

HATIP 77: Menurunkan ambang batas – apakah ada alasan untuk meninjau kembali kriteria kelayakan untuk ART?

Oleh: Theo Smart, 1 November 2006

“Ini adalah indikasi yang sekarang berlaku untuk terapi antiretroviral (ART) di Botswana – apabila kita bertanya pada salah satu petugas layanan kesehatan kami, mereka akan mengatakan: ‘CD4 harus kurang dari 200, mereka harus sudah dengan kondisi terdefinisi AIDS.’ Hal ini dikatakan oleh Dr. Tendani Gaolathe dari Botswana Harvard Partnership and the Princess Marina Hospital di Gaborone, dalam International Conference on HIV pada Oktober 2006 di Botswana.

“Tetapi apabila kami mengatakan di Botswana bahwa kami sudah memberi [dalam hal penyediaan pengobatan untuk warga mereka], apa yang menjadi pertimbangan bagi Botswana di masa yang akan datang? Pedoman Badan Kesehatan dan Layanan Masyarakat AS (US Department of Health and Human Services/US DHHS) mengatakan bahwa orang dengan jumlah CD4 kurang lebih 350 harus dipertimbangkan untuk terapi. Apabila kita mempertimbangkan kemungkinan untuk meningkatkan batasan jumlah CD4 untuk memulai terapi menjadi 350? Apakah kita memikirkan bahwa kita sedang mengarah ke sana atau kita sudah siap?”

Dr. Gaolathe mengangkat masalah ini sebagai bahan diskusi di konferensi HIV di Botswana baru-baru ini – bukan karena perubahan kelayakan untuk memulai ART akan segera dilakukan di Botswana. Walaupun kurang lebih 70-85% Odha di negara tersebut saat ini memakai ART, Botswana tetap menghadapi tantangan berat untuk menentukan dan memberi layanan untuk orang yang saat ini memenuhi kriteria untuk perawatan, serta juga tugas untuk meningkatkan kapasitas pengobatan untuk menangani puluhan ribu lagi warga Botswana dengan HIV yang mungkin akan berlanjut ke titik yang membutuhkan pengobatan setiap tahun. Namun harus diakui, tidak serupa dengan negara lain, Botswana sudah mencapai angka terbanyak pada mereka yang paling berisiko sakit dan kematian, dan hanya ada dua tempat ART di negara tersebut yang saat ini memiliki daftar tunggu.

Kriteria kelayakan pada ART di Botswana adalah serupa dengan saran WHO yang berlaku saat ini, tentang kapan memulai pengobatan (lihat situs terkait). Walaupun demikian, baru sekarang, pedoman WHO bergantung hanya pada kriteria klinis (penyakit WHO stadium III atau IV). Penggunaan kriteria klinis memungkinkan pemberian ART pada negara yang paling sedikit sumber daya di dunia. Bahkan di Malawi, negara dengan GDP (PDB/Pendapatan Domestik Bruto) terendah di dunia, sudah menempatkan 40.000 orang pada pengobatan dalam dua tahun terakhir dengan memakai pendekatan kesehatan masyarakat yang “sederhana” – tanpa banyak tergantung pada pemantauan CD4.

Tetapi, penelitian menunjukkan bawah bergantung pada gejala klinis dapat melewatkan hingga 50% Odha tanpa gejala dengan sistem kekebalan yang sangat rendah (jumlah CD4 di bawah 200) yang kapan saja dapat mengembangkan penyakit terdefinisi AIDS yang mematikan. Oleh karena itu banyak negara terbatas sumber daya sekarang mulai melakukan pemantauan CD4, pedoman WHO sudah menempatkan lebih banyak penekanan agar memakai jumlah CD4 apabila tersedia, sebagai tambahan terhadap kriteria klinis.

Kapasitas laboratorium di negara-negara sudah meningkat secara dramatis berkat dukungan dari DFID, Global Fund dan PEPFAR serta rekanan donor lain hingga jumlah CD4 tersedia secara lebih luas, dan bahkan pemantauan viral load sudah akan dimungkinkan.

