

KUFANYA KESI YA UWEKEZAJI

**USHAHIDI JUU YA UFANISI WA
GHARAMA KWA UPUNGUZAJI WA
MADHARA**



Katika zama za kupungua kwa ufadhili wa kimataifa wa kushughulikia Virusi vya Ukimwi (VUU), homa ya ini C (HCV) na kifua kikuu (TB), na vipaumbele vingi vya uwekezaji wa nchini katika programu za afya, kuna msisitizo unaokua katika kuhakikisha thamani ya pesa, mgawanyo mzuri wa rasilimali, na gharama-ufanisi.

Ushahidi wa kutosha kutoka duniani kote unaonyesha kuwa hatua za upunguzaji wa madhara ni za gharama nafuu na zinaweza kuokoa gharama¹ hatimaye. Watetezi sasa wanahitaji kuunda hoja ya uwekezaji kwa upunguzaji wa madhara kwa wafadhili, na zaidi na zaidi kwa serikali, huku wafadhili wakiondoka.

Utetezi huu haujawahi kuwa muhimu kuliko ulivyo sasa. VUU vinaendelea kuongezeka miongoni mwa watu wanaojidunga dawa², lakini ufadhili wa upunguzaji wa madhara uko katika mgogoro. Msaada wa kifedha kwa mwitikio mzuri wa VUU kwa watu wanaojidunga dawa katika nchi zenye kipato cha chini na cha kati ulifikia dola za Kimarekani (US\$) milioni 131 mwaka 2019 - asilimia tano tu ya dola bilioni 2.7 ambazo zinahitajika kila mwaka ifikapo 2025.³ Ufadhili wa wafadhili wa kimataifa kwa ajili ya upunguzaji wa madhara umepungua kwa robo moja katika muongo mmoja uliopita.⁴ Nchi za kipato cha kati zinazidi kuathirika huku wafadhili wakipunguza au kuondoa ufadhili. Wakati serikali nyingi zinawekeza zaidi katika afya ndani ya nchi na mwitikio wa VUU, wachache wanawekeza kwa kiasi cha kutosha katika upunguzaji wa madhara, hata pale ambapo hitaji ni kubwa.⁵

Mwongozo ufuatao unatoa ushahidi unaohitajika na watetezi ili kuonyesha ufanisi wa gharama wa upunguzaji wa madhara na thamani ya kiuchumi ambayo kuongeza uwekezaji katika afua kama hizo utaleta.

KUWEKA UBORA WA HUDUMA NA JAMII KATIKATI

Kuna wasiwasi halali miongoni mwa watetezi kwamba, ikiwa umakini mkubwa utawekwa kwenye ufanisi wa gharama, serikali na wafadhili wanaweza kutanguliza fedha juu ya ubora wa huduma zinazotolewa, na hivyo kusababisha tishio kwa upunguzaji wa madhara unaozingatia haki za binadamu, unaozingatia jamii (community-centred).

Kwa kukabiliana na hii changamoto, kanuni ya 'hakuna chochote kutuhusu bila sisi' ('nothing about us without us') lazima ifuatwe kwa uthabiti. Ni lazima jamii ziwe katikati ya maamuzi yote yanayohusiana na afya yao, ikiwa ni pamoja na yale ya kifedha.

Michanganuo ya kiuchumi haifai kuwa msingi pekee ambao maamuzi ya bajeti hufanywa. Ufadhili endelevu wa afya na upunguzaji wa madhara unahitaji usawa, haki za binadamu na jamii kuwa kati.

Uwekezaji mkubwa katika programu zinazolenga kuondoa vikwazo vya haki za binadamu na kurekebisha sera za kuadhibu itakuwa muhimu ikiwa kukomesha UKIMWI, TB, kupambana na HCV, na kufikia Huduma ya Afya kwa Wote (Universal Health Coverage) ifikapo 2030 itakuwa jambo la kweli kwa watu wanaotumia dawa za kulevya.

