

HATIP 117: Pengalaman pengalihan tugas

Oleh: Theo Smart, 9 September 2008

Hanya dalam kurun waktu beberapa tahun, hampir 300.000 orang dengan HIV sudah diberi ART di Etiopia dan Malawi – dua negara yang paling terdampak oleh krisis sumber daya manusia (SDM) bidang kesehatan. Beberapa orang mungkin berpendapat bahwa peningkatan yang demikian cepat hanya dapat terwujud dengan akibat mengorbankan layanan kesehatan umum yang lain. Namun Etiopia dan Malawi mencapai prestasi yang luar biasa ini dengan memakai dana HIV/AIDS dan dukungan teknis untuk meluncurkan perencanaan SDM bidang kesehatan secara bersemangat dan menyeluruh untuk memperkuat seluruh sektor kesehatan.

“Kami harus mengembangkan program tanpa mengorbankan layanan kesehatan lain,” dikatakan oleh Dr. Kelita Kamoto, ketua unit HIV/AIDS di Departemen Kesehatan Malawi dalam sebuah simposium tentang SDM pada Konferensi AIDS 2008. “Oleh karena itu dalam rancangan program tersebut, kami pun harus menghadapi krisis SDM bidang kesehatan.”

Menyampaikan topik yang sama dalam sebuah simposium lain, Menteri Kesehatan Etiopia, Dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus mengatakan kepada para peserta simposium bahwa, “Kebutuhan program yang khusus penyakit hanya dapat ditangani dengan memakai sistem kesehatan ... dan program yang satu tidak dapat muncul tanpa program yang lain, ... sehingga dana yang diperoleh dari PEPFAR, Global Fund to fight AIDS, TB and Malaria (GFATM), World Bank, kami memakainya untuk membangun pusat kesehatan.”

Beberapa presentasi pada HIV Implementers' Meeting 2008 dan Konferensi AIDS 2008 menjelaskan cara Malawi dan Etiopia merancang dan menerapkan strategi SDM mereka. Walau rencana mereka menerapkan pengalihan tugas, mereka memberi penekanan yang seimbang terhadap peningkatan suasana bekerja untuk mencari dan mempertahankan lebih banyak tenaga kerja serta mengembangkan kapasitas SDM baru di seluruh tingkatan. Program ujung tombak mereka berperan sebagai model untuk negara lain yang ingin menyediakan akses universal pada pencegahan, perawatan dan pengobatan HIV, tetapi sekaligus memperkuat kapasitas sistem kesehatan mereka untuk menyediakan layanan kesehatan lain yang penting.

Krisis tenaga kerja di Etiopia dan Malawi

Sekitar dua tahun lalu, sedikit negara mengalami krisis SDM bidang kesehatan yang lebih buruk dibandingkan Etiopia atau Malawi, berdasarkan angka WHO. Di Etiopia, hanya ada satu dokter untuk setiap 33.000 orang, dan satu perawat untuk setiap 5.000 orang. Di Malawi, hanya ada satu dokter per 50.000 orang, tetapi perawat sedikit lebih banyak, kurang lebih satu untuk setiap 1.700 orang. Sebagaimana di banyak negara, daerah pedesaan di negara tersebut lebih sulit mencari staf dibandingkan di daerah lain; tidak ada satu pun dokter di empat dari 27 distrik kesehatan di Malawi, tidak ada dokter di sepuluh rumah sakit distrik, dan kurang dari satu perawat per klinik di beberapa distrik. Namun dari seluruh masalah, yang lebih mengecewakan adalah bahwa Malawi memiliki hampir 800 perawat berijazah yang tinggal di Malawi tetapi memilih untuk tidak bekerja di sektor kesehatan.

Namun kedua negara tersebut telah meningkatkan program HIV mereka dalam waktu yang jauh lebih singkat dibandingkan banyak negara dengan sumber daya yang lebih baik.

Kunci keberhasilan peningkatan ART di Malawi dan Etiopia adalah peninjauan sistem kesehatan secara hati-hati dan jujur, termasuk penyebab kekurangan petugas kesehatan lokal, yang membantu mereka menemukan jalan keluar yang efektif.

“Akar masalahnya adalah investasi pelatihan atau penciptaan tenaga kerja yang tidak memadai,” dikatakan oleh Dr. Adhanom.