Di rangkaian ini, dengan peningkatan jangkauan ART dan kapasitas laboratorium, adalah wajar untuk beberapa pihak menanyakan apakah kriteria kelayakan perlu disesuaikan, sekali lagi tentunya agar lebih sesuai dengan perawatan baku yang ditawarkan di sebagian besar negara di Eropa dan AS.

Kenyataannya, berbagai penelitian yang diterbitkan dan/atau dipresentasikan di konferensi tahun lalu mengusulkan untuk menyesuaikan batasan CD4 menjadi 350 atau memasukan jumlah viral load sebagai faktor untuk menentukan prognosis pasien (dan kemampuan untuk menularkan HIV) mungkin berpotensi meningkatkan hasil pada Odha dan lebih murah di rangkaian terbatas sumber daya. Lebih lanjut, hal ini bahkan akan menghasilkan penurunan penularan HIV secara dramatis di tingkat masyarakat – penurunan prevalensi HIV yang terlihat pada model tidak dapat dicapai hanya dengan mengobati mereka yang sudah berpenyakit HIV berat.

HATIP 77: Menurunkan ambang batas – apakah ada alasan untuk meninjau kembali kriteria kelayakan untuk ART?

Mencontoh penghematan biaya WHO atau pedoman DHHS AS di Afrika Selatan

Salah satu kunci dipresentasikan di World AIDS Conference di Toronto, Kanada oleh Dr. Peter Mazonson, pendiri Mosaic, sebuah perusahaan konsultan khusus perawatan kesehatan dan hasil penelitian. Dikembangkan bersama-sama dengan klinik HIV di Afrika Selatan dan ahli ekonomi terkemuka di dunia HIV (termasuk Dr. Osman Ebrahim dari klinik Brenthurst di Johannesburg, Dr. Ian Sanne dari Universitas Witwatersrand, Dr. Nick Hellman dari Gates Foundation dan Dr. Gillian Sanders dari Duke Clinical Research Institute). Tujuan utama penelitian Mosaic adalah untuk mencontoh penghematan biaya dengan memakai pedoman WHO untuk memulai ART dibandingkan penghematan biaya dengan gabungan pedoman dengan tiga perubahan besar yang menjadikannya lebih serupa dengan praktek klinis di AS.

1. Memulai ART dengan jumlah CD4 350 bukan 200
2. Memulai ART bila viral load di atas 100.000 (viral load tidak termasuk dalam pedoman WHO)
3. Melakukan tes jumlah viral load dan CD4 setiap tiga bulan sebagai ganti pedoman WHO yang hanya menyarankan tes CD4 setiap enam bulan

Penelitian ini memakai model Markov yang menggabungkan penularan HIV, dengan kata lain, model ini tidak hanya mengamati penghematan biaya untuk indeks pasien, tetapi juga untuk siapa saja yang berdasarkan indeks pasien dapat menularkan virus. Para peneliti memilih populasi yang baru memulai ART adalah Odha dewasa heteroseks yang belum pernah diobati (naif pengobatan) berusia antara 15 dan 49 tahun, tinggal di Afrika Selatan. Model ini memakai data biaya di Afrika Selatan pada 2005 yang dinyatakan dalam dolar AS.

Penelitian ini mengkaji sejumlah hasil yang mungkin terjadi, termasuk *quality-adjusted life-years* (QALY), biaya medis langsung untuk menyediakan ART, biaya tidak langsung, peningkatan biaya QALY, hasil klinis pada pasien indeks dan orang lain yang mungkin mampu menularkan HIV. Terakhir, para peneliti melakukan ‘analisis dampak anggaran’ yang menilai dampak ekonomi bagi Afrika Selatan selama lima tahun dan seumur hidup apabila pedoman WHO tidak diganti dengan pedoman gabungan.

