

2024 年国际护士节



我们的护士。
我们的未来。
国际护士会
护理的经济效力

主要撰稿人：David Stewart，副首席护理官。

撰稿人：Dr Gillian Adynski, Dr Katherine Bertoni, Howard Catton, Dr Mickey Chopra, Dr Damien Contandriopoulos, Stephen Duckett, Gaetan Lafortune, Dr Jeremy Lauer, Amanda McClelland, Dr Jack Needleman, Colin Parish, Dr Geordan Shannon, Dr Joanne Spetz, Dr Roy A. Thompson, Dr Laura M. Wagner.

编辑：Lindsey Williamson

保留所有权利，包括翻译成其他语言的权利。未经国际护士会明确书面许可，不得复制（印刷、影印或以其他方式）、在检索系统中存储、传播或出售本出版物的任何部分。

在注明来源的情况下，可以未经授权复制文中的简短摘录（300字以下）。

©2024年国际护士会（ICN）版权所有，地址：3, place Jean-Marteau, 1201 Geneva, Switzerland.

ISBN: 978-92-95124-34-9

目录

前言	4
执行概要	5
引言	9
呼吁重新认识护理的价值	9
第 1 章：投资护理行业——创造体面工作岗位及消除贫困的关键途径，尤其对于妇女和女童具有重要意义	12
第 2 章：投资护理行业，以提高护理服务的可及性并推进全民健康覆盖[和基本服务]	15
第 3 章：投资护理行业，提高卫生系统的效率和效力	17
第 4 章：投资护理行业，以增进社区和整个社会的福祉和经济发展	22
第 5 章：未来人力资源规划面临的挑战——需针对充分发挥执业范围内的知识和技能进行规划	25
第 6 章：护士实现重要的社会目标——但谁来关爱护士呢？	27
第 7 章：对护士的投资与保障——健康的工作环境至关重要	32
第 8 章：医院里护士流动率的经济和非经济影响——全球视角	36
第 9 章：通过对护理实施战略性投资来发掘长期护理的经济效益	39
第 10 章：重视医院护理服务	41
第 11 章：衡量护士密集型初级保健模式的经济效益	45
第 12 章：提高护理行业的吸引力是强化卫生系统的关键	48
结论与 ICN 的行动号召	52
参考文献	53

前言

护士是世界上最受信任的专业人员，无论是患者及其家属，还是受益于护士对全民卫生保健所作贡献的社区，皆深知这一点。

然而，除了专业且富有同情心的护理服务之外，护士的全部价值往往没有得到政府的认可。大多数政府的卫生系统缺乏足够的护士，也无法满足为实现全民健康覆盖和人人理应免费享有的基本福利所需要的新注册护士数量。

在今年的国际护士节报告《我们的护士，我们的未来：护理的经济效力》中，我们请护理专家、学者和经济学家揭示了护理对各地社会的真实、全部价值。

他们确认了一个我们已经了解的事实：投资于护理工作、教育和领导力会产生优越的投资回报，即每投入一美元都能获得数倍的收益。

遗憾的是，反之亦然：当投资不足时，卫生保健系统会瘫痪，人民会因生病而无法工作，最终导致国家的经济难以兴旺发达。

全球有众多案例表明，接受过额外培训、受过高等教育并且能在执业范围内自主开展工作的护士，能够以更低的成本提供与其他专业人员同等甚至更为优质的照护。

为了确保护理工作能够带来上述社会效益，需要为护士营造一个安全的环境，确保他们有足够多的同事，并获得全面的帮助和指导以尽己所能做到最好。

全球护理人才的短缺正在阻碍世界的发展，不仅影响了全民健康，还阻碍了全民富裕。政府应从大局出发，先对护理行业进行投资，才会有后续的回报道。

我强烈呼吁所有护士利用这份报告来提升他们对决策者、用人单位和政界人士的影响力，这样一来，每个人都能从护士的专业能力以及后续的经济回报中获益。

Dr Pamela F. Cipriano
国际护士会
主席

执行概要

如今，全球约有一半的人口（45 亿人）得不到基本的卫生保健服务。此外，低质量的护理服务会导致高发病率和死亡率，在某些国家，这类死亡在所有死亡中比例高达 15%，其中大多是可以避免的（WHO，2020a）。解决这一问题不仅是出于保障人权的必要性，在经济层面上也有巨大的激励。每年，全球 GDP 会因人民健康状况不佳而下降 15%（Remes 等，2020 年）。随着各国对其卫生保健系统和经济体进行重建和强化，对护理行业进行战略投资正在成为实现经济稳定增长和提升经济韧性的关键途径。这份国际护士节（International Nurse Day, IND）报告揭示了护理的经济效力，深入分析了如何通过提升护理行业的地位，来推动卫生保健服务、经济发展、和平和社会福祉方面的变革性进步。

关键见解

- **健康状况不佳导致的全球 GDP 损失高达 15%**，比新冠肺炎的预期损失高两到五倍（Remes 等，2020）。据世界卫生组织（WHO）估计，仅在中低收入国家（LMIC），每年因医疗护理质量不佳而造成的生产力损失就高达 1.4~1.6 万亿美元（WHO，2020a）。
- **发挥初级卫生保健（primary health care, PHC）护士的潜力**，为全民健康覆盖（Universal Health Coverage, UHC）干预措施的实施提供支持，到 2030 年有望拯救多达 6000 万人的生命，并将全球预期寿命延长 3.7 岁（WHO，2023a）。
- **每投入 1 美元用于改善卫生保健，经济回报有望达到 2~4 美元**。强化卫生系统所耗费的成本可以被生产力的提升所抵消（Remes 等，2020 年）。对整个护理过程进行投资，可以确保人们在恰当的时候获得所需的护理，助力人们实现最高可达到的健康水平并过上充实的生活。延迟接受卫生保健服务可以导致生产力损失、增加护理费用并对健康造成更大的负面影响。
- **创造体面的护理岗位有助于消除贫困并解决全球劳动力性别不平等的问题**。改善护理行业的薪酬、工作条件和职业晋升机会可以赋权于女性，为她们提供体面的工作，使其摆脱贫困。这有助于弥合阻碍全球经济发展的、难以消除的性别薪酬差距。根据世界银行的数据，在某些国家，受过护理专业高等（学位）教育的女性的潜在收入增长率为 323.4%（Wodon 等人，2018 年）。
- **为了达到 80% 的 UHC 全球有效覆盖率，对护理劳动力的投资至关重要**。目前，全球有 2900 万名护士，占有卫生保健专业人员的 50%。有证据表明（Haakenstad 等人，2022 年），为了实现 UHC 有效覆盖，全球需要新增 3060 万名护士（即每 10,000 人中要有 70.6 名护士）。要达到 90% 的 UHC 有效覆盖率，每 10,000 人中需要 114.5 名护士，即新增近 6000 万名护士（Haakenstad 等人，2022 年）。
- **确定投资的优先次序，使高级执业护士等护理人员能够充分发挥其执业能力，有助于提高卫生系统的效率和效力**。有 76% 的医生和 79% 的护士表示，他们的技能超出了所在岗位的日常工作需求。考虑到培养医生和护士成本高昂且耗时较长，这种情况造成了极大的人力资本浪费（OECD，2019a）。规划未来方向、投资于护士的工作环境、配备充足的护士人员并允许护士在其执业范围内充分发挥自主权，有助于以最低的成本建立最有效的卫生系统，同时还能提供最高质量的护理服务。
- **确保护士的安全是建立可持续、有韧性的卫生系统的当务之急**。卫生保健工作者感染新冠肺炎的概率是普通人群的九倍，给卫生系统造成了数百万美元的损失——每一名护士感染新冠肺炎，相关损失可达 30,000 美元（见第 7 章）。护士并非可有可无的角色，相反，他们应该被视为全球卫生系统的中流砥柱。为了保护这一宝贵的人力资源并保持劳动力稳定，还必须遏制各种环境中日益增加的针对护士和其他卫生工作者的暴力行为。
- **投资于护理行业会产生连带效应，最终造就更健康的社会，促进经济和社会繁荣**。护理不仅是卫生保健系统的支柱，也是维持社会整体功能的基石。据经济合作与发展组织（OECD）估计，与新冠肺炎全球大流行前的水平相比，各国平均需要增拨相当于 GDP 1.4% 的资金，用于改善其卫生系统。至少一半的投资应侧重于教育、招聘和工作条件的改善，以应对全球卫生挑战（OECD，2023b）。McKinsey（Remes 等人，2020）（见第 4 章）的一项研究发现，“到 2040 年，改善全民健康状况可使全球 GDP 增加 12 万亿美元，即增长 8%，相当于每年多增长 0.4%。”其中大部分的经济收益源自劳动力规模的扩大和健康水平的提升。
- **投资于安全护理可以节省资金**。平均而言，在高收入国家，每 10 次住院就有 1 次发生安全问题或不良事件。在这些国家，由于护理不当所产生的伤害治疗费用约占卫生总支出的 13%，相当于每年

投资可以提高卫生人力资源的生产力，表现为：

- 1.良好的健康状况
 - 2.促进经济增长
 - 3.创造就业机会
 - 4.在其他领域获得生产性收益
- 在中低收入国家，卫生保健人力资源的投资回报率估计为 10:1（Asamani 等，2022 年）。

WHO 呼吁各国增加初级卫生保健支出，且增幅至少为国内生产总值（GDP）的 1%，以填补明显的覆盖缺口并实现 2015 年商定的各项卫生目标。

6060 亿美元，略高于 OECD 成员国 GDP 总和的 1%。投资于卫生保健所带来的显著回报主要体现在预防感染、血栓（静脉血栓栓塞）、压疮和跌倒等方面。保证安全的人员配置以及合理组合具备不同技能的护士，是解决这些问题的关键所在。专注预防这些危害可以节省大量资金。例如，每花费 1 美元用于预防卫生保健相关感染，投资回报可达 7 美元（Slawomirski 和 Kazinga, 2022 年）。

- **护士有助于实现和平。**如果人们身体健康、具备工作能力、感到生活充实、参与社会生活、并且获得他人的重视和尊重，紧张与冲突的前兆就会相应地减少。护理工作可减少不平等现象、增进人权保障并促进社会正义，有助于实现和平（见第 6 章）。

实现高质量的 UHC 并从中获得经济社会效益，紧密依赖于对护理劳动力的赋权和扩充。通过优先投资护理行业，社会能够朝着一个更健康、更繁荣的国际共同体迈进一大步。本 IND 报告汇集了顶尖专家提出的众多经济论据，现将其概括为以下四个紧密相关的关键主题：

1. 创造体面的工作岗位，为社会公益做出贡献。
2. 建设人才队伍，实现 UHC。
3. 优化资源利用，提高卫生系统的效力和效率。
4. 投资卫生保健，促进经济和社会繁荣。

建议：

ICN 大力倡导实施《ICN 变革章程》中概述的 10 项政策行动。

二维码

关于实现经济和社会繁荣的建议

1. 创造就业机会



刺激投资，创造体面的护理岗位

采取紧急行动以刺激护理劳动力扩充，并解决导致卫生劳动力市场严重失灵的系统性问题，包括为发展优质护理岗位分配资源和资金。此类行动强调，在卫生保健行业内创造薪酬公平、工作条件安全、具备职业发展机会以及受人尊重的护理岗位非常重要。其目的在于确保护理工作既收益丰厚又具有可持续性，以此吸引并留住技术娴熟的护士，最终达到改善卫生保健成果和强化整个卫生保健系统的目的。

2. 优化角色和职责



投资适宜数量的护士，使其具备适宜的技能，并在合适的地点工作

确保配备的人员足以满足卫生保健需求，使护士具备必要的技能和能力以提供优质护理服务，在各种卫生保健环境中有效部署护士，以最大限度地发挥他们对患者护理和卫生系统的影响。这样的举措旨在提高卫生保健服务的质量、可及性和效率。

3. 卫生服务的提供和组织



促使在整个护理过程中提供高质量、可负担、以人为本的综合护理服务，尤其关注服务水平不足的地区。

对当前的卫生保健系统进行改革，重点关注整个护理过程，而不应局限于医院。这包括充分发挥护士在健康促进和疾病预防方面的作用，以及提供全面的、可负担、可及的医院外（尤其在初级和流动式护理机构）的优质护理服务。改革的重点在于确保提供以患者为中心的综合护理服务，同时特别关注服务水平不足的社区。改革的目的在于建立一个更高效、更公平的卫生保健系统，更好地满足人民的需求，同时减少人们对医院护理的依赖。

4. 教育和技能培养



扩展并增加获得优质教育和持续职业发展的机会，确保护士具备的能力能够满足社区不断变化的卫生需求，使他们能够充分发挥潜力。

投资于护理教育，以改善并增加护士获得优质教育和持续学习的机会。其目的在于使护士具备必要的知识、技能和素质，以有效应对当前与未来人口面临的卫生挑战，并确保他们能够依据执业范围和所受教育发挥最大能力。

5. 健康和福祉



执行专为确保和加强护士身体、心理及情绪健康而制定的策略。

积极制定并执行促进护士整体健康的政策和做法、营造有益的工作环境，以此确保护士的健康和福祉。这包括提供心理健康支持、压力管理策略、人身安全保障以及情绪健康方案。其目的在于创造一个有利于护士职业和个人发展的卫生保健环境，从而优化患者护理质量并提高卫生服务的效率和可持续性。

6. 资源和设备



为护士分配能满足其职责所需的资源。

分配必要的实物和技术资产，为护士提供适当的资源和设备支持，使他们能够提供最佳的卫生保健服务。这包括防护服、医疗器械、高效的病历管理系统等各类支持。其目的在于提高护士工作效率，降低失误和职业危害的风险，为患者提供更好的护理。这样的举措有利于患者健康，有助于提升护士的工作满意度、促进其职业发展。

7. 危机和人道主义环境



确保护士在所有环境中的安全和安保，包括危机和人道主义援助环境。

采取强有力的措施，确保护士在高压工作环境（包括应对冲突、自然灾害或流行病的工作环境）中得到保护，避免遭受身体伤害、心理压力及职业危害。通过优先保护在恶劣环境中工作的护士，卫生保健系统可以保证护理和支持工作的连续性，同时维护这些基本卫生保健工作者的心理韧性和福祉。

巨大代价	健康状况不佳及卫生系统不完善的代价极高：			
	45 亿人无法获得基本的卫生保健服务	6000 万人因健康状况不佳且无法获得优质的卫生保健服务而丧生。	GDP 下降 15%，是新冠肺炎大流行造成的损失 2~5 倍	中低收入国家每年损失 1.4~1.6 万亿美元的生产力
为节省资金而投资	投资护理行业是实现以下目标的一项重要策略：			
	实现有效 UHC 获得安全、可负担、优质的卫生保健服务		延长全球预期寿命 3.7 岁	
<p>护士占卫生保健劳动力的近 50%。 每投入 1 美元用于改善卫生保健，投资回报有望达到 2~4 美元。 更强大的卫生系统意味着更好的人口健康状态，更健康的人口会带来巨大的投资回报。</p>		<p>在中低收入国家，投资卫生劳动力可以获得巨额回报， 回报率可以达到 1:10</p>		
高回报	投资护理行业和护士的好处：			
		改善健康状况和生活质量		
		提高劳动力生产率，进而促进经济增长		
		强化卫生保健系统，这对于防范和有效应对突发公共卫生事件具有重要意义		
		消除贫困、促进性别平等		
	促进社会团结、和平与繁荣			

这份报告提出了一系列可行的建议，旨在重塑人们对护理价值的认识，强化卫生系统，最终带来更加繁荣的经济和社会。

ICN 呼吁全球卫生领导人和决策者采取行动

- **赋权于护士：**支持制定全面的政策，让护士能够依据所受的教育和培训发挥最大能力。鼓励护士进一步发挥领导作用并参与政策制定。
- **投资于教育和劳动力发展：**增加护理教育经费，为护理行业创造更多职业发展机会。
- **改善工作条件：**采取措施改善护士的工作环境，包括配备充足的人员、提供资源获取渠道、营造安全的工作环境以及提供心理健康和福祉支持。
- **公正的认可和待遇：**确保护士获得有竞争力的薪酬，以反映其技能、责任和工作的重要性。
- **提升护理行业的社会地位：**通过开展提高公众意识的活动并让护士参与决策，凸显护士对健康和福祉所做的贡献。

引言

这份国际护士会（International Council of Nurses, ICN）报告汇集了世界各地顶尖学者针对护理的影响力和经济效力提出的证据。尽管护士们早知护理行业对于个人、家庭乃至所处社会的重要价值，但本报告多方取证印证了这一本能认知：为护理行业注资绝不是一笔损失——而是对各地社会的和平以及社会、心理和经济稳定性的一笔投资。

呼吁重新认识护理的价值

以纪念 2024 年 5 月 12 日国际护士节（IND）为契机，重塑并提升护理行业在全球卫生保健中的地位。今年的 IND 报告不仅仅是为了庆祝；它还呼吁每个人实质性地转变对护理行业的认识和重视程度。这份题为《我们的护士，我们的未来——护理的经济效力》的报告通过实例展现了护士尚未被充分发掘的潜力以及对于整个世界的重要价值。

转变观念

在经历新冠肺炎大流行、经济挑战和金融危机之后，各个行业都面临着预算削减和资源分配紧缩的问题。卫生保健和护理也不例外。

护理是全球卫生保健系统的基石，但它为卫生保健乃至整个社会带来的经济价值仍未得到认可。人们经常把投资护理行业误解为是对资源的消耗，看不到它对经济稳定增长的推动作用。这种观点降低了卫生保健的质量，也忽视了审慎护理投资可能带来的巨大经济回报。

这份报告旨在促成一场观念上的革新，彰显护士们每日为经济和社会做出的重大贡献。同时也呼吁人们认识到，投资护理行业实际上是投资我们共同的未来。

本着这一目标，这份 IND 报告旨在展示对护理行业进行战略投资可带来的巨大经济效益。本报告提供了强有力的证据，强调了护理行业在财政和经济方面的重要性。

弥合知识鸿沟

如今，我们对于护理的实际经济价值存在明显的认知差距。这种差距不仅体现在学术文献中，也根深蒂固于社会意识之中。决策者、卫生保健领导人和社区往往难以认识到投资护理行业能够带来深远的回报，尤其是在金融动荡时期。

把握时机

目前正值行动关键时刻，因为全球正密切关注卫生保健事宜。世界各地的护士都有机会推动这场至关重要的讨论走向主流，并倡导重新审视现有的政策和观念。这是一个转变定向思维的契机，即从削减成本转变为通过投资创造更大的价值，进而达到降低成本的目的。《我们的护士，我们的未来——护理的经济效力》不仅仅是一份报告；这是一场赋权于护理行业并提升其地位的运动，旨在重塑各地卫生保健系统乃至社会的未来。

关于本报告

“我们的护士，我们的未来——护理的经济效力”这一主题传达了强有力的信息，凸显了社区整体福祉与致力于服务社区的护理行业之间的内在联系。这一主题可细分为以下几个关键方面：

1. 福祉与护理相互依存

卫生保健的范畴远不止急救护理、药物治疗、手术治疗或诊断检查；从根本上来说，卫生保健的目的是助力人们实现最高可达到的健康水平，而护士则处于提供相关照护的最前沿。如果我们注重健康，并且致力于建设一个没有疾病、强调福祉的社会，那么护士的作用不可或缺。

2. 经济影响

重视护士不仅是道德需求，也是经济需求。事实证明，对护理劳动力的投资能够从多个方面带来丰厚的回报，包括改善患者结局、缩短住院时间以及减少涉及患者安全的差错。如果低估护理行业的价值、不为其提供足够的资金支持，会造成卫生保健系统效率低下，从长远来看代价更高。

3. 卫生保健的质量

护士全面参与从患者评估、治疗到治疗后评价的每一步。卫生保健服务的质量与护理服务的质量成正比。为了提供最具价值、最经济高效的卫生保健服务，需要提供相应的资源以确保护士提供最优质的护理服务，避免失误，同时让患者获得最佳结局。

4. 社区和公共卫生

护士往往在社区卫生项目中发挥着关键作用。他们是公共卫生行动的支柱，也是减轻社会疾病负担不可或缺的一部分。如果公共卫生堪比一笔珍贵的财富，那么护士为实现公共卫生目标所作的贡献理应得到认可。

5. 危机管理

在危机时期，无论面对的是流行病、自然灾害还是金融衰退，护理工作的重要性尤为凸显。在这些时期，护士们都工作在维护卫生保健系统和社区稳定的最前沿。因此，重视护理行业绝非一项一次性的举措：只有长期投资才能确保社会在危难时期得到保障。

6. 全面的卫生保健方法

现代卫生保健愈发注重其全面性，不仅关注身体健康，还着眼于心理、情感和社会福祉。护士接受的教育就是要提供这样全方位的护理服务，不局限于医疗层面，还与患者进行人性化的交流沟通。

7. 政策和治理领导

各级决策时必须认识到护理的实际经济价值，这会影响到资源的分配方式、卫生保健目标的制定以及卫生保健计划成败的衡量标准。护士的专业能力不应局限于临床护理能力，还应拓展至卫生及其他领域的决策、研究和领导能力。所有会对卫生保健产生影响的立法和治理举措，都应倾听并考虑护理行业的意见。

8. 护士与和平

显然，护理工作与和平息息相关。护士不仅能在日常工作中解决健康状况不佳的根本原因，还能识别出可能引发冲突的风险因素。护士被理所当然地视为最受信任的专业人员，全球有 2800 万名护士恪守职业道德准则为患者提供服务。护士在满足人们健康需求的同时，还能洞察与之相关的其他诸多问题，如政治冲突、家庭破裂、失业、贫困以及心理健康危机。这些问题及其引发的社会失序现象不仅会导致人们健康状况不佳，还可能在个人生活、社区乃至社会层面引发紧张和冲突，激化分歧，进而滋生怨恨、冲突和隔阂。鉴于护士在社区中处于值得信赖的地位，他们可以发挥关键作用，让人们团结在一起、搭建沟通的桥梁并建立更广泛的伙伴关系，这些都是促进和平和增强社区凝聚力的基础。ICN 发起的“护士促和平运动”就是展示护士如何推动全球和平的一个实例。

经济学家和卫生专家提出的关键见解会成为激发护士热情的火花，鼓舞他们创造未来，在这个未来里，护理行业不仅得到认可，甚至被推崇为推动健康、经济和社会发展的主要力量。

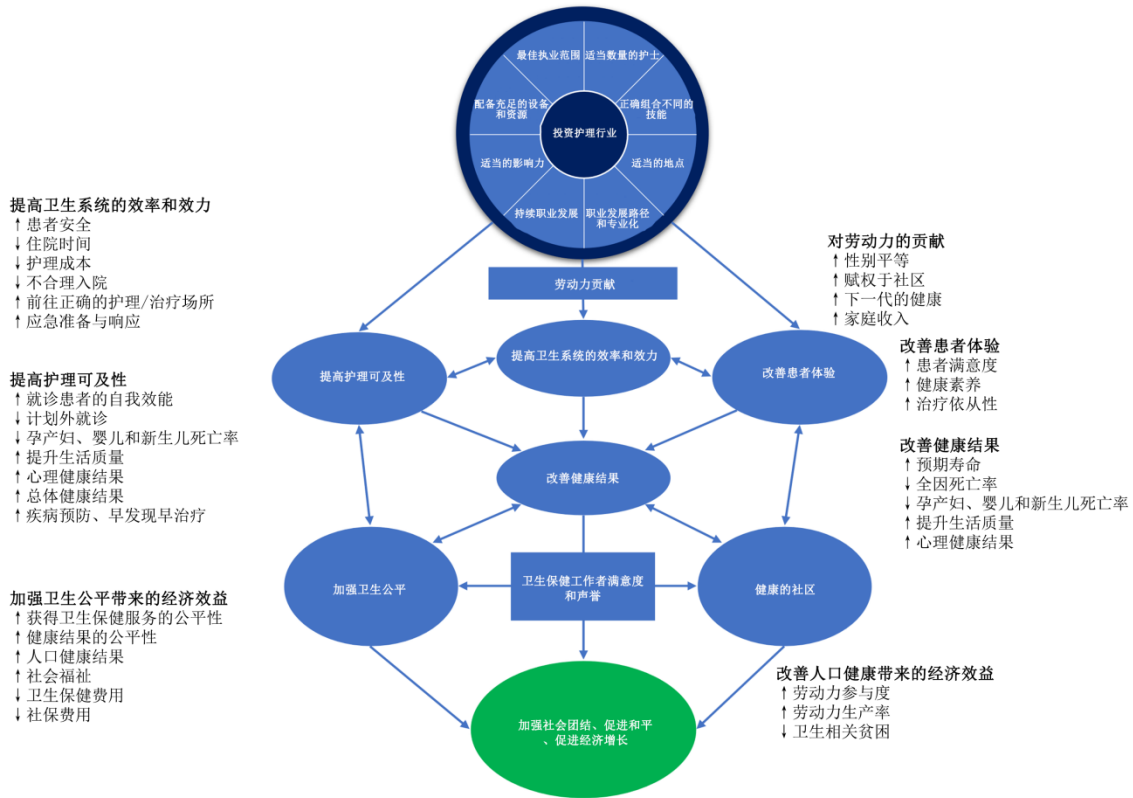
“投资护理-实现繁荣-促进和平”之链

“投资护理-实现繁荣-促进和平”之链（图 1）揭示了有效的护理投资是如何超越卫生保健范畴，成为改善患者结局、繁荣社区、构建更强大的社会和更健康的经济的基础的。图中揭示了审慎投资护理行业带来一系列社会效益的整个过程，这些效益共同推动了社会的团结、和平及经济增长，因为有效的护理投资是构建一个韧性、繁荣社会的基石。

