



大会

Distr.: General
24 July 2003
Chinese
Original: English

第五十八届会议

临时议程* 项目 119(b)

人权问题：人权问题，包括增进人权和
基本自由切实享受的各种途径

努力确保残疾人的人权得到充分承认和享有方面的进展情况

秘书长的报告

摘要

人权委员会第 2002/61 号决议请秘书长“每年向大会提出报告说明在确保残疾人的人权得到充分承认和享有方面所取得的进展。”经济及社会理事会 2002 年 4 月 25 日第 2002/265 号决议核可了委员会的该项决议。

本报告重点阐述对心理残疾者的程序性保障问题，简要分析与心理残疾者有关的重要国际人权文书，以便查明适用于智力残疾者和精神残疾者的主要实质性标准和程序性保障。本报告特别探讨法律行为能力、非自愿住精神病院以及非自愿或强迫治疗等问题，并审查如何将这些国际标准转变为国内立法。

* A/58/150。



目录

	段次	页次
一. 导言	1-7	3
A. 人权委员会第 2002/61 号决议规定的任务	1-3	3
B. 本报告的结构	4-7	3
二. 人权与残疾：对心理残疾者适用的重要国际人权文书概述	8-13	4
三. 法律行为能力	14-22	5
四. 非自愿和强迫收容	23-33	7
五. 非自愿和强迫治疗	34-42	10
六. 结论和建议	43-48	12

一. 引言

A. 人权委员会第 2002/61 号决议规定的任务

1. 本报告是依照人权委员会 2002 年 4 月 25 日第 2002/61 号决议¹提交的，委员会该项决议请秘书长每年向大会提出报告说明在确保残疾人的人权得到充分承认和享有方面所取得的进展。
2. 每年就残疾问题向联合国不同的机关（大会、经济及社会理事会）和附属机构（人权委员会、社会发展委员会）提交若干报告。为了避免重复本报告重点阐述国际人权法规定向心理残疾者提供的保护问题。²社会发展委员会残疾问题特别报告员已经着重强调必须填补这方面的信息空白（E/CN.4/2002/4）。
3. 大会 2001 年 12 月 19 日第 56/168 号决议设立了一个特设委员会，审议关于促进和保护残疾人权利和尊严的全面和综合国际公约的建议。在特设委员会第一届会议之后，大会 2002 年 12 月 18 日第 57/229 号决议。请秘书长向联合国系统有关机构和组织征求关于拟订一项公约的提议的意见，特别是关于公约的性质和结构、应审议的要素……本报告着重讨论过去未充分审议的这个具体问题，目的是促进就关于残疾人人权的拟议新公约开展讨论。

B. 本报告的结构

4. 本报告重点阐述对心理残疾者的程序性保障问题，目的是澄清国际人权法向他们提供的保护。本报告特别探讨下列问题：(a) 法律行为能力和监护安排；(b) 非自愿住精神病院；(c) 非自愿或强迫治疗。在本报告中，“心理残疾”（或“精神疾病”）是采用其最广泛的含义，以便将智力残疾者和精神残疾者都包括在内。“心理残疾”也用于指称无残疾但被他人认为有精神疾病而受到歧视的人员以及以往曾作为精神病患者接受过治疗或住院的人。
5. 本报告不打算对心理残疾者的人权法作详尽的分析。因此，本报告并不讨论下列问题：保护残疾者免受非人道和有辱人格的待遇（包括保护他们免受有害、无理由的药物治疗以及滥用强力遏制和非自愿隔离，在最少受限制环境中治疗的权利，在未获得知情同意的情况下对精神疾病使用精神外科手术以及其他体内治疗和不可逆转的治疗）、性剥削、绝育、获得精神保健服务和康复以及不受歧视，虽然这些问题对确保心理残疾者切实平等享有所有人权具有极其重要的意义，而且与程序性保障的需要密切相关。
6. 为了取得各国关于心理残疾者的立法和做法的资料，秘书长向各国、联合国系统各有关机构和组织以及国家人权机构分发了一份调查问卷。现已得到下列国家的答复：阿根廷、亚美尼亚、伯利兹、哥斯达黎加、克罗地亚、危地马拉、黎巴嫩、墨西哥、摩洛哥、荷兰、挪威、巴拿马、塞尔维亚和黑山、西班牙、瑞典

和大不列颠及北爱尔兰联合王国。联合国亚洲及太平洋经济社会委员会、西亚经济社会委员会和世界卫生组织提供了资料。下列国家人权机构和委员会也提供了资料：斐济人权委员会、希腊共和国国家人权委员会、香港平等机会委员会、伊朗伊斯兰共和国人权委员会、毛里求斯全国人权委员会、墨西哥全国人权委员会、蒙古全国人权委员会、卢旺达全国人权委员会、瑞典残疾人问题监察员以及委内瑞拉人民保护委员会。

