

Amandemen *International Health Regulations* (2005) Ketok Palu: Apa Langkah Selanjutnya?

I. Pendahuluan

Pada 1 Juni 2024, perubahan terhadap *International Health Regulations* (2005) (IHR) akhirnya disepakati pada *World Health Assembly* ke 77. IHR merupakan perjanjian multilateral yang mengikat secara hukum (*legally binding*) dan mengatur arsitektur global untuk kedaruratan, kesiapan, respon dan ketahanan kesehatan. Meski ada beberapa ketidakpuasan mengenai hasil final amandemen (Schwalbe, 2024; Think Global Health, 2024), namun banyak yang menganggap ini sebagai kemenangan untuk multilateralisme dimana isu-isu penting akhirnya disepakati dan dimasukkan ke dalam teks dan aneks IHR (Cullinan, 2024).

IHR terakhir kali diubah pada 2005 setelah terjadinya SARS. Namun, pada masa pandemi COVID-19, ketentuan-ketentuan IHR dianggap masih belum cukup untuk mengatasi risiko kedaruratan kesehatan masyarakat dan pandemi (WHO, 2024c). Perubahan IHR ditujukan untuk memperkuat peraturan pada tingkat global terkait keadaan darurat kesehatan dan pandemi di masa depan.

Perubahan IHR juga merupakan suatu tahapan penting dalam memperkuat *Pandemic Preparedness, Prevention and Response* (PPPR). Sehingga, ini merupakan momentum yang tepat untuk segera memfinalisasi *Pandemic Agreement* yang akan lebih lanjut mengatur PPPR dalam lebih detail.¹ Negosiasi *Pandemic Agreement* kembali berlangsung pada 16 Juli 2024 dan perlu difinalisasi sebelum *World Health Assembly* di 2025, atau apabila memungkinkan, lebih awal pada sesi khusus *Health Assembly* 2024.

Dengan proses negosiasi *Pandemic Agreement* yang akan terus berlanjut, Center for Indonesia's Strategic Development Initiatives (CISDI), melakukan kajian perubahan-perubahan IHR sebagai berikut. Kajian ini juga bertujuan mendorong langkah-langkah yang perlu segera diimplementasikan oleh pemerintah Indonesia dan dijadikan pertimbangan kembali dalam proses negosiasi *Pandemic Agreement* (WHO, 2024a).

¹ Teks terakhir draf *Pandemic Agreement* tertanggal 10 Mei 2024 tersedia di sini: <https://healthpolicy-watch.news/wp-content/uploads/2024/05/Pandemic-Agreement-Draft-Reflecting-progress-up-to-10-May.pdf>

II. Kajian

Perubahan-perubahan IHR secara garis besar meliputi definisi kedaruratan pandemi, prinsip solidaritas dan kesetaraan, kewenangan WHO, kolaborasi antara Negara Pihak² di berbagai tingkatan serta dibentuknya Komite Negara Pihak (*States Parties Committee / Implementation Committee*) dan Otoritas Nasional IHR (*National IHR Authority - NIA*) (Patnaik, 2024). Berikut adalah kajian kami untuk masing-masing isu tersebut.

A. Definisi Kedaruratan Pandemi Mengakui Pendekatan “Whole-of-Government” dan “Whole-of-Society”

Sebelumnya, IHR hanya mengatur darurat kesehatan masyarakat atau “*public health emergency of international concern*” (PHEIC). Namun, terdapat beberapa kekhawatiran dengan keterbatasan definisi tersebut, termasuk tidak adanya tahapan kondisi sebelum atau setelah level darurat (Durrheim, Gostin and Moodley, 2020). Selain itu, dengan terjadinya COVID-19, IHR dianggap belum dapat merespon dengan cepat keadaan pandemi dan penanganannya sehingga ditambahkan definisi “*pandemic emergency*” sebagaimana berikut (Tabel 1).

Tabel 1. Definisi PHEIC dan *pandemic emergency*

Pasal 1 - Definisi
“<i>public health emergency of international concern</i>” means an extraordinary event which is determined, as provided in these Regulations: (i) to constitute a public health risk to other States through the international spread of disease; and (ii) to potentially require a coordinated international response;
“<i>pandemic emergency</i>” means a public health emergency of international concern that is caused by a communicable disease and: (i) has, or is at high risk of having, wide geographical spread to and within multiple States; and (ii) is exceeding, or is at high risk of exceeding, the capacity of health systems to respond in those States; (iii) is causing, or is at high risk of causing, substantial social and/or economic disruption, including disruption to international traffic and trade; and (iv) requires rapid, equitable and enhanced coordinated international action, with <i>whole-of-government and whole-of-society</i> approaches.

Definisi kedaruratan pandemi secara lebih lanjut mengatur suatu PHEIC yang memiliki risiko geografis, melebihi kemampuan sistem kesehatan dan mengakibatkan gangguan sosial maupun ekonomi, termasuk perdagangan internasional. Penetapan suatu PHEIC sebagai kedaruratan pandemi hanya berlaku sebagai tingkat kewaspadaan global tertinggi (WHO, 2024b).

Dalam keadaan kedaruratan pandemi tidak ada satupun kelompok, institusi maupun negara yang dapat mengatasi pandemi itu secara sendiri. Sehingga, definisi baru ini juga

² Terdapat 196 negara yang merupakan pihak dan terikat secara hukum kepada IHR, termasuk 194 negara yang merupakan anggota dari WHO, sebagaimana terdapat dalam Apendiks I dari IHR.

mengakui bahwa kedaruratan pandemi memerlukan tindakan yang harus diambil secara cepat, setara dan terkoordinasi dengan pendekatan “*Whole-of-Government*” (WoG) dan “*Whole-of-Society*” (WoS).

Pengakuan pendekatan WoG ini penting demi memastikan kolaborasi lintas sektor dan lintas tingkatan dalam pemerintahan. Di sisi lain, pendekatan WoS memastikan partisipasi sosial yang bermakna, termasuk partisipasi komunitas lokal, tenaga kerja kesehatan, voluntir, Organisasi Masyarakat Sipil (OMS), kelompok rentan dan orang muda (Ortenzi et al., 2022). Namun demikian, belum ada mekanisme dan/atau forum formal lintas aktor dan sektor secara reguler untuk IHR yang telah dibentuk sebagai wadah dari implementasi pendekatan tersebut.

