

健康权的贫困:内涵、根源和对策

田开友

(中南大学法学院,湖南长沙,410083)

摘要:健康权是指公民获得卫生保健和健康条件的权利。当前我国健康权无论是应有权利、法定权利还是现实权利都普遍处于一种权利贫困状态,而造成这种状态的真正根源就是关涉健康权的制度贫困。为消除健康权的贫困,就必须安排有效的法律制度。

关键词:人权;健康权;权利贫困;制度贫困

中图分类号: D912.2

文献标识码: A

文章编号: 1672-3104(2012)05-0106-06

从“非典”“禽流感”到“苏丹红”“福寿螺”,从“三聚氰胺”“地沟油”到“开胸验肺”“看病难、看病贵”,从“瘦肉精”“糖脂宁”“双黄连”到湖南武冈血铅事件、近来的广西龙江“镉污染”事件等说明了我国公民的健康问题非常堪忧。这些健康问题的发生既非源于经济的贫乏,也非能力的缺失,而是源于健康权利的贫困。但制度贫困又是造成健康权贫困的关键因素。基于这一认识,笔者认为,为实现公民的健康生活,保护公民的合法健康权益,必须对关涉公民健康权益的法律制度进行有效安排。

一、何谓健康权的贫困

概念是逻辑的起点。在法学领域,“概念乃是解决法律问题所必需的和必不可少的工具。”^{[1](504)}为深入研究健康权贫困问题,首先有必要对健康权贫困之概念内涵进行一个本质的认识。

(一) 人权抑或私权:健康权之把握

在人的发展过程中,健康问题至关重要。健康权一词的内涵经历了一个逐步深化的动态发展过程。早在1946年的《世界卫生组织宪章》中就确认了“获得最高可能达到的健康标准的权利是一种基本的人权”。根据《经济、社会和文化权利国际公约》第12条,健康权被定义为“享受可达到的最高生理和心理健康的权利”。但考虑到“可达到的最高生理和心理健康”取决于个人生理和社会经济、文化等多方面因素,其中

许多都不是政府可以控制的。因此,联合国经济、社会与文化委员会在对此条款的解释当中(2000年)提出“不应将健康权理解为保持健康的权利”。而应该是“享受各种对于实现最高可能达到的健康标准所必需的设施、物品、服务和条件的权利”。为此,从人权角度看,健康权就是指公民获得基本卫生保健和健康基本条件的权利。而作为人权的健康权,其核心内容包括:一是享有必要的卫生保健服务,如母婴保健、医药保健、卫生保健预防、儿童保健、精神保健服务等;二是享有健康的基本前提条件,如适当的食物供应和充分的营养食品、充分的卫生设施、环境的健康、安全用水职业卫生、与健康有关的信息等。^[2]从私权角度看,健康权是指公民以其机体生理机能正常运作和功能完善发挥,以其维持人体生命活动的利益为内容的人格权。^{[3](156)}从此定义可以看出,作为私权的健康权主要体现为生理健康权,其核心内容主要包括健康维护权、劳动能力保持权和健康利益支配权。在此需要注意的是,私法领域的健康权实际上是一种公民健康受到不法侵害时请求保护的權利,而作为人权的健康权则是一种基本人权,私法领域的健康权仅是作为人权的健康权的体现之一,两者不能混同。如没有特别说明,本文着重讨论的是作为人权的健康权。

(二) 从共性到殊性:健康权贫困之界定

从现有的文献来看,“权利贫困”概念最先由美籍印度学者阿玛蒂亚·森提出。阿玛蒂亚·森认为,权

收稿日期:2012-02-28;修回日期:2012-05-02

基金项目:国家社科基金重大项目“现代医疗技术中的生命伦理及其法律问题研究”(11&ZD177);湖南省软科学课题“农村少数民族女性权利保护研究”(2010ZK3120)

作者简介:田开友(1975-),男,湖南邵阳人,中南大学法学院博士研究生,吉首大学副教授,主要研究方向:经济法学,民法学。

利贫困是指制度设计层面对部分群体的政治、经济、社会和文化权利的限制和歧视所导致的生存困难。^①受阿玛蒂亚·森理论的影响，美国学者洪朝辉比较系统地研究了权利贫困问题。他认为，权利贫困可归结为获取权利的可能性和途径的缺失、现有的权利没有明确的制度保障以及权利被侵害后得到救济的可能性很小。^④从上述权利贫困的定义可以看出，健康权的权利贫困就是指公民健康方面的权利处于一种缺乏或不健全的状态。

