



PERHIMPUNAN
JIWA SEHAT
INDONESIA



YAYASAN
Ipas **cisdi**
INDONESIA



Terus Bersama sama Berjuang



Save the Children



pekka



HIMPUNAN
WANITA
DISABILITAS
INDONESIA



PENABULU FOUNDATION
CIVIL SOCIETY RESOURCE ORGANIZATION



Wahana Visi
INDONESIA

Rekomendasi Koalisi Masyarakat Sipil Indonesia untuk WHA ke-78: Dari Pandemic Agreement Sampai Pendanaan Kesehatan Inklusif

Masukan Masyarakat Sipil untuk World Health Assembly (WHA) ke-78

Jakarta, 2 Mei 2025

Penyelenggaraan *World Health Assembly ke-78* yang akan berlangsung di Jenewa, Swiss mengusung tema *“One World for Health”*. Pertemuan ini difokuskan untuk membahas dan menetapkan kebijakan strategis guna memperkuat sistem kesehatan global yang tangguh, inklusif, dan berkelanjutan. Agenda utama WHA ke-78 mencakup **adopsi *Pandemic Agreement*** (Perjanjian Pandemi) sebagai kerangka kerja multilateral dan kesiapsiagaan respons pandemi; revisi *International Health Regulation (2005)*; serta strategi pendanaan dan penguatan Cakupan Kesehatan Semesta (*Universal Health Coverage, UHC*).

Dalam rangka mendukung partisipasi Indonesia yang bermakna pada WHA ke-78, koalisi organisasi masyarakat sipil Indonesia berkumpul pada tanggal 2 Mei 2025 untuk merumuskan rekomendasi bersama. Pada prinsipnya, kami mendorong perwakilan Indonesia mengusung posisi berasaskan nilai kesetaraan, inklusi sosial, dan responsif gender guna merefleksikan kebutuhan individu dan komunitas terdampak.

Terdapat tiga isu prioritas yang dimuat dalam dokumen ini, antara lain: **adopsi *Pandemic Agreement*, strategi pendanaan kesehatan inklusif dan berkelanjutan, serta penguatan investasi terhadap pekerja kesehatan dan perawatan**. Ketiga isu ini strategis bagi organisasi masyarakat sipil Indonesia karena mewakili upaya memperkuat tata kelola kesehatan global yang adil, memastikan sumber pendanaan kesehatan nasional yang stabil di tengah perubahan lanskap donor internasional, serta membangun kapasitas tenaga kesehatan yang menjadi ujung tombak layanan terutama di komunitas.

Ketahanan sistem kesehatan tidak hanya bergantung pada aturan global yang disepakati, tetapi juga pada tersedianya pendanaan yang memadai serta tenaga kesehatan dan perawatan yang cukup dan kompeten di lapangan, terutama dalam pelayanan berbasis komunitas—area di mana organisasi masyarakat sipil berperan aktif. Dengan memperjuangkan penguatan ketiga aspek ini, organisasi masyarakat sipil dapat turut memastikan bahwa kebijakan global dan nasional benar-benar menanggapi kebutuhan masyarakat luas, memperkecil kesenjangan akses layanan, serta mendorong sistem kesehatan yang inklusif dan berkelanjutan di Indonesia. Oleh karena itu, dokumen ini diharapkan dapat memperkuat posisi Indonesia pada pelaksanaan *World Health Assembly (WHA) ke-78* sekaligus menjadi posisi masyarakat sipil atas tantangan multilateralisme kesehatan global.

Posisi Indonesia dalam Adopsi *Pandemic Agreement*

Kelompok masyarakat sipil mendorong Pemerintah Indonesia bersama *group of equity* memberikan dukungan politik mendorong pengadopsian *Pandemic Agreement* pada WHA ke-78. Lemahnya koordinasi antar negara dalam pencegahan, kesiapsiagaan, dan respons pandemi, ketimpangan akses teknologi dan pendanaan, serta kerentanan populasi rentan atas pandemi menjadi urgensi dari diadopsinya *Pandemic Agreement*.

