

Surat Terbuka Organisasi Masyarakat Sipil Indonesia terkait Perjanjian Pandemi di WHO
**“Perjanjian Pandemi Tidak Menyelesaikan Persoalan Ketimpangan dan
Mengorbankan Kepentingan Masyarakat Negara Berkembang”**

Kepada Yth.
Bapak Ir. H. Joko Widodo
Presiden Republik Indonesia

Ibu Dr. (H.C.) Puan Maharani Nakshatra Kusyala Devi, S.Sos.
Ketua Dewan Perwakilan Rakyat Republik Indonesia

Bapak Ir. Budi Gunadi Sadikin, CHFC, CLU
Menteri Kesehatan Republik Indonesia

Ibu Retno Lestari Priansari Marsudi, S.IP., LL.M.
Menteri Luar Negeri Republik Indonesia

Ibu Felly Estelita Runtuwene, S.E.
Ketua Komisi IX, Dewan Perwakilan Rakyat Republik Indonesia

Bapak H.E. Febrian A. Ruddyard
Perutusan Tetap, Duta Besar Luar Biasa Penuh untuk Jenewa

Bapak H.E. Achsanul Habib
Deputi I Perutusan Tetap Republik Indonesia untuk Jenewa

Ibu Syarifah Liza Munira, Ph.D
Kepala Badan Kebijakan Pembangunan Kesehatan, Kementerian Kesehatan RI

Bapak Dr. dr. Maxi Rein Rondonuwu, DHSM., MARS.
Direktur Jenderal Pencegahan dan Pengendalian Penyakit, Kementerian Kesehatan RI

Bapak Bonanza Perwira Taihitsu, S.Sos., M.Si.
Kepala Pusat Kebijakan KGTK, Kementerian Kesehatan RI

Kami, Organisasi Masyarakat Sipil Indonesia menyatakan keprihatinan yang mendalam mengenai rancangan teks Perjanjian Pandemi WHO¹ yang belum lama ini diungkapkan yang dijadwalkan untuk dibahas pada sesi ke-9 Badan Perundingan Antar Pemerintah (*Intergovernmental Negotiating Body / INB*) yang akan dimulai pada tanggal 29 April.

Kami dengan tegas menyatakan bahwa teks yang diusulkan tidak seimbang dan bias dalam mendukung tuntutan negara maju dengan mengorbankan kepentingan negara berkembang. Dokumen tersebut gagal untuk memasukkan langkah-langkah substantif dan mekanisme untuk membantu negara-negara berkembang dalam mencegah, mempersiapkan diri, dan menanggapi pandemi. Sebagaimana diuraikan di bawah ini, tidak ada ketentuan yang berarti yang secara konkret memberikan dukungan keuangan, transfer teknologi, dan memungkinkan pembagian teknologi dan pengetahuan yang dimiliki dengan negara-negara berkembang. Tidak ada pula ketentuan yang menjamin akses yang cepat dan memadai

¹ https://healthpolicy-watch.news/wp-content/uploads/2024/04/DRAFT_WHO-Pandemic-Agreement_16-April-2024.pdf

terhadap produk kesehatan yang dibutuhkan oleh negara berkembang untuk menghadapi pandemi.

Sebaliknya, teks tersebut menempatkan kewajiban surveilans yang berat, dengan harapan bahwa material biologis, sekuens data, dan informasi relevan lainnya akan dibagikan kepada negara-negara maju, yang secara tidak proporsional membebani negara-negara berkembang, terutama dengan tidak adanya jaminan penyediaan dukungan keuangan dan teknologi tanpa syarat atau akses ke produk kesehatan. Secara efektif, teks tersebut tidak memiliki kesetaraan/equity apa pun, mengunci *status quo* yang berkontribusi pada ketidaksetaraan yang sangat besar yang dialami oleh negara-negara berkembang selama COVID-19 dan keadaan darurat kesehatan lainnya. Lebih buruk lagi, draf teks tersebut menambahkan kewajiban surveilans yang memberatkan yang dari waktu ke waktu akan diperluas lebih lanjut, yang berpotensi berdampak buruk pada negara-negara berkembang.

