

联合学习行动

卫生人力资源

战胜危机

● 卫生部人才交流服务中心



人民卫生出版社

联合学习行动

卫生人力资源

战胜危机

● 卫生部人才交流服务中心

译审：张俊华

译者：陶曼 汪祺 蔡琛 商燕

周婧 程莲舟 周航 李颖

设计：郝一鸣

原著由哈佛大学出版社出版发行
全球公平行动
2004年



人民卫生出版社

版权 © 2004, 哈佛学院院长及同事

已经申请被收录于国会图书馆出版信息目录册中

ISBN 0-9741108-7-6

联合学习行动, 是一个由全球卫生领导者组成, 由洛克菲勒基金会发起, 并由哈佛大学全球公平行动 (GEI) 的一个秘书处支持的网络。联合学习行动感谢洛克菲勒基金会、瑞典国际合作发展署、比尔和梅琳达·盖茨基金会、大西洋慈善集团和世界卫生组织对撰写该报告给予慷慨的资金支持。有关该报告的内容与建议完全取由联合学习行动的领导者以及哈佛大学全球公平行动负责, 包括技术及组织责任。



照片提供: 封面、标题页以及第39、40、99、100页中的照片由林肯 陈提供; 第11、12页中照片由Jacob Silberberg和Panos画面公司提供; 第63、64、131、132页中照片由Carol Kotilainen提供。

华盛顿特区传媒开发公司负责编辑、设计及印刷, 英国Grundy Northedge公司负责艺术指导。

图书在版编目 (CIP) 数据

卫生人力资源战胜危机/卫生部人才交流服务中心翻译. —北京:
人民卫生出版社, 2007. 10
ISBN 978-7-117-09301-9

I. 卫... II. 卫... III. 医药卫生人员-劳动力资源-资源管理
IV. R197.322

中国版本图书馆 CIP 数据核字(2007)第 155231 号

卫生人力资源战胜危机

翻 译: 卫生部人才交流服务中心

出版发行: 人民卫生出版社(中继线 010-67616688)

地 址: 北京市丰台区方庄芳群园3区3号楼

邮 编: 100078

网 址: <http://www.pmph.com>

E-mail: pmph@pmph.com

购书热线: 010-67605754 010-65264830

印 刷: 北京人卫印刷厂

经 销: 新华书店

开 本: 889×1194 1/16 印张: 13.5

字 数: 363 千字

版 次: 2007年10月第1版 2007年10月第1版第1次印刷

标准书号: ISBN 978-7-117-09301-9/R·9302

定 价: 62.00 元

版权所有, 侵权必究, 打击盗版举报电话: 010-87613394

(凡属印装质量问题请与本社销售部联系退换)

序

国以才立、业以才兴。人才资源是第一资源，它是一种有能动作用的资源，在资源的整合中，它充当资金、信息、设备等其他重要资源的整合者和使用者，发挥着无可替代的作用。卫生系统是一个知识密集的行业，卫生人力资源更是驾驭理论知识和卫生实践的最关键资源。

虽然随着科技的发展，全球的卫生事业取得了长足的进步，但在21世纪，人类将面临史无前例的卫生危机——在慢性非传染性疾病带来沉重疾病负担的同时，艾滋病、结核和疟疾等传染病还在肆虐，同时又有SARS、禽流感等新发疾病及其它自然灾害导致的公共卫生危机。面对如此严峻的卫生问题，更可怕的是，目前全球范围的卫生人力危机——人员短缺和流失、分布不均和专业结构失衡、缺乏培训和知识更新——严重影响着很多国家防治疾病和促进健康的能力，卫生人力资源短缺和失衡正成为阻碍卫生事业发展的关键性问题。国际联合学习行动小组的一百多位卫生领域的专家针对这些危机开展研究并提出了应对策略、方法和措施。

有效应对上述危机，亟需政府、社会和公众对卫生人力资源给予更多的关注。卫生部人才交流服务中心作为唯一的国家级卫生人才研究、服务与管理机构，有责任与义务将国际上关于卫生人力研究、开发与管理的最佳经验介绍给国内的同行。为此，我中心在美国中华医学基金会的资助下对联合学习行动研究编写的权威报告《卫生人力资源：战胜危机》进行了全文翻译，并奉献给关注卫生事业发展和人民群众健康的各位同道。本报告从全球角度阐述了我们所面临的卫生人力危机、卫生危机及其应对方法，对发展我国卫生事业有重要的参考和借鉴价值。

