联 合 国 A/HRC/59/48

大 会

Distr.: General
22 April 2025
Chinese
Original: English

人权理事会
第五十九届会议
2025 年 6 月 16 日至 7 月 11 日
议程项目 3
促进和保护所有人权——公民权利、政治权利、
经济、社会及文化权利，包括发展权

卫生和照护工作者是健康权维护者

人人有权享有能达到的最高标准身心健康特别报告员特拉伦・莫福肯的报告

概要

在本报告中，人人有权享有能达到的最高标准身心健康问题特别报告员特拉伦・莫福肯重点讨论作为健康权主要保护者——人权维护者——的卫生和照护工作者的情况。

特别报告员研讨卫生和照护工作者支持享有健康权和相关人权的能力。她详细讨论他们的身心健康状况、安全、薪酬和工作场所的公正性，这些都是他们提供优质的医疗保健服务所须具备的要素。

她从权利持有者和寻求医护者权利保护者的角度对卫生和照护工作者进行研讨，因为这两个方面相互关联。她重点述及以下特定情形：卫生和照护工作者保护患者的健康权和其他各项权利，包括性健康和生殖健康权的情形；保护面临暴力——无论是私人生活中的暴力还是国家造成的暴力——的患者的权利的情形，以及保护处于冲突和危机局势中的人士的权利的情形。

特别报告员认为，医疗是一种促进人权的手段。卫生和照护工作者对于一项可一视同仁地保障卫生设施、物品和服务的基于人权的卫生保健系统来说至关重要。

请回收

一. 导言

1. 卫生和照护工作者对于实现和维护健康权至关重要。卫生和照护工作者深深植根于社会结构中，是卫生系统的支柱，负责提供预防、治疗和姑息治疗服务，并满足个人和社区的需求。他们处于独特的地位，发挥着促进卫生保健公平的作用。就此而言，要实现所有人的健康权，就必须维护卫生和照护工作者人身的权利，确保他们能够并有能力开展至关重要的工作。

2. 卫生和照护工作者面临着一些挑战，这些挑战会损害他们的福祉和提供优质护理的能力。这些挑战相互关联，属于结构性挑战。它们往往会使工作条件变得不公平、不健康和不安全，使工作量难以应付，造成职业危害，职业发展机会不平等，并使一些工作者遭受骚扰和暴力侵害。

3. 卫生和照护工作者面临的挑战反映卫生不平等，也会加剧这种不平等，从而形成多种形式的歧视，这些歧视对某些向来处境脆弱的工作者 — 黑人、妇女、LGBTQIA+人士和外国出生/合格的专业人员 — 有着极大的影响，因为这些人士参与工作场所，有着亲身经历。在这种背景下，歧视可以有多种形式：孤立、恐吓、阻碍职业发展、劳动做法不公平、薪酬不平等、担任领导岗位的机会有限以及直接侵犯等。卫生和照护工作者多样性的缺乏转而也会使边缘化群体人士的护理方面出现差异，并使其待遇缺乏公正性。

4. 卫生和照护工作者与更大的社会体系交织在一起。卫生和照护工作者是联系患者和卫生系统的主要纽带，他们影响着资源获取、资金提供和行政支持等系统性问题，也受这些问题的影响。随着市场驱动的医疗体系越来越将医疗视为一种商品，降低亏损，提高利润有时重于个人福祉。在这种情况下，卫生和照护工作者本身可能被视为商品。

5. 为本报告的目的，特别报告员将卫生和照护工作者定义为包括所有从事以加强和提供医疗保健为主要目的的活动的人士。这涵盖范围广泛的大量专业人员，包括医生、护士、助产士、药剂师和相关工作人员，如家庭和社区环境中的直接照护人员等。这些人员在多个不同部门工作，包括公共、私营、非政府环境以及、农村、跨文化和基于信仰的环境等。

6. 在本报告中，特别报告员对卫生和照护工作者作为健康权维护者所发挥的作用进行探讨。由于可能发生的与健康权有关的侵权行为的性质，必须将卫生和照护工作者是为人权维护者，他们确保健康保护制度的权利，为人们享有可达到的最高健康标准提供平等的机会。特别报告员认为，卫生和照护工作者在履行职责过程中处于独特地位，必将充当强有力的人权维护者，因而须得到支持和保护，尤其是在为谋求正义而面临威胁的情况下。能否成功，取决于卫生和照护工作者自身享有的健康权能否得到保护、促进和实现。

二. 方法

7. 现根据人权理事会第 51/21 号决议向提交理事会提交本报告。在该决议的框架内，特别报告员将卫生和照护工作者视为实现人人享有健康权方面的一个战略优先事项。[1]

8. 在本报告中，特别报告员借鉴了前任的工作。他们将职业健康作为健康权的一个组成部分加以分析，[2] 并认为医学教育是一个会影响卫生和照护工作者履行国家提供可用、易于获得、可接受和高质量的医疗保健义务的能力的因素。[3]

9. 为编写本报告，特别报告员发出了提供投入请求，请利益攸关方从实质性平等的角度，包括采用跨部门、反种族主义和反殖民主义方法，交流实际经验和知识。[4] 特别报告员对提供投入的利益攸关方表示感谢。

三. 法律框架

A. 国际人权法

10. 健康权载于《经济社会文化权利国际公约》第十二条，该条规定，人人有权享受可能达到之最高标准之身体与精神健康。其他国际人权文书也维护这项权利，这些文书有：《世界人权宣言》(第二十五条)、《消除一切形式种族歧视国际公约》(第五条(辰)款第(4)项)、《消除对妇女一切形式歧视公约》(第 11 条第 1 款(f)项和第 12 条)、《儿童权利公约》(第 24 条)、《保护所有移徙工人及其家庭成员权利国际公约》(第 28 条和第 43 条)、《残疾人权利公约》(第 25 条)。此外，健康权已经在一些区域人权文书中得到承认，或是通过直接裁定，要么是将其与其他权利联系在一起。这些文书包括《非洲人权和民族权宪章》(第 16 条)、《美洲人权公约》(第 26 条)及其《经济、社会和文化权利领域附加议定书》(圣萨尔瓦多议定书)(第 10 条)等。

11. 经济、社会及文化权利委员会在其第 14 号一般性意见(2000 年)中强调，健康权要求所有国家拥有足够数量的公共卫生和保健设施，其中包括训练有素的医疗和专业人员，其薪酬在国内具有竞争力。委员会还认为，卫生设施、物品和服务也必须不受歧视地向所有人开放，尤其是向脆弱或边缘化群体开放，而且这种开放不仅限于物质上的开放，还包括其他方面，如负得起性和信息的开放等。此外，卫生设施、物品和服务必须在文化上恰当，尊重医学道德，包括保密等。此外，卫生设施、物品和服务必须在科学和医学上恰当，这包括关于熟练医务人员的要求。[5]

12. 经济、社会及文化权利委员会在其一般性意见中确认，所有经济、社会、文化权利，包括健康权，都包含逐步实现和立即生效的义务。各国必须保证所有权

[1] A/HRC/47/28.