为实施如此全面的方法，政府和决策者需要采取以下关键行动：

- 让护士能够依据自身技能、所受教育和执业范围发挥最大能力；
- 组建一支人员充足、技能多样的劳动力队伍；
- 确保所有社区，无论处于何地，都能获得护理服务；
- 建立健全的教育和职业发展途径；
- 允许护士进入领导层；
- 提供持续职业发展的机会；
- 为实现最佳患者护理提供必要的资源和工具。

图 1: “投资护理-实现繁荣-促进和平”之链: 加强卫生保健与提高经济效益的途径



第 1 章：投资护理行业——创造体面工作岗位及消除贫困的关键途径，尤其对于妇女和女童具有重要意义

卫生行业，尤其是护理领域，不仅能提供持续增长的就业机会，它也是促进经济和社会发展的一个关键领域，对于妇女和女童而言尤其如此。卫生和社会行业的就业人数持续增长，而其他行业的就业人数不断下降，二者形成了鲜明的对比。这是一个消除性别差距和重新审视护理价值的契机，这对于女性脱贫至关重要。

76%的无偿护理工作由女性承担；而有偿护理工作存在薪酬低的问题。
(WEF, 2023 年)

从 2020 年至 2030 年，卫生保健工作者需求量的平均增长率预计为 29%，是预计人口增长率（9.7%）的三倍（Boniol 等人，2022）。卫生工作者，包括大量护士，是全球劳动力市场的重要组成部分。

机遇

护理在推动经济增长和消除贫穷方面发挥着至关重要的作用，对于妇女和女童而言尤其如此。该行业对护士需求巨大，预计将出现 3000 万个新的职位缺口，主要集中在中低收入国家（Haakenstadt 等人，2022 年）。这一预期的激增现象是由若干因素引起的，包括：

- 护士短缺，无法实现全民健康覆盖；
- 人口老龄化带来的挑战；
- 不断演变的疾病模式；
- 对卫生保健服务的期望越来越高。

大约 90%的护士是女性，这凸显了该行业对全球劳动力性别平等的潜在影响力。

消除性别差距

目前，护理经济领域中存在着显著的性别差距。76%的无偿护理工作以及大多数薪酬低、不受重视的护理工作都是由女性承担。投资护理行业并拓宽护理经济对于缩小这些性别差距具有重要意义。改善护理行业的薪酬、工作条件和职业晋升机会可以赋权于女性，为她们提供体面的工作，使其摆脱贫困。

经济影响

投资卫生行业（尤其是护理）不仅能提供就业机会，还能刺激更广泛的经济增长（见图 2）。护士和其他卫生工作者将他们的收入用于各行各业，会产生惠及整体经济的连带效应。例如，据估计，留过学的护士向中低收入国家的汇款达 540 亿美元。完善护理制度，对无偿的护理工作予以认可并重新分配，有助于显著缩小劳动力市场中的性别差距，这也有利于经济发展。国际货币基金组织（Georgieva, Sayeh & Sahay, 2022 年）指出，“在性别不平等程度较高的国家，仅仅通过缩小女性在劳动力参与方面的差距，就能使经济产出平均提高 35%。”

图 2：护理劳动力与汇款

护理劳动力与汇款

重要事实



为护理工作提供体面的薪水：呼吁公平的薪酬和工作条件

护士和助产士是卫生保健系统的重要组成部分，他们经常面临工作时间长的问题，最终造成职业倦怠、人员短缺以及护理质量下降。过度工作的问题在中低收入国家尤为严重，其中不少国家称护士的工作时间过长，即每周工作时间超过 48 小时。尽管工作时长的要求非常严苛，但轮班时间长并不意味着薪酬高。事实上，全球至少三分之一的基层工作者（包括护士和助产士）都非常担心低薪的问题。国际劳工组织（ILO）对 31 个国家的分析表明，无论是在低收入还是高收入环境中，低薪是卫生保健专业人员中普遍存在的问题（ILO，2023 年）。

对 49 个国家的月收入数据进行审查时发现，在 34 个国家中，护士和助产士的收入低于高技能人才的平均工资，在近一半的国家中，护士和助产士的收入低于卫生行业工作人员的平均工资（ILO，2023 年）。这种薪酬差距凸显了建立公平的薪资结构的紧迫性。

解决护士和助产士工作过度 and 报酬过低的问题，对于全球卫生保健系统的可持续发展至关重要。公平的薪资和体面的工作条件不仅是留住和吸引卫生保健工作者的关键因素，也是对他们为社会福祉做出的重要贡献的认可。

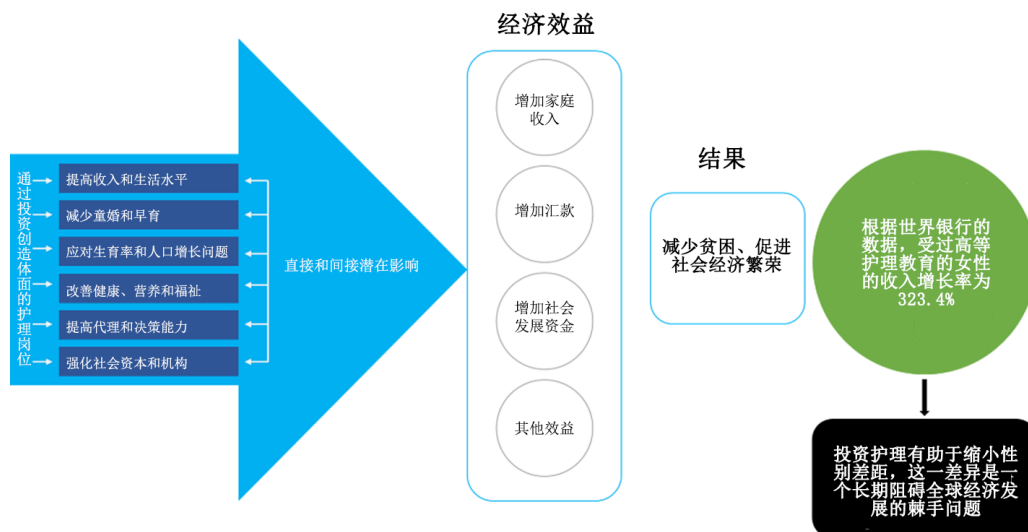
创造体面工作的战略手段

- 1. 加强对护理教育和劳动力的投资：**增加护理教育经费以及创造更多的护理岗位，可以解决劳动力短缺问题，满足日益增长的卫生保健服务需求。
- 2. 重视护理工作：**正确评价护士的工作，包括提供公平的报酬以及认可他们在卫生保健中的关键作用，这一点非常重要。公平的工资和体面的工作条件是留住和吸引护士的关键因素。ICN 络呼吁支持并践行 1977 年 ILO《护理人员公约》（第 149 号）及其建议书（第 157 号）的原则，重点关注全球护士和助产士的福利。
- 3. 护理工作中的性别平等：**政策必须旨在减少护理工作中的性别差距，包括为无偿护理工作提供更充分的支持，同时创造更公平的有偿护理岗位。
- 4. 改善工作条件：**改善护士的工作条件（实现工作与生活的平衡、营造安全的工作环境、提供职业发展机会），可以使护理成为更具吸引力和可持续性的职业选择。
- 5. 行业间合作：**加强卫生行业与教育、运输和基础设施等其他经济行业的合作，可以最大限度地提高护理投资的经济效益。

本章小结

投资护理行业对于经济复苏和增长至关重要，它是构建一个健康、公平社会的基石，也是一条可行的脱贫途径，对于妇女和女孩而言尤其如此。对护理进行长期投资的必要性不言而喻——这不仅是卫生保健的需求，也是社会经济的需要。

图 3：投资护理的潜在社会效益（改编自 Wodon 等人，2018 年）



第 2 章：投资护理行业，以提高护理服务的可及性并推进全民健康覆盖[和基本服务]

投资护理行业是提升卫生保健可及性和推进全民健康覆盖（UHC）的战略手段。卫生保健工作者的密度与健康结果之间的相关性已得到充分证明（Haakenstad 等人，2022 年；Liu 和 Eggleston,2022 年），护士和助产士密度越高，健康结果越好，包括孕产妇和婴儿死亡率降低。增加护士人数直接有助于扩大服务范围，这对于实现 UHC 至关重要。

护理对卫生保健服务的影响

护士处于护理患者的第一线，承担着满足广泛卫生保健需求的基础服务工作。通过增加护士人数，卫生保健系统可以：

- **扩大初级保健：** 护士往往是卫生系统的第一联系人，在初级保健中发挥着关键作用。增加护士人数能够确保更多的换着获得基本卫生保健服务。
- **改善妇幼保健：** 护士在妇幼卫生保健中至关重要。护士密度增加有助于降低孕产妇死亡率、五岁以下幼儿死亡率、婴儿死亡率和新生儿死亡率。
- **改善慢性病管理：** 慢性病患者需要持续的护理服务，而护士完全有能力提供这样的护理服务，以此改善管理效果和患者结局。
- **应对突发公共卫生事件：** 此次新冠肺炎大流行凸显了一支强大的护理队伍在管理卫生危机和降低过高死亡率方面的重要性。对护士和其他卫生保健工作者保护不足，结果导致成本大幅增加，占卫生保健总支出的 2%~8%（见第 xx 页）

在 2019 年，为了达到 80% 的 UHC 有效覆盖率，每 10,000 人中至少要有 70.6 名护士。目前全球护士缺口为 3060 万人（Haakenstad 等人，2022 年）。要达到 90% 的 UHC 有效覆盖率，每 10,000 人中需要 114.5 名护士，即新增近 6000 万名护士（Haakenstad 等人，2022 年）。

新冠肺炎全球大流行对全球经济造成了严重的负面影响。2020 年，全球 GDP 下滑了 3.4%，即超过 2 万亿美元（Dyvik, 2024 年）。

护理与全民健康覆盖

UHC 的目的是确保人人都能获得必要的保健服务，并且不会因此陷入经济困难。护士对于实现 UHC 至关重要，原因如下：

- **可及性：** 护士往往在社区内工作，这有助于提高卫生保健的地理上可及性，尤其是在农村或服务水平不足的地区。
- **全面性：** 护士承担着广泛的角色和职责，这使他们能够提供广泛的服务，有助于实现全面的 UHC。
- **成本效益：** 与其他卫生保健工作者相比，护士提供的许多干预措施更具成本效益，这对于 UHC 的可持续性至关重要。
- **预防保健：** 护士在预防保健、健康教育和宣传方面发挥着关键作用，这些都是 UHC 的重要组成部分。

护士密度每增加 1%，出生时预期寿命将提高 0.02%，65 岁时预期寿命将提高 0.08%（Liu 和 Eggleston, 2022 年）。预期寿命（或成人存活率）每延长一岁，相当于经济增长提高 2.4%（Ridhwan 等人，2022 年）。

改善护理工作以提高 UHC 的策略

- **提倡**将护理作为卫生系统规划和决策的核心。这包括强调护士在提供初级卫生保健服务方面的关键作用，并倡导提升优质护理和助产服务的可及性。
- **制定、执行并资助**国家护理劳动力计划，目标是实现未来护士供应的自给自足。调整资源，组建一支强大的护理队伍，以提供基本保健服务、扭转失业状况和留住人才。当发生国际移徙时，确保移徙过程遵循道德原则、保持透明度且受到监督，保障输出国和接收国的平等互利，同时尊重护士个人的权利。在整个护理过程中进行系统的劳动力规划和监测。
- **投资**高质量、经认证的护理教育计划，培养更多新护士并促进现有护士的职业发展。设计一套周全的课程，使护士毕业时具备适当的技能、能力和信心以应对不断变化的社区卫生需求。建立从全科护士、专科护士到高级护士的职业发展路径。提高护理在 UHC 中的地位。

- **优化护理劳动力数据。**建立一个符合国际标准、包含国家护理劳动力详细信息的数据库，并进行维护。应规定定期收集和分析数据，为国家和全球护理劳动力的规划和政策制定提供指导。

本章小结

护士在改善卫生保健服务和扩大 UHC 服务方面是不可或缺的。有明确证据表明，加大对护理劳动力的投资可以获得更好的健康结果。为了实现与卫生相关的可持续发展目标（SDG），尤其是在中低收入国家，必须优先扩大护理队伍。这类投资不仅是卫生行业的一项重点任务，也是社会经济面临的一项紧迫任务，对于实现 UHC 和全面提高全球卫生韧性至关重要。

第 3 章：投资护理行业，提高卫生系统的效率和效力

卫生系统是大多数国家的一项重要支出，需要进行战略性重组，实现以价值为基础的卫生保健，确保以尽可能低的成本取得健康结果（Lewis 等人，2023 年）。这种重组有助于优化资源分配、为患者和社区实现最佳结果。提高卫生系统效率和效力的关键策略包括为护士营造有益的工作环境，以及制定有利于护士有效开展工作的政策和规程（Buchan & Catton, 2023 年）。充足的人员配备和获得必要资源对于护士提供优质护理极为关键，有助于降低患者预后不良产生的长期成本。此外，允许护士充分发挥其执业能力有助于避免珍贵的人力资本被闲置浪费，尤其是以女性为主题的职业，但她们的技能通常未得到充分利用。（ILO, 2023 年）。

提高效率和患者安全

目前迫切需要通过提高卫生系统的效率和效力，尤其是在患者安全和健康结果方面。如果卫生系统负担过重、资源不足，则可能会发生理应避免的失误，在初级和门诊保健中给患者带来伤害，并因效率低下而产生不必要的支出和不良的健康结果。通过对护理人员的教育和持续专业发展、优化人员配置、技能搭配以及领导角色的投资，卫生系统能够积极应对这些挑战。提升护理人员的专业技能和领导能力能够大幅降低可预防事故的伤害及死亡率（见表 1）。高级执业护士可以充分发挥其潜力，提供高质量的护理，无需依赖医生监督，从而节省数十亿美元的卫生保健成本。确保护士能够获得必要资源并在健康与福祉上获得支持，能够显著增强卫生保健服务的安全性、效率和效果，进而改善患者的治疗效果和卫生系统的可持续性。

人力资本指数

世界银行的人力资本指数（HCI）用于衡量个体基于其教育和健康状况所能对社会做出的贡献（Pennings, 2020 年）。一个人在人生旅途中积累的经验、接受的教育以及发展的技能，都会增加其人力资本。护士需要获得较高水平的专业技能，而高级执业护士则需接受更高层次的教育和深入的技能培养。当护士找不到工作、由于条件恶劣而辞职或转行，或者所掌握的技能未能得到充分运用时，他们的人力资本就会浪费。通常情况下，因为劳动市场对女性技能的低估，女性的人力资本使用率往往低于男性（Pennings, 2020 年）。

在 OECD 成员国中，有 76% 的医生和 79% 的护士表示，他们的技能超出了所在岗位的日常工作要求。考虑到培养医生和护士耗时较长，这种情况造成了人力资本的浪费（OECD, 2019a）。

机遇

通过为护士提供充足的工作资源以便他们出色地完成工作，可以充分发挥每位护士的潜能，从而改善患者的治疗效果并提升护理质量。政府和卫生系统应当合理投资，确保有适当的护理人员配置，并提供必要的资源，使护士们能够更加出色地完成工作。此外，他们还应出台政策，支持护士依据自身的技能、受过的培训和教育，实现更加独立的工作方式。这样一来，就能在最节省成本的前提下提供尽可能高质量的护理服务。

经济影响

护士的流失率维持在 15.1% 至 36% 之间（Roche 等人，2015 年；ICN, 2021a；Nelson-Brantley、Park 和 Bergquist-Beringer, 2018 年），这给卫生系统带来了巨大的经济负担——估计每年每名护士流失造成的成本为 36,918 美元或更高（Roche 等人，2015 年；Jones, 2005 年；Kim, 2016 年；North 等人，2013 年；Ruiz、Perroca 和 Jericó, 2016 年）。（见第 8 章）。

同时，护理人员配备不足会导致病患死亡率升高，不仅带来了悲剧性的结果，而且还会增加成本（Lasater 等人，2021 年）。在对 87 家医院进行的一项研究中，研究人员发现，如果每名护士至少负责 4 名患者，则可挽救 1595 条生命，并且预计可节省 1.17 亿美元的成本，平均每家医院大约能节省 134 万美元（Lasater 等人，2021 年）。

许多护士（尤其是高级执业护士）所在的岗位只需要运用其在教育和职业生涯中所积累的一小部分知识和技能。这造成了每年高达数百万美元的人力资本损失。美国的一项研究表明，如果执业护士能够充分发挥其职

业技能，则不必为医生支付监督其工作的费用，这样一来，每年可以为美国节省高达 455 亿美元的公共卫生支出，同时保持相同的健康治疗效果（Zangaro, 2019 年）。

图 4：优化护理人员配置比例所带来的成本节省
(Lasater 等人, 2021)

优化护理人员配置比例所带来的成本节省

在 87 家美国急症医院开展的研究

医院人员配备充足（87 家急症医院的患者/护士比例不超过 4:1）：



表 1:护理对全球重大健康挑战的影响

问题	可能的战略投资	结果
 57个国家无法提供80%的基本妇幼保健服务（WHO和UNICEF，2018年）	加大护理教育投资	改善妇幼保健服务，降低孕产妇和婴儿死亡率。研究发现，接受护士-家庭伙伴计划服务的家庭比未接受此类护理访视的家庭拥有三倍的积极成效（护士-家庭伙伴关系，2014年）。
 在高收入国家，有5800万人居住在初级卫生保健（PHC）人力不足的地区（WHO和UNICEF，2018年）。	实施政策，加强服务不足地区的护士招聘和留任。	提升公众获取PHC服务的机会，从而改善整体人口健康状况。例如，执业护士提升了包含最弱势群体在内的人们获取PHC服务的机会（Htay和Whitehead，2021年）。
 2017年，欧盟国家若采取更有效的预防和卫生保健干预措施，本可以避免高达100万例的病过早逝（OECD，2021年）。	投资于护士主导的预防和干预方案。	通过有效管理和预防慢性病减少早逝病例。护士主导的服务模式使住院率降低了2%-9%，再入院率降低了15%-51%（Davis等人，2021年）。
 2018年，26%来自OECD和欧洲国家的慢性病患者未接受任何推荐检查（OECD，2019a）。	加强护士在慢性病管理和护理协调中的作用。	提高对治疗指南的依从性，改善慢性病管理。
 “过渡管理不善会损害健康并增加成本。研究人员估计，护理协调不当（包括护理过渡的管理不力）导致了250亿至450亿美元的浪费性支出。”（Burton，2016年）。	制定并实施护士主导的患者参与与教育计划。	护理协调有助于更早开始治疗或启动治疗计划，缩短诊断时间，降低入院率并减少就诊次数。这些都有助于降低卫生保健成本（Budde等人，2021年）。
 75%的医生和护士报告称，他们的技能水平超出了日常工作和履行职责所需的水平（OECD，2020年）。	重新定义护士角色，以充分发挥护士的全部专业技能并引入高级执业护士。	提升护士的工作满意度，更有效地利用卫生保健人员的技能。拥有更多高级执业护士对患者、护理工作人员的满意度以及整体效率的提升均有积极影响。高级执业护士提升了现有劳动力资源的价值（Aiken等人，2021a）。
 40%的患者在初级和门诊卫生保健服务中遭受过伤害（Kuriakose等人，2001年；Michel等人，2017年）。	在初级保健环境中实施护士主导的安全和质量改进举措。	减少初级和门诊护理中患者的受伤率。技能组合、人员配备水平和教育程度的提高与患者安全直接相关（McHugh等人，2021年）。
 医院15%的支出用于伤害造成直接后果所需的额外检查和干预治疗（OECD，2019b）。	投资于关于循证实践和患者安全的护士教育。	通过减少不必要的检查和干预治疗，降低卫生保健成本，并提高患者安全性。
 在中低收入国家，每年因护理质量低下而导致的死亡人数达到500万。卫生保健质量低下是导致中低收入国家所有病患死亡的主要原因，包括84%的心血管疾病死亡、81%的疫苗可预防疾病死亡、61%的新生儿疾病死亡，以及50%的孕产妇、道路伤害、结核病、HIV和其他传染病死亡（Kruk等人，2018年）。	加强卫生系统内的护理领导力和治理，以提升护理质量。	在中低收入国家，由于护理质量的明显提升，死亡率显著下降。护士人数每增加1%可使新生儿和65岁人群的预期寿命分别提升0.02%和0.08%（Liu和Egglestone，2022年）。
 12%的可预防患者伤害可能导致永久性残疾或患者死亡，这主要与药物事故、治疗管理以及创伤	加强药理学、治疗管理和手术安全方面的护理能力。	减少可预防的伤害、残疾和死亡，提高总体患者安全性（McHugh等人，2021年；Aiken等人，2021b）

	性临床手术有关（Panagioti 等人，2019 年）。		
	每 10 名患者中就有 1 名在护理期间因安全疏忽而继续遭受伤害。由于伤害造成的健康负担估计每年为 6400 万伤残调整寿命年（DALY），这个数字与 HIV/AIDS 所造成的健康负担相当（Slawomirski 和 Klazinga，2022 年）。	投资于具有所需技能组合的员工，提升人员配置水平，以改善患者治疗效果。	由不安全护理引起的经济和社会成本不仅限于直接影响，它们还会显著地妨碍生产力和经济增长。从社会支付意愿的角度来看，这些社会成本估计每年在 1 万亿至 2 万亿美元之间。此外，从人力资本的角度出发，消除患者伤害每年可促进全球经济增长 0.7% 以上（Slawomirski 和 Klazinga，2022 年）。
	治疗在护理期间受到伤害的患者的直接成本很高，接近卫生支出的 13%。换算成货币，大约相当于每年 6060 亿美元，略超出 OECD 国家经济总产出的 1%。这凸显了患者伤害对卫生保健系统的巨大财务影响（Slawomirski 和 Klazinga，2022 年）。	投资于优质的护理服务，并监控护理敏感指标。	在临床环境中，最有力的证据支持旨在降低患者伤害的策略，投入的经济成本主要用于解决感染、静脉血栓栓塞（VTE）、压疮和跌倒。专注于最大限度地减少这些特定类型的伤害可以带来最高的投资回报。例如，在预防卫生保健相关感染的既定方法上每花费一美元，可以产生相当于初始投资七倍的回报（Slawomirski 和 Klazinga，2022 年）。
	在压力过大的卫生保健环境中，暴力侵害卫生工作者、职业倦怠和肌肉骨骼疾病是普遍存在的问题，同时，由于人员的严重短缺，这些问题变得更加严重。这些挑战不仅会导致更高的员工缺勤率和流失率，还可能危及护理服务的质量。卫生工作者健康状况不佳对经济的影响预计约占卫生支出的 2%（Klazinga，2022 年）。	保护护士的健康和安全。	改善工作人员的福祉本身就很有价值，同时它还能减少因职业伤害引起的成本，并有助于最大限度地减少对患者的伤害（估计高达卫生总支出的 13%）（Klazinga，2022 年）。

