



---

第六十二届会议

临时议程\* 项目 72(b)

促进和保护人权：人权问题，包括增进人权  
和基本自由切实享受的各种途径

人人享有能达到的最高标准的身心健康的权利

秘书长说明

秘书长谨向大会转递人人享有能达到的最高标准的身心健康权利特别报告员保罗·亨特按照人权理事会第 5/1 号决议提交的报告。在该决议中，理事会决定将特别报告员任务期限延长至理事会按照工作方案审议此种任务之日。

---

\* A/62/150。



## 人人有权享有最佳身心健康问题特别报告员的报告

### 摘要

本报告是根据人权理事会第 5/1 号决议提交的，分成三大部分。

首先，鉴于保健的预算有限，一个国家怎样以尊重人权的方式确定保健措施的优先次序？第二部分对这一复杂问题提出了一些初步意见，并促请各方更加关注优先办理保健工作这一具有挑战性的问题。

人权委员会请特别报告员探索保健影响的评估。本报告的第二部分概述报告员就此问题与人合著的研究报告。其中列举健康权影响的评估方法，并主张此类影响的评估有助于制定公平、包容、有力和可持续的政策。

享有能达到的最高标准健康的权利包括医疗服务和健康的基本决定因素，如水、卫生设施、食物、住所和免受歧视。目前有一种令人遗憾的趋势，就是过分注意医疗保健，而牺牲了健康的基本决定因素。

第四部分集中讨论作为例证的两个健康的基本决定因素：获取安全用水和适当卫生设施。其中将健康权分析框架应用于水和卫生设施，并向国家和其他行为体提出了若干建议。

## 目录

	段次	页次
一. 导言 .....	1-10	4
二. 确定保健措施的优先次序和尊重人权 .....	11-32	5
三. 影响评估和享有能达到的最高标准健康的权利 .....	33-44	8
四. 水、卫生设施和享有能达到的最高标准健康的权利 .....	45-102	11
五. 结论和建议 .....	103-107	22

## 一. 引言

1. 2006年3月15日大会第60/251号决议结束人权委员会的工作，并设立人权理事会。人人享有能达到的最高标准身心健康的权利（“能达到的最高标准健康权”或“健康权”）特别报告员的任务载于委员会第2002/31和2004/27号决议。人权理事会第5/1号决议延长了特别报告员的任务期限。本报告即是根据该决议提交的。
2. 2006年10月，特别报告员访问了秘鲁，在秘鲁出席多次会议，作为他2004年6月国家访问（见E/CN.4/2005/51/Add.3）的后续工作。此次访问后，特别报告员于2007年8月致函秘鲁政府，要求提供进一步资料说明响应报告员2004年访问报告所载建议采取的后续行动。
3. 2007年2月，特别报告员访问了乌干达。此次访问有两个主要目的：了解瑞典、尤其是瑞典国际开发合作署在乌干达能达到的最高标准健康方面的作用；以及特别报告员2005年3月到乌干达进行的访问（见E/CN.4/2006/48/Add.2）的后续工作。2006年10月，特别报告员还访问了华盛顿特区，与世界银行和国际货币基金组织的北欧/波罗的海国家执行主任会晤。特别报告员将向人权理事会提交与此有关的一份报告。
4. 2007年5月，特别报告员访问了厄瓜多尔。厄瓜多尔之行目的在调查沿厄瓜多尔-哥伦比亚边界空中喷撒草甘磷对健康的影响；报告员将向人权理事会提交与此有关的一份报告。特别报告员还在厄瓜多尔与民间社会组织就其他健康权问题举行了磋商，特别报告员正准备针对这些问题致函该国政府。特别报告员的书信及该国政府的任何答复将予公布。
5. 特别报告员于2007年6月访问了瑞典。此次访问旨在讨论关于2006年1月报告员瑞典之行的报告，这份报告已于2007年3月提交人权理事会第四届会议（A/HRC/4/28/Add.2）。在访问期间，特别报告员会见了高级政府官员和民间社会代表以及其他人士。
6. 2006年11月，理事会第2/108号决定请特别报告员从享有能达到的最高标准身心健康的权利角度确定并探索有效、综合和便利的医疗保健系统的主要特征。2006年11月和2007年7月之间，特别报告员就此问题与下列人士进行一系列磋商：世界卫生组织（世卫组织）、联合国艾滋病规划署（艾滋病规划署）和人权事务高级专员办事处（人权高专办）；实现权利：全球化伦理倡议、英国救助儿童会及秘鲁援外社等非政府组织的代表；若干学者、研究人员和保健工作者。特别报告员继续就此问题进行研究和磋商，并将向理事会即将召开的一届会议提出有关的报告。

7. 特别报告员向若干国家政府发出几项紧急呼吁和其他信件；还发布了一些新闻稿。他将在提交理事会的年度报告中汇报这些信件的内容。

8. 2007年1月至7月，特别报告员参加了国际组织、政府和民间社会召开的若干次会议。1月间，他在国际计划生育联合会在伦敦举行的会议上讲话，并与世卫组织健康的社会决定因素问题委员会主席会晤。2月间，他出席了艾滋病规划署咨商小组在日内瓦举行的会议，并在公共卫生联盟在贝尔法斯特举行的会议上发表主题演讲。3月间，联合国妇女地位委员会开会期间，他在人口基金及生殖权中心于纽约组织的一次会议上讲话，并在都柏林三一学院就孕产妇死亡率和人权问题发表演讲。在同一个月，他访问了荷兰，与医师无国界协会举行了磋商，并在蒂尔堡大学和乌德勒大学演讲。3月间，特别报告员还出席了人权理事会第四届会议，并在全球保健医学协会于联合王国纽卡斯尔举行的会议上发表主题演讲。4月间，他在大赦国际的国际秘书处发表一次谈话，5月间出席了 Glaxo Smith Kline 组织的一次会议，讨论该机构在提供艾滋病/艾滋病毒药物方面的作用。6月间，他出席了人权高专办组织的理事会特别程序年会。该月，他在澳大利亚莫纳西大学和伦敦国王学院于意大利普拉托举办的一个会议上发表主题演讲，并赴波兰在妇女和计划生育联合会组织的一次会议上讲话。7月间，他在新西兰援助局和国际开发署及民间社会组织健康促进论坛于惠灵顿组织的几次会议上讲话。他还在澳大利亚新南威尔士大学健康和人权倡议所组织的健康、发展和人权讲习班授课。

9. 特别报告员继续为制药公司编制关于获取药物的准则草案，预计在今后数周提出一份草案以供磋商。

10. 与特别报告员工作有关的各项联合国文件可在人权高专办网站 ([www.ohchr.org/english/issues/health/right/](http://www.ohchr.org/english/issues/health/right/)) 上查阅。为便于参考，这些文件、选定的会议文件和其他资料也可在埃塞克斯大学人权中心健康权股的网站 ([www2.essex.ac.uk/human\\_rights\\_centre/rth.shtm](http://www2.essex.ac.uk/human_rights_centre/rth.shtm)) 上查阅。

## 二. 确定保健措施的优先次序和尊重人权

11. 特别报告员在其整个任务期间始终主张：享有能达到的最高标准健康的权利应当塑造并纳入有关国家和国际政策。如果要实现这一目标，就需要采取新的人权技巧和工具。传统的人权技巧，例如“赞扬和批评”、写信运动、利用试验案件、标语等，不足以完成这项任务。这些技巧在证明健康权方面仍能发挥重要作用，<sup>1</sup> 但仅仅这些技巧是不够的。现在需要的新技巧之一是监督逐步实现健康权的方法。为此原因，特别报告员于2006年编写了一份报告，专门阐述根据人权

<sup>1</sup> 例如见特别报告员2007年1月的报告(A/HRC/4/28)，第三节。

考虑健康指标的办法 (E/CN.4/2006/48)。需要更加注意的另一个工具是影响评估, 因此, 本报告有一节讨论这一问题。

12. 把健康权纳入国家和国际决策也有其他的挑战。例如, 决策者面临资源有限的情况, 不得不在各种不同的保健政策和方案之间作出选择, 而所有这些政策和方案都以某种方式促进健康权的实现。在进行国别访问时特别报告员面对的最难回答的问题之一是: “假定预算有限, 卫生部长如何以符合本国政府的国家和国际人权义务的方式, 将保健措施列为优先?”

13. 多年来, 保健界在优先处理和分配保健措施方面产生了大量的文献和做法。成本效益和公平是保健经济学家和伦理学家用来协助指导决策者越过这一难关的原则之一。尽管他们没有解决这种困境 (远远没有解决), 但他们确实相当重视这些问题。

14. 与此相反, 人权界还没有给予这些问题应该得到的持续注意。除了少数卓越的例外情况之外, 关于这一议题的人权文献甚少。<sup>2</sup> 联合国条约机构对于国家如何以履行其具有拘束力的人权义务的方式确定优先次序一事, 没有提供详细的指导。

15. 这种状况令人惊讶, 因为确定优先次序引起许多深奥的人权问题。实际上, 确定优先次序往往偏重富人和城市居民的保健需要, 而忽略农村贫民的权利。这种做法往往忽视妇女、残疾人和其他弱势群体的保健权利。这种包容和排斥模式的反映和深化侵犯了享有可达到的最高标准健康的权利。

16. 但有些人仍然认为, 人权界不应该置身于确定优先次序的问题。他们应付优先次序问题的方法很简单: 拨更多的资源用于保健。<sup>3</sup> 这种应付办法部分是正确的。许多国家所支付的数额远低于卫生组织宏观经济和保健委员会建议的人均最低保健开支 34 美元。<sup>4</sup> 因此, 在发展中国家和发达国家, 都有人要求增加对保健的投资, 通常来说, 这是完全正当的要求。

17. 然而, 即使提供了更多的资源, 也不大可能满足所有的保健需要。换言之, 仍然必须作出艰难的先后选择, 如果现有资源未能达到基本的最低限度, 确定优

---

<sup>2</sup> 有一些文献和法院案件处理这一问题。例如 *Soobramoney v Minister of Health, Constitutional Court of South Africa, Case CCT 32/97, 26 November 1997*; and *F. Alvarez-Castillo, T.K. Sundari Ravindran and H. de Pinho, “Prioritisation”, in T.K. Sundari Ravindran and H. de Pinho, eds., The Right Reforms? Health Sector Reforms and Sexual and Reproductive Health (University of Witwatersrand, 2005)*。

<sup>3</sup> 按照《经济、社会和文化权利国际公约》第 2(1)条, 国家有义务将尽可能多的现有资源用于健康权。

<sup>4</sup> 见宏观经济和保健委员会, *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development (WHO, 2001)*。

先次序就毫无意义。因此，要求增加保健资源——仅此而已——很少能使那些希望看到健康权带动决策进程的人感到满意。

18. 本节区区的目的是敦促所有有关各方更加注意一个复杂而敏感的问题：如何以符合人权（包括享有可达到的最高标准健康的权利在内）的方式，确定保健的优先次序。为了激发这种讨论，在以下几段提出了一些简短的初步意见。<sup>5</sup>

### 初步意见

19. 确定优先次序，需要人权专家和保健专家（包括流行病学家和保健经济学家在内）密切合作。

20. 人权有时候会标志着确定优先次序的过程中产生的一个特别的实质性保健结果，但更常见的是，人权将暗示在确定优先次序时必须顾及的一系列程序性考虑因素（例如参与、监督和问责制）。

21. 如果保健的主管当局不是把人权与其全部职责结合起来，它就很难，甚至无法把健康权适用于确定优先次序的问题。简言之，保健当局无法把健康权适用于孤立起来确定优先次序的过程。

22. 健康权包括获得医疗保健和健康的基本决定因素的权利，例如适当的卫生、水、营养和住房。因此，确定优先次序一事遍及各种各样的部门，不仅是保健部门，对健康权会有深刻的影响。这突出表明，部门间的合作，对于可达到的最高标准健康权利的实现，极为重要。

23. 人权的步骤并非无理地要求必须在一夜之间实现所有的人权。这种步骤认识到当前各种现实情况，包括资源的限制，因此体谅到健康权要在一段时间内逐步实现。确定优先次序一事必须在这种逐步实现的背景下进行。

24. 因此，确定优先次序必须在全面的国家保健战略的框架内进行，而这种战略应详细说明国家如何期望逐步落实可达到的最高标准健康权利的各项要素。而这种战略必须考虑整个管辖权范围内的保健状况和享受健康权的全面和最新基准评估。

25. 人人有权参加对本人有影响的保健方面的决策。<sup>6</sup> 确定优先次序的过程必须让所有利益攸关者，包括被排斥的群体，积极和知情地参与制定议程、决策、监测与问责制的安排。

<sup>5</sup> 这项资料参照了 Carla Clarke、Gunilla Backman、Rajat Khosla 和 Stephania Tripodi 为保健和人权组织国际联合会和埃塞克斯大学于 2005 年 7 月组织的一次非正式磋商编写的文件以及同年早些时候 Judith Bueno de Mesquita 在进一步磋商以后编写的一章的草稿。特向上述人士一一致谢。

<sup>6</sup> E/2001/22-E/C.12/2000/21，附件四，一般性评论 14，第 54 段。

26. 从人权的角度来看，确定优先次序必须特别考虑到改进有关国家处境特别不利的人口、社区和个人的境况，包括生活贫苦者的境况。换言之，弱势和处境不利是在确定优先次序时必须采用的合理客观标准之一。必须考虑到直接和间接的歧视。因此，数据必须尽可能分类。

27. 在确定优先次序方面和落实选定的优先事项方面都需要监测和问责机制。为此目的，适当的指数和标准是必不可少的。

28. 健康权包括不应逐步实现而应立即履行的一些义务。这些核心义务反映出健康权最低限度的必要水平，例如免受歧视、拟定全面的国家保健战略，综合的基本保健（如《阿拉木图宣言》中规定的保健）和取得基本卫生设施。尽管各位作者提供了重要的见解，但仍然需要展开更多的工作，阐明这些核心义务的内容。<sup>7</sup> 然而，只要可以充分明白地确定这些义务，确定优先次序的过程就不应该损害到健康权产生的核心义务。

29. 既然需要逐步实现，健康权的所有要素必须至少保持其目前的执行水平（“不后退”的原则）。

30. 捐助国应按照其提供国际援助和合作的人权责任，协助发展中国家以符合健康权的方式确定优先次序。捐助者和国际组织，包括国际金融机构，应该确保其政策和方案支持受援国通过民主和参与的进程决定的国家优先事项。

### 结论

31. 虽然人权对确定优先次序具有一种建设性的贡献，但人权与伦理学、经济学或司法的一般理论一样，对极其复杂的问题不太可能提供简单明了的答案。人权可能排除一些程序或选择，留下若干都是合理的备选办法。

32. 前几段仅是初步的讨论要点。还需要多多努力，详细探索人权在理论和实践方面对确定保健工作优先次序一事的贡献。随着保健和人权运动的成熟，极其重要的是这个运动能应对这一挑战。此外，将人权适用到确定优先次序的过程，可以消除人们对享有能达到的最高标准健康的权利的一些常见的误解，并有助于在公共保健、医疗和人权之间建立非常广泛的共同基础。

## 三. 影响评估和享有能达到的最高标准健康的权利

33. 任何现代决策者，除非纯粹受意识形态驱动，否则都愿意均衡、客观、合理地考虑拟议的新政策可能产生的影响，特别是对生活贫困者的影响。此外，国家

<sup>7</sup> 见 Core Obligations: Building a Framework for Economic, Social and Cultural Rights, Audrey R. Chapman and Sage Russell, eds. (Antwerp, Intersentia, 2002)。

在提出一个新的提案之前，必须确保这个倡议符合其现有国家和国际法律的义务，包括与人权有关的义务。

34. 在这种状况下，人们日益要求政府在制定和实施新的政策、方案和项目之前进行人权影响评估。不过，迄今为止，很少人设法制定方法和工具，帮助政府进行人权影响评估。

35. 2003 年，特别报告员在向人权委员会提交的初次报告中说明，他希望研究影响评估和健康权（E/CN.4/2003/58，第 82 至 85 段）。在答复中，委员会明确要求特别报告员“继续进行他对健康影响评估的分析”。<sup>8</sup> 此后，他审视了影响评估与贸易规则和政策的关系。<sup>9</sup> 在进行国家访问时，他还酌情提出影响评估的问题。<sup>10</sup>

36. 2006 年，特别报告员与 Gillian MacNaughton 合写了一份关于影响评估、贫困和享有能达到的最高标准健康的权利的报告。<sup>11</sup> 联合国教育、科学及文化组织（教科文组织）资助了此项研究。<sup>12</sup> 该项目旨在促进人权影响评估方法的制定，特别着重享有能达到的最高标准健康的权利。该报告长达 60 多页，包括 4 个详细的附录。本报告充当整份报告的简短序言。

37. 人权影响评估是预测一项拟议政策、方案或项目对人权的享受可能产生的影响的方法。评估的目标是告知决策者及可能受影响的人，使他们能改善提案，以减少可能的消极影响，增加积极影响。人权影响评估是一个相当晚近的概念。不过，其他形式的影响评估，例如环境和社会影响评估，在许多国家行之已久，并经常用于评价拟议的政策、方案和项目。同样，此类倡议在采纳和执行前，应先评估它们对人权的影响。

38. 该报告审查下列别开生面的三项人权影响评估行动并从中归纳出一些重要标准：(a) 挪威发展合作机构《人权评估手册》（2001 年）；(b) 关于人权影响评估的权利和民主行动（2007 年）；(c) 人道主义人权委员会，《妇女健康权评估工具》（2006 年）。该报告明确强调政府有义务进行影响评估，以履行其逐渐实现人

<sup>8</sup> 见《经济及社会理事会 2003 年正式纪录，补编第 3 号》，(E/2003/23)，第二节 A，第 2003/28 号决议，第 16 段。

<sup>9</sup> 见 E/CN.4/2004/49/Add.1，第 53 至 56 段。

<sup>10</sup> 例如参看 A/HRC/4/28/Add.2，第 122 和 123 段。

<sup>11</sup> Paul Hunt and Gillian MacNaughton, *Impact Assessments, Poverty and Human Rights: A Case Study Using the Right to the Highest Attainable Standard of Health* (教科文组织, 2006 年)。报告全文可在埃塞克斯大学人权中心健康权股的网址 ([www2.essex.ac.uk/human\\_rights\\_centre/rth/projects.shtm](http://www2.essex.ac.uk/human_rights_centre/rth/projects.shtm)) 上查阅。

<sup>12</sup> 特别报告员对教科文组织和 MacNaughton 女士深表感激。

权的义务。因此，它提出了一种特别适用于评估政府政策、方案和项目的方法。<sup>13</sup>重要的是，该方法旨在评估拟议的行动：它不考虑为已经实施的行动进行影响评估。当然，制定此类方法是一个复杂的过程，需要进一步的工作和讨论。非常欢迎对此项研究提出意见。

39. 在制定影响评估的方法时，至少有两种不同的办法。第一种办法，像环境和社会影响评估的做法，是要制定一个独立的人权影响评估方法。第二种办法是要制定一个方法，将人权纳入其他现有的影响评估。该报告建议使用第二种方法，将人权纳入政府一切工作的主流。将人权纳入现行的影响评估，将需要人权专业人员、各类影响评估专家和其他人员进行跨学科协作。该研究提出一些人权方面考虑因素和框架，并概述一种方法，从而对这一进程作出贡献。

40. 该报告提出的一种方法分两部分。第一部分列举进行基于人权的影响评估的7个通则，就是(a)采用明确的人权框架；(b)致力于逐渐实现人权；(c)在进程和政策中促进平等和无差别待遇；(d)确保利益攸关各方切实参与；(e)提供信息，保护自由发表意见的权利；(f)建立政府问责机制；(g)承认各种人权互相依存。

41. 该方法的第二部分提出了6个步骤，将健康权纳入现有的影响评估，作为将所有各种人权纳入评估的起点。这些步骤是：(a)对拟议的政策进行初步检查，以确定有无必要进行全面的健康权影响评估；(b)制定一个评估计划，并将有关政策和计划的资料分发给利益攸关各方；(c)收集关于拟议政策对健康权的可能影响的资料；(d)编写一份报告草稿，将可能的影响与健康权所引起的国家法律责任进行比较；(e)分发报告草稿并发动利益攸关各方参与各个备选方法的评价；(f)编写最后报告，详述最后决定、所做选择的理由及执行和评估的框架。

42. 该报告最后一节提议进行若干后续活动。特别报告员在国家访问期间宣扬此项研究报告，并在某些讲习班中加以介绍。若有更多的经费，也将有助于更广泛地分发该报告，以供讨论。2007年早些时候，特别报告员将在第八次国际健康影响评估大会上介绍该报告。

43. 还需进一步努力，以确定将各种人权，如健康权，纳入其他现有的影响评估，是否可行，包括用各类影响评估进行案例研究。还需进一步制定各种实用工具，如核对清单、访谈指南和图表，以便将各种影响与人权义务联系起来（这一切均见于该报告）。需鼓励各国政府和影响评估专业人员采用基于人权的影响评估和决策办法。

<sup>13</sup> 有些人权评估着重非政府行为体：例如参看最近关于影响评估和企业的研究报告(A/HRC/4/74)。

44. 最后，人权影响评估有助于公平、包容、有力和可持续的决策。这种评估是一种方法，用来确保健康权，特别是包括贫民在内、处于社会边缘的群体的健康权，在所有国家和国际政策的制订过程中得到适当的考虑。从健康权的角度来看，影响评估方法是保健系统的一个重要项目。没有此类方法，政府就无法得知其拟议的政策、方案和项目是否目标正确，能按照国际人权法的要求，逐步实现享有能达到的最高标准健康的权利。

#### 四. 水、卫生设施和享有能达到的最高标准健康的权利

45. 人口、社区和个人的健康不仅仅需要医疗服务。社会、文化、经济、政治和其他条件使人们首先感到需要医疗服务，也是同样重要。<sup>14</sup> 目前，世卫组织的一个委员会正在研究健康的社会决定因素，如性别、贫困和社会排斥。<sup>15</sup> 健康的其他决定因素包括获取用水、卫生设施、营养、住房和教育的情况。

46. 在某些地方，享有能达到的最高标准健康的权利被狭义地理解为获取医疗服务的权利。但这种看法有悖于国际人权法，其中同时包括医疗和公共保健。举例来说，《经济、社会、文化权利国际公约》和《儿童权利公约》都明白确认，健康权不仅是获得医疗服务。特别是，《儿童权利公约》第 24 条规定，除医疗服务外，健康权还包括获取营养食物、清洁饮用水、环境卫生设施等。将健康权视同获得医疗服务的权利，是对国际人权法的曲解。

47. 享有能达到的最高标准健康的权利是一种综合的权利，不仅包括及时获得适当的医疗服务，还包括获得健康的基本决定因素，如获取安全用水和适当的卫生设施，安全食品、营养和住房的充分供应，健康的职业和环境条件，获取健康（包括健康和生殖健康）方面的教育和信息，以及免受歧视。<sup>16</sup> 简言之，健康权既包括医疗服务，也包括健康的基本决定因素。

48. 特别报告员在其各项报告中不断审视医疗服务和健康的基本决定因素，包括贫困和歧视对健康的影响。不过，他还注意到某些政府、国际组织和其他地方的一种明显趋势：在医疗服务上投入过多的精神和资源，而忽略了健康的基本决定因素。这种趋势令人深感遗憾，因为两者都是享有能达到的最高标准健康的权力的基本要素。

<sup>14</sup> 见世卫组织《组织法》序言和 R. Beaglehole, “Overview and Framework”, in Roger Detels, ed, Oxford Textbook of Public Health, Fourth edition (Oxford University Press, 2002)。

<sup>15</sup> 这个委员会的有关资料可在世卫组织的网站 [www.who.int/social\\_determinants/en/](http://www.who.int/social_determinants/en/) 上查阅。

<sup>16</sup> E/2001/22-E/C.12/2000/21, 附件四，一般性评论，第 11 段。

49. 虽然篇幅有限，无法详细地研讨所有相关的问题，但本节集中讨论两个健康的基本决定因素：获取安全用水和适当的卫生设施。<sup>17</sup> 它采取了特别报告员在以前几份有关其他健康问题的报告中所用的健康权分析框架。这项分析，尽管仅限于健康的两个必要条件，即水和卫生设施，但有举一反三的作用，与健康的其他基本决定因素也有关联。

## 水、卫生设施和人权

### 水、卫生设施和健康权

50. 安全用水和适当的卫生设施是两个不可分割、密切相关的基本决定因素，对享有能达到的最高标准健康的权利的实现至关重要。不能充分获取用水和卫生设施，可能危及生命、戕害健康、破坏机会、损害人类尊严并造成贫困。<sup>18</sup>

51. 据估计每年有 180 万人死于包括霍乱在内的腹泻疾病；其中 90% 是 5 岁以下的儿童，大部分是发展中国家的儿童。据世卫组织说，88% 的腹泻疾病是不安全用水和不适当卫生设施造成的。改善供水就可以将腹泻病的发病率降低 25%，改善卫生设施则可将其降低 32%。<sup>19</sup>

52. 每年约有 130 万人死于疟疾，其中 90% 是 5 岁以下的儿童。灌溉、水坝和其他水利项目都是这种疾病的主要成因。改善水资源的管理将减少疟疾和其他病媒传染疾病的传播。<sup>19</sup>

53. 同样，约有 1.6 亿人感染了血吸虫病，每年有数万人死于这种疾病，主要是在撒哈拉以南的非洲地区。这种疾病与不卫生的排泄物处理方式和附近缺乏安全水源有密切的关系。基本卫生设施可将这种疾病减少 77%。<sup>19</sup>

54. 全世界约有 600 万人因沙眼致盲，有 1.5 亿以上的人需要治疗。增加获取安全水源的机会和改善个人卫生就可以将沙眼发病率减少 27%。<sup>19</sup>

55. 对艾滋病毒/艾滋病来说，获得安全用水和适当的卫生设施至关重要。在艾滋病毒/艾滋病方面，与其他医疗条件一样，需要水来服药、为病人洗澡、洗涤脏衣服、并用于维持基本卫生以减少染病机会。感染艾滋病毒妇女所生的子女若能确保继续不断获得以安全用水调制、营养充分的母乳替代品，其患病和死亡的危险就会降低。<sup>20</sup> 前任秘书长科菲·安南说过：“我们在安全饮用水、卫生设施

<sup>17</sup> 在这方面，有时采用近似但不同的术语，如“安全和可饮用的水及适当的卫生设施”及“安全饮用水和基本卫生设施。”为本节的目的，“安全用水和适当的卫生设施”用于指两种基本健康决定因素：水和卫生设施。

<sup>18</sup> 开发计划署 (<http://hdr.undp.org/hdr2006/report.ctm>)。

<sup>19</sup> 见 [www.who.int/water\\_sanitation\\_health/publications/facts2004/en](http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/facts2004/en)。

<sup>20</sup> 艾滋病规划署/儿童基金会/世卫组织，《艾滋病毒和婴儿喂养：决策者指南》1998 年。

和基本保健服务方面打了胜仗之前，无法彻底击败摧残发展中世界的艾滋病、结核病、疟疾或任何其他传染病。”<sup>21</sup>

56. 在《联合国千年宣言》和《可持续发展问题世界首脑会议的执行计划》中，国际社会将供水、卫生设施和个人卫生纳入《千年发展目标》，从而肯定了贫穷、水、卫生设施、保健和人类发展之间的关系。《千年发展目标》的目标 10 是要在 2015 年之前将不能持续取得安全饮用水和基本卫生设施的人口比例减半。不过，根据世卫组织/儿童基金会关于当前趋势的联合监测方案，有 5 亿多的人将达不到这一卫生目标。此外，虽然全世界都在争取实现饮用水的目标，但这个趋势似乎在逐渐减退。<sup>22</sup>

57. 实现用水和卫生设施的目标将带来巨大的经济效益。根据世卫组织最近一项研究，每投资 1 美元将产生 3 至 34 美元的经济收益，视区域而定。若能实现用水和卫生设施的目标，每年健康方面的开支可减少 73 亿。<sup>23</sup> 换句话说，投资改善水和卫生设施，不仅可以拯救生命并改善健康，还可以为国家保健预算和家庭节省巨额的开支。<sup>24</sup>

#### 水、环境卫生和其他人权

58. 除了享有能达到的最高标准健康的权利外，水和环境卫生也有助于实现若干其他的经济、社会和文化权利。

59. 例如，就适当食物权而言，经济、社会和文化权利委员会就强调，确保可持续供水对农业非常重要。<sup>25</sup> 食物权问题特别报告员也强调了水与食物权之间的相互依赖关系，认为清洁饮用水是健康营养的重要组成部分。<sup>26</sup> 在区域一级，作为粮食安全权的一部分，《非洲人权和人民权利宪章关于非洲妇女权利的议定书》要求各国确保妇女可以获得清洁饮用水。

60. 经济、社会和文化权利委员会与教育权利问题特别报告员都强调，学校应当提供饮用水，并为女童提供单独的、隐蔽的、安全的卫生设施。<sup>27</sup>

<sup>21</sup> 科菲·安南在第五十四次世界卫生大会上的讲话，日内瓦，2001 年 5 月 17 日。

<sup>22</sup> 卫生组织/儿童基金会，《实现千年发展目标中全球水和卫生设施的目标：当前十年城市和农村的挑战》（2006 年）。

<sup>23</sup> B Evans et al., Closing the Sanitation Gap: the Case for Better Public Funding of Sanitation and Hygiene (OECD, 2004)。

<sup>24</sup> Bartram et. Al. Focusing on improved water and Sanitation for health, *Lance* vol. 365 (2005)。

<sup>25</sup> E/2000/22-E/C.12/1999/11, 附件五，一般性评论 12, 第 12 和 13 段。

<sup>26</sup> A/56/210, 第 58-71 段；另见 E/CN.4/2003/54。

<sup>27</sup> E/CN.4/2006/45, 第 129 段。

61. 可持续地获取安全饮水和适当卫生设施也是适当住房权的基本要素。<sup>28</sup>《国际人口与发展会议行动纲领》(开罗, 1994年)的原则2承认,人人有权为自己和家庭获得适当的生活水准,包括足够的饮用水和卫生设施(见A/CONF.171/13,第一章,决议1,附件)。此外,获取水和卫生设施是适当生活水准权的一个组成部分,也是适当住房问题特别报告员任务的一个关键要素,住房问题特别报告员强调,无法获得足够的用水对妇女和儿童而言,尤其有严重的灾难性影响。<sup>29</sup>

62. 简言之,获得水和卫生设施是若干项人权(包括享有能达到的最高标准健康的权利)不可或缺的一部分。

#### 水和环境卫生是一项人权

63. 许多国际文件、包括条约和宣言以及政府和非政府组织及许多法院判决都承认,水和环境卫生是一项人权,一项独立的权利。<sup>30</sup>

64. 虽然《经济、社会、文化权利国际公约》没有明确提及对水和环境卫生的权利,但是,经济、社会和文化权利委员会认为,获得水是《公约》暗含的一项独立权利,与享有能达到的最高标准健康的权利、适当住房权和食物权密切相关。

65. 委员会对水权的定义是:人人能为个人和家庭生活得到充足、安全、可接受、便于汲取、价格合理的供水的权利。<sup>31</sup>它明确表示,获得适当的卫生设施是保护饮用水质量的主要机制之一,各国应逐步向农村和贫困城市地区推广安全的卫生设施。<sup>32</sup>在阐释水权的标准内容及由此而产生的法律义务时,委员会指出,在武装冲突、紧急状态和自然灾害期间,各国的义务包括水权及国际人道主义法与水有关的各项规定。<sup>33</sup>

66. 增进和保护人权小组委员会在其第2006/10号决议中确认,人人有权享有足够的饮水,以满足其基本需要;人人有权享有可接受的卫生设施,而且这种设施应考虑到卫生条件、人的尊严、公共卫生和环境保护方面的要求(见A/HRC/2/2,第二章)。

<sup>28</sup> E/1992/23-E/C.12/1991/4, 附件三, 一般性评论4, 第8段。

<sup>29</sup> 见E/CN.4/2003/5和E/CN.4/2002/59。

<sup>30</sup> 见世卫组织、人权高专办、住房权利和驱逐问题中心、水援助组织及经济和社会权利中心,《水权》(2003年)([www.who.int/water\\_sanitation\\_health/rtwrev.pdf](http://www.who.int/water_sanitation_health/rtwrev.pdf))。

<sup>31</sup> E/2003/22-E/C.12/2002/13, 附件四, 一般性评论15, 第2段。

<sup>32</sup> 同上, 第29段。

<sup>33</sup> 同上, 第22段。

67. 在区域一级，欧洲委员会关于《欧洲水资源宪章》（2001年）的建议第5和第9段承认，人人有权享有足够的饮水以满足基本需要。同样，在最近举行的首脑会议上，不结盟运动国家元首和政府首脑也在其最后文件中承认人人拥有水权。

68. 在国家一级，某些国家（如南非和乌拉圭）的宪法明确载入了水权。此外，许多司法判决都以这项人权为基础。例如，在 Bon Vista Mansions 居民诉南方都市地方理事会的案件中，南非高等法院裁定，切断水供应显然违反国家尊重水权的宪法义务。同样，在 Subhash Kumar 诉比哈尔邦的案件中，印度最高法院判定，根据《宪法》第21条，生命权是一项基本权利，它包括为充分享受生活而享有无污染用水和空气的权利。

69. 《2006年人类发展报告》强调，采用以权利为基础的办法提供安全饮水和适当卫生设施非常重要，而且，获得水是人类的基本需要，也是一项基本人权。根据该《报告》，水权指得到安全、可获得、价格合理的供水。<sup>34</sup>《报告》强调，各国政府有责任承认水权，制订有关法律，致力予以逐步落实。

### 健康权分析框架

70. 近年来，经济、社会和文化权利委员会、世卫组织、民间社会组织、学术界和许多其他单位逐步提出了一种“拆开”或分析健康权的办法，目的在于使其更易理解、更易被实际应用于与健康有关的政策、方案和项目。特别报告员试图在其国家报告及其他报告中运用和完善这种分析框架。<sup>35</sup> 不过，重要的是，该框架普遍适用于享有能达到的最高标准健康的权利的所有方面，包括健康的潜在决定因素，如安全饮水和适当卫生设施。

71. 其他一些地方详细讨论了这一分析框架，<sup>36</sup> 其主要组成部分可简述如下：

(a) 查明国家和国际一级的相关人权法、规范和标准；

(b) 承认健康权要受到资源限制和逐步实现的制约，要求确定指标和基准以随时衡量进展（或无进展）情况；

(c) 不过，承认健康权规定一些义务，这些义务既不受资源限制，也不受逐步实现的制约，而是立即生效，例如避免歧视的义务；

(d) 承认健康权包括多项自由（例如不受歧视地获得水的自由）和权利（例如提供最低必要水平的水和卫生设施）。在大多数情况下，自由不涉及预算问题，但权利会涉及；

<sup>34</sup> 见开发署，《2006年人类发展报告》。

<sup>35</sup> 例如见 A/61/338；另见 E/CN.4/2006/48/Add.2。

<sup>36</sup> 见 E/CN.4/2005/51。

(e) 所有的保健服务、商品和设施都应当可使用、可获得、可接受且质量优良（下文第 73 至 76 段在健康权方面，将本办法简单适用于水和卫生设施）；

(f) 各国负责任尊重、保护和实现享有能达到的最高标准健康的权利（同样，下文第 82 至 83 段在健康权方面，将本办法简单适用于水和卫生设施）；

(g) 由于不歧视、平等和脆弱性等问题至关重要，分析框架要求对其给予特别关注；

(h) 健康权要求个人和社区应有机会在知情的情况下积极参与影响其健康状况的决策；

(i) 发展中国家有责任寻求国际援助与合作，发达国家在某种程度上也有责任努力实现发展中国家的健康权；

(j) 健康权要求国家和国际一级应当有高效、透明和可使用的监测和问责机制。

72. 为了说明，本节将在健康权方面把该框架的要素简单适用于水和卫生设施。

## 各国的责任

### 可使用、可获得、可接受且质量优良

73. 健康权要求各国尽其所能地确保其管辖范围内的任何人都可以享用安全饮水和适当的卫生设施。每个人可以获得的水量应符合世卫组织规定的水量。<sup>37</sup> 由于健康、气候和工作条件不同，一些个人和团体可能需要较多的水，因此，各国应确保可获得的水量足以满足这些团体和个人的需要。各国应采取措施防止过度消费、确保高效用水。健康权要求各国确保安全饮水可供个人和家庭使用，诸如“饮用、个人卫生设施、洗衣、烹调食物、个人和家庭卫生”。<sup>38</sup>

74. 除可获得外，健康权要求必须保证每个人都可以不受歧视地获得水和卫生设施。就水和卫生设施而言，可获得包含四个层面：

(a) 在全国各地，水和卫生设施必须是人人能够实际安全取得的。因此，水和卫生设施应当是在家庭、教育机构、工作场所及卫生机构或其他机构内或附近能够实际取得的。<sup>39</sup> 如果无法实际安全地获得水，健康状况，特别是负责打水的妇女和儿童的健康状况，将受到严重损害。长距离地运送重的蓄水容器会造成疲

<sup>37</sup> 见 G. Howard 和 J. Bartram, 《家庭用水量、服务水平与健康》(世卫组织, 2002 年)。

<sup>38</sup> E/2003/22-E/C.12/2002/13, 附件四, 一般性评论 15, 第 12(a) 段。

<sup>39</sup> E/CN.4/Sub.2/2005/25, 准则 1.3。

劳、疼痛、脊椎和骨盆受损，而这些又可能会致使怀孕和分娩期间出现各种问题。同样，没有安全、隐蔽的卫生设施会使妇女每天都过着耻辱、紧张、不舒服的生活，进而摧毁其健康。<sup>40</sup> 在为难民营和流离失所人群所在营地设计水和卫生设施时，应当特别注意防止基于性别的暴力。例如，应在住所附近的安全地区提供设施；<sup>41</sup>

(b) 水和卫生设施必须是可以廉价获取的（即买得起），包括贫穷者亦可获取。贫穷与无法平等地获得保健服务、安全饮水和卫生设施是联系在一起的。如果生活贫穷的人没有机会获得安全饮水和适当的卫生设施，那么，国家就有责任采取合理措施，确保人人可以获得；

(c) 从必须不受歧视地获得水和卫生设施；不得以任何被禁止的理由实行歧视，例如性别、种族、民族、残疾和社会经济地位；

(d) 必须向所有人提供关于水和卫生设施的信息，以便他们能在知情的情况下做出决定。

75. 除可使用和可获得外，健康权规定水和卫生设施必须尊重性别和生命周期要求并且是文化上可以接受的。例如，应采取措施确保卫生设施考虑到了妇女、男子和儿童的隐私。

76. 健康权要求有优质的饮水服务和卫生设施。个人和家庭用水必须安全，没有微生物、化学物质和威胁个人健康的放射性危险。<sup>42</sup> 各国应根据世卫组织《饮用水水质准则》，制定水质条例和标准。<sup>43</sup> 同样，卫生设施的质量应当合格。每个人都应当能够获取支付得起的、足以促进和保护人身健康和尊严的卫生服务、卫生设施和卫生设备。良好健康要保护环境不受人类废料的污染；只有每个人都可以获取和使用适当的卫生设施，才能做到这一点。<sup>44</sup> 优质的水和卫生设施可使人们较不容易患上贫血症或其他导致母婴死亡和发病的病症。

#### 打击歧视、不平等和脆弱性

77. 根据不歧视和平等的概念，国际人权法非常注重脆弱和弱势群体。这就要求国家采取有利于弱势社区和个人的措施。在当前环境中，不歧视和平等涉及到了诸多方面。例如，它们要求国家制定一项全国性水和卫生设施政策，顾及国家和地方一级的健康优先事项，并纳入可以满足弱势群体需要的政策和方案。不歧视

<sup>40</sup> 见联合国水和卫生设施千年项目工作队，《健康、尊严与发展：会牺牲些什么？》（2005年）。

<sup>41</sup> 见难民署，《难民环境中的水获取》（2005年）。

<sup>42</sup> E/2003/22-E/C.12/2002/13，附件四，一般性评论15，第12(b)段。

<sup>43</sup> 世界卫生组织，《饮用水水质准则》（2006年）。

<sup>44</sup> 见 E/CN.4/Sub.2/2004/20，第44段。

和平等还要求国家关注因健康、气候或其他因素存在特殊的水和卫生需要的个人和群体。

78. 因此，健康权要求国家制定一项全国性水和卫生设施政策，以确保脆弱和弱势的个人和群体享有平等获得机会，其中包括妇女和儿童、少数民族和土著人口、生活贫穷的人、感染艾滋病毒/艾滋病的人、境内流离失所者、老年人、残疾人、囚犯及其他。

#### 逐步实现和立即生效的义务

79. 根据《经济、社会、文化权利国际公约》第二条第一款，享有能达到的最高标准健康的权利和安全饮水和适当卫生条件等相关决定要素要逐步实现，并取决于资源的可用情况。简单地说，逐步实现的意思是要求国家在两年后比现在做得更好，而资源可用情况的意思是对发达国家的要比发展中国家的高。

80. 这其中有许多重要含意。例如，国家需要有适当的指标和基准，以便知道它们是否在逐步实现健康权（见E/CN.4/2006/48文件中阐述的基于人权的健康指标做法）。但这里还有一个重要的先决条件，即：健康权包括一些不受逐步实现制约的核心立即生效义务；<sup>45</sup> 没有这些义务，健康权就失去了存在意义。<sup>46</sup> 例如在健康权方面，国家的立即义务是防止歧视，以及确保普及基本卫生条件<sup>47</sup> 并提供个人和家庭使用的充足安全的最低限度基本用水量以防止疾病。<sup>48</sup>

81. 简言之，虽然要求国家逐步实现普及饮水和卫生条件，但国家也有保障整个管辖区域个人和家庭可以获得充足和安全的最低限度基本用水量与基本卫生条件<sup>49</sup> 的核心立即生效义务。如果采取了减少对人民饮水和卫生条件供应的倒退措施，国家必须证明，有关措施是在认真权衡所有其他选择之后提出的，而且从公约规定的所有权利角度讲，为了充分利用缔约国最大限度可资利用的资源，采取这些措施是完全有理由的。<sup>50</sup>

<sup>45</sup> E/2001/22-E/C.12/2000/21，附件四，一般性评论14，第43段。

<sup>46</sup> E/1991/23-E/C.12/1990/8和Corr.1，附件三，一般性评论3，第10段。

<sup>47</sup> E/2001/22-E/C.12/2000/21，附件四，一般性评论14，第36段。

<sup>48</sup> 一般性评论14第36段和一般性评论15第37(a)段所述的核心供水义务彼此有差异。这里采用的是两者之中较低的标准，即，一般性评论15第37(a)段。

<sup>49</sup> 联合国水和卫生工作队对基本卫生条件的定义为“确保可持续享有安全、卫生和便利并维护隐私和尊严的粪便和生活污水处理设施与服务、同时确保使用者家庭和住区生活保持清洁健康的环境的最低成本选择”。

<sup>50</sup> E/2001/22-E/C.12/2000/21，附件四，一般性评论14，第32段。

### 尊重、保护和实现的义务

82. 国家有义务尊重、保护和实现享有能达到的最高标准健康的权利。这些义务同等适用于医疗及相关健康决定要素。例如在安全饮水和适当卫生条件等相关决定要素方面，尊重的义务要求国家不得污染水源或任意干涉某人享用饮水和卫生条件。保护的义务要求国家采取有效措施，防止第三方干涉某人享用饮水和卫生条件。例如，国家必须采取有效步骤，确保私营服务提供商不得损害享用安全饮水和适当的卫生条件。实现的义务要求国家在贫穷者无法获得最低限度的基本用水量 and 基本卫生条件时，向其提供这些服务。

83. 也就是说，无论提供饮水和卫生设施的工作是交给国营或私营公司负责，国家都仍有责任妥善管理其供水和卫生系统，并对其管辖的最穷困者的健康和福利负责。

### 参与

84. 个人和社区在知情条件下积极参与与其相关的卫生政策决策，是享有能达到的最高标准健康的权利的一项重要内容。这项权利要求作出特别努力，以确保传统上受到排斥或边缘化的个人和群体参与决策。例如在饮水和卫生方面，虽然妇女带着特别大的取水和处理家庭废水的责任，但她们往往被排除在相关决策程序之外。因此，国家应采取措施，确保妇女不被排除在有关饮水和卫生管理的决策程序之外。

85. 在大多数情况下，社区和群体更了解他们需要什么样的饮水和卫生服务以及应当如何管理这些服务。因此，国家应在制定国家饮水和卫生政策与方案时采取措施，确保所有的可能相关者在知情条件下积极参与决策。

### 国际援助与合作

86. 国家有义务单独或通过国际援助与合作采取步骤，充分实现包括健康权在内的各种权利。发达国家应视资源充足情况，提供资金和技术援助以补充发展中国家的资源，以便确保人人尽快享有安全饮水和适当的卫生条件。

87. 鉴于发展中国家不当的饮水和卫生设施对公共健康带来大量挑战，特别报告员提醒各国注意在《千年宣言》和可持续发展问题世界首脑会议框架下所作的承诺，强调应当建立关于饮水和卫生的全球伙伴关系，以便建立有效的综合供水与卫生系统，为所有人提供质优价廉的饮水和卫生条件。

### 监测与问责

88. 健康权促生的一个重要要求是，建立通达、透明和有效的监测和问责机制。对健康权负有责任者必须为履行职责情况负责，这样才能找出成功和困难之处，然后酌情制定政策和作出其他调整。监测和问责机制有司法、准司法、行政和政

治等许多形式。虽然国家可决定哪些形式最适合其国情，但所有机制都必须有效、通达和透明的。

89. 国家的饮水和卫生政策必须接受适当的监测和问责。为此，政策应规定政府对饮水和卫生方面的健康权义务及执行计划；执行计划应列明目标、时间表、责任人及其职责、指标、基准和报告程序。适当的国家机构（如卫生监察员和饮水与卫生管制员）应定期审查负责实施国家饮水与卫生政策的人履行职责的情况。这不一定是为了制裁或惩罚，而是为了确定哪些政策和机构是有效的，哪些是无效的，从而更好地促使人人获得饮水和卫生条件。

### 若干关键问题

90. 要确保人人获得饮水和卫生条件，需要解决一系列具体实际的重要问题。本节将通过举例说明，简要介绍若干这方面的问题，同时铭记前几段所提示的分析框架。

### 供水私营化

91. 一些地区通过推广私营化来解决综合供水危机和确保人人享有饮水。但经验说明，私营化可能带来涨价，而不考虑到低收入消费者的支付能力。例如在玻利维亚科恰班巴供水私营化之后，据估计水费占到当地居民平均家庭收入的 25% 以上，导致 2000 年初发生暴力抗议。<sup>51</sup> 类似情况还有，菲律宾私营化造成水费提高 60% 至 65%，致使很多人无力支付。<sup>52</sup>

92. 高价水使一些家庭改为使用其他质量较差的水源，对健康造成更大威胁。此外，高价水可能严重减少家庭用水量，以致卫生和健康受到危害。<sup>53</sup>

93. 虽然国际人权法没有要求具体的提供服务方式或定价政策，但国家必须确保私营饮水和卫生提供商不得损害人民获得负担得起和易于取用的饮水和卫生条件。<sup>54</sup> 无论提供饮水和卫生设施的工作是交给国营或私营公司负责，国家都有义务建立有效的管理制度，尤其确保贫穷者获得最低限度的饮水供应和基本卫生条件。<sup>55</sup>

<sup>51</sup> G. Dalton, *Private Sector Finance for Water Sector Infrastructure: What Does Cochabamba Tell Us About Using This Instrument*, Occasional Paper No. 37, University of London School of Oriental and African Studies, 2001.

<sup>52</sup> Marites Sison, "Philippines: awash in water bills after privatisation", *Inter Press Service*, 22 January 2003.

<sup>53</sup> 见卫生组织，同上文。

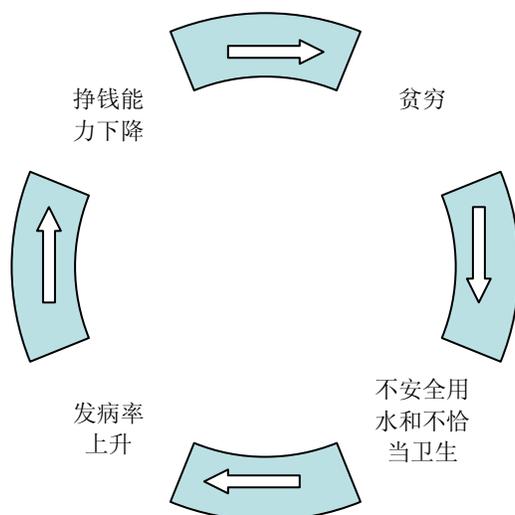
<sup>54</sup> 见 E/CN.4/2004/49/Add.1, 第 11 段。

<sup>55</sup> E/2003/22-E/C.12/2002/13, 一般性评论 15, 第 24 段。

## 三个关键障碍

### 1. 贫穷

94. 贫穷及其他边缘化群体很难获取安全用水和恰当卫生。许多穷人生活在贫民窟、非正规规定居点和农村社区，没有用水供应，只能从不安全来源取水，卫生状况不佳，导致发病率和死亡率上升。



95. 发病率上升导致挣钱能力下降，形成贫穷与体弱多病的恶性循环，在穷人中极具破坏力（见上图）。贫穷使妇女和男子无力保护自己 and 子女免患疾病，或为病痛求医问药。健康状况不佳和工作能力受损，加上高昂的医疗费用，又使贫穷加剧。

96. 促进获取安全用水和恰当卫生，不仅是降低发病率和死亡率的关键，也是扶贫斗争中一项至关重要的战略。

### 2. 两性不平等

97. 贫穷与两性不平等之间的关系已是众人皆知。传统上派给妇女的角色和任务，例如获取家庭用水以及照顾子女、老人和病人等，意味着妇女常常无法入学并失去劳动机会，导致日趋贫穷和体质变差。在有些社会中，妇女还承担处理家庭废水和粪便的任务，面临着严重的健康危险。因此，用水和卫生服务不恰当，对妇女的冲击最大。

98. 妇女的用水和卫生需求与男子不同。例如，妇女比男子更加重视家庭厕所，但她们却不能参与决策和确定轻重缓急。其结果是，妇女和女童与众不同的用水

和卫生需求（例如在经期、孕期及孕后）在讨论环境卫生和个人卫生问题时常常被忽视。

99. 供水和卫生服务不恰当，严重损害了贫穷妇女的健康、生殖能力、创收能力、人身安全和尊严。特别报告员强调必须确保妇女参与决策和确定轻重缓急，并促请各国在所有相关决策中采取顾及两性平等的方法。此外，让妇女参与决策还可以为整个社会带来积极的健康效益。

### 3. 全球暖化

100. 贫穷者受全球暖化的负面影响很大。全球暖化不仅造成可靠供水减少，还导致自然生态系统受扰。气候变化带来更暖更湿的环境，使疟疾、登革热和黄热病、脑炎等疾病的传播媒介，如蚊虫和舌蝇等，有了更大的滋生范围和更长的寿命。<sup>56</sup>

101. 全球暖化将损害世界水循环，并造成更多旱涝灾害。旱灾给健康带来严重威胁。<sup>57</sup> 由于清洁水源蒸发，人们更多地求助于被污染的替代水源，导致水生疾病传播。同样，洪灾不仅增加了庄稼被淹被毁的风险，还由于扩大了传播媒介的滋生范围以及将农业污染物冲入饮用水供应系统，造成疾病四处传播。<sup>57</sup>

102. 尽管这些趋势令人不安，国际社会仍没有正视全球暖化带来的健康威胁。如果国际社会不慎重对待全球暖化对健康的影响，世界各地千百万人的生命就将面临危险。

## 五. 结论和建议

103. 以下结论和建议侧重于第四节。

104. 享有能达到的最高标准健康的权利不仅包括医疗保健，还包括健康的潜在决定因素，例如安全用水、恰当卫生、健康的就业和环境条件以及不受歧视等。通常情况是，医疗保健大受关注，而健康的潜在决定因素却被忽视。

105. 本报告虽然对供水和卫生问题格外关注，但必须理解的是，健康权还包括许多其他决定因素。本报告所述的分析框架可适用于健康的其他潜在决定因素。

106. 对生存、发展、经济增长和健康权而言，供水和卫生虽然极为重要，但却经常被忽视。许多国家既没有向供水和卫生投入足够的预算资源，也没有制订适当的计划、政策、方案和法律。在历史上，国际组织一直忽视供水和卫生问题，

<sup>56</sup> A. J. McMichael 等著：“Climate change and human health” (WHO/UNEP/WMO, 2003)。

<sup>57</sup> 新经济学基金会，*The End of Development* (2006)。

虽然世卫组织和人权高专办都在采取重大步骤纠正这一不平衡现象。此外，捐助方对安全用水和恰当卫生倡议的支持力度也不够，虽然有迹象表明这一情况正在发生变化。在推动就供水、卫生和人权问题进行辩论方面，民间社会组织已经取得令人称道的进展。<sup>58</sup>

107. 为了纠正这种忽视现象，特别报告员提出以下建议：

(a) **正式承认**。所有国家应正式承认享有能达到的最高标准健康的权利、包括获取安全用水和恰当卫生；

(b) **法律、计划、政策、方案和项目**。各国应通过参与进程，制订并实施可促进人人获取安全用水和恰当卫生的法律、计划、政策、方案和项目；

(c) **国家预算和国际援助**。安全用水和恰当卫生对健康及健康权而言极为重要，必须在国家预算和国际援助与合作中有所体现；

(d) **弱势群体和个人**。根据国际人权法，促进获取安全用水和恰当卫生的(国家和国际)措施必须特别关注弱势群体和个人，例如穷人以及生活在农村社区和城市非正规定居点的人，不论他们是否拥有土地；

(e) **两性平等**。在供水、卫生和健康权方面，各国、国际组织及其他实体必须在所有相关决策中采取顾及两性平等的方法；

(f) **统筹办法**。享有能达到的最高标准健康的权利要有一个统筹办法，将恰当的环境卫生和个人卫生问题列入供水方案；

(g) **新闻宣传**。必须开展大规模的公众健康宣传活动，提供用水和卫生方面的信息，例如关于个人卫生、安全用水储存及水质监测的信息。这对依赖小规模供水和卫生设施的低收入家庭尤其重要；

(h) **2008 国际环境卫生年**。大会最近宣布 2008 年为国际环境卫生年，以提高公众对卫生重要性的认识。<sup>59</sup> 特别报告员促请各国抓住这个机会，为逐步实现千年发展目标中有关用水和卫生的具体目标作出共同和协调的努力；

(i) **监测与问责**。为逐步实现广义上的健康权和具体意义上的获取用水和卫生，许多国家必须采取的最重要步骤之一是建立一个高效、透明和方便的监测与问责机制，例如国家人权机构、健康督察员、或用水和卫生管理员。这个机制应负责在国家用水和卫生政策以及人人获取用水和卫生方面，对所有相关公私行为体进行监测并追究它们的责任；

<sup>58</sup> 例如，见水权方案，住房权利与驱逐问题中心 ([www.cohre.org](http://www.cohre.org))；水法研究方案 ([www.ielrc.org](http://www.ielrc.org))；以及水援助 ([www.wateraid.org](http://www.wateraid.org))。

<sup>59</sup> 大会第 61/192 号决议。

(j) **气候变化**。特别报告员呼吁人权理事会紧急研究气候变化对广义上的人权和具体意义上的享有能达到的最高标准健康的权利的影响；

(k) **用水和卫生人权**。人权理事会已开始研究人权与获取用水的问题，<sup>60</sup> 值得称赞。兹建议理事会任命一名关于用水与卫生权问题的特别报告员，协助各国理解它们的法律义务，查明和传播最佳做法，并监测实现这项重要人权的进展情况。所有国家都应承认用水和卫生人权。

---

---

<sup>60</sup> 见 A/HRC/L. 3/Rev. 3。