

政策执行视角下的广东省援外医疗队派遣难问题研究

**A Study on Difficulties in Dispatching Guangdong Medical Team to
African Countries from Perspective of Policy Implementation Analysis**

作者姓名:

指导教师姓名
及学位、职称:

学科、专业名称: 公共管理学

论文提交日期: 2013 年 3 月

论文答辩日期: 2013 年 5 月

答辩委员会主席:

论文评阅人:

学位授予单位和日期:

摘要

巩固同发展中国家的友好关系是中国外交工作的基础。援外医疗队是中国同其他发展中国家友好合作的重要组成部分。进入新世纪，全球化进程对卫生产生前所未有的影响。卫生与外交的互动作用凸显，中国援外医疗队在维护全球卫生安全中扮演更加重要的角色，为中国发展的重要战略机遇期营造有利的国际环境。然而，随着国际和国内形势发展，援外医疗队工作面临新的机遇和挑战。一方面是国际形势的变化对中国对外医疗援助提出了更高的要求；另一方面却是国内援外医疗队员派遣难的问题矛盾。

本文以广东省援外医疗队派遣为例，从政策执行视角分析援外医疗队派遣难问题。论文第一章首先讲述了援外医疗队为中国外交所作出的突出贡献，派遣援外医疗队有着现实意义，接着提出了文章的理论基础，即国内影响政策执行的阻碍因素和国外卫生政策三角形理论。第二章简要回顾了中国对外医疗援助的历史，在介绍广东援外总体情况时引出广东援外医疗队陷入了派遣难的困境。紧接着第三章从政策执行角度、以政策方案因素、政策执行环境因素、政策涉及群体因素和政策制定过程因素四个维度综合分析造成派遣难的原因。第四章从宏观和微观两个层面提出解决派遣难的对策思考，最后对援外医疗队今后的发展做了前瞻性展望。

关键词：政策执行；援外医疗政策；援外医疗队派遣；非洲

Abstract

To consolidate friendly relationships with developing countries is the foundation of China's diplomatic work. The Chinese Medical Team constitutes an important part in promoting friendly cooperation between China and less developed countries. As we move into the new era, the progress of globalization exerts an unprecedented influence on health, which interacts with diplomacy positively and obviously. Under such circumstance, the Chinese Medical Team, a significant part in safeguarding global health, has facilitated its nation to build a favorable international environment in vital strategic period. Nevertheless, while situations at home and abroad change, the Chinese Medical Team is both confronted with opportunities and challenges. On one hand, international situations set higher requirements to China foreign medical aid. On the other hand, difficulties in dispatching Chinese Medical Team emerge.

Take the Chinese Medical Team dispatched by Guangdong for example. This paper mainly elaborates on why most of doctors reject the medical team. At the beginning, the contributions to diplomacy made by Chinese Medical Team are presented, telling us the reason why dispatching Chinese Medical Team is essential. Factors affecting policy implementation and Health Theory Triangle introduced are the theory basis of the coming analysis. In chapter two, the author retrospects the history of China foreign medical aid and outlines the current situation of dispatching difficulties. Why is Chinese Medical Team faced with difficulties in low involvement? Chapter three gives the answers from the perspective of actors, content, context and process. Chapter four is the suggestions to the difficult dispatch from both macroscopic and microscopic views. In the final chapter, the author puts forward the potential prospect that Chinese Medical Team faces as an end.

Key Words: Policy Implementation, Foreign Medical Aid Policy, Chinese Medical Team Dispatchment, Africa

目 录

摘要.....	I
Abstract	II
1 绪论.....	1
1.1 选题的背景及意义.....	1
1.2 文献综述.....	3
1.3 研究的理论基础.....	7
1.4 研究方法.....	9
1.5 研究思路与框架.....	10
2 三重困境下的广东省援外医疗队派遣现状.....	12
2.1 广东省援外医疗队概况.....	12
2.2 广东省援外医疗队派遣难现状.....	14
3 广东援外医疗队派遣难成因分析.....	22
3.1 政策方案（Content）因素.....	22
3.2 政策执行环境（Context）因素.....	32
3.3 政策涉及群体（Actors）因素.....	37
3.4 政策制定过程（Process）因素.....	39
4 缓解援外医疗队派遣难的对策思考.....	41
4.1 宏观层面.....	41
4.2 具体措施.....	44
5 结束语.....	46
5.1 结论.....	46
5.2 展望.....	46
参考文献.....	48
附录.....	51
致谢.....	54

1 绪论

1.1 选题的背景及意义

1.1.1 研究背景

援外医疗队是根据中国政府与受援国政府签订的议定书，由中国政府派遣到受援国提供无偿医疗服务的队伍。援外医疗队是中国对外医疗援助的重要组成部分，是中国各个援外项目中成就最为突出的领域。自 1963 年中国向阿尔及利亚派遣了首支援外医疗队，无论是在“左派”文革政治动乱时期还是改革开放初期经济还处于起步阶段，派遣援外医疗队的任务一直没有终止。50 年来，中国援外医疗队的规模逐渐扩大，已先后向亚洲、非洲、拉丁美洲、欧洲、大洋洲的 69 个国家和地区派出过援外医疗队，累计派出援外医务人员 2 万多人次。2006 年中非论坛北京峰会召开后，中国加快了向非洲国家派遣医疗队的步伐，并向乍得、塞内加尔、安哥拉、加纳、马拉维、南苏丹复派或新派 6 支医疗队。除新疆、西藏、贵州、海南外，目前全国有 27 个省、市、自治区承担着派遣援外医疗队的任务。截至 2012 年底，全国共有 50 支援外医疗队分布在五大洲 50 个国家 113 个医疗点上，医疗队员在外人数每年约 1200 人。

对外提供医疗技术援助是我国一项长期的具有战略意义的政治任务，援外医疗队是在医疗卫生领域贯彻我国外交路线的一支重要力量，在促进我国与发展中国家友好合作关系中发挥着特殊的作用。50 年的援外医疗工作实践证明，向发展中国家派遣医疗队是一项花钱少、影响大、收效快的对外合作项目，在执行国家外交政策上发挥重要作用，赢得了广泛的欢迎和赞誉，为我国推行和平外交政策作出积极贡献。援外医疗队的任务是认真履行两国政府的协议，做好医疗工作。但是援外医疗工作不仅仅是医疗行为，更是一项非常特殊和重要的政治任务，影响远远超过医疗本身，它不但使非洲人民进一步了解中国，更使双方结下深厚的友谊。1971 年中国加入联合国，并成为安理会的一员，标志着中国正式进入国际政治舞台的核心。毛泽东主席形容是“是非洲黑人兄弟把我们抬进去的”。一段时间以来，作为中国最值得信赖的伙伴，非洲国家对中国的支持使中国即使在综合国力总体还很落后的情况下成为能与美、苏两个世界大国抗衡的政治大三角中的一角。因此援外医疗工作意义深远。

1.1.2 研究价值和意义

时至今日，援外医疗队的派遣也有着其现实意义。2013年3月，习近平主席对刚果（布）进行了国事访问。期间，习主席会见了中国援刚医疗队，把中国援外医疗队精神总结为“不畏艰苦，甘于奉献，救死扶伤，大爱无疆”^①，高度赞扬援外医疗队为国家外交和促进非洲国家人民健康事业所作出的积极贡献。

当今世界各国的竞争主要体现在以经济为核心的综合国力的竞争，而非洲国家拥有丰富的自然资源和庞大的潜在市场，这是中国经济建设必不可缺的，因此进一步加强与非洲国家的关系成为中国外交的重要主题。据统计，2006年北京峰会至2009年第四届中非合作论坛前，中国共向41个国家派遣医疗队员每年1200人次，并提供价值5000万元人民币的医疗器械。^② 中国对非医疗援助力度之大，密度之高史上罕见。2006年4月25日，时任国家主席胡锦涛在摩洛哥接见中国援外医疗队员时指出，“向非洲国家和地区派遣医疗队是中非合作时间最长、涉及国家和地区最多、成效也最为显著的合作项目。中国援非医疗队40多年的光辉历程，是中非人民伟大友谊的历史见证，是中国同广大发展中国家友好合作的光辉典范”。^③ 在2009年中非合作论坛第四次部长级会议上，中国政府又提出继续援非的新八项措施，援非医疗依然占据重要地位。中国政府承诺在未来5年内，将再为发展中国家派遣3000名医疗专家、培养5000名医务人员，为中国在非洲建造的30间医院和30间疟疾防治中心提供价值5亿人民币（合7320万美元）的医疗设备和抗疟物资，重点用于妇幼卫生及防治疟疾、结核病、艾滋病等疾病。3年内，中国将再向全球基金捐款1400万美元，用于帮助发展中国家预防和治疗艾滋病、结核病和疟疾。同时继续做好向非洲派遣援外医疗队工作。^④ 2012年7月时任国家主席胡锦涛在中非合作论坛第五届部长级会议上代表中国政府宣布了继续深化中非务实合作的新举措，其中包括每年派遣1500名医疗队员。^⑤ 可见，在中国与非洲国家交往中，医疗援助发挥着不可替代的作用。

2013年是中国派遣援外医疗队50周年。50年来，随着国内外形势的发展及中国对外医疗援助的不断推进，援外医疗队在选拔和管理过程中不可避免产生了一些问题，尤其是医疗队员派遣难现象日益突出，已经严重影响到援外医疗队员素质和声誉。如何解决医疗队

^① 见《卫生和计生委学习习近平会见援外医疗队讲话精神》，中华人民共和国中央人民政府网，http://www.gov.cn/gzdt/2013-04/03/content_2369465.htm，2013年5月3日可访问

^② 见《中国外长全面回顾中非合作论坛近3年成果》，中国网，http://www.china.com.cn/international/txt/2009-11/09/content_18852000.htm，2013年3月25日可访问

^③ 见《中非卫生合作成效显著》，人民日报网，http://paper.people.com.cn/rmrb/html/2009-02/07/content_187656.htm，2013年3月25日可访问

^④ 见温家宝总理宣布的中国对非合作八项新措施及中非合作论坛相关文件

^⑤ 见《胡锦涛在中非合作论坛第五届部长级会议开幕式上的讲话》，中华人民共和国中央人民政府网，http://www.gov.cn/ldhd/2012-07/19/content_2187072.htm，2013年3月25日可访问

派遣难问题引起了各级卫生行政部门的高度重视。由此可见开展对援外医疗队派遣难方面的研究有一定的时代意义和现实意义。

1.2 文献综述

1.2.1 国外研究现状

对中国对外医疗援助有关注的学者大多承认过去几十年中国援外医疗取得的成绩,认为医疗队不仅履行国际人道主义精神,救死扶伤,还有力提升了中国的国家形象^①,“是中国在第三世界最有成效的经济援助计划的一部分”^②。

美国大学国际关系研究学院 Deborah Brautigam 教授把中国式援外与美国的援外进行比较,指出中国援外医疗队和美国对非洲的医疗援助有着异曲同工之妙,无论是中国医疗队还是美国海军医院船仁慈号,皆利用医疗卫生来增进与非洲人民的友谊,是国家软实力的表现。^③ 国际战略研究中心全球卫生政策研究中心副主任 Katherine Bliss 建议中美两国携手帮助非洲国家进一步改善卫生和医疗基础设施,譬如美方提供财务或预算支援,中方提供医护人员、医疗器材等,寻求更宽广的合作空间。

国际上有少部分学者认为中国对非洲的医疗援助是有目的性的。Jeremy 在 *China's Health Diplomacy in Africa* 里提到中国的对外医疗援助的是带附加条件的,以换取非洲市场准入和能源资源为目的。^④ 事实上,不单是中国援外医疗,整个中国的对外援助都是不附带任何条件的。

另外也有学者认为中国“不附加条件”的援外理念早已过时,放任、不附加条件的援外只会助长受援国的依赖、贪婪。对受援对象应进行适度的引导、约束,才有助于受援国真正实现自力更生。^⑤

1.2.2 国内研究现状

第一,中国对外援助的文献研究。从王逸舟《中国对外关系转型 30 年(1978-2008)》中可以看到,对外援助从 20 世纪 60 年代简单的援助方式,到 80 年代双方在互利互惠基础上富于成效的经济技术合作,再到 21 世纪双方经济合作层次提高、合作领域向纵深发展,涉及能源与资源开发等多个领域,确立了面向 21 世纪的中非新型战略合作伙伴关系^⑥

^① Wolfgang Bartke. 中国的对外援助[M],北京:社会科学文献出版社,1999

^② 美国国会经济委员会. 毛泽东以后的中国经济[M]. 北京:中国财政经济出版社,1980

^③ Deborah Brautigam, *US and Chinese Efforts in Africa in Global Health and Foreign Aid*[J]. *Today's China*, Vol.5, 2006

^④ Jeremy Youde. *China's Health Diplomacy in Africa*[J]. *China: An International Journal*, Vol.1, 2011

^⑤ 史哲. 分析:中国应告别无条件外援时代. 见 www.ftchinese.com/story/001029807, 2013 年 3 月 5 日可访问

^⑥ 王逸舟. 中国对外关系转型 30 年(1978-2008)[M]. 北京:社会科学文献出版社,2008

的变化，是中国对外医疗援助随中国整体外交策略调整而变化的体现。2011年时值中国援外60周年，国务院新闻办公室首次发布了《中国的对外援助》白皮书，详细介绍了对外援助的政策、资金、方式、分布和管理，可见在今后很长一段时间里，对外援助将继续为国家外交和经济建设服务。白皮书还提到了对今后援外工作的思考和建议。^①周弘在《中国援外六十年的回顾与展望》提到未来中国援外事业发展的方向，即在对外援助中注入更多教育、培训、知识传播和技术转移的内容，吸取中国经验，引入关注社会、关注民生、关注环境的因素。^②黄海波的《中国对外援助机制——现状和趋势》通过对援外工作机制的历史和现状进行梳理，强调援外需要多边合作、非政府组织的参与、援外立法等问题，为中国援外工作机制的与时俱进提供了很好的思路。^③

第二，中国对外医疗援助的文献研究。目前国内没有专门针对中国对外医疗援助的专著。与中国对外医疗援助的实践相比，国内这方面的研究可以说十分滞后。对外援助丰富生动的史实一般散见于队员回忆录、纪念册、卫生志、地方志，以及出现在对外关系专著里小篇幅提及到。国内学者把中国对外医疗援助方面的研究主要归纳成两类，一类是把援外医疗看做中国对外援助项目不可分割的一部分，从中国对外援助大点入手进行研究探讨，另一类是把援外医疗的某个特定问题加以专题研究。

从内容上研究援外医疗的题材大多围绕以下四方面展开。

一是历史纪实和回顾纪念。部分中国外交史的著作对中国对外医疗援助的历史和情况有不同程度的涉及，但大体上仅基于历史视角以写实的方式记载，如派遣国别、承派省市、时间等，属于史实阐述。如王泰平在《中华人民共和国外交史》中提到1970年至1978年间是中国向非洲派出医疗队最多的时期，共计17个非洲国家，医疗队不仅在城市医院工作，还到农村和边远地区巡回医疗。^④《上海地方志 卫生志》中从医疗队、援外药械、合作项目三方面对上海市的援外医疗工作进行了介绍，很好地反映了地方层面所做的具体援外事宜。近年来承担派遣援外医疗队任务的一些省市卫生行政部门出版了一些回顾性纪念册，如广东省卫生厅2011年编印的《友谊的使者——纪念广东省派遣援外医疗队40周年》从对外交流、医疗合作、上层保健、非洲风情等不同角度叙述了广东援外医疗的许多鲜为人知细节，是弥足珍贵的一手材料。

二是通过回顾中国与非洲国家的卫生合作历程，对未来中国对外医疗援助的机遇与挑战展开研究。北京大学非洲研究中心李安山教授以中非防治疟疾项目为案例，揭示了中

^① 国务院新闻办公室.中国的对外援助[M].北京:人民出版社,2011

^② 周弘.中国援外六十年的回顾与展望[J].外交评论,2010(5)

