

# MASALAH KEADILAN PELAKSANAAN KEWAJIBAN *VIRUS SHARING* DALAM SISTEM IHR

Aktieva Tri Tjitrawati\*

Bagian Hukum Internasional, Fakultas Hukum Universitas Airlangga, Surabaya  
Jalan Darmawangsa Dalam Selatan Surabaya, Jawa Timur, 60222

## **Abstract**

*The implementation of obligations under GISN is considered very unfair by the Government of Indonesia, so the Government stated that it is necessary to halt the delivery of sample virus to WHO until some provisions related to virus sharing and vaccine benefits are amended. In the perception of the Government, this unfair situation is a result of injustice mechanism under the GISN and IHR. New concepts are required to make changes to realize the global influenza disease surveillance system is more fair, equitable, transparent.*

**Keywords:** justice, virus sharing, IHR.

## **Intisari**

Pelaksanaan kewajiban *virus sharing* dalam GISN dianggap sangat tidak adil oleh Pemerintah Indonesia, sehingga perlu diambil langkah penghentian pengiriman sample virus sampai ada perubahan oleh WHO terhadap ketentuan mengenai *virus sharing* dan *vaccine benefits*. Persepsi mengenai kerugian yang dialami oleh Pemerintah Indonesia itu merupakan wujud dari ketidakadilan yang terjadi dalam sistem GISN dan IHR. Diperlukan konsep-konsep baru untuk melakukan perubahan untuk mewujudkan sistem pencegahan penularan penyakit influenza global yang lebih berkesetaraan, transparan dan adil.

**Kata Kunci:** keadilan, *virus sharing*, IHR.

## **Pokok Muatan**

A. Pendahuluan.....	43
B. Pembahasan .....	44
1. <i>Virus Sharing</i> dalam Perspektif Indonesia sebagai Negara Korban .....	44
2. Posisi Indonesia dalam Kerjasama Penanganan Pandemi.....	48
3. Landasan Tuntutan Indonesia atas Perubahan Kebijakan <i>Virus Sharing</i> dalam Tata Kelola GISN .....	48
4. Penegasan Makna “Kewajiban <i>Virus Sharing</i> ” .....	50
C. Penutup .....	53

\* Alamat korespondensi: [evatjitrawati@yahoo.com](mailto:evatjitrawati@yahoo.com)

## A. Pendahuluan

*International Health 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 risiko kesehatan masyarakat (*public health*) dan penularan penyakit akibat adanya lalu lintas dan perdagangan internasional. Untuk mencapai tujuan tersebut tata cara pencegahan penyakit menular tersebut harus diterapkan secara luas, konsisten, segera dan transparan.<sup>1</sup> Salah satu perwujudan dari pelaksanaan upaya tersebut adalah penerapan kewajiban untuk melakukan *virus sharing* oleh negara yang di wilayahnya terdapat korban penyakit akibat virus untuk mengirimkan sampel kepada WHO.<sup>2</sup>

Sejak terjadinya kasus pertama pada tahun 2005 sampai dengan September tahun 2008, Indonesia merupakan negara dengan korban meninggal terbesar akibat virus avian influenza H5N1. Selama satu setengah tahun sejak terjadinya kasus pertama, Indonesia selalu mengirimkan spesimen ke dua lembaga yang ditunjuk oleh WHO sebagai perwujudan pelaksanaan kewajiban dalam pencegahan penularan penyakit influenza global (*Global Influenza Surveillance Network* - GISN). Kewajiban yang dilaksanakan atas itikad mulia sebagai anggota WHO tersebut ternyata tidak diimbangi dengan pelaksanaan prinsip keadilan dan transparansi oleh WHO sendiri. Spesimen yang dikirimkan tersebut seharusnya hanya untuk identifikasi evolusi penyakit, namun ternyata spesimen tersebut diakses secara bebas oleh industri farmasi di negara maju untuk selanjutnya diciptakan berbagai produk diagnostik, vaksin, terapi dan teknologi lainnya yang dipatenkan, sehingga untuk mendapatkan produk-produk

tersebut negara korban harus membayarnya dengan harga yang mahal.<sup>3</sup> Kondisi tersebut menyebabkan Indonesia sejak akhir tahun 2006 menghentikan pengiriman spesimen, dimana penghentian tersebut akan diakhiri apabila telah tercapai kondisi hubungan dalam GISN yang dilandasi oleh prinsip kesetaraan, transparansi dan keadilan dalam penatalaksanaan *virus sharing* dalam sistem WHO. Tindakan ini memicu terjadinya kontroversi, dimana negara maju mengecam tindakan tersebut dan menganggap sebagai tindakan pelanggaran kewajiban *virus sharing* dalam IHR, sementara negara berkembang mendukung tindakan RI untuk mengusulkan perubahan sistem pencegahan penularan penyakit influenza global yang lebih berkesetaraan, transparan dan adil.<sup>4</sup>

Penyelenggaraan sistem tata kelola kesehatan internasional (*international health governance*), yang utamanya diselenggarakan oleh WHO, secara ideal ditujukan dengan maksud untuk melindungi kesehatan masyarakat (dalam level nasional maupun internasional) dari berbagai penyakit yang dapat menurunkan kualitas hidup.<sup>5</sup> Namun dalam pelaksanaannya terdapat praktek-praktek yang merugikan anggota WHO, terutama anggota yang berasal dari negara sedang berkembang. Untuk itulah perlu dilakukan perubahan-perubahan terhadap sistem tata kelola penanggulangan penyakit menular dalam sistem IHR agar lebih mengedepankan prinsip-prinsip *fairness, transparency, equity* dan *sovereignty of states*. Indonesia perlu menemukan landasan argumentasi untuk melaksanakan atau tidak melaksanakan kewajiban *virus sharing* atas virus H5N1, atau paling tidak, akan menemukan konsep-konsep baru untuk mengusulkan dilakukannya perubahan-perubahan secara mendasar terhadap ketentuan mengenai tata cara pelaksanaan kewajiban *virus sharing* sebagai bagian dari upaya penanganan penyebaran penyakit menular oleh WHO.