7. 报告的第二部分简要阐述重要的国际人权文书，以便查明与智力残疾者和精神残疾者有关的主要实质性标准和程序性保障。第三部分讨论法律行为能力，并分析现有依照国际法保护个人免遭不正当使用监护的程序性保障。第四部分阐述非自愿或强迫住精神病院的问题，并着重说明精神病院收治病人的国际人权原则。第五部分探讨治疗方面适用的实质性和程序性标准，其中特别强调关于知情同意的人权规定。第六部分为结束语并提出若干建议。

二. 人权与残疾：对心理残疾者适用的重要国际人权文书概述

8. 尽管联合国缺乏专门论述心理残疾者特别关注的各种问题的人权条约，但是，这一群体显然有权利享受人权法给予所有人的同样保护。《世界人权宣言》第一条和第二条指出，人人生而自由，在尊严和权利上一律平等，并且有资格享受本宣言所载的一切权利和自由，不分种族、肤色、性别、语言、宗教、政治或其他见解、国籍或社会出身、财产、出生或其他身份等任何区别。虽然残疾没有明确列作禁止的歧视理由，但是，它包括在“其他身份”的概念之中，因此，也是禁止的区别理由之一。

9. 与《世界人权宣言》一样，《公民及政治权利国际盟约》第二条第一款和《经济、社会、文化权利国际盟约》第二条第二款也没有关于不歧视的具体条款，分别规定心理残疾者享有下列权利：人身自由和安全的权利、在法律面前得到公平审判以及在任何地方被承认为人的权利、享有可获得的最高标准身心健康的权利以及受教育和工作的权利。经济、社会和文化权利委员会通过了关于残疾人的第5号一般性评论（1994），其中具体阐述了残疾人的经济、社会和文化权利的重要性。这两项盟约与《世界宣言》共同构成了国际人权法案，除了这两项盟约之外，联合国其他核心人权条约在促进和保护心理残疾者的权利方面 also 具有重要作用。³

10. 虽然联合国大多数人权条约都没有具体提到残疾人，但是，其他人权文书——例如各国际机构通过的宣言和决议——提出了保护这一群体的一致标准。⁴ 大会特别通过了旨在保护和增进心理残疾者人权的两项文书：《智力迟钝者权利宣言》（1971年12月20日第2856（XXVI）号决议）和1991年《保护精神病患者和改善精神保健的原则》（1991年12月17日第46/119号决议）。

11. 正如该《宣言》不恰当的名词所示,《宣言》在许多方面已经过时。它反映了对残疾所采用的一种常常称为“医疗模式”的处理办法,这种办法将残疾人主要看作是有疾病的人,他们依赖社会保障和社会福利,需要单独的服务和精神病院。但是,《宣言》表现出从“护理”过渡到“注重权利”的处理办法的初步迹象,其中载有保护和增进智力残疾者的人权的若干重要原则。引人注目的是,该宣言一开始就指出这些人享有的人权与其他人相同(第1段),随后也列述了一系列特别重要的权利,其中包括获得适当医疗护理和受教育的权利。

12. 该《原则》规定了心理残疾者最低的人权标准,并为执行国家在精神保健设施方面的义务提供了重要的指导意见。它们适用于实际患有精神病或被认为患有精神病的所有人,不论他们是否进入精神病院。《保护精神病患者原则》指出,应该保护所有心理残疾者——或者作为这种患者而接受治疗的人——不受基于精神病的歧视,并且有权享有国际人权文书阐述的全部公民、文化、经济、政治和社会权利。该《原则》制定了非自愿和强迫收治于精神病院的实质性标准和程序性保障。《原则》还规定提供保护,防止精神病院中可能发生的最严重的侵犯人权现象,例如强力遏制或非自愿隔离、将不适当的药物治疗作为惩罚手段、绝育、施行精神外科手术以及未经获得知情同意而进行其他体内治疗和不可逆转的治疗。

13. 该《原则》在若干国家中已经成为起草精神保健立法的样板,而且是澄清与精神病患者特殊情况和特殊需要有关的基本人权法范畴的重要文书。但是,该《原则》本身的法律性质表明,它不能将同样的法律义务强加给各国,作为有具有约束力和自愿接受的条约义务。此外,《原则》在某些情况下提供的保护程度不如现有的人权条约,譬如,在治疗之前取得知情同意的规定方面便是如此。在这方面,某些残疾人组织——包括世界精神病治疗法使用者和幸存者网络——对该《原则》(特别是原则11和16)所提供的保护及其在自愿治疗和拘留方面是否符合现行人权标准提出了疑问。⁵ 该《原则》还缺乏要求主管司法部门根据个人实际能力调整监护安排的具体规定。本报告下列各部分阐述有关国际标准在国家一级的实际执行情况,以便查明关于残疾人人权的拟议新公约中可以加强的方面。

三. 法律行为能力

14. 根据国际人权法,人人有权被承认在法律前的人格。⁶ 这项权利是自治或自决原则的必然结果,因为根据上述原则,推定每个人都能够按自己的良知作出人生选择和独立行事。精神病患者在有些情况下由于病情严重,可能无法保护自己的利益。在这些情况下,患者可能“不具有行为能力”,可以将其置于法律监护之下。监护的作用是保护个人免遭其精神病状可能造成的任何危害。⁷ 国际人权法要求采用实质和程序保障,防止有人不适当地依赖和利用监护安排。