Dr. Kamoto menambahkan bahwa ketidakmampuan untuk memperkirakan SDM bidang kesehatan selama masa pembaruan kesehatan pada 1980-an dan 1990-an dan perubahan kebijakan secara struktural (sangat membatasi pengeluaran di sektor pemerintah untuk tujuan melunasi hutang internasional) turut dipersalahkan. Dia juga mencatat bahwa “HIV/AIDS merampas seluruh petugas kesehatan kami.” Pada kenyataannya, kematian merupakan satu-satunya penyebab kelangkaan yang terbesar di Malawi.

Negara dengan krisis SDM bidang kesehatan pada umumnya menghadapi hambatan lain untuk menyampaikan layanan kesehatan penting lain, menurut Bapak Meskele Lencha, wakil direktur jenderal HIV/AIDS Prevention and Control Office di Etiopia, yang berbicara pada sesi pleno tentang pengembangan kapasitas manusia dalam HIV Implementers' Meeting. "Perpaduan sumber daya profesional yang tidak sesuai di berbagai tingkat, perbedaan kompetensi di antara para dokter, tidak ada dorongan serta lingkungan kerja yang buruk – merupakan tantangan yang utama."

Dr. Kamoto menambah sedikit rincian lagi tentang faktor terkait dengan ketahanan yang lebih rendah pada petugas di sektor kesehatan. "Ada 'faktor pendorong' misalnya honor yang rendah, beban kerja yang tinggi, lemahnya pengawasan, perumahan yang tidak memadai, kekurangan persediaan, serta penatalaksanaan SDM yang lemah dan tidak menanggapi. Kemudian ada juga 'faktor penarik': migrasi ke luar negeri dan dinamika di dalam negeri, pertumbuhan peluang kerja di bidang penelitian, peluang kerja di LSM – khususnya HIV dan AIDS – serta juga di rumah sakit swasta," dia mengatakan.

Berdasarkan masalah mendapatkan staf, program yang berpusat pada dokter mustahil dilakukan baik di Etiopia maupun Malawi. "Apabila kami harus menunggu hingga kami memiliki cukup banyak dokter, kami tidak akan dapat memberi pengobatan pada 165.000 orang pada saat ini. Kami tetap akan menunggu, menunggu dan menunggu," dikatakan oleh Dr. Kamoto.

Dengan kata lain banyak orang yang sekarang memakai ART mungkin tidak sedang menunggu – mereka sudah meninggal.

Oleh karena itu kedua program harus menentukan cara terbaik dalam pembagian tugas untuk pencegahan, perawatan dan pengobatan HIV/AIDS bersamaan dengan layanan kesehatan dasar lain pada kader yang kurang terlatih – dan cara memantau mutu perawatan yang disediakan. Namun di saat yang sama, kedua program harus sekaligus mencari investasi untuk mengupah dan mengembangkan petugas perawatan kesehatan yang baru serta meningkatkan suasana kerja untuk mempertahankan staf.

Namun ketika dana pengobatan dan perawatan HIV pertama kali tersedia, sulit memakainya untuk menangani krisis SDM bidang kesehatan.

"Pada hibah ronde pertama, GFATM menolak memberi dana [untuk pengembangan SDM] kepada kami, tetapi kemudian pemerintah menyatakan krisis SDM, dengan Sekretaris Departemen Kesehatan mengumumkan bahwa sektor kesehatan sudah hancur," dikatakan oleh Dr. Kamoto.

Hal ini berubah pada 2004, setelah Dr. Peter Piot dari UNAIDS dan Sir Suma Chakrabarti, Sekretaris Department for International Development (DFID) Inggris mengunjungi Malawi dan melaporkan bahwa krisis kapasitas SDM bidang kesehatan di Malawi merupakan keadaan darurat yang membutuhkan tindakan khusus. Laporan tersebut berhasil menggulirkan dana GFATM dan DFID untuk mendukung penguatan sistem kesehatan di Malawi.

Model Malawi

"Keberhasilan peningkatan program ART di Malawi merupakan hasil dari perencanaan secara hati-hati berdasarkan kenyataan sektor kesehatan yang memakai pendekatan kesehatan publik dengan pengalihan tugas, bergabung dengan program kedaruratan SDM," dikatakan oleh Dr. Kamoto.

Pendekatan sektor pemerintah

Waktu program ART dimulai, jelas bahwa model perawatan HIV secara klinis – dengan dokter mempertimbangkan lebih dari satu rejimen ART, sering melakukan pemantauan laboratorium, dll. – mustahil dilakukan di Malawi. Oleh karena itu Malawi menerapkan pendekatan kesehatan masyarakat tentang ART yang sederhana yang dibakukan di seluruh negeri.