<sup>1</sup> Pasal 3-4 International Health Regulation 2005 (IHR 2005).

<sup>2</sup> Pasal 6-7 IHR 2005.

<sup>3</sup> Endang R. Sedyaningih, *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, June 2008, hlm. 482.

<sup>4</sup> Maryn McKenna, "System for Global Pandemic Vaccine Development Challenged," *CIDRAP News*, 6 February 2007, hlm. 5.

<sup>5</sup> David P. Fiedler, 2001, "International Law and Global Infectious Disease Control", *CMH Paper Working Series*, Indiana University School of Law, Bloomington, hlm. 7. Untuk selanjutnya disebut Fiedler (1).

**B. Pembahasan**

**1. Virus Sharing dalam Perspektif Indonesia sebagai Negara Korban**

**a) Latar Belakang Pandemi/Flu Burung**

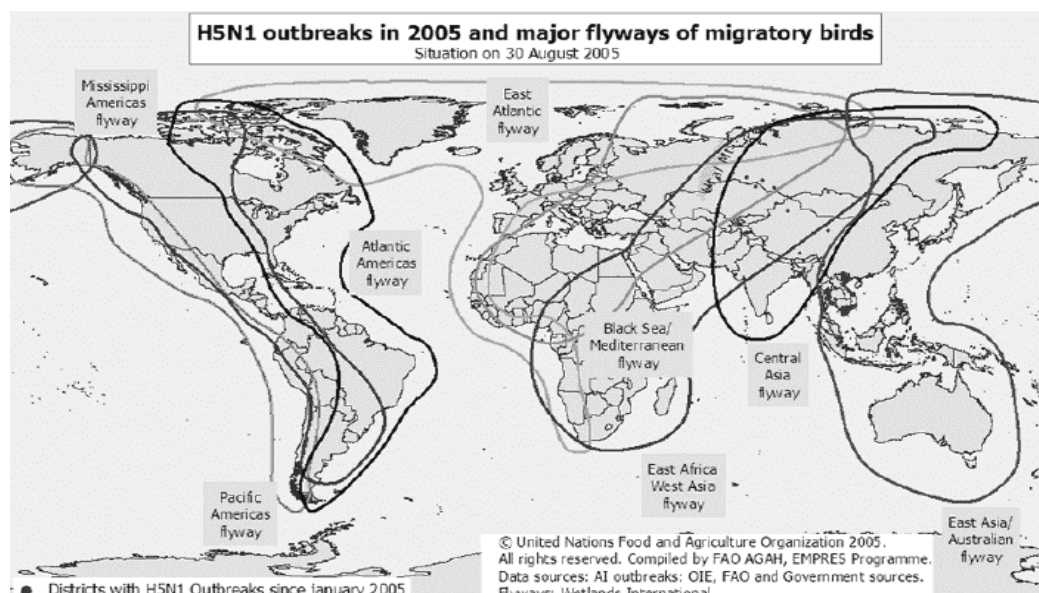
Kasus flu yang bersifat mewabah dan pandemik pertama kali terjadi pada tahun 1580 di Asia dan selanjutnya menyebar ke Afrika, Eropa dan Amerika. Pada waktu itu, pandemik ini menyebar ke Benua Eropa dalam kurun waktu seminggu, sehingga tingkat kematian cukup tinggi. Menurut catatan CIDRAP, tingkat kematian dalam wabah tercatat sejumlah 9.000 – 80.000 nyawa di Roma. Di Spanyol dilaporkan hampir seluruh warga meninggal dalam pandemik tersebut (*nearly entirely depopulated*). Sejak tahun 1800-an, pandemik ini berulang dalam jangka waktu antara 10 tahun sampai 49 tahun, dan rata-rata berulang setiap 24 tahun. Dalam tabel di bawah ini, Flu Spanyol (*Spanish Flu*) yang disebut juga *strain* H1N1, mewabah pada tahun 1918-1919.

**Tabel 1. Peristiwa Pandemi Flu di Dunia**

1732 – 1733	1857 – 1858
1781 – 1782	1889 – 1890
1800 – 1802	1918 – 1919
1830 – 1833	1957 – 1958
1847 – 1848	1968 – 1969

**Sumber:** Osterholm, 2006, *Pandemic Influenza: A Current Perspective*, Centre for Infectious Disease Research and Policy, University of Minnesota, Minneapolis.

Secara global diperkirakan korban yang meninggal 50 – 100 juta, dari 200 juta – 1 milyar jiwa yang terinfeksi di seluruh dunia. Pola korban orang dewasa mengikuti huruf W (*W curve*). Dari 13 studi yang dilakukan antara tahun 1918-1919, korban yang meninggal termasuk ibu hamil antara 23 – 71% dari total penduduk. Flu Asia (*Asian Flu*) yang mewabah pada tahun 1957 – 1958, disebut *strain* H2N2, karena sudah merupakan perpaduan antar gen virus, dimulai dari kelompok unggas liar, ayam ke itik kemudian ke manusia dan sirkulasi antar manusia. Diperkirakan korban yang meninggal akibat virus ini antara 60.000 – 70.000 jiwa.



**Gambar 1. Pola Penerbangan Burung-Burung Dunia**

**Sumber:** Osterholm, 2006, *Pandemic Influenza: A Current Perspective*, Centre for Infectious Disease Research and Policy, University of Minnesota, Minneapolis.

Kemudian pada tahun 1968 – 1969 virus mewabah di Hongkong dan disebut Hong Kong Flu. Wabah ini disebut strain H3N2, yang merupakan kombinasi genetik dari dua virus bebek dan 4 virus dari manusia. Di Amerika, diperkirakan korban meninggal sebanyak 40.000 akibat virus ini.