由于时间仓促，加上译者水平有限，本中文版报告中难免有疏漏甚至错误，敬请读者批评指正。

卫生部人才交流服务中心 主任



二〇〇七年七月

前言

该报告详细阐述了在本次联合学习行动中产生的各种研究成果和建议。联合学习行动是一项由全球100多位卫生领域的领导人物共同参与的联合行动，该行动旨在改善全球卫生人力资源现状，并为提升卫生人力资源在卫生体系中的作用开发相应的发展策略。我们为何开展此次行动？此次行动的最终目的是什么？需要怎样达到这些目的？

发起此次行动的主要原因是因为现在许多人都认为，卫生工作者作为影响卫生系统运转的关键因素，并没有得到足够的重视。在重新审视现在卫生领域所面临的主要挑战的过程中，许多人已经逐渐意识到人力资源问题已经成为阻碍卫生事业发展的根本问题之一。但现在的主要矛盾是，在那些最需要卫生工作者的国家，当地现有的卫生工作者正受到恶劣的工作环境、生命安全得不到保障等因素的威胁，其中有许多人已经为了寻求更好的生活和工作环境移居到了其他国家。虽然现在卫生领域在资金投入和药品供给等方面有了很大提高，但是卫生人力作为完成一切卫生工作的基础，却还得不到相应的重视及投入。

联合学习行动是为填补以上这个空白而展开的一项了解和开发卫生人力资源相关发展策略的全球性学习行动。该行动包括7个工作小组：供应组、需求组、重大疾病组、创新组、非洲组、历史研究组以及协调组。通过一种开放、合作的自主管理模式，每个小组都可以利用由该组成员所组建的各种网络资源对该领域进行最深入的研究。同时，联合学习行动鼓励各小组研究难点问题，发掘新观念，支持改革与创新。

联合学习行动的具体工作主要分三个阶段完成：2002年为筹备阶段，包括吸收行动成员，制定行动框架及拟定工作计划。2003年为第二阶段，主要工作包括文献回顾、研究与咨询。在这一阶段中，联合学习行动在全球范围内以委托任务的形式，完成了50多份研究报告，其中的大部分研究结果被本报告所采用。同时还执行了30多项咨询任务，其中的大部分任务都是与各合作机构共同开展完成的。通过这些咨询任务，让我们得到了很多面对面倾听卫生工作者心声的机会。2004年为第三阶段，这一阶段的工作重点是分析与总结，并为推广和传播由联合学习行动产生的各种研究成果和建议提供证据基础。各国政府和各种组织分别通过广泛参与和积极倡导等方式对联合

学习行动给予了大力支持。行动的两位合作主席和所有学习小组的其他组员，为完成本报告自愿贡献他们的时间与精力。更重要的是，在联合学习行动取得所有成就的背后，是所有成员在行动执行初始阶段便达成的关于提高全球卫生公平性的一致共识。因此本报告不只是一份数据分析材料，它还代表着我们所有人高度的社会责任心。同时随着频繁的互动，各机构之间已经建立起了良好的合作关系和真挚的友情。相信在今后的发展中，这种关系将在互相信任的基础上继续延续下去。当然，联合学习行动能够取得如此成就也离不开以下主要资助方的大力支持：洛克菲勒基金会、瑞典国际合作发展署、比尔和梅琳达·盖茨基金会、大西洋慈善集团。

随着该报告的正式发表，联合学习行动的使命也将完成。考虑到今后我们将要面临更多新的挑战，圆满完成该行动只是让我们迈出了通向下一阶段工作的第一步。所以我们在此郑重邀请我们的同仁和伙伴加入到我们中间来，共同为今后卫生人力资源事业的发展做出应有的贡献。最后，我们希望该报告能够在某种程度上为我们今后的发展指明前进的方向。



林肯 陈

联合学习行动协调组合作主席



蒂姆 伊文斯

联合学习行动协调工作组成员

Orvill Adams	Marian Jacobs
Jo Ivey Boufford	Joel Lamstein
Mushtaque Chowdhury	Anders Nordstrom
Marcos Cueto	Ariel Pablos-Mendez
Lola Dare	William Pick
Gilles Dussault	Nelson Sewankambo
Gijs Elzinga	Giorgio Solimano
Elizabeth Fee	Suwit Wibulpolprasert
Demissie Habte	

