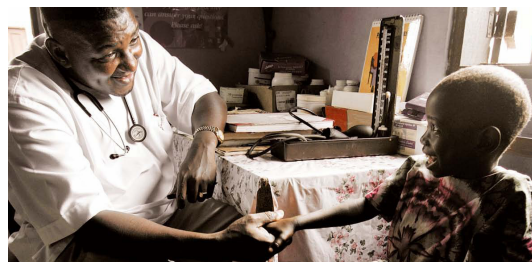


通力合作，增进健康

世界卫生报告 2006

政策简报



世界卫生组织



通力合作，增进健康

世界卫生报告 2006

政策简报



世界卫生组织

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

World Health Organization.

Working together for health : the World health report 2006 : policy briefs.

1.World Health Organization. 2.Health policy. 3.Education, Medical. 4.Health personnel.
5.Manpower. I.Title. II.Title: World health report 2006 : policy briefs. III.Title: Policy
briefs.

ISBN 92 4 559424 6

(NLM classification: W 21)

ISBN 978 92 4 559424 6

© 世界卫生组织, 2006 年

版权所有。世界卫生组织出版物可从 WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (电话: +41 22 791 3264; 传真: +41 22 791 4857; 电子邮件: bookorders@who.int) 获取。要获得复制或翻译世界卫生组织出版物的许可 – 无论是为了出售或非商业性分发, 应向世界卫生组织出版处提出申请, 地址同上 (传真: +41 22 791 4806; 电子邮件: permissions@who.int) 。

本出版物采用的名称和陈述的材料并不代表世界卫生组织对任何国家、领地、城市或地区或其当局的合法地位, 或关于边界或分界线的规定有任何意见。地图上的虚线表示可能尚未完全达成一致的大致边界线。

凡提及某些公司或某些制造商的产品时, 并不意味着它们已为世界卫生组织所认可或推荐, 或比其它未提及的同类公司或产品更好。除差错和疏忽外, 凡专利产品名称均冠以大写字母, 以示区别。

世界卫生组织已采取一切合理的预防措施来核实本出版物中包含的信息。但是, 已出版材料的分发无任何明确或含蓄的保证。解释和使用材料的责任取决于读者。世界卫生组织对于因使用这些材料造成的损失不承担责任。

目录

加强卫生人力的信息和研究：行动战略.....	1
投资教育以扩展能力和终生学习.....	5
充分利用现有卫生人力.....	9
应对卫生人员移民的复杂挑战.....	13
构筑不同公共卫生规划卫生人员间的桥梁.....	17
对卫生人员开发的财政支持.....	21

加强卫生人力的信息和研究：行动战略

背景

解决日益增长的卫生人力危机的有效行动，无论紧急或持久的行动，都需要有确实的信息、可靠的研究和坚实的知识基础。研究可以帮助决策人鉴别和发现关键政治问题的答案，包括人力状况、其绩效水平和卫生人员面临的问题。

所有国家现在都是市场的组成部分，其特点之一就是卫生人员在国内和国际的更多流动。此外，卫生部门改革，人口和流行病学改变，以及保健新技术和新模式的采用，所有这些带来了全世界对卫生人员日益增长的需求。因此政府需要准确和及时的信息，以及具有技术水平的研究，以便评估这些改变对其人力的影响，制定应对战略，并采取及时有效的行动。

然而，卫生人力信息的零散，部门、机构间责任的分散，人力资源的短缺，以及基础设施的不足，这些都大大限制了国家收集、整理和分析人力数据的能力。此外，即使有足够数量和高质量的数据，决策人在有效使用这些数据方面仍然会受到限制，这主要是因为缺乏核心卫生人力指标，以及与职业分类相关的定义问题。

卫生人力资源研究薄弱、不平衡，多数是陈述性的。很少对有效解决办法的最佳做法进行系统考察和收集。相关机构间缺乏合作，也进一步影响了卫生人力信息和研究对制定政策和行动的潜在作用的发挥，这一方面导致工作的重复，同时使技术知识和数据得不到充分利用。

这份政策简报提供了一系列战略，有助于建立有效的卫生人力信息系统，并发展牢固的知识基础，以便指导、加速和促进国家行动。

行动战略

必须迅速提高卫生人力的知识基础，以便地方、国家和国际层次上的决策能够以证据为基础，并能应对卫生人员日益增长的需要和满足这一需要的挑战。为了使卫生人力信息系统和研究工作取得成效：

- 它们应该是国家所有并由国家领导；
- 它们必须包含相关部委、教研机构和其他相关伙伴的协调努力；
- 它们需要得到国际机构财政和技术支持。

下面陈述的战略应被视为相辅相成的战略，必须协同实施，以取得最佳效果。

确保收集、获取和使用卫生人力信息

虽然任何一个数据点都不能揭示卫生人力开发问题的全貌，但可参考一系列实际可以得到的数据源，以获得关于卫生人力规模、特点和动向的关键信息。这些数据源包括：

- 行政记录（如卫生部、教育部和移民局的记录，以及专业协会和管理机构的登记等）；
- 卫生设施调查；
- 劳动力调查或其他家庭调查；
- 国家人口和住房普查。

应最佳利用这些来源的数据，但使用者应该知道每种来源的局限性，必要时应寻求取代战略。多数数据来源只能提供不完整的卫生人力情况，并且数据的收集是不定期或长间隔进行的，因而限制了其对制定政策的使用价值。最后国家的长期战略可考虑建立一个专门系统，以确保定期收集、整理和处理关于卫生人员和卫生培训机构的信息。

投资信息技术

为了现在或将来最佳利用已有数据，对国家来说重要的是以足够的技术设施装备相关的机构。例如，2004年世界卫生组织非洲区域办事处的一项调查显示，该区域卫生部中22%的卫生人力部门没有计算机设备，45%不通电子邮件，被调查的部门中只有32%备有传真机。在这种情况下，即使微小的投资也能取得明显的回报。

提高地方专业知识

因为最需要加强其卫生人力的国家往往监测能力也是最有限的，技术合作和培训对他们来说特别重要。能力发展应扩展到相关部委、专业协会和执照办理机构。在内容上培训应该是多方面的，应传授关键领域的技术，如鉴别和收集卫生人力数据、数据库管理、分析和书写报告的技术等。加强能力有益于在地方和国家层次上不断收集和分析相关数据，并及时用于计划和决策。

协调卫生人力的分类

收集、整理和分析卫生人力数据，需要有一个始终如一和协调一致的分类系统。改进卫生专业人员的界定和分类工作，需要地方和国际的努力；这可以包括建立一个国际协商一致的卫生人力分

类系统，以支持国际劳工组织编制的现行《国际职业标准分类》。除最佳利用现有数据外，加强协调有助于改进将来的数据收集，并简化不同来源、国家和时间的对比工作。

使用标准指标

卫生人力数据库只有在其用于制作支持决策的信息和证据时才值得保留。使用关键指标可能有助于将数据转变为信息和证据。虽然任何特定情况下使用的适宜指标，都取决于具体政策问题及现有数据的性质和种类，但对国家来说重要的是使用一套便于对比的标准指标。

核心指标简单易行，又相当全面，足以用于比较，并能抓住广泛出资人关心的问题，虽然还有待于编写和商定，但以下指标是可用的：

- 卫生人员的总数和密度（每万人口）；
- 医生对护士和其他卫生人员的比例；
- 卫生人员的地域分布和社会人口结构；
- 卫生人员的机构分布（公共、私营和非政府机构）；
- 卫生专业人员的失业率和双重就业率；
- 卫生和非卫生专业人员之间，医生和护士之间，或男性和女性卫生专业人员之间收入的相对差异。