Dalam prakteknya, pendekatan WoG dan WoS memerlukan perubahan institusional dan administratif, serta peningkatan pengetahuan dan kapasitas. Perubahan ini memerlukan usaha-usaha yang bersifat multisektor dan kolaboratif agar tidak terisolasi dari satu dan lainnya (Ortenzi et al., 2022). Pendekatan yang sama perlu juga diterapkan dan dikuatkan dalam *Pandemic Agreement* sebagaimana rekomendasi kami sebelumnya dalam Memo Kebijakan CISDI (CISDI, 2024).

B. Prinsip Kesetaraan dan Solidaritas Terkait Produk Kesehatan dan Pembiayaan

Tidak adanya prinsip “*equity*” dan “*solidarity*” pada IHR (2005) secara esensial menjadi salah satu kelemahan dari perjanjian tersebut. *The Review Committee regarding amendments to the International Health Regulations* (2005) mengakui bahwa sejumlah Negara Pihak memandang hambatan tersebut dapat diatasi melalui amandemen IHR dengan memasukkan “*equity*” dan “*solidarity*” secara eksplisit sebagai salah satu langkah pertama. Kini, Pasal 3 yang mengatur prinsip-prinsip dasar dari implementasi IHR secara keseluruhan telah memuat kedua prinsip tersebut, meski masih ada yang mengkritik penggunaan kata “promosi” masih lemah (Tabel 2).

Tabel 2. Inklusi prinsip kesetaraan dan solidaritas

IHR (2005)	Perubahan 2024
Pasal 3(1) - Prinsip-prinsip	
<i>The implementation of these Regulations shall be with full respect for the dignity, human rights and fundamental freedoms of persons.</i>	<i>The implementation of these Regulations shall be with full respect for the dignity, human rights and fundamental freedoms of persons, and shall promote equity and solidarity.</i>

Ketimpangan Akses Produk Kesehatan

Selama pandemi COVID-19, hambatan terhadap akses produk kesehatan, seperti alat pelindung diri, vaksin, alat diagnostik dan obat-obatan, yang adil menjadi lebih nyata. Hal ini tidak lepas dari hak kekayaan intelektual, ketimpangan kapasitas manufaktur lokal dan regional yang terbatas, serta penundaan transfer teknologi (Gleeson, Townsend,

Tenni and Phillips, 2023). Sangat disayangkan bahwa akses produk kesehatan yang merupakan bagian tidak terpisahkan dari penanggulangan pandemi belum diatur dalam IHR (2005) sebelumnya.

Dimasukkannya definisi "*relevant health products*" ke dalam IHR menawarkan optimisme baru untuk PPPR di masa depan sebagaimana dapat dilihat di Tabel 3 (Think Global Health, 2024). Namun, untuk mencapai perlindungan yang adil dan tepat waktu terhadap pandemi, penyediaan akses produk kesehatan membutuhkan kerja sama antara Negara Pihak dan komunitas internasional dengan mengedepankan prinsip kesetaraan dan solidaritas (WHO, 2023b).

Tabel 3. Definisi baru produk kesehatan yang relevan dan aksesnya yang setara

Pasal 1 - Definisi
<i>"relevant health products" means those health products needed to respond to public health emergencies of international concern, including pandemic emergencies, which may include medicines, vaccines, diagnostics, medical devices, vector control products, personal protective equipment, decontamination products, assistive products, antidotes, cell- and gene-based therapies, and other health technologies;</i>
Pasal 13(8) - Respon kesehatan masyarakat, termasuk akses yang setara terhadap produk-produk kesehatan yang relevan
WHO shall facilitate, and work to remove barriers to, timely and equitable access by States Parties to relevant health products after the determination of and during a public health emergency of international concern, including a pandemic emergency, based on public health risks and needs. To that effect, the Director-General shall: - conduct, and periodically review and update, assessments of the public health needs, as well as of the availability and accessibility including affordability of relevant health products for the public health response; publish such assessments; and consider the available assessments while issuing, modifying, extending or terminating recommendations pursuant to Articles 15, 16, 17, 18, and 49 of these Regulations; - make use of WHO-coordinated mechanisms, or facilitate, in consultation with States Parties, their establishment as needed, and coordinate, as appropriate, with other allocation and distribution mechanisms and networks that facilitate timely and equitable access to relevant health products based on public health needs; - support States Parties, upon their request, in scaling up and geographically diversifying the production of relevant health products, as appropriate, through relevant WHO-coordinated and other networks and mechanisms, subject to Article 2 of these Regulations, and in accordance with relevant international law; - share with a State Party, upon its request, the product dossier related to a specific relevant health product, as provided to WHO by the manufacturer for approval and where the manufacturer has consented, within 30 days of receiving such request, for the purpose of facilitating regulatory evaluation and authorization by the State Party.; and - support States Parties, upon their request, and, as appropriate, through relevant WHO-coordinated and other networks and mechanisms, pursuant to subparagraph 8(c) of this Article, to promote research and development and strengthen local production of quality, safe and effective relevant health products, and facilitate other measures relevant for the full implementation of this provision.

Pasal 13(8) menunjukkan bahwa Direktur Jenderal WHO diminta untuk membantu dan memfasilitasi peningkatan dan diversifikasi penelitian, pengembangan, dan produksi produk kesehatan lokal dan regional. Namun, wewenang ini hanya dapat digunakan *setelah* adanya deklarasi PHEIC dan/atau kedaruratan pandemi. Momentum ini dapat dianggap sudah terlambat karena dukungan untuk penelitian, pengembangan dan produksi di tingkat lokal serta regional harus menjadi mandat yang berkelanjutan, tidak hanya bergantung pada deklarasi PHEIC dan/atau kedaruratan pandemi (American Psychological Association, 2021; Gopakumar, 2024).

Ketimpangan Kapasitas Pembiayaan PPPR yang Berkelanjutan

Amandemen IHR juga menekankan pentingnya Negara Pihak wajib untuk tetap mempertahankan atau meningkatkan pembiayaan domestiknya, dan berkolaborasi dengan kerjasama dan bantuan internasional bila dibutuhkan, untuk memastikan implementasi IHR. Namun, pada prakteknya, negara-negara berkembang dengan penghasilan rendah dan rendah-menengah seringkali mengalami kekurangan sumber daya keuangan domestik untuk mengimplementasikan IHR. Implementasi yang kurang efektif maupun optimal sebagian besar terjadi karena dinamika politik sehingga berdampak kepada antara lain, distribusi produk kesehatan, teknologi medis serta transportasi yang dapat menunjang PPPR (Elovainio and Evans, 2017; TNP2K, 2020; Bertrand et al., 2022; Hidayat et al., 2024).

