



---

第六十届会议

临时议程\* 项目 73(b)

人权问题，包括为增进人权和基本自由的  
切实享受可以采取的各种途径

人人享有能达到的最高标准的身心健康的权利

秘书长的说明\*\*

秘书长谨向大会各成员转递人权委员会人人享有能达到的最高标准的身心健康的权利特别报告员保罗·亨特根据人权委员会第 2005/24 号决议提交的报告。

---

\* A/60/150。

\*\* 本报告迟交是为了尽量列入最新资料。



## 摘要

人人享有能达到的最高标准的身心健康的权利(“健康权”)要求不仅能获得及时、适当的医疗保健服务,还要获得基本健康决定因素,如足够的卫生、安全的饮用水、食物、营养和住房。世界卫生大会最近设立了一个重要的三年期委员会,即决定健康的社会因素问题委员会,以研究健康的社会方面问题。本报告的第二节指出了该委员会的任务规定和健康权中的这些基本决定因素之间的共同之处。特别报告员盼望与该委员会互动,并了解它如何计划将健康权纳入其工作中。

在促进和保护包括健康权在内的人权方面,保健专业人员要发挥不可或缺的作用。本报告第三节提及对保健专业人员进行人权教育的重要性,并指出全世界的医学院和护理学校的课程对健康权和其他人权重视不够。特别报告员在进行国家访问中将审查保健专业人员接受人权教育的程度,以及国家和国家保健专业人员协会为他们提供人权支助的情况。

本报告篇幅最长的部分是保健专业人员的移徙问题,有时称为“技术外流”或“人才外流”。正如特别报告员在递交给大会的上一个报告(A/59/422)中强调的,保健在千年发展目标中占据十分突出的地位。如果国际社会真正要实现千年发展目标,就必须切实强化保健制度,处理保健专业人员的岌岌可危状况”和技术外流问题。在当今世界,保健和保护方面的不平等达到令人震惊的地步。应结合这种令人担忧的全球保健不平等现象来看待技术外流。

本报告概述了保健专业人员从发展中国家移徙到发达国家的规模,以及促成这种技术外流的各种“推”“拉”因素。下列三类人权与技术外流有特别的关系:迁移自由;劳动权和健康权。健康权包含了享有一个有效的、包容广泛的、高质量的保健系统的权利。本报告的重点是健康权,其中包括参与、国际援助与合作,以及问责制。本报告还特别结合保健专业人员迁离的国家的情况思考了健康权问题。

该节转载了一些指导原则后,在结尾强调,如果将人权纳入有关技术外流的国家和国际政策,将有可能使政策更有效、更健全、更公平、更有包容性,对生活在贫穷中的人更有意义。结论一节稍为思考了一下应对技术外流可能采取的三种政策:强化原籍国的保健制度;目的地国进行合乎职业道德的招聘;补偿或归还。报告提议,发达国家设立独立的国家办事处监测国际卫生合作情况,包括与技术外流有关的政策。

## 目录

	段次	页次
一. 导言 .....	1-4	4
二. 决定健康的社会因素问题委员会 .....	5-7	4
三. 保健专业人员和人权教育 .....	8-17	5
四. 技术外流：保健专业人员和移徙 .....	18-89	7
A. 加深对技术外流这一全球问题的认识 .....	23-24	8
B. 千年发展目标、保健系统和保健专业人员 .....	25-30	8
C. 问题 .....	31-35	9
D. 技术外流的原因：“推”与“拉”的因素 .....	36-40	10
E. 技术外流，人权和健康权 .....	41-72	10
F. 一些指导原则 .....	73-74	15
G. 结论 .....	75-89	16
五. 结论 .....	90	18

## 一. 引言

1. 人人享有能达到的最高标准的身心健康的权利(“健康权”)特别报告员根据人权委员会第 2004/27 号决议向人权委员会第六十一届会议递交了年度报告(E/CN.4/2005/51 和 Add.1-4)。人权委员会在第 2005/24 号决议中对该报告表示欢迎,并再次请特别报告员就在其职权范围内履行的各项活动每年向委员会提交一份报告,向大会提交一份中期报告。本报告是根据委员会第 2005/24 号决议提交的。

2. 特别报告员 2005 年 2 月向委员会提交了年度报告之后,应乌干达政府之邀,并在世界卫生组织的支助下,访问了乌干达(3 月 15 日至 25 日),以处理被忽视的疾病问题和健康权问题。关于这次访问的报告将提交给委员会第六十二届会议。对于从性健康和生殖健康权至贸易协议对获取药品的影响等一系列问题,特别报告员还向各国政府发出了若干紧急呼吁及其他信件,并发表了声明和发布新闻稿。他将在即将提交给委员会的年度报告中汇报这些交流情况。

3. 特别报告员还参加了一些会议,包括联合国人权事务高级专员组织的特别报告员会议;参加了与世界卫生组织的各种协商会议,包括与卫生组织区域主任的协商;参加了由卫生组织和德国技术合作署在柏林主办的加强控制热带疾病问题会议;还参加了世界卫生大会期间举行的被忽视的疾病问题小组讨论会。2 月他出席了伦理全球化倡议在纽约组织的会议,讨论制药公司在健康权方面的作用。4 月,在美利坚合众国亚特兰大埃默里大学人权研究所与卫生组织、美国援外社、卡特中心人权办公室、美利坚合众国疾病防治中心及全球健康医生组织联合举办的“从基于人权的保健方法中取得的经验”会议上,特别报告员作了基调发言。7 月,特别报告员会见了发展中国家驻世界贸易组织代表和其他人,讨论有关服务贸易总协定方式 4 和保健专业人员移徙的问题。他还在联合王国埃塞克斯大学人权中心主持了由保健与人权组织国际联合会主办的会议,讨论健康权任务今后的战略和优先事项。

4. 为便于参考,埃塞克斯大学人权中心网站([http://www.2.essex.ac.uk/human\\_rights\\_centre/rth.shtm](http://www.2.essex.ac.uk/human_rights_centre/rth.shtm))载有特别报告员向大会和人权委员会提交的所有报告,以及他向新闻界发表的声明稿和关于健康权的讲话和发言集。联合国所有关于该特别报告员的工作的文件,包括其向新闻界发表的声明稿和向大会与人权委员会提交的报告,可在人权事务高级专员办事处的网站上找到。网址是 <http://www.ohchr.org/english/issues/health/right/>。

## 二. 决定健康的社会因素问题委员会

5. 根据国际人权法,实现健康权要求不仅能获得及时、适当的医疗保健,还要获得决定健康的关键“基本因素”。<sup>1</sup> 这些因素包括影响健康的要素,如安全的饮用水和食物、足够的卫生和住房、健康的工作条件和环境条件,等等。特别报告