提升卫生系统效率和效果的战略手段

1. 通过对监管体系进行强化和现代化升级，并投资于先进的护理实践以及护士主导的医疗护理模式，使护士能够充分发挥其在护理实践中的作用。重新定位和整合卫生系统，以便更加关注公共卫生、初级保健的促进与预防护理、社区护理以及以家庭为基础、以个人为中心的护理服务。
2. 立即采取措施，确保护士工作在安全健康的环境中并享有应有的权利，从而改善其健康、增进其福祉水平。建立制度，确保稳妥的人员配置水平。确保在工作场所为护士提供保护措施，防止其遭受暴力和危害，并贯彻执行国际劳工标准，保障护士在安全、健康且具有支持性的环境中工作，同时保护其身心健康。
3. 推动实施护士招聘和留任战略，以应对护理人员短缺问题。提升护士的薪资待遇，确保他们获得公平合理的报酬和福利，并营造积极的执业环境，以便更好地倾听护士的意见，同时为他们提供安全、有效和高效地开展工作所需的资源。为跨职业生涯路径的专业治理、认可和发展活动提供资金支持。
4. 确保护士能够获得高效、安全地提供高质量护理所需的基本资源。确保护士拥有提供循证护理所需的资源，比如能够使用高速互联网以及查询参考指南。

案例研究：地方政府和临床机构为共同应对糖尿病恶化达成的合作。 （日本护理协会）

在日本，针对人口老龄化和疾病模式的改变，日本护理协会和佐贺县政府发起了一项旨在预防糖尿病恶化的合作倡议。这项倡议是从 2016 年开始实施的“遏制糖尿病项目”的一部分，建立了一个涵盖县级卫生福利部门、公共卫生中心、保险公司和医疗机构的全面网络体系，侧重于培训护士在不同的医疗环境中实现护理协调。“糖尿病协调护士发展与支持项目”旨在培训护士，协助糖尿病患者的治疗从专科医院顺利过渡至初级保健机构，保证治疗和糖尿病管理的连续性和有效性。这一合作模式带来了显著的健康效益，其中包括因糖尿病肾病需接受透析的新发病例数明显减少（从 2012 年的每年 150 人降至 2021 年的 95 人），以及患者开始接受透析的年龄延迟。

本章小结

护理领域的投资对确保卫生系统的有效运行而言至关重要。护士是提供高价值、高成本效益护理的关键。配备充足的护理人员、投资于护士的工作环境，并允许护士在其执业范围内充分发挥自主权，有助于卫生系统以最低的成本高效运行，同时还能提供最高质量的护理服务。

第4章：投资护理行业，以增进社区和整个社会的福祉和经济发展

卫生行业与经济行业息息相关，众所周知，如需维持经济体系的稳健和不断发展，民众的健康状况至关重要。护理是卫生系统的核心领域，也是构建稳健经济的关键。护士们正在努力消除医疗领域的不平等现象，为全体公民打造一个更健康、更公平的社会，以此促进经济与社会繁荣发展。

“投资护理-实现繁荣-促进和平”之链的最终要素强调提升社会和经济福祉。虽然推动全人类的共同繁荣是我们的夙愿，但我们有时却会忽略健康在促进经济增长和增加就业方面所起的决定性作用。“投资护理-实现繁荣-促进和平”之链强调了强大的护理队伍与全人类的健康、和平和活力之间的重要联系。

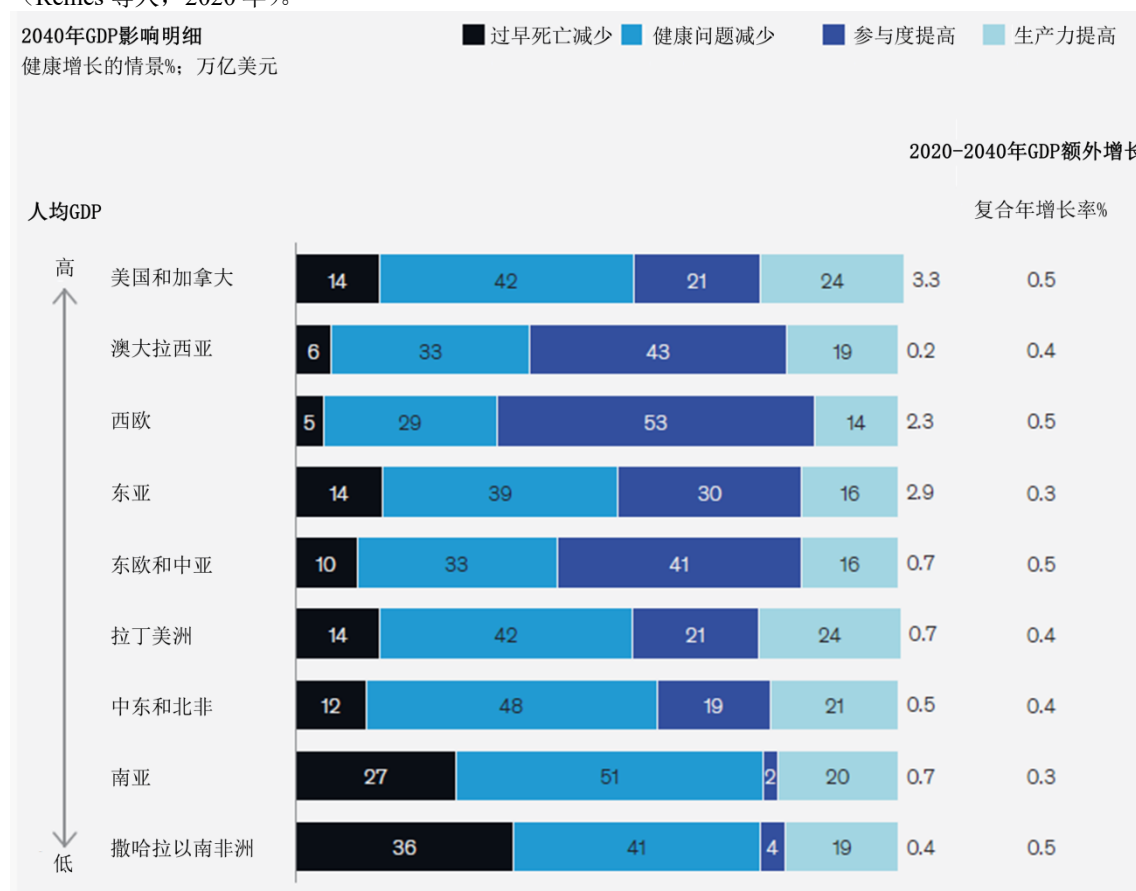
护理、人口健康与经济发展

较高的护理与助产人员比例与多个关键的人口健康结果相关，包括延长预期寿命、降低母婴死亡率以及改善其他人口健康结果（Haakenstad 等人，2022 年；Liu 和 Eggleston，2022 年）。护理带来的社会效益远不止于改善健康结果；若要完全领会其产生的深远影响，我们必须深入探究并认识到，通过护理提升人口健康，也有助于推动经济的稳健发展。

简言之，人群健康是经济健康的象征。麦肯锡全球研究所（Remes 等人，2020）的一份报告发现，“到 2040 年，改善全民健康状况可使全球 GDP 增加 12 万亿美元，即增长 8%，相当于每年多增长 0.4%。”其中大部分的经济收益源自劳动力规模的扩大和健康水平的提升。

图 5：不同地区健康水平提升所产生的经济效益

在不同地区，健康水平提升所产生的经济效益因各国潜在疾病负担和劳动市场结构的差异而有所不同（Remes 等人，2020 年）。



对社会经济福利的影响

对护理领域（尤其是社区和初级卫生保健机构）的投资，增进了社会福祉，而儿童照护是这一进程的基础。高质量的护理服务能够促进儿童的认知能力和社交技能发展，为其取得学术成就和未来经济稳定奠定基础。这项投资有望帮助我们的后代获得更高水平的教育，增加收入。

此外，投资于护理是消除贫穷带来的不良影响的关键。事实证明，护士主导的家访等计划能有效提升携幼家庭的健康水平和经济独立能力。解决从婴儿期产生的健康不平等，有助于预防一系列相关社会问题，最终减少贫穷对教育和健康的长期影响。研究（加州社会服务部，2018年）强调了这些投资带来的广泛益处，其影响不止于健康状态的改善，还能显著减少公共财政支出。

“每投入1美元用于改善卫生保健，经济回报有望达到2-4美元。在高收入国家，提升卫生保健生产力足以抵消实施成本。低收入国家仍然需要在卫生基础设施方面增加投资。”（Remes等人，2020年）

贫困儿童经常因孕产妇产前护理不足和长期的经济困境而出现健康问题。这些问题不仅会影响儿童的学习能力，还会带来一系列社会、情感和行为上的挑战。幼儿时期的贫穷会产生深远影响，包括无法摆脱贫困、辍学以及过早为人父母。

然而，这样的恶性循环是可以打破的。多年的研究（加州社会服务部，2018年）证明，以护理为主导的干预措施可以取得显著的成效，如减少早产、加强儿童健康和入学准备，以及减少虐待儿童和青少年犯罪事件。这些计划不仅能带来直接的健康益处，还有助于大幅度节省医疗、儿童福利、特殊教育和刑事司法系统等方面的支出。

与其他卫生保健领域一样，如果在养老领域进行适当的投资，将获得巨大的社会和经济效益。资源短缺、人员配备不足和员工技能缺乏造成了一系列严重问题，包括侵犯人权事件增加、护理质量不达标、健康状况恶化和卫生保健支出飞涨。

澳大利亚皇家老年护理委员会在其研究结果中就提供了一则鲜明的案例。这项调查揭示了该领域存在严重效率低下和各种短板问题。澳大利亚医学协会（2021年）在回应该委员会的调查结果时指出，对长期护理领域进行投资，尤其是保证有充足且具备相应技能的护理人员，并实施循证护理模式，将有助于大幅度降低成本。他们估计，通过避免不必要的住院治疗，能节省约210亿澳元的支出。

这一数字突出表明，通过对养老领域进行战略投资有望带来巨大的经济效益。这意味着不仅能减少不必要的卫生保健支出，还能改善老年人的生活质量。在养老领域配备充足且具备相应技能的护理人员、并应用成熟的护理模式，有助于确保老年人得到应有的尊重和高质量的护理服务。这种做法可减少医疗系统的压力，帮助维护老年弱势群体的权利、增进其福祉。

澳大利亚养老领域的案例凸显了一则广泛适用的真理：投资于长期护理，尤其是在人力资源和护理实践方面，不仅是道德上的当务之急，而且是经济上的明智之举。这些投资将改变养老行业的格局，改善部分最弱势群体的健康结果，并促进卫生保健资源的高效利用。

增进社区和整个社会的福祉和经济发展的战略手段

1. 在整个卫生保健服务行业，优先投资于人员配置，确保人员充足、配置稳妥，尤其是在初级和社区卫生保健领域。这项投资对确保卫生保健机构配备完善的设备和充足的专业人员，以满足不同护理环境中患者的不同需求而言至关重要。
2. 认可并重视护士的技能、知识、特质和专长。尊重并促进护士作为卫生专业人员、科学家、研究人员、教育工作者和领导者的作用。让护士参与影响各级卫生保健系统的决策。推动和投资于尊重护理行业并认识到护士是高质量卫生系统关键推动者的文化发展。
3. 在所有卫生保健机构和政府决策层任命护士长担任高级管理职位。加强整个卫生系统的护理领导力，并在最需要的地方建立和维持这种领导力。
4. 保护弱势群体，维护和尊重人权、性别平等和社会正义。以护理道德为卫生系统设计和服务的核心，以便所有人都能获得公平、非歧视、以人为本和基于权利的卫生保健服务，且不会因此承担财务风险。

本章小结

“投资护理-实现繁荣-促进和平”之链描述了着重为护理人员提供充足资源的广泛影响。尽管仅考虑这类投资带来的直接益处（如员工增加带来单位业绩的提升）可能颇具吸引力，但其还能产生更深远的影响。投资

于护理行业会产生连带效应，最终造就更健康的社会、促进经济发展、增进社会福祉。护理不仅是卫生保健系统的支柱，也是维持社会整体功能的基石。

第5章：未来人力资源规划面临的挑战——需针对充分发挥执业范围内的知识和技能进行规划



Stephen Duckett 博士，澳大利亚员佐勋章获得者，哲学博士，科学博士，澳大利亚社会科学学院院士，澳大利亚卫生和医学科学院院士，经济学家，荣誉企业教授，墨尔本大学人口与全球健康学院全科医学系

卫生人力资源规划需要转变模式。目前往往是各自为政的模式：比如针对老年护理和医院护理分别进行规划，但实际上同一批卫生工作者均可在这两个领域工作；或者为某一特定专业进行规划，而未来的趋势是由多学科团队提供护理（Sutton 等人, 2023; Weston, 2022）。卫生人力资源规划参照的通常还是十年或二十年前的卫生系统，而不是为未来十年或二十年的系统做准备。也往往是根据前几代人的工作方式而制定规划，却忽视了新一代卫生工作者已经改变的愿景、动力和优先事项（Stevanin 等人, 2018）。人工智能对循证实践可能起到的变革作用几乎未受到关注。

过去几十年间，卫生政策的说辞一直未变，描绘着一个大为不同的未来——患者将受到更全面的管理，接受更连贯的护理，将不再因共病复杂辗转于多位“单科专家”（只擅长处理整个复杂人体的一部分的专业人员）之间。遗憾的是，实际上几乎没有发生如上所述的变化，但“新芽”正在萌发。

以往在人力资源规划方案方面的问题，以及政策言辞与现实之间的不匹配，体现在人力资源改革的政策惰性上，特别是在充分发挥工作人员最多的卫生专业——护理专业的作用方面（Duckett, 2005）。

尽管护士受教育程度越来越高，但“诊断”的权力通常只属于有医学资质的人，尽管其他专业人员同样需要在治疗过程中对患者的问题做出判断，同样可以清楚解释诊断测试或图像报告，同样可以充分理解护理路径中的选择，且同样能识别不符合标准路径的患者并做出相应调整。

某一专业的技能和知识得到提高但其角色没有相应改变时就会出现角色瘫痪的现象，而遗憾的是，这一现象普遍存在。技能过剩，即卫生工作者在实践工作中无法充分发挥其执业范围内的知识和技能，已经成为一种普遍现象，六分之五以上的卫生专业人员表示他们具备处理更具挑战性工作任务的技能；护士的这一比例略低，但仍高达 79%（Schoenstein & Lafortune, 2016）。拥有硕士学位的护士报告技能过剩的可能性是拥有学士或副学士学位的护士的近两倍。尽管存在技能过剩的问题，但同时也存在技能不足的问题——护士以及其他专业人员认为他们需要额外的培训来完成一些工作。

虽然护士在决定患者是否满足出院条件方面仍然受阻（Pethybridge, 2004），但往往是护士最了解患者的家庭情况及其出院的临床出院条件。在初级保健环境中，医生的大部分时间都分配给了其熟悉且病症单一的患者，而这些患者可由初级保健护士进行适当管理治疗（Duckett, Breadon & Farmer, 2014; Duckett, Breadon & Ginnivan, 2013）。

于是专业人员未能充分发挥其执业范围内的知识和技能所带来的机会成本迅速累积。虽然这一成本难以量化（Goryakin, Griffiths & Maben, 2011; Caird 等人, 2010; Chan 等人, 2018; Lopatina 等人, 2017; Marshall 等人, 2015），但医生和护士的平均薪酬天差地别，这意味着，假设生产率相同，用后者取代前者将对员工满意度和效率产生重大影响。

案例研究：白金汉郡医疗保健信托基金提供 xi 新颖的以护士为主导的血管造影服务。

白金汉郡医疗保健信托基金的心脏日间病房和导管实验室引入了血管造影护士这一角色，这代表着一种变革性的方法，以应对日益增长的需求，缩短心脏导管实验室服务的等待时间（英国国家医疗服务系统, 2018）。在过去，心脏病专家往往身兼数职，却是唯一执行血管造影的专业人员。顾问护士发现了变革的机会：通过培训护士进行某些低风险血管造影，医疗服务效率可以得到显著提高。

血管造影护士接受了两年的额外学习，能够进行血管造影并管理自己的工作量，无需让患者等待，同时使心脏病专家得到解放。实施过程非常彻底，包括赔偿、法律考量以及信托基金委员会的批准。对300例血管造影进行质量审查确保了新做法的有效性，通过提高患者满意度和改善资源利用率，这一创新角色的影响力得到证明。这项由护士主导的倡议挑战了卫生保健领域的传统角色，为信托基金护理专业进一步发展创造了条件。

卫生政策面临的挑战之一体现为：卫生保健团队中的工作者各司其职，在恰当的场景中每次都能及时提供合适的医疗服务。这不仅仅涉及医学、护理或专职医疗，而是关乎团队协作。也不仅仅涉及提供医疗服务本身，还包括促进自我管理等服务。这种挑战凸显了包括护理在内所有医疗专业未来将会面临一个更复杂的局面。立法者和政策制定者面临的艰巨任务提供一个使卫生专业人员的事业蒸蒸日上、使护士和其他卫生专业人员能在卫生保健团队中充分发挥其执业范围内的知识和技能的政策环境。

对不同的护士而言，充分发挥其执业范围内的知识和技能将会有所不同。越来越多的护士以专家身份开展工作，同时仍在给予一贯提供的全面护理。政策方面的挑战，是确保所有护士拥有自我实现的潜能，使他们能够充分发挥其执业范围内的知识和技能。

为确保这一转变顺利实现，护理行业必须避免出现困扰医生行业的那种不良的等级制度和“各自为政”的现象：即专业化程度越高，地位越高，而且“权利争夺”盛行。

毫无疑问，20世纪医学的专业化使患者获益良多，但20世纪末出现的过度专业化可能是经济学家所谓的边际收益递减的一个例子。随着越来越多的专家参与到单例患者的护理工作中，沟通问题会更多，患者的整体需求可能会被忽略。护理工作需继续重视整体观，强调关注患者的整体、与患者的沟通，以及观察患者在日常活动中的表现以发现重要线索。

那么，如何才能更好地利用护士的技能呢？

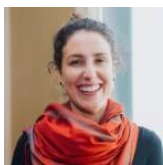
- 需为护士发展其技能提供支持，如为护士在就业过程中获得资格认证提供机会，且教育体系认可这些资格认证。
- 用人单位必须定期评估工作场所，以确保员工的角色能体现现代教育、培训以及员工所拥有的技能（经合组织，2018）。用人单位需确保护士能够充分发挥其执业范围内的知识和技能，而不会受到角色瘫痪、专业间妒嫉和权力争夺战的阻碍。
- 支付薪酬者必须确保技术熟练的护士获得与其他专业医务人员相同的报酬，如此一来，新的业务模式才能在护理行业变得可行。
- 护士需要收集并发布有关他们正在处理的工作的信息，以证明充分发挥其执业范围内的知识和技能广受患者和卫生工作者的欢迎，且是安全有效的。
- 政策制定者需要认识到护理和其他卫生专业在不断发展，并确保以往的局限不会不合时宜地制约当前的发展。这些局限是过去遗留下来的问题，往往作为权力保护的一部分而保留下来，阻碍了护理行业新角色的发展，不利于高效护理患者。
- 其他卫生专业人员需要欣然接受这些变化。医疗需求在不断增加，未来的工作量也会增加，那么当前新岗位的设立不会对任何卫生专业构成威胁。

所有专业医务人员的工作方式均需改变，强调多学科团队协作和共同领导。为满足未来的医疗需求，团队中的所有成员都必须为帮助患者做出贡献。要想高效地满足不断增加的医疗需求，继续沿用旧有的僵化做法和工作方式在未来是行不通的。

案例研究：津巴布韦应对非传染性疾病：从无国界医生（MSF）护士主导模式中得到的启发。

为应对撒哈拉以南非洲地区的非传染性疾病（non-communicable disease, NCD）危机，MSF组织与津巴布韦卫生部合作，在奇平加区实施了护士主导的糖尿病（diabetes mellitus, DM）和高血压（hypertension, HTN）治疗模式。该项目于2016年启动，借鉴了抗逆转录病毒疗法（antiretroviral therapy, ART）的成功，强调医疗服务权力分散，并倡导将干预工作委托给护士。尽管面临药物可用性和系统超负荷等挑战，该项目仍有效地将糖尿病和高血压护理整合到现有服务中，展示了护士主导模式在资源有限环境中的可行性（WHO, 2020b）。该项目在11家医疗机构中开展，提供全面护理，其特点是简化方案、卫生工作者指导以及与初级卫生保健服务相结合。尽管存在药物需求量大等难题，但适应性战略和权力下放方案成功克服了挑战。这种将NCD护理与初级卫生保健服务相结合的做法帮助津巴布韦成功解决了HIV和NCD所造成的双重负担，为中低收入国家开展类似项目提供了启示。

第 6 章：护士实现重要的社会目标——但谁来关爱护士呢？



Geordan Shannon, 哲学博士, 公共卫生硕士 (荣誉), 澳大利亚和新西兰皇家妇产科学院医学学士 (荣誉), 伦敦大学学院全球健康研究所讲师, 性别与全球健康中心和全球健康经济学中心



Jeremy Lauer, 学士, 文学硕士, 理学硕士, 哲学博士, 经济学家, 思克莱德大学教授, 联合健康未来组织

护理行业处于多个重要社会目标的交汇点。虽然护理工作能给提供或接受护理的人带来丰厚的回报, 但这项工作对社会的价值通常未得到充分阐述。

COVID-19 的爆发标志着一个新的时代的到来, 即涉及健康、民生、和平、公平和环境等领域的多重危机在不断升级。COVID-19 凸显了护理的重要性, 但也暴露出护理的价值被低估的程度。恶劣的工作条件、报酬低、暴力以及健康风险已经对护理人员队伍和卫生保健系统造成了负面影响。于是, 经验丰富的护士从该行业的流失进一步加剧了全球卫生人力资源的短缺 (ICN, 2021b); 护士构成了世界上最大的职业群体 (Lazenby, 2020), 占全球卫生人力资源的一半以上 (WHO, 2020b), 也占到当前全球卫生工作者数量缺口的一半以上 (WHO, 2022)。2023 年 10 月 25 日新西兰前卫生署署长 Ashley Bloomfield 博士在新西兰奥克兰指出, 在少数情况下, “在过去五年里, 地区卫生委员会雇用的护士数量增长近 23%……自 2017 年以来护理专业毕业生的工资增长了 35%, 注册护士的最高级别工资增长了 43%” (Bloomfield, 2023)。此类情况属于“例外验证规律”, 因为即使在极少数出现积极趋势的地区, 仍然存在许多挑战。

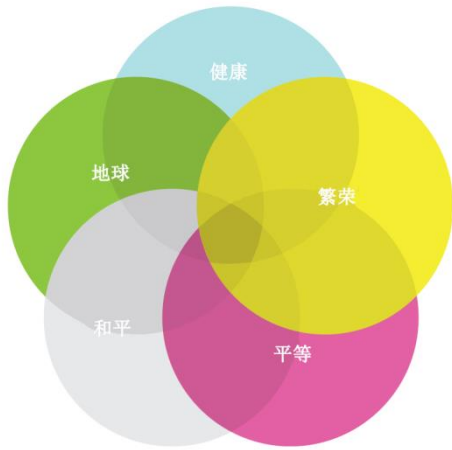
护理和其他形式的护理工作充当“减震器”, 在经济危机和其他危机发生时缓解冲击 (Jones, 2020)。这些工作通常由女性承担, 尤其是那些遭受多种形式边缘化的女性 (Wenham, 2020)。这项工作通常不提供足够的报酬或社会保障 (Flor 等人, 2022)。护士提供了 80% 以上的实践护理, 是实现全民健康覆盖的中流砥柱 (Kennedy, 2019)。国际护士会意识到“护理需求普遍存在” (ICN, 2021c)。

本章内容试图改变模式, 将护理工作定义为建设良好社会服务的一类工作 (Lazenby, 2020), 而不仅仅是在危机出现时才具有价值的一类工作。本篇文章将打破常规, 概述护理工作如何成为建设最佳社会范例的基础: 建设一个繁荣、稳健、安全、公平和环境可持续的未来。

世卫组织全民健康经济委员会呼吁从根本上重新考量地方、区域、国家和全球经济, 以支持而非破坏人类和地球健康 (WHO, 2023b)。为促进人类和生态福祉, 同时解决重要的社会经济和公平问题, 越来越多的社会和经济政策正在被重新制定 (福祉经济联盟, 2022)。由于护理行业处于各种社会目标重叠的交汇点, 因此, 与护理相关的政策和举措应具有独特的优势, 以便能够同时且经济有效地实现理想中的未来。也就是说, 认识到当前卫生和护理工作所面临的挑战, 非但不会使我们停滞不前, 反而会更加激励我们采取果断的、以目标为导向的行动。

护理工作为实现以人类健康和地球为核心的重要社会目标提供支持。与许多形式的卫生和保健工作一样, 护理工作在家、社区和机构中开展, 有的是有偿的, 有的是无偿的。了解不同形式的护理工作有助于全面认识护理工作对社会的价值。

