



世界卫生组织

执行委员会
第一三二届会议
临时议程项目 10.4

EB132/23
2012 年 12 月 14 日

卫生人力：应对短缺和移徙 以及迎接新需求方面的进展

秘书处的报告

1. 2010 年第六十三届世界卫生大会在 WHA63.16 号决议中通过了《世界卫生组织全球卫生人员国际招聘行为守则》。该《守则》是一个多边框架，旨在解决全球卫生人力短缺问题并应对卫生工作者国际流动带来的相关挑战。2011 年第六十四届世界卫生大会通过了关于加强卫生人力的 WHA64.6 号决议和关于加强护理与助产服务的 WHA64.7 号决议。在前一份决议中，敦促会员国，除其它外，要实施上述《守则》；在后一份决议中，则敦促会员国将其对加强护理与助产服务的承诺化为行动，并要为此，除其它外，制定必要的行动计划促进发展护理与助产服务，作为国家或次国家卫生计划的组成部分，开展协作，以加强相关立法和监管程序，以及加强护理和助产专业的教育和培训。本报告的提交符合《世界卫生组织全球卫生人员国际招聘行为守则》第 9.2 和第 7.2(c) 条要求以及 WHA64.6 号决议和 WHA64.7 号决议中关于汇报进展情况的要求。此外，应一个会员国的请求，本报告还提供了关于发展卫生人力以支持全民健康覆盖方面的信息。

向实施《守则》的会员国提供支持

2. 秘书处一直在按四个工作类别提供支持。

国家指定主管当局

3. 秘书处一直在鼓励各会员国指定国家主管当局，负责就卫生人员移徙和《守则》实施情况交换信息。81 个国家已经确立了国家指定主管当局（见表）。

国家报告文书

4. 秘书处与会员国和相关利益攸关方进行磋商，一直在支持制定国家报告文书，作为以国家为基础的自我评估工具。该文书现已公布，并已提供给各国家指定主管当

局，同时还通过世卫组织各区域办事处以及设在国家、领土和地区的办事处予以进一步传播。到 2012 年 9 月时，48 个国家的指定国家主管当局利用国家报告文书报告了《守则》实施情况。这 48 份报告中，35 份来自欧洲区域（见图）。

合作

5. 秘书处一直在促进**多方利益攸关者之间的合作**，这种合作不仅涉及政府和学术机构，还涉及民间社会组织以及网络，目的是支持开展《守则》要求的宣传和分析工作。欧洲区域尤其组织了一系列活动，最终促使制定了一份在欧洲区域实施《守则》的路线图。其它值得注意的进展包括：创建了 *La Red Iberoamericana de Migración de Profesionales de la Salud*（伊比利亚 - 美洲卫生专业人员移徙网络），由乌拉圭公共卫生部的技术秘书处领导并得到欧盟委员会的支持；促进国家利益攸关方对话（例如，2012 年在比利时、德国和意大利开展的对话）；与欧洲议会发展委员会进行讨论（马德里，2012 年）；以及与 Brocher 基金会、日内瓦大学和哈佛大学一起在日内瓦开设了移徙和道德问题暑期学校。国家和国际层面的民间社会组织日益活跃，积极开展提高认识活动并提请从政治层面关注卫生人力问题，包括促进传播和实施《守则》。欧洲区域进行的一项九国案例研究表明，民间社会在监测卫生人力移徙和采纳以权利为基础的方针方面也发挥了很大作用，以权利为基础的方针既注重卫生工作者的权利，也考虑对公平和可持续卫生系统的需求。此外，秘书处与**专业组织的合作**促使就 2011-2015 年期间加强护理和助产服务的战略方向达成了共识¹。

表. 按世卫组织区域显示已确立的国家指定主管当局数量和利用国家报告文书向秘书处进行报告的国家指定主管当局数量

世卫组织区域	已确立的国家指定主管当局数量	收到的报告数量
截至 2012 年 9 月 31 日		
非洲	13	1
美洲	11	4
东南亚	4	3
欧洲	42	35
东地中海	6	1
西太平洋	5	4
合计	81	48