各联合学习行动工作小组联合主席名单

协调组

林肯 陈, 美国哈佛大学

蒂姆 伊文斯, WHO瑞士总部

需求组

Orvill Adams, WHO瑞士总部

Suwit Wibulpolprasert, 泰国卫生部

供应组

Nelson Sewankambo, 乌干达马克里尔大学

Giorgio Solimano, 智利大学

非洲组

Lola Dare, 尼日利亚国际卫生科学培训、研究、发展中心

Demissie Habte, 孟加拉国乡村发展委员会公共卫生学院

重大疾病组

Mushtaque Chowdhury, 孟加拉国乡村发展委员会; 美国哥伦比亚大学

Gijs Elzinga, 荷兰公共卫生与环境保护部

创新组

Jo Ivey Boufford, 美国纽约大学华纳公共服务学院

Marian Jacobs, 南非开普敦大学

历史研究组

Elizabeth Fee, 美国国立医学图书馆; 美国国立卫生研究所

Marcos Cueto, 秘鲁Cayetano Heredia大学

性别研究专家组

Hilary Brown, 瑞士世界卫生组织总部

Laura Reichenbach, 美国哈佛大学人口与发展研究中心

专有名词缩写表

AIDS	获得性免疫缺陷综合征，艾滋病
CIDA	加拿大国际发展署
DFID	英国国际发展部
DOTS	监督短程化疗
FAIMER	国际医疗教育和研究促进基金
G-8	八国集团
GAVI	全球疫苗免疫联盟
GDP	国内生产总值
GNI	国民收入总值
GTZ	德国技术合作公司
HDI	人类发展指数
HIPC	重债穷国
HIV	人体免疫缺陷病毒
HRH	卫生人力资源
ILO	国际劳工组织
IMF	国际货币基金
JLI	联合学习行动
MDGs	千年发展目标
MTEF	中期支出框架
NGO	非政府组织
ODA	官方发展援助
OECD	经济合作与发展组织
OSI	开放社会研究所
PAHO	泛美卫生组织
PEPFAR	美国总统紧急援助艾滋病计划
PPP	购买力差异
PRSP	减贫战略报告
SARS	严重急性呼吸系统综合征
SWAp	跨部门策略
TB	结核病
UNESCO	联合国经济、科学和文化组织
UNFPA	联合国人口基金会
UNICEF	联合国儿童基金会
WHO	世界卫生组织

目 录

页 数

Vii	前 言
X	专有名词缩写表
1	摘 要
13	第一章 卫生工作者的力量
14	当今的卫生危机
16	新机遇
17	卫生人力资源危机
20	为何卫生工作者如此重要
25	工作人员作为一个全球卫生信托组织
28	五种国家类型
41	第二章 基层社区
42	一线的卫生工作者
49	社区体系中的卫生工作者
53	动员卫生工作者
65	第三章 国家领导
66	领导和利益相关者的参与
68	制定人力资源投资规划
70	绩效管理
83	开发可行的政策
87	学习提高
101	第四章 全球责任
102	移民：致命的人员流动
112	知识：有待开发的资源
117	出资：理智地投资
133	第五章 把人力工作放在首要位置
134	加强卫生系统的可持续性发展
137	通过动员卫生工作者抵御卫生突发事件
138	构建知识资源库
139	完成未竟事业：行动与学习
143	附录1 词汇注释表
149	附录2 定量信息
181	附录3 联合学习行动

框

19	1.1	人体免疫缺陷病毒/艾滋病：对卫生工作者的三重威胁
33	1.2	规范和标准？
34	1.3	“短缺”——通过数字理解卫生人力短缺问题
44	2.1	幕后卫生人力
51	2.2	人员招聘本土化是最重要的第一步
53	2.3	自主就业妇女协会的社区筹资
54	2.4	印度消灭天花运动：卫生系统的紧张与和谐
55	2.5	埃塞俄比亚的军队——行动起来对抗艾滋病
56	2.6	动员卫生工作者，消灭小儿麻痹症
58	2.7	哥斯达黎加的初级卫生保健工作者
69	3.1	卫生工作者罢工
76	3.2	影子卫生工作者和旷工人员
82	3.3	学习网络和卫生
83	3.4	专业协会是合作伙伴
86	3.5	伊朗的卫生改革
88	3.6	经济转型时期的人力资源
107	4.1	国际招聘的实施准则
108	4.2	国际移民全球委员会
110	4.3	古巴的国际卫生人力
111	4.4	卫生工作者移民：一个全球普遍现象
115	4.5	卫生人力的评价工具
116	4.6	泛美卫生组织卫生人力资源信息库
120	4.7	坦桑尼亚卫生人力资源：稳定、调整 and 改革对卫生人力的影响
121	4.8	加纳：卫生人力资源行动
123	4.9	对人力发展有利的捐助政策
135	5.1	主要建议
137	5.2	高投入、高回报
140	5.3	行动学习联盟

