



第七十届会议

议程项目 125

全球卫生与外交政策

秘书长的说明

秘书长谨转递世界卫生组织总干事根据大会第 69/132 号决议要求编写的报告。



世界卫生组织总干事关于保护卫生工作人员的报告

摘要

大会第 69/132 号决议将卫生工作人员问题作为建设具有复原力的国家卫生系统和促进实现全民医保的一项内容。决议特别探讨了保护卫生工作人员问题，认识到对医务和卫生人员的攻击会造成长久影响，包括生命损失和人的痛苦，并削弱卫生系统提供重要救生服务的能力，使卫生事业的发展遭受挫折。

攻击卫生和医务人员、卫生设施和运输工具的行为严重影响获得保健的机会，剥夺病人的治疗机会，扰乱为预防和控制传染病而采取的措施。必须允许医生、护士和其他卫生工作人员在不受暴力威胁和不安全威胁的情况下开展拯救生命的人道主义工作。

要制止暴力侵害卫生工作人员，确保他们免遭身心威胁，防止他们面临危险的工作环境，就必须传达强有力的政治信息，即这些行为是不可接受的。如果不遏制这些行为，往往会导致卫生工作人员缺勤，甚至离开工作岗位。为了满足世界各国人口的需求，需要持续不断地构建受过良好教育、有志向且人数充足的卫生工作者队伍。而上述现象会使这一需求更加迫切。

一. 引言

1. 大会第 69/132 号决议重申会员国致力于实现所有千年发展目标，强调指出有关卫生的目标是实现所有目标的关键。决议还认识到卫生是可持续发展所有三个层面的先决条件、成果和指标，但全球卫生方面的挑战依然存在，需给予持续关注。
2. 第 69/132 号决议确认的全球卫生方面的一个挑战是，应认识到卫生工作人员作为有复原力的国家卫生系统的一个关键要素所发挥的重要作用。此外，决议强调，尊重正在履行职责的医务和卫生人员及其运输工具和设施的完整性和安全，不仅可以加强卫生系统的复原力和推进实现全民医保，还可以增进人人享有能达到的最高身心健康标准的权利。
3. 决议重申世界卫生组织(世卫组织)作为国际卫生工作的指导和协调机关所发挥的作用，承认世卫组织和其他相关国际组织发挥重要作用，制定和实施预防措施，促进医务和卫生人员及其运输工具和设施的安全，并促进尊重其各自的职业道德守则。
4. 关于保护卫生工作人员问题，大会考虑了若干因素：一是对医务和卫生人员的身心攻击或威胁。人身攻击和其他暴力行为不仅直接影响到攻击目标，也会削弱卫生系统提供基本救生服务的能力。这些攻击、威胁或以其他方式妨碍医务和卫生人员履行医疗职责的行为发生在武装冲突和紧急情况中，也发生在他们正常履行日常职责的过程中。
5. 在第 69/132 号决议中，大会还讨论了卫生人员面临危险工作环境的问题，比如在努力预防、检测和应对传染病的情况下，或者在因地震或海啸等自然灾害而结构受损的医院工作时。此外，决议还认为，坚持尊重医务和卫生人员在履行职责时的完整性以及有效培训、留用和公平分配卫生工作人员等问题在这方面也很重要。
6. 大会请秘书长与世卫组织总干事密切协作，提交一份关于保护卫生工作人员的报告，汇集和分析会员国的经验，并就有待相关利益攸关方采取的行动提出建议，包括适当的预防措施。

二. 武装冲突和紧急情况中的暴力行为

7. 今天的大多数冲突都涉及大规模侵犯人权和违反国际人道主义法行为。特别令人关切的是，针对人道主义工作者以及卫生工作人员、卫生设施和病人的袭击事件越来越多。此外，卫生工作人员可能成为集体或政治暴力行为的目标。

8. 这些攻击严重限制了获得和享有医疗保健的权利，并削弱卫生系统。它们增加了在这些环境中工作的风险，导致相关业务费用增加，并需要额外的专家能力（例如，谈判准入条件）。¹

9. 大会第 69/132 号决议重申并敦促充分尊重国际人道主义法的规则和原则，包括 1949 年日内瓦四公约及其 1977 年和 2005 年附加议定书的各项适用条款，以及关于保护专门履行医疗责任的医务人员和人道主义人员、其运输工具和设备以及医院和其他医疗设施的国际习惯法。

10. 尽管有这些法律文书和习惯法，袭击医务和卫生人员、保健设施、车辆和病人的现象依然存在。已有关于卫生领域袭击事件的全球数据。但没有标准化的数据收集方法，也没有报告卫生领域暴力事件相关数据的中央储存库。不同实体为不同目的收集数据，他们侧重的地理区域不同，数据质量也不同。因此，很难充分量化说明这一问题的严重程度。