¹ 见文件 WHO/HRH/HPN/10.1。可从 <http://www.who.int/hrh/resources/nmsd/en/index.html> 获取（检索日期：2012 年 11 月 16 日）。

现状

6. 《守则》通过两年半以后，建立了国家指定主管当局，这些主管当局正在努力进行报告，而且通过各种网络和合作开展了一系列研究和文档工作，这些都有利于更详细地了解各国的卫生人力移徙情况。

移徙模式

7. 四个经合组织成员国合起来的国外出生护士和医生数量分别占该组织所有成员国中国外出生护士和医生总数的 72% 和 69%。世卫组织和移徙政策研究所联合对这四个有关国家进行了审查，结果表明，自 2000 年代中期以来，美国的医生流入始终保持稳定¹，而澳大利亚和加拿大都有所增加。相反，在大不列颠及北爱尔兰联合王国，医生和护士的流入自 2008 年以来都显著下降，因为政府改变了其积极的国际招聘政策。印度是澳大利亚、英国和美国医生的最主要原籍国，并且最近已成为加拿医生的第二大来源国。南非也是除美国外其它各国医生的主要来源国，并且是加拿大医生的最大原籍国。菲律宾是美国、英国和加拿大护士的首要来源国并且是澳大利亚护士的第三大来源国。即使没有 2000 年代初期英国实行的那种积极招聘政策，依然发生了大量卫生人力移徙情况。经济危机对这种移徙模式似乎并未产生显著影响。

移徙管理

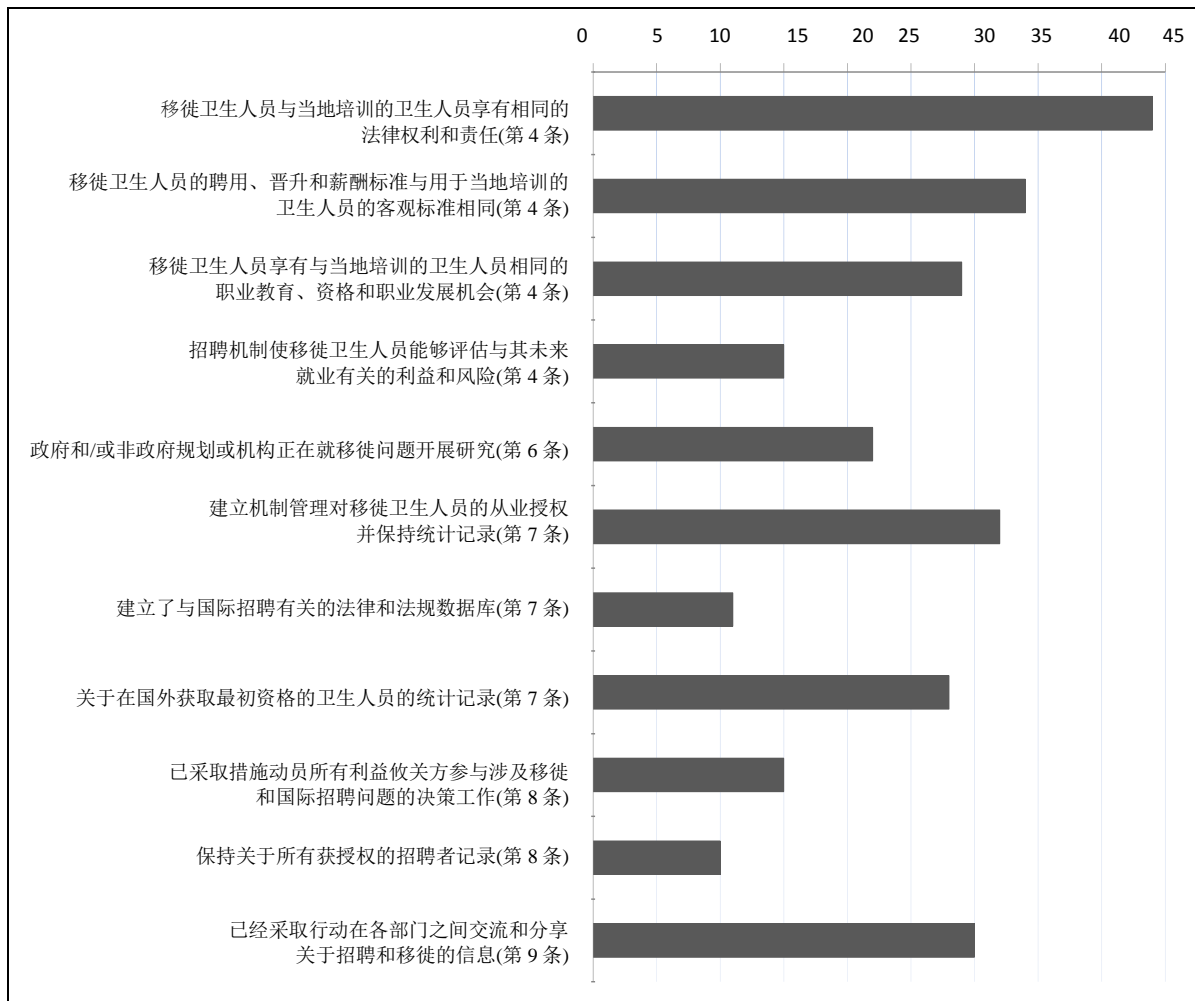
8. 目的地国家处理专业注册和重新认证的办法不断变化。澳大利亚最近对获得英语国家“可信”机构颁发的从业许可证的国际医学毕业生放宽了专业注册条件。相反，在英国，经过一段高流入时期后，采取了阻止国际卫生人力招聘的一揽子政策，其中包括收紧专业注册渠道和实行更严格的签证规则。澳大利亚、英国和美国对以就业为目的的移民实行移徙前筛选。

