

世界助产状况报告

2014

通用路径

妇女的健康权利



生殖健康



妊娠



分娩



产后

编著者 和致谢

指导委员会

Co-chairs: Frances Day-Stirk, Laura Laski, Elizabeth Mason.

Members: Jean Barry, Benedict David, Luc de Bernis, Peter Johnson, Louise Holly, Tina Lavender, Gillian Mann, Betsy McCallon, Anders Molin, Arulkumaran Sabaratnam, Carole Presern, Simon Wright.

核心小组 Coordinator:

Luc de Bernis

Members: Jim Campbell, Catherine Carr, Sheena Currie, Caroline Homer, Petra ten Hoope-Bender, Peter Johnson, Zoë Matthews, Fran McConville, Nester Moyo, Mwansa Nkowane, Grace Omoni, Francisco Pozo-Martin, CN Puradane, Amani Siyam, Laura Sochas.

国别调查, 数据分析, 技术支持

UNFPA: Luc de Bernis, Susana Edjang.

Secretariat: *ICS Integrare, University of Southampton, University of Technology Sydney:* Aferdita Bytyqi, Jim Campbell, Vincent Fauveau, Stephanie Fletcher, Maria Guerra-Arias, Caroline Homer, Sofia Lopes, Zoë Matthews, Joanne McManus, Andrea Nove, Francisco Pozo-Martin, Anna Rayne, Hishiv Shah, Laura Sochas, Andrew Tatem, Petra ten Hoope-Bender.

Technical contributions: Edson Araújo, Deborah Armbruster, Albert Arnó, Patsy Bailey, Jean Ball, David Benton, Ismat Bhuiya, Ties Boerma, Jim Buchan, Amos Channon, Asiful Haidar Chowdhury, Laurence Codjia, Mario Dal Poz, Kim Dickson, Gilles Dussault, Tim Evans, Lynn Freedman, Sennen Hounton, Louise Hulton, Marge Koblinsky, Teena Kunjumen, Mandy La Fleur, Thierry Lambrechts, Christophe Lemièrre, Jacqueline Mahon, Adriane Martin-Hilber, Laura Matthews, Allisyn Moran, Sarah Neal, Juliette Puret, Kathrin Radke, Charlotte Renard, Rachel Sanders, Susheela Singh, Jeff Smith, Ann Starrs, Wim Van Lerberghe, Marie Washbrook.

Country contributions: Many thanks to the heads of the UNFPA and WHO country offices, their staff, and the people that coordinated, completed, and verified responses to the *State of the World's Midwifery* country survey. In particular, thanks to the country focal points: Hissani Aboubacar, Kodjovi Edotsè Adjeoda, Anna af Ugglas, Jamil Ahmed, Guy C. Ahialegbedzi, Arlette Akoueikou, Fernanda Alves, Mary Nana Ama Brantuo, Nazira Artykova, Zulfiya Atadjanova, Amalia Ayala, Farid Babayev, Radouane Belouali, Jeannette Biboussi, Zainab Blell, Malin Bogren, Edith Boni Ouattara, Rayana Bou Haka, François Busogoro, Gillian Butts-Garnett, Felister Bwana, Jean-René Camara, Alicia Carbonell, Jose Manuel Carvalho, Rene Alberto Castro, Ahmed Chahir, Maria JOSé Costa, Thierno Ousmane Coulibaly, Hironcina Cucubica, Evelyne Degraff, Pilar de la Corte Molina, Saliou Dian Diallo, Sadio Diarra, Aicha Djama, Dudu Dlamini, Javier Dominguez, Dat Van Duong, Marie Sheyla Durandisse, Musu Duworko, Henriette Eke Mbula, Hala El Hennawy, Kerstin Erlandsson,

Nicole Eteki, Mahamat Malloum Fatime, Feruza Fazilova, Rustini Floranita, Monica Fong, Daniel Frade, Paul Francis, Suzie Francis, Dina Gbenou, Rodolfo Gomez, Kemal Goshliyev, Raymond Goula, Nada Hamza, Fredrica Hanson, Sharifullah Haqmal, Gilbert Hiawalyer, Grace Hiwa, Bang Thi Hoang, Aboubacar Inoua, Bakary Jargo, Theopista John Kabutani, Elizabeth Kalunga, Leonard Kamugisha, Selly Kane Wane, Trevor Kanyowa, Bahtyugul Karryeva, Stoelle Patricia Keba, Magdy Khaled, Zareef Khanza, Kyu Kyu Khin, Eunyong Ko, Ibroh Kouboura Abba Moussa, Alhagie Kolley, Sathyanarayana Kundur, Busisiwe Kunene, Mohammed Lardi, Joyce Lavussa, Dorothy Lazaro, Ana Leitão, Amadou Ouattara Liagui, Ornella Lincetto, Elvira Liyanto, Jean-Pierre Lokonga, Fernanda Lopes, Achu Lordfred, Juliana Lunguzi, Primo Madra, Yolande Magonyagi, Agnes Makoni, Sarai Bvulani Malumo, Margaret Mannah-MacCarthy, Lucy Sejo Maribe, Michel Mbemba Moutounou, Pauline McNeil, Yordanos Mehari, William Michel, Michaela Michel-Schuld, Happiness Mkhathsha, Kuban Monolbaev, Maria Mugabo, Khin Aye Myint, Azzah Nofly, Daphrose Nyirasafali, Geoffrey Okumu, Mohamed Boubacar Ould Abdel Aziz, Taiwo Oyelade, Haydee Padilla, Anchita Patil, Jiong Peng, Sano Phal, Zulfiya Pirova, Philderald Pratt, Maria Quaresma Dos Anjos, Ginette Josia Rabefitia, Nargis Rakhimova, Thabelo Ramatlaping, Masy Harisoa Ramilirijaona, Rabiatu Sageer, Mahamoud Said, Geneviève Saki-Nekouressi, Elfeky Samar, Aminata Seguetio, Olive Sentumbwe, Alejandro Silva, Nurgul Smankulova, Sokun Sok, Gracia Subiria, Areej Taher, Fatim Tall, Kabo Tautona, Afrah Thabet, Meera Thapa Upadhyay, Luwam Teshome, Augusto Viegas, Chumen Wen, Souleymane Zan, Aoua Zerbo, Assefash Zehaie.

A full list of the names of all those who contributed is available on page 198 of this report.

电子传媒: Cole Bingham, Amy Boldosser-Boesch, Julie Cornell, Adam Deixel, Christian Delsol, Etienne Franca, Rachel Haynes, Louise Holly, Ian Hurley, Cathrin Jerie, Omar Kasrawi, Mandy Kibel, Etienne Leue, Ann LoLordo, Joy Marini, Brigid McConville, Patrick McCrummen, Lori Lynn McDougall, Lothar Mikulla, Michelle Park, Sruti Ramadugu, Charlene Reynolds, Alanna Savage, Marta Seoane Aguilo, Ann Starrs, Petra ten Hoope-Bender, Veronic Verlyck, Julia Wiklander.

设计, 排版, 打印: Prographics, Inc.

翻译: Michel Coclet, Mohammed Khawam

财务支持: Bill & Melinda Gates Foundation, Foreign Affairs, Trade and Development Canada, Johnson & Johnson, Maternal and Child Health Integrated Program, United States Agency for International Development, Ministry of Foreign and European Affairs (France), Norwegian Agency for International Development, Swedish International Development Cooperation Agency, United Nations Population Fund.

我们郑重感谢 ICS 公司对本报告及相关材料在调研、发展、撰写及出版过程的支持。

缩写和简称

AAAQ	可得性, 可及性, 可接受性和质量
AVD	阴道助产
B-EmONC	母婴基础紧急救护
C-EmONC	母婴全面紧急救护
CHW	社区卫生工作者
CMDP	社区助产学位项目
EC	紧急避孕
EmONC	母婴紧急救护
GIS	地理资讯系统
GPS	全球卫星定位系统
HCPAs	卫生保健专业协会
HRH	卫生人力资源
ICM	国际助产士联盟
ICN	国际护士会

ISCO	国际职业标准分类
MDG	千年发展目标
MMR	孕产妇死亡率
NMR	新生儿死亡率
MNH	母婴健康
NGOs	非政府组织
PMNCH	母婴儿童健康合作伙伴
SRMNH	性生殖—母婴健康
SoWMy	世界助产报告
STIs	性传播疾病
TBA	传统接生人员
UNFPA	联合国人口基金会
UHC	全民卫生覆盖
WHO	世界卫生组织

通用路径 妇女的健康权利

序	ii
纲要	iii
第 1 章	
简介	1
关于这份报告	3
第 2 章	
助产现状	5
进步的证据	5
可得性	12
可及性	16
可接受性	22
质量	24
总结	31
第 3 章	
《助产 2030》	33
展望 2030	33
卫生、卫生系统和卫生财政的驱动力	34
助产 2030: 政策和计划的通用路径	36
路径的实现	36
各国经验总结	42
助产 2030: 号召全球行动	45
第 4 章	
国家概要	49
如何阅读国家概要	50
世界助产现状调查各国通讯员名单	198
参考文献	201
附录	205
1 术语	205
2 常用研究方法	208
3 模拟 SRMNH 基本干预措施有效覆盖的常用方法	209
4 妇女和新生儿对 46 项基本干预措施的需求评估	212
5 决策原则	216
6 人口、育龄妇女、妊娠及活产数的分布图	217
7 基于国际职业标准分类的助产士专业职责	218

栏	
1 孟加拉国承认专业助产士后引进了三年独立助产教育	7
2 透过有效覆盖来窥视助产人力资源	10
3 SRMNH 地理: 地理资讯系统的进步	17
4 母婴紧急照护: 从设计到应急	19
5 关注最贫穷的 40%	20
6 阿富汗、塞拉利昂和多哥的国别行动	21
7 孕产妇保健中的尊重性照护	22
8 问责制保障服务的可接受性	25
9 卫生系统的驱动力和改变	35
10 保护公众: 新范式	40
11 为计划生育投资的影响	44
12 助产士: 初级卫生服务的最划算投资	45

表	
1 各国所报道的与 SoWMy 2011 中指定的与重大举措相关的行动	6
2 妇女不去寻求照护的原因或者寻求照护感到不舒服的原因	23
3 Midwifery2030 如何对 SoWMy 2014 中的关键发现做出回应	42
4 在 SRMNH 方面的全球行动计划和目标	48

图	
1 排名倒数的 75 个国家中 73 个国家的母婴健康及卫生人力资源关键指标	2
2 73 个国家的妊娠量 (1950-2099)	8
3 性生殖-母婴健康 (SRMNH) 访视需求量, WHO 地区 [2012]	8
4 助产人力资源: 提供性生殖-母婴健康 (SRMNH) 服务的全职等效人员的需求预测	9
5 助产人力资源: 73 个国家的分布, 以及 WHO 地区	11
6 助产人力资源: 角色和职能	12
7 助产人力资源: 总人数与全职等效人员	13
8 每年自愿离职人员百分率	14
9 被调查者关于助产士职业吸引力的认知	15
10 卫生工作者每种岗位的月平均起始工资 (国际美元购买力平价法, 2012)	15
11 临床指导下最低接生量	26
12 助产士的注册和管理	28
13 监管机构的功能和职责	29
14 母婴基础紧急救护 (B-EmONC) 信号功能: 助产士被授权及实际的角色	29
15 助产士专业协会的职能	30
16 助产人力资源: 从可得性到质量	32
17 WHO 地区 2012 至 2030 年间, SRMNH 健康访视所需人数的预计变化	34
18 初级及高级助产照护的关键特点	37

序



当今妇女儿童的健康情况发展到了时代的转折点。我们很庆幸地看到，孕产妇死亡率、新生儿死亡率和儿童死亡率均处于历史最低水平。得益于“每一位妇女每一位儿童（Every Woman Every Child）”项目，我们为更巨大的进步做好了充分的准备，包括为实现千年发展目标所做的努力，以及目前在讨论中的全球可持续发展目标，这些都是为了能在预定完成日期（2015年）实现千年发展目标。

这份报告将我十分关注的两个特定领域联系起来，第一方面是母婴健康；第二方面是2015年后发展纲要的首要原则及价值标准，这能为决策者提供新的依据。

在一个支持性的卫生体系内，助产队伍能够帮助妇女及女孩避免意外妊娠，在妊娠及分娩的全过程为其提供协助，并挽救早产儿的生命。

倘若有领导层的支持和充足的资源，我们能够阻止绝大多数生命的逝去，这些生命的逝去本是可以避免的，但很可悲的是目前这种现象很普遍；我们还可以克服接踵而至的贫穷带来的恶性循环。

2014世界助产报告记录下了自2011年报告的第一份行动号召之后的发展进程。每一年都有越来越多的政府、专业机构以及其他参与者加入到我们的行动中来，因为他们都意识到助产可以显著改善性、生殖和母婴健康状况，并提高全民医疗覆盖率。

我十分赞同本报告中描述的助产展望。这种状态是所有国家都可以达到的，不论处于经济和人口转型的何种阶段。它的实施将帮助政府一道保障妇女的健康权，确保母婴得到所需要的照护，并能有助于我们全球的、共同的目标——避免可预防的母婴死亡——的实现。

我将此份报告推荐给所有愿与联合国携手实现2030助产展望的同仁，并共同改善未来母婴健康。

潘基文

联合国秘书长

纲要

2014 世界助产报告 (SoWMy) 通用之路的灵感来源于联合国秘书长发起的“每一位妇女每一位儿童”项目, 以及他在 2013 年 9 月所发出的呼吁, 他呼吁大家尽全力争取在 2015 年实现千年发展目标, 并共同努力发展并采纳基于普适原则的 2015 年后工作议程。

经 2013 年 5 月在吉隆坡举办的第二届全球助产研讨会讨论通过, SoWMy2014 的主要目标就是提供一个 2014 年世界助产状况的证据基础。此证据可以为政府及其合作伙伴间的政治对话提供支持, 可以加速千年发展目标的进程, 可以鉴别自 2011 年 SoWMy 出版以来的三年时间里所取得的发展, 并为 2015 年以后的发展议程做准备并进行协商。

SoWMy2014 聚焦在 75 个中低收入国家中的 73 个国家, 这 73 个国家是在“倒数 2015”报告之列的。全球 92% 以上的母婴死亡和死产是发生在这 73 个国家。然而, 这些国家的母婴所能接触到的医疗、助产和护理人员仅占全球资源的 42%。

在性生殖—母婴健康 (SRMNH) 方面, 助产士是一个关键因素, 并在此报告中定义为: 用来支持并照护妇女和新生儿的卫生服务和卫生人力资源, 其中包括他们的性健康和生殖健康, 尤其是妊娠、分娩及产后的照护。这也使得众多卫生保健专业人员及相关领域专业人员能够对助产的多种呈现方式进行分析。

SoWMy2014 是由联合国人口基金、国际助产士联盟及世界卫生组织代表 73 个国家的代表及 30 个全球发展伙伴的股东经协商而产生的。



自 SoWMy2011 颁布以来, 许多国家在提高助产服务方面都取得了实质性进展: 73 个国家中的 33 个国家 (45%) 都在偏远地区人才稳定问题上做出了积极的尝试; 有 20 个国家 (28%) 已经着手增加助产士的招募与雇佣; 有 13 个国家 (18%) 已出台计划来建立助产相关的监管机构; 并有 14 个国家 (20%) 已有新的实践准则和 (或) 规章制度。也许最令人印象深刻的共同进步就是, 52 个国家 (71%) 都报告了在员工数据、信息制和问责制。

SoWMy2014 中呈现的证据和分析是由四个方面构架的, 这四个领域决定着它的医疗卫生系统及其卫生人力资源是否有效覆盖, 比如说妇女是否得到了她们想要的、需要的性生殖—母婴健康 (SEMNH) 服务。这四个方面包括: 可得性、可及性、可接受性及质量。

众多周知, 为专业的、干劲十足的助产队伍投资将会对母婴健康有很大的影响。
(Jhpiego/Kate Holt)



并不是所有国家都有幸能有一个关注并支持妇女儿童的领导层。 (Mamaye Sierra Leone)

可得性： SoWMy2014 对妇女及新生儿所需要的基本的性生殖-母婴健康 (SRMNH) 服务做出了最新的评估。在每一个国家，这种对服务的需求都能够被转化为助产人力资源的需求。

接受过助产教育并遵循国际标准的助产士有能力满足 87% 的上述服务需求。然而，这样的助产士只占所报告的助产人力资源的 36%：并不是所有国家都有一个尽职尽责的行业骨干专注于为妇女儿童提供支持。致力于助产服务的工作人员在类型、角色职能及组成上有很大的多样性，而且这些助产工作人员并不是将 100% 的精力投入与性生殖-母婴健康 (SRMNH)。

SoWMy2014 上呈现了多样性的新证据，这些新证据可以为政策制定及工作计划提供参考。首先，助产人员的可得性以及他们所承担的角色无可替代。其次，助产全职等效人员仅占所有性生殖-母婴健康 (SRMNH) 服务人员的三分之二。因此，对助产人力资源与 SRMNH 产出这两者进行比较或关联时，都要用全职等效员工来测评助产工作的可得性。

新的证据使许多方面的发展成为可能：调整职务名称、角色和职能；加强教育和就业的关联；改善工作效率；评估并降低高水平的周转率及损耗率。尤其需要注意的是，助产士的资质认证、地位及薪酬方面的进步，可以消除性别歧视并弥补针对妇女方面政治关注的缺失。

可及性： 尽管 73 个国家几乎都意识到经济可及性的重要地位，并建立免费提供性生殖-母婴健康 (SRMNH) 服务中最基本部分的政策，但只有四个国家向全国范围内提供了“最低福利保障包”，包括了性生殖-母婴健康 (SRMNH) 服务的所有最基本干预措施。这些最基本干预措施中包括那些确定会降低孕产妇死亡率的四大死因的方法：严重出血、感染、孕期高血压（先兆子痫和子痫）及不安全流产。

卫生机构及助产人力资源在地理分布方面数据的缺失会影响评估工作的可信度，无法可靠评估是否所有的妇女在需要帮助的时候能得到卫生工作者的服务。想要改善可及性，需要使城市和乡村都能吸引卫生工作者，并确保卫生照护的障碍因素已被祛除，这些障碍包括交通不便、药物短缺及人力资源短缺。

可接受性： 众多国家都有相适应的政策，规定了所提供 SRMNH 服务的方式是尊重社会文化需求的。然而，关于妇女对助产照护的认识方面，鲜有历史数据，对此国家也提出要在此方面进行更多的有力研究。SoWMy2014 的编著方指出，可接受性与歧视、妇女地位普遍联系着，不管是作为服务使用者还是卫生工作人员。

质量：通过改进助产教育质量、增强助产管理及加强专业协会的角色功能可以提高照护及照护提供者的质量。SoWMy2014 指出，尽管多数国家的课程设置都是合理的、现代的，但是在教育基础设施、教育资源与教育系统尤其是独立助产教育方面，普遍存在差距。

73 个国家几乎都具备助产专业基本监管

制度，及与之配套的助产教育标准（包括民办教育机构在内）。照护质量的进一步提高有赖于助产注册系统的建设，依靠该系统来督促助产专业的持续发展。

关键信息

此报告显示：

1

报告中提到的 73 个倒计时国家 **占据了全球孕产妇和新生儿死亡率及死产率的 92%** 但是仅享受着 **全球 42% 的医疗、助产和护理人力资源**。在这些国家中，孕产妇和新生儿死亡率最高的地区往往面临着人力资源的严重匮乏。



2

73 个国家中，仅有 4 个国家拥有足够的助产人力资源来满足全国 SRMNH46 项基本干预措施的需求。

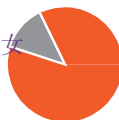


3

国家正在努力拓宽助产服务的覆盖范围并使其更加公平，但是目前 **仍没有全面的数据信息** 来判断助产服务的可得性、可达性、可接受性及质量。

4

受过教育并被系统管理的助产士能够为妇女和新生儿



5

为了让助产士更高效地工作，**卫生机构需要为助产士配备适当的服务**，比如紧急情况时所需的服务（安全的血源，剖宫术，新生儿复苏等）。

6

助产人力资源方面充足的数据信息可以使国家更有效地制定相关计划。这就要求 **每个国家收集数据时必须包括以下 10 项基本内容**：人数，花费在 SRMNH 上的时间比例，助产士的角色，年龄分布，退休年龄，受教育年限，教育的入学、辍学及毕业情况，以及自愿离职情况。

7

助产法律、法规及认证可以允许助产士将其所学的高质量助产照护提供给广大妇女，从而保护妇女的健康。高质量的助产照护可以挽救妇女及新生儿的生命，**可以成就更健康的家庭及更富有成效的社区。**



8

丰厚的投资回报：

- 为助产教育及社区卫生服务投资可以收到 **高达 16 倍的投资回报**，具体体现在挽救生命的数量以及剖宫产率降低带来的成本减少。

初级卫生保健领域“最好的投资”



- 为助产士投资可以使医生、护士及其他卫生人员专注于自己的领域，关心其他健康需求，这样来达到共同的目标：降低感染率，**终止可预防的母婴死亡和可预防的新生儿死亡**



专业协会的最终目的是培养一批有活力、合作、目标明确并有实践准备的卫生保健专业人员，由这些专业人员来满足妇女和儿童的健康需求。虽然绝大多数国家都有至少一个助产士专业协会或者护士助产士协会或辅助助产士协会，但是如果它们在关系到助产服务的政策讨论及重要决定方面能有更多的力量的话，那么它们能在助产服务质量提高领域会有更大的贡献。

卫生服务的有效覆盖在可得性及质量两个方面尚有巨大缺口。弥补这些缺口需要的是对员工数据的收集和更好的使用，需要领导层优先发展助产，还需要解放资源来支持助产队伍和服务计划。卫生人员方案所需的十个数据要素是：职工总数、花在 SRMNH 上的时间百分比、助产角色、年龄分布、退休年龄、受教育程度、教育的入学率退学率毕业率、自愿离职率。

助产士可以提供除分娩照护外的，以妇女为中心的、支持性的照护。

(World
Vision/
Sopheak
Kong)



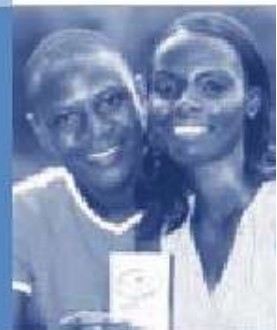
助产 2030：助产照护的质量对实现国家和全球优先目标、保障妇女和新生儿权益是及其重要的。SoWMy2014 对《助产 2030》进行了发展，成为政策与制定计划的通用路径。如果孕妇健康状况良好，没有并发症或其他情况出现，而且助产服务能提供预防性及支持性照护，必要情况下进行急救，在这样两个前提下，助产促成了以妇女为中心、助产士为主导的照护模式，这种照护模式已经展示出比医疗为主导模式更大的收益和更低的成本。

《助产 2030》的关注点是增加卫生服务的质量、卫生服务及卫生服务提供者的可得性、可及性、可接受性及质量，以达到全民卫生覆盖（UHC）的三个方面：为更大比例的育龄期妇女提供服务（增加覆盖率）；增加基本的和必需的卫生服务包（增加服务内容）；解决经济困难带来的问题（增加经济保护）。授权的政治环境和授权的实践环境是很关键的，政治环境支持有效的助产教育，助产管理和协会发展；实践环境提供性生殖-母婴健康（SRMNH）相关的有效咨询与上级机构转诊。这些都应该由有效的人力资源管理为支持，包括专业发展和职业路径。

采纳《助产 2030》的建议会有显著的投资回报。孟加拉国一项关于 500 名社区助产士（基层助产士）的教育、未来发展的投资评估显示这项投资在经济、效率和有效性方面都有积极作用。这项评估将投资的有益影响比作给儿童打疫苗，收益相当于投资的 16 倍返还，并肯定了初级卫生保健中助产是最好的投资。

将《助产 2030》的愿景变为现实需要的构建模块包括政治意愿、有效的领导和助产骨干，在目前地区以及国际提高性生殖-母婴健康（SRMNH）的前提下，这些精英们将推动议程的进行。

简介



2013年9月，联合国秘书长潘基文在联合国大会上做了关于推进联合国千年发展目标（MDGs）的年度报告[1]。在其题为“让全世界有尊严地生活”的报告中，他号召世界各国和国际社会在2015年最后期限到来之前，竭尽全力加快落实千年发展目标，同时加大力度制定2015年后的发展议程，两者并行。报告向世界人民展示了对未来的美好愿景：每一位女性都应当平等地享有包含性和生殖健康以及生育权在内的卫生服务。同样，这也是在世界卫生大会[2]和联合国大会[3]决议中提出的势在必行的医疗保健全球覆盖、易得性和可支付性的一个重要部分。

本报告“2014世界助产报告 (SoWMy 2014)”正是以上文提及的联合国秘书长的行动号召及其2010年启动的“每个妇女每个儿童”项目[4]为灵感展开的。按照2013年5月于吉隆坡举办的第二届全球助产学研讨会[5]的规定，SoWMy2014的主要目标是能够根据2014年世界助产学现状在以下方面提供佐证：

- 为政府与其合作伙伴间的政策对话提供支持；
- 促进联合国千年发展目标在卫生保健方面的进展；
- 总结自SoWMy 2011[6]出版以来三年间取得的发展；
- 为2015年后的发展议程的制定进行磋商和准备。

第二届全球助产学研讨会的与会人员再次申明：创建一支熟练的、积极的、有技术支持的助产队伍是有巨大收益的，并且他们承诺不断提高全世界各地区的助产服务水平[5]。他们特别承诺将“改进助产相关的数据收集和证据支持工作，并且明确行动以消除各国间助产服务的特定文化障碍”。为响应此承诺，本报告更

新了2011年出版的助产报告，而2011年的报告已经被证明是助产发展相关证据的有效来源和倡导助产发展的有效工具[7]。

SoWMy 2014关注了“2015倒计时”报告（从现在起倒计时）[8]中包含的75个中-低收入国家。73个国家同意致力于SoWMy 2014的准备工作；赤道几内亚和菲律宾由于突发事件和日程安排不能参与。SoWMy 2014增加了助产学人员的具体信息，且为每个国家提供了平台来展示它们为实现保障性生殖-母婴健康（SRMNH）[10]基本干预[9]的全球性、持续性和公平性的覆盖所做出的努力。

**第二届全球助产
研讨会的参会人
员再次申明创建
一支熟练的、积极
的、有技术支持
的助产队伍的
收益是巨大的，
并且承诺提高全
世界各地助产
服务水平。**

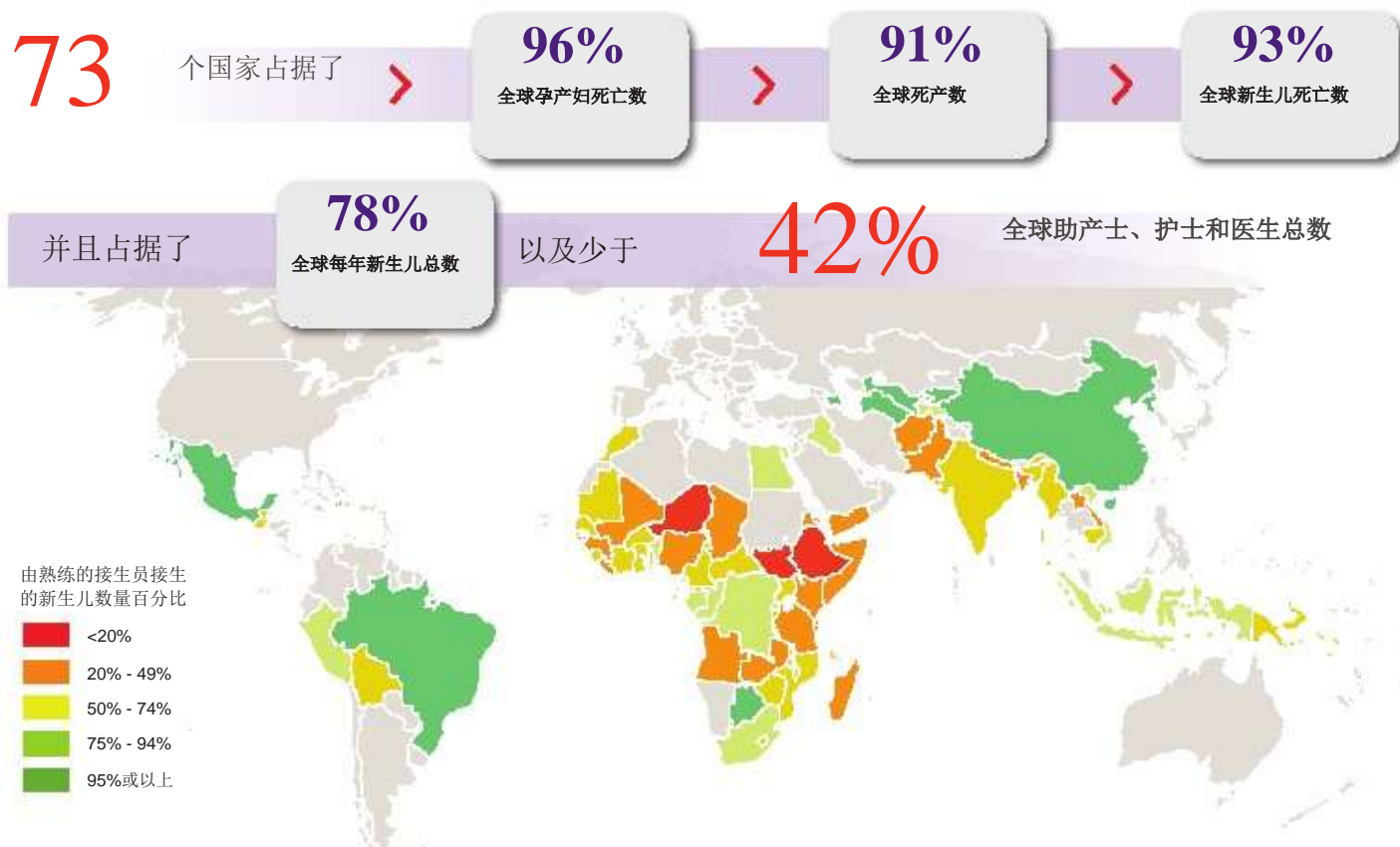
准备工作包括校对助产人员*、助产教育、管理、专业协会、政策和规划纲要以及自2011年以来取得的进展等相关最新更新的数据。可能的话，参与国可以举办一场助产政策研讨会以探讨在实现助产服务方面，尤其是助产学人员的可得性，可及性，可接受性和质量（AAAQ），所面临的障碍、挑战和解决方案。鉴于此，本研究的准备工作在很多国家已经成为国家为保障妇女和新生儿获得专业保健人员服务所做出的努力的重要元素。图一为本研究包含的73个国家的主要指标筛选。

*SoWMy研究要求各国提交所有的专业人员、准专业人员和从事妇女儿童保健的其他健康管理人员（包含任职于公共或私人部门人员）的数据。该数据应视为任职于公共部门人员。

如图一所示：此73个国家发生的孕产妇和新生儿死亡数及死产数占全部孕产妇和新生儿死亡数及死产数的92%以上[11-13]。2009年此73个国家的新生儿总数为1.07亿，占全世界新生儿总数的78%，但孕产妇死亡数达到了全世界的96%，死产数占全世界的91%，新生儿死亡数占全世界的93%[11-15]。全球卫生观察站统计结果显示此73个国家的医疗卫生、助产和护理专业人员仅占全世界的42%[16]。

什么是助产？SoWMy 2014通过助产学的角度看到了图一所展示的世界的不公平现状[17]。本研究中使用的“助产”一词意为：支持和照顾妇女和新生儿，包括性和生殖保健，尤其是妊娠期，分娩期和产后期护理所需要的卫生服务和卫生保健人员。这包含了全套的性和生殖保健服

图一 75个倒计时国家中73个国家的孕产妇和新生儿保健及卫生保健人员的主要指标



务，包括预防HIV的母婴传播，预防和治疗性传播疾病和HIV，避孕，处理不安全流产引起的后果以及在法律允许流产的地方提供安全流产。较之医学主题词表中1966年引入的定义——“对妇女在生产过程中的协助工作”[18]，此定义范围更广。在本报告中着重强调了助产不仅仅包括分娩过程中对产妇的照顾，而是通过支持性和预防性的照护模型[22-23]来普及以妇女为中心的照护和女性健康[19-21]。需要注意的是“以妇女为中心的照护”和“女性健康”在一定条件下包含了产妇和新生儿。

本报告中广泛使用的“助产士”一词包含了接受过助产教育，能承担助产士责任的专业人员，不论其教育途径是直接接受助产士教育还是接受基础护理学教育后接受助产学教育。这符合国际助产联盟（ICM）的推荐规范和标准[24-27]以及国际护士协会（ICN）的声明[28]。例如，ICM基础助产学实践基本能力要求提出了“一名助产士需要知道什么？”和“助产士做到了什么？”两个问题，并且指出一位助产士通过不同的教育途径获得她/他需要的知识和技能[26]。需要解释说明的是，例如在第二章，根据在提供孕产妇和新生儿卫生保健服务中花费的时间百分比和教育途径不同，本研究中使用了助产士和助产护士两种名称。

助产学一词和它的用法在世界的不同地区和不同语言下的使用是复杂的。例如：并不是所有的语言都有一个词可以对应mid-wife（例如“妇女伴随者”/“产婆”）。SoWMy 2014并不想在某些词上增加新的定义或者规定各个国家，各种语言，专业机构和/或其他定义者如何定义助产服务和助产人员。最应该考虑的事情应当是如何应用于实践，即使用跨越地区和国家间障碍的词汇，以便促进政策对话并支持有质量的助产服务



和保障妇女和新生儿获得有质量的医疗保健权利的行动。

每一名女孩和女人都应当平等地享有性和生殖保健卫生服务。
(ICM/ Liba Taylor)

关于本报告

国际助产联盟（ICM），联合国人口基金会（UNFPA）和世界卫生组织（WHO）合作主持了SoWMy2014的发起和发展，其中 UNFPA 和WHO代表了H4+机构（联合国艾滋病规划署，联合国人口基金会，联合国儿童基金会，联合国妇女署，世界卫生组织和世界银行）。14个合作伙伴通过指导委员会（见致谢）集合在一起。联合国人口基金会项目伙伴ICS Integrare负责管理指导委员会的秘书处，并且在南安普敦大学（英国），悉尼科技大学（澳大利亚）和其他合作伙伴（见致谢）的支持下负责数据收集、研究、编纂和成果展示。

73个国家的政府代表和UNFPA/WHO国家办事处及其发展伙伴在国家相关利益人员和专家的协助下合作制定了英文版、法文版和西班牙语版的调查问卷。数据收集工作于2013年10月至2014年

2月间完成。在73个国家中，37个国家集合召开了一次研讨会，逾500名相关人员参与了政策对话，包括：卫生部和教育部的工作人员，卫生保健专业协会，卫生监督部门以及医学、助产学和护理院校（见198页所有贡献者名单）。UNFPA/WHO国家办事处通过网络平台向秘书处提交了各国完成的调查问卷和研讨会报告。

在诸多个人和组织机构的共同努力下，数据收集和报告已经完成，他们在组织、收集、校正和分析数据中的意愿正代表了全世界对助产的承诺。然而，我们不得不承认本报告在多国研究方面有其不可避免的局限性，尤其是许多国家的可用数据的缺失。而数据缺失本身就意味着各国合作伙伴应当抓住这次机会采取行动。第2章栏6中的内容正展示了本次报告对阿富汗、塞拉利昂和多哥的行动起到的激励作用。避开报告本身的局限性不提，本报告在政策、计划和执行方面提供了新的分析和证据支持：

- 第二章更新了证据库并提供了73个国家在提高助产质量方面所做努力的具体分析；

- 第三章探讨了助产学将来面临的机遇和挑战并且提出了以人为本，以妇女为中心的视角，来加快在2030年之前实现助产服务普遍可及的进程；

- 第四章包含了73个国家中的每个国家各两页的“政策摘要”。

政策摘要创新性地结合了2012年数据和2030年前基于需求的预测数据。卫生保健人员的预测被认为是“政策制定的必需品”[29]。先前基于需求的劳动力预测显示了提供优先服务的人力要求[30 - 33]，这在政策摘要中亦有所反映，它们的主要目的是为促成各国关于“近期内采取怎样行动”[29]的政治对话和政治决策。

所有的基于需求的预测均能灵敏地告知他们数据质量的好坏，并且由于所使用的标准、循证参数的不同，全球性的模拟实验是存在局限性的[34]。尤其要注意的是预测是基于人力资源有效分配的理性假设的。这也许不能反映各国的实际情况。因此使用该摘要时，不是将其作为情况说明书，而是做为回顾工具和提高数据质量及各国政策选择的工具，对个体数据进行进一步的鉴别和分析以改善基于需求的预测模型和成本计算。

本报告（含pdf，E-pub 和 Kindle格式）及其附录可以在网上登陆www.sowmy.org获得。附录可提供各国团队的数据收集工具及其使用指导，研讨会报告和相关的背景资料。在该网站还可下载一个倡导和沟通工具包（包含英文、法文和西班牙文版），该工具包可提示如何利用本报告促成国家水平下的政策对话。



助产士可以在分娩之前提供以妇女为中心的支持性护理。
(UNICEF/Shehzad Noorani)

助产现状



发展的实证

本章包含了对世界助产现状的广泛评估，包括自SoWMy 2011以来的进展报告。本章内容主要基于73个国家在SoWMy研究中的调查结果和国际研讨会的讨论记录。最终的分析深入描述了73个国家中妇女和新生儿的需求，服务于他们的人员特征以及有需求的妇女和新生儿能得到的服务的具体分类。同时也全新评估了在由母婴儿童健康合作伙伴（PMNCH）[1]（见附录4）推荐的SRMNH46项基本干预措施的可行性覆盖方面，全球面临的巨大差距和挑战。

SoWMy 2011发布以来的三年间发生了太多改变。尽管很多国家在2015年之前不能实现千年发展目标5*（MDG5*）（19个国家已经在2015年之前实现了该计划[2]），降低产妇死亡率已经成为发展的一项既定特征。已完成2014年调查的73个国家中，有72个国家都在降低产妇死亡率上取得了很大的进展，自1990年以来平均每年降低3%[2]。取得该进展的一个重要原因是很多低收入国家提高了助产服务可达性[3]。在这些成就的基础上，我们更深刻地认识到我们需要更努力地加强助产建设以逐步接近（并最终实现）孕产妇生存目标并且实现生殖保健全球普及，不仅仅包括在千年发展目标5（MDG 5）中涉及的目标，也包括未来可能被列入的目标（如：2030年之

前实现终止可预防的孕产妇死亡这一目标[4]和/或实现全球化的性和生殖保健及权利）。

我们同样意识到降低新生儿死亡率是实现千年发展目标4**（MDG 4**）的关键，参与SoWMy调查的73个国家中有69个在降低新生儿死亡率方面取得了进展，自1990年以来平均每年降低1.9%[5]。“2014每一个新生儿”：一项“终止一切可预防的死亡”的行动计划[6]正是一个里程碑式的改变它为具有重要影响的，对降低孕产妇和新生儿死亡率及死产数有3倍回报[7, 8]的干预计划提供了指导方针。该计划与实现卫生保健服务全球化的原则相一致[9]，并且要求有合格的，有奉献精神的助产人员提供服务。实现妇女、青少年、孕妇及其新生儿的高质量的性和生殖保健是全民卫生覆盖（UHC）[10]的一条基本特征并且这预示着必须要有助产服务，助产人员以及适应该目标的相应环境的发展。

2011年来的重大举措

SoWMy 2011报告发布以来很多国家在助产建设方面取得了显而易见的成就，报告列出了政府、管理部门、助产学和护理学校、专业协会和国际机构采取的一系列重大举措。参与本次报告的73个国家的更新资料显示，列举的这些措施

* MDG 5A: 1990年至2015年间孕产妇死亡率降低四分之三；并且MDG 5B: 2015年之前实现生殖保健服务全球化。

** MDG 4A: 1990年至2015年间5岁以下死亡率降低三分之二。

各国报道的与SoWMy2011中指定的重大举措相关的行动

推荐的重大举措		2011年采取的行动
政府 (包括卫生部、财政部和其他政府部门及领导)	<ul style="list-style-type: none"> 促使助产成为一项有相应服务模式的事业。 将助产学和助产士纳入母婴健康 (MNH) 计划, 并且为健康计划调整人力资源。 保障适当的人力资源管理使用相应的管理能力工具和程序。 对常用数据收集及从事于助产/母婴健康 (MNH) 工作人员的监督工作进行投资。 	<ul style="list-style-type: none"> 6个国家 (8%) 提高了助产领域的教育水平, 改善了事业前景。 18个国家 (25%) 增加了卫生保健人员 (包括助产士) 的数量, 弥补了卫生保健人员的短缺; 12个国家 (16%) 新开办了助产学校和课程; 8个国家 (11%) 开设了新课程, 主要为独立助产学。 33个国家 (45%) 为增加偏远地区的人才保留做了有力的尝试, 包括结合系统和/或激励系统的引入。 52个国家 (71%) 表明拥有数据信息系统。数据收集工作包括: 在外部技术和财政的支持下能力建设, 信息协调部门的建立, 数据工具的修订, 数据专家的征集以及信息中心建立。此外, 5个国家 (7%) 计划建立新的信息系统来更新现有的系统。
管理部门	<ul style="list-style-type: none"> 设立进入该专业的标准。 设立教育标准和实践胜任力。 同时在公办和私立教育系统开设相关学校和教育课程。 助产士的认证和重新认证。 遵从行为和道德准则。 	<ul style="list-style-type: none"> 51个国家 (70%) 任命监管部门负责设定教育标准, 并且39个国家 (53%) 宣布他们负责教育提供者的资格鉴定。 14个国家 (19%) 进行了实践准则的修订, 完成了新立法, 并建立了重新认证的新机制。
学校和培训机构	<ul style="list-style-type: none"> 检查课程安排以确保毕业生能够熟练掌握政府和监管机构要求的各项基本技能。 使用国际助产士联盟 (ICM) 和其他教育标准以提高质量和能力。 	<ul style="list-style-type: none"> 19个国家 (26%) 发展了他们的教育工具和指导方针, 其中大多数是关乎他们的能力、课程的发展和更新及实践准则的修订。 8个国家 (11%) 争取使他们的教育达到国际助产士联盟 (ICM) 全球标准。
专业协会	<ul style="list-style-type: none"> 完善在职培训和知识更新标准。 确保在服务过程中尊重病人的权利。 在国家政策的制定中更重视助产人员的呼声和贡献。 	<ul style="list-style-type: none"> 参与研究的国家表示92%的专业机构在不断提高专业发展。 参与研究的国家中, 88%表示其专业机构为其成员在性生殖—母婴健康 (SRMNH) 护理的质量标准方面提供建议。 参与研究的国家中, 77%的专业机构在最近的国家性生殖—母婴健康 (SRMNH) 或卫生政策文件制定上提出了宝贵的意见, 并且53%的机构和他们的政府就就业和工资问题进行了磋商。
国际机构, 全球伙伴关系, 捐献机构和/或民间团体	<ul style="list-style-type: none"> 鼓励开办国际论坛并且促进知识、好的实践和创新办法在各国间的交流沟通。 鼓励为助产研究 (千年发展目标及以后) 设立全球议程并促进其在国家水平上的实施。 	<ul style="list-style-type: none"> 第二届国际助产研讨会 (2013年5月) 将助产士、决策者和非政府机构, 捐赠伙伴以及民间团体代表聚集起来, 围绕加强助产学建设, 展示助产学成果和创新以及发展面临的挑战等多个议题进行了深入的讨论。 柳叶刀助产学特刊 (2014年6月): 计划巩固并提高助产学知识的可得性以促进国家水平基于实证的决策来支持有效的性生殖—母婴健康 (SRMNH) 服务。 H4+包括联合国人口基金会 (UNFPA) 和世界卫生组织 (WHO) 为各地区和国家在助产人员评估、服务质量和国家政策制定方面提供了技术支持。 民间团体机构积极参与全球性、区域性和国家性的研讨会。

(见表一) 已经在或即将继续开展。

例如：73个国家中有33个国家（45%）报告自2011年以来在提高偏远地区的人才保留方面做了有力的尝试。20个国家（28%）已经开始增加助产士的征募和调度，13个国家（18%）已经着手建立监管部门的计划，并且14个国家（20%）已经建立了实践和/或管理准则的框架。或许2011年以来取得的最具影响力的进步是52个国家（71%）在人员数据、信息和责任方面的提升。这包括了信息协调系统信息中心的建立以及数据专家的募集。

表一补充了一个论证，那就是2011年的报告对于转变助产角色的叙述做出了贡献[11]，并且在政府卫生保健专业机构、教育机构、管理部门和发展伙伴的协同配合下，报告列举了政策支持的具体实证（见栏1）。

参与到2011年报告的58个国家，在助产数据上的更新是本报告的一个重要部分，某种程度上是因为其在强调信息和责任的全球性方面的贡献[12]。但SoWMy2014和本章不仅仅是追踪各国的进展。另外15个国家也加入到了倒计时国家的行列，更重要的是，

栏 1

三年独立助产学教育引入孟加拉国作为专业助产士的认证

当孟加拉国政府总理Sheikh Hasina向助产士做出培训3000名助产士的政治承诺时，孟加拉国政府在2010年成为了各界媒体关注的热点。孟加拉国从20世纪80年代就开始关注传统接生员，随后又促进了包括家庭访视员，助产护士和医生在内的广泛的助产骨干结构的形成，而这一次对孟加拉国来说更是一次阶段性的改变。孟加拉国最近开设了三年独立助产士教育课程，充分认识到助产士在降低母婴死亡率中的重要价值。

孟加拉国已经步入实现联合国千年发展目标4和5的轨道，但是人口统计学健康调查2011报道的产妇死亡率仍然保持在194/100,000活产的较高水平，新生儿死亡率为32/1000，并且只有32%的妇女在分娩的过程中接受到了熟练的助产服务。这折射出熟练助产人员的严重缺失和城市地区医生的过度集中。

2008年，在世界卫生组织(WHO)的技术支持下，政府护理服务理事会和孟加拉国护理委员会，共同发展了“加强助产护士在助产服务中的贡献，为千年发展目标4和5做出相应贡献的战略方向”。该文件清楚地指出了两条通过卫生部和家庭福利培训助产士的路径：

- (i) 助产学证书：现有的注册护士进行6个月的高级助产学课程；
- (ii) 助产学毕业证书：新的三年的独立助产学课程

世界卫生组织(WHO)向政府提供了技术支持以发展6个月的在岗基础课程和新的三年毕业课程，并且联合国人口基金会(UNFPA)提供了额外的财政和技术支持。联合国人口基金会(UNFPA)和世界卫生组织(WHO)正在支持20个颁发助产学毕业证书的课程培训中心，

而这些中心都基于现在的护理学院和教育中心。并且提供三年独立毕业证书的这27个学院是由政府通过多方资助的“健康、人口和营养部门发展项目”给予资金支持的。

关键挑战依然存在。不论是公共部门还是私立部门都面临着高能力教职人员的严重短缺。公共部门助产士新增岗位的审批正在进行，但是需要确保获得批准的毕业助产士能够进行实践。公共和私立部门之间的协调是必须的。重要的是，他们需要更多的努力提供专业的、经济的和社会文化的支持以确保他们承诺实现的卫生保健质量。孟加拉国在对助产学进行政治承诺，让机构、公司企业来支持政府方面是一个很好的范例。

来源：联合国人口基金会(UNFPA)和世界卫生组织(WHO)。

所有参与国提供的数据比2011年的数据更具体并且代表了我们对助产人员以及他们性生殖—母婴健康（SRMNH）服务中扮演的角色和承担的责任。

妇女和新生儿需要什么

本报告包含的73个国家，每年妊娠总数大约达到了1.6亿[13, 14]。并且未来数十年

将持续上涨（见图2）。然而，在人口统计发展趋势中各国表现出了明显的差异。1990年以来非洲国家年妊娠数以50%的速度增长，这就意味着这些国家的助产人员需要相应的大幅增长才能维持当前的人口覆盖水平。为了增加服务的覆盖率并快速降低死亡率和发病率，助产人员需要在人员供给、技术混合新思路 and 效率提升上有更显著的长进。相比之下亚洲国家的年妊娠数呈逐渐下降趋势，而这要求其能确定如何最好地解决人口覆盖率和卫生保健结局不公平的问题，如何使助产人员的技术混合达到最优并且改善以妇女为中心的服务。

图 2 73个国家的妊娠数量（1950-2099）

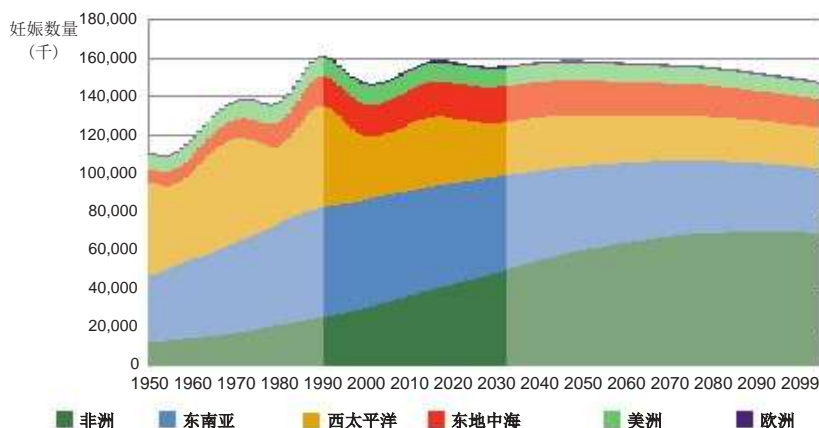
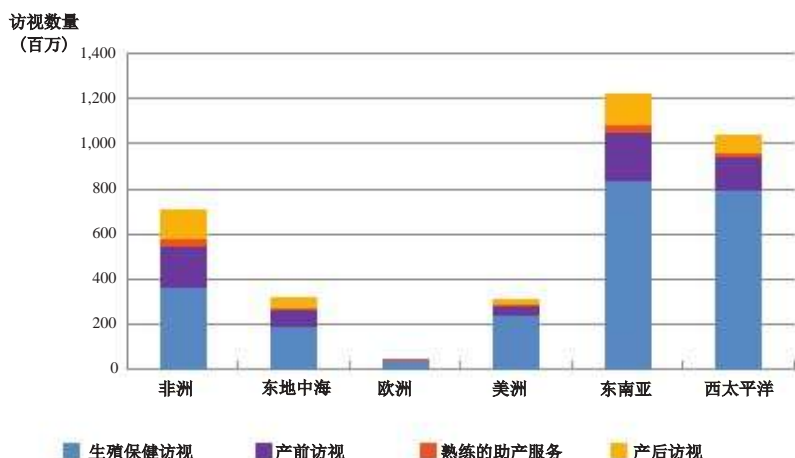


图 3 性生殖—母婴健康（SRMNH）访视需求量，WHO地区（2012）



对妊娠情况的预测和估计为更准确地评估妇女青少年和新生儿需要怎样的性生殖—母婴健康（SRMNH）照护提供了线索，但是这需要经过人口统计学和流行病学相关背景的调整。例如，HIV/AIDS和性传播疾病的影响需要额外的咨询、检查和治疗，而这对服务提供者的数量和技术混合要求都有影响。图3正是基于73个国家在计划生育，产前保健（至少4次），熟练的助产服务和产后保健（至少4次）四个方面推荐的覆盖水平上，对妇女和新生儿所需助产服务的预测。

正如《全球健康》[15]和专家们的预计，根据访视的次数，另外一项预测显示了性生殖—母婴健康（SRMNH）46项基本干预的总需求，并且用其乘以进行干预分别需要的时间。这就把对干预的需求转换成了对助产人员的需求。当助产士经过教育和管理达到国际标准时，如国际助产士联盟（ICM）和世界卫生组织（WHO）[16-20]，则有能够满足预测的73个国家总需求的87%。

由于不同的流行病学和人口统计学依据，在每位育龄期妇女和孕妇对服务需求的规模和分布上，各国和各地区之间有非常显著的差异性。各地区间的差异。见图4: a) 性和生殖保健服务；b) 孕产妇和新生儿卫生保健服务。

实现服务全球化

千年发展目标（MDG）中包含实现性和生殖保健全球化并降低孕产妇和新生儿死亡率。本报告参照有效覆盖（见栏2）的概念，研究了一个国家助产人员促进性生殖—母婴健康（SRMNH）46项基本干预实现全球化的能力程度。有效覆盖被定义为需要、接受并且受益于干预措施的人口的比例[21, 22]。它可以从卫生保健服务以及卫生保健服务人员的可得性、可达性、可接受性和质量四个维度来衡量。第二章从这四个维度检测了助产人员实现卫生保健服务全球化的准备情况。

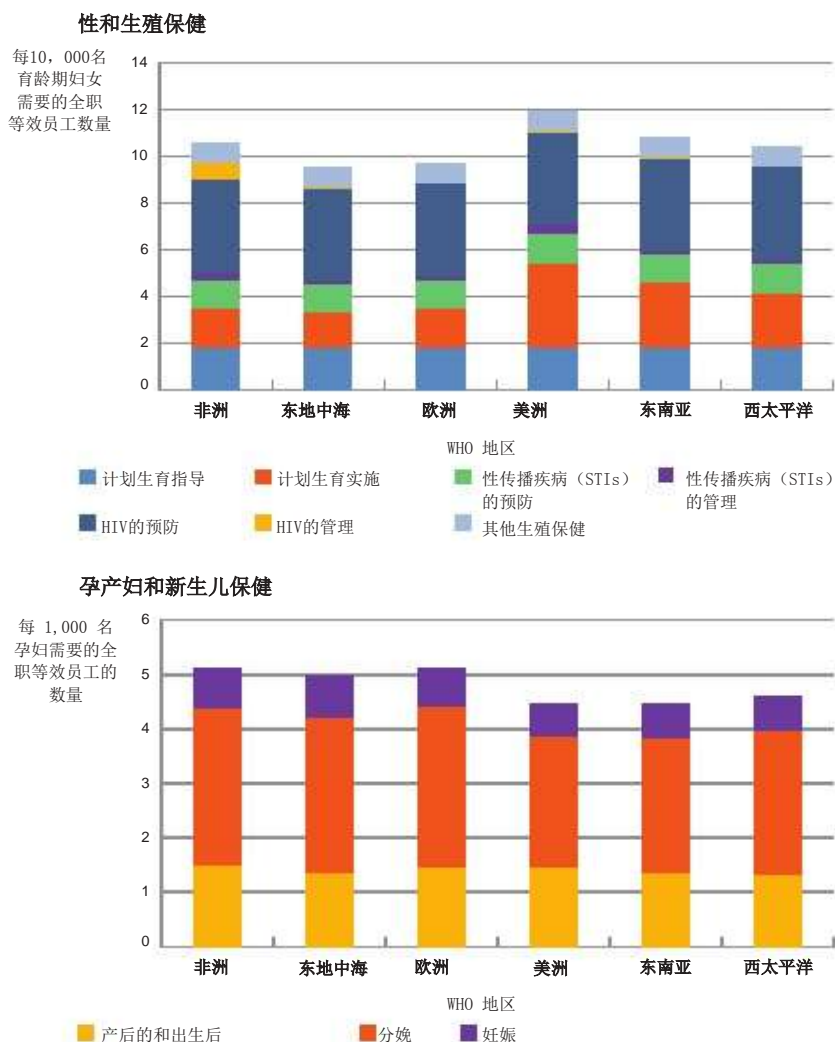
什么是助产人员？

参与国提供了非常具体的关于从事助产工作的卫生保健人员的信息。包含了关于岗位名称，花费在性生殖—母婴健康（SRMNH）服务上的有效工作时间[33]百分比，官方的角色职能以及受教育时间等相关的新数据。这些数据显示了各国之间在相似名称下的岗位存在很大的差异。根据岗位名称对熟练的接生人员进行分类，这种简单方法可能是无效的。

各国的381项不同岗位名称被分成了8大类：助产士，助产护士，护士，辅助人员（助产士和护士），助理医师，全科医生和产科医生/妇科医生。这种分类使用每个国家岗

图 4

助产人力资源: 提供性生殖—母婴健康（SRMNH）服务的全职等效员工需求预测



位名称进行专门化的分类，且并不代表职称的专业识别、角色和受教育途径。本章的其余部分重点分析了这8大类，而不是每个国家各自提供的名称。

各国同样报告了非专业岗位的信息：47个国家（64%）报告了存在社区卫生工作者（CHWs），20个国家（27%）报告了存在传统接生人员（TBAs）。社区卫生工作者（CHWs）在提供一些社区水平下的性生殖—母婴健康（SRMNH）基本干预，特别是在性健康，计划生育和产后保健中发挥的角色被

认为是提高覆盖水平和实现综合卫生保健服务网[34]的可行战略。58个国家（79%）的助产士指导社区卫生工作者（CHWs）和传统接生人员（TBAs）关于性生殖—母婴健康（SRMNH）服务的工作，建议在社区和卫生设施之间建立联系，有机会促进延续护理的实施并增强对保

健服务的需求和使用。然而，数据上的缺失，连同分类上的矛盾，培训的持续时间，担任的角色以及花费在性生殖—母婴健康（SRMNH）服务中的有效工作时间的百分比，限制了本报告中可比性的、多国间的分析，但是将为未来的卫生政策和系统研究提供有价值的信息。

栏 2

透过有效覆盖来窥视助产人力资源

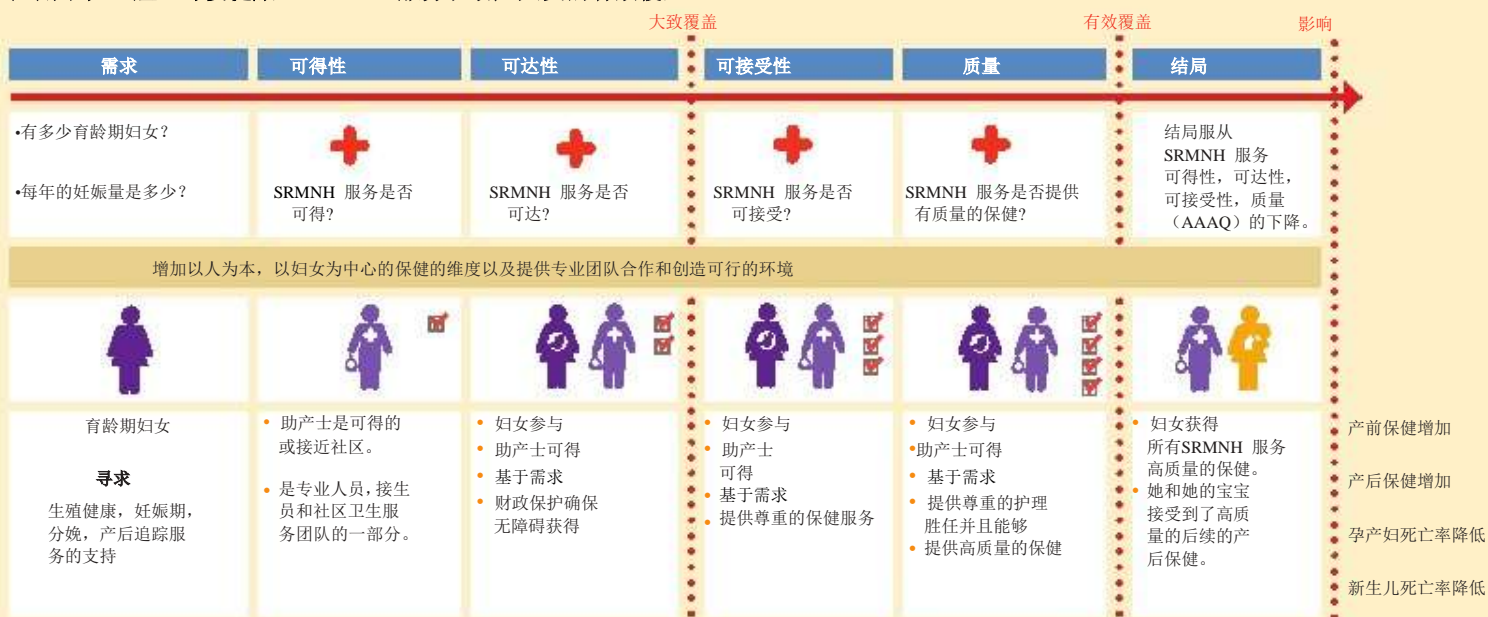
“有效覆盖”的概念由世界卫生组织于20世纪70年代提出，以探索卫生服务的提供情况在1987年T. Tanahashi在世界卫生组织（WHO）公告上[23]发表了一个概念框架，该框架抓住了一个简单逻辑，那就是服务提供者和服务使用者之间接触的可达性，可接受性和有效性这四个领域（如质量）是如何影响公众是否得到能够满足其需求的卫生服务。Tanahashi称：该逻辑简单明了，可以应用于考量所有卫生服务或特殊服务及服务提供的组成部分的有效覆盖：例如性生殖—母婴健康（SRMNH）服务和助产人员。

关于健康权利的通用评论第14号文件[24]（发表于2000年），反映了Tanahashi提出的可得性，可达性和可接受性的三个维度并加上了质量作为第四个维度（AAAQ）。文章12声明“所有形式和水平的健康权利包含下面的两个互相联系且基本的要素，这两要素能否准确实施还取决于特定的当事国的现行情况”，之后再逐一列举可得性，可达性，可接受性，质量（AAAQ）四个维度和所有州的义务。因此可得性，可达性，可接受性，质量（AAAQ）维度的使用在探究有效覆盖及强化健康权利方面有即刻的价值。

使用Tanahashi框架来探索卫生人力资源，使用处于提供服务核心位置的卫生人员的可得性，可达性，可接受性，质量（AAAQ），为各国新政策的制定带来了新的视角[25 - 28]。类似的视角在分析性生殖—母婴保健（SRMNH）服务[22, 29, 30]和助产人员[31]时已经实现了。因此我们有新的时机来回顾提供有效覆盖过程中的障碍、挑战和机遇，并且与测量卫生系统服务质量中用到的相似维度进行互补[32]。

下面的图表阐明了，我们有必要关注妇女们是否获得了与需求相关的卫生服务以及助产人员的可得性，可达性，可接受性，质量（AAAQ）是如何影响这种需求的。该逻辑支撑了第2、3章的讨论。

应用于性生殖—母婴健康（SRMNH）服务和助产人员的有效覆盖



来源: Jim Campbell, ICS Integrare. 改编自 Campbell et al, 2013 [25] Colston, 2011 [22].

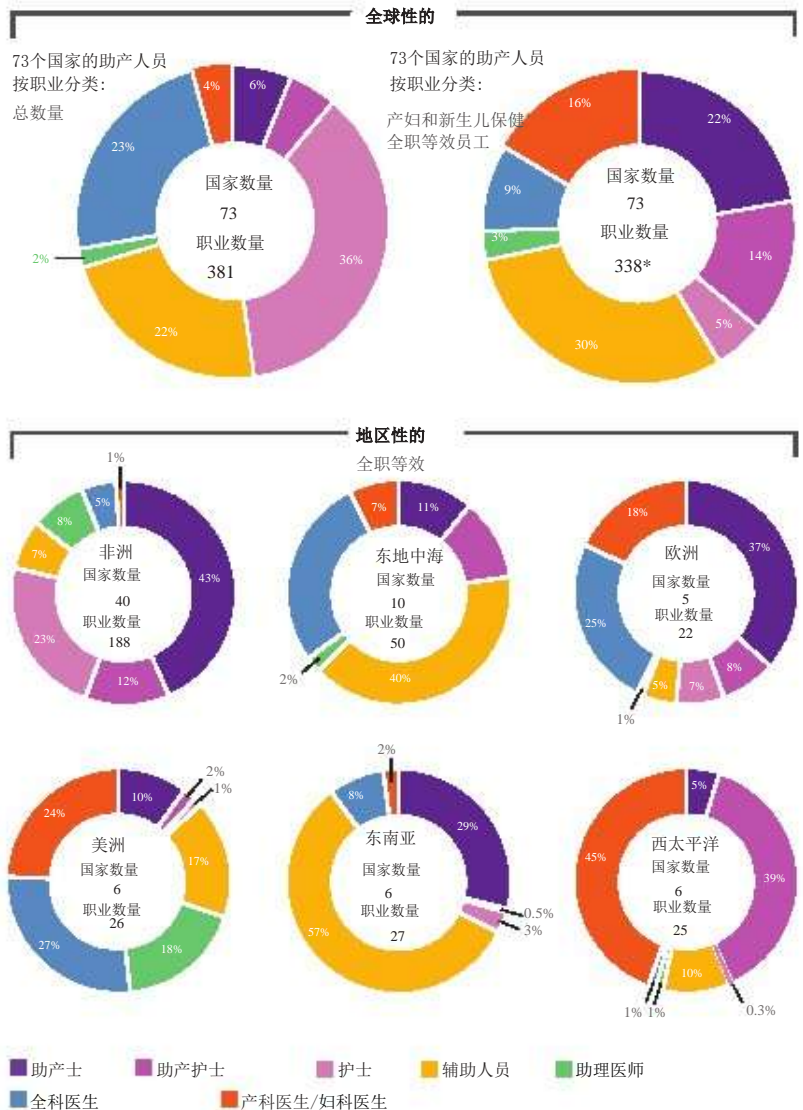
图5显示了在73个国家和每个世界卫生组织（WHO）地区按照卫生保健人员（社区工作人员除外）分类的助产学人员的分布状况。该数据中列出了关键的一点，即在决定哪一种职业花费在性生殖—母婴保健（SRMNH）服务中的时间百分比考虑在内。全科医生和全科护士在助产人员总数中占据了相当大的比例，但是当与花费在性生殖—母婴保健（SRMNH）服务中的时间百分比相乘时他们作为全职等效员工所做的贡献则下降了。

图5同样显示了在不同世界卫生组织（WHO）地区，助产人员在构成上有根本性的不同，尽管需要注意到一些地区只有少数国家，以及中国在西太平洋地区的影响，印度在东南亚地区的影响。例如：非洲地区、欧洲地区和东南亚地区比其他三个地区拥有更多的助产士。

在各国职业和大的分类中存在显著的差异特别是相对于性生殖—母婴健康（SRMNH）服务中的母婴健康（MNH）部分所占的时间百分比，助产人员承担的角色和责任以及接受教育的时间上。绝大部分国家的分类中，助产士、助产护士、辅助人员和产科医生/妇科医生，将其全部时间投入在母婴健康（MNH）服务上。然而没有任何一个类别是所有的国家骨干都花费全部的时间在母婴健康（MNH）服务上的，甚至是在专科医生中。在助产人员中间，全科人才在服务时间上分布范围更广：护士和全科医生在母婴健康（MNH）服务中花费的时间占其总时间的5-100%，其中护士平均花费50%的时间，全科医生平均花费39%的时间。这与他们各自承担的责任相关，如疾病的预防、管理和治疗。

另外一项差异反应在各国职业骨干对助产学实践的任务范围的负责程度不同。图6中的任

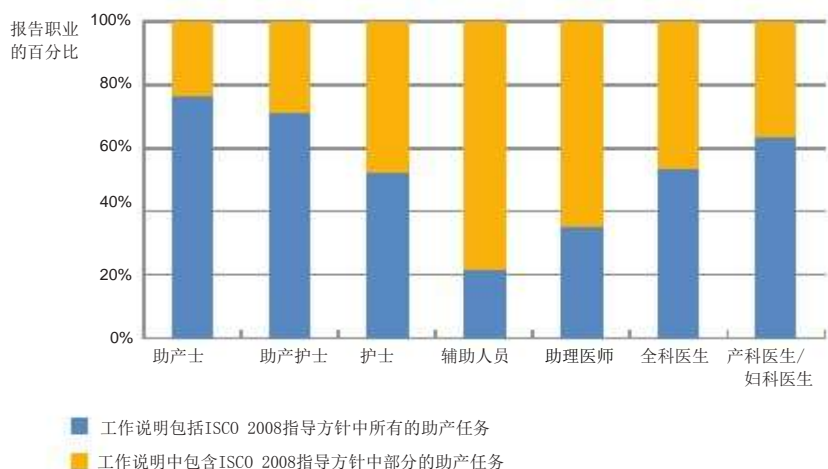
图 5 助产人力资源：73个国家的分布，以及WHO地区



* 全职等效人员不包括11%的没有报道其花费在MNH服务的时间比例的国家职业人员

务分析符合国际标准职业分类(ISCO) [35] (见附录5)中表述的国际劳工组织(ILO)关于助产学专业人员范围内的工作任务的指导规定。该图显示了岗位名称并不总是每个国家助产人员被分配的相应的角色和任务的合适的标志。尽管必然存在一定的模式，助产士和助产护士比辅助人员更能

图 6 助产人力资源：角色和职能



主要发现

进展实证

自SoWMy 2011报告以来各国及合作伙伴已经采取重要举措以提高助产水平。

对每年妊娠数量的变化预测为告知助产人员的构成、技术混合、发展和效率方面提供了新视角。

妇女们对于性生殖—母婴健康 (SRMNH) 46项基本干预措施的需求可以被量化：2012年，估计为计划生育、产前和产后照护和1.07亿接生数量的总共38亿次访视。
经教育和管理达到国际化标准的助产士可以承担73个国家预计服务需求量的87%。

妇女们对于性和生殖健康保健的需求同样需要与以社区为基础的服务提供者紧密相关，也需要助产士和其他专业保健人员支持性的监管。

各国需要考虑到助产人员的可得性，可达性，可接受性和质量以保障性生殖—母婴健康 (SRMNH) 服务的质量。

在为性生殖—母婴健康 (SRMNH) 服务做贡献的卫生保健人员的分类上有显著的差异，包括在各国对于岗位名称的使用与担任的角色、接受的教育和管理的国际标准之间存在的显著差异。因此，各国的岗位名称并不能为全球性的，跨越国家界限的助产人员构成或具有熟练技能的接生人员的分组提供基础。

承担助产实践范围内的全部工作，当然也有一些例外。这让我们不得不关注被用作国际对照的ISCO分类是否更多基于各国的称谓和教育途径而不是在该国承担的官方的角色、责任和任务。

在接受教育时间长短和教育途径方面，各大类间也存在差异。国家骨干中隶属于助产士类别的以及报告了接受临床教育总时长的人员，接受培训时长为1-5年，或者至少接受过3年或以上的在职培训。助产护士接受专业培训时长为2-6年，或者接受至少4年的在职培训。至于那些只报道了接受护理教育后或大学后教育的人员接受助产专业教育的时间为1-2年不等，或至少接受1年半的半培训；然而助产护士教育时间为1-3年，或至少2年的半培训。

教育持续时间与助产士和助产护士教育标准的国际规定有关，因为教育时长决定了提供给学生的教育质量和学习深度，但是数据显示，在国内岗位名称的使用和经过国际标准的助产学教育[16]和管理[18]从而有资格使用“助产士”称号两者之间存在明显的不同。

可得性

衡量有效覆盖的首个维度就是可得性，并且同时适用于助产服务和助产人员（见词汇，附录1）。本部分关注的重点是助产人员的可得性。

可得性首先取决于助产人员的总数量。73个SoWMy国家报告有7,377,083名工作人员花费其一定比例的可用工作时间来提供性生殖—母婴健康 (SRMNH) 服务。然而，单纯地把报告中被选中职业

的总人数和卫生保健的结局相联系（如：助产士、护士和医生的数量与死产数或孕产妇和新生儿死亡率或妇女和青少年未能满足的计划生育的需求）是不恰当的。图7显示了使用总人数评估助产人员和使用全职等效可用性评估助产人员的不同。在可以获得该信息的国家骨干中，全职等效人员代表了少于三分之二的在性生殖—母婴健康（SRMNH）中花费时间的所有的人员。

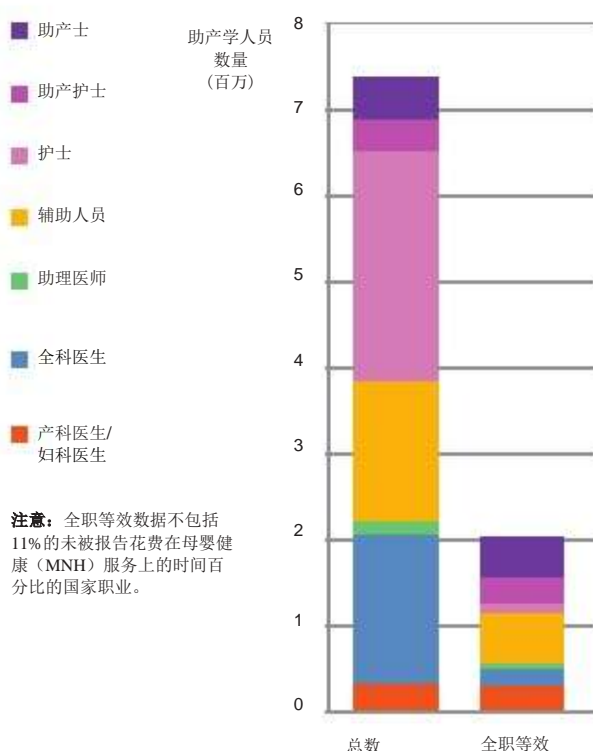
这种水平的可得性就足够了吗？如果我们的目标是提供全球性的助产服务，这个问题只能根据每个国家对助产服务的需求情况回答。正如前面讨论的，由大量的人口统计学和流行病学因素导致的需求的多样性与每1,000个人口中需要的卫生保健人员的最小数量的全球基准无关，尤其是在最小数量经常被当成“目标”的情况下。与需求相关的人力规划必须与国家环境相匹配。对当前和未来助产人员基于需求性的分析已经在各个国家开展，并且在第四章各国摘要内容中进行了展示。该方式的可靠性取决于各个国家应当收集的十项信息：人员的总数、花费在性生殖—母婴健康（SRMNH）服务上的时间百分比、角色、年龄分布、退休年龄、受教育时长、注册、教育流失和毕业以及自愿离职等相关信息[36]。

提高可得性取决于对新进人员和现有人员更好的理解和管理。对新进人员的管理意味着更好的助产教育的管理，因为这直接决定着助产人员未来的可得性。各国关于注册、毕业和学生流失的数据经常是缺失的或前后矛盾的，这意味着卫生人力资源（HRH）管理和教育计划是明显分离的。

考虑到学生的选择和流失，积极的助产教育管理包括确保可用培训基地（包括公办或私立部门）数量是充足的并且有足够高的质量以满足未来的需求。

医学和助产教育的管理同样包含了确保充足的中等学校的毕业生，他们熟练掌握数字计算、文学和科学知识以胜任医学和助产课程的学习。这在78%的助产教育课程（63门中的49门）中被当做是一项挑战。之后也需要激励高中毕业生参加助产教育课程的学习。举办政策制定研讨会的21个非洲国家中的9个存在对助产职业的信息缺失和偏见，这意味着这些国家需要更多的拥护助产学积极的信息。

图 7 助产人力资源：总数与全职等效人员



一旦在学校注册，学生需要实际的、社会文化的支持，以及必要的财政支持以保障其助产教育课程的进行。研讨会报告建议，提高教育质量并积极创建支持性环境，例如财政支持和性别敏感性，这些措施对降低学生流失率有很大帮助。

从教育课程到从业的过程也需要更好的管理。受过教育的人员却没有工作，或迟迟得不到升职的现象是一种人力资源的浪费。SoWMy数据显示在超过半数的国家中，一些毕业生从毕业到就职（除了产科医生/妇科医生）之间花费了超过一年的时间，而期间他们的临床技能水平可能因为缺乏应用而下降。研讨会报告为该问题提出了一系列的建议，包括：在毕业之前开始进行人员招聘，将招募责任下放到下级权利机构，以及对招聘政策予以更好的资金支持和强制力度。

离职人员的管理工作需要每年选择离职人员数量（见图8）有更好的认知。超过半数的情况下，自愿离职数据是缺失的，这严重阻碍了对助产人员可得性的理解。其他的状况下离

职也可能是不被报告的[37]。在研讨会上所讨论的离职的解决办法主要集中在增加工资和奖金、管理和监督，以及职业发展路径，包括额外的培训。

当前职员年龄分布对人员流失同样有重要的影响。尽管在产科医生/妇科医生中职员年龄较高是较为普遍的现象，其他国家职业如加纳的助产士和几内亚的医助也面临同样的问题，并且在未来十年将因退休因素面临高的流失率。遗憾的是，本报告中56%的国家难以获得相关信息。

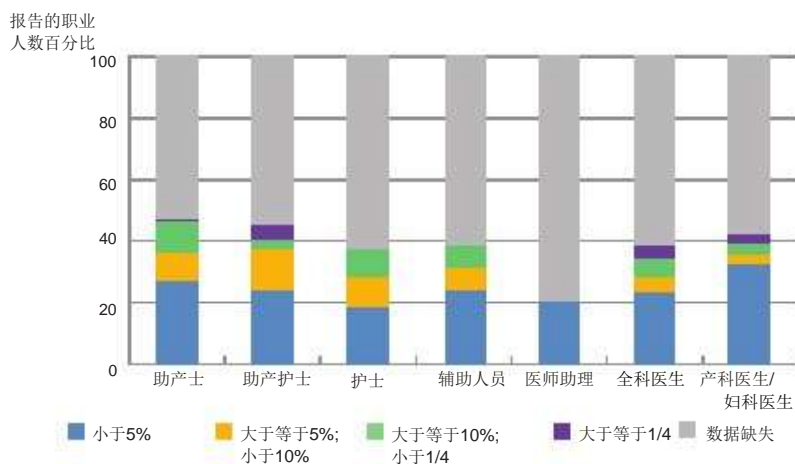
探究助产士的可得性

73个国家中36%的助产人员由助产士构成：尽管占据了相当大的比重，但他们并不是在提供性生殖—母婴健康（SRMNH）服务时需要的唯一一种类型的卫生保健人员。然而，他们在自然分娩的生理过程中所做的贡献和他们对性生殖—母婴健康（SRMNH）连续照护的高度关注使他们成为必不可少的组成部分。这意味着政策制定者应当在人力规划中对他们这类专业人员给予特别关注。当前数据显示，在鼓励学生们选择或继续坚守在这个行业方面，我们还有很长的路要走。

在大多数国家中（58%），相似的教育水平下，选择助产士作为职业相较于其他可供选择的职位更具有吸引力（图9），但是将近四分之一（23%）的国家认为吸引力较低。这表明政府、行业协会和支持者需要做更多的努力促进职业的发展（见SoWMy 2011推荐的“重大举措”）。一些国家已经采取了相关的举措：

- 在柬埔寨，助产士被官方认定为是降低孕产妇和新生儿死亡率的关键，相似专业教育水平下，助产士比其他医疗保健人员享受更高的薪金，在公共卫

图 8 每年自愿离职人员百分率，按岗位



生设施中得到财政支持，并且在政府征募卫生部的公务员时可以被优先考虑。

•在坦桑尼亚，保护母亲安全的白丝带联盟将其对象锁定为中學生及他们的父母、政治家和“通过促进坦桑尼亚助产士职业发展增强妇女卫生保健”活动[38]团体。目的包括提高助产士的公共认知并且在中学生中把助产士发展为有吸引力的职业发展道路。结果显示，一个地区表示会考虑将助产士作为一项事业发展的学生数量达到了89.4%。

在其他情况下，通过媒体宣传和倡导也取得了一定的进展，例如通过创立奖项来认可助产士和其他人员工作，如非洲联盟的非洲妈妈奖[39]

社会地位和认可度影响着—个职业的吸引力，部分体现在每个国家相应的薪金水平。国家提供了经过世界银行卫生人力资源（HRH）薪金*数据库认定的医疗卫生人员起薪的具体信息助产士的薪金在低收入和中-低收入国家中是最低的，尽管在各国间薪金水平有很大不同，但与辅助助产护士的薪金是不相上下的。平均状况下中-高收入国家，助产士薪金水平至少是低收入国家收入水平的2.5倍（见图10），并且在有认证系统的国家他们的薪金水平更高。其他与助产士更高收入的相关的因素包括行业协会和政府之间就就业与工资问题的积极协商。

* 与Juliette Puret 和 Christophe Lemièrè的相符，世界银行

图 9

被调查者关于助产士吸引力的认知
(73个国家)

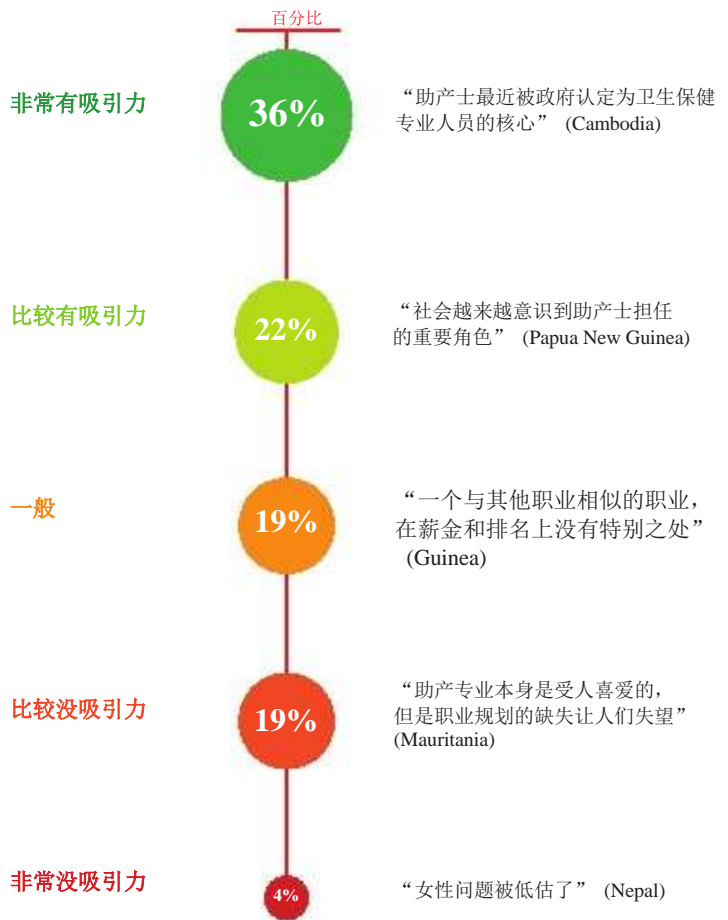
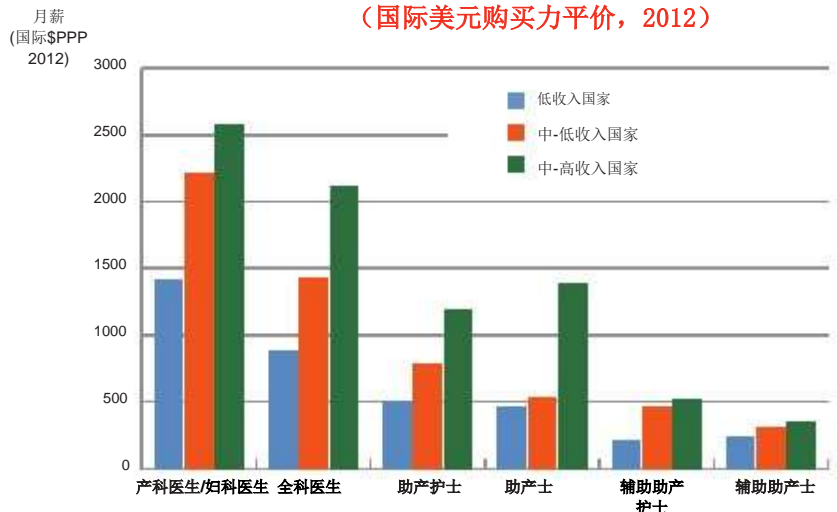


图 10

卫生工作人员每种岗位的月平均起始工资
(国际美元购买力平价，2012)



可得性

助产人员的可得性只能以全职等效为参考进行测定，而非总人数。

将助产人员总人数和卫生保健结局相联系将得到对真实的可得性不敏感的结果，因为全职等效助产人员只代表了少于三分之二的在性生殖—母婴健康（SRMNH）服务中花费时间的人员。

各国需要统计助产人员的10项信息：总人数，花费在性生殖—母婴健康（SRMNH）服务中的时间百分比，角色，年龄分布，退休年龄，受教育时间，注册，教育流失和毕业，以及自愿离职情况等。

为保障未来助产人员能满足未来人口的需求，我们需要对助产教育进行积极的管理。

在相似教育水平下选择助产士作为事业相比较于其他可选择的职业更具有吸引力，但是这并不是所有的国家的情况。

在低收入国家和中-低收入国家中助产士的收入在卫生保健专业人员中是最低的。

为支持。实现工作人员的公平调度最起码取决于良好的信息支持和良好的计划。

根据信息，参与调查的73个国家中只有15个提供了当前准确的卫生设施列表，其中只有6个国家包含了私人机构的卫生设施。只有4个国家报告使用了卫生设备地理编码。这项基本信息的缺失使具体分析相应人口需要多少服务提供者的能力降低。

根据计划，政府决定如何根据53个国家的人口水平和现存的卫生设施的类型决定助产人员的分配。另外13个国家仅根据现存的卫生设施的种类决定，2个国家仅根据人口水平决定；4个国家使用其他方法决定，1个国家没有回应。然而，尽管效仿了其中的某个方法，对各个国家来说，引用其中使用的确切的标准也是很困难的。66个国家报道，本国助产人力资源规划部分取决于当前存在的卫生机构的类型，这其中的41个国家（62%）至少能够提供分配给每个卫生机构的助产人员数量。55个国家报道，根据人口和人口分布区域决定人力资源规划，这其中39个国家（71%）至少能够提供分配到一定规模人口的卫生保健人员的数量（如：每100,000个人口分配的医生的数量）。

由于一些国家在地理分布上存在需求的多样性，探索国家以下水平的灵活的计划模式，以实现每个地区在可得性、地理上的可达性和质量这三者的最优好组合。这些可以通过使用地理信息系统(GIS)这一种新兴的方法获得信息（见栏 3）。

1997年制定的关于可达性的全球指导方针[46]推荐，每500,000人口中至少要配有5项完全运作的母婴紧急救护(EmONC)设施。尽管这是确立的基准，但

可达性

衡量有效覆盖的第二个维度为卫生服务尤其是助产人员的可达性（见词汇，附录1）。尽管有足够的卫生保健人员，充足的薪金和能力来为妇女和新生儿提供需要的持续性照护，在很多国家能否得到他们提供的照护也是一项重要的问题。妇女们需要成为积极决策者来选择何时获得助产人员服务（经常由于性别歧视常不能实现），并且能够得到和支付得起的照顾，有时在紧急情况下需要快速做决定。

提高地理方面的可达性

可达性的首要方面是物理上的可达。一个可达的保健体系的基础是医疗设施和卫生保健人员适当的地理分布，并以良好的流通、信息和沟通网

SRMNH 地理：地理咨询系统的进步

一直以来地理位置都是决定妇女和她们的新生儿能否存活或茁壮成长的关键因素。近百年来地理信息一直被应用于探索健康结局。也许最有名的例子是John Snow1854年关于伦敦霍乱爆发的流行病学研究，该研究将死亡率绘制在地图上，旁边为疾病产生原因。这是“健康数据可视化”最早的实例之一：将健康数据集转换为图表或图像以清晰地表现研究者和决策人的发现。数字技术的发展，设计和数据管理软件使得可视化有了快速的发展。记录地理位置的全球定位系统（GPS），分析和呈现数据的地理信息系统（GIS）技术的使用正在增加。这促进了卫生系统的“硬件条件”的行动[40]，促进“公平分布”并提供“更糟糕的优先”[41]如最优需求的妇女和儿童优先。

建立战略计划的地理信息图层

图层

1

对助产服务的需求

地理咨询系统（GIS）绘图最新的技术进步为世界上的很多国家带来了描述人口估计的高分辨率数据集的产生，包括活产数和妊娠数。这些基于卫星绘图，统计和调查数据并且在报告中展现在每一个73个国家的简介中的地图，提供了战略情报[42]和计划的基础信息，并为追踪进展的低于国家水平的指标提供了共同特征。



2

服务和人力资源的可用性

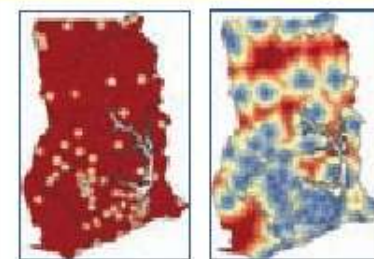
若综合数据存在在卫生设施上则它们可以被用作调查服务的提供。利用地区数据或设施分布区域的数据使得针对当地需求的分散和转移的监管和计划成为可能。灵活的特定情况下的员工配置需要可以根据相关的人口需求和当地特殊地形和地理特征估算出来。因此所有的国家应该力图发展和维持所有有全球卫星定位系统（GPS）坐标的卫生设施和卫生人员的精确列表。



3

服务和人力资源的可达性

设施地图结合映射怀孕的数据的使用可能能够估计在任何设施自定义距离或移动时间内的妊娠的数量。很多研究已经使用一系列不同的方法对卫生设施进行了测量，测绘并模仿移动时间[43-45]。



4

通过投入与产出测定服务和人力资源的质量

母婴死亡率指标显示了各国之间巨大的差距。在国内情况也是一样的，尽管该数据更难得到。然而，不利的健康结局（如产妇，围产期和新生儿死亡）可以从人口普查，调查和死亡声明的全球卫星定位系统（GPS）定位数据中提取以描绘健康结局图，并为有针对性的和卫生需求与低于国家水平的卫生人员质量相关的公平的处理提供信息。

来源: Andy Tatem, Jim Campbell and Zoë Matthews, ICS Integrare和南安普顿大学

是生产和妊娠信息的更新引起了当前关于校订这些可达性标准的讨论[47]。SoWMy的发现显示了许多国家希望得到母婴紧急救护（EmONC）设施准备基准并且设定其大部分的卫生设施中有提供母婴紧急救护（EmONC）的潜能（见栏4）。

这凸显了鼓励全国甚至全球共同探讨如何提高急救护理的政策、计划、可达性和监督等问题的必要性。更多相应的指导方针或使用基本卫生地理，如与年度妊娠数或自然分娩和难产年度总量相关的按地区和国家设计的基准，可能会有所帮助。24小时服务的实施，即需要助产人员换班和轮班，在维持母婴紧急救护（EmONC）设施可用同时，也需要被考虑。

举办了政策研讨会的37个国家，共同确定了信息和计划之外，在地理可达性上所面临若干挑战。这些挑战包括：卫生保健人员不愿意在农村地区工作；偏远地区的交通不发达/昂贵；妇女分娩早期没有充足的医疗空间以及转诊系统的缺乏。他们建议的解决办法包括：对去偏远/低服务水平地区工作的卫生保健人员给予财政和非财政上的激励；规定必须的下乡服务时间；加强农村地区基础设施建设使被委派到农村工作更具有吸引力；解决培训机构地理分布上的不平等问题以及为偏远地区提供产院。其中很多建议是与世界卫生组织指导方针和推荐规范[49, 50]中包含的证据是相一致的。

提高经济上的可达性

得到卫生保健面临的障碍远远超出了服务地理位置上的可达性。毫无疑问，

财政上的障碍对实现卫生保健可达性具有负面的影响[51 - 53]。

2014调查中一项正面的发现是，73个参与国中有70个国家都有全国性的性生殖—母婴健康（SRMNH）服务“最低福利保障”，即“一套政府承诺的全民可得，接近免费享受的卫生保健服务”。对这些国家来说，该套餐至少含有规定清单里的干预措施及服务，其他服务也可以部分加入到套餐中，但是最低保障列表必须得到保障。

有了最低福利保障套餐并不意味着妇女和新生儿在性生殖—母婴健康（SRMNH）照护中所有的基础部分都享有财政支持。只有两个国家（中国和秘鲁）拥有包含46项性生殖—母婴健康（SRMNH）基本干预的福利套餐。然而，另外10个国家的福利套餐中只是不包含其中的1-2项干预措施（巴西，科摩罗，加蓬，几内亚，莱索托，墨西哥，塞内加尔，南非，越南和津巴布韦）；45个国家（62%）提供至少40项基本干预。

缩小各个国家福利套餐中一些最常见的差距，可以挽救生命。在发展中国家，高血压，难产和不安全流产是产妇死亡的主要原因[54]。然而，只有不到一半的国家包含了补钙，使用少剂量的阿司匹林预防子痫前期，戒烟干预，使用体外头位倒转术以减少胎位不正难产，以及安全流产等干预措施。同样地，尽管早产是新生儿死亡的主要原因[55]，四分之一的国家在他们的最低福利保障中不包含预防早产和保护早产儿的干预措施。尤其是，使用产前糖皮质激素预防早产儿发生呼吸窘迫综合症，发生呼吸窘迫综合症的新生儿给予持续正压通气，以及在分娩过程中给予更多的社会支持，这些都应该被广泛地包括在最低福利套餐中。财政上可达性还包括其他一些问题：公众对于

母婴紧急照护：从设计到应急

大部分怀孕的和健康的妇女经历着正常的生理过程并且生产出健康的存活的宝宝。然而，当这个过程没有按照正常的过程进行，及时获得有质量的母婴紧急救护（EmONC）就变成了生死攸关的事情。母婴紧急救护（EmONC）包含了一系列挽救生命的程序和药物来处理妊娠和分娩过程中的并发症。

SoWMy 2014的发现显示几乎有一半（44%）的国家的调查对象报告他们国家分娩服务所有的卫生设施都是指定的，从政策和计划的角度，不论是母婴全面紧急救护（C-EmONC）还是母婴基础紧急救护（B-EmONC）（如国内所有的医院都被指定为C-EmONC设施，并且所有的非医院都被指定为B-EmONC设施）。然而对母婴紧急救护（EmONC）的指定，指该设施若配备有必须的工作人员，设备药物和物资则有可能提供紧急的挽救生命的干预，经常与该设施是否处于准备

好的或“完全运行”的状态的现实有戏剧性的不同。

为了监督的目的，母婴紧急救护（EmONC）由重要功能的执行情况规定。若要让母婴紧急救护（EmONC）设施被认为是处于充分运行状态，则需要做到以下两个方面：

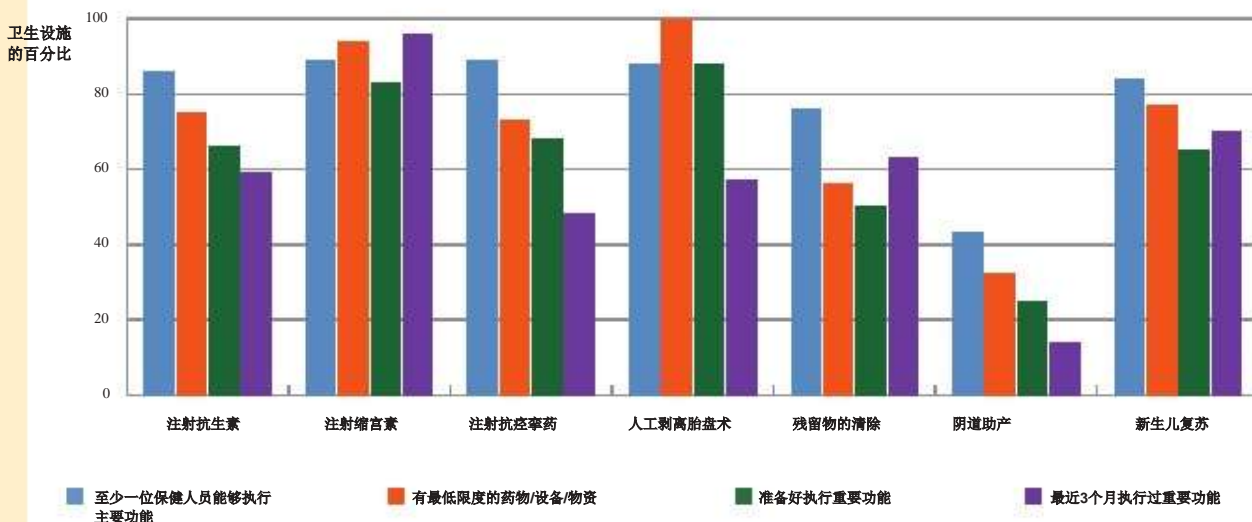
- 1) 必须执行过7项母婴基础紧急救护（B-EmONC）或者9项母婴全面紧急救护（C-EmONC）重要功能，并且
- 2) 必须在最近的3个月内执行过重要功能。

下面的图表使用的11个国家*的需求评估数据以显示基本的显著功能的准备与实际供应之间的差异，以及哪些重要功能是最广泛执行的。它显示了阴道助产（AVD）是最不被经常执行的。仅仅有43%的卫生设施报告有

能够通过使用真空吸引器或产钳执行阴道助产（AVD）的保健人员，甚至更少的（32%）卫生设施有最低必须设备，只有14%的卫生设施在过去的3个月内执行过相关程序。

各国力求扩大母婴紧急救护（EmONC）设施的容量和质量，需要将政策和计划与母婴紧急救护（EmONC）覆盖的全球指导方针[48]相结合。该指定可以被用作优先考虑资源分配和服务提高的政策工具，与覆盖需求保持一致。我们需要做积极的准备，持续确保卫生人员，设备，药物和物品都是可用的。监督设施是否可以在应用或充分运行状态以致于可以作为保障妇女和儿童需要时能得到及时治疗的质量提高的工具。

11个国家中准备要执行或者实际执行过每一项重要功能的设施的百分比



* 数据来自避免产妇死亡和残疾母婴紧急救护（EmONC）需求评估 Patricia Bailey.