图

3	1	人力资源和卫生分配
5	2	绩效管理
7	3	对国家战略计划和管理能力建设的投入
10	4	卫生人力资源的十年

页 数

15	1.1 期望寿命——增长与缩短
22	1.2 卫生系统的粘合
24	1.3 卫生服务覆盖率和工作人员密度
25	1.4 收入越高——卫生工作者越多
26	1.5 卫生工作者越多——死亡越少
27	1.6 储备和流动
29	1.7 各地区卫生工作者的密度
30	1.8 人力资源和卫生分类
32	1.9 五种类型
42	2.1 卫生人力资源的职能
43	2.2 家庭卫生人员在金字塔的最底层——专业技术人员在最顶层
50	2.4 责任的均衡
66	3.1 国家战略的重要衡量尺度
71	3.2 绩效管理
78	3.3 卫生工作者需要的不只是金钱
80	3.4 医学院校和毕业生的地区差距较大
81	3.5 学习的投资方针
102	4.1 外来医生在发达国家所占比例约占发达国家医生总数三分之一
103	4.2 在英国注册的亚撒哈拉非洲地区护理人员人数统计
104	4.3 南非：卫生人力流入及流出的主管道
119	4.4 对国家战略计划和管理能力建设的投入
183	A3.1 联合学习行动工作组
197	A3.2 联合学习行动会议和协商会议

表

46	2.1 亚洲的社区卫生工作者
48	2.3 国家卫生人力类型的抽样调查
118	4.1 卫生发展援助趋势图
157	A2.1 全球卫生人力资源分布
163	A2.2 全球医学院校和护理学校分布
169	A2.3 几项主要卫生指标
174	A2.4 卫生人力筹资

摘要

在人类健康经历了长达一个世纪的长足进步之后，我们现在正面临着前所未有的连锁性卫生危机。世界上一些最贫穷的国家除了要经受全球性流行疾病的威胁之外，还要面对由不断攀高的死亡率和期望寿命逐渐缩短所带来的困扰。这些国家脆弱的卫生系统已经无法应对人民大众的卫生需求。而在卫生工作的一线，数量稀少并承受超负荷工作和巨大压力的卫生工作者们，由于缺乏足够的资源在其各自岗位上显得更是力不从心。他们中的许多人，有的由于疲劳过度而被压垮，有的被传染上艾滋病毒离我们而去，还有的为了寻求更好的生活和更高的待遇迁移到了更发达的国家。

在当今世界，相对于贫困国家人口的生存环境，日趋严峻的卫生危机更具有威胁性——它正威胁着人类的健康、社会的发展和稳定。世界各国如何应对这些由卫生危机所带来的挑战将直接影响到全球卫生事业发展的未来。

全球卫生危机是在全球贫困现象普遍存在、经济增长不平衡和政治环境不稳定的大背景下形成的。而这种背景又导致了对现有威胁人类健康的疾病防治不力的局面，进入一个恶性循环之中，这种恶性循环受以下三方面影响：

- 一是来自艾滋病的威胁——加重了卫生工作者的工作量，加大了他们在工作被感染的危险性，同时对他们的职业道德也是一种考验。他们中的许多人成为了临终保健关怀提供者，而不是医治者。世界上受艾滋病威胁最严重的地区是亚撒哈拉非洲地区，但是在亚洲、美洲和东欧一些重点地区，艾滋病也在迅速蔓延。

- 二是加速的劳动力流动。导致在那些本来就无法承受“人力流失”危机的国家，出现了医生和护士流失的现象。

- 三是长期对人力资源开发投入不足遗留的后遗症。20年的经济体制改革耗费了大量资金，导致卫生人员的招聘和收入分配制度得不到改善，国家预算受到限制，基本的药品与设备正在消耗殆尽。

以上这些因素对那些经济不发达和政治环境不稳定的国家影响最大。

“据我们估算，全球共有超过1亿的卫生工作者。其中有两千四百万注册的医生、护士和助产士，而非正式的、传统的、社区、以及类似的卫生工作者是常规统计卫生工作人员数的三倍

卫生工作者的力量

尽管如此，全球卫生工作者所表现出来的高度社会责任感和决心已经远远超出了他们的职责范围。随着艾滋病等传染性疾病的越来越被大众所重视，卫生工作者们坚定的信念已经被全新的政策理念和更多的卫生专项拨款所认同。虽然这些拨款还很有限，但毕竟已经开始逐渐投入进来。与前几年相比，现在许多可以挽救生命的药品，在价格大幅度降低的同时，也变得越来越容易获得了。

