

MENGEMAS PERKARA INVESTASI

**BUKTI EKONOMI UNTUK PENGURANGAN
DAMPAK BURUK NAPZA (PEMBARUAN
TAHUN 2024)**

Secara global dan domestik, pendanaan untuk kesehatan dunia sedang menurun. Pendanaan internasional untuk mengatasi HIV, hepatitis C (HCV) dan tuberkulosis (TB), serta prioritas lain yang bersaing untuk investasi domestik dalam program kesehatan menyebabkan pendanaan menyusut. Adalah penting bahwa sumber daya yang tersedia dialokasikan secara efisien, dengan kepastian nilai uang, dan efektivitas biaya.

Bukti kuat dari seluruh dunia menunjukkan bahwa intervensi pengurangan dampak buruk napza memberikan hasil efektif¹ dari segi keuangan dan dapat menghemat biaya² dalam jangka panjang. Para advokat sering kali perlu menyampaikan argumen tentang investasi untuk pengurangan dampak buruk napza kepada para donor, dan lebih banyak lagi kepada pemerintah, karena donor semakin berkurang.

Advokasi ini sekarang menjadi lebih penting dari sebelumnya karena angka rata-rata infeksi HIV di antara para pengguna napza suntik meningkat³, namun pendanaan untuk pengurangan dampak buruk napza sedang dalam krisis. Dukungan finansial untuk respon HIV yang efektif bagi para pengguna napza di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah berjumlah total US\$151 juta pada tahun 2022 – hanya 6% dari US\$2.7 miliar yang dibutuhkan setiap tahunnya pada tahun 2025.⁴ Nilai riil pendanaan donor internasional untuk pengurangan dampak buruk napza telah berkurang setengahnya sejak tahun 2007.⁵ Para pengguna napza yang berasal dari negara-

negara berpenghasilan menengah, khususnya di Timur Tengah dan Afrika Utara, semakin rentan terhadap peningkatan infeksi HIV karena pendanaan donor untuk pengurangan dampak buruk napza jarang tersedia bagi mereka. Sementara itu banyak pemerintah negara yang lebih suka berinvestasi untuk kesehatan domestik dan respon HIV, dan hanya sedikit yang bersedia berinvestasi untuk pengurangan dampak buruk napza, meskipun kebutuhannya sangat tinggi. Jumlah negara yang berinvestasi dalam respon pengurangan dampak buruk napza domestik, dan jumlah yang diinvestasikan telah turun sejak tahun 2019.⁶

Ringkasan⁷ berikut ini memberikan bukti yang dibutuhkan para advokat untuk menunjukkan efektivitas biaya dari pengurangan dampak buruk napza dan nilai ekonomi yang akan diperoleh dari peningkatan investasi dalam intervensi serupa.

MEMASTIKAN KUALITAS LAYANAN DAN KOMUNITAS SEBAGAI POROS UTAMA

Dapat dipahami, beberapa advokat khawatir bahwa, jika terlalu banyak fokus diberikan pada efektivitas biaya, pemerintah dan donor bisa saja terlihat seolah lebih mengutamakan aspek keuangan daripada kualitas layanan, sehingga menimbulkan ancaman terhadap upaya pengurangan dampak buruk napza yang berpusat pada komunitas dan berbasis hak asasi manusia.

Di sini, prinsip ‘tanpa kita, tak ada solusi untuk kita’ adalah kuncinya. Komunitas harus menjadi pusat dari semua keputusan yang berkaitan dengan kesehatan mereka, termasuk keputusan finansial. Analisis ekonomi tidak boleh menjadi satu-satunya dasar pengambilan keputusan anggaran. Keadilan, hak asasi

manusia, dan komunitas harus menjadi poros utama pembiayaan untuk kesehatan dan pengurangan dampak buruk napza, karena jika tidak, keberlanjutan tak akan tercapai. Diperlukan investasi yang jauh lebih besar dalam program-program yang bertujuan untuk menghilangkan hambatan terhadap hak asasi manusia dan mereformasi kebijakan yang menghukum jika target untuk mengakhiri AIDS, TB, dan HCV serta untuk memenuhi cakupan kesehatan universal bagi para pengguna napza ingin dicapai pada tahun 2030.

TERAPI AGONIS OPIOID

Terapi agonis opioid (opioid agonist therapy atau OAT, dikenal sebagai terapi Subuxon di Indonesia)⁸ dapat mencegah HIV dan HCV serta direkomendasikan oleh Organisasi Kesehatan Dunia (WHO) sebagai intervensi prioritas bagi para pengguna napza suntik.⁹ OAT meningkatkan kualitas hidup manusia dan memiliki sejumlah manfaat bagi masyarakat.¹⁰

Walaupun biaya penyediaan OAT bervariasi tergantung dari faktor pasokan dan pemberian layanan, penelitian menunjukkan bahwa biaya per klien per hari yang dikeluarkan kurang lebih sama seperti biaya untuk metadon di sejumlah tempat, seperti Nairobi, Kenya (US\$1.49)¹¹, Vietnam (US\$1.01), dan Indonesia (US\$1.11).