来源: Patricia Bailey, 避免产妇死亡和残疾

自己享有免费获得的卫生保健服务的权利的意识不强；涉及到家庭预算的决策时妇女们缺乏相应的权利；不包含在国家福利套餐之内的服务/项目（如：运输、药物）的花费；卫生设施及器械缺少或供不应求。解决这些财政障碍的建议：预付款制度和安全网保障/社会保障；将交通费用纳入最低福利保障套餐中；社区卫生保健人员与社区组织合作以促进交通的便利和费用分担；以及加强管理，确保对病人负责，倾听病人的心声，并调查贪污/敲诈勒索，如通过加强监督管理。

可达的平等性

除了身体和经济上的可达性问题，许多妇女在获得助产服务和助产人员上还面临其他与她们社会地位或文化背景相联系的障碍。已经有证明显示富有/贫穷和城市/乡村之间的在获得服务上存在明显的差异，并且在许多国家差异呈逐渐增大的趋势 [56, 57]。一个国家的某些区域，或者某些特殊边缘群体如青少年，移民或部落居民群同样被排除在服务对象之外，尤其是在生殖保健服务方面。2015年后的发展章程中的一个基本部分是保证实现公平。测定一个国家向全民卫生覆盖（UHC）发展进程的一个方法是追踪最贫穷的40%的人口获得基本卫生保健服务的情况（见栏5），包括性生殖—母婴健康（SRMNH）服务的连续性。

栏 5

关注最贫穷的40%

世界银行和世界卫生组织正在发展测量工具框架以追踪国家全民卫生覆盖（UHC）的进程 [58, 59]，“评估卫生服务和经济风险保障覆盖的分布和公平性”。作为提议的框架的一部分，它建议：

所有的测量应该按社会经济阶层分解以评估服务和财政保护覆盖的公平分布的程度。

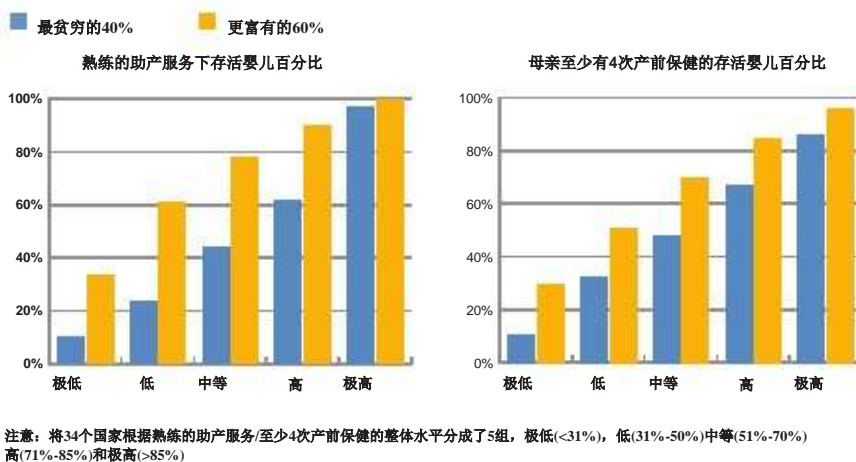
分解将允许按人口水平（分布的目标）和在人口中最贫穷的40%中（公平的目标）测量的进展。这与2015倒计时报告中的公平性的测量相一致。

性生殖—母婴健康（SRMNH）服务公平的目标将给很多国家带来重大挑战。下面的图表显示了34个国家中最贫穷的40%和其他剩余人群的熟练的接生

四次或以上产前保健访视的覆盖水平，各国根据覆盖水平分组。

只有四个国家同时从两个指标上实现了公平的目标（亚美尼亚，哥伦比亚，多米尼加共和国，和约旦）；这些国家实现了至少90%的覆盖，且最贫穷的40%和其余人口之间的不公平微乎其微。

最贫穷的40%人群性生殖—母婴健康（SRMNH）覆盖情况（根据34个国家的整体覆盖率分组）



显然，政治策略可被应用到注重公平的计划方案上。然而，并非所有政府在进行与人口分布和需求相匹配的人员调度上都拥有政策上的优先权；大部门国家报告他们使用的是基于卫生设施的计划

（每一种类型的设施分配一定比例的卫生保健人员或者根据人口比例配备人员），而这与测量的需求及特殊需求/贫困区域不相符。2014研讨会提出了一个塞拉利昂的实例（见栏6），是由世界助产报告（SoWMy）2014政策研讨会上的讨论提出所引发的，它强调了国家如何快速采取行动来改善卫生设施、助产人员实际就业情况数据的方法。

“公平”目标的一个重要特征为，这是个绝对的而非相对的目标：拥有最低覆盖率的國家需要争取最大的进步。对这些国家的分析显示了目前向更高水平覆盖率发展的速度很慢[60]。这些都是些基础设施最薄弱的国家，并且提高性生殖—母婴健康（SRMNH）的关键技能覆盖率的举措将需要对医疗系统和卫生人员进行持续的投入。并且，随着不公平区域范围的减少，我们需要作出更大的努力降低质量上的不公平 [61, 62]。

如果要在未来实现性生殖—母婴健康（SRMNH）覆盖的分布和公平，则需要将注重公平[63 - 66]，且针对最贫穷的地区[41, 67]。

来源: Sarah Neal, Amos Channon and Zoë Matthews, 南安普顿大学。

主要发现

可达性

大多国家分配助产人员的方法是基于设施的计划或根据人口比率；但是这些可能与实际的需求和可获得的服务情况不符。

与设施地理资讯系统（GIS）编码相联系的人力资源信息系统将洞悉人们是否能够享受到熟练的、有能力的医务人员的服务。

设计、调试和操作挽救生命的医疗设备可使母婴紧急救护（EmONC）服务从中获益。

我们督促各国为性生殖—母婴健康（SRMNH）建立起“最低福利保障”，并定义为“一套各国承诺的全民可得、几乎免费享有的卫生保健服务”。

73个响应国中有70个国家拥有了全国性的“最低福利保障”，但是在基础干预措施存在差异。

很多国家在保障全民覆盖上将面临重要的挑战，尤其是对于最贫穷的40%的人。

若要在未来实现性生殖—母婴健康（SRMNH）覆盖的全体和公平两个目标，我们在面对最贫穷部分时需要注重公平。

各国可以采取快速行动来促进实现其关于助产人员可得性的战略目标。

栏 6

阿富汗，塞拉利昂和多哥的国家行动

阿富汗的助产士协会利用世界助产报告（SoWMy）2014调查提供的机会组织了两次利益相关者的研讨会，来进行数据的收集与确认，及政策讨论。国家关于世界助产报告（SoWMy）2014的发布和宣传已在进行，包括非正式的圆桌会议政策讨论和媒体报道[68]。

在塞拉利昂，世界助产报告（SoWMy）2014参与者列出了以下助产人员面临的问题：恶劣的工作环境，低效率的发展机构，缺少激励，以及专业进修机会不足。新的绘图工作由政府委任，与联合国人口基金（UNFPA）合作，将核对所有从业助产士的履历表和他们所工作的设施的地理位置。

多哥是另一个例子，显示世界助产报告（SoWMy）2014进程如何加强了国家的对话。多哥助产士协会协调了国家研讨会[69]。会议和讨论产生了数据形式的结果，帮助加强了助产士协会，卫生部门，联合国人口基金（UNFPA）和世界卫生组织（WHO）之间的关系。

来源: 联合国人口基金(UNFPA)和国际助产士联盟 (ICM)

可接受性

衡量有效覆盖的第三个标准为可接受性（见词汇，附录1）。尽管保健服务是可得且可达的，当保健服务或助产人员不被妇女、家庭和社区接受时，有效覆盖率同样会下降。尽管在有专业医务人员的卫生条件下分娩的妇女比例在增加，但是仍有证据表明，一些缺少对产妇尊重的照护案例仍然是获得助产服务的阻碍因素（见栏目7）。可接受的服务要求所有的卫生设施，物品和服务应当尊重医学伦理学并与文化相适宜。如，尊重所有年龄组人群的个体文化需求，包括青少年，少数民族，土著民和社会团体[70]。提供的护理服务应当对性别和生命周期敏感，需要尊重病人的隐私，并提高特殊群体患者的卫生保健水平。

加强可接受性意味着倾听妇女和妇女团体的心声并且把她们的喜好加入到政策、培训制定及计划-反馈中。一直以来，卫生服务水平的提高方面在很多国家是缺失的[71]，但是现在已经逐渐形成了一些解决问题的策略。

若不能理解公众们对助产人员及其实践的态度，提高可接受性将是困难的。73个回应的国家中只有18个意识到要进行公众态度的调查研究。其中南非，曾报道过“缺少知情或被大声指责，而非清楚知情…被卫生机构驱逐，在门口或回家的路上分娩…在分娩中被忽略和遗弃”。更加坚定的是，在这个重要的话题上我们需要同行评审研究。

栏 7

孕产妇保健中的尊重性照护

白丝带联盟（White Ribbon Alliance）章程中的尊重性产科照护

所有的女性都需要并希望妊娠及分娩前、中、后得到被尊重的照护。可悲的是，这在很多国家都没有实现。“尊重性妇产保健章程”[72]在2011年由一群多利益相关者及其发展伙伴开展起来的。该章程相应了Bowser和Hill的2010的报告“探寻不尊重和辱骂的证据”[73]，该报告描述了7种必须杜绝的妇女及其新生儿们遭受到的不尊重和辱骂，包括小的失礼和羞辱、被抛弃或拒绝提供保健服务，使其滞留在卫生服务场所。

很多国家都面临这个问题。一些国家正采取积极措施来收集新的证据并更多地关注这一在卫生保健推广中的普遍障碍。

最近一项在肯尼亚由Heshima项目（heshima指有尊严的，斯瓦希里语）组织的研究

发现20%的女性感觉在分娩过程中接受的保健是受辱或不被尊重的。在产妇的社会经济地位与不尊重/辱骂的不同类别中发现了相关性，越富有的女性越容易被拖延或被要求行贿，越年轻的女性在保健过程中越不会被保护隐私，最贫穷的女性会经历更多的被遗弃[74]。

- 在印度卡纳卡普拉区[75]，对妊娠期和分娩期保健质量的评估显示，保健人员缺少尊重是卫生机构分娩率的一个巨大的阻碍，咨询问题时不舒服，不允许陪产和缺少保健人员的支持是未来妇女们拒绝保健的重要因素。1/4的女性声称她们的保健人员透露了她们不想被别人知道的个人信息。这种现象在公立或私立医院，基层或高级医院都存在[76]

- 在坦桑尼亚，根据离散抽样实验，影响妇女们是否在分娩时选择保健机构的最重要的因素之一是提供者的态度。作者预计，改善这些将使卫生机构分娩率的增加43%-88%[77]。
- 在南非，妇女们一般不接受产前保健，因为卫生保健服务者很粗鲁，她们只在分娩时才会寻求帮助[78]。
- 在秘鲁很多女性不愿意使用母婴紧急救护设施因为他们感觉服务提供者不注意其需求，也对本土文化不敏感、不关注[79]。

来源: Zoë Matthews, 南安普敦大学和Petra ten Hoop-Bender, ICS Integreare.

研究来探求为何妇女/女孩不能/不舒服获得助产服务；表2中列举了例子来回答此问题。

为响应世界助产报告（SoWMy）研究，大部分国家（79%）声明其政策是合适的，尤其是在处理如何使性生殖—母婴健康（SRMNH）对社会和文化需求敏感，如涉及的年龄、种族、宗教和语言问题。其中包含了“国家性和生殖保健政策”（马拉维），“卫生部门在男女平等上的内部策略”（莫桑比克）和“生殖保健五年计划”（缅甸）。阿富汗的政策强调对男女平等问题和生殖健康权利的支持，并且强化妇女在寻求健康帮助中作为决策者的角色定位。中国的政策强调要增加在农村和偏远地区的投资并且特别承诺对所有住院分娩的产妇进行补贴在利比里亚，政府视健康为人类的基本权利，并旨在确保每个利比里亚人享受到卫生服务，不论其经济状况，出身，宗教，性别或地理位置。



在国家研讨会上，可接受性与以下两方面紧密相关：（1）妇女的社会角色（卫生服务的提供者及享受者都缺少授权或被歧视）；（2）卫生保健服务提供者对被服务者的态度（没有按照适合性别—适宜文化的方式提供服务；缺少以人为本、以妇女为中心的服务）。

通过提供人道的、知情和文化敏感性的照护，助产士能鼓励妇女们主动寻求性生殖—母婴健康（SRMNH）服务。

(Jhpiego/Kate Holt)

表 2

妇女们不寻求卫生服务或对其感到不舒服的原因

原因	举例说明/解释
在卫生机构中，社会、文化和宗教信仰以及需求没有被满足。	认识到该机构及其医务人员对妇女们的文化和宗教信仰是不友好，不尊重的。
产妇们意识到助产士们是超负荷的（包含了非助产士要做的工作）。	“助产士严重短缺，且当前的助产士严重超负荷工作。”
卫生体系的财政机制会鼓励医疗化服务	倾向医疗干预的新财政机制可鼓励妇女利用高水平的医疗卫生服务而非助产服务。
缺少助产士专业角色的信息。	“公众们并不了解助产士的能力水平。”
对于了解并乐于接受熟练的助产士照护的妇女，她们仍然面临地理和经济上的阻碍。	“妇女们如果有机会或者可以选择的话，则更倾向于得到助产士的服务。一些妇女地处偏远，难以到达的地区只能得到传统接生员的帮助。”
助产在社会中被轻视	在一些国家，公众认为花钱请医生比请助产士的家庭更有社会地位。

建议的解决办法包括：通过提高授权过的妇女教育水平，提高管理部门、专业协会和雇佣机构对医生的指导/监督，以及包含尊重的照护、社会文化敏感性在内的培训（服务前、服务中）。这也暗示了我们需要在现有调查研究的基础上对助产士的性别-角色进行更深入的分析[80]。

提高服务的可接受性问题同样可以通过增强社会的呼声、促进被服务者/服务提供者的互动、落实服务的责任制来解决。对服务供给差距的理解、调动广大市民及医务人员从而使当地机构及政府履行其对性生殖—母婴健康（SRMNH）的承诺，可以帮助确保适当的分娩条件及照护。大量的新的行动已经加强了当地和国家水平的问责机制（见栏8）。

助产士可以通过教育和提供卫生保健信息来赋予妇女权利。
(Jhpiego/Kate Holt)



质量

第四个维度的衡量指标是质量（见词汇表，附录1）。即使助产人员是可得的，可达的，并且对人们来说是可接受的，助产服务质量低同样在本质上限制了其可得性。当分娩照护100%在卫生机构内时，结果显示若达不到高质量的水平，产妇死亡率依然很高[81]。高质量的服务包含很多方面[82]，包括：职工的水平，人力资源和工作环境，以及很多其他质量有差异的因素，助产人员的能力仅仅是其中的一部分。尽管如此，助产人员是一个衡量卫生服务质量价值的出发点，尤其是其教育水平、能力、综合技能以及实践中的合作。

主要发现

可接受性

在妇女们对助产人员的认知、态度上，需要更多有力的研究。

仅18个国家意识到，应该通过研究来记录公众对助产人力资源、助产实践的态度。这限制了对可接受性的理解。

可接受性的问题与歧视女性卫生服务提供者及被提供者紧密相关。对助产士性别-角色更深入的研究将是有价值的。

各国正在发展相应的政策以促进对社会、文化和对传统需求敏感的卫生服务。这些政策需要得到实施和监督。

调动广大市民及医务人员从而使当地机构及政府履行其对性生殖—母婴健康（SRMNH）的承诺可以帮助确保公众得到应有的高质量的卫生服务。

问责制保障服务的可接受性

越来越多的活动者和倡导者正在呼吁通过更强大的法律支持、完善的指导方针、合理的管理手段以及良好的经济环境来促进人们实施和监督性生殖—母婴健康（SRMNH）服务。当社会、服务者、服务对象和医疗服务管理者共同努力审视当前的不足和行动的有效性时，性生殖—母婴健康（SRMNH）服务的实施就会得到改善。

建立孕产妇死亡监测和反馈制度，登记相关设施使用情况计分卡，以及构建孕产妇与机构反馈性合作关系可以促进目前状况的改观。

- 在**埃塞俄比亚**，孕产妇死亡回顾系统是医院责任考核及卫生系统周期性反馈的关键部分；它也构成了新的、庞大的孕产妇死亡监管系统的一部分。
- 在**塞拉利昂**，死亡回顾系统在第一夫人的支持下正在改进，孕产妇生存情况网站也在积极发布来源于国家孕产妇死亡统计数据库的权威信息，目的是为孕产妇提供正确指导和帮助。
- 在**塞拉利昂和加纳**，卫生系统管理者协同一些利益相关者经常使用孕产妇设施评测系统和计分卡系统，来评估他们当地产科保健服务的质量。保健对象和保健人员对于计分卡的使用也为性生殖—母婴健康（SRMNH）提供新的改变。
- 在**马拉维**，地区监察专员的权力扩大到可以直接向卫生部报告孕产妇设施使用不当，和地区服务不到位的情况。之前地区监察机构常常缺乏独立性，尽管国家赋予其权力并且机构存在有效的问责机制。



在加纳通过MamaYe 活动参与性生殖—母婴健康（SRMNH）活动的在校女孩子们。 MamaYe 加纳

- 在**尼日利亚**，已经建立对孕产妇和新生儿健康负责的团体，他们的职责主要是追踪性生殖—母婴健康（SRMNH）问题的进展，设施使用透明度，鼓励优先和积极承诺的政府行为。在非洲国家诸多开创性举动中，国家已经建立独立问责机制，该机制主要执行信息及问责委员会对妇女和儿童健康负责的建建议，建议将纳入国家发展蓝图。
- **坦桑尼亚**的利益相关者建立了一个设置倒计时至2015年国家案例研究和国内2015提供性生殖—母婴健康（SRMNH）保健有无进展的证据的项目，它们被直接纳入实现千年发展目标（MGD）4和5以及卫生部门战略规划III的国家政策中期回顾。

问责制所必须的是支持性的管理和授权的财政环境

- 追踪贡献于性生殖—母婴健康（SRMNH）服务的国内资源绝非易事：报告很难得到，且SRMNH资金去向很难追踪。

- 非洲联盟的国家通过《2011阿布贾宣言》保证分配他们国家预算总额的15%到卫生部门，但是仅有少部分国家履行了他们的承诺。倡议活动和社会活动团体致力于保持性生殖—母婴健康（SRMNH）相关承诺的透明化，以监督决策者和执政者。

民间团体呼吁公众加强社会责任感

五个非洲国家已经启动并发展了性生殖—母婴健康（SRMNH）活动，命名为MamaYe，旨在从地区到国家水平，将所有的为性生殖—母婴健康（SRMNH）行动者集合起来，增加并维持性生殖—母婴健康（SRMNH）问题的透明度。倡议活动和国家网站提供了一个平台，此平台可使各国的大量利益相关者联系并广泛共享其证据、倡议和责任制创举。他们提供了更多的公开和正式或非正式对话，旨在更加关注并大力推进性生殖—母婴健康（SRMNH）。

来源: Adriane Martin-Hilber and Louise Hulton, 行动的证据.

助产教育：仍然被忽视

世界助产报告（SoWMy）调研数据证明了：基础设施、资源和影响助产教育体制的方面存在广泛的差距。世界助产报告（SoWMy）用于快速评估未来助产教育质量的工具*（Rapid Midwifery Assessment Tool*）调研收集了大量的信息来测量教育质量。该工具有六个部分：基础设施，教师，助教和带教医师；学生（上面可得性部分讨论到的）；临床教育；课程；以及影响因素（在下面管理和政策部分将要提及）。

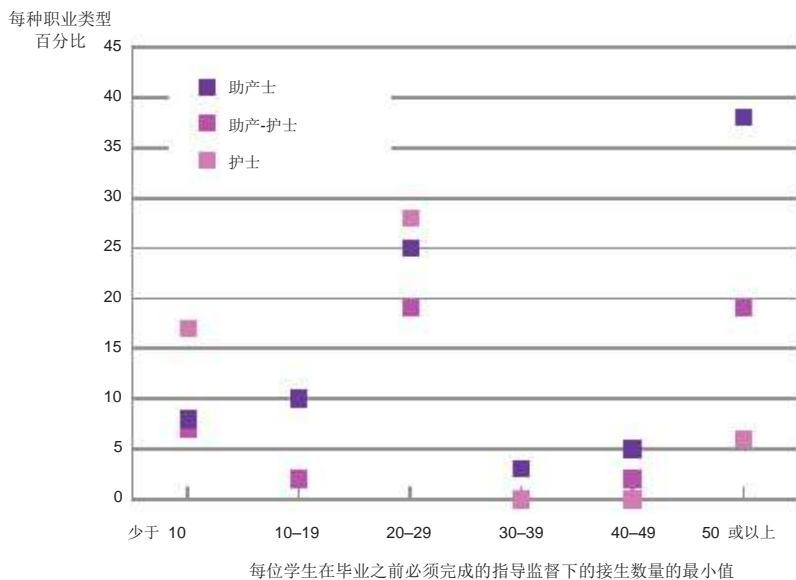
不充分的基础设施建设是助产教育的关键问题。对80%的助产士，69%的助产护士和44%的护士来说，教育机构中教学设备缺乏/质量低下是个难题。缺少办学场所被认为对53%的助产士，43%的助产护士和17%的护士是教育的挑战。对教育工作者的相关关注也是普遍的。

报告中82%的助产士，62%的助产护士和39%的护士认为招募足够的教师是困难的同样，77%的助产士，62%的助产护士和39%的护士招募合适、具备资格的教师是困难的。师资保留同样也是一个问题。很多国家对教育师资缺乏充分的投资，且教师不能及时更新理论知识和/或临床实践技能。这限制了教育质量，并且只是基于课本的简单学习。这对培养出能够提供全部维度服

务的助产士有深远的不良影响。在招聘教师和维护独立助产专业教育课程的能力上更大的挑战可能是由于一些国家的独立助产专业教育是最近开展的，并且很难招募到掌握了教学技巧、助产学专业知识的老师。

根据教育课程中的临床实践要求，各国对于助产士在毕业前在应接生的数量要求不同（见图11）。要求助产士在监督下接生数量的中位数为34，助产护士为30，助产护士为20。这些中位数都要比在国际助产士联盟（ICM）教育标准指导方针[16]中讨论的参考指标要少（该参考指标的中位数为50）（尽管一些学生需要更多的数量进行能力展示，而另一些则不需要这么多的数量）。该参考指标鼓励在未来的计划中能够确保将充足的助产学实践经验纳入教学中。80%的助产士，62%的助产护士和61%的护士认为向学生提供充足的临床实践资源是困难的。因此在很多情况下，助产士和其他专业人员可能在没有充足的接生经验时就毕业了。

图 11 临床指导下最低接生量



*该工具由ICM和Jhpiego制定 特别用于中低收入国家。

85%的助产士，64%的助产护士和78%的护士认为大部分助产士、护士都接受了国家级、且所有学校都提供的教育课程。国际助产士联盟（ICM）推荐这些课程需要每5年回顾一次[16]，且在78%的助产士，48%的助产护士和28%的护士中已经开始开展。这可能反映出最近几年开展的独立助产教育项目数量的增加。这些课程的主要内容一般不被认为是提供高质量的助产教育的挑战，但是对助产这一重要的少数派职业来讲这是一个问题。在一些没有标准课程的国家，只有对33%的助产士和38%的助产护士有教育质量评估的国家标准。

世界助产报告（SoWMy）研讨会成员建议的提高助产教育质量潜在的方法包括：执行和定期地回顾最低课程标准（与国际助产士联盟全球标准相符），并且教员能力发展计划，包括定期的进修培训和给教师/助教/监督者正式的资格认证。其他的建议包括：促进获得模拟训练和设备；私立助产学校的管理/资格鉴定（尽管并不是所有的公立学校都经过管理或资格认定）；更多的卫生设施的亲自培训；以及加强对以上机构的监督和评估。更多的在职培训和专业进修被认为是提高质量的好方法，并且这包括了教师/助教支持性的监督。这样的投资将使一些问题得到改善包括：工作效率，能力和照护质量；医务人员对服务对象的责任感；工作斗志；持续的专业发展；有效的监管；以及不同专业协会的合作。助产人员参与孕产妇、围产期死亡回顾中有益于认识到有待提高的部分和需要克服的系统性的问题。



完善立法，管理和认证机制

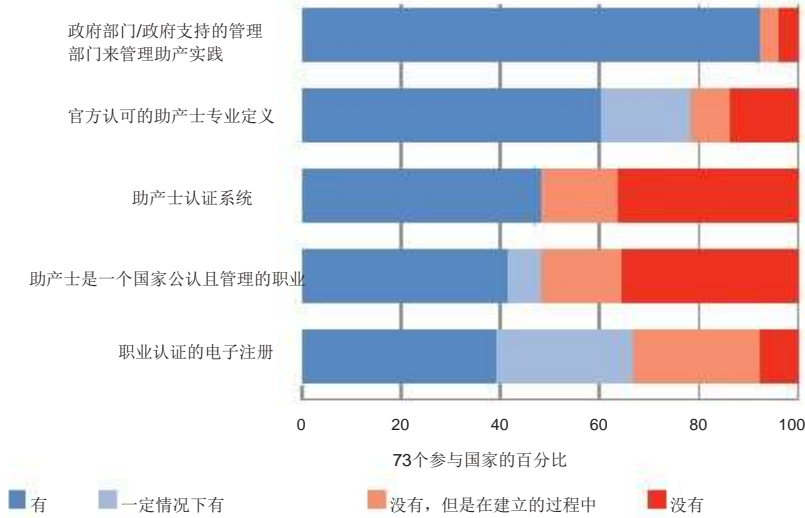
使用法律来支持和保护助产士（为临床实践提供合法权利）是对她们价值的重要的肯定。73个响应的国家中只有35个（48%）立法承认助产为正规的专业，并且其中的5个国家法律还未开始实施。在同时参加了世界助产报告（SoWMy）2011和世界助产报告（SoWMy）2014的54个国家中，拥有类似立法的国家比例只有小幅增加（从35%升至37%）。但也取得了一定的进展：12个国家报告立法正在进行。然而，也确实还剩下26个国家既没有相应的法律也没有再构建相应的立法。

在几乎所有响应的国家中至少有一个机构负责助产实践的管理（见图12）。一半的国家（51%）声明助产由卫生部门或其他部门管理，且相似比例的国家（47%）提及了政府支持的管理机构，如理事会或委员会。

当助产士的教育、管理达到国际化水平时，她们可以提供有质量的卫生服务并且对性生殖母婴健康结局有积极的影响。
(Jhpiego/Ali Khurshid)

图 12

助产士的注册和管理



少数的国家有一个以上的监管机构。无论如何，73个国家中只有6个国家报告没有监管部门，其中3个（刚果共和国，危地马拉和南苏丹）声明正在建立监管部门。为确保有效的监管，监管部门的存在是必要的，但这并不够。调查对象被要求对监管机构的责任（促进与国际助产士联盟（ICM）全球标准[18]的对比）进行说明。图13表明监管机构当前的主要责任是：设立助产实践标准；注册；对不正当行为的制裁；以及设立道德标准。极少数国家提到了教育提供者的资格鉴定或“助产士”职业的保护。

尽管大部分国家报告了监管机构负责图13中列举的各项职责，37国研讨会上的信息显示，由于一些原因，一些国家的监管机构并不能有效地履行这些责任。原因如：缺乏对助产能力要求清晰的描述；缺少助产教育全国统一的标准（尤其是在私立学校）；缺乏有效的监管程序（由于政治不稳定或资源短缺等）。完善的资源管理体系是提升

质量应优先考虑的关键问题。研讨会参与者提出了几种解决该问题的方法，其中包括要确保助产的监管与其他医学专业监管相分离，但可需适当地协调配合。

助产人员中不同种执业人员的执业范围应当由监管机构确定，但现实情况是这个规定经常是无效的。例如，有的国家助产士在未被授权的情况下，部分或全部地执行了7项基本职能，这种情况的发生通常是由于在有真正需求的情况下，他们是仅有的卫生保健服务人员。世界助产报告（SoWMy）数据对与图14中展示的7项母婴基础紧急救护

（B-EmONC）基本职能相关的助产士被授权的执业权与实际工作进行了比较。协助阴道分娩是被授权与实际执行不一致中最严重的一项，其中在19个国家明确规定的职责中，即使未被授权，助产士也会履行该职责。

在73个国家中有71个国家的助产士被授权提供至少一种计划生育用品，其余两个无授权的国家是中国和伊拉克。在57个国家全部的调查问卷中，助产士被授权提供以下4种产品及方法：避孕注射，避孕药，宫内节育器，紧急避孕药（EC）（一般被称为“事后药”）。当然，授权并不能保障可得性或质量；在国家水平下，未能满足的避孕需求与助产士被授权提供的计划生育产品的数量之间联系不大。调查问卷中列举的四种类型的避孕方法中，紧急事后避孕药最不应该由助产士提供，尽管73个国家中有61个报告由助产士提供。

若没有适当的监管，注册和认证，无论是妇女还是助产士都不能得到保护和支。对于助产士，73个国家中有34个（47%）有助产士的认证系统，且另外11个国家（15%）正在建立。

在34个有认证系统的国家中，33个国家要求助产士正式工作之前必须通过认证。拥有一套完善的认证系统是关键的第一步，但这并不能保证助产士制度有效落实。有调查发现73个国家中只有26个拥有定期的再认证系统（一般每年/每五年），并且只有17个国家把再认证做为持续的专业发展状态。

响应的国家中有48个国家有助产士的注册认证，其中28个国家使用电子注册。在同时参加世界助产报告(SoWMy) 2011和世界助产报告(SoWMy 2014)的54个国家中，使用电子注册的国家增加了40%。该增幅还有可能继续：另外18个国家提出了开展电子注册的计划。纸质版的注册要比电子注册更新慢（10%的使用纸质板注册的国家，43%的使用电子注册的国家至少一个月更新一次注册信息）。

促进专业协会的发展

73个国家中除了土库曼斯坦外，都报告其至少有一个面向助产士，助产护士或辅助助产士的专业协会，学会或联盟。73个国家中有51个表示加入到国际助产士联盟（ICM）中，45个加入了国际护士会中，这提供了各国与全球机构的联系及其技术支持。73个国家列出了119个专业协会，其中有71个（60%）是在1990年之后组建的；几乎所有的都是专门为助产士和/或护士开办的。少数国家没有助产士或护士协会，但有替代性的产科医生的协会，助产士和助产护士也有资格加入。

尽管几乎所有的国家都成立了协会，但只有60个国家能够提供每个协会会员数量的数

图 13

监管机构的功能和职责

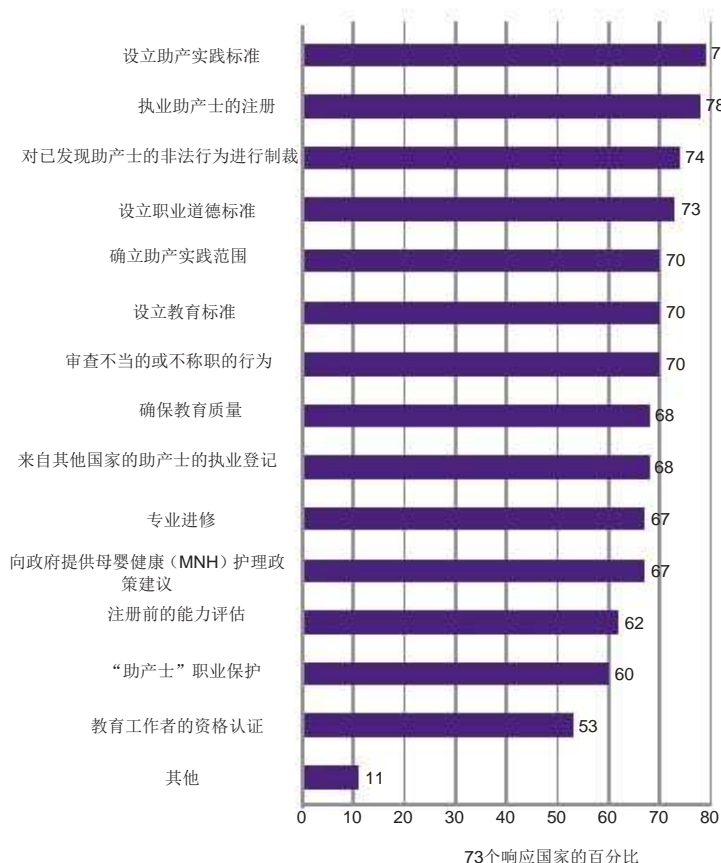
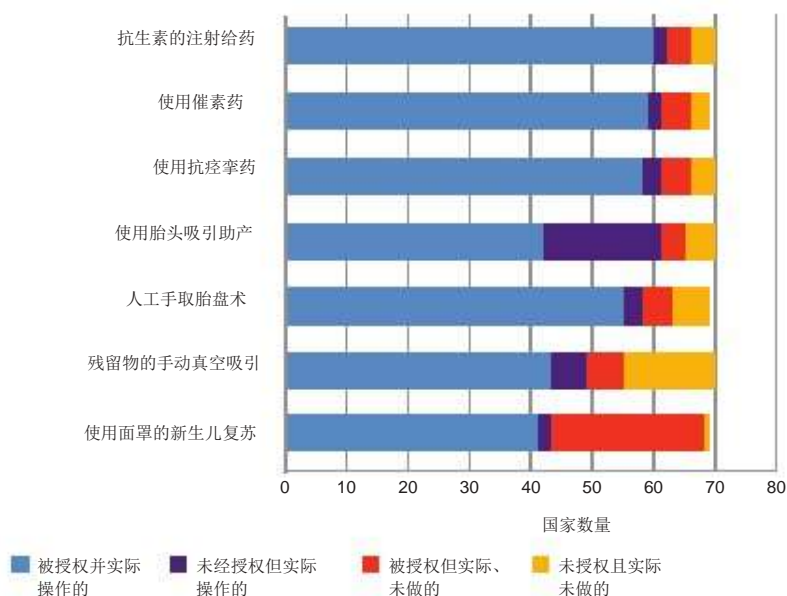


图 14

母婴基础紧急救护（B-EmONC）主要职能：助产士被授权及实际的角色





有效和清晰的管理环境强化了助产士的角色并对提高照护质量有益。(Jhpiego/Kate Holt)

据。在这60个国家中报告了将近670,000名成员（并非所有的成员都是助产士/助产护士，因一些协会也面向其他医务人员）。50个提供了正在执业的成员的数，86%的成员目前在国内执业，这也表明在这50个国家中，成员列表保持着合理的更新。

世界助产报告（SoWMy）2011推荐的专业协会的“大胆举措”包括在政治领域做出贡献和倡导更好的工作条件。图15显示了119个协会中几乎全部的协会担任了促进专业发展的角色并且相似数量

的协会为性生殖—母婴健康（SRMNH）照护推荐了达到质量标准的成员。有趣的是，53%的协会报告包含了与政府针对工作和薪金问题进行谈判的职责，而这通常是工会的职责。

37个国家的研讨会成员关于如何加强专业协会建设提出了几点建议。助产士协会被特别指出：鼓励所有的助产士参加；确保专业协会致力于政策讨论和在国家、地区的影响性生殖—母婴健康（SRMNH）服务的关键决策；倡导增加同行业间的可见度并推动助产人员的权利，如提高福利，保障安全和晋升；加强全部卫生保健专业协会和其他性生殖—母婴健康（SRMNH）利益相关者（如非政府组织，如INGOs）之间的沟通和合作；以及加强专业机构的监管和能力宣传[83]

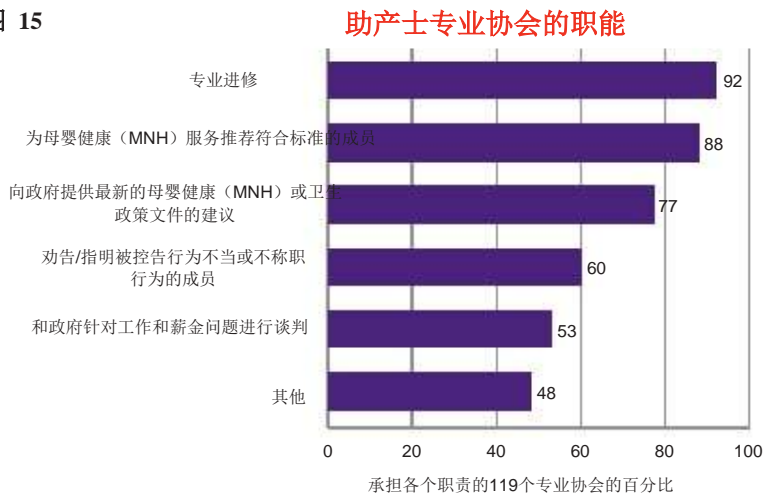
政策和计划

政策、计划手段、战略数据三者的“联盟”与结合在实现高质量的助产有效覆盖是必要的。

在全部的73个国家中，调查对象列出了276个适当的关于组织，实施和监管性生殖—母婴健康（SRMNH）服务的政策，计划和法规（平均每个国家有4条），并且所有的国家报道了至少一条有效的政策/计划/法规。68个国家有国家健康计划（尽管不是所有的国家都使用该名称），66个国家有国家性生殖—母婴健康（SRMNH）计划/策略/路线或类似条文，且52个国家有国家卫生人力资源（HRH）计划。在52个有HRH计划的国家中，39个（75%）声明计划中的母婴健康（MNH）人员目标是基于或相关联于国家性生殖—母婴健康（SRMNH）服务覆盖目标的。

73个国家中有25个国家以政策文件响应支持了研究。这些文件根据2014母婴儿童健康合作伙伴（PMNCH）/世界卫生组织（WHO）

图 15



多部门政策纲要[51]分类，显而易见，这25个国家中的大部分有涵盖性生殖—母婴健康（SRMNH）和HRH的政策基础。在报告了有非正规助产职业的47个国家中，12个国家递交了政策文件，但只有4个递交了关于基层助产人员的文件。在该特殊抽样中，HRH政策可能不包含社区卫生保健人员及其在医疗卫生系统中承担的角色。然而，一些国家已经设立或正在设立特别针对社区服务与社区卫生保健人员角色的政策，并且积极建立之间的联系。

有性生殖—母婴健康（SRMNH）和/HRH计划的国家报告称，这些计划或制度更多是最近建立起来的（72%的计划是在2009年或之后发布的）。大部分是当前的，时间范围截止到2014年或之前。国家性生殖—母婴健康（SRMNH）计划比国家卫生计划和国家HRH计划更早一些：2009年前发布的数量比例分别为42%，12%和19%。

成本预算对于优先发展某地区是非常重要的。在报告的276个政策文件中，170个（62%）包含进行了完整的成本预算。国家卫生计划和国家性生殖—母婴健康（SRMNH）计划最容易进行成本预算（71%和70%，相比较于国家HRH计划60%）。在73个响应的国家中，有54个（74%）声明他们现有的政策文件特别提出国家应如何提高可得性，可达性，可接受性和服务质量（AAAQ）四个方面。然而需要注意的是政策文件的存在并不能保证它的有效执行。

小结

如果我们的目标是向母婴提供普及的、有效覆盖的助产服务，无论他们财富状况、居住条件或年龄，我们必须同时致力于AAAQ

质量

基础设施，资源和系统的广泛差异对助产教育有不利的影响。

高质量的助产教育面临的挑战包括：中学教育不完善，缺少教职工，教学设备质量差，缺少实践培训的机会，缺少办学场地。

各国对于助产士毕业前监督下接生的数量规定不同，且可能不能满足对胜任力的要求。

几乎所有响应的国家都有至少一个监管部门，但很多国家缺少立法认定助产士为正规的职业、清晰描述助产能力、教育标准以及有效监管程序。

几乎所有国家报告至少有一个面向助产士的协会，80%的国家报告了有会员资格的助产士的数量，75%的国家了解当前在国内从业的人员。

同时参加世界助产报告（SoWMy）2011和世界助产报告（SoWMy）2014的54个国家中，电子注册的助产士增加了40%。

政策于计划工具之间的结合在实现高质量的助产有效覆盖过程中是必要的：75%的国家声称卫生人力资源计划中的性生殖—母婴健康（SRMNH）人力资源目标与SRMNH计划挂钩。

276个政策文件报告中，62%包含经费用估算的计划，其中性生殖—母婴健康（SRMNH）计划比保健计划的人力资源

这四个方而，缺少其中的任何一项都将阻碍国家卫生服务的发展，遗漏对于部分人口生存状况的关注。

很多国家已经实现必要的卫生人员的储备，但是在填补助产人员数量、层次的缺口上来实现全民覆盖的进程中，我们需要做的还有很多。各国不同类型或层次的卫生保健人员在对性生殖—母婴健康（SRMNH）服务的贡献上的差异是显著的，但使用世界助产报告（SoWMy）研究中的信息可以评价每种职业人员的角色能力，教育水平和每个人的贡献。

由于这些人员并不是24h服务于性生殖—母婴健康（SRMNH）服务中，因此为了比较服务需求的可得性，计算每个国家的全职等效人员数量是非常重要的。显然我们需要此数据和最少人员数据来为战略政策和计划进程提供信息各国可以使用此信息来主动控制助产教育、管理助产的人力资源，以及适当的薪酬，以此有效提升助产这一职业。这业能确保未来的助产人力资源能够满足未来人口的需求。

各国同样需要继续实施计划以提高卫生保健的可达性，可接受性和质量。可达性可以通过使用GIS和适当的基于公平的计划工具以及

确保国家关于性生殖—母婴健康（SRMNH）中重要举措的“一揽子最低福利保障。可接受性应该被看做是保健的一个重要元素：需要采取一些措施以减少缺乏尊重的照护，来促进对社会、文化需求敏感的，同时结合女性对助产人员的认知与态度强有力的研究来完成。最后，如果不能保障服务的质量，孕产妇和新生儿死亡数就不会下降。各国需要提高助产教育、监管、协会的质量，并致力于缩小差异性以向有效覆盖迈进。

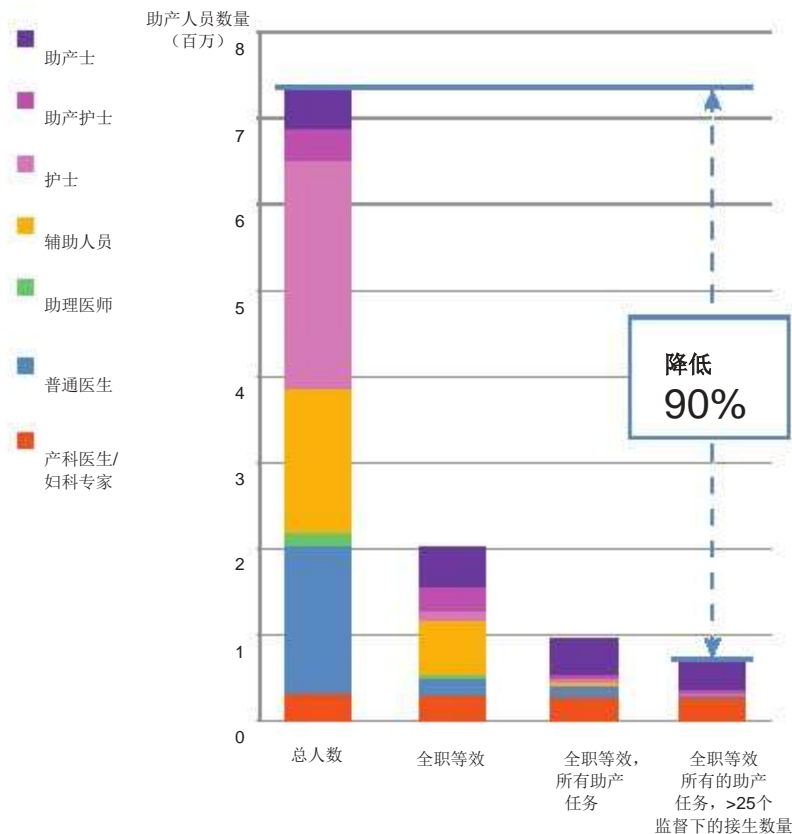
图16显示了有效覆盖中，可得性和质量水平的差距：73个世界助产报告（SoWMy）国家中助产人力资源的可得性：全部人员、和有专门的时间、授权作为助产士角色、实践训练并有能力提供高质量的服务的人员之间的差距。这两个维度对覆盖率的限制性是很大的（暂时把可接受性和可达性的问题放在一边）。

缩小差距需要收集并更好地利用以下数据：能够提供全职性生殖—母婴健康（SRMNH）服务的助产人员中占多大比例，未来将有多少学生加入到助产人员队伍中来，卫生保健人员在哪儿工作，女性及其社区对保健服务感受如何，以及HRH计划如何激励性生殖—母婴健康（SRMNH）策略。

为实现这个目标，需要强大的领导能力来优先关注助产，解放资源来支持助产人力和保健计划的新途径。

图 16

助产人力资源：从可得性到质量



助产2030



第二章描述了世界助产现状，依据调查结果、研讨会成果以及对排名倒数75个国家中的73个的二手数据的分析进行阐释。它展示了自2011年以来取得的进展，并且提供了实证依据，使得各国间就各种障碍、挑战、可能的政治响应加强了政策对话。证据揭示了各个国家间的异同并且促进了性生殖—母婴健康（SRMNH）服务质量的提升和助产人力资源的巩固。

本章基于各国助产的现状，展望了2030年的助产前景。向决策者、医疗卫生人员、利益相关者、支持伙伴提供了额外的循证的建议，以促进发展助产、提高性生殖—母婴健康（SRMNH）服务、加速千年发展目标（MDGs）与和全民卫生覆盖（UHC）进程。它重点关注了政府及其伙伴如何合作来履行国际职责并满足女性享有性生殖—母婴健康服务的权利。最后，本章展望了“助产2030”，描述了哪些助产服务可以被充分实施，并且陈述了10个目标和实现它们所需的政策发展计划。

展望 2030

正如第二章详细描述，2014-2030年间全球每年妊娠数量将稳定在1.6亿，但是全球不同区域国家及其城市/乡村将面临不同的需求，并且每一

个都需要政策回应以促进不同背景下卫生服务和卫生人力资源的实施方案的制定。图17强调了人们未来对性生殖—母婴健康（SRMNH）卫生服务的需求的改变：包括计划生育，四次产前保健访视，熟练的接生、四次产后访视需求。

第二章显示了理解以下问题的重要性：卫生保健人员是否是可得的，可达的，可接受的以及能否提供高质量的保健服来确保满足母婴需求。鼓舞人心的是，16个国家（22%）计划使用具有综合能力的助产人员，向所有妇女和新生儿至少提

访视为基础的新实践模式使母婴获得卫生保健服务。
(Jhpiego/Kate Holt)



供46项基本干预措施[1]。相反地,57个国家(78%)面临未来助产人力资源的短缺(通过全职等效和/或技术混合估算)。

预计人数仍然不能满足普遍需求的国家[可得的助产人力相较于对性生殖—母婴健(SRMNH)服务的需求],保障女性的性生殖健康的权利(包括孕产妇和新生儿保健)的途径还需要进一步的发展。可满足需求>90%的有16个国家必须有政策讨论,如果一个国家预测有100%可满足需求,就可能在高效的助产队伍资源的技术混合上存在不平衡(如医生太多而助产士数量不够)。一个国家显示超过90%的可满足需求那么我们就要分析:提供的数据的有效性;覆盖的公平性;医务人员的工作效率(相同资源下能提供更多的服务);教育和就业的联系;考虑全体助产人员及服务数量和质量。研究总体需求是否掩盖了国内经济、地域或社会的差异,这一点也很重要。(如:

卫生保健人员主要分布于大城市,而农村在人员分布和接受服务人群数量上与城市存在差异)。

46项基本干预措施可以挽救生命并促进健康[1]。虽然所有妇女和新生儿都享有获得此保健服务[2]的权利,但这超出了干预措施的供给,所以需要新的方法保障妇女拥有性生殖健康,包括健康的妊娠和分娩,接受被尊重的、支持性的及预防性的照护。另一部分为各国的政治决策者及其合作伙伴提供了一些信息(如他们处于该进程的哪一步,以及还需要作出多大的努力)。改进对所有国家的各个区域都是可行的。

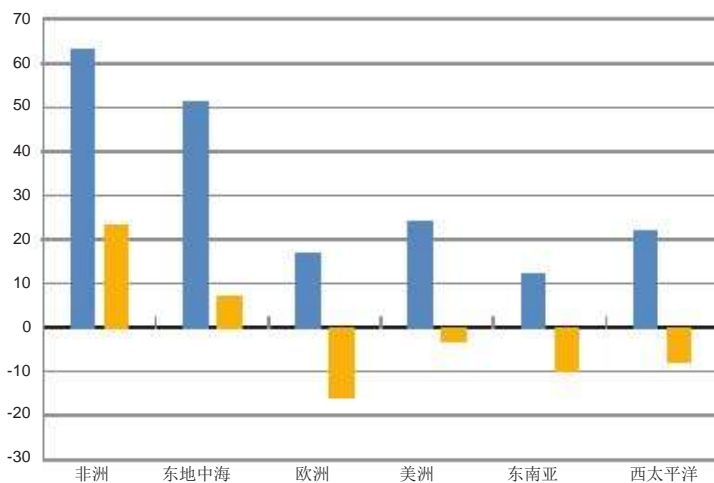
健康、卫生系统、卫生财政的驱动力

全球健康2035:在一代人的时间内实现全球同步化。柳叶刀委员会关于健康投资的报告于2013年12月发表,报告强调:财政支持和技术可以使感染发生率、儿童和孕产妇死亡率,以及使非传染性疾病发病率降至更低水平[3]。许多中-低收入国家的经济增长与提高医疗技术可得性结合起来,使医疗卫生有望在20年之内实现“大融合”[3]。医疗卫生投资可在2035年时减少约1000万的人口死亡[3];尤其需要强调的是,对妇女和儿童卫生保健的投资将保障民众健康、社会和经济的巨大收益[4]。为实现投资回报,各国需要对健康,医疗体系和医疗财政驱动力和全球政策局面(见栏9)的改变做出响应。

由“每一个妇女每一个儿童(Every Women Every Child)”活动[23]支持的“全球妇女和儿童健康策略”(The Global Strategy for Women's and Children's Health)简称全球

图 17 WHO地区2012-2030年间性生殖—母婴健康(SRMNH)健康访视所需人数的预计变化

2012-2030
变动百分比



■ 计划生育

■ 产前保健, 熟练接生, 产后访视

策略[22]重点关注了不平等性并可能成为2030年性生殖—母婴健康（SRMNH）的关键驱动力。主要工具发展情况如下：2011年，妇女和儿童保健信息和责任全球战略委员会[24]强调了母婴儿童健康合作伙伴（PMNCH）的所有利益相关者认真收集数据和问责的需求，从而创造了独立的妇女和儿童保健专家评审小组[25, 26]。急救物资委员会2012年[27]定义了母婴儿童健康合作伙伴（PMNCH）基本的急救物资和运输策略。最后，2013年妇女和儿童保健全球投资框架[4]从财政角度列出了可以产生的卫生，社会和经济收益（高达9倍）。

医疗市场上的改变将影响医疗系统的融资和国家满足人口需求的能力，尤其是那些最贫穷和弱势的成年和青少年群体[12]。到2030年，将会出现持续的技术创新，收入提高，消费者教育和需求加强，信息可及性增强，城市化和天气相关的自然灾害增加[12, 28]。公共卫生部门和私人卫生部门之间的互动（在消费者，卫生保健人员和提供者之间）和较快的经济增长影响了人们使用卫生体系和实现全民卫生覆盖（UHC） [29]。

这些改变，驱动力和举措为各国实现普遍获得高质量的性生殖—母婴健康（SRMNH）服务的权利创造了独特的条件，而助产将作为核心构成之一。

栏 9

卫生保健的驱动力和改变

主要的驱动力和改变包括：

- 人口统计学资料和疾病负担的改变，包括：流动性，城市化[5]和老龄化[5, 6]的增加。人口的增加将影响多数医疗系统充足人员的提供和卫生保健人员覆盖的能力。
- 随着我们迈向全民卫生覆盖（UHC），资源得到更好的分配，得到优质的医疗服务，消除不平等和经济障碍同时还会满足人们的需求和实现目标 [7-9]。
- 糖尿病，癌症，心血管疾病和抑郁症的非传染性疾病[10]越来越普遍，并且随着获得的有效治疗的增加，HIV和一些其他传染性疾病正在向慢性状态转变。

- 心理健康问题，毒瘾和基于性别的暴力[6]正在增加。
- 提高了的消费者受教育程度和需求需要作出以下承诺：加强问责，维权，公平和授权；并且确保个人和民间团体在政策制定过程中[11]实质性的参与。
- 医疗市场环境上的改变包括技术创新，收入提高，信息可得[12]和私人卫生机构的增加。
- 很多国家对性-生殖健康和权利[14]，性别平等[15]和青少年健康[15]的承诺[13]将使妇女充分参与到和她们的性-生殖健康相关的决定中，并且能显著降低对女性的歧视[13, 14]。

- 卫生服务将增加移动医疗和电子医疗[17]的使用。
- 卫生保健的质量将增加其重要性，以及消费者对其的价值认定[3]。
- 卫生事业的吸引力和雇佣设定的变化可能会影响卫生人员中-长期的稳定性 [18, 19]。
- 官方协助的改变将带来新的资助，包括一些非发展协作委员会成员国的慈善家和应对气候变化的捐赠者 [20]，他们将使可信、高效的媒介使用增加，用于专项基金投资，如抗击艾滋病，结核病和疟疾全球基金会[21]。

来源: Caroline Homer, 悉尼科技大学



“助产2030”旨在通过加强卫生保健服务的质量和覆盖面来帮助妇女和儿童维持健康。(Guifty Banka)

助产2030：政策和计划的路径

大部分的妇女和儿童是健康的，并且需要医疗系统和卫生保健工作者帮助他们维持健康。

“助产2030”以健康孕妇为前提，排除了有并发症或发病迹象的部分，助产服务工作者为其提供预防性和支持性的照护并在必要时获得急诊救护。

“助产2030”展现了一个清晰的政策和计划路径以指导妇女和新生儿保健服务贯穿性生殖—母婴健康（SRMNH）的两个连续方面：从性、生殖保健到妊娠期和产后保健（根据需求）；以及从社区到转诊医院。“助产2030”关注助产服务和助产人力资源的可得性、可达性、可接受性及质量（AAAQ）以及全民健康覆盖（UHC）的三个方面：实现更大的人口比例（提高覆盖率）；扩大基本卫生保健范围（增加服务）；免受财政困难（增加财政支持）的困扰，“助产2030”有以下10个目标。

1. 所有育龄期妇女，包括青少年，在需要时都能够获得助产服务（UHC第一和第二部分）。
2. 政府提供支持性的政策环境并对其负责。
3. 政府和医疗体系提供完全授权的环境并对其负责。
4. 数据的收集和分析完全包含在服务的提供和发展过程中。
5. 助产服务在国家医疗预算中应优先考虑；给予所有妇女财政支持。（UHC的第三部分）。
6. 助产服务在卫生保健专家，相关人员以及非专业卫生工作者的共同合作下实施。
7. 一级助产服务贴近妇女及其家庭，并且与下一级保健服务间可以无障碍衔接。（见图18）。
8. 社区、机构、医院的助产人员可以得到高质量的教育，管理和有效的人力及其他资源的支持。
9. 所有的卫生保健人员可以提供并且有能力提供高质量的服务。
10. 专业机构通过倡导、政策制定和合作领导其成员提供高质量的服务。

实现路径

从第二章描述的现实到实现“2030助产”的目标，需要各国做出变革。协同合作要求：

- 重新设计实践模式使妇女和新生儿做为助产服务的中心；
- 保障授权的专业环境，包括高质量的教育，管理和专业协会；
- 利用高效的转诊网络和人力资源管理系统来保障授权的实践环境，该人力资源系统包括有效的监管，继续教育和安全的支持性的工作环境；
- 实现从社区到三级机构各层之间，学科间和跨学科的交流和合作。

重新设计实践模式

“2030助产”提倡妇女儿童是助产服务核心的实践模型。第二章中指出了许多国家连续护理上的差距，尤其是缺乏对妊娠期护理，产后护理和计划生育的关注。“2030助产”包含了从性和生殖保健到妊娠期，分娩期和产后护理及新生儿早期护理全面的连续性护理项目[30]。它可以满足青少年女孩的需求[16]，并且让所有的女性获得符合其文化的、适当的计划生育和安全的流产服务（符合人权标准

[31]且不违背法律）以及流产后照护服务。

实践模型必须尽可能贴近妇女的家庭或社区促进一级保健提供，并能保证可获得下一级保健服务的会诊或转诊。在推荐最低覆盖水平下[32]，为提高助产和产科保健服务的可及性，应该升级特定的医疗设备（如完善的设备和充足的人员）或激励那些机构使其服务达到地理上的合理分布而非仅是拥有助产服务。卫生保健人员的有效使用和与社区的非助产专业的工作者和志愿者的合作可以促使人们获得经济划算的保健服务，尤其是对那些处于偏远地区或交通不便的城市贫民区的妇女和家庭。一级妇产机构[33]可以建立在社区范围内，获得社区卫生保健人员和传统接生员的支持，协助妇女进入医疗体系并得到符合其文化的、被尊重的保健服务[34]。

实践模式必须有效地使用助产人员。世界助产报告（SoWMy2014）显示助产人员中多数人有很大一部分时间花费在其他的任务中，从而缺少对性生殖—母婴健康（SRMNH）的关注。对于大致健康和处于一般风险状态的妇女和新生儿的来说，接受过教育（无论教育

图 18 一级和高级助产保健服务的主要特征

	一级助产保健服务	高级*助产保健服务
典型特征	距离妇女及其家庭较近，非医疗但是是专业的。	二级和三级的服务，可以无障碍的转诊，并且有跨学科的专业合作和专业尊重。
为谁提供?	所有的妇女和新生儿。	一级助产保健不能解决的有问题或风险因素的妇女和新生儿。
由谁提供?	最好由助产士，其次也可以由受过适当教育和管理的医生和助理医师完成。	最好由包括助产士，产科医生和妇科专家，儿科专家和其他医学专业人员等组成的团队完成；其次也可以由受过适当培训的医生，和助理医生（包括高级医师）完成。
在哪提供?	最好在助产士诊所；也可以是在开设妇产科的医院。	所有的医院。

来源: 改编自世界卫生组织2005年报告 [43] 和 WHO优化母婴健康（MNH） [68]。

*高级助产保健服务包括需要二级或三级服务时，合适的会诊、团队、转诊。

途径如何），有法律支持和约束的助产士可能是最划算的选择，其可以在能动安全和合作的实践环境下提供照护服务。即使人数少，但是有能力的专业母婴保健（MNH）工作者，如果使其接受继续教育、管理和监督，将会是孕产妇最划算的选择。

社区卫生保健人员（CHW）和传统的接生人员（TBAs）在未来的几年中将继续提供助产服务，包括了在一些专业卫生保健人员数量严重不足的国家。在一些社区，社区卫生保健人员（CHW）和传统的接生人员（TBAs）受人尊敬，他们可以影响女性对助产保健的使用[35, 36]并且他们可以提供关于健康妊娠，安全分娩方式，新生儿保健，营养，母乳喂养支持，计划生育和艾滋病预防等方面的基本信息。社区传统的接生服务和专业的卫生保健服务之间正式和非正式的联系可以促使资源和高质量、受尊重的保健服务得到有效利用。[36 - 38]。这样的联系同样可以通过适当的教育课程为社区工作人员进入专业助产学队伍开辟一条道路。

助产2030的目标可以通过助产主导的实践模式实现。中-高收入国家和高收入国家的实证证明助产主导的模式，尤其是那些提供连续护理的模式，可以产生了巨大的收益并且节约成本也没有出现不良效应（33, 39 - 42）。其模式提供的服务包括：连续性护理；对妇女及其家庭的生理，心理和社会状态的监测；提供个性化的教育，咨询和产前保健；生产，分娩和产后即刻的持续性助产照护；最小化医疗技术干预；以及对需要产科和专业关注的患者进行识别和转诊[43]

。助产主导服务可以在社区水平下提供，但前提是有方便的交通可以转诊以降低不必要的延误[43]。

确保被授权的专业环境

2030助产提出的目标要求有一个授权的专业环境来支持优质的教育，管理和专业协会[44]，被认为是本报告中73个国家的调查结果中缺失的部分。

全球很多助产士工作环境艰苦不安全、孤立、设备缺乏；并且他们会面临性别暴力，微薄的薪金和恶劣的工作环境，并且不能获得继续专业教育；所有的这些因素阻碍了高质量保健服务的发展[45]。恶劣的工作环境逐渐削弱了他们继续从业的能力和意愿；许多助产士由于他们的地位和角色[46]受挫或者到了可随意退休的年龄而选择离开工作岗位。一个授权的专业环境意味着助产士可以和女性们建立有实质意义的关系，他们有职业自主权和灵活性，所以他们可以：对自己的工作进行控制，组织和合理安排；获得支持性的监管；反思与同行及同事之间的行为；分享观点和信息；优化服务[45, 47]。

对教育，监管和协会的承诺

一个授权的专业环境的实施包括：

1. **高质量的教育，持续职业发展和职业路径**包括：使助产专业更加吸引人；给教育提供充足的临床实践的机会；拥有精良的教师和充足的资源

；发展或使用有度量标准的认证体系；提供安全的有益的学习环境；促进社区的参与以确保受教育的助产士能满足社区的需求，提供尊重性的和符合当地文化的卫生保健服务。助产士的初始质量和继续教育必须确保助产士能够有效胜任其工作，如果渴望或接受了领导和管理培训获得了先进的性生殖—母婴健康（SRMNH）临床技能，就可以成为性生殖—母婴健康（SRMNH）领导者。通过信息与通信技术，提供了越来越多的继续教育课程。可以在教育基地或区域教学中心，使用在线学习和当面授课等混合学习方式。

2. **拥有强大功能的监管体系**包括注册和认证；结合国际标准和准则，同时满足国家特定国情；教育课程和继续教育制度的评审认证，以确保定期重新注册和继续从业能力可以得到监督。有效的监管同样包括授权人事部门根据需求承担相应的任务，如：指定职权和提供后续扩展的艾滋病服务[48, 49]。

3. **充满活力、尽职的专业机构**可以提供：领导并倡导，为改善工作环境（包括灵活的时间，充足的酬劳，休假，住房，交通，安全和保障）进行呼吁；提供职业发展，晋升的机会和留职的激励，以及获得信息和通过继续教育和科研增强实践能力。有效的支持可能包括个人或协会之间的双生模型[50, 51]。发展，培训和支持以确保协会的持续性并使成员可以在政策和政府层面工作，同时为女性和助产士发起倡导。



确保助产服务的持续性，建立和维持孕产妇和新生儿保健的良好势头就必须加强对高质量的教育，监管和专业协会的支持。2014年世界助产报告（SoWMy 2014）各国研讨会上的数据强调了在教育，监管和专业协会能力建设上的需求，使其得到发展繁荣并在维持和支持助产2030（Midwifery2030）目标上担任关键角色。栏10列出了为更好地保护公众需要在监管层面上的发展。

保障授权的实践环境

授权的实践环境包括获得有效的，可靠的会诊和转诊网络[52]以及人力资源的发展，监管和能力建设。

获得有效的会诊和转诊网络

一级助产服务需明确其必要时向二、三级助产服务机构转诊、会诊能力及转运过程。在国家级研讨会上有一些重要议题关于缺乏交通运输，

积极的，负责任的专业协会可以影响决策过程，对加强职业发展做出贡献。
(Jhpiego/Kate Holt)

缺乏不同级别卫生机构的合作，缺乏一级和高级服务间的交流，缺乏社区水平的问责制等问题的。探寻这些问题需要：

- 获得社区参与的、对转诊的理解和支持；
- 基于实证的关于转、会诊的政策，指导方针和指示；
- 拥有不同卫生服务级别和卫生保健专业人员间有效的沟通交流系统（包括移动医疗和电子医疗）；
- 有效利用社区卫生保健人员或传统接生人员，确保及时地从社区转诊；

- 能够提供一级助产水平特有的服务教育和管理（如规范的职权及艾滋病的筛查和治疗）；
- 如果多数适合分娩的场所离家较远时，可以获得合适并且安全的处所等待分娩；
- 可以将妇女和新生儿往返转运到高级卫生服务机构；
- 产妇在转运过程中可以有人陪伴，因为社会支持是有效尊重性护理的一个关键组成部分。

栏 10

保护公众：一种新的范例

专业监管希望保护我们服务的对象。然而，许多监管系统依然落后、过时，或者，某些情况下是完全缺失的状态。因此，使用卫生服务的人被置于危险境地，并且政府在尽力保障全民覆盖（UHC）和重新规划医疗体系时不能得到有力的支持。

在未来的20年内，政府部门、行业以及监管部门需要加快落实符合当前和未来需求的且在设计阶段积极保障公众安全的监管模型并实现现代化，而不是一味地关注以前失败的方法。

将来，监管框架的设定必须与风险水平相当。它需要在出现紧急情况时能提供解决办法，并且/或者预先采取行动以最小化风险。事后做出反应以及等待立法改变等做法只是少数的例外而不是通用方法。

为了提高效率，监管部门需要成为合作者和优秀的合作伙伴。它需要理解所有人的作用并寻找协调的机会以实现公共安全。综合的监管模型同时包括了教育，实践者和实践环境。

教育标准和课程内容需要与快速发展的循证，新型照护模式以及现代教育保持一致。该过程是针对问题且受团队重视的。教育项目需要是基于能力并使其模块化。

从业者需要经过充分的准备和授权才能从业，他们工作范围是根据人口需求来确定的。授权，监管和问责都是明确的并且监管者将主动地参与到服务对象中，许多原则贯穿于服务的主体而且政府要确保从业者不仅要正确履行其职责，还要连贯的完成。这有助于监管机构长期紧密合作，分享好的实践形式，信息以及建立行为衡量标准。

终身学习的哲学应当从开始阶段就灌输给他们。对从业者进行与其持续胜任力相关的重新认证是必要的。监管体系即使是在最偏远的地方也需要时时更新，最大限度的利用科技，来为确保公共安全和职业发展提供支持。

全球化中流动性的现实要求系统的发展以避免不必要的延误，不胜负担的需求和保护公众免受非专业的卫生服务带来的过多花费。为了达到此目的，我们需要发展和应用监管数据，这将提高透明化并协助行政辖区内的评估，校定和资格认证。

来源: David C Benton, 国际护士协会

人力资源的发展，管理和能力建设

每个国家都应该配备助产人员最小卫生人力资源（HRH）数据库。正如第二章中描述的包括：总数，花费在性生殖—母婴健康（SRMNH）上的时间百分比，角色，年龄分布，退休年龄，受教育时间，入学，退学和毕业，以及自愿离职。它能让人力资源规划和性生殖—母婴健康（SRMNH）团队的决议变得更加高效[53]。它可以将最适宜的技术混合的评估和配置应用到连续护理当中，同时纳入和配置选项可以使基础性生殖—母婴健康（SRMNH）的干预措施在范围和质量上得到合理公正的分配；经济和投资选项可以促进达到全民覆盖。参考基本公共卫生地理系统，如区域划分，可能也会使服务与需求协调一致。

卫生人力资源（HRH）战略应该包括对国家卫生服务计划，国家临床指南和课程体系的评估。准确的卫生人力资源（HRH）数据和基于需求的规划引导得到精准的教育和经济计划，包括课程接收的学生数量，发展机会和毕业前景。计划必须考虑到卫生人力市场的流动性，因为地区和全球的卫生保健人员的需求可能会影响国家供给。

业绩审查和开发是重要的人力资源管理项目。它将进行个体和服务需求的识别，包括维持胜任力学习的需求；认识到工作的成功及挑战；使服务满足需求和当地文化，同样业绩审查和开发将识别持续专业教育和素质提升的需求。

沿着职业路径发展是工作满意度的一个重要组成。专业知识和技能维持在专业水平的同时，职业的摇篮可使得人们在其职业的不同时间担任一系列不同的角色。对于一些人来说角色变化的发展机会包括：延伸的临床角色，教育，管理或研究，

这就需要一些包括能力建设项目在内的正规的发展项目的出现。新技术的使用[54]将使得“虚拟”学校或在线学习课程的建立和广泛使用成为可能。

使相互尊重的团队合作成为现实

“助产2030”要求性生殖—母婴健康（SRMNH）团队在以母婴为中心的同时能高效地工作。失败的团队合作和沟通占母婴保健事件的大多数。[55, 56]。

在每一名团队成员致力于其全部的实践范围时，对其角色和责任的明确和认同将避免不必要的重复和低效率。无论是一个类别上拥有过少或过多的人数，还是有过多相似的类别，都将阻碍“助产2030”目标的完全实现和连续护理中各项有效的衔接，并且将导致过度医疗化。“助产2030”意味着致力于全部助产实践范围的助产士，包括提供计划生育和得到会、转诊，能够弥合社区和卫生服务之间的鸿沟。

在教育 and 实践中跨学科的合作可能确保一批适用的人力资源的发展[57]。跨学科的团队合作包括：一起学习以培养“随时可以合作”的人员；尊重彼此和建立在彼此学科和能力基础上；互相沟通和任务移交以确保服务的连续性和一致性；事后从失误中一起总结经验。

各国的发现

“助产2030”对应了第二章的主要发现（见表3）并响应了母婴需求。对于母婴健康问题，它是划算的，可以吸引国家领导者对全球性生殖—母婴健康（SRMNH）问题做出重要的贡献。

对妇女和新生儿需求的响应

“助产2030”建立在性生殖—母婴健康（SRMNH）服务以母婴为中心的前提下。第二

章强调了由许多国家关注的照护中不尊重和恶言相向现象。女性被对待的方式以及她们对此的感知，反映着照护的质量和可接受性。朝着以人为本，或者更具体地说，以妇女为本的照护理念的转换是实现“助产2030”的必然要求。

以女性为中心的照护：

- 关注每一个女性个体的权利，需求，志向，期望和决策，而非机构或专业人员的；

表 3

“助产2030”如何响应SoWMy 2014的主要发现

国家数据和研讨会中的主要发现	助产2030:
缺乏数据支持卫生人力资源（HRH）政策和计划。	<ul style="list-style-type: none"> • 强调了对各国助产人员最小卫生人力资源（HRH）数据的需求。
与预测需求相关的人力资源的短缺和赤字。	<ul style="list-style-type: none"> • 认识到使助产行业和职业更有吸引力，拥有高质量的助产教育路径，分配和增加留职，降低离职策略的重要性。
缺少对角色和任务的明晰认识并且在预期角色与和能力之间存在不协调。	<ul style="list-style-type: none"> • 包括回顾角色，任务和责任以及提供明确性的卫生人力资源（HRH）计划。该过程关注正确的时间，正确的地点由正确的人提供正确的性生殖—母婴健康（SRMNH）服务，并降低重复率。
收益计划中产前干预供给的差异。	<ul style="list-style-type: none"> • 推荐实践模型以确保妇女及其新生儿能够获得连续性的护理。
有效提供计划生育指导和干预能力的差异。	<ul style="list-style-type: none"> • 使得计划生育通过合作性助产人力资源来提供，他们包括社区卫生保健人员或者相似类别的人员。
费用和地理因素影响了保健服务的可达性。	<ul style="list-style-type: none"> • 倡导一级保健靠近妇女家庭和社区，有转诊路径且能及时转移。
不尊重和恶言相对是妇女不接受保健服务的主要原因。	<ul style="list-style-type: none"> • 确保将尊重性的和符合当地文化的护理教育作为就职前和在职培训的一部分。 • 承认一个被授权的，设施优良的，安全的和支持性的实践环境促进尊重性护理的实现。
局限性： <ul style="list-style-type: none"> • 接受教育和在职助产士的数量； • 教育质量：教学设备，教师，标准和临床接触； • 没有监管机构或者没有能够履行保护公众职责的监管机构； • 专业协会有效倡导助产和性生殖—母婴健康（SRMNH）服务的能力。 	<ul style="list-style-type: none"> • 坚定地基于对教育，管理和协会的承诺。 • 强调了授权的专业环境重要性。它可以确保助产人员有准备、有授权和有能力的去承担其相应的角色

- 承认女性拥有选择，控制和从已知照顾者或照顾者们获得连续性护理的权利；
- 围绕宝宝，产妇的家庭和其他产妇自己认为重要人员的需求；
- 跟随产妇从社区到急诊以及返回社区；
- 致力于她的社会、经济、生理、心理和文化需求和期望[58]。

以女性为中心的照护要求一套综合性的服务方式以使女性可以在恰当的时间得到恰当的照护人员的帮助。如：有并发症时有产科医生，宝宝需要额外的照顾时有儿科专家，正常的妊娠和分娩过程中有助产士。该方法关注了特定条件下女性需要的照护人员，以及从让女性适应医务人员或体系的需求到使体系适应她的需求的转换。

以母婴为服务的中心同样需要注意性别平等和提供与人权原则，契约和立法相一致的尊重性的护理。每一名女性都有被尊重的权利；这是分娩的女性的七项权利[59]之一并且得到很多国际标准的支持，包括：《公民权利和政治权利国际公约》（1996，条款2）[59]。

以女性为中心的照护实施方式：

- 提供尊重性的安全照护，并且女性感到安全和被支持，最大化他们获得健康生活和良好结局的机会；
- 女性可以为自己和家人选择最好的和其可承受的服务；
- 在社区提供一级助产照护服务，靠近女性居

住的地方，且在其经济范围内，需要时获得更高水平保健服务。

提供划算的解决办法

“助产2030”是一项有效的投资策略，对应于增加计划生育服务 [60 - 62]，教育、配置 [63]和助产士主导照护模型带来的投资回报上。专栏11描述了投资计划生育的收益和对劳动力的影响；专栏12强调了基于社区基础上的助产教育和分配的投资带来的金钱和预期回报。助产士主导服务作为一种实践模型被认为不仅划算而且节约成本 [40, 42, 64]。因为它包含了有效地会、转诊途径同样可以为现有母婴保健模型中有风险的女性提供令其信服的选择。

参与的国家领导

政治意愿，领袖在实现助产2030和克服实现全民卫生覆盖（UHC）的障碍中是非常关键的。然而，其中的一些障碍是内部的并且与跨行业竞争和领导权相关。为克服障碍，卫生保健专业人士需要采取行动促进有效的合作和团队协作。

卫生保健专业协会 (HCPAs) 在领导其支持者方面扮演了关键的角色。在性生殖—母婴健康 (SRMNH) 的领域中，它代表了隶属于国际助产联盟 (ICM)，国际护士协会 (ICN)，国际妇产联盟 (FIGO) 和国际儿科协会 (IPA) 的数百个国家协会。作为变革领导者，HCPAs 是提高SRMNH服务和实现“助产2030”的关键。

四个国际协会的任务宣言是相似的[72 - 75]。每一个都支持其成员对妇女，儿童，家庭和社区做到最好。从加强助产士联系、代表

世界范围的护理队伍，到改善妇女的健康和权利，以及促进所有儿童生理，心理和社会的健康。这些任务和目标的相似性为合作形式的转变提供了基础并树立了榜样。共同的合作将会促进宣传倡议，政策统一，管理，认证，现场注册，跨学科的教育和专业持续发展。卫生保健专业协会（HCPAs）的终极目标是培养一个充满活力的，协作的，适用的，敏捷的，能满足妇女和儿童的需

求的卫生保健专业团队。

激发全球RMNCH 积极性

2014年充满着机遇，因为它拥有国家和国际良好的发展势头。自世界助产报告（SoWMY 2011）[76]在2011年6月发布以来，为促进国家和国际的

对投资计划生育的影响

提高孕产妇健康结局最有效的方法之一是减少未满足的计划生育需求[60]。额外的收益包括改善健康、教育、经济状况[65]。2012伦敦计划生育峰会做出承诺：在2020年前为69个世界上最贫穷的国家的1.2亿不能获得避孕工具的妇女和青少年提供有效的避孕[66]。其影响和投资回报是明确的[61]，但是劳动力的含义是什么？政策和计划的几个关键点如下：

少的妊娠数意味着在短时间（0-15年）

内对孕产妇和新生儿卫生服务需求快速下降。随着人口出生率的下降，对产前保健，熟练接生，紧急产科服务和产后保健的需求也随之下降。这将使助产士和产科医生实践范围内的基本干预项目逐年稳定下降，因此为提高卫生服务的质量和覆盖率创造了条件。

少的妊娠数同样意味着长时期内育龄妇女的减少。人口统计学的趋势决定了对助产人员的需求。从开始计划生育的前15年和之后加速发展的25年，将有更少的育龄妇女，因此对性和生殖卫生保健的需求将全部下降。

SRMNH的46项基本干预中，性-生殖卫生保健服务对卫生人力资源的需求影响最大。所有的育龄妇女需要普遍获得性-生殖卫生保健。她们之中并非每个都会怀孕且更少的人员需要急诊产科服务。今后对性-生殖卫生保健服务（以及相应的卫生保健人员的能力）的需求将超过产科急诊服务。提供计划生育在内的社区性-生殖服务的卫生工作者，其结构和技术混合理论上要符合各国的国情，并且需要时还可以确保给予HIV/AIDS服务。

女孩是广义上的“卫生工作者”的中心组成部分。强调避孕和计划生育未满足需求就要求青少年，教师，父母和社会参与到性-生殖保健中去，形成广义的“卫生工作者”。另外，接受过计划生育和卫生保健服务的妇女的孩子要比未接受过这些服务更健康，受到更好地教育[61]。因此，加强计划生育将降低每位女性的生育数量，允许更多的孩子接受教育，从

而增加了高校毕业生（潜在的卫生工作者）的数量，获得了社会，经济和健康效益，并且能够降低未来对卫生服务的的需求[67]。

非专业的工作人员，辅助助产士和药剂师是满足计划生育需求和控制成本的关键

。母婴保健（MNH）[68]指南的优化为实施计划生育的新模式提供了依据。根据指南，非专业的工作人员在监督和评估下可以提供注射用避孕药。辅助助产士可以高效地提供口服避孕药，避孕套，激素注射，皮下埋植避孕剂和宫内避孕工具。这些角色可以由社区内的妇女们担任，以增加就业机会，在使助产士，护士和医生付出更多时间提高性生殖—母婴健康(SRMNH)服务的质量和覆盖率的同时，得到更加规范化的改变。

来源：Jim Campbell and Laura Sochas, ICS Integrate.

助产士：基础卫生保健“最好的投资”

2013年，以社区为基础的助产学文凭课程(CMDP)在孟加拉国启动。CMDP向挑选出来的学生，他们来自孕产妇保健需求最大的地区，提供符合国家教育标准和国际助产联盟标准和规范[69]的学位资格认证。它由一个综合系统方法的组成，结合了WHO针对农村人才稳定的指导方针和“hub and spoke”教育模型[70]以实现四个核心功能：1) 课程和能力的开发；2) 学生选拔；3) 评估和部署；4) 选取合适地点，配置优良的培训设施以确保教育模型的建立。

“hub”在BRAC大学处于中心位置；“spokes”是位于孟加拉国农村地区的六个独立的教育机构。在4年的课程中CMDP预计每年教育500名毕业生，预计每个学生花费5,300美元。相比之下，阿富汗和苏丹每年每名学生的花费分别约为7,900美元和12,700美元[71]。

2013年进行的成本-收益评估[63]从三个方面进行了报告：1) “hub and spoke”模型的经济，效率和效益；2) 对生命和挽救生命年数的影响；3) 投资回报（基于降低不必要剖宫产）[72]。

1 | “hub and spoke”教育模型对经济、效率和效益有积极影响。与单个机构独立发展学位比较，无论在课程，能力开发，学生筛选还是培训地点的开发上都有积极的影响。

措施	经济	效率	效益
课程发展	低花费	短时间	高质量
能力开发	低花费	短时间	高度一致
学生筛选	中等花费	中等效率	有效的中心选择
培训地点开发	低花费	快速产出	稳定的质量

2 | 对于生命和挽救生命年数的影响与儿童免疫的影响相似。2015年毕业的助产士，在其预计的未来的30年的工作中，将可能目睹产妇死亡率从194/100,000降至35/100,000婴儿死亡率从52/1,000降至12/1,000。相同的时间间隔下，没有获得毕业证书的助产士，这些比率只能下降至154/100,000和43/1,000。500名助产士将挽救36,178条生命（一生一共2,635,164条生命），每个生命将节约219美元，或每年节约3.02美元，这与儿童计划免疫的成本收益类似（每挽救一个节约216美元）。

3 | 对助产士的投资可以获得16.2的投资回报率。使用避免的剖宫产数量为测量指标，并且假定在孟加拉国有剖宫产数量上涨的趋势（例如，从2015年的15%上升至2045年的45%），以社区为基础的助产士将该比例降低20%（如2045年达到25%），每年避免3,391的剖宫产数或30年减少101,719的剖宫产数。若每台剖宫产术的净花费为1,264美元，则30年可以节省1.285亿美元；仅790万美元的教育花费获得16.2倍的回报。如果以保守的降低10%的剖宫产数来计（2045年达到35%），对助产士的投资将获得6.2倍的回报。

对助产士的教育是有所裨益的。给予社区助产人员有针对性的干预会对经济，效率和效益带来积极影响，

它的影响类似于儿童计划免疫，能够获得16倍的投资回报。在基础卫生保健中是“最好的投资”。

来源：Tim Evans, Asiful Haidar Chowdhury, and Ismat Bhuiya, BRAC 大学.改编自物有所值评估：CMDP.2013年4月[63]。

参与，几项新的全球母婴儿童健康合作（RMNCH）已经启动。（见48页上的表4）。

表4中理想的状态只有通过政治支持和团结协作才能实现。每一个目标都需要加快妇女和

新生儿卫生受益计划的实施速度，正如2006世界卫生报告分析中所指出的“如果没有卫生工作者，健康干预将很难实施”[83]

助产2030：鼓舞人心的全球行动

助产2030

通往健康之路

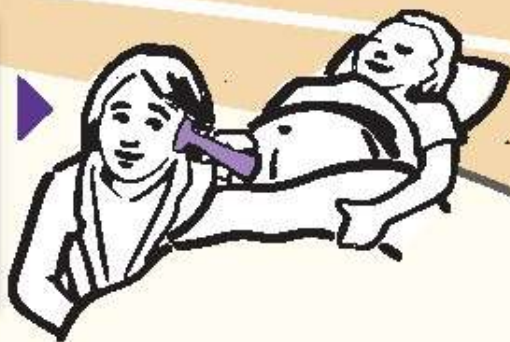






计划和准备 即：

- 晚婚
- 完成中等教育
- 向男孩和女孩提供全面的性教育
- 预防自己感染HIV
- 维持一个好的健康和营养的状态
- 使用现代避孕方法计划妊娠

确保好的开始 即：

- 保持健康并且为妊娠，分娩和新婚生活做准备
- 至少接受四次产前保健访视，包括讨论分娩准备和制定紧急计划
- 要求并接受专业人员提供支持性和预防性的助产服务来帮助你和你的宝宝保持健康，以及有效处理可能出现的并发症



挑战	解决方案	影响	进展
<p>73个国家中只有4个拥有充足的助产人员，这些人员能够满足对性生殖—母婴健康（SRMNH）46项基本干预的普遍需求。</p> 	<p>助产士可以提供针对女性和新生儿的87%的基本照护，在教育程度和管理达到国际标准的情况下。</p> 	<p>对助产士的投资可以收到16倍回报。</p> 	<p>孟加拉国正在培养500名助产士，她们可能拯救36,000条生命。</p> 

什么使它成为可能？

1

所有育龄期妇女

包括青少年在有需求时普遍可以获得助产服务。

2

政府

提供支持性的政策环境并对其负责。

3

政府

和医疗系统提供充分自主的环境并对其负责。

4

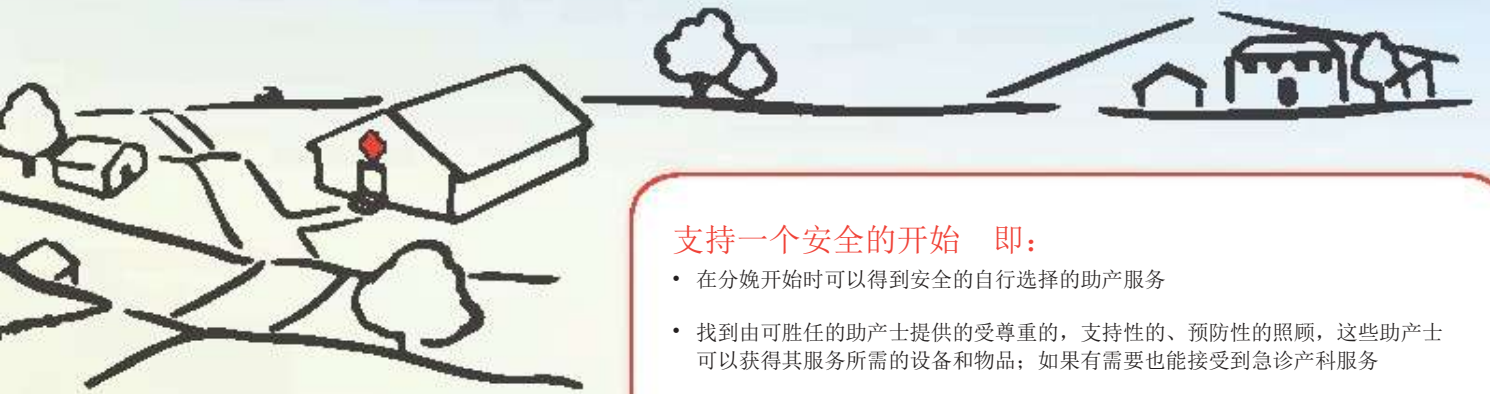
数据收集和分析

完全包含在服务提供和发展的过程中。

5

助产服务

在国家医疗预算中应优先考虑；给予所有妇女普遍的财政支持。



支持一个安全的开始 即：

- 在分娩开始时可以得到安全的自行选择的助产服务
- 找到由可胜任的助产士提供的受尊重的，支持性的、预防性的照顾，这些助产士可以获得其服务所需的设备和物品；如果有需要也能接受到急诊产科服务
- 参与到关于你和你的宝宝该如何接受照护的决定中
- 在生产过程中能保障一定的隐私和空间而没有不必要的打扰和干预
- 在你确实需要急诊产科服务的情况下能够得到助产团队的支持



为未来创建基础 即：

- 立即开始母乳喂养并且随意愿长期坚持母乳喂养
- 在最初几个月和几年里能得到如何照顾宝宝的信息和支持
- 接收到关于计划生育的信息，因此你可以有效地为下一次妊娠计划时间
- 在合适的时间可以得到助产团队家庭卫生服务以及预防接种服务



6

助产保健

在卫生保健专家，相关人员以及非专业卫生工作者的共同合作下实施。

7

一级助产保健

接近妇女及其家庭，并且与下一级保健服务间可以无障碍衔接。

8

助产学人员

通过高质量的教育，管理和有效的人力和其他资源的管理,获得支持。

9

所有的卫生保健专业人员

可以提供并且有能力提供高质量的服务。

10

专业机构

领导其成员提供高质量的保健服务

统一政策支持下的性生殖-母婴保健结局所要求的变革与以下事实相关：助产有可能成为达成2015年后的性-生殖健康目标及加速全民卫生覆盖（UHC）的促进因素。

各国的领军人物们，不论政客，议员，男性，女性，男孩，女孩，私人公司还是卫生保健人员、专业协会、监督机构、决策人员与政策制定者都应当全力支持可得、可达、可接受及高质量的

助产服务。为达到此效果，许多项目正在进行，并因联合支持“助产2030”项目而获益，最终会使女性的权利得以保障。

TABLE 4

表4

全球性、生殖、母婴及儿童保健领域的倡议与目标

指导方针/活动方案	目标年*	措施/目标
死产** [77]	2020	对于现今死产率大于5%的国家，目标定位在较2008年，死产率降低至少50%。 对于现今死产率小于5%的国家，目标为减少所有可预防的死产数和缩小不平等差距。
预防发展中国家青少年早孕并改善其生殖健康状况 [16]	-	通过减少早期意外受孕而导致不良健康结局的机会，以改善青少年性、生殖健康。具体措施如下： <ul style="list-style-type: none"> • 减少十八岁以下的妊娠； • 逐步消除早婚与被迫结婚现象； • 严厉惩治对于妇女及少女的性虐待与性暴力； • 增加需避孕青少年避孕工具的及性与使用； • 减少青少年中有不安全的流产数量； • 对于妊娠青少年，增加熟练产前、产中、产后护理的使用； • 防控包括HIV在内的性传播疾病。
至2015年，降低新发的儿童HIV感染和保证其母存活的全球性计划 [78]	2015	在22个优先国家中，每个国家儿童新发HIV感染的估计人数至少下降85%。同时HIV关联妊娠死亡数字下降50%。
2020年生育计划 [66]	2020	为世界上最贫穷的国家没有满足避孕工具需求的一亿两千万女性提供她们可承受的，救命的避孕信息和服务。
2025年改善产妇、婴儿及幼儿营养状况的全球性计划 [79]	2025	<ul style="list-style-type: none"> • 育龄妇女贫血发生率下降50% • 低体重儿比率下降30% • 出生后6个月纯母乳喂养比率增加至少50%。
最新承诺 [80]	2035	所有国家将活产儿童的死亡率降至2%或更低。
避免可预防的产妇死亡 [81]	2030	降低产妇死亡率至0.7%或以下。
每个新生儿：避免可预防死亡的行动计划 [82]	2030与2035	至2030年将新生儿死亡比例降至总产数的12%以下，并在2035年将其降至10%以下。 至2030年将死产比例降至总产数的12%以下，并在2035年将其降至10%以下。

* 目标年份从全球性的倡议中获得。

** 2014年提出的“对于每位新生儿：避免可预防死亡数的行动方案”提供了修订后的2030年，2035年的目标方案。

国家 概要



2014世界助产术现状国家概要使用说明	50
阿富汗.....	52
安哥拉.....	54
阿塞拜疆	56
孟加拉国	58
贝宁	60
多民族玻利维亚国.....	62
博茨瓦纳.....	64
巴西.....	66
布基纳法索.....	68
布隆迪.....	70
柬埔寨.....	72
喀麦隆	74
中非共和国	76
乍得	78
中国.....	80
科摩罗	82
刚果	84
刚果民主共和国	86
科特迪瓦共和国	88
吉布提	90
埃及	92
厄立特里亚	94
埃塞俄比亚.....	96
加蓬.....	98
冈比亚	100
加纳	102
危地马拉.....	104
几内亚.....	106
几内亚比绍.....	108
海地.....	110
印度.....	112
印度尼西亚.....	114
伊拉克.....	116
肯尼亚.....	118
朝鲜民主主义人民共和国.....	120
吉尔吉斯斯坦	122
老挝人民民主共和国.....	124
莱索托.....	126
利比里亚	128
马达加斯加	130
马拉维	132
马里.....	134
毛里塔尼亚.....	136
墨西哥.....	138
摩洛哥	140
莫桑比克.....	142
缅甸	144
尼泊尔.....	146
尼日尔	148
尼日利亚	150
巴基斯坦	152
巴布亚新几内亚.....	154
秘鲁.....	156
卢旺达.....	158
圣多美与普林希比共和国	160
塞内加尔.....	162
塞拉利昂	164
所罗门群岛	166
索马里.....	168
南非.....	170
南苏丹.....	172
苏丹.....	174
斯威士兰.....	176
塔吉克斯坦.....	178
坦桑尼亚	180
多哥	182
土库曼斯坦.....	184
乌干达	186
乌兹别克斯坦	188
越南.....	190
也门.....	192
赞比亚.....	194
津巴布韦.....	196

2014世界助产现状国家概要使用说明

国家概要可以为政策讨论提供简要的信息。这些政策讨论是围绕劳动力的构成、技能混合、部署以及有利的工作环境是如何对所有妇女和新生儿需求的性生殖—母婴健康（SRMNH）服务的实施产生影响的。这个导读主要是对两页国家概要图形的描述和提供可能出现的指示性政策问题的举例。

第一页：我们目前状况如何？

在国家概要的首卷中，我们讨论为妇女和新生儿提供性生殖—母婴健康（SRMNH）服务的人力资源现状如何。我们通过有效性，可得性及质量这几个变量来推进讨论的进展。

妇女及新生儿需要什么？

概述一开始描述了如果全部覆盖，必须满足的一些需求指标，在此部分中，我们将统筹怀孕数、他们的地区分布和所需的服务量，其他一些需求包含了提供性生殖健康服务，这其中也包含了没有满足需求的计划生育服务。

指示性政策问题：国家政策环境是否与生殖—母婴健康（SRMNH）服务全民覆盖相适应？是否满足女性及新生儿的需求？

人力资源的有效性及需求的满足程度

概要部分接下来讨论的是有多少医护人员可用于满足此需求。工作人员总数和每人MNH服务花费的时间百分比在这部分呈现。这些信息提供了全职卫生工作者的数量，只有考虑全职卫生工作者的数目，才能呈现出有效性的真实情况。卫生工作人员按类别分组，每个国家的的骨干人员名称见注解1。

此部分同时针对供需关系评测了人力资源的可得性。国家总计百分比总结了可得的助产士人力资源完成对所有妇女和新生儿的46项基本生殖—母婴健康（SRMNH）干预的程度，同时把不同医务工作者负责不同服务考虑在内。这些估计所得到的需求与护理项目（例如46项基本干预）、医务工作者数目、花费在生殖—母婴健康（SRMNH）服务上的时间百分比和他们承担的角色高度相关。

指示性政策问题：是否所有从事助产的人力资源骨干都被叙述在内，包括岗位名称和每种骨干花费在生殖—母婴健康（SRMNH）服务上的时间百分比？评估的国家总体水平是否掩盖了局部不平衡，例如在地方水平、分解成城市和乡村，不同社会经济条件等。

经济可达性

即便有了足够数量的医护人员，他们提供的服务也是不足的，这个图表展现了包括在各国最少卫生福利项目和免费分娩项目中的46项基本的生殖—母婴健康（SRMNH）干预的数目，可以作为国家提供给接受生殖—母婴健康（SRMNH）服务的妇女和新生儿经济支持的程度指标

指示性政策问题：最低福利保障是否排除了经济实力高低，囊括了所有妇女？国家计划是否提供了包含46项基本干预的生殖—母婴健康（SRMNH）服务计划或包含更多项目？

地域可达性

医护人员及医疗机构的分布相较于儿的需求来看，并不均匀，此表通过呈现城乡分娩例数的对比来表明国家生殖—母婴健康（SRMNH）服务的地理分布需求。此表还标明了可得的熟练接生数目。它也可以成为助产人力资源的估算方法。

指示性政策问题：此国城乡地区在取得助产术服务方面是否存在显著差异？国家用什么手段来进行干预和调整？

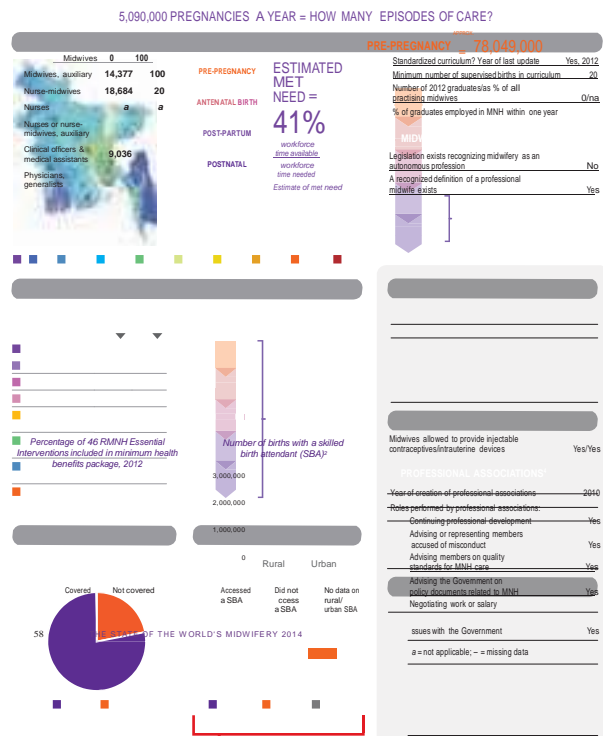
教育、法规及组织

教育、法规和专业组织对医护人员们提供高质量的产科护理工作起着不可或缺的作用。在这个部分里，我们阐述国家可以提供有利环境的优势在哪里。

指示性政策问题：这些用来提高护理质量的有利环境是否达到了国家及国际标准？如尚未达到，应如何改进？

BANGLADESH

In 2012, of an estimated total population of 154.7 million, 111.2 million (72%) were living in rural areas and 43.2 million (28%) were women of reproductive age; the total fertility rate was 2.2. By 2030, the population is projected to increase by 20% to 185.1 million. To achieve universal access to sexual, reproductive, maternal and newborn care, midwifery services must respond to 4.3 million pregnancies per annum by 2030, 65% of these in rural settings. The health system implications include how best to configure and equitably deploy the SRMNH workforce to cover at least 359.8 million antenatal visits, 57.6 million births and 230.2 million postpartum/postnatal visits between 2012 and 2030.