Untuk wabah tahun influenza tahun 2003 – 2006, pola penyebaran virus jauh lebih cepat dari pandemik tahun sebelumnya, dikarenakan oleh arus globalisasi, terutama di bidang industri pariwisata. Berdasarkan gambar di bawah ini, virus yang semula mewabah di Asia (China) dengan cepat menyebar ke negara Asia lainnya, ke Timur Tengah, dan benua Afrika (Mesir). Dilaporkan pula, percepatan penyebaran virus flu burung ini karena mengikuti pola migrasi dari burung-burung di dunia. Bila hal ini benar, maka seluruh dunia kemungkinan akan mengalami pandemik bila virus flu burung ini mewabah lagi beberapa tahun kemudian. Gambar di atas menunjukkan pola penerbangan burung-burung di dunia.

#### b) Perkiraan Korban Untuk Kasus H5N1

Bila pandemik tahun 2007 hingga 2008 disebabkan oleh virus H5N1, diestimasikan 30% – 60% dari total populasi dunia terinfeksi. Estimasi di atas berdasarkan pada kasus berikut:

**Tabel 2. Perkiraan Korban Kasus H5N1**

Pola Penyebaran Virus Mirip dengan	Korban Meninggal
Pandemik 1968	2 – 7.5 juta jiwa
Pandemik 1918	180 – 360 juta jiwa
Kasus H5N1	1.6 juta jiwa meninggal

**Sumber:** Osterholm, 2006, *Pandemic Influenza: A Current Perspective*, Centre for Infectious Disease Research and Policy, University of Minnesota, Minneapolis.

Sedangkan berdasarkan studi yang dilakukan oleh Departemen Kesehatan Amerika, perkiraan korban dari H5N1 adalah sebagai berikut:

**Tabel 3. Perkiraan Korban H5N1**

Karakteristik	Pola Penyebaran Moderat / Flu Asia	Pola Penyebaran Severe / Flu Spanyol
Sakit	90 juta jiwa	90 juta jiwa
Sakit rawat jalan	45 juta jiwa	45 juta jiwa
Menginap di RS	865.000	9.900.000
Perawatan ICU	128.750	1.485.000
Perawatan <i>mechanical ventilation</i>	64.975	724.500
Meninggal	209.000	1.903.000

**Sumber:** Osterholm, 2006, *Pandemic Influenza: A Current Perspective*, Centre for Infectious Disease Research and Policy, University of Minnesota, Minneapolis.

Kedua hasil estimasi studi di atas menunjukkan betapa parah dampak dari wabah flu burung. Dari segi korban jiwa, tidak sedikit korban meninggal, baik di negara maju maupun di negara berkembang. Bila dampak dari wabah mengikuti kasus pada wabah Flu Spanyol, bisa diprediksikan maka dunia akan mengalami penurunan drastis dalam jumlah penduduk. Bila yang meninggal adalah lebih banyak pada usia produktif, maka ini juga akan berpengaruh pada tingkat kesejahteraan dunia.

Dampak dari flu burung di berbagai negara Asia berbeda-beda. Indonesia mengalami kerugian besar pada hampir seluruh skala industri (besar, menengah dan kecil). Di beberapa negara lain seperti Kamboja, Laos, Thailand dan Vietnam, dampak terberat terjadi pada industri ternak rumahan.

**Tabel 4: Estimasi Biaya Dampak dari Flu HPAI dan H5N1 Selama 2003 - 2005**

Negara	Industri Besar	Industri Menengah	Industri Kecil	Peternak Rumahan
Indonesia	3.5% produksi ternak menurun. Biasanya untuk konsumsi domestik dan ekspor	21.2%	11.8%	63.4%
Cambodia	-	< 1%	< 1%	99% peternak rumahan
Laos	-	Relatif tidak terdampak	10%	90% peternak
Thailand	70%	20%	Di tingkat produksi 10%, di tingkat produsen > 98%	
Vietnam	Relatif tidak terdampak	20 – 25%	Di tingkat produksi 10-15%, produsen relatif tidak terdampak	Di tingkat produksi 65%, di tingkat produsen hampir 70%

**Sumber:** Osterholm, 2006, *Pandemic Influenza: A Current Perspective*, Centre for Infectious Disease Research and Policy, University of Minnesota, Minneapolis.

Kerugian langsung di level individual yang mengalami sakit adalah kehilangan kesempatan memperoleh pendapatan. Kerugian ini akan di alami seumur hidup bila si penderita meninggal atau mengalami cacat fisik seumur hidup. Dengan asumsi dan penderita di suatu daerah tertentu maka kerugian pekerja di sektor peternakan unggas bisa dihitung dengan rumus:

Kerugian material =  $\Sigma$  pekerja  $\times$  upah perbulan  $\times$  sisa umur produktif pekerja

#### c) Kasus Flu Burung di Indonesia dan Dampaknya

Kasus flu burung di Indonesia sepanjang 2008 paling banyak terdapat di wilayah Jakarta, Bogor, Depok, Tangerang, Bekasi (Jabodetabek). Komite Nasional Pengendalian Avian Influenza dan Kesiapsiagaan Menghadapi Pandemi Influenza (Komnas FBPI) mencatat, sedikitnya 10 dari 12 korban meninggal dunia berasal dari Jabodetabek.