^③ 王宁军.中国援外医疗研究(1963-2003)[D].华中师范大学,2009

^④ 王泰平.中华人民共和国外交史第三卷:1970-1978 [M]. 北京:世界知识出版社,1999

国与非洲卫生合作所取得的成绩。同时他认为,中国与非洲的医疗合作应该进行多方面的改革,如提高援外医疗队员的水平和待遇、倡导形式多样的医疗合作、加强与国际多边、双边组织的合作,共同促进第三世界国家的卫生发展。^①中国现代国际关系研究院西亚非洲研究所副所长徐伟忠教授指出,目前中国对非医疗援助面临的主要挑战是援外医疗队派遣难、管理难、经费总体不足;非洲国家自身能力建设薄弱,需要进一步培养非洲卫生人才;确定对非医援与合作的重点,把初级卫生保健、公共卫生尤其是疾病预防控制纳入未来中非合作重点。通过分析,徐教授认为随着国际卫生合作出现了新变化,中国要更好地学习外国援助经验,促进对外医疗援助队伍的专业化,弥补中国资金相对短缺、信息了解渠道不畅、对国际卫生规范了解不足等方面的欠缺。文章主张中国将非洲作为中国多边卫生合作的重要试验区。^②商务部研究院亚洲与非洲研究所王涿副所长指出,国际金融危机导致可用的公共卫生资源减少,中国经济的快速发展以及国际影响力的提升,使中国需要承担更多的国际责任,这些为中国在新时期开展与非洲国家的医疗卫生合作提出了新的机遇和挑战,中非医疗援助合作的形式和内容都需要根据国内外的实际要求适时调整。^③王小林、张德亮和朱纪明等学者从人力资源视角揭示了中国对外卫生合作的机遇与挑战,通过回顾与总结,他们发现了中国半个多世纪的对外卫生人力资源援助的成功之处在于充分利用自身的优势,注重选择适宜技术,形成了以医疗卫生官员(侧重医疗卫生制度与政策)、医科研究生(着眼未来、培育精英)和医疗队(应急,满足当前需要)三位一体的对外卫生人才资源框架。^④

三是对中国援外医疗队改革必要性进行研究分析。施士德在《新形势下援外医疗工作的建议》中以上海援摩洛哥医疗队作实证分析,提出要特别关注加强援外医疗队伍的建设和对队员的人文关怀^⑤,这在后来卫生部提高队员驻地宿舍配置标准、不断加大医疗队文娱设施以及生活物资配备中得以体现。刘振国和郑玉荣在《对援外医疗队改革的几点思考》中指出,中国对外医疗援助应与国际惯例接轨,由受援国承担一部分费用,用于提高队员待遇,并允许携带家属。^⑥文章观点新颖,其中“援外医疗队是单纯的劳务输出”正是当今影响医务人员参加医疗队的其中一个重要的观念障碍。吕博的《改革援外医疗工作

^① 李安山.中非医疗合作 50 年——成就、挑战与未来[M]//北京大学全球卫生研究中心.全球卫生时代中非卫生合作与国家形象.北京:世界知识出版社,2012

^② 徐伟忠.中非多边卫生合作——现状与展望[M]//北京大学全球卫生研究中心.全球卫生时代中非卫生合作与国家形象.北京:世界知识出版社,2012

^③ 王涿.中国援外政策变迁对中非医疗卫生合作的影响[M]//北京大学全球卫生研究中心.全球卫生时代中非卫生合作与国家形象.北京:世界知识出版社,2012

^④ 王小林,张德亮,朱纪明.中国对外卫生人力资源援助:经验与启示[M]//北京大学全球卫生研究中心.全球卫生时代中非卫生合作与国家形象.北京:世界知识出版社,2012

^⑤ 施士德.新形势下援外医疗工作的建议[J].中国卫生资源,2005(9)

^⑥ 刘振国,郑玉荣.对援外医疗队改革的几点思考[J].医学研究通讯,1997(10)

促进互利合作深入发展》提出派遣医疗队应提升到“互利双赢”的层次，如以援带贸，为中国医疗企业牵线搭桥，把医疗产品打入缺医少药的非洲。^① 杨桂林^②等学者经过把中国医疗援助也门的方式和德国援也医疗作横向对比后，发现中国分散的援也医疗模式影响了队员医疗技术的发挥，德国以慈善活动进行医疗援助更能得到当地居民的肯定和认可，因此建议相关部门重新思考援外医疗的定位和走向。卫生部国际合作司《加强实施新战略改革援助非洲医疗工作》^③一文针对当前援外医疗队派遣难和管理难等问题，从官方角度提出援外医疗新思路。

四是把援外医疗队看作是国家形象和软实力表现工具来研究。张春在《医疗外交与软实力培育》一文中以援外医疗队为例，探讨了医疗外交和软实力的关系，剖析医疗外交对中国在非洲软实力培育的历史贡献，认为援外医疗队的派遣为中非关系的发展、中国在非洲的软实力培育发挥了不可磨灭的作用。^④ 《全球卫生事件中非卫生合作与国家形象》一书认为援外医疗队不仅提高了受援国人民的健康水平，极大地促进了中国和其他发展中国家人民之间的友谊，赢得了广泛的赞誉，为中国在第三世界树立了良好的国家形象。^⑤ 同样，中国研究非洲问题专家李安山教授在《为中国正名：中国的非洲战略与国家形象》中指出，国家形象的确立有赖于宣传，而中国援外医疗队就是仅次于坦赞铁路的第二个宣传亮点。李教授认为援外医疗队这项“时间最长、涉及国家最多、成效最显著、影响最广泛”的项目在非洲取得良好效益并赢得非洲国家的认同，促进了中国形象的树立。^⑥

1.2.3 综述小结

通过对国内外学术界对中国对外医疗援助的研究分析，笔者发现此类文献比较缺乏，少有的也局限于史实阐述、或在外交专著中小篇幅提及，即便是有对援外医疗队派遣难思考的文献也仅限于罗列派遣难现象，缺少从政策执行角度切入，因此笔者以影响政策执行因素分析对外医疗援助不仅有可行性及现实意义，还能充实对中国医疗援助文献的多样性。

^① 吕博.改革援外医疗工作促进互利合作深入发展[J].发展与合作,1997(12)

^② 王桂林,谢少波,王旭梅.援外医疗面临的困惑和思考[J].医学与哲学,2008(5)

^③ 卫生部国际合作司.加强实施新战略改革援助非洲医疗工作[J].西亚非洲,2003(5)

^④ 张春.医疗外交与软实力培育[J].现代国际关系,2010(3)

^⑤ 北京大学全球卫生研究中心.全球卫生时代中非卫生合作与国家形象[M].北京:世界知识出版社,2012

^⑥ 李安山.为中国正名:中国的非洲战略与国家形象[J].世界经济与政治,2008(4)

1.3 研究的理论基础

1.3.1 卫生政策三角形理论

1994年英国学者 Gill Walt 和 Lucy Gilson 提出了影响卫生政策有效执行的四大因素，卫生政策三角形理论（Health Policy Triangle）^①，见图 1-1。卫生政策三角形理论由政策涉及者（Actors）、政策环境（Context）、政策本身因素（Content）和政策执行过程（Process）四部分组成。

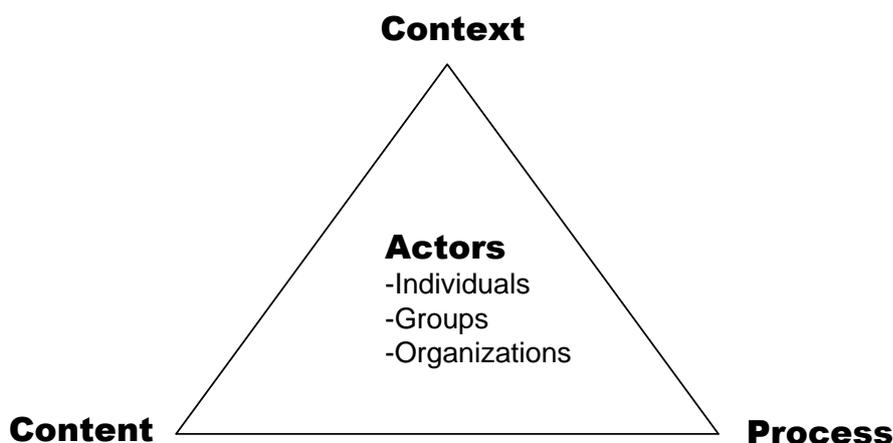


图 1-1 卫生政策三角形理论

其中，政策涉及者位于三角形中心位置，代表政策执行人所处的主导地位，体现了政策涉及者是综合政策本身、政策环境和政策执行三方面因素做出的决策。政策涉及者，指对卫生政策执行可能造成影响的个人、组织或机构。政策涉及者一般代表不同的利益集团，例如个人、国际非政府组织、国内非政府组织、压力群体/利益群体、国际机构组织、双边办事处、政策出资财团、私人产业和大众传媒等。由于一项政策的出台和执行会对部分利益集团产生不同程度影响，因此利益集团从自身角度考虑，对是否执行政策有自己的意见和想法：

政策环境指对政策执行可能产生影响的国内外政治、经济、社会、文化等因素，具体可分为以下四类：一是环境因素，指短暂的却对政策造成影响的如战乱、干旱等因素。二是结构性因素，这指的是相对稳定的社会元素，如国家政治体制、经济运行模式、所处地理环境特征等。三是文化因素，如政策执行所在地人民的宗教信仰、民族派

^① 见 HealthKnowledge 网站，
<http://www.healthknowledge.org.uk/public-health-textbook/medical-sociology-policy-economics/4c-equality-equity-policy/principle-approaches-policy-formation>, 2013年3月25日可访问

别和性别。四是国际或外在因素，尤其是一些政策的推行需要若干国家、或区域乃至多边组织携手合作才能有效执行；

政策本身因素指的是政策内容是否科学、合理，这是政策能否得到有效执行的基础；

政策执行过程具体指一项政策从酝酿起草、初步拟定、讨论论证、反复修订、政策执行到政策评估的过程。

1.3.2 政策执行的相关理论

政策执行是政策过程的中介环节，是将政策目标（理想）转化为政策现实的唯一途径，政策执行的有效与否事关政策的成败。^① 政策执行的程度直接决定了政策实施的程度和范围，也是检验政策是否合理可行的重要渠道和进行再决策的实践依据。但是，政策执行不是孤立进行的，而是在复杂的社会系统中执行，并受到诸如执行对象对政策的理解、执行机构力度、政策资源投入程度及政策所处环境等因素影响，导致政策实施后不能取得预期的效果，可能造成政策执行走样，甚至难以执行。归纳而言，影响政策执行的障碍因素主要有：

执行内容。执行内容指的是政策本身。政策内容制定得当、质量高执行起来事半功倍，反之不但会使政策无法执行，还造成国家人力、财力、物力的损失。科学性和可行性是衡量政策质量的标准。科学性指政策制定程序的合理性；可行性指政策制定过程要充分考虑现实中的困难、环境与条件限制，实践性要强。

执行主体。政策执行主体在政策执行过程中起着至关重要的作用，因为任何一项政策都需要依赖执行机构和执行人员来承担，因此对执行主体的分析就是对人的思想和决策过程进行分析。政策执行过程中，执行主体对政策的理解和接受能力决定了执行者是真正理解还是歪曲了政策。同时，政策本身对执行主体而言是否存在利益驱动或冲突、执行主体机构设置是否合理、执行人员综合素质是高是低等因素也同样影响政策执行的效果。

作用对象。政策的作用对象即目标群体，指由于执行某项政策而不得不调整其行为的个人或群体。政策作用对象会根据具体政策内容以及自身利益诉求和价值观等因素来决定政策执行的可接受度，这正是政策执行有效与否的关键。也就是说，一旦作用对象对政策予以认同，政策执行将得以顺利开展，预期政策效果很有可能得以顺利实现。相

^① 陈振明.公共政策分析[M].北京:中国人民大学出版社,2002

反，政策执行过程的阻力将陡增，必然降低政策执行的有效性。

政策环境。政策执行需要在社会中进行，因此要受到所处环境的影响和制约。政策环境包括自然环境、政治环境、经济环境、文化环境、生态环境、社会心理环境等，这些环境构成了政策执行的基础，影响着执行的整个过程，不适宜的环境必将妨碍政策的有效执行。

资源投入。政策资源投入是指为确保政策顺利执行而需要花费的代价，政策资源包括人力资源、物力资源、财力资源和信息资源。只有政策运行过程中投入足够的和必要的资源，才能使政策达到预期的效果。否则，一切只是纸上谈兵。

1.3.3 本文的理论视角

为分析影响援外医疗队派遣政策有效执行的阻碍因素，笔者结合上述中外关于影响政策执行的理论，从国内政策执行视角入手，以国外卫生政策三角形理论的四个维度对阻碍因素进行分类，深入探讨援外医疗政策执行中遇到的困难与成因。

在广东省援外医疗队派遣难的问题研究中，**Content** 指派遣援外医疗队员政策内容，着重分析的是政策中不完善、不科学、不尽人意、影响政策执行的因素；**Context** 指影响派遣政策执行的政治、经济、社会等环境因素，由于政策执行涉及国内和受援国，所以环境因素包括国内外环境；**Actors** 主要指援外派遣政策涉及到的卫生行政部门、派员医院和医务人员等不同利益群体以及他们对于派出援外医疗队的不同反应和行为；**Process** 探究援外医疗政策制定过程中存在怎样的缺陷和漏洞导致政策执行遇到的困难。在第二、三章中，将穿插对援外医疗政策不同利益群体（卫生行政部门、派员单位、医护人员）对执行派遣医疗队政策的看法和意见，以了解执行过程中存在的实际困难。

1.4 研究方法

本文研究方法以实证研究中的定性研究为主，结合笔者工作实际，综合运用：

个案研究法。个案研究法是指对某一个体、某一群体或某一组织在较长时间里连续进行调查，从而研究其行为发展变化的全过程的一种研究方法。它通常采用收集文件证据、描述统计、测验、问卷、图片等方法。在大多数情况下，研究结果会推广到一般情况，在实际中加以应用。

本文以广东派遣援外医疗队为例，通过对广东派遣难的分析，引出派遣难的共性问题，

有针对性地提出建议。

访谈法。访谈法是指通过研究人员和受访人面对面地交谈来了解受访人的心理和行为的心理学基本研究方法，一般以口头形式，根据受访人员的答复搜集客观的、不带偏见的事实材料，以准确地说明样本所要代表的总体的一种方式。访谈法的特点是灵活，准确，深入。

本文中，笔者有目的性选取参加援外医疗队的队员、派员单位负责人及省卫生厅负责援外医疗管理人员进行访谈，了解不同利益群体对派遣援外医疗队过程中存在的困难。笔者共约谈了8批次广东省援外医疗队共10名队员、4名派员单位代表和1名主管援外医疗工作的卫生行政部门负责人（详细访谈名单和提纲见附录）。

观察法。观察法指研究人员根据一定的研究目的、研究提纲或观察表，用自己的感官和辅助工具去直接观察被研究对象，从而获得资料的一种方法。

因工作需要，笔者于2009年10月到赤道几内亚实地考察广东援外医疗工作，通过对受援国工作环境和医疗队生活条件的观察，获得了宝贵的一手资料，加深了对医疗援助政策执行的认识。

1.5 研究思路与框架

本文基本思路是提出问题、分析问题和解决问题，如剥春笋般逐层深入对中国援外医疗政策执行展开研究。基本的研究框架是首先介绍国外卫生政策三角形理论和国内影响政策执行的要素分析，紧接着简述广东援外医疗派遣难现状，从政策执行视角、以卫生政策三角形的四个维度分析政策本身、政策环境、政策涉及群体及政策制定过程是如何影响援外医疗队的派遣，最后为促进援外医疗派遣的有效执行提出对策。

按照此思路，全文共分五部分。第一章绪论主要介绍中国援外医疗队的目的、背景和意义，同时对国内外学术界关于中国对外医疗援助的研究做简要的综述，发现对医疗援助的研究文献比较稀少，以政策执行角度切入分析的更加屈指可数，因此笔者以影响政策执行因素的理论分析对外医疗援助有一定可行性及现实意义。在本章中笔者引入国内影响政策执行的要素分析和国外卫生政策三角形理论，为后面的分析作铺垫，是文章的理论基础。第二章以广东援外医疗队选派为例，以笔者多年来的工作观察和对政策涉及群体的访谈引出广东在援外医疗政策执行时遇到的派遣难现状。造成选派难的原因是什么呢？这是笔者在第三章需要解决的问题，也是论文的核心所在。本章结合影响政策执行的障碍因素，从政

策本身、政策环境、政策涉及群体及政策制定过程四个方面深入探讨派遣难的原因。在此基础上，第四章从政策执行的不同层面提出合理建议，为解决援外医疗队派遣难问题扫清政策执行路上的障碍。论文的最后一章是结论和展望，笔者对阻碍援外医疗队未来发展的因素作了简要的前瞻分析。本文研究的思路如图 1-2 所示：