人们关心的其他指标，特别是涉及人员流入、人员培养和卫生培训机构的指标包括：卫生机构的新人和毕业生；国际和区域间的移民流动；卫生人员的退休和死亡；按培训规划类别区分的教育设施数量。

上面只是象征性的列举；国家必须探讨能够针对其具体需要和环境的其他指标和相关联的数据。

促进创新行动的研究

有效的信息系统可以提供关于卫生人员特点的可靠而及时的数据，并可用来进行趋势评估和跨越时间的对比。目前只有对卫生人员非常有限的实用性研究和影响评估研究，部分原因是资金有限。增加投资是至关重要的，正如 2004 年 10 月在墨西哥城召开的卫生研究问题部长级峰会上代表们公认的那样。决策人应鼓励以国家为基础的调研，这项工作在国家卫生系统研究战略框架下进行，要照顾到卫生人员研究的重点。

国家应鼓励如下的研究：

- 从纯陈述性研究发展为概念性研究、政策分析和影响评估；
- 促进国际和对比研究，方法是考虑多地点、多层次和多国家的研究项目，以提高研究结果的可比性和可转化性，如非洲移民调查或欧洲护士离职调查；
- 将研究纳入正在进行和计划进行的卫生部门改革等干预和过程中，以便从不同国家的经验中吸取、对比和交流出现的教训；
- 结合全球卫生行动资助的特定疾病规划评价卫生人力问题，并将这些行动对卫生人力及妇幼保健等其他规划的影响记录在案。对国家来说同样有益的，是调查卫生成果（或卫生产出）和人力资源密度的联系。

建立、加强和保持网络

建立卫生人力知识数据库应包括卫生、教育、劳工、民间服务和私营部门等许

多部门的协调努力，还要包括管理系统、国家统计局、教研机构和其他出资机构的协调努力。因此有必要建立和加强在国家、区域和国际层次上将卫生人力信息和研究数据生产者和使用者联合起来的机制。

可能的收益包括：数据质量得以改进，数据的一致性得以增强，收集、分析和分发卫生人力信息和研究数据的能力得以提高。成功网络的范例包括：美洲卫生人力观测站及欧洲卫生系统和政策观测站。卫生组织非洲区域办事处和合作伙伴建议实施的非洲观测站是又一个理想的倡议，需要充分的国际支持。

类似的网络也需要创建、加强和维持，以弥合研究数据生产者和使用者之间的差距。这类行动之一是证据知情政策网（EVIPNet），它是卫生组织领导的一项行动，目的在于支持决策者、研究人员和民间社会代表在将科学信息转化为卫生政策时实现互动。EVIPNet 包括发现主要政策问题，确定重点，并将研究成果转化为对使用者有益的政策建议格式。

决策人还必须深入到他们本国研究人员中去，以便建立一个从事卫生人力研究必要的专家队伍，并增加当地研究数据的生产和提供。同样至关重要的是通过研究网络促进获取外部研究数据，并建立最佳做法资料库。

进一步阅读材料

Awases M, Nyoni J, Gbary A, Chatora R. *Migration of health professionals in six countries: a synthesis report*. Brazzaville, World Health Organization Regional Office for Africa, 2003.

Black, N. Health care workforce: how research can help. Editorial. *Journal of Health Services Research & Policy*, 2004, 9(Suppl. 1):S1-2.

Dal Poz MR, Kinfu Y, Dräger S, Kunjumen T, Diallo K. *Counting health workers: definitions, data, methods and global results*. Background

paper for *Working together for health: the world health report 2006*. Geneva, World Health Organization, 2006 (available at: <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).

Diallo K, Zurn P, Gupta N, Dal Poz MR. Monitoring and evaluation of human resources for health: an international perspective. *Human Resources for Health*, 2003, 1:3 (14 April 2003).

Dubois C-A, Mckee M. Cross-national comparisons of human resources for health. What can we learn? *Health Economics, Policy and Law*, 2006, 1:59–78.

Hamid M, Bustamante-Manaog T, Viet Dung T, Akkhavong K, Fu H, Ma Y, Zhong X, Salmela R, Panisset U, Pang T. *EVIPNet: translating the spirit of Mexico*. *The Lancet*, 2005, 19 November, 366(9499):1758–1760.

Hasselhorn H-S, Müller BS, Tackenberg P, eds. *Sustaining working ability in the nursing profession – investigation of premature departure from work*. Nurses Early Exit Study – NEXT. NEXT Scientific Report. Wuppertal, University of Wuppertal, July 2005.

Hernandez P, Dräger S, Evans DB, Tan-Torres T, Dal Poz MR. *Measuring expenditure for the health workforce: challenges and evidence*. Background paper for *Working together for health: the world health report 2006*. Geneva, World Health Organization, 2006 (available at: <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).

Hongoro C, McPake B. How to bridge the gap in human resources for health. *The Lancet*, 2004, 364:1451–1456.

Human Resources of European Health Systems: Final Report. Paris, Organisation for Economic Co-operation and Development, 2001.

Kinfu Y, Mercer H, Dal Poz MR, Evans DB. *Estimating inflows and outflows of health providers in sub-Saharan Africa*. Background

paper for *Working together for health: the world health report 2006*. Geneva, World Health Organization, 2006 (available at: <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).

Ministerial Summit on Health Research: Mexico City, Mexico. Report from the Ministerial Summit on Health Research: identify challenges, inform actions, correct inequities. Geneva, World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2004. (available at: <http://www.who.int/rpc/summit/en/>).

Moore J, Karnaukhova J, McGinnis S, Ricketts T, Skillman S, Paul E, Dal Poz MR, Rigoli F. *Human resources for health: options for analysis and monitoring*. Unpublished manuscript, 2005.

Report of the Task Force on Health Systems Research. Geneva, World Health Organization, 2005. (available at: http://www.who.int/rpc/summit/Task_Force_on_HSR_2.pdf, accessed on 12 February 2006).

Report on WHO workshop on formulating a global research agenda for human resources for health. Cape Town, 6-8 September 2004. Geneva, World Health Organization, 2004.

Rigoli F, Arteaga O. *The experiences of the Latin America and Caribbean observatory of human resources in health, 2004* (http://www.lachsr.org/Observatório/eng/pdfs/art_eagaObservatoryHR.pdf).

Speybroeck N, Kinfu Y, Dal Poz MR, Evans DB. Reassessing the relationship between human resources for health, intervention coverage and health outcome. Background paper for *Working together for health: the world health report 2006*. Geneva, World Health Organization, 2006 (available at: <http://www.who.int/hrh/documents/en/>).

Working together for health: the world health report 2006. Geneva, World Health Organization, 2006.