员从一开始便在自己的整个任务期间内，包括在国家访问期间，处理了这些问题。<sup>2</sup>

6. 世界卫生大会认识到了基本健康决定因素的极端重要性，最近设立了一个由主要决策者和执行者组成的三年期重要委员会，以研究健康的社会方面问题。决定健康的社会因素问题委员会力求将公共卫生知识转化为可行的全球和国家政策纲领，以便改善保健，增进人们获得医疗保健的机会。有关该委员会的资料可以在世界卫生组织的网站上找到，网址为 [www.who.int/social\\_determinants/en/](http://www.who.int/social_determinants/en/)。简单地说，该委员会的工作包括编纂与分析有关形成保健和保健不平等的社会机制的科学证据，制订政策建议，以加强保健并通过对社会决定因素采取行动来促进保健平等，推动各国实施这些建议。

7. 该委员会的任务规定与健康权的“基本健康决定因素”方面，以及充足的住房、食物和水等其他相互关联的人权，有许多一致之处。换句话说，国家人权法和国际人权法贯穿并充实了该委员会的任务。特别报告员与委员会秘书处成员举行初步非正式会议时，表示坚决支持委员会重要而意义深远的任务。他盼望进行进一步互动，并了解委员会如何计划将健康权纳入其工作中。如果委员会愿意，特别报告员将很高兴在自己非常有限的资源允许的范围内提供任何支助。

### 三. 保健专业人员和人权教育

8. 保健专业人员的工作对促进和保护人权，特别是健康权，十分重要。作为医疗保健服务的提供者，保健专业人员在实现健康权方面发挥着不可或缺的作用。在帮助用文件证明并纠正暴力和酷刑等侵犯人权的行为方面，他们也往往起着重要的作用。

9. 大部分保健专业人员对人权作出了宝贵的贡献，而有些人却有意无意地参与了侵犯人权的行为。与人权可能互相冲突的政治、法律、经济、社会或文化压力意味着他们在日常工作中有时不得不作出对人权有深刻影响的决定。保健专业人员的个人观点也可能影响他们的工作：有时他们的观点可能与病人的权利相悖。例如，在一些国家，保健专业人员受到制度压力和社会压力，或根据自己的观点和良知作出决定，拒绝医治处于社会边缘地位的群体，如移民；公开保密的病历；或拒绝向妇女或青少年提供性健康和生殖健康的资料。有时，保健专业人员还在压力下被迫参与侵犯人权的行为，如酷刑、强制绝育、切割女性生殖器官。保健专业人员所做的决定可能会保护人权，也可能会侵犯人权。

10. 特别报告员在提交给人权委员会的初步报告中表示打算审查保健专业人员对健康权的作用和责任，以及他们在这方面所面临的困难(E/CN.4/2003/58, 第95-98段)。本章仅介绍了一个涉及保健专业人员的问题，即他们接受人权教育的重要性。

11. 保健专业人员不充分遵守人权标准，这往往是错综复杂的环境造成的，其中包括政治压力和社会影响。不过，部分原因常常是人权培训不充分或根本没有。<sup>3</sup> 为了增强保健专业人员促进和保护人权的能力，就需要用知识和工具充实他们，而最先要做的就是进行人权教育。人权教育不仅会使保健专业人员能够维护病人的权利，而且对于他们维护自己的人权，也将起到重要的帮助作用。

12. 世界各国及卫生界和人权界都肯定了对保健专业人员进行人权教育的价值。世界人权会议于1993年6月通过了《维也纳宣言和行动纲领》，其中各国承认对保健专业人员进行特别的人权与人道主义法教育的重要性。世界医学协会强烈建议把医德和人权作为必修课列入医学院的课程。<sup>4</sup> 国际护士理事会在1998年就护士与人权问题采取的立场中提倡将人权问题与护士的作用纳入各级护理教育方案。<sup>5</sup> 消除对妇女歧视委员会建议各国政府“确保保健工作者的培训课程包括全面、强制性的、对性别问题敏感的关于妇女保健和人权、特别是关于对妇女的暴力的科目。”<sup>6</sup>

13. 近年来，为保健专业人员编制了许多出色的人权培训手册和课程，其中有的是一般性的，有的是针对诸如在监狱和生殖保健服务等人权最容易受到侵犯的具体情况下与保健有关的人权问题，还有的是针对诸如难民等弱势群体与保健有关的人权。<sup>7</sup> 英国医学协会和世界医学协会最近进行的调查也显示，世界各地的医科学生要求在校期间对人权和伦理道德有更多的了解。<sup>8</sup> 这些事态发展使特别报告员受到了极大的鼓舞。不过，他还非常关切世界各地的医学院、护理学校和教科书对健康权和其他人权关注得不够。许多保健专业人员根本接受不到人权教育。

14. 医学教育和护士教育通常没有人权课程，很令人遗憾，不过许多医学院、护理学校和教科书都纳入了生物伦理教学。生物伦理和人权出自相似的核心价值观。生物伦理框架为保健专业人员提供了与他们的职业行为有关的、宝贵的、往往与人权一致的道德指导。生物伦理培训的重要性无论怎么强调都不过分。不过，保护人权是保健专业人员专业工作的重要组成部分，若要使他们完全有能力保护人权，人权教育也很重要。人权牢固地建立在国际法律文书的基础上，并受若干监测机制的监测。人权特别关注问责制和不歧视，以及保护特别弱势的社会成员。因而人权为保健专业人员提供了极为有用的工具，用以保护病人的权利和福利，以及他们自己的人权。

15. 在某种程度上，保健专业人员需要了解什么视他们工作所在的国家 and 具体专业而定。最起码，所有保健专业人员都应该接受有关下列权利的教育：病人人权，包括病人健康权；妇女、儿童和残疾人等弱势群体的与健康有关的人权；保健专业人员自身的、与他们的专业工作有关的人权。人权教育还应当始终包括如何在临床实践中实行人权办法的实用教育，包括如何保持尊重所有病人的固有尊严，抵制体制压力或社会压力不侵犯人权，发现侵犯人权的行为，增强病人或同事保

护自己人权的能力，促进涉及已知的或有嫌疑的虐待行为的问责制，并尽可能降低报复的风险。有的保健专业人员的工作环境极易产生侵犯人权的行为，或使他们接触到虐待行为的证据，如法医工作、监狱、心理健康服务、计划生育服务、武装冲突状况或涉及弱势群体的工作，应该向这些保健专业人员提供更专门的人权教育。

16. 根据国际人权法，各国的首要义务是确保享有能达到的最高标准的健康的权利。因此特别报告员强调，各国建设一个有助于保健专业界采取基于权利的方法的环境，极为重要。尤为重要的是，各国要使保健专业人员不可能被要求利用自己的技能进一步侵犯他们为之服务的人的人权，各国还要制订问责机制纠正或防止在临床医疗中侵犯人权的行为。不过，其他行为者的作用也很重要。医学院和护理学校及其他保健专业人员培训机构应该在所有专业级别工作中纳入人权教育和培训。国家保健专业协会应该以现有的良好做法范例为基础，提高会员对人权的认识，并促进会员对人权教育的需求。这类协会还应协助参与维护人权的人权教育，为他们提供专业意见和机构支助。本章的重点是保健专业人员的人权教育，不过特别报告员也顺便指出，法学院和其他人权培训机构的课程应当纳入健康权和其他与健康有关的人权内容。