[2] A/HRC/20/15.

[3] A/74/174.

[4] OHCHR | Call for input: health and care workers as key protectors of the right to health.

[5] 经济、社会及文化权利委员会，第 14 号一般性意见(2000 年)，第 4-17 段。

利的行使不受歧视，包括煽动歧视和骚扰。此外，各国必须立即采取审慎、具体和有针对性的步骤来实现权利。例如，这些步骤发展成为采取立法措施或提供司法补救的义务。[6]

13. 维护和捍卫所有人的健康权也意味着保障卫生和照护工作者的权利，实现他们享有公正和良好工作条件的权利。这既是健康的一个基本决定因素，也是《经济社会文化权利国际公约》(第七条)和其他国际和区域人权文书规定的一项独立权利。

14. 《经济社会文化权利国际公约》第七条规定了国家在享有公正和良好工作条件权利方面的四项具体义务。首先，各国必须确保薪酬足以为所有工作者提供公平的工资和同工同酬，不受任何形式的歧视，使他们能够达到适足的生活水平。此外，报酬应足以使人们享受其他权利，如社会保障权、健康权和教育权等。这突出表明，《公约》所保护的各项权利相互依存，不可分割。第二，各国必须确保安全卫生之工作环境。第三，雇用、晋升和解雇不得带有歧视性，国家必须提供完全基于资历和能力考虑的平等晋升机会。这一要素规定了一项义务，即颁布不歧视立法以保障平等待遇，包括采取加速实现事实上的平等的暂行特别措施以及建立监测机制等。第四，各国必须确保工作者获得足够的休息、休闲和合理的工作时间限制。这承认需要在个人的职业、家庭和个人生活的不同层面之间取得平衡，以避免与工作有关的压力、事故和疾病。[7]

15. 要落实公正、良好的工作条件，就须确保免受身心骚扰包括性骚扰。人身自由和安全权载于《公民及政治权利国际公约》第九条，并在若干其他国际文书中得到承认。人权事务委员会表示，“人身安全涉及身心免受伤害或身心完整”，《公约》缔约国必须采取适当措施处理弱势脆弱群体一贯遭受暴力侵害的问题。[8]同样，卫生和照护工作者应该能够在没有暴力的最佳条件下从事工作，以维护健康权。[9]

16. 医疗保密必须被理解为受到隐私权的保护，因为保健数据涉及个人的敏感信息。任何限制都必须符合合法性原则，并满足证明其合理性的要求。[10]

17. 健康权和获取信息权的一个基本要素是对治疗的知情同意权，与自主权、保密性和隐私相关，因为所有人都有控制自己健康和身体的自由。知情同意是医疗实践的一个必要条件，遵守知情同意的义务具有即时性。因此，为保护患者和卫生和照护工作者本人，必须对卫生和照护工作者进行知情同意培训。

18. 平等和不受歧视的权利载于各项人权文书，包括《公民及政治权利国际公约》(第二十六条)和《经济社会文化权利国际公约》(第二条)。这是一项贯穿各领域的原则，强调包括健康权在内的所有权利。[11] 不歧视和平等对于行使和享有其他人权至关重要。各国有义务消除形式上和实质上的歧视。

---

[6] 经济、社会及文化权利委员会，第 3 号一般性意见(1990 年)和第 20 号一般性意见(2009 年)。

[7] 经济、社会及文化权利委员会，第 23 号一般性意见(2016 年)，第 32-34 段。

[8] 人权事务委员会，第 35 号一般性意见(2014 年)，第 3-9 段。

[9] A/HRC/50/28, 第 76 和 77 段。

[10] 美洲人权法院，Manuela 等诉萨尔瓦多，判决，2021 年 11 月 2 日，第 204 和第 216 段。

[11] Committee on Economic, Social and Cultural Rights, general comment No.14 (2000), para. 18.

19. 为保障卫生和照护工作者的权利，需要消除工作场所基于禁止理由的障碍，以便同时处理实质性歧视。从历史上看，这些障碍尤其对妇女和黑人产生了负面影响。面对这些障碍，需要采取行动，如采取积极措施纠正事实上的歧视等。[12]

20. 重要的是，在卫生系统中，歧视不仅影响到卫生和照护工作者，而且还影响到与他们互动的人。即使扩大覆盖面或实现全民健康覆盖，健康不平等仍难以消除，这意味着一些结构性因素，如种族主义、性别歧视、性别暴力和公民身份等，会助长这些不平等现象的普遍存在。

B. 国际劳工法

21. 根据国际劳动法，各国承担着更多保护卫生和照护工作者的权利的义务。国际劳工组织 1998 年《关于工作中的基本原则和权利宣言》申明，国际劳工组织(劳工组织)成员国承担着因加入该组织成员所产生的义务，即使它们尚未批准体现这些义务的劳工组织公约。[13] 最初的宣言概述了四项基本原则：(a) 结社自由和切实承认集体谈判权；(b) 消除一切形式的强迫和强制劳动；(c) 切实废除童工劳动现象；(d) 消除就业和职业方面的歧视。2022 年 6 月，针对冠状病毒病(COVID-19)大流行，劳工组织增加了享有安全和健康工作环境的权利，将其作为第五项基本原则。[14]

22. 1958 年《(就业和职业)歧视公约》(第 111 号)是批准国数目最多的劳工组织公约之一，得到了 175 个成员国的批准。该公约规定各国有义务禁止歧视(第 1 条)。