（三）从理想到现实：健康权贫困之状态

健康权贫困的表征源于健康权的划分。健康权可根据不同的标准划分不同的类别。但不管健康权有多少类别，它都具有“正当性”，或“合法性”，或“现实性”三个特征，相应地就构成了健康权的“应有权利”“法定权利”“现实权利”的存在形态。由此也可勾列出健康权贫困的基本状态^②：

1. 法定权利的贫困

法定权利，亦称规范权利，是指国家通过立法活动将应有权利予以法律化、制度化的表现形式。从此定义可以看出，法定权利的贫困是指立法者没有将应有权利予以法律化、制度化。从另一个角度看，也就是获取权利的可能性和途径缺失。反映在健康权中，其法定权利的贫困主要体现在：一是健康环境权的缺乏，即公民所追求和享有和谐、优美、宜人的环境健康方面存在严重不足；二是健康救助权欠缺，即应当对因疾病而陷入生活困境者和因经济困难对必需的医疗服务缺乏支付能力者提供一定经济支持^⑤而未能施行；三是健康参与权缺失，虽然个人参与在促进健康权发展中发挥的重要作用已得到众多公约和案例的承认，但在当下普通民众在实际生活中远离了政治权力中心，在政府主导的利益分配体系和相关的公共政策中影响微弱。或者说，他们已在一定程度上被限制或被排斥在政治生活之外，没有公平获取到健康资源，享受到健康权利。另外，在健康信息知情权、基本健康教育权、健康隐私权等方面也存在不足。

2. 现实权利的贫困

现实权利就是指法定权利实现的结果或形成的一种实有状态。^⑥^{〔336〕}根据此定义，那么现实权利的贫困就是指法定权利实现不了或难以实现的一种状态。从另一个角度看，就是现有的法定权利没有明确的制度保障以及权利被侵害后得到救济的可能性很小。一旦法定权利实现不了或难以实现，那么法定权利只是“纸面”意义上的权利，而非“活”的权利，因此也认定是一种权利贫困。这反映在健康权中，普通民众的生产、生活环境受到外界损害且有可能影响其健康时得

不到政府主管部门的保障，也得不到司法部门的诉讼救济。显然，具有非常现实意义的健康救济权是贫困的。法谚道：“无救济即无权利。”如果权利受到侵犯但不能获得有效的救济，就等于没有这项权利。

二、制度贫困：健康权贫困的根源

关于权利贫困的根源，有三大理论，即“社会剥夺”理论^③、“能力理论”^④和“社会权利贫困”理论^⑤。但笔者认为，关涉健康权的制度贫困才是造成当下我国健康权贫困的真正根源^⑥。

（一）关于法定权利方面的制度贫困：健康权贫困的直接根源

国内法律法规与健康权相关的内容包括：我国《宪法》（1982年）第21条规定了国家发展医疗卫生事业，发展现代医药和我国传统医药，鼓励和支持农村集体经济组织、国家企业事业组织和街道组织举办各种医疗卫生设施，开展群众性的卫生活动，保护人民健康；第45条规定了国家发展为公民享受这些权利所需要的社会保险、社会救济和医疗卫生事业^⑦。我国《民法通则》第98条规定“公民享受生命和健康权”。我国《刑法》（第五次会议修订）分别在第3章第1节和第6章第5节对于生产、销售不符合卫生标准或危害人体健康的产品和对于危害公共卫生行为的刑事责任做出了规定。《残疾人权益保障法》《未成年人保护法》《老年人权益保障法》和《母婴保健法》则对弱势群体健康权的保护做出了规定。除此之外，还有《传染病防治法》《劳动法》《职业病防治法》《社会保险法》《药品管理法》《食品安全法》《传染病防治法》等公共卫生和健康领域的专门性法律和其他大量法律法规当中关于健康权保障方面的相关内容。另外还有国务院和卫生主管部门上千件行政法规和行政规章。纵观这些法律制度，其主要缺陷是概括、抽象、缺少统一性、重管理轻权利。基于此，笔者认为，在我国宪法、法律法规中涉及到健康权的规定是十分贫困的。