15. 在心理健康方面，在法律前的人格得到承认的权利往往被人忽视。监护的概念常常在没有任何形式的程序保障下，被不适当地用于剥夺智力残疾者或精神残疾者的法律行为能力。因此，没有主管司法当局的公平听证和（或）定期审查，就根据实际或想象的残疾，剥夺某些人作出一些人生最重大和最基本的决定的权利。没有适当法律程序的保障，就可能造成能力有问题的个人受到几种形式的虐待：局部残疾的个人可能被认为完全不能独立地作出人生选择，从而被置于全面监护之下。还有，监护可能被不适当地用于规避关于进入精神病院的法律，而缺乏对某人不具备法律行为能力的决定提出上诉或自动审查的程序，可能导致根据实际或想象的残疾就决定把一个人送进精神病院了却余生。

16. 关于精神疾病的原则规定了防止不适当地利用监护的实质标准和程序保障。原则 4 规定，确定一人是否患有精神病，应以国际接受的医疗标准为依据。⁸ 原则 1 第 6 款规定，仅经国内法设立的独立公正的法庭公平听证之后，方可因某人患有精神病而作出其没有法律行为能力，并因没有此种能力应任命一名私人代表的任何决定。⁹ 行为能力有问题的人有权指定一名律师代表其利益。为了避免可能的利益冲突，原则 1 第 6 款还规定，律师不得在同一诉讼中代表精神病院或其工作人员，并不得代表能力有问题者之家庭成员。应依照国内法规定，合理定期复审关于能力和私人代表必要性的决定。能力有问题者、其任何私人代表及任何其他有关的人有权就任何此类决定向上一级法庭提起上诉。

17. 根据原则 1 第 7 款的规定，仅在法院或其他主管法庭查明精神病患者（因其精神病情）无法管理自己的事务时，方可认定一个人丧失法律行为能力。在这种情况下，应视患者的情况酌情采取必要的措施，以确保其利益受到保护。该原则对评价法庭采取的否认或限制某人法律行为能力的措施是否“必要”和“适合”没有作出任何规定。然而，在法律前的人格得到承认的权利和相称原则似乎表明，对一个人权利的任何限制必须以具体调查结果为根据，即证明此人自己没有能力对那项具体活动作出决定。因此，法院的决定必须确定对个人行为能力的限制完全出于保护该能力有问题者权利的需要，并且要准确地具体说明监护人拥有哪些权力和本人保留哪些法律行为能力。根据《公民及政治权利国际盟约》第二十六条（所有的人在法律前平等）的规定，在这些情况之外，把精神病患者置于全面监护之下可能侵犯在法律前的人格得到承认的权利，如果这样做剥夺精神残疾者象所有其他人那样行使同样权利的能力，那也是一种非法歧视行为。

18. 从收到的答复来看，似乎在一个人因精神或心理失调而完全或部分地不能单独处理自己的事务时，此人一般有可能被剥夺其法律行为能力。在一些国家，有感官缺陷而又没有得到适当教育的个人即被视为不能为自己作出决定。¹⁰ 他们的申请通常由配偶、近亲或检察官提出。

19. 在大多数答复的国家中，关于法律行为能力的决定通常由主管民事法庭根据精神病医生的意见作出。¹¹ 荷兰是一个例外情况。在荷兰，关于行为能力的决定

由护理者同护理小组成员协商后作出，而且通常听取独立医生的意见。在香港特区，由不同学科专家组成的监护理事会决定监护人的任命。法官审理案件时，有些情况下可以采取临时措施，包括为暂时保护有关人员的利益，任命一名临时监护人。¹² 行为能力有问题的人由其法律代表或临时监护人代表；有些情况下，本人可以参加行为能力问题的听证会并发言。¹³ 在委内瑞拉，必须由行为能力有问题的人参加听证会，有关程序才有效，

20. 法院通常能够从不同的监护安排中作出选择。大多数国家的立法规定了两种监护安排：“全面监护”和“部分监护”，“全面监护”指在有关人员被视为完全不能独立行事的情况下所作的安排，“部分监护”是一种限制较少的安排，其中法官必须具体说明有关人员可以独立从事的行为和需要监护人帮助的行为。例如，有些说西班牙语的国家¹⁴在立法中区分“全面监护”和“部分监护”。少数国家的法院可以从较广泛的可选清单中进行选择。例如，希腊《民法》第1679条规定，法官可以根据案件的具体情况应用两种现有的监护方式（相当于全面监护的“强制性司法支助”和“辅助性司法支助”）（即所谓“综合司法支助”），同时表明有关人员可以自己从事的行为和需要监护人核准的行为。荷兰法院可以选择任命监护人（最有影响力的保护措施）、管理人或辅导员。

