



人权理事会

第十八届会议

议程项目 3

增进和保护所有人权——公民权利、政治权利、
经济、社会和文化权利，包括发展权

人人有权享有可达到的最高水准身心健康问题特别报告员 关于实现老年人健康权利的专题报告

内容提要

本报告是根据人权理事会第 15/22 号决议提交的，在报告中，人人有权享有可达到的最高水准身心健康问题特别报告员阿南德·格罗弗探讨了实现老年人健康权利的问题。

本项研究报告有鉴于世界老龄化的令人注目的步伐，呼吁作出规范方面的变动，据此，社会应当超越单纯的争取公民健康地进入老龄，而更要着手争取实现积极地、有尊严地度过老年阶段，这一阶段应当如同人生任何其他阶段一样，应当是有计划的、得到支助的。要使老人能够积极地、有尊严地渡过老年阶段，社会就需要重新设定老龄的概念，更加强调老年人继续参与社会、经济、文化和公民生活，并且继续为社会作出贡献。

报告强调指出，在设置、执行、监测和评估有关健康方面的政策和方案，以便减缓老龄社会的影响并确保老年人享受这项人权的过程中，采用以健康权为出发点的方针是必不可少的。据此，应当使保健设施、产品和服务对老年人而言是存在的、有机会享用的、有经济能力承担的，符合标准和优质的。

报告并指出，鼓励老年人在身体、政治、社会和经济方面尽可能持久地积极活跃不仅有利于老年人本人，而且也造福于整个社会。报告并得出结论，增进和保护老年人的人权应当是每一个人所关注的问题，因为步入老龄阶段是一个涉及到所有人的过程。

目录

	段次	页次
一. 导言.....	1-4	3
二. 老龄化：变化中的社会规范.....	5-18	3
三. 老年人的健康权.....	19-33	6
四. 具体的问题和关注.....	34-70	10
A. 初级保健护理和慢性病.....	35-43	10
B. 长期护理.....	44-53	12
C. 保守减轻病痛的护理疗法.....	54-60	14
D. 知情同意.....	61-69	16
五. 结论和建议.....	70-71	18

一. 引言

1. 人权理事会第十五届会议在第 15/22 号决议中请人人有权享有可达到的最高水准身心健康问题特别报告员阿南德·格罗弗在联合国人权事务高级专员办事处的协助下，与各国、联合国相关机构、国家人权机构以及其他相关利益攸关方进行磋商，编写一份关于实现老年人健康权利的专题研究报告，其中纳入当前的主要挑战和最佳做法。
2. 2011 年 2 月，特别报告员请各国、相关的联合国机构、国家人权机构以及其他相关利益攸关方提供资料和意见，帮助他了解涉及到实现老年人健康权利的当前挑战和良好做法。¹ 特别报告员对于各国和其他利益攸关方的大量踊跃参与表示感谢，因为这项工作常常被看作是人权中复杂而不受关注的领域。
3. 2011 年 4 月 7 日，特别报告员在日内瓦召开了一次关于老年人健康权利问题专家会议。在会上，一些关于老龄、老年人健康和涉及健康的人权问题著名专家集中地讨论了老龄所带来的挑战，并探讨了从人权角度应对挑战的措施。协商中所审议的主要问题涉及到初级保健和慢性病、法律方面能力和知情同意、减轻病痛的保守疗法护理和在家辅助和在机构内的护理。
4. 2011 年 4 月 8 日，特别报告员在日内瓦举行了一次关于老年人健康权利问题的公开协商，协商会议由联合国人权事务高级专员办事处(人权高专办)组办，并得到了将近 30 名国家和国际组织代表的出席。在公开协商中，特别报告员提出了他在专家会议上的开场白和主要的见解，并就落实老年人健康权利的问题与国家和其他利益攸关者开展了开诚布公的对话。

二. 老龄化：变化中的社会规范

5. 世界人口正在以持续稳定和具有相当影响的速度步入老龄化。世界 60 岁以上的总人口已经由 1950 年的 2 亿增加到 2010 年的 7.6 亿，预计到本 10 年结束时将达到 10 亿。² 到 2050 年，预计每 5 个人中将有一人超过 60 岁。³ 老年人口是增长最快的人群，而且这正成为一个全球性现象。
6. 尽管老年人口的增长正影响到整个世界，但是这一增长主要发生在发展中国家。世界一半以上的老年人(4 亿)生活在亚洲，而欧洲是老年人数第二集中的地

¹ 为扩大涉及面，邀请一方面通过普通照会形式分发，另一方面并通过在特别报告员在人权高专办的主页上贴出的公开通知，这项通知允许以电子文件形式直接送交资料。

² *World Population Prospects: The 2008 Revision*, vol. II: Sex and Age Distribution of the World Population (United Nations publication, Sales No. 10.XIII.3).

³ World Health Organization, *Social Development and Ageing: Crisis or Opportunity?* (WHO, Geneva, 2000), p. 4.

区(将近 1.61 亿), 随后依次是北美(6,500 万)、拉丁美洲和加勒比地区(5,900 万)、非洲(5,500 万)和大洋洲(500 万)。⁴ 平均而言, 预计 2010 至 2025 年之间每年世界人口中将增加 2,900 万老年人, 而其中 80%以上增长将在发展中国家。⁵ 此外, 根据预测, 到 2050 年, 世界老年人中的 80%将生活在发展中地区。⁶

7. 特别报告员认为这些不可否认的数据是一场默默发生的人口结构革命之预兆。这一情况的一个主要因素在于许多地区取得了很大的进步, 大幅度延长了寿命, 同时这将对包括发达国家和发展中国家在内的所有国家都产生深远和难以预测的影响。在一个已经受到各种社会、经济、文化和政治挑战影响的世界里, 快速老龄化的人口对于全球人类社会带来了重大的挑战。预期寿命的延长所带来的直接结果包括慢性病和非传染疾病以及残疾情况的进一步普遍, 而这一情况如果不加以应对, 将会对保健体制造成沉重的负担, 使养恤金和社会保险制度承受重负, 增加对初级保健的需求, 并对长期护理的可提供性及经济上可承担性造成压力。

8. 随着老年人中间非传染病的增加, 发展中国家将是受到由此发生流行病学方面转变主要影响的地区。但是, 总体的人口将继续与传染病、尤其是感染性传染病和其他与贫穷有关的疾病进行抗争。发展适合老年人的服务及环境, 促进对老年人的健康护理和防范性医疗将能加强发展中国家处理非传染性慢性病和绝症难题方面的努力。为了适当地应对这项挑战, 各国必须准备好满足老年人的需要, 为卫生专业人员提供有关老龄护理的培训, 并制定对长期护理的可持续性政策。