UFANISI WA GHARAMA YA UPUNGUZAJI WA MADHARA: USHAHIDI KUTOKA NYANJA SABA

1. Miradi ya mabomba na sindano ni mojawapo ya afua za afya za umma za gharama nafuu zilizopo

Shirika la Umoja wa Mataifa la kupambana na UKIMWI (UNAIDS) linakadiria kuwa wastani wa gharama ya mradi wa mabomba na sindano (NSP) kuwa US\$23–71 kwa kila mtu kwa mwaka.⁶ Ikizingatiwa gharama ya kutibu maambukizi ya VVU na HCV ambayo NSPs huzuia, NSPs ni mojawapo ya afua za gharama nafuu kati ya afua zote za afya ya umma.^{7,8}

Uchambuzi wa kiuchumi wa NSP ya 2000-2009 ya **Australia** uligundua kuwa, kwa kila dola ya Australia iliyowekezwa, zaidi ya dola nne zilitengenezwa katika kuokoa gharama za afya. Kwa kuzuia maambukizi mapya ya VVU, NSP iliwezesha serikali kuepuka gharama kubwa zinazohusiana na matibabu ya maisha yote. Ilipozingatiwa aina mbalimbali za gharama, ikiwa ni pamoja na faida na hasara za tija, dola 27 za Australia ziliokolewa kwa kila dola iliyowekezwa.⁹

Utafiti huko Odessa, **Ukraine** uligundua kuwa kutekeleza NSP, pamoja na kondomu na taarifa zinazohusiana na VVU, kupitia vituo viwili visivyohama na kimoja cha kuzunguka, kulizuia maambukizi ya VVU 790 katika mwaka mmoja tu, huku kukiokoa US\$97 kwa kila maambukizi ya VVU yaliyozuiliwa.¹⁰ Hata kukiwa na kiwango cha chini cha huduma cha kati ya 20-38%, mradi ulionekana kuwa wa ufanisi na wa gharama nafuu kwa kuzuia VVU.

Utafiti nchini **Bangladesh** unaonyesha kwamba utekelezaji wa mapema wa NSP, wakati kiwango cha maambukizi ya VVU miongoni mwa watu wanaojidunga dawa za kulevya ni kidogo, ni wa gharama nafuu zaidi kuliko wakati maambukizi ni zaidi ya 40%. Hata hivyo, mbinu zote mbili bado zilionekana kuwa na gharama nafuu.¹¹

Vile vile, utafiti kutoka mkoa wa Yunnan nchini **Uchina** ulipata NSPs kuwa za gharama nafuu na zinaokoa gharama. US\$ milioni 1.04 zilizotumika kwa NSPs kati ya 2002 na 2008 zinakadiriwa kuokoa US\$ milioni 1.38-1.97 katika gharama za matibabu na matunzo ya VVU kutokana na idadi ya maambukizi yaliyozuiwa.¹²

2. Tiba ya agonisti ya opioid ni ya gharama nafuu kwa watu binafsi na kwa jamii

Tiba ya agonisti ya opioid (OAT) ni ghali kuliko NSP, inagharimu kati ya US\$360-1,070 kwa methadone na US\$1,230–3,170 kwa buprenorphine kwa kila mtu kwa mwaka, lakini bado ni ya gharama nafuu.¹³ Ufanisi wa gharama wa OAT huongezeka wakati manufaa mapana ya jamii, kama vile kupunguka kwa uhalifu na kufungwa gerezani, yanapowekwa katika uchanganuzi.¹⁴

Utafiti nchini **Indonesia** ulikadiria kuwa kupanua huduma ya OAT kutoka 5% hadi 40% huko Java Magharibi kungeepusha takriban maambukizi 2,400 ya VVU, kwa gharama ya karibu US\$7,000 kwa kila maambukizi yatakayoepukwa.¹⁵ Vile vile, nchini Urusi ushahidi unapendekeza OAT ingekuwa ya gharama nafuu, kwani ingeokoa gharama kubwa za afya zinazohusiana na VVU na TB.¹⁶

Tafiti zingine hulinganisha gharama za OAT tofauti. Kwa mfano, jaribio huko Vancouver, **Kanada** lilipata ya kwamba matibabu ya kutumia heroini yalikuwa ya gharama nafuu zaidi kuliko tiba ya kudumisha ya methadone (methadone maintenance therapy) miongoni mwa watu wenye utegemezi wa muda mrefu wa opioid. Gharama zinazohusiana na uhalifu na zile zenye mtu hujilipia mwenyewe zikizingatiwa, matibabu ya kutumia heroini yalionekana ya kuokoa gharama.¹⁷

3. Huduma za pamoja za upunguzaji wa madhara zina gharama nafuu zaidi kuliko huduma zilizotengwa

Ushahidi mkubwa unaonyesha kuwa kuchanganya NSP, OAT na matibabu ya kurefusha maisha (ART) ndio mkakati wa VVU wa ufanisi zaidi na wa gharama nafuu kwa watu wanaojidunga dawa.^{18,19,20}