Pada model ini, Odha yang belum diobati dapat memulai pada atau mengalih pada stadium penyakit HIV tertentu (mulai dengan CD4 di atas 350, ke penyakit stadium lanjut atau kematian). Apabila sudah memakai ART, Odha yang dapat pindah antara berbagai stadium tanggapan, dari penekanan virologi, kegagalan karena toksisitas, atau kegagalan virologi baik waktu mulai maupun setelah beberapa waktu, dan, setelah kehabisan pilihan pengobatan, kembali ke pengembangan penyakit dan kematian.

Data alami pada awal yang dipakai oleh model ini diambil dari laporan (dan data yang tidak diterbitkan) dari Dr. Bertran Auvert dari ANRS Prancis, yang beberapa tahun lalu melakukan penelitian lintas seksi yang menilai perilaku seks, status HIV, jumlah CD4 dan viral load di antara sampel secara acak dari kurang lebih 1.000 laki-laki dan perempuan dari kota kecil dekat Johannesburg. Penelitian ini menyimpulkan bahwa, bila memakai pedoman WHO, hanya kurang lebih 9,5% Odha dalam sampel ini yang memenuhi kriteria untuk pengobatan dan dampak pada penurunan penularan HIV melalui hubungan seks adalah kecil. Tetapi, apabila pedoman DHHS digunakan, kurang lebih 56% kohort yang terinfeksi memenuhi kriteria untuk pengobatan – dan penularan HIV melalui hubungan seks menurun sebanyak 72%.

Pengobatan dalam model Mosaic adalah sama dengan yang disarankan dalam pedoman WHO saat ini (lini pertama: nevirapine atau efavirenz dikombinasikan dengan d4T/3TC dengan AZT sebagai pengganti bila terjadi toksisitas d4T; lini kedua: Kaletra plus tenofovir/ddI dll...). Model ini juga memperkirakan kemungkinan mencapai penurunan penekanan virologi setelah rejimen lini pertama, kecuali kegagalan tersebut karena toksisitas. Kegagalan pengobatan berdasarkan pedoman WHO didefinisikan sebagai penurunan jumlah CD4 sebanyak 50% di bawah angka tertinggi, atau jumlah CD4 kurang dari 200, sementara pedoman gabungan mempertimbangkan kegagalan pengobatan sebagai viral load di atas 400 (mencatat bahwa hal ini mungkin karena definisi kegagalan yang lebih berat ketika, karena paling tidak, hanya ada dua pedoman pengobatan yang tersedia).

Model ini memperkirakan bahwa tingkat penularan tergantung pada jenis kelamin pasien yang terinfeksi, jumlah pasangan seks mereka dan viral load. Sebagaimana ditunjukkan dari berbagai penelitian,

HATIP 77: Menurunkan ambang batas – apakah ada alasan untuk meninjau kembali kriteria kelayakan untuk ART?

penurunan viral load mengurangi risiko penularan HIV. Tetapi, model ini tidak memperhitungkan faktor perubahan perilaku yang terjadi sebagai hasil tes dan konseling – atau karena memakai pengobatan (data baru memberi kesan bahwa memakai ART sesungguhnya terkait dengan penurunan perilaku berisiko secara seksual di antara warga Uganda, lihat

<http://www.aidsmap.com/en/news/6F55C5E7-4896-4C74-BBDC-DE412BE9064E.asp>).

Hasil kunci

Apabila hanya mengamati pasien indeks saja, selama hidupnya, biaya pengobatan lebih besar secara bermakna dengan memakai pedoman gabungan dibandingkan dengan pedoman WHO saat ini yaitu tiga banding lima– tetapi keuntungannya adalah bahwa orang dapat hidup lebih lama, dengan peningkatan QALY sebanyak 2,09 pada model ini (lihat Tabel A).