图 6:



护理促进健康

如果没有护士，大多数（如果不是全部）核心卫生系统的核心职能将难以履行。卫生系统为改善人口健康、提高生产力、促进经济繁荣和多样化（WHO, 2017）、增强全球安全、增强社会凝聚力以及促进社会创新提供支持（未来全球健康风险框架委员会和国家医学院秘书处, 2016）。

在全球范围内，护理和助产专业人员的密度与健康状况的改善之间存在显著关联，体现为孕产妇死亡率、5岁以下儿童死亡率、婴儿死亡率、新生儿死亡率，以及 COVID-19 超额死亡率均下降，且预期寿命延长（图 7）（Lui 和 Eggleston, 2022）。护士与 UHC 也是相辅相成的：护士密度和助产士密度与 UHC 覆盖率之间呈正相关（图 8）。

图 7：护士和助产士的密度与出生时的预期寿命之间的关系

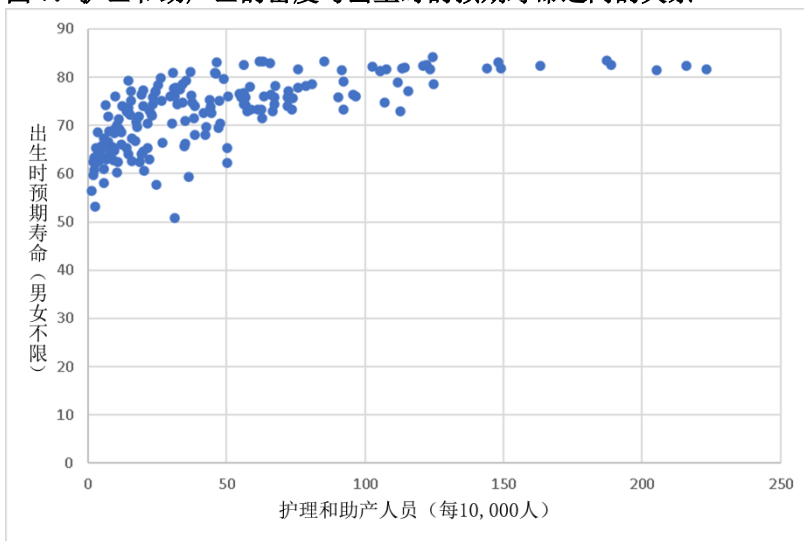
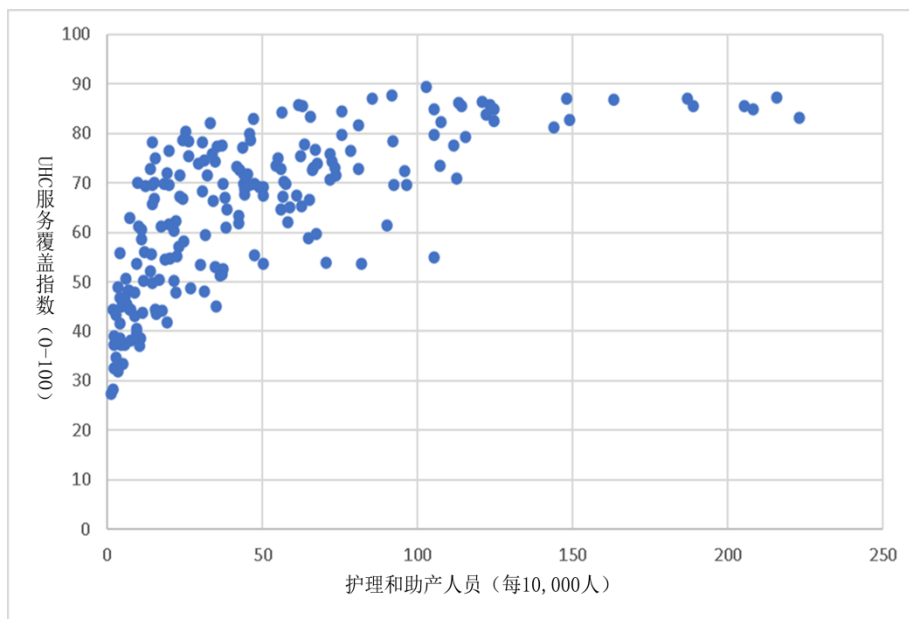


图 8：全国护理和助产服务的密度与 UHC 覆盖率之间的关系



护理支持经济繁荣

护士促进经济繁荣，而经济繁荣则源于人口健康和生产率的提高。虽然经济增长是反映社会经济目标的一个广泛用语，但有必要拓展国内生产总值以外的指标来衡量社会进步。与此紧密相关的是，护士不仅为经济增长做出贡献，而且有可能促进经济繁荣和实现广泛的社会目标。

尽管如此，从市场角度衡量，护士确实对劳动力生产率产生了可衡量的影响。联合健康未来为世卫组织卫生人力部进行了一项未发表的分析，结果表明，护士密度越大，制造业等劳动密集型产业的增加值增长得越快。有趣的是，在医生中未发现这一联系。值得注意的是，在性别平等方面有待进步的国家，护士带来的生产率正向差异有所减弱，表明性别不平等阻碍了经济发展，而这一点不足为奇。

护理促进性别平等

由于护理行业女性占比较大，护士面临的性别平等挑战既反映了卫生人力所面临的性别不平等问题，也可能加剧这一问题（Morgan 等人, 2016）。例如性别职业隔离（WHO, 2019）、性别薪酬差距（WHO, 2022b），以及性别暴力和其他危害职业发展的问題（Addati 等人, 2018）。因此，护理也为在卫生系统内外实现性别平等目标提供了一条影响最显著的途径。

在卫生系统内，护理劳动力的性别平衡也许是人口健康状况的一个影响因素。例如，为世卫组织最近发布的《公平共享健康与护理》报告进行的一项横断面分析（WHO, 2024）表明，在国家层面上，女性护士占比越大，人口健康状况越好，比如表现为预期寿命增加、婴儿和孕产妇死亡率降低。

在卫生系统外，护士还促进实现更广泛的社会公平目标。首先，护理是世界上规模最大的职业之一，护理就业是体面工作的主要来源。体面工作指安全有保障，报酬公平、从业者尊严和权利得到维护的高质量就业（国际劳工组织, 2024）。其次，护理就业能提供优先的入职和职业发展机会（WHO, 2017a）。第三，当女性卫生保健工作者获得可观报酬时，有证据表明她们会将其获得的报酬重新投资于其家庭和社区，促进了实现代际公平和更广泛的社区凝聚力（克林顿全球倡议, 未注明日期）。第四，护理工作可缓解主要由女性承担无酬照护工作的局面，这也是在全球范围内实现性别平等的劳动力参与的主要障碍之一。

即将为世卫组织开展的工作表明，卫生保健专业人员的可用性和薪酬条件的改善，与女性从事无偿护理的总体水平的降低以及男女之间无偿护理的性别平衡的改善相关。从整个社会层面来看，消除劳动力参与的性别阻碍（如无偿护理），实现劳动市场的性别平等，有可能每年为社会带来高达28亿美元的价值（Woetzel 等人, 2015）。

护理促进公平

虽然身处冲突前线的护士会经历巨大的考验，但护理工作可以通过培养“重视他人内在价值和尊严的关系”（Srof, Lagerwey & Liechty, 2023）以及维护涉及全人类的社会契约来建设和平（Lazenby, 2020）。有观点认为，“护理专业从根本上平等对待所有人，打破了界限。因此，护理专业使人们遵守一个无界的社会契约”（Lazenby, 2020）。护士在国内外异地就业的情况越来越多，随之形成的跨国“护理链”和护士汇款遍布整个世界（Orozco, 2009）。

虽然护理工作已有上千年历史，但目前广为人知的护理行业却诞生于冲突前线：弗洛伦斯·南丁格尔在克里米亚战争期间为伤员卫生保健系统化所做的努力成为了现代机构护理实践的蓝本（Wooton & Davidson, 2023）。

护士继续站在全球冲突的前线（Wooton & Davidson, 2023）。冲突对许多护士来说具有双重影响，护士们以专业身份应对冲突的同时，自身也经常受到影响。例如，在也门战争期间（2014 年至今），护士和其他卫生保健工作者一边肩负着重担提供卫生保健工作（Elnakib 等人, 2021），这本身就是多起攻击事件的目标（McKernan, 2020），一边还要应对在危机地区安全生活的挑战。在乌克兰战争中，护士们背井离乡，但仍坚守岗位，为受战事影响的人们提供重要的卫生保健服务（WHO, 2023c）。在加沙，2023 年 10 月 7 日至 11 月 19 日期间，包括 73 名护士和助产士在内的 229 名卫生保健工作者不幸殉职（卫生保健工作者观察——巴勒斯坦, 2023）。在冲突发生期间，国际护士团体直接或间接地在人道主义应援网络内进行动员，利用政治宣传和其他动员方式来反对冲突。

案例研究：贩运儿童问题护士主导联盟：打击人口贩运的公共卫生途径。

由美国全国儿科执业护士协会（National Association of Nurse Practitioners, NAPNAPA）弱势青少年合作伙伴（Partners for Vulnerable Youth, NNPVY）发起的“贩运儿童问题联盟”（Alliance for Children in Trafficking, ACT）采用护士主导的模式设法解决全球人口贩运问题。ACT 处理人口贩运问题的途径从刑事司法转变为公共卫生，旨在增强卫生保健系统对人口贩运的意识及识别能力。在标准制定、复制和传播方面，ACT 与 23 个组织协作，为 1 万多名临床医生提供培训，并助力美国联邦政府制定人口贩运应对指南。尽管过去在专业培训方面存在不足，ACT 仍对卫生保健专业人员进行有关识别和援助人口贩运受害者的教育。该计划面临的挑战包括国家论坛上有限的护理视角以及卫生保健系统对该计划的抵制，但护理行业给予的信任有助于该计划被接受。该计划凸显了护理组织在应对公共卫生威胁中起到重要作用，突出了在处理诸如人口贩运等复杂问题时持续宣传和政策参与的必要性。

护理促进地球健康

在人类破坏和气候危机的双重作用下，地球上的生命维持系统有大厦将倾之势，危及人类健康。护理工作倡导地球健康的同时，能直接应对气候变化和环境退化对健康造成的影响（欧洲护士协会联合会, 2022）。此外，有观点认为，依照护理伦理，护士在道义上有义务尊重和爱护地球这一生命体（Lazenby, 2020）。

ICN 伦理守则承认护士对于地球健康的重要性，呼吁护士“开展合作和实践，以维护、维持和保护自然环境并意识到环境退化（如气候变化）对健康造成的影响”（ICN, 2021c）。

护理促进地球健康的可行方法包括推进地球健康研究、倡导地球健康政策和行动、在社区和临床实践中引领变革，以及开展地球健康相关教育（Glauberman 等人, 2023）。在卫生设施层面，护士可以采用系统性方法直接支持“健康医院、健康地球、健康人类”倡议，使护理环境更加绿色环保（WHO, 2009）。

案例研究：将卫生保健废物转化为拯救生命的资源。

Claire Lane 护士创立了澳大利亚“节约物资”组织，旨在解决医院中的医疗废物问题。Claire Lane 发现，干净、未使用的医疗用品因为各种无关紧要的原因被丢弃，于是她将这些用品转送至有需要的社区，防止可用废物被填埋。该组织已向巴布亚新几内亚、所罗门群岛、柬埔寨和斐济等国提供了价值 500 万澳元的物资。值得一提的是，该组织帮助巴布亚新几内亚建立了一个妇产科，并在 COVID-19 大流行期间在斐济分发了 1 万瓶手部消毒剂。该组织每年帮助减少 20 吨医疗废物，造福于环境和社区。在澳大利亚，该组织为野生动物慈善机构提供帮助、针对街头流浪人员的需求向卫生保健慈善机构提供必需品，并协助大学开展临床模拟培训。通过与布里斯班各大医院合作，“节约物资”组织成功将医疗资源重新用于满足不同需求，对全球健康、环境和经济产生了积极影响。

那么，谁来关护士呢？

令人担忧的是，无条件护理这一社会契约作为护士专业的基石正在不断受到政治选择、私有化、难以持续的“商业模式”，以及资金缺乏的损害。这种恶性循环最终引发护理危机：提供护理的个人和组织受到损害和

削弱，而与此同时，对护理存在需求的情形愈发恶劣，例如困于多重危机之下的不断增长的老龄化人口（联合国妇女署, 2021）。护理工作遭受到全局各方的道德绑架，他们既离不开护理工作，却又视之理所当然，同时还造成了难以持续的境况。

扭转这一局面并非不可实现，而且对地球及全人类的未来至关重要。推动护理工作高质量发展和关护士的政策杠杆包括：

- 通过调动国内资源等方式，加大对卫生和社会基础设施的投资，重点扩大全民健康覆盖、改善初级保健以及培养卫生人力资源。
- 通过保障工作环境安全、保证薪酬条件合理、预防工作场所暴力和骚扰、保证合同条款恰当、工人代表充足、集体谈判和就业机会、提供社会保障以及保障家庭与个人生活之间的平衡，确保所有卫生保健工作者实现体面劳动（WHO, 2022c）。
- 通过完善立法、提高薪酬透明度、保证结社自由和集体谈判，保障工作环境的多样性和包容性来缩小薪酬差距。
- 通过对无偿护理工作进行辨识、削减并重新分配，加强劳动权利的保护和反歧视法的执行，提供充足的、男女同等的家事假，确保安全和免费的家庭生育计划，以及增强护士在决策中的主导地位来消除劳动参与的壁垒。
- 收集涵盖各种形式和各种背景的高质量的、广泛的护理工作数据。

第 7 章：对护士的投资与保障——健康的工作环境至关重要



Amanda McClelland，公共卫生与热带医学硕士，护理学士，注册护士，“决心拯救生命”组织高级副总裁



Mickey Chopra 博士（世界银行），医学博士，公共卫生硕士，哲学博士，世界银行健康、营养与人口实践全球服务方案项目负责人

在世界各地，保障工作场所的安全是第一要务。许多高风险行业已经采取措施，确保工作人员工作时的生命安全。但对于卫生保健工作，情况有所不同。人们反而期望护士等卫生工作者能无私奉献，将自己的生命置之度外，保护患者和卫生工作者所服务的社区。但这种选择并不正确——卫生工作者不应该需要在关爱自己和关爱患者之间抉择，且任何迫使卫生工作者在如今做出如此抉择的情况都是完全不可理喻的。

这种选择在传染病暴发期间最为突出，近年来许多令人心痛的例子广为人知。西非埃博拉病毒疫情夺走了数百名为遏制病毒传播而奋战的卫生工作者的生命。COVID-19 大流行仅在暴发第一年就导致 10 万多名卫生工作者丧生，其中近一半是护士。在这些事例以及其他类似的事件中，最初人们热衷于“歌颂一线英雄”，但一切很快又恢复常态，人们再次期望卫生工作者能在危险情况下继续工作。

这些事件在让卫生保健工作者和他们的家庭感到痛心的同时，也给卫生系统带来了财政压力，对患者护理以及卫生工作者的招聘产生了影响。世界银行和“决心拯救生命”组织（Resolve to Save Lives）的联合研究（Wang 等人, 2023）首次利用新冠肺炎大流行第一年的数据计算了卫生工作者感染和死亡所造成的损失。

卫生工作者感染所造成的惊人损失

《肯尼亚、哥伦比亚、斯威士兰和南非疫情第一年卫生保健工作者感染 SARS-CoV-2 所造成的经济负担》报告对五个研究地点中——三个国家（哥伦比亚、埃斯瓦蒂尼、肯尼亚）和南非两个省（西开普省和夸祖卢-纳塔尔省）——卫生工作者感染 COVID-19 病毒所造成的经济损失进行了估计。在估算实际经济损失时，不仅要考虑个人损失，也要将卫生工作者感染对卫生系统和社会造成的影响计算在内，这一点十分重要。

该报告从以下三个方面估算了 COVID-19 病毒感染所造成的全部经济损失：1）卫生工作者初次感染和死亡所造成的损失；2）病毒从受感染的卫生工作者传播至普通人群引发后者发生继发性感染和死亡所造成的损失；3）卫生服务中断导致孕产妇和儿童非 COVID-19 原因超额死亡所造成的损失（图 9）。

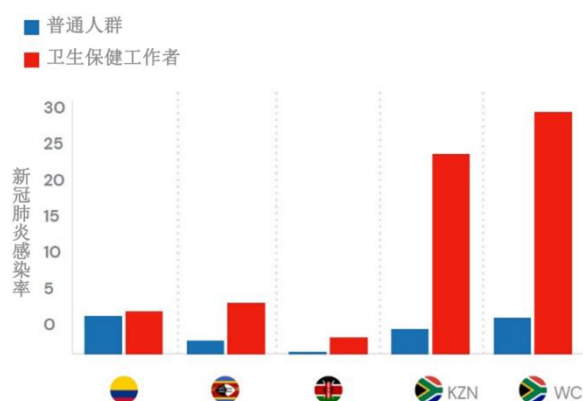
图 9：途径
(Wang 等人, 2023)



我们的研究表明，卫生工作者的COVID-19发病率比普通人群高出近10倍。其中四个研究地点中的卫生工作者死亡率较高。在所有研究地点中，COVID-19患者接触者的感染死亡率是卫生工作者的5~15倍。

图10：感染率
(Wang 等人, 2023)

卫生保健工作者感染新冠肺炎的概率是普通人群的**九倍**。



每个地区的损失都高达数百万美元，有时甚至数亿美元。除哥伦比亚外，其余三个地区每名卫生保健工作者总损失均超过 3 万美元，因为哥伦比亚的卫生系统相对更完善，所以卫生工作者将 COVID-19 病毒传播给密切接触者风险较低。总经济负担占年度卫生总支出的比例约为 2%（哥伦比亚）至 8%（南非新西开普省）。

图 11：每名卫生工作者感染损失
(Wang 等人, 2023)

	每位卫生保健工作者的感染成本*	2020年每位卫生保健工作者感染成本与人均GDP之比	经济损失总额
 哥伦比亚	\$10,105	1.54x \$6,549 GDP	42386万美元
 斯威士兰	\$35,659	9.05x \$3,941 GDP	1619万美元
 肯尼亚	\$33,619	17.98x \$1,870 GDP	11320万美元
 南非夸祖鲁-纳塔尔省	\$34,226	5.77x \$5,931 GDP	54464万美元
 南非西开普省	\$33,781	5.70x \$5,931 GDP	33791万美元

点[由此处](#)阅读完整报告。 *所有数字均以美元计

卫生工作者因感染而殉职令人悲痛，但是了解其造成的惊人经济损失确实能提高人们对 COVID-19 的真正影响的认识，并且警醒人们重视干预措施。最后，希望这些数据能够促使国家决策者和全球卫生社区不再陷入恐慌和忽视的循环——赞颂卫生工作者为“英雄”后又迅速将他们忘记——并努力建设一支韧性十足且受到充分保护的卫生人力队伍。

卫生工作者感染 COVID-19 病毒造成了巨大的社会损失，因此需要实施更多的感染预防和控制（infection prevention and control, IPC）措施，并在更广泛的范围内建立具有复原力的卫生系统。现在是各国（尤其是在基线能力可能较低的低收入国家）开始投资并优先考虑卫生系统复原力的关键时刻。

虽然卫生工作者原发性感染和死亡造成巨大损失，但病毒继续传播和母婴卫生服务中断所造成的损失更大。母亲和儿童的超额死亡使数十年来为降低死亡率所做的努力付诸东流，并从根本上破坏了护患关系。在突发的公共卫生事件中，母亲和儿童是高危人群，因此必须采取明确措施保障他们的健康。

值得注意的是，这些损失可能被低估了。感染和死亡数往往被少报，这在 COVID-19 大流行期间带来了挑战。卫生工作者的感染和死亡可能造成卫生人力损失等长期影响。如果将其他原因所致的超额死亡纳入考虑，经济损失将大大增加。这表明需要密切监测卫生工作者的感染和死亡情况，并且在评估卫生工作者感染相关的经济损失时要将考虑范围扩大，而不单单只关注卫生工作者本身。

如何保障前线工作者的安全

总之，我们的研究显示，可预防的卫生工作者感染和死亡造成的经济损失过大，难以承受。为保护卫生工作者，需要采取 IPC 措施预防感染，设法解决薪酬问题，加强对卫生工作者的照护，并重新树立护士在全球卫生系统中的作用形象。

IPC 是一种以证据为基础（(WHO, 2022d, WHO, 2022e)）且成本效益高的方法，可在疫情暴发期间和平息之后用于挽救生命（Luangasanatip 等人, 2018）。因此，各国都必须建立并持续实施全面的全国 IPC 计划，将 IPC 纳入各级卫生系统。

与此同时，工资水平也是促使护士离开最需要他们的地方，去到异地就业，甚至转行的一个主要因素。过去十年间，在一些最受关注的疫情暴发期间，许多护士数月无薪，这都是不可原谅的事实，且根本原因在于性别（Raven et al, 2018）。此外，还需要持续为卫生工作者提供一度被忽视的心理支持。

经济分析表明，护士并非可有可无：护士是全球卫生系统的中流砥柱。护士在全球卫生系统的各个层面——从床旁护理、医院管理到政策制定——护士所发挥的重要作用需要得到认可和支持，这样我们才能要求进行

必需的变革，以保障护士专业。在下一个国际护士节到来之前，我们希望讨论的话题已经从“需要保护护士和其他卫生工作者”转变为“通过各种计划和干预措施持续确保护士的安全”。

案例研究：护士在缅甸危机中的适应力。

在2022年2月1日缅甸发生军事政变后，公民不服从运动（Civil Disobedience Movement, CDM）中的护士面临着巨大挑战。尽管不断面临逮捕、酷刑和死亡的威胁，一百多名护士和医生还是不顾一切在动乱中持续提供护理服务。

一名护士陈述：“我们不是政客、士兵或战斗机飞行员；我们是护士，只想照护我们的患者。”不幸的是，军政府士兵指控一名护士从事犯罪活动，导致这名护士被捕、遭受酷刑，最终于2022年6月被活活烧死。现在，许多护士都在逃亡，到邻国寻求避难。军方对卫生保健服务的破坏造成了严重后果，儿童死于容易治疗的疾病，免疫工作也被忽视。

哪怕困难重重，在缅甸的护士仍然表现出顽强的生命力，凸显了国际社会为卫生保健工作者，尤其是处于最极端和最恶劣环境中工作者提供支持的迫切需要。

第 8 章：医院里护士流动率的经济和非经济影响——全球视角



Gillian Adynski and David Stewart, 医院管理硕士, 护理学士, 注册护士, 国际护士会副护士长

引言

2023 年年中, 在芬兰对护士进行了一次广泛调查, 以评估其幸福感、工作量以及转行倾向 (赫尔辛基时报, 2023)。每月都有 42% 的参与者表示考虑离开护理领域, 而令人震惊的是, 82% 的护士长考虑退出护理专业。调查发现主要原因是薪酬不足、工作量居高不下以及工作环境频繁变化。

护士流动问题 (表现为护士调岗或转行) 仍然是全世界面临的一项严峻挑战。Winter 等人 (2020)、Tang 和 Hudson (2019) 以及 ICN (2019) 近期的研究强调了这一问题的普遍性以及对卫生保健系统的重大影响。必须承认的是, 在某些情况下, 护士流动可以为团队带来新视角和创新, 从而有可能改善患者护理质量并提高团队运作的效率。但同时也存在巨大挑战, 护士流动会带来巨大的新员工招聘和培训成本, 也使宝贵的专业知识和生产力流失。

护士流动包括护士自愿和被动的院内调岗和转行 (Park 等人, 2014)。各国的年流动率差距很大: 澳大利亚为 15.1% (Roche 等人, 2015), 埃及为 25% (ICN, 2021a), 美国为 27.65% (Nelson-Brantley 等人, 2018), 英国为 36% (ICN, 2021a) 以及以色列为 23% (Kerzman 等人, 2020)。

从经济成本层面来看, 护士流动会产生直接和间接成本, 影响深远。直接成本包括与招聘、指导和培训新员工相关的费用。间接成本同样具有影响, 包括职位空缺期间生产力的损失以及新聘护士达到完全熟练程度所需的时间。护士流动所造成的损失高达数百万美元, 普遍对卫生保健系统造成了经济压力。

经验丰富的护士的流失也会损耗知识资本。这些护士掌握着关于患者护理、医院规程和高效工作流程的宝贵隐性知识。他们离职不仅意味着技能流失, 也意味着指导能力的流失。专业知识的流失会导致整体护理质量下降, 增加患者发生安全事故的可能性。