21. 在大多数国家，确定丧失法律行为能力的后果取决于法院选择的代表形式。一般来说，受全面监护者本人不能从事任何法律行为，必须在所有时间内得到监护人的协助（他们可能具有独立从事属于家庭法范畴的一些法律行为的能力，如立遗嘱的能力¹⁵或结婚的能力¹⁶），而受部分监护者对没有明确指定给监护人处理的行为仍具有法律行为能力。在瑞典，有经任命监护人的人仅丧失监护决定所涉事项的决定权，而在所有其他事项中保留其法律行为能力；相反，有经任命管理人的人保留全部法律行为能力。在联合王国，测试行为能力有不同方式，行为能力也有不同定义，其中大多数都在案例法而不是在规约中加以说明。一种称之为“功能测试”的行为能力新定义目前正在讨论之中。它考虑到个人能作出某些决定但不能理解其他决定含义的情况，从而确保这些人对于他们有能力作出的决定不被排除在外。

22. 从收到的答复中可以看出，在有关国家，通常可以向更高一级的法院对行为能力的决定提出上诉。在一些国家，也可以向其他权力机构提出上诉。例如，在荷兰，关于行为能力的决定最终可以由投诉委员会、医疗纪律委员会或普通法院进行审查。在瑞典，可以向首席监护人提出上诉，他的职责是监督监护人和管理人的管理工作，或同地区法院一起监督管理工作；在前一种情况下，可以向地区法院对首席监护人的决定提出上诉。如果有全国人权委员会或人权机构，也可以向这些机构提出投诉。¹⁷ 收到的大多数答复都没有对定期审查有关法律行为能力和监护安排的决定提出任何要求。在毛里求斯，公共事务部一直监督这方面工作，如果一个人经治疗后精神恢复正常，就可以具有法律行为能力”。¹⁸

四. 非自愿和强迫收容

23. 《公民及政治权利国际盟约》第九条第一款规定，人人有权享有人身自由和安全。任何人不得加以任意逮捕或拘禁。除非依照法律所规定的根据和程序，任何人不得被剥夺自由。¹⁹ 这项规定在智力和精神残疾者的民事强制住院方面极为重要，因为它要求精神病院收容残疾者须符合国家法律规定的实质性标准和程序性保障。人权事务委员会关于个人自由与安全的第 8 号一般性评论（1982）指出（第 1 段），第九条第一款提供的保护适用于剥夺自由的一切情况，不论它涉及刑事案件或涉及诸如精神病……等其他情况。委员会特别认识到，法院管制拘禁合法性的权力适用于被剥夺自由的所有人，而且缔约国也必须确保在个人声称被剥夺了自由，因而违反《盟约》的其他情况下，向他提供有效的补救办法。

24. 《盟约》第九条提供的一般性保护得到关于精神病的《原则》的补充，后者规定了免于在精神病院不当拘禁的实质性标准和适当程序。

25. 关于实质性标准，该《原则》将在精神病院非自愿住院局限于被合格精神保健工作者按照国际公认医疗标准诊断为患有精神病的人。²⁰ 精神病的确定是非自愿强制住院的必要理由，但并非是充分理由。患者原则 9 实际上规定，“每个患者应有权在最少限制的环境中接受治疗，”原则 15 第 1 款规定，如患者需要在精神病院接受治疗，应尽一切努力避免非自愿住院。因此，只有在符合原则 16 第 1 款提及的另外两项标准之一的情况下，精神病院才可以接受精神病患者住院。根据第一项标准，患者必须“很有可能即时或即将对其本人或他人造成伤害”原则 16 第 1 款 a 项。另一种情况是，如果“不接受入院或留医可能导致其病情的严重恶化，或无法给予根据限制性最少的治疗方法原则，只有住入精神病院才可给予的治疗”，才可以强制“精神病严重，判断力受到损害”的人住入精神病院（原则 16 第 1 款 b 项）。

26. 已经指出，“强制住院标准的第二项比第一项广得多，有危险使任何被确定为“需要治疗”的人被迫住入精神病院。²¹ 不过，提及最少限制的治疗方法原则大大限制了精神病保健工作者的酌处权，并且只有因极端理由，即只有当患者无法在“其生活的社区内接受适当治疗和护理”的情况下允许收容。（原则 7 第 1 款）。原则 16 第 1 款还规定，在 (b) 项所述情况下，应找到独立于第一位的另一位此类精神保健工作者诊治，如果接受这种诊治，除非第二位诊治医生同意，否则不得安排非自愿住院或留医。

27. 关于程序性保障，原则 16 第 2 款规定，非自愿住院或留医应先在国内法规定的短期限内进行观察和初步治疗，然后由复查机构对住院或留医进行复查。住院的理由及事实应“不迟缓地”通知患者，同时应“及时详细”通知复查机构、患者私人代表（如有代表），如患者不反对，还应通知患者亲属。复查机构是国内法设立的司法或其他独立和公正的机构，依照国内法规定的程序行使职能。它

的职能是对患者作为非自愿患者住院或留医的决定是否符合原则 16 第 1 款规定的标准进行复查（原则 17 第 1 款）。复查机构在作出决定时，应得到一名或多名合格和独立的精神保健工作者的协助，这些保健工作者必须独立于请求予以非自愿住院的机构。

