

# 致命的分娩

美国的孕产妇医疗保健危机

**AMNESTY**  
**INTERNATIONAL**



国际特赦组织出版部

2010 年首次出版  
国际特赦组织出版部  
国际秘书处  
Peter Benenson House  
1 Easton Street  
London WC1X 0DW  
United Kingdom  
www.amnesty.org

©国际特赦组织出版部 2010

索引号: AMR 51/007/2010  
原文语言: 英文  
印刷: 国际特赦组织国际秘书处, 英国

版权属国际特赦组织所有。除获授权外, 任何人不得以任何方式 — 电子、机械、影印、录音及其它方式 — 翻印、复制、储存和传播任何内容。

国际特赦组织进行一场全球运动, 在 150 多个国家和地区有 220 万人参与, 为人权而开展活动。我们的理想是使每个人都享有《世界人权宣言》和其他国际人权文件上刊载的所有权利。我们通过调查、运动、倡导和动员来制止侵犯人权的行为。国际特赦组织独立于任何政府、政治意识形态、经济利益或宗教。我们的资金主要来源于成员会费和捐款。

**AMNESTY  
INTERNATIONAL**



# 目录

范围与方法	5
有关术语的注记	5
缩略语	6
1/引言	7
主要建议	11
2/孕产妇保健和人权	12
生命权	12
免受歧视的权利	12
健康权	13
人权原则	14
3/歧视和孕产妇保健	15
不足和不适当的护理	15
贫穷和健康	18
医疗保险的差距	18
保健护理服务可及性的差距	21
4/孕产妇享用保健服务面对的障碍	22
经济障碍	22
没有保险	24
官僚主义障碍	25
语言障碍	27
其他障碍	28
缺乏家庭计划及健康教育	31
缺乏信息	31
没有避孕	32
减少资助 X 诊所	33
印第安人健康服务经费不足	33

拒绝提供家庭计划服务·····	33
5/系统性缺失·····	35
医疗保健专业人员短缺·····	36
缺乏专科护理·····	37
人员配备不足·····	37
没有执行守则和标准·····	38
缺乏信息和自主权·····	43
缺乏适当的产后护理·····	45
6/问责·····	46
需要协调性监督·····	46
缺乏全面而准确的数据·····	47
数据审查不足·····	48
处理种族和民族差·····	49
7/建议·····	50
附录·····	56
附录 A - 孕产妇预后与问责一览表·····	56
附录 B - 孕产妇保健表·····	58
附录 C - 生殖保健表·····	60
附录 D - 美国医疗护理体系表·····	62
尾注	

## 范围与方法

本报告是国际特赦组织美国分会于 2008 及 2009 年进行研究的调查结果。国际特赦组织进行了超过 100 个深度访问，并带领 17 个关注组，对象包括妇女、其家人、活跃人士、倡导者、公共健康专家、支援人员、服务提供者及保健员，他们都来自威斯康星州中部、田纳西州的曼菲斯、麻省的波士顿、首都华盛顿、马利兰州的波尔的摩及纽约市。其他受访者还包括美国各地有份参与孕产妇保健的人士。为了尊重受访者的私隐，部份曾与国际特赦组织访谈的人的名字和个人资料会保密。

国际特赦组织访问了健康与人类服务部辖下的联邦机构官员，包括医疗保健研究与质量局、健康资源和服务管理局、联邦医疗保险与医疗补助服务中心、少数族裔健康办公室、妇女健康办公室、人口事务局，以及疾病控制和预防中心。国际特赦组织向州卫生部门发出问卷，要求当局提供关于孕产妇死亡的审查过程的资料。国际特赦组织也向医疗补助计划的负责人发出问卷，查询有关孕妇的参与资格及可享有的服务。

国际特赦组织检阅了有关孕产妇死亡的媒体报导及现有关于孕产妇健康和保健的医疗和公共卫生文献，并集中研究保健供应和结果的差别，以及可预防死亡和并发症。

国际特赦组织在此向所有愿意与分会分享其经验的家庭和妇女致谢。国际特赦组织也衷心感谢慷慨地分享信息、观点和分析的有关团体、专家及个人。

## 有关术语的注记

国际特赦组织尽力使用尊重相关人士意愿的术语，然而，在引用其他组织的研究和统计时，我们也必定尊重该研究所用的分类，以确保能准确地传达调查的结果和避免失误。此外，在美国使用的术语本身往往各不相同，可能与国际上的人权运动所用的术语有差异，如非歧视、妇女的权利或健康权等等。

在本报告中的用语 — 例如非洲裔美国人；黑人；少数民族、少数种族和少数族裔；西班牙裔；原住民；拉丁；印第安人和阿拉斯加原住民；白人；以及有色人种妇女 — 是用作描述个人或社群，且尽可能按照有关个人的自我鉴定，而同时又不损害研究引述的准确性。另一个导引本报告中术语选择的因素，是要确保它能让美国和世界各地不同读者也能理解。然而，选择的方式并不是要减少或忽视人们在不同情况下确定自己身份的复杂性和多样性。

## 缩略语

ACOG	美国妇产科学会
AHRQ	医疗保健研究与质量局——隶属健康与人类服务部的联邦机构，支援旨在提高医疗成果和质量的研究，处理病人安全和医疗事故，以及扩大有效服务的可及性。
AIUSA	国际特赦组织美国分会
CDC	疾病控制和预防中心——隶属健康与人类服务部的联邦机构，其工作是要提供促进健康的信息，以及通过与州卫生部门和其他组织建立伙伴关系推广健康，以保障公众健康和安全。
CEDAW	《消除对妇女一切形式歧视公约》
CESCR	社会、经济和文化权利委员会
CHIP	儿童健康保险计划——由健康与人类服务部管理的一个联邦项目，为州提供医疗保险的对等资金，给予有儿童的家庭。
CMS	联邦医疗保险与医疗补助服务中心——健康与人类服务部辖下的联邦机构，负责管理联邦医疗保险计划及与州政府合作，管理医疗补助计划及儿童健康保险计划。
COBRA	1985年统一多项预算法指出，根据联邦法律，有超过20名员工的企业在雇员失去工作后，必须为其提供长达18个月的医疗保险。前雇员可能需要支付百分之三十五至百分之百的持续医疗费用。
EMTALA	急诊医疗和活跃产程法
FPL	联邦贫穷标准
FQHC	联邦合格健康中心——符合若干联邦指定要求的社区卫生服务中心，以获取资助和提高偿还率——例如必须由社区成员占多数的董事会管理；以滑动比例方式提供服务；以及为所有求医病人服务
FBI	联邦调查局
HRSA	健康资源和服务管理局是健康与人类服务部辖下的联邦机构，旨在改善没有保险的、孤立的或在医疗方面处于弱势的人获得医疗护理的可及性
HMOs	医疗保健组织
ICCPR	《公民权利和政治权利国际公约》
ICE	移民及海关执法部
ICERD	《消除一切形式种族歧视国际公约》
ICESCR	《经济、社会、文化权利国际公约》
IHS	印第安人健康服务局是美国健康与人类服务部辖下的机构，负责为美国印第安人和阿拉斯加原住民提供医疗和公共卫生服务
VBAC	剖腹产后的阴道分娩
WHO	世界卫生组织

# 1/引言

美国的医疗总开支高于世界任何国家。<sup>1</sup> 每年，用于怀孕和分娩有关的住院治疗费用达到约 860 亿美元，是各医学专科中医疗费用最高昂的。<sup>2</sup> 尽管如此，美国的妇女承受更大的寿命风险，她们死于妊娠有关并发症的风险高于其他 40 个国家，例如，美国妇女死于分娩的可能性，是希腊妇女的 5 倍，德国的 4 倍，以及西班牙的 3 倍。<sup>3</sup> 美国每天有两名以上的妇女死于与怀孕有关的病因。<sup>4</sup> 产妇的死亡只是冰山一角。严重的并发症令妇女濒临死亡，即“侥幸脱险”，在 1998 年和 2005 年间上升了百分之二十五。2004 年和 2005 年，68,433 名美国妇女几乎因分娩而死亡。<sup>5</sup> 在美国分娩的妇女，有超过三分之一（即每年 170 万名妇女）遇到各类型的并发症，对她们的健康造成不良影响。<sup>6</sup>

非洲裔美国妇女尤其是高风险族群，与白人妇女相比，她们死于与妊娠有关的并发症的机会高出近 4 倍。<sup>7</sup> 即使是白人妇女，在美国，产妇死亡率比其他 24 个工业化国家为高。<sup>8</sup> 有关比率 and 差距在过去二十多年也没有改善。<sup>9</sup> 孕产妇死亡率，由 1987 年每 10 万个活产婴儿中有 6.6 人死亡，增至 2006 年每 10 万个有 13.3 人死亡。虽然数字增加可能只是因为数据收集的方式改良了，但孕产妇死亡率增加了一倍，仍是一个令人关注的事实。<sup>10</sup>

## 伊娜玛丽·斯蒂斯-洛斯 (Inamarie Stith-Rouse)

伊娜玛丽·斯蒂斯-洛斯是一名 33 岁的非裔美国妇女。她于 2003 年 6 月怀孕 41 周时，来到马萨诸塞州波士顿一家医院求诊。医生给她服用催产药。当她的婴儿心跳急剧下降时，她接受了紧急剖腹产子（剖腹产）手术，产下一个健康女婴崔尼蒂。她的丈夫安德烈·洛斯告诉国际特赦组织婴儿出生后发生的事：“她开始抱怨呼吸困难。我找不到医生，他们不停地传呼她，但她不在。氧气机不断发出哔哔声响，半小时内也许有 6 至 7 次，我记不清了。没有任何人认真对待此事，她的脸发热了，我不断在她的额头上冷敷。”他描述了当他们试图告诉工作人员她感到焦虑和呼吸困难时，他们却说“没什么大不了的”，还说他们“太情绪化”。安德烈·洛斯告诉国际特赦组织，他认为种族问题在一定程度上让医护人员未有对他和妻子的求助作出反应。

根据她的家人提交的法庭文件，伊娜玛丽·斯蒂斯-洛斯有出血症状，包括低血压、高脉冲和呼吸困难。但是，她在几个小时后才得到适当的检验，但是为时而晚。医生发现她有内出血，他们首先切除了她的子宫，后来连卵巢也切除了。然而，伊娜玛丽·斯蒂斯-洛斯的脑部严重损伤，陷入昏迷，四天后死亡。

安德烈·洛斯说：“她对我最后说的话是‘安德烈，我感到害怕’。”之后医院启动‘红色警戒’，他们赶我出门。一切都拍慢板的，我记得当时极寒冷，我的牙齿在抖动，我被吓坏了... 没有人跟我谈话... 我觉得每个人好像试图掩盖他们的踪迹。如果有人试图解释，整个事情看来令人更容易接受。我明白：错误是会发生的，但却没有人负责任。”他告诉国际特赦组织，当他在 2004 年 12 月提出诉讼后，“医院在伊娜玛丽死后改变了守则。但至今为止，我仍不知道改成什么方式，还有是如何改变。”

虽然国际特赦组织无法确定假如伊娜玛丽·斯蒂斯-洛斯立刻接受适当的医疗护理，她是否能够存活下来，但她的治疗延误，突显了国际特赦组织访问过的许多妇女的经验模式。

国际特赦组织于 2009 年 3 月 13 日访问了安德烈·洛斯；及于 2009 年 1 月 9 日访问了家属律师；以及参阅了法庭文件。

美国政府有责任确保人人不受歧视的情况下，享有平等而优质的医疗服务。然而，性别、种族、民族、移民身份、原住民身份或收入水平也可以影响妇女获得医疗保健和卫生保健的质量。各种形式的歧视交织在一起，可进一步影响女性在美国能否获得足够的医疗服务。这些产妇保健服务可及性的差距，侵犯了妇女不受歧视的权利。

**“在所有形式的平等中，医疗保健方面的不公是最为令人震惊和最不人道的。”**

马丁·路德·金博士在 1966 年 3 月 25 日于伊利诺伊州芝加哥医务人权委员会第二次全国代表大会中说

根据疾病控制和预防中心，美国所有的孕产妇死亡个案中，大约有一半是可以预防的。<sup>11</sup> 预防孕产妇死亡不仅仅是一个公共卫生问题，它是一个人权问题。

每年，全球有 50 多万妇女死于怀孕和分娩，而且绝大部分发生在亚洲和非洲撒哈拉以南。<sup>12</sup> 本报告强调的美国妇女经验，显示了即使在富裕国家，妇女仍因当局没有履行她们享有生命权、不受歧视的权利，以及获得最高健康标准的权利而受到威胁。被边缘化或生活在贫困中的妇女，风险尤高。

国际社会已确定，减少孕产妇死亡率是千年发展目标的首要目标之一；千年发展目标 5 要求全球在 2015 年前把妇女在怀孕和分娩期间的死亡率减少百分之七十五。<sup>13</sup>

1998 年，美国联邦机构制定国家卫生目标 - 健康人 2010 目标，其目标是在 2010 年把孕产妇死亡减至每 10 万人中只有 4.3 人。<sup>14</sup> 2006 年（国家最新统计数字）的数字显示，全国孕产妇死亡率为每 10 万人中有 13.3 人死亡。<sup>15</sup> 只有 5 个州已达到 2010 年目标（见附录 A）。一些地区的比率要高得多：在乔治亚州是 20.5；华盛顿特区是 34.9；纽约市的黑人妇女比率是每 10 万人中有 83.6 人死亡。<sup>16</sup>

## 美国孕产妇 5 个主要死亡原因

- 栓塞（血块阻塞重要的血管，例如在肺部）（百分之二十）；
- 出血（严重失血）（百分之十七）；
- 子痫前症和子痫症（与血压过高有关的疾病）（百分之十六）；
- 感染（百分之十三）和
- 心肌病（心脏肌肉疾病）（百分之八）。<sup>17</sup>

更令人不安的是，上述数字可能大大低估了有关问题。联邦政府没有要求上报孕产妇死亡个案，而美国当局也承认，孕产妇死亡人数可能比以上数字高一倍。<sup>18</sup> 国际特赦组织的调查表明，只有 6 个州强制性规定上报与妊娠有关的死亡——佛罗里达州、伊利诺伊州、马萨诸塞州、纽约州、宾夕法尼亚州和华盛顿州。尽管一些州有自愿上报，但故意低估与妊娠有关死亡人数的情况仍然存在。

对妇女来说，美国医疗保健制度是失败的。对能够负担得起的人来说，美国提供了一些世上最优良的医疗保健。但对很多人来说，这是可望而不可及的。很多到达育龄的妇女也没有任何形式的医疗保险，有色人种妇女在没有医疗保险的人数中不成比例地多，尽管有色人种妇女在美国女性人口中只占百分之三十二，但在没有保险的妇女人口中却占了百分之五十一。<sup>19</sup>



在撰写本报告时，美国政府把卫生保健制度改革置于首位，并在考虑几项重要的变革。然而，在现行制度下，美国卫生保健系统的结构和融资并没有确保所有妇女可平等地获得她们需要的医疗保健。虽然医院不能在妇女处于“第二产程活跃期”的情况下因为她们的支付能力而合法地把她们拒于门外，但稍后她们有可能需要支付数千美元的医疗费用。<sup>20</sup> 所有的分娩中，有一半是由私人保险覆盖的。<sup>21</sup> 然而，保单往往不包括孕产妇保健，而且这个情况并不罕见；孕妇也可能会发现，她们不能得到私人医疗保险，因为怀孕被视为“已存在状况”。由政府资助的医疗计划——医疗补助计划，覆盖了约百分之四十二的分娩，但受惠人士只限于低收入者。复杂的官僚制度意味着，妇女即使享有公共援助，但往往在接受产前护理时受到严重拖延。

所有妇女，不单是低收入妇女，在享用孕产妇保健时面对相当大的障碍，当中以乡郊和内城区尤甚。医生可能因成本太高而费用太低，又或因医疗补助计划的报销手续太过繁琐，而不愿或无法提供孕产妇保健。接受了国际特赦组织访问的妇女还列举了一些令她们无法得到保健的主要障碍——没有交通工具到达诊所、预约时间没有弹性、很难在工作时请假、其他孩子没有人照顾、以及没有英语以外的资料和翻译员。同样，歧视也是一个障碍，尤其是对非洲裔美国人、原住民、拉丁裔和移民妇女，以及不会说英语的妇女。

美国政府未能确保妇女终身享有高质量的卫生保健，包括生殖保健服务，这对健康的怀孕和分娩有重大影响。

**“产前护理是昂贵的。如果你没有证件或无保险，这是奢侈品而不是基本权利。”**

国际特赦组织于 2008 年 11 月 21 日访问人口事务局家庭计划办公室主任苏珊·莫斯科斯基 (Susan Moskosky)

产前护理是促成安全怀孕的关键因素。没有接受产前护理的妇女，其死亡率比有接受护理的高出 3 至 4 倍。<sup>22</sup> 高风险孕妇若没有接受产前护理，其死亡率比其他人高 5.3 倍。<sup>23</sup> 健康人 2010 的目标包括确保至少有百分之九十的妇女获得“充分的产前护理”——即在怀孕最初 3 个月内有 13 次的产前检查。不过，有百分之二十五的妇女仍然没有接受检查，而在美国印第安妇女和阿拉斯加原住民妇女之中，这个数字更上升至百分之四十一。<sup>24</sup>

**“我们希望妇女能够了解风险，如果有肿胀，我们就要找出是怎么回事。[一名]没有参加产前护理计划的客户有高血压，后来变成毒血症...肿胀没有消退 - 她需要帮助，[但她并不知道有人可以帮她]。她只有 19 岁。她在怀孕 37 周时就死了...他们发现她昏迷了。她的妈妈已经埋葬了她和婴儿。”**

诊所工作人员，田纳西州曼非斯，2009 年 2 月 5 日

如果妇女的一生没有足够优质的医疗服务，那妇女进入怀孕期时，就可能有一些未处理的医疗情况出现，这会给妇女和她的孩子带来更多的风险。例如，患有不受控制的糖尿病的妇女，一旦怀孕，会更容易流产或患上子痫前症。<sup>25</sup>

多个国家及联邦机构，以及美国妇产科学会已制定一系列的孕产妇保健准则，但是，美国没有实施全国性全面的指导方针和有关孕产妇保健、预防、识别和管理产科紧急情况的守则，因此，美国实有迫切需要去落实一个协调而全面的孕产妇保健系统。

**“就美国的产科护理质量来说，孕产妇死亡率就是总成绩单。”**

国际特赦组织于 2008 年 3 月 13 日访问美国妇产科学会产妇产死亡特别小组主席杰弗里·京 (Jeffrey C. King)

疾病控制和预防中心的研究显示，百分之五十五的产妇死亡个案是在分娩后的 1 至 42 天内发生。<sup>26</sup> 美国的产后护理不足，一般来说，医生会在婴儿出生后 6 周才会见产妇一次，<sup>27</sup> 虽然证实有并发症的妇女可能得到更多关注，但妇女在带着新生儿回家后几个星期也缺乏照顾，意味着可能有并发症没有及时发现。

2009 年，美国新政府和国会重点改革医疗制度，特别是改善保健服务的可及性，减少医疗保健开支的增长。虽然受争议的提案将减少无保险的人数，但目前仍未有任何法律可实现卫生保健是可提供的、可及的、可接受的、优质而且不受歧视等人权标准。据估计，拟议的改革仍将不能惠及 1,800 万至 2,400 万没有保险的人，而对很多人来说，医疗开支仍是他们负担不起的。此外，由于改革主要是围绕卫生保健覆盖面，报告内指出有关歧视、系统性缺失和问责等问题大都仍未解决。美国已开始制定和实施医疗保健制度改革，要确保其符合人权标准是至关重要的，那就可使人人平等的机会下获得可负担和高质量的医疗服务，包括孕产妇保健。

**“母亲、新生儿和儿童代表着社会的福利及其未来的潜力。如果不满足他们的健康需要，整个社会就会受到损害。”**

世界卫生组织前总干事李钟郁于 2005 年 4 月在日内瓦主题为“妈妈平安，宝宝健康”的世界卫生日说

孕产妇死亡和受伤，在在忽视政府未能在平等的基础下建立一个尊重、保护和实现人权的卫生保健制度，其后果是显而易见的：妇女没有获得足够的家庭计划服务，怀孕时不是在最佳的健康状态，接受迟来的或不足的产前保健，在分娩时得不到足够或适当的照顾，并在分娩后没有足够的产后护理。

至关重要，有关美国医疗保健的辩论，不应只限于医疗保健覆盖范围，而是要检讨人人平等的条件下享有优质的医疗服务，当局必须为所有妇女改善孕产妇保健服务，特别是对那些受现有保健差距和后果影响的妇女。在过去 20 多年以来，美国当局未能改善孕产妇保健的差距和后果，本报告显示了人民为有关缺失付出的代价，突现必须就降低美国孕产妇死亡率和发病率而采取的紧急措施。

### **琳达·科尔 (Linda Coale)**

琳达·科尔是一名 35 岁健康而精力充沛的妇女，她在 2007 年 9 月 7 日剖腹产下一名男婴本杰明。她在回家一周后死于血栓。琳达去世的那个晚上，她说她觉得腿部有些抽筋。凌晨 1 时 30 分左右，她醒了，并告诉丈夫她的腿刺痛而且肿胀了。他们打电话给她的医生，但他在一个半小时后才回电话。琳达走去听电话时倒下了，她被送往医院，她的父母和兄弟姐妹也尽快赶到医院。琳达的孪生姐妹洛丽还差两分钟才到医院，那时她接到哥哥的电话，并告诉她：“她不行了。”虽然琳达有一个迎接新生命的信息包，里面有有关如何照顾及适应新生儿的信息，但无论是那个信息包还是琳达的出院文件，都没有提及关于严重血栓（深静脉血栓形成）病情和迹象的详细信息，而她本来就因为年龄和动手术而成为高危的孕妇。她的姊妹洛丽告诉国际特赦组织：“我知道你可以说‘假如’，直到世界末日，但琳达曾是一名紧急救护技术员，如果那些出院文件上有说可能出现血栓迹象，我深信她会采取行动... 我的父母要埋葬孩子了... 这是不对的... 你现在仍不能在他们面前提她的名字... 感谢上帝，本杰明他是这样一个美妙的小男孩，他是我们的救赎。”琳达的姊妹希望能够防止更多死亡事件，要做到这样，就要在产前保健时提供更好的教育，改善出院文件的内容和“让出院护士提供仅五分钟的教育，我们就可至少挽救一名妇女，那就让少一个孩子失去母亲。”

国际特赦组织于 2009 年 3 月 17 日访问琳达的姐妹克莱尔和洛丽

## 主要建议

1. 美国政府应确保卫生保健服务，包括性和生殖保健服务，在个人的一生中是可提供的、可得到的、可接受的及优质的。
2. 美国政府必须确保所有妇女能平等地获得及时和高质量的孕产妇保健服务，包括家庭计划服务，而且没有人会因一些歧视性的政策或做法（基于性别、种族、民族、年龄、原住民身份、移民状况或支付能力）而得不到保健服务。
3. 健康与人类服务部内的民事权利办公室应就可能影响平等地获得优质医疗服务（包括孕产妇保健服务）的法律、政策和做法开展调查。
4. 州政府应确保，若孕妇申请的永久医疗计划（预定符合资格）仍在审核时，应让她们参与临时的医疗补助计划，而该计划可提供适时的产前护理。若妇女在其资格受确认之前接受产前保健，州政府应确保医疗补助计划可追溯偿还有关服务。
5. 联邦、州和地方政府应保证所有地区有足够的卫生服务设施和卫生专业人员，包括护士、助产士和医生；而且应特别注重医疗服务不足的地区，包括扩大社区卫生服务中心的计划，例如联邦合格健康中心。
6. 健康与人类服务部应与受影响的社区发展和医学界合作，一起就孕产妇保健服务发展和实施全面的、标准的、以实证为本的准则和守则。
7. 医疗保健提供者应确保为所有妇女提供足够而又易于理解的信息，使她们能够就自己的健康护理作出明智的决定。
8. 美国国会应监督和资助健康与人类服务部成立孕产妇保健办公室，其任务为改善孕产妇保健和预后，以及消除差距。
9. 华盛顿特区及 29 个目前仍没有孕产妇死亡审查委员会的州应成立有关委员会，委员会应持续得到资金，以收集、分析和审查所有与妊娠有关的死亡数据和处理当中的差距。疾病控制和预防中心应从国家层面作全国性协调，以鉴别和推行最佳实践。
10. 州和联邦机关应制定和实施计划，改善数据收集和分析，以便更好地鉴别和发展处理孕产妇死亡和并发症的应变机制，当中包括要求所有州每年向联邦机构（包括疾病控制和预防中心）报告孕产妇死亡率和发病率，以及统一数据收集的工具。

## 2/孕产妇保健和人权

**“人人有权享受为维持他本人和家属的健康和福利所需的生活水准，包括... 医疗... 母亲和儿童有权享受特别照顾及协助。”**

《世界人权宣言》第 25 条

本报告把孕产妇的健康问题视为人权问题，可预防的孕产妇发病（生病或受伤）和死亡可以是因为侵犯各种人权而造成的，或是从侵犯人权中反映出来，当中包括生命权、不受歧视的权利，以及得到可达到的最高健康标准的权利。<sup>28</sup> 各国政府有义务尊重、保护和实现这些权利和其他人权，并最终要保证保健服务体系可确保这些权利是普遍而公平的。

美国已批准了两条保证这些权利的主要国际人权条约：《公民权利和政治权利国际公约》及《消除一切形式种族歧视国际公约》，美国还签署了两项实践这些权利的重要国际条约：《经济、社会、文化权利国际公约》和《消除对妇女一切形式歧视公约》，因此，美国有责任避免作出违反这些条约的目的和宗旨的行为。

此外，2009 年 6 月，美国支持由联合国人权理事会通过的一项决议，这确认可预防的孕产妇死亡和发病是人权挑战，而且需要促进和保护妇女和女童的人权。<sup>29</sup>

这一承诺也反映在美国当局的声明和决议，国务卿希拉里·克林顿曾表示，孕产妇健康是美国政府全球卫生议程的一部份，<sup>30</sup> 而美国国会众议院和参议院在 2008 年通过了议决，承诺采取更多措施降低国内外的孕产妇死亡率。<sup>31</sup>

**美国参议院作出更坚定的承诺，以减低在国内外的孕产妇死亡率... 并认识到获得高质量而可负担的卫生保健，对改善孕产妇健康是必不可少的。**

参议院决议，2008 年 7 月 21 日

### 生命权

多条国际人权条约保障了生命权，其中包括《公民权利和政治权利国际公约》，当中规定人人有固有的生命权，任何人不得被任意剥夺其生命权。

人权事务委员会作为解释《公民权利和政治权利国际公约》的组织，已注意到保护生命权“需要各国采取积极措施。”<sup>32</sup> 在这方面，生命权和健康权是紧密相连的，例如，委员会强调生命权的释义应是广义的，其中包括公共卫生措施；委员会又呼吁各国减少可预防的孕产妇死亡，确保妇女可享用家庭计划和堕胎服务，并以此作为它们在《公民权利和政治权利国际公约》中保护生命权的部份义务。<sup>33</sup> 像所有的人权，生命权也必须在不受歧视下得到保障。

### 免受歧视的权利

**“缔约国承诺禁止并消除一切形式种族歧视，保证人人有不分种族、肤色或民族或人种在法律上一律平等的权利，尤得享受... 公共卫生[和]医药照顾的权利。”**

《消除一切形式种族歧视国际公约》，第 5 (e) (iv) 条

不受歧视地享有人权，是国际人权法的基本原则。<sup>34</sup> 国际法禁止歧视的范围广泛，包括人种、性别、性取向、宗教、语言、民族或社会出身、种族或原住民或其他身份的歧视。

《公民权利和政治权利国际公约》明确允许非公民不能享有某些权利（例如第 25 条有关投票权和公共服务），“一般的规则是，必须确保公约内的每一项权利，而不区别对待公民和[非公民]也可享有。”<sup>35</sup> 因此，《公民权利和政治权利国际公约》保护的大多数权利，是在不受歧视的情况下适用于公民和非公民，包括生命权和不受歧视的权利。<sup>36</sup> 同样，虽然《消除一切形式种族歧视国际公约》允许区别公民和非公民，但这不会影响美国履行其他国际法律义务，以保护非公民不受歧视，而以公民身份来区分会在《消除一切形式种族歧视国际公约》下构成歧视，也与公约的法定目的不相符。<sup>37</sup>

《消除一切形式种族歧视国际公约》禁止带任何目的或效果而构成歧视的政策或做法，<sup>38</sup> 联合国人权事务委员会还指出，《公民权利和政治权利国际公约》所禁止的歧视，应被理解为包括歧视性的目的和效果，<sup>39</sup> 因此，一些政策或做法，若对受保护的群体做成不相称的影响，就可能构成歧视和违反国际法。<sup>40</sup> 美国没有遵守禁止歧视的协定，而且在大多数情况下，联邦法院只在可证明产生歧视性意图时才保护免受歧视。消除种族歧视委员会（负责解释《消除一切形式种族歧视国际公约》的组织）拒绝接纳美国的做法。<sup>41</sup>

根据《消除一切形式种族歧视国际公约》，美国不仅要避免采取任何可能具有歧视性目的或作用的行动，而且也必须保证“在法律上一律平等的权利，尤得享受... 公共卫生[和]医药照顾的权。”<sup>42</sup>

消除种族歧视委员会发现，美国政府在消除种族不平等现象方面并没有尽责。该委员会指出，“种族之间的差距，在性和生殖健康领域继续广泛存在，特别是高孕产妇和婴儿死亡率存在于属少数种族、少数人种和少数民族的妇女和儿童当中，并以非洲裔美国人为甚。意外怀孕和流产率之高更影响非洲裔美国妇女”。<sup>43</sup> 该委员会建议，美国政府需要解决性和生殖健康方面的持久种族差距，特别是：

- 改善获得孕产妇保健、家庭计划、产前产后护理和紧急产科服务的途径，包括通过减少获得医疗补助计划的障碍；
- 促进获取足够避孕药和家庭计划的方法，以及
- 提供适当的性教育，旨在预防意外怀孕和性传播感染。

## 健康权

多条国际人权宣言和公约保障健康权，而这项权利与其他权利是密切相关的，特别是生命权和不受歧视的权利。

享有健康权并不意味着有权利变得健康；政府不能完全保证良好的健康，但是，它确实对政府施加责任，要求政府创造出人人能够尽可能健康的条件，这不仅包括确保适时适当的卫生保健，而且还包含其他带来健康的必要条件，包括获得足够的食物、营养、卫生和住房。<sup>44</sup>

美国还没有充分承认健康权或建立一个系统为所有人提供卫生保健，例如，美国最高法院发现，美国宪法并没有规定任何州将健康护理纳入公共福利的一部分，然而，作为两条保障健康权的主要国际条约——《经济、社会、文化权利国际公约》和《消除对妇女一切形式歧视公约》的缔约国，美国应努力采取措施来实现保障有关权利，并有义务避免采取有损其目的的行动。此外，了解健康权的范围，对判断美国是否已经履行了它已经批准的条约是很重要的——例如，美国是否已经履行了《公民权利和政治权利国际公约》的义务，以保护生命权，或是否已经履行了《消除一切形式种族歧视国际公约》的义务，保证人人平等地获得公共卫生和医疗服务。<sup>45</sup>

联合国经济、社会和文化权利委员会（负责监察执行《经济、社会、文化权利国际公约》的组织）- 是迄今就健康权的内容提供最权威定义的机构。它指出，为了实现健康权：

- **必须提供**充足的卫生设施、训练有素的专业人员和基本药物；
- 必须不加区别地为所有人提供实质上、经济上**可及的**卫生设施、货品、服务和卫生信息；
- 卫生设施、货品、服务和信息必须是**合适的** - 即尊重医学伦理，在文化上是适当的和对性别要求有敏感度，以及；
- 卫生设施、货品、服务和信息必须是在科学和医学上是适当的，而且是**优质**。<sup>46</sup>

《消除对妇女一切形式歧视公约》要求各国政府采取具体措施，以确保妇女能够获得孕产妇保健和其他性与生殖健康相关的服务，以降低孕产妇死亡率，这些措施包括：妇女一生也拥有基本的卫生保健服务；性健康和生殖健康的教育和信息；性保健和生殖保健服务，如家庭计划服务；产前保健服务；熟练的医务人员参与分娩过程；紧急产科护理和产后保健服务。<sup>47</sup>

根据《公民权利和政治权利国际公约》，美国有责任确保言论自由，包括“寻求，接受和传递各种消息和思想的自由”。<sup>48</sup> 这对个人能够实现其他人权，包括健康权，是至关重要的。而健康权又包括获取信息及有关健康（包括性和生殖健康）教育的权利；并有权在社区、国家及国际层面参与有关卫生的决策。<sup>49</sup>

## 人权原则

除了生命权、不受歧视的权利和健康权，人权法还定下原则以评估美国为解决孕产妇死亡和发病而作出的努力，这些原则包括不后退、参与和问责。

虽然健康权不能立即实施，但政府有责任证明他们正在努力去实现这些权利，而且是没有倒退的。美国在过去 20 年没有减少孕产妇死亡率，这表明了他们在解决这一问题上没有取得进展。

以权利为基础的办法来解决孕产妇健康的问题，是需要服务于卫生保健系统的个人和社区，还有医护人员有意义的参与。妇女在孕产妇保健方面只有有限的选择，反映了政府在决策过程中未有让社区成员和倡议组织参与，从而订定适当的、高质量的孕产妇护理服务。因保健选择的资料不足，以及在决策过程中没有让妇女参与，致使妇女未能以个人的能力去积极参与订定属于她们自己的保健方案。有关孕产妇保健、护理服务可及性及卫生预后的差距，现在并没有全面的信息和数据，加以缺乏有效的系统去不断分析全国数据，这些都妨碍了有效参与和评估降低孕产妇死亡和发病的方案及政策。

## 3/歧视和孕产妇保健

**“孕产妇死亡率令人震惊，你怎么能生活在压迫之中，只能得到二流的护理，而没有反映在结果上？... 除非我们得到一视同仁的对待，否则黑人妇女会更容易死亡。”**

国际特赦组织于 2008 年 8 月 28 日访问俄勒冈州波特兰市传统分娩国际中心主席莎菲亚·梦露 (Shafia Monroe)

**“一切出自她口中的都是关于我的肤色，她说‘你是我第一个见过的黑人，’就这样她讲了 20 分钟，我坐在那里，而且不得不面对这一切。在此之后，我走了，再也没有回去。”**

美国原住民妇女寻求产前护理，威斯康星州，国际特赦组织关注组，2008 年 7 月

**“是的，我讲西班牙语。但在这家医院，我们只说英语。”**

接受国际特赦组织访问的女子回忆在 2008 年于哥伦比亚特区一间私立医院中，一名协调员回应一名需要照超声波的女子情况<sup>50</sup>

有色人种的女性，比人口中其他女性更容易在怀孕或分娩期间死亡，死于与怀孕有关的病因的黑人妇女，比白人妇女高出近 4 倍。<sup>51</sup> 高风险怀孕的差距就更大，非裔美国妇女的死亡率比白人妇女高 5.6 倍。确诊患上妊娠高血压综合症（子痫症及子痫前症）的妇女中，非洲裔和拉丁裔妇女的死亡率比白人妇女分别高出 9.9 和 7.9 倍。<sup>52</sup>

死于与怀孕有关病因的黑人妇女，比白人妇女高出近 4 倍。

歧视是深深地影响妇女得到健康机会的首要原因。有色人种妇女以健康的状态怀孕，其可能性是较低的，那是因为基本的卫生保健服务并不足够，她们也有较少的机会获得足够的孕产妇保健服务。与白人女性接受迟来，甚至没有接受产前护理的机会率相比，美国印第安妇女和阿拉斯加原住民女性、非裔美国妇女、以及拉丁裔妇女的比率分别为 3.6 倍、2.6 倍和 2.5 倍，<sup>53</sup> 而且他们可能得到较差的护理，并会受到歧视和不当的文化对待。

美国的歧视情况有悠久的历史，这包括了妇女在性和生殖健康领域，例如在 20 世纪 70 年代就出现了低收入妇女被迫接受绝育手术的局面，而拒绝的话会被威胁撤销社会福利。<sup>54</sup> 有些医生拒绝为低收入黑人妇女接生或堕胎，除非她们首先同意接受绝育手术。<sup>55</sup> 1972 年至 1976 年之间，数以千计原住民妇女在没有医疗需要及未经同意的情况下被绝育，<sup>56</sup> 这些政策和做法造成了受影响社区对医疗制度毫不信任的态度。

美国政府有责任在平等和不歧视的基础上，为所有妇女提供所需的服务和资料，以确保她们在一生中任何阶段也能享有最高质量的保健服务。然而，现有的证据表明，美国并没有履行这一义务。

### 不足和不适当的护理

#### 伊莎贝尔 (Isabel)

伊莎贝尔 (化名) 是无证移民，能讲有限度的英语。她在 2005 年 27 岁时首次生小孩。她前往她家 (田纳西州的曼菲斯) 附近一私家医院要求入院，接待员最初拒绝了，并说她需要去公立医院，但伊莎贝尔坚持说她的医生告诉她，他将会在那里见她。她告诉国际特赦组织：“我开始痛苦地倒下，最后，他们让我坐在轮椅上... 我以为我会死掉，我当时痛死了。他们刚进来就说，‘闭嘴！’一名护士说：‘每个人都可以听到你了，给我闭嘴，否则我们就把你扔出去。’第二天早上，他们仍把我置在轮椅上，我感到孩子要来了，我怕他会落在地上，我准备

去抓住他... 当我的医生终于来了时, 我哭了, 我觉得放心了, 如果他没有来, 我就要独自分娩, 在医院里独自一人, 是多么残忍啊。”

国际特赦组织于 2009 年 2 月 3 日访问伊莎贝尔, 曼菲斯

歧视性态度阻碍妇女在有需要的时候接受治疗, 对她们健康有非常严重的后果。例如, 人们普遍承认, 产前护理是促进安全怀孕的关键因素, 但是, 有色人种妇女可能得到迟来的产前护理, 或根本没有产前护理, 这是令人深感不安的; 再如在南达科他州, 美国原住民妇女能获得产前保健的机会, 可能只是白人妇女的一半。<sup>57</sup> 一项有关获得产前保健差距的研究发现, 大多数妇女想要得到早期护理, 但却面对重大的障碍。<sup>58</sup>