从更广泛的意义来看, 高流动率会造成工作者短缺, 给留任的工作者带来额外压力, 并可能导致工作倦怠、人员流动加剧的恶性循环。这不仅会使现有工作者的工作量增加, 还会对他们的士气和工作满意度产生影响, 从而使工作环境恶化。

虽然高流动率的非经济影响难以量化, 但它同样非常重要。高流动率会扰乱工作团队的工作流程。当新成员加入团队时, 现有的工作者往往需要适应变化, 并对新加入的工作者进行指导。未离职的护士受到的心理影响也很明显: 他们可能会感受到工作要求变多, 压力增大, 从而产生工作倦怠、工作满意度下降、出现心理问题, 以及幸福感下降, 这些都会导致护士流动率进一步上升。

从患者的角度来看, 护士流动的后果同样令人担忧。护士流动率高与患者满意度下降、患者跌倒率升高和医疗错误增加相关。护理服务的连贯性遭到破坏, 有助于治疗的护患关系也常常受到损害。意大利一项关于护士离职意向和护患工作量对住院患者死亡率的影响的最新研究显示, “护士离职意向每增加 10%, 护患工作量每增加一个单位, 住院患者死亡率就会分别增加 14% (优势比: 1.14; 95%置信区间: 1.02~1.27) 和 3.4% (优势比: 1.03; 95%置信区间: 1.00~1.06)。” (Catania 等人, 2024)

这些广泛的影响显然说明招聘和留任问题并不仅仅是组织需要解决的问题, 也是卫生保健政策和实践的基本考虑因素。招聘更多护士和降低高流动率的策略通常侧重于改善工作环境、提供有竞争力的薪酬、提供职业发展机会以及为护士的心理健康和福祉提供支持。未来的研究应对这些策略进行详细探讨, 为卫生保健机构和政策制定者应对这一全球性挑战提供指导。

案例研究：斐济的护理工作流动危机：挑战和战略要务。
(斐济护理协会主席 Alisi Talatoka Vudiniabola)

斐济同诸多太平洋岛国 (Pacific Island Countries, PICs) 一样, 正在努力应对严峻的卫生保健挑战: 卫生工作者出现工作倦怠以及护士到国外寻求发展机会, 导致护士流动率居高不下。斐济的主要转诊医院有超过三分之一的护士辞职, 反映了整个地区的趋势。仅在 2022 年, 就有 800 名护士辞职, 护士人数减少了五分之一以上。截至 2024 年, 前线护士的人数将减少至 2003 年的水平, 留下大约有 1650 个护理职位空缺。实际上, 许多医院现有的注册护士职位占比不足 40%。这对卫生保健服务的稳定性和质量构成了威胁, 因为护士的数量占 PICs 初级卫生保健 (Primary Health Care, PHC) 服务工作者的 74% [105]。急需采取行动应对这一危机。虽然《世卫组织全球守则》不鼓励面临护士短缺的国家积极招聘护士, 但实施有针对性的战略至关重要。透明的职业发展途径、完善的工作条件以及具有竞争力的激励措施有助于留住卫生保健工作者。如果不及时采取干预措施, 斐济和其他面临类似情况的 PICs 的卫生保健系统将面临岌岌可危的未来, 其人民的福祉将会受到影响。

为提高护士留任率, 可根据几个关键类别制定投资战略。每个类别都包含与护理专业人员的福祉和满意度息息相关的要素, 从这些方面进行战略性投资可提高护士留任率。

- **工作与生活的平衡:** 可制定的策略包括弹性工作时间、适当的假期和休假政策以及对家庭需求的支持。在这些方面进行投资能改善护理工作与个人生活之间的平衡, 而这正是护士非常看重的一点。提供托儿服务、灵活的轮班制和宽松的紧急家事假的机构往往能成功留住护理工作者。这些投资的投资回报 (return on investment, ROI) 体现在护士缺勤率的下降以及工作参与度和工作效率的提高。
- **工作环境:** 领导层的积极回应、工作满意度、工作量、自主性、最低限度的干扰、充足的人力配备、高质量的患者护理以及优质资源的获取等因素至关重要。值得投资的方面包括提高护理人力配备比例、提供更优质的设备、提供能最大限度减少压力的支持性环境 (如提供全方位的心理健康服务)。这些投资的 ROI 体现在多个方面, 包括患者治疗效果得到改善、员工工作满意度得到提高以及人员流动成本降低。
- **工作条件:** 工作条件包括薪酬、组织文化、管理层和领导层素质, 以及工作场所的健康与安全。为改善薪酬待遇和培养支持性组织文化而进行的投资尤其有效。改善工作条件的 ROI 体现在人员留任率升高, 这有助于节省招聘和培训的成本, 以及建设更稳定的人力队伍, 从而推动健康状况的改善。
- **专业背景:** 护士的公众形象、劳动力市场情况、工作保障、个人满意度、教育和职业发展机会, 以及晋升潜力都是关键因素。投资于持续的专业发展和清晰的职业发展路径有助于留住护士。其 ROI 包括患者护理得到改善、创新增多、工作流程得到改进, 以及使医疗机构拥有吸引高素质人才的卓越声誉。
- **人口统计学特征:** 了解护理工作者的性别、年龄、家庭状况和教育水平等人口统计学特征有助于为留住人才制定有针对性的策略。例如, 提供兼职岗位或职业间歇期可能对那些已经组建家庭的年轻护士或正在接受进一步教育的护士具有吸引力。根据人口统计学特征制定投资战略所带来的 ROI 是拥有更加多样化和适应性更强的护理人力资源, 能够更好地满足不断变化的卫生保健需求 (Almalki 等人, 2012)。

投资于这些战略不仅能提高护士的留任率, 还有助于提高卫生保健系统的效率和效益。其 ROI 不仅体现在经济层面, 还包括无形的效益, 如改善护士的精神面貌、改善患者结局、提高患者满意度, 以及全面提高护理质量。

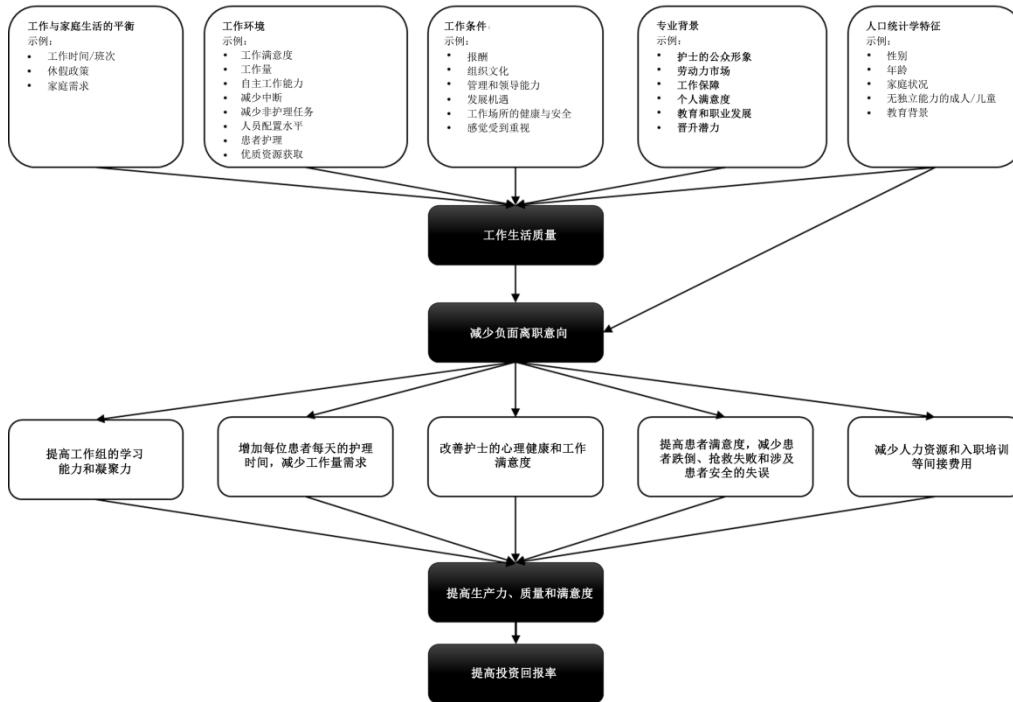
案例研究：投资于护士管理者：卫生保健领域的成本节省战略

Press Ganey 机构对护士领导者 (尤其是护士管理者) 的发展进行了研究 (Warszawsky, 2023)。研究发现卫生保健机构经常面临护士流动率高的问题, 尤其是当护士未经适当教育就被提拔至管理岗位时, 这一问题尤为突出。该问题使许多护士管理者 (通常只拥有不到四年的领导经验) 在毫无准备的情况下就要承担新的职责。这些管理者对于领导一线护理工作至关重要, 他们若缺乏管理技能会导致团队表现和满意度下降。

但是投资于护士管理者能显著改善护士的工作表现和患者的转归情况。表现出色的护士管理者不仅能推动提高护士留任率, 降低人员流动率, 还能提高整体护理质量。这种改善表现为病区内患者跌倒、血流感染和尿路感染的减少。在经济上也节省了大量成本。对于一个拥有 50 名护士的病区来说, 有效的护士管理估计可节省 83.7 万美元, 同时还能大大降低患者护理并发症相关成本。本案例说明, 卫生保健机构亟需优先考虑并投资于对护士管理者领导力的全面培训, 并强调这种投资不仅有益, 而且对高质量的患者护理和资金可持续性都至关重要。

图 12：提高护士留任率的关键投资领域

提高护士留任率的关键投资领域



第9章：通过对护理实施战略性投资来发掘长期护理的经济效益



Joanne Spetz, 哲学博士, 美国护理学院研究员, 教授, 加州大学旧金山分校卫生政策研究所



Roy A. Thompson, 哲学博士, 护理学硕士, 注册护士, 博士后研究员, 密苏里大学



Laura M. Wagner, 哲学博士, 注册护士, 美国护理学院研究员, 教授, 加州大学旧金山分校护理学院

人口迅速老龄化给全球长期护理（long-term care, LTC）系统带来巨大压力。随着预期寿命的延长和出生率的下降, 全球越来越多的人正在步入老年阶段 (WHO, 2015)。据估计, 2022 年将有 1.42 亿老年人需要得到护理以满足其基本需求 (WHO, 2022f), 预计 2015 至 2030 年间, 需要护理的人数将增加 1 亿 (ILO, 2019)。各国的老年人口增长率将有所不同, 预期寿命延长的国家将面临老年人口增长速度最快的局面, 包括中国 (经合组织, 2023a)、拉丁美洲各国以及加勒比海地区 (泛美卫生组织, 2019)。虽然在世界范围内, 家庭、邻居和朋友都会照顾老年人, 但人口老龄化正正一步步增加对优质 LTC 服务的需求。这种需求日益增长, 将给全球各国卫生保健系统和预算造成压力, 且需要招聘和培训更多的卫生保健专业人员以满足老年人各不相同的护理需求。

护士是 LTC 系统中不可或缺的重要力量。LTC 护士为面临着复杂健康挑战的居住者或患者提供必要的护理服务、情感支持以及建议和帮助。这种富有同情心的工作方式有助于改善 LTC 居住者的福祉和尊严。

采用提倡领导和合作的创新护理模式有助于改善 LTC 居住者的健康状况。在 LTC 机构中, 由护士主导实施干预措施可以改善对糖尿病和痴呆症等疾病的管理, 从而提高居住者的生活质量, 为护理机构降低成本。由护士主导实施护理方案和干预措施具有积极的经济效益和临床效益, 主要体现在避免产生住院费用方面 (Grabowski, O'Malley & Barhydt, 2007)。NTERCARE 是一项调查护士主导型干预的研究, 该研究通过训练护士领导者实施计划, 使瑞士养老院居住者的住院次数减少 (Bartakova 等人, 2022); 护理质量的改善给整个卫生系统带来了积极的经济回报。此外, 加强对护理机构中注册护士和助理护士的培训可以产生经济效益。纽约一项以降低患者跌倒风险为重点的培训计划报告, 在净成本降低的同时, 患者跌倒率也显著下降 (Teresi 等人, 2013)。

在 LTC 中配备足够数量的注册护士至关重要。大量研究表明, 改善 LTC 的护士人力配备情况会对患者的治疗效果产生影响, 并最终降低居住者的护理成本。在国际上, 包括在加拿大 (Boscart 等人, 2018)、韩国 (Shin & Hyun, 2015)、中国 (Kwong 等人, 2009) 和美国 (Shin & Bae, 2012), 每名居住者护理时数越长, 注册护士和助理护士的照护质量就越高。LTC 机构的护士人力配备越充足, 居住者跌倒的情况就越少、暴力倾向也会减少、活动范围缩小的情况也会变少。增加注册护士的数量能使居住者获益, 包括降低压力性损伤、感染和疼痛的发生率 (Jutkowitz 等人, 2023; Perruchoud 等人, 2021)。相反, 护士数量不稳定会导致急诊室就诊率升高、居住者行动不便以及居住者日常生活所需护理增加 (Mukamel 等人, 2023)。改善居住者的健康状况可以节省大量成本; 一项聚焦于压力性损伤、住院和尿路感染的经济分析发现, 增加每日注册护士照护每名居住者的时间能为社会带来净经济效益 (Horn, 2008; Dorr 等人, 2005)。通过优化 LTC 护理人力配备和知识储备, LTC 机构可以实现成本效益, 同时能提供更高质量的护理, 使患者和卫生保健系统同时受益。

护士在社区照顾老年人, 而不是将他们转移至 LTC 机构和医院, 可以帮助改善 LTC 居住者的健康状况并降低成本 (Tappenden 等人, 2012)。在荷兰的 Buurtzorg 计划, 即“邻里照护”计划中, 每小时护士护理的成本高于传统护理方式, 但分析表明, 这些专业护士完成护理所需的时间更短, 因此能节省费用。这种模式已被全球采纳, 老年人对这种模式的护理服务的满意度非常高, 使用医院急诊服务的可能性也较小。同样, 在美国的 CAPABLE 计划中, 护士制定了以人为本的干预措施, 通过关注在疼痛、用药、抑郁和身体功能方面的目标, 使患者能居家, 从而减少了入院和入住疗养院的次数, 节省了开销 (Szanton 等人, 2021)。

以提高薪酬的方式直接投资于 LTC 护理工作者与护理质量得到改善之间存在关联, 但矛盾的是, 这也会产生经济效益。研究报告显示, 助理护士得到较高的小时薪酬与疗养院质量评级之间呈正相关 (Allan & Vadedan,

2023), 且薪酬越高, 护士流动率就越低 (Sharma & Xu, 2022)。支持提高工作者工资的政策 (如最低工资), 与每名居住者获得的日护理时间之间存在关联, 这可能是由于工资增多吸引了更多的人从事长期护理工作 (McHenry & Mellor, 2022; Sharma & Xu, 2022)。成本效益分析表明, 如果考虑到较低的住院率和死亡率所减少的成本, 那么疗养院中注册护士的平均任期越长, 净支出就越低 (Uchida-Nakakoji 等人, 2016)。

许多撒哈拉以南非洲国家的老年人口增长速度高于全球平均增长速度, 虽然一些社区和居住护理模式正在兴起, 但他们提供的护理服务具有局限性 (WHO, 2017b)。需要对包括护士和辅助工作者在内的人力发展进行投资, 以为面临经济负担的家庭照顾老年人提供支持 (Essuman 等人, 2018)。

对护理工作进行投资不仅有利于维护护理职业的尊严, 同时也是一项合理的经济决策。护士是不可或缺的护理工作, 也是全球卫生保健系统财政可持续性和高效率的关键因素。这些投资的重要性体现在以下方面:

- **使护士增加对老年学和 LTC 的了解。** 对护士进行培训, 使其掌握制定和实施干预措施的方法以支持老年人实现最佳健康状况, 这样可以降低下游成本, 使服务对象和卫生系统都获益。政府和卫生保健系统应加强对老年护理教育的资助。
- **增加 LTC 中的护士数量。** 大量研究表明, 稳定地聘用足够数量的注册护士和助理护士以及优化护士与患者的比例非常重要。这将改善护理质量, 并通过减少不良事件发生率、再入院率、住院时间和保护 LTC 机构居住者的尊严来产生经济效益 (Oosterveld-Vlug 等人, 2013)。
- **支持护士领导力和研究。** 投资与护理领导力发展计划可以增强护士的能力, 促使发生能提高 LTC 质量的实践变革, 并推动开发创新的、具有成本效益的、以患者为中心的护理模式。
- **提 LTC 护士的工资。** 在全球范围内, 在 LTC 机构的护士的工资均低于在医院工作的护士。这对护士和 LTC 机构中的患者都不利, 并导致解决护士流动率高和护理质量下降问题的成本增加。
- **发展和扩大以护士为主导的跨学科护理模式。** 鼓励护士开展跨学科合作, 可增强护理协作, 改善患者结局, 并防止因护理分散而产生不必要的开支。

为确保 LTC 系统的可持续发展, 政策制定者、卫生保健管理者和利益相关者必须考虑投资的深远影响。这些投资将会为未来发展创造条件, 使高质量 LTC 与护理服务与经济收益密不可分, 并为老龄化人口带来更好的健康前景。

案例研究: 魁北克六家长期护理机构中执业护士的成本效益。

随着全球老年人口激增, 对长期护理服务的需求也前所未有。预计至 2050 年, 65 岁以上人口的比例将翻一番, 尤其是 75 岁以上的老年人, 他们是护理需求增长最快的人群 (WHO, 2015)。加拿大安大略省的情况反映了这一趋势, 老年人对日常生活护理的需求显著增加。由于人口结构变化, 因此重新评估了长期护理机构的护理质量以及机构中患者的安全情况。在魁北克省, 一项开创性的研究将执业护士引进六家机构, 重点关注与减少执业护士敏感事件 (nurse practitioner sensitive events, NPSE) 相关的成本节省分析。研究结果引人注目: 执业护士的存在降低了跌倒和压疮的发生率, 减少了护理时间以及短期转院的需求, 所有这些减少了 190 万至 330 万加元的成本 (Tchouaket, Kilpatrick & Jabbour, 2020)。所有这些结果不仅提高了护理质量, 还强调了扩大执业护士在长期护理中的时间范围所带来的成本效益。

第 10 章：重视医院护理服务



Jack Needleman，哲学博士，美国护理学院研究员，加州大学洛杉矶分校菲尔丁公共卫生政策与管理系

提供卫生保健服务的网络十分复杂，范围广阔，从社区水平的初级保健和预防服务到拥有复杂技术的医院所提供的高度专业化三级卫生保健服务。这些服务需要广泛而多样的人力资源，包括医生、护士以及技术人员、社区卫生工作者、传统医士等其他卫生保健服务提供者和工作。护士几乎是所有医疗机构的核心人员，尤其是在医院，他们负责评估患者、提供有序护理、协调患者获得其他护理，并提供患者教育和支持等活动。但是护士的贡献和所提供服务的重要性往往被低估。

其中一个原因是护士被视作人事类别或成本中心。然而，将护理视为医院的核心服务更为合适。患者接受住院治疗，而不是在门诊接受治疗，是因为他们需要护理服务，而且这种需求还包括通宵护理和多日护理。医院就是按照提供护理服务进行配置的。

护理服务非常复杂，在许多医院，护理服务是按成本或人员计算的最大服务。该服务所提供的患者护理包括：提供医嘱药物和护理、评估和监测患者状态并在需要时启动适当的干预措施、为患者及其家属提供心理支持、患者教育、与其他服务部门协调护理、身体护理和日常生活活动协助，以及协助患者和家属为出院做好准备（Kitson 等人, 2014; Needleman 等人, 2006）。这些服务中最复杂以及需要大量知识、教育和培训的服务由专业护士或注册护士提供。这些专业人员提供的护理必须与病区内其他工作者提供的护理相协调，包括持证职业护士、护士辅助工作者和办事员，以及医生、药剂师、治疗师、营养师和其他为护理病区患者提供护理或其他服务的工作者。要成功提供这些服务，对专业护士的认知和管理要求都很高（Ebright 等人, 2003; Sitterding 等人, 2012）。

许多国家已经在积极努力将治疗转移到门诊部（通常也安排专业护士在门诊部提供护理），并减少患者住院时间或安排患者在院外康复。这些努力提高了住院患者的护理敏锐度；住院患者对专业护士和护理工作所提供的服务有更高的需求。

在中低收入国家，护士和医生的短缺加剧了在住院环境中对护士的期望。医生的短缺导致通常由医生执行的任务（包括诊断和开处方）普遍转移给了护士。越来越多的文献表明，这种任务转移是有效的，能在有限的预算内提高卫生系统的有效产能，世卫组织发布了一系列建议以确保转移至护士和其他非医生工作者的护理是安全且有效的（WHO, 2008）。这种任务转移进一步增强了护士和护理服务在提供住院护理服务方面的核心作用（Munga 等人, 2012）。

将护理定为核心服务而不是人事类别，可能会增加护理服务的价值，从而引发如何评估该服务的价值以及这种评估应如何影响为护理服务提供的资源的问题。在经济方面，护理服务的价值通常由消费者愿意支付的价格来衡量。但对于医院照护和护理服务，这可能不是一个有用的指标，因为许多支付系统模糊了护士所提供的服务及护士对患者护理及患者结局的价值。

在许多国家，医院的资金来自包罗万象的政府预算，有时来自公共资源，有时来自保险资金。这些预算可以围绕提供服务的充分性的粗略衡量标准进行商定，但通常“全面”预算会逐年滚动，根据通货膨胀或预期数量变化进行微小调整，而不评估医院内任何特定服务的预算是否充足。

在以保险为工具购买医疗服务的国家和系统中观察到除全面预算以外的两种基本支付方式。第一种是按入院次数或天数付款，有时根据患者病情进行调整，但不为特定服务付款。美国疾病诊断相关分组（Diagnosis-Related Groups, DRG）医疗系统就是这种支付方式的一个例子。在该系统中，不会对特定服务进行支付分配或归属，不论是护理、放射医疗、实验室或手术室服务。

第二个系统是对个人服务或医疗物资的付款，如药品、实验室服务、手术室时间等。护理服务的费用通常包含在每日房间费用中，包括食品、亚麻制品和家政服务，并根据病房或病区类型（如内科、外科、降压病房、重症监护室）进行区分。这些病房类型的差异不仅在于患者类型和服务需求强度的不同，而且在于满足这些需求所需的护理水平的不同。但这样区分掩盖了一个事实，即病房类型反映了护理服务为这些病房中的患者

提供的护士人力配备和组织水平。将护理归入包括医疗用品和未经训练的工作人员在内的病房类别，其本身就贬低了专业护士及其提供的服务的价值。

一些国家讨论了如何提高这些病房护理服务的关注度，从而使其更受重视。例如，在美国，一个私人组织的护士报销委员会正在努力促进医院支付系统的变革，以改进目前的护理服务估价和支付模式（护士报销委员会, 2024）。委员会正在讨论的备选方案包括对诊断相关分组支付费率进行划分，以将护理部分与其他护理部分区分开来；在按服务收费制度中，对护理服务单独收费，可以是根据病区类型平均收费，也可以是根据患者病情收费。虽然这些努力和其他类似努力可能使护理服务更加受关注，但公共预算资金的存在和整体护理的保险报销将继续使消费者无法决定护理服务的购买程度或护理服务的可接受价格或估值。

如果价格或支付水平不是评估护理价值的有用指标，那么还有什么其他可用的指标呢？一种方法是首先明确护理服务应达到的目标，以及如何根据这些期望来衡量护理绩效。如果把有效的、高价值的护理服务定义为：及时提供有序的护理服务；使患者及其家属为出院做好充分准备；保证患者安全，避免患者在医院受到伤害或发生差错；对正常疾病过程或护理失误引起的不良并发症进行适当、及时的治疗；高效率地提供护理服务，避免延误，从而缩短住院时间和在医院停留的时间。能否将此定义能作为护理价值的定义，能否用此定义来衡量护理质量，评估护理服务的人力配备和人力组织是否能够确保安全、适当和高效的护理？

有关护理经济学的文献从特定角度开始尝试对此进行评估。由于医院的住院服务或住院部的运转离不开护士，因此没有人试图从零基线来评估护理服务的价值。相反，各个机构的领导层会根据他们的专业判断、机构的收益和预算预测，以及专业护士和其他待聘人员的可用性来为具体的病区配备护士。初步的专业判断可能包括对价值的评估或对人力配备充足的要素的判断。这些计划可能会根据监管或评审要求进行修改。可负担性和人力资源的可行性会进一步影响对既定的人力配备水平的决策。观察发现，各家医院在价值判断和实际观察到的人力配备水平方面均存在巨大差异。