TABEL A

Strategi	Biaya selama hidup (dolar AS)	Peningkatan biaya (dolar AS)	QALY (tahun)	Peningkatan QALY
Hanya untuk pasien indeks saja				
Pedoman WHO saat ini	12.354		10,98	
Pedoman gabungan	22.677	10.323	13,07	2,09
Untuk pasien indeks dan pasangan seksnya				
Pedoman WHO saat ini	13.630		9,14	
Pedoman gabungan	25.856	12.226	12,30	3,16

Apabila peningkatan biaya hanya dinyatakan sebagai rasio QALY, biaya per QALY mencapai 4.939 dolar AS, yang di Afrika Selatan berarti hasil biaya efektif/ hemat. (Berdasarkan laporan pada 2001, WHO mendefinisikan segala intervensi yang biaya per QALY-nya adalah kurang dari GDP per kapita sebagai sangat efektif biaya; dan pada 2005, GDP per kapita adalah 4.900 dolar AS di Afrika Selatan.)

Apabila analisis memasukan dampak penularan (apabila pasien indeks dan orang lain yang mampu menularkan virus disertakan), biaya pengobatan akan semakin meningkat, tetapi keefektifannya juga akan meningkat. Akibatnya rasio peningkatan biaya efektif (*incremental cost effective ratio/ICER*) atau biaya per QALY akan turun menjadi 3.869 dolar AS.

Kemudian para peneliti memisahkan biaya relatif dan kontribusi dari masing-masing di antara ketiga perubahan dalam pedoman gabungan (lihat Tabel B).

TABEL B

Faktor apa yang mengendalikan hasil ini?

Kasus dasar (dengan penularan)

	ICER (/QALY)	% kontribusi terhadap efektivitas	% kontribusi terhadap biaya
Dampak memulai ART dengan CD4 <350	\$1.254	51%	27%
Dampak apabila hanya melakukan tes viral load	\$3.700	41%	65%
Dampak apabila melakukan tes CD4 setiap tiga bulan	\$2.576	8%	8%

“Kurang lebih separuh manfaat yang dihasilkan model ini hanya dengan mengubah ambang batas CD4 dari 200 menjadi 350 dan separuh sisanya adalah dari viral load dan dengan tes yang lebih sering,” dikatakan Dr. Mazonson. “Tetapi... peningkatan ICER semuanya kurang dari 4.000 dolar AS dan sekali lagi hal ini dianggap sebagai hasil yang sangat efektif biaya.”

Tetapi ada dampak ekonomi yang bermakna di Afrika Selatan, apabila kita mengganti pedoman WHO dengan pedoman gabungan. Dalam analisis lima tahun, mengobati pasien dengan pedoman gabungan akan meningkatkan biaya langsung sebanyak 13 miliar dolar AS tetapi akan menghasilkan penurunan

HATIP 77: Menurunkan ambang batas – apakah ada alasan untuk meninjau kembali kriteria kelayakan untuk ART?

kematian sebanyak 400.000, penurunan satu juta kasus AIDS dan penurunan 320.000 kasus kejadian HIV.

Tetapi, model ini juga berhubungan dengan analisis biaya tidak langsung dengan kematian terkait AIDS pada pasien indeks. Biaya tidak langsung dihitung per pasien dengan memakai pendapatan per kapita di Afrika Selatan dikalikan dengan selisih tahun kehidupan yang hilang pada mereka yang diobati berdasarkan pedoman WHO dibandingkan dengan pedoman gabungan.

“Sekarang, beberapa orang mungkin berpendapat bahwa analisis biaya tidak langsung di rangkaian negara berkembang tidak masuk akal karena begitu banyak pengangguran,” dikatakan Dr. Mazonson, “tetapi dengan mengamati rata-rata GDP per kapita, kami hanya mengamati produktivitas rata-rata per karyawan dalam ekonomi tersebut, dengan memperhitungkan siapa yang bekerja dan siapa tidak.”

Selama 38 tahun masa hidup model yang memakai pedoman gabungan membutuhkan biaya medis langsung sejumlah 62 miliar dolar AS lebih banyak, tetapi penghematan biaya tidak langsung adalah kurang lebih 123 milyar dolar AS, dengan total penghematan kurang lebih 61 miliar dolar AS. Model ini mengindikasikan banyaknya beban keuangan yang akan dirasakan dalam lima hingga sepuluh tahun pertama.

