

WANDA HAMILTON

NICOTINE WAIR

PERANG NIKOTIN
DAN PARA
PEDAGANG
OBAT

Nicotine War

Perang Nikotin dan Para Pedagang Obat

Wanda Hamilton



Judul:

NICOTINE WAR

Perang Nikotin Dan Para Pedagang Obat

FORCE INTERNATIONAL™ trademark, logo and original copyright ©1995-2010 is property of FORCE INTERNATIONAL unless otherwise indicated. Original FORCES material may be reprinted or used in any non-commercial form if proper credit is given to FORCES in original intent remains intact. All other material remains property of its creator/owner. All submissions to FORCES international may be subject to modification for clarity or brevity. All articles posted on FORCES international are the opinion of the writer and not to of organization.

Copyright, Hak Penerbitan © INSISTPress 2010

Pertama kali diterbitkan oleh INSISTPress dan Spasimedia tahun 2010

Anggota IKAPI

Penerjemah:

Sigit Djatmiko

Penyelaras Akhir:

Eko Susanto

Ilustrasi:

Ignatius Ade

Rancang Sampul:

Eddy Susanto

Tata Letak:

Handoko

PERPUSTAKAAN NASIONAL: Katalog Dalam Terbitan (KDT)

NICOTINE WAR Perang Nikotin dan Para Pedagang Obat

Penerjemah: Sigit Djatmiko; Yogyakarta, Mei 2010

14 x 21cm, 137 halaman

ISBN: 978-602-8384-35-3

Diterbitkan oleh **INSISTPress** bekerjasama dengan **Spasimedia****Spasimedia**

Jln. Melati No.10 Ragunan, Jakarta 12550

INSISTPress

Jl. Gandok Tambakan No.85 RT04 RW20, Sinduharjo, Ngaglik, Sleman, Yogyakarta.

Tel/Faks: 0274-883452.

press@insist.or.id

www.insist.or.id

Pengantar Penerbit

Beberapa waktu terakhir ini, perdebatan tentang rokok dan tembakau merebak cukup hangat di tengah-tengah masyarakat di negeri ini. Belum sirna keheranan publik terhadap raibnya satu pasal dari Rancangan Undang-Undang Kesehatan, Pimpinan Pusat Muhammadiyah pada Selasa 9 Maret 2010, mengeluarkan fatwa haram terhadap rokok. Sebelumnya, mengikuti jejak Pemda DKI Jakarta, sebagian besar Pemerintah Daerah dengan penuh antusias mengeluarkan Peraturan Daerah (PERDA) tentang larangan dan pembatasan terhadap perokok. Pada saat yang sama Pemerintah juga sedang mempersiapkan Rancangan Peraturan Pemerintah (RPP) Pengamanan Produk Tembakau Sebagai Zat Adiktif Bagi Kesehatan. Rokok dan perokok dipandang sebagai sumber (berbagai) penyakit (sosial) yang perlu diberantas, atau setidaknya perlu dibatasi untuk tidak menyebar kepada orang lain.

Di sisi lain, ratusan ribu petani tembakau dan buruh pabrik rokok melakukan unjuk-rasa menolak RPP dan semua peraturan tentang pembatasan produk tembakau. Para buruh dan petani ini menunjukkan dengan jelas besarnya sumbangan tembakau dan produk tembakau dalam perekonomian rakyat, bahkan bagi penerimaan pemerintah. Penerimaan pemerintah dari cukai rokok, bahkan jauh melampaui pajak dari sejumlah perusahaan pertambangan terbesar di republik ini. Dalam situasi krisis ekonomi yang paling parah sekalipun, seperti yang terjadi pada 1998, usaha rokok dan produk tembakau lainnya tetap tidak terpengaruh -- kalau tidak bisa dikatakan sebagai satu-satunya sumber ekonomi yang paling stabil.

Perdebatan, pro dan kontra, terhadap rokok dan produk tembakau, ternyata bukan cuma terjadi di Indonesia. Di Amerika dan Eropa, perdebatan ini bahkan sudah menghangat sejak dekade 1960-an. Bukan rahasia lagi, perdebatan soal rokok dan produk tembakau sejatinya bukanlah sebatas wacana moral tentang dosa dan bukan dosa, bukan juga sekedar argumentasi teknis medis yang bebas nilai

tentang sehat dan tidak sehat, tapi sudah berada pada ranah persaingan memperebutkan pasar bagi produk korporasi:

“... serangkaian perkembangan teknologi, ekonomi, politik, regulasi dan sosial mengisyaratkan berlangsungnya persaingan, di mana industri tembakau dan farmasi berlaga untuk menguasai pasar pengelolaan nikotin jangka panjang yang bernilai miliaran dollar,” Kenneth Warner, John Slade dan David Sweanor.¹

Wanda Hamilton, seorang peneliti independen dan pengajar di tiga universitas terkemuka di Amerika, mengungkapkan dengan gamblang dan sangat rinci tentang motif-motif yang mendasari larangan dan pembatasan produk tembakau ini. Oleh INSISTPress dan Spasimedia, temuan Wanda Hamilton ini diterbitkan dalam bentuk buku yang saat ini berada di tangan pembaca. Melalui buku *“Nicotine War: Perang Nikotin dan Para Pedagang Obat”* ini, INSISTPress dan Spasimedia ingin menyajikan informasi kritis dibalik kampanye anti rokok yang saat ini marak digelar di negeri ini. INSISTPress dan Spasimedia berharap, buku ini berguna bagi masyarakat untuk bisa melihat secara jernih pesan utama di balik perdebatan dan pro / kontra tentang rokok dan produk tembakau. Selamat membaca.

Jogyakarta, Mei 2010.

1 Wanda Hamilton: *“Nicotin War: Perang Nikotin dan Para Pedagang Obat”*, INSISTPress, Yogyakarta, 2010.

Daftar Isi

Pengantar Penerbit	v
Daftar Isi	vii
Tinjauan	1
1 Perang Nikotin: Kronologi	7
2 Para Pemain Industri Farmasi: Perusahaan Obat yang Berperan dalam Pembuatan Produk “Penghenti Merokok”	11
3 Emas dalam Nikotin	16
4 Cap Jahat untuk Industri Tembakau	23
5 Pemerintah Federal dan Industri Farmasi: Patgulipat yang Tak Sehat	30
6 Pemerintah Federal dan Industri Farmasi: FDA	37
7 Industri Farmasi dan Para Dokter: Korupsi Kedokteran	46
8 Industri Farmasi dan Organisasi Nirlaba: Membeli Gengsi dan Lain-lain	59
9 Permen Karet, Koyok dan Pil:Keamanan dan Khasiat Obat “Berhenti Merokok”	69
10 Pemasaran Obat Berhenti Merokok	83
11 Farmasi Besar, Gelimang Dollar	96
12 Menyelamatkan Nyawa atau Memaksakan Obat dan Agenda?	111
Epilog	118
Tentang Wanda Hamilton	129

Tinjauan

Tanggal penerbitan: 13 Juli 2001

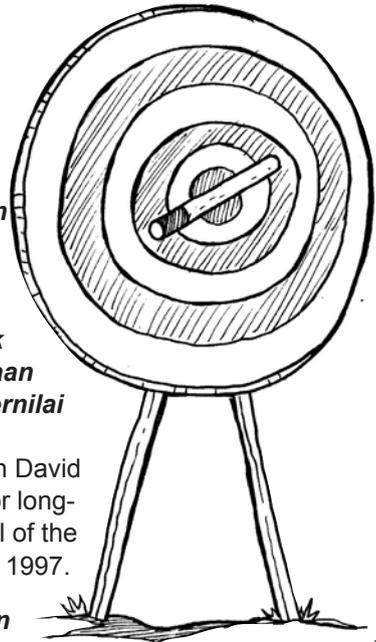
“...serangkaian perkembangan teknologi, ekonomi, politik, regulasi dan sosial mengisyaratkan berlangsungnya persaingan antarsesama yang ganjil di mana industri-industri ini [tembakau dan farmasi] akan berlaga untuk menguasai pasar baru pengelolaan nikotin jangka panjang yang bernilai miliaran dollar.”

– Kenneth Warner, John Slade dan David Swenor, “The emerging market for long-term nicotine maintenance,” *Journal of the American Medical Assn.*, 1 Oktober 1997.

“Dengan sukacita saya umumkan lahirnya kemitraan baru hari ini. Kita baru saja membentuk Proyek Kemitraan untuk Kawasan Eropa kita, dengan tujuan mengurangi kematian dan penyakit yang disebabkan tembakau di kalangan para perokok... Tiga perusahaan farmasi besar telah bergabung dalam kemitraan ini: Glaxo Wellcome, Novartis serta Pharmacia & Upjohn. Mereka semua menghasilkan produk-produk untuk menangani ketergantungan terhadap tembakau.”

– Gro Harlem Brundtland, Direktur Jenderal WHO, pidato pada World Economic Forum, Davos, Swiss, 30 Januari, 1999.

“Dukungan yang diberikan Pharmacia dan perusahaan-perusahaan [farmasi] lain yang berkomitmen sangatlah berharga dalam membantu kita mencapai tujuan. Gabungan sumberdaya



mereka memungkinkan kita memperkuat dan memperluas kepemimpinan global kita guna meningkatkan jumlah organisasi maupun perorangan yang terlibat dalam perang melawan tembakau. Bersama-sama, kita dapat mendorong perubahan sosial, politik dan ekonomi yang diperlukan untuk mengurangi penggunaan maupun persinggungan dengan tembakau di seluruh dunia.”

– Thomas Houston, M.D., Direktur, Science and Public Health Advocacy, American Medical Association; Koordinator Program SmokeLess States dari Robert Wood Johnson Foundation; Anggota Pimpinan, Komite Eksekutif, Konferensi Dunia tentang Tembakau ATAU Kesehatan, 6-10 Agustus 2000. Dikutip dalam siaran pers Pharmacia, 7 Agustus 2000.

Awal Agustus 2000, di Konferensi Dunia tentang Tembakau dan Kesehatan ke-11 di Chicago, udara sepenuhnya bebas asap rokok. Dari seluruh dunia, ribuan pendukung terkemuka pengendalian tembakau berkumpul untuk membahas bagaimana mereka akan melenyapkan Iblis Tembakau dari muka bumi.

American Medical Association, American Cancer Society, dan Robert Wood Johnson Foundation bersama-sama menjadi tuan rumah konferensi, yang dinyatakan sebagai “pertemuan terbesar di dunia untuk para ahli pengendalian tembakau.” Para sponsornya adalah American Heart Association, American Lung Association, U.S. Centers for Disease Control and Prevention, dan National Cancer Institute. World Health Organization (WHO) dan United Nations Foundation bertindak sebagai “tuan rumah kehormatan.” Gro Harlem Brundtland, Direktur WHO, bahkan hadir pula untuk menyampaikan pidato pembukaan yang berapi-api.

Bertindak sebagai “patron utama” yang menyumbang sejumlah besar dana untuk membiayai konferensi adalah empat perusahaan farmasi multinasional terkemuka: Glaxo Wellcome, Novartis, Pharmacia dan SmithKline Beecham, yang semuanya memproduksi dan/atau memasarkan produk-produk “pengganti nikotin” atau penghenti merokok lainnya. McNeil Consumer Products, anak perusahaan Johnson & Johnson yang memasarkan Nicotrol, diwakili oleh Robert Wood Johnson Foundation, sebuah yayasan yang menerima nyaris seluruh jumlah yang totalnya kira-kira \$8 miliar dari sahamnya di J&J.

Begitu menonjol kehadiran perusahaan-perusahaan farmasi itu sehingga konferensi itu lebih mirip pekan raya perusahaan obat daripada pertemuan resmi kesehatan masyarakat tingkat dunia.

Di samping mengedarkan sejumlah besar siaran pers yang mempromosikan diri sendiri, perusahaan-perusahaan farmasi juga menyponsori simposium, presentasi makalah, beasiswa, pameran poster, presentasi kampanye layanan publik, sesi riset dan stan-stan niaga. Mereka juga menyponsori sebuah sesi yang memaparkan database “penanganan berhenti merokok” yang didanai oleh perusahaan-perusahaan obat untuk Society for Research on Nicotine and Tobacco. Sementara itu, WHO, Centers for Disease Control, World Bank dan Cochrane Tobacco Addiction Group menyediakan “dukungan teknis para ahli” untuk melengkapi database itu.

Salah satu sesi paling populer dari seluruh konferensi itu, yang disesaki lebih dari 4.000 hadirin, adalah “Pleno Nikotin: Pertunjukan Ilmu Terakbar di Muka Bumi”, disponsori oleh SmithKline Beecham [SKB], pemasar koyok Nicoderm dan permen karet Nicorette. Menurut siaran pers SKB tanggal 9 Agustus, sesi ini “membahas studi kasus tentang pengenalan rokok ‘ringan’ dan ‘berisiko rendah’ ke pasar konsumen.”

Sesi lain yang didukung SKB, dipimpin Judith Wilkenfeld dari kelompok Kampanye Bebas Tembakau untuk Anak dan Karen Gerlach dari Robert Wood Johnson Foundation, adalah “Rokok ‘Ringan’: Masalah dan Kemungkinan Solusinya,” yang menurut siaran pers SKB mencakup topik-topik seperti “pendekatan berbasis ilmiah dan kesehatan publik untuk melawan siasat industri tembakau.”

SmithKline Beecham dan Glaxo Wellcome (yang lantas melakukan *merger* sesudah konferensi itu), bersama-sama menyponsori sesi bertajuk, “Apakah Penanganan Mendukung Pencegahan?” sedangkan Pharmacia menyponsori sesi tentang “Kemajuan Penanganan dengan NRT [*nicotine replacement therapy*, terapi penggantian nikotin].”

Secara keseluruhan, Konferensi Dunia tentang Tembakau dan Kesehatan ke-11 menjadi peluang pemasaran yang amat berhasil bagi industri farmasi. Acara ini memperkokoh hubungan mereka yang sudah erat dengan organisasi-organisasi anti-tembakau global, para pemuka dunia kedokteran, WHO, dan badan-badan pemerintah federal AS. Acara ini juga memastikan bahwa komunitas kesehatan publik global akan terus mempromosikan dengan penuh gairah aneka obat-obatan berhenti merokok dari perusahaan-perusahaan tadi. Lebih dari itu, konferensi ini juga meyakinkan perusahaan-perusahaan obat bahwa kampanye mereka untuk merebut kendali nikotin dari perusahaan-perusahaan tembakau sudah berjalan di jalur yang benar.

Awal mula

Konferensi Dunia ke-11 ini adalah puncak dari sekian tahun penyusunan rencana dan kerja yang diupayakan perusahaan-perusahaan farmasi. Ketika para ilmuwan Pharmacia mulai mencoba mengembangkan produk nikotin “alternatif” sejak 1962 silam—dua tahun sebelum laporan pertama Surgeon General tentang dampak merokok bagi kesehatan—perusahaan itu jelas sadar mengenai terus berkembangnya riset yang mengaitkan kanker paru-paru dengan merokok. Mungkin Pharmacia berpikir bahwa ia bisa merebut peluang dari apa yang diyakini sebagai pasar yang terus tumbuh bagi produk-produk yang membantu berhenti merokok. Namun, jika itulah maksud Pharmacia, berarti mereka sudah menyadari bahwa nikotin adalah zat dalam tembakau yang “mendorong kebiasaan” (*habituating*).

Pharmacia memang merupakan perusahaan farmasi pertama yang menghasilkan produk untuk terapi penggantian nikotin. Perusahaan ini mengembangkan permen karet nikotin sejak 1971, dan pada 1978 SmithKline Beecham mulai memasarkan permen karet itu dengan merek “Nicorette” di Swiss.

Pada awal 1980-an, Jed Rose, peneliti Duke University, menemukan dan mematenkan koyok nikotin *transdermal* (penggunaan obat melalui kulit) yang menjadi basis produk Nicoderm dari SmithKline dan produk Nicotrol dari McNeil Consumer Products, anak perusahaan Johnson & Johnson. FDA pertama kali menyetujui produk-produk ini dipasarkan sebagai obat berhenti merokok dengan resep dokter di AS tahun 1991. Kedua koyok itu, serta permen karet Nicorette, sebenarnya diproduksi oleh Pharmacia.

Namun peristiwa terpenting yang mengubah produk-produk pembantu berhenti merokok yang relatif tidak efektif itu menjadi emas murni adalah laporan Surgeon General C. Everett Koop tahun 1988, “Dampak Kesehatan Merokok: Kecanduan Nikotin.” Sebelum terbitnya laporan ini, seluruh laporan sebelumnya dari Surgeon General mencirikan nikotin dalam tembakau sebagai “mendorong kebiasaan” (*habituating*). Sedangkan laporan 1988 itu secara efektif mengubah definisi ketagihan (*addiction*) sehingga mencakup nikotin dalam produk-produk tembakau. Dengan demikian, “kebiasaan” merokok berubah menjadi suatu “ketagihan” yang perlu “ditangani” oleh ahli terapi perilaku dan dengan sarana obat-obatan yang membantu berhenti merokok.

Nikotin untuk terapi

Sementara itu, para peneliti menemukan bahwa nikotin memiliki kemungkinan dimanfaatkan bagi pengobatan, untuk merawat penyakit-penyakit tertentu. Mereka sudah mengetahui bahwa nikotin meningkatkan konsentrasi dan kontrol syaraf motorik, bahwa nikotin meningkatkan ambang batas rasa sakit pada orang-orang tertentu, bahwa nikotin membantu menangkal rasa lapar. Karena semua alasan itulah, dengan mudah dan dalam jumlah besar rokok dipasok untuk para serdadu Perang Dunia I dan II. Namun riset juga menunjukkan bahwa nikotin dapat dipakai untuk menangani kondisi-kondisi yang melemahkan seorang penderita, seperti pada penderita Alzheimer dan Parkinson.

Sejak itu, lebih banyak lagi manfaat nikotin dan tembakau untuk kepentingan terapi ditemukan. Namun masalahnya bagi perusahaan-perusahaan farmasi adalah bahwa nikotin itu sendiri tidak dapat dipatenkan karena ia terkandung secara alami pada tembakau, tomat, kentang dan sayur-sayuran lain. Yang *bisa* dipatenkan adalah senyawa “mirip nikotin” dan sarana pengantar nikotin. Karena itulah perusahaan-perusahaan farmasi menjadi kian tertarik untuk mengembangkan senyawa-senyawa nikotin baru serta sarana pengantar nikotin yang bisa mereka patenkan, bukan hanya untuk membantu berhenti merokok namun akhirnya juga untuk keperluan terapi lainnya.

Memasuki wilayah kesehatan publik

Mengingat bahwa pada 1980-an badan-badan kesehatan masyarakat sudah bersiaga penuh untuk melancarkan serangan maut terhadap perilaku merokok sebagai isu kesehatan publik, perusahaan-perusahaan farmasi melihat munculnya peluang emas untuk menawarkan produk-produk nikotin mereka sendiri sebagai alat bantu berhenti merokok. Dan jelas tak ada yang lebih menguntungkan dibandingkan kenyataan bahwa lembaga-lembaga terhormat seperti Surgeon General, AMA, American Cancer Society, American Lung Association, American Heart Association, Centers for Disease Control, National Cancer Institute, dan badan-padan pemerintah AS lainnya (dan kemudian juga WHO) sungguh-sungguh membantu memasarkan obat-obatan berhenti merokok sebagai bagian dari program pemberantasan merokok.

Dan demikianlah, pada awal 1990-an perusahaan-perusahaan farmasi mulai membangun kemitraan dengan lembaga-lembaga kesehatan publik. Pada 1991, Robert Wood Johnson Foundation (RWJF), pemegang saham tunggal terbesar Johnson & Johnson, memulai pro-

gram hibah anti-tembakau, mendanai program-program anti-tembakau dan riset kecanduan nikotin. Pada 1995 seorang wakil RWJF duduk di Komite Antarlembaga AS untuk Rokok dan Kesehatan, membantu mengkoordinasikan program pengendalian tembakau nasional. Pada 1996, Centers for Disease Control memasukkan RWJF sebagai “mitra” untuk pengendalian tembakau. Juga pada 1996, RWJF, National Cancer Institute dan National Institute on Drug Abuse mengumumkan bahwa “Pusat Penelitian Penggunaan Tembakau Transdisipliner” yang didanai dan dirancang bersama-sama telah didirikan di tujuh lembaga akademis.

Perusahaan-perusahaan farmasi besar lainnya pun semakin banyak mendanai pengendalian tembakau di AS dan negara-negara lain. Pada Januari 1999, Gro Harlem Brundtland mengumumkan bahwa Glaxo Wellcome, Novartis dan Pharmacia telah “bermitra” dengan WHO dalam program anti-tembakau.

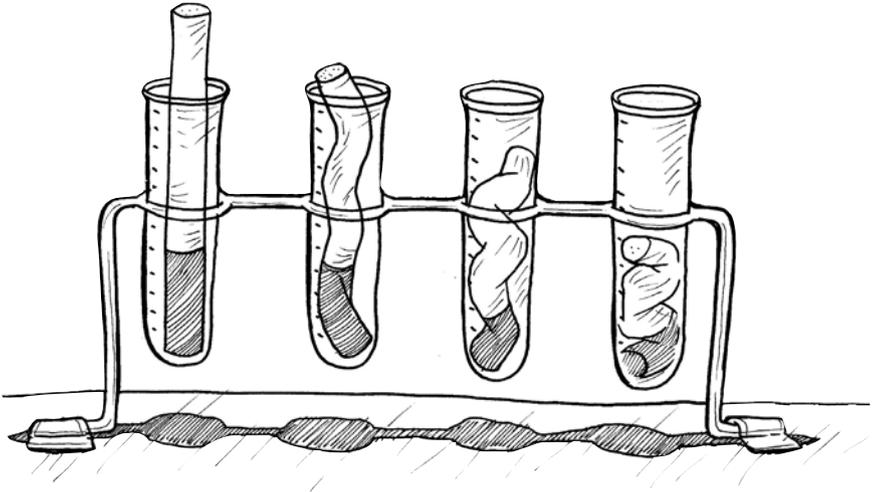
Badan-badan kesehatan publik global kini berjoget mengikuti gendang yang ditabuh perusahaan-perusahaan farmasi:

1. Menaikkan pajak tembakau sehingga harga produk-produk farmasi lebih kompetitif dibandingkan produk tembakau.
2. Melekatkan cap jahat terhadap industri tembakau dan melarang iklan produk-produk mereka.
3. Memberlakukan larangan merokok untuk memaksa para perokok agar berusaha berhenti merokok dengan menggunakan produk-produk farmasi atau memakai produk-produk “pengganti nikotin” sebagai penyuluh di saat mereka tak dapat merokok.
4. Mempromosikan berhenti merokok dan “penanganan” kecanduan nikotin.
5. Mempromosikan rangkaian penanganan lengkap bagi kecanduan nikotin melalui asuransi kesehatan negeri maupun swasta.

Seluruh siasat itu jelas mendongkrak laba perusahaan-perusahaan farmasi. Dan itulah sebabnya mereka mampu mendanai pesta raya besar-besaran bebas pajak untuk badan-badan pengendalian tembakau global di Chicago pada Agustus 2000, yakni Konferensi Dunia tentang Tembakau dan Kesehatan ke-11. Perusahaan-perusahaan farmasi merasa bahwa mereka sudah berada di jalur yang benar untuk memenangkan perang nikotin.

Perang Nikotin: Kronologi

Tanggal penerbitan: 13 Juli 2001



(Diambil dari data Centers for Disease Control (CDC), “Kronologi Perkembangan Signifikan Terkait dengan Merokok dan Kesehatan, 1964-1966” dan sumber-sumber lain).

- 1962 – Para ilmuwan Pharmacia mulai meneliti terapi penggantian nikotin.
- 1971 – Pharmacia mengembangkan permen karet nikotin.
- 1978 – SmithKline Beecham meluncurkan permen karet Nicorette di Swiss.
- Awal 1980-an – Jed Rose menemukan koyok nikotin.
- 1984 – FDA menyetujui permen karet nikotin *polacrilex* sebagai “obat baru” (Nicorette)
- 1984 – Komite Antarlembaga untuk Rokok dan Kesehatan didirikan dan didukung oleh Akta Pendidikan Tembakau Menyeluruh untuk mengoordinasikan penelitian, proyek-proyek khusus, pengumpulan data dan upaya pendidikan tentang rokok, baik di dalam pemerintah federal maupun

dengan organisasi-organisasi swasta. Komite akan bekerjasama dengan Surgeon General Office dan Office on Smoking and Health di CDC. Surgeon General menyetujui komite itu.

- 1988 – Laporan Surgeon General yang secara khusus memusatkan perhatian pada kecanduan nikotin.
- 1990 – Laporan Surgeon General yang berfokus pada manfaat berhenti merokok bagi kesehatan.
- 1990 – David Kessler ditunjuk menjadi ketua FDA.
- 1991 – RWJF memulai program hibah anti-tembakau.
- 1991 – FDA menyetujui koyok nikotin sebagai obat resep.
- 1992 – Koyok nikotin transdermal diperkenalkan.
- 1993 – FDA melarang produk-produk pencegah merokok dijual tanpa resep karena belum terbukti efektif.
- 1994 – Komisaris FDA, Kessler, mengajukan bukti bahwa rokok bisa memenuhi syarat sebagai sistem pengantar obat, membawanya ke dalam yurisdiksi FDA.
- 1994 – RWJF dan AMA meluncurkan program hibah “SmokeLess States” untuk mendanai berbagai inisiatif lokal yang bertujuan mencegah pemakaian tembakau.
- 1995 – Wakil Direktur RWJF Nancy Kaufman secara resmi menjadi anggota federal Komite Antarlembaga untuk Rokok dan Kesehatan. Hingga tahun 2000 ia masih tercatat sebagai anggota.
- 1995 – Komisi FDA, Kessler, menyatakan penggunaan tembakau sebagai “penyakit pediatrik”.
- 1996 – RWJF memberi hibah kepada St. Peter’s Medical Center sebesar \$27.883 untuk menyelenggarakan pertemuan yang bertujuan “mengeksplorasi dampak kesehatan publik penggunaan sarana pengantar nikotin alternatif.”
- 1996 – RWJF memberi hibah kepada American Society of Addiction Medicine, Inc., Chevy Chase, MD, sebesar \$197.884 untuk mendanai “Lokakarya dan panel kebijakan mengenai sistem pengantar nikotin alternatif.” (1 tahun)
- 1996 – National Center for Tobacco-Free Kids didirikan dengan dana utama dari RWJF.
- 1996 – RWJF memberi hibah kepada National Foundation for the Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta,

GA, sebesar \$451.185 untuk membiayai “Penelitian tentang perbedaan gender dan ras pada para remaja perokok” (untuk 1 tahun).

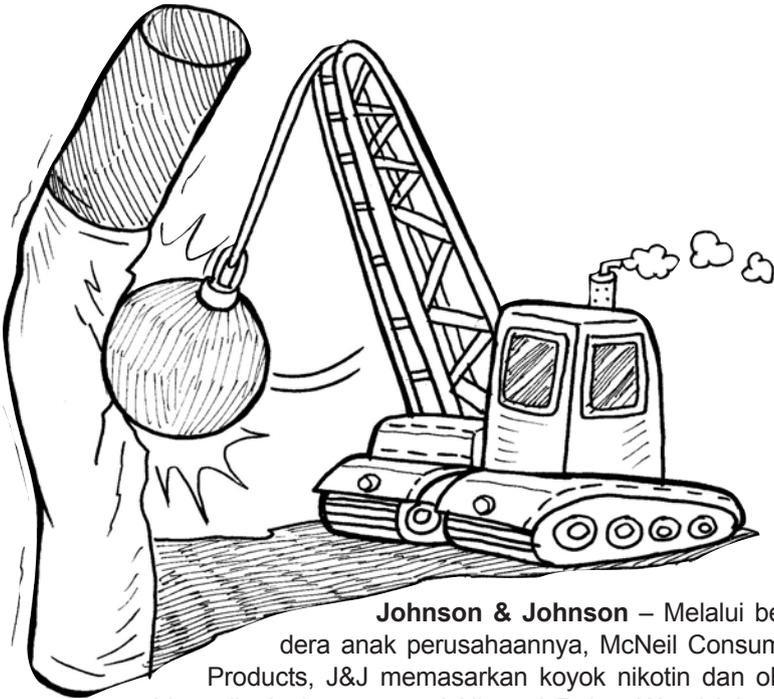
- 1996 – Februari (permen karet); Juli (koyok). FDA menyetujui permen karet nikotin dan dua koyok nikotin untuk dijual bebas tanpa resep.
- 1996 – Agustus, 1996, Penerbitan peraturan final tentang tembakau dalam Federal Register sehingga memungkinkan FDA meregulasi penjualan dan distribusi rokok dan tembakau tanpa asap kepada anak-anak dan orang dewasa.
- 1996 – September. Nikotin dalam bentuk dosis hirup, Nicotrol NS, pertama kali diluncurkan.
- 1997 – FDA melonggarkan pembatasan iklan televisi untuk obat-obatan dengan resep.
- 1997 – J. Michael McGinnis, mantan wakil asisten sekretaris bidang kesehatan, Departemen Kesehatan dan Layanan Kemanusiaan, Pencegahan Penyakit dan Promosi Kesehatan serta asisten Surgeon General, disewa sebagai konsultan oleh RWJF. Ia juga menjadi konsultan WHO dan Akademi Ilmu Pengetahuan Nasional.
- 1997 – Mei. FDA menyetujui sistem hirup oral (Nicotrol Inhaler) dengan resep untuk terapi penggantian nikotin.
- 1997 – David Kessler mengundurkan diri dari FDA.
- 1997 – Hakim Pengadilan Distrik AS, William Osteen, Sr. mendukung wewenang FDA untuk mengatur akses terhadap produk-produk tembakau namun membatalkan rencana pembatasan iklan. Kedua belah pihak mengajukan banding.
- 1998 – 27 Juli. Pada sebuah konferensi tentang kecanduan nikotin yang disponsori bersama oleh National Institute on Drug Abuse, National Institutes of Health dan Robert Wood Johnson Foundation, Wakil Presiden Gore mengumumkan rencana National Cancer Institute untuk mengalokasikan \$38 juta yang akan digunakan untuk melakukan riset lanjutan tentang pencegahan tembakau dan program berhenti merokok.
- 1998 – Agustus. Pengadilan Tingkat Banding AS untuk Wilayah Hukum ke-4 membatalkan keputusan Osteen dengan menyatakan bahwa FDA tidak memiliki wewenang atas tembakau.

- 1999 – 18 Oktober. National Institute on Drug Abuse, National Cancer Institute, dan Robert Wood Johnson Foundation mengumumkan didirikannya Pusat Penelitian Penggunaan Tembakau Transdisipliner yang dibentuk dan didanai bersama di tujuh lembaga akademis.
- 1999 – FDA menyetujui kombinasi penggunaan bupropion (Zyban) dan koyok untuk menangani simtom yang timbul pada upaya berhenti merokok.
- 2000 – Maret. Mahkamah Agung menyatakan bahwa FDA tidak memiliki wewenang untuk mengatur tembakau.
- 2000 – Surgeon General menerbitkan laporan tentang “Mengurangi Penggunaan Tembakau” yang juga menekankan terapi berhenti merokok.
- 2001 – 29 Mei. Jed Rose dan Eric Westmann mengumumkan bahwa mereka telah mengembangkan obat tetes nikotin untuk upaya berhenti merokok. Penelitian mereka didanai oleh Departemen Urusan Veteran AS.

W. Hamilton, 8 Juni 2001

Para Pemain Industri Farmasi: Perusahaan Obat yang Berperan dalam Pembuatan Produk “Penghent Merokok”

Tanggal penerbitan: 13 Juli 2001



Johnson & Johnson – Melalui bendera anak perusahaannya, McNeil Consumer Products, J&J memasarkan koyok nikotin dan obat hirup nikotin dengan merek Nicotrol. Robert Wood Johnson Foundation adalah pemegang saham tunggal terbesar J&J dan memulai pendanaan besar-besaran untuk pengendalian tembakau di AS pada 1991, tahun yang sama saat FDA menyetujui koyok nikotin sebagai obat dengan resep. **Pharmacia** mendapatkan kembali hak untuk memasarkan Nicotrol Inhaler di Amerika Utara dari McNeil pada Juli 2000.

GlaxoSmithKline – Dua raksasa farmasi Glaxo Wellcome dan SmithKline Beecham melakukan *merger* pada 27 Desember 2007, menjadikan perusahaan baru ini sebuah kelompok produsen obat-

obatan terbesar di dunia berdasarkan penjualannya. Glaxo Wellcome memasarkan **Zyban** (*bupropion*) sedangkan SKB memasarkan koyok nikotin **Nicoderm CQ** dan permen karet **Nicorette**. Salah satu kendala utama dalam mendapatkan persetujuan FTC bagi terjadinya *merger* itu adalah bahwa kedua perusahaan sama-sama menjual produk penghenti merokok. Dan walaupun kontribusi produk penghenti merokok itu tak sampai 4% dari total penjualan SK, kedua perusahaan sama-sama tak bersedia menjual produk-produk itu ke perusahaan farmasi lain untuk melancarkan *merger*. SK juga diperiksa oleh komite kongres karena menjual produk perawatan kanker dengan harga terlalu tinggi. SK memancing kemarahan komite itu karena menolak memberikan informasi tentang Kytril, obat anti-mual untuk pasien kemoterapi. ["Federal smoke delays merger," Andrew Clark, *The Guardian*, 10 Oktober 2000].

Pada 1999, total penjualan SmithKline Beecham Consumer Healthcare untuk produk Nicorette dan NicoDerm CQ di AS mencapai \$570 juta. Perusahaan ini juga memasarkan koyok nikotin dengan merek dagang "**NiQuitin CQ**" di Belgia, Prancis, Denmark, Meksiko dan Brazil, dan dengan merek "**Nicabate**" di Australia dan Selandia Baru, di mana merek itu merupakan produk penghenti merokok nomor satu pada 1999 [Philippe Boucher's Rendez-vous with Leslie A. Ashburn, Communications Supervisor for GlaxoSmithKline, 29 Januari 2001].

Selama wawancara, Ashburn menggambarkan keterlibatan GSK dalam pengendalian tembakau:

"Para pemasar produk perawatan, baik perorangan maupun bersama-sama, senantiasa berupaya melibatkan diri dalam komunitas pengendalian tembakau yang lebih luas. Bentuk keterlibatan mereka mulai dari pembentukan dan pemberian dukungan untuk program-program pengendalian tembakau hingga melaksanakan dan menyebarkan hasil riset yang amat penting. Baru-baru ini pada Konferensi Dunia tentang Tembakau ATAU Kesehatan di Chicago, beberapa perusahaan farmasi besar, termasuk GSK, bersatu untuk mendukung aneka inisiatif dengan tujuan meningkatkan peran penting penanganan berhenti merokok di AS dan kebijakan pengendalian tembakau internasional. Inisiatif-inisiatif tersebut mencakup program beasiswa untuk mendukung pelatihan pengendalian tembakau, Kemitraan WHO Eropa untuk Ketergantungan Tembakau, kampanye untuk mengumumkan layanan publik dan database penanganan, yang akan mencakup suatu perpustakaan komprehensif yang berisi sumber-sumber rujukan yang terkait dengan tembakau.

“Di AS, GSK telah membangun kemitraan dengan American Cancer Society (ACS) untuk mengedukasi masyarakat tentang bahaya penggunaan tembakau... Upaya kolaboratif yang dilakukan GSK dan American Cancer Society di antaranya adalah the Great American Smokeout (Penyadaran Amerika Raya)... [SK juga membayar ACS \$1 juta pertahun untuk penggunaan logo ACS dalam iklan-iklan Nicoderm CQ].

“Selain itu, GSK adalah anggota pendiri Koalisi untuk Hari Tanpa Tembakau Sedunia, organisasi nirlaba yang ditujukan untuk meningkatkan pengetahuan tentang Hari Tanpa Tembakau Sedunia di AS. Ditetapkan oleh WHO pada 1988 dan ditinjau ulang tiap tahun pada tanggal 31 Mei, Hari Tanpa Tembakau Sedunia adalah satu-satunya peristiwa yang memberi kesempatan kepada para perokok sedunia untuk bersatu dan menghentikan penggunaan tembakau.”

Glaxo Wellcome sepakat menjadi mitra dalam program pengendalian tembakau global dari WHO pada akhir 1988.

“Sedangkan Zyban [Glaxo India] hadir pada saat kinerja finansial sedang memudar di mana tak banyak produk diluncurkan untuk menopang pendapatan perusahaan.

“Zyban, yang masuk dalam daftar 10 produk terbaik untuk perusahaan induk GlaxoSmithKline pada 2000, dianggap oleh Glaxo berpotensi menjadi produk yang laris manis di India, yang memiliki kira-kira 37 juta perokok.” [“Glaxobring Zyban to smoke out addiction,” Gauri Kamath, The Economic Times, 14 Maret 2001].

Glaxo Wellcome menggugat IMPAX Laboratories, Inc. dalam perkara versi generik bupropion (Zyban dan Wellbutrin). Menurut Co-CEO IMPAX, Barry Edwards, gugatan itu adalah siasat untuk memperluas pemasaran eksklusif produk tersebut oleh Glaxo. “Diperkirakan dalam beberapa tahun mendatang perusahaan-perusahaan farmasi bermerek akan kehilangan perlindungan hak paten atas obat-obatan yang menyumbang \$25 miliar dalam penjualan tahunan... Diajukannya gugatan pelanggaran paten hanyalah salah satu siasat perusahaan-perusahaan itu dalam upayanya memperluas hak eksklusif pemasaran suatu produk. Karena itu, walaupun kami percaya gugatan itu tak beralasan, kami tidak terkejut atas gugatan itu.” [“IMPAX Comments On Lawsuit Filed by Glaxo Wellcome Related to Generic Versions of Wellbutrin SR and Zyban,” Siaran pers perusahaan, 10 Oktober 2000].

Pharmacia – (Juga disebut Pharmacia & Upjohn). Memproduksi **Nicorette** dan **Nicotrol**, “serangkaian sarana terapi ketergantungan tembakau.” [“About Pharmacia & Upjohn,” situs web perusahaan, diakses tanggal 15 Januari 2000]. Pharmacia & Upjohn Consumer Healthcare “mengembangkan, memproduksi dan menjual produk-produk OTC (Over the Counter, tanpa resep) yang aman dan berkhasiat... Sejumlah produk juga dijual secara global. Di antara merek-merek perusahaan ini yang paling dikenal luas adalah serangkaian produk pengganti nikotin, termasuk permen karet nikotin, koyok transdermal, semprot hidung dan obat hirup.”

Pharmacia & Upjohn adalah salah satu dari tiga “mitra” WHO dalam proyek anti-tembakau global. “Pharmacia & Upjohn mengumumkan peningkatan 17 persen pendapatan perusahaannya untuk kuartal pertama pada Kamis ini, seiring dengan penjualan obat di AS yang meningkat berkat tiga produknya yang paling laris... Penjualan meningkat 12 persen menjadi \$1,77 miliar dari \$1,59 miliar setahun lalu. Pharmacia, yang memproduksi obat anti gelisah Xanax dan obat berhenti merokok Nicorette, telah berhasil mencapai tujuan besar bisnisnya dalam dua tahun belakangan ini [“Pharmacia & Upjohn Profits Rise, AP, 29 April 1999].

Unit Pharmacia & Upjohn Inc. di Jepang mencapai peningkatan penjualan permen karet anti-rokok Nicorette pada 1998, naik 50% dibandingkan tahun sebelumnya [“Sales of Nicorette Gum Make Gains in Japan,” Wall St. Journal, 14 Mei 1999].