Meskipun demikian, sebagaimana dapat dilihat dalam Tabel 4, amandemen tentang mobilisasi sumber daya finansial tidak secara konkret mewajibkan negara berpenghasilan tinggi untuk mendukung sumber pembiayaan untuk implementasi IHR di negara berpenghasilan rendah dan rendah-menengah (Think Global Health, 2024).

Tabel 4. Pasal-pasal terkait pembiayaan dan MKF

Pasal 44(2)bis - Kolaborasi, bantuan dan pembiayaan
<i>States Parties, subject to applicable law and available resources, shall maintain or increase domestic funding, as necessary, and collaborate, including through international cooperation and assistance, as appropriate, to strengthen sustainable financing to support the implementation of these Regulations.</i>
Pasal 44(2)ter - Kolaborasi, bantuan dan pembiayaan
<i>Pursuant to subparagraph (c) of paragraph 1, States Parties shall undertake to collaborate, to the extent possible, to:</i> <i>(a) encourage governance and operating models of existing financing entities and funding mechanisms to be regionally representative and responsive to the needs and national priorities of developing countries in the implementation of these Regulations;</i> <i>(b) identify and enable access to financial resources, including through the Coordinating Financial Mechanism, established pursuant to Article 44bis, necessary to equitably address the needs and priorities of developing countries, including for developing, strengthening and maintaining core capacities.</i>
Pasal 44 bis (1) - Mekanisme Koordinasi Finansial
<i>A Coordinating Financial Mechanism (the Mechanism) is hereby established to:</i> <i>a. promote the provision of timely, predictable, and sustainable financing for the implementation of these Regulations in order to develop, strengthen, and maintain core capacities as set out in Annex 1 of these Regulations, including those relevant for pandemic emergencies;</i> <i>b. seek to maximize the availability of financing for the implementation needs and priorities of States Parties, in particular of developing countries; and</i> <i>c. work to mobilize new and additional financial resources, and increase the efficient utilization of existing financing instruments, relevant to the effective implementation of these Regulations.</i>
Pasal 54 bis (4) - Komite Negara Pihak
<i>The Committee shall adopt, at its first meeting, by consensus, terms of reference for the Coordinating Financial Mechanism, established in Article 44 bis, and modalities for its operationalization and governance and may adopt necessary working arrangements with relevant international bodies, which may support its operation as appropriate</i>

Melalui amandemen IHR, Mekanisme Koordinasi Finansial (MKF) dibentuk demi akses dan kolaborasi pembiayaan yang lebih kuat, selaras dengan prinsip solidaritas dan kesetaraan. Kerangka acuan (*terms of reference*) untuk MKF serta modalitas untuk operasionalisasi dan tata kelolanya akan lebih lanjut diadopsi oleh *Implementation Committee* pada pertemuan pertamanya. *Implementation Committee* juga dapat mengadopsi pengaturan kerja MKF dengan badan-badan internasional untuk mendukung operasionalnya sebagaimana sesuai.

Mekanisme ini diharapkan dapat mendukung pengidentifikasian dan mobilisasi pembiayaan yang dibutuhkan untuk mengatasi kebutuhan dan prioritas negara-negara berkembang, termasuk untuk mengembangkan, memperkuat dan mempertahankan kapasitas inti dan PPPR (WHO, 2024c). MKF juga dapat mendukung pembiayaan yang lebih representatif dan responsif terhadap kebutuhan dan prioritas negara-negara berkembang serta utilisasi pembiayaan inovatif, seperti '*debt swap*' dan *regional pooling fund* dalam implementasi IHR di kawasan.

Selain itu, MKF juga perlu untuk menghubungkan mobilisasi sumber daya keuangan dalam IHR serta *Pandemic Agreement* di kemudian hari dengan *Pandemic Fund* dan/atau fasilitas pembiayaan global lainnya (The Pandemic Fund, 2024). Demi memastikan keberlanjutan pembiayaan untuk implementasi IHR, MKF perlu disertai dengan pemantauan dan evaluasi terkait MKF dan kapasitas fiskal Negara Pihak untuk kesehatan (Gadsden et al., 2022; De Foo et al., 2023).

C. Formalisasi Wewenang WHO Terkait Penetapan Kedaruratan Pandemi

Mengingat pengalaman H1N1 dan COVID-19, Direktur-Jenderal WHO dan/atau Komite Kedaruratan³ sudah pernah menetapkan PHEIC sebagai pandemi meski belum diatur dalam IHR (WHO, n.d.; WHO, 2023). Namun, deklarasi COVID-19 sebagai pandemi dianggap terlambat karena WHO terlalu mempertimbangkan dampak negatif dari deklarasi tersebut. WHO juga enggan dianggap mengambil respon yang berlebihan sebagaimana sebelumnya dikritik pada saat H1N1 (Oxford Analytica, 2020).

Pada nyatanya, definisi kedaruratan pandemi yang baru disertai dengan Pasal 12(4)bis (Tabel 5), hanya memformalisasi wewenang dan kewajiban Direktur-Jenderal WHO untuk menetapkan kedaruratan pandemi yang sudah dilaksanakan dalam praktek (WHO, 2022b). Pasal ini diharapkan dapat meminimalisir keengganan WHO untuk menetapkan PHEIC sebagai kedaruratan pandemi karena tekanan-tekanan politik atau lainnya (Think Global Health, 2024).

³ Komite yang dibentuk oleh Direktur Jenderal WHO dan dapat memberikan pandangannya terkait situasi yang merupakan dan berakhirnya suatu PHEIC, termasuk kedaruratan pandemi, serta rekomendasi sementara terkait sesuai dengan Pasal 48.

Tabel 5. Penetapan Kedaruratan Pandemi dan Rekomendasi Sementara

Pasal 12(4)bis - Penetapan darurat kesehatan masyarakat yang menjadi perhatian internasional, termasuk kedaruratan pandemi
<i>If the Director-General determines that an event constitutes a public health emergency of international concern, the Director-General shall further determine, having considered the matters contained in paragraph 4, whether the public health emergency of international concern also constitutes a pandemic emergency.</i>
Pasal 1 - Definisi Rekomendasi sementara
<i>“temporary recommendation” means non-binding advice issued by WHO pursuant to Article 15 for application on a time-limited, risk-specific basis, in response to a public health emergency of international concern, so as to prevent or reduce the international spread of disease and minimize interference with international traffic;</i>
Pasal 15(1) - Rekomendasi sementara
<i>If it has been determined in accordance with Article 12 that a public health emergency of international concern, including a pandemic emergency, is occurring, the Director-General shall issue temporary recommendations in accordance with the procedure set out in Article 49. Such temporary recommendations may be modified or extended as appropriate, including after it has been determined that a public health emergency of international concern, including a pandemic emergency, has ended, at which time other temporary recommendations may be issued as necessary for the purpose of preventing or promptly detecting its recurrence.</i>