11. 2014 年，世卫组织根据对开放源码二级数据的审查，委托编写了一份报告，其中显示，仅 2014 年，在 32 个国家发生了卫生领域的攻击事件。红十字国际委员会收集的数据显示，2012 年 1 月至 2014 年 12 月，在 11 个国家发生了 2 398 起事件。²

12. 攻击可分为几类：(a) 暴力攻击保健设施；(b) 暴力侵害医务和卫生人员；(c) 暴力攻击运输工具和医疗车辆；(d) 暴力侵害患者、伤员和病人；(e) 暴力攻击医疗和卫生机构和官方机构，比如卫生部、医疗学术机构等。

13. 若干国际政府组织和非政府组织正在积极解决袭击医务和卫生人员及其运输工具和设施问题，包括确定适当的预防措施，提高和促进保健设施、人员及其运输工具以及病者的安全和保护。

14. 针对世卫组织成员国在 2012 年世界卫生大会第 65.20 号决议中发出的呼吁，世卫组织率先召集广大有关合作伙伴，制定一套方法和工具，用以系统收集关于在复杂的人道主义紧急状况中，袭击保健设施、卫生人员、卫生运输工具以及病人的数据。这些工具可促进数据收集、分析和报告，提供电子手段以简化和稳妥地获取、管理和报告数据，并为以稳妥和符合道德标准的方式进行数据管理提供标准作业程序和规则。经过广泛磋商，这一方法已得到认可，目前正在进行实地检验。

¹ 世卫组织，“世卫组织 2014-2019 年尽量减少紧急情况 and 灾害的健康影响六年期战略计划”；可查阅 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/171852/1/WHO_PEC_ERM_ERX_2015.6_STR_eng.pdf?ua=1&ua=1。

² 红十字委员会，“影响提供保健的暴力事件：危境中的保健，2012 年 1 月至 2014 年 12 月”。可查阅：www.icrc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-4237.pdf。

15. 世卫组织总干事一直公开倡导健康权，并多次发表声明，强调攻击卫生工作人员、设施、运输工具和病人的事件频发问题。在 2015 年 5 月第六十八届世界卫生大会上，总干事敦促采取集体行动制止这种攻击。全体会议期间，总干事在烛光仪式上点燃蜡烛，纪念和缅怀在为求医者提供服务时牺牲的卫生工作人员。在大型会外活动上，总干事强调世卫组织致力于采取一切可能行动，制止卫生领域的攻击行为。

16. 世卫组织继续倡导健康权，并有系统地提醒冲突各方应保护卫生人员、设施及其运输工具，遵守国际人道主义法为其规定的义务。

17. 世卫组织现在有专门工作人员致力于更好地了解对保健的攻击问题的程度和性质，确定和促进采取预防措施和实际解决办法。世卫组织将继续倡导保护卫生工作人员，并继续协助成员国制订适当的预防措施和建立更具复原力的卫生系统。

18. 红十字国际委员会(红十字委员会)“危境中的保健”运动是由红十字委员会牵头、红十字和红新月运动范围的一项倡议，旨在应对在武装冲突和其他紧急情况下，阻碍提供保健、损坏或破坏设施和车辆、伤害或杀害保健工作者和病人的非法(有时是暴力)行为所产生的广泛和严重影响。³ 该项目计划从 2011 年持续至 2015 年，一直侧重于在这些情况下加强保护病人和伤员，并为此采取具体措施，帮助确保他们能够安全地获得有效和公正的保健服务。在此期间，红十字委员会及国家红十字会和红新月会将继续敦促日内瓦四公约的缔约国乃至整个保健界和其他有关各方制定具体解决办法，并致力于执行这些办法。⁴

19. 为密切配合红十字委员会“危境中的保健”运动，2012 年，无国界医生组织启动了“战火中的医疗保健”⁵ 项目，以解决暴力侵害保健问题。该项目是一个收集数据和分享最佳做法的内部程序。它与红十字委员会“危境中的保健”项目和本报告中提到的其他重要举措一道认为，务必紧急采取行动，共同解决暴力侵害保健工作者的事件日益增多的问题。

20. 有关暴力侵害保健的其他潜在数据来源包括：援助人员安保数据库，其中记录暴力侵害援助人员的主要事件，载有 1997 年至今的事件报告；武装冲突地点和事件数据项目，收集关于非洲发展中国家的政治暴力数据，并启动了人道主义数据交换；医生促进人权协会，致力于制止大规模暴行和对个人造成严重身心伤害的行为；对外关系理事会，它发起编制了一个互动式地图，可以直观地标定麻

³ 红十字委员会，“必须终止暴力侵害保健”，危境中的保健。可查阅：www.icrc.org/eng/what-we-do/safeguarding-health-care/solution/2013-04-26-hcid-health-care-in-danger-project.htm。

⁴ 红十字委员会，“危境中的保健：问题和答案”。可查阅：www.icrc.org/eng/resources/documents/faq/health-care-in-danger-faq-2011-08-05.htm。