Penekanan program yang pertama adalah satu rejimen ART yang dibakukan, diberikan pada pasien yang memenuhi persyaratan, berdasarkan kriteria klinis bukan jumlah CD4, dengan sistem paket yang sederhana untuk menyediakan pengobatan. Segala hal yang terkait dengan program dibakukan, mulai dari penemuan kasus, pelatihan, pedoman, laporan, pengawasan dan pemantauan – dan karena seluruh penyedia perawatan (klinik pemerintah, organisasi keagamaan, LSM, sektor swasta) di Malawi dilibatkan

dalam pengembangan pendekatan tersebut, mereka semua menerimanya sebagai satu-satunya sistem nasional.

Pengalihan tugas

Karena tidak ada dokter, tugas untuk memulakan ART dialihkan kepada petugas klinik nonmedis (petugas klinis dan asisten dokter) serta perawat. Petugas lay dan petugas pemantau kesehatan (*health surveillance assistant/HSA*), yaitu kader staf kesehatan berbasis komunitas yang sudah dilatih selama tiga bulan dan diberi honor, melakukan tes dan konseling HIV.

Penelitian terus dilakukan untuk menetapkan sejauh mana tugas dapat dialihkan secara aman kepada petugas yang bukan dokter. Sebagai contoh, klinik Lighthouse di Lilongwe meneliti apakah HSA dapat mengatur perawatan pasien yang memakai ART secara stabil, dan dalam sebuah penelitian yang dipresentasikan dalam Konferensi AIDS 2008, para peneliti dari klinik Lighthouse melaporkan bahwa skrining terhadap kriteria untuk dapat memakai ART bukanlah tugas yang dapat dialihkan secara mudah kepada konselor tes HIV ([Poor results using non-medical HIV counsellors to screen for treatment eligibility in Malawi](#) Tweya).

Pengawasan

Program yang begitu mengandalkan pengalihan tugas memerlukan sistem pengawasan dan pemantauan yang kuat untuk mempertahankan mutu perawatan yang tinggi. Oleh karena itu Malawi sudah mengembangkan sistem pengawasan setiap triwulan dan kunjungan pemantauan dengan umpan balik pada mutu layanan yang disediakan.

“Kami memberi surat penghargaan layanan terbaik bagi petugas yang bekerja dengan baik,” dikatakan oleh Dr. Kamoto, “dan bagi yang perlu meningkatkan kinerjanya, kami memberi umpan baik yang kami tindak lanjuti dengan surat.”

Program kedaruratan SDM

“HIV/AIDS di Malawi sudah mendesak peningkatan sistem SDM dan kesehatan,” dikatakan oleh Dr. Kamoto. Malawi menetapkan program kedaruratan SDM, tidak hanya untuk memastikan bahwa peningkatan jumlah staf dapat mengimbangi program HIV, tetapi juga mampu untuk menyediakan paket kesehatan yang diperlukan masyarakat (yang mencakup vaksinasi yang diperlukan, pencegahan dan pengobatan TB dan malaria, penatalaksanaan infeksi menular seksual (IMS), kesehatan reproduksi dan sebagainya).

Namun program tersebut menetapkan sasaran yang agak sederhana, untuk memperkuat sistem kesehatan ke tingkat negara tetangga (Tanzania) daripada ke tingkat yang disarankan oleh WHO (Palmer). Namun sejak beberapa negara berupaya untuk membentuk program serupa, Malawi menerapkan pendekatan luas sektor untuk memakai keahlian dan menyatukan dukungan dari seluruh *stakeholder* yang memiliki kemampuan. Program kedaruratan SDM memiliki lima unsur kunci:

- Memperluas kapasitas pelatihan di sektor kesehatan sebanyak lebih dari 50% secara keseluruhan, termasuk melipatgandakan jumlah perawat dan menambah jumlah dokter dalam pelatihan sebanyak tiga kali lipat (Palmer).
- Meningkatkan insentif untuk mendapatkan, menahan dan mempekerjakan kembali staf dengan cara menambah honor untuk 11 kader kunci (staf medis publik dan yang terkait misi), prakarsa ikatan kerja (kewajiban menjalani masa layanan kesehatan masyarakat bagi perawat yang dilatih dengan biaya negara), insentif untuk mendorong petugas untuk tinggal di pedesaan, peningkatan perumahan staf.
- Memanfaatkan kurang lebih 50 relawan dokter dan perawat dari mitra internasional sebagai tindakan menutupi celah pada posisi yang penting (kebanyakan mengajar).
- Mencari bantuan teknis tentang penatalaksanaan SDM dari luar untuk Departemen Kesehatan.
- Menetapkan peningkatan pemantauan dan evaluasi yang dihubungkan dengan kerangka kerja sistem penatalaksanaan informasi kesehatan pendekatan luas sektor yang sudah ada.

