonomi, sosial, dan budaya secara bertahap; tanpa batas minimum yang mengikat secara hukum, negara dapat menetapkan alokasi anggaran kesehatan di bawah kapasitas fiskal yang sebenarnya tersedia, sehingga melanggar kewajiban konstitusional untuk menggunakan sumber daya secara optimal bagi pemenuhan hak kesehatan rakyat.

23. Bahwa penghapusan *mandatory spending* meskipun dimaksudkan sebagai rekayasa sosial untuk mengatasi inefisiensi dalam penyerapan anggaran di daerah, kebijakan ini berpotensi menimbulkan dampak negatif apabila tidak disertai dengan indikator kinerja yang ketat dan terukur; tanpa batas normatif yang jelas, upaya efisiensi yang dikemukakan justru dapat digunakan sebagai alasan untuk mengganti program kesehatan esensial dengan program yang tidak tepat sasaran demi mencapai target penyerapan anggaran.
24. Bahwa penghapusan *mandatory spending* melemahkan prinsip dapat diperkarakannya hak atas kesehatan sebagaimana dijamin dalam Pasal 28H ayat (1) Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945; tanpa ketentuan normatif yang jelas dan mengikat mengenai besaran minimum anggaran, masyarakat tidak memiliki landasan hukum yang tegas untuk menuntut negara apabila anggaran kesehatan ditetapkan pada tingkat yang tidak memadai, sehingga hak konstitusional yang semula dapat dituntut secara hukum berubah menjadi hak moral yang tidak dapat dieksekusi melalui mekanisme peradilan.
25. Bahwa ketentuan *mandatory spending* bukan hanya berkaitan dengan besaran angka anggaran, melainkan juga merupakan wujud nyata komitmen negara terhadap pemenuhan hak atas kesehatan yang bersifat konsisten dan terukur; penghapusan ketentuan tersebut mengindikasikan bahwa komitmen negara terhadap hak kesehatan dapat berubah-ubah setiap tahun sesuai dengan dinamika politik dan kondisi fiskal, padahal hak konstitusional warga negara tidak seharusnya bergantung pada ketidakstabilan politik jangka pendek.
26. Bahwa penghapusan *mandatory spending* akan memberikan dampak yang paling berat bagi daerah terpencil dan kelompok rentan yang sangat bergantung pada pembiayaan kesehatan dari negara; daerah dengan kapasitas keuangan yang lemah akan semakin sulit menetapkan alokasi anggaran kesehatan yang memadai, sehingga ketimpangan akses pelayanan kesehatan antara wilayah Jawa dan luar Jawa serta antara masyarakat mampu dan tidak mampu akan semakin melebar.
27. Bahwa negara memiliki kewajiban moral dan konstitusional untuk menjamin keberlanjutan pemenuhan hak atas kesehatan tidak hanya bagi generasi saat ini, tetapi juga bagi generasi mendatang; penghapusan *mandatory spending* yang menurunkan kepastian pembiayaan kesehatan jangka panjang berpotensi mengalihkan beban

pembiayaan kesehatan yang seharusnya ditanggung negara saat ini kepada generasi masa depan melalui penurunan kualitas layanan kesehatan akumulatif.

IV. PETITUM

Berdasarkan seluruh uraian dalam Posita di atas, Pemohon memohon kepada Yang Mulia Majelis Hakim Mahkamah Konstitusi Republik Indonesia untuk menjatuhkan putusan sebagai berikut:

1. Mengabulkan Permohonan Pemohon untuk seluruhnya;
2. Menyatakan Pasal 401 Undang-Undang Nomor 17 Tahun 2023 tentang Kesehatan (Lembaran Negara Republik Indonesia Tahun 2023 Nomor 105, Tambahan Lembaran Negara Republik Indonesia Nomor 6887) bertentangan dengan Undang-Undang Dasar Negara Republik Indonesia Tahun 1945 dan tidak mempunyai kekuatan hukum mengikat secara bersyarat sepanjang tidak dimaknai bahwa Pemerintah Pusat wajib mengalokasikan anggaran kesehatan sekurang-kurangnya 5% (lima persen) dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Negara di luar belanja pegawai dan Pemerintah Daerah wajib mengalokasikan anggaran kesehatan sekurang-kurangnya 10% (sepuluh persen) dari Anggaran Pendapatan dan Belanja Daerah di luar belanja pegawai;
3. Memerintahkan pemuatan putusan ini dalam Berita Negara Republik Indonesia sebagaimana mestinya.

Atau apabila Mahkamah berpendapat lain, mohon putusan yang seadil-adilnya (*ex aequo et bono*).

Pemohon,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Vidya Virginia', written in a cursive style.

Vidya Virginia