经济学家和其他研究人员利用各机构在人力配备方面的差异来衡量边际价值，特别是试图回答以下问题：在护士人力配备水平较低的机构中增加护士数量会带来什么好处？这项研究中使用的衡量标准非常广泛，包括患者的总死亡数或可避免的并发症或医院获得性并发症（通常称为抢救失败）造成的患者死亡数、各种感染、休克和心脏骤停的并发症发生率、再入院率、住院时间和每次入院的总费用。对住院时间的分析发现，医院获得性并发症的治疗天数仅是延长的住院时间的一部分，这表明护理的延误或出院准备的延误是造成各医院患者住院时间差异的主要原因，从而使其成为衡量护理效率和质量的标准。

这项研究采用患者层面的风险调整模型对风险调整率、住院时间或成本的变化进行了回归分析，该模型考虑了可能影响结果的患者层面因素、可能影响护理风险、成本或住院时间的机构指标（如教学状况或技术水平），以及描述护理服务的指标（包括人力配备水平和技能组合）。各个研究用于描述护理服务的指标有所不同，但均包括每例患者获得的专业人员/注册护士护理时间、专业护士和护理辅助人员等所有护理人员为每例患者提供的护理总时数、专业护士提供的护理时数的比例、分配给每名护士的患者平均人数，以及专业护士和辅助人员为每名患者提供的实际护理时数与目标护理时数的偏差。目标护理时数有时由正式系统提供，该系统收集患者个人数据，并使用专有系统估算患者所需的护理时数，或根据对患者护理需求的整体评估对患者进行评分，或使用病区平均护理时数或中位护理时数作为非正式标准。这项研究已在全球范围内开展，包括美国、欧洲、泰国和澳大利亚等国家和地区。

在所研究的一系列结果和环境方面，以及对护士人力配备和病区组织的广泛衡量方面，这项研究的结果是一致的，研究结果应被认为是可靠的（Dall 等人, 2009）。这些研究结果的重点是，在护理时间较短、每名患者获得的专业护士护理时间较短、专业护士或注册护士占护理工作比例较低的医院中，不良事件更多以及住院时间更长。

这些研究结果隐含意义是，无论人力配备水平较高的医院的人力配备水平是否足以保证安全、可靠和高效的护理服务，都有相当多的医院可以通过提高每名病人的专业护理时数来改善安全、可靠和高效的护理服务。

价值问题是，提高专业护理时间所增加的成本，是否能通过减少不良事件和减少入院次数而节省成本，以及通过更好的护理为患者带来的额外价值来证明。有几项精心设计和实施的研究采用了几种不同的方法来解决成本节约问题（Needleman 等人, 2006, Dall 等人, 2009, Martsolf 等人, 2014, Griffiths 等人, 2016）。Griffiths 及其同事的系统综述总结了评估改善人力配备的成本及成本效益的研究（Griffiths 等人, 2021）。

有关使用辅助护理人员或训练不足的护士替代专业护士或注册护士，降低技能组合，从而节省成本或抵消成本的研究结果清晰明了。这些人力配备和组织方面策略降低了成本，但住院时间延长和发生不良事件所产生的成本超过了节省的成本。医院在裁员时会亏损。

关于每名患者的护理时数，特别是专业护士或注册护士的护理时数，增加护理时数可以减少不良事件和缩短住院时间。避免某些事件或支出所节省的成本差别很大，有些研究发现可以节省净成本，有些研究发现只能弥补部分产生的成本（约为增加护理时数成本的二分之一到三分之二）。

仅考虑医院的净成本并不能体现降低死亡率、受伤风险或延长住院时间给患者带来的价值。Griffiths 及其同事根据九项研究的数据对成本和成本效益进行了综述，以估算未发现完全弥补成本的研究中每挽救一名患者的净成本（Griffiths 等人, 2023）。估算的结果差异很大，但估算中值为每挽救一名患者需花费 21016 美元，刚好在成本效益研究可接受成本的标准范围之内。将重点放在死亡率上也使护理的价值被低估，因为这样忽略了患者所重视的避免感染和及时出院所产生的额外价值。

一系列研究显示出充分的证据表明，确保安全、可靠和高效护理的护理人力配备水平可以为患者带来与成本相配甚至更高的价值。既然如此，如何确定适当的人力配备水平，以及如何在日常工作中实现这一目标呢？

第一个挑战是根据未来患者的预测数量以及每个医院病区患者病情的平均严重程度确定基线人力配备水平，以实现安全、可靠和高效的护理。有几种机制可以做到这一点。人力配备水平较高、疗效较好的医院的人力配备水平和模式可作为充足人力配备的基准或参照点。

一些商业或公共人力配备框架和方案已被采用。爱尔兰卫生筹资机构采用了“安全护士人力配备和技能组合框架”，该框架被描述为“一种系统的、三角验证的、以证据为基础的方法，用于根据患者病情的严重程度和患者依赖性确定护士人力配备水平（包括护士和卫生保健助理角色）和技能组合”（爱尔兰政府, 2024）。人力配备模型依赖于商业人力配备预测系统 TrendCare 的改编版，该系统应用患者级别信息对特定病区和轮班所需小时数进行护理强度加权估算。

其他已采用的系统使用明确的标准对患者进行人工分类，然后使用标准化的估计值来估算每个分类中的患者所需的护士配备小时数，从而估算出特定病区和轮班所需的护士配备小时数。英国国家医疗服务体系的“更安全的护理方式”就是这类系统的一个例子。采用这类系统时，通常需要对其进行调整以适应当地的护理模式。由于这些系统在估算护理时数时重点关注患者的病情，因此可能需要进一步调整轮班人力配备水平，以反映专业护士的教育程度和经验水平的差异，因为这些差异可能会对经验较少的护士在一个轮班中需要护理的患者的数量产生影响。

需要对已经采用的人力配备标准进行监测，以确保这些标准能够实现安全、可靠和高效护理的目标，即确保护理服务能够提供患者所期望的价值。监测系统需要对数据进行近乎实时的评估，以审查轮班水平的人力配备是否充足，还需要在较长的时间段内运行监测系统，以评估基本的人力配备模式是否充足。为这一模式提出的衡量标准包括：住院时间和延迟出院、不良事件，尤其是警示事件，如未能在 30 分钟内提供所需的止痛药物，以及护士轮班报告护理遗漏或护理延迟，或轮班时为满足患者需求而需要付出异常多的精力。初步设计以患者病情为基础的系统、根据当地的工作量和护理模式对系统进行微调，以及实施监测制度，都需要借助专业护士的专业知识和专业判断。

在确保人力配备水平能够为患者提供价值并保证安全、可靠和高效的护理方面，还面临着另外两个挑战。其一是建立能够灵活调配护士、额外增加护士的系统，以应对患者数量的增加、病区患者的病情异常严重或值班护士的缺勤。有几种模式可实现这一目标。一种是按高于预期目标的水平配备人员，实质上是建立一个缓冲区，以吸收逐班增加的工作量（Griffiths 等人, 2021）。其二是建立一个可在短时间内调用的护士库，可以是来自其他病区、接受过多个病区交叉培训并可根据患者数量变化进行调班的护士库，或是医院聘用的、按需随时调班的护士库，抑或由与医院建立了持续合作关系的外部机构所提供的可随时调用的护士库。选择何种方案将取决于预算和管理能力，以及社区中是否有护士承担这些角色。

确保提供安全、可靠和高效的护理服务所面临的第三个挑战是公平合理地将患者分配给护士。TrendCare 或 NHS “更安全的护理方式”等系统强调，特定病区和班次中个别患者的护理危急程度可能各不相同。鉴于初级护理模式是护理工作的主流模式，即在每个班次中，每名护士被指定负责一组患者，目的是让护士有足够的时间满足所分配患者的需求，分配任务时需要考虑患者的病情和护士的经验。工作量相等的公平分配可能会导致一名护士负责两三名病情较重的患者，而另一名护士则负责五六名病情较轻的患者。部分护理模式正在摆脱严格的主要护理模式，如虚拟护士轮班、无固定患者分配的流动护士以及其他护理模式。需要对这些模式进行试验和充分测试，以确保它们在提供高质量、高价值护理服务方面同样有效，并且需要对组织护理服务组织和估算所需护理时数的系统进行调整，以适应这些新的护理模式。

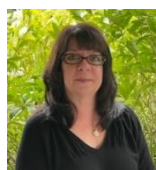
护理服务在医院中最为广泛，护理工作繁重复杂，对每位护士的认知和管理要求都很高。研究表明，为了安全、可靠、高效地提供护理服务，也就是为了向住院患者提供他们期望的护理服务，提供护理服务的护士需

要得到充足的时间、培训和辅助。制定预算需促进达到适当的人力配备水平，各组织需要采取护理服务管理策略，有效分配护理服务资源，并允许灵活调整，以适应每日和每班在患者数量、患者病情以及护士缺勤方面的变化。各组织还需要对护理进行监测，以确定所护理是否未达到患者应享有的水平。

第 11 章：衡量护士密集型初级保健模式的经济效益



Damien Contandriopoulos, 理学硕士, 哲学博士, 维多利亚大学教授



Katherine Bertoni, 护理学硕士, 执业护士, 认证糖尿病卫教人员, 哲学博士候选人, 维多利亚大学教学副教授

引言

在 20 世纪 60 年代, 医生即将短缺的预测对北美造成了负面影响。对即将到来的医疗危机的担忧促使全球卫生保健领域发生深刻变革: 第一批执业护士 (nurse practitioner, NP) 计划应运而生, 由护士领导的新诊所开始营业, 更广泛的意义是, 护士正在恢复其在初级保健服务前线的核心地位 (WHO, 2020)。到 20 世纪 70 年代, 源源不断的科学研究 (Flynn, 1974, Chambers 等人, 1977) 描述和评估了护士在提供初级保健服务中的关键作用。

在过去二十年里, 初级保健已成为卫生保健系统的中流砥柱 (Starfield, 2005) 并转变为以团队为基础的工作。在新的初级保健团队中, 护士已经成为最重要的专业人员。“护士密集型”一词被用来描述以护士为核心的初级保健服务模式。这种模式体现为护士构成了医生主导型 (Delamaire & Lafortune, 2010, Loussouarn 等人, 2019) 和护士主导型 (Laurant 等人, 2009, Martínez-González 等人, 2014) 多学科团队的一部分。

在这段时间里, 人们一直呼吁未来的研究要重点关注这些新模式的成本效益和效率, 以进一步推动护士密集型模式的升级。多年来, 有确切证据支持护士密集型初级保健模式的安全性、质量和可取性 ADDIN EN.CITE。另一方面, 护士主导型初级保健对经济的影响仍未充分探究 (Checa 等人, 2022, Laurant 等人, 2009, Martínez-González 等人, 2015, Randall 等人, 2017, Tsiachristas 等人, 2015, McMenamin 等人, 2023)。

衡量节余：一项具有挑战性的任务

世卫组织在其《2020 年世界护理状况报告》(2020) 中呼吁各国政府和监管机构加强或扩大护士在提供初级保健方面的作用。这项呼吁和国际研究保持一致 (Delamaire & Lafortune, 2010, National Academies of Sciences 等人, 2021), 这些研究表明, 在初级保健领域中增加护士数量并扩大护士的执业范围, 可直接或通过降低对急症护理部门的需求来提高护理可及性, 改善护理质量, 提高患者满意度, 并降低成本 (Newhouse 等人, 2011, Randall 等人, 2017)。

但是, 要衡量护士密集型初级保健模式的经济效益, 在概念或方法层面都面临着许多复杂的挑战。首先, 可以采用两种方式增加初级保健领域中护士的数量以及扩大护士的职责范围。其一是由护士替代其他专业人员, 常被称作“任务转移” (Martínez-González 等人, 2015) 或“技能组合”的优化 (Kernick & Scott, 2002)。另一种方式是扩大初级保健服务整体规模或引入新服务。

在某些情况下, 如在护士主导型护理模式中, 护士可以替代医生。增加以护士为基础的初级保健服务可提高护理可及性并满足尚未得到满足的护理需求。有据可查的有关增加新服务的实例包括英国国家医疗体系早期

尝试引入护士当天电话咨询服务 (Campbell 等人, 2014), 还包括在初级保健团队中设置护士个案管理师的角色, 为慢性病患者提供护理 (Checa 等人, 2022, Crowe 等人, 2019)。

经济分析师必须确定, 护士密集型初级保健模型是否会因人员替代或补充而对服务效率产生影响。但是, 现实中人员替代和补充之间的区别通常并不明显。例如, 新开设的以执业护士为主导的初级保健诊所接收新患者, 既可以将其视作替代——由护士替代医生来提供服务, 也可以将其视为补充——由护士带来新的服务, 以满足以前未得到满足的患者护理需求 (Contandriopoulos 等人, 2023a)。同样, 这样的诊所可以在提供额外服务的同时, 提高护理的可及性, 并减少急诊室就诊, 这将成为人员替代的形式之一 (Chambers 等人, 1977, National Academies of Sciences 等人, 2021)。在现有医疗诊所转变为跨专业模式的情况下, 将替代和补充相结合尤为重要且十分复杂 (Loussouarn 等人, 2019)。

成本、产出及结果

新型护士密集型初级保健模式与其产生的结果之间存在复杂的联系, 因此评估这些模式的成本和效益十分困难。

一些非常可靠的研究将护士提供护理 (通常是执业护士) 的成本和医生提供护理的成本进行了比较。这些研究普遍报告二者的成本差不多 (Delamaire & Lafortune, 2010, Liu 等人, 2020, Hollinghurst 等人, 2006, Venning 等人, 2000) 或者护士主导型服务的成本略低 (Dierick-van Daele 等人, 2010, Fall 等人, 1997, Anthony 等人, 2019, Perloff 等人, 2016, Roblin 等人, 2004)。遗憾的是, 成本节省的主要原因是护士的薪酬低于医生。医生薪酬过高而护士薪酬过低并不可行。

人员替代所面临的另一个挑战是, 评估护士护理与医生护理之间的可比性。总之, 系统分析发现, 医生提供

2020年, 加拿大不列颠哥伦比亚省推出了一种新模式, 即由护士主导的初级保健诊所。我们的研究表明, 这种模式大大改善了患者的护理体验, 并为他们的身体健康带来了积极影响 (Contandriopoulos 等人, 2023a)。研究还显示, 与传统模式 (即由医生提供类似的护理服务) 相比, 该模式的成本效益略高 (Contandriopoulos 等人, 2023b)。

护理与护士提供护理所产生的可衡量的临床结果相当 (Clarke 等人, 2004, Dierick-van Daele 等人, 2009, Fall 等人, 1997, Horrocks 等人, 2002, Kinnersley 等人, 2000, Laurant 等人, 2018, Bonsall & Cheater, 2008, McMenamin 等人, 2023, Mundinger 等人, 2000), 但是患者对护士提供的服务满意度较高 (Clarke 等人, 2004, Fall 等人, 1997, Horrocks 等人, 2002, Kinnersley 等人, 2000, Laurant 等人, 2018, Martinez-Gonzalez 等人, 2014, Randall 等人, 2017, Shum 等人, 2000, Venning 等人, 2000)。这里的挑战在于,

头对头的成本比较只适用于尚可替代的服务, 而实际提供的护理依然不同。打个比方, 橙子的价格对决定买多少苹果没什么帮助。

虽然引入新服务所增加的成本可能可以和健康福祉的长期收益相抵消, 但短期成本必然会增加 (Chambers 等人, 1977 年)。尽管如此, 人们在经济评估中的重点仍普遍完全集中在直接成本上 (Chambers 等人, 1977 年; Fall 等人, 1997 年)。理想情况下, 评估中既应包括直接成本 (如护士工资), 也应包括间接成本 (与住院、诊断、处方、转诊等相关的费用)。研究还应从投资回报率的视角来审视提供预防性护理可能带来的长期储蓄, 预防性护理最终能让人们避免在以后使用更昂贵的服务。(Chambers 等人, 1977 年; Benmarhnia 等人, 2017 年; Brousselle 等人, 2016 年)。但最严峻的挑战在于如何说明难以衡量的因素, 例如个人和社区的福祉与健康。质量调整生命年 (QALYs) 等多项指标旨在为健康干预措施的效果提供更全面的衡量标准。该领域的一些研究凭借这些指标来评估护士密集型护理模式 (Checa 等人, 2022 年; Ndosi 等人, 2014 年), 结果好坏参半。

政策行动的必要性

在评估护士主导初级保健所产生的经济效益时, 一项主要挑战在于评估最终结果 (Marmot, 2007 年; Brousselle 等人, 2016 年)。大部分研究的重点都是产出, 如每次就诊、每例患者或每次发作的平均成本, 而很少关注最终结果 (Evans 等人, 2010 年; Kernick 和 Scott, 2002 年)。我们认为, 研究目标应该是设计能够为人们及其社区带来切实最佳结果的初级保健模式, 而不是简单地寻求提供服务的短期最廉价选择 (Benmarhnia 等人, 2017 年; Brousselle 等人, 2016 年)。

在获得进一步证据之前推迟这些模型的广泛采用不是明智之举。现有证据已经强有力地表明，加强初级保健护理是一种具有成本效益的合理选择，值得探索。然而，这样做的降本增效程度完全取决于多种相互交织的因素、特定模式的有效性及其设计方式。

WHO 呼吁（WHO，2020 年）利益相关者采取行动，并重点关注更健康人群和社区的护理可及性和质量，而我们对采用更多护士密集型初级保健模式的经济效益证据的分析与之相符。

- 现有证据表明，让更多的护士提供更广泛的初级保健服务可以有效且高效地让更多人能够得到高质量护理。
- 通过设计，护士密集型模式可以比纯医学模式更具成本效益。
- 实施护士密集型初级保健模式的投资回报分析应包括避免疾病和改善福祉等更长期的影响。

案例研究：开创卫生保健改革——以色列执业护士取得的进展。

(Shoshy Goldberg 博士、Hilla Fighel 博士、Rivka Hazan-Hazoref 博士)

由于迫切需要满足人口老龄化和慢性疾病激增的需求，以色列的卫生保健系统已经开始转型，将执业护士（NPs）纳入了系统。以色列卫生部认识到，护士是一种优质资源，如果授予护士更大的权力和行动范围，那他们便可以在卫生系统中发挥更大的作用。由此，护士的从业范围扩大，这是对执业护士提供专业和高质量护理的独特能力的认可。这一战略举措认可了执业护士在提供专业护理、增强服务可得性和针对患者需求采取个性化护理方法方面的独特贡献。

最近对《药剂师条例》的修正赋予了执业护士出具初始药物处方的权力，这是一个改变游戏规则的重要举措，将执业护士定位为独立的临床医生，并减轻了卫生保健系统的负担。这一变革于 2024 年 8 月正式开始，以色列全国约 700 名执业护士将发挥更大的作用，并根据技术进步和卫生保健需求不断努力扩大他们的实践范围。这一举措反映了以色列致力于发展以病人为中心的卫生保健模式，并为全球示范了如何通过战略规划和立法支持成功地将执业护士整合到国家卫生保健系统中。

第 12 章：提高护理行业的吸引力是强化卫生系统的关键



Gaetan Lafortune, OECD 卫生司高级经济学家

摘要

新冠肺炎疫情、通货膨胀加剧和生活成本危机进一步引起了人们对护士收入的关注，人们担心工资可能不足以吸引并留住医院、养老院或社区的护士。《2023 年健康状况一览》显示，2021 年 OECD 成员国医院护士的平均工资比所有全职员工的平均工资高出 20%，但不同国家之间存在较大差异。在一些国家，护士的收入比工薪阶层平均水平高出 50%，而在其他国家，护士的收入低于全国范围内的平均水平。虽然在过去十年中，一些 OECD 成员国的护士实际工资大幅增加，但在其他一些国家，工资一直停滞不前甚至有所下降（OECD，2023a）。确保护士的工资增长至少跟得上通货膨胀，并且和具有类似教育和培训水平的其他专业工作者的工资同步，对于保持护理行业的吸引力至关重要。

引言

新冠肺炎疫情暴露了许多 OECD 成员国卫生工作人员面临的严重挑战，揭示了其人手不足、承受压力大且价值被低估的情况。卫生工作人员短缺是各国有效应对疫情能力所面临的最大限制因素，其影响甚至超过了设备或医院床位的限制。因为卫生系统和长期护理系统迅速饱和，卫生工作人员短缺是决定封锁程度和社会活动中断程度的因素之一。在疫情期间，护士及其他卫生和长期护理工作表现出了非凡的奉献精神和韧性，在医院和养老院提供一线服务，但许多人在疫情后感到身心俱疲。重视一线卫生保健工作人员，特别是护士和卫生保健助理，对于避免疫情后卫生工作者和长期护理人员的大规模流失至关重要。

正如 OECD 报告《准备好迎接下一次危机了吗？投资于卫生系统的韧性》所指出的，我们需要加大投资，加强卫生工作人员的能力和灵活性，以便更好地为应对类似规模的其他卫生危机做好准备。OECD 估计，与疫情前（2019 年）水平相比，OECD 成员国平均需要动用相当于其国内生产总值约 1.4% 的额外资金进行有针对性的投资，以加强卫生系统。这些投资中至少有一半应分配给培训、招聘和改善劳动力的工作条件，以应对人口老龄化带来的冲击和压力（OECD，2023b）。

虽然工作条件的多个方面影响了护士的招聘和留存，如灵活的工作时间和工作量，但工资是决定这一职业吸引力的一个关键因素。工资可能会影响年轻人是否报读护理教育项目、毕业后是否寻找护士工作，以及之后是否继续从事这一职业的决定。然而，总体而言，护士的工资也是医院和其他卫生保健机构的一项重大成本，因为护士是几乎所有 OECD 成员国中人数最多的一个卫生工作者类别。因此，我们需要取得一个巧妙的平衡：一方面要确保该职业有足够的经济吸引力，避免人员短缺；另一方面要保持成本可负担，维持卫生系统的财政可持续性。

本章介绍了 OECD 最新护士工资数据收集的主要结果。需要注意的是，收集各国护士工资的可比数据具有挑战性，原因有很多，包括现有数据来源可能不涵盖所有类型的护士（例如，可能仅涵盖在公立医院工作的护士），可能不涵盖所有收入来源（例如，可能缺失 2020 年和 2021 年的任何 COVID-19 奖金收入），并且可能同时包括全职和兼职人员。方框 1 总结了 OECD 的数据收集方法以及一些主要数据可比性局限。

方框 1. 护士工资数据可比性的定义和局限

OECD 根据平均年度总收入收集护士工资数据，其中包括员工需要缴纳的社会保险和所得税。大多数国家的数据仅包括在医院工作的护士，但在加拿大等国家，数据涵盖了在其他机构中工作的护士。在葡萄牙等国家，数据仅涵盖在公立医院工作的护士。个体经营的护士通常不包括在内。

该数据在一些国家（如加拿大、智利、爱尔兰和美国）仅涵盖注册护士，但在一些国家（如澳大利亚、新西兰和瑞士）也涵盖较低级别的护士（导致这些国家与其他国家相比，护士工资被低估）。

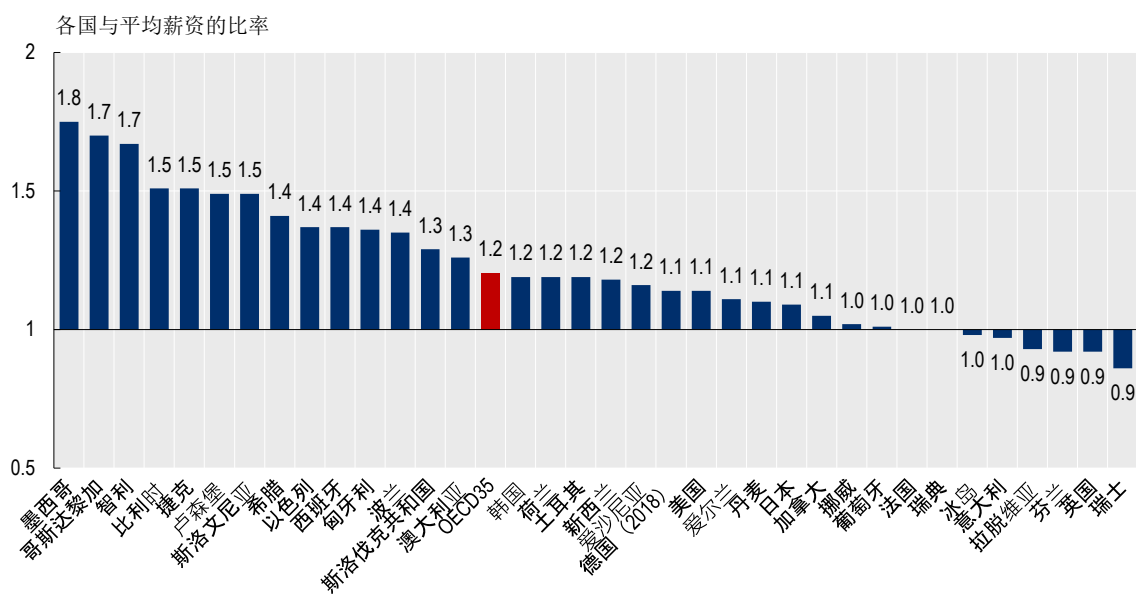
尽管各国对全职工作者的定义可能有所不同，但大多数国家的数据统计的是全职护士。

一些国家的数据不包括加班费等额外收入，几乎所有国家都不包括在疫情期间的任何 COVID-19 奖金，有少数国家例外。非正式支付在一些国家可能占总收入的很大一部分，但未予以报告。

