

编者按

针对医疗服务的暴力： 绝不让步

.....

一枚自制爆炸装置在一个军用车队经过时发生爆炸。当民众和救援人员冲到现场救助伤者的时候，另一枚炸弹爆炸，设置的时间就是要对这些紧急服务人员造成最大的伤害。

一条交通要道上的军事检查站拦下许多车辆，全部人员——包括正在去往医院途中的救护车——被迫排队数小时。过长的等待使病人因得不到治疗而死亡。

一名医生因为在反对派与警察发生暴力冲突后医治受伤的示威者而被送进了监狱。

武装团体攻占了一个医疗中心，大肆洗劫并杀害敌对团体的受伤人员和医疗人员。当地居民无法获得医疗服务，许多人别无选择只能逃离此地。

今天，从中非共和国到叙利亚，此类事件在任何地方都可能发生。¹这

1 See Romaric Bekourou, 'Central African Republic: thousands forced to flee, health facilities looted', available at: www.youtube.com/watch?v=-cck2zYezII; International Committee of the Red Cross (ICRC), 'Somalia: Lifeline Mogadishu', available at: www.icrc.org/eng/resources/documents/audiovisuals/video/2013/05-27-somalia-health-care-in-danger.htm; British Red Cross, 'Call for an end to attacks on aid workers in Syria as International Red Cross and Red Crescent Movement marks 150th anniversary', 29 October 2013, available at: www.redcross.org.uk/About-us/News/2013/October/Solidarity-call.

成了当今战争现实的一部分，如此司空见惯，事实上在不断更新的头条消息中，这类事件几乎无法引起人们的注意。这只是医疗服务人员在武装冲突和其他紧急情势下经历的各种类型的威胁、攻击和阻碍的几个例子。不仅医疗人员成为蓄意攻击的目标，受伤人员也无法幸免，无论他们是平民还是军人。

此类事件的累积会造成现实的或感觉上的不安全，后果超出其所产生的直接影响。这种不安全会产生“医疗沙漠”，导致整个社区无法获得医疗服务并对整个地区的公共卫生造成严重和持久的危害。因此，针对医疗服务的暴力带来的间接后果是扩散的、潜伏的、无声的，但其影响却可能是灾难性的。

然而，保护伤者和医疗人员是世界文化和宗教共同遗产的一部分。²这种传统上对提供医疗服务之人的尊重与医疗人员自身所展示出的对医疗道德的尊重历来是一致的。医疗道德源于古希腊文明，包括著名的希波克拉底誓言。在阿拉伯医学中，最早有文字记载的医疗道德见于十世纪伊沙克·伊本·阿里·鲁哈维的著作《医生实用伦理学》。

此外，现代人道事业和国际人道法是出于对被遗弃在战场上的战争伤者的命运的义愤之情而诞生的。对即使在战时也需要维持哪怕一丁点的人道这一观念的普遍共识直接催生了1863年建立的“常设伤兵救护国际委员会”，即今天所称的“红十字国际委员会”，以及在1864年8月22日通过了最初的《改善战地武装部队伤者待遇日内瓦公约》。

1864年《日内瓦公约》³中最重要的原则包括：不加区分国籍地照顾伤者；医疗人员和设施中立和不受侵犯；以及使用标志对后者加以区别和保护等，这些原则为后续公约所承袭。

2 譬如，在印度，《摩奴法典》要求战胜方宽恕伤者。在布基纳法索，习惯法禁止杀害未参加战斗的人员并要求照顾双方的伤者。关于此类不同传统的简述，见Véronique Harouel-Bureloup, 'Droit international humanitaire: la coutume', in *Grotius International*, 7 March 2013, available in French at: www.grotius.fr/droit-international-humanitaire-la-coutume/. Véronique Harouel-Bureloup, 'Droit international humanitaire: la coutume', in *Grotius International*, 7 March 2013, available in French at: www.grotius.fr/droit-international-humanitaire-la-coutume/.