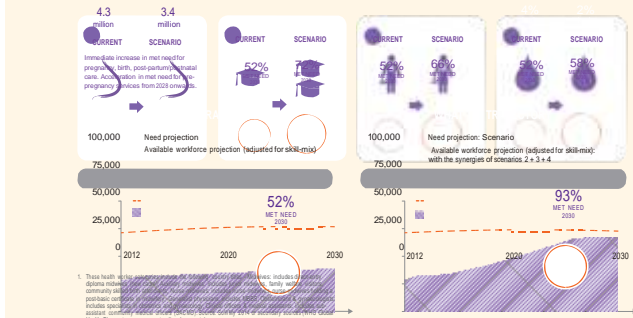
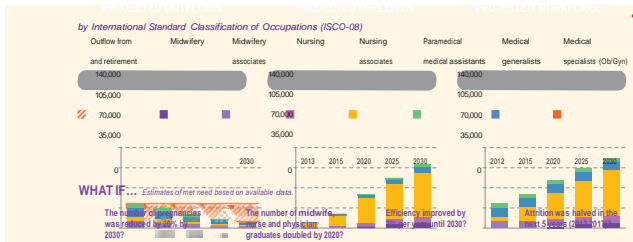
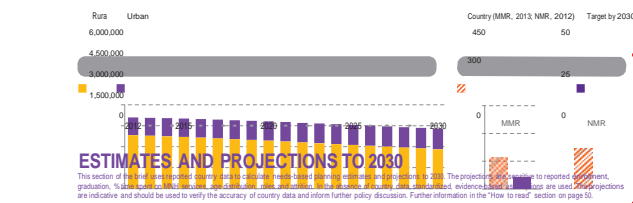
第二页：2030年将会呈现何种状态？

国家概要的第二页将展开相关政策讨论。讨论围绕未来助产术人力资源与国家人口规模的供需平衡展开。在最后的部份中，“2030年估算与推测”呈现的是各种情况下，卫生人力资源的可得性与未来生殖—母婴健康（SRMNH）服务需求的可能动向。考虑到有些国家数据的空缺，此结论更应被视为政策讨论的起始点（包括围绕国家统计数据可得性与质量），而不是一个事实陈述。

预测妊娠数及减少死亡率

达到全民覆盖意味着预料并满足未来的需求。这个章节展示了 2012~2030 年需求的演变（以城乡怀孕例数的年度统计数字来呈现）。其余性与生殖健康服务的需求取决于育龄妇女数目的变化，其中包括青少年的数目。

这一部分同时提供了降低产妇与新生儿死亡率的相应指示。同时也在 2030 年消灭可预防产妇和新生儿死亡数的行动方案中提出。这些提出的目标服从于国家政策和决定。



展望 2030

此部分阐明了在常规情况下和不同政策方案下助产人力资源可能的进展方向。

三行图表中的第一行展示了在 2012~2030 年间将参与工作与离开岗位的医护工作者的数量。左方的表格反映了伴随年份增加，全职医护工作者将会如何减少。阴影部分表示此期间内流失的人数。中间的表格反映了通过国家教育机构培训入职人数。右方的第三张表格反映了人员进入与离开所积累的影响

“假如”部分用来举例。这些图表通过四种不同情境来表明政策可能的影响和一些可预期的需求变化：减少每年怀孕人数总数；增加助产士、护士和产科医生的数量；提高医护人员工作效率以及减少辞职人员数量。底部的两个图表强调了现今政策情况下与假设四种政策联合情况下可能出现的差异。供需关系变化参照各国统计数据与附录 5 中所规定的一套标准决策规则。

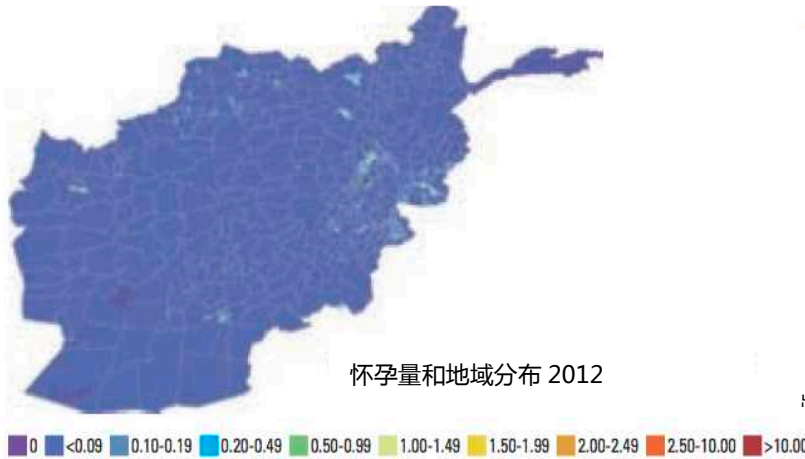
指示性政策问题：改进产科工作效率与管理的现状的机遇有哪些？现今产科工作的缺陷在哪？有什么机制可用来阻止人员的流失？为什么医护人员选择辞职？国家对产科劳动力混合技能与资源配置有何优先政策？这些政策如何影响供需关系平衡？

阿富汗

2012年，估计总人数 2980 万人，2350 万人 (79%) 生活在农村，650 万的妇女 (22%) 为育龄妇女。总生育率是 5。至 2030 年，人口估计会增加 46%，达到 4350 万人。为了使这些人普遍获得性、生殖及母婴护理，至 2030 年助产士服务必须适应每年 160 万的怀孕量。其中有 73% 在农村。在 2012 至 2030 年期间，给予卫生体系的启示是如何更合理地设置人力资源来适应 1.178 亿的产前检查，2030 万的出生量，8130 万的产后/出生后随访。

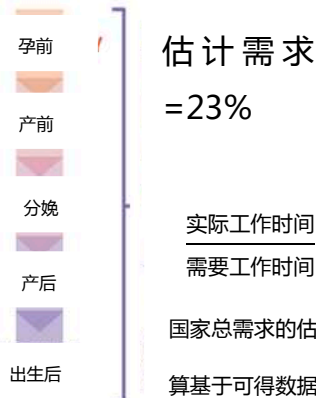
妇女和新生儿的需求 (2012)

每年 1573000 的怀孕量 = 多少照护事件



可获得的人力资源 (2012)

在 MNH 工作的人员国家级分类	花费在 MNH 的时间%
助产士	3,500 100
助产士、辅助者	na na
助产护士	na na
护士	na na
护士、助产护士、	na na
卫生干事和医助	na na
开业医生、全科医生	4,200 12
产科医生、妇科医生	400 100



助产教育

高中教育为最低起点	10 年级+
取得资格要求的学习数 (全面的)	2
是否为标准化课程设置及最新更新时间	是, 2010
课程要求的在指导下的最低接生数	25
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	-/-
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	95%

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	否
有承认助产是自主专业的法律	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	否
执照助产士的现场注册	否
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	7
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是

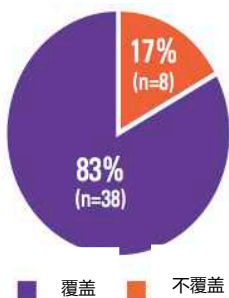
专业组织

专业组织创建年	2005
专业组织角色	
持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	否
就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
就政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	是
Na=不适合 --=缺失数据	

经济可达性

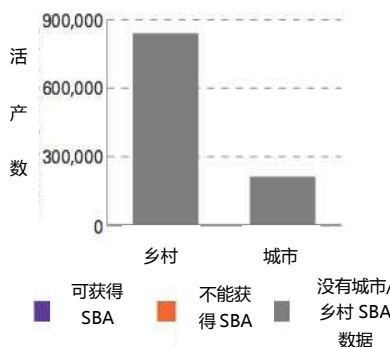
包括最小受益计划的 46 项 RMNH

基本干预百分比

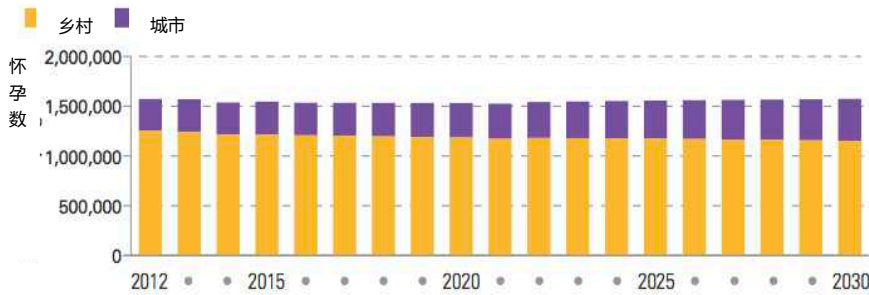


地域可达性

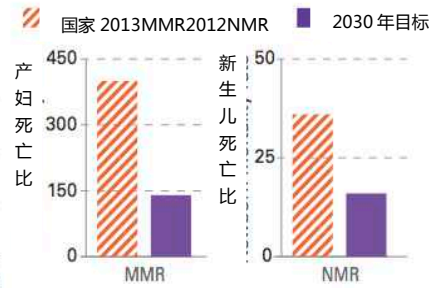
SBA 接生数目



规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



2030 年预测和规划

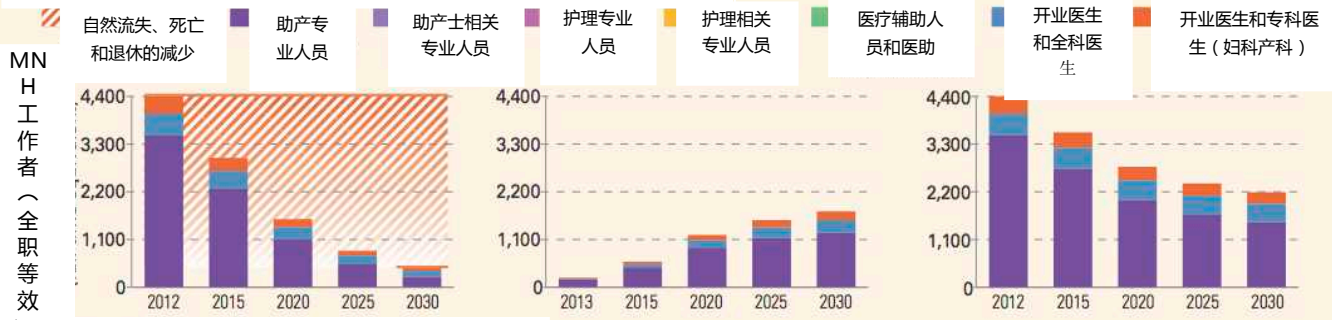
这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的 2030 年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

预计减少量

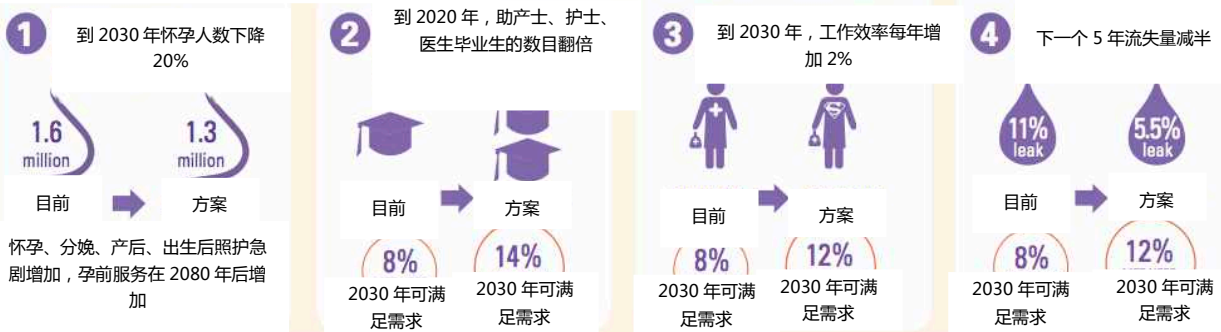
预计增加量

预计工作人数

ISCO-08 国际职业标准分类



假如...通过可获得的数据进行的需求预测



目前发展轨迹

假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）
 2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据
 3. 信息参考助产士骨干分类
 4. 助产士、护士的国家组织
 5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

安哥拉

2012年，估计总人数 2080 万人，1250 万人（60%）生活在农村，460 万的妇女（22%）为育龄妇女。总生育率是 5.9。至 2030 年，人口估计会增加 67%，达到 3480 万人。为了使这些人普遍获得性、生殖及母婴护理，至 2030 年助产士服务必须适应每年 180 万的怀孕量。其中有 60% 在农村。在 2012 至 2030 年期间，给予卫生体系的启示是如何更合理地设置人力资源来适应 1.174 亿的产前检查，2130 万的出生量，8130 万的产后/出生后随访。

妇女和新生儿的需求 (2012)



可获得的人力资源 (2012)

在 MNH 工作的人员国家级分类 花费在 MNH 的时间%

助产士	30	100
助产士、辅助者	na	na
助产护士	70	100
护士	na	na
护士、助产护士、	1,050	100
卫生干事和医助	15	100
开业医生、全科医生	2,956	30
产科医生、妇科医生	500	99



估计需求 = 16%

实际工作时间
需要工作时间
国家总需求的估
算基于可得数据

助产教育

高中教育为最低起点	12 年级+
取得资格要求的学习数 (全面的)	4
是否为标准化课程设置及最新更新	是
课程要求的在指导下的最低接生数	50
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	-/-
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	70%

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	否
有承认助产是自主专业的法律	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	是
执照助产士的现场注册	否
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	6
允许助产士提供可注射避孕孕药/宫内避孕器	是/是

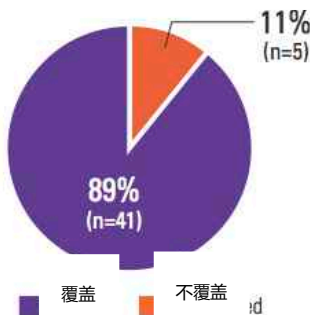
专业组织

专业组织创建年	2000
专业组织角色	
持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	是
就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
就政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	是
Na=不适合 --=缺失数据	

经济可达性

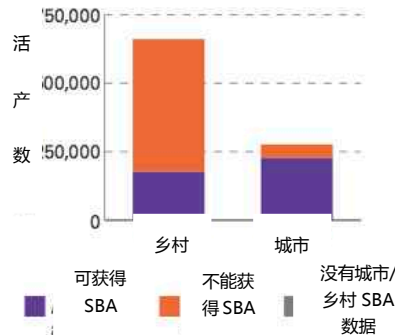
包括最小受益计划的 46 项 RMNH

基本干预百分比

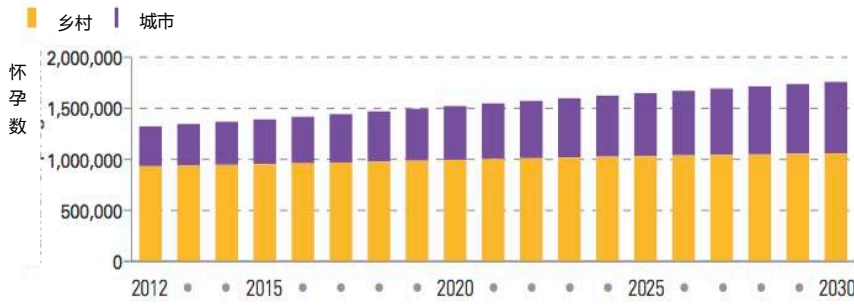


地域可达性

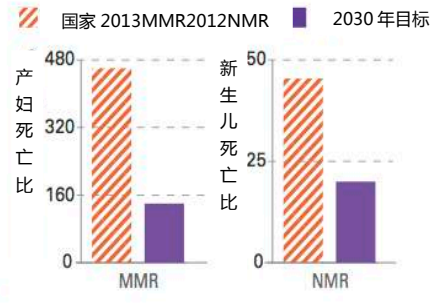
SBA 接生数目



规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



2030年预测和规划

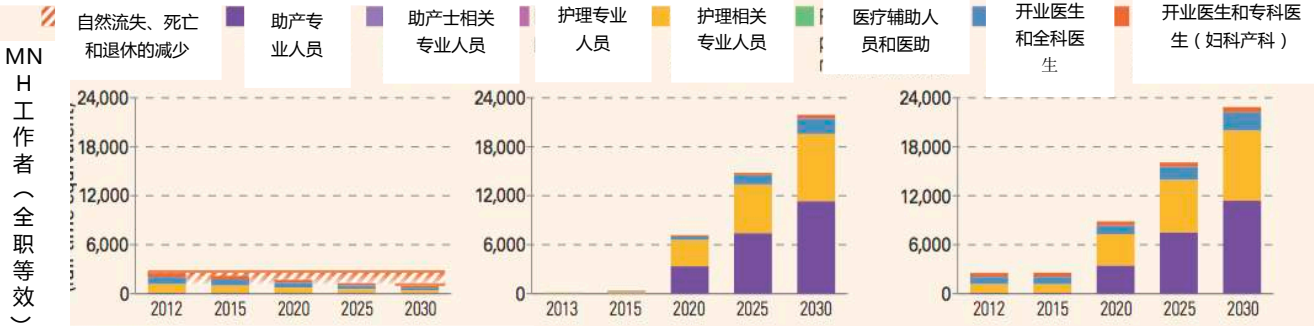
这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的2030年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

预计减少量

预计增加量

预计工作人数

ISCO-08 国际职业标准分类

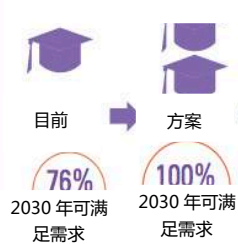


假如...通过可获得的数据进行的需求预测

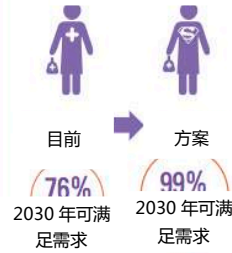
1 到 2030 年怀孕人数下降 20%



2 到 2020 年，助产士、护士、医生毕业生的数目翻倍



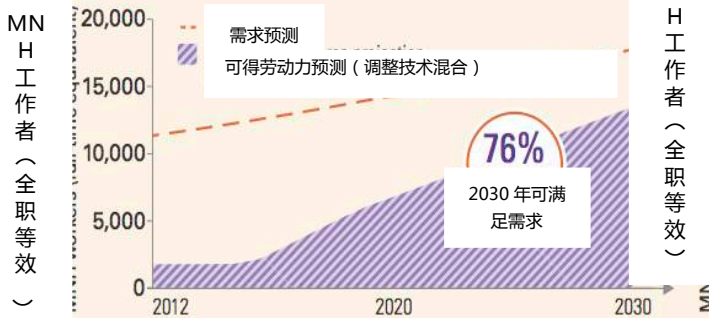
3 到 2030 年，工作效率每年增加 2%



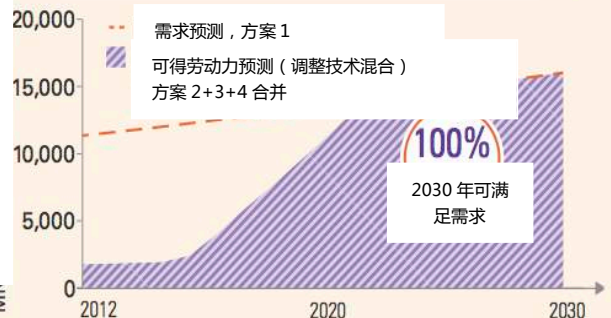
4 下一个 5 年流失量减半



目前发展轨迹



假设发展轨迹



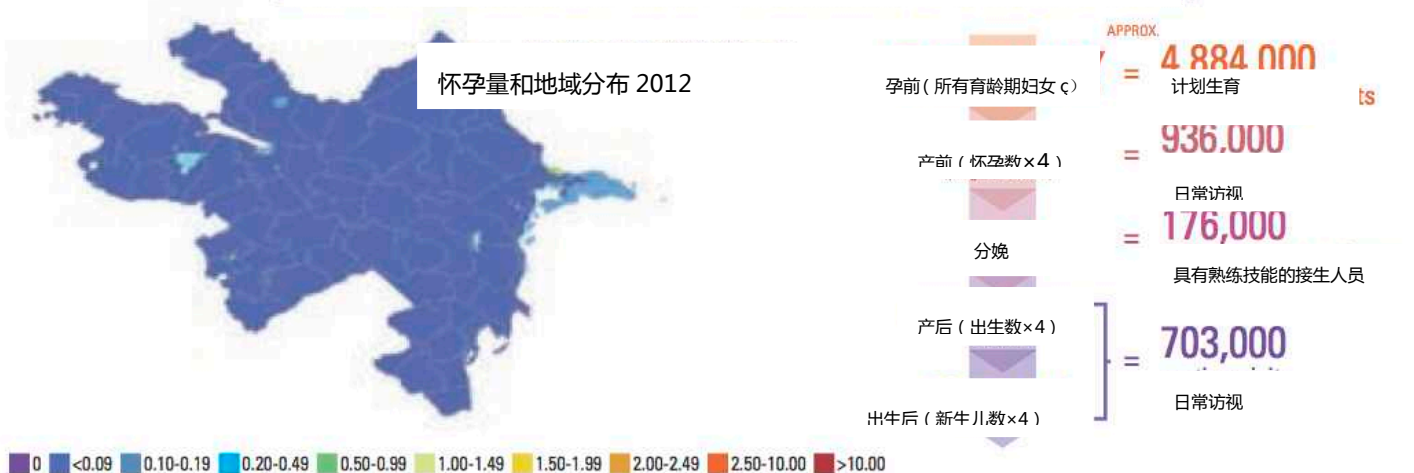
1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 年的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）
 2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据
 3. 信息参考助产士骨干分类
 4. 助产士、护士的国家组织
 5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防孕产妇死亡的计划和每位新生儿 II 类实施计划

阿塞拜疆

2012年，估计总人数930万人，540万人（58%）生活在农村，270万的妇女（29%）为育龄妇女。总生育率是1.9。至2030年，人口估计会增加13%，达到1050万人。为了使这些人普遍获得性、生殖及母婴护理，至2030年助产士服务必须适应每年20万的怀孕量。其中有53%在农村。在2012至2030年期间，给予卫生体系的启示是如何更合理地设置人力资源来适应1500万的产前检查，280万的出生量，1130万的产后/出生后随访。

妇女和新生儿的需求 (2012)

每年 234000 的怀孕量 = 多少照护事件

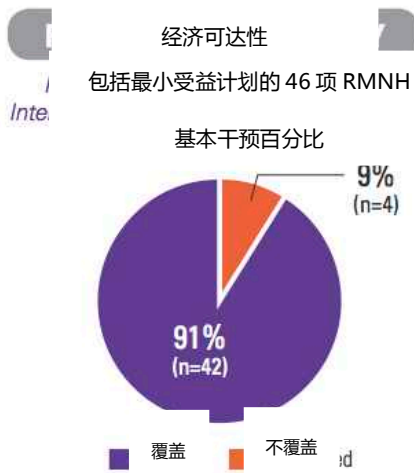


可获得的人力资源 (2012)

在 MNH 工作的人员国家级分类	花费在 MNH 的时间%
助产士	5,831 100
助产士、辅助者	2,533 100
助产护士	2,200 100
护士	na na
护士、助产护士、	na na
卫生干事和医助	na na
开业医生、全科医生	8,604 100
产科医生、妇科医生	2,005 100

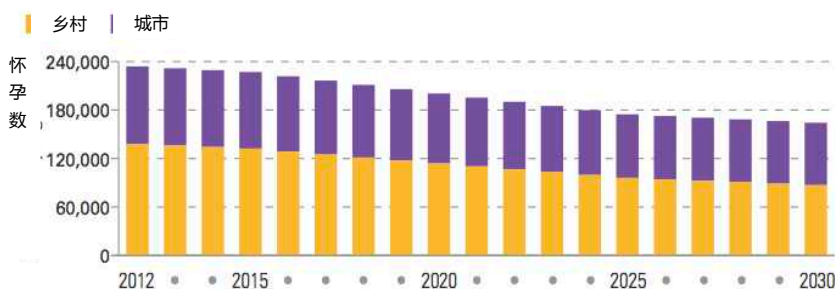
估计需求 = 100%

实际工作时间
需要工作时间
国家总需求的估
算基于可得数据

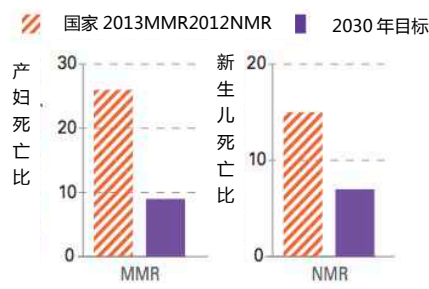


助产教育	
高中教育为最低起点	10 年级+
取得资格要求的学习数 (全面的)	5
是否为标准化课程设置及最新更新时间	是, 2009,
课程要求的在指导下的最低接生数	5
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	356/6
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	64%
助产法规	
有承认助产是自主专业的法律	是
有承认助产是自主专业的法律	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	是
执照助产士的现场注册	是
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	3
允许助产士提供可注射避孕孕药/宫内避孕器	否/是
专业组织	
专业组织创建年	2001, -
专业组织角色	
持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	是
就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
就政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	否
Na= 不适合 --= 缺失数据	

规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



2030 年预测和规划

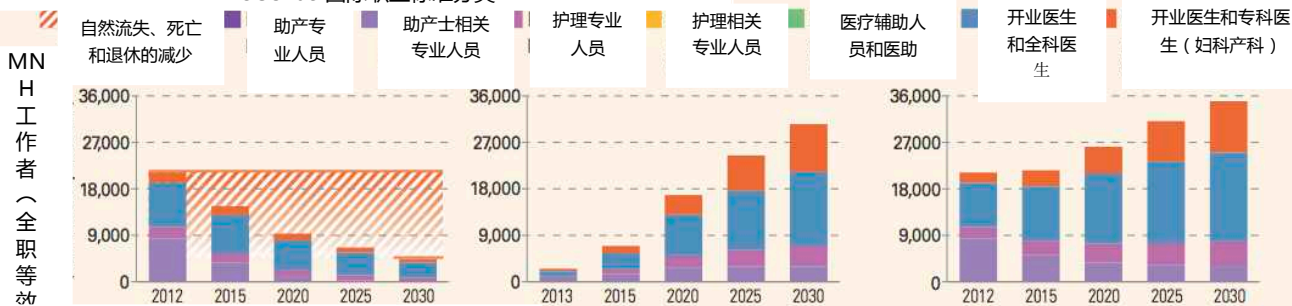
这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的 2030 年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

预计减少量

预计增加量

预计工作人数

ISCO-08 国际职业标准分类



假如....通过可获得的数据进行的需求预测

1 到 2030 年怀孕人数下降 20%



2 到 2020 年，助产士、护士、医生毕业生的数目翻倍



3 到 2030 年，工作效率每年增加 2%

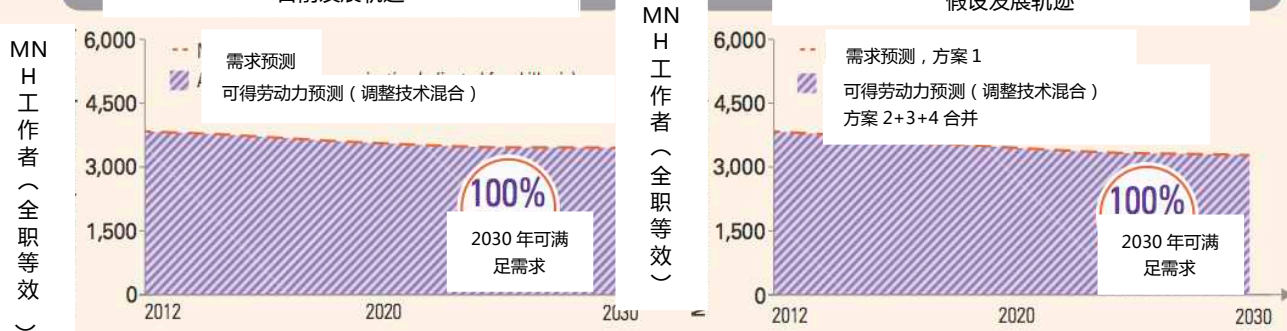


4 下一个 5 年流失量减半



目前发展轨迹

假设发展轨迹



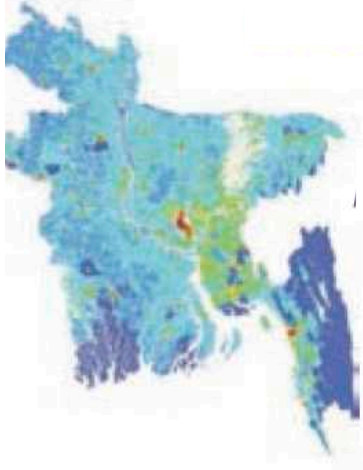
1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）
 2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据
 3. 信息参考助产士骨干分类
 4. 助产士、护士的国家组织
 5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

孟加拉国

2012年，估计总人数 1.547 亿人，1.112 亿人（72%）生活在农村，4320 万的妇女（28%）为育龄妇女。总生育率是 2.2。至 2030 年，人口估计会增加 20%，达到 1.851 亿人。为了使这些人普遍获得性、生殖及母婴护理，至 2030 年助产士服务必须适应每年 430 万的怀孕量。其中有 66% 在农村。在 2012 至 2030 年期间，给予卫生体系的启示是如何更合理地设置人力资源来适应 3.598 亿的产前检查，5760 万的出生量，2.302 亿的产后/出生后随访。

妇女和新生儿的需求 (2012)

每年 5090000 的怀孕量 = 多少照护事件



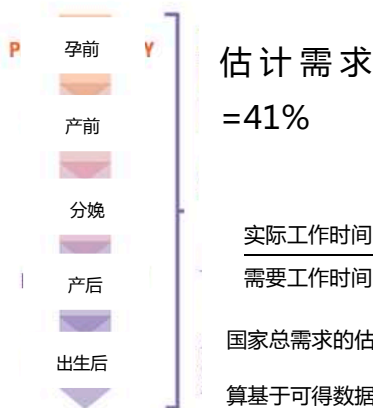
怀孕量和地域分布 2012



可获得的人力资源 (2012)

在 MNH 工作的人员国家级分类 花费在 MNH 的时间%

国家级分类	人数	时间%
助产士	0	100
助产士、辅助者	14,377	100
助产护士	18,684	20
护士	na	na
护士、助产护士、	na	na
卫生干事和医助	9,036	-
开业医生、全科医生	53,603	-
产科医生、妇科医生	802	100



助产教育

高中教育为最低起点	12 年级+	12+
取得资格要求的学数 (全面的)	3	3
是否为标准化课程设置及最新更新时间	是, 2012	2012
课程要求的在指导下的最低接生数	20	20
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	0/na	9
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	-	-

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	否	No
有承认助产是自主专业的法律	是	Yes
政府机构规范助产士行为	是	Yes
助产执照	是	Yes
执照助产士的现场注册	是	Yes
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	6	6
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕药	是/是	Yes

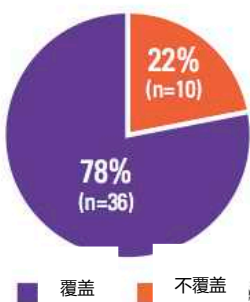
专业组织

专业组织创建年	2010, -	010
专业组织角色		
持续专业发展	是	BS
建议和代表被指控不当行为的成员	是	BS
就成员 MNH 的质量标准提出建议	是	BS
就政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是	BS
与政府协商工作和工资问题	是	BS
Na=不适合 --=缺失数据		BS

经济可达性

包括最小受益计划的 46 项 RMNH

基本干预百分比

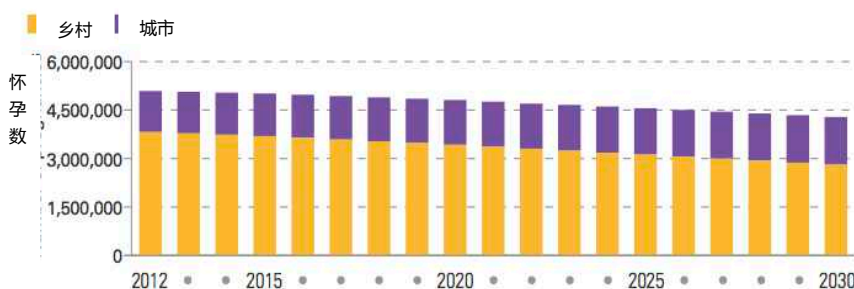


地域可达性

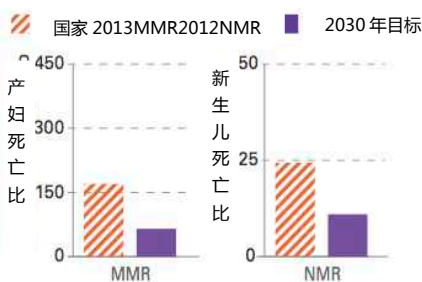
SBA 接生数目



规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



2030 年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的 2030 年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

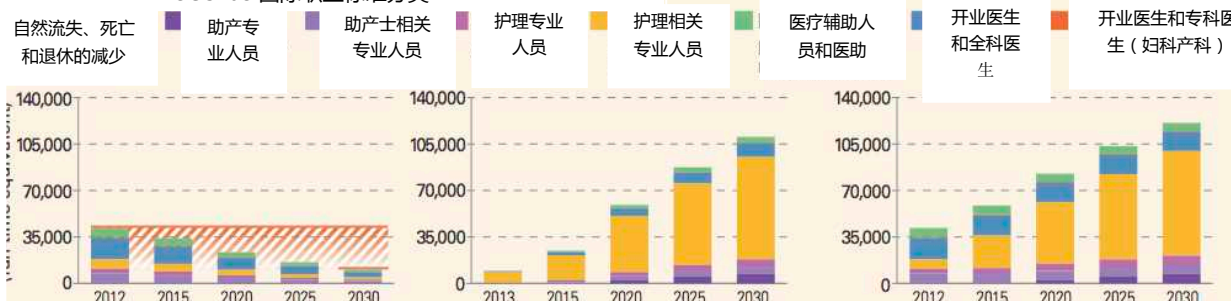
预计减少量

预计增加量

预计工作人数

ISCO-08 国际职业标准分类

MNH 工作者 (全职等效)



假如...通过可获得的数据进行的需求预测

1 到 2030 年怀孕人数下降 20%



怀孕、分娩、产后、出生后照护急剧增加，孕前服务在 2080 年后增加

2 到 2020 年，助产士、护士、医生毕业生的数目翻倍



2030 年可满足需求

3 到 2030 年，工作效率每年增加 2%



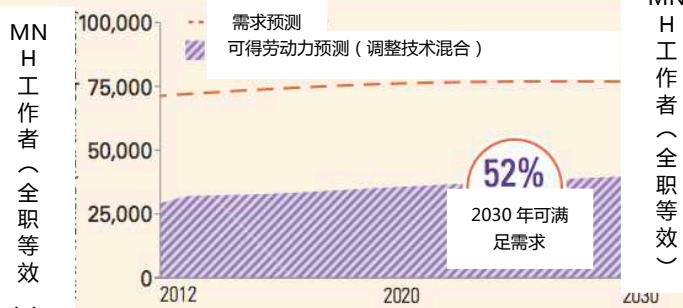
2030 年可满足需求

4 下一个 5 年流失量减半

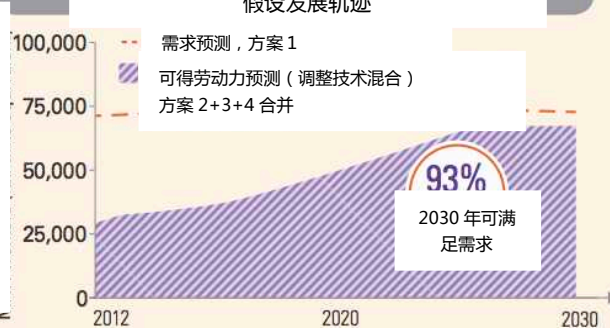


2030 年可满足需求

目前发展轨迹



假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）
 2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据
 3. 信息参考助产士骨干分类
 4. 助产士、护士的国家组织
 5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

贝宁

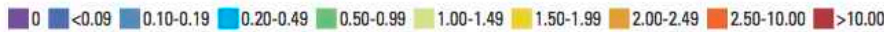
2012年，估计总人数 1010 万人，650 万人（64%）生活在农村，240 万的妇女（24%）为育龄妇女。总生育率是 4.9。至 2030 年，人口估计会增加 54%，达到 1550 万人。为了使这些人普遍获得性、生殖及母婴护理，至 2030 年助产士服务必须适应每年 60 万的怀孕量。其中有 59% 在农村。在 2012 至 2030 年期间，给予卫生体系的启示是如何更合理地设置人力资源来适应 4340 万的产前检查，810 万的出生量，3250 万的产后/出生后随访。

妇女和新生儿的需求 (2012)

每年 508000 的怀孕量 = 多少照护事件



怀孕量和地域分布 2012



可获得的人力资源 (2012)

在 MNH 工作的人员国家级分类 花费在 MNH 的时间%

国家级分类	人数	时间%
助产士	943	81
助产士、辅助者	5,462	53
助产护士	na	na
护士	1,156	51
护士、助产护士、	na	na
卫生干事和医助	na	na
开业医生、全科医生	149	24
产科医生、妇科医生	26	76



助产教育

高中教育为最低起点	12 年级+
取得资格要求的学数 (全面的)	3
是否为标准化课程设置及最新更新	是, 2012
课程要求在指导下的最低接生数	40
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	0/na
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	100%

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	是
有承认助产是自主专业的法律	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	否
执照助产士的现场注册	是
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	7
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是

专业组织

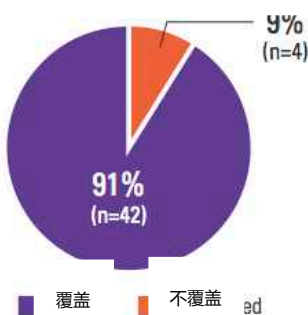
专业组织创建年	1990, 2008
专业组织角色	
持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	是
就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
就政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	是

Na=不适合 --=缺失数据

经济可达性

包括最小受益计划的 46 项 RMNH

基本干预百分比

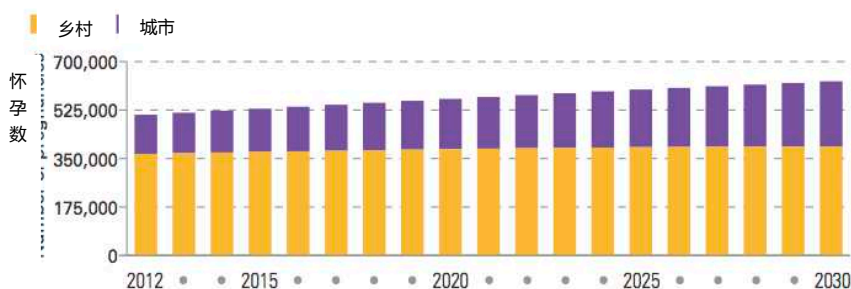


地域可达性

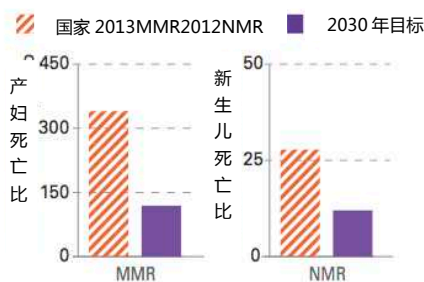
SBA 接生数目



规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



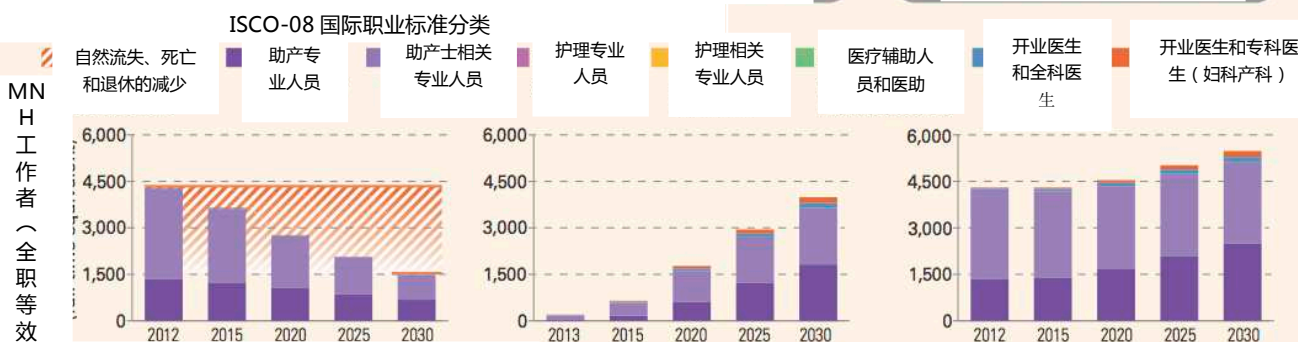
2030 年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的 2030 年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

预计减少量

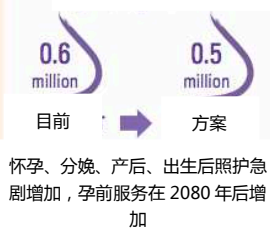
预计增加量

预计工作人数



假如....通过可获得的数据进行的需求预测

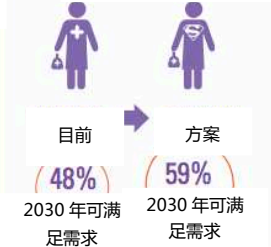
1 到 2030 年怀孕人数下降 20%



2 到 2020 年，助产士、护士、医生毕业生的数目翻倍



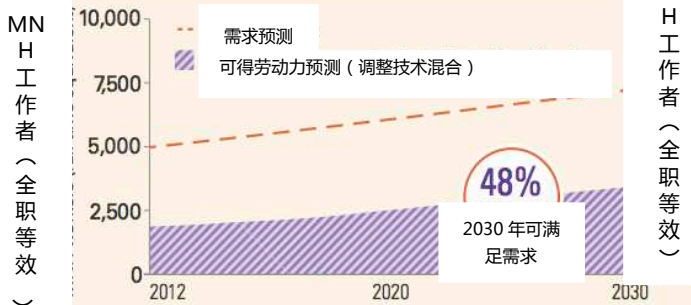
3 到 2030 年，工作效率每年增加 2%



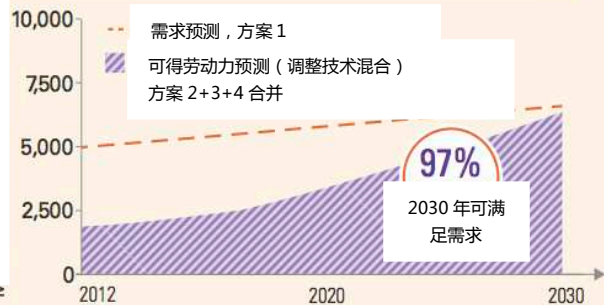
4 下一个 5 年流失量减半



目前发展轨迹



假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）

2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据

3. 信息参考助产士骨干分类

4. 助产士、护士的国家组织

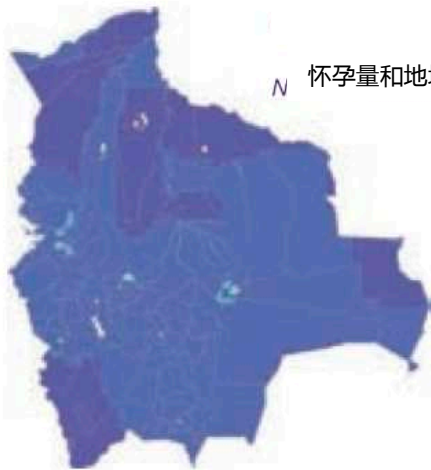
5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

玻利维亚

2012年，估计总人数 1050 万人，670 万人（64%）生活在农村，270 万的妇女（25%）为育龄妇女。总生育率是 3.3。至 2030 年，人口估计会增加 30%，达到 1370 万人。为了使这些人普遍获得性、生殖及母婴护理，至 2030 年助产士服务必须适应每年 50 万的怀孕量。其中有 68% 在农村。在 2012 至 2030 年期间，给予卫生体系的启示是如何更合理地设置人力资源来适应 3930 万的产前检查，550 万的出生量，2200 万的产后/出生后随访。

妇女和新生儿的需求 (2012)

每年 499000 的怀孕量 = 多少照护事件



可获得的人力资源 (2012)

在 MNH 工作的人员国家级分类 花费在 MNH 的时间%

助产士	15	60
助产士、辅助者	7,324	15
助产护士	10	60
护士	na	na
护士、助产护士、	na	na
卫生干事和医助	na	na
开业医生、全科医生	1,550	30
产科医生、妇科医生	1,016	60



估计需求 = 29%

实际工作时间
 需要工作时间
 国家总需求的估
 算基于可得数据

助产教育

高中教育为最低起点	12 年级+
取得资格要求的学习数 (全面的)	5
是否为标准化课程设置及最新更新时间	是, 2012
课程要求的在指导下的最低接生数	60
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	0/na
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	-

助产法规

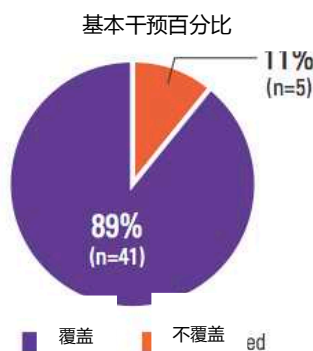
有承认助产是自主专业的法律	否
有承认助产是自主专业的法律	否
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	否
执照助产士的现场注册	否
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	5
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是

专业组织

专业组织创建年	1952
专业组织角色	
持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	是
就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
就政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	是
Na=不适合 --=缺失数据	

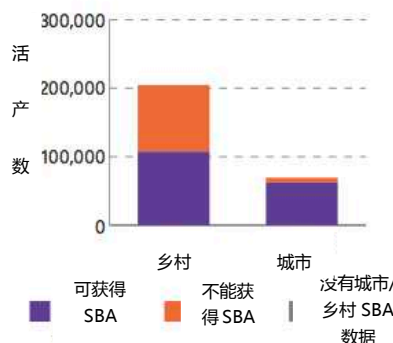
经济可达性

包括最小受益计划的 46 项 RMNH

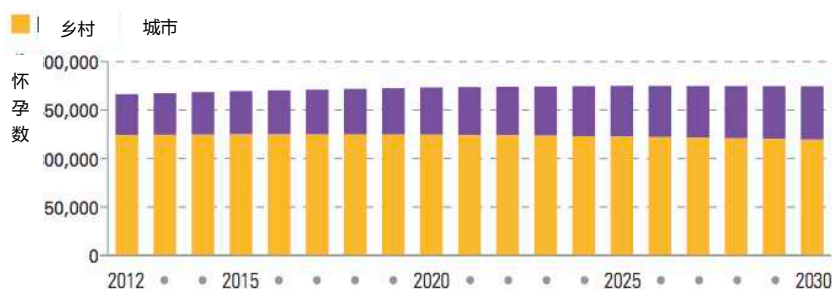


地域可达性

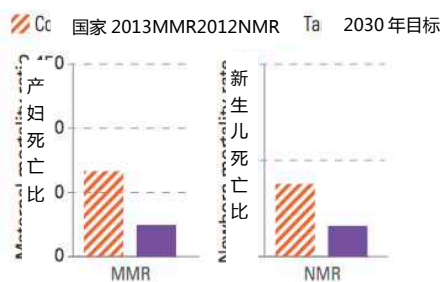
SBA 接生数目



规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



2030 年预测和规划

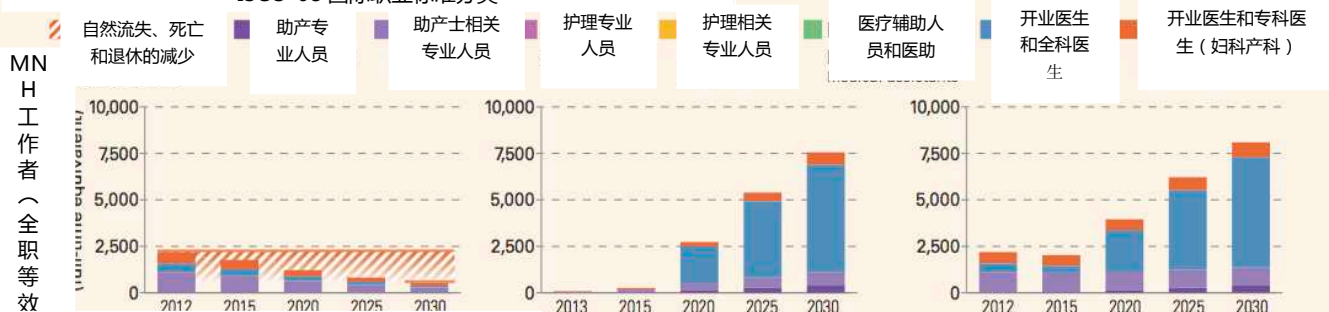
这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的 2030 年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

预计减少量

预计增加量

预计工作人数

ISCO-08 国际职业标准分类



假如...通过可获得的数据进行的需求预测

1 到 2030 年怀孕人数下降 20%



怀孕、分娩、产后、出生后照护急剧增加，孕前服务在 2080 年后增加

2 到 2020 年，助产士、护士、医生毕业生的数目翻倍



2030 年可满足需求

3 到 2030 年，工作效率每年增加 2%



2030 年可满足需求

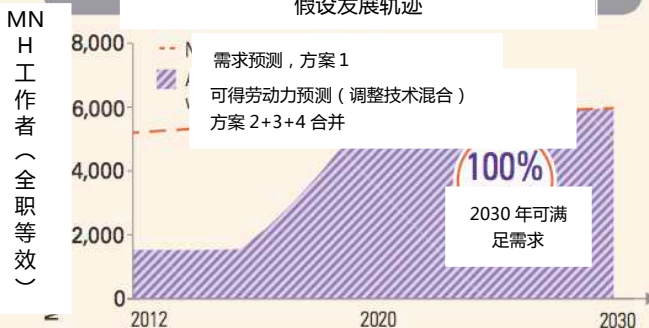
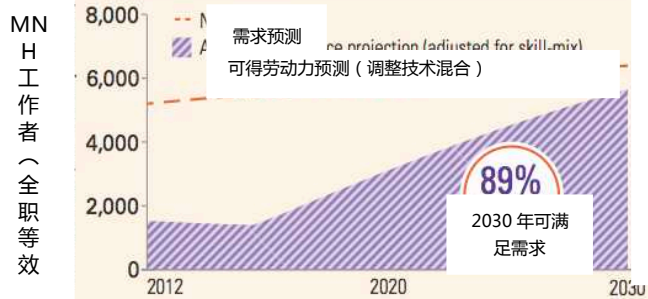
4 下一个 5 年流失量减半



2030 年可满足需求

目前发展轨迹

假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 年的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）

2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据

3. 信息参考助产士骨干分类

4. 助产士、护士的国家组织

5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

博茨瓦纳

2012年，估计总人数 200 万人，100 万人（52%）生活在农村，50 万的妇女（26%）为育龄妇女。总生育率是 2.6。至 2030 年，人口估计会增加 17%，达到 230 万人。为了使这些人普遍获得性、生殖及母婴护理，至 2030 年助产士服务必须适应每年 6 万的怀孕量。其中有 60% 在农村。在 2012 至 2030 年期间，给予卫生体系的启示是如何更合理地设置人力资源来适应 480 万的产前检查，90 万的出生量，360 万的产后/出生后随访。

妇女和新生儿的需求 (2012)

每年 65000 的怀孕量 = 多少照护事件



12)



可获得的人力资源 (2012)

在 MNH 工作的人员国家级分类 花费在 MNH 的时间%

职业	人数	时间%
助产士	1,501	80
助产士、辅助者	na	na
助产护士	na	na
护士	-	80
护士、助产护士、	na	na
卫生干事和医助	na	na
开业医生、全科医生	591	60
产科医生、妇科医生	3	80



助产教育

高中教育为最低起点	12 年级 +
取得资格要求的学习数 (全面的)	2
是否为标准化课程设置及最新更新	是, 2011
课程要求的在指导下的最低接生数	51
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	98/7
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	100%

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	是
有承认助产是自主专业的法律	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	是
执照助产士的现场注册	是
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	4
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是

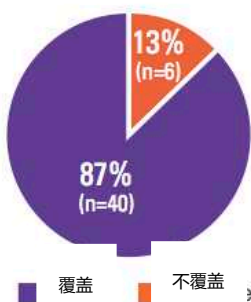
PRO 专业组织

Year of	专业组织创建年	2012
Roles	专业组织角色	
	持续专业发展	是
	建议和代表被指控不当行为的成员	是
	就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
	就政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
	与政府协商工作和工资问题	是
	Na=不适合 --=缺失数据	

经济可达性

包括最小受益计划的 46 项 RMNH

基本干预百分比

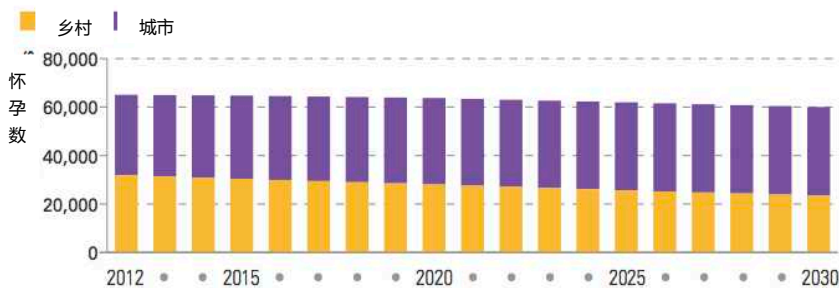


地域可达性

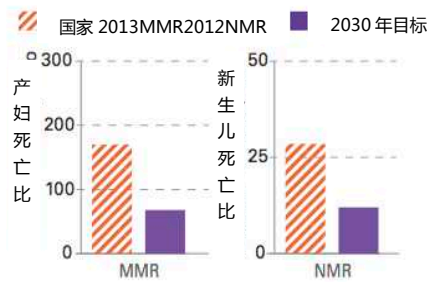
SBA 接生数目



规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



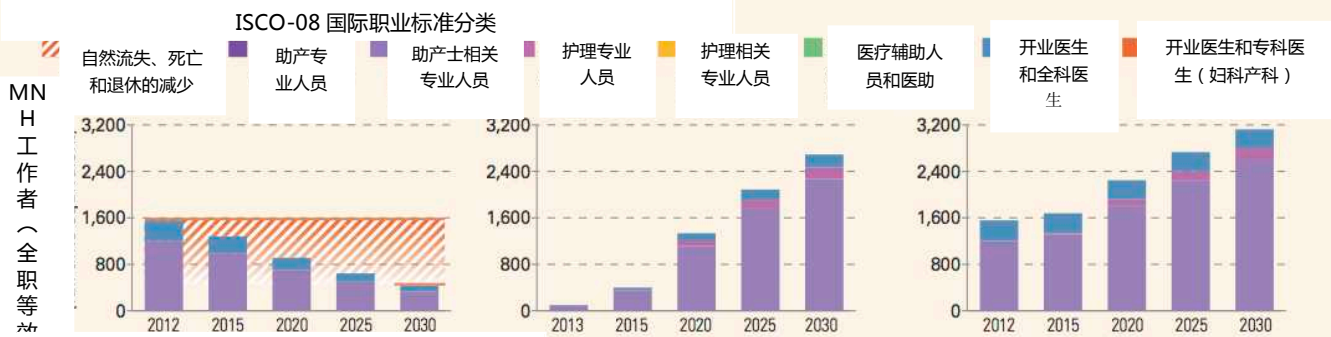
2030 年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的 2030 年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

预计减少量

预计增加量

预计工作人数

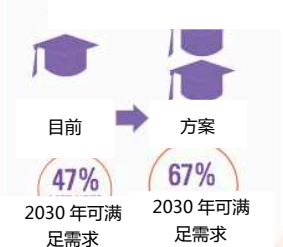


假如...通过可获得的数据进行的需求预测

1 到 2030 年怀孕人数下降 20%



2 到 2020 年，助产士、护士、医生毕业生的数目翻倍



3 到 2030 年，工作效率每年增加 2%

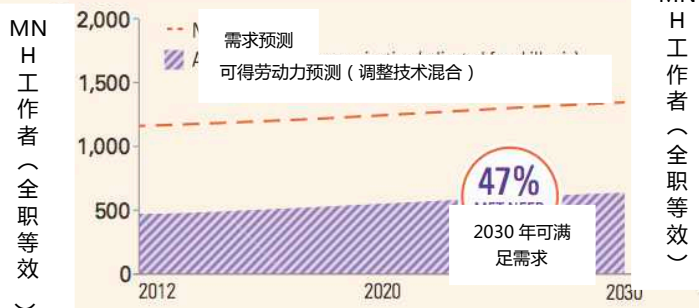


4 下一个 5 年流失量减半

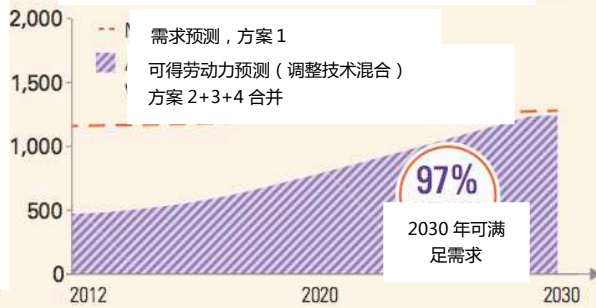


目前发展轨迹

假设发展轨迹



MNH 工作者 (全职等效)



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源 (WHO 全球健康观察、政府政策文件)

2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据

3. 信息参考助产士骨干分类

4. 助产士、护士的国家组织

5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

巴西

2012年，估计总人数 1.987 亿人，7860 万人（40%）生活在农村，5460 万的妇女（28%）为育龄妇女。总生育率是 1.8。至 2030 年，人口估计会增加 12%，达到 2.227 亿人。为了使这些人普遍获得性、生殖及母婴护理，至 2030 年助产士服务必须适应每年 450 万的怀孕量。在 2012 至 2030 年期间 给予卫生体系的启示是如何更合理地设置人力资源来适应 3.691 亿的产前检查，5540 万的出生量，2.217 亿的产后/出生后随访。

妇女和新生儿的需求 (2012)

每年 5151000 的怀孕量=多少照护事件



可获得的人力资源 (2012)

在 MNH 工作的人员国家级分类 花费在 MNH 的时间%

助产士	2,981	100
助产士、辅助者	na	na
助产护士	na	na
护士	909,610	-
护士、助产护士、	528,483	-
卫生干事和医助	na	na
开业医生、全科医生	167,225	-
产科医生、妇科医生	22,815	100



估计需求 = 100%

实际工作时间
需要工作时间
国家总需求的估
算基于可得数据

助产教育

高中教育为最低起点	12 年级+
取得资格要求的学习数 (全面的)	4
是否为标准化课程设置及最新更新时间	是, 2011
课程要求的在指导下的最低接生数	20
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	-/-
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	-

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	是
有承认助产是自主专业的法律	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	是
执照助产士的现场注册	否
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	4
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是

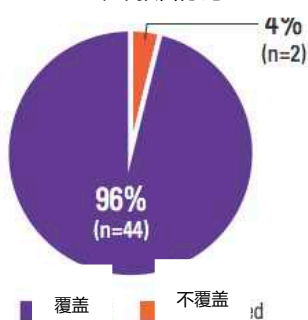
专业组织

专业组织创建年	1926, 1995, 2001
专业组织角色	
持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	否
就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
就政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	是
Na=不适合 --=缺失数据	

经济可达性

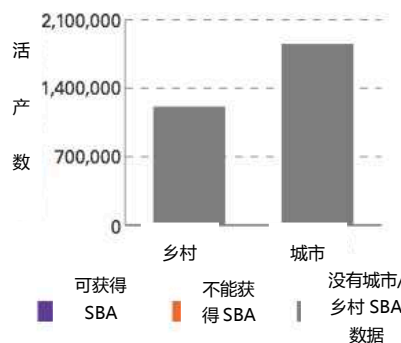
包括最小受益计划的 46 项 RMNH

基本干预百分比

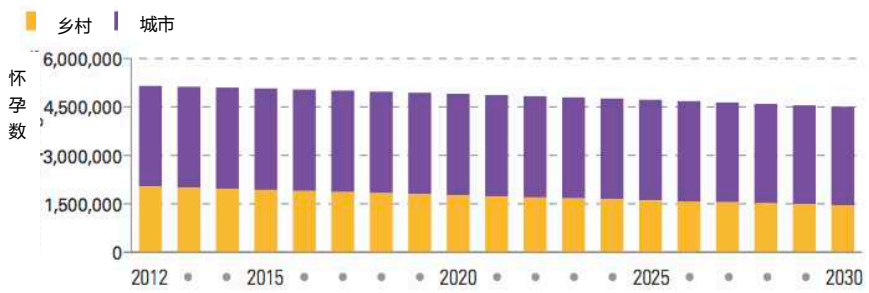


地域可达性

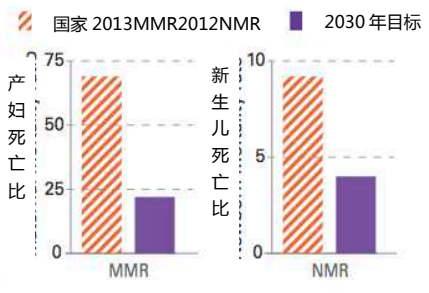
SBA 接生数目



规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



2030年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的2030年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在MNH上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在50页“如何阅读”部分。

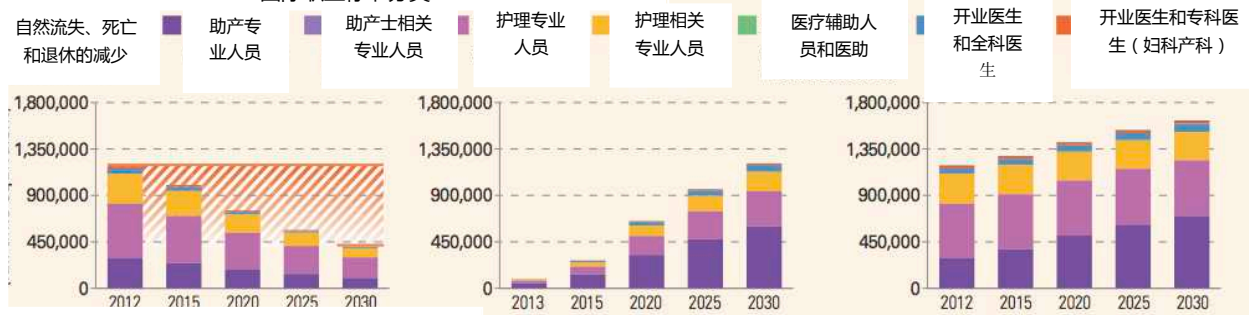
预计减少量

预计增加量

预计工作人数

ISCO-08 国际职业标准分类

MNH工作者 (全职等效)



假如...通过可获得的数据进行的需求预测

1 到2030年怀孕人数下降20%

目前: 4.5 million → 方案: 3.6 million

怀孕、分娩、产后、出生后照护急剧增加，孕前服务在2080年后增加

2 到2020年，助产士、护士、医生毕业生的数目翻倍

目前: 100% → 方案: 100%

2030年可满足需求

3 到2030年，工作效率每年增加2%

目前: 100% → 方案: 100%

2030年可满足需求

4 下一个5年流失量减半

目前: 4% leak → 方案: 2% leak

2030年可满足需求

目前发展轨迹

假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014的SoWMy或者第二来源（WHO全球健康观察、政府政策文件）

2. 年份数据是在STATCOMPILER获得的最新数据

3. 信息参考助产士骨干分类

4. 助产士、护士的国家组织

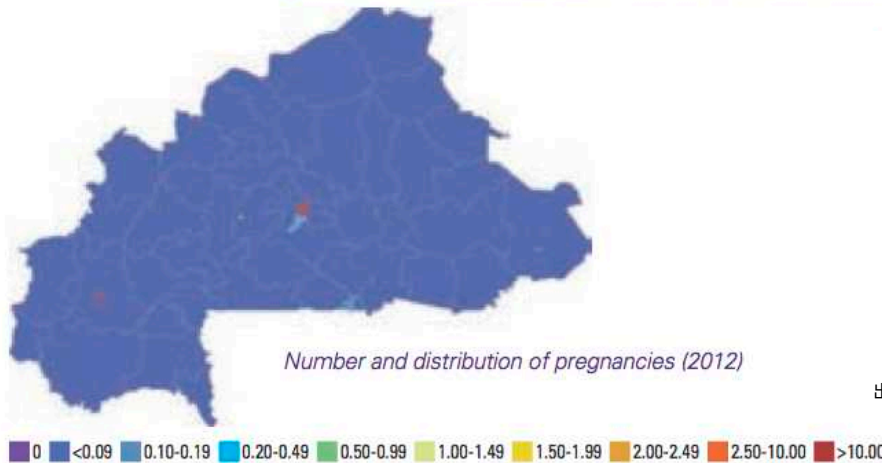
5. 提出的2030年的MMR、NMR的目标来源于2030年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

布基纳法索

2012年，估计总人数 1650 万人，1140 万人（69%）生活在农村，380 万的妇女（23%）为育龄妇女。总生育率是 5.6。至 2030 年，人口估计会增加 61%，达到 2660 万人。为了使这些人普遍获得性、生殖及母婴护理，至 2030 年助产士服务必须适应每年 120 万的怀孕量。其中有 64% 在农村。在 2012 至 2030 年期间，给予卫生体系的启示是如何更合理地设置人力资源来适应 8380 万的产前检查，1520 万的出生量，6080 万的产后/出生后随访。

妇女和新生儿的需求 (2012)

每年 967000 的怀孕量 = 多少照护事件



可获得的人力资源 (2012)

在 MNH 工作的人员国家级分类 花费在 MNH 的时间%

助产士	1,316	100
助产士、辅助者	3,130	100
助产护士	na	na
护士	3,158	30
护士、助产护士、	na	na
卫生干事和医助	31	100
开业医生、全科医生	360	30
产科医生、妇科医生	86	100



估计需求 = 37%

实际工作时间
需要工作时间
国家总需求的估
算基于可得数据

助产教育

高中教育为最低起点	12 年级 +
取得资格要求的学习数 (全面的)	3
是否为标准化课程设置及最新更新时间	是, 2011
课程要求的在指导下的最低接生数	100
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	343/26
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	80%

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	是
有承认助产是自主专业的法律	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	否
执照助产士的现场注册	否
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	7
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是

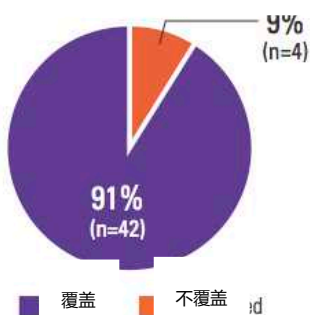
专业组织

专业组织创建年	1973, 1997
专业组织角色	
持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	是
就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
就政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	是
Na=不适合 --=缺失数据	

经济可达性

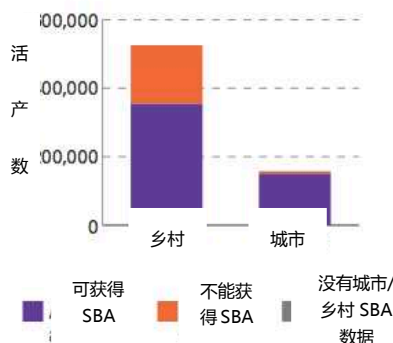
包括最小受益计划的 46 项 RMNH

基本干预百分比



地域可达性

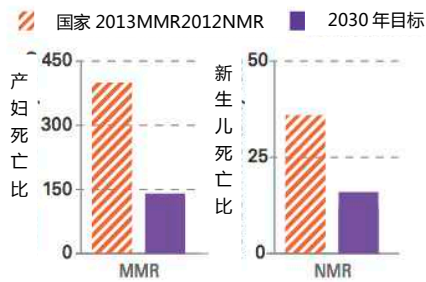
SBA 接生数目



规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



2030年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的2030年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

预计减少量

预计增加量

预计工作人数

ISCO-08 国际职业标准分类



假如...通过可获得的数据进行的需求预测

1 到2030年怀孕人数下降20%



2 到2020年，助产士、护士、医生毕业生的数目翻倍



3 到2030年，工作效率每年增加2%

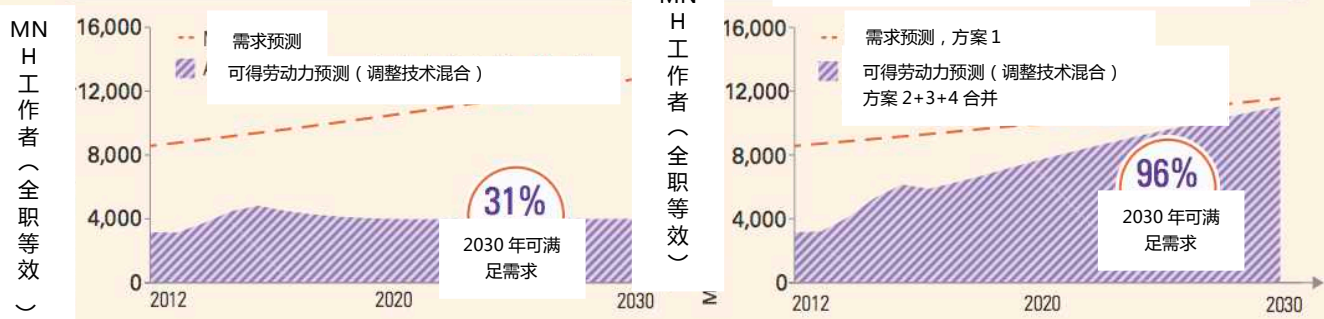


4 下一个5年流失量减半



目前发展轨迹

假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）

2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据

3. 信息参考助产士骨干分类

4. 助产士、护士的国家组织

5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

布隆迪

2012年，估计总人数 980 万人，870 万人（89%）生活在农村，240 万的妇女（24%）为育龄妇女。总生育率是 6.1。至 2030 年，人口估计会增加 66%，达到 1640 万人。为了使这些人普遍获得性、生殖及母婴护理，至 2030 年助产士服务必须适应每年 80 万的怀孕量。其中有 85% 在农村。在 2012 至 2030 年期间，给予卫生体系的启示是如何更合理地设置人力资源来适应 5400 万的产前检查，990 万的出生量，3960 万的产后/出生后随访。

妇女和新生儿的需求 (2012)

每年 622000 的怀孕量 = 多少照护事件



可获得的人力资源 (2012)

在 MNH 工作的人员国家级分类	花费在 MNH 的时间%
助产士	35 100
助产士、辅助者	na na
助产护士	na na
护士	5,424 100
护士、助产护士、	- 100
卫生干事和医助	na na
开业医生、全科医生	430 100
产科医生、妇科医生	21 100



助产教育

高中教育为最低起点	12 年级+
取得资格要求的学习数 (全面的)	3
是否为标准化课程设置及最新更新	是, 2012
课程要求的在指导下的最低接生数	240
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	22/63
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	-

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	否
有承认助产是自主专业的法律	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	否
执照助产士的现场注册	否
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	7
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是

专业组织

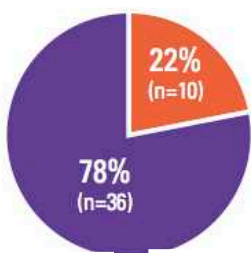
专业组织创建年	2006, -
专业组织角色	
持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	是
就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
就政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	否

Na=不适合 --缺失数据

经济可达性

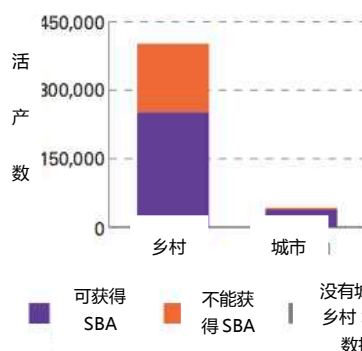
包括最小受益计划的 46 项 RMNH

基本干预百分比

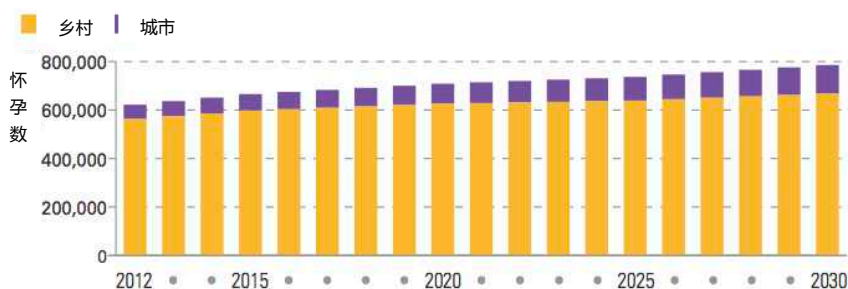


地域可达性

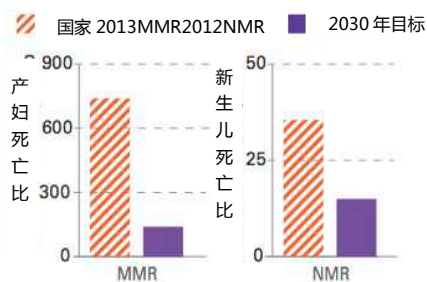
SBA 接生数目



规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



2030 年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的 2030 年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

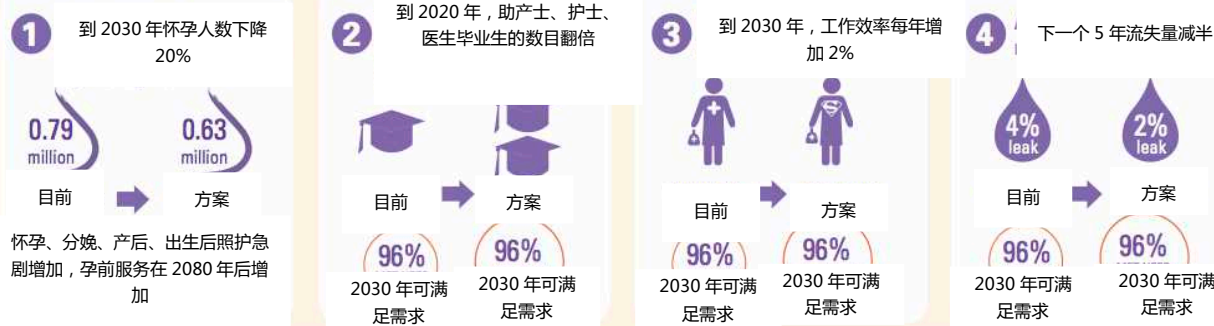
预计减少量

预计增加量

预计工作人数

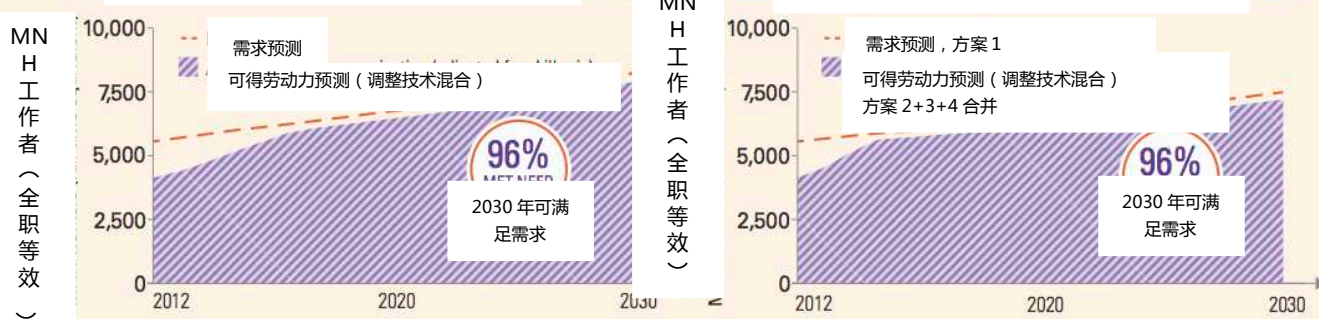


假如...通过可获得的数据进行的需求预测



目前发展轨迹

假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 年的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）

2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据

3. 信息参考助产士骨干分类

4. 助产士、护士的国家组织

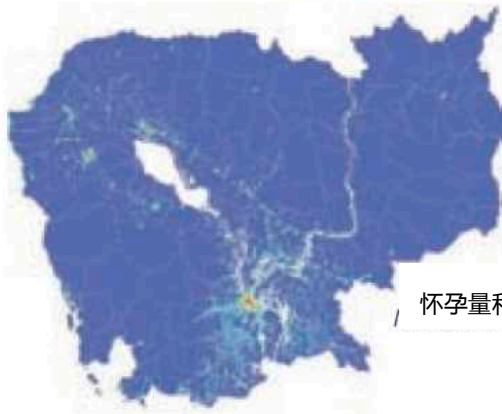
5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

柬埔寨

2012年，估计总人数 1490 万人，1230 万人（83%）生活在农村，410 万的妇女（27%）为育龄妇女。总生育率是 2.9。至 2030 年，人口估计会增加 29%，达到 1910 万人。为了使这些人普遍获得性、生殖及母婴护理，至 2030 年助产士服务必须适应每年 60 万的怀孕量。其中有 84% 在农村。在 2012 至 2030 年期间，给予卫生体系的启示是如何更合理地设置人力资源来适应 5010 万的产前检查，730 万的出生量，2910 万的产后/出生后随访。

妇女和新生儿的需求 (2012)

每年 698000 的怀孕量=多少照护事件



怀孕量和地域分布 2012



可获得的人力资源 (2012)

在 MNH 工作的人员国家级分类 花费在 MNH 的时间%

助产士	2,792	100
助产士、辅助者	2,336	100
助产护士	-	100
护士	na	na
护士、助产护士、	na	na
卫生干事和医助	na	na
开业医生、全科医生	3,219	40
产科医生、妇科医生	-	100



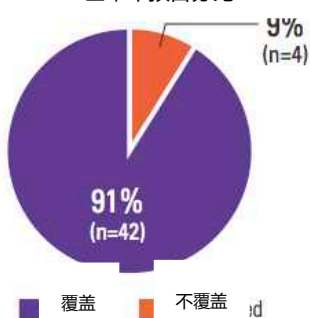
估计需求 = 56%

实际工作时间
需要工作时间
国家总需求的估
算基于可得数据

经济可达性

包括最小受益计划的 46 项 RMNH

基本干预百分比



地域可达性

SBA 接生数目



助产教育

高中教育为最低起点	12 年级+
取得资格要求的学习数 (全面的)	3
是否为标准化课程设置及最新更新时间	是, 2011
课程要求的在指导下的最低接生数	20
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	413/15
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	95%

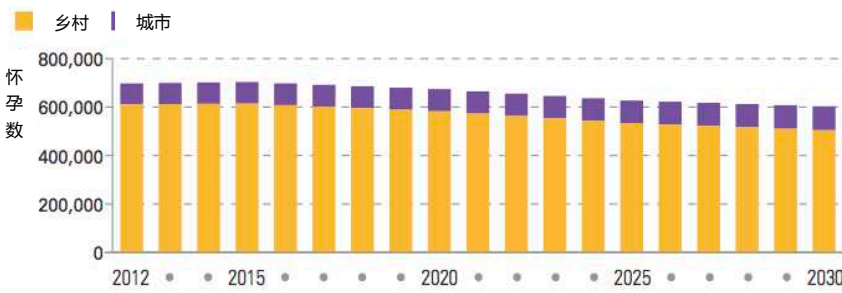
助产法规

有承认助产是自主专业的法律	否
有承认助产是自主专业的法律	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	否
执照助产士的现场注册	是
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	7
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是

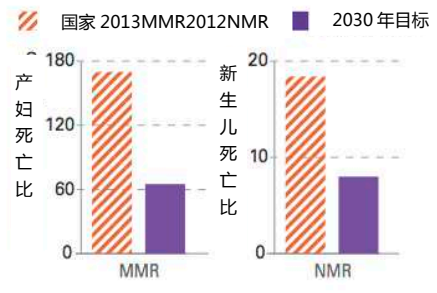
专业组织

专业组织创建年	1994
专业组织角色	
持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	是
就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
就政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	否
与政府协商工作和工资问题	否
Na=不适合 --=缺失数据	

规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



2030年预测和规划

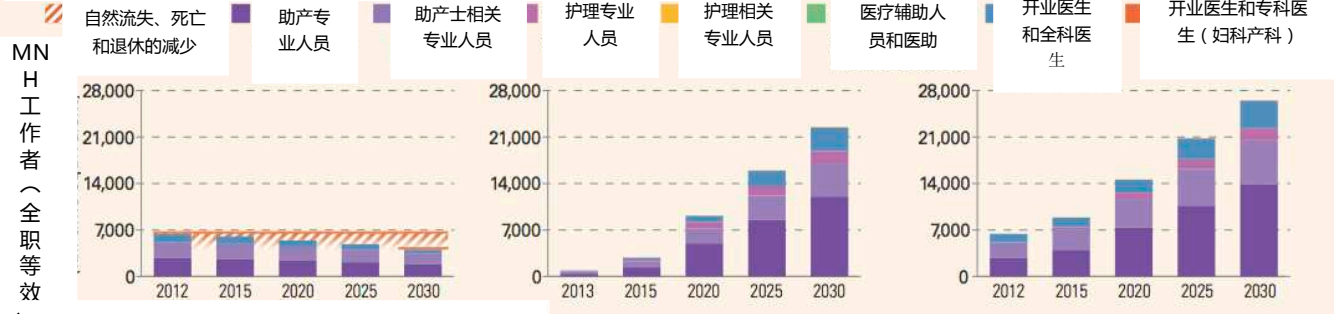
这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的 2030 年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

预计减少量

预计增加量

预计工作人数

ISCO-08 国际职业标准分类



假如....通过可获得的数据进行的需求预测

1 到 2030 年怀孕人数下降 20%

目前: 0.60 million → 方案: 0.48 million

怀孕、分娩、产后、出生后照护急剧增加，孕前服务在 2080 年后增加

2 到 2020 年，助产士、护士、医生毕业生的数目翻倍

目前: 87% → 方案: 88%

2030 年可满足需求

3 到 2030 年，工作效率每年增加 2%

目前: 87% → 方案: 88%

2030 年可满足需求

4 下一个 5 年流失量减半

目前: 87% → 方案: 88%

2030 年可满足需求

目前发展轨迹

假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）
 2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据
 3. 信息参考助产士骨干分类
 4. 助产士、护士的国家组织
 5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

喀麦隆

2012年，估计总人数 2170 万人，1170 万人（54%）生活在农村，510 万的妇女（24%）为育龄妇女。总生育率是 4.8。至 2030 年，人口估计会增加 52%，达到 3310 万人。为了使这些人普遍获得性、生殖及母婴护理，至 2030 年助产士服务必须适应每年 140 万的怀孕量。其中有 52% 在农村。在 2012 至 2030 年期间，给予卫生体系的启示是如何更合理地设置人力资源来适应 9470 万的产前检查，1770 万的出生量，7100 万的产后/出生后随访。

妇女和新生儿的需求 (2012)

每年 1126000 的怀孕量=多少照护事件



可获得的人力资源 (2012)

在 MNH 工作的人员国家级分类	花费在 MNH 的时间%
助产士	127 90
助产士、辅助者	na na
助产护士	27 45
护士	na na
护士、助产护士、	1,300 90
卫生干事和医助	na na
开业医生、全科医生	1,420 25
产科医生、妇科医生	140 60

估计需求 = 11%

实际工作时间
需要工作时间
国家总需求的估算基于可得数据

助产教育

高中教育为最低起点	12 年级+
取得资格要求的学习数 (全面的)	3
是否为标准化课程设置及最新更新时间	是, 2013
课程要求的在指导下的最低接生数	85
2012 年毕业生/占总从业的助产人数百分比	0/na
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	0%

助产法规

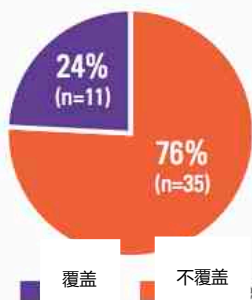
有承认助产是自主专业的法律	否
有承认助产是自主专业的法律	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	否
执照助产士的现场注册	否
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	7
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是

专业组织

专业组织创建年	2008
专业组织角色	
持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	否
就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
就政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	否
Na=不适合 --=缺失数据	

经济可达性

包括最小受益计划的 46 项 RMNH
基本干预百分比



地域可达性

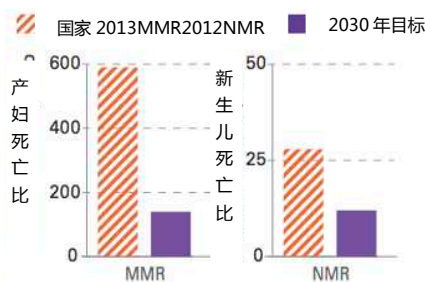
SBA 接生数目



规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



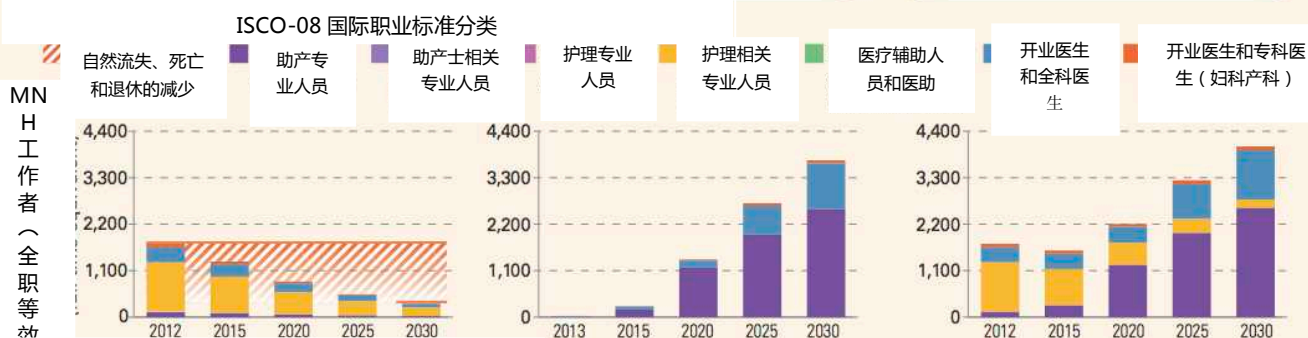
2030 年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的 2030 年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

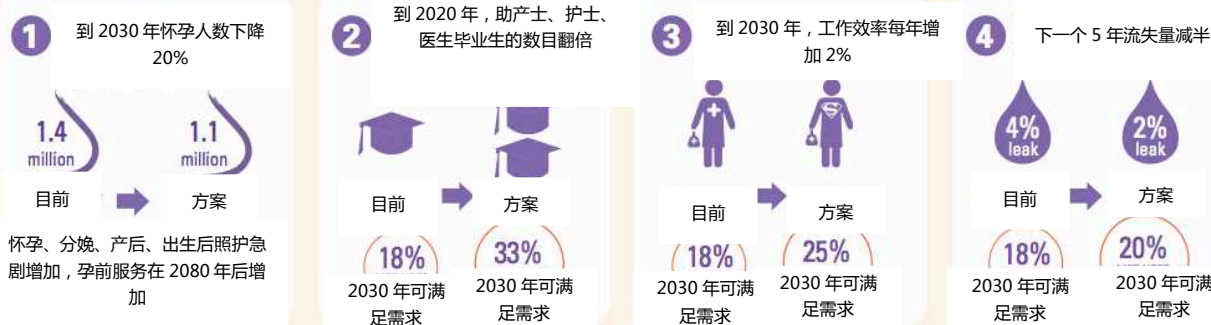
预计减少量

预计增加量

预计工作人数

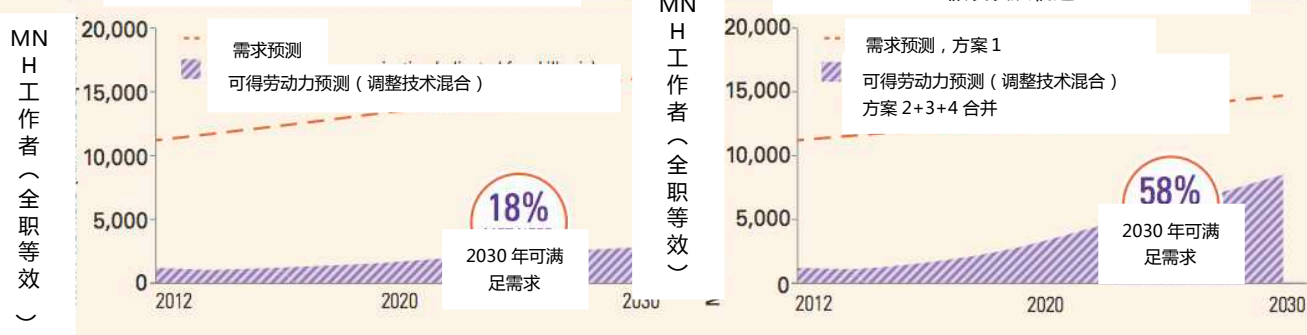


假如...通过可获得的数据进行的需求预测



目前发展轨迹

假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼: 助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员, 护士助理; 辅助助产士包括国家登记的社区健康护士, 全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事, 来源: 2014 年的 SoWMy 或者第二来源 (WHO 全球健康观察、政府政策文件)

2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据

3. 信息参考助产士骨干分类

4. 助产士、护士的国家组织

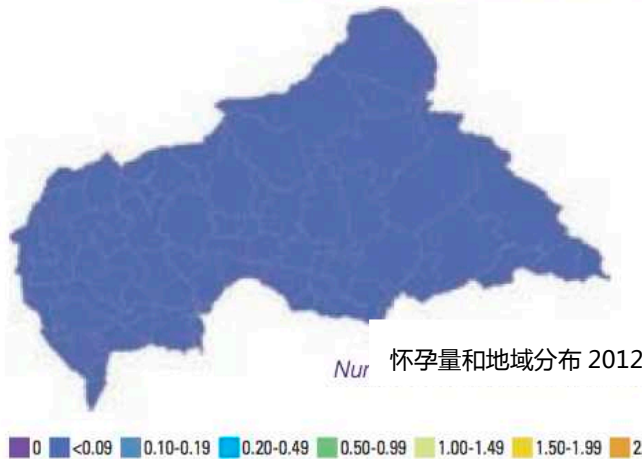
5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

中非共和国

2012年，估计总人数450万人，330万人（72%）生活在农村，110万的妇女（25%）为育龄妇女。总生育率是4.4。至2030年，人口估计会增加40%，达到630万人。为了使这些人普遍获得性、生殖及母婴护理，至2030年助产士服务必须适应每年20万的怀孕量。在2012至2030年期间，给予卫生体系的启示是如何更合理地设置人力资源来适应1170万的产前检查，320万的出生量，1280万的产后/出生后随访。

妇女和新生儿的需求 (2012)

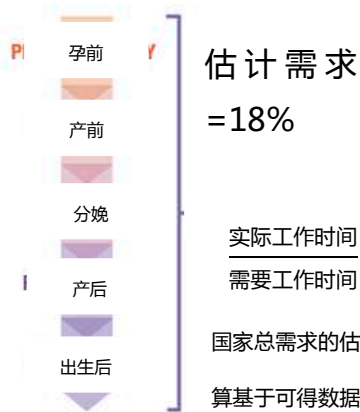
每年 221000 的怀孕量 = 多少照护事件



可获得的人力资源 (2012)

在 MNH 工作的人员国家级分类 花费在 MNH 的时间%

职业	人数	时间%
助产士	241	100
助产士、辅助者	273	100
助产护士	na	na
护士	270	5
护士、助产护士、	342	10
卫生干事和医助	na	na
开业医生、全科医生	72	5
产科医生、妇科医生	8	100

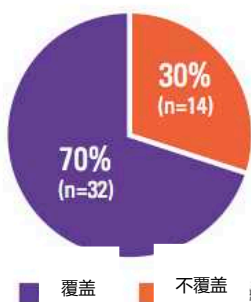


助产教育	
高中教育为最低起点	12 年级+
取得资格要求的学习数 (全面的)	3
是否为标准化课程设置及最新更新时间	是, 2009
课程要求的在指导下的最低接生数	50
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	21/9
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	-
助产法规	
有承认助产是自主专业的法律	是
有承认助产是自主专业的法律	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	否
执照助产士的现场注册	否
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	6
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是
专业组织	
专业组织创建年	1983
专业组织角色	
持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	是
就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
就政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是

经济可达性

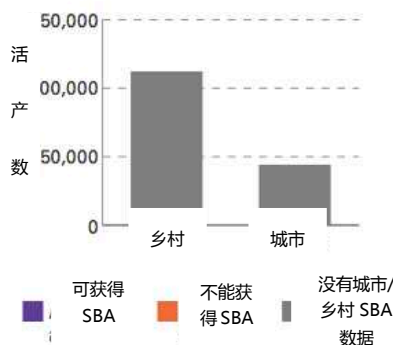
包括最小受益计划的 46 项 RMNH

基本干预百分比

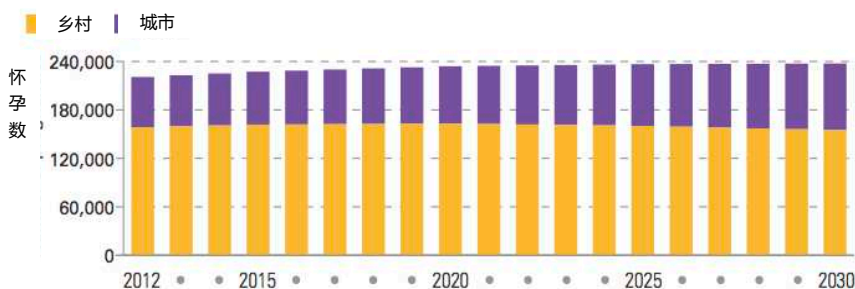


地域可达性

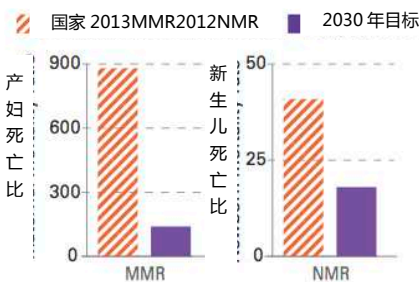
SBA 接生数目



规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



2030年预测和规划

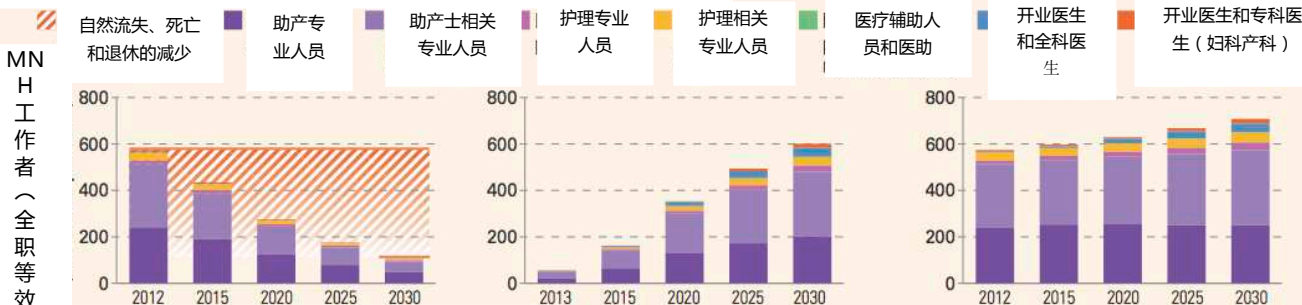
这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的2030年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

预计减少量

预计增加量

预计工作人数

ISCO-08 国际职业标准分类



假如....通过可获得的数据进行的需求预测

1 到2030年怀孕人数下降20%



2 到2020年，助产士、护士、医生毕业生的数目翻倍



3 到2030年，工作效率每年增加2%



4 下一个5年流失量减半



目前发展轨迹

假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）
 2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据
 3. 信息参考助产士骨干分类
 4. 助产士、护士的国家组织
 5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

乍得

2012年，估计总人数1240万人，970万人（78%）生活在农村，270万的妇女（22%）为育龄妇女。总生育率是6.3。至2030年，人口估计会增加68%，达到2090万人。为了使这些人普遍获得性、生殖及母婴护理，至2030年助产士服务必须适应每年100万的怀孕量。其中有73%在农村。在2012至2030年期间，给予卫生体系的启示是如何更合理地设置人力资源来适应6850万的产前检查，1320万的出生量，5290万的产后/出生后随访。

妇女和新生儿的需求 (2012)

每年774000的怀孕量=多少照护事件



怀孕量和地域分布 2012

0 <0.09 0.10-0.19 0.20-0.49 0.50-0.99 1.00-1.49 1.50-1.99 2.00-2.49 2.50-10.00 >10.00



可获得的人力资源 (2012)

在 MNH 工作的人员国家级分类 花费在 MNH 的时间%

助产士	416	-
助产士、辅助者	na	na
助产护士	na	na
护士	400	25
护士、助产护士、	245	-
卫生干事和医助	na	na
开业医生、全科医生	527	-
产科医生、妇科医生	23	100

估计需求 = 8%

实际工作时间
需要工作时间
国家总需求的估算基于可得数据

助产教育

高中教育为最低起点	12 级 +
取得资格要求的学数 (全面的)	3
是否为标准化课程设置及最新更新时间	是, 2013
课程要求的在指导下的最低接生数	15
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	265/64
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	25%

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	否
有承认助产是自主专业的法律	是
政府机构规范助产士行为	否
助产执照	否
执照助产士的现场注册	否
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	7
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是

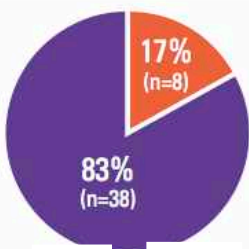
专业组织

Year	专业组织创建年	1987, 1994
Role	专业组织角色	
	持续专业发展	否
	建议和代表被指控不当行为的成员	是
	就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
	就政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
	与政府协商工作和工资问题	是
	Na=不适合 --=缺失数据	

经济可达性

包括最小受益计划的 46 项 RMNH

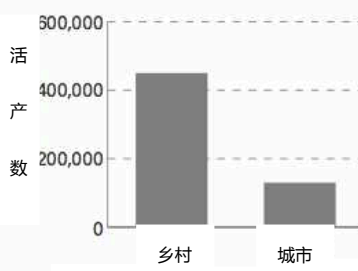
基本干预百分比



覆盖 不覆盖

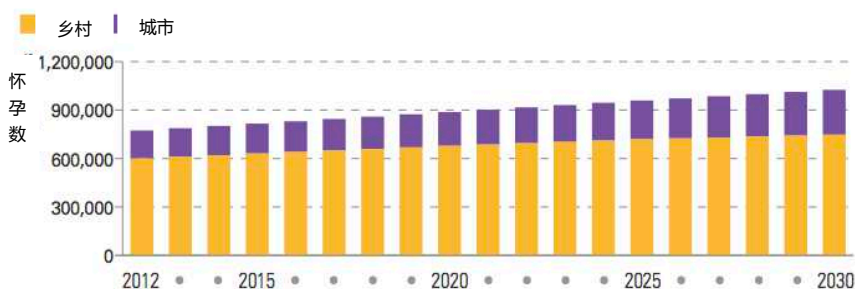
地域可达性

SBA 接生数目

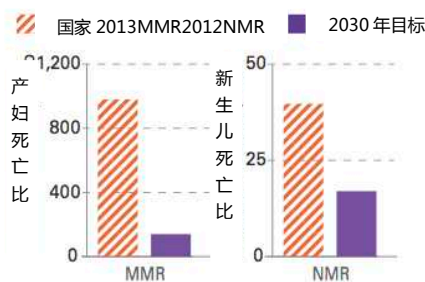


可获得 SBA 不能获得 SBA 没有城市/乡村 SBA 数据

规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



2030 年预测和规划

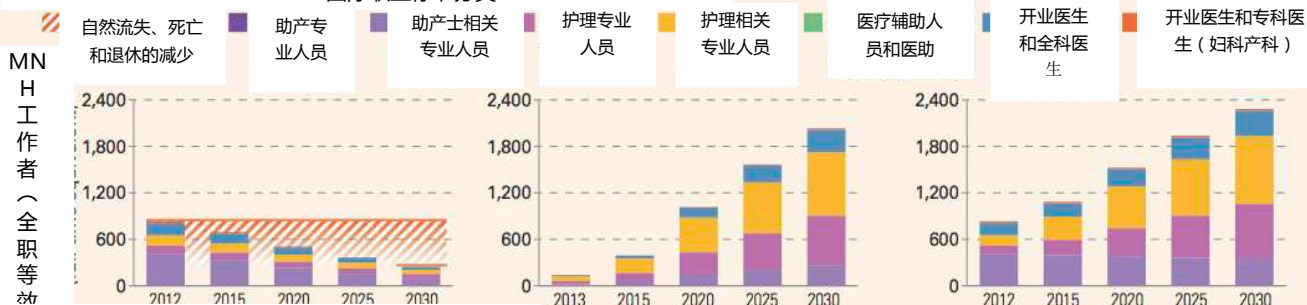
这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的 2030 年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

预计减少量

预计增加量

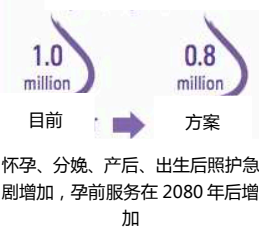
预计工作人数

ISCO-08 国际职业标准分类

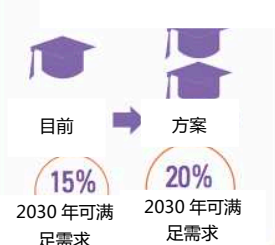


假如...通过可获得的数据进行的需求预测

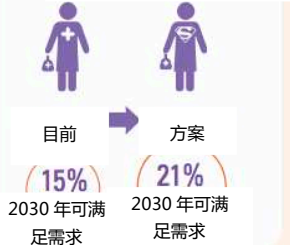
1 到 2030 年怀孕人数下降 20%



2 到 2020 年，助产士、护士、医生毕业生的数目翻倍



3 到 2030 年，工作效率每年增加 2%



4 下一个 5 年流失量减半



目前发展轨迹

假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 年的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）
 2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据
 3. 信息参考助产士骨干分类
 4. 助产士、护士的国家组织
 5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

中国

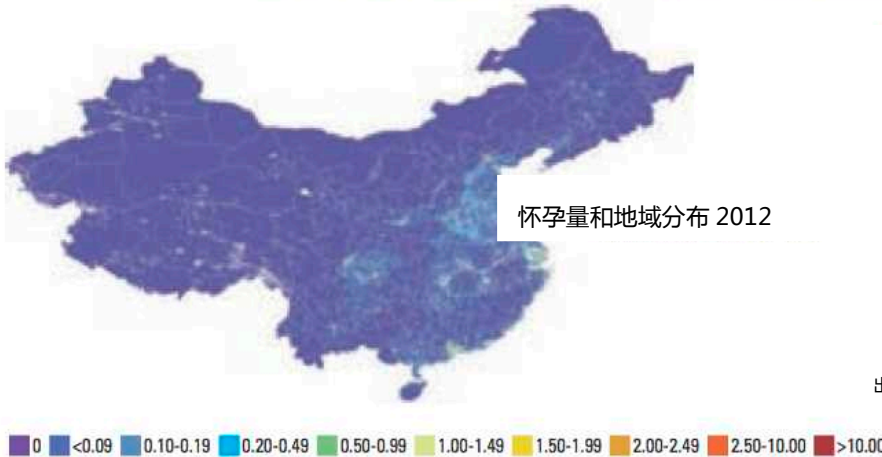
2012年，估计总人数 13.771 亿人，6.6 亿人（48%）生活在农村，3.754 亿的妇女（27%）为育龄妇女。总生育率是 1.7。至 2030 年，人口估计会增加 6%，达到 14.533 亿人。为了使这些人普遍获得性、生殖及母婴护理，至 2030 年助产士服务必须适应每年 2480 万的怀孕量。在 2012 至 2030 年期间，给予卫生体系的启示是如何更合理地设置人力资源来适应 21.548 亿的产前检查，3.085 亿的出生量，12.34 亿的产后/出生后随访。

妇女和新生儿的需求 (2012)

每年 32464000 的怀孕量 = 多少照护事件

3

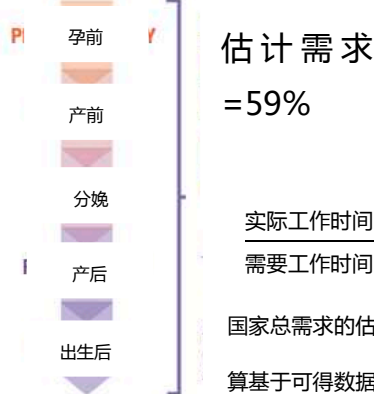
RE?