Di Iran, bukti menunjukkan bahwa pusat layanan OAT bisa melakukan penghematan biaya besar-besaran sehubungan dengan jumlah infeksi HIV yang berhasil dicegah.^{12,13} Sebuah studi pada tahun 2014 menemukan bahwa OAT berhasil mencegah 86 infeksi HIV baru setiap tahun, dengan hanya menghabiskan biaya per orang sekitar US\$471 per tahun. Sementara itu, sebuah studi di tahun 2017 menemukan bahwa pusat OAT mampu mencegah terjadinya 128 infeksi HIV baru selama periode satu tahun.

Pada tahun 2016, temuan dari sebuah studi di Vietnam menyatakan upaya untuk mengurangi penggunaan narkoba dengan terapi perawatan metadon berbasis komunitas sukarela (PTRM

– program terapi rumatan metadon¹⁴) lebih hemat biaya ketimbang rehabilitasi wajib berbasis lembaga, dan bisa menghemat sekitar US\$2,545 per orang selama tiga tahun.¹⁵ Biaya rehabilitasi wajib berbasis lembaga untuk tiga tahun besarnya lebih dari tiga kali lipat biaya PTRM berbasis komunitas. Rehabilitasi wajib juga menyebabkan hilangnya berbagai peluang ekonomi karena orang-orang yang menjadi penghuni fasilitasnya tidak dapat bekerja.

Penelitian menunjukkan bahwa berinvestasi dalam peningkatan penyediaan OAT merupakan tindakan hemat biaya. Misalnya, sebuah studi pemodelan dari Ukraina menemukan bahwa peningkatan kapasitas dan cakupan OAT sebesar 2 hingga 13 kali lipat dari tingkat yang ada di tiga kota besar akan menghemat biaya, jika diukur dari perolehan jumlah tahun kehidupan yang disesuaikan dengan kualitas.¹⁶

OAT yang dibawa pulang, yang juga disebut sebagai pemberian dosis tanpa pengawasan (mandiri), terbukti menjadi pengobatan ketergantungan opioid yang efektif dan hemat biaya. Sebuah studi di tahun 2017 dari Australia menemukan bahwa buprenorfin nalokson yang dikonsumsi secara mandiri dan dibawa pulang dapat mengurangi penggunaan heroin secara efektif, dan dapat menghemat biaya pengobatan sebesar US\$3,798 untuk periode 12 minggu (ini juga memperhitungkan pengurangan biaya untuk penegakan hukum karena berkurangnya angka dan tindak kejahatan).¹⁷

Beberapa penelitian membandingkan berbagai jenis OAT. Misalnya, penelitian dari Belgia dan Kanada menunjukkan bahwa pengobatan dengan bantuan heroin dan hidromorfon suntik lebih hemat biaya alih-alih terapi perawatan metadon untuk para pengguna opioid.^{18,19}

Beberapa penelitian dari AS dan Australia antara tahun 2020 dan 2023 menemukan bahwa menyediakan OAT di rumah tahanan dan lembaga koreksi lainnya dapat menghemat biaya untuk mengurangi penggunaan heroin, dan mencegah kematian akibat overdosis, juga efisien secara biaya.^{20,21} Sebuah penelitian Australia yang membandingkan jenis OAT yang diberikan kepada orang-orang di rumah tahanan dan lembaga koreksi lainnya menunjukkan bahwa depot buprenorfin, yang merupakan bentuk buprenorfin suntik jangka panjang, adalah pilihan pengobatan paling murah, dengan biaya AU\$151.00 (US\$101.00) per orang per bulan.²² Sebuah penelitian di New South Wales, Australia menemukan

bahwa meresepkan OAT kepada warga binaan setelah mereka dibebaskan dari rumah tahanan dan lembaga koreksi lainnya adalah cara yang hemat biaya untuk mengurangi kematian terkait overdosis dalam enam bulan pertama setelah pembebasan.²³

Efektivitas biaya OAT juga telah dibuktikan pada area dan populasi tertentu, termasuk di unit gawat darurat^{24,25}, fasilitas layanan kesehatan^{26,27}, dan untuk ibu hamil.^{28,29} Studi di AS menemukan bahwa pemberian buprenorfin yang dimulai di unit gawat darurat, perluasan resep OAT berbasis rumah sakit, dan pengintegrasian OAT dalam perawatan primer dapat meningkatkan harapan hidup, meningkatkan jangkauan dan aksesibilitas layanan ini, dan efektif dari segi biaya pengobatan ketergantungan opioid, jika biaya sistem hukum pidana yang lebih rendah disertakan.^{30,31}

LAYANAN ALAT SUNTIK STERIL

Layanan alat suntik steril (LASS)³² terbukti efektif dalam mengurangi penularan HIV dan HCV di berbagai tempat.^{33,34} Itulah sebabnya mengapa WHO merekomendasikan LASS sebagai bagian dari paket intervensi

penting bagi pengguna napza suntik.³⁵ LASS merupakan salah satu intervensi kesehatan masyarakat yang paling hemat, meskipun besaran biayanya bervariasi.^{36,37} Pada tahun 2023, biaya satuan per jarum suntik yang didistribusikan berkisar antara US\$0.08 hingga US\$20.77, tergantung pada konteksnya.³⁸

Ada banyak bukti yang menunjukkan efektivitas biaya LASS, termasuk dari AS³⁹, Australia⁴⁰,

dan Inggris.^{41,42,43} Meskipun biaya penerapan LASS lebih tinggi pada tingkat cakupan yang diperlukan untuk mencegah HCV (yang lebih menular daripada HIV), penelitian dari Inggris menunjukkan bahwa LASS efektif, dari segi biaya, untuk mengurangi penularan HCV di kalangan pengguna napza suntik.