Perlu dicatat bahwa pasal ini tidak merubah kewajiban Para Pihak maupun menambahkan wewenang Direktur-Jenderal WHO sebagaimana diatur dalam IHR sebelumnya (Think Global Health, 2024). Penetapan suatu PHEIC hanya memberikan wewenang kepada Direktur-Jenderal WHO untuk mengeluarkan Rekomendasi Sementara (*Temporary Recommendations*) kepada Negara Pihak, yang mana tidak mengikat secara hukum dan hanya berlaku sebagai panduan dalam mempersiapkan dan merespons PHEIC. Dengan demikian, kewenangan WHO terbatas untuk memberikan advis dan tidak memiliki kemampuan untuk memaksakan upaya-upaya kesehatan, termasuk *lockdown* atau pembatasan-pembatasan lainnya di negara mana pun (WHO, 2024b).

D. Kolaborasi Bertingkat Demi Penguatan Kapasitas Inti Negara Pihak

Sebelumnya IHR memang telah mengatur persyaratan kapasitas inti untuk surveilans dan respons, termasuk kapasitas laboratorium, fasilitas kesehatan, tenaga kesehatan, produksi produk kesehatan, dan sebagainya. Namun, amandemen IHR kali ini memperjelas kewajiban Negara Pihak untuk mengembangkan, memperkuat dan menjaga kapasitas inti, termasuk koordinasi dari tingkat respons komunitas lokal dan/atau kesehatan primer masyarakat, menengah (*intermediate level*), hingga tingkat nasional (Tabel 6).

Konsep kolaborasi bertingkat dalam amandemen IHR sejalan dengan kerangka kerja penguatan arsitektur kesehatan global melalui *Health Emergency Preparedness, Response, and Resilience* yang merupakan acuan dalam upaya kolektif untuk memperkuat kapasitas multisektoral nasional, regional, dan global. Terutama, yang berkaitan dengan keamanan kesehatan, layanan kesehatan primer dan promosi kesehatan (WHO, 2023c).

Tabel 6. Kapasitas Inti dan Kolaborasi Bertingkat

Aneks 1(4) - Kapasitas Inti
<i>Pursuant to Article 44, States Parties shall undertake to collaborate with each other, to the extent possible, in developing, strengthening and maintaining core capacities.</i>
Aneks 1 - A. Persyaratan Kapasitas Inti untuk Surveilans dan Respons
<i>At the local community level and/or primary public health response level (hereinafter the “Local level”), each State Party shall develop, strengthen and maintain the core capacities:</i> <i>(c) to prepare for the implementation of, and implement immediately, preliminary control measures immediately;</i> <i>(d) to prepare for the provision of, and facilitate access to health services necessary for responding to public health risks and events; and</i> <i>(e) to engage relevant stakeholders, including communities, in preparing for and responding to public health risks and events.</i>
<i>At the intermediate public health response levels (hereinafter the “Intermediate level”), where applicable, each State Party shall develop, strengthen and maintain the core capacities:</i> <i>(c) to coordinate with and support the Local level in preventing, preparing for and responding to public health risks and events, including in relation to:</i> <i>(i) surveillance;</i> <i>(ii) on-site investigations;</i> <i>(iii) laboratory diagnostics, including referral of samples;</i> <i>(iv) implementation of control measures;</i> <i>(v) access to health services and health products needed for the response;</i> <i>(vi) risk communication, including addressing misinformation and disinformation;</i> <i>(vii) logistical assistance (e.g. equipment, medical and other relevant supplies and transport); and</i>
<i>Public health prevention, preparedness and response. Each State Party shall develop, strengthen and maintain the core capacities for:</i> <i>(g) developing and/or disseminating guidance for clinical case management and infection prevention and control;</i> <i>(h) access to health services and health products needed for the response;</i> <i>(i) risk communication, including addressing misinformation and disinformation;</i> <i>(m bis) coordinating activities nationally and supporting Local and Intermediate levels, where applicable, in preventing, preparing for and responding to public health risks and events; and</i>

Kolaborasi dari tingkat lokal hingga nasional dibutuhkan mengingat ketimpangan kapasitas dan kurang selarasnya kebijakan di tingkatan yang berbeda (Hübelová et al., 2023; WHO, 2018). Sesuai dengan pendekatan WoG dan WoS, kolaborasi bertingkat ini perlu partisipasi bermakna para pemangku kepentingan lintas sektor dan aktor termasuk komunitas (Nkengasong et al., 2010; WHO, 2023a). Sehingga, kolaborasi bertingkat ini diharapkan dapat secara kolektif mendukung peningkatan kapasitas yang berkelanjutan untuk tujuan surveilans, penelitian, pencegahan dan penanganan risiko kesehatan masyarakat, termasuk juga strategi dalam pemerataan sistem laboratorium dan pengambilan keputusan yang berkesinambungan (Hämäläinen et al., 2016; Williams et al., 2024).

Selain itu, amandemen IHR pertama kalinya mengatur komunikasi risiko melalui penanganan misinformasi dan disinformasi sesuai dengan kondisi faktual serta riset yang ada (American Psychological Association, 2021; Murray, 2024). Hal ini diatur mengingat

informasi yang beredar selama kedaruratan PHEIC dan/atau pandemi, terutama pada sosial media dapat menciptakan stigma, diskriminasi dan persepsi yang membentuk kepercayaan dan sikap masyarakat (Islam et al., 2020). Peningkatan kapasitas komunikasi risiko dapat dilakukan dengan mengidentifikasi informasi palsu dalam bentuk perangkat lunak, algoritma yang disempurnakan dan peningkatan pemeriksaan fakta (Ferreira Caceres et al., 2022). Kendati demikian, perlu dipastikan bahwa pengendalian komunikasi tetap mendukung kebebasan berpendapat oleh masyarakat sipil dan tidak membatasi atau menutup informasi penting ke publik (Ruiz, 2023).

E. Pembentukan *Implementation Committee* dan NIA Tidak Menjanjikan Transparansi dan Akuntabilitas

Ketidakpatuhan yang masif terhadap ketentuan-ketentuan IHR, terutama terkait pelaporan kasus serta pembatasan perjalanan dan perdagangan, dapat dilihat dari pengalaman sebelumnya. Terdapat 30 negara selama epidemi Ebola dan 145 negara selama pandemi COVID-19 yang memberlakukan pembatasan perjalanan dan perdagangan tanpa alasan kesehatan masyarakat maupun bukti ilmiah (Ferhani & Rushton, 2020).

