



第七十三届会议

暂定项目表\* 项目 74(b)

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

残疾人权利

秘书长的说明

秘书长谨向大会转递残疾人权利问题特别报告员卡塔丽娜·德班达斯-阿吉拉尔按照人权理事会第 35/6 号决议提交的报告。

\* A/73/50。



## 残疾人权利问题特别报告员的报告

### 摘要

在本报告中，残疾人权利问题特别报告员审查了残疾人在享有可达到的最高健康标准的权利方面面临的挑战，并就各国如何促进提供将残疾人包括在内且残疾人可以获取的保健服务问题提供了指导。

## 一. 导言

1. 本报告强调了残疾人在享有可达到的最高健康标准的权利方面面临的各种挑战，并就各国如何促进提供立足人权的包容性和可获取保健服务问题提供了指导。报告中提出的国际人权标准是以各联合国人权机制包括条约机构和特别程序先前提出的各项建议为基础。

2. 在向会员国、国家人权机构和民间社会组织(包括代表残疾人的组织)发出调查表后，收到了116份答复。在编写报告时，特别报告员对这些答复进行了分析。<sup>1</sup> 她还组织了与联合国机构、残疾人组织和学术界代表的专家协商。

## 二. 了解残疾人的健康状况

3. 健康是福祉和人类幸福的核心所在，它使个人能够拥有美好生活和充分发挥其潜力。如果得不到保健，包括医疗和康复服务，人们就可能无法上学、获得谋生机会或参与社会生活。经济增长离不开健康，因为健康的人群能更好地学习，生产能力更强，储蓄更多，寿命更长。<sup>2</sup> 及早获得保健和康复服务，能确保更好的健康结果，降低卫生和社会护理系统发生的与健康不良相关的费用。健康不仅仅是正规保健系统的事情。安全且负担得起的住房、交通、教育和就业等因素也对个人和社会的健康产生影响。因此，健康不仅是实现可持续发展的成果，也是实现可持续发展的途径(见A/71/304)。

4. 和大家一样，残疾人也有健康需求，包括需要健康促进、预防保健、诊断、治疗和康复。由于自身残疾和贫穷、歧视、暴力和社会排斥等其他决定健康的基本因素，他们可能还有其他具体的健康需求。虽然有些残疾不可避免地会随着时间的推移而不断加重，但物质和社会环境不好可能会加重原有疾病，或者加重原有疾病的间接后果。

5. 由于遭受贫穷、歧视、暴力和社会排斥的程度高以及在获得保健服务方面遇到严重障碍，残疾人比普通人更容易出现健康不良，因而更可能需要和利用保健服务。比如，他们更可能遭遇意外伤害；更容易发生继发性疾病、并发症和与年龄相关的疾病；更容易遭受暴力；更容易早逝。<sup>3</sup> 同样，他们更需要与健康相关的康复和复健服务，这些服务对维持良好的健康状态、独立生活、有经济生产能力和有意义的生活至关重要。除了基本保健服务之外，有些残疾人可能还需要更多获取专业保健服务。

---

<sup>1</sup> 见 [www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/SRDisabilities/Pages/StandardOHealth.aspx](http://www.ohchr.org/EN/Issues/Disability/SRDisabilities/Pages/StandardOHealth.aspx)。

<sup>2</sup> 见 D. Bloom and D. Canning, *Population Health and Economic Growth* (Commission on Growth and Development, 2008)。可查阅：[https://siteresources.worldbank.org/EXTPREMNET/Resources/4899601338997241035/Growth\\_Commission\\_Working\\_Paper\\_24\\_Population\\_Health\\_Economic\\_Growth.pdf](https://siteresources.worldbank.org/EXTPREMNET/Resources/4899601338997241035/Growth_Commission_Working_Paper_24_Population_Health_Economic_Growth.pdf)。

<sup>3</sup> 世界卫生组织(世卫组织)和世界银行，《世界残疾问题报告》(2011年)，第53-60页。

6. 残疾人可以过上积极、有生产能力、长寿而健康的生活。残疾并不等于不健康，健康是由于个人潜能、生活需求以及社会和环境因素共同作用产生的一种动态的福祉状态。<sup>4</sup> 无论残疾或健康状况如何，残疾人都可以通过确定和实现其愿望、满足其需求以及改变或应对环境的方式来享有健康的生活。<sup>5</sup> 此外，还要认识到残疾的概念因历史、文化和社会不同而不同，它反映了具体时间和地点的价值观和规范。<sup>6</sup> 同样，许多残疾人并没有将其身体和功能上的差异视为一种实际缺陷，而是视为其身份的积极和正常特征，或视为一种感知缺陷。

7. 历史上，残疾人一直只被视为“患者”，他们的意见没有所谓的“专家”有价值，尤其是医学专业人员。在残疾医学模式下，没有将残疾人视为权利拥有者，而是只看到他们的缺陷。<sup>7</sup> 由于他们的残疾仅仅被视为一个医学问题，社会的反应集中在对他们的“治疗”和“治愈”上，而忽视了他们自身的意愿和选择。不过，从1960年代起，残疾人权利运动对这种医学模式提出挑战，强调了障碍和压迫在残疾人生活中所起的消极作用。因此，人们现在认为，残疾是由于有实际的或以为的缺陷的人与各种态度和环境障碍之间相互作用而产生的一种社会建构。脱离给予同情和治疗的作法，残疾人现在应被视为多元人类的平等成员。

8. 预防残疾问题有必要说明一下。有些国家往往将与基本预防政策有关的政策和预算承诺作为对残疾人权利的投入。虽然向公众开展疾病和残疾预防的公共卫生运动是国家公共卫生政策的重要组成部分，但不应该被视为促进残疾人权利工作的一部分。从人权角度来讲，各国必须确保残疾人能够与其他人一样平等获取健康促进和预防服务，包括防止残疾加重。另外，各国还必须保证关于健康促进和预防的政策和方案不得对残疾人进行污名化，因为这对其融入和参与社会产生直接的不良影响。

### 三. 残疾人的健康权

9. 健康权在各种国际和区域人权文书中得到确认。<sup>8</sup> 健康权包含自由和应享权利两个方面。<sup>9</sup> 自由包括不受歧视的权利、做出影响其个人健康和身体完整的决

<sup>4</sup> J. Bircher and E.G. Hahn, “Understanding the nature of health: new perspectives for medicine and public health. Improved wellbeing at lower costs”, *F1000Research* 5:167(2016)。可查阅：<https://f1000research.com/articles/5-167/v1>。

<sup>5</sup> 《渥太华健康推广宪章》，由1986年11月21日在渥太华举行的第一届国际增进健康会议通过。

<sup>6</sup> B. Ingstad and S. R. Whyte (eds.), *Disability and Culture*, *Disability and Culture* (University of California Press, 1995)。

<sup>7</sup> 残疾人权利委员会，第6(2018)号一般性意见(CRPD/C/GC/6)，第8段。

<sup>8</sup> 见《世界人权宣言》(第二十五条第一款)、《经济、社会及文化权利国际公约》(第十二条)、《消除一切形式种族歧视国际公约》(第五条(辰)项第(4)目)、《消除对妇女一切形式歧视公约》(第十一条第1款(f)项和第十二条)、《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、第43条第1款(e)项和第45条第1款(c)项)、《残疾人权利公约》(第二十五条)、《欧洲社会宪章》(修订版)(第11条)、《美洲人权公约》关于经济、社会和文化权利领域的附加议定书(第10条)、《非洲人权和民族权利宪章》(第16条)。

