

惠及“每一个”儿童

克服卫生工作者危机



Save the Children



救助儿童会在**120**多个国家和地区开展项目。我们致力于挽救儿童的生命，为儿童的权利而奋斗，并帮助儿童发挥自身的潜能。

致谢

本报告由Patrick Watt、Nouria Brikci、Lara Brearley 和 Kathryn Rawe 为救助儿童会编写。感谢救助儿童会国家级项目以及国际救助儿童会的同事们提供的个案研究、证言和宝贵意见。

我们还要感谢谢菲尔德大学世界地图项目的Benjamin Hennig为本报告绘制了图4。

封面照片；助产士**Catherine Oluwatoyin Ojo**在尼日利亚一家诊所给**6**个月大的**Mariam**测量体重，尼日利亚是世界上卫生工作者缺口最大的国家之一。
(照片来源：**Jane Hahn**)

目 录

从数字看卫生工作者危机	IV
前 言	VI
概 述	VII
第一部分：卫生工作者危机的规模	I
没有卫生工作者就没有健康	I
全球卫生工作者短缺现象	2
卫生工作者的不均衡分布	3
卫生工作者危机对儿童的打击最大	8
卫生工作者和卫生体系	9
行动时刻	9
第二部分：危机的原因	12
缺乏教育和培训	12
报酬较差，激励不足	13
资金不足	15
未兑现的承诺	17
效果不佳的援助	17
资金支持不足和未落实的国家卫生工作者计划	18
第三部分：克服危机	21
最高级别的全球政治行动	21
国家级别的行动	21
更多拥有适当技能的卫生工作者	22
有效部署卫生工作者	24
所有卫生工作者取得合理的工资收入	27
更多、更好的资金	28
结 论	30
附录1：关于卫生工作者的国际承诺	31
附录2：作为全球妇女和儿童健康战略一部分的卫生工作者承诺	33
注 释	34
参考文献	35

从数字看卫生工作者危机

1 亿 全球有10亿人一生中从未见过任何一名卫生工作者

350 万 全球最贫困的49个国家中缺少350万名医生、护士、助产士和社区卫生工作者。

41 个 61个国家的卫生工作者严重短缺——其中41个国家位于非洲。

3% 非洲承受着全球四分之一的疾病负担，但这片大陆拥有的医生、护士和助产士数量却仅占世界的3%。

不到1/10

加纳拥有的卫生工作者仅达到其所需数量的一半。塞拉利昂的则还不到十分之一。

25倍以上

一名赞比亚医生倘若到美国工作，收入可能会提高25倍以上。

81%

四分之三的莫桑比克医生和81%的利比里亚护士在国外工作。

三分之一

低收入国家仅获得国际卫生援助资金的三分之一。

前言

社区卫生工作者、医生、护士和助产士在挽救儿童的生命方面发挥着关键的作用。但是，全球范围内存在严重的卫生工作者短缺现象，每天都有儿童因此而夭折。

在过去的几年内，改善全球健康的巨大努力分散了对卫生工作者所做的重要贡献的关注。全球重点一直放在增强卫生系统上，包括药物、疫苗和蚊帐，所有这些都毫无疑问都非常重要。但是，如果不同样重视招募、培训和留住所需的卫生工作者，各项干预措施就无法落到实处。

结果，诊所和医院都面临着人手不足的困境，尤其是在边远或农村地区。现有的一线人员都在超负荷工作，但却没有享受到应得的报酬。事实上，许多卫生工作者收入微薄，工作场所设施简陋，而且几乎得不到任何支持。

本报告恰逢其时，国际社会开始认识到卫生工作者短缺所带来的不利后果。9月份，各国领导人将在联合国大会上汇聚一堂，抓住机会来采取有效措施以解决卫生工作者危机。各国领导人必须加强他们的承诺，从现在起到2015年间不断壮大全球卫生工作者的队伍。

在这里，救助儿童会呼吁国际社会最高级别的政治力量和面临卫生工作者短缺困境的所有国家，立即采取切实的行动来解决这个问题。

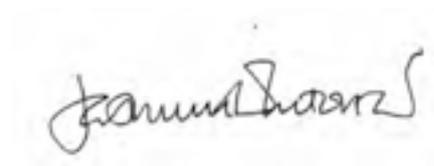
首先，全球需要更多的卫生工作者。加纳仅有其所需数量一半的卫生工作者；塞拉利昂则仅

有十分之一。很容易预想提高这一比率将取得的巨大效益。援助国政府和国际机构有义务帮助这些国家解决严重的卫生工作者短缺问题。如果将卫生工作者置于国家卫生计划的核心地位，这些国家将会从中受益匪浅。

其次，我们必须更有效地利用现有卫生工作者，争取在各国内部实现更加均衡的卫生工作者分配。卫生工作者需要供养和照顾家人，因此必须给他们提供经济激励措施和适当的支持，鼓励他们在充满挑战性的环境中工作，认可他们所做出的贡献。为了最有效地改善健康服务现状，必须给卫生工作者提供必要的培训，让他们可以最大程度地发挥自身潜力来完成任务。

卫生工作者的培训不可能一蹴而就，为了让所需的卫生工作者队伍就位、以期于2015年实现千年发展目标，我们必须从现在开始努力。

卫生工作者挽救生命。卫生工作者是改善儿童、母亲及其家人的健康状况以及增加他们生存契机的最关键资源。现在是时候采取行动了。



Jasmine Whitbread

救助儿童会首席执行官

每天，全世界有22,000名5岁以下儿童死去。¹

这些死亡中的绝大多数可以通过正确的治疗和预防得到避免。由于全球卫生工作者危机数，百万名儿童因无法获得挽救生命的卫生保健服务而夭折。

在卫生工作者危机中受到打击最严重的是儿童。卫生工作者是所有卫生服务中最重要的元素。对致命疾病几乎没有抵抗力的婴幼儿，在其生命最初的几天、几周和几年时间里，通常比其生命中的任何其它时点更加需要有技巧的卫生护理。

一名儿童倘若生活在一个有着充足助产士、护士和医生的国家，其活到5岁的可能性会提高5倍。² 没有卫生工作者，便不能接种疫苗，不能开出救命药物，不能提供计划生育建议，也不能在妇女分娩时给予专业护理。

卫生工作者危机是一个双重危机。首先，最贫困国家的卫生工作者数量太少、无法满足儿童的需求。据估计，全球至少缺少350万名社区卫生工作者、助产士、护士和医生。³

为了向每个人提供基本医疗服务，每1万人至少需要23名医生、护士和助产护士。⁴ 但很多国家的卫生工作者数量正十分危险地降到这一最低限度之下：加纳仅有其所需数量一半的卫生工作者；塞拉利昂则少于十分之一。⁵

其次，现有卫生工作者往往并没有出现在最需要他们的地方，其中很多人还缺少所需的技能、资源和职权来挽救儿童的生命。在很多有大量儿童死亡的国家，卫生工作者集中于相对富裕的城市地区，

从而使得较边远地区的儿童无法享有卫生服务。

很多最贫困国家在应对卫生工作者不足和现有卫生工作者分布不合理的双重挑战方面已取得了进展——但进展还不够快。

现在需要决定性的行动来确保每一个儿童均可在正确的时间、正确的地点找到具有适当技能的卫生工作者。这一挑战的满足不会一蹴而就：招募、培训和部署足够的卫生工作者需要时日，且需要全球政治行动，以及在国家层面上有着广泛影响的政策和实践的变革。

在全球层面，在实现关于降低儿童和孕产妇死亡率、以卫生为中心的千年发展目标（MDG）的议程中，政治领袖和国际机构必须将卫生工作者放在首位。

为了响应联合国秘书长在2010年9月提出的“全球妇女和儿童健康战略”（简称“全球战略”），多方已做出政治承诺。

发展中国家和发达国家面临相似的挑战：实现承诺，并大规模地培训和招募卫生工作者，以便能够在2015年将儿童死亡率降低三分之二（即千年发展目标4）。

最高级别的全球政治行动

2011年9月的联合国大会将会是敦促关于卫生工作者的全球政治行动的关键时刻。在救助儿童会和一个正在成长的由政府、公民社会组织、私营企业和国际机构组成的联盟的支持下，各国政府将在一次高级别会议上评估“全球战略”的落实情况。

这将为发展中国家政府、他们的援助方及合作组织提供一个机会，以解决造成卫生工作者危机的直接原因。这其中有四个关键领域必须取得进展：

- 招募更多拥有适当技能的卫生工作者
- 更好地组织现有卫生工作者、以惠及最弱势的儿童
- 确保所有卫生工作者获得合理的工资收入
- 以更有效的方式提供更多的卫生保健资金

更多拥有适当技能的卫生工作者

政府必须与援助方合作，以确保有充足的卫生工作者惠及到每一个儿童。很多最重要的儿童干预措施（例如健康教育、早期产后护理、腹泻治疗以及肺炎诊断）将由社区卫生工作者提供。但若要有有效地发挥作用，他们需要从包括医生、护士和助产士在内的更大范围里获得卫生服务支持。

惠及最弱势的儿童

政府和援助方必须大力提倡卫生工作者到边远地区和服务不足的地区工作，从而解决国内卫生保健服务分布不均衡的问题。通过落实激励措施（包括经济报酬）、加强支持性的督导、提供更好的设备，以及一个运行良好的供应链和转诊系统等措施，来动员卫生工作者到具有挑战性的环境中生活和工作。

另一个解决方案是通过培训一线卫生工作者，使其能够承担更多责任，拯救更多儿童的生命，实现任务分担。任务分担可以提高卫生保健的可及性，特别是在严重缺乏拥有较高技能的卫生工作者的服务不足地区。

所有卫生工作者获得合理的工资收入

在很多发展中国家，卫生工作者所得报酬很低。

在联合国儿童基金会调查的国家中，近20%国家的护士收入几乎不足以让她们摆脱贫困。很多卫生工作者被迫通过从事两班次工作或兼职工作来努力获得补充收入。缺乏合理的收入可能会导致卫生工作者向病人收取医疗服务费用，这往往意味着最贫困的家庭负担不起患儿治疗费用。

另外，卫生工作者可能还会到其它地方寻求收入更好的工作，离开他们的社区、他们的国家或卫生部门，以便能够让其家人过上更好的生活。

无论卫生工作者的任务如何，也无论他们在哪里受雇，国家必须确保卫生工作者获得能够维持其生活的工资，并且他们所从事的工作的重要性能够得到承认。

更多、更好的卫生保健投入

各国只有投入充足的资金，才能招募、培训、部署和装备实现千年发展目标所需的卫生工作者。在很多情况下，这意味着公共部门薪金总额的显著增加，以及政府和援助方卫生支出的总体增加。

非洲政府必须实现将国家预算的至少15%分配给卫生部门的承诺，并确保经费得到更为有效的利用。

在最贫困的国家，来自援助方的资助将继续发挥决定性的作用，因为如果国家预算本身并不充足，那么即使分配15%给卫生部门，卫生预算仍然会不充足。世界卫生组织（WHO）估计，到2015年，提供最基本的卫生保健服务的成本将为人均60美元。这几乎是刚果民主共和国政府人均卫生支出额的9倍。

为了应对卫生工作者危机，还需要政府和援助方投入更多的资金，更有效地使用资金，将资金投入将对儿童健康产生最大影响的地区。

发展中国家应优先将资金用于让最贫困和最边缘化的儿童受益的领域，并解决5岁以下儿童死亡的主要原因。

援助方应当以符合受援国战略和规划的方式提供长期资助，并在适当的时候直接分摊卫生预算。援助方内部还应更好地实现相互协调，通过简化其计划、报告和监督程序减轻受援国政府的行政负担。

每一个儿童都应处于一名经过培训、拥有设施并得到适当支持的卫生工作者的服务覆盖范围内，这是至关重要的。应对这一挑战需要全球最高政治层级的承诺，以及处于卫生工作者危机中心的各国的承诺。今年9月参加联合国大会的全球领导人必须将克服卫生工作者危机摆在紧急、优先的位置上。“全球战略”已经实施了一年的时间，必须抓住这次机会促进更多卫生工作者的招募和培训，以拯救成百上千万儿童的生命。

Abhay Bang医生是救助儿童会的一名合作伙伴，他为印度农村地区开创了一套社区新生儿护理系统，旨在大幅降低婴儿死亡率。



图片来源：
Andy Hall

第一部分：卫生工作者危机的规模

没有卫生工作者就没有健康

卫生工作者对于拯救儿童的生命至关重要：他们是所有卫生服务中最重要的因素，往往成为儿童生死存亡的决定因素。

没有他们，便不能接种疫苗，不能开出救命的药物，不能提供计划生育建议，也不能在妇女分娩时给予专业护理。

没有卫生工作者，像肺炎和腹泻这样的疾病都会致命，而这些疾病本可以通过利用适当的技能、物品和设备轻易得到治疗。

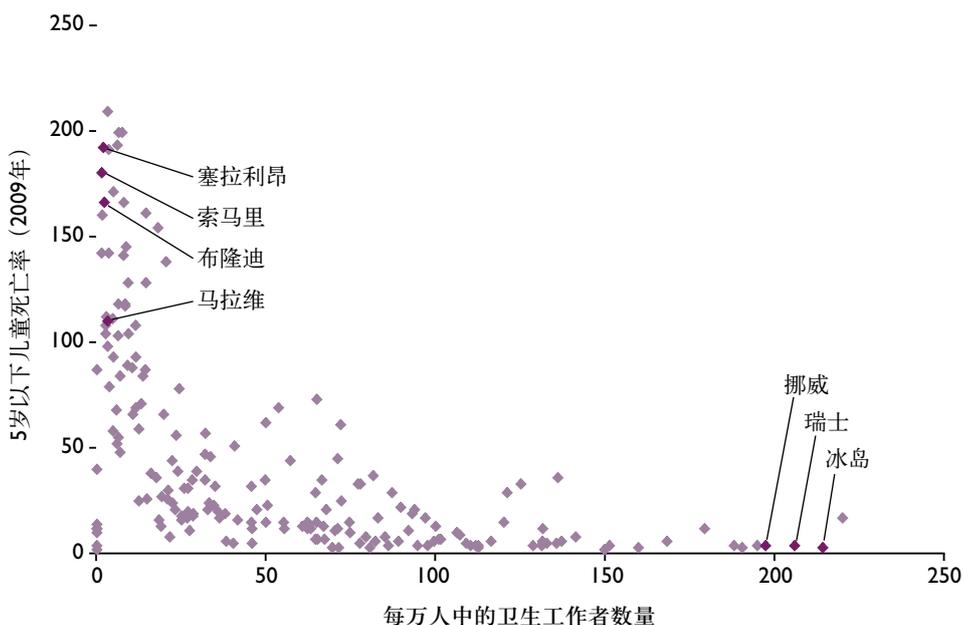
没有儿童应该由于得不到卫生工作者的帮助而死去，然而这却每年都发生在成百上千万的儿童身上。350万名医生、护士、助产士和社区卫