在 OECD 成员国，护士的收入比工薪阶层平均水平高出约 20%，但各国之间存在显著差异。

2021 年，OECD 成员国医院护士的工资平均比全国工薪阶层的平均工资高出 20%。然而，各国之间存在显著差异。在墨西哥、哥斯达黎加、智利、捷克共和国、比利时、斯洛文尼亚和卢森堡，2021 年医院护士的收入至少比全国的平均水平高出 50%。在斯洛文尼亚，这一定程度上是因为在疫情第二年纳入了 COVID-19 奖金。而在瑞士、英国、芬兰和拉脱维亚，护士的收入低于工薪阶层平均水平（图 13）。

图 13：2021 年（或最近一年）OECD 成员国医院护士工资与平均工资的比率（OECD，2023C）



- 美国、加拿大、爱尔兰和智利的数据仅包括注册护士（导致工资被高估）。
- 澳大利亚、匈牙利、拉脱维亚、新西兰和瑞士的数据包括资格和收入较低的“助理专业”护士。
- 葡萄牙的数据仅包括在国家医疗服务体系（公共部门）工作的医院护士。

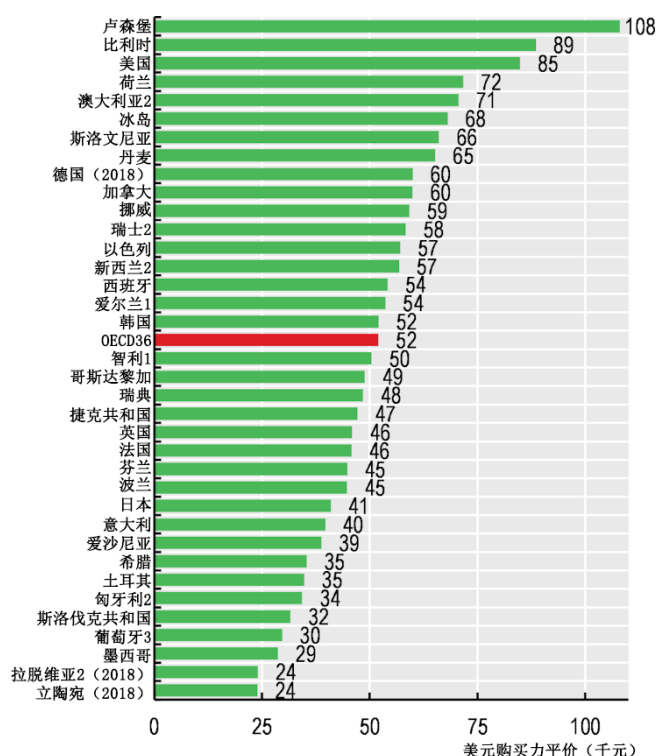
基于 35 个国家数据，如果一个国家护士的工资是工薪阶层平均工资的 0.9 倍，那么该国护士的工资需要增加 11% 才能达到工薪阶层的平均工资水平（假设工薪阶层的平均工资保持不变），增加 33% 才能达到 2021 年 OECD 国家的平均水平，即工薪阶层平均工资的 1.2 倍。

即使考虑到生活成本的差异，OECD 成员国的护士工资也相差四倍。

《2023 年健康状况一览》仍以共同货币（美元）为基础，并依据购买力水平差异进行调整，对各国护士的工资进行了比较，以反映各国护士的相对经济福祉，并了解是否存在任何经济激励因素，促使护士考虑移居到另一个 OECD 成员国以获得更高的工资。图 14 显示，2021 年卢森堡护士的收入至少是立陶宛和拉脱维亚护士的四倍（不过这两个国家的最新数据仅统计了 2018 年的情况）。总体而言，在 OECD 国家中，中欧和东欧

国家的护士工资水平最低，这至少一定程度上解释了为什么许多护士选择移民到其他欧盟国家。过去十年，其中许多国家已采取措施提高护士的工资。

图 14：2021 年（或最近一年）医院护士工资，美元购买力平价（OECD，2023C）



- 美国、加拿大、爱尔兰和智利的数据仅包括注册护士（导致工资被高估）。
- 澳大利亚、匈牙利、拉脱维亚、新西兰和瑞士的数据包括资格和收入较低的“助理专业”护士。
- 葡萄牙的数据仅包括在国家医疗服务体系（公共部门）工作的医院护士。

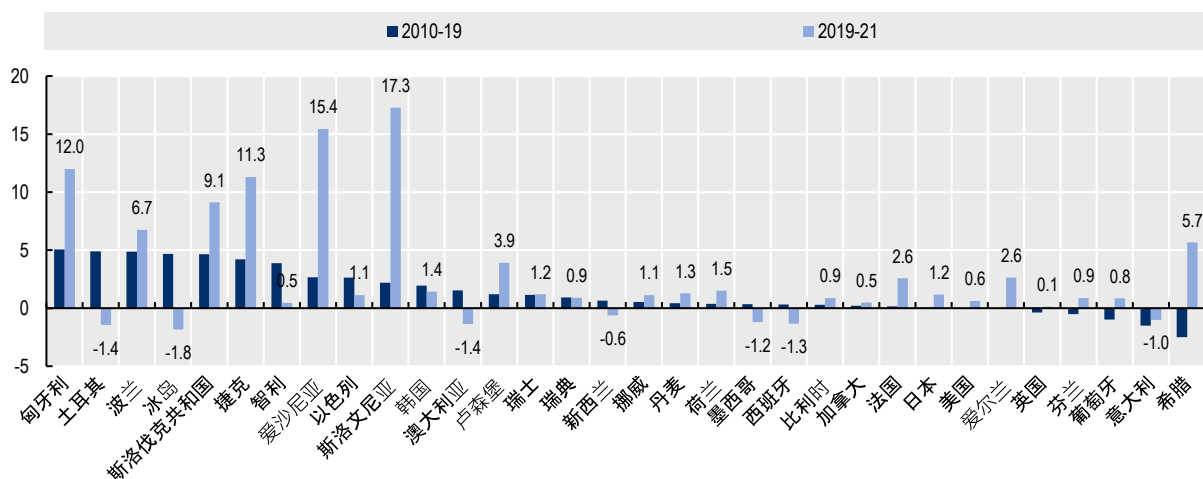
过去十年来，一些 OECD 成员国的护士工资大幅增加，但另一些国家则没有。

在疫情爆发前的十年中，大多数 OECD 成员国护士的实际工资都有所增加，工薪阶层的工资也是如此。匈牙利、波兰、斯洛伐克共和国和捷克等许多中东欧国家的护士工资增长率尤为强劲。在 2010 年至 2019 年期间，这些国家的护士工资按实际价值计算平均每年增长 4-5%，从而缩小了与其他欧盟国家的差距。2010 年至 2019 年期间，土耳其、冰岛和智利的护士也获得了大幅涨薪（图 15）。

相比之下，2010 年至 2019 年期间，几个南欧国家（如希腊、意大利和葡萄牙）、芬兰和英国的护士工资实际下降。在英国，2010 年至 2019 年期间护理收入按名义价值计算有所增加，但按实际价值计算下降了 3% 以上，这主要是因为 2011/12 年至 2017/18 年实施的公共部门工资政策。

为了更好地对一线卫生工作者在疫情前两年所做的努力表示肯定，一些国家的护士在 2020 年和 2021 年获得了按实际价值计算的大幅加薪，特别是在斯洛文尼亚、爱沙尼亚、匈牙利、捷克和斯洛伐克共和国，继续缩小与其他欧盟国家的差距。希腊护士的实际工资也大幅增加，至少部分抵消了过去 10 年的减少。然而，在 2020 年和 2021 年，一些国家护士的实际工资增长停滞不前甚至有所下降，因为不断上升的高通胀侵蚀了工资增长。护士并不是唯一一类受这一现象影响的职业。在许多国家，2021 年所有人的平均实际工资都跟不上通胀。2022 年的初步证据表明，在 24 个 OECD 成员国中，2022 年医护人员实际工资增长的跌幅在所有行业中最大，但这些结果并不仅适用于护士（OECD，2023d）。

图 15: 2010-2019 年和 2019-2021 年（或最近几年）医院护士工资的平均年增长率（实际值）
（OECD, 2023C）



- 最新的增长率仅涵盖 2019-2020 年。数据仅包括在公共部门工作的医院护士。

结论

要提高卫生系统抵御未来冲击的韧性，应对人口老龄化带来的持续压力，关键在于对卫生工作者，特别是护士进行投资。为了吸引足够数量的新护士并留住现有护士，必须给予他们足够的回报。

尽管主要由于通胀上升，一些 OECD 成员国的护士实际工资增长在疫情之后停滞不前甚至有所下降，但一些国家在疫情前后都采取了措施提高护士工资。显然，护士并不是疫情后购买力停滞或下降的唯一一种职业。2022 年，OECD 成员国工薪阶层的平均名义工资增长滞后于通货膨胀，从而导致实际工资下降。虽然 2024 年和 2025 年的通货膨胀率仍存在相当大的不确定性，但根据 2023 年 11 月的《OECD 经济展望》（OECD, 2023e），大多数 OECD 成员国的通胀率预计将逐步下降。这应有助于恢复护士的实际工资增长，尽管与其他职业相比，这可能不足以提高护士职业的吸引力。改善工资和工作条件对于吸引和留住护士至关重要。

免责声明：本章所表达的观点仅代表作者本人，不代表 OECD 或其成员国的观点。作者对任何错误承担全部责任。

结论与 ICN 的行动号召

当我们思考本报告中经济学家和其他专家的见解时，很明显护理的作用远远超出了临床范围。护士在推动全球社会的卫生成果和经济稳定方面发挥着关键作用。现在是全球承认护理不仅是一种专业，更是对我们共同未来的必要投资的时候了。这份报告强调了护理工作对卫生系统、经济体以及我们共同期待的和平世界产生的不可否认的影响。然而，认识到这种影响只是第一步。现在需要做的是在全球范围内承诺进行可行的变革，以支持和扩大护理人员队伍。

护理是全球卫生保健系统的支柱，有助于改善卫生成果、节省经济开支和建立更稳定的社会。这一重新认识护理价值的呼吁是及时的，同时迫在眉睫。在我们面临人口老龄化、慢性疾病、日益增多的暴力冲突和流行病等全球卫生挑战之际，护士的作用比以往任何时候都更加重要。为了获得更加健康的未来，我们必须投资于护理队伍和护士教育，提供有竞争力的工资，确保更好的工作条件，并在各级卫生保健和政策制定中认可护士的贡献。

通过改善患者的治疗效果、缩短住院时间和节省总体卫生保健费用，护理工作所带来的经济效益证明了这一职业的价值。护士不仅仅是卫生保健服务提供者，也是教育工作者、领导者，是个人和社区健康与福祉的倡导者。卫生保健的未来与护理的未来息息相关。因此，支持护理人员不是可有可无的，而是不可或缺的。

ICN 呼吁全球卫生领导人和决策者采取行动

- **赋权于护士：**支持制定全面的政策，让护士能够依据所受的教育和培训发挥最大能力。鼓励护士进一步发挥领导作用并参与政策制定。
- **投资于教育和劳动力发展：**增加护理教育经费，为护理行业创造更多职业发展机会。
- **改善工作条件：**采取措施改善护士的工作环境，包括配备充足的人员、提供资源获取渠道、营造安全的工作环境以及提供心理健康和福祉支持。
- **公正的认可和待遇：**确保护士获得有竞争力的薪酬，以反映其技能、责任和工作的重要性。
- **提升护理行业的社会地位：**通过开展提高公众意识的活动并让护士参与决策，凸显护士对健康和福祉所做的贡献。

根据这些建议采取行动使护士能够加强卫生保健系统，推动经济增长，为世界和平作出贡献，并增进个人和社区的健康与福祉。目前正值行动关键时刻，让我们投资于护理事业，进而投资于全球社会的健康与繁荣。

参考文献

- Addati, L., et al. (2018). *Care work and care jobs for the future of decent work*. International Labour Organisation (ILO).
- Aiken, L. H., et al. (2021a). Hospital nurse staffing and patient outcomes in Chile: a multilevel cross-sectional study. *Lancet Glob Health*, 9, e1145-e1153.
- Aiken, L. H., et al. (2021b). Value of nurse practitioner inpatient hospital staffing. *Med Care*, 59, 857-863.
- Allan, S. & Vadean, F. (2023). The Impact of wages on care home quality in England. *The Gerontologist*. 2023 Oct 17;63(9):1428-1436.
- Almalki, M. J., Fitzgerald, G. & Clark, M. (2012). The relationship between quality of work life and turnover intention of primary health care nurses in Saudi Arabia. *BMC Health Services Research*, 12, 314.
- Anthony, B. F., et al. (2019). General medical services by non-medical health professionals: a systematic quantitative review of economic evaluations in primary care. *British journal of general practice*, 69, E304-E313.
- Asamani J.A., et al. (2022). Investing in the health workforce: fiscal space analysis of 20 countries in East and Southern Africa, 2021-2026. *BMJ Glob Health*. 2022 Jun;7(Suppl 1): e008416. doi: 10.1136/bmjgh-2021-008416. PMID: 35772807; PMCID: PMC9247660.
- Australian Medical Association (2021). *Putting health care back into aged care* [Online]. AMA. Available: <https://ama.com.au/sites/default/files/2021-04/130421%20-%20Report%20-%20Putting%20health%20care%20back%20into%20aged%20care.pdf> [Accessed 1 February 2024].
- Bakhshi, M., et al. (2023). The economics of nurse migration: tracking the costs and contributions of immigrant nurses in the United States. Online Report. Available: www.cgfns.org/eonm23
- Bartakova, J., et al. (2022). Health economic evaluation of a nurse-led care model from the nursing home perspective focusing on residents' hospitalisations. *Bmc Geriatrics*, 22, 496.
- Benmarhnia, T., et al. (2017). Investing in a healthy lifestyle strategy: is it worth it? *International Journal of Public Health*, 62, 3-13.
- Bloomfield, A. (2023). Closing Address at Healthcare Leadership Symposium: Inform, Inspire and Feel Valued. Healthcare Leadership Symposium, 2023 Auckland, New Zealand.
- Boniol, M., et al. (2022). The global health workforce stock and distribution in 2020 and 2030: a threat to equity and 'universal' health coverage? *BMJ Glob Health*, 7.
- Bonsall, K. & Cheater, F. M. (2008). What is the impact of advanced primary care nursing roles on patients, nurses and their colleagues? A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 45, 1090-1102.
- Boscart, V. M., et al. (2018). The associations between staffing hours and quality of care indicators in long-term care. *BMC Health Services Research*, 18, 1-7.
- Brousselle, A., Benmarhnia, T. & Benhadj, L. (2016). What are the benefits and risks of using return on investment to defend public health programs? *Preventive Medicine Reports*, 3, 135-138.
- Budde, H., et al. (2021). The role of patient navigators in ambulatory care: overview of systematic reviews. *BMC health services research*, 21, 1-1166.
- Buchan, J. and Catton, H. (2023). Recover to Rebuild: Investing in the nursing workforce for health system effectiveness. International Council of Nurses. Available: https://www.icn.ch/sites/default/files/2023-07/ICN_Recover-to-Rebuild_report_EN.pdf. Accessed: 26 March 2024.
- Burton, R. A. (2016). Health policy brief: improving care transitions.
- Caird, J., et al. (2010). The socioeconomic value of nursing and midwifery: a rapid systematic review of reviews. London: EPPI Centre, Institute of Education.
- California Lifting Children and Families out of Poverty Task Force (2018). *The Lifting Children and Families Out of Poverty Task Force Report* [Online]. Available: <https://www.endchildpovertyca.org/wp->

<content/uploads/2018/11/AB1520-Child-Poverty-Task-Force-Report-and-Recommendations-FINAL.pdf> [Accessed 1 February 2024].

Campbell, J. L. P., et al. (2014). Telephone triage for management of same-day consultation requests in general practice (the ESTEEM trial): a cluster-randomised controlled trial and cost-consequence analysis. *The Lancet (British edition)*, 384, 1859-1868.

Catania, G., et al. (2024). Nurses' intention to leave, nurse workload and in-hospital patient mortality in Italy: A descriptive and regression study. *Health Policy*, Vol. 143, May 2024, 105032. Available at: [Nurses' intention to leave, nurse workload and in-hospital patient mortality in Italy: A descriptive and regression study. - ScienceDirect](#). Accessed: 27 March 2024.

Chambers, L. W., et al. (1977). A Controlled trial of the impact of the family practice nurse on volume, quality, and cost of rural health services. *Medical care*, 15, 971-981.

Chan, R. J., et al. (2018). Clinical and economic outcomes of nurse-led services in the ambulatory care setting: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 81, 61-80.

Checa, C., et al. (2022). Effectiveness and Cost-Effectiveness of Case Management in Advanced Heart Failure Patients Attended in Primary Care: A Systematic Review and Meta-Analysis. *International journal of environmental research and public health*, 19, 13823.

Clarke, A., et al. (2004). Randomised controlled trial comparing cost-effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. In: Fulop, N., Allen, P., Clarke, A. & Black, N. (eds.) *Studying the Organisation and Delivery of Health Services*. Routledge.

Clinton Global Initiative (n.d.). Empowering girls & women. Clinton Global Initiative. Available: <https://www.un.org/en/ecosoc/phlntrpy/notes/clinton.pdf>. [Accessed 16 February 2024].

Commission for Nurse Reimbursement (2024). *Commission for Nurse Reimbursement: Home* [Online]. Available: <https://commissionfornursereimbursement.com/> [Accessed 16 February 2024].

Commission on a Global Health Risk Framework for the Future & National Academy of Medicine, Secretariat (2016). *The Neglected Dimension of Global Security: A Framework to Counter Infectious Disease Crises*. Washington (DC): National Academies Press (US)

Contandriopoulos, D., et al. (2023a). Pre–post analysis of the impact of British Columbia nurse practitioner primary care clinics on patient health and care experience. *BMJ-Open*, 13, e072812.

Contandriopoulos, D., et al. (2023b). Economic Evaluation of BC's Nurse-Practitioner Primary Care Clinics. Victoria (Canada): Research report prepared for the British Columbia Ministry of Health.

Contandriopoulos, D., et al. (2018). *Analyse des impacts de la rémunération des médecins sur leur pratique et la performance du système de santé au Québec. Rapport de recherche produit dans le cadre de l'action concertée intitulée Regards sur les modes de rémunération des médecins financée par le Commissaire à la santé et au bien-être.*, Montreal, http://www.frqsc.gouv.qc.ca/documents/11326/448958/2015_D.Contandriopoulos_remun-med_rapport-annexes.pdf/ff739688-c91e-488e-b556-fb0dda7c1efb.

Crowe, M., et al. (2019). The clinical effectiveness of nursing models of diabetes care: A synthesis of the evidence. *International journal of nursing studies*, 93, 119-128.

Dall, T. M., et al. (2009). The economic value of professional nursing. *Medical care*, 97-104.

Davis, K. M., et al. (2021). Effectiveness of nurse-led services for people with chronic disease in achieving an outcome of continuity of care at the primary-secondary healthcare interface: A quantitative systematic review. *Int J Nurs Stud*, 121, 103986.

Delamaire, M.-L. & Lafortune, G. (2010). Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés. *Documents de travail de l'OCDE sur la santé No. 54*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.

Dierick-Van Daele, A. T. M., et al. (2010). Economic evaluation of nurse practitioners versus GPs in treating common conditions. *Br J Gen Pract*, 60, e28-35.

- Dierick-Van Daele, A. T. M., et al. (2009). Nurse practitioners substituting for general practitioners: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*, 65, 391-401.
- Dorr, D. A., Horn, S. D. & Smout, R. J. (2005). Cost analysis of nursing home registered nurse staffing times. *Journal of the American Geriatrics Society*, 53, 840-845.
- Duckett, S. (2005). Interventions to facilitate health workforce restructure. *ANZ Health Policy*, 2, Available: www.anzhealthpolicy.com/content/2/1/14.
- Duckett, S., Breadon, P. & Farmer, J. (2014). *Unlocking skills in hospitals: better jobs, more care*, Melbourne, Vic., Grattan Institute.
- Duckett, S., Breadon, P. & Ginnivan, L. (2013). *Access all areas: new solutions for GP shortages in rural Australia*, Melbourne, Vic., Grattan Institute.
- Dyvik, E. (2024). *Impact of the coronavirus pandemic on the global economy - Statistics & Facts* [Online]. Statista. Available: <https://www.statista.com/topics/6139/covid-19-impact-on-the-global-economy/#topicOverview> [Accessed 8 February 2024].
- Ebright, P. R., et al. (2003). Understanding the complexity of registered nurse work in acute care settings. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 33, 630-638.
- Elnakib, S., et al. (2021). Providing care under extreme adversity: the impact of the Yemen conflict on the personal and professional lives of health workers. *Social Science & Medicine*, 272, 113751.
- Essuman, A., Agyemang, F. A. & Mate-Kole, C. C. (2018). Long-term care for older adults in Africa: Whither now? *Journal of the American Medical Directors Association*, 19, 728-730.
- European Federation of Nurses Associations (2022). *Nursing Planetary Health*. European Federation of Nurses Associations.
- Evans, R. G., Barer, M. L. & Schneider, D. G. (2010). Pharaoh and the prospects for productivity in HHR. *Health Policy*, 5, 17-26.
- Fall, M., et al. (1997). An evaluation of a nurse-led care service in primary care: benefits and costs. *British journal of general practice*, 47, 699-703.
- Flor, L. S., et al. (2022). Quantifying the effects of the COVID-19 pandemic on gender equality on health, social, and economic indicators: a comprehensive review of data from March 2020, to September, 2021. *The Lancet*, 399, 2381-2397.
- Flynn, B. C. (1974). The effectiveness of nurse clinicians' service delivery. *American journal of public health*, 64, 604-611.
- Georgieva, K., Sayeh, A.M., & Sahay, R. (2022). How to Close Gender Gaps and Grow the Global Economy. IMF Blog. 8 September 2022. International Monetary Fund. Available: <https://www.imf.org/en/Blogs/Articles/2022/09/08/how-to-close-gender-gaps-and-grow-the-global-economy>. Accessed: 26 March 2024.
- Glauberger, G., Bray, M. & Freeman, K. (2023). Planetary health and nursing: a call to action. *Hawai'i Journal of Health & Social Welfare*, 82, 120.
- Goryakin, Y., Griffiths, P. & Maben, J. (2011). Economic evaluation of nurse staffing and nurse substitution in health care: A scoping review. *International Journal of Nursing Studies*, 48, 501-512.
- Government of Ireland (2024). *Framework for Safe Nurse Staffing and Skill Mix* [Online]. Ireland: Government of Ireland. Available: <https://www.gov.ie/en/campaigns/25860-framework-for-safe-nurse-staffing-and-skill-mix/> [Accessed 16 February 2024].
- Grabowski, D. C., O'Malley, A. J. & Barhydt, N. R. (2007). The costs and potential savings associated with nursing home hospitalizations. *Health affairs*, 26, 1753-1761.
- Griffiths, P. (2016). Nurse staffing and patient outcomes: Strengths and limitations of the evidence to inform policy and practice. A review and discussion paper based on evidence reviewed for the National Institute for Health and Care Excellence Safe Staffing guideline development. *Int J Nurs Stud*, 63, 213-225.

