

**MUNCULNYA RESOLUSI WHA (*WORLD HEALTH ASSEMBLY*)
NO. 64/56 DALAM KERJASAMA PENANGANAN PANDEMI INFLUENZA
DENGAN KERANGKA GISRS
(*GLOBAL INFLUENZA SURVEILLANCE AND RESPON SYSTEM*) WHO**

RESUME SKRIPSI



Oleh:

ROSLIANUS DOMINIKUS DE ROSARI

151080039

**PROGRAM STUDI ILMU HUBUNGAN INTERNASIONAL
FAKULTAS ILMU SOSIAL DAN ILMU POLITIK
UNIVERSITAS PEMBANGUNAN NASIONAL “ VETERAN “
YOGYAKARTA**

2013

**Munculnya Resolusi WHA (World Health Assembly) No.64/56 Dalam Kerjasama
Penanganan Pandemi Influenza Dengan Kerangka GISRS
(Global Influenza Surveillance and Respon System) WHO**

Abstract

Resolution WHA (World Health Assembly) No 64/56 Mei 2011, was an International Health Policy which change international mechanism on pandemic influenza global countermeasures. Before this Resolutian has ratification as official rules for pandemic influenza countermeasures there was set old mechanism called Global Influenza Surveillance Network (GISN). GISN was built in 1952, and had been working more than 60 th, to help people for being handle the humman global disaster cause by influenza virus. GISN was effectived and efficientsed mechanism to figure out pandemic influenza case in world. That was be done on coordination, dedication and expertise laboratoris in entire world. This network has be able to continue supervision evolution deployment and influenza virus distribution. Therefore, GISN cuold be provided timely data and other information, a lot of comperhensive precept, recommendation, and health produce so it is could be fondation for pandemic influenza preparedeness.

Although was a international establishment mechanism , GISN have some weakness that is asked for reformation. GISN didn't have official rules to guard all process of pandemic influenza countermeasures.This weakness cause many problem where is incur losses development countrys which is near to pandemic influenza case. Based on that problem Indonesia and other development countrys demand WHO (World Health Organization) to change internasional mechanism on pandemic influenza (GISN) so be compitable and will be done on three principles ; equity, equality and transparent

Kay word ; pandemic influenza, WHO, Resolution, World Health Assembly, international mechanism.

PENDAHULUAN

Pada saat masyarakat internasional mencurahkan perhatian pada kasus Flu burung, muncul influenza jenis lainnya yaitu Influenza A baru H1N1 yang menyebar dengan cepat yang muncul pertama kali di Amerika dan Meksiko sejak awal 2009. Meskipun penyakit influenza yang ditimbulkan termasuk ringan dan sedang, intensitas rendah, serta dampaknya kecil tetapi penularannya meluas ke seluruh dunia, sehingga WHO menyatakan sebagai pandemi influenza. Persoalan ini tidak dapat dipandang sebelah mata mengingat virus influenza (Tamher dan Noorkasiani, 2008 : 24) merupakan virus yang mudah bermutasi, mengalami perubahan pembawa sifat genetik. Kehawatirannya ialah terjadi suatu mutasi atau pertukaran materi genetik virus influenza pandemi (*reassortment*) yang akan memudahkan terjadinya penularan antar manusia (*humman to humman*). Persoalan ini juga harus dianggap serius karena pandemik influenza menyebabkan kematian dengan tingkat populasi tinggi.

Sejarah mencatat pada awal abad 20 adalah pertama kali terjadi pandemik influenza, tahun 1918 pandemik pertama yang diakibatkan oleh virus influenza H1N1 atau lebih

dikenal flu Spanyol yang terjadi di tiga lokasi berbeda yang berjauhan yaitu Brest di Prancis, Boston di Amerika Serikat dan Freetown di Sierra Leone. Flu Spanyol memiliki tingkat keganasan yang sangat tinggi, menyerang manusia dengan usia 20 – 40 tahun, dan menyebabkan 180-360 juta jiwa meninggal. Akibat flu Spanyol tahun 1957 – 1958 terjadi flu Asia subtype H2N2 pertama kali ditemukan di China dan selama dua tahun penyebarannya telah menewaskan 70.000 warga Amerika Serikat. Pada tahun 1968 – 1969 terjadi flu Hongkong H3N2 yang menyebabkan 2 – 7,5 juta jiwa meninggal, dan pada tahun 1977 terjadinya flu Rusia (Panton. A,A, 2006 : 3). Untuk wabah tahun 2003 – 2006 pola penyebaran virus jauh lebih cepat dari pandemi – pandemi sebelumnya, dikarenakan oleh arus globalisasi yang menyebabkan meningkatnya migrasi internasional dan sampai saat ini tercatat 155 orang meninggal (<http://www.who.int>).

Menyadari bahaya pandemik virus influenza WHO sebagai Organisasi kesehatan tunggal membentuk jaringan kerjasama global dalam bidang kesehatan yang secara khusus berperan menangani persoalan pandemi virus. Dalam menjalankan program penanganan pandemi influenza, WHO memiliki pusat riset sendiri yaitu WHO-CCs (*World Health Organization Collaboration Centres*). WHO-CCs didirikan pada tahun 1947 di London dengan nama *World Influenza Centre*, kemudian pada *World Health Assembly* kedua pada tahun 1949 diresmikan menjadi *Collaboration Centres* (<http://www.who.int>). WHO-CCs dijadikan sebagai sumber informasi, pelayanan, pelatihan keahlian, sarana untuk memperkuat institusi kesehatan, penelitian, dan pusat kerjasama pengembangan kesehatan antar negara anggota. Saat ini WHO memiliki 831 *Collaboration Centres*, delapan puluh lima diantaranya ada di region Asia Selatan dan Asia tenggara SEARO (*South-East Asia Region*) dan empat ada di Indonesia. Untuk region SEARO dan WPRO (*Western Pacific Region*) induk *Collaboration Centres* ada di tiga negara yaitu Jepang, RRC dan Australia (<http://www.who.int>).

Setiap negara yang terjangkit virus apapun jenisnya diwajibkan untuk melakukan pengambilan sampel virus dan pengiriman ke WHO-CCs secara sukarela untuk kepentingan riset. Dari sampel virus tersebut dilakukan *uji risk assessment*, diagnosis dan dibuat bibit virus. Bibit virus inilah yang akan dikembangkan menjadi vaksin anti virus oleh WHO. Aturan atau sistem yang mengatur pengambilan serta pengiriman virus ini adalah GISN (*Global Influenza Surveillance Network*). GISN adalah mekanisme sistem peringatan bahaya pandemik influenza (influenza musiman maupun pandemi) dengan segala potensinya. Tidak hanya itu GISN juga mengatur regulasi perdagangan vaksin virus influenza, pengaturan regulasi perdagangan vaksin ini bertujuan untuk menjamin ketersediaan di dunia. GISN ini telah ada sejak tahun 1952, setelah para ahli kesehatan membuat rekomendasi untuk mendirikan jaringan laboratorium internasional.

Perpanjangan tangan dari GISN adalah NICs (*National Influenza Centres*) yang telah ada sejak tahun 1952 bersama dengan disahkannya GISN. Tugas utama NICs adalah sebagai penerima sampel dan mengumpulkan sampel virus influenza dari negara – negara anggota selanjutnya diserahkan pada WHO-CCs untuk dijadikan referensi dan penelitian lanjutan, fungsi lain NICs yaitu memberikan bantuan teknis, pelatihan serta koordinasi dalam menghadapi pandemi influenza di masing – masing region. WHO memiliki 110 NICs yang tersebar di 87 negara. Menurut data yang dikeluarkan WHO, dari tahun 2003 s/d 2007

WHO-CCs telah menerima ± 8.885.788 virus diisolasi dan 14 virus H5N1 dikembangkan menjadi vaksin oleh 47 institusi yang dipilih WHO (<http://www.who.int>).

Peran GISN dalam pencapaian keamanan kesehatan global tentu sangat mengembirakan masyarakat dunia. Pandemi influenza yang pernah terjadi sejak tahun 1918, 1957, 1968, 1977, 2003 sampai pandemi yang terjadi pada awal tahun 2009 yang berpotensi menyebabkan tingkat kematian dengan populasi tinggi, GISN terbukti mampu menyelesaikan persoalan – persoalan itu dengan kecepatan dan ketepatan penyediaan vaksin. Hal itu dilaksanakan dalam bentuk koordinasi, dedikasi dan keahlian laboratorium di seluruh dunia. Jaringan ini mampu terus memantau penyebaran evolusi dan distribusi virus influenza sehingga GISN mampu menyediakan data yang tepat waktu dan informasi lainnya, serta berbagai pedoman yang komprehensif, rekomendasi, dan produk kesehatan masyarakat yang merupakan dasar kesiapan influenza global dan kegiatan respon.

Disamping keberhasilan GISN dalam menangani persoalan yang disebabkan virus, ternyata ada persoalan lain dalam tubuh GISN itu sendiri yang menuntut adanya reformasi mekanisme yang telah berjalan lebih dari setengah abad tersebut. Persoalan dalam tubuh GISN itu menimbulkan ketidakpuasan negara – negara berkembang terhadap mekanisme itu. Ketidakpuasan negara – negara berkembang kemudian berlanjut dengan dukungan terhadap usulan Indonesia mengenai perlu adanya aturan resmi baru yang mengawal kerjasama penanganan pandemi virus dengan kerangka GISN. Usulan itu berupa , mekanisme *virus sharing*, *Material Transfer Agreement (MTA)*, *akses pada vaksin dan manfaat lainnya*. Usulan Indonesia ini kemudian diterima secara aklamasi oleh WHO pada *World Health Assembly (WHA)* ke 60 di Jenewa Swiss pada Mei 2007 (<http://www.pppl.depkes.go.id>).

Usulan yang diterima itu kemudian dituangkan dalam Resolusi WHA No 60/28 Mei 2007 mengenai “ *Pandemik Influenza Preparedness (PIP)*, akses pada vaksin, *virus sharing* dan manfaat lainnya. Meskipun demikian praktek – praktek penanganan pandemi virus influenza global dengan cara – cara lama (GISN) masih terus berjalan, sehingga Indonesia bersama negara – negara sehalun terus memperjuangkan penetapan aturan resmi baru dalam penanganan pandemi virus influenza global sampai ditetapkannya Resolusi WHA No 64/56 pada 16 Mei 2011 (<http://www.depkes.go.id>).

Sejumlah aturan yang disahkan dalam resolusi itu antara lain : Definisi material biologis, kontribusi dana kemitraan oleh industri farmasi, *Standart Material Transfer Agreement*, mekanisme pelacakan dan pelaporan sistem elektronik, HAKI (Hak Atas Kekayaan Intelektual) – dimana dalam aturan ini semua pihak tidak diperbolehkan melakukan pengkelaiman hak milik dari materi biologi yang di kirim ke WHOCCs (sampel virus) yang dikembangkan menjadi vaksin, pembagian manfaat yang timbul dari *virus sharing*, dibentuknya WHO *Global Influenza Surveillance and Respons System (GISRS)* menggantikan GISN. Disahkannya sejumlah aturan yang termaktub dalam isi resolusi WHA no 64/56 akan menjadi kebijakan yang secara fundamental mengubah mekanisme kerjasama internasional dalam penanganan pandemik virus influenza global.

TINJAUAN PUSTAKA

Rezim digambarkan sebagai institusi yang menguasai prinsip – prinsip, norma – norma, aturan dan kaidah pengambilan keputusan untuk memenuhi keinginan para pemangku kepentingan dalam lingkup hubungan internasional (Kresner, 1982: 12). Rezim Internasional didefinisikan sebagai seperangkat norma – norma, peraturan – peraturan, dan prosedur pembuatan keputusan baik yang eksplisit maupun yang implisit dimana semua harapan para aktor berkumpul dalam hubungan internasional (Kresner dalam Yanuar, 2007 : 21-23).

Ada empat ciri dalam sebuah Rezim Internasional antara lain ; *Principles* yaitu kepercayaan atas *Fact*, *Causation* dan *Rectitude* sehingga rezim ada terutama sebagai *participant understanding*, sebagai harapan dan keyakinan yang sah, serta moral perilaku yang tepat. *Norms* yaitu standar perilaku yang dituangkan dalam hak dan kewajiban. Rezim mengatur golongan atas (elit) yang menjadi aktor praktis dalam sebuah sistem. *Rules* yaitu bentuk ketentuan dan larangan yang spesifik berkenaan dengan perilaku tadi. *Decision Making Procedures* yaitu praktek umum tentang prosedur yang tepat dalam membuat sebuah keputusan untuk mencocokkan nilai – nilai, tujuan dan pengambilan keputusan yang dilakukan oleh para aktor – aktor untuk membahas sebuah *single-issu* (Kresner dalam Yanuar, 2007 : 21-23).

Adapun beberapa faktor yang mempengaruhi berkembangnya sebuah rezim menurut Stephen D. Kresner yakni ; *Egositic Self Interest* yaitu keinginan untuk memaksimalkan suatu fungsi yang telah dimiliki dimana fungsi tersebut tidak terdapat pada fungsi – fungsi yang lain. *Political Power*, ada dua pendekatan yaitu pertama *power* yang digunakan untuk menjamin hasil yang optimal dari sebuah sistem secara keseluruhan (pendekatan *cosmopolitan* dan *instrumental*) dan kedua *power* yang difungsikan untuk meningkatkan nilai secara spesifik antara aktor – aktor dalam sebuah sistem (pendekatan *particularistic* dan *potentially consummatory*). *Norms* dan *Principles* mempengaruhi sebuah rezim dalam beberapa isu tertentu. *Usge* dan *Custom*, *usge* adalah pola – pola reguler yang didasarkan pada perilaku kerja secara nyata. Sedangkan *custom* adalah perilaku kerja yang sudah berjalan lama. *Knowledge* didefinisikan sebagai rangkuman informasi teknis dan teori tentang informasi (Kresner dalam Yanuar, 2007 : 21-23).

World Health Organization (WHO) dikategorikan sebagai rezim internasional. WHO merupakan organisasi kesehatan dunia tertinggi dengan jumlah anggota paling banyak di dunia. WHO adalah institusi yang menguasai prinsip – prinsip tertentu, norma – norma dan kaidah pembuatan keputusan yakni Sidang Majelis Dewan Kesehatan Dunia (*World Health Assembly*) sebagai forum pengambilan keputusan tertinggi dalam WHO. Dalam penanganan pandemi influenza global, WHO dilengkapi dengan WHO-CC sebagai laboratorium global untuk penelitian dan institusi yang menguasai *knowledge* dari virus berupa *squencing* data yang diambil dari negara – negara yang terinfeksi virus. GISN (*Global Influenza Surveillance Network*) merupakan kelengkapan dari WHO/WHO-CC berupa mekanisme atau aturan pengambilan dan pengiriman virus ke WHO serta pengaturan regulasi perdagangan vaksin. GISN telah menjadi *usge* dan *custom* yang mapan selama 64 tahun, serta menguasai *norms* dan *priciples* terutama dalam masalah kesehatan.