⁵ 无国界医生组织，“战火中的医疗保健”。可查阅：www.msf.org/topics/medical-care-under-fire。

疹、流行性腮腺炎、百日咳、脊髓灰质炎、风疹和其他疾病的全球爆发情况，价廉而有效的疫苗可以很容易地预防这些疾病；牛津研究小组，它维持一个伤亡报告网基平台，40多个网络成员收集和记录冲突中的伤亡数据。

三. 卫生部门工作场所的暴力行为

21. 卫生工作人员在世界各地面临很高的暴力侵害风险。8%至38%的卫生人员在其职业生涯的某个时刻遭受人身暴力。⁶ 更多的人受到威胁或言语侵犯。大多数暴力行为是病人和访客所为。面临最大风险的卫生人员包括护士和直接照顾病人的其他工作人员、急救室工作人员和辅助医务人员。

22. 暴力侵害卫生工作人员的行为是不可接受的。暴力行为不仅对卫生人员的身心健康产生不利影响，还会影响其工作积极性。因此，这种暴力行为损害了保健质量，并使保健服务工作面临风险。暴力行为还导致卫生部门遭受巨大经济损失。

23. 卫生人员在日常工作中，往往与处于危难之中或遭受压力和暴力侵害的人直接接触。如果再面临暴力危险，他们的职业压力水平会更高，可能导致心理健康问题，患病率上升，并最终失去这些工作人员。

24. 为预防在非紧急情况下暴力侵害卫生工作人员，需要采取干预措施。这些措施应侧重于采取策略，更好地管理有暴力行为的病人和高风险访客。需要开展更多研究以评价这些方案的实效，特别是在低资源环境中。

25. 世卫组织、国际劳工组织(劳工组织)、国际护士理事会(护理会)和公共服务国际联合拟订了《处理卫生部门工作场所暴力行为的框架导则》，⁷ 以支持拟订在非紧急情况下的预防暴力行为政策，以及拟订一份调查问卷和研究程序，研究在这类情况下的暴力行为的规模和后果。

26. 该框架导则涉及身心暴力行为，包括殴打/袭击、虐待、欺凌/拉帮挤对、各种形式的骚扰(包括性骚扰和种族骚扰)和威胁等行为。就范围而言，导则认定的工作场所是指任何保健设施(无论其大小、地理位置或提供服务类型如何)以及在保健设施之外提供保健服务(比如救护车服务和家庭护理)的任何地点。

27. 导则并非指令性的，但可以作为参考工具，用以协助拟定政策和其他文书，以针对具体情况和需求采取具体对策。导则还可以促进相关利益攸关方，比如政

⁶ 世卫组织，预防暴力和伤害，“暴力侵害卫生工作人员的行为”，可查阅 www.who.int/violence_injury_prevention/violence/workplace/en/。

⁷ 劳工组织、护理会、世卫组织、公共服务国际，《处理卫生部门工作场所暴力行为的框架导则》，可查阅 www.who.int/violence_injury_prevention/violence/activities/workplace/en/。

府、雇主和保健工作者以及从事防止工作场所暴力行为的专业人员和其他非政府组织开展对话和协商。

28. 必须指出，工作场所的暴力是一个植根于社会、经济、组织、文化和个人因素的结构性问题，涉及复杂的相互关系。直接应对行动包括采取预防措施，比如安保措施和改善实体环境，对暴力事件的受害人提供支助，包括医疗和心理援助，以及同侪和管理支助、法律援助和康复措施。

29. 不过，处理卫生部门工作场所暴力行为需要采取全面应对行动，即采取统筹、参与式、对文化和性别问题有敏感认识、非歧视性和系统的办法。为了实施该框架导则，世卫组织、劳工组织、护理会和公共服务国际在 2005 年编写了一份处理卫生部门工作场所暴力行为的培训手册。

四. 医院和卫生设施的安全

30. 紧急情况和灾害往往使医院和卫生基础设施的其它部分受到破坏和损毁，导致卫生人员的生命损失，削弱卫生系统提供保健服务的能力。确保医院的安全及其出入畅通和正常运行，可以挽救生命，并使卫生和医务人员能在灾难发生后立即全力以赴履行职责，而不致在灾难中伤亡。

31. 2013 年，台风“海燕”袭击菲律宾中部，2 000 多个卫生设施遭到破坏，⁸ 其中 600 多处被毁。后来加强了整个卫生部门的备灾工作。因此，2014 年台风“黑格比”袭击菲律宾时，大多数受灾地区没有报告人员伤亡。增强医院和卫生设施的安全是在自然灾害期间降低死亡率和受伤情况的一个关键要素。

32. 但是，为在紧急状况期间加强保护人民健康而采取的一系列活动具有跨部门性质，超出了卫生系统本身的范畴。一个明显例子是“安全医院倡议”开展的工作。在这一倡议中，各级政府和社区明确承诺，在面临灾害时，要保证医院更加安全。这包括就关键风险驱动因素开展工作，比如环境问题以及城市化、土地利用和建筑规范。过去几年来，为实施该倡议，79 个国家已采取行动，在灾难时期增强医院的安全。