（二）关于现实权利方面的制度贫困：健康权贫困的现实根源

无论是分析健康权的性质还是其内容结构，最后的目的和落脚点都在于更好地保障健康权的实现。无论是国际人权法还是国内法，都只是对有关权利精神内核的表达，关键是通过架构可行的救济机制使法律所宣示和承诺的权利得以实施。但我国当前针对健康权的救济制度是贫困的，主要体现为：

1. 行政救济制度的贫困

在发展中国家，对健康权的实现更多地依赖于行

政机关公共政策的制定与推行,并收到了一定的实效。^⑨但我国行政机关在制定与推行公共健康政策时也存在以下几个方面的问题。

一是事前预防制度缺位。在健康权保障方面,行政机关事前预防制度的缺位主要体现为公众参与、信息公开、流行病监测与调查等制度供给严重不足。一般来说,健康保护的策略主要由政府推动,但联合国健康权特别报告员在历次向联合国递交的报告中反复强调,参与是健康权一个不可或缺的特点。因此在政府行政机关制定健康政策时,公民应积极地参与对他们有影响的决策,包括有关健康的决定。这也是公民参政权之体现。实践已证明,缺乏个人参与导致制度保护只能是一种间接的保护,并影响到健康权的享有。当前我国政府在推动实施健康保护战略时,视为其全部所有,而将健康的利益相关者完全排除在政策制定过程之外。这种制度安排导致与健康有关的目标难以实现。在健康信息公开方面,尽管我国制定了《政府信息公开条例》,但有关健康信息公开的范围、途径和方式,以及信息公开工作的监督和保障制度都存在严重的不足。在健康流行病监测和调查制度方面,我国因环境污染、食品药品、公共卫生等导致人体健康重大损害事件不断发生,已严重地威胁到人民群众的生命安全。究其缘由,是我国相关行政机关对这些事件缺少调查,对污染损害、发病和死亡资料掌握不全面,对损害程度、病例分布、相邻地域的居民健康状况和危害源不清楚等。显然,我国健康事先预防制度严重缺失。

二是事中保障制度缺失。我国健康权事中保障制度缺失集中体现为行政执法监管能力太弱,而有关健康权行政执法监管能力太弱又集中体现在健康执法监管部门职责割裂。在健康监督管理体制上人为地将和健康监督管理有关的职责归于不同的行政部门,环保部门负责对外环境的处理,卫生部门主要负责对受害者的医疗救治,其他相关部门在与健康有关的事项范围内行使各自的职责。这种职责的设定,包含了多个执法部门,权力分散而难以集中,而权力分散也就意味着存在不同利益,各部门行使权力时必然倾向于维护自身利益,从而形成部门壁垒,增加健康执法部门间的矛盾和冲突,造成执法上的混乱。拥有健康方面职权的部门包括卫生部门、环保部门、农业部门、国土资源部门、食品技术监督部门等,这造成部门之间的权限范围既存在交叉又具有法律空白,容易产生争抢利益和推诿责任的后果。这种多头执法监管体制落后于我国公民日益增长的健康保护之需要。另外,健康执法部门的非行政机关属性和执法手段单一、执法

标准等制约了我国公民健康权的保障。

2. 司法救济制度的贫困

法谚道:“司法是保护权利的最后一道大门。”这充分说明在权利保护中,司法处于核心地位。《经济、社会和文化权利国际公约》“第14号一般性意见”认为,当健康权受到侵犯时,缔约国应通过司法途径促进任何受害个人或群体健康权的实现,也即所有这方面违反行为的受害人,均应有权得到适当赔偿和恢复原状、赔礼道歉等。我国公民健康权司法救济制度的贫困主要体现在以下两个方面:

一是作为人权的健康权司法救济制度缺失。与大部分国家一样,作为人权的健康权在我国是否具有司法可裁判性争议较大。按照“人权代论”,作为公民经济、社会文化权利的健康权,属于第二代人权,与作为公民的政治权利的第一代人权相比,第二代人权只是一种具有“宣示意义”的权利,不具有司法救济性,也即不具有司法裁判性。此种权利受到侵害只能随着时间的推移“逐步”落实。因此,如果国家没有按照《经济、社会和文化权利公约》的规定逐步实现如母婴保健,对主要传染病的免疫、治疗及药物提供等各项卫生保健义务,或者没有尽到最大可能提供如食物供应和适当营养计划、安全用水等卫生条件,或者在制度上或实施上不公平地提供健康服务,一般来说是很难得到司法救济的。这种情况被认为是健康权缺乏可裁判性,或者是缺乏裁判的普遍性。

二是作为私权的健康权传统司法救济存在诸多缺陷。尽管健康权缺乏裁判的普遍性,但部分健康权是可以由司法救济的。在民事诉讼领域,当公民的健康受到不法侵害时,如因环境污染损害公民健康的赔偿、医疗事故的赔偿、伪劣药品食品造成健康损害的赔偿等,可通过民事诉讼而给予救济已经在绝大多数国家得到落实。但在我国保障健康权方面,传统民事诉讼救济具有诸多的缺陷:如健康损害纠纷立案难、证据规则适用难、救济措施的事后性、赔偿范围的有限性、诉讼时效的有限性等。在行政诉讼领域,如在重大环境污染事件频发、传染病爆发流行或各种劣质的药品食品泛滥成灾时,国家有关主管机关如不履行救治和控制的义务,致使环境污染严重、传染病有更大范围的流行或公民健康受到更为严重的威胁,这些国家机关要承担法律责任,公民也可以起诉行政机关的不作为。而行政诉讼只能就政府机关不作为获得国家赔偿。但是当前国家赔偿的范围仅适用必要的医疗费用和直接损失,而对于间接损失、精神损害则不予赔偿。由此可以看出,涉及健康损害的案件进入诉讼程序而获得的救济也是非常有限的。为此,有必要对关涉健

康权的救济制度进行适当完善。

三、有效制度安排：消除健康权贫困的对策

在西方新制度经济学看来，有效率的制度安排是经济增长的关键^⑧。基于此，笔者认为，消除健康权贫困的有效措施就是完善相关立法和健全救济机制^⑨。

（一）从应有权利到规范权利：健康权贫困的立法完善

在现代民主法治社会里，人与人之间在尊严和权利上的平等，以及人的自由权等应有权利必须成为法律上的权利，才能得到最有效的保障。为使健康应有权利转化为法定权利，笔者认为应从以下几个方面进行立法完善。

1. 健康权入宪

在宪法中确立健康权是构建我国健康权保护制度的首要环节，因为现代宪政理论认为，特定人群因贫穷而陷入非健康的困境，并不影响他们生来所应享有的基本医疗保障和健康救济的权利，他们有权获得国家和社会的保障、救济与扶助。V·奥斯特罗姆、D·菲尼和H·皮希特认为，“制度”在经济发展过程中起着十分关键的作用，他们通过分析市场和立宪的互动而发现制度创新主要不是市场现象，而是源自宪法秩序下的制度供给。^{[8][117]}宪政的制度供给内容广泛，涉及经济、政治和文化等各个方面的制度。在宪法中明确规定有关公民健康权(尤其是弱势群体健康权)，为公民健康权保护提供宪法依据。我国宪法应规定，每个公民都应该享有平等的健康权，当权利受到剥夺或侵害时，必须予以补偿或救济。

2. 制定卫生健康基本法

健康权在宪法中确立之后，如何将抽象的健康权规定落实到具体的法律之中去显然是紧接着要关注的问题。考虑到当前整个公民卫生健康体系职能定位缺乏、健康权利义务和规范分散、卫生健康立法粗糙和层级低、卫生健康资源的筹集和分配缺乏统一性、协调性和稳定性等问题，有必要制定一部能全面体现公民最低健康权益、政府医疗卫生保障责任并对卫生健康法制建设全面发展起指导作用的卫生健康基本法。卫生健康基本法的内容应涵括根本目标、基本原则、国家义务、基本制度的构成以及卫生健康资源的筹集和分配原则等方面的制度构造。其中，该法的根本目标就是切实保障公民的健康权，其基本原则应为公平、平等、普遍和倾斜原则，其国家义务为尊重、