<sup>9</sup> 经济、社会及文化权利委员会，第14(2000)号一般性意见(E/C.12/2000/4)，第8段。

定的权利、自由知情同意的权利、免遭非自愿医疗和实验的权利以及免遭酷刑或残忍、不人道或有辱人格的待遇或惩罚的权利。应享权利包括享有必不可少的保健的权利和获得基本药物的权利。健康权还包括决定是否健康的基本因素，例如，能否获得安全饮用水；适足的卫生设施；充足的食物、营养和住房；健康的职业和环境条件；以及获得与健康相关的教育和信息。<sup>10</sup>

10. 各国义务尊重、保护和执行健康权。因此，各国不得直接或间接干涉个人的健康；采取措施防止第三方干涉；采取积极措施帮助和使个人和社会能够享受这一权利。此外，各国还必须确保可以提供足够数量的保健物品、服务和设施(可用性)；确保其在财政、地理和物理方面的无障碍，包括提供无障碍的信息和通信，不得歧视(可及性)；尊重医学伦理、符合文化要求且对性别和生命周期要求有敏感认识(可接受性)；符合科学和医学特点且有良好品质(质量)。健康权也要求人们参与所有与卫生有关的决策。<sup>11</sup>

11. 残疾人受到与所有其他人相同的健康权总框架的保护。不过，在《残疾人权利公约》通过前，国际人权体系很少关注残疾人的健康需求。<sup>12</sup> 事实上，该框架允许在特殊情况下对残疾人享有健康权的不同内容实施限制。例如，《保护精神病患者和改善精神卫生的原则》为防止保健机构侵犯人权制定了较低的标准。

12. 《残疾人权利公约》<sup>13</sup> 取代了以前的那些标准。它从医学和家长式的残疾问题解决方式转为一种立足于人权的处理办法，认为残疾人是权利持有人，而不仅仅是保护、康复或福利的接受者。残疾不再被视为一个医学问题，而是一种社会概念。《公约》强调，必须消除限制所有残疾人享有可达到的最高健康标准的权利的一切社会机构、障碍和做法。

13. 《公约》的很多条款涉及健康权或者健康的基本决定因素。《公约》第二十五条重申了所有残疾人享有可达到的最高健康标准而不受歧视的权利。这包括健康权框架内的所有元素，包括自由、权利、参与、监督和问责等等。第二十五条还提供了缔约国在实施健康权过程中必须保证的标准和义务的非详尽清单，包括获得性健康和生殖健康服务；享受全民公共卫生方案；提供的服务应尽可能靠近社区，包括在农村地区；提供针对残疾人的卫生服务，包括预防残疾加重；包括在征得残疾人自由表示的知情同意基础上，向残疾人提供在质量上与其他人所得相同的护理；培训医务人员和颁布公共和私营保健服务职业道德标准；平等参与医疗保险和人寿保险；以及禁止以残疾为由拒绝提供保健或食品和液体。

14. 《公约》第二十五条第(四)项值得特别注意。它涉及的是对医疗和实验的自由和知情同意的权利，包括拒绝治疗的权利，这一点在国际人权法中得到了广泛

<sup>10</sup> 同上，第 11 段。

<sup>11</sup> 同上。

<sup>12</sup> G. Quinn and T. Degener, “Human rights and disability: the current use and future potential of United Nations human rights instruments in the context of disability” (Geneva, OHCHR, 2002)。可查阅：[www.ohchr.org/Documents/Publications/HRDisabilityen.pdf](http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HRDisabilityen.pdf)。

<sup>13</sup> 联合国，《条约汇编》，第 2515 卷，第 44910 号。

的承认。<sup>14</sup>尽管是健康权以及免遭酷刑和虐待的权利的核心要素，但是残疾人往往被剥夺了这项权利。例如，1997年通过的欧洲委员会《人权和生物医学公约》第6和第7条规定了残疾人免于非自愿入院治疗和实验的权利的例外情况。同样，某些联合国条约机构和特别程序也对保健中对残疾人使用强制手段进行了辩护，包括非自愿治疗和住院、单独禁闭、以“医疗必要性”和“危险性”为由使用限制和强制消毒(例如见CCPR/C/GC/35和A/HRC/22/53)。这些标准和判例法与《残疾人权利公约》背道而驰，《公约》禁止一切基于实际或认知残疾的强制，即使有其他因素或标准来证明其正当性。

15. 此外，《公约》第二十五条第(四)项还规定了“要求医护人员，包括在征得残疾人自由表示的知情同意基础上，向残疾人提供在质量上与其他人所得相同的护理”的义务，对残疾人法律权利能力的普遍承认(第十二条)和绝对禁止以残疾为由剥夺自由、包括非自愿住院(第十四条)强化了这一义务。残疾人权利委员会强调，缔约国有不允许替代决策者(如监护人)代表残疾人同意的义务。<sup>15</sup>而且，必须提供支持决策的制度，卫生和医务人员应该采取措施，确保支持者尊重个人的意愿和选择，不得代替残疾人做出决定或对残疾人做出决定施加不当影响。<sup>16</sup>若在做出重大努力后仍不能获得个人的自由知情同意或无法确定其意愿和选择、包括通过提供支持和便利，则应将“对意愿和选择的最佳解释”的标准作为最后手段。<sup>17</sup>

16. 《公约》其他条款对第二十五条进行了补充。例如，第五条禁止一切形式的歧视，包括在保健方面；第九条规定无障碍地使用所有医疗设施、交通运输、信息、通信和服务；第十条重申了残疾人的生命权；第十五和第十七条承认了免于酷刑或残忍、不人道或有辱人格的待遇或处罚的权利以及人身完整性、包括免于非自愿医疗的权利；第十九条规定了独立生活和融入社区的权利，禁止医疗机构实施隔离和禁闭的情况；第二十二条明确了隐私权、包括对健康相关信息的隐私权；第二十三条规定了残疾人接受生殖和计划生育教育以及保留生育能力并决定子女人数和间隔的权利，禁止强制绝育；第二十一条涉及获得信息的问题，减少健康知识文盲；第二十八条规定了适足的生活水平和社会保护的权利，涉及决定健康的社会因素。

17. 《公约》第二十六条对保障残疾人特别因其残疾所需卫生服务的义务进行了补充。它要求各国实施全面的康复和复健服务与方案(包括卫生领域)，<sup>18</sup>使残疾人

<sup>14</sup> 《公民权利和政治权利国际公约》(第七条)、《世界生物伦理与人权宣言》(第5和第6条)和《人权和生物医学公约》(第5条)。自由和知情同意的权利也被视为人身安全权；免于受酷刑和残忍、不人道或有辱人格的待遇或处罚的权利；隐私权是可达到的最高健康标准权利的一部分。

<sup>15</sup> 残疾人权利委员会，第1(2014)号一般性意见(CRPD/C/GC/1)，第41段。

<sup>16</sup> 同上。

<sup>17</sup> 同上，第21段。

<sup>18</sup> 康复和复健是指为了使残疾人能够实现和保持最大程度的自立；充分发挥和维持体能、智能、社会和职业能力；以及充分融入和参与各方面生活而采取的广泛应对措施。复健是指以先天残疾或幼年残疾的人为对象的服务，而康复是指为在后来残疾的人提供的服务。