有色人种妇女获得家庭计划服务的机会也较低, 而意外怀孕率则较高。意外怀孕对健康的影响包括增加妇女的发病率, 而且会对婴儿的健康产生不良的影响。<sup>59</sup> 同样, 数字显示意外怀孕对有色人种妇女产生的影响不成比例地高。一项研究发现, 百分之六十九的非洲裔妇女和百分之五十四的西班牙裔妇女指出她们是意外怀孕的, 而白人妇女就只有百分之四十。<sup>60</sup>

一项全国性的研究发现, 少数族裔成员在质量较低的医院接受护理, 其机会率不成比例地高。<sup>61</sup> 研究还发现, 有色人种妇女和移民妇女接受的护理质量也有差距。一个州有关孕产妇死亡的研究发现, 非洲裔美国妇女之中, 有百分之四十六的孕产妇死亡是可以预防的, 而白人妇女中可预防的死亡率为百分之三十三。同样的研究指出, 优质护理是超过一半可预防死亡个案中的其中一个因素。<sup>62</sup> 另一项研究发现, 与美国出生的白人妇女相比, 墨西哥出生的妇女感染并发症的比率整体较低, 但因不达标准的产科护理而引起并发症 (如产后出血, 严重割伤和严重感染) 的比率却较高。<sup>63</sup>

### 伊莉莎 (Eliza)

2008 年 10 月, 21 岁的拉丁裔女子伊莉莎 (化名) 已怀孕两个月, 她的前配偶毒打和强奸她。据她给警察的口供, “他用双手勒着我, 使我昏过去了... 然后, 他开始用拳头打我。他踢我的腹部 [和] 背部, 令我的肝脏受损; 他又踢我的脸, 令我失去两颗牙齿... 他停手后, 我已全身是血, 不能动弹, 他强奸了我。” 袭击事件发生后, 伊莉莎被现任男友送往医院, 在急诊室的工作人员说, 他们不明白她在说什么, 并告诉她要等一会, 因为当时没有传译员。一名支援人员告诉国际特赦组织: “他们离开了 3、4 个小时后 - 她仍是这么痛苦, 她只是想清理一下和躺下来... 为什么工作人员要等传译员来才见她呢? 即使你不懂那种语言, 也可看到她整个脸也塌陷了。那种看法就是: ‘这些人是不值得。’” 第二天早上, 伊莉莎在另一家医院接受治疗。尽管她受了伤, 但胎儿安然无恙。

国际特赦组织于 2009 年 2 月进行访问, 并由田纳西州曼菲斯的基督教女青年会家庭暴力倡导者提供了倡导者和警察报告

### **“在卫生保健设施中, 黑人妇女往往不被重视, 我们的症状每每被忽略。”**

国际特赦组织于 2008 年 8 月 28 日访问俄勒冈州波特兰国际传统分娩中心的主席莎菲亚·梦露 (Shafia Monroe)

国际特赦组织听说有色人种妇女在不同的卫生保健环境中面对不恰当行为和不当的照顾, 影响到保健服务的可及性和质量。

基于性别、种族、原住民地位、移民身份、语言和贫困的歧视交织在一起, 造成一种气氛, 令妇女的需要和权利经常被忽视。目前, 只有 4 个州已经立法要求医学生或医生完成文化素质课程, 作为他们获取执业牌照或认证方案的一部分 (见附录 A)。<sup>64</sup> 健康与人类服务部内的少数



族裔健康办公室还制定了“健康护理中文化和语言适当服务的 14 个国家标准”，为卫生保健提供一致的文化和语言对应方法，但有关标准还没有在全国实施。<sup>65</sup>

### 金姆 (Kim)

金姆 (化名) 告诉国际特赦组织，她想在家中分娩，但最终还是剖腹产子。她说：“我本来可以更好地处理这种情况，只要他们解释为什么我需要做剖腹产，但他们并没有解释为什么我不能阴道分娩。这是剖腹产，就是这样，其他选择也被排除了。一位医生在金姆分娩后把她带到一旁，并告诉她：“我们没有很多黑人患者，他们只是不习惯你的个性，也不习惯你问的问题和说的话，挑战和阻碍他们的诊断。”金姆说：“我很了解他们对我的看法，他们有这样的假设 - 我是一个年轻的黑人女孩，所以我明显就是贫穷而且没有受过教育的... [但是]我问的问题是一步一步来的，我越问得多，医生对我的仇视就越深。我在剖腹产子后，他们叫来医疗补助计划的代表和我说话。我说：‘你还没有问我是否合乎资格！我的年收入是 6 万美元。’在我女儿的出生证明书上，... 他们查出我没有接受大学教育，但我有一个更高的学位。这是毁灭性的，我要求他们更改资料，他们说：‘不行了，我们不能更改它，它已经寄了出去，没有人会看到它，所以没有关系。’”

国际特赦组织于 2009 年 3 月 6 日在北卡罗来纳州阿什维尔进行访问

国际特赦组织收到一些报告，指出没有保险的妇女，或是被假定没有保险或受保于公共医疗保险计划的妇女，都受到冷漠的对待，有时甚至被劝阻寻求有关服务。拉丁裔妇女说，他们经常在等候室等待很长时间，并感到被忽略，或工作人员蔑视她们。

**“当他们说，‘你想要什么！?’ 好吧，我想离开”。”**

国际特赦组织于 2009 年 2 月 3 日在田纳西州曼菲斯访问一名拉丁裔妇女

**“我们经常听到妇女说，他们把那些来寻求服务的人看成是对系统的骚扰一样，曼菲斯社区是非常分化的。”**

国际特赦组织于 2009 年 2 月访问田纳西州曼菲斯的服务提供者

从妇女、保健提供者和倡导者提供的报告表明，给予妇女的信息往往是不充分的，并损害她们的知情同意权，特别是有色人种、没有保险或领取医疗补助，以及不会说英语的妇女，她们能参与有关自己的护理决策，可能性仍是较低。一名孕产妇健康倡导者告诉国际特赦组织，一个在曼菲斯的非洲裔美国妇女于 2005 年被解雇后，就变成没有保险了。当她怀孕时，她符合领取医疗补助的资格。倡导者形容这名妇女在怀孕时有严重的并发症，但发现工作人员的态度却阻碍了她获得服务的质量：“这真是令人沮丧，他们摆出高高在上的样子跟她说话，而且一切都没有解释。她告诉我，她为她受到的对待而感到震惊... 这真是大开眼界。她要努力争取得到她所需要的信息。”该名女子最终失去了孩子。今天，她在一家为孕妇提供家访及支援服务的机构工作。<sup>66</sup>

美国的印第安和阿拉斯加原住民妇女还报告受到文化上不适当和歧视性待遇，这对许多在离她们社区以外地方寻求卫生保健服务的妇女来说，尤其是个问题。

**“他们没有尊重美国印第安人的价值观，这些价值观（在出生时）是很重要... 你被送到一个白人城镇的诊所或白人的医院，他们像对待二等公民般对待你，因为他们知道他们不会因此而得到跟有一般保险的人同样的报酬。那些人不是透过[印第安人健康服务局]合约保健而受到保障的。他们对你的态度就像你是一头牛，而不是一个人，一个同样值得关心和得到尊重的人。”**

国际特赦组织于 2008 年 7 月 9 日访问威斯康星州拉克迪弗明博大湖区部落流行病学中心流行病学家以赛亚·布鲁克伦格（玫瑰花雷族部落）

## 贫穷和健康

**“最突出的问题不是影响有色人种妇女的病，而是贫穷、无家可归、缺乏医疗保健，以及被剥夺人权，这些才是很多问题的根源。”**

姐妹之歌，有色人种妇女，生殖健康与人权 67

社会和经济状况从本质上是与健康息息相关的。低收入妇女可能很少有机会获得足够的营养、安全的住房和有关健康的信息。卫生保健基础设施的投资，如设备和服务，往往集中在富裕地区。<sup>68</sup> 研究表明，孕产妇及胎儿健康会因低收入的压力和终身受到种族主义影响而受损 - 这些压力会在身体内累积，对妇女在怀孕时有不良影响。<sup>69</sup>

历史和目前的差距和歧视意味着有色人种在美国的低收入群体中不成比例地多，而妇女可能比男士更贫穷。生活在贫困之中的有色人种妇女，至少是白人妇女的 2 倍；大约有四分之一黑人和拉丁裔妇女收入低于联邦贫穷标准。<sup>70</sup> 拥有年幼儿童的单亲妇女尤其危险 - 2000 年，百分之四十六拥有 5 岁以下儿童的单亲妇女收入低于联邦贫穷标准。<sup>71</sup>

**“[医]生不是在社区之中... 他们的理解是有限的，而这也限制了护理质量。[例如]，得到食物在这里是个真正的问题，但却没有人解决这个问题。”**

国际特赦组织于 2008 年 12 月 16 日在中西部地区印第安人保留区访问母婴保健护士

## 医疗保险的差距

一个人能否得到医疗保健，取决于他们是否有保险，如果他们有的话，下一个问题就是那保险是私人的还是公立的。医疗保健往往是不稳定的，它与自己的工作、经济状况、个人在哪个州或城市居住，以及个人本身的医疗问题挂勾。（见美国的医疗护理保险，第 22 页）医疗护理保险可及性和成果的差距相当大。

在美国 3.08 亿人口中，有相当大比重的人是缺乏医疗保险（见附录 D）。2008 年，4600 万人（即每 6 个居住在美国的人有一个）完全没有医疗保险，数字相当惊人。<sup>72</sup> 这个数字更因经济衰退而上升，目前估计在 2009 年有接近 5200 万人没有保险。<sup>73</sup> 在过去两年，有高达 8700 万人发现自己在某种程度上没有医疗保险。<sup>74</sup> 虽然少数族裔的成员只占人口中约百分之三十四，<sup>75</sup> 但他们在没有保险的人口却约占一半。<sup>76</sup>

**“以一个月入 1200 美元的家庭为例，你要支付租金、食品、燃气 - 还有，一个 4 口之家要支付 300 美元的医疗保险，他们没有足够的金钱来支付的，或者，他们可以支付保险，但就没钱吃饭了。”**

国际特赦组织焦点小组于 2008 年 7 月 8 日在威斯康星州乡郊访问了一名拉丁裔女子

与 1999 年相比，在 2008 年，有更多美国人没有保险。<sup>77</sup> 低收入工人不太可能得到员工保险，但他们当中有很多人不符合申请医疗补助计划，又不能负担私人保险。<sup>78</sup> 没有保险的白人占百分之十三，而西班牙人（百分之三十六）和印第安人（百分之三十三）则各有三分之一人口是没有医疗保险的，另百分之二十二的非裔美国人也都没有医疗保险。<sup>79</sup> 住在美国的人，有超过百分之四十四不是美国公民；2008 年就有 950 万人没有保险，主要是由于他们无法参与公共保险计划，<sup>80</sup> 而在 2008 年，无证移民当中将近百分之六十的成年人没有保险。<sup>81</sup> 直到最近，已登记的移民被禁止在五年之内接受公共保险，各州现在可选择为已登记的移民提供保险，但并非强制性。<sup>82</sup> 无证移民不符合资格申请医疗补助计划。<sup>83</sup> 紧急医疗补助计划为“紧急医疗状况”提供服务，那是不要公民身份的，只要申请人符合其他资格便可。<sup>84</sup>

没有保险的人在有保健护理需要时所得到的选择是有限的，虽然美国联邦法律规定，在发生严重的医疗紧急事故时，医院不能拒人于急诊室门外（至少直到他们的情况稳定下来），<sup>85</sup> 但治疗费用却可令家庭陷入贫困，甚至令他们面临长期债务或破产。

对低收入者来说，社区卫生诊所是重要的护理来源，其中包括联邦合格健康中心。它们根据收入和家庭规模大小以滑动比例方式提供服务。2007年，上述诊所服务超过1,600万患者，当中将近四分之三的患者是没有保险或受惠于医疗补助计划。<sup>86</sup> 然而，联邦合格健康中心只在百分之二十左右的医疗服务不足地区提供服务，<sup>87</sup> 以至很多人不能受惠于这个重要的安全网。

## 美国的医疗护理保险

美国有几种类型的私人 and 公共资助医疗保险，医疗保险可透过雇主作为直接利益给予个人，或由个人购买，或通过政府资助的项目，例如医疗补助计划。没有保险导致每年估计有45,000人死亡——即每12分钟就有一人死亡。<sup>88</sup> 疾病或医疗费用是导致破产的主要原因，2007年，百分之六十二的美国破产案就是由此造成的。<sup>89</sup>

数以百计保险公司、多款不同的保险计划和回报组合已造成庞大的浪费和高昂的行政开销。最近，一项深入的研究发现，在1999年，美国约有百分之三十一的医疗费用是用于行政服务，即人均超过1,000美元，这比加拿大（307美元）的费用高出三倍，而加拿大是使用单一付款人系统的。<sup>90</sup> 医疗保险公司主要对股东负责任，财务问题可能影响有关医疗保健覆盖面和服务的决定，而不是考虑到公众和个人的效益评估。

***“盈利公司的最优先考虑就是要推高他们的股票价值... 为了满足华尔街那无情的盈利预测，保险公司会经常放弃利润较少或生病的投保人...”***

前保险行政人员温德尔·波特（Wendell Potter）于2009年6月24日在宾夕法尼亚州费城为美国参议院商业、科学及运输委员会作供的证词 91

### 以工作为本的医疗保险

美国大约有百分之五十八的人口是通过他们的雇主得到医疗保险的，<sup>92</sup> 雇员所获得的保险利益和要缴付的费用差异很大。<sup>93</sup> 自1999年以来，雇员平均支付的家庭医疗保险费用已增长超过百分之一百二十八。<sup>94</sup> 在同一期间，平均工资的增长就只有百分之三十六，<sup>95</sup> 因此，对于一些人来说，保险费用是高昂得令人望而却步。

然而，并非所有雇主也提供医疗保险。在最近一次的调查中，雇主并没有为百分之三十的低收入人士（年收入少于27,000美元）提供医疗保险。<sup>96</sup> 即使雇主提供医疗保险，有些员工却可能不符合资格，例如兼职工人。<sup>97</sup> 由于雇员保险是与特定的雇主挂钩，改变或失去工作往往意味着保险覆盖出现空窗期，或雇员完全失去保险。

虽然联邦法律规定，有超过20名雇员的公司必须通过1985年统一多项预算法在雇员失业后提供最长达18个月的医疗保险，但对失业人士来说，该计划的成本往往过高，因为失业人士自己也须缴交百分之三十五至百分之百的保险费。<sup>98</sup>

### 个人医疗保险

超过2,600万人缴纳个人保险费用，<sup>99</sup> 私人保险通常比以雇主为本的保险明显地昂贵，而且包括的服务往往较少，孕产妇保健有时并不包括在内。保险公司也可以拒绝受保已存

在状况，如怀孕、癌症、糖尿病和高血压。只有 6 个州保证拥有已存在状况的人可以用与他人相同的价钱投保。<sup>100</sup>

## 公共医疗保险

约 8,700 万人接受由政府资助的医疗服务，其中大约一半是 65 岁以上人士，另一半则是低收入人士。<sup>101</sup> 公共资助的医疗援助只提供给符合特定条件的人士，政府最大的公共融资方案包括医疗补助计划和儿童健康保险计划，也是联邦医疗保险与医疗补助服务中心负责营运的。<sup>102</sup>

医疗补助计划为超过 4,200 万人提供医疗保险，其中三分之二是儿童。<sup>103</sup> 低收入本身不符合资格申请医疗援助，医疗补助计划只提供某几类人士：儿童及其父母、孕妇、残疾人士和老人。<sup>104</sup> 儿童健康保险计划旨在为家庭收入高于符合申请医疗补助计划，但又没能力支付私人医疗保险的儿童。

医疗补助计划和儿童健康保险计划是由个别州和联邦政府联合资助的，虽然州政府必须遵守某些联邦规则，但它们有很大的斟酌空间去落实医疗补助计划，结果，医疗补助计划所提供的服务在每个州之间有明显的差别。医疗补助计划的收入门槛一般都非常低（见附录 D），例如在 33 个州中，有两名子女的妇女的年收入必须是 18,310 美元或以下（即 2009 年三口家的联邦贫困水平）才有资格申请。然而，在 13 个州中，有两名子女收入为 9,155 美元（三口家的联邦贫困水平百分之五十）的妇女也不符合资格。<sup>105</sup>

20 世纪 60 年代，当局订立联邦贫困指引，但指引一直受经济学家、政界人士、当地政府和学者批评，认为低估了贫困问题，因为指引已经过时、不准确也不完整，而且没有考虑到若干标准，像住房费用在全国各地的差异。<sup>106</sup>

繁琐的程序在妇女享用服务方面构成重大的官僚和财政障碍。<sup>107</sup> 2004 年，接近百分之七十五合格而没有保险的儿童和百分之二十八未投保的家长没有登记参加。<sup>108</sup>

## 没有保险人士

据估计，在 2009 年 1 月，5,200 万在美国生活的人完全没有医疗保险，<sup>109</sup> 大多数没有保险的大已有至少一年没有保险，<sup>110</sup> 没有保险的人在不同的州所占的比例差异很大，从高至百分之二十五点二（德克萨斯州）<sup>111</sup> 到低至百分之二点六（马萨诸塞州）<sup>112</sup>。

***“经济衰退时... 保险服务进一步崩溃。当受保工人失去工作，他们也同时失去自己那份以工作为本的医疗保险... 据估计，全国失业率每上升一个百分比，就会有额外 100 万美国人转向医疗补助计划，而另外 110 万人会变成没有保险的人。”***

华盛顿哥伦比亚特区医疗补助计划和未受保者凯泽委员会执行董事黛安·罗兰 (Diane Rowland) 113

经济不景气导致失业率上升，这也促使雇主削减福利，而州也会削减医疗补助计划的经费，结果，没有保险的人数有所增加。2009 年 10 月，随着全国失业率达到 10.2 个百分点（26 年来最高），<sup>114</sup> 45 个州和哥伦比亚特区面临经费短缺的情况。2009 年初，一半的州和哥伦比亚特区已颁布或提议削减医疗补助计划和儿童健康保险计划的经费，包括进一步限制申请资格、削减福利及偿还金额。<sup>115</sup>

## 保健护理服务可及性的差距

**“长期存在的保健差距，影响少数民族、少数民族和少数族裔人士。委员会建议，[美国]需继续努力，通过消除目前令上述人士获得充分医疗保健的障碍和限制来解决问题，有关障碍和限制包括没有医疗保险；医疗保险资源分配不平等；在提供卫生保健时持续出现种族歧视，以及公共医疗服务质量低劣。”**

联合国消除种族歧视委员会对美国的综合观察，2008年3月5日。

在依靠医疗补助计划或儿童健康保险计划的人当中，有色人种妇女占了不相称的比例，因而，她们在透过公共资助项目获得保健服务时，也就最受当中的障碍影响。<sup>116</sup> 立法和政策限制申请资格和妨碍或拖延妇女获得公共医疗服务，使她们在获得优质医疗服务时永久存在不平等的现象，当中包括孕产妇保健服务。

2005年的赤字削减法允许各州向医疗补助计划的受助人征收保费或自付额，并可拒绝为不能负担的人提供医疗保健，例如，各州可能需要申请人在加入医疗补助计划前预付保费；该法例还要求个人在申请医疗补助计划时出示证明公民或移民身份的文件，这尤其影响低收入的美籍公民，他们没有所需要的文件（如出生证明或护照），而且又负担不起申请所需的费用。<sup>117</sup> 例如在阿拉巴马州，新规定生效后六个月内，3,500名曾经参与医疗补助计划的儿童已被剔除在外，因为他们不符合提交文件的要求；其中六成成为非裔美国人。<sup>118</sup>

医疗补助计划中持续的不平等现象可从每名病患者的经费中反映出来，每名白人病患者的平均经费（6,134美元）大大高于其他人口的组成部分 – 非裔美国患者（4,202美元）的近1.5倍，西班牙裔患者（2,563美元）的两倍。<sup>119</sup>

**“你在分娩前不会被接见。”**

印第安人健康服务局设施的指示 120

印第安人健康服务局隶属美国健康与人类服务部，它为印第安人和阿拉斯加原住民提供医疗设施，可是，印第安人健康服务局面对长期和严重资金不足、资源和工作人员短缺。<sup>121</sup> 美国公民权利委员会的报告发现，在2003年，美国的全国人均医疗开支是5,775美元，但印第安人健康服务的就只有1,900美元。<sup>122</sup>

不同于医疗补助计划，印第安人健康服务是通过年度拨款法案获得经费的，哪些服务及设施受到资助，系统可获多少资金，每年的差别也很大，这种资助方式令到资金行常地在每年6月耗尽，令部落成员在10月得到新拨款前无法得到照顾（紧急护理除外），正如一位美国印第安倡议者主张的那样：“六月之后不要生病。”<sup>123</sup> 有关方面需把印第安人健康服务的拨款经费跟医疗补助计划看齐，这样，印第安人健康服务的经费才更容易掌握。

非美国公民都不太可能受保，很多人难以获得充分的照顾。国际特赦组织收到很多关于无证移民妇女在抵达医院临盆前并没有见过医生的报告，当中有些人实际上有严重情况而需要接受监测和护理。

一位助产士告诉国际特赦组织：“我看到一位17岁没有受保的墨西哥女子，她儿时因先天性心脏缺陷接受了两次手术，我立即转介她到一家负责高风险病患的诊所。”经初步评估，诊所说那墨西哥女子应交由他们继续照顾，一旦得到医疗补助，母亲和婴儿两人都应该接受超声心动图和更密切的医学观察。”助产士说：“他们知道她是无证的，她是不可能得到医疗补助。而从她的医疗诊断来看，你可以打赌他们会给她发一张可怕的账单...她对我们的诊所来说真的太高风险了，我们不能承担失去执照的风险，但没有人会诊治她。”那女子怀孕7个月，只

可以“勉强呼吸，而且时常也感到疲惫”，但她仍无法得到产前护理，一家专门负责高风险怀孕的产科临床诊所终于同意治疗那名 17 岁的女子，她之后足月顺产，那名助产士于 2009 年 10 月告诉国际特赦组织：

**“就在分娩后短短数月，她又怀孕了，她没有后续的[产后]照顾，也没有得到任何避孕信息或药具，她回来找我们，因为没有人愿意收留她。所有人都没有彻底地全面考虑，她是最需要支持，特别是我们了解到她怀孕是多么危险的事。”**

## 4/孕产妇享用保健服务面对的障碍

### 特里娜·贝希特尔 (Trina Bachtel)

2007 年 8 月，35 岁的白人妇女特里娜·贝希特尔在婴儿夭折后两个星期去世了。据报导，她在怀孕时患上子痫前症，拥有这个症状的妇女需要在产前护理时接受仔细的监测。虽然她在怀孕时已有保险，但据说当地的诊所告诉她，由于她在几年前有医疗债务，尽管她已还清债务，但她仍需要缴交 100 美元押金医生才能照看她。当特里娜·贝希特尔病倒时，她延迟求医，而且无法负担当地诊所的费用。最后，她在 30 英里外的医院得到医疗护理，但她的儿子却夭折了。她后来被转送到 75 英里外的俄亥俄州哥伦布市，她在那里死亡。她家附近的两间诊所否认特里娜·贝希特尔是它们的病人。其中一间诊所的副行政官说，他们会对一些他们认为有能力但不愿意缴交费用的病人作出“信贷限制”。<sup>124</sup>

美国医疗保健系统的组织和资助方法并没有确保所有妇女获得可负担、适时和充分的产妇保健服务，因此，妇女，特别是有色人种、贫困和移民妇女，更有可能带着未治疗或未处理的健康情况进入怀孕时期；她们很少甚至是没有接受产前护理（因为受保出现延误）；在产后面对沉重的债务，以及只得到有限的产后护理。

美国必须保障妇女，特别是生活在贫困中的妇女或边缘群体，在公平而非歧视的基础上获得高质量医疗服务，以遵守有关孕产妇健康人权的标准和原则。健康权的人权原则要求各国特别重视高危群体，但美国并没有履行这些义务。

### 经济障碍

**“她们害怕收到帐单[是寻求服务的障碍]。当某人去照超声波，然后收到 1,000 美元的账单 - 她们就给吓坏了。”**

国际特赦组织于 2008 年 11 月 6 日在华盛顿特区玛丽孕产妇及儿童保健中心访问助产士弗雷西亚·玛尔波亚 (Felicia Marboah)

对有家人到达生育年龄的家庭来说，婴儿出生是他们最容易遇上而又最昂贵的医疗事件。<sup>125</sup> 能否获得足够的照顾，部分取决于妇女是否有保险、保险的类型、妇女生育的地点和设施的类型，以及妇女或婴儿是否有并发症。

**“即使在今天，我仍要为我女儿的出生而付钱 - 那是剖腹产，非常昂贵。我分期付款 - 我刚刚成功还清了麻醉的费用，花了差不多两年！但我仍欠近 6,000 美元。”**

国际特赦组织关注组于 2008 年 7 月 8 日在威斯康星州乡郊访问一名拉丁裔女子

百分之九十九在医院分娩的妇女，单是阴道分娩设备所需的费用就高达 8,300 美元至 10,700 美元不等；而剖腹产的医院设施费用则在 14,800 美元至 18,900 美元之间，另外还要看是否有并发症出现，<sup>126</sup> 以上还并不包括产前护理和分娩的专业医疗费用，这平均再加 4,350 美元至 6,000 美元。<sup>127</sup>

### **“我们不给着火的房子投保”**

一名保险公司代表在拒绝檀亚·布卢姆斯坦 (Tanya Blumstein) 的要求时据报所说的话。2008 年 7 月，据报她在怀孕时无法购买任何美国公司的私人医疗保健保险。<sup>128</sup>

联邦反歧视法规定，有超过 15 名员工的公司应将怀孕、分娩和相关的状况当作“暂时残疾情况”看待，并禁止雇主向妇女收取比男士高昂的保费，因此，大多数公司的保健计划包括了妇女因怀孕和分娩而需要的护理，而且妇女不需缴付额外费用。<sup>129</sup> 此外，包括孕产妇护理的雇主为本保险计划也不能因为新聘的孕妇怀孕而不给予她保险，只要她受聘前受保于其他保险。

取决于雇主提供的保险种类，妇女通过其雇主投保，一般也需要负担部份医疗费用，包括保费（保险成本）和扣除额（保险生效前必须支付的金额）。如果妇女失去了工作，她受雇主为本保险而得到的保障也失效。联邦法例没有涵盖的公司，例如规模较小的公司，雇主为本的计划只在 18 个州有包括怀孕有关的保健，另外 32 个州不提供该种保障。<sup>130</sup>

### **斯塔 (Starla)**

斯塔，27 岁，在她快要分娩第二个孩子时，她知道她工作了 8 年的俄亥俄饼干厂要关闭，而她的保险将在 3 天后被终止。斯塔于 2005 年生第一个儿子时，费用已是 9,000 美元，她知道她不能在无工作再加上家中有两名孩子的情况下支付分娩的费用。她要求她的助产士催生，希望在其医疗保险期满前两天分娩。翌日，她进行了紧急剖腹产。“我是被迫去做一些我不想做的事。”斯塔以为她的保险将支付分娩的费用，因为她是在保险终止日期前分娩的，但她的索偿被拒绝了，她因而需要支付 18,000 美元的医疗费用。斯塔说，“我们已有两个月没有缴交租金了，电费也逾期了。”根据联邦法律（统一多项预算法），下岗的人一般可以申请将他们公司的保险计划延长 18 个月，但必须由当事人自己支付全部保险费，可是，由于斯塔的公司已经申请破产，她就不能受惠于统一多项预算法的规定。<sup>131</sup>

个人医疗保险受到的规管比以雇主为本的计划更少，妇女可能要缴交更高的保费，但并没有任何规定要包括孕产妇护理服务。个人的孕产妇护理保险经常难以得到，而且费用高昂，例如在加利福尼亚州，约 805,000 人（占个人保险的百分之七十八）的保险并不包括孕产妇护理，<sup>132</sup> 保险公司往往以“已存在状况”（即怀孕）为理由，拒绝为孕妇提供保险。一项调查了超过 3,600 份保单的研究发现，只有百分之十三的医疗保险包含全面的孕产妇护理，<sup>133</sup> 有些公司需要额外的费用（可高达每月 1,100 美元），以包含孕产妇护理，而且可能只支付部分护理费用。<sup>134</sup>

保险公司可能会向进行过剖腹产的妇女收取更高的保费，或在一段时间拒绝承保另一次剖腹产或怀孕，或完全拒绝为妇女承保。<sup>135</sup> 加州州政府的一项调查发现，保险公司聘请员工调查有潜在高昂索偿状况（包括怀孕）的客户，以便找借口撤销其保险；即使是很轻微的医疗纪录，只要之前没有报告，也会被用作撤销保险的借口。<sup>136</sup>

公共医疗保险可给低收入妇女提供服务，医疗补助计划的经济资格要求对怀孕妇女有较少的限制，然而，它们在各州也有很大的差异（见附录 B）。<sup>137</sup>

**“医疗保险的费用高得荒谬...没有人应挨饿而去看医生。”**

国际特赦组织关注组于 2008 年 7 月 8 日在威斯康星州乡郊访问一名拉丁裔女子



## 没有保险

一个无家可归的女子违反了她的缓刑条件以便在怀孕近八个月时受刑监禁，因为她急于得到医疗护理和庇护所。她的朋友告诉国际特赦组织说，她“自首了...只是希望让她的孩子可以得到一些护理和顺利生下孩子。”

国际特赦组织关注组，威斯康星州沃索，2008年7月11日

相当高比例的育龄妇女没有任何医疗保险，近1,300万名15岁至44岁的妇女（即每5名妇女中的一人）没有投保。<sup>138</sup> 在大多数州，一些因收入而被排除在医疗补助计划之外的妇女，以及无证移民，也不符合资格申请公共援助以得到产前护理；然而，她们的收入却不足以支付私人保险，超过百分之四的妇女在分娩时没有任何私人保险或政府医疗救助。<sup>139</sup> 国际特赦组织跟很多完全没有接受过产前护理的妇女谈过，她们表示她们根本负担不起。

### 朱莉娅 (Julia)

15岁的朱莉娅（化名）从墨西哥来到美国照顾5个弟妹，好让她的母亲可以工作。2007年7月，她母亲的男友强奸了她，令她怀孕了。支援人员告诉国际特赦组织，没有人愿意为她提供产前护理，除非她同意放弃孩子，让别人收养，她拒绝了：“朱莉娅坚定不移地要保住孩子 - 要她生了小孩而不让自己亲手照顾他，她是想也没法想象的。她唯一接受过的检查，是为刑事案件而确认怀孕。”

国际特赦组织于2009年3月11日访问基督教女青年会移民妇女服务部，以及参看2007年9月14日的曼菲斯警察事件报告

根据急诊医疗和活跃产程法，医院不能拒绝在分娩的妇女，无论她是否有能力付账。<sup>140</sup> 但急诊医疗和活跃产程法并不能保证妇女在分娩后不会收到护理费用的账单，这可能会导致她们负债或破产，尤其是接受剖腹产的妇女，或因并发症而需要更多医疗干预的妇女。虽然一些医院有时会因妇女无能力支付而注销账单，以作为慈善医疗，但情况并非总是如此。急诊医疗和活跃产程法也未能包括产前和产后护理，以及任何超越“稳定”怀孕或分娩期间的突发情况。

### 玛丽亚 (Maria)

玛丽亚（化名）5度怀孕期间，因她的移民身份而从没有获得任何公共援助，令她无法负担产前护理。2008年，当她快要分娩最后一个婴儿时，她去了医院，但医院却拒绝收留她，理由是她没有任何产前护理。她找到第二间医院时，院方终于接受她住院。她等了6个小时后，“我通过电话跟传译员对话，因为他们想核实我的保险。我问他：‘请，请派人来...请告诉他们孩子快要出来了。’每个人都讲英语，我很害怕。最后，一名护士走来检查我。”玛丽亚生下女儿，但不久后她开始感到不适。“我开始哭，还尖叫着，‘我不能呼吸！’...然后我[昏倒]。”玛丽亚三天后出院，但从来没有人解释发生了什么事，她没有任何的后续照顾，或得到任何药物建议：“我没有办法支付，所以我从来没有得到任何东西”。

2009年2月3日，玛丽亚于田纳西州曼菲斯

虽然保险公司和医疗补助计划与医院就费用协商，而这往往可减少相当大的实际费用，但没有保险的病人却需支付全额。<sup>141</sup> 在有些情况下，病人若要求降低费用，有时是可以减费的，但没有保险的人往往不知道这个可能性，很多国际特赦组织的受访者表示，一些医院和个案工作员



省略或拒绝告知有关减费或分期偿还等可行选择的信息。<sup>142</sup> 一名倡导者告诉国际特赦组织，一名个案工作员因帮助拉丁裔病人寻求降低费用的方法而受到谴责。<sup>143</sup>

**“人们不知道有这些选择，而我们周围的医院是不会告诉人他们有[财政援助]计划。他们在告诉你有这些计划时，就已经拿走募集而来的钱，还有你的家。”**

国际特赦组织关注组，威斯康星州史蒂芬斯角，2008年7月10日

妇女若不能得到公共援助或私人保险，可以寻求廉价诊所的产前护理，这些诊所根据个人的支付能力提供费用较低的服务。一些社区为本的诊所是联邦合格健康中心，它们接受联邦政府的资助，承诺不论患者的支付能力，也会治疗所有求诊者。但是，即使有联邦拨款，联邦合格健康中心仍依赖州和地方政府的拨款，以及私人捐款，许多中心仍然资金不足，无法满足社区的需要。

低成本诊所往往人满为患，资金不足，常常不能治疗在怀孕期间出现并发症而需要专门护理的妇女。国际特赦组织关注到一名低收入妇女加入了提供免费产前护理的计划，当她开始大量出血时，她去了医院急诊室接受治疗。当她回到诊所，她被告知他们不能再治疗她，因为她是“高风险”的病人，需要接受专家治疗。她为了获得必要的产前护理而负上8,000美元的债务。<sup>144</sup>

即使降低了费用，一些妇女仍是没有能力支付。在曼菲斯的一间诊所，低收入妇女每次缴交150美元接受产前检查，如果妇女跟随推荐方案接受8次检查，共要缴交1,200美元。<sup>145</sup> 国际特赦组织还了解到，一些低成本的设施需要收入证明才可符合减费的要求，失业或在非正规行业（例如家庭佣工）工作的无证移民妇女难以迅速或根本不能提供所需文件，这往往导致妇女不得不支付全额或放弃有关服务。

## 官僚主义障碍

**“[那些人不能驾驭系统，那些人就会输。你把信息输入系统，然后没有人会来帮助你。你等待再等待，当你等待时，你什么也没有，你没有得到服务，也不能重新申请。我把它称为‘等待炼狱’。”**

国际特赦组织于2008年12月11日在佛罗里达州“冬季花园”访问注册专业助产士詹妮·约瑟夫（Jennie Joseph）

## 索非亚（Sofia）

19岁的索非亚（化名）从危地马拉来到美国。她是家庭暴力的受害者，包括性暴力，她在2009年1月怀孕了，当时联邦调查局和移民及海关执法部就一起涉及贩卖妇女的案件拘捕她的男朋友。这两个部门把索非亚扣押在一间妇女庇护所中，因为她是案件的证人。索非亚不会英语，她告诉服务提供者她觉得非常寂寞 - 严格的保安要求加剧她的孤立感。服务提供者告诉国际特赦组织，因为她是无证移民，所以他们无法令她获得产前护理。“要[申请合法在美国居留]，她需要找律师：她怎么能负担得起？我们需要找一个从事慈善性服务的律师去接这个案件。但她有律师的时候，她将已生下小孩了！”虽然索非亚要求被驱逐出境，让她能与家人团聚，但移民及海关执法部和联邦调查局仍要她留在庇护所中，并承诺“加速”案件的进度。8周后，当她怀孕4个月身时，联邦调查局和移民及海关执法部终于安排她接受产前护理。

国际特赦组织于2009年2月和3月在田纳西州曼菲斯访问基督教女青年会移民妇女服务部倡导者，及参阅有关的书信

虽然有很多因素可影响妇女什么时候可开始产前保健，但国际特赦组织的调查结果表明，医疗补助计划的参加程序造成重大延误，令许多妇女在怀孕时才有资格加入。官僚的程序，包括个人访谈和繁琐而费钱的提交文件要求，加上缺乏处理申请的个案工作人员，全都构成重大的障碍和拖延获得服务，<sup>146</sup> 侵犯了健康权。<sup>147</sup> 根据 2005 年一项出示公民或移民身份文件的法律，妇女为了取得出生证明或护照，可能要付费和面对长期拖延的问题，<sup>148</sup> 这个过程可能需要长达 12 周。<sup>149</sup> 自限制措施开始后，多个州报告合格的美国公民申请加入的数字急剧下降。<sup>150</sup>

**“如果你去申请医疗补助计划，你需要有一封‘怀孕证明’信，上面列明预计分娩日期、上一次月经日期和胎龄。你从哪里得到那样的信？医生那里。如果你没有医疗补助，你又如何去见医生来得到那封信？”**

国际特赦组织于 2008 年 12 月 11 日在佛罗里达州“冬季花园”访问注册专业助产士詹妮·约瑟夫

据各州医疗补助计划办公室为回应国际特赦组织的调查而收集的数据，接受医疗补助的妇女，平均比州内一般妇女较少会在首 3 个月接受产前护理。

### 首 3 个月的产前保健 <sup>151</sup>

州	参与医疗补助计划妇女的百分比	各州平均百分比
蒙大拿州	75%	84%
亚利桑那州	71%	78%
俄克拉荷马州	63%	77%
华盛顿州	65%	70%

个案工作人员经常工时过长，他们要处理的个案数以百计，往往无法按时完成所要求的文书工作。<sup>152</sup> 联邦法规规定医疗补助计划的申请要在 45 天之内处理，而当中没有任何怀孕申请的区别程序。<sup>153</sup> 纽约州和内华达州的卫生部门报告说，医疗补助计划申请的平均处理时间分别为 30 天和 31 天；<sup>154</sup> 在华盛顿特区，百分之十七因怀孕而申请医疗补助计划的个案需要超过 30 天处理。<sup>155</sup>

