



大会

Distr.: General
16 July 2019
Chinese
Original: English

第七十四届会议

暂定项目表* 项目(72b)

促进和保护人权：人权问题，
包括增进人权和基本自由
切实享受的各种途径

人人享有能达到的最高标准身心健康的权利

秘书长的说明

秘书长谨向大会转递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代纽斯·普拉斯根据人权理事会第 6/29 号和第 33/9 号决议提交的报告。

* A/74/50。



摘要

特别报告员基于人权原则推动了卫生保健工作者接受教育这项工作。他从学生选择、教学课程、培训地点，以及之后在卫生系统的就业等方面，促进了基于人权的医学教育方法可能对卫生保健工作者产生的影响。将人权纳入健康教育有助于卫生保健工作者克服其固有的歧视性行为和态度。

特别报告员不会重复全球对卫生人力危机作出的努力及大量相关文献，而是要表明基于人权的医学和其他健康教育方法可能产生的影响。他指出了当前健康教育的特点，它们限制了卫生保健工作者有效运作的的能力，以及其在促进、尊重和实现身心健康权方面发挥关键作用的能力。他提出了一些影响卫生保健工作者履行国家健康权义务能力的结构要素，确保提供可用、可获得、可接受和高质量的医疗保健，同时还在卫生保健工作者身上运用健康权框架，找出可能增强或限制其良好表现能力的问题。

人人有权享有能达到的最高标准身心健康特别报告员的临时报告

目录

	页次
一. 导言	5
二. 背景	7
A. 建立基于初级保健的医疗保健体系.....	8
B. 生物医学模式	10
C. 权力不对等	10
D. 医学教育	11
E. 医学课程与国家卫生战略统一	12
三. 有效的人力需要强有力的卫生系统.....	13
A. 卫生服务及设施	14
B. 医疗产品、基本药物、疫苗和技术.....	14
C. 卫生信息系统	14
D. 卫生筹资	14
E. 领导与治理	15
F. 卫生部门腐败	15
四. 基于权利加强卫生人力的方法.....	15
A. 平等和非歧视	16
B. 参与	16
C. 为偏远地区和弱势群体提供持续支持和培训	16
D. 管理卫生保健工作者	17
E. 国际援助与合作	17
F. 问责制.....	17
五. 热点问题	18
A. 加强卫生人力的国际援助.....	18
B. 心理健康人力培训	18
C. 心理健康状况是生物因素决定的疾病，而非社会和环境风险因素造成的后果.....	19

D. 专业团体定义的心理保健标准	19
E. 定义中的权力不对等	20
F. 心理健康教育需要变革	20
六. 建议和结论	22

一. 引言

1. 卫生保健工作者是社会健康发展和卫生系统正常运行的重要组成部分，没有他们，人们就无法享有可达到的最高标准的身心健康权。无论在农村还是三级教学医院，所有的卫生保健工作者都为人们的健康做出了贡献，他们需要关爱、保护和支持。根据特别报告员的授权（见 [A/60/348](#)），卫生保健工作者的作用、支持和不稳定状态都曾被提及过，包括在心理健康方面（见 [A/HRC/35/21](#) 和 [A/HRC/35/2/Add.1](#)）、腐败影响方面（[A/72/137](#)）以及实现可持续发展目标方面（[A/71/304](#)）。

2. 从世界范围来看，卫生保健工作者的工作环境充满挑战性、资源不足，有时甚至比较危险。在这种环境下，人权，包括其自身的权利，都受到了侵犯。有些地方会发生极端情况，比如医疗公正被定义为犯罪，¹卫生设施受到攻击，或者为埃博拉病毒提供治疗的医护人员成为攻击目标。²当医疗和健康教育立足于人权时，卫生保健工作者可以将挑战视为人权问题，并将自己视为变革推动者和人权倡导者。这种教育方式向卫生保健工作者灌输了基本人权原则，即人人，包括他们在医疗实践中接触的人们，都享有平等、非歧视和尊严的人权。

3. 本报告基于包括相关联合国机构代表、民间社团和学术界专家在内的利益攸关方广泛磋商的结果。特别报告员还收到了来自各大洲的一些书面意见，感谢所有人对该报告作出的宝贵贡献。

4. 健康问题的社会决定因素和潜在决定因素，即人们的出生、成长、生活和工作环境，是由金钱、权力和资源分配共同决定的。这些决定因素是造成健康不公平和可避免的健康状况差异的主要原因。³目前医疗保健体系中的许多问题都是由于在卫生人力培训过程中对决定因素和人口需求不够重视造成的。健康教育（包括医学教育和中级培训）必须强调，不能将实现健康权与学习如何诊断和治疗疾病混为一谈。它不仅取决于为所有人提供高质量的医疗保健，还必须应对健康问题决定因素，包括不平等、歧视、暴力和环境条件。

5. 在本报告中，特别报告员基于人权原则推动了卫生保健工作者接受教育这项工作。他从学生选择、教学课程、培训地点，以及之后在卫生系统的就业等方面，促进了基于人权的医学教育方法可能对卫生保健工作者产生的影响。将人权纳入健康教育有助于卫生保健工作者克服其固有的歧视性行为 and 态度。

¹ 联合国人人有权享有可达到的最高标准身心健康权问题特别报告员在安全理事会第 2286（2016）号决议通过两周年之际的公开声明。可查阅 www.ohchr.org/en/newsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?newsid=23225&langid=E。

² J. Fairhead, “Understanding social resistance to the Ebola response in the Forest Region of the Republic of Guinea: an anthropological perspective”, *African Studies Review*, vol. 59, No. 3, (December 2016), pp. 7-31.

³ 世界卫生组织(WHO)，健康问题社会决定因素委员会，《用一代人时间弥合差距：针对健康问题社会决定因素采取行动以实现健康公平》，（日内瓦，2008年）。

6.常规的医学教育方法（如医师培训）以医学等级体系和生物医学模式为基础，过分注重疾病的诊断和治疗以及生物医学病理学，而不考虑健康决定因素及其对健康产出的已知影响。这可能造成不平衡，并加剧卫生系统性能方面的严重问题，包括过度医疗、医疗碎片化、破坏“首先不伤害”原则、医生和服务使用者之间以及医生和其他卫生保健工作者之间的权力不对等。

7. 接受过基于人权的健康方法培训的卫生保健工作者可以帮助重塑卫生系统，使其变得更具参与性、公平性、包容性、非歧视性和积极性。想要明白这一点，卫生保健工作者必须在基于权利的环境中接受培训，参加以权利原则为基础的课程，其环境必须尽可能地接近人们生活环境。单一的病患护理方面的人权讲座或课程，作为独立的纵向学科，并不能为我们带来解决上述系统性问题所需的医疗文化变革。

8.特别报告员认识到并赞扬了许多将基于人权的方法、公共卫生以及健康问题社会决定因素和潜在决定因素结合起来，从而实现健康教育现代化的举措。不过，这些仍是例外情况而不是惯常做法。他敦促对健康教育进行改革，通过克服劳动力短缺来重塑卫生人力，使卫生服务更有效、更容易获得、更容易接受和质量更高。他告诫所有国家，特别是低收入或中等收入国家，不要效仿传统等级教育体系。