生工作者的缺口，⁶ 以及现有卫生工作者的低效使用，是导致最贫困国家卫生工作者危机的根本原因。

卫生工作者的数量与儿童活到5岁生日的可能性密切相关（图1）。例如，在索马里，几乎每5个孩子里就有1个在5岁之前死去，平均每1万人仅拥有1.5名医生、护士和助产士。相比之下，挪威每1万人拥有188名医生、护士和助产士，250名儿童中仅有1名儿童活不到5岁生日（世界卫生组织，2011b）。

在一个拥有充足的助产士、护士和医生的国家，儿童活到5岁的可能性是一个面临卫生工作者严重短缺的国家的儿童的5倍（世界卫生组织，2011b）。

图1：拥有更多卫生工作者的国家的儿童死亡率较低



资料来源：世界卫生统计，2011年

全球卫生工作者短缺现象

按照世界卫生组织（WHO）的观点，提供基本卫生服务所需的医生、护士和助产士的最低人数为每1万人对应23名卫生工作者。大多数富裕国家都超出这一下限值数倍之多——英国每1万人有130名卫生工作者，美国为125名，瑞典则为152名（世界卫生组织，2011b）。

仍然有61个国家——比5年前的59个国家有所增加⁷——未能达到这一最低比率，其中41个国家位于撒哈拉沙漠以南非洲地区（救助儿童会，2011b）。加纳仅有其所需数量一半的卫生工作者，塞拉利昂则还不到十分之一（救助儿童会，2011b）。⁸

为了实现到2015年减少儿童和孕产妇死亡和应对艾滋病、结核病和疟疾的千年发展目标（MDG），估计49个低收入国家还需要额外的

250万名医生、护士和助产士，以及约100万名社区卫生工作者（Mills, 2009）。然而，这一数字应被认为仅仅是一个绝对最小值，因为它没有考虑像印度等同样正在面临重大卫生工作者短缺的国家（参见下面的文字框）。

在世界各地，有10亿人从未见过任何卫生工作者（世界卫生组织，2010e）。在世界最贫困的一些国家里，由于在其村庄或社区里没有任何卫生服务，成百上千万的儿童不在基本卫生保健服务覆盖的范围之内。救助儿童会最近的分析显示，如果能够填补35万名助产士的短缺、且每次分娩时都能有具备助产技能的卫生工作者在场，则每年将可拯救130万名新生儿的生命（英国救助儿童会，2011a）。如果完全填补卫生工作者的缺口，每年还能再拯救成百上千万儿童的生命。

图2：卫生工作者密度最低的10个国家，以及密度最高的3个国家

国家	每万人享有的卫生工作者数	每个卫生工作者服务的人数
几内亚	1.4	7,143
索马里	1.5	6,667
尼日尔	1.6	6,250
塞拉利昂	1.9	5,263
布隆迪	2.2	4,545
坦桑尼亚联合国和国	2.5	4,000
埃塞俄比亚	2.6	3,846
利比里亚	2.8	3,571
马拉维	3.0	3,333
乍得	3.2	3,125
美国	124.9	80
英国	130.4	77
挪威	188.4	53

资料来源：WHStats，2011年

卫生工作者的不均衡分布

通常，卫生工作者在最迫切需要他们的地方往往最少。从全球来看，也是这种情况：短缺现象在世界上最贫困的地区最为严重。

尽管非洲承担着全球妇幼疾病负担的三分之一和总体疾病负担的四分之一，但却仅有世界百分之三的医生、护士和助产士在那里工作（世界

卫生组织，2010a）。同样的不均衡模式也存在于很多国家内部。

对于生活在一个存在卫生工作者危机的国家内的贫困、边远或被忽视社区的儿童，情况可能会非常严重。在大多数低收入国家，相对较少的现有卫生工作者往往在首都或较富裕城市地区工作，从而使得农村和边远社区以及城市贫困地区的儿童缺乏专业保健护理。

印度面临的卫生工作者缺口

全球49个低收入国家估计存在350万名卫生工作者的缺口，这还没有考虑其他地区的卫生工作者短缺情况。因此，全球卫生工作者缺口被严重低估。在印度，我们估计额外还需要260万名卫生工作者来满足最低的初级卫生保健标准。^{*} 下列卫生工作者的工作涉及初级卫生保健，因此被包括在估计数字中：

- 初级保健中心的医生
- 提供孕产保健和负责免疫接种的辅助助产士（ANM）
- 负责多种预防和健康促进活动的男性工作者（MMW）
- 给六岁以下儿童和孕产妇提供各种服务的工作者，具体服务包括营养补充和成长监控
- 经过认证的社会卫生活动人士（ASHA）和城镇社会卫生活动人士（USHA），他们分

别是农村地区和城镇地区的社区志愿卫生工作者。

根据“农村卫生统计”（2009年）、妇女与儿童发展部（2011年）和“国家农村卫生委员会五年常规评估”（2010年）最近关于现有卫生工作者人数的估计，所有上述卫生工作者都存在严重的人员不足。例如，根据“农村卫生统计”2009年的数据，初级卫生中心的医生职位只有29%被填满。

此外，通常最需要卫生工作者的各邦面临的缺口更大。在中央邦、北方邦和比哈尔邦，儿童死亡率尤其高，但分别面临着88%、87%和82%的初级保健卫生工作者缺口。

最贫困的各邦、农村地区、边远山区和部落居住地区的卫生工作者缺口最大。

^{*} 该估计值参考了印度公共卫生标准和第十一个初级卫生保健五年计划中对卫生工作者的各项要求。⁹

模范卫生工作者：MOUROU医生，主任医师，尼日尔

Mourou Arouna医生（见下面的照片）是尼日尔阿吉埃一家营养不良儿童康复中心的负责人。尼日尔是世界上儿童死亡率最高的国家之一——六分之一的儿童不能活到其5岁生日，近半数的尼日尔儿童长期营养不良。尼日尔每1万人拥有的医生、护士或助产士还不到两名。

这个由救助儿童会支持的康复中心提供儿童紧急喂养服务。Mourou医生自2007年以来一直负责管理中心全体工作人员。他每天的工作从早上7:30开始，确保有充足的药品完成上午的治疗。之后他会开始进行健康检查。他会查看中心的每名儿童，在最近的食品危机高峰期间中心会有100多名儿童。

“我们每天都会收治新的儿童”，他说，“有时我会去接他们过来，有时是他们被带到这里来。我会给他们做检查，安排他们的疗程。这就是典型的一天。我离开中心时可能已经是晚上8点或更晚。”

“我的动力源于我是一名卫生工作者、一名医生，我立誓要向需求最迫切的人提供医疗保健服务。正是这一誓言给了我力量。”

“就算今天我到凌晨4点才回家，如果有人4点5分给我打电话，而且他们需要我，我还是会赶过来。”

“正是孩子们给了我力量。我是因为他们才来到这里。”

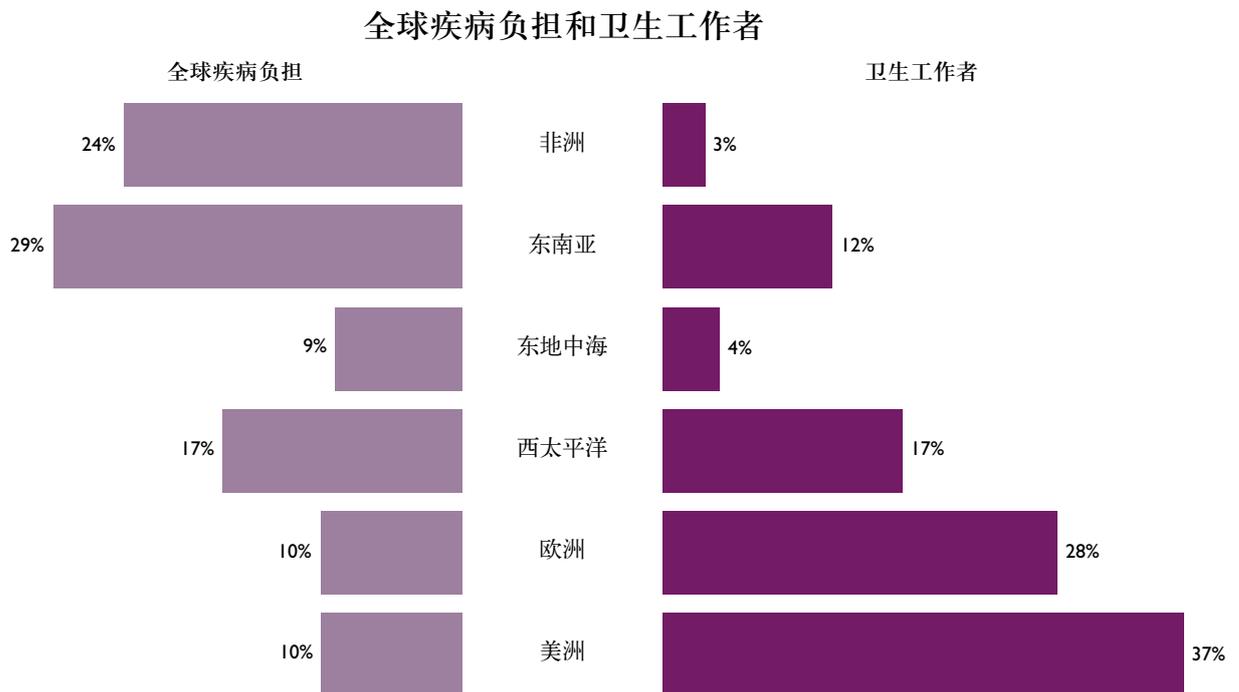
照片来源：救助儿童会 Rachel Palmer

资料来源：救助儿童会工作人员于2010在尼日尔的访谈



PHOTO: RACHEL PALMER/SAVE THE CHILDREN

图3：全球疾病负担和卫生工作者的区域分布



资料来源：世界卫生组织，2006年；世界卫生组织，2004年

什么是卫生工作者？什么是社区卫生工作者？

世界卫生组织将卫生工作者定义为“从事人类健康促进、保护或改善的每个人”（Adams等，2003年）。本报告关注的是对于儿童生存最为关键的几类卫生工作者——社区卫生工作者和志愿者、助产士、护士和医生。但其他卫生工作者（如临床医生、药剂师、外科医生，甚至包括管理和后勤人员）的角色对于提供全面医疗服务也很重要。

社区卫生工作者会以多种不同形式出现，但一般是从其所服务的社区招募的非专业卫生人员。他们提供基本卫生保健服务和建议，包括预防和治疗服务，如基本产后保健和健康教育。

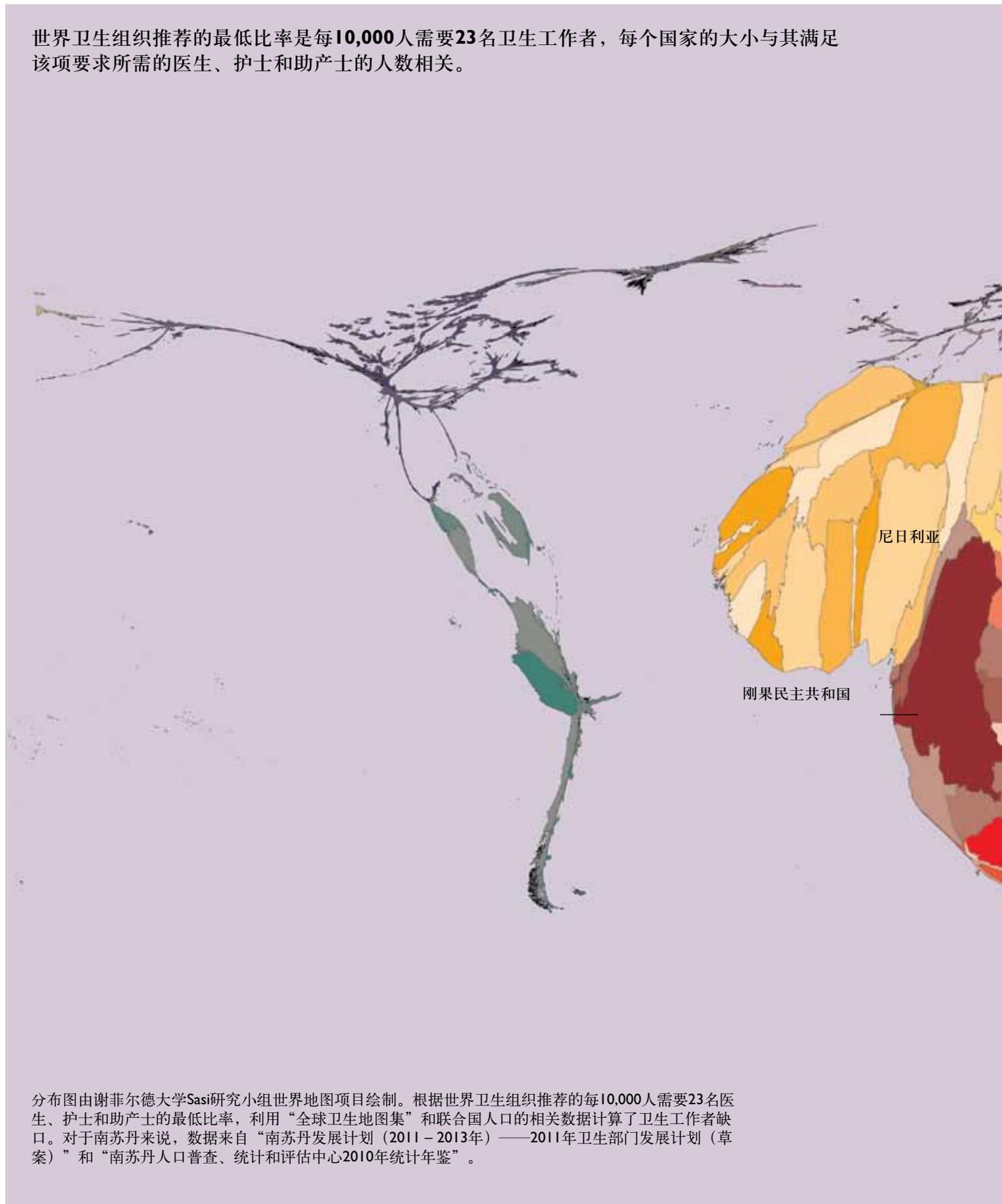
社区卫生工作者通常接受符合国家标准且受地方认可的培训，但没有接受过能获得执业许可的专业医学教育。