23. 1951 年《同酬公约》(第 100 号)──174 个成员国批准了该公约──规定，男女须因从事同值工作而获得相同报酬。这项公约对卫生和照护工作者特别重要，因为妇女至少占全球卫生工作者的 67%。[15]

24. 《1977 年照护工作者公约》(第 149 号)对已批准该公约的 41 个成员国具有约束力。

C. 国际人道法

25. 国际人权法涵盖包括战争在内的环境，但国际人道法严格限于达到武装冲突门槛的情形。[16] 这些情形可以是国际武装冲突，也可以是非国际武装冲突。在

[12] 经济、社会及文化权利委员会，第 23 号一般性意见(2016 年)，第 9 和第 47 段。

[13] 劳工组织关于工作中的基本原则和权利宣言及其后续行动，国际劳工大会第 86 届会议(1998 年)通过，并在第 110 届会议(2022 年)上修订，可查阅 https://www.ilo.org/resource/conference-paper/ilo-1998-declaration-fundamental-principles-and-rights-work-and-its-follow。

[14] 同上，p. 9。

[15] 见 https://www.who.int/activities/value-gender-and-equity-in-the-global-health-workforce#:~:text=Women%20account%20for%2067%25%20of,around%205%20billion%20people%20worldwide。

[16] 1949 年 8 月 12 日日内瓦四公约共同第二条。

这两种情形中，国际人道法适用国际人权法并对其加以补充，以规范武装冲突各方的行为。[17]

26. 国际人道法主要在 1949 年 8 月 12 日日内瓦四公约及其附加议定书中得到规定，并以人道、区别、相称性和军事必要性等基本原则为基础。区分原则要求武装冲突各方绝不攻击包括医院、卫生设施和平民卫生和照护工作者在内的平民目标。

27. 根据国际人道法，冲突各方都必须履行适用于他们的保健和护理工作义务。[18] 所有各方必须确保尊重和保护所有从事医疗工作的医务人员和人道主义人员、[19] 他们的运输工具和设备、医院和其他医疗设施，以及参与提供保健和护理服务的其他平民。[20]

28. 国际人道法要求武装冲突各方采取切实措施，防止和终止暴力侵害医务人员和设施的行为，确保追究侵权行为的责任，[21] 并制定有效措施，加强保护和尊重医务人员、医院、医疗设施和运输的义务，包括在国内立法中这样做。[22]

29. 还鼓励各方收集和报告专门从事医疗工作的医务人员和人道主义人员、其交通工具和医疗设施受到阻挠、威胁和人身攻击的数据，并交流这方面的挑战和良好做法。[23] 同样重要的是，违反国际人道法行为的受害者，包括医务人员，应得到公平和充分的赔偿。

30. 各国以及相关的非国家行为者应致力于对卫生和照护工作者、国家雇员和公众进行关于人道法和冲突中提供卫生服务的具体和适当的教育。提高对人道、公正、中立和独立原则的认识，可改善公众对冲突地区医务人员的看法。

四. 照护工作者的定义

31. 照护经济占全球就业总人数的 11.5%，在确保个人和社区的健康和福祉方面发挥着关键作用。[24] 然而，在国际文书、国家立法和学术研究中，照护工作者的定义各不相同。世界卫生组织(世卫组织)认为，严格来说，卫生和照护工作者包括无报酬护理提供者和任何“主要目的为增进健康”的人，例如在家中提供直

[17] United Nations, Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, *International Legal Protection of Human Rights in Armed Conflict* (United Nations publication, Sales No. E.11.XIV.3, p. 1.

[18] 安全理事会第 2286(2016)号决议。

[19] 《改善战地武装部队伤者病者境遇之日内瓦公约》(《日内瓦第一公约》)，第二十四条；《1949 年 8 月 12 日日内瓦四公约关于保护国际性武装冲突受难者的附加议定书》(第一议定书)；《1949 年 8 月 12 日日内瓦四公约关于保护非国际性武装冲突受难者的附加议定书》(第二议定书)。

[20] 安全理事会第 2286(2016)号决议；《日内瓦第一公约》第二十四条；《1949 年日内瓦四公约第一附加议定书》。另见安全理事会第 2439(2018)号决议。

[21] 安全理事会第 2286(2016)号决议。

[22] 《日内瓦第一公约》第二十四条；《1949 年日内瓦四公约第一附加议定书》；《1949 年日内瓦四公约第二附加议定书》。

[23] 安全理事会第 2286(2016)号决议。

[24] ILO, “Migrant workers in the care economy” (Geneva, 2024), p. 1.

接个人护理服务的人，包括照顾生病子女的父母等。[25] 有偿工作者的分类十分复杂，因而照护工作者及其在卫生系统中的作用的界定变得更加困难。

32. 特别报告员认识到，有必要处理在对照护工作者进行界定方面存在的困难，以及这一困难对制定政策和法律框架产生的影响。不过，在本报告中，她无意进行这种讨论，也不打算提出一个关于卫生和照护工作者的持久定义。

五. 健康的决定因素及其对卫生和照护工作者的影响

33. 卫生和照护工作者维护健康权和其他健康相关权利的能力的决定因素，不只是个人选择或专业知识。一项健康的社会决定因素也会影响到这种能力。这些决定因素可以促进或限制卫生和照护工作者提供保健的能力，同上反映基于社会经济地位、族裔、种族、性别、移民身份和其他因素的差异。[26]

34. 分配到社会经济地位较低的地区工作的卫生保健工作者，可能会因所涉地区缺乏适当的卫生保健资源而住在有危害的住房中，面临粮食不安全，承担极大的工作量。这转而会使这些卫生和照护工作者更可能患高血压和中风等疾病，增加他们感染传染病和身体受伤的风险，并可能使他们的心理健康和福祉严重恶化。这些健康的社会决定因素因社会群体和社会地位的不同而有很大差异，对护理提供者及护理的提供方式产生影响。

35. 健康的政治决定因素，或规范、政策和做法，也会对卫生和照护工作者享受和维护健康权及其他与健康相关的权利的状况产生影响。例如，在 COVID-19 疫情期间，疫苗和卫生保健作为一种政治手段的使用对全球医生和护士的健康状况产生了广泛的影响。一些官员称 COVID-19 是一场骗局，他们嘲笑抗疫工作，并称某些未经证实的疗法可减少疾病的传播。由于这种政治影响——施加这种影响者没有面临任何后果——患者因此没有采取适当的预防措施，这增加了因感染 COVID-19 而住院的人数，并大大增加了许多卫生工作者的工作量。[27]

36. 健康的商业决定因素，或直接或间接影响人们健康的私营部门活动，以及有利的政治经济制度和规范，也影响卫生和照护工作者享有健康权。[28] 卫生和照护工作者的个人防护设备往往为男性设计，尽管妇女占保健工作人员的 67%。[29] 感染风险的上升带来的压力——有时不合身的个人防护设备造成了感染——以及感染本身都会对女性卫生和照护工作者的身心健康造成有害影响。

[25] WHO, *The world health report 2006: working together for health* (Geneva, 2006).

