

停止排斥 - 勇于关爱



世界卫生组织

WHO Library Cataloguing-in-Publication Data

WHO Resource Book on Mental Health, Human Rights and Legislation.

1. Mental health
2. Human rights - legislation
3. Human rights - standards
4. Health policy - legislation
5. International law
6. Guidelines
7. Developing countries I. World Health Organization.

ISBN 92 4 556282 4

(NLM classification: WM 34)

Technical information concerning this publication can be obtained from:

Dr Michelle Funk

Ms Natalie Drew

Mental Health Policy and Service Development Team

Department of Mental Health and Substance Dependence

World Health Organization

CH-1211, Geneva 27

Switzerland

Tel: +41 22 791 3855

Fax: +41 22 791 4160

E-mail: funkm@who.int

© 世界卫生组织，2006 年

版权所有。世界卫生组织出版物可从 WHO Press, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (电话: +41 22 791 3264; 传真: +41 22 791 4857; 电子邮件: bookorders@who.int) 获取。要获得复制或翻译世界卫生组织出版物的许可 - 无论是为了出售或非商业性分发, 应向世界卫生组织出版处提出申请, 地址同上 (传真: +41 22 791 4806; 电子邮件: permissions@who.int)。

本出版物采用的名称和陈述的材料并不代表世界卫生组织对任何国家、领地、城市或地区或其当局的合法地位, 或关于边界或分界线的规定有任何意见。地图上的虚线表示可能尚未完全达成一致的大致边界。

凡提及某些公司或某些制造商的产品时, 并不意味着它们已为世界卫生组织所认可或推荐, 或比其它未提及的同类公司或产品更好。除差错和疏忽外, 凡专利产品名称均冠以大写字母, 以示区别。

世界卫生组织已采取一切合理的预防措施来核实本出版物中包含的信息。但是, 已出版材料的分发无任何明确或含蓄的保证。解释和使用材料的责任取决于读者。世界卫生组织对于因使用这些材料造成的损失不承担责任。

在 印刷

致谢

精神卫生，人权与立法资源手册是在世界卫生组织精神卫生与物质滥用司的Michelle Funk, Natalie Drew, 以及Benedetto Saraceno指导下完成。

写作组:

主要作者: Melvyn Freeman (前卫生部, 比勒陀尼亚, 南非) 和Soumitra Pathare (Ruby Hall诊所, Pune, 印度)。

其他作者: Michelle Funk(WHO/HQ), Natalie Drew(WHO/HQ), Benedetto Saraceno (WHO/HQ)。

背景材料和个案提供:

Julio Arboleda Florez (精神科, 女王大学, 安大略, 加拿大), Josephine Cooper (Balmoral, 新南威尔士, 澳大利亚), Lance Gable (乔治敦大学法律中心, 法律与公共卫生中心, 华盛顿特区, 美国), Lawrence Gostin (约翰霍普金斯大学, 华盛顿特区, 美国), John Gray (国际老年医学协会, 加拿大), 黄泰渊 (精神康复与社区精神卫生科, Yongin心理医院, 大韩民国), Alberto Minoletti (卫生部, 智利), Svetlana Polubinskaya (国家与法律研究所, 俄罗斯科学院, 莫斯科, 俄罗斯联邦), Eric Rosenthal (精神残疾者权利国际, 华盛顿特区, 美国), Clarence Sundram (合众国哥伦比亚地区法院, 华盛顿特区, 美国), 谢斌 (卫生部, 北京, 中国)

编辑委员会:

Jose Bertolote, (WHO总部), Jose Miguel Caldas de Almeida (WHO美洲地区办事处 (AMRO)), Vijay Chandra (WHO东南亚地区办事处(SEARO)), Philippe Chastonay (日内瓦大学医学院, 瑞士), Natalie Drew (WHO总部), Melvyn Freeman (前卫生部, 比勒陀尼亚, 南非), Michelle Funk (WHO总部), Lawrence Gostin (约翰霍普金斯大学, 华盛顿特区, 美国), Helen Herrman (前WHO西太平洋地区办事处(WPRO)), Michael Kirby (堪培拉Chambers法官, 澳大利亚高等法院), Itzhak Levav (政策与对外关系, 精神卫生服务, 卫生部, 耶路撒冷, 以色列), Custodia Mandlhate (WHO 非洲地区办事处(AFRO)), Ahmed Mohit (WHO东地中海地区办事处(EMRO)), Helena Nygren-Krug (WHO总部), Genevieve Pinet (WHO总部), Usha Ramanathan (德里, 印度), Wolfgang Rutz (WHO欧洲地区办事处(EURO)), Benedetto Saraceno (WHO总部), Javier Vasquez (AMRO).

行政与秘书

Adeline Loo (WHO总部), Anne Yamada (WHO总部) and Razia Yaseen (WHO总部)

WHO精神卫生，人权与立法资源手册被包括在日内瓦国际学会网络(GIAN/RUIG)项目之中。

技术贡献与评论

Beatrice Abrahams National Progressive Primary Health Care Network, Kensington, South Africa

Adel Hamid Afana Training and Education Department, Gaza Community Mental Health Programme, Gaza

Thérèse A. Agossou Regional Office for Africa, World Health Organization, Brazzaville, Congo

Bassam Al Ashhab Community Mental Health, Ministry of Health, Palestinian Authority, West Bank

Ignacio Alvarez Inter-American Commission on Human Rights Washington DC, USA

Ella Amir Alliance for the Mentally Ill Inc., Montreal, Quebec, Canada

Paul S. Appelbaum Department of Psychiatry, University of Massachusetts Medical School, Worcester, MA, USA

Julio Arboleda-Florez Department of Psychiatry, Queen's University, Kingston, Ontario, Canada

Begone Ariño European Federation of Associations of Families of Mentally Ill Persons, Bilbao, Spain

Joseph Bediako Asare Ministry of Health, Accra, Ghana

Larry Ash Geneva, Switzerland

Jeannine Auger Ministry of Health and Social Services, Quebec, Canada

Florence Baingana Health, Nutrition, Population, The World Bank, Washington DC, USA

Korine Balian Médecins Sans Frontières, Amsterdam, Netherlands

Neville Barber Mental Health Review Board, West Perth, Australia

James Beck Department of Psychiatry, Cambridge Hospital, Cambridge, MA, USA

Sylvia Bell New Zealand Human Rights Commission, Auckland, New Zealand

Jerome Bickenbach Faculty of Law, Queen's University, Kingston, Ontario, Canada

Louise Blanchette University of Montreal Certificate Programme in Mental Health, Montreal, Canada

Susan Blyth Valkenberg Hospital, Department of Psychiatry and Mental Health, University of Cape Town, South Africa

Richard J. Bonnie Schools of Law and Medicine, University of Virginia, VA, USA

Nancy Breitenbach Inclusion International, Ferney-Voltaire, France

Celia Brown MindFreedom Support Coalition International, USA

Martin Brown Northern Centre for Mental Health, Durham, United Kingdom

Anh Thu Bui Ministry of Health, Koror, Palau

Angela Caba Ministry of Health, Santo Domingo, Dominican Republic

Alexander M. Capron Ethics, Trade, Human Rights and Health Law, World Health Organization, Geneva, Switzerland

Sylvia Caras People Who, Santa Cruz, CA, USA

Amnon Carmi World Association for Medical Law, Haifa, Israel

Claudina Cayetano Mental Health Program, Ministry of Health, Belmopan, Belize

CHEN Yan Fang Shandong Provincial Center of Mental Health, Jinan, China

CHUEH Chan College of Public Health, Taipei, China (Province of Taiwan)

Dixon Chibanda University of Zimbabwe, Medical School, Harare, Zimbabwe

Chantharavdy Choulamany Mahosot General Hospital, Vientiane, Lao People's Democratic Republic

Hugo Cohen World Health Organization, Mexico

Josephine Cooper New South Wales, Australia

Ellen Corin Douglas Hospital Research Centre, Quebec, Canada

Christian Courtis Instituto Tecnológico Autónomo de México, Departamento de Derecho, Mexico DF, Mexico

Jim Crowe World Federation for Schizophrenia and Allied Disorders, Dunedin, New Zealand

Jan Czeslaw Czabala Institute of Psychiatry and Neurology, Warsaw, Poland

Araba Sefa Dedeh Clinical Psychology Unit, Department of Psychiatry, University of Ghana Medical School, Accra, Ghana

Paolo Delvecchio United States Department of Health and Human Services, Washington DC, USA

Nimesh Desai Department of Psychiatry, Institute of Human Behaviour and Allied Sciences, Delhi, India

M. Parameshvara Deva Department of Psychiatry, SSB Hospital, Brunei Darussalam

Amita Dhanda University of Hyderabad, Andhra Pradesh, India

Aaron Dhir Faculty of Law, University of Windsor, Ontario, Canada

Kate Diesfeld Auckland University of Technology, New Zealand

Robert Dinerstein American University, Washington College of Law, Washington DC, USA

Saida Douki Société Tunisienne de Psychiatrie, Tunis, Tunisia

Moera Douthett Pasifika Healthcare, Henderson Waitakere City, Auckland, New Zealand

Claire Dubois-Hamdi Secrétariat de la Charte Sociale Européenne, Strasbourg, France

Peter Edwards Peter Edwards & Co., Hoylake, United Kingdom

Ahmed Abou El-Azayem World Federation for Mental Health, Cairo, Egypt

Félicien N'tone Enyime Ministry of Health, Yaoundé, Cameroon

Sev S. Fluss Council for International Organizations of Medical Sciences, Geneva, Switzerland

Maurizio Focchi Associazione Cittadinanza, Rimini, Italy

Abra Fransch World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians, Bulawayo, Zimbabwe

Gregory Fricchione Carter Center, Atlanta, GA, USA

Michael Friedman Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, New York, USA

Diane Froggatt World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders, Ontario, Canada

Gary Furlong CLSC Métro, Montreal, Quebec Canada

Elaine Gadd Bioethics Department, Council of Europe, Strasbourg, France

Vijay Ganju National Association of State Mental Health Program, Directors Research Institute, Alexandria, Virginia, USA

Reine Gobeil Douglas Hospital, Quebec, Canada

Howard Goldman National Association of State Mental Health Program, Directors Research Institute and University of Maryland School of Medicine, MD, USA

Nacanieli Goneyali Hospital Services, Ministry of Health, Suva, Fiji

Maria Grazia Giannicheda Dipartimento di Economia Istituzioni Società, University of Sassari, Sassari, Italy

Stephanie Grant Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, Geneva, Switzerland

John Gray Policy and Systems Development, Branch, International Association of Gerontology, Ministry Responsible for Seniors, Victoria BC, Canada

Margaret Grigg Mental Health Branch, Department of Human Services, Melbourne, Australia

Jose Guimon Department of Psychiatry, University Hospitals of Geneva, Switzerland

Oye Gureje Department of Psychiatry, University College Hospital, Ibadan, Nigeria

Karin Gutierrez-Lobos Medical University of Vienna, Department of Psychiatry, Vienna, Austria

Timothy Harding Institut universitaire de médecine légale, Centre médical universitaire, Geneva, Switzerland

Gaston Harnois WHO Collaborating Centre, Douglas Hospital Research Centre, Verdun, Quebec, Canada

Gary Haugland Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, New York, USA

Robert Hayes Mental Health Review Tribunal of New South Wales, Australia

HE Yanling Shanghai Mental Health Center, Shanghai, China

Ahmed Mohamed Heshmat Ministry of Health and Population, Mental Health Programme, Cairo, Egypt

Karen Hetherington Régie Régionale de la Santé et des Services Sociaux de Montréal-Centre, Montréal, Quebec, Canada

Frederick Hickling Section of Psychiatry, Department of Community Health, University of West Indies, Kingston, Jamaica

Kim Hopper Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, New York, USA

Paul Hunt Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights and Department of Law and Human Rights Centre, University of Essex, United Kingdom

HWANG Tae-Yeon Department of Psychiatric Rehabilitation and Community Mental Health, Yongin Mental Hospital, Republic of Korea

Lars Jacobsson Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, University of Umea, Umea, Sweden

Aleksandar Janca Department of Psychiatry & Behavioural Science, University of Western Australia, Perth, Australia

Heidi Jimenez Regional Office for the Americas, World Health Organization, Washington, USA

Dale L. Johnson World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders (WFSAD), Taos, New Mexico, USA

Kristine Jones Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, New York, USA

York, USA

Nancy Jones Seattle, WA, USA

Emmanuel Mpinga Kabengele Institut de Médecine Sociale et Préventive de l'Université de Genève, Faculté de Médecine, Geneva, Switzerland

Nadia Kadri Université Psychiatrique Ibn Rushd, Casablanca, Morocco

Lilian Kanaiya Schizophrenia Foundation of Kenya, Nairobi, Kenya

Eddie Kane Mental Health and Secure Services, Department of Health, Manchester, United Kingdom

Zurab I. Kekelidze Serbsky National Research Centre for Social and Forensic Psychiatry, Moscow, Russian Federation

David Musau Kiima Department of Mental Health, Ministry of Health, Nairobi, Kenya

Susan Kirkwood European Federation of Associations of Families of Mentally Ill persons, Aberdeen, United Kingdom

Todd Krieble Mental Health Policy and Service Development, Mental Health Directorate, Ministry of Health, Wellington, New Zealand

John P. Kummer Equilibrium, Unteraegeri, Switzerland

Lourdes Ladrido-Ignacio Department of Psychiatry and Behavioural Medicine, College of Medicine and Philippines General Hospital, Manila, Philippines

Pirkko Lahti Finnish Association for Mental Health, Maistraatinportti, Finland

Eero Lahtinen Department of Health, Ministry of Social Affairs and Health, Helsinki, Finland

Eugene M. Laska Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, New York, USA

Eric Latimer Douglas Hospital Research Centre, Quebec, Canada

Louis Letellier de St-Just Montreal, Quebec, Canada

Richard Light Disability Awareness in Action, London, United Kingdom

Bengt Lindqvist Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, Geneva, Switzerland

Linda Logan Policy Development, Texas Department of Mental Health and Mental Retardation, Austin, TX, USA

Marcelino López Research and Evaluation, Andalusian Foundation for Social Integration of the Mentally Ill, Seville, Spain

Juan José López Ibor World Psychiatric Association, López-Ibor Clinic, Madrid, Spain

Crick Lund Department of Psychiatry and Mental Health, University of Cape Town, South Africa

Annabel Lyman Behavioural Health Division, Ministry of Health, Koror, Palau

MA Hong National Center for Mental Health, China-CDC, Beijing, China

George Mahy University of the West Indies, Queen Elizabeth Hospital, Barbados

Rohit Malpani Regional Office for South-East Asia, World Health Organization, New Delhi, India

Douma Djibo Maïga Ministry of Public Health, Niamey, Niger

Mohamed Mandour Italian Cooperation, Consulate General of Italy, Jerusalem

Joseph Mbatia Mental Health Unit, Ministry of Health, Dar es Salaam, United Republic of Tanzania

Nalaka Mendis University of Colombo, Sri Lanka

Céline Mercier Douglas Hospital Research Centre, Quebec, Canada

Thierry Mertens Department of Strategic Planning and Innovation, World Health Organization, Geneva, Switzerland

Judith Mesquita Human Rights Centre, University of Essex, Colchester, United Kingdom

Jeffrey Metzner Department of Psychiatry, University of Colorado, School of Medicine, Denver, CO, USA

Leen Meulenbergs Service fédéral public de la Santé, Brussels, Belgium

Harry I. Minas Centre for International Mental Health and Victorian Transcultural Psychiatry, University of Melbourne, Australia

Alberto Minoletti Mental Health Unit, Ministry of Health, Santiago, Chile

Paula Mogne Ministry of Health, Maputo, Mozambique

Fernando Mora Cabinet of the Commissioner for Human Rights, Council of Europe, Strasbourg, France

Paul Morgan SANE, South Melbourne, Australia

Driss Moussaoui Université psychiatrique, Centre Ibn Rushd, Casablanca, Morocco

Srinivasa Murthy Regional Office for the Eastern Mediterranean, World Health Organization, Cairo, Egypt

Rebecca Muhlethaler Special Committee of NGOs on Human Rights, Geneva, Switzerland

Matt Muijen Regional Office for Europe, World Health Organization, Copenhagen, Denmark

Carmine Munizza Centro Studi e Ricerche in Psichiatria, Turin, Italy

Shisram Narayan St Giles Hospital, Suva, Fiji

Sheila Ndyanabangi Ministry of Health, Kampala, Uganda

Jay Neugeboren New York, NY, USA

Frank Njenga Psychiatrists' Association of Kenya, Nairobi, Kenya

Grayson Norquist National Institute of Mental Health, Bethesda, MD, USA

Tanya Norton Ethics, Trade, Human Rights and Health Law, World Health Organization, Geneva

David Oaks MindFreedom Support Coalition International, OR, USA

Olabisi Odejide College of Medicine, University of Ibadan, Nigeria

Angela Ofori-Atta Clinical Psychology Unit, University of Ghana, Medical School, Accra, Ghana

Richard O'Reilly Department of Psychiatry, University Campus, University of Western Ontario, Canada

Mehdi Paes Arrazi Arrazi University Psychiatric Hospital, Sale, Morocco

Rampersad Parasram Ministry of Health, Port of Spain, Trinidad and Tobago

Vikram Patel London School of Hygiene & Tropical Medicine, and Sangath Centre, Goa, India

Dixianne Penney Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, New

York, USA
Avanti Perera Nawala, Sri Lanka
Michael L. Perlin New York Law School, New York, USA
Yogan Pillay Strategic Planning, National Department of Health, Pretoria, South Africa
Svetlana Polubinskaya Institute of State and Law, Russian Academy of Sciences, Moscow, Russian Federation
Laura L. Post Mariana Psychiatric Services, Saipan, Northern Mariana Islands, USA
Prema Ramachandran Planning Commission, New Delhi, India
Bas Vam Ray European Federation of Associations of Families of Mentally Ill persons, Heverlee, Belgium
Darrel A. Regier American Psychiatric Institute for Research and Education, Arlington, VA, USA
Brian Robertson Department of Psychiatry, University of Cape Town, South Africa
Julieta Rodriguez Rojas Caja Costarricense de Seguro Social, San José, Costa Rica
Eric Rosenthal Mental Disability Rights International, Washington DC, USA
Leonard Rubenstein Physicians for Human Rights, Boston, MA, USA
Khalid Saeed Institute of Psychiatry, Rawalpindi, Pakistan
Ayesh M. Sammour Community Mental Health, Ministry of Health, Palestinian Authority, Gaza
Aive Sarjas Department of Social Welfare, Ministry of Health, Tallinn, Estonia
John Saunders Schizophrenia Ireland, Dublin, Ireland
Ingeborg Schwarz Inter-Parliamentary Union, Geneva, Switzerland
Stefano Sensi Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, Geneva, Switzerland
Radha Shankar AASHA (Hope), Indira Nagar, Chennai, India
SHEN Yucun Institute of Mental Health, Beijing University, China
Naotaka Shinfuku International Center for Medical Research, Kobe University Medical School, Japan
Carole Siegel Nathan S. Kline Institute for Psychiatric Research, Orangeburg, New York, USA
Helena Silfverhielm National Board of Health and Welfare, Stockholm, Sweden
Joel Slack Respect International, Montgomery, AL, USA
Alan Stone Faculty of Law and Faculty of Medicine, Harvard University, Cambridge, MA, USA
Zebulon Taintor World Association for Psychosocial Rehabilitation, Department of Psychiatry, New York University Medical Center, New York, USA
Michele Tansella Department of Medicine and Public Health, University of Verona, Italy
Daniel Tarantola World Health Organization, Geneva, Switzerland
Jacob Taylor Maryland, USA
Myriam Tebourbi Office of the United Nations High Commissioner for Human Rights, Geneva, Switzerland
Mrinali Thalgodapitiya NEST, Gampaha District, Sri Lanka

Graham Thornicroft PRISM, The Maudsley Institute of Psychiatry, London, United Kingdom
Giuseppe Tibaldi Centro Studi e Ricerche in Psichiatria, Turin, Italy
E. Fuller Torrey Stanley Medical Research Centre, Bethesda, MD, USA
Gombodorjiin Tsetsegdary NCD & MNH Programme, Ministry of Health and Social Welfare, Ulaanbaatar, Mongolia
Bogdana Tudorache Romanian League for Mental Health, Bucharest, Romania
Judith Turner-Crowson NIMH Community Support Programme, Kent, United Kingdom
Samuel Tyano World Psychiatry Association, Tel Aviv, Israel
Liliana Urbina Regional Office for Europe, World Health Organization, Copenhagen, Denmark
Pascale Van den Heede Mental Health Europe, Brussels, Belgium
Marianna Várfalvi-Bognarne Ministry of Health, Budapest, Hungary
Uldis Veits Riga Municipal Health Commission, Riga, Latvia
Luc Vigneault Association des Groupes de Défense des Droits en Santé mentale du Quebec, Canada
WANG Liwei Ministry of Health, Beijing, China
WANG Xiangdong Regional Office for the Western Pacific, World Health Organization, Manila, Philippines
Helen Watchirs Regulatory Institution Network, Research School of Social Sciences, Canberra, Australia
Harvey Whiteford The University of Queensland, Queensland Centre for Mental Health Research, Wacol, Australia
Ray G. Xerri Department of Health, Floriana, Malta
XIE Bin Shanghai Mental Health Centre, Shanghai, China
Derek Yach Global Health Division, Yale University, New Haven, CT, USA
YU Xin Institute of Mental Health, Beijing University, China
Tuviah Zabow Department of Psychiatry, University of Cape Town, South Africa
Howard Zonana Department of Psychiatry, Yale University, New Haven, CT, USA

WHO 感谢挪威政府和日内瓦国际学术网络 (GIAN/RUIG) 对于开发本《WHO精神卫生、人权和立法资源手册》提供的慷慨的资金支持。同时要衷心感谢意大利、荷兰和新西兰政府，以及欧洲共同责任 (Corporate Social Responsibility Europe) 和强生公司所给予的资助。

版面与图表设计: 2s) Graphicdesign

目录

序言	14
第一章 精神卫生立法的背景	16
1. 导言	16
2. 精神卫生法与精神卫生政策之间的相互联系	17
3. 通过精神卫生立法保护、促进和改善人权	18
3.1 歧视与精神卫生	18
3.2 违反人权	18
3.3 自主和自由	19
3.4 患精神障碍的肇事肇祸者的权利	20
3.5 推动获得精神卫生保健和融入社区	20
4. 有关精神卫生的分散立法与专门立法	21
5. 法规、服务规范、部门规章	22
6. 与精神障碍者权利有关的主要国际性与地区性人权文件	23
6.1 国际性和地区性人权工具文件	23
6.1.1 国际性人权法案	23
6.1.2 与精神卫生有关的其他国际公约	25
7. 适用于精神卫生的主要人权标准	28
7.1 联合国关于保护精神疾病患者和改善精神卫生保健的原则（MI 原则，1991）	28
7.2 残疾人平等机会的标准规定（标准规定，1993）	28
8. 技术标准	29
8.1 加拉加斯宣言（1990）	29
8.2 马德里宣言（1996）	29
8.3 WHO 技术标准	29
8.4 萨拉门卡声明与特殊需求教育行动框架（1994）	30
9. 权利的限制	30
第二章 精神卫生立法的内容	33
1. 导言	33
2. 序言和目的	33
3. 定义	34
3.1 精神疾病与精神障碍	35
3.2 精神残疾	37
3.3 无精神能力	37
3.4 精神不健全	38
3.5 其他名词的定义	40
4. 精神卫生保健的获得	42
4.1 精神卫生保健的财政资源	42

4.2 初级保健中的精神卫生	43
4.3 对服务不足的人群的资源配置	44
4.4 药物和心理社会干预的获得	44
4.5 健康（和其他）保险的获得	44
4.6 促进社区保健和去机构化	45
5、精神卫生服务享用者的权利	47
5.1 隐私保密	47
5.2 信息的获取	48
5.3 精神卫生机构中的权利和环境条件	49
5.3.1 环境	50
5.3.2 隐私	51
5.3.3 通信	51
5.3.4 劳动	52
5.4 权利的告知	52
6. 精神障碍者家人和照料者的权利	55
7. 权利能力、行为能力和监护	57
7.1 定义	57
7.2 无行为能力的评估	57
7.2.1 作出治疗决策的行为能力	58
7.2.2 选择代理决策者的行为能力	58
7.2.3 做出财务决定的能力	58
7.3 无行为能力和无权利能力的确定	58
7.4 监护	58
8.自愿与非自愿精神卫生保健	61
8.1 自愿入院和自愿治疗	61
8.2 “不主张权利的”患者	64
8.3 非自愿入院和非自愿治疗	65
8.3.1 非自愿入院和非自愿治疗的组合式与分离式方法	66
8.3.2 非自愿入院标准	68
8.3.3 非自愿入院程序	68
8.3.4 非自愿治疗标准（当住院和治疗采用分离式程序时）	72
8.3.5 住院患者非自愿治疗的程序	72
8.3.6 对治疗的代理同意	76
8.3.7 在社区设施中的非自愿治疗	77
8.4 紧急情况	80
8.4.1 在紧急情况下非自愿住院院和治疗的程序	81
9. 作出精神障碍诊断的人员需要具备的条件	83
9.1 技术水平	83
9.2 专业人员群体	83
10. 特殊治疗	84
10.1 重大内外科治疗	84
10.2 精神外科和其他不可逆治疗	85
10.3 电抽搐治疗（ECT）	85
11. 隔离和约束	86

12. 临床和实验研究	88
13. 监督和审查机制	90
13.1 对非自愿住院/治疗和他权利限制的司法或准司法监督	91
13.1.1 复核机关成员的构成	92
13.2 规范和监督机关	92
13.2.1 人员组成	93
13.2.2 附加职权	93
13.3 投诉及救助	93
13.4 程序的安全保障	94
14. 警察在有关精神障碍患者问题上的责任	96
14.1 警察的职权	96
14.2 对求助做出响应	96
14.3 对精神障碍患者的保护	96
14.3.1 安全留置	96
14.3.2 治疗的选择	97
14.3.3 留置的期限	97
14.3.4 及时通告	97
14.3.5 对记录的复核	97
15. 有关违法精神疾病患者的立法规定	98
15.1 刑事司法系统中的庭审前阶段	99
15.1.1 起诉决定	99
15.2 刑事司法系统中的庭审阶段	100
15.2.1 受审的适当性	100
15.2.2 (作案当时精神障碍的) 刑事责任能力辩护	100
15.3 刑事司法系统中的庭审后(宣判)阶段	101
15.3.1 缓刑令和社区治疗令	102
15.3.2 住院令	102
15.4 宣判后(在监狱服刑)阶段	102
15.5 收治违法精神疾病患者的机构	103
16. 影响精神卫生的其它实质性法律规定	105
16.1 反歧视立法	105
16.2 普通卫生保健	105
16.3 居住	105
16.4 就业	105
16.5 社会保障	106
16.6 民事问题	106
17. 保护弱势群体——未成年人、妇女、少数族裔和难民	108
17.1 未成年人	108
17.2 妇女	108
17.3 少数族裔	109
17.4 难民	110
18. 违法和处罚	111
第三章 立法步骤：精神卫生法的起草、通过和实施	113
1. 前言	113

2. 准备活动	115
2.1 确定精神障碍和在精神卫生保健中遇到的阻碍	115
2.2 精神卫生相关立法的定位	117
2.3 研究国际性公约和标准	117
2.4 复习其他国家的精神卫生立法	118
2.5 为变革达成共识和协定	120
2.6 就精神卫生和人权问题进行公众教育	120
3. 精神卫生立法的起草	121
3.1 起草过程	121
3.2 立法咨询的必要性	122
3.3 立法咨询的对象	123
3.4 立法咨询的过程与程序	125
3.5 立法的语言	128
4. 立法的通过	129
4.1 立法程序	129
4.1.1 审议通过立法的责任	129
4.1.2 立法草案的辩论及其通过	130
4.1.3 新的立法的批准、颁布与公布	130
4.2 审议通过法律期间的关键行动	131
4.2.1 动员公众舆论	131
4.2.2 游说政府执行部门和立法机关的成员	132
5. 精神卫生立法的实施	133
5.1 负责实施的实体的重要性和作用	133
5.2 普及与培训	135
5.2.1 公众教育与知晓活动	135
5.2.2 服务享用者、家庭成员和维权宣传团体	135
5.2.3 精神卫生、卫生以及其他专业人员	136
5.2.4 信息和指导材料的开发	137
5.3 资金和人力资源	137
参考文献	141
参考书目	146
附件	
附件 1 WHO 有关精神卫生立法的检查清单	147
附件 2 有关精神障碍患者权利的主要规定和国际性工具文件概要	169
附件 3 联合国保护精神疾病患者与改善精神保健的原则	172
附件 4 泛美卫生组织/世界卫生组织加拉加斯宣言摘录	181
附件 5 世界精神病学学会马德里宣言摘要	182
附件 6 实例：美国康涅狄格州 精神障碍患者的权利	185
附件 7 实例：美国缅因州行为与发展部门 精神障碍患者的权利	188
附件 8 实例 非自愿住院和治疗表（组合方式）和投诉表，维多利亚省，澳大利亚	190
附件 9 实例 新西兰关于精神疾病患者的预先指令	194

序言

要改善精神障碍者的生活可以有多种方式。其中一种重要的方式就是通过政策、计划和规划来引导出更好的服务。要贯彻这些政策和计划，就需要有好的立法——也就是说，在国际上所接受的人权标准和良好实践背景上，法律居于政策和计划之上。本资源手册目的在于帮助那些正在起草、实施和修改这类立法的国家。它并非要为这些国家指定某种特定的立法模式，而是对需要纳入法律之中的主要内容和原则加以归纳。

正如其他所有卫生领域一样，各国在经费和人力资源供给上的显著差异影响着精神卫生问题受重视的程度。精神卫生服务享用者、家庭和照料者，以及卫生工作者所表达的需求其实是相当依赖于当前和过去提供的服务的，人们的期望水平在不同国家之间也显著有别。因此，某些在有的国家得到许可的服务和权益可能仍是别的国家正努力争取的目标。但是，所有国家都有可能作出努力，以改善精神卫生服务和促进人权保护，从而更好地满足精神障碍患者的需要。

如果有更多的资源专门投入精神卫生，大多数国家都可以显著改善其精神卫生状况。不过，即使资源还比较紧张，也还是有办法——正如本资源手册所阐明的——来尊重、保护和践行国际性的人权标准。确实存在在很少或完全缺乏额外资源的情况下实施改革的实例，尽管为了达到基本的目标，总是需要有哪怕最低限度的资源，而且很显然，需要有额外的资源投入——尤其是在那些目前仅有很少或完全没有精神卫生资源的国家——才可能达到基本的国际性人权标准。

立法本身就是各国保障精神卫生事业得到更多资源、改善人权和精神卫生的标准与条件的一种手段。但是，为了使法律能真正提高精神障碍患者的生活，必须要有现实而可及的目标。那种国力条件无法满足的不现实的法律其实有等于无，而且可能不必要地提高诉讼成本，从而分流了本应用于发展服务的资源。因此立法机关应当是在考查了资源的利用情况后才通过法律。本资源手册中提出的如何根据每个国家的实际来设定立法目的的问题，是本书所有读者都应当重点思考的。

本资源手册提供了什么？

本书各章节和附件中包含了许多各不相同的经验与实践的实例，以及从各国法律和与法律相关的文件中摘录的内容。举这些实例并不表示推荐它们或者让其作为应当复制的“样板”；而是将其作为对不同国家在精神卫生、人权和立法领域中不同做法的举例说明。

书中概要说明了有效的立法的三个关键性基础：背景、内容和过程 – 换句话说，即是精神卫生立法的“原因（why）”、“内容（what）”和“方式（how）”。此外，附件1提供一个精神卫生立法清单，它可与本资源手册联合使用。此清单是用来帮助各国评估是否已经把关键的内容包括进了其精神卫生法之中，以及用以保证资源手册中所提出的广泛的建议得到仔细的检查和考虑。

全书也参考了WHO的精神卫生政策与服务指南丛书。该丛书包括一系列相互关联的模块，涉及精神卫生政策开发、动员倡导、经费与服务的组织等问题，用以帮助各国厘清精神卫生改革中的关键课题。

本资源手册适合谁阅读？

许多个人、团体和政府部门都可能发现本资源手册具有阅读价值。本书尤其旨在针对那些直接涉及起草或修订精神卫生相关法律者、以及负责通过采纳和实施的程序来阐释法律者。在大多数国家中，这可能是几个人而非一个人。以团队形式使用本资源手册，讨论并争论书中提出的观点以及这些观点在特定文化和特定国家中的异同，可能会令本书产生最大的作用。

除特定用户群体外，本书同样适用于许多目的和兴趣各异的利害关系人，他们全都可能从使用该书获益。这些人包括：政治家和国会议员；政策指定者；政府部门雇员（卫生、社会福利、法律、财政、教育、劳动、警察和矫正服务）；卫生专业人员（精神科医生、心理师、精神科护士以及社会工作者）以及专业团体；精神障碍患者的家庭成员；精神卫生服务享用者和享用者组织；维权宣传团体；学术机构；服务提供者；非政府组织（NGOs）；民权组织；宗教团体；协会如职工联盟，职工福利协会，雇主组织，居民福利协会以及特殊社团集会；以及代表少数民族和弱势人群的团体等。

有些读者可能希望通过本资源手册来理解以人权为取向的精神卫生立法的背景，也有些读者是为了更好地理解其自身潜在的角色或认识或说明哪些或者为何某特定项目应当包含进立法中。还有人可能希望检视国际潮流或评估他们在采纳程序或实施立法中能够发挥什么作用。我们希望所有的人都各得其所并因此通过采用和实施符合人权标准和实践规范的立法而分享到实现更好精神卫生支持的目标。

Mr Alexander Capron,

主任, 伦理与卫生

Dr Michelle Funk

协调人, 精神卫生政策与服务开发

Dr Benedetto Saraceno

主任, 精神卫生与物质滥用

1、导言

精神卫生立法的根本目的是保护、促进和改善公民的生活和心理健康。每个社会都需要通过法律来实现自身的目标，从这一点上来说精神卫生立法同其他的立法没有区别。

精神障碍患者很容易，或者很可能，受到虐待或者权益遭到侵害。通过立法来保护弱势公民群体（包括精神障碍患者）反映了一个社会对其个体的尊重和关爱。好的立法可以作为保证获得精神卫生服务、促进并保护精神障碍患者权益的有效工具。

但是，精神卫生立法本身并不能够保证对人权的尊重和保护。具讽刺意味的是，在一些国家，尤其是那些法律已经多年没有得到更新的国家，精神卫生法导致的结果是对精神障碍患者权益的侵害，而非保护。因为许多精神卫生法最初制订的目的是保护公众不受精神障碍者“危害性”的影响并将这些患者同公众隔离开来，而不是保护其作为普通公民的权益。另外有些法律则允许对虽没有社会危害性但不能照料好自己的精神障碍患者进行长期的拘禁看护，这同样是对人权的侵害。在这点上值得注意的是，虽然世界上已经有 75% 的国家拥有精神卫生法，只有约一半（51%）国家的法律是在 1990 年之后通过的，近六分之一（15%）国家的法律是在 1960 年代以前制定的（WHO, 2001a）。因此，许多国家的法律条文其实早已过时，而且如前所述，许多条文是在剥夺而非保护精神障碍患者的权益。

随着人们日益认识到精神障碍在全球范围内对个人、社会和经济造成的负担，对精神卫生立法的需求也相应增加。据估计全球大约 3.4 亿人患有抑郁症、4500 万人患有精神分裂症、2900 万人患有痴呆。在全部伤残扣除生命年（DALYs）损失中，精神障碍占了很高的比例，而且这种负担在今后还会显著（WHO, 2001b）。

除了精神障碍本身带来的明显痛苦外，精神障碍患者还要面对病耻感和歧视所造成的隐蔽负担。无论是低收入还是高收入国家，对精神障碍患者的偏见歧视都有着漫长的历史，并通过陈规、恐惧、不安、愤怒、拒绝或回避等表现出来。全球范围内，无论是在精神卫生机构中还是在社区里，侵害精神障碍患者基本人权和自由，剥夺其公民、政治、社会和文化的权利的现象都很普遍。许多精神障碍患者每天都在遭受身体的、性的和心理上的虐待。而且，他们在就业机会、获得服务、健康保险和居住方面也受到歧视和不公正的待遇。由于这类情况多数隐而不报，所以这种负担尚未得到确切估量（Arboleda-Flórez, 2001）。

立法提供了一个重要的机制来确保精神障碍患者获得充足恰当的看护和治疗，人权得到保障，并能促进大众的精神健康。

本章涉及五个主要的方面：

- 精神卫生法与精神卫生政策之间的相互联系；
- 通过精神卫生立法保护、促进和改善人权；
- 有关精神卫生的分散立法与专门立法；
- 法规，服务规范和部门规章；
- 与精神障碍者权益有关的重要的国际性人权工具文件。

2. 精神卫生法与精神卫生政策之间的相互联系

精神卫生法是执行政策目标的一个重要手段。完整而精心构思的精神卫生政策所要强调的关键问题包括：

- 高质量精神卫生设施和服务的建立；
- 有质量的精神卫生保健的获得；
- 人权的保护；
- 患者得到治疗的权利；
- 强有力程序保护措施的建立；
- 精神障碍患者的整合进社区；以及
- 全社会精神健康的促进。

精神卫生法或者其他法定的表达机制，如法规或宣言等，能够通过提供操作性的或强制性的法律框架来帮助实现这些目标。

相反，法律也可被用来作为制定政策的框架。可以建立一个可实施的权益体系，保护精神障碍患者免受歧视或免遭政府和其他私人团体侵害权益，保证其在生活的各方面都受到公平、公正的对待。立法可以确定精神卫生专业人员的最低资质和技能标准，以及精神卫生机构的最低工作人员标准。此外，它可以通过设立正式的义务来促进精神卫生保健、治疗和支持的获得。法律保障可以通过普遍适用的法律或者针对精神障碍患者的专门法律而加以拓展。

那些不愿意改变现状的在政府（包括国家、地区和区域）、私人部门或社会团体中的政策制定者，可能会因为法律的要求而被迫做出改变；而那些受到限制的良好政策也可能会因为法律的改变而得以实施。比如，禁止歧视精神障碍者的法律规定会促使政策制定者制定新的消除歧视的政策，而倡导以社区治疗来替代非自愿住院治疗的法律也可为政策制定者提供更大的弹性以制定和执行新的以社区为基础的项目。

精神卫生法也可以产生相反的效果。现行的法律框架可能实质上妨碍执行新的精神卫生政策。法律可能会通过强加要求，不允许必要的政策调整或阻止这样的调整，从而妨碍了政策的实现。比如在许多法律中没有包含社区治疗相关规定的国家，对精神障碍者实施社区治疗的政策就受到了阻碍。此外，如果缺乏强制力，即使是在宽松的法律框架中，政策也会受到阻碍。

政策与立法是用来促进精神卫生保健与服务的两个互补的手段。但如果没有政治意愿、充足的资源、恰当的职能机构、社区支持的服务和训练有素的专业人员，再好的政策和法规也无济于事。比如，如果没有获得充足的资源来开发以社区为基础的设施、服务和康复项目，则上面提到的整合进社区的法规就是一纸空文。即便立法能够推动这些设施、服务和项目的制定，也还需要立法者和政策制定者加以长期跟踪，以了解融入社区的努力所带来的各种好处。所有的精神卫生政策都需要政治上的支持，以确保立法能够正确执行。在立法得到通过后，还需要政治上的支持来对法律进行修订，以保证那些可能会破坏政策目标的意外情况能够得到纠正。

总之，精神卫生法和精神卫生政策密切相关。精神卫生法会影响到政策的制定和实施，反之亦然。精神卫生政策需要依靠法律框架来实现其目标，同时保护精神

障碍者的权益并改善其生活状况。

3. 通过精神卫生立法保护、促进和改善人权

按照联合国宪章和国际公约的目标，精神卫生立法的基础是人权。最关键的权益和原则包括公平和非歧视，隐私和个人自主权，免受非人道或有损人格的对待，最少限制性环境的原则，以及获取信息和参与的权利等。精神卫生立法是将这些基本的价值观和准则法理化并加以巩固的有力工具。无法获取医疗保健也是对人權的侵犯，因此获得服务也应当包含在立法中。本节就精神卫生立法的必要性阐述了一些相互关联的原因，重点放在人权和获取服务等主题。

3.1 歧视与精神卫生

有必要通过立法来防止针对精神障碍者的歧视。歧视通常有许多种形式，影响到了生活中的许多基本方面，而且非常普遍（无论是有意还是无意的）。歧视可能会妨碍个人获取充分的治疗和照料，也会影响其生活的其他方面，包括就业、教育和居住。这些限制导致患者无法有效地融入社会，从而增加了他们被孤立的体验，进而加重精神障碍。任何加重或者忽视与精神障碍相关的病耻感的政策都会增加这种歧视。

政府的行为本身也会产生歧视，如限制精神障碍者的许多公民活动：选举、驾驶、拥有和支配财产、婚育权、以及出庭等。在许多情况下，法律并非主动歧视精神障碍者，但却给这些人带来了不恰当、不必要的负担。比如，有些国家的劳动法虽然规定不得任意解雇精神障碍者，但没有强制规定将他们暂时安置到压力较轻的岗位使其获得缓冲，以便精神障碍得以缓解。这就使得患者容易在工作中犯错或者无法完成工作任务，结果因为缺乏能力或不能胜任工作岗位而遭到解雇。没有精神障碍的人也可能遭到歧视，如果他们被误认为患有精神障碍，或者如果他们曾经患过精神障碍的话。因此，在国际法要求下的反对歧视不只是简单地宣告任何明确或有意剥夺残疾人获得平等机会的法律的不合法性，还同时要关注那些可能起到剥夺权利和自由的效果的法律（例如，见联合国公民与政治权利国际公约第 26 条）。

3.2 违反人权

以人权为导向的精神卫生立法之所以如此重要的一个关键原因是历史上存在过并且仍然存在着对人权的侵犯。公众中的一些人、某些卫生行政人员甚至是一些卫生工作者，在不同的时间和地点，曾经或正在以明显而极端恶劣的方式侵害精神障碍者的权益。在某些地方，精神障碍者的生活状况非常恶劣。经济上处于边缘状态只是部分原因，而歧视和缺乏法律保护是更重要的原因。精神障碍者经常未经法律程序就被长时间地剥夺自由（有时候是通过不公正的法律程序，比如允许没有严格时间限制和定期报告制度的监禁）。他们经常被强制劳动，被安置在环境恶劣的机构中，而且缺乏基本的卫生保健。他们也受到折磨或者其他残酷的、非人道的、或者侮辱性的对待，包括性侵犯和身体虐待，而且这些经常发生在精神卫生机构中。

此外，一些患者还经常被违背自身意愿地收住在精神卫生机构中接受治疗。患者对住院和治疗的知情同意权往往被忽视，而对患者知情同意能力的独立评估也很少实施。这意味着很多人尽管有能力对自己的未来做出决定，还是被强制留在了

医疗机构中。另一方面，由于缺乏足够的床位，许多需要住院治疗的患者无法入院，或者只能过早出院（这导致了再入院率的升高，甚至导致患者死亡），这些都侵害了精神障碍者获得治疗的权益。

无论是在医疗机构中还是机构外，精神障碍者都很容易受到侵害。即便在他们自己所处的社区和家庭中，例如，也有人被关锁在狭小的空间中、绑在树下、或遭受性侵犯。

精神障碍者受到非人道和侮辱性对待的几个实例

BBC (1998)报道在某个国家，精神障碍者被禁闭在精神病院中，他们被迫长时间戴着枷锁并遭到殴打。而原因是因为当地人认为精神疾病是一种恶魔，患者是被邪恶的灵魂附着上了。

某个为精神障碍者争取权益的非政府组织调查记录了世界各地医疗机构中儿童和成人受到忽视和虐待的情况。儿童衣衫褴褛地被绑着躺在床上，接受不到环境刺激或康复训练，这样的情况并不少见。

另一非政府组织报告，在有些国家里，精神障碍者被持续关在笼子中达数小时、数天、数周、有时甚至是数月或数年。一份报告指出，有几位患者整日居住在这样的环境中至少达十五年之久。关在笼子中的患者通常没有接受任何形式的治疗，包括药物或康复治疗。

调查还发现在许多国家，精神障碍者独居或者同家人居住在一起，没有得到政府的帮助。精神障碍带来的病耻和歧视意味着他们只能呆在家中而不能融入公共活动中去。缺乏社区为基础的服务和支持也使得患者被社会所遗弃和隔绝。

3.3 自主和自由

开展精神卫生立法的一个重要理由是保护个人的自主与自由。法律可以通过许多方式实现这一点。比如：

- 通过确保那些希望得到精神卫生服务的个人能够获取服务以促进自主；
- 为非自愿入院制定清晰、客观的标准，尽可能促进自愿入院；

-
- 提供专门的程序保护非自愿入院的患者，如复核权、投诉强制治疗或住院决定的权利等；
 - 要求如果有其他可行的方法，则任何人都不应当被强制入院；
 - 防止发生在医院中的任何对自主和自由的不恰当限制（如自由联系的权利、隐私以及就治疗计划发表个人意见的权利）；
 - 通过一些手段保护个人在公民和政治生活中的自由和自主，比如在法律中规定保护选举权、以及其他公民享有的各种自由权利。

此外，立法可以允许精神障碍者本人、他们的家属或其他指定的代理人作为保护人或支持者参与治疗计划和其他决策。虽然多数亲属会尽全力维护患者的利益，但在有些情况下如果亲属不能够很好地考虑患者，或者无法做出决定甚至存在利益冲突，则不应让家庭成员参与关键决策、了解患者的隐私信息。因此，法律应当在赋予家庭成员保护患者的权益和确定家庭成员可能存在不同动机或无法做出决定之间取得平衡。

精神障碍者也经常遭受暴力。虽然在公众的观念中这些人通常是对他人有暴力危险性的个体，但实际上，他们更多的是受害者，而非施暴者。不过有时候在个人自主的权利与社会保护全体公众免受危险的责任之间确实会存在明显冲突。当精神障碍者由于判断能力受损而会给自身或他人造成伤害，或者因为精神障碍而表现出行为紊乱的时候就会产生这样的问题。在这种情况下，法律既应当考虑到个人自由以及就自身健康状况做出判断的自由，也应当考虑到社会保护那些无力照看自身者，保护全体公民免受伤害，以及维护公众健康的责任。这一系列复杂的问题必须在法律制定和实施的过程中仔细权衡。

3.4 患精神障碍的肇事肇祸者的权利

确保那些因为精神障碍而犯罪的人得到法律的公正对待，防止精神障碍者在刑事司法体系中受到虐待，这些也都是必须开展精神卫生立法的原因。许多法律都规定如果某人在作案时因为精神障碍而无法控制自己的行为，或者因为精神障碍而无法理解并参与法庭审判过程，则需要在审判阶段采取程序性的救助。但这些人具体如何处置则在立法中一般没有加以强调，即便有所说明，也规定得很少，从而导致对人权的践踏。

精神卫生立法还可以进行程序上的设置，在司法过程的不同阶段处理有关精神障碍者的问题（见第 15 节）。

3.5 推动获得精神卫生保健和融入社区

一系列的国际公约和准则都强调了获得卫生保健，包括精神卫生保健的基本权利。然而，精神卫生服务在全球的许多地方都面临着资金投入不足，需要服务的人可能无法获得恰当的服务或者不易获得服务。有些国家甚至没有什么服务，而有些地区的服务只能满足人群中的个别阶层。精神障碍有时会影响到个人就自身的健康和行为做出判断的能力，这给寻求和接受服务带来了进一步的困难。

立法能够保证通过卫生服务以及其他社会福利服务而在需要的时间和地点提供恰当的医疗和保健。这有助于提高精神卫生服务的可及性、可接受性和质量保证，从而使精神障碍者有机会去行使他们接受恰当治疗的权利。比如，法律和/或相应

的法规可以包含对以下一些责任的规定：

- 建立并维持以社区为基础的服务；
- 将精神卫生服务整合到初级卫生保健中；
- 将精神卫生服务整合到其他社会服务中；
- 为因精神障碍而无法作出健康判断的人提供保健服务；
- 对服务的内容、范围和性质的最低标准提出要求；
- 确保各种形式的服务之间的协调一致；
- 建立从业人员和人力资源的标准；
- 建立医疗质量标准和质量控制机制；
- 确保对个人权益的保护以及在精神卫生服务享用者中的动员倡导活动。

许多新的精神卫生政策都希望能使精神障碍者在社区中过上充实的生活。立法可能通过以下方面推动这政策的实现：1) 防止不恰当的去机构化；2) 提供充足的设施、服务、项目、人员、保护和机会，使得精神障碍者在社区中能舒适生活。

立法同样能在确保精神障碍者参与社区活动中扮演重要角色。这种参与的先决条件包括治疗和保健的获得、支持性的环境、居住、康复服务（如职业和生活技能培训）、就业、非歧视与公平、以及公民和政治权力（如选举权、驾驶和出庭）。所有的这些社区服务和保护措施都可以通过立法来实现。

当然，能够获得的服务的水平取决于各国的资源状况。包含柔性和不切实际的规定的法律无法产生效果或得到实施。此外，精神卫生服务通常落后于其他卫生服务，或者服务不符合成本效益。通过立法能够保证精神卫生服务与其他卫生服务有同等的地位，并确保所提供的服务符合人们的需求。

法律还能够对医疗保险领域产生促进作用。在许多国家，医疗保险的条款中不包含精神卫生服务的费用，或者只提供对短期医疗的低水平覆盖。这违反了可及性原则，因为它带有歧视性，而且给获得精神卫生服务制造了经济上的障碍。通过纳入有关医疗保险的规定，立法就能够确保精神障碍者有能力支付他们所需要的治疗费用。

4. 有关精神卫生的分散立法与专门立法

精神卫生立法的方式有很多种。有些国家没有单独的精神卫生立法，有关精神卫生的内容分散在其他相关法律中。比如，精神卫生的内容可能存在于综合卫生、就业、居住或者刑事诉讼的相关法律中。与之相反，有些国家制定了统一的精神卫生法，所有有关精神卫生的问题都整合在一部法律中。许多国家则两种方式兼而有之，亦即既有整合的成分也有专门的精神卫生法。

两种方式各有优缺点。一体化的立法容易制订通过，不需要对现有法律进行大量的修改。起草、通过和实施法律的过程对于唤起公众对精神障碍的认识、对政策制定者和大众进行人权、病耻感和歧视的教育是一个很好的机会。但一体化的立法由于隔离开来强调精神卫生和精神障碍者，这样可能潜在地强化了病耻感和对精神障碍者的偏见。

将精神卫生问题分散在不同相关法律中的优点是减轻了病耻感，并强调了精神障碍者与社区的融合。通过作为调整范围更广的法律的一部分，也能使对精神障碍者有益的法律规定实际得到实施的机会增加。“分散立法”的主要缺点是很难保

证覆盖与精神障碍者有关的所有法律问题；而同专门立法相比，保护精神障碍者权益的程序可能非常繁琐复杂甚至不恰当。此外，由于需要对现有法律进行修改，这在立法上需要更多的时间。