伴随着这些变化的一个重大举措就是由联合国制定了更全面的发展协定，即到2015年实现千年发展目标。按时实现这些与卫生相关的全球目标已经成为各国开展国际合作的一个重要切入点，其中出现的许多新项目、机制、财政策略及参与者，都将会给卫生事业的发展带来新的机遇。

一个稳固、有活力的卫生系统是抓住这些机遇的关键。然而，缺少了卫生工作者的卫生系统是无法存在的，因为人力资源才是卫生系统的最主要资源。虽然资金和药品也是组成卫生系统的基本元素，但是这些物质投入需要高效的工作团队来支配才能发挥出最大效益。并不是疫苗和药品本身，而是卫生工作者通过正确使用它们，提供了防治疾病的医疗服务。作为卫生系统变化的主动因素，卫生工作者的工资往往占到卫生整体预算的2/3，同时是卫生工作者把卫生系统中的许多重要部分组织在一起，在卫生产产出方面发挥主导作用。

在历史上，人类健康水平有长足进步的时期往往是能够动员大量卫生工作者的时期。卫生工作者的密度越高和工作的质量越好——与教育水平、男女平等、高收入等决定健康的社会因素一

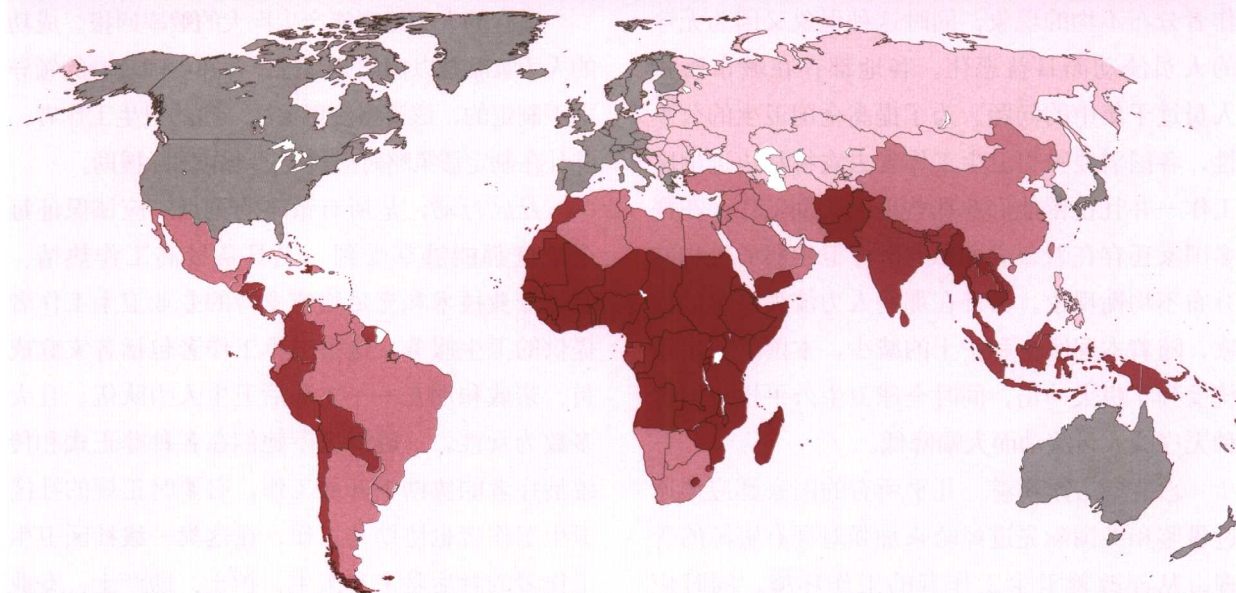
能共同提高全民的健康水平和生存状况。卫生工作者在整个人口中的密度会对实现千年发展目标的方式和有效性产生极大影响。例如：在卫生工作者的人口密度超过2.5名/1000人的地区，麻疹免疫接种率达到了80%，且新法接生率有很大增加，但现在全球仍有75个国家共有25亿人口还没有达到该最低标准（2.5名卫生工作者/1000人口）。

据我们估算，全球共有超过1亿的卫生工作者。其中有两千四百万注册的医生、护士和助产士，而非正式的、传统的、社区以及类似的卫生工作者是常规统计卫生工作人员数的三倍。现在全球注册医护人员的分布非常不均，亚撒哈拉非洲地区拥有医生和护士的总量只是欧洲地区的1/10。埃塞俄比亚的专业医护人员总量只是意大利的1/5。