9. 然而, 老龄世界最重大的挑战是要确保老年人能享受人权。关键的任务是要设置措施, 消除对老年人的歧视和排挤, 并确保老年人能按自己的需要取得服务。联合国人权事务高级专员纳维·皮莱女士在一项纪念国际老年人日的声明中指出, 迫切 need 加强为老年人提供的法律保护, 因为老年人是社会中日益增长的群体, 往往最处于弱势而被人忽视, 她强调指出: “人权界未能迅速及时地认识到全球性的议程和国家层面的宣传鼓动工作已经不能再忽视老年人的权利了”。⁷

10. 特别报告员认为, 采用健康权的方式对于设置、执行、监督和评估有关健康方面的政策与方案以便减轻老龄化社会带来的影响, 并确保这项人权对得到老年人享受而言是必不可少的。对于涉及健康的问题所采取的方式包括人的尊严、老年人这一弱势群体的需要和权利, 并将重点放在确保保健制度对于所有人都是

⁴ 第二次老龄问题世界大会的后续行动: 全面综述, 秘书长的报告(A/65/157), 2010 年 7 月 21 日, 第 4 段。

⁵ 第二次老龄问题世界大会的后续行动: 全面综述, 秘书长的报告(A/65/157), 2010 年 7 月 21 日, 第 5 段。

⁶ 10 Facts on Ageing and the Life Course, WHO Fact File, available at WHO homepage <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/en/index.html> .

⁷ “几百万的老年人被剥夺权利”, 联合国人权事务高级专员 2010 年 10 月 1 日的声明, <http://www.ohchr.org/en/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=10402&LangID=E>.

便于利用的，存在的和有能力承担的。将人权纳入保健制度也意味着确保平等原则及不受歧视，并使所有人、包括穷人都有自己的权威，使之能够参与决策进程，并在进程中纳入他们可以使用的责任追究机制。

11. 特别报告员认为，增进和保护老年人的人权不仅符合老年人利益，而且也应该得到所有人的关注，因为每个人都会进入老年。健康权并不会对这些多方面的挑战带来仙丹灵药式的解决办法，但是健康权能够将有关老年人的讨论从依据需求的方式转向依据权利的方式，从而使老年人的权利得以更明确的阐述。健康是一项基本的人权，对行使许多其他权利而言都是必不可少的。健康对于过上有尊严的生活而言是必要的。这对老年人而言尤其如此，老年人经常被看作是社会中“落伍的”阶层，而且特别容易遭受对其健康权的侵犯。

12. 特别报告员承认，为了使在处理老年人事务中采取的健康权方式得到完全的成功，就应当在采取这一方式的同时对社会如何看待老龄化和老年人的态度采取一种规范性的改变。世界卫生组织将老龄化界定为“一个人在生理、心理和社会结构方面的逐渐变化过程”。⁸ 在人的一生中，人体的机能从开始进入成人阶段起一直到老龄阶段不断地退化。但是，寿命的延长也意味着老年人在职业和非职业活动方面比以往能有更长的积极活动阶段。鼓励老年人尽可能持久地在身体、社会和经济方面保持积极活动将不仅有利于个人，而且也造福整个社会。

13. 特别报告员认为，社会上主宰的观点认为老龄化是一个生物医学问题，这一观点造成将老龄化看作是一种异常的或病理的现象这种错误观念，因为它将老龄与疾病等同起来。这种立场不仅不符合对人体健康持全面完整的观念态度，而且也加深了老年人是具有依赖性的和病态的这种观点，特别报告员认为，在审议老年人健康问题时，必须有一种把老年人被视作“社会包袱”的观念规范性地转化为强调“积极的老龄化”的进程、并将我们对老龄化的看法重点转到老年人持续为社会作出贡献的理念上来。据世界卫生组织指出，⁹ 积极的老龄化旨在为老年人带来在健康、参与社会和安全方面的最佳机会，以便提高其生活质量。据此，积极一词意喻社会、经济、文化和公民事务，而不仅仅是在身体行动上的积极活动性，也不仅仅是参与劳工大军。

14. 老龄化应当被看作是人一生中经历的影响和选择之顶点。健康和积极的老龄化是通过在人的一生中鼓励健康，持续地提供初级保健而实现的。享受健康权并不依赖于年龄，也不随个人到达某一年龄而终止。老年人被看作为权利的持有者，他们经常需要帮助来实现其权利。这就要求各国采取特别的步骤，作为拟订和执行全面保健计划的一项内容，而保健计划必须包含各种方略，以确保老年人有机会取得优质的保健、物品和服务。除此之外，健康权还要求有经济上的实际

⁸ 世界卫生组织，*A life course perspective of maintaining independence in older age* (WHO, Geneva, 1999), p. 4.

⁹ “Active ageing: a policy framework”, WHO, April 2002, WHO/NMH/NPH/02.8.

机会，以确保经济承担能力，而这一点就要求各国采取步骤确保向老年人提供适当的社会保护。世界人口的老龄化要求我们即刻采取步骤，确保养恤金计划及类似方案的费用不至于对国家造成无法承担的包袱。如果不承认老年人为权利的拥有者就可能会导致针对个人或群体的偏见和歧视，对其健康的结果和福利造成深远的影响。

15. 将老年人看作是清一色的单一群体是不正确的，需要加以纠正。在对老年人享受健康权方面制定更全面的方式过程中，收集并分析有关不同群体的分门别类的的数据并拟订适当策略是很重要。

16. 适当时，临床试验应当在老年人的参与下进行，以便确定相关要务对这一人群的影响，因为老年人使用这类药物可能比较经常。有鉴于老年人对各类疾病的研究参与很少，被招募参加临床试验的人员应当多样化，纳入包括年龄、性别和种族等各种考虑因素。

17. 有鉴于全球女性在出生时的预期寿命目前为 70 岁，要比预期寿命为 66 岁的男性长很多，¹⁰ 有鉴于预期寿命的差异，依赖其配偶提供非正式护理的男性比女性要多。作为未亡人的女性经常得不到配偶的帮助，而只得依赖其他家属的非正式护理或正式护理制度。¹¹ 使这一问题更加复杂的是老年妇女经常被排挤在与正规的，有收入的就业相关的社会保险和健康保险计划之外。她们面临贫穷的风险也要比男性更高。在许多国家里，老年女性在自己名下掌握有价值资产的可能性也低于男性。(A/HRC/14/31, 第 19-21 段)。这些因素都限制了女性在晚年满足自身保健方面需求的能力。此外，据指出的观点对于癌症和高血压等使人丧失机体能力的疾病，或对于从比例上尤其过多影响妇女的疾病，例如骨质疏松症等，阻止了老年女性充分享受各项人权(CEDAW/C/GC/27)。