投资教育以扩展能力和终生学习

为何重视教育和培训？

任何卫生系统都不可能承受给予卫生人员不良教育的风险。如果其人员培训达不到居民的卫生需求，任何卫生系统都不可能有良好的运作。但在许多国家教育被忽视，改变迟缓，即使在人民卫生需求迅速变化时也是这样。

有三个急迫的原因，要求对卫生部门人员的培训给予新的重视。

- 第一，世界需要更多的卫生人员。*2006年世界卫生报告*确定，全球缺少 430 万卫生人员。为培养这些人员，培训机构需要扩大其能力。
- 第二，许多卫生部门需要更多类型的人员-不仅要更多的医生和护士，还需要更多的管理人员、公共卫生专业人员和社区工作者。在全世界，教育机构的数量严重偏向对医生（1600 多个机构）和护士（约 6000 个机构）的培养，而公共卫生专业的培养则不足（大约 375 个学校）。为培养技能更为广泛的人员，卫生教育部门将需要增加提供培训的类型和范围。
- 第三，卫生部门的人员在一个不断变化的世界工作。疾病的危险在改变，治疗方案也在改变。管理结构在更新。个人、家庭和社区日益了解他们的健康情况和他们需要的治疗。为培养出能够很好应对他们变化环境的卫生人员，培训机构需要培养具备必要竞争力和具备终生学习能力的人员。

需要如何做？

评估和评价卫生人员规划

为弄清需要什么样的改变，决策者将需要评估能向其卫生人员提供的培训，并将其与卫生部门的要求相比较。这将意味着收集信息以回答如下一些关键问题：

- 有哪些服务前培训和在职培训机构可以培训我们的人员？这些机构能够提供哪些学科领域的培训？按他们目前的能力每年能培养多大数量的毕业生？他们位于何处？他们用什么语言提供培训？
- 卫生部门现在的需要和未来可能的需要是什么？卫生人员现在和将来需要什么技术和能力？（不要只看医学技术能力，还要看管理和公共卫生等其他专业能力，以及语言能力等个人素质。）还需要诸如护理人员、医疗助理或社区人员等新的干部吗？
- 差距在哪里？在多大程度上国家分别依赖于国内、区域或国际学校？为改进卫生人员，培训需要花费多少资金和如何花费？

确保合适的机构和培训规划的存在，并控制其工作质量

决策人要想加强卫生人员服务前培训和在职培训，其实有多种解决办法。适宜的方案因地制宜。一些国家将全面投资国内培训学校。其他国家将决定依靠国内培训和国际培训相结合的方式。在一

些有共同工作语言的区域，国家可能决定协调其措施，以便让一个国家设有医学院校，而其邻国设有公共卫生学校。

至关重要的是不管选择什么样的方案，决策人都必须确保质量控制机制到位。教学机构的认证（同样有些地方采取培训人员资质认证）是评估绩效和鉴别必要改进的一种手段。认证由政府机构或学校集团建立的组织进行，要求教学机构证明他们如何优质地实现培训目标。最近医学院校的一份调查显示，全球认证规划分布不均。还需要做出努力，以便将资质认证扩大到医学和护理学校之外的其他卫生培训机构。

重视基础设施

专用建筑、专门实验室、必要的现场和高质量教学器材，是卫生培训机构的一些基础设施要求。缺乏必要的基础设施，会限制接受教育的学生数量，并制约机构扩充能力。

获得高质量教科书和其他教学材料，对许多低收入和中等收入国家来说是一个重要挑战。已经发掘出对这一问题的一些解决办法。拉丁美洲和加勒比国家的 PALTEX 规划为 600 多所机构购买的大量教科书和基本诊断工具进行了质量筛选，并给予总体折扣。卫生组织与主要出版商建立的 HINARI 规划，使发展中国家的教学和研究机构、政府办公室及教学医院有可能进入世界上最大的一个生物医学和卫生文献收藏库。69 个国家的卫生机构现在可以免费获取 3200 多种全文杂志和其他资源，还有 44 个国家可以以极低价格获取。

确保向不同范围的学生提供经费

多数卫生专业人员培训规划的入学要求受过中等教育。然而许多国家苦于在这个水平上不能投入足够资金，这一因素严重限制了那些能够进入教育规划进行卫生职业培训的后备人员。此外，进入卫生专业的学生结构很少反映国家的社会、语言和民族多样性的特点，因为录取的学生失调地来自较高社会阶层和社会中优势民族群体。人们日益了解到提供保健时社会文化和语言问题的重要，这就重新引起人们对录取过程中多样性失调问题的关注。为了确保卫生保健提供者与他们为之服务的人群讲同样语言，可能有必要建立定向奖学金。

控制课程变化，转向以患者为中心以实践为基础的教学

教学课程反映出对不同类型卫生人员提供的知识和技能。将一门新课程纳入课程表，就是对一个科目提供了合法性，它产生的变化可以引导出新的学科、系、学校和卫生人员类型，给卫生保健工作带来巨大影响。例如在过去 40 年间临床流行病学从医学边缘转移到引导卫生和卫生保健循证变革的位置。

掌握课程变化可能是挑战性的。需要评估现有课程的适宜性，任何建议的改变都可能威胁到现有专业界限和层次。重大改变可能需要新的教学技能、学习材料和培训地点，而这些又会影响到资源的分配。

有力的证据表明，以实践为基础的教学（学生必须在实际情况中应用其书本知识）是非常有效的。各项评价始终证明，与不使用以实践为基础教学的培训规划相比，这一教育措施可以在卫生专

业人员中产生更好的技能、态度和行为。更多集中于以实践为基础的教育，对卫生培训教程会是有益的改进。同样将公共卫生培训纳入临床学科，有助于发展个人和社区保健的综合措施。

无论计划在课程设计或教学方法中进行改革，教员队伍都需要得到不断的支持，以便实施改革并保持其技能升级。此外，与职业发展相关联的支持教员队伍的持续规划将不仅提高绩效，而且可以对激励和留住人员发挥作用。可能需要特殊的关注，以确保妇女有同样的机会。

强调自主和立足解决问题的措施，以培养终生学员

卫生部门的迅速变化和新知识的不断产生，意味着培训规划不能期望教会人们在整个职业生涯中需要的所有内容。相反，培训学校应帮助学生“学会学习”。在一生中获取新技术和新知识的能力，本身就是课程必须培养的核心能力。认识到这一点，教育工作者在服务前和后续教育中正在从“说教式教学”转向以学生为中心和立足解决问题的教学，更加注重“专用知识”，而不是“泛泛的知识”。有证据表明，学生对这一改变非常满意，教员们也满意立足解决问题的教学。然而还需要进行进一步的研究，以便更好地了解在全世界不同环境下立足解决问题的教学效果和费用。

结论

如果全世界想要迎接重大的卫生挑战，诸如实现千年发展目标、预防和治疗慢性病和应对突发事件，卫生人员的教育

至关重要。全世界的决策者必须集中力量扩大培训和教育未来人力的能力。世界需要适应性强、具有适宜技能和“善于终生自学”的卫生人力，他们知道如何发现和应用新的信息和技能。培养这样的未来人员的费用将是巨大的。

进一步阅读材料

- Aronson B. Improving online access to medical information for low-income countries. *New England Journal of Medicine*, 2004, 350(10):966–968.
- Butler R, Inman D, Lobb D. Problem-based learning and the medical school: another case of the emperor's new clothes? *Advances in Physiology Education*, 2005, 29:194–196.
- Coomarasamy A, Khan KS. What is the evidence that postgraduate teaching in evidence-based medicine changes anything? A systematic review. *British Medical Journal*, 2004, 329:1017–1021.
- Daly J. *Evidence-based medicine and the search for a science of clinical care*. New York, NY, University of California Press, New York, and Milbank Memorial Fund, 2005.
- Dolmans DH, De Grave W, Wolfhagen IH, van der Vleuten CP. Problem-based learning: future challenges for educational practice and research. *Medical Education*, 2005, 39:732–741.
- Illife S, Lenihan P. Integrating primary care and public health: learning from the community-oriented primary care model. *International Journal of Health Services*, 2003, 33(1):85–98.
- Programa Ampliado de Libros de Texto y Materiales de Instrucción (PALTEX)* [The Expanded Textbook and Instructional Materials Program]. Washington, DC, Pan American Health Organization and Pan American Health and Education Foundation, 2005 (<http://www.pahef.org/pahef/pages/paltex>).
- Survey of medical education accreditation capacity at national level, as part of the strategic partnership to improve medical education*. Geneva, World Health Organization/Copenhagen, World Federation for Medical Education, 2005 (<http://www.wfme.org>).