Munculnya resolusi baru yang membawa perubahan dalam mekanisme penanganan pandemik virus influenza mengindikasikan terjadinya perkembangan rezim sebagai perwujudan dari *egositic self interest*, *political power*, tuntutan *norms* dan *principles*, perubahan *usge* dan *custom* dan rangkaian pengetahuan tentang informasi dan teori tentang informasi berupa *sequencing* data sampel virus, penelitian, dan rekomendasi vaksin virus bagi ketersediaan saat menghadapi pandemi. Aturan – aturan resmi baru yang menjadi isi resolusi merupakan aturan yang disepakati untuk mengawal mekanisme penanganan pandemi virus influenza global dimana aturan – aturan tersebut sebelumnya tidak ada dalam mekanisme GISN (*egositic self interest*). Aturan – aturan resmi baru tersebut juga digunakan sebagai *power* untuk memaksimalkan hasil yang optimal dari keseluruhan penanganan mekanisme penanganan pandemi virus influenza global (*cosmopolitan instrumental*) dan *power* yang difungsikan untuk meningkatkan nilai secara spesifik antara aktor – aktor dalam sebuah sistem yakni WHO, negara pengirim sampel virus (*affected countrys*), negara anggota WHO lain, dan industri farmasi (*particularistic dan potentially consummatory*).

Selain itu pula resolusi ini disahkan sebagai aturan resmi baru dalam mekanisme penanganan pandemik influenza agar kerjasama internasional dijalankan dengan prinsip keadilan, kesetaraan dan transparansi (*norms* dan *principles*). Lebih dari pada itu, GISN sebagai *usge* dan *custom* yang telah berjalan selama 64 tahun dengan ketentuan kewajiban *virus sharing* yakni pelaksanaan ketentuan pengiriman sampel virus ke WHO-CCs oleh negara yang terkena pandemi virus. Ketentuan tersebut tidak disertai dengan sejumlah aturan yang mengawal mekanisme tersebut yang dimana ketiadaan sejumlah aturan tersebut menimbulkan persoalan lain seperti, pengklaiman hak milik oleh institusi yang ditunjuk WHO untuk pembuatan sampel virus.

Pengklaiman itu menyebabkan tingginya harga vaksin di pasar internasional sehingga negara – negara berkembang yang rentan terhadap persoalan virus dan negara miskin lainnya tidak mampu membeli. Salah satu bukti nyata adanya kelemahan dalam tubuh GISN ialah pada tahun 2007 silam yaitu pengajuan aplikasi paten internasional terhadap kepemilikan gen influenza Indonesia oleh *Centres for Disease Control* (CDC) AS dan *National Institutes of Health* AS. (Edward Hammond, 2009) CDC merupakan WHO-CCs, mendaftarkan hak paten tersebut sebagai vaksin influenza yang dikhususkan untuk flu burung (H5N1). Vaksin ini merupakan turunan dari virus H5N1 yang didapat dari korban flu burung di Indonesia pada tahun 2005. Pengkelaiman itu sekaligus menegaskan kepemilikan paten di sebagian besar negara di dunia, begitu juga dengan negara berkembang lain, termasuk negara berkembang yang telah terinfeksi virus H5N1 : Indonesia, Vietnam, Mesir, dan Nigeria. Keseluruhan aplikasi akan menjamah lebih dari 100 negara termasuk negara Amerika Latin, Afrika dan Asia.

Selain itu pila, tidak adanya pembagian keuntungan dari pelaksanaan ketentuan kewajiban *virus sharing* menyebabkan negara penderita harus membeli vaksin yang dikembangkan dari sampel virus yang dikirim ke WHO-CCs, hal ini menjadi fakta akan ketidakadilan mekanisme internasional dan organisasi internasional hanyalah sebagai perpanjangan tangan kepentingan negara maju dalam hal ini mengingat industri farmasi yang

menguasai teknologi, sehingga mampu memproduksi vaksin ada di negara – negara maju seperti AS, Jerman, Swiss, Prancis, Italia, Norwegia dan Australia. Tidak adanya transparansi dalam keseluruhan tata lola penanganan pandemi virus influenza global terutama mengenai pergerakan material biologi dari dan ke dalam WHO-CCs menyebabkan negara – negara berkembang pengirim sampel virus (*affected country*) tidak mempunyai akses terhadap sampel virus, hal itu menyebabkan negara – negara berkembang atau negara penderita tidak mampu melakukan penelitian sendiri dan mengembangkannya menjadi vaksin virus dan selamanya akan bergantung pada industri farmasi negara maju. Negara berkembang yang rentan terhadap persoalan virus diwajibkan melaksanakan ketentuan internasional yakni pengiriman sampel virus ke WHO-CC secara sukarela berdasarkan itikad baik demi tercapainya keamanan kesehatan global. Tetapi tidak diberikan kompensasi ketika pelaksanaan ketentuan internasional itu kemudian berbuah pada produk kesehatan yang dikomersilkan (vaksin virus) dan bernilai ekonomis tinggi. Kondisi demikian adalah bentuk ketidakadilan mekanisme internasional yang condong pada kepentingan negara maju, tanpa memperhatikan nasib negara berkembang dan negara miskin.

Oleh karena itu, kepercayaan terhadap sistem telah berkurang seiring dengan terungkapnya bahwa virus yang diberikan melalui GISN telah dikembangkan menjadi hak kepemilikan dan produk mahal sehingga negara berkembang dan negara miskin tidak mampu membeli. Hal itu menyebabkan negara – negara anggota WHO khususnya negara berkembang dengan dipelopori Indonesia mengajukan tuntutan bagi adanya mekanisme baru dalam penanganan pandemi virus influenza global. Tuntutan yang dituangkan dalam usulan Indonesia berupa, *virus sharing, akses pada vaksin, Material transfer agreement (MTA)*, serta manfaat lainnya dalam kerjasama penanganan pandemi virus. Lebih dari pada itu negara – negara berkembang yang dirugikan dengan mekanisme GISN dalam penanganan pandemi menuntut adanya sejumlah aturan resmi baru yang mengawal keseluruhan pelaksanaan penanganan pandemi virus global. Usulan Indonesia yang mendapat dukungan dari negara Non Blok dan tujuh negara inisiator *the Foreign Policy and Global Health* (<http://www.rspg-cisarua.co.id>). Kemudian diterima dan ditetapkan sebagai Resolusi WHA No. 60/28 mengenai *Pandemic Influenza Preparedness (PIP)*. Selanjutnya hal ini dibahas lagi dalam *Inter Governmental Meeting (IGM) PIP*, dan *World Health Assembly* tahun – tahun berikutnya sampai Resolusi WHA No.64/56 dikeluarkan dan ditetapkan sebagai aturan resmi baru dalam mekanisme penanganan pandemi virus influenza global, pada Sidang Majelis Dewan Kesehatan Dunia (WHA) ke 64 di Jenewa Swiss pada 16 Mei 2011.

Tuntutan negara – negara berkembang yang dipelopori Indonesia, bagi adanya sejumlah aturan baru yang mengawal mekanisme penanganan pandemi virus lahir dari keinginan untuk memaksimalkan sebuah fungsi yang telah dimiliki dimana fungsi tersebut tidak terdapat pada fungsi – fungsi yang lain (*egotistic self interest*). Indonesia tidak saja menjadi negara pelopor atau inisitor menentang mekanisme penanganan pandemi influenza global yang telah berjalan sangat lama (GISN), tetapi juga menjadi agen yang memperjuangkan mekanisme internasional yang dijalankan dengan prinsip keadilan, kesetaraan dan transparansi (*norms and principles*). Dengan demikian Indonesia memiliki peran penting bagi munculnya resolusi WHA no.64/56 yang adalah kebijakan yang mengubah mekanisme kerjasama penanganan Internasional yang telah berjalan selama lebih

dari setengah abad tersebut. Oleh karena itu, negara – negara berkembang anggota WHO, mengapresiasi tindakan Indonesia sebagai inisiator dan agen yang memperjuangkan munculnya resolusi ini, dan menilai munculnya resolusi ini sebagai kesepakatan yang mensejarah dalam kerjasama internasional di bidang kesehatan.

METODE PENELITIAN

Penelitian yang dilakukan oleh penulis adalah eksploratoris, dimana terdapat dua metode penelitian yang digunakan yaitu metode pengumpulan data (*experience surveys*) dan analisis data sekunder. Dalam *experience surveys* penulis melakukan diskusi ataupun wawancara yang bersifat informal dengan pihak - pihak yang kompeten dan memiliki keterkaitan dengan objek penelitian. Dengan analisis data sekunder, penulis menggunakan dan mengolah berbagai sumber berupa data baik dari buku, literatur, majalah, surat kabar, jurnal maupun situs-situs internet yang berkaitan dengan objek penelitian. Sedangkan teknik analisis data dalam penulisan skripsi ini adalah metode deskriptif analisis.

Data yang telah terkumpul disusun, dijelaskan dan kemudian dianalisis dengan memusatkan pada pemecahan masalah – masalah yang ada pada masa sekarang yang merupakan masalah aktual. Masalah yang sedang dihadapi harus dicari faktor – faktor penyebabnya, serta pemecahan dengan menggunakan analisa yang logis dan fakta yang mendukung dalam proses penganalisaan. Hasil analisa tersebut kemudian dijadikan sebagai sebuah gambaran yang sistematis untuk menghubungkan fakta – fakta dengan analisa tersebut, sehingga terdapat relevansi diantara keduanya.

Secara garis besar penelitian ini dikelompokkan pada dua pembahasan utama, yaitu *pertama* kelemahan mekanisme GISN yang merugikan negara berkembang *kedua* tuntutan negara berkembang yang dipelopori Indonesia bagi munculnya aturan resmi baru dalam penanganan pandemi virus influenza global, dimana aturan – aturan itu menjadi isi resolusi WHA No.64/56.

HASIL DAN PEMBAHASAN

Jaringan kerjasama global dalam penanganan bahaya pandemi virus influenza yang dikenal dengan sebutan *Global Influenza Surveillance Network/GISN*, merupakan mekanisme kerjasama negara – negara anggota WHO, yang berperan selama lebih dari 64 tahun dalam mengatasi persoalan pandemik virus influenza. Pada tahun 1952, WHO membentuk GISN (*Global Influenza Surveillance Network*). Tujuan dibentuknya GISN tidak terlepas dari pengalaman terjadinya pandemi virus flu burung H1N1 tahun 1918-1919 di Spanyol (spanish flu), pandemi flu Asia, Hongkong flu dan pandemi flu Rusia . Dengan membentuk GISN, WHO berharap agar terjadinya pandemi flu burung dapat dicegah. Meskipun demikian, GISN sebagai sebuah bentuk kerjasama negara – negara dunia yang telah mapan dan eksis selama puluhan tahun (1952 – 2011), ternyata memiliki kelemahan. Kelemahan dalam tubuh GISN itu pula menjadi persoalan yang menuntut adanya reformasi dalam mekanisme tersebut. Kelemahan – kelemahan itu dapat kita tinjau dari dua sisi yakni : kelemahan internal dan kelemahan eksternal.

A. Kelemahan Mekanisme GISN (*Global Influenza Surveillance Network*)

1. Kelemahan Internal

Kelemahan internal dalam mekanisme GISN dapat dilihat dari tidak adanya aturan resmi yang mengkawal mekanisme kerjasama penanganan pandemik tersebut dan ketidakadilan kewajiban virus sharing. Kelemahan tersebut menimbulkan persoalan lain yang menghambat tercapainya tujuan utama yakni dunia yang bebas dari bencana kemanusiaan pandemik virus influenza.

➤ Ketiadaan sejumlah aturan resmi yang mengkawal Mekanisme GISN

Mekanisme GISN yang telah berjalan selama lebih dari setengah abad ternyata dalam keseluruhan kemapannya menyimpan sejumlah persoalan yang muncul akibat tidak adanya sejumlah aturan resmi yang mengkawal mekanisme GISN tersebut. Satu – satunya ketentuan yang ada dalam mekanisme itu adalah kewajiban virus sharing, di mana negara yang terkena persoalan pandemi virus sesegera mungkin mengumpulkan sampel dan dikirim ke *WHO Colaboration Center*. Dalam GISN aturan – aturan resmi yang tidak ada tersebut antara lain :

a. Tidak adanya Ketentuan Mengenai *Standart Material Transfer Agreement* (SMTA)

Standart Material Transfer Agreement (SMTA), merupakan kesepakatan yang terjadi antara pihak – pihak yang melakukan transfer atau pemindahan barang tertentu (dalam hal ini material biologi / sampel virus). Kesepakatan itu meliputi, proses pemindahan material dari pihak I ke Pihak II (negara korban ke WHO), akses pada material dan pemanfaatannya. Dimana seharusnya dalam kesepakatan tersebut transfer material hanya dapat dilakukan antara para pihak yang telah menandatangani SMTA tersebut. Sementara yang terjadi negara korban tidak mempunyai akses penuh terhadap material biologis yang di kirim ke WHO akibat tidakadanya ketentuan yang mengatur mengenai hal tersebut.

b. Tidak adanya ketentuan yang mengatur HAKI dalam penanganan pandemik virus Influenza.

Ketentuan mengenai HAKI ini ditujukan agar tidak ada pihak yang diperbolehkan mengklaim Hak Atas Kekayaan Intelektual dari materi biologis (sampel virus) yang ditransfer oleh negara korban ke WHO CC. Ketentuan ini sekaligus menjadi aturan dan larangan bagi lembaga yang ditunjuk WHO dalam proses analisis resiko, untuk tidak mematenkan produk kesehatan (Vaksin) yang dikembangkan dari materi biologis tersebut. Salah satu persoalan yang muncul karena tidak adanya aturan ini ialah terjadinya pengkelaiman hak milik oleh CDC (*Center For Disease Control*) AS terhadap strain virus H5N1 yang dikirim Indonesia.(Edward Hammond, 2009) Hal itu menyebabkan Indonesia dan negara – negara berkembang lain yang rentan terhadap persoalan virus harus membeli vaksin yang dikembangkan dari sampel yang dikirim ke WHO CC sesuai ketentuan GISN tanpa ada kompensasi dari pelaksanaan ketentuan tersebut, contoh kasus tersebut menjadi bukti ketidakadilan dalam mekanisme GISN.

c. Tidak adanya ketentuan yang mengatur mengenai pembagian manfaat (*benefit sharing*)

Manfaat yang timbul dari sharing virus seperti H5N1 dan jenis influenza lainnya yang berpotensi pandemi, seharusnya dibagi dengan semua negara anggota, khususnya negara berkembang berdasarkan tingkat pendapatan, resiko kesehatan publik dan kebutuhannya. Manfaat yang timbul itu misalnya vaksin virus. Melalui ketentuan tertentu dalam mekanisme GISN, WHO seharusnya mampu menyediakan vaksin dengan harga murah melalui kebijakan penetapan harga vaksin virus berdasarkan tiered pricing (bertingkat). Sedangkan yang terjadi karena tidak adanya aturan ini adalah negara berkembang yang merupakan negara korban pengirim sampel virus atau sebagai pemilik material biologi itu, harus membeli vaksin dengan harga tinggi dari produsen vaksin industri farmasi negara maju.

d. Tidak adanya ketentuan mengenai kontribusi dana kemitraan dari industri farmasi.