**“我等了很久才收到医疗补助计划卡，但其他妇女的情况就更糟。许多妇女差不多要分娩了仍收不到。”**

国际特赦组织关注组于 2008 年 7 月 8 日在威斯康星州乡郊访问一名拉丁裔女子

**“我不知道我已经怀孕，因为我有服用避孕药。我去了医院，收到 3,000 美元的账单。当我要求加入医疗补助计划时，计划由那时起开始保障我，但并不包括（我怀孕）的首 3 个月。所以，我必须支付那 3,000 美元。”**

国际特赦组织关注组于 2008 年 7 月 9 日在威斯康星州乡郊访问安东尼娅

29 个州和华盛顿特区就医疗补助计划推出“预定符合资格”，允许孕妇在永久申请待决时，可获得临时医疗照顾，<sup>156</sup> 但是，即使有预定符合资格，妇女在寻求护理时仍然遇到拖延和障碍。例如，在佛罗里达州的助产士告诉国际特赦组织，要取得预定符合资格，妇女必须出示由医生或注册护士签发证明她们怀孕和预产期的文件，但是，为了得到有关文件，她们必须支付见医生或护士的费用，这是她们无法负担的。有些妇女其后可能会失去医疗补助，因为她们不知道必须完成额外的文书工作，才可在 45 天外继续享用医疗补助计划的服务。<sup>157</sup> 相反，路易斯安那州和康涅狄格州可让孕妇“加快加入”计划；据说有关程序在路易斯安那州只需 3 天。<sup>158</sup>

在一些州，孕妇的收入过高而不符合申请医疗补助计划，但又无法负担私人保险，她们也可透过儿童健康保险计划取得有限度的医疗援助。8 个州为低收入孕妇在怀孕期间和之后一段时

间提供保障；<sup>159</sup> 15 个州<sup>160</sup> 为“未出生的孩子”提供保障，但不包括与怀孕无关的状况。<sup>161</sup> 在阿肯色州和路易斯安那州，保险期在婴儿出生后结束，这意味着保障并不包括恒常的产后护理；<sup>162</sup> 威斯康星州的产后护理有效期为 60 天。虽然无证移民不符合资格申请儿童健康保险计划，但他们有部分能够在一些透过儿童健康保险计划为「未出生的孩子」提供保障的州中得到产前保健。

## 语言障碍

**“有一天，[在怀孕期间]我感觉不舒服，所以我去柏林[威斯康星州]，在那里他们从来没有传译员... 我只会说一点点英语，我试图解释说他们已经做了超声波，但到最后，医生说：‘你知道吗，我不了解你。我不知道你有什么。’不管怎样，他给了我一张 2,000 美元的账单 - 只有这一点我是理解的！”**

国际特赦组织关注组于 2008 年 7 月 8 日在威斯康星州奥姆罗圣母堂中访问一名拉丁裔女子

医学研究所发现，沟通障碍导致质量下降、不良健康预后和健康差异。<sup>163</sup> 国际特赦组织的研究还发现，语言障碍往往危及懂有限英语的妇女获得产妇保健服务的机会，从而影响她们得到的护理质量。缺乏传译和翻译服务，意味着许多妇女一开始时就不会寻求护理；无法得到她们需要的服务；不明白给予她们的信息；或完全无法参与与她们的护理有关的决定。只懂一点或完全不懂英语的妇女面对歧视性的态度，也加剧语言障碍。

联邦法律要求获得联邦援助的机构，“采取合理的步骤”以确保所有人（不分种族、肤色和国籍）也获得有意义的服务，<sup>164</sup> 这个标准被理解为：没有解决有限英语能力的问题可能会构成歧视。<sup>165</sup>

只懂一点或完全不懂英语的妇女必须尝试取得保险，并在有限的语言支援下于扑朔迷离的卫生保健系统中打滚。国际特赦组织获悉，缺乏双语个案工作者和已翻译的表格，意味着只会说有限英语的妇女很难获得或保有医疗补助计划的保障，以帮助支付分娩费用。那些不懂说最常见非英语语言，或者住在移民很少地区的人，获得服务的机会就更少。

**“他们给我动手术，那我就不会有更多的孩子了。当时没有传译员。没有人来，因为唯一的传译员在忙。他们... 没有解释任何东西，他们没有说多久才完成，或他们将要怎么做... 我希望他们至少向我解释一些东西，我对很多事情都感到害怕。”**

国际特赦组织关注组于 2008 年 7 月 9 日在威斯康星州乡郊访问玛塔 (Marta)

很多医院依靠电话的传译服务，但多份报告认为，传译服务可能没有足够的质量，因为大多数电话传译员缺乏医疗词汇、职业道德和敏感度方面的培训。一名护士和产妇支援服务协调员告诉国际特赦组织，医生和护士觉得电话服务“很笨拙，不值得尝试”。<sup>166</sup> 卫生保健传译全国委员会制定了卫生保健口译实务国家标准，<sup>167</sup> 但标准仍未得到普遍采用，<sup>168</sup> 目前，只有 5 个州有医疗口译认证计划。<sup>169</sup>

书面材料往往没有英语之外的其他语言，在威斯康星州，只懂一点或完全不懂英语的妇女报告说，有关产后后续保健的书面说明，往往没有其他语言版本。各州未能以妇女能理解的语言提供信息，令她们无法遵循任何医疗指示。所有 50 个州也有一些法律处理医疗语言障碍问题，然而，它们的差别很大，可能只适用于某一类别的护理、提供者或病人团体，其中只有加利福尼亚州、马里兰州和华盛顿特区有法例规定在保健护理要有全面的语言规定，其他州没有要求为所有妇女在整个孕产妇护理过程中提供语言服务。<sup>170</sup>

**“因为有语言障碍，[医生、护士和管理人员]在某种情况下会对病人不感兴趣。语言是一个巨大的障碍。”**

国际特赦组织注册于 2008 年 7 月 8 日在威斯康星州奥姆罗圣母堂中访问一名拉丁裔女子

国际特赦组织收到大量有关只懂一点或完全不懂英语的妇女遭受傲慢、轻视和贬低对待的记述。供应者、支援人员和病人之间的权力差异因语言障碍而扩大，有时可能因种族、性别和经济或移民地位而加大。

**“嗯，她可能也想进行无痛分娩；我们在这里练习一下兽医学吧。”**

一名麻醉医师在回答一名不要无痛分娩说西班牙语的女子，并由明尼阿波利斯分娩部的注册护士于 2008 年 2 月 9 日报告给国际特赦组织

提供语言援助的费用，主要由医院、诊所和从业人员承担，因为不论是公共还是私人的医疗保险机构也不会支付有关服务。只有百分之一的医生<sup>171</sup> 和百分之三的报告收到与语言有关费用的报销；此外，只有 12 个州和华盛顿特区通过医疗补助计划提供口译服务的费用报销（见附录 D）。<sup>173</sup>

一些州已采取措施，以减轻语言障碍对孕产妇护理的影响，例如，蒙大拿州规定，只会有限英语的孕妇属于“高风险”，她们可得到个别个案管理服务。<sup>174</sup> 国际特赦组织采访了社区设施和医疗保健项目的工作人员，他们指出工作人员已获精心培训语言技能，例如，在华盛顿特区的玛丽孕产妇及儿童保健中心就拥有超过 188 名可说 30 种不同语言的工作人员。<sup>175</sup>

## 其他障碍

**“有很多人是不去那里的，她们负担不起汽油，又找不到人照顾 4 个孩子，这些都是令她们不能出门的主要障碍。”**

国际特赦组织于 2008 年 7 月 15 日在威斯康星州马什菲尔德访问母胎医学专家玛丽亚·马斯哥拉 (Maria Mascola)

妇女充分享用医疗服务需要的不仅仅是医疗保险，许多因素影响妇女能否获得医疗服务，包括服务地点的距离有多远；她们是否有交通工具前往；她们是否得到幼儿护理或能否请假。其他阻碍妇女获得医疗保健服务并健康怀孕的原因包括妇女是否有居所和足够的食物；或家庭暴力等问题是否得到解决。被妇女视作惩罚性或因滥用药物的处罚措施、无证移民问题等也促使妇女不愿寻求卫生保健服务。

**“这让我的妹妹很为难，因为她没有车或任何人可以带她去。她怀孕了，并有一个小儿子，她要走近一个小时才可接受诊治。”**

国际特赦组织注册于 2008 年 7 月 9 日在威斯康星州沃索访问一名拉丁裔女子保拉 (Paula)

在乡郊地区的妇女告诉国际特赦组织，缺乏交通工具和燃料费，再加上出门所需的路途距离，都为她们寻求产护带来重大的挑战。高危妊娠妇女居住在有广大乡郊地区的州（如威斯康星州）的，有时要驾车到 100 英里或以外的地区才能找到有充分医疗配备可以处理并发症的设施接受专科治疗。生活在城市地区的低收入妇女指出，她们在来回接受产前护理时，得花上很多时间在公共交通上。在加州的研究中，百分之六十五没有接受产前护理的低收入妇女表示交通工具是一个障碍。<sup>176</sup>

**“我没有车 - 但该中心提供汽车来这里接我。否则，我自己是无法前去的了。”**

国际特赦组织于 2009 年 2 月 5 日访问田纳西州曼菲斯保健中心“蓝调项目”的 38 岁埃塞俄比亚移民妇女

无证移民在寻求医疗服务时面对特别的困难，因为越来越多州要求出示移民身份文件才可以申请驾照<sup>177</sup> - 实际上迫使妇女在无牌驾驶和放弃护理之间作出选择。一名威斯康星州的倡导者告诉国际特赦组织，她的一位客户在前往给医生诊症时因无牌驾驶被捕，之后她在派出所打电话给她。<sup>178</sup>

**“[要]去接受[产前支援]计划是很难的。要担心交通，又要担心家里的孩子，这都让我很难过。”**

国际特赦组织于 2009 年 2 月 5 日在田纳西州曼菲斯访问一名非洲裔美国女子，她是四名 3 个月至 8 岁大孩子的母亲

妇女和倡导者告诉国际特赦组织，对很多人来说，能够确保托儿照顾或携同孩子一同前往接受产前护理，是十分重要的考虑。在一项研究中，将近百分之三十的加州低收入妇女指出幼儿服务不足妨碍她们获得保健服务。<sup>179</sup>

**“有妇女告诉我们，她们在接受产前检查时担心错过工作时间，她们面临的选择是，要么去工作，要么因为没去工作而失业，这就是她们的现实情况。”**

国际特赦组织于 2008 年 3 月 23 日访问黑人妇女保健紧急项目主席艾琳娜·辛顿·霍伊特 (Eleanor Hinton Hoytt)

许多妇女在请假看医生方面面对困难，<sup>180</sup> 近一半在私营部门工作的妇女，以及近百分之六十的低收入妇女没有任何有薪病假，结果她们不得不放弃工资或冒可能失去工作的风险去看医生。一项研究显示，百分之二十七的低收入妇女因为不能请假而耽搁医疗护理。<sup>181</sup> 另一项全国性调查显示，每 6 名工人之中就有一名表示，他们已经失去了工作，或被告知如果他们因疾病或照顾家庭成员而请假，他们将会失去工作。<sup>182</sup>

**“如果你比较有和没有接受产前护理的女性的孕产妇死亡率，没有接受的死亡率较高。到底有多少产前保健诊所在星期六办公？这个问题是评估保健服务提供和可及性的极佳起点 - 事实上，只有极少数诊所在星期六开放。”**

国际特赦组织于 2008 年 3 月 13 日访问美国妇产科学会孕产妇死亡率特别小组主席杰弗里·京

欠缺弹性的时间和漫长的等待令预约医生变得十分困难，<sup>183</sup> 妇女指出，诊症时间是指定的，没有任何协商，也不能更改，这并没有考虑到妇女在交通和照顾幼儿的需要。俄克拉荷马州的一项研究发现，每 5 名非洲裔美国妇女当中，就有一名在开始产前保健时面临重大的障碍，包括未能在一个她们能够应约的时间和地点内接受诊症。<sup>184</sup>

**“如果你不知道还有没有下一顿饭吃 - 你又怎么会担心要不要去接受产前护理？”**

国际特赦组织于 2009 年 2 月 5 日在田纳西州曼菲斯保健中心访问安纳特·卡普尔

国际特赦组织收到大量报告，关于无家可归的孕妇在不卫生或拥挤的环境下生活，或经常到处寻找临时居所。无家可归或低收入妇女在取得足够的食物和营养、产前维生素和产前护理方面遇到重大的障碍，不同的社会服务机构往往需要在不同地点各自进行繁琐的申请过程，为申请者添加额外有时甚至难以克服的障碍。田纳西州曼菲斯一个县官员告诉国际特赦组织，2009 年，一名 19 岁的非洲裔美国女子被安排卧床休息，因为她在怀第一个孩子时出现一些与怀孕有关的并发症。她无法工作，也无法支付水电费和租金，她在预产期之前几个星期面临被逼迁。这位官员说，“这个女人活在巨大的压力之中，她即将无家可归，无收入，无交通工具。”该名女子曾在一家咖啡店工作，当她病倒时，她的同事曾求助于谢尔比县市长（他是咖啡店的顾客），市长办公室透过一个计划帮助她安排过渡住房；提供托儿照顾，以及帮助妇女找到工作。<sup>185</sup>

国际特赦组织收到的报告指出，医疗保健提供者可能感到无能力处理家庭暴力问题，因此也不愿意提及这个问题。2008年2月，乔治华盛顿大学医学及健康科学院的预防及社区卫生系主席阿曼·艾-莫汉多斯（Ayman El-Mohandes）告诉国际特赦组织：“医疗保健工作人员并没有准备处理诸如暴力等问题，他们最后想：‘看着这瘀黑的眼睛，我要怎么做？我不能做任何事情，所以还是别谈它好了。’”

**“我们已有几起[孕产妇死亡]个案是有家庭暴力的详细记录，但从来没有任何人为此做任何事，没有人作出转介。在整个怀孕过程中，他们一直在说她有瘀黑的眼睛等等，有一名女子最后是被棒球棒殴打致死的。”**

国际特赦组织在2008年4月10日于佛罗里达州坦帕访问孕产妇死亡审查委员会的成员查尔斯·马汉（Charles Mahan）

有滥用药物问题的孕妇可能面临刑事指控或失去她们的孩子。<sup>186</sup> 虽然研究显示治疗在这段时间特别有效，许多州为这些妇女提供很少的治疗选择，<sup>187</sup> 只有百分之七的滥用药物处理设施提供产前保健服务，<sup>188</sup> 然而，若孕妇在药检中呈阳性，她们可能会被拘捕、起诉和监禁。<sup>189</sup>

**“我们对于滥用药物的妇女缺乏足够的非惩罚性支援服务，特别是如果妇女已有了孩子，她不能把孩子也带去任何支援计划，因为她害怕会失去孩子。”**

国际特赦组织于2008年4月16日在新英格兰访问卫生署员工

### 琥珀（Amber）

2007年德克萨斯州，在一次例行缓刑探访时，琥珀的药物检测自她被捕的两年半来首次呈阳性，并显示她怀孕了。她的律师找到了专门为孕妇提供治疗的计划，但缓刑官员并不愿意考虑这个选择。控方说，他们寻求在琥珀怀孕时关押她，是因为考虑到“未出生的孩子”。琥珀在怀孕期余下时间被关押在一所县监狱里，那里没有给孕妇提供特别的计划或照顾，也没针对药物依赖的治疗，却允许给孕妇带上镣铐。<sup>190</sup>

上述政策可能会影响妇女寻求产前护理的意愿，结果可能会增加她们和婴儿的医疗风险。<sup>191</sup> 一项研究发现，在华盛顿特区，那些无家可归或滥用药物的妇女认为医疗保健提供者具威胁性和批判性，这是其中一个阻碍她们寻求产前保健的最重要障碍。<sup>192</sup> 恐惧还可能进一步蚕食她们对医疗保健服务提供者的信任，并可能令有寻求产前护理的妇女拒绝药物滥用治疗。<sup>193</sup>

**“在医院工作人员会议上，一位医生站起来，说他觉得有责任上报任何他认为是非法律人士的人。”**

国际特赦组织在2008年7月11日于威斯康星州沃索的社区健康诊所访问劳拉·斯库迪拉（Laura Scudiere）

无证移民妇女是另一群害怕与当局接触，因而阻止了她们寻求医疗保健的人。<sup>194</sup> 尽管社区卫生服务中心可为无证移民提供安全的地方寻求照顾，但许多妇女居住的地区并没有该设施。

**“有一个女人在产后生病了，而且很严重。她有乳腺炎，非常糟糕；她发高烧，但极害怕前往急诊室，因为她害怕会被递解出境。最后，他们带走了她，但她病得很厉害，而且真的很害怕去那里。”**

国际特赦组织关注组在2008年7月9日于威斯康星州沃索访问一名社会工作者

## 缺乏家庭计划及健康教育

**“有效的家庭计划服务，很可能是在我们生命中减少孕产妇死亡和发病的最大促成因素。”**

国际特赦组织于 2008 年 5 月 14 日在加州洛杉矶访问南加州大学凯克医学院妇产科临床副教授卡罗莱纳·雷耶斯 (Carolina Reyes)

美国有多种避孕服务，堕胎在 1973 年已合法化，<sup>195</sup> 然而，联邦和各州政府都未能确保人人平等和不歧视的基础上获得足够的服务，相反，它们实行了若干法律和政策限制，约束妇女得到性和生殖健康服务。结果，妇女往往缺乏所需要的信息和服务以防止意外和高危妊娠，以及确保妊娠的安全间距。

根据疾病控制和预防中心，意外怀孕的妇女更容易出现并发症，她们自己和婴儿也面临更严重的后果。<sup>196</sup> 意外怀孕的妇女可能更迟才开始产前护理，因而得不到充分的产前照顾；<sup>197</sup> 此外，怀孕的间距太接近会让妇女和婴儿承受额外风险，<sup>198</sup> 例如，当妇女在产后 6 个月以内再次怀孕，孕产妇死亡的风险可能增加 2.5 倍。<sup>199</sup>

**“国内半数怀孕不应该是没有计划的，这真荒谬。”**

国际特赦组织于 2008 年 3 月 18 日访问纽约母婴安全倡议计划联合主席辛西娅·莎索特 (Cynthia Chazotte)

在美国，几乎半数都是意外怀孕，低收入妇女和有有色人种妇女的比率明显较高：黑人妇女意外怀孕的机会率是白人妇女的近 3 倍。<sup>200</sup> 联合国消除种族歧视委员会已建议美国“继续努力解决性和生殖健康的持久种族差异的问题，特别是要改善... 家庭计划的可及性；促进获得足够避孕药具和家庭计划的方法；及提供适当的性教育以预防意外怀孕。”<sup>201</sup>

**“首先，当儿童踏入生育年龄时，他们需要知道事实，我们不能在他们 18 岁前，或变得性活跃前一直隐藏这些事实，因为那为时已晚。”**

国际特赦组织于 2009 年 1 月 9 日访问妇女健康办公室主任和卫生局副局长万达·琼斯 (Wanda Jones)

### 缺乏信息

医疗保健提供者和倡导者指出，美国没有足够的公共健康教育和生殖健康及避孕方法的信息，以学校为本的健康教育，包括生殖健康，可以为生活提供一个坚实的基础，并可防止意外怀孕。然而，美国的性教育在任何工业化国家中是最不见成效的，少女怀孕率几乎是加拿大的两倍，也是荷兰、意大利和日本的 7 至 8 倍。<sup>202</sup> 在美国，百分之八十二的少女是意外怀孕，<sup>203</sup> 专家批评，联邦政府在过去 10 年于学校只推行“唯禁欲”性教育，并限制只拨款于采用以上模式的州，<sup>204</sup> 这些性教育教导学生远离婚前性行为是避免怀孕的唯一途径。1995 年，百分之七十二的少女在她们发生性行为前得到有关避孕的说明，到 2002 年，比率下降至百分之六十二。<sup>205</sup>

**“每年，美国约有 1,200 名妇女在怀孕期间或产后死亡，当中至少有几百名应该被劝告不要怀孕，因为她们现有的医疗状况已有风险。有效的避孕方法和家庭计划，是所有诊治育龄妇女的医生也要和其病人讨论的重要问题。”**

美国妇产科学会产妇产死亡特别小组主席杰弗里·京，2008 年 3 月 13 日

怀孕过后，妇女应注意避孕方法和建议的怀孕间距。有些妇女可能因身体情况在妊娠期间出现并发症的风险，她们需要接受辅导，并和护理保健提供者合作，减少或应对风险，或是完全避免怀孕（如果她们选择这样做）。<sup>206</sup> 国际特赦组织收到的报告表明，当局往往错过提供这类信息的机会。一项研究发现，半数以上最近刚分娩并不打算再怀孕的妇女没有使用避孕药具。

207

**“生孩子后，我想要一个宫内节育器[宫内避孕器]，但它要 1,000 美元，我问是否可以分期付款，不过，由于我女儿出生后我还欠下债务，他们说不能了。”**

国际特赦组织关注组于 2008 年 7 月 8 日在威斯康星州奥姆罗圣母堂中访问的一名拉丁裔女子

没有避孕

据估计，2006 年有 3,620 万名在美国妇女需要避孕服务和用品 - 这意味着她们处于性活跃状态，能够受孕但又不想怀孕。<sup>208</sup> 虽然美国当局已经采取了一些步骤改善家庭计划服务的可及性，但预算限制、政策和立法措施现正限制甚至未能保障以上服务的可及性。

联邦政府未能充分监管私营保险公司，以确保保险适当地包含家庭计划服务和避孕药。并非所有的私人医疗保险计划也包括处方避孕药，只有 27 个州要求医疗保险在包括其他处方药物时要包括处方避孕药。<sup>209</sup> 联邦法律禁止在工作场所性别歧视，法律被用作禁止拥有最少 15 名员工的公司雇主在提供全面的雇员保险计划时豁免避孕药具，<sup>210</sup> 这种有限的保护并不适用于在小公司工作的女性，或排除所有处方药的保健计划。<sup>211</sup>

在美国，只有少于一半需要生育服务的的妇女（1,750 万）预计需要政府资助的服务和供应品，而她们大部分（百分之七十一）是收入低于联邦贫穷标准 250 个百分点。<sup>212</sup> 一项研究发现，用于家庭计划的公共资金被认为是符合成本效益的：花费于家庭计划的每一美元避免了意外出生的开支，从而为计划节省了 4 美元。<sup>213</sup> 但是，医疗补助计划和政府资助的诊所（被称为 X 诊所）只覆盖了仅多于一半已确定的需要，还有 800 多万名妇女无法得到可负担的家庭计划信息和服务。<sup>214</sup> 美国低收入妇女的意外怀孕率是收入较高妇女的 4 倍。<sup>215</sup>

**“妇女很笨 - 她们并没有意识到她们的孩子出生后是可以很快再怀孕的。”**

国际特赦组织于 2009 年 2 月 5 日在田纳西州曼菲斯健康中心访问“蓝调项目”的社会工作者

各州的医疗补助计划或多或少也包括家庭计划服务，然而，联邦政府实施了法律和政策限制，限定通过医疗补助计划才可获得性和生殖健康服务。2005 年赤字削减法容许各州排除某些医疗补助计划受助人（这包括产后妇女及家长）得到家庭计划服务，蚕食了服务的可及性。该法律也消除费用分摊的措施，所以，一些州的妇女现在须支付避孕药具的费用。<sup>216</sup>

一些州已经透过医疗补助计划提供更多家庭计划服务于不合格申请该计划的妇女，扩大服务的可及性。27 个州已经获得联邦医疗保险与医疗补助服务中心的批准（称为联邦政策“豁免”），扩大家庭计划的覆盖范围，主要透过提高收入门槛，或者包括妇女产后一或两年的服务。<sup>217</sup> 然而，国际特赦组织的研究表明，并非所有妇女都知道医疗补助计划包括家庭计划服务，有关方面需要做更多的外联工作。

许多通过医疗补助计划接受保健服务的妇女，即使怀孕对她们构成严重的健康威胁，也被限制寻求堕胎服务。由于联邦法律（称为海德修正案），除非涉及强奸、乱伦或妇女的生命处于危险之中，各州不能把联邦资金用于堕胎。如果妇女的健康受到威胁，但没有死亡危险，她就不能透过医疗补助计划支付堕胎的费用。只有 17 个州在妇女健康受威胁时，资助全部或大部分必要的医疗堕胎费用；6 个州资助联邦法律容许的堕胎，以及另外一或两个其他原因的堕胎，例如胎儿畸形的情况；26 个州和哥伦比亚特区只在涉及强奸、乱伦和妇女性命受威胁时资助堕胎；<sup>218</sup> 另外一个州—南达科他州—只在保护妇女生命时才提供堕胎。



## 减少资助 X 诊所

**“当经济情况变坏，更多人无处可去，诊所[X 诊所]服务很多时都已饱和了。”**

国际特赦组织于 2008 年 11 月 21 日在华盛顿特区访问人口事务局代理总监埃弗兰·卡帕拉 (Evelyn Kappeler)

美国政府在 1970 年通过公共卫生服务法第 10 章，以解决低收入妇女参与家庭计划服务的差距问题，她们不符合医疗补助计划的申请资格，但又不能负担私人医疗保险。X 诊所计划现在为 500 万名妇女提供服务，其中大约一半是有色人种妇女。<sup>219</sup> X 诊所为这些妇女发挥重要的作用，她们依赖这个计划提供可负担的生殖保健服务。<sup>220</sup> 然而，考虑了通胀因素，资助 X 诊所的联邦资金比 1980 年时减少了百分之六十一，<sup>221</sup> 结果，该计划无法实现“可随时提供全面、义务的家庭计划服务”的目标。<sup>222</sup>

## 印第安人健康服务经费不足

**“我们的生育选择是由联邦政府通过健康与人类服务部辖下的印第安人健康服务局为我们决定的。要不要为我们提供各种服务，就全取决于他们，例如，我们无法获得紧急避孕服务，[除非]是受到性侵犯。”**

美国印第安妇女健康教育资源中心行政总监卡戎·阿萨杜雅 (Charon Asetoyer)，引自美国进步中心，美国印第安女性健康欠佳，与卡戎·阿萨杜雅的访问，2007 年 5 月 16 日

美国印第安和阿拉斯加原住民妇女在寻求性和生殖保健服务时面对很多特有的障碍。条约义务要求联邦政府通过印第安人健康服务计划为印第安人和阿拉斯加原住民提供医疗服务，然而，严重资金不足限制了服务的可及性。在印第安人健康服务计划下，联邦政府的拨款是按人均计算的，金额约相当于美国每个人的卫生保健花费的三分之一。<sup>223</sup>

印第安和阿拉斯加原住民妇女未能获得全面的家庭计划服务，据印第安妇女健康教育资源中心所说，妇女不一定常常取得充分的避孕信息或得到所有的避孕选择。<sup>224</sup>

印第安和阿拉斯加原住民妇女也难以获得紧急避孕服务。B 计划由联邦政府批准，可在没有药剂师处方的情况下的紧急避孕，可是，据印第安妇女健康教育资源中心，印第安人健康服务局只有一半药房储存 B 计划，而只有百分之十五是可在没有医生处方的情况下提供。<sup>225</sup> 充分获得及时的紧急避孕和堕胎服务是至关重要的，尤其是在强奸案件，印第安和阿拉斯加原住民妇女因未能得到紧急避孕服务而遭受不成比例的影响，她们被强奸或性侵犯的机会率比美国其他妇女高出 2.5 倍。<sup>226</sup>

**“我们是在国内唯一没有堕胎选择的种族，那完全是因为我们的种族。”**

国际特赦组织采访美国印第安妇女健康教育资源中心行政总监卡戎·阿萨杜雅

原住民妇女也被剥夺平等享用堕胎服务的机会。印第安和阿拉斯加原住民妇女透过联邦政府得到医疗服务，而堕胎服务则是由海德修订案确立。该修订案禁止使用联邦资金堕胎，除了涉及强奸、乱伦，或在妇女生命有危险的情况下。<sup>227</sup> 2008 年，针对印第安人卫生保健法的维特修订案把印第安和阿拉斯加原住民妇女剔除，永久限制她们获取堕胎服务和辅导。<sup>228</sup>

## 拒绝提供家庭计划服务

有些州具备政策或法规（也称为“良心条款”），如果与宗教或信仰有道德冲突，州允许医疗服务提供者及药剂师拒绝提供服务或配药，包括避孕。

- 43 个州允许医疗机构及个别服务提供者拒绝提供堕胎服务（见附录 C）。<sup>229</sup>

- 12 个州允许一些医疗保健提供者拒绝提供避孕或避孕相关服务（见附录 C）；<sup>230</sup> 其中 5 个州允许药房或药剂师拒绝配发避孕药，而且无需转介妇女到另一家药房或保证她们及时获配药物。<sup>231</sup>
- 17 个州允许一些医疗护理提供者拒绝提供绝育服务。<sup>232</sup>

全国妇女法律中心记录了 24 个州的药剂师拒绝配发避孕药的情况。该中心还发现，药剂师没收处方，拒绝转移处方到另一家药房，并教训或骚扰妇女。<sup>233</sup> 妇女被拒绝提供紧急避孕的问题尤其棘手，因为在性行为发生后不久服用这些药物，是最能防止怀孕的。

妇女在宗教医院寻求护理时，也可能被拒绝提供生殖健康服务。<sup>234</sup> 即使妇女的健康受到威胁，政策可能禁止绝育，以及提供避孕、紧急避孕和堕胎服务。<sup>235</sup> 医生指出在上述地方执业时，有可能被干扰医疗判断，危害妇女的健康，<sup>236</sup> 例如，天主教医院<sup>237</sup>必须遵循天主教医疗保健服务的道德及宗教指令，这指令限制治疗宫外孕（即在子宫外成孕，胎儿无法生存，若没有治疗会对妇女的生命构成威胁），也限制一些受流产之苦的妇女接受有医疗需求的治疗。<sup>238</sup> 一名在天主教医院工作的医生报告说，曾有一名女子进来时已部分流产，但子宫内的残留物质没有完全排出去，造成严重的系统感染。她的体温上升至 106 度，血压下降，该名医生要完全切除子宫，以完成流产和治疗感染。“这女人快要在我们眼前死掉，[但伦理委员会]不会让我施手术，因为[胎儿]仍有心跳...我永远不会忘记，那太可怕了。”医生决定根据他的专业判断治疗那名妇女，最后挽救了她的生命。<sup>239</sup>

## 5/系统性缺失

### 朱迪·莱格鲁 (Trudy LaGrew)

朱迪·莱格鲁是一名住在威斯康星州红崖保育区的美国印第安妇女。她30岁时因未诊断的心脏问题而死亡，几个月前她生下一个孩子。他的丈夫约瑟·莱格鲁 (Joseph LaGrew) 告诉国际特赦组织：“我们高中时是情人，后来分道扬镳，但我们再次找到对方。我们有了关系，我不认为是可能的。为什么会变得那么短暂？... 我知道孩子们都害怕 - 如果我也发生什么事情的话...”

朱迪·莱格鲁因肥胖和在第一次怀孕时出现并发症而被视为高风险孕妇，但她却没有看过产科医生或接受高风险专科产前护理，因为最近的地方也要两小时的车程。她的产前记录没有显示她在每次诊所预约中有量度体重和血压，但这些都是产前护理的标准项目。<sup>240</sup>

她的分娩提早了一个月，她到就近的医院，院方说她需要剖腹产子。她因害怕麻醉而要求有家人陪同，但院方没有批准。一个当时在场的保健员告诉国际特赦组织：“开始时，她害怕得要死。”她手术后醒来时也在很激动的状态，她拔掉呼吸管，而且心脏病发作。

朱迪·莱格鲁苏醒后被转移到更大的医院，在那里她被接上了人工呼吸机和和洗肾机，她剖腹产子的伤口受严重感染。她是在三个星期后才第一次亲手抱起自己的儿子，也是近两个月后才能回家。

虽然朱迪·莱格鲁出现持续而复杂的健康问题，但她得到的后续护理却是有限的。保健设施的地点遥远，而她的健康状况欠佳也限制其活动。她非常不愿意连系医疗保健系统，一个保健员指出，“我认为她的经验给她很大阴影。”红崖当地诊所的医疗护理员描述了他们是如何担心他们没有足够的资源来帮助她：“护理是毫无计划的，也没有达到专业水平的照顾，这是一个高风险的情况。”

朱迪·莱格鲁在2008年1月7日晚上死亡。她的丈夫告诉国际特赦组织，他感到沮丧，他不明白她的医疗护理员为什么没有解释他们未能诊断出她有冠状动脉疾病，或是否有可能有方法避免她死去。“她有冠状动脉疾病，这是一个叫人震惊的发现... 从前我们只知道她的心脏较弱[但不是动脉堵塞]... 她的儿子永远不会有机会去了解她... 我们已计划了要和孩子做的所有事情，我甚至在找一些我们可以和孩子们一起去旅行的地方和我们想做的事情，但我们永远不能这样做了，没有她，一切都变得不一样。”

国际特赦组织于2009年4月在威斯康星州红崖保育区访问约瑟·莱格鲁；2008年6月9日于威斯康星州红崖保育区社区卫生服务中心访问母婴保健护士艾琳·坦尼 (Erin Tenney) 及社区卫生协调员和陪员萨伦娜·布雷斯科勒 (Salena Bressler)；2008年5月4日于威斯康星州红崖保育区社区卫生服务中心访问其他保健员及支援服务提供者。

健康权的一个核心部分是足够的卫生设施和训练有素的专业人员，然而，在美国，医疗专业人员短缺是一个严重的障碍，令特别是在乡郊地区和内城区的一些妇女难以得到适时和充分的保健服务。美国的产科医生对出生比例相对较低（每千名出生对9.6名产科医生），而在所有汇报这些数字的工业化国家中，美国的助产士比例是最低的（每千名出生对0.4名助产士）。<sup>241</sup> 倡导者指出，低风险孕妇增加使用家庭医生和助产士提供护理，可增加孕产妇医疗保健提供者的可用性。

美国医疗保健制度的结构本身导致孕产妇卫生保健服务不足。孕产妇保健服务提供者面对过高的医疗事故保费，而就医疗补助计划为妇女提供的服务收费却很低，这成为他们在这个领域实行药物治疗和治疗低收入妇女的不利诱因；此外，许多设施由于缺乏卫生专业人员而没有足够的工作人员，而且又缺乏资金，或面对降低成本以维持利润的压力。

美国的孕产妇护理常常不能满足妇女全面护理的需要。为孕妇提供营养、家庭暴力、心理健康和戒烟好处方面的辅导，被认为是产前保健的有效而重要元素，<sup>242</sup> 然而，大部份孕产妇只获分配有限的产前检查时间，很少有机会能和护理服务提供者深入交流，鉴别可能影响她们健康的问题，以及提供辅导或其他协助。

## 医疗保健专业人员短缺

**“医疗事故保险就是我不再执业的原因，我们在新墨西哥州执业的最后1年，我们的医疗事故保险费用占收入的百分之七十。”**

国际特赦组织于2008年2月8日在纽约访问服务低收入社区的前妇产科医生海蒂·莱因哈特 (Hiedi Rinehart)

产科服务提供者短缺可能与高昂的医疗事故保险费有关，产科医生比任何医学专科面对更高昂的医疗事故保险费。<sup>243</sup> 医疗事故保险费的影响是有争议性的，<sup>244</sup> 然而，美国妇产科学会2009年的调查发现，近百分之六十的产科医生指出因为责任保险的可负担性及可得性而改变执业，其中，百分之二十一报告减少接收高风险的病人数，百分之十减少他们参与的接生数目，更有百分之六九五已完全停止产科执业。<sup>245</sup> 在哥伦比亚特区的社区分娩中心工作人员告诉国际特赦组织，医疗事故保险费用已增加了3倍多，由2005年9万美元增至2008年30万美元。<sup>246</sup>

对于低收入妇女，护理人员的短缺可能与延迟缴费或付款不足有关。受助于医疗补助计划的孕妇常常发现，医生往往因为给她们的服务收费很低，而且报销手续繁琐而不愿照顾她们。<sup>247</sup> 在纽约州，参与医疗补助计划妇产科母婴服务项目的医疗保健提供者可以就所有产前检查、分娩和产后护理得到“提升了的”医疗补助计划费用——1,440美元，<sup>248</sup> 不过，这仍是远低于有私人保险的病人所缴交的平均服务费用——大约3,000美元。<sup>249</sup>

**“[医疗补助计划]所偿还的甚至不够支付我们的开支。...官僚主义是一个大问题。有一次，医疗补助计划欠下我们17,000美元的回票据，并只给了我们一张两美元的支票，没付的费用已超过了15个月...我希望服务需要医疗补助计划的人，但我实在负担不起。”**

国际特赦组织于2008年2月8日在纽约访问前妇产科医生海蒂·莱因哈特

**“我记得我打遍黄页内所有医生办公室的电话，当我说病人是受助于医疗补助计划时，他们就挂线。偿款太少了，医生决定不接受医疗补助计划的病人。”**

国际特赦组织于2008年2月12日访问了社区保健孕产妇支援服务协调员及医院注册分娩护士杰尔·哈姆福里 (Jill Humphrey)

2008年，6,400万人生活在被联邦政府指为基层医疗“卫生专业短缺地区”。<sup>250</sup> 服务大部分为没有保险和受助于医疗补助计划病人的社区保健中心在招聘和留住医疗服务提供者面对重大障碍，其中最短缺的是产科医生。全国有百分之二十一服务于社区卫生中心的产科医生职位仍然空缺，该比例在全国偏远的乡郊地区上升至百分之三十八，在田纳西州更达百分之百。<sup>251</sup> 美国也面临护士短缺的问题；短缺的情况预计在2020年将超过100万。

## 缺乏专科护理

*“我有一个患有糖尿病的病人。她在怀孕期间曾 16 次驱车一个半小时来找我，因为当地医生 [因风险因素] 不会看她。她的负担沉重。距离毫无疑问构成一个问题 - 这令到许多病人没法得到他们所需要的。住在偏远地区的病人每程需驾车 5 个小时，所以他们根本无法见专治高风险病人的医生。”*

国际特赦组织于 2008 年 7 月 15 日在威斯康星州马什菲尔德访问母胎医学专家玛丽亚·马斯哥拉 (Maria Mascola)

妇女具有并发症或高危因素影响其怀孕的，寻找专科医生特别困难。要找到妇产科及母胎医学专家（专门应付高风险怀孕的产科医生）是非常困难的，又或他们根本就没有在乡郊地区提供服务。在威斯康星州乡郊的妇女告诉国际特赦组织，她们要驾车 5 个多小时才能得到专科护理。