“Pharmacia Canada, Inc. dan **Aventis Pharma, Inc.** hari ini mengumumkan hasil kesepakatan transaksi mereka, di mana Pharmacia membeli bisnis Terapi Penggantian Nikotin Kanada dari Aventis Pharma. Berdasarkan kesepakatan itu, Pharmacia membeli Nicoderm, merek koyok nikotin transdermal dan membeli kembali hak penjualan dan pemasaran Nicorette, merek permen karetnya.” Pharmacia Corporation adalah perusahaan farmasi global yang terbentuk melalui *merger* antara **Pharmacia & Upjohn dengan Monsanto Company dan unitnya, G.D. Searle**. [“Pharmacia Consumer Healthcare acquires Nicotine Replacement Therapy (NRT) business of Aventis Pharma Inc.,” Siaran pers perusahaan, 26 Januari 2001]

“ATP [**Advanced Tobacco Products, Inc./Advanced Therapeutic Products**] menjual hak paten teknologi nikotinnya, yang merupakan basis produk Nicorette/Nicotrol Inhaler, kepada Pharmacia Corporation, dengan imbalan pembayaran sebesar

3% dari penjualan bersih Pharmacia. Pada Juli lalu, Pharmacia mengumumkan telah membeli kembali hak pemasaran Nicotrol Inhaler di Amerika Utara dari McNeil PPC, Inc., unit dari Johnson & Johnson. Dengan dibelinya kembali hak pemasaran Nicotrol, Pharmacia mengungkapkan bahwa ia kembali berminat terhadap pemasangan iklan konsumen serta kerjasama profesional dengan para dokter dan penyedia layanan kesehatan.” [“ATP Announces Fiscal Year Results, Dividend Payments & British Medical Study of the Nicotine Inhaler,” Siaran pers perusahaan, 28 November 2000]

Hoechst Marion Roussel (perusahaan farmasi Hoechst) – Memproduksi dan memasarkan permen karet Nicorette dan koyok Nicoderm di Kanada. “Produk-produk terapi penggantian nikotin tersedia di Kanada sejak 1979 dan disetujui untuk dijual tanpa resep oleh Health Canada pada 1993 (Nicorette 2 mg), 1997 (Nicorette 4 mg) dan 1998 (Nicoderm dan koyok lainnya)... ‘Ketika produk-produk itu tersedia lebih luas di AS tiga tahun lalu, jumlah orang yang berusaha berhenti merokok meningkat dua kali lipat dalam setahun,’” ungkap Tony Ruta, juru bicara Hoechst Marion Roussel. [“Nicotine therapies critical piece in Ontario tobacco strategy,” Siaran pers perusahaan, 23 April 1999].

Novartis – Produsen koyok Habitrol di Kanada. Novartis Consumer Health Canada, Inc. [“Koyok nikotin Habitrol kini tersedia di Ontario tanpa resep,” Canada Newswire, 23 April 1999].

Novartis adalah salah satu dari tiga mitra WHO untuk program pengendalian tembakau global dari WHO.

“Novartis Pharma Meluncurkan Koyok Nikotin di Jepang,” NewsEdge, 11 Mei 1999. “Walaupun koyok itu dijual bebas di 29 negara, namun di Jepang penggunaan koyok ini tetap memerlukan resep dan tidak akan dilindungi asuransi.”

Pfizer – Menemukan, mengembangkan, memproduksi dan memasarkan obat-obatan penting melalui resep untuk manusia dan binatang, serta produk-produk konsumen lainnya yang dikenal luas di dunia. Pfizer menghasilkan keuntungan global sebesar \$29,6 miliar pada 2000. Pada tahun itu juga Pfizer mengambil-alih **Warner-Lambert**. Pfizer mengembangkan bahan baru untuk membantu berhenti merokok, yang sekarang dikenal dengan nama CP-526,555, “yang meringankan rasa ketagihan dan rasa tak nyaman serta menangkal efek merokok berupa keinginan untuk merokok lebih banyak.” [“Pfizer to Advance Industry Leadership Through the Best People, Products And Pipeline, Steere Tells Shareholders,” Siaran pers perusahaan, 26 April 2001].

Emas dalam Nikotin

Tanggal Penerbitan: 13 Juli 2001



“Tembakau melancarkan pencernaan, meringankan encok, sakit gigi, mencegah infeksi melalui bau-bauan; tembakau menghangatkan yang kedinginan, sekaligus menyejukkan mereka yang berkeringat, menimbulkan rasa kenyang bagi yang kelaparan, memulihkan semangat loyo, mencegah nafsu makan, membunuh kutu rambut dan telurnya; tumbukan daun hijaunya, meski beracun, menyembuhkan luka akibat sakit gangren; bisa dibikin sirup untuk aneka penyakit; dijadikan asap untuk sakit tuberkolosis, batuk paru-paru, diuapkan untuk sakit rematik,

dan semua penyakit akibat hawa dingin dan lembab; bagus untuk seluruh badan yang terkena dingin dan lembab dengan meletakkannya di atas perut kosong; jika ditaruh di atas perut kenyang, ia melancarkan pencernaan.”

John Josselyn tentang pemanfaatan tembakau sebagai obat, 1675 (dikutip dalam C.A. Weslager, *Magic Medicines of the Indians*, Signet, NY: 1974)

“Nikotin adalah zat kimiawi yang mencengangkan”

Jack Henningfield, 1998 (dikutip dalam “Smoking Aside, Nicotine Remains an Amazing Chemical,” Scott Shane, *The Seattle Times*, 11 Januari 1998, hal. A10). Henningfield, ahli farmakologi di Johns Hopkins dan mantan ilmuwan di National Institute of Drug Abuse, juga konsultan untuk SmithKline Beecham.

Tembakau sudah dimanfaatkan sebagai obat oleh penduduk pribumi di daratan Amerika jauh sebelum para warga pendatang tiba dari Eropa. Sesudah bangsa Eropa mulai menduduki Dunia Baru, mereka juga memanfaatkan tembakau untuk menangani berbagai penyakit dan keluhan fisik, suatu praktik yang tetap dilestarikan dalam tradisi pengobatan rakyat Amerika hingga abad ke-20.

Namun, ketika gerakan anti-tembakau memperoleh momentum dan kekuatannya pada 1980-an, baik tembakau maupun nikotin yang ia kandung dicerca para pejabat kesehatan publik. Dan pada 1988, laporan Surgeon General AS untuk pertama kalinya menyatakan bahwa nikotin adalah zat yang menyebabkan kecanduan, yang membuat para perokok terikat pada rokok. Pernyataan ini lantas menjadi senjata favorit yang bukan hanya digunakan oleh para pemuka gerakan anti-tembakau namun juga oleh para pengacara yang berupaya memperoleh imbalan besar dalam sidang-sidang melawan industri tembakau.

Para ahli farmakologi dan ilmuwan lain, yang telah meneliti efek fisiologis nikotin setidaknya sejak 1950-an, mulai menemukan bahwa nikotin berkemungkinan memiliki manfaat terapi yang signifikan, baik sebagai sarana bantu berhenti merokok maupun sebagai obat untuk menangani aneka penyakit. Minat mereka terhadap nikotin meningkat seiring munculnya temuan-temuan baru tentang zat itu.

Pencarian online berdasarkan waktu terhadap database PubMed di National Library of Medicine menunjukkan dengan jelas pola peningkatan minat terhadap nikotin. Antara 1963 (tahun publikasi

paling awal dalam indeks PubMed) hingga 1970, terdapat 1.092 artikel tentang nikotin yang terdaftar; antara 1971 hingga 1980, terdaftar 2.346 artikel; antara 1981 hingga 1990, terdaftar 3.771 artikel, dan antara 1991 hingga 2000, sebanyak 6.919 artikel terdaftar. Dengan kata lain, dalam rentang 37 tahun, riset terkait dengan nikotin yang diterbitkan jumlahnya berlipat, dengan faktor kelipatan lebih dari enam.

Industri farmasi sudah sekian lama melihat keuntungan potensial dalam pengembangan obat penghenti merokok yang berbasis nikotin. Pada 1962, para ilmuwan Pharmacia mulai merancang sarana pengantar nikotin, dan pada 1971 mereka telah menyempurnakan permen karet yang mengandung nikotin, yang belakangan dipasarkan oleh SmithKline Beecham dengan merek Nicorette. Seiring meningkatnya gerakan anti-tembakau, perusahaan-perusahaan farmasi lain pun tertarik pada pasar raksasa yang amat potensial untuk produk penghenti merokok. Ketika peneliti Red Jose mengembangkan koyok nikotin transdermal pada awal 1980-an, industri farmasi segera mengawali langkah mereka untuk memperkenalkannya ke pasaran.

Tentu saja, bukan hanya sarana penghenti merokok berupa sistem pengantar nikotin alternatif yang menarik minat perusahaan-perusahaan obat, melainkan juga sejumlah besar sarana farmakologis lain.

Seperti kata Red Jose, pengembang koyok nikotin transdermal, "Berlangsung pertumbuhan minat yang luar biasa dalam bidang nikotin. Terjadi ledakan virtual berupa temuan-temuan baru pada setiap tingkatan." ("A Cigarette Chemical Packed with Helpful Effects?" John Schwartz, *The Washington Post*, 9 November 1998, hal. A10).

Nikotin: Obat Ajaib

"Pentingnya keamanan dalam penggunaan nikotin, terutama keamanan jangka panjangnya, bukan hanya terkait dengan perannya dalam membantu berhenti merokok namun juga dengan perannya yang potensial dalam penanganan berbagai kondisi klinis."

Alexander Glassman, M.D., tinjauan atas buku *Nicotine Safety and Toxicity*, Ed. by Neal L. Benowitz, NY, Oxford Univ. Press, 1998, dalam *The New England Journal of Medicine*, 18 Februari 1999.

Beberapa pemanfaatan farmakologis nikotin yang sudah ada meliputi: meringankan nyeri, meringankan gelisah dan depresi, meningkatkan konsentrasi dan kinerja pada mereka yang menyandang kelainan

hiperaktivitas dan lemah dalam pemusatan perhatian; meringankan beberapa gejala pada skizofrenia akut, meringankan beberapa gejala pada sindroma Tourette, meringankan beberapa gejala pada penyakit Parkinson, dan meringankan beberapa gejala pada penyakit Alzheimer.

Riset terbaru dan paling maju menunjukkan manfaat medis nikotin yang bahkan lebih luas:

- “Kajian ini menunjukkan bahwa nikotin merangsang pemulihan kerusakan otak dan hasilnya dibahas dalam kaitannya dengan mekanisme syaraf dan kemungkinan pemanfaatannya.” (Brown RW, Gonzalez CL, Whishaw IQ, Kolb B, “Nicotine improvement of Morris water task performance after fimbria-fornix lesion is blocked by mecamylamine,” *Behav Brain Research*, 15 Maret, 2001).
- “Penelitian ini, yang mencakup kajian terhadap binatang, menunjukkan bahwa agen nikotin menghasilkan pembuluh darah baru lebih banyak pada urat nadi yang tersumbat dibandingkan faktor penumbuh lain manapun yang dikenal. Agen baru ini bisa dipakai untuk menangani gagal jantung dan anggota badan yang kekurangan sirkulasi. Ia memiliki potensi sebagai prosedur *by-pass* jantung nonbedah.” (Siaran pers perusahaan, “Research Indicating That Nicotine Holds Potential for Non-Surgical Heart By-Pass Procedures Honored by the American College of Cardiology,” 17 Maret 2000).
- “Suatu hari nanti, nikotin mungkin bisa menjadi alternatif yang mengejutkan untuk menangani bentuk-bentuk tuberkulosis yang membandel... ‘Senyawa itu menghentikan pertumbuhan tuberkulosis dalam uji laboratorium, bahkan ketika dipakai dalam jumlah kecil,’ kata Saleh Naser, associate professor mikrobiologi dan biologi molekuler di UCF... Naser mengungkapkan bahwa nikotin bekerja lebih baik dibandingkan 10 zat lain yang juga diuji.” (“Shocker: ‘Villain’ nicotine slays TB,” Robyn Suriano, Orlando Sentinel, 22 Mei 2001).
- “Selain itu, nikotin bisa menghasilkan efek neuroprotektif dengan menurunkan peningkatan respon pada metabolisme nNOS yang diinduksi dengan AA. Data ini mungkin mengandung implikasi terapeutis untuk menangani trauma syaraf tulang belakang akut.” (Toborek M, Garrido R, Malecki A, Kaiser S, et al, “Nicotine Attenuates Arachidonic Acid-Induced Overexpression of Nitric Oxide Synthase in Cultured Spinal Cord Neurons,” *Experimental Neurology*, 161(2), Februari 2000).

- “Menurut kajian baru, nikotin bisa mengurangi gejala kram dan simtom-simtom radang usus besar lain, penyakit usus yang menimbulkan nyeri dan diderita ratusan ribu warga di AS dan jutaan orang di seluruh dunia. Kajian itu, diterbitkan di *Annals of Internal Medicine* (1 Maret, 1997), bisa menjadi jalan menuju penanganan terhadap kira-kira 320.000 orang yang menderita radang usus besar bertukak di AS.” (AP, 1 Maret 1997).
- Kemungkinan pemanfaatan nikotin untuk mencegah sarkoma Kaposi yang sudah klasik, yang disertai infeksi virus herpes sarkoma Kaposi (Goede rt J, Vitale F, Lorenzo G, Romano N, National Cancer Institute, “Classical Kaposi’s Sarcoma With KS Herpes Virus Infection: Reduced Risk with Cigarette Smoking,” *Proceedings of the American Association for Cancer Research*, Vol 42, Maret 2001).
- Penanganan depresi klinis. “Itu bisa berarti arena yang sama sekali baru bagi obat antidepresan baru. Sangat dimungkinkan Anda bisa menghasilkan derivat nikotin yang tak menyebabkan komplikasi medis akibat nikotin, namun terbukti sangat bermanfaat bagi penanganan depresi klinis.” Dr. Alexander Glassman, kepala psikofarmakologi klinis di New York State Psychiatric Institute, Columbia University (dikutip dalam “Kicking Habit Kicks Up Depression,” Neil Sherman, HealthScout, 19 Juni 2001).

Mengingat kajian-kajian di atas, di samping sejumlah besar kajian tentang manfaat terapeutis nikotin yang sudah diterima luas, tak sulit memahami minat industri obat terhadap zat tersebut. Walaupun perusahaan-perusahaan farmasi tidak bisa mematenkan nikotin itu sendiri, mereka *bisa* mematenkan sarana pengantar nikotin serta senyawa-senyawa terapeutis baru yang memakai nikotin sebagai kandungan utamanya. Kenyataannya, mereka memang sudah menyelesaikan sebagian tugas ini dengan mematenkan sarana pengantar nikotin sebagai alat bantu berhenti merokok dan mendapatkan persetujuan FDA dalam hal kemanjuran dan keamanannya. Industri farmasi jelas akan senang jika perusahaan-perusahaan tembakau dan “sarana pengantar nikotin mereka” (yaitu rokok) dilenyapkan sama sekali. Dengan demikian, para Pedagang Obat akan menjadi satu-satunya penyedia nikotin untuk dunia.

Perusahaan tembakau dan nikotin untuk terapi

Walaupun begitu keras upaya para Pedagang Obat untuk merebut

kendali atas nikotin dari cengkeraman industri tembakau, sejumlah perusahaan tembakau menyerang balik dengan mendirikan perusahaan-perusahaan farmasi mereka sendiri.

Pada 1997, RJ Reynolds mendirikan Targacept, Inc., sebuah divisi farmasi yang berfokus pada pengembangan “senyawa” untuk menangani aneka gangguan seperti Alzheimer, Parkinson, depresi, rasa nyeri, radang usus besar bertukak, sindroma Tourette, gangguan konsentrasi dan skizofrenia—semua itu ditunjukkan untuk membuktikan penanganan dengan nikotin. Pada 24 Agustus 2000, RJR mengumumkan bahwa ia menyapih Targacept menjadi perusahaan mandiri sesudah berhasil mengumpulkan dana ekuitas sebesar \$30,4 juta dengan investor utama EuclidSR Partners dan para penanam modal ventura lainnya. RJR akan menguasai 43 persen kepemilikan perusahaan baru itu, yang memiliki “lebih dari 60 hak paten yang telah disetujui maupun yang masih menunggu persetujuan, serta ratusan senyawa yang memiliki potensi untuk menangani penyakit.” (PR Newswire, siaran pers perusahaan, 25 Agustus 2000).

Pada 8 Februari 1999, Rhone-Poulenc Rorer, sebuah perusahaan farmasi global, mengumumkan kerjasamanya dengan Targacept untuk suatu “kesepakatan riset, pengembangan dan komersialisasi kolaboratif... yang bertujuan mengembangkan obat baru guna menangani penyakit Alzheimer dan Parkinson.” (Siaran pers perusahaan, 9 Februari 1999).

Japan Tobacco, kini merupakan perusahaan tembakau terbesar ketiga di dunia, juga memiliki usaha farmasi. Pada 26 Oktober 1997, Johnson & Johnson, pemasar Nicotrol, mengumumkan bahwa perusahaan ini telah menandatangani kesepakatan lisensi dengan Japan Tobacco dalam kaitannya dengan hak atas senyawa kelas baru untuk menangani nyeri dan radang. J&J akan memiliki hak eksklusif untuk mengembangkan dan memasarkan “senyawa” itu ke seluruh dunia kecuali Jepang dan Koea Selatan. J&J mengakhiri kesepakatan lisensi itu pada Juli 2000, namun Japan Tobacco mengungkapkan bahwa ia akan tetap melanjutkan uji coba obat ini di Jepang dan mempertimbangkan opsi lain untuk pengembangan dan pemasarannya di mancanegara.

Pada Mei 2001 Brown & Williamson, sebuah divisi British American Tobacco, mengumumkan peluncuran Ariva, permen keras rasa mint yang mengandung nikotin setara rokok. B&W tidak mengklaim manfaat terapeutis permen itu, namun mengatakan permen itu ditujukan bagi para perokok saat berada di tempat di mana mereka dilarang merokok.

Juga pada Mei 2001, produsen raksasa tembakau kunyah dan hirup, Swedish Match mengumumkan pengembangan permen karet nikotin yang nantinya akan diluncurkan di Eropa tahun itu. Seperti permen mint di atas, tidak ada klaim atas manfaat terapeutisnya. Swedish Match sekadar menyebutnya permen kunyah alternatif.

Nikotin memang zat ajaib. Ia bisa dipakai sebagai pestisida dan ia beracun dalam takaran tertentu dan dengan kekuatan tertentu. Namun nikotin juga bisa menyembuhkan dan menyamankan tubuh dan jiwa manusia. Bangsa Indian menghormati tanaman tembakau, sumber alami nikotin terbesar, sebagai berkah dari para dewa. Kini tampaknya perusahaan-perusahaan multinasional sedang berperang memperebutkan nikotin yang berkilau bagai emas itu, seperti halnya negeri-negeri Eropa dulu pernah berperang memperebutkan penguasaan atas emas di Dunia Baru, lebih dari empat abad lalu.

Cap Jahat untuk Industri Tembakau

Tanggal penerbitan: 13 Juli 2001

“Kami juga bisa melaporkan bahwa sudah dilakukan pengurangan kandungan tar yang signifikan pada rokok Amerika, suatu pengurangan yang kami harap terus berlanjut; bahwa aktivitas tumorigenik tembakau sebagaimana diukur pada uji coba binatang telah menurun; dan bahwa sebagai konsekuensi perkembangan di atas, risiko kanker paru-paru dan kanker lain yang terkait dengan tembakau di antara para perokok yang mengonsumsi rokok tersebut lebih rendah dibandingkan tahun-tahun lalu. Memang, manusia tampaknya tidak akan mungkin bisa mengisap komponen asap seaman udara yang tak tercemar. Namun, selama kita punya masyarakat yang bisa menerima kebiasaan ini dan selama orang-orang masih menemukan kepuasan dalam merokok, kita harus berusaha menuju suatu masa di mana kanker dan penyakit lain yang terkait dengan tembakau bisa direduksi sekecil-kecilnya. Dengan kerjasama di antara komunitas ilmiah seluruh dunia, departemen-departemen pertanian dan industri tembakau, menjadi harapan kita agar tujuan itu bisa tercapai.”



Wynder EL, Hoffmann D, “Tobacco and tobacco smoke,” *Semin Oncology*, Mar 1976. Wynder dan Hoffmann memelopori penelitian di AS., yang mengaitkan merokok dengan kanker paru-paru. Karya mereka amat berpengaruh terhadap laporan Surgeon General AS tahun 1964 tentang merokok dan kanker paru-paru.

“Kita tahu bahwa cara terbaik untuk membantu orang-orang berhenti memakai tembakau adalah dengan menaikkan harganya,

membuat terapi penggantian nikotin tersedia luas, mengawasi penyelundupan dan menghindari iklan [tembakau]. Perusahaan-perusahaan [tembakau] sudah mulai merancang skema yang cermat untuk melawan upaya pemerintah dan WHO untuk membatasi pemakaian tembakau.”

Gro Harlem Brundtland, Pidato Pembukaan, Konferensi sedunia tentang Tembakau atau Kesehatan ke-11, 6 Agustus 2000.

“Dewan terutama menaruh perhatian ketika kami mendengar perusahaan-perusahaan farmasi termasuk dalam kategori yang sama seperti halnya perusahaan-perusahaan tembakau dan para pencemar...”

Siaran pers National Health Council, 18 Agustus 2000. NHC adalah organisasi swadaya nirlaba yang terdiri dari organisasi-organisasi yang terkait dengan bidang kesehatan nasional, banyak di antaranya adalah korporasi-korporasi farmasi, di samping organisasi-organisasi seperti AMA, ACS, ALA, American Public Health Association dan perusahaan asuransi kesehatan swasta.

Dalam perang manapun, selalu perlu menetapkan siapa penjahatnya. Perang Nikotin pun demikian, dan para pabrikan rokok AS dan Inggrislah yang dengan sadar harus menyandang peran itu. Begitu gemilangnya kampanye untuk mencaj jahat industri tembakau sehingga perorangan atau organisasi manapun yang pernah menerima dana dari perusahaan tembakau atau bahkan membela industri tembakau pun dicap jahat berdasarkan keterkaitan itu. Karir para ilmuwan yang amat dihormati pun bisa berantakan jika sebagian kecil saja dari penelitian yang mereka lakukan secara mandiri didanai oleh industri tembakau. Bahkan Klub Nasional 4-H, organisasi anak muda yang sama sekali bersih, turut dikecam karena menerima hibah tanpa syarat dari industri tembakau dalam rangka mendanai kampanye organisasi itu untuk mencegah penggunaan tembakau oleh anak-anak dan remaja.

Namun industri tembakau belum dianggap sebagai “musuh” jika kita kembali ke tahun 1976 ketika peneliti kanker paru-paru terkemuka, Ernst Wynder, tidak berkeberatan terhadap kerjasama antarnegara di antara komunitas ilmiah, departemen-departemen pertanian dan industri tembakau. Dan selama sekian waktu memang terjadi kerjasama itu. Dari 1968 sampai 1980, para ilmuwan dari National Cancer Institute dan lembaga-lembaga lain berjalan seiring dengan para ilmuwan industri tembakau dalam program federal untuk mengembangkan rokok yang lebih aman. Pemerintah federal tiba-tiba menghentikan program itu pada 1980.

Walaupun laporan Surgeon General AS hingga 1989 memperingatkan risiko kesehatan pada merokok, mereka tidak menjelek-jelekkan industri tembakau. Satu-satunya bagian yang menyinggung industri tembakau dalam kata pengantar laporan SG 1989, “Reducing the Health Consequences of Smoking: 25 Years of Progress,” adalah tentang pemasaran rokok yang membidik “kaum kulit hitam dan Hispanik.” Namun pada 1994, laporan Surgeon General sudah meningkat seragannya terhadap industri tembakau dan praktik-praktik pemasarannya:

“Riset belakangan ini menunjukkan bahwa promosi tembakau yang luas menimbulkan dua efek penting: ia menciptakan anggapan bahwa jumlah orang yang merokok seolah lebih banyak daripada kenyataannya, dan ia menyediakan penghubung antara citra-diri yang nyata dan citra-diri ideal— dengan kata lain, merokok dibikin agar tampak keren. Apakah ada hubungan sebab-akibat atau tidak, efek itu menyuburkan keputusan untuk merokok, menjadi awal bagi rangkaian kejadian yang memprihatinkan dan tak ada habis-habisnya.”
(M. Joycelyn Elders, Surgeon General, Preface, “Preventing Tobacco Use Among Young People: A Report of the Surgeon General, 1994).

Dan pada tahun 2000, laporan Surgeon General sudah bernada balas dendam terhadap industri tembakau.

“Kekuatan terpenting pada merokok adalah totalitas kegiatan industri, meliputi iklan, promosi, aktivitas organisasi, dukungan untuk aneka permintaan bantuan, dan aksi politik, yang menjaga marketabilitas dan profitabilitas produk.”
(Jeffrey Koplan, Director, Centers for Disease Control and Prevention, Foreword, “Reducing Tobacco Use: A Report of the Surgeon General, 2000).

Frasa “industri tembakau” muncul berkali-kali (dan selalu negatif) pada laporan tahun 2000, di samping uraian-uraian yang menyinggung “pemasaran kepada anak-anak” dan “ketagihan”, dan tentu saja sarana efektif untuk “menangani” ketagihan. Laporan itu juga menyarankan regulasi pemerintah terhadap produk tembakau, pemberlakuan “standar udara bersih dalam ruangan” dan “perlindungan” anak-anak dari rayuan produk tembakau. Dan, berbeda dengan pakar kanker paru-paru Ernst Wynder, laporan ini juga mengingatkan bahaya rokok rendah tar.

Rokok dengan kandungan tar dan nikotin rendah pada dasarnya tidak kurang berbahaya dibandingkan merek-merek yang kandungannya lebih tinggi. Konsumen bisa terkecoh

oleh janji yang tersirat pada kadar racun yang dikurangi itu, yang melandasi pemasaran merek-merek tersebut.” (CDC “Tobacco Products Fact Sheet” for the 2000 S.G. report).

Pencarian berdasarkan waktu atas data PubMed dengan memakai frasa kunci “industri tembakau” menunjukkan pola serupa, yakni meningkatnya fokus pada industri tembakau itu sendiri. Dalam rentang 16 tahun dari 1965 hingga 1990, hanya 72 kutipan yang muncul pada artikel-artikel jurnal yang diterbitkan, sedangkan antara 1991 hingga 2000—hanya dalam rentang 9 tahun—muncul sebanyak 888 kutipan untuk “industri tembakau”.

Tren ini tampak menunjukkan bahwa upaya melekatkan cap jahat terhadap industri tembakau sesungguhnya dimulai pada akhir 1980-an atau awal 1990-an, di sekitar masa ketika FDA menyetujui beredarnya koyok nikotin dan ketika dana dari industri farmasi mulai menggelontor kepada gerakan anti-tembakau.

Industri farmasi

Yang meretas jalan bagi industri-industri farmasi multinasional untuk terlibat dalam perang nikotin adalah laporan Surgeon General AS tahun 1988 yang menggambarkan nikotin sebagai zat adiktif dan laporan Surgeon General tahun 1990 yang berfokus pada upaya berhenti merokok dan “penanganan” untuk “kecanduan” nikotin”. Namun, adalah persetujuan Badan Pengawas Obat dan Makanan (FDA) AS tahun 1991 terhadap koyok nikotin sebagai sarana bantu berhenti merokok yang agaknya meneriakkan seruan resmi untuk beraksi. Robert Wood Johnson Foundation mulai mendanai kegiatan-kegiatan anti-tembakau pada tahun itu pula.

Memang bisa saja masuknya perusahaan-perusahaan farmasi ke kancah perang nikotin dan eskalasi serangan terhadap industri tembakau itu semata-mata hanya kebetulan. Namun kronologi peristiwa berikut ini justru menunjukkan sebaliknya:

- **1988** – Laporan Surgeon General (C. Everett Koop) yang secara eksklusif berfokus pada nikotin dalam tembakau sebagai zat adiktif.
- **1990** – Laporan Surgeon General (C. Everett Koop) yang secara eksklusif berfokus pada penghentian merokok.
- **1990** – David Kessler menjadi ketua FDA.
- **1991** – FDA menyetujui Nicotrol dari Johnson & Johnson dan

Nicoderm dari SmithKline Beecham sebagai sarana bantu berhenti merokok melalui resep. Permen karet Nicorette dari Pharmacia dan SmithKline Beecham sudah disetujui pada 1984.

- **1991** – Robert Wood Johnson Foundation (dengan sumber dana kepemilikan sahamnya di J&J) mulai mengarahkan perhatian pada pengendalian tembakau sebagai bidang prioritas dan memulai program hibah untuk mendanai upaya-upaya anti-tembakau.
- **1991** – Nancy Kaufman bergabung dengan RWJF untuk melaksanakan pengendalian tembakau.
- **1992** – Koyok nikotin (Nicotrol dan Nicoderm) diperkenalkan ke pasaran.
- **1993** – FDA melarang produk penghenti merokok dijual tanpa resep karena belum terbukti efektif berdasarkan standar FDA. Permen karet Nicorette dan koyok Nicoderm dari SmithKline Beecham, serta koyok Nicotrol dari J&J tidak terpengaruh karena produk-produk itu hanya bisa diperoleh dengan resep.
- **1994** – Komisi FDA, Kessler, menyatakan bahwa rokok mungkin layak menjadi sistem pengantar obat dan membawanya ke dalam yurisdiksi FDA.
- **1994** – RWJF meluncurkan program hibah pengendalian tembakau, SmokeLess States, yang dilaksanakan oleh American Medical Association.
- **1995** – Wakil Direktur RWJF, Nancy Kaufman, secara resmi menjadi anggota federal pada Komite Antarlembaga untuk Rokok dan Kesehatan.
- **1995** – Komisi FDA, Kessler, menyatakan penggunaan tembakau sebagai “penyakit pediatrik.”
- **1996** – RWJF menyediakan dana utama untuk pembentukan koalisi Tobacco-Free Kids. TFK senantiasa sangat aktif mempromosikan cap jahat terhadap industri tembakau.
- **1996** – FDA menyetujui permen karet Nicorette, koyok Nicotrol dan Nicoderm dijual bebas tanpa resep.

Dalam kurun waktu bersamaan, terutama sejak pembentukan Tobacco-Free Kids pada 1996, upaya men-cap jahat industri tembakau menjelma menjadi kampanye sepenuhnya yang dilaksanakan oleh komunitas pengendalian tembakau, suatu kampanye yang juga membuka lebar kemungkinan dilakukannya litigasi nasional terhadap industri tembakau.

Industri tembakau sebagai kambing hitam

Selama tahun 1990-an, industri farmasi sendiri menghadapi sejumlah masalah kehumasan yang serius. Di antaranya, mereka dikecam karena teknik pemasaran mereka yang sifatnya memaksa dan karena mempertahankan harga tinggi yang menipu untuk produk-produknya. Bergesernya perhatian masyarakat (dan para penegak hukum yang mewaspadai pelanggaran) yang lantas tertuju pada “dosa-dosa” industri tembakau membantu mengalihkan perhatian dari “dosa-dosa” perusahaan farmasi.

Karena itu tak mengejutkan jika Nancy Kaufman dari RWJF menilai hibah yayasan itu kepada para ekonom sebagai “investasi yang menguntungkan”, yakni untuk “mengembangkan formula penghitungan biaya merokok bagi program bantuan kesehatan negara, sehingga memungkinkan jaksa agung menggugat industri [tembakau].” (Wawancara Phillippe Boucher, “Rendez-vous with...Nancy J. Kaufman,” 16 Februari 2001).

Mengarahkan perhatian publik terhadap “biaya” sakit akibat rokok jelas akan menarik lebih banyak pengikut daripada mengarahkan perhatian publik kepada “biaya” yang justru lebih tinggi untuk sakit yang diakibatkan obat-obatan farmasi. Perkiraan biaya medis yang paling banyak dipublikasikan untuk menangani sakit akibat rokok adalah antara \$50 hingga \$73 miliar, namun perkiraan biaya medis untuk menangani sakit akibat obat-obatan adalah antara \$30 hingga \$136,8 miliar.

“Kondisi tak sehat dan kematian akibat obat diperkirakan memakan biaya \$76,6 miliar dalam rancangan berjalan di AS. Komponen terbesar dari biaya total ini berupa perawatan rumah sakit akibat obat-obatan. Walaupun asumsi model itu bervariasi, perkiraan biayanya berkisar dari perkiraan yang konservatif sebesar \$30,1 hingga \$136,8 untuk skenario yang terburuk” (Johnson JA, Bootman JL, “Drug-related morbidity and mortality. A cost-of-illness model,” *Arch Intern Med*, October 9, 1995, pp. 1949-56).

Dan ketika direktur WHO Gro Harlem Brundtland mulai menekan Glaxo Wellcome dan perusahaan-perusahaan farmasi lain perihal tingginya harga obat-obatan mereka (terutama obat AIDS) di negara-negara berkembang, sejumlah perusahaan dan asosiasi perdagangan farmasi internasional menjanjikan dana dan kerjasama untuk mendukung kampanye anti-tembakau global dari WHO:

Pada diri Brundtland... perusahaan-perusahaan farmasi tampaknya menemukan sekutu yang cocok. Gillmartin [Ceo Merck pharmaceuticals] sudah membina hubungan dekat lebih dari setahun. Ia berdiskusi bersama Brundtland di sebuah pertemuan pemerintah dan elit bisnis global di Davos, Swiss, dan ia membantu Brundtland mengumpulkan dana swasta \$1 juta untuk kampanye pencegahan kematian akibat tembakau yang didukung resmi oleh Brundtland. Demikianlah, siasat itu menempatkan industri lain ke dalam posisi pariah” (“A Turning Point That Left Millions Behind,” Barton Gellman, *Washington Post*, Dec 28, 2000, p. A01).

Menguatkan kemitraan dengan WHO yang terpublikasi luas dalam rangka memberantas “wabah” tembakau secara global merupakan pukulan telak yang dilancarkan perusahaan-perusahaan farmasi. Langkah ini menempatkan mereka dalam peran pahlawan yang membantu menyelamatkan dunia dari Iblis Tembakau. Pada saat bersamaan, langkah ini juga mengalihkan perhatian masyarakat dari pertarungan sengit industri farmasi dalam rangka mempertahankan harga obat-obatan paten yang relatif tinggi di negara-negara berkembang. Namun selain itu, siasat ini berhasil melibatkan WHO untuk membantu mendongkrak penjualan obat-obatan berhenti merokok di seluruh dunia.

Berhasilnya kampanye untuk mencap jahat industri tembakau itu sungguh memuaskan kepentingan perusahaan-perusahaan farmasi multinasional dari berbagai sisi.

Pemerintah Federal dan Industri Farmasi: Patgulipat yang Tak Sehat

Tanggal Penerbitan: 13 Juli 2001



“Masalah kedua dan lebih serius adalah ikatan ekonomi antara para peneliti NIH [National Institutes of Health] dan perusahaan-perusahaan farmasi besar, yang oleh sejumlah pengkritik dikatakan serupa dengan suap. Awal pekan ini, misalnya, laporan Times menunjukkan bagaimana peneliti diabetes utama dari lembaga itu menerima pembayaran dari sekurang-kurangnya empat perusahaan farmasi yang menanti mendapatkan hasil riset NIH yang ia pimpin, yang sudah jelas merupakan pelanggaran etika.”

“Terjadi pula konflik yang lebih rumit. ‘Kelompok penilai’ yang merupakan sejawat sekaligus sekongkol NIH seringkali

adalah para peneliti universitas yang agaknya lebih menyukai kajian-kajian yang, dengan membuktikan keefektifan obat farmasi merek tertentu, bisa menghasilkan onggokan dana hibah dari perusahaan obat untuk jurusan akademis mereka.”

(“Flap Over ‘Public Science,’” Los Angeles Times, 30 Januari 1999)

Kendati kebanyakan warga Amerika kurang sadar akan keberadaannya, Public Health Service (PHS) merupakan salah satu birokrasi terbesar dan paling berkuasa dalam pemerintahan AS. Kebijakan dan regulasinya langsung memengaruhi hidup seluruh rakyat Amerika, dan pengaruhnya terasa ke seluruh dunia. Pada dasarnya lembaga ini adalah sayap

“Kesehatan” dari Departemen Kesehatan dan Layanan Kemanusiaan.

Meski tak ada yang meragukan bahwa PHS dan lembaga-lembaga dinasnya telah memberikan kontribusi bagi kesehatan dan kesejahteraan warga Amerika, tak ada pula yang mempersoalkan bahwa ia telah menghamburkan begitu banyak uang dan rentan terhadap pengaruh politik dan korupsi keuangan seperti halnya birokrasi besar lainnya. Mungkin tak ada isu yang lebih bisa menggambarkan pelanggaran itu dibandingkan keterlibatan PHS dalam perang tembakau.

Tak kurang dari 81 kantor, dinas dan program yang berbeda-beda dalam PHS terlibat dalam perang melawan tembakau. Delapan puluh satu entitas federal menerima dana, mempekerjakan staf dan menyelenggarakan pertemuan-pertemuan untuk mencegah konsumen Amerika membeli dan menggunakan produk legal jelas merupakan contoh pemborosan paling nyata dan pemanfaatan birokrasi secara sia-sia.

Bahkan masih ada pula entitas lain yang dibiayai pajak, yakni Interagency Committee on Smoking and Health (Komite Antarlembaga untuk Rokok dan Kesehatan), yang semata-mata didirikan dengan tujuan mengoordinasikan berbagai upaya pemerintah maupun organisasi-organisasi non-pemerintah, seperti American Cancer Society, dalam rangka pemberantasan tembakau. Dipimpin oleh Surgeon General, Interagency Committee itu terdiri dari sejumlah perorangan dari sektor pemerintah maupun swasta. Dan di sinilah masalahnya. Wakil berbagai organisasi yang turut menyumbang dana untuk perang tembakau turut duduk di dalam komite dan membantu mengarahkan program dan kebijakan anti-tembakau pemerintah. Wakil Direktur Robert Wood Johnson Foundation, Nancy Kaufman, menjadi anggota komite itu sejak 1995, dan RWJF adalah pemegang saham tunggal terbesar Johnson & Johnson, pemasar obat-obatan penghenti merokok.

Bahwa kepentingan industri farmasi memiliki akses langsung ke lapisan tertinggi perumus kebijakan pengendalian tembakau pemerintah memang merupakan fakta yang mengejutkan. Namun kenyataan ini bukan semata-mata kebetulan. PHS dan lembaga-lembaga dinasnya sarat dengan contoh seperti itu.

Panduan praktik klinis dari PHS

Pada Juni 2000, Public Health Service menerbitkan “Panduan Praktik Klinis” untuk menangani penggunaan dan ketergantungan tembakau. Panduan pemerintah federal itu, yang merupakan petunjuk PHS

untuk para dokter dan pihak-pihak lain yang terlibat dalam praktik klinis, menyarankan agar setiap dokter dan praktisi klinis di AS selalu menanyakan status merokok setiap pasien yang mereka tangani. Jika pasien seorang perokok, panduan itu menyatakan bahwa ia harus ditawarkan obat penghenti merokok dan konseling. Dianjurkan untuk meresepkan setidaknya salah satu dari lima terapi obat berhenti merokok “terbaik”: tablet lepas berkelanjutan (*sustained-release*) hidroklorida bupropion (produk Zyban dari Glaxo Wellcome), permen karet nikotin (Pharmacia dan SmithKline), nikotin hirup (Pharmacia dan Johnson & Johnson), koyo nikotin (Pharmacia, SmithKline, Johnson & Johnson) dan nikotin semprot hidung.

Ketua panel PHS yang menulis dan menerbitkan panduan itu adalah Michael Fiore, yang menerima dana amat besar dari Glaxo Wellcome, SmithKline Beecham, McNeil (anak perusahaan Johnson & Johnson) dan Robert Wood Johnson Foundation. Sepuluh dari 17 anggota panel selebihnya juga bekerja sebagai konsultan, memberikan ceramah atau melakukan penelitian yang disponsori perusahaan-perusahaan farmasi tersebut, yang memproduksi dan/atau memasarkan obat-obatan berhenti merokok yang disarankan panduan itu. Tiga dari lima konsultan panduan itu memiliki konflik kepentingan seperti itu juga.

National Institutes of Health (NIH)

“Seluruh program ini beraroma industri obat/sekongkol NIH.”

Sidney Wolfe, direktur Health Research Group of Public Citizen, menanggapi pengumuman tentang standar kolestrol baru dari pemerintah yang secara besar-besaran akan meningkatkan jumlah warga Amerika yang mengonsumsi obat penurun kolestrol. Lima dari 14 anggota panel semi-pemerintah yang menganjurkan standar baru itu memiliki ikatan finansial dengan perusahaan-perusahaan farmasi yang memproduksi obat-obatan tersebut (dikutip dalam “New Government Cholesterol Standards Would Triple Number of Prescriptions,” T. Burton dan C. Adams, Wall St. Journal, 16 Mei 2001).

“Banyak riset dasar permulaan yang mengarah pada pengembangan obat didanai oleh National Institutes of Health.”