Tantangan utama dalam proses INB adalah proses negosiasi yang dipimpin oleh Biro dan Sekretariat di mana teks Negara-negara Anggota berulang kali dikesampingkan demi teks yang dirancang oleh Biro dan Sekretariat WHO yang baru dikeluarkan pada setiap sesi INB.

Dengan latar belakang ini, sangat penting bagi Indonesia untuk menahan diri agar tidak mengesahkan rancangan Perjanjian Pandemi yang diusulkan oleh Biro dan Sekretariat WHO. Ini adalah kesepakatan yang buruk bagi negara-negara berkembang. Sebaliknya, Indonesia harus bersikeras pada negosiasi berbasis teks yang dipimpin oleh Negara Anggota untuk INB 9 yang dilanjutkan, di mana proposal Negara Anggota tercermin di layar dan mereka diizinkan untuk bernegosiasi untuk mencapai konsensus, berdasarkan prinsip-prinsip dan pedoman untuk negosiasi internasional sebagaimana ditetapkan dalam Resolusi UNGA 53/101.²

Secara khusus, kami ingin menyoroti beberapa hal berikut ini:

1. Pasal 4, 5, dan 6 dari teks Perjanjian yang diusulkan mengamanatkan setiap Pihak untuk melakukan kegiatan surveilans yang ekstensif, melebihi apa yang relevan dan penting untuk mengatasi pandemi. Kewajiban-kewajiban ini hanya menandai awal dari serangkaian tuntutan yang diharapkan dapat dilaksanakan oleh negara-negara berkembang. Kita dapat mengantisipasi kewajiban lebih lanjut, karena Pasal 4.4 memungkinkan pengembangan pedoman, rekomendasi, dan standar lebih lanjut, bersama dengan instrumen One Health yang akan datang yang ditentukan dalam Pasal 5.4 dari draf teks yang diusulkan. Yang mendasari kewajiban-kewajiban ini adalah harapan bahwa negara-negara berkembang akan berbagi material biologis, data urutan / sekuens data serta informasi lainnya dengan WHO dan entitas negara maju. Pasal 6.5 menetapkan sistem pemantauan dan evaluasi yang dimaksudkan untuk meminta pertanggungjawaban negara berkembang atas kewajiban dalam Pasal 4 sampai 6.

Ketentuan-ketentuan ini memaksa pemerintah untuk membangun infrastruktur surveilans yang ekstensif, mengalihkan sumber daya yang sudah terbatas dari prioritas nasional. Dengan instrumen One Health, mungkin juga terdapat konsekuensi perdagangan (misalnya pembatasan ekspor produk tertentu karena mengandung patogen yang

² <https://digitallibrary.un.org/record/265687?ln=en&v=pdf>

ditemukan dalam surveilans) dan ekonomi yang merugikan bagi negara-negara berkembang. Selain itu, kewajiban ini diusulkan tanpa adanya kewajiban yang sepadan bagi negara maju untuk memberikan bantuan keuangan dan teknologi tanpa syarat serta memastikan akses yang adil di negara berkembang. Lebih lanjut, pasal-pasal ini mengamanatkan pembagian data yang dihasilkan melalui surveilans tetapi tidak ada pengaturan mengenai penggunaan data oleh Para Pihak, WHO dan organisasi internasional lainnya, seperti pemindahan lebih lanjut data yang diperoleh dari Para Pihak dan potensi penyalahgunaan data yang diperoleh, sehingga menimbulkan ancaman terhadap integritas dan tujuan instrumen.