Di Skotlandia, para peneliti memperkirakan penghematan biaya jangka panjang hingga 250% dari investasi awal.⁴⁴ Bukti dari Inggris menunjukkan bagaimana dalam LASS, mengganti jarum suntik ruang kosong tinggi dengan jarum suntik ruang kosong rendah yang dapat dilepas, berpotensi dapat menghemat biaya untuk mengurangi penularan HCV.^{45,46}

Sebuah studi pemodelan dari AS menilai efektivitas biaya dari peningkatan respon LASS di negara tersebut. Ditemukan bahwa, untuk setiap dolar yang diinvestasikan dalam LASS, penghematan yang bisa dilakukan untuk pengobatan HIV adalah sebesar US\$6.38-7.58.⁴⁷

Sebuah studi tentang LASS di Eropa Timur dan Asia Tengah pada tahun 2018 menemukan bahwa peningkatan cakupan LASS (dengan biaya kurang dari US\$0.50 per jarum suntik yang didistribusikan), dikombinasikan dengan pengobatan antiretroviral (ART) dan layanan HIV lainnya, akan menghemat biaya dan sangat efektif dalam mengurangi penularan HIV dan HCV.⁴⁸

Di Malaysia, para peneliti menunjukkan bahwa LASS nasional berjalan dengan efektif dan hemat biaya. Bahkan pada tingkat cakupan yang lebih rendah, LASS mencegah 12,191 infeksi HIV, dan menghemat biaya perawatan sebesar MYR 45.53 juta (US\$9.6 juta) antara tahun 2006-2013.⁴⁹

Di provinsi Yunnan di Cina, LASS terbukti hemat biaya dan efektif. US\$1.04 juta yang dihabiskan untuk LASS antara tahun 2002-2008 menghasilkan perkiraan penghematan biaya sebesar US\$1.38-1.97 juta karena menurunnya jumlah infeksi HIV, yang berarti kurangnya biaya yang harus dikeluarkan untuk pengobatan dan perawatan HIV.⁵⁰

DISTRIBUSI NALOXON

Program distribusi naloxon sebaya⁵¹ menyediakan naloxon untuk orang-orang yang kemungkinan besar dapat mengalami overdosis opioid, seperti teman dan keluarga pengguna opioid, serta melatih mereka tentang cara menggunakannya jika seseorang mengalami overdosis. Pemberian naloxon merupakan intervensi yang bisa menyelamatkan nyawa.

Sebuah studi di tahun 2020 dari AS menemukan bahwa distribusi naloxon dinilai hemat biaya dalam upaya pencegahan kematian akibat overdosis jika diberikan kepada teman sebaya dari para pengguna napza dan orang-orang yang berpotensi

mengalami overdosis, serta masyarakat umum. Distribusi tinggi kepada kedua kelompok ini dapat mencegah kematian akibat overdosis hingga 21% lebih banyak dibandingkan dengan distribusi minimum.⁵² Studi di AS lainnya, pada tahun yang sama, menemukan bahwa mendistribusikan naloxon sekali saja ke apotek di area komunitas akan mencegah 14 kematian tambahan akibat overdosis per 100,000 orang, dan merupakan tindakan yang hemat biaya.⁵³

Sebuah penelitian di Australia menemukan bahwa pemberian naloxon kepada orang yang menerima OAT adalah tindakan hemat biaya, dan kemungkinan akan menyelamatkan lebih dari 650 jiwa untuk periode antara tahun 2020 dan 2030.⁵⁴

RUANG KONSUMSI NAPZA

Ruang konsumsi napza (RKN)⁵⁵ bervariasi dalam hal ukuran, lokasi, pendekatan, dan biaya. Meskipun anggaran pendiriannya lebih mahal daripada layanan pengurangan dampak buruk lainnya, RKN terbukti efektif dalam hal pembiayaan.