充分利用现有卫生人力

为何重视提高人员绩效

绩效良好的人员队伍应对能力强、公正和高效，并能在特定资源和环境的情况下取得尽可能好的卫生效果。如果不很好使用卫生人员，世界就不可能应对其面对的卫生挑战。但有证据表明，决策者可以通过为管理人员创造改进工作和改善工作条件的环境，帮助工作人员取得更多的成绩。

决策者和管理人员现在就应采取提高人

员绩效的行动，原因有三。第一，提高卫生人员绩效与投资扩大卫生人员规模相比，看来收效要快些。第二，即使增加卫生人员数量，人员的供应总是有限的，而决策者将需要最佳利用有限资源。第三，提高人员绩效的行动也需要伴之以更好的激励，而对人员的充分激励可能会更有利于留住现有人员，并更多招聘新人员。人员绩效涵盖的范围见文本框 1

文本框 1. 工作人员绩效涵盖的范围

可得性	空间和时间上的可得性：包括现有人员的分布和出勤率，与需要相匹配的足够数量。
竞争力	包括技术知识、技能、态度及工作行为的综合素质。
应对能力	人们可以得到适宜的治疗，不管他们的社会、经济和健康状况如何，不管他们是谁，也不管他们的健康是否改善。
工作效率	在现有人员不变的情况下，产生尽可能多的有效卫生服务和卫生效果；减少人员时间、技术和其他辅助资源的浪费。

能做什么？

卫生部门管理条件在世界上有广泛的差别，例如在较发达和较不发达国家之间，在公共和私营部门之间，在城市、乡村或边远地区之间，在初级保健和急症护理之间。在所有情况下，支持绩效的现有主要管理杠杆包括一套与工作相关的杠杆；与所有人员工作需要的支持系统相关的杠杆；以及构成和创造自主工作环境的杠杆。很少发现一项具体杠杆与希望的变化之间的直接联系。不是所有的杠杆都适用于每个环境，但综合起来它们构成了决策人选择的清单。

与工作相关的杠杆

岗位要求。岗位要求明确提出目的、责任、受权和义务条款，它始终关系到所

有类别人员更好实现其工作目标。此外，编写明确的岗位要求可以产生相当快速的效果。许多国家的工作人员还没有适宜的岗位要求，所以这一战略具有广泛的潜力。

行为规范和规则。许多雇主现在都对其所有雇员采取了明晰的行为规则-例如规定他们应按时上班，尊重和礼貌对待患者，向患者提供完整信息。这些规则的有效性大概取决于卫生专业人员和管理人员沟通和坚持的程度。专业行为规则，如医学毕业生宣誓的希波克拉底誓言，可以成为取得良好绩效的巨大内部动力源泉。

技能与需要相匹配。重新安排换班模式和增加时间的灵活性可能是提高人员工

作效率的另一个途径。这一战略有可能在费用有限的情况下使人员配备水平与工作负担更好地匹配。此外，技能委托或任务转换是提高总体人员效率的另一条途径，方法是将一些活动的责任从护士转移到社区人员，或从医生转移到护士。

监督。监督，特别是伴有审计和向职员反馈的监督，始终被认为可以提高从提供者到管理人员的许多类别卫生人员的绩效。重要的是监督的性质。如果监督视察变成无结果的行政活动，或被视为挑错和惩罚性的，就很少会收到积极效果。相反，如果监督是支持性的、教育性的和始终如一的，并能帮助解决具体问题，那就能提高绩效、工作满意度和积极性。

与支持相关的杠杆

报酬。报酬的三个方面影响到卫生人员的行为：工资水平和能否定期发放，人们领取工资的方式及其他奖励。卫生人员必须领到他们工作的合理报酬。他们需要领到维持生活的工资；他们还需要相信，工资与他们的责任是相称的，与做相同或相当工作的其他人相比是合理的。外部机构可以通过提供中期工资支持，帮助提高低收入国家的人员绩效。此外，在可能的地方应使用工资系统与其他奖励相结合的办法。

信息和沟通。有句众所周知的谚语说，心中有数，办事有度。提高总体工作效率的任何具体努力都必须以关于人员的水平、分布和技术结构等可靠的信息为基础，还需要关于被认为制约卫生人员提高绩效因素的信息，以及关于可能政策选择的情报。一个充分运作的信息系统是提高人员绩效的关键成分。

基础设施和供应。无论卫生人员多么积极和技术熟练，在缺少清洁用水、足够

光照、供暖、车辆、药品、工作设备和其他器材的机构中是不可能做好他们工作的。关于改进基础设施和供应对提高绩效的作用，可靠的证据不多，但看来很可能这些改进一旦到位，就能取得显著、几乎立竿见影的成绩。判断一个行动是否能够取得最大和最立竿见影的改进，一个简单、明显但有时被忽略的方法就是向卫生人员自己去请教。此外，在卫生工作场所消除暴力和欺凌的危险，可以提高人们的积极性和责任心。

与工作场所相关的杠杆

终生学习。卫生人员做好工作就需要不断更新他们的知识。知识迅速发展和卫生系统不断改变，这就更加需要卫生人员职业生涯中持续的职业发展。不断的职业发展可以简单定义为个人“自主学习系统、持续、轮回的过程”。这样的措施超越了培训，它包括比如职业通道、他人反馈、寻求辅导和借调。考虑到需要持续专业发展的许多卫生专业人员的地理分布，各种各样的远程教育也值得进一步发掘。

团队协作。团队协作，以及联合制定指导原则和同行审查等做法，在提高卫生人员绩效方面可以取得一定功效。团队协作的明显收益是改善职员的福利和提高保健质量。不断改进服务的组织措施是否有效，现在证据不足。然而，人们对许多非财政鼓励反应积极，这些鼓励可以在良好团队管理或领导的红色标题下集体获得。鼓励包括提供醒目的视觉，表扬人们和评价他们的工作，聆听职员意见和增加他们对决定的参与，鼓励创新，创造按标准衡量和对比的文化，提供职业结构和提升机会，反馈良好绩效，并公正和始终如一地使用奖励和惩罚。

责任和义务。服务可以用不同的方法进行组织，但是如果管理人员不能至少控

制一些资金和人员，他们就无法管好服务。在不同卫生系统中发现了三种一致的情况。第一，虽然都想权力下放，但对地方管理人员往往只给予提供服务的新责任，而不给予控制其所需资金和人员的任何权力。第二，往往没有起作用的机制，以保证资金使用、人员招聘或服务质量的负责。第三，报告途径混乱是常见现象，特别在重组期间。这不仅会减轻责任和削弱将其用作提高人员绩效的杠杆，而且还会降低人员的积极性。在拨款方面至少给地方管理人员一点自由，就可使人员和机构的绩效有所改观，因为这样一来，这些管理人员就能迅速处理当地的问题。使卫生人员保持对他们行动责任的机制，是提高效率和绩效的又一途径。

结论

提高人员绩效不仅是使用这里所述的管理措施。影响人员绩效的因素还包括接受服务的居民特点，以及卫生人员自身的特点（诸如他们的背景、经验和个人积极性）。然而，与工作相关、与支持相关和与工作场所相关的条件对绩效起着重要作用。2006年世界卫生报告证明，关于上述方法相对有效性的研究证据参差不齐。明显需要对卫生人员管理工作进一步研究。然而决策者可以更好地利用现有卫生人员，方法是营造一个提高管理能力的环境，以便使用卫生人力资源开发的杠杆，并投资管理培训和开发。

进一步阅读材料

Borrill CS, Carletta J, Carter AJ, Dawson JF, Garrod S, Rees A, et al. *The effectiveness of healthcare teams in the National Health Service*. Final report submitted to the Department of Health, 2000. London, Department of Health, 2000.