Sehingga, untuk memastikan implementasi IHR yang efektif, IHR memandatkan pembentukan *Implementation Committee* (Tabel 7) dan NIA (Tabel 8) sebagai badan yang akan mempromosikan dan mendukung implementasi ketentuan-ketentuan IHR dalam dan di antara Negara Pihak. *Implementation Committee* berperan mendukung kerja sama antar Negara Pihak terkait implementasi IHR secara fasilitatif dan konsultatif, termasuk pemberian masukan teknis.

Tabel 7. Pembentukan *Implementation Committee*

Pasal 54 bis (1) - Komite Negara Pihak untuk Implementasi IHR
<i>The States Parties Committee for the Implementation of the International Health Regulations (2005) is hereby established to facilitate the effective implementation of these Regulations, in particular of Article 44 and 44bis. The Committee shall be facilitative and consultative in nature only, and function in a non-adversarial, non-punitive, assistive and transparent manner, guided by the principles set out in Article 3. To this effect:</i> <i>The Committee shall have the aim of promoting and supporting learning, exchange of best practices, and cooperation among States Parties for the effective implementation of these Regulations;</i> <i>The Committee shall establish a Subcommittee to provide technical advice and report to the Committee.</i>

Sedangkan, NIA akan mengawasi bagaimana negara-negara mengimplementasi ketentuan-ketentuan IHR secara internal. Keberadaan NIA juga telah diposisikan sejak IHR (2005) meski hanya sebagai *Focal Point*,⁴ namun dalam amandemen IHR perannya dielaborasi untuk mengkoordinasi implementasi IHR, juga membentuk kedua *National IHR Authority* maupun *Focal Point*.

⁴ Pusat nasional, ditunjuk oleh masing-masing Negara Pihak, yang dapat diakses pada setiap waktu untuk komunikasi-komunikasi dengan Kontak Poin IHR WHO berdasarkan IHR.

Tabel 8. Penunjukkan atau Pembentukan NIA

IHR (2005)	Perubahan 2024
Pasal 1 - Definisi	
-	<i>"National IHR Authority" means the entity designated or established by the State Party at the national level to coordinate the implementation of these Regulations within the jurisdiction of the State Party;</i>
Pasal 4(1) - Otoritas Yang Bertanggung Jawab	
Each State Party shall designate or establish a National IHR Focal Point and the authorities responsible within its respective jurisdiction for the implementation of health measures under these Regulations.	<i>Each State Party shall designate or establish, in accordance with its national law and context, one or two entities to serve as National IHR Authority and a National IHR Focal Point, and as well as the authorities responsible within its respective jurisdiction for the implementation of health measures under these Regulations.</i>
Pasal 4(1)bis - Otoritas Yang Bertanggung Jawab	
-	<i>The National IHR Authority shall coordinate the implementation of these Regulations within the jurisdiction of the State Party.</i>

Meskipun amandemen IHR kini telah membentuk *Implementation Committee* dan NIA, namun kedua badan tersebut akan tetap melanggengkan mekanisme pengawasan horizontal yang umumnya bersifat terbatas dan tidak menjanjikan transparansi serta akuntabilitas dalam implementasi IHR (Burci & Jakob, 2018). Amandemen IHR dikritik masih belum memuat mekanisme kepatuhan yang jelas antar maupun di dalam negara (Schwalbe, 2024). Transparansi dan akuntabilitas negara merupakan aspek kunci untuk memastikan kepatuhan terhadap ketentuan-ketentuan IHR (Turner & Scott, 2019), sebagaimana sudah termaktub setidaknya dalam tiga laporan penting, yakni 1) *the 2015 IHR Review Committee on Second Extensions for Establishing National Public Health Capacities on IHR Implementation*, 2) *the 2016 Review Committee on the Role of International Health Regulations (2005)*, dan 3) *Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) during the COVID-19 Response* (WHO, 2014, 2016, 2020a).

IHR memang telah memiliki mekanisme *Joint External Evaluation* (JEE). Namun, JEE bersifat sukarela dan tidak dilakukan secara berkala, seperti setiap lima tahun sekali, sehingga tidak cukup independen maupun kuat dalam memastikan akuntabilitas negara (WHO, 2022). JEE juga bergantung pada data yang dilaporkan oleh Negara Pihak itu sendiri berdasarkan penilaian diri (*self-assessment*) dan tidak memberikan ruang bagi sumber-sumber lain seperti masyarakat sipil (Berman, 2021). Sehingga, tetap diperlukannya evaluasi eksternal yang independen dan *universal periodic review* yang dapat mengungkap kekurangan dalam kapasitas inti yang tidak diidentifikasi atau diakui dalam penilaian diri (Berman, 2021).

Dengan demikian, IHR memerlukan komite implementasi dan kepatuhan yang independen untuk mendorong transparansi dan akuntabilitas sebagaimana telah

diterapkan dalam mekanisme konvensi hak asasi manusia (Lehtimäki et al., 2021). Penting untuk memberikan ruang bagi praktik referensi silang (*cross-reference*) dengan menerapkan kembali pendekatan WoG dan WoS melalui pelibatan bermakna lintas sektor dan aktor, termasuk OMS, komunitas dan publik untuk mendorong mekanisme *checks and balances*.

Komite implementasi dan kepatuhan juga dapat membagikan laporan pengawasan dan kepatuhan secara transparan kepada Negara Pihak, *Implementation Committee*, NIA dan publik untuk meningkatkan transparansi dan akuntabilitas. Kurangnya komite implementasi dan kepatuhan yang independen pada perubahan IHR dapat dijadikan dorongan untuk dibentuknya komite tersebut untuk negosiasi dan implementasi *Pandemic Agreement*.

III. Penutup

Kolaborasi dan kerjasama, termasuk pelibatan bermakna masyarakat, diperlukan untuk memastikan amandemen IHR dapat diimplementasikan dengan baik. Meski belum sempurna, proses negosiasi amandemen IHR akhirnya ditutup dan kesepakatan Negara Pihak atas perubahan-perubahan di atas merupakan suatu langkah maju untuk multilateralisme dan penguatan PPPR.

Prinsip solidaritas dan kesetaraan juga perlu tetap menjadi kunci dan pondasi dari pelaksanaan IHR, termasuk penyediaan produk kesehatan dan pembiayaan terkait penguatan kapasitas inti untuk PPPR terutama untuk negara-negara berkembang.

Mekanisme pengawasan dan evaluasi yang kuat dan independen diperlukan lebih lanjut untuk memastikan transparansi dan akuntabilitas pelaksanaan kewajiban-kewajiban IHR.