Pada tahun 2014, sebuah penelitian di Vancouver, Kanada menemukan bahwa RKN tanpa izin yang didirikan untuk mengonsumsi kokain dan metamfetamin kristal telah

menghemat US\$1.32 juta per tahun dengan mencegah terjadinya infeksi HCV dan biaya pengobatan terkait.⁵⁶

Pada tahun 2019, sebuah studi di Seattle, AS memperkirakan bahwa pembentukan RKN akan menghemat biaya perawatan kesehatan terkait sebesar US\$4.22 untuk setiap dolar yang dihabiskan dalam biaya operasional.⁵⁷

Di tahun 2020, penelitian di AS menemukan bahwa menjalankan program RKN di Boston, Philadelphia, San Francisco, Atlanta, Seattle, dan Baltimore akan menghemat biaya, dan akan mengurangi jumlah nyawa yang hilang akibat overdosis.⁵⁸

LAYANAN PENGURANGAN DAMPAK BURUK TERPADU

Walaupun penyediaan layanan pengurangan dampak buruk napza ini secara terpisah terbukti hemat biaya, bukti kuat lain menunjukkan bahwa menggabungkan layanan pengurangan dampak buruk napza dengan layanan pencegahan dan pengobatan HIV dan HCV, merupakan strategi yang paling efektif dan efisien.

Pada tahun 2023, para peneliti di India menemukan bahwa LASS, OAT, dan dukungan pengurangan dampak buruk napza terpadu yang lebih luas⁵⁹ terbukti dapat menghemat biaya untuk pencegahan HIV, dengan mencegah 996 infeksi HIV dalam tiga tahun.⁶⁰

Di Malaysia, penerapan LASS dan OAT bersama-sama terbukti efektif dan hemat biaya dalam mencegah 12,653 infeksi HIV dan menghemat MYR47.06 juta (US\$9.9 juta) antara tahun 2006-2013.⁶¹

Di Cina, gabungan program LASS dan OAT berhasil mencegah 5,678 infeksi HIV antara tahun 2005-2010, menghemat biaya perawatan dan pengobatan HIV sebesar US\$4.4 juta.⁶²

Sebuah studi dari Meksiko pada tahun 2019 menemukan bahwa pengurangan dampak buruk napza dengan cakupan tinggi dan pengobatan HCV merupakan cara yang paling hemat biaya untuk mencapai sasaran strategi

eliminasi HCV. Studi tersebut juga menemukan bahwa menggabungkan LASS dengan edukasi pengurangan dampak buruk napza umum mampu mencegah 869 infeksi HIV antara tahun 2015-2018, yang berpotensi menghemat lebih dari MX\$600,000 (sekitar US\$40,000).⁶³

Sebuah studi pemodelan dari Eropa Timur dan Asia Tengah menemukan bahwa peningkatan gabungan LASS, OAT, dan ART bagi pengguna napza suntik akan menghemat biaya di Georgia, Kazakhstan dan Republik Moldova. Di Tajikistan, kombinasi LASS, OAT, ART, dan diagnosis HIV efisien biaya. Peningkatan cakupan semua intervensi (termasuk pengobatan HCV menggunakan antivirus yang bekerja langsung) selalu menjadi pendekatan yang paling efektif untuk mengurangi penularan HIV dan HCV.⁶⁴

Penelitian dari Inggris menemukan bahwa gabungan cakupan tinggi LASS dan OAT dapat mengurangi risiko infeksi HCV hingga 29-71% dibandingkan dengan cakupan pengurangan dampak buruk napza yang minimal. Pemodelan ini menunjukkan bahwa penghapusan OAT dan LASS akan memperburuk epidemi HCV di negara tersebut; di satu bagian Inggris diperkirakan bahwa penghapusan OAT dan LASS akan meningkatkan infeksi HCV hingga 349% pada tahun 2031.⁶⁵

HARGA DARI PEMBIARAN, PENGURANGAN DANA, ATAU PENUTUPAN LAYANAN PENGURANGAN DAMPAK BURUK

Ada banyak bukti yang menunjukkan bahwa pengurangan atau penghentian layanan pengurangan dampak buruk napza akan serta merta menyebabkan lonjakan infeksi HIV dan/ atau HCV. Misalnya, ketika Global Fund to Fight AIDS, Tuberculosis and Malaria mengakhiri hibah di Rumania dan Serbia, penutupan program dan lonjakan infeksi pun terjadi tak lama kemudian.^{66,67}

Di Belarusia, kesenjangan pendanaan selama delapan bulan untuk layanan pengurangan dampak buruk telah mengurangi distribusi jarum suntik steril hingga 75% dan mengurangi dampak serta efektivitas biaya intervensi. Tanpa kesenjangan pendanaan, pemodelan ini menunjukkan infeksi HIV dapat dicegah hingga 53% lebih efektif.⁶⁸

Temuan dari sebuah studi pemodelan di Swiss menunjukkan bahwa, jika negara tersebut menghentikan layanan alih-alih menerapkan program pengurangan dampak buruk napza pada tahun 2005, wabah HIV akan terjadi dan diperkirakan 1,351 orang lagi akan terinfeksi HIV.⁶⁹

BIAYA EKONOMI DARI KEBIJAKAN NAPZA YANG BERISI HUKUMAN

Banyak pemerintah negara menghabiskan dana besar untuk menghukum orang yang menggunakan napza; jauh lebih banyak ketimbang yang mereka keluarkan untuk investasi pengurangan dampak buruk napza.⁷⁰ Pendekatan ini melanggar hak asasi manusia,

dan memberikan beban ekonomi yang besar pada kesehatan publik, masyarakat, dan individu. Banyak negara memenjarakan orang karena penggunaan dan kepemilikan napza.⁷¹