鉴于这种分布不均的广泛性，每个国家都应该制定一套适合本国卫生发展需求和卫生人力资源现状的人力发展战略。在本报告中，我们把接受调查的186个国家按照卫生工作者的人口密度分为低密度、中密度、高密度三种国家类型（低于2.5/1000；2.5/1000-5.0/1000；高于5.0/1000），在低密度国家和高密度国家中又分别细分了以千分之五为标准的高死亡率国家和低死亡率国家。结果显示：在低密度国家中，有45个国家属于低密度、高死亡率国家，其中大部分是那些存在不断攀升的死亡率和薄弱的卫生系统双重危机的亚撒哈拉非洲地区国家。其余30个低密度国家大部分分布在亚洲和拉丁美洲，该地区同时也分布着42个中密度国家。在高密度国家中，34个国家属于高密度低死亡率国家，其中大多数为发

“通过对本国卫生人力队伍进行更具策略的投资和管理，各国都能够在整个国家的卫生事业发展中快速取得成效

1 | 人力资源和卫生分配



■ 低密度高死亡率国家 ■ 低密度国家 ■ 中密度国家 ■ 高密度国家 ■ 高密度低死亡率国家

注：见附录2。

来源：参照世界卫生组织2004年文件绘制。“世界卫生组织定义的卫生工作者包括：医师、护士、助产士、牙医、药剂师。”
日内瓦 [www.who.int/globalatlas/autologin/hrh_login.asp]。

达国家或者是经济合作与发展组织成员国，其它35个高密度国家是那些经济正处于转轨期的或是那些有能力输出医疗人力的国家（见图1）。

所有这些国家，不论是发达或不发达国家，都存在着卫生工作者在数量上、技术上、地域上的分布不均衡现象。通过对本国卫生人力队伍进行更具策略的投资和管理，各国都能够在整个国家的卫生事业发展中快速取得成效。从全球的视角来看，我们更关注那些低密度、高死亡率的国家，因为这些国家的健康状况更令人可怕。对所有的国家来说，我们所面临的全球挑战是：

全球短缺。全球卫生工作者存在严重短缺。据我们不完全统计，全球共缺少卫生工作者四百

多万人。亚撒哈拉非洲地区国家如果要按时实现千年发展目标，他们必须通过挽留、招聘、培训等方式使该地区现有卫生工作者的数量翻三番，即增加100万左右的卫生工作者。

技能组合失衡。几乎所有国家都面临着技能不平衡的问题，这种技能失衡问题极大地削弱了国家卫生系统的运转效率。在有些国家，技能组合过多地依赖于医生和专家；而在大多数国家，人们往往忽略了面向大众服务的公共卫生系统。一些国家应根据卫生发展规划制定卫生人力发展计划，尤其是通过重新配置医务辅助人员和社区医护人员的办法，完善他们的卫生人力资源发展计划，使该规划的内容更能体现这些国家人口的

“加强人力队伍建设是实现千年发展目标的唯一途径，没有捷径可循

卫生需求。

分布不均。几乎所有的国家都存在着卫生工作者分布不均的现象，同时这种现象又因为无序的人员流动而日益恶化。各地都存在城市医护人员过于集中的问题。为了提高全国卫生的公平性，各国需要吸引卫生工作者去农村和边远地区工作——并且挽留他们在那些地区长期工作。在许多国家还存在着公立和私立医疗卫生服务机构的分布不均衡现象。另外在那些人力流失严重的国家，随着本国医生和护士的减少，本国的卫生系统受到了极大冲击，同时全球卫生公平性也因这种无序的人员流动而大幅降低。

恶劣的工作环境。几乎所有的国家都应该通过借鉴相关国际先进经验来加强对现有资源的管理，从而改善卫生工作者的工作环境。同时应通过确保充足的物资与设备供应，建立物质或非物质激励机制等方式挽留、激励本国的卫生工作者。另外，还需要倾听卫生工作者的心声。

知识匮乏。卫生人力资源方面的知识缺乏阻碍了规划、政策开发以及项目执行。与卫生人力资源相关的信息是匮乏的，数据是不完整的，研究也是有限的，这些不足必须得以补救。

人力策略

有证据显示，即使是在困难的情况下，有效的人力策略也可以提高卫生系统的绩效。事实上，加强人力队伍建设是实现千年发展目标的唯一途径，没有捷径可循。当然，人力也不是万能药。建立一个高绩效的人力队伍需要长期、坚实的努力。卫生工作者必须要有充足的药品与设备供应才能保证工作的高效性。同时为了使他们更

有效地使用这些供给，必须让他们具有较高的工作热情，并为他们提供相关的技能培训和他支持。

适宜的人力策略能产生巨大的效率回报。成功的人力策略是以国家为基础，并在本国政府的领导之下制定的，该策略应更关注一线的卫生工作者，并且在制定该策略时应接受适当的国际援助。

