



大会

Distr.  
GENERAL

A/HRC/4/28  
17 January 2007

CHINESE  
Original: ENGLISH

人权理事会  
第四届会议  
临时议程项目 2

大会 2006 年 3 月 15 日题为“人权理事会”  
的第 60/251 号决议的执行情况

人人有权享有最佳身心健康问题  
特别报告员保罗·亨特的报告 \*

---

\* 对本报告的说明载于附件中，只以提交时所用语文转载。

## 概 要

本报告系根据人权理事会第 1/102 号决定提交，其中包括两个实质性部分。第一部分回顾了在过去十年中健康和人权运动所取得的一些进展，还论述了前进道路上的两个主要障碍。

民间社会，特别是中、低收入国家的民间社会，从未像现在这样重视健康和人权。一些国家正在严肃对待健康和人权问题。经济、社会和文化权利委员会第 14 号一般性评论就人人享有尽可能高水平身心健康这一权利(“享有能达到的最高水平健康的权利”或“健康权利”)的范围提供了权威性指导。自 2000 年以来，很多报告探索了如何实现健康权利的问题。有关健康和人权的法律案件、著作和课程越来越常见。

健康和人权运动努力将人权概念纳入国家和国际卫生政策，这显示了这一运动的进一步成熟。除了提倡人权的传统办法，如“赞扬和批评”以外，健康和人权运动也在采用指标、标准和影响评估等办法。

然而，健康和人权运动也面临着一系列严重障碍。本报告集中论述了其中两个障碍：(一) 现有非政府人权组织和(二) 卫生专业人员对健康和人权运动参与不够。

报告呼吁现有非政府人权组织像它们在失踪、酷刑和良心犯等问题上已经在做的那样，积极参与健康和人权问题。

报告还强调，健康和人权不仅有很多共同基础，而且是相辅相成的。然而，很多卫生专业人员从未听说过享有能达到的最高水平健康的权利。报告认为，没有更多卫生专业人员的积极参与，就不可能落实健康权利。就为争取卫生专业人员更深入参与健康和人权运动可采取的步骤，报告提出了一些初步意见。

近些年来，围绕着享有能达到的最高水平健康的权利以及其它与健康有关的权利，产生了越来越多的案例法。报告的第二个实质性部分说明了司法责任如何加强了对健康权利和其它与健康有关的权利的保护，并加深了人们对这些人权的意义的理解。这一部分包括一些案例，从中可看出，各种法庭是如何解释和适用与健康有关的人权的。

目 录

	<u>段 次</u>	<u>页 次</u>
一、导 言.....	1 - 5	4
二、健康和人权运动：进展和障碍 .....	6 - 54	5
A. 最近的进展.....	7 - 11	5
B. 民间社会、健康和人权.....	12 - 17	6
C. 落实健康权利：特别报告员的作用.....	18 - 24	8
D. 新的技巧和办法 .....	25 - 30	9
E. 现有民间社会人权组织的重要作用.....	31 - 37	10
F. 卫生专业人员的重要作用.....	38 - 47	12
G. 结 论.....	48 - 54	14
三、有关健康权利和其它与健康有关权利的案例 .....	55 - 89	16
A. 序 言.....	55 - 58	16
B. 逐渐实现、可利用资源和直接责任.....	59 - 67	16
C. 具备、可获得、可接受和良好质量.....	68 - 76	18
D. 尊重、保护和落实的义务.....	77 - 86	21
E. 结 论.....	87 - 89	23
四、结 论.....	90 - 93	24
附 件：报告注解.....		25

## 一、导 言

1. 大会 2006 年 3 月 15 日通过第 60/251 号决议, 决定结束人权委员会的工作, 同时设立人权理事会。人权委员会第 2002/31 号决议和第 2004/27 号决议规定了人人有权享有最佳身心健康问题特别报告员的任务。人权理事会第 1/102 号决议决定延长前人权委员会所有任务的期限, 包括本特别报告员的任务期限。本报告即是根据这一决定提交的。

2. 2006 年 10 月, 特别报告员向大会提交了一个报告(见 A/61/338)。报告主要探索了两个问题: 孕产妇死亡率和医药权利。报告中还介绍了 2006 年 1—8 月特别报告员的任务活动。在为提交报告逗留在纽约期间, 特别报告员参加了人权事务高级专员办事处纽约分处向非政府组织介绍其任务的会议。他还参加了与联合国人口基金(人口基金)工作人员的见面会。

3. 2006 年 9 月, 特别报告员应黎巴嫩和以色列政府邀请和下列人员一起访问了这两个国家: 适足住房问题特别报告员 Miloon Kothari 先生、秘书长国内流离失所者的人权问题特别代表 Walter Kalin 先生和法外、任意或即决处决问题特别报告员 Philip Alston 先生。10 月, 向人权理事会提交并介绍了访问报告(A/HRC/2/7)。

4. 2006 年 10 月, 特别报告员访问了秘鲁。在那里, 作为其 2004 年 6 月国家访问任务(见 E/CN.4/2005/51/Add.3)的后续行动, 他会见了一些人士。他会见了卫生部副部长、妇女部长、司法部和外交部代表。他和许多男女议员进行了会谈, 还会见了 Defensoria del Pueblo(监察专员)及其同事。他还会见了美洲卫生组织、人口活动基金、联合国艾滋病规划署(艾滋病规划署)和其它国际组织以及民间社会的代表, 访问了利马的 Victor Larco Herrera 精神病医院。在这次访问之后, 特别报告员还要求提供关于根据他在 2004 年访问报告中提出的建议所采取后续行动的更详细情况。

5. 同月, 特别报告员还去了华盛顿特区。他在那里会见了世界银行北欧—波罗的海部和国际货币基金(货币基金)的执行主任。这次正式访问是作为他 2006 年对瑞典所进行访问的后续行动进行的。2007 年将向人权理事会介绍对世界银行和货币基金的访问报告。<sup>1</sup>

## 二、健康和人权运动：进展和障碍

6. 在过去十年中，由于无数组织和个人的努力，健康和人权运动取得了显著进展。然而，不消除目前道路上的某些重大障碍，运动就无法保持现在的势头。本章简要概述了最近的进展，并集中论述了当代健康和人权运动所面临的两个相互关联的重大挑战。如果不能适当应对这两个挑战，健康和人权运动就不能显著发挥潜力。

### A. 最近的进展

7. 在 1990 年代之前，除少数例外，健康和人权的关系一直没有受到认真细致的研究。当然，1946 年的《世界卫生组织组织法》确认了健康权利，1978 年的《阿拉木图宣言》也是如此。这两个文件都是健康与人权发展道路上的里程碑。另外，1980 年代与艾滋病毒/艾滋病作斗争的一些人也认识到人权的极大重要性。但是，多数这种重要发展都没有伴随着对健康与人权的实质性关系的详细研究。直到 1990 年代初，也就是十多年前，这方面的研究才开始。<sup>2</sup> 在健康与人权关系的研究，特别是结合艾滋病毒/艾滋病进行的研究方面，我们应当深切感谢已故的 **Jonathan Mann** 及其同事在哈佛大学公共卫生学院弗朗索瓦——泽维尔·巴格努保健和人权中心和弗朗索瓦——泽维尔·巴格努保健和人权中心进行的开创性工作。

8. 然而，在 1990 年代，**Mann** 博士和另外一些人受到我们今天所没有的严重限制。当时，虽然广大公众详细了解了许多人权，但没有相应地了解考虑健康与人权问题的关键，即：能达到的最高水平的健康。这一缺失不可避免地会给当时从事健康与人权领域工作的所有人带来严重限制。直到 2000 年经济、社会和文化委员会与卫生组织和许多其他方面合作、通过第 14 号一般性评论时，才对健康权利有了一个权威性解释。

9. 虽然第 14 号一般性评论既不全面，也不完善，更没有约束力，但却是令人信服的，并具有开创意义。这里，对健康权利第一次有了一个实质性理解，因而可参照实际经验予以落实和改进。一般性评论使《世界卫生组织组织法》中阐明的健康权利得以在《阿拉木图宣言》中得到确认，并被纳入众多具有约束力的国际人权条约