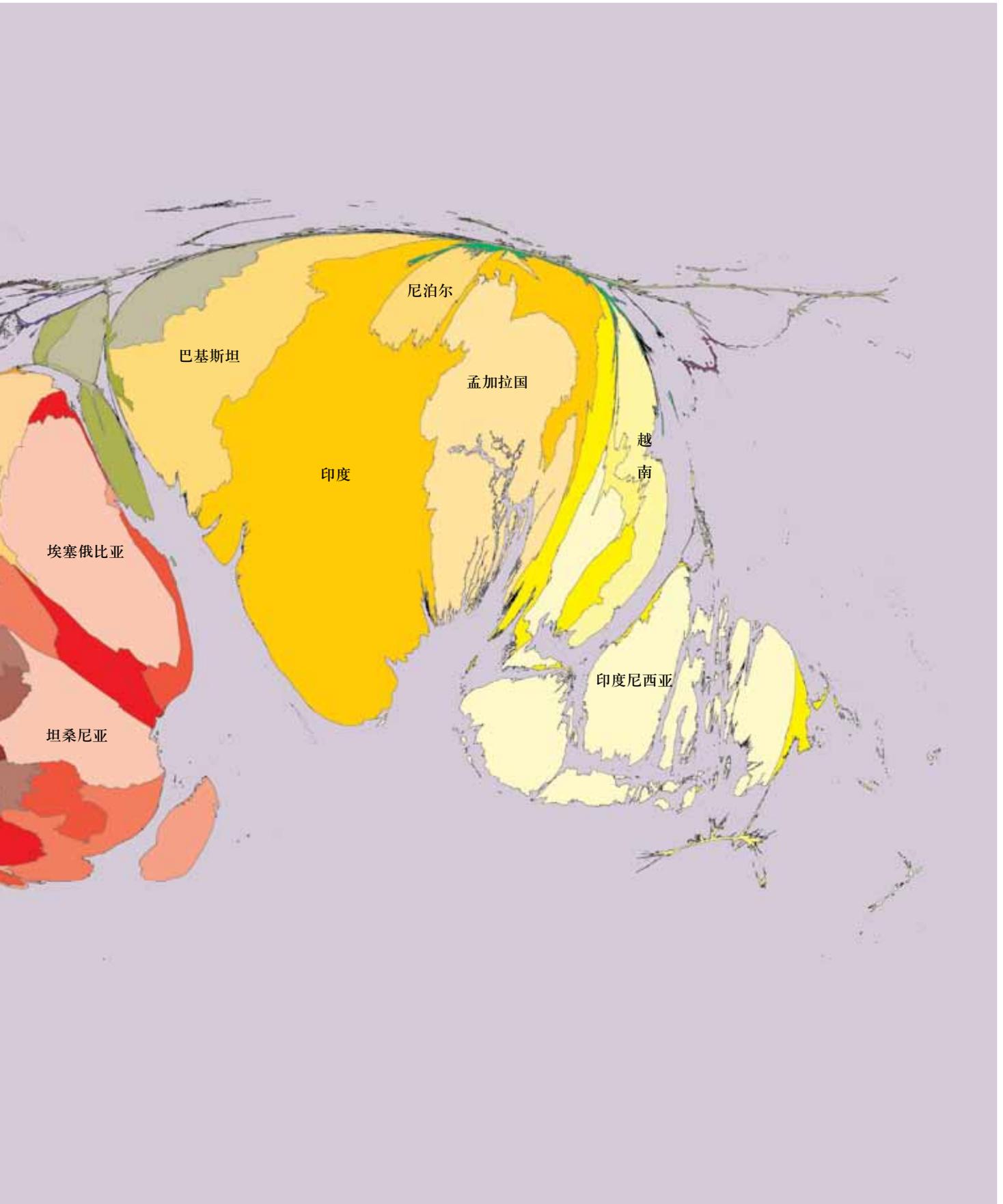
社区卫生工作者在鼓励社区成员充分利用现有卫生设施和享受健康权利方面发挥着关键性作用。社区卫生工作者通过将家庭与卫生保健系统联系起来，可以帮助解决农村、边远和服务不足地区难以享有卫生保健服务的问题。

然而，他们不应被视为廉价替代品或权宜之计。当他们成为从家庭到医院的“连续卫生保健系统”的一部分时才最为有效，而这需要为他们提供有效的培训、管理支持和合理的报酬。

图4：根据卫生工作者短缺情况绘制的世界地图

世界卫生组织推荐的最低比率是每**10,000**人需要**23**名卫生工作者，每个国家的大小与其满足该项要求所需的医生、护士和助产士的人数相关。





这一不均衡分布的原因是多方面的、复杂的，包括工作条件较差和报酬不足，以及国家其它地区、或公共卫生部门之外乃至国外有更好的机会。

因此，对于很多最弱势的儿童，距离他们最近的诊所可能存在人员不足和装备较差的情况，从而无法有效地满足周围人口的需求。

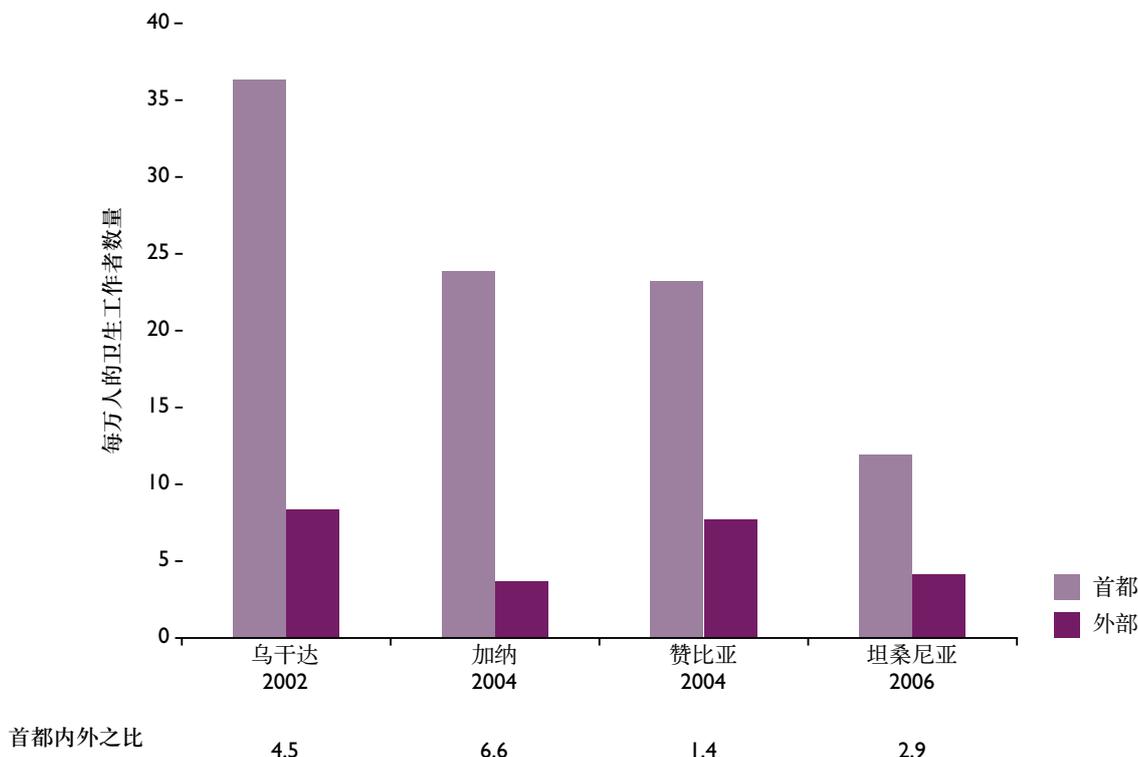
乌干达就是最好的例子。2006年，首都坎帕拉每人拥有的卫生工作者数量是该国其它地区的4倍（乌干达卫生部，2006年）。在加纳，2004年，这一比率为首都阿克拉的6名卫生工作者对应首都以外地区的1名卫生工作者（坦桑尼亚和桑给巴尔卫生与社会福利部，2007年）。孟加拉国全部护士的近三分之一服务于居住在4个中心城市的居民，而他们只占全国人口的15%（Zurn等，2004年）。

南非46%的人口居住在农村地区，但仅有12%的医生和19%的护士可向他们提供保健服务（Hamilton和Yau，2004年）。在国内卫生工作者短缺最严重的个别地区，儿童生存的机会要小得多。例如，在尼日利亚，吉加瓦州儿童死亡的可能性是邻近的约贝州的近3倍，而在约贝州每1万人的卫生工作者数量是吉加瓦州的7倍（尼日利亚统计局，2007年）。城市与农村地区之间卫生工作者不均衡的分布使得贫富之间的健康水平也相应不平等。

卫生工作者危机对儿童的打击最大

儿童受到卫生工作者危机的打击最大。婴幼儿特别容易受到危及生命的疾病的攻击，而且通常在其生命的最初几天、几周或几年时间里比生命中其它时候更需要一名卫生工作者的专业护理。

图5：若干国家首都内外每10,000人的卫生工作者数量



资料来源：坦桑尼亚卫生与社会福利部以及桑给巴尔卫生与社会福利部（2007）

这些护理服务包括产后访视、针对儿童致命疾病的基础免疫、补充维生素A、以及驱虫。

儿童尤其容易受到肺炎、腹泻和疟疾的攻击，如果缺少技术熟练的卫生工作者施行的适当诊断和治疗，这些可预防的疾病很快就会成为致死原因。

孕妇也比平日更需要与卫生工作者进行定期联系。在妇女怀孕之前，卫生工作者可提供关于计划生育的建议。在怀孕期间，卫生工作者可确保妇女获取适当的营养，并监测婴儿的发育情况。在分娩时，助产士或技术熟练的接生员非常重要，她们可以识别和治疗并发症，而且在这些并发症比较严重的情况下及时地寻求帮助，以及帮助照顾新生儿。

因此，正是儿童及其母亲承受着发展中国家卫生工作者短缺的主要冲击。

出于这一原因，克服卫生工作者危机对于实现国际公认的、到2015年将5岁以下儿童的死亡率降低三分之二的千年发展目标是绝对必要的。

卫生工作者队伍不会一夜之间改造成功。由于要花几年的时间才能招募和培训到所需数量的卫生工作者，因此必须现在就开始采取行动，填补卫生工作者缺口，以确保到2015年能够有充足的医生、护士、助产士和社区卫生工作者。目前虽已取得进展，但缩小卫生工作者缺口的进度尚不足以实现千年发展目标。

卫生工作者和卫生体系

一个医疗服务体系满足其人口需求的能力取决于卫生工作者的数量、技能、分布和承诺。

如果没有足够的卫生工作者进行有效的实施，任何大规模提高基本药品或计划生育的可行性、推广计划免疫或引入新治疗方法的努力都会面临失败的风险。

然而，卫生工作者只是一个国家卫生服务系统的一个元素。为了充分发挥其作用，卫生工作者需要处于以下这样的一个体系中：

- 有着运行良好的基础设施
- 健全的卫生信息和监测体系
- 可靠的药品、疫苗和技术供应
- 充足及公平的筹资
- 良好的管理、领导和治理。

一个有效的卫生体系所需的所有这些要素都需要资金投入。同时，很多国家卫生工作者的短缺往往会形成瓶颈，并阻碍全球卫生的进一步改善。如果忽视现有卫生工作者照看就诊患儿并开给他们康复所需药物的能力，所谓的“快速回报”项目——如扩大药品供应或建立新设施——往往会失败。

对卫生工作者的投入是一项长期的努力。尽管一些干预措施——例如用于治疗腹泻的补液盐或用于治疗肺炎的抗生素——能够产生迅速的回报，但在卫生工作者数量和能力的显著增加与获得投资回报之间还是存在时滞。

对于专业工作者（如医生）尤其如此，因为他们需要在成本高昂的机构内接受经年的培训。而对于资质要求不太高的非专业人员（如社区卫生工作者）也是如此，他们也需要培训和管理支持才能有效地完成工作。

行动时刻

全球已达成这样一个共识：需要一支规模更大、获得更好支持的卫生工作者队伍来实现与卫生相关的千年发展目标。

自2006年世界卫生组织在其两年一次的报告中强调这个问题以来（世界卫生组织，2006年）

模范卫生工作者：SADYA NAEEMI，助产士，阿富汗

Sadya Naeemi*（见下面的照片）是阿富汗北部农村地区的一名助产士。她是所在地区唯一读完高中的女性，她的社区选派她去读助产学校。2009年，她回到自己的村庄，在这里她是唯一一家卫生所内唯一的助产士，提供24小时服务。6月份，她获得了2011年救助儿童会助产士奖。

Sadya说：“我想成为一名助产士，因为我们村太偏远了，路上尘土飞扬，很不好走。这就是为什么没有助产士愿意去那里的原因。”

“我注意到，新生儿和孕产妇的死亡率很高，人们需要我们。我的工作对于我本人很

重要，因为女性构成社会一个非常重要的部分。我是唯一会说当地语言的助产士。所有这些因素激励我成为助产士并服务于我的村庄。”

离得最近的医院也有5个小时的车程，Sadya拯救了很多不能及时赶到医院的妇女及其孩子的生命。多数妇女是在接生婆、亲属的陪伴下或独自在家分娩的。

说服男人们允许他们的妻子到卫生所分娩需要改变数百年的传统习惯。通过Sadya的努力，越来越多的妇女来到卫生所，从而促进了对产前保健、卫生机构生产和产后保健服务需求的增长。

*为安全起见，Sadya Naeemi为化名。

资料来源：救助儿童会工作人员于2011年在阿富汗进行的访谈。



图片来源：FARZANAWAHIDY

，人们开始重新关注各国如何克服这一卫生工作者危机。为了响应联合国秘书长2010年9月在“每一名妇女，每一名儿童”大会上启动的“促进妇女儿童健康全球战略”，许多国家已做出政治承诺。

来自多个发展中国家、援助国以及国际组织的领导人做出了应对卫生工作者危机的具体承诺。例如，澳大利亚承诺资助技术熟练的卫生工作者，包括助产士；肯尼亚称将另外招募和部署20,000名初级卫生保健工作者；救助儿童会则允诺支持对400,000名卫生工作者进行培训。¹⁰

不管是富裕国家还是贫穷国家，政府如今面临的挑战都是实现具体的承诺，实施大规模行动，以事实证明卫生工作者得到了大规模培训和招募，从而加速填补缺口的进展。

由“全球战略”形成的势头必须尽快得到推进。在2011年9月的联合国大会上，由救助儿童会及其它团体共同支持的一次高级别会议将召集各国政府、非政府组织和私营企业，以确保各方就应对卫生工作者危机的具体行动达成一致意见。