没有证据显示哪一种方式更好。两者相结合的方式，即在将精神卫生问题纳入其它法律的同时制定专门的精神卫生法，似乎更能够适应精神障碍者的众多复杂需求。然而，这取决于各国的具体情况。当在制定专门的精神卫生法时，其它法律（如刑事司法、福利和教育等）同样需要进行修订以确保所有的法律能够保持一致而不会产生抵触。

实例：斐济对所有与精神卫生相关的法律进行的修订

在对精神卫生法进行修改的过程中，斐济对 44 部不同的法律进行了审查，以确保新的精神卫生法同现行法律之间保持一致。另外还对刑法典和地方法院章程进行了审查，确定其中有一些章节需要修改以保证法律的一致性。

(WHO 顾问团报告, 2003)

5. 法规、服务规范、部门规章

精神卫生立法不能够仅被看作一个孤立事件，而应当是与时俱进的一个过程。这意味着随着精神障碍的看护、治疗和康复技术的进展，以及在服务开发和提供方面的改进，应当不断对法律加以审查、修改和完善。很难具体确定对法律进行修改的频率应该是多久，但如果条件允许，每 5~10 年对法律进行一次适当的修改是必要的。

在现实中，由于修改过程需要较长的时间和较多的经费，而且在改变法律前需要向所有的利益群体进行咨询，因此频繁地修改法律是很困难的。一个解决方法是在法律中写入这样的条款，即对于那些可能需要时常修改的特定行动可以制定相应的法规。制定法规的具体细节不必写入法律，但相关条款要规定哪些内容可以发布法规、以及发布和审核法规的程序。以南非的法律为例，有关精神卫生专业人员资质认定的规定没有被写入法律，但是属于法规中的一部分。立法明确规定了谁负责制定法规，以及制定这些法规的主要原则。使用法规的优点是在对资质认定标准进行频繁修改的同时不必花太长的时间对原有法律进行修订。通过使用法规，可使精神卫生立法更具有灵活性。

有些国家使用部门规章或服务规范来代替法规。有时因为一些因素需要进行暂时干预，这就需要中-短期的解决方案。以巴基斯坦为例，尽管国会和参议院因为紧急状态法而暂停了工作，该国还是于 2001 年公布了一项对精神卫生法作出修改的条例。这项条例的前言指出，针对当时的形势需要“立即采取行动”（巴基斯坦法令 2001 年第 8 号）。考虑到国家现行的法律已经过时，这种修改是必要的也符合多数精神障碍者的需要。毫无疑问，这种条例的颁布需要得到选出的团体批准认可其一定的时间范围内，就像巴基斯坦的实例那样，以确保可能的倒退或违反民

主的法律不会长时间存在。

6. 与精神障碍者权利有关的主要国际性与地区性人权文件

起草有关精神障碍者或者调整精神卫生与社会服务体系的国内法应当以国际性的人权法案（包括联合国和地区性的人权工具）作为框架。国际性的人权法案可以分为两类：一类是对签约国有法律约束力的；另一类是国际人权的“标准”，作为指南出现在一些国际性团体的宣言、决议或建议中。前者如《公民与政治权利国际公约》（CCPR，1966）和《经济、社会和文化权利国际公约》（ICESCR，1966）。第二类包括联大的一些决议如《保护精神疾病患者与改善精神卫生保健的原则》（MI 原则，1991）等，这虽然没有法律约束力，但因为代表了一种国际共识，其能够也应当对一个国家的立法产生影响。

6.1 国际性和地区性人权工具文件

由于针对精神障碍者和残疾人的人权工具是没有约束力的决议，而非强制性的公约，因此有这样一种广泛性的误解，认为精神卫生立法只是各国政府内部的事务。其实不然，根据国际人权法，政府有责任使自己的政策和活动符合国际性人权法案的要求，这包括对精神障碍者的保护。

国际和地区性条约监督组织的任务是监督各签约国的履行状况。签约国政府应当就国内通过修改法律、政策和工作来履行公约的情况作定期报告。非政府组织可以通过提供信息来支持条约监督组织的工作。条约监督组织对报告进行评估，分析非政府组织和其他团体提供的信息，并在《总结观察》中发布推荐和建议，其中包括该国政府没有履行公约要求的结论。这种国际和地区性监督、报告的过程为对公众进行人权特殊领域的教育提供了一个机会。该过程可以有力地促进政府支持公约所规定的人权。

欧洲和中美洲人权体系的条约监督组织还建立了个人投诉机制，使人权受到侵犯的个人有机会公布自己的经历并向政府提出赔偿要求。

本节总结了同精神障碍者权益相关的国际或地区性人权工具中的一些主要规定。

6.1.1 国际性人权法案

《世界人权宣言》（1948）、《公民与政治权利国际公约》（ICCPR，1966）和《经济、社会与文化权利国际公约》（ICESCR，1966），共同组成了所谓的“国际性人权法案”。1948年联合国批准的《世界人权宣言》的第一条就指出，人人享有自由与平等的权利和尊严。因此精神障碍患者也应当享有并维护自身的基本人权。

1996年，经济、社会与文化权利委员会通过了第5号释义，具体解释了《经济、社会与文化权利国际公约》在精神障碍者和躯体残疾者中的应用。来自于人权监察团体的释义，是对人权公约进行解释的重要来源。释义是没有约束力的，但它通过对人权公约作出恰当的解释，代表了人权监察团体的官方观点。

为了监督《公民与政治权利国际公约》而设立的联合国人权委员会，也针对精神障碍者的权利而公布了第18号释义，要求根据第26条规定保护残疾人免受歧视。

在所有三个工具中的一项基本人权是保护免受歧视。此外，第5号释义专门指出了健康权，包括获得康复服务的权利。这也意味着有获得并受益于能提高自主性

的服务的权利。人格尊严的权利也受《经济、社会与文化权利国际公约》第 5 号释义与《公民与政治权利国际公约》的保护。其他纳入国际人权法案保护范围的重要权利包括融入社区的权利、合理食宿的权利（《经济、社会与文化权利国际公约》第 5 号释义）、个人自由与安全的权利（《公民与政治权利国际公约》第 9 条），以及采取积极行动保护残疾人，也包括精神障碍者。

各种国际性工具文件中有关健康权的表述

《经济、社会与文化权利国际公约》第 12 条规定，人人有权享有所能得到的最高水准的身心健康。其他国际公约中也有有关健康权的内容，这些公约包括《消除各种形式的种族歧视国际公约》(1965) 第 5(e) (iv)条，《消除针对妇女的各种形式歧视的公约》(1979) 第 11(f)条和第 12 条，和《儿童权利公约》(1989) 第 24 条。一些地区性人权工具同样涉及了健康权，如《欧洲社会宪章》(1996 修订版) 第 11 条，《非洲人权宪章》(1981) 第 16 条，以及《美洲关于经济、社会和文化领域人权公约的附加议定书》(1988) 第 10 条。

经济、社会与文化权利委员会第 14 号释义的目的是帮助各国履行《经济、社会与文化权利国际公约》第 12 条的内容。第 14 号释义指出，健康权包含自由与资格权利，包括控制个人健康与身体的权利、性与生育的权利，以及免受干扰的权利如免受折磨、免受未经同意的医学治疗与实验的权利等。资格权力还包括获得保证有同等机会享有可能的最高水平保健的健康保护体系的权利。

根据该委员会的意见，健康权包括以下一些相互联系的内容：

a) **可用性 (availability)**，即卫生保健与服务数量充足，可供有效使用。

b) **可及性 (accessibility)**，包括：

- 非歧视，即人人不受任何歧视地享有卫生保健与服务；
- 生理可及，即保健设施与服务的布局安全便利，尤其对那些身体不便或

容易受伤害的人来说也能够接近；

- 经济可及，即支付必须以公平原则为基础，保证人人能负担得起；
- 信息可及，即有寻求、接受和被告知健康相关的信息的权利。

c) **可接受性 (acceptability)**，即保健设施和服务必须尊重医学伦理，符合当地的文化。

d) **质量 (quality)**，即保健设施和服务应当科学、具有高质量。

第 14 号释义进一步指出，健康权对各国赋予了三种类型或水平的义务：尊重、保护和履行的义务。尊重义务要求各国消除对享受健康权利的各种直接或间接干扰。保护义务要求各国采取措施保证第三方不会对第 12 条中提出的保障要求进行干扰。而履行义务则包含了便利化、提供和促进等义务的要求。这就要求各国采取适当的立法、行政、预算、司法、保障以及其他措施，使健康权得到完全的实现。

《公民与政治权利国际公约》第 7 条规定保护免受折磨和免受残酷的、非人道的和侮辱性的对待，这也适用于医疗机构，尤其是提供精神卫生医疗机构。对第 7 条的释义要求政府“提供有关在精神病院内拘禁情况、防止虐待的措施、对入院的起诉程序和报告期间投诉的登记等方面的信息”。

签署《经济、社会与文化权利国际公约》和《公民与政治权利国际公约》的国家名单可以浏览以下网址：<http://www.unhchr.ch/pdf/report.pdf>

6.1.2 与精神卫生有关的其他国际公约

联合国《儿童权利公约》具有法律的约束力，主要涉及对儿童和青少年人权的规定。包括反对任何形式的躯体与心理虐待、消除歧视、生存与发展的权利、儿童的最大利益、尊重儿童的看法等。其中有许多条款都同精神卫生问题有关：

- 第 23 条规定，有精神或躯体残疾的儿童有权享受充实完整的生活，要求确保尊重、促进自立、为儿童积极参与社会创造条件。
- 第 25 条规定，在医疗机构中接受躯体或者精神疾病看护、保护和治疗的儿童有权得到对治疗的定期评估。

-
- 第 27 条规定，每个儿童都有权享有与儿童的生理、心理、精神、道德和社会发展相适应的生活标准。
 - 第 32 条规定，儿童有权受保护避免从事任何可能对他们造成危险或妨碍他们接受教育，或对健康以及生理、心理、精神、道德和社会发展产生不利影响的工作。

联合国《反对折磨和其他残酷的、非人道的或侮辱性的对待或惩罚公约》（1984）中也提到了精神障碍者的问题。比如第 16 条指出，成员国有责任防止出现残酷、非人道和侮辱性对待或惩罚的行为。

在一些精神卫生机构中，还是存在各种非人道和侮辱性对待的例子。包括：缺乏安全卫生的环境、缺乏充足的食物与衣物、缺乏足够的卫生保健设施以防止传染性疾病的传播、缺乏足够的工作人员而要求患者提供没有报酬或者仅许以少量特权的劳动、使得患者将大小便解在身上或者长时间无法自由站立或活动的约束制度。

经费或专业人员的缺乏并不能成为非人道和侮辱性对待的借口。政府应当提供充足的资金以满足基本需求，并保证服务享用者不会因食物或衣物的不足、机构工作人员的不当、缺乏符合基本卫生要求的医疗设施、或没有能满足个人尊严的环境等而受到权益损害。

对于残疾人的特别关注并没有专门的联合国公约。但在 2001 年 11 月 28 日，联合国大会通过了一项决议，要求成立一个特别委员会以考虑“制定一个全面完整的国际公约以保障并促进残疾人的权益和尊严”。目前这项公约正在起草之中。精神障碍者也将是其受益人。

除了各种国际性的人权监督系统外，还有许多保护人权的地区性公约。以下做一简要介绍。

非洲地区

《非洲（班珠尔）人权宪章》（1981）——这是一项有法律约束力的文件，由非洲人权委员会制定。它的内容包括一系列关于公民、政治、社会和文化权利。同精神障碍者有关的条款包括第 4、5、和 16 条，涵盖了生存和个人完整性的权利、尊重个人与生俱来的尊严、消除各种形式的剥削和歧视（尤其是奴隶制、奴隶交易，以及折磨、残酷和非人道和侮辱性处罚）、以及采取具体措施保护老年人和残疾人的权益。它强调老年人和残疾人同样有权利满足自身的生理和精神需求。该宪章要求保证人人有权享有可达到的最高水准的躯体和心理健康。

非洲人权法庭——非盟国家和政府首脑大会建立了非洲人权法庭来处理侵犯人权的问题，这些问题包括公民和政治权利以及非洲宪章与其他人权文件中规定的经济、社会和文化权利。根据第 34（3）条的规定，在得到 15 个国家的批准后，人权法庭于 2004 年 1 月 25 日开始运转。对于提交的案件，非洲法庭有权做出具有强制性的决定。

欧洲地区

欧洲《保证人权与基本自由公约》（1950）——欧洲的《保证人权与基本自由公约》以欧洲人权法庭作为后盾，对加入公约国家中的精神障碍者的人权问题提供有约

束力的保护。公约要求欧洲国家的精神卫生法必须对非自愿住院提供安全保护措施，其依据是欧洲人权法庭提出的三项标准：

- 精神障碍的诊断必须建立在客观的医学专家意见之上；
- 精神障碍的性质和程度严重到需要强制性拘禁；
- 如果需要继续拘禁，必须证明精神障碍仍然存在。

(Wachenfeld, 1992).

欧洲人权法庭对欧洲公约中的条款进行解释并制定了欧洲人权法。该法庭逐渐积累起来的判例对公约中有关精神卫生的问题做出了详细的解释。

《保护人权与人类尊严欧洲公约》(1996) 中关于生物与医药应用的部分：《人权与生物医药公约》(1996)——该公约被欧洲议会的成员国和其他欧盟国家所采纳，是关于知情同意的第一部有法律约束力的国际性协议，规定了获取医疗服务公平性和知情同意的权利，同时对医学保健和研究提出了较高的保护标准。

《有关精神医学与人权的第 1235 号议案》(1994)——欧洲国家的精神卫生立法也受到了《有关精神医学与人权的第 1235 号议案》的影响。该议案被欧洲议会所通过。它规定了非自愿住院的标准、程序，对精神障碍患者进行看护治疗的标准，并且禁止在精神障碍的医疗护理中进行虐待。

《有关保护精神障碍者人权和尊严的(2004) 10 号议案》(2004)——2004 年 9 月，欧洲议会部长委员会通过了该议案，要求成员国切实保护精神障碍者，特别是非自愿入院或治疗的患者的人权、尊严和基本自由。

其他欧洲公约——《防止折磨和非人道或侮辱性对待或处罚的欧洲公约》(1987) 为人权提供了另一层保护。欧洲议会折磨问题委员会第 8 次年度报告规定了防止对精神障碍者进行虐待的标准。

修订后的《欧洲社会宪章》(1996) 为具有各成员国国籍的精神障碍者的基本权利提供有约束力的保护。其中的第 15 条特别强调了这些人获得独立，融入社会和参与社会活动的权利。而部长会议于 1983 年通过的议案是保护那些住在机构中的非自愿患者的另一项重要法律保障。

美洲地区

《人类权利与义务美洲宣言》(1948)——该宣言为公民、政治、经济和文化权利提供保护。

《美洲人权公约》(1978)——该公约规定了一系列公民、政治、经济、社会和文化权利，并设立了美洲国家间人权委员会和美洲国家间人权法庭对人权提供有约束力的保护。该委员会目前正在审查的刚果对厄瓜多尔的案子为进一步对公约中的人权内容进行解释提供了机会。

《美洲人权公约》中关于经济、社会和文化权利的附加议定书(1988)——该公约重点强调残疾人的权利。各签约国同意采取行动，为残疾人提供必要的资源与环境，以保证他们获得最大可能的个人发展，同时对家庭提供特殊培训（包括针对这一群体特殊需求的一些专门培训）。各签约国还保证这些措施将在各国的城市

发展规划中占有优先地位，并且鼓励组建社会团体以确保残疾人享有完整的生活。

《美洲国家间消除针对残疾人的各种形式歧视公约》(1999) ——该公约的目标是预防并消除针对躯体或精神残疾人的各种形式的歧视，并促使他们完全融入社会。这是第一部专门针对精神障碍者人权的国际公约。2001年，美洲国家间人权委员会颁布了《促进和保护精神残疾者人权的建议》，要求各国签署该公约。该建议同时要求各国通过立法和全国性精神卫生规划促进并完善社区精神卫生服务机构，以实现精神障碍者的完全融入社会。

7. 适用于精神卫生的主要人权标准

7.1 联合国关于保护精神疾病患者和改善精神卫生保健的原则（MI 原则，1991）

1991年，联合国关于保护精神疾病患者和改善精神卫生保健的原则（MI 原则，见附件 3）规定了精神卫生领域的实践中最低限度的人权标准。国际监督与执行组织已经把该原则作为对一系列国际公约（如《经济、社会与文化权利国际公约》）中提出的要求的权威性解释。

许多国家还将该原则作为开展精神卫生立法的框架。澳大利亚、匈牙利、墨西哥和葡萄牙等国家则已将该原则部分或者完全纳入其国家法律之中。该原则为精神卫生机构中的治疗与住宿环境确定了标准，并反对将患者随意拘禁到这些机构中去。这些原则广泛地适用于精神障碍者，无论他们是否身处精神病院；同时也广泛地适用于所有入住精神卫生机构中的个人——无论他们是否被诊断为精神障碍。最后提到的这一点十分重要，因为在许多国家，用于长期住院的精神卫生机构中许多人以往没有精神障碍史，或者目前并没有精神障碍，他们被滞留在这些机构中只是因为缺乏其他社区机构来安置他们或者满足他们的需求。MI 原则强调，每个精神障碍者都应拥有尽可能在社区中居住和工作的权利。

MI 原则近来受到了一些批评。在 2003 年联合国秘书长提交给联大的一份报告中指出，MI 原则“在某些情况下所能提供的保护低于现有的人权条约提出的要求，比如有关进行治疗前的知情同意问题。一些残疾人组织，包括‘精神病学服务享用者与幸存者全球网络’，对该原则提供的保护措施提出质疑（主要是原则 11 和 16），并质疑该原则同现有的人权标准中有关非自愿治疗与约束的内容存在不一致。”（联合国，2003）

7.2 残疾人平等机会的标准规定（标准规定，1993）

1993 年在维也纳召开的世界人权大会重申国际人权法保护那些精神和躯体残疾者，政府应当通过国内立法使这些权利成为现实。最后形成了《维也纳宣言》，世界人权大会宣布，各种人权与基本自由是普遍适用的，毫无疑问也包括残疾人。

《残疾人平等机会的标准规定》（1993）在残疾人十年（1982-1993）末由联合国大会决议 48/96 所通过。作为一份政策指导文件，《标准规定》重申了《世界行动计划》确立的预防、康复和机会均等的目标。这 22 条规定为各国的行动提出了三个领域：实现公平参与的前提、实现公平参与的目标、以及实现的措施。《标准规定》是一份全新的革命性的国际性文件，因为其确立了国际性共识，将残疾人的公民参与视为一项人权。为了实现这一点，政府应当向残疾人以及残疾人组织提供机会参与到同他们密切相关的法律制定过程中去。《标准规定》呼吁每个国家制订全国性计划，使得立法、政策和规划同国际人权标准保持一致。

8. 技术标准

除联大决议外，联合国机构、世界性会议、以及联合国赞助的专业组织会议等也通过了一系列技术指南和政策声明。这些都对解释国际性人权公约提供了有价值的资源。

8.1 加拉加斯宣言（1990）

加拉加斯宣言（1990）是由泛美卫生组织（Pan American Health Organization PAHO/WHO）召集立法者、精神卫生专家、人权运动人士和残疾人活动家共同制定的一个决议，内容主要涉及精神卫生服务的构架（附件 4）。该宣言指出，对让精神障碍者在远离自然环境的精神病院中住院治疗的过分信赖，会导致残疾的加重。宣言认为精神卫生服务同人权之间存在着非常紧密的联系，因为过时的精神卫生服务手段给患者的人权带来了威胁。

该宣言的目标是通过建议调整现有的精神卫生服务结构来推进社区为基础的以及整合性的服务。它声明，向精神障碍者提供的资源、服务和治疗必须能保证他们的尊严和人权，能为他们提供合理、恰当的治疗，并且努力保持精神障碍者生活在社区。它进一步指出，精神卫生立法必须保证精神障碍者的人权，组织开展的服务应保证这些权利能得到执行。

8.2 马德里宣言（1996）

国际精神卫生专业人员的组织也试图通过颁布自己的有关专业行为和操作标准的指南来保护精神障碍者的权利。其中的一个指南就是世界精神病学协会（WPA）全体大会于 1996 年所通过的《马德里宣言》（见附录 5）。在其一系列的规定中，有一条规定是要求治疗必须有精神障碍者本人的参与，而且只有在例外的情况下才能够进行强制性的非自愿治疗。

8.3 WHO 技术标准

1996 年，WHO 制定了《精神卫生保健法：十项基本原则》（见下表），作为对 MI 原则的进一步解释和对各国制定精神卫生法的指导。同年，WHO 还制定了《促进精神障碍者人权的指南》，作为理解、解释 MI 原则和对具体机构中的人权状况进行评估的工具。

精神卫生保健法：十项基本原则

1. 促进精神健康与预防精神障碍
2. 获得基本的精神卫生保健
3. 采用国际公认的原则进行精神健康评估
4. 提供最少限制的精神卫生保健
5. 自主决定

6. 在行使自主决定时有权获得帮助
7. 有效的复核程序
8. 自动定期复核的机制
9. 有资质的决策者
10. 尊重法律规定

WHO, 1996

8.4 萨拉门卡声明与特殊需求教育行动框架（1994）

1994 年，世界特殊需求教育大会通过了《Salamanca 声明与特殊需求教育行动框架》，肯定了精神残疾儿童获得完整教育的权利。《Salamanca 声明》对于《人人享有教育的世界宣言》的实施和实践《经济、社会与文化权利国际公约》中接受教育的权利有特别重要的意义。

9. 权利的限制

有些人权是在任何条件下都不应当受到限制的，比如免受折磨和奴役，思想、道德和宗教的自由等。然而，大多数人权文件中都有在特殊情况下对个人权利进行限制的条款。在精神卫生领域，确有一些情况下需要对患者权益加以限制（具体实例见第二章）。

《对公民与政治权利国际公约中有关限制和取消的规定的锡拉库扎原则》（《锡拉库扎原则》）设定了限制权力时必须符合的标准。所有的五条标准必须同时符合，而且这种限制必须有时间期限并接受复核。

《锡拉库扎原则》概要

- 提出和实施限制是符合法律规定的。
- 限制是为了普遍利益中实现合法目标的利益。
- 限制是民主社会中为实现目标所非常必需的。
- 限制是为了公众健康的需要。
- 限制符合社交目的，同时也没有其他较少侵入性和限制性的措施可以用来实现社交目的。
- 限制的提出和实施不是随意性的（即，用非理性或歧视性的方式提出）。

有关国际性人权文件在保护精神障碍者权益中作用的更详细讨论，可以参见《国际性人权在国家精神卫生立法中的作用》，可在以下网址中找到：http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/。附录 2 也列出了与精神障碍者权益相关的主要规定和国际性文件。

总之，立法应当有助于公共卫生和卫生政策目标的实现。政府有责任尊重、促进和充实国际人权文件中规定的精神障碍者的基本权益。此外，像 MI 原则这样的代表了国际共识的标准，可以用来作为制定促进、保护精神障碍者权益的法律以及实施政策的指导方针。立法有助于患者获得恰当的照顾和治疗。它能够保护权益的促进和歧视的防范。它还能够对特殊的权益提供支持，比如选举、财产处置、自由结社、公正审判、司法救济和对拘禁审核，以及维护居住和就业等权益。刑事司法的立法应当确保患精神障碍的肇事肇祸者得到恰当的治疗并为维护其合法权益。为数不多的例子已经清楚地证明，精神卫生法不应仅仅被看作局限于医疗机构中的非自愿入院程序和医疗问题的“保健与治疗”立法。

虽然立法的作用十分重要，但这并不是处理精神卫生领域种种问题的唯一解决方法，而只是解决这些问题的一个工具。即便在法律完善的国家，非正规的体制也会妨碍立法的意图的实现。比如不熟悉新的法律条款的精神卫生专业人员可能在治疗中会继续采用约束手段，使得新的、先进的精神卫生立法的目的无法达到。如果没有充分的培训和教育，以及相关人员的完全参与，法律不会产生多少作用。

在任何体系中，精神卫生专业人员强烈的道德自我调节的观念都是非常重要的因素。过分限制性的立法，即便是出于良好的意图，也只会妨碍而非促进精神卫生保健的获取。比如，与入院和非自愿治疗相关的规定如果限制性过多，在特定的情况下就无法实现，导致缺乏必需的服务。保证恰当、充足的看护与治疗，促进和保护精神障碍者的人权始终是第一重要的。立法可以起到重要的作用。

精神卫生立法的背景：要点

- 立法是精神卫生政策、规划、和计划的补充，用来强化政策的目的是和目标。
- 精神障碍者是社会中的弱势群体，需要特殊的保护。
- 对于保护医疗机构和社区中的精神障碍者的权益，精神卫生立法是必需的。
- 精神卫生立法不应仅仅当成是“保健与治疗”立法。它为处理关键性的精神卫生问题提供了法律的框架，这些问题包括：保健的获得、康复和随访照料、精神障碍者的完全融入社区、以及对社会上各种人群的精神健康促进。
- 政府有责任去尊重、促进和实践在具约束性的国际或地区性人权文件中加以规

定了的精神障碍者的基本权益。

- 有关精神卫生的法律问题可以统一在单独的法律中 ,也可以分散在不同的法律文件中。
- 先进的精神卫生立法应当结合国际性或地区性人权文件和技术标准中有关人权保护的内容。立法也应当使公共卫生和卫生政策的目标能够得以实现。

1. 导言

本章覆盖了需要纳入精神卫生立法之中的重要领域。通常，这类立法只关注于非自愿住院和治疗，却忽视或者遗漏了关系到精神障碍者的许多同样重要的方面。尽管本章不可能覆盖影响精神卫生的每个领域，但也广泛考虑到了重要的立法事项。在此讨论的问题可以包含在普通卫生法之中，或者包含在与之有关的一些法律中，这类法律如社会福利与利益、残疾、监护、公平就业以及居住等，也可以纳入专门的精神卫生法之中。如第一章讨论过的，精神卫生相关的法律既可以很好地分散到一系列不同的立法措施中，也可以放在单一的法律中。立法相关问题的类型或形式在各个国家之间是不同的。例如，有些国家在精神卫生法中可能只选择表述关键性的原则，而用法规来规定程序细节，从而把立法意志转化为行动；也有些国家可能将程序方面的问题包含在精神卫生法的主体之中。

本章为精神卫生立法的内容提供了一个实用的格式。人们已经认识到，这种格式看来更符合某些立法框架，而不太符合其他立法框架，而需要着重强调的是，这并不是“建议”的格式，因为在起草法律时，各国需要遵从其自身的立法方式。

本章中对一些国家法律的摘录只是为了举例说明不同国家根据其自身状况而采用的不同表述方式和术语，并不代表“建议”使用的表述方式或术语。

2. 序言和目的

精神卫生法通常可以分为许多章节，一般用概括阐明立法必要性的序言（或引言）作为开头。

序言举例

波兰精神卫生保护法序言

认识到精神卫生是一种基本的人类价值并且认识到保护精神障碍患者的权益是国家的义务，本法特宣示如下：

(精神卫生保护法, M284 1994, 波兰)

第二节（或章）通常是概述法律希望达到的目的和目标。对目标的描述非常重要，因为它提供了解释法律规定的指引。一旦对法律条文中实质性规定存在异议时，序言、立法目的和目标有助于法院以及其他部门解释法律的规定。

目的举例

南非法立法目的

本法的目的是 –

a) 以下列方式对精神卫生保健环境加以规范–

(i) 保证可用的资源能够提供尽可能最佳的精神卫生保健、治疗与康复；

(ii) 使有效的精神卫生保健、治疗和康复服务以公正、高效且最符合精神卫生服务享用者利益的方式得到利用；

(iii) 对获取和提供精神卫生保健、治疗和康复服务加以协调；

(iv) 将精神卫生保健服务的获取和提供整合进综合性卫生服务环境。

b) 为精神卫生保健享用者和精神卫生保健提供者设定各自的权利和义务；

c) 对下列人员精神卫生保健与治疗的获取和提供加以规范–

(i) 自愿的、受协助的和非自愿的精神卫生保健用户；

(ii) (无受审或者理解其犯罪行为的能力)的由国家负担的患者；以及

(iii) 患精神疾病的肇事肇祸者。

d) 对依法处理精神疾病患者财产的方式加以规范；

e) 规定其他相关事务。

(摘自精神卫生保健法，2002年条例17，南非共和国)

精神卫生法中紧随其后的一节（或章）通常包含有对该法律（即法律的实质性规定和程序等内容）中使用的各种术语的定义。下面详细讨论。

3. 定义

法律中有关定义这一节提供了对所使用术语含义的解释。清晰而明确的定义不仅

对需要理解和执行该法律的人极其重要，而且对于涉及该法律的公众如患者及其家属也都非常重要。法院也能从中受益，因为它们需要依据定义作出裁决。

确定立法的目标人群或调整对象通常也是“定义”这一节的重要作用。

3.1 精神疾病与精神障碍

定义精神障碍比较困难，因为它不是单一的状态，而是具有某些共同特性的一组障碍。在有关哪些情形应当包含进精神障碍的定义这个问题上，仍存在激烈的争论。这个问题可能在诸如决定哪种精神障碍类型、何等严重性更适合接受非自愿治疗和服务等方面，尤其具有显著意义。

任何国家立法中采用的精神障碍的定义都有赖于许多因素。首先，立法目的将决定疾病类别的准确界限。因此，主要关注非自愿住院和治疗的立法可能会将疾病类别严格限制在严重精神障碍。而关注实际权益的立法则会尽可能广泛地定义精神障碍以使所有精神障碍患者能通过立法得益。精神障碍的定义也有赖于不同社会的社会、文化、经济和法律等背景。本资源手册并不偏向于某一特定的定义，而是旨在让立法者以及其他参与法律起草的人知晓在定义方面的多样性选择，以及各种定义方法的优劣（见后面的表1）

许多消费者组织反对使用本质上支持医学主导模式的“精神疾病”和“精神病人”等术语。多数国际上的有关临床的文件（例如《精神与行为障碍分类：临床描述与诊断指南(ICD-10)》(WHO, 1992) 和《精神障碍诊断与统计手册(DSM-IV)》(美国精神病学学会, 1994)) 也都回避使用“精神疾病”这一名词，而宁愿使用“精神障碍”。ICD-10指出，“使用‘障碍’这一名词是为了避免‘疾病’或‘病’本身所带来的甚至更严重的问题”。“障碍”并非准确的名称，但在此使用是“意味着存在临床可识别的一组症状或者行为，在大多数患者中与其痛苦和个人功能受到的影响有关。孤立的社交偏差或社交冲突，如果没有个人的功能缺损，则不应纳入在此定义的精神障碍之中”。(WHO, 1992).

“精神障碍”这一名称可以覆盖精神疾病、精神发育迟滞（也称做智障和智力残疾）、人格障碍和物质依赖。并非人人都认为这些同属精神障碍；目前许多属于精神分裂症和双相抑郁等障碍的立法问题同样也适用于其他情况如精神发育迟滞，因此用广义的定义更佳。

精神发育迟滞者通常与重性精神疾病患者遭受着相同的歧视和虐待，因此通常需要相同的法律保护。然而，他们之间还是存在重大的区别；例如，在有关短期和长期的知情同意能力方面就有差别。因此各国必须决定是需要专门立法还是分别立法。如果把精神发育迟滞纳入精神卫生立法，重要的就是要在其中建立充分的安全以保证精神发育迟滞不被当成“其它”精神障碍的同义词。那些由于资源紧张等原因而不太可能分别起草和颁布实施两个法律的国家，更可能制定单一的法律。南非曾经就是这样。但是，当精神疾病和精神发育迟滞被放在在同一个精神卫生法中时，要有特别为其中之一设置的相关章节。许多（如印度的）司法体系明确将精神发育迟滞排除在精神卫生立法范围之外，而在别的立法中予以调整。

把人格障碍包含在精神障碍的定义中是一个同样复杂的问题。人格障碍从临床上看是精神障碍谱系中的一部分，这反映在通过它们被纳入了各种分类系统如ICD-10 和 DSM-IV等。但是，对人格障碍许多亚型的诊断效度与信度仍存在着疑

问。此外，人格障碍的可治疗性也存在问题。尽管目前还缺乏效果良好且能被广泛接受的针对此障碍的大多数亚型的治疗形式，日益增多的证据还是证明，许多人格障碍事实上是可以有效治疗的 (Livesley, 2001; Sperry, 2003)。如果某特定情况对治疗无反应或者没有治疗方法，则难以证明将存在这种问题的人非自愿地收住精神卫生机构是正当的。但是引人注目的是，许多国家的立法允许对严重紊乱而又对现有治疗无反应的人进行保护性监管，尽管许多人会反对，认为这不应当是精神卫生立法的目的。

将人格障碍纳入精神卫生立法的另一个危险是，在许多国家，人格障碍的诊断已经被用于对付易感的群体，尤其是年轻女性，只要她们不符合占支配地位的社会、文化、道德和宗教的标准。持不同政见者和少数民族如果反对当地的规范，也容易被诊断为人格障碍。

如果把人格障碍纳入立法，各国需要制定实质性的法律规定以防止误用该诊断。本资源手册并不倾向于纳入或者排除人格障碍这两者中的任何一种。各国需要在考虑其卫生保健和立法体系所特有的结构和传统时对此加以考虑。

另一个引起争论的问题是，是否应当把物质依赖纳入精神障碍中。尽管物质依赖也被包括进大多数国际性的精神卫生分类系统如ICD-10，也有许多国家特别把这类障碍排除在精神卫生立法之外。例如，英格兰和威尔士精神卫生法（1983）就允许排除“仅仅由于紊乱或者其他不道德的品行、性偏差、酒精或药物依赖（强调部分另加）者”。临床经验表明，滥用酒精和药物者一般不是非自愿住院和治疗的恰当人选，需要通过其他的法律来有效地处理这些人。

有关定义的实例

以下是两个不同国家用在立法中的精神障碍定义，反应了在定义该术语时某种程度的复杂性。

毛里求斯:“精神障碍”是指精神或行为上发生的一种明显的障碍，表现为精神功能方面相应紊乱的症状，包括思维、情感、意志、知觉、定向或记忆障碍的症状，这些症状以病理程度而呈现。

(精神卫生保健法, Act 24 of 1998, 毛里求斯)

牙买加:“精神障碍”是指 (a) 一种思维、知觉、定向或记忆的实质性障碍，这种障碍全面损害了某人的行为、判断、认识现实的能力或者满足生活需求的能力，致

使此人精神不健全；或者 (b) 精神发育迟滞，当这种状态与异常的攻击行为或严重的不负责任行为相联系时。

(精神卫生法 (1997), 牙买加)

MI原则使用“精神疾病”的术语，但是未作定义。相反，这些原则提出了精神疾病如何能够和如何不能够确定的指导。这些包括：

- 精神疾病的确定绝不应建立在政治、经济或社会状态的基础上，也不应建立在是否某个文化、种族或宗教团体成员或者任何与心理健康状态没有直接关系的原因的基础上。
- 家庭或专业的冲突，或者与道德、社会、文化或政治价值不一致，或者流行于某人社会中的宗教信仰等，绝不应被当成诊断精神疾病的确定因素。
- 既往因病治疗或住院的背景不应被用来确定任何当前或将来的精神疾病。
- 除非为了与精神疾病或其后果直接相关的目的，任何个人或权威都不应将某人划归或者指出某人患有精神疾病
- 确定某人患有精神疾病应当依照国际上接受的医学标准。

3.2 精神残疾

“精神障碍”有一个替代的概念叫做“精神残疾”。*功能、残疾与健康国际分类 (ICIDH-2) (WHO, 2001d)* 把残疾定义为“对缺损、行动受限和参与社会活动受限的一种庇护性的名词”。这一定义表明了（存在健康问题的）个体与其背景因素（环境和个人因素）之间相互关系的消极方面。

精神残疾不是精神障碍的同义词，但包括了精神障碍患者。已经从精神障碍中康复的人可能继续存在残疾，而许多仍然患着精神障碍的人也可能由于其障碍而致残疾。“残疾”在某些例子中，是某特定疾病或综合征（如一些需要呈现功能缺损才能作出诊断的精神障碍）的固有征象，也可能是其产生的后果（Bertolote & Sartorius, 1996）。

使用“精神残疾”这一名词的优点是，“残疾”这一概念直接涉及人们对其生命、对其环境、需求和局限性的直接感知 (Bertolote & Sartorius, 1996)，且卫生领域以外的专业人员更容易理解这一概念。该术语的一个显著缺点是其广泛的特性，这使得更多的人被纳入了精神卫生立法的范围之内，而不象更严格的名词如“精神障碍”或“精神疾病”。此外，“精神残疾”的术语在某些精神卫生服务享用者中不受欢迎，他们情愿用“心理社会残疾”这样的术语。他们相信精神病性或精神性残疾属于“医学”领域，因此倾向于在疾病和残疾之间使用明确的区分。

3.3 无精神能力

定义目标群体的另一个选择是“无精神能力”的概念。在此情况下，决定建立在由医学和其他专业工作者确定的个体能力的基础上，这种能力是指对当前问题(例如有关治疗或住院的问题)性质的理解，评估此问题的益处，作出选择以及传达该

选择。“精神上无能力”是一个较“精神障碍”狭义的概念。使用这一术语可能在法律上有优点，因为它特别聚焦于精神卫生的住院和治疗方面。但是，该术语的狭义范围可能不适合于覆盖广泛精神卫生问题的法律，因为这会将重要的权利范围如保健的获得、在精神卫生保健机构中的权利和条件、隐私保密和信息获得等从精神卫生服务享用者的大多数里排除了出去。

这一选项的一个优点是它没有使精神障碍和无能力这两个概念可以互换。精神障碍的范围和严重性可被接受，但在允许法律干涉个人生活之前，必须清楚地确定缺乏精神能力。但有一个危险，即如果对这一明确表达的司法解释不十分严格的话，则当只确定了精神障碍后，就可能被推测为无行为能力。为了抵消这种结果，法律中要清楚地陈述，无行为能力不应当依据精神障碍的证据而推测认定，而应当分别地确定。

有关定义的实例

*安大略 (加拿大) 卫生保健知情同意法*指出：“...如果某人能够理解与作出治疗、住院或个人协助服务的决策相关的信息，如果他能够恰当地评估作出决策和不作决策的可以预见的后果，则此人是对有关治疗、在保健机构或者个人协助服务住院有决定能力者。”

(卫生保健知情同意法 (1996) 安大略, 加拿大)

3.4 精神不健全

一些司法权限如《保护人权与基本自由的欧洲条约》（1950）使用法律术语“精神不健全”作为“精神障碍”的替代。它假定所有人都是“精神健全的除非证明并非如此”。“精神不健全”被定义为精神健全的相反情况，当然，这有循环论证的风险。“精神不健全”的概念与“精神上无行为能力”的概念紧密联系，但两者并不相同。没有“精神不健全”的临床相同概念，多数情况下，“精神不健全”包含了不一定可归入精神障碍的状态。按照欧洲法院的说法，由于该术语用法的不稳定性，不应当给其一个确定的解释。（Gostin, 2000）。

表 1. 精神疾病定义的比较

术语	精神疾病	精神障碍
1. 范围	非常狭窄	狭窄
2. 优点	<ul style="list-style-type: none">• 定义明确• 普遍使用因此被所有纳税人理解 <p>（偶尔有不同意义）</p>	<ul style="list-style-type: none">• 与医学分类系统一致• 容易操作

-
3. 缺点
- 强化了“医学模式”
 - 包括了从最良性到最严重的一系列状态；当目标是限制适用性到最严重精神状态时，可能成为局限性
 - 包括了一系列状态，其中一些可能不是精神卫生立法关注的，例如精神发育迟滞

精神残疾

宽泛

- 术语范围广泛，有利于保障各种严重程度的所有残疾人的权益
- 与消费者和普通百姓有关精神卫生问题对生活造成影响观念更为贴近
- 定义不确定
- 术语含义宽泛，许多人可能被纳入非自愿入院和治疗的范围

精神不健全

可变，但倾向于宽泛

- 可变的定义在解释为个人利益时可能有益
- 法律概念，与特定医学分类不同
- 被滥用的危险
- 很可能损害医学与法学背景专业

精神上无行为能力

非常狭窄

- 医学和法学背景的人对定义可以有相似的理解
- 与精神障碍/疾病无权利能力并不相同
- 最严重精神疾病/障碍者的权利受到排斥时，可以较集中地提供更多的保护
- 术语范围狭窄，限制了在积极促进精神障碍者权益方面的有效性

人员之间的对话沟通

总之，各国需要决定其立法调整对象或目标人群的定义是宽泛还是狭窄。在广义和狭义之间的选择是复杂的。如果精神卫生立法只覆盖“保健和治疗”，大多数精神卫生享用者、倡导者和人权活动者情愿采用较狭窄的定义。相反，如果这种立法旨在保护所有有精神卫生问题的人广泛的个人权益，而且还包含诸如反歧视、保护免遭虐待等规定，则以使用更具包容性的有关精神卫生问题的定义为好。

另一个作法可能是，在法律规定中使用较宽泛的定义，以设定服务和人权方面的权利。而在有关非自愿住院与非自愿治疗程序的章节中则采用较狭窄的定义。但是这可能对许多“直接和简易”立法更受立法机关和法院欢迎的国家来说，又显得太过复杂，在这种情况下，需要考虑选择前述的某种方式。

一旦选择和定义了特定术语，必须注意在整部法律中始终如一地使用，不要交替使用其他有相似意义的术语，因为这会导致法律解释的混乱。

3.5 其他名词的定义

法律文件使用许多技术性术语，这些术语在不同部门和国家中可能具有不同意义。为了消除任何含混和有助于法律的解释，这些术语应当在法律文件中精确地加以定义。下面给出的实例是两个国家的精神卫生法。

巴基斯坦

病人 是指正在治疗和护理下的个人。

精神病设施 是指涉及精神障碍患者保健的医院、病房、门诊、护理之家、日间照料机构、中途宿舍，无论是公立还是私立。

安全位置 是指政府管理的卫生设施、精神病设施、住处或任何愿意暂时接收患者的合适的亲戚。

(2001年法令第八号f, 巴基斯坦)

津巴布韦

病人 是指个人 (a) 患有精神障碍或智障；或者 (b) 正在按照本法律，考虑有必

要确定是否患有精神障碍或智能低下者。

机构 是指政府公报通知的部长公告的作为本法目的的机构的任何精神病院。

接收令 是指按照第八节或者第二十六节规定，由地方官员签署的移送与接收患者到机构或者单一保健服务的命令。

(精神卫生法 (1996) , 津巴布韦)

上述例子表明，对任何术语的定义都存在特定的差异。定义有时也涉及国家其他的法律文件。此外，对这些术语的精确定义有赖于当地社会、文化、医学和法律背景。要强调的是，在整部法律中始终如一地使用所采用和经过定义的术语非常重要，这有助于避免在解释法律时的混淆。

“精神健康问题”和其他名词的定义：关键问题

- 在处理权利相关问题时，立法可能使用宽泛的定义；而当考虑非自愿住院和治疗时，则可能使用狭窄的定义。
- 各国可能会将精神发育迟滞纳入或者排除在精神卫生法的实质性规定中。但重要的是，需要牢记精神发育迟滞患者能够，且有时确实已经合并精神障碍。需要通过立法来强化的许多权益对于精神发育迟滞者和其他精神障碍患者是相同的。
- 立法必须确保精神障碍不因以下原因而推定：
 - (i) 政治、经济或社会地位，或者是否文化、种族或宗教团体成员，或者其他任何不是直接与精神卫生情况相关的原因；
 - (ii) 家庭或专业冲突，或者与道德、社会、文化或政治价值不一致，或者与所在社会主流的宗教信仰不一致；

(iii) 仅仅由于既往有治疗或住院的背景。

- 法律应当准确定义所使用的全部技术性术语，以便消除任何混乱并有助于法律的解释。
- 一旦选择和定义了某特定术语，一定要在整部法律中前后一致地使用，不要交替使用其他有相似意义的术语。

4. 精神卫生保健的获得

立法能够在促进获得精神卫生保健方面起重要作用（见第一章中的3.5）。促进保健的获得意味着增加服务的提供、提高经济上和地理位置上的可及性、以及提供可接受的和有适当质量的服务。本节以降低许多国家存在的可及性障碍的观点来讨论强调这些问题的一个框架。

MI 原则：精神卫生保健的获得

MI原则的原则1 (基本自由和基本权利) 和原则8 (保健的标准) 关注于高质量保健的获得。原则1确定了所有人都有获得作为卫生和社会保健体系一部分的最好的精神卫生保健的权利。

原则8确定了接受适合个人需要的精神卫生保健和保护个人以免受到伤害的权利。

4.1 精神卫生保健的财政资源

在一些立法框架或国家中，可能纳入对精神卫生服务的资源和资金的特定规定。如果这是可能的，建议指明在哪里可以开销这些资金，从而能够在诸如社区精神卫生保健和预防与促进项目等方面有适当的法律规定。

多数精神卫生立法没有直接涉及经费问题。这通常是由预算和政策来处理。但这并不意味着，立法不能直接影响资金的配置。

立法能够通过保证有关需要而直接产生资金的四种方法的举例：

- *与躯体健康平等对待* – 在许多国家，精神卫生在保健标准上落后于躯体卫生。可以通过立法宣告精神障碍患者应当得到与躯体疾病患者同等的待遇。例如，法律可能规定，精神障碍患者应有权接受与其他类型医学治疗相同质量和标准的治疗。这种表面看来单纯而讨巧的声明虽然没有直接提及经费，但能够推动当局对精神卫生工作配置额外的资源，以满足法律有关精神卫生保健要与躯体卫生保健有相同水平质量的要求。同样，在私立保健部门，按照上述立法规定，可能要

求健康保险公司对精神和躯体疾病患者采取平等的支付原则。目前这在许多国家还没有做到。

- *额外的经费资助* – 一旦立法规定了对服务的要求，则有了执行该要求的法律义务。例如，如果法律规定了寻求自愿医疗的急性精神障碍患者 *必须在* 综合性医院治疗，政府就得颁布规定使之得到贯彻。同样，如果某特定的涉及公共卫生机构的权利（如隐私权）得到法律确定，当局就有责任保证提供必要的基础设施和资源以使该权利得以生效。

- *间接经费资助* – 法律可以确定一种与当前盛行的规范或法律要求所不同的提供精神卫生服务的方式。例如，尽管先前的法律已经引导很多人在精神病医疗机构中获得了服务，还可有新的法律倡导大多数人应该在其当地的社区中接受精神卫生服务。这样一来，虽然法律并没有任何关于经费资助方面的表述，但已经暗示着资金投入应当从医院向社区转移。

- *法定实体的经费资助* – 如果立法规定应当成立某种实体，如精神卫生复核委员会或复核法庭，则这种实体就是法定的，当局 *必须要* 建立。然而，在这类法律通过以前，有关部门应确保在该国现有的机制中，能够提供额外的经费用于这类复核机关。如果这种做法行不通，那么，政府可能将冒着不得不重新配置精神卫生服务专款的风险来建立这类法定实体，因此而有损于精神卫生服务的开展。

因此很容易看出，为什么在通过一项提案使之成为法律以前，立法者会对每一项法律条款及其蕴含的财政意义都如此小心翼翼。

4.2 初级保健中的精神卫生

按照精神卫生保健福利金应该与一般的卫生保健福利金平等的原则，各国应当制定法律，以确保将精神卫生干预引入到初级保健中。在一些低收入国家，精神卫生专业人员严重不足，通过一般的卫生保健来提供精神卫生服务是最切实可行的策略，这样可以提高精神卫生保健的可及性。整合为一体的保健还可以减少人们去垂直化的精神卫生服务机构所承受的病耻感，从而会进一步提高精神卫生服务的可及性。

但是很明显，仅仅靠立法是不能使法律条款行之有效的，还得配备好必需的基础设施和工作人员。例如，工作人员需要通过培训来掌握如何处理精神障碍，药物必须保证得到供应。

实例：初级保健中的精神卫生

阿尔巴尼亚精神卫生法 (1991) 指出：

第五条：精神障碍患者的精神保健由心理社会保健服务、*通过家庭医生的初级卫生保健服务*、尤其是由精神医学服务来提供，这种保健包括急诊治疗、门诊服务、医院保健、康复宿舍、社区卫生保健和通过心理社会学家和社会工作者提供的心

理社会服务。(强调为另加)

(精神卫生法 (1991), 阿尔巴尼亚)

4.3 对服务不足的人群的资源配置

在各国内部，服务的提供是不平衡的。这些不平衡可以是来自于地理上的（某些地区的人较少能获得精神卫生服务）或者是由于隔离政策（某些人群如少数民族可能较少得到与其文化相适应的精神卫生服务）。立法有助于通过设置以需求为基础的服务配置标准来减少这些不平衡。（下面的第17节描述了立法如何有利于未成年人、妇女、少数民族和移民）。法律中也可能简单表述为：精神卫生保健必须平等地提供（见前面第2节中南非精神卫生保健法中的“目的”）。

4.4 药物和心理社会干预的获得

精神科药物对于治疗某些精神障碍是至关重要的，也在二级预防中起着重要作用。但是，在许多国家中，甚至基本的精神科药物也不能提供。立法行动有助推动在初级和二级保健水平的药物供给。立法也可以帮助一些国家改善对药物治疗的使用，当这些国家没有或只有很少的精神科医师时。例如，允许一般的开业医生和其他的内科医生在经过适当的培训后处方精神科药物。

药物供应在很多发展中国家和很多情况下都是一个问题。尽管如此，立法可以确保精神病的药物治疗至少和其他疾病的药物治疗一样是可获得的。立法可以要求“与躯体保健相等同”的精神卫生保健（如上所述），和/或专门说明必须充足供应国家基本药物目录上的精神科药物，正如巴西已经做到的那样（服务法令第1.077号，2001）。

单独的药物对于大多数精神疾病而言是不够的。其他的心理社会干预例如心理咨询，特别的心理治疗和职业康复训练也同样重要。改善这些干预的使用除了立法行为以外，还需要制定一些政策。例如，突尼斯的法律中写道：“任何精神病患者都有权利获得适当的药物治疗及物理治疗，在可能的程度内，可以获得指导、培训和康复，以帮助他提高能力和技术。”（精神卫生法，1992，突尼斯）。

4.5 健康（和其他）保险的获得

在很多国家，个人需要健康保险以获得卫生保健。在这些国家的立法中应该包括一些法律条款以防止区别对待精神疾病患者，使他们不能在公共和私人保险机构中获得适当的健康保险以用于躯体和精神卫生的保健。在美国，精神卫生平等法案（1996）阻止健康保险公司区别对待每年用于精神卫生费用的上限和用于躯体损伤赔偿的上限（见上述4.1关于躯体保健公平的评论）。

健康保险公司近来的意图是拒绝覆盖那些有遗传缺陷的患者。《人类基因组和人权的普遍宣言》第6章宣称“任何人都应该因为基因特征而遭受歧视，这种歧视意图侵犯或有侵犯人权、基本自由和人格尊严的后果。”

为与这种行为相抗衡，美国国会在1996年通过了健康保险附带责任法（Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA)），这个法案禁止保险公司对投保人进行能证明对某种精神疾病或躯体疾病易感的基因测定，并因此拒绝为其

保险。

在一些国家，精神疾病患者很难获得保险，例如收入或抵押保护保险。至于医疗保险，这种歧视可以要求法律的保护。

4.6 促进社区保健和去机构化

立法在促进精神障碍的社区保健、减少非自愿住院——尤其是长期住院方面起着重要作用。立法能够将“最少限制的选择”原则（在满足治疗需要的前提下，以最少侵入性的设施和方式提供治疗服务）付诸实践。