2. Pasal 9, 10, dan 11 membahas penelitian dan pengembangan, produksi yang berkelanjutan dan terdiversifikasi secara geografis, serta transfer teknologi. Namun demikian, semua klausul mengenai transfer teknologi tetap bersifat diskresioner, sukarela, dan bergantung pada persyaratan yang disepakati bersama, ini pendekatan yang terbukti gagal memberikan akses yang adil pada saat COVID-19. Bahkan dalam kasus-kasus yang melibatkan teknologi yang didanai oleh pemerintah, tidak ada jaminan bahwa teknologi tersebut akan tersedia. Ketentuan untuk produksi yang terdiversifikasi tidak memiliki keefektifan tanpa adanya langkah-langkah yang mengakui pentingnya fasilitas produksi tersebut dan memastikan bahwa fasilitas tersebut dibiayai dan dilengkapi dengan teknologi yang memadai. Secara signifikan, Pasal-pasal ini mengabaikan hambatan yang dihadapi negara-negara berkembang ketika memanfaatkan fleksibilitas TRIPS untuk mengurangi hambatan terkait kekayaan intelektual (KI) terhadap produksi dan pasokan produk kesehatan yang sangat penting.
3. Pasal 12 membahas tentang Sistem Akses dan Pembagian Manfaat Pandemi (*Pandemic Access and Benefit Sharing System / PABS*) tetapi gagal untuk memasukkan tuntutan penting yang di usulkan oleh negara-negara berkembang (Kelompok Afrika dan Kelompok *Equity*). Proposal dari negara-negara berkembang, yang menetapkan bahwa pembagian dan transfer selanjutnya dari materi PABS dan informasi sekuens data hanya boleh dilakukan kepada pengguna/penerima yang teridentifikasi dan terdaftar yang telah menyetujui syarat dan ketentuan yang mengikat secara hukum yang ditetapkan oleh Anggota WHO, telah diabaikan. Selain itu, ketentuan pembagian manfaat yang diuraikan dalam Pasal 12.3(b) tidak adil dan tidak merata. Yang mengkhawatirkan, penyediaan produk kesehatan dibatasi hanya untuk situasi pandemi, gagal untuk mencakup keadaan darurat kesehatan masyarakat yang menjadi perhatian internasional (*Public Health Emergencies of International Concern / PHEIC*) dan sangat tidak memadai untuk memenuhi kebutuhan negara-negara berkembang, yang menyumbang 83% dari populasi global.

Selain itu, tidak ada persyaratan pembagian manfaat non-moneter lainnya dalam draf teks untuk mengatasi lonjakan permintaan selama PHEIC atau pandemi, yang sebelumnya menyebabkan akses yang sangat tidak adil karena pasokan yang terbatas dengan cepat diperoleh oleh negara-negara maju (hanya 17% dari populasi dunia). Komitmen pembagian manfaat yang diperlukan oleh penerima sistem PABS seperti yang diadvokasi oleh negara-negara berkembang, seperti kewajiban – untuk memberikan lisensi kepada produsen negara berkembang untuk meningkatkan produksi dengan cepat; untuk menyediakan produk kesehatan dengan harga terjangkau bagi semua negara berkembang

dan untuk mematuhi mekanisme alokasi WHO; untuk memasok negara-negara yang terkena dampak dan persediaan WHO sebelum PHEIC – semuanya telah ditinggalkan demi langkah-langkah sukarela yang tidak jelas dan tidak penting (Pasal 12.4).

Bahasa di dalam Pasal 12 secara eksplisit menyatakan bahwa negara-negara berkembang akan dipaksa untuk memberikan "pembagian Materi dan Informasi PABS dan semua informasi yang relevan secara cepat, sistematis, dan tepat waktu" tanpa adanya jaminan mekanisme pembagian keuntungan yang substansial, adil, dan merata yang secara tegas akan menyediakan teknologi dan produk kesehatan yang diperlukan oleh negara-negara berkembang untuk mencegah, mempersiapkan diri, dan merespons PHEIC dan pandemi. Namun, Pasal 12.2(g) telah menetapkan Sistem PABS sebagai akses internasional khusus dan ini tidak sejalan dengan instrumen pembagian manfaat di bawah Protokol Nagoya dimana Indonesia telah meratifikasinya.