这将成为已做出承诺的国家展现其进展情况的一个平台，并使其它国家有机会进一步采取明确的计划，以确保每一名儿童都处于经过培训的卫生工作者的服务覆盖范围内。

实现这一目标需要重新努力，以确保每个国家达到提供基本医疗服务所需的卫生工作者最低比率，且卫生工作者得到部署、培训和装备来应对导致儿童死亡和患病的主要原因。

只有当政府和援助方共同努力，致力于解决卫生工作者报酬不足、居住和工作条件差、支持、培训和设备不足、以及职业发展机会缺乏等问题时，这样的转机才会发生。

第二部分：危机的原因

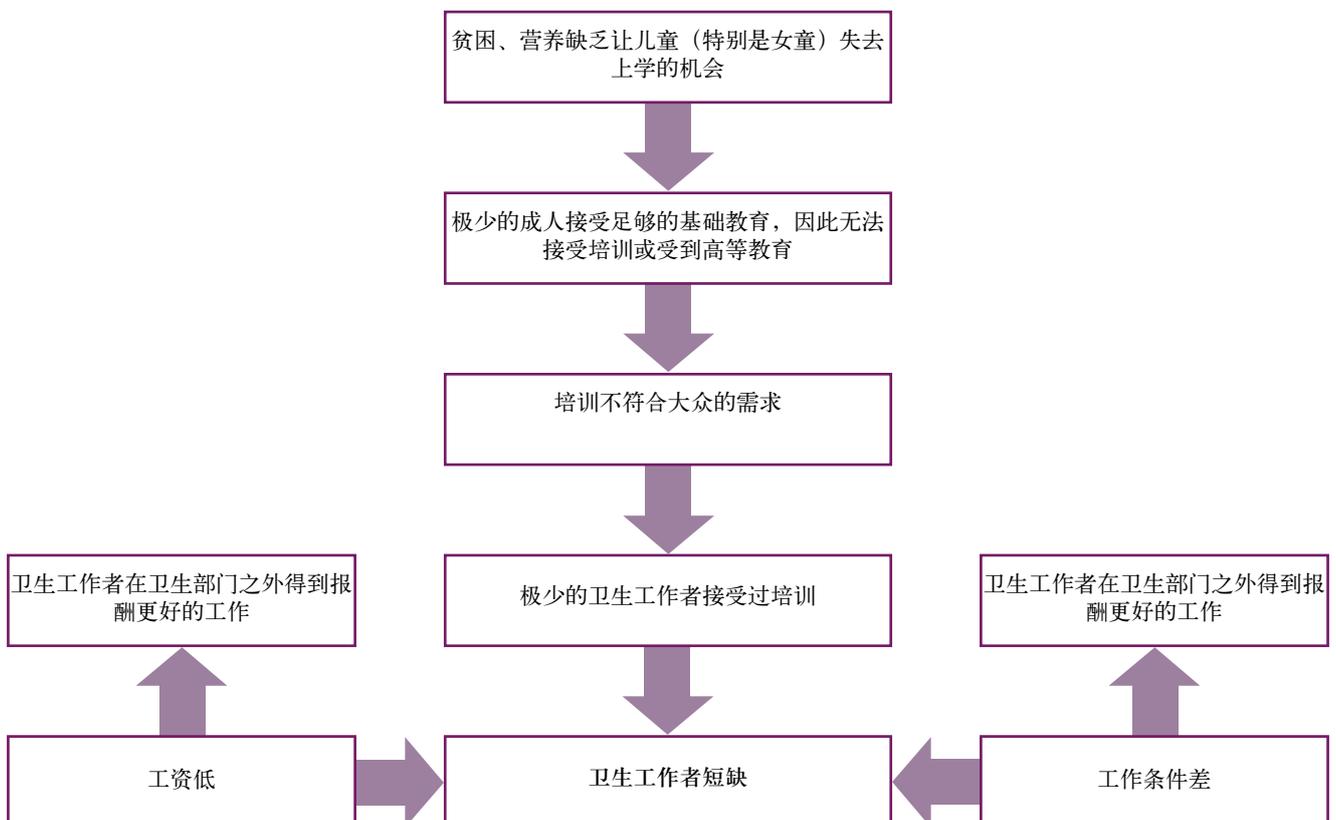
卫生工作者危机的根本原因有许多种，且相互联系，它们可以解释为什么世界最贫困地区的成百上千万名儿童仍无法获得能够挽救生命的卫生保健服务。这些原因包括：缺乏教育和培训；工作条件较差和报酬不足；其它地方有更好的机会；对卫生体系和卫生工作者长期投入不足。

缺乏教育和培训

在很多低收入国家，较低的教育水平和较差的教育质量是卫生工作者严重短缺的原因之一。

在最贫困的国家，仅有一小部分儿童达到有资格接受正式培训并成为护士或医生所需的教育水平，且医疗培训机构通常太少，而那些已有机构往往也资源不足。例如，在欧洲每年有173,000

图6：影响卫生工作者短缺和不均衡分布的因素



名医生接受培训，但在非洲这一数字仅为5100（全球健康行动，2010年）。

很多国家既没有能力培训充足的人员成为卫生工作者，也没有能力提供有效的在职培训以使合格的工作者能够发展和提高其技能。

在多数卫生服务不可及的社区，迫切需要更多的社区卫生工作者，以提供基本卫生保健服务。培训一名社区卫生工作者比培养一名医生、护士或助产士所需的时间要短得多，但向社区卫生工作者提供基本培训的能力和努力却往往很缺乏——其中大部分要依赖正式的卫生服务人员，如医生和护士。由于给予社区卫生工作者的初岗前培训往往相对较短，因此继续在岗培训对于确保技能得以维持和发展就极其重要。

从全球来看，作为49个最贫困国家350万名卫生工作者缺口的一部分，估计还需要100万名社区卫生工作者。这就使得培训社区卫生工作者的战略成为国家卫生工作者队伍计划的一个关键因素。

报酬较差，激励不足

“对于政府雇员，如医生、护士和教师，被安置在麦敢特（农村地区）就像是一种‘惩罚’”

——War医生，马哈拉施特拉邦，印度

对于想要成为贫困国家或发展中国家边远农村地区的卫生工作者的人来说，无疑会面临着在人员不足、设备较差、工作量大却鲜有支持或发展机会的卫生所内工作的困境。

对于已经成为发展中国家卫生工作者的人，很多人会因为较差的报酬和工作条件而离开卫生部门。这一较高的离职率加剧了这一危机，并影响着卫生工作者在各国之间和国家内部的分布。

决定一名卫生工作者的职业和地点选择的原因是复杂和多方面的（共同学习计划，2004年）。它们可划分成“推动因素和拉动因素”：迫使人们离开某一环境，或吸引他们转向别的环境。

对于卫生工作者，低工资、缺少住房、子女上学条件差、职业生涯发展前景渺茫、管理不力以及缺乏支持是其中常见的推动因素。

同时存在的高薪和晋升的机会或更好的工作和生活条件则是强大的拉动因素，吸引卫生工作者转移到其它地方（共同学习计划，2004年）。

马丁在肯尼亚东北省的一个医务室工作。他的情况是非洲很多卫生工作者的典型处境。他是这个医务室唯一的卫生工作者，尽管每周工作60个小时，他还是无法靠他每月24,000肯尼亚先令（265美元）的工资养活一家5口人。

“我的薪水太微薄了，”马丁说。“它甚至无法满足我家的基本需要。我感到工作超负荷，我是这个卫生室唯一的工作者，我都没有时间休息一下。卫生室甚至缺少基本用品，药品也用完了。”

“我工作的地方非常偏远，我感到与世隔绝。我很少有职业成长的机会。当你在这里工作时，得到晋升的机会十分渺茫。”

适当的薪水是世界任何地方工作满意度的一个要素。在富裕国家，卫生部门特别提供平均水平以上的工资：在英国，护士和全科医师的薪水分别居于收入最高的20%人口中的第三位和第一位（国家统计局，2010年）。尽管工作时间很长，工作负担也往往很重，援助国卫生专业人员的工资通常可保证合理的生活水平，并反映了他们多年来花在教育 and 培训上的时间。

然而在很多发展中国家，情况并非如此。即使是具有较高技能的卫生工作者往往也在过着一种勉强糊口的生活，有时还被迫要打两份工来补贴家用，以便让家人不至于食不裹腹。在联合国儿童基金会所调查的国家中，近20%国家的护士收入几乎不足以让她们摆脱贫困（联合国儿童基金会，2010年）。在巴基斯坦，“女性卫生工作者”最初每个月收入还不到30美元——每天1美元，不及最低工资的一半——尽管她们2011年7月的罢工使得收入有所提高。在过去10年的时间里，在可得到数据的32个国家中，有26个国家的公务员——包括卫生工作者——的实际工资出现了下降（McCoy等，2008年）。

模范卫生工作者：SAMA，中国

Sama（下面的照片中从右侧数第二个）是中国四川南部的一名乡村“医生”。她负责所在村庄周边彝族社区的6个小村庄。她每个月至少拜访各个村庄一次，以覆盖到最边远地区的儿童及其家人，这可能需要她花费长达3个小时的时间攀山越岭。

她说：“有时人们在晚上给我打电话，我害怕出门，因为山路很陡峭。特别困难的是，我有时一个月要接生2至3个孩子，因此我还要随身带着我的接生工具包。如果发生并发症，我会告诉家属将孕妇送到县医院，否则她可能会死在家里。很多人不知道农村人在医院分娩是免费的。”

Sama接受过的唯一培训是在20年前，当时她是镇上第一批接受为期几个月的基本医疗培训的人之一。她一个月的收入仅为40元人民币（约合6美元），因此为了生存，她要将其大部分时间花在帮助家人耕作、种玉米和养猪上。

“这里的人太穷了，不能给我任何东西，”她说道。

资料来源：救助儿童会工作人员于2011年在中国的访谈。



图片来源：救助儿童会

在公共部门工作的卫生工作者薪水极低。他们中的一些人因此通过参加非政府组织举办的、提供现金津贴的外部培训和会议来贴补收入。这些培训和会议可能并不总是对卫生工作者时间的有效利用；并且意味着他们在参加这些活动时无法为社区提供卫生服务（Riddle, 2010年）。

尽管很难获得证据，在为促进平等可及而免费提供卫生服务的一些地方，收入不足的卫生工作者可能更倾向于向病人暗中收取非正规费用，从而补充其收入。这些收费是不合规的，而且往往是非法的。不管病人的支付能力如何，这些负担都落在他们身上（Campbell等, 2009年）。结果当他们的孩子患病时，最贫困的家庭将无力负担能够救命的治疗支出（Borghi等, 2004年）。

来自尼日利亚尼日尔州的Mata称，护士的工作每天都是一个挑战。“我们过去常常面临着药品的短缺，工作人员因为这里的低工资和总体生计困难而干劲不足。”她解释说，“就好像卫生机构的正常运作不关任何人的事一样——每个人只是努力做他们自己的生意，来赚更多的钱。”

一些卫生工作者会谋求到营利性的私人卫生诊所工作，通过高质量的服务向病人收费，而贫困家庭则负担不起这些服务。其他人则谋求非营利组织的职位，如帮助在发展中国家、特别是在其边远地区提供卫生服务的非政府组织和教会。这些组织可能不会为其提供的卫生服务向病人收费，但往往会提供比政府机构更好的报酬和工作条件，因此会从公共卫生部门吸引走工作人员。

安吉拉是尼日利亚阿布亚联邦工作人员医院的总护士长，她解释称私人医院、非政府组织和国际机构能够提供比公共机构好得多的薪资和条件，是卫生工作者队伍中“人才外流”的主要目的地。

她说：

“政府提供的薪水根本无法与之相提并论。不仅如此，员工还被给予发展的机会，并参与决策、以发掘他们的潜力。”

“员工还会被送去参加培训和进修，而在这里，当我们向部里申请参加培训时，他们会告诉我们他们没有钱。即使有机会并且我们准备自负

费用，这却又意味着在培训期间将没有人干活了。”

薪资也是影响有经验的卫生工作者流失到本国以外的最重要因素之一。当薪资差距如此之大时，这就并不那么令人感到奇怪了：一名赞比亚医生倘若在美国工作，可得到25倍的薪资；一名护士则可获取近30倍的收入（Vujicic等, 2004年）。薪资显然会促使卫生工作者决定走或留：例如，在加纳，81%的卫生工作者称如果工资更好，他们愿意留在他们的国家；乌干达的这一比例为84%，而南非则是78%（世界卫生组织, 2003年）。在6个非洲国家进行的一项研究证明，多数卫生工作者打算为了更高的薪资而移民（Hongoro和Normand, 2006年）。

长此以往，可能会使本国的卫生体系出现严重人员不足。在一些国家，移居国外工作的卫生工作者的比例让人难以置信：81%的利比里亚护士，78%的布隆迪护士，75%的莫桑比克医生，以及近60%的赞比亚医生在其原籍国以外的国家工作（Clemens和Pettersson, 2006年）。卫生工作者的流动不仅仅发生在发达国家与发展中国家之间，还发生在地区内部，流向提供更好职业生生涯前景的邻国。

资金不足

卫生工作者的短缺和现有卫生工作者的低效利用往往反映了卫生部门的整体长期投入不足问题。支付固定工资和维持一名卫生工作者是一项主要的经常性成本，仅在政府总体预算的较大部分被分配到卫生部门，且卫生预算的相当份额被用于工作人员招募、培训、支付和支持时方可满足。卫生工作者薪金一般占卫生支出的大部分。在埃塞俄比亚，卫生工作者的薪资占到政府经常性卫生预算的59%，利比里亚的这一比例为56%，老挝为66%，莫桑比克为76%（Tyrell等, 2010年。世界卫生组织, 2011a）。