Boyle DK, Bott MJ, Hansen HE, Woods CQ, Taunton RL. Managers' leadership and critical care nurses' intent to stay. *American Journal of Critical Care*, 1999, 8:361–371.

Boyne GA, Walker RM. Introducing the “determinants of performance in public organizations symposium”. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 2005, 15:483–488.

Buchan J. Increasing the productivity of an existing 'stock' of health workers: Unpublished review for United Kingdom Department for International Development, 2005.

De Savigny D, Kasale H, Mbuya C, Reid G. *Fixing health systems*. Ottawa, International Development Research Centre, 2004.

Egger D, Travis P, Dovlo D, Hawken L. *Strengthening management in low-income countries*. Geneva, World Health Organization, Department of Health System Policies and Operations, 2005 (Making health systems work. Working Paper No. 1).

Franco LM, Bennett S, Kanfer, R. Health sector reform and public sector health worker motivation: A conceptual framework, 2002, *Social Science and Medicine*, 54:1255–1266.

George A. *Accountability in health services. Transforming relationships and contexts*. Cambridge, MA, Harvard Center for Population and Development Studies, 2002 (Working Paper Series, Vol. 13, No. 1).

Hasselhorn H-M, Tackenberg P, Müller BH. *Working conditions and intent to leave the profession among nursing staff in Europe. NEXT – nurses early exit study, 2003*. Stockholm, National Institute for Working Life, 2004.

Howie JG, Hopton JL, Heaney DJ, Porter AM. Attitudes to medical care, the organization of work and stress among general practitioners. *British Journal of General Practice*, 1992, 42:181–195.

Developing through partnership – Continuous professional development portfolio for healthcare managers. London, Institute of Healthcare Management. 2004.

Kekki P. *Teamwork in primary health care*. Geneva, World Health Organization, 1990.

Kelly P. Local problems, local solutions: improving tuberculosis control at district level in

Malawi. *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79:111–117.

Larrabee JH, Janney MA, Ostrow CL, Withrow ML, Hobbs GR Jr, Burani CB. Predicting registered nurse job satisfaction and intent to leave. *Journal of Nursing Administration*, 2003, 33:271–283.

Mathauer I, Imhoff I. *The impact of non-financial incentives and quality management tools on staff motivation. A case study from Benin and Kenya*. Eschborn, German Technical Cooperation (GTZ), 2004.

Moynihan DP, Pandey SK. Testing how management matters in an era of government by performance management. *Journal of Public Administration Research and Theory*, 2005, 15:421–439.

Rowe AK, de Savigny D, Lanata CF, Victora CG. How can we achieve and maintain high-quality performance of health workers in low-resource settings? *Lancet*, 2005, 366:1026–1035.

Stekelenberg J, Kyanamina S S, Wolfers I. Poor performance of community health workers in Kalabo District, Zambia. *Health Policy*, 2002, 65:109–118.

Stordeur S, D'hoore W, Vandenberghe C. Leadership, organizational stress and emotional exhaustion among nursing hospital staff. *Journal of Advanced Nursing*, 2001, 35:533–542.

Zurn P, Dal Poz MR, Stilwell B, Adams O. Imbalance in the health workforce. *Human Resources for Health*, 2004, 2:13.

应对卫生人员移民的复杂挑战

熟练卫生人员的移民在过去十年变得更加复杂、更加全球性，卫生人员严重流失的国家对此日益关注。人们有权迁居和寻找他们能够得到的最佳就业，然而为保护迁居权，一些国家却不公平地遭受着移民的负面影响。当大量医生和护士离开的时候，支付其教育费用的国家最后事与愿违地向接受他们的较富裕国家提供一种“不公正补贴¹”。然而财政损失还不是伤害最大的后果。如果一个国家卫生系统薄弱，其部分人员流失会增加进一步的紧张，影响最严重的地方是乡村和缺医少药的地区，那里的移民往往最多。

熟练专业人员移民每年产生几十亿美元的汇款（移民向家乡汇款），流入低收入国家，从而减轻了贫困。然而，卫生人员移民会影响所有人享有卫生保健的权力，应被认为是一种特殊情况，因而有理由对其采取不同于对待其他技术人员的应对政策。

有趣的是所进行的每项调查，即使在加速移民时的调查都强调指出，多数卫生人员都更愿意在本国工作，只要他们能有生活所需的工资，及比较稳定的经济和政治形势。

控制移民的政策

无论源头国家还是接受国，都可制定政策和签订双边协议，以影响熟练卫生人员迁移。制定政策的基本要求是要有关于人员储备和流动的足够数据，包括招聘和减员。

¹ Mensah K., Mackintosh M., Henry L. 所著“发展中世界卫生专业技术人员的技术流失：制定政策的框架”。伦敦，MEDACT 杂志，2005 年 2 月。
网址：http://www.medact.org/article_health.php?articleID=337。

源头国家

投资培养更多的卫生人员。由于认识到流失的可能，一些国家正在考虑培养比通常需要更多的卫生人员，并可能还在考虑卫生人员输出的战略。虽然还没有系统评价执行输出战略的后果，但对受欢迎的源头国家来说也是一个选择。

在一些国家，卫生人员移民是明显的荒唐现象造成的，在那里人员不足与卫生人员高失业率并存。还需要增加毕业生的工作机会，既可通过公共部门（如果财政限制允许），也可通过私营部门。对以当地重点课程培训当地人员进行投资，在一些地方证明可以鼓励人们留在乡村地区，并使移民下降。

按照合同安排，毕业生同意为雇主工作一个特定阶段，这称为约定。虽然这一做法很普遍，但其效果人们并不太了解，同时对私营教育是不适用的。约定的经验优劣参半：它能保证覆盖面，但却带来人员的低绩效和高更替率。

改善工作条件。派遣国只靠提高工资不可能从根本上改变移民的结构，因为源头国和接受国工资的差别太大了。但定期和准时发放工资至关重要。还需要有工作场所改革的一套全面措施，解决卫生人员及其家属的工作条件、交通、住房和教育问题。专业发展和职业促进的机会是鼓励留任的推动因素。管理和监督对提高工作满意度有许多潜力，但如果做得不好，反而会降低人员积极性，造成人员流失。