能够实现和保持最大程度的自立,充分发挥和维持体能、智能、社会和职业能力,充分融入和参与生活的各个方面。这些服务和方案应当根据多学科评估尽早开始,有助于残疾人参与和融入、属于自愿性质并尽量接近残疾人所在社区。此外,第二十六条还要求各国培训从事康复和复健服务的专业人员和工作人员,提高辅助用具和技术的供应能力、认识和运用。

18. 健康权包括即时生效的义务,也包括逐步实现的义务。前者包括不受歧视;免于非自愿医疗和实验;获得食物、基本住所、住房和卫生及安全、可饮用水;以及获得基本初级保健和药品的核心义务。<sup>19</sup>后者规定各国义务尽可能迅速和有效地采取行动,充分利用现有资源、包括可通过国际合作获得的资源,以充分实现健康权。<sup>20</sup>这些步骤必须审慎、具体和有针对性,<sup>21</sup>并且包括采用各项指标和基准以便适当监测随着时间推移而出现的进展情况。特别报告员认为,残疾人因为残疾而需要获得基本的康复和复健、基本辅助用具和基本卫生服务应被视为核心义务,不宜逐步实现。

19. 各国义务保护残疾人健康权在其境内和/或辖区内不受第三方侵犯。《公约》特别要求缔约国采取一切适当措施,消除任何个人、组织或私营企业基于残疾的歧视(第四条第一款第(五)项);以及确保向公众开放或为公众提供设施和服务的私营实体在各个方面考虑为残疾人创造无障碍环境(第九条第二款第(二)项)。如《工商企业与人权指导原则》中所述,各国应防止、解决和纠正非政府行为人在私营部门侵犯人权的行为(A/HRC/17/31,附件)。

20. “不让任何一个人掉队”的承诺要求所有残疾人都能够享有《2030年可持续发展议程》创造的全部机会(大会第70/1号决议),包括各种与健康有关的目标,它们带来了促进残疾人健康权的机会。《残疾人权利公约》从立足于人权的角度为可持续发展目标的实施提供了规范性指导。要评估残疾人是否在获得保健方面掉队,需要使用目标17中要求的分类数据。

## 四. 挑战和关切

21. 特别报告员确定了与残疾人享有健康权有关的三个主要挑战:(a) 健康和保健不平等;(b) 获得保健服务的障碍;以及(c)保健机构内侵犯人权的具体行为。

### A. 健康与保健不平等

22. 残疾人遭遇明显的健康和保健不平等。继发和并发病症是残疾人中间常见的疾病,包括高血压、心血管疾病和糖尿病等慢性病。虽然这些结果中有些与残疾有关,但是在获得保健、卫生知识和经济资源方面的不公平是造成容易患上这些疾病中很多疾病和/或使其加重的根源。例如,研究表明,患有智力残疾的人平均死亡时间比普通人群早15至20年,这在很大程度上是由于忽视、治疗不善和未能

<sup>19</sup> 经济、社会及文化权利委员会,第14(2000)号一般性意见(E/C.12/2000/4),第43段。

<sup>20</sup> 同上,第31和第32段。

<sup>21</sup> 同上,第30段。

进行常规筛查、健康和预防活动。<sup>22</sup> 同样，由于各种原因，患有社会心理障碍的成人预期寿命也会因多种因素而短20至25年，包括与抗精神病药物相关的躯体疾病。<sup>23</sup>

23. 此外，与没有残疾的人相比，残疾人可能更需要保健服务，报告未获得保健服务的可能性也越大。<sup>24</sup> 例如，研究发现，残疾人的保健需求得不到满足的情况是没有残疾的人的三倍。<sup>25</sup> 还有证据表明，残疾人在接受初级保健方面处于弱势，这使他们的健康状况每况愈下，形成恶性循环。残疾儿童的常见儿童疾病往往得不到基本治疗，如果不治疗，可能会危及生命。<sup>26</sup> 有人错误地认为，残疾人总是需要专门服务，而他们的健康多数需要可以通过初级保健来实现。

24. 残疾人获得与健康相关的康复和复健服务的途径有限。虽然不同类别的人都需要康复服务，但对各类残疾人的覆盖率往往很低。<sup>27</sup> 这包括接受物理治疗、语言治疗和心理康复。在中低收入国家的覆盖率特别有限，在有些地方，只有3%到5%的残疾人能够获得这些服务。<sup>28</sup> 此外，还有证据表明，在许多中低收入国家，只有5%到15%的残疾人能够得到其所需的辅助设备和技术。<sup>29</sup>

25. 残疾人在获得对于很多群体来说都必不可少的专业保健服务方面面临严重的挑战。例如，由于缺乏专业治疗，大量患有椎管闭合不全和脑积水等疾病的新生儿在出生后不到一个月内死亡。<sup>30</sup> 同样，多数罕见疾病因缺乏准确诊断和有效治疗而为全世界带来了挑战。<sup>31</sup>

26. 一般来说，残疾人不是健康促进和疾病预防战略的对象。残疾儿童常常被排除在疫苗接种计划之外，即使是在总体疫苗接种率已大幅度提高的国家。<sup>32</sup> 一些

<sup>22</sup> Health Quality Improvement Partnership, *The Learning Disabilities Mortality Review*, annual report 2017.

<sup>23</sup> S. Saha, D. Chant and J. McGrath, “A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time?”, *Archives of General Psychiatry*, vol. 64, No. 10 (2007), pp. 1123-1131.

<sup>24</sup> 世卫组织和世界银行，《世界残疾问题报告》(2011年)，第60-62页。

<sup>25</sup> M. A. McColl, A. Jarzynowska and S.E.D. Shortt, “Unmet health care needs of people with disabilities: population level evidence”, *Disability and Society*, vol. 25, No. 2 (2010), pp. 205-218.

<sup>26</sup> 世卫组织和联合国儿童基金会(儿基会)，《儿童早期发育和残疾》(2012年)，第17页。

<sup>27</sup> T. Shakespeare, T. Bright and H. Kuper, “Access to health for persons with disabilities”, discussion paper commissioned by the Special rapporteur on the rights of persons with disabilities (2018), pp. 21-26. 可查阅 <http://disabilitycentre.lshtm.ac.uk/resources/>。

<sup>28</sup> 同上，第24页。

<sup>29</sup> 世卫组织，《辅助技术情况报道》(2018年5月18日)，[www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/assistive-technology](http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/assistive-technology)。

<sup>30</sup> 世卫组织，《先天异常情况报道》(2016年9月7日)，[www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/congenital-anomalies)。

<sup>31</sup> European Commission, *Rare diseases - a major unmet medical need* (2017), p. 9.