Utafiti kutoka **Malaysia** uligundua utekelezaji wa pamoja wa NSP na OAT kati ya 2006 na 2013 ulikuwa wa ufanisi na wa gharama nafuu katika kuzuia VVU, na kwamba ufanisi wake wa gharama ungeendelea kuongezeka. Ufanisi wa gharama wa programu hii jumuisi ulikuwa na uwezo wa kuwa hata mkubwa zaidi, kama ingekuwa na ufikiaji mkubwa zaidi na kama mambo pana ya mtu binafsi na ya kijamii yalizingatiwa.²¹

Nchini **Slovakia**, utafiti uligundua kuwa kila Euro iliyowekezwa katika upunguzaji wa madhara ilileta manufaa yenye thamani ya Euro tatu, na kila maambukizi ya HCV yaliyoepukwa yangeokoa €106,000 katika gharama za matibabu na za ubora wa maisha kwa zaidi ya miaka 25.²²

Watafiti nchini **Uingereza** walipata ya kuwa upatikanaji wa juu wa NSP pamoja na OAT hupunguza hatari ya kupata HCV kwa 29-71%. NSP ilionekana kuwa ya gharama nafuu (na ya kuokoa gharama katika baadhi ya mipangilio) kwa ajili ya kuzuia HCV. Kinyume chake, kuondoa OAT na NSP kunaweza kuwa na athari mbaya kwa milipuko ya HCV. Katika mpangilio mmoja wa Uingereza hii ingeongeza maambukizo mapya ya HCV kwa 349% kufikia 2031.²³

4. The peer distribution of naloxone is highly cost-effective

Naloxone ni afua ya kuokoa maisha kwani ina ufanisi mkubwa katika kupindua overdose ya opioid. Programu za usambazaji rika hutoa naloxone kwa watu ambao wanaweza kushuhudia overdose, kama vile marafiki na familia za watu wanaotumia opioids, pamoja na mafunzo ya jinsi ya kuitumia.²⁴

Utafiti mmoja kutoka **Marekani** ulipata usambazaji rika wa naloxone kuwa wa gharama nafuu katika kuzuia vifo vinavyohusiana na overdose.²⁵ Matokeo sawa yalipatikana katika utafiti mijini **Urusi**.²⁶

5. Vyumba vya matumizi ya dawa huwa na faida kubwa kwa uwekezaji

Vyumba vya matumizi ya dawa za kulevya hutofautiana kwa ukubwa, mpangilio na mbinu, na kwa hivyo gharama yake hutofautiana. Ingawa vinaweza kuwa ghali kuanzisha, vyumba vya matumizi ya dawa hutoa faida kubwa kwa uwekezaji (high return on investment).²⁷

Mnamo 2009, watafiti wa **Kanada** walihitimisha kuwa Insite, kituo cha kujidungia dawa kinachosimamiwa cha Vancouver, kilileta manufaa ya kijamii ya US\$ milioni 6 kila mwaka baada ya kuondoa gharama za utekelezaji.

Watafiti nchini **Marekani** walichunguza gharama ya kuanzisha kituo cha kujidungia dawa kinachosimamiwa huko Baltimore, jiji lililoathiriwa sana na overdose za opioid. Waligundua kwamba uwekezaji wa kila mwaka wa US\$ milioni 1.8 kwa chumba kimoja cha kujidungia dawa kinachosimamiwa ungesababisha kuokoa US\$ milioni 7.8.

6. Kutochukua hatua, kupunguza ufadhili au kufunga huduma kuna matokeo mabaya ya kiuchumi

Kuna ushahidi kwamba kupungua, au kukoma kabisa, kwa huduma za upunguzaji wa madhara kunaweza kusababisha ongezeko la maambukizi ya VVU na/au HCV.

Iwapo Uswizi ingekomesha huduma za upunguzaji wa madhara mwaka 2005, uundaji wa mfano unapendekeza kuwa watu 1,350 zaidi wangepata VVU na kuhitaji matibabu ya gharama kubwa.²⁸

Utafiti nchini **Mexico** uligundua ya kwamba kujiondoa kwa Mfuko wa Kimataifa wa Kupambana na UKIMWI, Kifua Kikuu na Malaria (Global Fund) mwaka 2013 kulipunguza kwa kiasi kikubwa ufikiaji wa upunguzaji wa madhara, wafanyakazi wachache wa uhamasishaji, na pakiti za upunguzaji wa madhara za ubora wa chini. Hii inaangazia umuhimu wa mabadiliko yenye kuwajibika na ya polepole na kutoka kwa ufadhili wa wafadhili hadi ufadhili wa nchini.²⁹