可获得的人力资源 (2012)

在 MNH 工作的人员国家级分类 花费在 MNH 的时间%

助产士	na	na
助产士、辅助者	na	na
助产护士	217,670	100
护士	na	na
护士、助产护士、	na	na
卫生干事和医助	na	na
开业医生、全科医生	-	100
产科医生、妇科医生	245,698	100



助产教育

高中教育为最低起点	12 年级+
取得资格要求的学习数 (全面的)	3
是否为标准化课程设置及最新更新时间	是, 2013
课程要求的在指导下的最低接生数	-
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	-/-
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	70%

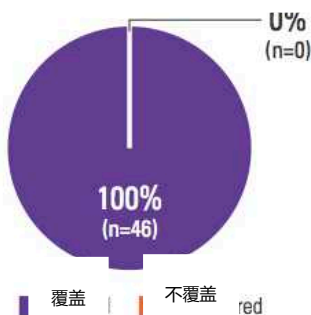
助产法规

有承认助产是自主专业的法律	否
有承认助产是自主专业的法律	否
政府机构规范助产士行为	否
助产执照	否
执照助产士的现场注册	否
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	0
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	否/否

经济可达性

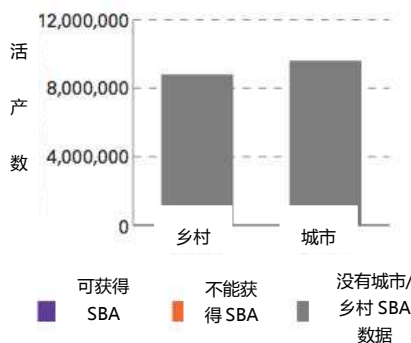
包括最小受益计划的 46 项 RMNH

基本干预百分比



地域可达性

SBA 接生数目

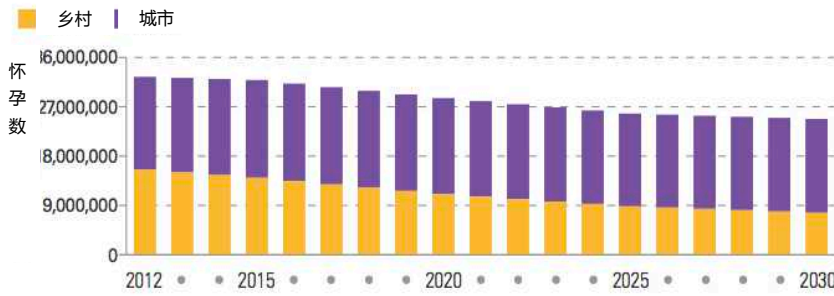


PR

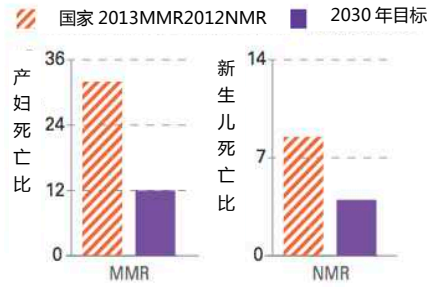
专业组织

Year	专业组织创建年	1909
Role:	专业组织角色	
	持续专业发展	是
	建议和代表被指控不当行为的成员	否
	就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
	就政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
	与政府协商工作和工资问题	否
	Na=不适合 --=缺失数据	

规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



2030年预测和规划

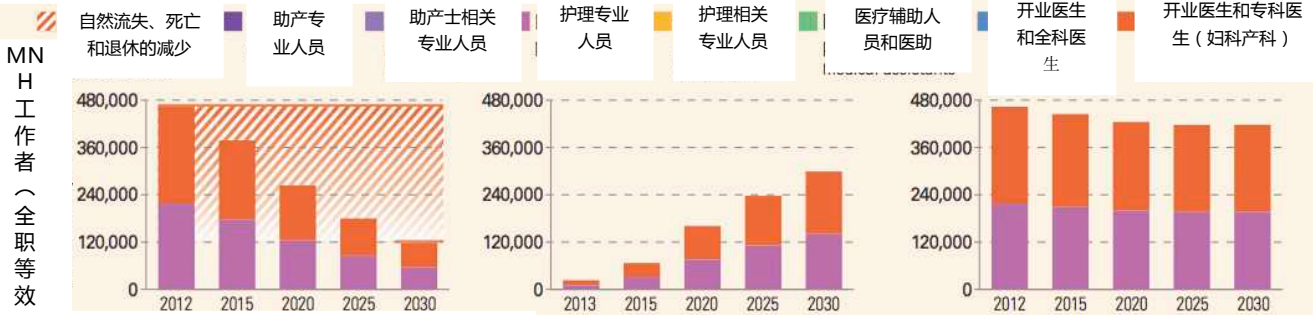
这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的2030年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在MNH上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在50页“如何阅读”部分。

预计减少量

预计增加量

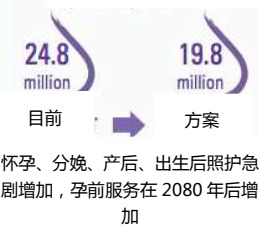
预计工作人数

ISCO-08 国际职业标准分类

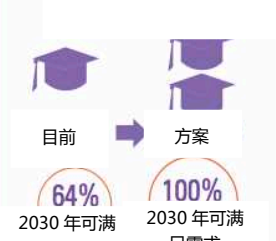


假如...通过可获得的数据进行的需求预测

1 到2030年怀孕人数下降20%



2 到2020年，助产士、护士、医生毕业生的数目翻倍



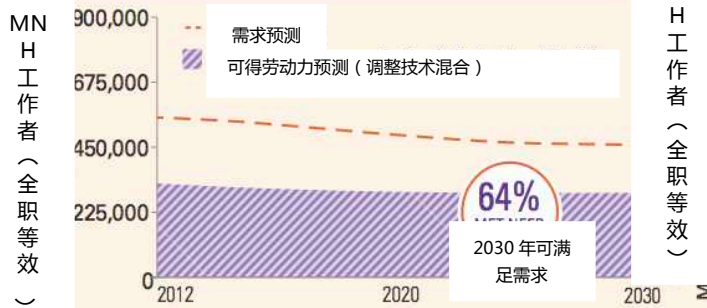
3 到2030年，工作效率每年增加2%



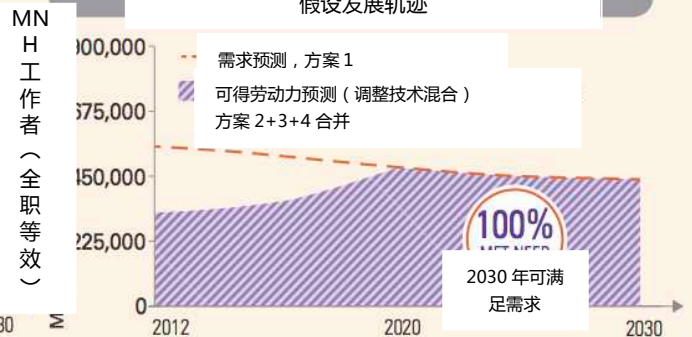
4 下一个5年流失量减半



目前发展轨迹



假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014的SoWMy或者第二来源（WHO全球健康观察、政府政策文件）

2. 年份数据是在STATCOMPILER获得的最新数据

3. 信息参考助产士骨干分类

4. 助产士、护士的国家组织

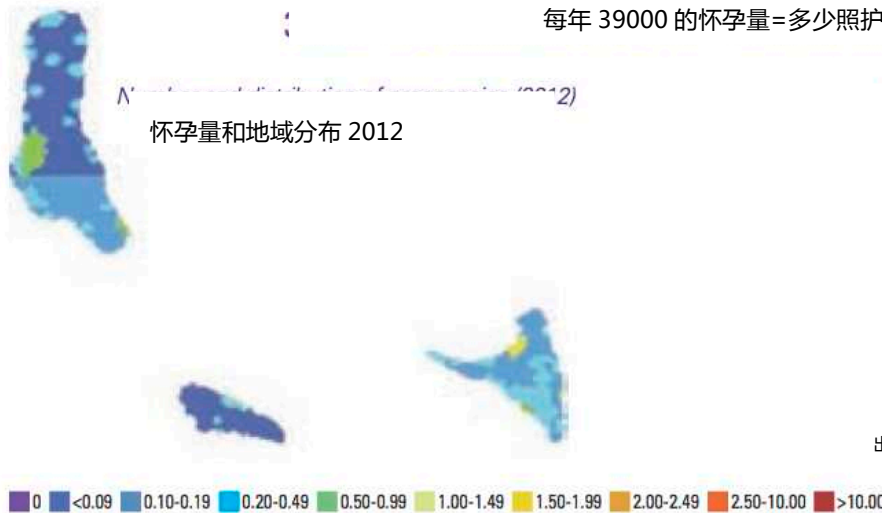
5. 提出的2030年的MMR、NMR的目标来源于2030年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

科摩罗

2012年，估计总人数70万人，40万人(54%)生活在农村，20万的妇女(24%)为育龄妇女。总生育率是4.7。至2030年，人口估计会增加47%，达到110万人。为了使这些人普遍获得性、生殖及母婴护理，至2030年助产士服务必须适应每年5万的怀孕量。在2012至2030年期间，给予卫生体系的启示是如何更合理地设置人力资源来适应330万的产前检查，60万的出生量，240万的产后/出生后随访。

妇女和新生儿的需求 (2012)

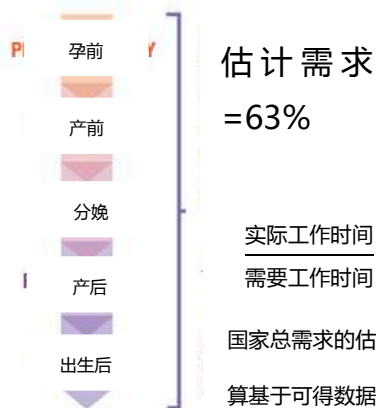
每年39000的怀孕量=多少照护事件



可获得的人力资源 (2012)

在 MNH 工作的人员国家级分类 花费在 MNH 的时间%

职业分类	人数	时间%
助产士	284	100
助产士、辅助者	11	100
助产护士	na	na
护士	na	na
护士、助产护士、	na	na
卫生干事和医助	na	na
开业医生、全科医生	197	20
产科医生、妇科医生	6	100



助产教育

高中教育为最低起点	12 年级+
取得资格要求的学习数 (全面的)	3
是否为标准化课程设置及最新更新时间	是, 2003
课程要求的在指导下的最低接生数	39
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	17/6
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	10%

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	否
有承认助产是自主专业的法律	否
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	否
执照助产士的现场注册	否
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	7
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是

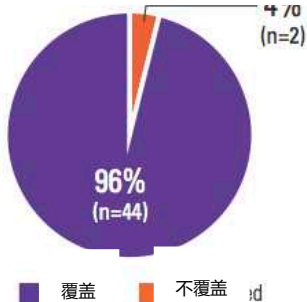
专业组织

专业组织创建年	2012
专业组织角色	
持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	否
就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
就政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	是
Na=不适合 --=缺失数据	

经济可达性

包括最小受益计划的 46 项 RMNH

基本干预百分比

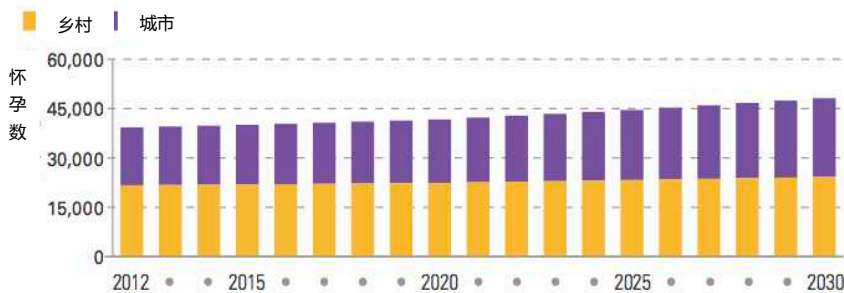


地域可达性

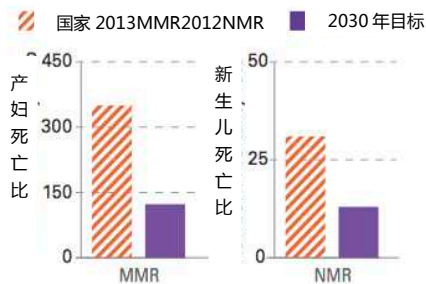
SBA 接生数目



规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



2030年预测和规划

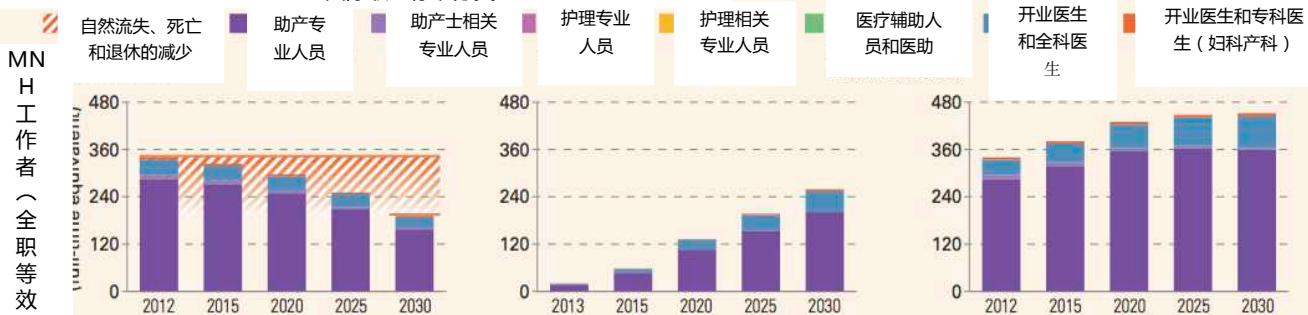
这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的2030年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

预计减少量

预计增加量

预计工作人数

ISCO-08 国际职业标准分类

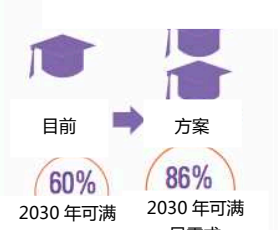


假如...通过可获得的数据进行的需求预测

1 到2030年怀孕人数下降20%



2 到2020年，助产士、护士、医生毕业生的数目翻倍



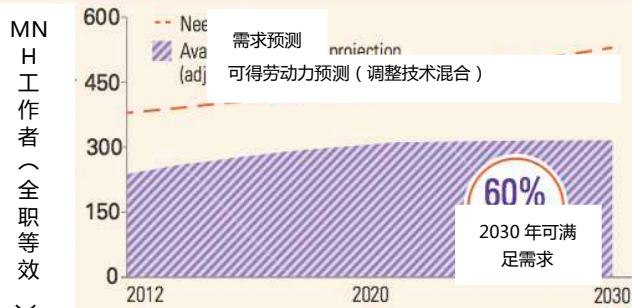
3 到2030年，工作效率每年增加2%



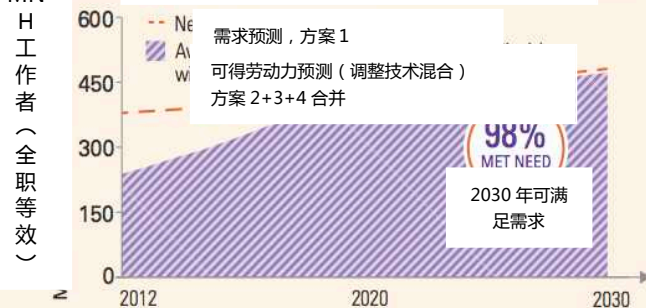
4 下一个5年流失量减半



目前发展轨迹



假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）

2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据

3. 信息参考助产士骨干分类

4. 助产士、护士的国家组织

5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

刚果

2012年，估计总人数430万人，170万人（39%）生活在农村，100万的妇女（24%）为育龄妇女。总生育率是5。至2030年，人口估计会增加56%，达到680万人。为了使这些人普遍获得性、生殖及母婴护理，至2030年助产士服务必须适应每年30万的怀孕量。其中有36%在农村。在2012至2030年期间，给予卫生体系的启示是如何更合理地设置人力资源来适应2070万的产前检查，360万的出生量，1460万的产后/出生后随访。

妇女和新生儿的需求 (2012)

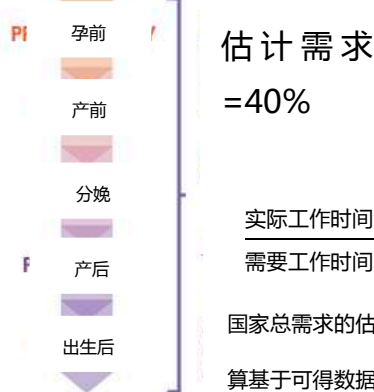
每年240000的怀孕量=多少照护事件



可获得的人力资源 (2012)

在 MNH 工作的人员国家级分类 花费在 MNH 的时间%

助产士	1,215	90
助产士、辅助者	67	-
助产护士	28	90
护士	na	na
护士、助产护士、	na	na
卫生干事和医助	na	na
开业医生、全科医生	323	-
产科医生、妇科医生	41	90



助产教育

高中教育为最低起点	12 年级+
取得资格要求的学习数 (全面的)	3
是否为标准化课程设置及最新更新时间	是, 1999
课程要求的在指导下的最低接生数	10
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	88/7
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	-

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	是
有承认助产是自主专业的法律	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	否
执照助产士的现场注册	是
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	7
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是

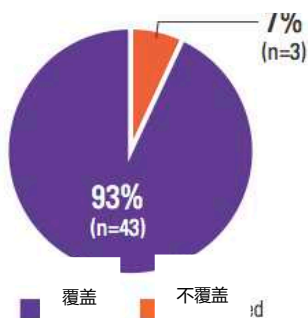
专业组织

专业组织创建年	2010
专业组织角色	
持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	否
就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
就政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	否
与政府协商工作和工资问题	否
Na=不适合 --=缺失数据	

经济可达性

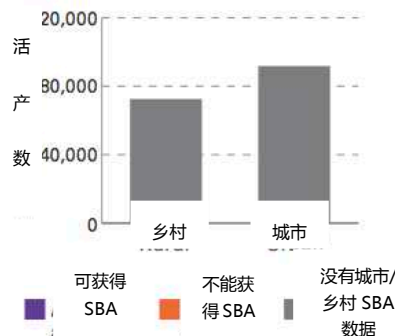
包括最小受益计划的 46 项 RMNH

基本干预百分比

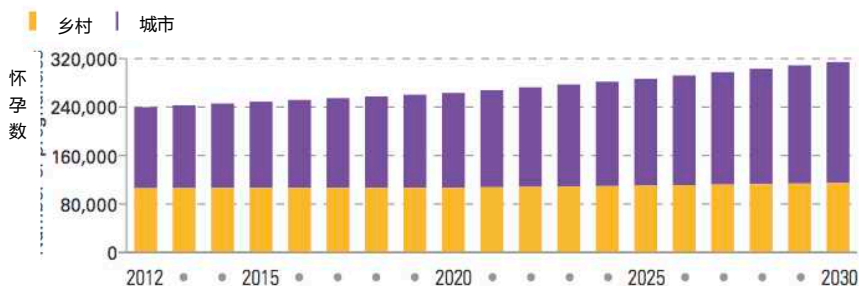


地域可达性

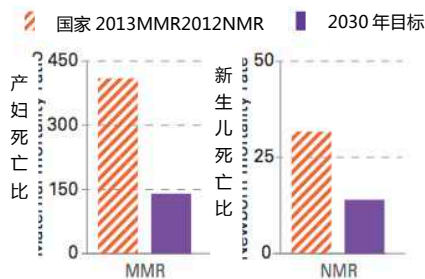
SBA 接生数目



规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



2030年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的 2030 年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

预计减少量

预计增加量

预计工作人数

ISCO-08 国际职业标准分类



假如...通过可获得的数据进行的需求预测

1 到 2030 年怀孕人数下降 20%



怀孕、分娩、产后、出生后照护急剧增加，孕前服务在 2080 年后增加

2 到 2020 年，助产士、护士、医生毕业生的数目翻倍



2030 年可满足需求

3 到 2030 年，工作效率每年增加 2%



2030 年可满足需求

4 下一个 5 年流失量减半



2030 年可满足需求

目前发展轨迹

假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）

2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据

3. 信息参考助产士骨干分类

4. 助产士、护士的国家组织

5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

刚果民主共和国

2012年，估计总人数 6570 万人，4940 万人（75%）生活在农村，1500 万的妇女（23%）为育龄妇女。总生育率是 6.1。至 2030 年，人口估计会增加 67%，达到 1.037 亿人。为了使这些人普遍获得性、生殖及母婴护理，至 2030 年助产士服务必须适应每年 520 万的怀孕量。其中有 71% 在农村。在 2012 至 2030 年期间，给予卫生体系的启示是如何更合理地设置人力资源来适应 3.527 亿的产前检查，6360 万的出生量，2.545 亿的产后/出生后随访。

妇女和新生儿的需求 (2012)

每年 4048000 的怀孕量 = 多少照护事件



怀孕量和地域分布 2012



可获得的人力资源 (2012)

在 MNH 工作的人员国家级分类 花费在 MNH 的时间%

国家级分类	人数	时间%
助产士	0	95
助产士、辅助者	1,555	95
助产护士	555	85
护士	57,703	40
护士、助产护士、	-	85
卫生干事和医助	na	na
开业医生、全科医生	5,832	25
产科医生、妇科医生	200	95



估计需求 = 53%

实际工作时间
需要工作时间
国家总需求的估
算基于可得数据

助产教育

高中教育为最低起点	12 年级+
取得资格要求的学数 (全面的)	3
是否为标准化课程设置及最新更新	是, 2013
课程要求的在指导下的最低接生数	50
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	0/na
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	na

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	否
有承认助产是自主专业的法律	是
政府机构规范助产士行为	否
助产执照	否
执照助产士的现场注册	否
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	7
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是

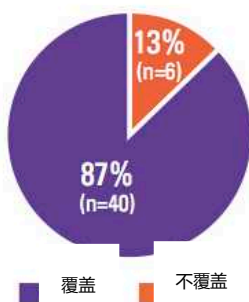
专业组织

专业组织创建年	1992, 2000, 2012
专业组织角色	
持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	是
就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
就政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	是
Na=不适合 --=缺失数据	

经济可达性

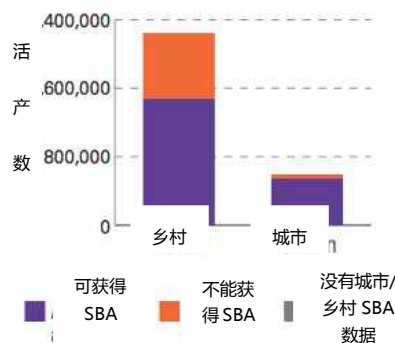
包括最小受益计划的 46 项 RMNH

基本干预百分比



地域可达性

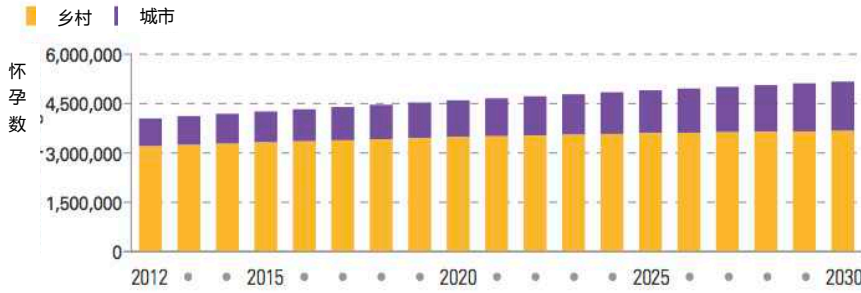
SBA 接生数目



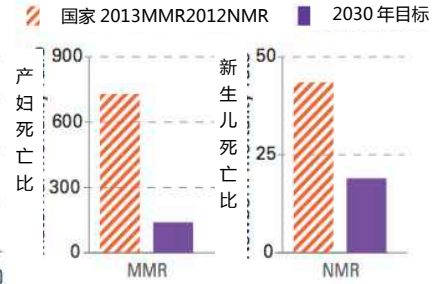
覆盖 不覆盖

可获得 SBA 不能获得 SBA 没有城市/乡村 SBA 数据

规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



2030年预测和规划

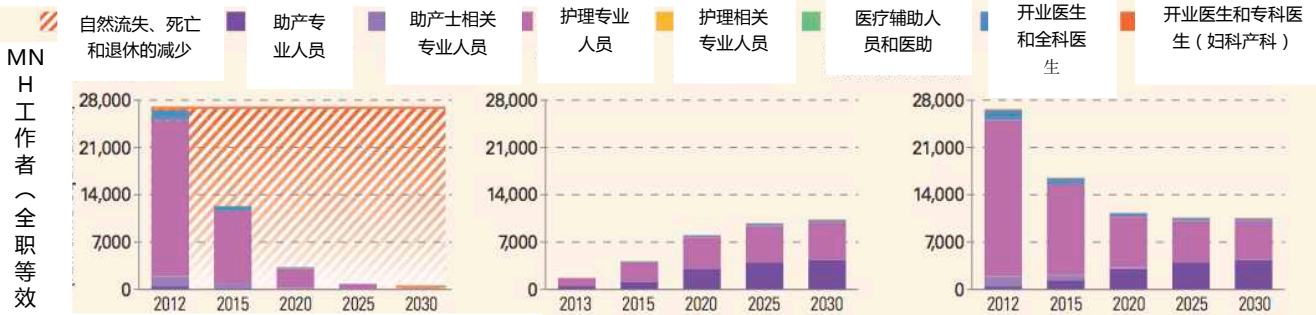
这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的2030年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在MNH上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在50页“如何阅读”部分。

预计减少量

预计增加量

预计工作人数

ISCO-08 国际职业标准分类

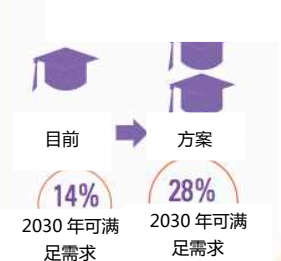


假如...通过可获得的数据进行的需求预测

1 到2030年怀孕人数下降20%



2 到2020年，助产士、护士、医生毕业生的数目翻倍



3 到2030年，工作效率每年增加2%

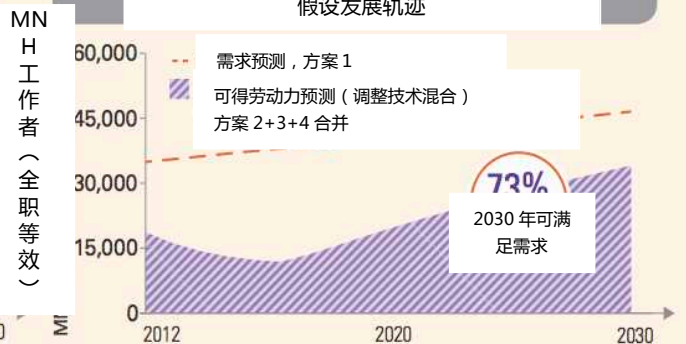
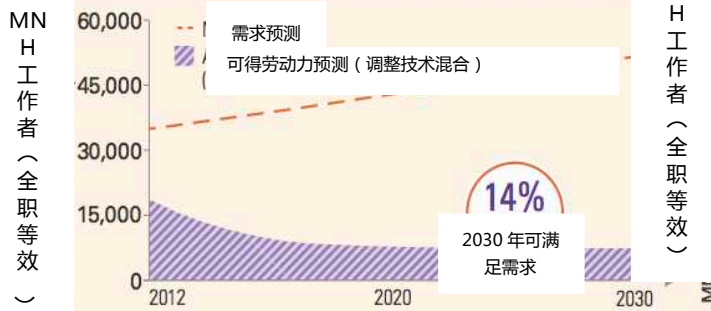


4 下一个5年流失量减半



目前发展轨迹

假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助师包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014的SoWMy或者第二来源（WHO全球健康观察、政府政策文件）

2. 年份数据是在STATCOMPILER获得的最新数据

3. 信息参考助产士骨干分类

4. 助产士、护士的国家组织

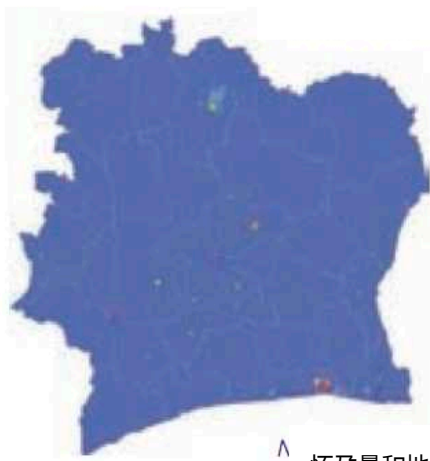
5. 提出的2030年的MMR、NMR的目标来源于2030年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

科特迪瓦共和国

2012年，估计总人数 1980 万人，1240 万人（63%）生活在农村，470 万的妇女（24%）为育龄妇女。总生育率是 4.9。至 2030 年，人口估计会增加 47%，达到 2920 万人。为了使这些人普遍获得性、生殖及母婴护理，至 2030 年助产士服务必须适应每年 130 万的怀孕量。其中有 61% 在农村。在 2012 至 2030 年期间，给予卫生体系的启示是如何更合理地设置人力资源来适应 9010 万的产前检查，1590 万的出生量，6340 万的产后/出生后随访。

妇女和新生儿的需求 (2012)

每年 1067000 的怀孕量 = 多少照护事件



怀孕量和地域分布 2012



可获得的人力资源 (2012)

在 MNH 工作的人员国家级分类 花费在 MNH 的时间%

国家级分类	人数	时间%
助产士	2,627	100
助产士、辅助者	1,224	100
助产护士	na	na
护士	2,961	-
护士、助产护士、	na	na
卫生干事和医助	na	na
开业医生、全科医生	114	100
产科医生、妇科医生	444	100



估计需求 = 48%

实际工作时间
需要工作时间
国家总需求的估
算基于可得数据

助产教育

高中教育为最低起点	12 年级 +
取得资格要求的学习数 (全面的)	3
是否为标准化课程设置及最新更新	是, 2012
课程要求的在指导下的最低接生数	15
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	501/19
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	0%

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	是
有承认助产是自主专业的法律	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	否
执照助产士的现场注册	是
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	7
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是

专业组织

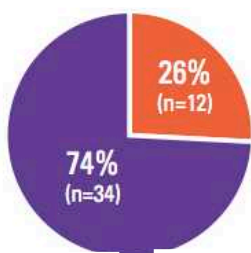
专业组织创建年	1971, 1997, 2011
专业组织角色	
持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	是
就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
就政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	否
与政府协商工作和工资问题	是

Na=不适合 --缺失数据

经济可达性

包括最小受益计划的 46 项 RMNH

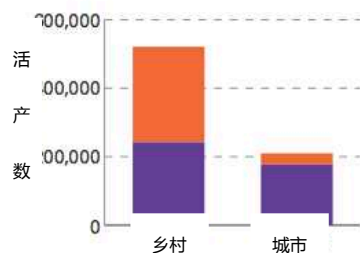
基本干预百分比



覆盖 不覆盖

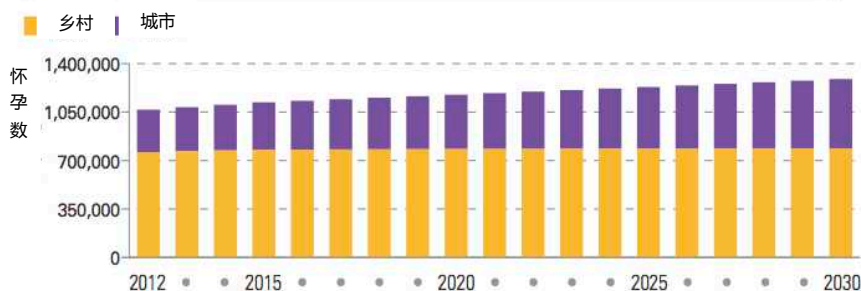
地域可达性

SBA 接生数目

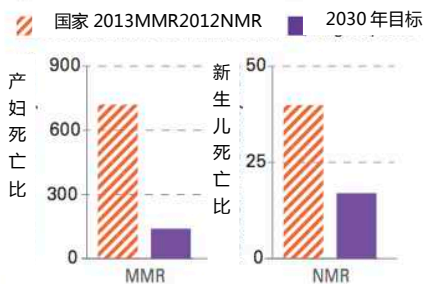


可获得 SBA 不能获得 SBA 没有城市/乡村 SBA 数据

规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



2030年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的2030年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

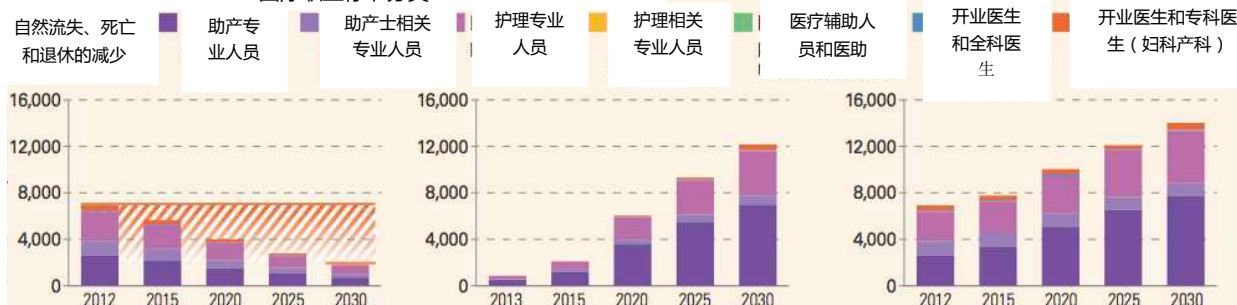
预计减少量

预计增加量

预计工作人数

ISCO-08 国际职业标准分类

MNH 工作者 (全职等效)



假如...通过可获得的数据进行的需求预测

1 到 2030 年怀孕人数下降 20%



2 到 2020 年，助产士、护士、医生毕业生的数目翻倍



3 到 2030 年，工作效率每年增加 2%

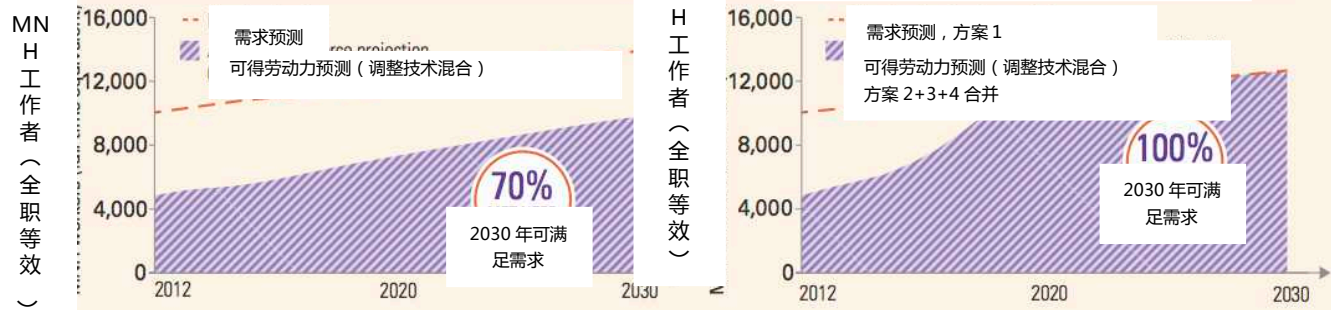


4 下一个 5 年流失量减半



目前发展轨迹

假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）
 2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据
 3. 信息参考助产士骨干分类
 4. 助产士、护士的国家组织
 5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

吉布提

2012年,估计总人数90万人,30万人(38%)生活在农村,20万的妇女(27%)为育龄妇女。总生育率是3.4。至2030年,人口估计会增加25%,达到110万人。为了使这些人普遍获得性、生殖及母婴护理,至2030年助产士服务必须适应每年3万的怀孕量。在2012至2030年期间,给予卫生体系的启示是如何更合理地设置人力资源来适应250万的产前检查,50万的出生量,180万的产后/出生后随访。

妇女和新生儿的需求 (2012)

每年34000的怀孕量=多少照护事件



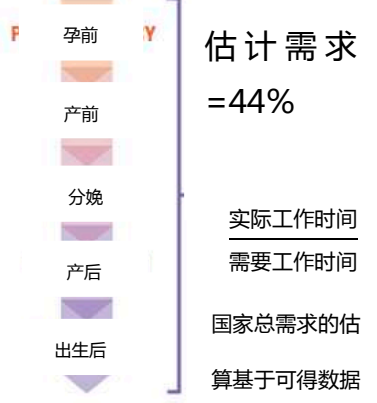
怀孕量和地域分布 2012



可获得的人力资源 (2012)

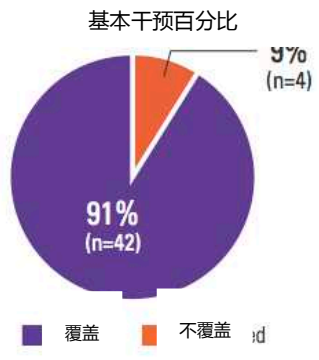
在 MNH 工作的人员国家级分类 花费在 MNH 的时间%

助产士	167	100
助产士、辅助者	na	na
助产护士	na	na
护士	na	na
护士、助产护士	na	na
卫生干事和医助	na	na
开业医生、全科医生	185	50
产科医生、妇科医生	-	100



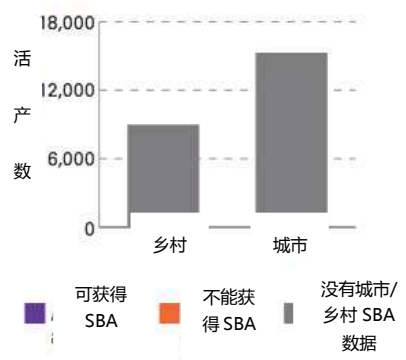
经济可达性

包括最小受益计划的46项 RMNH



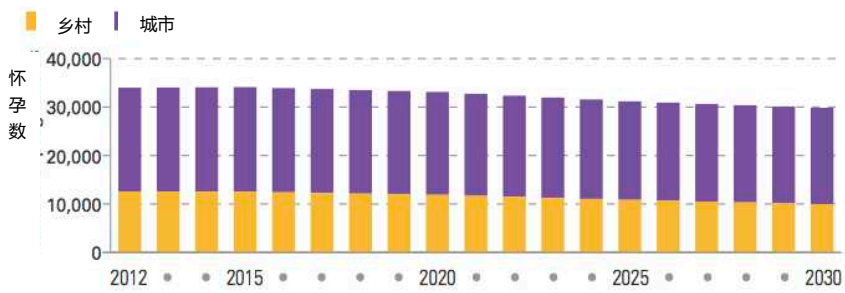
地域可达性

SBA 接生数目

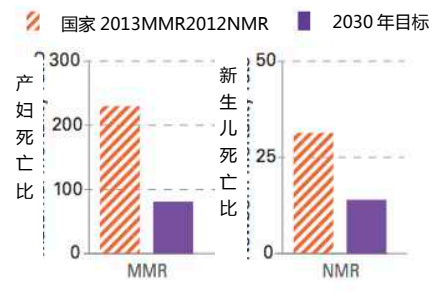


助产教育	
高中教育为最低起点	12 年级 +
取得资格要求的学习数 (全面的)	3
是否为标准化课程设置及最新更新时间	是, 2012
课程要求的在指导下的最低接生数	100
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	45/27
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	100%
助产法规	
有承认助产是自主专业的法律	否
有承认助产是自主专业的法律	否
政府机构规范助产士行为	否
助产执照	否
执照助产士的现场注册	否
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	7
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是
专业组织	
专业组织创建年	2012
专业组织角色	
持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	是
就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
就政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	否
与政府协商工作和工资问题	否

规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



2030年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的2030年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

预计减少量

预计增加量

预计工作人数

ISCO-08 国际职业标准分类

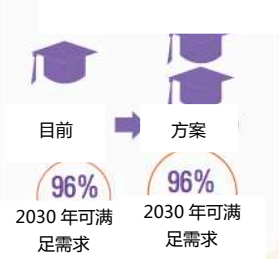


假如...通过可获得的数据进行的需求预测

1 到2030年怀孕人数下降20%



2 到2020年，助产士、护士、医生毕业生的数目翻倍



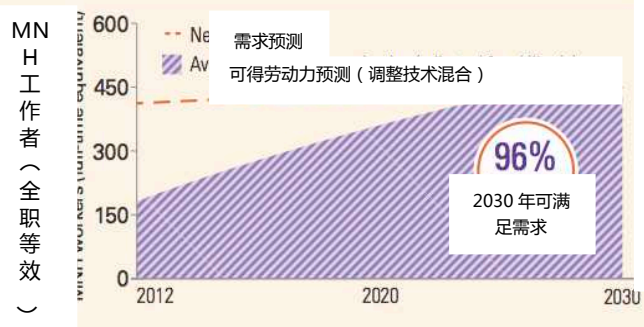
3 到2030年，工作效率每年增加2%



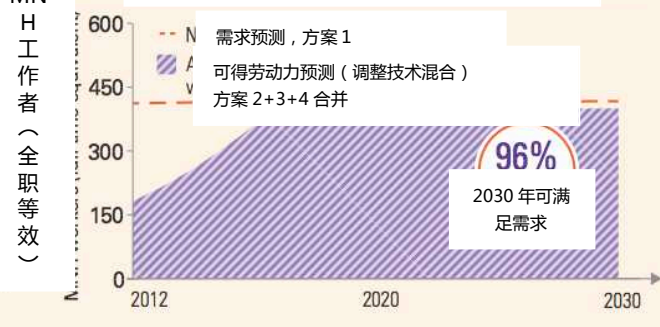
4 下一个5年流失量减半



目前发展轨迹



假设发展轨迹



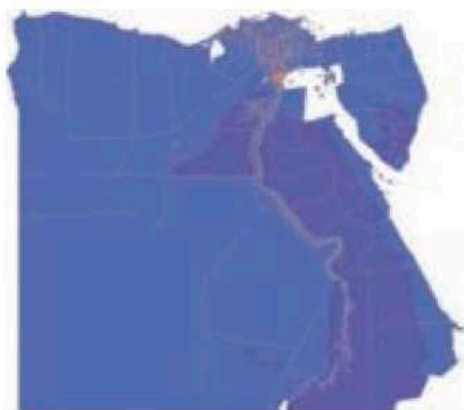
1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）
 2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据
 3. 信息参考助产士骨干分类
 4. 助产士、护士的国家组织
 5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

埃及

2012年，估计总人数 8070 万人，1920 万人 (24%) 生活在农村，2070 万的妇女 (26%) 为育龄妇女。总生育率是 2.8。至 2030 年，人口估计会增加 27%，达到 1.026 亿人。为了使这些人普遍获得性、生殖及母婴护理，至 2030 年助产士服务必须适应每年 250 万的怀孕量。其中有 20% 在农村。在 2012 至 2030 年期间，给予卫生体系的启示是如何更合理地设置人力资源来适应 1.917 亿的产前检查，3530 万的出生量，1.412 亿的产后/出生后随访。

妇女和新生儿的需求 (2012)

每年 2588000 的怀孕量=多少照护事件



怀孕量和地域分布 2012

0 <0.09 0.10-0.19 0.20-0.49 0.50-0.99 1.00-1.49 1.50-1.99 2.00-2.49 2.50-10.00 >10.00



可获得的人力资源 (2012)

在 MNH 工作的人员国家级分类 花费在 MNH 的时间%

助产士	na	na
助产士、辅助者	na	na
助产护士	2,800	100
护士	na	na
护士、助产护士、	na	na
卫生干事和医助	na	na
开业医生、全科医生	30,000	30
产科医生、妇科医生	5,042	100



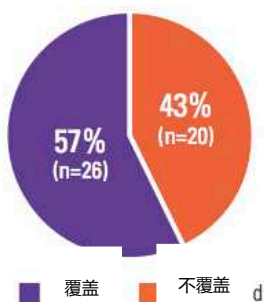
估计需求 = 35%

实际工作时间
需要工作时间
国家总需求的估
算基于可得数据

经济可达性

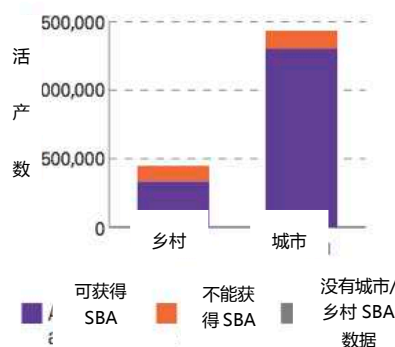
包括最小受益计划的 46 项 RMNH

基本干预百分比



地域可达性

SBA 接生数目



助产教育

高中教育为最低起点	12 年级+
取得资格要求的学习数 (全面的)	3
是否为标准化课程设置及最新更新的时间	是, 2000
课程要求的在指导下的最低接生数	20
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	125/4
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	100%

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	是
有承认助产是自主专业的法律	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	是
执照助产士的现场注册	是
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	1
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/否

专业组织

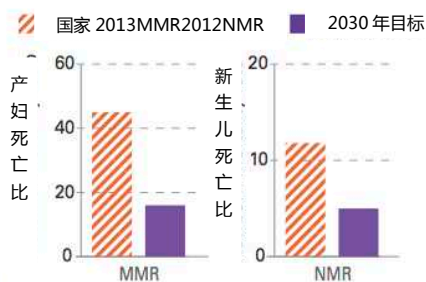
专业组织创建年	1990
专业组织角色	
持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	是
就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
就政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	否

Na=不适合 --缺失数据

规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



2030年预测和规划

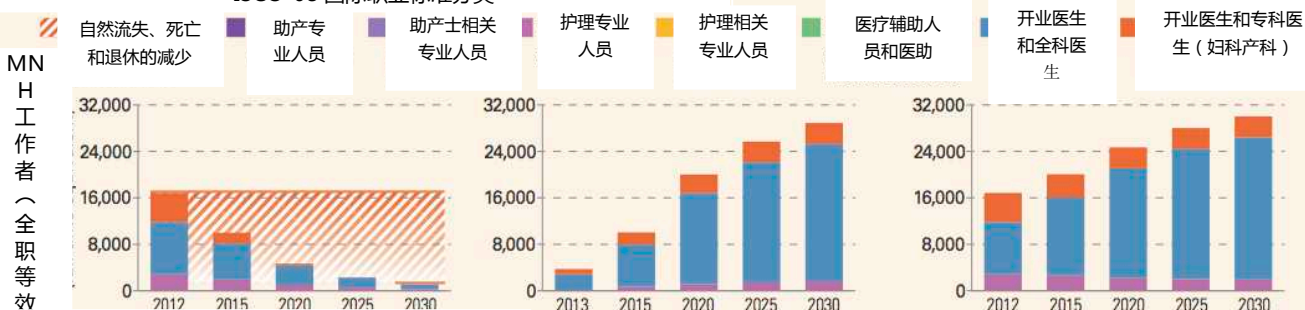
这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的2030年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

预计减少量

预计增加量

预计工作人数

ISCO-08 国际职业标准分类



假如...通过可获得的数据进行的需求预测

1 到2030年怀孕人数下降20%



目前 怀孕、分娩、产后、出生后照护急剧增加，孕前服务在2080年后增加

2 到2020年，助产士、护士、医生毕业生的数目翻倍



目前 54% 2030年可满足需求
方案 100% 2030年可满足需求

3 到2030年，工作效率每年增加2%



目前 54% 2030年可满足需求
方案 77% 2030年可满足需求

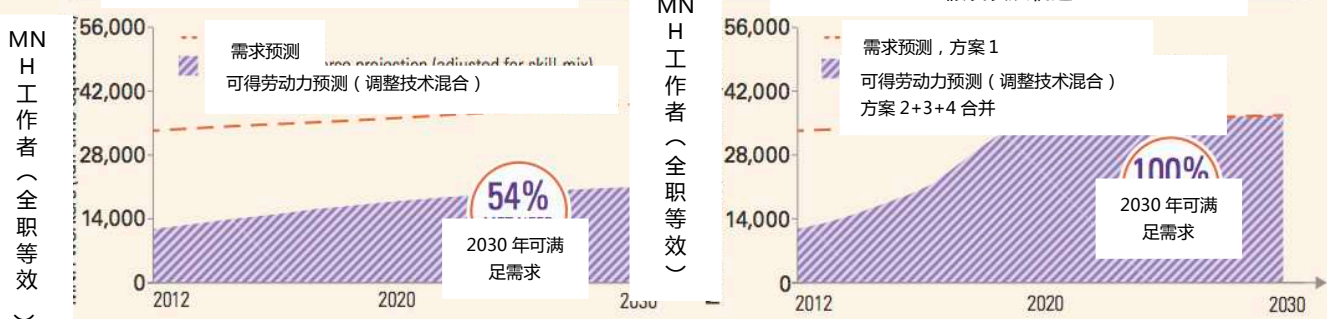
4 下一个5年流失量减半



目前 54% 2030年可满足需求
方案 79% 2030年可满足需求

目前发展轨迹

假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）

2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据

3. 信息参考助产士骨干分类

4. 助产士、护士的国家组织

5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

厄立特里亚

2012年，估计总人数 610 万人，570 万人（93%）生活在农村，150 万的妇女（24%）为育龄妇女。总生育率是 4.7。至 2030 年，人口估计会增加 60%，达到 980 万人。为了使这些人普遍获得性、生殖及母婴护理，至 2030 年助产士服务必须适应每年 40 万的怀孕量。其中有 60% 在农村。在 2012 至 2030 年期间，给予卫生体系的启示是如何更合理地设置人力资源来适应 2550 万的产前检查，470 的出生量，1900 万的产后/出生后随访。

妇女和新生儿的需求 (2012)

每年 315000 的怀孕量=多少照护事件

怀孕量和地域分布 2012



可获得的人力资源 (2012)

在 MNH 工作的人员国家级分类 花费在 MNH 的时间%

助产士	140	-
助产士、辅助者	na	na
助产护士	103	100
护士	na	na
护士、助产护士、	1,523	-
卫生干事和医助	na	na
开业医生、全科医生	122	-
产科医生、妇科医生	15	100



估计需求 = 23%

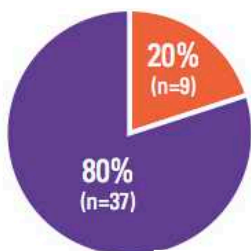
实际工作时间
需要工作时间
国家总需求的估
算基于可得数据

助产教育	
高中教育为最低起点	-
取得资格要求的学习数 (全面的)	-
是否为标准化课程设置及最新更新	是, 2010
课程要求的在指导下的最低接生数	50
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	0/na
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	100%
助产法规	
有承认助产是自主专业的法律	否
有承认助产是自主专业的法律	否
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	-
执照助产士的现场注册	-
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	7
允许助产士提供可注射避孕孕药/宫内避孕器	是/是
专业组织	
专业组织创建年	1992
专业组织角色	
持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	否
就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
就政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	否

经济可达性

包括最小受益计划的 46 项 RMNH

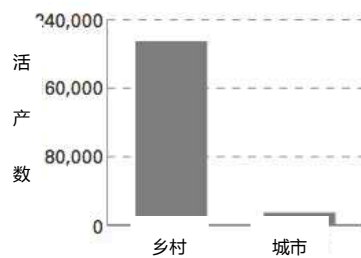
基本干预百分比



覆盖 不覆盖

地域可达性

SBA 接生数目

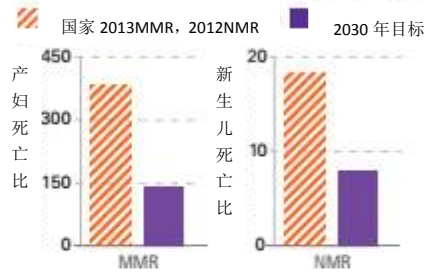


可获得 SBA 不能获得 SBA 没有城市/乡村 SBA 数据

规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



2030 年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的 2030 年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

预计减少量

预计增加量

预计工作人数

ISCO-08 国际职业标准分类

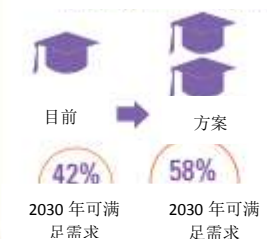


假如...通过可获得的数据进行的需求预测

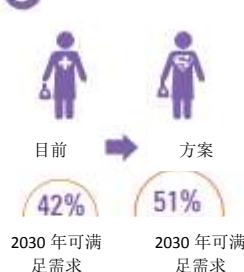
1 到 2030 年怀孕人数下降 20%



2 到 2020 年，助产士、护士、医生毕业生的数目翻倍



3 到 2030 年，工作效率每年增

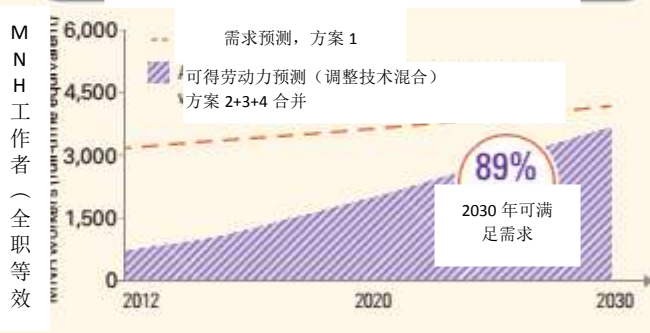
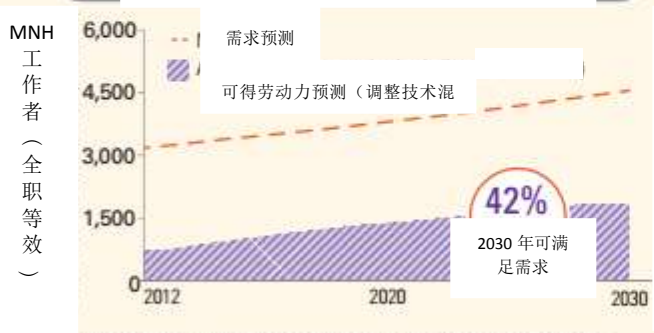


4 下一个 5 年流失量减半



目前发展轨迹

假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）

2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据

3. 信息参考助产士骨干分类

4. 助产士、护士的国家组织

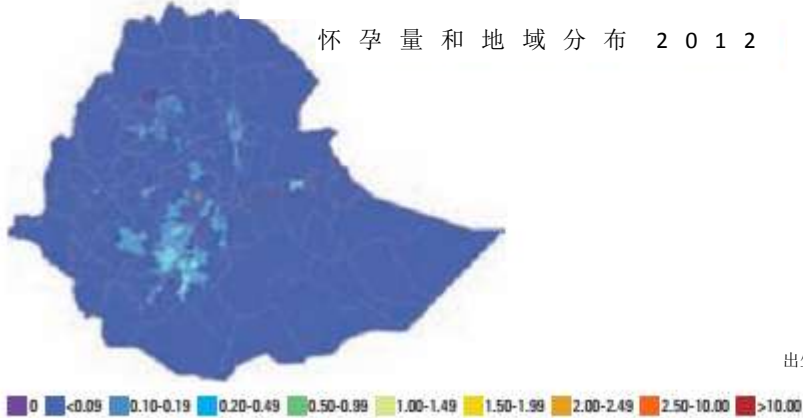
5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

埃塞俄比亚

2012年, 估计总人数 9170 万, 7960 万 (87%) 生活在农村, 2150 万的育龄期妇女 (23%); 总生育率是 4.6。到 2030 年, 人口估计会增加 50%, 达到 1.377 亿。为了使这些人普遍获得性、生殖、母婴关怀, 到 2030 年助产士服务必须适应每年 490 万的怀孕量, 这其中 84% 在农村地区。在 2012 至 2030 年期间, 给予 SRMNH 的启示是如何更合理地设置人力资源来适应 3.6 亿的产前检查, 6380 万的出生量和 2.552 亿的产后/出生后随访。

妇女和新生儿的需求 (2012)

每年 4,465,000 的怀孕量 = 多少照护事件?

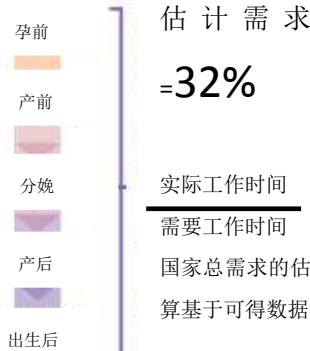


可获得的人力资源 (2012)

在 MNH 工作的人员国家级分类

花费在 MNH 的时间%

助产士	6,925	100
助产士、辅助者	na	na
助产护士	na	na
护士	20,109	40
护士、助产护士、辅助者	na	na
卫生干事和医助	5,757	70
开业医生、全科医生	2,935	50
产科医生、妇科医生	147	100



助产教育

高中教育为最低起点	12 年级以上
取得资格要求的学习年数 (全面的)	4
是否为标准化课程设置及最新更新时间	是, 2010
课程要求的在指导下的最低接生数	20
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	2,520/36
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	100%

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	否
有认可的专业助产士定义	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	是
执照助产士的现场注册	是
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	7
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是

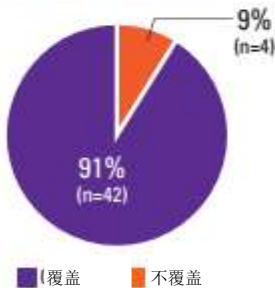
专业组织

专业组织创建年	1992
专业组织角色: 持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	否
就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	否
与政府协商工作和工资问题	否

Na=不适合 ---=缺失数据

经济可达性

包括最小受益计划的 46 项 RMNH 基本干预百分比

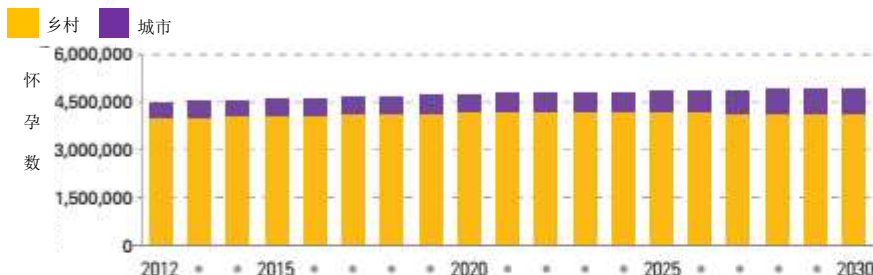


地域可达性

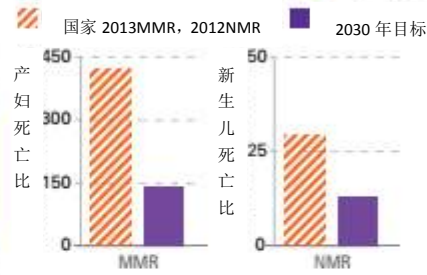
SBA 接生数目



规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



2030 年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的 2030 年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

预计减少量

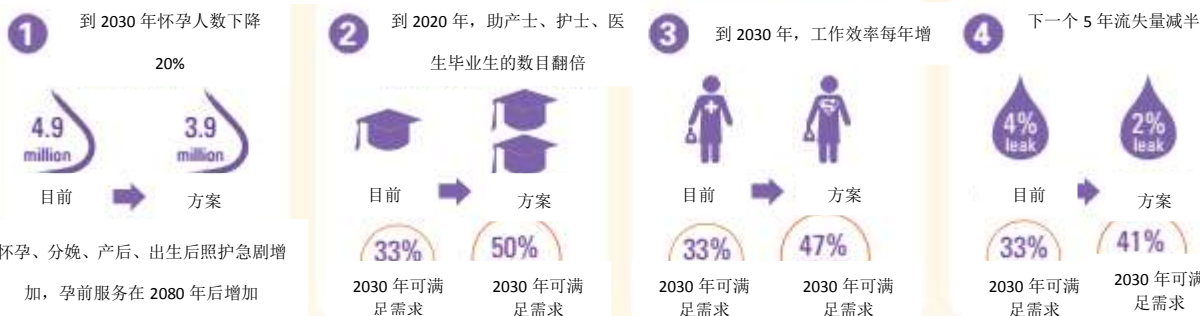
预计增加量

预计工作人数

ISCO-08 国际职业标准分类

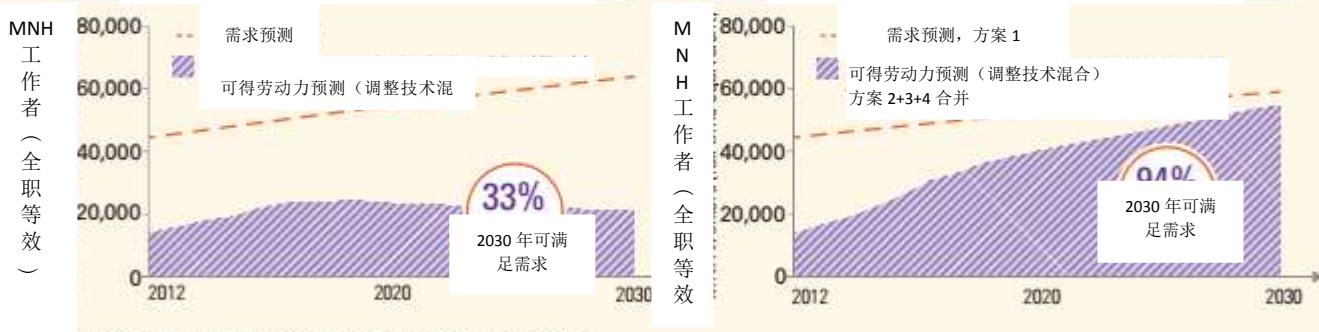


假如...通过可获得的数据进行的需求预测



目前发展轨迹

假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）

2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据

3. 信息参考助产士骨干分类

4. 助产士、护士的国家组织

5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

加蓬

2012年,估计总人数160万, 50万(29%)生活在农村, 40万的育龄期妇女(24%); 总生育率是4.1。到2030年,人口估计会增加46%,达到240万。为了使这些人普遍获得性、生殖、母婴关怀,到2030年助产士服务必须适应每年8万的怀孕量,这其中29%在农村地区。在2012至2030年期间,给予SRMNH的启示是如何更合理地设置人力资源来适应610万的产前检查, 110万的出生量和440万的产后/出生后随访。

妇女和新生儿的需求 (2012)

每年 75,000 的怀孕量 = 多少 照护事件 ?



怀孕量和地域分布 2012



可获得的人力资源 (2012)

在 MNH 工作的人员国家级分类

花费在 MNH 的时间%

助产士	437	100
助产士、辅助者	na	na
助产护士	17	100
护士	3,678	20
护士、助产护士、辅助者	na	na
卫生干事和医助	na	na
开业医生、全科医生	318	30
产科医生、妇科医生	33	100



估计需求 = 99%

实际工作时间
需要工作时间
国家总需求的估算基于可得数据

助产教育

高中教育为最低起点	12 年级以上
取得资格要求的学习年数 (全面的)	3
是否为标准化课程设置及最新更新时间	是, 2012
课程要求的在指导下的最低接生数	-
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	6/1
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	100%

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	否
有认可的专业助产士定义	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	否
执照助产士的现场注册	是
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	5
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是

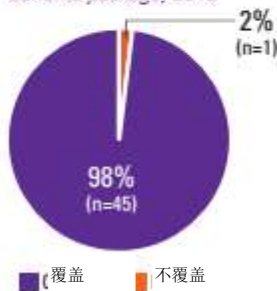
专业组织

专业组织创建年	1995
专业组织角色: 持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	否
就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	否
与政府协商工作和工资问题	否

Na=不适合 ---=缺失数据

经济可达性

包括最小受益计划的 46 项 RMNH 基本干预百分比

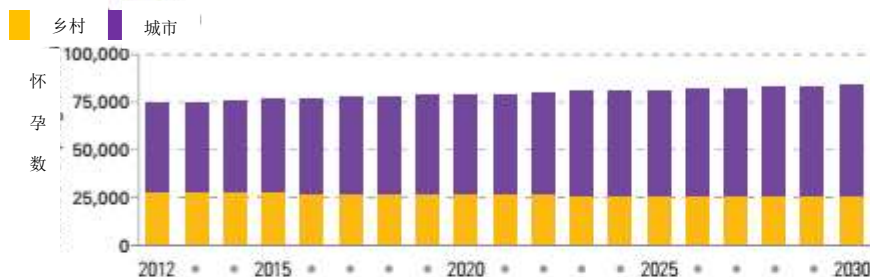


地域可达性

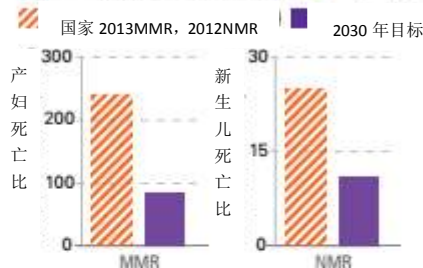
SBA 接生数目



规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



2030 年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的 2030 年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

预计减少量

预计增加量

预计工作人数

ISCO-08 国际职业标准分类



假如....通过可获得的数据进行的需求预测

1 到 2030 年怀孕人数下降 20%



怀孕、分娩、产后、出生后照护急剧增加，孕前服务在 2080 年后增加

2 到 2020 年，助产士、护士、医 生毕业生的数目翻倍



2030 年可满足需求 2030 年可满足需求

3 到 2030 年，工作效率每年增



2030 年可满足需求 2030 年可满足需求

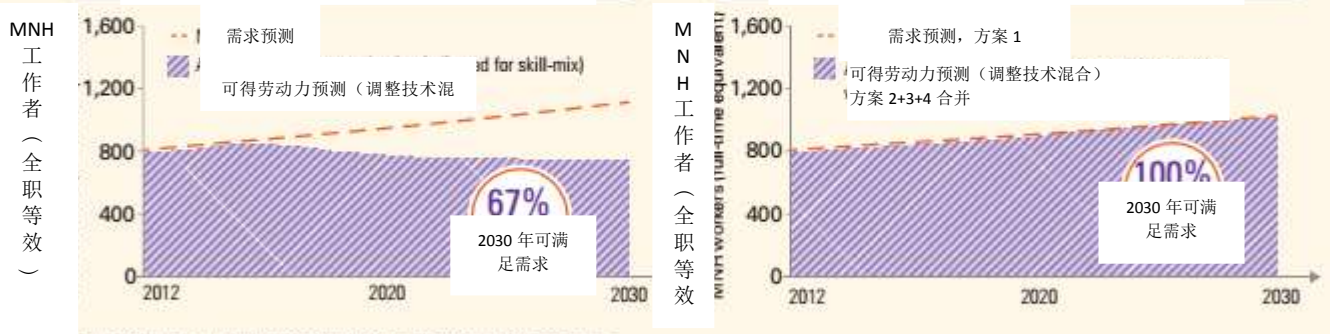
4 下一个 5 年流失量减半



2030 年可满足需求 2030 年可满足需求

目前发展轨迹

假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）
 2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据
 3. 信息参考助产士骨干分类
 4. 助产士、护士的国家组织
 5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

冈比亚

2012年, 估计总人数 180 万, 60 万 (34%) 生活在农村, 40 万的育龄期妇女(24%); 总生育率是 5.8. 到 2030 年, 人口估计会增加 71%, 达到 310 万。为了使这些人普遍获得性、生殖、母婴关怀, 到 2030 年助产士服务必须适应每年 20 万的怀孕量, 这其中 84% 在农村地区。在 2012 至 2030 年期间, 给予 SRMNH 的启示是如何更合理地设置人力资源来适应 1120 万的产前检查, 180 万的出生量和 730 万的产后/出生后随访。

妇女和新生儿的需求 (2012)

每年 1 2 1 , 0 0 0 的怀孕量 = 多少照护事件 ?

怀孕量和地域分布 2 0 1 2



可获得的人力资源 (2012)

在 MNH 工作的人员国家级分类

花费在 MNH 的时间%

助产士	79	100
助产士、辅助者	180	50
助产护士	97	100
护士	200	15
护士、助产护士、辅助者	132	50
卫生干事和医助	na	na
开业医生、全科医生	29	20
产科医生、妇科医生	11	-



助产教育

高中教育为最低起点	12 年级以上
取得资格要求的学习年数 (全面的)	4
是否为标准化课程设置及最新更新时间	是, 2012
课程要求的在指导下的最低接生数	-
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	0/na
1 年内 MNH 雇佣毕业生 的百分数	100%

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	是
有认可的专业助产士定义	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	否
执照助产士的现场注册	是
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	7
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是

专业组织

专业组织创建年	1963
专业组织角色: 持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	是
就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	是

Na=不适合 ---缺失数据

经济可达性

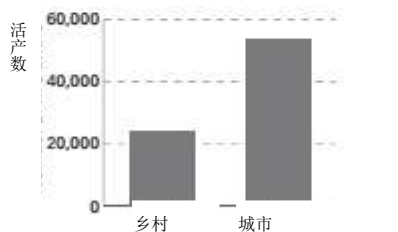
包括最小受益计划的 46 项 RMNH 基本干预百分比



覆盖 不覆盖

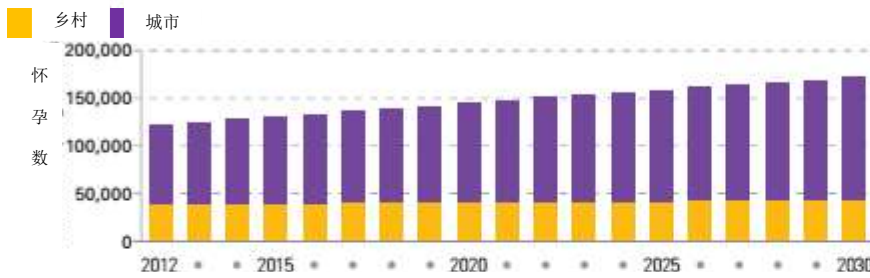
地域可达性

SBA 接生数目

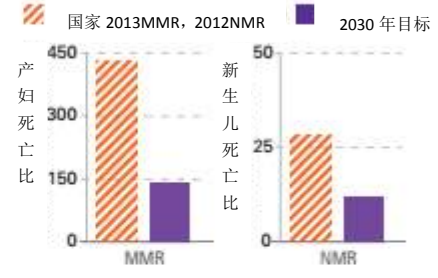


可获得 不能获得 SBA 没有城市/乡村 SBA 数据

规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



2030年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的2030年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

预计减少量

预计增加量

预计工作人数

ISCO-08 国际职业标准分类



假如...通过可获得的数据进行的需求预测

1 到 2030 年怀孕人数下降 20%

目前: 0.17 million
方案: 0.14 million

怀孕、分娩、产后、出生后照护急剧增加，孕前服务在 2080 年后增加

2 到 2020 年，助产士、护士、医学生毕业生的数目翻倍

目前: 41%
方案: 62%

2030 年可满足需求

3 到 2030 年，工作效率每年增

目前: 41%
方案: 52%

2030 年可满足需求

4 下一个 5 年流失量减半

目前: 6% leak
方案: 3% leak

2030 年可满足需求

目前发展轨迹

假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）
 2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据
 3. 信息参考助产士骨干分类
 4. 助产士、护士的国家组织
 5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

加纳

2012年,估计总人数2540万, 1510万(59%)生活在农村, 650万的育龄期妇女(26%); 总生育率是3.9。到2030年,人口估计会增加39%,达到3530万。为了使这些人普遍获得性、生殖、母婴关怀,到2030年助产士服务必须适应每年110万的怀孕量,这其中59%在农村地区。在2012至2030年期间,给予SRMNH的启示是如何更合理地设置人力资源来适应8380万的产前检查,1600万的出生量和6410万的产后/出生后随访。

妇女和新生儿的需求 (2012)

每年 1,0632,000 的怀孕量 = 多少 照护事件 ?



怀孕量和地域分布 2012



可获得的人力资源 (2012)

在 MNH 工作的人员国家级分类

花费在 MNH 的时间%

助产士	4,185	100
助产士、辅助者	na	na
助产护士	na	na
护士	273	80
护士、助产护士、辅助者	na	na
卫生干事和医助	na	na
开业医生、全科医生	1,123	-
产科医生、妇科医生	549	-



助产教育

高中教育为最低起点	12 年级以上
取得资格要求的学习年数 (全面的)	3
是否为标准化课程设置及最新更新时间	是, 2013
课程要求的在指导下的最低接生数	40
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	1, 146/27
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	100%

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	是
有认可的专业助产士定义	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	是
执照助产士的现场注册	是
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	7
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是

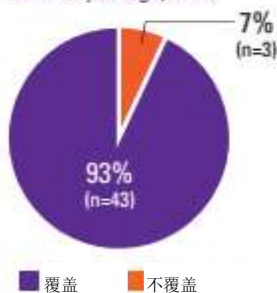
专业组织

专业组织创建年	1935,1960,2009
专业组织角色: 持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	否
就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	是

Na=不适合 --=缺失数据

经济可达性

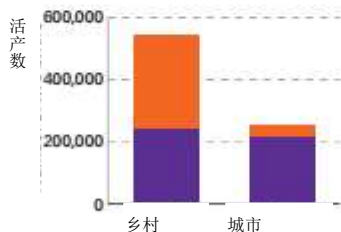
包括最小受益计划的 46 项 RMNH 基本干预百分比



覆盖 不覆盖

地域可达性

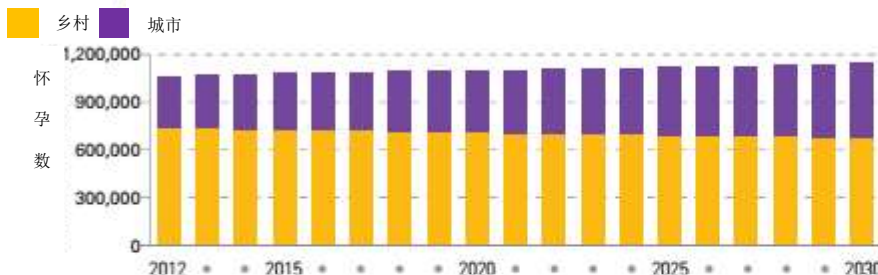
SBA 接生数目



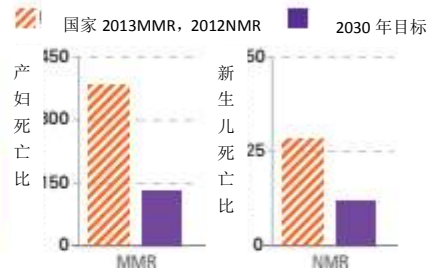
乡村 城市

可获得 SBA 不能获得 没有城市/乡村 SBA 数据

规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



2030年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的2030年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在MNH上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在50页“如何阅读”部分。

预计减少量

预计增加量

预计工作人数

ISCO-08 国际职业标准分类



假如....通过可获得的数据进行的需求预测

1 到2030年怀孕人数下降

20%



怀孕、分娩、产后、出生后照护急剧增加，孕前服务在2080年后增加

2 到2020年，助产士、护士、医生毕业生的数目翻倍



2030年可满足需求 2030年可满足需求

3 到2030年，工作效率每年增



2030年可满足需求 2030年可满足需求

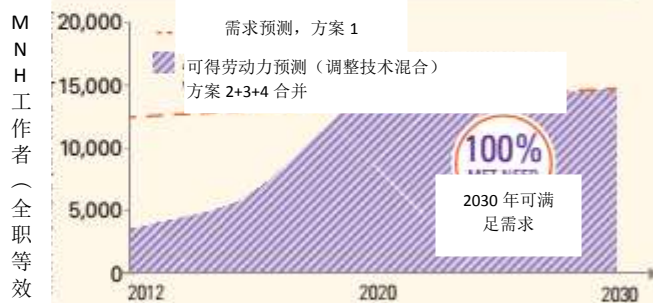
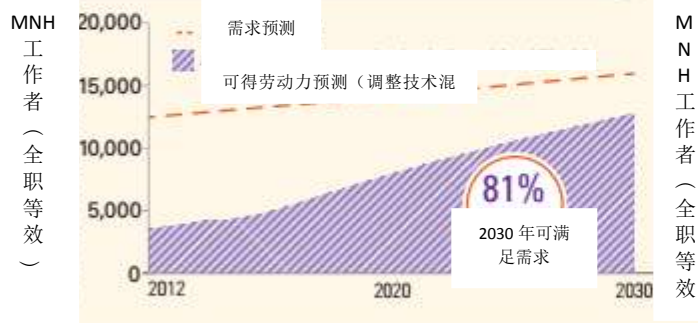
4 下一个5年流失量减半



2030年可满足需求 2030年可满足需求

目前发展轨迹

假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014的SoWMy或者第二来源（WHO全球健康观察、政府政策文件）

2. 年份数据是在STATCOMPILER获得的最新数据

3. 信息参考助产士骨干分类

4. 助产士、护士的国家组织

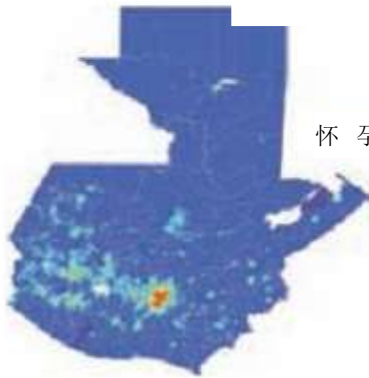
5. 提出的2030年的MMR、NMR的目标来源于2030年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

圭地马拉

2012年,估计总人数1510万,950万(63%)生活在农村,380万的育龄期妇女(25%);总生育率是3.8。到2030年,人口估计会增加50%,达到2260万。为了使这些人普遍获得性、生殖、母婴关怀,到2030年助产士服务必须适应每年90万的怀孕量,这其中84%在农村地区。在2012至2030年期间,给予SRMNH的启示是如何更合理地设置人力资源来适应6310万的产前检查,990万的出生量和3980万的产后/出生后随访。

妇女和新生儿的需求 (2012)

每年 7 6 2 , 0 0 0 的 怀 孕 量 = 多 少 照 护 事 件 ?



怀孕量和地域分布 2012

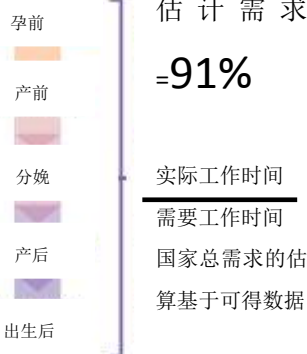


可获得的人力资源 (2012)

在 MNH 工作的人员国家级分类

花费在 MNH 的时间%

助产士	0	na
助产士、辅助者	na	na
助产护士	na	na
护士	3,500	50
护士、助产护士、辅助者	-	65
卫生干事和医助	na	na
开业医生、全科医生	12,703	70
产科医生、妇科医生	720	100



助产教育

高中教育为最低起点	na
取得资格要求的学习年数(全面的)	na
是否为标准化课程设置及最新更新时间	是, 2014
课程要求的在指导下的最低接生数	0
2012年毕业数/占总从业的助产人数百分比	na/na
1年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	na

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	是
有认可的专业助产士定义	否
政府机构规范助产士行为	否
助产执照	否
执照助产士的现场注册	否
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	7
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是

专业组织

专业组织创建年	1947
专业组织角色: 持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	是
就成员 MNH 的质量标准提出建议	否
政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	是

Na=不适合 ---=缺失数据

经济可达性

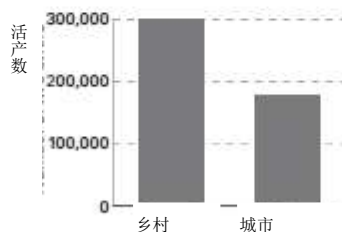
包括最小受益计划的 46 项 RMNH 基本干预百分比



覆盖 不覆盖

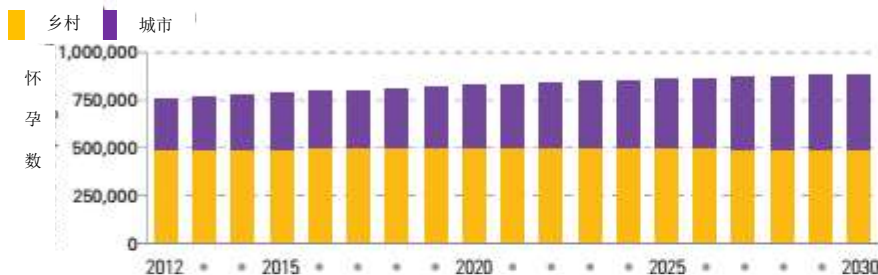
地域可达性

SBA 接生数目

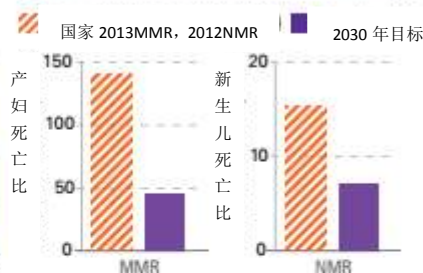


可获得 不能获得 SBA 没有城市/乡村 SBA 数据

规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



2030 年预测和规划

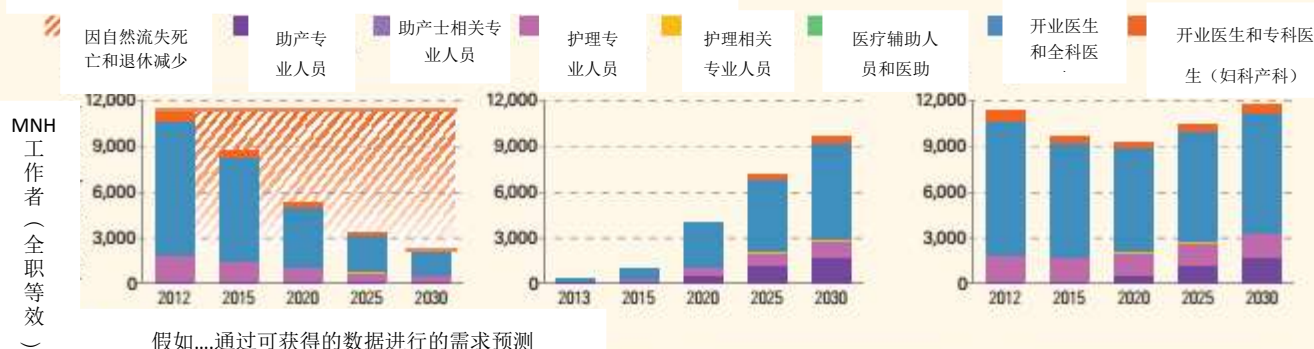
这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的 2030 年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

预计减少量

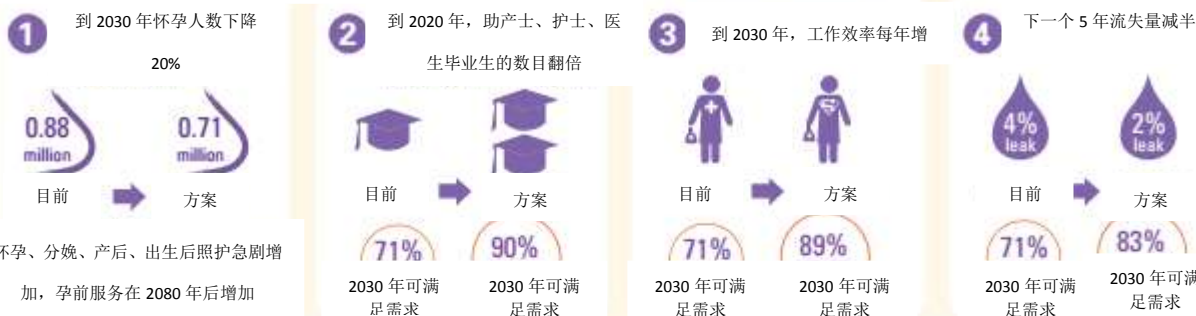
预计增加量

预计工作人数

ISCO-08 国际职业标准分类

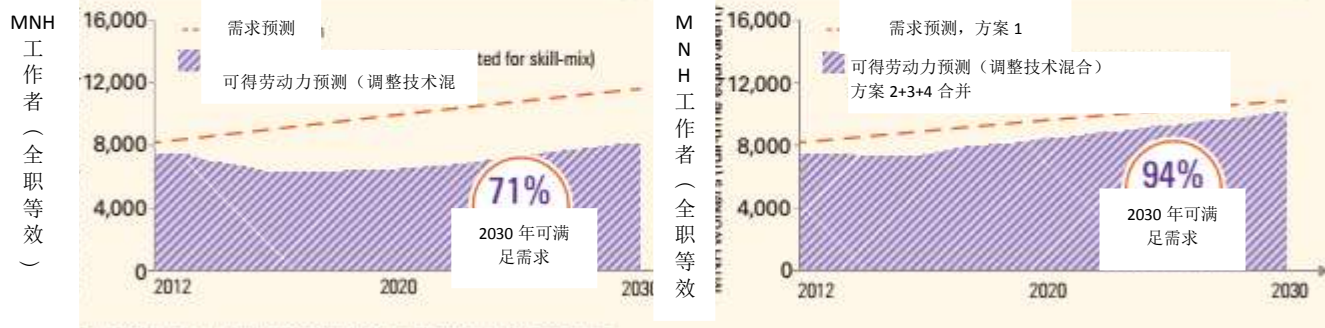


假如...通过可获得的数据进行的需求预测



目前发展轨迹

假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）

2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据

3. 信息参考助产士骨干分类

4. 助产士、护士的国家组织

5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

几内亚

2012年, 估计总人数 1150 万, 780 万 (68%) 生活在农村, 270 万的育龄期妇女(23%); 总生育率是 5.0. 到 2030 年, 人口估计会增加 51%, 达到 1730 万。为了使这些人普遍获得性、生殖、母婴关怀, 到 2030 年助产士服务必须适应每年 90 万的怀孕量, 这其中 63% 在农村地区。在 2012 至 2030 年期间, 给予 SRMNH 的启示是如何更合理地设置人力资源来适应 6170 万的产前检查, 920 万的出生量和 3690 万的产后/出生后随访。

妇女和新生儿的需求 (2012)

每年 734,000 的怀孕量 = 多少照护事件?



可获得的人力资源 (2012)

在 MNH 工作的人员国家级分类

花费在 MNH 的时间%

助产士	500	100
助产士、辅助者	na	na
助产护士	na	na
护士	1,494	25
护士、助产护士、辅助者	4,275	90
卫生干事和医助	na	na
开业医生、全科医生	476	40
产科医生、妇科医生	45	100



助产教育

高中教育为最低起点	12 年级以上
取得资格要求的学习年数 (全面的)	3
是否为标准化课程设置及最新更新时间	是, 2011
课程要求的在指导下的最低接生数	25
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	119/24
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	75%

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	是
有认可的专业助产士定义	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	是
执照助产士的现场注册	否
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	7
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是

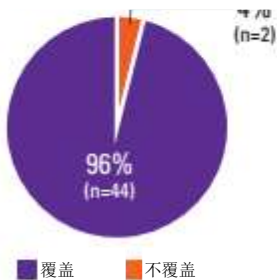
专业组织

专业组织创建年	1988
专业组织角色: 持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	否
就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	是

Na=不适合 --=缺失数据

经济可达性

包括最小受益计划的 46 项 RMNH 基本干预百分比



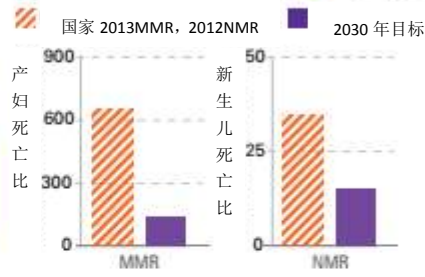
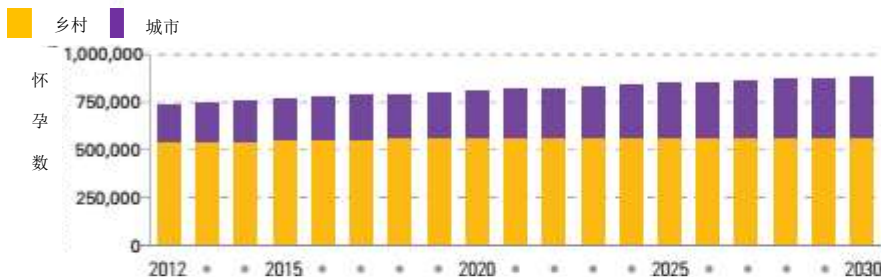
地域可达性

SBA 接生数目



规划怀孕数：城市与乡村

死亡率降低



2030 年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的 2030 年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

预计减少量

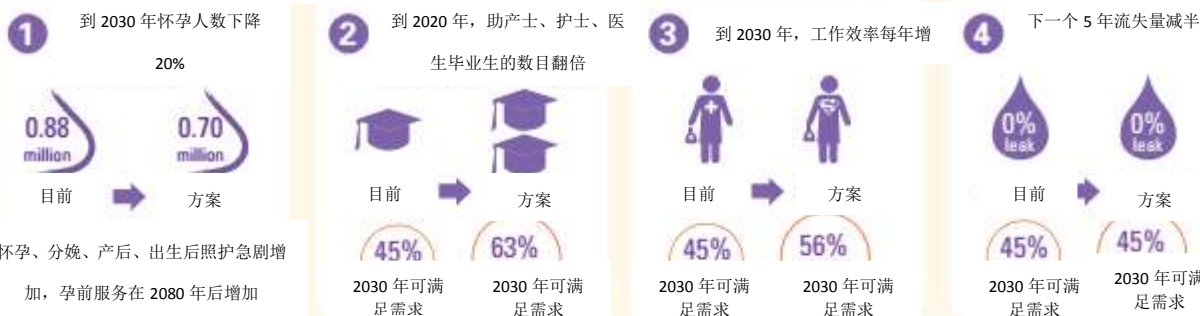
预计增加量

预计工作人数

ISCO-08 国际职业标准分类



假如...通过可获得的数据进行的需求预测



目前发展轨迹

假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）

2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据

3. 信息参考助产士骨干分类

4. 助产士、护士的国家组织

5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

几内亚比绍

2012年,估计总人数170万, 110万(65%)生活在农村, 40万的育龄期妇女(24%); 总生育率是5.0. 到2030年,人口估计会增加49%,达到250万。为了使这些人普遍获得性、生殖、母婴关怀,到2030年助产士服务必须适应每年10万的怀孕量,这其中63%在农村地区。在2012至2030年期间,给予SRMNH的启示是如何更合理地设置人力资源来适应920万的产前检查, 140万的出生量和550万的产后/出生后随访。

妇女和新生儿的需求 (2012)

每年 109,000 的怀孕量 = 多少 照顾 事件 ?

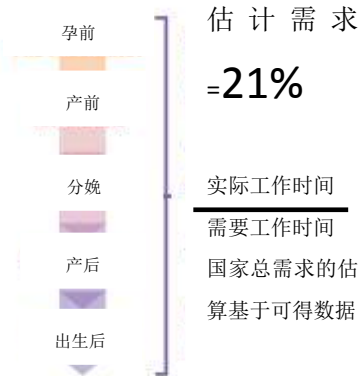


可获得的人力资源 (2012)

在 MNH 工作的人员国家级分类

花费在 MNH 的时间%

助产士	148	-
助产士、辅助者	5	-
助产护士	29	-
护士	na	na
护士、助产护士、辅助者	na	na
卫生干事和医助	na	na
开业医生、全科医生	214	-
产科医生、妇科医生	5	-



助产教育

高中教育为最低起点	12 年级以上
取得资格要求的学习年数(全面的)	3
是否为标准化课程设置及最新更新时间	是, 2010
课程要求的在指导下的最低接生数	0
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	37/25
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	100%

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	否
有认可的专业助产士定义	否
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	否
执照助产士的现场注册	否
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	5
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是

专业组织

专业组织创建年	1992, 1995, 2002
专业组织角色: 持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	是
就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	是

Na=不适合 ---=缺失数据

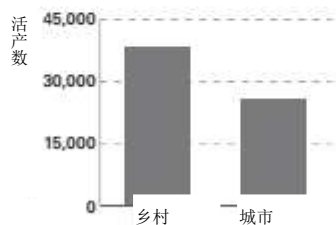
经济可达性

包括最小受益计划的 46 项 RMNH 基本干预百分比



地域可达性

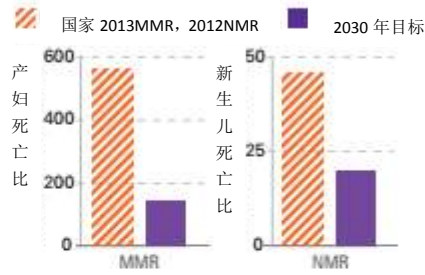
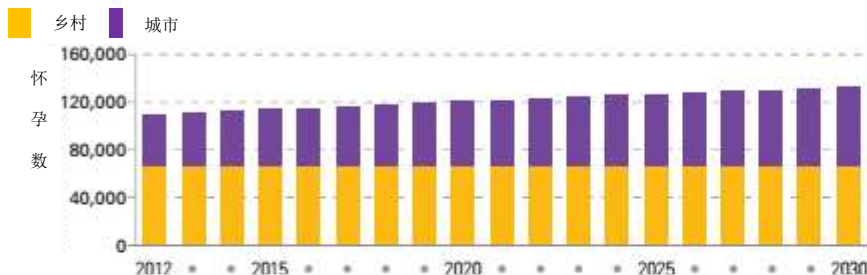
SBA 接生数目



可获得 SBA 不能获得 SBA 没有城市/乡村 SBA 数据

规划怀孕数：城市与乡村

死亡率降低



2030 年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的 2030 年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

预计减少量

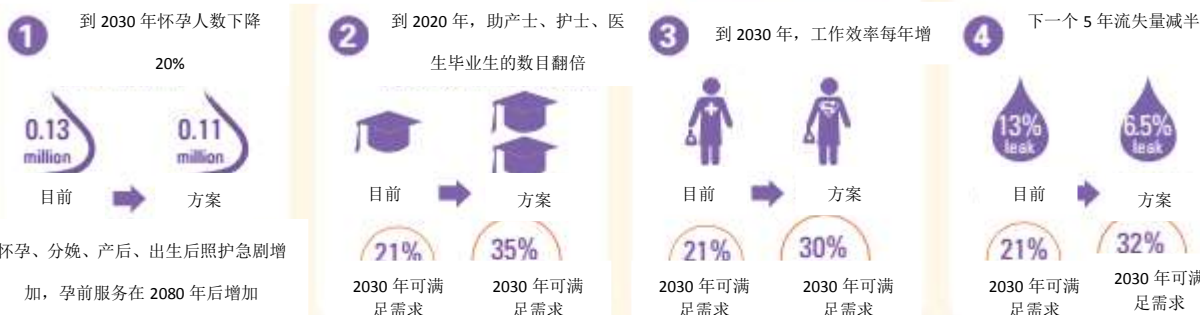
预计增加量

预计工作人数

ISCO-08 国际职业标准分类

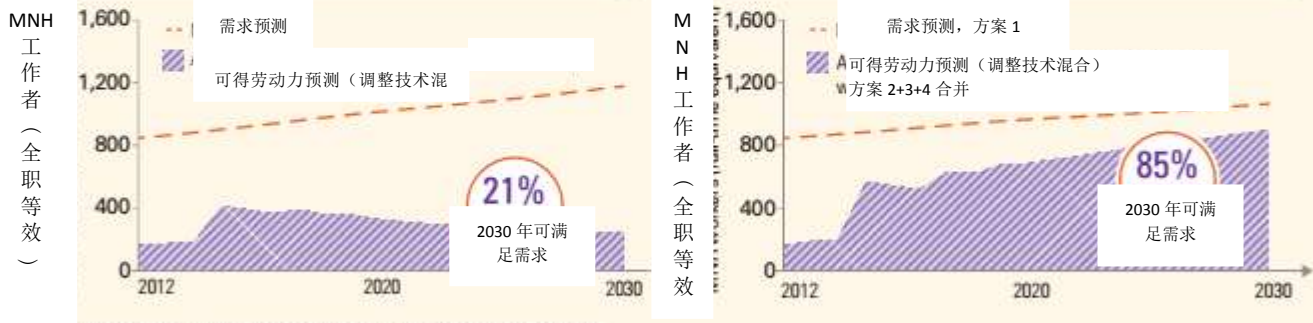


假如...通过可获得的数据进行的需求预测



目前发展轨迹

假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）

2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据

3. 信息参考助产士骨干分类

4. 助产士、护士的国家组织

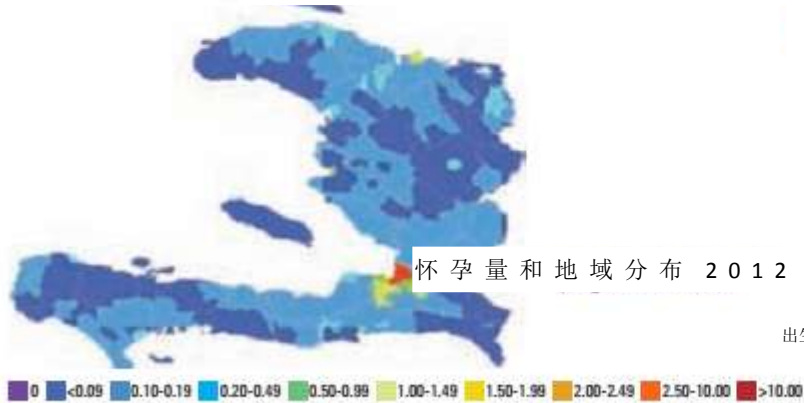
5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

海地

2012年,估计总人数1020万, 730万(72%)生活在农村, 270万的育龄期妇女(26%); 总生育率是3.2. 到2030年,人口估计会增加23%, 达到1250万。为了使这些人普遍获得性、生殖、母婴关怀, 到2030年助产士服务必须适应每年50万的怀孕量, 这其中90%在农村地区。在2012至2030年期间, 给予SRMNH的启示是如何更合理地设置人力资源来适应3580万的产前检查, 520万的出生量和2080万的产后/出生后随访。

妇女和新生儿的需求 (2012)

每年 4 8 3 , 0 0 0 的 怀 孕 量 = 多 少 照 护 事 件 ?



可获得的人力资源 (2012)

在 MNH 工作的人员国家级分类

花费在 MNH 的时间%

助产士	0	100
助产士、辅助者	na	na
助产护士	201	100
护士	na	na
护士、助产护士、辅助者	na	na
卫生干事和医助	na	na
开业医生、全科医生	374	35
产科医生、妇科医生	400	100



助产教育

高中教育为最低起点	12 年级以上
取得资格要求的学习年数(全面的)	3
是否为标准化课程设置及最新更新时间	是, 2013
课程要求的在指导下的最低接生数	50
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	-/na
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	na

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	否
有认可的专业助产士定义	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	否
执照助产士的现场注册	否
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	7
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是

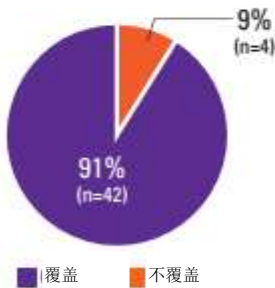
专业组织

专业组织创建年	1930,2001
专业组织角色: 持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	否
就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	是

Na=不适合 —=缺失数据

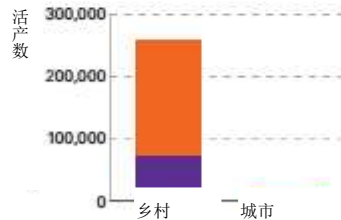
经济可达性

包括最小受益计划的 46 项 RMNH 基本干预百分比



地域可达性

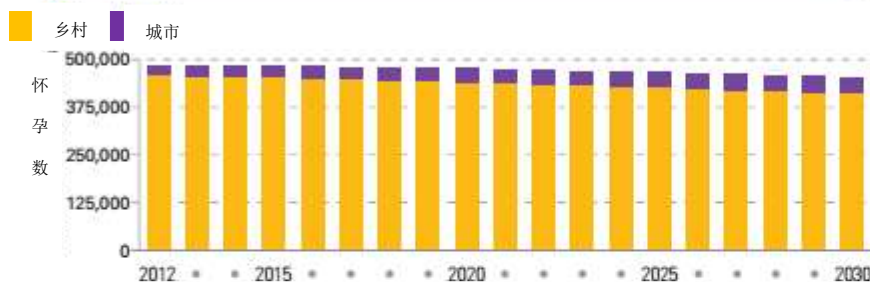
SBA 接生数目



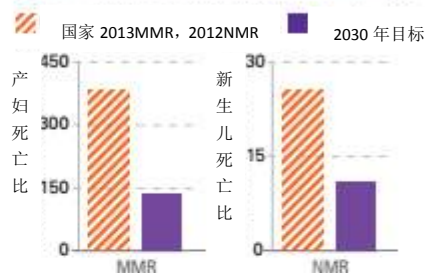
没有城市/乡村 SBA 数据

可获得 SBA 不能获得 SBA

规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



2030年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的2030年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

预计减少量

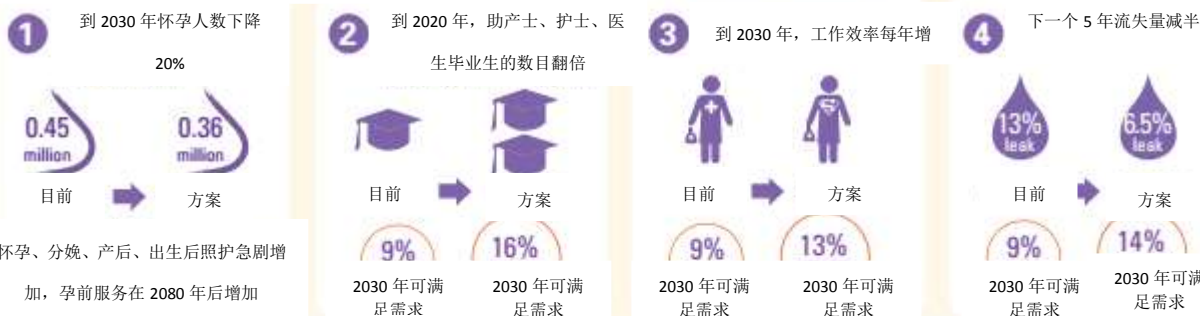
预计增加量

预计工作人数

ISCO-08 国际职业标准分类

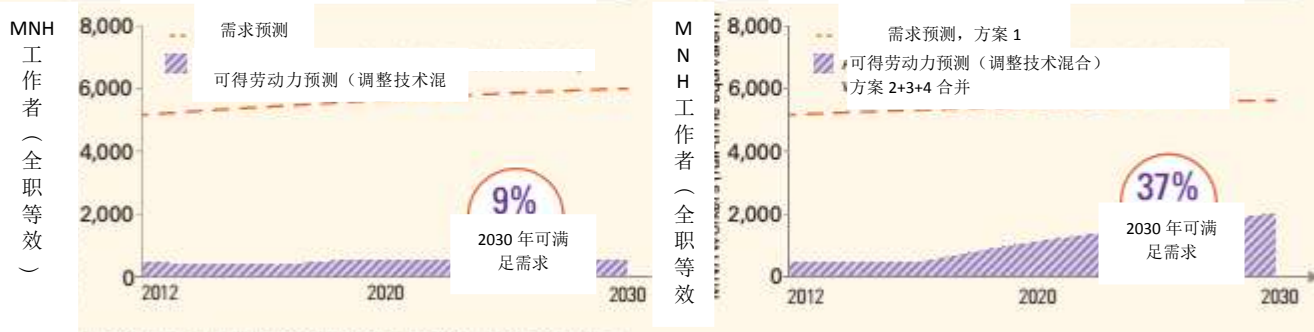


假如...通过可获得的数据进行的需求预测



目前发展轨迹

假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）

2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据

3. 信息参考助产士骨干分类

4. 助产士、护士的国家组织

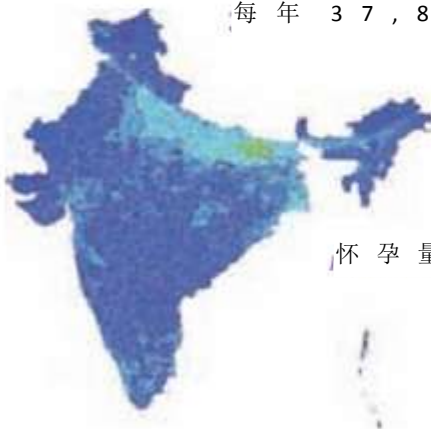
5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

印度

2012年, 估计总人数 12.367 亿, 8.924 亿 (72%) 生活在农村, 3.195 亿的育龄期妇女(26%); 总生育率是 2.5. 到 2030 年, 人口估计会增加 19%, 达到 1.4764 亿。为了使这些人普遍获得性、生殖、母婴关怀, 到 2030 年助产士服务必须适应每年 3460 万的怀孕量, 这其中 73% 在农村地区。在 2012 至 2030 年期间, 给予 SRMNH 的启示是如何更合理地设置人力资源来适应 2.7645 亿的产前检查, 47390 万的 出生量和 1.8955 亿的产后/出生后随访。

妇女和新生儿的需求 (2012)

每年 37,806,000 的怀孕量 = 多少照护事件?