18. 特别报告员认为，各国应当为提供老年人的健康护理拨出更多资源，以便确保所有的医疗护理工作人员(无论其专门科目或业务如何)都得到充分的培训，懂得处理与老龄化相关的特种健康问题。这些人员还应该得到有关健康权方面的培训，使之能够以适当、体恤、不歧视的方式与老年人交往。

三. 老年人的健康权

19. 享有可达到的最高水准的健康权是一项基本的人权，在国际、区域和国家范围内都得到法律的庄严重申。享受健康权得到许多国际人权文书的承认，其中包括那些为保护特别群体的人权，例如儿童、妇女、残疾人和因种族而受歧视者等群体而拟订的文书(E/CN.4/2003/58, 第 10-21 段)。关于健康权的最重要的规定

¹⁰ 世界卫生组织，《世界卫生统计》，(世界卫生组织日内瓦，2010 年)，第 57 页。

¹¹ WHO and The Institute for Alternative Futures, *A long-term care futures toolkit* (Geneva, WHO, 2002), p. 21.

载于《经济、社会、文化权利国际公约》第十二条，该条为健康权在国际法中制定了基石性的保护。

20. 得到国际公认的人道标准和原则载于涉及老年人并保护老年人的核心国际人权条约之中。尽管已有这项默认的保护，但目前有越来越多的论点认为，国际人权体制中存在差距，因为目前不存在关于老年人权利的专门的普遍性人权文书。如同针对其他类别弱势人群所存在的专门条款，例如针对妇女、儿童、残疾人和移民工人那样的专门针对老年人的特定条款也很如同凤毛麟角。¹²

21. 尽管如此，不同的人权条约监测机构已经将现有准则针对老年人这一群体加以诠释和适用，据此认识到老年人易遭歧视和排挤的情况。1995年，经济、社会、文化权利委员会通过了第6号一般性意见，详细地诠释了缔约国对于《经济、社会、文化权利国际公约》中所载每项权利在应用于老年人情况方面的具体义务。¹³ 2010年，消除对妇女歧视委员会通过了关于老年妇女和保护其人权问题的第27号一般性意见。¹⁴ 经济、社会、文化权利委员会第14号一般性意见阐述了由落实健康权所引起的实质性问题，并讨论了涉及到老年人的特别问题，例如“预防、治疗和康复性保健治疗……保持老年人的活动能力和自主……(治疗和照看患慢性病和不治之症的人，帮助他们免除可以避免的痛苦，使他们能够体面地去世)”。¹⁵

22. 此外，还有一些有关老龄化和老年人的非法律约束的联合国文书和国际文件，例如1982年的《维也纳老龄问题国际行动计划》，1991年的《联合国老年人问题原则》，1992年的全球老龄目标，以及1992年《老龄宣言》。这类文件中，最近还有2002年4月在老龄问题世界大会上通过的《政治宣言》和《马德里老龄问题国际行动计划》，该项计划得到了大会2002年12月18日第57/167号决议的赞同。《政治宣言》重申了全球对促进和保护人权的承诺以及对消除年龄歧视、忽视、欺凌和暴力侵害老年人行为所作的全球承诺(第5条)。该项文书并提到了健康权(第14条)，工作以及继续受教育和参加培训方案的机会(第12条)。该文书指导了国家层面的法律 and 政策的制定，并为国际合作提供了框架，由此所得到的结果包括根据第65/182号大会决议于2010年建立了关于老年人权利的不限成员名额工作组。

¹² “Human Rights of Older Persons: International human rights principles and standards”, OHCHR Background Paper for Expert Group Meeting on 25-26 May 2010, p. 3, available on <http://www.ohchr.org/Documents/Issues/OlderPersons/OHCHRpaperHROlderPersons30062010.pdf>.

¹³ 见经济、社会、文化权利委员会第6号一般性意见，“老龄人的经济、社会和文化权利”(E/1996/22, 1995年12月8日)。

¹⁴ 见消除对妇女歧视委员会第27号一般性意见，“老年妇女问题和保护其人权”(CEDAW/C/GC/27, 2010年12月16日)。

¹⁵ 经济、社会、文化权利委员会第14号一般性意见“享有能达到的最高健康标准的权利”(E/C.12/2000/4, 第25段, 2000年8月11日)。

23. 第 14 号一般性意见阐述了法律义务。三项主要的义务是尊重、保护和落实健康权。尊重的义务是指国家不直接或间接干涉健康权的义务。在许多情况下，老年人都可能是侵犯其健康权国家政策所影响的对象。这一情况的例子包括在不允许个人自我确定的情况下，对人的能力作出定义，从而限制老年人的自主。国家防止第三方(例如公司)直接或间接地干涉卫生权而提供保护的义务。例如，这对于在私营的长期护理设施内存在有系统地欺负老年人的情况就有相关意义。最后，实际履行职责的义务要求各国采取适当的立法、行政、预算、司法、鼓励性和其他措施来充分地落实健康权。

24. 根据第 14 号一般性意见，健康权包含了自由和权益两个方面。自由包括了对自己的健康作出独立决定的权利，这就是说，不受到国家的干涉。对于老年人，这就是指对于诸如知情同意、自主和看护人等问题方面的自由。涉及到国家积极义务的权益有可能包含的一些内容可以是提供认识到并考虑到涉及年龄要素的初级保健和社会保护，各国应当认识到，老龄化是一个持续一生的过程；国家政策立法应反映出这一现实。应当在生命过程的不同阶段里针对人们的福祉面临最大风险而可能的机会也最大化缓解作出健康服务方面的投资。¹⁶

25. 根据健康权的框架，健康设施、物品和服务应当做到对老年人而言是存在的、便利使用的、廉价的、符合要求的和高质的。存在是指，运作正常的公共保健和保健服务设施、物品和服务，以及各种方案必须以充分的数量存在。在许多情况下，老年人面临由于医疗护理服务的限度而专门不对某类人提供的情况，例如，保健资源的分配和轻重缓急的安排，经常导致老年人在接受保健治疗方面被排除在优先位置之外。取得的机会包含了实际体能、经济以及信息方面的能力几个部分。老年人可能由于提供服务的所在地或由于体力机动能力的有限而无法获得保健。贫困也可使老年人更加无法获得保健，尤其是在没有社会保障的地方。最后，获得信息的可能性是指寻求、取得和传送信息的权利。对老年人而言，这是指涉及保健的信息应当按老年人的需要特别提供，并且以适当、容易理解的方式向其传递，使之能够对其健康状况和治疗作出充分知情的决定。