保护和实现的义务，其基本制度由全民医疗保障制度、公共卫生服务制度、农村三级卫生服务制度和国家基本药物制度和药品供应保障制度等构成。而基本卫生健康资源的筹集应以国家财政拨款为主、公民支出为辅，卫生健康资源的分配应贯彻优先照顾绝大多数和成本效益原则。

3. 建立统一的医疗保障制度

我国的基本医疗保障体系主要包括医疗保险和医疗救助两种形式。在城镇，医疗保险主要涵括城镇职工基本医疗保险(简称城镇职工医保)、城镇居民基本医疗保险(简称城镇居民医保)。而在农村则有新型农村合作医疗(简称新农合)。我国当前的基本医疗保障是基于城乡户籍制度而产生的城乡二元医疗保障制度。为建立起城乡一体的医疗保障制度，有必要先建立起由人力资源与社会保障部门主管的城乡居民基本医疗保险体制，然后合理设计可供城乡居民自由选择的医疗保障制度平台，再是建立统一的城乡居民医保缴费基数、缴费比例、缴费范围、最低缴费年限、大病住院和规定病种门诊保障待遇、医疗费用的起付标准、最高支付限额和费用报销比例等制度。在医疗社会救助方面，建立健全社会救助制度和医疗保险制度，以鼓励各种民营机构、慈善团体、非政府组织等社会组织，共同参与医疗保险服务和社会救助工作。这些非政府、非盈利健康保险组织和社会救助组织通过募捐等方式筹集资金为公民提供医疗保险服务和社会救助服务，不但在正式组织之外为公民提供了保障，也为那些正式制度无法涵盖的弱势群体提供了保障^[9]。

4. 完善环境保护法律制度

就环境健康损害而言，环境保护法律制度可以从环境权方面着手规定公民应当享有的环境健康权利。从法律上确认环境健康权，是实现公民环境健康权的最强有力的保护措施。如前文所述，环境健康没有得到良好的保护本质上就是环境健康权的贫困，而环境健康权的贫困却又根源于制度的贫困，即权利没有得到法律制度的认可。如果通过立法将环境健康权确认为公民的一项基本权利，那么当这种权利遭受侵害或者遭受侵害之虞时，权利人就可以据此提出主张、要求救济。环境健康权的保护具体包括排除危险、排除侵害和请求赔偿三个方面。但目前环境健康权仍处于发展中，迫切需要立法进一步肯定该权利并细化其内容。如明确相关法律主体的权利、义务和法律责任，明确可以获得的救济的内容。同时，为了加强其可操作性，还必须制定和完善环境与健康指标体系，包括环境污染对人群健康损害医学诊断标准、健康损害分级标准、健康损害认定程序及其相关标准等。^{[10](242-249)}

(二) 从规范权利到现实权利: 健康权救济机制的健全

为使“纸面意义”上的健康权利能真正落实, 就离不开权利的救济制度, 但考虑到健康权的救济非常复杂, 非单一救济制度能胜任的, 所以一个互补兼容的救济机制就显得非常关键。笔者以为, 有关公民健康权救济机制的健全主要从内部与外部两个方面进行。

1. 加强健康权的外部救济

自健康权在国际条约中产生之后的半个多世纪里, 我国先后签署和批准了大量有关健康权的国际人权条约, 包括最重要的《经济、社会和文化权利国际公约》(1966年)、《消除一切形式种族歧视公约》(1956年)、《消除对妇女一切形式的歧视公约》(1979年)、《禁止酷刑和其他残忍、不人道或有辱人格的待遇或处罚公约》(1984年)、《儿童权利公约》(1989年)。同时还先后缔结了相关国际会议文件, 如《世界人权宣言》(1948年)、《维也纳宣言和行动纲领》(1993年)、《开罗行动纲领》(1994年)、《哥本哈根社会发展宣言和世界社会发展首脑会议行动纲领及其后续行动》(1995年)、《北京宣言》(2000年)以及纽约通过的《联合国千年宣言》(2000年)等。为严格履行公约定期报告义务, 我国政府按照公约规定, 认真撰写、提交履约报告, 并以诚恳和合作的态度接受审议。截止2009年, 中国共撰写了2次《经济、社会及文化权利国际公约》履约报告、4次《儿童权利公约》报告及1次《残疾人权利公约》。2009年8月, 中国接受联合国消除种族歧视委员会对中国履行《消除一切形式种族歧视国际公约》第10~13次合并报告的审议。^[11]这在一定程度上反映了我国在国际社会中对健康权所一贯持有的政治和道德态度。但回溯现实, 我国在践行公民健康权保护方面的国际承诺与纸面报告相差甚远, 需要进一步落实强化。