4. Pasal 20 menetapkan Koordinasi Mekanisme Keuangan tetapi gagal untuk menguraikan ketentuan apa pun untuk memastikan akses berkelanjutan yang dapat diprediksi terhadap sumber daya keuangan untuk implementasi Perjanjian Pandemi dan Peraturan Kesehatan Internasional (*International Health Regulations/IHR*) 2005. Pasal tersebut tidak mengusulkan pembentukan dana khusus yang didedikasikan secara khusus untuk tujuan implementasi. Dengan tidak adanya dana yang memadai, kewajiban yang berkaitan dengan surveilans, One Health, dan kesiapsiagaan menjadi semakin berat. Dana yang ada saat ini seperti Dana Pandemi Bank Dunia hanya bertanggung jawab kepada badan pengaturnya sendiri. Sementara prioritas yang ditetapkan oleh badan pengelola [calon] perjanjian pandemi akan dikesampingkan dan dilemahkan. Kurangnya akses ke sumber daya keuangan tidak hanya akan sangat menghambat upaya implementasi, tetapi juga memperburuk ketidaksetaraan dalam pencegahan, kesiapsiagaan, dan respons pandemi.
5. Alasan utama dari situasi saat ini, yaitu teks yang sangat tidak seimbang bahkan setelah satu tahun diskusi, merupakan suatu proses negosiasi yang kacau yang sengaja direayasa oleh Biro INB dan Sekretariat WHO. Sangat disayangkan, Biro dan Sekretariat WHO telah menunjukkan kecenderungan yang lebih besar untuk mempercepat proses demi hasil yang dangkal dan tidak adil pada bulan Mei 2024, daripada memprioritaskan proses negosiasi yang adil dan dipimpin oleh Negara Anggota yang menghasilkan instrumen yang komprehensif dan adil yang memicu kerja sama internasional dalam bidang-bidang penting seperti teknologi, keuangan, dan akses yang adil di negara-negara berkembang.

Tidak pernah ada negosiasi berbasis teks yang dipimpin oleh Negara Anggota. Sebaliknya, setelah setiap sesi INB, Biro yang disarankan oleh Sekretariat WHO telah mengeluarkan rancangan teks baru, berdasarkan keputusan sepihak mengenai proposal teks Negara Anggota mana yang harus tetap ada dalam teks, dan mana yang harus dibatalkan. Dan proses yang tidak memuaskan ini telah terjadi berulang kali. Rancangan Perjanjian Pandemi yang baru saja terungkap juga tidak berbeda. Biro dan Sekretariat WHO telah mempersiapkannya. Luar biasanya, Negara-negara Anggota WHO terutama negara-negara berkembang sekarang ditekan oleh Biro INB, Sekretariat WHO dan negara-negara maju untuk menerima draf Perjanjian Pandemi yang baru diusulkan dalam waktu 8 hari setelah negosiasi dalam INB 9 yang dilanjutkan.

Mengingat proses INB yang sangat cacat dan rancangan Perjanjian Pandemi yang tidak setara dan dipelintir, kami dengan tegas menyerukan kepada Indonesia untuk:

- 1) **Menahan diri untuk tidak mengesahkan Perjanjian Pandemi yang diusulkan dan bersikeras untuk melakukan negosiasi berbasis teks yang dipimpin oleh Negara Anggota dengan efektif.** Negara-negara Anggota juga harus menghindari beberapa kelompok kerja antar pemerintah yang simultan atau proses paralel mengingat kapasitas dan sumber daya yang terbatas dari negara-negara berkembang;
- 2) **Mengakui bahwa rancangan Perjanjian Pandemi yang saat ini diusulkan oleh Biro dan Sekretariat merupakan kesepakatan yang buruk bagi negara-negara berkembang dan Indonesia harus mengupayakan kesepakatan yang lebih adil dan merata yang sesuai dengan kepentingan negara-negara berkembang, yaitu:**
 - a) Memastikan bahwa langkah-langkah surveilans dibatasi ruang lingkupnya, berdasarkan kapasitas nasional, keadaan, hukum, dan bukti ilmiah. Koordinasi multisektor harus diserahkan kepada otoritas nasional, berdasarkan keadaan nasional. Kewajiban / persyaratan / inisiatif "One Health" di tingkat internasional harus ditolak.
 - b) Memberikan perlindungan untuk mencegah penyalahgunaan data melalui peraturan yang tepat mengenai penggunaan data yang diperoleh dari Negara Pihak di bawah Instrumen Pandemi oleh Negara Pihak lainnya, WHO dan organisasi internasional lainnya.
 - c) Memastikan Perjanjian Pandemi memberikan akses berkelanjutan yang dapat diprediksi terhadap produk kesehatan di negara-negara berkembang dengan memfasilitasi produksi yang terdiversifikasi secara geografis melalui kewajiban hukum tentang transfer teknologi terutama teknologi yang didanai publik ke negara-negara berkembang serta langkah-langkah yang mengatasi hambatan terkait Kekayaan Intelektual terhadap produksi dan pasokan di negara-negara berkembang.
 - d) Memprioritaskan sistem akses pandemi dan pembagian manfaat (*Pandemic Access And Benefit Sharing / PABS*) yang komprehensif yang berlaku untuk patogen yang dapat menyebabkan keadaan darurat kesehatan masyarakat yang menjadi perhatian internasional (PHEIC) dan pandemi, yang dibangun berdasarkan proposal negara-negara berkembang (Kelompok Afrika dan Kelompok Kesetaraan) yang telah diajukan hingga saat ini. Sampai ada sistem PABS yang berfungsi, tidak boleh ada pembagian material biologis atau sekuens data, dan tidak boleh ada ketentuan yang terkait dengan pengawasan (Pasal 4 sampai 6) yang beroperasi. Sistem PABS juga tidak dapat dianggap sebagai instrumen internasional khusus yang berbeda dari Protokol Nagoya sampai kita memiliki sistem PABS yang berfungsi penuh dan operasional yang dengan yakin memberikan pembagian manfaat yang adil dan merata, menjamin akses yang adil bagi negara-negara berkembang selama keadaan darurat kesehatan masyarakat yang menjadi perhatian internasional dan pandemi.

- e) Memastikan Perjanjian Pandemi mencakup mekanisme pendanaan yang akan mendukung implementasi instrumen pandemi di tingkat nasional dan internasional, terutama dengan memberikan bantuan keuangan kepada negara-negara berkembang.
- f) Secara eksplisit mencantumkan peran Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) dalam pelaksanaan Perjanjian Pandemi, dan menekankan perlunya akuntabilitas terkait fungsi-fungsi yang dimandatkan dalam pencegahan, persiapan, dan respons pandemi.

Tertanda,

Organisasi Masyarakat Sipil

1. Farkes-R
2. Ikatan Perempuan Positif Indonesia
3. Ikatan Ahli Kesehatan Masyarakat Indonesia (IAKMI)
4. Indonesia AIDS Coalition
5. Indonesia for Global Justice
6. Jaringan Peduli Tuberkulosis Indonesia (JAPETI)
7. Lapor Sehat (Lapor COVID-19)
8. Perkumpulan Rumah Cemara
9. Rekat Peduli Indonesia
10. The PRAKARSA
11. Yayasan Kristen untuk Kesehatan Umum (YAKKUM)
12. Yayasan Hipertensi Paru Indonesia

Individu

1. Agus Sarwono, Transparency International Indonesia
2. Dosma Juniar Pesta Riana SP