“Saya kira Anda akan mengatakan, akan ada 62 miliar dolar AS beban keuangan jangka pendek untuk keuntungan jangka panjang yang sesungguhnya sudah terjadi di negara maju tempat di mana kami mampu mengubah hal ini menjadi penyakit kronis,” dikatakan Dr. Mazonson.

“Tetapi walaupun tidak memperhitungkan biaya tidak langsung, hasil yang kami peroleh dengan memakai pedoman gabungan sangat efektif biaya. Lebih lanjut apabila kita mengamati masing-masing dari ketiga unsur yang diubah secara terpisah, mereka sendiri sudah efektif biaya. Dan pada kenyataannya, apabila kita akan memulai ini selama 38 tahun masa hidup model tersebut di seluruh wilayah Afrika Selatan, kita akan menghemat banyak uang apabila kita memperhitungkan biaya tidak langsung. Maka kami berpendapat bahwa hal ini juga penting bukan hanya di Afrika Selatan – tetapi juga dapat diterapkan di negara berpendapatan menengah ke atas,” Dr. Mazonson menyimpulkan.

Penelitian pendukung

Beberapa tulisan lain yang secara khusus mengamati penggunaan batasan CD4 yang lebih tinggi atau mungkin peranan jumlah viral load di rangkaian Afrika sub-Sahara mendukung beberapa temuan penelitian Mosaic.

Misalnya, laporan baru oleh Badri dkk juga memakai model Markov untuk menentukan penghematan biaya apabila tidak diobati atau memakai batasan jumlah CD4 yang berbeda (<200, 200-350 dan >350) memakai hasil pengobatan primer, memanfaatkan layanan perawatan kesehatan dan data biaya (Januari 2004 harga lokal; 1 dollar AS = 7,6 Rand) diambil dari kohort AIDS di Cape Town. Penelitian ini sangat kurang konservatif dibandingkan penelitian Mosaic waktu menghitung efektivitas ART).

Dalam model ini, perkiraan harapan hidup dengan ART rata-rata lebih dari tiga kali lipat (dari kurang lebih enam tahun hingga yang tertinggi 23 tahun apabila pengobatan dimulai lebih dini). Perkiraan harapan hidup yang jauh lebih lama dalam penelitian ini meningkatkan biaya pengobatan sepanjang hidup secara bermakna, tetapi para peneliti menyimpulkan bahwa “menunda pengobatan sampai <200 mungkin mengurangi biaya pengobatan rata-rata, tetapi hal ini harus diimbangi dengan manfaat klinis yang bermakna dengan terapi lebih dini.” Mengomentari penelitian ini, Dr. Mazonson menunjukkan bahwa penelitian ini juga tidak mempertimbangkan biaya tidak langsung, atau manfaat terkait dengan penurunan penularan.

Sementara itu, penelitian baru oleh Bogaards dkk menyimpulkan bahwa tes viral load dapat mencapai pembagian ART yang lebih efisien pada pasien dengan jumlah CD4 “menengah” (di atas 200) di rangkaian berbasis masyarakat di Afrika sub-Sahara – walaupun tidak di rangkaian berbasis rumah sakit tempat orang datang dengan penyakit yang lebih lanjut. Dalam penelitian ini, di rangkaian berbasis masyarakat, kurang dari 15% pasien dengan infeksi HIV dan jumlah CD4 di bawah 200 (dibandingkan dengan 53% pasien dengan HIV di rangkaian berbasis rumah sakit di Afrika Barat). Tetapi, hanya 23%

HATIP 77: Menurunkan ambang batas – apakah ada alasan untuk meninjau kembali kriteria kelayakan untuk ART?

pasien Odha di rangkaian berbasis masyarakat mempunyai tingkat viral load di bawah 10.000, dan 40% mempunyai tingkat viral load di atas 100.000.