**Tabel 5: Perkembangan Penderita Kasus Flu Burung (Data 13 Agustus 2007 dan 16 Agustus 2007)**

Provinsi	Positif Flu Burung		Provinsi	Positif Flu Burung	
	$\Sigma$ kasus	$\Sigma$ meninggal		$\Sigma$ kasus	$\Sigma$ meninggal
Jawa Barat	29	23	Jawa Barat	29	23
Dki Jakarta	25	22	Dki Jakarta	25	22
Banten	13	11	Banten	14	12
Sumatera Utara	8	7	Sumatera Utara	8	7
Jawa Timur	7	5	Jawa Timur	7	5
Jawa Tengah	9	8	Jawa Tengah	9	8
Lampung	3	0	Lampung	3	0
Sulawesi Selatan	1	1	Sulawesi Selatan	1	1
Sumatera Barat	3	1	Sumatera Barat	3	1
Sumatera Selatan	1	1	Sumatera Selatan	1	1
Riau	3	2	Riau	3	2
Bali	1	1	Bali	1	1
$\Sigma$	103	82	$\Sigma$	104	83

**Sumber:** Dinas Kesehatan RI.



Koordinator *Surveilans* Komnas FBPI Heru Setijanto menyebutkan, pada tahun 2008 (Juli-Agustus) korban meninggal akibat flu burung di tanah air mencapai 107 orang. Sedangkan kasus tahun 2007 dicatat dalam Tabel 5 di atas.

#### **d) Dampak Ekonomi dari Avian Flu (H5N1)**

Dari sisi permintaan (*demand side*), terdapat dampak psikologis yang ditimbulkan kepada pihak-pihak yang terlibat langsung dalam kegiatan ini, seperti pihak investor dan konsumen. Bagi investor, ada kekhawatiran kalau nilai investasi mereka tidak aman, dalam arti tidak mendapatkan keuntungan ekonomi. Sedangkan bagi konsumen dari produk-produk *poultry*, mungkin akan terjadi penurunan drastis konsumsi daging dan telur ayam, serta produk-produk turunan dari telur dan ayam. Lebih lanjut ini akan berdampak pada kebutuhan protein masyarakat. Bagi peternak ayam, mereka sebenarnya terpaksa harus memusnahkan ternak-ternak mereka begitu daerah mereka dinyatakan sebagai *cluster* penyebaran virus, apalagi tidak ada kompensasi dari pemerintah. Sedangkan dari sisi penawaran (*supply side*), dengan adanya wabah flu, akan ada banyak penurunan dalam jumlah pekerja atau produktifitas pekerja. Hal ini disebabkan oleh kemungkinan banyak tenaga kerja yang meninggal, sakit, atau mereka tidak bekerja karena khawatir tertular oleh teman mereka di kantor.

#### **e) Estimasi dan Asumsi Ekonomi pada Kasus H5N1**

Dengan menggunakan asumsi dasar berikut: tingkat penyebaran virus rata-rata 20%, kasus meninggal 0.5% dari total korban yang terinfeksi, rata-rata pandemik berkisar selama satu tahun, dan rata-rata kasus sakit selama 1 minggu, maka dapat diperkirakan sektor-sektor ekonomi apa saja yang terdampak langsung. Beberapa sektor yang mendapat bias negatif langsung dari kasus

flu ini di antaranya adalah sektor pariwisata, sektor keuangan global, jasa konsultan luar negeri, dan lain-lain.

Sektor pariwisata adalah salah satu sektor ekonomi yang paling rentan terhadap isu kesehatan, seperti kasus flu burung. Industri pariwisata yang menawarkan *leisure activities* tentunya akan sangat mengedepankan faktor *comfortableness* penikmat wisata itu sendiri. Umumnya tidak hanya peminat wisata yang akan membatalkan perjalanan wisatanya, pemerintah negara pelancong pun tidak jarang langsung mengeluarkan *travel warning* kepada warganya bila diketahui daerah tujuan wisata mengalami pandemik penyakit. Sektor yang lain seperti jasa keuangan global, jasa konsultasi luar negeri juga tidak luput dari dampak pandemik seperti kasus flu burung. Begitu tersebar berita ada wabah flu burung di Asia, indeks harga saham gabungan di beberapa pasar modal turun cukup signifikan.

Di sisi lain, dampak lain dari pandemik flu burung ini adalah adanya ketakutan untuk mengkonsumsi daging ayam, telur, dan produk-produk turunan dari ayam dan telur. Hal ini tentu berpengaruh pada produksi ayam dan telur, yang dalam jangka panjang berpengaruh pada pekerja dan pendapatan keluarga pihak-pihak yang terkait dengan ternak ayam dan unggas lainnya. Sedangkan faktor lain yang tidak kalah penting adalah faktor penularan (*contagion effect*) dari negara tetangga. Bila negara tetangga langsung seperti Malaysia, Singapura, dan Brunei yang mengalami pandemik, otomatis kita sebagai tetangga juga akan dilanda kekhawatiran.

#### **f) Respon pada kebijakan ekonomi**

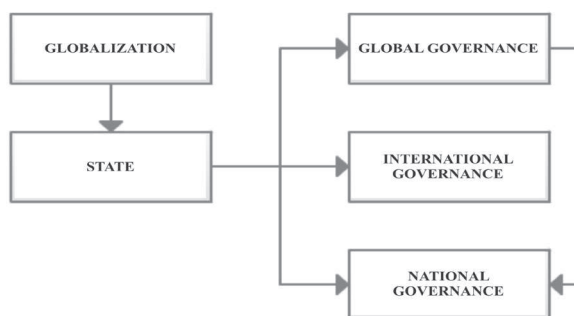
Respon pemerintah yang berupa kebijakan moneter kebijakan fiskal mungkin diperlukan setelah pandemik terjadi. Di bidang moneter, kejadian pandemik mungkin akan membutuhkan respon dari dunia perbankan untuk lebih berhati-hati dalam menyalurkan kredit perbankan, dan mempertimbangkan

resiko kredit pasca kejadian pandemik. Sedangkan di bidang fiskal, pandemik yang lama dan berkepanjangan akan berpeluang menyebabkan defisit pada anggaran pemerintah, karena pemerintah harus mengeluarkan biaya publik di bidang kesehatan, keamanan publik, kesejahteraan sosial dan kemungkinan memberikan subsidi pada BUMN yang menderita rugi karena terjadinya pandemik.