立法可以要求，只有在社区为基础的治疗不可行或无效的情况下，才可以允许患者入院治疗。例如，早在 1978 年，意大利就立法规定“只有在精神障碍需要紧急治疗性干预，或者在这些干预方式不能为患者所接受，或者是在医院外没有条件提供迅速而及时的医疗措施时，才能建议强制住院治疗”（强调部分为另加）（自愿和强制医疗，180 号法令，1978，意大利）。

20 年后，葡萄牙制定了一项不仅仅针对强制入院的法律，其中指出，“精神卫生保健的提供主要应当在社区中进行，以利于患者生活在他们熟悉的环境中并且有助于他们的康复和回归社会”（精神卫生法 36，1998，葡萄牙）。

巴西的法律则简要地指出，人们有权“最好是在社区精神卫生机构中接受治疗，”（精神卫生法第 10.216 号，2001，巴西），同样，Rio Negro（阿根廷）的法律指出，“住院治疗应当是所有其他的治疗选择用尽后的最终手段……对所有的病例，住院时间应当尽可能短暂”。至于以前住院的患者，该法律规定：“恢复他们的身份和尊严，尊重精神障碍者，使他们重新回归社会，是本法律及其所倡导的一切行动的最终目标”。（精神疾病患者卫生保健和社会服务促进法 2440，1991 Rio Negro，阿根廷）。该规定要求卫生当局对精神卫生服务负责，建立一系列以社区为基础、具有适当质量、可以为精神障碍患者所获得的设施。如果这点没有做到，则可向法庭求助。

精神卫生立法可以籍此促进以社区为基础的治疗设施在那些少有或缺乏社区服务的国家或地区得到发展。很多国家还规定了哪些社区服务是必须提供的。例如，在牙买加，法律就规定，“社区精神卫生服务应当确保提供：

- a) 在卫生中心和综合性医院的门诊精神科服务；
- b) 精神科机构出院患者的康复服务；
- c) 对精神障碍者家庭医疗和支持的督导；
- d) 精神健康促进服务”。（精神卫生法，1997，牙买加）。

另一个促进以社区为基础的医疗和康复的方式，是通过法律来禁止不必要的长期非自愿住院（见 8.3）。在一些非常罕见的情况下，可能仍然需要比通常要求的时间更长期的持续非自愿住院治疗，但必须有明确的证据表明当初使其非自愿入院的情况仍旧存在。缺乏出院后的后续保健设施一般不能成为让患者继续非自愿住院的正当理由。后续保健和康复服务是精神卫生保健和治疗的组成部分，因此立法中包括把发展这类服务作为促进保健可及性的一部分的规定非常重要。

精神卫生保健的获得：要点

- 改善对精神卫生保健的获得是立法的一项重要功能。这使得增加服务的供给、提高财政和地理位置上的可及性、提供可接受且有恰当质量的服务成为了必需。
- 在有些国家，可能纳入对精神卫生服务资源和经费进行分配的特殊规定。如果可能，建议指明资源应当被用于何处，从而确保一些领域能获得足够的资源，例如社区精神卫生保健、预防和促进项目等。
- 多数精神卫生立法没有直接涉及经费问题。尽管如此，法律还是可以影响资源的分配；例如，通过制定要求与躯体保健平等对待的规定、通过制定可能需要额外经费或者需要对现有资金投入重新定向的新的服务要求、和/或通过规定需要建立精神卫生复核委员会或者特别法庭等方式。
- 立法能够促进将精神卫生干预引入初级卫生保健机构，籍此来提高未能享受服务的人们对卫生保健的获取，并减少因精神障碍而导致的病耻感。
- 通过制订以需要为基础的服务分配标准，精神卫生法有助于减少服务供给在地理上和部门间存在的差异。
- 立法也能够促进精神药物的获得，例如可通过以下方法：制定将精神卫生保健与躯体保健平等对待的规定；特别指出国家基本药物目录上必须提供足够的精神科药物；以及允许全科医生和其他专科医生在通过适当的培训后处方这些药物。
- 精神卫生法也应当促进心理社会干预如心理咨询、各种心理治疗和职业康复训练等的获得。
- 后续保健和康复服务是精神卫生保健和治疗的一个组成部分，因此作为促进精

神卫生保健的一部分，立法中也应该包括促进这些服务的条款，这一点至关重要。

- 在一些有着公共和私人保险机构的国家，立法应该保障精神疾病患者获得适当的保险，以应付躯体疾病和精神疾病的治疗。
- 通过将“最少限制的选择”原则付诸实践，立法可以促进以社区为基础的精神卫生保健，并减少非自愿入院，尤其是在精神卫生医疗机构中的长期住院。

5、精神卫生服务享用者的权利

本节讨论的是精神卫生服务享用者的重要权利，这些权利应当受到法律形式上的保护。其中一些权利（如隐私权）并不是精神卫生服务享用者所特有的，而是所有卫生服务享用者们所共同享有的。然而，由于长期以来受到的人权侵犯、侮辱和歧视，有时也因为精神障碍的特殊性，精神障碍患者可能需要特殊的和额外的保护。精神障碍者有时不被当作成人看待，而是被当作儿童——甚至被当作动物一样地对待。人们常常认为他们缺乏决策能力，因此完全不顾他们的感受和人格尊严。

以下所讨论的权利适用于各类精神卫生服务享用者。许多精神卫生法（例如：巴西、立陶宛、葡萄牙、俄罗斯、南非、前南斯拉夫马其顿共和国和其他许多国家）规定了精神障碍者的权利。本节中将要着重讨论的重要权利只是诸多权利中的一部分。

5.1 隐私保密

MI原则：隐私保密

本原则所涉及的所有人的信息保密权利应当得到尊重。

(原则 6, MI 原则)

精神障碍患者有对其个人信息以及疾病和治疗的信息保密的权利；未经其同意，这些信息不得透露给第三方。

精神卫生专业人员有义务遵守专业行为准则，这些准则中一般包括了保密的义务。所有为精神障碍者治疗的专业人员都有责任防止泄密。精神卫生保健团队的每个成员都必须清楚自己要受保密原则的约束，这点非常重要。精神卫生机构的管理人员应该确保有适当的程序以保护患者的隐私。这意味着需要建立一个有效的系统来保证只有得到授权的人才可以使用患者的临床记录或其它数据记录例如电子数据库等。

精神卫生立法可以通过对违反保密原则的专业人员或精神卫生机构的制裁和处罚

规定来保护患者的隐私权。要尽可能使用补救的办法，如教育和行政手段，来处理侵犯患者隐私权的事件，而不是采用法律诉讼的办法来解决。尽管如此，对于少数极端的案例，可能还是需要刑事处罚。

在一些异常情况下，保密原则是可以打破的。立法可以规定在哪些情况下患者的信息可以透露给另一方而无须患者的事先同意。这些例外包括危及生命的紧急情况或有可能伤害他人等。立法也最好可以允许诸如为预防重大疾病或痛苦的发生而披露信息等情形。然而，信息的透露应当仅限于掌握了明确目的的情况。此外，当法庭需要披露与特定案例（例如刑事案件）相关的临床信息给司法部门时，精神卫生专业人员有义务提供所需的信息。还有其它一些关于保密的需要和与初级照料者（通常是家庭成员）分享信息需要的复杂情况，将在下面第6节中讨论。立法可以确保患者及其私人代表有权对披露信息的决定提出司法审查要求，或者提起上诉。

5.2 信息的获取

精神障碍者应该拥有法定的权利自由和充分地获取保存于精神卫生机构和精神科专业人员处的临床记录。这项权利受ICCP和 MI 原则第19条等一般的人权准则的保护。

MI 原则：信息的获取

1. 患者……应当有权获取保存于精神卫生机构的关于他或她的健康和个人记录。

这项权利可以受到主观限制，以防止对患者健康的严重伤害和避免对他人安全造成威胁。国内法律可以规定，在不违反隐私保密的情况下，应当把这类不能给予患者本人的信息提供给患者的代理人或辩护律师。如果要对患者扣留任何信息，则应当告知患者或患者的辩护律师有关扣留的理由，并且这应当得到司法审核。

2. 如果有要求，则患者或患者的代理人或律师写下的解释材料应当被放进患者的病历档案中。

(原则 19(1) 和 (2), MI 原则)

在一些特殊情况下，透露患者的临床记录会给其它人的安全带来威胁，或严重损害该患者的精神健康。例如，临床记录中有时会包含来自第三方如亲戚或其它医生等提供的关于某严重紊乱的患者的信息，这些信息如果在一个特殊时期透露给那位患者，可能会引起严重的复发，甚而引起患者伤害自己或他人。因此在许多司法实践中授予专业人员扣留这部分记录的权利（和责任）。一般而言，扣留这些信息只能是暂时的，持续到患者有能力合理处理这些信息时为止。立法要确保

患者及其代理人有权针对扣留信息的决定要求司法审核或提起上诉。

患者及其代理人也有权要求将他们的解释材料插入到医疗记录中，而不以任何方式更改已存在的记录。

法律（或法规）可以为患者行使获取信息的权利规定大致的程序，比如包括：

- 申请获得信息的相关程序；
- 谁可以提出这样的申请；
- 在收到申请后，精神卫生机构为其准备医疗记录的时限；
- 在患者和/或其代理人得到所需的记录之前，应当有专业人员检查该病历记录，并（在必要时）证明哪些部分不应为其提供，同时提出理由；
- 如果仅将一部分记录给了患者和/或其代理人，那么必须向其说明未提供全部记录的理由；
- 列出将会拒绝提供信息的各种特殊情况。

同样重要的还有，医疗机构中要有工作人员为患者和/或其法定代理人复查和解释患者档案或病例记录中的信息。

5.3 精神卫生机构中的权利和环境条件

住院治疗的精神障碍者常常要忍受恶劣的生活条件，例如衣物缺乏、环境和个人卫生差、食品缺乏或质量低劣、私密性差、被迫工作，或者遭受来自其他患者和工作人员的躯体、精神和性的虐待（见第一章第3.2小节）。这些情况违反了国际公认的有关精神卫生机构中的权利和环境条件方面的规范。

MI 原则:精神卫生机构中的权利和环境条件

1. 任何在精神卫生机构中的患者都有权得到尊重，尤其是在下列方面：

- (a) 作为法律面前平等的个人；
- (b) 隐私；
- (c) 交流的自由，包括与机构中其他人交流的自由；收发不被审查的私人通信的自由；单独会见律师和代理人，以及在任何合理的时间接待其他来访者的自由；使用邮政和电话服务，以及读报、听收音机和看电视的自由；
- (d) 宗教或信仰自由。

2. 精神卫生机构的环境和生活条件应当尽可能接近正常生活中的同龄人，尤其应当包括：

(a) 娱乐和休闲活动的设施；

(b) 教育设施；

(c) 购买或收受日常生活、娱乐和交流所需物品的设施；

(d) 建立相应设施，并鼓励使用这些设施，使患者积极从事与他的社会和文化背景相适应的工作，采用适当的职业康复训练措施，促进患者重新融合进社会。这些措施应该包括职业指导、职业培训和安置服务，使患者能够在社会上获得和保持工作。

3. 任何情况下都不能强迫患者劳动。在患者的需要和卫生机构的管理要求相一致的前提下，患者应当能够选择他或她愿意从事的工作类型。

4. 患者在精神卫生机构中的劳动不能受到剥削。每位患者都有权获得劳动报酬，并且要与按国家法律或惯例付给正常人从事该项工作的报酬相当。任何情况下，每位患者都有权公平地分享因他的工作而付给精神卫生机构的报酬。

(原则13 , MI原则)

5.3.1 环境

正如公民与政治权利国际公约（ICCPR）第7条所指出的，住院治疗的精神障碍者有权受到保护，免遭残忍的、非人道的和不体面的对待。

提供安全、卫生的环境的是关乎健康的问题，对于个人的全面良好状态也至关重要。任何人在接受精神卫生治疗时，都不应被置于不安全或不卫生的环境条件。

一些机构缺乏足够的食物和衣物，不能在冬天提供充足的暖气和保暖的衣物，房间或病室的构造不能预防意外受伤，没有适当的卫生保健和设施来预防传染病的传播，没有足够的设施来维持最低标准的环境与个人卫生。工作人员的短缺可能导致强迫患者不停地工作（劳动），而不给他们报酬，或者仅给其少许特权作为

交换。这些行为构成了不人道和不体面的对待，违背了ICCPR的第7条。

MI 原则指出，精神卫生机构的环境条件必须尽可能接近正常生活。这样的条件包括休闲设施、教育设施、宗教活动场所和职业康复设施。

立法（或相应的法规）应当列出精神卫生机构需要维护的最基本的条件，以确保足够安全的、有利于治疗的和卫生的生活环境。立法也可以规定设立“视察委员会”以视察各个机构，确保这些权利和环境条件得到了应有的尊重和实施（见第13节）。如果条件不合规定，那么法律应该明确规定视察委员会可以采取的行动，这点很重要，因为如果没有被赋予法定的权力，那么这类委员会只能是在一个虐待体系中新增的一部分。

5.3.2 隐私

隐私是一个宽泛的概念，取决于社会介入到个人事务中的程度。它包括信息隐私、身体隐私、通信隐私和领地隐私。精神障碍患者的这些权利常常会受到侵害，尤其是在精神卫生机构中。例如，患者可能被迫在集体宿舍一样的病房或“住人的仓库”中呆上许多年，而几乎没有私密的空间。存放个人物品的橱柜等设施也可能没有。即使患者有单人或双人的房间，工作人员或其它患者也可能会侵犯他们的个人空间。

立法可以使对患者身体隐私的尊重成为强制性的要求，同时强制要求精神卫生机构的建造要使这种尊重成为可能。然而，这对一些资源有限的低收入国家来说可能是困难的，在这种情况下，应当首先遵从前面提到过的精神卫生保健要与其它卫生保健一视同仁的原则。即使做到了一视同仁，问题仍有可能存在。这是由于在发展中国家的许多综合性医院里，保护隐私的标准也远低于可接受的程度，并且慢性疾病的保健环境条件（隐私保护在这种情况下最成问题）本身也需要与急性疾病医疗环境条件有很大区别。很明显，在那些类似于居家一样的机构中住院对隐私的要求与在短期治疗机构住院是有很大区别的。

在那些有大量机构化医疗服务并且有大量患者住在病房中的国家，有必要朝着尊重隐私的目标努力，并且要检查这些权利实现的进程。例如，如果许多患者在医院里共处一室，那么即使是提供一个私人空间用来娱乐，也是朝着更大的隐私权的实现迈出了一步。进而，如果能在社区中提供适当的服务，则去机构化本身也是让许多患者从拥挤而非个人化的医院环境中解脱出来，获得更大隐私权的一种方式。

但是，也必须注意到，在精神卫生机构中的隐私权并不意味着不能在特殊情况例如患者企图自杀时对其进行保护性搜查或持续密切观察。在这些情况下，对隐私权的限制应该对照国际认可的权利标准作仔细的考虑。

5.3.3 通信

患者，尤其是那些非自愿入院者，有权与外界通信。很多机构限制患者与其家人（包括患者的配偶和朋友）的私人会面。通信也常受到监督，信件会被打开，有时还要受到审查。立法可以禁止精神卫生机构的这种行为。然而，与前述保密和获取信息一样，也会有某些例外的情况需要限制患者的通信。如果有理由证明，不限制通信可能会损害患者的健康或将来的前途，或者这样的通信会侵害他人的权利和自由，那么限制这样的通信就是合理的。这类的例子有：患者反复打令人

不快的电话或寄信件给别人；抑郁症患者写信或打算写信向老板辞职等等。立法可能列出这些例外的情况，同时也要规定人们对这些限制提出上诉的权利。

5.3.4 劳动

立法可以禁止精神卫生机构使用强迫性的劳动。包括违反患者意愿强迫他们工作（例如由于医院内的工作人员短缺），或者没有对患者的劳动支付适当的或足够的报酬；以及让患者做工作人员的事情而报之以少许特权。

强迫劳动不能与作业治疗相混淆，也不应与作为康复计划之一的让患者自己整理床铺或为同伴准备食物等相提并论。不过其间总会有一些灰色地带，因此任何法律都应努力使这些问题尽可能明确。

5.4 权利的告知

尽管立法可以赋予精神障碍者很多权利，但他们常常没有意识到这些权利的存在，从而无法行使这些权利。因此有必要在法律中规定，当患者接受精神卫生服务时，应当告知其应有的权益。

MI 原则：权利的告知

1. 精神障碍者入院后，应当尽早以其能理解的方式和语言告知其与本原则和国内法律相一致的所有权利，告知信息中应当包括对这些权利的解释以及如何行使这些权利。
2. 如果患者不能理解这些信息，则应当将患者的权利通知其代理人，必要时也可通知能够最好地代表患者利益并愿意这样做的任何人。

(原则12(1)和(2)，MI原则)

立法可以保障患者在入院当时或入院后一旦条件允许时即被告知自己的权利。这种告知应该包括对这些权利的解释以及患者如何行使这些权利，并且要以患者可以理解的方式传达给他们。在使用多种语言的国家，必须用患者使用的语言告知他所拥有的权利。

附件6例举了一个权利告知的文件，即美国康涅狄格州精神卫生和成瘾服务部的：*你作为就诊者或患者的权利*。附件7是美国缅因州对所有精神障碍者的权利告知文件的概述。

然而，必须强调的是，文化水平和对技术术语和程序的理解力也是至关重要的，这里所举的例子可能对许多国家并不适合。尽管如此，各国还是可以开发诸如小册子、海报和录像带，或使用其他容易被理解且能反映人们在该国的权利的方式。立法应该规定当患者没有能力理解这些信息时，应该将这些权利告知患者的代理

人和/或家人。

精神卫生服务享用者的权利：要点

隐私保密

- 立法必须保障患者的隐私保密权受到尊重
- 立法应当特别指出所有与临床相关的（即在任何机构中与医护和治疗相关的）信息都应是保密的，所有相关人员都有责任保持这些信息的机密性。这必须要包括为精神障碍者提供保健和治疗的机构和服务中的所有人员。
- 立法可以对专业人员和/或精神卫生机构的故意违反隐私保密加以惩罚和制裁。
- 立法的隐私保密规定必须同样适用于以电子/数字形式储存的信息，包括国家和地区数据库，以及包含精神障碍者个人信息的参考书上的记录。
- 立法可以概括提出那些可能合法地披露隐私的例外情况。这些情况包括：
 - a) 危及生命紧急情况下为挽救生命而急需该信息时；
 - b) 很有可能对患者或他人造成严重伤害或损害时；
 - c) 预防明显的病痛流行时；
 - d) 出于公众安全利益的需要时；
 - e) 应法庭指令这样做时（例如在刑事案件中）。
- 立法可以赋予患者及其代理人对披露信息的决定提出司法审查的要求或者提起诉讼的权利。

信息的获取

- 立法应当保障精神障碍者有权自由和完整地获取他们的临床记录。
- 立法也应当指定 (当透露这些临床记录会使他人的安全受到威胁或者对患者的精神健康带来严重损害时) 对获取信息加以限制的例外情况。
- 信息的扣留应当是暂时的 , 一旦患者能够理性地处理这些信息时就要停止。
- 立法应该规定患者及其代理人有权针对扣留信息的决定提出司法审查的要求或提起诉讼。
- 患者及其代理人还有权要求在不改变已有记录的前提下 , 将他们的解释插入到患者的医疗记录中去。
- 法律 (或法规) 可以概括提出患者行使信息获取权的程序。
- 卫生机构中有工作人员向患者和/或法定代理人复核与解释患者病历记录中的信息也是很重要的。

精神卫生机构中的权利和环境条件

立法应当保障患者在精神卫生机构中免遭残忍的、非人道的和不体面的对待。

特别是应当规定 :

- a) 提供安全卫生的环境 ;
- b) 机构中要保持适当的卫生条件 ;
- c) 生活环境应该包括休闲、娱乐、教育和宗教场所 ;
- d) 充分提供职业康复训练 (这将有助于患者出院后适应社会生活) ;
- e) 与同性或异性成员交往的权利 ;

f) 尽可能保护患者隐私的建筑环境；

g) 患者能自由而不受限制地与外界交流，包括接待来访者，接收朋友、家人和其他人发来的信件或其他信息（任何需要限制通信的例外情况都应在法律中加以指出）；

h) 不应强迫患者做他们不愿意从事的工作，如果他们做了工作，就必须得到恰当的报酬。

权利的告知

- 立法应当规定，在患者接受精神卫生服务时应尽早告知他们的权利。告知他们权利的事宜应尽量不被延误。
- 这些信息应当以患者能够理解的方式进行传达。
- 如果患者不能理解这些信息时，立法还应当规定需将这些权利告知患者的代理人和/或家人。

6. 精神障碍者家人和照料者的权利

在不同国家和不同文化中，精神障碍者的家人或其他照料者的作用有很大的差异。但他们在看护精神障碍者方面普遍都承担着许多责任，包括要为患者提供住处、衣物和食物，并确保提醒他们去接受治疗。他们还要确保患者参与保健和康复项目，并协助他们坚持完成。他们常常要忍受患者发病或复发时行为的冲动，而且通常只有这些照料者/家人在关爱、照顾和操心着精神障碍患者。有时他们自身也会成为被侮辱和歧视的对象。在一些国家，家人和照料者还得为患者的行为对第三方承担法律责任。家人的重要作用应该在立法中得到承认。

家庭成员和照料者需要知道关于患者的疾病和治疗计划的信息，以更好地照看患者。立法不应仅依据隐私保密而武断地拒绝让他们获得信息，尽管患者隐私权的范围在各种文化中有所不同。例如，一些文化中需要完全尊重患者拒绝向家人及照料者披露其信息，而在另一些文化中则认为家庭是一个统一的有机整体，隐私保密可以扩大到文化所确认的全体家庭成员，在这种情形下，患者自己更接受向家人告知信息的需要。在更强调个体而非家庭的国家中，则个人更可能不愿意与人分享其自己的信息。可以在文化所能接受的做法范围内，作一些变通和区分等级。例如，有一种见解是：正在负责照顾患者的家人可以得到一些能帮助他们

患者的生活起到支持性作用的信息，但不包括其他临床或心理治疗的内容。

然而，隐私保密权并没有受到非议。在立法中，应该考虑到当地的文化习俗，以本国的角度去诠释这类权利。例如，按照新西兰1999年的《精神卫生（强制性评估与治疗）修正法》第2节，“……必须使用立法的权力或执行法律的程序：

a) 恰当地认识个人与其家庭、大家庭、家族、族群和家庭团体之间联系的重要意义；b) 恰当地认识这些联系对个人良好状态的贡献；以及 c) 恰当地尊重个人的文化与种族认同、语言、宗教或道德信仰。”

尤其当患者不能独立完成治疗计划时，家人对制定和实施这些计划起着很重要的作用。毛里求斯的法律规定“患者……或近亲属可以参与治疗计划的制定”（精神卫生保健法，1998年第24号法律，毛里求斯）。

立法也可以保障家人参与精神卫生服务及法律程序的许多方面。例如，如果某位亲属本人没有诉讼能力，则家庭成员有权代表他对非自愿入院及治疗的决定提起诉讼。同样，他们也可以申请有精神疾病的肇事肇祸者出院。各国也可以选择立法规定在复核机关中应当有家庭团体的代表（见13.2）。

立法还可以保障家庭成员参与精神卫生政策和立法以及精神卫生服务计划的制定。在美国的公共法99-660之卫生保健质量促进法（1986）中，要求各个州应当建立“计划制定委员会”，其中必须有至少51%的成员是患者及其亲属。计划制定委员会负责制定和持续监督整个州的服务系统的年度计划，而这些计划还必须得到议会的批准。

把家属有必要参与的所有情形全部涵盖其实是不可能的。立法可能代之以制定原则性的条文，把家庭成员及家庭组织作为精神卫生体系中重要的利害方，因而在制定精神卫生服务的战略性决策时，他们可以在所有相关的论坛和机构中拥有代表。

精神障碍者的家人和照料者：要点

- 家人和照料者普遍承担着看护精神障碍者的主要责任，立法中需要有所体现。
- 尽管隐私保密的范围可能因文化的不同而有所差异，但立法不能仅根据保密权而武断地拒绝为家属提供信息。
- 尤其当患者不能单独完成治疗计划时，家人和照料者在制定和实施治疗计划方面起着很重要的作用。
- 立法可以保障家人和照料者在看护精神障碍者时能够获得所需的支持和服务。
- 立法可以保障家人及照料者参与到精神卫生服务和法律程序的很多方面中，例

如参与非自愿入院和诉讼程序。

- 立法也能保障患者的家人及照料者参与到精神卫生政策和立法以及精神卫生服务计划的制定中去。

7. 权利能力、行为能力和监护

大多数精神障碍者存在对能影响其生活的重要事物做出有见地的选择和决定的能力。但在严重精神障碍患者，这种能力可能会受损。对于这种情况，法律必须有适当的规定，以使用最有利于患者的方式来处理他们的事务。

决定某人是否能够对不同的问题做出选择的核心概念有两个：“行为能力（capacity）”和“权利能力（competence）”。这两个概念在民事和刑事案件中影响着处置的决定，也影响着精神障碍者对公民权的行使。因此立法需要定义行为能力和权利能力，规定确定这两种能力的标准，设定评估它们的程序，并区别当发现缺乏行为能力和/或权利能力时应该采取的行动。

7.1 定义

在精神卫生领域，存在将“行为能力”和“权利能力”混用的趋势，但它们其实是不同的。一般而言，行为能力指存在做出决定或参与行动过程的精神能力（见3.3关于“精神上无能力”的概念），而权利能力则指没有精神上的行为能力的法律后果。

在这些定义中，行为能力是一个健康概念，而权利能力则是一个法律概念。行为能力指的是个体的机能水平，权利能力指的是它们对法律和社会地位的影响。例如，某人可能因为严重精神障碍而丧失精神上的行为能力，这可能导致其被认为没有做出财务决策的权利能力。

这种在两者间所作的区别并没有得到普遍接受。在一些法律体系中，“无行为能力（incapacity）”就是指法律上的无行为能力，例如某特定年龄以下的未成年人不能行使某些权利或特权。而权利能力则作为一个法律术语，用于指个体不能理解所作决定的性质和目的。在这类情况下，这两个词都可以看作是法律概念。

本参考书在讨论到有关行为能力和权利能力的内容时，有区别地将行为能力视为一个健康概念，而将权利能力看作是法律概念。

7.2 无行为能力的评估

一般而言，假定行为能力是存在的，结果是权利能力也存在。因此，某人首先应被假定为有行为和权利能力做出决定，除非有证据表明并非如此。患有重性精神障碍本身并不意味着患者在决策功能方面无行为能力。因此，精神障碍的存在并不是行为能力的全部决定因素，当然也不是权利能力的全部决定因素。

此外，尽管疾病的存在可能影响行为能力，患者仍可以有能力执行一些决策功能。因此行为能力和权利能力都是针对特定功能的。由于行为能力会随时间有所波动，而且不是一个“全或无”的概念，所以需要结合特定的决策或具体需要完成的功

能等背景来加以考虑。

下面是一些特定的行为能力的例子（不同国家之间有所不同）：

7.2.1 作出治疗决策的行为能力

当事人必须有能力：(a)理解是在什么条件下提出治疗建议的；(b)理解所建议的治疗的性质；以及(c)判断同意或拒绝治疗的后果。

7.2.2 选择代理决策者的行为能力

当事人必须有能力：(a)理解代理决策者的指定以及其职责的性质；(b)理解自己与推荐的代理决策者之间的关系；以及 (c)判断指定代理决策者的后果。

7.2.3 做出财务决定的能力

当事人必须有能力：(a)理解财务决策及各种选择的性质；(b)理解与每一方的关系及与潜在的受益者的关系；以及 (c)判断做出财务决策的后果。

缺乏行为能力的结论应当有时限性（即必须反复进行复核），因为一段时间后，无论有没有得到精神科治疗，患者都有可能重新获得部分或全部的功能。

7.3 无行为能力和无权利能力的确定

无行为能力的确定应当由卫生专业人员做出，而无权利能力则由司法部门确定。行为能力是对权利能力的检验，人们缺乏权利能力只能通过他们是否事实上在某特定时段里没有能力做出特定的决定来加以判定。

精神卫生立法（或其它相关立法）可以为确定某人有无权利能力设定程序。例如：

- a) 由于权利能力是一个法律概念，需要由司法部门来判定。
- b) 理想状况是，对于权利能力有问题者，应当有一个法律顾问常规为其提供服务。如果他不能负担这样的顾问费用，那么立法可以要求免费为其提供顾问服务。
- c) 法律应当确保法律顾问没有利益的冲突。即代表患者的律师不能同时代表别的利益方，例如涉及此患者保健的临床服务方和/或该患者的家人。
- d) 立法可以规定，如果对判定结果不服，患者、法律顾问、家人或临床团队的人员均有权向更高一级的法院提出上诉。
- e) 立法应当规定要在特定的时间间隔内，对缺乏权利能力的证据自动进行复核。

在不太发达的国家，想要立刻将这些要求全部写入法律中是不可能的，然而，如果拥有可利用的资源，则应尽可能多地将这些要求纳入立法中。

7.4 监护

在某些情况下，由于精神障碍，人们不能做出重要的决定并且无法自理生活。这时就需要指定一位最能代表其利益人来代理他活动。新南威尔士监护法（1987年第257号）中指出：“某人需要监护就意味着此人有残疾，这个事实表明，他完全或部分地不能自己管理自己”。尽管此人自己可以申请得到监护，但最常见的还

是由其家人或其它照料该精神障碍者的人识别出监护的需要，并提出必要的申请以评估确定是否应当指定监护人。

是否指定监护人是个复杂的决定，必须要考虑到让患者享有尽可能多地掌控个人生活的权利。指定一位监护人并不意味着患者丧失了所有的决策权力、在所有情况下都不能自主行动、以及没有尊严。例如，新南威尔士监护法（1987年第257号）中规定，每一位依照该法行使监护功能的人都有义务在其他事务中“考虑到被监护人的福利和利益；（并且保障）他们的决策自由和行为自由尽可能少的受到限制；要尽可能鼓励被监护者在社区中过正常的生活；应当考虑他们的意见；他们的家庭关系以及文化和语言环境应该得到承认；有关其个人、家庭及财产的事务应尽可能让他们依靠自己，并且应当保护他们不受忽视、虐待和剥削。”

在某种特定情况下可能要考虑的有关监护的其他选择包括律师的权力以及预先指令（详见8.3.6关于代理人对治疗的同意的讨论）

MI 原则：监护

任何关于某人由于精神障碍而缺乏法定行为能力的判断，以及作为无行为能力的后果而必须指定代理人的决定，都只能在依照国内法律而设立的独立、公正的法庭进行了公平的听证以后才能做出。行为能力待定的人有权由其法律顾问作为代理。如果患者自己不能保证这样的代理且无力支付代理费用，则应当无偿地为其提供。该法律顾问不能在同一案件中代表精神卫生机构或其职员，也不能代表患者的家人，除非法庭认为没有利益冲突存在。关于能力的判断和是否需要个人代理的决定需要在法律规定的合理期限内完成。行为能力待定的人、他的代理人（如果有代理人的话）、以及其它任何利益相关人员都应当有权利就任何这类决定向更高一级法院提出申诉。

(原则 1(6), MI原则)

各国要作出的另一个决定，是把有关监护的规定作为精神卫生法的一个组成部分还是另外立法。例如澳大利亚就有一部专门的监护法（监护法，1987年第257号，澳大利亚），而在肯尼亚，精神卫生法（精神卫生法，1991年248号，肯尼亚）中包括了监护这一节。

如果个人被认为无法律上的权利能力和/或不能处理自己的事务，立法需要作出规定，指定一个人或一些人（监护人/受托人）来保护他们的利益。由于判定缺乏权利能力是一个法律问题，指定监护人也应该由司法部门来决定。

立法需要规定指定监护人的程序，时间限制，考察这个决定的过程，并且阐述监护人的职责。此外，立法应该规定监护人决策权的程度及范围。在许多国家中，监护人的权利仅限于患者真正缺乏法律能力的领域里。这些法律努力为精神障碍者保留很多的对于自身事务的决策权，尽管他们不能做出所有的这些决定。而且，立法可以专门设计来为患者争取最大的利益，并鼓励他们最大程度地开发自己的行为能力（例如参见新西兰个人权益和财产权利保护法，1988）。

对监护人未履行职责将会受到的处罚加以详细说明，会令法律得到强化。立法也可以给予患者对指定监护人的决定提出司法审查要求的权利。最后，立法也应当在患者将来重新获得权利能力时撤销监护的规定和程序。

权利能力、行为能力和监护：要点

权利能力和行为能力

- 立法需要定义权利能力和行为能力，规定其判断标准，设置评估的程序，并且确定当发现缺乏行为能力和/或权利能力时应当采取的行动。
- 一般而言，行为能力是指存在作出决策或参与行为过程的精神能力，而权利能力则指没有这种精神上的行为能力的法律后果。
- 患有严重精神障碍并不意味着患者在决策功能上无行为能力，因此它不是决定行为能力或权利能力的全部因素。
- 尽管疾病的存在会影响行为能力，患者仍可以有执行某些决策功能的行为能力。
- 由于行为能力会随时间有所波动，而且可能部分或完全改善，所以需要将其与特定的决策或具体需要完成的功能相联系。
- 无行为能力的确定应当由卫生专业人员做出，而无权利能力则由司法部门确定。
- 行为能力是对权利能力的检验，不能仅仅因为某人在特定的时间无行为能力做出某特定的决定而判定其缺乏权利能力。

监护

法律可能:

- a) 确定适当的权威来指定监护人。这可能是由司法部门根据权利能力（见前面）来作出决定，或者由别的司法实体如较高级别的法院来决定。
- b) 制定程序来指定监护人。
- c) 详细说明指定的期限。
- d) 阐明监护人的权利和义务。
- e) 详细说明对于监护人在执行法定义务方面失责的处罚——包括民事、刑事或行政处罚。
- f) 确定监护人代为作出决定的权力的广度和范围。任何指令都应该确保最好地符合了被监护者的利益。只有这样，精神障碍者才可能保留多数对于自己事务的决定能力，尽管他们不能做出所有的这些决定。
- g) 制定条款，使患者有权对指定监护人的决定提起上诉。
- h) 制定对监护加以复核的规定，以及如果患者经过治疗或未经治疗恢复了权利能力则可撤销监护的规定。

8. 自愿与非自愿精神卫生保健

8.1 自愿入院和自愿治疗

自主和知情同意应是绝大多数精神障碍患者治疗和康复的基础。恰当的做法是，所有患者首先应被假定为有行为能力，并且在实施非自愿程序之前，应尽一切努力以使患者能够接受自愿入院或治疗。

MI 原则：知情同意

未获患者知情同意不得实施任何治疗，除非出现 [本《原则》] 第 6、7、8、

13 段中的情况。

原则 11 (1), MI 原则

有效的同意必须满足以下标准（MI 原则 11，见附件 3）：

- a) 做出同意决定的正常人或患者必须具有做出该决定的权利能力，并且应假定其有权利能力，除非有相反证据加以证明；
- b) 同意的决定必须在自由状态下获得，不得施加威胁或不当的诱导；
- c) 应恰当而充分地提供信息，必须包括所建议的治疗的目的、方法、可能的疗程和预期疗效；
- d) 应充分地与学生讨论所建议的治疗可能引起的痛苦或不适，以及风险和可能的副作用；
- e) 如有可能的话，应依据良好的临床规范来提供选择，应同学生讨论并向其提供备选治疗方法，尤其是那些侵入性较小的方法；
- f) 信息的提供应当使用学生能理解的语言和形式；
- g) 学生应当有权利拒绝或中止治疗；
- h) 拒绝治疗（可能包括出院）的后果应向学生解释清楚；
- i) 应将同意决定记载在学生的医疗记录中。

有同意治疗的权利也意味着具有拒绝治疗的权利。如果学生被判定有行为能力做出同意决定，那么其拒绝的决定也应得到尊重。

如果必须住院，则立法应将目标放在促进和推动获得知情同意之后的自愿入院。该目标的实现可通过（1）详细说明应当提供精神卫生服务——包括必要的住院——给需要这些服务的人；（2）或者简而言之，将精神卫生与其它任何障碍或疾病等同对待。两者各有利弊。对于前者，通过规定入院和治疗的权力，法律可避免在有关能否让精神障碍者自愿治疗/入院问题上的任何含混不清，同时也为学生申明自己的确是自愿的行动提供了机会。鉴于既往对精神卫生保健的忽视以及不够理解的事实，这种方式可能会鼓励更多的人去寻求精神卫生保健和治疗。

MI 原则：自愿入院和治疗

一旦某人需要在精神卫生机构中治疗，则要尽一切努力以避免非自愿入院。

(原则 15 (1), MI 原则)

另一方面，将精神卫生问题同其它健康问题隔离开来可能有歧视精神卫生服务享用者之嫌，并且削弱了精神障碍应同其它健康问题等同对待这样的论点。如果立法中没有特别规定自愿性的精神卫生保健和治疗，则它们将被看作与其它卫生保

健相同的方式。

自愿入院同时带来了从精神卫生机构自愿出院的权利。然而，有关出院的立法较为复杂，因为事实上许多司法实践中授权官方在特定的情况下可以不顾该项权利。MI 原则规定，不是通过非自愿入院的方式而住院的患者有权在任何时候出院，除非他们满足非自愿入院的标准。

立法应当在各种非自愿入院的正当理由都满足的情况下，才能允许当局阻止自愿入院患者自行出院。应当使用所有非自愿入院的程序性保护。建议立法条款规定：自愿入院患者在自愿入院时有权被告知以下内容——在患者想要自行出院时，只有在满足非自愿入院条件的时候，出院权利才可能被拒绝。

有时会出现这样的问题，无同意能力的患者仅仅因为没有反对入院而被“自愿”送入医院（见 8.2）。例如，某患者既不理解入院的真相也不理解其目的，却被“自愿”送入医院。精神发育迟滞者是另一个容易有这种所谓“自愿”入院风险的群体。也有人因为受到胁迫或者不知道自己拥有拒绝权，而可能不加反对地“接受”治疗或入院。在上述情况下，没有反对并不等于同意，因为同意必须是自愿和知情的。

“自愿”的概念排除了胁迫的使用，意味着可作出选择，并且个人拥有行使选择的能力和权利。上述的例子违背了其中的一个或全部条件。在巴西，法律规定：“自愿要求收容或同意被收容的人在入院时将被要求签署一份声明，表明自己已经选择了这种治疗方式。”（精神卫生法，2001 年第 10.216 号，巴西）

自愿入院和自愿治疗：要点

- 如果需要住院治疗，立法应当支持自愿入院，并且应当尽一切努力以避免非自愿入院；
- 如果法律允许有关当局继续收容想要出院的自愿入院患者，这只能在符合非自愿入院的标准时才具有可能性；
- 在进入精神卫生机构时，自愿入院的患者可被告知以下事实：如果将来患者满足非自愿入院的标准，该机构内的精神卫生专业人员有权阻止他们出院；
- 对自愿患者只有在获得其知情同意的情况下才可实施治疗；
- 如果患者有知情同意的能力，那么该同意是治疗的先决条件。

在多数国家，由于并非所有被作为自愿患者收入院的患者都是严格意义上的自愿，立法应制定规定由一个独立的实体（见第 13 节）对长期住院的自愿患者进行定期

复核，评估其整体状况和处境，并且提出适当的建议。

8.2 “不主张权利的”患者

一些国家的立法对那些从其精神状况看来无能力做出同意治疗和/或入院的决定、但是的确没有拒绝精神卫生干预的患者制定了相应的规定。这包括上一节提到的不满足自愿入院条件，但也确实不符合非自愿入院标准的患者（例如，严重精神发育迟滞者）。由于一些国家关于“无行为能力”的立法直接同广义上的监护法律相联系，这种立法能够充分地处理无同意能力、但是拒绝入院/治疗的精神障碍者，因此许多国家也发现了在该领域立法的重要性。这种分类的目的是保护“不主张权利的（non-protesting）”患者的安全，同时也为不知情同意能力者提供必要的住院和治疗措施。此举的主要优点是可确保未拒绝治疗者不被错误地界定为非自愿或自愿患者；同时也有助于遏制被当做非自愿患者而错误收入院的人数的增加。

允许入院和/或治疗的标准严格性通常低于非自愿入院标准。这使得不知情同意能力、但是需要治疗和入院以保证（精神）健康的患者能够得到必要的保健和治疗，即使他们没有对自身或他人构成安全威胁。“需要住院”有时被作为一条充分的标准。对这条标准或者“健康需要”标准的要求通常低于对非自愿入院标准的要求（见 8.3.2）。申请替不主张权利的患者提供医疗的人通常是其近亲属或真诚地关心患者利益的人。不主张权利的患者“代理人”在许多国家被普遍地使用。如果患者对其入院或治疗提出反对，必须即刻停止将其当作不主张权利的患者对待，并且必须对其使用非自愿入院的完整标准加以确认。

以保护非自愿患者的同样方式来保护不主张权利的患者权利是至关重要的。例如，需要由一名以上的精神科医生对患者的行为能力和是否适合自愿治疗进行评估，并达成共识。不主张权利的患者应象非自愿患者一样按照强制性自动复核程序进行复核，包括对其精神状态的初次确认和进行持续的定期评估，以确定其状况是否发生变化。如果通过入院/治疗，患者恢复了知情决定的能力，那么必须将其转移出不主张权利的患者之列。此外，不主张权利的患者应有就其状况进行上诉的权利，他们也将享受到其他患者享有的一切权利，比如权利告知、隐私保密、有恰当标准的医疗服务，以及其他权利（见第 5 节）。

“最少限制的环境”和“患者最大利益”这两个基本原则必须同样适用于不主张权利的患者。

立法对不主张权利的患者加以规定的国家包括澳大利亚，该国立法有一节“无同意能力患者的非正式治疗”（精神卫生法，1990年，澳大利亚新南威尔士），南非也在2002年颁布的《精神卫生保健法》中制定了关于“受助患者”的规定。在不同的立法中，针对不主张权利的患者医疗可能仅适用于住院患者，或者也可能适用于在门诊治疗的患者。

不主张权利的患者：要点

- 一些国家的立法对因精神状况而无行为能力做出同意治疗和/或入院决定、但又不拒绝精神卫生干预的患者进行了专门的规定；

- 允许入院和/或治疗的标准的严格性通常低于针对非自愿患者的标准(例如,“需要住院”或“健康需要”标准);
- 如果患者对其入院或治疗提出反对,必须立即停止将其当作不主张权利的患者对待,并且必须启用非自愿入院的完整标准进行评定。同样的,如果随着治疗的深入患者恢复了知情决定能力,他们必须从不主张权利的患者之列转移出来;
- 以保护非自愿患者的同样方式来保护不主张权利的患者权益是至关重要的。例如,行为能力评估、自动复核程序以及上诉等方面的权利;
- 不主张权利的患者也应享有赋予其他患者的一切权益,例如,权利告知、隐私保密、有恰当标准的医疗服务、以及其他权益。

8.3 非自愿入院和非自愿治疗

在精神卫生机构的非自愿或强制性入院,以及非自愿治疗等,由于强烈冲击了个人自由及选择权利而成为精神卫生领域中颇具争议性的话题,并且承载着因政治、社会及其它动机而被滥用的风险。而另一方面,非自愿入院和治疗可以防止自伤和伤害他人,并且可帮助那些因患精神障碍而不能自愿接受管理的人实现健康权利。

一些国际性的人权文件,如MI原则(1991)、《保护人权和基本自由的欧洲公约》(1950)、以及《夏威夷宣言》(1983)等,有时认可对精神障碍患者实施非自愿入院和治疗的必要。然而,强调仅有一小部分精神障碍患者需要非自愿入院和治疗十分重要;在患者接受非自愿入院和治疗的情况下,如果能提供人性化的治疗和自愿医疗的适当机会,非自愿入院和治疗可进一步减少。

大家都知道,一些精神卫生服务享用者和倡议组织,如“支持精神自由国际联盟”等,强烈反对任何情况下的非自愿治疗,包括精神药物的非自愿应用。

精神卫生立法在此领域的关键议题是归纳出适用非自愿入院和治疗的各种情况,并且制定合适的操作程序。为确保患者的权利得到充分的保护,立法在这部分通常需要对法律程序作相当详尽的说明,因而可能多少显得有些冗长。

本参考书的目的并非要对非自愿入院和治疗加以说明,而是强调对全球差异和文化差异的认识。同样,关于非自愿入院和治疗,本书强调不同的文化、传统、经济和人力资源均与之有关。但是非自愿入院和治疗的原则十分重要,可就此制定一些参考框架以帮助有关国家采取适于本国的立法决策。

1.某人可能 (a) 作为一名患者而被非自愿地收治于精神卫生机构；或者 (b) 作为一名患者已经自愿入院，只有并且仅仅只有在法律授权的有资质的精神科医生依据原则 4 认定该患者患有精神疾病，并且认为下述两种情况之一成立时，他/她才可能作为非自愿患者而继续住院：

(a)由于该精神疾病，存在即刻或者马上要伤害患者自身或他人的极大可能；

或

(b)由于患有严重精神疾病并且判断力受损，如果无法将患者收治或继续收容于医院内，则有可能使病情恶化或阻碍恰当的治疗，而且依据最少限制选择的的原则，该治疗只有在精神卫生机构内才能实施。

2. 对于(b)中的情况，如有可能则应咨询独立于前者的另一名精神科医生，如果进行了这样的咨询，则必须要得到两位医生的一致同意，才能实施非自愿入院或继续留院。

3. 只有经国内法律授权的官方指定的精神卫生机构，才可收治非自愿入院的患者。

(原则 16 (1) 和 (3), MI 原则)

8.3.1 非自愿入院和非自愿治疗的组合式与分离式方法

精神卫生立法可将非自愿入院和非自愿医学治疗组合为一个程序，或者分开加以处置（见 8.3.7）。

在“组合”方式中，一旦对患者实施非自愿入院，即可对他们进行非自愿治疗，而无需再采取别的治疗批准程序。一些家属组织、专业人员及其他人员坚持认为，绝大多数情况下非自愿入院的目的旨在逆转临床状况的恶化。他们认为，如果不提供治疗，入院即无意义。实际上葡萄牙的法律就规定“如果认为保证患者依从于治疗的唯一方式是住院，那么强制性收容便是唯一的选择……”（精神卫生法第 36 号，1998，葡萄牙）。而巴基斯坦法律则仅仅提到了“治疗即为入院目的”（巴基斯坦精神卫生条令，2001）。当然，患者可能无需药物治疗，而从侵入性较少的

疗法（例如心理治疗、支持小组、或职业治疗等）中受益。但是，就单一的方式来说，不管实际上是否提供药物治疗，如果入院得到批准，那么也应当能够给予药物治疗。

这并非意味着在组合方式中，患者丝毫不能参与到治疗计划中。例如，阿尔巴尼亚法律规定不经同意将患者收住精神卫生机构应当有“必要的医学程序”；该法进一步规定，患者或其法定代理人“有权获知所建议治疗的全部信息，包括副反应和可能的备选方案”（精神卫生法，1991）。即使是对非自愿的患者采取单一的、组合的方式，对医生来说始终尝试获得患者对治疗的合作和同意仍是一个良好的习惯。

在完全“分离”的方式中，入院和治疗的程序是彼此独立的。首先，要对患者进行非自愿入院评估；然后，如果非自愿入院的患者需要非自愿治疗，则需要再对该治疗进行评估，并且有必要对治疗采取独立的批准程序。

许多个人和组织，尤其是精神卫生服务享用者组织，反对将非自愿入院和非自愿治疗合并，他们认为，同意或拒绝入院/治疗是彼此独立的。人们可能需要非自愿入院但无需非自愿治疗，甚或不必在患者家庭或社区之外的地方进行非自愿治疗。此外，对行为能力是否特别针对具体问题也还存有争议，因为被判定为无入院决定能力的患者仍有可能拥有治疗决定能力。非自愿治疗是否侵犯了基本的人权原则也是有争议的。例如，经济、社会和文化权利国际公约（ICESCR）第 12 条的一般解释 14 指出，健康权包括了拒绝非双方同意的医学治疗的权利。进一步引起争议的是，一个独立机构如法庭或复核部门可根据患者的精神疾病而将其送入精神卫生场所，但同样是该机构，或另一个不同的机构，也可判定该患者丧失了治疗决定能力。因此对有否具备治疗同意能力进行评估是必要的。而且，分离方式的支持者们认为启用非自愿入院和非自愿治疗这两个独立的程序可确保为精神障碍患者的权利提供额外一层的保护。

另一方面，组合方式的支持者们认为，应用分离的方式存在风险，在两个程序之间的选择上浪费大量的时间，治疗可能被大大耽搁，从而对患者本人造成不利影响，如果该患者具有高度攻击性，也同样可能对医务人员和其他患者造成不良后果。此外，由于多数低收入国家人力和财力资源有限，难以就非自愿入院和非自愿治疗建立两个独立的操作程序。“组合”方式并未违反 MI 原则的第 16 条第 2 款，该条款建议：“国内立法应明确规定在复核机关就入院或继续留院进行复核之前，以医学观察和初步治疗为目的的非自愿入院或继续留院应在一开始就限制在短期内施行”。

另一个可能的变通是，将上述两种方式的长处结合起来，既分别考虑入院和治疗的需要，又将确认和批准程序合并起来。换句话说，评估患者入院需要的同一名医生、同一个复核机关（或独立权威机构）也可（在同一阶段）评估该患者的治疗同意能力以及是否确实需要实施非自愿治疗。如此做法可能导致几种不同的结果（将在 8.3.5 讨论）。

下面将讨论非自愿入院和治疗的标准和程序。如果采用“组合”程序，也就是将（必要的）治疗作为非自愿入院和治疗这个整体中的一部分，则治疗应被“隐藏进”入院程序。换句话说，如果入院得到许可，那么治疗也自动获得许可，尽管如果没有临床需要不一定实施治疗。如果治疗被作为“独立”于入院之外的一个

过程，尽管入院的标准和程序在很大程度上与“组合”程序中相同，但非自愿治疗仍分别予以考虑。

8.3.2 非自愿入院标准

存在精神障碍

首要条件是存在由国际公认标准定义的精神障碍的证据，这也是所有以人权为导向的有关非自愿入院的精神卫生立法的共同点。然而，在不同的司法体系中，符合非自愿入院标准的精神障碍的类型和严重程度各不相同。一些国家仅对特定的精神障碍如精神病性疾病允许实施非自愿入院；有的国家采用“严重精神障碍（疾病）”的标准；而还有些国家则在非自愿入院适用标准上使用更宽泛的精神障碍定义。各国立法的一个关键性问题，是明确哪些特定的状况应纳入或排除出非自愿入院。存在较大争议的诊断包括精神发育迟滞、物质滥用和人格障碍（见第3节）。在此问题上的选择将体现出某一国家或社会的价值观。

存在即刻危险的极大可能性或“需要治疗”