在出现卫生工作者危机的大多数国家，政府并未将卫生部门摆在优先地位，且未能给卫生部门分配足够的国家预算。

2001年，非洲政府领导人在阿布亚会晤，允诺将其总体国家预算的15%投入到卫生部门

(非洲联盟, 2001年)。可是, 到目前为止, 仅有8个国家履行了这一承诺(世界卫生组织, 2011b)。

招募、培训和维持一国的卫生工作者队伍从根本上来说是各国政府的责任。发展中国家必须将卫生部门摆在国家的优先地位, 并在资源分配方式中体现这一点。

然而, 在一些最贫困国家, 即使在15%的政府支出用于卫生领域这一目标得到满足时, 由于可用的资金仍旧太少, 以至于不能提供令人满意的标准卫生服务。

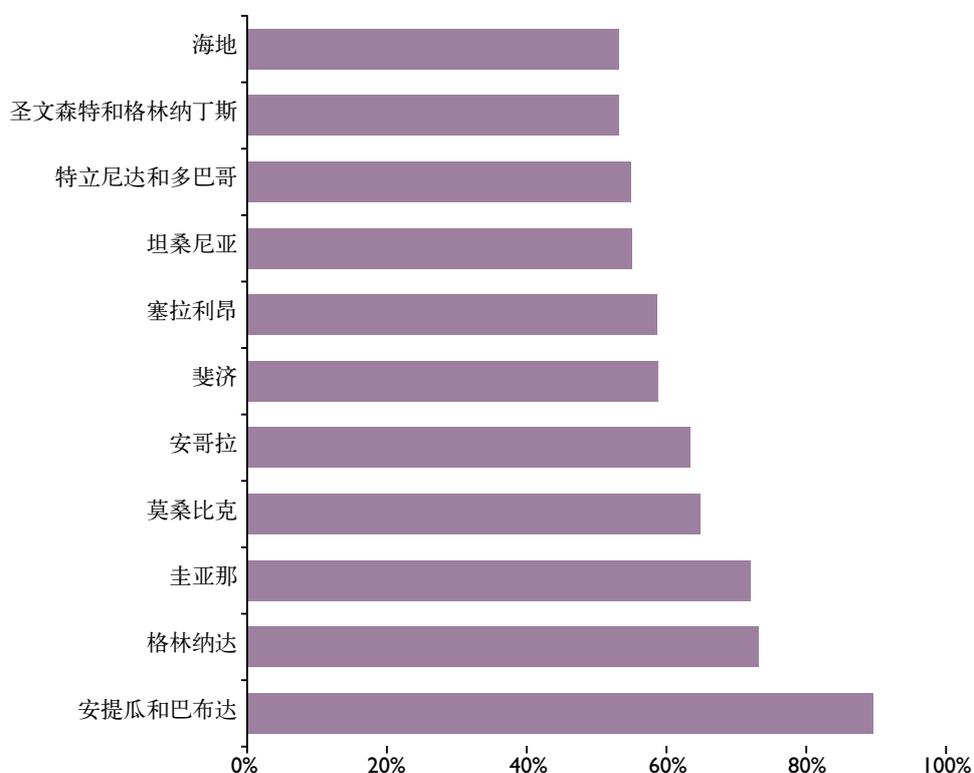
毕竟, 如果国家预算本身并不充足, 即使分配15%给卫生部门, 则仍是不充足的卫生预算。2008年, 刚果民主共和国将其公共开支的17.5%分配到卫生部门, 人均折合仅7美元。利比里亚每年支出17.2%, 则为人均仅9美元。

相比之下, 英国每年人均卫生开支为2,500美元, 瑞典超过3,000美元, 而丹麦、挪威和美国几乎是这一数字的两倍(世界卫生组织, 2011b)。世界卫生组织估计, 到2015年, 满足人口基本卫生需求所需的最低支出应为人均60美元(世界卫生组织, 2011c)。

低收入国家当前较低的筹资水平——即使在它们付出巨大努力时——通常仍无法覆盖基本医疗服务的全部成本。

最贫困国家满足其卫生工作者队伍需求的能力通常受制于国际货币基金组织(IMF)各项目的过度限制性的财政条件。如果最贫困国家想要克服国内卫生工作者短缺的问题, 则需要增加援助方的援助金额和质量, 以及更为宽松的宏观经济政策。

图7: 经合组织国家中医生移民率最高的11个国家



资料来源: 国际移民观察-SOPEMI 2007。巴黎, 经济合作与发展组织, 2007年

未兑现的承诺

目前各国已达成一项明确的共识——反映在“全球战略”中——除非卫生工作者危机得到解决，否则与卫生相关的千年发展目标将无法实现（附录1）。化解这一危机所需的主要变革来自发展中国家自身。特别是在极度依赖外部援助的贫困国家，援助方负有对满足卫生工作者需求的共同责任。

在很多富裕国家的援助预算紧缩时，对卫生工作者的支持同样面临着遭受挤压的风险。如果所有的援助方都能追随挪威、瑞典、丹麦、荷兰和卢森堡的步伐，实现联合国将国民收入的0.7%用于提供援助的目标，则国际社会将会有更大的余地来迅速、灵活地应对卫生工作者危机。

未兑现的援助承诺意味着儿童健康遭受了巨大的损失。尽管对于孕产妇、新生儿和儿童健康的援助自2003年以来已经翻番，2008年达到54亿美元——其中60%来自英国和美国——这仍然相当于每1美元全球援助支出中的仅仅4.5美分，仅为“全球战略”中所确定的、实现与卫生相

关的千年发展目标的需求水平的三分之一（Pitt等，2010）。

给予卫生部门的援助往往会忽视最需要的国家：低收入国家仅得到卫生援助总额的三分之一，尽管事实上这些国家面临着最严峻、最紧迫的卫生挑战（Mills，2009）。

效果不佳的援助

援助方施与援助的方式往往会削弱政府解决卫生工作者危机的能力。

低收入国家通常依赖多种卫生筹资来源，包括国内税收收入、以及正式和非正式的支持。

来自援助方的卫生资金通常在不同的时点经过不同的渠道达到，同时每个援助方也可能会有多项资金流进入卫生服务领域。这种零散式的援助，使得卫生部门很难做出关于卫生工作者的长期决策，特别是在很大程度上依赖于援助来弥补其核心成本的最贫困国家。

表1：卫生支出占政府总支出和人均卫生支出最少的10个国家

国家	政府卫生支出占 政府总支出的%（2008年）	国家	政府人均卫生支出， （按美元计算） （2008年）
缅甸	0.7	几内亚	3
阿塞拜疆	2.5	塞拉利昂	3
厄立特里亚	3.0	厄立特里亚	4
伊拉克	3.1	孟加拉国	5
巴基斯坦	3.1	几内亚比绍共和国	5
阿富汗	3.7	老挝人民民主共和国	6
老挝人民民主共和国	3.7	布隆迪	7
几内亚比绍共和国	4.0	刚果共和国	7
塞拉利昂	4.2	埃塞俄比亚	7
几内亚	4.3	巴基斯坦	7

资料来源：世界卫生统计，2011年

每个援助方的援助都会产生其特定的项目设计、批准、实施、监控和报告过程，这可能会给本已超负荷运转的受援国政府带来额外沉重的负担，往往要以牺牲实施自身的国家卫生计划为代价。

例如，莫桑比克最近的一项调查显示，卫生部门要执行185个援助方的项目，每个项目都有着单独的计划、实施和报告要求（经合组织，2011年）。

援助方分散化也可能对地方卫生服务能力产生直接影响：在坦桑尼亚，一项评估发现，接待援助方的考察会占用地方医疗官员10%到20%的时间，编制报告耗用的时间甚至会更长（麦肯锡公司和比尔及梅琳达·盖茨基金会，2005年）。

另外，援助资金通常仅仅被指定用于较短的时期——往往是一个年度预算周期——这会阻止各国为未来制定规划和从事长期项目，例如需要招募和培训卫生工作者之类的项目。

除了具有短期性以外，卫生援助还比税收资金更加易变（麦肯锡公司和比尔及梅琳达·盖茨基金会，2005年）。在一些国家不能依赖于稳定

的资金流时，他们便无法规划需要持续多年的投入，这对于他们满足经常性成本的能力有重大的影响（Oya和Pons-Vignon，2010年）。

资金支持不足和未落实的国家卫生工作者计划

面临医生、护士、助产士和社区卫生工作者严重短缺的所有国家都需要规划如何以可持续的方式满足需求，并以此作为国家卫生计划的不可缺少的一部分。在各国的卫生工作者计划中，必须在努力增强现有卫生工作者技能与推动招募新的卫生工作者之间达成平衡。现有计划通常集中于留用和培训，虽然这是不可缺少的部分，但也应与各类卫生工作者长期招募的努力相配合（世界卫生组织，2010d）。

2010年，近80%面临卫生工作者严重短缺的国家报告称已制定计划致力于解决卫生工作者缺口。尽管详细程度各有不同，其中71%的计划包括明细的实施成本预算。然而，在这些计划中，仅有38%获得了充足的资金来满足其需要。这一筹资不足还有助于解释为什么仅有55%

的卫生工作者计划能够付诸实施（世界卫生组织，2010d）。

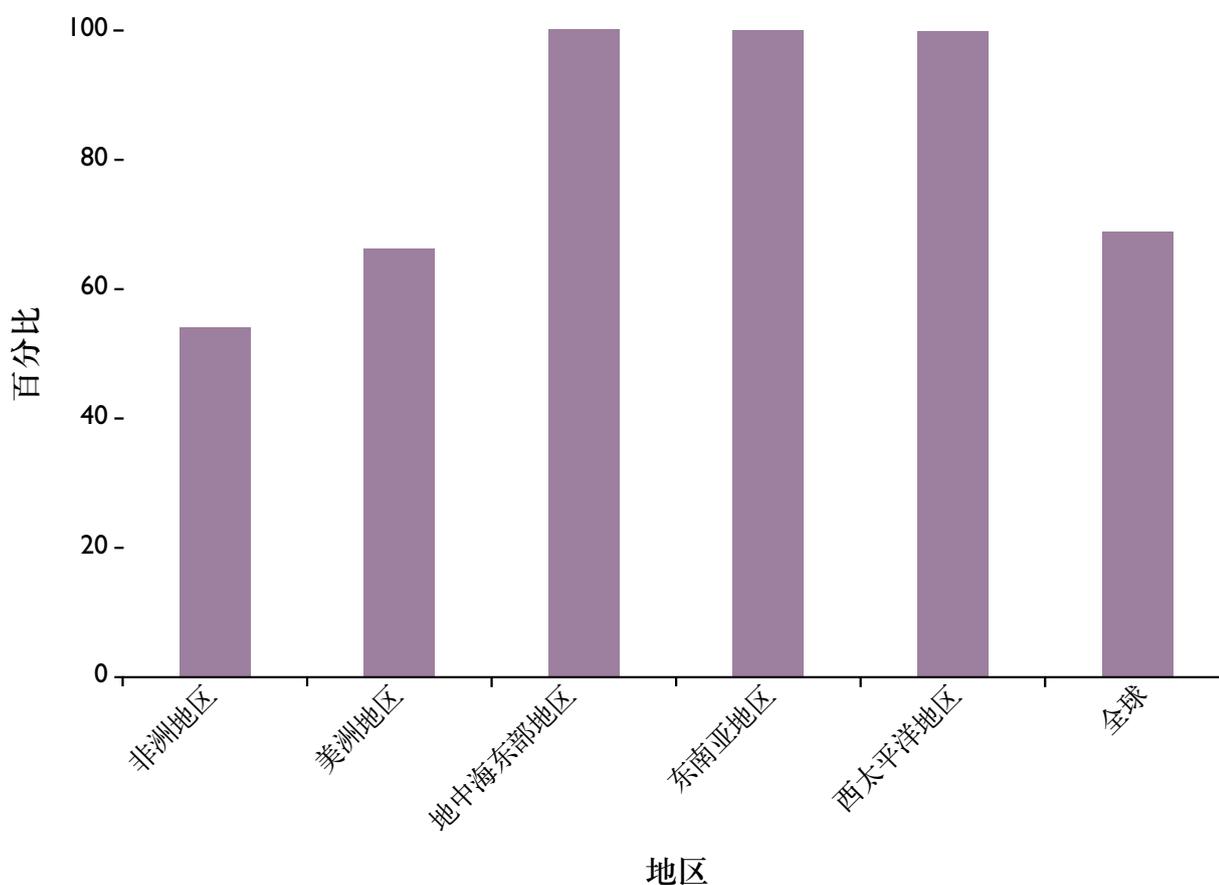
需求最大的国家也最有可能是对其计划筹资不足的国家（图8）（世界卫生组织，2010d）。例如，在利比里亚，卫生部门得到的援助中仅有不到5%（150万美元）用于支持卫生工作者（世界卫生组织，2010a）。

对卫生工作者的援助主要支持培训（以岗前和在职的形式）、激励，有时会支持招募（图9）。援助资金通常不会专门用于帮助支付卫生工作者的薪水——一部分是因为援助方不愿受到长期的经常性成本的束缚。在世界卫生组织所调查的国家中，仅有19个国家得到了对于卫生工作者

报酬的支持（世界卫生组织，2010d）。

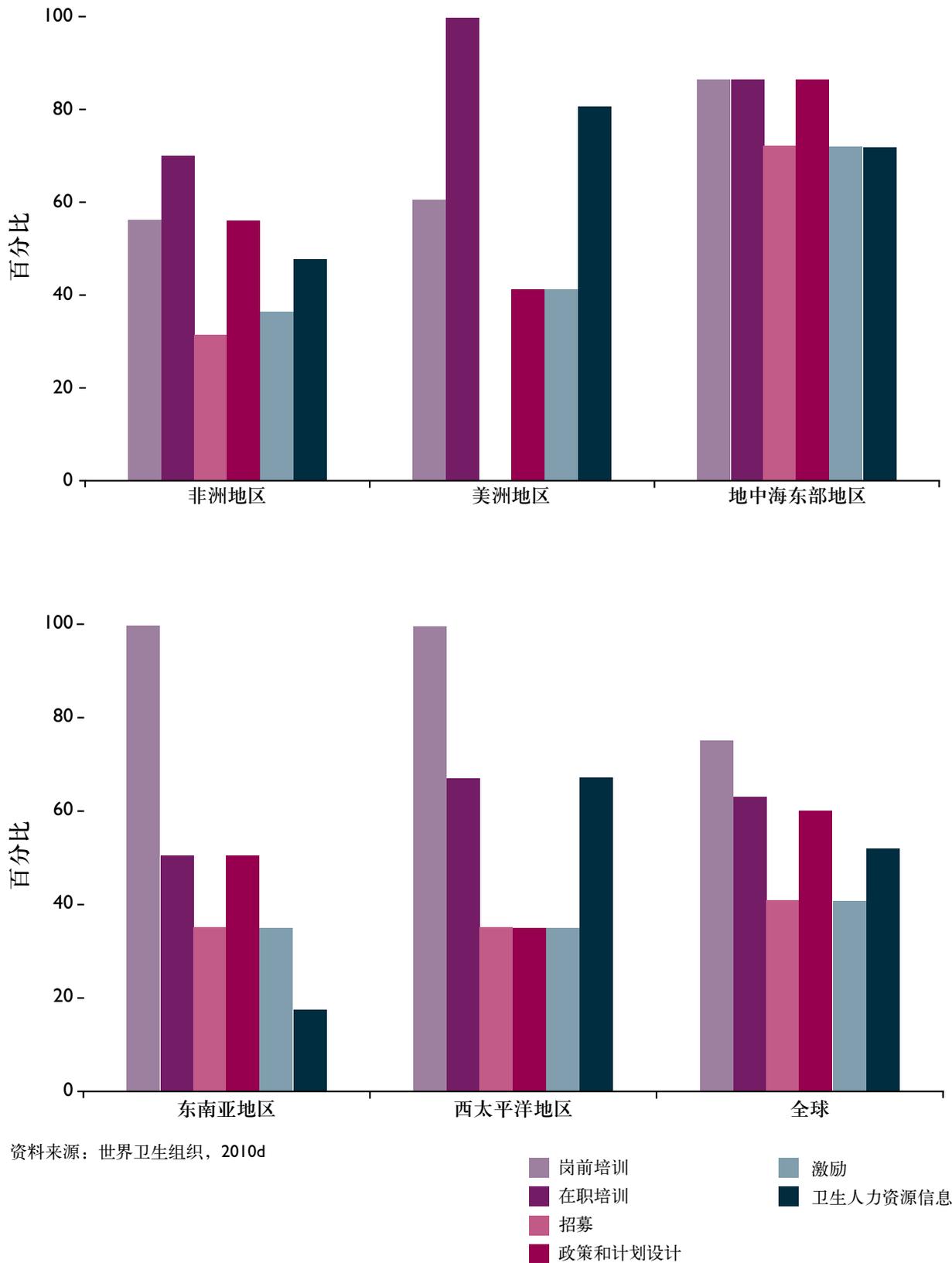
在卫生工作者严重短缺的国家，在当前工资水平构成招募、留用和绩效的障碍时，援助方不愿通过政府部门分担经常性成本或支持预算可能会成为阻碍进展的重要因素。