28. 患者、其私人代表和任何有关人员有权向上一级法院提出上诉，反对使患者住入或拘留在精神病院中的决定原则 17 第 7 款。非自愿住院的患者还可以按照国内法规定的合理间隔向复查机构申请出院或自愿住院的地位（原则 17 第 4 款）。审查机构在每次审查时应考虑到原则 16 第 1 款所规定的非自愿住院标准是否仍然对患者适用，如不适用，应让患者出院。复查机构还有任务按照国内法规定的合理间隔依职复审关于非自愿强制住院的决定原则 17 第 3 款。原则 18 载有详细的规定，确保受民事强制住院的人的公正程序权利²²具有效力。此人有权选择和指定一名律师在任何申诉程序或上诉中作为其代表。此人和其律师有权“出席，参加任何听证会，并亲自陈述意见”，并要求得到和出示独立的精神保健报告以及相关和可接受的口头、书面和其他证据。他们还有权查阅患者病历。

29. 一些收到的来文提供了有关精神病患者非自愿住入精神病院应遵守的程序资料。总的来说，收容决定只能由司法部门根据以往的精神病诊断作出。在有些国家，如果在司法当局未事先干预的情况下将人强制送入精神病院（如在本人健康或他人安全受到具体和紧迫威胁时），精神保健当局必须立即请求主管法官复查这项决定。²³但是，在其他国家，强制护理决定由医务人员作出，稍后阶段才受司法当局检查。²⁴例如在瑞典，强制护理决定是由精神病治疗科主任作出的，法庭不干预。如果从住院决定起需作四周以上的治疗，才需要法庭干预。

30. 在大多数有关国家，只有当患者对本人或他人造成威胁时，才能请求收容。在其他国家，患者若需要治疗，也可以命令民事强制住入精神病院。²⁵在最后一情况下，国家立法往往规定了程序性保障——例如为患者指定一名特别代表（defensor especial）²⁶——以确保在精神病院住院不超过治疗理由所需时间。在瑞典，只有患者精神紊乱严重，并且因其精神状况和个人情况“不可避免地需要除患者在精神病院住院以外任何其他方式无法提供的精神病护理，”才可以提供强制性护理。²⁷在少数情况下（哥斯达黎加和墨西哥），没有以往的精神病诊断，只凭据合格医生签发说明患者需要治疗的证明，便可以使一个人作为患者非自愿住院。

31. 非自愿收容申请通常是由医务工作者、精神病患者的监护人/辅导员或近亲提出的。在若干国家，当某人对公共安全造成威胁时，其他人如检察官（希腊）、经批准的社会工作者（克罗地亚和大不列颠及北爱尔兰联合王国）或任何公民也可以提出申请。²⁸收容决定通常是依据一名²⁹或两名³⁰独立的医生/精神保健工作者的书面意见作出的。在卢旺达，法官还必须征求家庭委员会的看法。该机构保护并促进家庭及其成员的利益。法庭通常还听取有关人员的意见。例如，在委

内瑞拉，如果未经询问有关人员，并且没有听取四名近亲或家庭朋友（如果近亲不在）的意见，便不得判决绝对无法律能力(interdiction)。

32. 在大多数答复的国家，通常可以就非自愿住院决定向高级法院上诉。在其他国家，这些决定在同一法院上诉，但由不同的法官裁决（克罗地亚和卢旺达）。有时，非自愿患者或其代表可以向具体的精神保健复查法庭或委员会提出申请。³¹ 还可以向国家人权机构或委员会（如果存在这种机构）提出申诉（斐济和蒙古）。在哥斯达黎加，可以向最高法院宪法分庭上诉非自愿住院决定。³²

33. 有不同机制复查这种决定，以获准出院。在阿根廷，未成年人和残疾人部及按照《民法》³³ 第 482 条任命的特别代表确认，收容严格限于确保满足患者治疗需要的必要时间。在若干国家，强制住院决定由所在医院医务当局复查，无任何独立当局参与。³⁴ 在斐济，由医务总长和卫生部进行复查。在希腊，被收容者、其最近的亲属和检察官可以申请复查强制住院决定，法庭在作决定时考虑到精神病院院长和该国另一名精神病医生编写的患者健康状况报告。³⁵ 在危地马拉，由国家精神保健医院执行主任进行复查。在卢旺达，由家庭委员会复查强制住院决定。在西班牙，法官根据医疗当局提供的资料定期进行复查。在瑞典，法院在最初住院四周后进行复查，可以批准延长四个月。若再要延长时间，法院必须作出新的决定——每次至多批准六个月。

五. 非自愿和强迫治疗

34. 人人有被承认为法律人格之权利以及尊严和自主的基本人权原则，赋予了个人凭借良知独立选择生活的权利。隐私权（《公民及政治权利国际盟约》第十七条）和思想、信念及宗教自由权利（《盟约》第十八条）等其他权利对于确保有效享有自主决定其生活的权利也具有现实意义。心理残疾者——尤其是精神病院的住院患者——经常被剥夺这一权利，而理由是假定——有时错误地假定——这些人缺少自主行动和行为的能力。而非自愿或强迫治疗，即未经心理残疾者事先知情同意就对其进行医疗或科学试验，对这些人自决权利的侵犯则尤为严重。