鼓励迁移人员回归。对移民积极的组织管理能够提高他们的福利，不仅在国内外，而且也在他们回国之后。对卫生人

员特殊的移民服务，还能帮助他们在外出时保持与地方卫生机构的有效联系。

接受国

投资培养更多的人员。接受国更好调整人力计划，确保新增劳动力与减员持平，将会改变劳动市场的性质，并减少卫生人员从较贫穷国家向较富裕国家移民的需求。

采取负责的招聘做法。许多接受国曾尝试使用更负责的方式从脆弱卫生系统招聘卫生人员，如通过行动规则或双边协议。与培训机构和卫生部/人力规划单位磋商，将有助于避免被指控为“盗窃”和其他不光彩的招聘行为。

负责的行为还包括确保公平对待移居人员：应按当地招聘人员的同等条件招聘他们，并给予文化指导的机会。

支持源头国家的卫生人力资源开发。许多接受国也是海外卫生发展援助的提供国。支持可以更直接地用于扩大卫生人力队伍，以便不仅消除移民的影响，而且克服实现卫生相关的千年发展目标中卫生人力资源的巨大制约。

对源头国家提供直接卫生人力资源支持。直接支持可以通过志愿卫生人员或国际非政府组织提供。富裕和贫穷国家之间的卫生机构直接结对，是一种受欢迎的发展援助形式，它还包括卫生人员实质性的双向的流动。为了解这些规划的集体经验做出更系统的努力，无论对源头国和接受国来说，都会增加短期和较长期的效益。

国际行动

实现国际协调。需要既考虑移居卫生人员权利，又要考虑源头国家对需要足够卫生人力的正当关注，为在两者之间找

到平衡，从而制定了符合伦理的国际招聘指导原则和行动规则。在过去五年，国家当局、专业组织和国际机构出台了許多文件。虽然没有法律约束力，但它们在参与国际招聘卫生人员的关键角色之间确立了重要的行为标准。至于这些规范是否有足够的效力，还有待于观察。

双边协议。关于卫生服务提供者的双边协议可以提供一个明确的、经过磋商的移民管理框架。鉴于移民模式的复杂情况-国家可能接受许多国家的卫生人员，并向许多国家派遣卫生人员-所以存在任何一个国家管理多个双边协议是否可行的重要问题。

结论

世界多数国家都缺少熟练卫生人员。补救这种短缺的方法此前主要靠移民，而不是通过挽留和招聘战略，因此在可预见的将来随着短缺的增加，移民也将增加。全球人员流动的代价目前不公平地由较贫穷的源头国家承担，而受益却集中在接受国。

虽然同等工资可能是发展中国家力不能及的，建立有效的卫生保健系统虽然只取决于“更好的经济绩效、稳定的政治局势与和平的工作环境”，但往往这些不仅是模糊的目标，而且在“良好管理”几乎变成全球颂歌的气候里，这些实际上在倒退。

由于移民不可能结束，一些源头国家将需要时间作实质性政策改变，以便在本国提高卫生人员的数量和地位，因此责任更多转移到接受国肩上，他们要成为负责的培养国和招聘国。是提出“有控制移民”概念的时候了，这是又一个新的颂歌，有待于付诸一些实际行动。

进一步阅读材料

Allen H, Aggergaard Larsen J. *"We need respect" - experiences of internationally recruited nurses in the UK*. London, Royal College of Nursing, 2003
[<http://www.rcn.org.uk>].

Awases M, Gbary A, Nyoni J, Chatora R. *Migration of health professionals in six countries*. Brazzaville, World Health Organization Regional Office for Africa, 2004.

Connell J, Brown R. *Remittances in the Pacific: an overview*. Manila, Asian Development Bank, 2005 [<http://www.adb.org>].

Global economic prospects: economic implications of remittances and migration. Washington, DC, World Bank, 2005.

Healers abroad: Americans responding to the human resource crisis in HIV/AIDS. Fitzhugh Mullan, Claire Panosian, Patricia Cuff, editors.

Washington, DC, Institute of Medicine Committee on the Options for Overseas Placement of US Health Professionals, Institute of Medicine, 2005.

Reid S. Community service for health professionals: coercion, change and challenge. In: Ijumba P, ed. *South African Health Review*, 2002. Durban, Health Systems Trust, 2003
[<http://www.hst.org.za>].

Stilwell, B., Diallo, K., Zurn, P., Vujicic, M., Adams, O., Dal Poz, M. (2004) Migration of health workers from developing countries: strategic approaches to its management. *Bulletin of the World Health Organization*, 2004, 82(8):595–600.

World migration report: costs and benefits of international migration. Geneva, International Organization for Migration, 2005.

构筑不同公共卫生规划卫生人员间的桥梁

引言

卫生部门面临着许多各不相同的挑战，但只有卫生人员在应对所有这些挑战。在许多重点之间协调卫生人员的培训、任务、工作计划、奖励和监督，可以减少时间的浪费和重复劳动。为实现这一点，就需要有重点卫生规划之间的合作，以及国际捐助团体在国家层次上的联合措施。关键是还需要强有力的集中领导。将需要全世界机构和角色之间的合作，以帮助政府卫生部发挥管理作用。

这份政策简报的目的是应对各级规划主任面临的挑战，以便最佳使用他们的人员。具体地说，要应对这样一种情况，就是竞争中的重点规划力图通过使用他们的财权相互吸引人力资源的做法来实现他们的目标。

为何需要协调？

卫生人员必须应对广泛的健康促进、预防和保健需要。因此卫生人员必须面对慢性病负担，应对自然灾害、国内冲突、战争及其后果等突发事件，还要做出特别的努力，以实现卫生千年目标（MDGs）。但在许多地方，卫生人力队伍支离破碎，他们的工作被从一个卫生目标拉到另一个目标，造成重复劳动和资源滥用。

仅千年发展目标就带来了一系列全球解决办法和行动，如建立全球防治艾滋病、结核病和疟疾基金，从而加强了国家重点规划。在每个国家内部，各项规划和项目都确定了自己的指标和目标，要求提供服务和人力资源。但卫生人员

的储备是有限的。卫生干预措施在竞争短缺的资源，往往用较高的报酬或其他刺激作为吸引措施。人员在卫生保健不同提供者和卫生行动之间相应流动。此外，在许多国家、卫生辖区和设施中，很少有或根本没有统一的人力资源规划。因此人员负担过重，他们需要实现每项规划的要求。

问题延伸到培训和监督。每年举办数以千计的培训班，以便为具体健康问题提供更好的保健。每个学习班都将人员从他们工作岗位调出，造成数十万工作日的损失，影响了患者的治疗和预防活动。往往学习班内容重复；宝贵时间浪费在相同技能的教学。同样，监督也是割裂的。对每个具体规划的监督视察接二连三，其实它们本可以用结合的方式、按协调计划的安排同时进行。

建立旨在解决具体卫生问题的国家规划，每项都有自己的目标，这些本源于良好的意图。然而，它事与愿违地导致了各项卫生规划间对卫生人员时间的无效竞争。最后，这些问题会大大破坏规划所寻求的卫生目标的实现。

同时，对部署卫生人员应对突发事件的准备不足，或在一些地方根本没有准备。2006年世界卫生报告确定了人力资源战略，以帮助实现千年目标，解决慢性病问题，并应对突发事件。为防止分散和重复劳动问题，有必要协调具体规划间人力资源，并为突发事件的需要做出计划。

需要做什么和如何做？

更好协调在职培训和尽可能分散培训

卫生培训团体的成员与政府、国际机构和非政府组织一道，必须审查针对具体卫生需要的教学模式，以便协调它们的内容。培训课程可以汇总，以反映卫生人员实际每天为之工作的不同规划重点的所有任务。模仿变换角色的措施，例如从腹泻病控制转移到儿童疾病综合管理，可以大大减少离开工作岗位接受培训损失的时间。还必须探讨增加分散培训、现场培训和远程教学，包括电子卫生课程，以减少人员在工作岗位的缺勤。