Berdasarkan laporan *Treat, Train and Retain* (TTR) 2007, lebih dari 5.400 dokter, perawat dan staf kunci lain menerima honor ‘tambahan’ dan ketahanan staf di sektor publik sudah meningkat. Kurang lebih 900 lowongan di klinik pemerintah sudah terisi atau sedang dalam tahap diisi, serta ada rencana

pengembangan prasarana dan pendidikan staf yang seharusnya meningkatkan secara bermakna produksi petugas perawatan kesehatan lokal.

Pendekatan di Etiopia

Demikian pula dengan Etiopia, sudah menerapkan pendekatan yang dibakukan untuk perawatan HIV berdasarkan pengalihan tugas, tetapi sekaligus sudah meningkatkan produksi petugas layanan kesehatan, bersamaan dengan peningkatan dalam sistem kesehatan untuk memperkuat ketahanan dan memantau mutu perawatan yang diberikan.

“Kami mencoba menentukan SDM yang kami butuhkan berdasarkan program yang kami miliki, berdasarkan prioritas yang kami miliki dan kami mencoba untuk melatih kader cukup banyak,” dikatakan oleh Dr. Adhanom.

Penekanan pada penyediaan perawatan primer oleh petugas bantuan layanan kesehatan

Dia menekankan bahwa kebanyakan perawatan yang perlu diberikan pada orang in Etiopia, termasuk orang dengan HIV, adalah perawatan pencegahan primer yang dapat ditangani oleh petugas layanan kesehatan yang profesional dengan pelatihan yang lebih sedikit “yang tidak terdampak oleh kepindahan para petugas untuk bekerja ke luar negeri.”

Untuk mengisi kebutuhan tersebut, Etiopia membentuk kader petugas bantuan layanan kesehatan (*health service extension officer/HSEO*), yang berperan untuk menjembatani celah antara klinik kesehatan dan tempat di mana orang tinggal dalam masyarakat. Berdasarkan presentasi Bapak Lencha, HSEO berfokus pada empat bidang kunci, dengan melaksanakan:

- Paket pencegahan dan pengendalian penyakit menular yang utama: HIV/AIDS, malaria dan TB
- Paket perawatan kesehatan keluarga
- Paket kesehatan dan kebersihan lingkungan
- Pendidikan kesehatan (menyediakan informasi kesehatan yang utama dan penyuluhan perubahan perilaku)

Pemerintah bekerja erat dengan mitra wilayah dan lokal untuk mengembangkan kurikulum dan bahan pelatihan serta untuk proyek percobaan.

Komunitas turut terlibat dalam pemilihan pelatihan, mereka harus lulus SMP dan di sebagian besar tempat adalah perempuan. Bapak Lencha mengatakan bahwa hal ini terkait dengan dua alasan termasuk peran tradisional mereka di Etiopia sebagai penyedia perawatan keluarga dan secara budaya perempuan lebih dapat diterima di rumah-rumah dan berbicara secara jujur tentang masalah kesehatan, khususnya dengan perempuan lain. “Bagi seorang laki-laki, hal tersebut akan sulit,” dia mengatakan.

Pelatihan berlangsung selama satu tahun, tiga bulan untuk teori, sementara sisanya untuk praktik kerja yang berbasis masyarakat dan rumah tangga. Kemudian HSEO ditempatkan di komunitas mereka sendiri, diberi honor oleh pemerintah dan paling tidak secara teoretis mereka diharapkan melayani dari rumah ke rumah. Justru, sasarannya adalah untuk menyediakan akses universal pada perawatan berbasis rumah dan komunitas pada 2009. Sejauh ini, 80% *kebeles* (daerah administratif Etiopia yang terkecil) sudah terjangkau.

“Kami memiliki target 30.000 kader dan sudah melatih serta menempatkan 24.000 kader, sisa 6.000 kader akan dilatih pada Desember 2008,” dikatakan oleh Dr. Adhanom. “Dengan demikian kader tersebut akan bekerja pada pencegahan, tidak hanya untuk HIV, untuk program lain juga. Kami memakai dana HIV, dana dari PEPFAR dan GFATM, untuk memakai kader yang profesional, dan mereka sesungguhnya melayani seluruh komunitasnya sendiri.”