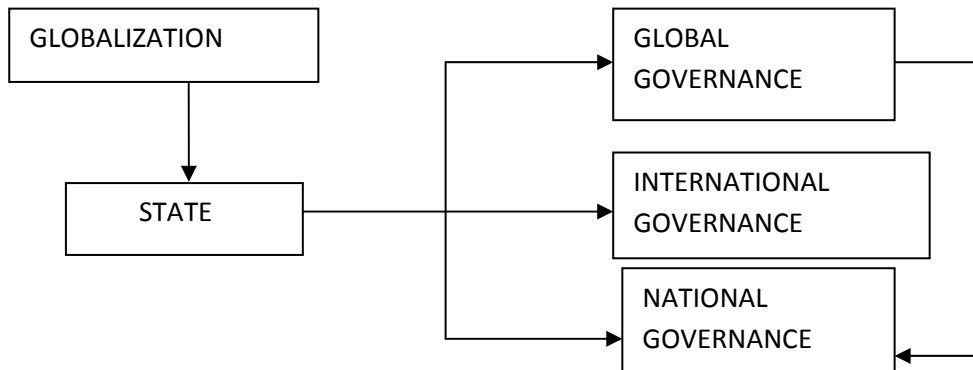
Keterlibatan sektor privat (industri farmasi) yang murni kepentingan ekonomi, dan mengambil keuntungan dari tata klola penanganan pandemi tersebut (penjualan Vaksin), tidak memberikan kontribusi yang seimbang dan adil dari pemanfaat material biologi, karena tidak ada aturan atau ketentuan yang dimaksud. Kondisi demikian menimbulkan ketidakadilan bagi negara pengirim materi biologis yang adalah negara korban dan sekaligus menjadi pemilik dari materi biologis tersebut. Kontribusi itu bisa dalam bentuk dana kemitraan untuk membiayai proses penanganan pandemik.

➤ Ketidakadilan Kewajiban *Virus Sharing*

International Helath Regulations (IHR) merupakan kerangka utama kerjasama pencegahan dan pengawasan penyakit menular secara internasional di bawah Organisasi Kesehatan Dunia (*World Health Organization/WHO*). Dalam IHR ditentukan kehendak untuk secara efektif melakukan cara – cara pencegahan resiko kesehatan masyarakat (*public health*) dan penularan penyakit akibat adanya aktivitas lalu lintas dan perdagangan internasional. Untuk mencapai tujuan tersebut tata cara pencegahan penyakit menular tersebut harus diterapkan secara meluas, konsisten, segera dan transparan . Salah satu perwujudan dari pelaksanaan upaya tersebut adalah pengenalan kewajiban melakukan virus sharing oleh negara yang di wilayahnya terdapat korban penyakit akibat virus untuk mengirimkan sampel kepada WHO.

Melihat dampak yang ditimbulkan wabah influenza, seharusnya negara berkembang, Indonesia misalnya sebagai negara korban mendapat perlakuan khusus agar kerjasama internasional dalam penanganan pandemik bisa dilaksanakan secara berkeadilan. Dalam prespektif demikian maka untuk menentukan posisi runding dalam negosiasi – negosiasi kerjasama internasional, berkenaan dengan penanganan pandemik, harus juga dilihat dari prespektif negara berkembang sebagai bagian dari tata kelola kesehatan dunia di bawah WHO.

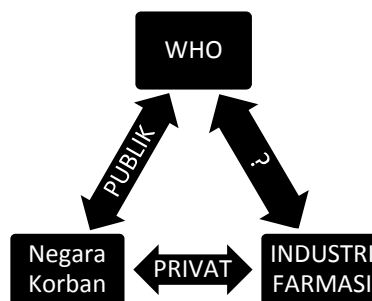
Public Health, Governance and Globalization



Keikutsertaan sebuah negara dalam globalisasi membuat negara tersebut memiliki hubungan dengan bentuk pemerintahan di level dunia (*Global Governance / International Governance*) dalam hal ini WHO sebagai *Global Health Governance*. Hubungan itu adalah kerjasama negara dengan pemerintahan internasional dimana kerjasama itu bersifat koordinatif (Akieva, 2013).

Sebagai bagian dari tata kelola kesehatan internasional, Indonesia dan negara berkembang lain harus mengikuti prinsip – prinsip dan ketentuan – ketentuan dalam hukum internasional umumnya, dan ketentuan dalam tata kelola kesehatan internasional khususnya. Sekalipun demikian, dalam tata kelola kesehatan internasional kedaulatan negara masih diakui dengan baik sehingga ketentuan yang ada biasanya bersifat koordinatif. Oleh karenanya, penerapan kewajiban dari ketentuan dalam WHO atau GISN tidak hanya dapat dilihat dari kewajiban yang lahir dari prinsip *pacta sunt servanda*, tetapi harus ditempatkan dalam kerangka pikiran yang lebih dalam, yaitu kewajiban negara untuk terlibat dalam upaya pencegahan terjadinya bencana kemanusiaan (Akieva, 2013). Keterlibatan industri farmasi yang berperan besar dalam penanganan pandemi virus dan bertindak dalam ruang lingkup bisnis dalam sistem pencegahan pandemik, menyebabkan struktur hubungan hukum dalam kerangka GISN tidak lagi murni hubungan publik.

Struktur Virus Sharing

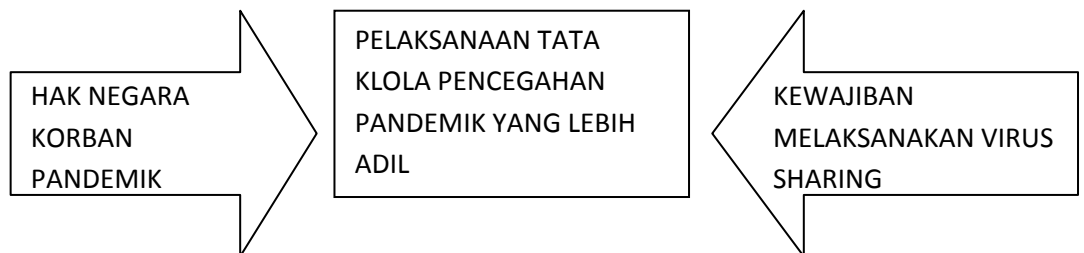


Struktur virus sharing seperti yang digambarkan pada bagan di atas memberi penjelasan bahwa dalam tata klola penanganan pandemi virus influenza, menjadi tidak murni hubungan publik. Hubungan antara WHO sebagai Global Health Governance dengan negara pengirim sampel virus (negara korban) jelas hubungan publik yakni demi tercapainya keamanan

kesehatan global, melalui tindakan pencegahan dan penanganan bahaya pandemi. Hubungan negara dengan industri farmasi adalah hubungan privat. Negara menjalin hubungan dengan industri farmasi dengan tujuan mengatasi persoalan pandemi virus, sedangkan industri farmasi tujuan dari kerjasama itu adalah keuntungan. Keterlibatan industri farmasi dalam keseluruhan tata kelola penanganan pandemi virus menimbulkan pertanyaan, bentuk hubungan apa yang dapat menjelaskan mengenai hubungan antara WHO dengan industri farmasi? (Akieva, 2013).

Dengan struktur demikian maka WHO tidak dapat hanya menuntut negara korban untuk melaksanakan kewajiban virus sharing sebagai bagian dari kewajiban publiknya sebagai anggota WHO saja, tanpa mendapat imbalan sebagai negara pengirim sampel karena dari sampel yang dikirim itu, industri farmasi dapat mengembangkannya sebagai vaksin, obat dan metode pengobatan yang mempunyai nilai ekonomis. Melaksanakan kewajiban internasional secara sukarela atas dasar tindakan yang murni ditujukan untuk mencegah terjadinya bencana kemanusiaan, tentu tidak menjadi masalah, namun ketika tindakan tersebut diwarnai aktivitas komersial, maka diperlukan perhitungan – perhitungan yang matang untuk kebijakan yang akan diambil.

Keadilan dalam Pelaksanaan Ketentuan Internasional



Bagan di atas memberi arahan bagi dasar penentuan kebijakan – kebijakan yang akan di ambil oleh sebuah negara dalam tata kelola kerjasama internasional. Dalam hal ini kerjasama penanganan pandemi internasional. Pelaksanaan kewajiban *virus sharing* dalam tatat kelola penanganan pandemi influenza global, harus juga memperhatikan hak negara korban yakni kompensasi dari pengiriman sampel virus ke WHO. Hal itu dimaksudkan agar kerjasama tersebut menjadi kerjasama yang adil dalam artian negara tidak hanya dituntut untuk melaksanakan kewajiban tetapi juga harus ada kompensasi atau nilai guna bagi negara tersebut dari pelaksanaan sebuah ketentuan internasional.

2. Kelemahan Eksternal

➤ Keterlibatan Sektor Privat / Industri Farmasi

Industri farmasi negara maju yang mengambil peran besar dalam keseluruhan tata kelola penanganan dan pencegahan pandemik global, terutama dalam proses pembuatan vaksin anti virus. Kegiatan utama sektor privat ini jelas untuk keuntungan ekonomi (prinsip ekonomi : dengan modal sekecil – kecilnya mendapat keuntungan sebesar – besarnya).

Hubungan publik yang diwarnai aktifitas ekonomi yakni kepentingan akan keuntungan, akan menjadi hubungan yang tidak murni hubungan publik.

Oleh karenanya, dibutuhkan metode yang berbeda untuk mencapai keseimbangan yang lebih baik. Perlu ditinjau lebih dahulu bagaimana posisi tawar tinggi berkenaan dengan penyediaan sampel virus. Misalnya Indonesia penyediaan sampel virus H5N1 yang *strain*-nya paling ganas, sehingga vaksin yang dihasilkan adalah vaksin terbaik dibanding *strain* yang lain. Namun disisi lain, negara korban yang berasal dari negara berkembang seperti Indonesia berada pada posisi tawar yang rendah, mengingat bahwa industri farmasi yang mampu membuat vaksin, obat dan metode pengobatan untuk flu burung hanya terdapat negara industri maju saja (Aktieva, 2003). Dalam posisinya sebagai lembaga yang mempunyai kedudukan sebagai pengatur dalam tata kelola kesehatan internasional, seharusnya WHO menjadi penyeimbang dari berbagai pihak dengan kepentingan yang berbeda.

➤ **Kepentingan negara maju dalam mekanisme GISN.**

Lebih lanjut akibat dari kelemahan eksternal yang dijelaskan pada bagian terdahulu di atas, negara – negara maju pemilik perusahaan farmasi besar yang adalah produsen vaksin, seperti AS, Jerman, Swiss memiliki kepentingan dalam keseluruhan mekanisme penanganan pandemik virus global. Kepentingan itu jelas adalah melalui mekanisme GISN perusahaan farmasi negara maju tersebut dapat memperoleh sumber daya secara gratis bagi kegiatan produksinya. Sumber daya yang menjadi bahan baku kegiatan produksi vaksin tersebut adalah materi biologis (sampel virus) yang dikirim ke GISN WHO oleh negara korban. Oleh karena itu, negara – negara maju tersebut selalu berupaya mempertahankan mekanisme GISN. Upaya itu dilakukan misalnya dengan himbuan dan ajakan negara maju seperti AS kepada seluruh negara – negara dunia dalam hal ini negara berkembang untuk mematuhi ketentuan mengenai kewajiban *virus sharing* dalam GISN WHO (Sedyaningsih, 2008).

Ketika Indonesia misalnya salah satu negara korban kasus virus flu burung mengeluarkan kebijakan penghentian pengiriman sampel virus ke WHO, sebagai bentuk protes terhadap ketidakadilan mekanisme GISN itu, AS mengecam tindakan Indonesia dan menganggap tindakan Indonesia sebagai tindakan kejam yang mengancam keamanan kesehatan global. Kepentingan itu pula lah yang menjadi alasan bahwa mekanisme GISN WHO bertahan selama 64 tahun, meskipun ternyata dalam keseluruhan mekanisme terdapat ketidakadilan bagi negara – negara berkembang. AS bersama negara – negara maju lain pemilik perusahaan farmasi multinasional, bahkan mendukung dan meratifikasi *Internasional Health Regulation (IHR 2005)*, sebagai ketentuan yang mempertegas kewajiban *virus sharing* dalam tata klola penanganan pandemik virus.

3. Dampak dari Kelemahan GISN

➤ Komersialisasi vaksin

Komersialisasi vaksin avian influenza (H5N1) berdasar strain Indonesia yang dilakukan Australia membuktikan bahwa subyek hukum—orang, badan hukum atau negara kian agresif mengeksploitasi produk intelektualnya (<http://kompas.com>). Agresivitas ini ternyata tidak hanya menjamur di ranah netral, tetapi juga memasuki wilayah yang sensitif. Bisa dibayangkan, dari 76 orang yang terinfeksi flu burung di Indonesia, 57 (lebih dari 75 %) meninggal dunia. Ini berarti, wabah H5N1 benar-benar mengancam kelangsungan hidup kita. Secara etik dan hukum, seharusnya upaya untuk mengatasi epidemi H5N1 menjadi tanggung jawab bersama, bukan diprivatisasi dan dikomersialkan.

Sebenarnya eksploitasi aset di ranah publik ini merefleksikan kematian akal sehat karena menoleransi: privatisasi dan komersialisasi penderitaan manusia (kesakitan dan kematian), perbuatan melawan hukum, dan perbuatan yang mengancam kepentingan publik dan sustainability kehidupan bersama. Secara etik, eksploitasi kekayaan orang lain tanpa izin dari yang bersangkutan tidak bisa dibenarkan. Apalagi yang dieksploitasi bukan kreativitas dan produktivitas, tetapi derivat penderitaan masyarakat. Dalam hal ini, tidak patut Australia memproduksi vaksin avian influenza (flu burung) berdasarkan strain Indonesia, menjualnya ke Indonesia, apalagi dengan harga tinggi.

Lebih fatal lagi, vaksin yang ditawarkan ke Indonesia itu diproduksi dengan mengambil specimen yang dikirim Pemerintah Indonesia ke empat pusat penelitian flu burung di Washington, London, Tokyo, dan Melbourne. Hal ini dapat dibuktikan dari dokumen yang merekam hasil pembacaan urutan rangkaian asam amino RNA virus H5N1 strain Indonesia dari setiap kasus flu burung di Indonesia ke Bank Genom Dunia agar bisa diakses dan diteliti lembaga-lembaga penelitian. Komitmen dan sikap pemerintah untuk memperluas aset dan sumber daya di ranah publik direduksi untuk kepentingan komersial. Privatisasi dan komersialisasi ini membatasi pemanfaatan sumber daya kolektif untuk tujuan kemanusiaan (<http://www.wordpress.com>).