(Angell M, “The Pharmaceutical Industry—To Whom Is It Accountable?” *New England Journal of Medicine*, Editorial, 22 Juni, 2000)

Pada 18 Oktober 1999, National Cancer Institute, National Institute on Drug Abuse (dua dari sekian lembaga dalam NIH) dan Robert Wood Johnson Foundation mengumumkan berdirinya Transdisciplinary

Tobacco Use Research Centers (Pusat Riset Penggunaan Tembakau Transdisipliner) yang dibentuk dan didanai bersama. Menurut siaran pers bersama, pusat riset itu akan “mengembangkan kerjasama unik di antara para ilmuwan dari berbagai disiplin,” dan “berfokus pada wilayah-wilayah di mana terdapat kesenjangan pengetahuan, misalnya para remaja yang merokok.” Peneliti akan mengkaji “pencegahan penggunaan tembakau, pengenalan awal tentang penggunaan dan ketagihan tembakau.” Total dana untuk program ini sebesar \$28,5 juta, dan sebesar \$14,5 dari dana itu bersumber dari pembayar pajak. Michael Fiore, ketua panel PHS yang mengedarkan panduan klinis baru untuk menangani ketergantungan terhadap tembakau, adalah salah satu penerima dana utama program ini.

Tobacco Use Research bukanlah upaya kolaborasi pertama antara NIH dan Robert Wood

Johnson Foundation. National Institute on Drug Abuse dan RWJF pernah sama-sama menyponsori konferensi nasional tahun 1998 mengenai “pendekatan transdisipliner” untuk meneliti penggunaan dan ketagihan tembakau. Pada konferensi itulah Wakil Presiden Al Gore mengumumkan bahwa National Cancer Institute akan menganggarkan dana \$38 juta untuk riset tambahan mengenai program pencegahan dan penghentian merokok yang bertujuan mengurangi penggunaan tembakau. Di antara proyek-proyek yang akan didanai NCI adalah proyek “untuk menentukan apakah program-program berhenti merokok bagi orang dewasa, termasuk koyok nikotin dan permen karet nikotin, juga bisa diterapkan untuk anak-anak” dan “untuk menemukan penanganan baru yang lebih baik bagi orang dewasa yang kecanduan nikotin.” Dengan kata lain, NCI akan menggunakan dollar dari para pembayar pajak untuk uji coba klinis dan pengembangan produk bagi industri farmasi.

Pada tahun 2000, NCI mendanai kajian berhenti merokok untuk remaja dengan menggunakan Zyban melalui Program for Nicotine and Tobacco Research, Universitas Arizona. Peserta penelitian untuk Zyban itu adalah para perokok di bawah umur, dari usia 14 hingga 17 tahun. Setiap peserta diberi imbalan \$200. Karcis gratis nonton film dibagikan di tempat-tempat nongkrong anak muda untuk mengajak mereka terlibat dalam program itu (“UA seeks teens for study on smoking,” Carol Alaimo, *The Arizona Daily Star*, 27 Agustus 2000).

Centers for Disease Control dan Surgeon General

“Seperti gejala ketagihan lainnya, pemakaian tembakau pun

bisa ditangani secara efektif... Mengingat pentingnya peran nikotin pada bertahannya penggunaan tembakau, kini tersedia terapi penggantian nikotin... Penanganan ketagihan tembakau harus tersedia lebih luas dan harus bisa disetujui setidaknya oleh para pembayar pihak ketiga [penyedia asuransi negeri dan swasta] seperti halnya penanganan alkoholisme dan ketagihan obat terlarang.” C. Everett Koop. Preface. A Report of the Surgeon General—1988, “The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction]

“Saat merasakan dorongan keinginan yang kuat, akan lebih asyik jika Anda bermain gelembung permen karet di mulut, dan dengan dua-tiga kunyahan, Anda redakan dorongan keinginan itu.” Dr.

Ron Davis tentang permen karet Nicorette. Davis adalah Direktur Medis Henry Ford Medical System, editor Amerika Utara untuk British Medical Journal dan mantan kepala bagian Smoking and Health, CDC; editor umum dan salah satu penulis laporan SG 1988 tentang permen karet Nicorette. (“Nicorette gum has helped people quit smoking,” Loretta Tofani, *The Philadelphia Inquirer*, 28 Maret 2000)

“Para pejabat kesehatan publik, termasuk WHO, sudah menyerukan ditingkatkannya perhatian terhadap penanganan ketergantungan tembakau untuk mengurangi penyakit dan kematian akibat tembakau. Kemenangan ganda untuk intervensi farmakologis; namun intervensi ini juga harus dilakukan seiring dengan pengamatan atas dampak-dampaknya. Data laporan ini menunjukkan bahwa meningkatnya jumlah pilihan penanganan dan ketersediaan produk farmakologi akan meningkatkan pula pemanfaatan penanganan itu.” Laporan CDC MMWR, 28 Juli 2000, “Use of FDA-Approved Pharmacologic Treatments for Tobacco Dependence—United States, 1984—1998.” Laporan ini ditulis bersama-sama oleh Kantor Cabang Epidemiologi CDC untuk Rokok dan Kesehatan, SL Burton dari SmithKline Beecham, JG Gitchell dan S. Shiffman dari Pinney Associates, sebuah firma yang disewa sebagai konsultan dan manajer kampanye iklan Zyban untuk Glaxo Wellcome.

Laporan CDC tahun 1996, “Tobacco Use Prevention Program: At-A-Glance” menyebut dua di antara para mitra utamanya adalah Robert Wood Johnson Foundation dan National Center for Tobacco-Free Kids yang didanai RWJF. Namun keterlibatannya dalam industri farmasi dan penanganan gejala ketagihan bisa dilacak sejak laporan Surgeon General tahun 1988, “The Health Consequences of Smoking: Nicotine Addiction,” yang mengubah definisi ketagihan hingga mencakup

penggunaan tembakau dan yang menekankan bahwa merokok adalah suatu gejala ketagihan yang perlu ditangani dengan produk farmakologi dan konseling.

Kendati banyak orang tak menyadari, laporan Surgeon General tentang merokok dan kesehatan sebenarnya tidak ditulis oleh Surgeon General sendiri melainkan oleh sejumlah penulis, sebagian di antaranya adalah karyawan CDC, dan sebagian dari mereka itu adalah para “ahli” pilihan dari sektor swasta. Laporan 1988 disiapkan di bawah pengawasan Ron Davis sebagai editor umum, yang kemudian menjabat Direktur CDC Office on Smoking and Health, namun masih banyak lagi lainnya yang terlibat dalam penulisan dan penyuntingan ilmiah laporan itu. Salah satu editor ilmiah adalah Jack Henningfield, yang saat itu aktif dalam National Institute on Drug Abuse, namun kemudian menjadi salah satu mitra dalam Pinney Associates dan konsultan Glaxo Wellcome. Setidaknya sebagian “ahli” dari luar itu berupaya mendapatkan keuntungan finansial dari laporan itu. Banyak di antara mereka bergerak dalam bisnis “gejala ketagihan”. Salah satu penulis adalah Red Jose, yang menemukan koyok nikotin pada awal 1980-an dan menjual hak produksi dan pemasaran koyok itu kepada industri farmasi. Yang lain adalah C. Tracy Orleans, yang nantinya menjadi karyawan di Robert Wood Johnson Foundation, dan lain-lainnya seperti Michael Fiore, Saul Shiffman dan Richard Clayton yang dengan modal keterlibatannya itu kemudian mendapatkan dana penelitian dan jabatan konsultan dari industri farmasi, RWJF dan pemerintah federal.

Secara keseluruhan, laporan Surgeon General 1988 menjadi berkah bagi industri farmasi dan produsen penangkal ketagihan, dan laporan ini juga menghasilkan limpahan berkah dari industri farmasi dan pemerintah, setidaknya bagi sebagian mereka yang terlibat dalam penyusunan laporan itu.

Dua tahun kemudian, laporan Surgeon General 1990 “The Health Benefits of Smoking Cessation,” memusatkan perhatian secara eksklusif pada upaya berhenti merokok dan meretas jalan bagi pemasaran koyok nikotin, yang saat itu sedang dipertimbangkan FDA untuk disetujui sebagai obat penghenti merokok, walaupun koyok itu baru secara resmi mendapat izin pada 1991. Bisnis penangkal ketagihan, farmakologi dan pengarah perilaku dengan demikian mendapatkan lagi fasilitas dari CDC Office on Smoking and Health, yang didanai para pembayar pajak.

Laporan Surgeon General tahun 2000, “Reducing Tobacco Use,” menekankan kembali pentingnya “penanganan” terhadap “kecanduan”

tembakau. Di antara saran-sarannya yang terpenting: “mengubah perilaku dokter, prosedur sistem medis dan tanggungan asuransi untuk mendorong penggunaan penanganan paling mutakhir yang luas bagi kecanduan nikotin.”

Dengan demikian laporan Surgeon General yang disusun CDC itu secara sengaja atau tak sengaja menciptakan efek promosi penjualan produk-produk farmasi seraya di sisi lain mencap buruk produk-produk nikotin industri tembakau.

Hubungan yang kurang banyak diketahui antara perusahaan-perusahaan farmasi dan CDC adalah sumbangan langsung perusahaan farmasi kepada National Foundation untuk CDC. Yayasan itu ditetapkan dalam undang-undang AS pada 1992 dengan tujuan menjalankan “aktivitas pencegahan dan pengendalian penyakit, kelainan, luka dan cacat, dan untuk meningkatkan kesehatan masyarakat” (Kitab 42, Bag. 280d-11). Yayasan itu, yang merupakan usaha swasta nirlaba, ditopang oleh sumbangan swasta. Dana yayasan bisa dipakai untuk program-program beasiswa bagi para pejabat kesehatan publik, baik tingkat lokal maupun negara, untuk bekerja dan belajar di CDC, untuk beasiswa internasional bagi para pejabat kesehatan publik dari negara-negara lain untuk belajar di CDC, dan bagi para pegawai CDC untuk melakukan layanan kesehatan publik di negara-negara lain. Dana juga bisa digunakan untuk menyelenggarakan forum-forum pejabat pemerintah dan organisasi swasta untuk bertukar informasi, mengadakan pertemuan, konferensi, kursus dan lokakarya pelatihan, dan untuk “kajian, proyek, penelitian,” termasuk penelitian tentang efektivitas kegiatan pencegahan penyakit. Salah satu proyek yayasan belakangan ini adalah Survei Tembakau Nasional untuk Anak Muda, yang dijalankan oleh American Legacy Foundation.

Daftar para donor korporat meliputi Glaxo Wellcome, Ortho-McNeil anak perusahaan Johnson & Johnson, SmithKline Beecham Consumer Healthcare dan SmithKline Beecham Pharmaceuticals, serta para raksasa farmasi lain. Nyatanya, nyaris separuh donor korporat yang terdaftar adalah perusahaan farmasi.

Jadi bisa dilihat bahwa industri farmasi melancarkan pengaruh amat kuat serta menjalin hubungan finansial dengan biro-biro terpenting dalam lembaga Layanan Kesehatan Publik, suatu hubungan dan pengaruh yang mereka manfaatkan untuk menghasilkan efek besar sehingga industri farmasi merebut kedudukan lebih unggul dalam perang nikotin.

Pemerintah Federal dan Industri Farmasi: FDA

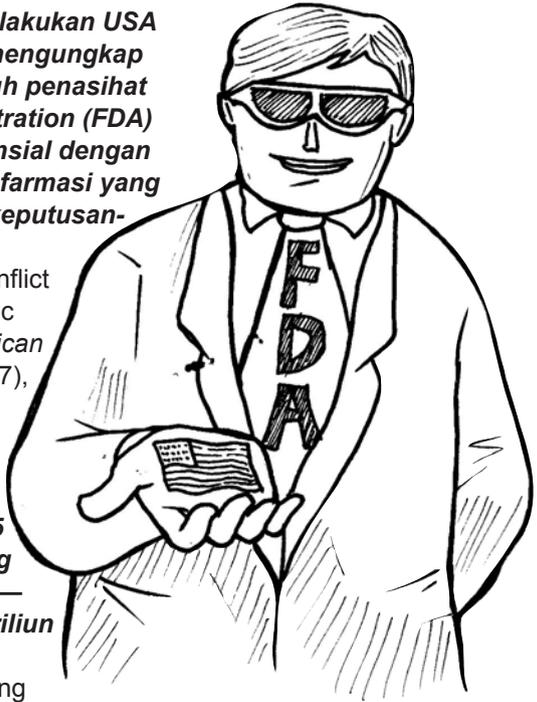
Tanggal Penerbitan: 20 Juli 2001

“[Sebuah] kajian yang dilakukan USA Today belakangan ini mengungkap bahwa lebih dari separuh penasihat Food and Drug Administration (FDA) memiliki hubungan finansial dengan perusahaan-perusahaan farmasi yang berkepentingan dengan keputusan-keputusan FDA.”

Catherine DeAngelis, “Conflict of Interest and the Public Trust,” *Journal of the American Medical Association*, 284(17), 1 November 2000.

“FDA meregulasi aneka produk yang nilainya kira-kira setara dengan 25 sen dari setiap dollar yang dibelanjakan konsumen—jumlahnya lebih dari \$1 triliun setiap tahun.”

Henry I. Miller, “The Wrong Choice for the FDA,” *The Wall St. Journal*, 26 Juni 1998.



Tak ada biro pemerintah lain yang berada di bawah U.S. Public Health Service yang memiliki sejarah pelanggaran dan korupsi yang begitu panjang dan terdokumentasi kecuali Food and Drug Administration. Dan tak satu pun lembaga pemerintah yang memiliki hubungan begitu intim dengan industri farmasi kecuali FDA. FDA memiliki kekuasaan mutlak untuk menentukan obat mana dan sarana medis mana yang boleh

dipasarkan di AS, bagaimana produk itu dipasarkan, bagaimana mereka dibubuhi label, bagaimana mereka digunakan, dan apakah produk-produk itu tersedia bebas ataukah hanya boleh dijual dengan resep. FDA adalah hakim, juri, pembebas maupun pemberi hukuman, sekaligus pemaksa, untuk setiap produk yang dibuat untuk dipasarkan di AS oleh industri-industri farmasi, sarana kedokteran, makanan dan kosmetik.

Izin FDA terhadap suatu obat bisa berarti laba ratusan juta dollar bagi perusahaan farmasi; penolakan FDA terhadap suatu obat yang tampaknya menjanjikan bisa secara finansial menghancurkan perusahaan kecil dan mengalihkan laba jutaan dollar itu ke perusahaan besar. Mengingat kekuasaan yang begitu besar serta melibatkan uang dalam jumlah raksasa, tak mengejutkan jika lembaga ini kerap diguncang skandal korupsi dan bahwa individu-individu dalam lembaga itu terbukti menerima suap.

“Beberapa penilai FDA menerima suap untuk mempercepat persetujuan atas produk-produk yang didaftarkan oleh perusahaan-perusahaan tertentu dan menjegal produk-produk lain yang diajukan perusahaan pesaing. Akhirnya 42 orang dan 10 perusahaan terbukti bersalah melakukan perbuatan kriminal.”

Robert Higgs, “An FDA Fable,” *Reason Magazine*, October 1994. Artikel ini menceritakan skandal obat generik yang berpuncak pada 1989. Bermula pada tahun 1990, ketika David Kessler ditunjuk sebagai ketua FDA, dan selama tiga tahun sesudah itu FDA melakukan balas dendam terhadap Barr Laboratories karena menyebarkan informasi tentang korupsi di lembaga itu. Dengan ataupun tanpa sepengetahuannya, FDA yang dipimpin Kessler dilaporkan berupaya menghentikan bisnis perusahaan itu dengan berulang kali mengawasi fasilitas-fasilitasnya serta menunda-nunda persetujuan atas produk-produknya.

“Warner-Lambert [yang dibeli Pfizer pada 2000] menyepelekan risiko yang bisa berakibat fatal terkait dengan troglitazone. Selama menanti proses persetujuan [FDA], mereka menerima bantuan dari para regulator obat-obatan federal untuk memaksa agar obat itu mendapatkan persetujuan pemasaran, ungkap sebuah artikel yang diterbitkan Los Angeles Times.”

“Koran tersebut mendasarkan laporannya pada dokumen-dokumen perusahaan dan pemerintah, yang beberapa di antaranya diperoleh secara rahasia, serta komunikasi surat

elektronik, yang menunjukkan bahwa para pejabat Warner-Lambert bekerjasama erat dengan beberapa pejabat senior dari FDA selama proses persetujuan dan sesudahnya, ketika perusahaan itu dipaksa menarik obatnya dari pasaran.”

Dilaporkan dalam *The British Medical Journal*, 322; 696, 24 Maret 2001. Skandal ini terjadi antara 1994 dan 1996, selama David Kessler berkuasa sebagai ketua FDA.

Lembaga ini kemudian diselidiki atas tuduhan korupsi oleh Kongres AS dan Kongres berupaya “mereformasi” FDA. Pada 1997, reformasi FDA yang diupayakan Kongres tak membuahkan hasil karena konon disabotase oleh Senator Edward Kennedy (D., Mass.)

FDA di bawah David Kessler

“Sebuah artikel di Washington Post yang isinya sarat puja-puji menyimpulkan, ‘Apa yang tak dapat diselesaikan dengan regulasi yang wajar, Kesler akan menyelesaikannya dengan menebar rasa takut.’”

James Bovard, “First Step To an FDA Cure: Dump Kessler,” *The Wall St. Journal*, 8 Desember 1994.

“Perusahaan-perusahaan yang ingin memelihara hubungan positif dengan FDA umumnya setuju dengan cara penyelesaian FDA.”

David Kessler. (Dikutip dalam Paul Rubin, “FDA Advertising Restrictions: Ignorance Is Death,” Chp. 3 of *Hazardous to Our Health? FDA Regulation of Health Care Products*, ed. By Robert Higgs, The Independent Institute, Oakland, CA: 1995, p. 31).

Pada 1990, David Kessler diangkat menjadi ketua FDA. Harapannya adalah agar Kessler, seorang “aktivis setia” yang juga pengacara dan dokter, bisa membersihkan FDA. Namun yang terjadi korupsi di FDA tetap berlangsung sementara Kessler memusatkan perhatian pada hal-hal seperti pelabelan makanan, melakukan politisasi lebih jauh atas lembaga itu, dan menegakkan kekuasaan melalui teror.

“Pada kenyataannya, komisar baru itu segera mengubah lembaga ini menjadi barisan polisi yang menakutkan. Selama dua bulan pertama jabatannya, ia ‘menambah seratus penyelidik kriminal baru ke dalam staf penegakan hukum, banyak di antara mereka yang sebelumnya bekerja di Dinas Rahasia dan Agen Penegakan Hukum Bidang Obat-obatan.’ Kemudian diikuti serangkaian serbuan bersenjata ke klinik-klinik kesehatan

alternatif, pabrik-pabrik vitamin serta para dealer suplemen diet serta peningkatan besar-besaran dalam hal surat peringatan, perampasan produk, penutupan pabrik secara paksa, serta penuntutan kriminal di kalangan industri farmasi dan sarana kesehatan.”

Robert Higgs, “An FDA Fable,” *Reason Magazine*, Oktober 1994.

Dilengkapi kekuasaan yang bisa dibilang tak terbatas, Kessler menyebarkan citra bahwa FDA “melindungi” masyarakat dengan pedang keadilan yang tegas. Namun, pedang Kessler cenderung hanya mengayun kepada beberapa perusahaan dan industri dan tidak kepada yang selebihnya.

Pada 1991 FDA mengirim serdadunya untuk menyerang sebuah produsen jus jeruk di Florida dan membuang 24.000 jus Citrus Hill ‘fresh choice’ ukuran setengah galon karena FDA berkeberatan dengan labelnya. Tak ada yang keliru pada jusnya itu sendiri, namun FDA mengatakan frasa ‘fresh choice’ pada label itu menyesatkan karena produk itu tidaklah ‘fresh’ melainkan dibuat dari konsentrat.

Pada 1992 FDA melancarkan serangan bersenjata lengkap ke sebuah klinik medis di Tahoma, Washington, karena dokter yang memimpin klinik itu mempromosikan nutrisi dan vitamin sebagai alternatif bagi penanganan medis tradisional.

Pada 1993, FDA mendenda Lexicor, sebuah perusahaan yang belum lama berdiri, sebesar \$1.580.000 (dua kali lipat pendapatan total perusahaan itu selama tahun 1993) karena mempromosikan *electroencephalographs*, alat pengukur gelombang otak, walaupun perusahaan itu telah mendapatkan izin FDA untuk menjual alat itu, namun mereka menjualnya dengan merek berbeda.

Di lain pihak, Summit Technologies, sebuah pabrikan di Massachusetts yang membuat alat bedah mata laser, didukung oleh FDA untuk menjual alat yang harganya \$40.000 dengan harga \$400.000. FDA sadar bahwa Summit kemungkinan telah melanggar hukum federal dengan lebih dahulu menjual sebuah alat yang belum berizin bersamaan dengan alat lain yang sudah berizin. Namun koneksi politik perusahaan itu tampaknya berhasil memengaruhi keputusan FDA untuk tidak melayangkan tuntutan. Perusahaan itu telah mengumpulkan sumbangan kampanye hampir \$500.000 untuk Senator Edward Kennedy, dan menurut seorang pembisik, pimpinan Summit telah membicarakan kesediaannya untuk membayar lebih dari \$1 juta bagi kampanye pemilihan ulang Kennedy.

“Sebuah memo FDA bertanggal 1 Januari 1995... menunjukkan betapa FDA berusaha membantu Summit dan Senator Kennedy. ‘Summit sepertinya pernah mengeluh banyak kepada Ted Kennedy mengenai tidak adanya jadwal yang pasti dalam tanggapan FDA terhadap masalah terkait [pendaftaran yang diajukan Summit untuk mendapatkan persetujuan]’ kata memo itu. Selanjutnya memo itu mengatakan bahwa FDA tidak akan mengajukan tuduhan kriminal terhadap Summit, dan menegaskan bahwa Summit akhirnya akan mendapat persetujuan.”
Robert Goldberg, “The Ethical Mess at the FDA,” *The Wall St. Journal*, 16 Januari 1997.

Kemudian ada kasus Ethicon dan benang jahit bedah yang terkontaminasi. Ethicon, anak perusahaan Johnson & Johnson, memproduksi 80 persen dari seluruh benang medis yang dipakai dalam operasi. Perusahaan itu kebetulan mendistribusikan setidaknya 3,6 juta paket benang bedah yang terkontaminasi ke berbagai distributor sarana medis, rumah sakit dan dokter antara Desember 1993 hingga September 1994. Menurut Wendy York, penasihat hukum kelompok penggugat, benang terkontaminasi itu tanpa sengaja dipakai oleh ahli bedah dan dokter di seluruh negeri, dan penggunaannya mengakibatkan infeksi tak terkendali, kerusakan tubuh dan bahkan kematian pada pasien yang dijahit dengan benang medis itu [Geoff Metcalf, *worldnetdaily* Sunday Q & A, Interview with Wendy York].

Apakah FDA lalu mengirim pasukan bersenjata atau menetapkan denda jutaan dollar kepada Ethicon? Tidak. Menurut York, FDA memang mengeluarkan surat peringatan keras kepada Ethicon pada 1994, namun perusahaan itu meyakinkan FDA bahwa ia akan mengatasi masalah itu, dan sesudah itu tak ada tindakan apa-apa lagi yang dilakukan lembaga pemerintah itu.

Siapapun akan menyimpulkan bahwa Ethicon dan Summit “memelihara hubungan positif” dengan FDA-nya Kessler, sementara perusahaan-perusahaan obat, makanan dan sarana klinis lain tidak melakukan itu.

Selama kekuasaan Kessler di FDA, lembaga ini menerbitkan setidaknya dua kebijakan baru yang berdampak mendongkrak laba perusahaan-perusahaan farmasi besar.

Pada Mei 1995, FDA menetapkan bahwa undang-undang federal yang baru memperpanjang paten obat-obatan hingga tiga tahun lagi. Kabar ini disambut gembira oleh perusahaan-perusahaan obat besar. Nancy Pekarek dari Glaxo Wellcome mengatakan, “Ini berita yang

sangat bagus, bukan hanya untuk Glaxo tapi juga untuk perusahaan-perusahaan inovatif yang memegang hak paten.” (Miami Herald, 26 Mei 1995). Namun para pembela konsumen mengungkapkan bahwa ‘durian runtuh’ bagi industri farmasi ini bisa membebani konsumen AS hingga \$6 juta.

Kemudian pada 1997 FDA melonggarkan pembatasan iklan TV untuk obat-obatan dengan resep. Ini memberi perusahaan-perusahaan farmasi besar peluang promosi baru yang empuk karena mereka dapat mempromosikan obat-obatan resep mereka langsung kepada konsumen. Jelas, perusahaan-perusahaan kecil tidak punya sarana untuk membayar spot iklan profesional yang mewah di televisi, sedangkan perusahaan-perusahaan obat besar buru-buru menyambar peluang pemasaran melalui televisi untuk obat-obatan beresep itu. Penjualan obat-obatan itu pun melambung karena masyarakat mulai menekan para dokter agar memberikan resep untuk produk-produk yang tayangan iklannya mereka lihat begitu gilang-gemilang di televisi pada saat *primetime*.

Dan tentu saja David Kessler juga memberikan dorongan kuat bagi penjualan produk-produk “pengganti nikotin” dari perusahaan-perusahaan besar untuk meningkatkan upaya berhenti merokok ketika Kessler mulai mengejar perusahaan-perusahaan tembakau.

FDA-nya Kessler dan tembakau

“Jika para anggota masyarakat kita diberdayakan agar bisa mengambil keputusan sendiri... maka seluruh alasan bagi keberadaannya [FDA] akan lenyap.”

David Kessler. Dikutip dalam James Bovard, “First Step To an FDA Cure: Dump Kessler,” *The Wall St. Journal*, 8 Desember 1994.

“Penerapan yang ketat atas persyaratan ini akhirnya bisa berarti pelenyapan dari pasar bagi produk-produk tembakau yang mengandung nikotin, pada tingkat yang menyebabkan atau memuaskan rasa ketagihan.”

David Kessler dalam suratnya kepada kelompok anti-rokok pada 1994. Dikutip dalam Jerry Taylor, “Clinton’s Tobacco War: How High the Constitutional Price?” *The Cato Institute*, 30 Agustus 1996.

“Rokok di Amerika seharusnya diproduksi dan dijual oleh satu perusahaan saja, yang diberi wewenang oleh kongres, diatur secara ketat, dan tidak mencari laba, ungkap David Kessler, mantan komisaris Food and Drug Administration”

Joe Ward, "Should single firm make cigarettes?" The Louisville Courier-Journal, 25 Maret 2001.

Pada 1991, FDA di bawah Kessler menyetujui koyok Nicotrol dan Nicoderm sebagai obat resep untuk berhenti merokok (permen karet Nicorette sudah disetujui penggunaannya pada 1984). Pada 1992, koyok itu diperkenalkan kepada publik Amerika. Pada 1993, FDA melarang penjualan produk-produk berhenti merokok yang sudah telanjur dijual bebas karena lembaga itu menganggap produk-produk itu belum terbukti efektif. Ini tentu saja berakibat menghapuskan seluruh persaingan dengan koyok Nicotrol-nya Johnson & Johnson, serta koyok Nicoderm dan permen karet Nicorette keluaran SmithKline Beecham. Kemudian, pada 1996 FDA menyetujui permen karet dan dua koyok itu dijual secara bebas. Kemenangan besar untuk Johnson & Johnson dan SmithKline Beecham.

Namun sokongan terbesar bagi industri farmasi dalam perang nikotin sebetulnya adalah upaya David Kessler untuk meregulasi produk-produk tembakau sebagai "sarana pengantar nikotin" di bawah yurisdiksi FDA. Kessler pertama kali mengungkapkan minatnya secara terbuka untuk meregulasi tembakau ketika ia menghadap Kongres pada 1994 dan meminta "panduan" dan "pengarahan" sebelum lembaganya mengambil tindakan untuk meregulasi tembakau. Sebelum dipimpin Kessler, FDA belum pernah mengutarakan niat untuk memperluas imperium regulasinya hingga mencakup tembakau. Produk tembakau tidak dianggap sebagai makanan, kosmetik, obat maupun sarana medis, yang berarti tembakau tidak berada dalam lingkup apparatus regulasi FDA.

Namun, kecenderungan anti-regulasi yang ditunjukkan Kongres yang dipimpin Partai Republik berarti bahwa tak ada semangat legislatif untuk memberi FDA wewenang meregulasi produk-produk tembakau.

Kessler kemudian memutuskan untuk menerabas Kongres. Pada 1995 ia menyatakan tembakau sebagai "penyakit pediatrik". Ia lantas menyerahkan sebuah daftar rancangan regulasi tembakau versi FDA ke Gedung Putih pimpinan Clinton yang bersikap amat terbuka kepada Kessler, yang seolah dimaksudkan untuk melindungi anak-anak dari tembakau.

Sementara itu, Robert Wood Johnson Foundation mendanai kajian kebijakan untuk mendukung regulasi FDA atas produk tembakau. Pada 1994, RWJF menghibahkan dana kontrak \$142.600 kepada

Mathematica Policy Research untuk melakukan “Survei Tembakau Nasional” yang akan menilai sikap publik “terhadap berbagai langkah kebijakan pemerintah yang dirancang untuk membatasi akses kaum muda terhadap produk tembakau dan membuat produk tersebut terlihat tidak menarik.” David Kessler kemudian mengatakan, temuan survei itu “memainkan peran penting untuk merangkul dukungan yang diperlukan bagi kebijakan FDA untuk pengendalian tembakau.”

Joseph DiFranza memperoleh hibah \$99.999 dari RWJF untuk “Meneliti Dasar Hukum dan Ilmiah untuk Regulasi yang Mengharuskan Kemasan Generik pada Produk-Produk Tembakau,” sedangkan Alan Morrison dan David Vladeck dari Public Citizen Foundation diberi hibah \$50.608 untuk melakukan analisis legal atas rancangan regulasi FDA terhadap tembakau.

Pada Agustus 1996, pemerintahan Clinton siap menyetujui regulasi baru FDA atas produk tembakau. Produk tembakau akan dianggap sebagai “sarana pengantar obat,” dan karena itu akan berada dalam wilayah regulasi FDA dalam hal yang berkaitan dengan iklan, pemasaran dan kemasan. Rokok dilarang dijual lewat mesin koin (*vending machine*), iklan tembakau akan diberangus dari majalah-majalah yang banyak dibaca remaja, iklan *billboard* akan dibatasi menjadi teks hitam putih dan dilarang dipasang dalam jarak 1.000 kaki dari sekolah. Selain itu, perusahaan-perusahaan tembakau akan dipaksa mendanai kampanye pendidikan anti-rokok tahunan sebesar \$150.000. Dan jika semua langkah itu tidak bisa memangkas jumlah perokok di bawah umur hingga setengahnya dalam tujuh tahun, FDA akan diberi wewenang melakukan langkah-langkah yang lebih keras, termasuk pelarangan rokok sebagai “sistem pengantar nikotin.”

Campaign for Tobacco-Free Kids (TFK) yang baru dibentuk dan didanai RWJF ikut menabuh gendang bagi rancangan peraturan FDA itu. “Ini kebijakan nasional pertama dalam sejarah yang akan menghentikan perusahaan-perusahaan tembakau untuk tidak melakukan pemasaran kepada anak-anak,” kata Brian Ruberry dari TFK (dikutip dari Brian McGrory, “New FDA rules would declare nicotine a drug,” *The Boston Globe*, 22 Agustus 1996).

Rancangan regulasi FDA atas produk tembakau itu bukan hanya memperluas wilayah wewenang regulasi lembaga itu yang sudah luas, namun juga akan meningkatkan anggarannya sebesar 30 persen atau lebih karena lembaga itu akan membutuhkan dana yang amat besar untuk menutup biaya pemberlakuan dan pelaksanaan regulasi.

Perusahaan-perusahaan tembakau segera melayangkan gugatan terhadap FDA untuk menghentikan regulasi itu. Sesudah berlangsung pertarungan pengadilan yang panjang, kasus itu mencapai tingkat Mahkamah Agung AS. Pada Maret 2000, hampir tiga tahun sesudah David Kessler pensiun dari kursi pimpinan FDA, Mahkamah Agung memutuskan bahwa FDA tidak memiliki wewenang kongresional untuk meregulasi tembakau.

Namun pertarungan atas regulasi FDA terhadap produk tembakau belum usai. Robert Wood Johnson Foundation dan organisasi-organisasi yang ia danai masih berusaha meyakinkan Kongres untuk mendukung FDA agar bisa meregulasi produk tembakau sebagai sarana pengantar nikotin dan memindahkan keuntungan pasar kepada sarana pengantar nikotin yang diproduksi perusahaan-perusahaan farmasi. Sedangkan David Kessler melakukan perjalanan keliling dunia untuk mempromosikan buku barunya, "A Question of Intent: A Great American Battle With a Deadly Industry," yang berisi kisah pertempurannya yang "heroik" dalam melawan sang iblis tembakau.

Industri Farmasi dan Para Dokter: Korupsi Kedokteran

Tanggal penerbitan: 27 Juli 2001



“Ini dimulai sejak hari pertama masuk kuliah kedokteran dan akan terus berlanjut sampai pensiun, dan inilah satu-satunya tunjangan ‘seumur hidup’ yang sekarang ini bisa diandalkan oleh dokter... Berlangsung perlahan dan amat halus, seperti proses menuju ketagihan, namun akhirnya bisa memengaruhi hakikat praktik dan pengambilan keputusan medis. Mula-mula sepertinya tidak berbahaya: pertama hanya berupa buku teks, lalu penlight (senter kecil yang biasa dipakai dokter), dan berlanjut ke stetoskop dan tas hitam, dan akhirnya tibalah acara-acara malam hari ‘di kota’, di pertemuan-pertemuan akademis dan ‘simposium-simposium pendidikan’ yang dibiayai penuh dan berlangsung di tempat-tempat yang elok.”

Editorial *The Lancet* ini berbicara tentang tunjangan dari industri farmasi untuk para dokter dan pengaruhnya terhadap pendidikan kedokteran di AS. (*The Lancet*, 356:781, Sept. 2, 2000).

Dunia korporat memiliki banyak wakil politik di Washington DC. Situasi di dunia kedokteran pun tak jauh berbeda: industri memiliki para dokter dan turut menentukan arah pendidikan, riset dan

akhirnya praktik kedokteran hingga derajat yang sebelumnya tak terbayangkan.

Augusto Sarmiento, MD, Letter to the Editor, JAMA, 286(3), July 18, 2001.

Frasa, “Pertama, tidak melakukan perbuatan merugikan” sudah dihapus dari sumpah Hippocrates yang sudah “dimodifikasi”, yang kini dipakai untuk meluluskan para mahasiswa kedokteran di AS. Kalimat pertama dalam Sumpah Dokter sekarang berbunyi:

“Saya mengikrarkan sumpah demi apapun yang saya yakini sakral, bahwa saya akan setia kepada Profesi Dokter dan bersikap baik kepada para anggotanya.”

Hubungan antara dokter dan industri farmasi mau tak mau memang erat karena dokter tergantung kepada produk-produk farmasi untuk merawat pasien. Namun demikian, terdapat bukti yang meyakinkan bahwa pengaruh perusahaan farmasi terhadap para dokter, pendidikan kedokteran dan penanganan pasien jauh lebih luas dan tersamar daripada yang disadari oleh para dokter sendiri, dan ini melibatkan persoalan-persoalan etis yang jauh lebih besar ketimbang hadiah-hadiah yang diterima dokter seperti *penlight*, makan siang gratis maupun perjalanan menghadiri simposium yang dibiayai penuh. Sebagai misal, dokumen yang dikeluarkan Komite Perdagangan DPR AS menunjukkan bahwa sejumlah dokter memperoleh uang dengan cara mengajukan surat tagihan ke Medicare dan Medicaid, dengan angka lebih tinggi daripada yang sesungguhnya mereka bayarkan untuk menebus obat, suatu praktik yang dimungkinkan karena ulah para produsen obat.

“Perusahaan-perusahaan obat secara culus menaikkan harga borongan, ungkap penyelidik, karena program negara, Medicare dan Medicaid, melakukan penggantian pembayaran (reimbursement) berdasarkan harga itu. Tujuan mereka adalah mendapatkan harga borongan paling tinggi—dan harga jual sesungguhnya yang paling rendah.

“Dengan cara itu mereka bisa memasarkan obat-obatan kepada para dokter berdasarkan pada berapa banyak uang yang bisa diperoleh dokter saat melakukan tagihan kepada program pemerintah dengan harga yang justru lebih tinggi.

“Memaksimalkan laba—itu sudah jelas di depan mata,’ bunyi sebuah memo pemasaran Glaxo Wellcome tahun 1997 saat menawarkan keuntungan yang diperoleh jika membeli salah satu obatnya dengan harga borongan dibandingkan membeli produk yang sama dari pesaingnya.

“Dokumen pemasaran Glaxo menunjukkan bahwa sebuah praktik onkologi yang laris, yang menggunakan obat anti-mual ukuran 12 miligram dari Glaxo, bisa meraup untung \$13 juta pertahun--\$2 juta lebih tinggi daripada jika praktik itu menggunakan produk pesaing. Itu semua karena harga borongannya justru lebih tinggi, yang tak dibayar oleh siapapun kecuali pemerintah.

(Julie Appleby, “Drug makers accused of price scheme,” *USA Today*, Sept. 27, 2000, p. 1B)

Memang mengejutkan, perusahaan-perusahaan farmasi menaikkan harga borongan untuk mendongkrak laba mereka sendiri dan para dokter, dengan membebankan biayanya kepada para pembayar pajak, namun kelihatannya tetap legal.

Juga kelihatannya tetap legal ketika perusahaan-perusahaan farmasi besar berusaha melacak pola pemberian resep seorang dokter dan kemudian berusaha mengubah pola itu, bahkan kalau pun itu berarti menganjurkan agar si dokter meresepkan obat yang lebih mahal, di saat obat yang lebih murah pun tak kurang efektif.

“Sepanjang sepuluh tahun lalu, dengan munculnya teknologi komputer baru yang canggih, para pabrikan farmasi secara diam-diam mengumpulkan resume mengenai pola pemberian resep oleh para profesional perawatan kesehatan di seluruh negeri ini, banyak di antara mereka tak menyadari bahwa keputusan mereka itu terbuka bagi pantauan komersial.

“Profil para pemberi resep’ ini adalah inti dari upaya yang semakin giat—dan tampaknya berhasil—yang dilakukan para pembuat obat untuk mengubah kebiasaan dokter dalam memberikan resep. Untuk melakukan itu, para pemasar farmasi membeli informasi dari apotek, pemerintah federal dan American Medical Association, yang menghasilkan pendapatan tahunan \$20 juta dengan menjual biografi setiap dokter Amerika.”

Sheryl Stolberg and Jeff Gerth, “High-Tech Stealth Being Used to Sway Doctor Prescriptions,” *The New York Times*, Nov. 16, 2000. Selain kian meningkatnya panggilan telepon dari para wakil pemasaran obat, para dokter juga ditawarkan hadiah-hadiah sebagai “imbalan konsultasi” dalam upaya mereka memengaruhi praktik pemberian resep oleh dokter.

Dan berikut ini berbagai cara lain yang ditempuh perusahaan farmasi untuk memengaruhi pilihan dokter dalam meresepkan obat—sampel

gratis, iklan di media kedokteran, dan iklan langsung ke konsumen yang semuanya bernilai miliaran dollar:

- ***“Industri farmasi memberikan sampel kepada para dokter AS yang nilainya mencapai \$7,2 miliar pada 1999”*** (Gavin Yamey, “Pen ‘amnesty’ for doctors who shun drug companies,” News, BMJ, 322:69, Jan 13, 2001).
- ***Dari \$13,9 miliar yang dibelanjakan perusahaan-perusahaan obat untuk mempromosikan produk mereka tahun lalu, 87 persennya, atau sekitar \$12 miliar, ditujukan kepada para dokter dan sekelompok kecil perawat serta asisten dokter yang bisa meresepkan obat-obatan tertentu, yang kira-kira semuanya berjumlah satu juta pemberi resep.”*** Stolberg and Gerth, “High-Tech Stealth Being Used to Sway Doctor Prescriptions,” The New York Times, Nov 16, 2000. Banyak jurnal kedokteran mendapatkan sebagian besar pendapatan mereka dari iklan farmasi.
- ***Para dokter menulis resep 34,2% lebih banyak pada tahun 1999 dibandingkan tahun 1988 untuk 25 macam obat yang dipromosikan langsung kepada konsumen, yang menyumbang angka terbesar belanja obat keseluruhan. Para dokter hanya menulis resep 5,1% lebih banyak untuk obat-obatan resep selain yang di atas.*** Fred Charatan, “US prescription drugs sales boosted by advertising,” News, BMJ, Sept. 30, 2000.
- ***“Kami tahu bahwa 66 persen pasien yang meminta agar dokter meresepkan produk tertentu dikabulkan.”*** Thomas Ebeling, kepala farmasi Novartis. Dikutip dalam David Pilling, “Direct promotion of brands gives power to the patients,” Financial Times, April 28, 2001.