Penelitian ini kemudian menghitung risiko AIDS pasien secara kumulatif dalam setahun berdasarkan data yang diambil dari kohort penelitian Odha di Amsterdam sebelum memakai ART. Odha dengan jumlah CD4 di bawah 200, tentunya lebih berisiko mengembangkan gejala terdefinisi AIDS di kedua rangkaian, dan viral load tidak banyak menambah nilai prediktif di rangkaian rumah sakit.

Tetapi, di rangkaian berbasis masyarakat, tempat Odha dengan jumlah CD4 lebih tinggi, para peneliti memutuskan bahwa memakai viral load tinggi daripada jumlah CD4 untuk memilih siapa yang harus menerima ART akan menghasilkan penurunan kejadian AIDS dalam setahun yang lebih besar – walaupun sama pentingnya dengan jumlah orang yang akan menerima pengobatan - sehingga meningkatkan efisiensi pengobatan. Memakai kriteria gabungan untuk memulai pengobatan, berdasarkan CD4 di bawah 200 dan viral load di atas 300.000, lebih meningkatkan efisiensi ART. “Untuk mencapai penurunan kejadian AIDS dalam setahun yang sebanding dengan hanya mengandalkan jumlah CD4, semua pasien dengan CD4 di bawah 500 seharusnya sudah memulai ART. Strategi semacam ini akan menghasilkan tingkat penanganan ART sebanyak kurang lebih 50%” [dibandingkan dengan 32% bila memakai kriteria gabungan], Bogaard dan rekan menulis.

Tetapi, mereka juga menambahkan: “apakah strategi berdasarkan viral load dapat menarik dari sudut pandang ekonomi akan membutuhkan analisis biaya efektif secara seksama.”

Batasan, kritik dan klinik yang penuh sesak

Pada tingkat tertentu, penelitian Mosaic mungkin sudah menyediakan sebagian analisis ini. Tetapi, penelitian ini tidak mungkin memperhitungkan semua biaya untuk meningkatkan skrining dan pengobatan hingga ke tingkat pengobatan secara menyeluruh.

Misalnya, biaya menyediakan pengobatan melalui prasarana mungkin relatif murah, tetapi begitu prasarana ini sudah dipakai sepenuhnya, biaya pengembangannya akan meningkatkan biaya perawatan secara bermakna. Fasilitas laboratorium dan pengobatan perlu dibangun, sering di daerah pedalaman. Petugas layanan kesehatan yang perlu ditempatkan di fasilitas kesehatan ini harus didatangkan dari tempat lain – dan dilatih. Jutaan Odha tanpa gejala harus ditentukan dan diskruining. Logistik, biaya rantai persediaan dan pengendalian mutu dapat bertumbuh secara dramatis.

Keuntungan dari pedoman WHO yang disederhanakan adalah bahwa pedoman tersebut dapat dipertimbangkan hingga ke tingkat kesehatan primer – sementara memakai pendekatan gabungan di tingkat perawatan primer mungkin lebih sulit secara bermakna. Setelah presentasinya, Dr. Mazonson diminta untuk membahas hal ini.

“Pedoman WHO mungkin ‘dapat dipertimbangkan’ tetapi salah satu titik kunci yang kita dapatkan adalah bahwa kita tidak sampai pada komponen penularan berdasarkan jumlah CD4. Karena orang yang paling sakit, sesungguhnya tidak banyak menularkan penyakitnya karena tidak terlalu aktif secara seksual. Sebenarnya, orang dengan viral load tinggi yang semuanya kita lewatkan. Oleh karena itu, pada dasarnya program ‘3 by 5’ masuk akal dari sudut pandang keadilan untuk mengobati yang paling sakit terlebih dahulu. Tetapi dalam hal mendapatkan penghematan secara ekonomis dalam penanganan penyakit, kita tidak akan pernah melakukannya karena kita seolah-olah ‘memelihara yang di dasar’. Di tingkat atas kita tetap memutar penyakit dan tetap menciptakan penularan secara terus-menerus dan lebih banyak yang tidak akan kita ketahui kecuali kita memantau viral load.”