Selain itu, kelompok masyarakat sipil juga mendorong Pemerintah Indonesia bersama *group of equity* mengawal pembahasan lampiran (*annex*) *Pandemic Agreement* yang memuat substansi mengenai *Pathogen Access and Benefit Sharing (PABS)*. Terdapat dua isu yang perlu disepakati, antara lain:

- Substansi PABS dalam *annex* harus memperjelas ketentuan terkait *‘participating manufacturers’* yang dimuat dalam *article 12 Pandemic Agreement*. Terminologi *‘participating’* baru ditambahkan dalam [draft terakhir](#) (12/4/2025) *Pandemic Agreement*, tanpa disertai dengan penjelasan mengenai definisi operasional, mekanisme, dan implikasinya terhadap perjanjian. Oleh

karena itu, Pemerintah Indonesia harus memastikan **penambahan terminologi *participating* tidak menimbulkan celah bagi semua pihak terlibat, khususnya manufaktur besar, menghindari kewajiban memberikan akses terhadap vaksin, terapeutik, dan diagnostik (VTD) selama periode kedaruratan kesehatan terjadi.**

- **Substansi PABS dalam *annex* harus memperkuat klausul pembagian sampel patogen agar dilakukan secara adil, berkelanjutan, dan bukan merupakan kontribusi sekali waktu (*one-off contribution*).** Dalam INB ke-13, usulan untuk menghapus '*mutually agreed terms*' gagal disepakati ([Searchinger, 2025](#)). Situasi ini berpotensi mempertebal relasi kuasa antar pihak dalam perjanjian, juga memungkinkan negara UMICs dan HICs menghindari ketentuan bersifat wajib (*compulsory obligation*) ([KEI, 2024](#)). Oleh karena itu, *annex* mengenai PABS harus memperjelas:
 - Kondisi yang memicu aktifnya klausul kewajiban bagi manfaat (*Benefit Sharing*)
 - Patogen yang termuat dalam skema PABS, serta
 - Klausul pendukung mengenai peningkatan kapasitas, pemberian asistensi teknis, dan kerja sama RnD di tengah kedaruratan kesehatan.

Selanjutnya, kelompok masyarakat sipil mendukung keputusan Pemerintah Indonesia meratifikasi *Pandemic Agreement* setelah ketentuan mengenai *annex* PABS disepakati, dengan catatan proses pembahasannya dikawal penuh oleh delegasi Indonesia dalam *Intergovernmental Working Group* (IGWG).

Secara paralel, Pemerintah Indonesia dapat mulai membentuk kelompok kerja lintas sektor dengan *whole-of-government* dan *whole-of-society approach* di tingkat nasional untuk mempersiapkan proses ratifikasi dan implementasi *Pandemic Agreement*. Kelompok kerja yang berisikan perwakilan pemerintah (lintas kementerian/lembaga), pakar, dan organisasi masyarakat sipil, termasuk representasi kelompok rentan, akan merumuskan penilaian awal kesiapan Indonesia meratifikasi *Pandemic Agreement*. Luarannya dapat dijadikan sebagai acuan dalam penyusunan strategi nasional implementasi *Pandemic Agreement* oleh Pemerintah Indonesia yang melibatkan mekanisme kelompok kerja lintas sektor untuk penerapan dan pengawasannya.

Strategi Pendanaan Kesehatan Inklusif dan Berkelanjutan

Keputusan Amerika Serikat mengubah strategi bantuan luar negeri untuk pembangunan kesehatan, penguatan inklusi sosial, gender, dan disabilitas berdampak signifikan terhadap lansekap pendanaan kesehatan global. Perubahan kebijakan ini tidak hanya berdampak terhadap ketersediaan pendanaan, melainkan juga penentuan prioritas dan desain program yang semakin berjarak dengan variabel kerentanan penerima manfaat. Implikasinya menimbulkan efek domino yang mempengaruhi tidak hanya kapasitas banyak negara penerima bantuan, melainkan juga individu dan/atau komunitas.