2. 健全内部救济制度

如前所述, 由于我国宪法并没有明确规定健康权, 因此, 健康权的实现只能依靠公共健康政策的执行。从实现状况看, 一旦缺失了对健康权的司法救济制度, 对这类权利的可裁决性便陷入了依赖辅助的外部救济的瘸腿状态。^[12]为此必需健全我国健康权的内部救济制度。

一是建立违宪审查制度。宪法为一国的根本大法, 任何普通法律、法规都不能与宪法的意志和精神相违背, 因而具有最高权威性。宪法的最高权威性和至高

性要想真正被公民认可, 也即宪法要想成为国家所有机关、社会团体和全体公民的最高行为准则, 其就不能仅仅停留在文本上, 宪法上公民的基本权利受到不法侵害后必须能通过宪法追诉获得最终的救济。国外宪政实践已证明, 有效的违宪审查机制对限制政府权力、政府规模, 保护公民的经济自由和政治自由, 并进而摆脱制度贫困具有重大作用。因此, 为了切实保障个人依据宪法所享有的包括健康权在内的基本权利得到实现, 中国应加紧建立违宪审查制度。

二是完善行政救济制度。在执法部门能力内涵建设方面, 执法能力的提高虽受制于行政体制及行政运行机制, 但主要还在于执法部门内涵的提升, 这是加强执法能力建设的关键所在。而加强健康执法能力建设的具体措施包括: 建立中立的综合协调部门; 改善执法装备; 提高环保执法人员素质; 增加执法人员编制。在外部环境建设方面, 理顺部门间的职责和标准以提高执法效率和增强部门执法的积极性; 完善执法手段和执法程序; 明确执法责任制度; 健全环境健康法律法规体系。在完善公众参与环境健康执法机制方面, 为提高健康执法效率和权威, 有必要建立和完善公众参与健康执法的有效机制。具体包括: 重视公众在环境健康保护中的作用; 保障公众对环境健康信息的知情权。另外拓宽资金来源渠道、改变执法机构的性质和发挥非政府组织的作用也对健康执法能力提高有着重要作用。

三是健全司法救济制度。在公民环境健康受到不法侵害后, 由于加害者和受害者双方在经济和获取信息方面的差异性、受害者的广泛性、事故本身的复杂性等特点, 导致受害者在主张权利时遇到了极大的障碍。为更好地保障受害者的索赔权利, 敦促受害者积极开展环境健康工作, 引导良好社会风尚的形成, 鉴于传统民事诉讼救济制度的缺陷, 应建立起公益诉讼制度, 也即当环境健康作为一种公共利益受到直接或间接损害时, 应允许公众、社会团体等作为公共利益的代表对侵权人提起诉讼。^[13]另外, 相关行政机关没有采取积极的措施促进和保护公民健康权时, 也即没有积极履行其有关健康权义务时, 如行政拒绝或怠于向符合医疗救济条件的公民发放医疗救助金, 或者不公布医疗救助金的使用情况等, 当事人可以提起行政给付诉讼^[14]。