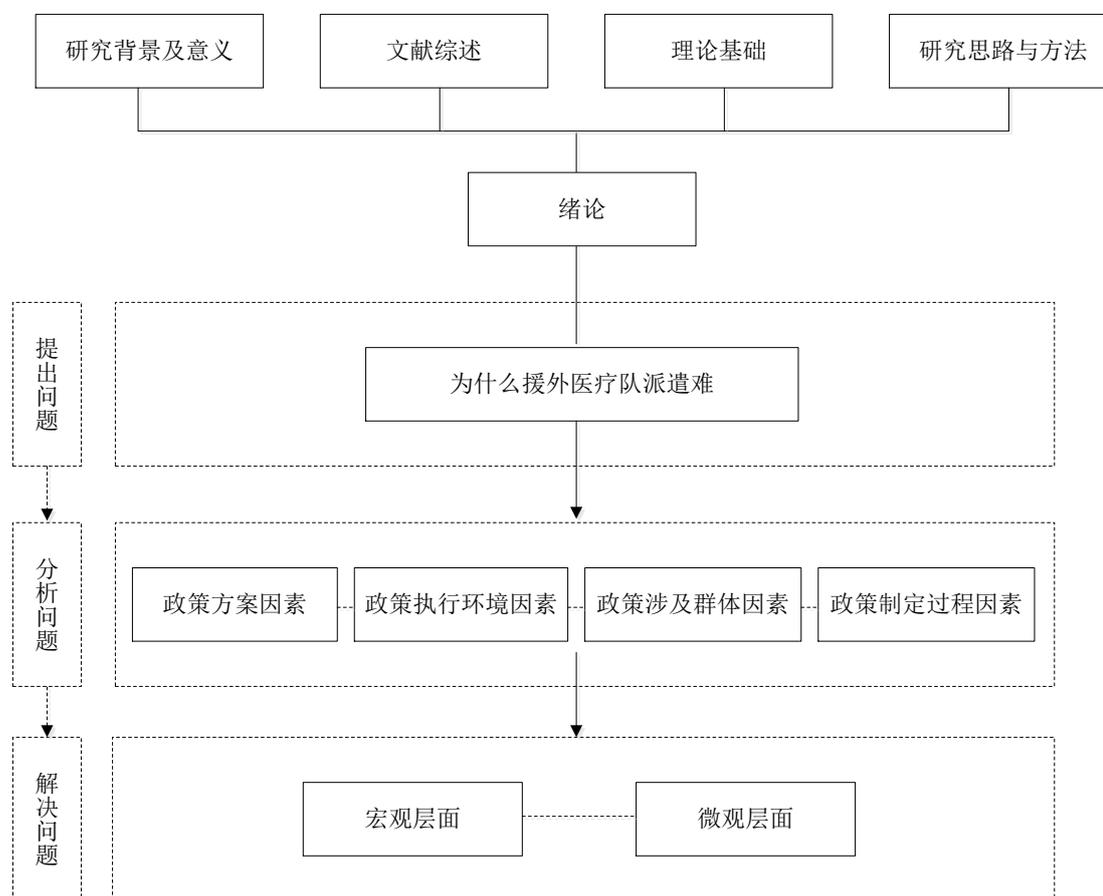


图 1-2 论文研究思路

通过研究，本文希望达到以下几个目的：

首先，探讨造成援外医疗队派遣难的原因，提出对策，为解决医疗队派遣难问题提出理论依据和建议，帮助广东省援外医疗工作突破发展瓶颈，推动医疗队选派工作，为援外医疗政策的有效执行提供有益的实践探索。

其次，通过对援外医疗队派遣难的分析，丰富对对外医疗援助和中国对外援助项目的研究。

最后，从政策执行角度对援外医疗政策展开研究，丰富对外援助研究的视角。

2 三重困境下的广东省援外医疗队派遣现状

自 1971 年广东省政府向赤道几内亚派遣第一支援外医疗队以来，广东省援外医疗队员以“健康使者”、“中国医生”的形象受到受援国人民的拥戴和受援国政府的高度肯定，150 多名队员获得赤道几内亚政府颁发的最高荣誉“独立骑士”勋章。援外医疗队为赤道几内亚等非洲国家的医疗卫生事业和中国的外交事业做出了重要贡献，更坚定了受援国在国际舞台上对中国政府立场的支持，拓展了中国的外交空间。

2.1 广东省援外医疗队概况

2.1.1 中国对外医疗援助背景

探讨广东省援外医疗队的派遣离不开中国向不发达国家派遣援外医疗队的历史与背景。建国前后，中国曾长期得到国际援助，尤其是社会主义国家的援助。中华人民共和国成立后，出于社会主义阵营和第三世界国家相互支持的考虑，中国开始对社会主义阵营国家和一些亚非新兴民族国家进行援助。1950 年，中国向朝鲜和越南两国提供物资援助，从此开启了中国对外援助的序幕。1955 年亚非会议后，随着对外关系的发展，中国对外援助的范围从社会主义国家扩展到其他发展中国家。1956 年，中国开始向非洲国家提供援助。1960 年前后，中苏关系恶化，非洲民族独立和去殖民化浪潮高涨。在此背景下，中国外交重点转向大力支持第三世界的民族解放运动。此时，中国国内医疗卫生状况已有较大改善，并初步具备对外医疗援助能力。1963 年应阿尔及利亚政府的请求，毛泽东主席和周恩来总理决定向阿尔及利亚派出第一支医疗队，并确定了中国向发展中国家无偿提供医疗援助的长期战略。第一批 13 人于 1963 年 4 月启程赴阿，开启了中国援非医疗的漫漫征程。

2.1.2 广东省援外医疗队简介

自 1971 年 10 月起，受中华人民共和国卫生部委托，广东省政府先后向赤道几内亚、冈比亚、加纳等 3 个非洲国家派出援外医疗队 43 批 680 人次，诊治受援国患者达 240 多万人次。目前广东省仍然承担着向赤道几内亚和加纳 2 个国家派遣援外医疗队，合共 38 人。医疗队在外工作时间为一年 2 年。

援赤道几内亚医疗队。援赤道几内亚医疗队自 1971 年起开始派遣，至今从没停止过。截止 2012 年底，广东省共派出 26 批援赤道几内亚医疗队，队员 456 人次。援赤道几内亚

医疗队是全国少数几个拥有上层保健任务的医疗队，肩负着为赤道几内亚总统、总理、以及高级政府官员及家属提供贴身医疗服务的任务，医疗队始终坚持以“医院工作为基础，上层保健为重点”的工作方针。根据2012年两国政府签订的议定书，援赤道几内亚医疗队由原来的23人增至27人，共分3个医疗点，分别是首都马拉博点、巴塔点和总统府点。医疗队由内、外、妇、儿、骨、眼科、麻醉、检验、药剂以及翻译（3人）、厨师（2人）组成。

据联合国贸易和发展会议公布的报告，赤道几内亚为世界上最不发达的50个国家之一。2005年联合国评估的人类发展指数中，赤道几内亚在177个国家中排第124位。赤道几内亚有2所大区级医院，4所省级医院，平均每万人有病床19.2张。68%的人用不上自来水，63%的人有病得不到及时治疗。由于赤道几内亚贫穷落后，卫生状况较差，加上地理位置位于非洲中西部，属于热带雨林气候，蚊子多，容易传播疟原虫、伤寒、霍乱等烈性传染病，是伤寒、肝炎、疟疾、黄热病、狂犬病等疾病高发区。近年来艾滋病在赤道几内亚蔓延迅速，根据外交部数据显示，2009年赤道几内亚成人艾滋病感染率5%，艾滋病毒携带者约2万人。^①

赤道几内亚是世界上最不发达的国家之一。尤其进入21世纪以来，国内经济飞速发展与赤道几内亚的持续贫穷落后产生极大反差，组建医疗队的任务越来越困难。为顺利完成援赤道几内亚医疗队组派任务，广东省主要采取由各地级市卫生局分别承担一期派出任务的组队方式。以政府名义组派医疗队，体现了援外医疗队是国家任务和政府行为，有利于各项政策的贯彻落实，最根本的是保证按时组建起一支符合要求、能够派出的队伍。

援冈比亚医疗队。1977年广东省又承担了向冈比亚派遣医疗队的任务。至1995年，由于冈比亚政府与台湾当局建立了所谓的外交关系，中国政府立即终止了与该国所有的外交关系，援冈比亚医疗队也随之撤回。广东共向冈比亚派出医疗队15批180人次。

援加纳医疗队。2006年时任国家总理温家宝访问加纳，双方签订了向中国向加纳派遣医疗队的谅解备忘录。2007年加纳卫生部长访华，在北京与国家卫生部长陈竺签订了向中国向加纳派遣医疗队的协议。卫生部把这项任务交给广东。首批援加纳医疗队由广州市组建，于2009年12月底派出。援加纳医疗队共11人，由心内科、泌尿外科、神经内科、小儿内科、麻醉、骨科、急诊外科、针灸、放疗科和翻译、厨师各1人组成。

加纳位于非洲西部，于1957年宣告独立，成为英国在非洲殖民地中首个独立的国家。在西非国家中加纳经济较为发达，经济保持持续增长的势头。1994年联合国取消加纳最

^① 见中华人民共和国外交部网站 http://www.fmprc.gov.cn/mfa_chn/gjhdq_603914/gj_603916/fz_605026/1206_605220/, 2013年3月25日可访问

不发达国家称谓。医疗队工作的医院是首都阿克拉的克里布教学医院（Korle Bu Teaching Hospital），一间拥有近 2000 床的国家级医院，无论在医院规模、医疗技术水平、医疗条件等方面都极具影响力，号称西非最大。医院大部分医生都有留学英美或短期进修交流学习经验。鉴于加纳对医疗队的专业技术和外语水平要求较高，在选拔医疗队员上，广东省采取与赤道几内亚医疗队截然不同的方式，主要由部分医疗技术实力雄厚的地级市，如广州和深圳来承担任务。队员主要从高等医科院校和三甲医院等高水平的医疗单位重点专科中选拔。

2.2 广东省援外医疗队派遣难现状

随着中国经济社会的深入发展，人民生活水平不断提高，尤其是近十年中国经济发展势头迅猛，与非洲国家差距越来越大，医疗援外工作也呈现新的困难和挑战，其中援外医疗队员派遣难的问题日益突出，已成为困扰各级卫生行政部门的一大难题，严重影响到援外医疗队的素质和形象，制约了援外工作的开展。

作为援外医疗队派遣政策的涉及群体（Actors），卫生行政部门、派员单位和医务人员三方都不同层面受到派遣难的冲击及影响，援外医疗队派遣陷入了三重困境：政府无法调动起派员单位和医务人员的积极性；派员单位不愿意派出优秀医生参加医疗队；医务人员综合多方面原因不主动报名，这些因素使得援外医疗队员选拔遭遇冷场，派遣政策难以有效执行。

2.2.1 卫生行政部门心有余而力不足

卫生行政部门是援外医疗政策的执行者。作为政府部门，必须坚定不移地执行援外医疗政策。然而，在执行援外医疗队员选拔政策时，广东省卫生行政部门却收到派遣难的问题反馈。

首先，面试人员比例达不到政策要求。在选拔援外医疗队员文件中，广东省卫生厅规定承派市卫生局要以 1:3 的比例推荐候选队员进行面试。但是近几年在实际操作中，由于种种原因，绝大部分科室尤其是手术科室达不到 1:3 的推荐比例，甚至有些科室只有 1 名候选队员，没有选择余地，违背了选拔政策中关于面试比例的原则和初衷。在面试过程中部分队员直言是医院采取强硬措施要求前来面试，医院确定面试名单过程缺乏公开透明。

其次，在援外医疗队员选拔过程中，医疗队辅助科室和手术科室的医务人员参加援外积极性差别很大。辅助科室指的是医疗队里不直接面对病患的科别，如药剂科、检验科，

这些科室主要为医疗队提供后勤技术支持，感染艾滋病风险小；手术科室指的是需要直接与病患交流接触，存在由于施行开放性手术而感染艾滋病的风险，如妇科、骨科、麻醉科、泌尿外科等。虽然非洲是艾滋病高发地区，但一方面医院出于保护病人隐私缘故，另一方面大部分病人交不起艾滋病筛查检查费用，因此病患手术前一般不安排艾滋病筛查，这对手术科室队员是一个极大的安全隐患。访谈中，大部分医务人员都表达出对艾滋病的惶恐。

对外科医生来说，艾滋病比较恐怖，疟疾我不怕，不死人。但万一因为手术感染上艾滋病，叫我怎么面对家人？怎么面对社会？加纳那里手术前是不排查艾滋病的，所以起初每次手术都要顶着巨大的压力，虽然后来慢慢习惯了，但这种来自艾滋病的威胁始终没有消除，手术期间要谨小慎微，提心吊胆。我不是生活作风有问题，但由于援外感染艾滋病影响家人、回归不了社会那就麻烦了。

——P，援加纳医疗队外科医生，访谈编号 20121203P

再次，援外派遣政策执行过程缺乏处罚措施。根据选拔通知，省卫生厅或承派市卫生局会把科室直接分配到各医院，由医院在内部通过推荐后再向上级卫生行政部门上报名单。由于援外医疗队的工作地点是非洲，医生报名积极性普遍不高，与到欧美发达国家进修的报名比例有着天渊之别。更有甚者为了逃避援外医疗队员选拔，绞尽脑汁阻挠。

例 1：援非派遣任务下达到某著名三甲医院某手术科室。符合选拔条件（要求副主任医生或以上）的医生无一报名，最后为了应付上级，科室主任想出了抓阄的方法，选中了 A。A 以自己从没单独施行手术为借口拒绝参与选拔。

例 2：援非医疗队需要派遣一名针灸科医生为受援国政府高层官员提供中医针灸服务。经过层层宣传和发动，H 市各大中医院仍然没有一个医生主动报名。后来经过面谈省卫生厅觉得其中一名中年女医生各方面条件较为适合，但该医生跟组织说绝不参加医疗队，如果医院一定要派她去的话，她就辞职。省卫生厅不得不从某高校附属中医院选拔医生调剂。

例 3：医疗队需新派一名内分泌科医生。经过与 J 市符合条件的内分泌医生面谈，全部均拒绝参加医疗队。经过层层做工作，只有一个队员态度有点转变，认为万一组织真的选上他，也能接受，就担心自己资历尚浅，胜任不了工作。

对于坚决不参加援外医疗工作的医务人员，卫生行政部门束手无策，缺乏强而有力的行政措施对其进行处罚或勒令其必须参加。

2.2.2 派员单位负担重

派员单位是援外医疗政策执行主体之一。政策执行机构会从自己的利益出发来执行政

策，因此容易出现故意歪曲政策或执行政策时挑选某些对自己有利益的部分来执行。当一项政策符合执行者的价值观时，他会努力去实施；而当这项政策与执行者价值观有偏离时，他就会敷衍甚至抵制。对于派员单位，执行援外医疗政策明显使其利益受到损害。

第一，派员单位执行政策需要付出太高经济代价。援外医疗队派遣政策规定援外医疗队员国内工资仍有原单位发放（不得低于其原岗位收入水平）。援外医疗队队员国内应享受的各项待遇（包括社会保障等）由原单位负责。一方面为了吸引队员参加援外，一些经济实力雄厚的三甲医院承诺给予队员高额生活补贴和绩效奖金，但即便如此，由于三甲医院相应承担派出的医生人数较多，因此成本支出很大；另一方面，队员在出国前培训时，通过相互交流和对比，发现自己医院给的补贴相对较少，于是向医院或上级卫生行政部门反映要求同等待遇。为了平衡队员心理，促进医疗队内部和谐，收入少的医院也无奈随之付出高成本。

医院比较重视，科室也跟着重视，科室按照他在岗的待遇一样，继续发奖金，相当于他现在还在科室工作，按副主任的待遇享受奖金，工作量参照其他教授的量，就高不就低。同时医院再给一份额外的奖金和援外补贴，另外国家给医院的技术补贴 3000 元照样给他。所以工资收入还是比较高的。他太太去非洲探亲的机票也是我们出。对于一个大医院来说一个队员还能接受，但是多几个就不行了。

像这种任务的话，一般都要求高级职称。每个科室的高级职称人数是有限的，而且往往是科室的医疗组长。如果外派出去了，科室相当于减少了一个医疗组的骨干力量，对医院肯定有影响。如果只是确定一个大的专业范围，那我们就可以从几个科室进行选派，就不一定要从某个专业来选，所以就会比较好选择。

——J，N 医院人事处负责人，访谈编号 20130226J

以派出 8 名医生参加援外医疗队的 H 医院为例（表 2-1）。8 名医生全部采取往上高套一级方式发放医院奖金，同时另外发放 600-800 元不等的临床风险补贴。根据承诺，在队员回国后，医院一次性向队员发放自参加出国培训起每人每天 150 元生活补贴。从援外医疗队员参加培训起 2 年半，派员单位合共要支付 500 万元的人力成本。

表 2-1 援外期间 H 医院给予援外人员工资待遇（单位：人民币元）

原职称	人 数	年人均 应发工 资	医院负 担年人 均社保 费和公 积金	年人均医 院奖金 （高套 后）	临床风 险补贴	生活补 贴	其他收 入 ⁽¹⁾	年人均支 出共计	2 年半援 外期间总 人力成本
副主任	4	85572	43560	66000	9600	54000	16600	275332	
医师									5064260
主治医师	4	62040	35640	56400	7200	54000	15814	231094	