17. 在国家访问中，特别报告员寻找——也将继续寻找——保健专业人员是否接受人权教育的有关资料，以及国家和国家保健专业协会在多大程度上支助保健专业人员促进和保护人权的相关资料。

#### 四. 技术外流：保健专业人员的移徙

18. 保健专业人员的移徙，特别是医生和护士，以及助产士、药剂师、牙医、技师等的移徙，引起了严重的健康权问题。

19. 保健专业人员的流动不是单方向的，而是多方向的。不过，总体来说，净移徙是从农村地区到城市地区，从公共部门到私营部门，从较穷的发展中国家到较富的发展中国家，从发展中国家到发达国家，从卫生部门条件较差的发达国家到卫生部门条件较好的发达国家。这种现象经常被称为“技术外流”或“人才外流”。

20. 本章着重讨论技术外流的国际方面，特别是保健人员从发展中国家向发达国家移徙的问题。<sup>9</sup> 不过，特别报告员也承认，许多国家存在从农村到城市和从公共部门到私营部门移徙，这些彼此关联的危机使贫穷人口和农村人口享受不到十分需要的医疗保健服务。

21. 众所周知，技术外流会引起人权问题，如保健工作者的行动自由和劳动权，而常常受到忽视的是技术外流对在发展中来源国内享受健康权造成的影响。技术外流的这个方面是本章的首要侧重点。

22. 在当今世界，保健与保护方面的不平等达到令人震惊的地步。技术外流——发达国家聘用发展中国家出资培养且迫切需要的保健专业人员——加深了这种全球保健不平等的状况。试图解决技术外流问题的政策必须以系统而协调的方式解决全球保健不平等问题。<sup>10</sup>

#### A. 加深对技术外流这一全球问题的认识

23. 现在已经普遍认识到，技术外流问题应予解决。例如，2004年和2005年，世界卫生大会通过了几项决议，承认保健专业人员从发展中国家移徙和征聘到发达国家是对发展中国家保健系统的一大挑战。<sup>11</sup>此外，现在还有大量文献讨论卫生部门技术外流的原因和后果。<sup>12</sup>

24. 另外，技术外流正开始引起媒体的兴趣和公众的关心。例如，八国首脑会议2005年7月在苏格兰格伦伊格尔斯举行前夕，伦敦《金融时报》刊载了大幅广告，标题是“最穷国为最富国培养保健工作者还要多久？”<sup>13</sup>在首脑会议上，各国领导人承诺与非洲国家政府合作投资改善保健系统，途径包括帮助非洲培养和再培养保健专业人员。<sup>14</sup>这类承诺必须付诸行动，扩大范围，并接受监测——本章结论部分将再次提起这个问题。

#### B. 千年发展目标、保健系统和保健专业人员

25. 特别报告员在去年提交给大会的报告（A/59/422）中强调了保健在千年发展目标中的突出地位。该报告阐明了健康权如何促进了与保健有关的千年发展目标，如何能够帮助实现这些目标。

26. 健康权要求建立一个有效的、包容广泛的、高质量的保健系统——这正是实现千年发展目标所需要的。联合国千年项目一直强调建设一个人都能享有基本保健服务的保健系统的重要性——例如，见“投资于发展：实现千年发展目标的切实计划”和十分有吸引力的工作队报告“权力在谁手中？改革妇女儿童保健系统”。

27. 有效的保健系统有赖于保健专业人员，这是关键的问题。而许多保健系统都存在着人力资源危机。在许多国家，保健工作者处于“岌岌可危的状况”。<sup>15</sup>艾滋病毒/艾滋病流行病增加了工作者的负担，导致保健工作者生病或死亡，关照病人的反而带来耻辱。许多医疗保健系统不受重视，二十多年来得不到充足的投资。技术外流正在严重打击着发展中国家，特别是撒哈拉以南非洲国家。

28. 由于上述原因和其他原因，“全球保健工作者严重不足”，大约缺少400万保健专业人员。<sup>16</sup>据专家估计，如果撒哈拉以南国家要接近实现与保健有关的千年发展目标，其目前的保健专业人员就必须增加两倍，也就是增加大约100万名。<sup>17</sup>总之，如果国际社会当真要实现千年发展目标，就要认真对待保健系统、保健专业人员和技术外流等问题。

29. 本报告的重点是技术外流方面，即保健专业人员从发展中国家移徙到发达国家，这是复杂而多样的问题。这种现象因国家而异；在一个国家的不同地区也可能各不相同。特别报告员承认，保健专业人员从发展中国家移徙到发达国家，对移徙者本人和发展中国家也许会有积极的效果。例如，如果移徙者返回，他们凭借在国外获得的专业经验就可以为原籍国的保健系统作出更大的贡献。在某些情况下，移徙者的汇款也对原籍国的经济作出了重要贡献，不过值得注意的是，这并不意味着这些资金会投入到这些国家的保健系统。

30. 为了应对技术外流的负面影响，提出了许多对策，有的对策也得到了实施。本章的目的不是详细审查这些备选政策，仅对某些政策稍作思考。本章的目标比较低：只是从健康权的角度简单介绍技术外流的情况，并强调技术外流是一个严重的健康权问题，特别是对来源国生活贫穷的人来说，更是如此。<sup>18</sup>

### C. 问题

31. 保健专业人员往往从较穷的地区或国家移徙到较富的地区或国家。国际移徙的来源国主要位于非洲、加勒比地区、东南亚和南亚，目的地国包括澳大利亚、美国、联合王国、加拿大、法国和比利时。<sup>19</sup>

32. 对于保健专业人员稀少或保健部门人员不足的来源国，特别是撒哈拉以南的非洲国家，这个问题最为严重。在马拉维，6 620 个护士员额中仅填补了 1 842 个。<sup>20</sup> 有 34 个国家，其中主要是撒哈拉以南国家，每 10 万人只有不到 10 名医生。<sup>21</sup> 与之相比，高收入国家保健专业人员的比例要高得多。经济合作与发展组织国家平均每 10 万人约有 222 名医生。<sup>22</sup> 撒哈拉以南非洲护士和医生在人口中所占比例仅为欧洲的十分之一。<sup>23</sup>

33. 农村和城市地区之间的差距也很大。例如，在加纳，85% 以上的普通医生在城市地区工作，虽然 66% 的人口住在农村地区。在孟加拉国，大都市人口占 15%，却有 35% 的医生和 30% 的护士。<sup>24</sup>