Huko **Belarusi**, pengo la ufadhili la miezi minane lilipunguza usambazaji wa sindano kwa 75%, jambo ambalo lilipunguza athari na ufanisi wa gharama ya uingiliaji huu. Bila pengo hili, uundaji wa mfano unapendekeza mpango ungeepusha maambukizi ya VVU kwa 53% zaidi katika kipindi cha miezi minane na 26% zaidi katika kipindi cha miezi 22, na ingegharimu kidogo kwa 11% ili kuzuia kila maambukizi.³⁰

7. Gharama ya kiuchumi ya sera za dawa za kuadhibu

Serikali nyingi hutumia pesa kiasi kikubwa katika sera za dawa za kuadhibu. Pamoja na kukiuka haki za binadamu, mbinu hii inaweka mzigo mkubwa wa kiuchumi kwa afya ya umma, jamii na mtu binafsi. Nchi nyingi hufunga watu juu ya matumizi ya dawa za kulevya na kumiliki. Kifungo hiki ni ghali kufadhili na pia husababisha gharama kubwa ya afya ya umma. Maambukizi ya VVU, kwa mfano, ni hadi mara 50 zaidi kati ya wafungwa kuliko kati ya umma kwa ujumla.³¹

Katika nchi kadhaa za Asia, watu ambao hutumia dawa za kulevya hupelekwa katika vituo vya kuzuilia kwa lazima (compulsory drug detention centres) na vituo vya ukarabati (rehabilitation centres), jambo ambalo mashirika ya Umoja wa Mataifa yamelaani kuwa halifai na ni ukiukaji wa haki za binadamu. Utafiti nchini **Vietnam** uligundua ya kwamba kumzuilia mtu anayejidunga dawa za kulevya katika kituo cha ukarabati hugharimu serikali ya mtaa mara 2.5 zaidi kuliko kumpa OAT katika jamii kwa mwaka mmoja.³²

Kuondoa hatia kwa matumizi binafsi ya dawa za kulevya kunaweza kuokolea serikali pesa nyingi zinazotumika kwa utekelezaji wa sheria na kufungwa, kama inavyoonyeshwa na uzoefu wa **Ureno**.³³ Kuelekeza kwa upunguzaji wa madhara kwa asilimia 7.5% tu ya pesa inayotumika katika udhibiti wa dawa za kulevya (US\$7.66 billion) kungesababisha kupungua kwa maambukizi mapya ya VVU kwa 94% kati ya watu wanaojidunga dawa, na kupungua sawa kwa vifo vinavyotokana na UKIMWI ifikapo 2030.^{34,35} Hii ingemaliza kikamilifu VVU miongoni mwa watu wanaojidunga dawa za kulevya - jambo ambalo nchi zimejitolea kufanya lakini ziko mbali kufanikiwa.