Praktik marketing ini tidak selalu sejalan dengan pola pemberian resep oleh dokter. Yang lebih problematis adalah bahwa dokter yang sangat bermoral pun memiliki ketergantungan terhadap para ahli di bidangnya masing-masing, jurnal-jurnal profesional, berbagai simposium, dan buku-buku rujukan sebagai sumber informasi obat-obatan, dan sumber informasi itu sebagian besar didanai oleh industri farmasi. Sebagai misal, para dokter terkemuka bisa saja dibayar oleh perusahaan-perusahaan farmasi untuk mempromosikan obat-obatan perusahaan itu kepada para dokter lain.

“Sebuah perusahaan farmasi mengkaryakan sejumlah ahli kardiologi terkemuka dari Inggris untuk memberi ceramah

kepada dokter-dokter lain di seluruh negeri dengan tujuan mempromosikan obat perusahaan itu. Para ahli kardiologi itu, yang dikenal oleh para karyawan perusahaan itu dengan julukan *The Road Show*, masing-masing dibayar 3.000 hingga 5.000 [pound Inggris]... ditambah biaya perjalanan, untuk melakukan ceramah malam selama 1 jam di Inggris... Beberapa anggota *The Road Show* memberikan ceramah untuk perusahaan itu dua pekan sekali. Akibatnya, setiap tahun mereka mendapatkan lebih banyak uang dari perusahaan itu daripada gaji tahunannya dari rumah sakit atau universitas... Beberapa mengaku kepada saya bahwa mereka berusaha menutup mulut mengenai dampak merugikan obat itu agar tidak kehilangan kontrak riset yang amat menggiurkan dengan sebuah perusahaan pabrik farmasi. Beberapa penguasa opini yang terlibat dalam riset farmasi sekarang menuntut imbalan ceramah yang amat tinggi sehingga keterlibatan mereka harus dinegosiasikan oleh agen.” Wilmshurst P, “Academia and industry,” *The Lancet* 2000; 356:338-344, July 22, 2000.

Banyak jurnal kedokteran profesional terkemuka seperti *The New England Journal of Medicine*, *JAMA* dan *British Journal of Medicine* mendapatkan sebagian besar dana mereka dari iklan farmasi. Selain itu, banyak penulis editorial jurnal, penulis tinjauan dan bahkan banyak peneliti yang kajiannya dimuat di jurnal-jurnal itu memiliki hubungan finansial dengan industri farmasi. Dan banyak kajian tentang obat-obatan yang diterbitkan itu didanai oleh perusahaan-perusahaan farmasi yang memproduksi obat itu.

The New England Journal of Medicine menerbitkan sebuah kajian yang menyimpulkan bahwa 30% subjek kajian yang menggunakan bupropion (merek Zyban dari Glaxo Wellcome) sebagai sarana bantu berhenti merokok berhasil menjauhi rokok sekurang-kurangnya sesama setahun. Kajian itu bukan hanya didanai oleh Glaxo Wellcome, namun “delapan dari 12 dokter yang terlibat dalam kajian itu menyatakan punya hubungan dengan raksasa farmasi itu” (“Anti-depressants beat the craving,” BBC News, 3/4/99). Kajian-kajian yang tidak didanai oleh pabrik obat menemukan rata-rata keberhasilan obat adalah separuh dari jumlah yang dinyatakan dalam kajian yang didanai Glaxo Wellcome. Selain itu, artikel NEJM tidak menyoroti risiko kesehatan yang besar, yang ditimbulkan oleh obat itu.

Yang lebih buruk adalah praktik umum perusahaan-perusahaan farmasi yang membeli editorial dan membayar para dokter dan peneliti agar

bersedia mencantumkan nama mereka pada artikel-artikel jurnal yang tidak mereka tulis.

“Praktik membeli editorial mencerminkan makin kuatnya pengaruh industri farmasi terhadap layanan medis. Thompson mendefinisikan konflik kepentingan sebagai ‘sekumpulan kondisi di mana keputusan profesional mengenai suatu kepentingan primer (seperti keselamatan pasien atau keabsahan penelitian) cenderung terlalu dipengaruhi oleh kepentingan sekunder (misalnya perolehan finansial).’ Batas antara kepentingan-kepentingan itu menjadi semakin sulit diketahui, terutama jika informasi untuk para dokter sudah direkayasa dengan cermat oleh firma kehumasan. Bahkan, tujuan firma kehumasan yang menjadi penulis gelap editorial dan melakukan pekerjaan-pekerjaan lain untuk perusahaan obat memang untuk mengaburkan perbedaan antara kepentingan primer dan sekunder itu.”

“Dahulu, berbagai publikasi ditulis oleh ketua peneliti sebuah kajian. Belakangan ini, suatu praktik yang mungkin bisa disebut sindroma pengarang yang tak menulis – penulis yang tak mengarang sudah berkembang. Sindroma ini memiliki dua ciri: penulis medis profesional (‘penulis gelap’) yang dikaryakan oleh perusahaan obat, CRO [contract research organization], atau perusahaan komunikasi medis, yang dibayar untuk menulis artikel namun tidak dicantumkan sebagai pengarang; dan peneliti klinis (‘pengarang tamu’) yang namanya tampil sebagai pengarang namun tidak menganalisis data ataupun menulis naskah.”

“Dalam sebuah kajian, 19 persen artikel-artikel yang diteliti menyebut nama-nama penulis yang tidak menyumbang tulisan yang memadai terhadap artikel-artikel itu sehingga memenuhi kriteria sebagai penulisnya...”

Semua kutipan di atas diambil dari Brennan T, “Buying Editorials,” *The New England Journal of Medicine*, 331:10, Sept. 8, 1994.

Di samping jurnal-jurnal profesional, para dokter juga bergantung pada berbagai simposium dan pertemuan profesional untuk memperbarui informasi tentang obat-obatan, namun kebanyakan acara-acara itu pun didanai oleh perusahaan-perusahaan farmasi.

“Sebagian besar CME [Continuing Medical Education], sesi-sesi pleno, dan hampir 75-80% simposium umum maupun khusus disponsori oleh salah satu perusahaan farmasi.”

Kagalwala T, M.D, “The Conferences are a charade,” May 26,

2001, BMJ Electronic response Jackson T, "Are you being duped?" BMJ 2001; 322:1312, May 26, 2001. Artikel Jackson adalah tinjauan atas panduan 24 halaman yang diterbitkan sebagai suplemen pada bulan Mei, Pharmaceutical Marketing edisi 2001. Jackson menulis:

"Jadi apa sebetulnya yang dikatakan panduan ini? Panduan ini memberi saran kepada para pemasar, bahwa dalam mengidentifikasi para penguasa opini jangan sampai 'memboroskan uang' untuk para dokter 'yang akhirnya Anda dengar tidak punya kredibilitas di lingkungan sejawatnya.' Justru, pemasar harus membidik mereka yang 'duduk di dewan redaksi penerbitan-penerbitan penting untuk menjangkau khalayak sasaran yang paling tepat,' membidik komite-komite ilmiah, para anggota perkumpulan-perkumpulan profesional penting, para wakil komite panduan nasional atau internasional, dan para pemain utama komite formularium. 'Tujuan utamanya,' kata panduan itu, 'adalah memastikan bahwa Anda bekerja dengan kumpulan orang-orang yang akhirnya dapat diminta bantuannya untuk berbicara atas nama Anda dalam situasi yang berbeda-beda.'"

Sumber informasi obat-obatan lainnya untuk para dokter adalah karya-karya rujukan, seperti Physicians' Desk Reference [PDR] serta panduan nasional dan internasional. Namun PDR "pada mulanya dikembangkan sebagai alat promosi" dan "tak ada mekanisme yang memungkinkan semua data respons dosis yang relevan secara klinis, atau temuan-temuan penting yang sudah dirilis, secara cepat dan berkala dicantumkan ke dalamnya" (Cohen J, "Dose Discrepancies Between the Physicians' Desk Reference and the Medical Literature, and Their Possible Role in the High Incidence of Dose-Related Adverse Drug Events," Archives of Internal Medicine, 161(7): 957-964, April 9, 2001). Panel panduan nasional dan internasional dipadati para peneliti yang memiliki ikatan finansial kuat dengan industri farmasi, dan demikian pula yang terjadi pada Panduan Praktik Klinis AS untuk Menangani Penggunaan dan Ketergantungan kepada Tembakau.

Kurangnya informasi yang objektif tentang obat yang tersedia bagi dokter bisa menjelaskan setidaknya beberapa peningkatan tajam kesalahan penanganan medis yang fatal:

"Sebuah penelitian atas seluruh sertifikat kematian di AS selama periode 10 tahun [antara 1983-1993], yakni data paling

mutakhir yang tersedia bagi peneliti, menunjukkan bahwa kesalahan penanganan medis yang fatal meningkat 2,6 kali lipat. Namun di antara pasien rawat jalan, peningkatan kematian itu sebesar 8,5 kali lipat.” Richard Knox, “Researchers Report Surge in Deaths Due to Medication Errors,” The Boston Globe, Feb. 27, 1998, p. A1. Selain kesalahan penanganan medis, diperkirakan lebih dari 100.000 orang Amerika meninggal setiap tahun akibat efek merugikan obat-obatan resep dan bahwa 1.000.000 orang lagi menjadi sakit parah sehingga harus dirawat di rumah sakit.

Ini juga bisa menjelaskan kesalahpahaman para dokter mengenai dampak merokok bagi kesehatan dan asap rokok bagi kesehatan lingkungannya.

AMA, BMA dan Perang Nikotin

American Medical Association (AMA) adalah pemain penting dalam perang nikotin. Asosiasi ini menerima jutaan dollar setiap tahun dari industri farmasi, dan beberapa juta di antaranya khusus ditujukan untuk upaya anti-tembakau. Robert Wood Johnson Foundation saja memberi AMA jutaan dollar untuk “menjalankan” (dalam arti meminjamkan nama bagi) program SmokeLess States yang dimotori RWJF.

Journal of the American Medical Association (JAMA) juga menerima banyak dana untuk anggarannya dari iklan farmasi, dan demikian pula BMJ, jurnal milik British Medical Association. Kedua jurnal ini mempersembahkan semua edisinya untuk membahas “pengendalian tembakau”, selain mempublikasikan beberapa editorial yang mendukung pengendalian tembakau serta produk-produk farmasi untuk “berhenti merokok”. Kedua jurnal ini juga sigap menerbitkan kajian-kajian yang didanai industri farmasi tentang obat-obatan berhenti merokok, yang dikerjakan para peneliti yang jelas dinyatakan memiliki ikatan finansial dengan industri farmasi. Ini bukan berarti seolah-olah para staf redaksi jurnal itu tak sadar akan adanya bias pada banyak kajian obat-obatan yang didanai industri farmasi. Bahkan, kedua jurnal ini pernah memuat artikel yang membahas konflik kepentingan para peneliti.

“Pada 1999, hampir 7,6% investigator [peneliti] fakultas melaporkan ikatan finansial pribadinya dengan para sponsor penelitian mereka. Di sepanjang periode penelitian, 34% hubungan rahasia itu meliputi permintaan menjadi pembicara yang dibayar (kisaran, <\$1.000-\$20.000 pertahun), 33% mencakup perjanjian konsultasi antara peneliti dan sponsor

(kisaran, <\$1.000-\$120.000 pertahun), dan 32% meliputi posisi peneliti yang menduduki suatu jabatan dalam dewan penasihat ilmiah atau dewan direktur. Sebanyak 14% meliputi kepemilikan saham, dan 12% berupa hubungan aneka macam. Boyd E, Bero L, "Assessing Faculty Financial Relationships With Industry: A Case Study," JAMA, 284(17), Nov. 1, 2000.

Yang umumnya tidak mereka publikasikan adalah konflik kepentingan asosiasi-asosiasi kedokteran itu sendiri serta hubungan finansialnya sendiri dengan industri farmasi, kepentingan tersembunyi yang dalam beberapa kejadian tampak lebih dipentingkan ketimbang standar penerbitan yang objektif serta keselamatan pasien. Dan tak ada contoh yang lebih jelas tentang hal ini kecuali dalam perang nikotin.

Para redaktur BMJ dan JAMA serta para pejabat British Medical Association dan American Medical Association, antara lain, tampaknya tidak mempertimbangkan sepenuhnya kemungkinan dampak buruk informasi anti-tembakau yang mereka sebarluaskan dan sejumlah kebijakan yang mereka dukung. Salah satu contohnya adalah dukungan mereka untuk mengurangi kandungan nikotin pada rokok:

Mantan ketua Surgeon General, C. Everett Koop mengatakan bahwa kandungan nikotin rokok jangan dikurangi karena hanya akan menyebabkan para perokok merokok lebih banyak, sehingga akan terpapar zat penyebab kanker dua kali lebih banyak. "Saya tidak membayangkan komunitas kesehatan publik akan membiarkan FDA mengurangi nikotin sedemikian banyak pada rokok," kata Koop. "Report: Tobacco, FDA Rift Settled," AP, diterbitkan dalam The Washington Post, Aug. 24, 1997.

Namun tepat pada tahun berikutnya, baik AMA maupun BMA mendesak pemerintahnya masing-masing agar memaksa perusahaan tembakau mengurangi kandungan nikotin pada rokok, sebuah sikap yang mereka benarkan dengan mempromosikan produk-produk nikotin dari perusahaan farmasi.

Reed Tuckson, wakil direktur senior untuk standar profesional AMA mengungkapkan bahwa para perokok bisa menggunakan produk-produk farmasi sebagai suplemen nikotin. "Masalah ini bisa dihindari dengan menyediakan bentuk-bentuk pengantar nikotin alternatif yang memiliki risiko lebih rendah atau kecil bagi kesehatan sebagai bagian dari akses yang diperluas menuju penanganan (dengan

memakai) produk-produk seperti permen karet dan koyok nikotin, obat hirup oral dan semprot hidung.” US, British doctors call for low-nicotine cigarette,” Reuters, Oct. 28, 1998.

Sekiranya itu terdengar sebagai dukungan yang terlalu blak-blakan untuk produk-produk perusahaan obat, cermati pernyataan dalam editorial BMJ berikut ini:

“Untuk memenuhi kebutuhan kurang-lebih 13 juta perokok saat ini di Inggris, yang banyak di antara mereka tidak akan pernah mengatasi ketagihannya terhadap nikotin, kita juga memerlukan peraturan yang secara eksplisit mendorong pengembangan produk-produk alternatif yang dapat mengantarkan nikotin yang tak terkontaminasi dengan dosis dan tingkatan yang sebanding dengan rokok dan dengan cara tertentu yang bisa diterima secara komersial maupun sosial. Ketimbang memiliki hampir 13 juta orang yang ketagihan rokok, kita memiliki 13 juta orang yang ketagihan sarana pengantar nikotin yang bersih, jika memang demikian yang harus terjadi.” Britton J, McNeill A, Editorial, “Why Britain needs a nicotine regulation authority,” BMJ 2001; 322: 1077-1078, May 5, 2001. Baik Britton maupun McNeill pernah didanai oleh perusahaan farmasi yang membuat dan memasarkan produk-produk berhenti merokok. Selain itu, McNeill terlibat dalam proyek kemitraan WHO untuk pengendalian tembakau yang didanai perusahaan farmasi.

Para dokter praktik

Sebagian besar dokter praktik tidak menjadi anggota AMA, namun tak diragukan bahwa banyak di antara mereka, kalau bukan sebagian besar, pernah menerima setidaknya beberapa informasi sesat yang dicekakkan oleh penguasa medis dan kesehatan publik itu. Namun, terdapat tanda-tanda bahwa setidaknya sejumlah dokter merasa tak nyaman dengan propaganda anti-tembakau yang dicecarkan terus-menerus itu.

Sebuah kajian yang dimuat dalam JAMA pada 1998 menemukan bahwa para pembaca jurnal yang mengikuti jajak pendapat menempatkan isu tembakau pada peringkat ke-55 dalam skala prioritas dari 73 topik keseluruhan, sedangkan para redaktur jurnal menempatkannya pada peringkat ke-17. Tentu saja data ini membuat murka sejumlah anggota komunitas pengendalian tembakau, yang takut JAMA akan mengubah prioritas terbitannya agar sejalan dengan keinginan pembaca: “Kami

heran siapa khalayak pembaca JAMA, dan apakah pembaca mereka mewakili seluruh dokter praktik. Prioritas mereka jelas tidak sesuai dengan kepentingan terbesar kesehatan publik,” tulis Dennis Wahlgren dan Melbourne Hovell dalam jurnal Pengendalian Tembakau BMJ (Surat kepada redaksi, Musim Gugur, 1999).

Tampaknya para dokter praktik jauh lebih berminat pada artikel-artikel yang terkait dengan praktik kedokteran aktual daripada membaca tulisan tentang iblis tembakau, dan karena itu mereka didakwa tidak peduli terhadap kesehatan publik.

Terdapat pula beberapa bukti bahwa setidaknya sekian dokter praktik merasa tidak nyaman jika harus mengidentifikasi para perokok di antara para pasiennya, menguliah mereka tentang merokok dan menawari mereka obat berhenti merokok, seperti diamanatkan US Clinical Guidelines. Sebagai misal, para praktisi pediatri diharap menemukan pasien manakah yang orang tuanya merokok, menasihati para orang tua itu tentang “bahayanya” jika anak-anak mereka terpapar asap tembakau, dan meresepkan produk pengganti nikotin untuk mereka. Namun kajian yang diterbitkan dalam Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine AMA menemukan bahwa para praktisi pediatri sama sekali tak identik dengan praktisi konsultasi keluarga untuk bersedia mematuhi panduan itu (Perez-Stable EJ, Juarez-Reyes M, Kaplan CP, “Counseling smoking parents of young children,” 2001; 155:25-31). Selain itu, tak banyak bukti yang mendukung bahwa campur tangan yang lancang oleh praktisi pediatri menghasilkan dampak yang membuat para orang tua berhenti merokok (France E, “Counseling Parents to Quit Smoking: Little Evidence of Long-term Success,” Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine, 155(7), July 2001).

Lagi-lagi, “para ahli” dan asosiasi-asosiasi kedokteran besar tampaknya tak sadar atau tak peduli dengan dampak negatifnya jika memaksa para dokter untuk menceramahi pasien (atau orang tua pasien muda) tentang merokok. Mungkin dampak negatif yang paling jelas adalah bahwa banyak pasien yang merokok menjadi jengkel kepada para dokter dan bisa jadi menghindari jadwal bertemu dokter selanjutnya.

“Kesimpulan: Hubungan dokter-pasien bisa rusak jika dokter terus-menerus menasihati semua perokok untuk berhenti merokok.” Butler C, Pill R, Stott N, “Qualitative study of patients’ perceptions of doctors’ advice to quit smoking: implications for opportunistic health promotion,” BMJ, 316:188878-1881, June 20, 1998. Salah satu “pesan penting” dalam kajian ini: “Campur tangan ritualistik yang diulang-ulang dari pihak dokter bisa

menyusutkan minat pasien untuk mencari bantuan medis di saat mereka memerlukannya.”

“Berbagai penelitian belakangan ini menunjukkan bahwa orang-orang yang tahu dirinya memiliki kebiasaan yang membahayakan kesehatan (seperti merokok dan minum minuman keras) membatalkan janji bertemu dokter karena mereka tidak ingin mendengar kuliah tentang hidup sehat.”

Randi Hutter Epstein, “Major Medical Mystery: Why People Avoid Doctors,” *The New York Times*, Oct. 31, 2000.

Jadi, dengan mengubah para dokter praktik menjadi para pengomel dan pengasong obat berhenti merokok, asosiasi-asosiasi medis besar dan komunitas pengendalian tembakau tak hanya menghancurkan hubungan dokter-pasien namun juga jelas mematikan minat para pasien untuk mendapatkan perawatan medis yang diperlukan.

Dan akibat yang bahkan lebih berbahaya dari jurnal-jurnal dan asosiasi-asosiasi profesional yang terus-menerus memusatkan perhatian pada penggunaan tembakau dan pembesar-besaran risikonya adalah bahwa sebagian dokter dan ahli bedah jadi benar-benar yakin sehingga menolak menangani para perokok sama sekali. Di beberapa negara, para pasien meninggal karena dokter menolak melakukan operasi penyelamatan nyawa mereka, kecuali jika mereka berhenti merokok.

“Sebagian dokter menolak melakukan pencangkakan dan operasi penyelamatan nyawa lainnya pada perokok berdasarkan alasan ‘medis dan moral.’” “Smoker Dies After Doctors Refuse to Treat Him,” *Sky News (Australia)*, Feb. 10, 2001.

Dan ada bahaya yang lebih rumit seperti kesalahan diagnosis karena didasarkan pada status pasien sebagai perokok. Kesalahan diagnosis sudah menjadi masalah yang besar dalam profesi kedokteran.

“Dilaporkan terjadi tingkat kesalahan yang tinggi dan mencemaskan dalam lingkup luas praktik kedokteran disertai akibat yang serius, bahkan kadang fatal,” demikian bunyi ringkasan penelitian [Rand Corporation]. “Sebagai contoh, penelitian otopsi menunjukkan tingginya tingkat kesalahan diagnosis [35 sampai 40 persen], yang sering berakibat kematian.” “Crisis in U.S. health system worse, group charges,” *Reuters*, Oct. 20, 1997.

“Nyaris satu dari lima kematian di unit perawatan intensif yang dianggap bagus disebabkan oleh kesalahan diagnosis,

dan dalam hampir setengah kasus itu diagnosis yang benar ditindaklanjuti dengan penanganan yang berbeda, demikian temuan sebuah penelitian belakangan ini.” Mitka, M, “Autopsies Show Misdiagnoses,” JAMA, 285(12), Mar 28, 2001.

Jika para dokter berfokus pada status merokok pasien untuk membantu diagnosis, mereka akan melakukan kesalahan. Para dokter itu, misalnya, bisa mengabaikan gejala penyakit paru-paru pada pasien bukan perokok, atau menganggap pasien perokok yang sakit sedang menderita suatu penyakit yang “disebabkan tembakau”, walaupun sebenarnya tidak demikian. Mengingat jumlah kesalahan diagnosis begitu tinggi, bukan tak mungkin status merokok pasien memainkan peran pada beberapa kasus di antaranya.

Ada sedikit dokter yang cukup bernyali sehingga berani berbicara melawan sikap anti-tembakau yang dibela oleh AMA dan “para ahli” pengendalian tembakau yang didanai industri farmasi. Association of American Physicians and Surgeons (AAPS), asosiasi alternatif AMA yang kurang dikenal dan tak terlalu kaya, adalah salah satu kelompok dokter yang demikian itu.

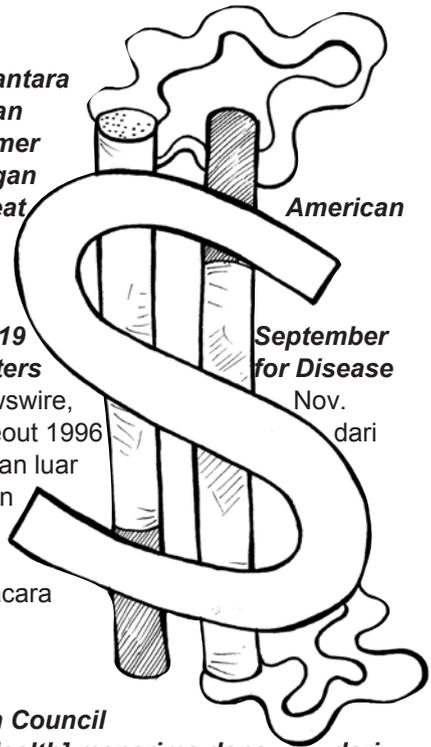
“Sebagai dokter, kami lihat keliru penerapan campur tangan dan kontrol pemerintah yang berlebihan untuk memaksa perubahan perilaku yang memengaruhi kesehatan dan keselamatan. Banyak kegiatan sukarela lain yang terkait dengan efek kesehatan yang merugikan, beberapa di antaranya lebih berkemungkinan dan lebih cepat menimbulkan bahaya dibandingkan bahaya yang ditimbulkan pemakaian tembakau.” “Doctors Criticize Clinton Tobacco Fines for Underage Smokers,” U.S. Newswire, Feb. 9, 2000. AAPS menyatakan organisasi ini adalah “asosiasi nasional para dokter semua spesialisasi yang sejak 1943 mengabdikan diri untuk menjaga kemurnian hubungan pasien-dokter, serta perlindungan ratusan ribu pasien mereka dari campur tangan pihak ketiga terhadap hubungan itu.”

Kelompok ini—bersama sejumlah dokter lain yang bernyali secara perorangan—bukan termasuk para dokter mitra industri farmasi yang dengan zalim berupaya mengeruk laba dalam perang nikotin.

Industri Farmasi dan Organisasi Nirlaba: Membeli Gengsi dan Lain-lain

Tanggal penerbitan: 3 Agustus 2001

“Dampak nasional kemitraan antara American Cancer Society dan SmithKline Beecham Consumer Healthcare sudah terbukti dengan berhasilnya program Great Smokeout 1996 dari American Cancer Society, seperti ditulis dalam Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR) edisi 19 1997 yang diterbitkan oleh Centers Control and Prevention.” PRNewswire, 18, 1997. Great American Smokeout 1996 ACS jelas merupakan keberhasilan luar biasa bagi perusahaan-perusahaan farmasi. Menurut CDC, penjualan “obat nikotin” meningkat 30% selama sepekan berlangsungnya acara itu.



“Bahwa ACSH [American Council on Science and Health] menerima dana dari industri farmasi, sebagaimana AMA, American Cancer Society dan berbagai kelompok lain yang terlibat dalam pengendalian tembakau, tidak perlu dipersalahkan.”

Thomas Houston, American Medical Association. Dari pesan surat elektronik 24 Februari 2000 menanggapi pertanyaan tentang dana dari industri farmasi.

Masyarakat memandang organisasi-organisasi seperti American Cancer Society, American Lung Association dan American Heart

Association murni sebagai organisasi amal, tak tercemar oleh politik dan perdagangan.

Sayangnya anggapan publik itu jauh dari kenyataan. Organisasi-organisasi itu terlibat jauh dalam politik dan upaya mengejar dollar dari pemerintah maupun korporat. Pengaruh politik organisasi-organisasi nirlaba besar ini tak terukur, dan mereka mempekerjakan para pelobi politik profesional untuk memasukkan agenda mereka ke setiap tingkat pemerintahan. Menurut Edmund Burke, direktur Center for Corporate Community Relations di Boston College, “Kecuali pajak, semua program kebijakan penting dalam negeri selama 20 tahun belakangan ini disusun, dibentuk dan dalam beberapa hal dirancang oleh kelompok-kelompok advokasi” (dikutip dalam Charles S. Clark, “Silence the Advocates,” St. Petersburg Times, 1/18/98).

American Cancer Society (ACS), American Lung Association (ALA) dan American Heart Association (AHA) semuanya digolongkan oleh U.S. Internal Revenue Service (Departemen Pajak AS) sebagai organisasi “amal” 501(c)(3). Ini berarti sumbangan kepada organisasi-organisasi itu bisa diperhitungkan sebagai pajak. Namun ini juga berarti organisasi-organisasi itu harus menghindari politik partisan dan bahwa aktivitas lobi mereka dibatasi. Namun nyatanya, mereka melobi dengan gencar—walaupun mereka menyebutnya “advokasi isu” atau “mendedukasi para legislator.” Jadi, sekadar “advokasi isu” jika salah satu organisasi itu atau lebih memasang iklan koran sehalaman penuh, atau mengedarkan siaran pers untuk menekan para legislator agar memberikan suara mendukung undang-undang anti-tembakau, atau mendukung pemberian dana bagi koalisi anti-tembakau negara yang terdiri dari ACS, ALA dan AHA.

“Senat jelas akan berhadapan dengan konstituennya, menunjuk provisi obat-obatan ini dan mengatakan, ‘Lihat apa yang kami lakukan untuk melindungi anak-anak.’ Namun masyarakat jangan ditipu. Para Senator yang memilih pada hari Selasa itu memberikan suara untuk Perusahaan Tembakau Besar dan mengkhianati harapan anak-anak Amerika.” Pernyataan oleh M. Cass Wheeler, CEO, American Heart Association, dan John Seffrin, Ph.D., CEO, American Cancer Society, mengenai status RUU McCain, siaran pers, 10 Juni 1998.

Atau, sebaliknya, iklan atau siaran pers “advokasi isu” menyatakan penghargaan untuk legislator yang memberikan suara dengan “benar”.

“Selama pekan-pekan dan hari-hari terakhir tahun legislatif 1997, upaya industri tembakau yang paling jelas adalah berusaha merongrong undang-undang tempat kerja yang bebas asap rokok. ‘Merupakan prioritas pertama industri tembakau untuk mempertahankan masyarakat perokok, dan mereka melanggar semua aturan, dan dengan demikian mengabaikan semua fakta kesehatan,’ ungkap Dr. Henderson [Direktur ACS, Divisi California].

‘Kami gembira bahwa Lembaga Legislatif tidak terpengaruh oleh propaganda industri tembakau, dan dengan demikian mengambil sikap tegas yang mewakili masyarakat California.’

“American Cancer Society memasang iklan sehalaman penuh di Sacramento Bee dan New York Times Edisi Barat awal bulan ini untuk menarik perhatian publik terhadap upaya lobi yang dungu yang dilakukan perusahaan tembakau di Sacramento.” “Bars Go Smoke-Free as of January 1, 1998,” PRNewswire, 9/13/97.

Anggapan publik tentang organisasi-organisasi ini sebagai lembaga “amal” dan “murni” justru menunjukkan kredibilitas mereka yang tak terbantah, yang tercermin dalam iklan mereka yang penuh propaganda. Selain itu, karena iklan itu tidak menjual produk tertentu, iklan itu tidak diregulasi oleh FTC dan tidak terpengaruh oleh standar kebenaran apapun dalam bidang periklanan. Karena untuk menyuarakan pernyataan publik itu mereka tidak bertanggung jawab terhadap siapapun kecuali kepada dewan direktur mereka sendiri, organisasi-organisasi ini bebas memengaruhi para legislator, memelintir kebenaran, sengaja menyesatkan fakta dan bahkan berdusta tanpa tersentuh hukum. Dengan kata lain, mereka adalah medium yang sempurna untuk menyebarluaskan propaganda anti-rokok. Dan ini hanyalah salah satu ciri yang menjadikan mereka mitra yang amat menarik bagi industri farmasi dalam perang nikotin.

Kemitraan dengan pemerintah

Jauh sebelum industri farmasi terlibat secara publik dalam gerakan anti-tembakau, ACS ALA dan AHA bekerja bahu-membahu dengan lembaga-lembaga federal yang terlibat dalam pengendalian tembakau, terutama National Institutes of Health serta Centers for Disease Control.

John Seffrin dari ACS adalah anggota Interagency Committee on

Smoking and Health sejak 1988 hingga 1992, yang berarti ia membantu merencanakan dan mengkoordinasikan program pengendalian tembakau federal. Selain itu, divisi-divisi ACS, ALA dan AHA tingkat lokal dan negara bagian bertindak sebagai pemimpin pasukan dalam menerapkan program anti-tembakau federal pada tingkat negara-bagian. Organisasi-organisasi non-pemerintah ini, yang biasa disebut NGO, menerima dana federal dari program ASSIST milik National Cancer Institute dan program IMPACT dari Centers for Disease Control untuk membentuk dan mempertahankan koalisi anti-tembakau di setiap negara-bagian.

Dengan begitu, para NGO ini tak hanya membantu merencanakan upaya anti tembakau pemerintah namun juga dibayar untuk membentuk jaringan luas koalisi anti-tembakau yang aktif secara politik di seluruh AS. Koalisi tingkat lokal dan negara bagian ini diberi tugas meningkatkan keanggotaan koalisi, memupuk hubungan baik dengan media lokal, “menedukasi” para legislator tentang isu-isu seperti menaikkan pajak tembakau dan menerapkan larangan merokok, serta mengadakan pelatihan bagi pasukan sukarelawan NGO untuk menjalankan agenda anti-tembakau dengan menulis surat kepada para redaktur, mengumpulkan petisi, menghubungi atau menulis surat kepada para legislator nasional, negara bagian dan lokal agar mendukung langkah-langkah anti-tembakau.

Ini merupakan rencana yang cerdas dan amat efektif untuk menerapkan agenda pengendalian tembakau di seantero AS. Dibentuk dengan menggunakan dollar pembayar pajak, kerangka organisasi nasional ini bersiaga dan menantikan saatnya Robert Wood Johnson Foundation memulai programnya yang bernama SmokeLess States Program pada 1994.

SmokeLess States Program dari RWJF

“Selama tujuh tahun pertama SmokeLess States... RWJF menyediakan kira-kira \$40 juta untuk upaya kebijakan dan pendidikan yang dijalankan koalisi-koalisi tingkat negara bagian di 36 negara bagian dan District of Columbia. Pada 2001, Yayasan itu menambahkan lagi sejumlah \$52 juta untuk program tersebut dengan potensi mendanai kegiatan koalisi tingkat negara bagian hingga mencakup seluruhnya 50 negara bagian. “SmokeLess States National Tobacco Policy Initiative,” American Medical Association website at www.amaassn.org

SmokeLess States didanai RWJF dan dikelola oleh American Medical Association, yang menerima dana jutaan dollar dari RWJF atas

keterlibatannya. Dua puluh lima dari 60 hibah SmokeLess States yang totalnya kira-kira \$19 juta mengalir ke divisi-divisi American Cancer Society tingkat regional dan negara bagian. American Lung dan American Heart Associations menerima 6 hibah, sedangkan koalisi ACS, ALA dan AHA menerima hibah tambahan dari RWJF.

Sebagai imbalan atas dana itu, koalisi-koalisi negara bagian diharapkan berfokus pada tiga area kebijakan:

- Mempromosikan larangan merokok.
- Meningkatkan pajak tembakau di negara bagian.
- Mendorong Medicaid, asuransi kesehatan pegawai negeri dan asuransi kesehatan swasta untuk mencakup biaya “perawatan ketergantungan terhadap tembakau.”

Masing-masing area prioritas itu, tentu saja, akan mempromosikan penjualan obat-obatan berhenti merokok, termasuk produk Johnson & Johnson sendiri, walaupun hal ini tidak dinyatakan secara terbuka. Para wakil RWJF bekerja erat dengan koalisi-koalisi lokal dan negara bagian ini untuk memastikan mereka setia kepada agenda Yayasan.

Sementara itu, Centers for Disease Control, yang mengambil alih program ASSIST tingkat federal, terus mengguyurkan dollar dari pembayar pajak kepada koalisi-koalisi negara bagian itu juga. Selain itu, banyak di antara koalisi itu mendapatkan juga jutaan dollar dari pemerintah negara bagian masing-masing yang bersumber dari perjanjian kesepahaman antara negara bagian dengan industri tembakau. Dan, jika contoh-contoh itu belum cukup, American Legacy Foundation juga menggunakan dana jutaan dollar dari perjanjian kesepahaman hibah untuk diguyurkan kepada koalisi-koalisi anti-tembakau di negara-negara bagian tertentu. Steve Schroeder, CEO RWJF, duduk dalam dewan direktur American Legacy Foundation.

National Center for Tobacco-Free Kids

“IRS (Internal Revenue Service) membutuhkan setidaknya 80 hingga 120 hari untuk menerbitkan surat demikian itu [penyerahan persetujuan status bebas pajak 501(c)(3)], namun pada kasus the Center surat itu diterbitkan hanya dalam 27 hari sesudah surat permohonannya diterima musim semi lalu. The Center segera menerjunkan diri dalam kampanye pemilu 1996.”
“Politics and the IRS—III,” Wall St. Journal, 2/18/97

“IRS harus meninjau apakah biaya lobi TFK, yang tampaknya cukup besar, didanai secara tidak sah oleh 501(c)(3) Center. Dalam banyak hal, aktivitas politik dan lobi TFK memancing pertanyaan tentang status bebas pajaknya. Patrick Reilly, “Blowing Smoke: Tobacco-Free Kids, Allies Overshoot Campaign,” Capital Research Center, August 1998.

“Senator Ron Wyden (D-OR) akan bergabung dalam Kampanye [TFK] hari ini untuk menyerukan perlunya dengar pendapat kongres dengan para eksekutif tertinggi perusahaan tembakau dan peningkatan upaya investigatif oleh Departemen Kehakiman terhadap “dugaan berdusta” yang dilakukan para eksekutif itu. Koalisi ini akan memulai kampanye iklan yang ditujukan bagi para pemimpin kongres untuk mendorong diadakannya dengar pendapat publik.”
“Tobacco Poll: Public Wants Congress to Hold Hearings,” Health Line, American Political Network, 4/7/97.

“William V. Corr, yang lama menjabat asisten Senat, kepala staf untuk Health and Human Services Secretary Donna E. Shalala, dan yang belakangan kepala penasihat dan direktur kebijakan untuk pimpinan Senate Democratic Thomas A. Daschle (S.D.) akan bergabung dengan Campaign for Tobacco-Free Kids. Corr akan menjadi wakil direktur eksekutif.” “People: Dark Days Loom in the Senate: Corr Moves, Dominoes Follow,” The Washington Post, 2/18/00.

Dibentuk tahun 1996 oleh American Cancer Society, American Lung Association dan American Heart Association, National Center for Tobacco-Free Kids (TFK) menerima dana awal \$20 juta dari Robert Wood Johnson Foundation. “Campaign for Tobacco-Free Kids”, yang kini menjadi merek yang dipakai oleh the Center, semula didirikan tahun 1995 sebagai kelompok lobi untuk mendukung regulasi FDA terhadap industri tembakau.

Di antara anggota dewan TFK adalah John Seffrin dari ACS, Lonnie Bristow, mantan direktur AMA, dan Randolph Smoak, wakil ketua AMA. Seffrin, Bristow dan Smoak semuanya pernah bertugas di Interagency Committee on Smoking and Health.

Direktur TFK yang pertama adalah William Novelli, salah satu pendiri firma kehumasan raksasa Porter-Novelli. Latar belakang Novelli dalam bidang kehumasan dan “pemasaran sosial” membuatnya sangat memenuhi syarat untuk menjadikan Kampanye itu sebagai landasan pemasaran anti-tembakau dan memanfaatkan secara efektif pemuatan

iklan di berbagai media sasaran maupun pemberitaan media yang tak perlu membayar. Novelli mundur dari TFK pada Desember 1999 untuk menjadi *associate executive director* AARP. Yang melangkah masuk menggantikan tempatnya adalah pengacara Matt Myers, yang sebelumnya menjabat wakil direktur eksekutif dan penasihat umum TFK.

TFK bertindak sebagai anjing penyerang nasional untuk gerakan anti-tembakau. Kegiatan utamanya tampaknya adalah melekatkan cap jahat kepada industri tembakau, mendorong regulasi FDA atas industri tembakau, mendorong larangan merokok dan pajak tembakau yang lebih tinggi, menghapus iklan tembakau, dan mengancam para legislator untuk memberlakukan undang-undang anti tembakau.

“Antara pemilu September 1996 dan November 1996, TFK mengadakan kampanye iklan yang membidik para legislator penting di negara bagiannya masing-masing dan menyerang maskot RJR Joe Camel di tiga koran nasional: Washington Post, New York Times dan Wall Street Journal. Iklan yang ditujukan pada Kongres dimuat di koran-koran Washington DC serta di radio dan televisi.

“Jika menyangkut urusan tembakau, akankah Senator X dan Y berpihak pada anak-anak Amerika?’ bunyi sejumlah iklan. Iklan-iklan itu menyebut nama para Senator yang mewakili wilayah yang dicakup oleh koran bersangkutan dan mendorong mereka agar menerima ‘peraturan’ yang diusulkan Food and Drug Administration, yang memberikan yurisdiksi kepada lembaga itu untuk mengatur iklan yang terkait dengan tembakau.”

Patrick Reilly, “Blowing Smoke,” Capital Research Center, August 1998.

Robert Wood Johnson Foundation terus mendanai TFK, dan TFK pun terus menerapkan siasat politiknya sebagai anjing penyerang, mendorong regulasi FDA terhadap produk tembakau, melekatkan cap jahat kepada industri tembakau, mendukung larangan merokok dan penghapusan iklan rokok, berupaya mengancam para legislator, gubernur dan bahkan Presiden AS serta kabinetnya, demikian terus-menerus.

Kemilau mata uang: Menjual logo demi dollar

“Kalangan bisnis membayar organisasi-organisasi amal Amerika Utara kira-kira \$535 juta tahun lalu sebagai imbalan untuk menggunakan nama-nama lembaga nirlaba itu dalam pemasaran...” “Attorneys general announce report on misleading

product advertising,” Laporan AP, dimuat dalam The Milwaukee Journal Sentinel, 4/7/99.