中，它已远不只是一个口号。简而言之，它是健康与人权发展道路上的又一个重要里程碑。

10. 自 2000 年以来，健康和人权运动的发展越来越快。一些国家，如秘鲁，开始在国内事务中认真对待健康权利问题。<sup>3</sup> 另一些国家，如瑞典，则在努力把健康权利和其它人权纳入其国际政策。<sup>4</sup> 多年来，儿童基金、艾滋病规划署和另外一些机构一直在认真注意人权问题。2000 年后，有些组织在这方面更加深入。例如，2003 年，艾滋病规划署成立了一个全球艾滋病毒/艾滋病和人权资料组，从而加强了其人权工作。目前，人口基金正在编写关于从人权角度出发、以男女平等和生育权利为特别重点的成套培训材料。在卫生组织以及一些区域和国别办事处<sup>5</sup> 特别报告员在下列领域发现了一些积极合作者：被忽视的疾病、精神健康、少年儿童健康、基本药品以及性卫生和生育卫生等。卫生组织的第 25 套小册子“健康和人权问题问答”（2002 年）和“人权、健康和减贫战略”（2005 年）仍然是最容易得到的对这些问题的介绍。<sup>6</sup>

11. 在本十年中还可以看到，在国家、区域和国际各级审理的健康与人权问题案件越来越多；本报告第三部分提供了一个这方面的案例法。另外，关于健康、人权和健康权利的学术著作也越来越深入，而教授这些内容的课程也变得普遍了。<sup>7</sup>

## B. 民间社会、健康和人权

12. 2000 年以来，最显著的一个变化发生在民间社会。中、低收入国家的非政府组织总是比高收入国家的同类组织更清楚地了解健康和人权问题。在某些国家，民间社会对健康权利问题的专注和熟悉程度给特别报告员留下了深刻印象。例如，在秘鲁，一些民间社会团体明确使用人权语言，开展健康权利宣传运动，号召基层民众参加卫生政策制定工作，受理伊朗和人权案件，等等。<sup>8</sup> 在积极开展这种健康与人权运动的同时，各地区出版了一系列有关材料，如“健康权利：非政府组织资源手册”。<sup>9</sup>

13. 民间社会组织对经济、社会和文化权利，包括健康权利的投入越来越大，这现象已经超出了国家范围而扩展到国际非政府组织。多年来，大赦国际关注的只是少数公民权利和政治权利。较近些时候，其全球成员决定改变这种情况。根据 2005 年的出版物“人权与人的尊严：经济、社会和文化权利的根本”，“近些年来，大

赦国际认识到，贫困囚犯比良心囚犯要多得多，千百万人在忍受着饥饿的折磨，忍受着可预防疾病造成的慢性死亡，因此，扩大了自己的任务范围。”<sup>10</sup> 而且，任务范围的扩大已开始转化为争取和维护健康权利的具体行动。<sup>11</sup> 人权观察社、国际法学家委员会、人权联盟国际联合会、国际人权服务组织、国际人权法律保护中心等其它国际非政府组织也在更多关注经济、社会和文化权利。不同组织的关注程度不同，而且时常受到质疑。另外，如下面所说，还需要做许多工作。尽管如此，总的趋势是好的，这一点是不容置疑的。

14. 另一类重要的非政府人权组织主要是由卫生专业人员组成的，如医生促进人权协会和国际卫生和 인권组织联合会。在1990年代，这类组织关注的一般主要是健康的公民权利和政治权利方面，如酷刑问题。近些年来，这一重点已扩大到包括能达到的最高水平健康权利。一些国家的医务工作者协会，如英国医务工作者协会，也在更多关注健康与人权问题。2006年，美国公众健康协会举行了题为“公众健康和人权”的年度会议。

15. 无国界医生(组织)、世界医师协会、健康伙伴(组织)、促进全球健康医生组织和其它类似的卫生专业人员组织在世界各地向脆弱的个人和群体提供医疗服务。他们救死扶伤的实际工作令人感动。有意思的是，他们利用人权的方式有很大不同。有些把人权作为宣传工具，有些利用人权制订公平的卫生政策和方案，而另外一些则很少直接利用人权。发展领域的组织情况也是如此。例如，保健组织在卫生工作中直接利用人权。

16. 人民卫生运动为许多这类组织提供了一个联系桥梁，最近，开展了一个全球“健康权利和保健运动”。<sup>12</sup>

17. 最后，由于篇幅限制，这里只能不全面地简要叙述一下关于民间社会、健康和人权的最近发展情况。作为健康和人权运动一个组成部分的民间社会，现在要比几年前活跃得多。虽然比以前活跃，但民间社会中把健康问题看作人权问题的认识仍然不均衡：在有些国家很深刻，有些国家则比较浮浅，而在许多国家则完全没有认识。在健康和人权运动中，对健康权利的作用认识越来越深刻。尽管如此，民间社会在健康和人权运动中还能够而且应当发挥更大作用。这是本部分不久还会回来论述的一个重点。

### C. 落实健康权利：特别报告员的作用

18. 第14号一般性评论为制定从权利角度看问题的办法提供了很大便利。而且，它突出了健康权利和其它人权的关系。然而，一般性评论虽然是一个创始性文件，但却从未打算作为对落实健康权利的详细指南。顾名思义，这个一般性评论只是一般地论述健康权利。

19. 2003年以来，特别报告员的报告一直在争取使健康权利更具体、更易理解、更实际和可行。这些报告不仅借鉴了第14号一般性评论，而且借鉴了另外一些联合国人权条约机构的工作，<sup>13</sup> 以及一些国家、专门机构、法院法庭、非政府组织和学术界的实践经验。特别报告员一些报告的重点是健康权利的具体组成部分，如得到医药的权利。<sup>14</sup> 另外一些报告则侧重于健康权利适用的具体问题，如与健康有关的千年发展目标。<sup>15</sup> 还有一些报告考虑的是涉及具体人群，如精神残疾人的健康权利。<sup>16</sup> 另外还有一些国别报告讲的是健康权利在某些国家的适用，如莫桑比克、秘鲁、乌干达、罗马尼亚和瑞典。<sup>17</sup>

20. 今天，最重要的一个健康和人权问题就是如何让穷人更好地享有健康权利。考虑到这一问题，特别报告员的一个报告说明了对健康权利的考虑可如何加强尼日尔的减贫战略。<sup>18</sup> 另一个报告论述了基于健康权利的政策如何能帮助乌干达防治被“忽略的”或热带疾病，即那些对穷人损害最大的疾病。<sup>19</sup> 有关乌干达的报告明确了一些具体而实际的保健行动，如建立村庄卫生队伍，鼓励保健工作者为偏远社区服务，容易利用的公共卫生宣传运动等。另一个报告讨论了发展中国家卫生专业人员向发达国家迁移的问题；它指出，这种技能的流失是穷人向富人的反向补贴，进一步影响了派出国穷人对健康权利的享有。<sup>20</sup> 实际上，这些报告以及另外一些报告，如有关莫桑比克的报告<sup>21</sup> 都在探索如何为穷人落实健康权利。

21. 第14号一般性评论中有一段谈到土著人民的健康权利问题。<sup>22</sup> 这一段虽然很有教益，但只有几句话。特别报告员编写了三个具有关于土著人民的内容的报告。其中一个报告中一般地论述了土著人民和健康权利问题，<sup>23</sup> 另两个报告中具体谈到秘鲁和瑞典的土著人民。<sup>24</sup> 每一章都有对国家当局和其它方面的建议。实际上，三个报告都有助于落实土著人民的健康权利。

22. 虽然贸易以很多方式影响着健康权利，但在第14号一般性评论中这些问题只受到有限的明确关注。2004年，特别报告员编写了一个关于世界贸易组织与健康

康权利的关系的报告。<sup>25</sup> 报告分析了与获得药品有关的知识产权和与获得保健服务有关的服务贸易等问题。特别报告员在对秘鲁进行访问之后又对其中一些问题做了进一步分析，具体而言，就是与美国和秘鲁的贸易协定有关的问题。<sup>26</sup> 在两个报告中都提出了建议。实际上，这些报告参照了第 14 号一般性评论中提出的一般原则，并将其应用于一系列具体的贸易问题，因此有助于落实与知识产权、服务贸易等有关的健康权利。

23. 还可以举出很多例子，但关于贫困、土著人民和贸易的这三个例子已足以表明，特别报告员报告的重点是如何落实健康权利。报告从一般到具体地说明了问题。当然，报告没有提出详细的健康权利方案。这需要更大的篇幅和更多背景，但此类报告是不可能的。尽管如此，报告指明了具体的健康权利方案应当具有的一些重要实际特点。