26. 国家应当采取措施，确保老年人能得到在质量上与其他年龄组的人群所得到的质量相当的符合老年人特征的保健服务。为老年人提供较高质量的物品、服务和设施举例而言包括提供更多的老年人病医生，对所有专科都改善有关老年人疾病方面的培训，以便确保老年人的需要得到认识并满足。各医科专业之间需要改善沟通，其中包括相关的保健专业，例如牙科、药学等等，以便适当地满足患有多种慢性疾病的老年人的治病需要。

27. 第 14 号一般性意见指出，对健康权应当作广义的诠释，这就包含了涉及健康的内在因素，例如取得用水和卫生设施的机会，取得粮食和营养的机会，取得

¹⁶ *Women, ageing and health: a framework for action: Focus on gender*, Geneva, WHO, 2007. Accessed at: <http://www.who.int/ageing/publications/Women-ageing-health-lowres.pdf>.

教育和住房的机会。这方面的一个实例就是老年人营养未达到最佳状况，而这一般是由于老年人处于孤立、行动不便和生活贫困的状况。教育是老年人健康的另一相关确定因素。美利坚合众国最近的一项研究表明，文化教育程度较低的老年人与受良好教育的老年人相比死亡的风险较高。¹⁷

28. 国际人权法对歧视规定了条例，并以一些依据、为一些人群确保了平等，其中包括老年人。第 14 号一般性意见还指定老年人为特别容易遭受暴力侵犯的群体。包括经济、社会、文化权利委员会在内的各条约机构确定老年人为弱势的或处于社会边缘的群体，是可能更容易遭受歧视和暴力的群体。¹⁸ 根据第 14 号一般性意见，确保老年人的活动能力和自主十分重要(E/C.12/2000/4, 第 25 段)。这就需要鼓励在有可能的情况下，个人能对护理模式作出选择。

29. 老年妇女常常由于可能同时遭受性别和年龄两个方面的歧视而处于更加不利的地位。进入老龄的妇女占世界人口的很大比例，而老年妇女多数都生活在发展中国家。影响到处于老年阶段妇女健康的有在整个一生阶段里一系列的各类事件，其中包括在提供食品和护理方面对女婴的歧视，在取得教育方面的障碍，低收入和获得正当工作的机会较少，作为母亲和妻子所承担的提供护理的责任，家庭暴力(在儿童阶段、成人阶段和对老年人的欺负)，丧偶以及文化传统和对于健康护理的态度。¹⁹ 较低的收入，由于家庭责任而中断工作，在女性的工作生命阶段里进入劳工大军方面所受到的歧视都意味着女性常常在退休时储蓄较少，因此在进入老龄阶段后经济上处于相对弱势。

30. 健康权要求受到相关政策决定影响的民众积极而知情地参与这些方面的决定(E/CN.4/2006/48, 第 25 段)。只有当受影响的民众参与相关工作，国家才能确保切实地提供保健服务(E/C.12/2000/4, 第 54 段)。值得注意的是，《联合国老年人原则》鼓励老年人参与影响自身的政策之制定和执行。

31. 特别报告员注意到使用各类指标和基准作为健康权框架之一部分内容而监督进展，以确保逐渐实现老年人的健康权极为重要；第 14 号一般性意见指出，各国未能监督国家范围里落实健康权的情况，并指出了由此造成预算的不足或拨款不当，这些都是违背国家责任的例子(E/C.12/2000/4, 第 52 段)。

32. 责任的追究是健康权的一项中心内容。这项工作要求有行之有效、透明的和易为大众接触的监测和责任追究机制。责任追究要求将持续的监测纳入政策制

¹⁷ Sudore et al. "Limited literacy and mortality in the elderly: the health, aging and body composition study", *Journal of General Internal Medicine*, vol. 21, No. 8 (2006).

¹⁸ 见 E/C.12/2000/4 和 E/1996/22。年龄被认识为一种弱势因素的文件的综合全面的清单可参看: *Human Rights of Older Persons: International Human rights Principles and Standards: Background Paper Expert Group Meeting* (OHCHR, Geneva, 2010)。

¹⁹ WHO, *Women, ageing and health: a framework for action: focus on gender* (Geneva, WHO, 2007). Accessed at: <http://www.who.int/ageing/publications/Women-ageing-health-lowres.pdf>.

定和执行的所有方面。²⁰ 就健康权而言，责任追究就是向个人和社区提供机会来理解政府如何落实其健康权方面义务，而同时向政府提供解释其工作及原因的机会之过程，(A/63/263, 第 8-18 段)。追究责任的机制有许多不同种类，其中包括国家人权机构，卫生专员，民主选举的地方卫生理事会，公共听询，患者委员会，影响评估，司法程序及其他(见 A/63/263, 第 11 段)。在发生错误的时候，追究责任原则就要求进行补救。

33. 任何遭受侵犯健康权的个人或群体都应当在机会诉诸国家和国际层面切实有效的司法或其他适当补救措施。经济、社会、文化权利委员会指出，这类侵权行为的所有受害者都应当有机会得到适当的补救，而补救的形式可以是复原、赔偿、使受害者满足或保障不重复等，从而重申了补救措施的重要性(见 E/CN.4/2003/58, 第 59 段)。

四. 具体的问题和关注

34. 除了在前面一节中阐述的有关健康权框架的广义问题之外，还有一些涉及到老年人的具体问题和关注需要有更详细的评估。本节将审议其中的一些问题：初级保健护理和慢性病，长期护理，减轻痛苦的护理和涉及到老年人的知情同意，其中包括监护人问题。

A. 初级保健护理和慢性病

35. 卫生组织于 1978 年对初级保健的定义是“依据切实的、有健全科学依据的和社会上值得认同的方式和提供的基本保健，社区内所有人都能够通过其充分参与而普遍利用之，费用低廉；面向自力更生和自行决定”。²¹ 初级保健的界定性特点是持续性，协调性和综合性这些都适合控制慢性病，但是为确保能提供有充分质量的护理还需要开展更多的工作。²² 卫生组织指出，将依据实际例证、费用效率高的初级和自己防范性护理工作纳入保健体制十分重要，这一体制应强调初级保健，²³ 而这又是将上述各方面综合在一起的最适当的平台。

²⁰ Helen Potts, “Accountability and the right to the highest attainable standard of health”, University of Essex, 2008, p. 13, and see report of the Special Rapporteur (E/CN.4/2003/58, para. 59).