移徙卫生工作者的状况

9. 通过国家指定主管当局提交的报告，可以更详细地了解国家层面移徙工作者的状况（见图）。这些报告提供的信息比通过《守则》前的时期中获得的数据更详细。但是，迄今，由于国家指定主管当局的覆盖面尚不完全，绝大部分国家报告仅来自一个世卫组织区域，因此限制了这方面信息。目前在继续努力扩大报告范围。

¹ 《全球经济危机以来的移民和卫生人力情况：提交世界卫生组织的报告》。移徙政策研究所，2012 年，印刷中。

图. 从 48 个利用国家报告文书的国家指定主管当局获得的信息摘要(按《守则》条款)



协定

10. 关于招聘卫生人员的双边、多边和区域协定方面的情况也更加清晰。这些协定多数在《守则》之前达成。但是，有些在《守则》获得通过以来的两年半中得到制定或完善。例如邻国之间的协定，包括塞浦路斯和希腊；丹麦、芬兰、冰岛、挪威和瑞典；哈萨克斯坦、吉尔吉斯斯坦、俄罗斯联邦、塔吉克斯坦和乌兹别克斯坦等国之间的协定；此外，还有不同收入水平国家之间的协定，如意大利和突尼斯，克罗地亚和德国等之间的协定。多边协定包括“人员流动伙伴关系”，这是一个无法律约束力的框架，用于妥善管理欧洲联盟与个别国家之间的人员流动。欧洲联盟成员国自愿加入该伙伴关系。突出的区域协定包括文莱达鲁萨兰国、柬埔寨、印度尼西亚、老挝人民民主共和国、马来西亚、缅甸、菲律宾、泰国和越南之间的协定。协定一般涉及医生和护士，少数情况下也涉及到助产士。许多协定在国家层面缔结，另一些则在次国家层面达成。

超越移徙的合作

11. 在《守则》框架内就发展卫生人力问题进行的合作往往超出纯粹的移徙相关问题。会员国报告了一系列更广泛的财政和技术合作协定，包括：伊比利亚 - 美洲卫生专业人员移徙网络内部的各种协定；古巴、埃及、尼日利亚和卢旺达政府之间的协定；涉及阿尔巴尼亚、波斯尼亚和黑塞哥维那、德国和越南的三赢试点项目；以及印度尼西亚-日本之间通过在职培训加强护理能力的合作协定。