3 Geneva Convention of 22 August 1864 for the Amelioration of the Condition of the Wounded in Armies in the Field, 75 UNTS 31. 该公约于1950年10月21日生效。

因此，保护伤者和医疗人员及开展救助行动的组织是现代人道行动先驱者们的首要关切。他们不遗余力地推动当时的民间团体和国际社会建立国内的保护架构和缔结国际性的保护文书。

然而，整整150年后，在武装冲突和其他紧急情势下对伤者和医疗人员的攻击、阻碍人们获取医疗服务、蓄意破坏医疗设施的行为却仍在继续。我们是否正见证着此类暴力的增长，同时伴随着国际人道法越来越不受尊重？当下这种程度的暴力现象应当归因于当代武装冲突的本质吗？由于没有长期的统计数字，我们无法回答这些问题，但至少我们认为针对医疗服务的暴力可能是：(1) 持续的现象；(2) 旧现象的潜在加剧；或者甚至是(3) 战争的这一面重新抬头。国际社会是时候重申不人道行为的限度并认真审视当前针对医疗服务的暴力的成因，这种暴力已成为当代主要的人道挑战之一。

实质问题是什么？

“最早的战争受害者之一就是医疗服务系统本身。”⁴作为此类反复发生的事件的见证人、有时候还是直接受害人的国际红十字与红新月运动注意到了这种现象的严重性，莱昂纳德·鲁本斯坦和罗宾·库普兰等专家的工作使这一点更为突出。⁵在2008到2010年之间，红十字国际委员会对发生在16个国家的影响医疗服务的655起暴力事件进行了一项研究。⁶该研究使人们注意到不同形式的妨碍提供医疗服务的暴力活动：直接攻击病患、医疗人员和医疗设施（尤其是抢劫和绑架），或扣留有关人员而且不准许获取医疗服务。

红十字国际委员会于2013年搜集的新数据⁷表明，发生在2012年的绝大多数针对医疗服务的暴力事件（占22个国家记录的约900起事件的80%以上）对当地的医疗服务职业人员造成了影响。受这些事件影响的人员中有四分之一遭

4 Marco Baldan, ICRC chief war surgeon, in *Health Care in Danger: Making the Case*, ICRC, Geneva, 2011, p. 7, available at: www.icrc.org/eng/assets/files/publications/icrc-002-4072.pdf.

5 见他们在本期《评论》上的文章。

6 ICRC, *Health Care in Danger: A Sixteen-Country Study*, July 2011, available at: www.icrc.org/spa/assets/files/reports/report-hcid-16-country-study-2011-08-10.pdf.

7 ICRC, *Violent Incidents Affecting Health Care – January to December 2012*, 15 May 2013, available at: www.icrc.org/eng/resources/documents/report/2013-05-15-health-care-in-danger-incident-report.htm

到杀害或受伤，其余的事件包括殴打、恐吓、扣押、绑架和其他暴力形式。搜集的数据中没有显示出某一种加害者占主导地位，相反，数据表明那些应付责任者不仅包括国家武装部队和安全部队，还包括非国家武装参与方。在本期《评论》中，菲奥娜·特里就获取医疗服务特别困难的三个局势（阿富汗、刚果民主共和国和索马里）分析了针对医疗服务提供者和设施的暴力问题。与此类似，基于六个当代案例研究，恩里科·帕维尼亚尼、马库斯·迈克尔、毛里齐奥·穆鲁、马克·比斯利以及彼得·希尔分析了国家未能提供医疗服务的后果。

犯罪集团或冲突各方为了非法交易的目的或者作为军事行动的掩护而滥用医疗使命的行为，使得对作为整体的医疗服务所提供的保护迅速减少。实际上，如果一些救护车被滥用，整个医疗服务体系对于战斗员来说都会变得可疑并要承受由此造成的后果，包括救护车必须在检查站长时间等待，或医生和医疗设施成为直接攻击的目标。