35. 《公民及政治权利国际盟约》第七条确保任何人不受酷刑或者其他不人道或侮辱待遇该条规定，对任何人均不得未经其自由同意而施以医药或科学试验。据称，许多精神病院普遍忽视对自愿或知情同意的要求。在此方面，人权委员会指出，如实验对象不能表示有效同意，须对此类实验加以特别防护，以及不得对这些人从事可能有损健康的任何医学或科学实验。³⁶ 经济、社会和文化权利委员会将这项权利与健康权挂钩（《经济、社会和文化权利国际盟约》第十二条），并表示健康权包括掌握自己健康和身体的权利，包括性和生育上的自由，以及不受干扰的权利，如不受酷刑、未经同意强行治疗和试验的权利。³⁷

36. 精神疾病《原则》为解释在心理残疾者治疗方面的这些人权提供了宝贵的指导。原则 9 规定了精神病院治疗方面的基本人权。治疗的目的必须是保存并增强患者的个人自主，并且必须按照精神保健工作者适用的道德标准，包括国际公认的标准施行。因此，患者有权得到最少限制性或侵扰性的治疗，而且治疗应按照与患者商议并由专业人士定期审查的个人处方计划施行。原则 11 规定不得对住院者进行强迫或非自愿治疗。该原则规定未经患者知情同意，不得对其施行任何治疗。知情同意指以患者理解的形式和语言适当地向患者提供充足的、可以理解的情况下，在无威胁或不当引诱情况下自由获取的同意。（原则 11 第 2 款）除本条原则第 6、第 7、第 8、第 13 和第 15 款规定者外，个人有权拒绝或停止接受治疗（原则 11 第 4 款）。在这种情况下，须向个人说明拒绝或停止接受治疗的后果。不得使个人放弃知情同意的权利。

37. 但是，该《原则》也包含对知情同意权的若干例外条款。原则 11 规定，独立主管机构判定个人缺乏给予或不给予知情同意的能力，或者个人不同意是不合理的，并且确信所建议的治疗方案最适合患者的病情需要（原则 11 第 7 款），则可以对个人施行非自愿治疗。对于受监护的个人，《原则》规定，监护人应被充分告知有关治疗的情况并代表个人表示同意。此外，如果经法律批准合格的精神保健工作者确定，为防止即时或即将对患者或他人造成伤害，迫切需要治疗，则也可对个人施行非自愿治疗（原则 11 第 8 款）。《原则》还规定了对重大内科或外科手术以及临床试验和试验性治疗方面的知情同意原则的例外条款。原则 11 第 13 款规定，对没有表示知情同意的个人施行重大内科或外科手术，只有在独立审查之后方可批准手术。同样，原则 11 第 15 款规定，对没有能力表示知情同意的个人施行临床试验或试验性治疗，只有在为此目的而专门组成的独立主管审查机构批准的情况下方可进行。³⁸

38. 原则 11 规定了程序性保障条款，防止滥用第 6、第 7、第 8、第 13 和第 15 款所规定的例外条款。第 10 款规定所有记录均应立即记入患者病历，并表明是非自愿还是自愿治疗。患者个人病历由精神病院保管，个人及其私人代表或律师有权查阅病历内容（原则 19）。这些条款旨在便利对有关非自愿治疗情况的查阅，以便个人及其私人代表或有关人士可以对个人接受的任何治疗向司法或其他独立主管机构提出上诉。

39. 在多数答复国家中，国内立法要求个人或其私人代表（在个人受监护的情况下）被告知其权利，并在接受治疗之前给予知情同意。在某些国家，对治疗的知情同意也可以由近亲给予。³⁹ 除某些例外情况之外，⁴⁰ 个人通常被告知对其施行治疗必须获得其同意，并且个人可以在任何时候撤销其同意。在斐济，通常由医务监督对精神病院的住院个人的治疗做出决定，因为推定个人住院即表示同意接受“一切治疗和手术”。患者及其亲属/监护人有时“被告知”这些手术的情况，但是当患者及其亲属/监护人与医务监督出现分歧时，如果“治疗对患者至关重要

要”，则以医务主管的决定为准。⁴¹ 在荷兰，立法明确规定拒绝治疗的权利，但是只有在重大检查或作重大治疗时才必须明确征求个人的同意。其他情况下，则推断默示同意。

40. 在所有的答复国家中，要求事先获得知情同意的原则都有例外条款。有时例外条款非常宽泛，有损害通则适用性的危险。一般而言，这些例外条款包括缺乏法律代表的情况，⁴² 为保护患者健康⁴³ 或他人健康（克罗地亚和蒙古）而又必要采取紧急措施的情况，威胁公众健康的情况（西班牙），以及缺乏替代性办法的情况（哥斯达黎加）。在荷兰，只有为避免精神失常对患者或他人造成严重威胁而绝对有必要治疗时，方可不按照患者或其代表的意见对个人施行治疗。在这种情况下，须告知个人的最近亲属，通知检查局，并在患者的病历记录记录所采取的措施。在联合王国，规定施行医疗须事先征得有效同意的普通法原则有例外条款。因此，可以在未经个人同意但是有另外一名医疗工作者确认治疗最适合患者病情需要的情况下对患者施行治疗。