(1) 其他收入包括过节费、计划生育奖、半年奖、年终奖等。

资料来源：根据笔者工作单位内部资料整理所得

在访谈中了解到，一些经济发达地区的综合性医院向队员发放每月 15000 元的援外补助。

医院负担太重了，我粗略算了一下，派出一名队员一年我们支付的工资、奖金、生活补贴、高套补贴就 100 多万，这个还没算因为他不在岗而少创收的部分。

——D，Y 医院财务科负责人，访谈编号 20130228D

第二，派员单位其他政治任务负担重。在访谈中，很多医院负责人均提到除了援外医疗队，他们还承担不少政治任务，例如向援藏援疆派遣医务人员、突发事件或灾害事件派出医疗队、向对口帮扶医院长期派出医生进行业务指导等等。

我们医院每年都有援疆任务，每年 1-2 个，报名的人非常积极，一方面由于时间短，每期 1 年半，加上人在国内，有什么事回来方便；另一方面有政治待遇，一般是以科室副主任后备干部进行考察和管理，于任务前、中、后予以聘任。我们还承担一个智力扶持山区计划的工作，是卫生厅和省委组织部的任务。

——J，N 医院人事处负责人，访谈编号 20130226J

访谈中某高校附属医院党委书记提到，医院既有卫生部国家医疗队任务，又有对口支援（援藏援疆），光是国家医疗队任务医院一年就要派出 49 名高年资主治以上骨干分 7 支队赴 6 省（自治区）开展巡回医疗工作。现在还增加一个援外任务，一年医院要外派那么多医生，对医院发展肯定是有影响的。

2.2.3 医务人员积极性不高

医务人员是援外医疗政策的目标群体，是政策直接作用和影响的对象。政策目标能否实现，不是政策制定者单方面能左右的事情，它与政策目标群体有直接的关系，因为目标群体会根据自己的利益和价值观对政策或顺从配合、或敷衍抵制，这是因为作为经济人，他们会根据自身的利益来衡量执行政策与否带来的利益或损失，最终取决于政策目标群体是否顺从这一政策。同样，医护人员的利益选择和对政策的认同度会直接或间接影响政策的执行效果。通过分析和总结，发现医护人员不顺从援外政策的原因主要有价值观念和行为习惯的冲突、利益冲突、家庭影响几个方面：

一是价值观念和行为习惯的冲突。社会中的人不仅是经济人，还是一个文化人，即每个人的行动都受到一定的价值观的影响，尤其是一定时期占社会主导地位的价值观会对政策的执行起到推动或阻碍作用，与此价值观相符的政策执行起来会非常顺利，反之，则会受到抵制。

改革开放以前，受援国情况与中国一穷二白的国情差距不大。当时国内社会与外界交往很少，人的思想比较单纯，加上毛泽东时代绝对服从组织思想深入人心，只要被组织选上参与援外医疗队就是一件光荣的事情，队员不谈任何政治条件和经济条件。

我主管援外工作几十年，深深体会到医疗队员参加援外的变化。当然这也跟时代有关系。以前 70, 80 年代，政治因素影响很大，人们把政治地位看得很重。能当上援外医疗队员是非常光荣的，因为那证明了组织上认可了这个人，他起码政治上合格，不会叛国投敌，业务上过硬。那时的医疗队员真有一人援外全家光荣的感觉。当然，也不排除那时候有些人存在私心，因为改革开放初期国内环境还比较封闭，出国不像现在那么容易，很多人没见过外面世界，很渴望借医疗队的机会出去走走。

——Q，广东省卫生厅主管援外医疗工作负责人，访谈编号 20130110Q

随着改革开放的逐渐深入和时间的推移，社会物质诱惑越来越多，人们看到了一个花花绿绿、截然不同的世界后，对物质生活有了追求，欲望也开始膨胀，仅靠精神层面的激励已经无法满足，政治因素不再被摆在首位，人的思想觉悟起了本质变化。单靠做思想工作鼓励医务人员参加医疗队已经行不通。

二是职称晋升的利益冲突。职称晋升是医生职业拼搏的方向，被病患看作是衡量医生技术水平的标准，中国的医生执业期间大部分时间都在为职称奋斗，忙于收集临床数据争取科研立项发表论文。

能独当一面的一般是主治或副高以上医师，这样的人正处于业务黄金期，黄金期的人会冲着自已的事业发展，事业心较强。而援外前后3年对于医学来说是一个跨度太大的时期，医疗技术发展很快，所以医生害怕出去之后会回来技术跟不上。另外职称也是我们考虑的一个重要因素，我们大半生都在为职称拼搏。算经济账嘛，我们医院收入不错，国家给出的援外待遇实在太低，达不到大家心中的期望。

——X，援赤道几内亚医疗队医生，访谈编号 20121210X

究其原因，主要是因为评上高一职称后经济和地位都随着上升。例如评上副高以后，不仅工资会有所增加，在科室中奖金的分配比例也会提高，比如主治医师能拿科室平均奖金的100%，那么副主任医师就可能拿到110%—120%，而且退休金也会有差别。职称晋升带来的不仅是表面上的经济收入，不少人看重的是其带来的潜在机会。例如副主任医师的值班也会比主治医师少一些、评上副高以后可以独立手术、看专家门诊，参加学术活动乃至获得更高级别行政职位的机会也会多很多。因此医生职业生涯的重要性不言而喻。

接到医疗队派遣通知时，有的医生正在单独或与他人合作开展课题研究，有的则是考虑到参加援外人不在国内，科研立项难以获批，有的则是刚好到年限晋升高一级别职称，担心参加援外职称晋升会受影响。种种原因使得医生害怕因为医疗队原因耽误个人前程，因而不主动报名参加医疗队员选拔。

参加援外，从外语培训到完成任务回国前后差不多3年，对一个医生的职业生涯影响很大，涉及到回来后如何安置、职称的晋升、在团队里扮演什么角色，承担的学科研究等。

——L，H医院负责人，访谈编号 20121204L

三是关系网的利益冲突。关系网指的是医生通过多年打拼，靠技术、实力和口碑辛苦建立起来的一张人脉关系网。从表面层次看，患者看病倾向于同一个医生，2年参加医疗队必然令医生失去很多固定的病患。从深层次看，每个人都是社会人，人们较为重视工作中与周围人友好相处，物质利益是相对次要的因素。随着人们越来越关注自身健康，医生地位比以往大有提高，属于社会的精英阶层，有不少人为方便日后看病主动向医生伸出橄榄枝，彼此保持着长期友好关系，尤其是经验丰富、技术水平高的医生积累了大量的人脉关系。

我在市里负责市政府官员的保健，这些年来认识了很多市政府有权势的人，他们身体有什么问题都习惯了叫我过去看。现在要离开2年，人走茶凉，人家会换别的医生，逐渐把你忘记，哪怕你回来，人家也不再用你了。

——C, S市心内科专家, 援外医疗队员, 访谈编号 20121210C

参加援外医疗队好比牵一发而动全身, 使这张多年辛苦积下的关系网被时间慢慢冲垮, 损失难以用金钱衡量。医生回国后不得不投入大量精力重建这张无形的关系网。

四是来自家庭阻力的影响。据统计, 广东省第 25、26 批援赤道几内亚医疗队员平均年龄分别是 37 岁和 40 岁, 第 2 批援加纳医疗队员平均年龄 41 岁。这个年龄段的医生正值中年, 是家庭支柱, 上有老人下有孩子, 医生参加援外后另一半必须挑起家庭担子, 压力很大。

我不是主动报名的, 当初传闻推荐的是科里一个副主任、中共党员, 通常这些任务都是党员优先, 也合情合理。所以我就以为没自己的事了。突然有一天科主任跟我说派我去参加医疗队, 我觉得很惊讶。说真不是很情愿去。特别是在国内那么安逸稳定的情况下, 一切都按部就班, 突然打破环境参加援外, 家里都不支持。非洲离家远, 这边老人、妻子、小孩都在, 太太一个人在家既要照顾老人又要照顾孩子困难很多, 她自己是医院眼科主任, 本身工作就很忙, 儿子五年级, 处于叛逆期, 没有人管得住他。所以当时我对援外很抵触, 虽然后来领导不断做我工作, 但由于家人的反对, 思想经常反复。而且社会没有一种援外氛围, 并不是个个都去援外, 医院就我一个人, 一去还 2 年, 不是 3 个月。

——P, 援加纳医疗队医生, 访谈编号 20121203P

家里压力肯定大啊, 小孩才 2 岁, 妻子起初不同意, 后来我千辛万苦做通了她的工作, 跟她说是去工作, 又不是去打仗, 去也是为了以后更稳定的生活和工作, 她才慢慢理解。

——W, 援赤道几内亚医疗队医生, 访谈编号 20121204W

2 年援外工作时间, 队员不仅饱受相思之苦, 还失去很多与孩子一起成长的时光, 年轻父母甚至错过孩子人生中的很多第一次。有些队员连父母最后一面都见不到, 遗憾终生, 深究自责。

(工作 11 个月中途回国探亲期间) 回到家, 3 岁的儿子用陌生的眼睛看着我, 太太在旁边示意他叫爸爸, 他头一扭, 不肯叫, 顿时我心都酸了! 这 2 年太太也很辛苦, 家里就她一个忙前忙后。自己在外边什么都帮不上忙, 觉得对不起家里, 很内疚。这样的经历有一次就够了, 就算日后有出国进修机会也不去了。

——C, 援加纳医疗队医生, 访谈编号 20130110C

出于诸多原因大部分家属反对家人参加援外医疗队。更有极端例子, 妻子以离婚要挟

阻止丈夫援外。家属的不支持和不理解，使本来对援外意志薄弱的医生更加摇摆不定。

妻子说要是去美国那些发达国家学习进修，还能理解支持，但是现在去非洲，贫穷落后又不稳定，所以坚决反对。总不能只顾大家不顾小家吧？请组织见谅。

——一名候选队员在面试时候说

3 广东援外医疗队派遣难成因分析

向非洲派遣援外医疗队是国家任务。援外医疗政策作为对外援助政策的一个分支，具有明显的政治、外交和医疗卫生属性。援外医疗政策由国家卫生部制定，并通过各省市执行，而派遣难正是援外政策在各地执行时呈现的主要问题。从影响政策有效执行因素的角度分析，造成广东省援外医疗队派遣难问题的原因很多，既有政府层面派遣政策本身的不科学和保障不到位，也有政策执行机构即派员单位和政策执行对象医务人员过分细算经济账，觉得援外是亏本买卖等等。为详细分析，下面笔者以政策执行视角为主线，从卫生政策三角形理论的四个维度对影响派遣政策执行的因素进行分类，深入探讨政策执行中遇到的困难与成因。

3.1 政策方案（Content）因素

影响政策执行有效性的首要因素来自政策方案本身。政策方案存在问题，必然影响政策执行，给执行过程带来困难。政策的正确性、科学合理性和可执行性都会对政策执行的产生影响。

作为援外医疗政策，卫生部《关于印发援外医疗队员选拔和出国前培训暂行规定的通知》（以下简称“通知”）和《援外出国人员生活待遇管理办法 援外医疗队员实施细则》（以下简称“细则”）是国家层面关于选拔援外医疗队员和对队员工作期间待遇及相关问题规定的最高指导文件。但是不难发现，“通知”和“细则”中有很多条款已不合时宜，对援外医疗队派遣没有起到推动作用。在援外医疗队员选拔的政策执行过程中，涉及三个利益集团，分别是医务人员、派员单位以及负责医疗队派遣和管理的省、市卫生行政部门。与这三个利益集团有直接联系的政策内容部分欠合理性和灵活性，未能以人为本，与时俱进，使医务人员和派员单位参与援外工作积极性不高、作为政策执行机构的卫生行政部门却无计可施。

3.1.1 医务人员：政策方案缺乏吸引力

第一，政策调整缺乏灵活性，国外津贴一成不变。

“细则”规定，“援外医疗队员的国外生活待遇实行津贴补贴制度，其国内工资仍有原单位发放（不得低于其原岗位收入水平）。援外医疗队队员国内应享受的各项待遇（包括社会保障等）由原单位负责。”在执行援外任务期间，队员的国外津贴由相对应的技术

职务津贴、艰苦地区补助和医疗岗位津贴三部分组成，其中赤道几内亚是四类艰苦地区，享受 800 美元/人/月艰苦补助；加纳属于三类艰苦地区，享受 600 美元/人/月艰苦补助，医疗岗位津贴则都是 300 美元/人/月。至于技术职务津贴，根据“办法”规定，主任医师、副主任医师和主治医师分别对应每人每月 1660 美元、1420 美元和 1200 美元（见表 3-1）。

表 3-1 援外医疗队员国外津贴构成表

医疗队员	技术职务	艰苦地区补助	医疗岗位	合共	折合人民币（元/月）
技术职务	津贴	（赤道几内亚/ 加纳）	津贴	（赤道几内亚/ 加纳）	
	（美元/月）	（美元/月）	（美元/ 月）	（美元/月）	
主任医师	1660	800/600	300	2760/2560	17195/15949
副主任医师	1420	800/600	300	2520/2320	15700/14454
主治医生	1200	800/600	300	2300/2100	14329/13083

注释：(1)美元对人民币汇率按 2013 年 3 月 1 日 6.23: 1 折算

(2)资料来源：根据笔者工作单位内部资料整理得出

在国内医生属于高收入群体，如此的国外津贴对于非洲的工作环境没有丝毫优势，加上近几年国内物价飞涨，医生收入也随之增长，但是援外医疗队员待遇标准从 2008 年起未作出调整。与此同时，以美元计发的国外津贴因美元近几年持续走低而大幅贬值，队员收入锐减，损失加重。

我不是主动报名的。原因很多，其中一点是待遇太差。好像中心医院医生本来国内收入都 1 万多 2 万，那为什么还要去那边冒个大险呢？国外津贴如果美元汇率不跌的话勉强还可以，但是我们出发前美元汇率是 6.8，回来之后变成了 6.2 多，工作没少做，但收入却因为美元走弱而不断缩水。国内同事朋友收入却大幅提升，所以去和不去差距很大，没有积极性。

——W，援赤道几内亚医疗队医生，访谈编号 20121204W

以广东省第 23、24 和 25 批援赤道几内亚医疗队为例^①（见表 3-2 和表 3-3），数据显示，第 23 批医疗队主任医师因美元汇率贬值损失的国外津贴高达 37752 元人民币，虽然 2008 年至 2010 年间美元相对较为稳定，但是到第 25 批医疗队期间，美元贬值再度加剧，主任医师 2 年国外津贴减少 13896 元人民币。如果把主任医师在 2012 年（18161 元）

^① 第 23 批援赤道几内亚医疗队是 2006 年 6 月派出，2008 年 7 月回国；第 24 批援赤道几内亚医疗队是 2008 年 6 月派出，2010 年 7 月回国；第 25 批援赤道几内亚医疗队是 2010 年 6 月派出，2012 年 7 月回国。

和 2008 年（20562 元）取得的国外津贴作纵向对比，4 年时间锐减 11.68%。

表 3-2 近三批援赤道几内亚医疗队汇率变化

援赤道几内亚 医疗队	出国时 美元汇率	回国时 美元汇率	美元贬值率
第 23 批	8.02	6.88	14.21%
第 24 批	6.88	6.79	1.31%
第 25 批	6.79	6.37	6.19%

资料来源：根据中国银行外汇牌价整理所得

表 3-3 近三批援赤道几内亚医疗队员美元汇率差损失（人民币：元）

技 术 职 务	第 23 批医疗队				第 24 批医疗队				第 25 批医疗队			
	应发 月国 外津 贴 ⁽¹⁾	实际 月国 外津 贴 ⁽²⁾	每月 损失	2 年 损失	应发 月国 外津 贴	实际 月国 外津 贴	每月 损失	2 年 损失	应发 月国 外津 贴	实际 月国 外津 贴	每月 损失	2 年 损失
主任 医师	22135	20562	1573	37752	18989	18865	124	2976	18740	18161	579	13896
副主任 医师	20210	18774	1436	34464	17338	17224	114	2736	17111	16582	529	12696
主治 医师	18446	17135	1311	31464	15824	15721	103	2472	15617	15134	483	11592

⁽¹⁾ 应发月国外津贴=表 3-2 出国时美元汇率*技术职务津贴

⁽²⁾ 实际月国外津贴=(表 3-2 出国时美元汇率+回国时美元汇率)/2*技术职务津贴

(注释：考虑到美元汇率是逐渐贬值的，因此实际月国外津贴按照出国时和回国时汇率的简单平均算出队员 2 年实际月收入。)

资料来源：根据笔者工作单位内部资料整理所得

政策本身不应该一成不变，政策执行的过程是发现问题的过程，政策制定者在积极听取基层意见后，应根据执行情况对政策进行调整。在援外医疗队派遣政策例子中，由于政策缺乏灵活性导致政策执行遇到的问题得不到及时解决，影响了医务人员参加援外工作的积极性。

第二，政策方案考虑欠周全。

一项政策的制定应通盘考虑各个方面，尤其是与政策目标群体利益切身相关的因素。援外医疗队员保障机制缺失是造成目前派遣难的原因之一。援外医疗队大多分布在非洲的发展中国家，其道路交通、社会治安状况较差，有些还处于战乱地区，对医疗队员的人身安全造成威胁。工作和生活环境多为艾滋病、结核和疟疾等恶性传染病高发区，当地疾病防护措施和设备缺乏，而医疗工作需要直接接触病患，职业原因造成的感染难以避免、风险极大，直接威胁并侵害着医疗队员的身心健康。