²¹ 《阿拉木图宣言》1978 年，第四部分。

²² Arlyss Anderson Rothman and Edward H. Wagner, “Chronic illness management: what is the role of primary care?”, *Annals of Internal Medicine*, vol. 138, No. 3 (February, 2003), p. 256.

²³ WHO, *2008-2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of non-communicable diseases* (Geneva, WHO, 2008), p. 16.

36. 慢性病和残疾状况随年龄的增长而逐渐普遍。70 岁以上的老人中有大约一半死于非传染性疾病。²⁴ 预计 2010 年全世界大约有 3,560 万人患有痴呆症，到 2030 年将增加到 6,570 万，到 2050 年再增加到 1 亿 1,540 万人。²⁵ 有鉴于老年人口的比例日益增加，能以平等和有效利用资源的方式来处理以上的症状就变得十分关键。全世界各地的保健体制一般都是为处理急性病症而设置。这些体制正竭力地重新改组，适应新的情况，来防止或控制慢性病的日益增长。人们还应当注意到使用依例证为依据的指南，对常见慢性病制定保健的最低标准，将对这些疾病的管治纳入初级保健之中。

37. 经济、社会、文化权利委员会重申，初级保健主要属于各国在落实卫生权中所承担的核心义务之一(E/C.12/2000/4, 第 43 段)。第 14 号一般性意见特别强调对老年人作为弱势群体的护理，而这一护理要求“结合预防、治疗和康复性保健护理的综合方式”(同上，第 25 段)。该项意见并特别指出，这类措施应当包含定期的检查，以及旨在保持身心机能的各项措施。据此，健康权要求由一套的活动、方案和行动来从事对老年人的初级保健护理，作为根据上述权利所承担的核心义务。加强初级护理的提供、便利性、可接受的标准和适当的质量尤其对于在处理慢性病方面取得更好结果是必不可少的。

38. 已发现一些涉及到老年人获得初级保健和所提供的保健服务质量方面的障碍。因老年人的年龄而对老年人的歧视是他们获得初级保健和预防慢性病的一项主要障碍。一种有害而根深蒂固的观念认为，人一旦老了就无法再为社会作出贡献，就体弱多病。这种偏见常常导致的结论是无法帮助老人。

39. 十分关键的是，老年人实际弱势状况得到认识，偏见性的观念和态度得到处理，从而使物品和服务提供的方式能够克服在获取保健方面的实际而非想象中的障碍。医疗工作专业人员对于老年人的歧视性态度也可能会损害与他们病人有实际意义的沟通，从而对准确诊断和治疗的质量造成直接影响。

40. 获取初级保健服务的机会也受到身体健康以及经济能力方面障碍的阻挠。保健护理设施的所在地可能离老年人居住地太远，而交通运输可能太昂贵、不适当或根本不存在。使这一问题更加复杂的是老年人的活动能力有限。老年人可能不会开车，无法利用交通工具，或有身体行动方面的障碍使之难以行动。老年人在获得保健方面的身体能力上的困难又由于其社会经济方面的弱势状况而进一步加深，尤其是因为取得保健的机会常常有赖于取得养恤金或完全以自己的资金来偿付。生活贫困也可以是老年人身体健康恶化的一个根源，如果取得安全饮水或

²⁴ WHO, *2008-2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of non-communicable diseases* (Geneva, WHO, 2008), p. 9.

²⁵ Alzheimer's Disease International, "World Alzheimer Report 2010: The Global Economic Impact of Dementia", p. 2.

适当营养的机会有限，老年人面临患病风险就更高。即使在老年人有机会取得保健服务的地方，这类服务也并非始终适应老年人的需要。²⁶

41. 改善初级保健医生为老年病人提供护理的质量仍然是一个难题，而在农村地区就更加困难，因为在农村一般的医务工作者与老年病医生合作的机会较少，难以在其从医的地区提供护理。应当在所有地区都鼓励将信息由专科领域向初级护理传送，而对老年人而言这特别重要，因为在初级护理背景下掌握长期的慢性疾病对老年人是适当和在费用上高效率的。

42. 在发展中国家里，促进和加强初级护理并防止慢性疾病也是十分重要的。需要作出规范性变动来尽早发现疾病并减轻疾病的影响，而避免等到健康问题发生之后。还需要开展更多的工作来强调防止疾病的努力，强调与普通医生或初级保健工作者的经常接触，早期的诊断和治疗。预防极为重要，因为预防能够在疾病扎根之前开展护理。需要强调指出的是，在一个人远远还没有进入老龄之前、最好是在初级护理设施内作早期诊断，以及预防是确保老龄时期健康的一个关键因素。

43. 尤其在发展中国家，由于资源方面的局限，“最佳做法”的护理并非始终都是可能的。这不应阻碍各国采取步骤来在任何情况下为老年人实现最佳可能的结果。此外人们认识到，按个人实际情况提供的护理有时候可能会需要对较为密集的服务做一些侧重，并接受并非最佳健康和体能的临床结果。²⁷ 尽管对一些医疗从业人员而言似乎仍然是一种应当避免的情况，但是将重点从治疗转向护理尤其是对老年居民而言就更好地满足病人个人目标来说可能是必要的。向患者提供各种选择，并通过协作性的决策来确保患者所希望的结果能够实现应当从业人员与患者之间关系中的最高境界。

B. 长期护理

44. 长期护理包含各种服务(医疗和其他方面的)来帮助满足无法长时期地自我照料的慢性病患者或残疾人士的医疗和非医疗需求。长期护理的具体方式在于提供日常活动方面的帮助，例如洗澡、穿衣、做饭等等。据经济合作与发展组织指出，长期护理的定义可以是“由于长期的身心残疾状况而在日常生活活动中持续依赖帮助的人所获得的一系列服务”。²⁸ 就健康权而言，长期护理必须被理解为有技能的从业人员开展行动，来提供帮助，应对涉及到阻碍个人体能的长期疾病或残疾的症状。但是，这些症状超越一般水平而尤其影响到老年人的医疗病情。

²⁶ World Health Organisation, “Towards age-friendly primary health care”, 2004, p. v

²⁷ David B. Reuben, “Better Care for Older People with Chronic Diseases” *JAMA* vol. 298, No. 22 (December, 2007), p. 2673.

²⁸ OECD, *Long-term Care for Older People* (OECD, Paris, 2005), p.3.