➤ Vaksin dikuasai negara maju.

Walaupun ada himbauan melakukan solidaritas kemanusiaan, hampir semua dari satu miliar dosis vaksin H1N1 pertama yang diproduksi pada 2009 dialokasikan bagi 12 negara kaya yang sudah memesan sebelumnya. Sanofi Pasteur dan GlaxoSmithKline berjanji memberikan 120 juta dosis kepada WHO untuk didistribusikan pada negara miskin. Tapi bahkan janji ini hanya bisa dipenuhi berbulan-bulan setelah pandemi mulai melemah. Di Mexico, episenter pandemi H1N1, dimana petugas kesehatan langsung mengirimkan virusnya kepada Global Influenza Surveillance Network (GISN) WHO, Menteri Kesehatan Jose Angel Cordova mengungkapkan “kami harus antri di lapisan kedua untuk membeli vaksin, karena tentu saja pengiriman pertama ditujukan bagi negara-negara yang membuat vaksin tersebut. Mexico, yang tidak mempunyai kapasitas memproduksi vaksin di dalam negeri pada saat itu, telah memesan 30 juta dosis vaksin dari Sanofi Pasteur dan Glaxo Smith Kline sebagian besar dikirimkan baru pada Februari atau Maret 2010. Dalam kondisi

demikian, mereka mengadakan pengaturan untuk meminjam 5 juta dosis dari Kanada, saat pandemi melemah di belahan bumi Utara (<http://www.who.org>).

Pandemi H1N1 memuncak pada Oktober-November 2009 di belahan bumi Utara, dan kemudian tetap ringan, keganasannya setara dengan pandemi 1957 dan 1968 daripada pandemi 1918 yang amat ditakuti. Banyak negara mengurangi pesanan vaksin mereka, yang lainnya berupaya menjual kelebihan stok atau vaksin yang belum dikirimkan saat persepsi tentang ancaman mulai berkurang dan sikap skeptis tentang keamanan vaksin muncul kembali di kalangan masyarakat. Sebagai contoh, Perancis telah memesan 94 juta dosis untuk 65 juta penduduknya dan pada akhirnya mencoba menjual 50 juta dosis yang berlebih. Di Inggris, pemerintah berunding untuk mengurangi kontrak berjumlah 90 juta dosis (<http://www.who.org>).

Amerika Serikat mempunyai kontrak untuk membeli 251 juta dosis dari lima perusahaan. Mereka mengurangi pesanan 36 juta dosis menjadi 22 juta dosis kepada CSL Ltd Australia. Pada Februari 2010, hanya sekitar 62 juta dosis yang telah diberikan kepada penduduk AS. Sebelumnya ada kontroversi tentang keengganan petugas kesehatan AS untuk menyebarkan vaksin teradjuvansi (adjuvanted vaccines), yaitu vaksin yang diberi aditif booster yang bisa menambah dosis yang ada dua kali lipat pada saat permintaan vaksin melampaui pasokan vaksin yang ada. Pada September 2009, pemerintahan Presiden Obama memfasilitasi suatu perjanjian dengan delapan negara kaya lainnya (Australia, , Perancis, Itali, Selandia Baru, Norwegia, Swiss dan Inggris) untuk menyumbangkan 10 persen pasokan vaksin mereka kepada WHO untuk digunakan negara miskin, selain jumlah vaksin yang dijanjikan Sanofi Pasteur dan GlaxoSmithKline. Pada akhirnya, dua negara tambahan dan empat pabrik lagi ikut berpartisipasi sehingga jumlah dosis yang dijanjikan 180 juta (<http://setneg.go.id>).

➤ Monopoli dan Proteksi

Joserizal Jurnalis, Ketua Presidium Mer-C, mengatakan bahwa selama ini dunia dipenuhi ketidakadilan. Praktik monopoli berlangsung lama tanpa dapat dicegah oleh Dunia Ketiga. Pasalnya, negara-negara maju selalu menggunakan lembaga internasional seperti WHO. Dalam soal vaksin, misalnya, 90% pasar vaksin dunia dikuasai hanya oleh sedikit perusahaan di negara maju. Perusahaan itu mendapat proteksi pemerintahnya untuk memproduksi dan mengedarkan produknya.

Produksi dan peredaran obat di dunia kini dikuasai hanya oleh 15 perusahaan. Sembilan di antaranya adalah perusahaan AS seperti *Pfizer, Merck, Bristol-Myers Squibb, Johnson & Johnson, Upjohn, Wyeth, Eli Lilly, Schering-Plough, Abbott, dan Glaxo Smith Kline*. Lainnya adalah perusahaan dari Swedia, Jerman, Prancis, dan Swiss. Keuntungannya sangat luar biasa, melebihi keuntungan perusahaan di sektor lain.

Perusahaan-perusahaan itu mampu bertengger di papan atas dan menguasai pasar obat internasional karena berlindung di balik hak kekayaan atas intelektual atau hak paten. Biasanya perusahaan ini mendapatkan hak paten obat selama 20 tahun. Artinya, tidak boleh ada perusahaan lain yang memproduksi obat sejenis, kecuali membeli lisensinya.

Tidak aneh jika negara kaya memaksakan mekanisme TRIPs (*Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights*) ke negara-negara berkembang dalam masalah obat generik. Mekanisme ini mengharuskan perusahaan di negara berkembang membeli lisensi dari perusahaan papan atas negara maju dengan alasan supaya tidak terjadi kompetisi dalam lapangan obat-obatan generik. Tak cukup itu, perusahaan multinasional menuntut penambahan jangka waktu hak monopoli paten. Dengan sistem proteksi seperti ini tidak mungkin perusahaan-perusahaan obat di Dunia Ketiga memunculkan inovasi baru, kecuali hanya sebagai kepanjangan tangan perusahaan raksasa obat multinasional. Di samping itu, WHO pun mengeluarkan standar layanan dan obat bagi suatu penyakit. Tentu standar ini menggunakan acuan internasional, yang notabene negara maju. Dengan mekanisme ini, pemerintah negara-negara berkembang mau tidak mau harus memenuhi standar itu. Dari satu sisi, standarisasi ini cukup baik. Namun, di sisi lain, standarisasi itu hanya bisa dipenuhi dengan membeli produk-produk perusahaan multinasional, baik peralatan medis maupun obat-obatannya.

➤ Pengklaiman Hak Milik Oleh CDC AS terhadap strain sampel virus Indonesia Subtipe H5N1.

Perkembangan baru yang semakin menekan reformasi Global Influenza Surveillance System Network (GISN) World Health Organization (WHO), yaitu pengajuan aplikasi paten internasional terhadap kepemilikan gen influenza Indonesia oleh *Centres for Disease Control* (CDC) AS dan *National Institutes of Health* AS. CDC, yang merupakan *Collaborating Centre* WHO, mendaftarkan hak paten tersebut sebagai vaksin influenza yang dikhususkan untuk Flu Burung (H5N1). Vaksin ini merupakan turunan dari virus H5N1 yang didapat dari korban Flu Burung di Indonesia pada tahun 2005 (Hammond, 2009).

Turunan virus yang mengandung gen tersebut diberikan oleh Indonesia kepada GISN WHO untuk kebutuhan karakteristik kesehatan publik, namun berakhir sebagai hak milik pemerintah AS. Dibawah naungan hukum AS, pemerintah AS menawarkan lisensi teknologi tersebut ke perusahaan-perusahaan obat. Pendaftaran diajukan di AS pada 16 Februari 2006, kemudian masuk di *World Property Organization* (WIPO) pada 16 Februari 2007. Pertama kali diterbitkan sebagai pendaftar WO2007/100584 pada 7 September 2007 dalam internet database WIPO, namun baru saat ini muncul ke publik (Hammond, 2009). Paten tersebut mengklaim sebagai vaksin baru terhadap influenza, khususnya untuk Flu Burung (H5N1). Vaksin ini erat kaitannya dengan satu sampai empat gen turunan H5N1 yang terdapat dalam korban di Indonesia tahun 2005. Patent tersebut mengklaim juga bahwa vaksin sesuai dengan gen Flu dari Thailand, Hong Kong dan Korea Selatan.

Vaksin ini merupakan jenis baru yaitu disebut vaksin DNA. Vaksin ini menstimulasi sistem kekebalan tubuh seperti vaksin lainnya, hanya saja tidak menggunakan pendekatan yang konvensional yaitu dengan menyuntikan virus mati. Vaksin ini terdiri dari DNA rekayasa yang disebut plasmid. Vaksin jenis ini memang sedang banyak dikembangkan oleh beberapa lab-lab biotek. Pemberian hak paten ini membangkitkan pertanyaan khusus mengenai CDC AS yang mana merupakan *Collaborating Centers* untuk penelitian virus.

Collaborating Centre WHO menerima virus dari negara donor untuk keperluan karakteristik yang bertujuan kesehatan publik, bukan untuk tujuan pembuatan klaim hak kepemilikan.

B. Tuntutan Negara Berkembang dan Peran Indonesia Bagi Munculnya Resolusi WHA No.64/56

Indonesia memiliki peran penting dalam berbagai aktifitas internasional dan memiliki sejarah hebat dalam keterlibatannya di lingkup internasional dengan tujuan membangun pertumbuhan bangsa dan mengembangkan kesejahteraan masyarakat internasional. Keterlibatan Indonesia di ranah publik internasional diwujudkan melalui keikutsertaan Indonesia sebagai negara anggota berbagai Organisasi Internasional. Peran Indonesia di percaturan internasional tidak hanya dalam lingkup politik, keamanan dan ekonomi tetapi juga dalam membangun dan menjaga kesehatan global.

1. Tuntutan Negara berkembang yang dipelopori Indonesia bagi adanya sejumlah aturan resmi baru dalam mekanisme penanganan pandemi influenza global

Senada dengan penjelasan – penjelasan pada halaman sebelum – sebelumnya, bahwa mekanisme GISAID dan kelemahannya ternyata menimbulkan persoalan yang cukup merugikan negara berkembang yang notabene adalah negara – negara yang rentan terjadinya persoalan pandemi virus influenza. Hal – hal yang merugikan negara berkembang dalam keseluruhan tata kelola penanganan pandemi virus influenza global misalnya; harga vaksin yang tinggi di pasar internasional, vaksin dikuasai negara maju, ketergantungan negara – negara berkembang terhadap perusahaan farmasi negara maju.

Dengan kondisi demikian sebenarnya kerjasama internasional dalam penanganan pandemi virus influenza menjadi sarana perpanjangan tangan kepentingan negara maju. Ketidakadilan demikianlah yang menimbulkan ketidakpuasan negara berkembang terhadap mekanisme GISAID tersebut. Ketidakpuasan itu kemudian dituangkan dalam tuntutan negara berkembang yang dipelopori Indonesia bagi adanya sejumlah aturan resmi baru yang mengawal mekanisme penanganan pandemi virus global, di mana aturan – aturan tersebut kemudian teremaklumi dalam isi resolusi WHA no 64/56 (Suara Merdeka, 17-06-2004)

Tuntutan negara berkembang ini sebetulnya diwujudkan dalam bentuk dukungan terhadap usulan Indonesia yang dituangkan dalam draft resolusi mengenai *Standart Material Transfer Agreement, mekanisme virus sharing, akses pada vaksin dan manfaat lainnya* (Suara Merdeka, 17-06-2004) Sehingga dengan demikian, Indonesia menjadi negara yang memiliki peran yang sangat penting bagi munculnya resolusi ini. Peran itu ialah Indonesia menjadi pelopor atau inisiator bagi adanya resolusi ini, Indonesia juga menjadi agen yang memperjuangkan resolusi ini dengan membuka mata masyarakat dunia, menyamakan persepsi negara – negara anggota WHO

mengenai pentingnya penanganan persoalan pandemi virus yang berkeadilan, setara dan transparan

2. Upaya yang dapat dilakukan Indonesia untuk Membangun *Global Health Governance* yang Berkeadilan.

Saat menyadari bahwa kondisi rezim kesehatan global saat ini tidaklah ideal, pemerintah Indonesia perlu menjadi kekuatan transformatif. Indonesia perlu menjadi aktor pengusung nilai-nilai kemanusiaan. Bagaimana pun, kesehatan terkait langsung dengan hajat hidup seorang manusia. Untuk itu, masalah kesehatan tidak dapat dipertukarkan dengan nilai ekonomi atau kemampuan finansial seseorang untuk membeli obat dan vaksin. Terlebih, secara filosofis Indonesia memiliki mandat melalui Pembukaan Undang-undang Dasar 1945 untuk terus menegakkan “ketertiban dunia yang berdasarkan kemerdekaan, perdamaian abadi dan keadilan sosial”. Untuk melaksanakan proses transformasi menuju *global health governance* yang berkeadilan ini, ada beberapa langkah yang bisa dilakukan (Widhiyoga, 2012) :

Pertama, terus memperjuangkan keterbukaan dalam berbagai hal yang menyangkut masalah kesehatan. Indonesia perlu mempelopori kajian khusus terkait kesehatan global dalam setiap keputusan lembaga multinasional yang diikutinya. Keterbukaan akan akses informasi kesehatan, tiadanya biaya tambahan atau aturan penghalang bagi obat, vaksin dan alat medis, serta perlunya bantuan, hibah atau kondisi khusus bagi negara-negara miskin dan/atau berkembang merupakan tiga hal yang harus terus Indonesia perjuangkan dalam tataran multinasional. Kembali menggarisbawahi, kesenjangan akses terhadap kesehatan tercipta tidak hanya karena *political will* pada issue kesehatan, namun juga karena struktur neoliberalisme dunia. Dengan demikian, perjuangan ini “tidak hanya” pada lingkup WHO, namun pada semua organisasi multinasional yang Indonesia menjadi anggota, termasuk WTO, PBB dan sebagainya.

Delegasi Indonesia perlu mencermati setiap keputusan yang ada dalam perspektif *global health*. Juga utama adalah Indonesia harus terus berupaya untuk mencegah konsumerisme kesehatan. Dengan demikian, akses pada kesehatan akan tersedia untuk negara kaya, berkembang maupun miskin.

Kedua, Indonesia perlu mengupayakan produksi dan distribusi obat, vaksin dan peralatan kesehatan yang murah. Sebagaimana telah disampaikan pada paparan di atas, sebanyak 80% produsen farmasi berada di negara-negara industri maju. Ketimpangan ini harus mulai diseimbangkan. Indonesia perlu menjadi inisiator program pengupayaan sarana kesehatan yang murah. Langkah-langkah yang dapat Indonesia lakukan adalah mengupayakan kerja sama antar-negara dunia ketiga dalam bidang :

- a) *Joint research laboratory*
- b) *Joint pharmaceutical company*

Ada dua kekuatan yang dapat menjadi rekanan Indonesia dalam merintis obat murah bagi semua ini. Yang pertama adalah ASEAN. Sebagai kawasan dengan lintas mobilitas barang dan manusia yang sangat tinggi, ASEAN memiliki tingkat kerentanan terhadap pandemi.