**2. Posisi Indonesia dalam Kerjasama Penanganan Pandemi**

Berdasarkan hasil analisa kebijakan pemerintah dalam menangani pandemik virus flu burung di atas, dapat dilihat bahwa seharusnya Indonesia sebagai negara korban dengan kerugian yang besar diberikan perlakuan khusus agar kerjasama internasional dalam penanganan pandemik bisa dilaksanakan secara berkeadilan. Dalam perspektif demikian, maka untuk menentukan posisi runding dalam negosiasi-negosiasi kerjasama internasional berkenaan dengan penanganan pandemik, harus pula dilihat dalam perspektif Indonesia sebagai bagian dari tata kelola kesehatan internasional di bawah WHO.

**Bagan 1. Public Health, Governance, and Globalization**

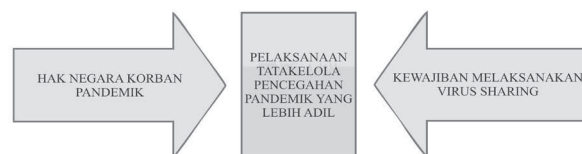


Sumber: CDC Public Health Law Program, 2008

Sebagai bagian dari tata kelola kesehatan secara internasional, Indonesia harus mengikuti prinsip-prinsip dan ketentuan-ketentuan dalam hukum internasional umumnya dan ketentuan dalam tata kelola kesehatan internasional khu-

susnya. Sekalipun demikian, dalam tata kelola kesehatan internasional kedaulatan negara masih diakui dengan baik sehingga ketentuan-ketentuan yang ada biasanya bersifat koordinatif. Oleh karenanya penelesaian kewajiban-kewajiban dari ketentuan dalam WHO atau GINS tidak dapat dilihat hanya dari kewajiban yang lahir dari prinsip *pacta sunt servanda* saja, melainkan harus ditempatkan dalam kerangka pemikiran yang lebih dalam, yaitu kewajiban negara untuk terlibat dalam mencegah terjadinya bencana kemanusiaan.

Melaksanakan kewajiban internasional secara sukarela atas tindakan yang murni ditujukan untuk mencegah terjadinya bencana kemanusiaan, tentunya tidak menjadi masalah, namun ketika tindakan tersebut diwarnai oleh aktivitas komersial, maka diperlukan perhitungan-perhitungan yang matang untuk menentukan kebijakan yang akan diambil.



**3. Landasan Tuntutan Indonesia atas Perubahan Kebijakan Virus Sharing dalam Tata Kelola GINS**

Sebagai negara korban dengan kerugian materiil dan immaterial yang luar biasa 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 dengan negara lain. Penyerahan sampel virus kepada WHO tidak hanya dianggap sebagai pelaksanaan kewajiban negara 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, dengan demikian,

harus dipandang sebagai benda ekonomi yang dapat dipertukarkan karena, dalam pandangan Pemerintah Indonesia, virus H5N1 adalah sumber daya alam.

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 yang berada di dalam wilayah negara. 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 humanity*”. Lebih lanjut dikatakan bahwa negara mempunyai wewenang untuk menentukan akses terhadap sumber daya genetik yang terletak dan dilakukan menurut ketentuan hukum nasional negara masing-masing,<sup>6</sup> Oleh karenanya pihak lain yang menginginkan akses terhadap sumber daya hayati tersebut harus terlebih dahulu mendapat persetujuan dari pihak yang menyediakan sumber daya hayati tersebut.<sup>7</sup> Segala akses yang diberikan harus berdasarkan persyaratan yang disepakati bersama.<sup>8</sup>

Dengan menganggap sebagai sumber daya hayati maka Indonesia seharusnya mempunyai kewenangan untuk melakukan pengawasan penggunaan sampel. Hal ini penting mengingat bahwa setiap pemanfaatan sumber daya oleh pihak ketiga seharusnya memberikan kemanfaatan bagi bangsa dan negara Indonesia. Konsep yang diajukan oleh Indonesia ini mendapatkan penerimaan dalam resolusi *World Health Assembly* (WHA) bahwa WHA mengakui hak berdaulat negara-negara atas sumber dayanya”.

Konsep yang menganggap sampel virus influenza sebagai sumber daya hayati menimbulkan kritik dari negara maju. Bagi mereka, menginter-

pretasikan CBD untuk menggunakan virus patogen bisa berlawanan dengan tujuan CBD. CBD disusun untuk membantu negara sedang berkembang yang kaya akan keragaman hayati untuk mengendalikan akses terhadap keragaman hayati ini guna melestarikan dan mengelola keragaman itu secara terus menerus. Konvensi ini dimaksudkan sebagai jawaban atas kerisauan negara sedang berkembang atas ancaman perusahaan multinasional dari negara industri yang berupaya mengakses keragaman hayati mereka dan menciptakan produk yang menguntungkan tanpa memberi manfaat bagi negara berkembang ini.<sup>9</sup>

Dengan menganggap virus sebagai sumber daya hayati dikhawatirkan akan terjadi penurunan makna dari sumber daya hayati. Virus adalah zat renik merugikan yang keberadaannya bahkan mengancam keberadaan keragaman hayati yang lain, sehingga harus dimusnahkan. Tentunya hal ini bertentangan dengan esensi dari CBD yang ditujukan untuk melindungi keragaman hayati melalui penerapan prinsip-prinsip kedaulatan, notifikasi dan keuntungan bersama atas akses dan pemanfaatan sumber daya tersebut.