33. 围绕国际减少灾害战略，启动了有世卫组织和联合国系统其他组织参加的一些倡议，其中包括 2008-2009 年“医院免于灾难”世界减灾运动，2010-2011 年“建设具有抗灾能力的城市：我们的城市正在做好准备”运动，2008 年“气候变化与健康”世界卫生日，2009 年“紧急情况中的医院安全”世界卫生日，2010 年“城市卫生问题”世界卫生日等。

⁸ 见“疾病爆发和紧急情况”，可查阅：www.wpro.who.int/outbreaks_emergencies/haiyan/en/。

34. 会员国越来越重视在紧急情况和灾害期间减少健康风险。展现其强有力政治承诺的一个明确信号是,2015年3月在日本仙台市举行的第三次世界减少灾害风险大会上,187个会员国通过了《2015-2030年仙台减少灾害风险框架》。⁹这一重要框架将健康放在未来15年全球减灾风险政策和行动的中心地位。

35. 仙台框架承认“大幅度减少灾害风险需要持之以恒和毅力,更明确地侧重于人和他们的健康和生计”。¹⁰ 框架呼吁会员国采取行动,把灾害风险管理纳入各级保健,呼吁构建国家卫生系统、医院和保健设施的复原力。

36. 世卫组织与联合国减少灾害风险办公室和联合国其他机构、非政府组织、学术机构和其他伙伴一道,支持各国落实仙台框架,提供援助以加强国家应对紧急情况 and 进行灾害风险管理以促进健康的能力。

37. 为支持履行在仙台通过的框架承诺,宣布了三个新的重大举措,其中之一是世卫组织2015年发布了一项新的医院安全综合框架,¹¹ 以减少灾害对医院这一社区应急和卫生基础设施的关键部分造成的破坏,而这也是仙台讨论的一项关键目标。

38. 该框架使用的“安全医院”一词,系指所有类型的卫生设施及其功能,包括保健中心、实验室、诊所(包括那些提供预防服务和保健宣传的诊所)、中小型医院和转诊医院。框架强调,国家和社区“必须优先保护新的和现有的医院和其他保健设施免受已查明的危险之害,并确保建筑、设备和重要医院系统的实体安全”。¹²

五. 国际卫生条例

39. 全球预防、检测和应对传染病的能力取决于建立强大、可持续和有复原力的卫生系统,这些系统应能够执行《国际卫生条例》,¹³ 包括执行大流行病的防范措施。大会第69/132号决议请世卫组织应会员国请求为其提供技术支持,以便加强它们应对突发公共卫生事件和执行《国际卫生条例》的能力。

40. 过去几年中,全球出现了危及世界和平与安全的健康威胁。为应对这些危机,需要众多行为者参与行动,支持各国在意外爆发疾病时拯救生命,并加强应对和防备未来的危机。

⁹ 仙台框架,可查阅:www.preventionweb.net/files/43291_sendaiframeworkfordren.pdf。

¹⁰ 仙台框架,第16段。

¹¹ 世卫组织,医院安全综合框架。可查阅:www.who.int/hac/techguidance/comprehensive_safe_hospital_framework.pdf?ua=1。

¹² 同上,第1页。

¹³ 世卫组织,《国际卫生条例》(2005年),2008年第二版。

41. 流行病和大流行病等易感染疾病的出现，比如埃博拉和其他病毒性出血热、中东呼吸综合征冠状病毒(中东呼吸综合征)、甲型 H1N1 流感(2009 年)、严重急性呼吸系统综合征(非典型性肺炎)和禽流感，突出表明需要有效查明和管理新出现疾病在保健环境中的传染风险。保健设施可能成为疾病爆发的放大器。在那里，感染病例数目有可能增加，保健工作者更有可能被感染并将感染传播给其他病人、同事和访客。需要采取措施，改善医疗设施的整体安全文化，在保健工作者照顾感染确诊患者和死者以及进行伤病员拣别分类或照顾任何病人时，也应采取具体措施，对他们加以保护。

42. 《国际卫生条例》(2005)¹⁴ 于 2007 年生效，它对世卫组织乃至整个世界都是一个具有里程碑意义的文书。《条例》对世卫组织 194 个成员国具有约束力，在出现疾病和其他健康风险的国际传播时，可帮助各国共同努力拯救生命和生计。

43. 《条例》是一个法律框架，它为查明疾病事件和应对可能给人类健康和经济造成灾难性影响的公共卫生风险和紧急情况提供了集体防御。¹⁵ 成功实施《国际卫生条例》将大大有助于加强国家和全球公共卫生安全，应对有可能通过全球旅行和贸易活动迅速蔓延的多种多样的公共卫生风险。