然而针对医务人员关心的问题，国家对队员人生安全和医疗保障负责的行为在政策中没有体现。卫生部在 2006 年 10 月前曾统一为队员购买人身意外伤害保险，凡国外发生的各种意外事故，由保险公司赔付，对出事的医疗队员和家庭给予了适当的补偿，起到了一定的安抚作用，也减轻了援外经费的负担，对选派工作起到积极推动和保障作用，适度降低了派员单位和个人财政的压力与风险。可是自 2006 年 10 月后，根据财政部、监察部《关于党政机关及事业单位用公款为个人购买商业保险若干问题的规定》精神，卫生部停止为援外医疗队员公费购买人身意外保险。队员希望自费购买高额保险，但却因为受援国大部分属于免责地区，保险公司拒绝承保，队员投保无门。

我是去执行国家任务，但是国家连保险都不帮我买，还要我掏钱包。我本来想在友邦公司投保 100 万元人身意外保险，但他们一听是去加纳工作的，而且还是医生这样的高危行业，就拒绝了。我最怕的就是艾滋病和战乱，而偏偏这两个都属于保险公司的免责范围。万一自己有事总要给家人一个保障吧？

——R，援加纳医疗队医生，访谈编号 20121205R

没有国家援外医疗专项基金的庇护，缺少商业保险的保障，患病队员回国后医疗诊治费用只能由派员单位和个人共同承担，既增加了派员单位的成本，又增添了队员的经济负担和心理负担^①。由于没有相应政策的支持与保障，援外医疗队保障度不高、风险大，造成大部分医务人员不愿意报名参加医疗队。

第三，职称晋升政策缺乏方向指引。

职称是国家对医生技术职务的认定，被很多人看作是医生经验丰富与否、技术高超与否的标准。可以说中国的医生前半生都在为职称奋斗。职称对医生的重要性不言而喻。但是援外医疗政策中没有一条涉及队员工作期间职称问题的条款，政策制定者缺乏从大方向

^① “细则”规定，援外医疗队员的部分医疗费已包含在国外津贴中，执行援外任务期间属于公费医疗范围内的开支，采用分段分别负担的方法：医药费支出 240 美元以下的，全部由个人负担；医药费支出在 240 至 600 美元的，240 美元由个人负担，超过 240 美元的个人负担 30%，派遣单位报销 70%；医药费支出在 600 美元以上的，超过 600 美元部分个人负担 5%，派遣单位报销 95%；医药费支出 6000 美元以上的，超过 6000 美元部分由派遣单位报销。

给予地方层面指引。关乎医生前途的问题不解决，选派任务难以保证。于是作为政策执行主体的各省卫生行政部门只能八仙过海各显神通。

广东省是经济强省，光靠提高队员收入和增加补贴难以调动起医生参加援外的积极性。广东省卫生厅与人事厅分别在1994年和2004年出台了两个文件，对援外医疗队员职称晋升政策作了倾斜，基本解决了副高以上职称的晋升问题，在全国走在了前面，但对中以下必须参加全国统考的政策无能为力。人在国外，考试只能顺延，对于一个医生来说，意味着整个职业规划都得顺延推迟。

我是冲着职称晋升的倾斜政策才去的。我算了一下，参加援外期间我刚好符合年限申报主任医师，说真，这里主任医师评审要求比较严，还需要面试答辩和实操能力测试。但对于援外队员，政策规定了在课题、计算机方面不作硬性要求，而且还能免答辩和实操考试，对我们来说很优惠了！

——Y，援赤道几内亚医疗队医生，访谈编号20121204Y

相对于广东省出台的职称晋升政策，全国大部分省份对援外医疗队员职称晋升的规定还处于空白状态，严重影响了医疗队员的选拔。国家政策对援外工作期间队员职称晋升的不明确性使政策执行主体难以鼓励医务人员，给政策执行造成极为不利的环境和影响，阻碍政策执行的顺利进行。

第四，回国进修政策缺乏明晰性。

援外医疗政策中对队员完成任务后回国进修只提到“回国后，安排到原工作岗位或与其职称相应的岗位工作；要优先安排医疗队队员到上级医院进修学习”，表述含糊，缺乏明晰性。在实际操作中派员医院往往没有安排队员参加进修。究其原因，是因为政策不明晰导致的政策界限不清，给执行者带来认识上的偏差，甚至随意变通。非洲医疗技术落后，医疗队工作的赤道几内亚医院相当于广东省乡镇一级卫生院水平，连X光机都没有，生化实验室只能检验血尿常规等项目。即使是号称西非最大的加纳克里布教学医院，医疗队员为他们开展的加纳第一例输尿管镜取石术，在国内也是最普遍不过的技术。巧妇难为无米之炊，非洲医疗器械等硬件设施的简陋和短缺，使队员空有一番本领却难以施展，诊断技术逐渐生疏。术科医生感觉最深，非洲两年不动刀回国后一切都要从头开始。与非洲国家医疗水平形成巨大反差的是，国内医疗技术日新月异，按照规定国内的医生都定期参加继续教育，了解和接受新设备新技术，但援外医疗队员无法参加职业培训，因此回国后队员必然花很长一段时间重新适应和学习国内先进技术。

2年医疗技术大大退步。说实话，当初考虑去不去的时候就已经很犹豫，现在回

来之后就真切体会到。2年对于医生来说是时间太长了，现在的医疗技术更新太快，回来已经跟不上时代了，以前觉得不是压力的手术现在有压力了，更不用说新的手术我不会。

——P，援加纳医疗队医生，访谈编号 20121203P

太需要安排回国进修了。好像我，之前是儿科，回来后医院把我提拔为急诊儿科主任，这是一个刚成立的科室，要是不安排进修，我自己连抢救都不会，人家请我会诊我也不懂，慢慢人家就会看不起你。虽然我是副高，但是周围主治医师都比我强，怎么当主任？如何服人？希望可以建立回国进修制度，根据队员志愿安排进修，同时医院要给予全力支持，总不能又要我干活又不给我吃饭啊！

——W，援赤道几内亚医疗队医生，访谈编号 20121204W

第五，回国探亲政策缺乏财政支持。

财力资源是政策赖以执行的物质基础。巧妇难为无米之炊，任何一项政策的执行，都需要投入一定的财力和物力。援外医疗政策也不例外，援外政策的有效执行需要国家充足的财政投入以满足政策执行活动的正常开展。

从2001年起，为了更好地体现政府以人为本精神，卫生部批准队员在工作满11个月后享有36天的回国探亲假期（含途中往返时间）。然而，政策只给予享受回国探亲休假的规定，却没能解决探亲经费。除了个别医疗队两国政府议定书上规定回国探亲往返机票由受援国提供外，其余医疗队员只能自费休假。以广东省援外医疗队为例，赤道几内亚比较贫穷落后，虽然多年来中方一直为队员争取回国探亲费用，但对方始终不同意。赤道几内亚往返中国来回机票约需人民币25000元，高昂的费用令队员望而却步。广东的另一个对口受援国加纳经济相对较为发达，接纳西方思想，认为由受援国提供往返机票是国际惯例，因此愿意为队员提供探亲路费。据统计，截至2012年底，全国50支医疗队中只有5支享受对方提供探亲机票，占医疗队总数10%，享受对方公费探亲的队员占6.8%。

不敢回来探亲啊，那么贵的机票怎么承受得起？本来国外津贴就因为美元贬值不断缩水，加上外面物价又贵，这些钱都不敢再花了。在外面哪有不想家的？那时想起亲人就对着大西洋眺望啊，海的那边就是家！

——W，援赤道几内亚医疗队医生，访谈编号 20121204W

虽然享受公费探亲，但队员仍然受到政策里“不论公费还是自费回国探亲，按离开受援国实际天数停发国外津贴、艰苦地区补助和医疗岗位津贴”条款约束，使队员在回国探亲问题上要再三思考。

国家的政策真是想不明白，就算（我们）在国内上班也有带薪休假啊，而且现在国家不是很提倡要落实带薪休假规定吗？怎么代表国家出去执行任务反而就要停发国外津贴呢？这不是打击队员的积极性吗？

——R，援加纳医疗队医生，访谈编号 20121205R

原本出发点为了减轻队员思乡情绪、体现政府对队员关怀的条款，最后却因为政策本身因素难以推广执行。

3.1.2 派员单位：经济补偿过低

在援外医疗队派遣中，政策执行机构既包括派出医生参加援外医疗队的派员单位，又含各地卫生行政管理部门，其中经济补偿过低是针对派员单位而言。派员单位指的是负责派出援外医疗队员的医院。根据援外医疗政策规定，国家给予医疗队员派员单位每人每月 3000 元人民币技术服务补贴费作为对医院的经济补偿。但是整个援外期间，派员单位不仅要按照政策规定负担医生的基本工资和奖金，还要给予队员一定的经济补贴，同时还承受由于医生不在岗导致的零创收，可谓三重损失。

给予队员经济补偿太低，没人愿意去。经济待遇太高，医院负担又很重。就我们医院来说，派出 1 名队员医院大概承担 25 万/人/年，两年半就是 62 万，8 个人 500 万，这只是医院的直接损失。按每派出 1 名医生 1 年可以为医院创收 40 万计算，他们缺岗期间不但没有创收，我们还要找人来替代他们的工作，得从招收人员中扩展，这又是一笔间接费用！

医生的基本工资、四险一金应该由医院支出，医生的绩效、生活补贴等津贴应该由各级政府承担或按人头给予补偿，因为医生没有给医院创造效益，所以不应该由医院负担。

——L，H 医院负责人，访谈编号 20121204L

由于国家援外医疗政策制定的工资待遇偏低，医生对参加援外医疗队积极性不高，医院为了完成上级主管部门的承派任务，只能以增加对队员的补贴和提高政治待遇为筹码吸引医生参加援外工作。以广东省某地级市三甲医院 H 为例，上一级卫生行政部门分配给 H 医院的援外任务是 8 人。鉴于第一阶段自愿报名人数很少，医院只能通过提高补贴的方式鼓励医生参加援外。据 H 医院负责人介绍，医院发放援外人员工资及生活补贴约为 25000 元/人/月，国家给予医院 3000 元/人/月技术服务费显然杯水车薪，甚至不够支付工资。

援外任务是很光荣，但下次请不要再给我们了。

——B，S 医院负责人，访谈编号 20121115B

3.1.3 卫生行政部门：政策执行缺乏保障支持

首先，激励和约束机制缺失。派遣难是困扰卫生行政部门的一个主要问题，其中以不能对坚决不服从安排的队员或不积极配合援外医疗队选拔的派员单位予以处分最为棘手。现有的援外医疗政策对承担任务的地级市卫生行政部门和医疗单位缺乏有效的约束力，靠的只是讲政治、讲援外的重要性和讲卫生部门与医院领导间的人情，这种派遣机制难以选出高素质、高水平的医疗队员。援外医疗队是为国家外交服务，但当医护人员和医院拒绝履行职责时，卫生行政部门却因为政策没有约束惩罚条款而无计可施。有个别医务人员想尽千方百计拒绝参加援外工作，对其他医疗队员产生消极影响。援外医疗队选拔与医院考评、一把手任期考核、各类评优评先脱节，医院缺少必须做好援外医疗队员选派工作的压力和动力，有的医院甚至走过场，以抓阄形式或硬性指标推荐不符合条件的医生参加面试敷衍了事，随便应付上级任务。省卫生厅负责援外医疗工作的负责人 Q 在访谈中就提到，现行的派遣政策对医务人员或者派员单位都没有强制力。

最近这 10 年选拔（援外医疗队员）越来越困难了。现在社会安逸，医生收入高，单靠医务人员自愿报名难以完成选派任务。从我多年的管理经验看，一定要坚持自愿报名和组织选派相结合的原则，设立强而有力的措施。例如对态度恶劣、坚决不参加援外的医务人员，5 年内不得申报高一级别职称，有行政级别的，予以降级处理。

——Q，广东省卫生厅主管援外医疗工作负责人，访谈编号 20130110Q

同时职能部门之间的不合作会加大利益的冲突与矛盾，难以形成有效的约束机制。某省卫生厅外事处曾与医政处协商把派遣和管理援外医疗队纳入医院和院领导考核指标中，却遭到医政处的拒绝，理由是外事问题不应该归并到医疗考核体系中。在援外医疗派遣问题上，光是行政部门内部处室协调都得不到一致，更别提需要跨部门解决的困难。

其次，执行机构缺乏公信力。政策的执行需要依靠执行机构来推动和开展，因此执行机构是政策有效执行的保障。执行机构的结构设置是否合理，权责是否分明是影响政策执行效果的重要因素，决定了政策命令能否形成统一和顺利下达。只有当执行部门的组织结构设置合理，权责分明，事权不冲突，才能保证政策的有效执行。

目前卫生部国际司亚非处负责医疗队新派复派、两国政府议定书签订等政策性内容的协调，援外医疗队的日常管理工作下放到卫生部下属的部国际交流与合作中心（事业单位）援外医疗队事务部负责。一个体现政府行为的工作交由事业单位协调处理本身就不合适，其机构级别对于派员单位没有威慑力。相应地，四川省、山西省等多个省份也成立了交流中心承担援外医疗管理工作。广东省援外医疗队从派遣、培训、管理等都交由广东省卫生

厅下属省卫生医疗对外合作服务中心负责,对队员和派员单位而言这样的执行机构名不正言不顺,公章没有效力和威信,难以独立开展工作。由于组织机构的不合理设置导致权责混乱,容易出现责任的“真空地带”和政策目标群体不受指挥的现象。

最后,缺少地方财政支持。政策的执行离不开经费的投入,经费投入的金额直接影响政策执行的过程和效果。经费不足必然会带来政策执行不力、效果不佳等后果。广东省地方财政每年投入 10 万元用于援外医疗工作,与兄弟省市相比,严重制约了援外医疗工作的开展,使很多原本应该由政府财政负担的费用转嫁到派员单位,增加了医院负担,减少了医院派出医生参加援外工作的积极性。相比之下,浙江省财政建立了援外医疗队专项经费,每年投入 300 万元人民币用于改善队员生活补助、购买医疗器械设备和建立重大疾病保障机制。上海和江苏每年对援外医疗队的财政投入分别达到 200 万和 300 万元。这些常态性的财政投入有力促进了上海、浙江、江苏地区援外医疗工作的开展。从表 3-4 中可以看到,对援外医疗队员的补助标准和具体项目是根据各省自身实际情况制定,但基本大同小异,以解决队员回国探亲路费、医疗队工作经费和对队员个人生活补助为主。

表 3-4: 有关省(市)财政对援外医疗工作的经费与补贴汇总表 (单位: 人民币)

项目	派遣医疗队情况	每年省财政拨款金额(万)	项目 1: 生活补贴(包括美元贬值补助、国内收入补助、伙食补助等)	项目 2: 探亲补贴	项目 3: 医疗队工作装备经费及医疗队驻地维修费(万)	项目 4: 意外伤害和大病补助	项目 5: 队员节日慰问(元)	项目 6: 省厅援外工作经费(万)	备注
省份									
甘肃省	1 个国家, 马达加斯加, 30 人	52.5	1 万/人/年	1.5 万/人/批	—	—	1300/人	—	
浙江省	3 个国家, 51 人: 马里: 31 人 中非: 16 人 纳米比亚: 4 人	300	2.34 万/人/年	2.5 万/人/批	100	20 万/年, 累计到 100 万不再安排	—	—	
上海市	1 个国家, 摩洛哥, 79 人	300	250 万	—	50		300-500/人	—	
江苏省	3 个国家, 42 人: 马耳他: 5 人 圭亚那: 16 人 桑给巴尔: 21 人	222	—	—	—	—	—	—	一揽子, 没有细分
内蒙	1 个国家, 卢旺达, 12 人	68	1.44 万/人/年	1.5 万/人/年	15	2000 元/人/年	—	15	待省财厅批复中
四川省	5 个国家, 70 人: 佛得角: 8 人 安哥拉: 18 人 莫桑比克: 14 人 东帝汶: 12 人 几内亚比绍: 18 人	120	—	90 万/年	—	—	—	30	

资料来源: 根据笔者收集资料后整理所得

3.2 政策执行环境（Context）因素

环境对事物的影响和作用客观存在的。政策执行的环境构成了政策执行的基础，影响着执行的整个过程；而外部环境是政策执行的客体之一，政策执行会对外部环境造成反作用。作为一个系统，政策执行不可能单独存在，而是处在一个更大的系统中，即政策执行过程中置身其间的各种因素的总和。政策执行必须依赖政策环境，受特定政治、经济、社会、文化环境等的影响。援外医疗政策由于涉及外交、政治和医疗卫生多个方面，因此政策执行受外部环境影响尤为明显。