对精神障碍患者实施非自愿入院的两个最常使用的、而且也很可能是最重要的依据是“存在即刻危险的极大可能性”和“需要治疗”。

- **存在即刻危险的极大可能性**——这条标准使用依据是为了患者的最大利益，预防自伤，或者为保护他人的安全。预防对患者自身、照料者、家属以及大众的伤害是政府的一个重要义务，因此也常是立法的一个关键要素（有关危险性预测的内容，见 Livesley, 2001; Sperry, 2003）。
- **需要治疗**——如同危险性/安全性标准一样，该标准也引发了大量的争议。许多组织和个人，包括精神卫生服务享用者及其组织皆反对此标准。MI 原则（原则 16）指出：如果“某人患有严重精神疾病，并且判断力受损，不将其收入精神卫生机构或继续留院则该患者的病情有可能恶化，或不住院会有碍于实施仅在精神卫生机构内才能提供的恰当治疗……”，则可以使用非自愿入院程序。

上述原则通常包括同时存在的多种因素。首先，疾病必须是“严重”的（定义问题）；其次，必须证明“判断力受损”（能力问题）；再次，必须有足够的证据假定：如果不入院，则该患者病情有可能恶化，或有碍实施仅在精神卫生机构内才能提供的恰当治疗（治疗预测问题）。

入院必须包含治疗性目的

只有入院具有治疗性目的时，才可实施非自愿入院。这并非意味着必须提供药物治疗，可以是更广泛范围的康复和心理治疗等手段。治疗的失败不等于治疗性目的的缺失，如果患者正在接受治疗性医疗服务，非自愿入院即是合法的，即使所提供的治疗不能完全治愈患者。不应将纯粹需要监护性照料的患者当作非自愿患者收留在精神科医疗机构中。

采用上述标准时，考虑到“最少限制的环境”原则也很重要。即如果可采用限制性更小的其它备选方案如社区治疗，则患者可不必入院。

8.3.3 非自愿入院程序

精神卫生立法通常会制定出非自愿入院需要遵从的程序。各国的程序不尽相同。

本节的以下部分（如同本书的其它章节）内容应当被解读为广义的指南，而不是作为一种建议。

由谁承担评估工作？

作为对非自愿入院患者的进一步保护措施，MI 原则建议要由两名独立的医学从业人员分别对患者进行独立的检查和评估。这是一条重要的原则。然而，在缺少精神科医生和一般医学专业人员的低收入国家，甚至在一些发达国家中，该原则经常得不到执行，或者被认为是不切实际的，因此可能通过立法而合理地规定其他可行的替代方式。例如，南非所施行的就是培训并授权其他合格的精神卫生从业人员（如精神科社会工作者、精神科护士及心理学家）从事评估工作。加拿大绝大多数省份规定，在社区中只要一名医生便可批准短期的入院（24—72 小时），此后由医院里的另一名医生检查该入院患者，如果认为无需进一步住院，患者即可出院。

对于必须要由多少名从业人员以及需要具备何种资格的从业人员对患者进行入院或者治疗之前的检查，其实并没有定规。由多名有资质的人员进行多重检查可以为患者提供最大的保护，但如果立法或者强制性地推行此方式，则可能会因极为稀缺的资源被用于评估某一患者去了，致使其他患者得不到所需的治疗；或者患者因为当地没有足够的符合资质的人员而根本得不到评估。很显然这样并不能为患者提供更好的保护。

此外，从表面上看，资质较高的专业人员从事精神状态检查的能力可能反而会被认为资质较低的专业人员差。例如，许多发展中国家的医生在精神卫生领域仅受到极少的培训并且缺乏经验，而某些精神科护士却具有很高的专业技能和经验。另一方面，由于许多精神科的症状可能是潜在躯体疾病的表现，因此至少应有一名医生进行检查，这点也非常重要。很显然，适合当地的解决方法远比本书所描述的任何准则都重要。虽然如此，应当始终如一贯彻的是：有两次独立的评估，其中一次须由一名有资质的从业人员执行。

如果在入院之前完全无法进行二次评估，则应在实施治疗之前完成评估。如果两评估结果相差悬殊，则必须由第三名独立的从业人员检查患者并给出建议，然后应采纳多数人的建议。

由谁提出申请？

由谁提出非自愿入院申请是个更难解决、争议更大的问题。在一些国家，基于精神卫生从业人员的建议，无论是家庭成员、近亲属还是监护人，或者是政府指定人员（如在英国就是社会工作者），都可向指定的精神卫生机构（精神病医院或综合性医院的精神科病房）提出申请，要求将患者收入院。在另外有些国家，甚至在进行医学检查之前就可提出入院申请，而且检查是应申请而作出。

在有些国家，某些家属会认为，他们有特权决定其家庭成员是否需要以及何时需要非自愿住院和治疗，并且认为自己在是否需要以及何时需要外界帮助的问题上具有发言权。而在另外有些国家，则家属根本不去涉足申请的问题，因为绝大多数家属不愿承担患有精神障碍的家人在住院或治疗以后对其提出指责的风险。这些差异反映了各国不同的文化背景以及所采用的程序的差异，没有哪种方式被认为是唯一“正确”的。

患者应被收治于何处？

对于患者应被非自愿收治于何处的问题，各国需要做出决策。如果可能的话，这应当像其他疾病入院一样，要尽可能靠近患者的居住地。可以开发综合性医院的精神科病房来收治大多数的非自愿患者。但由于确有少部分非自愿患者可能具有攻击性或者难以处置，某些机构可能需要达到收治这些患者所必要的安全水平。无论如何，精神卫生机构在被允许收治非自愿患者之前，应具备提供充足而恰当的医疗服务和治疗措施的资格。

由谁对入院建议和持续住院进行复核？

绝大多数国家以独立的权威机构如复核机关组织、专门法庭或法院等，对基于医学/精神医学/专家鉴定意见的非自愿入院进行确认（见第 13 节）。独立权威机构的决策无论如何都不应受到任何外来因素的干扰。对于上述的问题，应利用一切资源和当地现有条件来决定需要什么样的复核实体组织以及后续操作程序。另外，各国需要在选择入院优先和权利保护之间取得平衡。例如，尽管绝大多数非自愿入院并未被归类入“急诊”，但鉴于前述的非自愿入院标准，还是应避免任何在入院和治疗上的耽搁（见 8.4）。在防止自伤或伤人的权利与必要的治疗或拒绝治疗的权利之间找到一个合适的平衡点是很有必要的。

在某些国家，要求独立的权威机构对所有的病例在入院之前都进行复核是不可能的。与其延搁住院，还不如通过法律规定明确的复核时限（但该时限必须较短），一旦复核机关作出了决定，就必须采取相关的行动，也就是进行持续的、自动的、强制性的和定期的复核。

在实际工作中，绝大多数非自愿住院的时程较短，仅数天或数周，大多数患者即表现出良好的康复和/或不再满足非自愿住院的标准。大多数情况下，非自愿住院没有理由持续超过这段时间。患者要么恢复到可以出院，要么恢复到有能力决定是否自愿继续住院的状态。一些国家的立法并不要求复核机关对持续时间短于某特定时期的非自愿住院进行复核。例如，南非的立法对此的限制是 72 小时之内（精神卫生保健法，法规 17，2002 年）。缺乏人力和财力资源的低收入国家可能发现这种方式的长处，因为这种复核机制没有不成比例地消耗资源从而对精神卫生服务的供给造成影响。此方式在 MI 原则中也有体现：“国内立法应明确规定在复核机关就入院或留院进行复核之前，*以医学观察和初步治疗为目的*的非自愿入院或留院原则上应被限制在短期内”（强调部分为另加）。

只要有可能，独立的权威机构应给予患者一个机会，让他们就非自愿入院（包括患者是否认为自己是不当入院或者自己宁愿选择去何处入院）表明其观点和意见，这些在决策时应被考虑在内。此外，独立的权威机构应咨询患者的家属（以及其他亲属）、相关的卫生从业者和/或患者指定的法定代理人（如果有这样的代理人的话）。

法律应确保患者被立即告知非自愿入院的原因，并且此信息最好也能迅速传达给患者的法定代理人及家属。

此外，向准司法机关和司法机关提起上诉的权利应作为一个重要的部分写入非自愿入院的法律条款中。处理非自愿入院事宜的立法部分应包括此项权利，并且为患者、家属和/或其法定代表人设定随后的程序——就入院的启动向精神卫生复核

机关和/或法院上诉。

非自愿入院：要点

- 只有在满足以下所有标准并且患者拒绝自愿治疗的情况下，非自愿入院一般才被允许：

- a) 存在严重性达到一定程度的精神障碍的证据，并且；

- b) 存在自伤或伤人的极大可能性，和/或如果未经治疗，患者的状况会恶化，并且；

- c) 入院包含治疗性目的，并且；

- d) 只有在精神卫生机构内才能实施治疗。

- 非自愿入院的操作程序：

- a) 应有两名具备资格的精神卫生从业者（其中之一应为医生）确认达到非自愿入院标准，并且建议非自愿入院；

- b) 非自愿住院的申请应符合当地的文化和社会状况；

- c) 通过认证、能提供恰当、充分的护理和治疗的精神卫生机构，才被允许收治非自愿住院患者；

- d) 应由一个独立的权威机构（复核机关、专门法庭）或法院批准非自愿住院，该项操作应尽可能在非自愿住院申请提出之后完成，如无法进行，则应尽可能在入院之后完成；立法应为复核制定具体的时限，在听证时应允许有法定代理人；

- e) 患者及其家属和法定代理人应被立即告知非自愿入院的原因以及患者的权利；

f) 患者、家属和/或法定代理人应有权就非自愿入院向复核机关和/或法院提出上诉。

- 应有条款规定独立的复核机关对非自愿入院进行定期、限时复核；
- 当患者不再满足非自愿住院标准时，必须中止非自愿住院，随后可进行自愿治疗。

中止非自愿住院和治疗的程序应具有足够的弹性，以确保住院时程不会超过实际需要的时间。只有在达到一定严重程度的精神障碍持续存在，并且符合非自愿住院标准的情况下，延续非自愿住院才是合法的。如果非自愿住院不再具有正当理由，则由法律规定的医生或专业人员，或者有可能的话由复核委员会准许患者出院而无需进一步的治疗。如果患者本人同意，他们可以转为自愿的身份继续接受住院或门诊治疗。这就意味着，需要有一个法定程序来定期复核各个案例。非自愿住院超过建议时间的患者在规定的时间内应有权提出上诉，要求撤销住院决定。

为执行好上述操作程序，一个有效的措施就是制定出必须在各个阶段分别填写的标准化表格（见附件 8 的表格实例）。

8.3.4 非自愿治疗标准（当住院和治疗采用分离式程序时）

非自愿住院和非自愿治疗标准有相当程度的重叠部分。但是，就治疗而言，两者的主要区别是患者必须被断定无知情决定能力。未经同意的治疗必须满足以下的全部条件：

- 1、已经按照国际医学标准确定患者患有精神障碍；
- 2、患者缺乏对治疗建议作出知情同意或作出拒绝决定的能力；
- 3、治疗对以下情况来说是必要的：
 - （1）改善患者的精神障碍；以及
 - （2）阻止患者精神状况的恶化；和/或
 - （3）防止患者自伤；和/或
 - （4）防止他人遭受明显的伤害。

未经同意和未获法定实体组织授权的治疗应只能并且严格限于在相应机构的急诊中实施，而且只能是在急诊的那段时间中（见 8.4）。

8.3.5 住院患者非自愿治疗的程序

与入院程序不同，有多种不同形式的治疗程序可以采用。治疗决策可以独立于住院程序主要表现在以下方面：

a) *时间*——非自愿治疗仅在患者入院以后进行评估；

b) *标准*——需要加以非自愿住院的精神状况与治疗决定的能力是不同的；

c) *专家和授权*——决定谁应当非自愿住院、谁需要非自愿治疗的，是不同的人，且需要各不相同的专业技能。

上述任何一项均可为患者提供更多的保护，但是和住院一样，不应让这些程序过分耽误治疗，否则也可能构成对人权的侵害。

在缺少资源的情况下，仍有可能用不同的*标准*将非自愿入院和非自愿治疗分别评估，只是是由*同一（几）位评估者*在评估入院的同时对治疗进行评估。

无论是作为组合式程序的一部分还是作为分离程序，非自愿治疗应当总是由具有资质的法定的精神卫生从业者提议。采用何种专业资质分类依赖于各国的资源和条件。与入院一样，在另一位独立的法定精神卫生从业者单独检查了患者，并且审查了患者的全部病史和治疗记录后，即可确认治疗计划。做出治疗决策的从业者可能仅在其职业范围内行事，因此有必要再一次强调，指定的专业人员需要接受必要的培训、具有合格的能力和专业知识，立法应规定相应的标准。

基于以上的建议，治疗计划同住院建议一样，可由一个独立的权威机构（如复核机关）进行批准。该权威机构可能被要求证实患者确实无治疗同意能力，并且（如一些立法规定的）所要采用的治疗是为了患者的最大利益着想。与住院的情形一样，该独立的权威机构可以是准司法性的或司法性的。关键在于，该独立的权威机构要不同于治疗申请人，其组成人员要具有必要的专业技能和知识，并且能够判定患者的权利能力。

尽管有时该机构不同于批准入院的机构，但这也不尽然。如果仅有一个实体组织，那么其成员就需要牢记入院和治疗的不同标准。该组织机构可就一系列的选择进行决策，例如：患者必须非自愿入院但未获其同意不能进行药物治疗、患者入院并且接受治疗，或者既不允许入院也不允许治疗。

当由同一权威组织机构评估入院和治疗时，则为建议在社区治疗（即不住院的强制性治疗）创造了机会——如果这在该国也是一种选择的话（见8.3.7）。独立批准非自愿治疗的另一个变通方式是，详细列出需要进行独立复核的特定治疗方式，例如，使用肌肉注射缓释型抗精神病药物治疗可能需要一个独立的批准程序，口服药物治疗则不需要。

当建议实施非自愿治疗时，无论该治疗是“组合”方式的一部分或“分离”式，根本的是要保护患者免受不当伤害，并且治疗应旨在为患者谋利。总而言之，治疗应始终根据公认的临床症状进行、具有治疗性目的，并且有可能起到真正的临床疗效，而不仅仅是针对患者的管理、犯罪行为、家庭或者其它状况。非自愿治疗必须符合本国和/或国际上对特定精神状况的治疗指南——无论何者皆可防止治疗滥用。

非自愿治疗必须不超过必要的时间，并且应由治疗医生系统地复查以及由独立的复核机构进行定期复查。一些法律条文规定了治疗可持续的最长时间。所建议的治疗的主要目的之一，必须是恢复患者的能力，达此目的后即应中止非自愿治疗，多数情况下将开始自愿治疗。一旦规定了时限，非自愿治疗就不得超过许可的期

限，或者超过恢复患者能力的时间——*无论何者发生在前*。

立法可鼓励专业人员将患者和/或其家属（以及其他相关人员）纳入到治疗计划的制定过程中，即使该治疗是非自愿治疗。当患者接受非自愿治疗时，必须立即告知患者及其照料者他们的权利。

患者及其家属和/或代理人必须有权就其强制性接受的非自愿治疗向复核机关、专门法庭和/或法院提出上诉。标准化申请表格在上诉程序中有着很好的作用（见附件 8 的表格实例）。

实例：加拿大安大略省某住院患者就非自愿治疗上诉获得成功

在加拿大安大略省，Starson教授因制造死亡威胁但被判决无刑事责任之后，被复核委员会命令住院12个月，然后住入了医院。主治医生根据其双相情感症状建议进行药物治疗。Starson以药物导致思维迟钝和抑制创造力为由拒绝同意治疗，但主治医生发现他并无同意或拒绝药物治疗的决定能力。Starson向知情同意与行为能力委员会（Consent and Capacity Board）提出投诉，要求复核医生的决定。该委员会同意了医生的决定。然而，该委员会的决定随后被高等法院经司法审查而推翻。此决定被转到上诉法院，该法院支持下级法院的判决。此案到了加拿大最高一级法院——最高法院，该法院于2003年6月宣判支持安大略省上诉法院的判决。

根据《安大略省卫生保健知情同意法》（见第2.3节），个人必须能够理解与作出治疗决定相关的信息，并且必须能够认识决定或不决定治疗将会产生的合理的可预知结果。

法院发现知情同意与行为能力委员会误用了判定行为能力的法律检验，并且得出错误的结论：Starson教授无法认识其决定的后果。

本案例揭示的重要原则是：

- 住院不经患者同意并非一定表示该患者无治疗决定能力；

- 确定行为能力的法律检验可以有不同的解释；
- 由于允许向更高级别的权威部门上诉，最初的治疗决定是可能被推翻的；
- 个人的完整和不可侵犯性是一项非常重要的人权原则。

(Starson v.Swayze,2003,SCC32)

在定期复核非自愿治疗时，独立的权威机构必须确认存在继续实施非自愿治疗的理由。如果规定了非自愿治疗的时限，而需要超期治疗，必须重复治疗批准的程序。仅有患者的拒绝治疗不应成为重复批准程序的充分理由。

非自愿治疗：要点

- 在采取治疗之前，必须要满足非自愿治疗的标准；
- 非自愿治疗的程序：
 - a) 治疗计划应由具有足够专业技能和知识的、合格的精神卫生从业者做出；
 - b) 该治疗计划需要得到另一位独立的、合格的精神卫生从业者同意；
 - c) 在非自愿治疗建议被提请复核以后，独立的权威机构（复核机关）应尽快组织对该治疗计划进行复核。该机构还应对持续性的非自愿治疗的必要性进行定期评估；
 - d) 如果对非自愿治疗的批准有期限，则只有在批准程序再次重复以后才可延续此治疗；
 - e) 当判断患者恢复了治疗决定能力，当不再有治疗需要或者批准的治疗期限已过时，应当停止非自愿治疗，无论何者是最先发生的；
 - f) 患者及其家属和/或法定代理人应被立即告知非自愿治疗决定，并且只要具

备可行性，他们就应参与治疗计划的制定；

g) 一旦非自愿治疗得到批准，就必须告知患者、家属及其法定代理人，他们有权向复核机关、专门法庭和/或法院就非自愿治疗决定提出上诉。

值得注意的是，上述程序不适用于紧急情况、特殊治疗或研究，这部分内容将在下文中讨论。

8.3.6 对治疗的代理同意

在某些司法体系中，患者的私人代表、家庭成员或法定监护人有权代表患者做出同意治疗的决定。很显然，代行同意只能在已经明确患者缺乏同意治疗的行为能力时，才予考虑。

“代理”（Proxy）同意在多数情况下是非自愿治疗的一种形式。任何代理人在代表无行为能力的患者做决定时都应受“代替判断”标准的约束，即代理人做出的应当是缺乏行为能力的患者在有行为能力的情况下可能作出的决定。对于从来就无行为能力的人——如精神发育迟滞者，该标准与“最大利益”标准合二为一。但即便如此，代理人仍应努力了解患者的特定境遇，以便其所做的决定最接近于自己所感知的无行为能力患者的需求。

由家属代行决定通常比较有利，因为从根本上说，他们最有可能维护患者的最大利益，并且最有可能熟知患者的价值观。同时，应当承认，“代理”决定可能并非真正独立的，尤其当其是患者家属作出的时。家庭中可能发生利益冲突，家属可能会权衡他们自己的最大利益和患者的最大利益。因此，用于非自愿治疗的保护性规则也应适用于代行决定的情况；例如，即使在代理人同意的情况下，患者也应有上诉权。

在一些国家的立法中，创设了“预先指令”（advance directives）的规定，亦即精神障碍患者在“正常”阶段可以确定在他们无知情决定能力时，哪些是可接受的，哪些是不可接受的，他们也可提前指定将来由谁代表自己做决定（见附件9，新西兰的精神病患者预先指令实例）。

最近的一项研究表明，在患者和精神卫生工作团队之间就合作的危机计划进行协商，包括准备一份详细说明治疗优先选择的预先指令，可以减少严重精神障碍患者的非自愿入院（Henderson, 2004）。

当精神障碍患者预先做出拒绝治疗的指令时，会引发更多的问题。一些精神卫生专业人员不愿接受的是，预先拒绝适用于以后出现的各种情况，包括当患者满足非自愿治疗标准时、尊重预先拒绝将使重病患者不能获得所需要的治疗时、或者患者可能自伤或伤人时。

对治疗的代理同意：要点

- 代行同意权可授予患者的私人代表、家庭成员或法定监护人，他们有权代表患

者做出同意治疗的决定；

- 有关由“代理”做出非自愿治疗决定的规则应当有安全救济。例如，患者应有上诉权；
- “预先指令”为患者提供了一个机会，他们在有知情同意能力的时候可以针对将来无决定能力的情况预先做出决定；如果法律使用了预先指令或其它的替代决定方式，则应对该术语给出清楚的、始终如一的定义。

8.3.7 在社区设施中的非自愿治疗

MI 原则：最小限制环境中的治疗

任何患者都有权在限制性最小的环境中接受治疗，而且适于患者健康需要和保护他人人身安全需要的治疗措施要具有最少的限制性或侵入性。

(原则 9 (1), MI 原则)

基于最少限制性选择原则，一些国家已颁布立法允许患者在所居住的社区内接受非自愿治疗。社区设施的限制程度通常被认为低于医院（尽管高度限制性的生活条件和高侵入性的医学干预手段也可能被作为社区治疗令的一部分，它们有时比短期住院的限制程度更高）。

较少限制性的安置通常包括门诊治疗、日间住院治疗、部分住院计划以及基于家庭内的治疗。一些国家制定社区内非自愿治疗的规定还有其它原因。首先，专业人员以及其他人员较为关注“旋转门”现象——精神障碍患者接受非自愿入院和治疗，出院后停药又复发，导致循环往复的非自愿入院和治疗；其次，有相当多的普通民众（包括专业人员）的观点认为，去机构化在多数国家已经失败，并且认为大量的精神障碍患者在社区里，对公众构成了威胁（Harrison, 1995; Thomas, 1995）。

一些国家拥有社区监管令，要求患者居住在特定的地点并参加特定的治疗项目（如咨询、教育和培训），这类监管令也允许个人在家中接受精神卫生专业人员的服务，但不包括未经同意的药物治疗。也有一些国家也已颁布包含非自愿药物治疗规定的社区治疗令。

新西兰已经依据最少限制原则修订了精神卫生立法。根据《精神卫生（强制性评估和治疗）法》第 28 (2) 条的规定，如果法庭已判定符合（非自愿治疗的）资格标准，则“法庭将发出社区治疗令，除非法庭认为患者作为门诊病人不能获得充

分的治疗，对于后者，法庭将做出入院判决”。这些立法规定旨在促进以社区为基础的治疗，而不是鼓励过时的在机构里住院治疗的体制。也有些国家根据最少限制原则引入了条件性出院（conditional leave）的概念，目的是有助于已在医院接受非自愿治疗的患者重返社会。

目前，关于强制性社区监管和/或治疗令有效性的证据仍是相当鲜为人知。当其与强有力的社区治疗措施相结合时，这类法令看来可减少再入院率和总住院天数，但这些措施需要投入实质性的人力和财力资源（Swartz et al., 1999）。

社区监管和治疗立法只有在具备可获得的、高质量的社区精神卫生服务的背景下才可引入，这些以社区为基础的精神卫生服务强调以自愿治疗为主要选择。在这方面存在的一个重大风险是，强制性社区监管可能导致精神卫生服务依赖于强制性要求提供社区为基础的医疗保健，而不是致力于使提供的服务可被享用者接受、以及投入努力和增加资源以使人们自愿接受服务。

有批评——尤其是那些代表精神卫生服务享用者的组织——指出：强制性监管和治疗令等于是在社区内的“住院化制度”，因此他们强烈反对采取这些措施。

立法者及其他关注强制性社区治疗的人需要明确的一点是，该措施在过去的五十年间并没有削弱去机构化的目的，并且在对精神障碍患者进行人性化治疗上已有诸多收获。

正如非自愿住院与治疗一样，在执行社区治疗令时，必须对此进行定期的复核，当不再符合标准时，应撤销此判令。此外，社区非自愿医疗的对象也应有上诉权。

社区非自愿医疗应被看做是非自愿住院的一个替代方案，而不是社区自愿医疗的替代方案。因此，前述的非自愿治疗标准适用于所有的非自愿保健和治疗。

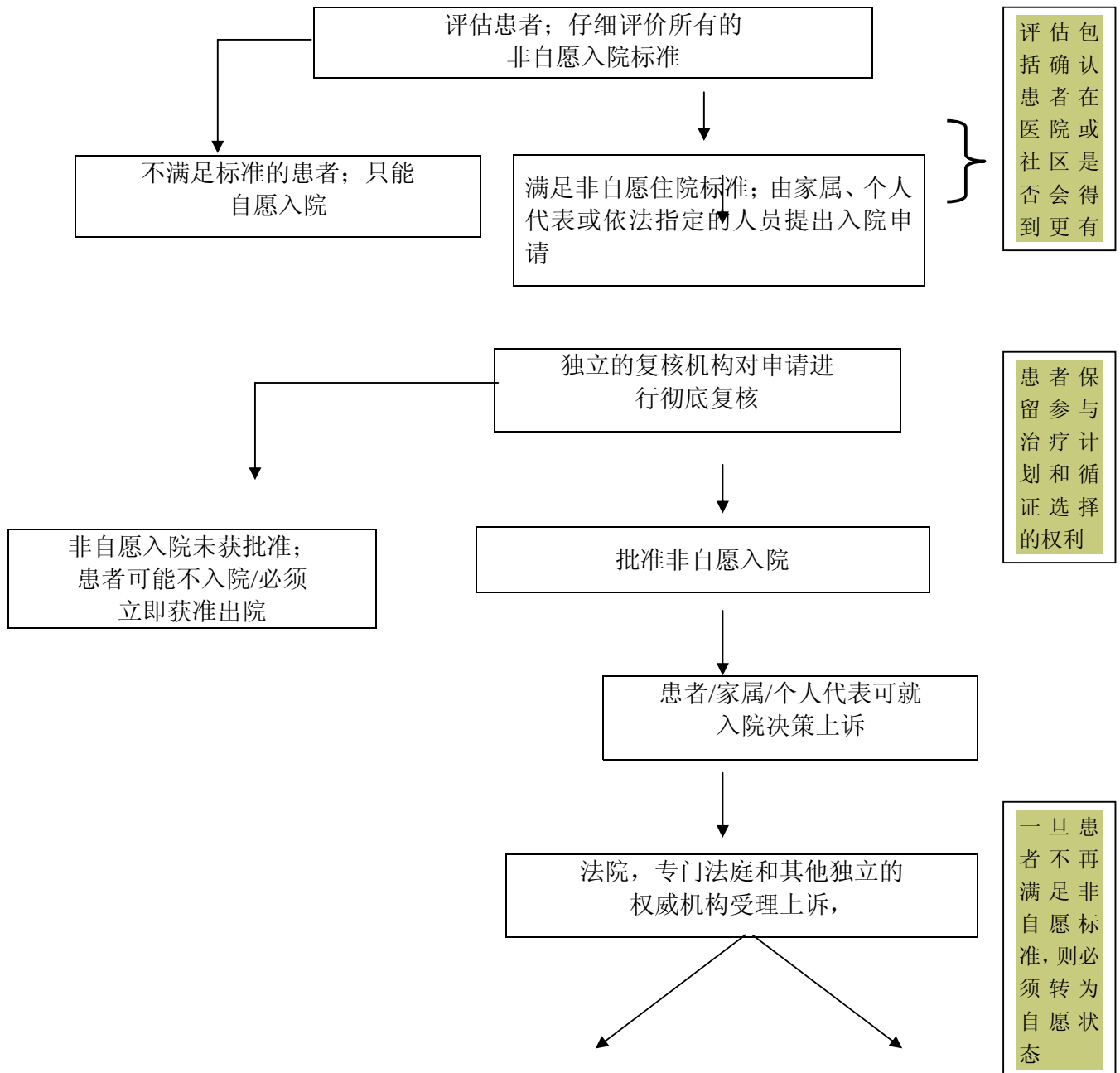
社区为基础的非自愿医疗：要点

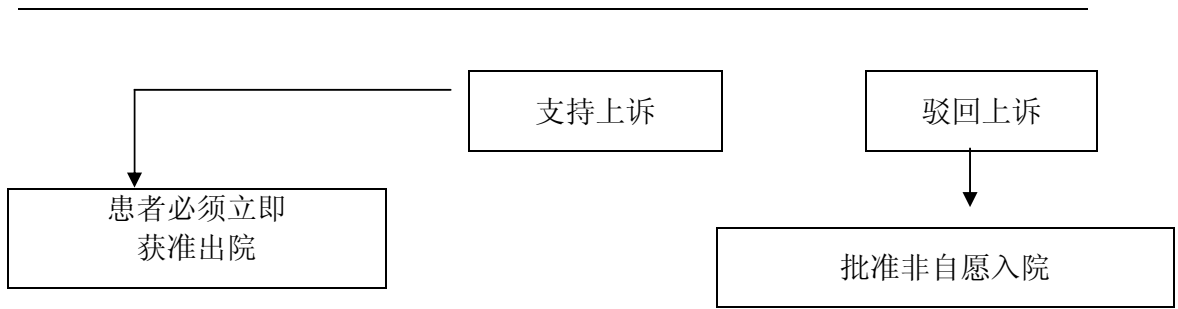
- 社区为基础的非自愿治疗（社区治疗令）和社区监管令代表了总体上较少限制的非自愿治疗的选择。对社区为基础的监管，在程序上的要求应当与医院基础的非自愿治疗令相似（如上所述）；
- 社区为基础的监管和治疗的立法只有在具备可获得的、高质量的社区精神卫生服务的背景下才可引入，这类以社区为基础的服务强调以自愿保健和治疗为主要选择；
- 与非自愿住院和治疗一样，在执行社区令时，必须定期进行复核，而且不再满足标准时应撤销该判令；

- 社区非自愿医疗的对象应当有上诉权；
- 社区非自愿医疗应被看做是非自愿住院的一个替代方式，而不是社区自愿医疗的替代方式。

图 1. 非自愿住院和治疗的组合程序

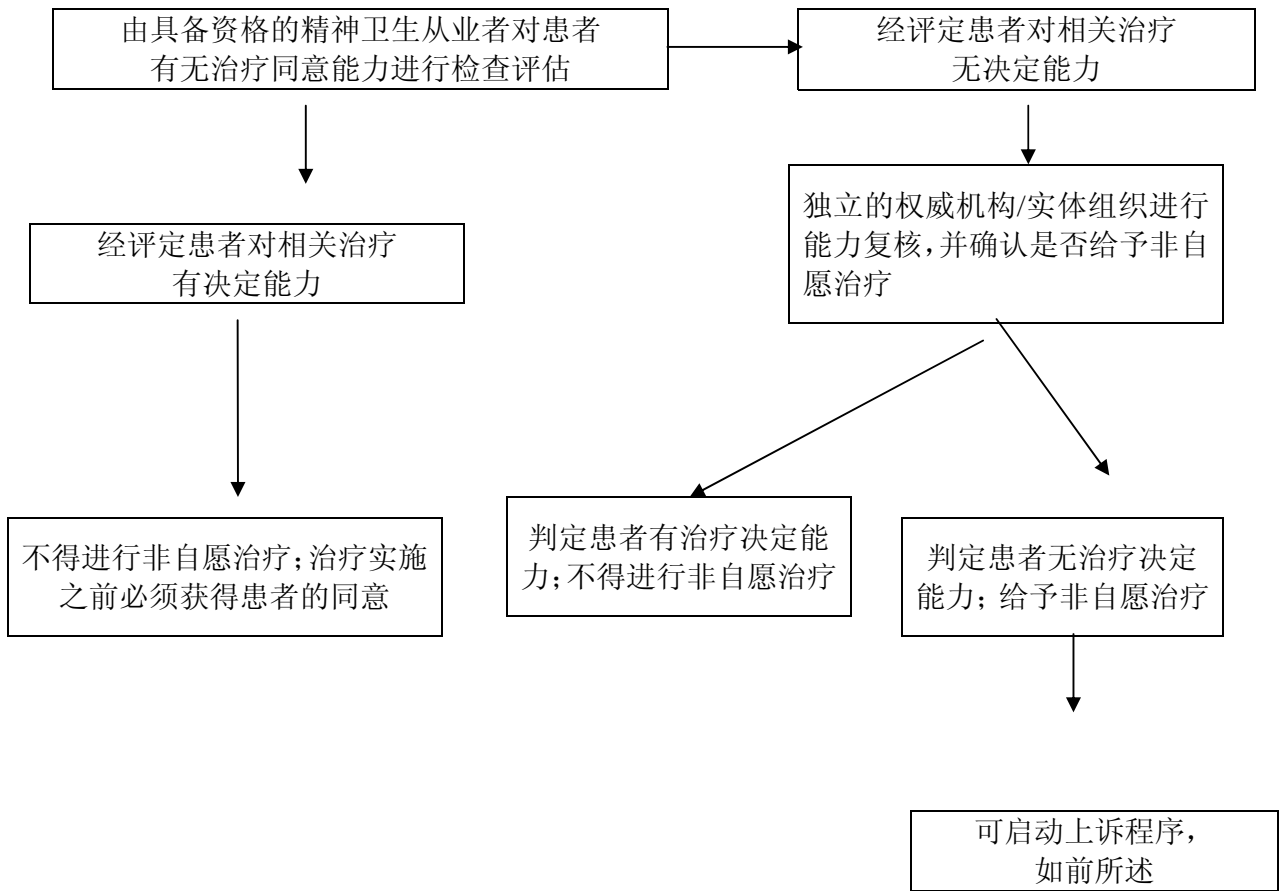
(本图中，提及非自愿住之处，也表示采用非自愿治疗)





非自愿治疗的分离式操作程序

(如入院和治疗单独操作，则应在进行下面的非自愿治疗程序后再实施上述程序)



8.4 紧急情况

有的情况下需要紧急非自愿住院和/或非自愿治疗。比如当患者正在试图自杀或急

性紊乱期的患者具有暴力和攻击性时。在这些情况下，期望遵守非自愿住院和治疗的各种繁琐的程序就不具有可行性或合理性。因此，立法必须为这类急诊治疗提供足够的安全保障。在某些特定的情况下也可能需要警察的帮助（见第 14 节）。

立法应给出紧急情况定义。在绝大多数司法体系中，紧急情况是指存在危及相关人员自身和/或他人健康和安全的 *直接而急迫的 (immediate and imminent)* 危险。对于紧急情况的判定，首先必须证明实施各种繁琐的程序所需的时间将会延误病情并且导致此人或他人受到伤害。针对这种情况，立法可以允许在合格的医生和/或其他具备资质的精神卫生专业人员在其从业范围内做出的评估的基础上，实施紧急非自愿入院和/或非自愿治疗。紧急入院和/或治疗只能在短期内施行，不得延长。在此期间，如果患者需要进一步的非自愿医疗，应按非自愿入院或治疗的各项规定程序进行。许多国家规定，紧急非自愿入院或治疗不得超过72小时，因为这可为完成各种实质性非自愿程序留出足够的时间。紧急治疗不应包括ECT、缓释型长效神经阻滞剂，以及诸如精神外科手术或绝育手术等不可逆治疗。

8.4.1 在紧急情况下非自愿住院院和治疗的程序

应当由一名具备资质的从业人员检查患者并确认是否存在紧急状况。特别要求的一点是，该从业人员应能够根据紧急状况的性质证明非自愿入院具有正当理由。

当患者被收治于指定的精神卫生机构以后，应当按照合格的医生或具备资质精神卫生从业人员（最好是有别于确认入院和/或治疗的人员）制定的治疗计划并在其监督下进行治疗。

如果患者需要超过所规定紧急时限的非自愿住院/治疗，则应启动这类非自愿住院/治疗的程序（见上述 8.3 部分），并限时完成。如果患者不符合非自愿住院/治疗的标准，或者如果将其作为非自愿患者加以留院/治疗的程序未完成，则在紧急状况结束之后应准许其立即出院。如将不满足非自愿住院/治疗标准、却仍有可能从治疗中受益的患者紧急收入院，则应将其当作自愿患者，而且只有获得其知情同意才能实施治疗。

如果患者在紧急非自愿住院后已经出院，而非自愿住院和/或非自愿治疗尚未获批准，则此时重新使用紧急权力并立即将其再收入院将是不恰当的，除非原来的紧急状况的性质发生了根本性变化而需要动用紧急权力。本条款的目的是防止滥用紧急权力，导致非自愿住院或非自愿治疗的无限期延长。

使用紧急权力时，应立即告知患者家属和/或其代理人。而且他们应有权向精神卫生法庭、复核机构和法院就紧急入院和治疗问题提出上诉。

紧急情况：要点

- 对于紧急状况的判定，首先必须证明遵循各种繁琐的程序所耗费的时间将会延误病情，并且导致本人或他人受到伤害。
- 在紧急状况下，应经过合格的医生或其他具备资质的从业人员的评估和建议，

才能允许非自愿住院和治疗。

- 紧急治疗必须限定时限（通常不超过 72 小时），必要时，必须尽快启动非自愿入院和治疗的程序，并且在此时限内完成。
- 紧急治疗不应包括：
 - > 缓释型长效神经阻滞剂
 - > ECT
 - > 绝育手术
 - > 精神外科及其他不可逆治疗。

- 紧急住院和治疗的程序为：

应由具备资质的从业人员检查患者，并且确认当前状况的紧急性质需要立即实施非自愿入院和治疗。

a) 应当在医学或者精神卫生专业人员的督导下制定治疗计划。

b) 如评估认为患者可能需要超出紧急治疗所规定时限的非自愿治疗，则应立即启动非自愿住院和/或治疗的程序。

c) 患者在紧急非自愿住院程序结束并且已经出院之后，再度使用紧急权力是不当的，除非原来紧急状况的性质发生了实质性的变化。

d) 动用了紧急权力时，应立即告知患者的家属、私人代表和/或其法定代理人。

e) 患者的家属、私人代表和/或其法定代理人有权就紧急住院和治疗问题向

精神卫生法庭和法院提出上诉。

9. 作出精神障碍诊断的人员需要具备的条件

应由具备临床资质的专家依据客观证据对精神障碍做出评估，这一点已达成国际共识。

法律（或法规）应当：

- 定义作出精神障碍诊断所需要的经验和技能水平；并且
- 规定准许从事精神障碍诊断工作的专业人员群体。

9.1 技术水平

应建立一个资格认证体系，确保参与精神障碍判定过程的从业人员独立地具备合格的诊断精神障碍的能力。该资格认证体系应：

- 形成法律条文；
- 要求合格的专业人员达到相关专业组织或认证机构规定的某种能力水平；
- 要求合格的专业人员了解相关的精神卫生立法。

不能达到上述全部要求的国家必须在法律中规定：建立一个程序以确保作出精神障碍诊断的从业人员有能力从事这项工作。

9.2 专业人员群体

各国必须明确哪一个专业人员群体可以判定精神障碍的有无，而且必须全盘考虑各类专业群体的可供性、可获得性、能支付性、接受的训练以及能力等问题。在一些发达国家，只有精神科医生（指受过有关精神卫生和精神障碍的专科训练并获得执业证书的医生）有资格承担诊断工作，而在其他国家，通科医生也被认为有作出诊断的资格。MI原则对此无相应规定，仅注明应当“依据国际公认的医学标准”。欧洲人权委员会已认可精神障碍的医学证据可以来自于通科医生，而非只能来自于精神科医师（*Schuurs v. the Netherlands, 1985*）。

在许多缺乏精神科医生和通科医生的低收入国家，指定其他精神卫生从业人员如心理学家、精神卫生社会工作者和精神科护士从事精神障碍的诊断工作也是恰当的。如果准许这样操作，法律（或相应的法规）应明确规定诊断工作所要求的知识、经验和培训水平。

作出精神障碍诊断的人员需要具备的条件：要点

- 法律（或法规）应概括指出以下方面：
 - > 作出精神障碍的诊断所要求的经验和技能水平；

> 指定准许从事精神障碍诊断工作的专业人员群体。

- 需要建立一个资格认证体系,确保参与精神障碍诊断过程的从业人员具有从事该项工作的能力。
- 各国必须明确哪一个专业群体可以判定精神障碍的有无。在缺乏精神科医师和通科医生的国家中,指定其他精神卫生从业人员作为具有精神障碍诊断工作资质的人员也是恰当的。如果准许这样操作,法律(或相关法规)应明确规定诊断工作所要求的知识、经验和培训水平。

10. 特殊治疗

各国应考虑颁布法律以保护人们不受滥用某些特殊治疗所致的伤害,这些特殊治疗包括重大的内外科治疗、ECT、精神外科手术,或其他不可逆的治疗。一些国家也可能需要明确禁止将某些特殊的干预手段不合理地用作精神障碍的治疗措施,例如将绝育手术用作精神疾病的治疗等。此外,如果未获知情同意,不应将精神障碍作为施行绝育手术或流产手术的理由。

MI 原则: 绝育手术

绝育手术绝对不得用作精神障碍的治疗手段。

(原则 11 (12), MI 原则)

10.1 重大内外科治疗

MI 原则: 重大内外科治疗

只有在国内法律许可、被认为最有利于患者的健康、以及获得患者知情同意等前提下,方可准许对精神障碍患者施行重大内科或外科治疗,如果患者无知情同意能力,则这种治疗只应在经过独立的审查批准以后才能施行。

(原则 11 (13), MI 原则)

通常只有在获得自由的知情同意之后才可对精神障碍患者施行重大内外科治疗。

制约这些治疗措施的伦理标准应该同时适用于非精神障碍患者和精神障碍患者。如果患者无知情同意能力，立法可准许仅在具备足够安全措施的特殊情况下施行相关治疗。

如果认为内外科治疗是为了挽救生命，并且坐等患者恢复同意能力将危及生命时，则即使未获同意授权也可施行。对于极少数可能永久缺乏同意能力的精神障碍或重度精神发育迟滞患者，未获其同意而施行内科或外科干预手段也是必要的。在此情况下，相关内科或外科治疗措施要么由独立的复核机关授权，要么（在有法律准许的国家中）由患者的监护人、亲属或私人代表作出代理同意。否则，内科和外科治疗就必须被搁置，直到患者恢复治疗决定能力。

如果紧急内科和外科治疗对于挽救生命或者阻止躯体健康发生不可逆性恶化是必要的措施，则该精神障碍患者应获得与缺乏同意能力的非精神障碍患者（如意识丧失的患者）所能获得的相同的治疗。有关规范无须同意的急诊内、外科治疗措施的立法也应覆盖精神障碍患者。医疗服务有责任提供并证明这些急诊内外科治疗措施的恰当性。

10.2 精神外科和其他不可逆治疗

MI 原则：精神外科和其他侵入性与不可逆的治疗

决不对非自愿住院的精神障碍患者实施精神外科和其他侵入性与不可逆性的治疗，对于其他患者，在国内法允许进行此类治疗的前提下，只有患者作出了知情同意且有独立的外部机关确信知情同意的真实性，而且该治疗最有利于患者的健康需要时，才可施行此类手术。

(原则 11 (14), MI 原则)

通常不允许将精神外科和其他不可逆性精神卫生治疗手段使用在无知情同意能力的患者身上。鉴于某些治疗的不可逆性，立法可为已作出同意决定的患者提供进一步的保护措施，即强制性规定须经独立的审查机关或类似的安全保护措施批准才能实施治疗。审查机关（或其他安全性机构）应与患者面谈以确定其有能力给出、而且事实上已经给出知情同意，并且还要复核患者的医疗/精神科病史和记录。该审查机关/保护性机构必须确认相关侵入性治疗是为了患者的最大利益。而患者也应被告知相关治疗的全部风险以及短期和长期的影响。

10.3 电抽搐治疗（ECT）

尽管围绕电抽搐治疗（ECT）存在着重大争议，而且一些人认为应将其废止，但许多国家还是在并将继续针对某些精神障碍使用 ECT。在使用 ECT 前，必须获得知情同意。并且只能使用改良方式的 ECT，即应合并使用麻醉剂和肌松药物。未改良的 ECT 应停止使用。

对未成年人尚无使用 ECT 的适应症，因此，应通过立法加以禁止。

特殊治疗：要点

- 绝育术不是精神障碍的治疗手段，患有精神障碍不应是未经知情同意而实施绝育手术（或人工流产）的理由。
- 适用于所有患者的有关规范重大内外科治疗的伦理标准也应适用于精神障碍患者。
- 除非特殊情况，重大内外科治疗只能在获得知情同意的前提下进行。在特殊情况下，相关内科或外科治疗应通过独立的审查机关或代理同意批准后，作为非自愿治疗而实施。
- 为精神障碍患者实施的急诊内外科治疗应当采用与所有需要不经同意而急诊治疗的患者相同的方式。
- 精神外科和其他不可逆性治疗不应被当作非自愿治疗手段，并且作为额外的保护措施，所有这些治疗均应接受独立的复核机关的审查并获得批准。
- 只有在获得知情同意后，才可实施 ECT。应当使用改良的 ECT。立法应禁止对未成年人使用 ECT。

11. 隔离和约束

“隔离”和“约束”这两个术语应在立法中给出定义，因为两者的意思可能存在各种各样的不同解释。此外，应有适用于不同情形的相应隔离和约束方式。

立法应限制在精神卫生机构内使用隔离和约束手段。为此，各国有必要发展精神卫生基础设施，因为往往是资源的缺乏才使得工作人员使用这些手段。为防止滥用，立法可指出准许使用这些程序的例外情况。只有当约束和隔离是阻止直接或急迫的自伤或伤人行为的唯一可行性措施时，才可允许使用，并且应在最短的必要时限内使用。隔离和约束只能由具备资质的精神卫生从业人员授权。一经采用，即需要持续、主动、一对一地接触被约束或隔离的患者，而不是消极地加以监视。立法应保证将隔离和约束措施作为其它各种措施都无效时用于防止患者自伤或伤

人的最后手段。立法必须特别禁止将约束和隔离作为一种惩罚方式。

MI 原则：隔离和约束

不得对患者进行物理约束或非自愿隔离，除非根据精神卫生机构正式批准的程序而且是作为阻止患者直接或急迫的自伤或伤人的唯一可用手段。使用这种手段的时限不能超过为此目的所绝对必要的限度。所有情况下的物理约束或非自愿隔离及其原因、性质和时限均应记录在患者的病历中。被约束或隔离的患者应受到人性化的对待，并且应受到合格的工作人员照料和密切、定期的监督。如有可能，任何生理约束或非自愿隔离都应立即通知患者的私人代表。

(原则 11 (11), MI 原则)

发生的所有物理约束和隔离都应记录在专门的登记簿中，以备复核机关审查是否精神卫生机构滥用了这些干预手段。记录内容应包括导致约束和隔离的详细情形、持续时间、以及为尽快终止约束或隔离而采取的治疗措施。

当患者被约束或隔离时，如有可能，立法应要求立即通知患者的家属和/或私人代表。

隔离和约束：要点

- 只有当约束和隔离是唯一能防止患者直接或急迫的自伤或伤人行为的方式时，立法才可允许使用这些手段。
- 隔离和约束必须限于最短的时间内使用（持续数分钟或数小时）。
- 一段时间的隔离或约束之后，不应立即再次使用该措施。
- 必须持续、主动和一对一地与被隔离或约束的患者保持接触，而不是消极地进行监控。
- 立法应禁止将隔离和约束作为惩罚或方便工作人员的手段。

- 立法还应促进开发精神卫生基础设施和资源 ,以避免因缺乏设施和资源而滥用隔离和约束。
- 因特殊情况而使用隔离和约束的程序 :
 - a) 应由合格的精神卫生从业人员批准 ;
 - b) 精神卫生机构应具备有足够的设施条件以安全地实施该程序的资格 ;
 - c) 隔离和约束的原因、持续时间、以及为尽快终止该手段而采取的治疗措施均应由批准实施隔离和约束的精神卫生专业人员记录在患者的临床病历中。
- 所有的隔离和约束操作均应记录在专门的登记簿中 , 以供复核机关审查。
- 对患者实施隔离或约束时 , 须立即通知其家属和/或其私人代表。

12. 临床和实验研究

ICCPR : 临床和实验研究

任何人都不得受到折磨或受到残酷的、非人道的或侮辱性的对待或惩罚。未获知情同意更不得对任何人进行医学或科学实验。

(公民与政治权利国际公约 (ICCPR) 第 7 条)

ICCPR (1966 年) 第 7 条禁止在未获知情同意的情况下进行临床和实验研究。本条是 ICCPR 的一个重要部分, 而且已被认定为非减免性条款之一; 即使在国家处于紧急状态时也绝不应受到限制。联合国人权委员会已明确规定: “禁止对 ICCPR 第 7 条加以限制.....用作违反第 7 条的任何理由都不是正当的或情有可原的”。因此第 7 条规定禁止将无知情同意能力者作为研究受试者。

另一方面, MI 原则第 11 条声明: “未获知情同意, 不得对任何患者实施临床试验和实验研究, 只有获得以此为目的而建立的独立的复核机关的许可, 才可将无知情同意能力患者纳入临床试验或实验性治疗”。

由国际医学科学组织理事会(CIOMS, 2002)制定的《涉及人类受试者的生物医学研

究国际伦理学指南》允许在生物医学研究中对不具备知情同意能力的受试者代行同意决定，或由法定代理人做出决定。如无法获得知情同意，伦理委员会应就批准与否进行审查（指南4）。CIOMS指南（2002年）的指南15明确提出了在开展精神障碍患者参与的研究时必须遵从的标准。

CIOMS指南：研究

无充分知情同意能力的精神障碍或行为障碍患者参与的研究

在开展无充分知情同意能力的精神障碍或行为障碍患者参与的研究之前，研究者必须确保：

- 这是无法由具备充分知情同意能力的受试者参与的研究；
- 该研究的目的是获得同精神障碍或行为障碍患者的特定健康需要有关的知识；
- 始终尊重受试者在其能力范围之内所做出的同意或拒绝参与该研究的决定，除非在特殊情况下，该研究没有合理的可替代的医学研究方式，而且当地法律允许不顾拒绝决定；并且
- 如果受试者无同意能力，则应依据可适用的法律，获得其家属或法定代理人的许可。

(指南 15：精神或行为障碍患者参与的科研，涉及人类受试者的生物医学研究国际伦理学指南，2002年)

因此 MI 原则和 CIOMS 指南允许涉及缺乏同意能力的患者的研究，如果：1) 该研究对于促进受试人群的健康来说是必要的；2) 该研究不能由具有决定能力者代替参与；3) 遵从充分的安全保障程序。

但是，尽管 ICCPR 对批准国的政府具有法定约束力，而 CIMOS 指南和 MI 原则却没有法律约束力。在一些特定的情况下，即使未获得同意，对患有某些特定疾病的患者进行科研或实验研究也是有益的，只要使危害受试者的风险最小化；例如，由于该疾病的特性，导致受到疾病侵袭的*所有*患者（无论是目前患病还是可能将来患病）均无知情同意能力时。在上述情况下，如果不对该患病群体进行科研，则有可能找不到治愈或预防该病的治疗和干预手段。