<sup>32</sup> 儿基会，“残疾预防工作和残疾人权利：寻找疫苗接种工作的共同点”，工作文件，可查阅 [www.unicef.org/disabilities/files/UNICEF\\_Immunization\\_and\\_Disability\\_Paper\\_FINAL.pdf](http://www.unicef.org/disabilities/files/UNICEF_Immunization_and_Disability_Paper_FINAL.pdf)。



研究表明，残疾妇女获得癌症筛查服务的机会有限。<sup>33</sup> 白化病患者缺乏足够的防晒保护。聋人在预防保健方面存在显著的知识差距。同样，残疾人一般无法实现经常运动和均衡膳食等促进健康的行为，并且解决残疾人的需要问题很少受到重视。<sup>34</sup>

27. 虽然残疾人和其他人一样有性欲，但他们获得性和生殖保健服务的机会有限。一些研究发现，残疾人获得优质服务的水平低于健全者，包括接受性教育和关于性与生殖健康和权利的知识的机会。<sup>35</sup> 例如，残疾青年对于艾滋病毒传播和预防的知识普遍少于健全者。<sup>36</sup> 残疾妇女和女童也报告，产前和妇产服务未满足她们的需求，没有达到她们的期望。<sup>37</sup>

28. 残疾人在口腔健康和牙科保健方面面对严重的不平等。和普通人一样，残疾人的大多数牙科保健需求并不复杂，在初级保健和社区机构即可处理。<sup>38</sup> 但是，残疾人发生口腔疾病的水平高于其他人群，未实现的牙科保健需求程度也更高。人们发现，支持需求度高的残疾人和收容所内的残疾人牙科疾病得不到治疗的情况尤为普遍。<sup>39</sup> 支持需求度高和机构收容的残疾人牙科疾病得不到治疗的情况尤为严重。<sup>40</sup>

29. 通常，残疾人得不到他们可能需要和争取的心理保健。如健康权问题特别报告员所指出的，有一个令人担忧的“全球障碍负担”在阻碍心理健康权的实施，包括以“生物医学模式”为主导、权力不对称性和对精神卫生中证据的使用偏见(见A/HRC/35/21)。这种实现精神卫生的方法对残疾人受到的耻辱、排斥、忽视、胁迫和虐待起到了推波助澜的作用，尤其是那些患有心理和智力残疾、痴呆和孤独症的人，并进一步限制了在政策方面为寻求支持者提供精神保健和心理支持的反应。例如，精神卫生服务的公共支出主要面向住院病人，特别是精神病医院和住院机构，而社区和非强制心理社会服务几乎得不到资助。<sup>41</sup>

<sup>33</sup> J. Angus, L. Seto, N. Barry et al., “Access to cancer screening for women with mobility disabilities”, *Journal of Cancer Education*, vol. 27, No. 1 (March 2012), pp. 75–82; K. Peters and A. Cotton, “Barriers to breast cancer screening in Australia: experiences of women with physical disabilities”, *Journal of Clinical Nursing*, vol. 24, Nos. 3 and 4 (March 2012), pp. 563–72.

<sup>34</sup> J. H. Rimmer, “Health promotion for people with disabilities: the emerging paradigm shift from disability prevention to prevention of secondary conditions”, *Physical Therapy*, vol. 79, No. 5 (1 May 1999), pp. 495–502.

<sup>35</sup> S. H. Braathen, P. Rohleder and G. Azalde, *Sexual and reproductive health and rights of girls with disabilities: a review of the literature* (SINTEF, 2017), pp. 13-15. 可查阅 [www.sintef.no](http://www.sintef.no).

<sup>36</sup> 同上，第 13-14 页。

<sup>37</sup> 同上，第 16 页。

<sup>38</sup> World Dental Federation, “Oral health and dental care of people with disabilities”, policy statement adopted by the FDI General Assembly, Poznań, Poland, September 2016.

<sup>39</sup> D. Faulks and others, “The value of education in special care dentistry as a means of reducing inequalities in oral health”, *European Journal of Dental Education*, vol. 16 (2012), pp. 195-201.

<sup>40</sup> 同上。

<sup>41</sup> 世卫组织，《2014 年精神卫生图册》(2015 年，日内瓦)，第 31 页。

30. 决定健康的基本因素也是值得关注的。残疾人更容易遭遇贫穷和社会排斥，这不仅增加了健康不良的可能性，而且增加了面临障碍者获得医疗的可能性。残疾人遭遇暴力的风险也更大(见A/70/297)。成年残疾人遭遇暴力的风险是普通健全人的两倍，有心理社会障碍的则会高达六倍。<sup>42</sup> 残疾儿童遭遇暴力和虐待的可能性是其他儿童的六倍。<sup>43</sup> 有心理障碍或智力残疾的儿童遭遇暴力的发生率和风险比其他残疾儿童更高。此外，在残疾儿童中，很多与健康相关的问题可能归因于获取决定健康的基本因素的机会受到限制，比如安全饮用水、蚊帐和营养丰富的食物等等。<sup>44</sup>

## B. 获取保健服务的障碍

31. 污名化和陈规定型是获取保健服务的主要障碍。尽管有相反的证据，但是对残疾人健康的误解已导致人们认为初级卫生服务不能满足他们的需求或他们不适合开展健康促进和疾病预防。污名和陈规定型也导致服务提供者对他们产生消极和敌对的态度。例如，它们在限制残疾女童和青年妇女的性和生殖健康及权利方面起到了重要作用(见A/72/133)。此外，与残疾相关的羞耻和污名化也阻碍残疾人及其家人寻求医疗关注或康复。

32. 有必要重新思考和审查可能有助于继续残疾污名化和病理化的健康相关国际工具和标准。《国际疾病分类》和《精神障碍诊断和统计手册》等诊断工具和分类文书可能会加重公众污名化并使人们因为惧怕被贴上残疾标签而避免寻求保健。<sup>45</sup> 同样，质量调整生命年和残疾调整生命年等健康指标被广泛用于预测寿命和健康相关幸福感以及用于指导资源分配，它们因其残疾权重的伦理道德内涵及其对制定政策的影响而引起争议。<sup>46</sup>

33. 残疾人极其缺少与健康相关的康复和复健服务。有证据表明，对康复的需求远高于这些服务的供应能力。<sup>47</sup> 在有康复服务的情况下，工作过度集中于以医院为中心而非就近提供服务。物理治疗也比说话和语言治疗等其他干预手段更为常见。缺少提供康复服务的专业人员(如理疗师、职业治疗师、说话和语言治疗师、验光师、听力学专家或从事康复工作的全科医生)及其集中在城市地区也为那些

<sup>42</sup> T. Shakespeare, T. Bright and H. Kuper, "Access to health for persons with disabilities" (note 27 above), p.8.

<sup>43</sup> 同上。

<sup>44</sup> 儿基会，《残疾预防工作和残疾人权利》(上文注解 32)，第 3 页。

<sup>45</sup> D. Ben-Zeev, M. A. Young and P. W. Corrigan, "DSM-V and the stigma of mental illness", *Journal of Mental Health*, vol 19, No. 4 (2010), pp. 318-27.

<sup>46</sup> D. A. Pettitt and others, "The limitations of QALY: a literature review", *Journal of Stem Cell Research and Therapy*, vol. 6, No. 4 (2016), p. 4; R. Parks, "The rise, critique and persistence of the DALY in global health", *The Journal of Global Health* (1 April 2014), available at [www.ghjournal.org/the-rise-critique-and-persistence-of-the-daly-in-global-health/](http://www.ghjournal.org/the-rise-critique-and-persistence-of-the-daly-in-global-health/).