针对医疗服务的暴力行为的影响远不止攻击那一刻及其直接后果。对医疗服务人员的攻击不仅影响作为直接目标的人员，还影响所有依赖于这些人员所提供的医疗服务的人群。一方面，每当有一个医疗专业人员受到攻击，就会有几百名有时是几千名病人无法得到处置，无论是预防性的（如疫苗接种活动）还是治疗性的（如手术或康复）。另一方面，不断发生的针对医疗服务的暴力行为可能会导致医生的离职，因为他们——完全有理由——担忧自身的安全。由于无法获取医疗服务，民众只得长期承受这种后果。⁸

医疗人员所受保护的明显减少并非仅在冲突地区和紧急情势中引起关注。若干年以来，在和平国家也发生过严重的针对医疗人员特别是紧急服务人员的暴力问题。医疗服务有时也许会成为犯罪活动的目标，但患者及其家属往往正是造成这些问题和安全事件的原因。如果医院里缺乏安全保证的情况在和平时期就容易被忽视，那么在危机时期又会怎样呢？这种关注强化了在目前未受武装冲突或其他紧急情势影响的国家也采取预防性方法的必要性。

尽管医疗职业人员拥有受保护的權利，他们还有与其照顾的伤者与病者的权利相关的义务和责任。他们因此要受到国际人道法和人权法以及医疗道德的约束。医疗人员遵守这些道德是冲突和紧急情势中的医疗服务问题的另

⁸ 见本期《评论》中对利比亚卫生部长瓦尔特·古恩尼加拉博士的访谈。

外一个方面。各国医疗机构应当发挥重要作用，尤其是为了避免国家干预并确保医疗职业人员自身遵守道德规范。比如在南非，种族隔离政权的细菌与化学项目主管沃特·巴松博士被指控研发旨在使反种族隔离武装人员失去战斗能力的化学武器。这项研究的最终目的是要找到一种化学手段来遏制黑人人口力量的增长。2013年南非健康职业理事会认定他违反医疗道德。⁹

不断加强的动员

将针对医疗服务的暴力作为一个单一的复杂问题而非各个孤立事件的简单汇总来处理是非常必要的。根据2011年红十字与红新月国际大会的委托，¹⁰红十字国际委员会启动了一项为期四年的题为“危险中的医疗服务”的项目，目的是鼓励相关各方采取措施来改进实地的现状，同时广泛咨询负责确定该问题解决方案的各方面的专家。《评论》邀请了红十字国际委员会负责协调这一项目的皮埃尔·让蒂勒报告这一问题的进展情况。

与此类似，若干非政府组织在这一领域也自行开展了一些活动。比如“无国界医生”启动了一个“战火下的医疗服务”项目，定期提供有关影响医疗服务的安全事件的信息。¹¹在本期《评论》中，卡罗琳·阿布·萨达、弗朗索瓦·迪罗克以及伯特兰·蒂瑟就“无国界医生”如何处理其自身或其照顾的患者遭遇暴力和攻击的问题进行了探讨。他们倡导进一步扩展对人道行动背景下的不安全现象的批判性思考。

另一相关的团体是“冲突中维护健康联盟”，该组织由一些非政府组织、医疗服务职业协会和一个研究中心组成。¹²其宗旨是推动遵守与武装冲突和其他暴力情势中医疗服务设施、卫生工作者、救护车及患者的安全和保障有关的国际人道法和人权。

9 See 'South Africa's "Dr Death" Basson found guilty of misconduct', in BBC News Africa, 18 December 2013, available at: www.bbc.com/news/world-africa-25432367.

10 See Resolution 5, 'Health care in danger: respecting and protecting health care', adopted at the 31st International Conference of the Red Cross and Red Crescent, 1 December 2011, available at: www.icrc.org/eng/resources/documents/resolution/31-international-conference-resolution-5-2011.htm.