41. 在重大内科或外科手术以及医学或科学实验中，对事先知情同意的要求显得更为严格。在几个国家，法律明确禁止对人体进行医学或科学实验。⁴⁴ 在多数答复国家中，未经个人的知情同意，不得开展医学试验或研究活动。当个人由于自身条件而无法给予有效同意时，如果患者的监护人被充分告知项目的性质、范围和影响并且同意接受，则可以开展医学试验（哥斯达黎加和克罗地亚）。例如在荷兰，对无法合理评估自身利益的个人的研究（原则上禁止），当研究只对属于特定类别的个人进行并且风险小至可以忽略不计时，可以在个人法律代表的同意下进行。在某些国家，医学或科学试验还须得到医学道德审查委员会的批准（克罗地亚和荷兰）。

42. 在对调查问卷答复的国家中，患者或其法律代表通常可以对其在精神病院所接受的治疗向主管机构投诉。在蒙古，患者及其法律代表或其他任何有关人士可以对某项医疗决定向法院或国家人权委员会上诉。在荷兰，精神病院的住院患者可以向精神病院所设立的独立投诉委员会、医疗纪律委员会或医疗保健监督局投诉。在联合王国，患者及其代表或亲属可以向高等法院申请对治疗决定进行司法审查，并且法院有权采取临时措施，暂停施行治疗。也可以向医院托管会或医疗卫生法委员会投诉。该委员会是一家负责调查被拘留人员投诉情况的法定机构。

六. 结论和建议

43. 在为心理残疾者落实现有人权标准方面所存在的主要障碍之一就是缺乏关于适用标准的具体准则。《保护精神病患者和改善精神保健的原则》为说明一般人权标准中适用于心理残疾者特殊情况的内容提供了一个宝贵的起点。但是，宜对精神病院方面履行国家人权义务的情况进行更为详细的分析。例如可以由人权委员会在一般性意见中作有关说明。

44. 该《原则》所提供的保护在某些情况中需要加强。在某些情况中的用语已经过时。例如“患者”一词应该改为“个人”。

45. 该《原则》缺乏关于被拘留在精神病院的个人拒绝接受治疗的权利的规定。原则 11 中对该权利例外条款的慷慨规定使该权利失去实际意义。精神病拘留并不意味着放弃个人选择其医疗的权利。国际人权法严格规定了这一权利。对有关治疗决定权利的限制均应受到司法审查。

46. 该《原则》中没有任何内容规定评价法院通过的有关能力的决定对于保护有关个人的利益是否“必要”并“恰当”（原则 1 第 7 款）。任何对个人权利的限制须依据关于该人缺乏自行做出相关具体行为决定的能力的具体调查结果。法院的决定必须明确确定个人能够自行进行的行为以及需要他人协助的行为。完全剥夺法律行为能力只能在没有其他替代性办法时作为最后手段使用。法官须选择（根据自主和相称原则）最适合有关个人需要的做法。关于法律行为能力的决定须自动由主管司法机构按照法律的规定定期审查。

47. 应该审查原则 16 第 1 款规定的强制住院的标准。即时或即将对本人造成伤害的极大可能性不一定构成充分的理由，让人们可以采取保护措施，严重侵犯个人的若干人权，包括个人自由和安全的权利以及移动自由的权利。此外，还应该对涉及个人健康状况的第二个标准与现有人权标准之间是否一致进行分析。按照采取最少限制性替代办法的原则，关于非自愿住院的决定须至少提供如下内容的证明 (a) 个人健康状况具有严重恶化的风险和 (b) 缺乏其他可行替代办法，例如基于社区的康复办法。关于精神病拘押的决定应接受司法审查并定期复查。

48. 据称，对人权标准的滥用和侵犯是世界上许多精神病院的普遍现象。有必要对心理残疾者权利的落实情况进行详细的监测，以便评估遵守此类规范的实际状况。现有的人权条约机构应该鼓励各国政府在其定期报告中提供有关在此方面采取的措施的情况。

注

¹ 见《经济及社会理事会，正式记录，2002 年，补编第 3 号》（E/2002/23），第二章，A 节。

² 1986 年（当时的）防止歧视及保护少数小组委员会特别报告员编写了专门阐述该问题仅有的人权报告（E.-I. 泽斯，“保护因患精神病或精神失常而受拘留的人的原则、准则和保障”，E/CN.4/Sub.2/1983/17/Rev.1，联合国，1986 年，纽约）。

³ 《消除一切形式种族歧视国际公约》、《消除对妇女一切形式歧视公约》、《禁止酷刑和其他残忍、不人道或有辱人格的待遇或处罚公约》和《儿童权利公约》。

⁴ 见《残疾人权利宣言》（大会 1975 年 12 月 9 日第 3447(XXX)号决议）、《关于残疾人的世界行动纲领》（大会 1982 年 12 月 3 日第 37/52 号决议）和《残疾人机会均等标准规则》（大会 1993 年 12 月 20 日第 48/96 号决议）。