<sup>47</sup> 世卫组织，《扩大康复的必要性》，可查阅 [www.who.int/disabilities/care/NeedToScaleUpRehab.pdf?ua=1](http://www.who.int/disabilities/care/NeedToScaleUpRehab.pdf?ua=1)。

寻求康复的人带来严重的障碍，特别是在中低收入国家。<sup>48</sup> 中低收入国家往往极度缺乏专业卫生服务和专业人员。

34. 由于建筑物、设备和服务缺少实际无障碍设施，残疾人在获得保健方面也受到限制。此外，由于贫穷、缺少无障碍和可负担得起的交通工具以及缺乏家庭和社会支持，农村和偏远地区往返保健机构的距离对残疾人来说是一个巨大的障碍。其他与无障碍有关的常见障碍包括缺乏无障碍格式的信息(如盲文或大白话)；交流障碍(如缺少手语翻译或服务提供者缺乏与智力残疾儿童和成人进行交流的培训)；亲属和照顾者成为信息和服务的把关人；以及将残疾人隔离在公共机构、营地、家庭式康复活动室或福利院(见A/72/133)。

35. 残疾人在获得保健方面面临严重的经济障碍。残疾人的保健费用通常较高，但他们不太可能就业，总体上比健全人贫穷。有证据显示，有 51% 至 53% 的残疾人负担不起保健，健全人的这一比例为 32% 至 33%。<sup>49</sup> 残疾人面临灾难性医疗支出(现金支出超出家庭支付能力)的可能性也比健全人高出 50%，这使他们陷入贫穷。<sup>50</sup> 对那些需要长时间服用药物的人来说，昂贵的药物价格以及获得仿制药的机会缺乏或有限也是一个严重障碍。

36. 医疗保险歧视是获得保健的又一个主要障碍。保险覆盖率往往很低，因为保险公司往往以既有疾病为由而拒绝为残疾人提供医疗保险。在设计保险计划的方式上也可能产生歧视，它限制了残疾人可能得到的利益或保险项目或者大幅提高保费支出。这些做法违反了《残疾人权利公约》。

37. 医疗服务的可接受性和质量也是一个挑战。卫生服务和方案没有广泛适应残疾人的多样性，包括性别、生命周期和跨文化要求。事实上，由于缺乏专家或全科医生不愿治疗残疾人，许多残疾儿童在儿科到成人保健期间没有过渡。此外，服务并不总是尊重保密和残疾人的隐私。例如，由于可能需要家人充当翻译，聋人的隐私常常受到侵犯。<sup>51</sup> 此外，在许多国家，获得保健和康复服务的前提条件是要有残疾证，这属于一项任意规定。

### C. 保健机构中的具体侵犯人权行为

38. 在许多国家，残疾人因为残疾而被拒绝给予治疗。虽然理由千差万别，包括缺乏无障碍设施以健康保险项目不足，但很多做法的根源在于认为残疾人的价值低或生活质量差。残疾人的痛苦和医学症状常常被视为其残疾的一部分，导致缺乏治疗。更加麻烦的是，残疾人往往被认为不值得治疗；许多残疾儿童和成年人未被提供或被拒绝提供治疗，包括抢救和延长生命的治疗，因为这种干预被认为是毫无意义和徒劳的。例如，研究发现，许多保健提供者不支持为刚刚受到脊髓

<sup>48</sup> 世卫组织和世界银行，《世界残疾问题报告》(2011 年)，第 66 页。

<sup>49</sup> 同上。

<sup>50</sup> 同上，第 67 页。

<sup>51</sup> Y. Bat-Chava, D. Martin, and J. G. Kosciw, "Barriers to HIV/AIDS knowledge and prevention among deaf and hard of hearing people", *AIDS Care*, vol. 17, No. 5 (2005), pp. 623-634.

损伤的患者实施开胸手术等标准紧急干预措施。<sup>52</sup> 没有确保获得能够减轻痛苦和苦难的救命治疗和药物，这威胁到生命权、健康权和免受残忍、不人道和有辱人格的待遇的权利。

39. 拒绝自由知情同意是侵犯残疾人健康权的普遍行为。标准的知情同意程序通常采用书面形式，对盲人和需要翻译或交流支持的人来说没有意义。大多数国家立法(特别是精神卫生法)规定根据残疾人的实际或认知残疾本身或者结合“医疗必要性”和“危险性”等其他因素对残疾人实施非自愿住院和治疗。很多国家允许监护人和照料者代表残疾人做出同意治疗的决定，包括进行实验。强制门诊治疗也在增加，不仅强化了非自愿干预，而且允许进行非法宵禁和禁止等其他形式的虐待。<sup>53</sup> 高收入国家非自愿住院和治疗的比率急剧上升，一些欧洲国家的数字在迅速提高。<sup>54</sup> 在此背景下，采用有数字摄入跟踪系统的新型精神药物(“数字药丸”)令人极其关切，因为它们可能被用于强制治疗。必须强调的是，强制性做法不仅产生社会和心理影响，而且对身体健康也有不良影响。

40. 残疾人(特别是残疾女童和妇女)在行使性和生殖健康权利方面面临严重的侵犯人权行为。他们往往在生殖和性健康方面无法做出自主决定，而且经常遭受暴力、虐待和有害做法，包括强迫避孕、强迫堕胎和强迫绝育(见A/72/133)。有证据表明，有智力和心理残疾的妇女和女童绝育现象仍然普遍。<sup>55</sup> 那些已经怀孕的人有可能被政府或家人强行堕胎。<sup>56</sup> 有监护人或被机构收留的残疾人遭受这些做法的可能性更高。

41. 有效性不明或被认为有争议的治疗和干预的数量越来越多。例外，其中包括电击治疗；精神外科手术；实验性汞解毒治疗、严厉的行为纠正制度和对自闭症儿童进行包装；针对脑瘫儿童的诱导式教育；肢体成长受限儿童的肢体延长手术。<sup>57</sup> 许多干预措施具有侵入性、痛苦和不可逆转，因此，如果非自愿实施可能相当于酷刑或虐待。如果是儿童，这些做法也违背了尊重残疾儿童能力不断发展的原则及其保护其身份认同的权利。

<sup>52</sup> K. A. Gerhart and others, “Quality of life following spinal cord injury: knowledge and attitudes of emergency care providers”, *Annals of Emergency Medicine*, vol. 23, No. 4 (1994), pp. 807–812.

<sup>53</sup> A. Molodinsky, J. Rugkåsa, and T. Burns, *Coercion in Community Mental Health Care: International Perspectives* (Oxford University Press, 2016).

<sup>54</sup> H. J. Salize and H. Dressing, “Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union”, *British Journal of Psychiatry*, vol. 184, No. 2 (February 2004), pp. 163-168; United Kingdom Department of Health and Social Care, “The independent review of the Mental Health Act”, interim report, May 2018.

<sup>55</sup> L. Servais, R. Leach, D. Jacques and J. P. Roussaux, “Sterilisation of intellectually disabled women”, *European Psychiatry*, vol. 19, No. 7 (2004), pp. 428-432; L. Lennerhed, “Sterilisation on eugenic grounds in Europe in the 1930s: news in 1997 but why?”, *Reproductive Health Matters*, vol. 5, No. 10 (1997), pp. 156-161.