如果各国确实决定立法支持缺乏知情同意能力的人参与研究，应认真地遵循 CIMOS 指南。

临床和实验研究：要点

- 临床或实验研究必须获得所有参与研究的有决定能力患者的知情同意，该原则对自愿和非自愿患者皆适用。

对于允许让无同意能力患者参与临床和实验研究的国家，其立法应包含以下保护措施：

1. 无知情同意能力的患者参与临床和实验研究的前提是，要获得法定监护人和/或家属和/或私人代表的代理同意，或者获得专门为研究目的所设立的独立的复核机关的同意。

2. 无知情同意能力的患者参与的由代理人或独立复核机关同意的研究，只能考虑用于以下情况：

- a) 该研究不能由具有知情同意能力的患者代替参与；
- b) 该研究对于促进患者自身及其所代表的群体的健康是必要的；
- c) 遵从于充分的安全保障程序。

13. 监督和审查机制

大多数现代的精神卫生立法都包含有法律救济措施，规定建立复核机关以保护精神障碍患者的权益。这些机关分为两大类：（1）监督和复核非自愿住院/治疗的过程；和（2）监督和复核院内及院外精神障碍患者的福利待遇。前者具有司法或准司法功能。后者尽管可能是依照法律规定建立的，而且在某些情形下可对未执行法律规定的行为进行处罚，但它仍不能作为有权限制个人自由或者决定非自愿患者出院与否的“法庭”来行事。在许多国家，这两类机关彼此是完全独立的，其成员具备不同的专业技能、拥有各自的权限和职能；但在另一些国家，则立法赋予同一机关行使所有职能的权力。

无论建立一类或两类机关，独立性都是关键。所有的复核机关应完全依据自己见到的实际情况做出决策，而不应屈从于政治或部门的压力，或受到卫生服务提供

者的影响。

立法应就这些权威机构的构成、职权和资源配备制定相应的规定。同时还必须决定，是建立一个全国性的司法机关，还是依据现有的行政区域划分建立一系列的地方性、地区性或区域性的复核机关。

13.1 对非自愿住院/治疗和他权利限制的司法或准司法监督

绝大多数国家通过权威机构如复核机关、专门法庭或法院，在医学/精神科/专业人员意见的基础上批准非自愿住院和治疗。这是一种重要的设置，因为尽管是由具备资格的卫生专业人员决定某人是否符合非自愿入院/治疗的标准，但裁定能否违反此人的意愿对其非自愿住院/治疗则通常是司法或准司法机关的特权。许多司法体系中，法院是行使此项功能的最佳选择，因其可及性好而且具有不容置疑的法律地位。但在一些国家，法院的地位遭到质疑，因为一些法院判决已经成为了医学决定的“橡皮图章”，法官或地方官员经常在患者本人、其代理人或证人缺席的情况下，作出批准医学建议的判决，而不对整个过程进行独立思考和分析。

法院程序的替代方式是建立一个具有司法功能的、部分类似法院的独立实体。该实体由法律规定建立，对在其管辖范围内的上述事宜做出具有约束力的判决。由于该实体是专为此目的而设立并由特别挑选的各具不同专长的人员组成，在某些国家，人们相信其可以起到比法庭更有效的作用。

各国针对非自愿住院/治疗建立的司法或准司法实体的实际功能可能各不相同，在一些司法体系中，该实体可能只是补充而不是取代了法院的作用。以下是此类实体的重要一些作用：

评估每一个非自愿入院/治疗案例——多数司法体系中规定，任何建议非自愿入院/治疗的案例都要无条件地接受复核机关的复查。所有非自愿入院/治疗的当事人都应接受律师的辩护，并且要有申明自己立场的机会，其本人以及实施非自愿入院/治疗的权威机构必要时都应传召证人。该复核机关经过慎重考虑有权批准或禁止任何非自愿入院/治疗。

但是，在资源匮乏的国家，不可能对每一个非自愿入院/治疗的案例都进行复核，对一些较为明了的案例可能只进行“文件复核”。然而，复核机关应对所有存在异议的案例或者特别具有听证理由的案例举行听证。

接受上诉——接受患者、家属和/或私人代表对非自愿住院/治疗提出的上诉。即使在资源匮乏的国家，作为一项基本人权，所有的患者都必须被告知拥有上诉权，而且所有的上诉案例都应在合理的时间期限内获得受理（见附件 8 上诉表格）。该复核机关必须有权推翻非自愿住院/治疗的决定。

复核——定期复核非自愿住院患者（以及长期自愿住院的患者）以确保患者的住院时间不会长于对其进行保护和治疗所必需的时限。如果复核机关认为患者的住院是不当的，也应有权准许患者出院。

定期督查——对正接受违反意愿的治疗的患者进行定期的督查。除紧急情况以外，复核机关应当实施批准或否决未获同意而对非自愿患者延长治疗的程序。复核机关也应对社区非自愿治疗（如社区监管和治疗令）进行督查。

批准或禁止侵入性和不可逆的治疗——比如所有的精神外科和电抽搐治疗

(ECT)。即使这些治疗措施可在自愿的基础上实施，复核机关在衡量了其价值之后运用批准权或否决权，仍然能保护患者免受不必要治疗的伤害。

在包含不主张权利的患者这一概念的司法体系中，复核机关也需要对该患者群体采用上述的绝大多数职能。

对复核机关的决定不服而提出的上诉应被允许直接送达法院。

13.1.1 复核机关成员的构成

各国应根据准司法实体被赋予的职能以及人力和财力资源的实际情况，决定其成员构成和人数。尽管如此，鉴于该准司法机关处理的是有关法律和卫生的问题，明智的做法是至少必须指定有经验的法律专业人员和有经验的卫生专业人员各一名参与其中。此外，至少需要一名“非专业”人士参加，以反映来自“社区”的观点。考虑到该实体将来所做决定的严肃性，纳入广受尊重的有“学识”的人士也是恰当的。

实例：复核机关成员的构成

澳大利亚新南威尔士州指定的精神卫生复核法庭的成员来自于：

a) 高级律师和初级律师；

b) 精神科医生；

c) 由州长认可的具有其他领域合适资格或经验的人员，包括至少一名从消费者组织所提名的人选中选择出来的成员。

(新南威尔士州精神卫生法，1990年)

13.2 规范和监督机关

促进精神障碍患者的人权需要大量的监督和规范工作，包括：

对精神卫生机构进行规范的审查，该独立的监督机关可定期对所有的精神卫生机构进行规范的审查，并且只要认为有必要即可进行额外视察，而无需事先通知（因此有时也称作视察委员会）。在视察中可不受限制地进入卫生机构的任何地方，自由审阅患者的病史以及有权个别访问该卫生机构内的任何患者。审查人员需要检查生活设施的质量，以及个别访视自愿和非自愿住院的患者。这种审查为复核机关及其成员代表提供一种必要的了解方式，以确认院内患者是否在接受他们所需的治疗和护理、其人权是否受到了侵犯、以及该精神卫生机构是否采取了精神卫生立法所规定的保护措施。立法应制定后续的操作程序以及针对违反规定者的处罚措施。

定期接收和复核来自于精神卫生机构的偶发事件和死亡病例报告，并准许对其工作制度进行复查。

制定最少侵入性治疗如隔离和约束措施**的指南**——该复核机关应为批准这些程序制定指南，并且确保这类指南得到执行。这种保护措施必须对非自愿和自愿患者都适用。

收集相关数据。例如，非自愿住院和治疗患者的比例、非自愿住院和治疗的时限、侵入性和不可逆性治疗以及隔离和约束措施的使用情况、躯体共病（尤其是可反映出院内卫生或营养状况的传染性疾病）情况、自杀和自然或意外死亡情况。

注册。对收治精神障碍患者的专业人员和相应的机构的资质进行注册，并且提出和推行上述资质的最低标准。

报告。直接向负责精神卫生立法的政府相关部门官员报告。

建议。就需要改进之处（无论是立法的修改还是制定具体的实施细则）向负责立法的官员提出建议。

公布。定期公布执行立法规定所出现的结果。

13.2.1 人员组成

为了提供有效的保护，监督和规范机关的最起码的人员组成应包括：专业人员（例如精神卫生、法律和社会工作的人员）、精神卫生设施享用者代表、代表精神障碍患者家庭的人员、社会热心人士、以及非专业人员。在某些国家中，纳入宗教界人士也是恰当的。女性和少数族裔群体应得到足够的体现。服务于监督和规范机构的人员数量，以及代表人员的广度在很大程度上取决于各国的资源配备。如果建立集监督和规范职能为一体的机构，则准司法人员以及规范和监督机构人员均需要在其中得到充分的体现。

13.2.2 附加职权

精神卫生复核机关/机构应有强制执行精神卫生立法规定的合法权利。除上面描述的过的职权以外，还应包括：

- 对专业人员和精神卫生机构的资质进行认定的权力(尽管专业人员的认定也可能是由法定的专业委员会完成)；
- 撤销违反精神卫生立法规定的机构和专业人员资格的权力；
- 对违反立法规定的行为进行行政和财务处罚的权力；以及
- 关闭反复侵害精神障碍患者权益的机构的权力。

13.3 投诉及救助

患者及其家属和私人代表应有权就精神卫生服务机构提供的治疗和护理提出上诉。

为了保护精神卫生服务享用者的权利，并同时保证公平对待服务提供者，应以一系列的指导性原则为基础建立投诉程序。这些原则可能彼此之间有所不同，但最重要的一些原则如下：

-
- 加大调查取证的开放度和透明度；
 - 提高质量；
 - 公平性；
 - 可获得性；
 - 迅速受理；
 - 有礼有节；
 - 视为义务。
 - 保密原则；
 - 独立性；
 - 人性化治疗和护理服务；
 - 受理过程透明。

立法应对投诉的呈递、调查和处理程序作出规定。有效的投诉过程应以简单明了的语言形式记录下来并且重点突出，以便于将投诉的适当性、适用性，以及何时、如何提出投诉告知精神卫生医疗服务享用者及其家属。该程序应归纳出投诉时限，并且明确规定受理的最长时限，以及由谁受理、如何受理。为应对投诉者不服处理结果的情况，投诉程序也应明确规定可将投诉事件移交下一个受理程序或更高级别的受理程序。理想的是，初次投诉应首先交由卫生机构受理，如未得到解决则移交给监督机构。

任命一名拥有受理和调查投诉事件权力的调查员是恰当的，一经任命，该调查员应向监督机构提交一份附带建议的调查报告，以便于采取恰当的处理方式和必要的处罚措施。复核机关应制定防止对投诉人进行报复的预防措施。

13.4 程序的安全保障

患者在任何投诉程序中都有权利选择和指定其私人代表和/或辩护律师。如有必要，患者也应有权获得翻译人员的服务。政府应负担上述有偿服务的费用。

患者及其辩护律师在投诉或起诉过程中应当有权复制其病史和其它任何相关的记录和资料。他们也有权要求和出示独立的精神卫生报告以及其它相关的报告，还可以要求或出示口头、书面或其它形式的证据。此外，如果认为与此有关而且必要，则患者及其辩护律师还应有权要求特定人员出席投诉或起诉的程序。

患者及其律师应当有权出席和参与投诉或起诉的全部听证。听证会所做决议的书面副本应交给患者及其辩护律师，如需公开听证决议，则应尊重患者和他人的隐私，并且需要防止危害患者的健康或危及他人的安全。另外，患者及其辩护律师应有权就上述决议提请司法复核。

复核机关：要点

为保护精神障碍患者的人权，应当建立一个或多个独立的复核机关。各国既

可以建立分别处理准司法问题和其它规范与监督事务的机关，也可以建立集两者职能为一身的机关。

- 准司法机关处理非自愿住院/治疗或其他未获同意的住院或治疗事宜的职能应包括：评估每一个非自愿住院/治疗案例、受理上诉、定期复核非自愿住院案例、定期监察非自愿治疗的患者、以及批准或禁止侵入性和不可逆性的治疗措施。
- 规范和监督机关的职能包括：定期检查精神卫生机构；定期视察患者的福利待遇；制定最小侵入性治疗的指南；保存记录和数据资料；登记注册合格的机构和专业人员；公开有关的报告；就其发现的问题直接向相关行政官员提出建议。
- 复核机关成员的构成依据其职能以及是建立两个独立的机构还是单一的机构而定。准司法机关至少应由法律专业人员、卫生专业人员和恰当的社区代表各一人组成。规范和监督机关可由专业（精神卫生、法律、社会工作）人员、精神卫生设施享用者代表、精神障碍患者家属代表、热心人士和非专业人员组成。
- 精神卫生复核机关应有强制执行精神卫生立法规定的合法权力。
- 对复核机关的决定不服而提出的上诉应被允许直接送达法院。
- 患者、其家属以及私人代表应有权就精神卫生机构提供的任何治疗和护理服务向复核机关提出投诉。
- 立法应对投诉的呈递、调查和处理程序作出规定。
- 患者应有权选择和指定私人代表和/或辩护律师代理其上诉或投诉。他们也有权获得病史资料的副本以及出席和参与听证。

14. 警察在有关精神障碍患者问题上的责任

立法有助于确保警察在有关精神障碍患者的问题上起到建设性且有益的作用。

14.1 警察的职权

警察的首要职责是维持社会秩序。与此同时，他们也有责任以谨慎、同情的方式去保护和尊重处于弱势的精神障碍患者的权益。立法通常要求警察在精神障碍患者的行为造成对自身或公众安全的威胁时进行干预。这类情形包括：

- 当有理由怀疑某人对自身或他人构成威胁时，进入其私人领地将其逮捕，并送至安全的地方。这种情况下，警察在进入私人领地前应获得批准。在紧急状况下必须立刻采取行动才能避免某人和/或其他人健康与安全的威胁时，立法可以规定警察无须批准而采取行动。
- 将有关对象非自愿地送入指定的精神卫生机构。例如，这项行动适用于将经过精神卫生专业人员评估后认定需要住院的患者送入急诊室，并对其实施非自愿住院。另一种情况是，对条件出院后未遵守出院条件的患者，需要将其送回精神卫生机构。
- 将未获出院批准而擅自离院的患者重新送回精神卫生机构。

14.2 对求助做出响应

在紧急状况下，精神障碍患者家属或其照料者有时会目睹和/或受到患者高度攻击性或失控的行为威胁。立法应允许他们报警以便在必要时由警察进行干预。在这种情况下，警察应判断决定是否存在即刻的威胁，以及当事人的行为是否受到了精神障碍的影响。警察或紧急事件处理人员也必须迅速寻求精神卫生专业服务，以获得专业人员的建议。

卫生专业人员或其他工作于卫生机构的人员也可要求警察帮助，处理某些紧急情况。在这种情况下，警察不必对当事人有否患精神障碍加以判断。

14.3 对精神障碍患者的保护

立法可对警察的行为加以限制，以确保精神障碍患者不被非法拘捕和拘禁。这包括以下几个方面：

14.3.1 安全留置

如果某人因扰乱公共秩序被警察抓捕，而且怀疑该行为同其精神健康状况有关，警察的权力也只限于将此人留置于安全的地方，以便由具备资质的精神卫生从业人员对其精神状态进行评估。然而，如果此人已知是精神障碍患者，而且看来无需治疗和护理，则警察只能将其送回家中。

“安全地点”可包括指定的精神卫生机构、私人场所（如精神科医生的办公室）或其它安全地点。在这些情况下，警察无权将当事人羁押于监狱（或警察局的看守所）。然而，如果没有条件将当事人迅速送入安全地点，例如在某些发展中国家，立法应规定警察可以在短时间内羁押可疑精神障碍患者。一旦警察将当事人转送到安全地点接受评估，该当事人将不再被认为是被刑事羁押，而且也再不能被拘留。当安全地点不能（或不愿）接收当事人并对其进行评估时（例如该安全地点

没有能够承担评估工作的合适人员，或没有容纳患者的足够空间），这种由警察行使的权力便会出现问题。很显然，这些情况的出现表明，需要卫生部门为精神卫生服务提供充足的资源（见第 2 章 4.1 部分）。

如果某人因刑事作案被捕，而且警察合理地怀疑其患有精神障碍，则应将其送入安全地点接受精神卫生专业人员的评估。在当事人存在危及自身或他人安全的可能性的情况下，应将其送入治安性的精神卫生机构，然后进行评估。如未发现患有精神障碍，则警察将有权对其实施拘留或羁押。

14.3.2 治疗的选择

在进行精神健康评估之后，如认为患者需要治疗，则应让其有机会得到相应的治疗（如住院或门诊治疗）。应全面地告知患者其当前状况以及不同治疗措施的利弊。如果患者拒绝住院/治疗，则除非满足非自愿住院/治疗标准，否则必须准许他/她出院。对于满足非自愿标准者，则可采取相应的非自愿住院或治疗的程序。无论警察还是家属或其他人员将患者送入院，都应遵守非自愿住院和治疗的正当程序（due procedures）（见 8.3）。

14.3.3 留置的期限

留置当事人进行评估的期限不应过长。立法可规定评估所需要的明确期限（例如 24—72 小时）。如果在该期限结束时仍未进行评估，则应将当事人释放。

14.3.4 及时通告

警察在将当事人留置后，应在让其接受评估前及时告知其被留置的原因以及接下去将做些什么。在某些情况下，得到被扣留者的同意之后也可通告其家属或其他指定的代理人。

14.3.5 对记录的复核

有关某人因被疑为精神障碍患者而被羁押的全部记录材料都应交给复核机关或独立的监督机构进行复核（见第 13 节）。

警察的责任和义务：要点

有几种情形需要警察介入精神障碍患者和精神卫生服务相关事宜。无论属何种情形，警察都有义务尊重和保护精神障碍患者的权益、谨慎而同情地行事。

a) 在公共场所——如果警察有根据怀疑扰乱公共秩序者患有精神障碍，法律可要求警察将当事人留置于安全的地方以使其接受精神卫生专业人员的评估。评估应迅速完成（例如在 24 - 72 小时之内）；

b) 在私人领地——警察应当获得法院批准进入私人领地，拘捕患有严重精神

障碍、而且可能对自身或他人造成严重伤害的人员。家属或独立的权威人士如社会工作者也可请求法院做出批准。由此而遭扣留的人员应被立即送到安全地点接受精神卫生专业人员的评估。评估必须迅速完成（如 24 - 72 小时内）。在极其紧急的情况下，如果存在即刻的危险而且警察的行动是必要的，则警察可越过批准程序。

c) 因刑事作案而被羁押于看守所的人员——如果警察有理由怀疑刑事作案者患有精神障碍，立法可要求警察将此人送入安全地点接受精神卫生专业人员的评估。在这种情况下，当事人从安全地点出来之后，警察有权继续对其进行羁押。

d) 非自愿住院人员——警察有义务通过法律程序将任何曾经非自愿住院（在精神卫生机构）的人员送入指定的精神卫生机构。适合此条者包括经过精神卫生专业人员评估之后认为需要非自愿入院的人员，或者违反条件出院要求的而需要被非自愿送入精神卫生机构的人员等。

e) 从精神卫生机构擅自离院的非自愿住院人员——警察有义务发现这类人员并将其再次送入原精神卫生机构。

15. 有关违法精神疾病患者的立法规定

违法精神疾病患者相关的立法规定跨越刑事司法和司法精神医学两个体系，是一个极为复杂的领域。各国在此领域的政策和实践存在广泛的差异，司法精神医学通常是作为刑法（或刑事诉讼法）的一部分而非作为精神卫生法的一部分。

刑事司法体系负责保护公众、惩罚肇事肇祸者，并且公平和公正地执行法律。警察、检察官和法院的行为不仅要保护刑事犯罪受害人的权利，而且要保护弱势群体包括精神障碍患者的权益。刑事司法体系的一个重要目标应是确保不将任何精神障碍患者不恰当地羁押于看守所或监狱中。目前，这个目标还经常无法达到。有太多的精神障碍患者因为较轻微的作案行为而被起诉和被判入狱。精神障碍患者被关在监狱内而不是在精神卫生机构内获得治疗，这个问题在世界范围内已经引起了越来越多的关注。在一些国家，拘禁于监狱中的与住在医院中的精神分裂症患者人数已经一样多（Torry, 1995）。

大量精神障碍患者被关在监狱中，是因为他们无法获得精神卫生设施或者设施数

量减少，他们的轻微过错即被视为犯罪，普遍误认为精神障碍患者都具有危险性，以及社会对别扭或紊乱的行为的不宽容。此外，一些国家缺乏促进治疗（而非惩罚）违法精神疾病患者的法律传统。

监狱对于需要精神卫生医疗服务的人来说是个错误的选择，因为刑事司法系统强调的是威慑和惩罚，而非治疗和护理。即便犯罪矫治机构重视了康复治疗，其装备也往往不适合救助精神障碍患者。不幸的是，监狱在许多国家中成为了事实上的精神病医院。患有严重精神障碍的囚犯经常有意或无意地成为了受害者。

精神卫生立法可通过将精神障碍患者从刑事司法体系转移到精神卫生医疗体系来预防和逆转这种趋势。立法应当允许在刑事程序的所有阶段进行这种转移——从患者刚被警察逮捕和拘留，到刑事调查和处理的全过程，甚至到患者因刑事犯罪而服刑以后。

立法可在刑事处理的各阶段起到重要的作用。如前所述（第 14 节），对于由疑似精神障碍患者实施的轻微“犯罪”行为，如扰乱公共秩序等，警察更可取的做法是立即将其送入治疗中心而不是提交刑事司法处理。

针对违法精神疾病患者的法律——通常是刑法而非精神卫生法的一部分——在各国之间存在相当大的差异。因此，在阅读下一节内容时，应当与本国现行的司法程序密切联系起来，并且可相应的加以修改或采纳。但是，恒定不变的原则是：精神障碍患者应当是在可获得恰当治疗的机构内。

以下是在不同的立法规定中出现的将被逮捕的人转为接受精神卫生住院和治疗的几个不同“阶段”。

- 庭审前阶段；
- 庭审阶段；
- 庭审后（宣判）阶段；
- 宣判后（在监狱服刑）阶段。

正如已经提到的，并非所有国家都有上述全部阶段，具体过程确有差异。各国应采取最适合本国情况的方式。

15.1 刑事司法系统中的庭审前阶段

15.1.1 起诉决定

在绝大多数国家，由警察和/或公诉人决定是否以某种罪行起诉某人。法律或行政法规可专门就是否（或在何种情况下）对精神障碍患者提出起诉或将其移交精神卫生系统提出标准。这些标准应创设一种假设，以反对对患者进行诉讼而支持对其加以治疗。以下要素应当得到重视：

- 罪行的严重性；
- 当事人先前是否在精神科治疗，以及治疗了多长时间；例如，如果当事人患有可治疗的精神障碍，则公诉人可以决定继续治疗而无须起诉；
- 当事人在作案时的精神状况；

-
- 当事人当前的精神状况；
 - 提起诉讼对当事人精神健康造成伤害的可能性；
 - 社会能从诉讼中受益多少（即当事人对社会构成的危害大小）。

通过事先起诉让未给公共安全构成严重威胁的精神障碍患者采取自愿治疗，警察和公诉人可使个人和社会均受益。精神障碍患者可以免遭不必要的歧视，而且他们可以立即开始接受必要的治疗，而不是被关进刑事司法系统之中。

15.2 刑事司法系统中的庭审阶段

一旦决定提请刑事诉讼，有两个程序适用于精神障碍患者。第一，当事人是否适于受审；第二，当事人在实施犯罪时是否具有对其行为的刑事责任。某些情况下两者可能重叠，因为实施犯罪时的精神障碍可能持续到受审阶段。

15.2.1 受审的适当性

大多数国家的法律都要求当事人在躯体和状况上皆适于受审。一般来说，精神上适当性的衡量根据当事人是否有能力：1) 理解各项法律程序的性质和目的；2) 理解各项程序的可能结果；3) 同辩护律师进行有效的交流。

如果决定起诉某人，而且有理由怀疑被告人患有某种精神障碍，法院必须要让一名精神卫生专业人员（通常是精神科医生，但并非总是如此）对其精神健康状况进行评估。评估通常发生在庭审开始之前，但也可发生于庭审阶段的任何时候。最好是依照法院命令在指定的精神卫生机构或其他安全地点进行评估。为了确保当事人免受不必要的拘禁，以及避免审判被不合理地拖延，应明确实施精神医学观察的最长期限，许多国家规定的期限为 30 天。如果发现当事人因严重精神障碍而不适于接受审判，则刑事程序要到当事人恢复受审能力后才能开始进行。在此情况下，法律应赋予法院将当事人移交精神卫生机构接受治疗的权力。此外，该当事人应有权就任何持续的监禁提出上诉。

对于轻微犯罪行为，法庭可撤销或延缓刑事诉讼，直到当事人完成住院或门诊治疗。例如，如果被告明显患有急需治疗的严重精神障碍，而且对自身或他人不构成威胁，则应当撤销或中止刑事诉讼。当罪行严重并且/或者被告对自身或他人构成威胁时，法院可命令将其送入指定的精神卫生机构接受治疗。

需要为保护精神障碍患者的权益制定安全措施，以防他们超期住院而出现精神衰退。立法应规定由法院对患者的留置情况进行定期复核，例如可以要求提交精神医学报告以便复核。此外，留置在精神卫生机构内等待接受审判的所有被控刑事犯罪的人都应拥有与非自愿住院患者同等的权利、程序和安全保障。同样，他们也必须有权就其留置状况向独立的复核机关如专门法庭或法院寻求司法复核。

15.2.2（作案当时精神障碍的）刑事责任能力辩护

各国都有立法判定被告应承担刑事责任的分级。这种立法规定，被告人在实施犯罪时的精神状况对判定其是否负有刑事责任具有显著的影响。

法院可能发现被告的不符合形成犯罪意图（*mens rea*，犯意）的要求，如果能够证明被告人：

¹ NRDMD一词是一些国家使用的其他术语如“因精神错乱而无罪（not guilty by reason of insanity, NGRI）”或较少外延的“有罪但精神错乱（guilty but insane）”等的近义词。NRDMD较少歧视性含义，指某人因缺乏精神能力而对其行为无刑事责任能力。一些评论家认为“有罪但精神错乱”的判决对于严重精神疾病患者是惩罚性和不公正的，而且在概念上也有问题，因为如果没有发现定罪所必需的犯罪意图，就无法推定此人“有罪”。

² 此定义应较McNaughten准则下的精神错乱检验更宽泛。许多国家仍旧采用McNaughten准则，该准则允许当被告实施犯罪时不知道其行为，或者即使知道也不了解此行为的对错时，以精神障碍为依据进行辩护。但是，许多严重精神疾病患者能理解其行为的对错，但其认知由于严重精神障碍而受到高度的扭曲。因此有人指出，在McNaughten准则下多数严重精神疾病患者是“精神正常”的，因此在许多体系中他们被不恰当地送进了监狱。按照此观点，由于精神障碍而能够辨认但缺乏自我控制的人应当是得到NRDMD判决。

1. 他/她的精神能力在实施犯罪时受到某种精神障碍的损害；并且
2. 精神障碍的严重程度足以使被告人部分或完全无能力承担刑事责任。

立法应规定将实施犯罪时没有足够行为能力的被告人送入适当的精神卫生机构。对需要精神卫生保健的违法者而言，这种方式支持以治疗目的代替惩罚目的。

在这些情况下，法院可能发现被告人“因缺乏精神能力而无责任”（not responsible due to mental disability, NRDMD）¹。这个概念在许多国家使用不同的术语表达，而具有相似的意义。立法可制定构成NRDMD判决的必需标准²。NRDMD判决应适用于所有精神障碍患者，只要该障碍的严重程度对患者的推理、理解或自我控制能力构成损害。一旦做出NRDMD判决，法院可决定将当事人释放回社区或命令住院/治疗。各国的立法对于这种住院和释放判决的规定有相当大的差异。在一些国家，除非审判庭或其他司法机关发现当事人满足所有非自愿住院的标准，并且遵循恰当的非自愿住院程序要求，否则该当事人必须被释放。也有一些国家对于符合NRDMD判决标准的当事人另有一套法定的分类（不同于非自愿住院患者），例如，在澳大利亚被称为司法病人（forensic patients）；毛里求斯称之为安全病人（security patients）；在南非称为国家病人（State patients）。

即便如此，与其他非刑事犯罪的精神障碍患者相似，因NRDMD判决而遭羁押的患者有权要求对其进行正规的定期复核，而且有权在治疗性环境下接受恰当的治疗和护理。此外，无刑事责任的住院患者也可能有治疗决定能力。

患者的精神状态有了足够的改善后应获准释放。一些国家可能授权医疗卫生从业者批准因犯罪而入院的患者出院。也有些国家是只允许法官或其他司法官员批准这种出院。但重要的是，要允许患者本人、家属、或其他人提出出院申请。强制性要求出院后接受一段特定时间的社区治疗是合理的，如果病情复发或患者未依从治疗，则可再次将其送回医院。然而，强制性社区治疗可能遭到部分服务享用者团体的反对。各国对此问题须自行作出决策。

15.3 刑事司法系统中的庭审后（宣判）阶段

在一些国家，精神障碍患者可能因不符合无受审能力的标准、或者不符合作案时患有精神障碍的标准而被法庭宣判有罪，但他们仍可在宣判阶段被移交到精神卫生保健机构中去。这可以通过非监禁的判决（即缓刑令和社区治疗令），或要求患者住入精神卫生机构的监禁判决（即住院令）来实现。按照对公众的危险性的不同，住院令可以是要求去开放性的机构，也可是去安全性更高的机构。

15.3.1 缓刑令和社区治疗令

立法应允许和鼓励对轻微犯罪的精神障碍患者作出非监禁判决，以代替入狱服刑。一些国家的法院已被授权可以下达要求当事人继续接受精神科治疗的缓刑令或社区治疗令。社区治疗令（CTO）允许精神障碍患者生活在社区中，但要遵守特定的条件：

- 居住在特定的地点；
- 参加治疗和康复活动，包括咨询、教育和培训等；
- 允许精神卫生专业人员家访；
- 定期向缓刑官员报告；
- 需要时，服从对其进行的非自愿治疗。

15.3.2 住院令

住院令是确保违法的精神障碍患者接受必要的精神科治疗的另一种方式。如果在法院宣判时患有精神障碍的肇事肇祸者需要住院治疗，立法应允许作出住院判决，以代替入狱判决。

住院的时限不应超过宣判的刑期。如果法院和医院内的精神卫生专业人员发现判决到期后当事人仍需要治疗，则必须依据普通非自愿住院程序延长住院时间。

依据住院令而被留置于精神卫生机构中的违法精神疾病患者也拥有接受独立复核机关（如专门法庭或法院）定期复核的权利，这与其他非自愿住院患者是一样的。

15.4 宣判后（在监狱服刑）阶段

有时被告可能在入狱后患上精神障碍。立法或行政规章应包含为患精神障碍的囚犯提供充分治疗和护理的规定。如果患严重精神障碍的囚犯不能在在狱中获得充分的治疗，法律必须准许将他们转送到精神卫生机构接受治疗。在许多国家，监狱有专门指定的医院病区收治患有精神障碍的囚犯。复核机关应对这些病区进行监督以保证其保健的质量和效能与非监禁性的精神卫生机构相同。立法也必须确保这些医院病区直接受合格的精神卫生人员监督管理，而不是受监狱当局监督管理。

留置于监狱医院病区中或转送到其他精神卫生机构的囚犯的权益应受法律保护，并且他们应享有同其他精神障碍患者一样的保护。尤其是，这些违法人员有权同意或拒绝治疗。如果认为有必要实施非自愿治疗，则必须遵循非自愿治疗的适当程序。在各种权益中较为重要的包括：免受非人道和侮辱性对待的权利，只在获得有效的知情同意后才可被纳入科研的权利，以及保护隐私的权利。转入医院的囚犯的住院时间应计算在服刑期之内。

另外，这些囚犯只能在服刑期内住院，如果刑满后需要进一步的非自愿住院，则只能依据精神卫生立法的民事规定。此外，只要在这类治疗机构中的囚犯不再因精神障碍而接受治疗，他们同样有权获得假释。有关他们病历和治疗的必要的信息应依法能够提供给假释管理部门，前提是该部门需要知情或已获得囚犯本人同意。

15.5 收治违法精神疾病患者的机构

许多国家没有安置这些被认为是“有罪和危险”人物的合适场所，这是违法精神疾病患者出狱的障碍之一。结果，他们不仅被迫滞留在狱中，而且在那里被剥夺了必要的治疗。有关安全性的精神卫生机构需要立法加以规定。立法的标准可规定患者需要的安全等级，且这些等级应当定期复核。此外，任何患者都不应被留置于超过其必要的安全等级的医院内。

总之，精神卫生立法能够而且应当提供一个治疗性和支持性的框架，而非提供惩罚。这样的框架也应允许在任何阶段将精神障碍患者从刑事司法系统移交到精神卫生系统。通过在刑事司法体系中对精神障碍患者实施保护，以及仅在极少数情况下对其实施监禁，则立法将有助于保护公共安全，并同时为违法的精神疾病患者提供人道的治疗，使其能接受恰当的医疗和康复服务。

以下网址提供了联合国有关囚犯（包括患有精神障碍的囚犯）的原则和准则的信息：

http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_comp36.htm

http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_comp34.htm

违法的精神疾病患者：要点

对于患有精神障碍的刑事罪犯而言，只要有可能，刑事司法系统都应将治疗置于比监禁更重要的地位。刑事司法系统的结构应允许在刑事审判的任何阶段将患病的罪犯移交到治疗项目中去。

1. 起诉——公诉人在决定是否起诉精神障碍患者时应考虑以下因素：罪行的严重性；当事人的精神科病史、作案时的精神状态、当前的精神状态；损害当事人健康的可能性；以及社会从诉讼中获得的利益。

2. 庭审阶段：

a) 受审能力——法律要求精神状态适于受审。被告理解司法程序及其结果的能力，以及同辩护律师进行有效交流的能力需要加以评估。无受审能力者在接受治疗时，应停止或延缓对其进行的诉讼。留置在精神卫生机构中等待审判的患者拥有与其他非自愿住院的患者同等的权利，包括申请独立的复核机构进行司

法复核的权利。

b) 刑事责任能力的辩护——被认定在实施犯罪时无足够行为能力的人应接受治疗,而不是入狱。绝大多数国家允许作“因缺乏精神能力而无责任(NRDMD)的辩护,看当事人犯罪时是否有推理、理解或自我控制能力受损。被判决为NRDMD的人一旦精神障碍获得充分的改善,则可被释放。

3. 庭审后(宣判)阶段:

a) 缓刑令——精神障碍患者可依照非监禁的缓刑令和社区治疗令接受治疗,即允许在特定的情况下在社区内实施治疗。如果患者不遵守指定的条件,则可能被召回至监管性机构内完成治疗。

b) 住院令——治疗可以通过住院令(即在精神卫生机构内执行监禁性判决)来提供。住院令的执行对象接受住院治疗的期限不可超过判决规定的刑期,除非随后按照非自愿住院程序办理。住院令执行对象有权就其留置情况接受独立的复核机构的定期复核。

4. 宣判后(在监狱服刑)阶段:

a) 囚犯的转送——入狱后患上精神障碍的患者可被转送到监狱医院的精神科病区或其他安全性的精神卫生机构,以接受精神医学治疗。被转送的囚犯拥有同其他非自愿住院的患者同样的权利,如治疗同意权、隐私保密权以及免受非人道和侮辱性对待的权利。

收治违法精神疾病患者的机构:

需要立法制定有关安全性精神卫生机构的规定。立法的标准可规定患者所需

要的安全等级，且这类等级应当定期复核。任何患者都不应被留置于超过其必要的安全等级的医院内。

16. 影响精神卫生的其它实质性法律规定

立法将显著提高精神障碍患者的福利和个人良好状态，这方面在本章已经讨论的问题有：可及性；权利；自愿和非自愿精神卫生保健；复核机制和有关违法精神疾病患者的规定。此外，还有其他许多对于推进精神健康和福利同样重要、值得立法但在历史上却被忽视了的领域。在本资源手册中不可能涵盖全部的问题，也不可能充分地讨论每一个议题的复杂性。但以下是可以包含在本国立法中的一些领域的要点。在许多国家，这些领域也可体现在专门的精神卫生立法以外的其他立法中。

16.1 反歧视立法

立法应保护精神障碍患者不受歧视。在多数情况下，各国都有反歧视立法，甚至采取积极的行动以保护弱势群体、少数族裔和下层社会群体。这种立法也可通过明文规定将精神障碍患者作为受益人而使其得益。作为一种选择，如果普通反歧视立法未能提供足够的保护，反对歧视精神疾病患者的规定可明确纳入精神卫生立法。例如，在一些国家中不许精神障碍患者在学校学习、不许其出现在公共场所或乘坐飞机出行。这就需要专门的立法来对这些做法加以纠正。

作为立法的另一种选择是，例如，如果国内有权利法案或其他人权权利保护文件，则应明确何种情况是非法歧视行为，且应包括精神障碍患者在内。例如，《新西兰权利法法案（1990年）》就禁止在各方面歧视残疾人。

16.2 普通卫生保健

精神障碍患者在享受普通卫生保健方面需要得到立法保护，包括治疗的获得、治疗的质量、隐私保密、治疗的同意和信息的获取等。可以在普通卫生保健立法中加入特别的条款，以强调保护弱势群体如精神障碍患者和无自主决定能力的人的必要性。

16.3 居住

立法可制定条款规定在国家住房计划和各种住房补贴计划中优先考虑精神障碍患者。例如，《芬兰精神卫生法》就规定：“除充分的治疗和服务之外，必须为精神障碍患者提供一个服务平台和适于必要的医疗或社会康复的救助性居住地”（《芬兰精神卫生法》第1116条，1990）。

一些国家可能并不需要这样的规定，但是至少精神障碍患者不应在住房选址上受到歧视。立法也可规定政府为精神障碍患者建立一系列的居住设施，如中转之家和长期居住的供养之家等。立法条款应规定禁止对精神障碍患者实施地域性隔离。这要求立法规定明确禁止在住房选址和分配上歧视精神障碍患者。

16.4 就业

立法可包含有保护精神障碍患者在就业领域不受歧视和剥削、保证平等就业机会

的条款。立法也可促进已患精神障碍的人重返工作岗位，并确保他们不会仅仅因为患病而被解雇。为了方便患有精神障碍的雇员接受精神医疗服务，立法还可促进工作单位进行“合理的调节”，为其安排具有一定弹性的工作时间。例如，雇员可以请假去接受心理咨询，当天晚些时候再把工作时间补回来。

(阿根廷)《Rio Negro精神疾病患者卫生保健和社会服务促进法》(法律2440, 1989)规定：“本省应确保采取适当的措施，以保证对于精神障碍患者的痊愈来说是一个决定性因素的工作机会的获得”。该法进一步规定，建立一个委员会对就业促进进行审查，这将催生出适当的长远性措施，以保证该法所覆盖的人群能够得到工作。

法律也可规定为职业康复计划提供充足的资金、为社区内精神障碍患者的谋生型生产活动优先注入资金、以及采取全面的积极行动以促进工作的获得和有偿就业。就业立法也可服务于福利性工作场所的精神障碍患者提供保护，确保他们获得同其他劳动者比例相当的报酬，并且确保在这些工作场所中不发生强迫或强制性劳动。

在就业立法中制定关于产假，尤其是带薪产假的规定已经在许多国家被证实是一种有效的健康促进工具。这样可使新生儿母亲花更多的时间陪伴子女，并且提高亲子之间的情感联系，从而促进母婴双方的心理健康。

16.5 社会保障

设立残疾人基金可为精神障碍患者带来巨大的福利，应通过立法加以鼓励。为精神障碍患者提供的残疾补偿金应当与提供给躯体残疾人士的补偿金比例相当。社会保障立法应有足够弹性，以便使精神障碍患者既能重返工作岗位（尤其是非全日制工作岗位）又不致失去残疾补偿金。

16.6 民事问题

精神障碍患者有权行使各种公民、政治、经济、社会和文化权利，这已得到《世界人权宣言》、《经济、社会和文化权利国际公约》，以及《公民与政治权利国际公约》的认可。

下面将要提到一些（精神障碍患者常常受到剥夺的）需要加以保护的关键权利。此清单并未穷尽所有的关键性权利；而仅仅是为了说明需要保护的权利的广泛性。然而，其中有些权利是可以受限制的，这取决于当事人在特定时点上的行为能力状况。

- 选举权；
- 婚姻权；
- 生育权和亲权；
- 财产权；
- 工作和就业权；
- 受教育权；
- 迁徙自由和选择居住地的权利；
- 健康权；
- 依法接受公正审判和正当程序的权利；
- 签署支票和从事其他经济活动的权利；

- 宗教自由和信教的权利。

其他与精神卫生有关的实质性规定：要点

有大量涉及精神健康的重要领域可以有效地开展立法，但它们在历史上却被忽视了。这些领域包括：

- 立法应保护精神障碍患者不受歧视；
- 需要立法保护精神障碍患者在享受普通卫生保健方面的权利，包括：治疗的可及性、所提供治疗的质量、隐私保密、治疗的同意和信息获取；
- 立法可制定条款规定：在国家住房和各种住房补贴计划中优先考虑精神障碍患者；
- 立法可规定政府为精神障碍患者建立一系列居住设施，如中转之家和长期居住的供养之家等；
- 立法可以制定保护精神障碍患者在就业和平等就业机会方面不受歧视和剥削的规定；
- 立法可促进对患有精神障碍的雇员进行“合理的调节”，为其提供具有一定弹性的工作时间，以使其能够接受精神医学治疗；
- 有关就业的立法可为服务于福利性工作场所的精神障碍患者提供保护，以确保他们获得同其他劳动者比例相当的报酬，并且确保在这些工作场所中不存在强迫或强制性劳动；
- 为精神障碍患者提供的残疾补偿金应与提供给躯体残疾人士的补偿金比例相当；

- 精神障碍患者应享有选举权、受教育权、迁徙自由和选择居住地的权利、财产权、健康权、依法接受公正审判和正当程序的权利、签署支票和从事其他经济活动的权利，以及宗教自由和信教的权利。

17. 保护弱势群体——未成年人、妇女、少数族裔和难民

为受到精神障碍影响的未成年人、妇女、少数族裔和难民专门立法可能并无必要，如果实践表明这些脆弱群体已经享有了充足的、非歧视性的治疗和服务。然而，在现实中对这些群体确实存在歧视和严重的不公平。这些问题所涉范围和形式在各国之间各不相同，而且不同国家需要通过立法来加以重视的特定问题也不相同。无论如何，还没有哪一个国家不存在歧视弱势群体的现象，因此下面几部分内容对所有的国家来说都很重要。

17.1 未成年人

保护儿童和青少年人权的立法应重视他们易受侵害的特殊性。正如《联合国儿童权利公约》（1990年）及其他相关的国际性文件所声明的，应特别关注于尊重、保护和实践他们的权利。

许多国家没有专门针对未成年人的精神卫生服务，因此立法在促进这些服务的建立和获得上应起到重要的作用。

立法应明确限制对未成年人实施非自愿住院。只有在社区为基础的医疗设施无法获得、不可能有效或在尝试后失败的情况下，才适宜住院治疗。如果未成年人被留置在住院化的设施内，他们的生活场所应和成年人分开。精神卫生机构内的生活环境应与其年龄相适应，并且要重视未成年人成长发育的需要（如提供游戏场所、适于不同年龄的玩具以及娱乐活动，能够上学和得到教育等）。尽管不同国家对这些目标的实践程度各异，所有的国家都应采取积极的措施以实现这些目标，并且为达此目的而增加资源的分配。

未成年人应当能够获得可充分代表其利益的私人代表，在其住进精神卫生机构以及在入院的整个过程中，尤其需要有私人代表。在大多数情况下其私人代表是家庭成员。然而，当存在潜在的或真实的利益冲突时，应有法律规定指定别的独立的代理人。在这类情况下，立法可规定由国家负责承担代理人的报酬。

在立法中也需要关注未成年人的治疗同意权。在多数司法体系中以年龄（通常是18岁）作为判定未成年人是否具有同意或拒绝权利的唯一标准。然而，许多未成年人，尤其是十几岁的青少年，已在生理上足够成熟并能充分理解同意或不同意的决定。因此立法在知情同意问题上可制定条款鼓励依据未成年人的年龄和成熟度来对其意见加以考虑。

立法可禁止对儿童采用不可逆性治疗，尤其是精神外科和绝育手术。

17.2 妇女

世界各地的许多社会中都存在严重的性别不平等和性别歧视，这是一个不争的事实。不平等和歧视行为可导致和加重女性的精神障碍。妇女常在获得精神卫生服

务方面受到歧视，原因是她们缺乏财力以及被认为在社会上不重要。立法应积极反对这种不平等和歧视。《消除所有形式针对妇女的歧视公约》（CEDAW）为指导开展这个领域的立法提供了一个实用的工具，此公约定义了歧视妇女的情形并且为各国消除歧视制定了行动议程。

被收治于精神卫生机构的女性应拥有足够的隐私。立法可确保所有精神卫生机构都有单为女性设置的卧室（单一性别的病房），并且这些病房的生活设施应有足够的质量，与收治男性的病房条件相当。立法也可明确保护女性不遭受医院内的男性患者和男性工作人员的性虐待和躯体虐待。

产后是妇女发生精神障碍的高危时期。产后精神障碍治疗机构应重视产妇的特殊需要，并且为哺乳期母亲提供充分的便利设施。特别应注意的是，如果哺育期母亲被收治于精神卫生机构，不应将她们和婴儿分开。该精神卫生机构应具有婴儿护理设施和能够为母婴双方提供保健服务的熟练员工。立法对于达到这些目标将有所帮助。

在那些可以以某种方式违背妇女意愿而使用其信息的社会中，保护妇女的隐私尤其重要。立法可特别规定在未得到女性当事人明确同意的情况下，不得泄露有关其精神状况的信息。立法也可鼓励精神卫生专业人员重视在许多社会中妇女所面临的将相关信息告知其家属的压力。

在那些因社会和文化原因而将妇女收治住院的国家，有必要通过立法明确规定这种行为是非法的。立法应促进平等地获得精神卫生服务，包括让妇女使用社区为基础的治療和康復設施。女性也应在有关非自愿住院和治療等問題上擁有與男性同等的權利。立法可能需要堅持由複核機關單獨對婦女非自願住院的比例實施特別監督，以評估潛在的性別歧視。

17.3 少数族裔

在提供精神卫生服务方面针对少数族裔的歧视有多种形式。例如：

- 少数族裔可能被剥夺享用社区为基础的治疗设施，而是代之以在住院机构中接受治疗；
- 少数族裔的非自愿住院率更高；
- 少数族裔特有的社会和文化习惯上的行为有时被解释为精神障碍的表现，以至于导致非自愿住院；
- 少数族裔在精神卫生机构内更有可能受到非自愿治疗；
- 精神卫生机构的生活环境不顾及少数族裔独特的文化和社会需要；
- 患有精神障碍的少数族裔更有可能因轻微的行为问题而被逮捕，导致他们受到刑事司法系统处理的比率更高。

立法可为反对上述歧视性行为做出明确规定。例如，立法可规定复核机关监督对少数族裔施行的非自愿住院和治療，確保將提供符合少數族裔文化傳統的適當的生活環境作為認定精神衛生機構資質的標準，並且監督將社區為基礎的治療和康復服務提供給少數族裔。

实例：澳大利亚对妇女和少数族裔利益的保护

为了保护妇女和少数族裔，《澳大利亚精神卫生法》规定，精神卫生专门法庭的成员“应包括一名或多名女性，以及一名或多名具有少数民族背景的成员”

(新南威尔士州精神卫生法，1990年)

17.4 难民

在一些国家，难民和被收容的人员经常受到不恰当的对待，从而导致或加重其精神障碍，但是，他们并没有得到与该国国民相同的精神卫生服务。这有违 ICESCR 第12条指出的原则：“认可人人享有可获得的最高标准的躯体和精神保健的权利”。

立法可规定给予难民与本国国民同样的精神卫生医疗。

保护弱势群体：要点

- 保护儿童和青少年人权的立法应重视他们易受侵犯的特殊性；
- 立法可促进针对未成年人的特殊精神卫生服务的建立和获得；
- 立法可积极地限制对未成年人施行非自愿住院；
- 未成年人必须拥有能够充分代表其利益的私人代表，在其住进精神卫生机构以及在入院的整个过程中，尤其需要有私人代表；
- 不平等和歧视行为既可导致也可加重妇女的精神障碍；
- 女性患者应当有独立的卧室（单一性别的病房），并且这些病房的生活设施应有足够的质量，与收治男性的病房条件相当；
- 在那些因社会和文化原因而将妇女收治住院的国家，有必要通过立法明确规定这种行为是非法的；
- 立法可明确保护少数族裔不受歧视。例如，立法可规定复核机关必须监督对少

数族裔实施的非自愿住院和治疗，并且为他们提供社区治疗和康复服务；

- 应给予难民同本国国民相等的精神卫生保健。

18. 违法和处罚

法律并非有意为了制定来起诉违法人员，而是为了指引人们，哪些东西是根据民主的方式（希望是如此）组成的立法机关经过调查和讨论后认为对本国来说是必要和恰当的。然而，当法律被违反时，国家的刑事司法系统有权采取行动起诉并惩罚违法者。这就使立法在各国处于一种，例如与政策或策略性计划相关的，特殊的地位。

如同本章讨论的其他议题一样，各国对违法和处罚的处理方式各不相同。但不管怎样，在多数国家，除非法律对特定的违法行为的处罚尺度给出了明确的指示，否则当违法事件发生时，法庭无法采取有效的行动。结果使法律潜在的促进精神卫生的目的无法完全实现。因此，立法应明确规定对各种违法行为的适当处罚措施，并且可以基于并非所有违法行为的严重性都相同这一事实，规定对特定违法事件施加相应处罚的力度。

实例：违法行为和处罚

以下介绍的是不同的司法体系在其精神卫生法中对违法和处罚是如何进行规定的。这些例子仅仅起到说明性的作用，各国应自行决定其国内立法中对违法和处罚采用何种体系。

日本：

在日本，有关精神保健和精神障碍者福利的法律，（法律 94，1995 年）概括了对各种违法行为的不同处罚措施。例如：

1、具有以下任何一种情形的人员将被处以三年以下徒刑或 100 万日圆以下罚款：

(1) 违反第 38.5 条第 5 款出院规定的人员；

(2) 违反第 38.7 条第 2 款规定的人员；

(3) 违反第 38.7 条第 3 款规定的人员。

2、精神病医院的管理人员、指定的医生、精神卫生复核委员会的成员[以及其他相关人员]在依法行使职责时，如果无正当理由而泄露了他人隐私，将被处以一年以下徒刑或五千日圆以下罚款。

肯尼亚：

肯尼亚《精神卫生法》(法律第 7 号，1989 年) 列举了该法所认定违法的一系列行为，并指出：

依据本法，任何因违法而定罪的人员，或违反本法任何条款或规定的人员，如果不施加其它特别处罚，将被处以一万先令以下罚款或 12 个月以下徒刑，或者同时处以上述两种处罚。

澳大利亚：

在新南威尔士州，使用了称为“处罚单位”(penalty units) 的系统。这种做法避免了对立法的每一条进行频繁的修订，即不必因通货膨胀或其他金融波动情况而特别制定一项违法处罚措施。例如，泄露信息或拒绝服从或遵守由复核法庭、行政长官或精神外科复核委员会作出的命令、指示或决定的人员，可被判罚最高 50 个处罚单位，而对无证开设住院机构的人员可处以最高 10 个处罚单位。