怀孕量和地域分布 2012

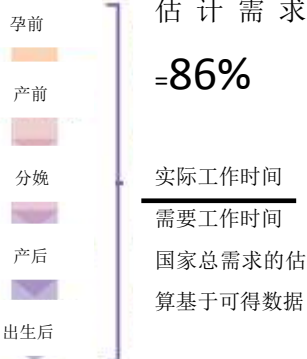


可获得的人力资源 (2012)

在 MNH 工作的人员国家级分类

花费在 MNH 的时间%

人员分类	人数	时间%
助产士	na	na
助产士、辅助者	na	na
助产护士	na	na
护士	1,406,006	-
护士、助产护士、辅助者	718,661	60
卫生干事和医助	na	na
开业医生、全科医生	883,812	-
产科医生、妇科医生	-	66



助产教育

高中教育为最低起点	12 年级以上
取得资格要求的学习年数(全面的)	4
是否为标准化课程设置及最新更新时间	是, 2004
课程要求的在指导下的最低接生数	20
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	156,180/11
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	-

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	否
有认可的专业助产士定义	否
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	是
执照助产士的现场注册	是
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	4
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	否/是

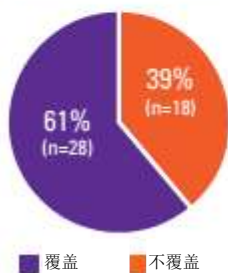
专业组织

专业组织创建年	1995, 2000
专业组织角色: 持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	是
就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	是

Na=不适合 --=缺失数据

经济可达性

包括最小受益计划的 46 项 RMNH 基本干预百分比

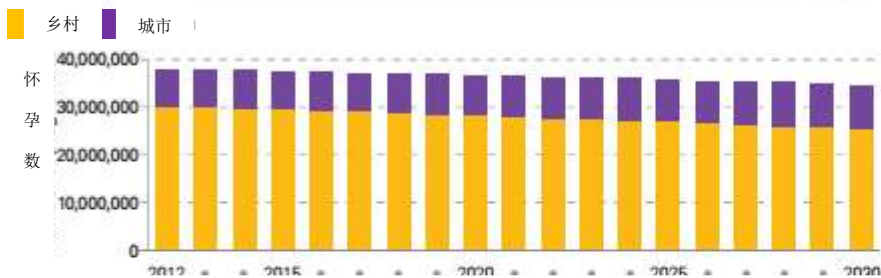


地域可达性

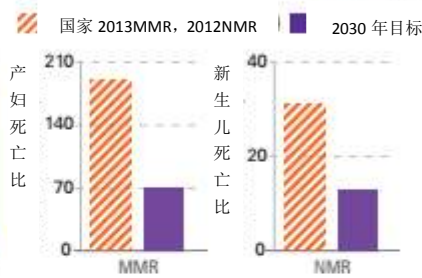
SBA 接生数目



规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



2030 年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的 2030 年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

预计减少量

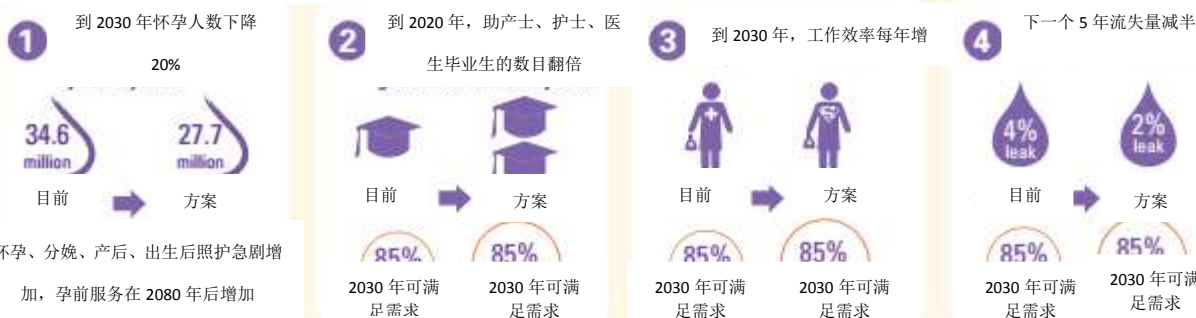
预计增加量

预计工作人数

ISCO-08 国际职业标准分类

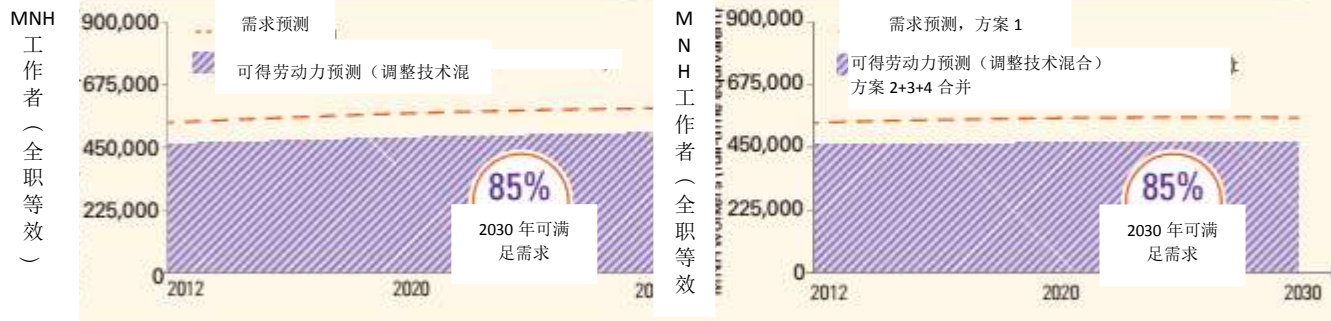


假如...通过可获得的数据进行的需求预测



目前发展轨迹

假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）
 2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据
 3. 信息参考助产士骨干分类
 4. 助产士、护士的国家组织
 5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

印度尼西亚

2012年, 估计总人数 24690 万, 15320 万 (62%) 生活在农村, 6610 万的育龄期妇女(27%); 总生育率是 2.3. 到 2030 年, 人口估计会增加 19%, 达到 29350 万。为了使这些人普遍获得性、生殖、母婴关怀, 到 2030 年助产士服务必须适应每年 670 万的怀孕量, 这其中 52% 在农村地区。在 2012 至 2030 年期间, 给予 SRMNH 的启示是如何更合理地设置人力资源来适应 51830 万的产前检查, 8620 万的 出生量和 34460 万的产后/出生后随访。

妇女和新生儿的需求 (2012)

每年 7, 141, 000 的怀孕量 = 多少照护事件?

Number and distribu

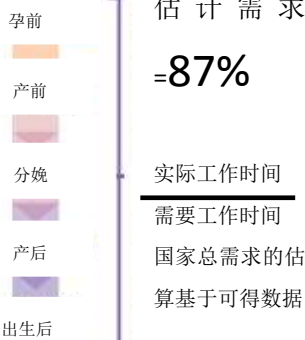


可获得的人力资源 (2012)

在 MNH 工作的人员国家级分类

花费在 MNH 的时间%

助产士	207,761	100
助产士、辅助者	na	na
助产护士	na	na
护士	na	na
护士、助产护士、辅助者	na	na
卫生干事和医助	na	na
开业医生、全科医生	94,660	50
产科医生、妇科医生	2,170	100



助产教育

高中教育为最低起点	12 年级以上
取得资格要求的学习年数(全面的)	3
是否为标准化课程设置及最新更新时间	是, 2011
课程要求的在指导下的最低接生数	50
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	-/-
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	-

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	否
有认可的专业助产士定义	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	是
执照助产士的现场注册	是
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	5
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是

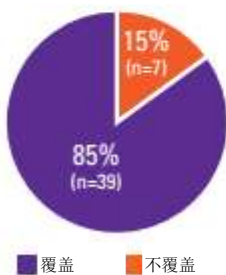
专业组织

专业组织创建年	1951,2001,2004
专业组织角色: 持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	是
就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	是

Na=不适合 --=缺失数据

经济可达性

包括最小受益计划的 46 项 RMNH 基本干预百分比



■ 覆盖 ■ 不覆盖

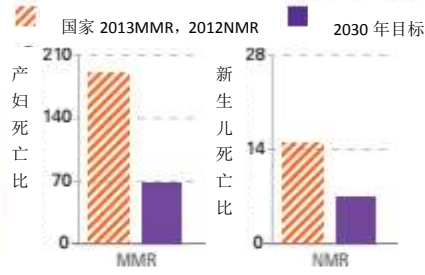
地域可达性

SBA 接生数目



规划怀孕数：城市与乡村

死亡率降低



2030 年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的 2030 年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

预计减少量

预计增加量

预计工作人数

ISCO-08 国际职业标准分类

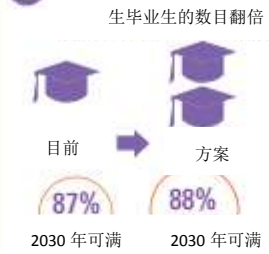


假如...通过可获得的数据进行的需求预测

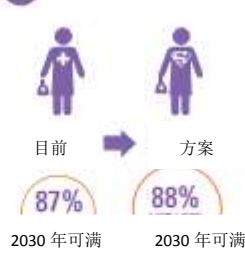
1 到 2030 年怀孕人数下降 20%



2 到 2020 年，助产士、护士、医生毕业生的数目翻倍



3 到 2030 年，工作效率每年增

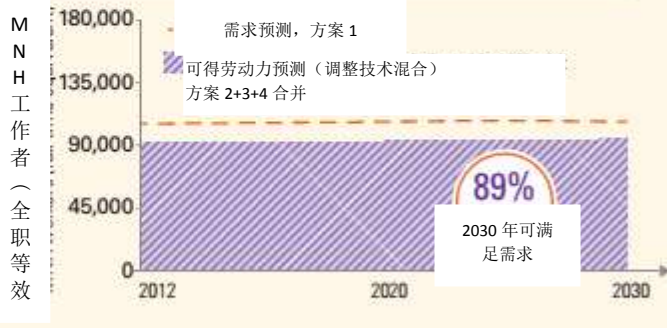
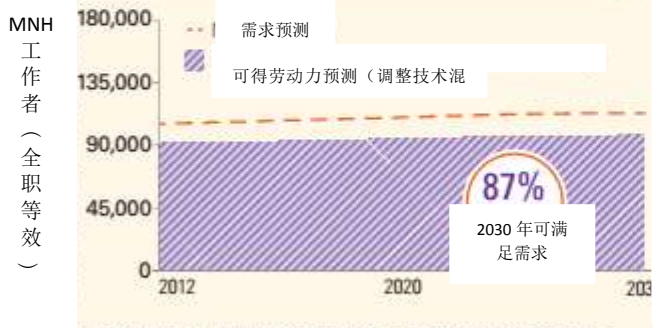


4 下一个 5 年流失量减半



目前发展轨迹

假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）

2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据

3. 信息参考助产士骨干分类

4. 助产士、护士的国家组织

5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

伊拉克

2012年,估计总人数3280万, 2300万(70%)生活在农村, 800万的育龄期妇女(25%); 总生育率是4.1. 到2030年,人口估计会增加55%, 达到5100万. 为了使这些人普遍获得性、生殖、母婴关怀, 到2030年助产士服务必须适应每年190万的怀孕量. 在2012至2030年期间, 给予SRMNH的启示是如何更合理地设置人力资源来适应13170万的产前检查, 2240万的出生量和8970万的产后/出生后随访.

妇女和新生儿的需求 (2012)

每年 1,541,000 的怀孕量 = 多少照护事件?



怀孕量和地域分布 2012

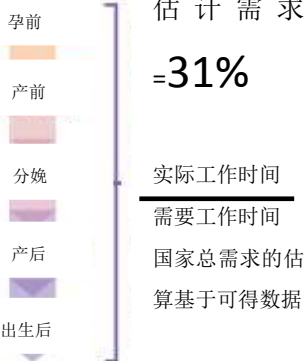


可获得的人力资源 (2012)

在 MNH 工作的人员国家级分类

花费在 MNH 的时间%

助产士	1,269	100
助产士、辅助者	na	na
助产护士	-	100
护士	na	na
护士、助产护士、辅助者	na	na
卫生干事和医助	na	na
开业医生、全科医生	6,934	60
产科医生、妇科医生	1,020	100



助产教育

高中教育为最低起点	10 年级以上
取得资格要求的学习年数(全面的)	3
是否为标准化课程设置及最新更新时间	否, na
课程要求的在指导下的最低接生数	na
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	584/46
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	-

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	是
有认可的专业助产士定义	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	是
执照助产士的现场注册	是
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	4
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	否/否

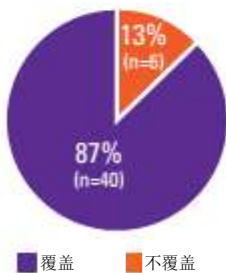
专业组织

专业组织创建年	1959,1971,2012
专业组织角色: 持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	是
就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	否

Na=不适合 --=缺失数据

经济可达性

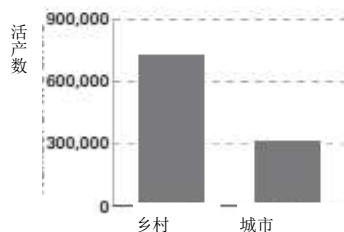
包括最小受益计划的 46 项 RMNH 基本干预百分比



■ 覆盖 ■ 不覆盖

地域可达性

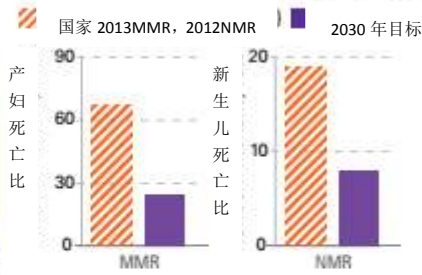
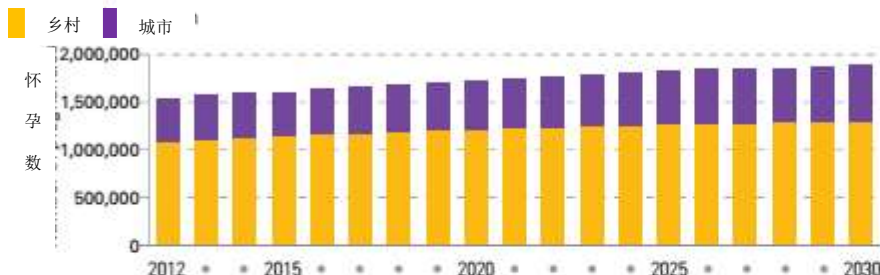
SBA 接生数目



■ 可获得 ■ 不能获得 SBA ■ 没有城市/乡村 SBA 数据

规划怀孕数：城市与乡村

死亡率降低



2030 年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的 2030 年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

预计减少量

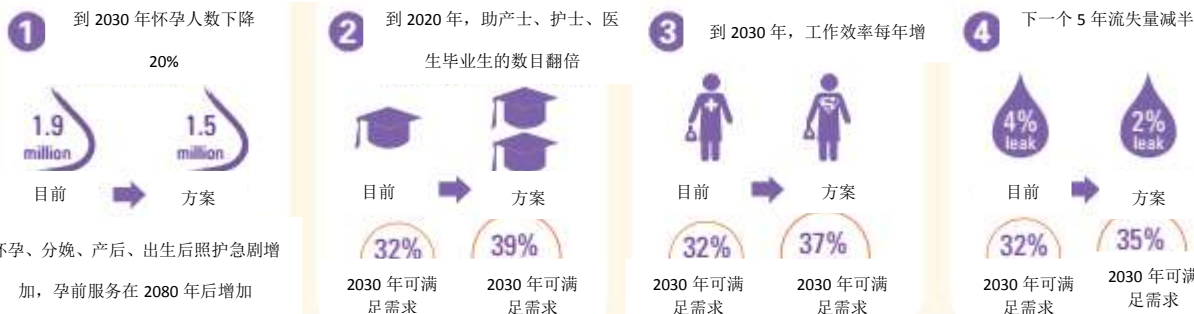
预计增加量

预计工作人数

ISCO-08 国际职业标准分类

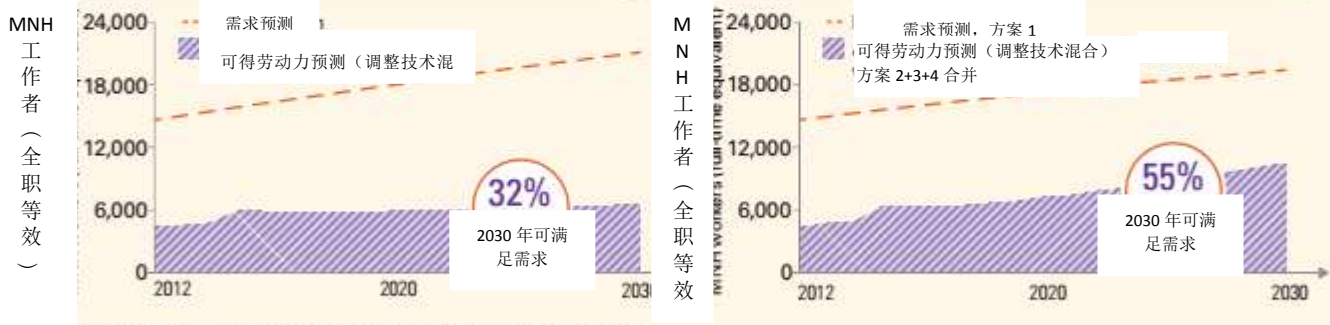


假如...通过可获得的数据进行的需求预测



目前发展轨迹

假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）

2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据

3. 信息参考助产士骨干分类

4. 助产士、护士的国家组织

5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

肯尼亚

2012年,估计总人数4320万, 3270万(76%)生活在农村, 1050万的育龄期妇女(24%); 总生育率是4.4。到2030年,人口估计会增加54%, 达到6630万。为了使这些人普遍获得性、生殖、母婴关怀, 到2030年助产士服务必须适应每年280万的怀孕量, 这其中73%在农村地区。在2012至2030年期间, 给予SRMNH的启示是如何更合理地设置人力资源来适应19440万的产前检查, 3280万的出生量和13130万的产后/出生后随访。

妇女和新生儿的需求 (2012)

每年 2, 3 2 3, 0 0 0 的怀孕量 = 多少照护事件?



怀孕量和地域分布 2012



可获得的人力资源 (2012)

在 MNH 工作的人员国家级分类

花费在 MNH 的时间%

助产士	71	100
助产士、辅助者	na	na
助产护士	na	na
护士	12,000	100
护士、助产护士、辅助者	na	na
卫生干事和医助	na	na
开业医生、全科医生	7,549	30
产科医生、妇科医生	600	100



助产教育

高中教育为最低起点	12 年级以上
取得资格要求的学习年数(全面的)	2
是否为标准化课程设置及最新更新时间	是, 2012
课程要求的在指导下的最低接生数	28
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	50/70
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	100%

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	否
有认可的专业助产士定义	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	是
执照助产士的现场注册	是
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	7
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是

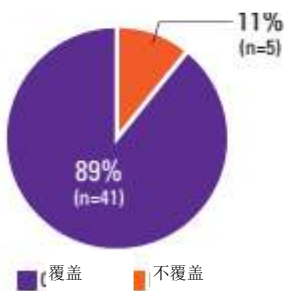
专业组织

专业组织创建年	1994
专业组织角色: 持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	是
就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	是

Na=不适合 ---缺失数据

经济可达性

包括最小受益计划的 46 项 RMNH 基本干预百分比



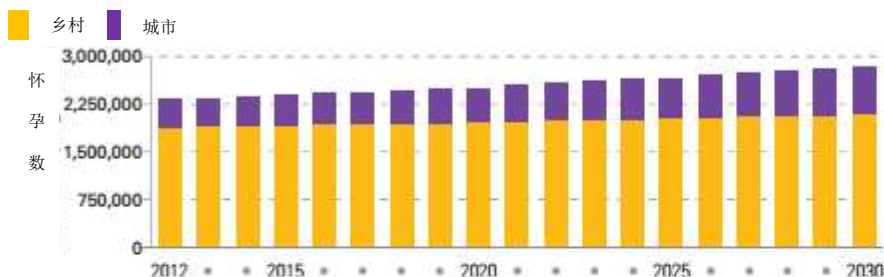
地域可达性

SBA 接生数目



规划怀孕数：城市与乡村

死亡率降低



2030年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的 2030 年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

预计减少量

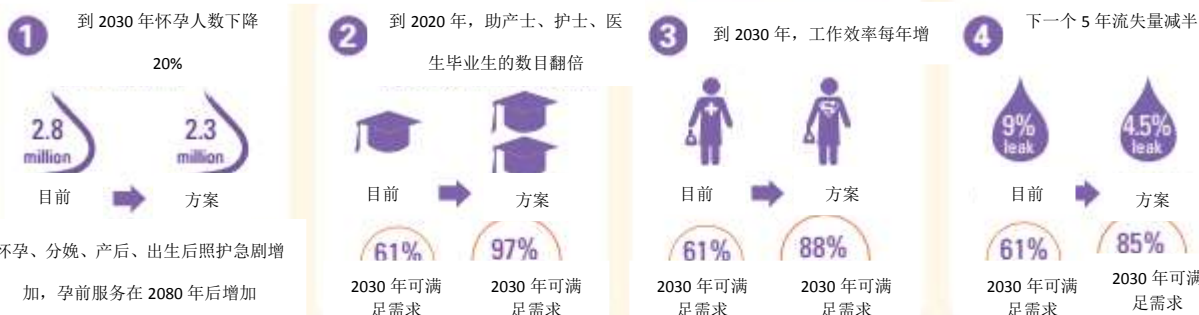
预计增加量

预计工作人数

ISCO-08 国际职业标准分类

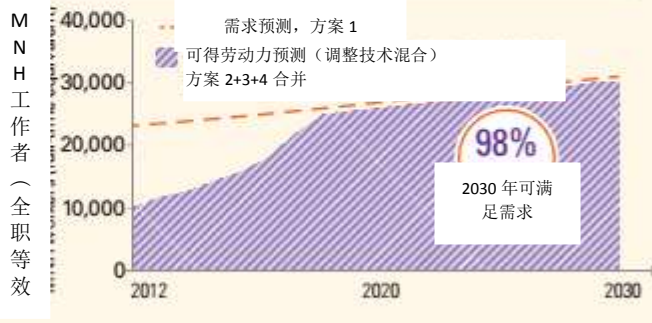
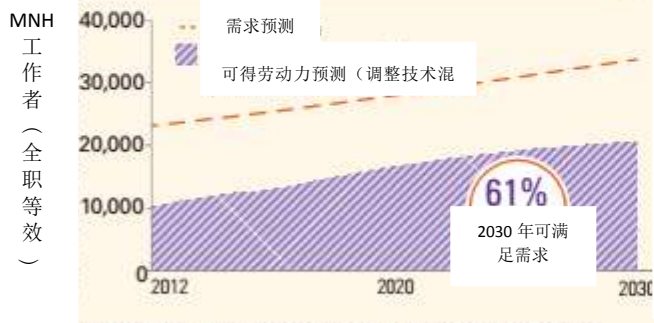


假如...通过可获得的数据进行的需求预测



目前发展轨迹

假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）

2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据

3. 信息参考助产士骨干分类

4. 助产士、护士的国家组织

5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

朝鲜

2012年,估计总人数2480万, 1960万(79%)生活在农村, 660万的育龄期妇女(27%); 总生育率是2. 到2030年,人口估计会增加8%, 达到2670万。为了使这些人普遍获得性、生殖、母婴关怀, 到2030年助产士服务必须适应每年90万的怀孕。在2012至2030年期间, 给予SRMNH的启示是如何更合理地设置人力资源来适应7360万的产前检查, 690万的出生量和2750万的产后/出生后随访。

妇女和新生儿的需求 (2012)

每年 9 6 7 , 0 0 0 的 怀 孕 量 = 多 少 照 护 事 件 ?



怀孕量和地域分布 2012



可获得的人力资源 (2012)

在 MNH 工作的人员国家级分类

花费在 MNH 的时间%

助产士	7,368	100
助产士、辅助者	na	na
助产护士	500	30
护士	na	na
护士、助产护士、辅助者	na	na
卫生干事和医助	na	na
开业医生、全科医生	46,588	10
产科医生、妇科医生	8,440	100



助产教育

高中教育为最低起点	10 年级以上
取得资格要求的学习年数(全面的)	2
是否为标准化课程设置及最新更新时间	是, 2010
课程要求的在指导下的最低接生数	20
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	235/3
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	100%

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	否
有认可的专业助产士定义	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	是
执照助产士的现场注册	否
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	2
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	否/否

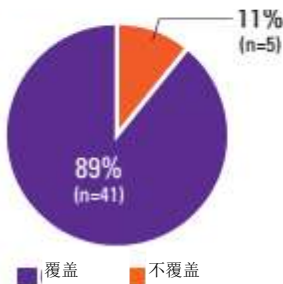
专业组织

专业组织创建年	1991
专业组织角色: 持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	否
就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	否

Na=不适合 --=缺失数据

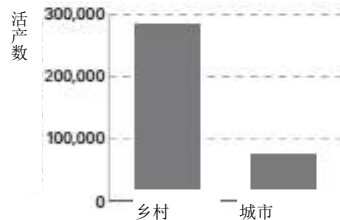
经济可达性

包括最小受益计划的 46 项 RMNH 基本干预百分比



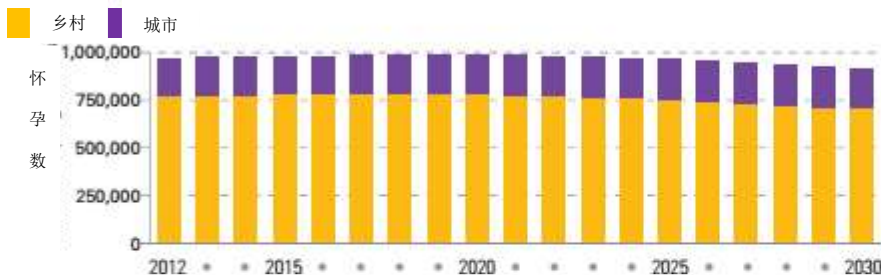
地域可达性

SBA 接生数目

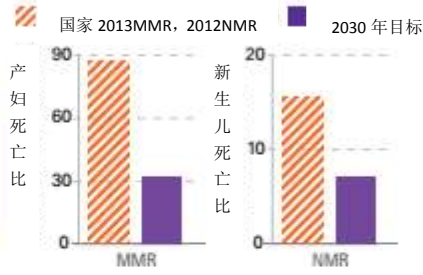


没有城市/乡村 SBA 数据

规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



2030 年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的 2030 年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

预计减少量

预计增加量

预计工作人数

ISCO-08 国际职业标准分类



假如...通过可获得的数据进行的需求预测

1 到 2030 年怀孕人数下降 20%

目前: 0.92 million → 方案: 0.74 million

怀孕、分娩、产后、出生后照护急剧增加，孕前服务在 2080 年后增加

2 到 2020 年，助产士、护士、医 生毕业生的数目翻倍

目前: 100% → 方案: 100%

2030 年可满足需求

3 到 2030 年，工作效率每年增

目前: 100% → 方案: 100%

2030 年可满足需求

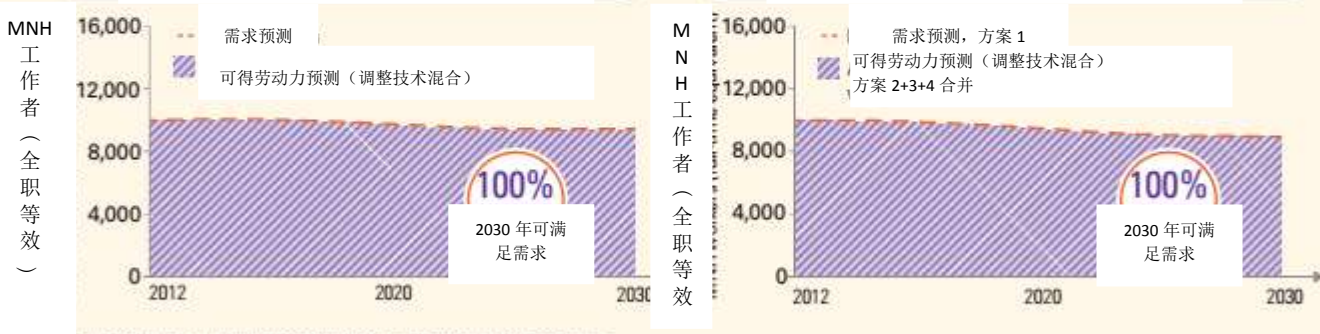
4 下一个 5 年流失量减半

目前: 2% leak → 方案: 1% leak

2030 年可满足需求

目前发展轨迹

假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）

2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据

3. 信息参考助产士骨干分类

4. 助产士、护士的国家组织

5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

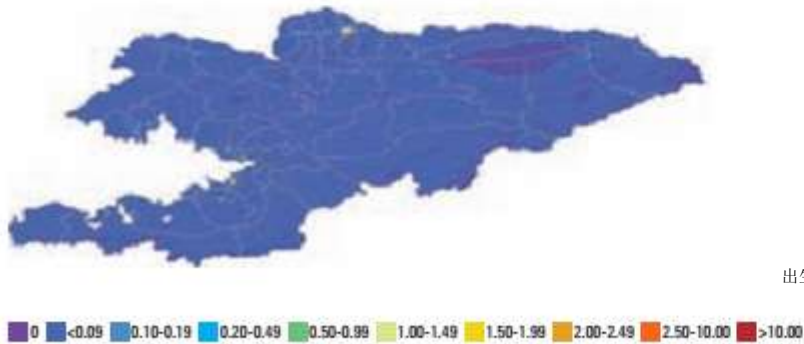
吉尔吉斯斯坦

2012年, 估计总人数 550 万, 250 万 (45%) 生活在农村, 150 万的育龄期妇女(28%); 总生育率是 3.1. 到 2030 年, 人口估计会增加 26%, 达到 690 万。为了使这些人普遍获得性、生殖、母婴关怀, 到 2030 年助产士服务必须适应每年 20 万的怀孕量, 这其中 73%在农村地区。在 2012 至 2030 年期间, 给予 SRMNH 的启示是如何更合理地设置人力资源来适应 1460 万的产前检查, 270 万的出生量和 1080 万的产后/出生后随访。

妇女和新生儿的需求 (2012)

每年 204,000 的怀孕量 = 多少照护事件?

怀孕量和地域分布 2012



可获得的人力资源 (2012)

在 MNH 工作的人员国家级分类

花费在 MNH 的时间%

助产士	2,277	100
助产士、辅助者	na	na
助产护士	na	na
护士	na	na
护士、助产护士、辅助者	na	na
卫生干事和医助	na	na
开业医生、全科医生	1,729	30
产科医生、妇科医生	1,002	100



助产教育

高中教育为最低起点	10 年级以上
取得资格要求的学习年数 (全面的)	3
是否为标准化课程设置及最新更新时间	是, 2013
课程要求的在指导下的最低接生数	5
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	3,878/170
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	-

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	否
有认可的专业助产士定义	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	否
执照助产士的现场注册	否
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	6
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是

专业组织

专业组织创建年	2011
专业组织角色: 持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	是
就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	否
与政府协商工作和工资问题	否

Na=不适合 —=缺失数据

经济可达性

包括最小受益计划的 46 项 RMNH 基本干预百分比

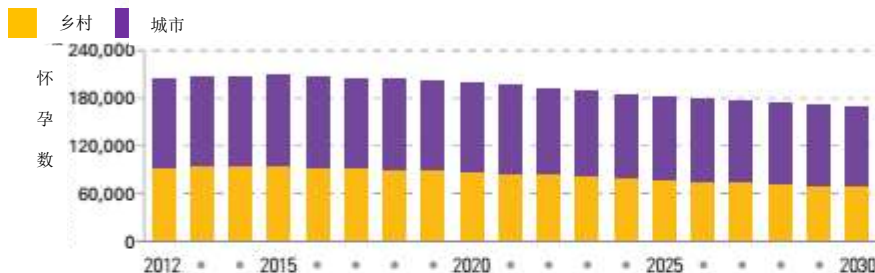


地域可达性

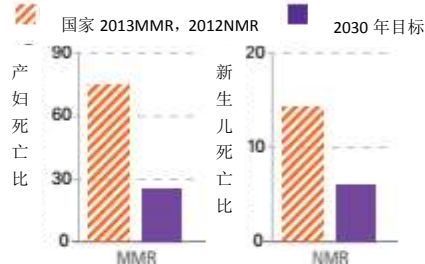
SBA 接生数目



规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



2030 年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的 2030 年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

预计减少量

预计增加量

预计工作人数

ISCO-08 国际职业标准分类

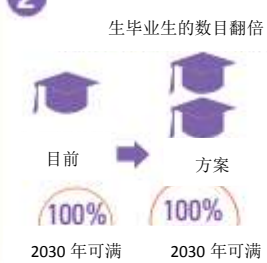


假如...通过可获得的数据进行的需求预测

1 到 2030 年怀孕人数下降 20%



2 到 2020 年，助产士、护士、医 生毕业生的数目翻倍



3 到 2030 年，工作效率每年增



4 下一个 5 年流失量减半



目前发展轨迹

假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）

2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据

3. 信息参考助产士骨干分类

4. 助产士、护士的国家组织

5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

老挝

2012年, 估计总人数 660 万, 590 万 (89%) 生活在农村, 180 万的育龄期妇女(26%); 总生育率是 3. 到 2030 年, 人口估计会增加 33%, 达到 880 万。为了使这些人普遍获得性、生殖、母婴关怀, 到 2030 年助产士服务必须适应每年 30 万的怀孕量。在 2012 至 2030 年期间, 给予 SRMNH 的启示是如何更合理地设置人力资源来适应 2260 万的产前检查, 340 万的 出生量和 1370 万的产后/ 出生后随访。

妇女和新生儿的需求 (2012)

每年 308,000 的怀孕量 = 多少照护事件?

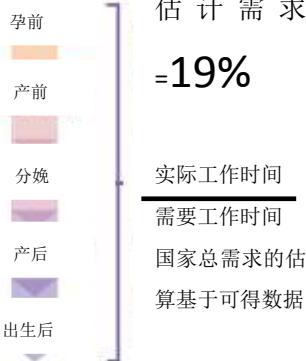


可获得的人力资源 (2012)

在 MNH 工作的人员国家级分类

花费在 MNH 的时间%

助产士	673	90
助产士、辅助者	na	na
助产护士	na	na
护士	na	na
护士、助产护士、辅助者	na	na
卫生干事和医助	na	na
开业医生、全科医生	495	30
产科医生、妇科医生	105	100



助产教育

高中教育为最低起点	10 年级以上
取得资格要求的学习年数(全面的)	1.5
是否为标准化课程设置及最新更新	是, 2013
课程要求的在指导下的最低接生数	20
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	189/28
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	100%

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	否
有认可的专业助产士定义	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	-
执照助产士的现场注册	是
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	7
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是

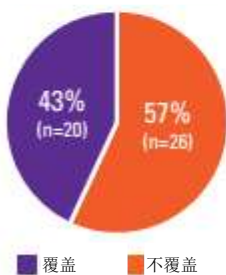
专业组织

专业组织创建年	2007
专业组织角色: 持续专业发展	否
建议和代表被指控不当行为的成员	否
就成员 MNH 的质量标准提出建议	否
政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	否
与政府协商工作和工资问题	否

Na=不适合 --=缺失数据

经济可达性

包括最小受益计划的 46 项 RMNH 基本干预百分比

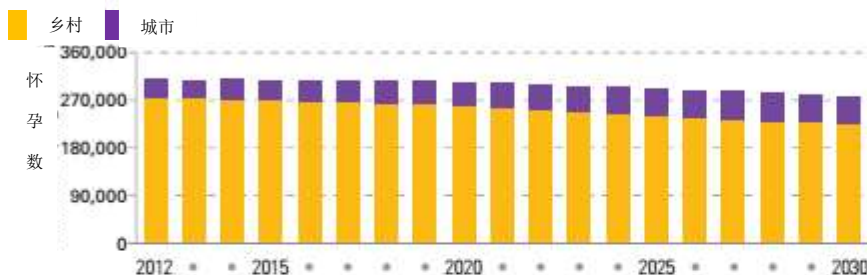


地域可达性

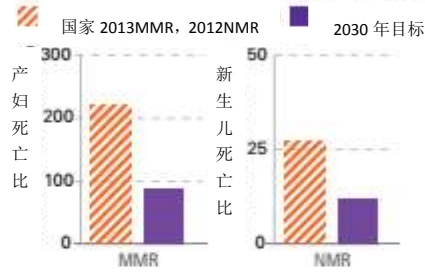
SBA 接生数目



规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



2030 年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的 2030 年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

预计减少量

预计增加量

预计工作人数

ISCO-08 国际职业标准分类



假如...通过可获得的数据进行的需求预测

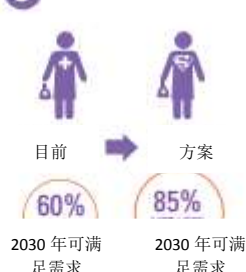
1 到 2030 年怀孕人数下降 20%



2 到 2020 年，助产士、护士、医 生毕业生的数目翻倍



3 到 2030 年，工作效率每年增

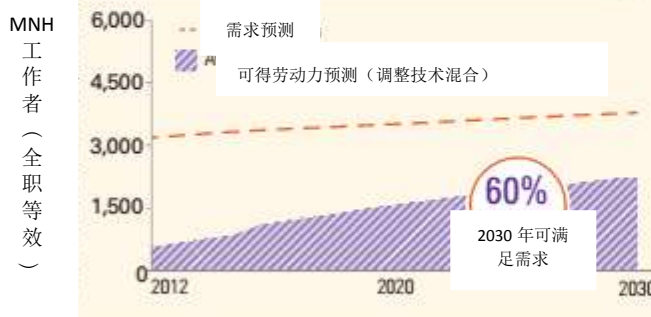


4 下一个 5 年流失量减半



目前发展轨迹

假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理：辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）
 2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据
 3. 信息参考助产士骨干分类
 4. 助产士、护士的国家组织
 5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

莱索托

2012年,估计总人数210万,160万(77%)生活在农村,50万的育龄期妇女(26%);总生育率是3.1.到2030年,人口估计会增加18%,达到240万。为了使这些人普遍获得性、生殖、母婴关怀,到2030年助产士服务必须适应每年7万的怀孕量,这其中77%在农村地区。在2012至2030年期间,给予SRMNH的启示是如何更合理地设置人力资源来适应600万的产前检查,110万的出生量和430万的产后/出生后随访。

妇女和新生儿的需求 (2012)

每年 80,000 的怀孕量 = 多少 照顾 事件 ?

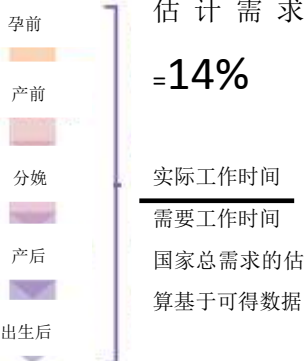


可获得的人力资源 (2012)

在 MNH 工作的人员国家级分类

花费在 MNH 的时间%

人员分类	人数	时间%
助产士	806	100
助产士、辅助者	na	na
助产护士	57	75
护士	4,922	60
护士、助产护士、辅助者	65	80
卫生干事和医助	800	60
开业医生、全科医生	289	40
产科医生、妇科医生	9	90



助产教育

高中教育为最低起点	12 年级以上
取得资格要求的学习年数(全面的)	4
是否为标准化课程设置及最新更新	是, 2009
课程要求的在指导下的最低接生数	35
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	180/98
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	70%

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	是
有认可的专业助产士定义	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	是
执照助产士的现场注册	是
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	7
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是

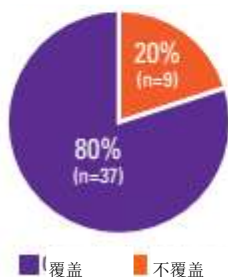
专业组织

专业组织创建年	1980,2010
专业组织角色: 持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	是
就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	否

Na=不适合 --=缺失数据

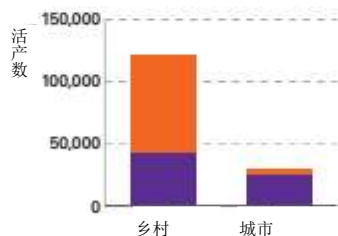
经济可达性

包括最小受益计划的 46 项 RMNH 基本干预百分比



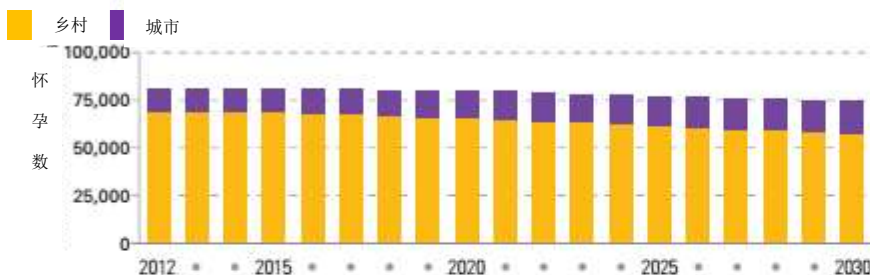
地域可达性

SBA 接生数目

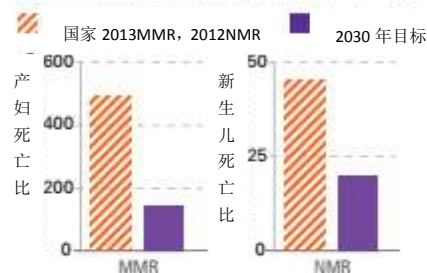


覆盖 不覆盖 可获得 不能获得 SBA 没有城市/乡村 SBA 数据

规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



2030 年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的 2030 年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

预计减少量

预计增加量

预计工作人数

ISCO-08 国际职业标准分类



假如...通过可获得的数据进行的需求预测

1 到 2030 年怀孕人数下降



2 到 2020 年，助产士、护士、医生毕业生的数目翻倍



3 到 2030 年，工作效率每年增

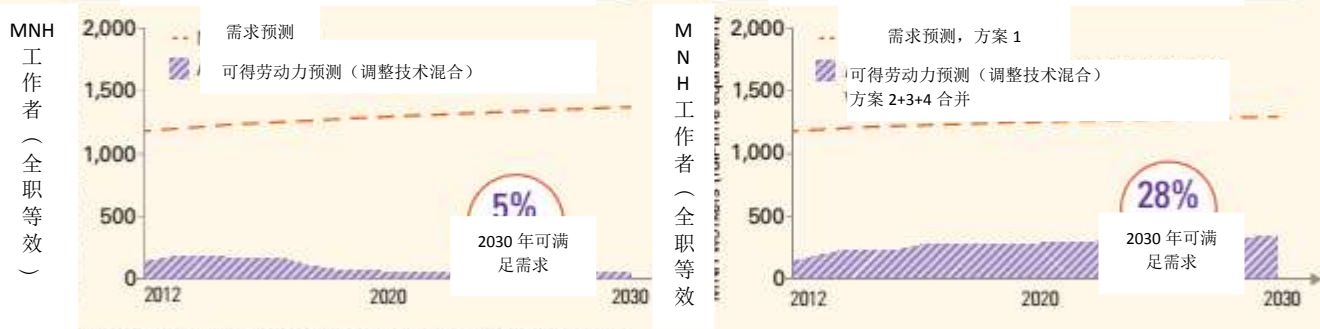


4 下一个 5 年流失量减半



目前发展轨迹

假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）

2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据

3. 信息参考助产士骨干分类

4. 助产士、护士的国家组织

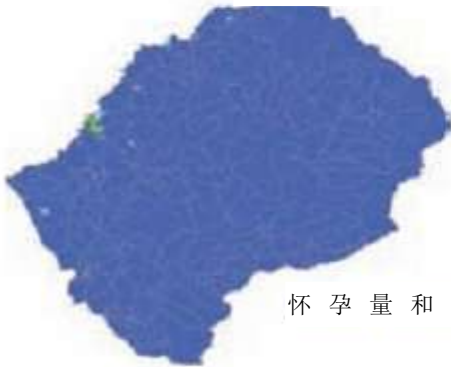
5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

利比里亚

2012年,估计总人数420万,330万(80%)生活在农村,100万的育龄期妇女(23%);总生育率是4.8.到2030年,人口估计会增加53%,达到640万.为了使这些人普遍获得性、生殖、母婴关怀,到2030年助产士服务必须适应每年30万的怀孕量,这其中76%在农村地区.在2012至2030年期间,给予SRMNH的启示是如何更合理地设置人力资源来适应1880万的产前检查,330万的出生量和1320万的产后/出生后随访.

妇女和新生儿的需求 (2012)

每年 2 2 1 , 0 0 0 的 怀 孕 量 = 多 少 照 护 事 件 ?



怀 孕 量 和 地 域 分 布 2 0 1 2

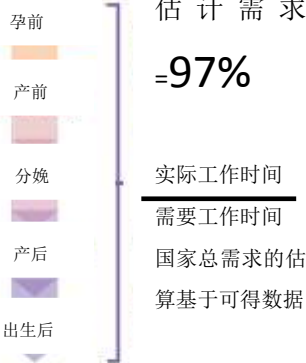


可获得的人力资源 (2012)

在 MNH 工作的人员国家级分类

花费在 MNH 的时间%

助产士	na	na
助产士、辅助者	na	na
助产护士	184	80
护士	na	na
护士、助产护士、辅助者	na	na
卫生干事和医助	na	na
开业医生、全科医生	180	45
产科医生、妇科医生	2	90



助产教育

高中教育为最低起点	12 年级以上
取得资格要求的学习年数 (全面的)	3
是否为标准化课程设置及最新更新	是, 2013
课程要求的在指导下的最低接生数	75
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	72/9
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	100%

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	是
有认可的专业助产士定义	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	否
执照助产士的现场注册	是
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	7
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是

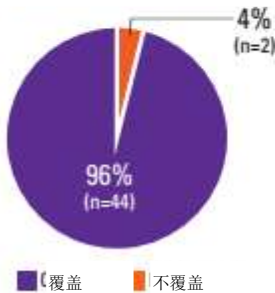
专业组织

专业组织创建年	1958, 1972
专业组织角色: 持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	是
就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	是

Na=不适合 ---缺失数据

经济可达性

包括最小受益计划的 46 项 RMNH 基本干预百分比

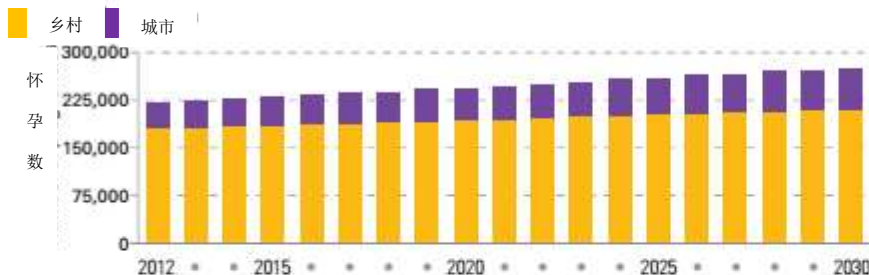


地域可达性

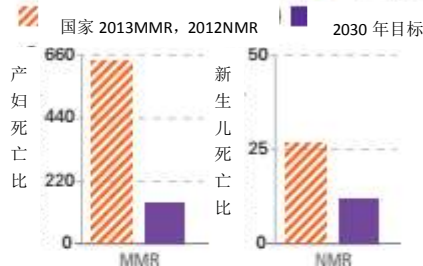
SBA 接生数目



规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



2030 年预测和规划

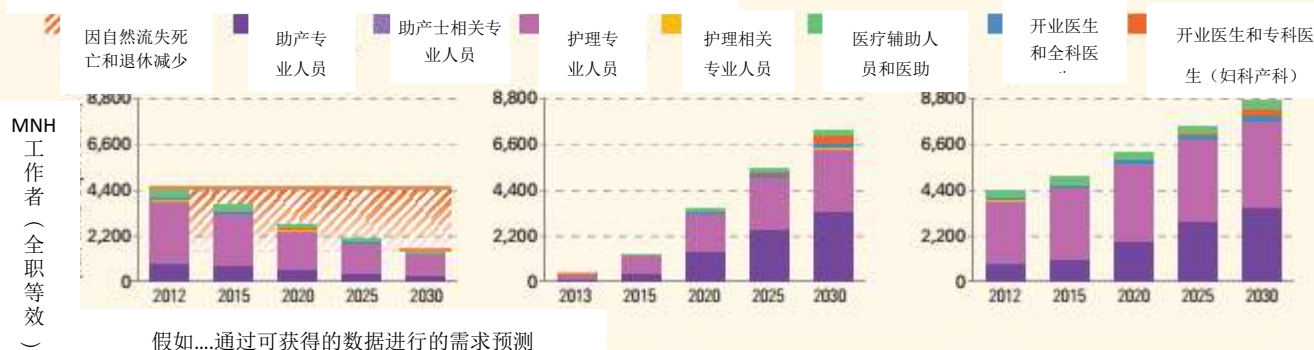
这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的 2030 年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

预计减少量

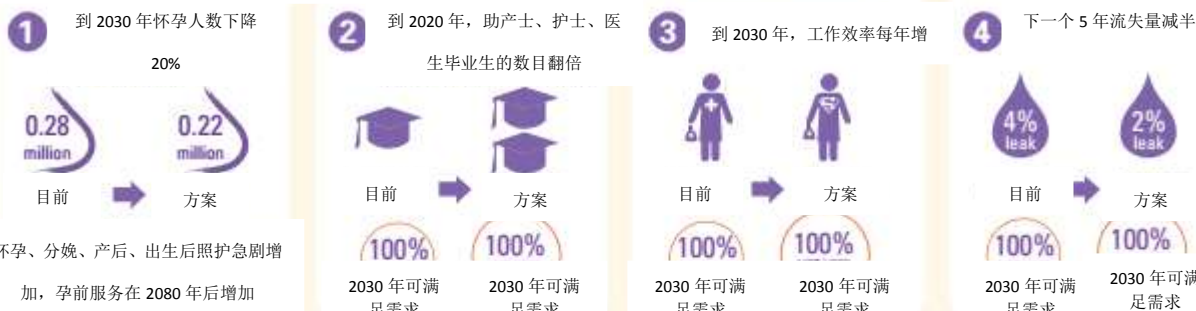
预计增加量

预计工作人数

ISCO-08 国际职业标准分类

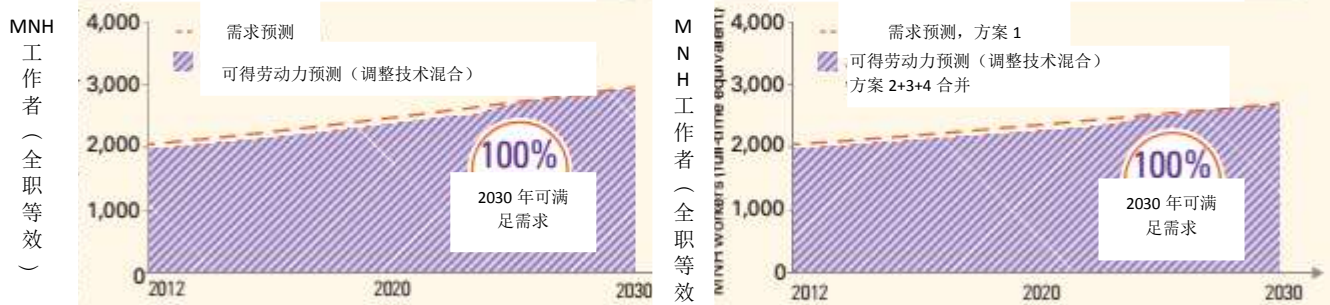


假如...通过可获得的数据进行的需求预测



目前发展轨迹

假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）
 2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据
 3. 信息参考助产士骨干分类
 4. 助产士、护士的国家组织
 5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

马达加斯加

2012年，估计总人口数为2230万，1760万（79%）生活在农村，530万（24%）的妇女是育龄妇女，总生育率是4.5，到2030年，人口预计会增加61%，达到3600万，为了普及性与生殖健康、母婴照护，到2030年助产服务须能够满足每年140万的怀孕人口，且79%在农村。对卫生体系的启示是如何最佳、公正地配置母婴生殖健康照护人力资源，来应对2012至2030年期间至少9210万的产前检查，1800万的孩子出生，2070万的产后随访。

妇女和新生儿的需求 (2012)

每年 1,022,000 的怀孕量 = 多少照护事件？



怀孕量和地域分布 2012

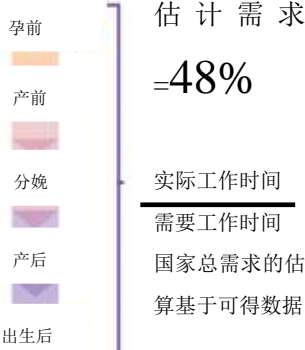


可获得的人力资源 (2012)

在 MNH 工作的人员国家级分类

花费在 MNH 的时间%

助产士	3,400	100
助产士、辅助者	na	na
助产护士	na	na
护士	6,000	50
护士、助产护士、辅助者	na	na
卫生干事和医助	na	na
开业医生、全科医生	2,109	50
产科医生、妇科医生	24	100



助产教育

高中教育为最低起点	12 年级以上
取得资格要求的学习年数 (全面的)	3
是否为标准化课程设置及最新更新时间	是, 2005
课程要求的在指导下的最低接生数	80
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	146/4
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分比	--

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	是
有认可的专业助产士定义	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	否
执照助产士的现场注册	是
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	7
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是

专业组织

专业组织创建年	1996
专业组织角色: 持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	否
就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	否
与政府协商工作和工资问题	否

Na=不适合 --=缺失数据

经济可达性

包括最小受益计划的 46 项 RMNH 基本干预百分比



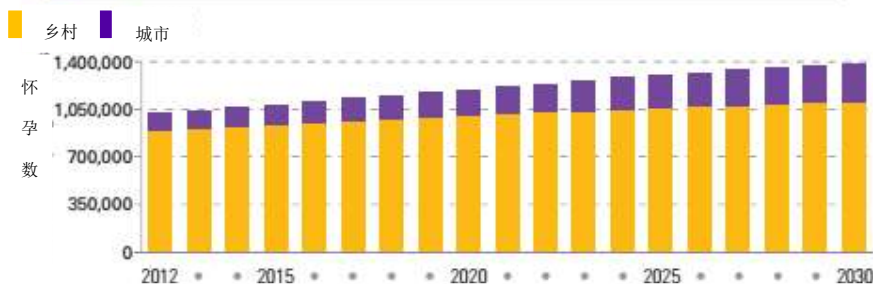
■ 覆盖 ■ 不覆盖

地域可达性

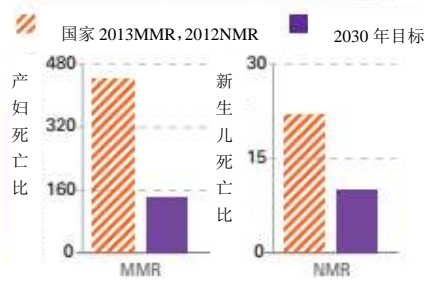
SBA 接生数目



规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



2030 年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的 2030 年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

预计减少量

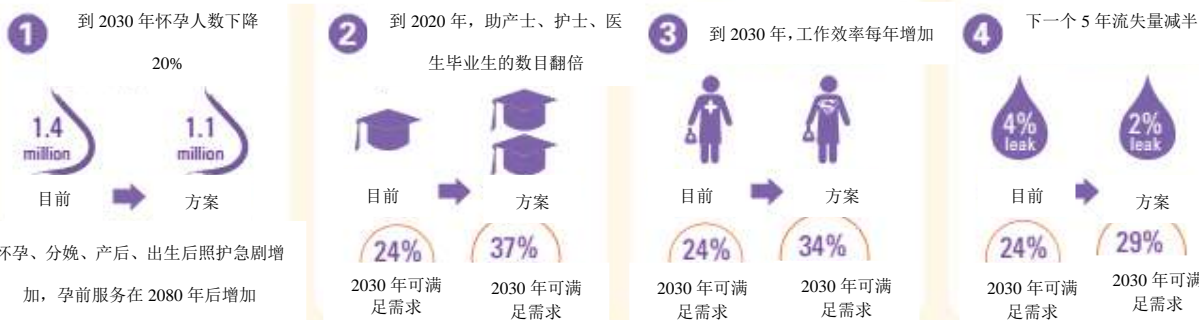
预计增加量

预计工作人数

ISCO-08 国际职业标准分类

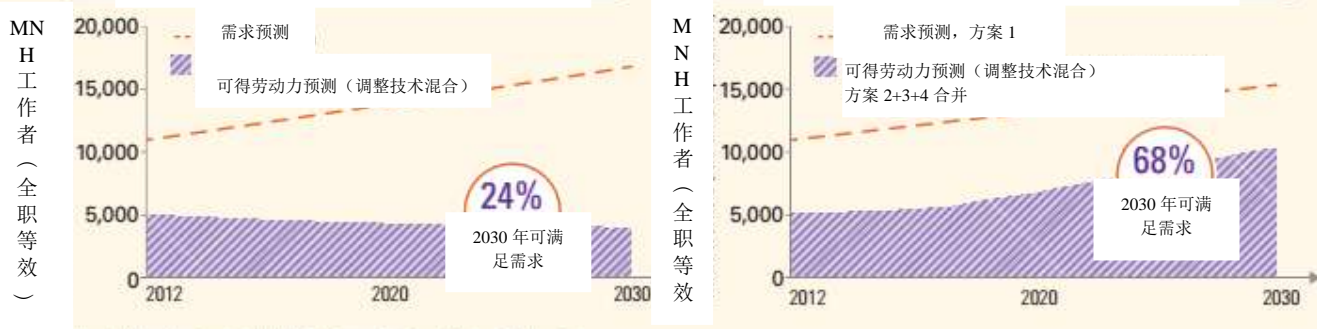


假如....通过可获得的数据进行的需求预测



目前发展轨迹

假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）
 2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据
 3. 信息参考助产士骨干分类
 4. 助产士、护士的国家组织
 5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

马拉维

2012年，估计总人口数为1590万，1300万（82%）生活在农村，350万（22%）的妇女是育龄妇女，总生育率是5.4，到2030年，人口预计会增加63%，达到2600万，为了普及性与生殖健康、母婴照护，到2030年助产服务须能够满足每年130万的怀孕人口，且79%在农村。对卫生体系的启示是如何最佳、公正地配置母婴生殖健康照护人力资源，来应对2012至2030年期间至少8600万的产前检查，1480万的孩子出生，5930万的产后随访。

妇女和新生儿的需求（2012）

每年 9 5 1 , 0 0 0 的 怀 孕 量 = 多 少 照 护 事 件 ？



怀 孕 量 和 地 域 分 布 2 0 1 2



可获得的人力资源（2012）

在 MNH 工作的人员国家级分类

花费在 MNH 的时间%

人员分类	人数	时间%
助产士	na	na
助产士、辅助者	48	100
助产护士	3,037	75
护士	na	na
护士、助产护士、辅助者	na	na
卫生干事和医助	1033	25
开业医生、全科医生	125	35
产科医生、妇科医生	25	100



助产教育

高中教育为最低起点	12 年级以上
取得资格要求的学习年数 (全面的)	4
是否为标准化课程设置及最新更新时间	是, 2013
课程要求的在指导下的最低接生数	40
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	496/16
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	30%

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	是
有认可的专业助产士定义	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	是
执照助产士的现场注册	是
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	7
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是

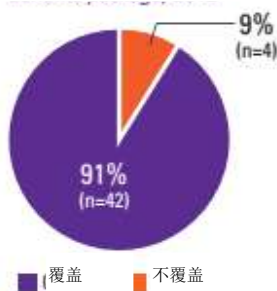
专业组织

专业组织创建年	1979/1997
专业组织角色：持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	是
就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	是

Na=不适合 —=缺失数据

经济可达性

包括最小受益计划的 46 项 RMNH 基本干预百分比

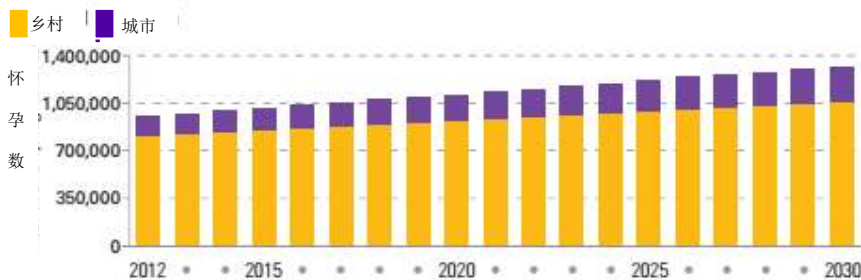


地域可达性

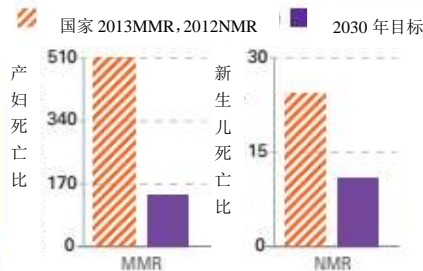
SBA 接生数目



规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



2030 年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的 2030 年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

预计减少量

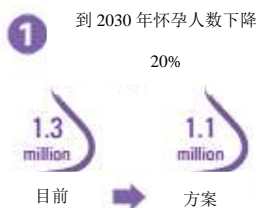
预计增加量

预计工作人数

ISCO-08 国际职业标准分类



假如...通过可获得的数据进行的需求预测



怀孕、分娩、产后、出生后照护急剧增加，孕前服务在 2080 年后增加



2030 年可满足需求 2030 年可满足需求



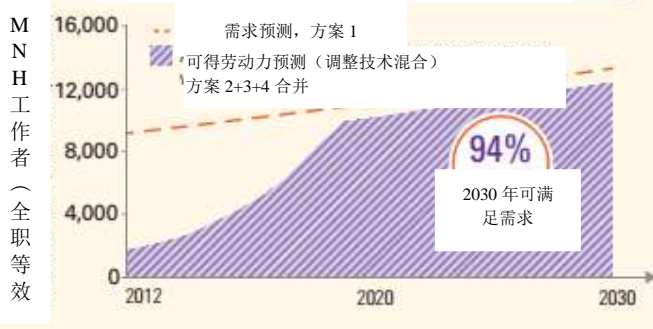
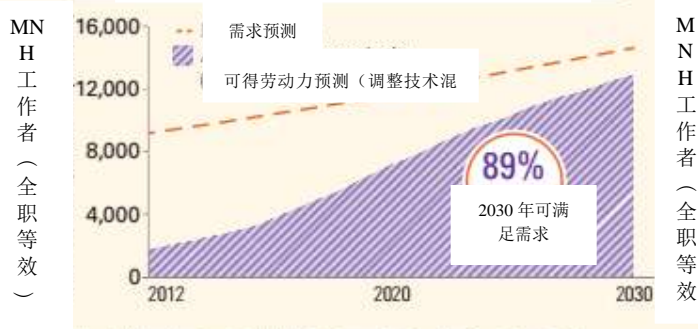
2030 年可满足需求 2030 年可满足需求



2030 年可满足需求 2030 年可满足需求

目前发展轨迹

假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助师包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）

2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据

3. 信息参考助产士骨干分类

4. 助产士、护士的国家组织

5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母婴死亡的计划和每位新生儿实施计划。

马里

2012年，估计总人口数为1490万，990万（67%）生活在农村，330万（22%）的妇女是育龄妇女，总生育率是6.9，到2030年，人口预计会增加75%，达到2600万，为了普及性与生殖健康、母婴照护，到2030年助产服务须能够满足每年140万的怀孕人口，且59%在农村。对卫生体系的启示是如何最佳、公正地配置母婴生殖健康照护人力资源，来应对2012至2030年期间至少9000万的产前检查，1700万的孩子出生，6820万的产后随访。

妇女和新生儿的需求（2012）

每年 9 5 3 , 0 0 0 的怀孕量 = 多少照护事件？



怀孕量和地域分布 2012



可获得的人力资源（2012）

在 MNH 工作的人员国家级分类

花费在 MNH 的时间%

助产士	686	100
助产士、辅助者	1,275	100
助产护士	674	100
护士	na	na
护士、助产护士、辅助者	1,455	100
卫生干事和医助	na	na
开业医生、全科医生	947	30
产科医生、妇科医生	130	100



助产教育

高中教育为最低起点	12 年级以上
取得资格要求的学习年数 (全面的)	3
是否为标准化课程设置及最新更新	是, 2012
课程要求的在指导下的最低接生数	30
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	67/10
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	--

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	是
有认可的专业助产士定义	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	是
执照助产士的现场注册	是
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	7
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是

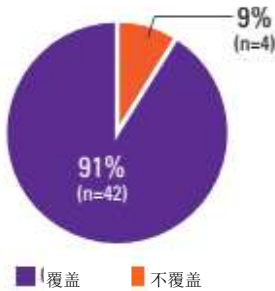
专业组织

专业组织创建年	1997
专业组织角色：持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	是
就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	是

Na=不适合 —=缺失数据

经济可达性

包括最小受益计划的 46 项 RMNH 基本干预百分比

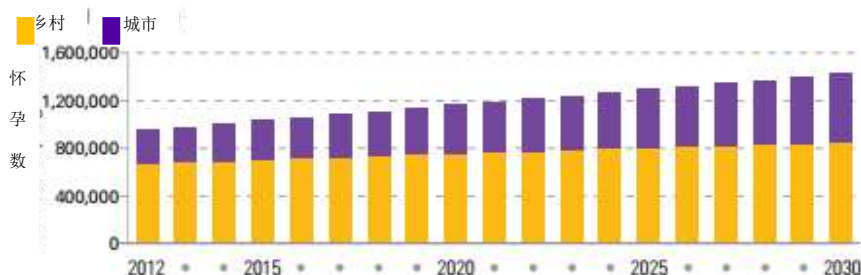


地域可达性

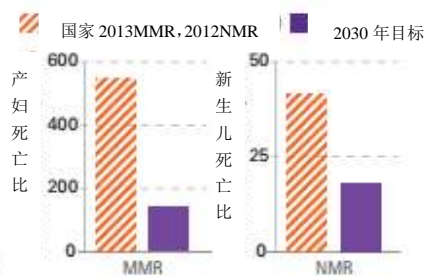
SBA 接生数目



规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



2030年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的2030年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在MNH上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在50页“如何阅读”部分。

预计减少量

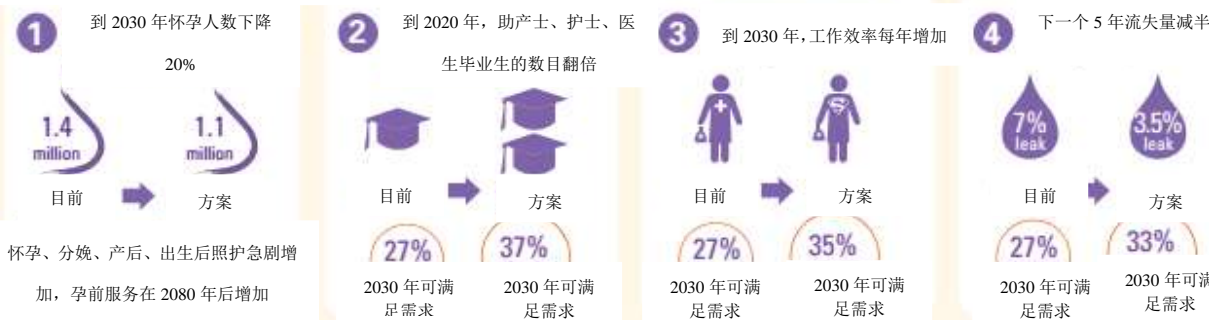
预计增加量

预计工作人数

ISCO-08 国际职业标准分类

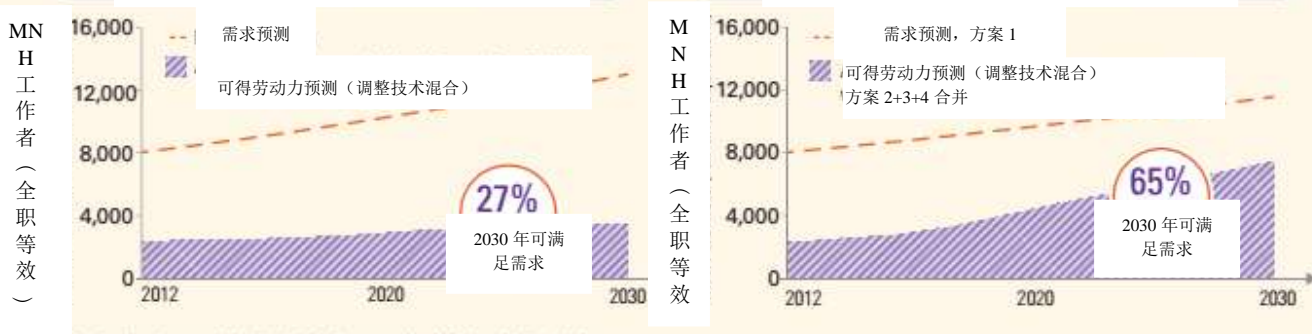


假如....通过可获得的数据进行的需求预测



目前发展轨迹

假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）

2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据

3. 信息参考助产士骨干分类

4. 助产士、护士的国家组织

5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

毛里塔尼亚

2012年，估计总人口数为380万，300万（78%）生活在农村，90万（24%）的妇女是育龄妇女，总生育率是4.7，到2030年，人口预计会增加49%，达到560万，为了普及性与生殖健康、母婴照护，到2030年助产服务须能够满足每年20万的怀孕人口。对卫生体系的启示是如何最佳、公正地配置母婴生殖健康照护人力资源，来应对2012至2030年期间至少1600万的产前检查，280万的孩子出生，1130万的产后随访。

妇女和新生儿的需求（2012）

每年 1 9 0 , 0 0 0 的怀孕量 = 多少照护事件？



怀孕量和地域分布 2012



可获得的人力资源（2012）

在 MNH 工作的人员国家级分类

花费在 MNH 的时间%

助产士	368	100
助产士、辅助者	na	na
助产护士	na	na
护士	na	na
护士、助产护士、辅助者	na	na
卫生干事和医助	na	na
开业医生、全科医生	274	40
产科医生、妇科医生	33	100



助产教育

高中教育为最低起点	12 年级以上
取得资格要求的学习年数（全面的）	3
是否为标准化课程设置及最新更新时间	是，2010
课程要求的在指导下的最低接生数	50
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	48/13
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	100%

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	是
有认可的专业助产士定义	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	否
执照助产士的现场注册	否
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数（超出 7 个）	7
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是

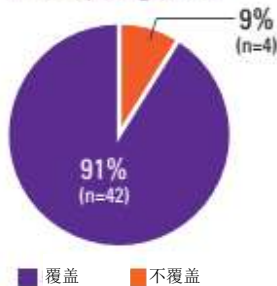
专业组织

专业组织创建年	1986/2010
专业组织角色：持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	是
就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	是

Na=不适合 —=缺失数据

经济可达性

包括最小受益计划的 46 项 RMNH 基本干预百分比

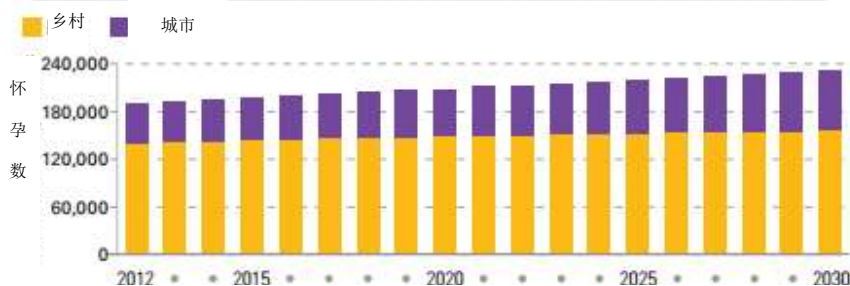


地域可达性

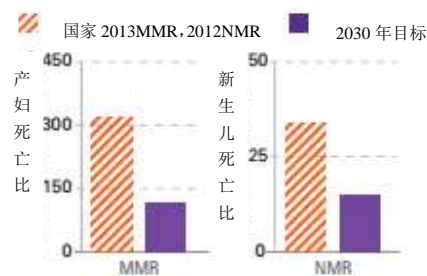
SBA 接生数目



规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



2030 年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的 2030 年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

预计减少量

预计增加量

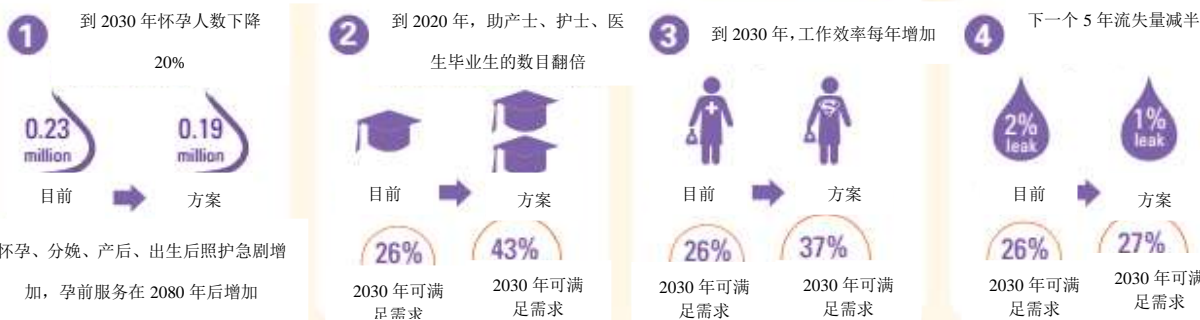
预计工作人数

ISCO-08 国际职业标准分类



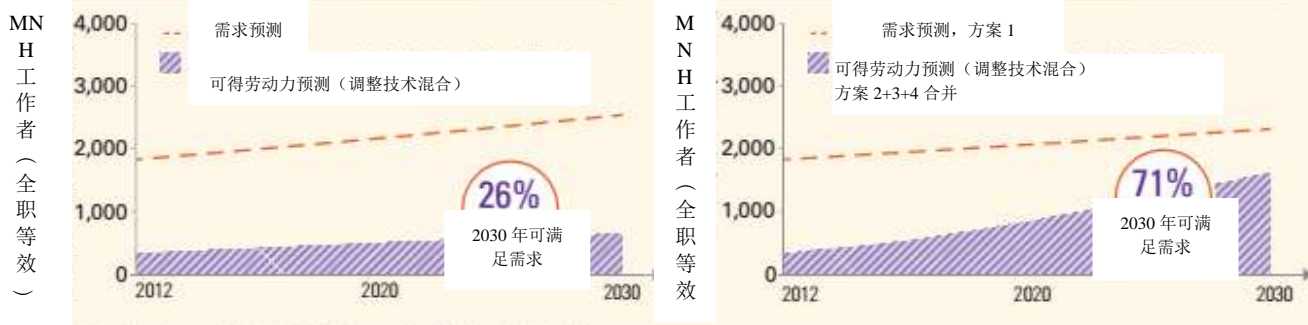
MNH 工作者 (全职等效)

假如...通过可获得的数据进行的需求预测



目前发展轨迹

假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）

2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据

3. 信息参考助产士骨干分类

4. 助产士、护士的国家组织

5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

2012年，估计总人口数为1.208亿，5440万（45%）生活在农村，3360万（28%）的妇女是育龄妇女，总生育率是2.2，到2030年，人口预计会增加19%，达到1.437亿，为了普及性与生殖健康、母婴照护，到2030年助产服务须能够满足每年310万的怀孕人口。对卫生体系的启示是如何最佳、公正地配置母婴生殖健康照护人力资源，来应对2012至2030年期间至少2.514亿的产前检查，4100万的孩子出生，1.639亿的产后随访。

妇女和新生儿的需求（2012）

每年 3,530,000 的怀孕量 = 多少照护事件？

怀孕量和地域分布 2012



可获得的人力资源（2012）

在 MNH 工作的人员国家级分类

花费在 MNH 的时间%

助产士	78	100
助产士、辅助者	23,000	100
助产护士	16,200	20
护士	na	na
护士、助产护士、辅助者	-	10
卫生干事和医助	na	na
开业医生、全科医生	56,433	40
产科医生、妇科医生	8,668	75

孕前

产前

分娩

产后

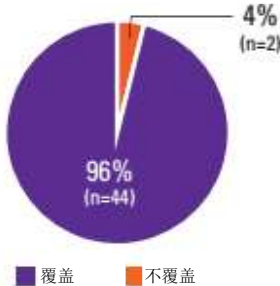
出生后

估计需求
=61%

实际工作时间
需要工作时间
国家总需求的估算基于可得数据

经济可达性

包括最小受益计划的46项RMNH基本干预百分比



■ 覆盖 ■ 不覆盖

地域可达性

SBA 接生数目



■ 可获得 SBA ■ 不能获得 SBA ■ 没有城市/乡村 SBA 数据

助产教育

高中教育为最低起点	12 年级以上
取得资格要求的学习年数（全面的）	3
是否为标准化课程设置及最新更新	是，2013
课程要求的在指导下的最低接生数	80
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	--/--
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	90%

助产法规

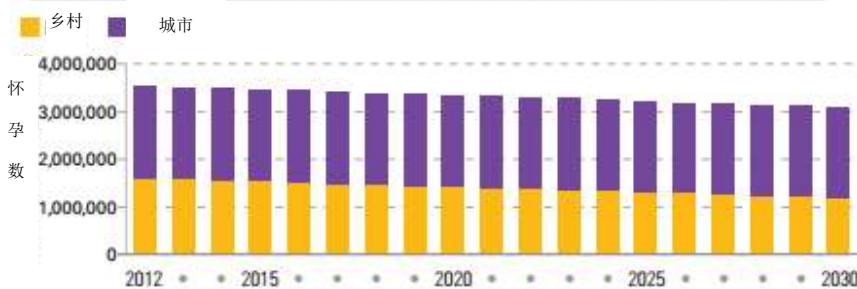
有承认助产是自主专业的法律	是
有认可的专业助产士定义	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	是
执照助产士的现场注册	否
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数（超出 7 个）	6
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕药	是/是

专业组织

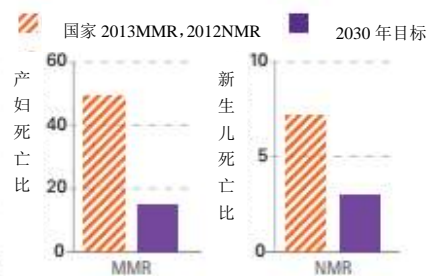
专业组织创建年	2011
专业组织角色：持续专业发展	否
建议和代表被指控不当行为的成员	否
就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	否

Na=不适合 ---缺失数据

规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



2030年预计减少量

这 2030 年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的 2030 年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

预计减少量 预计增加量

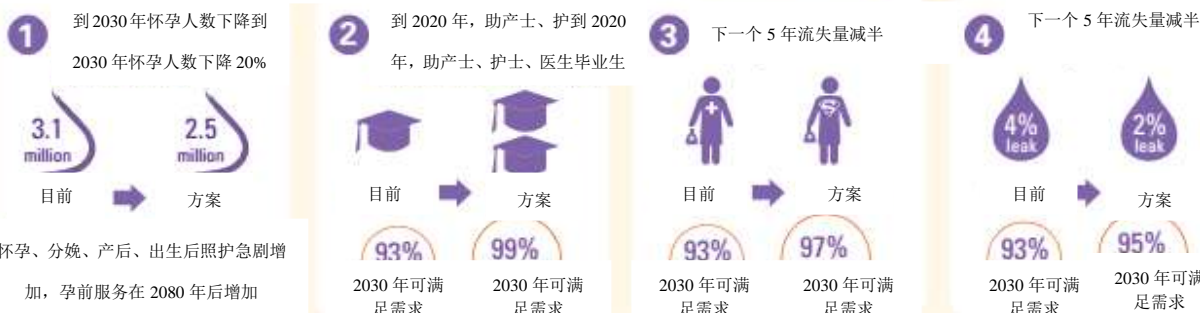
预计增加 预计工作人数

预计工作人数

ISCO-08 国际职业标 ISCO-08 国际职业标准分类

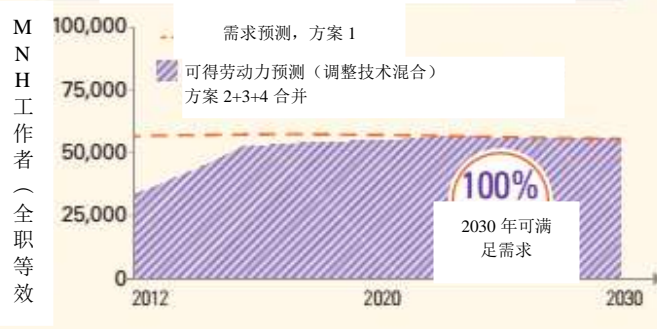
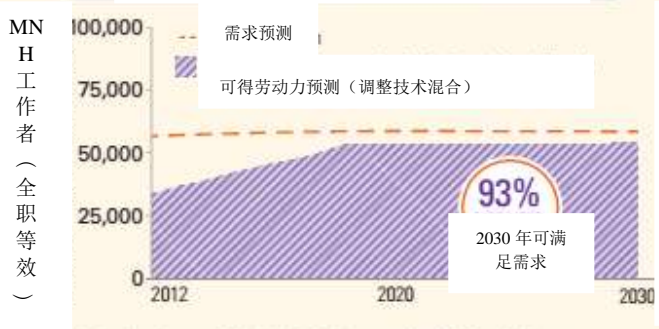


假如....通过可获得的数据假如....通过可获得的数据



目前发展轨迹

假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）

2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据

3. 信息参考助产士骨干分类

4. 助产士、护士的国家组织

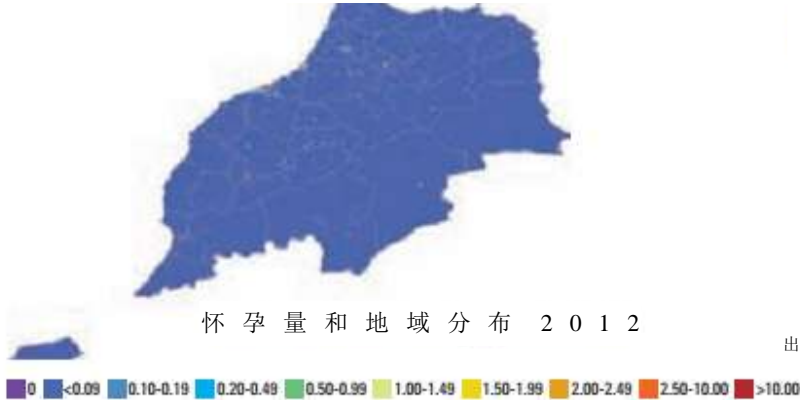
5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

摩洛哥

2012年，估计总人口数为3250万，1320万（41%）生活在农村，920万（28%）的妇女是育龄妇女，总生育率是2.8，到2030年，人口预计会增加21%，达到3920万，为了普及性与生殖健康、母婴照护，到2030年助产服务须能够满足每年90万的怀孕人口，且44%在农村。对卫生体系的启示是如何最佳、公正地配置母婴生殖健康照护人力资源，来应对2012至2030年期间至少7600万的产前检查，1310万的孩子出生，5240万的产后随访。

妇女和新生儿的需求（2012）

每年 1,094,000 的怀孕量 = 多少照护事件？

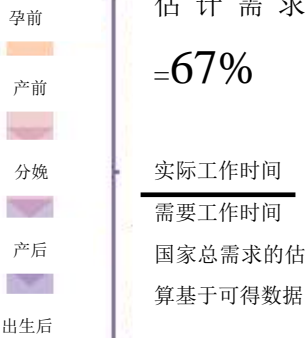


可获得的人力资源（2012）

在 MNH 工作的人员国家级分类

花费在 MNH 的时间%

助产士	2,684	100
助产士、辅助者	na	na
助产护士	375	100
护士	5,200	100
护士、助产护士、辅助者	na	na
卫生干事和医助	na	na
开业医生、全科医生	10,288	40
产科医生、妇科医生	1,006	100



助产教育

高中教育为最低起点	12 年级以上
取得资格要求的年数(全面的)	3
是否为标准化课程设置及最新更新时间	是, 2012
课程要求的在指导下的最低接生数	80
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	454/17
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	75%

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	是
有认可的专业助产士定义	否
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	否
执照助产士的现场注册	是
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	7
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是

专业组织

专业组织创建年	1990, 2011
专业组织角色: 持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	否
就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	是

Na=不适合 ---=缺失数据

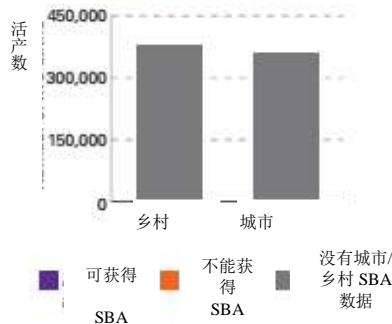
经济可达性

包括最小受益计划的 46 项 RMNH 基本干预百分比

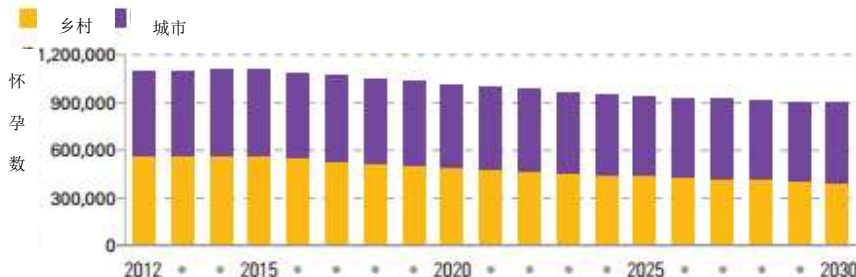


地域可达性

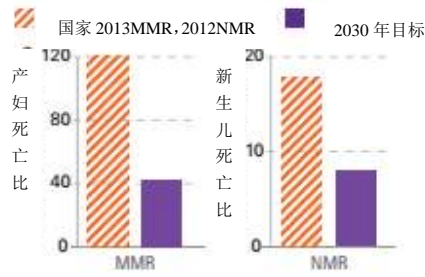
SBA 接生数目



规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



2030 年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的 2030 年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

预计减少量

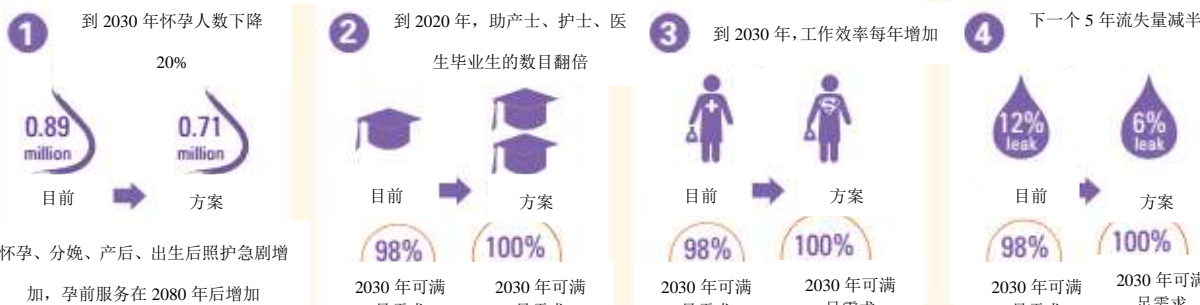
预计增加量

预计工作人数

ISCO-08 国际职业标准分类

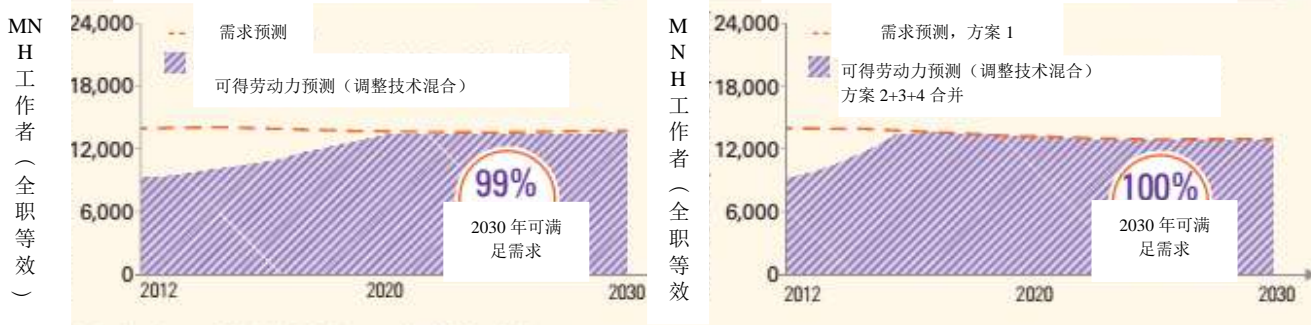


假如...通过可获得的数据进行的需求预测



目前发展轨迹

假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）
 2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据
 3. 信息参考助产士骨干分类
 4. 助产士、护士的国家组织
 5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

莫桑比克

2012年，估计总人口数为2520万，990万（77%）生活在农村，580万（23%）的妇女是育龄妇女，总生育率是5.2，到2030年，人口预计会增加54%，达到3890万，为了普及性与生殖健康、母婴照护，到2030年助产服务须能够满足每年180万的怀孕人口，且75%在农村。对卫生体系的启示是如何最佳、公正地配置母婴生殖健康照护人力资源，来应对2012至2030年期间至少11630万的产前检查，2220万的孩子出生，8900万的产后随访。

妇女和新生儿的需求（2012）

每年 1,337,000 的怀孕量 = 多少照护事件？



怀孕量和地域分布 2012

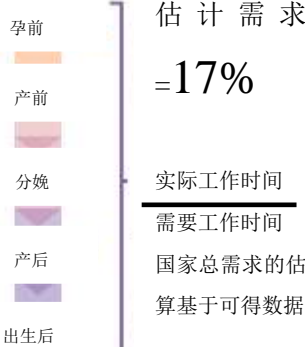


可获得的人力资源（2012）

在 MNH 工作的人员国家级分类

花费在 MNH 的时间%

助产士	3,545	60
助产士、辅助者	720	60
助产护士	na	na
护士	na	na
护士、助产护士、辅助者	678	15
卫生干事和医助	3,019	20
开业医生、全科医生	878	30
产科医生、妇科医生	65	60



助产教育

高中教育为最低起点	12 年级以上
取得资格要求的学习年数（全面的）	4
是否为标准化课程设置及最新更新时间	是，2010
课程要求的在指导下的最低接生数	50
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	580/16
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	96%

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	否
有认可的专业助产士定义	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	否
执照助产士的现场注册	否
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数（超出 7 个）	7
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是

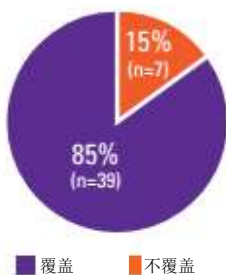
专业组织

专业组织创建年	1989,2004
专业组织角色：持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	否
就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	是

Na=不适合 --=缺失数据

经济可达性

包括最小受益计划的 46 项 RMNH 基本干预百分比



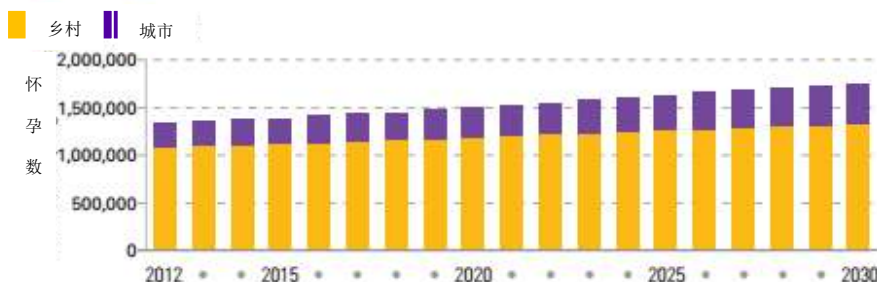
■ 覆盖 ■ 不覆盖

地域可达性

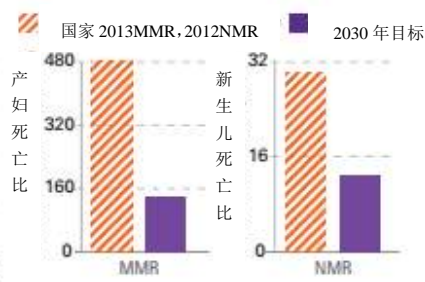
SBA 接生数目



规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



2030 年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的 2030 年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

预计减少量

预计增加量

预计工作人数

ISCO-08 国际职业标准分类



假如....通过可获得的数据进行的需求预测

1 到 2030 年怀孕人数下降 20%



怀孕、分娩、产后、出生后照护急剧增加，孕前服务在 2080 年后增加

2 到 2020 年，助产士、护士、医 生毕业生的数目翻倍



2030 年可满足需求 2030 年可满足需求

3 到 2030 年，工作效率每年增加



2030 年可满足需求 2030 年可满足需求

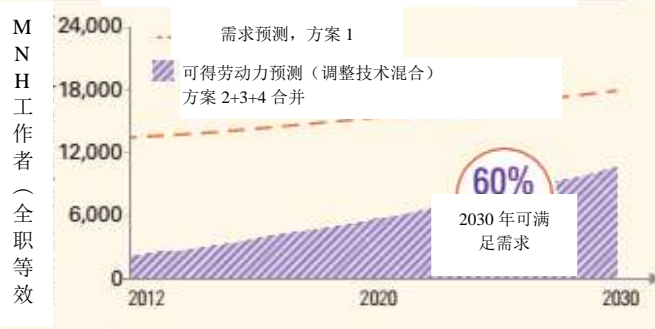
4 下一个 5 年流失量减半



2030 年可满足需求 2030 年可满足需求

目前发展轨迹

假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）

2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据

3. 信息参考助产士骨干分类

4. 助产士、护士的国家组织

5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

缅甸

2012年，估计总人口数为5258万，3970万（75%）生活在农村，1550万（29%）的妇女是育龄妇女，总生育率是2，到2030年，人口预计会增加11%，达到5870万，为了普及性与生殖健康、母婴照护，到2030年助产服务须能够满足每年130万的怀孕人口，且75%在农村。对卫生体系的启示是如何最佳、公正地配置母婴生殖健康照护人力资源，来应对2012至2030年期间至少1.09亿的产前检查，1660万的孩子出生，6630万的产后随访。

妇女和新生儿的需求（2012）

每年 1,559,000 的怀孕量 = 多少照护事件？

怀孕量和地域分布 2012



可获得的人力资源（2012）

在 MNH 工作的人员国家级分类

花费在 MNH 的时间%

助产士	20,617	80
助产士、辅助者	22,757	85
助产护士	na	na
护士	28,254	80
护士、助产护士、辅助者	na	na
卫生干事和医助	na	na
开业医生、全科医生	29,832	20
产科医生、妇科医生	267	80

孕前

产前

分娩

产后

出生后

估计需求

=87%

实际工作时间

需要工作时间

国家总需求的估算基于可得数据

助产教育

高中教育为最低起点	12 年级以上
取得资格要求的学习年数 (全面的)	2
是否为标准化课程设置及最新更新时间	是, 2011
课程要求的在指导下的最低接生数	10
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	929/5
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	100%

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	是
有认可的专业助产士定义	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	是
执照助产士的现场注册	是
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	4
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	否/否

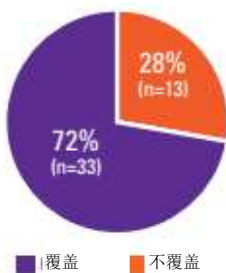
专业组织

专业组织创建年	1948
专业组织角色: 持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	是
就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	否

Na=不适合 —=缺失数据

经济可达性

包括最小受益计划的 46 项 RMNH 基本干预百分比



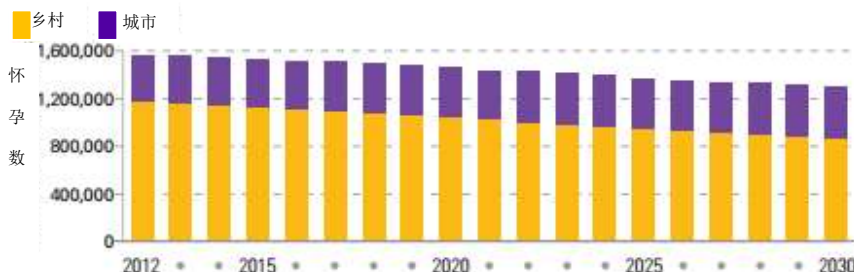
覆盖 不覆盖

地域可达性

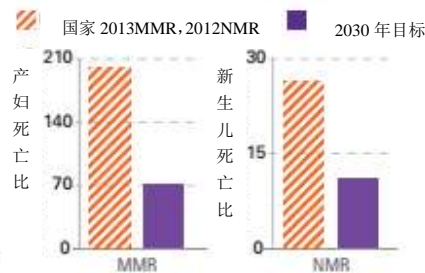
SBA 接生数目



规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



2030 年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的 2030 年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

预计减少量

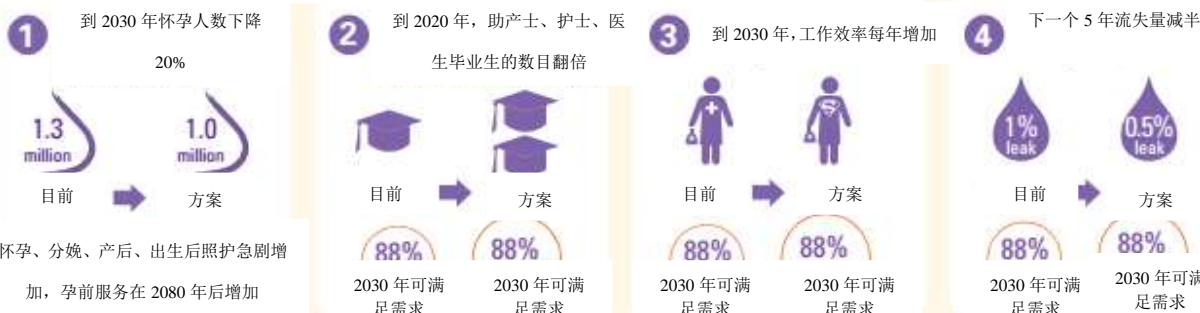
预计增加量

预计工作人数

ISCO-08 国际职业标准分类

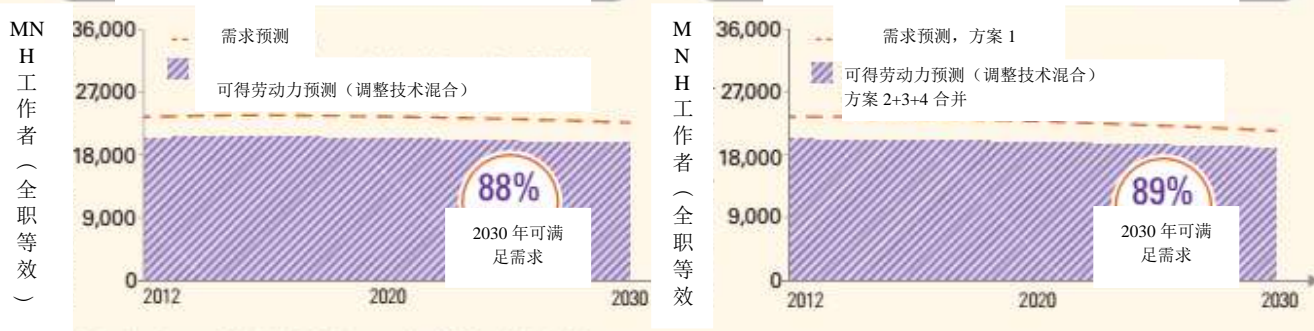


假如...通过可获得的数据进行的需求预测



目前发展轨迹

假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）

2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据

3. 信息参考助产士骨干分类

4. 助产士、护士的国家组织

5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

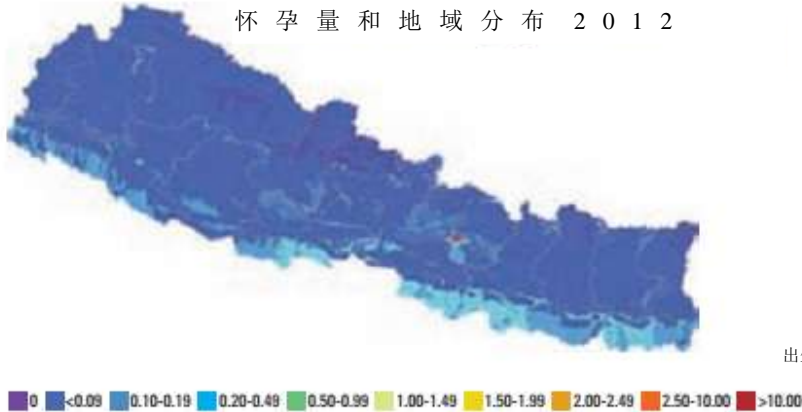
尼泊尔

2012年，估计总人口数为2750万，2300万（84%）生活在农村，740万（27%）的妇女是育龄妇女，总生育率是2.3，到2030年，人口预计会增加20%，达到3290万，为了普及性与生殖健康、母婴照护，到2030年助产服务须能够满足每年90万的怀孕人口，且85%在农村。对卫生体系的启示是如何最佳、公正地配置母婴生殖健康照护人力资源，来应对2012至2030年期间至少7020万的产前检查，1090万的孩子出生，4370万的产后随访。