中国与受援国无论是从政治、经济和社会方面都存在巨大的差异，尤其是近十年中国经济高速运行，人民工资收入大幅增长，生活水平显著提高。反观非洲，虽然很多国家长期以来对其进行经济援助，但由于骨子里的懒惰和负面品性，加上悬殊的贫富差距，绝大部分非洲人仍然过着缺衣少食、水深火热的生活。一边物质生活和文娱活动丰厚，能与家人享天伦之乐；一边却连饮用水都喝不上，基本生活物品价格高昂。

3.2.1 政治环境：受援国政治环境动荡多变

政策执行是一个国家或政府的政治行为，政策执行子系统的输入与输出都离不开政治环境的影响，政策执行过程及效果同一个国家所拥有的政治环境有着内在的联系。政治环境的优化程度对政策执行的影响是显而易见的，尤其是政策执行过程中出现的突发性政治环境变化，如政变、战乱、暴动等，都会给政策执行带来变数，增加执行难度。

非洲国家政局不稳定，政变和战争频繁发生，队员人身安全受到威胁是医生抵触医疗队的一个重要因素。

提起非洲个个都觉得那边很乱，有生命危险，自己去到那边前半年不敢出去，人身安全受到威胁，主要是动乱和疾病威胁。

——W，援赤道几内亚医疗队员，访谈编号 20121204W

2009年2月17日，赤道几内亚遭遇外国武装颠覆势力入侵，匪徒自海上袭击首都马拉博总统府，与国家安全部队发生激烈交火。医疗队临危受命，冒着生命危险在枪弹雨林中救治伤者。2011年突尼斯、利比亚、埃及等非洲国家相继发生政局突变和内战动乱，医疗队人身安全受到严重威胁。2012年12月，中非局势动荡，为保障人身安全，卫生部决定撤回正在中非执行援外医疗任务的16人医疗队。由此可见，援外医疗政策的稳定和功能发挥受非洲国家政治环境的影响。

3.2.2 经济环境：中国与受援国经济差距大

政治是经济的集中体现。政策执行虽然是一种政治行为，却无法脱离一定的经济环境。经济环境是政策执行最深层次的环境，是政策执行的物质基础，它主要包括生产力和生产关系状况、经济体制、人的素质、国民收入和可支配收入水平等。对任何社会和国家而言，经济的有序快速发展有利社会的稳定和团结，必然推动政策的执行；相反，必然对政策执行产生阻碍作用。在经济环境中，生产力是影响政策执行的主要方面。生产力发展状况对政策执行的影响具体表现为：

第一，物质生产的发展状况是政策执行的物质基础。非洲国家经济主要依靠落后的农业，工业发展滞后。截至2011年，全世界经联合国批准的最不发达国家共49个^①，其中34个位于非洲大陆，赤道几内亚是其中之一。贫穷落后的受援国几乎有着相同的特征：绝大部分生活和生产物质依靠进口，而出口物品相对非常少，国内物价非常高；无计划生育，人口压力大，家庭负担重；农业、工业基础设施低下，已建成的设施也因无人维护和管理遭废弃；人文思想观念落后，缺乏自力更生意识。所有这些，与中国经济的高速发展和社会协调稳定形成了鲜明的对比。非洲国家经济市场发育不充分、市场体系不完备，决定了在非洲国家执行政策比在中国执行要遇到更多的困难。

尽管去之前做足了心理准备，也跟当时在外面的队员网络聊天了解过，但是抵达后看到的条件之差、遇到的困难之多还是出乎意料的。

——X，援赤道几内亚医疗队员，访谈编号 20121210X

第二，经济的发展还会引起一系列的社会问题，使政策执行的社会管理功能更为突出和复杂。这点在非洲尤为突出。由于经济贫穷落后引发的社会治安案件严重威胁到队员的人生安全。2011年援博茨瓦纳医疗队3名队员遭遇4个当地黑人持枪入室抢劫，其中1名医生被暴打，致身体多处地方受伤。同年10月援坦桑尼亚医疗队队部受到4名盗贼袭击，1名黑人保安手腕被砍伤并被反锁屋内，驻地2辆申请报废的汽车玻璃被砸开，所幸队部队员未发生人员伤亡情况。

第三，由于经济发展缓慢，非洲国家投入市政建设的资金少，道路和许多公共设施无人维护，路况差，加上车辆在当地缺少日常保养，容易引发交通事故。据统计，2008年至2013年间，全国50支援外医疗队共发生6起交通事故，致9名队员受伤，1名队员身亡。2010

^① 根据联合国2000年制定的标准，最不发达国家应符合以下条件：1、低收入标准：三年人均GDP小于900美元；2、人文资源的匮乏标准：主要指标为(a)营养，(b)健康，(c)教育，(d)成人扫盲率；3、经济脆弱性标准：包括(a)农业生产的不稳定性，(b)货物和服务出口的不稳定性，(c)制造业和现代服务业在国民生产总值中所占比例，(d)货物出口的综合评价指数，(e)经济规模。以上见联合国公众问讯网站 <http://www.un.org/chinese/aboutun/faq/FS20.htm>，2013年3月25日可访问

年6月，1名援加纳医疗队员步行缴交电费路途中，被开车太快刹车不及的黑人司机撞及右手骨折。2010年10月，援赤道几内亚医疗队员乘坐的面包车因刹车失灵，发生交通事故，导致1人右眼部挫伤、1人右手背皮肤撕脱伤并右手食指、小指伸指肌腱断裂伤、1人右侧头部外伤。

3.2.3 社会环境：非洲条件恶劣

随着社会的不断向前发展、社会环境日趋复杂，社会问题层出不穷。援外医疗工作是在非洲国家开展，因此政策的执行更要求队员适应复杂多变的社会环境。

首先，非洲卫生状况差。非洲国家大多属于雨林气候，潮湿多雨，容易滋生蚊虫。当地医疗卫生条件差，疟疾、伤寒、登革热等疾病多发，且传染性极强，容易危及队员自身健康。其中以疟疾和艾滋病传播最为广泛。长期与患者打交道，医疗队的队员也频频感染疟疾。疟疾发病时病人忽冷忽热，冷的时候盖几床棉被都不够，队员笑言“不曾打过摆子就不算去过非洲”。虽然长期服用青蒿素能起到预防作用，但该药副作用大，伤及肝脏。

一收到有这个任务我就立即上网查这个国家怎样，了解情况，结果查到那边那么多传染病，就更加害怕，更加不想去。

——W，援赤道几内亚医疗队员，访谈编号 20121204W

疟疾和伤寒是当地最常见的病例，当地群众，特别是小孩感染疟疾、伤寒的几率非常高，其中不乏无钱医治耽误治疗而死亡的例子。我们 19 个医生中，有三分之二以上的队员感染过疟疾、伤寒。巴塔点的 9 名队员中，有 6 人感染了疟疾或伤寒，而且病情反复，感染频率很高。

——F，援赤道几内亚医疗队员，访谈编号 20121204F

如果说疟疾还能通过加大防护力度、驱蚊防蚊进行隔离的话，那么艾滋对于医生来说就是防不胜防，特别是在外科和妇产科这类出血性较多的手术中，被感染的几率就更大。2008 年起至今，3 批援赤道几内亚医疗队共有 2 名外科医生因为艾滋病人施行手术中不慎扎破手指而终日诚惶诚恐，背负沉重的心理负担，她们把恐惧和忧郁自己扛着，不敢告诉家人，默默承受着抗艾药强烈的食欲不振、烧心呕吐等副作用。虽然 6 周后检查为阴性，但由于艾滋病有长达 7-10 年的潜伏期，医生不敢掉以轻心，心理阴影难以消除。

这件事真的一辈子都不会忘记。那天因助手失误，手术针头不慎扎进了我手指。我赶紧挤掉伤口周边血液，用火烧伤口，进行阻断处理。自己虽然是医生，但还是非常紧张，完全不敢告诉家人。后来吃了一个多月的药，药物副作用大，

期间血尿、严重呕吐，还出现身体大部分面积皮疹的现象，半年多还没痊愈。

——Y，援赤道几内亚医疗队员，，访谈编号 20121204Y

（注：1 年多后，Y 感染艾滋的可能性基本排除，但目前她仍然还处于观察期。）

其次，受援国缺医少药，医疗设备陈旧。非洲国家医务人员严重不足，护士大多没有受过正式的护理教育，医院医疗条件差，很多设备陈旧落后、手术器械不完善、药品也短缺。据援赤道几内亚队员介绍，医院设备条件简陋，药品器械匮乏，X 光机、心电图机等国内常见的医疗器械缺少不说，就连手术室的设备基本没有新的，不少东西一碰就坏，医用钳夹什么都夹不稳、手术室聚光灯经常有一半是不亮的、消毒设备只有自来水、医疗记录必须用笔和纸记录。

不管是做什么手术，我们都只是用自来水洗洗手，然后戴上医用手套就开始。

有一次，我在做剖腹产手术时，手术台上方的聚光灯灯头全部坏掉了，因为缺少护理人员，最后只能自己用嘴巴咬着手电筒完成手术。

——Y，援赤道几内亚医疗队员，访谈编号 20121204Y

加纳经济相对较好，医疗设备和器械多为发达国家医护人员援助时留下，但是由于培训跟不上，援助人员离开后当地医务人员不会用那些高端仪器，造成了资源浪费，机器放久了也就运转不起来。

其实加纳医院不缺医疗器械，西方国家援助加纳的方式跟我们不同，他们是一批人带着药品和设备，短期在医院开展手术，然后走的时候把设备留下来。可是由于黑人骨子里的惰性，援助的专家走了他们也就把设备锁起来，等下次人家再来，看到他们不会用，就教他们，结果对方屁股一走，他们又锁起来。

——Y，援加纳医疗队员，访谈编号 20130110Y

最后，非洲生活条件恶劣。除了疾病，非洲的生活条件也不容乐观。赤道几内亚和加纳的生活物品几乎全部依靠进口，物价高昂，当地蔬菜匮乏。最困扰医疗队生活的是水和电。据联合国教科文组织统计，非洲三分之一人口缺乏饮用水。这点在赤道几内亚表现尤其突出。笔者与 2009 年赴赤道几内亚考察时，亲眼看到当地居民在河里洗完澡的水直接拿来喝，卫生意识差，饮用水远远达不到标准。供水困难对赤道几内亚医疗队的生活健康带来巨大危机，巴塔点驻地附近的水井因常年浑浊没法喝，队员只能每周驾驶皮卡车到远离 30 多公里外的地下井打水备用。非洲断水断电是家常便饭，由于电力网基础设施落后，医疗队经常受断电影响，给医疗队生活带来极大不便。队员不仅因为电力断供而饱受

蚊子折磨，容易患上疟疾，更要命的是突然断电大大缩短了空调电视机等电器的寿命，队员又要苦苦盼一年才能等到国内生活物资的到来。

除了水电短缺，通信网络也时常中断。

有次因为网络坏了，20多天才修好，我们那段时间完全与外界失去联系，真有人在地球上突然消失的感觉。家人跟我联系不上，怕我们出事，担心的像热锅上的蚂蚁。

——D，援赤道几内亚医疗队员，访谈编号 20121204D

3.2.4 文化环境：受传统的意识观念制约

意识观念是文化环境的其中一种。文化环境主要指政策执行系统以外的社会价值观念、传统习俗、社会心理和行为模式等。

其一，社会心理对非洲存在偏见。人们对非洲和援外医疗工作存在偏见和消极认识。提起非洲，人们就会与骨瘦如柴的黑人、饥饿、贫穷、疾病、艾滋、战争联系在一起。听说派去非洲工作，医生大多先入为主认为去非洲就是受苦受难，对非洲产生惶恐心理，潜意识对医疗队十分抵触，心理防线启动了“自我保护”模式。加上社会上对非洲地区的蔑视和不认同，使得医务人员觉得去非洲与去欧美进修的同行相比低人一等，脸上无光。其实以笔者 2009 年赴赤道几内亚考察的亲身经历看到，虽然受援国外在环境确实比较艰苦落后，但医疗队内部条件还算可以，每个队员一个独立房间，电视、冰箱、洗衣机、抽湿机、空调、乒乓球桌、卡拉 ok 机、米油等生活物资从国内发运过去，队内基本生活能够得以保证。

其实大家对真实的非洲不了解，认为非洲就是沙漠、瘟疫，其实去到那边也不是地狱。他们有自己的生活方式，那边挺有田园气息的，有加纳的美，慢慢欣赏还是不错的。黑人除了皮肤黑，其实情感跟我们差不多。去到那边我才真正体验到什么是生活，他们可以拿着本书坐在大西洋边上看一整天。相比之下中国人过得太累了！

去加纳之前，我跟大家一样也是看不起非洲黑人。后来去到才发现，他们的医学生都是精英，很多医生都有留美留英经历，我那个科主任在英国呆了 10 年。他们医生素质蛮高，能力是有的，待遇也不错，很受国民尊敬，那边没有医患矛盾，更没有医闹，他们认为死者是受上帝召唤去了一个更好的地方，因此还会感谢医生。

——P，援加纳医疗队员，访谈编号 20121203P

其二，援外医疗工作缺乏广泛宣传。援外医疗队对很多人来说都很陌生，大家不明白

医疗队派去哪里，为什么要派，这跟国家和省里缺乏宣传有很大关系。一直以来援外医疗队都是默默无闻，虽然卫生部每5年会进行派遣援外医疗队表彰，但仅限于曾经参加过的医疗队员圈子内部关注，在社会上很少正面宣传，没有树立起援外医疗队员崇高的个人形象。

我们援外工作缺少宣传。应该让人看到榜样，给人看到荣誉。

——P，援加纳医疗队员，访谈编号 20121203P

我省对援外医疗缺少宣传，之前一直对援外不了解，没有树立援外光荣的思想，所以当时心态很纠结。去的时候很彷徨、到的时候很迷茫、回来的时候很失落。宣传方面应该多印些画册，起码让人感觉赤几是一个安全的国家。其实去过才知道，在那边行医一点压力都没，那边医生威信很高，说一不二，没有医患矛盾，所以现在回来了反而有点不适应，节奏太快了。

——W，援赤道几内亚医疗队员，访谈编号 20121204W

与援外医疗队选拔遇冷的情况截然不同，同是去非洲国家的志愿者项目因为得到广泛推动和宣传，报名热烈。为落实时任国家主席胡锦涛宣布三年内我国将向非洲派遣300名青年志愿者的举措，2007年团广州市委启动中国援外青年志愿者塞舌尔项目，在全市范围内选拔医护、音乐教育、汉语教育领域的10名青年志愿者（其中医生5人），赴非洲塞舌尔开展为期一年的服务，援外工作期间志愿者享受每人每月200美元基本生活补贴以及意外伤害保险；派出人员服务期间工资由原单位照发，所享受待遇不变；申报评定专业职务不受影响。^①同是派去非洲，志愿者待遇比援外医疗队员低，报名热情却居高不下，在宣传活动现场，300份报名表格一个小时内派完，华南农业大学的几名非洲留学生担任起义务讲解员，为过往的市民展示塞舌尔的地理、文化等知识。这证明对外宣传是非常有必要的。

3.3 政策涉及群体（Actors）因素

在上一章中，笔者对卫生行政部门和医务人员的想法和行为作了较大篇幅的叙述与分析，本章主要从政策涉及群体的派员单位角度进行分析。派员单位不愿意派出优秀医务人员参加援外医疗队有着深层次的原因。

首先，派员单位没有站在外交高度执行政策。

第一，随着卫生医疗行业市场化的深入和国家对医院投入的逐渐减少，医院国家观念

^① 见《广州海选10名援塞舌尔志愿者》，载自《广州日报》2007年1月4日

逐渐淡薄，没有站在政治高度去看待援外医疗队派遣问题，对援外工作概念模糊，不了解援外医疗的真正意义和目的。

第二，医院要考虑自身的利益和发展，认为派出医务人员参加援外是既出人又出钱的赔本工作——队员不能为医院创造效益的同时，医院还要承担他们的工资福利和奖金。因此医院难以将思想好、技术好的医务人员选派到医疗队。

第三，在机关事业单位机构改革中，科室在定岗定员的情况下难以抽调人员参加医疗队，与援外工作形成了突出矛盾。为了弥补队员援外期间位置空缺导致的科室工作紧张，不少派员单位不得不另外招聘人员替代。

其次，派遣方式难以引起派员单位重视。广东省援外医疗队派遣方式是由地级市承担一批医疗队的组建。考虑到医疗队全部由同一个派员单位承派，医院负担重，派遣难度大，因此地级市卫生局往往会把任务分配到市属和区属几所医院。援外医疗队执行的是国家任务，在受援国代表的是中国医生，取得的成绩相应也是属于国家。医院使命意识不强，缺乏荣誉感，投入的大量人力成本收不到应有的宣传效果，与同样是去艰苦地区救援的汶川地震相差甚远。派去汶川地震的医疗队基本由一个医院负责，是一把手政绩工程，做得好容易受到上级部门表彰。援外的零星派遣方式及缺乏荣誉感使医院难以派出高素质的人员参与医疗队。