“SmithKline Beecham PLC, pabrikan obat besar yang berpusat di Inggris, akan membayar organisasi kanker [ACS] sekurang-kurangnya \$1 juta pertahun sebagai royalti penjualan selama tiga tahun. Sebaliknya, logo organisasi itu akan tampil pada kotak kemasan NicoDerm CQ dan iklannya, disertai keterangan bahwa keduanya adalah mitra dalam mempromosikan berhenti merokok.” Steve Sakson, AP, “Cancer Society sells its name,” The Miami Herald, 8/17/96, p.1C.

Pada 1997, American Lung Association dijanjikan dana \$2,5 juta untuk meminjamkan namanya selama dua tahun, untuk dipakai dalam pemasaran Nicotrol keluaran Johnson & Johnson. Reed Abelson, “Sales Pitches Tied to Charities Attract Scrutiny,” The New York Times, 5/3/99.

Menurut sebuah artikel tahun 1996 di New York Times (Milt Freudenheim, “Marriage of Necessity: Nonprofit Groups and Drug Makers, August 20), penjualan nama dan logo American Cancer Society untuk tujuan pemasaran SmithKline Beecham adalah bagian dari berkembangnya tren afiliasi antara perusahaan-perusahaan obat dan organisasi-organisasi nirlaba. Ini adalah siasat pemasaran cerdas dari pihak perusahaan-perusahaan obat besar, karena konsumen menganggap pencantuman nama lembaga amal bidang kesehatan yang amat terhormat itu pada suatu produk menyiratkan bahwa lembaga itu memberikan dukungan sukarela terhadap produk tersebut.

Pada mulanya iklan SmithKline Beecham dipasang tanpa pernyataan bahwa ACS dibayar sebagai imbalan atas penggunaan logonya. Namun 12 jaksa agung negara bagian berfirasat kuat bahwa iklan itu menyesatkan konsumen dan mereka menuntut perusahaan obat itu. SmithKline berdamai dengan mengeluarkan dana total \$2,5 juta dan sepakat memasang pernyataan, “SB memberikan hibah tahunan kepada ACS untuk penelitian dan pendidikan kanker atas penggunaan logo mereka.” Ini merupakan harga murah untuk membayar kesepakatan pemasaran yang menguntungkan itu, dan frasa bahwa SB memberikan hibah untuk penelitian kanker justru mendongkrak kesan positif terhadap iklan Nicoderm-nya SB, sekaligus berfungsi sebagai sarana kehumasan gratis.

Pemanfaatan nama lembaga nirlaba untuk menjual obat bukanlah hal baru. Demikian pula gugatan hukum yang diajukan jaksa agung negara

bagian. Kembali ke 1994, Arthritis Foundation menerima \$1 juta dari McNeil Consumer Products, anak perusahaan Johnson & Johnson, atas penggunaan nama yayasan itu untuk memasarkan obat bebas pengusir nyeri. Dalam kasus itu, McNeil berdamai dengan 19 jaksa agung dengan mengeluarkan dana \$2 juta.

Ini bukan berarti seakan-akan lembaga-lembaga nirlaba itu tak sadar bahwa pencantuman namanya pada produk obat-obatan mengisyaratkan suatu dukungan.

“Beberapa penelitian yang dilakukan American Cancer Society sendiri, misalnya, mengungkapkan bahwa konsumen yang sungguh-sungguh percaya kepada lembaga-lembaga amal, beranggapan bahwa lembaga itu berada di belakang produk tertentu apabila namanya dicantumkan. Sebuah penelitian tahun 1994, yang disponsori American Cancer Society divisi Michigan, sesudah melakukan wawancara konsumen dan kelompok terarah (focus group) menyimpulkan bahwa penggunaan logonya ‘dianggap sebagai dukungan ACS oleh hampir semua anggota kelompok’”. Reed Abelson, “Sales Pitches Tied to Charities Attract Scrutiny,” The New York Times, 5/3/99.

Namun kelompok-kelompok itu tetap menginginkan adanya uang tersebut, dan mereka membenarkan hal itu dengan mengatakan bahwa mereka tidak benar-benar mendukung produk itu, melainkan hanya membentuk kemitraan “yang mendidik” dengan perusahaan. Salah satu siaran pers pun menyimpulkan:

“Bukti jelas menunjukkan bahwa, jika ditangani secara bertanggung jawab, kemitraan yang mendidik seperti yang dilakukan American Cancer Society dan SmithKline Beecham bisa meningkatkan penyampaian informasi yang membantu, dan kadang bisa menyelamatkan nyawa, kepada publik yang lebih luas.” PRNewswire, 11/18/97.

Siaran pers yang sama kemudian mempromosikan perjalanan keliling yang dilakukan “NicoVan” ACS/SmithKline, pusat konsultasi bergerak berukuran 34 kaki untuk mereka yang ingin berhenti merokok, “dihias dengan gambar warna-warni dan menjadi ‘brosur berhenti merokok terbesar di dunia.’” Konsultasi berhenti merokok itu gratis, dan tentu gratis pula informasi tentang obat-obatan berhenti merokok.

Bukti lebih lanjut tentang betapa menguntungkan “kemitraan” itu bagi ACS, ketika Rancangan Perjanjian Kesepahaman sedang dibahas

antara perusahaan tembakau dan jaksa agung negara bagian pada 1997, SmithKline Beecham mengedarkan siaran pers yang mendukung ACS sebagai pengelola dana berhenti merokok yang dihasilkan dari perjanjian ini.

“Namun, penanganan berhenti merokok yang manapun, yang didanai lewat perjanjian kesepakatan ini, harus dilakukan oleh organisasi yang terbukti berkomitmen terhadap, dan berpengalaman memerangi ketergantungan tembakau. Organisasi-organisasi seperti American Cancer Society dan badan-badan kesehatan publik lain perlu memainkan peran dalam melaksanakan penanganan itu untuk memastikan bahwa ragam kebutuhan para perokok seluruhnya terpenuhi.” PRNewswire, 6/20/97.

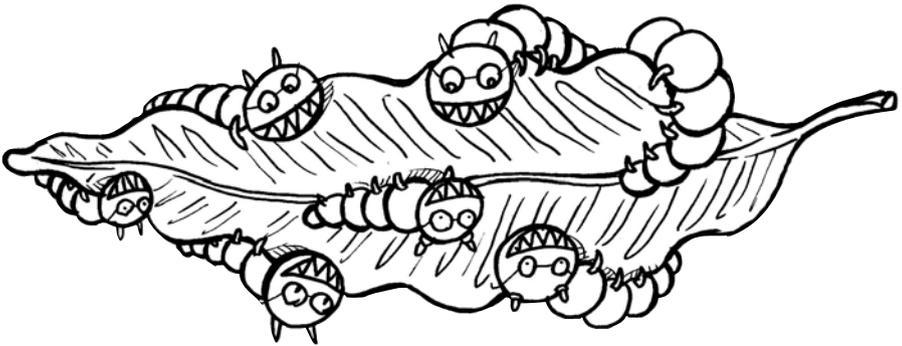
Baru setahun lalu, “kolaborasi” selama tiga tahun untuk kanker payudara antara ACS dan Ortho Biotech, pembuat obat kanker sekaligus anak perusahaan Johnson & Johnson, diumumkan. Dalam siaran pers tak disebut jumlah dollar yang diberikan. Namun nyaris tak diragukan bahwa ada uang yang berpindah tangan dalam kesepakatan itu.

Terdapat hubungan antara ACS dan industri farmasi di semua tingkatan. Para eksekutif farmasi bahkan duduk dalam dewan organisasi. Robert A. Ingram, CEO Glaxo Wellcome dan anggota dewan Pharmaceutical Research and Manufacturers Association, adalah anggota dewan penasihat ACS, menurut siaran pers perusahaan tahun 1997; David Bethune, mantan anggota dewan Pharmaceutical Research and Manufacturers Association dan sekarang direktur St. Charles Pharmaceutical Co., disebut sebagai “wali pendiri” ACS pada Januari 2000.

“Kemitraan” dan kerjasama komersial antara organisasi-organisasi seperti American Cancer Society dan industri farmasi akan berlanjut selama masyarakat tetap percaya –pada “kemurnian” organisasi-organisasi nirlaba. Dan jelas bahwa ilusi kemurnian itu sama dengan komoditas yang bisa dijual, seperti halnya obat-obatan berhenti merokok yang dibuat perusahaan farmasi multinasional.

Permen Karet, Koyok dan Pil: Keamanan dan Khasiat Obat “Berhenti Merokok”

Tanggal Penerbitan: 10 Agustus 2001



“Tingkat berhenti merokok yang rendah dalam upaya berhenti merokok yang dilakukan tanpa bantuan dan bersifat nonfarmakologis mendorong agar penanganan farmakologis ditawarkan kepada semua perokok yang ingin berhenti merokok, kecuali jika terdapat kontraindikasi medis.”

Okuyermi KS, Ahluwalia JS, Harris KJ, “Pharmacotherapy of Smoking Cessation,” *Archives of Family Medicine*, 9(3), March 2000. “Tinjauan klinis” ini didanai National Cancer Institute dan Robert Wood Johnson Foundation. Dr. Ahluwalia pernah didanai dan menerima imbalan dari Glaxo Wellcome, SmithKline Beecham dan McNeil Consumer Products (anak perusahaan Johnson & Johnson), semuanya perusahaan yang memasarkan obat berhenti merokok.

“Di antara mereka yang berhenti merokok dan mengikuti jajak pendapat, 59 persen berhenti ‘begitu saja’, sedangkan 11 persen menggunakan terapi pengganti nikotin.”

Attitudes and Behaviors Related to Smoking Cessation: A Survey of Current and Former Smokers,” Jajak pendapat Gallup diadakan 20 Oktober 1998. Jajak pendapat ini juga menemukan bahwa hanya 36 persen perokok saat itu yang benar-benar berminat untuk berhenti.

“...niat untuk memberi masing-masing perokok hingga \$600 untuk membeli koyok nikotin dan sarana bantu berhenti merokok lainnya, misalnya, justru hanya akan menyubsidi para pabrikan produk-produk itu, namun tak banyak hasilnya dalam membantu mereka yang ketagihan. Penelitian menunjukkan, hanya 10 hingga 15 persen perokok menghentikan kebiasaan itu dengan memakai permen karet atau koyok nikotin.”

Catherine Clabby, “Pact doesn’t assure smokers a happy ending,”
Raleigh News & Observer, June 26, 1997.

Laporan Surgeon General tahun 1998 yang menyatakan pemakaian tembakau sebagai suatu bentuk ketagihan menjadi awal meledaknya bisnis berhenti merokok, terutama di kalangan perusahaan obat. Pada pertengahan 1990-an, ketika organisasi-organisasi anti-tembakau bermitra dengan para konglomerat farmasi untuk mendorong berhenti merokok (dan mendorong penjualan obat berhenti merokok), ledakan itu pun kian menguat.

Pada akhir 1995, penjualan obat berhenti merokok berbasis nikotin kira-kira bernilai \$200 juta di AS dan pada akhir 2000 penjualan di AS jumlahnya lebih dari tiga kali lipat menjadi kira-kira \$700 juta. Mengingat angka itu belum termasuk penjualan Zyban, obat berhenti merokok non-nikotin, atau penjualan global di luar AS yang juga meningkat, tak sulit menyimpulkan bahwa obat berhenti merokok adalah bisnis miliaran dollar, yang bahkan masih memiliki potensi laba lebih besar lagi di masa mendatang karena World Health Organization juga mendorong berhenti merokok secara global.

Pengembangan obat berhenti merokok

Pada 1971, Pharmacia mengembangkan produk pengganti nikotin pertama untuk membantu berhenti merokok, yakni permen karet yang diberi kandungan nikotin. Permen karet ini diluncurkan penggunaannya di Swiss pada 1978, dan pada 1984 produk ini disetujui oleh U.S. Food and Drug Administration (FDA) sebagai obat resep berhenti merokok. SmithKline Beecham kemudian memasarkan permen karet ini dengan merek Nicorette.

Koyok nikotin dikembangkan oleh Jed Rose, peneliti Duke University, pada awal 1980-an. Dibuat oleh Pharmacia, koyok itu dipasarkan di AS dengan merek Nicotrol oleh anak perusahaan Johnson & Johnson, dan dengan merek Nicoderm oleh SmithKline Beecham. FDA menyetujui Nicotrol dan Nicoderm sebagai obat resep berhenti merokok pada

1991, dan pada 1996 FDA menghapus persyaratan resep untuk membeli koyok dan permen karet itu serta menyetujui penjualan bebas, langsung kepada konsumen.

Nikotin hirup dan nikotin semprot juga telah disetujui sebagai obat berhenti merokok oleh FDA, namun hingga sekarang FDA belum menyetujui produk itu dijual tanpa resep. Ironisnya, nikotin hirup sebenarnya berevolusi dari rokok “tanpa asap”. Dijual dengan merek Favor pada 1980-an, rokok itu dipaksa lenyap dari pasaran oleh FDA pada 1987 karena dinyatakan sebagai “sarana pengantar obat.” Hanya 10 tahun kemudian FDA menyetujui nikotin hirup Nicotrol dari Johnson & Johnson sebagai sarana pengantar nikotin yang bisa digunakan untuk membantu berhenti merokok.

Obat nikotin oral yang bisa ditelan juga telah dikembangkan namun belum diuji secara klinis. Salah satu dari dua penemu obat ini dari Duke University adalah Jed Rose, yang juga menemukan koyok nikotin.

Merek Zyban dari Glaxo Wellcome, satu-satunya obat berhenti merokok non-nikotin yang sekarang juga disetujui oleh FDA, pada mulanya dikembangkan sebagai anti-depresan Wellbutrin. FDA menyetujui Wellbutrin, merek dagang obat bupropion, pada 1985, namun akhirnya obat itu ditarik dari pasaran karena terjadinya sejumlah kasus kejang-kejang akibat obat. Wellbutrin dilempar lagi ke pasaran sebagai anti-depresan pada 1989. Ketika para peneliti melihat bahwa sejumlah orang yang mengonsumsi obat itu lantas berhenti atau mengurangi rokok, Glaxo Wellcome mulai mengujinya secara klinis sebagai sarana bantu berhenti merokok. FDA menyetujui Zyban sebagai sarana bantu berhenti merokok dengan resep pada Mei 1997, dan menyetujui penggunaan Zyban yang digabung dengan koyok nikotin pada 1999. Bupropion itu sekarang dipasarkan oleh GlaxoSmith Kline sebagai anti-depresan dengan merek Wellbutrin dan sebagai obat berhenti merokok dengan merek Zyban.

Persetujuan FDA

Agar suatu obat atau sarana pengantar obat bisa dipasarkan di AS, produk itu pertama-tama harus disetujui oleh FDA. Untuk mendapatkan persetujuan FDA, perusahaan farmasi yang hendak memasarkan obat tertentu harus melakukan uji klinis untuk membuktikan bahwa obat tersebut aman dipakai dan bisa bekerja untuk tujuan yang dimaksud. Jika uji klinis telah rampung, hasilnya dipaparkan kepada panel pakar FDA untuk dievaluasi. Jika panel percaya hasil uji klinis

menunjukkan baik keamanan maupun khasiatnya, obat itu disarankan untuk disetujui, dan perusahaan farmasi kemudian bebas memasarkan obat itu berdasarkan syarat-syarat yang ditentukan FDA (dijual dengan resep atau bebas, petunjuk penggunaan dan dosis yang dianjurkan, peringatan yang harus dipatuhi, jangka waktu pemakaian, dsb.)

Sekilas, sistem itu tampak bagus untuk melindungi konsumen dari obat-obatan yang tidak aman dan klaim menipu tentang khasiat obat. Namun, pada praktiknya sistem itu jauh dari sempurna. Kadang tekanan politik mengharuskan FDA menyetujui—atau tak menyetujui—obat tertentu. Kadang terdapat ikatan finansial antara anggota panel FDA dengan perusahaan farmasi yang menghendaki persetujuan atas obatnya, dan kadang kasus yang jelas tergolong suap terungkap di FDA. Tetapi bahkan kalau pun proses persetujuan itu tidak diselewengkan oleh campur tangan politik atau persaingan kepentingan finansial di pihak karyawan FDA atau anggota panel ilmiah, masih ada satu masalah besar: uji coba klinis didanai dan sangat dipengaruhi oleh perusahaan-perusahaan obat itu sendiri. FDA sendiri sebetulnya tidak melakukan uji coba apapun; panel ilmiah FDA hanya mengkaji hasil uji klinis yang dipaparkan kepada mereka oleh perusahaan obat, dan perusahaan-perusahaan itu tentunya tidak mungkin mengajukan hasil yang tak mendukung produk perusahaannya sendiri.

Dalam kasus obat berhenti merokok, hasil uji klinis yang didanai perusahaan harus membuktikan bahwa obat itu pada dasarnya aman dan bahwa ia efektif untuk membantu berhenti merokok. Standar FDA untuk menyetujui “khasiatnya” adalah bahwa selama enam minggu obat itu harus menunjukkan tingkat rata-rata yang secara signifikan lebih baik dibandingkan plasebo (tanpa obat apapun) pada subjek yang diuji, yang selama 28 hari berturut-turut tidak merokok. Faktanya, setelah satu tahun, banyak subjek yang diuji itu merokok lagi dan fakta ini tidak disertakan dalam proses persetujuan FDA, sehingga perusahaan-perusahaan farmasi itu bisa menyebut tingkat rata-rata berhenti merokok selama enam minggu pada label obatnya.

Hingga sekarang FDA hanya menyetujui lima obat berhenti merokok: permen karet Nicorette, koyok Nicoderm dan Nicotrol, obat hirup dan semprot hidung Nicotrol, dan Zyban. Di antara obat-obatan itu, permen karet, koyok dan Zyban paling banyak dipakai, namun seberapa aman dan berkhasiatkah mereka?

Koyok dan permen karet: aman tapi tak efektif

Disebut “terapi penggantian nikotin” (NRT; nicotine replacement therapy), koyok, permen karet, obat hirup dan semprot hidung semuanya menunjukkan tingkat khasiat yang hampir sama, yakni tak satupun obat-obatan itu yang berkhasiat, setidaknya dalam jangka panjang.

- **“Dalam uji cobanya terhadap 4 produk terapi penggantian nikotin (NRT), Hajek dan para mitranya menyimpulkan bahwa tak ada perbedaan khasiat umum yang jelas antara koyok, permen karet, semprot hidung dan obat hirup nikotin yang diuji.”** Surat, “Continued Dependence on Nicotine Replacement Therapy Should Be Reported and Discussed in Smoking Cessation Trials,” *Archives of Internal Medicine*, July 10, 2000.
- **“Laporan awal uji coba ini [Kajian Nikotin Transdermal terhadap para Pasien Jantung] menunjukkan keamanan terapi ini pada populasi pasien rawat jalan yang berisiko tinggi; namun, 24 minggu sesudah randomisasi, hanya 14 persen subjek dalam kelompok perawatan nikotin dan 11 persen di antara mereka yang termasuk kelompok plasebo [tanpa nikotin] yang berhasil tidak merokok...”**
“Pada 48 minggu sesudah randomisasi, 10 persen subjek dalam kelompok nikotin dan 12 persen mereka yang termasuk kelompok plasebo tidak merokok.” Joseph AM, Antonnucio D, “Lack of Efficacy of Transdermal Nicotine in Smoking Cessation,” Surat, *New England Journal of Medicine*, 341(15), Oct. 7, 1999. Dengan kata lain, pada 48 minggu, mereka yang tak memakai apapun menghasilkan tingkat berhenti merokok lebih tinggi dibandingkan mereka yang memakai koyok nikotin. Joseph dan Antonnucio mengungkapkan bahwa penelitian lain belakangan ini juga menunjukkan tiadanya khasiat koyok itu, dan mereka mengatakan bahwa uji klinis yang berhasil membuktikan khasiat mungkin memilih subjek yang mencapai hasil optimal, atau bahwa uji coba yang hasilnya negatif mungkin belum dipublikasikan.
- **“Pada pertemuan tahunan konferensi Society for Research on Nicotine and Tobacco yang digelar di San Diego, CA, Scott Leischow, PhD., Profesor Madya Kesehatan Publik Universitas Arizona, memaparkan temuan penelitian yang menunjukkan koyok nikotin yang**

dijual bebas menghasilkan tingkat berhenti merokok yang rendah, sekitar 4-5 persen pertahun, yang memang berada dalam kisaran berhenti merokok yang terjadi secara alami. Diterbitkan dalam *American Journal of Health Behavior* edisi Januari/Februari 1999, penelitian ini juga menemukan bahwa intervensi singkat oleh dokter tidak meningkatkan persentase itu.” “New Smoking Study Questions the Effectiveness of the Nicotine Patch,” PR Newswire, Mar. 24, 1999.

- **Tingkat berhenti merokok yang terus-menerus dilaporkan sendiri di antara para pasien yang pada mulanya diminta menggunakan koyok 21 mg (20,2%) jauh lebih tinggi daripada tingkat rata-rata pasien yang diminta memakai koyok 14 mg (10,4%), 7 mg (11,8%), atau plasebo (7,4%)... Tingkat relaps di antara aneka kondisi penanganan itu pun sama sesudah 1 tahun pasca-berhenti merokok.”** Daughton DM, Fortmann SP, Glover ED, Hatsukami DK, et al, “The smoking cessation efficacy of varying doses of nicotine patch delivery systems 4 to 5 years post-quit day,” *Preventive Medicine*, 28(2): 113-8, Feb 1999.
- **“Namun tak ada perbedaan signifikan secara statistik antara dua kelompok perokok [satu kelompok memakai koyok nikotin dan satu kelompok lagi memakai koyok plasebo] sesudah diamati selama satu tahun.”** Perng RP, Hsieh WC, Chen YM, et al, “Randomized, double-blind, placebo-controlled study of transdermal nicotine patch for smoking cessation,” *J Formos Med Assoc* 97(8): 547-51, Aug. 1998.
- **“Tak ada perbedaan antara kelompok nikotin dan plasebo... Koyok nikotin tidak menimbulkan pengaruh berhenti merokok selama masa kehamilan...”** Wisbord K, Henriksen TB, Jespersen LB, Secher NJ, “Nicotine patches for pregnant smokers: a randomized controlled study,” *Obstet Gynecol* 96(6): 967-71, Dec 2000.
- **“Kami menyimpulkan koyok nikotin transdermal terbatas khasiatnya untuk bisa menghentikan merokok dalam jangka panjang dan bahwa biaya dan manfaat relatif penanganan ini tidak dapat ditetapkan dengan pasti.”** Mankani SK, Garabrant DH, Homa DM, “Effectiveness of nicotine patches in a workplace smoking cessation program. An eleven-month follow-up study,” *J Occup Environ Med*, 38(2): 184-9, Feb. 1996.

- **“Namun jika diamati, pemakai permen karet dan koyok nikotin pun cenderung tidak berhenti merokok dibandingkan mereka yang tak memakainya.”** Buck D, Morgan A, “Smoking and quitting with the aid of Nicotine Replacement Therapies in the English adult population,” *European Journal of Public Health* 2001, Vol 11, Issue 2, pp. 211-217.

Pada 1997, ketika sudah jelas bahwa obat-obatan berhenti merokok berbasis nikotin yang disetujui FDA itu tidak terlalu mujarab dalam jangka panjang, sebuah panel FDA mendesak agar label untuk obat-obatan itu diubah sehingga menunjukkan kemanjurannya yang rendah dalam jangka panjang. Para pemasar dan pabrikan obat-obatan itu (Pharmacia, SmithKline Beecham, dan anak perusahaan Johnson & Johnson, McNeil) menolak keras perubahan label itu:

“Standar persetujuan untuk produk berhenti merokok, yakni berhenti merokok selama 28 hari berturut-turut dalam enam minggu, dan pelabelan yang dihasilkan berdasarkan standar ini, sudah menghasilkan ruang yang memadai bagi perusahaan-perusahaan untuk memasarkan produk mereka secara bertanggung jawab.”

George Quesnelle, Wakil direktur pemasaran dan penjualan medis SmithKline. Dikutip dalam “FDA Panel Urges Changes in Nicotine Patch and Gum Labels,” Reuters, June 10, 1997.

Jadi bagaimana mungkin FDA menyetujui—dan tetap menyetujui—bahwa produk “pengganti nikotin” ini manjur untuk membantu berhenti merokok jika nyatanya pada akhir tahun atau kurang dari itu manfaatnya tidak jauh beda dengan plester biasa? Sebagian jawabannya adalah standar FDA mengenai “khasiat” obat berhenti merokok itu. Uji coba klinis yang didanai perusahaan hanya perlu membuktikan bahwa obat-obatan itu secara signifikan lebih baik daripada plasebo selama enam minggu. Jawaban berikutnya adalah bahwa uji coba klinis itu didanai oleh perusahaan farmasi, dan seperti dikatakan Joseph dan Antonnucio di atas, yang dipilih untuk uji coba itu adalah para subjek yang mencapai hasil optimal, atau bahwa uji coba yang hasilnya negatif mungkin disembunyikan.

Sebuah contoh tentang bagaimana hasil uji coba awal itu bisa berbeda dengan hasil uji coba yang dilakukan sesudah persetujuan FDA bisa terjawab dari dua kajian yang dilakukan Michael Fiore dan D. E. Jorenby dari Center for Tobacco Research and Intervention, University of Wisconsin Medical School. Fiore dan Jorenby sama-sama menerima

dana dari berbagai perusahaan farmasi dan kerabatnya (misalnya Robert Wood Johnson Foundation). Pada 1994 mereka menemukan bahwa koyok nikotin sangat mujarab: "Koyok nikotin adalah sarana bantu berhenti merokok yang efektif dan memiliki potensi meningkatkan kesehatan masyarakat secara signifikan."

"Dari 17 penelitian yang memenuhi kriteria pencakupan, tingkat berhenti merokok keseluruhan untuk pemakai koyok aktif adalah 27% (dibandingkan 13% pemakai plasebo) pada akhir perawatan [6 minggu] dan 22% (dibandingkan 9% pemakai plasebo) pada 6 bulan... Koyok 16 jam dan 24 jam tampak sama-sama berkhasiat, dan perpanjangan perawatan melebihi 8 minggu tampaknya tidak meningkatkan khasiatnya. Data berhenti merokok yang dikumpulkan menunjukkan bahwa konseling perilaku intensif menghasilkan tingkat berhenti merokok yang moderat namun positif dan meyakinkan." Fiore MC, Smith SS, Jorenby DE, Baker TB, "The effectiveness of the nicotine patch for smoking cessation. A meta-analysis," JAMA, 271(24): 1940-7, June 22, 1994.

Pada Maret 1998, Glaxo Wellcome (pembuat Zyban) menghadiahkan \$1 juta kepada Center for Tobacco Research and Intervention, University of Wisconsin, untuk mendukung jabatan guru besar dalam bidang ketergantungan tembakau. Hadiah itu jatuh ke tangan Michael Fiore. Pada 1999, hasil uji klinis untuk Zyban (didanai Glaxo Wellcome) muncul di *New England Journal of Medicine*:

"HASIL: Tingkat berhenti merokok pada 12 bulan adalah 15,6 persen untuk kelompok plasebo, dibandingkan dengan 16,4 persen untuk kelompok koyok nikotin, 30,3 persen untuk kelompok bupropion [Zyban], dan 35,5 persen untuk kelompok yang diberi bupropion dan koyok nikotin..."

KESIMPULAN: Perawatan dengan tablet lepas berkelanjutan bupropion saja atau digabungkan dengan koyok nikotin menghasilkan tingkat berhenti merokok jangka panjang yang secara signifikan lebih tinggi daripada pemakaian baik koyok nikotin saja maupun plasebo. Tingkat berhenti merokok lebih tinggi dengan terapi gabungan daripada dengan bupropion saja, namun perbedaannya secara statistik tidak signifikan."

Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Hughes AR, Smith S, Muramoto ML, Daughton DM, Doan K, Fiore MC, Baker TB, "A controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation, *NEJM*,

340(9): 685-91, Mar 4, 1999. Penelitian ini juga mencatat bahwa 34,8 persen peserta penelitian tidak meneruskan satu atau dua jenis perawatan itu, 23,3 persen yang menghentikan perawatan karena “kejadian” yang merugikan terdapat pada kelompok bupropion saja atau pada kelompok bupropion plus koyok.

Jadi dalam penelitian ini, yang merupakan salah satu dari hanya dua uji coba klinis yang diserahkan kepada FDA untuk menyetujui Zyban sebagai obat berhenti merokok, baik koyok maupun plasebo memiliki hasil yang hampir sama, jauh panggang dari api jika dibandingkan laporan Fiore dan Jorenby yang gilang-gemilang tentang khasiat koyok itu pada 1994. Tampaknya, “khasiat” koyok itu tergantung pada perusahaan farmasi mana yang menyediakan dananya.

Zyban (bupropion): Kurang aman dan tak benar-benar efektif

“Anak perempuan saya bugar dan sehat sebelum ia mulai memakai obat ini, tetapi sekarang para dokter mengatakan ia harus menjalani perawatan sepanjang sisa hidupnya. Saya menyalahkan Zyban untuk kejadian ini.”

Susan Sinclair, dikutip dalam “Ban anti-smoking pill that wrecked my life,” *Northern Echo* (UK), July 23, 2001.

Walaupun koyok dan obat berhenti merokok lainnya yang berbasis nikotin hanya menimbulkan efek samping yang kecil, kalau pun ada (ruam kulit adalah efek samping negatif yang paling umum akibat koyok), sedangkan Zyban keluaran Glaxo Wellcome memiliki banyak efek samping. Selain itu, obat ini bisa berinteraksi dengan sejumlah obat lain. Karena alasan itu, FDA hanya menyetujui penggunaannya sebagai obat resep.

Yang termasuk dalam daftar panjang obat-obatan yang bisa berinteraksi dengan bupropion adalah alkohol, kokain, kortikosteroid, kava kava, produk obat atau herbal penurun berat badan, obat tidur, nikotin, phenobarbitol, sejumlah obat yang terkait dengan detak jantung dan tekanan darah, sejumlah obat pencegah nyeri, dan tanaman yang biasa disebut St. John’s wort.

Di antara efek samping serius yang paling umum adalah kejang-kejang (risiko ketergantungan dosis, menurut Glaxo Wellcome), bingung, muntah dan biduran. Efek samping yang kurang umum adalah pandangan kabur, sesak napas, detak jantung cepat atau tak beraturan,

tekanan darah naik dan halusinasi. Ia juga bisa menyebabkan hilangnya nafsu makan, hilangnya dorongan seksual, gelisah, cemas, sembelit, sulit tidur, pening, mulut kering, sakit kepala, mual, gemetar, nyeri dada dan nyeri perut. Ia juga bisa menyebabkan perubahan haid pada kaum perempuan dan tidak dianjurkan untuk mereka yang punya masalah liver, karena sisa-sisa metabolisme bupropion bisa menumpuk di liver.

Kendati terdapat kemungkinan efek samping yang serius, obat ini disetujui oleh FDA sebagai sarana bantu berhenti merokok. Selain itu, Panduan Praktik Klinis dari US Public Health Service keluaran Juni 2000 menyarankan Zyban sebagai “salah satu pilihan terbaik untuk terapi penggantian nikotin alternatif.” Perlu dicatat bahwa Michael Fiore, yang merupakan salah satu peneliti dalam kajian penting oleh Jorenby yang didanai Glaxo Wellcome, yang berhasil mengantarkan Zyban disetujui oleh FDA, juga menjadi penulis utama Panduan Praktik Klinis yang diedarkan US Public Health Service. Fiore juga menerima dana tambahan berjumlah besar dari Glaxo Wellcome dan merupakan konsultan bayaran bagi perusahaan itu.

Panduan yang berlaku di Inggris, yang dikeluarkan pada Desember 2000, bersikap lebih hati-hati terhadap Zyban, menggarisbawahi bukti-bukti yang terbatas tentang keefektifan obat itu karena tiadanya dukungan penelitian perilaku. Editorial BMJ 8 Juli 2000 jauh lebih antusias dan menyeru UK National Health Service untuk memasukkan bupropion dalam daftar resep yang bisa ditagihkan biaya pembeliannya kepada pemerintah. Penulis editorial itu, John Britton dan Martin Jarvis, keduanya pernah menerima imbalan dan dana lain dari Glaxo Wellcome, si pabrikan obat itu, dan editorial itu sendiri memancing sejumlah tanggapan yang amat kritis:

“Britton dan Jarvis pernah menyatakan bahwa separuh pasien yang berhasil berhenti merokok dengan bantuan bupropion akan merokok lagi dalam 12 bulan setelah tidak mengonsumsi obat itu. Mereka juga pernah merujuk dengan cukup rinci profil dampak sampingan dan jumlah pasien yang tidak cocok mengonsumsi obat itu. Bupropion mungkin menempati peringkat 1 dari 1000 perihal risiko yang menyebabkan kejang-kejang (informasi produk dari Glaxo Wellcome, pabrkan obat itu). Ini mungkin risiko yang bisa dimaklumi pada obat-obatan untuk menangani penyakit, namun kurang bisa dimaklumi pada obat-obatan untuk gaya hidup.” Harrison C, “Bupropion may not be as good as editorial implies,” Letter, BMJ, Feb 17, 2001.

“Editorial Britton dan Jarvis tentang bupropion tidak menyebut bahwa obat itu adalah derivat amfetamin... Bupropion diluncurkan di Inggris hanya berdasarkan dua uji coba Amerika yang didanai pabrikannya [penelitian Jorenby dan Fiore serta penelitian Hurt/Sachs/Glover yang hasilnya amat positif]... Bupropion diedarkan dengan paksa kepada publik Inggris yang tak curiga dengan bukti yang terbatas bahwa ia bekerja jauh lebih baik dibandingkan plasebo.”

Kinnell HG, “Drug is almost identical in structure to diethylpropion, a controlled drug,” *BMJ*, Feb 17, 2001.

Dalam tahun pertama sesudah Zyban diluncurkan di Inggris sebagai obat resep untuk berhenti merokok, 40 orang meninggal sesudah menggunakannya dan ribuan lainnya dilaporkan mengalami reaksi negatif serius. Akibatnya, Committee on Safety of Medicines negara itu memerintahkan perubahan panduan pemberian resep dan peringatan lebih tegas mengenai penggunaannya (“Anti-smoking drug must carry stricter warnings,” James Meikle, *The Guardian*, June 1, 2001).

Laporan terjadinya berbagai kematian dan onggokan keluhan tentang Zyban tidak menghentikan *BMJ* untuk menerbitkan editorial lain pada Mei 2001 yang mendukung penggunaan produk pengganti nikotin dan bupropion bagi mereka yang merokok 10-15 batang atau lebih perhari. Time Coleman dan Robert West, penulis editorial itu, keduanya menerima dana dari Glaxo Wellcome dan perusahaan-perusahaan farmasi lain yang membuat produk pengganti nikotin.

Juga di Kanada, dilaporkan terjadinya sejumlah kematian oleh pengguna Zyban, dan sejumlah ahli berpendapat bahwa efek sampingnya terlalu serius untuk obat yang dipakai sebagai sarana bantu berhenti merokok:

“Sangat tidak lumrah melihat lebih dari 300 laporan tentang reaksi merugikan suatu obat dalam tahun pertama obat itu dipasarkan. Pertanyaannya adalah apakah manfaat obatnya bisa membenarkan risiko demikian itu... dan jawabnya adalah tidak.” Rick Hudson, konsultan medis untuk program Pharmacare British Columbia, dikutip dalam Krista Foss, “The hidden cost of kicking the habit,” *Toronto Globe and Mail*, Aug. 31, 1999.

Australia juga menerima laporan-laporan kematian dan reaksi negatif yang dialami pengguna Zyban:

“Komite pemerintah federal yang memantau obat anti-rokok Zyban telah menerima hampir 800 laporan reaksi merugikan dalam tujuh bulan sejak obat itu tersedia [di Australia]...”

Telah terjadi sembilan kematian yang mungkin berhubungan dengan penggunaan obat itu. "Hundreds of adverse effects to anti-smoking drug Zyban reported," Australian Broadcasting Corporation, June 17, 2001.

"Pihak berwenang di Westmead Hospital, Sydney, mengatakan setidaknya satu orang perminggu masuk rumah sakit karena menderita efek samping sesudah menggunakan obat itu." Australian Broadcasting Corp., June 18, 2001.

Yang menarik, walaupun ada, hanya sedikit media yang melaporkan reaksi merugikan yang diakibatkan Zyban di AS, dan kendati risiko obat itu sudah diketahui, uji coba klinis terhadap anak-anak dan wanita hamil tetap berlangsung di AS. Kepentingan National Cancer Institute dan industri farmasi adalah mendanai uji coba klinis berhenti merokok dengan menggunakan Zyban pada anak-anak usia 13 tahun di University of Arizona dan di Children's Hospital di Pittsburgh. Bupropion juga secara klinis diujicobakan pada remaja yang mengalami gangguan hiperaktivitas dan kesulitan konsentrasi.

Glaxo Wellcome juga melakukan pencatatan data kehamilan untuk pengguna bupropion yang hamil. Tujuan pencatatan data itu adalah "mendapatkan lebih banyak informasi tentang potensi terjadinya teratogenisitas [potensi terjadinya penyimpangan pembentukan janin dan cacat lahir] akibat pemakaian obat itu selama masa kehamilan." (White AD, Andrews EB, "The Pregnancy Registry program at Glaxo Wellcome Company," *J Allergy Clin Immunol*, Feb 1999; 103 (2 Pt 2): S362-3).

Kendati terdapat aneka efek samping yang serius, apakah Zyban sungguh efektif untuk membantu berhenti merokok? Dua uji coba klinis yang didanai Glaxo Wellcome (Jorenby/Fiore dan Hurt/Sachs/Glover/Offord, yang diserahkan kepada FDA untuk membuktikan khasiat obat itu) menemukan bukti-bukti yang mendukung khasiatnya.

- **Jorenby:** Zyban menghasilkan tingkat berhenti merokok 30,3 persen dalam 12 bulan, dibandingkan 16,4 persen pada kelompok koyok nikotin dan 15,6 persen pada kelompok plasebo. Ini berarti Zyban efektif hampir dua kali lipat dibandingkan koyok maupun yang tak memakai obat pada akhir tahun. Namun, 11,9 persen dari mereka yang berada di kelompok Zyban menghentikan perawatan karena "kejadian-kejadian merugikan", dan 11,4 persen lagi dalam kelompok Zyban plus koyok menghentikan perawatan karena

“kejadian-kejadian merugikan.” [Jorenby DE, Leischow SJ, Nides MA, Rennard SI, Johnston JA, Hughes AR, Smith SS, Muramoto ML, Daughton DM, Doan K, Fiore MC, Baker TB, “A Controlled trial of sustained-release bupropion, a nicotine patch, or both for smoking cessation,” *New England Journal of Medicine*, Mar 4, 1999].

- **Hurt/Sachs/Glover/Offord:** Zyban menghasilkan tingkat berhenti merokok sesudah 12 bulan pemakaian sebesar 19,6 persen pada mereka yang memakai Zyban 100 mg, 22,9 persen pada mereka yang memakai 150 mg, dan 23,1 persen pada mereka yang memakai 300 mg. Ini dibandingkan dengan 12,4 persen pada mereka yang hanya memakai plasebo. “Tingkat yang dihasilkan kelompok 150 mg dan 300 mg—namun tidak termasuk kelompok 100 mg—secara signifikan lebih baik daripada yang dihasilkan kelompok plasebo.” (Hurt RD, Sachs DP, Glover ED, Offord KP, et al, “A comparison of sustained-release bupropion and placebo for smoking cessation,” *New England Journal of Medicine*, Oct 23, 1997).

Dua kajian itu mendapatkan tingkat berhenti merokok yang jauh lebih tinggi pada para pemakai Zyban pada akhir tahun dibandingkan tingkat yang dihasilkan kajian-kajian selanjutnya. Namun, dalam penelitian Jorenby, Zyban *tidak* efektif sebagai obat berhenti merokok pada 70 persen mereka yang memakainya, bahkan sesudah itu cukup besar jumlah partisipan yang berhenti memakai Zyban dikarenakan “kejadian-kejadian merugikan.” Dan dalam kajian Hurt/Sachs, Zyban tidak efektif sebagai obat berhenti merokok—bahkan dengan dosis maksimum—pada 77 persen mereka yang memakainya. Mereka yang memakai Zyban dengan dosis minimum pun tidak mencapai hasil yang secara signifikan lebih baik daripada mereka yang tak memakai obat apapun, sehingga pada dosis rendah obat itu sama sekali tidak efektif sebagai obat berhenti merokok.