Dalam Konferensi CBD pun, penggolongan virus H5N1 sebagai sumber daya hayati juga tidak diterima. Pihak-pihak dalam CBD berkeyakinan bahwa virus flu burung bukanlah sumber daya hayati yang tunduk terhadap aturan CBD namun sebagai ancaman bagi keragaman hayati. Atas potensi ancaman yang diakibatkan oleh virus H5N1 tersebut maka perlu dilakukan pengawasan atasnya. Dengan demikian sifat pengawasan yang berlaku bagi virus berbeda halnya dengan pengawasan atas pemanfaatan sumber daya hayati oleh pihak ketiga. Pengawasan terhadap virus dimaksudkan untuk memusnahkannya atau mengurangi penyebarannya, sementara atas sumber daya hayati pengawasan dimaksudkan untuk melindungi keberadaan dan keberagamannya.

<sup>6</sup> Pasal 15 ayat (1) *United Nations Convention on Biological Diversity* (CBD).

<sup>7</sup> Pasal 15 ayat (5) CBD.

<sup>8</sup> Pasal 15 ayat (4) CBD.

<sup>9</sup> Pasal 16 CBD.



Dilihat dari definisi sumber daya hayati yang termuat dalam ketentuan CBD terlihat di dalamnya menegaskan bahwa sumber daya yang dimaksud haruslah memiliki potensi bermanfaat atau bernilai bagi kemanusiaan. Ketika definisi ini dibaca berkaitan dengan prinsip CBD, potensi manfaat atau nilai bagi kemanusiaan dimaksudkan untuk mendapatkan perlindungan, pelestarian dan penggunaan sumber daya secara terus menerus. CBD menggunakan prinsip kedaulatan sebagai instrument regulasi untuk mencapai tujuannya. Manfaat atau nilai bagi kemanusiaan atas virus influenza berasal dari tersebarnya pembagian pengawasan dan tujuan pengembangan vaksin karena ancaman global yang terdapat pada virus itu. Dalam konteks ini, prinsip kedaulatan yang bertumpu pada pendekatan CBD bukanlah dasar yang tepat untuk memfasilitasi pertukaran yang tepat dan komprehensif yang dikehendaki oleh tatanan kesehatan global.<sup>10</sup>

Ketidaktepatan penggunaan ketentuan CBD sebagai dasar penolakan melaksanakan kewajiban *virus sharing* memaksa kita harus mencari landasan yang lebih tepat sebagai masukan yang berguna bagi penentu kebijakan dalam tata kelola penanganan pandemik virus.

#### 4. Penegasan Makna “Kewajiban *Virus Sharing*”

Salah satu alasan mengapa Indonesia menitikberatkan pada CBD adalah karena ketentuan dalam CBD dapat menjadi sarana untuk mengubah implikasi ketentuan IHR 2005. Dalam Pasal 57 (1) IHR 2005 dinyatakan:

*States Parties recognize that the IHR and other relevant international agreements should be interpreted so as to be compatible. The provisions of the IHR shall not affect the rights and obligations of any State 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 adalah CBD) 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.

Pengenaan kewajiban *virus sharing* ditentukan dalam IHR 2005 yang selanjutnya diatur lebih detil dalam ketentuan GISN. Secara teknis, IHR 2005 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 atas penguasaan sampelnya pada waktu sebelum regulasi itu diberlakukan. Namun, penolakan Indonesia untuk mengirimkan sampel virus sejak tanggal 15 Juni 2007 lah yang menjadi persoalan. Sebab, dalam IHR ditentukan bahwa 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.<sup>11</sup>

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 ini berlaku bagi Indonesia dalam versinya yang semula, termasuk di dalamnya ketentuan-ketentuan mengenai kewajiban *virus sharing*. Secara teknis yuridis, Indonesia sebagai negara peserta perjanjian internasional berkewajiban untuk melaksanakan ketentuan-ketentuan dalam perjanjian dan harus menahan diri

<sup>10</sup> David P. Fiedler, “Influenza Virus Samples, International Law, and Global Health Diplomacy”, *Emerging Infectious Diseases*, Vol. 14, No. 1., Januari 2008, hlm. 91. Untuk selanjutnya disebut Fiedler (2).

<sup>11</sup> Pasal 59 IHR 2005.

dari tindakan-tindakan yang dapat menggagalkan maksud dan tujuan perjanjian.<sup>12</sup> 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 pertama berpendapat bahwa IHR 2005 menghendaki negara-negara untuk berbagi sampel biologis sebagai bagian kewajiban untuk memberi 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 harapan mendapat keuntungan sebagai balasannya. Interpretasi ini didukung oleh resolusi *World Health Assembly* (WHA) pada bulan Mei 2006, yang meminta negara anggota WHA untuk segera memenuhi, secara sukarela, dengan ketentuan IHR 2005 yang dianggap relevan dengan resiko yang ditimbulkan oleh flu burung dan flu pandemik.<sup>13</sup> Resolusi ini mendesak negara anggota WHO untuk memberikan material biologis kepada WHO terkait dengan flu burung pathogen dan jenis influenza baru lainnya secara tepat dan konsisten.<sup>14</sup>

Dorongan untuk berbagi bahan biologis dengan WHO bisa dianggap sebagai perintah dari lembaga pembuat kebijakan tertinggi WHO dengan ruang lingkup kewajiban untuk berbagai informasi kesehatan publik dengan WHO terkait dengan semua kejadian yang merupakan PHEIC.

Oleh karenanya, semua negara sesuai dengan ketentuan IHR 2005 bertanggung jawab 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 pengenaan 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.<sup>15</sup>

Interpretasi kedua menghasilkan kesimpulan yang bertentangan, dimana menurut pengusungnya, dalam ketentuan IHR 2005 tidak terdapat kewajiban *virus sharing* oleh anggota kepada WHO. IHR 2005 tidak menghendaki negara pihak untuk berbagi sampel biologis dengan WHO. Pasal 31 Konvensi Wina 1969<sup>16</sup> menyatakan bahwa perjanjian harus diinterpretasikan secara baik sesuai dengan makna sebenarnya yang diberikan oleh perjanjian, dalam konteks perjanjian, dan berkenaan dengan maksud dan tujuan perjanjian itu. IHR 2005 hanya menghendaki negara pihak untuk

<sup>12</sup> Pasal 26 Vienna Convention on the Law of Treaties 1969.