Pada tahun 2019, Kementerian Hukum dan Hak Asasi Manusia di Indonesia menghabiskan sekitar 42% dari total anggarannya untuk mengelola lembaga pemasyarakatan, termasuk untuk penyediaan makanan bagi para warga binaan. Jika Indonesia mendekriminalisasi kepemilikan narkoba dalam jumlah kecil, beban lembaga pemasyarakatan dan lembaga koreksi

lainnya akan berkurang hingga 40%.⁷²

Anggaran obat-obatan Australia untuk tahun 2021/2022 dilaporkan sebesar AU\$5.45 miliar (US\$3.63 miliar), di mana 64%-nya digunakan untuk penegakan hukum, 27% untuk perawatan, 7% untuk pencegahan, dan hanya 1.6% yang digunakan untuk pengurangan dampak buruk napza.⁷³ Sebuah studi yang dilakukan pada tahun 2023 di Australia menunjukkan efektivitas biaya dekriminalisasi dengan memodelkan apa yang akan terjadi jika skema peringatan ganja di negara itu diterapkan pada semua jenis obat-obatan terlarang. Ditemukan bahwa perubahan kebijakan ini akan mengurangi biaya penegakan hukum lebih dari 50%, dan juga menghasilkan pendapatan bagi pemerintah.⁷⁴

Penelitian dari Eropa Timur dan Asia

Tengah menemukan bahwa dekriminalisasi penggunaan napza dapat mengurangi penularan HIV secara signifikan di wilayah tersebut karena akan memungkinkan lebih banyak pengguna napza suntik untuk mengakses OAT dan ART jika mereka hidup dengan HIV. Hal ini dapat dilakukan dengan mengalihkan dana untuk kebijakan dan penegakan hukum ke pengurangan dampak buruk dan pengobatan HIV.⁷⁵

Pengalaman di Portugal menunjukkan efektivitas yang terjadi dan penghematan biaya dari kebijakan dekriminalisasi napza.⁷⁶

Sejak kepemilikan pribadi semua jenis napza didekriminalisasi pada tahun 2001, biaya sosial penggunaan napza, termasuk biaya yang timbul akibat kematian terkait napza, proses pidana,

dan penahanan, telah turun lebih dari 18%.⁷⁷ Penghematan biaya ini merupakan tambahan dari penurunan kematian terkait napza. Hal ini juga merupakan tambahan dari penurunan infeksi HIV dan HCV yang terkait dengan penggunaan napza suntik, yang terkait dengan peningkatan layanan perawatan dan pengurangan dampak buruk napza.⁷⁸

Sebuah studi pemodelan menunjukkan bahwa hanya dengan realokasi 7.5% dari anggaran pengendalian napza global (US\$ 7.66 miliar), maka pengurangan infeksi HIV baru di antara pengguna napza suntik sebesar 94%, dan pengurangan serupa dalam kematian terkait AIDS pada tahun 2030^{79,80} sudah bisa tercapai. Hal ini secara efektif akan mengakhiri HIV di kalangan pengguna napza suntik.

KESIMPULAN

Bukti-bukti yang ada sangat mendukung manfaat ekonomi dan sosial dari investasi dalam pengurangan dampak buruk napza. OAT, LASS, distribusi nalokson, dan RKN terbukti efektif dan hemat biaya di berbagai lingkungan global. Sesuai dengan panduan dari WHO dan UNAIDS, menggabungkan berbagai strategi pengurangan dampak buruk napza akan membuatnya lebih hemat biaya dan lebih berdampak, serta akan secara signifikan mengurangi penularan HIV dan HCV. Ada juga bukti kuat tentang dekriminalisasi napza sebagai pendekatan yang menguntungkan secara ekonomi.

Walau begitu, pengurangan dampak buruk napza masih kekurangan dana di sebagian besar wilayah dunia.

Pemerintah dapat mencapai target kesehatan global, seperti mengakhiri AIDS dan mencapai universal pada tahun 2030 jika mereka meningkatkan investasi pada solusi yang sudah terbukti efektif, dan ini berarti berinvestasi pada pengurangan dampak buruk napza dan mereformasi kebijakan obat-obatan terlarang yang sifatnya menghukum. Mengabaikan bukti dan gagal bertindak akan berakibat munculnya biaya yang jauh lebih mahal dalam jangka panjang.