妇女和新生儿的需求（2012）

每年 974,000 的怀孕量 = 多少照护事件？

怀孕量和地域分布 2012



可获得的人力资源（2012）

在 MNH 工作的人员国家级分类

花费在 MNH 的时间%

助产士	na	na
助产士、辅助者	na	na
助产护士	na	na
护士	4,029	60
护士、助产护士、辅助者	3,711	100
卫生干事和医助	na	na
开业医生、全科医生	5,384	30
产科医生、妇科医生	2,500	100



助产教育

高中教育为最低起点	12 年级以上
取得资格要求的年数(全面的)	3
是否为标准化课程设置及最新更新时间	否, na
课程要求的在指导下的最低接生数	na
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	1300/32
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	40%

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	否
有认可的专业助产士定义	否
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	否
执照助产士的现场注册	否
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	0
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕药	是/是

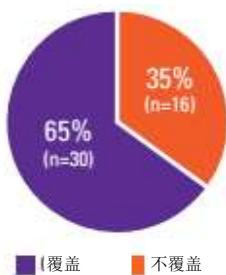
专业组织

专业组织创建年	1962/2010
专业组织角色：持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	是
就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	是

Na=不适合 —=缺失数据

经济可达性

包括最小受益计划的 46 项 RMNH 基本干预百分比

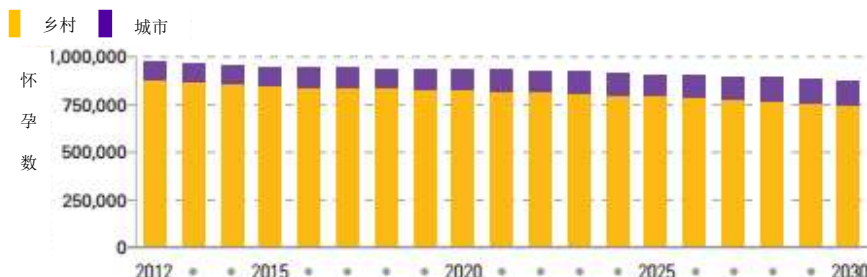


地域可达性

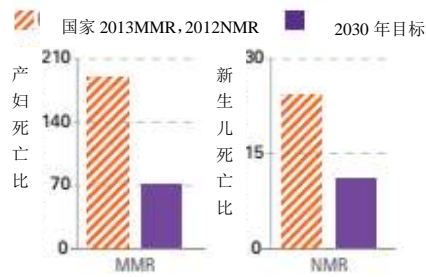
SBA 接生数目



规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



2030 年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的 2030 年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

预计减少量

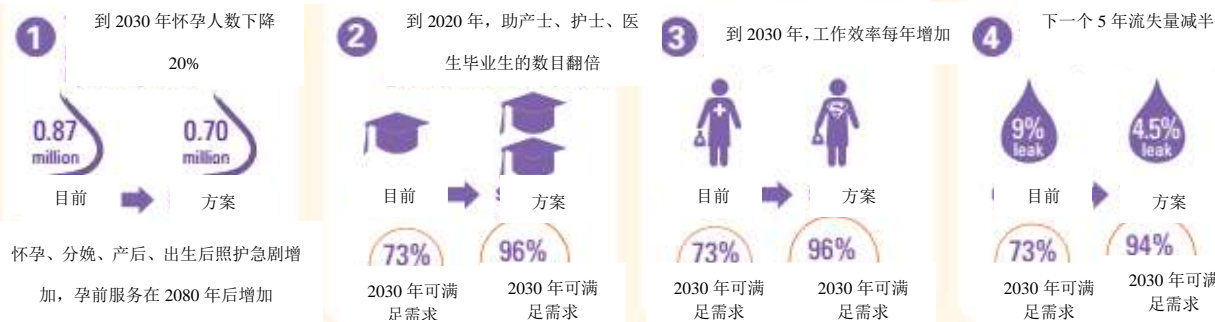
预计增加量

预计工作人数

ISCO-08 国际职业标准分类

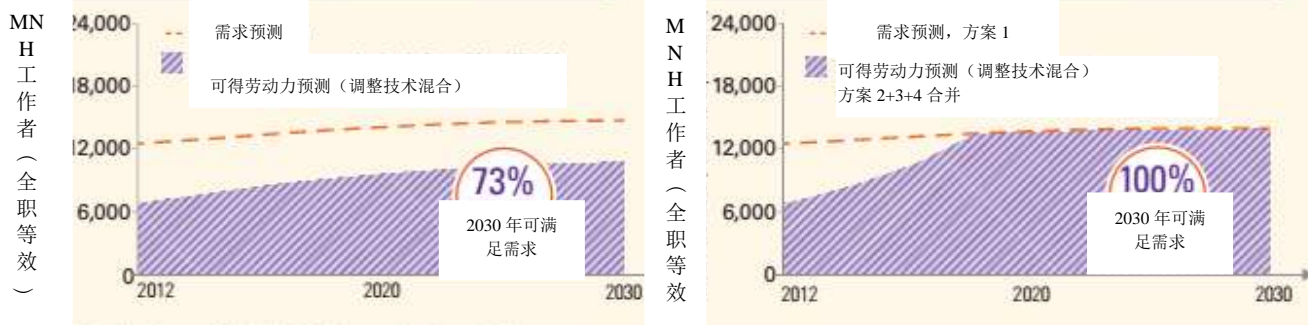


假如...通过可获得的数据进行的需求预测



目前发展轨迹

假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）

2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据

3. 信息参考助产士骨干分类

4. 助产士、护士的国家组织

5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

尼日尔

2012年，估计总人口数为1720万，1380万（80%）生活在农村，360万（21%）的妇女是育龄妇女，总生育率是7.6，到2030年，人口预计会增加101%，达到3450万，为了普及性与生殖健康、母婴照护，到2030年助产服务须能够满足每年200万的怀孕人口，且75%在农村。对卫生体系的启示是如何最佳、公正地配置母婴生殖健康照护人力资源，来应对2012至2030年期间至少1.165亿的产前检查，2300万的孩子出生，9200万的产后随访。

妇女和新生儿的需求（2012）

每年 1,109,000 的怀孕量 = 多少照护事件？



怀孕量和地域分布 2012

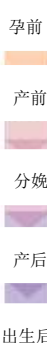


可获得的人力资源（2012）

在 MNH 工作的人员国家级分类

花费在 MNH 的时间%

助产士	1,090	100
助产士、辅助者	32	100
助产护士	na	na
护士	3,782	-
护士、助产护士、辅助者	3,554	-
卫生干事和医助	145	-
开业医生、全科医生	958	-
产科医生、妇科医生	49	100



估计需求

=55%

实际工作时间
需要工作时间
国家总需求的估算基于可得数据

助产教育

高中教育为最低起点	12 年级以上
取得资格要求的年数(全面的)	3
是否为标准化课程设置及最新更新时间	是, 2008
课程要求的在指导下的最低接生数	70
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	78/7
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	--

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	否
有认可的专业助产士定义	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	否
执照助产士的现场注册	否
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	7
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是

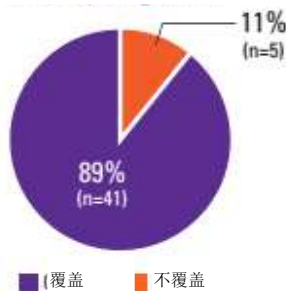
专业组织

专业组织创建年	1954,1975,1988
专业组织角色：持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	是
就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	是

Na=不适合 --=缺失数据

经济可达性

包括最小受益计划的 46 项 RMNH 基本干预百分比

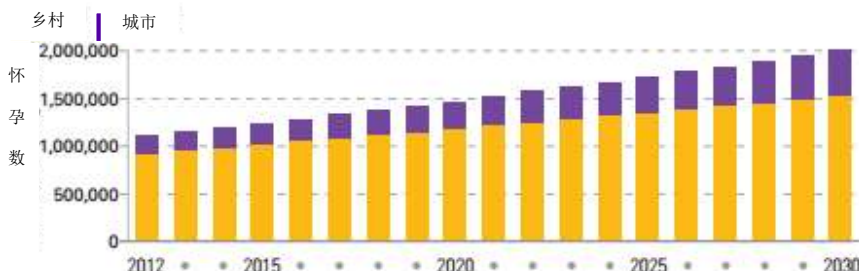


地域可达性

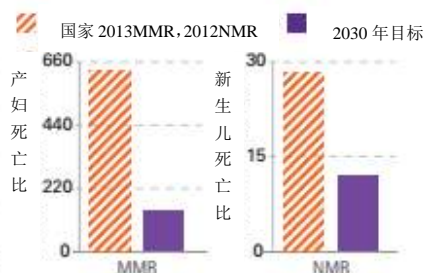
SBA 接生数目



规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



2030 年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的 2030 年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

预计减少量

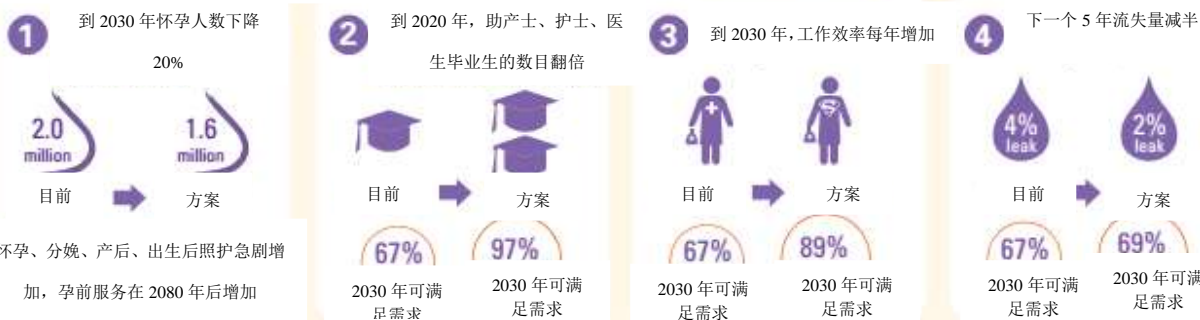
预计增加量

预计工作人数

ISCO-08 国际职业标准分类

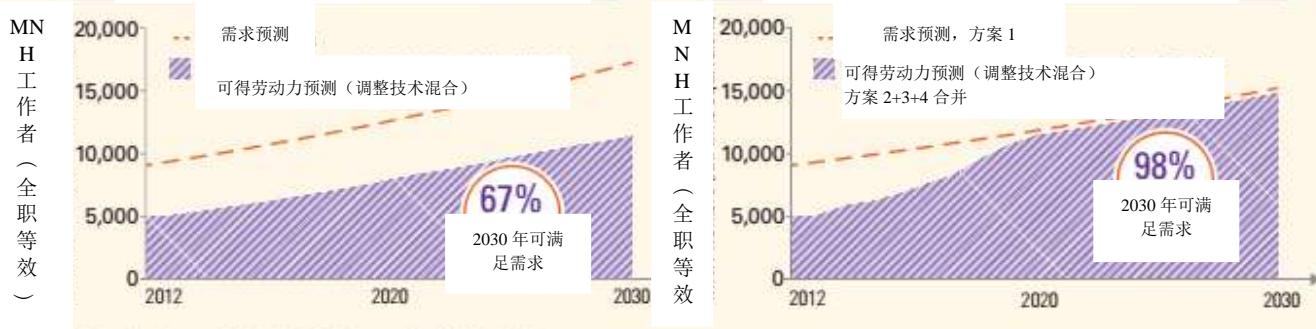


假如....通过可获得的数据进行的需求预测



目前发展轨迹

假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMY 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）

2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据

3. 信息参考助产士骨干分类

4. 助产士、护士的国家组织

5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

尼日利亚

2012年，估计总人口数为1.688亿，1.095亿（65%）生活在农村，3820万（23%）的妇女是育龄妇女，总生育率是6，到2030年，人口预计会增加62%，达到2.731亿，为了普及性与生殖健康、母婴照护，到2030年助产服务须能够满足每年1280万的怀孕人口，且59%在农村。对卫生体系的启示是如何最佳、公正地配置母婴生殖健康照护人力资源，来应对2012至2030年期间至少8.374亿的产前检查，1.638亿的孩子出生，6.554亿的产后随访。

妇女和新生儿的需求（2012）

每年 9,366,000 的怀孕量 = 多少照护事件？



怀孕量和地域分布 2012



可获得的人力资源（2012）

在 MNH 工作的人员国家级分类

花费在 MNH 的时间%

助产士	101,286	100
助产士、辅助者	na	na
助产护士	na	na
护士	na	na
护士、助产护士、辅助者	na	na
卫生干事和医助	77,382	22
开业医生、全科医生	20,284	30
产科医生、妇科医生	968	100

孕前

产前

分娩

产后

出生后

估计需求

=97%

实际工作时间
需要工作时间
国家总需求的估算基于可得数据

助产教育

高中教育为最低起点	12 年级以上
取得资格要求的学习年数（全面的）	3
是否为标准化课程设置及最新更新时间	是，2006
课程要求的在指导下的最低接生数	130
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	7,173/7
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分比	--

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	是
有认可的专业助产士定义	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	是
执照助产士的现场注册	是
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数（超出 7 个）	7
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是

专业组织

专业组织创建年	1977
专业组织角色：持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	是
就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	是

Na=不适合 --=缺失数据

经济可达性

包括最小受益计划的 46 项 RMNH 基本干预百分比



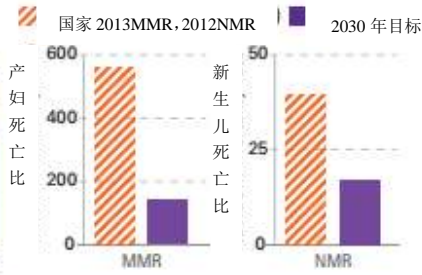
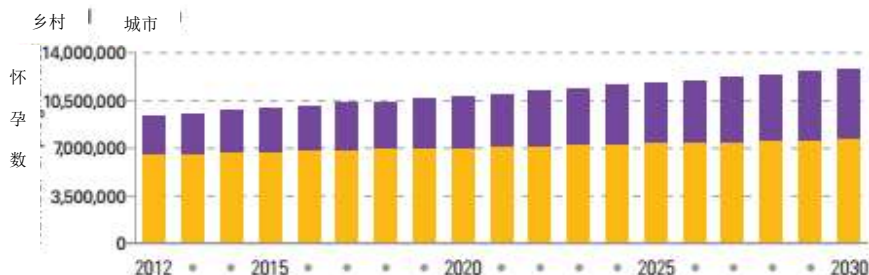
地域可达性

SBA 接生数目



规划怀孕数：城市与乡村

死亡率降低



2030 年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的 2030 年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

预计减少量

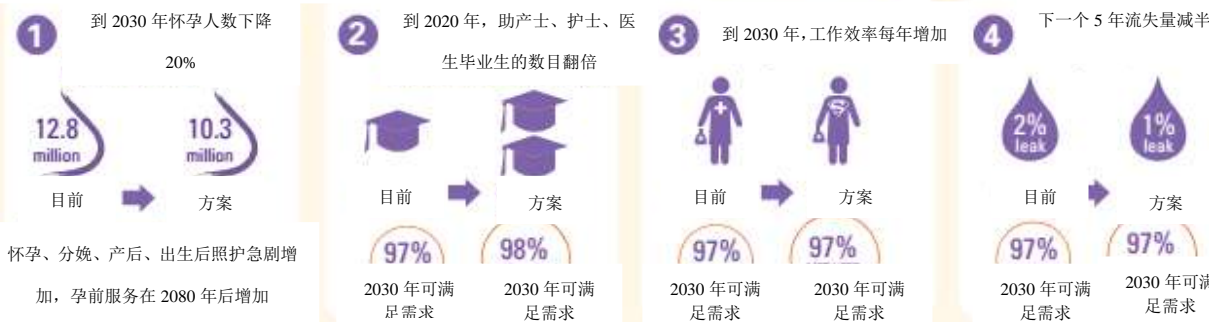
预计增加量

预计工作人数

ISCO-08 国际职业标准分类

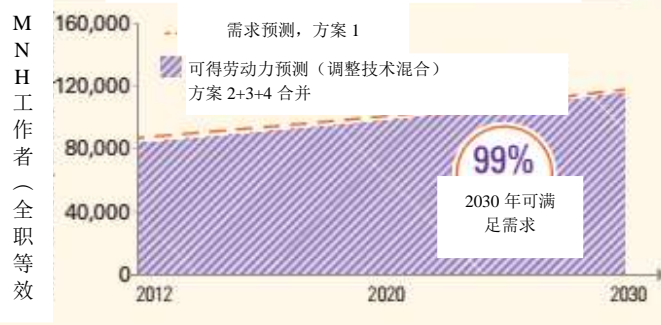
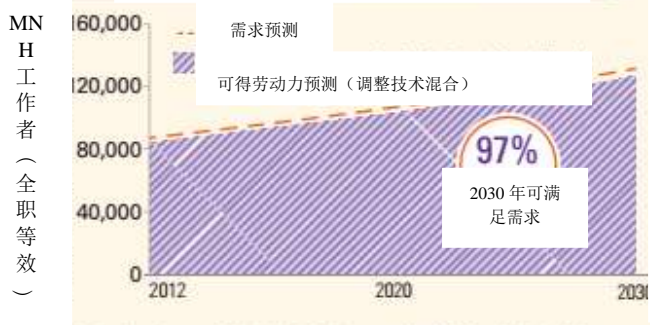


假如...通过可获得的数据进行的需求预测



目前发展轨迹

假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）
 2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据
 3. 信息参考助产士骨干分类
 4. 助产士、护士的国家组织
 5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

巴基斯坦

2012年，估计总人口数为 1.792 亿 1。1190 亿 (62%) 生活在农村，4620 万 (26%) 的妇女是育龄妇女，总生育率是 3.2，到 2030 年，人口预计会增加 29%，达到 2.317 亿，为了普及性与生殖健康、母婴照护，到 2030 年助产服务须能够满足每年 680 万的怀孕人口，且 56% 在农村。对卫生体系的启示是如何最佳、公正地配置母婴生殖健康照护人力资源，来应对 2012 至 2030 年期间至少 5.362 亿的产前检查，9030 万的孩子出生，3.611 亿的产后随访。

妇女和新生儿的需求 (2012)

每年 7,175,000 的怀孕量 = 多少照护事件？



怀孕量和地域分布 2012



可获得的人力资源 (2012)

在 MNH 工作的人员国家级分类

花费在 MNH 的时间%

助产士	14,790	85
助产士、辅助者	na	na
助产护士	41,016	17
护士	na	na
护士、助产护士、辅助者	160,000	34
卫生干事和医助	na	na
开业医生、全科医生	138,421	15
产科医生、妇科医生	1,795	100

孕前

产前

分娩

产后

出生后

估计需求

=42%

实际工作时间

需要工作时间

国家总需求的估

算基于可得数据

经济可达性

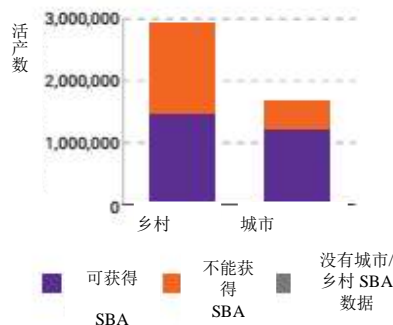
包括最小受益计划的 46 项 RMNH 基本干预百分比



覆盖 不覆盖

地域可达性

SBA 接生数目



没有城市/乡村 SBA 数据

助产教育

高中教育为最低起点	10 年级以上
取得资格要求的学习年数 (全面的)	1
是否为标准化课程设置及最新更新时间	是, 2011
课程要求的在指导下的最低接生数	25
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	6.306/43
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	55%

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	是
有认可的专业助产士定义	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	是
执照助产士的现场注册	是
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	1
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是

专业组织

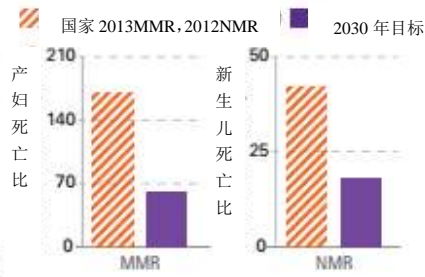
专业组织创建年	2005
专业组织角色: 持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	否
就成员 MNH 的质量标准提出建议	否
政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	否
与政府协商工作和工资问题	否

Na=不适合 --=缺失数据

规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



2030 年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的 2030 年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

预计减少量

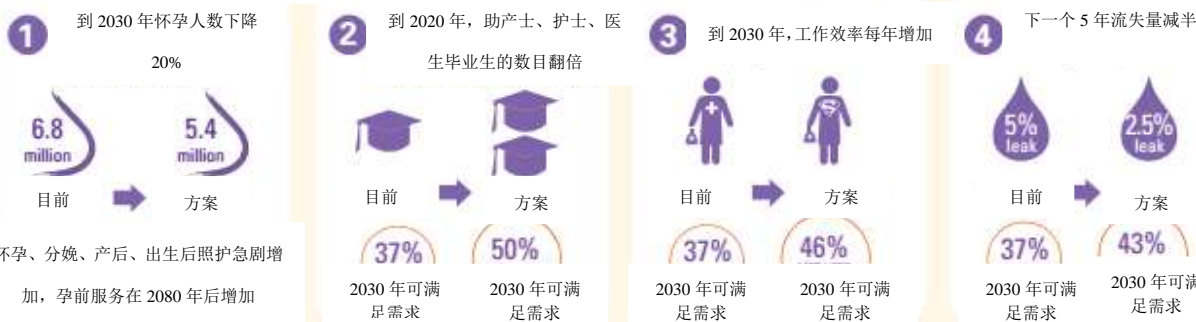
预计增加量

预计工作人数

ISCO-08 国际职业标准分类

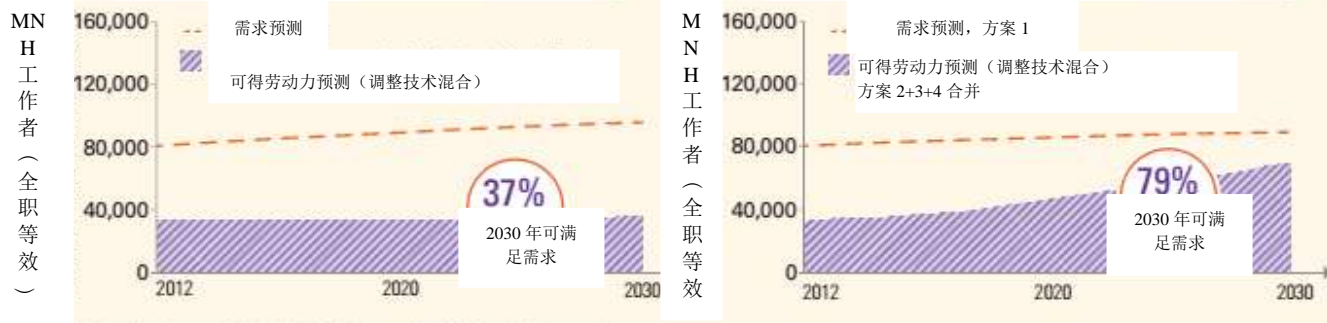


假如...通过可获得的数据进行的需求预测



目前发展轨迹

假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）

2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据

3. 信息参考助产士骨干分类

4. 助产士、护士的国家组织

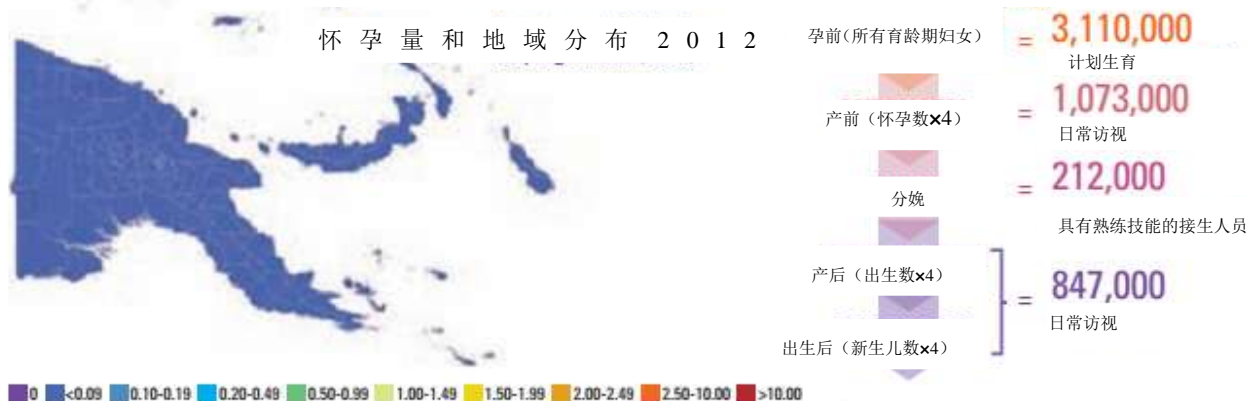
5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

巴布亚新几内亚

2012年，估计总人口数为720万，990万（90%）生活在农村，180万（25%）的妇女是育龄妇女，总生育率是3.8，到2030年，人口预计会增加40%，达到1000万，为了普及性与生殖健康、母婴照护，到2030年助产服务须能够满足每年30万的怀孕人口。对卫生体系的启示是如何最佳、公正地配置母婴生殖健康照护人力资源，来应对2012至2030年期间至少2190万的产前检查，430万的孩子出生，1730万的产后随访。

妇女和新生儿的需求（2012）

每年 268,000 的怀孕量 = 多少照护事件？

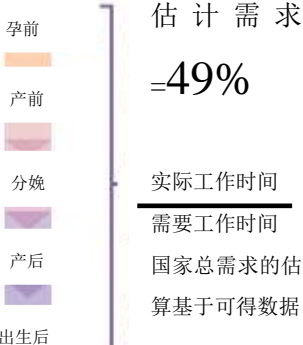


可获得的人力资源（2012）

在 MNH 工作的人员国家级分类

花费在 MNH 的时间%

助产士	293	100
助产士、辅助者	na	na
助产护士	na	na
护士	1,800	100
护士、助产护士、辅助者	na	na
卫生干事和医助	-	-
开业医生、全科医生	175	30
产科医生、妇科医生	28	100



助产教育

高中教育为最低起点	12 年级以上
取得资格要求的学习年数(全面的)	1
是否为标准化课程设置及最新更新时间	是, 2010
课程要求的在指导下的最低接生数	100
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	79/27
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	95%

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	否
有认可的专业助产士定义	否
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	否
执照助产士的现场注册	否
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	7
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是

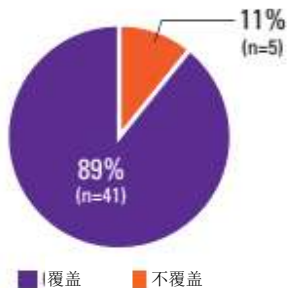
专业组织

专业组织创建年	1950,2009,2012
专业组织角色: 持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	是
就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	是

Na=不适合 —=缺失数据

经济可达性

包括最小受益计划的 46 项 RMNH 基本干预百分比

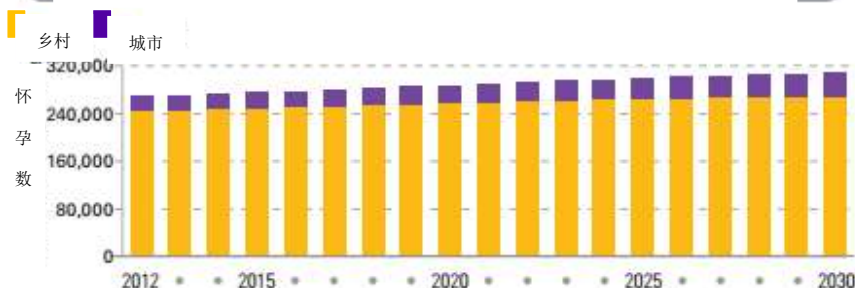


地域可达性

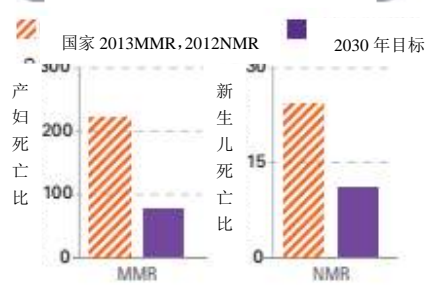
SBA 接生数目



规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



2030 年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的 2030 年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

预计减少量

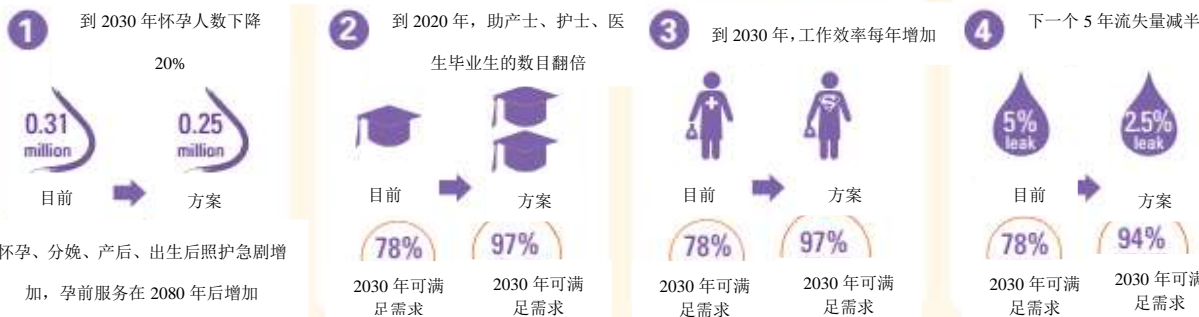
预计增加量

预计工作人数

ISCO-08 国际职业标准分类

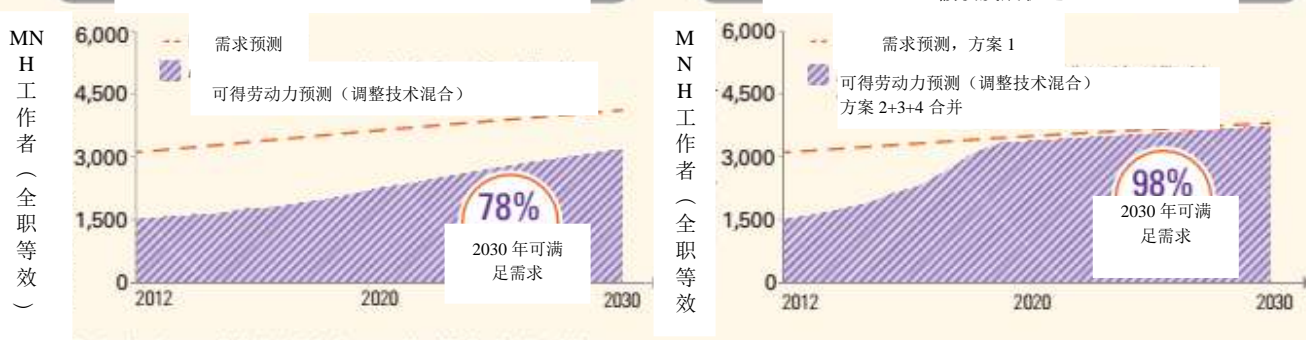


假如....通过可获得的数据进行的需求预测



目前发展轨迹

假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）

2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据

3. 信息参考助产士骨干分类

4. 助产士、护士的国家组织

5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

秘鲁

2012年，估计总人口数为3000万。1290万（43%）生活在农村，800万（27%）的妇女是育龄妇女，总生育率是2.4，到2030年，人口预计会增加22%，达到3650万，为了普及性与生殖健康、母婴照护，到2030年助产服务须能够满足每年100万的怀孕人口，且47%在农村。对卫生体系的启示是如何最佳、公正地配置母婴生殖健康照护人力资源，来应对2012至2030年期间至少7940万的产前检查，1140万的孩子出生，4570万的产后随访。

妇女和新生儿的需求（2012）

每年 1,078,000 的怀孕量 = 多少照护事件？



怀孕量和地域分布 2012



可获得的人力资源（2012）

在 MNH 工作的人员国家级分类

花费在 MNH 的时间%

助产士	11,533	100
助产士、辅助者	na	na
助产护士	na	na
护士	33,491	-
护士、助产护士、辅助者	13,347	50
卫生干事和医助	50,722	50
开业医生、全科医生	33,669	20
产科医生、妇科医生	2,197	100

孕前

产前

分娩

产后

出生后

估计需求
=100%

实际工作时间
需要工作时间
国家总需求的估算基于可得数据

助产教育

高中教育为最低起点	12 年级以上
取得资格要求的学习年数(全面的)	5
是否为标准化课程设置及最新更新时间	否, na
课程要求的在指导下的最低接生数	na
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	1,000/9
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	--

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	是
有认可的专业助产士定义	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	是
执照助产士的现场注册	是
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	4
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是

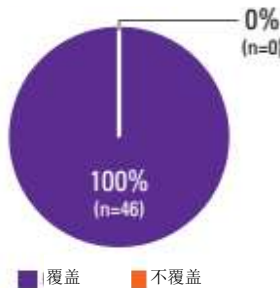
专业组织

专业组织创建年	1975
专业组织角色: 持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	是
就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	是

Na=不适合 --=缺失数据

经济可达性

包括最小受益计划的 46 项 RMNH 基本干预百分比

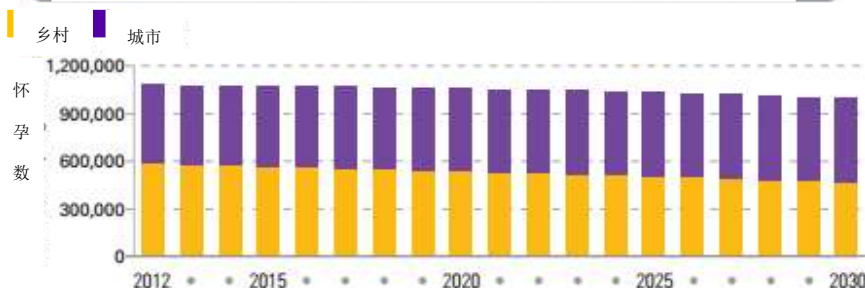


地域可达性

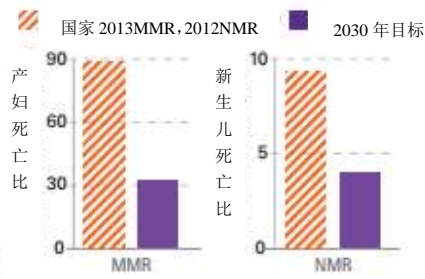
SBA 接生数目



规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



2030 年预测和规划

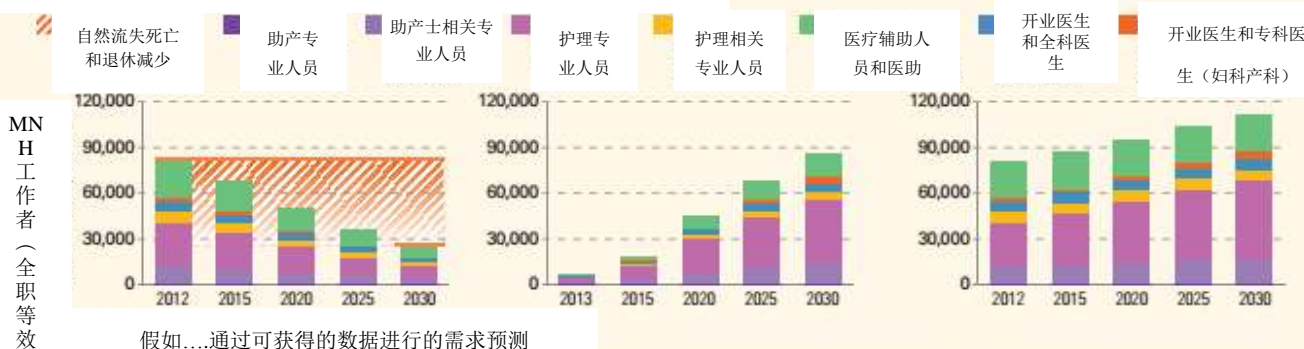
这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的 2030 年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

预计减少量

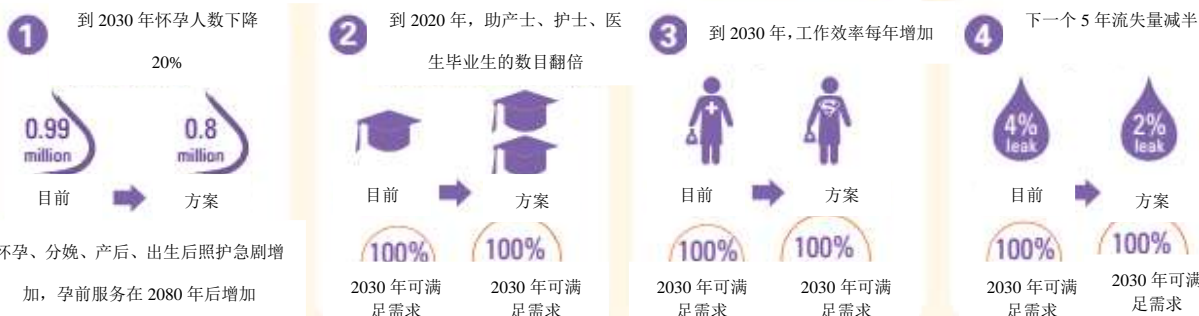
预计增加量

预计工作人数

ISCO-08 国际职业标准分类

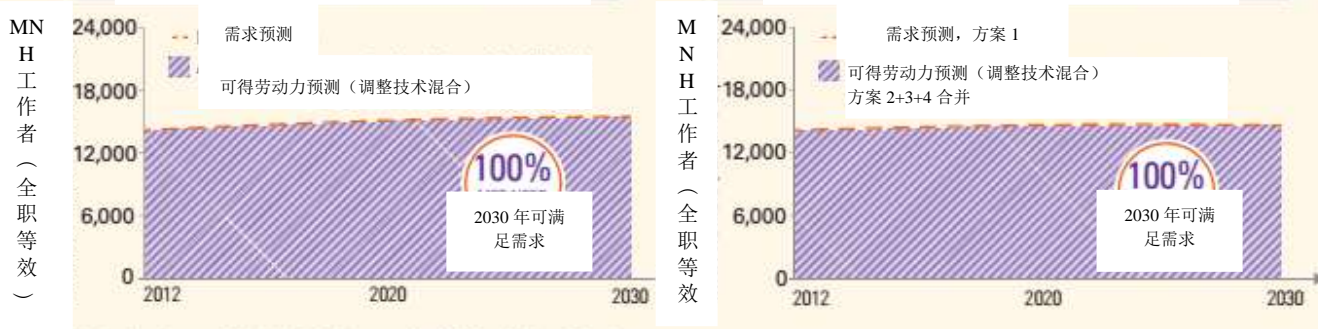


假如....通过可获得的数据进行的需求预测



目前发展轨迹

假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）

2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据

3. 信息参考助产士骨干分类

4. 助产士、护士的国家组织

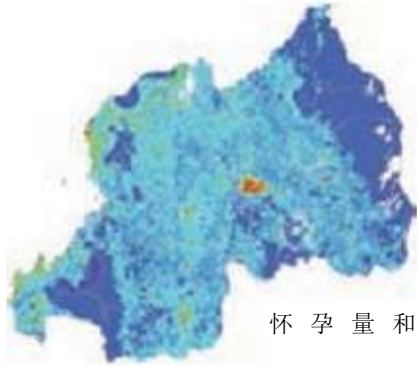
5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

卢旺达

2012年，估计总人口数为1150万。1000万（88%）生活在农村，280万（26%）的妇女是育龄妇女，总生育率是4.6，到2030年，人口预计会增加55%，达到1780万，为了普及性与生殖健康、母婴照护，到2030年助产服务须能够满足每年70万的怀孕人口，且83%在农村。对卫生体系的启示是如何最佳、公正地配置母婴生殖健康照护人力资源，来应对2012至2030年期间至少5030万的产前检查，870万的孩子出生，3470万的产后随访。

妇女和新生儿的需求（2012）

每年 610,000 的怀孕量 = 多少照护事件？



怀孕量和地域分布 2012



可获得的人力资源（2012）

在 MNH 工作的人员国家级分类

花费在 MNH 的时间%

助产士	622	100
助产士、辅助者	na	na
助产护士	5	75
护士	8,273	50
护士、助产护士、辅助者	na	na
卫生干事和医助	na	na
开业医生、全科医生	625	60
产科医生、妇科医生	35	100

孕前

产前

分娩

产后

出生后

估计需求

=59%

实际工作时间

需要工作时间

国家总需求的估算基于可得数据

助产教育

高中教育为最低起点	12 年级以上
取得资格要求的学习年数 (全面的)	3
是否为标准化课程设置及最新更新	是, 2013
课程要求的在指导下的最低接生数	100
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	170/27
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	100%

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	是
有认可的专业助产士定义	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	是
执照助产士的现场注册	是
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	7
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是

专业组织

专业组织创建年	2011/2011
专业组织角色：持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	是
就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	否
与政府协商工作和工资问题	否

Na=不适合 ——缺失数据

经济可达性

包括最小受益计划的 46 项 RMNH 基本干预百分比



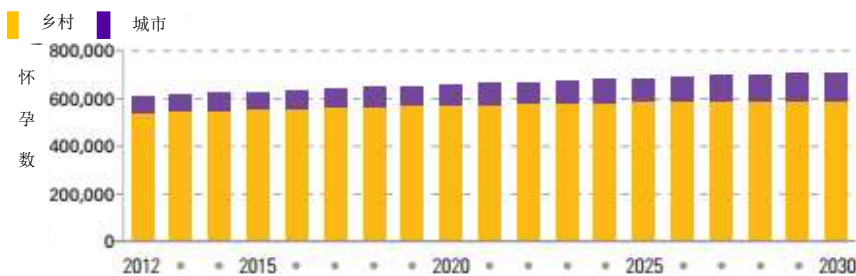
覆盖 不覆盖

地域可达性

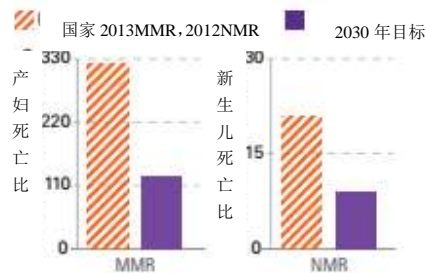
SBA 接生数目



规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



2030 年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的 2030 年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

预计减少量

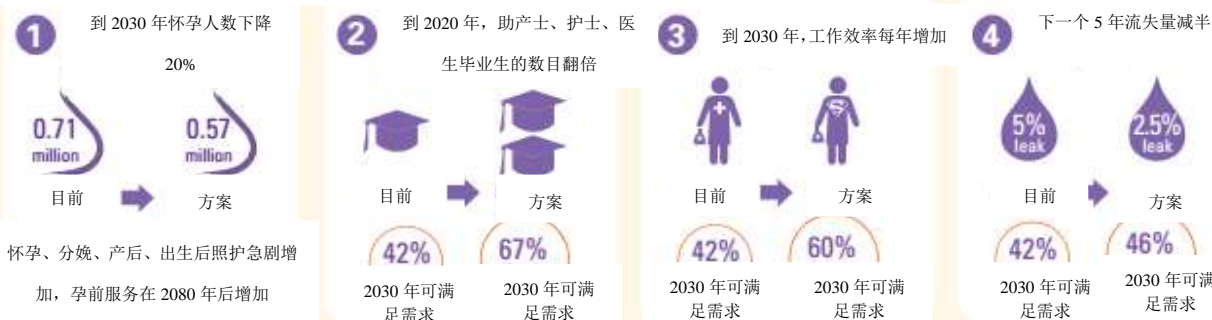
预计增加量

预计工作人数

ISCO-08 国际职业标准分类

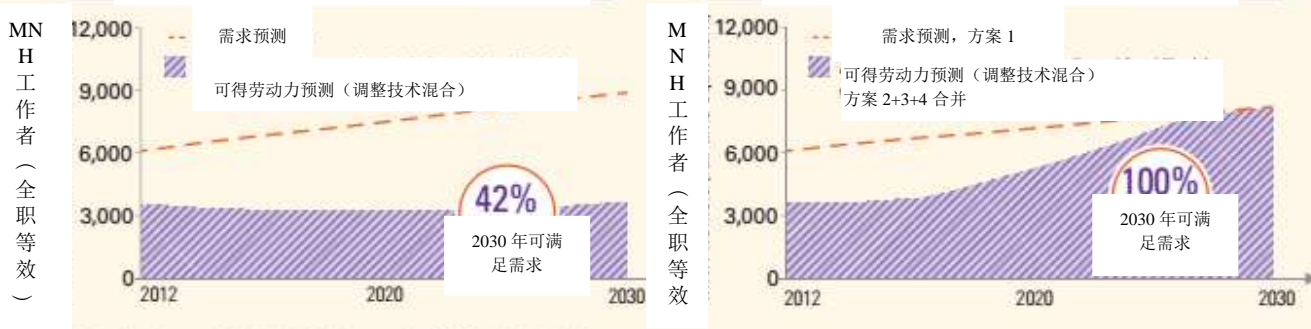


假如....通过可获得的数据进行的需求预测



目前发展轨迹

假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）
 2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据
 3. 信息参考助产士骨干分类
 4. 助产士、护士的国家组织
 5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

圣多美与普林希比

2012年，估计总人口数为19万。12万（63%）生活在农村，5万（25%）的妇女是育龄妇女，总生育率是4.1，到2030年，人口预计会增加48%，达到30万，为了普及性与生殖健康、母婴照护，到2030年助产服务须能够满足每年1万的怀孕人口，且60%在农村。对卫生体系的启示是如何最佳、公正地配置母婴生殖健康照护人力资源，来应对2012至2030年期间至少90万的产前检查，10万的孩子出生，60万的产后随访。

妇女和新生儿的需求（2012）

每年 11,000 的怀孕量 = 多少照护事件？



怀孕量和地域分布 2012



可获得的人力资源（2012）

在 MNH 工作的人员国家级分类

花费在 MNH 的时间%

助产士	31	100
助产士、辅助者	na	na
助产护士	20	100
护士	na	na
护士、助产护士、辅助者	na	na
卫生干事和医助	2	100
开业医生、全科医生	na	na
产科医生、妇科医生	2	100



助产教育

高中教育为最低起点	10 年级以上
取得资格要求的学习年数(全面的)	3
是否为标准化课程设置及最新更新	否, na
课程要求的在指导下的最低接生数	na
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	0/na
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	100%

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	否
有认可的专业助产士定义	否
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	否
执照助产士的现场注册	是
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	4
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是

专业组织

专业组织创建年	2013, --, --
专业组织角色: 持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	是
就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	是

Na=不适合 ---=缺失数据

经济可达性

包括最小受益计划的 46 项 RMNH 基本干预百分比

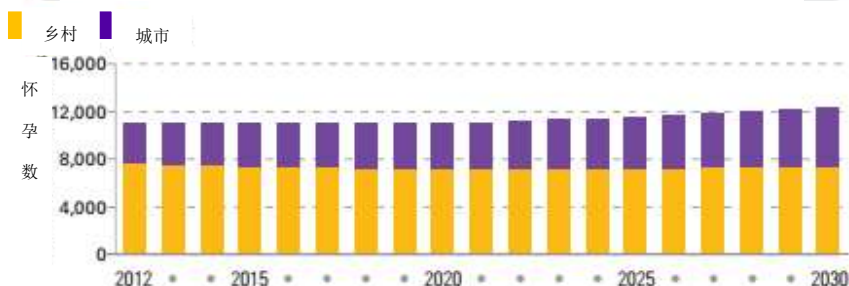


地域可达性

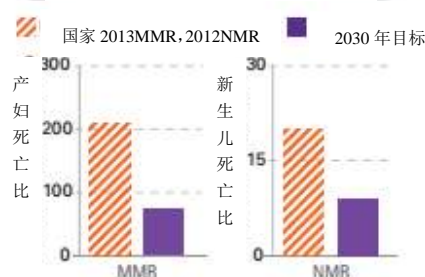
SBA 接生数目



规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



2030年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的2030年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在MNH上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在50页“如何阅读”部分。

预计减少量

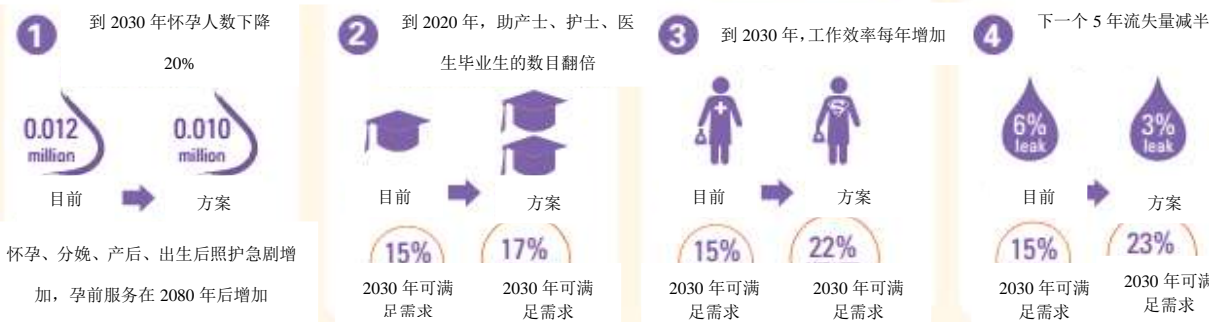
预计增加量

预计工作人数

ISCO-08 国际职业标准分类

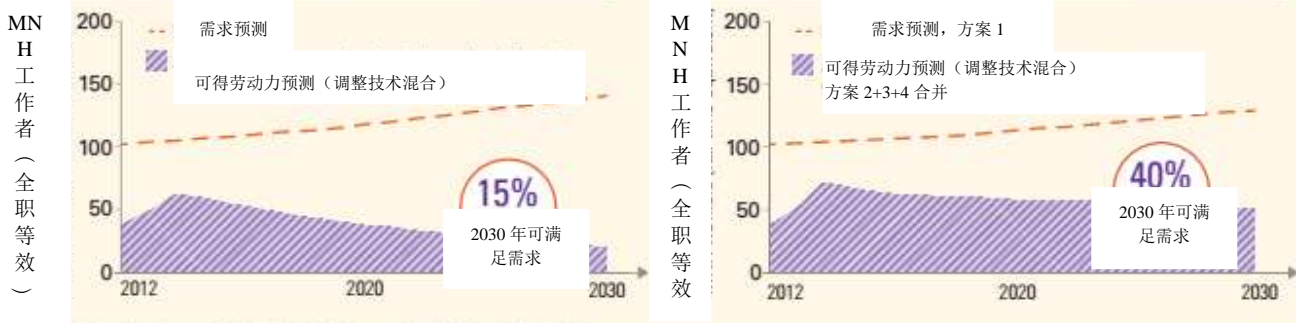


假如...通过可获得的数据进行的需求预测



目前发展轨迹

假设发展轨迹



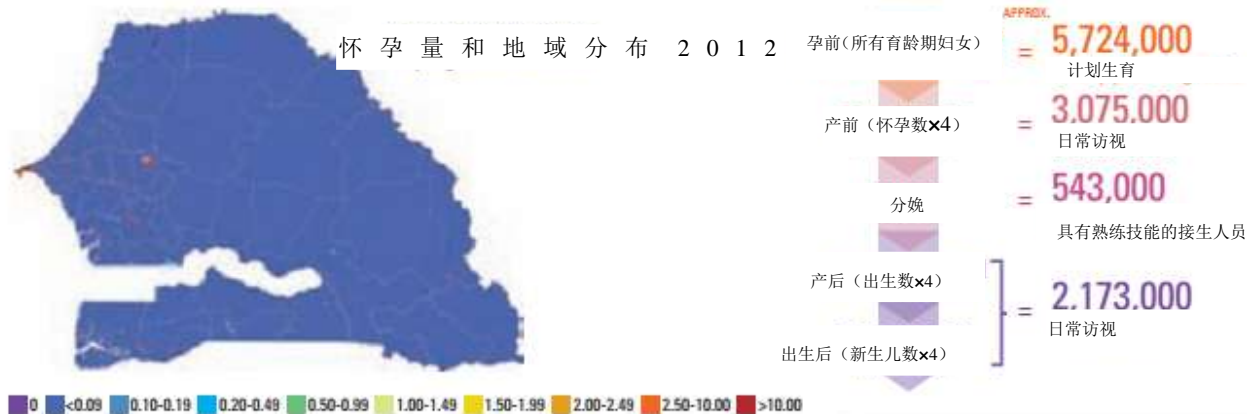
1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）
 2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据
 3. 信息参考助产士骨干分类
 4. 助产士、护士的国家组织
 5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

塞内加尔

2012年，估计总人口数为1370万。740万（54%）生活在农村，330万（24%）的妇女是育龄妇女，总生育率是5，到2030年，人口预计会增加59%，达到2190万，为了普及性与生殖健康、母婴照护，到2030年助产服务须能够满足每年100万的怀孕人口，且53%在农村。对卫生体系的启示是如何最佳、公正地配置母婴生殖健康照护人力资源，来应对2012至2030年期间至少6600万的产前检查，1170万的孩子出生，4670万的产后随访。

妇女和新生儿的需求（2012）

每年 7 6 9 , 0 0 0 的 怀 孕 量 = 多 少 照 护 事 件 ？



可获得的人力资源（2012）

在 MNH 工作的人员国家级分类	花费在 MNH 的时间%
助产士	3,946 100
助产士、辅助者	1,751 100
助产护士	na na
护士	1,295 50
护士、助产护士、辅助者	na na
卫生干事和医助	na na
开业医生、全科医生	1,011 25
产科医生、妇科医生	160 100



助产教育

高中教育为最低起点	12 年级以上
取得资格要求的学习年数（全面的）	3
是否为标准化课程设置及最新更新	是, 2010
课程要求的在指导下的最低接生数	10
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	393/10
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	--

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	否
有认可的专业助产士定义	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	否
执照助产士的现场注册	否
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数（超出 7 个）	7
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是

专业组织

专业组织创建年	1963
专业组织角色：持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	否
就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	否

Na=不适合 --=缺失数据

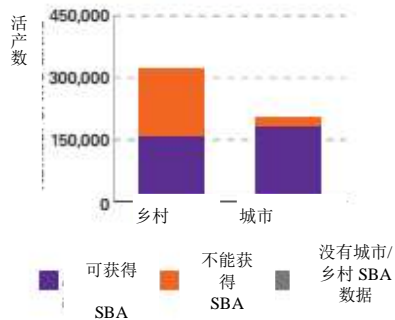
经济可达性

包括最小受益计划的 46 项 RMNH 基本干预百分比



地域可达性

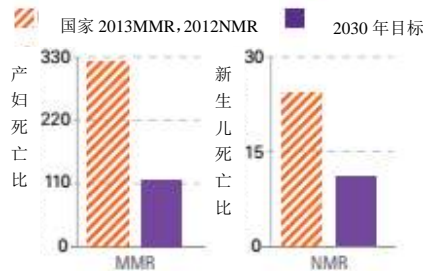
SBA 接生数目



规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



2030 年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的 2030 年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

预计减少量

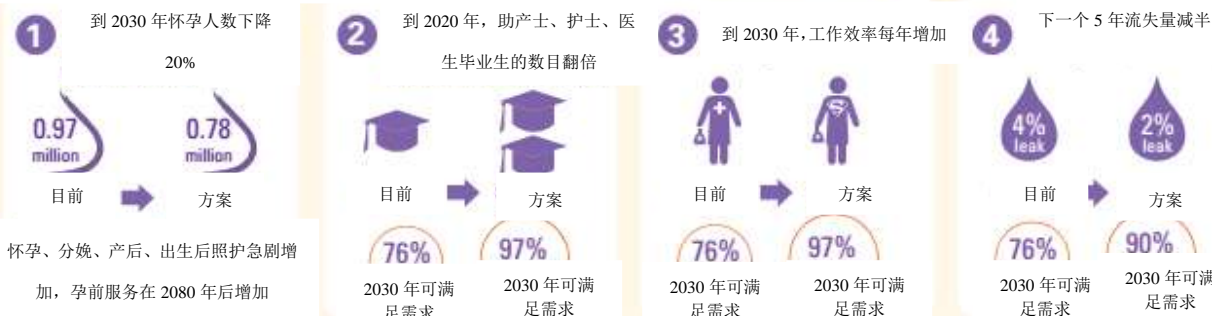
预计增加量

预计工作人数

ISCO-08 国际职业标准分类

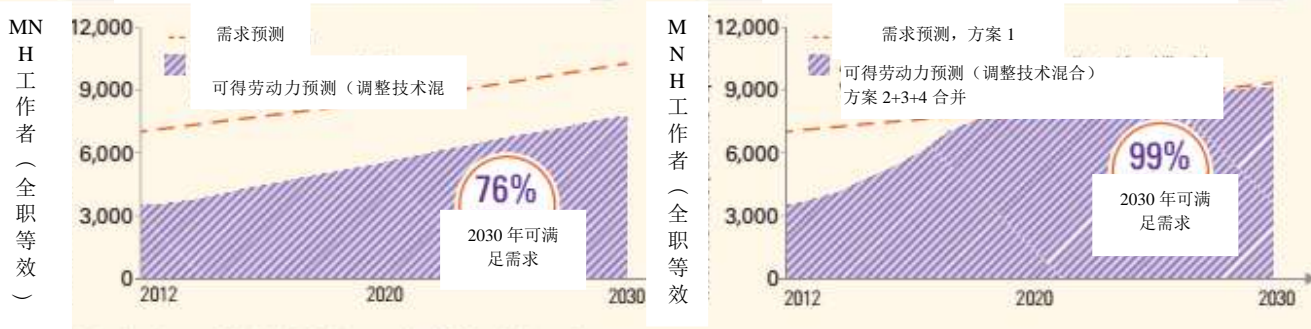


假如....通过可获得的数据进行的需求预测



目前发展轨迹

假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）
 2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据
 3. 信息参考助产士骨干分类
 4. 助产士、护士的国家组织
 5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

塞拉利昂

2012年，估计总人数600万，400万（67%）生活在农村，150万（25%）的妇女是育龄妇女，总生育率是4.7，到2030年，人口估计会增加35%，达到810万，为了使这些人普遍获得性、生殖以及母婴照护，到2030年助产服务必须应对每年40万的怀孕量，其中67%在农村。在2012至2030年期间，给予卫生体系的启示是如何更合理地设置人力资源来适应2990万的产前检查，450万的出生量，1800万的产后/出生后随访。

妇女和新生儿的需求 (2012)

每年382000的怀孕量=多少照护事件

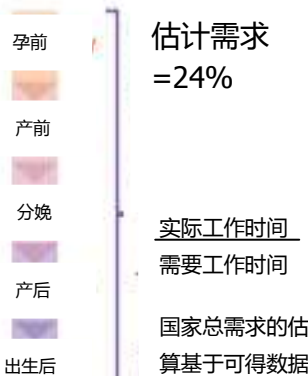


可获得的人力资源 (2012)

在 MNH 工作的人员国家级分类

花费在 MNH 的时间%

助产士	286	90
助产士、辅助者	2376	90
助产护士	na	na
护士	na	na
护士、助产士、辅助者	1,018	-
卫生干事和医助	65	50
开业医生、全科医生	45	-
产科医生、妇科医生	7	51



助产教育

高中教育为最低起点	12 年级+
取得资格要求的学习年数 (全面的)	2
是否为标准化课程设置及最新更新更新时间	是, 2010
课程要求的在指导下的最低接生数	20
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	121/42
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	99%

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	是
有认可的专业助产士定义	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	是
执照助产士的现场注册	否

助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个) 7

允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器 是/是

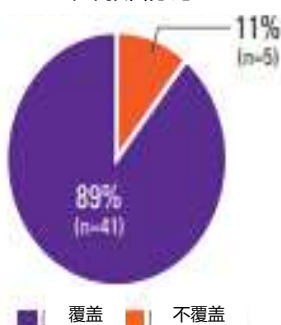
专业组织

专业组织创建年	1969
专业组织角色	
持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	是
就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
就政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	是

Na=不适合 --=缺失数据

经济可达性

包括最小受益计划的 46 项 RMNH 基本干预百分比

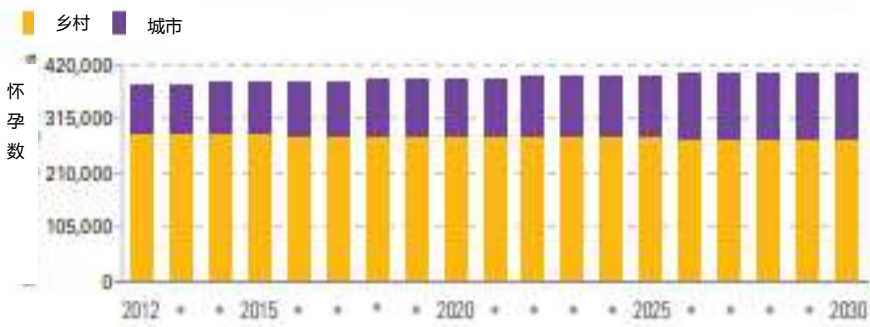


地域可达性

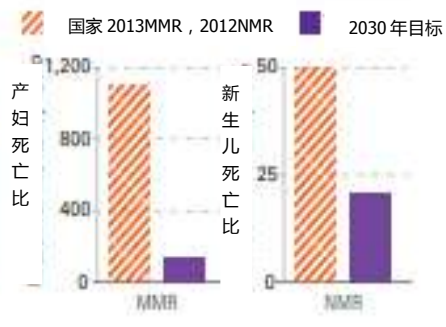
SBA 接生数目



规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



2030 年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的 2030 年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

预计减少量

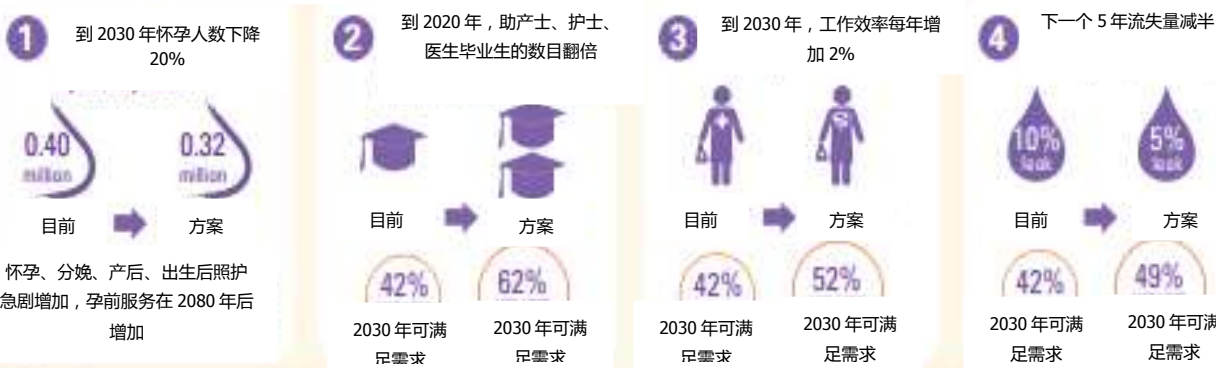
预计增加量

预计工作人数

ISCO-08 国际职业标准分类

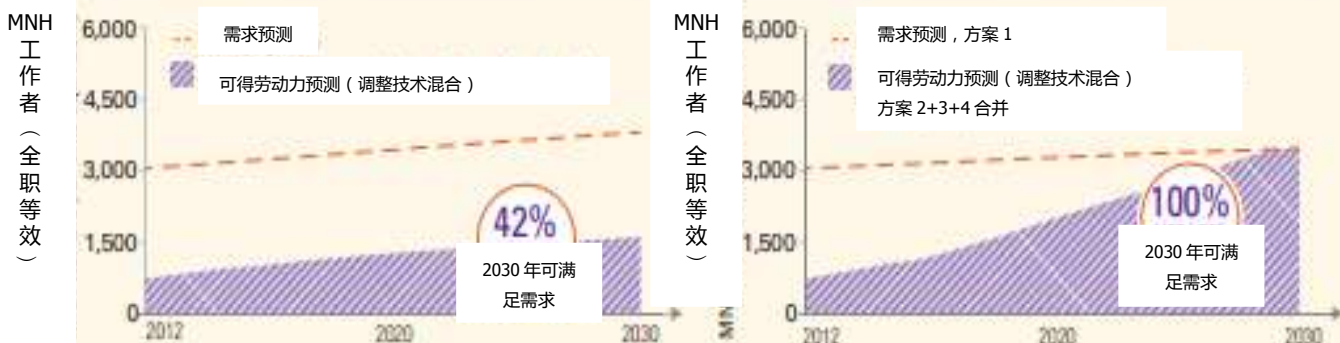


假如....通过可获得的数据进行的需求预测



目前发展轨迹

假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助师包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）
 2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据
 3. 信息参考助产士骨干分类
 4. 助产士、护士的国家组织
 5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

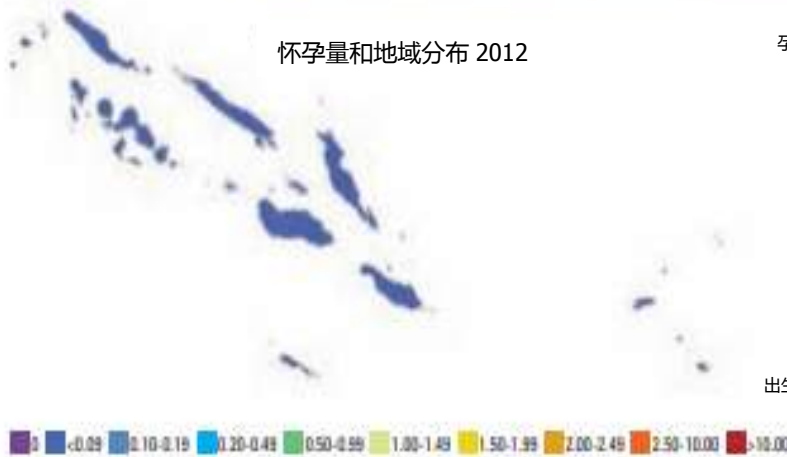
所罗门群岛

2010年，估计总人数50万，100%生活在农村，10万（25%）的妇女是育龄妇女，总生育率是4.1，到2030年，人口估计会增加39%，达到80万，为了使这些人普遍获得性、生殖以及母婴照护，到2030年助产服务必须应对每年3万的怀孕量。在2012至2030年期间，给于卫生体系的启示是如何更合理地设置人力资源来适应180万的新生儿随访，40万的孩子出生，140万的产后随访。

妇女和新生儿的需求 (2012)

每年 23000 的怀孕量=多少照护事件

怀孕量和地域分布 2012

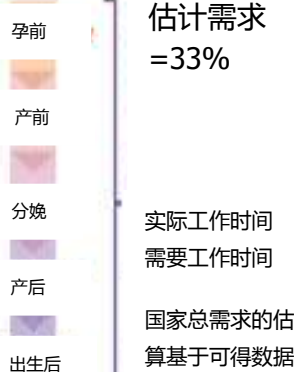


可获得的人力资源 (2012)

在 MNH 工作的人员国家级分类

花费在 MNH 的时间%

助产士	141	80
助产士、辅助者	na	na
助产护士	na	na
护士	na	na
护士、助产士、辅助者	na	na
卫生干事和医助	na	na
开业医生、全科医生	3	15
产科医生、妇科医生	2	100



助产教育

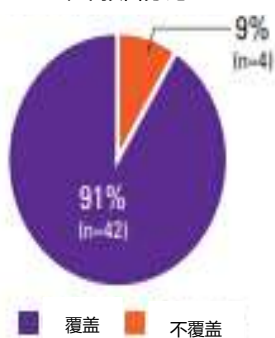
高中教育为最低起点	12 年级+
取得资格要求的学习年数 (全面的)	2
是否为标准化课程设置及最新更新更新时间	是, 2011
课程要求的在指导下的最低接生数	40
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	-/-
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	90%

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	否
有认可的专业助产士定义的存在	否
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	否
执照助产士的现场注册	否
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	6
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是

经济可达性

包括最小受益计划的 46 项 RMNH 基本干预百分比



地域可达性

SBA 接生数目

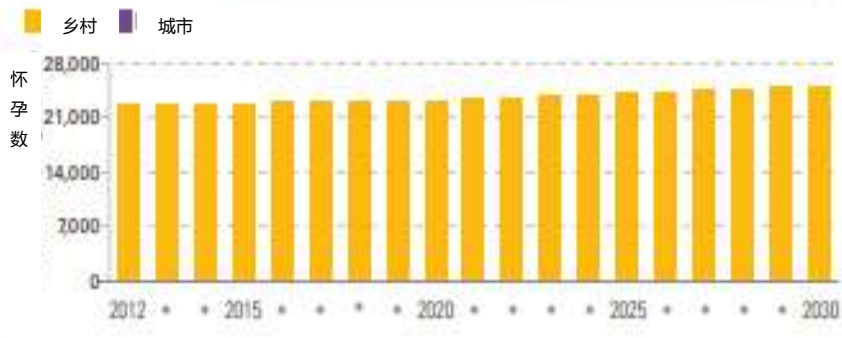


专业组织

专业组织创建年	2004 -/-
专业组织角色	
持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	是
就成员 MNH 的质量标准提出建议	是
就政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	是

Na=不适合 --=确实数据

规划怀孕数：城市与乡村



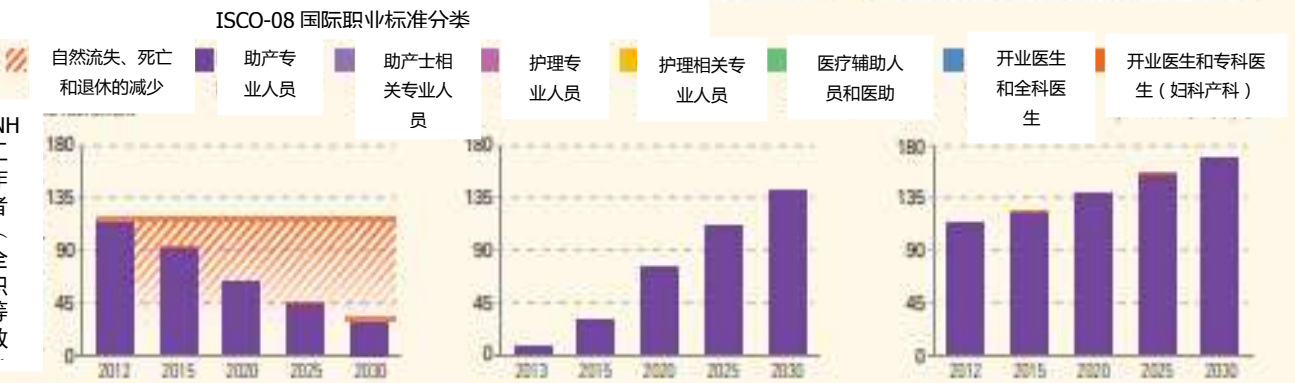
死亡率降低



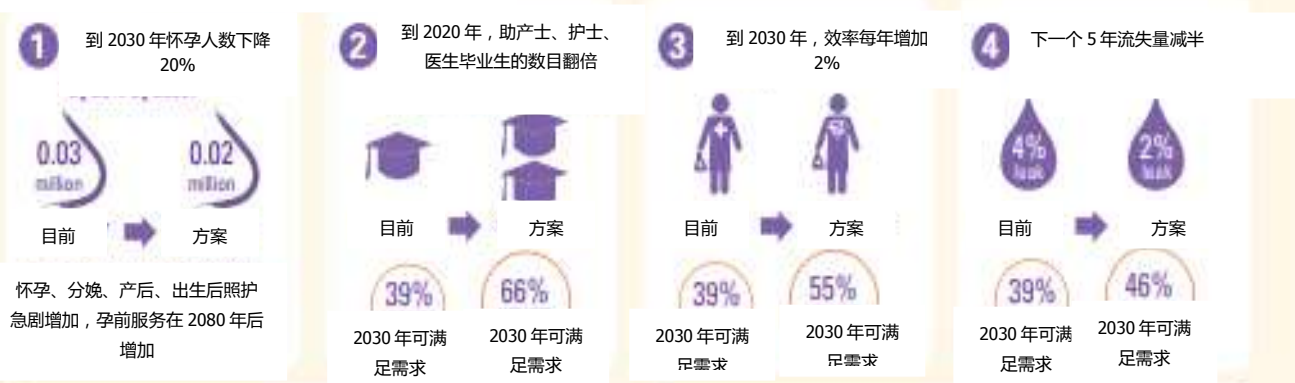
2030年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的2030年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

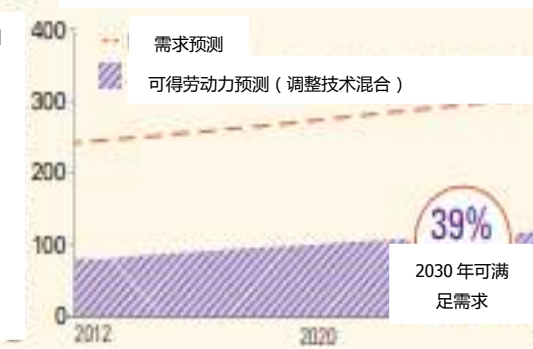
预计减少量 预计增加量 预计工作人数



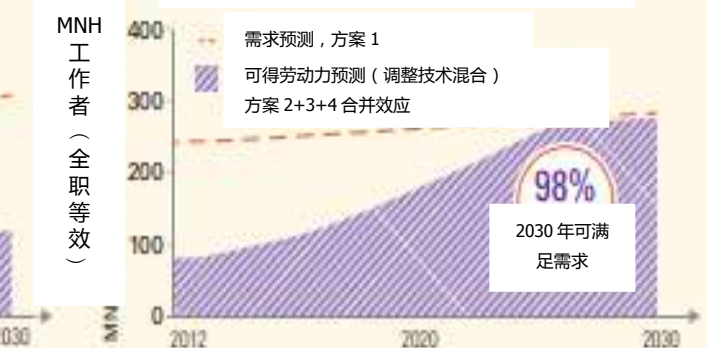
假如...通过可获得的数据进行的需求预测



目前发展轨迹



假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）

2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据

3. 信息参考助产士骨干分类

4. 助产士、护士的国家组织

5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

索马里

2010年，估计总人数1020万，770万（76%）生活在农村，220万（22%）的妇女是育龄妇女，总生育率是6.6，到2030年，人口估计会增加66%，达到1690万，为了使这些人普遍获得性、生殖以及母婴照护，到2030年助产服务必须应对每年90万的怀孕量。在2012至2030年期间，给予卫生体系的启示是如何更合理地设置人力资源来适应5780万的新生儿随访，1060万的孩子出生，4250万的产后随访。

妇女和新生儿的需求（2012）

每年637000的怀孕量=多少照护事件



怀孕量和地域分布 2012

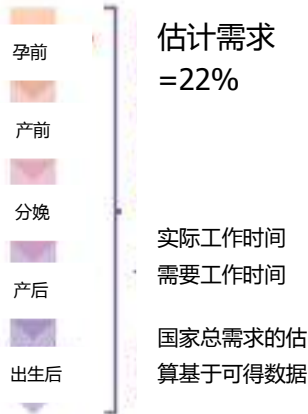


可获得的人力资源（2012）

在 MNH 工作的人员国家级分类

花费在 MNH 的时间%

助产士	65	100
助产士、辅助者	612	100
助产护士	218	70
护士	na	na
护士、助产士、辅助者	1,838	50
卫生干事和医助	na	na
开业医生、全科医生	339	27
产科医生、妇科医生	21	100



助产教育

高中教育为最低起点	12 年级+
取得资格要求的学习年数 (全面的)	3
是否为标准化课程设置及最新更新时间	否, 不适合
课程要求的在指导下的最低接生数	不适合
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	-/不适合
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	不适合

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	否
有认可的专业助产士定义的存在	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	否
执照助产士的现场注册	否
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	7

允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕药 是/否

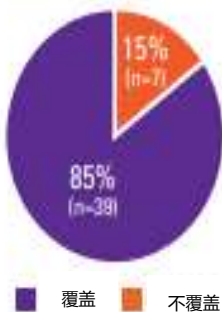
专业组织

专业组织创建年	2013
专业组织角色	
持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	否
就成员 MNH 的护理质量标准提出建议	是
就政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	否

Na=不适合 --=确实数据

经济可达性

包括最小受益计划的 46 项 RMNH 基本干预百分比



地域可达性

SBA 接生数目



规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



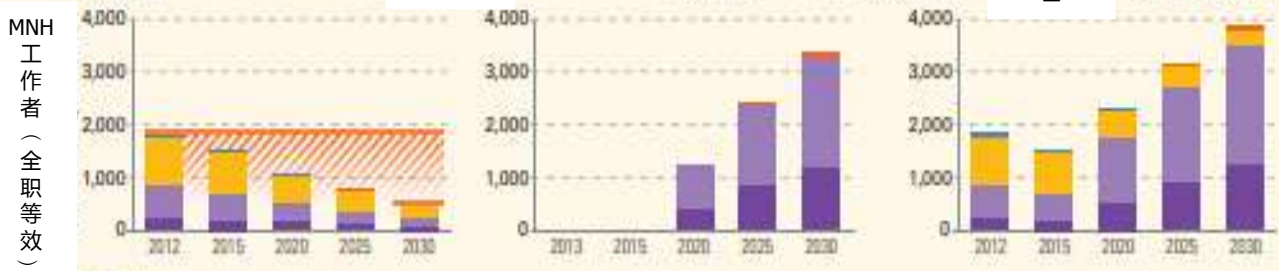
2030年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的2030年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

预计减少量 预计增加量 预计工作人数

ISCO-08 国际职业标准分类

- 自然流失、死亡和退休的减少
- 助产士专业人员
- 助产士相关专业人员
- 护理专业人员
- 护理相关专业人员
- 医疗辅助人员和助理
- 开业医生和全科医生
- 开业医生和专科医生（妇产科科）



假如....通过可获得的数据进行的需求预测

1 到2030年怀孕人数下降20%

目前: 0.88 million → 方案: 0.71 million

怀孕、分娩、产后、出生后照护急剧增加，孕前服务在2080年后增加

2 到2020年，助产士、护士、医生毕业生的数目翻倍

目前: 31% → 方案: 40%

2030年可满足需求

3 到2030年，效率每年增加2%

目前: 31% → 方案: 35%

2030年可满足需求

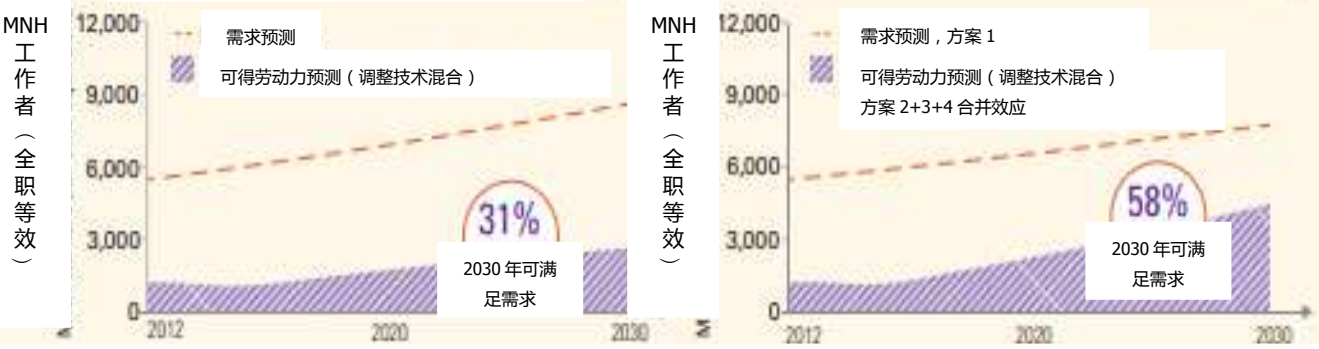
4 下一个5年流失量减半

目前: 4% leak → 方案: 2% leak

2030年可满足需求

目前发展轨迹

假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理。辅助助产士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括医疗主管。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。临床主管和医疗助理包括社区健康主管，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）

2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据

3. 信息参考助产士骨干分类

4. 助产士、护士的国家组织

5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

南非

2010年，估计总人数5240万，2080万（40%）生活在农村，1410万（27%）的妇女是育龄妇女，总生育率是2.4，到2030年，人口估计会增加11%，达到5810万，为了使这些人普遍获得性、生殖以及母婴照护，到2030年助产服务必须应对每年140万的怀孕量。在2012至2030年期间，给予卫生体系的启示是如何更合理地设置人力资源来适应1.093亿的新生儿随访，2010万的孩子出生，8030万的产后随访。

妇女和新生儿的需求 (2012)

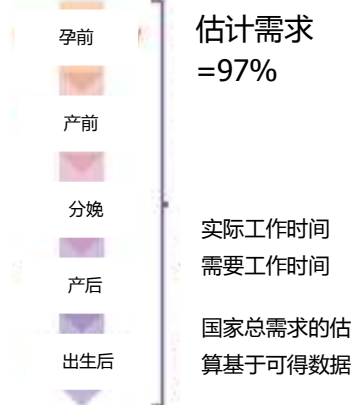
每年 1,531,000 的怀孕量=多少照护事件



可获得的人力资源 (2012)

在 MNH 工作的人员国家级分类 花费在 MNH 的时间%

助产士	-	-
助产士、辅助者	118	118
助产护士	118	118
护士	124,045	-
护士、助产士、辅助者	118	118
卫生干事和医助	118	118
开业医生、全科医生	39,541	-
产科医生、妇科医生	-	-



助产教育

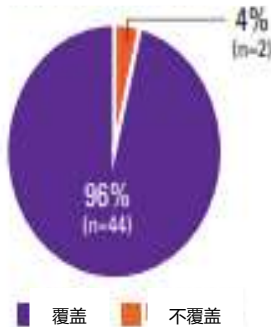
高中教育为最低起点	12 年级+
取得资格要求的学习年数 (全面的)	1
是否为标准化课程设置及最新更新的时间	否, 不适合
课程要求的在指导下的最低接生数	不适合
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	958/-
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	--

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	否
有认可的专业助产士定义的存在	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	是
执照助产士的现场注册	是
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	7
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/否

经济可达性

包括最小受益计划的 46 项 RMNH 基本干预百分比



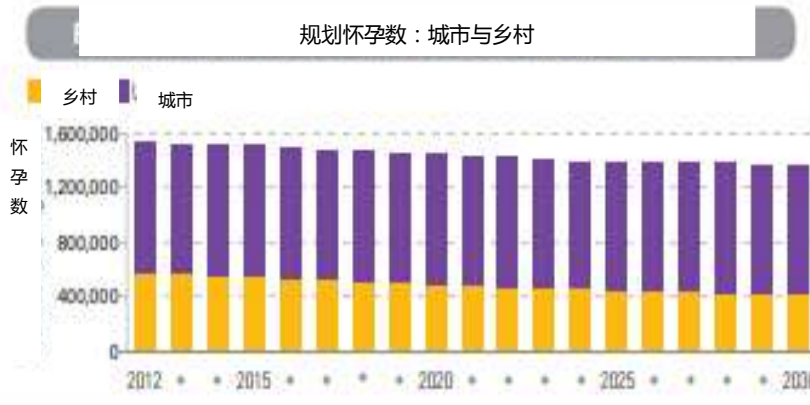
地域可达性

SBA 接生数目



专业组织

专业组织创建年	1996, 2001
专业组织角色	
持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	是
就成员 MNH 的护理质量标准提出建议	是
就政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	是
Na=不适合 --=确实数据	

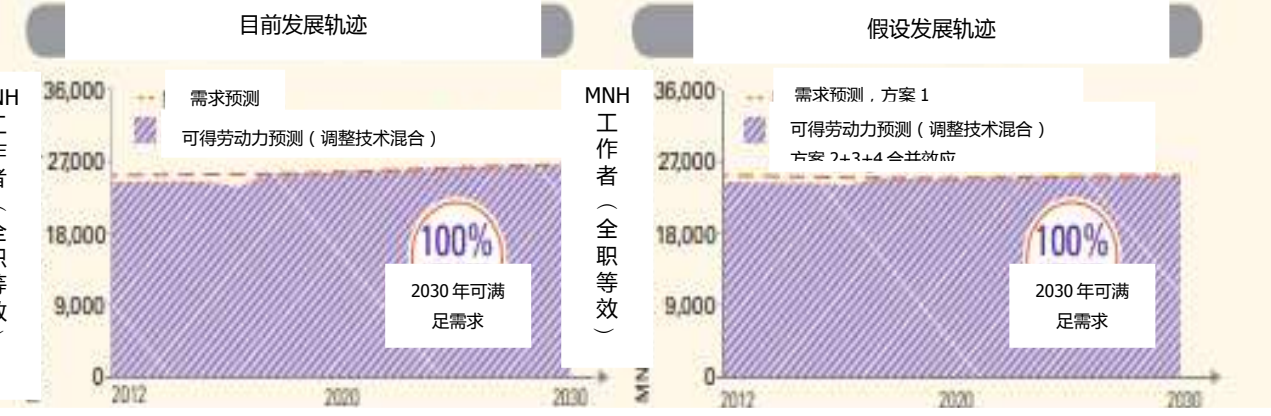
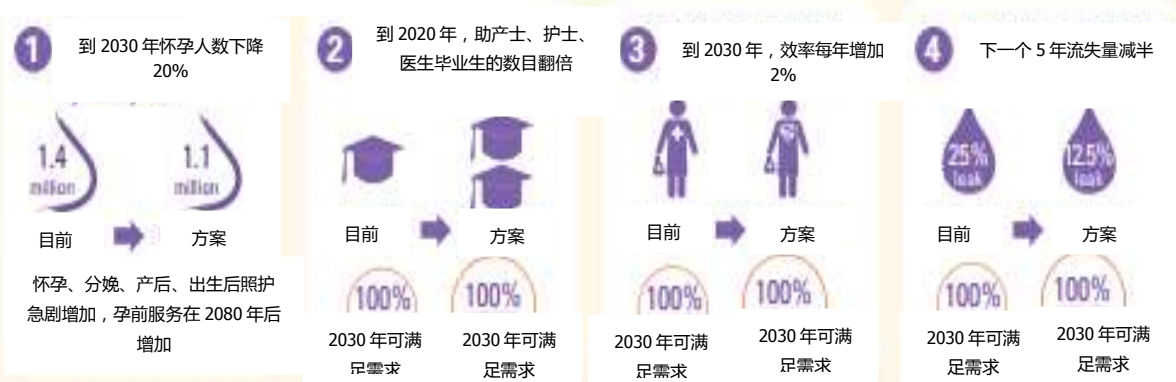


2030 年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的 2030 年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。



假如....通过可获得的数据进行的预测



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）

2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据

3. 信息参考助产士骨干分类

4. 助产士、护士的国家组织

5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

南苏丹

2012年，估计总人数1080万，980万（91%）生活在农村，260万（24%）的妇女是育龄妇女，总生育率是5，到2030年，人口估计会增加60%，达到1730万，为了使这些人普遍获得性、生殖以及母婴照护，到2030年助产服务必须应对每年70万的怀孕量。在2012至2030年期间，给予卫生体系的启示是如何更合理地设置人力资源来适应4950万的新生儿随访，900万的孩子出生，3590万的产后随访。

妇女和新生儿的需求 (2012)

每年 558,000 的怀孕量=多少照护事件



怀孕量和地域分布 2012



可获得的人力资源 (2012)

在 MNH 工作的人员国家级分类

花费在 MNH 的时间%

助产士	307	100
助产士、辅助者	237	100
助产护士	na	na
护士	na	na
护士、助产士、辅助者	na	na
卫生干事和医助	238	40
开业医生、全科医生	150	40
产科医生、妇科医生	-	100

估计需求 = 6%

实际工作时间
需要工作时间

国家总需求的估算基于可得数据

助产教育

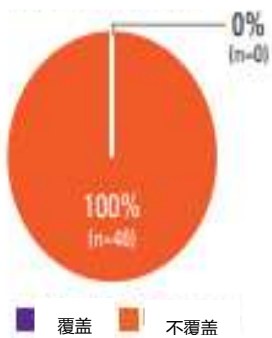
高中教育为最低起点	12 年级+
取得资格要求的学习年数 (全面的)	3
是否为标准化课程设置及最新更新时间	是, 2012
课程要求的在指导下的最低接生数	50
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	- / 不适合
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	--

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	否
有认可的专业助产士定义的存在	否
政府机构规范助产士行为	否
助产执照	否
执照助产士的现场注册	否
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	5
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是

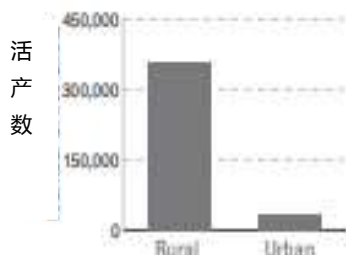
经济可达性

包括最小受益计划的 46 项 RMNH 基本干预百分比



地域可达性

SBA 接生数目



专业组织

专业组织创建年	2011
专业组织角色	
持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	是
就成员 MNH 的护理质量标准提出建议	是
就政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	是

Na=不适合 --=确实数据

覆盖 不覆盖

可获得 SBA 不能获得 SBA 没有城市/乡村 SBA 数据

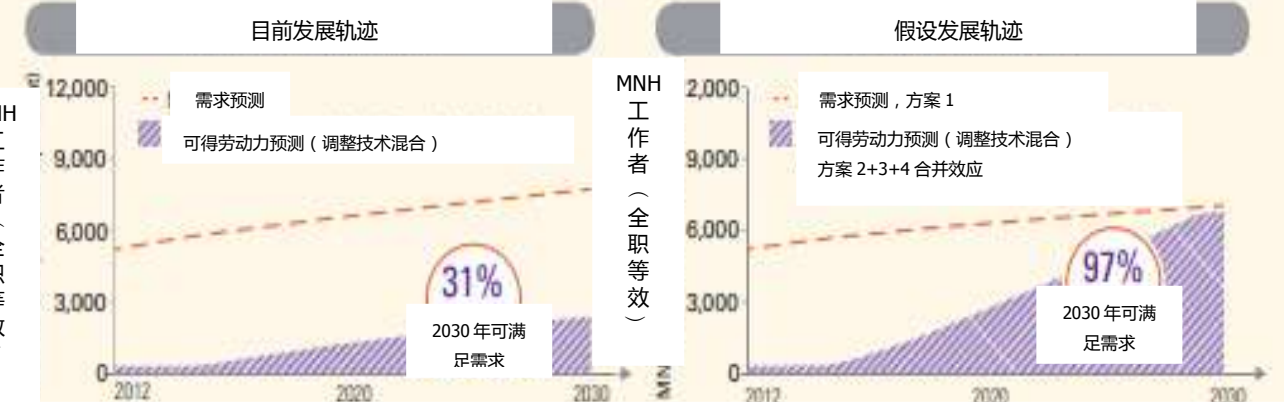
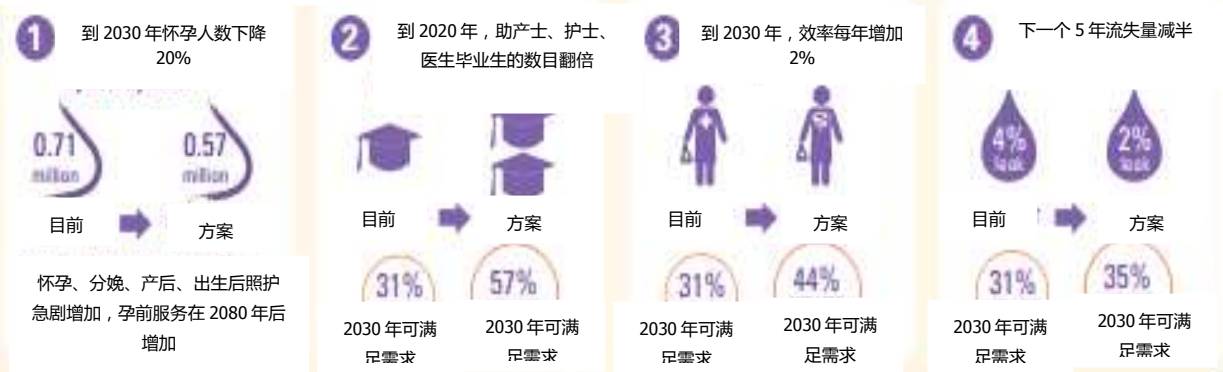


2030 年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的 2030 年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。



假如....通过可获得的数据进行的需求预测



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助师包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）

2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据

3. 信息参考助产士骨干分类

4. 助产士、护士的国家组织

5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

苏丹

2012年，估计总人数 3720 万，2400 万 (64%) 生活在农村，900 万 (24%) 的妇女是育龄妇女，总生育率是 4.5，到 2030 年，人口估计会增加 48%，达到 5510 万，为了使这些人普遍获得性、生殖及母婴照护，到 2030 年助产服务必须应对每年 210 万的怀孕量。在 2012 至 2030 年期间，给予卫生体系的启示是如何更合理地设置人力资源来适应 1.493 亿的新生儿随访，2710 万的孩子出生，1.083 亿的产后随访。

妇女和新生儿的需求 (2012)

每年 1,784,000 的怀孕量 = 多少照护事件



可获得的人力资源 (2012)

在 MNH 工作的人员国家级分类	花费在 MNH 的时间%
助产士	478 100
助产士、辅助者	67 100
助产护士	689 100
护士	Na Na
护士、助产士、辅助者	Na Na
卫生干事和医助	13,455 -
开业医生、全科医生	7,226 50
产科医生、妇科医生	316 80



助产教育

高中教育为最低起点	12 年级+
取得资格要求的学习年数 (全面的)	4
是否为标准化课程设置及最新更新时间	是, 2010
课程要求的在指导下的最低接生数	50
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	0 / 不适合
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	33%

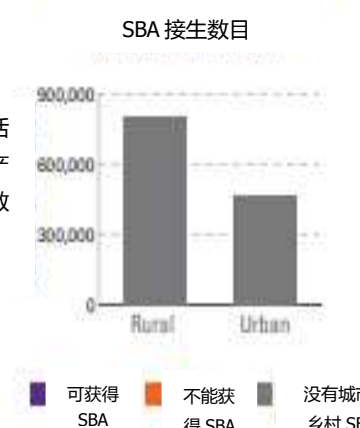
助产法规

有承认助产是自主专业的法律	是
有认可的专业助产士定义的存在	否
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	是
执照助产士的现场注册	是
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	5
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/否

经济可达性



地域可达性



专业组织

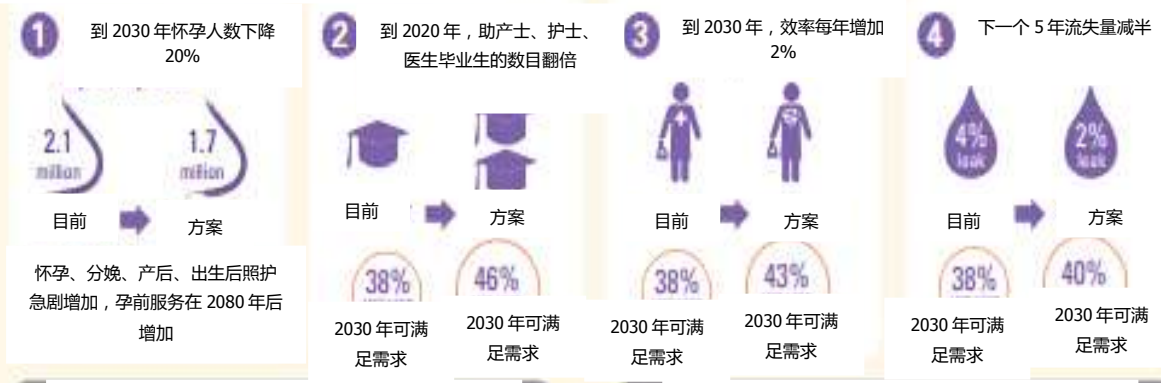
专业组织创建年	2008
专业组织角色	
持续专业发展	否
建议和代表被指控不当行为的成员	否
就成员 MNH 的护理质量标准提出建议	否
就政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	否
与政府协商工作和工资问题	否
Na=不适合 --=确实数据	



2030年预测和规划
 这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的2030年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。



假如...通过可获得的数据进行的需求预测



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助师包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）
 2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据
 3. 信息参考助产士骨干分类
 4. 助产士、护士的国家组织
 5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

斯威士兰

2012年，估计总人数120万，90万（69%）生活在农村，30万（26%）的妇女是育龄妇女，总生育率是3.4，到2030年，人口估计会增加23%，达到150万，为了使这些人普遍获得性、生殖及母婴照护，到2030年助产服务必须应对每年5万的怀孕量，其中74%在农村。2012至2030年期间，给予卫生体系的启示是如何更合理地设置人力资源来适应410万的新生儿随访，70万的孩子出生，280万的产后随访。

妇女和新生儿的需求 (2012)

每年 54,000 的怀孕量 = 多少照护事件



怀孕量和地域分布 2012

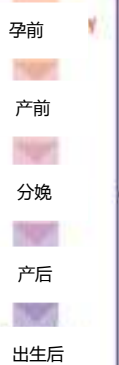


可获得的人力资源 (2012)

在 MNH 工作的人员国家级分类

花费在 MNH 的时间%

助产士	na	na
助产士、辅助者	na	na
助产护士	1,200	100
护士	na	na
护士、助产士、辅助者	70	100
卫生干事和医助	-	-
开业医生、全科医生	259	30
产科医生、妇科医生	4	100



估计需求 = 88%

实际工作时间
需要工作时间
国家总需求的估算基于可得数据

助产教育

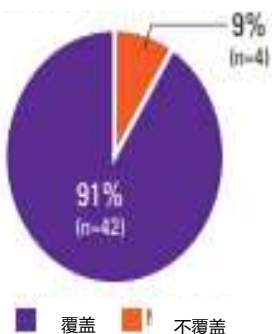
高中教育为最低起点	12 年级+
取得资格要求的学习年数 (全面的)	4
是否为标准化课程设置及最新更新时间	是, 2011
课程要求的在指导下的最低接生数	25
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	113 / 9
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	86%

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	是
有认可的专业助产士定义的存在	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	是
执照助产士的现场注册	是
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	5
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是

经济可达性

包括最小受益计划的 46 项 RMNH 基本干预百分比



地域可达性

SBA 接生数目

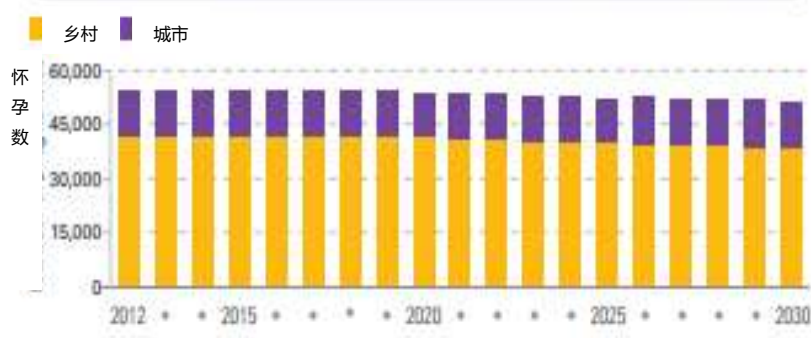


专业组织

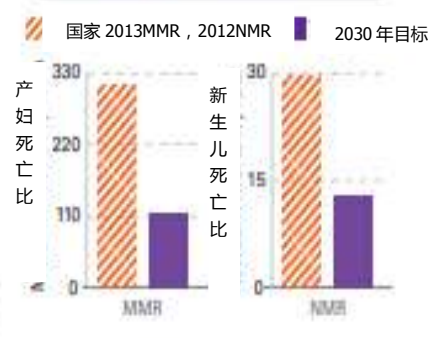
专业组织创建年	1965, 2002, -
专业组织角色	
持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	是
就成员 MNH 的护理质量标准提出建议	是
就政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	是