第三章 立法步骤：精神卫生法的起草、通过和实施

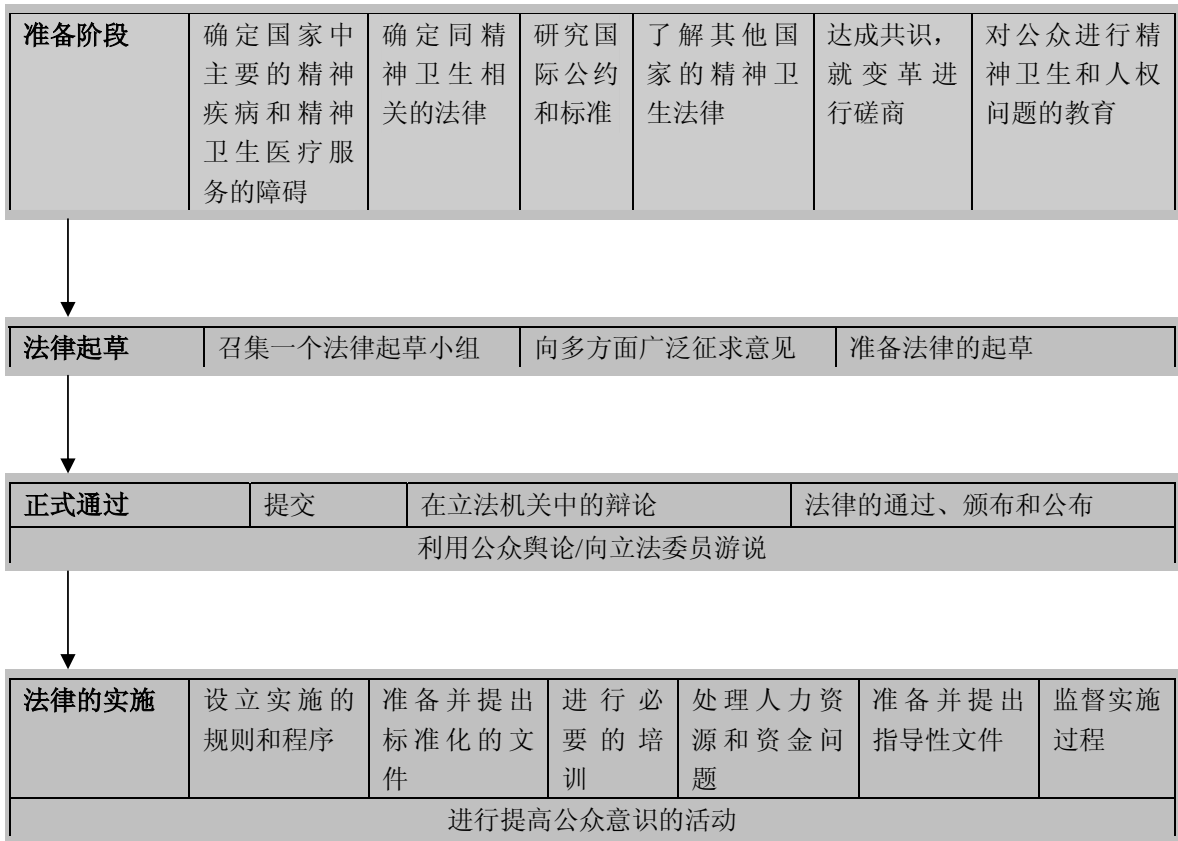
1. 前言

本章主要涉及立法的过程，从精神卫生法的起草开始，直到法律实际得到实施。承接第一章的“为何”立法和第二章的立“什么”法（或者立法内容），本章讨论的重点是“如何”进行精神卫生立法。具体列出了各国在着手制定精神卫生法之前需要采取的准备措施和法律起草、通过以及实施的步骤。同时提供了一些具体国家的实例来说明精神卫生立法过程中可能遇到的困难和解决措施。

同法律的内容一样，各国立法的过程在起草、通过以及实施法律等方面也有赖于当地的社会规范和风俗习惯。这里将对主要的工作进行讨论，但必须指出，这里列出的只是指导性原则，每个国家必须遵从其自身已有的立法程序。

图 2 列出了大多数国家在开展精神卫生立法时经历的四个阶段：准备、起草、通过和实施。本章将具体讨论这四个步骤。

图 2 精神卫生立法的过程



2. 准备活动

在着手起草精神卫生法之前，一些准备活动有助于确定立法的内容。这些活动包括：

1. 确定本国主要的精神卫生需求和问题，以及在实施精神卫生政策、计划和项目时现存的和可能的障碍。
2. 调查现有的精神卫生法律和/或涉及精神卫生问题的其他法律，寻找欠缺的或需要修改的内容，了解在实施这些法律过程中的遇到的障碍和问题。
3. 研究国际性人权公约和标准中与精神卫生有关的规定，明确政府在履行这些文件的要求中应尽的责任。
4. 研究其他国家，特别是那些具有相似的经济政治结构以及社会文化背景的国家精神卫生法的内容。
5. 就变革进行磋商，达成共识。
6. 对公众进行精神卫生和人权问题的教育。

在许多国家，是由卫生部门主管精神卫生事务的专业人员来启动这些准备活动。也有一些国家是由“法律委员会”或其他以确定法律中需要修改的内容为任务的类似组织来进行相关研究并提出修改建议。还有些国家是由政府某部门中的法律机构负责制定所有的法律。

在各国，当精神卫生服务享用者、家庭、热心者或专业人员团体或组织认为需要进行精神卫生立法（或修改现行法律）时，这些人有责任呼吁启动新的立法并解释为何需要新的（或修订的）法律。

实例：大韩民国法律改革的启动

1992年，韩国的一群年轻的精神科医师强烈的感觉到需要一项全新的精神卫生政策。他们强烈地呼吁人权、去机构化和社区精神卫生服务。他们同公共卫生与福利部的官员进行沟通，共同开始了制定新精神卫生法的工作。在经过了两年的准备和咨询之后，政府完成了法律的草案，并提交议会审议。在1995年12月，新的精神卫生法得到了通过。

（个人通信，Tae-Yeon Hwang 医生，Yongin 精神病院、WHO 心理社会康复与社区精神卫生合作中心精神康复与社区精神卫生科主任）

2.1 确定精神障碍和在精神卫生保健中遇到的阻碍

第一步是了解有关精神障碍在整个国家、不同地区和人群中的分布情况。这些信

息最可靠的来源是以社区为基础的流行病学研究。然而，在许多发展中（甚至一些发达的）国家，缺乏高质量的流行病学数据。如果流行病学调查数据无法获得或者可信度不高，计划制定者和政策制定者可以从其他渠道获得信息。比如：

a) 通过治疗机构中的定量资料，可以大致估算出对精神卫生服务的需求水平和精神障碍的患病率。然而众所周知，只有很小一部分精神障碍患者和需要精神卫生服务者去寻求临床服务的帮助。但通过计算可以估计出“真实的患病率”（详细信息见《精神卫生服务的计划与预算》模块（WHO，2003a）：

http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/

b) 针对目标群体和关键人员进行访谈所获得的质的信息，能够以较低的成本获得有用信息（(Arjonilla, Parada 与 Pelcastre, 2000)。

c) 有时，一个国家中获取的数据可以应用于其他有着相似文化和社会特征的国家中。

清楚地了解在提供高质量精神卫生服务中所遇到的阻碍和困难也十分重要。法律有助于克服或消除一些障碍。下面的实例说明了一些可以通过立法努力，确定立法中的优先领域来加以解决的障碍。

实例：在提供高质量精神卫生服务方面有可能通过立法来克服的障碍

- 在一些地区或在整个国家缺乏精神卫生服务。
- 许多人无法负担精神卫生服务的费用，而健康保险没有或只是部分覆盖了精神卫生治疗。
- 精神病院提供的服务质量不高，生活环境恶劣，导致对人权的侵犯。
- 缺乏对非自愿住院和治疗的规范和检查，这往往导致患者人身自由的丧失。
- 对精神障碍的偏见和歧视影响了精神卫生保健的获得，也影响了精神障碍患者融入社会。
- 精神障碍患者被剥夺了基本的公民、政治、经济、社会和文化权利，比如社会参与、文化表达，选举，言论自由，居住，就业和受教育的权利。
- 精神障碍可能妨碍患者维护自身权益和表达自身需求的能力。

- 某些社会环境和文化活动有损于一些人群的精神健康。
- 精神卫生服务和项目的资源缺乏。

2.2 精神卫生相关立法的定位

一些国家有较长的精神卫生立法以及与精神卫生相关的立法历史，也有些国家则是第一次进行这样的立法。因此要“定位”已有的立法可能会十分困难。对于那些已经有专门的精神卫生法的国家，需要仔细检查这些法律，以作为新的立法的基础。此外，其他法律中与精神卫生有关的内容也需要找出并加以评估。对于那些没有专门精神卫生法的国家，同样可能存在与精神卫生有关的法律，这些都需要加以识别和分析。

对精神卫生相关法律进行定位有助于整体了解那些对实现精神卫生政策和规划确定的目标有所贡献的各种法律法规，也有助于确定哪些法律需要修改。系统地、批判性地回顾现行的立法，可以从中确定哪些方面还存在不足或需要修改，以保护精神障碍患者的权益或保障其获得治疗，同时有利于精神健康促进和精神卫生领域预防工作的开展。有时人们发现在现有立法中各种规定已经很充分了，但在实施的过程中存在问题。在这种情况下，则并不需要进行太多的修改或制定新的法规。

本手册中提供的 WHO 精神卫生立法检查清单（WHO Checklist on Mental Health Legislation）是一个用以了解现行立法的优缺点并确定新的法律中应当包含那些条款的实用工具（见附件 1）。

实例：萨摩亚群岛对立法的定位

在萨摩亚群岛制定新的精神卫生法时，对 32 部涉及精神卫生的法律进行了检查。这些法律包括：民法（1972）、刑事诉讼法（1972）、卫生条例（1959）、反贪调查官法（1988）、精神卫生条例（1961）、妇女事务部法（1990）、药品法（1976）和托管人法（1975）。

（WHO 顾问使团报告，2003）

2.3 研究国际性公约和标准

签署了国际人权公约的国家有责任通过立法、政策和其他措施来保护、尊重并实现在这些文件中规定的人权。

如第一章所述，《公民与政治权利国际公约》（ICCPR，1966）和《经济、社会与文化权利国际公约》（ICESCR，1966）代表了两个主要的国际性文件，已经被世界上大多数国家所签署。因此在计划进行立法时仔细研究这些文件是非常重要的。

许多国际标准（虽然没有法律约束力）代表了国际上对可接受的良好实践标准的共识,可以作为制定和实施精神卫生法律与政策的框架。这些文件包括《MI 原则》、《标准化准则》、《加拉加斯宣言》、《马德里宣言》和《WHO 精神卫生保健法：十项基本原则》（见第一章，第 6、7 节）。

2.4 复习其他国家的精神卫生立法

通过研究其他国家的精神卫生立法，可以很好地了解不同国家的法律中通常包含的内容。在进行这样的研究时有必要牢记，许多国家的法律已经是过时的。因此研究的重点应是那些新近颁布的法律，这些国家的立法反映了国际性的人权标准和精神卫生治疗与保健领域的最新知识。同时还要仔细研究立法在改善这些国家精神障碍患者状况方面的效果。未能改善患者处境的原因可能包括：法律草案有缺陷，或者由于法律没有考虑到本国的实际情况而导致实施困难。了解不同国家立法的一个有用的资源是《WHO 卫生立法国际文摘》（WHO International Digest of Health Legislation ， DHL），网址是 <http://www.who.int/idhl>。

法律草案有缺陷的实例，是有的国家立法规定强制入院需要有至少两名精神科医师出据证明，但这些国家精神科医师数量严重不足，结果这一规定根本无法实施。虽然该规定的目的是对强制住院提供适当的保护措施，但结果适得其反。许多情况下，由于该法律规定可操作性差，只好置之不顾，专业人员和患者家属依然采取原有的不恰当的强制入院手段。在另一些情况下，为了根据法律规定而寻找两名精神科医师，那些需要强制入院和治疗的患者反而得不到治疗，这同样是对人权的侵害。比较好的选择是，规定要有两名精神卫生专业人员的证明，而其中至少有一位是精神科医师。其他精神卫生专业人员可以是精神科社会工作者、心理师和精神科护士，这样就可以既增加能够出据证明的精神科专业人员的数目又能满足为精神障碍患者提供恰当保护的要求。

其他国家的精神卫生法包含了这个国家特定的社会、经济和文化因素。因此具体的条款可能并不适用于自己的国家。比如，某国可能只允许指定患者的直系亲属或配偶做监护人。这在那些文化上认可由大家族维护个人的权益或者允许多配偶制的国家中就会不合适。因此需要对条款进行修改以适合不同国家的社会、经济和文化特点。

实例：阐明精神卫生法时的阻碍和推动因素

阻碍	推动因素
那些强调以个人人权作为立法基础的人士和强调公众安全的人士之间的矛盾。	明确阐述精神卫生法的制定以需求为基础（即同时关注享用者和公众的需求）。
医疗主导权与立法时强调人权之间的矛盾	明确阐述以服务享用者作为立法的出发点并在

<p>盾。即那些认为精神科专业人员更了解患者最需要什么的人士同那些认为享用者更清楚最需要什么的人士之间的意见不一致。</p>	<p>立法过程中邀请各个部门和不同专业人士参与。</p>
<p>那些认为精神卫生立法只需关注治疗和患者权益的人士和认为立法还应当关注精神健康促进和预防的人士之间的冲突。</p>	<p>同时邀请两个群体的代表加入起草小组。</p>
<p>家庭成员的权利和义务与精神卫生服务享用者的权利和义务之间的矛盾。</p>	<p>召集家属和享用者组织的代表就关键问题和两个群体各自利益进行讨论。共同参与起草小组。</p>
<p>来自精神科医师的阻力，他们将法律和法规中的规定理解为对临床自主性的破坏。</p>	<p>就患者的权益和医学伦理问题进行讨论，邀请这些领域的专家参与。</p>
<p>政府、议会和卫生部门以外的其他政府部门没有将精神卫生立法作为重点。</p>	<p>赋予享用者、照料者以及热心者组织以权利。</p> <p>游说立法者，寻找个别可能支持精神卫生立法的立法者。</p> <p>(详细内容见:《精神卫生宣传》模块 (WHO, 2003b) : http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/)</p>
<p>普通大众对以人权为取向的立法的反对。</p>	<p>向公众提供信息，开展教育。</p>

上表提供了一些在阐明精神卫生立法的过程中可能遇到的障碍和推动的因素。各国由于具体情况的差异，将会面临各自不同的阻碍，这里并未穷尽全部的例子。

2.5 为变革达成共识和协定

前一章指出了在新的立法中应当考虑的问题和/或在直接对现行法律进行修改时需要考虑的问题。不过，需要就这些问题达成广泛共识。主要的一些利害关系人（stakeholders）有政治家、国会议员、政策制定者、政府部门（卫生、社会福利、法律和财经）、专业人员（精神科医师、心理师、精神科护士和社会工作者），精神障碍患者家属、服务享用者和享用者组织、维权宣传团体、服务提供者、非政府组织、民权组织、宗教团体和相关社区的团体等。在有些国家，可能还需要邀请社区领袖和传统医学治疗师的加入。

无论是法律的起草还是确保其在通过后能顺利实施，达成共识和协商都起着相当重要的作用。而广泛的共识也是必需的，因为只有消除了针对精神障碍的错误观念、误解和恐惧，才能使精神卫生法被社会所接纳。

2.6 就精神卫生和人权问题进行公众教育

在许多国家，由于普通大众对精神卫生知识不了解，存在着对以人权为取向的精神卫生立法的抵制甚至反对。针对精神障碍患者的偏见和歧视也相当普遍。这些都会导致在立法过程中公众对该法律的反对，甚至在该法律颁布后也会进行破坏。

因此非常重要的，是要告知和教育公众什么是精神障碍以及精神障碍患者应当拥有什么权利。这会使立法的起草、通过和实施过程变得容易。

起草精神卫生法的准备活动：要点

- 进行新的精神卫生立法的过程可能由下列人员启动：政府部门中负责精神卫生事务的专业人员，法律委员会（或类似的实体），政府部门中的法律机构，非政府组织，或者服务享用者、家属、维权宣传者或其他相关的组织。
- 有关精神障碍、需求和负担的信息可以通过流行病学调查、收集定量信息（如来自医疗机构的定量信息）、质的研究（如针对某些群体和享用者的访谈）或根据其他有相似社会文化特征的国家的数据推断获得。
- 可能通过立法加以克服的障碍应当予以明确。
- 对所有同精神卫生相关的法律法规都应当加以评估和复习。
- 对国际性的公约和标准应当进行仔细研究，以确保将国际公认的权益纳入到立法中。

- 仔细研究其他国家最近的立法，同时思考使这些立法产生效果的因素，这对于制订本国的法律能够提供有益的帮助。当然，还必须慎重评估其在特定国家的可行性和适用性。
- 就精神卫生立法达成共识的过程应当尽早开始，这样可以听取不同的意见使得随后的实施过程变得更容易。

3. 精神卫生立法的起草

3.1 起草过程

不同的国家有着各自的立法、行政和政治结构，所以起草法律的过程各不相同。本资源手册不希望同这些已经发展完善并被当地所接受的机制发生冲突。一系列的因素决定着隔多久以及由谁来进行新的立法。有观点认为立法应当每隔 5 到 10 年进行一次复核，但如果现行法律存在内容或实施上的问题，则复核应当尽快开始。有些国家的法律中包含有“化解难题的权力”，这使得可以不必等待立法的程序就作出一定的修改——从结构和结果上看这并非基本的，但从法律更好地服务于其自身目的来说又是必要的。以印度的精神卫生法为例，其中规定“如果各邦在实施本法各条款的过程中出现难题，只要不与本法的条款发生抵触，邦政府可以采取一切可能的必要措施或权宜之计来化解此难题”（《印度精神卫生法》第 97 条，1987 年）。

某些国家由立法机关指定一个起草委员会，或者由相关部门受命负责法律的起草工作；也有的国家是由法律委员会或类似的机构承担这项工作（见第 2 节）。在那些没有明确由哪家机构负责起草新的法律的国家，政府部门中的精神卫生分支机构可以起到重要的推动作用。

实例：葡萄牙与南非的法律起草过程

在葡萄牙，当主要的利害关系人组成的全国性大会通过了一系列关于开展新的立法的建议后，卫生部和司法部任命了两个小组来起草新的精神卫生法。一组负责精神卫生政策和患者权益，另一组负责有关强制治疗的规范。整个过程为时两年，并向多方面广泛征求了意见。

（个人通信，JM Caldas de Almeida 医生，WHO 美洲地区顾问，2003）

当南非卫生部发现在由种族隔离向民主转变的过程中现行法律中的一些条款

违背了新宪法后，就确定需要新的精神卫生法。负责精神卫生事务的理事会被要求负责协调有关咨询与起草的过程。从提出概念到被议会通过，整个过程大约为时五年。

(个人通信, M Freeman 教授, 南非卫生部, 2003)

关键问题并不是由谁来起草法律，而是在整个过程中充分进行论证，以保证产生的提案完整、全面、反映出对各种对立（却是合理的）观念的平衡、充分考虑了各种已知的相关信息、并能够形成适合当地情况的实质性草案。一些国家会指定一个委员会来负责起草，这些成员自己就能够完成所有的内容并提出草案。也有些国家可能只指定一到两人来起草法律，但要求采纳其他各方面专家的意见并反映不同群体的利益，以保证法律规定符合前述的标准。此外还可以采取混合这两种方式的模式。

具体的选择取决于下列因素：专家意见的有效性、不同方法的成本、以及对哪一种方法在本国更有效所作出的估计。建议的立法的覆盖范围也会决定咨询调查的内容与广度。比如，某个国家计划制定全面的精神卫生立法以覆盖与精神障碍患者有关的所有问题，那么就需要有能够提供有关居住、就业、社会利益、福利和司法等方面建议的专家。

在大多数国家，起草机关需要听取下列专家的意见：

- 卫生部门的代表，通常是主管精神卫生的专业人士，他可以在委员会中担任主席，协调整个进程或担任执行秘书；
- 其他政府部门（如经济、教育、就业、住房、社会福利和司法）的代表；
- 精神卫生专业人员；
- 具有精神卫生领域和其他领域专长的律师；
- 具有人权领域专长的人（来自法律界等）；
- 服务享用者、家庭成员和照料者的代表；
- 代表精神障碍患者利益的非政府组织；
- 有处理少数民族和其他弱势群体（如妇女、儿童和老年人）问题经验的专家；
- 关注精神卫生问题的立法者。

尽管在这个阶段需要征求各方面意见，而当草案形成后，依然需要经过一系列程序，以便其他（或同一）利害关系人能够有机会添加新的内容或影响最终形成的立法（见 3.3）。

3.2 立法咨询的必要性

一旦开始起草法律，就需要向精神卫生有关的各利害关系人征求意见。通过征求意见，能够发现草案中的潜在缺陷，修正现行法律与各地已经习惯的实践之间的冲突，解决无意中遗留的问题并克服实施过程中的实际困难。

如果能够周密计划并系统地加以实施，立法咨询过程能够对法律的通过和实施产生积极影响。咨询也为提高公众对精神障碍患者需求的了解、增进公众对预防精

神障碍的知晓等创造了机会。此过程也包括在社区的咨询，这使得精神障碍的负担更容易被了解。所有这些因素都使法律在颁布后更可能得到有效实施。

3.3 立法咨询的对象

在许多国家这既可以是法定的也可以是不太正式的程序。在法律提交议会之前，许多国家会通过公开出版物（如政府公报）的形式将草案公开。公众将有一段时间（如三个月）提出意见。必须仔细考虑反馈的意见并对草案进行适当的修改。当然在此之前应当已经进行过了广泛的立法咨询。下面将讨论立法咨询过程中的这个并非法定的阶段。

必须向精神卫生服务享用者、精神障碍患者家属、倡导者团体、非政府组织、专业团体、政府机关和部门、服务提供者、社区代表以及其他可能会直接或间接地受到该法律影响的群体征求意见。他们中有许多在初稿起草阶段可能就已介入，但到了这个阶段，将有机会进行更广泛的咨询。这些利益群体内部还可能代表不同观点的亚群体。（见《精神卫生政策与服务指南系列之：精神卫生宣传》，WHO，2003b，网址：http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/）。

在政府内部，负责卫生、福利/社会服务、教育、就业、司法、警察、矫正服务、经济、住房（可能还有其他）的部门均有可能被涉及，因此也都需要咨询。不同国家中部门之间的职责划分是各异的。有些国家的卫生部门在建议的立法中对保健和治疗等拥有司法管辖权，而康复和预防则属于福利/社会服务部门的职责。其他国家则可能所有这些功能均属卫生部门。无论采用哪种架构，对卫生和福利两个部门都进行咨询对于避免交叉、重复和冲突是必不可少的。财政部门也需要加以咨询，因为所建议的立法可能对公立和私立服务提供者会有财政方面的影响，而设立规范与监督机构也需要开支。因此，政府部门对立法的支持和承担各自的职责对于保证充足的经费投入以使立法能有效实施，是必不可少的。同样地，也需要向立法的各章节中涉及到的政府其他部门进行咨询。

专业人员群体，包括精神科医师、护士、心理师、精神科社会工作者、治疗师、康复人员以及与精神卫生系统有关的其他专业人员，在日常工作中有责任贯彻执行精神卫生立法的规定。这些群体能够发现在治疗与保健工作中执行有关规定时的困难。因此在起草法律时也必须将他们的意见纳入考虑。

服务享用者是法律的主要受益者，他们的投入和参与至关重要。在许多国家，家庭成员是主要的照料者，因此也受到立法直接关注。有时，在享用者团体与代表精神障碍患者家庭成员的团体之间会在对精神卫生医疗和立法的定位、思想观点等方面存在冲突。有必要在咨询过程中采纳各方的观点。在一些国家，尤其是那些已经建立有享用者和家庭成员倡导团体、尊重患者的伦理观点也较为牢固的国家，相对比较容易从这些团体获得有益的帮助。而在其他的国家这就可能非常困难。精神障碍患者普遍感到完全丧失了权力，这通常是源于他们在处境不利的社区中意见得不到重视。而医生和其他卫生专业人员的支配观念也往往妨碍其倾听享用者和家庭成员的看法。“医生知道什么对患者最好”的观点在许多国家根深蒂固。因此，了解享用者意见的过程远比只邀请其参与要复杂得多；这需要在获得有价值的反馈之前有一个强化培训和赋权的过程。这也通常意味着要深入到公众中去，而非被动地等着别人来提出建议。

立法咨询过程还应当包括对将来执法的法定机关人员的咨询。这些机关包括当地

的警察、监狱官员和地方基层官员，而不是国家层面的或高级的官员，因为高级官员可能不会密切接触日常发生的事。少数民族与弱势人群的代表也应当参与咨询的过程。

其他应当参与咨询的群体还包括政治家、立法者和意见制定者。这些群体会在以后通过与实施法律的过程中起重要作用。他们能够帮助提高公众对精神卫生问题的认识、发现在社区实施立法时潜在的困难、并在起草阶段提出改进行动的建议。先期介入的立法者也会在起草阶段就预先提出今后可能被立法机关提出的不同意见，以便草案起草者在较早阶段就作出必要的修改。

实例：建议中的精神卫生立法所要咨询的主要利害关系人

- 政府机构，包括卫生、经济、法律、教育、就业（劳动）、社会福利、司法、警察与矫正服务、以及住房部门。
- 代表精神科医师、心理师、精神科社会工作者、以及护士和精神卫生体系中的其他专业人员的学术机构和专业团体。
- 服务享用者组织的代表和精神障碍患者家属与照料者的代表。
- 非政府组织，包括代表精神障碍患者以及他们的家庭成员利益的倡导组织。
- 为精神障碍患者提供保健、治疗和康复服务的私人和非政府组织。
- 政治家、立法者和政策制定者。
- 执法机关，如警察和监狱官员。
- 司法权威，包括律师和法律界代表。
- 宗教界人士
- 少数民族和弱势人群（如妇女和儿童）团体的代表。
- 广泛的社区组织，包括民权组织、工会、员工福利协会、雇主团体、居民福利组织、宗教团体和特定的聚居社团。

以促进社区精神卫生保健为目标的立法如果没有社区和相关各界的广泛参与，是无法取得成功的。这种立法咨询可能是极大的挑战，因为社区成员四处分散。得到其意见的最有效的方法可能是通过广泛的接触。包括与各种民权组织和社会团体讨论精神卫生的问题，这些团体如工会、员工福利协会、雇主组织、居民福利协会、宗教团体和特定的社团等。这种获得社区观点的方法与更为通用的全国性公众咨询的方法相比更能获得特定的反馈信息。以广泛参与为基础的向公众咨询的方法事实上往往只咨询到了一些受过良好教育、能清晰表达观点的中产阶层，而面临精神卫生问题带来的困扰的大多是较贫困的群体。

3.4 立法咨询的过程与程序

咨询的过程有许多种，通过这些咨询可以达到诸多目的。比如，可以是由对此感兴趣的个人或团体递交书面意见，可以是对前述各种团体进行口头咨询，也可以将不同的团体召集起来开座谈会。还可以将这些过程混合起来，比如在口头听证以后，递交书面意见，聚焦与某些主要的群体或采用其他创造性的机制。虽然咨询的基本目的是了解个人和社会团体对起草中的精神卫生法的想法和感受，但这也是起草者同利害关系人磋商、以及不同的利害关系人之间相互磋商的一个机会。立法咨询也能用于在持有不同观点的群体之间达成共识。

递交书面意见的优点是节约时间和成本，还能准确地公开记录利害关系人的观点。收集和处理书面意见也比召开听证会节约时间和开支。如果能够说服公众做出回应，就会有更多的个人和社会团体加入其中。这个过程的主要缺点是缺少进行对话的机会，而且在许多国家文盲比例很高。由代表提交书面意见时，递交者只是表达了个人的意见，而其他的意见就不在其中。这就大大减少了达成共识和转变立场的机会。这一方式还可能使一大批人的意见被排除在外，而他们的意见又是十分重要的，比如贫困人群、落后和少数民族地区的人群，他们可能无法阅读起草中的立法或作出书面的回应。

在收到了书面的回应后，尤其必须特别注意确保那些制作粗糙、表达欠佳的意见同精工制作、表达清晰明了的意见受到同样的重视。如果那些收到意见的人不担心自己可能存在的偏见，他们就很容易只重视用计算机打印出来的意见，而不是手写的难以辨认、充满语法错误的意见。这会对立法的某些目标产生破坏，比如向贫困人群提供具有更大公平性的服务、赋予残疾人士权力等。此外，书面递交的意见还有助于清楚了解提交者所面临的具体问题，而立法咨询想要提出的较大的政策性问题可能反倒是其次的。考虑到需要花费时间和较高的成本，处理书面意见的最佳方式是将所有的反馈意见汇总并相互传阅，并鼓励大家针对与自己相反的观点做出回应。

书面咨询和回应是前述各种公众群体与政府官员之间进行沟通互动的最重要方式。书面意见为政府部门了解各种立场、作出相应承诺提供了帮助。这对法律的实施有重要帮助。比如，向财政部门进行咨询有助于该部门了解实施精神卫生法对增加资源的需求，并正式承诺在立法通过后提供这些资源。口头咨询的优点是能够使参与者进行对话。这种方式更有利于形成观点和交换意见。这种形式的咨询也包含了讨论和辩论，而这些方式不仅有助于深入地探讨问题，而且增加了达成共识的可能性。有时利害关系人没有掌握在法律起草过程中作出某个决定所需要的全部信息，口头咨询则使得所有的相关信息能够被分享。口头咨询也使得草案能够向文盲或者在理解法律表述上有困难的人进行解释，并获得反馈意见。

书面与口头立法咨询有着各自的优缺点，因此最理想的是将二者结合起来。整个立法咨询过程以从相关个人或团体寻求书面意见作为开始。通过分析处理后，对于那些反馈意见有必要进一步讨论和商议的个人和团体，可邀请来进行口头咨询。同时让所有利害关系人参与到咨询的进程中，无论是书面意见中关键问题的总结，还是口头商议时广泛的争议，都可以与媒体分享，或应申请而提供。有兴趣者在这个阶段也同样有机会发表意见。

在多数国家，精神卫生立法是消除社会持有的一些最深的偏见的过程。实现这一点不仅是通过“成果”（如形成的法律），也要通过“过程”。就起草精神卫生法进行咨询的过程，为认识并正视偏见提供了机会。

实例：大韩民国进行立法咨询的过程

卫生与福利部的精神卫生司期望通过修改精神卫生法能够建立社区精神卫生中心，以促进更多社区为基础的康复。这些中心将承担卫生预防、发现新的患者、咨询与治疗、以及协调社区资源以改善精神卫生状况的任务。为此举行了公众听证会，一些负责康复设施的专业人员对建议中的新法律提出了反对意见。他们觉得自身的角色遭到了社区精神卫生中心的破坏。然而，服务享用者与家庭成员都支持新的社区精神卫生中心。在完整地听取和考虑了各方不同的观点后，继续通过立法来建立社区精神卫生中心被决定了下来。

(个人通信 , Tae-Yeon Hwang 医生 , Yongin 精神病院 , WHO 心理社会康复与社区精神卫生合作中心 , 精神科康复与社区精神卫生科主任)

各国有不同的立法咨询过程。但是，指导这项工作的基本原则是存在的。许多国家都有“公示”这一立法阶段，在立法机关审议法律草案之前，还可以提出意见建议（见 4.1）。此外，立法机关自身也会征求书面或口头意见。

实例：智利起草法律的过程

达成共识和政治意愿

《加拉加斯宣言》(1990) 对智利产生了重要影响，由此开始对公共卫生体系（该体系覆盖了全国 60% 到 70% 的人口，并拥有 4 家精神病院）中的精神卫生政

策与服务进行分析和反思。这个国家在经历了 17 年的独裁后正回归民主。公众虽然没有特别关注精神障碍患者的人权问题，但对社会问题和人权侵犯十分敏感（比如谋杀、失踪、监狱、集中营、折磨、流放等）。由 100 多名精神卫生专业人员参与编制并在 1993 年被卫生部长采纳的第一个全国性精神卫生政策与规划，包含了对使用精神卫生服务者的人权问题的考虑，并提出需要通过法律保护患者权益。

起草与咨询

1995 年，卫生部精神卫生办公室组建了由精神科医师、护士、心理师、律师与其它专家组成的特别工作小组，目标是起草一部精神卫生法。考虑到社会经济现状，起草小组决定优先考虑保护住院机构中患者的权益。这一点已经通过修改 1927 年制定的法规而完成了。

修改法规需要智利总统和卫生部长签署通告，这避免了在议会中的冗长程序（有点类似于印度精神卫生法中“化解难题的权力”的条款——见 3.1）。1996 年，草案的初稿开始向全国各地的精神卫生专业人员以及由精神残疾者家属和朋友组成的全国性组织征求意见（当时智利还没有服务享用者组织）。这个过程中的重要一步是，让精神卫生专业人员相信大多数时候可以让精神障碍患者对治疗进行知情同意，而让患者家属代替患者作决定的方式必须加以改变。

（个人通信，Alberto Minoletti 医生，智利卫生部）

负责起草立法的小组、团体或个人必须确保咨询过程的全面、公平和公开。为了实现这一点，他们需要得到人力和经费资源。有的国家会利用政府部门（如卫生部门）或其他负责精神卫生政策制定的部门（如果分散在不同部门的话）来协调促进这个过程。而在一些设有法律委员会或类似组织的国家中，进行咨询所需要的资源已经分配到这些机构的预算之中。

在咨询阶段结束时，起草机构最好能将立法咨询中提出的建议、不同意见和疑问以及起草机构的回应写成报告。对于草案中遭到广泛质疑的部分必须特别加以注

意。作为一个切实可行的措施，我们建议对那些没有被起草机关接受的广泛的反对意见作给一详尽的答复，说明为什么他们对建议中的立法所提出的观点、修改、替代和改变等意见没有被接受。

3.5 立法的语言

一旦完成了立法咨询的工作，起草者需要准备将立法提交给通过草案使之成为法律的机构。这个过程通常需要一个起草法律文件的专家，他熟悉本国立法的风格和标准。

此外，精神卫生法的文字表达应当尽可能被多数有需要的人所理解。过去有种观点认为法律是写给法律专家的，应当使用法律语言和拉丁文术语（无论是用哪国文字起草的法律）。这使精神卫生专业人员和其他相关人士难以理解法律条文。因此精神卫生法的文字应当尽量简单（但不应当使重要法律条款过于简化），语言要针对大众而非法律专家。

各国通常都有关于立法中采用的语种类别和数目的政策。精神卫生立法必须符合本国的标准。

起草精神卫生立法：要点

- 多数国家都已有完善的立法结构和程序，在制定立法时应当加以遵循。无论如何，卫生部门中负责精神卫生的机关也要在起草过程中起重要的推动作用。
- 在起草过程中必须充分采纳专家意见以确保制定的法律具有实用性和现实意义。
- 立法想要覆盖的范围会对参与者产生影响，但通常专业和非专业人员的意见都应当加以考虑。
- 一旦草案形成，就应通过咨询所有的主要利害关系人来吸收广泛的意见和建议。
- 立法咨询的形式多种多样，各国可以采用不同方式来获得最大限度的反馈和讨论结果。如果时间有限，则包含下列三个阶段的咨询过程可能较为实用：
 - 1、在本国的印刷和电子媒体上公布草案的内容，征求公众的反馈意见。

2、征求所有主要的利害关系人的书面反馈意见。

3、通过地区性和全国性公众会议，就针对立法草案最常提出的和最重要的不同意见和建议进行分析、讨论和协商。

- 需要充足的人力和财力资源以确保立法咨询过程的全面、公平和公开。
- 在咨询阶段结束时，起草机构最好能公布一份有关立法咨询中提出的建议、不同意见和疑问以及起草机构的回应的报告。
- 精神卫生法的文字表达应当尽可能易被普通大众所理解。

4. 立法的通过

在根据立法咨询过程中收集的意见对新的法律进行修改之后，立法将提交给有权通过法律的机关。这可能是（虽然并非必然是）非常耗费时间的一步，也是立法在技术上容易被搁置的一个阶段。需要说服政治家、政府执行部门中的关键成员以及立法者，使其相信新的精神卫生法的迫切性，以及需要投入足够的立法时间到该法的进程之中。虽然政府支持的新法律必须（通常是）会以组成起草机关的形式表明其成为了优先项目，一旦最终文本将要提交给立法机关时，其他政治上优先的计划可能会反而占先，结果造成程序上的延误，因为在许多国家，精神卫生并不处于政治上的优先位置。

4.1 立法程序

审议通过新法律的程序在不同国家各不相同，取决于各自的法律传统和政治体系。下面将对一般的过程和不同阶段可能出现的困难进行阐述。

4.1.1 审议通过立法的责任

在大多数国家，是由议会或最高法律制定机关等最终负责立法的审议通过。有些国家国会唯一的立法实体，而在一些实行联邦宪法的国家里，除国家立法机关外，各州或省也有权制定法律法规。在联邦的各州中，立法权根据不同领域而在联邦和州之间有所区分。依据当地确立的司法权限，卫生法或有关精神卫生的法律既可以由国家也可由地方负责。在有些国家，可能有国家法律涵盖总的原则和目标，也有州/地区/省的法律针对不同的条款及其应用作出更详细的规定。在这种情况下，后者的法律必须遵循国家精神卫生法中所概括的关键原则。

多数国家的法律在实施前必须得到立法机关的通过和颁布，而一些国家的宪法允许通过政府发布行政命令而使修改的法律立刻生效。当然这样的命令需要在之后一段时间内得到议会的批准。如果没有被批准，行政命令就会失效并重新使用原先的法律。这种规定偶尔有助于当建议中的立法进入立法程序时，使精神卫生立法得以加快实施。这种方法还可能有利于了解建议中的法律实施时的困难，因为

在立法过程中，还可以根据实践经验进行修改。

4.1.2 立法草案的辩论及其通过

许多立法机关会在全会讨论前由专门的委员会对立法进行详细审议。这些委员会通常希望获得不同方面的信息以帮助其决策。他们会举行公众听证会，寻求具体意见或对法律的不同方面进行澄清。

立法过程中的辩论和通过阶段可能费时费力。在这个阶段，立法者可能建议对草案进行修改。那些负责对最高法律制定机关解释法律的人士必须积极地对建议的修改进行追踪和反馈。最终，决定接受还是拒绝修改建议是这个最高机关的特权，但那些负责提交立法的人必须向立法者提供关于所建议的修改真实效果的指导、以及接受还是拒绝这些修改的建议。

在对立法作出研究和修改之后，立法机关（可能不止一级机关）随后会通过或否决该法律。

4.1.3 新的立法的批准、颁布与公布

立法过程中这一阶段的目的，是让公众了解已经通过的法律，并进行官方公布。作为一种规则，如果没有官方公布并让公众有时间去熟悉，法律就不具有效力。这里使用的名词，如批准（sanction）、公布（publication）和颁布（promulgation）等，在不同国家可能存在差异，但功能是大体相当的。如果有的国家采用不同的术语，则需要找出在该国等效的名词。

批准通过的法律是国家元首的职权。通常国家元首是以签署法律的正式文本这个举动来象征批准该法律（如在德国、立陶宛、波兰、西班牙和美国）。

颁布的含义是，通过发布专门的条令而对通过的法律进行官方通告，比如，官方公布法律的命令。通常，是由政府颁布法律的条令。

公布的含义是在正式政府出版物上印发法律文本的内容。这是已通过的法律在生效前必须的阶段。许多国家都有获取完整而权威的法律文本的官方渠道（比如俄罗斯联邦的《立法汇编》、波兰共和国的《法律杂志》、爱沙尼亚共和国的《政府公报》、德国的 *Bundesgesetzblatt*）。

通常，宪法或其他有关法律需要规定，在法律公布和正式生效之间要有一段时间（意大利是 15 天，日本是 20 天，俄罗斯是 10 天）。有时法律文本自身就对此日期有规定。这对于公民和其他人熟悉法律内容，以及对于做好组织上的准备是十分重要的，必要的话，这也非常有利于为执行法律做好准备。有些国家规定，只有在国家元首通过政府公告宣布的某一日期后，法律才开始生效。这样做的优点是，允许做好充分的准备并使人确信不会再出现变化和修改。

从批准到颁布再到公布，在任何阶段都可能出现耽搁，那些负责推动法律进程的人必须保持对相关当局的随访，以确保草案被最高权力机关通过，成为成文法的一部分并进而发挥效力。

4.2 审议通过法律期间的关键行动

4.2.1 动员公众舆论

实例：中国推进立法的审议通过

在中国，起草精神卫生法的过程已经超过 16 年。最新的草案（第 13 稿）中有专门章节保护公民权利，包括精神疾病患者的就业和教育、知情同意、隐私保护、自愿与非自愿住院和治疗、康复与社区精神卫生服务、以及精神健康促进和预防精神疾病等。

然而，在审议通过该立法的过程中存在一些困难。首先，许多利害关系人仅仅将精神卫生法视为“精神疾病防治”方面的法律，认为只应局限于对机构服务方面的规定。第二，专业人员和卫生系统对改变其已经习惯的现有体系存在抵触。第三，许多专业人员担心新颁布的法律会使自己更容易因为差错事故等而遭到患者和家属的指责。因此即便如精神科医师和护士等本可以成为新的立法最热心的支持者的专业人员，却对这个问题不太关心。

为加速精神卫生法的通过，人们已经在作一系列努力。相关的行动包括开展更多的调查和研究、分析本国精神卫生立法的主要障碍、研究同中国有相似社会与文化背景的国家的精神卫生法的内容、并就变革达成共识。

（个人通信，谢斌医生，中华人民共和国卫生部顾问，2002 年）

动员公众舆论对于鼓励立法者讨论并通过计划中的精神卫生法十分重要。应当尽早获得公众舆论的支持——最好是从前面提到的立法咨询阶段就开始。咨询使公众有机会知晓了计划中的立法所包含的主题，因而在本阶段还应当继续进行下去。利用媒体有助于实现这个目的，而卫生部门中主管精神卫生的专业人员可以向新闻记者提供新闻、报道和访谈。还应为关键性的组织或团体举行研讨会和专题讨论会，就新的立法的主要内容进行解释和讨论。

精神卫生维权宣传团体在这些活动中可以起到积极作用。新的法律的制定通过赋予这些团体以权力，为他们反对边缘化和歧视精神障碍患者的斗争提供了宝贵的机会。因此，旨在为精神障碍患者提供正常社会生活的精神卫生法，可以成为教

育并影响社会态度、推动社会改变的一个重要载体。

4.2.2 游说政府执行部门和立法机关的成员

促进精神卫生法被审议通过的另一项重要活动，是游说政府执行部门和立法机关成员。需要让立法机关成员了解现行精神卫生法的不足，或者缺乏精神卫生立法所造成的不良影响和后果。要让他们理解推动此项立法的社会需求、草案的基本观点、该法律在今后解决精神卫生领域中所存在的问题的可能性、以及其他同立法有关的问题。

卫生部门中主管精神卫生问题的人士应当经常同这些机构的负责人以及所有政治派别的代表举行会谈。定期向他们寄送有关精神卫生基本信息和操作规范的文字材料，以及询问他们对政策和立法活动的意见等，都是非常有用的策略。在整个立法过程中，尤其是在审议通过的阶段，游说都是必不可少的，它能够保证所建议的法律被提交给立法机关，并推动分析、审议、颁布等各个阶段的进展。

审议通过精神卫生立法：要点

- 议会或者最高法律制定机关具有最终审议并通过法律的责任。
- 在一些国家，精神卫生立法是“州”或“省”的职责；而在另一些国家，则有全国性的精神卫生法。如果两者皆有，则州一级的法律法规总是要遵从于国家法律的原则。
- 有些国家的法律可以通过行政命令来颁布，但这需要随后获得议会或法律制定机关的批准。
- 许多立法机关有专门委员会在提案被立法机关正式讨论前对立法进行辩论并征求公众的意见。
- 在辩论期间，可以提出并进行修改。为了使之更有效地进行，必须向立法者完整地汇报和告知各项改动的全面信息。
- 一旦法律被立法机关通过，紧接着还有以下几个步骤：批准（国家元首签署命令），颁布（官方宣布已审议通过的法律），以及公布（政府正式的法律文件中印行该法律文本）。

- 在法律审议通过期间,动员公众舆论和媒体非常重要,目的是呼吁通过该立法,并让公众了解立法相关的内容、带来的变化和机会。
- 在立法过程中的任何阶段,尤其是在审议通过阶段,需要向执行和立法机关的成员开展游说,使以改善人们生活为目的的此项立法能够得以通过。

5. 精神卫生立法的实施

为实施做准备的过程最好从构思精神卫生法的时候就开始。在立法的起草和咨询阶段,就可以发现实施中的许多困难并采取相应的纠正措施。现代精神卫生立法的复杂性给实际实施增加了困难。通常人们更多地关注于起草和审议的过程,而在法律颁布前很少为将来的实施做准备工作

许多国家的经验表明,“书本上的法律”和“实际应用中的法律”有时完全不同。不但是以前没有精神卫生法的国家,即使以往有这类法律的国家也会遇到实施中的问题。

在法律经立法程序得到通过后,通常在正式颁布前还有一段时间。这是一段关键时期,可以制定程序、建立复核机关、开展培训、并保证所有相关人员为法律颁布后的实施做好准备。在那些在法律之下还附有相应法规的国家,这些法规也应在法律生效之前完成并签署。

在一些国家,法律通过后可能还需要作出决定,允许在法律生效前有一段过度期,使当局有时间为法律的实施奠定必要的基础。

5.1 负责实施的实体的重要性和作用

同起草法律一样,对实施的监督责任也有很多。此外,法律中的不同职能可能需要不同的组织来实施和监督。例如,如果(如第2章中所推荐的)建立了规范和监督机关,则它很可能依据所赋予的职责对某些法律需要进行监督。比如,规范和监督机关可能对各机构进行定期视察,以确保患者权益得到保护。他们还可以接受投诉并监督侵入性的和不可逆的治疗(见第2章第13节)。

通过行使这些职责,他们能够确定各项法律规定是否得到了遵守。如果这些复核机关直接向部长进行汇报,则后者可以不断获取实施的程度和效果方面的信息。但是,政府自身还应建立准则、标准和指标来考核法律规定是否得到遵守。这些需要进行监督和评估,如果法律没有得到实施还需要采取必要步骤。

实例:葡萄牙法律监督委员会的建立

在葡萄牙,精神卫生法要求建立一个委员会来“收集并分析有关法律实施情况的信息”,并“就实施现行法律需要采取的措施向政府提出建议”。这一条通过法律自

身实现了对立法的监督，并确保建立一个不间断的评估和反馈程序。委员会的组成确保了服务享用者和家属的合法权益得到关注，因为法律规定委员会由这些群体的代表构成。

(个人通信， J.M. Caldas de Almeida 医生，WHO 美洲地区顾问，2003)

无论是建立一个监督机构，还是赋予某个组织这项职能，必须有时间表、可测量的目标以及必要的行政与财务权力，以确保法律得到迅速有效的实施。监督机构需要获得委任、授权和充足的资金以开展下列活动：

- 为法律的实施制定规范和程序；
- 为记录和监督实施的过程准备标准化文件工具；
- 确保对精神卫生专业人员进行适当的培训，必要时还需有颁发证书的程序；
- 解决人力资源问题，比如通过恰当的培训 and 督导，让非医学领域的精神卫生专业人员（如护士、助理护士、心理师、社会工作者）在一定场合下有能力从事专科医生的工作；
- 监督法律的实施过程。

巡视精神卫生机构以监督法律的实施情况是防止不公正地非自愿拘禁和限制患者权利的一项重要保护措施。这类巡视委员会可以监督精神卫生机构中的环境条件，确保治疗与保健工作没有损害精神障碍患者的权益，并确保精神卫生机构履行法律规定的保护措施。

此外，必须迅速有效地建立起法律所规定的投诉程序。尤其是，精神卫生机构必须让服务享用者及其家属知晓，他们的权益已经受到精神卫生法的保护，并让他们了解在受到不公正的待遇时，如何使用投诉程序来获得法律救济。

即便有了有关监督机构的这些重要规定，也不是保证就能使精神障碍患者得到保护。许多国家有这样的机构，但是仍存在破坏人权的现象。必须牢记法律中都有诉诸法院的规定，如有必要就可以使用。法律中通常包括处罚违法现象的内容，任何个人和组织都有权向公诉人或刑事司法系统中的其他官员反映违反法律的案例（见第 2 章，第 18 节）。

实例：智利的全国委员会采取积极行动保护精神障碍患者的权益

作为卫生系统全面改革的一部分，智利颁布了一项关于患者权益的新宪章，目的是促进保护精神障碍患者相关措施的实施。一个保护精神障碍患者的全国委员会于 2001 年 3 月成立，服务享用者和家庭成员也参与其中。他们在全国范围内

开展了对精神卫生工作者进行精神卫生机构中住院患者权益的教育，并取得了积极的成果。对伴有暴力行为的精神障碍患者过去常用的精神外科手术方法被废止了，一些精神卫生机构中侵犯人权的现象受到了调查，精神障碍患者和他们的家属能够表达其在接受治疗与康复时遇到的困难。委员会工作成效的一个例子是，在委员会成立之前，平均每年有 40 例严重精神障碍伴攻击行为的患者接受精神外科手术。而在委员会成立后的两年半中，委员会只收到了 11 例手术申请，而且都被否决了，因为可以采取其他更恰当、对患者风险更小的治疗措施。

(个人通信，A. Minoletti 医生，智利卫生部，2002)

5.2 普及与培训

无论是普通大众还是专业人员、精神障碍患者、患者家属、以及争取权益的维权宣传团体，都常常不能及时了解新的法律带来的变化。有时候，他们知道了变化，但依然不清楚变化的原因，结果实际行为没有和法律保持一致。当精神卫生立法要求对精神卫生领域业已习惯的做法做出重大改变时尤其如此。

5.2.1 公众教育与知晓活动

特定社会的文化与社会价值、信仰、态度和传统影响了对精神卫生、精神障碍及其患者的看法。精神障碍带来的耻辱、偏见和误解导致了歧视和限制人权，并对以人权为取向的立法的有效实施造成妨碍。因此，改变公众的态度是实施精神卫生法时一项重要的工作。

宣传精神卫生的信息，包括新的法律中规定的人权，能够帮助公众改变对精神障碍患者的态度。有关大众知晓方面的项目需要强调法律中的具体条款并对内容进行解释，比如为什么要将寻求精神卫生服务和保护精神障碍患者人权的内容纳入立法中。媒体可以在这个过程中起重要作用。他们可以强调尊重精神障碍患者人权的重要性；协助对公众进行有关精神障碍治疗进展，尤其是社区康复项目效果方面的教育。

5.2.2 服务享用者、家庭成员和维权宣传团体

需要对享用者、家庭成员和维权宣传组织进行教育和培训。让这些个人或团体了解法律的内容，尤其是法律中规定的权利非常重要。本章已经强调了邀请由享用者和家庭成员组成的非政府组织参与精神卫生法起草、立法咨询和审议通过全过程的重要性。但是，并非所有的享用者和家庭成员都能够参与其中，因此在法律通过后应该让他们都了解。同样，可以邀请代表享用者和家庭成员的组织以及维权宣传团体参与提高知晓度的有关项目。在一些没有建立享用者和家庭成员团体，或者缺乏资金进行维权宣传的国家中，需要寻找方法以尽可能广泛地宣传这方面信

息。（详细内容见 WHO《精神卫生宣传》模块，WHO 2003b：http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/）

实例：奥地利利用维权宣传服务促进立法的实施

奥地利实施了一项内容广泛的患者维权宣传服务。该服务要求法定代理人参与患者入住精神卫生机构的法院听证过程。该服务还为所有患者及其家属、朋友、感兴趣者提供有关患者权利的咨询和信息。这项服务由两个非营利性团体承担，并接受奥地利联邦司法部的监督。这两个团体负责对患者的维权宣传服务进行培训、指导和监督。患者的维权宣传服务完全免费，所有与患者有关的信息都会被保密。所有非自愿的患者都自动被指派一位维权者。