图8：按WHO区域和全球划分，带成本核算的计划中得到援助方资助的比例，



资料来源：世界卫生组织，2010d

图9：按WHO区域和全球划分，得到开发领域合作伙伴支持的卫生工作者活动类型的比例



第三部分：克服危机

克服卫生工作者危机要求两个层面的紧急行动。

在全球层面，政治领导人和国际机构必须利用即将召开的联合国大会将卫生工作者问题摆在其议程的首位、动员资源并定期评估进展情况。

同时，面临卫生工作者危机的发展中国家需要采取和实施带有成本核算和时限的计划，以便到2015年能够将其所需的卫生工作者安排到位。

最高级别的全球政治行动

各国政府已做出承诺，通过“全球战略”，增加卫生工作者的数量，并有效地利用现有卫生工作者。

迄今尚未做出具体承诺的国家需要加入这些承诺，而对于已做出具体承诺的其它国家，需要加强和落实这些承诺。兑现这些承诺的进展情况将在2011年9月召开的联合国大会的一次高级别会议上做出评估，它提供了一个机会来加强解决卫生工作者危机和推动国家级行动的努力。

国家级别的行动

最贫困国家应对卫生工作者危机的行动必须解决卫生工作者的绝对短缺，以及现有卫生工作者的低效使用这两个问题。这需要对“一线”卫生工作者给予非常多的重视，如助产士和社区卫生工作者，因为他们是儿童及其家人的第一联系人。

应对这些挑战所需的诸多措施可在相对较短的时间范围得到落实，例如通过在职培训和任务分担增强现有卫生工作者的技能，并且会对卫生保健的可获得性和质量产生重要影响。

然而，还需要同时做出更长期的投资，以确保未来几年工作者的可持续供应，并发展成一套完整地从家庭到医院的“连续卫生保健系统”。

卫生工作者危机的解决方案将要求各国政府间的集体行动。

考虑到卫生工作者通常占公共部门工资单的很大比例，财政部发挥着主要角色。

同时考虑到多数国家卫生工作者岗前专业教育主要是由教育预算资助，教育部也起着重要的作用。

卫生部需要起到明确的政治领导作用，卫生部长应当将最贫困儿童及其家庭的未满足的需要摆在优先地位，以可持续和逐步的方式解决卫生工作者需求。

受到卫生工作者危机影响的国家必须：

- 在各个技术领域招募更多卫生工作者
- 更好地利用现有卫生工作者来触及最弱势的儿童
- 确保所有卫生工作者得到体面的工资
- 以更有效的方式提供更多的卫生保健资金

国家卫生工作者计划

受到卫生工作者危机影响的所有国家必须制定带成本核算的、旨在招募和培训更多新卫生工作者的政府计划，并制定确保卫生工作者供给的长期可持续性的战略（全球卫生工作者联盟，2008年）。

发展中国家政府必须将卫生保健摆在优先地位，并分配充足比例的预算支持它们的计划。援助方也必须确保没有任何一个国家的卫生工作者计划因资金不足而失败，并提供技术支持以确保计划能够反映人口的特定需要，包括居住在服务提供不足的地区的人们。

在增加卫生工作者数量的同时，计划必须确定更好地利用现有卫生工作者的方式，包括适当的在职培训、任务转移、重新部署到服务不足地区、留用方案，以及投资改善卫生工作者的支持、管理和装备等（表2）（Grobler等，2009年）。

更多拥有适当技能的卫生工作者

招募更多的社区卫生工作者

社区卫生工作者是任何卫生工作者队伍的一个必要组成部分，往往处于儿童卫生保健的第一线。没有更多、得到更好支持的社区卫生工作者，最贫困国家将无法实现千年发展目标4。由于培训社区卫生工作者比培养更专业的卫生专业人员花的时间要少得多，因此他们有可能解决儿童死亡率较高的国家所面临的诸多直接卫生挑战（Bhutta等，2010年）。

长远来看，对于具有较高技能的卫生工作者，社区卫生工作者可以发挥至关重要的补充作用，并在社区与卫生服务之间建立连接。然而，招募更多的社区卫生工作者并有效地培训和部署他们是一项复杂的挑战，且社区卫生工作者不应被视为一个权宜之计或长期短缺的助产士、护士和医生的替代品。

经验表明，当社区卫生工作者能够与其他卫生专业人员一起工作、与运作良好的卫生机构建立联系、并且能够将较为严重的病例及时转介给专门的卫生专业人员时才能发挥最有效的作用（Lehmann和Sanders，2007年）。

社区卫生工作者的最大价值在于他们有可能深入最贫困社区并触及正规卫生部门目前所忽视的更边远地区的人群。

社区卫生工作者对于提高儿童健康尤其重要。通过提供低成本、高效的预防和治疗性保健（如肺炎和腹泻治疗，以及关于母乳喂养和营养的建议），社区卫生工作者可以在实现儿童和孕产妇健康的更公平结果方面发挥核心作用（Lehmann和Sanders，2007年）。考虑到在大多数低收入国家，当前降低儿童死亡率的进展主要集中于较富裕收入群体，社区卫生工作者能够有效地触及最贫困的儿童和母亲这一点就显得特别重要。

在很多国家，对于社区卫生工作者的使用都建立了明确的系统。在巴西，社区卫生工作者目前覆盖了8,000多万人（Bhutta等，2010年）。在巴基斯坦，自1994年以来一直有一项培训和部署女性卫生工作者的大型公共部门项目。该项目创立了一支有90,000多名女性卫生工作者的队伍，据估计覆盖了70%的农村人口（Jalal，2011年）。

由于相对较低的成本和快速的回报，越来越多的国家正在依靠社区卫生工作者降低孕产妇和儿童死亡率。

表2：改善边远地区卫生工作者留用的干预

干预类别	例子
一、教育和监管干预	<ul style="list-style-type: none"> • 专门招收有农村背景的学员 • 农村地区招募和培训 • 医学课程的变革/改进 • 本科学习期间对农村实践的早期和不断增长的了解 • 教育外展计划 • 社区参与到对学生的选择当中 • 强制服务要求 • 有条件的执业许可 • 贷款偿还计划 • 培育不同类型的卫生工作者 • 承认海外资格
二、货币补偿（直接和间接财务报酬）	<ul style="list-style-type: none"> • 农村执业的较高工资 • 农村执业的较高工资 • 业绩报酬 • 不同的薪酬方法 • 贷款（住房、车辆） • 家庭教育补助 • 其他非工资福利
三、管理、环境和社会支持	<ul style="list-style-type: none"> • 农村基础设施（住房、道路、电话、供水、无线电通信等）的总体改善 • 改善的工作和居住条件，包括教育和配偶就业机会，确保充足的技术和药品供应 • 支持性督导 • 对持续职业发展和职业生涯规划的支持 • 特别奖励和社会承认 • 灵活的兼职工作合同机会 • 减少卫生工作者孤独感的措施 • 增加招募为公务员的机会

资料来源：世界卫生组织，2009年

有效部署卫生工作者

有最多弱势儿童的地区往往最缺乏卫生工作者。

有很多策略鼓励更多的卫生工作者在边远、农村或服务不足地区充当一线角色，扩大卫生保健服务的可及范围并直接解决导致5岁以下儿童死亡的直接原因。

这包括经济激励、更好的通信技术、修改卫生工作者培训以适应服务不足地区的需求，以及制度变革——例如允许卫生工作者到私营机构工作一定数量的时间，以补充他们的收入。

来自卫生部门管理层的专业支持，以及来自当地群众的社区支持，对于确保卫生工作者安心和积极工作至关重要。

很多国家都可以举出为边远地区招募“一线”卫生工作者的成功例子。在尼日利亚，“助产士服务计划”强制要求新获得资格的助产士到农村社区卫生机构供职一年，同时还寻求赋闲和退休的助产士的帮助。

2,600多名助产士已部署到652家卫生机构，由于它的成功，这个项目已从2年延长到3年（尼日利亚联邦卫生部，2011年）。

布隆迪和塞拉利昂在培训新的卫生工作者的同时，采取了召回退休卫生工作者到农村地区工作的临时战略。¹¹ 在有些情况下，一些国家还会求助于来自其他国家的卫生工作者。例如，一些古巴医生和护士已被部署到一部分撒哈拉沙漠以南非洲国家的农村地区（Laleman等，2007年）。

马拉维的应急人力资源计划

马拉维已证明了，在援助方的支持下，通过制定国家卫生工作者计划和预算，可以最大限度地弥补一个国家的卫生工作者缺口。马拉维的应急人力资源计划（EHRP）使得卫生工作者在2004到2009年间增加了53%，估计拯救了13,000多人的生命。

该计划由解决该国长期卫生工作者需求的5项干预措施组成，同时还采取了应对即时需要的临时措施：

1. 通过对11种不同类型的卫生工作者实行50%的工资增补来改进激励措施，同时开展新的招募和重新融入策略

2. 加大培训能力，以实现可接受培训的护士人数翻番和医生人数增加两倍

3. 在短期使用国际志愿者医生和护士导师的同时、举办大规模培训

4. 加强卫生部的人力资源计划、管理和培养能力

5. 开发卫生管理信息系统，监控和评估人力资源能力。

在发展领域合作伙伴的资金和技术支持下，应急人力资源计划通过全部门参与方法得以实施。其中，援助方为核心卫生预算提供资金支持，使政府能够设定其自身的优先项目并实施单一的全国性计划。

应急人力资源计划的评估表明，政治意愿、多方合作者和利益相关方的参与、长期规划，以及不同卫生工作者间的平衡，对于计划的成功都是必不可少的。没有援助方的支持，政府便无力负担整个计划，包括大额工资增补。

资料来源：卫生管理科学（2010）

模范卫生工作者：DORIS，社区卫生工作者，南苏丹

Doris（见下面的照片）是来自南苏丹西赤道州的一名社区卫生工作者。她接受过救助儿童会的培训，以诊断和治疗她所在社区内5岁以下儿童的疟疾、肺炎和腹泻等病例。

Doris说：“我生过6个孩子，但其中3个没能活下来，他们都曾患上腹泻和疟疾。我了解了用于治疗这些疾病的药物以及如何处置病人。我学会了当母亲带着她的患儿到我

这里来时怎样提出正确的问题。我会询问孩子的名字和年龄，以及疼痛来自身体的哪个部分。”

“如果儿童的身体发热，我就知道这是疟疾，这样我会给这孩子开三粒抗疟药片。我会告诉孩子母亲一天给她孩子服用一片，如果病情没有改善，我会将孩子转介到诊所。”

“对于腹泻，如果孩子母亲说多日前就开始腹泻了，我会问她为什么不早点带孩子来。我会询问母亲是否因为胃部不适而给孩子喂食。”

“那次培训后我感到很高兴，因为如今我已治疗过20个患肺炎的孩子，并给人们提供所需的药物来治疗疟疾。我看到孩子们的病情好转。我邻居的一个女儿患上了肺炎。我知道问题出在哪里。”

“社区选我作为社区的卫生工作者，这样我就能帮助治疗本地孩子了。我同意做卫生工作者，是因为我想帮助孩子们。有时他们会凌晨来，有时三五个人一起来。有时他们会在夜里叫醒我。即使很累，我也无法拒绝治疗孩子们，因为我知道作为一个患儿母亲的感受。”



图片来源：救助儿童会 RACHEL PALMER

资料来源：救助儿童会工作人员于2010年在南苏丹进行的访谈。

任务分担

很多卫生工作者常常并未得到培训、设备或权力来解决5岁以下儿童死亡的主要原因。在发生这种情况时，卫生工作者往往需要得到培训和权力来承担新的、不同的责任。

“任务分担”通常需要培训卫生工作者并给予他们设备来重新定义他们的工作重点。有时这还会涉及法律法规的变革，使不同的卫生工作者（如社区卫生工作者）能够承担更专业的卫生人员的责任（后者工资更高并需要更长的时间来培养）。这些任务可能包括常见儿童疾病（例如肺炎和疟疾）的社区病例管理。

在很多国家，任务分担正方兴未艾，并对妇女和儿童的健康产生积极的影响。例如，埃塞俄比亚已实施一项大规模创新性计划，新雇佣34,000名女性卫生工作者进行健康促进和疾病预防，主要着重于妇幼保健、艾滋病和疟疾。

在促进和预防活动已很好的地区，正在试点肺炎、腹泻、疟疾和严重急性营养不良社区病例管理的任务分担。初步迹象显示这些卫生工作者已能够有效地对儿童进行评估、分类和治疗（Degefie等，2009年；Wakabi，2008年）。

埃塞俄比亚政府同样也在培训中级卫生人员，他们所需的培训比医生要少，但同样能够承担很多类似的任务，包括剖宫产和全面产科护理。

在像埃塞俄比亚等有着较高的儿童死亡负担和稀缺的资源以及大量服务不足农村人口的低收入国家，任务分担的经验具有特别的意义。¹²

卫生监测助理——马拉维的案例

马拉维儿童生存机会的诸多改善可能部分要归功于该国农村地区部署的10,000多名卫生监测助理（HSA）的卫生促进工作（马拉维国际志愿者，2011年）。

卫生监测助理最初作为20世纪60年代临时招募的天花种痘员和70年代中期的霍乱助理，是经过培训且支领薪水的、提供预防性卫生保健（如口服疫苗和卫生教育）的外展工作者。

作为提供社区级孕产妇和新生儿服务的全国卫生计划的一部分，马拉维政府在救助儿童会的支持下，已经增加了这些一线卫生工作者的数量，并通过培训让现有卫生工作者变得更加有效。与卫生部、联合国儿童基金会及其他合作伙伴一起，马拉维的这一计划每年将覆盖约500,000名新生儿及其母亲（美国救助儿童会，2007年）。