- Griffiths, P., et al. (2023). Costs and cost-effectiveness of improved nurse staffing levels and skill mix in acute hospitals: A systematic review. *International journal of nursing studies*, 104601.
- Griffiths, P., et al. (2021). Beyond ratios-flexible and resilient nurse staffing options to deliver cost-effective hospital care and address staff shortages: A simulation and economic modelling study. *International Journal of Nursing Studies*, 117, 103901.
- Haakenstad, A., et al. (2022). Measuring the availability of human resources for health and its relationship to universal health coverage for 204 countries and territories from 1990 to 2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*, 399, 2129-2154.
- Hansen-Turton, T., Ritter, A. & Torgan, R. (2008). Insurers' contracting policies on nurse practitioners as primary care providers: two years later. *Policy, politics & nursing practice*, 9, 241-248.
- Healthcare Worker Watch-Palestine (2023) [X]. 20 November. Available: [Healthcare Workers Watch - Palestine \(@HCWWatch\) / X \(twitter.com\)](https://twitter.com/HCWWatch)
- Helsinki Times (2023). *Tehy survey: Nursing leadership experiencing high turnover due to staffing shortage, workload, and low pay* [Online]. Helsinki: Helsinki Times. Available: <https://www.helsinkitimes.fi/finland/finland-news/domestic/23556-tehy-survey-nursing-leadership-experiencing-high-turnover-due-to-staffing-shortage-workload-and-low-pay.html> [Accessed 4 January 2024].
- Hollinghurst, S., et al. (2006). Comparing the cost of nurse practitioners and GPs in primary care: modelling economic data from randomised trials. *British Journal of General Practice*, 56, 530-535.
- Horn, S. D. (2008). The business case for nursing in long-term care. *Policy, Politics, & Nursing Practice*, 9, 88-93.
- Horrocks, S., Anderson, E. & Salisbury, C. (2002). Systematic review of whether nurse practitioners working in primary care can provide equivalent care to doctors. *BMJ*, 324, 819-823.
- Htay, M. & Whitehead, D. (2021). The effectiveness of the role of advanced nurse practitioners compared to physician-led or usual care: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies Advances*, 3, 100034.
- International Council of Nurses (2019). *ICN International Workforce Forum calls for urgent action from governments to address global nursing shortage* [Online]. Geneva: ICN. Available: <https://www.icn.ch/news/icn-international-workforce-forum-calls-urgent-action-governments-address-global-nursing#:~:text=Geneva%2C%20Switzerland%3B%204%20March%202019,nurses%20who%20care%20for%20the> [m](#) [Accessed 8 January 2024].
- International Council of Nurses (2021a). *The Global Nursing shortage and Nurse Retention* [Online]. Geneva: ICN. Available: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICN%20Policy%20Brief_Nurse%20Shortage%20and%20Retention.pdf [Accessed 21 November 2021].
- International Council of Nurses (2021b). COVID-19 pandemic one year on: ICN warns of exodus of experienced nurses compounding current shortages. [Press release] Available: <https://www.icn.ch/news/covid-19-pandemic-one-year-icn-warns-exodus-experienced-nurses-compounding-current-shortages>. [Accessed 4 March 2024].
- International Council of Nurses (2021c). The ICN Code of Ethics for Nurses. ICN: Geneva, Switzerland.
- International Labour Organisation (2019). New job opportunities in an ageing society. 1st Meeting of the G20 Employment Working Group, Tokyo, Japan, 2019.
- International Labour Organisation (2023). *Nurses and midwives: overworked, underpaid, undervalued?* [Online]. Geneva: ILO. Available: <https://ilostat.ilo.org/nurses-and-midwives-overworked-underpaid-undervalued/> [Accessed 8 February 2024].
- International Labour Organization (2024). Decent work. International Labour Organization. Available: <https://www.ilo.org/global/topics/decent-work/lang--en/index.htm>
- Jones, C. B. (2005). The costs of nurse turnover, part 2: application of the nursing turnover cost calculation methodology. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 35, 41-49.
- Jones, R. (2020). Women are on the frontlines in the fight against COVID-19. National Geographic.

- Jutkowitz, E., et al. (2023). Effects of nurse staffing on resident outcomes in nursing homes: A systematic review. *Journal of the American Medical Directors Association*, 24, 75-81. e11.
- Kennedy, A. (2019). *International Council of Nurses: why nurses are so important for UHC*. UHC 2030. Available: <https://www.uhc2030.org/news-and-events/news/partner-insights/international-council-of-nurses-why-nurses-are-so-important-for-uhc-555297/#:~:text=Without%20nurses%2C%20without%20investing%20in,in%20my%20mind%20about%20that.>
- Kernick, D. & Scott, A. (2002). Economic approaches to doctor/nurse skill mix: problems, pitfalls, and partial solutions. *British Journal of General Practice*, 52, 42-6.
- Kerzman, H., et al. (2020). Professional characteristics and work attitudes of hospital nurses who leave compared with those who stay. *Journal of Nursing Management*, 28, 1364-1371.
- Kim, M. (2016). Nurse turnover costs: A medium-sized hospital case. *AJMAHS*, 6, 41-49.
- Kinnersley, P., et al. (2000). Randomised controlled trial of nurse practitioner versus general practitioner care for patients requesting "same day" consultations in primary care. *BMJ*, 320, 1043.
- Kitson, A. L., Muntlin Athlin, Å. & Conroy, T. (2014). Anything but basic: nursing's challenge in meeting patients' fundamental care needs. *Journal of Nursing Scholarship*, 46, 331-339.
- Klazinga, N. (2022). *The economics of patient safety: safety in the workplace* [Online]. Paris: OECD. Available: https://cdn.who.int/media/docs/default-source/patient-safety/wpsd/2021globalconference/niekk1-1.pdf?sfvrsn=1b6716e0_13 [Accessed 2 February 2024].
- Kruk, M. E., et al. (2018). Mortality due to low-quality health systems in the universal health coverage era: a systematic analysis of amenable deaths in 137 countries. *Lancet*, 392, 2203-2212.
- Kuriakose, R., et al. (2020). Patient safety in primary and outpatient health care. *J Family Med Prim Care*, 9, 7-11.
- Kwong, E. W. Y., et al. (2009). Pressure ulcer development in older residents in nursing homes: influencing factors. *Journal of advanced nursing*, 65, 2608-2620.
- Lasater, K. B., et al. (2021). Patient outcomes and cost savings associated with hospital safe nurse staffing legislation: an observational study. *BMJ Open*, 11, e052899.
- Laurant, M., et al. (2009). The impact of nonphysician clinicians do they improve the quality and cost-effectiveness of health care services? *Medical care research and review*, 66, 36S-89S.
- Laurant, M., et al. (2018). Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Art. No.: CD001271.
- Lazenby, M. (2020). *Toward a Better World: The Social Significance of Nursing*. Oxford University Press.
- Lewis, C., et al. (2023). Value-based care: What is it, and why it's needed. Explainer. Commonwealth Fund, 7 February 2023. Available: <https://www.commonwealthfund.org/publications/explainer/2023/feb/value-based-care-what-it-is-why-its-needed>. Accessed: 26 March 2024.
- Liu, C. F., et al. (2020). Outcomes of primary care delivery by nurse practitioners: Utilization, cost, and quality of care. *Health Serv Res*, 55, 178-189.
- Liu, J. & Eggleston, K. (2022a). The association between health workforce and health outcomes: a cross-country econometric study. *Soc Indic Res*, 163, 609-632.
- Lopatina, E., et al. (2017). Economic evaluation of nurse practitioner and clinical nurse specialist roles: A methodological review. *International Journal of Nursing Studies*, 72, 71-82.
- Loussouarn, C., et al. (2019). Impact de l'expérimentation de coopération entre médecin généraliste et infirmière Asalée sur l'activité des médecins. *Revue d'économie politique*, 129, 489-524.
- Luangasanatip, N., et al. (2018). Cost-effectiveness of interventions to improve hand hygiene in healthcare workers in middle-income hospital settings: a model-based analysis. *Journal of Hospital Infection*, 100, 165-175.
- Marmot, M. (2007). Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *Lancet*, 370, 1153-1163.

- Marshall, D. A., et al. (2015). Assessing the quality of economic evaluations of clinical nurse specialists and nurse practitioners: A systematic review of cost-effectiveness. *NursingPlus Open*, 1, 11-17.
- Martínez-González, N. A., et al. (2014). Substitution of physicians by nurses in primary care: a systematic review and meta-analysis. *BMC health services research*, 14, 214-214.
- Martínez-González, N. A., et al. (2015). Task-Shifting from physicians to nurses in primary care and its impact on resource utilization: A Systematic Review and Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Medical Care Research and Review*, 72, 395-418.
- Martsof, G. R., et al. (2014). Examining the value of inpatient nurse staffing: an assessment of quality and patient care costs. *Medical care*, 52, 982-988.
- McGregor, W., et al. (2008). Impact of the 2004 GMS contract on practice nurses: a qualitative study. *British journal of general practice*, 58, 711-719.
- McHenry, P. & Mellor, J. M. (2022). The impact of recent state and local minimum wage increases on nursing facility employment. *Journal of Labor Research*, 43, 345-368.
- McHugh, M. D., et al. (2021). Effects of nurse-to-patient ratio legislation on nurse staffing and patient mortality, readmissions, and length of stay: a prospective study in a panel of hospitals. *Lancet*, 397, 1905-1913.
- McKernan, B. 2020. Health workers targeted at least 120 times in Yemen conflict – report. *The Guardian*.
- McMenamin, A., et al. (2023). A systematic review of outcomes related to nurse practitioner-delivered primary care for multiple chronic conditions. *Medical Care Research and Review*.
- Michel, P., et al. (2017). Patient safety incidents are common in primary care: A national prospective active incident reporting survey. *PLoS One*, 12, e0165455.
- Morgan, R., et al. (2016). How to do (or not to do)... gender analysis in health systems research. *Health policy and planning*, 31, 1069-1078.
- Morilla-Herrera, J.C., et al. (2016). A systematic review of the effectiveness and roles of advanced practice nursing in older people. *International journal of nursing studies*, 53, 290-307.
- Mukamel, D. B., et al. (2023). Association of staffing instability with quality of nursing home care. *JAMA Network Open*, 6, e2250389-e2250389.
- Mundinger, M. O., et al. (2000). Primary care outcomes in patients treated by nurse practitioners or physicians: a randomized trial. *JAMA*, 283, 59-68.
- Munga, M. A., et al. (2012). Experiences, opportunities and challenges of implementing task shifting in underserved remote settings: the case of Kongwa district, central Tanzania. *BMC international health and human rights*, 12, 1-12.
- National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine Committee on the Future of Nursing 2020–2030; (2021). 'The role of nurses in improving health care access and quality'. *The Future of Nursing 2020-2030: Charting a path to achieve health equity*. Washington, D.C. National Academies Press (USA).
- Ndosi, M., et al. (2014). The outcome and cost-effectiveness of nurse-led care in people with rheumatoid arthritis: a multicentre randomised controlled trial. *Annals of the rheumatic diseases*, 73, 1975.
- Needleman, J., et al. (2006). Nurse staffing in hospitals: is there a business case for quality? *Health Affairs*, 25, 204-211.
- Nelson-Brantley, H. V., Park, S. H. & Bergquist-Beringer, S. (2018). Characteristics of the nursing practice environment associated with lower unit-level RN turnover. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 48, 31-37.
- Newhouse, R. P., et al. (2011). Advanced practice nurse outcomes 1990-2008: a systematic review. *Nurs Econ*, 29, 230-50; quiz 251.
- NHS England (2018). Introduction of a new Nurse Angiographer role to reduce Catheter Laboratory waits. Available: https://www.england.nhs.uk/atlas_case_study/introduction-of-a-new-nurse-angiographer-role-to-reduce-catheter-laboratory-waits/. [Accessed 6 March 2024].

- North, N., et al. (2013). Nurse turnover in New Zealand: costs and relationships with staffing practises and patient outcomes. *Journal of Nursing Management*, 21, 419-428.
- Nurse-Family Partnerships (2014). *Maternal and child health outcomes* [Online]. Colorado. Available: <https://www.nursefamilypartnership.org/wp-content/uploads/2020/03/NFP-Maternal-and-Child-Health-Outcomes.pdf> [Accessed 2 February 2024].
- OECD (ed.) (2018). *Feasibility study on health workforce skills assessment: Supporting health workers achieve person-centred care*, Paris: OECD.
- OECD (2019a). *Realising the Full Potential of Primary Health Care* [Online]. Paris: OECD. Available: <https://www.oecd.org/health/health-systems/OECD-Policy-Brief-Primary-Health-Care-May-2019.pdf> [Accessed 18 October 2023].
- OECD (2019b). The economic burden of patient safety in primary and ambulatory care, Flying blind. Paris: OECD.
- OECD (2020). *Realising the Potential of Primary Health Care*. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris.
- OECD (2021). Strengthening the frontline: How primary health care helps health systems adapt during the COVID 19 pandemic. Paris: OECD.
- OECD (2023a). Health at a Glance 2023: OECD Indicators. Available: <https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance/>
- OECD (2023b). *Ready for the Next Crisis? Investing in Health System Resilience*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris. Available: <https://www.oecd.org/publications/ready-for-the-next-crisis-investing-in-health-system-resilience-1e53cf80-en.htm>
- OECD (2023c). OECD Health Statistics 2023. Available: <https://www.oecd.org/health/health-data.htm>. [Accessed 5 March 2024]
- OECD (2023d). OECD Employment Outlook 2023. Available: https://www.oecd-ilibrary.org/employment/oecd-employment-outlook-2023_08785bba-en. [Accessed 5 March 2024]
- OECD (2023e). OECD Economic Outlook, November 2023. Available: <https://www.oecd.org/economic-outlook/november-2023/>. [Accessed 5 March 2024]
- Osterveld-Vlug, M. G., et al. (2013). Nursing home staff's views on residents' dignity: a qualitative interview study. *BMC health services research*, 13, 1-9.
- Orozco, A. P. (2009). Global Care Chains. Gender, Migration and Development Series. Working Paper 2. United Nations International Research and Training.
- Pan American Health Organization (2019). *Number of older adults with long-term care needs will triple by 2050, PAHO warns*. [Press release] Available: <https://www.paho.org/en/news/1-1-2019-number-older-adults-long-term-care-needs-will-triple-2050-paho-warns> [Accessed 5 March 2024]
- Panagioti, M., et al. (2019). Prevalence, severity, and nature of preventable patient harm across medical care settings: systematic review and meta-analysis. *BMJ*, 366, 14185.
- Park, S. H., et al. (2014). Concurrent and lagged effects of registered nurse turnover and staffing on unit-acquired pressure ulcers. *Health Services Research*, 49, 1205-1225.
- Pennings, S. (2020). The Utilization-Adjusted Human Capital Index. Policy Research Working Paper; No. 9375. World Bank, Washington, DC.
- Perloff, J., Desroches, C. M. & Buerhaus, P. (2016). Comparing the Cost of Care Provided to Medicare Beneficiaries Assigned to Primary Care Nurse Practitioners and Physicians. *Health services research*, 51, 1407-1423.
- Perruchoud, E., et al. (2021). The Impact of Nursing Staffs' Working Conditions on the Quality of Care Received by Older Adults in Long-Term Residential Care Facilities: A Systematic Review of Interventional and Observational Studies. *Geriatrics*, 7, 6.

- Pethybridge, J. (2004). How team working influences discharge planning from hospital: a study of four multi-disciplinary teams in an acute hospital in England. *Journal of Interprofessional Care*, 18, 29-41.
- Randall, S., et al. (2017). Impact of community based nurse-led clinics on patient outcomes, patient satisfaction, patient access and cost effectiveness: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 73, 24-33.
- Raven, J., Wurie, H. & Witter, S. (2018). Health workers' experiences of coping with the Ebola epidemic in Sierra Leone's health system: a qualitative study. *BMC health services research*, 18, 1-9.
- Remes, J., et al. (2020). Prioritizing health: A prescription for prosperity. McKinsey Global Institute.
- Ridhwan, M. M., et al. (2022). The effect of health on economic growth: A meta-regression analysis. *Empirical economics*, 63, 3211-3251.
- Roblin, D. W., et al. (2004). Use of midlevel practitioners to achieve labor cost savings in the primary care practice of an MCO. *Health services research*, 39, 607-626.
- Roche, M. A., et al. (2015). The rate and cost of nurse turnover in Australia. *Collegian*, 22, 353-358.
- Rodgers, Y., et al. (2020). Migrant women & remittances: exploring the data from selected countries. UN Women.
- Ruiz, P. B. D. O., Perroca, M. G. & Jericó, M. D. C. (2016). Cost of nursing turnover in a Teaching Hospital. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50, 101-108.
- Saikia, D. (2018). Nursing shortages in the rural public health sector of India. *Wārasān prachākṇ læ sangkhom = Journal of population and social studies*, 26, 101-118.
- Schoenstein, M., Ono, T. & Lafortune, G. (2016). Skills use and skills mismatch in the health sector: What do we know and what can be done? In: OECD (ed.) *Health Workforce Policies in OECD Countries*. Paris: OECD.
- Sharma, H. & Xu, L. (2022). Association between wages and nursing staff turnover in Iowa nursing homes. *Innovation in Aging*, 6, igac004.
- Shin, J. H. & Bae, S.-H. (2012). Nurse staffing, quality of care, and quality of life in US nursing homes, 1996–2011: an integrative review. *Journal of gerontological nursing*, 38, 46-53.
- Shin, J. H. & Hyun, T. K. (2015). Nurse staffing and quality of care of nursing home residents in Korea. *Journal of Nursing Scholarship*, 47, 555-564.
- Shum, C., et al. (2000). Nurse management of patients with minor illnesses in general practice: multicentre, randomised controlled trial. *BMJ*, 320, 1038-1043.
- Sitterding, M. C., et al. (2012). Understanding situation awareness in nursing work: A hybrid concept analysis. *Advances in Nursing Science*, 35, 77-92.
- Slawomirski, L. & Klazinga, N. (2022). The economics of patient safety: From analysis to action. Paris: OECD.
- Srof, B. J., Lagerwey, M. & Liechty, J. (2023). Nurses' lived experience of peacebuilding. *Nursing inquiry*, 30, e12591.
- Starfield, B., Yushi, L. & Macinko, J. (2005). Contribution of primary care to health systems and health. *The Milbank Quarterly*, 83, 457-502.
- Stevanin, S., et al. (2018). Workplace-related generational characteristics of nurses: A mixed-method systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 74, 1245-1263.
- Sutton, C., et al. (2023). Strategic workforce planning in health and social care – an international perspective: A scoping review. *Health Policy*, 132, 104827.
- Szanton, S. L., et al. (2021). CAPABLE program improves disability in multiple randomized trials. *Journal of the American Geriatrics Society*, 69, 3631-3640.
- Tang, J. H. & Hudson, P. (2019). Evidence-based practice guideline: Nurse retention for nurse managers. *Journal of gerontological nursing*, 45, 11-19.

- Tappenden, P., et al. (2012). The clinical effectiveness and cost-effectiveness of home-based, nurse-led health promotion for older people: a systematic review. *Health Technology Assessment (Winchester, England)*, 16, 1.
- Tchouaket, E., Kilpatrick, K. & Jabbour, M. (2020). Effectiveness for introducing nurse practitioners in six long-term care facilities in Québec, Canada: A cost-savings analysis. *Nursing Outlook*, Vo. 68, Issue 5, P611-625.
- Teresi, J. A., et al. (2013). Comparative effectiveness of implementing evidence-based education and best practices in nursing homes: Effects on falls, quality-of-life and societal costs. *International Journal of Nursing Studies*, 50, 448-463.
- Tsiachristas, A., et al. (2015). Costs and effects of new professional roles: Evidence from a literature review. *Health policy (Amsterdam)*, 119, 1176-1187.
- Uchida-Nakakoji, M., et al. (2016). Economic evaluation of registered nurse tenure on nursing home resident outcomes. *Applied Nursing Research*, 29, 89-95.
- UN Women (2013). Managing labour migration in ASEAN: concerns for women migrant workers. Bangkok: UN Women. Available: <http://asiapacific.unwomen.org/~media/field%20office%20eseasia/docs/publications/2013/managing%20labour%20migration%20in%20asean%20concerns%20for%20women%20migrant%20workers.pdf>.
- UN Women (2021). Beyond COVID-19: A feminist plan for sustainability and social justice. New York: UN Women.
- Venning, P., et al. (2000). Randomised controlled trial comparing cost effectiveness of general practitioners and nurse practitioners in primary care. *BMJ*, 320, 1048-53.
- Wang, H. et al. (2023). The economic burden of SARS-CoV-2 infection amongst health care workers in the first year of the pandemic in Kenya, Colombia, Eswatini, and South Africa. Washington, DC: World Bank.
- Warshawsky, N. (2023). 'Investing in nurse leader development: Enhancing efficiency, quality, and financial performance'. *Press Ganey*. 26 June 2023. Available: <https://info.pressganey.com/press-ganey-blog/healthcare-experience-insights/investing-in-nurse-leader-development-enhancing-efficiency-quality-financial-performance>
- Wellbeing Economy Alliance (2022). For an economy in service of life. Available: <https://weall.org/>
- Wenham, C. (2020). The gendered impact of the COVID-19 crisis and post-crisis period. Commissioned by the Policy Department for Citizens' Rights and Constitutional Affairs Directorate-General for Internal Policies, European Parliament.
- Weston, M. J. (2022). Strategic planning for a very different nursing workforce. *Nurse Leader*, 20, 152-160.
- Winter, V., Schreyögg, J. & Thiel, A. (2020). Hospital staff shortages: Environmental and organizational determinants and implications for patient satisfaction. *Health Policy*, 124, 380-388.
- Wodon, Q., et al. (2018). *Missed opportunities: the high cost of not educating girls* [Online]. Washington, DC: World Bank. Available: <http://hdl.handle.net/10986/29956> [Accessed 7 February 2023].
- Woetzel, J., et al. (2015). How advancing women's equality can add \$12 trillion to global growth. McKinsey Global Institute.
- Wootton, M. & Davidson, L. (2023). Responding to global emergencies: what has the role of nurses been and what can it be in the future? *Clinics in Integrated Care*, 20, 100166.
- World Health Organization (2008). *Task Shifting: rational redistribution of tasks among health workforce teams: Global Recommendations and Guidelines*, Geneva, WHO.
- World Health Organization (2009). Healthy hospitals, healthy planet, healthy people. *Addressing climate change in health care settings*. WHO Discussion Draft.
- World Health Organization (2015). *World report on ageing and health*. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2017a). Health employment and economic growth: an evidence base. Geneva: WHO.
- World Health Organization (2017b). Towards long-term care systems in sub-Saharan Africa: WHO series on long-term care. Geneva: WHO.

World Health Organization (2019). *Delivered by women, led by men: A gender and equity analysis of the global health and social workforce*. Geneva: WHO.

World Health Organization (2020a). *Quality Health Services*. [cited 2024 2 February]; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/quality-health-services>

World Health Organization (2020b). *State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership*. Geneva: WHO.

World Health Organization (2022a). *Nursing and midwifery*. Available: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/nursing-and-midwifery>

World Health Organization (2022b). *The gender pay gap in the health and care sector: a global analysis in the time of COVID-19*. Geneva: WHO.

World Health Organization (2022c). *Global health and care workers compact: final draft for Member State review*. Geneva: WHO.

World Health Organization (2022d). *Global report on infection prevention and control*. Geneva: WHO.

World Health Organization (2022e). *Universal health coverage (UHC)*. Available: https://www.who.int/health-topics/universal-health-coverage#tab=tab_1

World Health Organization (2022f). *Long-term care Q&A*. Available. <https://www.who.int/europe/news-room/questions-and-answers/item/long-term-care>

World Health Organization (2023a). *Universal Health Coverage* [cited 2024 22 February]; Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))

World Health Organization (2023b). *Health for all: transforming economies to deliver what matters: final report of the WHO Council on the Economics of Health for All*. Geneva: WHO.

World Health Organization (2023c). *The most important is to stay human”: the story of a Ukrainian nurse from Kharkiv caring for patients amid the war*. Geneva: WHO.

World Health Organization (2024). *Fair share for health and care: gender and the undervaluation of health and care work*. Geneva: WHO. Available: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240082854>. Accessed 25 March 2024.

World Health Organization & United Nations Children’s Fund (UNICEF) (2018). *A vision for primary health care in the 21st century: towards universal health coverage and the Sustainable Development Goals*. Geneva: WHO.

Zangaro, G. (2019). The economic cost and impacts of scope of practice restrictions on nurse practitioners. *Nursing Economics*, 37, 273-283.