[26] 见 https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1。

[27] Christine A. Sinsky and others, “Politicization of medical care, burnout, and professionally conflicting emotions among physicians during COVID-19”, *Mayo Clinic Proceedings*, vol. 98, No. 11 (November 2023), pp. 1613–1628.

[28] 见 https://www.who.int/health-topics/commercial-determinants-of-health#tab=tab_1。

[29] 见 https://www.who.int/activities/value-gender-and-equity-in-the-global-health-workforce。

37. 卫生和照护工作者表示，他们因保险问题而经历了道德冲突。他们表示，他们由于保险考虑而不让或限制患者接受治疗。[30] 他们只得不断做出决定，兼顾患者的健康和经济需要，这又会带来压力。

38. 法律战略有助于确保卫生和照护工作者获得适当的保健服务、住房、食物、社会支持系统和防护设备。

六. 公平：卫生和照护工作者

39. 为实现健康权，必须处理延续和加剧卫生领域的不平等的系统性因素。在这种背景下，卫生和照护工作者对于制定和实施促进健康公平的战略至关重要，因为他们既看到而又驾驭着健康的社会决定因素对人的影响。

40. 卫生和照护工作者往往易受歧视性做法伤害。某几类卫生和照护工作者——包括黑人和棕色人种、妇女、LGBTQIA+人士和移民，以及其他人群——工作的环境具有挑战性，资源不足，有时甚至十分危险，因此极易受到伤害，因而面临双重侵害危险。[31] 对 LGBTQIA+工作人员和患者的羞辱和歧视会导致服务不足，甚至不提供服务，卫生和照护工作者没有接受关于 LGBTQIA+人士——无论其为同行卫生和照护工作者还是患者——的需求的足够教育和培训。[32]

41. 特权和劣势制度以多重和交叉的方式影响卫生和照护工作者，贯穿他们的日常个人和职业生活。例如，卫生和照护工作者是患者偏见的目标，这表现为“基于其社会身份特征贬低临床医生的行为或语言使用”。[33] 虽然这种偏见可能是公开的，如患者拒绝护理，但也可能是更微妙的，如质疑临床医生的作用、非言语的不尊重、专业诋毁、种族成见、询问工作人员的背景和调情。[34]

42. 种族和族裔少数群体在职业发展过程中面临更大的进入壁垒和重大障碍，包括获得领导职位的机会有限。例如，在美利坚合众国，研究发现，只有 5.7%的医生认为自己是黑人或非裔美国人，[35] 这可能使他们感到被孤立、被忽视，并被视为局外人。根据 2022 年初进行的一项调查，护士报告说面临来自病人和同事的歧视。[36] 反过来，卫生和照护工作者缺乏多样性会对来自边缘群体的患者接受的护理质量产生负面影响，因为文化能力和对不同健康经历的理解对于有效的患者护理至关重要。

---

[30] 见 https://www.ama-assn.org/practice-management/prior-authorization/health-insurance-denials-delayed-care-and-medication-access。

[31] A/HRC/42/41，第 25 段。

[32] 见 https://www.who.int/activities/improving-lgbtqi-health-and-well--being-with-consideration-for-sogiesc。

[33] Kimani Paul-Emile and others, “Addressing patient bias toward health care workers: recommendations for medical centers”, *Annals of Internal Medicine*, vol. 173, No. 6 (September 2020), pp. 468–473.

[34] Margaret Wheeler and others, “Physician and trainee experiences with patient bias”, JAMA Internal Medicine, vol. 179, No. 12 (October 2019), pp. 1678–1685.

[35] 见 https://www.aamc.org/news/what-s-your-specialty-new-data-show-choices-america-s-doctors-gender-race-and-age。

[36] 见 https://statnews.com/wp-content/uploads/2023/05/rwjf473632.pdf。

43. 如果不解决性别动态问题，保健和护理劳动力中的平等差距就无法弥合。在全球范围内，妇女占卫生和护理劳动力的 67%。然而，她们只占据大约四分之一的领导职位。[37] 在世界各地，妇女，特别是来自弱势背景的妇女，比她们的男性同行得到的报酬少。[38] 造成男女薪酬差距的一个因素是社会中的既定角色，妇女承担着无偿照护和家务劳动，因而在加入劳动力队伍方面受到限制或制约。

44. 除了须面对造成移徙的根本原因，如教育和职业机会有限以及政局不稳定，移徙卫生和照护工作者还面临适应工作场所的挑战，并遭遇耻辱、歧视、不良待遇和恶劣的工作条件。这一点，加上移徙工作者面临的普遍存在 12.6%的薪酬差距，以及护理部门存在的 19.6%的薪酬差距，会加剧他们的经济脆弱性。[39] 事实上，人们对以下情况越来越感到忧虑：对移徙工人的恐吓和暴力侵害，特别是针对移民的歧视性和仇外言论有所增加；使个人融入社会的长期解决办法缺乏，这种办法使他们能够向获得稳定的法律地位(如长期居留或公民身份)过渡。[40]

45. 尽管世界上有 30 多亿人居住在农村和偏远社区，[41] 但这些社区的卫生和照护工作者短缺率是城市地区的两倍多。[42] 此外，在农村和偏远社区工作的人员经常面临各种挑战，如培训机会有限和工作时间较长等。

46. 土著和非土著人口之间的健康差异仍然很大。土著卫生和照护工作者通过改善获取途径，确保服务符合文化习俗，并协助非土著人员提供符合文化习俗的保健服务，来缓解卫生不平等现象。