34. 包括撒哈拉以南国家在内的发展中国家的保健专业人员越来越多地移徙到发达国家就业。据南非医学协会估计，至少有 5 000 名南非医生已经移居国外，大多数到了美国、加拿大、英国和澳大利亚。<sup>25</sup> 每年约有 30% 到 50% 的保健专业毕业生离开南非前往美国和联合王国。1999 年，加纳外流的护士比培养出来的护士还多。从 1998/99 年到 2001/02 年，在联合王国注册的津巴布韦护士和马拉维护士大大增加，津巴布韦护士从 52 名增加到 368 名，马拉维护士从 1 名增加到 75 名。<sup>26</sup> 其他国家也受到了影响。例如，在 1990 年代，牙买加有三分之二的护士永久地离开了这个国家。<sup>27</sup>

35. 英语世界保健专业人员流失特别严重。在法国（医学教育普遍应用本国语言），只有 5% 的执业医生在国外有资格开业。<sup>28</sup> 在加拿大、美国和澳大利亚，有

20%以上的医生在国外有资格开业，而在联合王国和新西兰，这个数字在 30% 以上。<sup>29</sup>

#### D. 技术外流的原因：“推”与“拉”的因素

36. 造成保健专业人员移徙的原因复杂多样，常常划分为“推”因素和“拉”因素。其中许多因素与国家之间及国家内部的不平等问题密切相关。

37. 推因素往往包括工作条件，如薪酬低；工资结构不公平；工作时间长；工作环境不安全；对保健人员的管理不善；保健系统脆弱，保健专业人员常常缺乏治疗病人所需的药品、设备和用品。在许多国家，特别是撒哈拉以南非洲国家，艾滋病毒/艾滋病对医务人员来说是一项特别负担，它造成病患人数增加，保健专业人员因染上这种疾病而死亡或身体虚弱，使人力资源缩减，保健专业人员因不得不照顾家人而承担额外的责任。保健专业人员的缺乏加重了工作人员的压力。缺乏培训机会和职业发展机会也是保健工作者移徙的原因。在资源不足的保健系统，上述许多问题最为严重。

38. 其他推因素大部分在保健系统以外，其中包括滥用公民权和政治权，缺乏安全保障，教育服务差，生活标准低。

39. 拉因素包括许多推因素的反面——目的地国工资较高；职业与教育前景较好；工作条件较好，政治经济较为稳定。一些已经移徙的保健专业人员说，由于移民限制，他们很难在原籍国和目的地国之间随意往来。一个重要的拉因素是发达国家的需求。发达国家由于续聘率低，培养的保健工作者人数不足，对保健服务的需求增加，因而保健工作者人数与保健服务需求相比有所不足。据估计，到 2020 年，美国将缺少 85 000–200 000 名医生，可能缺少 800 000 名护士。<sup>30</sup> 据估计英国到 2008 年将比 1997 年多需要 25 000 名医生和 250 000 名护士。<sup>31</sup>

40. 人员移徙还受到其他许多因素的影响。保健服务的国际一体化和商业化使保健工作者创造了在原籍国之外和私营部门找工作的机会。<sup>32</sup> 由于电信技术改进，保健专业人员对海外工作机会有了更多的了解。招聘机构的活动也起了重要作用。这些机构在发展中国家大规模招聘（例如，每次招聘 20、50 或 100 名护士），而且往往使移徙过程顺利通畅。<sup>33</sup> 移徙者能够获得贷款的机会扩大了，有了贷款，他们的移徙过程也更加容易。《服务贸易总协定》今后可能会方便保健专业人员移徙，从而使这类移徙者增加。<sup>34</sup>

#### E. 技术外流，人权和健康权

41. 广义来说，有三类人权与本报告着重讲述的技术外流问题的一个方面，即保健专业人员从发展中国家向发达国家移徙，联系尤为紧密：

(a) 每个人的行动自由权，及离开任何国家，包括自己国家的自由；

(b) 劳动权——工作权和工作中享有的权利；

(c) 享有能达到的最高标准的健康的权利，包括享有有效的、包容广泛的、高质量的保健系统的权利。

42. 在目前讨论的范畴内，(a)和(b)与保健专业人员关系尤为密切。重要的是，(c)与来源国和目的地国的个人和社区联系尤为紧密。

43. 国际人权守则中有一些关键的特征是上述一种或几种人权不可缺少的组成部分：不歧视、参与、国际援助与合作及问责制。此外，还有其他一些人权与技术外流有关，如享有适当的生活水平和教育的权利。

44. 出于种种原因，尤其是特别报告员的任务规定，以下讨论的重点是享有可达到的最高标准的健康的权利（即上文(c)），同时也包括人权关键的一般特征：不歧视，参与，国际援助与合作及问责制。<sup>35</sup>

45. 正如以上所述，技术外流既影响来源国又影响目的地国的人享有可达到的最高标准的健康的权利。但这里，特别报告员着重强调技术外流给发展中来源国的人享受健康权带来的影响。根据他的经验，这些国家的个人和社区的声音最不容易被听到。也正是他们的人权常常被忽视，因此，他特别关注发展中来源国的个人和社区的健康权。

## 1. 行动自由

46. 国际人权法承认每个人有行动自由权，及自由离开任何国家，包括自己国家的权利。<sup>36</sup> 换句话说，如果保健专业人员愿意的话，他们有权离开自己的国家。许多保健专业人员行使这项权利的目的在于希望能在一个享有其他经济、生活、文化、公民和政治权利的环境中生活和工作。

## 2. 劳动权

47. 工作条件差是保健专业人员寻求移徙的主要原因。但是，虽然移徙往往能改善工作条件，使他们更好地享受其他人权，有时也会给一些移徙者的劳动权带来不利影响。

48. 征聘机构会利用并增强保健专业人员对海外工作机会范围及性质的不切实际的期望。<sup>37</sup> 一些奸诈的雇主有时扣留或没收移徙者的身份证件。有证据证明，在职业机会方面移徙的保健人员遭到歧视。<sup>38</sup> 许多移徙的保健专业人员是女性，她们不仅面临基于性别的歧视，而且遭到基于原籍、种族、民族和移徙身份的歧视。

49. 移徙者的工作权和工作中享有的权利是许多国际劳工公约、《经济、社会、文化权利国际盟约》、《保护所有移徙工人及其家庭成员权利国际公约》和其他国际文书中严格规定的权利。

### 3. 健康权

50. 各种广泛而细致的国际和国家法律详细规定了健康权的范围。特别报告员在不同报告中已经开始列出并审查这类法律和惯例。他在此不再赘述，但为了便于参考，他简要介绍了一下健康权。

51. 1946年通过的世界卫生组织《组织法》承认健康为基本人权。两年后，《世界人权宣言》为健康权的国际法律框架奠定了基础。从那以后，许多具法律约束力的国际和区域人权条约都规定了健康权。对健康权阐述最全面的条约当属《儿童权利公约》，除两个国家以外，其他所有国家都批准了该公约。此外，这些具约束力的条约正开始产生能阐明健康权内容的判例法和其它判例。许多国家的宪法也规定了健康权：100多条宪法条款中包括了健康权、保健权或与健康有关的权利，如享受健康环境的权利。此外，在一些辖区中，关于健康权的宪法条款已经产生了重要的判例，如南非宪法法院[卫生部长诉治疗行动运动](#)等组织案。<sup>39</sup>