REFERENSI

- 1 Efektif mengacu pada program dan intervensi yang memerlukan biaya lebih sedikit untuk diimplementasikan namun menghasilkan hasil berkualitas yang hemat biaya.
- 2 Penghematan biaya berarti menekan biaya perawatan kesehatan secara keseluruhan. Misalnya, intervensi pencegahan dapat mengurangi frekuensi kejadian penyakit sehingga menghemat biaya perawatan, yang seringkali lebih mahal daripada biaya pencegahan.
- 3 Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, (2024), *The Urgency of Now: AIDS at a Crossroads — 2024 global AIDS update*, UNAIDS, Geneva.
- 4 Harm Reduction International, (2024), *The Cost of Complacency: A Harm Reduction Funding Crisis*, HRI, London.
- 5 Ibid.
- 6 Ibid.
- 7 Ringkasan ini adalah versi terbaru dari ringkasan HRI 2020 berjudul [Making the Investment Case: Cost-effectiveness evidence for harm reduction](#). Versi terbaru ini didasarkan pada tinjauan komprehensif bukti ekonomi untuk pengurangan dampak buruk, dan mencakup bukti baru, dengan penekanan khusus pada studi yang diterbitkan sejak 2020 dan di negara-negara berpenghasilan rendah dan menengah. Ada beberapa tumpang tindih antara kedua ringkasan tersebut dengan bukti terkuat yang ditampilkan di keduanya.
- 8 Untuk informasi lebih lanjut tentang ketersediaan LASS di seluruh dunia, lihat [HRI's The Global State of Harm Reduction](#).
- 9 World Health Organization, (2012), WHO, UNODC, UNAIDS technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users—2012 revision, WHO, Geneva.
- 10 Bernard, C. L., et al., (2017), 'Estimation of the cost-effectiveness of HIV prevention portfolios for people who inject drugs in the United States: a model-based analysis', *PLoS Medicine*, 14 (5), e1002312.
- 11 Mogaka, B., et al., (2021), 'Estimate cost of providing methadone maintenance treatment at a methadone clinic in Nairobi Kenya: direct costs', *Pan African Medical Journal*, 38 (1); Pourkhajoei, S. et al., (2017), 'Cost-effectiveness of methadone maintenance treatment centers in prevention of human immunodeficiency virus infection', *Addiction & Health*, 9 (2), 81.
- 12 Keshtkaran, A, et al., (2014), 'Cost-effectiveness of methadone maintenance treatment in prevention of HIV among drug users in Shiraz, South of Iran', *Iranian Red Crescent Medical Journal*, 16 (1).
- 13 Pourkhajoei, S., et al., (2017), 'Cost-effectiveness of methadone maintenance treatment centers in prevention of human immunodeficiency virus infection', *Addiction & Health*, 9 (2), 81.
- 14 Di Vietnam, PTRM adalah istilah untuk OAT yang menggunakan Metadon.
- 15 Vuong, T., et al., (2016), 'Cost-effectiveness of center-based compulsory rehabilitation compared to community-based voluntary methadone maintenance treatment in Hai Phong City, Vietnam', *Drug and Alcohol Dependence*, 168, 147-155.

16 Morozova, O., et al., (2020), 'Cost effectiveness of expanding the capacity of opioid agonist treatment in Ukraine: dynamic modelling analysis', *Addiction*, 115 (3), 437-450.

17 Dunlop, A. J., et al., (2017), 'Effectiveness and cost-effectiveness of unsupervised buprenorphine-naloxone for the treatment of heroin dependence in a randomized waitlist controlled trial', *Drug and Alcohol Dependence*, 174, 181-191.

18 Demaret, I., et al., (2015), 'Efficacy of heroin-assisted treatment in Belgium: a randomised controlled trial', *European Addiction Research*, 21 (4), 179-187.

19 Bansback, N., et al., (2018), 'Cost-effectiveness of hydromorphone for severe opioid use disorder: findings from the SALOME randomized clinical trial', *Addiction*, 113 (7), 1264-1273.

20 Zarkin, G.A., (2020), 'Cost and cost-effectiveness of interim methadone treatment and patient navigation initiated in jail', *Drug and Alcohol Dependence*, 217, 108292.

21 Chatterjee, A. et al., (2023), 'Estimated costs and outcomes associated with use and non-use of medications for opioid use disorder during incarceration and at release in Massachusetts', *JAMA Network Open*, 6 (4), e237036-e237036.

22 Ling, R., et al., (2022), 'Depot buprenorphine as an opioid agonist therapy in New South Wales correctional centres: a costing model', *BMC Health Services Research*, 22 (1), 1326.

23 Gisev, N., et al., (2015), 'A cost-effectiveness analysis of opioid substitution therapy upon prison release in reducing mortality among people with a history of opioid dependence', *Addiction*, 110 (12), 1975-1984.

24 Busch, S. H., et al., (2017), 'Cost-effectiveness of emergency department initiated treatment for opioid dependence', *Addiction*, 112(11), 2002-2010.

25 Barocas, J. A., et al., (2022), 'Clinical impact, costs, and cost-effectiveness of hospital-based strategies for addressing the US opioid epidemic: a modelling study', *The Lancet Public Health*, 7 (1), e56-e64.

26 Jawa, R., et al., (2023), 'Estimated clinical outcomes and cost-effectiveness associated with provision of addiction treatment in US primary care clinics', *JAMA Network Open*, 6 (4), e237888-e237888.

27 Choi, S. A., et al., (2024), 'Cost-effectiveness of full and partial opioid agonists for opioid use disorder in outpatient settings: United States healthcare sector perspective', *Journal of Substance Use and Addiction Treatment*, 160, 209237.