47. 卫生部门劳动力转移的主要驱动因素包括一个国家更广泛的社会、经济和政治气候造成的不利工作条件。这些驱动因素包括医疗用品和设备短缺、缺乏训练有素的医疗专家和医疗基础设施不足等。[43] 由于医院和诊所人员不足，工作时间过长，医疗专家不得不接收患有他们没有经过适当培训因而难以治疗的疾病者。另外，对新的医生和护士进行培训所需的有经验的工作人员缺乏。

48. 实现健康公平不仅仅是扩大覆盖面或实现全民健康覆盖。它还要求处理影响到卫生部门的潜在权力失衡问题，并思考支撑正式和实质性不平等的社会结构，以及歧视在卫生和照护工作者日常生活中的不同表现方式，包括本节所列举的直接、间接、明显、隐性歧视以及公开和隐蔽的歧视等。

---

[37] 见 https://www.who.int/publications/i/item/9789240025905。

[38] 见 https://www.un.org/en/observances/equal-pay-day。

[39] 见 https://www.ilo.org/sites/default/files/wcmsp5/groups/public/@ed_protect/@protrav/@migrant/documents/publication/wcms_763803.pdf。

[40] United Nations Network on Migration, “Guidance note: regular pathways for admission and stay for migrants in situations of vulnerability”, July 2021.

[41] 见 https://wdi.worldbank.org/table/3.1。

[42] WHO, “Retention of the health workforce in rural and remote areas: a systematic review”, Human Resources for Health Observer Series No. 25 (Geneva, 2020), p. 4.

[43] 见 https://www.who.int/teams/health-workforce/migration#:~:text=International%20health%20worker%20migration%20is,during%20the%20COVID%2D19%20pandemic。

七. 传染性和非传染性疾病

49. 卫生和照护工作者自身面临着更多的病原体和疾病，感染的风险更高。

50. 在 COVID-19 大流行期间，世卫组织估计，在 2020 年 1 月至 2021 年 5 月期间，有 8 万至 18 万名卫生工作者死于该疾病。[44] 职业接触还使卫生和照护工作者面临更大的感染病毒和疾病的风险，如乙型和丙型肝炎、艾滋病毒/艾滋病以及呼吸道感染，如冠状病毒和流感等。[45]

51. 疫情爆发和突发事件，包括大流行，大大增加卫生和照护工作者的心理健康问题。特别是，缺乏预先确立的、基于权利的指导方针来指导卫生和照护工作者关于优先事项的决策，这给他们带来了在没有明确参数的情况下自己做出决定的情感负担。

52. 由于精力衰竭、工作场所骚扰、极度疲劳以及每天经历死亡和疾病的情感代价，卫生和照护工作者越来越多地承受心理健康压力，[46] 导致同情心淡漠。这些情况可能会在身体和精神上造成巨大压力，导致抑郁、焦虑、睡眠障碍和其他精神疾病的风险增加，再加上物质滥用障碍的风险增加。[47]

53. 关于卫生和照护工作者心理健康的数据低估了心理健康问题的普遍程度，因为由于污名和医生必须自我适应的观念，工作者往往不愿意报告他们的心理健康挑战。

54. 在 COVID-19 大流行期间，现有的精神健康障碍的患病率加剧。截至 2022 年底，约 76%的卫生工作者报告说，自 2020 年第一季度以来，他们的心理健康状况恶化了。[48]

55. 倦怠与医疗差错风险增加近一倍、卷入医疗事故诉讼的几率增加、医务人员流动增加、对患者和工作感到缺席或疏远以及患者报告的不满程度更高有关。[49] 因此，改善卫生和照护工作者的心理健康结果至关重要，不仅是为了卫生和照护工作者的福祉，也是为了他们所治疗的人的福祉。

56. 许多医疗从业者表示害怕被吊销行医执照或被同事排斥。这些恐惧会导致过度依赖自我治疗，同伴支持度低，并增加卫生工作者群体的自杀风险。

57. 自杀是全球住院医师面临的一个突出问题，他们在众所周知的挑战性条件下承担着繁重的身体和精神工作量。

---

[44] 见 https://www.who.int/news/item/20-10-2021-health-and-care-worker-deaths-during-covid-19。

[45] 见 https://www.who.int/tools/occupational-hazards-in-health-sector/occupational-infections。

[46] 见 https://www.cdc.gov/vitalsigns/health-worker-mental-health/index.html。

[47] Samuel B. Harvey and others, “Mental illness and suicide among physicians”, *The Lancet*, vol. 398, No. 10303 (September 2021), pp. 920–930, available at https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9618683/.

[48] Hanan F. Abdul Rahim and others, *Our duty of care: A global call to action to protect the mental health of health and care workers* (Doha, World Innovation Summit for Health, 2022), p. 14.

[49] 同上，pp. 11, 12 和 16; 还见 https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC8137852/。

58. 准确的报告和数据收集对于解决卫生和照护工作者的心理健康挑战也至关重要。然而，仍然需要更大规模的政策干预，以改善保健和护理工作场所围绕心理健康的污名化文化。

59. 由于在医学测试和程序中使用有毒化学物质、有害辐射和其他致癌物质，卫生和照护工作者经常暴露于这些物质。这些物质包括清洁和消毒杀菌剂、汞、有毒药物、杀虫剂、乳胶和实验室试剂。由于这种暴露，卫生和照护工作者患癌症的风险更大。[50]

60. 睡眠障碍会干扰医护人员的警觉性和情绪，对医护人员的认知功能有很大影响。此外，由于非传染性疾病及其症状带来的身体不适或身体伤害而感到不适，也会对卫生和照护工作者的情绪产生重大影响。

八. 性健康和生殖健康权

61. 有效的性健康和生殖健康在很大程度上依靠健康和护理工作者。他们与公众有直接关系，因此是执行生殖政策的关键角色。然而，他们履行职责的能力往往受到各种因素的影响，包括卫生系统等级制度、资源不足、工作条件差和持续的不平等，这些因素影响到了他们的自身权利的享有及其为他人提供优质和有效护理的能力。