Penelitian lebih belakangan yang didanai Glaxo Wellcome (sekarang namanya GlaxoSmith Kline) menemukan bahwa Zyban tidak lebih efektif dalam membantu orang-orang untuk berhenti merokok dibandingkan permen karet maupun koyok:

“Ms Renee Bittoun, direktur Smoking Research Unit di Sydney University [Australia] mengatakan ia tak dapat menyampaikan hasil penelitian yang sebenarnya, yang disponsori pabrik obat, GlaxoSmith Kline, karena

berdasarkan kontrak tidak diizinkan... Namun penelitian itu tidak menunjukkan bahwa Zyban lebih efektif dalam membantu orang berhenti merokok dibandingkan permen karet atau koyok, katanya.” Judith Whelan, “Anti-smoking drug all puff, says tester,” *Sydney Morning Herald*, June 1, 2001.

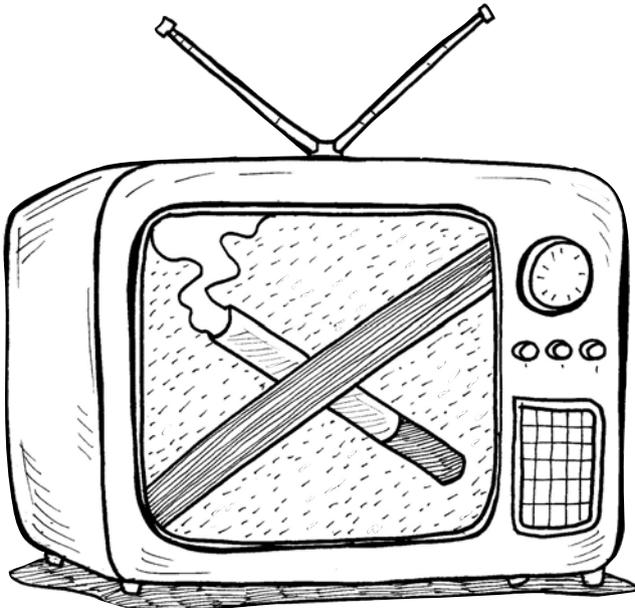
Maka pertanyaannya adalah: Mengingat bahwa Zyban *tidak* membantu sebagian besar orang yang memakainya untuk berhenti merokok, bahkan menurut uji coba yang didanai perusahaannya sendiri, apakah peredarannya sepadan dengan risiko yang ia timbulkan? Jawabannya tidak sepadan, setidaknya tidak sepadan bagi mereka yang sudah menderita gara-gara obat itu:

“Saya lebih baik mati sesudah 35 tahun merokok daripada mati hanya dalam semalam sesudah memakai tablet Zyban.”

Alan Gardiner, perokok dari Inggris yang mengalami kejang-kejang parah sesudah memakai Zyban untuk berhenti merokok. Dikutip dalam “Zyban...Over 37 Deaths,” *The Daily Record*, June 1, 2001.

Pemasaran Obat Berhenti Merokok

Tanggal penerbitan: 17 Agustus 2001



“Di dalam wilayah [Amerika Utara], produk-produk sistem saraf pusat sekarang tumbuh 18 persen sehingga menjadi golongan terbesar, dengan nilai mencapai \$14,5 miliar. Yang tumbuh paling pesat dalam golongan ini sekarang adalah produk-produk anti-epilepsi dan anti-rokok.”

IMS Health Drug Monitor, Oct. 2, 1998.

“Lembaga-lembaga yang berwenang dalam kesehatan publik, termasuk World Health Organization, telah menyerukan ditingkatkannya perhatian terhadap penanganan ketergantungan tembakau...”

“Use of FDA-Approved Pharmacologic Treatments for Tobacco Dependence—United States, 1984-1998,” Centers for Disease Control, MMWR, July 28, 2000.

“Pada 1996, penjualan obat nikotin naik 11% di atas penjualan rata-rata selama 4 pekan berlangsungnya promosi nasional GASO [Great American Smokeout oleh American Cancer Society]; penjualan dalam pekan tertentu acara itu naik 30%.”

“Impact of Promotion of the Great American Smokeout and Availability of Over-the-Counter Nicotine Medications, 1996,” Centers for Disease Control, MMWR, Sept. 19, 1997.

Adalah impian para pemasar bahwa US Surgeon General, Centers for Disease Control, World Health Organization, dan American Cancer Society terlibat aktif mempromosikan serangkaian produk. Impian ini menjadi kenyataan bagi beberapa perusahaan farmasi multinasional beserta obat-obatan berhenti merokok yang mereka patenkan.

Bukan hanya laporan Surgeon General tahun 1998 menyiapkan jalan dengan menyatakan untuk pertamakalinya bahwa penggunaan tembakau termasuk gejala “ketagihan” yang memerlukan “penanganan”, laporan-laporan selanjutnya pun secara khusus berfokus pada penanganan berhenti merokok, termasuk penanganan farmakologis. Centers for Disease Control (CDC) juga semakin menekankan pentingnya berhenti merokok dan penanganan atas “ketagihan” tembakau. Lembaga federal ini bahkan memasukkan dua laporan pemasaran obat berhenti merokok dalam rangkaian laporan minggunya, Morbidity and Mortality Weekly Report, dan mendorong negara-negara bagian agar membelanjakan jutaan uang hasil perjanjian kesepakatan dengan perusahaan-perusahaan tembakau untuk mempromosikan berhenti merokok dan penanganannya.

World Health Organization (WHO) dan American Cancer Society (ACS) menjadikan berhenti merokok dan penanganannya sebagai tema utama untuk World No-Smoking Day dan Great American Smokeout, yang untuk dua acara itu perusahaan-perusahaan obat dengan sukacita mengucurkan dana. WHO dan ACS juga membentuk “kemitraan” dengan perusahaan-perusahaan obat yang dipublikasikan besar-besaran. Selain itu, ACS menandatangani kontrak jutaan dollar dengan SmithKline Beecham untuk penggunaan nama dan logo organisasi itu dalam iklan Nicoderm, sedangkan American Lung Association juga menandatangani perjanjian serupa dengan McNeil, anak perusahaan Johnson & Johnson, untuk penggunaan nama dan logonya pada iklan Nicotrol.

Kepentingan pemasaran perusahaan-perusahaan obat begitu tum-pang-tindih dengan strategi kebijakan publik gerakan anti-tembakau

sehingga sulit dibedakan lagi batas-batasnya. Perusahaan-perusahaan menyediakan dana dan proyek-proyek penelitian untuk mendukung upaya anti-tembakau, sedangkan komunitas kesehatan publik melakukan lobi undang-undang yang akan mendongkrak penjualan obat perusahaan-perusahaan tadi dan memberi mereka keunggulan kompetitif dibandingkan produk-produk perusahaan tembakau. Beginilah yang dikatakan dua artikel dalam *Bulletin of the World Health Organization* tahun 2000:

“Produk dan layanan yang telah terbukti efektif untuk berhenti merokok harus tersedia luas dan harus memiliki keunggulan pasar (harga, promosi, saluran-saluran distribusi, ukuran kemasan, dsb.) dibandingkan produk-produk tembakau.”

Sweaner D, “Is it the nicotine or the tobacco?” 78(7), p. 943.

“Memerangi kecanduan nikotin melibatkan banyak perangkat baku pengendalian tembakau: peningkatan harga, larangan iklan, program-program komunikasi, larangan merokok di tempat kerja dan di ruang publik, dan akses terhadap penanganan yang baik bagi ketergantungan.” Bates C, “Taking the nicotine out of cigarettes—why it is a bad idea,” 78(7), p. 944.

Kebijakan serupa juga disuarakan oleh Nancy Kaufman, Wakil Direktur Robert Wood Johnson Foundation:

“Kita memiliki 2 titik fokus dalam kerja kita: (1) mencegah penggunaan tembakau oleh kaum muda dan dewasa muda melalui penerapan kebijakan pengendalian tembakau tingkat federal dan negara bagian (misalnya meningkatkan pajak tembakau, kebijakan udara bersih dalam ruangan, pembatasan iklan, langkah-langkah akses) dan (2) membantu para pengguna yang ketagihan untuk berhenti.” Philippe Boucher, Rendez-vous with Nancy J. Kaufman, Feb. 26, 2001.

Dan, serombongan dengan Nancy Kaufman, Thomas Houston dari American Medical Association juga bersuara:

“Di seluruh dunia, berbagai pemerintah mengambil langkah menuju rencana pengendalian tembakau komprehensif yang mencakup kenaikan pajak, pembatasan iklan dan promosi tembakau, label peringatan yang lebih informatif pada produk tembakau, larangan merokok di tempat umum, dan terapi berhenti merokok yang makin tersedia luas.” Houston T, Kaufman NJ, “Tobacco Control in the 21st Century,” Editorial, JAMA, 284(6), Aug. 9, 2000.

Juga oleh David Satcher, Surgeon General AS:

“Penelitian menunjukkan bahwa penggunaan tembakau bisa dikurangi melalui pendekatan komprehensif termasuk pendidikan, kegiatan berbasis komunitas dan media, penanganan farmakologi atas kecanduan nikotin, regulasi iklan dan promosi, regulasi udara bersih, larangan penjualan tembakau kepada konsumen di bawah umur, dan pajak untuk produk-produk tembakau.”

Satcher, D, “International Tobacco Control: An Update,” JAMA, 286(3), July 18, 2001.

Apakah kebijakan-kebijakan itu akan memengaruhi tingkat merokok, masih bisa diperdebatkan; yang tak bisa diperdebatkan adalah bahwa mereka akan menciptakan keuntungan pasar yang jelas bagi perusahaan-perusahaan farmasi sehingga mengungguli perusahaan-perusahaan tembakau dalam hal biaya, iklan dan promosi, ketersediaan, dan kenyamanan produk mereka.

Diferensial biaya

“Kendala potensial untuk memanfaatkan obat penanganan kecanduan tembakau meliputi pertimbangan atas keamanan dan biaya penanganan itu... Panduan penanganan menganjurkan agar penanganan atas penggunaan tembakau bisa dimasukkan ke dalam tunjangan medis terasuransikan. Penelitian baru-baru ini tentang rancangan kesehatan menunjukkan bahwa penurunan biaya penanganan akan meningkatkan pemanfaatan penanganan itu...” “Use of FDA-Approved Pharmacologic Treatments for Tobacco Dependence—United States, 1984-1998,” U.S. Centers for Disease Control, MMWR, July 28, 2000.

“Orang pada umumnya tidak akan tertarik membeli obat itu jika harganya lebih mahal daripada sebungkus rokok [rokok lintingan tangan yang diperdagangkan].” Komentar seorang perokok yang dikutip dalam Aparna Krishnan, “Price wars in anti-smoking drugs?” *Hindu Business Line*, June 24, 2001.

Obat berhenti merokok umumnya lebih mahal daripada produk tembakau. Contohnya, jatah sekian selongsong (*cartridge*) untuk enam minggu Nicotrol Inhaler dari Johnson & Johnson harganya kira-kira \$250, sedangkan jatah rokok untuk enam minggu bagi perokok yang menghabiskan sebungkus sehari biayanya \$180 untuk merek-merek premium di berbagai negara bagian yang mengenakan pajak tembakau

moderat (dan biayanya lebih rendah lagi di negara-negara bagian yang mengenakan pajak tembakau rendah). Di sejumlah negara bagian yang mengenakan pajak tembakau tinggi, biaya belanja rokok kurang lebih sama dengan biaya belanja selongsong nikotin. Jadi, salah satu tujuan utama perusahaan-perusahaan farmasi dan para sekutu anti-tembakaunya adalah mendorong pajak negara bagian dan federal yang lebih tinggi atas produk tembakau.

Mendorong negara untuk melakukan gugatan hukum terhadap perusahaan-perusahaan tembakau adalah siasat lain yang bisa mengerek harga tembakau untuk konsumen secara besar-besaran, dan Robert Wood Johnson Foundation mendanai sejumlah kajian legal untuk mendorong dilakukannya gugatan itu, termasuk beberapa hibah berjumlah besar kepada Tobacco Products Liability Project.

Jadi, alih-alih menurunkan harga tinggi yang menipu untuk obat-obatan berhenti merokok ke tingkat yang lebih kompetitif dibandingkan produk tembakau, kepentingan industri farmasi lebih memilih memaksimalkan laba. Karena itulah, di samping mempromosikan strategi untuk meningkatkan harga rokok, mereka juga mempromosikan jaminan asuransi atas produk-produk mereka sendiri sebagai insentif finansial bagi konsumen.

“Panduan [US Public Health Service] juga mendorong perusahaan-perusahaan asuransi kesehatan dan program-program kesehatan pemerintah untuk membayar penanganan dan konseling berhenti merokok. Hanya kira-kira setengah dari seluruh jasa asuransi melakukannya; Medicare, program kesehatan federal untuk orang tua, tidak menjamin penanganan anti-rokok dan hanya 22 negara bagian yang menyediakan jaminan Medicaid untuk penanganan ketergantungan tembakau.” Karen Gullo, “Surgeon general calls on doctors, insurers to beef up anti-smoking efforts,” AP, June 27, 2000. Michael Fiore, ketua panel yang menyusun Panduan Klinis PHS, menerima dana dalam jumlah besar dari perusahaan-perusahaan farmasi yang memasarkan obat berhenti merokok.

“Akhir 1997, sekelompok ahli ilmu pengendalian tembakau dikumpulkan oleh Center for the Advancement of Health untuk menyusun rekomendasi penggunaan dana federal untuk menangani ketergantungan tembakau.” Pinney J, Ahluwalia J, Arkin E, Fiore M, Glynn T, Gruman J, Henningfield J, Hughes J, Maule C, Neff R, Ockene J, Orleans T, Shiffman, S, Slade J, “Realignment of the nation’s tobacco agenda: the need to treat

tobacco dependence,” *Preventive Medicine*, 32(2): 95-100, Feb 2001. Pinney, Henningfield dan Fiore pernah bekerja sebagai konsultan perusahaan farmasi yang memasarkan obat berhenti merokok. Sebagian besar lainnya juga pernah menerima dana besar dari perusahaan-perusahaan itu, sedangkan Orleans adalah karyawan Robert Wood Johnson Foundation. Center for the Advancement of Health adalah organisasi yang sebagian besar anggotanya adalah perusahaan farmasi dan menerima sebagian besar dana dari mereka pula.

Untuk meyakinkan jasa asuransi negeri dan swasta agar bersedia menjamin biaya obat-obatan berhenti merokok, perusahaan farmasi dan Robert Wood Johnson Foundation mendanai sejumlah analisis biaya tunjangan. Semua analisis ini menunjukkan bahwa lebih murah bagi jasa asuransi membayar biaya obat-obatan dan konseling berhenti merokok daripada membayar biaya perawatan untuk perokok yang sakit. Dengan kata lain, perusahaan-perusahaan farmasi melakukan kajian pembiayaan obat untuk menopang argumen mereka bahwa jasa asuransi, termasuk pemerintah federal dan negara bagian, akan berhemat jika membayar produk mereka.

Sejumlah pemerintah nasional berhasil diyakinkan oleh argumen perusahaan obat dan sekutu mereka agar menutup biaya obat berhenti merokok. Di Inggris, misalnya, National Health Service membayar terapi penggantian nikotin. Jadi pembayar pajak menyubsidi produk nikotin perusahaan obat, dan perusahaan-perusahaan farmasi multinasional tinggal mengeruk laba.

Iklan

Pada saat komunitas kesehatan publik mengutuk perusahaan-perusahaan tembakau lewat iklan layanan masyarakat maupun komersial, mereka juga mempromosikan diberlakukannya undang-undang yang mencegah industri tembakau agar tak bisa mengiklankan produk mereka secara komersial di semua tempat.

Berdasarkan undang-undang, perusahaan tembakau sudah tidak diizinkan mengiklankan produk-produk mereka lewat televisi dan radio AS selama tiga puluh tahun terakhir, yang berarti mereka hanya bisa beriklan lewat papan reklame, media cetak dan di lingkungan bisnis swasta. Pada tahun-tahun belakangan, organisasi-organisasi anti-tembakau berusaha melarang iklan tembakau di saluran-saluran yang tersisa itu. Dapat dikatakan, semua penelitian besar sudah

menunjukkan bahwa iklan tembakau hanya memiliki pengaruh kecil atau tak berpengaruh sama sekali terhadap apakah orang memutuskan merokok atau tidak. Namun ini tidak menyurutkan niat para pelaku kampanye anti-tembakau untuk terus berupaya menghapus semua iklan tembakau, bahkan di internet dan *convenience stores* (toko yang buka hingga larut malam).

Robert Wood Johnson Foundation dan ACS mendanai analisis legal yang dikerjakan Advocacy Institute mengenai keabsahan upaya pemerintah untuk melarang iklan tembakau dan menyusun garis besar “anjuran penyusunan undang-undang federal” yang akan secara mendasar membatasi perlindungan konstitusional terhadap kebebasan berbicara untuk kepentingan komersial. (Sutton C, Thain G, “Advertising Regulation in Tobacco Prevention and Control,” Policy Analysis No.13, The Advocacy Institute).

Perusahaan-perusahaan obat, di lain pihak, hanya mengalami sedikit pembatasan untuk mengiklankan produk mereka, dan tak seorang pun yang mendanai proposal yang menganjurkan regulasi tambahan yang membatasi kebebasan berbicara mereka untuk kepentingan komersial.

“Bagi industri periklanan, produk [berhenti merokok] telah menjadi salah satu mesin pertumbuhan terbesar: Belanja iklan sarana bantu berhenti merokok melonjak hingga \$220 juta tahun lalu [1996] dari \$13 juta tahun sebelumnya, menurut McCann-Erickson dari Interpublic Group.” “Tobacco deal heats up nicotine-patch war: Settlement includes money for treatment of smoking habit; marketers looking for windfall,” *The Wall St. Journal*, July 5, 1997.

Sebaliknya, pembatasan untuk iklan farmasi sudah dikendurkan. Pada 1997, di bawah kepemimpinan David Kessler, FDA melonggarkan batasan iklan televisi untuk obat-obatan resep, tahun yang sama saat ia menyetujui Zyban dari Glaxo Wellcome sebagai obat resep untuk berhenti merokok. Dengan begitu, perusahaan itu bisa meluncurkan produknya melalui kampanye iklan televisi *prime-time* secara besar-besaran dan langsung menyasar konsumen.

Ketersediaan

“Nyaris tak ada gunanya jika koyok (nikotin hanya tersedia melalui resep sedangkan rokok bisa dibeli bebas. Koyok harus bisa dibeli bebas atau sebaliknya rokok hanya bisa

dibeli dengan resep.” Gregory Hartl, WHO spokesman, quoted in Richard Hannaford, “Put cigarettes on prescription,” BBC News, April 27, 1999.

“Di kancah politik yang lebih luas, para dokter harus menuntut medan permainan yang sebanding. Industri yang mempromosikan ketagihan nikotin harus diregulasi dan terapi yang menanganinya tidak boleh dirugikan dalam kaitannya dengan merokok.” Britton J, McNeill A, Editorial, BMJ, 322, 1077-1078, May 5, 2001. Baik Britton maupun McNeill pernah menerima dana dari perusahaan-perusahaan yang memproduksi obat berhenti merokok.

Hingga sekarang, rokok tersedia lebih luas daripada obat-obatan berhenti merokok. Namun jika industri farmasi dan anti-tembakau mendapat posisi di atas angin, keadaan akan berubah. Ada upaya sporadis oleh mereka yang mengendalikan tembakau untuk melarang penjualan rokok lewat mesin koin (*vending machine*), di internet dan di tempat-tempat tertentu seperti toko obat. Namun langkah ini belum secara signifikan memangkas akses konsumen terhadap produk tembakau. Ancaman yang jauh lebih besar terhadap ketersediaan rokok adalah regulasi produk tembakau oleh US Food and Drug Administration.

Di bawah kepemimpinan David Kessler, FDA berusaha memasukkan tembakau ke dalam daftar produk yang diregulasi lembaga itu. Dalam upayanya itu, Kessler sangat dibantu oleh komunitas pengendalian tembakau, termasuk Robert Wood Johnson Foundation. Namun, perusahaan-perusahaan tembakau memperkarakan FDA, dan pada Maret 2000, Mahkamah Agung memutuskan bahwa Kongres belum memberikan otoritas kepada FDA untuk meregulasi produk tembakau.

Sekarang, mereka yang aktif dalam pengendalian tembakau mulai menekan Kongres AS untuk meloloskan legislasi yang memberi FDA wewenang meregulasi rokok dan produk tembakau lainnya. Mengingat kekuasaan lembaga federal itu amat luas dan persekutuannya yang erat dengan perusahaan-perusahaan farmasi besar, ketersediaan dan akses konsumen terhadap produk tembakau bisa dipangkas habis. Sebagai misal, FDA akan punya kuasa untuk mengubah komposisi produk tembakau dengan membatasi jumlah kandungan nikotin, lembaga itu bisa mewajibkan agar produk tembakau hanya dijual dengan resep, atau tak dijual sama sekali. Semua langkah itu bisa mengubah ketersediaan produk dan kemudahan akses konsumen yang lebih menguntungkan produk farmasi.

Sementara itu, FDA menjadikan produk-produk nikotin perusahaan farmasi jauh lebih tersedia bagi konsumen daripada sebelumnya. Pada 1984, ketika permen karet Nicorette disetujui dan pada 1991 ketika koyok Nicotrol dan Nicoderm disetujui, FDA mengharuskan bahwa produk-produk itu hanya bisa dipasarkan sebagai obat berhenti merokok dengan resep. Tentu saja ini berarti siapapun yang ingin membelinya pertama-tama harus repot-repot dulu bertemu dengan dokter.

Untuk mengatasi kendala ini sehingga memudahkan konsumen mengakses produk nikotin mereka, perusahaan farmasi mendanai berbagai penelitian yang dirancang untuk membuktikan bahwa produk mereka bukan hanya aman bagi konsumen tanpa perlu pengawasan dokter, namun bahwa mereka juga akan berusaha memproduksi obat berhenti merokok yang lebih berkualitas jika produk itu boleh dijual bebas kepada masyarakat. Pada 1996, FDA di bawah David Kessler memenuhi permintaan itu dengan pertama-tama menyetujui permen karet untuk dijual bebas, disusul koyok nikotin.

Johnson & Johnson tampaknya yakin bahwa FDA akan menyetujui koyok Nicotrol dijual bebas, karena raksasa farmasi itu “mencatat rekor tercepat dalam mengedarkan obat yang berubah status itu ke pasaran. Koyok Nicotrol dikirim ke toko-toko dalam dua minggu sesudah mendapatkan persetujuan FDA sebagai obat bebas.” (“Smoke Cessation on Fire,” Information ACCESS Co., Thompson Corp., Medical Economic Publishing, Drug Topics, July 7, 1997).

Dan jelas, status sebagai obat bebas itu mendongkrak penjualan obat nikotin secara radikal:

“Dalam sebuah artikel yang diterbitkan musim dingin lalu dalam jurnal Tobacco Control, psikolog Saul Shiffman dari Smoking Research Group, University of Pittsburgh, melihat ketersediaan permen karet dan koyok itu secara bebas mendongkrak penjualan produk itu hingga 152 persen.”

Sandra Boodman, “Feeding the Nicotine Habit: Finding Safer Substitutes for Cigarettes,” The Washington Post, June 30, 1998. Shiffman sesungguhnya memang pernah melakukan salah satu penelitian yang mengatakan penjualan bebas akan mendongkrak tingkat berhenti merokok. Penelitiannya didanai oleh SmithKline Beecham dan Hoechst Marion Roussel, pemasar Nicoderm.

Tentu saja, peningkatan penjualan itu tidak seluruhnya dikarenakan para perokok ingin berhenti merokok. Banyak di antara mereka yang tak berniat berhenti merokok namun membeli koyok atau permen karet

itu untuk dipakai pada saat mereka tak bisa merokok dikarenakan adanya larangan merokok. Ketersediaan secara bebas memang jelas meningkatkan penjualan produk-produk nikotin perusahaan obat kepada perokok yang tak berniat berhenti merokok, dan perusahaan-perusahaan farmasi pun tahu akan hal itu.

Memperluas larangan, mendongkrak penjualan

Tahun lalu [1997], SmithKline mengatakan penjualan NicoDerm CQ dan Nicorette membengkak 30% hingga mencapai \$448 juta, sebagian karena lebih banyak perokok menggunakan produk itu untuk memenuhi kebutuhan akan nikotin di tempat-tempat yang melarang merokok... Dengan berpikir sekilas saja, bisa dikatakan semua perusahaan farmasi melihat peluang pasar amat besar di situ," kata David Sachs, direktur Palo Alto Center for Pulmonary Disease Prevention di California, yang melakukan penelitian klinis tentang produk berhenti merokok. Suein Hwang, "Cigarette makers may be facing an unusual rival as long-term suppliers of nicotine fixes: the pharmaceutical industry," *The Wall St. Journal*, Feb 27, 1998.

Semakin banyak tempat yang dikenai larangan merokok, semakin banyak perokok yang membeli produk "pengganti nikotin" seperti permen karet dan koyok, baik sebagai upaya berhenti merokok atau sekadar sebagai sumber nikotin alternatif. Larangan merokok amat-bagus untuk bisnis farmasi.

Karena FDA tidak menyetujui obat pengganti nikotin itu untuk kepentingan lain kecuali sebagai terapi berhenti merokok, industri farmasi dilarang untuk secara langsung memasarkan produk nikotinnya sebagai pengganti tembakau. Jelas, perusahaan-perusahaan farmasi sadar bahwa para perokok justru menggunakan produk mereka sebagai pengganti merokok, dan mereka ingin mengiklankan produk mereka untuk tujuan ini. Awal 1997, setahun sesudah koyok disetujui untuk dijual bebas, SmithKline Beecham mengungkapkan bahwa produk pengganti nikotin bisa dipakai untuk mengurangi bahaya:

"Di luar 34 juta perokok yang mengatakan bahwa mereka ingin berhenti, terdapat peluang lebih besar lagi untuk mengurangi merokok. Perjanjian kesepahaman dengan perusahaan tembakau seharusnya juga membahas cara-cara untuk membantu para perokok yang tidak bisa berhenti merokok namun bisa diuntungkan dengan cara mengurangi

secara drastis jumlah rokok yang mereka isap... "Statement from SmithKline Beecham Consumer Healthcare About Stop Smoking Treatment Resources Included in the Tobacco Settlement," PR Newswire, June 20, 1997.

Sekarang, perusahaan-perusahaan farmasi pun mendanai uji klinis yang bertujuan menunjukkan bahwa penggunaan produk nikotin mereka untuk "mengurangi bahaya" terbukti aman bagi perokok yang tidak berhenti merokok, dan bahwa produk itu membantu mengurangi jumlah rokok yang mereka isap.

Jika uji klinis itu berhasil membuktikan keamanan dan khasiatnya untuk mengurangi bahaya, FDA tampaknya akan menyetujui permen karet dan koyok dipakai untuk tujuan tersebut. Kemudian perusahaan-perusahaan obat akan bebas memasarkan produk nikotin mereka kepada perokok yang tidak berhenti merokok, melainkan sekadar ingin mengurangi. Ini bagaikan durian runtuh bagi pemasaran mereka, yang sama besarnya atau bahkan lebih besar dibandingkan persetujuan penjualan bebas untuk produk mereka.

Para sekutu perusahaan farmasi dalam bidang kedokteran dan kesehatan publik sudah siap menabuh genderang agar lembaga-lembaga berwenang seperti FDA mengizinkan produk pengganti nikotin digunakan untuk mengurangi bahaya merokok dan sebagai pengganti tembakau.

"...semestinya ada pasar yang luas bagi sisem pengantar nikotin alternatif. Gerakan menuju pengurangan risiko dapat memberi manfaat secara signifikan bagi kesehatan publik, menyediakan pilihan bagi konsumen dan memungkinkan kekuatan pasar bebas menghantam penyebab utama kematian yang bisa dicegah [tembakau]. Namun, dikarenakan sistem peraturan yang ada, kekuatan pasar saat ini masih menghadapi ganjalan untuk bisa menyediakan bagi konsumen produk-produk pengurang risiko yang mereka inginkan. Produk-produk tembakau masih dikecualikan dari undang-undang perlindungan konsumen, namun tak ada pengecualian bagi produk pengantar nikotin lainnya, misalnya NRT. Ini berakibat pada terciptanya medan permainan yang tak berimbang bagi produk-produk nikotin..." Swenor D, "Regulatory imbalance between medicinal and non-medicinal nicotine," *Addiction*, 95 Suppl 1:S25-8, Jan 2000.

“Untuk mengkoordinasikan upaya industri farmasi, para dokter dan peneliti mungkin akan memainkan peran penting untuk mendorong para penyusun peraturan melangkah lebih jauh menuju arah untuk menerima NRT agar bisa dipakai secara luas sebagai sarana mengurangi merokok.” West R, “Addressing regulatory barriers to licensing nicotine products for smoking reduction,” *Addiction*, 95, Suppl 1:S29-34, Jan 2000.

Namun industri tembakau menyerang balik dengan berusaha memproduksi sendiri produk-produk pengurang risiko. Setidaknya, tiga perusahaan rokok telah mengembangkan rokok “yang lebih aman.” Brown and Williamson siap memasarkan tablet isap nikotin rasa mint yang bisa diisap perokok jika mereka tak dimungkinkan merokok. Swedish Match mengembangkan permen karet nikotin, dan UST memasarkan Revel, paket-paket bubuk hirup baru rasa mint yang akan diiklankan sebagai cara “segar” bagi perokok untuk menikmati tembakau jika mereka tak bisa merokok (Gordon Fairclough, “UST Pushes Mint-Flavored Tobacco With New Look, Marketing Campaign,” *The Wall St. Journal*, Aug 1, 2001).

Perusahaan-perusahaan obat dan para sekutu anti-tembakau sama sekali tidak gembira menyaksikan pesaing baru dari perusahaan tembakau ini, dan dokter sekutu serta pendukung mereka sibuk menuntut diberlakukannya peraturan FDA atas produk tembakau. Ken Warner, yang pernah menjabat penasihat panel Institute of Medicine untuk menyelidiki “pengurangan risiko” pada produk-produk tembakau berisiko rendah serta produk-produk nikotin perusahaan farmasi, menyerang produk tembakau:

“Semua produk yang ditawarkan hingga sekarang oleh industri tembakau merupakan produk berisiko. Kalian masih memakai nikotin, kalian masih menghirup zat kimia dibandingkan dengan tak merokok sama sekali.”

Dan ia juga membela perusahaan-perusahaan farmasi:

“Ironis dan tragis bahwa kita mendorong para pabrikan produk pengantar nikotin paling aman yang pernah dikembangkan hingga saat ini agar melangkah menuju proses ekspansif untuk mencapai keamanan dan khasiat, namun kita tidak menerapkan aturan pembatasan pemasaran sama sekali terhadap bentuk nikotin paling mematikan yang pernah dikembangkan.” Dua kutipan itu diambil dari Glenn Howatt, “Panel: Patches, gums, reduced-smoke cigarettes may

be no safer,” Minneapolis Star Tribune, Feb 23, 2001. Warner adalah salah satu penerima dana favorit Robert Wood Johnson Foundation.

Anggota panel Dorothy Hatsukami, yang juga penerima dana Robert Wood Johnson Foundation, menyeru kongres memberlakukan undang-undang yang memberi FDA wewenang untuk mengatur rokok berisiko rendah. Dan raksasa obat Pharmacia sangat gembira bahwa laporan Institute of Medicine pun menyatakan agar perusahaan-perusahaan tembakau ditempatkan di bawah standar yang sama dengan perusahaan farmasi, yakni di bawah regulasi FDA.

Aktivis anti-tembakau Clive Bates dari ASH berang karena media tidak melaporkan temuan-temuan panel yang lebih menguntungkan perusahaan obat:

“Yang tidak muncul dalam laporan media adalah pemahaman bahwa terdapat langkah-langkah praktis untuk mengurangi bahaya, dengan cara tidak menyerahkan kancah permainan seluruhnya kepada Philip Morris. Terdapat kemungkinan untuk mengesahkan produk NRT sebagai langkah pengurangan bahaya, serta kemungkinan untuk membolehkan permen karet nikotin bersaing dengan rokok...” Bates C, “Clearing the smoke or muddying the water?” Editorial, Tobacco Control, June 12, 2001.

Mengingat besarnya kekuasaan dan kekayaan para konglomerat farmasi internasional, dan mengingat kekuasaan politik dan “kedudukan terhormat para mitranya” dari pemerintah maupun non-pemerintah, mungkin akan tiba saatnya para pemirsa TV menyaksikan tayangan pemasaran nikotin yang sepenuhnya bergaya baru:

“Sayang, aku lupa pergi ke dokter untuk minta resep rokok yang baru.” Suami menjawab, “Ya sudah tak apa, masih untung ada mesin koin yang menjual koyok di pojok jalan itu.” Memeluk suaminya, si istri berkata: “Coba pikir, mungkin kita memang harus melupakan rokok sama sekali. Koyok itu jauh lebih nyaman dan murah—dan kita bahkan tak perlu keluar rumah untuk menggunakannya.”

Farmasi Besar, Gelimang Dollar

Tanggal penerbitan: 24 Agustus 2001

“Sepuluh perusahaan obat terbesar dilaporkan menghasilkan laba rata-rata 30 persen dari pendapatan—margin yang mencengangkan. Selama beberapa tahun belakangan, industri farmasi secara keseluruhan sejauh ini merupakan industri yang paling beruntung di Amerika Serikat.”

Angell M, “The Pharmaceutical Industry—To Whom Is It Accountable?” *New England Journal of Medicine*, June 22, 2000.

“Setiap tahun sejak 1992, industri obat adalah industri paling beruntung di Amerika Serikat, menurut pemeringkatan majalah Fortune. Selama tahun-tahun itu, besarnya imbalan pendapatan (laba sebagai persentase penjualan) industri obat rata-rata tiga kali laba rata-rata semua industri lain yang tercantum dalam Fortune 500.”

Public Citizen Report, “Rx R&D Myths: The Case Against the Drug Industry’s R&D ‘Scare Card,’”

July 23, 2001.

“Jika ditotal, kapitalisasi pasar dari empat perusahaan [farmasi] terbesar itu jumlahnya melebihi perekonomian India.”

David Earnshaw, mantan direktur urusan pemerintah Eropa untuk SmithKline Beecham, kini ketua kampanye Oxfam untuk akses terhadap obat-obatan. Dikutip dalam Roger Dobson, “Drug Company lobbyist joins Oxfam’s cheap drugs campaign,” *BMJ*, 322, April 28, 2001, p. 1011.



Kartel obat-obatan terlarang internasional jelas menghasilkan banyak uang, namun risikonya amat tinggi, termasuk risiko tewas karena diberondong pelor. Di lain pihak, perusahaan-perusahaan farmasi besar bahkan menghasilkan uang lebih besar lagi, dan risiko terburuk yang mereka hadapi paling-paling adalah gugatan di pengadilan. Selain itu, alih-alih mempersulit bisnis mereka, pemerintah AS justru menggunakan dollar pembayar pajak untuk membantu perusahaan-perusahaan itu mengembangkan produk-produk baru yang amat menguntungkan.

Berapa banyak uang yang berputar dalam penjualan obat legal? Menurut Drug Monitor Report dari IMS Health, penjualan produk farmasi di pasar-pasar utama dunia mencapai \$179 miliar untuk tahun fiskal yang berakhir Maret 1998. Dari jumlah itu, penjualan di AS nilainya \$68,7 miliar. Pada Maret 2000, IMS America melaporkan bahwa di AS saja penjualan obat resep menanjak ke tingkat yang mencengangkan, mencapai \$145 miliar, dan mereka yang memantau penjualan obat resep di AS memperkirakan tren ini akan berlanjut setidaknya hingga sembilan tahun ke depan. Sejak 1993, belanja nasional untuk obat resep menanjak dengan tingkat rata-rata tahunan sebesar 12%, sedangkan aneka belanja kesehatan jenis lain menanjak dengan tingkat rata-rata tahunan hanya 5%. Biaya belanja obat kini melampaui biaya perawatan dokter di AS dan Kanada.

“Secara historis, rumah sakit menyedot biaya terbesar dari keseluruhan belanja kesehatan di Kanada, diikuti gabungan biaya seluruh layanan dokter, serta belanja obat di posisi ketiga. Pada 1997, belanja obat melompat ke posisi kedua, sebesar 14,5% dari total \$79 miliar pengeluaran untuk biaya kesehatan publik dan swasta. (Belanja untuk layanan dokter mewakili 14,2% pengeluaran; rumah sakit 32,5%). Pada 2000, biaya belanja obat mencapai 15,5% dari seluruh pengeluaran.” Candis McLean, “The Real Drug Pushers,” Report Newsmagazine.

Pertumbuhan pesat penjualan obat bukan dikarenakan munculnya obat-obat baru yang revolusioner. Menurut laporan baru oleh Public Citizen, hanya sekitar 22 persen dari obat-obatan baru yang dilempar ke pasar dalam 20 tahun belakangan ini yang benar-benar merupakan obat-obatan inovatif yang menunjukkan terjadinya peningkatan terapi yang penting dibandingkan obat-obatan yang sudah ada (Public Citizen report, “Rx R&D Myths: The Case Against The Drug Industry’s R&D ‘Scare Card,’” July 23, 2001). Menurut berbagai ahli, satu-satunya faktor

yang menyebabkan meningkatnya penjualan obat dapat disimpulkan hanya dalam satu kata: Pemasaran.

Terobosan merosot, pemasaran meningkat

“Tahun lalu, Food and Drug Administration hanya menyetujui seluruhnya 27 obat baru, menurun dari 53 obat pada 1996.”

Gardiner Harris, “Pitch to Switch,” *Wall St. Journal*, May 21, 2001, p.1A.

Secara keseluruhan, pengeluaran untuk pemasaran dan administrasi industri pada umumnya lebih dari dua kali lipat dibandingkan pengeluaran untuk penelitian dan pengembangan. Di Pfizer, umpamanya, biaya pemasaran dan administrasi mewakili 39% pengeluaran, dibandingkan 17% untuk Litbang... Juru bicara Pfizer mengatakan, perusahaan ‘sangat optimistik menghadapi masa depan’ dan tidak hanya mengandalkan diluncurkannya obat-obatan baru namun juga dengan mendongkrak penjualan obat-obatan yang sudah ada. Walaupun upaya itu bisa dilakukan dengan menguji manfaat baru pada obat-obatan lama serta memadukannya dengan obat-obatan lain, cara terbaik adalah dengan meningkatkan anggaran pemasaran.” Gardiner Harris, “Drug Firms, Stymied in the Lab, Become Marketing Machines,” *Wall St. Journal*, July 6, 2000, p. A1.

“Jika harus disebut sebuah perusahaan yang mewakili industri obat-obatan modern, itulah Pfizer. Hanya sepuluh tahun silam, Pfizer dianggap sebagai industri anak bawang. Namun perusahaan AS itu berhasil menerobos daftar peringkat global ke posisi yang tak terbantah, terutama berkat kepiawaiannya dalam pemasaran... Walaupun beberapa hasil penelitian Pfizer masih gemilang, keberhasilannya terutama bersumber dari kemampuannya untuk mengubah obat—seringkali obat-obatan yang ia lisensi dari pesaingnya—menjadi produk miliaran dollar.” David Pilling, “Pharmaceuticals 2001/Sales & Marketing: Relentless rise in role of reps and big launches,” *Financial Times*, April 26, 2001.

Walaupun tidak kosong-melompong sama sekali, kebanyakan laboratorium industri farmasi bisa dibilang tak memproduksi lagi obat-obatan baru yang penting. Sebagaimana diungkapkan seorang juru bicara industri itu, seluruh tantangan yang mudah sudah dilewati. Karena laboratorium perusahaan-perusahaan besar tak lagi berperan,

mereka semakin tergantung pada upaya melisensi obat-obatan baru dari universitas, pemerintah atau perusahaan-perusahaan kecil yang memegang hak paten obat-obatan tu.

Kadang kesepakatan lisensi ini sangat rumit. Sebagai misal, Advanced Therapeutic Products (ATP) mematenkan teknologi yang menjadi basis bagi obat hirup nikotin Nicorette maupun Nicotrol. Pharmacia mendapatkan hak produksi obat hirup itu dari ATP dengan pembayaran persentase produk. Selanjutnya, Pharmacia memproduksi obat hirup Nicorette untuk SmithKline Beecham dan obat hirup Nicotrol untuk McNeil, anak perusahaan Johnson & Johnson. Dua perusahaan itu lantas memasarkan obat hirup dengan merek mereka masing-masing.