（Beermann, 2000）

5.2.3 精神卫生、卫生以及其他专业人员

让精神卫生、卫生以及其他专业人员全面了解精神卫生法对于法律的有效实施十分重要。因此必须对卫生和精神卫生专业人员与工作人员、执法机关（如警察和司法系统）、律师、社会工作者、教师和人力资源管理人员等进行专门培训。训练过程中的论坛活动使卫生与非卫生领域的专业人员能相互交流，有助于他们更好地了解精神卫生和精神障碍、精神障碍患者的人权，并且有助于所有可能与精神障碍患者接触的人形成共同语言。对卫生和精神卫生专业人员及一般工作人员进行培训的重点之一，是治疗与保健的权利，包括非自愿住院与治疗的恰当程序。

无论立法在起草时如何细致，总有些条款的内容模糊不清，或者含义难以理解。通过培训能够使法律中的每项条款得以仔细研究，并使其含义和具体应用得到充分的讨论。

实例：南非对实施精神卫生立法进行的培训

2002 年，南非开始对精神卫生法的实施进行培训，对于像“最少限制的环境”和“为了服务享用者的最大利益”这样的表述在不同环境和情况下的含义，引发了长时间的争论。参与讨论者表示，如果没有培训以及培训者对这些表述的含义的详细解释，其重要性可能不会受到注意，而他们被纳入法律之中的理由可能也会在实施过程中丧失。

(个人通信, M. Freeman 南非卫生部, 2003)

5.2.4 信息和指导材料的开发

可以开发一本（或一套）指导手册，为该法律的主要使用者如卫生人员、患者和家庭成员等提供重要的信息。该手册可以提供法律上理解有困难的一些特定信息，可以提供详细的或指导性的释义。也可以开发出相关流程图来具体阐释一些法律程序（如非自愿住院和治疗）以及在此程序中各阶段应当填写哪些表格。

实例：不列颠哥伦比亚省制定《精神卫生法指南》

不列颠哥伦比亚省制定了一个《精神卫生法指南》来协助实施新的精神卫生法。指南提供了整部法律的概要，并为不同的使用者提供了相应的附录，比如社区医生如何为非自愿患者出具证明、家庭成员如何帮助患者看医生和去法院、以及寻求警方帮助的标准和程序等。

(个人通信, John Gray 医生, 国际老年医学会, 加拿大)

专业人员使用的正式指南，如实施细则等，是保证法律得到贯彻实施的另一重要方法。这种指南可以重申该法的价值观和原则、说明法律中各种规定的意义、并引用相关的判例。

实例：英格兰和威尔士的实施细则

英格兰和威尔士的精神卫生法要求卫生大臣制定一部实施细则。该细则对法律的基本内容作了相当详细的阐述，并使专业人员和公众有机会了解该法律应当如何加以实施（见 www.doh.gov.uk/mhac1983.htm）。

(1983 年精神卫生法, 实施细则 (1999), 伦敦, 文书局)

5.3 资金和人力资源

法律实施的速度和有效性取决于是否能够获得充足的经费。前面已经讨论过，由于经费限制，起草的法律可能无法得到实施（见第 2 章，第 4 节）。另一个有关资源的问题，是新的精神卫生法通常要求从机构为基础的保健向社区为基础的保健转变，这需要额外的资金。从长远来看，将资金从大型机构社区机构再分配是可行的，但在短期内，可能需要同时投资于专科医疗机构和社区机构——直到社区医疗机构能够提供足够的医疗服务为止。

国家预算或卫生预算中用于精神卫生的比例一直存在争议，也超出了本资源手册讨论的范围。必须指出，同其他卫生保健项目相比，精神卫生一直不受重视。为了有效地实施精神卫生法，可能需要更公平地向精神卫生分配资源。其次，在针对精神卫生法中不同的规定而作的资源分配上可能也存在冲突的观点。比如，资源应该用在为社区服务雇佣更多的工作人员上还是用在建立和管理精神卫生复核机构上？

现代精神卫生法中的许多方面都需要为实施活动提供充足的预算。建立和运行复核机关、对精神卫生专业人员进行法律知识培训、按照法律要求对精神卫生服务作必要的改变等，都需要有资金。在起草和审议通过立法的同时，就应当对此展开协商。（有关精神卫生经费的问题见精神卫生政策与服务模块中的《精神卫生经费》，WHO，2003d: http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/）。

实例：有效实施精神卫生法时的障碍和推动因素

障碍	推动因素
实施精神卫生法时缺乏协调行动(缺少核心机构或负责人来监督实施的过程)	将此纳入法律规定，指定一个协调机构或确定某个现有的机构（如精神卫生复核机关）来监督实施的过程
公众、用户和照料者对新精神卫生法带来的改变缺乏认识、存在误解或产生阻力	公众教育和提高知晓度的运动可以使新的精神卫生法的规定和基本原理更加明了
精神卫生、卫生和其他专业人员对法律缺乏认识,存在抵抗	为精神卫生、卫生和其他专业的人员提供的培训项目可以包含对精神卫生法条款的解释 指导手册可以使人们更详细了解法律的内容
实施法律某些规定时,精神卫生人力资源短缺	向普通卫生专业人员和其他工作人员提供精神卫生知识培训（详细内容见《精神卫生服务的组织》模块（WHO，2003c）和《精神卫生人力资源及其培训》模块（WHO，2005）： http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/ ）
缺乏实施法律要求的一些机制(如维权宣传、提高知晓度、培训、巡视、投诉程序)所必	保证现有的资金被用于精神卫生领域和精神卫生法的实施，寻求额外的经费投入

须的资金	
------	--


对各国而言，人力资源对于法律的实施尤其重要。无论是在医疗卫生机构还是在社区，精神卫生专业人员都是有效提供精神卫生服务的关键。缺乏足够的精神卫生专业人员或足够的训练，则精神卫生法中提高精神卫生服务的基本目标就无法实现。此外，需要进行投资以便对所有可能在精神卫生法的实施中起作用的人（如法官、警察、精神卫生复核机关的成员）进行培训，以确保他们熟悉法律及其在实施法律的过程中的作用与责任。

实施精神卫生立法：要点

- 为了确保新的精神卫生法顺利实施，需要细致的准备工作。法律审议通过和颁布实施之间的这段时间对于组织实施特别重要，比如建立复核委员会、开展培训、准备好由谁来执行等。
- 标准化的表格以及其他的行政程序可以推进各项转变。
- 必须建立相应程序以监督立法的实施。执法监督可以由独立的实体或者由实施机构（如政府）自身来承担。
- 执行和监督机关都应当有含可考核目标的时间表，并拥有行使职能的权力。
- 改变公众态度、减少病耻感和歧视是保证立法取得成功的一项重要内容。
- 享用者、家庭成员和维权组织需要对法律有全面的了解以获得最大收益。对这些群体进行培训是实施中必不可少的内容。
- 精神卫生专业人员和其他专业人员也需要接受培训，以从条文的含义和内容实质上去贯彻执行法律。
- 有关部门应当提供资金和人力资源以保证立法得到切实可靠的实施。在起草和审议通过立法的同时就应当对这些资源的供给问题展开协商。

正如我们所看到的，现代精神卫生立法对于保护精神障碍患者的权益具有重要意义。在本资源手册中我们突出强调了政府有义务尊重、保护和实现的主要国际性和地区性人权标准。本手册还明确指出了先进的精神卫生立法中需要包含的内容和规定。最后，本手册还考察了有效地起草、审议通过和实施精神卫生法的最佳实践性策略，重点强调了其中存在的困难、障碍和相应的解决方法。

每个国家都有责任根据这些信息采取相应的行动，对成功地启动/进行或者修改精神卫生法以及实施精神卫生法作出必要的政治承诺。



参考文献

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Resource Book on Mental Disorders: DSM – IV*, 4th ed. Washington, DC.
- Arboleda-Flórez J (2001). Stigmatization and human rights violations. World Health Organization, *Mental Health: A Call for Action by World Health Ministers*. Geneva, WHO: 57-70.
- Arjonilla S, Parada IM, Pelcastre B (2000). When mental health becomes a priority. *Salud Mental* [Mental Health], 23(5): 35-40. (In Spanish)
- BBC News (1998). Shackled day and night in Nigeria. BBC News web site at: (<http://news.bbc.co.uk/1/hi/world/africa/76130.stm>), accessed on 10 April.
- Beermann E. (2000). Patients' rights protections, mental health legislation and patients' advocacy services in Austria: Recognition and protection of patients' rights. Paper presented at the International workshop in Budapest, 19-21 May 2000. Organized by the Hungarian Civil Liberties Union, supported by The Ford Foundation: 66-73.
- Bertolote JM, Sartorius N (1996). WHO initiative of support to people disabled by mental illness: Some issues and concepts related to rehabilitation. *European Psychiatry*, 11(Suppl. 2), 56s-59s.
- Congo v. Ecuador*, Report 63/99, Case 11.427, April 13, 1999, Inter-American Commission of Human Rights, Organization of American States.
- Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) (2002). *International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects*. Prepared in collaboration with the World Health Organization. Geneva, WHO.
- Gostin LO (2000). Human rights of persons with mental disabilities. The European Convention of Human Rights. *International Journal of Law and Psychiatry*, 23(2):125-159.
- Harrison K (1995). Patients in the community. *New Law Journal*, 276:145.
- Henderson C et al. (2004). Effect of joint crisis plans on use of compulsory treatment in psychiatry: Single blind randomised controlled trial. *British Medical Journal*, 329:136.
- International Digest of Health Legislation* (2000). (<http://www.who.int/idhl>). Geneva, World Health Organization.
- Livesley J (2001). *The Handbook of Personality Disorder*. New York, NY, Guilford Press.
- Mental Disability Advocacy Center (MDAC) (2003). *Caged Beds: Inhuman and Degrading Treatment in Four EU Accession Countries, Budapest*, Mental Disability Advocacy Center.
- Mental Disability Rights International (2000). *Report on Human Rights and Mental Health: Mexico*. Washington DC, Mental Disability Rights International.
- Rosenthal E, Éva Szeli E (2002). *Not on the Agenda: Human Rights of People with Mental Disabilities in Kosovo*. Washington DC, Mental Disability Rights International.
- Rosenthal E, Sundram C (2002). International Human Rights in Mental Health Legislation. *New York Law School Journal of International and Comparative Law*. Volume 21 (3), p.469.
- Schuurs v. the Netherlands*, App. No 10518/83, 41 Dec., & Rep.186, 188-189, 1985, European Commission of Human Rights, Council of Europe.
- Sperry L (2003). *Handbook of Personality Disorder: DSM-IV-TR*. New York, Brunner and Rutledge.
- Starson v. Swayze*, [2003] 1 S.C.R. 722, 2003 SCC 32. Ontario, Canada. 6 June 2003.
- Swartz MS et al. (1999). Can involuntary outpatient commitment reduce hospital recidivism? Findings from a randomised trial with severely mentally ill individuals. *American Journal of Psychiatry*, 156:1968–1975.
- Thomas T (1995). Supervision registers for mentally disordered people. *New Law Journal*, 145:565.
- Torrey EF (1995). Jails and prisons - America's new mental hospitals. *American journal of Public Health* 85: 1611-3.
- United Nations (2003). Progress of efforts to ensure the full recognition and enjoyment of the human rights of persons with disabilities. *Report of the Secretary-General, to the United Nations General Assembly*

A/58/181, July 2003.

Wachenfeld M (1992). The human rights of the mentally ill in Europe under the European Convention on Human Rights. *Nordic Journal of International Law*, 107:292.

World Network of Users and Survivors of Psychiatry (2001). Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and for the Improvement of Mental Health Care. Position paper. Approved at the WNUSP General Assembly in Vancouver, Canada, July 2001.
(<http://www.wnusp.org/wnusp%20evas/Dokumenter/positionpaper.html>)

WHO (1992). *Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines* (ICD-10). Geneva, World Health Organization.

WHO (2001a). *Atlas: Mental Health Resources in the World: 2001*. Geneva, World Health Organization.

WHO (2001b). *World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*. Geneva, World Health Organization.

WHO (2001c). *The Role of International Human Rights in National Mental Health Legislation*. Geneva, World Health Organization, Department of Mental Health and Substance Dependence.
(http://www.who.int/mental_health/resources/policy_services/en/)

WHO (2001d). *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICIDH-2). Final draft, full version. Geneva, World Health Organization.

WHO (2003a). *WHO Mental Health Policy and Service Guidance Package: Planning and Budgeting Services for Mental Health*. Geneva, World Health Organization.

WHO (2003b). *WHO Mental Health Policy and Service Guidance Package: Advocacy for Mental Health*. Geneva, World Health Organization.

WHO (2003c). *WHO Mental Health Policy and Service Guidance Package: Organization of Services for Mental Health*. Geneva, World Health Organization.

WHO (2003d). *WHO Mental Health Policy and Service Guidance Package: Mental Health Financing*. Geneva, World Health Organization.

WHO (2005). *WHO Mental Health Policy and Service Guidance Package: Human Resources and Training in Mental Health*. Geneva, World Health Organization.

有关国际人权和精神卫生标准与文件的参考文献

Additional Protocol to the American Convention on Human Rights in the Area of Economic, Social and Cultural Rights (1988). Organization of American States, Treaty Series No. 69 (1988) signed 17 November 1988. (www.cidh.oas.org/Basicos/basic5.htm)

African [Banjul] Charter on Human and Peoples' Rights (1982) adopted 27 June 1981. Organization of African Unity, doc., CAB/LEG/67/3 rev. 5, 21 I.L.M. 58 (1982), entered into force 21 October 1986.
(http://www.achpr.org/english/_info/charter_en.html)

American Convention on Human Rights (1978). Adopted at the Inter-American Specialized Conference on Human Rights, San José, Costa Rica, 22 November 1969. (<http://www.cidh.oas.org/Basicos/basic3.htm>)

American Declaration of the Rights and Duties of Man (1948). Approved by the Ninth International Conference of American States, Bogotá, Colombia, 1948. (<http://www.iachr.org/Basicos/basic2.htm>)

Body of Principles for the Protection of All Persons under Any Form of Detention or Imprisonment. Adopted by United Nations General Assembly resolution 43/173 of 9 December 1988.
(http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_comp36.htm)

Convention Against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. United Nations General Assembly resolution 39/46, annex, 39 UN GAOR Supp. (No. 51) at 197, UN Doc. A/39/51 (1984). Entered into force 26 June 1987. (http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_cat39.htm)

Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women (1979). Adopted by United Nations General Assembly resolution 34/180, of 18 December 1979.
(www.unhchr.ch/html/menu3/b/e1cedaw.htm)

Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination (1965). Adopted by UN General Assembly Resolution 2106 (XX) of 21 December 1965. (http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/d_icerd.htm)

Convention on the Rights of the Child (1989). Adopted by United Nations General Assembly resolution 44/25 of 20 November, 1989. (<http://www.unhchr.ch/html/menu2/6/crc/treaties/crc.htm>)

Declaration of Caracas (1990). Adopted on 14 November 1990 by the Regional Conference on the Restructuring of Psychiatric Care in Latin America, convened in Caracas, Venezuela, by the Pan American Health Organization/WHO Regional Office for the Americas. (<http://www.who.int/whr2001/2001/main/en/boxes/box3.3.htm>)

Declaration of Madrid (1996). Approved by the General Assembly of the World Psychiatric Association on 25 August 1996 and amended by the General Assembly in Yokohama, Japan in August 2002. (<http://www.wpanet.org/home.html>)

Declaration of Hawaii (1983). Approved by the General Assembly of the World Psychiatric Association in Vienna, Austria on 10 July 1983. (<http://www.wpanet.org/generalinfo/ethic5.html>)

Eighth General Report on the CPT's activities covering the period 1 January to 31 December 1997, CPT/Inf (98) 12 (1998). European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment of Punishment. Council of Europe, 31 August 1998. (<http://conventions.coe.int/Treaty/EN/CadreListeTraites.htm>)

European Convention for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (1987). Adopted by the Council of Europe, 26 November 1987. (<http://conventions.coe.int/Treaty/EN/Treaties/Html/126.htm>)

European Convention for the Protection of Human Rights and Dignity of the Human Being, with regard to the Application of Biology and Medicine: Convention on Human Rights and Biomedicine (1996). Adopted by the Council of Europe, 19 November 1996. (<http://conventions.coe.int/treaty/en/treaties/html/164.htm>)

European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms (1950). Adopted by the Council of Europe, 4 November 1950. (<http://conventions.coe.int/treaty/en/Treaties/Html/005.htm>)

European Social Charter (1961). Adopted by the Council of Europe 18 October 1961. (<http://conventions.coe.int/treaty/en/treaties/html/035.htm>)

European Social Charter - revised (1996), adopted by the Council of Europe, 3 May 1996. (<http://conventions.coe.int/treaty/EN/Treaties/Html/163.htm>)

Guidelines for the promotion of human rights of persons with mental disorders (1996). Geneva, World Health Organization. (http://whqlibdoc.who.int/hq/1995/WHO_MNH_MND_95.4.pdf)

Inter-American Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Persons With Disabilities (1999). Adopted at Guatemala City, Guatemala, at the twenty-ninth regular session of the General Assembly of the OAS, AG/RES. 1608, 7 June 1999. (<http://www.cidh.oas.org/Basicos/disability.htm>)

International Covenant on Civil and Political Rights (1966). Adopted by UN General Assembly Resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966. (http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_ccpr.htm)

International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (1966). Adopted by UN General Assembly Resolution 2200A (XXI) of 16 December 1966. (http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/a_cescr.htm)

International Ethical Guidelines for Biomedical Research Involving Human Subjects (2002). Prepared by the Council for International Organizations of Medical Sciences (CIOMS) in collaboration with the World Health Organization (WHO). (http://www.cioms.ch/frame_guidelines_nov_2002.htm)

Mental Health Care Law: Ten Basic Principles (1996). Geneva, World Health Organization. (http://whqlibdoc.who.int/hq/1996/WHO_MNH_MND_96.9.pdf)

Principles for the Protection of Persons With Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care (MI Principles) (1991). UN General Assembly Resolution 46/119 of 17 December 1991. (<http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/68.htm>)

Recommendation of the Inter-American Commission on Human Rights for the Promotion and Protection of the Rights of the Mentally Ill (2001). Annual report of the Inter-American Commission on Human Rights 2000, IACHR, OAS/ser/L/V/II.111/doc. 20, rev (2001). (<http://www.cidh.org/annualrep/2000eng/chap.6e.htm>)

Recommendation 1235 on Psychiatry and Human Rights (1994). Council of Europe.

(<http://assembly.coe.int/Documents/AdoptedText/ta94/EREC1235.htm>)

Salamanca Statement and Framework for Action on Special Needs Education (1994). Paris, UNESCO.
(http://www.unesco.org/education/pdf/SALAMA_EPDF)

Siracusa Principles on the Limitation and Derogation of Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights, UN Doc. E/CN.4/1985/4 (1985). United Nations Sub-Commission on Prevention of Discrimination and Protection of Minorities, United Nations, Economic and Social Council.
(www1.umn.edu/humanrts/instree/siracusaprinciples.html)

Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners, adopted by the First United Nations Congress on the Prevention of Crime and the Treatment of Offenders, in Geneva, 1955, and approved by the Economic and Social Council by its resolution 663 C (XXIV) of 31 July 1957 and 2076 (LXII) of 13 May 1977.
(http://www.unhchr.ch/html/menu3/b/h_comp34.htm)

Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities (1993). UN General Assembly Resolution 48/96 of 20 December 1993. (<http://www.un.org/esa/socdev/enable/dissre00.htm>)

Recommendation No. Rec (2004)10 Concerning the Protection of the Human Rights and Dignity of Persons with Mental Disorder (2004). Adopted by the Committee of Ministers of the Council of Europe, 22 September 2004.
([http://www.coe.int/T/E/Legal_affairs/Legal_cooperation/Bioethics/News/Rec\(2004\)10%20e.pdf](http://www.coe.int/T/E/Legal_affairs/Legal_cooperation/Bioethics/News/Rec(2004)10%20e.pdf))

Resolution on a Comprehensive and Integral International Convention to Promote and Protect the Rights and Dignity of Persons With Disabilities. United Nations General Assembly Resolution 56/168, 26 February 2002. ([http://www.un.org/esa/socdev/csd/2002disabilityres\(B\).htm](http://www.un.org/esa/socdev/csd/2002disabilityres(B).htm))

Universal Declaration of Human Rights (1948). Adopted and proclaimed by UN General Assembly Resolution 217 A (III) of 10 December 1948. (<http://www.unhchr.ch/udhr/lang/eng.htm>)

Universal Declaration on the Human Genome and Human Rights (1997). UNESCO.
(http://www.unesco.org/shs/human_rights/hrbc.htm)

Vienna Declaration and Programme of Action (1993). UN General Assembly A/CONF.157/23 adopted by the World Conference on Human Rights on 25 June 1993.
([http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/\(Symbol\)/A.CONF.157.23.En?OpenDocument](http://www.unhchr.ch/huridocda/huridoca.nsf/(Symbol)/A.CONF.157.23.En?OpenDocument))

参考书目

Araya R et al. (2001). Common mental disorders in Santiago, Chile: Prevalence and sociodemographic correlates. *British Journal of Psychiatry*, 178: 228-233.

Breakey WR (1996). The rise and fall of the state hospital. In: Breakey WR, ed. *Integrated mental health services*. New York, Oxford University Press.

Busfield J (1996). Professionals, the state and the development of mental health policy. In: Heller T et al., eds. *Mental health matters: A reader*. London, MacMillan.

Edwards G et al. (1997). *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford, Oxford University Press.

Goodwin S (1997). *Comparative Mental Health Policy: From Institutional to Community Care*. London, Sage Publications.

Grisso T, Appelbaum PS (1993). Structuring the debate around ethical predictions of future violence. *Law and Human Behaviour*, 17: 482-485.

Human Rights Branch, Attorney General's Department, Canberra (Australia) (1996). *Report on A Rights Analysis Instrument for Use in Evaluating Mental Health Legislation*. Prepared for the Australian Health Minister's Advisory Council National Mental Health Working Group, December 1996.

Mann J et al. (1994). Health and Human Rights. *Journal of Health & Human Rights*, 1:6-22.

Menzies R, Chun DE, Webster CD (1992). Risky Business. The classification of dangerous people in the Canadian carceral enterprise. In: Visano LA, McCormick KRE, eds. *Canadian Penology: Advanced Perspectives and Applications*. Toronto, Canadian Scholars Print.

Monahan J (1992). Mental disorder and violent behaviour: perceptions and evidence. *American Psychologist*. 47, 3, 511-521.

Neugeboren J (1999). *Transforming Madness: New Lives for People Living with Mental Illness*. New York, William Morrow and Company, Inc.

Nilstun T, Syse A (2000). The right to accept and the right to refuse. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101 (Suppl):31–34.

Streeter PA (1998). Incarceration of the mentally ill: Treatment or warehousing? *Michigan Bar Journal*, February issue:166–170.

Swanson JW et al. (2000). Involuntary outpatient commitment and reduction in violent behaviour in persons with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 176:324-331.

WHO (1996). *Global Action for the Improvement of Mental Health Care: Policies and Strategies*. Geneva, World Health Organization.

参考书目

- Araya R et al. (2001). Common mental disorders in Santiago, Chile: Prevalence and sociodemographic correlates. *British Journal of Psychiatry*, 178: 228-233.
- Breakey WR (1996). The rise and fall of the state hospital. In: Breakey WR, ed. *Integrated mental health services*. New York, Oxford University Press.
- Busfield J (1996). Professionals, the state and the development of mental health policy. In: Heller T et al., eds. *Mental health matters: A reader*. London, MacMillan.
- Edwards G et al. (1997). *Alcohol Policy and the Public Good*. Oxford, Oxford University Press.
- Goodwin S (1997). *Comparative Mental Health Policy: From Institutional to Community Care*. London, Sage Publications.
- Grisso T, Appelbaum PS (1993). Structuring the debate around ethical predictions of future violence. *Law and Human Behaviour*, 17: 482-485.
- Human Rights Branch, Attorney General's Department, Canberra (Australia) (1996). *Report on A Rights Analysis Instrument for Use in Evaluating Mental Health Legislation*. Prepared for the Australian Health Minister's Advisory Council National Mental Health Working Group, December 1996.
- Mann J et al. (1994). Health and Human Rights. *Journal of Health & Human Rights*, 1:6-22.
- Menzies R, Chun DE, Webster CD (1992). Risky Business. The classification of dangerous people in the Canadian carceral enterprise. In: Visano LA, McCormic KRE, eds. *Canadian Penology: Advanced Perspectives and Applications*. Toronto, Canadian Scholars Print.
- Monahan J (1992). Mental disorder and violent behaviour: perceptions and evidence. *American Psychologist*. 47, 3, 511-521.
- Neugeboren J (1999). *Transforming Madness: New Lives for People Living with Mental Illness*. New York, William Morrow and Company, Inc.
- Nilstun T, Syse A (2000). The right to accept and the right to refuse. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101 (Suppl):31-34.
- Streeter PA (1998). Incarceration of the mentally ill: Treatment or warehousing? *Michigan Bar Journal*, February issue:166-170.
- Swanson JW et al. (2000). Involuntary outpatient commitment and reduction in violent behaviour in persons with severe mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 176:324-331.
- WHO (1996). *Global Action for the Improvement of Mental Health Care: Policies and Strategies*. Geneva, World Health Organization.



世界卫生组织

WHO有关精神卫生立法的检查清单

本清单由WHO工作人员Michelle Funk博士、Natalie Drew女士、Margaret Grigg博士、以及Benedetto Saraceno博士会同WHO立法顾问团成员Melvyn Freeman教授共同编制。立法顾问团成员Soumitra Pathare博士和Helen Watchirs博士也对此作出了贡献。该清单内容来源于WHO精神卫生立法资源手册，该手册是由WHO精神卫生和物质滥用司的精神卫生政策和服务开发小组制订的。

前言和使用方法

本检查清单隶属于WHO精神卫生、人权和立法资源手册。其目的旨在：a) 帮助各国审核其现有的精神卫生立法的全面性和充分性；b) 在各国起草新的法律的进程中提供帮助。各国可以使用这个清单来评估一些关键成分是否包括进了立法之中，确保资源手册中所提供的涉及广泛的建议得到了认真的检查和考虑。

建议组成一个委员会来实施本清单的评估工作。虽然个人，例如卫生部的某人，也可以独立完成清单的填写，但这可能存在一定的局限性。第一，任何个人拥有的相关信息都不可能多于一个精心挑选的团队。第二，来自不同团体的个体或代表对各种问题会有不同的观点。允许大家开展尖锐的讨论并达成共识的评估委员会是最有价值的。虽然各国应当自行决定委员会成员的组成，但我们还是建议其中应该包括一名精通本国法律法规的法律工作者、政府负责精神卫生工作的主要人员、服务享用者和家属团体的代表、精神卫生专业人员代表、非政府组织和不同的政府部门代表。建议这一过程由独立的人权或法律专家来领导和协调。

*只有在充分研究了资源手册的前提下才可使用本清单。*资源手册已经对其中的许多重要术语作过了解释，并讨论了立法的基本原理和一些不同观点。资源手册中强调：各国应自己决定立法起草的方法和内容。本清单的格式因此也具有这样的灵活性，目的在于鼓励在本国内进行深入探讨。由此而允许各国根据自身具体国情作出决定。

清单涵盖了广泛的主题。各国可以根据自身具体情况对其进行充实或者细化。此外由于社会、经济、文化和政治等因素的差异，并非每一条目都同样适合所有国家。例如，并非所有国家都愿意选择采用社区治疗令；并非所有国家都有针对“不主张权利的患者”的规定；大多数国家都不会涉及精神障碍患者的绝育问题。但是每个国家在评估过程中都应当确定哪些问题是与自己不相关的。这种确定本身也应当作为本清单评估练习的一部分。在确定与本国现实情况不相关的条目之前，清单里的所有条目都应经过认真考虑和讨论。

资源手册中指出，各国可以就精神卫生开展专门立法，或者在有关领域如一般卫生、就业、居住、歧视和刑事司法等的各种不同法律中涉及精神卫生。而且有些国家还利用法规、法令和其他一些机制来补充完善法律体系。因此在进行核对时，应当注意收集和比较所有与精神卫生相关的法律规定，在全面掌握信息的基础上作出决策。

资源手册中已经阐明，起草和修改精神卫生法是一个“过程”。明确什么是立法中的必须内容是这一过程中的重要成分。本清单是有助于实现这一目的。无论如何，起草可在某国实施的法律这样一个目标不能脱离其“内容”，并且要一直把它当作重点来考虑。

WHO 关于精神卫生立法的检查清单

对于本检查清单中的每一个条目，都需要强调三个问题：a) 立法中是否明确包含了该问题。b) 是否已经涉及该问题但是还不够充分。c) 立法中是否根本未涉及到该问题。如果答案是第二或第三，那么执行评估的委员会就应该考虑其可行性以及与此问题相关的一些事情。以便于起草适合于本国的法律。

本检查清单未能全面涉及到立法中的每一项问题，但这并非意味着这些问题不重要，各国可以忽略不考虑。因为只是出于方便和增强可操作性目的才使列表的内容有了一定的限制。

立法问题	立法中覆盖的程度（选择一项） a 完全覆盖 b 部分覆盖 c 完全未涉及	如果选 b, 请解释 *为什么没能完全覆盖该问题? *现行的规定中遗漏或存在问题的是什么? 如果选 c, 请继续询问为什么现有法律未涉及该问题?(如果必要可以另附纸张)	如果选 b 或 c, 请解释如何/是否能在新立法中包括这些内容? (如果必要可以另附纸张)
A 序言和目的 1) 立法的序言和目的是否强调了以下问题? a 精神障碍患者的人权 b 为所有人提供精神卫生服务的重要性	a) b) c) a) b) c)		
2) 立法是否详细列出了目的和目标。包括: a 不歧视精神障碍患者 b 改善和保护精神障碍患者的权利 c 使精神障碍患者更方便获得精神卫生服务	a) b) c) a) b) c) a) b) c)		

d 基于社区的服务	a) b) c)		
B 定义 1 对于精神障碍/精神疾病/精神残疾/丧失精神能力是否有明确的定义 2 法律中是否明确说明为什么选择上述术语 3 法律对于精神发育迟滞/智力残疾、人格障碍和物质滥用是否纳入立法作出明确说明? 4 法律中是否对所有的重要术语作出了明确定义 5 重要术语的定义是否在法律中保持前后一致(不能与其他含义接近的术语相互替换) 6 所有“能解释的”术语(有些术语可能有几种不同的解释含义或者在其含义上有时含糊不清)在法律中有明确定义。	a) b) c) a) b) c) a) b) c) a) b) c) a) b) c)		
C 提供精神卫生服务 1 法律中是否规定了为精神卫生服务提供资金 2 法律中是否强调精神卫生服务应当与躯体健康服务有着同样的重要性 3 法律是否确保资源的合理分配给服务水平低下的人群,尤其强调资源的分配要与文化相适宜?	a) b) c) a) b) c) a) b) c)		

4 法律是否提倡在初级卫生保健领域中开展精神卫生服务?	a) b) c)		
5 法律是否提倡精神药物的供给	a) b) c)		
6 法律是否提倡心理治疗与康复服务	a) b) c)		
7 法律是否提倡为精神障碍患者提供个人和公共卫生健康保险?	a) b) c)		
8 法律是否改善基于社区和去机构化的服务方式?	a) b) c)		
D 精神障碍患者的权利			
1 法律中是否强调了对患者的尊重以及用更加人道的方法来对待精神障碍患者	a) b) c)		
2 对患者的个人资料保密, 包括疾病和治疗情况	a) b) c)		
a 对那些泄露患者个人隐私的人员是否有相应的法规和处罚办法	a) b) c)		
b 法律上是否对依据法律公开个人隐私有专门的规定	a) b) c)		
c 法律是否允许患者或其代表向法院提出申请要求复核, 或者拒绝接受公开一些信息的决定?	a) b) c)		
3 法律是否为患者提供充分自由来了解自己的病情 (包括查阅治疗记录)?	a) b) c)		
a 规定了在什么情况下不赋予患者该权利?	a) b) c)		

<p>b 法律是否允许患者或其家属的代表向法庭提出申请要求复核、或者对封锁信息的决定提出申诉?</p> <p>4 法律中是否明确指出保护患者免受一些残忍的非人性化的对待?</p> <p>5 法律中是否对为精神卫生服务机构内安全、治疗和卫生的环境标准作出了最低限度的规定?</p> <p>6 法律是否维护精神障碍患者的隐私权?</p> <p>a 法律是否最低程度上确保尊重患者的隐私权?</p> <p>7 法律是否禁止在精神卫生机构安排不适宜的有酬劳动?</p> <p>8 法律是否设计以下内容?</p> <ul style="list-style-type: none"> • 接受教育的权利 • 职业培训的权利 • 休闲、消遣娱乐的活动权利 • 精神障碍患者的宗教和文化需求 <p>9 法律是否要求卫生权威部门告知患者应享有的权利?</p> <p>10 法律是否确保精神卫生服务享用者参与精神卫生法规政策的制定和服务规划过程?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
<p>E 家庭成员和其他护理人员的权利</p> <p>1 法律是否赋予家庭成员或其他主</p>	<p>a) b) c)</p>		

<p>要的护理人员了解患者情况的权利？（除非患者拒绝泄露这些信息）</p> <p>2 是否允许家庭成员和主要的护理人员参与到患者的治疗计划的制订和实施过程中？</p> <p>3 家庭成员或主要看护人员是否有权利申请非自愿住院或治疗？</p> <p>4 家庭成员或主要护理人员是否有权利要求释放患有精神疾病的犯罪人员？</p> <p>5 法律是否允许家庭成员或主要的护理人员参与精神卫生法规政策的制定和服务规划过程？</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
<p>F 法律能力与监护权</p> <p>1 如果精神障碍患者丧失管理事物的能力，法律是否对此作出了规定？</p> <p>2 法律是否对权利能力和行为能力作出了明确定义？</p> <p>3 法律是否制定一些程序和标准来裁决患者处理某些问题的法律能力？如决定治疗，选择代理决定者，决定经济问题？</p> <p>4 法律是否就对无法律能力裁决的申诉作出程序上的规定，是否规定了对这些裁决做定期的审查？</p> <p>5 法律是否为维护患者利益就监护人的指定、期限、职责作出规定？</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		

6 法律是否规定了在哪些情况下允许监护人为了患者的利益作出决定?	a) b) c)		
7 法律是否规定了对监护人的需求进行系统评估?	a) b) c)		
8 法律是否对精神障碍患者拒绝接受监护人的安排作出了程序上的规定?	a) b) c)		
G 自愿入院、治疗			
1 法律是否主张优先将自愿入院、治疗程序做为强迫入院、治疗的替代?	a) b) c)		
2 法律是否强调所有的自愿患者都需签署知情同意后方可接受治疗?	a) b) c)		
3 法律是否强调自愿入院的精神障碍患者应当与患有其他疾病的患者享受同样的权利?	a) b) c)		
4 法律是否指出自愿入院接受治疗同时也意味着有权利自愿出院/拒绝该治疗?	a) b) c)		
5 法律是否强调指出应当在入院时告知自愿入院患者,只有当他们符合非自愿看护德的标准时才会被剥夺离院的权利?	a) b) c)		
H 无自主决定能力的患者			
1 法律是否对那些没有能力作出知情同意但又拒绝接受治疗的患者作出规定?	a) b) c)		

<p>2 是否规定了哪些情况下，无自主决定能力的患者在可以入院接受</p> <p>3 法律是否规定在这种情况下入院或治疗的患者如果拒绝接受治疗那么院方必须终止目前治疗，除非患者情况达到强制入院的标准？</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
<p>I 非自愿入院（不包括治疗），或非自愿治疗（包括住院与治疗）</p> <p>1 法律是否强调非自愿入院只有在下列情况下执行</p> <p> a 有证据表明精神疾病的特殊严重性，而且</p> <p> b 如果不及时给予治疗会给患者自身或他人带来危害或者以及其他方面的危险，而且</p> <p> c 入院的目的是为了治疗。</p> <p>2 法律是否强调需要有两个具有执业医师资格的职业人员来共同判定患者是否满足非自愿入院的标准？</p> <p>3 法律是否强调医院在接受非自愿入院患者时应具备的认证资格</p> <p>4 最少限度的环境约束原则是否适用于非自愿入院患者？</p> <p>5 法律是否提出有独立的权利机构（例如审查机构或法庭）来管理这些非自愿入院？</p> <p>6 独立的权威机构作决定是否有时</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		

<p>间方面的限制?</p> <p>7 法律是否强调在入院时应告知患者, 家庭或法律代表入院原因以及申诉的权利?</p> <p>8 法律是否提供对非自愿入院提出申诉的权利?</p> <p>9 对于由独立的机构对自愿入院(或者长期“自愿”入院)患者进行定期检查, 法律是否作出时间上的规定?</p> <p>10 法律中是否规定一旦患者不再满足非自愿入院的标准时应当结束这种非自愿入院的关系?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
<p>J 非自愿治疗</p> <p>1 法律是否制订非自愿治疗的标准?</p> <ul style="list-style-type: none"> • 患者有精神障碍 • 患者没有能力对告知的治疗作出决定 • 治疗有利于改善患者的身体状况, 恢复患者知情同意的能力, 防止病情的加重以及对自身和他人造成的危害 <p>2 法律是否能够确保由有资格认证的专业医务人员提供治疗计划?</p> <p>3 法律中是否规定该治疗计划必须得到另一位执业医师的许可?</p> <p>4 是否有独立的实体来监管非自愿</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		

<p>治疗？</p> <p>5 法律是否确保治疗是有时间限制的？</p> <p>6 法律是否规定了申请非自愿治疗的权利？</p> <p>7 法律中是否规定了非自愿治疗是快速的，有时间限制，并接受定期审查的过程？</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
<p>K 代理人决定治疗的知情同意权</p> <p>1 当患者没有能力做出知情同意时，法律是否规定由他人为了患者利益代替作出知情同意的决定？</p> <p>2 在已经有代理人的情况下患者是否还有对治疗决定提出申诉的权利？</p> <p>3 法律是否允许使用“预先指令”，如果允许，那么该如何定义这个词？</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
<p>L 社区中的非自愿治疗</p> <p>1 法律是否主张在以社区中的非自愿治疗作为住院治疗的替代，以实现“最少的限制”。</p> <p>2 适用于医院内的非自愿治疗标准和安全措施是否也被应用于以社区为基础的非自愿治疗？</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
<p>M 紧急情况</p> <p>1 紧急住院或治疗的标准是否仅限制在可能对自身或他人造成危害的</p>	<p>a) b) c)</p>		

<p>情况下才能使用？</p> <p>2 法律中是否对紧急住院或治疗有明确的程序规定？</p> <p>3 法律是否允许任何一位有资格认证的内科或精神科从业人员来收治紧急情况的患者？</p> <p>4 法律是否对紧急入院有时间方面限制（通常不超过 72 小时）</p> <p>5 法律是否明确说明如有必要，应当在紧急情况结束立刻启动非自愿治疗或入院的程序？</p> <p>6 无论是出于临床还是实验目的，对紧急情况下的病例进行电休克，精神外科，绝育措施是否都是不合法的？</p> <p>7 患者家庭成员或个人代表是否有权利拒绝接受紧急情况的入院或治疗？</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
<p>N 精神障碍诊断</p> <p>1 法律是否明确规定</p> <p> a 诊断精神障碍者所需的技能水平？</p> <p> b 有资格诊断精神障碍的专业人员的类别？</p> <p>2 法律是否对专业人员的认证做了规定，并要求由独立机构来负责资格认证。</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
<p>0 特殊治疗</p>			

1 法律是否禁止将绝育作为治疗精神障碍的方法? a 法律是否特别指出在没有获得知情同意的情况下不能以精神疾病为理由对患者进行绝育或流产?	a) b) c) a) b) c)		
2 对精神障碍患者进行药物治疗或外科手术治疗时是否需要获得知情同意? a 如果等待获得知情同意的过程会危及患者生命,在这种情况下法律是否允许在不知情同意的情况下对患者进行药物治疗或外科治疗? b 在长时间无能力签署知情同意的情况下法律是否允许独立的检查机构或监护人,代理人来对药物或手术过程进行监督?	a) b) c) a) b) c) a) b) c)		
3 是否不能对非自愿患者进行精神外科手术治疗或其他创伤性治疗? a 是否有一个独立体系来审核在非自愿患者进行外科治疗或其他创伤性治疗时已经获得了需要的知情同意?	a) b) c) a) b) c)		
4 法律是否强调在实行 ECT 治疗时获得知情同意?	a) b) c)		
5 法律是否禁止对患者进行非改良电休克治疗?	a) b) c)		
6 法律是否禁止对未成年人实施电	a) b) c)		

休克治疗?			
P 约束和限制 1 法律是否强调：只有当患者可能对自身或他人造成伤害的紧急情况下才可以使用约束限制措施？ 2 法律是否强调约束和限制措施不能作为惩罚患者的手段或为工作人员提供方便的工具？ 3 法律是否规定了在实施约束和保护制度时的最长时间期限？ 4 法律是否要求在一个约束周期后必须有一定的时间间隔才可再次使用约束和限制？ 5 法律是否强调在精神卫生机构中应采用新的结构和人力资源配置，以尽量实现最少程度的使用约束和限制措施？ 6 在使用约束和限制时法律是否规定了恰当的程序？包括 <ul style="list-style-type: none"> • 谁来监督 • 执行人员有资格认证 • 每一次的约束原因和约束时间必须有记录以便于今后的查阅 • 在对患者进行约束限制时必须告知家庭成员或患者的代理人 	a) b) c) a) b) c) a) b) c) a) b) c) a) b) c) a) b) c)		

<p>Q 临床和实验研究</p> <p>1 法律中是否指出对于自愿患者或非自愿但有签署知情同意能力的患者在对其进行临床或实验研究时都应签署知情同意书?</p> <p>2 在患者没有能力签署知情同意书的情况下 (研究已经获得实施的许可)</p> <p> a 法律是否允许法定代理人, 家庭成员, 或专门的权威机构来代替签署知情同意书?</p> <p> b 法律是否指出: 如果同样的实验可以在有知情同意能力的患者中进行那么就不允许在不知情同意能力的患者中进行, 而且实验的宗旨必须在于改善患者以及其所代表人群的健康状况?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
<p>R 监督调查机制</p> <p>1 法律是否要求建立一些法庭或半法律机构来监督与非自愿入院、治疗相关的过程和其他约束程序?</p> <p> a 这样一个机构是否:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 对非自愿入院和治疗进行评估? • 受理对非自愿入院或非自愿治疗的申诉? • 对非自愿入院 (或者长期自 	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		

<p>愿住院)的患者进行重新调查?</p> <ul style="list-style-type: none"> • 对那些违背自己意愿接受治疗的患者进行定期监督? • 许可或否决一些侵入性或不可逆性治疗(如精神外科手术或电休克治疗)? <p>b 这样的机构是否包括了一个法律专业人士,一个专职的卫生服务工作者和一个代表社区利益的人员?</p> <p>c 法律是否就这种机构的裁决向高等法院提出申诉?</p> <p>2 法律是否设定设立一个监督机构来保护院内或院外精神障碍患者的权利?</p> <p>a 上述机构是否作到:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 定期对精神卫生机构进行监督检查 • 提供指导以便最小范围的使用侵入性治疗方法 • 保留记录,如采用侵入性或不可逆性治疗和约束限制的次数 • 对专业机构和专业人员进行登记注册 • 直接向相关的政府部门提供报告和建议 	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
--	---	--	--

<ul style="list-style-type: none"> • 定期公布一些结果 b 这样一个机构是否有由专业人士（精神卫生、法律、社会工作者），患者代表，患者家属代表，精神卫生拥护者和普通公众所组成？ c 法律是否明确规定了这一机构的权限范围 <p>3</p> <ul style="list-style-type: none"> a 对于投诉的受理、调查和处理，法律是否作出了程序上的规定 b 法律中是否规定： <ul style="list-style-type: none"> • 事件发生到提出上诉的明确时间期限 • 对于这些上诉给予答复的最长时间期限，由谁以及如何回答？ • 患者在申请或上诉过程中是否有权利自己选择或任命个人代表或法律代表？ • 如果有必要患者是否有权利在上诉过程中进行辩解？ • 在上诉过程中患者或其代理者是否有权利复印各种医疗记录或医疗文件？ • 患者及其代理者是否有权利参加上述的整个过程？ 	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
<p>S 警方职责</p>			

<p>1 法律是否对警务人员的活动有所限制以保证精神障碍患者免受非法拘捕或监禁，并获得恰当的医疗服务？</p> <p>2 患者有冲动或失控行为时法律是否允许家属，看护人或医疗工作人员向警方寻求帮助？</p> <p>3 对于因违法行为而被拘禁者，如果怀疑其有精神障碍是否应尽快对其进行精神障碍评估？</p> <p>4 对非自愿入院的患者警察是否有权利协助将其送入精神卫生机构？</p> <p>5 警察是否有权将外逃的非自愿患者送入精神卫生机构？</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
<p>T 有精神疾病的肇事肇祸者</p> <p>1 在综合考虑了犯罪人的犯罪严重程度，精神病史，犯罪当时精神状态，可能对其自身造成的伤害以及公众的利益之后，是否可以撤消对犯罪人的起诉而将其转送到精神卫生机构？</p> <p>2 对于那些无受审能力的精神障碍患者，法律是否制定条款为他们提供治疗，并且在治疗期间终止或延缓指控？</p> <p>a 这些患者是否与其他非自愿入院的患者有着同样的权利。包括由一</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		

<p>个独立机构对其进行公正的复核？</p> <p>3 法律是否允许经法院判决因精神疾病而无责任能力的患者在精神卫生机构接受治疗，并且一旦精神症状缓解就将其释放？</p> <p>4 对于精神障碍患者是否允许在审判阶段对其处以缓刑或者住院监管而非判决入狱？</p> <p>5 对于服刑期间出现精神疾病的犯人，法律是否允许其到精神卫生机构就诊？</p> <p>a 除非满足非自愿入院标准，否则住院治疗时间不能长于服刑时间？</p> <p>6 法律是否要求为患精神疾病的犯人设立专门的安全性医疗机构？</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
<p>U 歧视</p> <p>1 法律中是否有禁止歧视精神障碍患者的条款？</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>V 住房</p> <p>1 法律是否规定在住房分配制度中禁止歧视精神障碍患者？</p> <p>2 法律是否规定通过政府住房规划或者补贴住房计划向精神障碍患者提供住房？</p> <p>3 法律中是否规定以中途宿舍和长期赡养之家的方式为精神障碍患者提供住所？</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		

<p>W 就业</p> <p>1 法律是否规定保护精神障碍患者在工作场合免遭歧视和剥削?</p> <p>2 法律是否规定为精神障碍患者就业进行合理安排。比如在工作时间上灵活安排以利于精神障碍患者就诊?</p> <p>3 法律是否规定为精神障碍患者提供同等的就业机会?</p> <p>4 法律是否规定在社区中为精神障碍患者设立职业康复计划或其他提供职位或就业的计划?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
<p>X 社会保障</p> <p>1 法律是否规定为精神残疾人员提供补助金或养老金?</p> <p>2 为精神残疾人士提供的补助金或养老金是否与躯体残疾者的相当?</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
<p>Y 人权问题</p> <p>1 法律是否能够保障精神障碍患者同其他人一样充分享有公民, 政治, 经济, 社会及文化权利?</p>	<p>a) b) c)</p>		
<p>Z 保护弱势群体</p> <p>保护儿童</p> <p>1 法律是否规定只有当尝试过所有可行的社区精神卫生服务项目后才可以将儿童患者以非自愿形式送入精神卫生机构?</p>	<p>a) b) c)</p>		

<p>2 对于精神卫生机构的儿童患者，法律是否规定：</p> <p>a 他们必须有相对独立于成年患者的生活环境？</p> <p>b 有与儿童年龄相适宜的生活环境并且考虑到儿童成长需要？</p> <p>3 法律是否能够确保每位儿童患者都有一位成年人代表来处理与其相关的一些事务，包括治疗方面的知情同意？</p> <p>4 法律是否规定在与儿童自身相关的问题上应依据儿童的年龄和成熟情况适当考虑儿童自身的想法？</p> <p>5 法律是否禁止对儿童进行一切创伤性治疗？</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
<p>对妇女的保护</p> <p>1 法律是否保证女性患者在人权，政治，经济，文化权利方面享有与男性同等待遇？</p> <p>2 法律是否能确保精神卫生机构中的女性：</p> <p>a 有足够的隐私权</p> <p>b 为女患者提供独立的卧室</p> <p>3 女性精神障碍患者应与男性享有同等接受治疗的权利。包括在社区中获取精神卫生服务与护理，以及相关的自愿或非自愿入院及治疗权利？</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		

<p>保护少数民族</p> <p>1 法律是否强调不能因种族，肤色，语言，宗教，政治或国际，社会地位的差异而对精神障碍患者有所歧视？</p> <p>2 法律是否能够确保有独立的机构对少数民族患者的非自愿入院或治疗进行监督，确保不因任何原因对他们产生歧视？</p> <p>3 法律是否规定难民或寻求庇护者与本国精神障碍患者享有同等的接受治疗的权利？</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		
<p>AZ 犯罪和惩罚</p> <p>1 法律是否涉及到对犯罪行为的适当惩罚？</p> <p>2 法律对一些侵犯法律中规定的患者权利的行为是否有一定的惩罚措施。</p>	<p>a) b) c)</p> <p>a) b) c)</p>		

附件 2 有关精神障碍患者权利的主要规定和国际性工具文件概要

与精神卫生相关的主要人权	保护人权的工具文件
精神障碍者有权享有并且保护自己的基本人权	<ul style="list-style-type: none"> • 经济、社会与文化权利国际公约 (ICESCR) • 公民与政治权利国际公约 (ICCPR) • 世界人权宣言 • 非洲人权宪章 • 保护人权和基本自由公约 • 人类权利与义务的美洲宣言 • 美洲人权公约 • 联合国保护精神疾病患者及改善精神卫生保健的原则 • 残疾人机会平等标准规定 • 加拉加斯宣言 • 美洲国家间人权委员会促进和保护精神残疾者人权的建议
获得可得到的最高标准健康保健-包括精神卫生保健的权利	<ul style="list-style-type: none"> • 经济、社会与文化权利国际公约 (ICESCR) • 非洲人权宪章 • 联合国保护精神疾病患者及改善精神卫生保健的原则 • 残疾人机会平等标准规定 • 欧洲社会公约 • 加拉加斯宣言 • 消除各种形式的种族歧视的国际公约 • 消除针对妇女的各种形式歧视的公约 • 美洲关于经济、社会和文化领域人