45. 长期护理有两种广义的种类：在家护理和机构内的护理。机构护理是在专门提供护理的机构内为患者提供住宿和护理。这类机构内的老年人常常接受护理提供者的管制，后者应当帮助患者开展日常的活动，其中包括提供医疗和保健服务。有鉴于这类机构的不断增长。检查其对老年人和老年人健康权的影响十分重要。

46. 在家护理一般被理解为专业人员在患者家里提供医疗服务，而不是在专门机构内提供护理。这一般与机构护理相比使老年人有更大程度的生活自主。但是，家庭护理应当被理解为由保健专业人员提供的医疗家庭护理，而并不是由家庭成员或其他人提供的非正式护理。

47. 十分关键的是，应当适当地认识那些在非正式背景下为老年人提供护理的人，而这种护理即是有利的，也存在风险。非正式护理可允许老年人留在家里，护理可由熟人提供，而这常常是患者所比较愿意选择的。这也减少对正式或机构性护理的依赖性，尽可能减轻对这些有限资源的负担。但是，老年人经常是在没有完全彻底的评估情况下被安排在非正式护理情况下，使之面临风险。这类风险包括没有能力提供必要护理的人所提供的不适当护理，以及护理提供者虐待老人的风险。许多国家推行了帮助护理提供者的举措，例如弥补丧失收入的经济支助，以及修养护理，使老人能够尽可能长时间地住在家里，同时接受高质量的护理。²⁹

48. 上述两种正式的长期护理在多数发达国家已经相当普遍。在发展中国家里，由于各种全球化的因素，传统的社会动态关系也在发生变化。家庭逐渐地减少其显著的作用，而针对老年人的初级健康护理提供者和政府机构及医疗专业人员在提供护理方面发挥着更大的作用。由于缺乏适当的机构性机制，而且不存在外部非家庭护理背景下保护老年人权益的措施，使情况更加恶化。侵犯老年人权益的情况在发达国家也有发生，这些国家制定相关机制方面仅相对好一些。

49. 特别报告员强调指出了以机构形式对待老年人自主权所产生的影响，及其对老年人尊严的经常有害的冲击。缺乏充分的独立性，行动自由的限制，基本体能的丧失可以使任何人感到十分的沮丧和羞辱。老年人也并非例外。十分重要的是，必须设置申诉机制，来处理不必要限制老年人自由和自主的做法，使之能够恢复自己的尊严。

50. 特别报告员尤其关注到针对受护理的老年人而实行的未得到报告的暴力行为。如同其他弱势和社会边缘群体一样，需要提供特别的关注来保护老年人不受欺凌，并确保老年人的权益在其特别可能遭受侵犯的背景下不受到侵犯。欺负老年人的定义是，在任何按理应期待信任的关系中，发生可能对老年人造成伤害或痛苦的偶发或一再的行动或缺乏适当的行动。³⁰ 十分重要的是必须指出，欺凌行为经常是深藏不露的，以不明显的方式来限制老年人的自主权。这类侵害可以

²⁹ OECD, *Long-term Care for Older People* (OECD, Paris, 2005), p. 11-12.

³⁰ WHO, *The Toronto Declaration on the Global Prevention of Elder Abuse* (WHO, Geneva, 2002), p. 3.

有各种方式，包括身心、感情、性或者经济方面的侵害，也可以是通过忽视而影响老年人。

51. 如果伤害老年人的看护者是老年人的经济或家庭成员，则侵权事件可能会十分复杂。一项研究估计，在家庭环境下侵害老年人、包括由家庭成员所致的侵害所发生的可能性为所有在家护理老年人情况中的 2%至 10%。在机构性的背景下，伤害老年人的事件就更难确定。伤害的形式可能是偏见和歧视态度及行为，具体表现为对于受看护的老年人采取家长式的态度，使老年人感到羞辱，被当作儿童看待，使之丧失其作为一个人的身份特征。

52. 在一些情况下，保健护理工作本身甚至可能并不认识到侵害事件。保健护理工作因此应当得到如何辩论可能的侵害起因方面的培训和帮助。这类培训和干预的模式在家庭侵害案例中采用，也可以对认识和处理侵犯老年人的案件而作为有实用价值的模式。保健护理人员需要了解患者可能是侵权行为的受害者，并能够处理涉及保健的交往，其方式应当使受侵害的个人对讨论其特定情况感到自在。

53. 在家庭暴力方面已采取了多种举措，尤其是对于暴力侵害妇女方面的举措，这些可以被用来提高医疗专业人员和一般普通公众对侵害老年人的认识。除了更多的培训之外，还需要设置程序来报告侵权行为并处理其后果。例如，2006 年的南非老年人法除其他方面外尤其要求可能目睹侵害老人行为的人(不仅是在身体上的侵害，而也可能是心理上、性方面和经济方面的侵害)必须报告侵权行为。该《法》并建立了一套制度，据此对老年人的侵害得到调查并记录，以期禁止侵权者在老年人的居住设置或社区护理机构内行动或受雇用。

C. 保守减轻病痛的护理疗法

54. 第 14 号一般性意见指出，应当采取措施治疗和照看患慢性病和不治之症的人，帮助他们免除可以避免的痛苦，并使他们能够体面地去世(E/C.12/2000/4, 第 25 段)。从卫生的角度看，对于被诊断患有危及生命的疾病的患者来说，如果要通过预防和解除痛苦来改善生活质量，那么减轻病痛的护理就是主要的方式。³¹

55. 减轻病痛的护理在过去 30 年来有了很大的增长，并且在各国家的保健制度内逐渐更多地得到实行，尽管这项工作开展的程度不一。在不同国家里采取的十分不同的多种措施表明确保接近生命尾声的老人生活质量、向这些老年人的家庭提供帮助已经具有日益重要的意义。在一些国家里，减轻病痛的护理仅在诸如癌症等某些慢性病的情况下才得到承认，其他国家则将减轻病痛的护理纳入了其国家保健法律和行动计划，并且创建了专门有关减轻病痛护理问题的机构。更有其

³¹ WHO, *WHO Definition of Palliative Care* (Geneva, 2010). Available from www.who.int/cancer/palliative/definition/en/.