综合监督

必须组织国家卫生部门，将重点卫生规划紧密结合起来，以减少分散监督。县区卫生当局要有能力对各项重点卫生规划的综合监督起到归口管理作用。委派一名监督员总管现场视察任务可以提高效率。

例如，乡村妇幼卫生巡回活动可以与其他现场重点卫生干预相结合（如分发和用杀虫剂浸泡蚊帐），但计划这些活动常常由各规划主任进行，而他们可能没有得到合作的授权。另一个例子是，为具体任务提供的车辆本可以很好用于结合的活动，但地方规划主任可能缺乏授权，不能这样使用。将需要包括国际捐助团体在内的各级支持，以实现联合监督的目的。

协调报酬和奖励

为实现其规划目的，重点卫生规划主任经常接受资金，用于对职员提供补充工资等特别奖励。意图往往是良好的-通过帮助确保卫生人员足够收入提高他们的

积极性-但这种形式的报酬可能降低其他人员的积极性，这些人可能就在领取额外收入的职员旁边工作。协调所有重点卫生规划的奖励政策，包括设施内和系统内其他各层次的所有人员，可以减少明显的不公，因而提高积极性。

重新考虑服务活动和责任

可以有效地采取两条规则，以帮助卫生人员实现赋予他们的许多要求：简化任务和委托责任。例如简化所有基本任务，是根除脊髓灰质炎行动的第一要素。卫生部门内外所有能掌握的人力资源，从非专业志愿人员到高度熟练人员，都被视为潜在的“接种员”和监测官员。

此外，某些服务可由下一级人员提供。例如将疟疾诊断委托给使用乡村显微镜的志愿卫生人员，证明是可靠的，并改进了疟疾治疗。在许多地方，一些服务任务可以从医院转到初级保健。

与患者合作

广泛的证据表明，旨在促进患者在预防和控制慢性病中作用的干预措施可以提高效果和节省人员的时间。患者及其家属每天为自己所做的事情-包括体力活动、正确进食、避免吸烟、按时睡眠和遵守治疗计划-显著影响着他们的健康。例如卫生组织 300 万/05 年行动表明，HIV/艾滋病患者能够对 HIV/艾滋病预防、治疗和保健服务做出重要贡献。

对突发事件做出计划

如果准备计划到位，并能方便快速启动，疾病暴发和国家灾害所造成的疾病和死亡是可以减少的。应急准备要求有最新的关于现有卫生人员实际能力的数据库，并有能防止卫生人员重复使用的

配置计划。为准备采取管理突发事件的“指挥控制”措施，国家可能还需要提高跨部门的具体管理能力（如在卫生、通讯和交通部门之间）。

进一步阅读材料

Aylward RB, Linkins J. Polio eradication: mobilizing the human resources for health. *Bulletin of the World Health Organization*, 2005, 83:268–273.

Bell D, Rouel G, Miguel C, Walker J, Cacal L, Saul A. Diagnosis of malaria in a remote area of the Philippines: comparison of techniques and their acceptance by health workers and the community. *Bulletin of the World Health Organization*, 2001, 79:933–941;

Cho-Min-Naing, Gatton M.L. Performance appraisal of rapid on-site malaria diagnosis (ICT malaria Pf/Pv test) in relation to human resources at village level in Myanmar. *Acta Tropica*, 2002, 81:13–19.

Dreesch N, Dolea C, Dal Poz MR, Goubarev A, Adams O, Aregawi M, Bergstrom K, Fogstadt H, Sheratt D, Linkins J, Scherpbier R, Youssef-Fox M. An approach to estimating human resource requirements to achieve the Millennium Development Goals. *Health Policy and Planning*, 2005, 20(5):267–276.

Evaluation of short-term training activities of technical divisions in the WHO African Region. Final draft. Brazzaville, World Health Organization Regional Office for Africa, 2004.

Lorig KR, Ritter P, Stewart AL, Sobel DS, Brown BW Jr, Bandura A, Gonzalez VM, Laurent DD, Holman HR. Chronic disease self-management program: 2-year health status and health care utilization outcomes. *Medical Care*, 2001, 39:1217–1223.

Nair VM, Thankappan KR, Sarma PS, Vasan RS. Changing roles of grass-root level health workers in Kerala, India. *Health Policy and Planning*, 2001, 16(2):171–179.

Pruitt SD, Epping-Jordan JE. Preparing the 21st century global healthcare workforce. *British Medical Journal*, 2005, 330:637–639.

Scaling up HIV/AIDS care: service delivery and human resource perspectives. Geneva, World Health Organization, 2004 (http://www.who.int/hrh/documents/en/HRH_ART_paper.pdf)

Svitone EC, Garfield R, Vasconcelos MI, Craveiro VA. Primary health care lessons from the Northeast of Brazil: the Agentes de Saúde Program. *Pan American Journal of Public Health*, 2000, 7(5):293–302.

对卫生人力开发的财政支持

寻找额外资源为何重要？

世界正面临卫生人力危机。多数国家-无论贫富大小-都受到其卫生人员短缺、失调技术组合或不良分布的影响。许多国家对卫生部门长期投资不足现在逐步显露出来，表现为疾病的大流行、老龄问题或人口膨胀等新的紧急需求。在发展中国家形势特别严重。没有必要的人力资源，卫生部门与减贫战略文件和千年发展目标相关的计划就很可能成为泡影。因此卫生人员危机是对实现关键发展指标的限制因素。

2006 年世界卫生报告估计，57 个严重人才短缺的国家需要增加大约 430 万卫生人员，许多在次撒哈拉非洲和亚洲。克服这些人员短缺，将要求做出实质性的财政承诺，以培训更多卫生人员，并支付他们的工资。2015 年是实现千年宣言目标规定的期限，为届时根除医生、护士和助产士短缺，仅快速加强培训这一项的费用，2006 年世界卫生报告指出，按 2004 年价格计算平均每个国家每年需要大约 1.36 亿美元。

一旦短缺得以克服，按目前工资水平计算支付这些卫生人员工资的增加费用略微超过 3.11 亿美元。而设想用为期 20 年的加强培训，则需要的投资每年每个国家为 8800 万美元。当人员配备充足时，增加的工资费用会高于这一设想（因为在 2015 年和 2025 年之间人口将显著增加，从而对卫生人员需要也相应增加），达到每个国家 4 亿美元以上。为满足 20 年期间内培训投资的费用，平均每个国家需要将人均卫生费用的总水平每年增加大约 1.6 美元。到 2025 年

为支付人员的工资，至少需要人均增加 8.3 美元。

全球平均的费用只是指示性的。国家和区域之间存在着巨大区别。然而，无论十年或二十年轨迹都需要大量专项资金投入。这只是与发展未来卫生人力相关的部分费用。更多的费用将涉及其他需要的行动，诸如提高奖励以解决人员不良分布问题，必要时创建新的队伍以达到合理的技术构成，并增加工资和福利，以挽留人员。

资金从何而来？

为卫生人员增加的资金投入应来自国家层次的行动，而对发展中国家而言，则来自国际援助。在国家层次上，国家有三方面广泛的选择：将更大份额的经费用于卫生，提高卫生费用的效益，并寻找更多的收入来源用于卫生。