Na=不适合 --=确实数据

规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



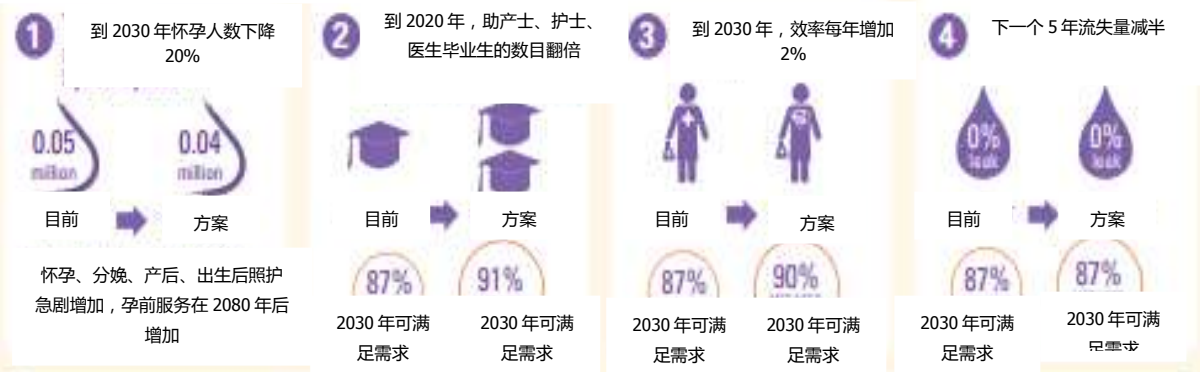
2030 年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的 2030 年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

预计减少量 预计增加量 预计工作人数



假如....通过可获得的数据进行的需求预测



目前发展轨迹 假设发展轨迹



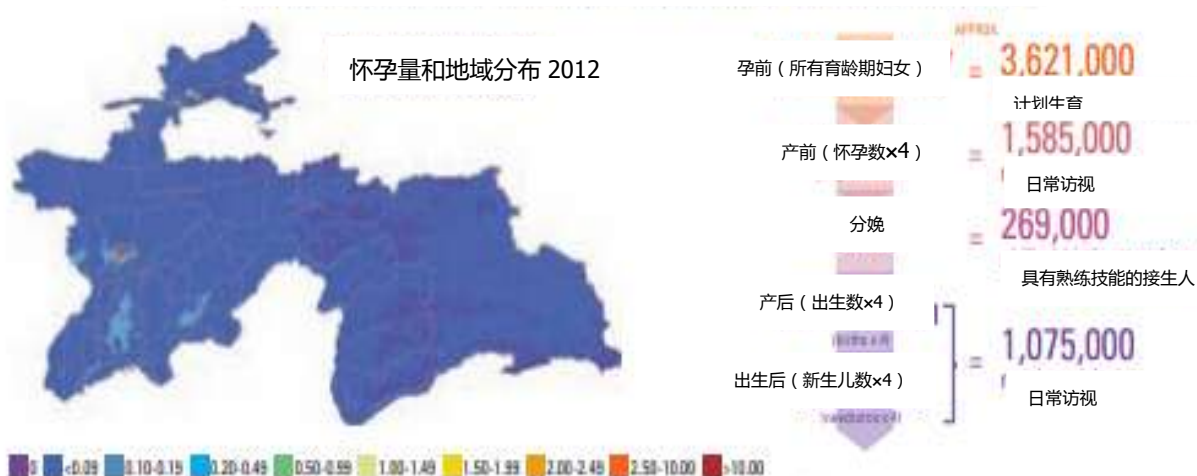
1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）
 2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据
 3. 信息参考助产士骨干分类
 4. 助产士、护士的国家组织
 5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

塔吉克斯坦

2012年，估计总人数800万，420万（52%）生活在农村，210万（26%）的妇女是育龄妇女，总生育率是3.9，到2030年，人口估计会增加42%，达到1140万，为了使这些人普遍获得性、生殖及母婴照护，到2030年助产服务必须应对每年40万的怀孕量。2012至2030年期间，给于卫生体系的启示是如何更合理地设置人力资源来适应3060万的新生儿随访，520万的孩子出生，2070万的产后随访。

妇女和新生儿的需求（2012）

每年396,000的怀孕量=多少照护事件



可获得的人力资源（2012）

在 MNH 工作的人员国家级分类 花费在 MNH 的时间%

人员国家级分类	人数	时间%
助产士	4,376	100
助产士、辅助者	0	0
助产护士	0	0
护士	16,908	23
护士、助产士、辅助者	0	0
卫生干事和医助	1,568	20
开业医生、全科医生	4,040	18
产科医生、妇科医生	407	100



助产教育

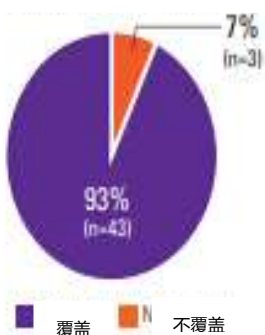
高中教育为最低起点	12 年级+
取得资格要求的学习年数 (全面的)	4
是否为标准化课程设置及最新更新	是, 2008
课程要求的在指导下的最低接生数	20
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	530 / 12
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	78%

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	否
有认可的专业助产士定义的存在	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	否
执照助产士的现场注册	是
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	6
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/否

经济可达性

包括最小受益计划的 46 项 RMNH 基本干预百分比



地域可达性

SBA 接生数目

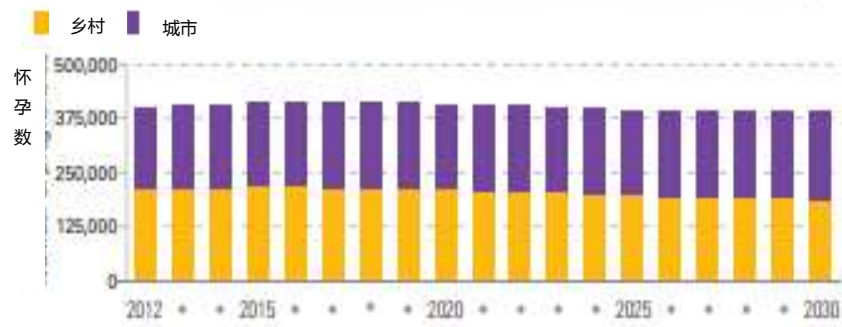


专业组织

专业组织创建年	1987, 1997
专业组织角色	
持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	是
就成员 MNH 的护理质量标准提出建议	是
就政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	否

Na=不适合 --=确实数据

规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



2030 年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的 2030 年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业生人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

预计减少量 预计增加量 预计工作人数



假如....通过可获得的数据进行的需求预测

1 到 2030 年怀孕人数下降 20%

目前: 0.39 million → 方案: 0.31 million

怀孕、分娩、产后、出生后照护急剧增加，孕前服务在 2080 年后增加

2 到 2020 年，助产士、护士、医生毕业生的数目翻倍

目前: 100% → 方案: 100%

2030 年可满足需求

3 到 2030 年，效率每年增加 2%

目前: 100% → 方案: 100%

2030 年可满足需求

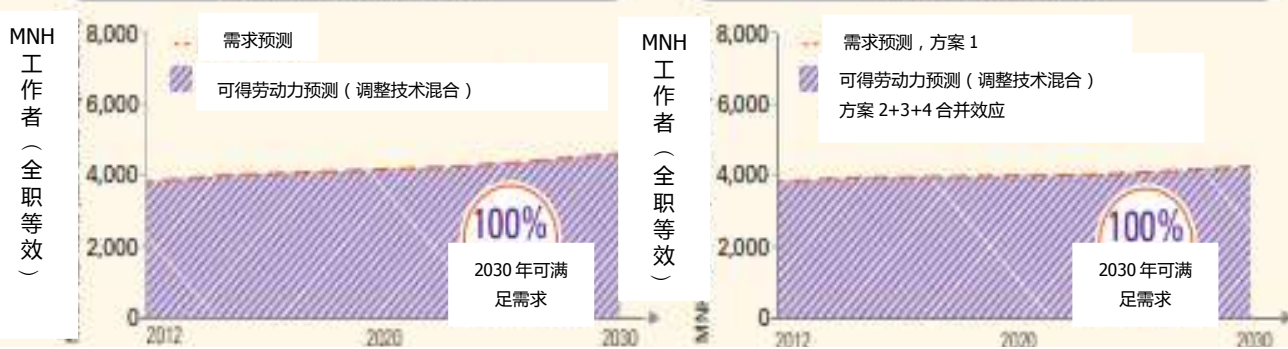
4 下一个 5 年流失量减半

目前: 4% loss → 方案: 2% loss

2030 年可满足需求

目前发展轨迹

假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）

2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据

3. 信息参考助产士骨干分类

4. 助产士、护士的国家组织

5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

坦桑尼亚联合共和国

2012 年，估计总人数 4780 万，4010 万（84%）生活在农村，1090 万（23%）的妇女是育龄妇女，总生育率是 5.2，到 2030 年，人口估计会增加 66%，达到 7940 万，为了使这些人普遍获得性、生殖及母婴照护，到 2030 年助产服务必须应对每年 360 万的怀孕量。2012 至 2030 年期间，给予卫生体系的启示是如何更合理地设置人力资源来适应 2.321 亿的新生儿随访，4360 万的孩子出生，1.745 亿的产后随访。

妇女和新生儿的需求 (2012)



可获得的人力资源 (2012)



助产教育

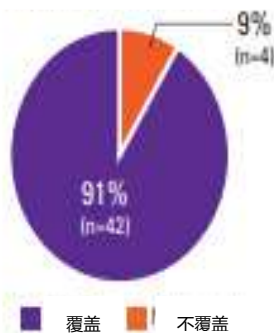
高中教育为最低起点	12 年级+
取得资格要求的学习年数 (全面的)	3
是否为标准化课程设置及最新更新新闻	是, 2009
课程要求的在指导下的最低接生数	--
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	2944 / 14
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	0%

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	是
有认可的专业助产士定义的存在	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	是
执照助产士的现场注册	是
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	7
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是

经济可达性

包括最小受益计划的 46 项 RMNH 基本干预百分比



地域可达性

SBA 接生数目



专业组织

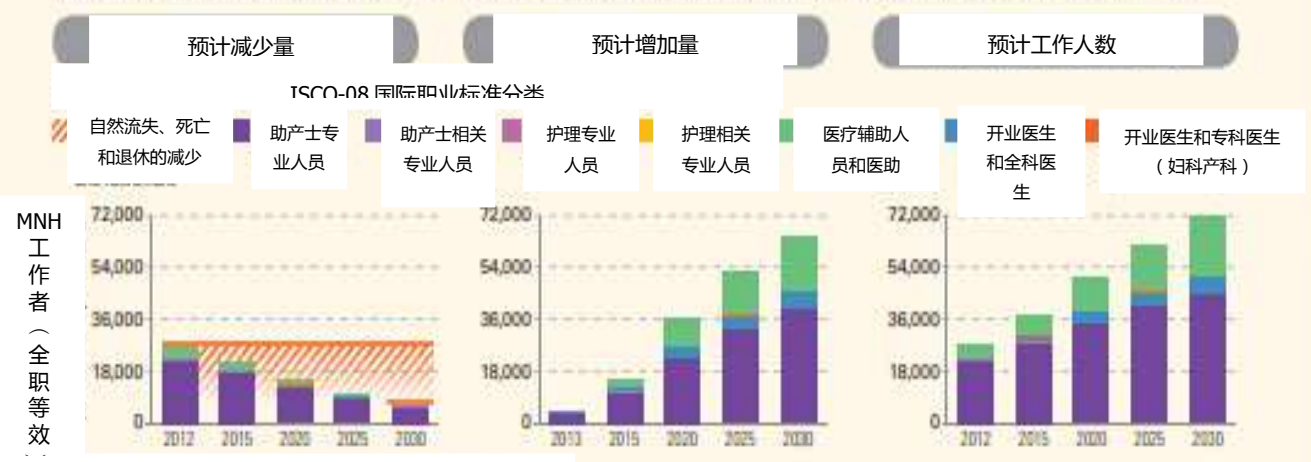
专业组织创建年	1992, --
专业组织角色	
持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	是
就成员 MNH 的护理质量标准提出建议	是
就政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	否

Na=不适合 --确实数据

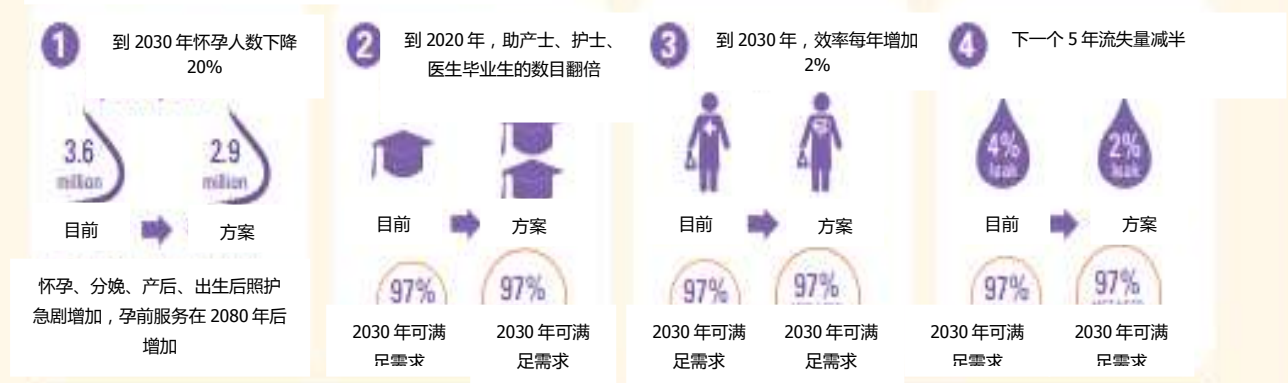


2030 年预测和规划

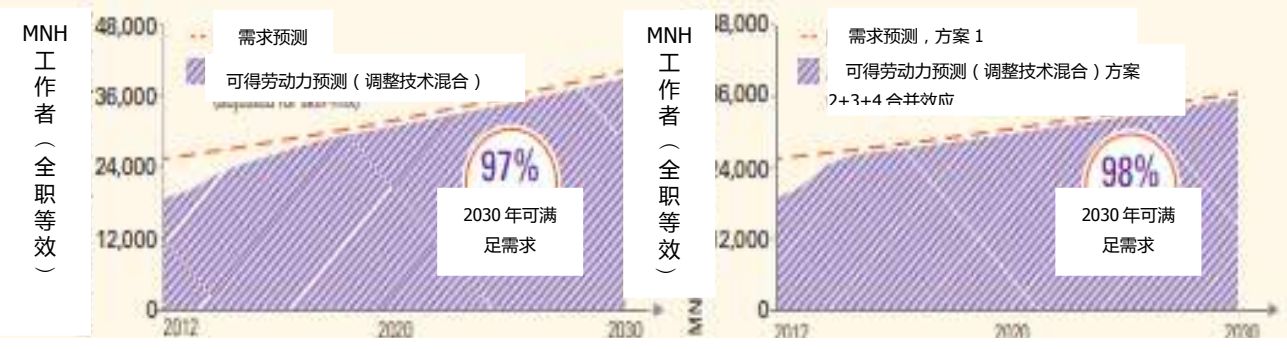
这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的 2030 年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。



假如....通过可获得的数据进行的需求预测



目前发展轨迹 **假设发展轨迹**



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）

2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据

3. 信息参考助产士骨干分类

4. 助产士、护士的国家组织

5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

2012年，估计总人数660万，430万（64%）生活在农村，160万（25%）的妇女是育龄妇女，总生育率是4.7，到2030年，人口估计会增加51%，达到1000万，为了使这些人普遍获得性、生殖及母婴照护，到2030年助产服务必须应对每年40万的怀孕量，这其中68%在农村。2012至2030年期间，给予卫生体系的启示是如何更合理地设置人力资源来适应3140万的新生儿随访，520万的孩子出生，2070万的产后随访。

妇女和新生儿的需求 (2012)



可获得的人力资源 (2012)

在 MNH 工作的人员国家级分类	花费在 MNH 的时间%
助产士	396 / 100
助产士、辅助者	399 / 100
助产护士	na / na
护士	818 / -
护士、助产士、辅助者	569 / -
卫生干事和医助	378 / -
开业医生、全科医生	154 / -
产科医生、妇科医生	16 / 100

估计需求 = 45%

实际工作时间 需要工作时间

国家总需求的估算基于可得数据

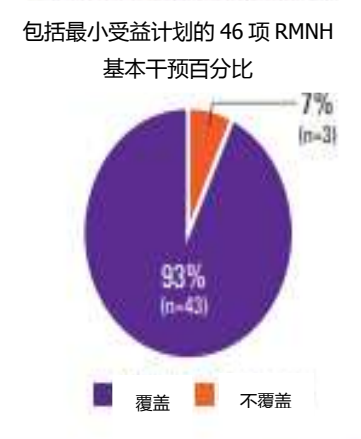
助产教育

高中教育为最低起点	12 年级+
取得资格要求的年数 (全面的)	3
是否为标准化课程设置及最新更新	是, --
课程要求的在指导下的最低接生数	75
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	76 / 19
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	--

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	否
有认可的专业助产士定义的存在	否
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	否
执照助产士的现场注册	否
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	7
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是

经济可达性



地域可达性

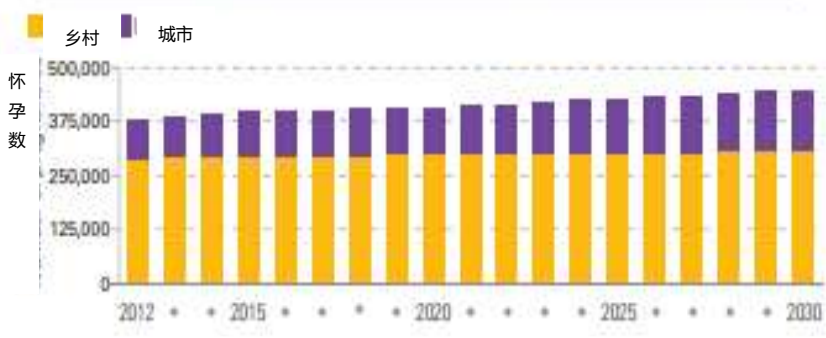


专业组织

专业组织创建年	1966
专业组织角色	
持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	否
就成员 MNH 的护理质量标准提出建议	是
就政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	是

Na=不适合 --=确实数据

规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



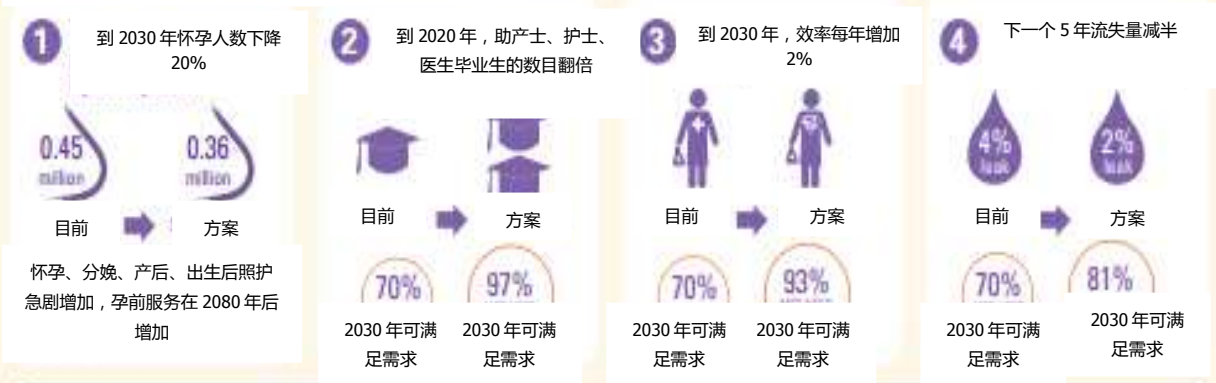
2030 年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的 2030 年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

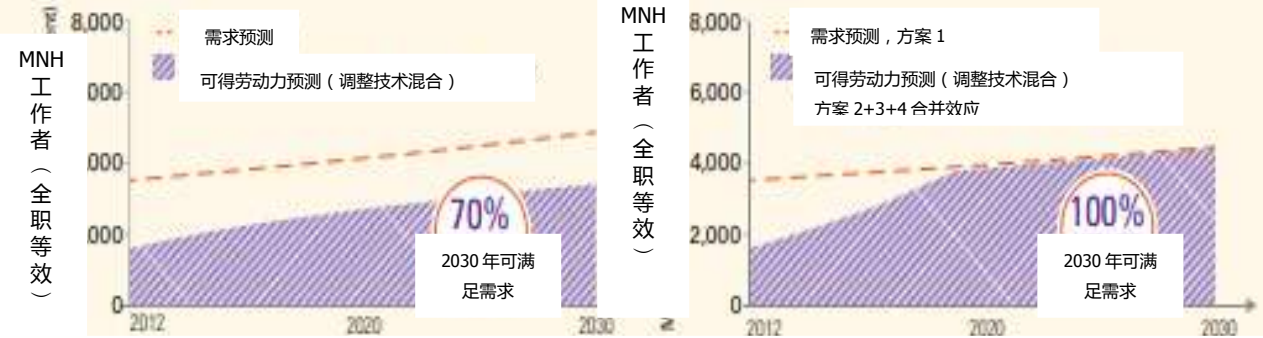
预计减少量 预计增加量 预计工作人员



假如....通过可获得的数据进行的需求预测



目前发展轨迹 假设发展轨迹



1. 医务人员分类也包含了以下国家的称呼: 助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员, 护士助理; 辅助助产士包括国家登记的社区健康护士, 全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事, 来源: 2014 的 SoWMy 或者第二来源 (WHO 全球健康观察、政府政策文件)

2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据

3. 信息参考助产士骨干分类

4. 助产士、护士的国家组织

5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

土库曼斯坦

2012年，估计总人数520万，390万（75%）生活在农村，150万（29%）的妇女是育龄妇女，总生育率是2.3，到2030年，人口估计会增加19%，达到620万，为了使这些人普遍获得性、生殖及母婴照护，到2030年助产服务必须应对每年10万的怀孕量，这其中68%在农村。2012至2030年期间，给予卫生体系的启示是如何更合理地设置人力资源来适应1010万的新生儿随访，200万的孩子出生，820万的产后随访。

妇女和新生儿的需求（2012）

每年140,000的怀孕量=多少照护事件

怀孕量和地域分布 2012

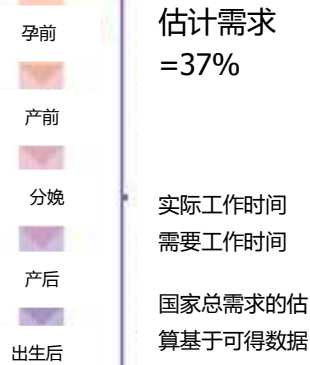


可获得的人力资源（2012）

在 MNH 工作的人员国家级分类

花费在 MNH 的时间%

人员分类	数量	时间%
助产士	410	100
助产士、辅助者	na	na
助产护士	-	100
护士	na	na
护士、助产士、辅助者	na	na
卫生干事和医助	na	na
开业医生、全科医生	-	100
产科医生、妇科医生	767	-



助产教育

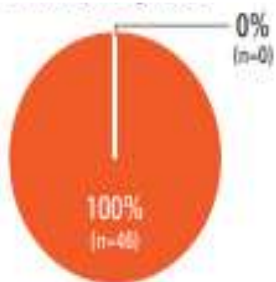
高中教育为最低起点	12 年级+
取得资格要求的学习年数（全面的）	3
是否为标准化课程设置及最新更新时间	是, 2013
课程要求的在指导下的最低接生数	10
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	0 / 不适合
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	100%

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	是
有认可的专业助产士定义的存在	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	否
执照助产士的现场注册	否
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数（超出 7 个）	3
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/否

经济可达性

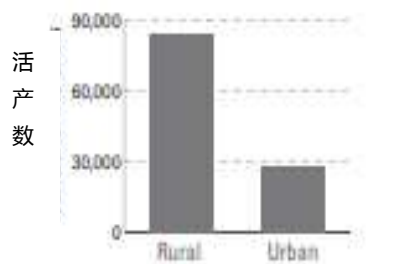
包括最小受益计划的 46 项 RMNH 基本干预百分比



覆盖 不覆盖

地域可达性

SBA 接生数目



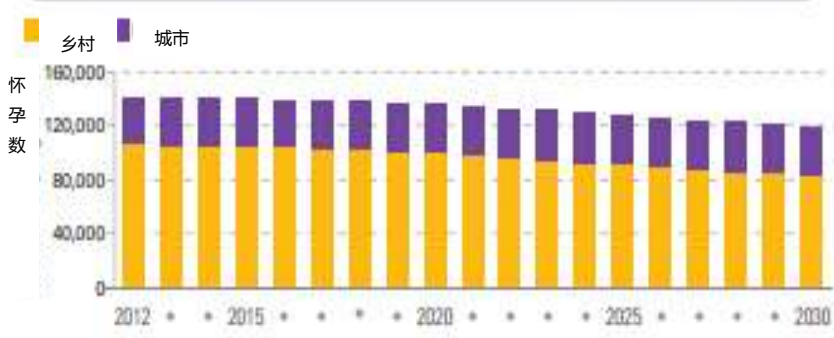
可获得 SBA 不能获得 SBA 没有城市/乡村 SBA 数据

专业组织

专业组织创建年	不适合
专业组织角色	
持续专业发展	不适合
建议和代表被指控不当行为的成员	不适合
就成员 MNH 的护理质量标准提出建议	不适合
就政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	不适合
与政府协商工作和工资问题	不适合

Na=不适合 --=确实数据

规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



2030年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的2030年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

预计减少量 预计增加量 预计工作人数



MNH 工作者 (全职等效)

假如...通过可获得的数据进行的需求预测

1 到2030年怀孕人数下降20%

目前: 0.12 million → 方案: 0.10 million

怀孕、分娩、产后、出生后照护急剧增加，孕产服务在2080年后增加

2 到2020年，助产士、护士、医生毕业生的数目翻倍

目前 → 方案

2030年可满足需求

3 到2030年，效率每年增加2%

目前 → 方案

2030年可满足需求

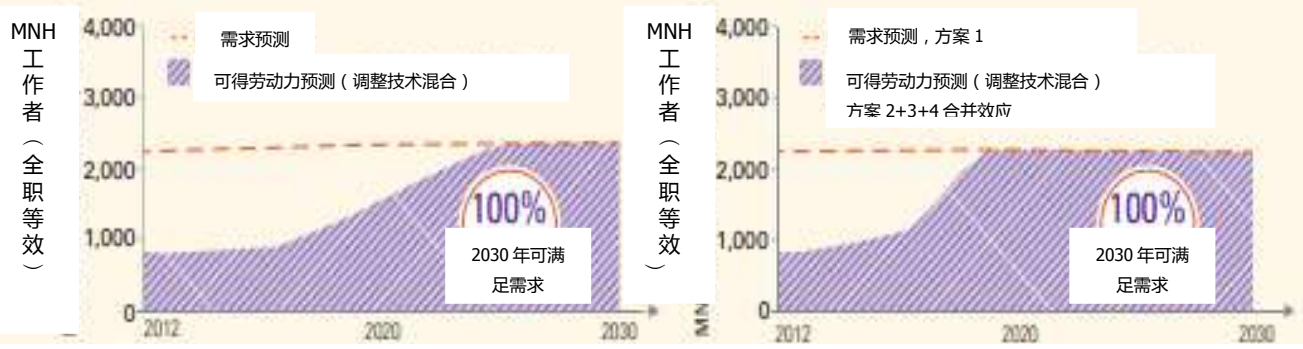
4 下一个5年流失量减半

目前: 4% → 方案: 2%

2030年可满足需求

目前发展轨迹

假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）

2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据

3. 信息参考助产士骨干分类

4. 助产士、护士的国家组织

5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

乌干达

2012年，估计总人数3630万，3150万（87%）生活在农村，800万（22%）的妇女是育龄妇女，总生育率是5.9，到2030年，人口估计会增加74%，达到6340万，为了使这些人普遍获得性、生殖及母婴照护，到2030年助产服务必须应对每年340万的怀孕量，这其中82%在农村。2012至2030年期间，给予卫生体系的启示是如何更合理地设置人力资源来适应2.219亿的新生儿随访，3720万的孩子出生，1.488亿的产后随访。

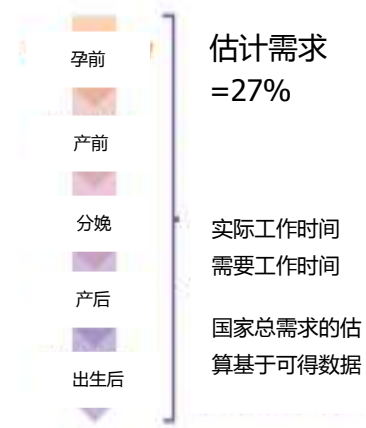
妇女和新生儿的需求 (2012)

每年 2,435,000 的怀孕量=多少照护事件



可获得的人力资源 (2012)

在 MNH 工作的人员国家级分类	人数	花费在 MNH 的时间%
助产士	7,000	100
助产士、辅助者	na	na
助产护士	277	50
护士	na	na
护士、助产士、辅助者	na	na
卫生干事和医助	1,707	30
开业医生、全科医生	495	50
产科医生、妇科医生	32	100



助产教育

高中教育为最低起点	12 级级+
取得资格要求的学习年数 (全面的)	3
是否为标准化课程设置及最新更新时间	是, 1997
课程要求的在指导下的最低接生数	70
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	1099 / 16
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	--

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	是
有认可的专业助产士定义的存在	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	是
执照助产士的现场注册	是
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	6
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是

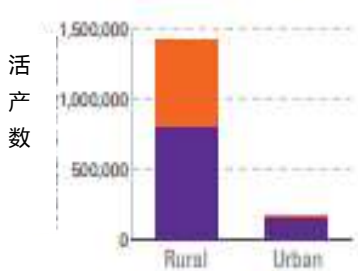
经济可达性

包括最小受益计划的 46 项 RMNH 基本干预百分比



地域可达性

SBA 接生数目



专业组织

专业组织创建年	1948, 2003
专业组织角色	
持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	是
就成员 MNH 的护理质量标准提出建议	是
就政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	是

覆盖 不覆盖

可获得 SBA 不能获得 SBA 没有城市/乡村 SBA 数据

Na=不适合 --=确实数据

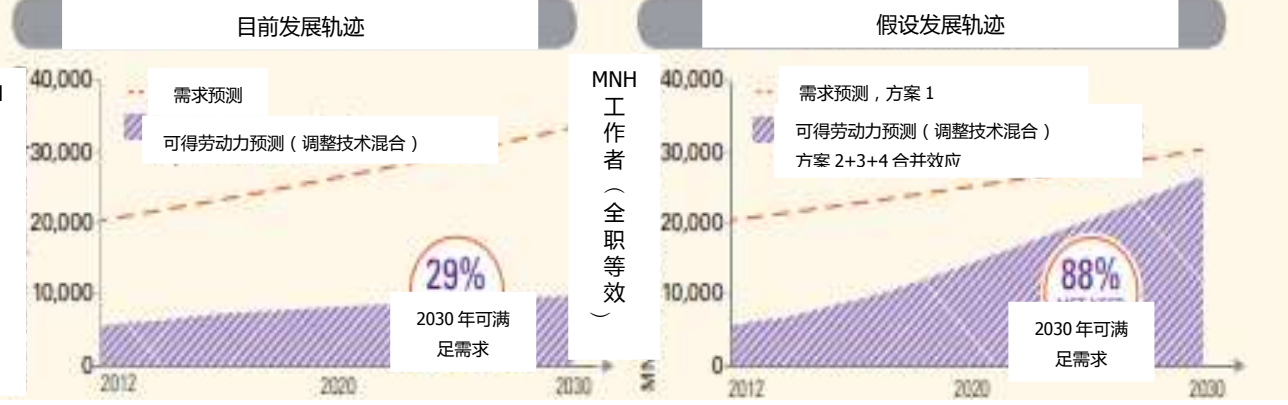
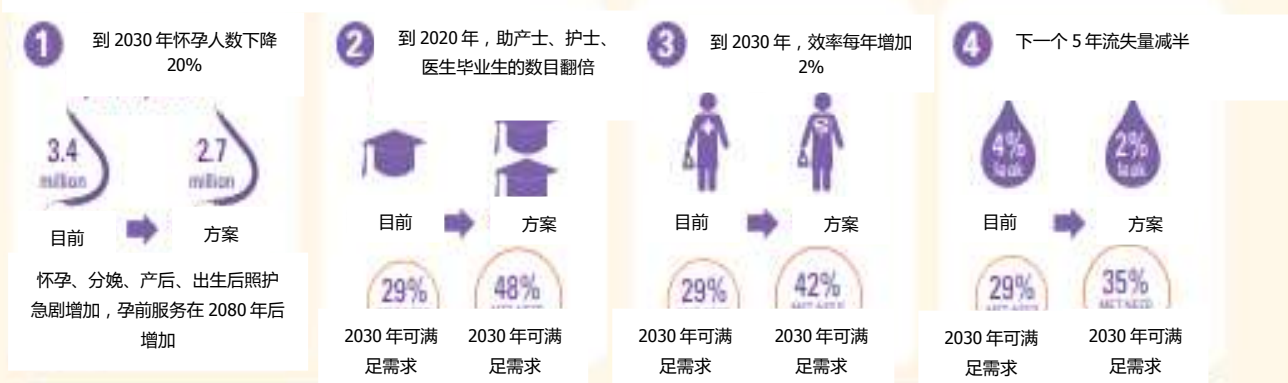


2030 年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的 2030 年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。



假如...通过可获得的数据进行的需求预测



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）
 2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据
 3. 信息参考助产士骨干分类
 4. 助产士、护士的国家组织
 5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

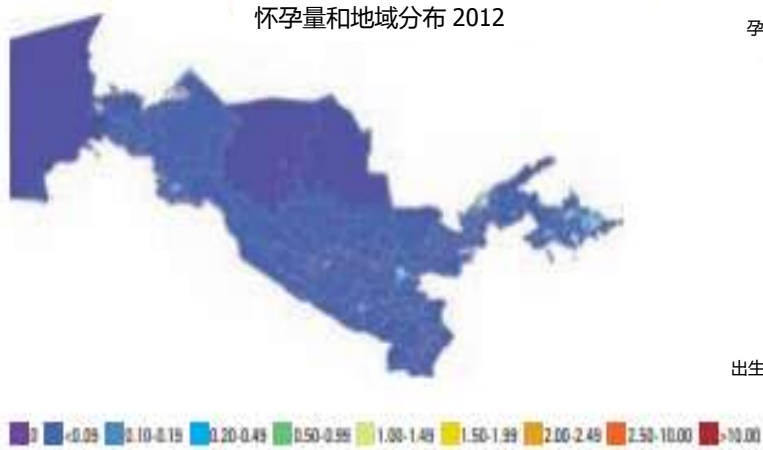
乌兹别克斯坦

2012年，估计总人数2850万，1440万（50%）生活在农村，800万（28%）的妇女是育龄妇女，总生育率是2.3，到2030年，人口估计会增加20%，达到3410万，为了使这些人普遍获得性、生殖及母婴照护，到2030年助产服务必须应对每年60万的怀孕量，这其中53%在农村。2012至2030年期间，给予卫生体系的启示是如何更合理地设置人力资源来适应5490万的新生儿随访，1110万的孩子出生，4440万的产后随访。

妇女和新生儿的需求 (2012)

每年784,000的怀孕量=多少照护事件

怀孕量和地域分布 2012



可获得的人力资源 (2012)

在 MNH 工作的人员国家级分类

花费在 MNH 的时间%

助产士	7,000	100
助产士、辅助者	Na	Na
助产护士	4,000	50
护士	Na	Na
护士、助产士、辅助者	Na	Na
卫生干事和医助	Na	Na
开业医生、全科医生	12,000	30
产科医生、妇科医生	000	100



助产教育

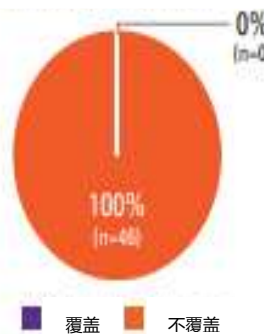
高中教育为最低起点	12 年级+
取得资格要求的学习年数 (全面的)	3
是否为标准化课程设置及最新更新更新时间	是, 2009
课程要求的在指导下的最低接生数	5
2012 年毕业数/ 占总从业的助产人数百分比	2500 / 36
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	60%

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	否
有认可的专业助产士定义的存在	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	否
执照助产士的现场注册	否
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	2
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是

经济可达性

包括最小受益计划的 46 项 RMNH 基本干预百分比



地域可达性

SBA 接生数目



专业组织

专业组织创建年	2000
专业组织角色	
持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	否
就成员 MNH 的护理质量标准提出建议	是
就政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	否
与政府协商工作和工资问题	是

Na=不适合 --=确实数据

规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



2030年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的2030年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

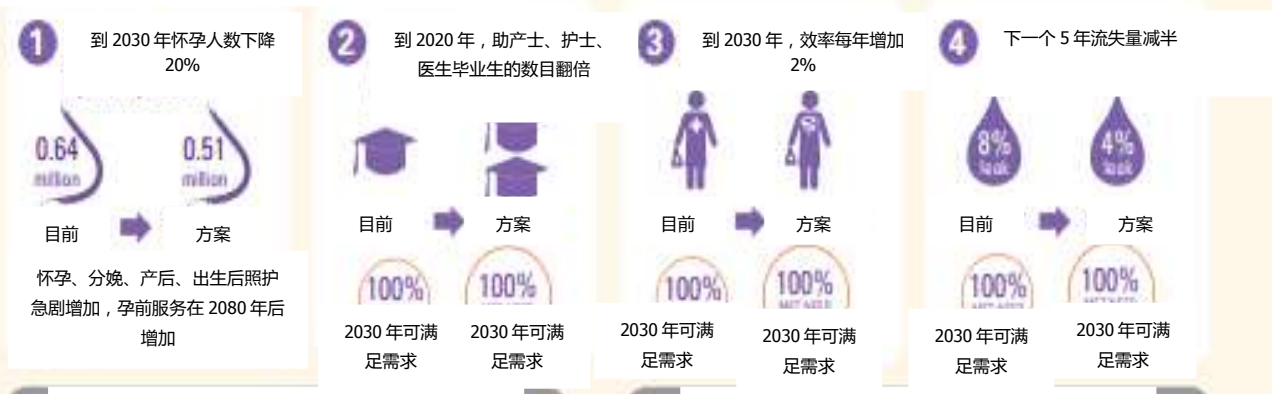
预计减少量

预计增加量

预计工作人数

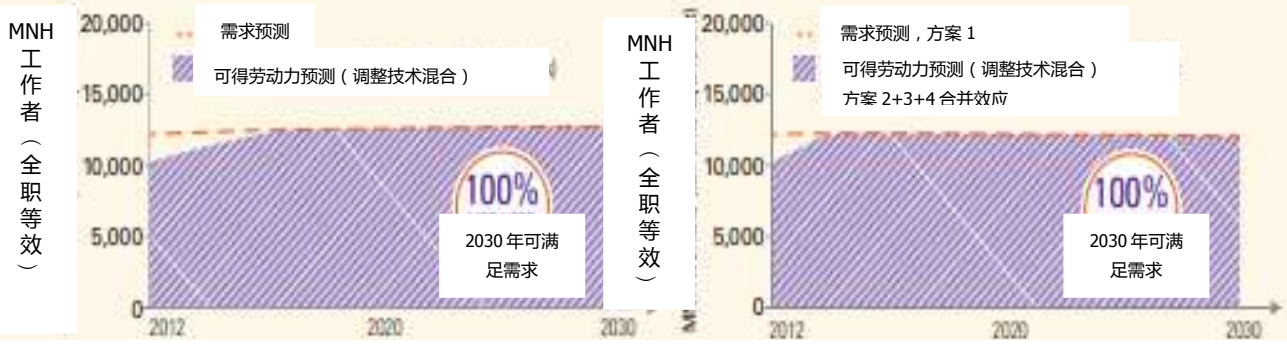


假如....通过可获得的数据进行的需求预测



目前发展轨迹

假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）
 2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据
 3. 信息参考助产士骨干分类
 4. 助产士、护士的国家组织
 5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

越南

2012年，估计总人数9080万，6560万（72%）生活在农村，2600万（29%）的妇女是育龄妇女，总生育率是1.8，到2030年，人口估计会增加12%，达到1.018亿，为了使这些人普遍获得性、生殖及母婴照护，到2030年助产服务必须应对每年180万的怀孕量，其中67%在农村。2012至2030年期间，给予卫生体系的启示是如何更合理地设置人力资源来适应1.607亿的新生儿随访，2460万的孩子出生，9830万的产后随访。

妇女和新生儿的需求 (2012)

每年 2,429,000 的怀孕量=多少照护事件



怀孕量和地域分布 2012

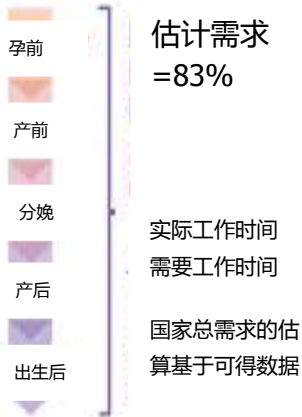


可获得的人力资源 (2012)

在 MNH 工作的人员国家级分类

花费在 MNH 的时间%

助产士	23,272	100
助产士、辅助者	2,750	50
助产护士	na	na
护士	na	na
护士、助产士、辅助者	102,034	50
卫生干事和医助	7,200	50
开业医生、全科医生	7,180	30
产科医生、妇科医生	130	100



估计需求 =83%

实际工作时间
需要工作时间

国家总需求的估算基于可得数据

助产教育

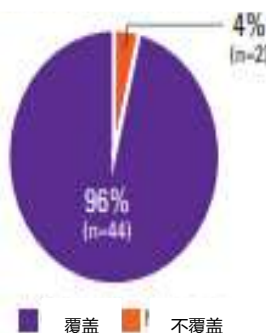
高中教育为最低起点	12 年级+
取得资格要求的学习年数 (全面的)	2
是否为标准化课程设置及最新更新时间	是, 2010
课程要求的在指导下的最低接生数	20
2012 年毕业数/ 占总从业的助产人数百分比	2050/9
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	85%

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	否
有认可的专业助产士定义的存在	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	否
执照助产士的现场注册	否
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	7
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是

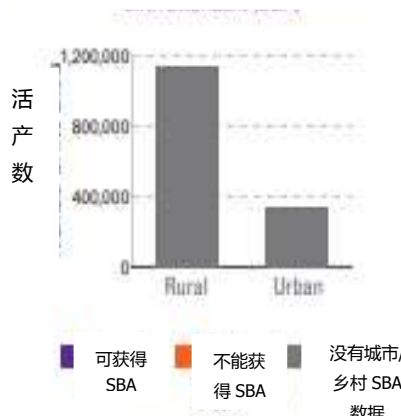
经济可达性

包括最小受益计划的 46 项 RMNH 基本干预百分比



地域可达性

SBA 接生数目



专业组织

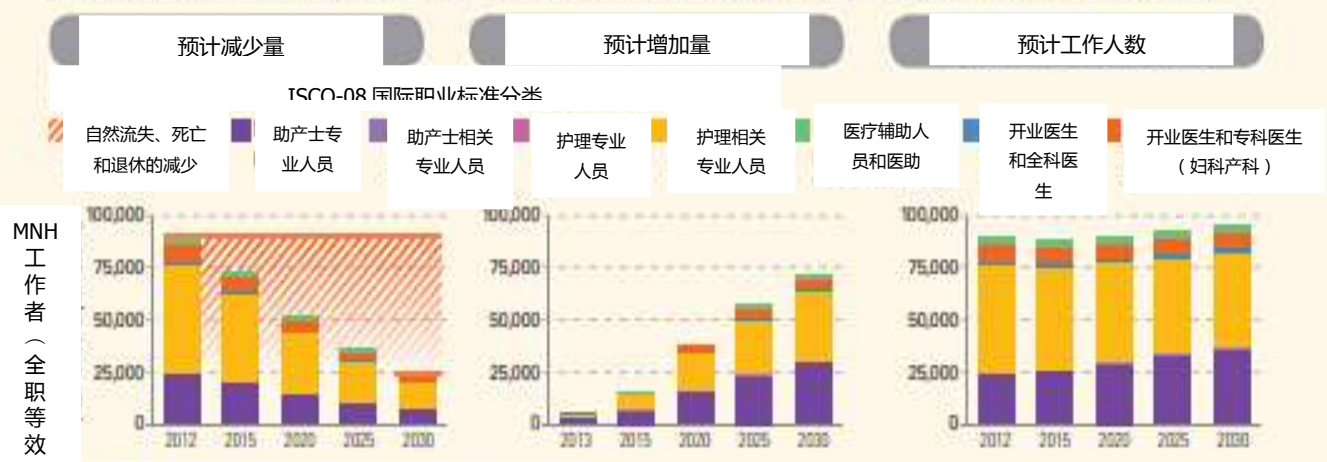
专业组织创建年	1990,1995
专业组织角色	
持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	否
就成员 MNH 的护理质量标准提出建议	是
就政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	否

Na=不适合 --=确实数据



2030年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的 2030 年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。



MNH 工作者 (全职等效)

假如...通过可获得的数据进行的需求预测

1 到 2030 年怀孕人数下降 20%

目前: 1.8 million → 方案: 1.5 million

怀孕、分娩、产后、出生后照护急剧增加，孕前服务在 2030 年后增加

2 到 2020 年，助产士、护士、医生毕业生的数目翻倍

目前 → 方案

2030 年可满足需求

3 到 2030 年，效率每年增加 2%

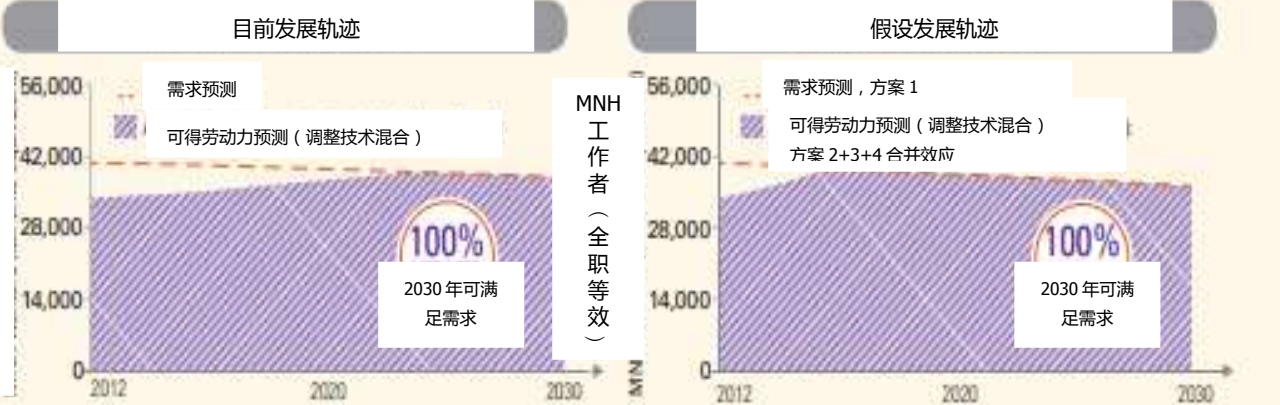
目前 → 方案

2030 年可满足需求

4 下一个 5 年流失量减半

目前: 4% loss → 方案: 2% loss

2030 年可满足需求



MNH 工作者 (全职等效)

MNH 工作者 (全职等效)

1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）
 2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据
 3. 信息参考助产士骨干分类
 4. 助产士、护士的国家组织
 5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

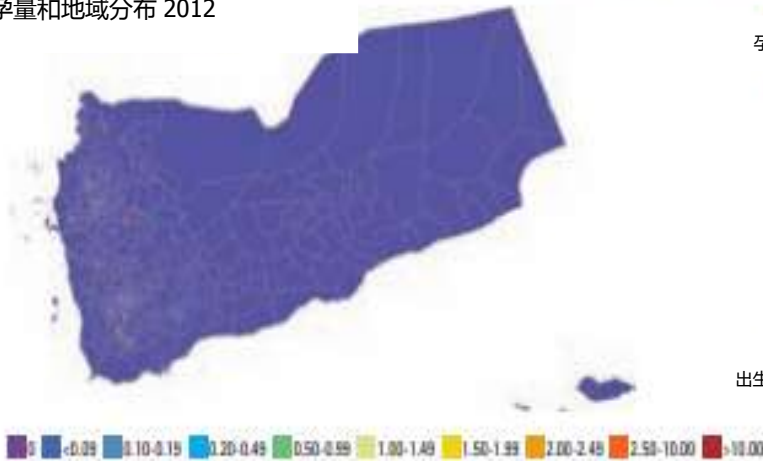
也门

2012年，估计总人数 2390 万，1050 万（44%）生活在农村，590 万（25%）的妇女是育龄妇女，总生育率是 4.1，到 2030 年，人口估计会增加 43%，达到 3400 万，为了使这些人普遍获得性、生殖及母婴照护，到 2030 年助产服务必须应对每年 120 万的怀孕量，这其中 67% 在农村。2012 至 2030 年期间，给予卫生体系的启示是如何更合理地设置人力资源来适应 9310 万的新生儿随访，1520 万的孩子出生，6060 万的产后随访。

妇女和新生儿的需求 (2012)

每年 1,183,000 的怀孕量 = 多少照护事件

怀孕量和地域分布 2012

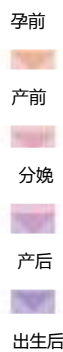


可获得的人力资源 (2012)

在 MNH 工作的人员国家级分类

花费在 MNH 的时间%

助产士	5,500	100
助产士、辅助者	na	na
助产护士	500	90
护士	na	na
护士、助产士、辅助者	100	60
卫生干事和医助	na	na
开业医生、全科医生	5,412	30
产科医生、妇科医生	1,543	100



估计需求 = 57%

实际工作时间 需要工作时间

国家总需求的估算基于可得数据

助产教育

高中教育为最低起点	10 年级-
取得资格要求的学习年数 (全面的)	3
是否为标准化课程设置及最新更新时间	是, 2012
课程要求的在指导下的最低接生数	20
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	290/5
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	0%

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	否
有认可的专业助产士定义的存在	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	否
执照助产士的现场注册	否
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	6
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是

经济可达性

包括最小受益计划的 46 项 RMNH 基本干预百分比



地域可达性

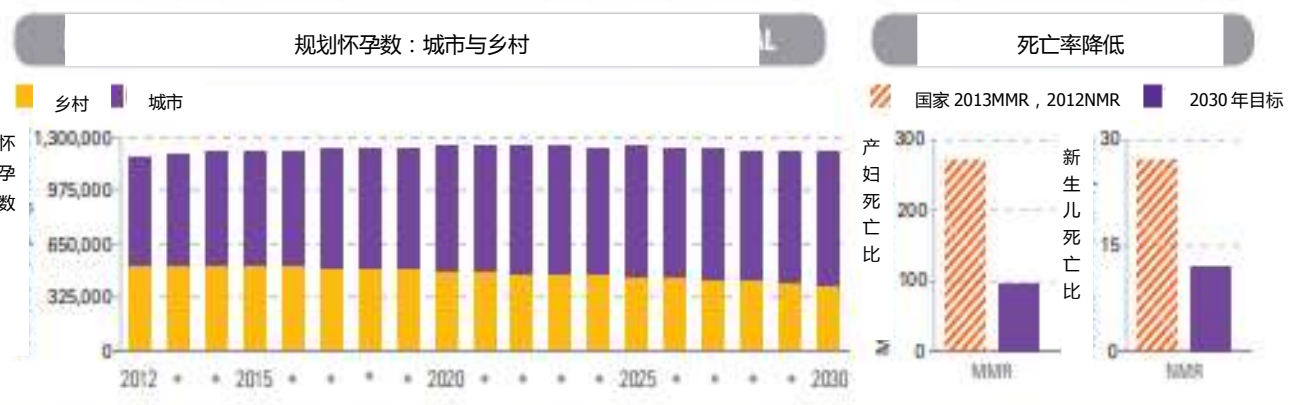
SBA 接生数目



专业组织

专业组织创建年	2004
专业组织角色	
持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	否
就成员 MNH 的护理质量标准提出建议	是
就政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	否

Na=不适合 --=确实数据

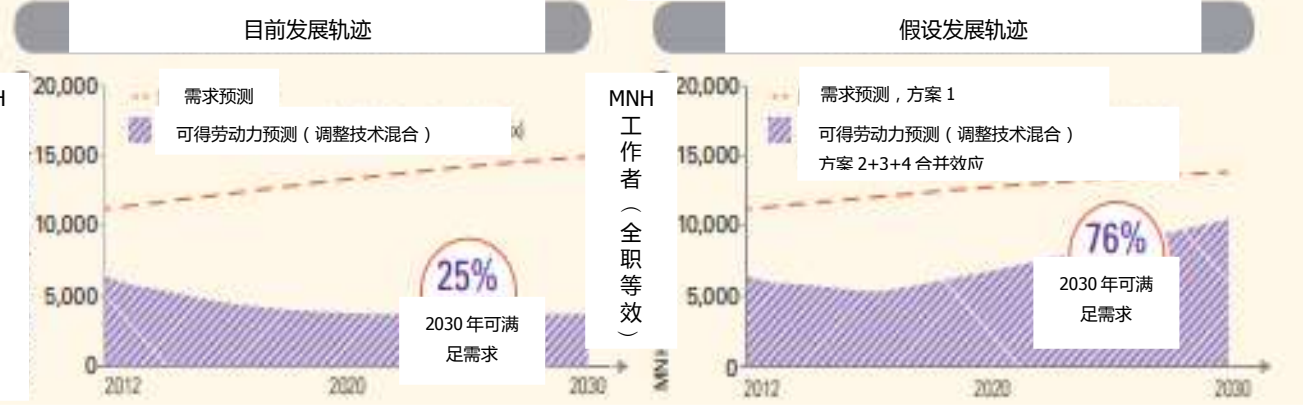
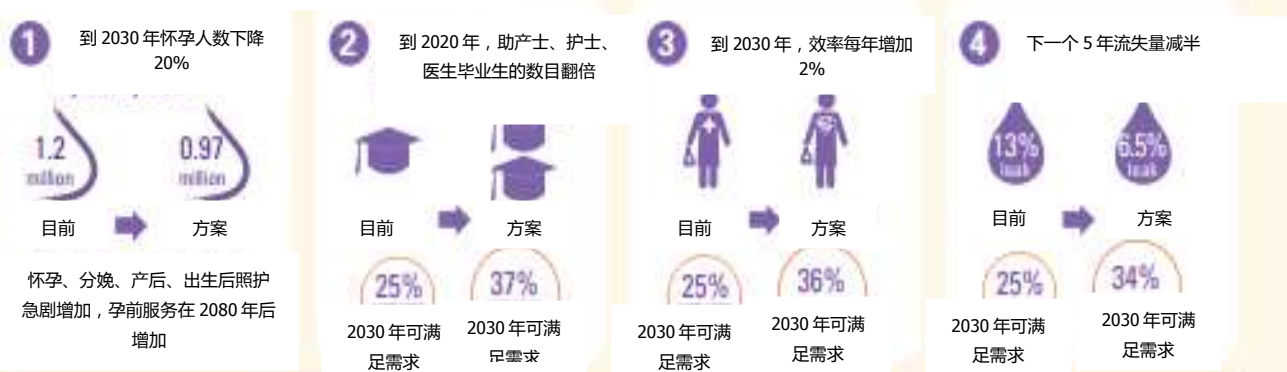


2030年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的 2030 年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。



假如...通过可获得的数据进行的需求预测



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）

2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据

3. 信息参考助产士骨干分类

4. 助产士、护士的国家组织

5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

赞比亚

2012年，估计总人数1410万，870万（62%）生活在农村，320万（23%）的妇女是育龄妇女，总生育率是5.7，到2030年，人口估计会增加77%，达到2500万，为了使这些人普遍获得性、生殖及母婴照护，到2030年助产服务必须应对每年140万的怀孕量，这其中62%在农村。2012至2030年期间，给于卫生体系的启示是如何更合理地设置人力资源来适应8650万的新生儿随访，1490万的孩子出生，5950万的产后随访。

妇女和新生儿的需求（2012）

每年909,000的怀孕量=多少照护事件



可获得的人力资源（2012）

在 MNH 工作的人员国家级分类

花费在 MNH 的时间%

助产士	2,773	100
助产士、辅助者	na	na
助产护士	9,575	100
护士	na	na
护士、助产士、辅助者	na	na
卫生干事和医助	na	na
开业医生、全科医生	1,630	20
产科医生、妇科医生	1,150	75



估计需求 = 99%

实际工作时间
需要工作时间

国家总需求的估算基于可得数据

助产教育

高中教育为最低起点	12 年级+
取得资格要求的学习年数（全面的）	1
是否为标准化课程设置及最新更新时间	是，2010
课程要求的在指导下的最低接生数	20
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	247/9
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	95%

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	是
有认可的专业助产士定义的存在	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	是
执照助产士的现场注册	是
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数（超出 7 个）	7
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是

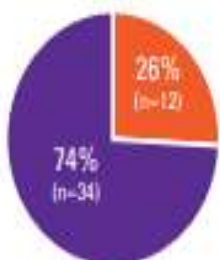
专业组织

专业组织创建年	2011, ---
专业组织角色	
持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	是
就成员 MNH 的护理质量标准提出建议	是
就政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	是

Na=不适合 --=确实数据

经济可达性

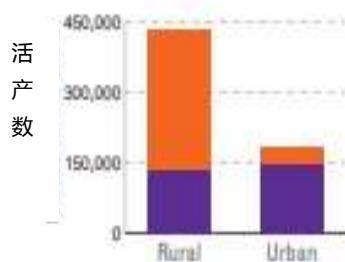
包括最小受益计划的 46 项 RMNH 基本干预百分比



覆盖 不覆盖

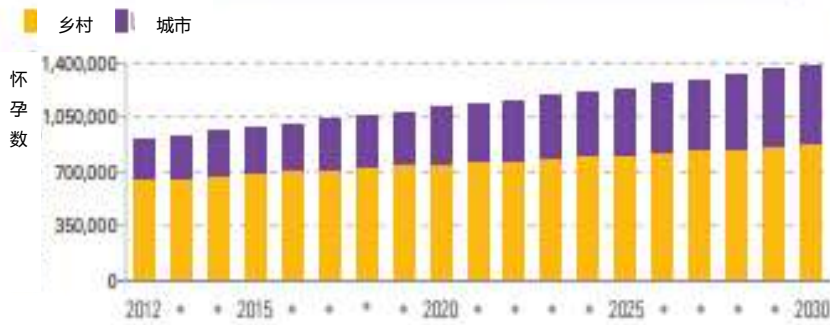
地域可达性

SBA 接生数目

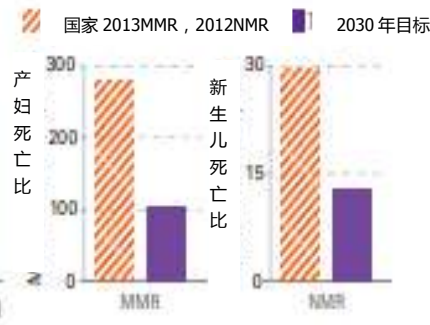


活产数
可获得 SBA 不能获得 SBA 没有城市/乡村 SBA 数据

规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



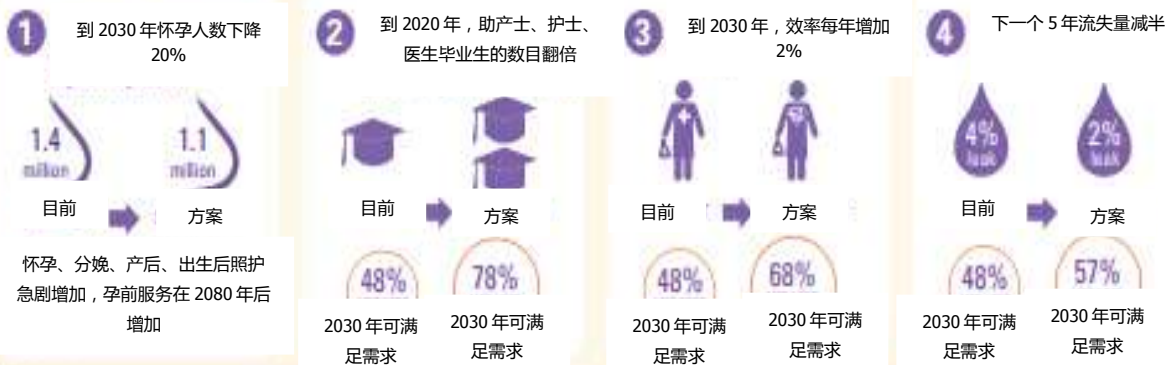
2030年预测和规划

这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的 2030 年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在 MNH 上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在 50 页“如何阅读”部分。

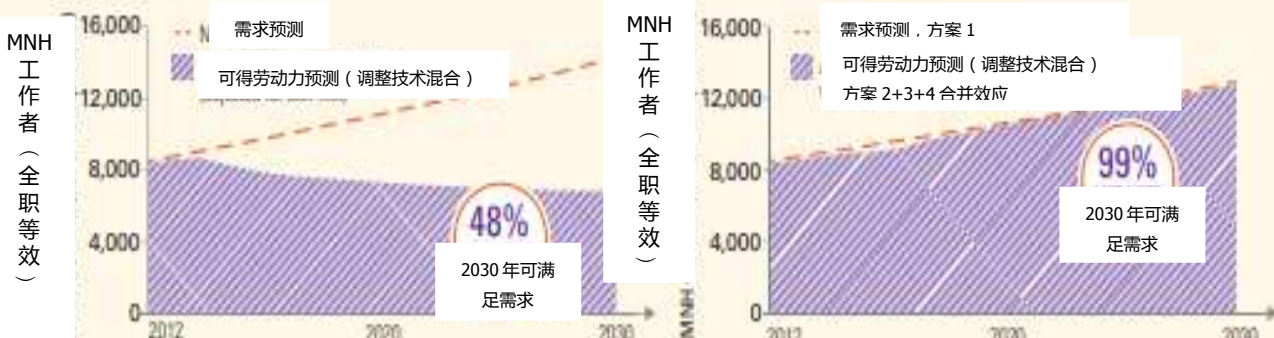
预计减少量 预计增加量 预计工作人数



假如....通过可获得的数据进行的需求预测



目前发展轨迹 假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014 的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）

2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据

3. 信息参考助产士骨干分类

4. 助产士、护士的国家组织

5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

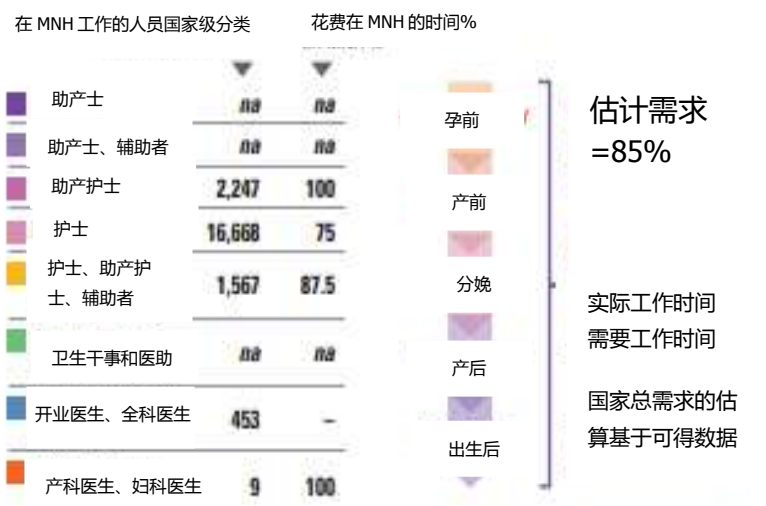
津巴布韦

2012年，估计总人数1370万，890万（65%）生活在农村，340万（25%）的妇女是育龄妇女，总生育率是3.5，到2030年，人口估计会增加48%，达到2030万，为了使这些人普遍获得性、生殖及母婴照护，到2030年助产服务必须应对每年70万的怀孕量，这其中60%在农村。2012至2030年期间，给予卫生体系的启示是如何更合理地设置人力资源来适应5050万的新生儿随访，900万的孩子出生，3610万的产后随访。

妇女和新生儿的需求 (2012)



可获得的人力资源 (2012)



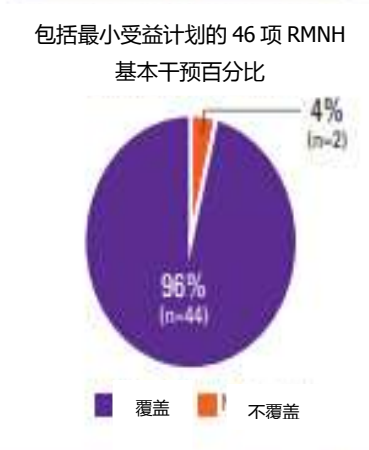
助产教育

高中教育为最低起点	12 年级+
取得资格要求的学习年数 (全面的)	1
是否为标准化课程设置及最新更新时间	是, 2013
课程要求的在指导下的最低接生数	30
2012 年毕业数/占总从业的助产人数百分比	719/32
1 年内 MNH 雇佣毕业生的百分数	100%

助产法规

有承认助产是自主专业的法律	是
有认可的专业助产士定义的存在	是
政府机构规范助产士行为	是
助产执照	是
执照助产士的现场注册	是
助产士拥有的 EmONC 要求的基本职能数 (超出 7 个)	7
允许助产士提供可注射避孕药/宫内避孕器	是/是

经济可达性



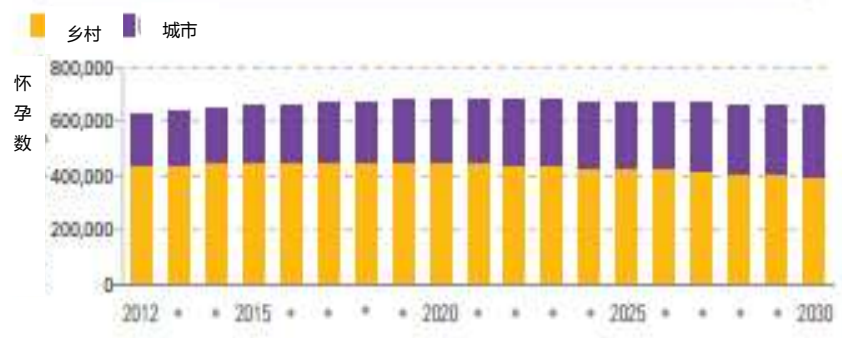
地域可达性



专业组织

专业组织创建年	1995
专业组织角色	
持续专业发展	是
建议和代表被指控不当行为的成员	是
就成员 MNH 的护理质量标准提出建议	是
就政府关于 MNH 的政策性文件提出建议	是
与政府协商工作和工资问题	是
Na=不适合 --=确实数据	

规划怀孕数：城市与乡村



死亡率降低



2030年预测和规划

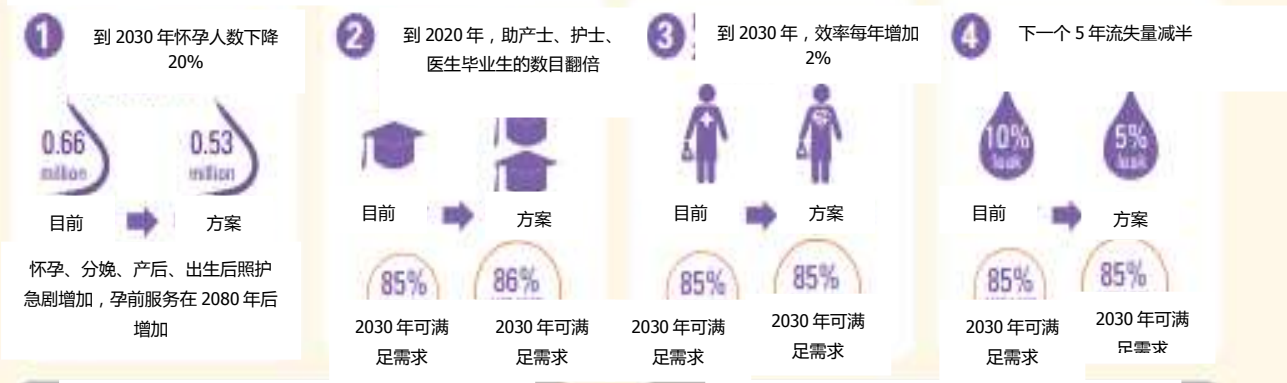
这一部分使用简短的国家已报告数据来计算基于需求上的2030年的预测值。这些预测对记录的入学人数，毕业人数，花费在MNH上的时间百分比，年龄分布，角色和自然流失敏感。如果一些国家数据缺失，标准的、以证据为基础的假设会应用其中。这份预测具有指导意义，应该被用于核实国家数据的准确性和引发进一步的政策讨论。更多信息在50页“如何阅读”部分。

预计减少量 预计增加量 预计工作人数

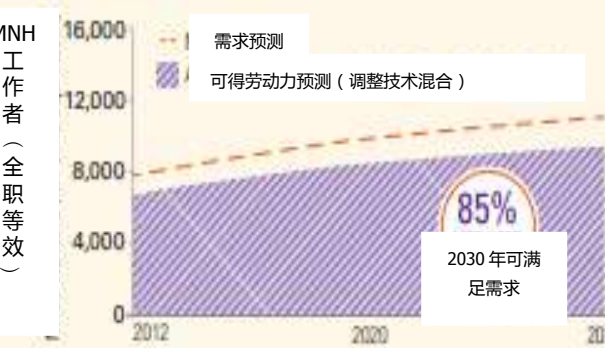


MNH工作者 (全职等效)

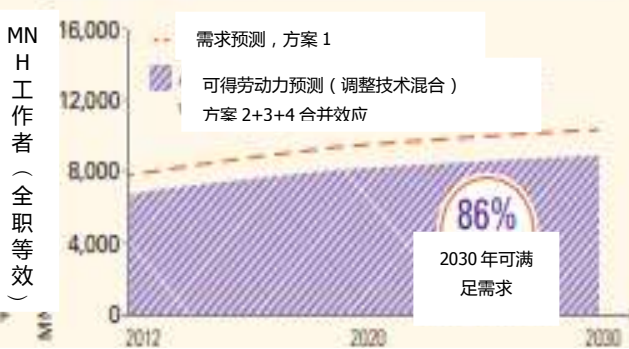
假如...通过可获得的数据进行的需求预测



目前发展轨迹



假设发展轨迹



1. 医务工作者分类包含了以下国家的称呼：助产士包括助产士。辅助者包含妇女儿童健康辅助人员，护士助理；辅助助产护士包括国家登记的社区健康护士，全科医生包括卫生干事。产科/妇科医生包括妇产科专业医生。医疗干事和医疗助理包括社区健康干事，来源：2014的 SoWMy 或者第二来源（WHO 全球健康观察、政府政策文件）

2. 年份数据是在 STATCOMPILER 获得的最新数据

3. 信息参考助产士骨干分类

4. 助产士、护士的国家组织

5. 提出的 2030 年的 MMR、NMR 的目标来源于 2030 年预防母亲死亡的计划和每位新生儿实施计划。

世界助产现状各国通讯员列表

特别鸣谢联合国人口基金国家办事处的负责人，以及它们的员工对各国调查结果收集工作的帮助。我们向他们所做出的所有的贡献表示诚挚的感谢。以下列出了希望公开的受访者的名单。我们同样也要对不希望在本报中公开姓名的人员所作出的贡献表示感谢。我们尽了最大的努力使得本列表尽量涵盖所有的参与人员，对无意忽略的受访者表示诚挚的歉意。

阿富汗: Shakila Abdaly, Yalda Ahmadi, Masud Arzooyi, Aysha, Pashtoon Azfar, Malin Bogren, Batul Erfani, Sadia Fayiq Ayobi, Sharifullah Haqmal, Mohammad Jebran, Mohammad Massod, Ziba Mazari, Modassar, A. Molakhil, Mursal Musawi, Feroza Mushtari, Nayani, Fahima Nazari, Partamin Partamin, Jawad Patwal, M. Qasim, Rashidi, Monira Rauf, Sediqullah Reshteen, Nahida Shah, Shahir, Shakila, Shams, Amina Sultani, Yalda, Najiba Zafari

安哥拉: Maria Jos éCosta, Hironidina Cucubica, Ana Leit ã, Ines Leopoldo

阿塞拜疆: Farid Babayev

孟加拉国: Alamgir Ahmed, Rahima Jamal Akhtar, Jesmin Akter, Halima Akther, Iqbal Anwar, Farida Begum, Shuriya Begum, Taslima Begum, Rehana Begum, Roushon Ara Begum, Ismat Bhuiya, Hafizur Rahman Chowdhury, Ira Dibra, Monica Fong, Dolly Maria Gonsalves, Abdul Halim, Sajedul Hassan, Emdadul Hoque, A.K.M Amir Hossain, Mohammad Iqbal, Ashrafur Islam Babul, Syed Abu Jafar Musa, Rezaul Karim, Umme Salma Khanum, Rabeya Khatoun, Michaela Michel-Schuldt, Abdul Hamid Moral, Gaziuddin Mohammad Munir, A.Z. Musa, Ylva S ãrman Nath, A.K.M. Mukhlesur Rahman, Feroza Sarker, Latifa Prof. Shamsuddin, Khandaker Sefayet Ullah, Mohammed Sharif, Fahmida Sultana, Saria Tasnim, Youssef Tawfik, Peggy Thorpe, Joanna Tingstrom, Mofiz Ullah, Yuki Yoshimura

贝宁: Solange Adechokan-Kanmadozo, Latifatou Agbodjelou, Olga Agbohoui Houinato, Fulgencia Ahoosi Assogbague, Chantal Akitossi, Arlette Akoueikou, Karamatou Bangbola, Conrad Deguenon, Bernice Deleke Koko Houngbede, Constance Dossou, Anatole Dougbe, Prudence Gbaguidi, Dina Gbenou, Sikiratou Gouthon Abou, Yasminath Houenou, Benjamin Hounkpatin, Nestor Koukoui, Mohamed Chakirou Latoundji, Marguerite Magnonfinon, Christian Martins, O. Laurence Monteiro, Julienne Odoulami, Philom ãne Sansoumou, Am ãdie Sonon, Marcelle Totchenou, Victor Zoclanclounon

玻利维亚: Lilian Acunha, Grisel Alarcon, Rene Alberto Castro, Alexia Escobar, Nancy Manjon, Willam Michel, Elva Olivera, Haydee Padilla, Bertha Pooley, Jacquelin Reyes, Celia Tabora, Franz Trujillo, Eugenio Renato Yucra

博茨瓦纳: Galeagelwe Baikepi, Kebabonye Gabaake, Hannah Kau-Kipo, Veronica Leburu, Lucy Sejo Maribe, Khumo Modisaemang, Keitshokile Dintle Mogobe, Ellen Mokalake, Ruth Mokgehi, Irene Motshewa, Galaletsang Mudongo, Opelo Rankopo, Rina Rapula, Workuu Tegene Solomon, Kabo Tautona, Josephine Tlale

巴西: Vera Bonazzi, Elisabete Franco Cruz, Anna Cunha, Maysa Gomes, Cleiton Euzebio, Amanda Fedevjcyk de Vico, Dulce Ferraz, Emanuelle Goes, Rodolfo Gomez, Jeniffer Goncalves, Roselane Gon çalves, Leila Gottens, Valdecyr Herdy Alves, Felipe Krykhine, Maria Eliane Liegio, Lorenza Longhi, Fernanda Lopes, Elize Massard da Fonseca, Maria Eliane Matao, Rosani Pagani, Daphne Rattner, Euzi Adriana Rodrigues, Camila Schneck, Valda Fatima Silva, Iara Silveira, Kleyde Ventura Souza, Thais Fonseca Veloso de Oliveira, Maria Esther Vilela, Paula Viana, Marli Villela Mamede, Vera Xavier, Nadia Zanon Narchi, Marcele Zveiter

布基纳法索: Laurentine Barry, Alimata Bationo, A ãs ãtou Belemvire, Seydou Belemvire, Aicha Boly, Kadidiatou Gngango, K. Carine Gngango, Rosine Compaore/Konkobo, Z ãnab Derme, Damatou Diabri, Parfait Guibleogo, Nad ãge W. Guiguemde, Honorine Kabre, Pascaline Kiendrebeogo, Laye Kodjo, Sabine Liliou, Augustine Lompo, Aim ã Lompo, Isabelle Minoungou, Azara Morbiga, Bibata Nacoulma, Mariam Nanema, Emmanuel Neya, Mariam Nonguierma, Roselyne Oubda, Catherine Ouedraogo, Valentine Ouedraogo, Karidia Ouedraogo, Habibou Ouedraogo, Natalie Roos, Wahabou Sanfo, Isabelle Sanon/Bicaba, Dj ã ã Sanon/Ouedraogo, Salmata Sanou, B ãtrice Sawadogo,

Edmonde P. Sawadogo, Ramatou Sawadogo, Mariam Tientore, Souleymane Zan, Aoua Zerbo, Georgette Zerbo, C ã ãine Zoubga, Aligueta Zoure

布隆迪: Delphine Arakaza, Prosper Bigirimana, Fran çois Busogoro, Georges Gahungu, Fabrice Kakunze, Yolande Magonyagi, Jeanne Marie Nahimana, Rose Simonne Ndayiziga, Bernadette Nkanira

柬埔寨: Sveng Chea Ath Chhay, Rada Ing, Phuong Keat, Sambo Mey, Sano Phal, Sokun Sok, Rathavy Tung

喀麦隆: Hortense Atchoumi, Nicole Eteki, Serge Eyebe Eyebe, Assumpta Kechia, Samuel Kingue, Emile Mboudou, Fran çoise Nissack

中非共和国: Hon éShuetio Aminata, Yolande Guendoko, Raymond Goula, Suzanne Onambele, Abdoulaye Sepou, Awa Marie Christine Sepou Yanza

乍得: Garba Aminatou, Gambaye Christine, Dewala Deborah, Djamon Djakissam, Urbain Djelaou, Mahamat Malloum Fatime, Fatchou Gakaitangou, Dabsou Guidaoussou, Daniel Guira Dangar, Mariam Issaka, Fatchou Marada, Nekingalaou Nadjiri, Rostand Njiki, Adjougoula Vealeto

中国: Ning Feng, Ying Liu, Jiong Peng, Chumen Wen

科摩罗: Hissani Aboubacar, Mahamoud Said

刚果: Jeannette Biboussi, Bruno Bilombo, Patrick Bondoumbou, Fabrice Bowamboka, Servais Capo-Chichi, Berthe Dzinga Nguimbi, Anna Fagot, Tanguy Fouemina, Nazaire Roger Issie, Clautaire Itoua, Jean Claude Kala, Philippe Kombo, Jean Blaise Koundika, Marie Fanny Lolo, Jacques Mabiala, Yvette Mavoungou, Michel Mbemba Moutounou, Andr éMbou, Gaston Mbou Goubili, Jules Cesar Mokoko, Z ãhirin Abel Moukolo, Joseph Moutou, Henriette Mpassy Tousseho, Virginie Nzemba, Jean Pierre Michel Ndzondault, Marcellin Ngambou, Rachel Ngouoni, Adrienne Nguেকে, Victorine Nkala, Justin Ongoyohi, Cl érence Otilibili Ngoma, Paul Oyere Moke, Fabienne Rimteta, Marie Soulie, Bedi Toyo, Marie Gisele Tsiabola, Yolande Voumbo

刚果民主共和国: Esperance Ababa, D ósir éBapitani, Marcel Baroani, Jean Baptiste Baruani, Blaise Belesi, Marie Rose Bodisa, Jean Jacques Bosali, Frederick Djunga Pame, Henriette Eke Mbula, Gr égoire Hiombo, Ambrockha Kabeya, C ã ãine Kanionga, Rachel Kaswera, Augustin Kiyoyo Belo, Jean-Pierre Lokonga, Louis Lubieno, Raymond Lufwa, Scolastique Mahindo, Nicasie Matoko, Victorine Mbadu, Rose Menga, Jean Pierre Moucka, Epiphanie Ngumbu, Pierre Ntumba, Guy Rammazani, Maurice Tingu Yaba, Beatrice Tshiala, Yvette Tshund'olela, Wivine Yenga

科特迪瓦: Eliane Abh éGngangan, Laetitia Achi, Evelyne Akaffou, Boa Akandan Edith, Virginie Akunin, Danho Simplicie Anongba, Dj ã ã Boro, Camara D, Anongba Danho Simplicie, Abhe Gngangan Eliane, Adou Herv é Dibo Amany Essam, Antoinette Kansah, Victor Kassi, Isabelle Akoua Koffi, Seidou Kon é Privat Kouakou, Christine Kouakou, Alphone Kouakou Kouam é Hortance Kouam é Arthur Kouam é Kouakou Raymond Kouam é Amadou Ouattara Liagui, Dia Loukou, Kon éMamadou, Messo M ã ãin, Boston Mian, Affoué N'Guessan, Antoinette N'Guessan née Ouattara Tiékhou, Hortense N'Guessan née Ouattara, Benjamin Nambala, Rosalie N'Zi, Philom ãne Oulai-Bamba, Soumahoro Oulai, Genevi ève Saki-Nekouressi, Essiagne Daniel Sess, Kadidia Sow, Degny Togb éIda Anon n é, Kadidia Tour éCoulibly, Anna Tour éEcrá, Christiane Welfens-Ekra, Ignace Yao, Bi Zehoua Yougon é

吉布提: Assia Mola Ali, Kaltoum Houmed Asso, Rayana Bou Haka, Aicha Djama, Oubah Hassan Farah, Mariam Mohamed Kamil, Fato Mohamed Kassim

世界助产现状各国通讯者列表 (续)

埃及: Amal Abd El Hay, Ehab El Beltagi, Hala El Hennawy, Samia Fargaly, Magdy Khaled, Kawthar Mahmoud, Mohga Metwally, Mohamed Nour El Din, Sherin Saad, Kaima Said, Yasser Salah, Adel Shakshak, Alaa Sultan

厄立特里亚: Yordanos Mehari, Assefash Zehaie

埃塞俄比亚: Ruman Abdurashid, Samuel Aberham, Azeb Admassu, Feven Alazar, Assamenew Assefa, Miftah Awei, Aster Berhe, Asmare Demilew, Mintwab Gelagay, Gebreamlak Gidey, Yezabinesh Kibe, Dorothy Lazaro, Tesfaye Negewo, Alemnesh Tekleberhan, Luwam Teshome, Aster Teshome, Elizabeth Wildeys, Zalalem Woubshet, Hiwot Wubshet

加蓬: Noelle Avomo, Aboubacar Inoua, Stoele Patricia Kebe, Olga Mavoungou, Chantal Mbodi, Justine Mekui Ella, Jean François Meye, Mireille Nkoo, Kévine Leila Nzinga, Serge Yaya

冈比亚: Aliou Jammeh, Bakary Jargo, Alhagie Kolley

加纳: Mary Nana Ama Brantuo, Gladys Brew, Evans Danso, Fredrica Hanson, Joyce Jetuah, George Kumi Kyeremeh, Philomina Wooley

危地马拉: Daniel Frade, Alejandro Silva

几内亚: Binta Bah, Halimatou Bah, Jean-René Camara, Moussa Kantara Camara, Marie Conde, Adama Manyan Condé, Aissatou Condé Apolinaire Delamou, Saliou Dian Diallo, Mohamed Faza Diallo, Houleymatou Diallo, Malal Diallo, Aboubacar Kaba, Toumany Keita, Enego Koivogui, Mamady Kourouma, Richard Kpamy, Sory Bantou Oulare, Fatoumata Gndé Sow, Kadiatou Sy, Mbemba Traoré, Mohamed Lamine Yansané

几内亚比绍: Fernanda Alves, Alfredo Claudino Alves, Beti C., Luis Camala, Olga Campos, Silvio Coelho Caetano, Alfredo da Costa, Euclides dos Santos, Maria Aramatulai Injai, Agostinho Mbarco Ndumba, Augusto Viegas, Hamilton Viera Ferreira

海地: Ramiz Alakbarov, Amaida Augustin, Lourdes Belotte, Jean-Claude Cadet, Gilles Champetier de Ribbes, Marie Lucie Chaudry, Kettely Chevalier, Gislhaine D'Alexis, Nadege Daudier Denis, Evelynne Degraff, Ralph Dougé, Jacques Durlaurier, Florence Duperval Guillaume, Luterse Dupont, Marie Sheyla Durandisse, Jean Fanelise, Reynold Grand-Pierre, Jules Grand-Pierre, Maguie Philistin Guerrier, Joseph Herold, Patrice Honoré Lucito Joanis, Erica Laforest, Claire Nicole Lebrun, Fritz Louis Andre Michel, Paul Madiamite, André Megie, Mona Metellus, Gadener Michaud, Stéphane Michel, Fritz Moise, Rose Myrtha Evenou, Ginette Rivière, Jean-Louis Robert, Ifrene Rodeny, Marie Jos é Salomon, Edvard Tassy, Youselfine Telemaque, Yves Thermidor, Mireille Tribier, Jean-Baptiste Vardine, Ernst Viel, Valerio Vital-Herne, Henri-Claude Voltaire

印度: Rashmi Asif, Ashok Agarwal, Dinesh Agarwal, Malalay Ahmadzai, Mohammad Ahsan, Rajni Bagga, Arun Bala, Himanshu Bhushan, Manju Chhugani, Dipa Nag Chowdhary, Bandana Das, P. Princy Fernando, Paul Francis, Medha Gandhi, Sandhya Ghai, Sunanda Gupta, Sukhwinder Kaur, Utplakshi Kaushik, Fareha Khan, Aparna Kundu, Josephine Littleflower, Frederika Meijer, Merlin, Madhuri Narayanan, Navita, Anchita Patil, Avinash K. Rana, Surekha Sama, Sheila Seda, Manju Shukla, Leila Caleb Varkey

印度尼西亚: Ms Deri, Rustini Floranita, Ms Hani, Ms Hayati, Elvira Liyanto, Trini Nurwati, Emi Taufik

伊拉克: Wafa Abbas, Radouane Belouali

肯尼亚: Batula Abdi, Annie Gituto, Margaret Kinyanzwii, Shiphrah Kuria, Joyce Lavussa, Louisa Muteti, Tabitha Mwangi, Agnes Nakato, Dan Okoro, Geoffrey Okumu, Zahida Qureshi

朝鲜民主主义共和国: Nazira Artykova, Fatima Gohar, Sathyanarayana Kundur

吉尔吉斯斯坦: Aigul Boobekova, Elnura Boronbaeva, Kuban Monolbaev, Asel Orozalieva, Tatiana Popovitskaya, Nurgul Smankulova, Nurida Umetalieva, Bermet Usupov

老挝人民民主共和国: Anna af Ugglas, Kaisone Chounlamany, Sengmany Khambounheuang, Eunyoung Ko, Alongkone Phengsavanh, Bounnack Saysanasongkham, Kopkeo Souphanthong, Somchanh Xaysida

莱索托: Masechaba Moru, Thabelo Ramatlapeng

利比里亚: Emilia Ayenaniz, Lucy Barh, Harriett Dolo, Musu Duworko, Musu Duworko, Comfort J. Gebeh, Cuallau Jabbeh-Howe, Yanquah Kargbo, Douboi G. Korkoyeh, Vachel Lake, Esther K. Lincoln, Maybe Garmai Livingstone, Nancy E. R. Masaline, Snoyonoh Miller, Cecelia Morris, Nancy T. Moses, Rex Moses, John Mulbah, Veronica Neblett Siafa, Salat A. Norris, Helena L. Nuahn, Linda Q. Nyansaiye, Tolbert Nyenswah, Philderald Pratt, Angela J. Sawyer, Marion Subah, Bentoe Zoogley Tehoungue, Mary W. Tiah, Anita S. Varney, Dina Wah Kapel, Shelly A. Wright, Anna K. Yse, Aliesa A. Zezay

马达加斯加岛: Nivo Andriampianina, Edith Boni Ouattara, Ginette Josia Rabeftitia, Claire Raharinoro, Evelynne Rahevivololona, Heritiana Rakotoson, Haingo Ramananjahary, Mamihanitra Ramangakoto, Vallyne Rambelosen, Claudine Lala Ramiandrazafy, Herlyne Ramihantaniarivo, Masy Harisoa Ramilirijaona, Alain Gervais Ramorasata, Albert Randriamiramanana, Oméga Ranorolala, Haingolalao Rapatsalahy, Tatavy Amélie Rasoaniaretana, Dolorès Rasolompiakarana, Edwige Ravaomanana, Stella Ravelonarivo, Marie Georgette Ravoniarisoa, David Rosivel Ravoniarison

马拉维: Sheilla Bandazi, Harriet Chanza, Lilian Chimkono, Mable Chinkhata, Grace Hiwa, Felistas Kanthiti, Harriet Kapyepye, F. Kathiti, Hlalapi Kunkeyani, Linily Linyenga, Address Malata, Robert Mangwiro, Griffin Matemba, Rose Mazengera, Pilirani Msambati, Jasintha Mtengezo, Bettie Namale, John Nepiyala, Dorothy Ngoma, Gelian Nkhalamba, Flemmings Nkhandwe, Ann Phoya, Rose Wasili

马里: Diouma Camara, Magassi Coulibaly, Sadio Diarra, Bocar Almodjine Djiteye, Benoît Karambiri, Fatoumata S. Maiga, Diahara Maïga

毛里塔尼亚: Ould Mohamed Ahmedou, Thierno Ousmane Coulibaly, Mint Moulaye Fatimetou, Bellahi Marieme, Digne Mariène, Ould Eleyatt Mohamed, Ould Ahmedou Mohamed Lemine, Mohamed Boubacar Ould Abdel Aziz

墨西哥: Amalia Ayala, Laura Cao, Javier Domínguez, Ricardo Garcá, Araceli Gil, Guadalupe Hernández, Juana Jiménez, Guadalupe Landereche, Hilda Reyes, Maricruz Romero, Matthias Sachse, Mar í Eugenia Torres, Miriam Veras

摩洛哥: Wafae Abdain, Laila Acharai, Lakhdar Amina, Drissia Anbouri, Bouchra Asarag, Alaoui Asmae, Aicha Ben Baha, Najat Baloui, Ouafae Belayachi, Moumena Benamar, Menana Boukalouche, Nisrine Bourfoune, Mouna Boussefiane, Lanry Chafika, Ahmed Chahir, Nisrine El Mabrouk, Jamila El Mendili, Sanae El Omrani, Sabah El Ouazzani, Rachida Fadil, Khadija Habibi, Touria Harizi, Souad Khachani, Malika Khayri, Aniss Lakhali, Bouchra Lambarek, Mohammed Lardi, Lhou Lioussfi, Hanane Masbah, Jabal Samira, Arhmad Soukayna, Mohammed Okhouya, Chaimae Rhiat, Khadija Sabbane, Malika Tibhiri, Cherifa Yahmi

莫桑比克: Munira Abda, Gizela Azambuja, Cidália Baloi, Ana Lurdes Cala, Alicia Carbonell, Paulino Cassoceira, Marcelle Diane Claquin, Ana Maria Dai, Pilar de la Corte Molina, Aicha Issufo, Manuel Macebe, Maria Olga Matavel, Moisés Mazivila, Adelaide Mbebe, Luisa Panguene, Norton Pinto, Deolinda Sarmento, Mohin Sidat, Daniel Simone, Otília Tualufo

缅甸: Than Aye, Hla Hla Aye, Tin Maung Chit, Charlotte Sigurdson Chveistiansen, Nyunt Nyunt Han, Nang Khin Hla, Htay Htay Hlaing, San San Hlaing, Thinn Thinn Hmway, Hlaing Hlaing Htay, Kyu Kyu Khin, Nwe Nwe Khin, Khin Mar Kyi, Ohnmar Kyi, Su Su Lin, Hnin Hnin Lwin, Molly, Hsu Mon Aung, Ohn Ohn Mya, Yin Mya, Khin Aye Myint, Theingyi Myint, Phone Myint, Moe New, Pale Ou, Sanda, Myint Myint Than, Mya Thida, Khin Thida, Sarabibi Thuzarwin, Hla Mya Thway Einda, Khaing New Tin, Khin Myo Win, New Ni Win, Aye Su Su Win, Myo Yarzar

尼泊尔: Kiran Bajracharya, Ischworid Devi Shrestha, Kerstin Erlandsson, Neera Thakur, Meera Thapa Upadhyay

尼日尔: Tchima Aboubakar, Yacouba Ali, Laouali Ali, Cha ßou Aminatou, Yaroh Asma Gali, Adamou Balkissa, Adam ß Bintou, Boubacar Bobaoua, Altin ß Bouli, Abdourahmane Brah, Siddo Moumouni Daouda, Amoul Kinni Gha ß hatou, Amadou Halimatou, Adamou Haoua, Maman Sani Hassane, Moussa Hassane, Cha ßou Ibrah, Adamou Kadi, Sadou Karidio, Abdoulwahab Karimatou, Yay ß Katanga, Ibroh Kouboura Abba Moussa, Amadou Mariama, Mariama Pascal, Abdoul Rachid Fatima, Awal Ramatou, Ibrahim Ramatou, Alhassane Safia, Ma ßnouna Sa ßlou, Gu ß ß Salamatu, Zeinabou Saley, Ibrahima Souley, Mariko Souleymane, Gaoh Zaharatou, Oumarou Zaratou, Lancina Zeinabou

尼日利亚: Aishatu Abubakar, Fred Achem, Gbenga Adelakin, Bose Adeniran, Olusegun Adeoye, Rose Samuel Agbi, Chris Agbogoroma, Uduak Akpan, Enema Job Amodu, Emilene Anakhuekha, Ronke Atamewalen, E. C. Azuike, Remi Bajomo, S.A. Bennibor, Ruth Bosede Daniel, Jean Damascene Butera, Dashe Dasogot, Oluloyo Ebenezer, Margaret Edison, E.A. Emedo, Omoru A. Esegwu, Flora Etim, Tolu Fakeye, Tokumbo Farayi, Ayikobi Fatimah, Fagbamigbe O. Johnson, Shakuri Kadiri, Lanem Law Kuma, Fasehun Luther-King, Zainab T. Mahood, Fatima Farra Mairami, Philip Momah, Larry Obi Nwaka, Esther Obinya, Ansa Ogu, Bridget Okeke, V.O. Okinrolabu, Moji Okodugha, Bolaji Oladejo, Oluwadamilola Olaogun, Seyi Olujimi, A. O. Osuntogun, Taiwo Oyelade, Olusegun Oyenyi, Rabiatu Sageer, Tunde Segun, Garba Sufianu, Joy Ufere, Jonathan Unutaro, Alheri Yusuf, Deborah Yusuf

巴基斯坦: Jamil Ahmed, Nabeel Akhter, Nighat Durrani, Samia Hashim, Syed Yasir Hussain, Zafar Ikram, Humaira Irshad, Rafat Jan, Zareef Khanza, Fehmida Kousar, Arusa Lakhani, Najma Lalji, Mushtaq Memon, Clara Pasha, Najeeb Rehman, Hidayat Ullah, Wasim, Farzana Zulfiqar

巴布亚新几内亚: Thelma Ali, Julie Dopsie, Gilbert Hiawalyer, Mary Kililo, Ornella Lincetto, Nina Pangiau, Jessica Yaipupu, Carmen Yakopa

秘鲁: Gracia Subiria

卢旺达: Gloriose Abayisenga, Ferdinand Bikorimana, Pandora Hardtman, Marie Lyesse Iribagiza, Marie Claire Iryanyawera, Jean Marie Mbonyintwali, Maria Mugabo, Juliet Mukankusi, Josephine Murekezi, Daphrose Nyirasafali, Marie Chantal Umulisa, Jovia Umuriza, Agnes Uwayezu, Marie Chantal Uwimana

圣多美与普林西比共和国: Sonia Afonso, Jose Manuel Carvalho, Maria Elizabeth Carvalho, Pascoal D'Apresenta çao, Yonelma Daio, Maria Quaresma Dos Anjos, Natercia Fernandes, Guldier Afonso Malicia

塞内加尔: Ndeye Amy Ndiaye Bathily, Binta Demba Sarr Athie, Arame Ndiaye Camara, Marie Francoise Carvalho, Bocar Mamadou Daff, Boureima Diadie, El Hadji Diagne, Ndeye Fatou Ndiaye Diaw, Mariama Dieng, Seyni Konte Diop, Amassaid Diop, Cheikh Bamba Diop, Virginie Diouf, Ibrahim Soukendela Diouf, Codou Fall, Marieme Fall, Sophie Diop Fall, Elhadj Ousseynou Faye, Marieme Ba Gueye, Maimouna Seck Haidara, Heenghee, Selly Kane Wane, Christine Klauth, Mamadou Selly Ly, Maguette Mbaye, Goto Mino, Aissatou Gueye Ndecki, Nogoye Thiam Ndiaye, Madeleine Ndiaye Bocand ß Symphorien Ndione, Laty Gueye Ndoeye, Doudou Sene, Fatim Tall, Fatou Toure

塞拉利昂: Zainab Blell, Frances Fornah, Hossinatu Mary kanu, Pity Florence Kanu, Elizabeth Lemor, Margaret Mannah-MacCarthy, Haja Fatmata Mansaray, Joan H. Shepherd

所罗门群岛: Wame Baravilala, Kathy Gapirono, Jessie Larui, Pauline McNeil

索马里: Saleh Abdale Omar, Mohamed Abdi Farah, Osman Abdi Omar, Halima Abdi Sheikh, Mohamed Abdirahman Ibrahim, Naima Abdulkadir Mohamed, Hawa Abdullahi Elmi, Suleyman Abdullahi Mohamed, Lordfred Achu, Mohamed Ahmed Muhamed, Abdikani Ali Ahmed, AbdiKarim Asseir Ali, Moxamed Axmed Jimale, Phocas Biraboneye, Marian Hassan Mohamad, Ahmed Moallim Mohamed, Fatuma Mohamed, Halima Mohamed Ali, Hassan Mohamad Abdule, Omar Mohamad Ibrahim, Lul Mohamad Mohamed, Rukia Mustaf Haji, Abdullahi Nor Mohamad, Juliana Nzau, Mariam Omar Salad, Elfeky Samar, Abdulkadir Wehlye Afrah

南非: Elgonda Bekker, Dapney N. Chonco, A. Green, Thembeke Gwagwa, Holele, Leonard Kamugisha, Hester Klopper, Busisiwe Kunene, T. Mabudi, Sisan Majeke, Liesbeth Mangathe, N. Mbombo, Ms N. Mphandana, Nokuzola Mzolo, Ms Naicker, Neloius, Deliwe Nyathikazi, Precious Robinson, Gugu Xaba

南苏丹: Victoria Abua, Patrick Achiga, Tereza Achuei, Jemelia Sake Beda, Gillian Butts-Garnett, Lucia Buyanza, Joice Chrisp, Suzie Francis, Mary Rose Juwa, Jacqueline Kaku, Jane Kamau, Jennifer Kibicho, Siama Ladu, Janet Michael, Naseer Nizamani, Elizabeth Odinga, Antonina Oedena, Polly Grace Osua, Taban Patrick, Susan Poni, Grace Temah, Petronella Wawa

苏丹: Sawsan Elthahir, Nada Gaafar, Nada Hamza, Insaf Hussein, Osama Ismail, Juliana Lunguzi, Mohammed Sidahmed

斯威士兰: Dudu Dlamini, Nomathemba Ginindza, Bakhombisile Gumedze, Thembisile Khumalo, Sibusiso Lushaba, Phumzile Mabuza, Winnie Magagula, Zandile Masangane, Happiness Mkhathswa, Ruth Mkhonta, Glory Msibi, Isabella Ziyane

塔吉克斯坦: Zuhro Abdurakhmanova, Gulbahor Ashurova, Salomudin Isupov, Bunafsha Jonova, Niolbe Khasanova, Said Kurbanov, Saidsho Nosirov, Zulfiya Pirova, Nargis Rakhimova

坦桑尼亚联邦共和国: Felister Bwana, Asia Hussein, Theopista John Kabuteni, Frank Komba, Rose Laisser, Sebalda Leshabari, Chiku Lweno, Lucy Mabada, Ahmed Makuwani, Godson Maro, Lena Mfalilia, Rose Mlay, Donan Mmbando, Stella Mpanda, Claverly Mpandana, Feddy Mwanga, Martha Rimoy, Gaudiosa Tibajuka, Ndemetria Vermand

多哥: Adjowa H ßo ße Adandogou, Kodjovi Edots ß Adjeoda, Guy C. Ahialegbedzi, Nadou Akouete, Ahlonkomba Aithnard, Adjoua D'almeida, Adjik ß Assouma, Dankom Bakusa, Manzana Easo Bouloufei, Napo Dare, Kossi Deti, Piyalo Djafalo, Rodrigue Djitrinou, Lonlonko Ayaovi Gbadegbegnon, Tchaa Kadjanta, Binto Kassime, Kodjo Kissi, Estelle Kondi, Clarisse Koudadze, Ablavi Koulete, Kokou Kpeglo, Dzodzo Eli Kpelly, Nadou Lawson, Koffi Egnovor Logan, Bingo Kignomon M'Bortche, T. Kassouta N'Tapi, Adzoa Akpedze Nomenyo, Poovi Nouwodjro, Eralakaza Ouro Bitasse, Essokazim Pekemi, Afiavi Sallah, Koffi Tekou, Marguerite Vovor

土库曼斯坦: Kemal Goshliyev, Bahtygul Karryeva

乌干达 : Cecile Compaore, Esperance Fundira, Jeremiah Lwanga, Primo Madra, Joash Magambo, Zakayo Masereka Black, Disan Mugumya, Mary Gorret Musoke, Mercy Mwanje, Enid Mwebaza, Maria Najjemba, Sarah Namyalo, Ismail Ndifuna, Janet Obuni, Martin Opolot, Olive Sentumbwe, Collins Tusingwire, John Wakida, Sarah Wamala

乌兹别克斯坦: Zulfiya Atadjanova, Feruza Fazilova, Nodira Islamova

越南: Erken Arthur, Dat Van Duong, Bang Thi Hoang, Huyen Thi Thanh Le, Hong Thi Luu, Hanh Thi Xuan Nghiem, Khan Cong Nguyen, Takeshi Takai

也门: Nasser Al-Akhrum, Nagiba Al-Shawafi, Nageeb Alhomikany, Taha Almahbashi, Fatoom Nooraldeen, Souad Saleh, Areej Taher, Afrah Thabet, Areej Thafer

赞比亚: Collins Chansa, Media N. Chikwanda, Emily Chipaya, Elizabeth Kalunga, Brivine kalunga, Sarai Bvulani Malumo, Ndubu Milapo, Universe Mulenga, Genevieve Musokwa, Sarah Shankwaya, Bellington Vwaalika

桑给巴尔: Ruzuna Abdulrahim, Ali, Ali Kassim Amour, Ramadhan Chande, Mvita H. Haji, Ramadhan Hamza, Valeria Haroub, Ghanima Juma, Juma Rajab Juma, Asma Khamis, Khadija Khamis, Salama K. Khamis, Wanu Khamis, Subira Khatib, Kassim Kirobo, Rose Moh'd, Yahya Msellem, Mwatoum Mussa, Azzah Nofly, Julia Ruben, Talaa M. Said, Sharifa Salmin, Ali Suleiman, Abdul-Rahman Taha, Salma Yussuf

津巴布韦: Cynthia Chasokela, Lilian Dodzo, Noriko Kadomoto, Trevor Kanyowa, Agnes Makoni, Rose Mary Marck-Katumba, M.N. Mothobi, Edwin Tobias Mpetu, Jane Mudyara, Margaret Nyandoro, David Okello, Basile Oleko Tambashe

第1章

1. Ki-moon B. A life of dignity for all: Accelerating progress towards the MDGs and advancing the UN development agenda beyond 2015. Report of the Secretary-General. (A/68/202). New York: United Nations, 2013.
2. Resolution WHA64.9. Sustainable health financing structures and universal coverage. Sixty-fourth World Health Assembly, Geneva, 24 May 2011. Geneva: World Health Organization, 2011.
3. Global health and foreign policy. 67th session, Agenda item 123. A/67/L.36. New York: United Nations, 2012.
4. United Nations Foundation. About Every Woman, Every Child, 2013. Available from: <http://www.everywomaneverychild.org/about> (accessed Mar 31, 2014).
5. Second global midwifery symposium outcome statement: "Strengthening quality midwifery care: Making strides, addressing challenges". Kuala Lumpur, 2013. Available from: [https://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/Symposium Joint Declaration.pdf](https://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/Symposium%20Joint%20Declaration.pdf) (accessed Mar 31, 2014).
6. UNFPA. State of world's midwifery 2011: Delivering health, saving lives. New York: United Nations Population Fund, 2011.
7. Mulherin T. The state of the world's midwifery 2011: "Results story". Barcelona: ICS Integrare, 2013.
8. WHO, UNICEF. Countdown to 2015: Building a future for women and children. The 2012 report. Washington DC: World Health Organization and United Nations Children's Fund, 2012. Available from: <http://www.countdown2015mnch.org/documents/2012Report/2012-Complete.pdf> (accessed Mar 31, 2014).
9. PMNCH. A global review of the key interventions related to reproductive, maternal, newborn and child health (RMNCH). Geneva: Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, 2011.
10. UNFPA. Programme of action. Adopted at the international conference of population and development, Cairo, 5-13 September 1994. United Nations Population Fund, 2004.
11. Global Health Observatory. Child mortality levels: Number of deaths (thousands) Data by country. Available from: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.ChildMort-1?lang=en> (accessed May 1, 2014)
12. Guttmacher Institute, special tabulations of data based on: Singh S, Darroch JE and Ashford LS. Adding it up: The need for and cost of maternal and newborn care—estimates for 2012. New York: Guttmacher Institute, 2013. Available from: <http://www.guttmacher.org/pubs/AIU-MNH-2012-estimates.pdf> (accessed Mar 31, 2014).
13. Cousens S, Blencowe H, Stanton C, et al. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2009 with trends since 1995: A systematic analysis. *Lancet* 2011; 377:1319–30.
14. WHO, UNFPA, UNICEF, World Bank, United Nations Population Division. Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. Geneva: World Health Organization, 2014.
15. United Nations Population Division. World population prospects, 2012 revision. New York: United Nations, 2012.
16. Campbell J, Dussault G, Buchan J, et al. A universal truth: No health without a workforce. Forum report, Third Global Forum on Human Resources for Health (Recife, Brazil). Geneva: Global Health Workforce Alliance and World Health Organization, 2013.
17. WHO. Health topics: midwifery. Available from: <http://www.who.int/topics/midwifery/en/> (accessed Oct 7, 2013).
18. National Center for Biotechnology Information. "Midwifery". Medical subject heading. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh?Db=mesh&term=Midwifery> (accessed Mar 31, 2014).
19. Leap N. Woman-centred or women-centred care: Does it matter? *Br J Midwifery* 2009; 17(1).
20. Downe S. Towards salutogenic birth in the 21st Century. In: Walsh D, Downe S, editors. *Midwifery practice: Intrapartum care*. Oxford: Wiley-Blackwell, 2010.
21. Downe S, McCourt C. From being to becoming: Reconstructing childbirth knowledges. In: Downe S, editor. *Normal birth, evidence and debate*. 2nd ed. Oxford: Elsevier, 2008.
22. Walsh D, Devane D. A metasynthesis of midwife-led care. *Qual Health Res* 2012; 22(7):897–910.
23. Sandall J, Soltani H, Gates S, et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. *Cochrane database Syst Rev* 2013; 8:CD004667.
24. ICM. ICM international definition of the midwife (revised June 2011). The Hague: International Confederation of Midwives, 2011.
25. ICM. Global standards for midwifery education (2010). International Confederation of Midwives, 2011. Available from: http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/standards/en/R427_ICM_2011_Global_Standards_for_Midwifery_Education_2010_ENG.pdf (accessed Mar 31, 2014).
26. ICM. Essential competencies for basic midwifery practice 2010 (Revised 2013). The Hague: International Confederation of Midwives, 2013.
27. ICM. Global standards for midwifery regulation. The Hague: International Confederation of Midwives, 2011.
28. ICN. Nature and scope of practice of nurse-midwives. Position statement. Geneva: International Council of Nurses, 2007. Available from: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/A10_Nature_Scope_Practice_Nurse-Midwives.pdf (accessed Mar 31, 2014).
29. WHO. Models and tools for health workforce planning and projections. Human Resources for Health Observer, 3. Geneva: World Health Organization, 2010.
30. Dreesch N, Dolea C, Dal Poz MR, et al. An approach to estimating human resource requirements to achieve the Millennium Development Goals. *Health Policy Plan* 2005; 20(5):267–76.
31. WHO. Estimating the cost of scaling-up maternal and newborn health interventions to reach universal coverage: Methodology and assumptions. Technical working paper. Geneva: World Health Organization, 2005.
32. Bärnighausen T, Bloom DE, Humair S. A mathematical model for estimating the number of health workers required for universal antiretroviral treatment. Working Paper 15517. Cambridge, MA: National Bureau of Economic Research, 2009. Available from: http://www.nber.org/papers/w15517.pdf?new_window=1 (accessed Mar 31, 2014).
33. Scheffler R, Fulton B. Needs-based estimates for the health workforce. In: Soucat A, Scheffler R, Donald K, editors. *The labor market for health workers in Africa: A new look at the crisis*. Washington DC: World Bank, 2013. Available from: <http://elibrary.worldbank.org/content/book/9780821395554> (accessed Aug 11, 2013).
34. Carrera C, Azrack A, Begkoyian G, et al. The comparative cost-effectiveness of an equity-focused approach to child survival, health, and nutrition: A modelling approach. *Lancet* 2012; 380:1341–51.
4. WHO, UNFPA, USAID, MHTF, MCHIP, EPMM Working Group. Targets and strategies for ending preventable maternal mortality: Consensus statement of the Bangkok Consultation on Targets and Strategies for Ending Preventable Maternal Mortality (EPMM), April 2014.
5. Healthy Newborn Network. Newborn numbers. 2014. Available from: <http://www.healthynewbornnetwork.org/page/newborn-numbers> (accessed Mar 31, 2014).
6. Provisional Agenda Item A67/21. Every newborn: An action plan to end preventable deaths. Sixty-seventh World Health Assembly, Geneva, 2 May 2014. Geneva: World Health Organization, 2011.
7. Resolution WHA58.31. Working towards universal coverage of maternal, newborn and child health interventions. Fifty-eighth World Health Assembly, Geneva, 25 May 2005. Geneva, World Health Organization, 2005.
8. Resolution WHA64.13. Working towards the reduction of perinatal and neonatal mortality. Sixty-fourth World Health Assembly, Geneva, 24 May 2011. Geneva: World Health Organization, 2011.
9. Resolution WHA64.9. Sustainable health financing structures and universal coverage. Sixty-fourth World Health Assembly, Geneva, 24 May 2011. Geneva: World Health Organization, 2011.
10. Ahoobim O, Altman D, Garrett L, et al. The new global health agenda: Universal health coverage. New York: Council on Foreign Relations, 2012.
11. Mulherin T. The state of the world's midwifery 2011: "Results story". Barcelona: ICS Integrare, 2013.
12. WHO. Every woman every child: Strengthening equity and dignity through health. The second report of the independent Expert Review Group (IERG) on Information and Accountability for Women's and Children's Health. Geneva: World Health Organization, 2013.