Namun, paling tidak satu penelitian lain yang dilakukan oleh Baggaley dkk menyimpulkan bahwa ART terbatas dalam dampak pada penularan. Beberapa kesimpulan dari laporan ini sebagian adalah hasil dari perkiraan yang kurang jelas tentang kemanjuran pengobatan, kemungkinan pengembangan resistansi pengembangan dan/ atau menularkan, dan kemampuan negara-negara di Afrika untuk meningkatkannya. “Kenyataannya, program peningkatan tampaknya membahayakan mutu, berarti tingkat mangkir dan mortalitas yang lebih tinggi serta kegagalan pengobatan, menghilangkan dampak manfaat ART dan meningkatkan tingkat kejadian resistansi terhadap obat,” Baggaley menulis.

HATIP 77: Menurunkan ambang batas – apakah ada alasan untuk meninjau kembali kriteria kelayakan untuk ART?

Sejauh ini, ada sedikit data tentang program ART di Afrika untuk mendukung prediksi yang lebih pesimistis. Tetapi, laporan ini mengangkat sedikitnya satu pokok penting: bahwa cakupan program ART mungkin perlu diperbanyak sehingga mempunyai dampak yang bermakna terhadap penularan HIV di tingkat masyarakat.

Dan untuk mendekati pengobatan secara menyeluruh tidak hanya memerlukan dana di muka, tetapi juga membutuhkan tekad secara politis yang sangat jauh tertinggal di negara yang dinilai dalam laporan Mosaic. Dalam sesi diskusi setelah presentasi Dr. Mazonson, salah satu peserta menanyakan apakah hasilnya dipresentasikan kepada pemerintah Afrika Selatan, dan apakah sudah ditanggapi.

“Jawabannya adalah tidak,” dikatakan Dr. Mazonson, “tetapi kami sangat ingin melakukannya.”

Ironisnya tentu saja bahwa sementara Dr. Mazonson sedang mempresentasikan penelitian ini, pameran Afrika Selatan di World AIDS Conference memamerkan keranjang jeruk lemon, bit, kentang Afrika dan bawang putih yang oleh Menteri Kesehatan diusulkan sebagai pilihan yang sama baiknya untuk pengobatan HIV (lihat: <http://www.health-e.org.za/news/article.php?uid=20031487>).

Walaupun Afrika Selatan menerapkan pedoman yang serupa dengan pedoman gabungan atau beberapa aspeknya, misalnya batasan CD4 yang lebih tinggi untuk memulai pengobatan, akan ada perubahan besar dalam pemerintahan untuk mencapai penjangkauan yang mendekati kebutuhan model Mosaic. Contohnya viral load, program di Afrika Selatan saat ini hanya membiayai tes setelah jumlah CD4 seseorang turun di bawah 200.

Dari sisi lain, Botswana mempunyai kepemimpinan yang semakin berkembang pesat– dan mungkin lama-kelamaan, kapasitas untuk menunjukkan ketepatan prediksi penelitian Mosaic. Bagaimanapun juga, baru-baru ini data sudah menunjukkan bahwa program ARV pemerintah sudah mengarah pada penurunan angka mortalitas orang dewasa secara nasional (lihat <http://www.aidsmap.com/en/news/FA96D301-87C5-43E5-BB63-6F6921A12F7A.asp>)

“Pada analisis akhir, mereka akan mengatakannya [mengubah batasan CD4 menjadi 350] adalah mahal, tetapi dengan ungkapan yang sama, semua ini pada akhirnya akan berakhir pada pengobatan,” dikatakan oleh Dr. Gaolathe pada konferensi di Botswana.

Lebih lanjut, mungkin ada kebutuhan yang lebih mendesak untuk pengobatan dibandingkan perkiraan sebelumnya. Data saat ini menunjukkan bahwa Odha dengan CD4 200-350 lebih cenderung meninggal atau mengembangkan penyakit berat dibandingkan Odha dengan CD4 di atas 200 di Inggris atau Amerika. <http://www.aidsmap.com/en/news/37AEC801-171D-4C0F-B95F-413F922CE4CD.asp>.