52. 正如以上提到的，健康权包括保健权，但除保健之外，还包括安全饮水、适当环境卫生和获得与健康有关的信息，包括有关性健康和生殖健康的信息。健康权包括多种自由，如不受强制节育的权利，及在保健方案和服务中不受歧视的权利。它还包括多种应享权利，如获得健康保护系统服务的权利。健康权有多个要素，包括儿童保健、产妇保健和获得基本药物。健康权和其他人权一样，特别关照处境不利人群、弱势人群和生活贫困的人。健康权要求有一个有效的、包容广泛的、高质量的保健系统。

53. 虽然健康权需要逐步实现，并受可使用资源的数量的影响，但它也要求履行一些立即实施的义务，如不歧视。它要求制订各种指标和基准来监测健康权的逐步实现。健康权还包括个人与社区积极知情地参与对他们有影响的健康决策。依据国际人权法，发达国家应承担一些责任，帮助穷国实现健康权。由于健康权会产生应享权利和义务，因此要求建立有效的问责机制。

54. 不言而喻，如果不具备最起码数量的保健专业人员，是不可能实现健康权很重要的一个方面——建立有效，包容广泛和高质量的保健系统的。

55. 一些相关的事实和数据已经提及，在此不再重复。在一些国家的部分地区，就连最基本的保健系统都无法正常运作。即使在一些基本保健系统能够正常发挥作用的地区，在实际生活中对于生活贫困的数百万人来说也是遥不可及的。但就在一些这样的国家中，相当多的公共支出用于培训这些保健专业人员，最后他们却离开自己的国家，到那些已经拥有世界上最先进的保健系统的国家中工作。换句话说，一些国家的技术外流正在使一场保健危机演变为保健灾难。

56. 在前几份报告中，特别报告员已经确定了探讨健康权各要素的统一方法，以便于理解。他将这种方法应用于性健康和生殖健康权（见 E/CN.4/2004/49）及心理残疾（见 E/CN.4/2005/51）。例如，这种统一方法的一部分是把健康权看作一个

国家拥有的、可获得的、可接受和高质量的保健服务、物资和设施。从统一方法的这一方面看待技术外流问题，说明一个国家必须确保本国拥有适当数量的保健专业人员，所有人，包括农村地区的贫困人口都能获得他们的服务，而且要确保以文化上可接受的方式提供高质量的保健服务。

#### (a) 参与

57. 参与是健康权不可或缺的一个特点。它包括个人和社区积极知情地参与制订对他们有影响的决策，包括有关健康的决定，如对技术外流产生影响的决定。换句话说，健康权不仅重视实现与健康有关的目标，而且重视实现这些目标的过程。

58. 在影响技术外流的决策方面，应确保所有利益有关者的参与，包括来源国的保健专业人员（如，那些已经移徙的，可能会移徙的及留下的保健人员）及保健系统使用者的参与。要实现这种参与，很可能需要依赖代表参与者的组织，如保健专业人员协会和病人团体。

#### (b) 国际援助与合作

59. 各国除了履行在国内的义务外，根据《经济、社会、文化权利国际盟约》第2条第1段和《儿童权利公约》第4条，还有责任采取措施开展国际援助与合作，实现经济、社会和文化权利，包括健康权。这种责任对于发达国家来说更是义不容辞，这也是最近举行的世界会议上，包括千年首脑会议和《千年发展目标》8中所作承诺产生的责任（见A/59/422）。

60. 象其他的人权和责任一样，国际援助与合作的参数并没有清晰界定。但正如下几段中阐述的那样，国际援助与合作不只是发达国家向发展中国家提供资金的问题。在健康权和技术外流方面，国际援助与合作的人权责任包含许多不同的方面，其中包括下列方面。

61. 第一，发达国家应尊重发展中国家的健康权。例如，发达国家应确保制订的人力资源政策不会危及发展中国家的健康权。如果一个发达国家积极从一个保健专业人员短缺的发展中国家征聘保健专业人员，削弱了该发展中国家为其公民履行健康权义务的能力，那么这个发达国家就明显违反了健康权方面国际援助与合作的人权责任。一些国家已制订了反映这一原则的政策。<sup>40</sup>

62. 第二，各国应采取一切合理措施防止第三方危及其他国家享受健康权，尽可能通过法律或政治手段对第三方施加影响。<sup>41</sup> 例如，各国应规范在国际上开展业务的私人征聘机构，确保他们的征聘工作不会削弱发展中国家为其管辖下的公民履行健康权义务的能力。

63. 第三，各国应确保在起草和执行国际协定时，对健康权给予应有的关注，例如，对《服务贸易总协定》方式4的承诺一览表（关于保健专业人员暂时进入另一个国家提供保健服务）进行谈判时。在以前的一份报告中，特别报告员评论说，

如果服务贸易的增加导致保健设施、物资和服务不合标准的话，就明显违背了健康权（E/CN.4/2004/49/Add.1，第49段）。如果一个国家愿意实行贸易自由化，包括服务贸易自由化，那么它所选择的自由化的形式、速度和先后顺序应当是最有利于逐步实现所有人的健康权的，包括那些贫困人口和其他处境不利群体的健康权（同上，第80段和第46段至第56段）。应当根据健康权影响评估来选择自由化的形式、速度和先后顺序。这样，必要的话可以对方式4的承诺草案进行修正，确保它不会对所有人享有健康权产生不利的影 响。根据发达国家开展国际援助和合作的责任，他们不应向发展中国家施加不应有的压力，迫使后者作出有悖于在健康权方面的义务的方式4承诺。

64. 第四，根据可使用资源的数量，各国应向发展中国家提供援助，使人们可以得到必要的保健设施、物资和服务，尤其是那些贫困人口和其他处境不利群体。援助政策应当包括对卫生部门的人力资源开发提供支助。

65. 但是，最重要的一点是如果发达国家向发展中国家提供海外发展援助、减免债务和其他形式的国际援助与合作，与此同时又雇用发展中来源国自己花钱培训的，迫切需要的保健专业人员，这种做法就不够真诚。一只手给予，另一只手索取有什么意义呢？

### (c) 问责制

66. 国际人权法赋予个人和社区应享权利，对其他相关方规定了法律义务，加强了个人和社区的力量。重要的是，权利和义务需要问责制：除非辅助以问责制，否则权利和义务只是装饰。所以，注重人权——或健康权——的办法强调义务，并要求所有有义务者对其行为负责。

67. “问责制”常常用于表示指责和惩罚。<sup>42</sup> 但这样狭义地理解该词，局限性太大。健康权问责机制可以确定哪些健康政策和机构有效，哪些无效，以及无效的原因，其目的是改善健康权的实现。这种问责机制必须是有效、透明和方便使用的。<sup>43</sup>