<sup>56</sup> T. Shakespeare, T. Bright and H. Kuper, “Access to health for persons with disabilities” (note 27 above), p. 31.

<sup>57</sup> 同上，第 10 页。

42. 保健机构内对残疾人的剥削、暴力和虐待也是常见的。许多精神卫生服务经常使用包括化学抑制在内的隔离和限制措施。这些做法没有治疗作用，而且往往是缺乏对经历情绪危机和极度痛苦的人提供支持的结果(见A/HRC/37/56)。它们还被用作惩罚措施，强行要求顺从治疗和用药。同样，对自闭症患者、有心理残疾者和老年残疾人过度用药也是一种普遍的做法，过度用药可导致镇静、损伤、认知或行为改变和死亡。像所有被隔离的人一样，在精神病院、疗养院和儿童寄宿治疗设施等场所的残疾人也面临遭受身体及性虐待和性剥削的高风险。

#### D. 多重和交叉歧视形式

43. 残疾人是一个千差万别的群体，残疾和认同特征多种多样，比如种族、肤色、性别、性取向、性别认同、语言、宗教、民族、种族、土著或社会出身和年龄等等。这些特征的相互作用进一步使健康和保健产生不平等和障碍。例如，对于残疾移民、难民和寻求庇护者来说，沟通障碍尤其严重，对于罗姆和土著残疾人等某些群体而言，经济阻碍尤其是个问题。<sup>58</sup>

44. 在获得保健服务和方案方面，残疾妇女一直少于健全妇女和男性残疾人。<sup>59</sup> 她们获得的保健和预防性保健也更差。同样，他们更容易遭受暴力、虐待和忽视，在行使性和生殖健康权利方面的人权更容易受到侵犯。重度残疾的妇女在保健方面需求得不到满足和人权遭遇侵犯的几率更高。

45. 儿童和老年残疾人报告健康需求得不到满足的比例也很高。他们中有相当一部分人是在机构中，这大大减少了他们获得适当营养和医疗关注的机会，增加了发生继发疾病的风险。<sup>60</sup> 他们在没有知情同意的情况下接受治疗的风险也特别高。在任何情况下，残疾人获得保健均不得以其进入寄宿机构为条件。

46. 此外，近年来，被诊断为自闭症、注意力缺陷/多动症和其他疾病的儿童数量呈指数级增长，导致兴奋剂和其他精神药物的处方迅速增加。这些做法通常是对残疾的过时认识以及缺乏适当支持的结果。特别报告员强调，对残疾儿童行为的病理化和医疗化的做法是不可接受的，它违背了尊重差异和接受残疾人属于人类多样性的一部分的原则。

47. 由于缺乏无障碍设施和交流支持，被剥夺自由或在难民营中的残疾人在获得保健方面面临重大挑战。在紧急情况下缺乏医疗照顾和那些需要专门治疗或手术的人缺乏医疗照顾问题尤为严重。

<sup>58</sup> 欧洲联盟基本权利机构，《在获得保健和保健质量方面的不平等和多重歧视》(2013年)，第47-51页。

<sup>59</sup> D. L. Smith, "Disparities in health care access for women with disabilities in the United States from the 2006 National Health Interview Survey", *Disability and Health Journal*, vol. 1, No. 2 (2008), pp. 79-88; D. Sakellariou and E. S. Rotarou, "Access to healthcare for men and women with disabilities in the UK: secondary analysis of cross-sectional data", *BMJ Open*, vol. 7, No. 8 (2017)。

<sup>60</sup> K. Maclean, "The impact of institutionalization on child development", *Development and Psychopathology*, vol. 15, No. 4 (2003), pp. 853-884; F. D. Wolinsky and others, "The risk of nursing home placement and subsequent death among older adults", *Journal of Gerontology*, vol. 47, No. 4 (1992), pp. 173-182。

## 五. 执行残疾人的健康权

48. 各国可以采取很多步骤来加强实现残疾人的健康权，包括审查其法律和政策框架；在全民参与健康保险、无障碍、不歧视和参与等领域采取具体措施；以及为执行相关措施调动资源。

### A. 法律框架

49. 各国必须建立支持残疾人健康权的立法和管理框架。应根据国际健康权框架和对残疾问题采取基于权利的做法来审查保护人口健康的法律。这些法律规定应该提供保健品、服务和设施，可供残疾人无障碍使用、可以负担、可以接受且品质优良。应对排除或限制残疾人获得保健服务、包括性和生殖健康服务的规定加以修订，以促进其普遍和公平的获得。

50. 各国必须立即废除所有允许在没有残疾人自由知情同意的情况下和/或在包括监护人、家人和医疗专业人员在内的第三方做出决定时对其进行住院治疗的歧视性法律。相反，各国应该确保为那些有需要的人提供提前规划和其他形式的支持决策。此外，各国还应考虑允许儿童在未经父母、照顾者或监护人允许的情况下同意某些医疗和干预，例如艾滋病毒检测以及性和生殖健康服务，<sup>61</sup> 并考虑通过关于残疾儿童对所有外科手术和其他侵入性手术的知情同意的议定书。立法必须对健康权受到侵犯的残疾人提供有效补救问题做出规定，包括对所受侵害给予充分、有效和及时的补救和赔偿以及对肇事者予以司法和行政处罚。

### B. 政策框架

51. 各国必须将残疾人在初级和专业保健政策与方案中的权利和需求纳入主流。获得基础保健对于确定和解决残疾人的一般健康要求来说至关重要，还可以直接或通过转诊至专家服务的方式对残疾人的其他具体健康需求予以回应。过度依赖专业保健会妨碍初级保健的介入，导致不必要的诊断和治疗，并使医疗服务更加昂贵。因此，二级和三级保健服务应支持并与初级保健提供者密切合作，以应对社区内残疾人的健康需求。健康促进活动必须把残疾人包括在内并针对他们面临的特殊健康状况，包括潜在的健康决定因素。还需要及早识别和干预策略，以便及时获得保健服务，尽量减少和防止进一步损害。必须确保这些措施不会引起进一步的歧视和被排斥在教育等主流服务之外。<sup>62</sup>

52. 各国应当建立政策框架，以组织、加强和拓展残疾人健康相关综合性康复和复健服务与方案。各种努力应当包括加强与健康相关的康复和复健在初级保健中的融合；建立综合服务交付模式；培养多学科康复工作队伍；以及确保将康复问题纳入保健预算。<sup>63</sup> 该政策框架还应确保残疾人能够获得无障碍、适足和负担得

<sup>61</sup> 儿童权利委员会，第 15 (2013)号一般性意见(CRC/C/GC/15)，第 31 段。

<sup>62</sup> 世卫组织和儿基会，《幼儿成长和残疾：讨论文件》(2012 年)，第 22 页。

<sup>63</sup> 世卫组织，《康复 2030：呼吁行动》，会议报告，2017 年。可查阅 [www.who.int/disabilities/care/Rehab2030MeetingReport2.pdf?ua=1](http://www.who.int/disabilities/care/Rehab2030MeetingReport2.pdf?ua=1)。