Kondisi ini terlihat pada kasus SARS dan flu burung. Yang kedua, *Islamic Development Bank*. IDB memiliki dana dari negara-negara Timur Tengah yang kaya minyak. Namun selama ini, dana IDB belum tersalurkan pada industri farmasi. Untuk itu, Indonesia perlu menjadi motor penggerak tercapainya *joint research laboratory* dan *joint pharmaceutical company* dengan dana dari IDB. IDB tentu memiliki kepentingan akan akses terhadap obat, vaksin dan peralatan medis murah mengingat sebagian anggota IDB masih tergolong negara berkembang (Widhiyoga, 2012).

Ketiga, menjadi pusat diskursus GHG dengan melakukan banyak kajian. Kajian-kajian penting untuk meningkatkan *awareness* terhadap masalah kesehatan dunia dan ketidakadilan sistemik yang selama ini terjadi. Kajian ini juga berperan sebagai sarana diseminasi ide akan GHG yang berkeadilan yang dipromosikan oleh Indonesia. Adanya kajian-kajian ini akan menjadi dasar ilmiah bagi tuntutan Indonesia untuk perbaikan regulasi global. Selain itu, sebagai negara berpenduduk mayoritas Muslim dan negara demokrasi besar, Indonesia memiliki *standing position* yang unik di dunia. Posisi ini harus dimanfaatkan Indonesia untuk menjadi pemimpin dalam aneka issue kontemporer, terutama yang melibatkan komunitas umat beragama. Untuk itu, Pemerintah Indonesia harus terus mengadopsi politik luar negeri yang mendukung terciptanya *global health governance* yang berkeadilan.

Pemerintah Indonesia setidaknya dapat melakukan tiga strategi. **Pertama**, mendorong perbaikan regulasi di lembaga internasional yang selama ini cenderung melanggengkan neoliberalisasi kesehatan. **Kedua**, mengupayakan pendirian perusahaan farmasi yang mendukung pemerataan akses kesehatan melalui kemitraan dengan ASEAN atau IDB. **Ketiga**, menjadi pusat kajian epistemik terkait *global health governance* (Widhiyoga, 2012).

3. Landasan Tuntutan Indonesia atas Perubahan Kebijakan *virus sharing* dalam Tata Kelola GISN WHO

Sebagai negara korban dengan kerugian materiil dan immateril atas terjadinya pandemik flu burung, Indonesia menuntut agar pelaksanaan *virus sharing* dapat dilakukan lebih adil. Keadilan dalam konsep Pemerintah Indonesia adalah apabila sebagai negara korban pandemik diberikan kedudukan tertentu yang dapat dibedakan dari negara lain. Penyerahan sampel virus ke WHO tidak hanya dapat dianggap pelaksanaan kewajiban sebagai anggota WHO untuk terlibat dalam penanganan dan pencegahan pandemik, namun harus juga dilihat sebagai aktivitas ekonomi mengingat bahwa sampel virus itu pada akhirnya akan menjadi barang ekonomi yang diperjualbelikan. Virus sebagai objek perjanjian kemudian harus dipandang sebagai benda ekonomi yang dapat dipertukarkan, karena dalam pandangan pemerintah Indonesia virus H5N1 adalah sumber daya alam (Aktieva, 2013).

Dengan landasan berpikir demikian, maka menurut pemerintah, Indonesia mempunyai kedaulatan atas sumber daya alam yang dimilikinya karena hak ini didasarkan pada *United Nations Convention on Biological Diversity* (CBD) yang mengakui kedaulatan

setiap negara untuk menguasai sumber daya alam yang berada di wilayah negaranya. CBD menetapkan sumber daya hayati mencakup : “*genetic resources, organism or parts thereof, populations, or any other biotic component of ecosystem with actual or potential use or value for hummanity* “ (Aktieva, 2013).

Lebih lanjut dikatakan bahwa negara mempunyai wewenang untuk menentukan akses terhadap sumber daya genetik yang terletak dan dilakukan berdasarkan hukum negara nasional masing – masing, oleh karenanya pihak lain yang ingin mengakses sumber daya hayati tersebut terlebih dahulu harus mendapat persetujuan dari negara penyedia sumber daya hayati tersebut. Segala akses yang diberikan harus berdasarkan kesepakatan bersama. Dengan menganggap sebagai sumber daya hayati Indonesia seharusnya mempunyai kewenangan untuk melakukan pengawasan terhadap penggunaan sampel. Hal ini penting mengingat setiap pemanfaatan sumber daya oleh pihak ketiga seharusnya memberikan kemanfaatan bagi bangsa dan negara Indonesia.

Konsep yang menganggap sampel virus influenza sebagai keragaman hayati ini mendapat kritik dari negara maju. Bagi mereka menginterpretasikan CBD untuk menggunakan virus patogen bisa berlawanan dengan tujuan CBD. CBD dibuat untuk membantu negara berkembang yang kaya akan keanekaragaman hayati, untuk mengendalikan akses terhadap keragaman hayati guna melestarikan dan mengelola secara terus menerus. Konvensi ini dimaksudkan sebagai jawaban atas kerisauan negara berkembang terhadap ancaman perusahaan multinasional dari negara industri yang berusaha mengakses keragaman hayati mereka dan menciptakan produk yang menguntungkan tanpa memberi manfaat bagi negara berkembang itu.

Dengan menganggap virus sebagai sumber daya hayati maka dikhawatirkan akan terjadi penurunan makna dari sumber daya hayati. Virus merupakan zat renik merugikan bahkan keberadaannya mengancam kelestarian keragaman hayati sehingga harus dimusnahkan. Tentunya hal ini bertentangan dengan esensi CBD itu sendiri. Dalam konferensi CBD pun penggolongan virus H5N1 sebagai sumber daya hayati juga tidak dapat diterima. Pihak – pihak dalam CBD berkeyakinan bahwa virus flu burung tersebut bukanlah sumber daya hayati yang tunduk pada ketentuan CBD, melainkan sebagai ancaman terhadap keragaman hayati. Dalam konteks ini prinsip kedaulatan yang bertumpu pada pendekatan CBD bukanlah dasar yang tepat untuk memfasilitasi pertukaran yang tepat dan komperhensif yang dikehendaki oleh tatanan kesehatan global. Ketidaktepatan penggunaan ketentuan CBD sebagai dasar penolakan pelaksanaan kewajiban *virus sharing* memaksa Indonesia untuk mencari landasan yang tepat sebagai masukan yang berguna bagi pentuan kebijakan dalam tata kelola penanganan pandemik virus. (Aktieva, 2013)

Salah satu alasan mengapa Indonesia menitikberatkan CBD adalah karena ketentuan dalam CBD dapat menjadi sarana untuk mengubah implikasi ketentuan IHR 2005. Dalam Pasal 57 (1) IHR 2005 dinyatakan : *States Parties Recognise that the IHR and other relevant international agreement should be intrepreted so as to be compatible. The provisions of the IHR shall no affects the rights and obligations of any States Party deriving from other international agreements.* Ketentuan tersebut membuka peluang Indonesia untuk tidak

melaksanakan kewajiban *virus sharing*, karena jika virus dianggap sebagai sumber daya hayati, maka akan tunduk pada ketentuan – ketentuan dalam CBD yang cenderung menempatkan sumber daya hayati dalam kerangka pelaksanaan kedaulatan negara. Kalimat pertama Pasal 57 (1) tersebut menegaskan bahwa antara IHR dan perjanjian internasional lainnya (dalam hal ini CDB) harus diinterpretasikan secara *kompatibel*. Dari ketentuan tersebut Indonesia dapat mengambil keuntungan karena jika virus diinterpretasikan berdasarkan ketentuan CBD, maka kewajiban penyerahan sampel kepada WHO akan gugur (Aktieva, 2013).

Pengenaan kewajiban *virus sharing* ditentukan dalam IHR 2005 yang selanjutnya diatur lebih detail dalam ketentuan GSN. Secara teknis, tidak memiliki kekuatan mengikat menurut hukum internasional sampai IHR 2005 secara resmi berlaku pada 15 Juni 2007. Sehingga IHR 2005 tidak menciptakan kewajiban hukum bagi Indonesia atau penguasa sampelnya pada waktu sebelum regulasi tersebut diberlakukan. Sebab dalam IHR dinyatakan pernyataan *consent to be bound* negara – negara anggota WHO dilaksanakan secara otomatis. Negara – negara anggota WHO yang tidak ingin terikat atau ingin melakukan reservasi terhadap IHR 2005 dapat mengajukan hal ini kepada WHO sebelum tanggal yang ditentukan, yaitu pada Desember 2006. Kesempatan satu tahun untuk memikirkan akibat hukum bagi bangsa dan negara atas berlakunya ketentuan IHR tersebut tidak dimanfaatkan dengan baik oleh Pemerintah Indonesia, sehingga perjanjian tersebut berlaku bagi Indonesia dalam versinya yang semula termasuk didalamnya ketentuan mengenai kewajiban *Virus Sharing*.

Secara teknis yuridis Indonesia sebagai peserta perjanjian internasional berkewajiban untuk melaksanakan ketentuan – ketentuan dalam perjanjian dan harus menahan diri dari tindakan – tindakan yang dapat menggagalkan maksud dan tujuan perjanjian. Bagi beberapa pihak, tindakan Indonesia untuk menolak melakukan *virus sharing* secara fundamental telah membahayakan keamanan kesehatan global maksud dari IHR 2005. Berkenaan penolakan Indonesia untuk melakukan *virus sharing*, terdapat dua interpretasi yang berbeda. Interpretasi yang pertama berpendapat bahwa IHR 2005 menghendaki negara – negara untuk berbagi sampel biologis sebagai bagian dari kewajiban untuk memberikan WHO dengan informasi kesehatan publik yang akurat dan rinci, tentang segala kejadian yang merupakan keadaan darurat kesehatan publik yang menjadi perhatian internasional (PHEIC).

Menyebarnya virus Influenza patogen dianggap sebagai PHEIC, IHR 2005 meminta negara – negara untuk menyediakan sampel bagi WHO untuk tujuan pengawasan tanpa ada syarat atau mendapat keuntungan sebagai balasannya. Interpretasi ini didukung oleh resolusi *World health Assembly* (WHA) pada bulan Mei 2006, yang meminta negara anggota untuk segera memenuhi, secara sukarela dengan ketentuan IHR 2005 yang dianggap relevan dengan resiko yang ditimbulkan oleh flu burung dan flu pandemik. Resolusi ini mendesak negara anggota WHO untuk memberikan material biologis kepada WHO terkait dengan flu burung patogen dan jenis influenza baru lainnya secara tepat dan konsisten.

Dorongan untuk berbagi bahan biologis dengan WHO bisa dianggap sebagai perintah dari lembaga pembuat kebijakan tertinggi WHO dengan ruang lingkup kewajiban untuk berbagi informasi kesehatan publik dengan WHO terkait dengan semua kejadian yang merupakan PHEIC. Oleh karenanya semua negara sesuai ketentuan IHR 2005 bertanggungjawab untuk berbagi data dan sampel virus secara tepat dan tanpa syarat. Menyimpan virus influenza dari GISN sangat mengancam kesehatan publik secara global dan melanggar kewajiban hukum yang telah disepakati untuk dijalankan dengan mentaati IHR.

Walaupun IHR 2005 tidak secara tegas meminta negara – negara melakukan pembagian sampel biologis, dari interpretasi terhadap maksud dan tujuan pembentukan IHR dapat dinyatakan adanya pengenaaan kewajiban untuk berbagi sampel dalam rangka melakukan fungsi pengawasan. Interpretasi ini dianggap juga sesuai dengan ketentuan CBD, karena IHR 2005 menegaskan pembagian sampel tersebut ditujukan untuk melakukan penilaian resiko, bukan kegiatan manajemen resiko. Untuk itu mandat dari IHR 2005 yang memberikan hak kepada WHO dan negara anggotanya untuk menyusun ketentuan guna meningkatkan akses yang menguntungkan terhadap materi yang dihasilkan dari pembagian sampel tersebut harus dimaksudkan dalam kerangka pencegahan bencana (Fidler, 2008)

Interpretasi kedua menghasilkan kesimpulan yang bertentangan, dimana menurut pengusungnya, dalam ketentuan IHR 2005 tidak terdapat ketentuan kewajiban *virus sharing* oleh anggota kepada WHO. IHR 2005 menghendaki negara pihak untuk berbagi sampel biologis dengan WHO. Pasal 31 Konvensi Wina 1969 menyatakan bahwa perjanjian harus diinterpretasikan secara baik sesuai dengan makna sebenarnya yang diberikan oleh perjanjian, dalam konteks perjanjian itu. IHR 2005 hanya menghendaki negara pihak untuk, menyampaikan kepada WHO informasi kesehatan publik tentang kejadian yang merupakan PHEIC. IHR 2005 tidak menetapkan apa arti “ informasi kesehatan publik “ sehingga meknanya harus dilihat dari prinsip interpretasi perjanjian. Interpretasi kedua menyatakan bahwa sebenarnya dari kata ‘informasi’ meliputi pengetahuan dan fakta namun tidak mencakup sampel biologis (Fidler, 2008).

Dari negosiasi – negosiasi dan resolusi – resolusi penyusunan IHR 2005 serta resolusi – resolusi setelahnya, tidak termuat pernyataan yang menghendaki pembagian sampel materi biologi. Satu – satunya ketentuan yang mengacu pada substansi biologi termuat dalam Pasal 46 IHR 2005 yang menyatakan bahwa negara – negara pihak, sesuai dengan ketentuan hukum nasional dan ketentuan internasional terkait, harus memberikan fasilitas transportasi, keluar-masuk pemrosesan dan pemusnahan substansi biologi dan spesiesmen diagnostik, reagen dan bahan *diagnostic* lainnya guna verifikasi dan tujuan tanggap darurat kesehatan publik menurut IHR. Penggunaan kata ‘substansi biologi’ di sini menunjukkan bahwa para negosiator menganggap konsep ini terpisah dari kata “ informasi kesehatan publik.