总之, 健康权贫困作为当下我国的一种社会现象, 其折射出来的是我国在制度设计方面的诸多问题。为使我国公民享受健康的生活和平等地享有各种健康权

利，我国应从各种制度层面大力加强改革力度，不断实现制度创新，为早日消除权利贫困而奋斗。

注释：

- ① 权利贫困理论与方法，集中反映在阿玛蒂亚·森的《贫困与饥荒》(Poverty and Famines, 1981)和《饥饿与公共行为》(Hung and Public Action, 1989)等著作中。
- ② 在此需要说明的是，应有权利的本质就是使人成其为人的那些权利。而应有权利的外在表征就是人的尊严以及由其派生出来的自由权、生存权和平等权。由此可以看出，应有权利的贫困实际上关涉自由、平等和正义的缺失。具体到健康权领域，其应有权利的贫困主要表现为健康自由、平等和正义的缺失。本文只关注实在法上的健康权，考虑到应有权利的抽象性和主观性，因此在此不做讨论。
- ③ 该理论描述的是贫困阶层被歧视、被剥夺的过程和现象，而非权利贫困的根源。
- ④ 阿玛蒂亚·森所提出的能力理论只强调主观的能力，而忽略了客观的机会，即国家或政府、社会所提供、增加和保障的机会。
- ⑤ 该理论认为，发展中国家的公民所应该享有的社会权利被削弱和侵犯而导致相对或绝对的经济贫困。
- ⑥ 考虑到应有权利涉及到的是主体意识，很难上升为制度层面，所以此部分只讨论法定权利和现实权利的制度贫困。
- ⑦ 例如针对我国艾滋病的严峻形势，我国政府于2003年提出了“四免一关怀”政策。这种政策实际上相当有效地履行了国际条约上的政府对患者照护的义务。
- ⑧ 按照诺斯的观点，首先，有效率的制度能够使每个社会成员从事生产性活动的成果得到有效的保护，从而激励他们努力从事合乎社会需要的经济活动，使得每个社会成员的生产投入的私人收益尽可能地等于其社会收益率。对于贫困者来说，政府应当做出一些支助性的制度安排来支持和帮助贫困者走出困境，切实保障贫困者享有最基本的社会、文化、经济权利并满足其基本需求，逐步培养和加强贫困者的组织能力。
- ⑨ 所谓救济机制，是指用于强制实现权利或补救损害的制度。See Black's Law Dictionary (six ed.), p. 1294 (1990).

参考文献：

- [1] [美]E·博登海默. 法理学——法律哲学与法律方法[M]. 邓正来译. 北京：中国政法大学出版社，2004.
- [2] 夏立安. 经济和社会权利的可裁决性——从健康权展开[J]. 法制与社会发展，2008(2): 78.
- [3] 杨立新. 人格权法专论[M]. 北京：高等教育出版社，2005.
- [4] 洪朝辉. 论中国城市社会权利的贫困[J]. 江苏社会科学，2003(2): 116.
- [5] 张菊英. 我国农村医疗救助的现状研究[J]. 现代预防医学，2009(2): 253-254.
- [6] 程燎原，王人博. 赢得神圣——权利及其救济通论[M]. 济南：山东人民出版社，1998.
- [7] 袁立，彭程. 基本权利理论视阈中的劳动权规范领域[J]. 中南大学学报(社会科学版)，2011(6): 97.
- [8] [美]V·奥斯特罗姆，D·菲尼，H·皮希特. 制度分析与发展的反思[M]. 北京：商务印书馆，1992.
- [9] 费平，杨洋，王国林. 国外农村医疗保障和社会救助制度[J]. 中国劳动，2009(2): 31.
- [10] 吕忠梅. 沟通与协调之途——论公民环境权的民法保护[M]. 北京：中国人民大学出版社，2005.
- [11] 2009年中国人权事业的进展白皮书[EB/OL]. http://www.humanrights.cn/cn/zt/xwgzrd/2011/38/xg/t20100926_793416_7.htm, 2012-01-28.
- [12] 夏立安. 经济和社会权利的可裁决性——从健康权展开[J]. 法制与社会发展，2008(2): 85.
- [13] 江必新. <民事诉讼法>修订：战略规划与制度设计[J]. 中南大学学报(社会科学版)，2011(4): 8.
- [14] 熊勇先. 论社会弱者健康权的实现[J]. 中南大学学报(社会科学版)，2010(3): 56.

On the poverty of health right: connotation, root and countermeasures

TIAN Kaiyou

(Law school of Central South University, Changsha 410083, China)

Abstract: Health right refers to a right that citizens can receive health caring and health conditions. In China, current health right generally is in a state of rights poverty whether relating to vested rights, legal rights or reality right, and of which the poor system relate to health right is the true source cause. To eliminate the poor health right, the effective legal systems should be arranged.

Key Words: human right; health right; rights poverty; system poverty

[编辑：苏慧]