Banyak, kalau bukan sebagian besar, obat-obatan yang paling laku sesungguhnya dikembangkan berkat hibah pemerintah kepada sejumlah universitas atau para peneliti perorangan.

“Menurut NIH [National Institutes of Health], para ilmuwan yang dibiayai para pembayar pajak melakukan 55 persen proyek penelitian yang menghasilkan penemuan dan pengembangan lima obat-obatan paling laris pada 1995.” “Rx R&D Myths: The Case Against the Drug Industry’s R&D ‘Scare Card,” Public Citizen report, July 23, 2001.

Walaupun belum diuji secara klinis untuk mendapatkan persetujuan FDA, nikotin telan yang baru untuk obat berhenti merokok dikembangkan oleh dua peneliti Duke University dengan dana dari Departemen Urusan Veteran AS. Para peneliti itu sudah menjual hak produksinya kepada sebuah perusahaan farmasi kecil. Perusahaan ini selanjutnya jelas akan menjual formula nikotin telan itu ke satu perusahaan farmasi besar atau lebih, yang akan mendanai uji coba klinis, mendapatkan persetujuan FDA, dan kemudian memasarkan obat berhenti merokok yang baru ini dengan merek mereka sendiri.

Jadi, para pembayar pajaklah, dan bukan perusahaan-perusahaan farmasi besar, yang sesungguhnya mendanai sebagian besar riset dasar pengembangan obat baru yang kemudian beredar di pasaran.

“Pada 1999, National Institutes of Health (NIH) menyediakan \$17,8 miliar untuk penelitian, dan sebagian besar dana itu dikeluarkan untuk riset dasar; 10 perusahaan farmasi terbesar mengeluarkan \$22,7 miliar, terutama untuk riset klinis.” DeAngelis CD, “Conflict of Interest and the Public Trust,” JAMA 284(17), Nov 1, 2000.

“Sebanyak 45 dari 50 obat-obatan paling laku pada 1992-1997 menerima dana pemerintah untuk sekian fase pengembangannya, menurut penyelidikan yang dilakukan The Boston Globe. Secara keseluruhan, para pembayar pajak mengeluarkan setidaknya \$175 juta untuk membantu pengembangan 50 obat-obatan itu.” “Rx R&D Myths,” Public Citizen report, July 23, 2001.

Selain melisensi obat-obatan baru untuk dipasarkan, perusahaan-perusahaan farmasi besar juga memusatkan perhatian untuk mengembangkan obat-obatan “aku ikut” (produk-produk yang nyaris identik dengan obat-obatan yang sudah ada di pasaran), menemukan manfaat medis baru dari obat-obatan yang sudah ada, dan memasarkan formula-formula “baru” dari obat-obatan yang telah ada. Namun semua itu membutuhkan investasi kecil untuk riset dasarnya. Pada kenyataannya, yang mereka lakukan itu lebih mirip pengembangan alat pemasaran baru, di luar uji klinis yang harus dilakukan untuk mendapatkan persetujuan FDA.

“Lihatlah begitu banyaknya jenis obat penurun kolesterol yang saling mirip. Mengembangkan obat yang sepenuhnya inovatif memang sulit dan penuh risiko. Lebih mudah membuat obat-obatan “aku ikut” atau varian minor dari produk-produk yang sudah ada. Agar beruntung, variasi itu hanya perlu dimodifikasi secukupnya untuk mendapatkan paten baru, dan selanjutnya tergantung upaya pemasaran.”

Angell M, “The Pharmaceutical Industry—To Whom Is It Accountable?” *New England Journal of Medicine*, June 22, 2000.

Koyok Nicotrol Johnson & Johnson pada dasarnya sama saja dengan koyok Nicoderm-nya SmithKline, dan tidak satu pun produk itu yang dikembangkan oleh perusahaan-perusahaan yang memasarkannya. Obat berhenti merokok Zyban dari Glaxo Wellcome sama persis dengan Wellbutrin, obat lama Glaxo Wellcome untuk depresi. Koyok transparan dari GlaxoSmithKline juga ibarat barang lama dengan kemasan baru, dan demikian pula permen karet Nicorette “baru” rasa jeruk.

Pemasaran langsung ke konsumen

Sejak 1997, ketika FDA melonggarkan pembatasan iklan radio dan televisi untuk obat-obatan resep, perusahaan-perusahaan farmasi besar semakin mengarahkan pemasarannya langsung kepada konsumen (DTC; direct to consumer) untuk mendongkrak laba.

“Tahun lalu perusahaan-perusahaan farmasi membelanjakan \$1,8 miliar untuk iklan ‘langsung ke konsumen’, sebagian besar lewat televisi. Pengeluaran iklan pada 1999 meningkat sebesar 38,5% dari \$1,3 miliar yang dikeluarkan pada 1998, dan 33 kali jumlah yang dikeluarkan untuk iklan media pada 1991.” Fred Charatan, “Prescription drug sales boosted by advertising,” *BMJ*, 321, Sept. 30, 2000, p. 783.

Dan tampaknya upaya itu membuahkan hasil. Sesudah perusahaan-perusahaan obat mengguyurkan dana yang makin besar untuk iklan televisi yang langsung menasar konsumen, belanja obat pun membengkak luar biasa, dan besarnya peningkatan itu disebabkan oleh peningkatan penjualan obat-obatan resep yang diiklankan dengan gencar.

Para dokter menulis resep 34,2% lebih banyak pada tahun 1999 dibandingkan tahun 1988 untuk 25 macam obat yang dipromosikan langsung kepada konsumen, yang menyumbang angka terbesar belanja obat keseluruhan. Para dokter hanya menulis resep 5,1% lebih banyak untuk obat-obatan resep selain yang di atas. Charatan, *BMJ*, Sept. 30, 2000. hlm. 783.

Namun, sejumlah dokter dan organisasi pemantau industri menjadi kian waspada terhadap pengaruh siasat industri obat yang beriklan langsung kepada konsumen itu. Mereka mengungkapkan, bukan hanya semua jenis obat—terutama obat resep—selalu memiliki efek samping negatif, namun bombardir iklan obat yang terus-menerus itu menciptakan kesan bahwa seolah-olah mengonsumsi obat itu “wajar”.

“Ini bahaya tersembunyi; perusahaan-perusahaan ingin Anda merasa ada yang tak beres pada diri Anda. Pada dasarnya yang mereka katakan, ‘Jika Anda punya masalah, cara mengatasinya adalah dengan minum pil.’ Ini juga berarti menjadikan sesuatu yang sebetulnya tidak jadi masalah bagi Anda, lantas ‘menjadi masalah medis’, seperti kebutakan yang biasa terjadi pada pria atau rasa malu. Sekali Anda tergoda mengonsumsi obat, ia lantas menjadi masalah medis.”

Dr. Joel Lexchin, seorang dokter Toronto dan anggota Medical Reform Group. Dikutip dalam Candis McLean, “The real drug pushers,” *Report Newsmagazine*, Mar 19, 2001.

Orang Amerika tampaknya selalu siap menenggak pil untuk meringankan apapun yang menurut mereka jadi masalah, dari rasa murung hingga rambut menipis atau berhenti merokok atau meningkatkan gairah seksual atau menurunkan berat badan atau mendiamkan anak bandel.

Walau tak satu pun masalah itu yang sungguh-sungguh merupakan penyakit pada dirinya sendiri, iklan obat menyarankan bahwa hal-hal itu perlu “penanganan” dengan menggunakan salah satu “obat” mereka.

Selain menambah jumlah obat-obatan “gaya hidup” yang sangat menguntungkan itu, industri farmasi juga menanam modal pada fokus kedokteran saat ini, yakni pada *pencegahan*, dengan mengeluarkan lebih banyak obat yang dirancang untuk mencegah penyakit, seperti obat untuk menurunkan kolesterol dan tekanan darah dan sejumlah besar vaksin. Walaupun sebagian obat-obatan itu memang membantu mencegah penyakit untuk sebagian orang, obat-obatan itu kadang diresepkan ketika tidak ada kebutuhan yang jelas dan mendesak untuk menggunakannya (atau ketika panel semi-pemerintah yang bersahabat dengan industri obat melonggarkan batasan tentang apa yang dinamakan tekanan darah tinggi atau kolesterol tinggi).

Bahkan obat beracun yang mahal seperti obat-obatan kemoterapi kadang dipakai tanpa alasan yang memadai, walaupun sudah jelas dampak sampingnya.

“Banyak pasien kanker yang menjalani kemoterapi pada saat-saat akhir hidupnya, bahkan walaupun jenis kankernya sudah diketahui tidak responsif terhadap obat-obatan, demikian menurut kajian yang dilaporkan pada pertemuan tahunan American Society of Clinical Oncologists baru-baru ini di San Francisco.” Gottlieb S, “Chemotherapy may be overused at the end of life,” *BMJ*, 322, May 26, 2001, p. 1267. Dr. Ezekiel Emanuel, penulis utama kajian itu, juga mengatakan bahwa kemoterapi sangat mahal, \$38.308 untuk menangani pasien pada saat-saat terakhir hidupnya, dibandingkan dengan \$27.567 untuk pasien yang tidak berada di saat-saat terakhir hidupnya.

Walaupun upaya mengatasi kanker yang sudah diketahui tidak responsif terhadap kemoterapi itu dengan obat-obatan mungkin tidak membuahkan hasil apapun untuk membantu pasien yang menderita, namun tindakan itu jelas membuahkan laba bagi perusahaan farmasi yang menyediakan obat.

Faktanya adalah bahwa *semua* obat, bukan hanya obat kemoterapi, memiliki potensi dampak sampingan yang serius, dan tidak satu pun obat yang boleh diresepkan kecuali benar-benar diperlukan bagi kesehatan dan keselamatan pasien. Bahkan juga tak boleh diberikan walaupun si pasien bersikeras meminta obat itu dikarenakan ia melihat cecaran iklan televisi dan merasa yakin bahwa obat ajaib yang diiklankan itu

akan menyembuhkan semua rasa sakit dan kecemasan.

Efek samping dan salah obat

“Obat resep... bertanggung jawab atas lebih banyak kematian setiap tahun dibandingkan semua kasus pembunuhan, kecelakaan mobil dan kecelakaan pesawat digabungkan jadi satu. Diperkirakan, 100.000 orang meninggal setiap tahun akibat dampak merugikan obat resep, dan 1 juta menderita sakit parah sehingga perlu dirawat di rumah sakit. Thomas Moore, “Prescription drug risks are too high,” The Miami Herald, April 12, 1998, p. 6L.

“Diperkirakan bahwa akibat fatal yang secara langsung disebabkan oleh reaksi obat yang merugikan menempati peringkat keempat hingga keenam penyebab utama kematian di berbagai rumah sakit di AS, melampaui kematian yang disebabkan pneumonia dan diabetes. Beban ekonomi yang timbul karena kondisi tak sehat dan kematian ini juga signifikan dan menurut hitungan konservatif diperkirakan mencapai \$US 30 miliar pertahun, dan bisa melampaui \$US 130 miliar pada skenario yang terburuk.” White TJ, Araakelian A, Rho JP, “Counting the costs of drug-related adverse events,” Pharmacoeconomics, 15(5): 445-58, May 1999.

“David Lawrence, CEO Kaiser Permanente, HMO (Health Maintenance Organization) tertua di negeri ini, menyebut salah obat merupakan ‘risiko kesehatan publik nomor satu di Amerika Serikat, di atas tembakau, alkohol, obat-obatan [terlarang], atau senjata api.” Ted Sandoval, “Cutting Medication Errors Requires Proactive Steps,” Web MD, Medcast, June 20, 2000.

Semua obat memiliki efek samping negatif, bahkan aspirin juga. Namun, obat-obatan resep memiliki potensi yang jauh lebih berbahaya daripada obat-obatan bebas. Kebanyakan orang yang memakai obat-obatan itu sesuai petunjuk dokter tidak mengalami efek samping serius, namun sebagian orang lain mengalaminya. Sebagian orang mengalami reaksi alergi yang parah, sebagian mengalami serangan jantung atau kejang, dan sebagian lagi mengalami kerusakan organ dikarenakan obat resep yang mereka gunakan. Salah satu masalah serius paling umum yang disebabkan obat adalah kerusakan liver karena kebanyakan obat yang dikonsumsi lewat mulut akhirnya akan diproses melalui liver.

Selain dampak samping negatif yang ditimbulkan setiap obat, sejumlah obat berinteraksi negatif dengan beberapa makanan atau dengan obat-obatan lain.

Faktor lain yang terjadi pada sejumlah besar orang yang meninggal atau menjadi sakit dikarenakan obat resep adalah akibat salah obat, dan penyebab utama terjadinya salah obat bisa ditelusuri pada begitu banyaknya jenis obat resep yang beredar di pasaran.

“Saat ini ada lebih dari 17.000 nama obat generik dan komersial di Amerika Serikat, menurut Institute for Safe Medication Practices di Huntington Valley, Pa. Organisasi ini juga memperkirakan bahwa jumlah obat di pasar AS telah tumbuh 500% dalam satu dasawarsa belakangan ini.” Braus P, “Want to avoid drug errors? New software can help,” American College of Physicians-American Society of Internal Medicine Observer, April 2001.

Sebagian besar obat itu bukanlah obat penting atau yang menghasilkan terobosan, melainkan obat-obatan “aku ikut”, yakni versi generik dari obat-obatan bermerek, variasi baru dari obat-obatan lama, dan obat lama yang diberi nama baru untuk penggunaan medis yang baru. Namun dengan begitu banyaknya obat dan begitu banyaknya nama untuk pengobatan yang sama, tak mengejutkan jika terjadi salah obat, termasuk interaksi obat yang negatif.

“Dengan begitu banyaknya orang yang membutuhkan begitu banyak pil, tak heran jika sebagian pembengkakan biaya kesehatan disebabkan oleh sakit yang diakibatkan interaksi obat. Kajian Queen’s University tentang pengobatan untuk lansia yang diedarkan Januari lalu, misalnya, menemukan bahwa dalam 96% kasus yang diteliti, pengetahuan dokter tentang obat-obatan yang digunakan pasiennya tidak akurat. Rata-rata, para pasien mengonsumsi dosis harian yang terdiri dari tujuh obat.” Candis McLean, “The real drug pushers,” Report Newsmagazine, March 19, 2001.

Mengingat begitu besarnya potensi bahaya—dari salah resep hingga efek samping yang mengancam nyawa—jelas bahwa produk-produk farmasi bisa membunuh sekaligus menyembuhkan. Namun, kebanyakan orang dengan naif tetap percaya bahwa persetujuan FDA berarti bahwa suatu obat sudah diuji menyeluruh dan aman digunakan.

Uji klinis

“Baycol adalah obat resep ke-12 yang ditarik dari pasaran di AS karena efek samping yang berbahaya sejak 1997. Sejumlah pengkritik mengatakan kebanyakan pemberangusan itu terjadi karena FDA, yang berada di bawah tekanan politik, mempercepat persetujuan obat selama tahun 1990-an. Namun Baycol bukanlah obat ‘jalur cepat’ demikian itu. Lembaga itu memerlukan waktu 11 bulan untuk mengujinya sebelum menyetujui obat itu pada 1997.” “Bayer Pharmaceutical’s Cholesterol-Lowering Drug Baycol Linked to Deaths, Pulled Off Market,” AP, Aug. 8, 2001. Sebagai salah satu obat penurun kolesterol, Baycol menghancurkan jaringan otot dan terkait dengan 31 kematian di AS dan 9 kematian di luar AS.

“Rezulin [obat diabetes] ditarik dari jajaran obat-obatan dan pasaran. Sejak itu obat ini dikaitkan dengan 63 kematian dikarenakan gagal liver.” “FDA: Guardian Or Rubber Stamp?” CBS Evening News, July 12, 2001.

Para pengkritik FDA menunjuk kedekatan lembaga ini dengan perusahaan-perusahaan obat sebagai salah satu masalah dalam proses persetujuan obat. Laporan USA Today menemukan bahwa lebih dari separuh penasihat FDA memiliki “hubungan finansial” dengan perusahaan-perusahaan obat yang memiliki kepentingan dengan keputusan FDA (De Angelis C, “Conflict of Interest and the Public Trust,” JAMA, Nov 1, 2000). Tetapi walaupun para anggota panel yang terlibat dalam persetujuan obat itu sepenuhnya jujur, mereka tetap tergantung pada data yang berasal dari uji coba klinis yang dilakukan perusahaan obat untuk bisa menyetujui obat itu aman dan berkhasiat, dan data itu bisa saja menyesatkan.

Perusahaan farmasi amat sadar tentang bagaimana memanipulasi uji klinis dan data yang dihasilkannya untuk menunjukkan produk mereka benar-benar layak disetujui.

“Upaya yang dilakukan perusahaan obat untuk menyembunyikan, memelintir dan mengaburkan temuan-temuan yang tidak sesuai dengan tujuan komersial mereka pertama kali diungkap sepenuhnya dan secara blak-blakan saat terjadinya tragedi thalidomide. Walaupun skema regulasi obat-obatan dari pemerintah di seluruh dunia kini dijalankan, taktik diam-diam yang dilakukan industri-industri farmasi besar tak banyak berubah.” “The Tightening Grip of Big Pharmaceutical Companies,” Editorial, The Lancet, April 14, 2001.

Misalnya, uji klinis mungkin memilih subjek yang masih muda dan sehat, sedangkan obat yang diuji itu terutama dimaksudkan untuk dipakai oleh para pasien tua.

“Rochon et al. menemukan bahwa hanya 2,1 persen subjek yang dilibatkan dalam uji coba obat anti-radang nonsteroid yang berusia 65 tahun atau lebih, walaupun obat itu umumnya dipakai dan memiliki kemungkinan efek samping lebih tinggi pada orang-orang tua.” Bodenheimer T, “Uneasy Alliance—Clinical Investigators and the Pharmaceutical Industry,” *New England Journal of Medicine*, 342(20), May 18, 2000.

Sesudah disetujui FDA, ditemukan bahwa Zanamivir, obat flu dari Glaxo Wellcome, bisa berbahaya untuk pasien yang menderita sakit pernapasan kambuhan, seperti asma atau sakit paru-paru kronis lainnya. Sesudah dilaporkan terjadi beberapa kematian, FDA mengeluarkan peringatan dan meminta dilakukan perubahan label pada obat itu.

Atau pada uji coba perbandingan, obat yang sedang diuji mungkin menunjukkan bahwa ia lebih berkhasiat daripada obat pembandingnya, tetapi khasiat itu hanya karena digunakan dosis yang lebih tinggi pada obat baru itu. Dan karena data uji coba itu umumnya disimpan di lingkungan sendiri dan dianalisis oleh perusahaan obat itu sendiri, hasil-hasil yang tak menguntungkan bisa disembunyikan atau data jangka panjang yang menunjukkan efek negatif tidak perlu dikemukakan.

Obat anti-radang bermerek Celebrex yang diiklankan besar-besaran (dan harganya mahal) dipuja-puji dalam sebuah artikel di *Journal of the American Medical Association* sebagai obat yang sangat unggul dibandingkan obat anti-radang yang sudah ada (dan jauh lebih murah) seperti aspirin dan Ibuprofen (Motrin dan Advil) karena Celebrex meniadakan masalah perdarahan lambung yang disebabkan obat-obatan anti-radang. Namun, peneliti dari Therapeutics Initiative di Kanada menemukan bahwa penulis artikel itu telah memangkas data uji coba hanya sampai enam bulan. Akibat jangka panjangnya menunjukkan bahwa Celebrex juga menyebabkan perdarahan lambung, namun efek samping itu hanya membutuhkan waktu lebih lama untuk terjadi dengan sendirinya. FDA sudah menyimpulkan bahwa tak ada perbedaan besar antara Celebrex dengan obat-obatan yang sudah ada, namun artikel yang diterbitkan di JAMA itu masih berusaha menyembunyikan data jangka panjang.

“Mungkin yang lebih penting, laporan [Therapeutics Initiative] ini menunjukkan perlunya kewaspadaan yang signifikan terhadap keamanan. ‘Manfaat yang bisa diperoleh, dengan

risiko efek samping gastrointestinal serius, seperti ditiadakan dengan meningkatkan kemungkinan terjadinya gangguan kardiovaskular, termasuk serangan jantung, pembekuan darah, hipertensi dan gagal jantung,” ungkap Dr. Wright [direktur TI]. Celebrex mungkin ‘memperkecil kemungkinan terjadinya sakit perut dan tukak, namun menukarnya dengan kemungkinan terjadinya masalah kardiovaskular serius.’” Candis McLean, “The real drug pushers,” Report Newsmagazine, March 19, 2001.

Sekarang Celebrex sedang diuji secara klinis untuk mencegah kanker paru-paru dan sudah disetujui oleh FDA untuk digunakan mencegah kanker usus besar pada pasien yang terutama berisiko tinggi terhadap penyakit itu (“Celebrex Under Study for Lung Cancer Prevention,” ScienceDaily Magazine, Aug. 8, 2001).

Yang sama buruknya dengan manipulasi uji klinis, data penelitian dan laporan klinis yang diterbitkan, tidak satupun yang menyinggung kejahatan moral yang amat jelas pada uji klinis sejumlah perusahaan obat yang dilakukan di negara-negara berkembang. Subjek yang diuji di negara-negara maju sekarang mendapatkan perlindungan hukum terhadap pelanggaran, namun perlindungan hukum di sejumlah negara yang lebih miskin jelas lebih longgar dan tidak diberlakukan dengan tegas.

“Sebuah penyelidikan tentang eksperimen obat yang dilakukan kalangan korporat di Afrika, Asia, Eropa Timur dan Amerika Latin menunjukkan dengan jelas banyaknya sistem yang tidak diregulasi dengan baik, di mana eksperimen-eksperimen yang memakai obat-obatan berisiko berlangsung hanya dengan pengawasan independen yang terbatas, para pasien berpendidikan rendah kadang diuji tanpa mengerti bahwa mereka menjadi kelinci percobaan. Uji coba di luar negeri ini mempercepat proses pengadaan obat itu di pasaran—dan obat-obatan itu sering hanya dijual untuk para pasien di negara-negara kaya.” Joe Stephens, “Testing drugs: Overseas trials lack oversight: Companies target patients in poor nations,” The Miami Herald, Jan 7, 2001, p. 1L

“‘Kami menjajah sebuah wilayah untuk uji coba klinis,’ kata Juan Pablo Guzman, yang telah bekerja untuk uji coba klinis di Amerika Latin untuk Searle dan Pharmacia, pada pertemuan tahunan Drug Information Association di San Diego bulan Juni. ‘Kami harus yakin bahwa kami mendapatkan emas di akhir perjalanan.’” “Latin America is fertile ground for experiments,” The Miami Herald, Jan 7, 2001, p. 3L.

Dalam situasi demikian itulah, para peneliti Pfizer menguji secara klinis apa yang diyakini perusahaan itu sebagai antibiotik baru yang menjanjikan pada anak-anak Nigeria yang menjadi korban wabah meningitis di negeri itu. Di antara 200 subjek uji coba itu, 11 meninggal dan lainnya menderita gejala yang terkait dengan meningitis seperti kejang, kebutaan, tuli dan lumpuh. Obat yang diuji itu, yakni Trovan yang digunakan secara oral, belum pernah disetujui atau diuji untuk digunakan pada anak-anak, dan obat yang kandungannya kimiawinya sama pernah menyebabkan kerusakan sendi saat diujicobakan pada binatang. Menurut artikel di Miami Herald, laporan internal Pfizer sendiri mengungkapkan bahwa anak-anak itu meninggal tak lama sesudah mengonsumsi Trovan secara oral.

“Laporan akhir eksperimen menyimpulkan bahwa Trovan dan obat pembandingnya sama-sama aman dan efektif.” Joe Stephens, “Testing drugs: Overseas trials lack oversight,” The Miami Herald, Jan. 7, 2001.

Namun tentu saja, banyak di antara mereka yang sakit dan meninggal di negeri-negeri itu tak akan pernah mampu membayar perawatan dengan obat yang berhasil diuji coba itu, ketika obat-obatan itu telah disetujui aman dan berkhasiat oleh FDA.

Mempertahankan obat berbiaya tinggi

Perusahaan-perusahaan obat besar multinasional semakin sering dikecam karena berusaha melakukan apapun sebisanya untuk mempertahankan biaya tinggi bagi produk-produknya, bahkan kalaupun biaya itu berarti bahwa obat-obatan penting tidak akan terjangkau oleh kalangan miskin (atau bahkan bagi sebagian kalangan lansia di masyarakat kita sendiri yang pendapatannya terbatas).

“Memanfaatkan uang melimpah, gugatan hukum yang kreatif dan sistem regulasi yang mudah ditunda pemberlakuannya, para pabrik besar negeri ini yang memproduksi obat-obatan bermerek berjuang lebih keras daripada sebelumnya untuk melenyapkan dari pasar aneka obat yang harganya lebih murah, imitasi generik atas obat-obatan mereka... Para pembuat obat generik kadang juga memperkaya diri sendiri dengan menahan produk mereka agar tidak beredar di pasaran, yang mereka lakukan dengan sengaja, untuk mendapatkan imbalan dari perusahaan-perusahaan obat bermerek.” Greg Fields, “Brand-name drug makers’ tactics slow generics,” The Miami Herald, Aug. 17, 2000, p. A1.

Sejauh ini, protes publik paling keras terhadap obat-obatan berbiaya tinggi muncul akibat wabah AIDS di Afrika. Obat AIDS, seperti yang dibuat oleh GlaxoSmithKline, luar biasa mahal harganya, dan akan amat-sangat mahal untuk bisa dipakai di negara-negara berkembang di mana penyakit itu justru benar-benar menjadi wabah.

“Obat-obatan itu mahal bukan dikarenakan biaya untuk mengembangkannya dan memproduksinya (banyak di antara obat-obatan itu sebetulnya ditemukan di universitas-universitas negeri dengan memanfaatkan hibah dari pembayar pajak). Obat-obatan itu mahal karena beberapa raksasa farmasi yang memasarkannya menginginkan untung besar, yang diperkirakan oleh menteri kesehatan Brazil, Jose Serra, hingga 10 kali lipat dari biayanya, atau 1000 persen.”
Tom Fiedler, “AIDS fight boils down to dollars vs. lives,” Miami Herald editorial, June 24, 2001, p. 5L.

Perusahaan-perusahaan obat kecil di negara-negara seperti India dan lain-lain di kawasan Afrika sub-Sahara berusaha memproduksi obat AIDS versi yang lebih murah untuk digunakan di negara mereka sendiri dan negara-negara lain yang miskin, namun para raksasa obat multinasional itu menggugat perusahaan-perusahaan kecil itu, menuduh mereka membajak obat paten.

GlaxoSmithKline akhirnya sedikit mengalah kepada tekanan publik dan menurunkan biaya obat antimalaria dan yang lebih baru obat HIV dan AIDS untuk negara-negara berkembang. Namun, seperti dikemukakan para pengkritik, bahkan dengan harga yang sudah diturunkan, obat-obatan AIDS itu masih terlampau mahal untuk sebagian besar masyarakat di Afrika.

Pada saat bersamaan, beban pengeluaran kesehatan untuk kebanyakan warga kita sendiri yang berusia lanjut, yang kerap memerlukan banyak obat, semakin berat. Ini berarti mereka harus memenuhi kebutuhan itu tanpa obat esensial, atau mengurangi pemakaian obat-obatan itu secara sengaja, dengan tidak memenuhi dosis (yang dalam sejumlah kasus malah lebih berbahaya daripada tidak mengonsumsi obat sama sekali). Medicare tidak menanggung obat-obatan resep kecuali yang diperlukan di rumah sakit. Menurut Public Citizen, perusahaan-perusahaan obat besar membebani para lansia itu rata-rata dua kali lebih mahal dibandingkan harga yang mereka kenakan kepada pelanggan yang mereka sukai, seperti organisasi-organisasi layanan kesehatan (HMO) dan Departments of Veterans Affairs and Defense. Public Citizen menyatakan bahwa kenaikan harga untuk pasien rawat

jalan Medicare yang memerlukan obat kolesterol tinggi, yakni Zocor dari Merck, sebesar 144%. Organisasi ini juga mengatakan bahwa kenaikan harga obat diabetes Micronase dari Pharmacia mencapai 363%, dan obat perawatan hormon merek Synthroid dari Abbot Laboratories bahkan jauh lebih mengerikan lagi, mencapai 1.446%.

Solusi politik saat ini terhadap masalah biaya pengobatan untuk para lansia adalah dengan membebani para pembayar pajak. Namun, karena para pembayar pajak sudah membayar biaya riset dasar untuk mengembangkan berbagai obat-obatan dan bahkan membayar biaya sebagian uji coba klinis, tampaknya tuntutan kepada para pembayar pajak itu agak terlalu berlebihan. Mungkin solusi yang lebih baik adalah dengan menekan para Raksasa Obat agar memberikan penawaran yang masuk akal sehingga bisa menurunkan biaya pengobatan yang dibutuhkan para lansia—atau setidaknya memberi para lansia itu harga yang sama dengan yang mereka berikan untuk para pelanggan “favorit”.

Tak diragukan bahwa industri farmasi menyediakan produk-produk yang penting dan diperlukan untuk meningkatkan kesehatan warga Amerika dan menyelamatkan hidup mereka yang menderita penyakit infeksi dan parasit. Namun, pemasaran dan pelanggaran uji coba yang dilakukan perusahaan-perusahaan obat besar itu, serta pengaruh mereka yang nyaris tak terkendali terhadap kebijakan publik (dan lembaga-lembaga pemerintah) menjadi masalah besar di negeri ini dan di dunia. Bukan mustahil kekuasaan mereka atas praktik kedokteran dan kebijakan kesehatan publik bisa lebih berbahaya bagi kesehatan masyarakat dalam jangka panjang, dibandingkan bahaya yang ditimbulkan oleh sebagian obat-obatan mereka terhadap kesehatan konsumen perorangan.

Bacaan dari tambahan yang disarankan

“The real drug pushers,” by Candis McLean, Report Newsmagazine, March 19, 2001.

<http://193.78.190.200/10a/the%20real%20drug%20pushers.htm>

“Rx R&D Myths: The Case Against The Drug Industry’s R&D ‘Scare Card,’” Public Citizen report, July 23, 2001.

<http://www.citizen.org/congress/drugs/R&Dscarecard.htm>

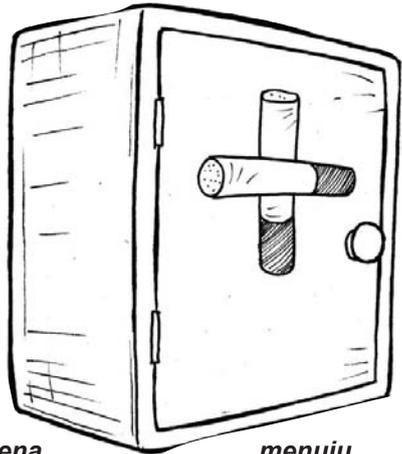
“The Drug-Induced Lung Diseases,” Pneumotox Online.

<http://www.pneumotox.com>

Menyelamatkan Nyawa atau Memaksakan Obat dan Agenda?

Tanggal penerbitan: 31 Agustus 2001

“Agenda kalangan farmakrat, yang dilandaskan pada konsep baru yang bersifat koersif-terapeutik mengenai penyakit, berbeda tajam dengan agenda ilmuwan kedokteran, yang dilandaskan pada konsep lama yang bersifat nonkoersif-patologis mengenai penyakit. Untuk menjalankan agenda mereka, kalangan farmakrat mengalihkan fokus—baik fokus mereka sendiri maupun fokus masyarakat—dari fenomena



menuju taktik, dari penyakit yang bisa dibuktikan secara objektif menuju pencegahan dan penanganan yang diiklankan begitu dramatis.”

“Para dokter medis menangani kanker paru-paru. Dokter politis menangani merokok, yang bisa dicegah dengan undang-undang, gugatan dan penarikan pajak, dan penyembuhan dengan nikotin dilakukan lewat jalur manapun kecuali lewat cara mengisapnya. Sikap sok suci dan kemunafikan menggusur kejujuran dan disiplin diri.”

Dr. Thomas Szasz, “The Therapeutic State: The Tyranny of Pharmacracy,” *The Independent Review*, 5(4), Spring 2001, p. 510.

Dr. Thomas Szasz, ahli psikiatri yang namanya dikenal dalam lingkup internasional, pernah menulis panjang-lebar tentang medikalisasi Amerika dan lahirnya negara terapeutik. Dalam negara terapeutik, pilihan dan tanggung jawab individu dikalahkan atas nama kesehatan. Yang tadinya penting dalam lingkup kesehatan pribadi, hanya penting bagi

perorangan, menjadi penting dalam lingkup kesehatan kolektif, penting bagi negara. Fokus kesehatan publik bukan lagi menangani penyakit fisiologis, melainkan mencegah perilaku yang bisa menyebabkan penyakit. Akhirnya negara mendefinisikan perilaku itu sendiri sebagai *penyakit* yang harus ditangani. Inilah yang sesungguhnya terjadi dalam perang global melawan para perokok.

Seperempat abad silam, merokok dianggap sebagai kebiasaan yang hanya merugikan mereka yang memilih untuk terikat sepenuhnya. Seiring berjalannya kebiasaan itu, merokok tidak secara khusus dipandang negatif. Semua orang tahu merokok tidak baik bagi mereka yang terlampaui terikat dengannya, dan sekitar sepersepuluh mereka yang melakukannya akhirnya menderita kanker paru-paru. Pihak yang berwenang dalam kesehatan publik memperingatkan orang-orang berulang kali tentang risiko kesehatan merokok, dan ini sudah benar. Mereka yang melakukan kebiasaan itu menjalaninya dengan menyadari risikonya, namun tampaknya mereka merasa bahwa kenikmatan dan manfaat merokok melebihi risiko jangka panjangnya. Atau, jika mereka akhirnya menyimpulkan kenikmatan dan manfaat merokok tidak sepadan dengan risikonya, mereka pun berhenti merokok. Nyatanya, sekitar 50 juta perokok AS telah berhenti merokok, hampir semuanya berhenti melalui usahanya sendiri, tanpa “penanganan” dalam bentuk apapun.

Pada 1980-an, sesudah muncul “penanganan” farmakologis terhadap merokok, peringatan kesehatan tentang merokok berubah fokusnya. Lembaga-lembaga kesehatan publik mulai memperkenalkan gagasan bahwa perokok bukan hanya merusak diri sendiri namun juga merusak masyarakat keseluruhan. Mereka menyatakan bahwa asap rokok yang sudah diisap itu bukan hanya menjengkelkan orang-orang yang bukan perokok namun juga dapat merugikan kesehatan mereka. Selain itu, mereka mengatakan bahwa masyarakat keseluruhan dirugikan secara finansial karena dampaknya adalah biaya perawatan kesehatan untuk menangani penyakit yang “disebabkan rokok”.

Kemudian, dengan terbitnya laporan Surgeon General tahun 1988, tembakau secara resmi dinyatakan sebagai *penyakit*, suatu bentuk “ketagihan” yang memerlukan “penanganan”. Tentu saja, saat itu industri farmasi sudah siap dengan obat-obatan untuk menangani “penyakit” baru ini, para dokter dan ahli terapi-ketagihan bergairah meresepkan obat-obatan, dan lembaga-lembaga kesehatan publik dengan sukacita mengerahkan pengaruh dan sumberdayanya yang besar untuk menyerang “wabah” pemakaian tembakau seraya menyodorkan obat, litigasi dan legislasi untuk “menangani” wabah itu.

“Kini, ketika kedokteran ilmiah sudah dewasa dan berotot, para dokter rutin melakukan penyembuhan yang bak mukjizat; para politisi dan jongos-jongosnya, dikepalai Surgeon General, mendefinisikan penyakit; negara menunjukkan minat tinggi terhadap konsep penyakit; dan istilah penanganan pun acap dipakai untuk menggantikan istilah pemaksaan.” Szasz, “The Therapeutic State,” p. 487.

Pada pertengahan 1990-an perang nikotin sudah berlangsung sepenuhnya. Merokok—sebuah perilaku orang dewasa yang legal dan sukarela—dinyatakan sebagai “wabah” global, “penyebab nomor satu kematian dini”, dan kepala FDA David Kessler bahkan melangkah terlampau jauh dengan mengatakannya sebagai “penyakit pediatri”, walaupun tak ada anak-anak yang meninggal karena merokok. Asap rokok yang beredar di suatu lingkungan menjadi racun mematikan, membunuh ribuan bayi dan orang dewasa tak bersalah, dan para perokok dikucilkan sebagai kalangan yang tak dikehendaki secara sosial, yang hanya bisa dipulihkan kondisinya melalui “penanganan”.

“Lembar Fakta” yang dikeluarkan World Health Organization pada April 1999 menggambarkan dengan sempurna bagaimana para farmakrat memanfaatkan bahasa untuk melancarkan stigmatisasi dan medikalisasi terhadap merokok. Dibubuhi judul “Tobacco Dependence” (Ketergantungan Tembakau), terbitan tiga halaman itu menggunakan istilah “treatment” (penanganan, perawatan) tak kurang dari *tiga puluh enam* kali. Traktat WHO itu juga menyebut merokok sebagai “wabah pediatri” dan menyatakan bahwa perilaku itu membunuh jutaan anak-anak dan orang dewasa: “Wabah ini diperkirakan akan membunuh 250 juta anak-anak dan orang dewasa yang hidup saat ini, sepertiga dari mereka hidup di negara-negara berkembang.” Dan naskah ini juga menegaskan kembali anggapan bahwa para perokok tak dapat mengatasi dirinya sendiri karena mereka ditelikung oleh ketagihan: “...berhenti merokok bukan sekadar soal pilihan bagi sebagian besar pengguna tembakau. Sebaliknya, ini adalah perjuangan untuk mengatasi ketagihan.”

Propaganda ini jelas didanai oleh perusahaan-perusahaan farmasi yang memasarkan “penanganan” itu, namun melalui upaya melegitimasi klaim membabi-butakan yang dikemukakan WHO bahwa lembar “fakta” itu “didasarkan pada informasi ilmiah terbaik yang tersedia” dan “ditulis oleh sekelompok ahli dari negara-negara maju dan berkembang.” Nama-nama para “ahli” itu tidak disebutkan, namun tak perlu disangsikan bahwa setidaknya sebagian mereka adalah para konsultan perusahaan obat yang bermitra dengan WHO, dan bahkan mungkin konsultan yang

sama dengan yang menulis panduan klinis AS mengenai penanganan “ketergantungan” tembakau.

Transformasi mencengangkan dari kebiasaan pribadi yang relatif tidak membahayakan—walaupun berisiko secara perorangan—menjadi wabah penyakit global hanya dalam tempo kurang dari 20 tahun tidak mungkin terjadi tanpa keterlibatan aktif para anggota lembaga kesehatan publik, baik yang berasal dari pemerintah maupun swasta, yakni American Medical Association, dan organisasi-organisasi “kesehatan” yang memiliki kekuasaan besar seperti American Cancer Society, World Health Organization, dan industri farmasi. Dan masing-masing yang terlibat itu mendapatkan untung besar dari kemitraan farmakratis dalam perang nikotin ini.

Sayangnya, dalam perang ini, sebagaimana dalam perang manapun, harus ada yang menjadi korban. Di antaranya adalah ilmu yang jujur, kebenaran, kemerdekaan individu dan jutaan anak-anak dan orang-orang dewasa yang nyata-nyata hidup di negara-negara berkembang, yang menderita penyakit-penyakit yang nyata, bukan penyakit rekayasa. Di saat WHO dan negara-negara kaya seperti AS mengucurkan miliaran dollar untuk melenyapkan kebiasaan orang dewasa yang memilih menggunakan produk legal, hanya dalam jangka satu tahun 5 juta bayi yang lahir di negara-negara berkembang meninggal dalam bulan pertama hidupnya, 17 juta orang di seluruh dunia tewas karena penyakit infeksi atau parasit, dan jutaan warga Afrika Selatan terjangkit HIV. Tampaknya para farmakrat lebih berminat untuk mengisi sakunya sendiri, memperkuat kekuasaan politik dan mengendalikan perilaku para warga di negara-negara makmur daripada menangani penyakit yang sungguh-sungguh nyata dan bisa dicegah di negara-negara berkembang.

Yang bahkan lebih berbahaya daripada prioritas salah sasaran yang dicanangkan WHO dan para mitranya dari kalangan anti-tembakau Amerika itu adalah dampak politik dari fokus mereka terhadap “kesehatan” sebagai *perilaku* yang patut. Sejak zaman Nazi di Jerman, dunia belum pernah lagi menyaksikan penekanan pada medikalisasi perilaku pribadi sebagai sarana untuk mencapai kesehatan publik.