⁵ 世界精神病治疗法使用者和幸存者网络，“关于保护精神病患者原则的立场文件”，2001 年 7 月，温哥华。<http://www.wnusp.org/docs/positionpaper.html>。

⁶ 《世界人权宣言》第六条；《公民及政治权利国际盟约》第十六条。

⁷ 见《智力迟钝者权利宣言》第 5 条：“智力迟钝的人於必要时有权获得合格监护人，以保护其个人福利和利益”。

⁸ 确定是否患有精神病，决不应以政治、经济或社会地位，或是否属某个文化、种族或宗教团体，或与精神健康状况无直接关系的其他任何理由为依据。同样，家庭不和或同事间不和，或不遵奉一个人所在社区的道德、社会、文化或政治价值观或宗教信仰之行为，不得作为诊断精神病的一项决定因素。过去作为患者的治疗或住院背景本身不得作为目前或今后诊断精神病的理由。

⁹ 另见《智力迟钝者权利宣言》第 7 条。

¹⁰ 阿根廷、危地马拉和巴拿马。

¹¹ 阿根廷、亚美尼亚、哥斯达黎加、克罗地亚、希腊、伊朗、毛里求斯、墨西哥和委内瑞拉。

¹² 阿根廷、哥斯达黎加、克罗地亚、毛里求斯、墨西哥、巴拿马和委内瑞拉。

¹³ 亚美尼亚、哥斯达黎加、希腊、香港特区、毛里求斯、墨西哥、卢旺达、塞尔维亚和黑山、西班牙、瑞典和委内瑞拉。

¹⁴ 哥斯达黎加、西班牙、巴拿马和委内瑞拉。

¹⁵ 在斐济，精神残疾人只要满足立遗嘱能力的要求，就可以立下有效遗嘱（《遗嘱法》）。

¹⁶ 例如，在毛里求斯，不具有法律行为能力者征得法院同意后可以结婚，但必须征求治疗医生、本人和预定配偶以及不具有法律行为能力者的父母、兄弟姐妹的意见。

¹⁷ 例如，见《蒙古全国人权委员会法》第 9 条 3 款。

¹⁸ 毛里求斯全国人权委员会，对问题单的答复，第 6 段。

¹⁹ 并见《世界人权宣言》第三条和第九条。

²⁰ 原则 16 第 1 款。关于精神病的确定，并见原则 4。

²¹ E. Rosenthal 和 C. J. Sandram, “精神保健立法方面的国际人权”，《纽约法学院国际法和比较法杂志》，第 21 卷，第 3 号，2002 年，第 528 页。

²² 《公民及政治权利国际盟约》第十四条；并见《世界人权宣言》第十条。

²³ 阿根廷、伯利兹、克罗地亚、香港特区、荷兰、塞尔维亚和黑山和西班牙。

²⁴ 亚美尼亚、伊朗伊斯兰共和国、挪威和瑞典。

²⁵ 克罗地亚、斐济、希腊、香港特区、毛里求斯、挪威、卢旺达、瑞典、联合王国和委内瑞拉。

²⁶ 《阿根廷民法》第 482 条。

²⁷ 《强制精神保健法》，1991 年，第 3 节。

²⁸ 阿根廷《民法典》，第 114 条。

²⁹ 克罗地亚、危地马拉、毛里求斯、蒙古、荷兰、卢旺达和委内瑞拉。

³⁰ 阿根廷、伯利兹、斐济、香港特区、希腊、塞尔维亚和黑山、瑞典和联合王国。

³¹ 香港特区、毛里求斯和联合王国。

³² 1989 年 10 月 11 日《第 7135 号法》（《合宪性审查权法》）第 5 条。

³³ 见上文脚注 29。

³⁴ 哥斯达黎加、墨西哥和挪威。

³⁵ 希腊：《第 2071/1992 号法》第 99 条。

³⁶ 人权委员会，关于禁止酷刑和残忍待遇或惩罚的第 20 号一般性意见（1992 年），第 7 段。

³⁷ 经济、社会和文化权利委员会第 14 号一般性意见（享有能达到的最高健康的权利），2000 年，第 8 段。

³⁸ 相反，原则 11 第 14 款重申，只有患者给予知情同意且独立的外部机构确信知情同意属实，而这种治疗最符合患者病情需要时，才可以施行精神外科及其他侵扰性和不可逆转的治疗。

³⁹ 阿根廷、希腊和挪威。

⁴⁰ 斐济、危地马拉和毛里求斯。

⁴¹ 斐济人权委员会，对调查问卷的答复，第 8 段。

⁴² 哥斯达黎加、斐济、香港特区、蒙古、西班牙和委内瑞拉。

⁴³ 克罗地亚、香港特区、墨西哥、蒙古、荷兰、西班牙、联合王国和委内瑞拉。

⁴⁴ 阿根廷、亚美尼亚、危地马拉、墨西哥和巴拿马。