24. 按照国际字典的解释，健康权利是含义最广、最复杂的人权之一。为了更容易理解，特别报告员的报告也提供了一种“拆解”健康权利的办法。关于精神残疾人问题的报告中最详细地讲述了这种“拆解”办法。<sup>27</sup> 这一报告较详细地讲述了如何为精神残疾人落实健康权利的问题，另外还提供了描述健康权利的“图”，它不只适用于残疾人，而是普遍适用。最后，报告还深入、详细地阐述了我们对第 14 号一般性评论一些内容，如和国际援助与合作有关的内容的概念性理解。

#### D. 新的技巧和办法

25. 多年来，传统的人权运动为推进其目标发展了一系列方法和技巧。典型的办法，除其它外，特别包括“赞扬和批评”、写信运动、试审案件、散发标语等。这些办法为人权界做出很大贡献，而且将继续发挥十分重要的作用，包括对能达到的最高水平健康的权利的宣传。但在健康权利方面，这些传统的促进人权的方法的技巧就不够了。

26. 特别报告员在提交人权委员会的第一个报告中强调，健康权利“应一致和协调地适用于所有相关的国家和国际决策过程”。<sup>28</sup> 实际上，这是其所有报告的主要目标之一：促进将健康权利纳入所有与健康有关的政策。然而，要实现这一目标，只有传统的人权方法和技巧是不够的。只是通过“表扬和批评”、开展写信运动、试审案件和喊口号，是不能把健康权利纳入国家和国际政策的。今天，越来越多的

参加健康与人权运动的人知道，如果通过卫生政策、方案和项目落实健康权利，就需要采取更多方法和技巧。

27. 现在人们普遍认识到，例如，需要用一系列指标和标准衡量健康权利的落实程度。一些专门机构、民间社会组织、学术和其它机构都在帮助制定有关健康权利和其它人权的指标和标准。就特别报告员来说，他已经编写了三个关于这个问题的报告，其中最近一个阐述了从人权角度考虑健康指标的方法。<sup>29</sup>

28. 另外，还有一些方面正在进行人权和健康权利影响评估。如果要把健康权利问题纳入政策，需要有一种方法能帮助政策制定者预测预定的政策可能对享有健康权利产生的影响，以便在必要情况下对拟议的政策进行调整。特别报告员与人合写了一份由教科文组织提供资金的文件，其中介绍了一些有关这一专题的著作，并提出了一种供讨论的进行健康权利影响评估的方法草案。<sup>30</sup>

29. 目前，健康和人权运动遇到一些困难问题：例如，在制定卫生政策时，从健康权利的角度来看，允许或不允许哪些利弊取舍？在预算有限的情况下，卫生部长们如何在尊重健康权利的条件下安排各项目标的先后顺序？当然，对这些复杂问题，人权所提供的答案不可能比公平原则、卫生经济学或任何其它原则和知识更能提供的更简洁。尽管如此，健康和人权运动还是在制定办法和技巧以使其能对这些重要和复杂的讨论做出积极贡献。

30. 简而言之，健康和人权运动达到了一种新的成熟。“赞扬和批评”、试审案件和口号在促进和维护健康权利方面都起着重要作用，但指标、标准、影响评估、预算分析，以及在遵守国际人权法律和惯例的条件做出艰难政策选择的能力，也同样非常重要。

#### E. 现有民间社会人权组织的重要作用

31. 在本部分的较前部分，特别报告员表示认为，一些现有非政府人权组织正在比以前更多关注经济、社会和文化权利，包括健康权利。虽然这很令人鼓舞，但特别报告员也深刻感到，其中一些组织对公民权利和政治权利的关注仍然比对经济、社会和文化权利多得多。虽然人类广泛面临着众多健康权利问题，但却很少引起现有非政府人权组织的持续关注。

32. 就拿孕产妇死亡问题来说，每年有超过 50 万的孕产妇死亡。这相当于每分钟就有一人死亡；95%的孕产妇死亡发生在非洲和亚洲。用一些大家熟知的办法，多数可以避免。某些富国妇女的分娩死亡机率是八千七百分之一，而一些低收入国家妇女的机率则是十分之一。

33. 这些事实特别令人震惊，这不仅是因为都可以避免，而且是因为这反映了严重的卫生不平等。第一，孕产妇死亡的负担过多地落在发展中国家妇女身上；第二，在发展中国家和在发达国家一样，孕产妇死亡的负担都是过多地落在族裔少数妇女、土著妇女和贫困妇女的身上；第三，15 至 44 岁男子死亡或致病的任何一个原因都无法与孕产妇死亡或致病的严重程度相比。换言之，孕产妇死亡率和致病率揭示了男女在享有性健康和生育健康权利方面的巨大差距。总的来说，孕产妇死亡率突出表明了多方面的不平等：全球、族裔和男女。穷人的不利地位使这些现象反复发生。

34. 正如特别报告员在提交大会的上一个报告中所说，孕产妇死亡不仅仅是一个健康问题，它也是一个人权问题。<sup>31</sup> 可避免的孕产妇死亡侵犯了妇女的生命权、健康权、平等和不受歧视的权利。另外，孕产妇死亡问题的普遍程度，如果没有超过，也是和许多严重人权问题一样的，多年来，这引起现有非政府人权组织的很大关注。例如，一些这类组织掀起了反对死刑的运动。2005 年，约 2,500 名死刑犯被处决。<sup>32</sup> 这几乎肯定是低估的数字，实际人数可能是这一数字的十倍。那么，在同期，又有多少孕产妇死亡呢？约 50 万人。

35. 1980 年以来，被迫或非自愿失踪问题工作组受理了约 50,000 个案件。<sup>33</sup> 在这 26 年期间，有多少孕产妇死亡呢？大大超过 1,000 万！当然，这一时期的失踪人数也远不止 50,000，但没有人表示认为这个人数接近 1,000 万。尽管如此，还是为失踪问题设立了特别程序(工作组)，并制定了与这个具体人权问题有关的各种国际法律文书，<sup>34</sup> 许多公民社会组织对此也不断予以关注。

36. 死刑和失踪是极为严重的人权问题，完全应当受到已经受到的关注。但孕产妇死亡问题也是一个极为严重的人权问题，但却没有受到人权界应有的关注。事实上，除少数明显例外，孕产妇死亡问题根本没有受到人权界主流的关注。

37. 去年，比尔·克林顿、费尔南多·恩里克·卡多佐、德斯蒙德·图图、玛丽·鲁宾逊、格罗·布仑特兰、纳菲斯·希迪克等许多世界领导人发出一项为实现健康权利行动起来领袖呼吁。<sup>35</sup> 按照这一精神，现在，现有人权组织应当认识到，孕产妇死亡是一种大规模的人权灾难。它们应当象积极对待死刑、失踪、法外处决、酷刑、任意拘留和良心囚犯等问题那样，开展促进解决孕产妇死亡以及其他异常健康和人权问题的运动。如果它们不这样做，严重的健康和人权问题就永远不会人权运动主流的一部分。

#### F. 卫生专业人员的重要作用

38. 这里“卫生专业人员”一语系指在医疗保健和公共卫生领域工作的所有人员，包括卫生界的工作人员、政策制定者、经济学家和行政管理人员。

39. 特别报告员提交了 20 多个关于能达到的最高水平健康权利问题的报告，这些报告都一再肯定了卫生专业人员和人权工作者的共同立场。双方都希望建立所有人都能利用的有效、综合、能及时做出反应的卫生系统。双方都强调，重要的是，不仅要能享有保健服务，而且要能享有水、卫生、卫生信息和教育。双方都知道，保持良好健康不仅不只是卫生部的责任，也是广大公共部门和公众的责任。双方都把反对歧视和改善不利地位的斗争放在优先地位，强调文化尊重。从根本上来说，卫生和人权工作者都关注同样一个问题，即：每个人和所有的身心健康。