62. 他们提供的全面咨询以及性教育和生殖教育可以对计划生育和个人的生殖健康决策产生积极影响。

63. 特别报告员在上一份报告中谈及了国家对指称的伤害的反应的风险，尤其是在堕胎方面。就堕胎而言，会造成伤害的是定罪本身。[51] 堕胎刑罪化是对“任何寻求、获得、提供[包括通过提供与堕胎有关的药物]、援助、协助、提供循证信息或了解有人获得堕胎服务的人适用刑法”。[52]

64. 卫生和照护工作者担心被定罪、受到起诉或面临其他制裁，例如吊销他们的行医执照。与避孕、紧急避孕、堕胎或第三方授权相关的限制性法律框架成为获得性健康和生殖健康的障碍。

65. 此外，卫生和照护工作者往往必须克服直接攻击和骚扰才能提供生殖保健。在性和生殖服务方面，提供堕胎护理的卫生和照护工作者受到骚扰和暴力侵害，他们受到恐吓，在社区陷入孤立境地。

66. 个人或机构的出于良心反对(堕胎)的框架可能会对获得性和生殖保健构成障碍，并可能导致侵犯健康权。

67. 产科暴力是一种基于性别的暴力形式，包括卫生和照护工作者在分娩期间实施的不人道、虐待或疏忽治疗，以及过度官僚化和强迫医疗程序。[53] 各国应为卫生和照护工作者实施基于人权的培训和提高认识计划，解决怀孕和分娩期间构成产科暴力的行为。此外，各国应根据《关于产时护理创造积极分娩体验的世卫

[50] 见 https://www.who.int/tools/occupational-hazards-in-health-sector。

[51] A/79/177，第 1 段。

[52] 同上，第 35 段。

[53] 美洲人权法院，Beatriz 等诉萨尔瓦多，判决，2024 年 11 月 22 日，第 148 和第 149 段。

组织建议》，建立监测和问责机制，以处理虐待或暴力案件。[54] 这既可以减少产科暴力事件，又可以增强卫生和照护工作者保护性权利和生殖权利的能力。

九. 保密

68. 医疗数据的保密性源自隐私权和健康权，这是所有个人以及卫生和照护工作者本身的权利，他们可以阻止或质疑向第三方披露某些信息。[55] 由于他们的职业，这也成为卫生和照护工作者的一项义务。保证保密性对于提供可接受和可获得的卫生商品和服务至关重要，因为个人需要保证其信息得到保密，以便获得卫生服务。因此，保健服务必须“尊重保密性并改善相关人员的健康状况”。[56]

69. 卫生和照护工作者需要明确的保障和保护，以便能够实现他们的权利和履行他们的保密义务。法律和监管框架一方面保护保密性，另一方面要求报告各种情况下的患者，如产科急诊、堕胎、移民、吸毒和精神保健，这可能给卫生和照护工作者造成不必要的紧张，并可能导致系统性挑战，对所有人的健康结果产生负面影响。

70. 保密对于性健康和生殖健康至关重要。法律框架可能迫使医疗服务提供者违反保密规定，要求父母或配偶同意，或在堕胎被定为犯罪的情况下强制规定报告产科事故的义务，这与其维护医疗秘密和保密的义务相冲突。在这种情况下，被起诉的风险可能导致卫生和照护工作者向当局报告任何产科事件，即使报告的义务并不适用，或者拒绝提供保健服务。

71. 艾滋病毒携带者可能担心他们的健康信息可能会在法律诉讼中对他们不利。因此，潜在的违反保密规定会阻碍人们接受检测和披露其艾滋病毒状况，从而成为艾滋病毒/艾滋病预防、诊断和治疗的障碍。[57]

72. 对驱逐出境的恐惧可能导致移民逃避医疗保健，等到健康问题变得严重时才去寻求服务，因为他们担心有人向当局举报。为了实现健康权和与健康相关的权利，卫生设施应该是所有人都可以寻求医疗保健而不必担心执法或移民相关后果的地方。

十. 对卫生和照护工作者的骚扰和暴力侵害

73. 骚扰是指任何贬低、羞辱、激怒、警告或口头侮辱他人的行为，包括辱骂、欺凌、手势和恐吓。骚扰和辱骂、性暴力和殴打是针对卫生和照护工作者的几类最常见的暴力侵害行为。

74. 令人震惊的是，62%的卫生和照护工作者报告存在工作场所的暴力行为，其中 58%的案件构成口头虐待，12%构成性骚扰。[58] 据估计，卫生部门的工作场所

[54] WHO, *WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience* (Geneva, 2018).

[55] 经济、社会及文化权利委员会，第 14 号一般性意见(2000 年)，第 12 段(c)分段。

[56] 同上。

[57] A/79/177, 第 33 段。

[58] 见 https://www.who.int/tools/occupational-hazards-in-health-sector/violence-harassment。

暴力约占所有工作场所暴力的四分之一。[59] 特别报告员此前曾倡导在医疗保健领域营造无暴力环境，并强调保护卫生和照护工作者身心健康的重要性，因为他们是“提供可接受、可获得、负担得起和高质量的护理”的关键。[60]

75. 卫生和照护工作者中的性骚扰持续存在。性骚扰是多方面的，涵盖一系列与身体不适当的性相关的行为，包括口头和非口头行为，包括不受欢迎的挑逗或性胁迫以及性化的手势或评论等。卫生和照护工作者通常会经历性暗示、攻击性或侮辱性的言论，不当接触要求，未经同意的触摸，网络性骚扰以及性象征和性行为展示等。[61]

十一. 冲突局势中的卫生和照护工作者

76. 处于脆弱和冲突局势中的卫生和照护工作者表现出勇气和决心，确保处于最脆弱局势中的个人继续获得医疗保健，但这样做面临巨大的个人风险。在人道紧急情况下，医院、设施和运输工具有时遭到轰炸、抢劫、占领、袭击和破坏，医务工作者有时遭到威胁、绑架、伤害或被杀害。

77. 2024 年，世界卫生组织报告了 1,637 起针对医疗保健行业的袭击事件，在持续的冲突中，有 937 名卫生工作者死亡，1,774 名卫生工作者受伤。[62]

78. 医院和其他医疗设施的破坏和关闭在平民中造成了恐惧和更广泛的不安全感，特别是患有慢性疾病的病人。

79. 在巴勒斯坦被占领土，自 2023 年 10 月 7 日以来，记录在案的对卫生工作者、病人、医院和其他医疗基础设施的袭击超过 1,450 起。[63] 保护冲突中的健康联盟(一个致力于保护卫生工作者、服务和基础设施的国际非政府组织团体)查明了 761 起暴力侵害或阻碍卫生保健的事件，其中 100 多起事件特别影响到 2023 年加沙地带的卫生保健设施。[64]

80. 以色列军队的持续暴力可能构成种族灭绝，对医疗基础设施产生了重大影响。据报道，截至 2024 年 6 月底，加沙地带 28 所医院中有 22 所因袭击造成严重破坏而无法运作。[65] 由于以色列军事打击造成的破坏，加沙地带唯一的癌症

[59] Mei Ching Lim and others, “Workplace violence in healthcare settings: the risk factors, implications and collaborative preventive measures”, *Annals of Medicine and Surgery*, vol. 78 (June 2022).