起的辅助器具和技术。<sup>64</sup> 虽然社区康复可以有效改善残疾人的健康和提高其生活质量，但这些干预措施通常仅限于其覆盖的地理区域、范围有限而且不可持续。<sup>65</sup> 确保获得健康相关康复和复健服务以及辅助器具和技术是国家的义务和责任，不得交给非营利组织和慈善机构。

53. 各国必须确保提供的保健尽可能接近残疾人所在社区，包括农村和偏远地区。在家中或者家附近提供服务有助于获得保健。各国需要确保其农村发展战略包括促进残疾人获得优质医疗服务的措施，包括社区战略和外联服务(如流动诊所、保健车、远程医疗和电话服务)。各国还应考虑采取旨在提高残疾人自身对保健服务的需求的干预措施(如短信提醒、同伴健康促进和家访等)。

### C. 全民医保

54. 实现全民医保是可持续发展目标的核心。全民医保的目标要求所有人和社区都得到所需的基本医疗服务而不受经济困难的影响。目标 3 明确承诺“实现全民医保，包括提供金融风险保护，人人享有优质的基本保健服务，人人获得安全、有效、优质和负担得起的基本药品和疫苗”(具体目标 3.8)以及“到 2030 年，确保普及性健康和生殖健康保健服务，包括计划生育、信息获取和教育，将生殖健康纳入国家战略和方案”(具体目标 3.7)。目标 3 的健康相关指标也承认各种服务，包括健康促进、预防、治疗、康复和姑息治疗以及必须评估基本卫生服务在公众和残疾人等最弱势人群中的覆盖率。

55. 在此背景下，全民医保可能是增加残疾人获得保健的一种重要手段。不过，要实现这一点，各国在考虑扩大保健服务覆盖的人口；福利待遇中包含的服务；以及报销的费用比例时需要考虑到残疾人。各国尤其需要确保全民医保的执行(从基本卫生服务一揽子计划到卫生筹资改革)包括残疾人可能需要的全方位保健服务，包括与健康相关的康复和复健、辅助器具和技术<sup>66</sup> 以及基本药品。例如，在塞拉利昂，《2011 年残疾人法案》允许残疾人在所有公共卫生机构获得免费医疗服务。关于全民医保的讨论应当考虑到越来越多可供使用的可能提高残疾人预期寿命和生活质量的保健技术和治疗方法(如针对椎管闭合不全儿童的手术或针对患有唐氏综合征的儿童的心脏手术)。

### D. 无障碍

56. 各国必须确保保健服务和方案的完全无障碍。所有公共和私营保健机构和服

务必须考虑到残疾人无障碍的所有方面，包括基础设施、设备以及信息和交流的无障碍。还必须保证交通运输无障碍，否则，残疾人就无法切实享受保健服务或到达保健机构。

<sup>64</sup> 关于如何确保获得辅助器具和技术的更多指导，见 A/71/314。

<sup>65</sup> V. Iemmi and others, “Community-based rehabilitation for people with disabilities in low- and middle-income countries: a systematic review”, Campbell Systematic Reviews, 2015. Available from <https://campbellcollaboration.org/>.

<sup>66</sup> 各国应以世卫组织重点辅助产品清单为基础，根据本国需要和可用资源，拟定一份基本辅助产品清单(见 A/71/314)。

57. 与提供保健服务有关的所有信息和交流(包括电子服务和紧急服务)都应该可供残疾人都无障碍使用,包括通过手语、盲文、无障碍电子格式、替代字、易读格式以及增强和替代模式、通信手段和格式等等。<sup>67</sup> 所有公共卫生运动也必须无障碍,并且应将残疾人包括在内。例如,在尼日利亚,为了解决无障碍问题,医院设立了手语翻译的岗位,以重点关注联邦首都区残疾妇女的性和生殖保健需求。

## E. 不歧视

58. 各国负有义务为残疾人提供无歧视保健。因此,各国必须消除法律、政策和实践中对残疾人的歧视,并禁止在提供保健过程中的一切形式的歧视。例如,各国应该避免主要在机构和住宅区提供保健服务。此外,各国还需要采取措施为残疾人提供合理的便利,使他们能够平等地获得和享受这些服务。虽然无障碍目标可能要逐步实现,但各国负有义务立即提供合理的便利,以使残疾人能够立即获得保健服务。

59. 各国必须禁止和打击在提供医疗保险方面歧视残疾人。以残疾为由拒绝为残疾人提供医疗保险必须受到法律禁止。各国还应考虑制定规章制度,确保以公平合理的方式确定保险计划和保费。例如,在墨西哥,最高法院裁定,保险公司不得在提供医疗保险时歧视残疾人,并且应该制定将残疾人纳入其中的政策和计划。

60. 卫生系统必须响应各类残疾人的需要。各国需要关注残疾人群体中现有的身份层次,以充分解决残疾人面临的不平等和交叉歧视问题。各国应考虑针对最边缘化残疾人群体制定和实施各种政策和做法(如有多种残疾或严重残疾、罕见疾病或聋哑等残疾人),以加速或实现在获得保健服务方面的事实上的平等。

## F. 参与

61. 在提供保健服务过程中,各国必须与残疾人(包括残疾儿童)进行磋商,并让残疾人积极参与其中。残疾人最清楚在自身环境中有哪些障碍以及这些障碍对他们的生活有什么影响。残疾人的参与可以确保各国按照残疾人的需求和喜好来制定卫生政策和方案,从而提高资源的利用效率和公平性。例如,在波斯尼亚和黑塞哥维那,政府与残疾人组织之间的合作最终制定了保健机构的无障碍标准。特别报告员已就残疾人参与决策的权利问题开展一项专题研究,为如何履行这一义务提供了具体指导(见A/HRC/31/62)。

62. 各国应该意识到,残疾人的观点可能与专业医务人员有冲突,因为后者接受的训练往往是为患者的最大利益,而许多人对残疾持有家长式和医学化的观点。在涉及残疾人的权利时,应当把残疾人视为主要的对话者,在影响残疾人的事项上,各国应始终优先考虑残疾人的意见。同样,残疾人保护组织的意见可能与特定群体的意见不同,因此,直接咨询和动员所有利益攸关方参与十分重要。各国

<sup>67</sup> 残疾人权利委员会,第2(2014)号一般性意见(CRPD/C/GC/2),第40段。



还应在与健康权有关的决策过程中确保残疾人的代表多样性以及征求残疾人的意见。

## G. 问责

63. 问责对于确保保健服务具有包容性并且尊重残疾人的权利至关重要。国家卫生战略和计划应当明确包括问责制，要有便于监测残疾人健康权利执行情况的指标和基准。同时，还需要有按质量分列的数据来确定保健方面的差距和成果。《残疾人权利公约》第三十三条第一款规定的用于执行《公约》的政府协调中心和协调机制应从基于权利的方法的角度便利和支持卫生战略和计划的实施。为了防止在提供医疗卫生过程中发生一切形式的剥削、暴力和虐待，各国必须确保对所有卫生设施和方案进行独立监测并建立适当和有效的保障措施。

64. 各国必须提供确保残疾人健康权利有效实施的执行机制。任何健康权利遭到侵犯的残疾人或残疾人群体都应有权获得有效的司法补救或其他适当的补救措施。<sup>68</sup> 这些补救措施应当酌情包括适当的赔偿，包括恢复原状、补偿、清偿和不再重复的保证。应当授权国家人权机构与促进、保护和监测《公约》执行情况的独立机制开展询问和调查(第三十三条第二款)以及为残疾人获取法律补救提供援助。消费者保护机构应对提供医疗保险和人寿保险方面歧视残疾人的情况进行询问和调查。