Dengan demikian, CISDI merekomendasikan yang berikut ini kepada pemerintah Indonesia dalam mengimplementasikan perubahan IHR dan melanjutkan proses negosiasi *Pandemic Agreement* (Tabel 9):

Tabel 9. Masukan CISDI untuk implementasi perubahan IHR dan negosiasi *Pandemic Agreement*

Isu	Implementasi IHR	Negosiasi <i>Pandemic Agreement</i>
Pelibatan Bermakna	Indonesia wajib untuk melibatkan seluruh pemangku kepentingan secara bermakna dalam mengimplementasikan IHR, dengan menggunakan pendekatan WoG dan WoS, termasuk pelibatan bermakna OMS dan masyarakat.	Indonesia perlu untuk memperjuangkan inklusi pendekatan WoG dan WoS dalam <i>Pandemic Agreement</i> sebagaimana tertuang dalam Pasal 17 dalam draf terakhir untuk memastikan partisipasi lintas sektor dan lintas

	Pemerintah memiliki mekanisme dan/atau forum formal lintas aktor dan sektor di berbagai tingkat secara reguler untuk IHR serta surveilans kesehatan secara umum, seperti <i>National Health Assembly</i> di Thailand (Rajan et al., 2019).	aktor demi respon pandemi yang lebih harmonis dan terpadu.
Prinsip kesetaraan dan solidaritas	Dalam mengimplementasikan IHR, Indonesia perlu mengedepankan prinsip kesetaraan dan solidaritas, terutama dalam memastikan akses produk kesehatan, pembiayaan untuk implementasi IHR dan pengembangan kapasitas inti. Pemerintah perlu memastikan (i) peraturan terkait produk kesehatan bersifat inklusif dan berorientasi terhadap perlindungan masyarakat dan kelompok rentan, (ii) tata kelola data dan informasi kesehatan dapat mengidentifikasi berbagai jenis kerentanan dan menggunakan lensa gender dan (iii) komitmen anggaran untuk memastikan kapasitas produksi dan distribusi dapat mencapai kelompok-kelompok rentan. (Article 3(1) jo Article 13 jo Article 44)	Indonesia perlu menjadikan kesetaraan dan solidaritas sebagai pondasi dari negosiasi <i>Pandemic Agreement</i>, terutama untuk memastikan kebutuhan inklusi kelompok-kelompok rentan dan penggunaan lensa gender pada saat pandemi. Indonesia juga perlu memastikan mekanisme adil dan setara dalam <i>Pathogen Access and Benefit Sharing</i> (PABS), sebagaimana terdapat dalam Pasal 12, yang mengatur distribusi produk kesehatan pada saat pandemi, termasuk obat, teknologi dan alat diagnostik adil antarnegara. Lebih lanjut, Indonesia perlu mendorong akses distribusi produk kesehatan melalui WHO agar menggunakan acuan dasar yang bersifat responsif sesuai kebutuhan negara-negara berkembang dan adaptif terhadap kebutuhan kelompok rentan (CISDI, 2024).
Pembiayaan berkelanjutan	Pemerintah perlu (i) meningkatkan pembiayaan secara domestik dengan menentukan anggaran tambahan untuk penguatan sistem kesehatan dan PPPR serta (ii) berkolaborasi sesuai dengan MKF melalui kerjasama atau bantuan internasional untuk mendukung implementasi dari IHR, termasuk menghubungkan <i>Pandemic Fund</i> dan menggunakan	Untuk memastikan pembiayaan yang berkelanjutan, Indonesia perlu mendorong prinsip <i>Global Public Investment</i>, dimana semua negara memiliki tanggung jawab untuk berkontribusi, meski dengan proporsi yang berbeda. Terutama penekanan pada komitmen negara berpenghasilan tinggi untuk memberikan bantuan pembiayaan, terutama kepada negara

	pembiayaan inovatif dan/atau regional. (Article 44(2)bis)	berkembang, untuk penguatan kapasitas PPPR. Prinsip ini juga mendorong adanya pengambilan keputusan yang setara, berapapun besar kontribusinya. Selain itu, juga mengoptimalkan pembiayaan global termasuk menghubungkan <i>Pandemic Fund</i> dan menggunakan pembiayaan inovatif dan/atau regional demi pendanaan yang lebih responsif terhadap kebutuhan di kawasan.
Implementation Committee	Indonesia wajib berpartisipasi sebagai Negara Pihak dalam <i>Implementation Committee</i> dan bertemu setidaknya sekali dalam dua tahun. Sebagai bagian dari <i>Implementation Committee</i>, perwakilan Indonesia juga perlu menentukan kerja sama melalui MKF dengan badan-badan internasional untuk mendukung operasionalnya. (Article 54bis)	Mengingat peran <i>Implementation Committee</i> yang bersifat fasilitatif dan konsultatif berdasarkan IHR, Indonesia perlu mendorong dibentuknya suatu <i>Compliance Committee</i> untuk memonitor dan mengevaluasi implementasi <i>Pandemic Agreement</i> negara demi menjunjung akuntabilitas dan transparansi Negara Pihak dalam PPPR. Selain itu, perlu adanya <i>Independent Monitoring Committee</i> yang ikut melakukan pemantauan untuk memberikan <i>checks and balances</i>.
NIA	Indonesia wajib menunjuk atau mendirikan satu atau dua badan, sesuai dengan perundang-undangan dan konteks nasional, sebagai NIA dan <i>National IHR Focal Point</i> untuk mengkoordinasikan implementasi IHR di Indonesia. Selain itu, pemerintah perlu untuk menyesuaikan legislatif dan/atau pengaturan administratif domestik untuk mengimplementasi ketentuan tersebut sebagaimana patut. (Article 4)	Indonesia perlu mendorong penjabaran lebih detail mengenai peran dan fungsi dari <i>Implementation and Compliance Committee</i>, termasuk proses monitoring, evaluasi dan mekanisme akuntabilitas yang transparan tidak hanya ke Negara Pihak, namun juga ke aktor lainnya dan sumber lainnya.