68. 在技术外流方面，需要对各行为者履行各种人权义务的情况建立国家和国际的问责机制。例如，国家机制应监测来源国保健专业人员的人权状况。在目的地国，国家机制应监测保健专业人员，包括移徙者的人权状况。此外，国际问责机制，如条约机构应考虑来源国和目的地国的保健专业人员的人权状况。

69. 然而，这些国家和国际的问责机制不应只包括保健专业人员的人权，他们还应考虑技术外流对相关保健系统带来的影响。换句话说，这些机制应当考虑技术外流对来源国和目的地国个人和社区享受健康权带来的影响。必须制订指标和基准来监测技术外流对健康权的影响，包括来源国和目的地国的责任（关于特别报告员处理该问题的方法，见 A/58/427 和 A/59/422）。

70. 这里必须要强调很重要的一点。长期以来在发展中国家中有一种观点，认为问责制的安排是不平衡的，主要适用于他们，而发达国家在未能履行对发展中国家特别重要的国际保证与承诺时，却可以无需追究责任。<sup>44</sup>

71. 毫无疑问，关于发达国家提供国际援助与合作的问责机制还很软弱。例如，很少有（如果有的话）国家和国际机制对发达国家的政策给来源国的技术外流和享受健康权带来的影响给予适当的关注。这种情况是不可接受的，因为人权需要有效、透明和方便使用的问责机制，来监测所有行为者的人权责任。

72. 在本章的结尾，特别报告员提出了一个小小的建议——成立国家办事处监测保健方面的国际合作——以填补在促进和保护健康权方面的空白。

## F. 一些指导原则

73. 医生促进人权协会是一个非政府组织。该组织最近公布了一份关于技术人才外流问题的白皮书，标题为《防止人才外流行动计划：在非洲建立平等的保健制度》，<sup>45</sup> 其中载有解决非洲技术人才外流问题的详细行动计划。该行动计划的指导原则是“反映人权法和务实的关切”。<sup>46</sup> 这些指导原则和关于指导原则的评论过于冗长，因此作者对这些原则进行了概述，概述内容见下一段。

74. 指导原则为关于技术人才外流问题的讨论提供了有益的投入。特别报告员认为，尽管这些原则既没有明确定义也不够全面（例如可以纳入监测和责任制原则，强调社区保健工作者的重要作用），但这些原则必须得到认真重视。<sup>47</sup> 医生促进人权协会确定的原则如下：

- 对技术人才外流的主要应对措施应当是解决二级保健系统中普遍侵犯享有健康和其他权利的问题。
- 应对措施必须由国内和国际方面为保健部门提供大量资金，包括减免债务。
- 应对技术人才流失的措施必须包括动员广泛努力、解决国内保健工作者分布不平等的情况，特别是农村地区保健工作者严重短缺的问题。
- 向富裕国家移徙医务工作者的低收入国家应当得到这些国家的赔偿。
- 必须在地方找到解决技术人才外流问题的办法，同时有来自贫穷和农村社区、保健工作者和民间社会的代表参与。
- 外国援助必须能够有助于推动制定合理的保健人力资源政策。
- 考虑到全球公共卫生危机状况和需求，医务工作者的权利和他们向往美好生活的愿望应当得到尊重。
- 各国在招聘时必须坚持伦理原则，包括从未与他们签订协议的发展中国家征聘。

- 高收入国家必须自行解决他们自己无法培养和留住足够医务工作者的问题。
- 促进宏观经济政策的各项措施必须符合人权。
- 除了尽力留住有技能的保健工作者外，还必须征聘和培训更多的医务工作者。
- 为保健部门管理人力资源建设能力应列为重中之重。
- 发展中国家散居世界各地的医务工作者可以为发展中国家的保健服务做出重要贡献。

## G. 结论

75. 前面已经提到，对技术人才外流的不利影响可以有无数种政策应对措施，包括在原籍国加强保健系统，让目的地国强化本国训练的人力资源储备。不幸的是，由于页数限制，特别报告员无法在本章中详细讨论这个问题。

76. **把人权问题纳入所有涉及技术人才外流的政策中。**自向人权委员会提交第一次报告以来，特别报告员始终坚持认为享有健康以及其他人权的权利应纳入所有相关的国家和国际政策决策中。受人权影响制定的政策往往会效果更大、强劲、平等，具有包容性，对生活在贫困中的人具有重要意义。因此，人权应纳入所有卫生部门的政策中，包括对技术人才外流的影响。对发展中国家个人和社区健康权利、以及医务工作者人权的重视，都有助于解决技术人才外流的不利方面。

77. **在原籍国加强保健系统。**根据保健的权利，对技术人才外流的重要的政策应对措施是加强发展中国家原籍国的保健系统。<sup>48</sup> 应最高度优先重视原籍国保健部门的人力资源，包括加强各种规定、条件、专业发展、规划、管理和鼓励在农村地区工作。需要有更多的医务工作者，这就要求有更多的培训资源。地区综合保健系统必须加强，更新基础设施，扩大社区医务工作者的作用。治理，包括公共参与以及保健部门切实发挥作用的问题需要切实重视。加强发展中国家原籍国的保健制度，捐助国和发展合作伙伴具有不可推卸的责任，各种国际承诺，这也是国际援助和合作的人权责任对它们的期望。

78. **目的地国遵循伦理原则征聘。**<sup>49</sup> 自 1999 年以来，联合王国卫生部逐步强化《征聘国际医务工作者业务守则》。<sup>50</sup> 特别报告员了解，若干国际和专业组织一直在宣传推广《道德业务守则》，<sup>51</sup> 联合王国付出了比其他国家更多的努力，全力执行道德守则。《守则》承认和努力解决大量征聘在原籍发展中国家训练和工作的专业工作人员带来的不利影响，这一点应归功于政府。

79. 根据《守则》，联合王国国家卫生管理局不一定在发展中国家大量征聘，除非有政府间协议，允许在该国进行有目标有计划的征聘。《守则》肯定海外医务

工作者不受歧视的享有就业权利。雇主遵守国家卫生管理局《守则》不是强制性的，但是我们大力建议这样做。

80. 尽管这个倡议值得欢迎，但从人权角度来看，这个《守则》却充满了瑕疵。例如，《守则》缺少独立的监测机制，没有提及私营部门。一些评论家认为，《守则》有间接种族歧视的问题，因为《守则》主要涉及非洲和加勒比国家的医务工作者。<sup>52</sup> 从根本上来说，几乎没有什么证据可以说明从医务工作者短缺的国家征聘可能会带来可持续的影响。<sup>53</sup>

81. 特别报告员认为，基于权利的道德征聘政策和守则可以对技术人才流失问题发挥影响，但他们没有提供足够的应对办法，必须通过其他措施予以补充，包括加强发展中国家原籍国的保健制度。