他一些国家责成保健机构雇用在减轻病痛护理方面合格的工作人员，或就这一问题建立专家小组。

56. 对于向老年人提供减轻病痛的护理，存在问题，其中之一涉及到减轻病痛护理服务是否存在，尤其是在这种护理中所使用的药物是否存在。从普通的一直到剧烈的疼痛是需要减轻病痛护理的各种疾病的一种共同产物，对此一般的处方是基于鸦片成份的镇痛药。³² 《经济、社会、文化权利国际公约》的缔约国根据该《公约》的一项核心义务需要确保提供根据世界卫生组织《必需药品行动纲领》所确定的基本药物。尽管有这一情况，而且尽管口服吗啡和其他麻醉药物并不昂贵而且应当说并不难以获得，但是在减轻病痛的护理中使用这类药物经常还很有限。这一情况的原因有多种因素，例如限制过严的药物条例，未能推行运作正当的供应和分配制度，保健系统的能力不全。尤其令人关注的是复杂的国际麻醉药品管制框架，这一框架严重阻碍了获得受框架管制的药物之机会。³³ 即使这些药物可以提供，但是医务工作者对于减轻病痛的护理和使用麻醉药品来减轻痛苦经常缺乏理解。需要提供更多关于减轻病痛护理和使用麻醉药品方面的综合培训。对提供优质的减轻病痛护理方面所存在的障碍并非仅针对老年人这一群体而存在，但是，由于老年人中慢性病和不治之症的发生率更高，因此对他们的影响就超过其他群体。

57. 老年人获得减轻病痛护理服务的可能性比其他较年轻的群体要小。需要开展更多的研究来确定这类服务的分配情况是否是因为不均等，还是由于老年人的需要是通过其他服务来满足的。³⁴ 健康权原则明确地禁止针对年龄的歧视，其中包括在减轻病痛的保健护理服务中的这类歧视。各国义务不拒绝或限制所有人均等地获得减轻病痛的保健服务的机会，从而尊重健康权(E/C.12/2000/4, 第34段)。根据风险/利益的大致模式而认可的基于年龄的歧视在任何情况下都不能认为对于减轻病痛的护理是适当的，这一护理的目的是要改善生活质量，而不是延长寿命。³⁵

58. 对于老龄化采取生物医学的看待方式，再加上人寿的日益延长，导致了更多社会道德方面的难题。由于拒绝延长生命的医疗行动越来越困难或者不可能，病人和医务工作者都将此看作是一种挑战，它与三种因素相联系：逐渐地脱离对于常规治疗中医务行动的“选择”；临床的医务行动与看护的表达相联系；以及

³² WHO, *Pain Relief Ladder* (Geneva, 2010). Available from www.who.int/cancer/palliative/painladder/en/.

³³ 见 A/65/255, 第五节：“获取受管制药品”。

³⁴ Jenni Burt & Rosalind Raine, “The effect of age on referral to and use of specialist palliative care services in adult cancer patients: a systematic review” *Age and Ageing* vol. 35, No. 5 (September 2006), pp. 471 and 473.

³⁵ Jenni Burt and Rosalind Raine, “The effect of age on referral to and use of specialist palliative care services in adult cancer patients: a systematic review”, *Age and Ageing*, vol. 35, No. 5 (September 2006), p. 469.

越来越多医务行动的提供造成人们对保健结果的过高预期，从而又造成了治疗性医疗行动与简单地延长人命的行动之间的界限模糊。³⁶

59. 特别报告员认为，总体综合的保健方式也应当处理死亡的过程。尽管本报告并不审议患者对决定如何结束生命的自主问题，但是仍认为有必要确保患者能够对于死亡过程中的保健质量作出自主的、知情的决定。这包括对于取得适当的镇痛药物和其他必要的医务行动作出选择，对于死亡的地点的选择，以及在患者并不希望延长生命时拒绝旨在延长生命的治疗的能力。这就需要能与医疗工作者进行明确、坦率和无武断结论的讨论，后者应当能够有充分的训练，懂得处理这类微妙的问题，以便帮助老年人从人权的角度所设想的要求“有尊严地去世”。

60. 特别报告员认为，人的生命之终止是人生的一个组成部分。因此，报告员强调指出，老年人在去世过程中应当以他们在生活中的早期阶段里得到具有同等尊严的对待。减轻病痛的护理要求有重大的经费拨款，并且能在医务领域里动员很多行动者和利益攸关方，而这对于延长受到危及生命的疾病之影响的老年人的寿命而言具有绝对的关键意义，对于确保老年人有尊严地去世也具有绝对关键意义。

D. 知情同意

61. 保障知情同意是尊重个人的自主、自决和人的尊严的一项基本特点。知情同意秉持了人权中一些不可侵害、相互储存和相互关联的要素。除了健康权之外，这些要素还包括自主权、不受歧视的自由、不受到未经同意的试验的自由、人身的安全和尊严，在法律面前得到承认，思想和言论表达的自由以及生殖方面的自决。个人的自主、身体的不受侵犯和福利都是健康权框架中的中心内容。这一框架认定：信息的存在、获取的机会、可接受性和质量都是该项权利的关键要素，被界定为“查找、接受和传播有关卫生问题的信息和意见的权利”（E/C.12/2000/4, 第 12 段）。特别报告员在提交大会的一项报告中将知情同意界定为“一个自愿和充分知情的决定，保护病人参与医疗决策的权利，并为医生或保健提供者分配相关的责任和义务”（A/64/272, 第 9 段）。

62. 卫生信息需要具有最高的质量，需要以不歧视的方式无限制地提供，可以按个人的特定沟通需要而获得(包括特殊的身体或文化状况)并以表示同意的人文化上和其他方面可以接受的方式提供。(同上, 第 23 段)。知情同意要求在沟通中认识到不同的理解水平，不应过于技术性、复杂、匆忙，或以令人不理解的语言、方式或情景提供。这对于弱势居民，例如老年人尤其如此，而且有必要性，这些人可能对于护理提供者在治疗以前向患者提供的卫生信息的接收和适当理解方面可能需要更多的注意，解释或帮助。

³⁶ Sharon R. Kaufman, Janet K. Shim and Ann J. Russ, “Revisiting the Biomedicalization of Aging: Clinical Trends and Ethical Challenges” *The Gerontologist*, vol. 44, No. 6 (December 2004), p. 732.