最后，目标群体诉求高。在援外医疗队选派过程中，作为目标群体的医务人员和作为执行机构的派员单位会综合考虑各自利益，权衡利弊。一方面医护人员希望自己利益不受损害或把损害降到最低程度；另一方面派员单位站在自己利益立场，希望以最小的成本完成上级交办的政治任务。因此双方展开一场博弈与较量。

由于受援国医院硬件条件较差，不像国内综合性医院，现代化的医疗设备和高端的生化检验能辅助医生进行病情诊断和手术治疗，医生在非洲看病手术更多依靠的是经验和感觉。加上当地医务人员技术水平低下，合作意识差，多次发生手术中黑人护士不慎扎破中国医生手指导致队员背负沉重的心理负担事件，因此卫生行政部门在选派医疗队员时更注重要求业务工作独挡一面，能独立开展工作。而具备单独施行手术能力的医生一般是 35 岁主治以上医生，这些医生年富力强，事业上追逐更高一级职称，忙于发表论文和科研课题，生活上有自己的家庭需要照顾。

由于厅选派文件写的很清楚，队员出去工作后要求能独当一面，所以我们选拔队员时要求也比较高。刚毕业出来工作的一般热情稍微较高，但他们经历少，还是住院医师，要能独当一面的得主治或副高以上医师，这样的人正处于业务黄金期，黄金期

的人会冲着自己的事业发展，事业心较强。而援外前后 3 年对于医学来说是一个跨度太大的时期，医疗技术发展很快，所以医生害怕出去之后会回来技术跟不上。加上我们医院收入不错，卫生部给出的援外待遇实在太低，达不到大家心中的期望。

——L，H 医院负责人，访谈编号 20121204L

对于诉求高的医生，派员单位仅靠做思想工作是不行的。医生追求的不仅是金钱上的高额补偿，还有政治待遇的提拔和生活上对家属的照顾。以 H 医院为例，为鼓励队员安心做好援外工作，在医疗队出发前医院就把参加援外的妇产科医生提拔为产科副主任；承诺外科医生回国后考上博士奖励一万元，毕业后可以继续回医院工作；为保证检验科医生回国后能当上免疫室主任，医院特意返聘原本在援外期间退休的老主任至队员完成任务回来；麻醉科医生申请非卫生系统的妻子不上夜班，医院也出面协调解决；儿科医生丈夫肺炎入院，医院承担了住院期间医药费和照料费。这样的例子举不胜数。有些医生甚至要求医院提拔妻子为护士长，或在外单位系统予以晋升提拔，面对这样的要求医院觉得难以接受。

之前我们是采取自愿报名，后来我们看到报名的人不多，要完成任务啊，怎么办？院领导开会，决定给予参加援外的医生倾斜政策，一是经济上承诺原固定工资和补贴不变，照常发放外，医生大部分奖金是一个绩效工资，绩效工资根据每个科室工作背景不同有所差别。对于援外的医生，我们全部往高一级套。例如医生出去之前是主治医师的，那么从培训起绩效给副高级别。

——L，H 医院负责人，访谈编号 20121204L

3.4 政策制定过程（Process）因素

3.4.1 纵向角度：制定援外派遣政策时缺少调研

按照政策决策程序，一般应遵循公众参与、专家咨询、可行性论证、合法性审查等步骤。然而援外医疗队员派遣政策却没有经过以上程序，既没有在医务人员内部开展大范围的援外工作积极性调查问卷，没有召开老队员座谈会倾听他们对选派工作的意见，更缺少邀请援外专家把脉诊断援外派遣难的深层次原因。由于缺乏对医疗队选派、医疗队国内外管理、财政投入、省市卫生厅（局）执行情况及效果、受援国是否需要中国医疗队、医疗单位的意见、以及在援外过程中存在的问题和困难、解决的办法等问题进行实地调研，作为援外医疗队最高管理部门卫生部是无法设想到基层单位及卫生行政部门的困难，也想象不到派出一个队员对派员单位经济负担有如此之重，仅靠国家拨付的 3000 元补贴是远远

不够的。

3.4.2 横向角度：相关部委间缺乏协调沟通

援外医疗队的派遣是医疗卫生领域的一项长期任务，是为国家的整体外交服务，是一项严肃的政治任务，援外医疗队在执行国家外交政策上发挥着重要作用。虽然医疗队派遣归属卫生部，但是由于其国外管理和福利待遇问题均牵涉到其他部委，尤其是外交部、财政部、商务部和人社部。当前各部委之间缺乏有效沟通，责任不明确，工作互相推诿、效率低下，无论从政策制定、管理的思路和要求以及重视程度都是各自为政，没有形成合力，这样的情况下凭卫生部单枪匹马重视援外医疗队派遣、想解决医疗队员的实际问题也无能为力，只能是事倍功半。

4 缓解援外医疗队派遣难的对策思考

经过上一章的分析，援外医疗队派遣难固然受到人的主观因素影响，但主要问题还是归咎于派遣援外医疗队政策本身制定地不完善。人的思想和决定会随着政府决策的变化而变化。援外医疗队派遣是国家任务，其派遣政策相应属于行政决策。根据行政决策程序（见图 4-1），第一步发现问题确定目标已经很明显，就是现阶段援外医疗队员派遣难的问题。

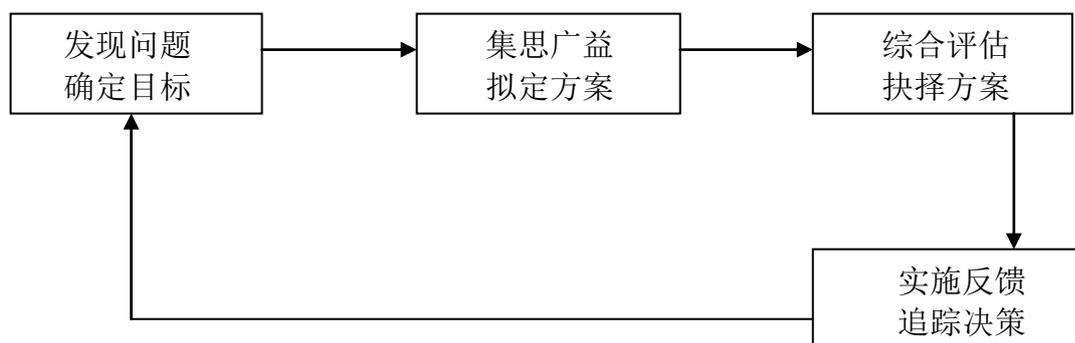


图 4-1 行政决策程序图

接着如何能够集思广益，审时度势，对现有政策进行修正，敲定最终方案值得管理部门探讨。在这一章中，笔者将从宏观和微观两个层面入手，从源头上提出解决派遣难的对策。援外医疗队从属于中国对外援助，从宏观上研究解决办法不可避免涉及到中国对外援助的管理体系。微观上，则主要提出关注队员身心发展、保障队员人身安全等具体措施，吸引更多医务人员参加援外医疗队，同时加大财政投入，减少派员单位负担。

4.1 宏观层面

4.1.1 建立政策执行信息反馈机制

信息反馈是政府与执行机构、目标群体之间就政策问题交换意见的最为经济、有效的途径，是两者之间的一座信息沟通的桥梁。现代社会，政府与目标群体已不再是简单的下达与接受，或命令与服从的关系，而是相对平等的互动关系，政府应该重视目标群体自下而上的利益诉求。而现行的援外医疗政策决策运作主要侧重于国家层面的大政方针制定，是一个自上而下的决策过程，缺少了执行部门和目标群体对政策执行过程中存在的困难与意见的反馈机制，这是造成派遣环节执行难的要害。任何政策过程不可能一帆风顺，会在制定、实施、反馈、再思考、再调整的环路中迂回前进，要让政策执行顺利推进，不在迂

回路上卡壳,需要与包括政策决策部门和基层执行部门以及目标群体在内的方方面面建立顺畅的沟通关系。

建立援外医疗政策的反馈机制,通过把国内决策层、卫生行政部门、派员单位和医务人员组成一个决策反馈环路,使决策从开始自顶部到底部贯通,把执行环节问题的解决作为决策的有机组成部分,就能提高目标群体参与政策的积极性,增强其对政策的认同感,有助于推动政策的有效执行。

4.1.2 完善决策体制建设

首先,设立对外援助专门机构。当前商务部是中国国务院授权的政府对外援助主管部门,负责拟定对外援助政策、规章、总体规划和年度计划,审批各类援外项目并对项目实施进行全过程管理。^①除主管部门商务部外,由于中国对外援助项目涉及卫生、农业、教育、通讯、水电、交通等多个行业领域,对外援助管理体系相应涉及到外交部、卫生部、财政部、农业部、水利部等多个中央部委和机构。各部门分头实施,多点对外的状况加大了管理工作的难度。随着援外任务的加重,现有的援外决策体系亟需改革。

这点可以借鉴国际社会上的做法。一些西方国家的对外援助决策是由正部级发展援助机构全权负责的,以法国为例,法国政府设立了一个对外合作与援助的决策机构国际合作与发展部际委员会,由法国总理牵头,专门负责对外援助,12个部委参与,共同就对外援助事务进行决策。^②医疗援助只是中国对外援助的一部分,中国对外援助任务多,担子重,涉及面广,有必要设立负责对外援助的高层委员会和专门机构,从事决策、计划、统筹和协调对外援助事务。鉴于此,可以考虑设立直属于国务院的对外援助专门机构,全面负责中国的对外援助事务。直属国务院的管理机构有较高自主权,可在综合考虑国内外形势的基础上作决策,避免各部门互相牵制或责任互相推诿,提高对外援助的决策效率。

其次,完善对外援助部际协调。2008年,国家建立了对外援助部际联系机制,由二十多个中央部委和单位组成,加强了部门间的协调和沟通。2011年初,对外援助部际联系机制升级为对外援助部际协调机制,协调程度进一步提高。但从实际操作来看,部委间的协调机制尚不完善,以援外医疗队为例子,与医疗队息息相关的部门涉及国外津贴标准制定部门财政部、职称聘任部门人社部、医疗队药械报关发运的中国海关和质检总局、医疗队在国外管理机构驻外使馆和经商处等多个部委,加上卫生行政部门处于弱势,协调机制难以充分发挥应有的作用。卫生部曾多次就美元贬值导致队员收入降低的问题去函财政

^① 中国的对外援助,见人民网2011年4月21日,<http://politics.people.com.cn/GB/1026/14450711.html>,2013年4月25日可访问

^② 李安山.浅析法国对非洲援助的历史与现状——兼谈中国援助非洲工作的几点思考[J].西亚非洲,2009(11)

部，并多次在部际协调会上提出希望解决，但是问题一直得不到重视，常常是会议过后又没有了下文。要真正推动中国援外事业的全面协调发展，部委间应重视和完善部际协调机制，尤其是使管理机构与执行机构间的沟通常规化，充分利用每次碰头机会，有实效地解决援外面临的问题，真正推动援外工作向前发展。

4.1.3 建立保障机制

第一，对外援助应建立健全法律法规体系。当前国内有的学者呼吁援外应该立法，理由是立法可从法律高度规范援外管理，明确各援助机构和执行部门的责任。但由于法律不能随便修改，而援外工作又经常受到国际形势的影响，立法可能对援助实践的发展起到一定阻碍作用。因此一些援助大国如日本、法国、德国等均未颁布援外法律。对于中国来说，当前对外援助多是以行政条例或行政法令进行调节的，援外立法的讨论虽然已有多时，但进展缓慢。其实无论是援外立法还是以行政条例方式管理对外援助，最主要的是建立起健全法律法规体系，理顺对外援助管理体系内的各种关系，明确各方职责和违反援外工作的惩罚措施，做到有依有据。

第二，建立援外研究机构。中国对外援助有几十年的历史，当初计划经济时代制定的政策在新时期执行必然带来很多问题，加上国外形势的风云变化，需要对中国对外援助进行新的研究。可是由于对外援助涉及到多个行业和领域，因此专门研究中国对外援助的机构和学者很少，研究能力十分薄弱。为促进援外工作的开展，建议设立对外援助专项研究基金，并成立援外各领域专家库，积极听取他们对于援外工作的意见和建议，以研究成果指导援外实践。

4.1.4 改进援外医疗模式

随着发展中国家特别是非洲国家经济的发展和人民对健康保健意识的加强，受援国对卫生事业发展的需求也相应增加，在这样的国际环境下，国家应该调整多年来的援外医疗模式，有规划地制定出医疗卫生援外中长期战略，积极利用各方面资源，根据受援国需求和自身的实际能力，创新援助方式，提高援助水平。管理层在援外医疗队政策决策时，应考虑给予政策执行机构一定权力，综合各省市和受援国情况作出多套备选方案供选择，如实现长期和短期派驻相结合、定期支援和项目管理相结合、一般技术和高端技术相结合、医疗服务和医学教育相结合、政府和民间支持相结合，向受援国提供多层次、多形式、全方位的医疗援助。

4.2 具体措施

4.2.1 政策决策前：做好调研工作

究竟受援国是否需要援外医疗队？需要派遣什么条件的人到医疗队？这需要有关部门到非洲实地调研。援外不是几十年一成不变，非洲作为世界第二大洲，各区域、甚至各国情况都不相同。一些非洲国家经过发展和对本国医务人员进行培养，首都卫生条件有了很大改善，他们更希望中国医疗队能下去边远落后的山区进行巡回医疗。但这跟卫生部要求医疗队尽量立足城市有偏差，造成了两国政府就医疗队行医地点未能达成共识，派遣协议一拖再拖，影响医疗队员的选派。医疗队工作地点决定着究竟是派遣医疗技术水平高、参加援外热情低的医生还是年资有限，却热情高涨的医生参加医疗队。调研期间，建议卫生部门应积极听取和接纳受援国和第三方观点，了解受援国在卫生领域最需要发展的方面，结合中国的比较优势，跟随全球卫生合作的发展趋势进行医疗援助。

4.2.2 政策决策时：力求方案内容合理可行

首先，提高援外工资吸引医务人员。中国驻外外交人员的收入一直是采取把美元汇率固定在某个点上，这样可以避免美元汇率波动对收入产生的影响。一些在非洲设立办事处的大型中资机构如华为和中兴通讯等也积极应对，采取发放人民币或固定汇率等方式以抵消美元汇率下跌引起的收入损失。援外医疗队员的国外津贴可以结合上述两种方式，即把美元标准的国外津贴按照固定汇率折算成人民币计发，这样可以规避因国际市场汇率起伏对队员造成的影响，援外收入得以保证，才能安心开展援外医疗工作。

其次，政策上保障援外医疗队员职业发展。给予援外医疗队员职称晋升优惠政策、或开辟评审绿色通道，需要协调人力资源社会保障部。卫生部应在部委层面与人社部协商，制定针对援外医疗队员的职称倾斜政策。同时为鼓励更多医务人员报名参加援外医疗队，卫生部应加大政策倾斜力度，明确对援外人员的照顾，如取得职称的援外人员可不受单位岗位职数限制，直接聘任相应的专业技术职务；援外医疗队员回国后派出单位必须安排其到上级相关专业机构进修学习、各派出单位在岗位竞聘中优先考虑援外医疗队员等。在科研课题方面，研究出台支持援外医疗队专业技术人员开展科学研究的优惠政策。另外，考虑到援外医疗工作是很好的锻炼方式，可以将组建医疗队纳入派员单位干部培养和考察，经过有目的的选拔，通过非洲艰苦工作的磨练，为派员单位培养出德才兼备的后备干部队伍。总体而言，只有在政策制定时候以人为本，处处从援外医疗队员角度出发，关心队员的职业发展，才能得到队员和家属对援外工作的谅解和支持；也只有兼顾好大家（国家）

和小家的利益关系，才能真正消除队员的后顾之忧，安心援外。

再次，完善援外医疗队员的社会保障。援外医疗队执行的是国家任务，而且受援国所在地大多是战乱和传染病的高发地区，对于目前国内保险公司尚未设立的险种如艾滋病、疟疾等，国家财政应当挑起保障队员的重任，拨付专项资金建立疾病统筹基金，以解决国外染病或事故伤残死亡回国后的后续赔付和处理问题。

接着，加大政策资源投入力度。中央财政要加大对援外医疗队的投入，进一步改善医疗队驻地环境和生活及文娱设施，允许援外医疗队员在国外工作期间，本人或其配偶每年可探亲一次，探亲费由国家财政负担，以减轻队员和派员单位经济负担。国家对派员单位的技术服务补贴费也应该相应提高，才能调动起医院的积极性。与此同时，各省市卫生厅应积极向地方财政申请援外工作经费，用于省市和派员单位领导赴受援国慰问队员、节日慰问家属。