如今，卫生监测助理正在接受提供母婴保健的培训，包括孕期和产后访视，转介患儿到本地卫生机构接受进一步治疗等等。

从奇蒂帕、多瓦和蒂约罗三个试点地区的日常监控来看，产前保健和医疗机构分娩明显增加。关于包括新生儿保健在内的服务覆盖率的家庭调查结果很快将会发布。

在这一计划取得成功的基础上，马拉维卫生部正在另外4个地区实施相同的项目，并计划在试点工作结束后将这一项目拓展到其全部的28个地区。

所有卫生工作者取得合理的工资收入

各国只有在提供激励机制时，才能招募到更多的卫生工作者并且最大程度地利用现有的卫生工作者。卫生工作者的工作条件、管理支持、技能发展机会以及社会地位都极其重要。

但在很多情况下，低工资阻碍人们加入或留在卫生工作者队伍中，并且导致很多卫生工作者在其岗位上表现不佳。一份合理的收入可帮助提高生产力、减少旷工和兼职，并促进人员保留率。

最低生活工资——满足一个人基本需要所需的金额——对于社区卫生工作者、助产士和护士尤其重要，因为他们往往收入不高。如果国家设有最低工资，这可以用作基本生活工资的基准；但很少有低收入国家对它们做出规定。一种替代方法可以是为每一类卫生工作者制定标准工资范围。这将吸引更高质量的工作者，并确保薪资水

平在整个国家内的公平性。

将财务奖励与产出挂钩的各种机制正在援助方中流行起来，世界银行对此尤其感兴趣。这些机制中的一种是基于绩效的工资，也就是如果卫生工作者实现成功的结果，则他们会得到另外的经济奖励。

尽管至少有20个国家正在引入或推广绩效工资（Meessen等，2010年），到目前为止成效尚不明显（Pearson，2011年）。方案的设计对于效果至关重要，特别是在如何认定正确的成功指标方面，同时，将奖励与产出挂钩会伴随着潜在风险。例如，如果经济奖励与服务数量而不是质量直接相关，可能会导致一些基本程序被忽略，或导致卫生服务集中于最容易触及的儿童而牺牲服务不足社区的儿童。

在卫生工作者缺乏和报告体系不可靠时，监控绩效可能会特别有挑战性。绩效工资方案必须慎重考虑、小心设计。如果设计得好，基于绩效

更好地利用尼日利亚北部的卫生工作者

救助儿童会是尼日利亚北部“恢复常规免疫：促进孕产妇、新生儿和儿童健康”伙伴组织（PRRINN-MNCH）的成员。该伙伴组织现覆盖4个州的1,700万人，于2006年在英国和挪威的支持下、以与尼日利亚政府合作的方式启动。

该计划的一个重要部分集中于改进现有卫生工作者的培训和管理。该伙伴组织向目标机构43%的卫生工作者提供挽救生命的产前和产后的新生儿护理、计划生育以及儿童疾病管理等方面的在职培训。培训计划包括40名新的培训者，以及14个新的培训点的建立。各州均已建立起人力资源信息系统，并就如何使用软件对29名管理人员和督导人员进行了培训。

资料来源：PRRINN-MNCH（2011年3月）

对该计划的评估得出这样一个结论：仍然寻在的挑战是设计一些激励组合方案，将卫生工作者留在边远农村地区，并增加女性卫生工作者的数量。该计划已延长至2013年，并探索为社区卫生工作者提供在助产技能方面的拓展培训，以及改进对于新毕业生的督导。

的激励可能会改善卫生保健服务，——例如在卢旺达，这种方案推动了覆盖率增加以及妇幼保健服务质量改善（Basinga等，2011年）。

更多、更好的资金

招募更多的卫生工作者并创造更好的工作条件需要增加卫生支出。最终，支付公共部门工资单的责任会落在雇用卫生工作者的各国政府身上。很多国家会采取进一步的措施将更多资源分配到卫生部门，政府必须设法增强通过税收筹集必要资金的能力。

在国内税收较低、且扩大税收的可能性也较低的国家，还需要来自国际援助方的支持。援助方需要让援助变得更有效，同时增加对卫生部门的支持，以便帮助各国应对卫生工作者危机。

国内资源分配和公平融资

发展中国家的大部分卫生保健费用需要由病人自己支付（世界卫生组织，2010c）。许多国家的卫生机构会收取卫生服务使用费。这会增加最终寻求卫生保健服务的成本，或阻止更多儿童接受挽救生命的卫生保健服务（英国救助儿童会，2009年）。

社区卫生志愿者的角色——尼泊尔的案例

在尼泊尔，救助儿童会一直在支持卫生部加强对新生儿及其母亲的卫生保健服务。该项目包括培训现有卫生工作者，以赋予他们新的技能来拯救新生儿。

尼泊尔有一支由48,000名女性卫生志愿者组成的独特的、成熟的团体，她们是全国范围内各种妇幼保健服务的一线提供者。自二十世纪九十年代开始，他们就成为了正规卫生系统与社区之间的桥梁。社区卫生志愿者会在孕产妇分娩前后进行家访，并且都接受过新生儿护理方面的培训，包括对早产儿或低体重儿的复苏术和皮肤接触护理。

尽管志愿者并不具有医疗资格，但她们已被培训、知道如何识别严重感染（尼泊尔新生儿致死的首要原因）的危险体征。

尼泊尔政府已将培训铺开到10个地区，并且通过有效地支持和激励这些志愿者、表明其拯救新生儿生命的决心和承诺。

与其他合作伙伴一起合作，救助儿童会在该项目中的角色是提供这些干预如何凑效的证据、给予技术援助，并帮助设计政府政策——还在一个地区提供直接培训。

尼泊尔正在逐步实现到2015年将儿童死亡率降低三分之二的联合国千年发展目标4。

资料来源：挽救新生儿生命，2009年

例如在发生严重疾病或难产时，一个家庭可能突然需要支付难以预见的高额医疗费用，这可能会让他们陷入贫困或债台高筑（Xu等，2003年）。同时，卫生服务使用费效率较低，管理成本也较高（英国救助儿童会，2009年）。对于贫困的家庭，使用费可能在社区卫生工作者的工作与卫生服务可及性之间造成障碍。社区卫生工作者的一个核心职责是将妇女和儿童及时转诊到诊所。但如果诊所提供的基础卫生保健服务向病人收费，最贫困病人仍将会继续被排除在基本卫生服务以外，社区卫生工作者的价值便会遭到削弱。

由于这些因素，目前各方已达成共识：在使用卫生保健服务时向病人收费是一种倒退，应建立筹资的替代方式——通过预缴费用、风险共享和增加税收收入（世界卫生组织，2010c）。

更多、更好的援助

在多数低收入国家，政府需要来自援助方的支持，以便解决他们的卫生工作者需求。尽管对卫生部门的援助在最近几年已有显著提高，它仍大大低于“全球战略”中确定的资金需要。

按照联合国规定的援助资金应占国家收入的0.7%的目标增加援助预算，可以使援助方能够更快、更灵活地应对发展中国家的卫生工作者需求。如果所有发展中国家将其15%的支出投入到卫生部门，援助方达到0.7%的目标并保持投入卫生部门的援助份额，实现与卫生相关的千年发展目标便不会再有资金缺口（Mills，2009年）。

援助方还必须使卫生援助更加有效。即将在韩国釜山召开的援助有效性论坛将会考察2005年在巴黎和2008年在阿克拉所做出的承诺的实施进展情况。考虑到援助方的数量以及缺乏有效的协调，卫生部门在很多方面都可以是测试案例。

国际卫生伙伴组织旨在将巴黎和阿克拉原则在卫生部门变成实践，协调援助方的承诺，并让卫生援助更好地符合受援国自身的卫生保健计划。然而，日程进展非常缓慢且实施并不完全。在国际卫生伙伴组织的协调下，援助方需要加强他们的努力。

结论

最贫困国家每天都有成千上万的儿童死亡，因为他们不在一名拥有技能和设备、能够预防和治疗5岁以下儿童常见致死疾病的卫生工作者的覆盖范围内。如果没有协同行动来满足数以百万计的儿童对卫生保健的需求，到2015年将儿童死亡率降低三分之二的全球承诺便无法实现。

即将在纽约召开的联合国大会中的一个高级别会议将评估援助方和政府关于卫生工作者的承诺的进展情况，并提供了一个机会来动员资源、确定政策改变以及敦促仍未加强其努力的国家做出新承诺，以此应对卫生工作者危机。

该高级别会议必须解决两个方面的卫生工作者危机：影响61个国家的卫生工作者严重短缺，以及未能有效使用现有卫生工作者。必须马上启动卫生工作者的大规模招募并改进培训和部署。

令人失望的是，卫生工作者危机影响着最贫困社区的儿童，他们享有的卫生保健服务往往最差。降低各收入阶层和社会群体的儿童死亡率取决于卫生工作者向目前服务不足地区的大规模重新部署，以及就导致儿童死亡的主要原因、着重为卫生工作者提供所需的技术培训。

解决卫生工作者危机将需要全球和国家的行动。需要增加长期投资来招募和培训更多的卫生工作者，并在不同级别和种类的卫生工作者间取得平衡。同时为了更好地利用现有卫生工作者队伍，必须为他们提供合理的最低生活工资，并提供更好的支持、培训、装备及激励机制。

发展中国家政府需要明确的卫生工作者计划来开展具有挑战性的变革。他们还需要充足合理的卫生保健预算，以确保这些计划得到全面落实。

在最贫困的国家中，很多国家面临着卫生工作者的严重短缺，政府通常需要大量增加的、以及有效的援助，以及更具有支持性的国际货币基金组织财政条款，由此帮助满足在卫生工作者方面的需求。

作为“全球战略”的一部分做出的卫生工作者承诺表明了各国围绕卫生工作者危机的解决方案日益达成的共识，以及对卫生工作者在拯救儿童生命方面的决定性意义的广泛认可。

当国际社会今年9月份在纽约聚集一堂并回顾进展时，面临的挑战是要将抱负和承诺转化为实际的改变，并为实现关于儿童和孕产妇健康的千年发展目标的加速进展奠定基础。

关于卫生工作者的国际承诺

世界卫生大会WHA决议 57.19, 2004年

- 呼吁成员国制定策略减轻卫生人员移民的不利影响，并尽量降低对卫生体系的不利冲击。

WHA决议59.23, 2006年

- 呼吁成员国重申其通过如下方式培训更多卫生工作者的承诺。

- 考虑建立机制来减轻卫生人员移民给发展中国家带来的不利影响，包括作为接收方的发达国家用来支持发展中国家增强卫生系统的方法，尤其是人力资源开发。

- 推动在经认证的机构培养高素质的各类专业人员，以及社区卫生工作者、公共卫生工作者和辅助专职人员的人。

- 鼓励全球卫生领域合作伙伴给发展中国家的卫生培训机构提供经济支持，包括双边援助方、重点疾病合作伙伴组织和干预合作伙伴组织。

- 在交换教员和学生的工业化国家和发展中国家之间促进培训合作伙伴关系的概念。

- 在面临卫生工作者短缺的每个国家推动规划小组的建立，充分利用各种利益相关方的作用，包括专业机构、公共和私营部门、非政府组织等，他们的任务是制定一份综合的国家卫生工作者队伍策略，包括考虑通过有效的机制来利用受过培训的志愿者。

- 利用创新方法在发达国家和发展中国家通过最新的教学材料开展教学工作，同时通过创新地利用信息和通信技术来开展继续教育。

欧盟应对发展中国家卫生工作者严重短缺的行动计划 (2007-2013), 2007年

- 理事会强调加大欧盟对于公共管理能力培养的支持的必要性，包括人力资源管理培训、公务员改革实施，以及体面的工作和工资以及如欧盟行动计划中所列的非工资性激励的促进。

- 理事会认识到，需要充足的财务资源以确保在发展中国家卫生部门融资的更广泛背景下，人力资源危机的可持续解决方案。

- 理事会号召委员会和成员国确保在其与发展中国家的卫生规划中全面考虑卫生工作者的严重短缺。

G8, 2008年

- G8成员国将首先与其目前缔约且正在经受卫生工作者严重短缺的非洲国家合作，致力于将卫生工作者覆盖率提高至WHO规定的下限：即每1,000人2.3名卫生工作者。

G8, 2009年

- 为推动普遍卫生服务的目标，特别是初级卫生保健，务必要通过改进卫生工作者来加强卫生体系，其中涵盖卫生专业人员和社区卫生工作者、信息和卫生融资体系（包括社会健康保护），特别关注最脆弱人群。

- 我们重申我们解决发展中国家卫生工作者短缺的承诺，特别是在非洲，我们注意到2008年全球卫生工作者联盟（Global Health Workforce Alliance）发起的坎帕拉宣言和全球行动议程。

- 我们鼓励WHO到2010年制定卫生人员国际招募业务守则。

联合国大会在其第64次会议上称为联合国大会高级全会的决议草案，2010年

我们承诺加快促进人人享有全球公共卫生方面的进展，包括通过……基于学到的经验教训，评估国家的招募、培训和留用政策并制定解决国内（包括边远和农村地区）和世界各地卫生工作者短缺及其不平衡分布（会削弱发展中国家的卫生体系，特别是非洲的短缺）的国家卫生工作者计划，并且在这方面认识到由于世界卫生组织卫生人员国际招募业务守则的正式通过（是否遵守基于自愿的原则），国际和国内行动对于促进普遍医疗服务（考虑到发展中国家在留用有经验的卫生人员方面所面临的挑战）的重要性。

作为全球妇女和儿童健康战略一部分的卫生工作者承诺

(世界卫生组织, 2010B)