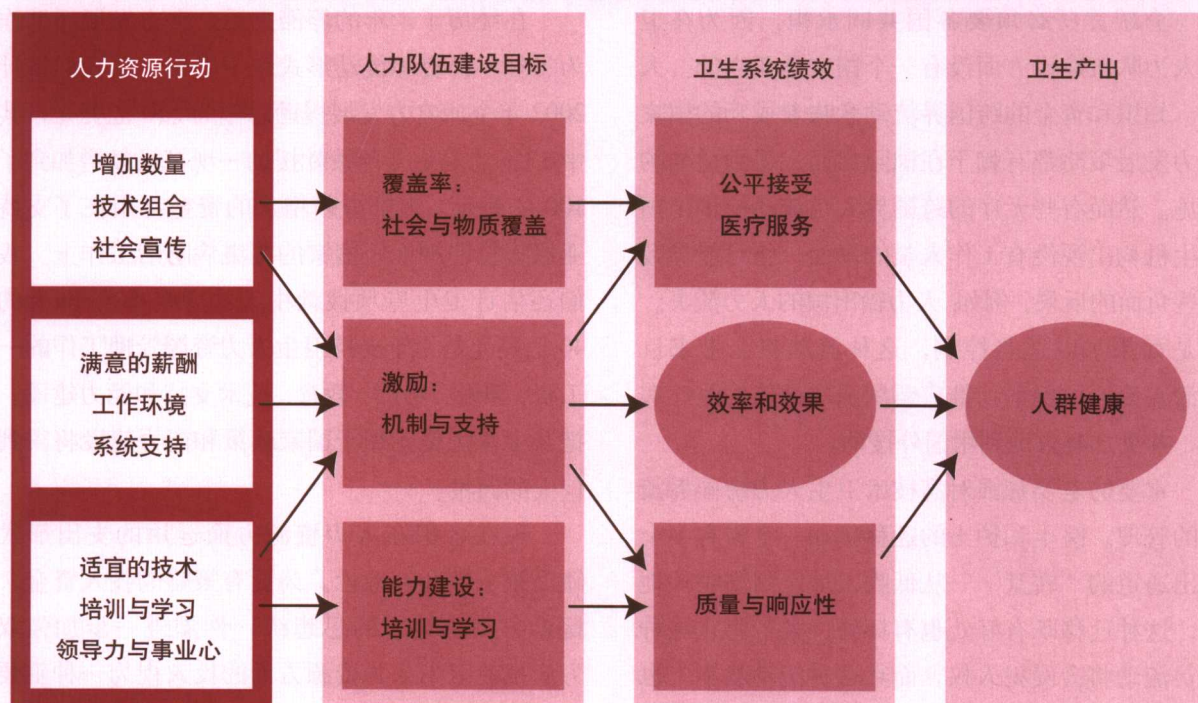
社区行动，是所有策略的重点。应该保证每个家庭都能够享受到一名具备较高工作热情、熟练专业技术和充足物资支持的专业卫生工作者提供的卫生服务。这类卫生工作者包括各家庭成员、亲戚和朋友——一支幕后卫生人力队伍，且大多数为女性。一般情况下她们在各种非正式和传统治疗者的协助下开展工作，必要时正规的社区卫生工作者也协助其工作，在这类一线社区卫生工作者的背后是来自医生、护士、助产士、专业助理、非医学管理人员和工作者的支持与有效协助。尽管这些工作者的社会分工有所不同，但是所有的人力策略都应该提倡社区参与对卫生工作者的招聘及挽留工作，并对社区卫生工作者的工作表现予以评估。

国家领导与策略是提高卫生人力队伍建设的重要平衡点，因为是政府本身制定政策，确保投入机制，支持教育事业，运行公立机构和管理私立机构。不同国家的国情意味着各国应依照本国所面临的主要挑战制定相应的发展策略。但是所有的国家战略都应该具有五个要素——领导者和利益相关者的参与、人力资源投资规划、绩效管理模、可行支持性政策的制定以及加强实施效果评估的能力建设。

卫生人力队伍的建设不仅仅是一项技术过程，也是一项政治过程。这一点决定了需要在

“为取得良好的绩效，对卫生人力队伍实施管理可以使卫生和教育两个部门更好地合作，从而有效实现以下三个核心目标：使卫生工作者数量达到一定比例的覆盖率，建立先进、科学的激励机制，加强卫生工作者的能力建设