Kewajiban untuk menyampaikan informasi kesehatan publik kepada WHO mengenai kejadian yang dilaporkan memuat daftar hal-hal yang harus dilakukan agar anggota, termasuk definisi kasus, hasil laboratorium, sumber dan jenis resiko, jumlah kasus dan kematian, kondisi yang mempengaruhi penyebaran penyakit dan ukuran kesehatan yang

digunakan (Pasal 6.2 IHR 2005). Daftar ini mengacu pada suatu yang termasuk dalam makna sebenarnya dari “informasi” dan tidak berisi apapun yang bisa dianggap sebagai sampel biologis, substansi, specimen. Tidak adanya referensi yang jelas mengenai sampel biologis, menunjukkan bahwa WHO dan negara anggotanya sebenarnya telah menyadari adanya kemungkinan keengganan negara-negara untuk berbagi sampel pathogen yang menjadi kepedulian dunia (Sinclair, 1973:3)

Jika dilihat dari *travaux preparatoir*, penyusunan teks IHR, teks yang dinegosiasikan sebelumnya meliputi ketentuan berikut: “dalam konteks adanya dugaan pelepasan agen biologis, kimiawi atau radiasi nuklir secara sengaja, negara harus segera menyampaikan pada WHO semua informasi terkait kesehatan publik, bahan dan sampelnya, untuk digunakan sebagai sarana melakukan verifikasi dan tanggapan”. Dari sini terlihat bahwa, para negosiator menggunakan kalimat “informasi kesehatan publik” dan kata “sampel” sebagai istilah yang berbeda. Selain itu, ketentuan ini tidak tercantum dalam IHR 2005. Walaupun seandainya tercantum, harus ditekankan bahwa pembagian sampel hanya dibutuhkan berkaitan dengan penggunaan agen biologis, kimiawi dan radiasi nuklir secara sengaja, yang tidak meliputi munculnya virus flu burung atau pandemik influenza (Aktieva, 2013)

Resolusi WHA tahun 2006 dan 2007 juga mendukung interpretasi ini. Dalam rangka melengkapi ketentuan IHR 2005, pada tahun 2006 dikeluarkan resolusi berkaitan dengan ancaman influenza yang mendorong negara anggota WHO untuk menyebarkan informasi dan bahan biologis terkait kepada WHO, hal ini menunjukkan bahwa negara anggota WHO menganggap informasi kesehatan publik dan bahan biologis merupakan istilah yang berbeda. Resolusi WHA 2007 menggunakan bahasa yang sama dengan konsideran resolusi WHA 2006 yang mendorong negara anggota WHO untuk menyebarkan informasi dan bahan biologis. Interpretasi inipun sesuai dengan semangat CBD yang menegaskan bahwa keputusan untuk berbagi sampel biologis berada ditangan negara dimana sampel itu berasal (Aktieva, 2013).

4. Upaya yang dilakukan Indonesia untuk mewujudkan mekanisme penanganan Pandemi virus yang berkeadilan, setara dan transparan.

a. “ Deklarasi Jakarta ” 26-28 Maret 2006

Pertemuan tingkat tinggi tentang pertukaran virus di dunia (*High-Level Meeting on Responsible Practices for Sharing Avian Influenza Viruses and Resulting Benefits*) di Hotel Sultan Jakarta, 26-28 Maret 2006 telah melahirkan Deklarasi Jakarta yang berisi 3 hal penting. **Pertama**, penguatan dan peningkatan jejaring surveilans influenza global untuk pertukaran materi biologis. **Kedua**, peningkatan kapasitas negara berkembang, termasuk kemungkinan untuk pembentukan laboratorium rujukan WHO di negara-negara tersebut. **Ketiga**, peningkatan akses terhadap vaksin yang aman, efektif dan bermutu baik, tidak hanya untuk menangkal H5N1 tapi juga materi biologis lain (<http://new.paho.org>)

Pertemuan dihadiri oleh 27 negara. Diantaranya adalah wakil 11 negara yang terjangkit virus H5N1 pada manusia (Azerbaijan, Kamboja, Cina, Mesir, Indonesia, Irak, Laos, Nigeria, Thailand, Turki dan Vietnam). Hadir pula wakil negara maju, anggota *South East Asian Region* (SEARO) WHO, *representative* dari WHO Pasific Barat (WPRO); WHO *Collaborating Centers* dan negara penghasil vaksin. Negara-negara tersebut adalah Australia, Belgia, Brunei Darussalam, Kanada, Perancis, Jerman, India, Italia, Jepang, Korea, Malaysia, Myanmar, Filipina, Afrika Selatan, Amerika Serikat dan Inggris.

Bersama seluruh peserta pertemuan teknis, para menteri dan deputi diterima pula oleh Presiden Republik Indonesia, Susilo Bambang Yudhoyono, di Istana Negara. Presiden mengutarakan betapa virus yang tak dapat dilihat mata ini berpotensi menjadi ancaman bagi negara, lebih hebat dari ancaman militer dari negara lain. Karenanya, setiap negara harus siap untuk mencegah dan berperang dengan virus dan pandemi. Semua perlu bahu membahu karena pada penyebaran virus pandemi, ancaman terhadap satu negara adalah juga ancaman bagi semua negara.

Sama dengan Menkes, Presiden Yudhoyono juga menekankan pentingnya kesetaraan. Hal penting lain adalah perlunya pendekatan altruistik untuk bisa saling bertukar sampel virus dan bertukar informasi sehingga pertukaran dapat memberi manguntungkan semua pihak. Transparansi juga menjadi hal yang diminta oleh Presiden, selain saling percaya untuk berbagi pengetahuan epistemologis, teknologis dan klinis, terutama tentang Avian Influenza. Pertemuan yang dianggap telah menampakkan benang merah harapan Indonesia, WHO serta negara-negara lain dalam menangani Avian Influenza ini berakhir Rabu petang dengan Deklarasi Jakarta Tujuh (7) butir utama Deklarasi Jakarta tersebut adalah:

1. Perlunya mengakselerasi kesiapan dan ketanggapan lokal, regional dan global terhadap pandemi Avian Influenza.
2. *Asesmen* risiko dan respon global memerlukan upaya selaras antara negara dan seluruh pemangku kepentingan.
3. Kebutuhan akan pertukaran informasi, data dan spesimen biologis secara terbuka, tepat waktu, dan setara.
4. Pelaksanaan rekomendasi dari Pertemuan Tingkat Tinggi (*High-Level Technical Meeting*).
5. Komitmen untuk meningkatkan jejaring surveilans influenza global (*Global Influenza Surveillance Network* atau GSIN).
6. Mengajak negara-negara anggota WHO untuk mendiskusikan hasil pertemuan pada *World Health Assembly* (WHA) bulan Mei 2007.
7. Meminta WHO untuk menyelenggarakan pertemuan-pertemuan yang dianggap perlu dan mendapatkan komitmen penting dari seluruh pemangku kepentingan untuk membentuk mekanisme baru (pertukaran virus).

Rekomendasi dan deklarasi yang ditindaklanjuti WHO dengan penyusunan prosedur oleh sekretariat WHO yang direncanakan selesai pada akhir Juni 2007. Pertemuan tindak lanjut juga akan dilakukan untuk memantau perkembangan pelaksanaan rekomendasi, pada pertemuan WHA bulan Mei 2007 (<http://www.mission-indonesia.org>) Proses penyusunan

dan penyempurnaan direncanakan untuk dapat diserahkan pada Badan Eksekutif (*Executive Board*) WHA bulan Mei 2008.

Tentang pelaksanaan pengiriman virus, pada jumpa pers pertemuan teknis, petang hari sebelumnya tanggal 27 Maret 2007, Menkes menyampaikan bahwa Indonesia akan sesegera mungkin kembali mengirimkan virus ke WHO demi kepentingan seluruh umat manusia. Belum ada jaminan ataupun mekanisme tertentu menyertai pengiriman tersebut. Virus dikirimkan semata karena Menkes mempercayai WHO dan komitmen yang disampaikan David Heymann (Asisten Direktur Jenderal WHO untuk Penyakit Menular). Apalagi WHO dianggap telah berjanji di depan negara-negara yang hadir pada pertemuan teknis untuk memastikan mekanisme yang memperhatikan kepentingan negara-negara berkembang untuk mendapatkan vaksin dalam menghadapi pandemi influenza.

Diharapkan akan dibentuk mekanisme yang adil dan transparan yang memperhatikan kesejahteraan warga dunia. Bagian dari rancangan tersebut adalah diperlukannya ijin dari negara asal virus untuk pemrosesan virus. Mekanisme ijin tersebut belum dibicarakan pada pertemuan di Jakarta ini, begitu juga bentuk keuntungan yang diperuntukkan bagi negara asal virus. Mekanisme lanjutan dan keuntungan, nantinya, akan diserahkan sepenuhnya pada negosiasi antara masing-masing negara dengan para produsen vaksin. David Heymann, dalam kesempatan yang sama, menyampaikan bahwa dirinya puas dengan hasil pertemuan. Heymann menghormati inisiatif Indonesia, yang mewakili negara-negara berkembang, untuk memperjuangkan kesetaraan akses terhadap vaksin, terutama bagi negara-negara yang berisiko tinggi namun tidak memiliki sumber daya cukup untuk melindungi warga negaranya dari risiko terinfeksi virus.

b. *Pandemic Influenza Preparedness Inter-Governmental Meeting WHO* (WHO PIP IGM)

The Intergovernmental Meeting on Pandemic Influenza Preparedness atau disingkat IGM – PIP di Jenewa yang berakhir pada tanggal 13 Desember 2008 berhasil mencapai kemajuan yang signifikan. Menteri Kesehatan Dr Siti Fadillah Supari Sp.JP(K) memimpin delegasi Indonesia pada pertemuan ini, didampingi Wakil Ketua Delegasi, Staf Khusus Menteri Kesehatan Dr Widjaja Lukito, dan pejabat senior Deplu sekaligus penasihat hubungan internasional Departemen Kesehatan Makarim Wibisono. Perundingan IGM telah mencapai 5 terobosan besar (<http://www.depkes.go.id>)

Menurut Wakil Ketua Delegasi Indonesia Dr Widjaja Lukito, pencapaian utama yang diraih pada IGM ini adalah disetujuinya penggunaan *Standard Material Transfer Agreement* ((SMTA adalah dokumen yang akan mengatur semua transfer virus maupun bagian bagiannya yang berbentuk standard dan universal dan mempunyai kekuatan hukum) dalam sistem *virus sharing*. Pencapaian kedua, prinsip-prinsip SMTA secara umum disetujui oleh semua negara anggota termasuk pengakuan atas perlunya mengintegrasikan sistem *benefit sharing* kedalam SMTA yang telah gigih diperjuangkan Indonesia dengan dukungan negara-negara berkembang lain terutama 11 negara SEARO (*South East Asia Regional Organization*), Brazil, AFRO (*African Regional Office*).

Sebelumnya terdapat tentangan keras dari Amerika Serikat untuk memperlakukan *benefit sharing* setara dengan *virus sharing*. Tepatnya pernyataan IGM berbunyi “negara-negara anggota setuju untuk berkomitmen berbagi virus H5N1 dan virus influenza lainnya yang berpotensi pandemi, serta menganggap *virus sharing* setara *benefit sharing*, sebagai bagian penting dari langkah kolektif demi kesehatan publik secara global”. Terobosan ketiga, adalah integrasi prinsip *benefit sharing* ke dalam SMTA. Terobosan keempat, adanya komitmen negara maju untuk *benefit sharing* secara nyata termasuk dalam berbagi *risk assessment* dan *risk response*. Dan terobosan kelima, terwujudnya *Virus Tracking System* dan *Advisory Mechanism* untuk monitoring dan evaluasi virus dan penggunaannya (<http://www.depkes.go.id>).

Makarim Wibisono dalam pernyataannya kepada sidang mengungkapkan penghargaan pada Amerika Serikat yang bersikap konstruktif dan bahwa komitmen Amerika Serikat merupakan langkah yang baik menuju persetujuan menyeluruh. Sementara wakil negara-negara Afrika, dari Nigeria memberi penghargaan bahwa kemajuan perundingan yang dicapai ini terjadi karena Amerika Serikat dan Indonesia telah melangkah semakin mendekat dan memperkecil perbedaan pendapat diantara mereka.

Dr Widjaja menambahkan “bahkan telah disetujui untuk meninggalkan sistim *Global Influenza Surveillance Network*-nya WHO yang telah berlaku selama 60 tahun, dengan mekanisme baru dan nama baru, dengan demikian mengubah tatanan berbagi virus dalam dunia kesehatan. Menteri Kesehatan Dr Siti Fadillah Supari Sp.JP(K) mengusulkan mekanisme baru yang lebih adil, transparan dan setara tersebut dinamakan *WHO Influenza Network*. Makarim Wibisono, penasehat hubungan internasional Departemen Kesehatan mengatakan “walaupun Naskah Persetujuan belum sepenuhnya disetujui dan masih menyisakan sejumlah masalah untuk dipecahkan, namun terobosan yang prinsip telah dicapai”

Pimpinan sidang IGM sebagai penutup menyatakan bahwa “masih ada sejumlah isu yang perlu dipecahkan akan tetapi sidang melihat titik akhir sudah dalam jangkauan. Demi kepentingan kesehatan global, kita harus menemukan solusi dan menyelesaikan urusan ini agar IGM dapat melapor kepada *World Health Assembly / WHA*. WHA ke 62 akan diselenggarakan di bulan Mei 2009. Negara anggota setuju untuk melanjutkan perundingan dalam IGM yang akan datang menjelang WHA ke 62 dan hasil IGM akan disahkan oleh WHA.

Standard Material Transfer Agreement jika telah disahkan dan berkekuatan hukum akan merubah secara radikal tatanan penggunaan virus dalam sebuah Kerangka yang lebih adil, transparan dan setara yang akan membuka akses transparan terhadap informasi virus influenza, yang berarti membuka peluang besar untuk para peneliti negara berkembang untuk meningkatkan kapasitas penelitiannya sehingga Indonesia dan negara berkembang lainnya dapat mengembangkan alat diagnostik, vaksin dan obat-obatan terhadap virus flu burung.

c. *Executive Board*

Indonesia merupakan salah satu negara anggota *Executive Board* (EB) yang merupakan badan eksekutif WHO dan beranggotakan 34 negara anggota. EB telah melakukan sidang pada bulan Januari 2010 lalu untuk menyusun keputusan dan kebijakan yang akan dibahas dan ditetapkan oleh WHA, serta memberikan arahan kepada Dirjen WHO dalam melaksanakan keputusan-keputusan WHA. Sebagai anggota EB, Indonesia mengusulkan 3 draft resolusi yaitu: bidang *Pandemic Influenza Preparedness (PIP)*, *bidang Viral Hepatitis*, dan *Bidang Waste Management*. Ketiga draft tersebut telah diterima oleh sidang EB dan diajukan ke WHA untuk disahkan sebagai resolusi WHO ke semua negara anggota WHO di dunia (<http://www.depkes.go.id>).

d. *Open Ended Working Group*

Selain menghadiri Sidang WHA dan *Executive Board*, Delegasi Republik Indonesia juga akan menghadiri *Open Ended Working Group*. Selain itu Menkes juga akan mengadakan pembicaraan dengan Menteri Kesehatan Mesir, Menteri Kesehatan Jerman dan pertemuan dengan UNAIDS. Untuk kelancaran selama berlangsungnya kegiatan, Delegasi RI akan berkoordinasi dengan Perwakilan Tetap RI di Jenewa Swiss (<http://www.tempo.co>)

Open Ended Working Group (OEWG) merupakan pertemuan kelompok kerja di bidang hak ekonomi, sosial dan budaya. OEWG ini sudah berjalan dan masih beberapa isu yang dibahas yaitu *virus sharing* dari laboratorium yang masuk dalam jejaring sistem WHO ke perusahaan vaksin dan perusahaan diagnostik maupun perusahaan obat.