82. **赔偿问题。** 医务工作者从医务工作者短缺的发展中国家向发达国家移徙，使原籍国蒙受巨大的经济社会负担，同时又给发达国家节省了大量的保健服务培训费。这个过程的经济名称叫作“补贴行为”。这种补贴是不正当的，因为它是从穷国流向富裕国家的，使全球保健和保护方面不平等状况加剧。这个过程称为“不正当补贴”，“不公正补贴”以及“反向外援”。<sup>54</sup>

83. 尽管从伦理道德上来讲这种做法不合理，但是资源从穷国流向富国有悖于发达国家所应承担的国际援助与合作的人权责任，以及其他国际承诺，包括《千年宣言》和目标 8(全球发展合作伙伴关系)(见第 59 至 65 段)。这种不正当补贴应当可以得到补偿、归还或赔偿给原籍国发展中国家，因为技术人才流失削弱了它们履行对本国公民所应承担的提供保健义务的权利，这一点非常紧迫。

84. 要求赔偿遇到各种反对意见和异议，需要认真加以研究。但是，只要有真诚的政治意愿，这些问题并非不可逾越的障碍。赔偿可以以归还的形式支付，由所有有关各方妥善管理，经商定用于特定的医疗保健目的，支助医务工作者继续在或返回所涉国家。

85. 特别报告员极力建议，在技术人才流失形同不正当补贴时，应认真并同情的考虑如何制定应对补偿问题的政策措施。

86. **监测卫生工作国际合作国家办事处。** 每个发达国家都应当成立一个独立的国家办事处，监测政府政策对发展中国家享受健康权利的影响。除了设立监察员外，办公室应每年向国家立法机构报告。办事处还应当有权力进行调查，问询，监测政府对于保健事务的国际承诺和保证。对这些保健问题所承担的国际承诺常常要由各部门共同承担，包括卫生部、财政部、外交部、贸易部、国际发展部等等，结果使协调和问责问题变得错综复杂。<sup>55</sup>

87. 该办事处负责监测的一个保健问题是技术人才流失的问题。很多国家几乎没有可靠的技术人才外流数据，这种办事处的任务是要确保政府收集必要的数据库。

所涉国家技术人才外流的程度如何？哪些国家政策对技术人才外流有影响？技术人才外流有哪些影响，特别是在原籍国中？应当如何修订国家政策使其符合政府的人权责任，包括国际援助和合作促进健康？研究这些问题的监察员办公室可以相辅相成的，加强现有的问责机制，例如议会小组委员会。

88. 办事处还应当负责监督国家遵守伦理道德进行征聘工作的行为准则，例如联合王国国家卫生管理局通过的行为守则，以及国家实施可比国际守则，例如英联邦秘书处于 2003 年通过的《国际征聘医务工作者业务守则》。

89. **多层面应对措施**。由于其复杂性，医务工作者的国际移徙问题要求制定多方面的应对措施，本章提到其中的一些内容。技术人才外流的问题必须在现代社会医疗保健和保护严重不平等的情况下来理解。

## 五. 结论

90. **本报告的通篇主题是医务工作者在促进和保护人权，包括享有健康权利方面具有不可或缺的作用。人权教育有助于医务工作者保卫病人的权利，以及他们自己的人权。技术人才外流，发达国家雇用发展中国家训练的医务工作者，挖走了发展中国家亟需的医务工作者，这种做法以发展中国家失去它们所培养的医务工作者为代价。这种做法破坏了原籍国享有健康的权利，加剧了全球健康卫生不平等问题。如果要实现《千年发展目标》，就必须建立行之有效的具有包容性的高质量的卫生制度。医务工作者的状况，包括技术人才外流的问题迫在眉睫，必须予以重视。**

### 注

- <sup>1</sup> 例如，见《经济、社会、文化权利国际盟约》第 12(2)(b) 条及《儿童权利公约》第 24(2)(c) 条。
- <sup>2</sup> 例如，见特别报告员关于秘鲁访问情况的报告(E/CN.4/2005/51/Add.3)和关于罗马尼亚访问情况的报告(E/CN.4/2005/51/Add.4)。
- <sup>3</sup> 见英联邦医学协会《保健专业人员道德与人权标准培训手册》，1999 年。
- <sup>4</sup> 世界医学协会第五十一届大会通过的关于将医德和人权纳入世界各地医学院课程中的决议(1999 年 10 月)。
- <sup>5</sup> 见 <http://www.icn.ch/pshumrights.htm>。
- <sup>6</sup> 消除对妇女歧视委员会，关于妇女与保健的一般性建议 24(1999 年)，第 31(f) 段。
- <sup>7</sup> 例如，见英联邦医学协会，见注 3 引文；Johannes Wier 基金会，《保健与人权：医生、护士、辅助医务人员教程》(培训期间)，1996 年；J. Asher 著，《健康权：非政府组织资料手册》，英联邦医学协会/美国科学促进协会，2004 年；挪威医学协会，《在监狱工作的医生：人权与道德困境，监狱医生教程》(<http://lupin-nma.net>)；医生促进人权协会-联合王国，《医学与人权研究单元》(<http://phruk.shared-inter.net/module/index.php>)。另注意国际保健与人权组织联合会等针对健康权问题于 2004 年和 2005 年组织的国际人权学会，以及哈佛大学 Francois-Xavier Bagnoud 保健与人权中心开办的年度保健与人权强化课程。