一名派驻印第安人保留地的母婴保健护士告诉国际特赦组织，缺乏专科医疗服务已造成死亡事故：“我们有一些母亲 [和婴儿] 产后回来时出现一些严重问题，我们也竭尽所能给他们最好的照顾，... 但那仍是不够的。我们失去了那些人，因为我们无法为他们做得更多。”<sup>252</sup>

城市中的低收入妇女在寻求专科医生服务时也可能面对障碍，<sup>253</sup> 纽约市的一项研究发现，平均来说，低收入地区所有的孕产妇护理提供者数目最少，而妇女越要花时间前去接受护理，就越有可能没有或延迟接受产前护理。<sup>254</sup>

*“这个系统... 已因贪婪而分崩离析。 [医疗保健组织] 力劝把病人留在规模较小的医院，使他们不会因要转送病人到规模较大的医院而失去钱财。它的结构是这样的，如果你要将女无名氏从小乡村的医院送到大型的 [区域] 保健中心，他们之前为她提供的護理就不会收到费用，因此，到他们转介她的时候，她已死了。”*

国际特赦组织于 2008 年 4 月 10 日在佛罗里达州坦帕访问孕产妇死亡审查委员会成员查尔斯·马汉

妇女在分娩期间若出现并发症的风险，就可能需要专门护理，但规模较小的医院是没有专科的，她们可能需要被转介到规模较大的区域医院，然而，规模较小的医院并不一定会转移高危病人。一些保险公司和医疗补助计划的医疗保健组织为产前保健和分娩支付一个综合费用，对已为妇产前检查付出时间的医生、诊所或医院提供诱因，避免其转介她们，并继续在妇女分娩时护理她们。<sup>255</sup>

## 人员配备不足

### 龙蒂娜 (Tina Long)

2005 年 4 月，蒂娜怀孕 8 个半月时进入夏威夷火奴鲁鲁的医院。她说有头痛、视力问题和肿胀，她的血压高，尿液中含蛋白，这全是子痫前症（一种可致命的疾病）的症状，但是，在进行一些测试后，工作人员把她单独留在房间里。由于人员配备不足，导致他们对龙蒂娜缺乏关注。据说一位医生要她的母亲从楼下的药房拿药物来，因为当时医院内没有其他的工作人员有空。约 90 分钟后，当护士通过扬声器系统为龙蒂娜办理登记手续时，她被发现没有反应，她和未出生的儿子被宣告死亡。据验尸报告，死因可能是围产期心肌病（因妊娠而导致心脏衰弱），而妊娠毒血症（先兆子痫）则促成死因。院方告诉记者，它们的工作人员水平，与其他医院相似，甚至更严格，它们在有需要时会审查和调整工作人员编制。<sup>256</sup>

孕产妇保健提供者告诉国际特赦组织，编制不足，加以需要看护大量病人，给工作人员造成压力，使他们无法提供优质医疗服务。在内城区一家主要为低收入家庭和少数族裔社群服务的医院，两个产科医疗保健提供者需要照顾多达 11 名正在分娩的妇女。死于与怀孕相关病因的妇女家属，据报已多次试图令医疗保健提供者在妇女出现明显的痛苦迹象时关注她们，但也无济于事。<sup>257</sup>

专家告诉国际特赦组织，透过观察妇女精神状态的微妙变化可发现其失血迹象，但这需要护理人员花费足够的时间看护妇女，才能够看到有关转变。虽然妇女健康、产科及新生儿护士协会的工作人员的指引建议，在分娩时的病人对护士比例是 2:1，但很多时往往达不到这个建议比例。<sup>258</sup>

**“由于财政方面的原因，医院的政策把执勤的护士减至最少。”**

国际特赦组织于 2008 年 2 月 14 日在明尼苏达州访问退休产科护士

财政考虑也会影响工作人员配备水平，<sup>259</sup> 私家医院由于有盈利压力，可能会限制人员编制开支。资金不足的公共设施可能无法负担聘请和留住合适的工作人员，结果，服务低收入社区的医院和诊所往往人满为患和人手不足。<sup>260</sup> 当前的经济衰退令越来越多人没有保险，可能加剧医疗服务不足地区的压力。由于州和联邦削减预算，许多公立医院都因缺乏资金而有可能在几年内关闭。<sup>261</sup>

### 茉莉·甘特 (Jasmine Gant)

茉莉·甘特是“明星学生，也是她母亲的命根。”<sup>262</sup> 2006 年 7 月 5 日，就是她分娩那天，她的母亲和她在一起，她们在打扑克、说笑，并在想婴儿的名字。茉莉·甘特被确诊受感染，医生为她处方青霉素以保护婴儿，然而，护士并没有为她注射青霉素，而是误将硬膜外麻醉药直接注射入她的血液中。5 分钟之内，茉莉·甘特开始抽搐，并呼吸困难，工作人员试图挽救她的生命，但失败了，她的儿子格雷戈里通过紧急剖腹产而出。威斯康星州司法部对该名护士提出一项重罪指控——疏忽照顾而令病人的身体造成巨大的伤害。多个医学协会、专家和医疗服务提供者表示关切，认为刑事检控忽视了系统性缺失，打击有关方面公开汇报错误的意欲，也令招聘和挽留护士更困难。据该名护士的律师说，她之前已经工作了两班，即 16 小时，之后她在医院内睡觉，然后再开始翌日早上另一班工作。一位医院高级职员强调，加班是自愿的：“当我们忙碌时，我们的护士就会加快脚步，而且...要加无数的班。”<sup>263</sup> 威斯康星州没有限制护士的超时工作量，据律师所说，在茉莉·甘特去世时，护士可能没有接受新的安全程序训练，把所需的药品条形码进行扫描，从而防止错误发生。护士承认两项较轻的罪名，被判缓刑两年，在此期间，她不能担任医疗护理服务提供者。茉莉·甘特的母亲正抚养她的孙子，她说：“我每天也心碎了，这本来是可以避免的。”<sup>264</sup>

人手不足导致疲劳和压力，增加员工流失率，无法编排时间作出持续培训。人员短缺也造成护士需要更多超时工作，但是，当局对超时工作没有太多监管，美国医学院协会准则允许实习生和当值医生每周值班 80 小时。<sup>265</sup> 护士工会在少数地方（例如在缅因州）成功争取强制超时限，他们有权在工作 12 小时后拒绝额外工作。患者和医疗专业人员已确定，护士数量不足是护理质量差和出现医疗差错的关键因素。研究表明，意外事故的发生率在长时间加班的时候会上升，在 9 个小时工作后会增加，12 小时后增加一倍，连续工作 16 小时会上升 3 倍。<sup>266</sup> 美国健康与人类服务部还发现，护士人手增加，与医院相关的死亡率下降息息相关。<sup>267</sup>

## 没有执行守则和标准

### 瓦莱丽·赛特斯 (Valerie Scythes)

2007年，35岁的瓦莱丽·赛特斯在新泽西州当小学教师，她在生下一个健康宝宝伊莎贝拉·露斯 (Isabella Rose) 之后就去世了，死亡原因是血液凝块（栓塞）。她预先安排了剖腹产，并在同一时间切除卵巢囊肿，她的年龄、体重及手术增加她出现血液凝的机会，但尽管如此，她没有得到任何预防性护理。院方没有给她提供压力袜或血液稀释药物，工作人员也未叮嘱她尽快四处走动，她接受剖腹产后卧床超过一天，然后她死了。瓦莱丽·赛特斯的律师告诉国际特赦组织，“我希望看到当局实施全国护理标准，就像英国的那样。”

瓦莱丽·赛特斯去世两年多后，她的丈夫詹姆斯·赛特斯 (James Scythes) 告诉国际特赦组织，“你叫我怎么告诉伊莎贝拉有关她妈妈的事？现在她只是告诉别人，‘我的妈妈在天堂里’，当我们去墓园拜祭时，她会亲吻瓦莱丽墓碑上的照片。终有一天，我将不得不向她解释发生了什么事，我要解释这不是她的错。即使已过了两年半，这仍是很难面对的事情，没有人应当在35岁的时候埋葬他们的妻子，每当我想起这些时，我就十分悲伤。我有3张和瓦莱丽及伊莎贝拉的合照，这是我仅有的，我很感恩我竟然有这些照片。”他还告诉记者，“我没有最好的朋友，没有人可令我为他付出一切，我迷失了，这绝对是令人震惊的。”

在一个不相关的悲剧性巧合中，瓦莱丽·赛特斯的密友梅丽莎·法拉 (Melissa Farah) 在两星期后也在同一医院接受剖腹产后死去，她也是同一所小学的老师，她死于大量出血，院方发言人说：“我们的治疗似乎符合我认为是适当治疗。”<sup>268</sup>

国际特赦组织的研究表明，全国各地的产科执业差异很大，目前，有关方面并没有推行全面的、全国实施的和以实证为本的指导方针和守则，以推广安全和优质的孕产妇护理，预防、鉴别和处理产科紧急情况。当局没有建立和实施这些标准，可能会增加出错的风险，以及可预防并发症和死亡的机会。根据一些估计，改善孕产妇保健质量，可预防近百分之三十至四十的失误和严重并发症，以及百分之四十至五十的死亡。<sup>269</sup> 美国负责监督医疗保健质量的机构飞跃集团 (The Leapfrog Group) 发现，在2008年，只有百分之三十二的医院在其周年审查中遵守国家认可的实证准则，奉行高风险分娩的措施——“人所共知可拯救生命。”<sup>270</sup>

国际特赦组织记录了一些事例，美国孕产妇5个主要死亡原因中，其中4个似乎是由于缺乏或没有贯彻执行守则和程序。标准化的守则和程序，辅以风险识别及预警信号，以及就问题发生能作出及时有效反应而建立的团队，都可以改善孕产妇保健服务的质量。<sup>271</sup> 美国没有为婴儿出生所应用的医疗程序制定以实证为本的全国性指引，也忽略对医疗团队和医院管理系统就跟踪和维护质量改进措施的培训，所有这些都是确保有效地执行标准化守则的关键因素。

**“在美国，每个产科医生似乎都遵循不同的守则，它可能有别于最佳实践，有些迟了半小时才来的人，可能会得到不同的治疗。”**

国际特赦组织于2008年5月13日在美国境外采访一名孕产妇死亡专家

虽然不同的国家和联邦机构、美国妇产科学会和其他团体就孕产妇保健制定了各种准则，它们也可能只涵盖孕产妇保健的某些方面，没有足够而具体的临床实践指导，而且病人往往无法检阅。美国医院公司是美国一家大型的私人医疗营运设施，它们指出统一而明确的程序和文件准则被认为可改善结果，包括降低对孕产妇和胎儿的伤害，减少剖腹产和诉讼，<sup>272</sup> 令人遗憾的是有关指引目前在美国没有得到广泛实施。



医疗保健研究与质量局是负责提高质量、安全、效率和保健效果的联邦机构。它为孕产妇保健的若干范畴制定了指引，但有关指引并不全面，也没有解决孕产妇死亡最常见的 5 个原因。医疗保健研究与质量局也管理国家临床指南交换中心，负责收集并提供由其他团体制定的产科准则和研究，<sup>273</sup> 但是，医疗保健研究与质量局目前没有资金或特定任务去制订全面的国家孕产妇保健准则。有些组织包括全国质量论坛和飞跃集团，已经制定了孕产妇护理的质量控制措施，但仅属自愿性质。

现存的标准没有被贯彻执行，也没有制度监察，孕产妇护理的领域现时并没有追踪机制以确定是否有实施守则。联邦医疗保险与医疗补助服务中心告诉国际特赦组织，它们计划制定反映最佳实践的孕产妇和婴儿护理标准，并要求医院遵守有关规定，以获得医疗补助。不过，目前还不清楚有关规定将于何时实施。<sup>274</sup>

### 以利沙·克鲁斯·科比 (Elisha Crews Bryant)

2006 年 5 月，18 岁的伊莱沙·克鲁斯·科比在怀孕 7 个月时被送到佛罗里达州的医院，她当时出现早期阵痛。3 个小时后，她被宣布死亡。医生已下令处方硫酸镁以减缓早产，但护士却错误地施用了 4 倍剂量。伊莱沙·克鲁斯·科比的丈夫普雷斯頓·科比 (Preston Bryant) 说：“我知道有些不对劲... 我想告诉他们，他们就是不听。”过量的硫酸镁会导致呼吸衰竭、低血压及心脏骤停。医生进行剖腹产让他们的儿子列维出生。医院向佛罗里达州医疗行政机构报告她的死亡，并接受调查，以确定守则中促成伊莱沙·克鲁斯·科比死亡的漏洞。在其他措施方面，医院实施了程序，以确保可随时使用的硫酸镁只载于 4 毫克的袋中，并需要两名注册护士签署来打点滴，以避免因急于施用药物而出现失误。然而，佛罗里达州医疗行政机构只要求有关程序在曾发生死亡事故的医院中进行，其他的医院无需作出改变。<sup>275</sup>

### 莉兹·洛热兰 (Liz Logelin)

莉兹·洛热兰因血液凝块（肺栓塞）死于 2008 年 3 月 25 日。她已经卧床五周，然后透过剖腹产诞下女婴马德琳。工作人员告诉她，她需要卧床休息 24 小时。第二天，她的丈夫马修·洛热兰 (Matthew Logelin) 和一名护士进来带她去看看她的女儿。当莉兹走去坐在轮椅上时，她说：“我觉得头晕，”然后就昏倒了。医生和护士赶紧把她送到床上，但为时已晚。马修·洛热兰告诉国际特赦组织，由于他的妻子长期卧床和有遗传状况，她是肺动脉栓塞的高风险患者，他不知道她是否有接受药物治疗或穿上压力袜，以防止血液凝块。他决定不向医院提出诉讼，并告诉国际特赦组织，“金钱对我来说有什么好处？莉兹已经死了，没有什么可以带她回来，就她的死，我不责怪任何人。”<sup>276</sup>

栓塞 — 如果血液凝块阻止血液流向肺部、心脏或大脑，它可以是致命的。栓塞是美国最常见导致孕产妇死亡的原因，占孕产妇死亡个案百分之二十。<sup>277</sup> 孕妇有更高的风险形成血液凝块和栓塞，其他危险因素包括肥胖、长期卧床、超过 35 岁及手术（包括剖腹产）。<sup>278</sup>

**“医院只需要给予孕产妇与非孕妇和男子同样水平的护理照顾。”**

史蒂芬·克拉克医生 (Dr. Steven Clark) <sup>279</sup>

预防性保健包括提供防止血栓形成的药物；确保病人尽快四处走动和穿上压力袜。疾病控制和预防中心的研究估计，因肺栓塞而死亡的孕产妇，有百分之十七是可以预防的。<sup>280</sup> 在其他医学领域的研究表明，手术后出现栓塞的机会，可因使用压力袜或药物而减少大约百分之七十。专家希望将来在产妇护理方面也可得到类似的成效，<sup>281</sup> 然而，这些简单的措施并不是经常在剖腹产后使用，而剖腹产却占了所有出生中的百分之三十二。<sup>282</sup> 在一项有关孕产妇于 20 个州的一



组医院中死亡的研究中，9名妇女在分娩后死于血液凝结，当中没有1人曾经接受预防性保健。<sup>283</sup> 英国实施了全国性守则，确保妇女获得预防性保健，避免她们在剖腹产后出现血液凝块，而且已证实可大幅和持续减少因肺栓塞而死亡的人数。<sup>284</sup>

有关处理血液凝块风险的守则也应阐明妇女必须获得信息——血块产生的征兆及应该要采取的措施。国际特赦组织收到的报告表明，有关措施并没有贯彻或有效地执行。

出血—大量失血—占孕产妇死亡个案百分之十七，这也是守则可协助预防死亡的另一个领域。疾病控制和预防中心的研究发现，改善护理质量几乎可以完全防止孕产妇因出血而死亡。<sup>285</sup> 虽然黑人妇女与白人妇女同样有机会出现产后出血，但疾病控制和预防中心的另一项研究发现，黑人妇女因此而死亡的机会，比白人妇女高出2.5倍。

#### **黛安·里兹克·麦卡比 (Diane Rizk McCabe)**

黛安·里兹克·麦卡比在2007年9月去世时才32岁，她是在无并发症而且足月妊娠的情况下，通过剖腹产下健康的女婴。她那6岁的儿子路易也在医院，他为成为大哥哥而感到快乐。据她的家人说，她来到医院时是预期阴道分娩的，但经过10小时的阵痛，她的妇产科医生建议剖腹产子。黛安·里兹克·麦卡比在剖腹产后15小时内出现过度内出血，通常孕妇的循环系统存有5夸脱的血，但据说她当时已失去了超过3夸脱的血，最后，她的身体进入休克状态。据报导，医院人手不足是一个长期的问题，包括外科重症监护病房。当日在重症监护病房内有25至30名其他病人，却只有一名主治医师和一名住院医师当值。大约下午1时半，一名重症监护医生确认黛安·里兹克·麦卡比病情危急，并紧急通知她的医生她有内出血，需要进一步进行手术，另外两名医生也在一两个小时内确诊。可是，当时没有医生或护士要求启动产科出血警戒（一个启动紧急处理的程序），直到晚上7点，她才可接受手术。尽管州卫生署建议医院实施产科出血训练演习，但根据法院文件，参与照料她的医生中，没有一个曾参加确认及处理产科出血的演习。黛安·里兹克·麦卡比家人的律师向法院提出诉讼，控告院方未有启动产科出血警戒及医生没有遵守标准的医院程序。医院的发言人表示，医院已符合所有的法定要求，但因为诉讼而不能作进一步评论。法律文件显示医院及其工作人员都否认有任何不当行为。黛安·里兹克·麦卡比的妹妹乔安妮告诉记者：“路易常常说，‘我想念妈妈...我再也见不到我的妈妈。’我很伤心。”<sup>286</sup>

出血的迹象是很细微的，而能够有效地处理这个危及生命的并发症的机会可能是很短暂的。纽约州孕产妇死亡委员会的数据显示，相当高百分比的死亡个案是由于产妇出血，为回应这个问题，纽约市和州卫生部门，以及纽约美国妇产科学会制作并发布有关如何应对产科出血的海报。在斯托尼布鲁克大学医学中心（一所大型的大学医院），医师、护士及血库工作人员组成多学科团队，制定一系列守则，包括识别高危病人；及早确认出血，以及迅速治疗。<sup>287</sup> 上述守则现在可在纽约州卫生部的网站上供公众查阅，<sup>288</sup> 这些措施都是重要的，然而，在订定良好做法后，有关方面应该在全国分享和实施，但到目前为止，当局仍未能确保实现这一目标。

一名审查一起妇女在公立医院死于子痫症的案件的产科及公共卫生专家告诉国际特赦组织，当她知道这名妇女在怀孕时竟没有被诊断出血压水平上升，她感到十分震惊。由于该名妇女每次也是看不同的医生，而医院并没有用图表纪录每个月的进展，因而没有看到明显的警号。“他们就连一个简单的血压图表去观察血压的变化也没有，他们有把血压手写在笔记中，但由于没有图表，在视觉上看不出任何线索，所以医生没有看到她的血压在上升。”<sup>289</sup>

百分之十六与怀孕有关的死亡个案是出于妊娠高血压疾病。疾病控制和预防中心的研究指出，因怀孕引起的高血压而导致死亡，有百分之六十是可以预防的。<sup>290</sup> 有关方面在妇女怀孕期间和之后密切注意她们的血压，可在她们的状况发展到危及生命之前及早察觉，然后透过和妇女一起协作、仔细监测，并可能进行引产，以应对危险。在这方面，当局再一次没有贯彻执行守则，国际特赦组织得到的报告指出，孕产妇护理往往是支离破碎的，而当局也没有制定良好的系统，记录并与妇女及不同的提供者就警告系统和潜在危险因素分享信息。

### 朱莉·勒穆特 (Julie LeMoult)

朱莉·勒穆特在 2003 年 4 月生下健康的男婴洛根·唐纳利 (Logan Donnelly) 之后去世。她在分娩时接受了两次硬膜外麻醉，分娩后，她感到剧烈头痛，她的家人找不到任何人来帮助她。她的母亲回忆说：“我在那里的 5、6 个小时，护士从没有回来。”朱莉头痛加剧，还开始发烧，产科医生在电话中说要用抗生素。她的丈夫说他们并没有施加药物：“从来没有人来跟进看看她是否已接受了抗生素。”她开始抽搐，被送往深切治疗部，那里的医生才发现她有脑膜炎——因感染导致大脑和脊髓发炎而造成大脑肿胀。朱莉·勒穆特的大脑遭受严重损害，由于已预知到她将永远不会由昏迷中醒来，她的丈夫选择拔除她的呼吸器。朱莉·勒穆特的家人起诉医院，指她的死亡是源于院方“没有保持一个无菌环境”，令她在“接受椎管注射时，因未有使用无菌口罩”而受到感染。医院表示他们在“医护各方面已达到标准”。医院的高级职员告诉记者，他们相信验尸结果显示，朱莉·勒穆特进入医院前已受到感染，并称此案是个“医疗谜团”。医院现在要求医生（和其他在房间里的人）在施行硬膜外麻醉时要戴口罩。<sup>291</sup>

在美国，百分之十三的孕产妇死于感染。孕产妇可能在多个不同情况下受到感染，影响她们的健康，当中以剖腹产的妇女为甚，她们受感染的风险比阴道分娩的高出近 5 倍。<sup>292</sup> 疾病控制和预防中心的研究发现，改善护理质量可预防百分之四十三因感染而引致的孕产妇死亡。<sup>293</sup> 其中，美国卫生保健流行病学家协会及疾病控制和预防中心制定了一系列简明的预防措施，但有关措施并非必须执行。<sup>294</sup>

**“我们大洒金钱，并作出不必要的干预令系统崩溃，看看美国作出干预的比率，然后再看其后果。”**

国际特赦组织于 2008 年 3 月 5 日在纽约市访问注册护理助产士玛丽亚·菲烈西斯

自 1990 年代以来，透过引产和剖腹产出生的婴儿比率大幅上升，<sup>295</sup> 现在，两者的比率甚至是世界卫生组织所建议的两倍。<sup>296</sup> 施用药物去开始或促进分娩，已占所有出生个案的百分之二十三，<sup>297</sup> 而剖腹产则占百分之三十二。<sup>298</sup> 美国专家及学院（包括医学研究所）、疾病控制和预防中心及国家重点伙伴关系研究机构也同意目前的比率过高，<sup>299</sup> 美国政府的健康人 2010 倡议定下目标，希望首次怀孕的低风险母亲能减少剖腹产率百分之十五。<sup>300</sup>

剖腹产带来的死亡风险是阴道分娩的 3 倍以上，<sup>301</sup> 剖腹产被发现会增加女性感染、子宫切除和肾功能衰竭的风险，而且有百分之五十二的机会出现危及生命的血液凝块（肺栓塞）。<sup>302</sup> 剖腹产会增加未来妊娠的风险，<sup>303</sup> 而新生儿的死亡风险可能增加一倍半至两倍。<sup>304</sup> 引产大大增加首次当母亲的妇女要进行剖腹产的可能性，<sup>305</sup> 并有较高的出血风险。<sup>306</sup> 尽管健康人 2010 的目标是提高剖腹产后的阴道分娩比率至百分之六十三，<sup>307</sup> 但目前的比率还不到百分之十，<sup>308</sup> 然而，目前仍没有全国性的实证医疗程序使用指引，而不同的医院和不同的州所采用的程序也有分别，<sup>309</sup> 例如，州剖腹产率由百分之二十二（犹他州）至百分之三十八（新泽西州），<sup>310</sup> 医院之间的

差异更大，新泽西州的比率由百分之十八至百分之六十二不等。<sup>311</sup> 研究推断以上差别似乎显示了“一种随机的决策模式”。<sup>312</sup>

## 缺乏信息和自主权

所有妇女应得到与医疗干预和程序相关风险的平衡信息，她们也应该有机会主动拒绝不想要的医疗干预。统一提供信息的方法可加强妇女行使这些权利的能力，而双方同意的讨论附有书面纪录，可协助确保医疗保健提供者赋予知情同意权，不幸的是，美国目前并没有实施信息提供和同意的统一守则。

由服务提供者、倡导者和妇女提供的报告指出，院方可能没有让妇女充分掌握有关医疗干预和程序风险的信息，也可能没有给予她们机会主动参与医疗决策。产妇死亡审查委员会的一名成员告诉国际特赦组织，妇产科同意过程是充满变数的，那要看是谁提供信息，共享什么信息，以及如何给孕妇演绎这些信息，“例如，如果有人可因妇女的决定而得到经济上的益处，他所提供的信息可能有别于其他在经济上不受妇女的决定所影响的人。目前，有关方面没有太多的文档说明什么信息可以共享，如何共享及和谁共享。”<sup>313</sup>

据报，一些选择在可能的情况下避免医疗程序（如剖腹产）的妇女受到服务提供者施压和胁迫，要她们接受不必要的医疗程序。

***“我的医生似乎急于做剖腹产，在我怀孕 8 个月的时候，医生希望引产，并试图告诉我婴儿重 9 磅。我说：‘不行’... 我一直要求用其他方法，因为我不想剖腹产。我的宝宝出生时间刚好到了，她出生时只有 8 磅 9 盎司。”***

国际特赦组织于 2009 年 5 月在威斯康星州访问一名美国原住民妇女

对首次当母亲、宫颈还未准备好分娩的妇女来说，引产大大增加了剖腹产的可能性，<sup>314</sup> 也会引起更高的出血风险。<sup>315</sup> 一项全国性调查发现，百分之二十五首次或再次接受剖腹产的妇女表示，她们受压于护理服务提供者而要进行剖腹产；百分之十一表示受压而选择引产。据调查，只有百分之十六的白人妇女可选择是否使用会阴切开术（一项经会阴切口的手术），而非裔裔美国妇女可选择的比率仅为百分之四。<sup>316</sup>

***“我们谈论保健服务和自主权，但在现实中，在美国，这并不适用于育龄妇女和孕产妇... 这里的环境被安排成强制性。”***

国际特赦组织于 2008 年访问一名产科/妇科医生

有关方面没有充分告知妇女其潜在护理选择的风险和益处，违反了国际人权标准中有关自主权和知情决策的关键原则。<sup>317</sup> 在美国，知情同意是医疗协会认可的道德义务，<sup>318</sup> 也是建基于法例和判例法的法律规定。虽然每个州的法律标准也有所不同，<sup>319</sup> 但所有 50 个州也有知情同意的要求。医生必须向病人披露治疗的风险，有病人的同意才有效，<sup>320</sup> 然而，有关标准并不总是时常应用的。

和其他具有较好母婴健康预后的工业化国家比较，美国给予孕产妇的选择明显较少。在许多国家，家庭医生或助产士通常是低风险孕产妇护理服务的提供者；而专科医生—妇产科医生—只会在高风险病例及并发症在意想不到的情况下发展才会作出干预。<sup>321</sup> 相比之下，在美国，虽然百分之八十三的妇女属低风险怀孕，<sup>322</sup> 但她们绝大多数接受产科医生照顾，只有百分之八是由助产士协助分娩的。<sup>323</sup> 其中一个导致选择不足的原因是，在决策过程中，当局并没有让社区

成员和倡议者参与制定何谓适当、高质量的孕产妇护理服务。妇女凭个人的能力去积极参与与有关其护理服务的决定，因缺乏护理选择的信息和没有让妇女参与决策过程而受阻。

**“发挥作用的，是既不花哨，也不昂贵的，但却是人力密集的。”**

国际特赦组织于2008年2月8日在纽约访问一名前妇产科医生海蒂·莱因哈特

无论是在美国还是其他国家，研究证明了助产术模式的护理为母婴带来安全、益处和正面的结果。在产前保健时，对比产科医生，妇女往往能花更多时间与医疗保健提供者在一起，如家庭医生或助产士。他们提供咨询和信息，并与妇女建立信任和改善沟通。医疗保健提供者若能集中和致力于全面的、以病人为中心的护理模式，也可以更舒怀地为妇女处理心理健康问题和社会问题，这对孕产妇的健康非常重要。

由家庭医生提供的护理也有正面的结果——减低因妊娠而出现的高血压和子痫前症的可能性。<sup>324</sup> 孕妇在分娩过程中获得连续的支援可增加她们进行阴道分娩的可能性，<sup>325</sup> 而研究结果还表明，助产护理可减少干预，包括外阴切开术和剖腹产。<sup>326</sup>

然而，在美国，想要寻求助产模式护理的妇女却面临许多障碍。主要在医院工作的注册护理助产士可在每一个州工作，然而，具认可专业资格的助产士，在完成认可培训及通过国家认证考试后，却不获准在24个州和华盛顿特区执业。<sup>327</sup>

**“我的女儿选择由助产士在家协助她生孩子，费用要2,500美元，而在医院系统中，费用将会是12,000美元，但由于是在家里分娩，保险公司将不会支付这些费用。”**

国际特赦组织健康倡导者关注组，威斯康星州沃索，2008年7月10日

选择助产护理的妇女往往得不到公共或私人保险偿还款项。27个州完全没有要求在私人保险报销护理助产士服务；<sup>328</sup> 而在33个规定私人保险公司必须偿付助产士护理的州中，有关安排也往往只限于在医院协助分娩的护理助产士。医疗补助计划可报销所有州的医院设施费用，但却只能报销21个州和华盛顿特区的分娩中心的费用，<sup>329</sup> 对许多妇女来说，这意味着费用是阻碍她们享用助产士护理的最重要的障碍。当局增加孕产妇在保健护理方面的选择，在确保其健康权方面起重要的作用。

有时，医生或医院工作人员会敌视及不尊重助产士甚至是他们的病人，降低妇女所得到的护理质量。一位助产士告诉国际特赦组织，有一名来自爱荷华州的女子，在一星期前被一名专家认定是在家中分娩的“完美人选”，她在家中分娩时，助产士察觉分娩没有进展，于是把她转送去医院。在医院内，工作人员试图阻止助产士进入，但其丈夫坚持让她陪他们。这名妇女的痛苦是“难以忍受”的。助产士告诉国际特赦组织：“我们在楼上等了45分钟 - 但没有人来看望我们。她在痛苦中抽泣着，她为自己和她的孩子而感到害怕...最后，一名工作人员说：‘只要你[助产士]在房间里，我们不能让医生来看她。’”医生告诉这对夫妇，这名妇人需要进行紧急剖腹产，他说，因为妇女在怀孕期间出血表明了前置胎盘 — 要是胎盘塞住了子宫颈，那就有潜在的生命威胁。手术完成后，医生承认并发症是由息肉造成，而不是未经确诊的前置胎盘。那对夫妇因被迫要做剖腹产而感到非常难过，但他们没有提出诉讼，因为他们说担心将来要再去医院治疗时会受到报复或不当对待。<sup>330</sup>

**“与其他工业化国家相比起来，美国提供最少的选择。我们花最多的钱，但我们没有大盆、分娩运动球、绳这些可协助妇女分娩的工具。现在有很多非药物方法，使分娩更舒适更安全，但我们就是不使用它们。”**

国际特赦组织于2008年4月9日在新泽西州河谷访问国际陪产协会陪产员及分娩教育家德布拉·帕斯卡利·波纳洛 (Debra Pascali-Bonaro)

## 缺乏适当的产后护理

### 塔梅卡·麦卡法丘哈 (Tameka McFarquhar)

2004年12月，22岁的塔梅卡·麦卡法丘哈在纽约州沃特敦的寓所中失血过多致死。她在12月14日生下了第一个孩子达纳西亚·伊丽莎白 (Danaisa Elizabeth)，一天后出院。她们在圣诞日早上被发现死去，亲友无法与她取得联系，遂请求警察和房东让他们进入她的住所，但他们一周后才能进入她的寓所。杰弗逊县的法医官报告说，塔梅卡·麦卡法丘哈的死因是一部分胎盘在产后留在子宫内。她的母亲弗朗西斯·麦卡法丘哈 (Frances McFarquhar) 说：“我们甚至没有机会去见我们的孙女... 从来没有。”一名专家说：由护士或助产士进行产后检查，可在她的病情危及生命前发现相关症状。<sup>331</sup>

很多需要及时就医的并发症可能会在产后出现，或在妇女和她的婴儿回家之后才出现，伤口或挫伤可能受到感染。肺出血及栓塞这两种最常见的孕产妇死亡原因，可在出院之后几天或几周才出现。根据疾病控制和预防中心的研究，百分之三十四的孕产妇死亡是分娩24小时内出现的，然而，另外百分之五十五的死亡个案是在分娩后1至42天出现。<sup>332</sup> 虽然目前还没有就孕产妇在分娩后生病或受伤收集有系统的数据，但一项全国性关于新任母亲的调查发现，很多问题都在婴儿出生后首两个月出现，包括剖腹产导致的感染（百分之十九）和血凝块（百分之八）。<sup>333</sup> 一项研究发现，非洲裔美国妇女和拉丁裔妇女在分娩后首星期死亡的比率较高。<sup>334</sup>

美国的产后护理不足，妇女一般被安排在分娩约6周后到诊所让医生诊断一次，<sup>335</sup> 有并发症和曾经接受剖腹产的妇女可能获安排额外的探访，然而，有限的服务往往不能满足妇女的需要，她们未能遵循建议去接受例如高血压或糖尿病的检查，又或是产后抑郁症，这症状影响到百分之十至二十五的妇女。<sup>336</sup>

**“助产士早期和定期的家访，可帮助防止某些问题，并可在其他问题升级前把它们找出来。”**

国际特赦组织于2008年3月7日访问注册护理助产士朱莉·博萨卡 (Julie Bosak)

家访和以社区为本的护理可显着改善医疗保健服务的可及性，对刚产后即经验身体不适、疲倦，以及要照顾新生儿而难以离家的妇女尤其重要。一些地方项目为新任母亲提供有限度的家访服务，尤其是如少女妈妈等高危群体，例如，在南卡罗来纳州，公共卫生护士会在新任母亲出院后几天进行家访，<sup>337</sup> 然而，大多数在美国的妇女也无法获得这些服务，除非她们能负担陪产员的服务（透过提供各种非医疗和非助产形式的支援在分娩过程中协助妇女），或有助产士或家庭医生提供家庭护理。

**“你回到家，但你还是受伤的，你可能受到感染，你的子宫内可能仍有些东西，所有这些东西也可能是危险的，但只要你及时发现它们，还是可以很容易处理的... 他们从前通常会在妇女分娩后10天仍要留院，因为他们担心会出现并发症。”**

伊纳·美·加斯金 (Ina May Gaskin)，助产士，建议由产后陪产员、护士或助产士进行家访，摘自《时尚芭莎》，2009年9月<sup>338</sup>

# 6/问责

**“我有无数的问题，但我可能永远无法得到答案。”**

约瑟·莱格鲁，朱迪·莱格鲁的丈夫，其妻子在生下孩子后3个半月死于并发症

美国政府必须就本报告所述的重大系统性人权问题承担责任，不论医疗体系是中央集权还是地方分权管理，私人还是公共，或两者合一，政府也有责任确保医疗保健是可提供的、可得到的、可接受的、优质的和平等的。然而，美国医疗保健的不平等情况——基于性别、种族、民族、移民身份、原住民地位和收入水平——却持续出现。结果，在过去20年，美国也没能减少妇女死于怀孕和分娩的数字，妇女所获得的保健水平也存在根深蒂固的差距。<sup>339</sup> 美国没能改善孕产妇保健以达到国际或国内的目标，显示了问责制在根本上的失败。

## 需要协调性监督

医疗保健融资和提供的本质是支离破碎的，这也导致有关方面在监督方面分散和不协调。联邦政府在降低孕产妇死亡率和消除差距两方面的措施并不协调；多个联邦机构分担有关的工作，而就监管私人保险业及其提供产妇保健的角色，联邦和州层面的规例也不足够。

虽然诉讼为个人或家庭提供寻求解决办法的途径，但却很少带来系统性改革。即使这类诉讼改善了程序和政策，也往往属片面和局部的。服务提供者害怕面对诉讼，也可能限制了家属和审查机构了解哪里出了错的机会。

**“谁应（对没有实行最佳实践）负责？简短的回答是‘任何人和没有人’。”**

国际特赦组织于2009年1月7日访问了医疗保健研究与质量局主管卡罗琳·克兰西（Carolyn Clancy）

负责改善医疗质量和扩大医疗服务可及性的联邦机构，主要隶属健康与人类服务部，当中包括联邦医疗保险与医疗补助服务中心；医疗保健研究与质量局；健康资源和服务管理局；妇女健康办公室；少数族裔健康办公室，以及疾病控制和预防中心。

联邦医疗保险与医疗补助服务中心告诉国际特赦组织，它们正计划制定孕产妇保健的标准，并要求医院遵守，以获得医疗补助计划提供的资助。但是，到目前为止，中心还未制定标准，也没有确定的完成日期。

医疗保健研究与质量局负责医疗服务的研究和评估，其官员告诉国际特赦组织：“我们清楚知道孕产妇保健方面的工作做得太少。”<sup>340</sup>

健康资源和服务管理局表示，其工作是要改善孕产妇保健预后和服务不足社区医疗保健服务的可及性，包括孕产妇医疗保健。但是，由于缺乏经费，它们目前无法满足有关人士的需求。妇女健康办公室目前没有把焦点放在孕产妇保健、发病或死亡问题。少数族裔健康办公室正在寻求方法解决婴儿死亡率差距的问题，但目前的焦点也不在解决孕产妇死亡率的差距。疾病控制和预防中心负责收集和分析关于孕产妇死亡的数据，但是，由于各州并没有义务要提交有关信息，即使有些州自愿提交，它们的工作仍然受到束缚。此外，疾病控制和预防中心可以提出建议，但却并没有执行的能力。健康人2010的措施包括了产前护理、产妇死亡率和发病率的目标，但由于执行不力和收集的数据和公众汇报不一致，也令它们的影响力受挫。

## 缺乏全面而准确的数据

**“取得实证，以决定我们需要怎样做才能减低数字是非常重要的 - 你需要数据来观察模式。”**

国际特赦组织于 2007 年 12 月 13 日在乔治亚亚特兰大访问疾病控制和预防中心生殖健康部医学流行病学专家辛西娅·伯格 (Cynthia Berg)