MAREJELEO

- 1 Cost-effectiveness analyses are mathematical studies that compare the cost and impact of one or more interventions against the existing standard of care. For more information on the cost-effectiveness of harm reduction, please visit <https://www.hri.global/sustainable-financing>
- 2 UNAIDS (2019) *Global Data*. Geneva.
- 3 Serebryakova, L et al. (2021) *Failure to Fund: the continued crisis for harm reduction funding in low- and middle-income countries*. Harm Reduction International, London.
- 4 Ibid.
- 5 Ibid.
- 6 Schwartländer, B. et al. (2011) 'Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS', *The Lancet*, **377** (9782), p.2031–2041.
- 7 Morrison, E. (2012) 'Harm reduction at the crossroads: Case examples on scale and sustainability', in Stoicescu, C. (2012) *Global State of Harm Reduction 2012: Towards an Integrated Response*. Harm Reduction International, London.
- 8 Wilson, D. et al. (2009) *Return on investment 2: Evaluating the cost-effectiveness of needle and syringe programs in Australia*, UNSW.
- 9 Ibid.
- 10 Vickerman, P. et al. (2006) 'The Cost-Effectiveness of Expanding Harm Reduction Activities for Injecting Drug Users in Odessa, Ukraine', *Sexually Transmitted Diseases*, **33** (10), p.S89–102.
- 11 Guinness et al. (2010) 'The cost-effectiveness of consistent and early intervention of harm reduction for injecting drug users in Bangladesh', *Addiction*, **105** (2), p.319-328.
- 12 Zhang, L. et al. (2011) 'Needle and syringe programs in Yunnan, China yield health and financial return', *BMC Public Health*, **11** (250).
- 13 Schwartländer, B. et al. (2011) 'Towards an improved investment approach for an effective response to HIV/AIDS', *The Lancet*, **377** (9782), p.2031–2041.
- 14 Wilson, D. et al. (2015) 'The cost-effectiveness of harm reduction', *International Journal of Drug Policy*, **26**, p.S5–11.
- 15 Wammes, JJ. et al. (2012). 'Cost-effectiveness of methadone maintenance therapy as HIV prevention in an Indonesian high-prevalence setting: A mathematical modeling study', *International Journal of Drug Policy*, **23** (5), p.358–364.
- 16 Idrisov, B. et al. (2017) 'Implementation of methadone therapy for opioid use disorder in Russia - a modeled cost-effectiveness analysis', *Substance Abuse Treatment Prevention Policy*, **12** (1), p.4.
- 17 Nosyk, B. et al. (2012) 'Cost-effectiveness of diacetylmorphine versus methadone for chronic opioid dependence refractory to treatment', *Canadian Medical Association Journal*, **184** (6), e317–28.
- 18 Kim et al. (2014) 'Comparing the cost effectiveness of harm reduction strategies: a case study of the Ukraine', *Cost Effectiveness and Resource Allocation*, **12** (25).
- 19 Degenhardt, L. et al. (2010) 'Prevention of HIV infection for people who inject drugs: why individual, structural, and combination approaches are needed', *The Lancet*, **376** (9737), p.285–301.
- 20 Reddon, H. et al. (2018) 'Elimination of HIV transmission through novel and established prevention strategies among people who inject drugs', *The Lancet HIV*, **6** (2), e128-e136.
- 21 Naning, H. et al. (2014), *Return on Investment and Cost-Effectiveness of Harm*

Reduction Programme in Malaysia, World Bank.

- 22 Drug Reporter/Takács, I. (10 November, 2015) 'Cost-effective Yet Underfunded: The Harm Reduction Program of Odysseus in Slovakia', available at www.drogriporter.hu/en/cost-effective-yet-underfunded-the-harm-reduction-program-of-odysseus-in-slovakia.
- 23 Platt, L. et al. (2017) *Assessing the impact and cost-effectiveness of needle and syringe provision and opioid substitution therapy on hepatitis C transmission among people who inject drugs in the UK: an analysis of pooled data sets and economic modeling*, NIHR Journals Library, Southampton.
- 24 Coffin, PO. and Sullivan, SD. (2013) 'Cost-effectiveness of distributing naloxone to heroin users for lay overdose reversal', *Annals of Internal Medicine*, **158**, p.1–9.
- 25 Ibid.
- 26 Ibid.
- 27 Ibid.
- 28 Marzel, A. et al. (2018) 'The Cumulative Impact of Harm Reduction on the Swiss HIV Epidemic: Cohort Study, Mathematical Model, and Phylogenetic Analysis', *Open Forum Infectious Diseases*, **5** (5).
- 29 Cepeda, JA. et al. (2019) 'Evaluating the impact of global fund withdrawal on needle and syringe provision, cost and use among people who inject drugs in Tijuana, Mexico: a costing analysis', *BMJ Open*, **9**, e026298.
- 30 Kumaranayake, L. et al. (2004) 'The cost-effectiveness of HIV preventive measures among injecting drug users in Svetlogorsk, Belarus', *Addiction*, **99**, p.1565–76.
- 31 Mariner, J. and Schleifer, R. (2013) 'The Right to Health in Prisons', in Zuniga, J. et al. (eds) *Advancing the Human Right to Health*, Oxford University Press, Oxford.
- 32 Vuong, T. et al. (2015) *Economic Evaluation Comparing Center-Based Compulsory Drug Rehabilitation (CCT) with Community-Based Methadone Maintenance Treatment (MMT) in Hai Phong City, Vietnam*, FHI 360.
- 33 Csete, J. et al. (2016) 'Public health and international drug policy', *The Lancet*, **387** (10026), p.1427-1480.
- 34 Cook C, Phelan M, Stone K, Sander G & Murphy F (2016) *The Case for a Harm Reduction Decade: Progress, potential and paradigm shifts*. Harm Reduction International, London
- 35 Cook C, Lines R & Wilson D. (2016) A no-brainer for ending AIDS: the case for a harm reduction decade. *J Int AIDS Soc.* 2016; 19(1): 21129.