Dalam konteks Indonesia, kontribusi *external health expenditure* (EXT), mencakup donor bilateral dan institusi pembiayaan global, secara persentase relatif tidak tinggi atau rata-rata sebesar 0,5% pada rentang 2015-2020 dan hanya meningkat 2% pada tahun 2021. Meski secara persentase kecil, namun posisinya sangat krusial terhadap sejumlah layanan esensial ([CISDI, 2024](#)). Temuan ini terefleksikan dalam diskusi masyarakat sipil, yang mana pelaksanaan intervensi dan implementasi program di beberapa daerah menjadi kurang optimal. Beberapa isu, mulai dari menurunnya ketersediaan data yang berkualitas, berkurangnya dukungan pendanaan dan supervisi kader TB, tidak berlanjutnya program pemberdayaan kelompok rentan, hingga meningkatnya *loss to follow up* orang dengan HIV. Semua ini tentu berdampak terhadap kualitas dan keberlanjutan program di lapangan.

Situasi ini diperberat dengan menguatnya tren pemangkasan anggaran kesehatan di tingkat global, termasuk Indonesia ([CGDEV, 2023](#)). Di Indonesia sendiri, pemangkasan dan reprioritisasi anggaran dilakukan untuk prioritas program baru pemerintah serta merespons ketidakpastian ekonomi global, dengan mengalihkan belanja pemerintah untuk penguatan komponen investasi. Semua belanja K/L dan belanja fungsi terdampak pemangkasan anggaran, termasuk pembangunan kesehatan. Sebagai catatan, anggaran belanja Kementerian Kesehatan dipangkas hingga Rp 19,6 triliun dan dikhawatirkan berpengaruh pada berbagai program kesehatan di masyarakat.

Menurut [STPI \(2025\)](#), pemangkasan anggaran dapat mengganggu program-program pengendalian tuberkulosis yang selama ini sudah berjalan. Itu termasuk pada riset dan inovasi terkait tuberkulosis, pengadaan alat, pengobatan, serta kampanye kesadaran masyarakat ([Kompas.id, 2025](#)). Perihalnya dengan komunitas Orang Dengan HIV, yang mana anggaran pembangunan kesehatan daerah semakin minim dan berpengaruh terhadap keberlanjutan perawatan dan pengobatan. Selain itu, berkurangnya anggaran juga dapat melemahkan pemberian jaring pengaman sosial yang berpotensi meningkatkan kerentanan kesehatan dan/atau determinan kesehatan populasi kunci.

Menyikapi situasi tersebut, kami kelompok masyarakat sipil mendorong pemerintah untuk mengembangkan strategi pendanaan kesehatan inovatif yang inklusif dan berkelanjutan. Pendekatan ini dapat dijawabantahkan melalui:

- **Memperkuat mekanisme *co-design*, *co-implement*, dan *co-monev* program pembangunan kesehatan di tingkat pusat maupun daerah melalui Rencana Induk Bidang Kesehatan (RIBK).** Ini ditujukan untuk menyelaraskan program di tingkat nasional dengan target/indikator capaian pembangunan kesehatan daerah, sekaligus meminimalisir tumpang tindih program di lapangan. Beberapa hal yang perlu diimplementasikan, antara lain:
 - **Menyusun dokumen RIBK sebagai rencana pembangunan kesehatan jangka menengah yang transparan dan partisipatif**, melibatkan pemerintah daerah dan organisasi masyarakat sipil secara bermakna dalam penentuan agenda prioritas hingga penetapan indikator dan pembagian peran dari masing-masing aktor yang terlibat.
 - **Menyusun database disertai portal informasi** mengenai peluang pendanaan/pengajuan proposal serta kolaborasi sebagai upaya mengatasi kesenjangan informasi antara Pemerintah dan OMS, termasuk sektor swasta.
 - **Mengkaji pemberian akses bersyarat untuk pemanfaatan data kesehatan** yang dikelola pemerintah kepada OMS guna meningkatkan kualitas dan dampak dari program yang akan diimplementasikan.
 - **Memfasilitasi wadah pelibatan bermakna masyarakat sipil termasuk kelompok rentan** dalam semua proses perumusan kebijakan, mulai dari perencanaan hingga monitoring evaluasinya.
 - **Menyusun *budget tagging dictionary* terkait belanja strategis kesehatan** yang dapat dimanfaatkan semua stakeholder, termasuk organisasi masyarakat sipil guna mengarahkan intervensi langsung pada indikator capaian/luaran pembangunan kesehatan.
- **Mengintegrasikan *corporate donor* ke dalam Rencana Induk Bidang Kesehatan (RIBK) guna mendorong *public-private-community partnership*.** Ini ditujukan agar utilisasi *corporate donor* dilaksanakan secara terukur dan tepat sasaran, guna mendukung capaian dan/atau luaran pembangunan kesehatan nasional. Namun, penting untuk mengakui bahwa keterlibatan sektor korporasi juga membawa risiko potensi konflik kepentingan (*conflict of interest*) yang dapat mempengaruhi kebijakan dan arah pembangunan kesehatan secara keseluruhan. Oleh karena itu,

pengaturan yang jelas dan mekanisme pengawasan yang transparan harus menjadi bagian integral dari pelibatan *corporate donor* dalam RIBK. Pendekatan ini mencakup penerapan prinsip tata kelola yang kuat, termasuk kewajiban transparansi, akuntabilitas, dan keterlibatan multipihak, agar tidak menimbulkan bias dalam pengambilan kebijakan kesehatan nasional.

- **Penguatan layanan kesehatan primer melalui pemanfaatan dana desa.** Bentuknya secara spesifik dapat diarahkan pada program peningkatan kapasitas dan supervisi kader untuk meningkatkan keterjangkauan, efektivitas, dan kualitas layanan kesehatan primer. Pemanfaatan dana desa ini dapat dialokasikan untuk penguatan sarana prasarana yang dapat menunjang akses kelompok rentan terhadap layanan kesehatan, seperti mobil operasional/ambulans maupun infrastruktur dasar fasilitas kesehatan. Hal ini juga perlu disertai dengan peningkatan kapasitas perencanaan program di tingkat desa, serta dorongan komitmen dari kepala daerah masing-masing.

Penguatan Investasi pada Pekerja Kesehatan dan Perawatan

Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) mengidentifikasi adanya krisis global pada sumber daya manusia kesehatan, dengan kekurangan sekitar 18 juta tenaga kesehatan pada 2030 ([WHO, 2016](#)). Produksi tenaga kesehatan yang tidak mencukupi dan distribusinya yang tidak merata, menjadi salah satu faktor yang memperlemah pelayanan kesehatan. Selain itu, tantangan signifikan juga tercermin dalam rendahnya gaji, minimnya perlindungan sosial, kesenjangan kompetensi, serta ketidakpastian kondisi kerja, yang pada banyak kasus berujung pada beban kerja berlebihan dan tingginya risiko *burnout* ([CISDI, 2024](#)). Kondisi ini menghambat upaya pembangunan sistem kesehatan yang inklusif dan berkelanjutan, serta memperlemah kapasitas dalam merespons kebutuhan komunitas yang paling rentan.