[60] A/HRC/50/28, 第 76 段。

[61] Blanca Paniello-Castillo and others, “‘Enough is enough’: tackling sexism, sexual harassment, and power abuse in Spain’s academia and healthcare sector”, *The Lancet Regional Health – Europe*, vol. 34 (October 2023).

[62] World Health Organization, Surveillance system for attacks on health care, available at https://extranet.who.int/ssa/Index.aspx.

[63] 同上。

[64] 同上。

[65] OHCHR, “Thematic report: attacks on hospitals during the escalation of hostilities in Gaza (7 October 2023–30 June 2024)” (31 December 2024).

专科中心——土耳其－巴勒斯坦友好医院停止运作，致使加沙地带约 10,000 名癌症患者无法得到治疗。[66]

81. 截至 2024 年 10 月，苏丹武装部队和快速支援部队之间的冲突导致 1,100 多万人流离失所。[67] 自 2023 年 4 月爆发冲突以来，世卫组织记录了 140 多起针对苏丹医疗保健的袭击，[68] 使苏丹的医疗保健系统陷入严重危险。

82. 2023 年，有报告称，在 12 个不同的国家和地区，超过 440 名卫生工作者被逮捕或拘留。[69] 保健专业人员在大规模逮捕平民、突袭医院和沿着批准的路线行进时被拘留。独立人权组织记录了以色列军队在加沙地带任意拘留至少 310 名卫生和照护工作者的情况，这进一步加剧了该领土保健系统的退化。[70] 记录在案的国际卫生和照护工作者的证词显示，医务人员和医院基础设施一起成为目标，据报道，卫生保健工作者是以色列军方的直接目标，而不是袭击的间接受害者。[71]

83. 人们注意到，在近年来的冲突中，包括在阿拉伯叙利亚共和国、乌克兰和也门以及加沙地带发生的冲突中，医疗基础设施和卫生和照护工作者不断遭到袭击。[72] 在此类袭击后，卫生服务往往仍然中断，在危机期间获得医疗保健的机会进一步受到限制，2022 年 8 名脊髓灰质炎工作人员在阿富汗被杀，导致全国脊髓灰质炎疫苗接种运动暂停。[73] 2017 年至 2019 年期间，阿拉伯叙利亚共和国发生的对医疗保健的袭击导致袭击后第二天的门诊咨询量平均减少 51%，此后持续 37 天大幅减少。[74]

十二. 管理

84. 重要的是，战略和行动计划必须以准确和分类的劳动力数据为基础，通过突出差距和指导干预措施，实现循证决策。

85. 为了履行国际法规定的义务，各国必须实施部门间政策，保护卫生和照护工作者，减少护理点的摩擦互动。

---

[66] Ru’a Rimawi, Bram Wispelwey and Navid Madani, “Roadblocks to cancer care in the Occupied Palestinian Territories”, *Health and Human Rights Journal*, vol. 26, No. 2 (December 2024), pp. 39–44.

[67] International Organization for Migration, “Displacement in Sudan crosses 11 million as devastating crisis reaches new heights”, statement by IOM Chief, 29 October 2024.

[68] World Health Organization, Surveillance system for attacks on health care, available at https://extranet.who.int/ssa/Index.aspx.

[69] Safeguarding Health in Conflict Coalition and Insecurity Insight, *Critical Condition: Violence Against Health Care in Conflict – 2023* (Baltimore, 2024), p 11.

[70] 人权观察提交的材料。

[71] Doctors Against Genocide 提交的材料。

[72] 同上，pp. 8 和 9。

[73] 卫生组织提交的材料，p. 5。

[74] Physicians for Human Rights 提交的材料，p. 7。

86. 卫生和照护工作者的高质量教育和终身学习对于确保他们拥有满足人口不断变化的卫生需求所需的技能至关重要。医学院塑造了学生对病人和同事的看法和态度。医疗专业机构也是基于人权的课程和方法的关键，有助于营造一种环境，维护病人的权利，使个人能够面对影响所有卫生和照护工作者的不公正现象大声疾呼。

87. 由于持续的权力不平衡和性别歧视，女性卫生和照护工作者遭受性暴力和基于性别的暴力和骚扰的风险更高。害怕报复、耻辱和举报机制不完善进一步助长了沉默文化，使骚扰和虐待行为持续存在而不受追究。

十三. 良好做法

88. 特别报告员感谢有关方面对她发出的就良好做法提供投入的请求作出回应。[75]

89. 在哈萨克斯坦，反歧视法律延伸到就业领域，确保个人不会因其艾滋病毒状况而被剥夺工作机会。[76]

90. 在印度，印度政府和大不列颠及北爱尔兰联合王国政府签订了一项关于保健工作人员合作的框架协议。该协议为技能发展、能力建设提供便利，并根据《世卫组织全球业务守则》，强调有必要对满足全球卫生人员队伍的需求和确保国内卫生系统可持续性这两者进行兼顾。[77]

91. 在哥伦比亚，2022-2031 年十年公共卫生计划概述了改善公共卫生的管理战略、目标和政策，重点是应对系统性挑战和确保公共卫生人员和社区的福祉。值得注意的是，该计划将适应气候变化作为初级卫生保健管理的一个指导要素。[78]