<sup>13</sup> WHA Resolution, 58.5, 2006, Par. 1.

<sup>14</sup> *Ibid.*, Par. 4.

<sup>15</sup> Fiedler (2), *Op.cit.*, hlm. 88.

<sup>16</sup> Meskipun Indonesia tidak menjadi pihak dalam Konvensi Wina 1969 mengenai Perjanjian Internasional (*Vienna Convention on the Law of Treaties 1969*) namun norma-norma yang termuat di dalam perjanjian ini mengikat negara-negara sebagai hukum kebiasaan internasional atau sebagai prinsip-prinsip hukum umum yang diakui oleh bangsa-bangsa di dunia. I.M. Sinclair, 1973, *The Vienna Convention on the Law of Treaties*, Manchester University Press, hlm. 3. Lihat juga Martin Dixon dan Robert McCorquodale, 2003, *Cases and Materials on International Law*, Oxford University Press, New York, hlm. 37.

menyampaikan kepada WHO informasi kesehatan publik tentang kejadian yang merupakan PHEIC.<sup>17</sup> IHR 2005 tidak menetapkan apa arti ‘informasi kesehatan publik’ sehingga maknanya harus dilihat melalui prinsip interpretasi perjanjian. Interpretasi kedua menyatakan bahwa makna sebenarnya dari kata ‘informasi’ meliputi pengetahuan dan fakta namun tidak mencakup sampel biologis.<sup>18</sup>

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 fasilitasi transportasi, keluar-masuk, pemrosesan dan pemusnahan substansi biologi dan spesimen diagnostik, reagen dan bahan *diagnostic* lainnya guna verifikasi dan tujuan tanggap darurat kesehatan publik menurut IHR. Penggunaan kata “substansi biologis” di sini menunjukkan bahwa para negosiator menganggap konsep ini terpisah dari kata “informasi kesehatan publik”.<sup>19</sup>

Kewajiban untuk menyampaikan informasi kesehatan publik kepada WHO mengenai kejadian yang dilaporkan memuat daftar hal-hal yang harus dilakukan negara 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). Daftar ini mengacu pada sesuatu yang termasuk dalam makna sebenarnya dari “informasi” dan tidak berisi apapun yang bisa dianggap sebagai sampel biologis, substansi, atau 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 patogen yang menjadi kepedulian dunia (misal, virus sindrom pernafasan akut, dan virus influenza H5N1) untuk pengawasan dan tujuan lainnya. Jika dilihat dalam *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 kepada 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 dugaan penggunaan agen biologis, kimiawi dan radiasi nuklir secara sengaja, yang tidak meliputi munculnya virus flu burung atau pandemik influenza.<sup>20</sup>

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 pun ini sesuai dengan semangat CBD yang menegaskan bahwa keputusan untuk berbagi sampel biologis berada di tangan negara di mana sampel itu berasal.<sup>21</sup>

<sup>17</sup> Pasal 6 IHR 2005.

<sup>18</sup> Fiedler (2), *Op.cit.*, hlm. 92.

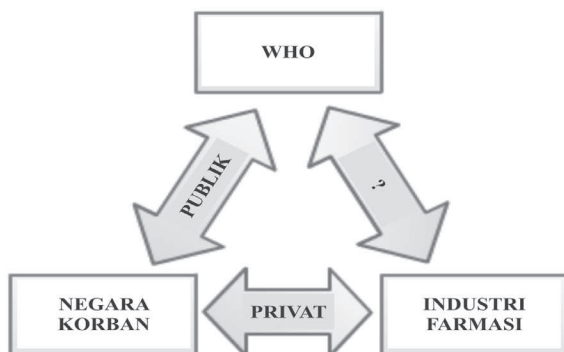
<sup>19</sup> *Ibid.*

<sup>20</sup> *Ibid.*, hlm. 93.

<sup>21</sup> Lihat prinsip-prinsip yang dirumuskan dalam *Chairman Draft of The Open-Ended Working Group WHO on Intergovernmental Meeting on Pandemic Influenza Preparedness: Sharing of Influenza Viruses and Access to Vaccines And Other Benefits*, 9-15 November 2008. A/PIP/IGM/WG/6, 29 September 2008.

Dari uraian di atas dapat dilihat bahwa argumen Indonesia untuk menyatakan bahwa virus merupakan sumber daya hayati yang tunduk pada ketentuan CBD tidak dapat dipertahankan. Di sisi lain, penolakan mengirimkan sampel yang didasarkan pada interpretasi bahwa ketentuan IHR 2005 tidak mengenakan kewajiban *virus sharing*, akan berhadapan dengan persoalan moral mengenai kewajiban untuk turut serta dalam pencegahan bencana pandemik internasional demi mencegah terjadinya bencana kemanusiaan yang lebih besar. Namun keterlibatan industri farmasi yang berperan besar dalam penanganan ini dan bertindak dalam ruang lingkup bisnis dalam sistem pencegahan pandemik flu burung, menyebabkan struktur hubungan hukum dalam kerangka GINS tidak lagi murni hubungan publik.

### Bagan 2. Struktur *Virus Sharing*



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 mendapatkan imbalan sebagai negara pengirim sampel karena dari sampel yang dikirimkan itu, industri farmasi dapat mengembangkannya sebagai vaksin, obat dan metode pengobatan yang mempunyai nilai ekonomis.<sup>22</sup>

Oleh karenanya dibutuhkan metode yang berbeda untuk mencapai keseimbangan yang lebih baik. Perlu ditinjau lebih dahulu bagaimana posisi tawar para pihak yang terlibat di dalam hubungan ini. Indonesia sebagai negara korban memiliki posisi tawar tinggi berkenaan dengan penyediaan virus H5N1 yang *strain*-nya paling ganas, sehingga vaksin yang dihasilkan adalah vaksin terbaik dibanding *strain* yang lain. Namun di sisi lain, negara korban yang berasal dari negara berkembang seperti Indonesia berada dalam posisi tawar yang rendah, mengingat bahwa industri farmasi yang mampu membuat vaksin, obat dan metode pengobatan untuk flu burung hanya terdapat di tujuh negara industri maju saja. 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.