11 See the Medical Care Under Fire website, available at: www.msf.org/topics/medical-care-under-fire.

12 See the Safeguarding Health in Conflict Coalition website, available at: www.safeguardinghealth.org.

对医疗服务的攻击必须首先作为一个人道问题而不仅仅作为人道工作者遇到的一个问题来考虑。经过多年努力，现在不仅国际红十字与红新月运动以及非政府组织在应对此事，其他多个有影响的参与方和国家也在处理这一问题，这一点极其令人振奋。比如，国际护士理事会¹³和世界医疗协会¹⁴现在是红十字国际委员会“危险中的医疗服务”项目的合作者，世界卫生大会最近也讨论了这个问题。¹⁵在秘书长2012年5月提交给联合国安全理事会的关于保护平民的报告¹⁶中也多次提及针对医疗服务的攻击并要求安理会在这一领域更加积极主动。一些国家如挪威、澳大利亚和南非则在全球层面积极支持“危险中的医疗服务”项目。

此外，红十字国际委员会通过与各国红十字会和红新月会合作在国内层面开展工作。从一些直接面临这一问题并且已经开始为减少针对卫生工作者的暴力而引入解决方案的国家那里，我们还有很多东西要学。比如在本期《评论》中，我们刊发了哥伦比亚“关于尊重医疗使命的常设圆桌会议”的观点，其经验使得实际建议有可能在今后发挥作用。

寻求解决方案

尽管我们显然还有很多工作要做，但我们已经有一套在平时和战时保护医疗服务的法律和道德规则。

13 See www.icn.ch/news/whats-new-archives/safeguarding-health-in-conflict-coalition-1506.html.

14 世界医疗协会指出：“医疗道德是红十字国际委员会和世界医疗协会的一个主要的合作领域。这在2013年6月26日已经在一份《谅解备忘录》中正式确定下来。世界医疗协会旨在通过这一协议为该项目的发展作出贡献，尤其是通过解决武装冲突和其他紧急情势中医疗服务人员的责任问题。”见World Medical Association, ‘Health Care in Danger Project’, available at: www.wma.net/en/20activities/60campaigns/11HealthDanger/index.html.

15 International Federation of Health and Human Rights Organisations, ‘World Health Assembly adopts resolution on WHO’s role in documenting attacks on health workers and facilities’, 30 May 2012, available at: www.ifhhro.org/news-a-events/360-world-health-assembly-adopts-resolution-on-whos-role-in-documenting-attacks-on-health-workers-and-facilities.

16 Report of the Secretary-General on the protection of civilians in armed conflict, UN Doc. S/2012/376, 22 May 2012, paras. 33–34. See also the Report of the Secretary-General on the protection of civilians in armed conflict, UN Doc. S/2013/689, 22 November 2013, para. 23.

根据国际人道法，武装冲突各方应当保护、收集和照顾伤者和病者，同时还要保护医疗人员、医疗单位和医疗运输工具不受攻击，对其予以尊重，并且不得阻碍他们提供治疗。为了保障这种保护，国际人道法详细规定了受《日内瓦公约》及其《附加议定书》保护的标志的使用。它还要求尊重医疗道德原则，比如禁止胁迫医疗服务人员提供违背这些道德的治疗。

就未达到武装冲突标准的情势而言，医疗服务的获得受到人权法和国内法的保护，特别是通过对健康权的保护。在任何时间和任何情况下，国家都有义务为其人民提供一个有效的医疗服务体系。

在本期，维维恩·内桑森通过与平时时期的情势相比较，分析了医疗从业者冲突时期面临的道德挑战。该期《评论》中还有几篇文章介绍和讨论了对医疗服务的保护中的法律问题。亚历山大·布莱特加对在冲突和其他紧急情势期间可适用于医疗服务的法律框架进行了概述；阿米里·米勒分析了国际人道法规则与健康权之间的互补性，尤其是在非国际武装冲突中；而凯瑟琳·富特和莱昂纳德·鲁本斯坦则确认了在国际人道法不适用或者只能起补充作用的情况下，人权对于保护医疗服务的重要性。在诺维·萨德地方法院参与审理前南斯拉夫战争期间的武科瓦尔医院大屠杀案的塞尔维亚籍调查法官米罗斯拉夫·阿利姆皮克在其文章中谈及刑事正义的问题。最后是马里塞拉·席尔瓦·召和埃卡塔里娜·奥尔蒂斯·利纳雷斯分析了哥伦比亚有关禁止对符合医德的医疗活动施以惩罚的判例法。