	权公约的附加议定书
保护免受歧视	<ul style="list-style-type: none"> • 经济、社会与文化权利国际公约 (ICESCR) • 公民与政治权利国际公约 (ICCPR) • 美洲国家间消除针对残疾人的各种形式歧视的公约 • 联合国保护精神疾病患者及改善精神卫生保健的原则 • 残疾人机会平等标准规定 • 美洲国家间人权委员会促进和保护精神残疾者人权的建议 • 消除针对妇女的各种形式歧视的公约
精神残疾的儿童有权享有充实而完整的生活	<ul style="list-style-type: none"> • 联合国儿童权利公约 • 萨拉门卡声明与特殊需求教育行动框架 • 联合国保护精神疾病患者及改善精神卫生保健的原则
精神障碍者应被保护免遭折磨性的、残酷的、非人道的或侮辱性的对待或处罚	<ul style="list-style-type: none"> • 联合国防止折磨和非人道或侮辱性对待或处罚的公约 • 非洲人权宪章 • 联合国保护精神疾病患者及改善精神卫生保健的原则 • 加拉加斯宣言 • 公民与政治权利国际公约 • 防止折磨和非人道或侮辱性对待或处罚的欧洲公约 • 美洲国家间人权委员会促进和保护精神残疾者人权的建议
非自愿看护与治疗的标准	<ul style="list-style-type: none"> • 联合国保护精神疾病患者及改善精神卫生保健的原则 • 欧洲议会有关精神医学与人权的第

	<p>1235 号议案</p> <ul style="list-style-type: none">• 加拉加斯宣言• 世界精神病学协会马德里宣言
--	--

附件 3. 联合国保护精神疾病患者与改善精神保健的原则

联合国大会1991年12月17日决议46/119通过

适用

本组原则的适用不得因残疾、种族、肤色、性别、语言、宗教、政治或其他见解、国籍、民族或社会出身、法律或社会地位、年龄、财产或出生而有任何歧视。

定义

在本组原则中：

(a) “律师”系指法律或其他合格的代表；

(b) “独立的官方机构”系指国内法规定的能胜任和独立的官方机构。

(c) “精神卫生保健”包括分析和诊断某人的精神状况，以及精神疾病或疑似精神疾病的治疗、护理和康复；

(d) “精神卫生机构”系指以提供精神卫生保健为主要职能的任何机构或一机构中之任何单位；

(e) “精神卫生从业人员”系指具有有关精神卫生保健的特定技能的医生、临床心理师、护士、社会工作者或其他受过适宜培训的合格人员；

(f) “患者”系指接受精神卫生保健的人，也包括在精神卫生机构住院的所有人；

(g) “私人代表”系指依法负有职责在任何特定方面代表患者利益或代表患者行使一定权利的人，并且除非国内另法有规定，也包括未成年人父亲或母亲或法定监护人。

(h) “复核机关”系指根据原则 17 设立、审查患者非自愿入住或留置在精神卫生机构情况的实体机关。

一般性限制条款

本组原则所载权利的行使仅受法律的规定所限制，以及受保护有关人士或他人健康或安全，或保护公共安全、秩序、健康或道德或他人的基本权利和自由的需要所限制。

原则 1

基础自由和基本权利

1、人人皆有权得到可获得的最佳精神卫生保健，这种保健应作为健康和社会保健制度的一个组成部分。

2、所有精神疾病患者或被当成精神障碍患者的人均应受到人道的对待，其天赋的个人尊严应受到尊重。

3、所有精神疾病患者或被当成精神障碍患者的人均应有权受到保护，不受经济上、性方面或其他形式的剥削、肉体虐待或其他方式的虐待，以及有辱人格的对待。

4、不得有任何基于精神疾病的歧视。“歧视”系指会取消或损害权利的平等享受的任何隔离、排除或选择。只是为保护精神疾病患者的权利或使其在身心上得到发展而采取的特别措施，不应被视为有歧视性。歧视不包括依照本组原则中的规定，为了保护精神疾病患者或其他个人的人权而作的必要的隔离、排除或选择。

5、每位精神疾病患者均有权行使《世界人权宣言》、《经济、社会与文化权利国际公约》、《公民权利与政治权利国际公约》以及《残疾人权利宣言》和《保护所有遭受任何形式拘留或监禁的人的原则》等其他有关文件所承认的所有公民、政治、经济、社会和文化权利。

6、只有依国内法设立的独立而公正的法庭公平听证之后，方可因某人患有精神疾病而作出他或她没有法定行为能力，并因没有此种能力应任命一名私人代表的任何决定。如果能力有问题者本人无法取得此种代表，则应在他或她没有足够能力支付的范围内为其免费提供此种代表。律师不得在同一诉讼中代表精神卫生机构或其工作人员，并不得代表能力有问题者之家庭成员，除非法庭认为其中并无利害冲突。应依照国内法规定，合理而定期地复核关于能力和私人代表必要性的决定。能力有问题者、他或她的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院提起上诉。

7、如法院或法律效力相同的法庭查明精神疾病患者无法管理自己的事务，则应视患者的情况酌情采取必要措施，以确保其利益受到保护。

原则2

保护未成年人

应在本组原则的宗旨和有关保护未成年人的国内法范围之内给予特殊照顾以保护未成年人的权利，包括在必要时任命一名家庭成员之外的私人代表。

原则3

在社区中的生活

每一精神疾病患者均有权尽可能于社区内生活和工作。

原则4

精神疾病的确定

1、确定某人是否患有精神疾病，应以国际接受的医疗标准为依据。

2、确定是否患有精神疾病，绝不应以政治、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。

3、家庭不和或同事间不和，或不遵奉某人所在社区的道德、社会、文化或政治价值或宗教信仰之行为，不得作为诊断精神疾病的一项决定因素。

4、过去作为患者治疗或住院的背景本身不得作为确定目前或今后精神疾病的任何理由。

5、除与精神疾病直接有关的目的或精神疾病后果外，任何人或官方机构都不得将某人归入精神疾病患者，也不得用其他方法表明其为精神疾病患者。

原则5

医学检查

除依照国内法批准的程序进行的以外，不得强迫任何人进行用以确定其是否患有精神疾病的医学检查。

原则6

保密

本组原则适用的所有人对相关信息的保密权应当得到尊重。

原则7

社区和文化的作用

- 1、每位患者均应有权尽可能在其生活的社区内接受治疗和护理。
- 2、如治疗在精神卫生机构进行，患者应有权尽可能在靠近其住所或亲属或朋友之住所的精神卫生机构中接受治疗，并有权尽快返回社区。
- 3、每位患者均有权以适合其文化背景的方式接受治疗。

原则8

保健的标准

- 1、每位患者均有权得到与其健康需要相适应的健康和社会保健，并有权得到与其他患者相同标准的保健和治疗。
- 2、每位患者均应受到保护，免受不公正的用药以及其他患者、工作人员或其他人的虐待、或造成精神苦恼、身体不适的其他行为的伤害。

原则9

治疗

- 1、任何患者都有权在限制性最小的环境中接受治疗，而且适于患者健康需要和保护他人人身安全需要的治疗措施要具有最少的限制性或侵入性。
- 2、对每位患者的治疗和护理均应按合格医疗人员所定个人处方计划来进行，处方计划应与患者商议、定期复核，必要时加以修改。
- 3、应始终按照精神卫生从业人员适用的道德标准提供精神保健，包括诸如联合国大会通过的有关医务人员、特别是医生在保护被监禁和拘留的人不受酷刑和其他残忍、不人道或有辱人格的待遇或处罚方面的任务的《医学伦理原则》等国际公认的标准。精神卫生的知识和技能决不可滥用。
- 4、对每位患者的治疗应以保护和提高个人的自主性为宗旨。

原则10

药物

- 1、药物应符合患者对最佳健康的需要，为治疗和诊断目的给予患者，不得作为

惩罚施用，或为其他便利而使用。在不违反下文原则 11 第 15 款规定的前提下，精神卫生从业人员只应施用药效已知或已证实的药物。

2、所有药物均应由经法律授权的精神卫生从业人员处方，并应记入患者病历。

原则 11

治疗同意

1、除本条原则第 6、第 7、第 8、第 13 和 15 款规定者外，未经患者知情同意，不得对其施行任何治疗。

2、知情同意系指以患者理解的形式和语言适当地向患者提供充足的、可以理解的以下方面情况后，在无威胁或不当引诱情况下自由取得的同意：

- (a) 诊断性评估；
- (b) 所建议治疗的目的、方法、可能的期限和预期的益处；
- (c) 可采用的其他治疗方式，包括侵入性较小的治疗方式；
- (d) 所建议治疗可能产生的痛苦或不适、可能产生的风险和副作用。

3、患者在给予同意的过程中可要求其本人选择的一人或多人在场。

4、除本条原则第 6、第 7、第 8、第 13 和第 15 款规定者外，患者有权拒绝或停止接受治疗。须向患者说明拒绝或停止接受治疗的后果。

5、决不应邀请患者或引诱患者放弃作出知情同意的权利。如果患者自己请求这样做，则应向其说明：未取得知情同意，不能给予治疗。

6、除本条原则第 7、第 8、第 12、第 13、第 14 和第 15 款规定者外，如符合下列条件可不经患者知情同意即对患者实行所建议的治疗方案：

(a) 患者其时是作为非自愿患者被强制留置；

(b) 掌握所有有关情况、包括本条原则第 2 款所列情况的独立的官方机构确信，其时患者缺乏对所建议治疗方案给予或不给予知情同意的能力，或国内法律规定，根据患者本人的安全或他人的安全，患者不予同意是不合理的；

(c) 独立的官方机构确信，所建议的治疗方案最适合患者的病情需要。

7、患者如有私人代表，依法授权可对其治疗予以同意者，上文第 6 款则不予适用；但除本条原则第 12、第 13、第 14 和 15 款规定者外，如果经该私人代表在被告知本条原则第 2 款所述情况后代表患者表示同意，可不经患者知情同意即对其施行治疗。

8、除本条原则第 12、第 13、第 14 和第 15 款规定者外，如果经法律批准合格的精神卫生从业人员确定，为防止即时或即将对患者或他人造成伤害，迫切需要治疗，则也可不经患者知情同意即对其施行治疗，但此种治疗期限不得超过为此目的所绝对必要的时间。

9、在未经患者知情同意而批准治疗的情况下，应尽力将治疗的性质和任何可采用的其他方法告知患者，并在切实可行的范围内尽可能使患者参与拟定治疗方案。

10、所有治疗均应立即记入患者病历，并表明是非自愿还是自愿治疗。

11、不得对患者进行物理约束或非自愿隔离，除非根据精神卫生机构正式批准的程序而且是作为阻止患者直接或急迫的自伤或伤人的唯一可用手段。使用这种手段的时限不能超过为此目的所绝对必要的限度。所有情况下的物理约束或非自愿隔离及其原因、性质和时限均应记录在患者的病历中。被约束或隔离的患者应受到人性化的对待，并且应受到合格的工作人员照料和密切、定期的监督。如有可能，任何物理约束或非自愿隔离都应立即通知患者的私人代表。

12、绝育手术绝对不能用作精神疾病的治疗手段。

13、只有在国内法律许可、据认为最有利于患者的健康、以及获得患者知情同意等前提下，方可准许对精神病患者施行重大内科或外科治疗，如果患者无知情同意能力，则这种治疗只应在经过独立的复核批准以后才能施行。

14、决不对非自愿住院的精神病患者实施精神外科和其他侵入性与不可逆性的治疗，对于其他患者，在国内法允许进行此类治疗的前提下，只有患者作出了知情同意且有独立的外部机关确信知情同意的真实性，而且该治疗最有利于患者的健康需要时，才可施行此类手术。

15、未获知情同意，不得对任何患者实施临床试验和实验研究，只有获得以此为目的而建立的独立的复核机关的许可，才可将无知情同意能力患者纳入临床试验或实验性治疗

16、这本条原则第 6、第 7、第 8、第 13、第 14 和第 15 款所说明的情况下，患者、其私人代表、或任何有关人士均有权就其所接受的任何治疗向司法或其他独立的官方机构提出上诉。

原则 12

权利的通知

1、对于精神卫生机构中的患者，应在住院后尽快以患者能理解的形式和语言使其知道根据本条原则和国内法他或她应享有的一切权利，同时应对这些权利和如何行使这些权利作出解释。

2、如患者无法理解此种通知，当其有私人代表时，则应酌情将患者的权利告知或转告一个或几个最能代表患者利益且愿这样做的人。

3、具备必要行为能力的患者有权指定一人代表他或她接受有关通知，并指定一人代表其利益与精神卫生机构的主管部门交涉。

原则 13

精神卫生机构内的权利和条件

1、精神卫生机构中每位患者的下列权利都应得到充分尊重；

(a) 在任何场合均被承认为法律面前的人；

(b) 隐私；

(c) 交往自由，包括与院内其他人交往的自由；收发不受查阅的私人信函的自

由；单独会见律师或其他机构代表和在一切合理时间单独会见其他来访者的自由；私下接待律师或私人代表及在一切合理的时间接待其他来访者的自由；享受邮政和电话服务及看报、收听电台和收看电视的自由；

(d) 宗教或信仰自由。

2、精神卫生机构的环境和生活条件应尽可能接近同龄人正常生活的环境和条件，而且尤其应包括：

(a) 娱乐和闲暇活动设施；

(b) 教育设施；

(c) 购买或接受日常生活、娱乐和通信的各种用品的设施；

(d) 提供有关设施，并鼓励使用此类设施，使患者从事与其社会和文化背景相适应的有益职业，并接受旨在促进重新加入社区生活的适宜的职业康复措施。此类措施应包括职业指导、职业培训和安置服务，使患者在社区中找到或保持就业。

3、患者应绝对免于强迫劳动。在合乎患者需要和病院管理方要求的范围内，患者应能选择希望从事的工作。

4、不应剥削精神卫生机构患者的劳动。每个患者均有权从为所做的任何工作得到报酬，其数额应与正常人所做的同类工作依照国内法或惯例而得到的报酬相同。无论如何，每个患者都有权为其工作支付给精神卫生机构的任何报酬中得到其应得的一份报酬。

原则 14

精神卫生机构的资源

1、精神卫生机构应能得到与其他保健机构同样的资源，特别是：

(a) 有足够数量的合格医务人员和其他有关专业人员以及有足够的房舍，以向每一个患者提供个人安宁和适当而积极的治疗方案；

(b) 对患者进行诊断和治疗的设备；

(c) 适当的专业护理；

(d) 充足、定期和综合治疗，包括药物供应。

2、主管当局应经常视察每个精神卫生机构，以确保其条件、对患者的治疗和护理情况符合本组原则。

原则 15

住院原则

1、如患者需要在精神卫生机构接受治疗，应尽一切努力避免非自愿住院。

2、精神卫生机构入院条件应与为其他任何疾病住入其他任何医院的条件相同。

3、不是非自愿住院的每一个患者应有权随时离开精神卫生机构，除非下文第 16 条所规定的将其作为非自愿患者留医的标准适用；患者应被告知这一权利。

原则 16

非自愿住院

1、唯有在下述情况下，某人才可作为患者非自愿地住入精神卫生机构；或作为患者自愿住入精神卫生机构后，作为非自愿患者在医院中留医，即：法律为此目的授权的合格精神卫生从业人员根据上文原则 4，确定该人患有精神疾病，并认为：

(a) 因患有精神疾病，很可能即是或即将对他本人或他人造成伤害；或

(b) 某人精神疾病严重，判断力受到损害，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，只有住入精神卫生机构才可给予的治疗。在 (b) 项所述情况下，如有可能应找独立于第一位的另一位此类精神卫生从业人员诊治；如果接受这种治疗，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。

2、非自愿住院或留置应先在国内法规定的短期限内进行观察和初步治疗，然后由复核机关对住院或留置理由应立即通知患者，同时，住院或留医之事及理由应立即详细通知复核机关、患者私人代表（如有代表的话），如患者不反对，还应通知患者家属。

3、精神卫生机构只能在经国内法规定的官方部门加以指定之后方可接纳非自愿住院的患者。

原则 17

复核机关

1、复核机关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。复核机关在作出决定应得到一名或多名合格和独立的精神卫生从业人员的协助，并应考虑其建议。

2、复核机关按上文原则 16 第 2 款的要求对患者作为非自愿患者住院或留医的决定进行的初步审查应在该决定作出之后尽快进行，并按照国内法规定的简要和迅速的程序进行。

3、复核机关应按照国家法规定的合理间隔定期复查非自愿住院患者的病情。

4、非自愿住院的患者可按照国家法规定的合理间隔向复核机关申请出院或自愿住院的地位。

5、复核机关在每次复核时应考虑上文原则 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，患者应不再作为非自愿住院患者继续住院。

6、如负责某患者的精神卫生从业人员在任一时间确信该患者不再符合非自愿住院患者的留院条件，应给予指示，令患者不在作为非自愿住院患者继续住院。

7、患者或其私人代表或任何有关人员均有权向上一级法庭提出上诉，反对令患者住入或留置在精神卫生机构中的决定。

原则 18

程序上的安全保障

1、患者有权选择和指定一名律师代表患者的利益，包括代表其申诉或上诉，若患者本人无法取得此种服务，应向其提供一名律师，并在其无力支付的范围内予以免费。

2、必要时患者有权得到一名译者的服务协助。在此种服务属于必要而患者无法取得的情况下，应向其提供，并应在其无力支付的范围内予以免费提供。

3、患者及律师可在任何听证会上要求得到和出示一份独立编拟的精神保健报告和任何其他报告以及有关的和可接受的口头证据、书面证书和其他证据。

4、提交的病历及任何报告和文件副本应送交患者及其律师，除非在特殊情况下认定，向患者透露详情会严重损害患者的健康，或危及他人的安全。任何不送交患者的文件应按国内可能规定的办法在可靠的条件下送交患者的私人代表和律师。如果一份文件的任何部分不送交患者，患者或患者的律师（如有律师）应得到关于不送交的通知及其理由，此事应受到司法审查。

5、患者、患者的私人代表及律师有权出席、参加任何听证会，并亲自陈述意见。

6、若患者或其代表请某人出席听证会，应准许该人出席，除非认定此人之出席会严重损害患者健康或危及他人的安全。

7、就听证会或其一部分应公开或非公开举行和是否可予以公开报道作出任何决定，应充分考虑到患者本人的愿望，有必要尊重患者及他人的隐私，有必要防止严重损害患者的健康或避免危及他人的安全。

8、听证会上作出的决定和提出的理由应以书面形式表达。副本应送交患者及她的私人代表律师。并决定是否应全部或部分公开该决定时，应充分考虑到患者本人的愿望，有必要尊重他或她的隐私和他人的隐私，考虑到公开司法裁判中的公共利益，以及有必要防止严重损害患者的健康或避免危及他人的安全。

原则19

信息获取

1、患者（在本条原则中包括原患者）有权查阅精神卫生机构保存的关于他或她的病历和个人记录，对此项权利可加以限制，以便防止严重损害患者的健康和避免危及他人的安全。任何不让患者了解的此类记录应按国内法可能规定的办法在可靠的条件下送交患者的私人代表和律师。如有任何资料不送交患者，患者或患者的律师应得到关于不送交的通知及理由，此事应受到司法审查。

2、患者或患者的私人代表或律师的任何书面意见应按其要求列入患者档案。

原则20

刑事罪犯

1、本条原则适用因刑事犯罪服刑或在对其进行刑事诉讼或调查期间被拘留的、并被确认患有精神疾病或被认为可能患有此种疾病的人。

2、所有此类人士应得到上文原则1中规定的最佳可得护理。本组原则应尽可能完全适用此类人士，仅在必要的情况下可有有限的修改和例外。此种修改和例外不得妨害此类人士根据上文原则1第5款指明的各项文书享有的权利。

3、国内法可批准法庭或其他主管机构根据合格和独立的医疗意见下令将此类人士送入精神卫生机构。

4、对确定患有精神疾病者的治疗应在任何情况下符合上文原则 11 的规定。

原则 21

投诉

每位患者和曾经是患者的人都有权通过国内法规定的程序提出投诉。

原则 22

监督和救济

各国应确保实行适当的机制，促进对本组原则的遵守，视察精神卫生机构的设施，提出、调查和解决投诉事宜并为渎职或侵害患者权利的专业人员采取适当的纪律或司法处理。

原则 23

执行

1、各国应通过适当的立法、司法、行政、教育和其他措施执行本组原则，并应定期审查此类措施。

2、各国应以适当和积极的手段广为宣传本组原则。

原则 24

与精神卫生机构有关的原则范围

本组原则适用所有住入精神卫生机构的人。

原则 25

现有权利的保留

不得以本组原则未承认患者的某些现有权利或承认范围小于现行范围为借口限制或减损患者的任何现有权利。

有关MI原则更多的信息和指南，见《促进精神障碍患者人权的指南》。日内瓦，世界卫生组织，1996；在下列网址也可以浏览：

http://whqlibdoc.who.int/hq/1995/WHO_MNH_MND_95.4.pdf

附件 4 泛美卫生组织/世界卫生组织加拉加斯宣言摘录

参加拉美国家“在地方卫生体系模式中重建拉丁美洲精神卫生保健”的地区性会议的立法者，学术团体，卫生部门官员，精神卫生专业人员和法学家，共同宣言如下：

宣言

1. 在地区卫生体系模式的框架内，以初级卫生保健为基础对精神卫生保健进行改革，旨在于促进以社区为基础、同社会和健康服务网络相整合的服务模式作为现有服务的替代。
2. 在本地区对精神卫生服务进行改革意味着对在精神卫生服务提供中起到关键作用的精神病院进行严格的重新审视。
3. 提供资源，服务和治疗必须具备做到：
 - a) 保证个人的尊严和人权及公民权；
 - b) 必须是合理的，在技术上是恰当的；
 - c) 尽量保证患者在社区中接受治疗。
4. 必要的话应该重新修订本国法律以便于：
 - a) 保障精神障碍患者的人权和公民权；
 - b) 社区精神卫生服务组织能保证精神障碍患者的权利得到保障。
5. 对心理卫生和精神科的培训应当采用以社区卫生中心为基础的服务模式。鼓励精神障碍患者入住综合医院。这样与改革运动的原则相一致。
6. 各组织，协会和其他与会者共同承诺，在全国范围内倡导开展行动以推动期望的改革，同时承诺确保精神障碍患者的人权同国家法律以及国际公约中的规定保持一致

最后，他们号召卫生和司法部门，议会，社会保险部门和其他服务机构专业团体，消费者团体，大学和其他培训机构及媒体支持精神卫生服务的改革，确保能够促进本地区这类人群的利益。

摘自《加拉加斯宣言》(该宣言于1994年11月14日在委内瑞拉的加拉加斯召开“重建拉美国家精神卫生保健”的地区性会议上通过。该会议由泛美卫生组织/WHO美洲办事处召集)。国际卫生立法文摘，1991，42(2): 336-338

附件5 世界精神病学学会马德里宣言摘要

马德里宣言中关于精神科工作的伦理标准

1996年8月25日由大会通过。2002年8月在日本横滨的大会上修订。

在1977年世界精神病学学会通过了夏威夷宣言，制定了精神科工作的伦理标准。1983年在维也纳对该宣言进行了修订。为了反映社会态度的变迁和精神科专业领域的医学发展，世界精神病学学会又对其伦理标准进行了一些修订。

医学既是一门治疗的艺术又是一门科学。而处理精神紊乱导致的疾病和残疾的精神医学是两者结合的最好反映。虽然存在着文化、社会、种族上的差异，但是对伦理标准及不断监督伦理标准的需求是普遍的。

作为医学的实践者，精神科医师必须意识到作为一名医师的伦理含义尤其是作为精神科医师所特有的伦理要求。作为社会中的一员，精神科医师必须依据社会公正和人人平等的原则提倡公平公正的对待精神障碍患者。

符合伦理的行为建立在精神科医师自身对患者责任感以及对什么是正确、恰当的行为的判断之上。职业行为规范，道德学习，或一些规则法律等外在的标准自身并不能保证医疗实践符合伦理。

精神科医师应当在头脑中时刻牢记医患关系的界限，以尊重患者利益与尊严作为行动的基本准则。

据此，世界精神病学学会于1996年8月25日通过了以下伦理标准，它适用于世界范围的精神科医师。

- 1、作为一门医学，精神病学关注为提供治疗精神疾病的最佳方法，使精神病患者不再遭受病痛折磨，提高精神卫生状况。精神科医师通过提供同公认的科学知识和伦理标准相一致的最佳治疗方案来为患者服务。应当尽量选择对患者自由限制最少的治疗干预方式，工作中对于自己不熟悉的领域应当广泛听取他人建议。在这个过程中，精神科医师必须对卫生资源的合理分配有所认识和关注。
- 2、紧跟该专业的科技发展并且帮助同行了解最新的专业知识是精神科医师的职责。从事研究的精神科医师应该致力于开拓精神病学的研究领域。
- 3、在治疗过程中应将患者当作合作伙伴。医患关系应建立在相互信任尊重的基础上，允许患者有自主决定的权利。向患者提供相关信息以便于患者根据个人价值和喜好作出合理决定是精神科医师的职责。
- 4、当患者因精神疾病不能做出正确决定时，医师应当与其家庭成员进行商讨，如果必要可寻求法律咨询来维护患者的法律尊严和合法权利。任何治疗的实施都不能违背患者的意愿，除非拒绝治疗可能会给患者或其周围人带来生命危险。治疗必须以患者的利益为优先。
- 5、对患者进行评估时，精神科医师的首要职责是告知患者评估的目的，评估结果的用途，及评估可能出现的影响。当精神科医师是作为第三方证人时这一点尤为重要。
- 6、治疗中获取的相关信息必须保密并且只能用于改善患者的精神状况这一唯一目

的。禁止精神科医师因个人原因，商业或学术利益来利用这些信息。只有当继续保密有可能会对患者或他人造成危险的情况下才可以打破保密的原则。比如虐待儿童的问题，在这种情况下精神科医师应当首先就将要采取的行动对患者进行指导。

7、违背科学准则的研究是缺乏职业道德的。研究活动必须得到伦理委员会的认可。精神科医师应遵守国内或国际上关于研究活动的准则。只有接受过正规研究培训的人员才能从事或主持研究。由于精神障碍患者是很容易受到伤害的研究对象，必须格外谨慎以保护患者的自主性和精神躯体状况的完整。在选择研究对象群体时必须遵守伦理准则，无论是流行病学研究，社会学研究还是与其他学科的合作研究或者多中心研究都应如此。

特殊情况下的指导方针

世界精神病学伦理委员会认为应该针对特殊情况制定一些针对性的指导方针。前五项已经被 1996 年 8 月 25 日的马德里宣言中所通过。另外三项在 1999 年 8 月 8 日德国汉堡获得通过。

1、安乐死： 医师的首要职责是促进健康，减少痛苦，保护生命。精神科医师面对的患者大多数没有能力自己作出正式决定，因此医师更应注意自己的行为避免给因残疾导致自我保护能力丧失的患者造成伤害。精神科医师应当意识到患者态度可能会受到情绪影响比如抑郁情绪。这种情况下医师主要任务就是治疗疾病。

2、折磨： 精神科医师不应当参与任何对患者进行各种形式躯体或精神上折磨的活动，即使有强权机构强迫他们执行这些行为。

3、死刑： 在任何情况下精神科医师都不应当参与死刑的执行（即便是合法的）或任何对接受死刑能力的评估。

4、性别选择： 在任何情况下精神科医师都不能参与因性别选择而要求终止妊娠的活动。

5、器官移植： 精神科医师的作用是阐述清楚与器官捐献相关的所有问题。依据宗教、文化、社会和家庭因素给予合适建议保证相关人员做出正确的决定。精神科医师不应当以患者代理人的身份代替患者做出最后决定，也不应当用心理治疗的技巧来影响患者做出最终决定。医师应当尽力保护自己的患者，在器官移植的问题上最大程度的帮助患者自己做出决定。

6、精神科医师与媒体的接触

媒体对于社会的态度和观点的形成起到关键作用。在与媒体接触过程中应确保对精神障碍患者的尊重，避免歧视和辱骂。精神科医师的一项重要职责是为那些遭受疾病折磨的患者进行呼吁。由于公众对精神科医师和精神疾病的理解会影响到患者，精神科医师应当在媒体面前表现出对本专业的尊重。医师不应当向媒体公开任何人可能存在的精神病态。在向媒体宣布研究成果时，精神科医师也应当注意提供信息的科学完整性，并留心自己的言论有可能对公众对精神疾病的认识和精神病患者利益造成的潜在影响。

7、精神科医师与针对少数民族及不同文化背景患者的歧视

精神科医师不能因为文化或民族差异而对患者产生歧视，无论直接的还是帮助

他人进行这些活动都是不道德的。精神科医师应避免直接或间接地从事或许可任何同种族清洗有关的活动。

8、精神科医师和遗传研究及咨询问题

精神疾病遗传方面的研究越来越多,参与此项研究的精神障碍患者也逐渐增加。在从事遗传方面研究或咨询时,医师应该意识到这些遗传方面的信息不仅仅牵涉到作为信息来源得患者本人,而且对患者家庭以及所处的社会都有可能产生负面影响。

精神科医师应确保:

- 参与研究的患者或家庭成员应签署知情同意书;
- 在研究过程中的任何遗传信息应给予恰当保护避免引起误解和被误用;
- 应对患者及家庭成员进行解释告知目前有关遗传的知识不完善,有可能被其后的研究发现所修正。

只有当医疗机构具备以下条件时,精神科医师才可以推荐患者到医院进行基因检测,

- 这些检测实验有满意的质量保证
- 能够为遗传咨询提供合适便捷的资源。有关家庭计划和怀孕问题的咨询应该遵循患者的个人价值体系。必须提供充足的医疗信息来帮助患者根据自身利益做出决定。

附件 6 实例：美国康涅狄格州 精神障碍患者的权利

您作为美国康涅狄格州精神卫生及物质成瘾机构（DMHAS）的 咨询者或患者的权利

任何情况下您都有权利得到人道性的治疗。充分尊重您的：

*个人尊严 *隐私权 *个人财产权 *公民权

您有免遭躯体或精神侮辱或伤害的权利；

您有权利要求根据您的个人需要，目标和愿望制订书面治疗计划。

治疗机构应告知您应享有的权利

医院中每个区域都应应将您应该享有的权利公布于众

其他权利包括：

人性化的有尊严的治疗： 您有权利受到人性化的有尊严的治疗，在任何时候都应充分尊重您的个人尊严和隐私。一个专门的治疗计划应与您的个人需求相一致。任何治疗计划都应包括（不仅仅局限于此）：合理的出院通知、制订康复计划及进行康复过程中您的积极参与。（见州基本法令 17a-542）

个人尊严： 住院治疗的患者有权利穿自己的服装。在适当限制范围内可保存自己的私人物品，自行购买物品*。除非是司法精神病区的患者，其他患者有权利在对自己的个人物品进行搜查时在场。任何取消这些权利的情况都必须在临床病历中有书面记录。（见州基本法令 17a-548）

个人隐私权： 您有维护个人隐私的权利。没有您的书面许可，任何有关涉及您身份、治疗方式以及诊断的记录均不能泄漏给其他个人或组织。所有保存在法庭处治疗记录（与接受治疗者相关的）都应当被封存，只有被告方以及辩护律师才可以查阅*。个人，医院，治疗机构及 DMHAS 均无权自行或允许他人泄露患者的身份、诊断、预后及接受的治疗等反映患者隐私的内容。（见州基本法令 17a-500, 17a-688, 52-146f 以及 42CRF 2）

医师的紧急证明与许可： 您本人、您的律师可以通过查阅法规找到申请许可程序的具体内容。所有通过医师紧急证明入院的人有权利提出申请，要求在入院之后的三个工作日内对其可能的状况进行初步审查。所有的自愿入院患者在入院时都应被告知他们有权利在提出出院通知的三天后离院。对于任何自愿约束的患者提出的三天后出院的书面申请都不应当被否决，除非有人向法庭提出委托申请对患者进行法律能力鉴定。所使用的法律条款取决于患者因为物质成瘾还是精神疾病而接受治疗。（见州基本法令 17a-495, 17a-502, 17a-506, 17a-682 至 17a-685, 54-56d）

探视和通讯的权利： 在预定的会客时间您或许会接受一些探视。您有权利在任何合适的时间内与您接受的神职人员，律师以及助理进行个别交流。医疗机构可以制订一些条文约束来访者。任何医疗机构中的服务接收者的邮件以及其他形式的通讯都不应当被截止，拆阅或接受检查*。任何违反这一权利的举动都应有书面解释，由医疗单位领导签字保存于临床病历中。（见州基本法令 17a-546, 17a-547）

查阅医疗记录： 您或您的律师有权提出书面申请，要求查阅病历记录。如果医疗机构认为公开医疗记录有可能对您自己或他人造成危及生命的伤害，导致精神状态进

一步恶化，或是有可能侵犯到他人的隐私，那么医疗机构有可能拒绝这样的申请，除非您的请求涉及到法律诉讼问题。（见州基本法令 17a-548，52-146f）

约束和限制 如果您处在被约束保护的情况下，您应得到人性化的、有尊严的对待。只有在有可能对他人或自身造成伤害的情况下才能采取非自愿保护方式。对于保护约束治疗的原因必须在 24 小时内有病程记录。不能用药物治疗来取代其他更加合适的治疗方式。（见州基本法令 17a-544）

受虐待者的治疗：如果您遭受到 17a540-547 中所记录的一些暴力行为的攻击，您有权利向所在的高等法院提出申请寻求适当的帮助。（见州基本法令 17a-540）

权利公开：在提供精神卫生服务的机构应该将您应享受的权利张贴公布。（见州基本法令 17a-548）

药物，治疗知情同意及手术的程序：

您，您的代理人或律师课题通过查阅相关法律来了解相关的具体程序见州法令 17a-543a-j。如果您是依据条款 17a-540 到 550 入院的，那么应该在入院后的五天内对您进行体格检查，并且在此后每年至少一次进行复查。检查结果的记录应保存在病历中见州法令 17a-545）。除非有法律条款的支持，没有得到患者的书面知情同意就不能对其进行药物，外科，精神外科治疗或休克治疗*。医疗机构应当制订条款来管理非自愿患者的药物治疗。但是任何一项决策都应由医疗机构以外的人员来制定，而且应当是在患者的保护者在合适的时机与医疗机构进行沟通之后才作出。如果医院需要进行非自愿形式下的药物治疗应当遵循相应的法律。患者也可以要求法院进行听证决定是否需要采取这项治疗。尽管有这些条文的规定（17a-540 到 550），但是有时获取知情同意有可能导致延误治疗，在这种情况下没有知情同意也可以采取急诊治疗。（见州基本法令 17a-543a-f）

剥夺就业，住房及其他一些权利：不能仅仅因为现在或既往有精神疾病就剥夺您就业，住房，申请执照或许可证（包括专业执照）以及其他一些民事与法律权利，除非有其他一些原因*。（见州基本法令 17a-549）

申诉：在 DMHAS 下属机构专用接受服务的患者有权因为受到的委屈提出申诉，只要医疗机构或工作人员有以下行为：1) 法令、规章或政策中规定的一些权利遭到侵犯；2) 受到了专横的或不合理的对待；3) 由于不重视、歧视或其他一些不合理的原因导致没能获得治疗计划中规定的服务项目；4) 强行限制您对治疗的选择权；5) 在 DMHAS 下属的医疗机构中您的权利受到危害而导致了治疗不合理的失败；6) 以非人道的有损尊严的行为方式对待您。（见州基本法令 17a-541-t [1-6]）

另外的一些权利（未被列入到该列表中）也会受到国家或联邦法律，政策的保护。您可以去咨询或学习以便于更好的理解这些法律政策。

在本州医疗机构中接受服务的患者应享受的权利在州基本法令的 17a540-550 中有明确说明。同时其他的州法令或联邦法令以及判例法也对一些权利作出了规定。但是在州基本法令 17a540-550 中规定的内容是必须遵守的，它适用于本州所有的住院和门诊机构。除非另有规定，这些法规同时适用于自愿或非自愿治疗的患者。

总之，公立或私立医院都不允许剥夺您的人身、财产或公民权利。这其中包括选举权，财产拥有权或转让权及合同权，涉及必要的法律程序，而您被依据 45a 的

644-662 宣布丧失行为能力。任何丧失行为能力的判决都应明确说明您不能履行哪些公民权或个人权。

想更多了解作为康涅狄格州物质滥用或精神疾病服务接受者的权利的信息，请致电 1-800-446-7348。

*一些权利可能存在例外或限制。您的权利在以下法规中有详细说明：康涅狄格州基本法令 17a450, 17a540, 17a680, 52-146d-j, 54-56d; 联邦法令 42CFR 第 2 部分, 康复法, 美国残疾人法; 患者自主决定法, 第 1983 款和其他州或联邦法律。

<http://www.dmhas.state.ct.us/documents/ptrights.pdf>

附件 7 实例：美国缅因州行为与发展部门 精神障碍患者的权利

摘录于目录和患者权利的总结

列表内容：

- 非歧视通告
- 基本声明
- 引言

A. 普遍适应的规则

- I. 目的阐述
- II. 定义
- III. 基本权利
- IV. 最少限制的治疗
- V. 权利的告知
- VI. 权利保护协会
- VII. 针对冤屈的上诉
- VIII. 投诉
- IX. 隐私权和查阅病历的权利
- X. 工作待遇的公平权
- XI. 实验和研究过程中受到保护的权力

B. 住院或非住院患者的权利

- I. 目的阐述
- II. 保密和人性化的治疗环境
- III. 个性化的治疗和出院计划
- IV. 住院机构中个性化的治疗和服务计划
- V. 治疗的知情同意权利
- VI. 基本权利
- VII. 避免在住院机构中受到不必要的约束和保护

C. 门诊患者的权利

- I. 目的阐述
- II. 个性化的支持计划
- III. 个性化的治疗和服务计划
- IV. 治疗的知情同意权
- V.

附有英语、法语、俄语、塞尔维亚-克罗地亚语，索马里语，西班牙语，越南语摘要。

患者的权利

行为和服务发展部 精神障碍患者应享有的权利

这是您在精神卫生服务部门接受服务时拥有的权利的总结。您可以从行为与发展服务部的办事处（电话 287-4200，287-2000）获取您所应该获得的权利的副本。如果您耳聋或者不懂英语，您可以免费获得翻译的帮助使你更好的理解您的权利和您所接受的治疗。

1. 基本权利 您同其他缅因州公民一样，享有平等的公民，人身和法律权利。您应该受到礼貌尊重的对待。
2. 保密，查阅病历 除非您特意授权翻阅您的病历记录，否则别人不能翻阅您的治疗记录（在权利手册中规定范围以外的内容除外）。您可以对治疗过程提出书面意见。您有权利在任何适当时间查阅您的记录
3. 个性化的治疗和服务计划 您有权利享受由您与工作人员根据您的目标和需求共同制定的个性化方案。该计划必须有书面的文书，您有复印的权利。计划中应有明确的分工、完成的时间要求、以及评定的标准。这个计划必须依据您的实际需求来制定，而且要详细说明如何来满足您的个人需求。
4. 知情同意权 除非在有您监护人的同意，出于紧急情况，或者针对您的治疗已经举行过专门的听证会，否则您有权拒绝任何违背您个人意愿的治疗方式。您有劝以您能够理解的方式了解该治疗的风险和效益情况（在有监护人的情况下，监护人有权了解这些情况。）如果有任何疑问，您可以在决定选择治疗和服务措施前向您的工作人员或其他任何人询问。
5. 权利的保护 您有权利指定代理人来帮助您进一步了解、保护您的权利，并且帮助您制定治疗和服务计划。如果您希望有一位代理人，您必须与该人签署书面协议。在任何时间您都有权利改变或取消这一指定。
6. 免除约束和限制的权利 在门诊机构中不能对您进行约束和限制
7. 申请上诉的权利 对有可能侵犯您权利的行为或其他有问题的操作您都有上诉的权利。您有权利将您的不满以及理由记录下来。您有权利向精神卫生部门呼吁您的要求。不能因为您的上诉受到任何的处罚。如需寻求帮助您可以联系救助办公室（地址剩略），或残疾人权利中心（地址省略）。

我已经得到精神障碍患者应有权利的复印文件

日期

客户签名

日期

见证人签名

*(想获得缅因州精神障碍患者权利的全文可以浏览以下网址：
(<http://www.state.me.us/bds/Licensing/RighesRecipients/Index.html>)*

附件 8 实例 非自愿住院和治疗表 (组合方式) 和投诉表, 维多利亚省, 澳大利亚

细目表 1

条例 5 (1)

非自愿入院申请表

精神卫生法 (1986)

(第 9 节)

精神卫生条例 (1998)

第一部分

关于非自愿患者入住被批准的精神卫生服务机构的申请

致入院登记处的医务人员

请给予居住在 _____ (被收住者住址) 的

_____ (被收住者姓名) 作为非自愿患者以恰当的经过批准的治疗。

第二部分

申请人详细资料

居住在 _____ (申请人住址) 的

_____ (申请人姓名)

签名 _____

日期 _____

第三部分

将患者送至被认可的精神卫生服务

(必要时完成) *

我特此授权_____

(**警察、急救人员，或患者授权的申请人姓名)，

其工作单位是_____ 委派_____

护送上面签名的人到被批准的精神卫生服务。

_____ (申请者姓名)

签名_____ 日期_____

*只有当申请和建议书都已经完成后才可以将被申请人送至精神卫生服务机构。
如果没有建议书而要将患者送到精神卫生机构，则必须完成第四部分。

**选择需要的一项。

细目表 2

条例 5 (2)

非自愿入院建议书

精神卫生法 (1986)

(第 9 节)

精神卫生条例 (1998)

关于非自愿患者入住经批准的精神卫生服务机构的建议书

致入院登记处的医务人员

请同意予居住在 _____ (被收住者住址) 的

_____ (被收住者姓名) 入院。

我是一名注册的医务人员，特此作出以下声明：

我在 _____ (日期) _____ (时间) 亲自检查了上述的患者。

我的观点如下：

(a) 此人表现有精神疾病 (如果某人处在明显的思维、情感、感知和记忆方面紊乱的精神疾病状态，那么此人是精神疾病患者)

(b) 此人的精神疾病需要立即治疗。而且只有被收住经批准的精神卫生机构才可能得到需要的治疗。

(c) 由于精神疾病同时丧失自愿入院治疗的能力，为了患者的健康和安全 (阻止对躯体或精神的进一步的损害) 及保护其他社会成员的安全。该患者必须住院接受治疗。

(d) 患者拒绝或不能接受目前所提供的必须的治疗。

(e) 在对患者实行最少约束的情况下不能对患者进行有效的药物治疗。

我并非仅仅依据 **1986 年精神卫生法 8 (2)** 部分中列出的任何一条或多条排除标准而认为某人患有精神疾病。

我的观点来源于以下事实

通过我的检查所获得的一些事实

通过与他人交谈所获得的一些事实：

如果没有发现一些事实那么继续进行以下程序

由于我未能亲自对事件进行调查。以下的实际情况是通过*同其他医师进行书面/电话/电子交流同所获得的

医师签名（其他注册医师的签名）_____

该医师的地址_____

联系电话_____

检查的日期 _____

（距今天日期不能超过 28 天）

其他注册医师检查所发现的情况

我认为上面所述的当事人需要被送入一家经过批准的精神卫生服务机构。

提出建议的医师签名

签名_____

资格_____

地址_____

电话号码_____日期_____

*选择一项

（ http://www.dms.dpc.vlc.gov.au/Domino/web_notes/LDMS/publawToday.nsf?OpenDatabase）

.....

除了来自维多利亚省议会依据女王陛下的许可制定的法令内容，维多利亚省政府对
上述法规的精确性和完整性不承担任何责任。



附件 9 实例 新西兰关于精神疾病患者的预先指令

精神卫生保健及治疗的预先指令

精神卫生服务用户信息

HDI

卫生与残疾专员

Te Toihau Hauora, Hauātanga

实例:

拒绝接受ECT的预先指令

Manu 已经有几次被依据精神卫生法而隔离。一次，在未经他同意的情况下对其进行了一个疗程的ECT。虽然他不能清楚记得整个治疗过程，但是不太象是接受治疗以后产生的记忆缺失。

他已经阅读了许多有关ECT的材料，并且坚决不愿再冒记忆缺失的危险。同时患者也已经知道，其他治疗方法，以及家庭支持等，也能够帮助他改善恶化的抑郁状况。

距Manu最后一次出院已经3个月过去了。在他下一次门诊就诊时，他和精神科医师坐在一起讨论了他的个人危机计划。

他们达成了一致意见：Manu应该准备一份预先指令，声明其无论在任何情况下都不愿接受ECT。

他的危机计划包含的内容有：提醒抑郁症的早期症状表现，从精神科专业人员团队处寻求帮助，告戒家人对他提供支持的重要性。Manu希望即使他被依照法律隔离，其在指令书中表达的愿望仍然会得到临床医师的重视。

如果我的预先指令未被遵守，我有什么选择？

如果有关您今后健康保健的预先指令未被遵守，并且对临床医师给予的解释不满意，您可以向卫生与残疾专员投诉。

如果我没有作预先指令，会有什么后果？

如果您处于危机中并且被认为没有作出治疗知情同意的能力（而且您没有被按照精神卫生法加以隔离），依据以下考虑您的临床医师仍旧可以决定您的治疗方案：

- 您的最大利益；
- 在你有知情同意能力的情况下可能会作出的选择；
- 其他关心你利益的人的观点。

如何指定他人代替我自己做出决定？

在某些国家，您的预先指令中可能包括了提名某人代替作出决定。但是在新西兰您必须通过《个人财产权保护法（1988）》指定与您的个人照料和福利有关的长期法定代理人。如果您愿意，您可以授权此人在您丧失做出决定的能力时代替您做出

决定。如您希望指定某人做您的长期法定代理人，应寻求律师的指导。

与自己卫生保健无关的决定如何作出？

有些与卫生保健无关的问题或许您也希望有一个提前的交流。这只有通过危机计划实现。为您提供精神卫生服务的工作人员应当与您进行一些交流以避免您再经历其他一些危机。您的危机计划应当包括以下内容：谁来看护您的孩子，在住院期间您希望与您保持联系的家庭成员的名字。

您也可以把您的提前告知与危机计划结合起来。如果您的临床医师不牵涉到任何危机计划，您可以简单写下您的期望并要求把它们列入文件之中。

实例

拒绝使用特定药物的预先指令

Bill 住院期间服用大剂量的 X 药物，出现严重的副反应。Bill 与医师商量其用药问题。决定在有其他药物选择的情况下不再使用 X 药物。Bill 在新西兰不同的地方都有自己的住处经常到处流动。他认为拿着这份提前告知书即使到达没有治疗记录的地方看病时可以避免使用该药物，认为的确是一个不错的方法。同时他觉得这也有利于记住药物的名称。因为有些状态不佳时候甚至连自己名字也会忘记。

赋予家庭成员或其朋友代理权

Johns 是一位年轻同性恋小伙子，在其患精神疾病时有一个同性伴侣许多朋友对他提供了很大帮助。但是患病期间 John 父母的来访却将事情弄的非常糟糕。他们不赞同 John 的生活方式并且阻碍他的朋友来看望 John。他们不希望 John 回到和朋友们一起玩耍的地方。虽然 John 希望自己的入院情况告诉父母，但是希望自己的朋友来看护自己。鉴于此，在律师的帮助下指定他的朋友作为其护理和财产的法定代理人。

保护自己利益和愿望的最好办法是什么？

预先指令能够确保在危机时候使您的利益和愿望得到尊重。但是赋予法律权利和制定危机计划能够更进一步的保护您的利益。

您希望在危机期间更好的处理发生的事情吗？

如果您愿意，那么预先指令可以在今后疾病发作期更好的控制您的治疗和护理。既往的发作情况可以使你更好的了解自己的需求。在健康残疾服务委员会制定的权利范围内您有权利在提前告知中明确您在今后疾病发作过程中所期望得到的治疗和护理。

什么是预先指令？

简单的说，预先指令就是指对今后提供的治疗是拒绝还是接受。要向他人强调指出（通常以书面的形式）您所期待的治疗方式（如果您曾经经历过其他的治疗方式而在那时您不能自己决定所倾向的治疗方式。）

在新西兰预先指令内容只和您的健康保健，治疗方式相关。其他国家预先指令可以包括一些与健康保健不相关的一些决定。但是在新西兰要采用不同的过程来使人了解这些需求。

谁可以制订预先指令？

健康残疾服务消费者权利规定任何一个有法律能力决定健康保健的人都有权利做出预先指令。

在预先指令中应着重强调什么问题？

预先指令主要集中于治疗和保健方面。例如，您可以强调

- 在危机中您希望（或不希望）得到的治疗护理。包括药物和电休克治疗
- 在危机时您希望的治疗地点。例如医院，家庭或危机中心。

实例：

需要具体药物的预先指令

Sally 知道在自己感觉有些不舒服时，即可需要给予一些小剂量的 X 药物。在她第一次发病时情况非常不好因而住院治疗。最近她到了一座新城市。不知道他的新医师能否尊重她自己的想法。

她决定准备一份提前告知强调此事，如果再有疾病发作希望医师开 X 药物而不必等到精神科医师的到来。医师接受了她的提前告知，只有在临床需要的情况下给她提供这种药物。

我如何制定预先指令？

制定预先指令并非难事，不需要律师的帮助。实际上您在制订提前通知的时候不需要涉及其他任何人。但是遵照以下步骤能够使您的提前通知进一步的被别人认可。使其中的决定更易执行。

- 如果可以尽量以书面的形式制订，尽量将您的意思表达清楚，然后署名和日期
- 如果是在临床医师或其他人员的帮助下制定的提前告知。他或她必须明确您是否有能力了解您的选择，并且能够帮助你明确您所倾向选择的类型。
- 如果您的提前告知涉及到您的家庭，或至少告知他们。那么他们应该尽量支持您在疾病期间的愿望。
- 经常修改您的提前告知以便及时反映出您的状态改变和需求的变化。使得临床医师能够代表您个人的意愿
- 自己保留一份提前告知的复印件，您的家庭或支持人员也保留一份复印件。临床医师可能经常涉及到您的保健

我的预先指令会永远得到遵守吗？

不！ 在决定是否遵守预先指令时，临床医师应考虑到五个问题

- 当你制定提前告知时是否有能力做出决定？
- 您是否在完全依照自己的意愿制定的？
- 您是否在做出决定时获得了足够多的信息？
- 在与您的期待有差别时您愿意将您的提前告知根据目前情况进行调整吗？
- 这份提前告知是否过期？

健康和残疾服务消费者权利明确告知了您应享有的权利，有知情选择，知情同

意。但是如果您接受的是 1992 年精神卫生法（强制评估与治疗）中的强制治疗程序，您的提前告知不能超越临床医师的决定。精神卫生法规同时也指出临床医师即使在没有获得知情同意而给予治疗下的情况也有责任在应尽量争取患者的同意。

即使是强制治疗程序仍旧可以制订提前告知。这样可以使您的临床医师了解您的意向。

拒绝使用药物 X 的预先指令

我（姓名）_____在任何情况下都不愿使用药物 X。我已经就此问题与我的精神科医师（姓名）_____进行过讨论。他已经对我的治疗选择和药物 X 的预期效应，风险和副反应进行了解释说明。

我确定是在自己的意愿下做出这些决定。除非我自己取消，它将在今后的_____年中有效。

日期_____

签名_____

我确定患者_____在制定这份预先指令时是有决定能力的。

日期_____

医师_____

精神卫生委员会：

电话：(04) 474 8900

传真：(04) 474 8901

Email: info@mhc.govt.nz

Website: www.mhc.govt.nz

HDI 卫生与残疾委员会：

电话：(09) 373 1060

传真：(09) 373 1061

免费电话

Email: hdc@hdc.org.nz

Website: www.hdc.org.nz