Akuntabilitas Negara Pihak	Indonesia perlu untuk lebih transparan kepada masyarakat terkait pelaksanaan IHR untuk memastikan akuntabilitas publik terhadap ketentuan-ketentuan yang tercantum dalam IHR. Pemerintah dapat mempersiapkan laporan berkala terkait performa kewajiban-kewajiban dalam IHR yang dapat diakses oleh publik. Lebih lanjut, pemerintah perlu membentuk suatu mekanisme formal dimana publik dapat menyampaikan masukan terhadap laporan tersebut sebagaimana telah diterapkan dalam mekanisme konvensi hak asasi manusia (Lehtimäki et al., 2021)	
--	---	--

Kajian ini juga sekaligus bentuk panggilan kepada OMS dan masyarakat untuk memantau implementasi IHR dan *Pandemic Agreement* ke depannya, demi menguatkan akuntabilitas pemerintah Indonesia dalam melaksanakan kewajiban-kewajibannya yang tercantum dalam perjanjian-perjanjian tersebut.

Daftar Pustaka

- American Psychological Association. (2021). *Controlling the spread of misinformation*. <https://www.apa.org/monitor/2021/03/controlling-misinformation>
- Berman, A. (2021). *Closing the Compliance Gap: From Soft to Hard Monitoring Mechanisms Under the International Health Regulations*. *Washington University Global Studies Law Review*, 20(3). <https://journals.library.wustl.edu/globalstudies/article/8701/galley/25498/view/>
- Bertrand, C., Lecarpentier, E., & Portecop, P. (2022). Logistical and human aspects of the impact of the pandemic COVID-19. *Médecine de Catastrophe - Urgences Collectives*, 6(4), 224–228. <https://doi.org/10.1016/j.pxur.2022.10.006>
- Burci, G. L., & Jakob, Q. (2018). *Implementation of the International Health Regulations (2005): Recent Developments at the World Health Organization* | ASIL. <https://www.asil.org/insights/volume/22/issue/13/implementation-international-health-regulations-2005-recent-developments>
- CISDI. (2024). *Memo Kebijakan Masyarakat Sipil untuk WHA ke-77* | CISDI. [cisdi.org. https://cisdi.org/riset-dan-publikasi/publikasi/dokumen/memo-kebijakan-masyarakat-sipil](https://cisdi.org/riset-dan-publikasi/publikasi/dokumen/memo-kebijakan-masyarakat-sipil)
- Cullinan, K. (2024). ‘The World Has Won’: New International Regulations to Protect Against Pandemics Finally Approved. *Health Policy Watch*. <https://healthpolicy-watch.news/the-world-has-won-new-regulations-to-protect-against-pandemics-finally-passed/>
- De Foo, C., Verma, M., Tan, S. Y., Hamer, J., van der Mark, N., Pholpark, A., Hanvoravongchai, P., Cheh, P. L. J., Marthias, T., Mahendradhata, Y., Putri, L. P., Hafidz, F., Giang, K. B., Khuc, T. H. H., Van Minh, H., Wu, S., Caamal-Olvera, C. G., Orive, G., Wang, H., ... Legido-Quigley, H. (2023). Health financing policies during the COVID-19 pandemic and implications for universal health care: A case study of 15 countries. *The Lancet. Global Health*, 11(12), e1964–e1977. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(23\)00448-5](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(23)00448-5)
- Durrheim, D.N., Gostin, L.O., Moodley, K. (2020). When does a major outbreak become a public health emergency of international concern? *Lancet Infect Dis* 20:887–9. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7237181/>
- Elovainio, R., Evans, D. B. (2017). Raising more domestic money for health: prospects for low- and middle-income countries. *Health Economics, Policy and Law*. 12(2), pp.139-157. doi:10.1017/S1744133116000426
- Ferhani, A., & Rushton, S. (2020). *Full article: The International Health Regulations, COVID-19, and bordering practices: Who gets in, what gets out, and who gets rescued?* <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/13523260.2020.1771955>
- Ferreira Caceres, M. M., Sosa, J. P., Lawrence, J. A., Sestacovschi, C., Tidd-Johnson, A., Rasool, M. H. U., Gadamidi, V. K., Ozair, S., Pandav, K., Cuevas-Lou, C., Parrish, M., Rodriguez, I., & Fernandez, J. P. (2022). The impact of misinformation on the COVID-19 pandemic. *AIMS Public Health*, 9(2), 262–277. <https://doi.org/10.3934/publichealth.2022018>
- Gadsden, T., Ford, B., Angell, B., Sumarac, B., de Oliveira Cruz, V., Wang, H., Tsilaajav, T., & Jan, S. (2022). Health financing policy responses to the COVID-19 pandemic: A review of the first stages in the WHO South-East Asia Region. *Health Policy and Planning*, 37(10), 1317–1327. <https://doi.org/10.1093/heapol/czac071>

- Gleeson, D., Townsend, B., Tenni, B. F., and Phillips, T. (2023). Global inequities in access to COVID-19 health products and technologies: A political economy analysis. *Health & Place*. 83. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2023.103051>
- Gopakumar. (2024). WHO: WGIHR Bureau's text recognises equity without effective implementation means. <https://www.twn.my/title2/health.info/2024/hi240405.htm>
- Hämäläinen, R.-M., Aro, A. R., Lau, C. J., Rus, D., Cori, L., Syed, A. M., & the REsearch into POLicy to enhance Physical Activity (REPOPA) Consortium. (2016). Cross-sector cooperation in health-enhancing physical activity policymaking: More potential than achievements? *Health Research Policy and Systems*, 14(1), 33. <https://doi.org/10.1186/s12961-016-0103-6>
- Hidayat, Y. R., Vikaliana, R., Hermawan, E., & Purnaya, I. N. (2024). Covid-19 and government assistance: A framework of humanitarian logistics management in Indonesia. *AIP Conference Proceedings*, 3076(1), 110001. <https://doi.org/10.1063/5.0208596>
- Hübelová, D., Caha, J., Janošíková, L., & Kozumplíková, A. (2023). A holistic model of health inequalities for health policy and state administration: A case study in the regions of the Czech Republic. *International Journal for Equity in Health*, 22(1), 183. <https://doi.org/10.1186/s12939-023-01996-2>
- Islam, M. S., Sarkar, T., Khan, S. H., Kamal, A.-H. M., Hasan, S. M. M., Kabir, A., Yeasmin, D., Islam, M. A., Chowdhury, K. I. A., Anwar, K. S., Chughtai, A. A., & Seale, H. (2020). COVID-19–Related Infodemic and Its Impact on Public Health: A Global Social Media Analysis. *The American Journal of Tropical Medicine and Hygiene*, 103(4), 1621–1629. <https://doi.org/10.4269/ajtmh.20-0812>
- Lehtimäki, S. Reidy, A. Nishtar, K., Darehshori, S., Painter, A. & Swalbe, N. (2021). *Independent Review and Investigation Mechanisms to Prevent Future Pandemics: A Proposed Way Forward*. Kuala Lumpur: United Nations University International Institute for Global Health. <https://doi.org/10.37941/RR/2021/1>
- Murray, A. (2024). *Fake News in the Age of COVID-19*. Faculty of Business and Economics. <https://fbe.unimelb.edu.au/newsroom/fake-news-in-the-age-of-covid-19>
- Nkengasong, J. N., Nsubuga, P., Nwanyanwu, O., Gershy-Damet, G.-M., Roscigno, G., Bulterys, M., Schoub, B., DeCock, K. M., & Birx, D. (2010). Laboratory Systems and Services Are Critical in Global Health: Time to End the Neglect? *American Journal of Clinical Pathology*, 134(3), 368–373. <https://doi.org/10.1309/AJCPMPSINQ9BRMU6>
- Ortenzi, F., Marten, R., Valentine, N. B., Kwamie, A., & Rasanathan, K. (2022). Whole of government and whole of society approaches: Call for further research to improve population health and health equity. *BMJ Global Health*, 7(7), e009972. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-009972>
- Oxford Analytica. (2020). *The WHO's COVID-19 pandemic declaration may be late*. <https://dailybrief.oxan.com/Analysis/DB251288/The-WHOs-COVID-19-pandemic-declaration-may-be-late>
- Patnaik, P. (2024). WHO Member States Score a Win on IHR and for Multilateralism, Bag More Time to Conclude Pandemic Agreement [WHA77] [Substack newsletter]. *Geneva Health Files*. <https://genevahealthfiles.substack.com/p/adopted-wha77-ihr-amendments-inb-2024-bloomfield>
- Rajan, D., Mathurapote N, Putthasri W, et al. (2019). Institutionalising participatory health