Etiopia menaruh harapan besar pada para petugas tersebut, yang berperan untuk “menciptakan perubahan sosial,” Bapak Lencha mengatakan. Namun mereka juga mengisi celah yang mungkin ada pada layanan karena lebih banyak tugas yang teknis dialihkan pada perawat.

Catatan, HSA di Malawi dianggap akan mengisi fungsi yang serupa, menyediakan paket kesehatan penting di desa-desa, dan Malawi sudah menetapkan sasaran untuk melibatkan satu HSA per 1.000 orang.

Percepatan pelatihan petugas kesehatan dan dokter

Tugas seperti layanan ART dan sebagian besar penyembuhan sudah dialihkan pada petugas kesehatan (petugas klinis di Etiopia) dan sampai batas tertentu dialihkan kepada perawat.

“Lebih dari 90% pasien kami hanya membutuhkan perhatian petugas kesehatan dan perawat. Mereka tidak membutuhkan petugas profesional yang lebih terampil,” dikatakan oleh Dr. Adhanom.

Oleh karena itu Departemen Kesehatan meluncurkan program pelatihan untuk memproduksi 5.000 petugas kesehatan pada 2010. Pelatihan berlangsung di lima universitas dan di 21 rumah sakit pendidikan, termasuk satu tahun di universitas dan dua tahun praktik kerja di rumah sakit, mengarah pada sarjana kedokteran. Pada Juni 2008, program tersebut telah mewisuda 1.000 kesehatan petugas, dengan 4.200 yang baru mendaftar. Lima ribu petugas akan ditempatkan pada 2010 untuk memungkinkan penyediaan akses universal di seluruh negeri.

Namun Etiopia juga sudah meningkatkan jumlah dokter secara bermakna.

“Sebelum 2008, penerimaan petugas medis per tahun rata-rata hanya 200 orang dan sekarang kami sudah tingkatkan menjadi 1.000,” dikatakan oleh Bapak Lencha. Pada 2009, angka ini diharapkan meningkat menjadi 1.800. Pendaftaran tahunan direncanakan meningkat menjadi 8.000 pada September 2009 di 21 universitas dan 40 rumah sakit sehingga Etiopia dapat meningkatkan jumlah rumah sakit dari 143 yang ada saat ini menjadi 800 pada 2013 (untuk melayani kurang lebih 80 juta populasi).

Mempertahankan mutu tinggi dengan bimbingan yang memakai model jaringan kesehatan

Sebagaimana tugas dialihkan dari staf yang lebih terlatih kepada petugas kesehatan yang kurang terlatih, Etiopia membentuk sistem bimbingan (*mentoring*) klinis secara resmi dengan memakai model jaringan kesehatan. Dengan kata lain, klinik yang lebih besar mendukung klinik yang lebih kecil, dan dokter harus menyediakan dukungan pada petugas klinis, petugas klinis kepada perawat dan seterusnya. Kader manajer kasus, petugas berbasis komunitas yang menyediakan tes dan konseling HIV, dan konselor dukungan kepatuhan juga membutuhkan pengawasan. Ada sasaran untuk mengadakan pertemuan dan seminar secara rutin di setiap daerah penampungan.

Namun sudah ada laporan bahwa mungkin diperlukan lebih banyak bimbingan dan pengawasan, paling tidak di tingkat HSEO. Penelitian awal menunjukkan bahwa pada umumnya komunitas senang dengan layanan yang diberikan oleh petugas, tetapi jumlah kunjungan ke rumah di bawah yang direncanakan, dan pengetahuan komunitas tentang kesehatan dasar masih buruk (Negusse). “Alasan mengapa hal ini terjadi jelas perlu dipastikan, tetapi ada pendapat bahwa ketiadaan dukungan administratif dan pemantauan mungkin turut bertanggung jawab,” para penulis menulis.

Tidak diragukan lagi bahwa mempertahankan layanan bermutu tinggi secara konsisten akan menjadi sasaran yang bergerak, tetapi dimungkinkan untuk meningkatkan pengawasan karena kian banyak petugas kesehatan yang lebih terlatih mulai tersedia.