Dalam penelitian di Afrika Selatan tersebut, 52% orang yang dipantau setelah HIV diagnosis di Cape Town HIV Cohort meninggal sebelum mereka mencapai penyakit WHO stadium 4 (AIDS), dan penelitian tersebut menemukan bahwa pasien di Afrika Selatan dengan jumlah CD4 antara 200 dan 350 dengan penyakit WHO stadium 3 adalah 1,9 kali lebih mungkin meninggal selama rata-rata 16 bulan masa tindak lanjut dibandingkan pasangannya dari kohort penelitian di negara berpendapatan tinggi, kemungkinan karena tingkat TB yang tinggi.

Tetapi, tidak setiap ahli yang hadir dalam pertemuan di Botswana sependapat untuk menyarankan langkah ini.

“Kita harus berhenti pembicaraan apapun sejauh memberi ART pada 350. Saya berpendapat hal ini tidak akan terjadi di Inggris. Tidak boleh terjadi di sini,” dikatakan oleh Dr. Brian Gazzard dari Chelsea Westminster.

Justru, pedoman BHIVA di Inggris tidak menjadi kumpulan rekomendasi untuk pengobatan Odha dengan CD4 di bawah 350. Tetapi, mereka menyarankan agar melakukan sesuatu yang mendekati apa yang diteliti oleh Bogaards dkk. Dalam kisaran CD4 200 hingga 350, Odha dengan viral load di atas 100.000 atau jumlah CD4 turun sebanyak lebih dari 80 sel per tahun dapat dipertimbangkan untuk intervensi lebih dini. Kenyataannya, tanda penurunan dalam jumlah CD4 dalam kisaran ini dapat dipakai sebagai pilihan untuk jumlah viral load apabila kapasitas ini belum tersedia, atau terlalu mahal untuk dipakai secara rutin.

Tetapi, setiap langkah yang dilakukan di Botswana atau negara lain yang menuju pada pengembangan jumlah orang yang memenuhi kriteria untuk ART tidak boleh merugikan orang yang sekarang sudah

HATIP 77: Menurunkan ambang batas – apakah ada alasan untuk meninjau kembali kriteria kelayakan untuk ART?

memakai ART. Ada kebenaran pada kekhawatiran bahwa peningkatan yang terlalu cepat akan mengakibatkan penurunan pada mutu layanan. Sebagian besar negara mungkin pertama-tama perlu berfokus pada perampingan penatalaksanaan pasien dan desentralisasi perawatan untuk mencegah klinik menjadi terlalu sesak dan mempertahankan mutu layanan.

Referensi

Auvert B et al. Can highly active antiretroviral therapy reduce the spread of HIV?: a study in a township of South Africa. *JAIDS* 36(1), 613-621, 2004.

Bunnell, R et al. Changes in sexual behavior and risk of HIV transmission after antiretroviral therapy and prevention interventions in rural Uganda. *AIDS*: 20(1), 85-92, 2006.

Macroeconomics and Health Investing for Economic Development: Report of the Commission on Macroeconomics and Health; World Health Organisation, 2001.

Badri M et al. When to initiate highly active antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa? A South African cost-effectiveness study. *Antivir Ther*;11(1):63-72, 2006.

Bogaards JA et al. Plasma HIV-1 RNA to guide patient selection for antiretroviral therapy in resource-poor settings: efficiency related to active case finding. *JAIDS* 41(2), 232-237, 2006.

Baggaley RF, Garnett GP, Ferguson NM. Modelling the impact of antiretroviral use in resource-poor settings. *PLoS Med* 3(4): e124, 2006.

Mazonson P et al. Cost effectiveness of initiating and monitoring HAART based on WHO versus US DHHS guidelines in the developing world. Sixteenth World AIDS Conference, Toronto, abstract TuD0201, 2006.

Artikel asli: Lowering the threshold - Is there a case for re-evaluating eligibility criteria for ART?

<http://www.aidsmap.com/cms1189187.asp>