Menkes menambahkan, OEWG ini dipimpin 2 negara yaitu Meksiko dan Norwegia. Meksiko menjadi pemimpin karena berpengalaman sebagai negara yang terkena pandemi H1N1 sehingga bisa mengemukakan pengalamannya dan mengatakan bahwa sistem WHO itu belum berjalan dengan benar dan perlu diperbaiki. Hal itu karena pada waktu terjadi pandemi, Meksiko sebagai negara yang paling terkena dampaknya ternyata sulit untuk mendapatkan vaksin, butuh waktu lama, harganya mahal, dan datangnya pun sangat terlambat. Dengan adanya satu negara yang sudah mengalami situasi seperti itu, jika dipikirkan sebenarnya kita “beruntung” karena pandemi H1N1 lebih cenderung ke luas daripada ke berat. Maksudnya adalah virus cepat berkembang kemana-mana tetapi angka kematiannya kecil. Seandainya yang terjadi adalah pandemi yang luas dan berat, maka situasinya akan jauh lebih parah, ujar Menkes.

Menyikapi kejadian tersebut, Indonesia menginginkan agar apabila terjadi pandemi lagi, setiap negara yang mempunyai kemampuan produksi vaksin, termasuk negara berkembang seperti Indonesia diberi hak untuk memproduksi vaksin untuk kepentingan negaranya. Selain itu juga diperjuangkan adanya suatu *stock pile* dimana setiap produsen vaksin menyisihkan sebagian dari produksinya ke *stock pile* tersebut sehingga negara-negara yang tidak punya kemampuan untuk memproduksi atau membeli vaksin bisa mendapatkannya.

5. Dari WHA ke-60 2007 sampai WHA ke-64 2011

a. Usulan Indonesia pada WHA ke-60, 14-23 Mei 2007.

Pada 29 Maret 2007, setelah ada perjanjian interen dimana Indonesia kembali mengirimkan contoh virus flu kepada WHO, para menteri kesehatan dari 18 negara Asia-Pasifik mengeluarkan Deklarasi Jakarta yang meminta WHO “mengadakan pertemuan-pertemuan, memelopori proses kritis dan mendapatkan komitmen penting dari semua pemangku kepentingan untuk membentuk mekanisme untuk pembagian informasi dan virus yang lebih terbuka serta aksesibilitas pada vaksin influenza burung dan influenza pandemi lain bagi negara berkembang (<http://www.depkes.go.id>)

Kepedulian tersebut diajukan pada *World Health Assembly* (Sidang Kesehatan Sedunia) di Jenewa sebagai bagian dari sebuah resolusi yang meminta diadakan mekanisme baru untuk pembagian virus dan akses yang lebih adil pada vaksin yang dikembangkan dari sumber materi virus. Dalam proses perdebatan, terungkap bahwa WHO tidak mematuhi persyaratan yang tercantum dalam Panduan 2005 WHO mengenai pembagian virus. Panduan tersebut mensyaratkan ada ijin dari negara pemberi (donor) virus sebelum *Collaborating Center* WHO bisa memberikan virus (selain galur vaksin) kepada pihak ketiga, misalnya kepada industri farmasi.

Collaborating Center WHO tidak menganjurkan penggunaan Perjanjian Transfer Materi (*Material Transfer Agreement* atau MTA) pada saat negara donor mengirimkan contoh virus mereka ke WHO. Tapi mereka sendiri menggunakan MTA saat mentransfer (kepada pihak ketiga) galur vaksin yang mengandung virus-virus yang diberikan oleh negara berkembang seperti Indonesia, Vietnam dan China. Bahkan *collaborating center* WHO sendiri, selain juga pihak ketiga, mengajukan hak paten yang mencakup bagian-bagian dari virus sumber saat mengembangkan vaksin dan alat diagnostik. Topik ini mungkin yang paling kontroversi dalam agenda Sidang Kesehatan Dunia pada 2007, namun isu pembagian virus dan akses pada vaksin flu burung tetap belum terselesaikan hingga menit-menit terakhir sidang WHA ke 60 Mei 2007.

Resolusi tersebut memberikan mandat kepada WHO untuk membentuk cadangan internasional vaksin H5N1 atau untuk virus influenza lain yang berpotensi pandemi, dan juga merumuskan kerangka acuan baru untuk pembagian virus influenza. Posisi pemerintah Indonesia menguat pada empat hal utama yaitu (<http://www.who.int/en/>):

1. Mempertanyakan sebuah sistem yang sudah bekerja dengan baik yaitu secara rutin mentransfer virus kepada pabrik yang membuat vaksin flu musiman di negara kaya, tapi vaksin flu pandemi dan pre-pandemi tidak terjangkau oleh masyarakat miskin;
2. Mengkritik keseimbangan pragmatis WHO yang dirasa sangat mementingkan prioritas korporasi dan ketidakadilan struktural, dengan mengorbankan kesehatan serta kesejahteraan masyarakat di antara negara-negara anggotanya;
3. Merupakan latihan menggunakan posisi tawar oleh sebuah negara sumber materi biologis yang mencari pemulihan dari ketidakadilan akses pada sesuatu yang

mungkin merupakan asupan amat penting bagi kesehatan (vaksin flu burung) yang dikembangkan dari materi sumber tersebut;

4. Berupaya mendapatkan manfaat yang adil dari pengembang vaksin komersial tidak hanya untuk bangsanya sendiri tapi untuk masyarakat lain yang kemungkinan terpinggirkan oleh pengembangan dan distribusi produk yang disetir oleh kepentingan komersial.
5. Indonesia mengusulkan bagi adanya mekanisme baru dalam penanganan dan pencegahan pandemik global, yang kemudian diterima secara akalmasi pada WHA ke 60 pada tanggal 23 Mei 2007 di Jenewa Swiss.

Meskipun resolusi tersebut hanya berisi gambaran umum bagi adanya perubahan dalam mekanisme penanganan pandemik influenza global, namun setidaknya Indonesia berhasil membuka mata *Global Health Governance*, dan masyarakat Internasional akan ketimpangan dalam sebuah mekanisme global yang telah berjalan selama 60 tahun.

b. WHA ke-61 Jenewa 19 – 24 Mei 2008.

Pada Sidang WHA ke-61 di Jenewa, Swiss, tanggal 19 Mei 2008. Sidang WHA ke-61 ini mengambil tema “*Health Related to the Millenium Development Goals (MDGs)*”. Indonesia melalui Menkes, lebih lanjut menyatakan bahwa sejak adanya debat tentang *virus sharing* dan *benefits sharing* maka sistem *Global Influenza Surveillance Network (GISN)* yang sudah berlangsung selama 60 tahun tidak akan pernah adil, transparan dan setara sampai kedaulatan dan hukum negara pengirim virus dipertimbangkan. Oleh karena itu, GISN harus diganti dengan mekanisme baru (<http://www.depkes.go.id>).

Sebagai organisasi yang mengatur sistem kesehatan dunia, WHO diminta tidak mengesampingkan kepentingan negara maju, tetapi harus memberikan pelayanan kepada seluruh negara anggota jika menginginkan pencapaian kesehatan yang lebih baik secara menyeluruh bagi umat manusia di dunia (<http://www.depkes.go.id>)

Dalam sidang WHA Menkes RI juga menyoroti bahwa tujuan MDGs sulit dicapai karena berbagai kendala seperti adanya kenaikan harga minyak dunia yang berpengaruh pada kenaikan harga pangan dunia yang berdampak pada kerawanan pangan, serta perubahan iklim yang memengaruhi insiden dan prevalensi penyakit tropis yang menyulitkan upaya pengendalian dan pemberantasannya. Hal tersebut memerlukan upaya bersama yang sungguh-sungguh dari masyarakat global.

c. WHA ke- 62, tanggal 14-15 Mei 2009

Indonesia memperjuangkan konsisten negara maju soal *Virus Sharing*. Indonesia berharap komitmen WHO dan negara-negara maju dalam *The Intergovernmental Meeting on Pandemic Influenza Preparedness* atau IGM-PIP tentang *virus sharing* yang berlangsung 14-15 Mei 2009 menjelang *World Health Assembly (WHA)* ke 62 di Jenewa tidak akan berubah (<http://www.depkes.go.id>)

Karena konsistensi ini sangat penting bagi tercapainya kesepakatan *mondial* atas mekanisme baru *virus sharing* yang adil, transparan dan setara yang didukung oleh mayoritas peserta IGM-PIP. Sehingga tidak ada lagi negara tertentu yang memonopoli virus dan vaksinnnya apalagi kemudian menjualnya kembali kepada negara berkembang dengan harga mahal. Padahal, sebelumnya virus itu sendiri dikirim oleh negara berkembang untuk kebutuhan riset kesehatan. Dilaporkan bahwa dalam IGM-PIP, yang dimandatkan oleh Resolusi WHA No. 60/28 untuk membahas *Standard Material Transfer Agreement* (SMTA) yang mengatur sistem virus sharing yang adil, transparan dan setara, telah menyepakati sekitar 85% dari butir-butir yang dibahas, selebihnya masih memerlukan pembahasan lanjutan, terutama *benefit sharing*. Menteri Kesehatan mengharapkan komitmen dan *goodwill* dari semua untuk menyelesaikan mekanisme *virus sharing* baru yang adil, transparan dan setara (<http://www.depkes.go.id>)

Upaya Indonesia ini mendapat dukungan luas dari negara-negara berkembang seperti Argentina, Bangladesh, Bhutan, Brazil, Cili, Kuba – mewakili negara anggota Gerakan Non-Blok, Ghana – mewakili daerah Afrika, Guatemala, India, Iran, Maldives, Myanmar, Nigeria, Sri Lanka, Timor Leste dan Venezuela. Selain itu LSM-LSM Internasional juga memberikan apresiasinya atas kegigihan perjuangan Indonesia karena resolusi ini merupakan pencapaian mulia dalam dunia kesehatan dan pengobatan serta mencerminkan tekad negara anggota WHO untuk memberlakukan mekanisme baru virus sharing dan benefit sharing yang transparan, adil dan setara.

Lebih lanjut lagi, resolusi ini meminta Direktur Jenderal WHO untuk mengusung butir-butir tentang kerangka kesiapan pandemik influenza yang telah disepakati dan memfasilitasi proses untuk finalisasi hal-hal yang belum disepakati, termasuk benefit sharing dalam Standard Material Transfer Agreement (SMTA) yang formal, transparan dan berimbang antara negara-negara maju dengan negara-negara berkembang. Hasil dari finalisasi tersebut harus dilaporkan pada sidang Executive Board WHO ke-126 pada Januari 2010 (<http://www.depkes.go.id>)

Menkes yang dalam acara tersebut ditunjuk menjadi Wakil Ketua 1 Executive Board WHO hingga sidang WHA Mei 2010 mengatakan bahwa secara konsensus sudah dicapai kesepakatan yang berkaitan dengan benefit sharing, misalnya pada kasus dimana kita mengirimkan virus maka kita nanti akan berhak untuk menjadi kandidat penerima vaksin virus dimana dalam sistem yang lama hal itu sama sekali tidak pernah terjadi. Menkes juga menyatakan bahwa Indonesia siap untuk mengirimkan lagi sampel virus flu burung apabila sistem baru virus sharing yang adil, transparan dan setara telah diberlakukan oleh WHO.

Lebih lanjut dikatakan apabila terjadi pandemi maka negara-negara berkembang yang terkena atau *affected country* akan mendapatkan 50 juta dosis dari international stock yang akan dibentuk oleh WHO dan 100 juta dosis lagi akan dibagikan kepada negara-negara berkembang lainnya. Apabila ternyata masih kurang maka akan ada usaha dari WHO untuk meminta kepada pabrik-pabrik pembuat vaksin maupun antiviral itu untuk menyisihkan sebagian dari produksinya bagi kepentingan negara-negara berkembang.

Sementara, butir-butir yang telah disepakati Pada *Joint statement* menutup IGM-PIP Desember 2008 lalu di Jenewa, dapat disimpulkan sebagai 5 (lima) terobosan besar (<http://www.depkes.go.id>):

1. Disetujui penggunaan *Standard Material Transfer Agreement* (SMTA) dalam sistem virus sharing yang akan mengatur semua transfer virus maupun transfer bagian bagian virus yang berbentuk standar dan universal dan mempunyai kekuatan hukum.
2. Prinsip prinsip SMTA secara umum disetujui termasuk pengakuan atas perlunya mengintegrasikan sistem *benefit sharing* kedalam SMTA, hal yang menjadi perjuangan gigih Indonesia dengan dukungan negara berkembang lain, dalam kelompok negara negara SEARO/*South East Asia Regional Organization*, Brazil dan AFRO (African Regional Office), meskipun terdapat tentangan keras dari Amerika Serikat. Pernyataan IGM-PIP pada penutupan pertemuan bulan Desember 2008 berbunyi “negara negara anggota setuju untuk berkomitmen berbagi virus H5N1 dan virus influenza lainnya yang berpotensi pandemi serta menganggap virus sharing adalah setara *benefit sharing*, sebagai bagian penting dari langkah kolektif demi kesehatan publik secara global”.
3. Prinsip *benefit sharing* diintegrasikan kedalam SMTA
4. Komitmen negara maju untuk *benefit sharing* secara nyata termasuk dalam berbagi *risk assesment* dan *risk response*.
5. Terwujudnya *Virus Tracking System* dan *Advisory Mechanisim* untuk memonitoring dan evaluasi virus dan penggunaannya.

d. Menkes RI Pimpin Delegasi RI Pada Sidang WHA ke-63

Menkes RI dr. Endang Rahayu Sedyaningsih, MPH, Dr. PH, akan menyampaikan pidato di Sidang Umum tentang *Foreign Policy and Global Health (FPGH)* “*Accelerating the Achievement of MDG’s target 4 and 5 through Governance*”, melakukan pertemuan dengan Menteri Kesehatan Gerakan Non Blok dengan tema “*Strengthening the International Health System & Reinforcing Health Security Against Pandemic*”, dan pertemuan dengan *Federation of Pharmaceutical Manufacturer* dengan topic “*Women Health – with Particular Focus on Maternal Health*” (<http://www.depkes.go.id>).