92. 在沙特阿拉伯，为了解决朝觐季节需求激增的问题，卫生部实施了一项举措，使沙特阿拉伯国内外的专业医疗和技术人员得以提高医疗保健设施的能力，以应对朝觐期间独特和迅猛增加的需求，包括流行病风险的上升。[79]

93. 在西班牙，安全事务国务秘书第 3/2017 号指令确立了国家安全部队和团体应对侵犯卫生工作者行为的行动议定书。这是保障卫生和照护工作者身心健康的重要一步，确保他们能够履行职责，而不必担心暴力或骚扰。[80]

94. 在伊拉克，《医生保护法》(2013 年第 26 号法律)针对的是人身攻击、不当部落诉求和对医生的非法要求，为他们的安全奠定了基础，使他们能够履行职责，而不必担心暴力或不当压力。[81]

---

[75] 见 https://www.ohchr.org/en/calls-for-input/2025/call-input-health-and-care-workers-key-protectors-right-health, question 10. The submissions will be posted on the Special Rapporteur’s web page。

[76] Eurasian Coalition for Health, Rights, Gender and Sexual Diversity 提交的材料。

[77] Centre for Health, Equity, Law & Policy 提交的材料。还见印度提交的材料。

[78] 哥伦比亚提交的材料。

[79] 沙特阿拉伯提交的材料。

[80] 西班牙提交的材料。

[81] 伊拉克提交的材料。

95. 在乌拉圭，2017 年第 19,529 号法律规定精神健康是患者和医护人员的一项基本人权。认识到具有挑战性的工作条件往往会损害卫生专业人员的情感健康，该法律寻求为提供精神保健的人创造一个更具支持性的环境。[82]

96. 2022 年在拉丁美洲和加勒比经济委员会组织的拉丁美洲和加勒比妇女问题区域会议上通过的《布宜诺斯艾利斯承诺》标志着朝着承认护理是一种权利迈出了变革性的一步。

97. 在菲律宾，立法提供了一个强有力的法律框架保护卫生和照护工作者权利和福利。[83]

十四. 结论和建议

98. 享有能达到的最高标准身心健康权特别报告员强调，有必要承认卫生和照护工作者在实现健康权和其他健康相关权利方面的关键作用。因此，维护他们自身的权利，采取跨部门、基于证据和权利的方法，必须成为优先事项。

99. 特别报告员重申，医疗实践本身是促进人权的工具，卫生和照护工作者在转变家长制和家长式医疗制度方面至关重要。[84]

100. 特别报告员建议各国和其他利益攸关方：

(a) 确保充足和可持续的资源，以加强卫生系统，保证公平和公正的劳动做法，包括确保卫生和照护工作者获得公平报酬，并提供贸易工具，尤其顾及历史上被边缘化和被排斥的人口群体；

(b) 履行国际法之下的义务，采取行动确保公平招聘、分配和留用机制，以建立可持续和公平的卫生和照护工作队伍；

(c) 扩大对揭露出于政治或商业动机对卫生系统、研究和保健服务的提供进行干预的行为，包括制药或保险行业对患者护理施加影响的案件的卫生和照护工作者的保护；

(d) 加强对商业界对医疗保健领域施加影响做法的监督，包括对制药资金、私人保险、医疗政策和医学研究的监督，以保护卫生和照护工作者，使其不面临会损害患者护理的道德冲突和不当压力；

(e) 优先招聘和留用来自农村、土著和服务不足社区的卫生和照护工作者，确保提供专业发展机会和支持系统；

(f) 确保卫生和照护工作者获得全面的医疗服务，包括监测、预防、疫苗接种、咨询、治疗、康复，以及在与工作有关的疾病、伤害和精神健康状况方面提供支助，雇员无需承担任何费用；

[82] 乌拉圭提交的材料。

[83] 见 https://www.studocu.com/ph/document/liceo-de-cagayan-university/fundamentals-of-nursing/republic-act-no-7305-the-magna-carta-of-public-health-workers-supreme-court-e-library/108876039。

[84] A/76/172，第 80 段。

(g) 颁布或修订法律框架和政策，以保护卫生和照护工作者的父母权利，包括提供充足的育儿假、合理的母乳喂养时间以及适当的设施和其他适当的便利条件；

(h) 执行并充分遵守劳工组织关于安全和公平工作条件的义务和建议，包括工作时间限制、休闲、工作量、支持系统以及暴力和骚扰风险评估工具等方面的义务和建议；

(i) 加强对移徙卫生和照护工作者的保护，包括订立公平的劳动合同，承认外国证书，以及确定向稳定的法律地位(如长期居留或公民身份)过渡的透明途径等，以降低不稳定性和易受剥削的程度；

(j) 消除获得性健康和生殖健康服务面临的障碍，如与保密和出于良心反对有关的障碍，修订法律和监管框架，确保堕胎合法化，并确保在享有性权利和生殖权利方面不存在障碍；

(k) 探索拟定适用于移徙卫生和照护工作者的合乎道德和基于权利的双边协议，以确保移徙工作者获得公平的工资、工作条件和职业发展机会，同时防止原籍国劳动力枯竭；

(l) 加强在冲突、种族灭绝和暴力局势中依据国际人权法和国际人道法保护、促进和尊重对卫生和照护工作者的国际法律保护的法律框架。冲突后政策应该详细和有时限，并让卫生和照护工作者、平民和其他利益攸关方参与；

(m) 通过基于人权和社区的做法更新医学教学法和课程，这种做法体现道德实践并可增强提供者和患者的权能；

(n) 建立由各种卫生和照护工作者组成的委员会，以便就在虐待或暴力侵害工作者案件中确定责任实行补救提供咨询，并防止发生卫生和照护工作者可能侵犯个人权利的情况；

(o) 确保精神保健既易于获得又实行保密，并包括工作引起的精神障碍的医疗预防、检测、治疗和康复。

101. 卫生和照护工作者是人权维护者。在一个充分享有能达到的最高标准身心健康的权利仍然是一个遥远的目标的世界中，卫生和照护工作者对于在实践中保障人权来说至关重要，尤其是就不受歧视的权利、实质性平等权利、自主权和隐私权——(但不限于这些权利)而言。

102. 现在迫切需要转变范式，重新构想卫生系统。此种系统具有可持续性和公平性，而且能够以顾及尊严，富有同情心的方式重视和照顾对卫生系统的运作来说至关重要的人类。