国家层次

增加用于卫生人员的总经费份额

伦理和政治原理都支持着卫生人员的特殊性质。没有居民的健康，国家的经济增长本身就会受到破坏。没有必要的卫生人员，与卫生相关的关键发展目标就不能达到。工资等对卫生人员的经常性支出，不应仅被视为预算中的消费支出，还应被视为提高国家经济总体效率的真正投资。

许多国家的政府可能还有余力将更多国内资源的份额用于卫生部门。然而将政府资源从其他部门转移出来的相关政策，将可能是国家履行承诺优先发展卫生部门的重要因素。卫生部门领导人必须参与对话和磋商，以便取得对必要投

资的支持。例如增加教育拨款，可能需要在公共和私营的不同投资来源之间进行磋商。挑战在于用证据证明，费用的增加可以带来更多收益，包括经济增长。

提高效率

只要提高效率，在政治舞台上就有更多理由为卫生部门人力资源增加资金投入。更有效使用资源有助于进一步扩大资金。然而许多国家存在重大漏洞的证据。例如在一些国家卫生和教育部门进行的一项评价国内公务员行为的公共支出追踪调查发现，卫生部门政府工资表上的人员 2.4%是虚报人员。还发现缺勤是一个重大问题，39%的人员缺勤没有站得住的理由。这便造成总体人员 10% 时间效率的损失。根除人员虚报和缺勤，以及通过寻求外来服务降低成本，可以提高效率。

寻找资金的新来源

- **定向税收：**为公共部门卫生保健集资，一般税收收入不应被认为是唯一的资金来源。特殊税收-如针对烟草或酒精消费的税收-可以专用于卫生支出。特别卫生彩票也是一项可能的收入来源。
- **保险计划：**社会健康保险、私营健康保险、社区健康保险和医疗储蓄账户都是卫生部门集资的可能手段。
- **私营部门：**私营部门的雇主可能有潜力对卫生费用作更多贡献，特别是与健康和安全要求相关的费用。

国际层次

在发展中国家，动员大量资金，以满足扩大卫生人力队伍集资的需要，这必须通过改进政府预算与国际发展援助相结

合方法进行。对卫生部门人力资源的国际支持存在一些可喜的迹象。例如全球疫苗与免疫联盟最近做出 5 亿美元的五年预算，用于加强卫生系统；一些双边捐助者正在对卫生人力行动给予财政支持。

虽然围绕应急计划自下而上的预算是行动的理想途径，然而有必要制定集资指导原则，以便确保得到的回应与需要相适应，并使国际社会能围绕它进行动员。考虑到国际卫生发展援助的总流量（2004 年大约每年 120 亿美元），2006 年*世界卫生报告*提出了 50:50 原则-即这一集资的 50%用于加强卫生系统，其中至少一半用于支持应急卫生人力计划。这一按比例投资的原理关系到卫生人员对运行中卫生系统的信任，以及对人力战略专用资金的需要。

公共财政限制情况如何？

在保持宏观经济稳定和财政可持续性的努力中，国际财政机构和财政部长们使用了公共卫生支出对国内生产总值比率等标准，以确定上限。

对卫生部门最明显的影响，是在公共机构就业中卫生人员招聘的限制和工资的停滞不前。某些地区对雇用人员的工资拖欠限制着卫生服务的扩展，并造成卫生人员失业。例如减贫战略往往明确提到这些限制。许多国家当局因此在控制雇用卫生人员，因为他们对这些规定找不到一个办法。

认识到有必要扩大卫生财政的空间（即为卫生经费让出更多预算空间），要求对卫生及其人员破例提供公共资金投入。为磋商对卫生人员财政空间的保护，卫生发展界将需要与财政部、国际财政机构和主要国际出资机构进行有效接洽。

对扩大人员队伍的公共财政支持的部分关注，在于政府对人员整个职业生涯中支付工资的能力。由于国家不愿意使自己陷于无法维持的公共债务，他们需要预知捐助机构的长期支持。然而捐助资金是当前政府重点的表现，而长期确保或保障支持的机制一般不是现成的。

因此为长期加强卫生人力筹集资金的挑战，不可能摆脱更广泛的卫生资源动员的困难境地。勇敢承诺和新的机制可能有助于提供对全球援助流量更大的预知性。这些必须辅之以加强卫生部门持续性集资的国家战略。

进一步阅读材料

A summary of the findings of the Commission on Macroeconomics and Health. Geneva, World Health Organization, Commission on Macroeconomics and Health, CMH Support Unit, 2001.

Foster M. *Fiscal space and sustainability – towards a solution for the health sector*. Background paper for the High Level Forum on the Health MDGs, Paris, November 2005 (<http://www.hlfhealthmdgs.org/Documents/FiscalSpaceTowardsSolution.pdf>, accessed 26 February 2006).

G8 Summit. *The Gleneagles communiqué*. Gleneagles, Scotland, July 2005.

Government of Zambia. *Human resources for health strategic plan 2006–2010*. Lusaka, Ministry of Health Zambia, 2005.

Health financing revisited (forthcoming). Washington, DC, World Bank, 2006.

Heller P. Back to basics: fiscal space, what it is and how to get it. *Finance and Development*, 2005, 42(2) (<http://www.imf.org/external/pubs/ft/fandd/2005/06/basics.htm>, accessed 21 March 2006).

HIV/AIDS and work: global estimates, impact and response 2004. Geneva, International Labour Organization, 2004.

Is there a single best system of health insurance? Geneva, World Health Organization (<http://www.who.int/features/qa/35/en>, accessed 27 March 2006).

Michaud C. *Development assistance for health (DAH): recent trends and resource allocation*. Paper prepared for the Second Consultation Commission on Macroeconomics and Health, World Health Organization, Geneva, 29–30 October, 2003 (http://www.who.int/macrohealth/events/health_f_or_poor/en/dah_trends_nov10.pdf, accessed 26 February 2006).

Summary of meeting on fiscal space, social expenditure and aid effectiveness. October 11, 2005. Washington, DC, World Bank, 2006.

Verboom P, Tan-Torres Edejer T, Evans DB. *The cost of eliminating critical shortages in human resources for health*. Geneva, World Health Organization, 2005 (background paper prepared for *Working together for health: the world health report 2006*; available at: <http://www.who.int/hrh/en>).

Williams G, Hay R. *Fiscal space and sustainability from the perspective of the health sector*. Background paper for the High Level Forum on the Health MDGs, Paris, November 2005 (<http://www.hlfhealthmdgs.org/November2005Mtg.asp>, accessed 12 February 2006).

旨在补充通力合作，增进健康：2006年世界卫生报告，这份政策简报的目的是对全世界制定和执行卫生政策的人们提供帮助。简报针对的问题如下：

- 加强卫生人力的信息和研究：行动战略
- 投资教育以扩展能力和终生学习
- 充分利用现有卫生人力
- 应对卫生人员移民的复杂挑战
- 构筑不同公共卫生规划卫生人员间的桥梁
- 对卫生人员开发的财政支持

简报在陈述一个问题之后，便提出解决办法，其中许多取自国家经验。简报的设计有益于鼓励人们按地方需要和地方语言进行修订。

政策依据和信息部门

卫生人力资源司

世界卫生组织

1211 日内瓦 27

瑞士

电子信箱：hrh@who.int

网址：<http://www.who.int/hrh>

ISBN 92 4 559424 6



9 789245 594246