- governance: lessons from nine years of the National Health Assembly model in Thailand. *BMJ Global Health*. doi:10.1136/ bmjgh-2019-001769
- Ruiz, L. G. (2023). *Disinformation, Misinformation and Limits on Freedom of Expression During the Covid-19 Pandemic: A Critical Inquiry* | *The Age of Human Rights Journal*. <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/TAHRJ/article/view/8149/8125>
- Schwalbe, N. (2024). The World Health Assembly (#WHA77) has passed amendments to the International Health Regulations. X. <https://x.com/nschwalbe/status/1797013865365921974>
- The Pandemic Fund. (2024). *Statement by the Pandemic Fund Governing Board* on the Role of the Pandemic Fund in the Context of the Pandemic Agreement* | *The Pandemic Fund*. <https://www.thepandemicfund.org/news/brief/statement-pandemic-fund-governing-board-role-pandemic-fund-context-pandemic-agreement-april-5-2024>
- Think Global Health. (2024). *The Amendments to the International Health Regulations Are Not a Breakthrough* | *Think Global Health*. Council on Foreign Relations. <https://www.thinkglobalhealth.org/article/amendments-international-health-regulations-are-not-breakthrough>
- TNP2K. (2020). *Adequacy and Coverage of Social Assistance Benefits During the Covid-19 Pandemic*. https://www.tnp2k.go.id/download/4426PB_Adequacy%20and%20Coverage%20of%20Social%20Assistance%20Benefits%20During%20the%20Covid-19%20Pandemic.pdf
- Turner, M. E., & Scott, A. K. (2019). *Transparency in IHR emergency committee decision making: The case for reform* — PMC. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6509695/>
- WHO. (n.d.). *Swine flu I WHO emergency situation overview*. Retrieved June 27, 2024, from [https://www.who.int/emergencies/situations/influenza-a-\(h1n1\)-outbreak](https://www.who.int/emergencies/situations/influenza-a-(h1n1)-outbreak)
- WHO. (2014). *Second Extensions for establishing national public health capacities and on IHR implementation*. <https://www.who.int/teams/ihr/ihr-review-committees/second-extensions>
- WHO. (2016). *Review Committee on the Role of the International Health Regulations (2005) in the Ebola Outbreak and Response*. [https://www.who.int/publications/m/item/review-committee-on-the-role-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-in-the-ebola-outbreak-and-response](https://www.who.int/publications/m/item/review-committee-on-the-role-of-the-international-health-regulations-(2005)-in-the-ebola-outbreak-and-response)
- WHO. (2018). *Health inequities and their causes*. <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-their-causes>
- WHO. (2020a). *Review Committee on the Functioning of the International Health Regulations (2005) during the COVID-19 Response*. <https://www.who.int/teams/ihr/ihr-review-committees/covid-19>
- WHO. (2020b). *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing on COVID-19 - 11 March 2020*. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing-on-covid-19---11-march-2020>
- WHO. (2022). *Joint external evaluation tool: International Health Regulations (2005), third edition*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/357087/9789240051980-eng.pdf?sequence=1>
- WHO. (2023a). *IHR Benchmark*. <https://ihrbenchmark.who.int/document/10-surveillance>
- WHO. (2023b). *Report of the Review Committee regarding amendments to the International Health*

- Regulations* (2005). https://apps.who.int/gb/wgihhr/pdf_files/wgihhr2/A_WGIHR2_5-en.pdf?sfvrsn=4b549603_12
- WHO. (2023c). *Strengthening the global architecture for health emergency prevention, preparedness, response and resilience*. <https://www.who.int/publications/m/item/strengthening-the-global-architecture-for-health-emergency-prevention--preparedness--response-and-resilience>
- WHO. (2023d). *WHO Director-General's opening remarks at the media briefing – 5 May 2023*. <https://www.who.int/director-general/speeches/detail/who-director-general-s-opening-remarks-at-the-media-briefing---5-may-2023>
- WHO. (2024a). *Proposal for the WHO Pandemic Agreement*. <https://healthpolicy-watch.news/wp-content/uploads/2024/05/Pandemic-Agreement-Draft-Reflecting-progress-up-to-10-May.pdf>
- WHO. (2024b). *Q&A: International Health Regulations: amendments*. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/international-health-regulations-amendments>
- WHO. (2024c). *World Health Assembly agreement reached on wide-ranging, decisive package of amendments to improve the International Health Regulations*. <https://www.who.int/news/item/01-06-2024-world-health-assembly-agreement-reached-on-wide-ranging--decisive-package-of-amendments-to-improve-the-international-health-regulations--and-sets-date-for-finalizing-negotiations-on-a-proposed-pandemic-agreement>
- Williams, V. N., Franco-Rowe, C. Y., Lopez, C. C., Allison, M. A., & Tung, G. J. (2024). Structural and relational factors for successful cross-sector collaboration in home visiting: A multiple case study. *BMC Health Services Research*, 24(1), 316. <https://doi.org/10.1186/s12913-024-10719-4>