### C. Penutup

Struktur hubungan yang terbangun diantara pihak-pihak terkait dalam *virus sharing* yaitu: WHO, negara pengirim sampel dan industri farmasi yang memanfaatkan sampel, terlihat bahwa hak-hak dan kewajiban-kewajiban hukum dalam pelaksanaan *virus sharing* tersebut tidak terbangun secara proporsional. Kewajiban sebagai anggota WHO untuk melaksanakan *virus sharing* tidak diimbangi dengan hak negara pengirim sampel untuk mendapatkan kejelasan informasi dan melakukan pengawasan atas penggunaan sampel virus, baik oleh WHO atau oleh industri farmasi. Dalam sistem pencegahan pandemik flu burung yang saat ini berlaku juga belum ada mekanisme pengaturan untuk mendistribusikan keuntungan ekonomi industri farmasi kepada negara korban atas pengembangan sampel virus yang dikirim oleh negara korban sebagai bahan vaksin, obat atau metode pengobatan.

<sup>22</sup> Hal ini juga telah digunakan sebagai landasan pemikiran yang digunakan oleh para ahli WHO dalam *Intergovernmental Meeting on Pandemic Influenza Preparedness: Sharing of Influenza Viruses and Access to Vaccines and Other Benefits Open-Ended Working Group Provisional Agenda: Benefit*, April 2008. A/PIP/IGM/WG/4, 3 April 2008. Pentingnya pembagian keuntungan juga dibahas oleh WHO dalam *Open-Ended Working Group WHO on Intergovernmental Meeting on Pandemic Influenza Preparedness: Sharing of Influenza Viruses and Access to Vaccines and Other Benefits*, November 2008.

Sebagai negara korban yang mengalami kerugian materiil dan immaterial luar biasa, Indonesia merasa bahwa kewajiban melaksanakan *virus sharing* oleh IHR 2005 dilaksanakan secara tidak adil, karena tidak memberikan kewenangan bagi negara pengirim untuk melakukan pengawasan atas pemanfaatan virus.

Diperlukan suatu kajian filosofis dan teoritis yang mendalam untuk memperbaiki struktur hubungan dalam mekanisme pencegahan pandemik penyakit menular dalam organisasi WHO. Perlu diperjelas dan ditentukan hak-hak dan kewajiban-kewajiban pihak-pihak terkait yang lahir dari

hubungan di sektor publik atau sektor privat, mengingat besarnya peran privat (industri farmasi) dalam penanganan masalah ini. Keuntungan ekonomi industri farmasi atas pemanfaatan sampel virus seharusnya dapat dinikmati juga oleh negara pengirim. WHO hendaknya menyusun mekanisme pemberian kompensasi bagi negara pengirim virus dalam sistem GISN yang memungkinkan negara pengirim mendapatkan produk-produk yang dihasilkan oleh industri farmasi yang berasal dari sampel virus yang dikirimkan secara mudah dan murah.

## DAFTAR PUSTAKA

### A. Buku

Dixon, Martin, dan Robert McCorquodale, 2003, *Cases and Materials on International Law*, Oxford University Press, New York.

Sinclair, I.M., 1973, *The Vienna Convention on the Law of Treaties*, Manchester University, Manchester.

### B. Artikel Jurnal

Fidler, David P., "Influenza Virus Samples, International Law, and Global Health Diplomacy", *Emerging Infectious Diseases*, Vol. 14, No. 1., Januari 2008.

Sedyaningsih, Endang R., Siti Isfandari, Triono Soendoro, dan Siti Fadilah Supari, "Towards Mutual Trust, Transparency and Equity in *Virus Sharing* Mechanism: The Avian Influenza Case of Indonesia", *Annals Academic of Medicine*, Vol. 37, No. 6, June 2008.

### C. Hasil Penelitian/Tugas Akhir

Fiedler, David P., 2001, "International Law and Global Infectious Disease Control", *CMH Paper Working Series*, Indiana University School of Law, Bloomington,

Osterholm, 2006, "Pandemic Influenza: A Current Perspective", Centre for Infectious Disease Research and Policy", *Paper Work*, Universitas of Minnesota, Minneapolis.

WHO, *Chairman Draft of The Open-Ended Working Group WHO on Intergovernmental Meeting on Pandemic Influenza Preparedness: Sharing of Influenza Viruses and Access to Vaccines And Other Benefits*, 9-15 November 2008. A/PIP/IGM/WG/6, 29 September 2008.

WHO, *Open-Ended Working Group WHO on Intergovernmental Meeting on Pandemic Influenza Preparedness: Sharing of Influenza Viruses and Access to Vaccines and Other Benefits*, November 2008.

WHO, *Intergovernmental Meeting on Pandemic Influenza Preparedness: Sharing of Influenza Viruses and Access to Vaccines and Other Benefits Open-Ended Working Group Provisional Agenda: Benefit*, April 2008. A/PIP/IGM/WG/4, 3 April 2008.

WHA, Sixtieth World Health Assembly, *Pandemic Influenza Preparedness: Sharing of Influenza Viruses and Access to Vaccines And Other Benefits*, 60.28, Agenda Item 12.1, 23 May 2007.

### D. Artikel Majalah atau Koran

McKenna, Maryn, "System for Global Pandemic Vaccine Development Challenged," *CIDRAP News*, 6 Feb 2007.