28 Premkumar, A., et al., (2019), 'Methadone, buprenorphine, or detoxification for management of perinatal opioid use disorder: a cost-effectiveness analysis', *Obstetrics & Gynecology*, 134 (5), 921-931.

29 Robin, A. M., et al., (2022), 'Cost effectiveness of buprenorphine vs. methadone for pregnant people with opioid use disorder', *The Journal of Maternal-Fetal & Neonatal Medicine*, 35 (25), 4918-4926.

30 Qian, G., (2023), 'Cost-effectiveness of office-based buprenorphine treatment for opioid use disorder', *Drug and Alcohol Dependence*, 243, 109762.

31 Choi, S.A., et al., (2024), 'Cost-effectiveness of full and partial opioid agonists for opioid use disorder in outpatient settings: United States healthcare sector perspective', *Journal of Substance Use and Addiction Treatment*, 160, 209237.

32 Untuk informasi ketersediaan LASS di seluruh dunia, lihat [HRI's The Global State of Harm Reduction](#).

33 Fernandes, R. M., et al., (2017), 'Effectiveness of needle and syringe Programmes in people who inject drugs—An overview of systematic reviews', *BMC Public Health*, 17, 1-15.

34 Sweeney, S., et al., (2019), 'Evaluating the cost-effectiveness of existing needle and syringe programmes in preventing hepatitis C transmission in people who inject drugs', *Addiction*, 114 (3), 560-570.

35 World Health Organization, (2022), *Consolidated guidelines on HIV, viral hepatitis and STI prevention, diagnosis, treatment and care for key populations*, WHO, Geneva

36 Morrison E., (2012), 'Harm reduction at the crossroads: Case examples on scale and sustainability', in Stoicescu, C., *Global State of Harm Reduction 2012: Towards an Integrated Response*, Harm Reduction International, London.

37 Wilson, D. P., et al., (2009), *Return on investment 2: Evaluating the cost-effectiveness of needle and syringe programs in Australia*, Sydney: National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, The University of New South Wales

38 Killion, J.A., et al., (2023), 'Unit costs of needle and syringe program provision: a global systematic review and cost extrapolation', *AIDS*, 37 (15), 2389-2397

39 Nguyen, T. Q., et al., (2014), 'Syringe exchange in the United States: a national level economic evaluation of hypothetical increases in investment', *AIDS and Behavior*, 18, 2144-2155.

40 Kwon, J. A., et al., (2012), 'Estimating the cost-effectiveness of needle-syringe programs in Australia', *AIDS*, 26 (17), 2201-2210.

41 Sweeney, S., et al., (2019), 'Evaluating the cost-effectiveness of existing needle and syringe programmes in preventing hepatitis C transmission in people who inject drugs', *Addiction*, 114 (3), 560-570.

42 Csák, R., (2023), *Low dead space syringes: Analysis and benefits for people who inject drugs*, Harm Reduction International, London.

43 Hancock, E., et al., (2020), 'Detachable low dead space syringes for the prevention of hepatitis C among people who inject drugs in Bristol, UK: an economic evaluation', *Addiction*, 115 (4), 702-713.

44 Sweeney, S., et al., (2019), 'Evaluating the cost-effectiveness of existing needle and syringe programmes in preventing hepatitis C transmission in people who inject drugs', *Addiction*, 114 (3), 560-570.

45 Jarum suntik ruang kosong rendah mengurangi risiko penularan HIV dan HCV karena berkurangnya ruang di dalam jarum suntik tempat cairan dapat tetap berada setelah pendorong ditekan sepenuhnya. Ruang yang berkurang ini menentukan jumlah darah yang dapat ditransfer dari satu orang ke orang lain saat jarum digunakan bersama. Untuk informasi lebih lanjut tentang ini, lihat Csák, R., (2023), [Low dead space syringes: Analysis and benefits for people who inject drugs](#), Harm Reduction International, London

46 Hancock, E., et al., (2020), 'Detachable low dead space syringes for the prevention of hepatitis C among people who inject drugs in Bristol, UK: an economic evaluation', *Addiction*, 115 (4), 702-713.

47 Nguyen, T.Q., et al. (2014), 'Syringe exchange in the United States: a national level economic evaluation of hypothetical increases in investment', *AIDS and Behavior*, 18, 2144-2155.

48 Wilson, D. P., (2018), Needle-syringe programs are cost-effective in Eastern Europe and Central Asia: data synthesis, modeling, and economics for nine case-study countries, Optima Consortium for Decision Science.

49 Naning, H., et al., (2014), Return on investment and cost-effectiveness of harm reduction program in Malaysia, University of Malaya, Kirby Institute and World Bank.

50 Zhang, L., (2011), 'Needle and syringe programs in Yunnan, China yield health and financial return', BMC Public Health, 11, 1-11.

51 Untuk informasi lebih lanjut tentang ketersediaan nalokson di dunia, lihat [HRI's The Global State of Harm Reduction](#).