63. 各项评估始终发现，在向老年人提供信息以帮助他们作出知情决定、尤其是对那些缺乏正式教育的人提供信息方面存在缺点。³⁷ 有些保健工作者可能会对老年人的特殊弱势情况满不在乎，他们未能适当取得知情同意，因为向老年人取得知情同意比普通情况更为复杂。以一应俱全的方式对老年人来说往往是不合适的，需要有更加针对性的，个人化和适合老年人的方式来满足这一群体的需要。这就需求超越基本的卫生知识教育，因为它不能适当地保障健康权被融入更广泛的卫生信息认识和教育之中，而这一点或许可以通过同侪联络网来实现。

64. 除了在医生与患者关系中固然存在的权威、经验和信任方面的不平衡之外，结构上的不平衡也可能导致表示同意的自愿或知情性质受到严重的损害(同上，第 45 段)。为了保护老年人的权益，国家应当建立适当的支助机制，帮助克服随后出现的挑战，来实现知情同意，包括社区的参与和综合的咨询。

65. 保健护理提供者的作用对于确保知情同意具有关键意义。在许多情况下，保健护理工作在与老年人的保健信息交流方面缺乏培训，而老年人常常会有特殊的需要却无法得到满足。医学教育和培训机构必须在其教程中纳入关于弱势群体的知情同意及其特殊需要方面的教育。结构性的问题进一步地损害取得知情同意方面的努力，例如医生和保健护理工作能够向患者提供咨询的时间。老年人对于向他们所提供的有关健康的信息可能需要更多的关注和帮助才能理解其意义，而由于咨询的时间不够而使他们受到特别的影响。总体而言，每个人都应当得到个人化的治疗，每人的健康状况应得到定期的检查，其中包括每个人的医疗情况。

66. 持续剥夺知情同意权可能会构成对老年人的一种身心侵犯，老年人比常人远为容易接受未经同意的治疗和护理。而这一情况又由于针对老年人的歧视而更加严重，在一些情况下老年人对治疗表示同意的能力可能会减弱。特别报告员先前曾指出，老年人由于被认为无知和无助，并且由于恶化的疾病造成老年人的实际身体或精神虚弱，从而导致作出知情同意的能力的降低，因此被人利用(A/64/272, 第 51 段)。他们更经常地面临必须作出知情同意的情景，而侵犯权利和虐待的可能性因此也更大。

67. 各国的国内司法机关常常未能颁布法律或制定政策来处理 and 解决特别涉及到知情同意和老年人的问题。关于老年人健康权的法律问题在发展中国家尤为突出，这些国家对监护老年人或知情同意方面常常缺乏适当的法律框架。在一些国家里，对知情同意的法律要求由于监护人的程序而避免，甚至在部分丧失能力情况下也是这样，用监护人的同意来取代患者的同意。健康权要求各国尊重，保护和落实健康权，而国家有义务制定政策和框架，使老年人的健康权能通过这些政策和框架来落实以期满足相关的要求。具有重要意义的是要建立保障措施，来

³⁷ Sugarman et al., “Getting meaningful informed consent from older adults: a structured literature review of empirical research”, *Journal of the American Geriatrics Society*, vol. 46, No. 4 (April 1998)

确保在有监护人背景下取得老年人的知情同意，并培养老年人充分理解和利用健康信息的能力。³⁸

68. 特别报告员认为，有鉴于全球的老龄化及随之而来的社会方面问题，老年人的知情同意问题日益重要。他并认为，应当制定国际准则和国内的体制，来管制相关的做法，确保老年人在作出知情的健康护理决定方面得到支助。比较理想的是可以建立同侪团体，在老年人在看医生或在其他提供护理的工作者治疗之前掌握相关的信息，这可能会帮助克服诸如缺乏培训等直接的问题。

69. 特别报告员指出，提高老年人的认识和权威十分重要，这样能够加强他们对健康决策的参与，并建立老年人的网络，以此更便利地获取保健信息。同样重要的是，老年人应当能够完全理解健康信息，并根据这一信息作出自愿的、知情的决定。国家有义务找到并执行新的和创新的方式来深入到老年人中间，确定适应于老年人的方式来传播健康方面的信息并鼓励老年人的参与。

五. 结论和建议

70. 在如同本文件篇幅的报告中，不可能探讨所有的重要问题，但是特别报告员在此紧迫地指出目前的人口结构变化导致老年人的人数急剧增加。社会应当脱离只是简单地争取其公民健康地进入老龄，而应当开始努力争取积极和有尊严地进入老龄，而这应当如同人生过程中任何其他阶段一样得到规划和支助。对老龄作出计划是指在老龄降临之前就设置好初级保健层面的诊断和预防服务。争取老年人积极和有尊严地步入老龄就要求社会改变对老龄化的观念，将焦点放在老年人持续地参与社会、经济、文化和公民事务，并在一生中更长久地为社会作出贡献。增进和保护老年人的人权应当是每一个人所关注的问题，因为步入老龄是每一个人都必须经历的过程。老年人作为一个群体处于特别弱势的处境，因为对这一群体存在着他们是社会中“落伍的”阶层这种陈旧的观念。但是，随着预期寿命的延长和医疗的进步，老年人在职业活动和非职业性活动方面的活动能力比以往都要长久很多。鼓励老年人在身体、政治、社会和经济方面尽可能长久地积极活动将不仅造福个人，而且也有利于整个社会。

71. 特别报告员建议：

(a) 认识到进入老龄是一个持续终生的过程，而国家政策、法律和资源的分配都应当反映这一现实，以便使保健护理服务，包括诊断和预防服务能够在一个人还远远没有进入老龄之前都已存在并可以获得，以便促成健康地步入老龄；

(b) 确保达到能达到的最高标准健康的权利，能成为有关老龄化和老年人的国家和国际政策的指导依据并能融入这些政策。应当让保健设施，物品和服务

³⁸ 《残疾人权利公约》，第12条(3)和(4)。

向老年人提供，使之容易获得、使之有能力承担，达到可接受的标准，并具有良好的质量；

(c) 实施健康权框架，以便确保将有关老年人的言论从基于需要的观念转向基于权利的方式，以此进一步落实老年人的健康权；

(d) 鼓励建立并支持老年人的网络，以便确保老年人参与社会保护和健康护理的发展与改善，而这一护理应当能认识到并确保健康权的享受；

(e) 建立社会保护体制，使老年人有接受机构性或在家里的长期护理机会，同时确保侵害和侵犯权利的行为不至发生；

(f) 设置报告、处理和防犯欺凌老人的政策和程序；

(g) 建立机制，提高认识并培训医疗专业人员，非医务性的看护者以及普通的民众使之了解如何对待老人并防犯和处理欺负老人的事件；

(h) 制定国际准则和国家体制，管制和监督看护机构的做法，以便确保老年人在作出知情的保健护理决定中得到帮助，并保证他们不应由于其弱势地位而使其人的尊严和自主受到忽视；

(i) 建立并执行保障措施，确保对任何治疗和/或其他医务行动都需要有自由和知情的同意，而这一点应当向所有患者保障，而无论其年龄、状况和提议的治疗如何；

(j) 制定并执行机制，在老年人被认为由于受伤、疾病或慢性病症(例如痴呆症)等而对任何治疗和/或其他医疗行动无法作出知情同意时保护老年人的权利。