有关方面缺乏全面的数据收集和有效的分析系统，以致未能改善孕产妇保健。根据疾病控制和预防中心，孕产妇死亡人数可能是目前估计的两倍。<sup>341</sup> 由于缺乏全面的数据收集，令有关方面不能看到美国产妇死亡和发病问题的全貌，也妨碍了分析和解决问题，因而难以改善整体的孕产妇保健。

许多孕产妇死亡个案从来没有被确定为与怀孕有关。只有 6 个州——佛罗里达州、伊利诺伊州、马萨诸塞州、<sup>342</sup> 纽约州、宾夕法尼亚州和华盛顿州——目前有要求把妊娠有关的死亡个案列作独立的类别报告，但该做法并不是全国性的。<sup>343</sup> 尽管有些州自愿通报，但仍有许多孕产妇死亡个案没有被上报州卫生部、疾病控制和预防中心，或当地的孕产妇死亡审查委员会。

整个美国也缺乏标准化的数据收集，例如，死亡证可以协助追踪与妊娠有关的死亡个案。<sup>344</sup> 为了提高报告的准确性，疾病控制和预防中心一直建议所有死亡证书需包括一个复选框，以显示妇女在死亡时、死前六个星期、或在过去一年是否正在或曾经怀孕。然而，10 个州告诉国际特赦组织，其死亡证上并没有上述复选框，<sup>345</sup> 即使一些州有复选框，但也不是全部跟从 2003 年疾病控制和预防中心引进的美国标准死亡证明，当中包含 5 个具体问题，以更确切地确定妇女的怀孕时间与其死亡日期的关系，结果，当局只能收集到部分数据，阻碍了跨州的趋势分析。

<sup>346</sup>

**“人们往往没有正确地填写死亡证明，通常它是由实习生在半夜的时候填写，他们累透了，而且还在赶工和未受过训练，他们往往忽略妇女在死前已怀孕 6 至 8 个月的事实。”**

国际特赦组织于 2008 年 3 月 13 日访问美国妇产科学会孕产妇死亡率特别小组主席杰弗里·京

疾病控制和预防中心亦指出，正确填写死亡证明有助核实死亡个案是否与怀孕有关，可是，医生和其他人员在这方面只接受极少的培训，引致一些与怀孕有关的死亡个案没有被纪录下来。

<sup>347</sup>

但是，只靠死亡证明来作出报告，也可能会低估孕产妇的死亡数目。<sup>348</sup> “加强监测”的方法包括审查法医记录和比较育龄妇女的死亡证与出生证明书，以确定妇女在去世之前一年是否曾经分娩。<sup>349</sup> 上述方法比由服务提供者在死亡证上汇报更为有效，可鉴别多达百分之九十以上的孕产妇死亡个案。<sup>350</sup> 把去世的母亲的死亡证和完整的出生证明联系起来，也可令纪录更完整，以及更详尽地分析有关资料，然而，17 个州告诉国际特赦组织，它们没有相互参照死亡和出生证明。<sup>351</sup>

**“除非你审查和评估濒临死亡个案，否则你很难去改正系统问题或寻求预防策略。”**

国际特赦组织于 2008 年 3 月 13 日访问美国妇产科学会孕产妇死亡率特别小组主席杰弗里·京

公共卫生专家及研究人员告诉国际特赦组织，研究并发症和损伤可为有系统地审查孕产妇保健提供一个更有效的基础，因为它们比死亡更常见。在美国，孕产妇并发症是导致婴儿死亡的第 4 大主要原因，因此，减少孕产妇并发症和改善妇女健康也将减少婴儿死亡，<sup>352</sup> 然而，有关孕产妇并发症或濒临死亡个案的数据目前却少之又少，<sup>353</sup> 而且只有极少数的产妇死亡审查委员会

会审查或分析这些个案，<sup>354</sup> 例如，英国引进了一个系统，在全国所有附有产科单位的医院追踪一些特选的孕产妇死亡个案，<sup>355</sup> 该系统可以提供数据，以协助改善联邦和州当局的护理质量，以及改善医院管理架构。然而，美国目前并没有这样的系统。据一位专家说：“医院领导可能处于优质护理危机之中，但却只有有限的机会去了解情况有多严峻或需要多少不同的支援。”

<sup>356</sup>

根据 2005 年病人安全及质量改进法案，<sup>357</sup> 并在医疗保健研究与质量局的支持下，国家质量论坛（一个非营利组织）已着手制定 17 项统一的质量及安全标准措施，以改善孕产妇保健中某些孕产妇发病个案及医疗失误的数据监测。虽然这些发展将为绩效评价提供指标，当局仍需要更多有关孕产妇濒临死亡和发病个案的数据，以减少目前并发症的高比率。

数据收集系统往往未能充分就妇女的种族或民族分类，当局无法更详细地分析哪些妇女的孕产妇死亡率及并发症不成比例地高，同时也削弱了他们为消除差距所作出的努力。<sup>358</sup>

## 数据审查不足

***“塔蒂亚那时 32 岁 ...，她时常也很在意自己的健康。她和她的宝贝女儿琐拉，在她被引产生下第一胎之后，在 2001 年 12 月去世... 两年后，我成立了一个非盈利组织塔蒂亚·奥登·法兰治纪念基金会。我们的成员有医疗专家... 和其他家庭成员，并开始组织起来。这些死亡很多是可以预防的，它们不应该发生。”***

国际特赦组织于 2008 年 2 月 8 日在加利福尼亚州奥克兰访问塔蒂亚·奥登·法兰治的母亲马迪·奥登 (Maddy Oden)

***“除了马萨诸塞州、加利福尼亚州，可能佛罗里达州也是吧，并没有一个州有能力去深入调查死亡个案... 坦白说，这是一种耻辱。”***

国际特赦组织于 2007 年 12 月访问的一名联邦官员

孕产妇死亡审查委员会试图识别可预防死亡的模式，它们分析问题和提出可行的解决办法，是改善孕产妇健康的重要一环。然而，29 个州和哥伦比亚特区告诉国际特赦组织，它们根本没有任何孕产妇死亡审查程序（见附录 A）；另外 21 个州已成立孕产妇死亡审查委员会，但其效力却因一系列因素而被削弱。各州孕产妇死亡审查委员会的组成和任命并不一致，其工作方式也各有不同，有些完全依靠志愿者，其他则有专业的工作人员。有些委员会审查所有的孕产妇死亡个案，而有些则只进行少数的抽样调查，但是，几乎没有一个审查发病个案，尽管其中几个告诉国际特赦组织它们在把它纳入其工作范围。<sup>359</sup> 此外，各委员会的工作并不协调，结果可能导致重复工作；国际特赦组织采访的几个审查委员会也不知道其他州的委员会的工作。<sup>360</sup>

虽然孕产妇死亡审查通常是保密的，即使是公布数据也不会公开具体的地点或个人，但审查员在获取信息时往往面对困难。在 21 个已成立孕产妇死亡审查委员会的州之中，其中 18 个<sup>361</sup> 在公共卫生调查中信息披露一项，就信息的保密设有法律或行政保护。然而，即使在那些州，服务提供者仍然关注到有关保护措施不足以保护他们免受起诉。在其他州，上述的保护措施根本并不存在。

***“两名拉美裔妇女出现产后出血情况，我们随后开会研究问题出在哪里，但评估程序没有包括‘调查一下这为什么发生在不说英语的妇女身上’，问题是‘将来我们应如何避免承担责任。’”***

国际特赦组织于 2008 年 2 月 12 日访问华盛顿州社区医院注册分娩护士基尔·哈姆福里



**“当问题出现而且有人死亡时，没有人和家属交待。一道钢幕降下，家属得到答案的唯一方法是找律师提出诉讼。”**

国际特赦组织于 2008 年 2 月 27 日访问世界卫生组织妇女和儿童健康部门的前主管马斯顿·瓦格纳 (Marsden Wagner)

尽管数字和统计资料可以揭示问题所在，但要寻求解决方案，有关方面往往需要更详细的研究，包括实际死亡原因、医疗事件和根本问题。基于这个原因，英国孕产妇死亡审查机构向所有参与病人护理的人发出书面问卷，包括社会工作者，而世界卫生组织建议在审查中家访家庭成员。在美国，胎儿及婴儿死亡审查包括家访，以及与社区倡导组织合作，<sup>362</sup> 但涉及产妇保健时，美国孕产妇死亡审查委员会往往只局限于审查医疗记录，然而记录却缺乏有关社会因素或医疗系统性缺失可能导致死亡的信息，只有 4 个州可能会面见服务提供者、家属或其他直接参与妇女护理工作的人。<sup>363</sup>

**“如果死亡证明说是‘出血’，你不知道当时有没有及时发现出血，也不知道当时血库有没有尽快地发放血液，或当时的电梯是不是卡住了。”**

国际特赦组织于 2008 年 3 月 18 日访问纽约布朗克斯爱因斯坦/蒙特菲奥里妇产科及妇女健康系副主席，以及纽约州母婴安全倡议计划联合主席辛西娅·夏蒙特

多学科审查机构应包括社区代表，例如活跃分子、服务提供者和政策制定者，以扩大分析的幅度，这有助将影响高风险社区妇女的问题纳入考虑范围，也可协助解决医疗专业人员严重及感知的偏见问题，<sup>364</sup> 但是，只有 15 个州的孕产妇死亡审查委员会试图让在不同社区工作的人加入。<sup>365</sup>

## 处理种族和民族差异

联邦政府未能确认和解决医疗保健中的种族差异，包括孕产妇保健服务，违反了国际法规定的义务。《消除一切形式种族歧视国际公约》明确指出，歧视不仅包括故意歧视，还包括一些对某些群体造成不同影响的法律、政策和做法。美国有责任审查国家和地方法律和政策，修订或废止那些造成或延续歧视的法例和政策。<sup>366</sup>

1964 年民权法第 6 章禁止在任何接受联邦财政援助的程序或活动中作出基于种族、肤色或民族的歧视。<sup>367</sup> 联邦资助医疗保健服务（例如通过医疗补助计划或其他孕产妇及儿童保健补助金），意味着大多数医院、诊所和医疗保健服务也属于第 6 章的范围，联邦政府有责任确保接受资助的单位遵守第 6 章的规定。目前，任何人需要有意图证明，才可在个别案件中确立有第 6 章所述的歧视存在。在《亚历山大诉桑多瓦尔》一案中，<sup>368</sup> 美国最高法院裁定个人不能引用第 6 章的不同种族影响来提出诉讼，不过，该法院仍保留由政府提出诉讼的可能性。

美国健康与人类服务部辖下之公民权益办公室负责执行联邦法律，禁止接受该部门资助的医疗保健提供者作出歧视。该办公室应澄清其职权，以包括防止基于种族及民族而导致不同影响的侵犯公民权利行为。至关重要是，国会及健康与人类服务部应确保公民权益办公室有足够的资金来进行执法行动，以消除包括孕产妇保健的医疗保健差距。司法部民权司也应把卫生领域纳入第 6 章的执行范围，一应处理与住房、就业和教育方面的歧视问题。

# 7/建议

美国孕产妇的死亡率和发病率处于不能接受的高水平，但美国政府却未能确保人人在不歧视的基础上享有可提供的、可得到的、可接受的和优质的医疗保健服务，本报告突显了两者之间的联系。美国孕产妇医疗保健中的系统性差异，证明了当局未能履行其义务，禁止和消除在保健服务方面的歧视，违反了《消除一切形式种族歧视国际公约》。

美国违反了国际人权标准，包括未能在妇女怀孕之前确保她们可获取足够的医疗护理；没有提供适当的家庭计划服务；未能确保妇女及早获得足够的产前护理；未能确保执行以实证为本的准则去处理孕产妇的主要死因；没有尊重妇女的知情权和知情同意，并阻碍她们积极参与有关其护理的决定；未能提供足够的产后护理，并确保对孕产妇死亡和受伤实施系统性的问责。

虽然医疗专业人员、设施和保险公司都在美国医疗保健制度中扮演一定的角色，但美国政府最终仍有责任去防止和处理侵犯人权的问题，不管有关行为是由国家人员、个人或私人机构（非国家行为人）所造成的。

下列的建议列举出美国在改善孕产妇保健方面必须采取的具体步骤，要求美国政府采取切实有效的措施来改善整体医疗保健系统，以确保每个人在美国都可以在平等的基础上享有最高健康标准的人权。

美国政府必须建立一个全面的国家行动计划，以改善孕产妇医疗保健和消除系统性差距。相关的利害关系者应在程序中参与，当中包括不同的医疗护理服务提供者（如医生、助产士和护士）、公众卫生和社会服务专家，以及受影响社区的成员。尤其，政府应该采取措施，确保妇女可以在联邦、州和地方层面参与制定解决方案。

## **改善孕产妇保健的措施包括：**

### ***确保人人也可获得优质的医疗保健服务***

1. 美国政府必须确保个人一生中可享有可提供的、可得到的、可接受的和优质的医疗保健信息和服 务，包括性和生殖健康保健。
2. 美国政府必须确保所有妇女能平等地获得适时而优质的孕产妇保健服务，包括家庭计划服 务，另外，没有人因政策或做法而无法享有医疗保健服务，而有关政策或做法是基于性别、 种族、民族、年龄、原住民身份、移民状况或支付能力而造成歧视性的目的或效果。
3. 美国政府必须消除医疗保健系统中的差距，确保所有社区都获得全面而优质的治疗和服 务。公营资助和管理的医疗保健应扩展服务，使之成为强而有力的系统，令医疗保健更可 及和负责任。

#### **确保人人公平而不受歧视地获得医疗保健**

4. 联邦、州和地方政府应建立全面的计划，以处理一般保健和孕产妇死亡差距中一些根本性的不平等情况，包括改善获得充足营养、教育和住房的途径。
5. 美国国会应增加对健康和人类服务部辖下公民权益办公室的资助。公民权益办公室应进行调查，以评估法律、政策和做法上阻碍人们平等地获得优质医疗服务（包括孕产妇保健）的情况。
6. 美国国会应在司法部民权司建立卫生科，以处理医疗保健中的歧视问题，包括孕产妇保健。
7. 美国国会应解决印第安人健康服务局长期预算不足的问题，因为这影响到通过其得到医疗护理的印第安及阿拉斯加原住民妇女。美国政府应保证医疗保健服务的公共经费水平不会基于种族或原住民地位而有差别，资助水平应与医疗补助计划看齐，甚至是更高。印第安人健康服务局的资助不应取决于年度拨款法案，而是与医疗补助计划看齐。
8. 美国应将有关在提供服务和治疗时的文化和性别敏感度培训纳入所有医护专业人员的基本训练课程，以及其持续教育及发牌规定的培训中。
9. 美国政府应确保所有移民也有资格参与医疗补助计划。
10. 州政府应确保为持证移民提供医疗补助计划服务。

#### **消除障碍，令妇女可获得及时、适当及可负担的孕产妇保健**

11. 美国政府必须确保所有妇女能平等地获得优质的孕产妇保健服务。
12. 美国政府必须确保妇女不会因医疗服务费用（包括产妇产前保健服务费用）而无法获得所需要的护理，或令她们或其家人陷入贫困或破产。医疗服务的任何费用应根据支付能力按滑动比例由零开始计算。
13. 美国政府必须确保所有保险计划——不论是公共或私人——在整个孕期、分娩和婴儿出生后提供全面的保障。有关保障应符合美国健康人 2010 倡议的及早及“足够的护理”的标准，包括为孕产妇提供 13 次产前检查，并确保产前保健在妇女怀孕首 3 个月内开始。
14. 联邦及各州政府应确保妇女通过其雇主得到的保险包括全面的孕产妇保健服务。联邦及州政府应为那些不能透过雇主得到保险的人提供安全网。
15. 联邦及各州政府应规范私营保险机构，确保孕妇不会因任何已存在状况（包括怀孕）而不受保，而保险应在没有额外费用之下包括全面的孕产妇保健。
16. 州政府应为参与医疗补助计划的孕产妇确立“预定符合资格”，确保医疗补助计划为她们提供适时的产前护理。如果妇女在资格确认之前已接受产前护理，各州应确保医疗补助计划可追溯偿还服务款项。

17. 联邦医疗保险与医疗补助服务中心和州政府应进行审查，为参与医疗补助计划的妇女消除所有障碍，让她们不被拖延或中断孕产妇保健服务。国会应修改 2005 年赤字削减法，消除低收入妇女获得医疗补助的障碍，这应包括修改过于繁琐的提供文件（包括公民身份和收入证明）要求。
18. 联邦贫穷标准是各州用来确定医疗补助计划服务参与资格的计算方法，美国政府应当对有关标准的计算方法作出审查，以确保其准确和与时俱进。
19. 州政府应确保通过儿童健康保险计划获得孕产妇保健的妇女在整个怀孕期间和产后也得到保健服务。
20. 联邦医疗保险与医疗补助服务中心应要求州公共卫生部门和地方当局评估影响妇女（特别是低收入妇女）获得保健服务的具体障碍，并制订计划提供必要的支援或服务以克服这些困难，如交通及幼儿护理，以此作为接受资助的条件之一。
21. 当有需要时，美国国会应检讨和提供法律或法规的保护，令妇女可向工作岗位请假去接受产前检查，医疗保健提供者应为寻求产前护理的妇女提供灵活的检查时间。
22. 当局应为所有有需要的孕产妇提供适当的药物成瘾治疗方案及相关支援服务，但不应以妇女参与这些方案和支援服务作为刑事指控的基础。
23. 联邦及各州政府应要求所有医疗保健提供者确保所有妇女在寻求和接受医疗保健时得到充分的传译和翻译服务。
24. 美国国会应强制各州遵守由少数族裔健康办公室制定的文化及语言上适当服务的国家标准（医疗护理中文化和语言适当服务的 14 个国家标准）。
25. 美国国会应指示和充分资助少数族裔健康办公室，令它们与受影响的社区和医疗界合作，成立一个资源交换中心去翻译常用的医疗表格、同意表格及孕产妇护理宣传册子。有关信息和表格应该可在网上免费下载，并提供给所有寻求孕产妇保健且有语言服务需要的妇女。
26. 美国国会应要求私人及公共保险充分偿还翻译和传译服务的费用。
27. 州政府应要求在医疗保健系统中提供服务的传译员得到充分的培训和认证，以确保他们提供准确的医疗传译和翻译服务，而且是在文化上适当的和具性别敏感度的。
28. 医疗保健提供者应招聘和宣扬具有多元语言和文化的的工作人员和领导，以反映他们服务范围的人口特征。

### **确保所有妇女获得家庭计划服务和信息**

29. 联邦和各州政府应确保所有妇女在不受歧视的基础上得到生殖健康信息和服务。州政府，以及在适当的情况下联邦政府也应确保学校推行有效并以实证为本的性教育。
30. 联邦及州政府应规管私营保险机构，以确保其保险包含性和生殖方面的信息和服务。所有州也应要求保险公司提供处方避孕药方面的保障。
31. 联邦及各州政府应确保所有需要公营资助生殖健康服务的妇女都能够获得有关服务。
  - a. 美国国会应修订赤字削减法案，以消除低收入妇女通过医疗补助计划接受家庭计划服务的障碍，包括取消州政府可排除某些受助人的酌情权及取消征收避孕药具的费用。
  - b. 联邦医疗保险与医疗补助服务中心应扩大医疗补助计划的覆盖范围至家庭计划服务。各州无需要求豁免以扩展有关服务至医疗补助计划受助人。
  - c. 美国国会应确保健康与人类服务部获得足够的资助，使人口事务局能扩大 X 诊所的计划。
32. 原住民妇女应平等地获得性和生育服务，特别是要确保印第安及阿拉斯加原住民妇女可通过印第安人健康服务计划得到适当的性和生殖健康服务。所有印第安人健康服务局的药房应提供全面的避孕药具，包括紧急避孕药。
33. 联邦及州政府应要求所有医疗保健提供者生命或健康因怀孕而处于极危险状态的妇女提供优质的医疗服务。药剂师和药房应为所有妇女提供避孕药具，包括紧急避孕药。有关产妇护理或提供服务的决策应该基于实证为本的准则和协议，而非道德或宗教理由。

### **确保所有妇女获得足够的、适当的、优质的孕产妇医疗保健**

34. 联邦、州和地方政府应解决孕产妇医疗保健提供者短缺的问题，并确保所有区域有充足和多样化的保健设施和服务，包括护士、助产士和医生，特别是在医疗服务不足的地区，包括乡郊和城市低收入地区。
35. 健康与人类服务部通过健康资源和服务管理局应该得到充足的资金，并应负责向医疗服务不足的社区提供服务，包括通过扩大社区保健中心方案，如联邦合格健康中心计划。
36. 美国国会应授权及资助审查医疗补助计划的孕产妇保健服务费用。在适当的情况下，联邦医疗保险与医疗补助服务中心应增加偿还率，并确保不同的服务提供者和设施（提供相类似服务）获得合理的偿还额。偿还过程应当简化。
37. 美国国会应指示健康与人类服务部与医疗界、妇女保健组织和其他利益相关者合作，就孕产妇保健服务制定全国统一实证医学指导方针和守则，并应把 5 个最常见的孕产妇死亡原因列作优先考虑。

38. 健康与人类服务部应采取措施以达到健康人 2010 的目标，当中包括与医疗界、妇女保健组织和其他利益相关者合作，就医疗干预和程序的适当使用（如剖腹产）建立明确的全国指引。
39. 美国政府应采取措施，确保全国也执行以实证为本的孕产妇保健服务守则和指引，并建立追踪机制，以确定相关团体是否有执行守则，以及以实证为本的服务是否到位。
40. 国会应该指示健康与人类服务部优先考虑实施保健信息技术，并提供资金促进这项工作。标准的医疗记录该应用于孕产妇保健，以减轻信息共享和纪录的负担。
41. 医院或其他设施要通过认证，就必须在产妇死亡后进行“产妇审计”，并为所有工作人员提供在职培训，包括急诊室工作人员、行政人员、护士和医生。
42. 医疗保健提供者应确保所有妇女就潜在医疗程序的风险和益处得到均衡而全面的信息，使她们能够作出明智的决定。健康与人类服务部应与医疗界、妇女保健组织和其他利益相关者合作，制定一个标准化的方法去决定提供哪些资料，并应要求书面同意的讨论文件。无论妇女决定选择助产士还是医生作为她的生育保健提供者，都应该尊重她们的决定。
43. 美国政府应指示健康与人类服务部开展广泛的讨论，商议低风险怀孕可选择的其他更具成本效益的护理模式，以协助改善美国孕产妇保健服务达到可提供的、可得到的、可接受的和优质的目标。联邦及各州政府应改变现时对经过适当训练的合格助产士的法律限制。如果妇女选择使用合格的助产士或分娩中心，公共和私人保险应包括这些服务的费用。

#### **确保所有妇女得到充分的产后护理**

44. 美国国会应指示健康与人类服务部制定和实施全国产后护理标准，包括：
  - a. 在妇女分娩后首几个星期进行家访；
  - b. 容易获得生殖健康信息和服务，包括为保障妇女和婴儿提出足够的怀孕间距；及
  - c. 充份监测产后健康问题，包括抑郁症，并作出适当的转介及治疗。
45. 在有需要时，公共及私人保险应包括充分的产后护理，如医疗护理专业人员的家访。

### **加强及改进问责制**

46. 美国国会应指示及资助健康与人类服务部建立产妇保健办公室，其任务是改善孕产妇保健、预后和消除差距。该办公室应负责协调联邦和各州，并每年向美国国会报告进展，包括把孕产妇死亡率降低至每 10 万活产婴儿只有 4.3 人死亡，以符合健康人 2010 的目标。
47. 州和联邦机构应追踪、评估和公开报告孕产妇死亡率和发病率的趋势，并改善数据收集和分析，以更准确地确定孕产妇健康问题（包括孕产妇死亡和并发症的因素）及作出更好的回应，以上种种需要州和联邦共同行动，并应包括：
  - a. 改进关于获得孕产妇保健和卫生保健的种族/民族差异的数据收集；
  - b. 立即向疾病控制和预防中心通报所有孕产妇死亡个案，并引进全国性孕产妇死亡监察系统；
  - c. 强制所有州报告孕产妇死亡个案，以提供年度资料于联邦机构，包括疾病控制和预防中心；
  - d. 统一数据收集工具。根据联邦法律，各州都必须使用美国标准死亡证书，当中包含5个问题，以协助确定已去世的妇女在过去一年的怀孕状况。如果任何州仍没有死亡证明上加入上述问题，就应立刻行动。
  - e. 国家规定把所有孕产妇死亡证明与相关的出生证明连系起来，以便更完整地分析孕产妇死亡个案。美国国家活产证明可提供在怀孕期间和分娩时孕产妇健康更完整的信息，有关方面应统一和资助其执行。
  - f. 若有孕产妇死亡个案，必须确保只有合格的护理专业人员在接受过足够培训后才可填写死亡证明。
  - g. 如有孕产妇死亡个案，必须确保全力找出死因，包括进行验尸工作。医院或其他设施要通过认证，就必须在孕产妇死亡时进行“产妇审计”，并应为所有工作人员提供在职训练。
  - h. 改进有关孕产妇并发症的数据收集和国家报告，当中应包括就严重孕产妇并发症（包括产后并发症）强制各州及医院每年公开报告，强制各医院报告孕产程序的数目。此外，健康与人类服务部应确保会分析产妇并发症的数据，并将经验总结纳入全国孕产妇保健实证标准。
48. 在华盛顿特区及29个州成立孕产妇死亡审查委员会。委员会应获得持续的资金，以便收集、分析和审查所有与妊娠有关的死亡数据，以解决差距问题。调查结果和建议应让公众参阅，同时也要将牵涉医疗失误中各医院及人员的资料保密。各州级应努力作全国性协调，以鉴别和实施最佳实践。

### **充分确认健康权和纳入人权观点**

49. 美国政府应立刻批准下列国际人权条约：
  - 《消除对妇女一切形式歧视公约》；及
  - 《经济、社会、文化权利国际公约》。美国政府应以人权标准为本，更广泛地检讨孕产妇保健及医疗系统，并制定行动计划以落实条约的各项规定。
50. 美国政府在向联合国条约机构提交的报告中应包括关于孕产妇保健和孕产妇健康预后差距的信息，并执行其建议。

# 附录

附录 A - 孕产妇预后与问责一览表

州				州是否有 -			
	孕产妇死亡率 (每 10 万活产婴儿) <sup>a</sup>	各州孕产妇死亡率排名 <sup>b</sup>	各州是否符合 4.3 人死亡的健康人目标 (每 10 万个活产婴儿) ?	死亡证明书怀孕选框 <sup>c</sup>	孕产妇死亡审查委员会 <sup>d</sup>	强制性报告孕产妇死亡个案 <sup>e</sup>	医疗执照的文化能力要求 <sup>f</sup>
阿拉巴马州	9.6	25		✓			
阿拉斯加州	5.0	7			✓		
亚利桑那州	7.2	13					+
阿肯色州	14.6	44		✓			
加利福尼亚州	11.3	35		✓	✓		✓
科罗拉多州	11.0	31			✓		
康涅狄格州	5.1	8		✓			✓
特拉华州	13.6	42		✓			
佛罗里达州	13.1	41		✓	✓	✓	
乔治亚州	20.5	50		✓			+
夏威夷州	4.7	6		✓			
爱达荷州	11.1	32		✓			
伊利诺伊州	9.1	23		✓	✓	✓	
印地安那州	3.3	4	✓	✓	✓		
爱荷华州	7.0	12		✓	✓		
堪萨斯州	5.9	9		✓			
肯塔基州	8.8	22					+
路易斯安那州	15.9	46		✓	✓		
缅因州	1.2	1	✓		✓		
马里兰州	16.5	48		✓	✓		*
马萨诸塞州	2.7	3	✓		✓	✓	
密歇根州	13.6	42		✓	✓		
明尼苏达州	3.7	5	✓	✓			
密西西比州	15.2	45		✓			
密苏里州	10.5	28		✓	发展中		
蒙大拿州	10.5	28		✓			
内布拉斯加州	12.6	40		✓			



内华达州	10.4	26		✓			
新罕布什尔州	10.4	26		✓			
新泽西州	11.3	35		✓	✓		✓
新墨西哥州	16.9	49		✓			✓
纽约州	16.0	47			✓	✓	+
北卡罗莱纳州	11.4	37			✓		
北达科他州	10.7	30		✓			
俄亥俄州	8.4	18		✓			+
俄克拉荷马州	12.3	39		✓	✓		
俄勒冈州	6.2	10		✓			
宾夕法尼亚州	8.5	19		✓		✓	
罗得岛	9.2	24		✓			
南卡罗来纳州	11.1	32		✓	发展中		
南达科他州	6.2	10		✓			
田纳西州	11.7	38					
德克萨斯州	8.6	20		✓			
犹他州	8.6	20		✓	✓		
佛蒙特州	2.6	2	✓	✓			
弗吉尼亚州	8.0	17		✓	✓		
华盛顿州	7.5	15		✓	✓	✓	✓
西弗吉尼亚州	11.2	34			✓		
威斯康星州	7.2	13		✓	✓		
怀俄明州	7.8	16		✓			
哥伦比亚特区	34.9	51		✓			
总数			5	41	21	6	5

\* 已经立法，“强烈建议”文化能力培训的州

+ 法案悬而未决的州

- A. **孕产妇死亡率的数字**: 全国妇女法律中心, 全国妇女健康成绩单, 孕产妇死亡率表; 参见 <http://hrc.nwlc.org/Status-Indicators/Key-Conditions/Maternal-Mortality-Rate.aspx>。
- B. **各州孕产妇死亡率排名**: 全国妇女法律中心, 全国妇女健康成绩单, 孕产妇死亡率表。
- C. **死亡证明书怀孕选框**: 国际特赦组织就各州卫生部门审查孕产妇死亡率和发病率的调查。
- D. **孕产妇死亡审查委员会**: 国际特赦组织调查。
- E. **强制性报告产妇死亡**: 国际特赦组织调查。
- F. **文化能力法例**: 美国健康与人类服务部, 少数族裔健康办公室, 文化能力立法表, 参见 [https://www.thinkculturalhealth.org/cc\\_legislation.asp](https://www.thinkculturalhealth.org/cc_legislation.asp)。

附录 B - 孕产妇保健表

州	州有规定雇主支付孕期保健 <sup>ii</sup>	孕妇参与医疗补助计划的资格(以美元计算,并以三口子家庭为基础) <sup>i</sup>	参与医疗补助计划的孕妇预定符合资格 <sup>j</sup>	妇女延误或没有产前护理的百分比 <sup>k</sup>	有色人种妇女延误或没有产前护理的百分比 <sup>l</sup>	符合世界卫生组织建议15%剖腹产上限的州	剖腹产出生的百分比 <sup>m</sup>
阿拉巴马州	✓(1)	\$24,352		16.3%	26.8%		33.8%
阿拉斯加州		\$40,058		19.8%	23.5%		22.6%
亚利桑那州		\$27,465		23.5%	31.6%		26.2%
阿肯色州		\$36,620	✓	18.9%	26.9%		34.8%
加利福尼亚州	✓(1)	\$36,620	✓	13.0%	14.5%		32.1%
科罗拉多州	✓(2)	\$36,620	✓	20.5%	30.6%		25.8%
康涅狄格州		\$45,775	*	11.9%	19.7%		34.6%
特拉华州		\$36,620	✓	14.4%	20.0%		32.1%
佛罗里达州		\$33,874	✓	16.1%	21.2%		37.2%
乔治亚州	✓(1)	\$36,620	✓	15.8%	21.9%		32.0%
夏威夷州	✓	\$38,961		17.3%	18.5%		26.4%
爱达荷州	✓(1)	\$24,352	✓	18.9%	29.3%		24.0%
伊利诺伊州	✓(1)	\$36,620	✓	14.7%	21.4%		30.3%
印地安那州		\$36,620	✓	18.8%	30.7%		29.4%
爱荷华州		\$54,930	✓	11.3%	20.7%		29.4%
堪萨斯州		\$27,465		13.0%	21.7%		29.8%
肯塔基州		\$33,874	✓	13.3%	20.5%		34.6%
路易斯安那州		\$36,620	*	15.5%	22.9%		35.9%
缅因州		\$36,620	✓	12.1%	20.3%		30.0%
马里兰州		\$45,775	*	16.6%	24.2%		33.1%
马萨诸塞州	✓	\$36,620	✓	10.2%	16.5%		33.5%
密歇根州	✓	\$33,874	✓	14.1%	23.4%		30.4%
明尼苏达州	✓	\$50,353		13.9%	27.9%		26.2%
密西西比州		\$33,874		15.6%	22.7%		36.2%
密苏里州		\$33,874	✓	11.8%	18.4%		30.3%
蒙大拿州	✓	\$27,465	✓	16.2%	28.4%		29.4%
内布拉斯加州		\$33,874	✓	16.8%	27.1%		30.9%
内华达州		\$33,874		24.4%	31.9%		33.1%
新罕布什尔州	✓	\$33,874	✓	9.2%	15.3%		30.8%
新泽西州	✓	\$36,620	✓	20.2%	30.0%		38.3%
新墨西哥州		\$43,029	✓	30.9%	34.4%		23.3%
纽约州	✓	\$36,620	✓	15.0%	19.1%		33.7%
北卡罗莱纳州		\$33,874	✓	15.7%	24.8%		30.7%
北达科他州		\$24,352		13.6%	25.5%		28.4%
俄亥俄州		\$36,620	*	12.2%	19.3%		29.8%
俄克拉荷马州		\$33,874	✓	22.4%	30.6%		33.6%
俄勒冈州	✓	\$33,874		18.9%	27.0%		28.2%
宾夕法尼亚州		\$33,874	✓	14.7%	23.7%		30.1%
罗得岛		\$45,775		9.8%	12.9%		32.2%

南卡罗来纳州		\$33,874	*	20.3%	29.5%		33.4%
南达科他州		\$24,352		22.0%	40.2%		26.6%
田纳西州		<b>\$45,775</b>	✓	16.6%	27.0%		33.3%
德克萨斯州		\$33,874	✓	18.9%	22.8%		33.7%
犹他州		<b>\$24,352</b>	✓	20.1%	36.1%		22.2%
佛蒙特州	✓	\$36,620		10.2%	17.8%		26.8%
弗吉尼亚州	✓	\$36,620		14.6%	22.4%		33.5%
华盛顿州	✓	\$33,874		17.1%	23.0%		29.0%
西弗吉尼亚州		\$27,465		14.1%	23.5%		35.2%
威斯康星州		<b>\$54,930</b>	✓	15.1%	27.4%		25.0%
怀俄明州		\$24,352	✓	14.5%	22.0%		26.9%
哥伦比亚特区		\$54,930	✓	23.2%	27.9%		32.6%
总数	18		30			0	

(1) - 州的规定只适用于健康维护组织。

(2) - 州的规定只适用于 15 人或以上的团体。

\* 5 个没有设预定符合资格的州，但有其他加快进程或为孕妇提供临时照顾。

H. **规定雇主支付孕期保健：**强制性产科护理，2009 年 1 月，凯泽家族基金会；参见

<http://www.statehealthfacts.org/comparetable.jsp?ind=687&cat=10>。

I. **孕妇参与医疗补助计划的资格：**孕妇年收入水平资格，以及联邦贫穷标准的百分比，2009 年，凯泽家族基金会，参见

<http://www.statehealthfacts.org/comparetable.jsp?typ=4&ind=206&cat=4&sub=54>。

J. **孕妇预定符合资格：**2009 年 12 月，凯泽家族基金会；参见

<http://www.statehealthfacts.org/comparetable.jsp?ind=225&cat=4>。

K. **妇女延误或没有产前护理的百分比：**Cara V. James 等人，《在地图上画出妇女的医疗保健差距：在州层面审视种族和民族差异》，亨利·凯泽家族基金会及美国加州大学健康政策研究中心，2009 年 6 月，表 2.8，第 63 页；参见

<http://www.kff.org/minorityhealth/upload/7886.pdf>。

L. **有色人种妇女延误或没有产前护理的百分比：**Cara V. James 等人，《在地图上画出妇女的医疗保健差距：在州层面审视种族和民族差异》，表 2.8。

M. **剖腹产出生的百分比：**Brady E. Hamilton 等人，《国家生命统计报告，出生：2007 年初步数据》，美国健康与人类服务部，2009 年 3 月 18 日，第 57 卷，第 12 号，表 14，第 19 页；参见 [http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr57/nvsr57\\_12.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr57/nvsr57_12.pdf)。

附录 C - 生殖保健表

州	意外怀孕率 (每 100 个活 产婴儿) <sup>N</sup>	有没有政策允许 供应者和/或药 房拒绝提供避孕 药具及相关服务 <sup>O</sup>	有没有政策允 许机构禁止提 供者提供堕胎 服务 <sup>P</sup>	如果有其他处方 覆盖, 要求保险 公司支付处方避 孕药 <sup>Q</sup>	州医疗补助 的豁免计划 有没有扩大 至提供家庭 计划服务 <sup>R</sup>
阿拉巴马州	N/A				✓
阿拉斯加州	39.3		✓		
亚利桑那州	N/A		✓	✓	✓
阿肯色州	48.4	✓	✓	✓	✓
加利福尼亚州	N/A		✓	✓	✓
科罗拉多州	37.3	✓	✓		
康涅狄格州	N/A		‡	✓	
特拉华州	47.1		✓	✓	✓
佛罗里达州	N/A	✓	✓		✓
乔治亚州	50.0	✓	✓	✓	
夏威夷州	47.1		✓	✓	
爱达荷州	N/A		✓		
伊利诺伊州	42.9	✓	✓	✓	✓
印地安那州	N/A		✓		
爱荷华州	N/A		✓	✓	✓
堪萨斯州	N/A		✓		
肯塔基州	N/A		✓		
路易斯安那州	N/A		✓		✓
缅因州	36.9	✓	✓	✓	
马里兰州	43.4		✓	✓	✓
马萨诸塞州	30.9	✓	✓	✓	
密歇根州	N/A		✓	✓†	✓
明尼苏达州	36.3		✓		✓
密西西比州	N/A	✓	✓		✓
密苏里州	46.3		✓	✓	✓
蒙大拿州	N/A		✓	✓†	
内布拉斯加州	39.8		✓		
内华达州	N/A		✓	✓	
新罕布什尔州	N/A			✓	
新泽西州	35.5	✓	✓	✓	
新墨西哥州	N/A		✓	✓	✓
纽约州	37.4		‡	✓	✓
北卡罗莱纳州	49.8		✓	✓	✓
北达科他州	N/A		✓		
俄亥俄州	44.9		✓		
俄克拉荷马州	48.0		✓		✓
俄勒冈州	39.4		✓	✓	✓
宾夕法尼亚州	44.5		✓		✓
罗得岛	37.8		‡	✓	✓
南卡罗来纳州	44.7		✓		✓

南达科他州	N/A	✓	✓		
田纳西州	N/A	✓	✓		
德萨斯州	N/A		✓		✓
犹他州	30.9		✓		
佛蒙特州	34.0			✓	
弗吉尼亚州	N/A		✓		✓
华盛顿州	36.1	✓	✓	✓	✓
西弗吉尼亚州	46.5			✓	
威斯康星州	38.3		✓	✓†	✓
怀俄明州	44.5		✓		✓
哥伦比亚特区	N/A				
总数		12	43	27	27

‡ 允许个别供应者（非机构）拒绝提供堕胎服务的州。

+ 规定医疗保险在包括处方药物时要包括处方避孕药的州。

† 把反歧视法理解为规定包含避孕服务的州。

- N. **意外怀孕率**：疾病控制和预防中心妊娠风险评估监测系统的流行病学研究在线数据，2007 年全国各州数据，妊娠意向，“显示母亲在怀孕时是否想怀孕的指标，”参见 <http://apps.nccd.cdc.gov/cPONDER/default.aspx?page=DisplayAllStates&state=0&year=8&category=17&variable=16>。
- O. **允许供应者和/或药房拒绝提供避孕药具及相关服务的州**：《拒绝提供保健服务，州政策概况》，截至 2009 年 9 月 1 日，古特马赫研究中心，参见 [http://www.guttmacher.org/statecenter/spibs/spib\\_RPHS.pdf](http://www.guttmacher.org/statecenter/spibs/spib_RPHS.pdf)。
- P. **允许机构拒绝提供堕胎服务的州**：《拒绝提供卫生服务，州政策概况》。
- Q. **《保险包含避孕药具，州政策概况》，截至 2010 年 2 月 1 日，古特马赫研究中心，参见 [http://www.guttmacher.org/statecenter/spibs/spib\\_ICC.pdf](http://www.guttmacher.org/statecenter/spibs/spib_ICC.pdf)。**
- R. **州医疗补助的豁免计划提供家庭计划服务的州**：《州医疗救助计划扩大家庭计划申请资格，州政策摘要》，截至 09 年 9 月 1 日，古特马赫研究中心，参见 [http://www.guttmacher.org/statecenter/spibs/spib\\_SMFPE.pdf](http://www.guttmacher.org/statecenter/spibs/spib_SMFPE.pdf)。

附录 D - 美国医疗护理体系表

州	没有保险人士 总数 <sup>s</sup>	没有保险的 妇女百分比 <sup>t</sup>	没有保险的 有色人种 妇女百分比 <sup>u</sup>	居住在医疗 服务不足地 区的妇女百 分比 <sup>v</sup>	在职父母（三 口家）的医疗 补助计划资 格级别（以美 元计） <sup>w</sup>	包括传译服 务的医疗补 助计划 <sup>x</sup>
阿拉巴马州	555, 100	18. 1%	22. 9%	55%	\$4, 392	
阿拉斯加州	128, 00	19. 8%	27. 1%	50%	\$18, 648	
亚利桑那州	1, 218, 700	22. 3%	36. 5%	51%	\$35, 200	
阿肯色州	477, 700	23. 3%	31. 0%	34%	\$3, 060	
加利福尼亚州	6, 717, 700	20. 9%	28. 5%	49%	\$18, 672	
科罗拉多州	790, 200	18. 0%	34. 4%	42%	\$11, 640	
康涅狄格州	334, 200	12. 1%	21. 4%	50%	\$33, 636	
特拉华州	95, 000	12. 6%	19. 7%	50%	\$21, 240	
佛罗里达州	3, 633, 400	23. 6%	33. 4%	51%	\$9, 672	
乔治亚州	1, 682, 400	19. 7%	27. 6%	41%	\$9, 072	
夏威夷州	97, 000	10. 1%	9. 9%	50%	\$20, 244	✓
爱达荷州	222, 600	17. 8%	35. 6%	40%	\$4, 884	✓
伊利诺伊州	1, 668, 800	15. 7%	25. 5%	48%	\$32, 556	
印地安那州	744, 600	15. 6%	26. 5%	34%	\$4, 536	
爱荷华州	279, 300	11. 5%	23. 1%	34%	\$15, 204	
堪萨斯州	337, 900	13. 9%	24. 9%	36%	\$5, 916	✓
肯塔基州	626, 000	17. 0%	26. 3%	36%	\$10, 908	
路易斯安那州	822, 700	25. 9%	36. 3%	51%	\$4, 572	
缅因州	126, 000	10. 6%	17. 0%	47%	\$36, 276	✓
马里兰州	715, 300	15. 1%	21. 0%	40%	\$20, 412	
马萨诸塞州	346, 000	11. 2%	17. 5%	45%	\$23, 408	
密歇根州	1, 151, 100	13. 2%	18. 8%	43%	\$11, 640	
明尼苏达州	438, 500	8. 7%	20. 6%	41%	\$48, 400	✓
密西西比州	532, 000	20. 9%	28. 5%	46%	\$8, 064	
密苏里州	734, 100	15. 8%	26. 9%	49%	\$4, 584	
蒙大拿州	151, 900	20. 1%	46. 1%	47%	\$10, 248	✓
内布拉斯加州	221, 600	12. 8%	28. 4%	31%	\$10, 212	
内华达州	464, 100	20. 4%	27. 6%	52%	\$16, 092	
新罕布什尔州	135, 300	12. 4%	15. 0%	28%	\$9, 000	✓
新泽西州	1, 274, 500	16. 2%	27. 9%	29%	\$35, 200	
新墨西哥州	452, 800	25. 6%	32. 1%	61%	\$12, 228	
纽约州	2, 619, 600	15. 1%	21. 2%	40%	\$26, 400	
北卡罗莱纳州	1, 465, 500	18. 4%	27. 7%	28%	\$9, 000	
北达科他州	67, 800	10. 4%	34. 6%	40%	\$10, 848	
俄亥俄州	1, 315, 300	12. 2%	20. 0%	38%	\$15, 840	
俄克拉荷马州	564, 700	24. 0%	33. 6%	47%	\$8, 532	
俄勒冈州	626, 200	20. 1%	35. 8%	43%	\$17, 600	
宾夕法尼亚州	1, 193, 200	11. 6%	19. 5%	37%	\$6, 276	

罗得岛	118,100	11.7%	19.0%	40%	\$31,872	
南卡罗来纳州	714,000	19.1%	21.8%	51%	\$15,864	
南达科他州	89,900	13.3%	29.4%	47%	\$9,552	
田纳西州	907,100	14.7%	24.1%	38%	\$23,628	
德萨斯州	6,023,000	27.8%	39.0%	50%	\$4,824	
犹他州	352,000	18.4%	38.2%	52%	\$11,928	✓
佛蒙特州	62,800	12.3%	16.5%	41%	\$33,636	✓
弗吉尼亚州	1,048,700	14.7%	23.8%	22%	\$5,352	✓
华盛顿州	772,500	13.9%	19.9%	51%	\$13,488	✓
西弗吉尼亚州	262,300	20.1%	22.4%	44%	\$35,200	
威斯康星州	493,000	10.8%	21.5%	45%	\$5,988	
怀俄明州	71,100	17.8%	25.7%	54%	\$9,480	✓
哥伦比亚特区	57,200	11.5%	14.0%	50%	\$36,396	✓
总数	46,339,500					13

- S. **没有保险人士总数**：城市研究所和医疗补助计划及未受保者凯泽委员会根据人口普查局 2008 年 3 月和 2009 年当期人口调查的估计，总人口的医疗保险，州（2007-2008）；参见 <http://www.statehealthfacts.org/comparebar.jsp?typ=1&ind=125&cat=3&sub=39&show=156>。
- T. **没有保险的妇女百分比**：Cara V. James 等人，《在地图上画出妇女的医疗保健差距：在州层面审视种族和民族差异》，亨利·凯泽家族基金会及美国加州大学健康政策研究中心，2009 年 6 月，表 2.1，第 49 页；参见 <http://www.kff.org/minorityhealth/upload/7886.pdf>。
- U. **没有保险的有色人种妇女百分比**：Cara V. James 等人，《在地图上画出妇女的医疗保健差距：在州层面审视种族和民族差异》，亨利·凯泽家族基金会及美国加州大学健康政策研究中心，2009 年 6 月。
- V. **居住在医疗服务不足地区的妇女百分比**：Cara V. James 等人，《在地图上画出妇女的医疗保健差距：在州层面审视种族和民族差异》，表 4.2，第 85 页；参见 <http://www.kff.org/minorityhealth/upload/7886.pdf>。
- W. **在职父母（三口家）的医疗补助计划资格级别（以美元计）**：《在经济衰退时为儿童和家长提供医疗保险的挑战：2009 年 50 个州就医疗补助计划和州儿童健康保险计划关于资格规则、登记和续期程序，以及成本分摊做法的更新》，数据以医疗补助计划及未受保者凯泽委员会辖下之预算和政策优先中心的全国调查为基础。2009 年 1 月；见表 3，第 29 页；参见 <http://www.kff.org/medicaid/7855.cfm>。
- X. **包括传译服务的医疗补助计划**：Alice Hm Chen 等人，《在卫生保健机构中享用语言服务的法律框架：第六章及以外范围》，《一般内科医学期刊》，2007 年 11 月；参见 <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2150609>。

# 尾注

- 
- <sup>1</sup> 经济合作与发展组织，《2009年经合组织健康数据—经常要求数据》：参见 [http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en\\_2649\\_33929\\_2085200\\_1\\_1\\_1\\_1,00.html](http://www.oecd.org/document/16/0,3343,en_2649_33929_2085200_1_1_1_1,00.html)，上次登入为2009年11月30日。
- <sup>2</sup> R. M. Andrews，《全国医院法案：支付人最昂贵的条款，2006年》，医疗保健成本和效用项目，《统计摘要#59》，2008年，第7页；参见 [www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb59.pdf](http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb59.pdf)，上次登入为2009年11月30日。
- <sup>3</sup> 世界卫生组织、联合国儿童基金会、联合国人口基金及世界银行，《2005年孕产妇死亡率》：参见 [http://www.who.int/whosis/mme\\_2005.pdf](http://www.who.int/whosis/mme_2005.pdf)，上次登入为2009年12月12日。
- <sup>4</sup> M. Heron 等人，《死亡：2006年最终数据》，全国生命统计报告，第57卷，第14号，2009年4月，第116页，表34；参见 [http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr57/nvsr57\\_14.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr57/nvsr57_14.pdf)，上次登入为2009年12月12日。
- <sup>5</sup> E. Kuklina 等人，“美国严重产科疾病的发病率，1998–2005年”，《妇产科》，2009年，第113卷，第29–39页。
- <sup>6</sup> I. Danel 等人，“分娩和生产时的产妇发病率震荡：美国1993–1997年”，《美国公共卫生期刊》，第93卷，第4号，2003年4月，631–4页。
- <sup>7</sup> 涉及非西班牙裔非洲裔美国妇女和非西班牙裔白人妇女的统计数据；贺伦，《死亡：2006年最终数据》。
- <sup>8</sup> 与波士顿大学公共卫生学院尤金·德特勒克（Eugene DeClercq）的通讯，2009年9月，贺伦，《死亡：2006年最终数据》。
- <sup>9</sup> D. Johnson 及 T. Rutledge，《孕产妇死亡率，美国，1982–1996年》，发病率及死亡率周报，疾病控制和预防中心，1998年。
- <sup>10</sup> 少数族裔健康办公室，《改变成果，实现健康公平性》。《国家行动计划》，2009年12月31日；参见 <http://www.minorityhealth.hhs.gov/npa/images/plan/nationalplan.pdf>，上次登入为2010年1月22日。
- <sup>11</sup> S. J. Bacak 等人（编），《州孕产妇死亡率审查，9个州的成果》。亚特兰大：疾病控制和预防中心，2006年，第1页。
- <sup>12</sup> 联合国儿童基金会，《儿童问题的进展：关于产妇死亡的总成绩单》，第7号，2008年9月，第4页，参见 [http://www.unicef.org/publications/files/Progress\\_for\\_Children-No.7\\_Lo-Res\\_082008.pdf](http://www.unicef.org/publications/files/Progress_for_Children-No.7_Lo-Res_082008.pdf)，上次登入为2009年12月12日。
- <sup>13</sup> 联合国千禧宣言，大会通过的决议，A/RES/55/2号，2000年9月18日，第19段，参见 <http://www.un.org/millennium/declaration/ares552e.pdf>，上次登入为2009年12月18日。
- <sup>14</sup> 健康人2010，华盛顿特区，美国健康与人类服务部，2000年，（健康人2010），参见 <http://www.healthypeople.gov/data/midcourse/html/focusareas/FA16Objectives.htm#16-4a>，上次登入为2009年12月14日。
- <sup>15</sup> 贺伦，《死亡：2006年最终数据》。
- <sup>16</sup> 全国妇女法律中心及俄勒冈卫生及科学大学，《关于妇女健康、孕产妇死亡率的全国总成绩单》；G. Brown 等人，《纽约市的孕产妇死亡率：扩大监察，加强个案探查》，孕产妇、婴儿和生殖健康局，纽约市卫生及精神健康部，幻灯片13；参见 [http://www.naphsis.org/NAPHSIS/files/ccLibraryFiles/Filename/000000000318/BROWN\\_Maternal%20Mortality%20surveillance%20NAPHSIS.ppt](http://www.naphsis.org/NAPHSIS/files/ccLibraryFiles/Filename/000000000318/BROWN_Maternal%20Mortality%20surveillance%20NAPHSIS.ppt)，上次登入为2009年12月14日。
- <sup>17</sup> J. Chang 等人，《与妊娠有关的死亡监测——美国，1991–1999年》，发病率及死亡率周报监测摘要，疾病控制和预防中心，2003年2月21日，52（2）：1–8，表3；参见 <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5202a1.htm#tab3>，上次登入为2009年11月18日。
- <sup>18</sup> C. Berg 等人（编），《减少妊娠有关死亡的策略：从识别和检讨到行动》，疾病控制和预防中心，2001年。
- <sup>19</sup> 国立卫生研究院，《有色人种妇女健康数据册》，青少年到长者，第三版，2006年，图38，第107页；参见 <http://orwh.od.nih.gov/pubs/WomenofColor2006.pdf>，上次登入为2009年12月12日。



---

<sup>20</sup> 1986 年急诊医疗和活跃产程法。

<sup>21</sup> C. A. Russo 等人, 《2006 年与分娩有关的住院》, 《统计摘要 #71》, 医疗保健成本和效用项目与医疗保健研究与质量局, 2009 年 4 月; 参见 <http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb71l.jsp>, 上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>22</sup> Chang 等人, 《与妊娠有关的死亡监测——美国, 1991-1999 年》, 2003 年 2 月 21 日。

<sup>23</sup> D. Rosenberg 等人, “伊利诺斯州高危孕妇之间的死亡率差距: 以人口为基础的研究”, 《流行病学年鉴》, 第 16 卷, 第 1 号, 2006 年 1 月, 第 26-32 页。

<sup>24</sup> 数据库, 《产前保健目标 16.06a》; 参见 <http://wonder.cdc.gov/data2010/focus.htm>, 上次登入为 2009 年 8 月 31 日。

<sup>25</sup> D. D' Angelo 等人, 《新近诞下活产婴儿妇女在妊娠前及妊娠期间的健康状况》, 疾病控制和预防中心, 发病率及死亡率周报, 2007 年 12 月 14 日; 参见 <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5610a1.htm>, 上次登入为 2009 年 12 月 14 日。

<sup>26</sup> Chang 等人, 《与妊娠有关的死亡监测——美国, 1991-1999 年》; 参见 <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5202a1.htm#fig6>, 上次登入为 2009 年 12 月 14 日。

<sup>27</sup> C. Y. Cheng 等人, “美国的产后保健: 回顾与前瞻”, 《围产教育期刊》, 第 15 (3) 卷, 2006 年, 第 34-42 页, 参见 <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1595301>, 上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>28</sup> 《公民权利和政治权利国际公约》第 6 条, 《消除一切形式种族歧视国际公约》第 5 (e) (iv) 条及《经济、社会、文化权利国际公约》第 12 条。

<sup>29</sup> 决议 11/8, 第 2 段, 人权理事会第 11 届会议草拟报告, 联合国人权理事会第 11 次会议。议程项目 1, 66, UN Doc. A/HRC/11/L.11 (2009 年)。

<sup>30</sup> M. Landler, “拯救世界的妇女, 一个新的性别议程”, 《纽约时报杂志》, 2009 年 8 月 18 日。

<sup>31</sup> 在国内外降低孕产妇死亡率的决议, 参议院决议 616, 第 110 届国会 (2008 年), 在国内外降低孕产妇死亡率, 众议院决议 1022, 第 110 届国会 (2008 年)。

<sup>32</sup> 第 6 号一般性意见: 生存权 (第六条): 30/04/1982 HRI/GEN/1/Rev.6 at 127。

<sup>33</sup> 第 6 号一般性意见: 生存权 (第六条): 30/04/1982 HRI/GEN/1/Rev.6 at 127; 第 28 号一般性意见: 男女权利平等 (第 3 条): 29/03/2000; CCPR/C/21/Rev.1/Add.10; 人权委员会结论性意见: 匈牙利, CCPR/CO/74/HUN (2002), 第 11 段; 人权委员会结论性意见: 巴拉圭, CCPR/C/PRY/CO/2 (2006), 第 10 段, 人权委员会结论性意见: 赞比亚, CCPR/C/ZMB/CO/3 (2007), 第 18 段。

<sup>34</sup> 见第 18 号一般性意见: 不得歧视, 10/11/1989, HRI/GEN/1/Rev.6 at 146。《消除一切形式种族歧视国际公约》第 1 (1) 条禁止种族歧视, 尤为“政治、经济、社会、文化或公共生活任何其它方面的人权和基本自由。”

<sup>35</sup> 第 15 号一般性意见: 《公约》所规定的外侨地位, 11/04/1986, UN Doc. HRI/GEN/1/Rev.6 at 140。

<sup>36</sup> 第 15 号一般性意见: 《公约》所规定的外侨地位, 11/04/1986, UN Doc. HRI/GEN/1/Rev.6 at 140。

<sup>37</sup> 第 30 号一般性建议: 对非公民的歧视, 01/10/2004, CERD/C/64/ Misc.11/rev.3。

<sup>38</sup> 《消除一切形式种族歧视国际公约》第 1 条。另见 T. Meron, “消除一切形式种族歧视国际公约的意义和成效”, 《美国国际法期刊》, 第 79 卷, 1985 年, 第 287-8 页。

<sup>39</sup> 第 18 号一般性意见: 不得歧视, 10/11/1989, HRI/GEN/1/Rev.6 at 146。

<sup>40</sup> 第 14 号一般性建议: 种族歧视的定义, 22/03/1993, HRI/GEN/1/Rev.6 at 203。

<sup>41</sup> 消除种族歧视委员会的结论性意见, 2008 年 5 月 8 日, CERD/C/USA/CO/6, 第 10 段。

<sup>42</sup> 第 5 (e) (iv) 条。

<sup>43</sup> 消除种族歧视委员会, 消除种族歧视委员会的结论性意见, 美利坚合众国, 2008 年 3 月 5 日, CERD/C/USA/CO/6, 第 33 段。

<sup>44</sup> 联合国社会、经济和文化权利委员会, 第 14 号一般性意见, 享有能得到最高健康标准的权利, UN Doc. E/C.12/2000/4, 第 11 段。

<sup>45</sup> 《消除一切形式种族歧视国际公约》, 第 5 (e) (iv) 条。

<sup>46</sup> 演变自联合国社会、经济和文化权利委员会, 第 14 号一般性意见, 享有能得到最高健康标准的权利, UN Doc. E/C.12/2000/4, 第 12 段。

<sup>47</sup> 联合国社会、经济和文化权利委员会, 第 14 号一般性意见, 享有能得到最高健康标准的权利, UN Doc. E/C.12/2000/4, 第 11、12 (d)、14、21 及 36 段; 消除对妇女一切形式歧视公约委员会第 24 号一般性

建议，第 8 和 18 段；《消除对妇女一切形式歧视公约》第 12 条和第 16 (1) (e) 条；以及《儿童权利公约》第 24 (2) (b) 条。

<sup>48</sup> 《公民权利及政治权利国际公约》第 19(2)条。

<sup>49</sup> 联合国社会、经济和文化权利委员会，第 14 号一般性意见 (2000)，第 11 段。

<sup>50</sup> 国际特赦组织访问，2008 年 11 月 6 日。

<sup>51</sup> 贺伦，《死亡：2006 年最终数据死亡》。

<sup>52</sup> Rosenberg 等人“伊利诺斯州高危孕妇之间的死亡率差距：以人口为基础的研究”，第 26-32 页。

<sup>53</sup> 全国卫生统计中心，疾病控制和预防中心，《健康，美国，2007 年》，表 7；参见

<http://www.cdc.gov/nchs/data/hus/hus07.pdf>，上次登入为 2009 年 12 月 14 日。

<sup>54</sup> 《雷尔夫诉温伯格》，372 F.Supp. 1196, 1199 (D.D.C. 1974)。

<sup>55</sup> D.E.Roberts, “犯罪、种族和生殖”，《杜兰法律评论》，第 67 卷，第 1945、1970-1 页 (1993)，

例如见 Walker v. Pierce, 560F.2d609, 613 (4th Cir.1977)，调审令请求被拒，434 US 1075 (1978)。

<sup>56</sup> 见美国总审计局，《获得的信息摘要：涉及印第安课题的医学研究》，1975 年 11 月；参见

<http://archive.gao.gov/f0402/100493.pdf>，上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>57</sup> 凯泽家族基金会，《在地图上画出妇女的医疗保健差距：在州的层面审视种族和民族差距》，2009 年 6 月，第 63 页，表 2.8；参见 <http://www.kff.org/minorityhealth/upload/7886.PDF>，上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>58</sup> K.B.Umer, 《孕产妇死亡：非裔美国人仍具较高风险》，少数族裔健康办公室资源中心，疾病控制和预防中心，2004 年 1 月/2 月；参见 <http://www.omhrc.gov/assets/pdf/checked/Maternal%20Mortality--African%20Americans%20Remain%20at%20Higher%20Risk.pdf>，上次登入为 2000 年 12 月 18 日。

<sup>59</sup> J.O' Brien 等人,《意外怀孕：2004-2006 年北卡罗莱纳州妊娠风险评估监测系统》，健康与人类服务部，国家卫生统计中心，疾病控制和预防中心，2009 年 3 月；参见

<http://www.cdc.gov/reproductivehealth/UnintendedPregnancy/index.htm>，上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>60</sup> L.B.Finer 等人,“美国意外怀孕率的差距，1994 及 2001 年”，《性和生殖健康透视》，古特马赫研究中心，第 38 卷，第 2 期，2006 年 6 月，第 93 页，表 1；参见

<http://www.guttmacher.org/pubs/psrh/full/3809006.pdf>，上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>61</sup> R.Hasnain-Wynia 等人,“少数民族患者寻求护理的地方促成医疗保健的差距”，第 167 卷，《内科档案》，2007 年，第 1233、1233-9 页。

<sup>62</sup> C.J.Berg 等人,“预防与怀孕有关的死亡，州范围的审查结果”，《妇产科》，第 106 卷，第 6 号，2005 年 12 月。

<sup>63</sup> S.Guendelman 等人,“墨西哥出生与美国出生的加州白人在分娩和生产时的产妇发病率社会差距，1996-1998 年”，《美国公共卫生期刊》，第 95 卷，第 12 期，第 2218-24 页，2005 年 12 月；参见

<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1449510>，上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>64</sup> 加利福尼亚州、康涅狄格州、新泽西州、新墨西哥州和华盛顿州。马里兰州强烈建议文化培训。少数族裔健康办公室，文化素质的立法，更新于 2009 年 9 月 3 日；参见

[https://www.thinkculturalhealth.org/cccm/cc\\_legislation.asp](https://www.thinkculturalhealth.org/cccm/cc_legislation.asp)，上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>65</sup> 美国健康与人类服务部，少数族裔健康办公室，《医疗保健方面的文化和语言适当服务的全国标准》；2001 年 3 月；参见 <http://minorityhealth.hhs.gov/assets/pdf/checked/finalreport.pdf>，上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>66</sup> 安东尼德·霍尔曼 (Antionette Holman)，协调员，降低婴儿死亡率计划，田纳西州曼菲斯谢尔比县幼儿及青年办公室，国际特赦组织的访问，2009 年 2 月 4 日。

<sup>67</sup> L.J.Ross 等人，拉丁圆桌会议，“有色人种妇女、生殖健康与人权”，《美国卫生研究期刊特刊：“有色人种妇女的健康”》，17 (2)，2001 年；参见

[http://www.sistersong.net/publications\\_and\\_articles/AJHS\\_SisterSong\\_2001.pdf](http://www.sistersong.net/publications_and_articles/AJHS_SisterSong_2001.pdf)，上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>68</sup> 例如，见 D.B.Smith,《消除待遇差异及打破隔离的斗争》，联邦基金出版，第 775 号，2005 年；参见 [http://www.cmf.org/usr\\_doc/775\\_Smith\\_ending\\_disparities\\_in\\_treatment.pdf](http://www.cmf.org/usr_doc/775_Smith_ending_disparities_in_treatment.pdf)，上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>69</sup> 例如，M.C.Lu 及 N.Halfon“出生结果的种族及民族差距：生命历程的视点”，《孕产妇及儿童保健期刊》，2003 年 3 月。

<sup>70</sup> 美国人口普查局，《全体人民的年龄和性别、家庭成员和无关个体与收入对贫困率与种族迭代的相比较：

---

2007 - 百分之百以下的贫困》，当期人口调查，2008 年社会和经济补充：参见 [http://www.census.gov/hhes/www/macro/032008/pov/new01\\_100\\_01.htm](http://www.census.gov/hhes/www/macro/032008/pov/new01_100_01.htm)，上次登入为 2009 年 12 月 15 日。

<sup>71</sup> 美国人口普查局，表 DP-3。《特定经济特点简介：2000 年》，2000 年人口普查，可在此下载：<http://factfinder.census.gov>，上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>72</sup> C.DeNavas-Walt 等人，《美国的收入、贫困和医疗保险：2008 年》，美国人口普查局，华盛顿特区，2009 年 9 月，参见 <http://www.census.gov/prod/2009pubs/p60.236.pdf>，上次登入为 2009 年 12 月 15 日。

<sup>73</sup> M.Holmes 等人，《更新当前经济状况下没有保险人士的数字估计：各州估计》，2009 年 3 月，北卡罗莱纳州大学附属塞西尔·雪柏斯卫生服务研究中心及北卡罗莱纳州医学研究所；参见 [http://www.shepscenter.unc.edu/new/FindingsBrief\\_UninsuredUnemployment\\_Mar2009.pdf](http://www.shepscenter.unc.edu/new/FindingsBrief_UninsuredUnemployment_Mar2009.pdf)，上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>74</sup> 《承受风险的美国人：每三人中有一个没有保险》，美国家庭联盟，2009 年 3 月，第 2 页，表 1；参见 <http://www.familiesusa.org/assets/pdfs/americans-at-risk.pdf>，上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>75</sup> 美国人口普查局，《国家特点：全国性别、种族及西班牙裔估计》，2008 年 8 月；参见 <http://www.census.gov/popest/national/asrh/NC-EST2008-srh.html>，上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>76</sup> 美国人口普查局，《收入、贫困和医疗保险：2008 年》，第 21 页，表 7。

<sup>77</sup> 美国人口普查局，《收入、贫困和医疗保险：2008 年》，第 22 页，表 6。

<sup>78</sup> L.Clemans-Cope 等人，《低收入家庭取得雇主资助的健康保险的途径》，城市研究所，2007 年，参见 [http://www.urban.org/UploadedPDF/411533\\_fringe\\_benefits.pdf](http://www.urban.org/UploadedPDF/411533_fringe_benefits.pdf)，上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>79</sup> 医疗补助计划及未受保者凯泽委员会，《未受保者：入门：未受医保美国人的重点资料》，2007 年 10 月，第 30 页，表 1；参见 <http://www.kff.org/uninsured/upload/7451-03.pdf>，上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>80</sup> 美国人口普查局，《收入、贫困和医疗保险：2008 年》，第 21 页，表 7。

<sup>81</sup> J.Passel 及 D.Cohn，《非法移民在美国的写照》，皮尤西班牙裔中心，2009 年 4 月 14 日，第 18 页。

<sup>82</sup> 2009 年儿童健康保险计划重新授权法。

<sup>83</sup> 1996 年个人责任与工作机会协商法及社会安全法第 19 章。

<sup>84</sup> 美国法典第 42 篇第 1396b(v)(3) 条（2009 年）。

<sup>85</sup> 1986 年急诊医疗和活跃产程法。

<sup>86</sup> 基层保健局，《2007 年全国总量统一数据系统数据》，健康资源和服务管理局，美国健康与人类服务部，第 2 页；参见 <ftp://ftp.hrsa.gov/bphc/pdf/uds/2007nationaluds.pdf>，上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>87</sup> 健康资源和服务管理局，《医疗中心：美国的基层医疗安全网，成功的反映，2002-2007 年》，美国健康与人类服务部，基层保健局，第 9 页，参见 [ftp://ftp.hrsa.gov/bphc/HRSA\\_HealthCenterProgramReport.pdf](ftp://ftp.hrsa.gov/bphc/HRSA_HealthCenterProgramReport.pdf)。

<sup>88</sup> A.P.Wilper 等人，“医疗保险及美国成人的死亡率”，《美国公共卫生期刊》，第 99 卷，第 12 号，第 2289 页，2009 年 9 月；参见 [http://www.ncpa.org/pdfs/2009\\_harvard\\_health\\_study.pdf](http://www.ncpa.org/pdfs/2009_harvard_health_study.pdf)，上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>89</sup> D.U.Himmelstein 等人，“美国医疗破产，2007：全国性研究结果”，《美国医学期刊》，2009 年，第 3 页，表 2。

<sup>90</sup> S.Woolhandler 等人，“美国及加拿大的医疗管理成本”，医学系，《新英格兰医学期刊》，2003 年 9 月，349:768-75；参见 <http://www.pnhp.org/publications/nejadmin.pdf>，上次登入为 2009 年 12 月 18 日。2007，麦肯锡全球研究院的报告发现，美国医疗保健系统中的私人架构在多方面增加了成本，例如，医疗行政管理超支百分之八十，即 840 亿美元付于私营部门，主要的开支用于销售和营销，以及承保医疗风险。见 C.Angriano 等人，《美国医疗保健成本的说明》，麦肯锡全球研究院，2007 年 1 月；参见 [http://www.mckinsey.com/mgi/rp/health\\_care/accounting\\_cost\\_health\\_care.asp](http://www.mckinsey.com/mgi/rp/health_care/accounting_cost_health_care.asp)，上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>91</sup> 温杜尔·波特（Wendell Potter）的证辞，美国参议院商业、科学及运输委员会，2009 年 6 月 24 日，参见 [http://commerce.senate.gov/public\\_files/PotterTestimonyConsumerHealthInsurance.pdf](http://commerce.senate.gov/public_files/PotterTestimonyConsumerHealthInsurance.pdf)，上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>92</sup> 美国人口普查局，《收入、贫困和医疗保险：2008 年》，第 23 页，表 7。

<sup>93</sup> 《转变中医疗保健市场的趋势和指标》，《图表 4.1：有特定利益的受保工人的百分比，以企业规模衡量，2004 年》，凯泽家族基金会，2005 年 2 月；参见 <http://www.kff.org/insurance/7031/ti2004-4-set.cfm>，上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

- 
- <sup>94</sup> 《雇主的医疗福利：2009年调查结果摘要》，凯泽家族基金会和健康研究及教育信托基金，2009年9月；参见 <http://ehbs.kff.org/pdf/2009/7937.pdf>，上次登入为2009年12月18日。
- <sup>95</sup> 美国社会安全局，全国平均工资指数系列，1951至2008年；参见 <http://www.ssa.gov/OACT/COLA/AWI.html#series>，上次登入为2009年12月3日。请注意，工资增长的信息是最新数据（至2008年为止）。
- <sup>96</sup> 《华盛顿邮报》，凯泽家族基金会及哈佛大学，《低工资工人调查》，2008年8月；参见 <http://www.kff.org/kaiserpolls/upload/7802.pdf>，上次登入为2009年12月18日。
- <sup>97</sup> 《2006年美国医疗保险-凯泽幻灯片》，凯泽家族基金会，幻灯片52，2008年6月5日；参见 <http://facts.kff.org/chartbook.aspx?cb=50&CFID=33115331&CFTOKEN=48578418>，上次登入为2009年12月18日。
- <sup>98</sup> 根据2009年2月通过的美国复苏及再投资法，百分之六十五现有的统一多项预算法保费将由美国财政部补贴9个月。然而，百分之三十五的保险费用仍然超出许多失业工人的财政负担能力，而且并非所有人都有资格获得援助。S. Dorn，《美国复苏及再投资法在帮助下岗职工及各州处理医疗保健开支方面的成效如何？》，城市研究所，罗伯特·伍德·约翰逊基金会，2009年3月；参见 [http://www.urban.org/uploadedpdf/411893\\_howeffectivelydoes.pdf](http://www.urban.org/uploadedpdf/411893_howeffectivelydoes.pdf)，上次登入为2009年12月18日。
- <sup>99</sup> 美国人口普查局，《收入、贫困和医疗保险：2008年》，第59页，表C-1。
- <sup>100</sup> 缅因州、马萨诸塞州、新泽西州、纽约州、佛蒙特州和华盛顿州。Ben Furnas，《已存在状况可能导致保险歧视》，美国进步中心，2009年4月；参见 [http://www.americanprogress.org/issues/2009/04/pdf/preexisting\\_conditions.pdf](http://www.americanprogress.org/issues/2009/04/pdf/preexisting_conditions.pdf)，上次登入为2009年12月18日。
- <sup>101</sup> 除了联邦医疗保险及州医疗补助，政府资助的医疗保健还包括服役中及退伍军人的护理。见美国人口普查局，《收入、贫困和医疗保险：2008年》，第23页。
- <sup>102</sup> 其他的政府项目包括国防部保健计划、退伍军人事务部保健计划及印第安人健康服务计划。见E. D. Hoffman, Jr等人，《联邦医疗保险和医疗补助计划摘要，社会安全法第18章及19章，直至2007年11月1日》，2007年11月；参见 <http://www.cms.hhs.gov/MedicareProgramRatesStats/downloads/MedicareMedicaidSummaries2007.pdf>，上次登入为12月18日。
- <sup>103</sup> 美国人口普查局，《收入、贫困和医疗保险：2008年》，第22页。
- <sup>104</sup> 受保的儿童约2,900万。凯泽家族基金会，《医疗补助计划参加人士分布，FY2006》，州卫生信息；参见 <http://www.statehealthfacts.org/comparabletable.jsp?typ=1&ind=200&cat=4&sub=52>，上次登入为2009年12月18日。2004年，接受医疗补助计划的成人之中，百分之六十九是妇女。凯泽家族基金会，《医疗补助计划对妇女的作用，妇女问题摘要》，2007年10月；参见 [http://www.kff.org/womenshealth/upload/7213\\_03.pdf](http://www.kff.org/womenshealth/upload/7213_03.pdf)，上次登入为2009年12月18日。
- <sup>105</sup> 凯泽家族基金会，《接受医疗补助计划的失业人士及在职家长的收入门槛，以年收入作联邦贫困水平的百分比计算，2009年》，参见 <http://www.statehealthfacts.org/comparabletable.jsp?ind=205&cat=4>，上次登入为2009年12月18日。
- <sup>106</sup> Cara Buckley，“城市改善衡量贫困率的公式”，《纽约时报》，2008年7月14日，第2B页。D. Reed，《加利福尼亚州的贫困问题：超越联邦的衡量准则》，加州人口趋势和概况，加州公共政策研究所，2006年5月；参见 [http://www.ppic.org/content/pubs/cacounts/CC\\_506DRCC.pdf](http://www.ppic.org/content/pubs/cacounts/CC_506DRCC.pdf)；B. Stotts，“贫困下的安逸”，媒体准确性，2007年9月6日；参见 <http://www.aim.org/briefing/comfortable-in-poverty/>；南希·考森（Nancy Cauthen）的声明，哥伦比亚大学梅尔曼公共卫生学院附属全国贫困儿童中心，国会众议院筹款委员会辖下收入保障及家庭支援小组委员会举行的美国贫穷计量听证会，2007年8月1日。
- <sup>107</sup> 医疗补助计划及未受保者凯泽委员会，《重要资讯：参加医疗补助计划的公民身份证明，2007年》，2007年12月；参见 [http://www.kff.org/medicaid/upload/7533\\_03.pdf](http://www.kff.org/medicaid/upload/7533_03.pdf)，上次登入为2009年12月18日。
- <sup>108</sup> J. Holahan等人，《未受保者的特征：谁有资格申请公共保险及谁在负担保险时需要帮助？》，医疗补助计划及未受保者凯泽委员会，2007年2月，第3页，图2；参见 <http://ccf.georgetown.edu/index/cms-filesystem-action?file=research%2Funinsured%2Fcharacteristics+of+the+uninsured.pdf>，上次登入为12月18日。
- <sup>109</sup> M. Holmes等人，《更新当前经济状况下没有保险人士的数字估计：各州估计》，北卡罗莱纳州大学附属塞西尔·雪柏斯卫生服务研究中心及北卡罗莱纳州医学研究所，2009年3月。
- <sup>110</sup> 医疗补助计划及未受保者凯泽委员会，《美国的医疗保险：2006年数据更新》，2007年10月3日，第6页；参见 <http://www.kff.org/uninsured/upload/7451-05.pdf>，上次登入为2009年12月16日。

- 
- <sup>111</sup> 凯泽家族基金会,《总人口中的医疗保险覆盖面,各州(2007-2008年),美国(2008年)》,州卫生信息;参见<http://www.statehealthfacts.org/comparatable.jsp?typ=2&ind=125&cat=3&sub=39>,上次登入为2009年12月15日。
- <sup>112</sup> 《马萨诸塞州的医疗保健:主要指标》,马萨诸塞州医疗保健、金融及政策分部,2009年5月,第36页;参见[http://www.mass.gov/Eeohhs2/docs/dhcfp/r/pubs/09/Key\\_Indicators\\_May\\_09.pdf](http://www.mass.gov/Eeohhs2/docs/dhcfp/r/pubs/09/Key_Indicators_May_09.pdf),上次登入为2009年12月15日。
- <sup>113</sup> D. Rowland,“医疗保健及医疗补助计划——平安过渡衰退”,《新英格兰医学期刊》,1273-6(2009);参见<http://content.nejm.org/cgi/reprint/360/13/1273.pdf>,上次登入为2009年12月18日。
- <sup>114</sup> 劳工统计局,美国劳工部;参见[http://data.bls.gov/PDQ/servlet/SurveyOutputServlet?data\\_tool=latest\\_numbers&series\\_id=LNS14000000](http://data.bls.gov/PDQ/servlet/SurveyOutputServlet?data_tool=latest_numbers&series_id=LNS14000000),数据摘自2009年11月23日。
- <sup>115</sup> 美国家庭联盟,《危急护理:经济复苏计划及医疗补助计划》,2009年;参见<http://www.familiesusa.org/assets/pdfs/critical-care.pdf>,上次登入为2009年12月18日。
- <sup>116</sup> 凯泽家族基金会,《重要资讯:种族、民族及医疗护理》,2007年1月,第15页,图19;参见<http://www.kff.org/minorityhealth/upload/6069-02.pdf>,上次登入为2009年12月18日。凯泽家族基金会,《在地图上画出妇女的医疗保健差距:在州层面审视种族和民族差距》,2009年6月,第7页;参见<http://www.kff.org/minorityhealth/7886.cfm>,上次登入为2009年12月15日。
- <sup>117</sup> D. C. Ross,《医疗补助计划所需提交的新文件要求不成比例地对非西班牙裔造成损害,新的数据显示:规则大多损害美国公民的孩子,而非无证移民》,预算及政策优先中心,2007年7月;参见<http://www.cbpp.org/cms/index.cfm?fa=view&id=471>,上次登入为2009年12月18日。
- <sup>118</sup> 消除种族歧视委员会关于健康与环境健康工作组,《美国的健康预后不平等,给联合国消除种族歧视委员会提交的报告》,2008年1月,第31页;参见<http://www.prrac.org/pdf/CERDHealthEnvironmentReport.pdf>,上次登入为2009年12月15日。
- <sup>119</sup> 联邦医疗保险及医疗补助服务中心,《医疗补助计划统计信息系统》,第36页,表21, FY2004。
- <sup>120</sup> 与联邦官员会面的两天首脑会议(2009年4月15至16日)中,一名部落代表如是报告。卡罗尔·贝里(Carol Berry),“原住民的医疗需求及联邦在印第安人健康服务局的会议中表现出来的冷漠态度”,《今日印第安人乡间》,2009年6月23日;参见<http://www.indiancountrytoday.com/national/midwest/48618202.html>,上次登入为2009年12月15日。
- <sup>121</sup> 例如,见美洲印第安人全国代表大会,《美洲印第安人全国代表大会的证词——2003年财政年度印第安人健康服务局的拨款》,2002年4月5日;参见<http://www.ncai.org/ncai/advocacy/otherissue/docs/IHS03.pdf>,上次登入为2009年12月18日。
- <sup>122</sup> 美国公民权利委员会,《静悄悄的危机:印第安乡土的联邦资助与未满足的需求》,2003年7月。另见,政府会计办公室,《印第安人健康服务局:印第安人并非随时可获得医疗保健服务》,2005年1月8日,第43-4页;参见<http://www.usccr.gov/pubs/na0703/na0731.pdf>,上次登入为2009年12月18日。
- <sup>123</sup> 参议员蒂姆·约翰逊(Tim Johnson)的新闻稿,《约翰逊对部落保健领袖敬意》,2008年1月30日;参见<http://johnson.senate.gov/newsroom/record.cfm?id=291470>,上次登入为2009年12月18日。
- <sup>124</sup> Anne. E. Kornblut,“健说:克林顿讲述苦难的真实故事”,《华盛顿邮报》,2008年7月, Larry Jackson,《克林顿诉说医院的灰暗故事》,美联社,2008年4月8日。
- <sup>125</sup> Jennifer. L. Howse,“多项畸形儿研究揭示生育小孩的成本”,《法律及健康周刊》,887,2007年6月30日。
- <sup>126</sup> J. A. Martin 等人,《出生:2006年的最终数据》,全国生命统计报告,第57卷,第7号,全国卫生统计中心,2009年,第67页,表27;参见[http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr57/nvsr57\\_07.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr57/nvsr57_07.pdf),上次登入为2009年12月18日。《医疗保健成本及效用项目》,医疗保健研究与质量局,马里兰州罗克维尔;参见<http://hcupnet.ahrq.gov/HCUipnet.jsp>。2005年的数据,见C. Sakala等人,《以实证为本的孕产妇护理:它是什么和能达到什么》,分娩联系(研究机构)、州改革集团及米尔班克纪念基金,2008年10月,图2;参见<http://www.milbank.org/reports/0809MaternityCare/0809MaternityCare.html#figure3>,上次登入为2009年12月18日。
- <sup>127</sup> 2004年的数据。见汤姆森健康,《生育婴儿的医疗费用,2007年6月》,第8页,表3;参见<http://www.kff.org/womenshealth/upload/whp061207othc.pdf>,上次登入为2009年12月18日。
- <sup>128</sup> Joseph Shapiro,《法国为新任母亲而设的典型医疗保健》,全国公共广播电台,2008年7月10日;参见<http://www.npr.org/templates/story/story.php?storyId=92116914>,上次登入为2009年12月18日。
- <sup>129</sup> 怀孕歧视法案(美国法典第42篇第21章第701(K)节,1964年民事权利法第7章禁止因怀孕、分娩



---

或怀孕相关的条件而作出歧视，上述禁令已被理解为要求雇主赞助支付与怀孕有关的护理保险，有关规定只适用于拥有超过15个雇员并“从事影响商业活动的行业”的雇主。

<sup>130</sup> 见凯泽家族基金会，《强制性产科护理》，2009年1月；参见 <http://www.statehealthfacts.kff.org/comparetable.jsp?ind=687&cat=7>，上次登入为：2009年12月18日。

<sup>131</sup> Robert Pear, “当失去工作时，也同时失去医疗保险”，《纽约时报》，2008年12月6日；参见 [http://www.nytimes.com/2008/12/07/us/07uninsured.html?\\_r=1&scp=8&sq=woman%20pregnant%20insurance&st=cse](http://www.nytimes.com/2008/12/07/us/07uninsured.html?_r=1&scp=8&sq=woman%20pregnant%20insurance&st=cse)，上次登入为2009年12月18日；Jennifer Pifer-Bixler, 《就业令医疗保险出现扭曲，令许多人受影响》，美国有线电视新闻网 Health.com, 2008年12月12日；参见 <http://www.cnn.com/2008/HEALTH/12/11/health.insurance.bad.economy/index.html>，上次登入为2008年12月18日。

<sup>132</sup> 加州卫生福利检讨计划，《议会提案98的分析：生育服务，给2009-2010年加州立法机构的报告》，2009年3月16日，第6页；参见 [http://www.chbrp.org/documents/ab\\_98\\_fnlsumm.pdf](http://www.chbrp.org/documents/ab_98_fnlsumm.pdf)，上次登入为2009年12月17日。

<sup>133</sup> B. Courtot 等人，《仍无处容身：保险公司仍视妇女为已存在状况》，全国妇女法律中心，2009年，第18页，表3；参见 <http://www.nwlc.org/pdf/stillnowheretoturn.pdf>，上次登入为2009年12月18日。

<sup>134</sup> L. Codispoti 等人，《无处容身：个人健康保险市场如何忽视女性的需要》，全国妇女法律中心，2008年，第30页，附录3；参见 <http://nwlc.org/reformmatters/NWLCReport-NowhereToTurn-WEB.pdf>，上次登入为2009年12月18日。

<sup>135</sup> Denise Grady, “剖腹产之后，有些人面对更高的保险费用”，《纽约时报》，2008年6月1日，第A26页；参见 <http://www.nytimes.com/2008/06/01/health/01insure.html>，上次登入为2009年12月17日。

<sup>136</sup> Lisa Girion, “蓝十字违法取消保险”，《洛杉矶时报》，2007年3月23日；参见 <http://articles.latimes.com/2007/mar/23/business/fi-health23>，上次登入为2009年12月18日。

<sup>137</sup> 凯泽家族基金会，《孕产妇年收入息资格，以及联邦贫穷标准的百分比》，2009，州卫生信息；参见 <http://www.statehealthfacts.org/comparetable.jsp?ind=206&cat=4>，上次登入为2009年12月18日。

<sup>138</sup> A. Sonfield, “更多育龄妇女受助于医疗补助计划—但也有更多未受保”，《古特马赫政策期刊》，2007年冬季，第10卷，第1号；参见 <http://www.gutmacher.org/pubs/gpr/10/1/gpr100124.html>，上次登入为2009年12月18日。

<sup>139</sup> C. A. Russo 等人，《2006年与分娩有关的住院》，《统计摘要#71》，2009年4月，第7页，表1；参见 <http://www.hcup-us.ahrq.gov/reports/statbriefs/sb71.jsp>，上次登入为2009年12月18日。

<sup>140</sup> 1986年急诊医疗和活跃产程法。

<sup>141</sup> R. Andrews, 《全国医院法案：支付人最昂贵的条款，2006年》，《统计摘要#59》，医疗保健成本和效用项目和医疗保健研究与质量局，2008年9月。

<sup>142</sup> 国际特赦组织关注组，威斯康星州奥摩洛及史提芬角，2008年7月8日及10日。

<sup>143</sup> 关注组，威斯康星州奥摩罗，2008年7月8日。

<sup>144</sup> 关注组，威斯康星州奥摩罗，2008年7月8日。

<sup>145</sup> Dr Kimberly Lamar, “蓝调项目”，曼菲斯保健中心，田纳西州曼菲斯，2009年2月5日。

<sup>146</sup> 例如，见Betsy Gotbaum, 《成为健康婴儿的障碍：孕产妇在城市健康中心寻求产前保健面对的障碍》，纽约市公共倡议办公室，2007年5月；参见

<http://pubadvocate.nyc.gov/news/documents/HurdlestoHealthyBaby.pdf>，上次登入为2009年12月18日。

<sup>147</sup> Ian Hill及Amy Westfahl Lutzky, 《参加，不参加，以及为什么：了解州儿童健康保险计划的参加办法》，城市研究所，评估新联邦主义的报告文件66号，2003年5月16日，第8-9页；参见 [http://www.urban.org/UploadedPDF/310793\\_OP-66.pdf](http://www.urban.org/UploadedPDF/310793_OP-66.pdf)，上次登入为2009年12月18日。

<sup>148</sup> 例如，见Alicia Yamin, 《法院怎样制定医疗政策？哥伦比亚宪制法院的个案》，《公共科学图书馆·医学》6(2): E1000032. Doi:10.1371/journal.pmed.1000032, 引自Corte Constitucional de Colombia (2008) Sala Segunda de Revision, Sentencia T-760, 2008年7月31日。

<sup>149</sup> 2005年赤字削减法；A. Sonfield, “反移民政策对公共资助生殖健康保健的影响”，《古特马赫政策期刊》，2007年冬季，第10卷，第1号；参见 <http://www.gutmacher.org/pubs/gpr/10/1/gpr100107.html>，上次登入为2009年12月18日。

<sup>149</sup> 预算及政策优先中心，《医疗补助计划新的公民证明文件要求：概要》，华盛顿特区，2006年4月20日；参见 <http://www.cbpp.org/cms/index.cfm?fa=view&id=198>，上次登入为2009年12月18日。

- 
- <sup>150</sup> D. C. Ross 及 C. Marks, 《在经济衰退时为儿童和家长提供医疗保险的挑战: 2009 年 50 个州就医疗救助计划和州儿童健康保险计划关于资格规则、登记和续期程序, 以及成本分摊做法的更新》, 医疗补助计划及未受保者凯泽委员会, 2009 年 1 月, 第 3、12 及 14 页; 参见 <http://www.kff.org/medicaid/upload/7855.pdf>, 上次登入为 2009 年 12 月 18 日。
- <sup>151</sup> 医疗补助计划受助妇女的数据, 由各州回应国际特赦组织的问卷调查, 而各州的平均数据来自凯泽家族基金会, 《怀孕首 3 个月开始享用产前保健的母亲百分比, 2006 年》; 参见 <http://www.statehealthfacts.org/comparereamtable.jsp?ind=44&cat=2>, 上次登入为 2009 年 12 月 18 日。
- <sup>152</sup> 例如, 见 James Carlson, “积压处理个案的机构寻求协助”, 《托柏卡资本期刊》, 2007 年 2 月 27 日; 参见 [http://findarticles.com/p/articles/mi\\_qn4179/is\\_20070228/ai\\_n18637740/?tag=content:coll](http://findarticles.com/p/articles/mi_qn4179/is_20070228/ai_n18637740/?tag=content:coll), 上次登入为 2009 年 12 月 18 日。康涅狄格州议会, 方案审查及调查会议的纪录, 2004 年 9 月 23 日; 参见 <http://www.cga.ct.gov/2004/PRldata/chr/2004PRI00923-R001600-CHR.htm>, 上次登入为 2009 年 12 月 18 日。
- <sup>153</sup> 美国联邦法规第 42 篇 § 435.911。
- <sup>154</sup> 纽约州卫生部及内华达州医疗保健部于 2009 年 6 月 1 日及 2009 年 5 月 25 日回应国际特赦组织的问卷调查。
- <sup>155</sup> 华盛顿特区医疗保健财政部于 2009 年 5 月 20 日回应国际特赦组织的问卷调查。
- <sup>156</sup> 医疗补助计划及未受保者凯泽委员会, 《给孕产妇预定符合资格, 2009 年》, 州卫生信息; 参见 <http://www.statehealthfacts.org/comparereamtable.jsp?ind=225&cat=4>, 上次登入为 2009 年 12 月 18 日。
- <sup>157</sup> 国际特赦组织在 2009 年 11 月 21 日访问医疗补助服务及州营运中心。
- <sup>158</sup> Ross 及 Marks, 《在经济衰退时为儿童和家长提供医疗保险的挑战》。
- <sup>159</sup> 至 2007 年 10 月: 科罗拉多州、爱达荷州、内华达州、新泽西州、罗得岛和弗吉尼亚州, E. P. Baumrucker, 《保障孕产妇及未出生小孩的州儿童健康保险计划》, 国会研究服务报告, 2008 年 1 月 8 日。另外, 蒙大拿州及怀俄明州给国际特赦组织报告, 它们有为孕产妇而设的儿童健康保险计划: 问卷调查回应, 蒙大拿州公共卫生及人类服务部计划、协调与分析办公室, 2009 年 6 月 29 日; 医疗保健财政办公室, 平等护理/医疗补助计划, 怀俄明州, 2009 年 5 月 20 日。
- <sup>160</sup> 阿肯色州、加州、伊利诺伊州、路易斯安那州、马萨诸塞州、密歇根州、明尼苏达州、内布拉斯加、俄克拉荷马州、俄勒冈州、罗得岛、田纳西州、德克萨斯州、华盛顿州和威斯康星州。Ross 及 Marks, 《在经济衰退时为儿童和家长提供医疗保险的挑战》, 表 4。
- <sup>161</sup> 州儿童健康保险计划, 《为未出生的小孩参加产前护理及其他保健服务的资格》; 最后规定, 67 联邦公报 61968, 2002, (保险只限于“有关会令怀孕变得有问题的情况... 给予的保障一定要和未出生的小孩之间有关”)。
- <sup>162</sup> E. P. Baumrucker, 《保障孕产妇及未出生小孩的州儿童健康保险计划》, 国会研究服务报告, 2008 年 1 月 8 日。
- <sup>163</sup> B. D. Smedley 等人, 《不平等待遇: 解决医疗保健中种族及民族差距的问题》, 医学研究所, 了解及消除医疗保健方面之种族及民族差距委员会, 全国学术出版社, 2003 年。
- <sup>164</sup> 1964 年民法第 6 章, 美国法典第 42 篇第 2000d 条。
- <sup>165</sup> 高等法院裁定, 没有提供中文的教育服务违反这项要求。《刘诉尼古拉斯》, 414 U.S. 563 (1974)。健康与人类服务部, 《联邦财政援助受助人关于第 6 章禁止民族歧视影响懂得有限英语人士的指引》, 健康与人类服务部政策指引文件, 联邦公报, 2003 年 8 月 8 日, 参见 <http://www.justice.gov/crt/cor/lep/hhsrevisedlepguidance.php>。
- <sup>166</sup> 基尔·哈姆福里 (Jill Humphrey), 注册分娩护士及产妇产后支援服务协调员, 国际特赦组织的访问, 2008 年 2 月 12 日。
- <sup>167</sup> 卫生保健传译全国委员会, 《卫生保健口译实务国家标准》, 加州圣罗沙, 2005 年 9 月。
- <sup>168</sup> A. H. Chen 等人, “在卫生保健机构中享用语言服务的法律框架: 第 6 章及以外范围”, 《一般内科医学期刊》, 2007 年 11 月; 参见 <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2150609>, 上次登入为 2009 年 12 月 18 日。
- <sup>169</sup> 华盛顿州 (WAC § 388-03-122), 加州 (Cal Gov Code § 11435.05 - Cal Gov Code § 11435.65), 俄克拉荷马州卫生部提供培训及认证; 参见 [http://www.ok.gov/health/Organization/Office\\_of\\_Communications/News\\_Releases/2006\\_News\\_Releases/Interpreters\\_052506.html](http://www.ok.gov/health/Organization/Office_of_Communications/News_Releases/2006_News_Releases/Interpreters_052506.html); 俄勒冈州 (ORS § 409.615 - ORS § 409.625), 爱荷华州 (Iowa Admin. Code r. 433-2.1-2.14)。此外, 两个州正在成立认证和处理其他事务的委员会: 印地安那州 (Burns Ind.

Code Ann. § 16-46-11.1-1 - Burns Ind. Code Ann. § 16-46-11.1-6) 及德州 (HB 233, 仍等候州长签署)。

<sup>170</sup> 加州、马利兰州及华盛顿特区已在医疗保健方面就一般的语言服务制定更广泛的法例。J. Perkins 等人, 《有关医疗保健中处理语言需求的州法律要求摘要》, 国家卫生法项目, 2007 年 12 月 28 日, 2008 年 1 月更新; 参见

<http://www.healthlaw.org/images/stories/issues/nhelp.lep.state.law.chart.final.0319.pdf>, 上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>171</sup> J. A. Ginburg, 《给几乎不会英语的病人的语言服务: 内科医生的全国问卷调查结果》, 美国医师协会, 2007 年。

<sup>172</sup> R. Hasnain-Wynia 等人, 《医院为几乎不会英语的病人提供的语言服务: 全国问卷调查结果》, 卫生研究及教育信托与国家卫生法律项目, 2006 年 10 月; 参见

<http://www.hret.org/hret/languageservices/content/languageservicesfr.pdf>, 上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>173</sup> 夏威夷州、爱达荷州、肯萨斯州、缅因州、明尼苏达州、蒙大拿州、新罕布什尔州、犹他州、佛蒙特州、弗吉尼亚州、华盛顿州及怀俄明州。Chen, 《在卫生保健机构中享用语言服务的法律框架》。

<sup>174</sup> 蒙大拿州行政规定 § 37.86.3402。

<sup>175</sup> 利达·凡纳格斯 (Lyda Vanegas), 玛丽孕妇产及儿童保健中心, 2008 年 11 月 5 日。

<sup>176</sup> B. M. Aved 等人, “低收入妇女寻求产前护理的障碍”, 《西部医学期刊》, 1993 年 5 月: 158, 第 493-8 页; 参见 <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1022131&blobtype=pdf>, 上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>177</sup> 联邦法规 6, 第 37 部: 联邦机构就官方目的可接受驾照及身分证之最低标准; 最终规定 5272-3, 《联邦公报》第 73 卷, 第 19 号, 2008 年 1 月 29 日; 参见

<http://www.nilc.org/immspbs/dls/73-FR-5271-2008-01-29.pdf>, 上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>178</sup> 国际特赦组织关注组在 2009 年 7 月于威斯康星州访问拉丁裔妇女倡导者, 档案由国际特赦组织美国分会持有。

<sup>179</sup> Aved, “低收入妇女寻求产前护理的障碍”。

<sup>180</sup> R. Milligan 等人, “产前保健透视: 城市弱势社群的观点”, 《生物医学中心公共卫生期刊》, 第 2(1):25 卷, 2002 年; 参见 <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/2/25>, 上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>181</sup> 妇女政策研究所, 《妇女与有薪病假: 对家庭幸福至关重要》, 2007 年 2 月, 第 1 页; 参见

[http://www.iwpr.org/pdf/B254\\_paidicksdaysFS.pdf](http://www.iwpr.org/pdf/B254_paidicksdaysFS.pdf), 上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>182</sup> T. W. Smith, 《有薪病假: 21 世纪的基本劳动标准》, 芝加哥大学全国舆论研究中心公共福利基金会, 2008 年 8 月, 第 7 页; 参见

[http://www.nationalpartnership.org/site/DocServer/Public\\_Welfare\\_Paid\\_Sick\\_Days\\_Poll\\_Report\\_080829.pdf?docID=3901](http://www.nationalpartnership.org/site/DocServer/Public_Welfare_Paid_Sick_Days_Poll_Report_080829.pdf?docID=3901), 上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>183</sup> Aved, “低收入妇女寻求产前护理的障碍”。

<sup>184</sup> 俄克拉荷马州卫生部妊娠风险评估监测系统, 《非洲裔美国孕产妇寻求医疗保健面对的障碍》, 2008 年 10 月 21 日; 参见

[http://www.ok.gov/health/Organization/Office\\_of\\_Communications/News\\_Releases/2008\\_News\\_Releases/Pregnant\\_African\\_American\\_Women\\_Face\\_Barriers\\_to\\_Health\\_Care.html](http://www.ok.gov/health/Organization/Office_of_Communications/News_Releases/2008_News_Releases/Pregnant_African_American_Women_Face_Barriers_to_Health_Care.html), 上次登入为 2009 年 12 月 18 日; 另见: 《成为健康婴儿的障碍: 孕产妇在城市健康中心寻求产前护理面对的障碍》, 纽约市公共倡议办公室, 2007 年 5 月; 参见

<http://pubadvocate.nyc.gov/news/documents/HurdlestoHealthyBaby.pdf>, 上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>185</sup> 国际特赦组织于 2009 年 2 月 4 日访问曼菲斯郡官员。

<sup>186</sup> E. M. Weber, 《为滥药孕产妇提供的儿童福利干预: 非公共卫生回应的限制》, 密苏里州密苏里大学堪萨斯分校法律期刊, 2007 年春季, 75 UMKC L. Rev. 789。

<sup>187</sup> 美国心理学家协会, 《照护怀孕和刚分娩的滥药者: 立场书》, 2001 年; 参见

<http://www.psych.org/Departments/EDU/Library/APAOfficialDocumentsandRelated/PositionStatements/200101.aspx>, 上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>188</sup> T. M. Brady 及 O. S. Ashley, 《接受滥药治疗的妇女: 酒精及药物滥用服务研究结果》, 健康与人类服务部出版物编号 SMA 04-3968, 分析系列 A-26, 马里兰州洛克菲尔, 药物滥用与精神健康服务管理局, 应用研究办公室, 2005 年, 表 2.1; 参见 <http://www.oas.samhsa.gov/WomenTX/WomenTX.htm#tab2.1>, 上次登入



为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>189</sup> M. A. Jessup, “滥药孕产妇接受滥药治疗的外在障碍”, 《药物问题期刊》, 第 33 卷, 第 285 及 287 页, 2003 年; 参见 [http://www.nnvawi.org/pdfs/alo/Humphreys\\_barriers\\_substance\\_treatment.pdf](http://www.nnvawi.org/pdfs/alo/Humphreys_barriers_substance_treatment.pdf), 上次登入为 2009 年 12 月 18 日。J. B. Ehrlich, 《生育导致犯法: 药物之战、生殖权利之战及妇女之战》, 纽约大学法律及社会转变评论, 即将出版; 参见 <http://ssrn.com/abstract=1003683>, 上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>190</sup> 《洛维尔诉德州》, 13-07-529-CR 及 13-07-668-CR 号, 德州上诉法院, 公共卫生倡议者之非当事人意见陈述, 由美国公民自由联盟及全国孕产妇倡议者组织提出上诉, 2008 年 1 月 17 日; 参见 <http://advocatesforpregnantwomen.org/Lovill%20v%20Texas%20ACLU%20NAPW%20Amicus.pdf>, 上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>191</sup> Jessup, “滥药孕产妇接受滥药治疗的外在障碍”; R. Arnold 等人, “医疗道德及医生/病人的沟通”, 《医疗访谈: 临床护理、教育及研究》, 345, 365, 1995 年。

<sup>192</sup> Milligan, “产前保健透视: 城市弱势社群的观点”; 参见 <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/2/25>, 上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>193</sup> 美国心理学家协会, 《照护怀孕和刚分娩的滥药者: 立场书》。

<sup>194</sup> P. Feld 及 B. Power, 《福利改革后移民享用医疗保健: 4 个城市关注组的发现》, 环球战略集团, 医疗补助计划及未受保者凯泽委员会, 2000 年。

<sup>195</sup> 《洛尔诉维德》, 410 U.S. 113 (1973)。

<sup>196</sup> D. D' Angelo 等人, 《新近诞下活产婴儿妇女在妊娠前及妊娠期间的健康状况一妊娠风险评估监测系统, 美国, 26 个报告区域, 2004 年》, 发病率及死亡率周报监测摘要, 疾病控制和预防中心, 2007 年 12 月 14 日, 第 4 及 17 页; 参见 <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/ss5610a1.htm>, 上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>197</sup> J. D. Gipson 等人, “意外怀孕对婴儿、幼童及父母健康的影响: 文献阅览”, 《家庭计划研究》, 第 39 卷, 第 1 期, 2008 年 2 月 26 日, 第 22 页。

<sup>198</sup> B. P. Zhu, “怀孕间距对出生结果的影响: 美国最近 3 起调查的發現”, 《国际妇产科期刊》, 2005 年, 89 (Suppl): S25-S33。

<sup>199</sup> A. Conde-Agudelo 及 J. M. Belizan, “孕产妇发病及死亡与怀孕间距的关系: 跨界别研究”, 《英国医学杂志》: 321, 第 1255-9 页, 2000 年 11 月 18 日; 参见 <http://www.bmj.com/cgi/content/full/321/7271/1255>, 上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>200</sup> L. B. Finer 及 S. K. Henshaw, “美国意外怀孕率的差距, 1994 及 2001 年”, 《性和生殖健康透视》, 2006 年, 38(2):90-96; 参见 <http://www.guttmacher.org/pubs/psrh/full/3809006.pdf>, 上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>201</sup> 消除一切形式种族歧视委员会, 《根据公约第 9 条缔约国呈交报告的考虑, 消除一切形式种族歧视委员会就美国的总结性意见》, 2008 年 2 月; 参见 <http://www2.ohchr.org/english/bodies/cerd/docs/co/CERD-C-USA-CO-6.pdf>, 上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>202</sup> J. E. Darroch 等人, “发达国家的青少年性及生殖行为: 可以带来更多进展吗?” 《不定期报告》, 纽约: 艾倫古特马赫研究中心, 2001 年, 第 3 号; 参见 [http://www.guttmacher.org/pubs/eurosynth\\_rpt.pdf](http://www.guttmacher.org/pubs/eurosynth_rpt.pdf), 上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>203</sup> Finer 及 Henshaw, “美国意外怀孕率的差距, 1994 及 2001 年”, 参见 <http://www.guttmacher.org/pubs/psrh/full/3809006.pdf>, 上次登入为 2009 年 12 月 18 日。注意: 百分之八十二的比率是指年龄界乎 15 至 19 岁的女性。

<sup>204</sup> D. Kirby, 《逐渐浮现的答案 2007: 减少少女怀孕及性传播疾病项目的研究发现》, 华盛顿特区: 国家预防青少年怀孕及意外怀孕运动, 2007 年 11 月; 参见 [http://www.thenationalcampaign.org/EA2007/EA2007\\_full.pdf](http://www.thenationalcampaign.org/EA2007/EA2007_full.pdf), 上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>205</sup> L. D. Lindberg, “正规性教育的改变: 1995 - 2002 年”, 《性和生殖健康透视》, 2006 年, 38(4):182-189; 可在此下载: <http://www.guttmacher.org/pubs/psrh/full/3818206.pdf>, 上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>206</sup> 辛西娅·夏索特 (Cynthia Chazotte), 医学博士, 美国妇产科医师学会会员, 爱因斯坦/蒙特菲奥里妇产科及妇女健康系教授及副主席, 纽约布朗克斯, 纽约州母婴安全倡议计划联合主席, 2008 年 3 月 18 日。

<sup>207</sup> D' Andelo, 《新近诞下活产婴儿妇女在妊娠前及妊娠期间的健康状况》, 第 7 页。

<sup>208</sup> 古特马赫研究中心, 《美国公共资助的避孕服务概况》; 参见

[http://www.guttmacher.org/pubs/fb\\_contraceptive\\_serv.pdf](http://www.guttmacher.org/pubs/fb_contraceptive_serv.pdf), 上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>209</sup> 24 个州有法律和 3 个州将其州内的反歧视法解释为包括避孕的保险。全国妇女法律中心,《员工医疗计划包括处方避孕药具:有关保险如何省钱》,2009 年 5 月;参见

<http://www.nwlc.org/pdf/contraceptive%20coverage%20saves%20money%20may%202009.pdf>, 上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>210</sup> 《艾力逊诉巴特尔药物公司》, 141 F.Supp. 2d 1266 (W.D. Wash. 2001), 另见:美国平等就业机会委员会的决定, 2000 年 12 月 14 日。

<sup>211</sup> 《避孕平等速览》, 工会妇女联盟, 2009 年 1 月 4 日更新;参见

<http://www.cluw.org/contraceptive-facts.html>, 上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>212</sup> 古特马赫研究中心,《避孕的需求和服务,2006 年》,2008 年;参见

<http://www.guttmacher.org/pubs/win/allstates2006.pdf>, 上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>213</sup> J. J. Frost 等人,“公共资助家庭计划诊所服务对意外怀孕及政府节约成本的影响”, 19,《贫穷人士和服务不足人口的医疗保健期刊》,第 778-96 页,2008 年;参见

[http://www.guttmacher.org/pubs/09\\_HPU19\\_3Frost.pdf](http://www.guttmacher.org/pubs/09_HPU19_3Frost.pdf), 上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>214</sup> 古特马赫研究中心,《避孕的需求和服务,2006 年》,表 A。

<sup>215</sup> R. B. Gold,《重燃防止意外怀孕的努力:‘公平和常识’的问题》,第 9 卷,第 3 号,2006 年夏季;参见 <http://www.guttmacher.org/pubs/gpr/09/3/gpr090302.html>, 上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>216</sup> 2005 年赤字削减法:医疗补助计划及未受保者凯泽委员会,《2005 年赤字削减法:对医疗补助计划的影响》,2006 年 2 月;参见 <http://www.kff.org/medicaid/upload/7465.pdf>, 上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>217</sup> 古特马赫研究中心,《州医疗补助计划扩大参与家庭计划的资格,州政策概况》,2009 年 8 月 14 日;参见 [http://www.guttmacher.org/statecenter/spibs/spib\\_SMPPE.pdf](http://www.guttmacher.org/statecenter/spibs/spib_SMPPE.pdf), 上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>218</sup> 古特马赫研究中心,《州透过医疗补助计划资助的堕胎服务,州政策概况》,2009 年 8 月 1 日;参见 [http://www.guttmacher.org/statecenter/spibs/spib\\_SFAM.pdf](http://www.guttmacher.org/statecenter/spibs/spib_SFAM.pdf), 上次登入为 2009 年 12 月 17 日。

<sup>219</sup> 家庭计划办公室、人口事务局和美国健康与人类服务部,《家庭计划年报:2007 年全国摘要》,三角洲国际研究院,2008 年 11 月,图表 6;参见

[http://www.hhs.gov/opa/familyplanning/toolsdocs/fpar\\_2007\\_natl\\_summ.pdf](http://www.hhs.gov/opa/familyplanning/toolsdocs/fpar_2007_natl_summ.pdf), 上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>220</sup> R. B. Gold 等人,《美国家庭计划项目的下一步:在转变中的医疗保健系统中利用医疗补助计划和第 10 章的潜能》,纽约,古特马赫研究中心,2009 年;参见 <http://www.guttmacher.org/pubs/NextSteps.pdf>, 上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>221</sup> 根据古特马赫研究中心,与 1980 年相比,资助按通货膨胀调整后美元计算低了百分之六十一。见

R. B. Gold,“在一起更强:医疗补助计划和第 10 章带给家庭计划的不同成效”,《古特马赫政策期刊》,第 13 及 15 卷,2007 年春季;参见 <http://www.guttmacher.org/pubs/gpr/10/2/gpr100213.html>, 上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>222</sup> 1970 年家庭计划服务及人口研究法, Pub. L. No. 91-572, 84 Stat. 1504 (1970 年)(编纂在美国法典第 42 篇第 300 条及以下所述(1991 及 Supp. 2000))。

<sup>223</sup> 美国公民权利委员会,《不遵守诺言:评估美国印第安人的卫生保健系统》,2004 年 9 月,第 21 及 98 页。见印第安人健康服务局概况介绍,2009 年档案;参见 <http://info.ihs.gov/Profile09.asp>, 上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>224</sup> 美国进步中心,《美国印第安妇女衰败的身体状况:访问查朗·阿色托雅》,2007 年 5 月 16 日。

<sup>225</sup> 印第安人妇女健康教育资源中心,《妇女的生殖公平性:关于 B 计划和紧急避孕药具供应的问卷调查》,2008 年,第 9 页;参见 [http://www.nsvrc.org/cms/fileUpload/Projects/EC\\_in\\_the\\_ER\\_2008.pdf](http://www.nsvrc.org/cms/fileUpload/Projects/EC_in_the_ER_2008.pdf), 上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>226</sup> 国际特赦组织,《不公平的迷惑:美国未能保护原住民妇女免受性暴力对待》,2007 年。Steven. W. Perry,《美国印第安人及 A 级犯罪—司法统计局统计资料 1992-2002 年》,司法统计局,美国司法部,司法方案办公室,2004 年 12 月;参见 <http://bjs.ojp.usdoj.gov/content/pub/pdf/aic02.pdf>, 上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>227</sup> 见海德修订案,美国法典第 42 篇第 1396 条。

<sup>228</sup> 海德修订案必须每年更新一次,但维持修订案是永久性的限制,只适用于美国印第安妇女及阿拉斯加原住民妇女。参议院修订案 3896 to S. 1200, 2008 年 2 月 26 日。

<sup>229</sup> 另外 3 个州允许只有个别供应者可拒绝执行堕胎服务。古特马赫研究中心,《拒绝提供保健服务,州

---

政策概况》，2010年1月1日；参见 [http://www.guttmacher.org/statecenter/spibs/spib\\_RPHS.pdf](http://www.guttmacher.org/statecenter/spibs/spib_RPHS.pdf)，上次登入为2010年2月2日。

<sup>230</sup> 古特马赫研究中心，《拒绝提供保健服务，州政策概况》，2009年8月1日；参见 [http://www.guttmacher.org/statecenter/spibs/spib\\_RPHS.pdf](http://www.guttmacher.org/statecenter/spibs/spib_RPHS.pdf)，上次登入为2009年12月18日。

<sup>231</sup> 亚利桑那州、阿肯色州、乔治亚州、密西西比州及南达科他州。全国妇女法律中心，《拒绝配药：州法律、法规和政策》，2009年7月；参见 <http://www.nwlc.org/pdf/pharmacyrefusalpoliciesjuly2009.pdf>，上次登入为2009年12月18日。

<sup>232</sup> 见古特马赫研究中心，《拒绝提供保健服务，州政策概况》。

<sup>233</sup> 全国妇女法律中心，《拒绝配药101，概况介绍》；参见 <http://www.nwlc.org/pdf/pharmacyrefusals101.109.pdf>，上次登入为2009年12月18日。

<sup>234</sup> L. Uttley 及 R. Pawelko，《不附带任何条件：美国公共资助并带宗教性质的医院》，合并监察项目及纽约州家庭计划倡导者教育基金，2002年；参见 [http://www.mergerwatch.org/pdfs/bp\\_no\\_strings\\_highlights.pdf](http://www.mergerwatch.org/pdfs/bp_no_strings_highlights.pdf)，上次登入为2009年12月18日。

<sup>235</sup> L. R. Freedman 等人，“当有心跳：天主教医院的流产管理”，《美国公共卫生期刊》，第98卷，第10号，2008年10月；参见 <http://repositories.cdlib.org/cgi/viewcontent.cgi?article=1000&context=bixbycenter>，上次登入为2009年12月18日。

<sup>236</sup> 宜必思生殖健康，《评估关于宫外孕和流产管理的医院政策及惯例：国家定性研究结果》，2009年4月。国际特赦组织在2009年4月16日于加利福尼亚州奥克兰加州大学旧金山分校采访洛里·弗里德曼(Lori Freedman)；并在2008年2月26日于华盛顿特区全国妇女法律中心采访吉尔·莫里森(Jill Morrison)。

<sup>237</sup> 2007年，宗教医院占了550万的住院个案 - 即约每六人中一人。天主教医院占宗教赞助医院近百分之七十。即使天主教医院是服务整个社区和接受公共资金，他们仍须采纳天主教医疗保健服务伦理及宗教指令，以引导他们的政策。美国天主教健康协会，《美国的天主教医疗保健》，2009年1月，援引美国医院协会2007年统计调查；报告链接参见 Pages/About\_CHA/Overview，上次登入为2009年12月18日。

<sup>238</sup> 美国天主教主教会议在2001年6月15日发行；参见 <http://www.usccb.org/bishops/directives.shtml#preamble>，上次登入为2009年12月18日。指令45：“45. 堕胎（即在附有其他可能性时直接及有意地终于妊娠 或直接有意地杀死胎儿）是**永远**不被允许的。任何一个程序，若其唯一的效果是在有其他可行时终止妊娠，那就是堕胎，这在道德方面包括受孕及胚胎着床之间的时间间隔。指令48。在宫外孕的情况下，任何在道德上构成直接流产的干预是不被允许的。”<sup>239</sup> Freeman，“当有心跳”。

<sup>240</sup> 国际特赦组织在2009年10月及11月时联系产前保健提供者，要求确认是否有其他记录存在。然而，在撰写本报告之时，国际特赦组织还没有得到答复。

<sup>241</sup> 《2006年经合组织国家助产士及妇产科医生对每1000个新生儿的比率》，经合组织健康数据2009。

<sup>242</sup> 一项华盛顿特区的研究发现，几次半小时的辅导，可有效减少或消除吸烟、抑郁症，以及家庭暴力的风险。A. A. El-Mohandes 等人，“改善非裔美国母亲产后预后的干预：一项随机对照试验”，《妇产科》，2008年，112:611-620。

<sup>243</sup> Diana Furchtgott-Roth，“减少医疗事故的高昂代价”，路透社，2009年8月6日；参见 [http://www.hudson.org/index.cfm?fuseaction=publication\\_details&id=6396](http://www.hudson.org/index.cfm?fuseaction=publication_details&id=6396)，上次登入为2009年12月10日。

<sup>244</sup> 见 M. A. Rodwin 等人，“马萨诸塞州的医疗失误保费：高风险州份：1975至2005年”，《卫生事务》，2008年5月至6月，美国总审计局，《医疗事故：保费提高对医疗保健可及性的启示》，2003年8月；参见 <http://www.gao.gov/new.items/d03836.pdf>，上次登入为2009年12月18日。M. M. Mello 及 C. N. Kelly，“专业责任危机对驻诊实践决定的影响”，《妇产科》，2005年6月，105(6)：1287-95，用于对比的观点。

<sup>245</sup> J. Klagholz 及 A. L. Strunk，《2009年美国妇产科学会专业责任调查概况》，第2页；参见 <http://www.acog.org/departments/professionalliability/2009PLSurveyNational.pdf>，上次登入为2009年12月18日。另外，百分之十九点五停止进行剖腹产后的阴道分娩。

<sup>246</sup> 国际特赦组织在2008年2月26日于华盛顿特区家庭发展中心采访露丝·卢比克(Ruth Lubic)。

<sup>247</sup> P. Cunningham及J. May，《医疗补助计划患者越来越多集中在医生手中》，卫生制度变迁追踪报告第16号，2006年8月。

<sup>248</sup> 医疗补助计划产科及孕产妇保健服务，纽约州立卫生部收费指引，Rev. 10/05，第9页；参见 [http://www.myhealth.gov/nysdoh/perinatal/pdf/moms\\_billing\\_guidelines.pdf](http://www.myhealth.gov/nysdoh/perinatal/pdf/moms_billing_guidelines.pdf)，上次登入为2009年12月18日。

- 
- 249 汤姆森医疗保健,《生育婴儿的医疗费用》,2007年6月,第8页,表3;参见 <http://www.marchofdimess.com/files/Thomson.pdf>,上次登入为2009年12月18日。这个数字代表保险公司于产妇护理付予提供者的平均费用,包括阴道分娩及剖腹产。
- 250 健康资源和服务管理局,短缺选派管理:医疗保健人员短缺地区、医疗设施服务不足地区及医疗设施服务不足人口;参见 <http://bhpr.hrsa.gov/shortage/index.htm>,上次登入为2009年12月18日。
- 251 健康与人类服务部3区包括宾夕法尼亚州、特拉华州、马里兰州、弗吉尼亚州、西弗吉尼亚州和华盛顿特区。C.Holly等人,《2004年健康中心的扩展及招聘调查:以健康与人类服务部区域及健康中心地理位置区分结果》,技术报告,2007年3月,第19及23页,图4a和4e;参见 [http://depts.washington.edu/urhrc/uploads/HC\\_Survey\\_Report.pdf](http://depts.washington.edu/urhrc/uploads/HC_Survey_Report.pdf),上次登入为2009年12月18日。
- 252 母婴保健护士,中西部印第安人保留地,2008年7月9日。
- 253 Aved,“低收入妇女寻求产前护理的障碍”;参见 <http://www.pubmedcentral.nih.gov/picrender.fcgi?artid=1022131&blobtype=pdf>,上次登入为2009年12月18日。
- 254 “危险和非法:为什么我们的医疗制度不能满足纽约州的需要和如何解决问题”,《机遇议程》,2007年,第37页;参见 [http://opportunityagenda.org/files/field\\_file/Full%20Dangerous%20and%20Unlawful%20Report.pdf](http://opportunityagenda.org/files/field_file/Full%20Dangerous%20and%20Unlawful%20Report.pdf),上次登入为2009年12月18日。
- 255 T.H.Strong,《面临困境:美国的产前保健神话》,纽约:纽约大学出版社,2000年。
- 256 Rob Perez,“医院案件以悲剧告终”,《檀香山商报》;参见 <http://the.honoluluadvertiser.com/article/2006/Feb/05/ln/FP602050348.html>,上次登入为2009年12月18日。国际特赦组织在2009年2月4日于德克萨斯州奥斯汀采访龙蒂娜的律师迈克尔·阿丘利塔(Michael Archuleta)。
- 257 国际特赦组织在2009年3月13日于马萨诸塞州斯托顿访问安德烈·罗斯(Andre Rouse);丽莎·格林(Lisa Greene),“医院说失错害死女人”,《圣彼得堡时报》,2006年6月8日;参见 [http://www.sptimes.com/2006/06/08/Tampabay/Hospital\\_says\\_error\\_k.shtml](http://www.sptimes.com/2006/06/08/Tampabay/Hospital_says_error_k.shtml),上次登入为2009年12月18日。(以利沙·克鲁斯·科比)。Lea Thompson,“普通的无痛分娩变得致命”,《换日线》,2006年6月4日;参见 <http://www.msnbc.msn.com/id/9818616/>,上次登入为2009年12月18日,(朱莉·勒穆特)。
- 258 E.Zwelling,“高科技分娩的出现”,《产科、妇科及新生儿护理期刊》,第37卷,第85-93页,2008年。
- 259 医学研究所、护士工作环境和病人安全委员会,以及医疗保健服务理事会,《维护病人安全:改革护士的工作环境》,华盛顿特区,全国学术出版社,2004年,第229及386页;参见 [http://www.nap.edu/catalog.php?record\\_id=10851](http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=10851),上次登入为2009年12月18日。
- 260 M.Regenstein及J.Huang,《安全网的压力:公立医院透视》,医疗补助计划及未受保者凯泽委员会,第7329号报告,2005年6月;参见 <http://www.kff.org/medicaid/7329.cfm>,上次登入为2009年12月17日。
- 261 D.P.Andrulic及L.M.Duchon,《100个最大城市及郊区的医院保健,1996-2002年:对美国大城市医院安全网未来的启示》,州南部医学中心,纽约布鲁克林,2005年8月,第6页;参见 <http://www.rwjf.org/files/research/Andrulic%20Hospitals%20Report-final.pdf>,上次登入为2009年12月18日。
- 262 国际特赦组织于威斯康星州访问艾力·法恩斯沃思(Eric Farnsworth)——茉莉·甘特(Jasmine Gant)家属的律师,2009年2月24日。
- 263 Mary Conroy,“护士可以承受多少额外工作?”,《首都时报》,第D8页,2006年11月15日;参见 <http://www.wha.org/newsCenter/articles11-06.pdf>,上次登入为2009年12月18日。
- 264 David Wahlberg,“祖母抚养孙女纪念生与死一周年”,《威斯康星州期刊》,2007年6月24日;专访 Septhen P.Hurley,威斯康星州麦迪逊,2009年4月8日,《威斯康星州诉朱莉·邵》,刑事申诉,案件编号2006 CF 2512,威斯康星州戴恩县巡回法院,2006年11月2日;阿妮塔·堰(Anita Weir),“护士的失误源于长时间工作”,《首都时报》,2006年11月11日,第A1页。
- 265 研究生医学教育鉴定委员会当值时间标准情况介绍,研究生医学教育鉴定委员会网站;参见 [http://www.acgme.org/acWebsite/newsRoom/newsRm\\_dutyHours.asp](http://www.acgme.org/acWebsite/newsRoom/newsRm_dutyHours.asp),上次登入为2009年12月18日。
- 266 医学研究所、护士工作环境和病人安全委员会,以及医疗保健服务理事会,《维护病人安全:改革护士的工作环境》,第229及386页
- 267 R.L.Kane等人,《护士人手与病人护理质量》,医疗保健研究与质量局及健康与人类服务部;参见

[www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/nursestaff/nursestaff.pdf](http://www.ahrq.gov/downloads/pub/evidence/pdf/nursestaff/nursestaff.pdf), 上次登入为2009年12月18日。

<sup>268</sup> 国际特赦组织访问詹姆斯·塞特斯 (James Scythes), 2009年10月, 英国广播公司新闻, 《世界各地的孕产妇死亡率: 美国》, 2009年10月26日; 参见 <http://news.bbc.co.uk/2/hi/americas/8325685.stm>, 上次登入为2009年12月18日。莎拉·布卢姆基斯特 (Sarah Bloomquist), 《教师的死亡令学校大为震惊》, 6ABC 行动新闻, 2007年5月29日; 参见

<http://abclocal.go.com/wpvi/story?section=news/local&id=5291510>, 上次登入为2009年12月18日。国际特赦组织在08年12月12日于宾夕法尼亚费城访问约翰·巴尔丹特 (John Baldante)。

<sup>269</sup> S.E. Geller 等人, “孕产妇死亡及发病预防模式的可靠性”, 《美国妇产科期刊》, 2007年, 196:57.e1-57.e4。

<sup>270</sup> 《飞跃集团医院调查发现大部分医院并不符合重要的质量标准》, 飞跃集团, 华盛顿特区; 参见 [http://www.leapfroggroup.org/media/file/2008\\_Survey\\_results\\_final\\_042909.pdf](http://www.leapfroggroup.org/media/file/2008_Survey_results_final_042909.pdf), 上次登入为2009年12月18日。

<sup>271</sup> 例如, S.L. Clark 等人, “改良成果, 减少剖腹产和诉讼: 病人安全的新范式结果”, 《美国妇产科期刊》, 2008年8月, 第199卷, 第105.e1-105.e7页。

<sup>272</sup> Clark, “改良成果, 减少剖腹产和诉讼”。

<sup>273</sup> 医疗保健研究与质量局, 孕产妇保健及妊娠; 参见 <http://www.ahrq.gov/research/womenix.htm>, 上次登入为2009年12月18日。国家临床指南交换中心, 妊娠并发症; 参见

<http://www.guideline.gov/browse/browsemode.aspx?node=21953&type=1&view=all>, 上次登入为2009年12月18日。

<sup>274</sup> 国际特赦组织在2008年11月21日访问联邦医疗保险与医疗补助服务中心。

<sup>275</sup> 丽莎·格林, “医院说失误害死女人”。国际特赦组织美国分会持有佛罗里达州医疗行政机构的档案。

<sup>276</sup> 国际特赦组织与马修·洛热兰 (Matthew Logelin) 的通信, 2009年10月23日, 马修·洛热兰, 马修·利兹及马德琳的博客; 参见 <http://www.mattlogelin.com/archives/2008/04/13/what-happened/>, 上次登入为2009年12月4日; 洛伦佐·贝尼特 (Lorenzo Benet), 理查德·杰罗姆 (Richard Jerome), “新生儿诞生, 妻子死亡——而父亲却孤身一人”, 《人物杂志》, 2009年1月26日, 第71卷, 第3号; 参见 <http://www.people.com/people/archive/article/0,,20258334,00.html>, 上次登入为2009年12月4日。

<sup>277</sup> Chang, 《与妊娠有关的死亡监测——美国, 1991-1999年》。

<sup>278</sup> W. Baker 等人, “妊娠中的深度静脉血栓及肺栓塞诊断”, 《产科、妊娠和妇科的血液并发症》, R.L. Bick (主编), 剑桥大学出版社, 2006年, 第224页, 表7.1; 参见

<http://books.google.com/books/cambridge?ie=UTF-8&vid=ISBN052183953X&refid=ca-print-cambridge&q=obesity>, 上次登入为2009年12月15日。

<sup>279</sup> 史蒂芬·克拉克博士 (Dr. Steven Clark), 引用了“血栓栓塞预防可降低剖腹产后的产妇产死亡”, 由医学博士拉马兹·米泰什维利 (Ramaz Mitaishvili) 评论, RM 全球卫生, 2008年8月24日; 参见 [http://www.rmgh.net/index.php?option=com\\_content&view=article&id=829:thromboembolism-prophylaxis-could-reduce-maternal-deaths-after-c-section&catid=100:obstetrics-and-gynecology&Itemid=2](http://www.rmgh.net/index.php?option=com_content&view=article&id=829:thromboembolism-prophylaxis-could-reduce-maternal-deaths-after-c-section&catid=100:obstetrics-and-gynecology&Itemid=2), 上次登入为2008年12月15日。

<sup>280</sup> Berg, “预防与怀孕有关的死亡, 州范围的审查结果”。

<sup>281</sup> S.Clark 等人, “21世纪的孕产妇死亡: 成因、预防与剖腹产的关系”, 《美国妇产科期刊》, 2008年7月, 第36.e1至36.e5页。

<sup>282</sup> B.E. Hamilton 等人, 疾病控制中心生命统计分部, 《出生: 2007年初步数据》, 全国生命统计报告, 第57卷, 12号, 2009年3月18日, 第3页; 参见

[http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr57/nvsr57\\_12.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr57/nvsr57_12.pdf), 上次登入为2009年12月18日。

<sup>283</sup> Clark, “21世纪的孕产妇死亡”。

<sup>284</sup> J. Drife 及 G. Lewis, 《为什么母亲会死亡, 1997-99年: 助产摘要和主要建议》, 皇家妇产科学院, 伦敦, 2001年; 参见

<http://www.cmace.org.uk/getattachment/8dccaef7-0ee9-4283-be46-fedbde83335a/Why-Mothers-Die-97-99.aspx>, 上次登入为2009年12月15日。

<sup>285</sup> 百分之九十三被视为是可预防的。Berg, “预防与怀孕有关的死亡, 州范围的审查结果”。

<sup>286</sup> Paul Grondahl, “家属不尽的哀伤”, 《时代联合报》, 2009年8月10日; 参见

<http://www.timesunion.com/AspStories/story.asp?storyID=829463&TextPage=3>, 上次登入为2009年



---

12月18日。《麦卡比诉奥尔巴尼医学中心医院》，9924-07号，纽约州最高法院，奥尔巴尼县，被告人之法律备忘录，2009年2月19日；原告之动议通知书，2009年4月27日；原告申诉书，2007年12月18日。

<sup>287</sup> Rachel Young, “斯托尼布鲁克医疗中心努力降低孕产妇死亡率”, 《斯托尼布鲁克独立报》, 2007年10月13日; 参见 <http://www.sbindependent.org/node/1998>, 上次登入为2009年12月18日。

<sup>288</sup> 纽约州卫生部网站, 孕产妇出血, 孕产妇出血控制; 参见 [http://www.health.state.ny.us/professionals/protocols\\_and\\_guidelines/maternal\\_hemorrhage/index.htm](http://www.health.state.ny.us/professionals/protocols_and_guidelines/maternal_hemorrhage/index.htm), 上次登入为2009年12月18日。

<sup>289</sup> 国际特赦组织在美国以外采访孕产妇死亡专家(医学博士及公共卫生硕士)(文件由国际特赦组织美国分会持有), 2008年5月13日。

<sup>290</sup> Berg, “预防与怀孕有关的死亡, 州范围的审查结果”。

<sup>291</sup> Lea Thompson, “普通的无痛分娩变得致命”, 《换日线》, 全国广播公司新闻, 2006年6月4日。

<sup>292</sup> R. A. Leth等人, “剖腹产与阴道分娩特定产后感染的风险比较: 32,468名妇女的5年队列研究”, *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 2009年7月, 29: 1-8。

<sup>293</sup> Berg, “预防与怀孕有关的死亡, 州范围的审查结果”。

<sup>294</sup> C. A. Muto等人, “美国医疗保健流行病学协会就预防院内传播多重抗药性金黄色葡萄球菌和肠球菌的指引”, 《感染控制与医院流行病学》, 美国医疗保健流行病学协会, 第24卷, 第5号, 2003年5月; 参见 [http://www.shea-online.org/Assets/files/position\\_papers/SHEA\\_MRSA\\_VRE.pdf](http://www.shea-online.org/Assets/files/position_papers/SHEA_MRSA_VRE.pdf), 上次登入为2009年12月18日。

疾病控制和预防中心, 《保健场所的手部卫生指引: 医疗保健感染控制规范咨询委员会及美国医院感染控制实践顾问委员会/美国医疗保健流行病学协会/美国感染控制及流行病学专业人员协会/国际传染病学会手部卫生工作队的建议》, 发病率及死亡率周报, 2002年, 51 (RR-16号); 参见 <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5116.pdf>, 上次登入为2009年12月18日。

P. Barnhill及A. Sternberg, “缺失的环节: 提高遵守手部卫生的要诀”, 《感染控制管理》, 2007年10月; 参见 <http://www.manageinfection.com/database/dms/mic1007w60.pdf>, 上次登入为2009年12月18日。

<sup>295</sup> 引产率在1990年至2006年间增加了超过一倍, 剖腹产率自1996年以来上升了大约百分之五十。升幅在所有种族和民族团体, 以及婴儿预产日当日或之前也有出现。Martin, 《出生: 2006年的最终数据》; 参见 [http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr57/nvsr57\\_07.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr57/nvsr57_07.pdf), 上次登入为2009年12月18日。

<sup>296</sup> 世界卫生组织、联合国儿童基金会及好的开始国际(Wellstart International), 《爱婴医院倡议: 修订、更新和扩大综合护理》, 2009年, 第58页; 参见 [http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241594967\\_s1/en/index.html](http://www.who.int/nutrition/publications/infantfeeding/9789241594967_s1/en/index.html), 上次登入为2009年12月18日。

世界卫生组织发现, 当剖腹产少于百分之五或高于百分之十五时, 孕产妇死亡率就会上升, 因而建议引产率维持在百分之十左右。

<sup>297</sup> Martin, 《出生: 2006年的最终数据》。官方数字可能大大低估了实际的引产数字。E. Declercq等人, 《聆听母亲所说的II: 关于美国妇女生育经验的第二次全国问卷调查报告》, 分娩联系(研究机构), 2008年8月。

<sup>298</sup> B. E. Hamilton等人, 《出生: 2007年初步数据》, 全国生命统计报告, 第57卷, 第12号, 2009年3月18日, 第3页; 参见 [http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr57/nvsr57\\_12.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr57/nvsr57_12.pdf), 上次登入为2009年12月18日。

<sup>299</sup> F. Menacker, 《低风险妇女第一胎进行剖腹产与重复剖腹产的比率趋势: 美国, 1990-2003年》, 疾病控制和预防中心, 2005年9月22日, 第1页; 参见 [http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr54/nvsr54\\_04.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr54/nvsr54_04.pdf), 上次登入为2009年12月18日。

K. Adams及J. M. Corrigan, 《国家行动的优先领域: 变革医疗保健服务质量》, 医疗保健服务理事会及医学研究所, 2003年, 第83-4页; 参见 [http://books.nap.edu/catalog.php?record\\_id=10593#orgs](http://books.nap.edu/catalog.php?record_id=10593#orgs), 上次登入为2009年12月18日。全国重点合作伙伴, 《国家重点: 过度使用》; 参见 <http://www.nationalprioritiespartnership.org/uploadedFiles/NPP/Priorities/6.pdf>, 上次登入为2009年12月18日。

<sup>300</sup> 美国健康与人类服务部, 《健康人2010》, 第二版。《认识和改进健康及医疗保健目标以改善健康》, 华盛顿, 2000年11月; 参见 <http://www.healthypeople.gov/document/html/objectives/16-09.htm>, 上次登入为2009年12月18日。

<sup>301</sup> C. Deneux-Tharoux等人, “孕产妇产后死亡和剖腹产”, 《妇产科》, 第108卷, 第3号, 第1部, 2006年9月; 参见 [http://www.acog.org/from\\_home/publications/green\\_journal/2006/v108n3p541.pdf](http://www.acog.org/from_home/publications/green_journal/2006/v108n3p541.pdf), 上次登入为2009年12月18日。

J. Villar等人, “孕产妇和新生儿个人风险与益处与剖腹产的关系: 多重点的前瞻性研究”, 《英国医学杂志》, 2007年; 335: 1025; 第5页; 参见

---

<http://www.bmj.com/cgi/reprint/335/7628/1025?maxtoshow=&HITS=10&hits=10&RESULTFORMAT=&fulltext=Caesarean+delivery+rates&searchid=1&FIRSTINDEX=0&resourcetype=HWCIT>, 上次登入为2009年12月18日。

<sup>302</sup> C. Sakala 及 M. P. Corry, 《以实证为本的孕产妇护理: 它是什么和能达到什么》, 分娩联系 (研究机构) 及州改革集团, 2008年, 第44-6页; 参见

<http://www.milbank.org/reports/0809MaternityCare/0809MaternityCare.pdf>, 上次登入为2009年12月18日。E. V. Kuklina 等人, “美国严重产科疾病的发病率, 1998-2005年”, 《妇产科》, 第113卷, 第2号, 第1部, 2009年2月, 第293-9页。接受剖腹产的妇女患上严重并发症, 包括主要感染、心脏骤停及子宫切除术的机会是其他人的3倍。

<sup>303</sup> R. M. Silver 等人, “孕产妇发病与重复剖腹产的关系”, 《妇产科》, 107(6): 1226-32, 2006年6月; V. Nisenblat 等人, “孕产妇并发症与重复剖腹产的关系”, 《妇产科》, 108(1): 21-26, 2006年7月。

<sup>304</sup> M. F. MacDorman 等人, 《低风险妇女首次剖腹产及阴道分娩的新生儿死亡率: “意向性治疗”模式的应用》, 出生 2008年, 35(1): 3-8。

<sup>305</sup> K. E. Kaufman, “选择性引产: 经济及健康后果的分析”, 《美国妇产科期刊》, 2002年; 186(4): 858-63。

<sup>306</sup> Sakala and Corry, 《以实证为本的孕产妇护理》, 第38页。

<sup>307</sup> 美国健康与人类服务部。《健康人2010》, 第二版, 《认识和改进健康及医疗保健目标以改善健康》, 华盛顿, 2000年11月; 参见 <http://www.healthypeople.gov/document/html/objectives/16-09.htm>, 上次登入为2009年12月18日。

<sup>308</sup> C. A. Russo 等人, 《2006年与分娩有关的住院》, 《统计摘要#71》。

<sup>309</sup> Sakala and Corry, 《以实证为本的孕产妇护理》, 第59页。

<sup>310</sup> Hamilton, 《出生: 2007年初步数据》, 表14B; 参见

[http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr57/nvsr57\\_12.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr57/nvsr57_12.pdf), 上次登入为2009年12月18日。

<sup>311</sup> 《明星纪事报》, “在新泽西州生孩子”, 引用国家监管机构获得的数据; 参见

<http://www.starledger.com/str/indexpage/environment/hospitals.asp>, 上次登入为2009年12月18日。

<sup>312</sup> Clark 等人, “美国各地手术分娩率的差异”, 《美国妇产科期刊》, 2007年, 196(6): 526 e1 - 526. e5。

<sup>313</sup> 国际特赦组织在2009年8月22日于加利福尼亚州斯坦福采访加州孕产妇护理质量协作行政总监德布拉·宾厄姆 (Debra Bingham), 公共卫生博士及注册护士。

<sup>314</sup> K. E. Kaufman, “选择性引产: 经济及健康后果的分析”。

<sup>315</sup> Sakala and Corry, 《以实证为本的孕产妇护理》, 第38页。

<sup>316</sup> E. R. Declercq 等人, 《聆听母亲所说的 II: 关于美国妇女生育经验的第二次全国问卷调查报告》, 第59及68页, 表27; 参见 [http://www.childbirthconnection.org/pdf.asp?PDFDownload=LTMII\\_report](http://www.childbirthconnection.org/pdf.asp?PDFDownload=LTMII_report), 上次登入为2009年12月18日。

<sup>317</sup> 例如, 见联合国教科文组织, 《联合国教科文组织国际生物伦理委员会知情同意报告》,

SHS/EST/CIB08-09/2008/1, 2008年; 参见 <http://unesdoc.unesco.org/images/0017/001781/178124E.pdf>,

上次登入为2009年12月18日。R. J. Cook 等人, 《通过人权推动母婴安全》, 世界卫生组织, 2001年, 第122及125页; 参见 [http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO\\_RHR\\_01.5.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_RHR_01.5.pdf), 上次登入为2009年12月18日。

世界卫生组织, 研究伦理委员会: 能力建设基础概念, 要令同意程序有效, 需要什么因素?; 参见

[http://www.who.int/eth/Ethics\\_basic\\_concepts\\_ENG.pdf](http://www.who.int/eth/Ethics_basic_concepts_ENG.pdf), 上次登入为2009年12月18日。

<sup>318</sup> 美国医学会, 医学伦理守则: 意见 8.08—知情同意; 参见

<http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion808.shtml>, 上次登入为2009年12月18日。美国医师协会: 伦理手册第5版, 2005年; 参见

<http://www.annals.org/cgi/reprint/142/7/560.pdf>, 上次登入为2009年12月18日。美国妇产科学会

道德委员会, 2004年; 参见 [http://www.acog.org/from\\_home/publications/ethics/](http://www.acog.org/from_home/publications/ethics/), 上次登入为2009年12月18日。

<sup>319</sup> 见美国妇产科学会道德委员会的评估, 2004年; 参见

[http://www.acog.org/from\\_home/publications/ethics/](http://www.acog.org/from_home/publications/ethics/), 上次登入为2009年12月18日。

<sup>320</sup> 《卡察普诉霍华德》, 247 Ga. App. 54, 66 (Ga. Ct. App. 2000)。

<sup>321</sup> S. Goodman, “揭开面纱: 美国把助产士边缘化”, 《社会科学及医学》, 第65卷, 2007年, 第610-21

页；参见

[http://www.collegeofmidwives.org/Citations%20or%20text%2002/Marginalizing\\_NurseMfry\\_May07.pdf](http://www.collegeofmidwives.org/Citations%20or%20text%2002/Marginalizing_NurseMfry_May07.pdf), 上次登入为 2009 年 12 月 18 日。M. Wagner, “生育技术: 首要是不造成伤害”, 《今日助产学》, 2000 年; 参见 <http://www.midwiferytoday.com/articles/technologyinbirth.asp>, 上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>322</sup> Sakala and Corry, 《以实证为本的孕产妇护理》, 第 26 页。

<sup>323</sup> Martin, 《出生: 2006 年的最终数据》, 第 16 页; 参见

[http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr57/nvsr57\\_07.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr57/nvsr57_07.pdf), 上次登入为 2009 年 12 月 18 日。约百分之九十九的婴儿是在医院出生。

<sup>324</sup> Sakala and Corry, 《以实证为本的孕产妇护理》, 第 52 页。

<sup>325</sup> E. D. Hodnett 等人, 《妇女在分娩过程中的持续支援》, 高克莱恩数据库系统评价 2007 年, 第 3 期, 论文 CD003766 号, 在“主动式护理管理系统可减少低风险孕产妇在分娩时使用剖腹产”中引用, 《妇产科》, 第 113 卷, 第 1 号, 2009 年 1 月, 第 218-20 页。

<sup>326</sup> Sakala and Corry, 《以实证为本的孕产妇护理》, 第 51 页。

<sup>327</sup> 美国的助产士可根据 3 个不同的国家项目得到认证。注册护理助产士主要在医院工作, 他们可以在任何一个州执业。注册助产士是一个较新的认证资格, 由同一机构颁发, 认证要求与注册护理助产士相类似, 但不需要额外的护理训练, 注册助产士只获认可可在 3 个州工作。注册专业助产士主要在私营的分娩中心工作及协助孕产妇在家中分娩, 他们只获认可可在 26 个州工作。如果助产士在获授权的州执业, 他们可能会被起诉无牌执业。大力推动使用助产士, 2009 年: 注册专业助产士在各州的状况; 参见

<http://www.thebigpushformidwives.org/index.cfm/fuseaction/home.stateStatus/index.htm>, 上次登入为 2009 年 11 月 21 日。美国护理助产士学院, 欲申请学生的常见问题; 参见

[http://acnm.org/faq\\_for\\_students.cfm#q3](http://acnm.org/faq_for_students.cfm#q3), 上次登入为 2009 年 11 月 21 日。

<sup>328</sup> 美国护理助产士学院, 概况: 有关助产士的基本介绍; 参见

[http://www.midwife.org/Essential\\_Facts.pdf](http://www.midwife.org/Essential_Facts.pdf), 上次登入为 2009 年 12 月 10 日。

<sup>329</sup> 和美国妇产中心联合会行政总监凯特·鲍尔 (Kate Bauer) 的通信及访问, 宾夕凡尼亚州佩基奥门维尔社区, 2009 年 9 月 25 日, 国际特赦组织美国分会持有上述档案。

<sup>330</sup> 国际特赦组织在 2009 年 3 月 19 日于爱荷华州德梅因访问注册护理助产士。

<sup>331</sup> John Golden, “士兵被裁定死于产后问题”, 《沃特敦每日时报》, 2005 年 3 月 8 日; 及“孤独去世的新妈妈和宝宝现有一个律师代表”, 《沃特敦每日时报》, 2005 年 4 月 3 日; “母婴死亡之谜缠绕着 11 天大的婴儿和母亲的死亡事件”, 《牙买加星报在线》, 2005 年 1 月 7 日; 参见

<http://www.jamaica-star.com/thestar/20050107/news/news1.html>, 上次登入为 2009 年 12 月 18 日。国际特赦组织美国分会持有警方报告。

<sup>332</sup> Chang, 《与妊娠有关的死亡监测——美国, 1991-1999 年》; 参见

<http://www.cdc.gov/Mmwr/preview/mmwrhtml/ss5202a1.htm#fig6>, 上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>333</sup> E. R. Declercq 等人, 《新任母亲畅所欲言: 国家统计局调查结果突显妇女的产后经验》, 第 16 页; 参见 <http://www.childbirthconnection.org/pdf.asp?PDFDownload=new-mothers-speak-out>, 上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>334</sup> Rosenberg 等人, “伊利诺斯州高危孕妇之间的死亡率差距: 以人口为基础的研究”, 第 26-32 页。

<sup>335</sup> C. Cheng 等人, “美国的产后产妇保健: 回顾与前瞻”, 《围产教育期刊》, 第 15 (3) 卷: 第 34-42 页, 2006 年夏季; 参见 <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1595301>, 上次登入为 2009 年 12 月 18 日。美国儿科研究院, 美国妇产科学会, 《围产期保健指引》, 第 6 版。华盛顿特区: 美国妇产科学会, 2007 年, 第 171-2 页。

<sup>336</sup> S. Hatters Friedman: “请注意产后抑郁症”, 《妇产管理杂志》, 第 21 卷, 第 3 号, 2009 年 3 月, 第 E1 页; 参见 [http://www.obgmanagement.com/pdf/2103/2103OBGM\\_WEBinterview.pdf](http://www.obgmanagement.com/pdf/2103/2103OBGM_WEBinterview.pdf), 上次登入为 2009 年 12 月 18 日。Declercq 等人, 《新任母亲畅所欲言》, 第 20 页。

<sup>337</sup> 南卡罗来纳州卫生及环境控制部, 产后新生儿家访; 参见

<http://www.scdhec.net/health/mch/wcs/ch/nbhv.htm>, 上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>338</sup> 珍娜·加布里尔·加拉格尔 (Jenna Gabriel Gallagher), “我妻子产后死了”, 《时尚芭莎》, 2009 年 9 月; 参见

<http://www.harpersbazaar.com/magazine/feature-articles/wife-died-after-childbirth-0909>, 上次登入为 2009 年 12 月 18 日。

<sup>339</sup> Johnson 及 Rutledge, 《孕产妇死亡率——美国, 1982 至 1996 年》。



- 
- 340 国际特赦组织采访医疗保健研究与质量局局长罗琳·克兰西 (Carolyn Clancy)，华盛顿特区，2009年1月7日。
- 341 C. Berg 等人，《减少妊娠有关死亡的战略：从识别和检讨以至行动》，亚特兰大：疾病控制和预防中心，2001年，第13页；参见 <http://www.cdph.ca.gov/data/statistics/Documents/MO-StrategiesTaged.pdf>。
- 342 马萨诸塞州的孕产妇死亡和发病审查，妊娠相关死亡：医学死因1995-1998年，2000年5月，第1号；参见 [http://www.mass.gov/Eeoehhs2/docs/dph/com\\_health/prego\\_newborn/safe\\_mom\\_preg2000.pdf](http://www.mass.gov/Eeoehhs2/docs/dph/com_health/prego_newborn/safe_mom_preg2000.pdf)，上次登入为2009年12月18日。
- 343 国际特赦组织对国家卫生部门就孕产妇死亡和发病审查的问卷调查。
- 344 Berg 等人，《减少妊娠有关死亡的战略》。
- 345 国际特赦组织的问卷调查：阿拉斯加州、亚利桑那州、科罗拉多州、肯塔基州、缅因州、马萨诸塞州、纽约州、北卡罗莱纳州、田纳西州和西弗吉尼亚州。见 M. Heron，《死亡：2006年的最终数据》；参见 [http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr57/nvsr57\\_14.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/nvsr/nvsr57/nvsr57_14.pdf)，上次登入为2009年12月18日。
- 346 D. L. Hoyert，《产妇死亡率及相关概念》，全国卫生统计中心，生命和健康统计，3(33)，2007年，第4及12页；参见 [http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr\\_03/sr03\\_033.pdf](http://www.cdc.gov/nchs/data/series/sr_03/sr03_033.pdf)，上次登入为2009年12月18日。
- 347 Berg 等人，《减少妊娠有关死亡的战略》。
- 348 I. Horon，“死亡证明书上漏报孕产妇死亡及估量产妇死亡率的问题”，《美国公共卫生期刊》，2005年3月，第95卷，第3号，第480页；参见 <http://www.ajph.org/cgi/reprint/95/3/478>，上次登入为2009年12月18日。
- 349 G. M. Brown 等人，《纽约市的孕产妇死亡率：扩大监察，加强个案探查》；参见 [http://www.naphsis.org/NAPHSIS/files/cclibraryFiles/Filename/000000000318/BROWN\\_Maternal%20Mortality%20surveillance%20NAPHSIS.ppt](http://www.naphsis.org/NAPHSIS/files/cclibraryFiles/Filename/000000000318/BROWN_Maternal%20Mortality%20surveillance%20NAPHSIS.ppt)，上次登入为2009年12月18日。
- 350 C. Deneux-Tharaux，医学博士，公共卫生硕士等人，“在美国和欧洲漏报与怀孕有关的死亡个案”，《妇产科》，第106卷，第4号，2005年10月。
- 351 特拉华州、乔治亚州、爱达荷州、伊利诺伊州、印第安纳州、堪萨斯州、肯塔基州、明尼苏达州、密西西比州、内布拉斯加州、内华达州、新罕布什尔州、纽约州、俄勒冈州、田纳西州、德克萨斯州和怀俄明州。
- 352 贺伦，《死亡：2006年的最终数据》，第14页，表E。
- 353 I. Danel 等人，“分娩和生产时的产妇发病率计量：美国，1993-1997年”，《美国公共卫生期刊》，第93卷，第4号，2003年4月，第631-4页。
- 354 只有伊利诺伊州通报审查发病率，而马萨诸塞州只基于单个案审议濒临死亡事件，南卡罗来纳州和华盛顿州宣告它们有计划作出审查。
- 355 见皇家妇产科学院，新闻发布，“妊娠和分娩罕见疾病的首个世界研究”，2005年2月14日；参见 <http://www.rcog.org.uk/news/world-first-study-rare-disorders-pregnancy-and-childbirth>，上次登入为2009年12月18日。
- 356 国际特赦组织在2009年8月22日访问孕产妇死亡审查委员会成员。
- 357 2005年病人安全及质量改进法案，公共健康服务法第9章，美国法典第42篇第299条及以下所述(病人安全法案)。病人安全法由国会通过，透过授权收集医疗失误及病人安全事件的标准化数据，以及通过诉讼中的信息披露和使用提供保护，来改善病人的安全。新的数据采集系统是否有效将取决于参与规模，以及透过标准化形式所收集的有限数据是否可有效地改善护理。
- 358 C. Ulmer 等人，统一收集种族/民族数据以提高医疗保健质量小组委员会，医学研究所，《种族、民族及语言数据：医疗保健服务质量标准化》，61，全国学术出版社，2009年。
- 359 南卡罗来纳州、华盛顿州及马萨诸塞州。
- 360 例如，另一个州的审查委员会参加者并不知道纽约州已就血凝块守则进行广泛的工作。
- 361 阿拉斯加州、科罗拉多州、佛罗里达州、伊利诺伊州、爱荷华州、路易斯安那州、缅因州、马里兰州、马萨诸塞州、密歇根州、新泽西州、纽约州、北卡罗来纳州、犹他州、弗吉尼亚州、华盛顿州、西弗吉尼亚州及威斯康星州。俄克拉荷马州只在健康保险便利和责任法案赋予的情况下才提供保密资料。
- 362 E. Hutchins 等人，“胎儿及婴儿死亡审查和其他死亡审查作为强化社区孕产妇和儿童保健系统的公共卫生工具：下一步何去何从？”，《孕产妇及儿童健康期刊》，第8期，第4号，2004年12月。
- 363 缅因州、纽约州及北卡罗来纳州。犹他州只有“偶尔”的情况下才会进行访问。
- 364 国际特赦组织在2008年3月18日访问卡露·莎卡拉 (Carol Sakala)。

---

<sup>365</sup> 阿拉斯加州、科罗拉多州、佛罗里达州、印第安纳州、路易斯安那州、缅因州、马萨诸塞州、密歇根州、新泽西州、纽约州、俄克拉荷马州、南卡罗来纳州、犹他州、弗吉尼亚州和威斯康星州。

<sup>366</sup> 《消除一切形式种族歧视国际公约》第 2(1) (c) 条。

<sup>367</sup> 美国法典第 42 篇第 2000d 条及以下所述。

<sup>368</sup> 《亚历山大诉桑多瓦尔》，532 U.S. 275 (2001)。