52 Townsend, T., et al., (2020), 'Cost-effectiveness analysis of alternative naloxone distribution strategies: First responder and lay distribution in the United States', International Journal of Drug Policy, 75, 102536.

53 Acharya, M., et al., (2020), 'Cost-effectiveness of intranasal naloxone distribution to high-risk prescription opioid users', Value in Health, 23 (4), 451-460.

54 Nielsen, S., (2022), 'The cost and impact of distributing naloxone to people who are prescribed opioids to prevent opioid related deaths: findings from a modelling study', Addiction, 117 (4), 1009-1019.

55 Untuk informasi lebih lanjut tentang Raung Konsumis Napza di seluruh dunia, lihat [HRI's The Global State of Harm Reduction](#).

56 Jozaghi, E. and Vancouver Area Network of Drug Users, (2014), 'A cost-benefit/cost-effectiveness analysis of an unsanctioned supervised smoking facility in the Downtown Eastside of Vancouver, Canada', Harm Reduction Journal, 11, 1-8.

57 Hood, J. E., et al., (2019), 'The projected costs and benefits of a supervised injection facility in Seattle, WA, USA', International Journal of Drug Policy, 67, 9-18.

58 Armbrecht, E., et al., (2021), Supervised Injection Facilities and Other Supervised Consumption Sites: Effectiveness and Value; Final Evidence Report, Institute for Clinical and Economic Review, Boston.

59 Dukungan yang lebih luas ini mencakup distribusi kondom, pendidikan pengurangan bahaya, dan rujukan perawatan kesehatan.

60 Saraswati, L. R., et al., (2023), 'Infections averted by a comprehensive HIV prevention intervention and its cost-effectiveness: a prospective cohort study of persons who inject drugs in Delhi, India', Journal of Development Effectiveness, 15 (1), 77-90

61 Naning, H., et al., (2014), Return on investment and cost-effectiveness of harm reduction program in Malaysia, University of Malaya, Kirby Institute and World Bank.

62 Ni, M. J., et al., (2012), 'Net financial benefits of averting HIV infections among people who inject drugs in Urumqi, Xinjiang, Peoples Republic of China (2005–2010)', BMC Public Health, 12, 1-7.

63 Valenzuela-Lara, M., (2019), 'Impact of funding harm reduction programs for people who inject drugs in Mexico', Salud Mental, 42 (4), 157-163.

64 Mabileau, G. et al., (2018), 'Intervention packages to reduce the impact of HIV and HCV infections among people

who inject drugs in Eastern Europe and Central Asia: a modelling and cost-effectiveness study', Open Forum Infectious Diseases, 5 (3), 40.

65 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 modelling', Public Health Research, 5 (5), 1-118.

66 Cook, C., (2017), Harm reduction investments in the European Union: Current spending, challenges and successes, Harm Reduction International, London

67 Open Society Foundations Public Health Program, (2017), Lost in Transition: Three Case studies of Global Fund withdrawal in South Eastern Europe, OSF, New York.

68 Kumaranayake, L., et al., (2004), 'The cost-effectiveness of HIV preventive measures among injecting drug users in Svetlogorsk, Belarus', Addiction, 99 (12), 1565-1576.

69 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) 78.

70 Lihat www.investinjustice.net.

71 Mariner, J. and Schleifer, R., (2013), 'The right to health in prison' in Zuniga, J., Marks, P. and Gostin, L. (eds), Advancing the Human Right to Health, 291-304.

72 Rumah Cemara and Harm Reduction International, (2023), Benefits of health approaches in drug control, HRI, London (unpublished).

73 Ritter, A., et al., (2024), Monograph N o 36: The Australian 'drug budget': Government drug policy expenditure 2021/22, University New South Wales Social Policy Research Centre, Sydney.

74 Tran, A. D., Weatherburn, D. and Poynton, S., (2023), 'The savings associated with decriminalization of drug use in New South Wales, Australia: A comparison of four drug policies', Journal of Substance Use and Addiction Treatment, 149, 208983.

75 Ward, Z., et al., (2022), 'Costs and impact on HIV transmission of a switch from a criminalisation to a public health approach to injecting drug use in eastern Europe and central Asia: a modelling analysis', The Lancet HIV, 9 (1), e42-e53.

76 Csete, J., et al., (2016), 'Public health and international drug policy', The Lancet, 387 (10026), 1427-1480.

77 Murkin, G., (13 May 2021), 'Drug Decriminalisation in Portugal: setting the record straight' [online blog, accessed August 2024], Transform Drug Policy Foundation, Bristol, UK.

78 Ibid.

79 Cook, C., et al., (2016), The Case for a Harm Reduction Decade: Progress, potential and paradigm shifts, Harm Reduction International, London.

80 Cook, C., Lines, R. and Wilson, D. P., (2016), 'A no brainer for ending AIDS: the case for a harm reduction decade', Journal of International AIDS Society, Volume 19, Issue 1.

MENGEMAS PERKARA INVESTASI: BUKTI EKONOMI UNTUK PENGURANGAN DAMPAK BURUK NAPZA (PEMBARUAN TAHUN 2024)



**HARM REDUCTION
INTERNATIONAL**