- <sup>8</sup> 见英国医学协会，《医疗行业与人权：变化中的纲领手册》，英国医学协会/Zed Books，2001年，第490页。
- <sup>9</sup> 特别报告员在本报告中特别引用了在某些国家和地区就技术外流问题进行的研究，特别是撒哈拉以南非洲、联合王国和美国。不过，他强调，技术外流是一个全球性问题，其来源地和目的地并非局限于这些地区和国家。
- <sup>10</sup> K. Mensah、M. Mackintosh 和 L. Henry 著，《发展中世界保健专业人员的“技术外流”：政策制订框架》，医疗行动 (Medact)，2005年，第5页。
- <sup>11</sup> 世界卫生大会第 57.19 号和第 58.17 号决议，保健专业人员的国际移徙：发展中国家保健系统面临的挑战。
- <sup>12</sup> 例如，见 O. Adams 和 B. Stilwell 著，《保健专业人员和移徙》。《世界卫生组织月报》，第 8 期，2004 年 8 月，第 560 页；L. Chen 等著，《保健人力资源：克服危机》，载于《手术刀》第 364 卷，2004 年 11 月 27 日，第 1984-1990 页；南部非洲地区保健公平网 (EQUINET)、卫生系统基金会和医疗行动，“南部非洲保健工作人员：面对分配不公和人才外流”，2003 年；联合学习能动组合，“保健人力资源：克服危机”，2004 年；Menash、Mackintosh 和 Henry，见注 10 引文；医生促进人权协会，“防止人才外流行动计划：在非洲建立公平的保健系统”，2004 年；A. Willets 和 T. Martineau，“对保健专业人员进行合乎道德的国际征聘：行为守则能否保护发展中国家的保健系统？”2004 年；J. Bueno de Mesquita 和 M. Gordon，“保健工作者的国际移徙：人权分析”，医疗行动，2005 年；世界卫生组织，“国际移徙、保健与人权”，2003 年。
- <sup>13</sup> 由医生促进人权协会主办。另见《医疗工作人员辞职去西方，使非洲保健服务陷入危机》，载于《独立报》，2005 年 5 月 27 日。
- <sup>14</sup> 八国集团首脑会议，《非洲问题声明（非洲：历史性机遇）》，苏格兰格伦伊格尔斯，2005 年 7 月 8 日。
- <sup>15</sup> 医生促进人权协会，见注 12 引文，第 vii 页。千年发展计划儿童与产妇保健问题工作队在《权力在谁手中？》采用了类似的分析，第 120-123 页。
- <sup>16</sup> Chen 等，见注 12 引文，第 1985 页。
- <sup>17</sup> 同上。
- <sup>18</sup> 对技术外流的更为详细的人权分析见尤其是 Bueno de Mesquita 和 Gordon，医生促进人权协会和世界卫生组织，见注 12 引文。
- <sup>19</sup> 联合学习能动组合，见注 12 引文。
- <sup>20</sup> J.-M. Aitken 和 J. Kemp，《南部非洲的艾滋病毒/艾滋病、公平与保健部门工作人员》，南部非洲保健公平网 (EQUINET) 和牛津饥荒救济委员会，2003 年，第 20 页。
- <sup>21</sup> 世界卫生组织全球保健分布图，<http://www.who.int/globalatlas/dataQuery/default.asp>。2004 年数据。
- <sup>22</sup> 医生促进人权协会，见注 12 引文。
- <sup>23</sup> Chen 等，见注 12 引文。
- <sup>24</sup> 联合学习能动组合，见注 12 引文。
- <sup>25</sup> 南非：政府意识到保健工作者的流失，综合区域信息网，2002 年 5 月 14 日。
- <sup>26</sup> 医生促进人权协会，见注 12 引文。
- <sup>27</sup> Bueno d Mesquita 和 Gordon，见注 12 引文。
- <sup>28</sup> J. Eastwood 等，《撒哈拉以南非洲保健专业人员的流失：联合王国的关键作用》，载于《手术刀》第 365 卷，第 9474 期，2005 年 5 月 28 日。
- <sup>29</sup> 联合学习能动组合，见注 12 引文。

- <sup>30</sup> 见《对医疗服务的错误估计导致医生短缺》，载于《今日美国》，2005年2月3日；美国卫生与人类服务部、人力资源与服务管理局、卫生行业管理局、全国保健工作人员分析中心，《预测2000-2020年注册护士的供求与短缺》，2002年。
- <sup>31</sup> 《解决非洲保健工作人员危机：行动渠道》，在第二次与卫生有关的千年发展目标高级别论坛上提交的背景文件，阿布贾，2004年12月2和3日。
- <sup>32</sup> Mensah、Mackintosh 和 Henry，见注10引文。
- <sup>33</sup> 医生促进人权协会，见注12引文。
- <sup>34</sup> 应该注意的是，服务贸易总协定方式4是为了便于临时移徙。Eastwood 等，见注28引文。
- <sup>35</sup> 除歧视问题外，所有这些关键的一般特征都会在下文分别讨论，歧视问题贯穿全文。
- <sup>36</sup> 《公民及政治权利国际盟约》，第12条。
- <sup>37</sup> “被虐待、威胁和限制：大不列颠的“奴隶护士”，《卫报》，2001年5月29日；“外国医生”，BBC在线新闻，联合国版，2004年9月8日。
- <sup>38</sup> K. Decker，“海外医生：过去和现在”，《医学界的种族主义：变革的议程》，N. Coker (ed.)，皇家基金，2001；D. Singh, BMA 报告中说“医学职业中的充斥着种族主义”，英国医学杂志，第326卷，2003年6月28日，第1418页。
- <sup>39</sup> 南非宪法法院，第CCT8/02号案例，2002年7月5日裁定。
- <sup>40</sup> 例如联合国卫生部，《国际征聘保健专业人员工作守则》，2004；关于守则的讨论见下文第78段至第80段。
- <sup>41</sup> 经济、社会、文化权利委员会，第14号一般性意见，第39段。
- <sup>42</sup> 见 L. P. Freedman，“多米尼加共和国的人权，建设性的问责制和孕产妇死亡率：评论文章”，《国际妇产科杂志》，第82卷，2003，第111页至第114页。
- <sup>43</sup> 问责机制应澄清谁负有哪些责任，他们是否履行了自己的责任。如果他们没有，该机制应当探究为什么没有，从而确保下次能妥善履行责任。关于问责制的更多信息，请见 A/59/422，第38段。
- <sup>44</sup> 联合国开发计划署，发展政策局，“千年发展目标8作为人类发展全球交易是否步入正轨？” J. Vandenmoortele, k. Malhotra 和 J. A. Lim，2003年。
- <sup>45</sup> 医生促进人权协会，前引书，注12。
- <sup>46</sup> 同上，第29页。
- <sup>47</sup> 特别报告员不愿意修改指导准则，愿意把“人才外流”改为“技术人才外流”，而且把最新指导准则的范围从非洲扩大到所有发展中国家。
- <sup>48</sup> “Who’s Got the Power”；医生促进人权协会和 Bueno de Mesquita and Gordon，前引书，注12。
- <sup>49</sup> Willets and Martineau，前引书，注12；Mensah, Mackintosh and Henry，前引书，注10；Bueno de Mesquita and Gordon，前引书，注12。
- <sup>50</sup> 卫生部，前引书，注42。
- <sup>51</sup> E. g. 英联邦秘书处，Commonwealth Code of Practice for International Recruitment of Health Professionals, 2002；World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA), A Code of Practice for the International Recruitment of Health Care Professionals, 2002。
- <sup>52</sup> Mensah, Mackintosh and Henry，前引书，注10，第27页。
- <sup>53</sup> 同上，第26页，医生促进人权协会，前引书，注12，第57页。

- 
- <sup>54</sup> Mensah, Mackintosh and Henry, 同上, 第 30 至 40 页, Save the Children UK and Medact, Whose Charity? Africa's Aid to the NHS, Briefing Paper, 2005; 医生促进人权协会, 同上, 第 31 页。关于“不正当补贴”问题的讨论见 Mensah, Mackintosh and Henry; and also Bueno de Mesquita and Gordon, 前引书, 注 12, 特别报告员从这两本书中得到大量信息资料。
- <sup>55</sup> G. Lister, A. Ingram, M. Prowle, “Country Case Study: UN Financing of International Cooperation for Health”, United Nations Development programme, Office of Development Studies, 2004 年 9 月 30 日。
-