40. 另外，这些报告不仅肯定了健康和人权工作者的共同立场，而且说明了两方面的工作如何相辅相成。

41. 显然，能否实现能达到的最高水平健康的权利取决于卫生专业人员能否加强公共卫生工作和提供医疗保健服务。没有卫生专业人员，就不可能实现健康权利。同样，各卫生行业的持久、传统目标的实现也可以借助于新的、有活力的人权精神的发扬。人权可有助于加强现有良好卫生方案的开展，有时也可有助于确定新的公平卫生政策。人权有助于确保卫生政策和方案的公平、有效、有依据、有力、具有参与性、保证穷人也能受益。人权的辅助作用可扩展到提供医疗服务和公共卫生。另外，在方法适当的条件下，将紧迫的健康问题看作人权问题也可提高其合理性和重要性。换言之，卫生专业人员可利用人权实现自己的专业目标。

42. 卫生专业人员在国际卫生组织和世界各国的卫生部中都起着关键作用。他们理所当然地主导着公私卫生部门。显然，没有大批理解和支持这一努力、安排在适当岗位卫生专业人员，就不可能落实健康权利和其它与健康有关的权利。简而言之，没有许多卫生专业人员的积极参与，就不可能实现健康权利。

43. 然而，这里有一个非常重要的问题。老实说，特别报告员所遇到的多数卫生专业人员甚至没有听说过健康权利。听说过的人一般也不知道有关概念或含义。有的人听说过之后可能还会担心这会给他们带来什么麻烦。部分问题是语言问题：虽然健康权和人权有很多共同点，但所使用语言往往不同。特别报告员目前正在起草一个关于公平(许多卫生专业人员都熟悉的一个术语)与人权的相互补充关系的短文，目的之一就是解决这个问题。

44. 在本部分的较前，特别报告员曾提到，一些卫生专业人员最近开始更认真对待包括健康权在内的人权问题。这是事实，而且很令人鼓舞。但是，如果要进一步落实健康权利，就需要有更多卫生专业人员理解其工作的人权方面。必须更广泛和明确地宣传，健康权利和与健康有关的其它权利是支持卫生专业人员的工具和资产。卫生专业人员可利用与健康有关的权利帮助自己制定更公平的政策和方案，将重要的卫生问题放在国家和国际日程的更高位置，争取更好地协调与卫生有关的各部门，从财政部门获得更多资金，动员发达国家向发展中国家提供更多资金，改善某些国家卫生工作人员的工作条件，等等。十分重要的是，要有更多卫生专业人员了解：能达到的最高水平健康的权利不是一个修辞工具，而是一种能挽救生命和减少痛苦的工具，特别是对那些处于最不利地位的人来说。

45. 人权有帮助卫生专业人员工作的潜力，听那些忽视这种潜力的人说话，有时会发现他们甚至不了解能达到的最高水平健康权利的基本特点。有些人不知道健康权利需要逐渐实现(当然，不能期望一个国家马上实现这种权利)。另外一些人不知道，实现健康权利需要具备资源(当然，加拿大的需要多于乍得的需要)。<sup>36</sup> 有些人不知道，健康权利包括享有保健服务和健康要素(如充足的水和卫生)的权利。有些人则错误地解释人权，然后说人权违反“社会公平”，而实际上情况恰好相反。他们往往只知道传统的促进人权的办法和技巧，如“赞扬和批评”，不知道成熟的健康与人权运动正在发展出前部分中所说的更先进办法。

46. 时常有严重误解的一个方面是问责。虽然人权要求问责，但不意味着从事卫生和人权工作的每个人都有追究责任人责任的任务；也不意味着每个专业或专门机构都变成人权执行机构。真正的含义是：在健康和人权方面，必须有可用、透明和有效的问责机制。健康和人权运动需要人权顾问、落实者和协助者，以及负责追究责任人责任的人员。所有这些职能都很少集中在一个组织或一个人身上。专门机构虽然应当是人权顾问、落实者和协助者，但追究国家的责任不是它们的主要任务。担负问责职能的必须是某个组织或个人，而不是专门机构，除非有关机构决定为此目的建立一个独立处理程序和机构。<sup>37</sup> 问责有时还被狭窄地了解为谴责和处罚，而更确切地说，它被看作确定什么可行(因而可重复)、什么不可行(因而可以调整)的一个过程。

47. 要责备那些不熟悉健康权利和其它人权的卫生专业人员将是不公平的。如果他们不知道人权有帮助他们工作的潜力，那不是他们的错。在多数国家，没有学过人权知识的卫生专业人员都算是合格的，可以从事专业工作。正是由于这个原因，在特别报告员最早的一个报告中，有一部分专门论述了加强对卫生专业人员的人权教育的重要性。<sup>38</sup>

## G. 结 论

48. 本部分简要介绍了健康和人权运动在过去十年中所取得的进展。这个运动在短时间内走过了一段很长的路。虽然仍有很长的路要走，但健康和人权运动现在已经具备了一些必要条件，可在今后几年蓬勃开展。

49. 然而，运动也面临着一些重大障碍，例如，支持卫生部门的预算不足，以及美利坚合众国现政府继续抵制经济、社会和文化权利，包括能达到的最高水平健康的权利。当一个像美国政府这样具有影响力的国家政府不支持某一具体人权时，有关联合国机构就更难以推进这一议程，即便有关权利是组织章程的一个组成部分。

50. 如本报告第 10 段中所简要提到，近些年来，卫生组织为健康和人权运动做出了贡献。然而，遗憾的是，不论是卫生组织成员国还是其秘书处在这一领域都没有起到领导作用。2005 年世界首脑会议敦促“将人权置于整个联合国系统的主要位置”，重申了 1997 年通过的秘书长的一揽子改革方案的一个重要组成部分。<sup>39</sup>

但在卫生组织中却没有这样做，健康和人权议程在卫生组织中仍然处于边缘地位，受到质疑，而且严重缺乏资源。这是十分令人遗憾的，因为人权可有助于加强和深化卫生组织及其成员国的卫生政策、方案和项目。卫生组织最近通过的 2006—2015 年工作计划包括七个优先领域，其中包括促进与健康有关的权利。重要的是，要监督卫生组织落实这一重要特点。

51. 但本部分的重点是两个有关的障碍：现有非政府人权组织和卫生专业人员对卫生和人权运动的参与不够。本部分的主要目的是提醒注意这两个障碍，以便大家共同考虑如何消除障碍。就与卫生专业人员有关的第二个障碍，提出了一些初步意见。

52. 如特别报告员在早些时候的一个报告中所说，各国应当建立一个有助于卫生界采取从权利角度出发的办法的环境。<sup>40</sup> 所有负责培训卫生专业人员的机构都应当将人权教育和培训纳入各级专业课程。全国性卫生专业协会应当加强人权意识，鼓励其成员寻求人权教育。各国卫生部工作人员以及在与卫生有关的部门工作的人员，应当努力熟悉健康与人权的相辅相成关系。全国性人权机构应当向卫生专业人员提供人权培训。人权培训机构应将与健康有关的权利列入其课程。

53. 卫生组织要发挥关键作用。作为一个优先事项，秘书处要与各成员国和其它利益相关者广泛进行协商，制定一项战略，其中要规定出在健康和人权领域，包括在国家能力建设方面，它的任务、作用和优先活动。这项战略应当提交卫生组织各理事机构批准。这样一项战略将为卫生组织在这一充满希望和意义的领域的工作提供一个坚实的体制平台。反过来，这将促进各国普遍采取从人权角度出发的办法。

54. 那些已经在致力于与健康有关的各种权利问题的各方，他们则不应当过分强调人权的作用，因为人权毕竟不能为复杂的卫生问题提供神奇的解决办法。尽管如此，人权仍然可以发挥建设性作用，而没有广大卫生专业人员的积极支持，这种作用也就难以发挥。

### 三、有关健康权利和其它与健康有关权利的案例

#### A. 导 言

55. 由于能达到的最高水平的健康权利具有广泛而复杂的内含，一个首要问题就是要明确健康权利和其它与健康有关的权利的范围。明确范围有几种办法，包括通过负有解释人权责任的各机构的案例法。本部分介绍了一些案例，这些案例表明了有关国家、区域和国际法庭对与健康有关的各种权利的理解。

56. 在一些案件中，能达到的最高水平的健康权利不是被解释为保健权利(如获得紧急医疗)，就是被解释为得到健康的内在决定因素的权利(如获得无污染食物)。健康权利的两方面都十分重要。有些案件依据的是与健康有关的权利(如生命权)，法庭解释为保护健康的权利。虽然越来越多的国家把健康权利纳入宪法，但承认与健康有关的权利的国家甚至更多。一些案件依据的是健康权利和其它与健康有关的权利。<sup>41</sup>

57. 除非有某种形式的问责制的支持，否则，维护人权就有变成只是装饰门面的危险。有许多形式的问责制。对人权而言，有些是一般性的(如公平选举、新闻自由)，有些是具体的(如国家人权机构的调查)。有些是司法性的(如法院实行的人权法)，有些是行政管理性的(如人权影响评估)。有些是国家的(如宪法法院)，有些是国际的(如人权条约机构)。在每个国家范围内，则必须有一系列问责机制)。一个国家与另一个国家的问责制形式可能不同，同样，问责制的适当组合也会有所不同。所有问责机制都应当是可利用的、透明的和有效的。

58. 本章只讨论一种形式的问责制：司法问责制。司法程序的局限性是众所周知的。然而，如下述案例所表明，法院可澄清与健康有关的权利的含义，并保证个人和群体享受到更好的与健康有关的服务。案例是按照国际人权法中的概念大概分类的。<sup>42</sup>

#### B. 逐渐实现、现有资源和直接责任

59. 根据国际人权法(还有一些国家人权法)，能达到的最高水平健康的权利需要逐渐实现，并取决于可利用的资源。<sup>43</sup> 简而言之，逐渐实现的意思就是，国家明

年要比今年做得更好；可利用资源意味着，对富裕国家的要求要高于对低收入或中收入国家的要求。

60. 《南非宪法》中包括一项《权利法案》，其中承认获得保健服务的权利。<sup>44</sup> 根据《权利法案》，国家要在现有资源的范围内采取合理措施，逐渐实现这一人权。“卫生部诉治疗行动运动”一案涉及国家为防止母亲向孩子传染艾滋病毒而提供抗逆转录酶病毒药品 Nevirapine 的问题。<sup>45</sup> 根据逐渐实现和现有资源的概念，宪法法院裁定，政府必须“采取合理行动，使人民逐渐享有《宪法》中规定的社会经济权利”，并命令当局“在现有资源范围内，制定和执行一项全面和协调的方案，逐渐使妇女及其新生儿享有获得保健服务的权利，以防止母亲向孩子传染艾滋病毒”。第 72 段中更详细讨论了这一案例。

61. 南非宪法法院在 Soobramoney 诉卫生部长 KwaZulu Natal 一案中还考虑了现有资源问题。<sup>46</sup> 申诉人患有慢性肾衰竭，要求进行透析以延续生命。他的情况被诊断为不可逆转。最初，他能为私人治疗支付费用，后来因为积蓄用尽转而寻求在一家国立医院中治疗。由于资源有限，该医院不能为所有病人做透析。因此，该医院实行了一种有关透析治疗的政策和指导原则。只有那些患有急性肾衰竭、可通过透析治疗并得到补救的病人才能自动获得这种治疗资格。对患有慢性肾衰竭的病人，接受透析治疗方案的首要条件是适合进行肾移植。同时患有严重心血管疾病的病人不适合肾移植。Soobramoney 先生不符合医院有关进行透析的条件。

62. 《权利法案》规定：“不得拒绝向任何人提供紧急治疗。”<sup>47</sup> 在 Soobramoney 先生的案件中，医院是否违反了《权利法案》的这一规定？法院认定，医院没有违反规定，因为病人并未处于突发灾难意义上的紧急情况中，而是处于“经常性事态”中。然而，正如在“治疗行动运动”一案中所指出，《权利法案》中还规定了一项获得保健服务的权利，要求国家在现有资源范围内采取合理措施，逐渐实现这一人权。在 Soobramoney 一案中，宪法法院认定，该医院的政策和指导原则是合理的，并且是公平实行的，因此，在本案中，没有提供治疗不违反《权利法案》。

63. 虽然能达到的最高水平健康的权利中的许多内容都需要逐渐实现，且取决于现有资源，但这一权利也带来一些不受二者限制、必须立即履行的义务。例如，男女待遇平等就不受逐渐实现和现有资源的限制。一个国家不能说，它现在没有足够的资源来为男女公民提供同等服务，因此，它目前只能为男性公民提供服务，但

会在今后几年中一旦有了必要的资金逐渐向女公民提供同等服务。如下一个案例所表明，一些法院认为，健康权利的其它内容也带来一些不受逐渐实现和现有资源限制的直接义务。

64. 在 *Paschim Banga Khet Mazdoor Samity* 诉西孟加拉邦一案中，印度最高法院认定，政府不能以财政限制为由逃避提供紧急治疗的责任。<sup>48</sup> 在本案中，一个男人从火车上掉下，头部受了重伤。他被送到好几个国立医院，但没有一家能为他提供紧急治疗。这些医院都没有床位，也没有创伤和神经治疗服务。法院面前的问题是，不充足的急诊医疗设施是否构成否认生命权。

65. 法院认为，一个国家有义务确保具备充足的急诊医疗设施。它要求国家确保主要卫生中心备有为重伤和紧急情况立即进行紧急处理的设施。另外，法院还命令国家在全国增加处理重伤的专家和地区诊所，并在国立医院之间建立一体化联络网，以便病人能被立即送到有床位和设施的医院。法院承认，确保充足医疗设施需要大量开支。但它仍然认为，“一个国家不能以财政限制为由逃避这一宪法规定的义务”。

66. 在本部分最后，特别报告员要强调两点：第一，逐渐实现并不是说，一个国家可以随便采取什么措施，只要大致朝着权利方向走就可以。国家的一项法定义务就是，“为每个人的健康权利”采取“经过慎重考虑的、具体和有目标的”步骤<sup>49</sup>。卫生方面的研究和经验表明，某些措施比另一些措施好。国家必须采取可采取的最好措施。

67. 第二，*Samity* 认定，有些与健康有关的权利带来一些不受现有资源限制的直接义务。需要做出更多努力以明确健康方面的这些直接义务是什么。然而，如果一个低收入国家的政府没有足够的资源来履行与健康有关的直接义务，有援助能力的各方就有义务提供国际援助与合作，以使该国政府能履行其直接义务。<sup>50</sup>

### C. 具备、可利用、可接受和良好质量

68. 卫生设施、物品和服务必须具备、可利用、可接受，且质量良好，如下述案例所表明。<sup>51</sup> 在具备、可利用等要求的具体实行方面，各国可能会因资源具备等情况的不同而不同。

## 1. 具 备

69. 健康权利要求在一个国家的全国各地都具备完好的卫生设施、物品和服务。

70. 在 *Mariela Viceconte 诉卫生和社会福利部* 一案中，国家监察员 *Mariela Viceconte* 要求法院命令阿根廷政府对威胁 350 万人口的肾综合症出血热采取措施。<sup>52</sup> 更具体地说，他们要求法院命令政府生产一种治疗阿根廷出血热的、经卫生组织验证的疫苗。法院认为，在包括私人部门在内的现有保健系统不能保护个人健康的情况下，政府有责任提供保健服务。鉴于一些承认健康权利的国际条约已被纳入《宪法》，法院认为，政府没有“履行提供 *Candid-1* 疫苗的义务”。由于私人部门认为生产疫苗无利可图，法院命令国家生产 *Candid-1* 疫苗。

## 2. 可 利 用

71. 健康权利对国家产生了一项义务，那就要确保在其管辖范围内的每一个人都能利用卫生设施、物品和服务。在这种情况下，“可利用”主要有四个方面的含义：设施、物品和服务必须可实际利用；经济上可利用(即用得起)；健康资料也必须可利用。<sup>53</sup>

72. 在 *卫生部长诉治疗行动运动* 一案中，南非宪法法院在考虑资源具备和逐渐实现问题时也考虑到 *Nevirapine* 是否可得到的问题。<sup>54</sup> 政府只在每个省的两个研究和培训场所提供 *Nevirapine*。因此，不能去研究和培训场所、又不能去私人保健机构的母亲和婴儿就不能得到 *Nevirapine*。政府争辩说，“在制定出最好的方案以及提供必要的资金和基础设施之前，必须拒绝向不能去研究和培训场所的母亲和婴儿提供药品”。但法院认为，国家有限提供 *Nevirapine* 是不合理的。它命令政府立即采取行动，特别是要在公共医院和诊所按照医嘱提供药品。<sup>55</sup>

73. 国家必须采取合理措施，加强人们，包括残疾人，得到健康资料的便利。在加拿大的 *Eldrige 诉英属哥伦比亚* 一案中，一些聋哑申诉人对国有保健系统没有手语翻译表示不满。<sup>56</sup> 最高法院认定，根据《加拿大权利和自由宪章》，省政府有责任满足残疾人等弱势群体的需要。该法院裁定，申诉人有权在接受保健服务时享

有政府免费提供的手语翻译服务，当局未能确保申诉人平等利用省保健方案构成了歧视。

### 3. 可接受

74. 健康权利要求，所有卫生设施、物品和服务都必须符合医疗道德，如关于知情的同意和文化上适当的要求。在 Andrea Szijarto 诉匈牙利 一案中，一匈牙利罗姆族妇女称，她曾被强迫绝育。<sup>57</sup> 2000 年，她因临产而被送进医院。经检查发现，胎儿已经死亡，需要紧急剖腹产。在手术台上，她被要求签署一张同意剖腹产的表格和一张由医生手写的“勉强能看清的”允许做绝育手术的“字条”。关于绝育的内容是用她不懂的文字写的。她在向反对歧视妇女委员会的提交的申诉中说，这种行为侵犯了她享有适当保健服务的权利，以及自由和负责任地决定生育子女数目和间隔时间的权利。该委员会裁定，匈牙利没有向 Adrea 提供关于计划生育的适当资料和咨询，没有确保 Adrea 在充分知情的情况下同意手术，因此建议政府给申诉人以适当赔偿。

### 4. 良好质量

75. 卫生设施、物品和服务必须符合科学和医学要求，具有良好质量。在 Mohiuddin Farooque 医生诉孟加拉国 一案中，孟加拉国最高法院审理了这一要求<sup>58</sup> Farooque 医生对当局表示不满，因为它没有采取有效措施处理一大批含有放射性物质的进口脱脂奶粉。该法院认定，有污染的奶粉是对健康的威胁，因此，构成了对《宪法》规定的生命权的侵犯。<sup>59</sup> 《宪法》中有一条要求国家改善健康和营养质量，<sup>60</sup> 该法院通过对这一条的解释说明，生命权，除其它外，特别包括“保护普通人的健康和正常寿命”。该法院命令政府对这批奶粉的放射程度进行检测。

76. 在本部分的最后，特别报告员提出两点意见：第一，应当注意，前面段落中提到的要求应当结合可利用资源情况来理解。健康权利在高收入国家比在低收入国家要求能利用的药品种类多。在加拿大，要求为聋哑人提供手语翻译(Eldridge 案)，但在一个低收入国家，以费用较低的措施加强可得性是可以接受的。第二，在健康权利中，不是所有要素都需要很多资源。Szijarto 一案要求有尊严的治疗，Farooque

一案要求检查进口食品的质量，K.L.诉秘鲁一案(见下一部分)则可通过适当指导原则解决，等等。即使资源非常有限，国家也可做出很多努力来落实能达到的最高水平健康的权利。

#### D. 尊重、保护和落实的义务

77. 人权给国家带来尊重、保护和履行的义务。因此，国际有义务尊重、保护和落实可达到的最高水平健康的权利。<sup>61</sup>

##### 1. 尊 重

78. 尊重的义务要求国家避免拒绝或限制任何人，包括犯人、少数民族、寻求庇护者和非法移民，得到预防性、治疗性和减轻性保健服务。<sup>62</sup>

79. D.V.诉联合王国一案涉及英国当局将一个即将死于艾滋病的男人驱逐到其原籍国圣基茨的问题。<sup>63</sup> 在英国监狱期间，D 被诊断带有艾滋病毒。出于感情，他请求在服刑期满后允许他留在英国。将他驱逐回圣基茨将使他失去正在接受的治疗。欧洲人权法院认定，“驱逐将使 D 突然失去治疗，因而使他面临在非常痛苦的情况下死亡的危险，因此，这构成了不人道待遇”。<sup>64</sup> 该法院命令不得将 D 驱逐。<sup>65</sup>

80. K.L.诉秘鲁一案涉及一个 17 岁的秘鲁人被拒绝进行治疗性流产的问题。<sup>66</sup> 在 K.L.怀孕 14 周时，被利马一家国立医院的医生诊断为胎儿无脑畸形。如果妊娠继续下去，这种胎儿畸形就会危害 K.L.的健康。根据《秘鲁刑法》，如果为保护妇女的生命或健康有必要进行治疗性流产，那么这种流产是允许的。但是，医院院长拒绝为 K.L.做治疗性流产。因此，她被迫继续怀孕到生产，将婴儿喂养到出生后七天不可避免的死亡。K.L.认为，医务界一些人不愿执行允许治疗性流产的法律规定，而秘鲁政府没有对此做出反应，因而违反了《公民权利和政治权利国际公约》。人权事务委员会认为，政府拒绝按照《秘鲁刑法》应申诉人的请求为其做流产手术，违反了《公约》规定的义务。<sup>67</sup> 委员会，除其他外，特别决定要求秘鲁政府采取措施防止今后发生类似的违法情况。特别报告员补充说，政府履行《刑法》所规定义

务的一种方法可以是，向卫生专业人员提供关于何种情况下治疗性流产为合法并应当提供的指导原则。

81. 在 Yanomami 人诉巴西一案中，申诉人称，建设高速公路和利用其传统土地上的资源，破坏了其环境和传统生活方式，因而违反了《美洲人类权利和义务宣言》。<sup>68</sup> 他们说，建设公路使他们被迫离开祖传的土地，他们中的许多人因为这个项目死于流行性感冒、肺结核、麻疹、性病和其他传染病。美洲人权委员会在环境质量和生命权之间确立了一种关系，并认定，政府没有为 Yanomami 人另外提供生活地点构成了对其任命权、自由和人身安全的侵犯。该委员会建议“巴西政府继续采取预防性和治疗性措施，保护受感染性或传染性疾病威胁的印第安人的生命和健康”。

## 2. 保 护

82. 保护的义务要求国家采取措施，防止第三方(如私营公司)干涉能达到的最高健康水平的权利。<sup>69</sup>

83. 在 Ratlam 市议会诉 Vardi Chand 一案中，印度最高法院认定，市政府有义务为维护公共卫生保护环境。<sup>70</sup> 该法院认为，“大工厂排放污染物……[是]对法制中社会正义部分的挑战”。该法院还认为，维护公共卫生是保证个人体面和尊严的前提，是人权的一个不可动摇的方面，需要国家采取行动。

84. 另一个与环境有关的案件是社会权利和经济权利行动中心与经济权利和社会权利中心诉尼日利亚。<sup>71</sup> 尼日利亚 Ogoni 社区的一些成员称，军政府为一些石油公司在 Oganiland 的业务提供便利，侵犯了他们的健康权利和享有清洁环境的权利以及另外一些人权。申诉人称，由尼日利亚国家石油公司和壳牌石油开发公司组成的石油企业集团的活动污染了环境，给 Ogoni 地区的人民造成了广泛的健康问题。非洲人权和人民权利委员会认定，由于政府未能防止污染和生态退化，Ogoni 人的一系列人权，包括健康权利和享有清洁环境的权利，受到侵犯。它认为，政府未能对石油企业集团进行适当的管理和监督。该委员会下达了一系列命令，例如，今后要进行环境和社会影响评估，并向公众提供卫生和环境资料。

### 3. 落 实

85. 落实的义务要求国家为充分实现健康权利采取适当的立法、行政、预算、司法和其他措施。<sup>72</sup>

86. 在 Purohit 和 Moore 诉冈比亚一案中，一些精神健康倡导者目睹了在冈比亚皇家维多利亚医院精神病科对精神病人的不人道待遇。<sup>73</sup> 他们代表被拘留在那里的精神病人向非洲人权和人民权利委员会提出了申诉。冈比亚涉及精神健康的主要立法是《疯人拘留法》(1917年)。申诉人指出，从人权角度来看，这一殖民时期的立法在许多方面都有严重缺陷。该委员会认定，这一立法“在治疗目标方面有缺陷”；该立法规定，只向那些为其准备了“适当资源和方案”的精神病人提供治疗，这也是不够的。该委员会命令政府尽早制定有关精神健康的新立法，以取代《疯人拘留法》，新立法要符合《非洲人权与人民权利宪章》以及保护精神残疾人的更具体国际标准。

### E. 结 论

87. 这些案例说明，问责制是必不可少的。没有问责制，国家就可能以逐渐实现和资源有限为由，实际上什么也不做，或只对那些声音最大的利益群体的要求做出反应。在争取实现每个人的健康权利方面，独立、有效和可用的问责机制可迫使国家尽可能迅速和有效地说明它在做什么、为什么做和如何做的。

88. 法院通常不愿进行干预，往往给国家“很大的酌情处理余地”。它们惯于以一种有原则而又实际的方式平衡相互冲突的利益：在治疗行动运动一案中，宪法法院认定，政府没有完全尽责；而在 Soobramoney 一案中，同一法院则拒绝干预，因为医院有一项公平的政策。在有适当立法的情况下，法院可确保往往被忽视的穷人和弱势群体的利益受到适当重视。在适当情况下，它们负有重要责任，可告诉国家它可做得更好，并要求它再试一下。当然，法院也不能解决所有问题；例如，有时候，当局并不立即执行法院的命令。尽管如此，作为一种问责形式，法院在促进和保护与健康有关的权利方面还是可以发挥重要作用的。

89. 本部分只列举了近些年来判决的许多与健康权利有关的案件中的几个，但卫生组织将于 2007 年初在美国 Emory 大学人权研究所的支持下建立一个资料库，其中将收集很多与健康权利有关的国家和国际人权案例。<sup>74</sup>

#### 四、结 论

90. 2006 年，特别报告员向人权理事会表示，他希望能获得足够的资源，与其他各方密切合作，以一项体现了健康权利这一国际人权的卫生制度为对象，找出并研究其特点(见 E/CN.4/2006/48,第 21 段)。特别报告员在提交报告之后的互动性对话中受到鼓舞，因而提出这一想法。虽然这一题目需要付出很多努力，而且他掌握的资源有限，特别报告员还是要对这一兴趣做出反应，开始探索这一具有挑战性的问题。

91. 能达到的最高水平健康的权利，可理解为享有一种有效和综合卫生制度的权利，这种制度是根据国家和地方的优先事项制定的，是向所有人提供服务的，它包括卫生保健和健康的基本决定因素(同上，第 4 段)。然而，更具体而言，如果从健康权利的角度来看一种卫生制度，它应当包括哪些重要组成部分？例如，从人权角度来看，一个卫生制度应当包括一个收集卫生资料的适当制度；否则，国家或任何其他有关方面就不可能监督健康权利的逐步实现。另外，资料还必须按照性别、年龄和城市/乡村等项目分类，否则，就不可能监督健康权利对妇女、儿童以及那些居住在偏远乡村地区的人等弱势群体的逐步实现(同上，第 49(b)段)。

92. 另外，从健康权利角度来看，一个卫生制度还要包括：国家提供足够的、训练有素的卫生工作者并使其享有良好雇用条件的能力；在与健康有关的重要政策最后制定之前进行健康权利影响评估的过程；尽可能确保“从下至上”参与制定卫生政策的安排；有效、透明和可用的问责机制；等等。

93. 为从健康权利角度出发找出一种卫生制度的某些特点，特别报告员已经开始探索一些问题。他希望其他方面支持并配合他的这一重要任务，并希望随着这一工作的开展有机会向人权理事会进一步报告情况。

附 件

报告注解

<sup>1</sup> In the framework of his mandate, the Special Rapporteur also participated in a range of additional meetings and workshops between September and December 2006. For example, he participated as an instructor on the course “Monitoreando el Derecho a la Salud en América Latina”, held in Lima, Peru, and organized by EdhucaSalud and the International Federation of Health and Human Rights Organizations (IFHHRO). He was also a keynote speaker at the conference, “Exclusión y Derecho a la Salud: La Función de los Profesionales de la Salud”, which was also organized by EdhucaSalud and IFHHRO and held in Lima. Whilst in Peru, he co-organized an informal consultation on maternal mortality and human rights, together with CARE; CARE Peru; the Averting Maternal Death and Disability Program, Mailman School of Public Health; and the Human Rights Centre, University of Essex. He presented a paper at the conference, “Welfare Rights: in Theory and Practice”, held at Oxford University. He spoke at the Annual Meeting of the American Public Health Association on “Human Rights and Public Health: At the Crossroads”. He participated at a meeting on population and the Millennium Development Goals organized by the London School of Hygiene and Tropical Medicine and the Population and Sustainability Network. The Special Rapporteur also spoke at a seminar in Belfast organized by the Participation and the Practice of Rights Project, on “Making and Measuring Change-A Human Rights Based Approach to Health”. He also participated in a conference in Cairo organized by the Egyptian National Council on Human Rights on “The Right to Development: 20 Years After, What’s Next?”.

<sup>2</sup> For an early examination of the linkages between human rights and HIV/AIDS see K. Tomasevski, S. Gruskin, Z. Lazzarini and A. Hendricks, “AIDS and Human Rights” in J. Mann, D. Tarantola and T. Netter (eds), *AIDS in the World*, Harvard University Press, 1992, pp. 538-573.

<sup>3</sup> It remains to be seen whether or not the new Government, established in mid-2006, maintains this commitment.

<sup>4</sup> Shared Responsibility: Sweden’s Policy for Global Development, Government Bill 2002/03:122.

<sup>5</sup> In an especially welcome development, a few WHO country offices have appointed Health and Human Rights Officers.

<sup>6</sup> For more on WHO, see the Conclusion to this chapter

<sup>7</sup> Recent contributions to the academic literature include S. Gruskin, M. Grodin, G. Annas, S. Marks (eds), *Perspectives on Health and Human Rights*, 2006; A. Yamin, *The*

Future in the Mirror: Incorporating Strategies for the Defence and Promotion of Economic, Social and Cultural Rights into the Mainstream Human Rights Agenda, 27 (4) Human Rights Quarterly 2005; J. Ruger, Towards a Theory of a Right to Health: Capability and Incompletely Theorized Arguments, 18 Yale Journal of Law and the Humanities 2006.

<sup>8</sup> For example, see CARE Peru's project *Improving Health for the Poor: A Human Rights Approach*, <http://www.care.org/careswork/projects/PER097.asp>.

<sup>9</sup> J. Asher, *The Right to Health: A Resource Manual for NGOs*, 2004.

<sup>10</sup> Amnesty International, *Human Rights for Human Dignity: a Primer on Economic, Social and Cultural Rights*, 2005, p. 5.

<sup>11</sup> In 2006, for example, Amnesty published a study on maternal and infant health in Peru, drawing upon the right to the highest attainable standard of health, *Perú: Mujeres pobres y excluidas: le negación del derecho a la salud materno-infantil*, 2006.

<sup>12</sup> See <http://phmovement.org/>.

<sup>13</sup> Committee on the Rights of the Child, general comments Nos. 3 and 4; Committee on the Elimination of Discrimination against Women, general recommendation No. 24.

<sup>14</sup> 13 September 2006, A/61/338.

<sup>15</sup> 8 October 2004, A/59/422.

<sup>16</sup> 10 February 2005, E/CN.4/2005/51.

<sup>17</sup> 4 January 2005, E/CN.4/2005/51/Add.2; 4 February 2005, E/CN.4/2005/51/Add.3; 19 January 2006, E/CN.4/2006/48/Add.2; 21 February 2005, E/CN.4/2005/51/Add.4. At the time of writing, the report on Sweden has not yet been assigned a UN document number.

<sup>18</sup> 16 February 2004, E/CN.4/2004/49.

<sup>19</sup> 19 January 2006, E/CN.4/2006/48/Add.2.

<sup>20</sup> 12 September 2005, A/60/348.

<sup>21</sup> 4 January 2005, E/CN.4/2005/51/Add.2.

<sup>22</sup> Committee on Economic Social and Cultural Rights (CESCR), general comment No. 14, para. 27.

<sup>23</sup> 8 October 2004, A/59/422.

<sup>24</sup> 4 February 2005, E/CN.4/2005/51/Add.3. At the time of writing, the report on Sweden has not yet been assigned a UN document number.

- <sup>25</sup> 1 March 2004, E/CN.4/2004/49/Add.1.
- <sup>26</sup> 4 February 2005, E/CN.4/2005/51/Add.3; Press Release: US-Peru Free Trade, 13 July 2005 and 5 July 2004, available at [www.unhchr.ch](http://www.unhchr.ch).
- <sup>27</sup> 10 February 2005, E/CN.4/2005/51.
- <sup>28</sup> 13 February 2003, E/CN.4/2003/58, para 8.
- <sup>29</sup> 3 March 2006, E/CN.4/2006/48.
- <sup>30</sup> Gillian MacNaughton and Paul Hunt, *Impact Assessments, Poverty and Human Rights: A Case Study Using the Right to the Highest Attainable Standard of Health*, 2006, available at [http://www2.essex.ac.uk/human\\_rights\\_centre/rth/](http://www2.essex.ac.uk/human_rights_centre/rth/).
- <sup>31</sup> 13 September 2006, A/61/338.
- <sup>32</sup> Amnesty International, *Facts and Figures on the Death Penalty*. <http://web.amnesty.org/pages/deathpenalty-facts-eng>.
- <sup>33</sup> 27 December 2005, E/CN.4/2006/56, para. 9.
- <sup>34</sup> Such as the Inter-American Convention on Forced Disappearance of Persons (1994).
- <sup>35</sup> Launched in December 2005, the Leaders' Call to Action can be accessed at <http://www.realizingrights.org>.
- <sup>36</sup> At least in the short term.
- <sup>37</sup> As the International Labour Organization has chosen to do
- <sup>38</sup> 12 September 2005, A/60/348.
- <sup>39</sup> 2005 World Summit Outcome, A/RES/60/1, para. 126.
- <sup>40</sup> See 12 September 2005, A/60/348.
- <sup>41</sup> Some of the cases raise issues that go beyond health. This chapter, however, is confined to the health dimensions of the cases.
- <sup>42</sup> Some cases could properly be located in more than one group. For example, *Samity* is not only an example of a case that gives rise to immediate obligations, it also illustrates how States have a duty to make health services available.
- <sup>43</sup> See, for example, article 2 (1) ICESCR and article 27 (2) Constitution of South Africa.
- <sup>44</sup> Constitution of South Africa, 1996, art. 27.
- <sup>45</sup> CCT 8/02, full judgment available at [http://www.law-lib.utoronto.ca/diana/TAC\\_case\\_study/MinisterofhealthvTACconst.court.pdf](http://www.law-lib.utoronto.ca/diana/TAC_case_study/MinisterofhealthvTACconst.court.pdf)

<sup>46</sup> 1998 (1) SA 765 (CC), full judgement available at [http://www.law-lib.utoronto.ca/diana/TAC\\_case\\_study/Soobramoney.pdf](http://www.law-lib.utoronto.ca/diana/TAC_case_study/Soobramoney.pdf).

<sup>47</sup> In accordance with section 27 (3) of the South African Constitution, 1996.

<sup>48</sup> 1996 SCJ 25, p. 29.

<sup>49</sup> CESCR, general comment No. 3, para. 2, and general comment No. 14, para. 30.

<sup>50</sup> CESCR, general comment No. 14, para 45; Poverty Statement adopted by the Committee on Economic, Social and Cultural Rights on 10 May 2001, E/C.12/2001/10; A. Chapman and S. Russell (eds), *Core Obligations: Building a Framework for Economic, Social and Cultural Rights*, Intersentia, 2002.

<sup>51</sup> CESCR, general comment No. 14, para. 12.

<sup>52</sup> Case No. 31.777/96 (1998), For a further discussion of the case see Abramovich “Argentina: The Right to Medicines” in *Litigating Economic, Social and Cultural Rights: Achievements, Challenges and Strategies* (COHRE 2003).

<sup>53</sup> Subject to the confidentiality of personal health data.

<sup>54</sup> CCT 8/02, full judgement available at [http://www.law-lib.utoronto.ca/diana/TAC\\_case\\_study/MinisterofhealthvTACconst.court.pdf](http://www.law-lib.utoronto.ca/diana/TAC_case_study/MinisterofhealthvTACconst.court.pdf).

<sup>55</sup> *AIDS Access Foundation v. Bristol-Myers Squibb* is another case on economic access. The AIDS Access Foundation, and two patients living with AIDS, alleged that Bristol-Myers Squibb and the Thai Department of Intellectual Property had “conspired to intentionally delete” the dose restriction in a patent application for didanosine. They argued that this could have the effect of restricting access to this particular HIV treatment. In its judgement, the Thai Central Intellectual Property and International Trade Court ruled that, because pharmaceutical patents may lead to high prices that limit access to medicines, patients may challenge their legality. The Court asserted the primacy of human life in trade agreements, as recognized internationally by the Doha Declaration on Trade-related Intellectual Property Rights (TRIPS) and Public Health. The Court held that the TRIPS agreement must be: “interpreted and implemented so as to promote the rights of members to protect public health, especially the promotion and support of access to medicines”. The Court also held that “lack of access to medicines due to high prices prejudices the human rights of patients to proper medical treatment”. Tor Por 34/2544, full judgement available at <http://www.cptech.org/ip/health/c/thailand/>; see also [www.msf.org](http://www.msf.org).

<sup>56</sup> [1997] 3 S.C.R. 624, full judgement available at <http://www.canlii.org/ca/cas/scc/1997/1997scc89.html>.

<sup>57</sup> Communication No. 4/2004, UN Doc. CEDAW/C/36/D/4/2004 (2006), full judgement available at

<http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/protocol/decisions-views/Decision%204-2004%20-%20English.pdf>.

<sup>58</sup> 48 DLR (1996) HCD 438.

<sup>59</sup> Constitution of Bangladesh, 1972, article 32.

<sup>60</sup> Constitution of Bangladesh, article 18.

<sup>61</sup> CESCR, general comment No. 14, paras. 34-37. There is an overlap between, on the one hand, respect, protect and fulfil and, on the other hand, the requirement that health services etc., are available, accessible, acceptable and of good quality.

<sup>62</sup> CESCR, general comment No. 14, para. 34.

<sup>63</sup> 24 EHRR 423, full judgement available at [www.echr.coe.int](http://www.echr.coe.int). On the duty to respect see also the case of *Andrea Szijjarto v. Hungary*, discussed in paragraph 75.

<sup>64</sup> *D. v. United Kingdom*, 24 EHRR 423, para. 53.

<sup>65</sup> In some more recent decisions, the Court has held that deporting people living with HIV/AIDS to countries where they may not be able to receive treatment may not amount to a violation of the European Convention if their illness has not reached an advanced stage, e.g. *Henao v. The Netherlands*, Application No. 13669/03, 24 June 2003.

<sup>66</sup> *Karen Noelia Llantoy Huamán v. Peru*, communication No. 1153/2003, UN Doc. CPR/C/85/D/1153/2003 (2005), full judgement available at <http://www1.umn.edu/humanrts/undocs/1153-2003.html>, see also [www.crlp.org](http://www.crlp.org).

<sup>67</sup> The Committee found a violation of articles 2, 7, 17 and 24 of ICCPR.

<sup>68</sup> Resolution No. 10/85, case No. 7615 (1985), full judgement available at <http://www.cidh.org/Indigenas/Annex1.htm>.

<sup>69</sup> CESCR, general comment No. 14, para. 33.

<sup>70</sup> A.I.R. 1980 S.C. 1622.

<sup>71</sup> Communication No. 155/96 (2001) <http://www1.umn.edu/humanrts/africa/comcases/155-96b.html>. This case is on the borderline between “respect” and “protect”. To the extent that the oil consortium was an arm of the State, it is a “respect” case. To the extent that the oil consortium was a private entity insufficiently regulated by the State, it is a “protect” case. Whether “respect” or “protect”, the key point is that the Commission found that the State was responsible for breaches of health-related rights.

<sup>72</sup> CESCR, general comment No. 14, para. 33.

<sup>73</sup> Communication No. 241/2001 (2003), available at <http://www1.umn.edu/humanrts/africa/comcases/241-2001.html>; see also COHRE, “Housing and ESC Rights Law”, 2004, p. 4.

<sup>74</sup> The database will be located at <http://www.who.int/hhr/databases/en/>. It will also include information about relevant international human rights instruments and national Constitutions bearing upon the right to health. For an excellent summary of national jurisprudence on access to medicines see Hogerzeil, H. et al., “Is access to essential medicines as part of the fulfilment of the right to health enforceable through the courts?”, *Lancet*, 2006. COHRE and Interights also have excellent collections of the growing jurisprudence on economic, social and cultural rights, see [www.cohre.org](http://www.cohre.org) and [www.interights.org](http://www.interights.org).

-- -- -- -- --