Pada sidang WHA tersebut, upaya Indonesia membangun mekanisme *virus sharing* dan *benefits sharing* yang adil, transparan dan setara juga mendapat dukungan politik yang kuat dari negara-negara anggota GNB dalam Pertemuan Menkes GNB ke-1 yang diselenggarakan pada 21 Mei 2010. Dalam pertemuan itu, para menkes GNB sepakat mendukung deklarasi yang diajukan Indonesia berjudul “*Responsible Virus Sharing and Benefits Sharing*” (<http://internasional.kompas.com>)

Deklarasi itu akan dibahas lebih lanjut pada Pertemuan Perwakilan Tetap GNB di Jenewa pada 30 Juni 2010 sebagai posisi dan sikap bersama negara-negara anggota GNB

menghadapi Pertemuan Lanjutan Antar Negara mengenai Kesiapsiagaan Menghadapi Pandemi Influenza pada November nanti. Para menkes GNB juga sepakat untuk meningkatkan kerja sama dalam penanggulangan penyakit di negara-negara berkembang dan mengantisipasi perpindahan tenaga-tenaga medis ke negara-negara maju. Selama ini belum pernah ada gerakan non blok dalam WHA. Jadi, baru sekali ini sebanyak 112 negara anggota GNB dari 193 negara menyatakan dukungannya terhadap pembentukan mekanisme baru *virus sharing* dan *benefits sharing*. Gerakan Non Blok yang digagas oleh mantan Presiden RI pertama Soekarno itu diharapkan mampu meningkatkan posisi tawar negara-negara berkembang di hadapan negara-negara maju.

e. Indonesia menyambut baik ditetapkannya Resolusi Baru WHA No. 64/56 (WHA ke-64 2011)

Indonesia menyambut baik ditetapkannya Resolusi Majelis Kesehatan Dunia (*World Health Assembly*) No. 64/56 tentang "Kerangka Kesiapan Pandemi Influenza untuk *Virus sharing* dan Akses pada Vaksin dan Manfaat Lainnya". Resolusi ini menetapkan kerangka kerjasama multilateral dalam kesiapan dunia menghadapi pandemi influenza khususnya mekanisme virus sharing, akses pada vaksin dan manfaat lain serta *Standard Material Transfer Agreement* (SMTA) (<http://www.depkes.go.id>)

Penetapan resolusi ini merupakan kesuksesan besar dan mengakhiri perjuangan negara-negara berkembang, yang dimotori oleh Indonesia tahun 2007 dibawah kepemimpinan Menteri Kesehatan saat itu, Dr. dr. Siti Fadilah Supari, Sp.JP (K). Indonesia pada waktu itu berinisiatif untuk mendobrak sistem penanganan pandemi influenza dan tatanan penggunaan virus yang telah berlaku selama 64 tahun yang dinilai tidak adil, tidak setara dan tidak transparan. Sementara itu, dunia pun menyambut positif ditetapkannya resolusi ini. Seluruh negara anggota WHO sepakat bahwa kerangka ini adalah tonggak bersejarah di bidang kesehatan publik yang meletakkan fondasi untuk kesiapan pandemi yang lebih terkoordinir, komprehensif, dan setara yang mengarah pada dunia yang lebih sehat dan aman.

Dukungan serupa juga diungkapkan Menteri-Menteri Kesehatan negara anggota Gerakan Non-Blok serta 7 negara inisiator *the Foreign Policy and Global Health* (FPGH) yang menyebut resolusi ini sebagai contoh konkrit dan positif dari solidaritas global untuk kesehatan publik serta eratnya hubungan kebijakan kesehatan publik global dan kebijakan luar negeri. Indonesia mendapat apresiasi khusus atas inisiatif dan kepemimpinannya memperjuangkan keadilan dalam mekanisme virus sharing dan benefit sharing bagi kepentingan kesehatan publik global.

Dibukanya akses terhadap virus influenza dan manfaat-manfaat lain berarti membuka peluang besar untuk para peneliti negara berkembang untuk meningkatkan kapasitas penelitiannya sehingga Indonesia dan negara berkembang lainnya dapat mengembangkan alat diagnostik, vaksin dan obat-obatan terhadap virus H5N1 dan virus lainnya yang berpotensi pandemi, termasuk H1N1.

KESIMPULAN

Kerjasama penanganan bahaya pandemik influenza, merupakan kebutuhan mutlak negara – negara di dunia untuk mencapai atau mewujudkan keamanan kesehatan global. Terutama kerjasama itu bertujuan untuk mencegah dan mengatasi bencana kemanusiaan, bencana yang disebabkan oleh wabah virus influenza. Sejarah mencatat bahwa pandemi virus influenza ini telah terjadi sejak beberapa-abad silam dan bahwa persoalan ini tidak pernah mati. Oleh karenanya, kerjasama penanganan pandemik influenza harus terus ditumbuhkembangkan agar menjadi mekanisme kerjasama yang efektif dan efisien. Upaya untuk menumbuhkembangkan bentuk kerjasama internasional tersebut dapat dilakukan melalui regulasi – regulasi dan pembuatan peraturan – peraturan baru yang mengkawal mekanisme kerjasama tersebut. Peraturan – peraturan dan regulasi – regulasi tersebut dimaksudkan agar kerjasama itu mencapai bentuk yang dijalankan dengan prinsip keadilan, kesetaraan dan transparansi.

Ketiga prinsip tersebut merupakan unsur penting yang harus dijunjung tinggi oleh negara – negara di dunia dalam membangun kerjasama internasional agar mencegah terjadinya ketimpangan – ketimpangan yang justru menjadi persoalan baru dalam mekanisme kerjasama tersebut. *Global Influenza Surveillance Network (GISN)* adalah mekanisme kerjasama internasional dalam penanganan pandemik virus influenza yang dipayungi langsung oleh WHO. Kerjasama yang telah ada dan berperan besar dalam penanganan pandemik virus global selama lebih dari 64 tahun ini menjadi bentuk kerjasama yang mapan dan terbukti mampu mencegah terjadinya bencana kemanusiaan. Namun, dalam keseluruhan kemampuan sebuah mekanisme internasional negara – negara sebagai aktor utama dalam hubungan internasional harus juga tetap memperjuangkan bentuk kerjasama yang adil terutama ketika mekanisme kerjasama internasional itu kemudian mencederai kedaulatan sebuah negara. Munculnya Resolusi WHA No. 64/56 menjadi bukti bahwa bentuk – bentuk kerjasama internasional harus terus - menerus mendapat pengkajian dan evaluasi agar dijalankan dengan prinsip keadilan, kesetaraan dan transparan. Ketiga prinsip itu menjadi norma utama yang menjaga kerjasama internasional agar tetap menghormati kedaulatan sebuah negara. Resolusi mengenai *Pandemik Influenza Preparedness*, yang mereformasi GISN juga menjadi bukti nyata kesadaran masyarakat internasional akan pentingnya bentuk kerjasama yang menjunjung tinggi tiga prinsip dimaksud.

Dalam sebuah Hubungan internasional negara adalah aktor utama yang menjadi penentu bagi pencapaian tatanan kehidupan global yang mapan serta menjamin kerjasama internasional itu dijalankan, sesuai ketentuan internasional yang disepakati dan dalam bentuk koordinatif dimana kedaulatan sebuah negara tetap di jaga. Indonesia misalnya dalam kasus penanganan bahaya pandemik, memperjuangkan munculnya resolusi baru dalam kerjasama penanganan pandemik internasional di bawah payung WHO. Indonesia sebagai sebuah negara berdaulat, menentang mekanisme global yang telah berjalan selama puluhan tahun dan mengabaikan kebutuhan negara – negara berkembang yang rentan terhadap persoalan virus. Indonesia menjadi aktor utama bagi munculnya resolusi WHA baru dalam penanganan pandemik virus , dengan menjadi inisiator, dan agen yang memperjuangkan resolusi tersebut melalui kemampuan diplomasinya. Munculnya resolusi

WHA No 64/56 Mei 2011 juga menjadi bukti adanya kerjasama masyarakat internasional yang mapan dalam menghadapi isu internasional yang sama yakni bahaya pandemik virus influenza, yang lahir dari kebutuhan yang sama akan keamanan kesehatan global dengan menjunjung tinggi prinsip keadilan, kesetaraan dan transparansi.

DAFTAR PUSTAKA

A. Buku

A,A Panton, *Waspada Penyakit Flu Burung (Avian Influenza)*, Penerbit ITB, Bandung, 2006

Krasner Stephen .D, *International Regimes*, the Massachusetts Institute of Technology. Spring, 1982

Krasner, Stephen .D, dalam Yanuar, Ikbar, *Ekonomi Politik Internasional 2*, Refika Aditama, Bandung, 2007

Mas'ood, Mochtar. *Ilmu Hubungan Internasional: Disiplin dan Metodologi*.LP3ES. Jakarta: 1990

Noorkasiani dan Tamher, *Flu Burung : Aspek Klinis dan Aspek Epidemiologis*, Salemba Medika, Jakarta, 2008

Sinclar, I.M *The Vienna Convention on The Law of Treaties*, Manchester University Press, Manchester, 1973

B. Jurnal

Aktieva Tri Tjitrawati , Masalah Keadilan Pelaksanaan Kewajiban Virus Sharing dalam Sistem IHR, *Jurnal Mimbar Hukum* Vol. 25, No.1, Februari 2013

Hammond Edward, “ Jaringan WHO ajukan hak paten atas virus flu burung “ , *jurnal impact of pandemi influenza* Vol.3 No.2, 26 April 2009

Sedyaningsih, R, Endang, et.al., Towards Mutual Trust, Transparency and Equity in Virus Sharing Mechanism: The Avian Influenza Case of Indonesia , *Annals Academic of Medicine*, Vol.37, No.6, Juni 2008,

C. Makalah Seminar/ Forum Dialog

Ganjar Widhiyoga, Peran Indonesia dalam Membangun *Global Health Governance* yang Berkeadilan, makalah disampaikan pada *Forum Kajian Kebijakan Luar Negeri (FKKLN) Kementerian Luar Negeri*, Oktober 2012.

D. Majalah dan Surat Kabar

Aeni, SitiNur, MenyoalKomersialisasiKesehatan, *Harian Suara Karya*, Jumaat 13 November 2009

David, P, Fidler, “ International Law and Global Infectious Desiase Control “Indiana University School of Law, *CMH Paper Working Series*, 2009

Radji maksum, “Avian influenza A (H5N1) Patogenesis Pencegahan dan Penyebaran pada Manusia “*Majalah Ilmu Kefarmasian*, Vol. III, No.2, Agustus 2006

Widajat Rochmanadji, Pelayanan Kesehatan di Era Globalisasi. *Suara Merdeka* Kamis 17 Juni 2004

E. Internet

“ Departemen Luar Negeri RI, 2011, *Laporan Diplomasi Indonesia periode 2011* “. [deplu .go.id](http://deplu.go.id) diunduh pada tanggal 22 Juli 2012

“Indonesia menghentikan pengiriman virus ke WHO“ dalam <http://www.ppppl.depkes.go.id/index.php?c=berita&m=fullview&id=390> , diunduh 22 juli 2012

“More on the Collaborating Centres; database”dalam <http://www.who.int/entity/collaboratingcentres/database/en/> , diunduh 26 Juli 2012

“Networks of WHO collaborating Centres” dalam <http://www.who.int/entity/collaboratingcentres/networks/en/>, diunduh 26 Juli 2012

” RNA singkatan asam ribonukleat, “ dalam <http://www.news-medical.net/health/What-is-RNA-%28Indonesia%29.aspx> , diunduh 06 Februari 2013

“ WHO keluaran resolusi baru penanganan pandemi Influenza “ dalam <http://www.tempo.co/read/news/2009/05/28/116178484/>, diunduh 12 September 2012

- “ WHO-CCs adalah laboratorium resmi WHO”.dalam
<http://www.who.int/csr/disease/influenza/en/> , diunduh 16 Oktober 2012 Nelson “
- The Great Famine and the Black Death ” dalam
<http://www.vlib.us/medieval/lectures/>,diakses pada 18 Juni 2012
- “ WHO Global Tuberculosis Control 2010 “ dalam
<http://www.who.int/csr/disease/Tuberculosis/whocccroetor2006.pdf> diunduh 24 Januari 2013
- “ World Health Organisation “ dalam <http://www.who.int/governance/en/> diunduh 12 Oktober 2012
- “ Sejarah Berdirinya Organisasi Kesehatan Dunia “ dalam
<http://www.who.int/about/overview/en/> , diunduh 22 November 2012
- “ Struktur Organisasi Kesehatan Dunia “ dalam <http://www.who.int/governance/en/> , diunduh 13 Desember 2012
- “ WHO menaikkan tingkatan kewaspadaan terhadap virus Influenza baru tipe H1N1 ke level 6 (pandemi)” dalam
http://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/@asia/@ro-bangkok/@ilojakarta/documents/publication/wcms_120083.pdf , diunduh 27 Oktober 2012
- “laporan kerugian akibat pandemi virus Influenza H1N1“ Dalam
http://www.aidsindonesia.or.id/index.php?option=com_content&task=view& , diunduh 19 November 2012
- “ pengembangan GISN pada tingkat global , regional dan nasional “ dalam
<http://new.paho.org/hq/images/stories/AD/HSD/CD/INFLUENZA/gisn.pdf> diunduh 27 Desember 2012
- “ Deteksi dini influenza musiman dan pandemic IHR 2005 “ dalam
www.who.int/ihr/9789241596664/en/index.html diunduh 22 Februari 2013
- “ International Health Regulation 2005 “ dalam
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0020/90443/E92738.pdf; <http://www.paho.org/English/AD/DPC/CD/flusnlgpis.pdf>; <http://www.wpro.who.int/influenza/SurveillAnce-revised2302.pdf> diunduh 22 Februari 2013
- “ WHO Collaborating Centre untuk influenza ” dalam
www.who.int/csr/disease/influenza/collabcentres/ diunduh 23 Februari 2013
- FluNet: www.who.int/flu diunduh 25 Februari 2013
- EuroFlu: www.euroflu.org diunduh 25 Februari 2013

GISN: www.who.int/csr/disease/influenza/influenzane트워크/ diunduh 25 Februari 2013

“ WHO Global Influenza Surveillance Network “ dalam <http://kabarindo.com/?act=single&no=18606> di unduh 23 November 2012

“ Kelemahandalammekanisme GISN “ dalam <http://www.news-medical.net/health/Current-Pandemics.aspx> diunduh 23 November 2012

“ *keamanan kesehatan global dan kebijakan luar negeri* “ dalam <http://www.tabloiddiplomasi.org/current-issue/175-4-article/1496-keamanan-kesehatan-global-dan-kebijakan-luar-negeri.html> diunduh 13 Januari 2013

WHO Keluarkan Resolusi Baru Pandemi Influenza “ dalam <http://regional.kompasiana.com/2012/01/20/bu-siti-melawan-amerika-432011.html> diunduh 23 Januari 2013

“MenumbuhkankekebalandanMemberantaspenyakitdenganVaksin“ dalam <http://www.langitperempuan.com/2008/12/dr-siti-fadillah-supari-giring-dunia-berbagi-virus-secara-adil-transparan-dan-setara/> diunduh 22 Januari 2013

“ The challenge of global health. Foreign affairs” dalam <http://www.foreignaffairs.com/articles/62268/laurie-garrett/the-challenge-of-globalhealth>, diunduh 7 Februari 2013.

“ Situasi Akses pada Vaksin H1N1 Pandemi Mengkhawatirkan “ dalam <http://www.who.int/en/> diunduh 12 Februari 2013

“ WHO keluarkan resolusi baru penanganan pandemi Influenza “ dalam <http://www.tempo.co/read/news/2009/05/28/116178484/>, diunduh 12 September 2012