第2章

1. PMNCH. A global review of the key interventions related to reproductive, maternal, newborn and child health (RMNCH). Geneva: Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, 2011.
2. WHO, UNFPA, UNICEF, World Bank, United Nations Population Division. Trends in maternal mortality: 1990 to 2013. Geneva: World Health Organization, 2014.
3. Mbizvo MT, Say L. Global progress and potentially effective policy responses to reduce maternal mortality. *Int J Gynecol Obstet* 2012; 119 Suppl:S9–12.
13. Tatem AJ, Campbell J, Guerra Arias M, et al. Mapping for maternal and newborn health: The distributions of women of childbearing age, pregnancies and births. *Int J Health Geogr* 2014; 13(2).
14. United Nations Population Division. World population prospects, 2012 revision. New York: United Nations, 2012.
15. Futures Institute. OneHealth model: Intervention treatment assumptions. Glastonbury, CA: Futures Institute, 2013. Available from: <http://futuresinstitute.org/Download/Spectrum/Manuals/Intervention Assumptions 2013 9 28.pdf> (accessed Mar 31, 2014).

16. ICM. Global standards for midwifery education (2010). International Confederation of Midwives, 2011. Available from: http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/standards/en/R427_ICM_2011_Global_Standards_for_Midwifery_Education_2010_ENG.pdf (accessed Mar 31, 2014).
17. ICM. Essential competencies for basic midwifery practice 2010 (Revised 2013). The Hague: International Confederation of Midwives, 2013.
18. ICM. Global standards for midwifery regulation. The Hague: International Confederation of Midwives, 2011.
19. WHO Regional Office for Africa. Guidelines for evaluating basic nursing and midwifery education and training programmes in the African region. Brazzaville: World Health Organization, 2007.
20. WHO Regional Office for Africa. Consensus on essential competencies of skilled attendant in the African Region. Brazzaville: World Health Organization, 2006.
21. WHO. Background paper for the technical consultation on effective coverage of health systems. Geneva: World Health Organization, 2001.
22. Colston J. The use of effective coverage in the evaluation of maternal and child health programs: A technical note for the IDB's Social Protection and Health Division. Report No. IDB-TN-280. Washington DC: Inter-American Development Bank, 2011. Available from: <http://idbdocs.iadb.org/wsdocs/getdocument.aspx?docnum=36279205> (accessed Mar 31, 2014).
23. Tanahashi T. Health service coverage and its evaluation. *Bull World Health Organ*. 1978; 56(2):295-303.
24. UN Committee on Economic Social and Cultural Rights. CESCR General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health (Art. 12). New York: United Nations, 2000. Available from: <http://www.unhcr.org/refworld/pdfid/4538838d0.pdf> (accessed Mar 31, 2014).
25. Campbell J, Buchan J, Cometto G, et al. Human resources for health and universal health coverage: Fostering equity and effective coverage. *Bull World Health Organ* 2013; 91:853-63.
26. Cometto G, Campbell J, Sheikh MR. Human resources for health: Critical for effective universal health coverage. *World We Want* 2015, 2012. Available from: <http://www.worldwewant2015.org/node/298618> (accessed Mar 31, 2014).
27. Campbell J, Cometto G, Sheikh MR. Human resources for health, universal health coverage and healthy life expectancy: Framing the contemporary agenda for HRH. Geneva: Global Health Workforce Alliance, 2013.
28. Campbell J, Dussault G, Buchan J, et al. A universal truth: No health without a workforce. Forum report, Third Global Forum on Human Resources for Health. Recife, Brazil. Geneva: Global Health Workforce Alliance and World Health Organization, 2013.
29. Collins T. Some leading practices in equitable sexual and reproductive health service provision from Zambia. London: HLSP, 2012.
30. James AJ, Collins T. Achieving equity in skilled birth attendance: Malawi. London: HLSP, 2012. Available from: <http://www.hisp.org/Home/Resources/EquityinSBAMalawi.aspx> (accessed Mar 31, 2014).
31. Campbell J. Midwifery workforce: Present and future challenges for quality care + quality care providers. Presentation. Women Deliver, Kuala Lumpur, May 2013. Barcelona: ICS Integrare, 2013.
32. Bengoa R, Kawar R, Key P, et al. Quality of care: A process for making strategic choices in health systems. Geneva: World Health Organization, 2006.
33. WHO. Workload indicators of staffing need: User's manual. Geneva: World Health Organization, 2010. Available from: http://whalibdoc.who.int/publications/2010/9789241500197_users_eng.pdf (accessed Mar 31, 2014).
34. Bhutta Z, Lassi Z, Pariyo G, Huicho L. Global experience of community health workers for delivery of health related Millennium Development Goals: Systematic review, country case studies, and recommendation for integration into national health systems. Geneva: World Health Organization and the Global Health Workforce Alliance, 2010.
35. WHO. Classifying health workers: Mapping occupations to the international standard classification. Geneva: World Health Organization, 2011. Available from: http://www.who.int/hrh/statistics/Health_workers_classification.pdf (accessed Mar 31, 2014).
36. WHO. WHO human resources for health minimum data set. Geneva: World Health Organization, 2008. Available from: <http://www.hhrresourcecenter.org/node/2230> (accessed Mar 31, 2014).
37. Riley PL, Zuber A, Vindigni SM, et al. Information systems on human resources for health: A global review. *Hum Resour Health* 2012; 10(1):7.
38. Windau-Melmer, T. Advocacy approaches to promote midwives and the profession of midwifery: Brief. Washington, DC: Health Policy Project, 2010.
39. CARMMA/African Union. The Mama Afrika Award, 2012. Available from: <http://www.camma.org/update/mama-afrika-award> (accessed Mar 31, 2014).
40. UN High-Level Panel of Eminent Persons. A new global partnership: Eradicate poverty and transform economies through sustainable development. New York: United Nations, 2013.
41. WHO. Making fair choices on the path to universal health coverage: Final report of the WHO Consultative Group on Equity and Universal Health Coverage. Geneva: World Health Organization, 2014.
42. WHO. World health report 2006: Working together for health. Geneva: World Health Organization, 2006.
43. Gething PW, Johnson FA, Frempong-Ainguah F, et al. Geographical access to care at birth in Ghana: A barrier to safe motherhood. *BMC Public Health* 2012; 12: 991.
44. Bailey PE, Keyes EB, Parker C, et al. Using a GIS to model interventions to strengthen the emergency referral system for maternal and newborn health in Ethiopia. *Int J Gynecol Obstet* 2011; 115(3):300-9.
45. Ebener S, Guerra-Arias M, Campbell J, et al. The geography of maternal and newborn health: The state of the art. 5th International Conference on Health GIS. Bangkok, 2013.
46. UNICEF, UNFPA, WHO. Guidelines for monitoring the availability and use of obstetric services. New York: United Nations Children's Fund, 1997.
47. Gabrysch S, Zanger P, Campbell OMR. Emergency obstetric care availability: A critical assessment of the current indicator. *Trop Med Int Heal* 2012; 17(1):2-8.
48. WHO, UNFPA, UNICEF, AMDD. Monitoring emergency obstetric care: A handbook. Geneva: World Health Organization, 2009.
49. WHO. Increasing access to health workers in remote and rural areas through improved retention: Global policy recommendations. Geneva: World Health Organization, 2010. Available from: <http://www.who.int/hrh/retention/guidelines/en/index.html> (accessed Mar 31, 2014).
50. WHO. Transforming and scaling up health professionals' education and training: WHO Guidelines 2013. Geneva: World Health Organization, 2013. Available from: http://whoeducationguidelines.org/sites/default/files/uploads/WHO_Edu-Guidelines_20131202_high_print.pdf (accessed Mar 31, 2014).
51. PMNCH. WHO. A policy guide for implementing essential interventions for reproductive, maternal, newborn and child health (RMNCH): A multisectoral policy compendium for RMNCH. Geneva: World Health Organization, 2014. Available from: http://www.who.int/pmnch/knowledge/publications/policy_compendium.pdf?ua=1 (accessed Mar 31, 2014).
52. WHO. World health report 2005. Make every mother and child count. Geneva: World Health Organization, 2005.
53. WHO. Optimize MNH. WHO recommendations for optimizing health workers roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting. Geneva: World Health Organization, 2012.
54. Khan KS, Wojdyla D, Say L, et al. WHO analysis of causes of maternal death: A systematic review. *Lancet* 2006; 367(9516):1066-74.
55. PMNCH. Newborn death and illness. Geneva: World Health Organization, 2014. Available from: http://www.who.int/pmnch/media/press_materials/fs/fs_newborn-death_illness/en/ (accessed Mar 31, 2014).
56. Matthews Z, Channon A, Neal S, et al. Examining the "urban advantage" in maternal health care in developing countries. *PLoS Med* 2010; 7(9).
57. Kunst AE, Houweling T. A global picture of poor-rich differences in the utilisation of delivery care. In: Van Lerberghe W, De Brouwere V, editors. Safe motherhood strategies: A review of the evidence studies in health services organization and policy. Antwerp: ITG Press, 2001.
58. Evans DB, Saksena P, Elovainio R, Boerma T. Measuring progress towards universal coverage. Geneva: World Health Organization, 2012.
59. WHO. World Bank. Monitoring progress towards universal health coverage at country and global levels: A framework. Geneva: World Health Organization, 2013. Available from: http://www.who.int/healthinfo/country_monitoring_evaluation/UHC_WBG_DiscussionPaper_Dec2013.pdf (accessed Mar 31, 2014).
60. Channon AA, Neal S, Matthews Z, Falkingham J. Maternal health inequalities over time: Is there a common pathway? *World We Want* 2015, 2012. Available from: <http://www.worldwewant2015.org/node/283339> (accessed Mar 31, 2014).
61. Graham WJ, McCaw-Binns A, Munjanja S. Translating coverage gains into health gains for all women and children: The quality care opportunity. *PLoS Med* 2013; 10(1):1-3.

62. Frenz P, Delgado I, Kaufman JS, Harper S. Achieving effective universal health coverage with equity: Evidence from Chile. *Health Policy Plan* 2013.
63. Carrera C, Azrack A, Begkoyian G, et al. The comparative cost-effectiveness of an equity-focused approach to child survival, health, and nutrition: A modelling approach. *Lancet* 2012; 380: 1341–51.
64. Chopra M, Sharkey A, Dalmyia N, et al. Strategies to improve health coverage and narrow the equity gap in child survival, health, and nutrition. *Lancet* 2012; 380(9850):1331–40.
65. Bhutta ZA, Reddy S. Achieving equity in global health: So near and yet so far. *J Am Med Assoc* 2012; 307(19):2035–6.
66. Victora CG, Barros AJD, Axelson H, et al. How changes in coverage affect equity in maternal and child health interventions in 35 Countdown to 2015 countries: An analysis of national surveys. *Lancet* 2012; 6736(12):1–8.
67. Brearly L, Marten R, O'Connell T. Universal health coverage: A commitment to close the gap. London: Save the Children, 2013.
68. ICM Communications. Formal Event for SOWMy Data Collection. *Int. Confed. Midwives Blog*. 2014. Available from: <http://www.internationalmidwives.org/blog/2014/04/15/state-of-the-worlds-midwifery-afghanistan/> (accessed Apr 30, 2014).
69. ICM Communications. Midwives of Togo organize SOWMy process. *Int. Confed. Midwives Blog*. 2014. Available from: <http://www.internationalmidwives.org/blog/2014/02/26/state-of-the-worlds-midwifery-sowmy/> (accessed Apr 30, 2014).
70. UN Committee on Economic Social and Cultural Rights. CESCR General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health (Art. 12). New York: United Nations, 2000. Available from: <http://www.unhcr.org/refworld/pdfid/4538836d0.pdf> (accessed Mar 31, 2014).
71. IIMMHR. Human rights-based approaches to maternal mortality reduction efforts. *International Initiative on Maternal Mortality and Human Rights*, 2010. Available from: <http://righttomaternalhealth.org/sites/iimmhr.civicaactions.net/files/iimmhr%20Field%20project%20booklet.pdf> (accessed Mar 31, 2014).
72. WRA. Respectful maternity care charter. Washington DC: White Ribbon Alliance, 2011.
73. Bowser D, Hill K. Exploring evidence for disrespect and abuse in facility-based childbirth: Report of a landscape analysis. Washington DC: USAID-TRAction Project, 2010. Available from: <http://www.unc-hls.com/uploads/resourceFiles/Live/RespectfulCareatBirth9-20-101Final.pdf> (accessed Mar 31, 2014).
74. The Population Council. Confronting disrespect and abuse during childbirth in Kenya: The Heshima Project. Project Brief, 2014. Available from: http://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2014RH_HeshimaBrief.pdf (accessed Mar 31, 2014).
75. Quality of care in pregnancy and delivery in Kanakapura Taluk, India, Belaku Trust, December 2013. [Unpublished. Personal communication from Charlotte Warren, Population Council].
76. Kilaru A, Ganapathy S, Karachiwala B. Quality of care in obstetric services in rural South India: Evidence from two studies with gap of ten years. *BMC Proc* 2012; 6(Suppl 1):O2.
77. Kruk ME, Paczkowski M, Mbaruku G, et al. Women's preferences for place of delivery in rural Tanzania: A population-based discrete choice experiment. *Am J Public Health* 2009; 99(9):1666–72.
78. Jewkes R, Abrahams N, Mvo Z. Study of health care seeking practices of pregnant women in Cape Town. *MRC Technical Report*. Cape Town: Medical Research Council, 1998.
79. Kayongo M, Esquiche E, Luna MR, et al. Strengthening emergency obstetric care in Ayacucho, Peru. *Int J Gynaecol Obstet* 2006; 92(3):299–307.
80. Newman C. Time to address gender discrimination and inequality in the health workforce. *Hum Resour Health* 2014; 12: 25.
81. Miller S, Cordero M, Coleman AL, et al. Quality of care in institutionalized deliveries: The paradox of the Dominican Republic. *Int J Gynaecol Obs* 2003; 82(1):89–103.
82. Hulton L, Matthews Z, Stones R. A framework for the evaluation of quality of care in maternal services. Southampton: University of Southampton, 2000.
83. ICM. Member Association Capacity Assessment Tool (MACAT). The Hague: International Confederation of Midwives, 2011. Available from: www.internationalmidwives.org/assets/uploads/documents/GlobalStandardsCompetenciesTools/English/MACATENG.pdf (accessed Mar 31, 2014).
15. FHI 360. Gender integration framework: How to integrate gender in every aspect of our work. Durham, NC: FHI 360, 2012.
16. WHO. WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. Geneva: World Health Organization, 2011.
17. Bollinger R, Chang L, Jafari R, et al. Leveraging information technology to bridge the health workforce gap. *Bull World Health Organ* 2013; 91(11):890–2.
18. Landry MD, Hastie R, Oñate K, et al. Attractiveness of employment sectors for physical therapists in Ontario, Canada (1999-2007): Implication for the long term care sector. *BMC Health Serv Res* 2012; 12:133.
19. Buchan J. Reviewing the benefits of health workforce stability. *Hum Resour Health* 2010; 8(1):29.
20. Greenhill R, Prizzon A. Who foots the bill after 2015? What new trends in development finance mean for the post-MDGs. ODI Working Papers, 360. 2012. Available from: <http://www.odi.org.uk/sites/odi.org.uk/files/odi-assets/publications-opinion-files/7905.pdf> (accessed Mar 31, 2014).
21. Horton R, Lo S. Investing in health: Why, what, and three reflections. *Lancet* 2013; 382:1859–61.
22. UN Secretary-General. Global strategy for women's and children's health. New York: United Nations, 2010.
23. United Nations Foundation. About Every Woman, Every Child, 2013. Available from: <http://www.everywomaneverychild.org/about> (accessed Mar 31, 2014).
24. Commission on Information and Accountability for Women's and Children's Health. Keeping promises, measuring results. Geneva, World Health Organization, 2011.
25. IERG. Every Woman, Every Child: From commitments to action. The first report of the independent Expert Review Group (IERG) on Information and Accountability for Women's and Children's Health. Geneva: World Health Organization, 2012.
26. IERG. Every Woman, Every Child: Strengthening equity and dignity through health. The second report of the independent Expert Review Group (IERG) on Information and Accountability for Women's and Children's Health. Geneva: World Health Organization, 2013.
27. UN Commission on Life Saving Commodities for Women and Children. Commissioners' Report. New York: United Nations, 2012.
28. World Health Organization and World Meteorological Organization. Atlas of health and climate. Geneva: WHO, 2012.

29. Stuckler D, Feigl AB, Basu S, McKee M. The political economy of universal health coverage: Background paper. Montreux, Switzerland: Global Symposium on Health Systems Research, 2010.
30. WHO. WHO recommendations on postnatal care of the mother and newborn. Geneva: World Health Organization, 2013.
31. Center for Reproductive Rights. CPD and human rights: 20 years of advancing reproductive rights through UN treaty bodies and legal reform. New York: UNFPA, 2013. Available from: http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2013/icpd_and_human_rights_20_years.pdf (accessed Mar 31, 2014).
32. WHO, UNFPA, UNICEF, AMDD. Monitoring emergency obstetric care: A handbook. Geneva: World Health Organization, 2009.
33. Sandall J, Soltani H, Gates S, et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane database Syst Rev 2013; 8:CD004667.
34. Kruske S, Kildea S, Barclay L. Cultural safety and maternity care for Aboriginal and Torres Strait Islander Australians. Women and Birth 2006; 19(3):73.
35. Sibley LM, Sipe TA, Koblinsky M. Does traditional birth attendant training increase use of antenatal care: A review of the evidence. J Midwifery Women's Health 2004; 298-305.
36. Homer CSE, Lees T, Stowers P, et al. Traditional birth attendants in Samoa: Integration with the formal health system. Int J Childbirth Educ 2012; 2(1):5-11.
37. Chomat A, Solomons N, Montenegro G, et al. Maternal health and health-seeking behaviors among indigenous Mam mothers from Qutzaltenango, Guatemala. Rev Panam Salud Publica 2014; 35(2):113-20.
38. Barclay L, Aiavao F, Fenwick J, et al. Midwives' tales: Stories of traditional and professional birthing in Samoa. Nashville: Vanderbilt University Press, 2005.
39. Tracy SK, Hartz DL, Tracy MB, et al. Caseload midwifery care for women of all risk compared to standard hospital care: M@NGO, a randomized controlled trial. Lancet 2013; 382(9906):1723-32.
40. ten Hoop-Bender P. Continuity of maternity care for all women. Lancet 2013; 382:1685-7.
41. Devane D, Brennan M, Begley C, et al. Socioeconomic value of the midwife: A systematic review, meta-analyses, meta-synthesis and economic analysis of midwife-led models of care. London: The Royal College of Midwives Trust, 2010.
42. Stewart M, Candlish R, Henderson J, Brocklehurst P. Review of evidence about clinical, psychosocial and economic outcomes for women with straightforward pregnancies who plan to give birth in a midwife-led birth centre, and outcomes for their babies. Oxford: National Perinatal Epidemiology Unit, 2004.
43. WHO. World health report 2005. Make every mother and child count. Geneva: World Health Organization, 2005.
44. ICM. Education, regulation and association. Available from: <http://www.internationalmidwives.org/what-we-do/education-regulation-association/> (accessed Mar 31, 2014).
45. Brodie P. Midwifery the midwives: Addressing the empowerment, safety of, and respect for, the world's midwives. Midwifery 2013; 29(10):1075-6.
46. Sullivan K, Lock L, Homer C. Factors that contribute to midwives staying in midwifery: A study in one area health service in New South Wales, Australia. Midwifery 2011; 27:331-335.
47. Sandall J. Midwives' burnout and continuity of care. Br J Midwifery 1997; 5(2):106-11.
48. McCarthy CF, Voss J, Salmon ME, et al. Nursing and midwifery regulatory reform in east, central, and southern Africa: A survey of key stakeholders. Hum Resour Health 2013; 11(1):29.
49. Samb B, Celletti F, Holloway J, et al. Rapid expansion of the health workforce in response to the HIV epidemic. N Engl J Med 2007; 357(24):2510-4.
50. Cadée F, Perdok H, Sam B, et al. "Twin2twin" an innovative method of empowering midwives to strengthen their professional midwifery organisations. Midwifery 2013; 29(10):1145-50.
51. ICM. Twinning as a tool for strengthening midwives associations: Operational manual. The Hague: International Confederation of Midwives; 2014.
52. Kruk ME, Hermosilla S, Larson E, Mbaruku GM. Bypassing primary care clinics for childbirth: A cross-sectional study in the Pwani region, United Republic of Tanzania. Bull World Health Organ 2014; 92:246-53.
53. Campbell J, Dussault G, Buchan J, et al. A universal truth: No health without a workforce. Forum Report, Third Global Forum on Human Resources for Health, Recife, Brazil. Geneva: Global Health Workforce Alliance and World Health Organization, 2013.
54. Conway S, Surka S, Campbell J. A connected health workforce: An innovation brief. Barcelona: ICS Integreare, 2014.
55. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS. To err is human: Building a safer health care system. Washington, DC: National Academy Press, 2001.
56. Lewis G. Saving mothers' lives: Reviewing maternal deaths to make motherhood safer: 2006-08. The eighth report of the confidential enquiries into maternal deaths in the United Kingdom. BJOG 2011; 118(Suppl 1):1-203.
57. WHO. Framework for action on interprofessional education and collaborative practice (WHO/HRH/HPN/10.3). Geneva: World Health Organization, 2010.
58. Leap N. Woman-centred or women-centred care: does it matter? Br J Midwifery 2009; 17(1):12-6.
59. WRA. Respectful maternity care charter. Washington DC: White Ribbon Alliance, 2011.
60. Ahmed S, Li Q, Liu L, Tsui AO. Maternal deaths averted by contraceptive use: an analysis of 172 countries. Lancet 2012; 380(9837):111-25.
61. Canning D, Schultz TP. The economic consequences of reproductive health and family planning. Lancet 2012; 380(9837):165-71.
62. Osotimehin B. Family planning saves lives, yet investments falter. Lancet 2012; 380(9837):82-3.
63. Evans T. Value for money assessment: Community-based midwifery diploma program. Washington DC: The World Bank, 2013.
64. Homer CS, Matha D V, Jordan LG, et al. Community-based continuity of midwifery care versus standard hospital care: A cost analysis. Aust Heal Rev 2001; 24(1):85-93.
65. Alkema L, Kantorova V, Menozzi C, Biddlecom A. National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and unmet need for family planning between 1990 and 2015: A systematic and comprehensive analysis. Lancet 2013; 381(9878):1642-52.
66. Family Planning 2020. London Summit on Family Planning, Overview, 2012. Available from: http://www.familyplanning2020.org/images/content/old_site_files/London-Summit-Family-PlanningOverview_V1-14June.pdf (accessed Mar 31, 2014).
67. High Level Task Force ICPD. Framework of actions for the follow-up to the programme of action of the International Conference on Population and Development beyond 2014. New York: UNFPA, 2014.
68. WHO. Optimize MNH. WHO recommendations for optimizing health workers roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting. Geneva: World Health Organization, 2012.
69. ICM. Global standards for midwifery education 2010 (amended 2013). The Hague: International Confederation of Midwives, 2013.
70. WHO. Global recommendations for the retention of health workers. Geneva: World Health Organization, 2010.
71. Friedman HS. How much does it cost to educate midwives? 2011. Available from: http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/background_papers/21_FriedmanH_EducationCosts.PDF (accessed Mar 31, 2014).
72. International Confederation of Midwives: Vision and mission. Available from: <http://www.internationalmidwives.org/who-we-are/vision-mission/> (accessed Mar 31, 2014).
73. International Federation of Gynecology and Obstetrics: Mission and vision statement. Available from: <http://www.ifo.org/about/mission> (accessed Mar 31, 2014).
74. International Pediatric Association: Mission and objectives. Available from <http://www.ipa-world.org/page.php?id=141> (accessed Mar 31, 2014).
75. International Council of Nurses: Our mission. Available from: <http://www.icn.ch/about-icn/icns-mission/> (accessed Mar 31, 2014).
76. UNFPA. State of the world's midwifery 2011: Delivering health, saving lives. New York: United Nations Population Fund, 2011.
77. Lawn JE, Kinney M. Stillbirths: An executive summary for The Lancet's series. Lancet 2011. Available from: <http://download.thelancet.com/latcontentassets/series/stillbirths.pdf> (accessed Mar 31, 2014).
78. UNAIDS. Countdown to zero: Global plan towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, 2011.
79. WHO. Nutrition: Global targets 2025. Available from: http://www.who.int/nutrition/topics/nutrition_globaltargets2025/en/ (accessed Mar 31, 2014).
80. UNICEF. Committing to child survival: A promise renewed. New York: United Nations Children's Fund, 2012.
81. WHO, UNFPA, USAID, MHTF, MCHIP, EPMM Working Group. Targets and strategies for ending preventable maternal mortality: Consensus statement of the Bangkok Consultation on Targets and Strategies for Ending Preventable Maternal Mortality (EPMM), April 2014.
82. Provisional Agenda Item A67/21. Every newborn: An action plan to end preventable deaths. Sixty-seventh World Health Assembly, Geneva, 2 May 2014. Geneva: World Health Organization, 2011.
83. Speybroeck N, Kinfu Y, Poz MRD, Evans DB. Reassessing the relationship between human resources for health, intervention coverage and health outcomes. Geneva: World Health Organization, 2006.

附录 1: 词汇

可接受性(卫生服务的): 衡量获得健康的权利的一个维度, 要求所有的卫生设施, 物品和服务必须尊重医学伦理和人文要求, 并对性别和生命周期的需求敏感[1]。

可接受性(卫生保健人员的): 医疗卫生人员有尊严地对待每一个人, 增进了人们对医疗卫生人员之间的信任, 并提升人们对卫生服务需求的特征和能力[2]。

可达性(卫生服务的): 衡量获得健康的权利的一个维度, 要求在党和政府管辖的区域内每个人都可以获得卫生设施, 物品和服务。可达性有四个交叉的方面: 非歧视性; 物质的可达性; 经济上的可达性(可支付性)和信息上的可达性[1]。

可达性(卫生保健人员的): 公平地获得卫生保健人员, 包括: 在外出时间和转运期间, 营业时间和相应考勤时间内, 基础设施是否为残疾人可用的, 转诊机制和卫生服务正式和非正式的, 直接和间接的收费[2]。

资格认证: 确认新开设的, 发展中的和已有的教育和培训课程教育质量的程序。通常由同行/第三方来审查已有的标准/结果 [3]。

协会(或学会): 有组织的团体, 其成员从事共同的专业实践, 分享信息, 职业发展目标, 在职培训, 倡议和其他活动。通常保卫同行业和专业人员的利益, 但并不是一个联盟。

辅助助产士: 协助提供孕产妇和新生儿护理的卫生保健人员, 尤其在分娩时, 拥有一定的助产能力, 但并非是一个完全有资格或经过认证的助产士。在最新的国际标准职业分类(ISCO-08)中, 被称为助产相关专业技术人员[4]。

辅助助产护士: 协助提供孕产妇和新生儿护理的卫生保健人员, 尤其是在分娩过程中但也在产前和产后, 拥有一定的助产能力, 但并非是一个完全有资格或经过认证的助产护士。

可达性(卫生服务的): 衡量获得健康权利的一个维度, 要求有可使用的公共卫生设施和卫生保健设施, 物品和服务, 和足够数量的服务项目[1]。

可达性(卫生保健人员的): 有充足的卫生保健人员的供给和储备, 具备与人们卫生保健需求相一致的相关能力和技术混合[2]。

社区卫生保健人员(CHW): 根据世界卫生组织的定义, 任职于社区的卫生保健人员应该是其工作社区的成员, 由社区筛选, 对其在社区内的活动负责, 获得医疗体系的支持但并非组织的必

须部分, 并且比专业工作人员培训时间短[5]。

委员会, 董事会, 决策者或决策组织:

在监督其专业行为和保证其职业道德的前提下, 负责专业人员注册、认证和授权的管理机构。通常负责教育机构和课程的授权, 有时与政府或其他部门合作。可能是政府主导的或专业人员主导的, 通常维护病人的利益。

效率: 在既定投入下获得最大产出的能力[6]。

基础性的急诊产科和新生儿保健设施(B-EmONC): 可以提供孕产妇和新生儿卫生保健服务的外部卫生设施, 在过去的三个月实施了所有基本的七项主要功能: 注射用抗生素, 抗痉挛药, 缩宫素, 人工剥离胎盘术, 真空吸引清宫, 使用吸引器助娩以及使用面具进行新生儿复苏。职能包括: 使有并发症的产妇和新生儿在转运至高级医疗机构前和转运过程中保持稳定状态[7]。

综合性的急诊产科和新生儿保健设施(C-EmONC): 可以提供孕产妇和新生儿卫生保健服务的外部卫生设施, 在过去的三个月实施了所有的七项B-EmONC的主要功能再加上两项额外的主要功能: 急诊手术(剖腹产手术)和安全的输血(也包括高级新生儿复苏)[7]。

公平(医疗卫生方面): 人或社会, 经济状况, 人口统计学或地理位置上定义人群, 在获得卫生保健和促进健康的环境, 得到一个或多个方面的治疗[6]等卫生权利地位上不存在系统的、潜在的差异。

认证: 一般指授予个体相应证书, 使其从事特定的卫生保健专业。许多国际不区分认证和注册(见下方的定义)且两者都可能是部分的/暂时的/有条件的适用于某些情况的(例如, 一些国家最新经过资格认证的专业人士)[3]。

联合国千年发展目标(MDG): 各国领袖们在2000年的联合国千禧年峰会上采纳了8大联合国千年发展计划, 包含了在2015年之前实现公平发展的全球目标。MDG 4是把5岁以下儿童死亡率比1990年降低三分之二。MDG 5是在2015年前使产妇死亡率比1990年降低四分之一(Target 5A), 提高孕妇保健水平。由熟练的医疗卫生专业人员接生的比例被作为该目标的官方指标。2005年国际社会又增加了MDG 5 (Target 5B)的第二个目标: 2015年之前实现生殖健康的普及。MDG 6是与HIV/AIDS, 肺结核, 疟疾和其他传染病做斗争[8]。

孕产妇和新生儿健康(MNH): 女性在妊娠, 生产, 分娩和产后期间的健康, 以及胎儿在分娩时和刚出生几小时或几天内的健康和生存状况, 期间新生儿最需要接生员专业的照顾(特殊情况下由新生儿专家照顾)。该实用性的定义将初生儿健康与新生儿的健康进行了区分, 新生儿时间从刚出生延续到出生后四周, 并且与H4+(联合国艾滋病规划署UNAIDS, 联合国妇女署UN Women, 世界卫生组织WHO, 联合国人口基金会UNFPA, 联合国儿童基金会UNICEF 和世界银行 the World Bank)的说法相一致。

助产士: 本报告中使用的“助产士”包含了那些经过教育而承担起助产士的角色和责任的健康专业人士, 不论其教育途径为直接型的还是基础护理教育后再接受助产教育型的。

该定义与国际助产联盟和国际护士协会的推荐和职业说明相一致。

国际助产联盟定义助产士为: 准许进入助产学教育课程, 定期得到其国家的认可: 成功完成了基于ICM基础助产学实践基本能力要求和ICM助产教育全球标准框架的助产规定课程, 拥有注册或法律认证所需的从业资质且使用“助产士”头衔, 并且在助产的实践中能够证明自己能力的人员[9]。

助产: 包含在妊娠前, 妊娠期, 分娩期和产后阶段给妇女和新生儿提供支持和照顾的卫生服务和卫生保健人员。

它包括: 旨在预防妊娠过程中的健康问题, 及时识别异常状况, 必要时获得医疗援助, 以及在缺少医疗救援时实施紧急救治等[10]。

助产人员: 卫生保健专业人士, 其基本职能包括: 为处于妊娠、分娩, 以及产后照顾阶段的女性和母亲和新生儿提供医疗卫生服务。定义包含了助产士和其他能够胜任助产实践的人员, 如助产护士和有相关能力的医生(在一些国家还包括辅助助产护士)。这些专业人士也被称作熟练的接生员[11]。

助产士主导产科: 由助产士就职和管理的分娩中心[12]。

最低福利保障: 在本报告的背景下, 指一系列政府承诺全民免费

可得的卫生保健服务。同样可以被称为基本卫生保健计划, 在低收入国家由在初级和/或二级卫生保健机构提供的有限的公共卫生保健和临床卫生服务[13]。

助产护士: 在其国家经过合法认证和注册从事护理和助产全部范围工作的人员[14]。

质量(卫生保健服务的): 衡量获得健康的权利的一个维度, 要求卫生设施, 物品和服务必须符合科学和医学规范并且有高的质量[1]。

质量(卫生保健人员的): 根据专业规范和服务对象的感知评定的卫生保健人员的能力, 技术, 知识和行为[2]。

注册: 一般指从公认的课程中毕业后, 经由专业监管机构认证注册的过程。很多国家不区分注册和认证但是一些国家区分, 并且从业的认证可能是由单独的部门签发的, 尤其是在一些该程序没有实现全国统一管理的国家。认证和注册在一些情况下可能都是局部的/暂时的/有条件的(如, 一些国家新近得到资格认证的专业人员)[3]。

管理: 根据法律, 政策和标准, 以及道德伦理控制专业实践。可以应用于教育, 实践, 行业的管理, 职业的发展等。

性生殖-母婴保健(SRMNH): 在连续护理中, 通过信息, 教育和咨询提供的关于性行为, 产前, 安全分娩和产后的护理的卫生保健服务, 如国际人口与发展大会上行为纲领中的定义[15]。

熟练的接生员: WHO定义的官方认可的卫生从业人员, 如助产士, 医生或护士, 经过教育和培训而熟练掌握对正常的(不复杂的)妊娠, 分娩和产后的处理, 对妇女和新生儿的并发症进行鉴别, 处理和转诊的技术人员[16]。

技术: 通过培训学到的或者由经验获得的执行特定操作或任务的能力, 通常与个体的工作或技术相关, 尤其是需要使用手或身体操作的。

联盟: 一种专业协会的形式, 包括一种类型以上的卫生保健人员, 通常独立于政府。其目的为维护工作人员的利益。在一些国家专业协会也被称为联盟。

弱勢的: 弱势群体, 通常为女性, 儿童和老年人, 与贫穷联系在一起, 但是在人们在被孤立, 不安全以及面对危险时抵抗无力, 镇静或压力状态下也会表现出脆弱 [17]。

参考文献

1. United Nations Committee on Economic Social and Cultural Rights. CESCR General Comment No. 14: The right to the highest attainable standard of health (Art. 12). New York: United Nations, 2000. Available from: <http://www.unhcr.org/refworld/pdfid/4538838d0.pdf> (accessed Mar 31, 2014).
2. Campbell J, Dussault G, Buchan J, et al. A universal truth: No health without a workforce. Forum report, Third Global Forum on Human Resources for Health (Recife, Brazil). Geneva: Global Health Workforce Alliance and World Health Organization, 2013.
3. Mckimm J, Newton PM, Silva A Da, et al. Accreditation of healthcare professional education programs: A review of international trends and current approaches in Pacific Island countries. Sydney: Human Resources for Health Knowledge Hub, University of New South Wales, 2013.
4. WHO. Classifying health workers: Mapping occupations to the international standard classification. Geneva: World Health Organization, 2011. Available from: http://www.who.int/hrh/statistics/Health_workers_classification.pdf (accessed Mar 31, 2014).
5. WHO. Strengthening the performance of community health workers in primary health care: A report from a WHO study group. Geneva: World Health Organization, 1989.
6. WHO. Health Systems Strengthening: Glossary. Geneva: World Health Organization, 2012. Available from: http://www.who.int/healthsystems/hss_glossary/en/index.html (accessed Mar 31, 2014).
7. WHO, UNFPA, UNICEF, AMDD. Monitoring emergency obstetric care: A handbook. Geneva: World Health Organization, 2009.
8. UN General Assembly. Res/55/2: United Nations Millennium Declaration. New York: UNGA, 2000. Available from: <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf> (accessed 31 Mar, 2014).
9. ICM. ICM International Definition of the Midwife (Revised June 2011). The Hague: International Confederation of Midwives, 2011.
10. WHO. Midwifery. Geneva: World Health Organization, 2013. Available from: <http://www.who.int/topics/midwifery/en/> (accessed Mar 31, 2014).
11. Pettersson KO, Sherratt D, Moyo N. Midwifery in the Community: Lessons Learned. 1st International Forum on Midwifery in the Community. Hammamet, Tunisia: ICM, UNFPA, WHO, 2006.
12. Walsh D, Devane D. A metasynthesis of midwife-led care. *Qual Health Res* 2012; 22(7):897–910.
13. WHO. Essential Health Packages: What are they for? What do they change? WHO Service Delivery Seminar Series. DRAFT Technical Brief No. 2, 3 July 2008. Geneva: World Health Organization, 2008.
14. ICN. Nature and scope of practice of nurse-midwives. Position Statement. Geneva: International Council of Nurses, 2007.
15. UNFPA. Programme of action. Adopted at the international conference of population and development, Cairo, 5-13 September 1994. United Nations Population Fund, 2004.
16. WHO, ICM, FIGO. Making pregnancy safer: The critical role of the skilled attendant. Joint statement by WHO, ICM and FIGO. World Health Organization: Geneva, 2004.
17. WHO. Vulnerable groups. Geneva: World Health Organization, 2014. Available from http://www.who.int/environmental_health_emergencies/vulnerable_groups/en/ (accessed Mar 31, 2014).

附录 2: 研究方法

本附录描述了SoWMy 2014的研究设计和实施。

ICM, UNFPA和WHO合作完成了SoWMy 2014 报告的发展和发布, UNFPA和WHO合起来代表H4+代理处(UNAIDS, UNFPA, UNICEF, UN Women, the World Bank and WHO)。

ICS Integrare, UNFPA的一个执行合作伙伴, 完成了报告的调查, 成文, 成果展示和发表, 其中调查工作得到了南安普敦大学(英国)和悉尼科技大学(澳大利亚)的支持。梅尔曼公共卫生学院的“避免孕产妇死亡和残疾”的项目, ICM国际助产联盟, 美国约翰霍普金斯大学分校Jhpiego, 世界银行和世界卫生组织提供了额外的技术支持。

研究方法

总体设计

原始数据收集有两条路线:

- (1) 给75个国家中的每一个国家分发一份自填式问卷用于收集指定项目的数据资料;
- (2) 由国内利益相关者和专家组成全天的审议研讨会, 建议75个国家共同举办一次研讨会。

自填式问卷的目的是得到和助产人员及SRMNH服务关键问题上的数据资料。该问卷基于2011年报告使用的问卷, 对一些关键问题的重复可以分析参加了两年的研究的58个国家的变化情况。根据2011年研究中得到的经验进行修订, 对助产人员的规模, 结构, 以及教育, 监管和协会, 卫生服务基础设施等关键问题给予了重点关注。

研讨会的目的是让国内利益相关者和专家对实现SRMNH服务的有效覆盖过程中面临的障碍进行识别, 并且通过质性研究数据收集识别成功事件和将来的战略以找到可能的解决办法。

伦理支持

该研究得到了南安普敦大学伦理委员会的伦理支持。还特别注意确保参与者对参加研讨会的知情同意, 在参加研讨会后, 还要采取措施以避免参加研讨会带来的不利的结果, 如: 不进行录音或录像, 让参与者签订“查塔姆宫规则”, 并且在报告向研究小组提交前先让参与者们审查。参与了自填式问卷调查的人员需要声明在最终的报告中是否愿意公开他们信息。

数据收集: 自填式问卷

问卷通过核心调查小组和核心小组的成员反复修改而来, 参考了国际政策文件和研究结果和分析框架。需求信息权衡了应答者对过程可控的需求。

原版英文问卷也被同时翻译成了法文和西班牙文。

UNFPA和WHO把自填式问卷和研讨会指南发给了75个国家的国家代表, 并且在每个国家都任命了一名带头的助产/ SRMNH技术顾问作为每个国家的中心成员。中心人员同来自卫生部和教育部, 专业协会, H4+代理和其他相关利益部门的人员一同工作, 完成问卷调查。每一个参与者在问卷上注明姓名, 但是可以选择在最终的报告中匿名。

该问卷的英文, 法文和西班牙语版同样可以在网上获得, 调查者可以在网上填写并且直接提交至分析团队。一旦问卷使用者提交了答案, 系统立即生成PDF文件形式, 允许参与者检查核对他们提交的数据。参与者可以在填写问卷过程中使用多语言服务平台。

数据收集: 审议研讨会

世界卫生组织和联合国人口基金会中心同样配合卫生部召集并举办了政策研讨会。要求每场研讨会邀请到多达25位参与人员, 参与人员挑选则根据他们对助产/ SRMNH服务的知识和专长情况以及对政策对话的潜在贡献。实际上, 参与者包括卫生部, 教育部, H4+代理, 专业协会, 民间团体, 学术界, 私人部门, 妇女和消费者群体以及国会议员等各界代表。每一场研讨会任命一名记录员, 负责对研讨会做一些细节的记录。研讨会遵循了“查塔姆宫规则”, 参与者要求不要把研讨会中的评论归为个人观点。

为各国中心成员提供了研讨会“协助者手册”, 包含了成文指导, 邀请函模板, 参与者知情同意表和报告模板。

数据收集: 二手数据

从已经出版的资料中收集关于人口, 人口统计资料, 流行病学和卫生保健服务现状等二手数据来报告有效覆盖(见附录3和4)并对人口, 育龄期妇女, 青少年和活产(见附录6)的行政区的分布进行绘制。

数据分析和报告

核心小组的成员分析了完整的定性的和定量的数据资料。分析的主要主题范围包括: 国家人员结构名称和ISCO分类的结合; 当前的政策环境; 教育; EmONC计划和实际的差距; 卫生人员的可用性和对实现UHC的预测; 加强管理和专业协会建设; 广泛的视角; 2011年以来政策上采取的行动; 薪金; 研讨会报告。为了让核心小组展示并讨论其各自的发现, 数据分析研讨会于2014年3月在日内瓦举办。这些即时的发现显示了本报告的发展及其主要的信息。

“没有医护人员，健康干预就无法实施”[1]

卫生人力资源的预测是政治决策所必须考虑的[2]。这篇文章的主旨在WHO卫生政策与体系研究的框架内，提出了“定向的”和“修正的”方案。[3] 这些方案可以促成国家间关于“在不久将来采取何种行动来保证达到长远目标”的政治对话与决议[2]。这些方案的一个关键要素是要对卫生人力资源与卫生人力资源市场有更详尽的分析和调查，以解释人口统计学方面的、经济学方面的、卫生服务方面的变化[4]

性生殖-母婴健康（SRMNH）照护[5]的46项基础干预措施有效覆盖模型的方法学知识参照了已发表论文、来自世界银行、WHO等的工具及指南等，报道基于需求的人力资源计划。[4,6-15]。结论是“满足需求”的简单呈现。这里的结论是统筹各国需求的速成结果。

“满足需求”指的是：在考虑到助产人力资源结构、效率、实际工作时间的情况下，母婴享受基础性生殖-母婴健康（SRMNH）福利的潜在百分比。* 在现况下，这个福利至少包括46项基础干预。计算方式如下：

助产人力资源可提供的基础性生殖-母婴健康（SRMNH）服务量(用工作小时数表示)

母婴所需的基础性生殖-母婴健康（SRMNH）服务量(用工作小时数表示) X 100

上述模型-有效覆盖模型（EcoMod）-是全民卫生覆盖的人力资源计划中测评方案与促进决策多元化的工具 [16,17]。对于这73提供报告数据的国家来说，ECoMod 用于 2012~2030年间每年46项基础干预需求的基线创建与前景预测，此模型使用了各国的自我报告数据（通过世界助产报告（SoWMy）2014年的调研收集得到）、已出版的关于人口数量、人口统计学、流行病学、卫生服务的二次数据资源，见附录4。如果数据缺失或不清楚时，则采用基于证据的假设进行模型的计算（见附录5）。我们可以在单独的“工作报告”里获得完整说明 [18]。

此模型计算内容：

1. 基于母婴需求上的、为达成母婴性生殖-母婴健康（SRMNH）46项基础干预百分百覆盖所需每年的性生殖-母婴健康（SRMNH）人力资源。
2. 年度可得且有能提供干预的性生殖-母婴健康（SRMNH）人力资源量；
3. 未满足母婴性生殖-母婴健康（SRMNH）服务的年度人力资源缺口。
4. 为“满足需求”提出的方案与政策所产生的影响。

* 正如专业词汇中所定义的，包括了与助产/护理相关人员、助产/护理人员、全科医生和医疗助理、临床医生（全科医生）、以及产科医生/妇科医生。

1. 预测人力资源需求量 (2012-2030)

这个数字模型采用“以服务对象为中心进行调整”的方法。该模型使用步骤如下：

- a. 确定母婴所需性生殖-母婴健康（SRMNH）服务数。即具有连续性的46项性生殖-母婴健康（SRMNH）基础干预（包括孕前、产前、分娩、产后健康照护）这46项干预由母婴儿童健康合作伙伴（PMNCH）所提出：这些干预可减少产妇、新生儿及幼儿死亡率；适宜低收入或中等收入国家的分娩，和/或能提供最低限度基础照护的医疗机构；由卫生机构实施接生[5]。
- b. 量化每个卫生保健服务的年度需要量。此模型预测在全民覆盖的前提下（100%的需求），每年实施每项基础干预接触的人员总数。全民覆盖的预估基于一些核心人口统计学变量（如对城市/乡村或下属行政区育龄期妇女数量、孕妇数量、活产数量随时间的预测。）同时基于各国在与基础干预措施相关的发病率/患病率可得数据之上。
- c. 将年度需求量转化为工作时间与工作量等指标。性生殖-母婴健康（SRMNH）工作者提供每一项基础干预所需的平均时间的数据从OneHealth工具 [19]获得。平均时间数乘以总人数和连续照护的项目数就得到达到全民覆盖总的工作时间（就是人力资源需求数）

2. 评估人力资源的可得性 (2012-2030)

接下来这个模型计算了2012~2030年。性生殖-母婴健康（SRMNH）人力资源的可得性，并与第一部分中计算的人力资源需求量相对比。此模型参照了世界助产报告（SoWMy）2014年的调查数据。举个例子：如果一个国家的数据显示了“未知”，那么这个数据不是从WHO全球卫生观察站得来，就是由模型假设所默认。由以下三个步骤完成完成：

- a. 确定各性生殖-母婴健康（SRMNH）骨干在基线年份（2012年）所拥有的人员数量及年龄分布。世界助产报告（SoWMy）2014年度要求的一些关于性生殖-母婴健康（SRMNH）人力资源构成、角色及年龄的具体信息。这些数据被输入模型。
- b. 预测2013-2030年随着时间产生的变化。模型采用人力资源“储备和流失”标准逻辑。[4,20,21]。运用了先进的数学仿真程序计算每年真正从事性生殖-母婴健康（SRMNH）服务的工作人员(全职等效，即FTEs)净数量。

这个仿真程序解释了年度流失量(包括辞职、死亡与退休)与年度进入量(来源于参与工作的应届毕业生)计算的。然后每个机构可得的全职员工数再除以总的工作时间数。

- c. 将可得工时总数转化为基础干预的供应量。WHO提出的指导方针(OneHealth and Optimize for MNH [22]) 提供了基于循证的基础干预的性生殖-母婴健康(SRMNH)人力资源的能力与角色分析。这些基于循证的指南并不能反映国家与国际上任务分配的多样性,但适用于全球性的预测。每个机构的任务分配都参照了有序的边际时间分配程序:
1. 在基于WHO在综合性卫生人力资源(从社区到初级及专家骨干)的角色和胜任力基础之上,性生殖-母婴健康(SRMNH)骨干根据1~46项基础干预分类。
 2. 每个骨干分类(1-46)的年工作时数是在边际时间的基础上进行分配的,以满足完成基础干预的所需时间。这些干预措施是这个机构被授权并且有能力完成的。这一工作被安排在48小时内*,从首次计划生育干预开始,至末次产后干预。这种分配过程是反复进行的。当分配好第一轮时间段后,分配工作就不断展开,从首次干涉开始,至满足所需工时或此机构可用工时已分配完毕为止。
 3. 为满足前一个骨干分配的工时数供不应求,另外一些骨干工时数会被分配给前一位。至关重要,每个骨干工时的分配应按其

的角色和胜任力高低而增减。事实上,这意味着即使一个全科医师(GP)能够提供计划生育服务,但是如果前一序列骨干(如助产士)的工时已经花费,全科医师才会分配到此项干预的工时。

上文所述的工时分配的过程建立在经济上的“生产效率”[23]原则上。这种经济原则在优化4个母婴健康(MNH)指南中被采纳,并用来促进与骨干的教育、执业许可、胜任力相关的干预在整体卫生人力资源中分配。其次,这个过程提出了了在性生殖-母婴健康(SRMNH)基础干预分配过程中,没有主次之分的假设,即:对每个干预都分配均等。

3. 预测人力资源的过剩量/缺口量(2012-2030)

第三步是一个简单的计算。即计算自2012至2030年间,每年在为母婴提供的性生殖-母婴健康(SRMNH)服务的可能出现工时缺口就是所需工时与可得工时间的差异。

4. 可选的方案与政治选择

在最后部分,模型用以检测方案,并鼓励全民卫生覆盖的人力资源计划中测评方案与促进决策多元化。我们提出了四种方案以探讨供选择决策的可能影响: 1) 推进计划生育以减少每年怀孕与分娩数; 2) 至2020年增加专业毕业生数量; 3) 提高目前人力资源的效率; 4) 目前人力资源辞职率降低50%。各方案对可得工时的影响与满足需求后人力资源增加量即被计算出来。

* 在理想状况下,用于基础干预的边际时间分配应安排在一小时内。但大量的时间单位分配(48小时)被用以计算效率(除巴西、中国、印度和尼日利亚,因其人口规模庞大,48小时的时间段已被用光)。

参考文献

- Speybroeck N, Ebener S, Sousa A, et al. Inequality in access to human resources for health: Measurement issues. Background paper for World health report 2006. Geneva: World Health Organization, 2006.
- WHO. Models and tools for health workforce planning and projections. Human Resources for Health Observer, 3. Geneva: World Health Organization, 2010.
- WHO. Strategy on health policy and systems research: Changing mindsets. Geneva: World Health Organization, 2010.
- Ono T, Lafortune G, Schoenstein M. Health workforce planning in OECD countries: A review of 26 projection models from 18 countries. OECD Health Working Papers, No. 62. Paris: OECD, 2013. Available from: <http://www.oecd-ilibrary.org/docserver/download/5k44t787zcbw.pdf?expires=1372852424&id=id&accname=guest&checksum=BF154C76769B3743407416DA862090BF> (accessed Mar 31, 2014).
- PMNCH. A global review of the key interventions related to reproductive, maternal, newborn and child health (RMNCH). Geneva: Partnership for Maternal, Newborn and Child Health, 2011.
- Soucat A, Scheffler R, Gebreyesus TA, editors. The labor market for health workers in Africa. A new look at the crisis. Washington DC: World Bank, 2013. Available from: <http://elibrary.worldbank.org/content/book/9780821395554> (accessed Aug 11, 2013).
- cheffler R, Fulton B. Needs-based estimates for the health workforce. In: Soucat A, Scheffler R, Gebreyesus TA, editors. The labor market for health workers in Africa: A new look at the crisis. Washington DC: World Bank, 2013. Available from: <http://elibrary.worldbank.org/content/book/9780821395554> (accessed Aug 11, 2013).
- Dreesch N, Dolea C, Dal Poz MR, et al. An approach to estimating human resource requirements to achieve the Millennium Development Goals. *Health Affairs* 2005; 24(5):267-76.
- WHO. Estimating the cost of scaling-up maternal and newborn health interventions to reach universal coverage: Methodology and assumptions. Technical working paper. Geneva: World Health Organization, 2005.
- Segal L, Dalziel K, Bolton T. A workforce model to support the adoption of best practice care in chronic diseases — a missing piece in clinical guideline implementation. *Implement Sci* 2008; 3:35.
- Segal L, Robertson I. Allied health services planning: Framework for chronic diseases, Working Paper No. 148. Melbourne: Monash University, Centre for Health Economics, 2004. Available from: <http://www.buseco.monash.edu.au/centres/che/pubs/wp148.pdf> (accessed on Mar 31, 2014).
- Segal L, Leach MJ. An evidence-based health workforce model for primary and community care. *Implement Sci* 2011; 6(1):93.
- Kurowski C, Wyss K, Abdulla S, Mills A. Scaling up priority health interventions in Tanzania: The human resources challenge. *Health Policy Plan* 2007; 22(3):113-27.
- Kurowski C, Mills A. Estimating human resource requirements for scaling up priority health interventions in low-income countries of sub-Saharan Africa: A methodology based on service quantity, tasks and productivity (the QTP methodology). Report No. HEFP-01/06-2006. 2006. Available from: http://www.who.int/hq/whp/whd/healthcfin/kp/wp01_06.pdf (accessed on Mar 31, 2014).
- Dussault G, Buchan J, Sermeus W, Padaiga Z. Assessing future health workforce needs. Brussels: WHO Regional Office for Europe; 2010. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/124417/e94295.pdf (accessed on Mar 31, 2014).
- Baltussen R, Niessen L. Priority setting of health interventions: The need for multi-criteria decision analysis. *Cost Eff Resour Alloc* 2006; 4:14.
- Tromp N, Baltussen R. Mapping of multiple criteria for priority setting of health interventions: An aid for decision makers. *BMC Health Serv Res* 2012; 12(1):454.
- ICS Integrare. Effective coverage modelling — ECoModTM: Methodology paper for the State of the world's midwifery 2014. Barcelona: Instituto de Cooperación Social Integrare, 2014.
- Futures Institute. OneHealth model: Intervention treatment assumptions. Glastonbury, CA: Futures Institute, 2013. Available from: <http://futuresinstitute.org/Download/Spectrum/Manuals/Intervention Assumptions 2013 9 28.pdf> (accessed on Mar 31, 2014).
- WHO. World health report 2006: Working together for health. Geneva: World Health Organization, 2006.
- Birch S, Kephart G, Tomblin-Murphy G, et al. Human resources health: A needs-based analytical framework. *Can Public Policy* 2007; 33(1):1-16.
- WHO. Optimize MNH. WHO recommendations for optimizing health workers roles to improve access to key maternal and newborn health interventions through task shifting. Geneva: World Health Organization, 2012.
- Palmer S, Torgerson D. Economics notes: Definitions of efficiency. *BMJ* 1999; 318:1136.

附录 4: 评估母婴对 46 项基础干预的需求量

基础干预 性生殖-母婴健康 (SRMNH)	需求 (定义为一个卫生保健工作者按人口需求接触的数目)	数据需求与来源
孕前		
1. 计划生育建议	全部15-49岁女性育龄期妇女(WRA), 一年一个	指标: 育龄期妇女 (WRA) 的数字(2012-2030). 来源: United Nations population database, medium fertility, 2012 revision (取自: http://esa.un.org/wpp/unpp/panel_indicators.htm).
2. 讲授计划生育方法	全部育龄期妇女 (WRA) 使用以下避孕方法之一: 避孕套/ 口服避孕药/注射避孕药/ 宫内节育器/ 女性绝育手术. 每年每种方法需求的定义为: 1. 避孕套的需求量 (年) = 育龄期妇女 (WRA) (年) x (避孕套使用率 (CPR) + 未满足需求) x 避孕套混合使用 x 3. 2. 口服避孕药/注射避孕药需求量 (年) = 育龄期妇女 (WRA) (年) x (避孕套使用率 (CPR) + 未满足需求) x 混合使用 (口服药品+注射药品) x 3. 3. 宫内节育器需求量 = [育龄期妇女 (WRA) (年) x (避孕套使用率 (CPR) + 未满足需求) x 宫内避孕器混合使用] / 5. 4. 女性绝育手术需求量 (年) = [育龄期妇女 (WRA) (年) - 育龄期妇女 (WRA) (年-1)] x (避孕套使用率 (CPR) + 未满足需求) x 绝育混合方案.	指标: 避孕套使用率 (CPR) (最新可得数据) 来源: WHO Global Health Observatory (取自: http://apps.who.int/gho/data/node.main.531?lang=en). 指标: 计划生育未满足的需求量. 来源: United Nations Statistics Division, Millennium Development Goals Indicators (latest year available); WHO Global Health Observatory (latest year available) (取自 http://unstats.un.org/UNSD/MDG/Data.aspx); DHS StatCompiler (取自: http://www.statcompiler.com/); Partnership in Action 2012-2013 Report (取自: http://www.familyplanning2020.org/images/content/documents/FP2020_Partnership_in_Action_2012-2013.pdf); Angola, Botswana: Alkema L, Kantorova V, Menozzi C, Biddlecom A. National, regional, and global rates and trends in contraceptive prevalence and 指标: 避孕套的使用率 (CPR) . 来源: Seiber E, Bertrand J, Sullivan T. Changes in contraceptive method mix in developing countries. <i>International Family Planning Perspectives</i> 2007; 33(3). (取自: http://www.guttmacher.org/pubs/journals/3311707.pdf). 注释: 这个来源我们仅用了关于以下方法的信息: 宫内节育器/口服避孕药/注射避孕药/避孕套/女性绝育手术.植入法显然没有包括在方法内.因为它在各国使用率都不到四分之一.
3a.所有育龄期妇女 (WRA) 中性传播疾病 (STIs) 病与艾滋病的预防和管理: 预防性传播疾病 (STIs) 与艾滋病	所有 育龄期妇女 (WRA), 一年一次	指标: 育龄期妇女 (WRA) 的数字(2012-2030). 来源: United Nations population database, 2012 revision (取自: http://esa.un.org/wpp/unpp/panel_indicators.htm).
3b.所有育龄期妇女 (WRA) 性传播疾病 (STIs) 与艾滋病的预防和治疗: 性传播疾病 (STIs) 的治疗	所有感染梅毒、淋病、生殖道衣原体或滴虫的育龄期妇女 (WRA). 每年计算公式如下: 1. 对梅毒治疗的需求 (年) = 育龄期妇女 (WRA) (年) x 梅毒发生率. 2. 对淋病治疗的需求 (年) = 育龄期妇女 (WRA) (年) x 淋病发生率. 3. 对生殖道衣原体感染治疗的需求 (年) = 育龄期妇女 (WRA) (年) x 生殖道衣原体感染发生率. 4. 对滴虫感染治疗的需求 (年) = 育龄期妇女	指标: 育龄期妇女 (WRA) 中性传播疾病 (STIs) 的发生率 来源: WHO. Global incidence of selected curable sexually transmitted infections by region. Geneva: WHO, 2008 (取自: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75181/1/9789241503839_eng.pdf?ua=1).
3c. 所有育龄期妇女 (WRA) 性传播疾病 (STIs) 与艾滋病的预防和治疗: 艾滋病的治疗	育龄期妇女 (WRA) 对逆转录病毒治疗 (ART) 的需求, 计算方法如下: 2012年所有需要ART的育龄期妇女 (WRA) / 2012年育龄期妇女 (WRA) 总数 x 育龄期妇女 (WRA) (年).	指标: 需要逆转录病毒治疗 (ART) 的育龄期妇女 (WRA) 百分比 (需要逆转录病毒治疗 (ART) 的成人数量 x 艾滋病阳性成年妇女的百分比). 来源: Number of adults needing ART (取自: http://www.unaids.org/en/data-analysis/datatools/aidsinfo/); some countries' individual sources; % of HIV positive adults who are women (number of female adults who are HIV positive / number of all adults who are HIV positive) from UNAIDS AIDSinfo database (取自: http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/aidsinfo/); some countries' individual sources
4. 叶酸强化/补充	所有 育龄期妇女 (WRA), 一年一次	
孕期		
5. 铁剂与叶酸补充	所有怀孕妇女 (PW), 一年一次	
6. 破伤风疫苗	所有怀孕妇女 (PW), 一年一次	
7a. 运用杀虫剂、蚊帐和抗疟疾药预防和治疗疟疾: 预防n	身处疟疾高发地区的所有怀孕妇女 (PW), 计算方法如下: 预防疟疾的需求量(年) = 怀孕妇女 (PW) (年) x 生活在疟疾高发地区的人口百分比。	指标: 生活在疟疾高发区的人口百分比 / 总人口, 如居住在高危地区的人口数目不可知, 则用曾居住在高危地区的人口数目。 来源: WHO. Annex 6A of the World Malaria Report 2013. Geneva: WHO, 2013 (取自: http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2013/en/).

ANC=产前保健 ART=逆转录病毒治疗; CPR=避孕套使用率; IUD=宫内节育器; PMTCT=预防艾滋病母婴传播;

pPROM=胎膜早破; PW=怀孕妇女; STIs= 性传播感染; WRA=育龄期妇女

附录 4: 评估母婴对 46 项基础干预的需求量 (接上文)

基础干预 性生殖-母婴健康 (SRMNH)	需求 (定义为 1 名卫生保健工作者每天人口 需求接触的人员数目)	需求数据与来源
孕期 (接上文)		
7b. 运用杀虫剂、蚊帐和抗疟疾 药预防和治疗疟疾: 治疗	所有怀疑和确诊疟疾的怀孕妇女 (PW), 计算方法如下: 疟疾治疗需要量(年) = 怀孕妇女 (PW) (年) x 疑似感染和已确诊疟疾病例数.	指标: 疑似感染和已确诊感染疟疾病例数的发生率, (疑似感染和已确诊感染疟疾病例数/联合国人口估算数字). 来源: WHO. Annex 6A of the World Malaria Report 2013. Geneva: WHO, 2013 (取自: http://www.who.int/malaria/publications/world_malaria_report_2013/en/).
8a. 对于性传播疾病的预防和治疗 (作为产前保健 (ANC) 的一部分): 对于 性传播疾病的预防	所有怀孕妇女 (PW), 一年一次	
8b. 对于性传播疾病的预防 和治疗 (作为产前保 健 (ANC) 的一部分): 对于性传播疾病的治疗	所有感染梅毒、淋病、衣原体或滴虫的怀孕妇女 (PW). (梅毒在11b单独列出). 每年的计算公式如下: 1. 对淋病的治疗需求 (年) = 怀孕妇女 (PW) (年) x 淋病发生率. 2. 对生殖道衣原体感染治疗的需求(年) = 怀孕 妇女 (PW) (年) x 生殖道衣原体感染发生 率. 3. 对滴虫感染治疗的需求 (年) = 怀孕妇女 (PW) (年) x 滴虫感染发生率.	指标: 怀孕妇女 (PW) 中性传播疾病感染率. 来源: WHO. Global incidence of selected curable sexually transmitted infections by region. Geneva: WHO, 2008. (取自: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75181/1/9789241503839_eng.pdf?ua=1).
8c. 对于性传播疾病 (STIs) 的预防和治疗 (作为产前保健 (ANC) 的一部分): 艾 滋病的治疗	所有需要抗逆转录病毒治疗 (ART) 来阻止母 婴传播的怀孕妇女 (PW), 计算方法如下: 艾滋病治疗需求量 (年) = % (2012年需要抗逆转录病 毒治疗 (ART) 进行PMTCT的怀孕妇女 (PW) 数 量/2012年怀孕妇女 (PW) 总数) x 怀孕妇女 (PW) (年).	指标: 需要有效抗逆转录病毒治疗 (ART) 治疗预防母婴传播 (PMTCT) 的艾滋病阳性怀孕妇女 (PW) 百分比 来源: For Africa: USAID AIDInfo (取自: http://www.unaids.org/en/data-analysis/datatools/aidsinfo/); For other regions: UNAIDS. Global Report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. (取自: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf); Some countries' individual sources. 注释: <500或<1000的数值, 500和1000的值是分别呈现的; 在数值未知的国家, 计算方法如下: 需要ART治疗预防母婴传播的艾滋病阳性怀孕妇女 (PW) {区域} x (感染艾滋病女性 {国家}/ 感染HIV女性{区域}).
9. 运用钙剂预防妊娠期高血压	所有怀孕妇女 (PW), 一年一次.	
10. 戒烟干预	所有吸烟怀孕妇女 (PW), 计算方法如下: 戒烟干预需求量(y) = 怀孕妇女 (PW) x 15岁以 上女性吸烟率.	指标: 各年龄阶段女性的烟草吸食率 来源: WHO Global Health Observatory (available from: http://apps.who.int/gho/data/node.main.1250?lang=en) 注释: 数据缺失的国家则采用世卫组织各地区的平均值
11a. 梅毒的筛查和治疗: 筛 查	所有怀孕妇女 (PW), 一年一次	
11b. 梅毒的筛查和治疗: 治 疗	所有感染梅毒的怀孕妇女 (PW). 每年的计算 公式如下: 梅毒治疗的需要量 (年) = 怀孕妇女 (PW) (年) x 梅毒发生率.	指标: 怀孕妇女 (PW) 的梅毒发生率. 来源: WHO. Global incidence of selected curable sexually transmitted infections by region. Geneva: WHO, 2008 (取自: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/75181/1/9789241503839_eng.pdf?ua=1).
12+13: 运用抗高血压药 治疗 妊高症(包括运用小剂量 阿司匹林预防子痫)前期	所有血压升高及子痫前期的怀孕妇女 (PW), 计算 方法如下: 需要的降血压药物量 (年) = [育龄期妇女 (WRA) x (子痫前期发生率)] + [活产 数 x (子痫前期发生率)].	指标: 妊娠妇女妊娠期高血压疾病与子痫前期的发生率. 来源: Dolea C, AbouZahr C. Global burden of hypertensive disorders of pregnancy in the year 2000. Evidence and Information for Policy. Geneva: WHO, 2003 (取自: http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_hypertensivedisordersofpregnancy.pdf). 注释: : 参考文献中图表6.1中仅有一半的高血压疾病被考虑列入分析中.
14. 运用硫酸镁治疗子痫	所有患有子痫及子痫前期的怀孕妇女 (PW), 计算方法如下: 硫酸镁的需要量 (年) = 活产数 x (子痫的发生率 + 子痫前期的发生率).	指标: 怀孕妇女 (PW) 中子痫和子痫前期的发生率. 来源: Dolea C, AbouZahr C. Global burden of hypertensive disorders of pregnancy in the year 2000. Evidence and Information for Policy. Geneva: WHO, 2003 (取自: http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_hypertensivedisordersofpregnancy.pdf); Regional rates used according to WHO regions. 注释: 以子痫前期的百分比计算子痫的 发病率, 地区比率取自WHO区域.

(continued)

附录 4: 评估母婴对 46 项基础干预的需求量 (接上文)

基础干预 性生殖-母婴健康 (SRMNH)	需求 (定义为一个卫生保健工作者按人口需求接触 的人员数目)	需求数据与来源
孕期 (接上文)		
15. 运用抗生素治疗胎膜早 破 (pPROM)	所有胎膜早破 (pPROM) 孕妇, 计算方法如下: 胎膜早破 (pPROM) 对抗生素需求量 (年) = 所有 娩出胎儿 (包括死胎) (年) x 胎膜早破 (pPROM) 的发生 率.	指标: 胎膜早破 (pPROM) 的发生率 来源: WHO global survey on maternal and perinatal health, 2005 (取自: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/best_practices/GS_Tabulation.pdf?ua=1). 注释: 数据缺失的国家使用了区域比率; 区域比率也缺失的情况下则使用了世界总比率
16. 运用糖皮质激素预防呼吸 窘迫	所有早产儿 (包括死胎), 计算方法如下: 对糖皮质激素的需求量 (y) = 所有娩出胎儿 (包 括死胎) (y) x 早产儿比率.	指标: 早产儿的发生率 来源: Healthy Newborn Network. Global and national newborn health data and indicators (取 自: http://www.healthynetwork.org/resource/database-global-and-national-newborn-health-data-and-indicators).
17. 安全流产	所有的安全流产, 计算方法如下: 安全流产的需要量 (y) = 育龄期妇女 (WRA) (y) x 安全流产率.	指标: 安全流产率. 来源: Sedgh G, Singh S, Shah IH, et al. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. <i>Lancet</i> 2012; 379:625-32 (取自: http://www.the-lancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673611617868/table?tableid=tbl2&tableidtype=table_id&sectionType=red). 注释: 对于数值 <0.5 的国家使用 05.
18. 流产后护理	所有不安全的流产, 计算方式如下: 对流产后护理的需求量 (y) = 育龄期妇女 (WRA) (y) x 不安全流产的率.	指标: 不安全流产率. 来源: Sedgh G, Singh S, Shah IH, et al. Induced abortion: incidence and trends worldwide from 1995 to 2008. <i>Lancet</i> 2012; 379:625-32 (取自: http://www.the-lancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140673611617868/table?tableid=tbl2&tableidtype=table_id&sectionType=red). 注释: 对于数值 <0.5 的国家使用 05.
19. 运用体外胎头倒转术纠 正先露异常	所有臀先露分娩数 (包括死胎), 计算方法如下: 对胎头外倒转需要量 (y) = 所有娩出胎儿 (包括死 胎) (y) x 臀先露发生率 (包括死胎).	指标: 臀先露发生率. 来源: WHO. Global survey on maternal and perinatal health. Statistics on breech presentations, 2005 (取 自: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/best_practices/GS_Tabulation.pdf?ua=1). 注释: 数据缺失的国家使用了区域比率; 区域比率也缺失的情况下则使用了世界总比率
20. 用以治疗在分娩前胎 膜早破的引产	所有胎膜早破 (pPROM) 孕妇, 计算方法如下: 胎膜早破 (pPROM) 所需抗生素量 (y) = 所有娩 出胎儿, (包括死胎) (y) x 胎膜早破 (pPROM) 发生率.	指标: 胎膜早破 (pPROM) 发生率 来源: WHO. Global survey on maternal and perinatal health. Statistics on breech presentations, 2005 (取自: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/best_practices/GS_Tabulation.pdf?ua=1).
分娩		
23. 常规分娩和接生, 及分娩 过程中的社会支持	所有娩出胎儿 (包括死胎), 一次.	
21+22+24. 第三产程中 (即 胎盘娩出) 预防产后出血 (包括按摩子宫、运用缩 宫素和缝合术) 的积极处 理	所有娩出胎儿 (包括死胎), 一次.	
26a. 分娩过程中艾滋病的筛查 与治疗—筛查先前未检测 出艾滋病的患者	除了已经进行了 4 次产前保健 (ANC) 访视的 所有娩出胎儿 (包括死胎), 计算方法如下: 分娩过程中对艾滋病筛查的需求量 (y) = 所有娩出 胎儿 (包括死胎) (y) x (1 - 进行了 4 次产前保健 (ANC) 访视的孕妇百分比).	指标: 进行了 4 次产前保健 (ANC) 访视的百分比 来源: United Nations Statistics Division. The official United Nations site for the MGD indicators (取自: http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Default.aspx).
26b. 分娩过程中艾滋病的筛查 与治疗—治疗	并未接受 4 次产前保健 (ANC) 访视的艾滋病阳性 妇女娩出胎儿 (包括死胎), 计算方法如下: 分娩过程中对艾滋病筛查的需求量 (y) = 所有娩出胎 儿 (包括死胎) (y) x (未进行 4 次产前保健 (ANC) 访视孕妇数的百分比) x 所有成人艾滋病的患病率.	指标: 艾滋病阳性妇女产前保健 (4 次访视) 的覆盖百分比 来源: United Nations Statistics Division. The official United Nations site for the MDG indicators (取自: http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Default.aspx); UNAIDS AIDSinfo (取自: http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/aidsinfo/); some countries from individual sources.
27+28 母体/胎儿剖腹产指征 (包 括预防性的抗生素使用)	所有需要剖腹产手术的分娩数, (包括死 胎), 计算方法如下: 剖腹产手术需求量 (y) = 所有出生数 (包括 死胎) (y) x 需要剖腹产手术的固定假设值	注释: 假设量 = 0.05 x 所有娩出胎儿 (包括死胎)。

附录 4: 评估母婴对 46 项基础干预的需求量 (接上文)

基础干预 (性生殖-母婴健康 (SRMNH))	需求 (定义为一个卫生保健工作者按人口需求接触 的人员数目)	需求数据与来源
分娩 (接上)		
29. 对过期产孕妇运用引产术 (助产士或护士)	所有在41周后娩出的胎儿 (包括死胎), 计算方法如下: 对引产术的需求量 (y) = 妊娠数 (y) x 超过41周分娩的产妇百分比.	指标: 42周后终止妊娠百分比. 来源: OneHealth Model: Interventions treatment assumptions, 2013 (取自: http://futuresinstitute.org/Download/Spectrum/Manuals/Intervention%20Assumptions%202013%209%2028.pdf). 注释: 假设 = 0.05 x 妊娠数.
30+25. 产后出血的处理(人工胎盘剥离术和/或外科手术和/或 运用缩宫素)	所有伴随产后出血的娩出胎儿 (包括死胎), , 计算方法如下: 对产后出血治疗的需求量 (y) = 育龄期妇女 (WRA) (y) x 产后出血发生率 (每1000个育龄妇女).	指标: 产后出血发生率. 来源: Dolea C, AbouZahr C, Stein C. Global burden of maternal haemorrhage in the year 2000. Evidence and information for policy. Geneva: WHO, 2003 (取自: http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_maternalhaemorrhage.pdf).
产后护理		
31-34及 36-38. 产后保健	所有娩出的胎儿 包扩死胎,4次.	
35. 检测和治疗产后败血症 (PPS)	所有产后败血症例数 计算方法如下: 对于检测和治疗产后败血症的需求量 (y) = 育龄期妇女 (WRA) (y) x 产后败血症的发生率 (每1000个育龄妇女)	指标: 产后败血症发生率. 来源: Dolea C, AbouZahr C, Stein C. Global burden of maternal sepsis in the year 2000. Evidence and information for policy. Geneva: WHO, 2003 (取自: http://www.who.int/healthinfo/statistics/bod_maternalsepsis.pdf).
39. 使用氧气袋和面罩的新生儿复苏	所有需要复苏的新生儿 计算方法如下: 对于复苏的需求量 (y) = 活产数 (y) x 0.01.	指标: 需要复苏的新生儿百分比. 来源: OneHealth Model: Interventions treatment assumptions, 2013 (取自: http://futuresinstitute.org/Download/Spectrum/Manuals/Intervention%20Assumptions%202013%209%2028.pdf). 注释: 大约有百分之一的新生儿需要复苏
40. 袋鼠式护理	所有低体重儿 计算方法如下: 袋鼠式护理需求量 (y) = 活产数 (y) x 低体重儿百分比.	指标: 低体重儿百分比. 来源: UNICEF and WHO. Low birth weight: country, regional and global estimates. New York: UNICEF, 2004 (取自: http://www.unicef.org/publications/files/low_birthweight_from_EY.pdf)
41. 对低出生体重儿及早产儿的额外营养支持	所有早产儿 (包括死胎) 计算方法如下: 额外营养支持的需求量 (y) = 所有娩出胎 (包括死胎) (y) x 早产比例.	指标: 早产百分比 来源: Healthy Newborn Network. Global and national newborn health data and indicators. (取自: http://www.healthynetwork.org/resource/database-global-and-national-newborn-health-data-and-indicators).
42. 对于新生儿黄疸的治疗	所有新生儿黄疸患儿, 计算方法如下: 新生儿黄疸治疗需求量 (y) = 活产数(y) x 需要光疗的黄疸新生儿百分比	指标: 黄疸新生儿百分比 来源: Teune MJ, Bakhuizen S, Gyamfi Bannerman C, et al. A systematic review of severe morbidity in infants born late preterm. <i>Am J Obstet Gynecol</i> 2011; 205:374.e1-9. 注释: 统一假定 早产及晚产的总数(1245/26,252) 和足月产的总数 (2033/150,700).
43. 为接触过 HIV 婴儿启动预防性使用抗逆转录病毒治疗 (ART)	艾滋病阳性妇女娩出的所有胎儿 (包括死胎) (除了已进行4次产前 访视的产妇) 计算方法如下: 预防性ART需要量 (y) = 所有胎儿 (包括死胎) (y) x (1 - 进行4次 产前访视产妇百分比) x 成年人艾滋病阳性人数百分比.	指标: 由艾滋病阳性妇女娩出的已接受预防性抗逆转录病毒治疗 (ART) 新生儿百分比 来源: United Nations Statistics Division. The official United Nations site for the MDG indicators (取自: http://mdgs.un.org/unsd/mdg/Default.aspx); UNAIDS AIDSinfo (取自: http://www.unaids.org/en/dataanalysis/datatools/aidsinfo/).
44. 有细菌性感染风险新生儿抗生素预防性治疗	所有有细菌性感染风险的新生儿 计算方法如下: 抗生素疗法需求量 (y) = 活产数 (y) x 新生儿中细菌性感染的发生率	指标: 新生儿中细菌性感染的发生率. 来源: Singh S, Darroch JE, Ashford LS. Adding it up: the need for and cost of maternal and newborn care – estimates for 2012. Guttmacher Institute, 2013 (取自: http://www.guttmacher.org/pubs/AIU-MNH-2012-estimates.pdf). 注释: 统一假定为20%.
45. 运用表面活性剂预防早产儿新生儿呼吸窘迫综合征	所有早产儿 (包括死胎), 计算方法如下: 表面活性剂需求量 (y) = 活产数(y) x 早产儿比例	指标: 早产儿百分比. 来源: UNICEF and WHO. Low birth weight: country, regional and global estimates. New York: UNICEF, 2004 (取自: http://www.unicef.org/publications/files/low_birthweight_from_EY.pdf).
46. 运用持续气道正压通气 (CPAP) 来治疗新生儿呼吸窘迫综合征 (RDS)	所有新生儿呼吸窘迫综合征患儿, 计算方法如下: 表面活性剂需求量y) = 活产数 (y) x 新生儿呼吸窘迫综合征的发病率.	指标: 新生儿呼吸窘迫综合征的发病率. 来源: Rodriguez RJ, Martin RJ, Fanaroff AA. Respiratory distress syndrome and its management – Chapter 19. In Fanaroff AA, Martin RJ. Neonatal-perinatal medicine: diseases of the fetus and infant. St Louis: Mosby, 2010. (取自 http://www.thoracic.org/education/breathing-in-america/resources/chapter-19-respiratory-distress-syndr.pdf). 注释: 统一假定为1%

附录 5: 决策规则

73个世界助产报告 (SoWMy) 国家可以通过以下方式提供关于人力资源的最新信息:骨干, 国际标准职业分类 (ISCO), 数目, 年龄分布, 提供母婴健康 (MNH) 服务时间百分比, 年度流失量 (自愿离职), 退休年龄, 毕业生与招聘人数, 教育年数, 学生辍学量。这些指标每一项都可用来预测性生殖-母婴健康 (SRMNH) 46项基础干预需求的人力资源可得性。

○对于缺失或不一致的数据, 模型应用一组固定的决策规则, 如下:

用于构建预测模型的指标	数值举例	决策规则 (对于缺失或不一致的数据)
国家	A.N. 其他	n/a
骨干名称	助产士	应用该国此机构类别下的种类名称。
国际标准职业分类 (ISCO) 代码	代码 2222	在所选的岗位类别中基于角色和特定的职责分配
工作人员数	1,515	默认为2014版WHO全球卫生观察站, 如果没有, 则第二来源为政府政策文件.如果两者均无, 标0.
年龄分布	低于30岁: 300人 30-39岁: 510人 40-49岁: 424人 超过50岁: 281人	将各个年龄段的工作人员总数平均布。
提供母婴健康 (MNH) 服务时间百分数		100% 所有国家样本位数申请ISCO代码: -2222 (助产专家): 100% -2221 (护理专家): 85% -3222 (助产专家及相关人员): 100% -3221 (护理专家及相关人员): 55% -2211 (开业医生、全科医生): 30% -2212 (开业医生, 产科/妇科专业医生): 100% -2240 or 3256 (辅助医疗工作者及医疗助理): 75%
年度人力资源流失率 (自愿离职)	10%	所有骨干均适用4%
退休年龄	62岁	相同国家同种岗位的退休年龄使用同一 ISCO 代码 如果前述不可得, 则同一国家任一岗位的退休年龄均不使用 ISCO 代码。 如果退任一种骨干的退休年龄不明确, 则默认为 65 岁
2012年毕业生	43位	2012年总人力资源数的5%, 相当于人员流动中一个稳定的更新率
2010至2015每年入学数量	2010: 52名学生 2011: 50名学生 2012: 54名学生 2013: 48名学生 2014: 55名学生 2015: 60名学生	默认为前一年最终入学数。 如数据缺失, 假设入学数等于2012年的毕业数
教育年数	3年	相同国家同种骨干的教育年数使用相同的ISCO代码: 如果前述不可得. 使用所有国家教育年数中位数的代码: -2222 (助产专家):3年 -2221 (护理专家): 3年 -3222 (助产专家及相关人员): 2年 -3221 (护理专家及相关人员): 2年 -2211 (开业医生、全科医生): 7年 -2212 (开业医生, 产科/妇科专业医生): 10年 -2240 or 3256 (辅助医疗工作者及医疗助理): 3年
辍学学生数	20%	相同国家同种骨干的辍学学生数使用相同的ISCO代码: 如果前述不可得. 使用所有国家辍学学生数中位数的代码。

本报告使用的方法由一组致力于母婴保健绘图技术的团队研发, 包括南安普顿大学、ICS、美国国际开发署、联合国人口活动基金会世卫组织 [1]。它是一种能为国家政策和规划提供大量母婴健康地理信息的一种新的、创造性的方法。尤其这份报告利用了增容的地理信息系统 (GIS) 来育龄期妇女 (WRA), 怀孕数 和活产数的进行绘图 [2]。此方法采用了下述的简单四步步骤来分析和预测在行政区内人口、育龄妇女怀孕数、活产数的分配。具体步骤如下:

1. 构建详细的同期人口数据库

亚洲和非洲约100米空间分辨率的人口分布估算的构建工作近日已完成 (详情可见 www.worldpop.org.uk) [3-8]。简单地说, 一个与地理信息系统相关的人口普查和官方人口预测数据的数据库已建成, 考虑到它们在制精准绘图中的重要性, 我们将目标锁定在最新最详尽的可得数据库中。详细的30米空间分辨率地图来源于陆地卫星所拍, 通过半自动化处理系统或专家意见基础上的分析所得。这些地图被用于完善土地面积的数据。非洲和亚洲选定的区域人口普查数据是用来分辨特殊区域面积的人口密度。随后这些数据通过地区的生态带被应用于再分配人口普查计数, 以映射在大约100米空间分辨率范围内的大陆人口分布。可能的情况下, 其他特殊国家数据也为人口分布提供了有价值的数据。在普查中无法得到的, 比如国内难民量或详尽的国家调查。在可得的情况下, 也被纳入进绘制过程中。美洲国家人口数据集在分析数据的时候开始构建, 因此全球城乡映射计划 (GRUMP) [9] 在美洲国家得到了运用。

2. 构建未来预测人口分布数据集

联合国的城市与农村增长率预测编入了参与报告的73个国家。这些被应用于上述数据集。对于绘制在城市区域的人口来说, 正如哥伦比亚大学全球城乡地图计划所定义的城市地图那样使用城市人口增长速率, 知晓。如此一来, 乡村人口增长速率也可知了。此方法被用来建设 2010, 2012, 2015, 2020, 2025 和 2030 人口分布数据集, 用以调整以保证全国人口总数和联合国预测数据相符合。

如此一来, 乡村人口增长速率也可知了。此方法被用来构建 2010, 2012, 2015, 2020, 2025 和 2030 人口分布数据集, 经调整以保证全国人口总数和联合国预测数据相符合。

3. 构建育龄期妇女 (WRA) 分布数据集

遵照先前运用的方法 [11], 我们从一系列资料中获取行政区的人口组成数据, 以用于尽可能多的国家, 主要来源于同时期各行政单位分解出的一些人口普查数据。这些数据与对应的显示每个行政单位边界的GIS数据匹配, 并被用来调整上述描绘的空间人口数据库, 提出对于人口按性别和五年年龄段分布规律的预测。数据库经调整确保按年龄划分的全国人口总数、特殊城市总数、城乡总数与联合国所报道的相符。[12]。一个代表 15~49 岁妇女数据集的合计被用以制作育龄期妇女 (WRA) 数据集。

4. 怀孕数和活产数的绘图

遵照先前所用的方法 [2], 在73个国家中, 按五年一组所分的特定年龄段的生育率, 来自于最新的国家户口调查, 按照人口和家庭调查计划 (DHS) 的一部分管理。此生育率由行政区和城乡部分共同构成。 (www.measuredhs.com)。GIS 数据集说明了子区域的界限 (<http://spatialdata.dhsprogram.com/>) 同时界定了城市范围[9], 并把它们的边界与特定的生育率相配合。其后, 这些比率被用来修正前文所述的五岁为一组的女性人口分布数据库, 以提出各国活产婴儿分布规律的估算。在国家级别上, 这些总数被直线校正, 以保证他们的总数和联合国提出的2010~2030阶段预测数值相称, 以创建不同年份的数据库。对于缺失DHS数据 (n= 25)的国家而言, 上文提到的人口数据集被简单地调整, 以保证他们的总数和联合国预测数字相符。为使婴儿活产数坐标转化为孕妇数量, 各国的2012年评估的妊娠数可从古特马赫研究所取得。 (www.guttmacher.org), 2012年的出生总数将进行调整, 以适应以上总数。对于其余年份来说, 我们假定国家级别的关于2012出生婴儿数目和怀孕数目比例保持不变, 那么这些国别化的比率用以将每个活产数转变为怀孕数。

参考文献

1. Ebener S, Guerra-Arias M, Campbell J, et al. The geography of maternal and newborn health: The state of the art. *Int J Geoinformatics* 2014 (in review).
2. Tatem AJ, Campbell J, Guerra-Arias M, et al. Mapping for maternal and newborn health: The distributions of women of childbearing age, pregnancies and births. *Int J Health Geogr* 2014; 13:2.
3. Linard C, Alegana VA, Noor AM, et al. A high resolution spatial population database of Somalia for disease risk mapping. *Int J Health Geogr* 2010; 9:45.
4. Linard C, Gilbert M, Snow RW, et al. Population distribution, settlement patterns and accessibility across Africa in 2010. *PLoS ONE* 2012; 7:e31743.
5. Linard C, Gilbert M, Tatem AJ. Assessing the use of global land cover data for guiding large area population distribution modelling. *GeoJournal* 2010; doi:10.1007/s10708-010-9364-8.
6. Tatem AJ, Noor AM, Hay SI. Defining approaches to settlement mapping for public health management in Kenya using medium spatial resolution satellite imagery. *Rem Sens Env* 2004; 93:42-52.
7. Tatem AJ, Noor AM, Hay SI. Assessing the accuracy of satellite derived global and national urban maps in Kenya. *Rem Sens Env* 2005; 96:87-97.
8. Tatem AJ, Noor AM, von Hagen C, et al. High resolution population maps for low income nations: Combining land cover and census in East Africa. *PLoS One* 2007; 2:e1298.
9. Balk DL, Deichmann U, Yetman G, et al. Determining global population distribution: Methods, applications and data. *Adv Parasitol* 2006; 62:119-156.
10. United Nations Population Division. World urbanization prospects, 2013 revision. New York: United Nations, 2013.
11. Tatem AJ, Garcia AJ, Snow RW, et al. Millennium development health metrics: Where do Africa's children and women of childbearing age live? *Population Health Metrics* 2013; 11.
12. United Nations Population Division. World population prospects, 2012 revision. New York: United Nations, 2012.

附录 7：助产专业人员在国际标准职业分类范围内的任务

助产专业人员的任务分为以下8种：

1. 按现代助产服务标准和实际需要，在产前、产中、产后为产妇和新生儿计划、提供和评估护理及支持服务。
2. 为妇女及其家庭提供建议，指导健康、营养、卫生、运动、分娩和应急计划、母乳喂养、新生儿护理、计划生育和避孕、生活方式及其他与怀孕和分娩有关的教育工作。
3. 评估怀孕与分娩的进程，管理并发症并识别需要产科医生专科技术支持的转诊警告信号。
4. 监测新生儿健康状况，控制并发症并识别需要新生儿科医生专业技术支持的转诊警告信号。
5. 监测妇女分娩进程中不适和疼痛，并采用积极应对方法，包括给予止痛口服药
6. 根据法律和专业需求向政府当局汇报初生婴儿数量
7. 进行关于助产实践和过程的研究，发布调查结果。如：通过论文和报告的形式
8. 在临床或社区计划和进行助产教育活动。

来源: ILO. ISCO-08 group definitions. Final draft. International Labour Organization. 取自: <http://www.ilo.org/public/english/bureau/stat/isco/isco08/index.htm> (accessed April 24, 2014).



Claudia Martinez

© 联合国人口基金会 (UNFPA), 2014. 版权所有

本刊物中刊载的观点仅代表作者观点，并不代表联合国（包括 UNFPA 或其他成员国）的意见

在各国法律地位、领土、城市或地区或当局方面，或在边境或界限的界定方面，所有图片中使用的名称和材料描述并不代表联合国秘书处或 UNFPA 任何意见。

本书采用 100% 可回收纸品及蔬菜纤维墨水印刷。

为削减印刷成本，近乎全部的联合国人口基金会出版物都可在网站下载免费电子版（PDF 和 Word 格式文档）。印刷出版物应在具有实用价值的基础上并需征得版权方同意。联系邮箱：publication@unfpa.org

现在您已阅读了这份报告，请分享其中的论据，参与政策对话并采取行动，以保证产妇和新生儿获得高质量的助产服务。



每一位产妇和她的新生儿都有在其产前、产中、产后获得高质量护理服务的权利。

#世界助产报告 (SoWMy) 2014

#女性健康 和 **#助产士** 是协同发展的。为保护女性安全不懈努力。 **#世界助产报告 (SoWMy) 2014**

#助产士 可助减少三分之二的孕产妇死亡。向 **#女性健康** 尽一份责任 **#世界助产报告 (SoWMy) 2014**

每位妇女和每个儿童都享有得到高质量健康护理的权利。

#世界助产报告 (SoWMy) 2014

瑞典借助助产士服务成功地大幅降低孕产妇死亡率。 **#世界助产报告 (SoWMy) 2014**

#助产士 帮助消除母婴传播的艾滋病病毒。

#助产士 是降低**#孕产妇死亡率**的关键要素向**#女性健康**尽一份责任 **#世界助产报告 (SoWMy) 2014**