- 阿富汗希望将助产士人数从2,400名增加到4,556名。
- 澳大利亚将资助有技能的卫生工作者（包括助产士）。
- 孟加拉国将另外培训3,000名助产士。
- 布基纳法索将制定和实施一项卫生人力资源计划并到2015年新建一所公共/私人助产学校。
- 布隆迪希望将助产士人数从2010年的39名增加到250名，助产士培训学校的数量从2011年的1所增加到2015年的4所。
- 柬埔寨会通过将有经验的接生员协助的分娩比例提高至70%，来改善生殖卫生状况。
- 中非共和国希望确保将有经验的人员协助的分娩比例从44%提高至2015年的85%。
- 乍得将通过未来4年每年培训40名助产士，来加强卫生人力资源，包括创办一所助产学校和建立一座拥有250个床位的国立妇幼转介医院；并部署卫生工作者在卫生所，以确保提供最低服务综合计划。乍得还承诺通过一项国家卫生人力资源政策。
- 科摩罗将加快卫生人力资源战略计划的实施。
- 刚果民主共和国希望将有经验的接生员协助的分娩比例提高至80%。
- 埃塞俄比亚希望将助产士的人数从2,050名增加到8,635名。
- 海地将制定到2015年的卫生人力资源计划。
- 印度尼西亚将确保所有分娩均由有经验的接生员完成。
- 肯尼亚将另外招募和部署20,000名初级保健卫生工作者。
- 利比里亚将实现经培训和部署的助产士人数翻番（相比2006年）。
- 老挝民主共和国将通过实现现有人员队伍升级以及培训和招募新的人员，到2015年新培养1,500名助产士。
- 马达加斯加岛希望将有经验的接生员协助的分娩比例从44%提高至75%。
- 马拉维将加快卫生专业人员的培训和招募，以填充卫生部门的所有空缺职位。
- 蒙古将实施关于将产科、妇科和儿科医师的工资提高50%的政策。
- 缅甸希望将助产士占人口的比例从1/5000提高至1/4000；并制定一项新的2012-2015年卫生人力资源计划。
- 尼泊尔将另外招募、培训和部署10,000名有经验的接生员。
- 尼日尔将培训1,000名处理青少年生殖健康问题的卫生人员。
- 尼日利亚将引入一项政策增加核心服务人员的数量，包括社区卫生推广工作者和助产士，集中于在农村地区部署更多有经验的卫生工作人员，以增援最近部署到全国地方卫生机构的2,488名助产士。
- 巴布亚新几内亚将改善助产教育并到2015年新注册登记500名助产士；将产科医师人数从2011年的17名增加到2020年的40名。
- 卢旺达将培训多5倍的助产士，将比例从1/100,000提高至1/20,000。
- 圣多美和普林西比希望将合格卫生人员协助的分娩比例从87.5%提高至95%。
- 塞内加尔将通过增加国家助产士和护士的招募，将协助的分娩比例从51%提高至80%。
- 塞拉利昂将确保所有的教师均参与持续卫生职业发展。
- 塔吉克斯坦将确保到2015年，85%的助产士接受过紧急产科护理的培训。
- 坦桑尼亚希望将每年卫生培训机构登记人数从5,000名增加到10,000名，卫生培训机构毕业生输出从3,000名增加到7,000名；同时通过聚焦孕产妇和儿童卫生服务的创新性新绩效工资计划，改善招募、部署和留用。
- 越南希望将经培训的卫生工作者协助分娩的妇女比例从96%提高至98%。

¹ 联合国儿童死亡率估计机构间小组（2010年）“儿童死亡率水平和趋势”。

² 世界卫生组织（2011b）。世界卫生统计。日内瓦。世界卫生组织。

³ Mills, A (2009), 《工作组 I 的报告：扩大规模的限制因素和成本》。卫生系统创新国际融资专题小组。

⁴ 世界卫生组织（2006）。《2006年世界卫生报告－通力合作，促进健康》。日内瓦。世界卫生组织。

⁵ 世界卫生组织（2011b）。世界卫生统计。日内瓦。世界卫生组织。

⁶ 世界卫生组织估计的350万名卫生工作者的严重短缺是指49个低收入国家，只考虑了医生、助产士、护士和社区卫生工作者。因此，全球总缺口被严重低估。Mills, A (2009), 《工作组 I 的报告：扩大规模的限制因素和成本》。卫生系统创新国际融资专题小组。

⁷ 世界卫生组织《2006年世界卫生报告》中的资料。

⁸ 针对英国救助儿童会2011年的《消除儿童夭折现象：填补缺口》报告开展的分析。

⁹ 据估计，印度面临着261万名卫生工作者的缺口。分析工作由印度救助儿童会的工作人员负责开展，参考了印度公共卫生标准规范，以及农村卫生统计（2009年）、妇女与儿童发展部（2011年）和“国家农村卫生委员会五年常规评估”（2010年）中有关初级卫生诊所医生、辅助助产士、anganwadi工作者、经认证的社会卫生活动人士和男性综合工作者的数据。

¹⁰ 有关救助儿童会对“全球战略”的承诺细节，以及其他非政府组织和公民社会组织做出的承诺，请访问www.everywomaneverychild.com/commitments

¹¹ 根据作者在布隆迪和塞拉利昂的经历。

¹² 关于任务分担并未达成明确的共识，它的适当性很大程度上取决于具体的背景。有些情况下，卫生工作者专业协会对任务分担也有着莫衷一是的响应，一些人反对将现有卫生工作者的职责扩展至其国际规定的任务之外。只要条件允许，就不当应将任务分担当成长期培养所需干部的一种方案。

- ACTION FOR GLOBAL HEALTH (2010) Health Workers Urgently Needed to Reach the Health MDGs. *The Human Resources for Health Crisis: Briefing Paper*.
- ACTION FOR GLOBAL HEALTH & STOP AIDS CAMPAIGN (2010) The IMF, the Global Crisis and Human Resources for Health: Still constraining policy space.
- ACTIONAID Five solutions for tax justice.
- ADAMS, O B, POZ, M R D, SHENGELIA, B, KWANKAM, S Y, ISSAKOV, A, STILWELL, B, ZURN, P & GOUBAREV, A (2003) Human, Physical, and Intellectual Resource Generation: Proposals for monitoring. IN MURRAY, C J L & EVANS, D B (Eds) *Health Systems Performance Assessment: Debates, methods and empiricism*. Geneva, World Health Organization.
- AFRICAN UNION (2001) Abuja Declaration on HIV/AIDS, Tuberculosis and Other Related Infectious Diseases. Abuja, Nigeria, African Union.
- BASINGA, P, GERTLER, P J, BINAGWAHO, A, SOUCAT, A L, STURDY, J & VERMEERSCH, C M (2011) Effect on maternal and child health services in Rwanda of payment to primary healthcare providers for performance: an impact evaluation. *Lancet*, 377, 1421–8.
- BHUTTA, Z A, LASSI, Z S, PARIYO, G & HUICHO, L (2010) Global Experience of Community Health Workers for Delivery of Health Related Millennium Development Goals: A systematic review, country case studies, and recommendations for integration into national health systems. World Health Organization, Global Health Workforce Alliance.
- BLACK, R E, COUSENS, S, JOHNSON, H L, LAWN, J E, RUDAN, I, BASSANI, D G, JHA, P, CAMPBELL, H, WALKER, C F, CIBULSKIS, R, EISELE, T, LIU, L & MATHERS, C (2010) Global, regional, and national causes of child mortality in 2008: a systematic analysis. *Lancet*, 375, 1969–87.
- BORGHI, J, ENSOR, T, NEUPANE, B D & TIWARI, S (2004) Coping with the Burden of the Costs of Maternal Health. IN OPTIONS, DFID & HMGN MINISTRY OF HEALTH (Eds) *Nepal Safer Motherhood Project*.
- CAMPBELL, J, OULTON, J A, MCPAKE, B & BUCHAN, J (2009) Removing user fees? Engage the health workforce. *Lancet*, 374, 1966.
- CLEMENS, M & PETERSSON, G (2006) Medical Leave: A new database of health professional emigration from Africa. Washington, DC, Centre for Global Development.
- DEGEFIE, T, MARSH, D, GEBREMARIAM, A, TEFERA, W, OSBORN, G & WALTENSBERGER, K (2009) Community case management improves use of treatment for childhood diarrhoea, malaria and pneumonia in a remote district of Ethiopia. *Ethiopian Journal of Health Development*, 23.
- GLOBAL HEALTH WORKFORCE ALLIANCE (2008) Health Workers for All and All for Health Workers: The Kampala Declaration and Agenda for Global Action. *First Global Forum on Human Resources for Health*. Kampala, Uganda.
- GLOBAL STRATEGY FOR WOMEN' S AND CHILDREN' S HEALTH (2010) Commitments.
- GOLDSBOROUGH, D (2007) Does the IMF Constrain Health Spending in Poor Countries? Evidence and an agenda for action. Centre for Global Development.
- GREENHILL, R & WATT, P (2005) Real Aid: An agenda for making aid work. Johannesburg, ActionAid International.
- GROBLER, L, MARAIS, B J, MABUNDA, S A, MARINDI, P N, REUTER, H & VOLMINK, J (2009) Interventions for increasing the proportion of health professionals practising in rural and other underserved areas. *Cochrane Database Syst Rev*, CD005314.
- HAMILTON, K & YAU, J (2004) The Global Tug-of-War for Health Care Workers. Migration Policy Institute.
- HONGORO, C & NORMAND, C (2006) Health Workers: Building and Motivating the Workforce.
- JALAL, S (2011) The lady health worker program in Pakistan – a commentary. *Eur J Public Health*, 21, 143–4.
- JOINT LEARNING INITIATIVE (2004) *Human Resources for Health: Overcoming the Crisis*, Global Equity Initiative: Harvard University.
- LALEMAN, G, KEGELS, G, MARCHAL, B, VAN DER ROOST, D, BOGAERT, I & VAN DAMME, W (2007) The contribution of international health volunteers to the health workforce in sub-Saharan Africa. *Hum Resour Health*, 5, 19.
- LEHMANN, U & SANDERS, D (2007) Community health workers: What do we know about them? The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers. Geneva, World Health Organization.
- MANAGEMENT SCIENCES FOR HEALTH (2010) Evaluation of Malawi' s Emergency Human Resources Programme: Final Report. UK Department for International Development.
- MCCOY, D, BENNETT, S, WITTER, S, POND, B, BAKER, B, GOW, J, CHAND, S, ENSOR, T & MCPAKE, B (2008) Salaries and incomes of health workers in sub-Saharan Africa. *Lancet*, 371, 675–81.
- MCKINSEY & COMPANY & BILL & MELINDA GATES

- FOUNDATION (2005) Global Health Partnerships: Assessing Country Consequences.
- MEESSEN, B, SOUCAT, A & SEKABARAGA, C (2010) Performance-based financing: just a donor fad or a catalyst towards comprehensive health-care reform? *Bull World Health Organ*, 89, 153–6.
- MILLS, A (2009) Working Group I Report: Constraints to Scaling Up and Costs. Taskforce on Innovative International Financing for Health Systems.
- NIGERIA FEDERAL MINISTRY OF HEALTH (2011) Saving Newborn Lives in Nigeria: Newborn health in the context of the Integrated Maternal, Newborn and Child Health Strategy.
- OECD (2011) Improving Domestic Accountability Support: Budget Processes and Health in Mozambique. *Meeting of the DAC Network on Governance*, Paris.
- OYA, C & PONS-VIGNON, N (2010) Aid, Development and the State in Africa. IN PADAYACHEE & VISHNU (Eds) *The Political Economy of Africa*. London, Routledge.
- PEARSON, M (2011) Results based aid and results based financing: What are they? Have they delivered results? London, HLSP Institute.
- PITT, C, GRECO, G, POWELL-JACKSON, T & MILLS, A (2010) Countdown to 2015: assessment of official development assistance to maternal, newborn, and child health, 2003–08. *Lancet*, 376, 1485–96.
- PRRINN-MNCH (2011) Progress Report. *PRRINN-MNCH Midterm Review*. DFID Human Development Resource Centre.
- REPUBLIC OF UGANDA'S MINISTRY OF HEALTH (2006) Service Availability Mapping. World Health Organization.
- RIDDE, V (2010) Per diems undermine health interventions, systems and research in Africa: burying our heads in the sand. *Tropical Medicine and International Health*.
- SAVE THE CHILDREN UK (2009) Health User Fees: The case against. London, Save the Children UK.
- SAVE THE CHILDREN UK (2011a) Missing Midwives. London, Save the Children UK.
- SAVE THE CHILDREN UK (2011b) No Child Born To Die: Closing the gaps. London, Save the Children UK.
- SAVE THE CHILDREN USA (2007) Malawi Newborn Health Program: First Year Annual Report. Westport, Save the Children USA.
- SAVING NEWBORN LIVES (2009) Program in Nepal Mid-Term Review: Final Report, October 2009, *Internal Report*.
- TANZANIA AND ZANZIBAR'S MINISTRY OF HEALTH AND SOCIAL WELFARE (2007) Tanzania Service Availability Mapping, 2005–06. World Health Organization.
- TYRRELL, A K, RUSSO, G, DUSSAULT, G & FERRINHO, P (2010) Costing the scaling-up of human resources for health: lessons from Mozambique and Guinea Bissau. *Human Resources for Health*, 8, 14.
- UNICEF (2010) Protecting Salaries of Frontline Teachers and Health Workers. IN UNICEF POLICY AND PRACTICE (Ed) *Social and Economic Policy Working Briefs*.
- VSO MALAWI (2011) Improving management and supervision for Health Surveillance Assistants in Malawi. Global Health Workforce Alliance.
- VUJICIC, M, ZURN, P, DIALLO, K, ADAMS, O & DAL POZ, M R (2004) The role of wages in the migration of health care professionals from developing countries. *Hum Resour Health*, 2, 3.
- WAKABI, W (2008) Extension workers drive Ethiopia's primary health care. *Lancet*, 372, 880.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2003) Migration of health professionals in six countries: a synthesis report. Brazzaville, WHO Regional Office for Africa.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2004) Global Burden of Disease: 2002 estimates (revised).
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2006) The World Health Report 2006 – Working together for health. Geneva, WHO.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2009) Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. *Background paper for the first meeting to develop evidence-based recommendations to increase access to health workers in remote and rural areas through improved retention*. Geneva.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010a) Access for all to skilled, motivated, and supported health workers. *Global Strategy for Women's and Children's Health: Background paper 4*.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010b) Global Strategy for Women's and Children's Health. *Every Woman, Every Child*.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010c) Health Systems Financing: The path to universal coverage. *World Health Report*. Geneva, World Health Organization.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010d) Policies and practices of countries that are experiencing a crisis in human resources for health: tracking survey. *Human Resources for Health Observer*.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2010e) Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention. *Global Policy Recommendations*.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2011a) Efficiency and effectiveness of aid flows towards health workforce development: exploratory study based on four case studies from Ethiopia, the Lao People's Democratic Republic, Liberia and Mozambique. *Human Resources for Health Observer*.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (2011b) World Health Statistics. Geneva, WHO.
- XU, K, EVANS, D B, KAWABATA, K, ZERAMDINI, R, KLAVUS, J & MURRAY, C J (2003) Household catastrophic health expenditure: a multicountry analysis. *Lancet*, 362, 111–7.
- ZURN, P, DAL POZ, M R, STILWELL, B & ADAMS, O (2004) Imbalance in the health workforce. *Hum Resour Health*, 2, 13.

惠及“每一个”儿童

克服卫生工作者危机

贫困国家每天都有成千上万名儿童濒临死亡，原因是卫生工作者的严重短缺使得这些儿童无法获得能够挽救生命的护理服务。

卫生工作者是所有卫生服务中最重要元素。没有卫生工作者，便不能接种疫苗，不能开出救命的药物，也不能在妇女分娩时给予专业护理。

各国领导人于**2011年9月20日**在美国纽约共同出席联合国大会。为了挽救数百万名儿童的生命，是时候采取具有决定性的行动，来解决全球**350**万名卫生工作者的巨大缺口，以挽救数百万孩子的生命。