Pemantauan dan evaluasi serta penatalaksanaan sistem informasi

Untuk mengenali masalah serupa itu secara lebih cepat dan meningkatkan kinerja sistem kesehatan dengan informasi yang strategis, Etiopia juga meningkatkan produksi petugas pemantauan dan evaluasi dan teknisi layanan informasi dan penatalaksanaan kesehatan (*health management and information services/HMIS*) (8.000 pada 2008) di setiap tingkatan administratif di seluruh jajaran layanan kesehatan (rumah sakit, pusat kesehatan, distrik, dan wilayah).

Meningkatkan ketahanan dan semangat kerja di dalam layanan kesehatan

“Kami juga harus memiliki mekanisme untuk mempertahankan dan menyemangati para petugas,” dikatakan oleh Bapak Lencha. Oleh karena itu Departemen Kesehatan Etiopia telah merancang struktur pengembangan karier yang termasuk ikatan kerja – menghubungkan kesempatan untuk pelatihan atau kenaikan pangkat setelah beberapa tahun masa pelayanan di bidang kesehatan. Sebagai tambahan, pemerintah mengupayakan reformasi di rumah sakit untuk memperbaiki lingkungan kerja dan ada upaya untuk menyediakan perumahan di rumah sakit pedesaan yang terpencil dan meningkatkan honor.

Tantangan yang terus berlangsung

Bapak Lencha dan Dr. Kamoto menekankan bahwa tetap ada banyak tantangan. Satu masalah yang umum adalah kekurangan staf pendidik dan kapasitas fasilitas pelatihan yang membatasi jumlah petugas baru yang dapat dihasilkan oleh masing-masing negara.

Tingkat kekurangan staf yang tinggi belum terselesaikan. Satu penyebab adalah bahwa kesehatan staf tetap menjadi masalah – walaupun Dr. Kamoto menunjukkan bahwa peningkatan program ART setidaknya dapat menangani kematian akibat HIV/AIDS.

“Pada Juni 2006, kami melakukan penelitian yang menemukan bahwa dengan memberi ART pada petugas kesehatan, mereka dapat kembali bekerja dan kami memiliki tambahan hari staf di sektor kesehatan,” dia mengatakan. “Kami membutuhkan 916 hari petugas kesehatan per minggu untuk menjalankan klinik ART, tetapi pengobatan menyelamatkan 257 jiwa petugas perawatan kesehatan, memberikan kami tambahan 1.126 hari staf per minggu di sektor kesehatan.”

Sementara kecepatan peningkatan ART di Malawi dan Etiopia merupakan indikator yang jelas terhadap keberhasilan paket intervensi SDM di dua negara tersebut, belum jelas bahwa setiap intervensi dapat berjalan; atau bahwa formula layanannya cukup benar. Oleh karena itu adalah penting bahwa program membuat segala upaya untuk memantau keberhasilan mereka dan mengetahui kegagalan mereka secara cepat.

Namun, kedua negara tersebut layak menerima penghargaan karena menghilangkan pola pikir ‘perkerjaan berjalan seperti biasanya’. Walaupun hanya ada sedikit keahlian untuk menuntun kebijakan, mereka menyatukan seluruh mitra kunci, menyetujui rencana bersama, dan tidak membuang waktu untuk menerapkannya.

Berapa biaya seluruhnya?

Baik Bapak Lencha maupun Dr. Adhanom tidak menyebutkan biaya berbagai program SDM bidang kesehatan di Etiopia, dan HATIP tidak berhasil melacak angka terkini sebelum diterbitkan (anggaran Rencana Strategis Sektor Kesehatan untuk 2005-2010 tersedia di situs Departemen Kesehatan). Namun PEPFAR, pendonor utama upaya ini, menyediakan lebih dari 354,5 juta dolar AS bagi Etiopia pada 2008, dan pendanaan dapat diduga meningkat dalam program PEPFAR II yang bernilai 48 miliar dolar.

Program di Malawi tersebut didukung oleh GFTAM, DFID Inggris, Pemerintah Malawi sendiri dan donor lain. Program bernilai kurang lebih 278 juta dolar AS akan dibelanjakan selama enam tahun, dengan hampir 98 juta dolar AS untuk meningkatkan honor, 35 juta dolar AS untuk memperbaiki perumahan staf, dan 64 juta dolar AS untuk memperluas kapasitas pelatihan.

Namun berapa biaya yang dibutuhkan untuk peningkatan intervensi serupa untuk memperkuat sistem kesehatan dan penyediaan akses universal pada pencegahan, perawatan dan pengobatan HIV/AIDS di negara lain?