图 2 绩效管理



所有的不同的利益相关者中建立一个强大的行动联盟。该联盟应把卫生工作者作为其工作核心内容，但是具体参与合作的机构除卫生部门外，还应包括财政部、教育部和其它部委，同时除政府部门外，参与合作的机构还应包括主要学术权威、专业协会、工会、教育机构及非政府组织。所有这些机构都应共同协作制定国家的发展方针、策略、目标并实施相关的政策和项目。高质量的数据是指导以上工作的重要依据，目前这种数据是非常匮乏的但也是最需要的。

为取得良好的绩效，对卫生人力队伍实施管理可以使卫生和教育两个部门更好地合作，从

而有效实现以下三个核心目标：使卫生工作者数量达到一定比例的覆盖率，建立先进、科学的激励机制，加强卫生工作者的能力建设。提高覆盖率的策略可以使卫生工作人员达到合适的数量，具有适宜的技术组合，提供外展服务保护弱势群体；激励机制策略侧重建立合理的薪酬制度，创造良好的工作环境和更多的职业发展机会，以及构建有持续性的卫生系统；能力建设可以通过以下三种方式来实现：针对职业操守和技能开展的教育培训；创造继续学习的良好条件；培养卫生工作者的领导力、事业心和创新意识（见图 2）。以上这些工作都应以加强国家能力建设为首要目

“ 在所有利益相关者之间建立一个强大的行动联盟是推动卫生人力资源事业发展的关键

标。任何进步和退步都应以阶段性回顾的方式予以评估和纠正。

全球责任必须要各国共同承担，因为在卫生人力队伍建设方面没有一个国家是孤立的。人员、知识和资金的跨国界流动意味着成功的国家人力发展策略都有赖于在国际层面上得到适当的实施。然而有些无序的跨国界人员流动使输出国卫生机构出现没有工作人员的局面，将可能导致一些负面的后果，例如：人力输出国的人力流失。但是如果加以适当控制，这种流动将会带来巨大潜在价值——例如：推广运用国际最佳的医疗实践，并更加有效地利用国外援助。

重要的是要加强对高技术卫生人力跨国界流动的管理。医生和护士的迁移犹如一个带有多个进出通道的“转盘”——从低收入地区到高收入地区，这种迁移既有好处也有坏处。强行阻止这种人员流动将会侵犯人权，而且这种流动基本上也很难阻止，所以对医护人力的流动进行全球化管理应考虑到既保护人权又促进卫生事业的发展——通过挽留人力来削弱人力输出国的“推力因素”，并通过教育培训的方式达到本国人力自给自足的水平来减弱人力输入国的“拉力作用”。应通过加大对人力输入国的教育投入和适当促进卫生人力从较发达国家到不发达国家的逆向流动来拓宽全球卫生事业的发展机遇。

各国驾驭有关人力队伍建设的知识传播能力还没有完全被开发出来。知识传播在上个世纪卫生领域取得的巨大成就中起到了重要作用。然而现在有关卫生人力资源的数据和研究还是不够。各国在制定相关发展策略时，工作重点应侧重于填充理论与实践之间的空白，鼓励信息共享，强

化知识库建设。尤其重要的是在各国之间倡导一种研究文化，并提倡创新知识的传播。

在经历了十年的停滞之后，官方发展援助作为另外一种资源流动形式终于出现。据我们估计2002年全球官方发展援助总额为570亿美元，其中13%为卫生专项拨款援助——现在已经增加到了100亿美元，大部分新增加的资金都用在了支持亚撒哈拉非洲地区国家的艾滋病防治工作上。我们还估计卫生专项拨款中大约30%-50%即大约40亿美元是用于支持卫生人力资源管理工作的——工资、津贴、培训、教育、技术支持和能力建设。把其中4亿美元用于国家政策和能力建设将得到巨大的回报。

现在各国在人力资源方面运用的支出形式缺乏统一性和有效性。为更有策略的投入资金，援助方与决策方的思想统一性需进一步加强——双方应把对卫生人力资源方面的投入视为一种重要投资，通过分类项目来协调卫生人力队伍，确保卫生人力队伍的建设能够得到相关财政政策支持。在那些发生卫生突发事件的国家，国际金融机构应帮助该国提高公共卫生消费水平，这些国家应允许援助方为解决突发事件对本国进行援助，最大限度满足本国引进人力的需求。

把卫生工作者放在首要位置

我们提倡运用紧急的全球干预行动对卫生人力队伍进行管理，从而促进全球卫生的公平性和推动卫生事业的发展。提倡这种全球行动的主要原因是基于以下三点考虑：一、现在全球的卫生危机问题已经相当严峻；二、我们须及时把握已经发展成熟的新机遇；三、如果能够积极、有效