44. 根据第 2 条规定，《国际卫生条例》(2005)的宗旨是“以针对和限于公共卫生危害、同时又避免对国际贸易和交通造成不必要干扰的方式预防、抵御和控制疾病的国际传播，并提供相应的公共卫生应对措施”。《国际卫生条例》(2005)的一个创新之处在于，它不再像以前的框架那样仅限于特定疾病，而是涵盖“给人带来或可能带来重大损害的疾病或健康状况，不论其起源或来源如何”。

45. 作为防范措施的一部分，缔约国必须确保其国家卫生监督 and 应对能力可以满足某些功能标准，并规定满足这些标准的时限。它们包括：开展监测和应对行动的核心公共卫生能力；指定一个《国际卫生条例》国家协调中心；为国家指定的国际入境点确立最低的关键卫生和保健能力要求。

46. 《国际卫生条例》就事件发生时的通报事宜做了广泛规定。它要求缔约国向世卫组织通报根据既定标准有可能构成国际关注的突发公共卫生事件的所有事件。缔约国还有义务向世卫组织通报在本国领土之外、可能引起疾病国际传播的公共卫生风险的重要证据。

47. 这些报告程序旨在更加及时准确地向世卫组织通报国际关注的潜在突发公共卫生事件的信息。世卫组织作为拥有关键技术专长的中立权威机构，可借助这些程序获得信息，提出行动建议，并促进技术援助。

¹⁴ 同上。

¹⁵ 世卫组织，《国际卫生条例》(2005)，国际卫生条例第 1 号简报。可查阅 <http://www.who.int/ihr/publications/ihrbrief1en.pdf?ua=1>。

48. 世卫组织的作用得到应急委员会的支持，该委员会向世卫组织总干事提供咨询意见，以确定某一特定事件是否是国际关注的突发公共卫生事件，并就可以采取的适当临时措施提供建议。此外，国际卫生条例审查委员会负责就长期建议、《国际卫生条例》及其修正案的运作等技术事项向总干事提供咨询意见。

49. 2009 年的甲型流感(H1N1)暴露了全球和国家能力的脆弱性。H1N1 流感是《国际卫生条例》2007 年生效以来经历的第一次重大考验。国际卫生条例审查委员会认识到¹⁶ 在应对突发公共卫生事件方面的脆弱性：缔约国没有履行《国际卫生条例》规定的加强和发展国家和地方核心能力的义务。审查委员会的建议还指出，应采取措施，通过开展研究工作改善全球防范情况；建立更广大的全球公共卫生工作人员队伍，缩小现有资源与实际需求之间的差距。

50. 埃博拉病毒爆发不仅暴露了国家卫生系统的脆弱性，也对全球社会，包括作为卫生领域牵头机构的世卫组织在应对突发公共卫生事件方面的作用提出了质疑。埃博拉临时评估小组的报告再次强调了《国际卫生条例》及其执行工作中存在的缺陷。报告着重指出，世卫组织近四分之一的成员国颁布禁令并采取措施，限制国际旅行，这对危机情势中的民众产生了影响。

51. 在评估小组的工作以及执行局 2015 年埃博拉紧急情况特别会议所作讨论的基础上，世界卫生大会第六十八届会议请世卫组织总干事设立一个国际卫生条例审查委员会，¹⁷ 其目标是：(a) 评估《国际卫生条例》的效力；(b) 审查前一届审查委员会 2011 年所提建议的执行情况；¹⁸ (c) 建议采取步骤，改善《国际卫生条例》(2005)，包括世卫组织的答复¹⁹ 的运作情况、透明度、有效性和效率。

52. 2015 年 8 月，委员会举行第一次会议，商定了接下来几个月的暂定时间表。讨论过程中提出了几个问题，用以指导委员会和成员国的下一步工作。查明了条例执行工作的不足，认识到国家各级对文书缺乏了解。其他问题包括没有正式的健康风险警戒级别；需要加强国家一级的能力；需要让包括社区在内的其他行动体积极参与等等。技术小组委员会将继续就国家能力、合规和治理以及《国际卫生条例》的一般性问题开展工作。审查委员会的最后报告将提交 2016 年 5 月举行的世界卫生大会第六十九届会议。

¹⁶ 见 WHA 64/10。

¹⁷ 审查委员会关于《国际卫生条例》(2005)在埃博拉病毒爆发和应对行动中的作用第一次会议的报告，可查阅 www.who.int/ihr/review-committee-2016/IHRReviewCommittee_FirstMeetingReport.pdf?ua=1。

¹⁸ 见脚注 16。

¹⁹ 见 WHA68/DIV./3，可查阅 http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA68/A68_DIV3-en.pdf。

六. 埃博拉应对行动

53. 大会第 69/132 号决议表示深为关切在西非爆发埃博拉病毒疾病，认识到疾病的爆发表明迫切需要建立能够实施《国际卫生条例》的强有力的卫生系统，做好大流行病的防范工作，提供全民医保以促进普及卫生服务，这将有助于防止和检测可能的疾病爆发。

54. 就受到感染的医生、护士和其他卫生工作者的人数而言，西非埃博拉病毒病爆发是前所未有的。据报告，自疾病爆发直至 2015 年 9 月 2 日，在几内亚、利比里亚和塞拉利昂，共有 881 名卫生工作人员证实感染，报告死亡人数为 513 人。²⁰ 卫生工作者感染埃博拉病毒的机率是一般成年人口的 21 至 32 倍。其原因是：保健设施没有采取适当的感染防控措施和保护职业健康与安全的措施：工作人员短缺：卫生工作人员的雇用条件很差。²¹

55. 保健工作者在这一疾病爆发中付出了沉重代价，而这又带来了一系列后果，进一步阻碍了疫情防控努力。医务人员是所有疾病爆发控制工作中最重要的资产之一，而这一资产却受到损耗。当工作人员因恐惧而拒绝上班时，保健设施就被迫关闭。一旦医院关闭，安全分娩和治疗疟疾等其他常见和紧急的医疗需求就会被忽视。如果大批保健工作者受到感染，社会上的焦虑气氛就会日益加剧。在一些地区，任何病症患者都觉得在医院会感染埃博拉病毒，因而减少寻求一般保健服务。²²

56. 世卫组织及其合作伙伴一直与卫生部、管理人员和卫生工作者协作，制定预防和控制感染及职业卫生与安全战略并提供用品，以防止卫生人员感染，改善病人的安全及保健设施的工作条件。因此，卫生人员感染病例在所有病例中的占比从 2014 年 7 月的 12% 降至 2015 年 2 月的 1%。²³

57. 所汲取的经验教训是，在面临疾病流行和爆发时，为加强保健服务的复原力，需要提供体面就业条件和保护卫生工作人员的安全、健康和福祉。这包括提供最基本的职业卫生与安全管理及感染防控措施，并在所有保健设施提供适足的水和

²⁰ 世卫组织，“埃博拉情况报告”，2015 年 9 月 2 日。可查阅 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/183955/1/roadmapsitreprep_2Sept2015_eng.pdf?ua=1。

²¹ 世卫组织，“几内亚、利比里亚和塞拉利昂卫生工作者感染埃博拉病毒疾病”，初步报告，2015 年 5 月 21 日。可查阅 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/171823/1/WHO_EVD_SDS_REPORT_2015.1_eng.pdf?ua=1。

²² 世卫组织，“数量空前的医务人员感染埃博拉病毒——情况评估——2014 年 8 月 25 日”。可查阅：<http://www.who.int/mediacentre/news/ebola/25-august-2014/en/>。

²³ 世卫组织，“几内亚、利比里亚和塞拉利昂卫生工作者感染埃博拉病毒疾病”，初步报告，2015 年 5 月 21 日。可查阅 http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/171823/1/WHO_EVD_SDS_REPORT_2015.1_eng.pdf?ua=1。

卫生条件。各国需要制订保护卫生工作者的职业卫生与安全国家方案，²⁴ 包括制订条例，在每个设施培训安全人员，提供疫苗接种，配备更安全的装置和个人防护设备，并为保健工作者提供基本职业卫生服务。世卫组织和劳工组织为加强各国改善保健设施的工作条件和保护职业卫生与安全的能力拟订了建议和实用工具。²⁵

58. 作为其核心职能的一部分，世卫组织与伙伴机构和专门网络积极合作，制定战略、技术指导和培训材料，以填补知识空白，改善保健工作者的能力，以便在提供优质护理服务的同时保护个人安全。世卫组织还支持全面应对疾病爆发，视需要确定和部署专家，协助开展公共卫生风险评估，并就工作人员安全问题提供技术咨询。在因特网上发布了一些建议和实用工具，其中包括关于埃博拉病毒病和中东呼吸综合征临床管理的建议和工具。

59. 在西非爆发埃博拉病毒期间，世卫组织及合作伙伴在三个受影响国家开展了关于埃博拉病毒病临床管理的三阶段培训。3 000 多名地方、国家和国际保健工作人员完成了第一阶段(教室培训)和第二阶段(在模拟埃博拉治疗室进行实际培训；1 000 多名保健工作者完成了在治疗室内的辅导临床实践)的培训。作为国家防范计划的一部分，正在有可能爆发埃博拉病毒的国家，在非埃博拉治疗室的环境下，开展伤病员拣别分类和工作人员安全措施培训。

60. 西非埃博拉病毒疾病的经验再次表明，优质护理不仅对患者的福祉和生存至关重要，对保健工作者自身的福祉以及在受影响社区之间建立信任并使他们参与应对行动也起到关键作用。

61. 埃博拉病毒爆发也突显了社区一级的文化观念和行为习惯对疾病传播的影响，以及对医疗和保健人员，包括社区卫生工作者和安葬人员的安全产生的影响。例如，我们注意到，西非的丧葬做法风险极高，而遵从祖传的丧葬仪式被认为会助长新病例的大规模增加。因此，在 2014 年 11 月发布了一项新规程。²⁶

62. 这项新规程强调有尊严的安葬，既要尊重基督教、也要尊重穆斯林葬礼的宗教仪式。这一规程是由世卫组织和艾滋病规划署的一个多学科小组同红十字会与红新月会国际联合会(红十字与红新月联合会)和信仰组织，包括世界基督教协进会、伊斯兰救济组织、国际慈善社和世界展望组织合作制定的。规程由红十字与红新

²⁴ 第 WHA 60.26 号决议。“工人健康：全球行动计划”：第六十届世界卫生大会，决议和决定：附件，日内瓦，世界卫生组织，2007 年(WHASS1/2006 - WHA60/2007/REC/1)，第 94 至 99 号决议。可查阅：http://www.who.int/occupational_health/publications/global_plan/en/。

²⁵ 世卫组织和劳工组织。“埃博拉病毒病：职业安全和健康”。世卫组织/劳工组织对工人和雇主的联合简报。可查阅：http://www.who.int/occupational_health/publications/ebola_osh/en/。

²⁶ 世卫组织：“如何对疑似或确诊感染埃博拉病毒疾病的逝者进行安全和有尊严的安葬”，可查阅 www.who.int/csr/resources/publications/ebola/safe-burial-protocol/en/。

月联会、卫生部的一个非政府组织联盟(包括世界展望组织、天主教救济会、天主教海外开发机构和关心全球组织)管理的安葬小组与地方宗教领袖和家庭合作执行。

七. 通过卫生工作人员建设有复原力的国家卫生系统和加强国家能力

63. 为实施全民医保和实现与健康有关的可持续发展目标,必须确保全体人民都能获得他们需要的优质保健服务,且不会承受财务困难。为此需要进行巨大的战略性投资,尤其是对卫生和社会工作者进行投资,因为他们是国家卫生系统的重要组成部分。

64. 目前,卫生人员和社会关怀工作者的供应满足不了实际需求;在中低收入国家,这一问题尤其严重。预计未来几十年,这些国家熟练卫生专业人员的短缺人数将升至数百万,特别是在撒哈拉以南非洲。如果不采取任何行动,这种情况将对实现国家社会经济优先事项和目标产生不利影响,削弱公共卫生系统,使国家越来越多地面临新出现的健康威胁。

65. 2000年以来,在高收入经济体和新兴经济体,对熟练劳动力的需求越来越大。有证据表明,由于一些关键驱动因素的作用,这种需求将继续增加。这些因素包括人口和流行病学变化、技术进步以及对公平获得更多优质保健和社会服务的需求增加。这些经济和社会政策驱动因素将促进全球、区域和次区域劳动力市场对合格卫生工作者的需求,刺激进行新的投资以创造就业。

66. 鉴于对熟练劳动力的需求增加,许多国家将继续依赖国外培养的卫生工作人员,对他们的需求很可能会继续增加。卫生人员的移徙和流动是影响全球、区域和次区域保健劳动力市场的另一个因素,特别是因为有关技术人员移徙的管制规则日益放松,而且许多中低收入国家的工作条件欠佳等推动因素的作用。

67. 卫生工作人员移徙和流动以及卫生人员在东南亚国家联盟(东盟)、加勒比共同体(加共体)、南方共同市场(南共市)和欧洲联盟成员国间的自由流动,将使人们更加重视合乎道德的移徙保健人员招聘问题以及相互承认专业资格问题。

68. 世卫组织全球卫生人员国际招聘行为守则²⁷是一个多边框架,用以解决全球卫生工作人员短缺问题,应对卫生工作者国际流动带来的挑战,促进执行合乎道德的国际征聘医务人员的自愿原则和做法,同时兼顾来源国、移民国和移徙卫生人员的权利、义务和期望。随着卫生工作者的流动和移徙增加,“全球守则”的实质性原则和规定将对加强全球卫生系统发挥越来越重要的作用。

²⁷ WHA63.16, 附件。可查阅 www.who.int/hrh/migration/code/code_en.pdf?ua=1。

69. 目前埃博拉病毒爆发的经验表明，社区从业人员(从非专业工作人员到熟练的卫生专业人员)短缺和不足，这暴露了现行系统的脆弱性。在继续努力确保提供基本保健服务的同时，也必须将中期和长期重点放在资助和执行符合现行疾病负担和全民医保愿望的循证护理模式上。

70. 为建设有复原力的卫生系统，必须对卫生人力资源进行战略投资，同时考虑到保健劳动力市场的动态现实。这意味着要超越仅以增加产量为目标的传统战略，制定和执行有效征聘、部署和留住卫生工作人员并改善其业绩表现的战略。实际上，这包括实施各项改革，致力于改善卫生人员的工作条件，执行公平和透明的薪酬政策和促进公平部署的奖励计划，制订变革教育战略，加强监测和监督。

71. 劳工组织体面工作议程²⁸的基础是创造就业、工作中的权利、社会保护(保健和退休保障)和社会对话。由有关部委、专业协会和工会等关键国家行动体参加的国家平台对解决体面工作匮乏和促进积极改变雇用条款和条件(薪酬政策、工资水平、一揽子奖励方案等)具有重要意义。同样，监管机构在建立关于职业道德和实践、确保优质保健服务的治理框架方面可发挥重要作用。促进和维持支持体面工作的良好从业环境，可以对病人的健康结果和提供服务的整体质量产生积极影响。

72. 世卫组织制定了“全球卫生人力资源战略：2030年工作人员队伍”，²⁹旨在支助所有成员国和伙伴应对卫生工作人员不足的挑战，努力实现全民医保。该战略着重指出，越来越多的证据表明，卫生工作人员可以提供三重投资回报：(a) 刺激更广泛的社会经济发展，这可以对实现联合国的可持续发展目标，包括教育和性别平等以及创造体面就业机会和实现可持续经济增长带来正面溢出效应；(b) 为各国满足《国际卫生条例》(2005)的要求和促进全球卫生安全提供第一道防线；(c) 推动改善人口的健康成果。该战略将提交2016年5月世界卫生大会第六十九届会议。

73. 该战略呼吁，在脆弱国家和长期处于紧急状态的国家，执行广泛的良好从业环境议程，其中应加强保护卫生工作者，使其免遭暴力和伤害，并保障职业卫生与安全和工作。

八. 建议

74. 保护卫生工作人员对卫生系统应对突发卫生事件和满足日常保健需要的能力至关重要。对卫生工作人员的保护和支持必须成为应急、防范和努力建设有复原力的卫生系统的核心内容。³⁰

²⁸ 可查阅：www.ilo.org/global/about-the-ilo/decent-work-agenda/lang--en/index.htm。

²⁹ 可查阅：www.who.int/hrh/resources/GlobalStrategyHumanResourcesHealth_Workforce2030Table2-3.pdf?ua=1。

³⁰ 见脚注 23。

75. 全球卫生安全依赖于在应对能力强的卫生系统中有胜任其职的卫生工作人员。富有经验、训练有素、装备精良和得到支持的卫生工作人员是各国履行《国际卫生条例》要求的第一道防线。这就要求明确了解全球卫生安全议程对卫生工作人员的影响(所需能力、工作人员要求和工作人员战略,以提高业绩);投资于卫生工作人员的长期发展,以加强整个卫生系统的能力,确保《国际卫生条例》功能的可持续性。这种做法侧重于国内的卫生工作人员,将其视为“高风险”国家的首要前线应急人员,从而促进拟订全球公共卫生应急人员的概念计划。

76. 在卫生部门内外采取跨越发展、外交、财政、教育、人道主义和安全等议程的协调一致的多部门对策,对于卫生工作人员的发展、保护和安全至关重要。必须将国际货币基金组织债务减免保证和增加保健领域的财政空间转化为对卫生人员进行新的就业投资,特别是对农村地区的妇女,从而促进实现由此带来的社会和经济惠益。

77. 必须向在突发公共卫生事件应急第一线的卫生工作人员提供支持,为他们提供个人防护装备、用品和培训,使其能够履行工作并最大限度地保证其职业健康和​​安全。应为他们提供适当的就业合同和薪酬,并为其家人提供福利。也应采用同一原则,减少卫生工作者遭受感染的职业风险,预防和控制其他传染性疾病。

78. 为最大程度地增加卫生人员的安全与保护,也需要加强教育和培训课程,旨在获得充分执行《国际卫生条例》职能(特别是疾病监测、实验室诊断和公共卫生管理)所必要的能力和技能。这需要涵盖职前教育(医学院及其他卫生专业人员机构)、在职和持续专业教育方案,包括电子学习方法。

79. 为建设一支可持续的、胜任其职的卫生工作人员队伍,必须在国家卫生政策、战略和计划中,加强有关卫生人员的内容及其执行。需要协同努力,加强对卫生工作者问题有影响的国内所有行为者(比如卫生部、劳动部、教育部和财政部)、其他部门和私营部门之间的多部门对话,努力消除妨碍对卫生工作者采用适当的奖励制度、工作条件和职业结构的公共部门的规则和做法。

80. 关于卫生工作人员队伍的数据是了解保健劳动力市场以制定循证政策和规划的先决条件。加强提供卫生人力资源数据,查证参与提供基本保健服务的所有卫生工作者的人数、地点和能力,是加强国家、区域和全球卫生工作者的能力,以进行应急准备、保证卫生安全和提供基本保健服务的先决条件。世卫组织新的国家卫生工作人员账户的构想要求根据卫生人力资源标准化和互用适用性政策和准则,投资加强对国家卫生人力资源和卫生系统数据的分析能力。