最后，在派遣政策里应明确公立医院参与援外医疗的责任。派出合适的医疗队员参加援外，是公立医院的责任。国家应将援外医疗工作转化成有规划的一项医疗援助任务，从体制、机制等方面给予公立医院支持，同时鼓励国有大型公立医院以多种形式，例如承担部分派遣任务，与非洲医院建立对口支援关系，派遣医学专家开展短期手术示范和临床带教讲座，帮助非洲援建一些重点学科等形式积极参与卫生援外任务，勇于担当，发挥更大作用。

4.2.3 政策执行中：扩大宣传明确责任

第一，扩大援外医疗队宣传。得到公众支持对于解决援外医疗队派遣难很重要。应该在社会上通过多种方式宣传援外医疗队，让更多的人了解援外医疗工作，增强社会各界对援外工作的认同感，树立援外光荣意识。同时，在选拔医疗队员前，安排宣讲会，图文并茂介绍受援国概况、医疗队驻地设施，宣扬援外精神，多传播医疗队积极正面的事迹。开拓更多有效的宣传手段，向医务人员的目标群体和派员单位等的执行机构传递更多援外信息，如定期、不定期发布援外宣传简报、拍摄援外医疗队宣传片、制作展板，这些都可以起到宣传援外医疗队，改变社会对非洲、对援外的认识。

第二，切实落实援外医疗各方责任。省级卫生行政部门应根据本省派遣实际，出台各省市援外医疗队管理办法，同时卫生行政部门应与派员单位、医疗队员签署三方援外医疗责任书，明确各级卫生行政部门和医疗单位承担援外医疗任务的责任，将援外医疗任务作为各医疗派人单位的考核指标，从政策上加以规定，这样医疗单位才会在客观上重视这项工作。

5 结束语

5.1 结论

通过援外医疗政策执行力模型的分析,笔者归纳出派遣难的深层原因主要来自三方的利益冲突,即医务人员衡量经济收入、职称晋升、社会环境等因素后对援外工作积极性不高;派员单位出于经济考虑,为减少负担,没能积极配合选拔和派遣援外医疗队员工作;卫生行政部门名不正言不顺,是个光杆司令,缺乏政策支持和保障难以调动起各方积极性,最后水到渠成对派遣难问题提出笔者的对策思考,即就宏观层面而言,从中国对外援助总体考虑,建议完善决策体制建设和建立保障机制,完善部际协调机制;就微观层面而言,就援外医疗队而言,应采取提高队员待遇、加大财政投入、加强对外宣传等手段。

由于医疗队涉及的派出省份较多、时间紧,加上援外医疗队是为国家外交服务,派遣过程中的一些数据因为涉密没能收集齐全,使论文缺乏数据支持。另外由于广东省援外医疗队承派地级市较为分散,回国后的队员工作忙碌,也使得访谈有一定局限性。再者,鉴于笔者所处的层面较为基层,缺乏更深层次的调研和约访相关部委负责人,因此在提出对策思考时难免有些肤浅。笔者将在工作中注意继续收集材料,对文中欠合理部分予以修正。

5.2 展望

随着世界政治经济以及国内形势发生深刻变化,中国对外医疗援助道路不再一帆风顺,派遣难只是诸多问题中凸显的一个,其余困难也不容忽视。

中国在变: 20世纪70年代中国全面推行计划生育政策,并在1982年定为基本国策。如今第一代独生子女已成长至中年,正是援外医疗队员年龄集中阶层,是医疗队中坚力量。不像60后、70后的大家庭,没有兄弟姐妹的80后夫妻要赡养四个老人和抚养至少一个孩子,队员就是三个家庭的顶梁柱,强烈的责任感和沉重的家庭负担使得他们更加不会主动参加援外医疗队,使派遣难度增大。

非洲在变: 很多与中国有着良好关系的非洲国家领导人相继退任,新上任的第三世界国家领导人多数接受西方教育,属于亲英美派,对中国可能有抵触情绪,对中国援外医疗队或许不再像以前那么友善、提供那么多便利与帮助。同时,随着中国制假造假尤其是假药充斥非洲市场和中国式豆腐渣工程输出到非洲,中国产品已经被打上了伪劣商品的印

记。经济与政治掺杂，加上被肆虐传播的“街上的狗被中国人给捉了吃”的特有文化现象，一定程度上破坏了非洲人民对中国的友好感情。在这样的大环境下，援外医疗队也不能独善其身，几十年建立起来的光辉形象不可避免受到波及和严重冲击。

世界在变：当今世界政治错综复杂，第三世界国家成为全球经济新一轮的战略重点，一些西方国家从自身利益出发，加大了对发展中国家医疗卫生的援助力度。与此同时，进入 21 世纪以后，无论是国际卫生合作还是中非卫生合作都发生了不少新的变化，合作渠道和方式呈现多样化发展趋势。

与此同时，一些国家看到中国积极推进对非外交的成果，希望也能从非洲市场中分一杯羹，维持并加强对这块资源丰富的大陆的影响力。2013 年 3 月日本外务大臣在埃塞俄比亚首都亚的斯亚贝巴主持第五届非洲发展东京国际会议部长级筹备会议时，宣布将实施新的一揽子援非计划，其中包括向非洲国家提供大约 5.5 亿美元援助^①。非洲、亚洲等地区将近 70 个国家的外交部长和其他部长级官员，以及联合国、世界银行等大约 60 个国际组织的代表参加了筹备会议，日本欲借此机会强化日非关系。

近年来中国与非洲的新型战略关系发展迅速。2013 年习近平当上国家主席后首先对俄罗斯和非洲三国进行国事访问^②，充分体现了中国对中非关系的高度重视，从中释放出中国外交信号。

新的形势面临新的挑战，中国援外医疗工作任重道远。为有效推进医疗队的发展，相关部门应把调整和优化援外医疗队派遣政策提上日程，切实解决实际执行中的派遣难、管理难等一系列问题，从政策上为援外医疗队继续发挥余热提供保障，使援外医疗队更好地为国家外交服务。

^① 见人民网,<http://world.people.com.cn/n/2013/0318/c157278-20819330.html>, 2013 年 4 月 5 日可访问

^② 国家主席习近平于 3 月 22 日至 30 日对俄罗斯、坦桑尼亚、南非和刚果进行国事访问,见人民网,<http://politics.people.com.cn/n/2013/0318/c1001-20828725.html>, 2013 年 4 月 5 日可访问

参考文献

- [1]陈振明.公共政策分析[M].北京:中国人民大学出版社,2002
- [2]丁韶彬.大国对外援助[M].北京:社会科学文献出版社,2010
- [3]李而炳.21世纪前期中国对外战略的选择[M].北京:时事出版社,2004
- [4]美国国会经济委员会.毛泽东以后的中国经济[M].北京:中国财政经济出版社,1980
- [5]宁骚.公共政策学[M].北京:高等教育出版社,2003
- [6]孙兰芝,胡启生.公共政策分析和规划的初步方法[M].北京:华夏出版社,2002
- [7]王泰平.新中国外交50年[M].北京:北京出版社,1999
- [8]王泰平.中华人民共和国外交史第三卷:1970-1978[M].北京:世界知识出版社,1999
- [9]王逸舟主编.中国对外关系转型30年(1978-2008)[M].北京:社会科学文献出版社,2008
- [10]杨寅.行政决策程序、监督与责任制度[M].北京:中国法制出版社,2011
- [11]周弘.对外援助与国际关系[M].北京:中国社会科学出版社,2002
- [12]陈德铭.努力开创援外工作新局面——深入贯彻落实全国援外工作会议精神[J].求是,2010(10)
- [13]丁旭虹,张大庆.早期中国医疗队在非洲(1963年-1978年)——在医学、政治和文化之间[J].医学与哲学,2010(8)
- [14]洪笈,柳云飞.影响公共政策执行的要素分析[J].理论探讨,1999(1)
- [15]胡栋梁.影响公共政策有效执行的因素:分析与对策[J].兰州学刊,2003(6)
- [16]胡建梅,黄梅波.中国对外援助管理体系的现状和改革[J].国际经济合作,2009(10)
- [17]黄海波.中国对外援助机制:现状和趋势.国际经济合作[J],2007(6)
- [18]黄梅波.中国对外援助机制:现状和趋势[J].国际经济合作,2007(6)
- [19]黄海波,胡建梅.中国对外援助管理体系的形成和发展[J].国际经济合作,2009(5)
- [20]肯尼斯金.中国与非洲的伙伴关系[J].国际政治研究,2006(4)
- [21]李安山.为中国正名:中国的非洲战略与国家形象[J].世界经济与政治,2008(4)
- [22]李安山.全球化视野中的非洲:发展、援助与合作——兼论中非关系中的几个问题[J].西
亚非洲,2007(7)
- [23]李安山.中国援外医疗队的历史、规模及其影响[J].外交评论,2009(1)

- [24]李小云,武晋.中国对非援助的实践经验与面临的挑战[J].中国农业大学学报,2009(4)
- [25]刘欣路.浅谈中国援也门医疗队与中也医疗卫生合作[J].吉林中医药,2009(6)
- [26]刘振国,郑玉荣.对援外医疗队改革的几点思考[J].医学研究通讯,1997(10)
- [27]吕博.改革援外医疗工作促进互利合作深入发展[J].发展与合作,1997(12)
- [28]毛小菁.中国对外援助方式回顾与创新[J].国际经济合作,2012(3)
- [29]施士德.新形势下援外医疗工作的建议[J].中国卫生资源,2005(5)
- [30]王桂林,谢少波,王旭梅.援外医疗面临的困惑和思考[J].医学与哲学,2008(5)
- [31]王蔚,朱慧博.简析改革开放以来中国的对外援助[J].毛泽东邓小平理论研究,2008(8)
- [32]卫生部国际合作司.加强实施新战略改革援助非洲医疗工作[J].西亚非洲,2003(5)
- [33]张春.医疗外交与软实力培养——以中国援非医疗队为例[J].现代国际关系,2010(3)
- [34]张海冰.论中国援外不附加政治条件原则的理论基础及现实意义[J].当代亚太,2009(6)
- [35]张慧芸.影响公共政策有效执行的因素分析[J].法制与社会,2004(4)
- [36]张健.影响公共政策有效执行的因素与对策[J].新西部,2007(20)
- [37]周弘.中国援外六十年的回顾与展望[J].外交评论,2010(5)
- [38]周鉴平.对我国援外医疗队有关问题的探讨[J].卫生经济,1984(3)
- [39]王宁军.中国援外医疗研究(1963-2003)[D].华中师范大学,2009
- [40]许文颖.上海援摩洛哥医疗队研究(1975-1985)[D].华东师范大学,2011
- [41]陈风彩.同是援非为何中西效果迥异[N].中国社会科学院报,2009-01-13
- [42]崔鹏.中国对外援助体现发展中国家负责任立场[N].2010-08-26
- [43]李荣民.如何提高中国对外援助工作水平[N].学习时报,2006-08-07
- [44]薛宏.中国援外走过60年[N].国际商报,2010-08-14
- [45]中华人民共和国国务院新闻办公室.中国的对外援助[N].人民日报,2011-04-22
- [46]Anderson G,Sotir Hussey. *Influencing Government Policy*[G]. Oxford Handbook of Public Health.Oxford University Press,2006
- [47]Brautigam Deborah.*The Dragon's Gift: The Real Story of China in Africa*[M]. Oxford University Press,2009
- [48]Center for Strategy & International Studies. *China's Health Aid in Africa*[G].2011
- [49]Elizabeth Porter,Lesley Coles. *Policy and Strategy for Improving Health and Wellbeing*[M].Learning Matters Ltd,2011
- [50]Gill Walt, Gibson L. *Reforming the Health Sector in Developing Countries: The Central*

Role of Policy Analysis[J]. *Health Policy and Planning*,1994

[51]Huang Yanzhong.*Domestic Factors,Foreign Aid Policy Process,and China's Health Aid Program in Africa*[G].2011

[52]Jeremy Youde.*China's Health Diplomacy in Africa*[J].*China: An International Journal*,2011(9)

[53]William Craig Vanderwagen.*Health Diplomacy:Winning Hearts and Minds through the Use of Health Interventions*[J]. *Military Medicine* 2006(3)

附录

一、 访谈记录表

序号	访谈编号	访谈时间	访谈地点	访谈对象	备注
1	20121115B	2012.11.15 上午	茂名市卫生局办公室	B, 女, S 医院副院长	派员单位领导
2	20121203P	2012.12.3 下午	广州市 S 医院办公室	P, 男, 42 岁, S 医院外科医生	首批援加纳医疗队员
3	20121204L	2012.12.4 上午	惠州市 H 医院办公室	L, 女, H 医院副院长	派员单位领导
4	20121204W	2012.12.4 下午	惠州市 A 宾馆	W, 男, 35 岁, F 医院内科医生	第 25 批援赤道几内亚医疗队员
5	20121204Y	2012.12.4 下午	惠州市 A 宾馆	Y, 女, 42 岁, X 医院妇科医生	第 25 批援赤道几内亚医疗队员
6	20121204F	2012.12.4 下午	惠州市 A 宾馆	F, 男, 46 岁, Y 医院骨科医生	第 25 批援赤道几内亚医疗队员
7	20121204D	2012.12.4 下午	惠州市 A 宾馆	D, 女, 38 岁, Y 医院内科医生	第 25 批援赤道几内亚医疗队员
8	20121205R	2012.12.5 上午	广州市 H 医院办公室	R, 男, 45 岁, H 医院内科医生	首批援加纳医疗队员
9	20121210X	2012.12.10 上午	汕头市卫生局办公室	X, 男, 31 岁, Z 医院外科医生	第 24 批援赤道几内亚医疗队员
10	20121210C	2012.12.10 上午	汕头市卫生局办公室	C, 男, 43 岁, Z 医院心内科医生	第 24 批援赤道几内亚医疗队员
11	20130110Y	2013.1.10 上午	省卫生厅二楼会议室	Y, 女, 47 岁, R 医院心内科医生	第 2 批援加纳医疗队员
12	20130110Q	2013.1.10 上午	省卫生厅二楼会议室	Q, 男, 57 岁	省卫生厅援外医疗队管理负责人
13	20130110C	2013.1.10 上午	省卫生厅二楼会议室	C, 男, 35 岁, E 医院外科医生	第 2 批援加纳医疗队员
14	20130226J	2013.2.26	网络访谈	J, 男, N 医院	派员单位人事处负责人
15	20130228D	2013.2.28	网络访谈	D, 女, Y 医院	派员单位财务科负责人

二、 对援外医疗队员访谈提纲

- 1、 你当初是自愿报名参加医疗队的吗？
- 2、 之前你了解援外医疗队吗？听说过吗？从哪里知道？
- 3、 是什么原因驱使你主动报名？/是什么原因使得你不主动报名？
- 4、 当初医院选派你作为候选对象参加面试时候你心态如何？医院推荐候选队员的程序是怎样的？公开透明吗？
- 5、 医院为鼓励更多医务人员报名出台了什么优惠政策吗？
- 6、 家里人对你准备参加援外医疗队有什么反应？他们的决定对你影响大吗？
- 7、 确定为援外医疗队员后，你有没有跟以前的老队员或正在执行援外任务的队员联系沟通？你跟他们了解什么情况为主？了解情况后思想有没有反复？
- 8、 到达非洲后，你觉得跟你去之前想象的环境差别大吗？
- 9、 回国后，你发现参加援外的 2 年什么失去最多？你会向其他医务人员推荐援外医疗队吗？
- 10、 请你给卫生行政部门提建议，应如何提高医疗队员参加援外的积极性。

三、 对派员单位访谈提纲

- 1、 接到上级卫生行政部门下达的组建援外医疗队文件后，是怎样组织开展选拔工作的？反应热烈吗？初次报名的医务人员在数量上和能力上能否符合文件要求？
- 2、 派出一名医务人员参加医疗队，医院负担重吗？分别是哪些方面的支出？
- 3、 医院制定出什么优惠政策鼓励医务人员参加援外？
- 4、 医务人员会以同意参加医疗队为由向医院提出经济和政治上的要求吗？
- 5、 医务人员对于选派援外医疗队与选派应急救灾医疗队的反应有差异吗？
- 6、 你认为医院给予队员的工资成本里面，国家、省和医院三方应各负担多少？
- 7、 队员出国期间，医院有专人与家属联系吗？队员会因为非洲工作环境缺医少药而向医院打报告申请帮助吗？
- 8、 对卫生行政部门如何做好援外医疗工作有什么意见与建议？

四、 对卫生行政部门的访谈提纲

- 1、目前在选派援外医疗队选派方面遇到的最大困难的是什么？你们是如何解决？
- 2、目前对坚决不参加医疗队的队员或随便应付上级任务的派员单位有没有处分规定？
- 3、上一级卫生主管部门有针对援外医疗工作下来调研吗？你们有没有向上一级卫生主管部门反映当前存在的困难？问题反映后有得到有效解决吗？
- 4、国家对援外医疗队的经费投入足够吗？应该在哪方面增加投入？

致谢