“Semua tergantung pada keadaan negara yang bersangkutan,” dikatakan oleh Dr. Kate Tulenko, koordinator program tenaga kerja kesehatan Afrika dari World Bank yang memberi presentasi pada Konferensi AIDS 2008 tentang biaya pengalihan tugas dan perluasan terkait tenaga kerja. Tentu saja, hal tersebut akan tergantung pada gabungan intervensi yang dipilih negara untuk diterapkan, tetapi juga tergantung pada prevalensi HIV dan gabungan stadium penyakit, jumlah kader, honor, rancangan tim, kapasitas pelatihan lokal, biaya dan faktor lain.

“Apabila kita sudah memiliki pendekatan tim, pengalihan tugas akan jauh lebih mudah dan jauh lebih efektif biaya, dan apabila negara sudah memiliki banyak kapasitas pelatihan dan memakai teknik pendidikan yang modern dan efektif, pengalihan tugas akan jauh lebih terjangkau,” dia mengatakan. “Kami menyarankan hal tersebut karena segala sesuatunya tergantung negara tersebut, biaya dan analisis secara individual harus dilakukan di tingkat negara sebelum mengambil langkah utama.”

Dr. Tulenko menekankan hal ini sangat benar khususnya mengenai honor.

“Apabila kita salah memberi insentif atau salah memberi honor, sangat sulit untuk mengembalikannya. Dan hal ini dapat berdampak pada sektor lain juga, khususnya sektor layanan masyarakat lain, misalnya

transportasi, keamanan atau pendidikan masyarakat. Oleh karena itu kami sangat berharap pembentukan tim pengalihan tugas dan insentif dasar bukti,” dia mengatakan.

Hal ini juga dapat menimbulkan masalah pada peningkatan kompensasi untuk satu kader atau kelompok petugas kesehatan dan tidak pada yang lain. Di Burundi, meningkatkan honor untuk memperbaiki ketahanan staf klinik HIV menimbulkan masalah dengan staf rumah sakit lain. Hal ini berdasarkan sebuah laporan konferensi (Caihol). Hal ini menimbulkan dampak yang bermakna, dengan ancaman mogok kerja, hubungan yang buruk di antara klinik HIV dan staf rumah sakit, stigmatisasi terhadap staf klinik, dan perawatan yang bahkan lebih buruk pada Odha, – tes tidak dipesan dan resep tidak diisi ulang.

Dr. Tulenko juga meninjau kembali biaya yang diperkirakan untuk rencana TTR dikeluarkan oleh WHO dua tahun lalu, untuk mengembangkan tenaga kerja kesehatan untuk mencapai akses universal pada layanan dan perawatan HIV secara global. TTR memasukkan biaya global untuk peningkatan di 61 negara yang memiliki 94% dari seluruh Odha. TTR memakai dua skenario: satu adalah skenario cepat yang mencakup 80% orang yang membutuhkan ART memakai pengobatan pada 2010; dan skenario lain, cakupan ART secara bertahap sampai dengan 80% pada 2015.

Perkiraan tersebut hanya mencakup biaya SDM (pelatihan dan honor) dan ART – oleh karena itu tidak mencakup peningkatan biaya penggunaan obat lain, peningkatan biaya penggunaan laboratorium atau fasilitas lain, serta tidak memasukkan biaya layanan VCT dan PMTCT secara penuh. Dan juga, program TTR mengharapkan staf baru bukan hanya untuk menyediakan perawatan AIDS tetapi dapat melakukan berbagai tugas (menghabiskan 50-75% waktunya untuk merawat pasien non-AIDS), dan model tersebut tidak memasukkan kekurangan SDM karena faktor kematian atau migrasi. Dr. Tulenko mengatakan bahwa segala perkiraan atau kebutuhan biaya dikalikan dengan dua atau tiga untuk berdampak secara penuh pada anggaran sektor kesehatan.

Model tersebut mencari 140.000 sampai 240.000 petugas baru untuk menyediakan akses universal. Karena jumlah petugas baru seharusnya paling sedikit dua kali lipat dari angka tersebut, artinya 280.000 sampai 480.000 petugas perawatan kesehatan yang baru.

“Apabila kita melihat jumlah petugas kesehatan perawatan yang baru di Afrika saat ini, angka ini menunjukkan peningkatan sebanyak 20-40% petugas kesehatan perawatan dalam kurun waktu kurang lebih sepuluh tahun,” dikatakan oleh Dr. Tulenko.