12. 在欧洲联盟，努力制定卫生人力行动计划的工作将成员国汇集起来共同应对中长期内卫生人力方面的主要挑战，目标是在欧洲促进可持续的人力资源。这项核心工作的重点将包括三方面：预测人力需求和改善人力资源规划方法；预测卫生专业未来的技能需求；以及分享有效招聘和留用卫生专业人员策略方面的好做法。

13. 在与专业组织商定的 2011-2015 年加强护理和助产服务战略方向所确定的一些主要成果领域也取得了进展。密集的磋商工作促使在美洲区域、欧洲区域和东地中海区域制定了区域和国家行动计划。联合规划工作促使加强了非洲区域六个国家的管制框架。为助产教育和实践确立标准和网络的工作加快了步伐，特别是在非洲区域和欧洲区域，这项工作着重于国家经验。美洲区域建立了 28 个护理网络。18 个国家就加强社区卫生护理的各种作用展开了研究。

未来的挑战

14. 实施 WHA63.16 号决议和 WHA64.7 号决议的工作将必须应对各种挑战，下面列出其中一些。

15. 卫生人力移徙方面的数据欠缺且通常分散在多个机构和实体。在许多国家，这一问题表现为缺乏一般的卫生人力数据。

16. 由于国家层面对人力移徙、当前和未来的卫生人力需求以及短期和长期人力资源计划之间关系的性质缺乏共同认识，致使决议实施工作受到阻碍。此外，许多国家只有有限的能力来预测未来的卫生人力趋势。

17. 影响卫生人力移徙和国际招聘的决策工作牵涉到众多利益攸关方，动员它们参与是个复杂问题，给进展造成了障碍。这关系到普遍的卫生人力，尤其是护理和助产方面的卫生人力。

18. 在卫生人力支配和管理能力依然薄弱的国家，更是难以解决这些问题，因为加强机构和个人规划能力的努力以及创建卫生人力资源观察站的工作都需要时间才能产生明显的影响，尤其是解决卫生人力危机方面的政治承诺只部分上获得了相应投资。

不断变化的卫生人力状况

19. 各国处理卫生人力资源的方式在显著且迅速地变化，而决议实施工作便是在这样一个背景下展开，因此必须适应这一实际情况。

20. 与甚至不久前仍普遍存在的情况形成鲜明对比的是，全球和国家层面的决策者目前深知必须立即解决卫生人力危机问题。现在的需要已从集中宣传转向使危机意识与投资相匹配。

21. 实现全民覆盖的政治要求提供了机会，必须抓住这些机会以便在卫生人力规划与加强卫生系统的决策和整体努力之间实现进一步整合。同时，也需要与其它部门、民间社会以及政治机构建立联系。一些国家正在发生这些变化；在一些有关国家中，这些变化是正在通过国际卫生伙伴关系和相关行动（IHP+）机制开展的援助实效工作的一部分。

22. 迄今，目前的全球经济危机及其导致的日益上升的失业率并不是促使卫生人力移徙或卫生人员大幅裁减的主要因素。但是，有令人不安的信号表明，在某些国家，公共财政方面的压力开始对卫生人力的培养、分布和绩效产生负面影响。这可能累及决议实施工作。

23. 在这个迅速变化的环境中，有必要进行密切监测。通过《守则》建立的报告系统可促进这一工作，同样，国家和区域卫生人力资源观察站网络也有助于这一工作，这些网络处于有利位置，能促进监测和预测新出现的趋势。

24. 近来，对卫生人力危机的最尖锐表现形式，即被称为“危机国家”的短缺问题以及移徙问题给予了诸多关注。但是，现在日益认识到尽管这两个问题很重要，但不能将危机范围缩减到只剩下这两个方面。卫生人力危机是一个真正的全球性问题和具有多面性的挑战。因此，需要一项更为全面的全球战略以改变对卫生工作者的培养，其中应包括进行劳动市场分析并在国家和跨国层面对卫生人力的教育和培训实行变革。希望提高卫生保健可及性的国家必须应对卫生人力短缺带来的挑战。因此，重新制定解决卫生人力危机的方法对于实现全民覆盖将至关重要。

执行委员会的行动

25. 请执委会注意本报告。

= = =