Kelompok masyarakat sipil juga menyoroti kurangnya pengakuan dan perlindungan bagi kader kesehatan yang berperan vital di tingkat komunitas, yang sering kali mengalami beban kerja berat tanpa kompensasi memadai dan perlindungan hukum. Padahal selama ini, kader kesehatan dan kerja-kerja perawatan dapat memperluas jangkauan layanan kesehatan, termasuk meningkatkan penerimaan masyarakat terhadap layanan. Untuk mengoptimalkan, kami merekomendasikan:

- **Peningkatan kapasitas kader kesehatan dan pekerja perawatan agar lebih sensitif dengan variabel kerentanan**, antara lain:
 - Penguatan pelatihan yang kontekstual dan berperspektif disabilitas.
 - Meningkatkan dukungan sistemik yang memadai seperti supervisi berkelanjutan, pemberian insentif layak, dan jaminan perlindungan sosial, terutama di daerah dengan tingkat kerentanan sosial-ekonomi tinggi.
 - Meningkatkan kualitas pendataan kependudukan dan kesehatan berperspektif kerentanan yang sudah diakui baik dalam *Pandemic Agreement* maupun UU Kesehatan (UU 17/2023).
 - Pemanfaatan teknologi dan data yang bersifat lokal untuk memonitor kondisi kerentanan secara *real-time* dan membantu kader memberikan intervensi tepat sasaran.
 - Mendorong sinergi antara pemerintah lokal, desa, dan organisasi sipil/komunitas untuk memastikan pendekatan yang holistik dalam menangani kerentanan dan masalah kesehatan, di mana kader menjadi ujung tombak dalam identifikasi dan pendampingan.
- **Pemerintah perlu mendorong pengakuan terhadap kerja-kerja perawatan, termasuk *caregiver*.** Meski berada di luar kerangka sistem kesehatan, *caregiver* atau pendamping pasien, dalam berbagai literatur berkontribusi signifikan dalam meningkatkan keterjangkauan layanan, keberlanjutan perawatan, serta penerimaan individu terhadap layanan ([Schulz, 2016](#); [McLennon,](#)

[2014](#)). Pengakuan ini perlu diterjemahkan dalam bentuk pemberian perlindungan, serta insentif finansial dan non-finansial (termasuk pemberian pelatihan dan supervisi) untuk meningkatkan kesejahteraan dan keterampilan mereka. Ini sejalan dengan rekomendasi International Labour Organization (ILO) yang merekomendasikan pengaturan hukum yang melindungi hak-hak pekerja perawatan, termasuk akses terhadap jaminan sosial dan kondisi kerja yang layak ([ILO, 2024](#)).

- **Pelibatan bermakna *People with Lived Experience* (PWLE) — termasuk penyintas, caregiver, dan kader kesehatan dalam hal perencanaan kebijakan, perancangan layanan, dan pemantauan evaluasi program kesehatan** — sebagai bagian dari pendekatan berbasis bukti untuk memperkuat legitimasi kebijakan, meningkatkan akuntabilitas layanan, serta memastikan intervensi sesuai dengan kebutuhan komunitas lokal. Untuk itu, pemerintah perlu menyediakan wadah yang aman, aksesibel, dan inklusif, lengkap dengan pelatihan kepemimpinan, kompensasi yang layak, serta perlindungan dari stigma dan diskriminasi. Selain itu, pemberdayaan kelompok pasien sebagai *peer educator* juga sangat diperlukan untuk mendukung pemberian layanan yang lebih responsif dan berdaya.
- **Pembentukan *emotional support group* sebagai pilar kesehatan mental yang inklusif dan responsif** sebagai bagian dari sistem kesehatan nasional dan komunitas yang berbasis empati, relevan secara kultural, dan berakar pada realitas lokal melalui pendekatan berikut:
 - **Formalisasi *emotional support group*** sebagai bagian dari sistem layanan kesehatan berbasis komunitas dan komponen pelengkap layanan kesehatan primer.
 - **Penguatan peran** kader kesehatan, *caregiver*, kelompok pasien, dan penyintas sebagai fasilitator utama.
 - **Pelibatan perempuan disabilitas** sebagai tenaga pendamping sebaya (*peer support*) untuk mengintegrasikan perspektif disabilitas ke dalam layanan kesehatan berbasis komunitas secara menyeluruh.