“Faktanya adalah bahwa ideologi kesehatan Nazi sangat menyerupai ideologi kesehatan Amerika. Masing-masing bertolak dari premis yang sama—bahwa individu tidak cakap melindungi dirinya sendiri, dari dirinya sendiri, dan memerlukan perlindungan negara yang paternalistik,

sehingga mengubah kesehatan pribadi menjadi kesehatan publik.” Szasz, p. 505.

Pada kenyataannya, gerakan anti-tembakau bisa saja telah meminjam sebagian taktiknya langsung dari Reich Ketiga itu. Seperti kaum Nasional Sosialis itu, AS dan WHO mengembangkan dan mendanai sejumlah lembaga untuk tujuan tunggal berupa pelenyapan penggunaan tembakau, yakni lembaga-lembaga yang telah memelopori kampanye propaganda besar-besaran untuk melawan merokok. Jerman di bawah Hitler juga melarang keras iklan tembakau dan memberlakukan larangan merokok di tempat umum, dua di antara berbagai tujuan utama WHO dan gerakan anti-tembakau AS. Selama kekuasaan Reich Ketiga, anak-anak wajib mengikuti pendidikan anti-tembakau di sekolah, kelompok-kelompok anak muda dilibatkan untuk memusnahkan buku-buku tentang tembakau, dan larangan merokok diberlakukan di tempat-tempat umum untuk mereka yang berusia di bawah 18 tahun. Semua itu menjadi bagian utama kampanye anti-tembakau anak muda yang dijalankan di AS saat ini.

Bisa dipahami jika perusahaan-perusahaan farmasi mendanai upaya untuk mengutuk penggunaan tembakau, melarang iklan tembakau, memberlakukan larangan merokok, dan mendorong “penanganan” merokok. Semua langkah itu akan mendongkrak penjualan produk berhenti merokok mereka, terutama jika lembaga-lembaga kesehatan publik, termasuk badan-badan pemerintah, ikut menawarkan produk itu tanpa henti, bahkan memaksa anak-anak untuk memakainya. Satu-satunya agenda untuk korporasi yang manapun adalah menghasilkan uang, dan cara untuk menghasilkan uang itu tidak penting selama cara itu bisa mengerek laba. Perang nikotin menguntungkan perusahaan obat dari berbagai segi: mendongkrak laba, membuka jalur obat-obatan baru ke pasar dan mendorong perkembangan negara terapeutik lebih lanjut, yang akan menjamin peningkatan laba di kemudian hari.

Yang kurang bisa dimengerti adalah mengapa para legislator, pejabat kesehatan publik, dokter dan peneliti ilmiah membiarkan diri mereka menjadi pengasong obat dan fasilitator program anti-tembakau seperti yang dijalankan Nazi di zaman Reich Ketiga. Banyak di antara taktik anti-tembakau saat ini bahkan melangkah lebih jauh dibandingkan yang dijalankan pada masa Reich Ketiga. Bahkan Nazi tidak melarang merokok di luar ruangan atau membentuk barisan “pengintai” sehingga para warganegara yang “baik” bisa melaporkan perokok yang melanggar aturan, seperti yang dijalankan di beberapa tempat di California dan Kanada. Bahkan Nazi tidak melakukan penelitian untuk “membuktikan”

bahwa para perokok adalah orang-orang berpendidikan rendah, miskin, terganggu jiwanya, walaupun berbagai “penelitian” seperti itu justru didanai dan dilaksanakan oleh lembaga pemerintah di Amerika Serikat sekarang ini. Bahkan Nazi tidak menyebut para perokok “penganiaya anak” (*child abuser*), walaupun sebutan melecehkan ini makin sering dipakai oleh para pekerja anti-tembakau di Amerika Serikat.

Jangan pula dilupakan, pada masa Reich Ketiga banyak dokter, ilmuwan dan pekerja kesehatan publik membiarkan berlangsungnya pemusnahan ras dan menganggapnya sebagai “kebersihan” dan memandang kebiadaban sebagai eksperimen ilmiah, dan mereka melakukan itu karena sebagian mereka percaya bahwa dirinya sedang meningkatkan kesehatan masyarakat dan menyelamatkan nyawa. Banyak di antara pekerja anti-tembakau modern juga percaya bahwa mereka sedang meningkatkan kesehatan dan menyelamatkan nyawa, dan bahwa langkah-langkah ekstrem perlu dilakukan untuk mencegah orang-orang merusak diri sendiri dengan memakai tembakau. Mereka itulah para Pemeluk Teguh yang di mata mereka keselamatan dan kesehatan harus disembah melebihi segalanya.

“Bukan fasisme, yang tidak bersifat memusnahkan ras, melainkan Puritanisme medis yang mendorong Nazi mengobarkan perang terapeutik melawan kanker dan Yahudi. Ini titik yang amat penting. Sekali kita mulai menyembah kesehatan sebagai kebaikan yang melingkupi segalanya—nilai moral yang menaklukkan semua nilai lain, terutama kebebasan—ia lantas dikuduskan sebagai semacam kesucian sekuler,” Szasz, p. 505.

Namun para pengembal kekuasaan dalam gerakan anti-tembakau lebih sinis dan lebih mementingkan diri. Mereka tahu bahwa penggunaan tembakau bukanlah penyakit masyarakat yang utama dan bahwa melarang orang-orang merokok tidak akan menghasilkan perbedaan tingkat kematian yang layak dipuji. Lagipula, walaupun orang-orang tidak mati karena penyakit yang “disebabkan rokok”, mereka bisa saja mati karena sebab lain. Namun gerakan anti-tembakau bak pencetak uang dan pemburu karir bagi para penguasa itu. Perusahaan-perusahaan obat membayar dengan harga tinggi untuk kerja anti-tembakau dan untuk riset nikotin dan anti-tembakau, demikian pula pemerintah federal.

Hanya para ilmuwan biomedis yang paling terlatih yang bisa mendapatkan hibah untuk mencoba menemukan obat kanker. Tetapi kini bahkan insinyur mesin dan para pengacara bisa dengan mudah

mendapatkan dana kesehatan jutaan dollar dari pemerintah untuk melakukan penelitian pencegahan dan pengendalian tembakau.

Organisasi-organisasi non-pemerintah seperti American Cancer Society dan American Medical Association meningkatkan pendapatan mereka besar-besaran melalui hibah dan kontrak dengan perusahaan-perusahaan obat dan dari Centers for Disease Control maupun lembaga-lembaga lain di bawah Public Health Service. Mereka juga meningkatkan pengaruh terhadap kebijakan publik dengan duduk dalam komite dan panel pengendalian tembakau milik pemerintah.

Lembaga-lembaga negara bagian dan federal juga diuntungkan secara finansial dari pengendalian tembakau. Karena lembaga-lembaga publik ini beserta para “mitra” anti-tembakaunya telah menjadikan tembakau sebagai isu politik yang panas, para legislator dirayu untuk menambah dana bagi program anti-tembakau mereka. Legislator yang menyokong anti-tembakau diganjar pujian, sedangkan mereka yang tak mendukung dibilang telah “dibeli” oleh Raksasa Tembakau melalui sumbangan kampanye dan/atau mereka dikecam melalui iklan-iklan koran sebagai pihak yang “menyokong Raksasa Tembakau dan melawan harapan anak-anak.”

Semua orang akan hidup nyaman dengan menunggang kuda anti-tembakau.

Dalam tinjauan jangka panjang, organisasi-organisasi, badan-badan pemerintah dan para peneliti yang terlibat dalam gerakan anti-tembakau sama sekali tidak akan keberatan untuk memedikalisasikan Amerika karena mereka akan untung besar secara finansial dan memperoleh kekuasaan besar di sebuah negara terapeutik. Walaupun negara demikian itu jelas berwatak tiranik, mereka tak punya alasan untuk khawatir, sebab mereka akan termasuk golongan elite yang berkuasa.

Yang merasa waswas adalah semua orang selebihnya, sebab Perang Nikotin ini menyangkut sesuatu yang jauh lebih luas daripada sekadar nikotin, dan sebetulnya tak ada hubungannya dengan upaya menyelamatkan nyawa.

“Dahulu, orang-orang berduyun-duyun membangun negara totalitarian. Kini mereka berbondong-bondong membentuk negara terapeutik. Namun, saat mereka nanti menyadari bahwa negara terapeutik ini adalah soal tirani, dan tak ada hubungannya dengan terapi, kesadaran itu sudah sangat terlambat.” Szasz, p. 516.

Epilog

AGENDA ANTI TEMBAKAU: UNTUK KEPENTINGAN SIAPA?

Oleh: Gabriel Mahal, S.H.*

Nicotin War adalah hasil riset dan kajian Wanda Hamilton yang menyajikan fakta-fakta (*bukan fiksi atau prediksi*) bahwa di balik agenda global pengontrolan atas tembakau terdapat kepentingan besar dari bisnis perdagangan obat-obat yang dikenal sebagai *Nicotine Replacement Therapy* (NRT). Sangat kuat kesan dan indikasi bahwa kepentingan kesehatan publik (*public health*) dengan segala kampanye bahaya tembakau hanyalah bungkus (packaging) dari motif kepentingan bisnis perdagangan produk-produk NRT ini. Atau semacam strategi pemasaran dari produk-produk NRT ini.

Perang nikotin sebagaimana digambarkan Wanda Hamilton sudah nyaris dimenangkan oleh korporasi-korporasi farmasi internasional dengan suksesnya kampanye global anti tembakau yang mendapat dukungan penuh dari badan internasional kesehatan dunia, WHO, dan para NGO anti tembakau.

Gencarnya perang global melawan tembakau itu diawali dengan peluncuran Prakarsa Bebas Tembakau (*Free Tobacco Initiative*) yang merupakan salah satu dari tiga *WHO Cabinet Project*. Program ini merupakan pelaksanaan kebijakan WHO "*Health for All in the 21st Century*" (Kesehatan untuk Semua di Abad 21) di bawah rejim Direktur Jenderal WHO, Dr. Gro Harlem Brundtland, mantan Perdana Menteri Norwegia. Dokter dan politisi kawakan ini terpilih jadi pimpinan WHO pada bulan Mei 1998.

Proyek Prakarsa Bebas Tembakau ini langsung dapat dukungan dana dari tiga korporasi farmasi besar, yakni Pharmacia & Upjohn, Novartis dan GlaxoWellcome. Dalam pidato Brundtland di acara *World Economic Forum* di Davos, Switzerland, tanggal 30 Januari 1999, Brundtland umumkan kemitraan proyek (*Partnership Project*) ini.

Mengapa ketiga korporasi ini menyumbangkan dana dukungan bagi Prakarsa Bebas Tembakau WHO ini? Pernyataan dalam pidato Brundtland menjawab pertanyaan ini, “*They all manufacture treatment products against tobacco dependence*” – ketiga korporasi tersebut adalah manufaktur produk-produk Nicotine Replacement Treatment (NRT).

Hasil riset dan kajian Wanda Hamilton dalam buku *Nicotine War* menunjukkan kepentingan bisnis dari korporasi-korporasi farmasi internasional dalam agenda pengontrolan tembakau ini. Kenneth Warner, John Slade, dan David Sweanor dalam artikel berjudul “*The Emerging market for long-term nicotine maintenance*” (*Journal of the American Medical Assn.*, Oct., 1, 1997), menggambarkan, sebagai berikut:

“... a series of technological, economic, political, regulatory and social developments augurs a strange bedfellows competition in which these industries [tobacco and pharmaceutical] will vie for shares of a new multibillion dollar long-term nicotine-maintenance market”.

Wanda Hamilton adalah seorang penulis dan pensiunan akademisi. Dia telah meraih gelar M.A. dan telah tuntas menyelesaikan tiga tahun studi tingkat doktoral di Bowling Green State University, Ohio. Di samping mengajar di tiga universitas, Hamilton bekerja sebagai jurnalis, sebagai seorang spesialis perpustakaan, dan administrator suatu kelompok yang disebut “*a group home for adolescent girls*”. Selama sembilan tahun terakhir Wanda menjadi seorang periset independen and menulis isu-isu ilmu pengetahuan dan kebijakan publik yang berhubungan dengan merokok dan hak-hak para perokok. Wanda juga tampil sebagai seorang komentator “*pro-smokers’ choice*” di radio and televisi lokal, nasional, dan internasional. Wanda adalah seorang anggota FORCES.

Framework Convention on Tobacco Control (FCTC)

Proyek Prakarsa Bebas Tembakau dari WHO memberikan momentum yang tepat dan menguntungkan bagi korporasi-korporasi farmasi dalam persaingan tersebut. Setidak-tidaknya ada tiga keuntungan yang diperoleh: *pertama*, lewat proyek Prakarsa ini industri tembakau dapat dibunuh, setidak-tidaknya dapat dihambat perkembangannya; *kedua*, pada saat bersamaan industri farmasi dapat leluasa mempromosikan produk-produk terapi penggantian nikotin; *ketiga*, hal pertama dan kedua di atas dapat dilakukan melalui dan dengan dukungan badan dunia WHO melalui kebijakan dan regulasi yang mematikan industri tembakau dan menghidupkan industri farmasi yang menghasilkan dan

menjual produk-produk terapi penggantian nikotin. Dengan dukungan WHO ini juga dua hal di atas dapat dilakukan secara global dan menerobos batas-batas kedaulatan suatu negara.

Ini nampak jelas dalam *Advesory Kit WHO* berjudul “*Leave the Pack Behind*” yang dirilis pada tahun 1999. Fokus kampanye WHO saat itu adalah “*smoking cessation*”. Ya, mempromosikan produk-produk dari korporasi farmasi. Hal ini secara jelas dinyatakan Direktur Jenderal WHO, Brundtland” dalam di *advesory kit* itu. Dalam pesannya Brundtland menyatakan bahwa kita perlu agar semakin banyak yang berhasil berhenti merokok. Saat ini sudah ada treatment yang sangat sukses dengan biaya efektif. Kemudian Brundtland menyebut obat-obat pengganti nikotin seperti permen karet nikotin (*nicotine gum*), *patches*, *nasal spray* dan *inhalers*, dan obat-obat non-nicotine seperti *bupropion*, yang menurut Brundtland punya peluang sukses dua kali lipat untuk menghentikan orang merokok. Dalam *advesory kit* itu tercantum pula bab khusus mengenai “*Pharmacological aids to smoking cessation*”.

Bersamaan dengan itu berbagai kampanye tentang bahaya-bahaya tembakau gencar dilakukan. Melibatkan berbagai pihak. Mulai para ahli farmasi, para dokter, para politisi, para penggiat antitembakau, badan-badan nasional dan internasional. Berbagai upaya dilakukan, mulai dari lobbying dan upaya menggolkan peraturan-peraturan larangan merokok dan larangan iklan, promosi, dan sponsorship produk tembakau ini. Umumnya biaya kampanye ini, baik secara langsung maupun tidak langsung, didukung oleh korporasi-korporasi farmasi internasional, termasuk biaya kampanye yang diterima oleh para penggiat anti tembakau di Indonesia.

Tidak luput juga upaya menggalang dukungan dari agama-agama seperti pertemuan yang diadakan WHO dengan para pemuka agama dunia di kantor pusat WHO, Jenewa, pada tanggal 3 Mei 1999. Bagi WHO agama merepresentasikan garis depan baru dalam mendukung suksesnya proyek Prakarsa Bebas Tembakau. Umumnya biaya untuk kampanye dan upaya ini berasal dari korporasi-korporasi farmasi.

Salah satu hal sangat penting dalam pelaksanaan proyek Prakarsa Bebas Tembakau adalah ketika WHO yang sejak awal pelaksanaan proyek telah didukung oleh korporasi-korporasi farmasi besar dunia, berhasil meletakkan landasan hukum internasional dalam memerangi tembakau dengan lahirnya *Framework Convention on Tobacco Control* (FCTC).

Konvensi ini adalah senjata hukum ampuh untuk mematikan industri tembakau dan meletakkan landasan hukum internasional bagi promosi dan perdagangan produk-produk obat pengganti nikotin yang dihasilkan dan dijual oleh korporasi-korporasi farmasi. Tidak ada bisnis yang lebih aman dan nyaman daripada bisnis yang didukung oleh suatu lembaga internasional dan hukum internasional yang dibungkus rapih dan meyakinkan dengan bungkus itikad baik demi kepentingan kesehatan publik.

Maka, tidaklah heran ketika dalam Konvensi tersebut terdapat artikel khusus yang memberikan landasan hukum bagi kepentingan bisnis korporasi-korporasi farmasi sebagaimana tercantum dalam Pasal (Article) 14 di bawah judul "*Demand reduction measures concerning tobacco dependence and cessation*" dan Pasal 22 yang merupakan rujukan dari Pasal 14.2 (d) Konvensi tersebut.

Hal ini nampak jelas dalam pencantuman Pasal 14 FCTC dalam *Proposal for Inclusion of Nicotine Replacement Therapy in the WHO Model List of Essential Medicines* yang diajukan dalam acara 17th Expert Committee on the Selection and Use of Essential Medicines di Geneva pada tanggal 23 Maret - 27 Maret 2009. Pasal 14 ini dijadikan sebagai dasar hukum internasional pengajuan proposal tersebut.

Proposal ini diajukan oleh Dr. Douglas Bettcher, Direktur Prakarsa Bebas Tembakau WHO yang mengajukan argumentasi bahwa NRT diakui efektif mendukung individu melepaskan rokok. Dua bentuk NRT yakni *transdermal patches* dan *chewing gums*, dimasukkan dalam *WHO Model List of Essential Medicines*. Dengan dimasukkannya dua bentuk NRT itu dalam daftar model obat esensial WHO, maka dua bentuk NRT ini secara resmi diakui WHO sebagai obat-obat esensial untuk dapat digunakan oleh negara-negara yang meratifikasi FCTC dalam mengimplementasikan ketentuan Pasal 14 FCTC. Dengan kata lain, penjualan dua bentuk NRT ini mendapat pengakuan dan dukungan dari WHO lewat implementasi ketentuan Pasal 14 FCTC.

Fakta ini menunjukkan bahwa FCTC itu tidak lain daripada suatu senjata hukum yang ampuh yang digunakan korporasi farmasi internasional memenangkan kepentingan penjualan produk-produk NRT atau memenangkan "*a strange bedfellows competition for shares of a new multibillion dollar long-term nicotine-maintenance market*" seperti diungkapkan Kenneth Warner, John Slade, dan David Swenor di atas.

Setitik Kebenaran Awal Kebohongan Besar

Ketika para penggiat anti tembakau masih sibuk mengkampanyekan bahaya-bahaya tembakau dan ngotot menekan pemerintah untuk membuat regulasi pengontrolan yang ketat atas tembakau, korporasi-korporasi internasional yang mendapat keuntungan bisnis dari agenda ini sibuk menghitung peluang-peluang meraup keuntungan dari bisnis nikotin ini.

Ini dapat kita baca dalam Laporan setebal 123 halaman bertajuk *World Smoking-Cessation Drug Market 2010-2025* yang diterbitkan pada tanggal 13 Januari 2010. Dalam laporan tersebut diungkapkan bahwa pada tahun 2008, total penjualan produk-produk NRT ini di seluruh dunia di atas 3 milyar dolar Amerika. Selama 15 tahun ke depan, pertumbuhan menyeluruh dari pemasaran produk-produk NRT ini akan meningkat yang dikontribusi oleh kelompok negara BRIC (Brazil, Rusia, India, dan China). Sebab, menurut laporan ini, hampir separuh dari perokok dunia tinggal di wilayah BRIC ini, tetapi kelompok negara ini masih termasuk berpendapatan perkapita rendah. Dalam laporan ini juga dianalisis perkembangan market produk-produk ini di Amerika Utara, Eropa, dan Asia.

Pada saat yang bersamaan dikembangkan berbagai jenis produk NRT untuk merebut peluang pasar global produk ini. Pemerintah Amerika Serikat, contohnya, mendukung pengembangan vaksin nikotin - *nicotine vaccines* (*Reuters, 20/10/2009*).

Di sisi lain, penggunaan obat-obatan ini bukanlah tanpa risiko. Di Washington, Amerika Serikat, contohnya, seperti diberitakan oleh *The New York Times* (1/7/2009), otoritas *Food and Drugs Administration* (FDA) memberikan peringatan untuk hati-hati dan mewaspadaai terhadap apa yang disebut sebagai tanda-tanda penyakit mental yang serius (signs of serious mental illness) yang menyebabkan tindakan bunuh diri di antara para pemakai obat-obat ini (<http://www.nytimes.com>).

Dalam berita tersebut nampak sikap pihak otoritas FDA yang menjaga agar peringatan tersebut tidak menyebabkan turunnya penjualan produk-produk tersebut dengan menekankan bahwa ketakutan tidak boleh menghentikan para pasien (perokok) memakai obat-obatan yang membebaskan orang dari merokok seperti Chantix yang diproduksi oleh Pfizer dan Zyban yang diproduksi oleh GlaxoSmithKline yang juga menjual di bawah nama brand Wellbutrin.

Seperti dikutip *The New York Times*, Direktur FDA Dr. Curtis J.

Rosenbraugh mengungkapkan, “[s]topping smoking is a goal we should all be working towards” – berhenti merokok itu merupakan suatu tujuan yang harus bersama kita capai. “Kami tidak ingin menakuti-nakuti orang untuk berhenti dari mencoba menggunakan obat-obatan itu yang dapat membantu mereka mencapai tujuan tersebut. Anda hanya harus hati-hati.” Kasus ini membuat Pfizer menambahkan peringatan yang disebut “*black box warning*” pada bungkus produk obat Chantix. Hal yang sama dilakukan juga oleh Glaxo untuk produk Zyban. Kedua perusahaan ini dituntut untuk melakukan percobaan klinik (*clinical trials*) untuk menilai risiko-risiko kesehatan mental (*mental health*) yang berhubungan dengan penggunaan obat-obat ini.

Kasus yang terjadi di Amerika Serikat ini setidaknya-tidaknya memberikan kita gambaran adanya risiko penggunaan obat-obat NRT. Risiko seperti ini tentu saja tidak diekspose seperti halnya risiko tembakau sebagaimana sering dikampanyekan oleh para penggiat anti tembakau.

Menyinggung soal risiko bahaya tembakau yang sering dikampanyekan para penggiat anti tembakau ini, khususnya mengenai angka kematian akibat tembakau, mendapat kritikan keras dari orang-orang yang kritis terhadap agenda anti tembakau. Di antaranya Robert A. Levy dan Rosalind B. Marimont.

Robert A. Levy adalah Ketua Dewan Direksi Cato Institute, “a senior fellow” dalam studi-studi konstitusional, anggota dewan Institute for Justice, Federalist Society, dan George Mason University School of Law. Dari tahun 1997 sampai dengan tahun 2004, Levy adalah seorang “adjunct professor of law” di Georgetown University). Sedangkan Rosalind B. Marimont adalah ilmuwan dan pakar matematika yang selama 37 tahun telah menjalankan karier di National Institute of Standards and Technology di Amerika.

Dalam artikel yang mereka tulis bertajuk “*Lies, Damned Lies & 400.000 Smoking-Relating Deaths*” (*Regulation, Vol.21 No.4, 1998*), Levy dan Marimont mengungkapkan bahwa kebenaran adalah korban pertama dalam perang melawan tembakau. Pernyataan 400.000 kematian prematur setiap tahun di Amerika akibat merokok merupakan kebohongan besar. Hal ini hanya merupakan mantra untuk menjustifikasi semua tindakan regulasi dan legislasi tembakau.

Menurut Levy dan Marimont angka kematian ini merupakan estimasi yang di-*generated* oleh suatu program komputer yang disebut **SAMMEC** (*Smoking Associated Mortality, Morbidity and Economic Costs*), didasarkan pada model yang salah, mengabaikan semua

aturan mengenai *epidemiology*, secara cepat menyimpulkan efek rokok terhadap kematian.

Levi dan Marimont memberikan contoh, sebagai berikut: jika Joe Smith yang gemuk, punya kolesterol yang tinggi, diabetes, punya sejarah penyakit jantung dalam keluarga, tidak pernah olah raga, dan.... merokok, meninggal karena serangan jantung, maka dengan menggunakan program SAMMEC itu, faktor rokok muncul sebagai faktor penyebab kematian Joe Smith. CDC (*Centers for Disease Control and Prevention, AS*) akan menyatakan kematian Joe Smith itu akibat rokok. Faktor-faktor risiko lain diabaikan.

Levy dan Marimont mengungkap pula bahwa perang terhadap rokok dimulai dari setitik kebenaran bahwa rokok itu memiliki suatu faktor risiko kanker paru-paru. Setitik kebenaran ini kemudian dikembangkan sedemikian rupa sehingga menjadi suatu monster kebohongan dan ketamakan, serta mengikis kredibilitas pemerintah dan mensubversi *rule of law*. Ilmu sampah (*junk science*) menggantikan ilmu pengetahuan yang jujur (*honest science*). Propaganda diparadekan sebagai fakta.

Hal senada diungkapkan pula oleh Judith Hatton, co-author buku "*Murder a Cigarette*". Pernyataan WHO tentang bahaya merokok tidak lain daripada propaganda yang tidak dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah. Data, angka, statistik, estimasi, tidak lebih dari "*Lies, Damned Lies.*"

Untuk membuktikan propaganda anti merokok yang juga menurut Lauren A. Colby, *litigation lawyer* dari Maryland, tidak berdasarkan kebenaran, tidak bertanggung jawab dan liar, Colby menulis buku "*In Defense of Smokers.*" (2003) Pada Kata Pengantarnya Colby menyatakan, "*I wrote this book to refuse the wild, irresponsible and untruthful anti-smoking propaganda which obscures the truth*" – saya menulis buku ini untuk menyangkal propaganda anti merokok yang liar, tidak bertanggung jawab, dan tidak benar yang mengaburkan kebenaran.

Keberanian apa yang dikorbankan? Levy, Marimont, Hatton, Colby, dan orang-orang yang kritis dengan propaganda anti merokok ini mengungkapkan bahwa tembakau bukan penyebab utama dan bukan satu-satunya risiko segala macam penyakit yang disebutkan WHO. Merekapun menunjukkan beberapa hasil penelitian dan kajian ilmiah, di antaranya seperti yang dimuat dalam *British Journal of Cancer* (2002) yang membuktikan tidak adanya hubungan antara merokok dengan risiko kanker payudara. Hasil studi lain yang dikenal dengan sebutan "*Roll Royce of Studies*", menjelaskan tidak adanya hubungan antara

merokok dengan sakit jantung (*Journal of Critical Epidemiology* 42, no.8, 1989).

Monica Study & Mitos Angka Kematian

Aisling Irwin dalam artikelnya berjudul “*Study casts doubt on heart ‘risk factors’*” (*International News*, 25/8/1998), mengungkapkan bahwa studi cardiologi paling besar yang pernah dilakukan, telah gagal menemukan hubungan antara serangan jantung dengan faktor-faktor risiko klasik, seperti merokok dan tingkat kolesterol yang tinggi. *Monica study*, demikian nama studi tersebut yang melakukan kajian di 21 negara selama 10 tahun, menemukan penyakit jantung menurun sepanjang benua Eropa, Australia, dan Amerika Utara. Tetapi para ilmuwan tidak dapat menemukan koneksi statistik antara reduksi dengan perubahan-perubahan dalam obesitas, merokok, tingkat tekanan darah atau kolesterol. Perubahan tingkat penyakit jantung koroner dalam populasi yang berbeda-beda tidak menunjukkan hubungan dengan perubahan faktor-faktor risiko standar. “Ini merupakan kejutan besar bagi banyak orang,” ungkap Dr. Caroline Morrison seperti dikutip Irwin. Hasil studi ini diumumkan dalam “*the European Congress of Cardiology in Vienna*” pada bulan Agustus 1998 itu.

Studi yang paling besar dan paling lama di dunia itu menghimpun informasi dari 150.000 serangan jantung, terutama di Eropa Barat, dan di Rusia, Iceland, Canada, Cina, dan Australia. Penurunan penyakit jantung paling besar terjadi di Swedia. Yang meningkat terjadi di Lithuania, Polandia, Cina, dan Rusia. Hasil studi ini juga mengungkapkan, bahwa kegelisahan, kemiskinan, dan perubahan ekonomi dan sosial mempunyai hubungan dengan penyakit jantung. Fakta ini nampak sejak studi ini mulai dilakukan pada awal tahun 1980-an. Seseorang yang berhenti merokok namun kehilangan rumah tempat tinggal secara umum berada pada risiko terkena penyakit jantung karena faktor stres.

Terkait dengan angka-angka perkiraan kematian dan rendahnya harapan hidup akibat kematian prematur yang disampaikan WHO, menurut Levy, Marimont, Colby, dan orang-orang yang kritis dengan propaganda anti merokok, adalah tidak benar dan semata-mata berdasarkan pada *junk science* yang tidak dapat dipertanggungjawabkan secara ilmiah. Salah satu contoh yang bertentangan dengan perkiraan kematian prematur akibat merokok adalah Negara Jepang, Yunani dan Siprus. Negara-negara ini memiliki tingkat merokok yang tinggi di dunia. Tetapi mereka justru memiliki tingkat terkena penyakit kanker paru-paru tergolong rendah dan harapan hidup jauh lebih lama.

Kritik dan fakta-fakta ini tidak menyurutkan kampanye anti tembakau yang oleh Colby disebut tidak berdasarkan kebenaran, tidak bertanggung jawab dan liar. Dalam paper "*Tobacco & Health in the Developing World*" yang dipresentasikan dalam "*High Level Round Table*" di Brussels, 3-4 Februari 2003, WHO memperkirakan 4.9 juta kematian pertahun disebabkan oleh tembakau. Tanpa tindakan lebih lanjut, diperkirakan tahun 2020 angka kematian itu jadi dua kali lipat. Rata-rata 70% kematian terjadi di negara-negara berkembang. Bersama dengan HIV/AIDS, penggunaan tembakau merupakan penyebab kematian yang paling cepat dan jadi penyebab utama dari kematian prematur di tahun 2020-an. Tembakau disebut sebagai kontributor utama dari perkembangan begitu besar penyakit-penyakit yang dihadapi negara berkembang. Hal ini meningkatkan ancaman penghacuran pembangunan sosial dan ekonomi negara-negara tersebut. Masalah tembakau merupakan bukan hanya tantangan kesehatan, tetapi juga pembangunan ekonomi dan sosial serta kelestarian lingkungan (*environmental sustainability*). Karena itu perlu kontrol lebih luas dan harus jadi prioritas pembangunan.

Jika kita kritis dan jujur, pernyataan-pernyataan WHO di atas tentu akan menimbulkan berbagai pertanyaan: Apa benar besaran angka-angka perkiraan kematian akibat tembakau tersebut? Apa benar ancaman bahaya kematian akibat tembakau itu sama dengan HIV/AIDS? Apa benar tembakau jadi kontributor utama berbagai penyakit di negara-negara berkembang? Bukankah gizi buruk, kualitas hidup yang rendah akibat kemiskinan? Apa benar tembakau itu jadi ancaman kehancuran pembangunan ekonomi, sosial dan lingkungan hidup? Apakah krisis ekonomi sosial yang pernah kita alami dan dampaknya masih dirasakan hingga saat ini akibat tembakau?

Dan jika kita memahami latar belakang kepentingan bisnis di balik agenda anti tembakau ini, maka pernyataan-pernyataan tersebut tidak lebih daripada suatu kampanye politik dagang. Terkait dengan kepentingan politik ini Profesor Pierre Lemieux (2001) pernah mengutip kata-kata pencetus ide dan pendiri WHO, Dr. Szeming Sze, "*my part in the founding of WHO was 90% diplomatic and only 10% medical. It was politics all the time.*" Jadi, jelas. Urusannya selalu politik. Politik apa? Ya, politik dagang dari pihak-pihak yang mendapat keuntungan bisnis dari kampanye anti tembakau. Hasil riset dan kajian Wanda Hamilton dalam buku ini menunjukkan bukti-bukti adanya kepentingan bisnis tersebut.

Nicotine War di Indonesia

Bagaimana dengan kita, bangsa Indonesia? Seandainya saja kita seperti Singapura atau negara-negara lain yang tidak memiliki kurang lebih 6 juta rakyat yang hidup dan perikehidupannya bergantung pada tembakau dengan segala industrinya, baik industri tembakau maupun industri terkait lainnya, maka sikap kritis terhadap agenda anti tembakau itu tidak perlu. Kita mengamini saja agenda anti tembakau tersebut dan dapat menghamba pada kepentingan bisnis korporasi internasional yang mendapatkan keuntungan bisnis dari agenda anti tembakau tersebut. Seandainya kita tidak memiliki industri tembakau dalam negeri yang menjadi salah satu sumber pendanaan APBN, maka kita tidak punya kepentingan apa-apa untuk bersikap kritis dan mempertanyakan kesejatian kepentingan di balik agenda anti tembakau itu.

Faktanya adalah Indonesia sebagai bangsa dan negara yang merdeka dan berdaulat memiliki kepentingan nasional atas tembakau dengan segala industrinya. Faktanya adalah ada kurang lebih 6 juta rakyat Indonesia yang hidup dan perikehidupannya bergantung pada tembakau dengan segala industrinya. Faktanya adalah industri tembakau merupakan salah satu kontributor terbesar pendanaan APBN.

Siapakah yang dapat menanggung dan menyiapkan lapangan pekerjaan dan sumber penghidupan bagi 6 juta rakyat Indonesia? Siapakah yang dapat menggantikan sumber pendanaan APBN yang berasal dari industri tembakau dalam negeri? Apakah para penggiat anti tembakau yang mendapatkan dana dari pihak-pihak yang memiliki kepentingan bisnis dalam agenda tembakau?! Apakah pihak yang membiayai kampanye anti tembakau?! Ataupun WHO?! Lalu, apakah setelah Indonesia bebas dari tembakau, rakyat negeri ini bebas dari segala macam penyakit yang disebut-sebut sebagai bahaya tembakau? Apakah rakyat negeri ini memiliki harapan hidup yang lebih panjang dan tidak lagi terjadi kematian cepat yang disebut akibat tembakau?

Kita harus bersikap kritis terhadap agenda anti tembakau ini. Kita harus bersikap terhadap hasil studi dan kajian mengenai bahaya-bahaya tembakau yang dari lembaga yang mendapat dukungan dana, baik langsung maupun tidak langsung, dari pihak korporasi internasional yang memiliki kepentingan bisnis dalam agenda anti tembakau ini.

Bahkan, demi kepentingan nasional yang nyata, bukan prediksi atau asumsi, atau berdasarkan statistik, kita seharusnya membela kepentingan

nasional kita ketika harus berhadapan dengan kepentingan bisnis korporasi internasional yang *concern* utamanya bukan pada kepentingan rakyat dan bangsa Indonesia, tetapi pada kepentingan keuntungan bisnis sebagaimana diungkapkan Wanda Hamilton dalam bukunya ini.

Membunuh tembakau dengan segala industrinya di Indonesia, termasuk industri terkait lainnya, akan menyebabkan naiknya angka pengangguran rakyat Indonesia. Dan setiap 10% kenaikan penganggur menyebabkan kematian naik jadi 1,2%, serangan jantung 1,7% dan harapan hidup berkurang 7 tahun. Begitu menurut Harvey Brenner sebagaimana dikutip Rhenald Kasali (*Kompas*, 1/12/08).

Maka, dalam Nicotine War –nya Wanda Hamilton, kita wajib menjaga agar kebenaran tidak dikorbankan, rakyat tidak dikorbankan, kedaulatan bangsa dan negara, termasuk kedaulatan hukum, tidak dikorbankan demi kepentingan bisnis korporasi-korporasi internasional lewat badan internasional dan rejim hukum internasional yang mempraktikkan tirani itikad baik dan tirani kesehatan publik.

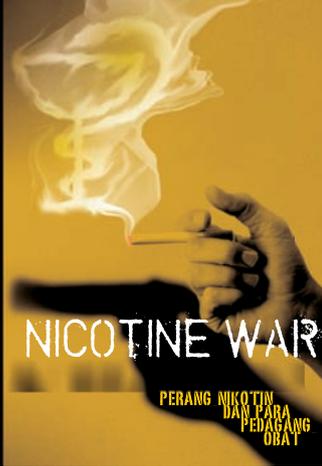
Seharusnya kita bisa mengundang Wanda untuk berdiskusi tentang bukunya dalam konteks Indonesia, namun pada tanggal 12 April 2010 saya mendapat email dari Maryetta Ables, President of Forces International, Amerika Serikat. Email Maryetta ini singkat. Hanya menjawab pertanyaan saya mengenai Wanda Hamilton yang melakukan riset, kajian, dan menulis tentang Nicotine War ini. “*Wanda passed on,*” begitu bunyi email Maryetta. Wanda Hamilton sudah meninggal. Pupus harapan saya untuk mengajak Wanda Hamilton ini datang ke Indonesia guna membahas hasil riset dan kajian yang sudah diterjemahkan dan dibukukan ini. Penerjemahan dan penerbitan hasil riset dan kajian Wanda Hamilton dilakukan setelah mendapat ijin dari Maryetta Ables selaku President of Forces International.

Namun tentu saja meninggalnya Wanda bukanlah karena rokok, dan justru itu kita wajib untuk mengkaji baik-baik hasil penelitiannya agar sebagai bangsa kita tidak salah mengambil sikap dan keputusan yang menyangkut nasib jutaan rakyat dan juga kekayaan budaya bangsa Indonesia. Merdeka!

**Advokat & Pengamat Prakarsa
Bebas Tembakau di Jakarta*

Tentang WANDA HAMILTON

Wanda Hamilton atau Wanda Gail Shooter Hamilton, lahir di Robeson County, tahun 1945. Wanda adalah seorang penulis dan pensiunan akademisi. Dia telah meraih gelar M.A. dan telah tuntas menyelesaikan tiga tahun studi tingkat doktoral di Bowling Green State University, Ohio. Di samping mengajar di tiga universitas, Hamilton bekerja sebagai jurnalis, sebagai seorang spesialis perpustakaan, dan administrator suatu kelompok yang disebut "*a group home for adolescent girls*". Selama sembilan tahun terakhir Wanda menjadi seorang periset independen dan menulis isu-isu ilmu pengetahuan dan kebijakan publik yang berhubungan dengan merokok dan hak-hak para perokok. Wanda juga tampil sebagai seorang komentator "*pro-smokers' choice*" di radio and televisi lokal, nasional, dan internasional. Dia adalah anggota senior Forces International, Liberty News Network.



“Ketika para penggiat anti tembakau masih sibuk mengkampanyekan bahaya-bahaya tembakau dan ngotot menekan pemerintah untuk membuat regulasi pengontrolan yang ketat atas tembakau, korporasi-korporasi internasional yang mendapat keuntungan bisnis dari agenda ini sibuk menghitung peluang-peluang meraup keuntungan dari bisnis nikotin ini.

Nicotine War adalah hasil riset dan kajian Wanda Hamilton yang menyajikan fakta-fakta (bukan fiksi atau prediksi) bahwa di balik agenda global pengontrolan atas tembakau terdapat kepentingan besar bisnis perdagangan obat-obat yang dikenal sebagai Nicotine Replacement Therapy (NRT). Sangat kuat kesan dan indikasi bahwa kepentingan kesehatan publik (public health) melalui kampanye bahaya tembakau hanyalah bungkus (packaging) dari motif kepentingan bisnis perdagangan produk-produk NRT ini.”

Gabriel Mahal, SH, Advokat & Pengamat Prakarsa Bebas Tembakau

“Kampanye internasional tentang hidup sehat dan anti rokok, mengapa tak dipandang lebih mendesak kampanye nikmatnya kaya dan Amerika Serikat jadi contoh agar kita diberi kesempatan kaya? Jangan dirampok hutan kita, jangan dirampok tambang kita agar kita tidak miskin. Belum ada program yang lebih absurd daripada pemerkosaan agama agar tokoh-tokohnya mengharamkan rokok tapi tak mengharamkan strategi dagang yang tetap VOC minded. Penjajahan macam ini dari dulu lebih haram dibandingkan dengan rokok.

Rokok sudah menjadi bagian hidup bangsa kita sejak Indonesia belum modern. Bagian hidup, bukan sekadar gaya hidup. Rokok menjadi semacam tali peneguh silaturahmi dan solidaritas sosial sehingga dengan begitu rokok menjadi bagian penting dalam ritus kolektif budaya masyarakat kita. Mengharamkan rokok, karenanya, sungguh sebuah keputusan absurd yang dasar-dasar komunalitasnya rapuh dan dalam praktiknya hanya akan menjadi kemustahilan belaka.”

Mohamad Sobary, budayawan



IP.31.05.10.01