## H. 调动资源

65. 各国有义务立即采取措施，充分利用现有资源，包括通过国际合作获得的资源，确保残疾人享有保健服务。在许多国家，与健康相关的康复和复健服务和方案(包括提供辅助器具和技术)的供资不足。因此，许多残疾人根本无法获得这些服务或者最多依赖非营利组织或私营慈善机构来获得这些服务。政府卫生规划和预算编制工作需要将残疾人需要的具体卫生服务以及所有预算项目中残疾人的特殊需要纳入其中。社会保护制度可能也有助于解决残疾人在获取保健方面面对的额外费用的问题以及便利为可能有需要的人提供支持服务(见A/70/297)。

66. 在考虑资源分配时，各国应该关注其与健康权有关的核心义务，特别是确保所有残疾人的基本初级保健。确保对残疾人的财政保护应当成为全民医保决策中的一个关键因素。各国不应采取影响残疾人健康权的倒退措施，应该避免与立足于人权的残疾问题解决办法背道而驰的供资做法(如收容或强制健康干预)。

## I. 提高认识

67. 各国必须立即采取立即有效和适当的措施，以基于权利的方法提高全社会对残疾人及其健康需求的认识。不应把残疾人视为病人或患者，而应把他们视为与每个社会成员一样的权利持有人。各国还必须通过对保健专业人员和工作人员进行宣传 and 培训来促进尊重残疾人的健康权。培训也应该涉及影响残疾人享有健康权的交叉歧视。医学和卫生专业学校应当对学校课程进行审查，以确保学校提供

<sup>68</sup> 经济、社会及文化权利委员会，第 14(2000)号一般性意见(E/C.12/2000/4)，第 59 段。

的教育充分反映残疾人的保健需求和权利。此外，应当支持适当合格残疾人努力接受培训以便成为卫生专业人员。

68. 应该执行以残疾人为对象的健康知识普及战略，包括通过提供各种形式的健康相关信息，使残疾人能够获得、处理和理解做出适当健康决策所需的基本健康信息和服务。例如，在厄瓜多尔，公共卫生部编写了残疾人性健康和生殖健康手册，为服务提供者制定如何确保残疾人获得信息和服务的指导方针。

69. 促进残疾人健康权的提高认识活动和培训方案必须对残疾人采取基于人权的办法。长期连续电视节目等支持康复和复健服务的公共筹资活动会加强慈善办法和普遍的病理化残疾观。同样，轮椅和其他行动设备等辅助器具和技术的公开交付活动违背了对残疾人固有尊严的尊重，强化了残疾问题的慈善解决办法。

## J. 国际合作

70. 国际合作、南南合作和三方合作在支持国家努力实施可持续发展目标方面发挥着至关重要的作用。各国和国际捐助者需要确保包括国际发展方案在内的卫生领域所有国际合作都包含残疾人，且残疾人可以无障碍参与。卫生领域的国际合作也必须与残疾人的人权保持一致，而且必须以可持续、符合文化特征的方式提供。国际组织、非赢利组织、慈善机构和其他在国内运行的组织不应当执行与对残疾人采取基于人权的办法相违背的项目(A/HRC/34/58)。

71. 联合国(包括所有方案、基金和专门机构)应提高其工作人员对残疾人健康权的认识和专门知识，以便能够以基于人权的办法与各国更加有效地合作。作为全球公共卫生的领导机构，世界卫生组织必须将残疾人的权利和需求纳入其所有工作和业务领域，并确保始终通过与残疾人代表组织密切协商，从权利角度全面解决残疾人的健康问题。

## 六. 结论和建议

72. 残疾人享有可达到的最高健康标准而不受歧视的权利。不过，在实践中，由于污名化和陈规定型、歧视性立法和政策、获得初级和中级保健的障碍、针对残疾人的具体服务和方案有限、贫穷和社会排斥等一些结构性因素，他们获得保健的途径比普通人群少，健康结果也比普通人群差。此外，残疾人还面临保健机构内的严重侵犯人权行为，包括拒绝治疗；不尊重其自由知情同意的权利；不同形式的剥削、暴力和虐待；以及强迫绝育、强迫避孕和其他侵犯其性和生殖健康与权利的行为。

73. 将残疾人的权利和需求纳入保健主流是结束这种不平等状况的关键。虽然需要针对残疾人的具体服务和方案来解决通过让一般保健方案具有包容性的方式无法解决残疾人的某些特殊需要，但是作为一条总的准则，所有保健服务和方案必须包含残疾人且可供残疾人无障碍参与。在《2030年可持续发展议程》框架内，各国应本着实现全民医保、以增加残疾人获得保健特别是初级保健服务的目的，对国家保健系统进行审查。

74. 特别报告员向各国提出以下建议，以期帮助它们实现残疾人享有可达到的最高健康标准的权利：

(a) 通过法律承认残疾人享有可达到的最高健康标准的权利，消除妨碍残疾人获得健康和保健相关信息、物品和服务的所有法律障碍，包括在提供医疗保险方面歧视残疾人的立法；

(b) 开展全面的立法审查程序，废除或撤销所有侵犯残疾人自主接受保健的权利的法律和法规，包括允许保健机构实行强制措施的立法；

(c) 实施将残疾人的权利和需求纳入所有卫生服务和方案主流的包容性保健制度；确保获得针对残疾相关需求的具体服务和方案；

(d) 采取适当措施，实现残疾人的全民医保，确保为所有残疾人提供无障碍的适足且负担得起的保健服务和方案；

(e) 保证保健服务和方案对残疾人采取基于人权的办法，没有歧视、在任何医疗活动前寻求知情同意、尊重隐私和免于酷刑或其他残忍、不人道或有辱人格的待遇；

(f) 制定和实施包含残疾人并可供残疾人无障碍参与的健康知识普及方案和活动；

(g) 促进及早识别和干预策略，为残疾儿童家庭提供支助，包括通过信息、教育和服务，提高他们的认识和能力，以便在没有污名化或歧视的情况下解决其子女的健康需要；

(h) 为保健专业人员制定提高认识的运动和培训方案，改变他们对残疾人的看法，并指导如何提供适当的年龄、性别和残疾敏感服务；

(i) 确保对为残疾人提供服务的所有公共和私人保健机构和方案进行有效和独立监测，防止一切形式的剥削、暴力和虐待；

(j) 让残疾人及其代表组织积极参与有关执行卫生和保健相关立法、政策和方案的所有决策进程，并与之进行协商；

(k) 收集适当信息，包括按性别、年龄和残疾分类的统计和研究数据，了解残疾人的健康状况和获得保健服务的情况；

(l) 在可持续发展目标框架内调动资源，增加残疾人获得保健服务的机会，确保所有投资都将残疾人包括在内，不要采取直接或间接影响残疾人的任何倒退措施。

75. 特别报告员还建议世界卫生组织和其余联合国系统在其所有工作和业务中与残疾人代表组织密切协商，充分考虑残疾人享有可达到的最高健康标准的权利，包括在协助各国实现全民医保和执行可持续发展目标的时候。