9. 全球卫生人力在数量上和筹资上都严重不足。在《卫生人力资源全球战略：2030年工作者队伍》⁴中，世界卫生组织预计，2013年全球卫生人力短缺1740万人，其中包括260万医生和900多万护士和助产士。据预测，到2030年，全球卫生人力短缺将达到1450万，其中东南亚和非洲将出现最严重的基于需求的人力短缺。

10. 特别报告员欢迎《全球战略》，世界卫生组织承认可持续发展目标的重点是大幅增加卫生筹资，并在发展中国家，尤其是最不发达国家和小岛屿发展中国家，增加卫生人力招聘、发展、培训和留用，可持续发展目标再次关注只有对全球卫生保健工作者进行实质性和战略投资才能实现的公平和全民健康覆盖。世界卫生组织认为卫生保健工作者对卫生系统的功能和实现健康权至关重要。

11. 鉴于全球对卫生人力危机作出了巨大努力及大量相关文献，特别报告员将不再重复这些内容，但会努力说明基于人权的医学教育方法可能对卫生保健工作者产生的影响。他指出了当前健康教育的特点，它们限制了卫生人力有效运作的的能力，以及其在促进、尊重和实现身心健康权方面发挥关键作用的能力。

12. 这些特点包括拓宽医生对健康欠佳的理解，以涵盖健康问题社会决定因素和潜在决定因素。有了这种认识，健康教育还必须超越健康欠佳的生物医学概念，以及对卫生部门治疗所有健康欠佳的过度依赖。特别报告员提倡对卫生人力采取增强参与性、减轻等级化的做法，重视所有卫生保健工作者的经验和意见。当前的系统对卫生保健工作者的评价不同，这主要取决于他们接受培训的时间长短。

⁴ 世界卫生组织，《卫生人力资源全球战略：2030年工作者队伍》（日内瓦，2016年）。

大多数医疗保健系统赋予医生在患者护理、医疗保健设施管理以及市政和国家卫生政策等方面的决策权，因为等级系统会主要根据生物医学证据优先考虑临床知识。基于人权的卫生系统方法将促进更多具有参与性和包容性的程序，将包括服务使用者在内的每个人都纳入系统中，并给予他们发言权。这将使人力发挥最佳作用，更充分地利用他们的培训和经验，最终使卫生服务更加有效。特别报告员赞赏医生在医疗保健中发挥的巨大和重要作用，以及他们在诊断和治疗决策方面的临床领导作用。此外，护士和非医务工作者也可以在许多医疗保健服务决策中有效发挥领导作用，包括政策、管理、诊断、预防和治疗问题等。

13. 医学不是一门精密科学，应对疾病的最恰当方法几乎总存在一些不确定性。但是，医生培训在他们自己和服务使用者心里构建了一种期望，即医生有知识、有权力、也有信心作出所有决策，包括非临床决策。这会使医生承受持续的压力，并可能导致精疲力竭。

14. 在这种等级系统内，拥有最高职位的医生与其他医疗人员以及大多数医生之间存在差距，包括巨大的薪酬差异，以及少数高层有机会掌握权力和可能进行腐败行为。医疗培训中根深蒂固的权力失衡滋生了腐败体系，对健康权产生了破坏性影响，用于医疗保健和保健知识普及的资金流失（见 A/72/137）。

15. 在过去几十年里，世界各地的卫生服务使用者都被赋予权力，许多国家制定了病人约章，提出了患者既定权利。与此同时，医疗保健政策和服务也发生了令人印象深刻的变革，从家长式的文化和实践转变为伙伴关系的文化和实践。这种做法强调医学伦理和解决权力不对等问题，符合基于人权的方法，我们应该加强这种实践。然而，这种变革更多的是赋权使用者，而不是赋权非医生的卫生保健工作者。此外，制药行业支持的有些患者维权不是关于使用者的赋权和权利，而是商业利益。⁵许多卫生保健工作者仍然屈从于医生；这种权力失衡会对职业和个人产生负面影响，并会导致员工流失。基于人权的卫生系统将减少医生与其他卫生保健骨干之间的权力失衡，促进更有弹性和更可持续的人力发展。

16. 本报告对中低收入国家具有特殊意义，因为这些国家的卫生保健工作者数量不足，无法实现全民健康覆盖。世界上大多数人口生活在这些卫生需求最大的这些国家。特别报告员鼓励中低收入国家重新考虑是否复制继承自其殖民历史的健康教育系统，这些系统的生物医学模式和等级制度并不适合它们。

二. 背景

17. 2013年，全球有980万名医生，2070万护士/助产士和1300万“其他”卫生保健工作者。⁶“其他”类包括牙科、药学、实验室、环境和公共卫生、社区和

⁵ S. Rose, “Patient advocacy organizations: institutional conflicts of interest, trust, and trustworthiness”, *Journal of Law, Medicine and Ethics*, vol. 41, No. 3 (2013), pp. 680-687.

⁶ P. Mahon and G. McPherson, “Explaining why nurses remain in or leave bedside nursing: a critical ethnography”, *Nurse Researcher*, vol. 22, No. 1 (2014), p 41.

传统卫生、卫生管理和支持等所有其他卫生人力。这意味着每个医生对应的只有 2.1 个护士和 1.3 个“其他”卫生保健工作者。

18. 世界卫生组织估计，到 2030 年，当可持续发展目标之一全民健康覆盖得以实现时，卫生保健工作者的短缺数量将达到 1450 万，其中包括 230 万医生，760 万护士和 460 万其他卫生保健工作者。⁷

19. 2013 年，全球卫生人力联盟将中级卫生保健工作者定义为经过 2 至 5 年培训，掌握诊断、管理常见疾病和预防疾病基本技能的骨干力量。⁸该联盟发现，中级工作者提供的医疗服务效果和医生一样好，而且往往对使用者的期望有更好的响应。其报告建议，更好地利用中级工作者有助于提高人力资源技能组合的效率，从而缓解卫生保健人力数量短缺的影响，使各国能够更好地实现全民健康覆盖或取得重大进展。该联盟指出，政策、治理和管理挑战限制了中级工作者所能做出的贡献。特别报告员同意这些意见，认为中级工作者的价值被低估，未得到充分利用，这反映了结构性问题，包括仅允许医生进行其他人可以经过培训完成的小手术的规定，以及始于医学教育的权利不对等的规定。

20. 培训和聘用医生的成本远远高于培训和聘用护士和其他“中级”卫生保健工作者。据估计，医学专业毕业生的平均成本为 11.3 万美元，护士专业毕业生的成本为 4.6 万美元，单位成本最高的是北美，最低的是中国。⁹因此，较高的医生与中级卫生保健工作者比例会对医疗保健预算和卫生保健工作者的公平分配产生重大影响，而卫生保健工作者的公平分配是使人人能获得卫生服务的一个基本要素。¹⁰

A. 建立基于初级保健的医疗保健体系

21. 有效利用中级卫生保健者的卫生系统不会过度依赖专科医生，这种系统认为健康欠佳并不总是需要专门的医疗响应。初级医疗保健是所有医疗保健系统可持续发展的基石和手段，当高达 80% 的使用者能够接受初级保健时，医疗系统将会发挥更有效、更合理的作用。有效利用初级保健可以防止过度诊断和过度治疗。初级保健和全科医生对公共卫生和实现健康权具有重要价值。有效利用初级医疗保健可将资源用于严重和复杂病例的昂贵治疗。特别报告员曾指出，卫生系统可以通过加强初级保健，同时减少不必要地使用专家和医院护理，从而提高公平、效率、效率和响应（见 [A/HRC/35/21/Add.2](#), para. 36）。他欢迎诸如“明智选择”

⁷ 世界卫生组织，《卫生人力资源全球战略：卫生人力 2030》，第 44 页。

⁸ 世界卫生组织，全球卫生人力联盟，《提供基本卫生服务的中级卫生工作者：全球系统审查和国别经验》。可查阅 www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/mlp2013/en/。

⁹ Julio Frenk and others. “Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world”, *The Lancet*, vol. 376, No. 9756 (2010), pp. 1923-1958.

¹⁰ Gordon McCord, Anne Liu and Prabhjot Singh, “Deployment of community health workers across rural sub-Saharan Africa: financial considerations and operational assumptions”, *WHO Bulletin*, vol. 91, No. 4 (2012), pp. 244-253.

之类的举措¹¹，这些举措鼓励服务使用者与医生就选择循证筛查工具和诊断测试进行讨论，防止过度诊断和治疗干预。

22. 如果初级和中级保健工作者之间能实现更加平等和共享权力，只要初级保健工作者获得足够支持，那么就更容易吸引、培训、资助和留住他们。当满足这些条件时，全民健康覆盖和初级保健就更容易实现。目前人力资源严重短缺的中低收入国家应该重视初级卫生保健。

23. 尽管有证据表明，初级保健医生不仅改善了个人和群体健康，而且还降低了人力成本，但他们的价值往往还是被社会低估了。全科医生和专科医生之间的薪酬差异加剧了这种看法。¹²

24. 人人可获得卫生保健工作者的有效服务，这一点至关重要。这就需要国家根据其人口结构对卫生保健人力资源进行公平分配，同时可能还需要激励措施来鼓励卫生保健工作者到农村和服务水平低下地区工作。

25. 特别报告员鼓励世界卫生组织重新提出并振兴其在 1995 年通过的改革人人享有健康医学教育和实践的¹³全球战略。该战略提倡具备五方面能力的“五星级医生”：护理提供、决策制定、沟通、社区领导和管理。这些技能被描述为卫生系统提供高质量、经济高效和公平的医疗保健所必需的推动因素。

26. 《柳叶刀》21 世纪卫生专业人员教育委员会也得出了类似的结论：“领导力、管理、政策分析和沟通技能，是健康课程的基本要素，同时也是在实现物有所值的过程中被忽视的要素”。¹³世界卫生组织在五星级医生战略中规定，当医生不在时，其他卫生保健工作者可以担当同样的角色。在推广这一模式时，人们认识到医疗保健领域存在碎片化现象，包括全科医生和专科医生之间。世界卫生组织目前正在努力制定《全民健康覆盖全球能力框架》，力求确定各级医疗保健所需的技能。特别报告员欢迎该框架的提出，其将适用于所有接受过 12 至 48 个月培训的保健工作者，不论其职业、职称或职务。¹⁴世界卫生组织还鼓励医学院校表现出社会责任感，就能够对优先健康问题作出响应的医生进行特殊培训。¹⁵

¹¹ 见 www.choosingwisely.org/。

¹² Kathleen Klink, “Incentives for Physicians to Pursue Primary Care in the ACA Era”, *American Medical Association Journal of Ethics*, vol. 17, No. 7 (2015), pp. 637-646.

¹³ Richard Horton, “A new epoch for health professionals’ education”, *The Lancet*, vol. 376, No. 9756 (2010), pp. 1875-1877.

¹⁴ 世界卫生组织，《全球全民健康覆盖能力框架》，将于 2019 年发布。

¹⁵ Charles Boelen, “The five-star doctors: an asset to health care reform?” (WHO, Geneva, 1995). 可查阅：www.who.int/hrh/en/HRDJ_1_1_02.pdf。

B. 生物医学模式

27. 据估计，医疗保健仅占人口健康可调整因素的 10%-20%。¹⁶但是，传统医学教育中存在一种阻力，即培养不太关注医疗和外科护理，而更多注重健康问题决定因素的人力队伍，或者更广泛的说，培养较少的医生和较多的中级工作者。

《柳叶刀》委员会发现个人和群体需求与能力不匹配；团队合作能力差；持续的职位地位性别分层；技术重点狭隘，情境理解不够广泛；以初级保健为代价，以医院为主导；专业劳动力市场的数量和质量失衡；以及在改善卫生系统性能方面领导不力。⁹

28. 特别报告员指出，在将近 10 年之后，虽然没有什么证据表明这些问题已在全球范围内得到解决，但他收到了许多意见书，其中提到了解决其中一些问题的成功方法。意见书强调，医学专业学生的培训不应集中在“象牙塔”里，远离许多人将要或应该被鼓励工作的社区。良好的医疗保健不仅着眼于疾病是否可以治愈，还要考虑如何利用人权和循证方法提高每个人的健康质量。评估发现，这些方法对卫生保健学生和社区都有好处。¹⁷

C. 权力不对等

29. 医学等级制度带来的权力失衡与生物医学模式有关。医生被教育要专注于生物医学投入，那些花费绝大多数时间接受教育并获得专家地位的人在卫生系统中拥有最大的权力。专科医学的领导人也经常接受政治任命来指导卫生政策。特别报告员此前曾强调过，权力不对等是如何导致普遍将专科医学置于初级保健和公共卫生之上的（见 [A/HRC/35/21](#) 和 [A/72/137](#)）。这种不对等导致了生物医学干预优先于非生物医学干预；在公共卫生研究中，倡导昂贵生物医学技术的学科优先于社会科学；诊断和治疗干预措施过度使用，以及民间团体参与卫生政策制定的空间有限。这些因素加在一起，还赋予了生理保健比心理保健更大的影响力和声望。如果医生运用各种方法治疗疾病而不考虑患者权利，包括其参与决策权，

¹⁶ Hood, C. M., K. P. Gennuso, G. R. Swain and B. B. Catlin,. “County health rankings: relationships between determinant factors and health outcomes”, *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 50, No. 2 (2016), pp. 129-135.

¹⁷ 见 www.aamc.org/download/479898/data/sdohwebinarslides.pdf.

这种权力失衡可能会对服务使用者和卫生系统造成损害。¹⁸与这种权力不对等相关的还有欺凌和高流失率，¹⁹这威胁着使用者的安全。²⁰

D. 医学教育

30. 医学院校影响着学生对待同事（包括所有卫生保健工作者）、服务使用者和社区其他人的态度，以及对待社区医学和初级保健的态度。医学院校有很好的机会来推动平等、非歧视和尊严的人权原则，以及将卫生保健工作者视为具有五星级医生能力的健康权倡导者的人权原则。如果医学教育推动了患者护理中的人权概念，它就可以为思索卫生领域人权教育的变革潜力设定一个宏大框架，因为它的范围非常广泛。这一概念包括在医疗服务提供过程中医疗保健服务使用者与提供者之间的人际关系，但也涉及影响医疗保健过程本身的系统因素和国家责任。²¹

31. 特别报告员欢迎过去 20 年来医学培训方面的重大变化，现在的医学培训强调的是实践能力，而不是仅仅是知识积累。美国、加拿大、许多欧洲国家和其他国家的认证机构已经转向基于结果的教育模式。²²除了技术能力之外，这些模式还提倡医生需要有良好的沟通技能，且必须能够考虑使用者的生活环境和提供护理的方式。

32. 医学院校不足以应对人权问题、行业利益对医学的腐败影响、对有关商业偏见的生物医学研究文献的批判性评价，或歧视和污名化对患者护理的影响。100 多年前，为了回应社会对美国和加拿大医学教育质量的担忧，亚伯拉罕·弗莱克斯纳在报告中提出了改变医生教育和医学实践的建议。¹³现在是再次转变模式的时候了，要全面改革医学教育的许多缺陷及其对卫生系统的影响，产生本报告提出的健康欠佳权。国家医学协会和大学应承担起将医学教育纳入人权框架的责任。

¹⁸ Dainius Pūras, “Human Rights and the Practice of Medicine”, *Public Health Reviews*, vol. 38, No. 9 (2017), p. 3.

¹⁹ K. Scott and others, “‘Teaching by humiliation’ and mistreatment of medical students in clinical rotations: a pilot study”, *The Medical Journal of Australia*, vol. 203, No. 4 (2015), p. 185; Young-Ran Yeun and Jeong-Won Han, “Effect of nurses’ organizational culture, workplace bullying and work burnout on turnover intention”, *International Journal of Bio-Science and Bio-Technology*, vol. 8, No. 1 (2016), pp. 372-380.

²⁰ B. Green and others. “Challenging hierarchy in healthcare teams – ways to flatten gradients to improve teamwork and patient care”, *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, vol. 55, No. 5 (2017), pp. 449-453.

²¹ Joanna N. Erdman, “Human rights education in patient care”, *Public Health Reviews*, vol. 38, No. 14 (2017), p. 2, 引自 Jonathan Cohen and Tamar Ezer, “Human rights in patient care: a theoretical and practical framework”, *Health and Human Rights Journal*, vol. 15, No. 2 (2013), pp. 7–19.

²² R. M. Harden, “Outcome-based education: the future is today”, *Medical Teacher*, vol. 29, No. 7, pp. 625–629; and Olle ten Cate, “Competency-based postgraduate medical education: past, present and future”, *GMS Journal for Medical Education*, vol. 34, No. 5, document 69. Competency-Based Postgraduate Medical Education: Past, Present and Future

33. 医学教育课程还应促进和重视社会医学（初级卫生和社区医学），以鼓励社会医学的普及。资源丰富地区的医学院校往往受到专科医院医院的强烈影响，强调和美化了医学专业和副专业，以失衡的方式提升了这些专业的地位和影响力。这使得专家对卫生系统各层面的控制过于宽泛，同时轻视了公共卫生方法、初级保健医生和其他卫生保健工作者。

E. 医学课程与国家卫生战略统一

34. 医学院校的课程应与本国的国家卫生计划和卫生保健人力战略相统一；经济、社会和文化权利委员会在就可达到的最高标准健康权发表的第 14 号一般性意见以及《全球战略》中概述了这一点。尤其需要关注那些尚未实现全面健康覆盖的国家的初级卫生保健。需要鼓励卫生保健工作者进入农村地区，使人人享有医疗保健；随着专科医学占据主导地位，农村卫生被甩在后面。我们建议从以临床能力转移为主导的培训战略转向加强卫生保健工作者发挥社会变革推动者作用的变革性教育议程，这一点仍然很重要。

35. 医学教育忽视了一些社会群体。在访问各个国家期间，特别报告员见证了有些医生不愿与脆弱群体合作，如极端贫困人口、吸毒者或无家可归者。他敦促那些塑造未来医生的知识、技能和价值观的人们鼓励医生与这些群体接触，并防止医生忽视患者痛苦，这与医学专业的本质和宗旨相冲突。特别报告员指出，与医学专门化相关的影响力和声望强化了这些偏见，使人们不再关心最脆弱群体。从边缘化和弱势群体中选拔学生有助于解决这些问题。

36. 另外两个脆弱群体是残疾人和需要姑息治疗者。两者在医学课程中都经常被忽视，他们需要全面的、高质量的、基于权利的护理。下面给出一些成功例子。

37. **姑息治疗。**在乌干达，姑息治疗协会与律师合作，就姑息治疗作为一项人权对 300 多名卫生保健工作者进行了培训，其中包括医生、护士、临床干事和相关卫生专业人员。法律专业的学生也选择姑息治疗场所作为其诊所式法律实习地点。哥斯达黎加在人力规划过程中认识到人口老龄化问题，并于 2009 年启动了一项姑息医学住院治疗计划，其毕业生在整个培训过程中教授医科学生。他们计划将姑息治疗作为初级保健的一项基本原则。

38. **残疾人。**尽管残疾人仅占全球人口的 15%，但他们发现卫生保健工作者的技能和医疗设施不足的可能性是正常人的两倍，无法获得医疗保健的可能性是正常人的三倍，在医疗保健系统中遭到不良待遇的可能性是正常人的四倍。²³因此，对卫生保健工作者进行残疾人人权和服务提供方面的培训至关重要。包容性健康培训要涵盖关于《残疾人权利公约》、人权和健康权的模块，还要采用残疾包容的方法，采取具体干预措施来满足卫生保健各个领域的残疾人需求。研究发现，使用手语提供强大的视觉无障碍交流、运用重要的通信技术以及对包括医生在内的卫生保健工作者进行文化意识培训，都是促进残疾人获得医疗保健的有效方式。

²³ 世界卫生组织/世界银行，《世界残疾报告》（日内瓦，2011 年）。

²⁴欧洲委员会建议高等教育机构，特别是医学院校，对其课程进行审查，以确保课程充分反映《公约》的规定。²⁵

39. 特别报告员警告，即便我们更加重视培训更多的中级工作者，来实现初级保健的更公平分配和全民健康覆盖，这本质上可能并不能解决关注生物医学模式的问题。存在这样一种风险，即所有卫生保健工作者将继续重点寻找和治疗所有健康问题的生物医学“病因”。特别报告员敦促以公共卫生原则为基础的中级工作者培训，承认环境、社会和经济因素对个人和社区卫生的贡献。

40. 共疫的概念可能会给医学教育者提供新的教学框架，摆脱传统的疾病“垂直”框架。共疫研究的是生物社会复合体，包括相互作用、共存或相继发生的疾病，以及增强病害互作负面影响的社会和环境因素。²⁶因此，卫生保健工作者的教育应包括传授由生物社会状况引起的疾病群的方法，强调引起这些疾病群的社会和潜在决定因素。将每种疾病作为一种垂直状况进行教学方法会导致碎片化。

41. 此外，还迫切需要医学教育来解决当今新出现的全球和公共卫生问题，并将其列为优先事项。这些问题包括气候变化、心理健康、人口老龄化、姑息治疗、非传染性疾病的风险因素和影响、阿片类药物使用挑战，以及其他视具体情况而定的问题。针对成瘾性使用循证教育也是必要的，这样医生就能更好地了解情况，并在必要时开出维护尊严的阿片类药物。许多意见书提到了针对这些公共卫生问题的参与式和社区嵌入式教育方法。

三. 有效的人力需要强有力的卫生系统

42. 人权方法提供了一套具有深远影响的变革性规定。人人享有平等和尊严，包括卫生保健工作者，是人权的核心。在本节中，特别报告员探讨了实现卫生保健工作者的权利如何对改善卫生系统作出有意义的贡献。他还研究了卫生系统的组成部分，说明其对卫生保健工作者为所有人提供可用、可获得、可接受和高质量的医疗保健的能力的影响。没有强有力的卫生系统，就无法实现全民健康覆盖。

43. 卫生保健人力是卫生系统的重要组成部分，如果没有卫生系统其他要素的支持，它就无法有效地提供高质量的医疗保健。

44. 健康权要求各国消除因不平等和歧视而产生的障碍，这些障碍妨碍人们适当获得医疗保健及其潜在和社会决定因素。必须优先考虑弱势群体。应保护卫生保健工作者本身免受卫生系统内各种形式的不平等和歧视。社区卫生保健工作者

²⁴ Alexa Kuenburg, Paul Fellingner and Johannes Fellingner, “Health care access among deaf people”, *The Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, vol. 21, No. 1 (January 2016), pp. 1–10. 可查阅 <https://doi.org/10.1093/deafed/env042>。

²⁵ Parliamentary Assembly, Council of Europe, “Ending coercion in mental health: the need for a human rights-based approach”, document NO. 14895, 22 May 2019. 可查阅 <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-DocDetails-EN.asp?fileid=27701&lang=2>。

²⁶ M. Singer, N. Bulled, B. Ostrach and E. Mendenhall, “Syndemics and the biosocial conception of health”, *Lancet*, vol. 389, No. 10072 (2017), pp. 941–950.

及其工作所在的社区往往由于处于医学等级制度的最底层而出现卫生状况不佳，他们遭受了无能为力、歧视、不平等和贫穷。各国必须改善工作条件，解决最直接服务于人口和社会需求的保健工作者的薪酬不平等问题，并开展教育运动，提高所有保健工作者的形象和声誉。

45. 卫生系统的各个组成部分都必须发挥其支持卫生保健工作者、尊重卫生保健工作者人权和促进公平就业条件的作用。在下文中，特别报告员列出了加强卫生保健人力所需的一些特征，以便其能够为所有人提供可用、可获得、可接受和高质量的服务。

A. 卫生服务及设施

46. 为了留住卫生保健工作者，并确保卫生保健服务者进入偏远、农村或边缘化社区工作，应在这些地区设立适当的设施，包括临时设施，而且设施必须符合合适标准，能够为所有人提供高质量的护理。特别报告员注意到许多农村和偏远卫生中心的质量低于标准，往往与城市和专门设施形成鲜明对比。此外，应为卫生保健工作者及其家属提供住宿，以鼓励他们到偏远地区工作。本报告的意见书给出了一些例证，说明为农村保健工作者提供住房是成功的。

B. 医疗产品、基本药物、疫苗和技术

47. 如果不能可靠、持续地提供适当、优质药品、疫苗和技术(包括通信技术)，卫生保健工作者就无法充分发挥作用。基本卫生干预措施和技术不应仅限于生物医学产品，应包括有效的心理社会和基于人口的公共卫生干预措施。

C. 卫生信息系统

48. 卫生保健工作者需要访问并添加他们正在治疗的患者的记录，这些信息必须伴随着服务使用者，因为他们贯穿了整个系统。卫生保健工作者需要在这些方法方面接受培训，以便获得有关社区健康的数据，同时仍会确保使用者的机密性。按类别划分的卫生保健工作者的数量信息必须是最新的，用于人权问责的目的。

D. 卫生筹资

49. 卫生保健工作者有权享有从业人员的所有权利：体面劳动权获得了《世界人权宣言》和国际劳工组织《体面劳动议程》的支持。经济、社会和文化权利委员会在其第 14 号一般性意见中也承认，卫生保健工作者有权获得具有国内竞争力的薪酬和适当的培训。体面劳动权旨在确保每个人不受歧视，享有公平和有利的条件以及组织和集体谈判的权利。特别报告员支持对卫生保健工作者资金进行公平分配，向社区保健工作者支付报酬，重要的初级保健工作不再使用无偿志愿者。²⁷医学等级制度和生物医学模式的主导地位可能导致了医学专家和其他卫生保健工作者之间出现无法接受的薪酬不平等问题。

²⁷ 《世卫组织促进优化社区卫生 工作者规划的卫生政策和系统支持指南》(日内瓦, 2019 年)。可查阅 www.who.int/hrh/community/en/。

E. 领导与治理

50. 没有良好的领导、管理和治理，卫生保健工作者就无法有效地发挥作用。当卫生保健工作者由于管理不善或缺乏管理而变得效率低下时，他们提供可获得和高质量的医疗保健的能力就会下降。良好的治理可以保证国家全面卫生计划对健康权的要求，该计划包括人力资源，以参与性的方式制定并得到实施，但同时也遭到了反对。这项卫生保健工作者计划应包括预防、治疗和康复保健，涵盖身心健康，还应涵盖中级工作者。

F. 卫生部门腐败

51. 特别报告员在其他报告中讨论过腐败问题（见 A/72/137）。对卫生保健工作者会产生特别消极影响的腐败类型包括长期旷工、财务管理不善、裙带关系或其他对卫生保健者的不公平待遇。基于权利的领导和治理方法包括卫生保健工作者积极参与决策制定，以及包括财务在内的决策的透明度。

52. 医学等级制度对领导和治理有很大的影响，这可能导致机构腐败。处于等级制度顶层的人员拥有更多的机会接触到管理者和负责治理和卫生政策（包括资源分配）总决策的人员。他们会影响到支出决策，因此资金更有可能流向专科服务，而不是健康促进措施或普通但重要的服务，如儿童心理健康、老年病学、姑息治疗或偏远且无宣传能力的地区的初级医疗设施。

四. 基于权利加强卫生人力的方法

53. 本报告阐述了一些结构性因素，这些因素影响着卫生保健工作者履行国家健康权义务，来提供可用、可获得、可接受和高质量的医疗保健的能力。在本节中，特别报告员对卫生保健工作者采用健康权，以确定可以提高或限制其良好工作能力的问题。

54. 健康权得到《世界卫生组织组织法》的承认，并受到《世界人权宣言》和对缔约国有约束力的各项国际人权条约的保护；这些条约包括《经济、社会及文化权利国际公约》、《消除种族歧视国际公约》、《消除对妇女一切形式歧视公约》、《儿童权利公约》、《残疾人权利公约》和《保护所有移徙工人及其家庭成员权利国际公约》。此外，区域人权条约和许多国内宪法也保护健康权。这些国际条约和国内法律责成各国采取行动，尊重、保护和实现健康权，并促进卫生保健工作者的教育，使他们能够帮助各国履行其健康权义务。

55. 健康权产生的义务为承担者提供了行动框架，也为问责制提供了参考框架。健康权必须逐步实现。这意味着健康权的许多方面不必立即实现；相反，各国必须采取有效的定向措施，争取逐渐实现健康权。但是，各国也必须履行一些紧迫义务，如公平分配健康设施、物品和服务；提供基本药物；使人们获得基本住所、饮用水和安全卫生设施；以及基于流行病学信息通过一项国家卫生战略，提供国家卫生保健人力规划和教育信息。

A. 平等和非歧视

56. 平等和非歧视的人权原则适用于卫生保健工作者的工作中，以及卫生保健工作者的选拔。因此，可能有必要制定扩大方案，从土著民族等弱势社区和群体中征聘卫生保健工作者，以减少歧视，促进对文化差异的尊重。事实证明，这种选择方案在许多不同环境中产生了积极影响，包括开放社会基金会的罗姆人健康奖学金计划，该计划在过去 10 年中资助了保加利亚、北马其顿、罗马尼亚、塞尔维亚和的 500 多名罗姆族医科学生。²⁸

57. 必须采取有效措施，实现各领域保健工作者的性别平衡，以确保基于性别的平等和非歧视。这项和其他措施，例如少数群体和残疾人纳入考量范围，对于确保尊重这些社区的文化差异和医疗保健提供者是必要的。

58. 人权，包括尊重文化多样性和神经多样性，以及对患者和其他人员以礼相待的重要性，应成为所有卫生保健工作者培训的必备部分。²⁹前任特别报告员的许多报告都敦促各国将人权列入保健工作者的培训范围。本报告的几份意见书阐述了将人权纳入培训的方式，世界医学协会指出，医学教育应包括所有阶段的必修人权课程。

B. 参与

59. 一项关键的人权原则是使人们有权参与影响他们自身的决策或政策制定。因此，在制定国家卫生和保健人力计划时，各国负责任将卫生保健工作者和民间社团纳入其中。卫生教育机构和所有卫生保健工作骨干的代表应参与编制和监督人力计划。需要采取谨慎措施，确保计划咨询中不会重复医学等级制度。农村地区的社区卫生保健工作者可能比在三级医院工作的医学专家更了解人口健康需求。

C. 为偏远地区和弱势群体提供持续支持和培训

60. 特别报告员注意到，特别是在国别访问期间，与城市同行相比，远离医学教育中心和中级或三级设施的卫生保健工作者接受的指导、监督和持续培训较少。然而，反常的是，特别是在资源匮乏、农村人口比例较高的国家，这些卫生保健工作者对于实现全民健康覆盖，或履行在非歧视基础上提供基本初级医疗保健的国家核心义务至关重要。因此，除了要求选择适当范围的人员培训为卫生保健工作者，并激励工作者到农村和偏远地区生活和工作之外，还必须提供有意义的监督、指导和持续培训。事实表明，没有提供这种支持的卫生保健工作者会丧失临

²⁸ Merziha Idrizi, “Celebrating 10 Years of Investing in Roma Health”, Open Society Foundations (8 April 2019). 可查阅 www.opensocietyfoundations.org/voices/celebrating-10-years-investing-roma-health。

²⁹ G. Backman and others, “Health systems and the right to health: an assessment of 194 countries”, *The Lancet*, vol. 372, No. 9655 (2008), pp. 2047–2085.

床技能以及对其职业的热情。³⁰全球人力联盟发现，尽管使用中级保健工作者在不同环境中取得了巨大成功，但在监督很少和培训不足的情况下，他们的护理质量可能不够理想，并对留用产生负面影响。³¹

D. 管理卫生保健工作者

61. 卫生保健工作者应该进行自我管理。卫生专业从国家中独立出来可防止从属于国家。从属关系会导致卫生保健工作者的双重忠诚，这与他们在任何时候都尊重和保护使用者的人权和健康权的义务相矛盾。如果国家介于卫生保健工作者和使用者之间，就会出现双重忠诚和公正医疗的问题，造成保密和信任方面的严重问题。在监狱³²、精神病学³³中，在与移民和难民打交道时³⁴，以及在性和生殖健康与权利方面³⁵，双重忠诚都是一项人权问题。

E. 国际援助与合作

62. 各国有义务根据请求向其他国家提供技术和财政援助，以协助它们履行健康权义务。中低收入国家的卫生保健工作者教育仅通过官方发展援助渠道获得卫生总支助的一小部分。下面将进一步阐述捐助。

F. 问责制

63. 各国必须承担确保充分享有健康权的义务，包括专业机构和大学在内的其他利益攸关方必须承担健康权方面的责任。各方都应促进打造一支能够为所有人提供优质医疗服务的卫生保健人力队伍。问责制应体现透明度、参与性原则，并以高质量的数据和信息为基础。

³⁰ A. Palagyi, G. Brian and J. Ramke, "Training and using mid-level eye care workers: early lessons from Timor-Leste", *Clinical and Experimental Ophthalmology*, vol. 38, No. 8 (2010), pp. 805–811.

³¹ 世界卫生组织，全球卫生人力联盟，《提供基本卫生服务的中级卫生工作者》(2013)，第 32 页。

³² S. Glowa-Kollisch and others, "Data-driven human rights: using dual loyalty trainings to promote the care of vulnerable patients in jail", *Health and Human Rights Journal*, vol. 17, No. 1 (2015), pp. 124–135.

³³ M.D. Robertson and G. Walter, "Many faces of the dual-role dilemma in psychiatric ethics", *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, vol. 42, No. 3 (2008), pp. 228–235.

³⁴ Linda Briskman and Deborah Zion, "Dual loyalties and impossible dilemmas: health care in immigration detention", *Public Health Ethics*, vol. 7, No. 3 (2014), pp. 277–286.

³⁵ J. Jaime Miranda and Alicia E. Yamin, "Frameworks for understanding dilemmas of health care in a globalized world: a case study of reproductive health policies in Peru", *Politics and Ethics Review*, vol. 1, No. 2 (2005), 177–187.

五. 热点问题

A. 加强卫生人力的国际援助

64. 2016年，海外发展援助总额中约有213亿美元用于卫生事业。³⁶卫生和医疗培训支出总额为4.46亿美元，仅占卫生援助支出总额的2%。世界卫生组织呼吁为卫生保健工作者培训提供额外的官方发展援助资金，特别是考虑到许多在中低收入国家接受培训的卫生保健工作者前往高收入国家工作的情况。³⁷

65. 特别报告员对用于培训的卫生援助表达了两方面的关切。首先，相对于中低收入国家对额外卫生保健工作者的需求，这种财政支持力度较小，不太可能对各国满足其培训需求带来很大帮助。第二，如果投入是临时性的，而不是加强人力和卫生系统的国家总体计划的一部分，那么卫生培训成果就无法持续。如上所述，如果受训者后续未被纳入正常运行的卫生系统并获得持续的监督和指导，那么卫生培训和教育就没有什么用处。

66. 此外，特别报告员还关注了用于监测可持续发展目标和全民健康覆盖目标的指标减少问题，这些指标并不促进以权利为基础的反应（见A/71/304）。指标反映的是接受培训的人数，但并不能反映他们将培训转化为社区健康成果的能力，这可能会产生误导。然而，许多捐助者继续以这种方式报告其海外发展支出和卫生培训活动。

67. 在资源匮乏地区对卫生保健工作者进行特别培训可能导致保健系统内卫生保健工作者的分配出现扭曲。³⁸为帮助加强人力而提供的培训必须涵盖整个卫生系统，包括：监管环境、财务考虑因素、受训者对可靠供应药品或器械的需求；监测培训后服务的信息系统；以及对新培训的卫生保健工作者的监督。考虑到整个卫生系统会促进培训成果的可持续性和健康权。

B. 心理健康人力培训

68. 需要特别提到心理健康人力培训。正如心理健康问题特别报告员2017年报告所述，存在妨碍提供心理保健和阻碍实现健康权的障碍（见A/HRC/35/21）。这些障碍包括过度使用生物医学模式来定义情绪困扰，以及可能导致对患者和心理健康提供者有害和非人性化的胁迫的医学等级制度。医学专业之间、医生与其他卫生保健工作者之间以及医生与服务使用者之间的权力不对等，为实现健康权制造了更多的障碍。

³⁶ 经济合作与发展组织统计数据，可查阅：www.oecd.org/dac/stats/aidtohealth.htm。

³⁷ A Micah, et al, “Donor financing of human resources for health, 1990–2016: an examination of trends, sources of funds, and recipients”, *Globalization and Health*, vol. 14, No. 98, 可查阅：<https://globalizationandhealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12992-018-0416-z>。

³⁸ Carmel Williams and Garry Brian, “Using a rights-based approach to avoid harming health systems: a case study from Papua New Guinea” *Journal of Human Rights Practice* 2013, vol. 5, No. 1 (2013), pp. 177-194.

C. 心理健康状况是生物因素决定的疾病，而非社会和环境风险因素造成的后果

69. 精神病学中的决策往往带有家长式作风（一贯不认真对待精神科服务使用者的意见），对生物医学干预和精神药物过分投入。然而，社会精神病学和精神病学中结构能力运动的支持者牢记鲁道夫·魏尔肖 150 年前所说的话：医学是一门社会科学，医生是穷人的天然代言人，社会问题应主要由他们去解决。

70. 目前主流的心理健康方法是基于疾病的生物医学模式，在这种模式中，心理健康状况往往被视为生物学上定义的异常，而与环境无关。然而，心理健康不同于其他类型的健康，因为心理健康状况不存在生物学标记，健康和疾病之间的界限在很大程度上是由文化和环境界定的。³⁹因此，在一种情况下，精神痛苦可能被认为是人类正常体验的一部分，而在另一种文化中，同样的行为放在一起可能意味着疾病。

71. 心理健康很大程度上受社会因素的影响（见 A/HRC/41/34）。然而，过度依赖生物医学模式来解释情绪困扰，会优先选择药物治，而不是解决导致产生痛苦的慢性压力源的健康问题核心潜在和社会决定因素，如贫困、不平等、歧视和暴力。当心理保健正统学说不再充分独立于其他机构（即制药行业）时，就会发生机构腐败，从而导致寻求真相的妥协。这导致了反常的激励结构，强化和奖励了过度使用精神药物，转移了可用于解决和了解健康决定因素作用，以及采取具有成本效益的心理社会干预措施的资源。

D. 专业团体定义的心理保健标准

72. 大多数心理保健由初级保健医生、卫生保健工作者、心理学家、临床社会工作者、治疗师、教牧顾问和同行专家提供。然而，精神病学家这个专业团体控制着心理健康和精神疾病的定义。他们在全世界范围内发布《精神疾病诊断和统计手册》⁴⁰，这本精神疾病诊断手册已经成为通过“国际疾病分类”等用途对精神困扰进行分类的事实标准。该手册将人类的正常体验医学化（例如，将悲伤医学化；“轻度神经认知障碍”将与年龄相关的正常认知衰退病理化），同时还使用检查表诊断方法，以便将药理学作为主要治疗选择，因而饱受诟病。

73. 《精神疾病诊断和统计手册》将情绪困扰视为离散障碍，再加上生物医学模式在组织良好的精神病学中的主导地位，这可能会导致使用者和卫生保健工作者遭到胁迫，限制其健康权或提供医疗保健。这种家长式的做法没有跟上医疗保健其他领域的步伐，其他领域已经发展到让服务用户参与进来，通过共享决策来提出一种可以基于服务提供者和服务用户之间的伙伴关系和相互信任来解决精神困扰的方法。

³⁹ A. Kleinman, “Culture, bereavement, and psychiatry”, *The Lancet*, The, 2012-02-18, vol. 379, No. 9816 (2012), pp. 608-609.

⁴⁰ *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 5th ed. (Washington, D.C., American Psychiatric Association, 2013).

E. 定义中的权力不对等

74. 由于控制心理健康定义、因果关系归因（通过生物医学模式）以及定义是否适度治疗而导致的权力不对等并不重视沟通技能的作用、心理保健工作者和服务使用者之间的关系，以及环境在确定精神困扰原因和采用适当的，通常是非药物解决方案中发挥的作用。在某些情况下，这种权力不对等导致非药物治疗方法是非法的，并导致过度使用精神药物。在理论精神病学和制药行业（见 A/HRC/35/21 和 A/41/34），以及医疗保险公司（报销药品费用但不一定报销心理社会干预费用）的支持下，心理健康领域继续过度医疗化。

75. 精神病学作为一种职业，几乎垄断了大多数决策权，这些决策可能不仅对服务使用者和其他心理健康专业人员有害，而且对精神病学家也是有害的。权力集中在一个专业团体会给决策过程带来巨大的压力，特别是在决定使用生物医学干预还是促进自愿或甚至非自愿安置（住院）和治疗的任意情况下。精神科医生和服务使用者都沦为一个无效体系的人质，在这个体系中，凌驾人权的决定基于关于危险和医疗必要性的谬误立论。业内人士普遍认为，精神科医生作出的决策往往会剥夺具有某些心理健康状况的人们的自由，以免出现“三长两短”时对其采取法律行动，从而导致其滥用和过度使用胁迫手段。医学教育变革将大大减少这些权力不对等和使用胁迫的动机，这将有利于服务使用者和精神病学家。

F. 心理健康教育需要变革

76. 必须改革心理健康人力培训，以解决环境问题及其对心理健康的影响、心理健康和精神困扰的狭隘定义，以及卫生保健工作者和服务使用者之间的权力不对等问题。前面提到的强调实践能力的医疗培训变革本应有利于心理健康问题。然而，心理健康培训模式，特别是在医学教育方面，已经落后于其他医疗保健领域。还应改革其他卫生保健工作者的培训方式，包括环境在造成心理健康困扰方面的作用、健康问题决定因素在心理健康方面的作用，以及沟通和关系在改善心理健康方面的作用。

77. 精神病学家等心理健康专业人士必须愿意看到，机构思维和实践以及行业利益可能可能会阻碍他们真正为医疗模式之外的护理模式腾空的能力。⁴¹生物医学模式在心理健康教育中的主导地位是一种认知上的不公正，阻碍了促进和保护心理健康权所需的进步。

78. 在一些国家，医学教育的目的是培养具有人际交往和沟通技能的医生，“从而能够与患者及家属和其他卫生专业人士进行有效的信息交流与合作”。⁴²许多国家使用加拿大医师能力评价系统（CanMEDS）的成果教育框架，该框架将医生的其中一个角色定义为“沟通者”，即能够“与患者及其家属建立关系，促

⁴¹ R. Mezzina and others, “The practice of freedom: human rights and the global mental health agenda”, *Advances in Psychiatry* (Springer, 2018); Robert Whitaker and Lisa Cosgrove, *Psychiatry under the Influence: Institutional Corruption, Social Injury, and Prescriptions for Reform* (Springer, 2015).

⁴² M. S. Kavic, “Competency and the six core competencies”, *Journal of the Society of Laparoendoscopic Surgeons*, vol. 6, No. 2, (2002), pp. 95–97.

进有效卫生保健所需基本信息的收集和共享的能力”。⁴³该框架强调将使用者的观点、环境和社会经济地位理解为相关的心理和社会学问题。只有通过这种理解，医生和使用者才能达成共识，在此基础上就最佳行动方案作出共同决定。知情同意需要重新设定为一个关系过程。这是一项持续性的工作，而不是可以通过披露目前已知的风险、好处和治疗的替代方案彻底实现的。⁴⁴

79. 这些框架需要教学，进而理解并在实践中考虑患者生活环境。医师能力评价系统指出，医生需要成为健康倡导者，“在与社区或患者群体合作来改善健康时，他们要贡献出自己的专业知识和影响力。他们与被服务对象共同确定和了解需求，在需要时站在他人角度说话，并支持调动资源以实现变革。”⁴³

80. 要调整心理健康人力培训，强调健康问题的潜在和社会决定因素，重新定义文化和环境背景下的精神疾病，并培养卫生保健工作者建立关系所需的态度、知识和技能，避免系统固有的家长式作风。

81. 在全球医疗企业化和商品化的环境下，培训卫生保健者批判性地思考如何使用研究成果来指导决策也同等重要。这种培训应包括对医学文献的批判性评价和对认知偏差的理解，以提高做出更好决策的信心。

82. 一些医学院校重建了课程，将社会公正⁴⁵和社会责任教育作为基础。这些模式将医科学生培训从学术医疗中心转移到参训者可直接看到的影响健康（包括心理健康）的潜在和社会决定因素的领域。除了开发临床能力之外，这些模式还通过关注影响健康差异的根本原因中的社会因素，开发了“结构性能力”。⁴⁶

83. 人力必须具备与服务使用者建立关系的技能和意愿，从而在使用者的文化和生活背景下就情感困扰达成共识。这样，他们可以开始解决世界卫生组织已经明确的许多卫生保健人力问题。

84. 卫生保健工作者的培训还需要摒弃用生物医学模式解释精神困扰和精神疾病的理念，采纳其他社会学和心理学模式的解释。只有通过拓宽视野，我们实施的解决方案才能在环境和文化背景下满足使用者的需求。

85. 最后，心理健康研究需要接纳参与式研究，解放传统，来确定精神困扰的根本原因，并找寻解决这些问题的方法。参与性研究允许真正的利益相关者参与，其在向最脆弱的群体提供心理健康保健的同时，教授一种向具有心理健康状况的患者提供关怀和支持的重构模式。最近一项对 35 年干预研究的综合分析发现：

⁴³ 见 www.royalcollege.ca/rcsite/canmeds/framework/canmeds-role-communicator-e。

⁴⁴ R. Blum, “When patient and physician disagree on patient’s ‘best interest’”, *American Medical Association Journal of Ethics* (previously known as *Virtual Mentor*), vol. 11, No. 3 (2009), pp. 223–227.

⁴⁵ 例如，见 <https://medicine.tufts.edu/education/health-justice-scholars>。

⁴⁶ L.J. Kirmayer, R. Kronick and C. Rousseau, “Advocacy as key to structural competency in psychiatry”; *JAMA Psychiatry*, vol. 75, No. 2 (2018), pp. 119–120.

“倦怠在心理健康提供者中普遍存在，并与重要员工、消费者和组织成本相关”；并且“医学领域在改善心理健康提供者倦怠方面取得的进展有限。”⁴⁷

六. 建议和结论

86. 卫生保健工作者在实现身心健康权方面的作用至关重要。各国在投资卫生部门时，应确保所有卫生保健工作者的教育以及国家卫生人力战略的实施充分包含基于人权的方法、健康权分析框架和现代公共卫生方法的所有要素。国际社会要吸取过去的经验教训，当时科学和医学实践未要求人权的必要性，导致弊大于利。赋予所有卫生保健工作者基于权利的能力和技能，这不仅仅可以防止在护理病人时侵犯人权。它还会促进和保护卫生保健工作者的权利，因为它减少了卫生人力内部的权力不对等，防止了卫生部门的腐败，并有助于在医疗系统内外创造体面劳动条件以及相互信任和尊重的氛围。

特别报告员敦促各国：

87. 以所有卫生保健工作者骨干代表和包括民间社团和卫生服务使用者代表在内的其他利益攸关方共同参与的方式制定国家卫生人力计划。

88. 采取措施，通过基于权利的健康教育方法，减少现有医学等级制度内的权力不对等。

89. 确保医学院校、公共卫生学院和培训卫生保健工作者的所有大学的课程牢固地立足于人权框架之内，与国家卫生部门战略和卫生人力计划保持一致，以便培养未来卫生保健工作者的各项能力（不仅仅是临床技能）。

90. 确保所有卫生教育院校设计其课程，以反映全球卫生优先事项和国家需要，特别关注弱势群体，出其他外，包括残疾人和需要姑息治疗者。

91. 确保政府各机构之间协调一致，优先考虑人口健康需求和健康权。

92. 确保医学和卫生培训课程平衡不同能力，包括公共卫生、预防卫生、社区和社会医学、心理健康促进和护理、姑息治疗、医学伦理、医学法律、管理技能、沟通技能和人权。

93. 确保医学和护理院校毫无歧视地选拔候选人，并反映国家需要。

94. 确保护士和社区卫生保健工作者培训得到认可，并由护士和社区卫生保健工作者开展。

95. 认识到护士和中级卫生保健工作者的至关重要性，并为他们体面劳动条件作预算。

96. 确保所有卫生保健工作者的薪酬丰厚得当。

⁴⁷ K. C. Dreison and others, “Job burnout in mental health providers: a meta-analysis of 35 years of intervention research”, *Journal of Occupational Health Psychology*, vol. 23, No. 1 (2018), pp. 18–30.

97. 充分投资于卫生系统，使卫生保健工作者能够提供人人可用、可获得、可接受和高质量的医疗保健。

98. 允许独立专家对医学课程进行监督，以确定课程是否会促进公共卫生和基于人权的健康方法。

特别报告员敦促国家卫生专业组织：

99. 承担责任，公共卫生学院和培训卫生保健工作者的所有大学的课程牢固地立足于人权和健康权框架之内。

100. 促进激励机制，吸引人们接受初级卫生保健。

101. 促进激励机制，吸引人们到农村或偏远地区工作，除其他外，包括为他们提供住房。

102. 对医疗职业负责，并运用自我管理机制，使其成员具备基于人权的卫生保健和公共卫生方法的知识、技能和精神。

特别报告员敦促大学等卫生教育机构的领导层：

103. 确保其课程反映国家卫生人力战略。

104. 不断改进课程，以满足社会需求，反映新知识和新出现的公共卫生优先事项，包括气候变化。

105. 使所有课程都牢固地立足于人权和健康权框架之内，这些框架促进了一种理解，即卫生保健工作者应接触包括残疾人在内的弱势群体。

106. 选拔来自贫困地区和农村地区的反映整个社会的培训对象。

107. 解决医学教育中基于权利和基于证据的心理健康知识鸿沟，消除与医学教育过分依赖生物医学模式有关的知识偏见。

108. 重新调整心理健康研究重点，促进独立、定性和参与性社会科学研究，探索非强制性的替代服务模式，防止过度医疗化和制度化。