即使在战时或者在暴动期间，也必须能够确保伤者和病者快速获得医疗服务，各有关参与方（医生、政治领袖、学者、军事人员、民间社会的代表等等）可采取切实可行的措施。红十字国际委员会在世界各地已经与这些参与方合作举办了一系列的研讨会，旨在提出今后的解决方案。¹⁷这些参与方采取的措施依其实施的背景和程度，也许能够拯救全世界成千上万的生命。

17 红十字国际委员会还建立了一个基于互联网的、在武装冲突和其他紧急情势中为安全获取医疗服务而工作的组织和人员的网络。该网络授权其成员访问专门用于发表文件和工具的资源中心，他们也可以投稿。成员之间还可以交流他们的实践经验，共享社区议程表，并采纳和实施“危险中的医疗服务”研讨会提出的建议。更多信息见www.icrc.org/eng/what-we-do/safeguarding-health-care/solution/2013-04-26-hcid-expert-consultations.htm。

此类措施的清单如下，但并非详尽无遗：

- 在每一个国家建立一个完整而一致的法律框架，以便在所有情况下对提供医疗服务予以保护。
- 在相关规则的教育、培训和传播等领域采取措施，从而为防止此类事件作出贡献。
- 在制止针对医疗服务的攻击方面，将刑事、行政和纪律方面的制裁手段结合使用。
- 在国家层面建立一个控制机制，控制医疗使命对保护性标志的使用。
- 在国家和 / 或国际层面建立有关针对医疗人员、病人、设施以及运输工具的威胁和攻击的后续数据系统。
- 在检查站采取优先措施，比如对医疗运输车辆的识别以及明确、一致的标示。
- 在安全部队、医疗服务提供方以及当局之间确定标准化程序，以便为安全部队在医疗设施中开展行动（如：搜查和追踪嫌犯）提供参照标准。
- 在策划和实施对紧邻医疗服务机构的军事目标（或由于已经被用于军事目的而失去免于攻击的保护的医疗服务机构）的攻击方面加以改进，从而尽可能减少对医疗服务的影响。
- 豁免医疗服务人员披露其在工作中获得的某些信息的法律义务，并在国家立法中详细界定医疗保密的例外情形。
- 发挥各国红会的重要作用，包括为保护标志和防止其滥用，在宣传教育、监督滥用以及实施国内立法等领域开展工作。
- 确保从事紧急服务的志愿者，包括来自红十字会或红新月会的志愿者从健康保险计划中受益。

每个人都可以通过分享信息和提出解决方案为改进对医疗服务的保护作出贡献。《评论》选择的参与这一项目的方式是邀请亲身经历过针对医疗服务的暴力的人、学者、人道工作者、司法机构成员、政府代表以及医疗专家向本期专刊投稿。从而将行动、法律和道德视角汇集到一起。本期内的文章：(1) 通过若干实地案例的研究结果来阐明这一人道问题；(2) 对相关法律和道德框架进行考察；(3) 概括了法律、行动和政策层面的不同解决方案。

现在担任卫生与社会保护部部长的沃尔特·古恩尼加拉博士曾是利比亚冲突期间遭到攻击的一家医院的院长，他详细介绍了他的经历，开启了对这一问题的讨论。他分析了在冲突时期医疗服务人员面临的危险、这种暴力的长期后果以及为防止这种暴力可以采取的措施。

针对医疗服务的暴力：很少有什么主题如此生动而彻底地将我们的注意力引向人性的最好一面与最坏一面。最坏的一面是针对那些需要救治的人或者那些施以救治的人滥用武力。最好的一面是志愿者和医疗人员的承诺，他们无惧广泛存在的不安全、压制和直接的暴力，出于对其道德准则的尊重而提供救治服务。促进人们对这一问题的认识只是走向找到能够传播和实施的解决方案的第一步。这些男人和女人们自觉承担的所有风险不能简单地归结为“命运的安排”。

梵尚·贝尔纳

主编