Dan biaya peningkatan tersebut 7,2 miliar dolar AS antara 2006-2015 untuk meningkatkan akses universal pada 2015, dan 17 miliar dolar AS untuk meningkatkannya lebih cepat, pada 2010.

“Biaya rata-rata per tahun adalah tiga sampai tujuh dolar AS per kapita, dan terkait dengan angka tersebut, Etiopia mengeluarkan tiga dolar per kapita seluruhnya untuk kesehatan dan Nigeria saat ini mengeluarkan 30 dolar AS. Oleh karena itu sekali lagi, apabila kita mengalikan angka tersebut sebanyak dua atau tiga kali lipat, kita melihat kemungkinan anggaran kesehatan menjadi dua kali lipat,” dia mengatakan.

“Dari mana mendapatkan uang tersebut? Itu adalah pertanyaan bagus tetapi apabila kita melihat jumlah uang yang disediakan hanya oleh PEPFAR, dana tersebut lebih dari cukup untuk mengadakan pelatihan dan mempekerjakan petugas baru,” dia mengatakan – walaupun dia menambahkan bahwa melipatgandakan sektor pemerintah di sebuah negara dapat menyebabkan inflasi yang cepat di tingkat negara.

“Kita telah melihat hal tersebut di Etiopia saat ini, di mana pemerintah menempatkan investasi yang sangat besar untuk kesehatan. Namun investasi tersebut digabungkan dengan krisis minyak dunia dan pangan global yang menyebabkan beberapa inflasi. Tentu saja inflasi tersebut paling berdampak pada yang miskin, maka hal tersebut adalah sesuatu yang harus diperhatikan, sesuatu yang perlu diatur,” dia menyimpulkan.

Dampak pendanaan AIDS

Jelas bahwa dana AIDS dapat mengubah bentuk dan arah program kesehatan di negara terbatas sumber daya – walau pada kasus Malawi dan Etiopia, sejauh ini tampaknya adalah untuk menjadi lebih baik.

Namun, mengarahkan beberapa pendanaan HIV/AIDS untuk memperkuat sistem kesehatan mungkin tetap tidak sepenuhnya menghilangkan dampak HIV/AIDS pada sektor kesehatan.

Dr. Adhanom mengatakan, “Saya harus mengakui, ini bukan kesalahan pendanaan – ini adalah kesalahan penyakit. Kami hanya membentuk program khusus penyakit untuk menunjukkan bahwa ada prioritas karena penyakit tersebut adalah pembunuh utama, karena mereka penyokong utama terhadap morbiditas dan mortalitas. Kita tidak dapat bekerja tanpa prioritas, kita tidak dapat bekerja tanpa fokus, dan ini adalah alasan mengapa kita memiliki program penyakit.”

Waktu akan mengungkapkan kebesaran program HIV/AIDS di masa mendatang, tetapi sejarah mungkin menunjukkan bahwa memerlukan kedaruratan HIV/AIDS untuk menggerakkan reformasi di sektor kesehatan bagi keuntungan setiap orang, reformasi yang tanpa ini tidak akan pernah terjadi.

Sumber:

Caihol J et al. HIV-care integration attempt into a public hospital in Burundi. AIDS 2008, Mexico City, abstract

Kamoto K. Overcoming SDM bottlenecks for ART scale up in Malawi. AIDS 2008, Mexico City, abstract.

Lencha M. Increasing human resources for health: the Ethiopian experience. 2008 HIV/AIDS Implementors' Meeting, Kampala, Uganda.

Negusse H et al. Initial community perspectives on the Health Service Extension Programme in Welkait, Ethiopia. Human Resources for Health 5 (21), 2007.

Palmer D. Tackling Malawi's human resources crisis. Reproductive Health Matters 14(27), 27-39, 2006.

Tulenko K. Task shifting: how much does it cost? Is it cost-effective? AIDS 2008, Mexico City, abstract MOSY0906.

Informasi lebih lanjut

Informasi lebih lanjut tentang SDM untuk prakarsa kesehatan tersedia dari situs [Capacity Project](#), sebuah proyek yang didanai oleh USAID untuk membangun dan mempertahankan tenaga kerja kesehatan.

Sumber lain:

Public Sector Unions Fighting against AIDS (PSUFASA) menyediakan [resource map](#) mengenai tanggapan HIV/AIDS di sektor pemerintah di Afrika bagian selatan.

Ada juga [sebuah laporan](#) yang memadai mengenai Sektor Kesehatan Masyarakat Malawi.

Artikel asli: [HATIP 117: Task shifting – Experience](#)