Demikian dengan hormat kami sampaikan,

Koalisi Organisasi Masyarakat Sipil untuk Kesiapan Pemerintah Indonesia dalam *World Health Assembly* (WHA) ke-78

Daftar Organisasi Masyarakat Sipil

1. Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives (CISDI)
2. Pemberdayaan Perempuan Kepala Keluarga (PEKKA)
3. Persatuan Ahli Gizi Indonesia (PERSAGI)
4. Yayasan Penyintas Tuberkulosis Terbesar (TB TERBESAR)
5. Yayasan Bina Swadaya
6. Organisasi Perubahan Sosial Indonesia (OPSI)
7. Save The Children
8. Yayasan Penabulu
9. Yayasan Anak Bangsa Merajut Harapan (Angsa Merah)
10. Wahana Visi Indonesia
11. Pusat Telaah dan Informasi Regional (PATTIRO)

12. Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI)
13. Himpunan Wanita Disabilitas Indonesia (HWDI)
14. Perhimpunan Jiwa Sehat (PJS)
15. Yayasan IPAS Indonesia
16. Ikatan Perempuan Positif Indonesia (IPPI)

Referensi

- Arlinta, D. (2025, Februari 13).** Anggaran belanja kesehatan dipangkas, penanganan tuberculosis terancam melemah.
[Kompas.id.https://www.kompas.id/artikel/anggaran-belanja-kesehatan-dipangkas-penanganan-tuberkulosis-terancam-melemah](https://www.kompas.id/artikel/anggaran-belanja-kesehatan-dipangkas-penanganan-tuberkulosis-terancam-melemah)
- Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives. (2024).** Governance for health: Beyond policy, into impactful delivery (Edisi ke-2). CISDI."
<https://cdn.cisdi.org/whitepaper/White%20Paper%20on%20Governance.pdf>
- Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives. (2024).** Building lives, transforming systems: The path forward for Indonesia's human resources for health (Edisi ke-2).CISDI.
<https://cdn.cisdi.org/whitepaper/White%20Paper%20on%20Human%20Resources%20of%20Health.pdf>
- Glassman, A., Keller, J. M., & Smitham, E. (2023, January 17).** The future of global health spending amidst multiple crises. Center for Global Development.
<https://www.cgdev.org/publication/future-global-health-spending-amidst-multiple-crises>
- International Labour Organization. (2024, Juni).** Resolution V: Decent work and the care economy. International Labour Organization.
https://www.ilo.org/sites/default/files/2024-07/ILC112-Resolution%20V-%7BBRELMEETINGS-240620-001%7D-Web-EN_0.pdf
- Intergovernmental Negotiating Body. (2025, April 16).** Proposal for the WHO Pandemic Agreement: Onscreen text reflecting progress up to Wednesday, 16 April 2025 at 01:57 CEST. Knowledge EcologyInternational.
https://www.keionline.org/wp-content/uploads/Proposal_for_WHO_Pandemic_Agreement_E-Onscreen-16-April-2025-at-01_57-CEST.docx.pdf
- Knowledge Ecology International. (2024, April 22).** KEI comments on A/INB/9/3 Rev.1 (22 April 2024 draft): Proposed text for WHO Pandemic Agreement, with comments on the proposed "mutually agreed terms" for access and benefit sharing
https://www.keionline.org/wp-content/uploads/KEI.MutuallyAgreedTerms.A_INB_9_3Rev1.22April2024draft.pdf
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. (2016).** Family caregiving roles and impacts. In R. Schulz & J. Eden (Eds.), Families caring for an aging America (Bab 3). National Academies Press. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK396398/>
- Sambamoorthi, U., Tan, X., & Deb, A. (2015).** Multiple chronic conditions and healthcare costs among adults. Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research, 15(5), 823–832.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC4241185/>
- Searchinger, C. (2025, April 17).** Negotiators finalize terms for the pandemic agreement. Think Global Health. <https://www.thinkglobalhealth.org/article/negotiators-finalize-terms-pandemic-agreement>
- World Health Organization. (2016).** Global strategy on human resources for health: Workforce 2030.World Health Organization.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf>