



## 经济及社会理事会

Distr.  
GENERAL

E/CN.4/2003/58  
13 February 2003  
CHINESE  
Original: ENGLISH

人权委员会  
第五十九届会议  
临时议程项目 10

### 经济、社会、文化权利

#### 人人享有能达到的最高标准的身心健康的权利

特别报告员保罗·亨特根据委员会

第 2002/31 号决议提交的报告 \* \*\*

\* 根据大会第 53/208 B 号决议第 8 段，本文件迟交是为了尽量列入最新资料。

\*\* 本文件附件仅以原文分发。

## 内 容 提 要

人权委员会第 2002/31 号决议决定任命一名特别报告员，任期三年，其任务主要在于关注人人享有能达到的最高标准的身体健康的权利。保罗·亨特(新西兰)于 2002 年 8 月被任命为特别报告员。在此初步报告中，特别报告员概述了他对任务的总体看法。

特别报告员强调，重视与所有相关行为者展开经常对话以讨论可进行合作的领域的重要性，然后概述了健康权的渊源和范围。

报告确定了任务的三个主要目标：促进——鼓励其他方面促进——健康权作为一项基本人权；澄清健康权的范围和内涵；确定在社区、国家和国际级别上实施健康权的良好做法。

特别报告员在探讨这三个目标时，旨在通过两个相互联系的主题进行：健康权与贫困(在此方面，报告简要考虑了与健康相关的千年宣言目标)；健康权、歧视和耻辱。这两个主题使特别报告员能审查来自第 2002/31 号决议的诸如性别、儿童需求、种族歧视和艾滋病毒/艾滋病等几个重要问题。

报告概述了在资源许可的情况下特别报告员愿通过健康权审查的 6 个具有说明作用的问题：(a) 减贫战略；(b) “被忽视的疾病”；(c) 影响评估；(d) 相关的世贸组织协议；(e) 精神健康；(f) 卫生专业人员的作用。

## 目 录

	<u>段 次</u>	<u>页 次</u>
导 言.....	1 - 9	4
一、作为人权的健康权.....	10 - 36	6
A. 健康权的渊源.....	10 - 21	6
B. 健康权的范围和内涵.....	22 - 36	8
二、广泛的目标.....	37 - 40	11
三、主 题.....	41 - 68	12
A. 贫困与健康权.....	44 - 58	12
B. 歧视和耻辱与健康权.....	59 - 68	15
四、具体项目、问题和干预.....	69 - 78	18
A. 减贫战略.....	70 - 72	18
B. 被忽视的疾病.....	73 - 81	19
C. 影响评估.....	82 - 85	21
D. 世界贸易组织与健康权.....	86 - 89	22
E. 精神健康权.....	90 - 94	23
F. 卫生专业人员.....	95 - 98	24
五、结 论.....	99	24
 <u>附 件</u>		
一、与健康权相关的一些国际文书.....		28
二、人权委员会近期通过的与健康权相关的一些决议.....		34

## 导 言

1. 人权委员会第 2002/31 号决议决定任命一名特别报告员，任期三年，其任务主要在于关注《世界人权宣言》第二十五条第一款、《经济、社会、文化权利国际公约》第十二条、《儿童权利公约》第二十四条和《消除对妇女一切形式歧视公约》第十二条中所载的人人享有可达到的最高标准的身心健康的权利以及《消除一切形式种族歧视国际公约》第五条(e)款(四)项中所载的不受歧视权利。

2. 委员会请特别报告员：(a) 收集、征求、接受和交换来自所有有关来源的关于健康权的资料；(b) 与所有有关的行为者，包括政府、有关的联合国机构、专门机构和方案，特别是世界卫生组织(卫生组织)和联合国艾滋病病毒/艾滋病联合方案以及各非政府组织和国际金融机构展开经常的对话，以讨论可进行合作的领域；(c) 报告在全世界实现健康权的现状，包括法律、政策、良好做法和障碍；(d) 就促进和保护健康权的适当措施提出建议。进一步请特别报告员在实现健康权时照顾到男女平等并特别注意儿童的需要，考虑到《德班宣言和行动纲领》的有关规定，以及特别铭记经济、社会和文化权利委员会的第 14 号一般性意见、消除对妇女歧视委员会第二十届会议通过的第 24 号一般性建议。本初步报告是根据第 2002/31 号决议提交的。

### 协商与合作

3. 保罗·亨特(新西兰)于 2002 年 8 月被任命为特别报告员。在特别报告员被任命与提交本初步报告的最后期限之间的有限时间内，特别报告员进行了尽可能广泛的协商。特别报告员与一些国家和世界卫生组织的许多官员进行了初步和非正式的协商。他还与艾滋病方案、联合国儿童基金会、联合国人口活动基金以及位于华盛顿的世界银行和国际货币基金组织官员进行了初步和非正式的讨论。特别报告员还与包括世界医学协会在内的卫生专业人员协会等民间社会组织进行了协商。

4. 特别报告员会见了人权事务高级专员和副高级专员，对其给予的支持和鼓励表示十分赞赏。

5. 国际人权服务社——与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、人权高专办事处和世界卫生组织合作——于 2002 年 11 月在纽约联合国总部为特别报告员组织了一次简报会，与外交官、联合国机构和非政府组织讨论他的任务授权。特别报告员愿对负责组织此次活动的各方面表示感谢。

6. 特别报告员对与之进行过协商的人士表示感谢，并期待着明年深化有关的协商。他十分重视关于任务授权的第 5 条 b 款，即“与所有有关的行为者展开经常的对话，以讨论可进行合作的领域”，并期待着与尚有机会见面的人士进行协商。特别报告员会欢迎对本初步报告概述的目标(第二部分)、主题(第三部分)和具有说明作用的项目和问题(第四部分)进行评论。

7. 根据任务授权，特别报告员在有机会和资源许可下愿把与有关国家和下列国际行为者进行的协商推向合作：各国政府、国家人权机构、联合国人权条约机构、关于各个主题和国家的特别报告员及其他独立专家、联合国机构和方案、国际金融机构、卫生专业人员、民间社会组织等。例如，特别报告员愿与卫生部和其他相关部委共同工作，帮助确定促进和保护健康权的法律、政策和方案。特别报告员在任务期限内将努力表明，健康权可增强健康政策并提高卫生部在国家一级的地位。健康权进一步在国际级别上有助于实现千年宣言设想的全球公正和责任分担。

## 根本原则

8. 在工作过程中，特别报告员的根本指导原则，是包括健康权在内的国际人权法应一致和协调地适用于所有相关的国家和国际决策过程。在国际决策方面，该原则反映在《维也纳宣言和行动纲领》、秘书长的报告：“革新联合国：改革方案”(1997)<sup>1</sup>和“加强联合国：进一步改革纲领”(2002)<sup>2</sup>及执行《联合国千年宣言》的行进图(2001)<sup>3</sup>当中。此外，该原则也反映在人权委员会的立场中，例如，人权委员会的决议呼吁《经济、社会、文化权利国际公约》的缔约国“确保《公约》在所有相关的国家和国际决策过程中得到考虑”<sup>4</sup>。

9. 然而，若要使该原则不停留在口号上，必须回答两个问题。首先，人权总体上为决策过程带来了什么？诸如健康权的具体人权，为决策过程带来了什

么？特别报告员在工作过程中将努力回答这两个关键问题——特别是第二个，并着重于健康权。

## 一、作为人权的健康权

### A. 健康权的渊源

#### 1. 国际方面

10. 于 1946 年通过的《世界卫生组织组织法》阐明，“享受可能获得的最高健康标准是每个人的基本权利之一，不因种族、宗教、政治信仰、经济及社会条件而有区别”。两年之后，《世界人权宣言》第二十五条第 1 款为健康权的国际法律框架奠定了基础。自那时以来，健康权已被编纂入无数具有法律约束力的国际和区域人权条约。以下段落简要概述了健康权的部分法律渊源。

11. 《经济、社会、文化权利国际公约》第 12 条为国际法对健康权的保护提供了基石：《公约》引入了适用于 146 个批约国的所有个人的具有法律约束力的条款。此外，对边缘群体健康权的保护，载于针对具体群体的国际条约。《消除一切形式种族歧视国际公约》第五条(辰)款(4)项规定，保护种族和民族群体“享受公共卫生、医药照顾的权利”。《消除对妇女一切形式歧视公约》第五条(e)款(四)项对保护妇女健康权作出了几项规定，特别是第 11 条(1)款 f 项、第 12 条和 14 条(2)款 b 项。《儿童权利公约》包括关于儿童健康权的广泛和详细的规定，其中第 24 条是全部关于儿童健康权的，第 3 条(3)款、17、23、25、32 和 28 条包括特别保护弱势儿童群体的规定。特别报告员还注意到载于《儿童权利公约》第 2、3、6 和 12 条的关于执行所有《公约》权利的“指导”原则。

12. 关于具体群体的进一步标准在其他文书中作出了规定，如《保护精神病患者和改善精神保健的原则》和《消除对妇女的暴力行为宣言》。针对具体群体的健康权国际标准清单，见附件 I, B 部分。其他国际人权文书载有在各种情况、环境和过程中，包括武装冲突、发展、工作场所和拘禁，与保护健康权相关的规定。针对这些关键性具体情况的健康权国际标准清单，见附件 I, C 部分。

13. 委员会最近的决议，包括获得药物的决议(2002/32)和关于残疾问题的决议(2002/61)，突出阐述了健康权，重申其作为人权的地位。此外，委员会还通过了重要的决议，其中包括与健康权有密切关系的条款。

14. 联合国举行的无数世界性会议的成果文件作出了与健康权相关的富有深远影响的承诺。这些会议有助于将包括艾滋病毒/艾滋病等健康问题在内的国际问题，置于全球议程的首位。会议的成果文件对国际和国家决策具有影响。许多提及健康权、与健康相关的权利及健康问题。关键性的成果文件的清单，载于附件 I, D 部分。

## 2. 区域方面

15. 除国际标准以外，健康权在区域人权条约中也得到承认，包括《非洲人权和人民权利宪章》(第 16 条)；《非洲儿童权利与福利宪章》(第 14 条)；《美洲人权公约关于经济、社会和文化权利领域的附加议定书》(称作“萨尔瓦多议定书”(第 10 条)；以及《欧洲社会宪章》(第 11 条)。

16. 其他区域性文书未具体承认健康权，但通过其他与健康相关的权利提供间接的保护，包括《美洲关于人的权利和义务宣言》、《美洲人权公约》、《美洲防止、惩罚和根除对妇女暴力行为公约》、以及《欧洲保护人权与基本自由公约及其议定书》。

17. 区域人权机制对涉及健康权的案件作出了裁决。2002 年的著名案例是非洲人权与人民权利委员会针对石油公司在尼日尔三角洲的活动对奥戈尼人民造成的破坏，判定尼日利亚联邦共和国侵犯了享有能达到的最高标准的身心健康权利。<sup>5</sup>

18. 在其他案例中，区域机制对破坏与健康相关的其他权利作出了裁决。例如，在洛佩斯·奥斯特诉西班牙案中，欧洲人权法院裁决对人体健康的环境危害会造成破坏住房、家庭和私生活权利。<sup>6</sup> 在国际法院诉葡萄牙案中，欧洲社会权利委员会审议了涉及葡萄牙出现童工的指控。委员会裁决存在对《欧洲社会宪章》的破坏，并对大量儿童在“可能对儿童健康及发展产生不利后果”<sup>7</sup> 的部门工作表示关注。

19. 在若热·奥迪雷·米兰达·科尔特斯及其他诉萨尔瓦多案中，美洲人权委员会关于是否受理此案的决定认为，委员会无权确定萨尔瓦多是否破坏了《议定书》第 10 条(健康权)，但委员会将“根据《美洲公约》第 26 和 29 条的规定，在分析此案的是非时，考虑与健康权相关的规定”。<sup>8</sup>

### 3. 国内方面

20. 世界卫生组织已委托国际法学家委员会对载有健康权和与健康相关权利的国家宪法进行调查。<sup>9</sup> 根据此初期调查的最初结果，60 多个宪法规定了包括健康权或与保健相关的权利，40 多个宪法规定了包括与健康相关的权利，诸如生殖健康权、残疾人获得物质援助的权利、以及享有健康环境的权利。另外，大量宪法规定了国家与健康相关的义务，诸如国家发展医疗服务的义务，并可从中推断应享有的医疗待遇。此外，在一些法律管辖范围内，关于健康权的宪法规定，导致了重要的司法判例，诸如最近南非宪法法院在卫生部长诉治疗行动运动案中作出的裁决。法院在此案中认为，《宪法》要求政府“为制止母亲向婴儿传染艾滋病毒，制定并执行全面和协调的方案，以逐步实现孕期妇女和新生儿获得医疗服务的权利”。<sup>10</sup> 此案——以及在国际、区域和国家级别的其他无数法律和决定——确认健康权可予审理。

21. 在执行任务过程中，特别报告员建议审查涉及健康权的宪法(和其他)法律及做法，以澄清健康权的范围和内涵，确定与执行健康权相关的良好做法。

#### B. 健康权的范围和内涵

22. 在此，特别报告员仅限于对健康权的法理内容发表初步的看法。

23. 卫生保健和健康的基本决定因素。健康权是一项内容广泛的权利，不仅包括及时和适当的卫生保健，而且也包括决定健康的基本因素，如使用安全和清洁的饮水、享有适当的卫生条件、符合卫生的职业和环境条件，和获得卫生方面的教育和信息，包括性和生育卫生的教育和信息。<sup>11</sup>

24. 自由和权利。健康权既包括自由，也包括权利。自由包括掌握自己健康和身体的权利，包括不受未经同意强行治疗和试验的权利。应该享有的权利包括

参加卫生保护制度的权利(卫生保健和基本决定因素), 该套制度能够为人们提供平等的机会, 享有可达到的最高水平的健康。<sup>12</sup>

25. 更加具体的权利。<sup>13</sup> 健康权是一个广泛的概念, 可分为更加具体的权利, 诸如以下权利:

- 母、婴健康和生殖健康;
- 符合卫生条件的工作场所和自然环境;
- 预防、治疗和控制疾病, 包括获得基本药物;
- 获得安全的饮用水。

26. 不歧视和平等待遇。不歧视和平等待遇是健康权最重要的组成部分之一。因此, 国际人权法规定在获得卫生保健和基本健康要素方面, 禁止包括在健康状况基础上的国际禁止的任何歧视, 这些歧视可能或实际上妨碍平等地享有健康权。<sup>14</sup>

27. 立即生效的义务。尽管受制于逐步实现和资源的限制, 健康权规定了一些立即生效的义务。这些立即生效的义务, 包括非歧视和平等待遇, 以及采取深思熟虑、具体的和目标明确的步骤充分实现健康权的义务, 如制定国家公共卫生战略和行动计划。逐步实现意味着国家有一项具体和始终存在的义务——尽可能迅速和切实地充分实现健康权。<sup>15</sup>

28. 国际援助与合作。各国负有义务采取措施, 单独或通过国际援助和合作充分实现健康权。例如, 国家有义务尊重在其他国家管辖范围内享有健康权, 确保避免国际协议或政策对健康权产生消极影响, 国家在国际组织中的代表应在一切决策中充分地考虑健康权及提供国际援助和合作的义务。<sup>16</sup>

29. 人道主义援助。各国负有共同和单独的责任, 在发生紧急情况时, 在提供救灾和人道主义援助方面进行合作, 包括援助难民和国内流离失所者, 如提供医疗援助和饮水。<sup>17</sup>

30. 所有行为者的责任。虽然国家对实现国际人权负有主要责任, 但社会的所有行为者——个人、地方社区、政府间和非政府组织、卫生专业人员、及私营企业部门等——在实现健康权方面也都负有责任。<sup>18</sup>

31. 相互依存。健康权与实现主要国际人权条约中所载的一些其他人权和基本自由密切相关，包括获得食物、住房、工作、教育、生命、非歧视、平等、禁止使用酷刑、隐私权、参与、获得信息的权利、以及结社、集会和行动自由。<sup>19</sup>

32. 限制。公共卫生问题时常被一些国家用来作为限制行使其他基本人权的理由。这类限制必须符合法律，包括国际人权标准，而且必须是促进民主社会总体福祉所严格必要的，必须相称，需加以审查，且应是短期实施的。<sup>20</sup>

33. 分析框架。近年，几个人权行为者制定了旨在加深我们对经济、社会和文化权利的理解的分析框架或工具。特别报告员将在今后的报告中探讨几个或所有这些发展。

34. 首先，《经济、社会、文化权利国际公约》注意到，卫生保健设施、商品和服务，包括基本的卫生要素，应可以便利地得到、获得、可接受、并具高质量。<sup>21</sup> 委员会对每个条件作出了解释——例如，“获得条件”有四个方面：不歧视，实际获得的条件，经济上的获得条件(可支付)，以及获得与卫生有关的信息。

35. 第二，《经济、社会、文化权利国际公约》、《消除对妇女一切形式歧视公约》及促进和保护人权小组委员会注意到，人权为国家规定了三种形式的义务：尊重、保护及履行的义务。<sup>22</sup> 南非《宪法》载有类似的分析。

36. 第三，《经济、社会、文化权利国际公约》标志着指标和基准的重要性。<sup>23</sup> 国际健康权只能逐步实现。这不可避免地意味着在不同时期对国家的期待不同。要监督进展情况，国家需要一个手段对健康权的可变方面进行衡量。《经济、社会、文化权利国际公约》建议，最适当的手段是综合利用国家健康权指标和基准。因此，国家应选择适当的健康权指标，帮助对健康权的不同方面进行监督。健康权指标要求对禁止的各种歧视分别列出。然后，国家就每个分别列出的指标制定适当的国家目标或基准。国家可使用这些国家指标和基准，监督一个时期以来的进展，使国家能够确认何时需进行必要的政策调整。当然，无论健康权指标和基准如何复杂，都不可能全面显示特定管辖范围内健康权的享有情况。它们最多能为特定国家的健康权，提供有益的背景指标。

## 二、广泛的目标

37. 特别报告员建议着重于三个广泛和相互联系的目标：

1. 促进——并鼓励其他方面促进——将健康权作为一项基本人权，正如众多具有法律约束力的国际人权条约、人权委员会决议和《世界卫生组织组织法》所规定的那样。

38. 尽管健康权作为一项基本人权，与宗教自由或受到公平审判权享有同等的国际法律地位，但健康权未得到这些权利和其他公民与政治权利所得到的广泛承认。许多行为者，如国家、国际组织和民间社会团体，可帮助提高健康权作为一项基本人权的地位。尽管尚需经过数年时间，才能使健康权与其他已确立的人权取得同等地位，特别报告员的一个目标，是使健康权作为一项基本人权得到更广泛的承认。

2. 澄清健康权的范围和内涵。从法理的角度，健康权的含义是什么？产生什么义务？

39. 尽管关于健康权的国家和国际司法判例增加，但健康权的法律内涵尚未完全确立。考虑到历史上健康权以及其他经济、社会和文化权利被忽视，这并不令人奇怪。因此，特别报告员旨在澄清和探索健康权的范围和内涵，吸收(i)正在发展的国家和国际司法判例，(ii)促进国际人权法的基本原则，如平等、不歧视及个人尊严。

3. 确定在社区、国家和国际级别上实施健康权的良好做法。

40. 至关重要的是，承认人权并理解其法律内涵，然后必须实施有关的法律规定。换言之，必须将国家和国际规范转化为有效的政策、方案和项目。然而，如何实施健康权，与如何有效地实施一些其他人权一样，既不显而易见，又非不言自明。幸运的是，在不同的法律管辖范围内，存在反映健康权的良好的法律、政策、方案和项目的范例。虽然在一种情况下行之有效的做法，在另一种情况下

不一定有效，但可吸取经验教训。因此，特别报告员的目的是收集、分析和宣传关于健康权的良好做法。这些良好做法来自社区、国家和国际级别，涉及各种行为者，包括政府、法院、国家人权机构、健康专业人员、民间社会组织 and 国际组织。

### 三、主 题

41. 健康权跨越广泛和多样的问题领域，其中一些极为复杂。为使任务范围更易于管理，特别报告员建议着重于两个相互关联的主题。他将不局限于这两个主题，但他建议总体围绕这两个主题组织工作：

- (a) 健康权与贫困；
- (b) 健康权、歧视与耻辱。

42. 正如《千年宣言》所确认，消除贫困已成为联合国和其他国际组织及许多国家的首要政策目标之一。至于歧视和耻辱，两者继续严重地限制和损害着在健康领域内取得进展。

43. 任务授权规定，特别报告员应“照顾到男女平等”并“特别注意儿童的需要”，以及《德班宣言和行动纲领》。贫困和歧视/耻辱两个主题，特别与性别、儿童和种族歧视问题相关。两个主题还有助于对特别报告员极为重视的其他问题，如精神健康、艾滋病毒/艾滋病进行审议。

#### A. 贫困与健康权

44. 健康权——和其他人权——在消除贫困和类似战略中，可发挥重要和建设性的作用。以国家和国际人权为基础的政策，对那些生活在贫困中的人而言，更有可能生效、可持续、具包容性、公平和富有意义。<sup>24</sup>

##### 1. 健康与贫困

45. 健康不良会毁掉生计，降低工人的生产力，使教育成果下降，机会受到限制，因而造成贫困。由于贫困使医疗机会减少，环境风险增加，会导致最恶劣形式的童工和营养不良，因此通常健康不良也是贫困的后果。换言之，健康不良

既是贫困的根源，又是贫困的后果：患病者更易变穷，穷人更易生病，对疾病和残疾更加脆弱。

46. 健康良好对创造和维持穷人摆脱贫困所需的能力至关重要。作为贫困者的一项重要资本，健康良好有助于他们获得更大的经济安全。健康良好不只是发展的一个结果：健康良好是实现发展的一条途径。因此，健康问题在《千年宣言》和千年发展目标中处于突出的位置。<sup>25</sup>

## 2. 千年发展目标：健康的突出位置

47. 在 8 个千年发展目标中，4 个与健康相关：

- (a) 至 2015 年，将产妇死亡率在目前基础上降低四分之三；
- (b) 至 2015 年，将 5 岁以下儿童的死亡率在目前基础上降低三分之二；
- (c) 到 2015 年制止并开始扭转艾滋病毒/艾滋病的蔓延、疟疾的祸害和其他影响人类的主要疾病；
- (d) 确保环境的可持续能力。

千年发展目标的第 5 项内容——建立全球发展伙伴关系——也与健康权密切相关。此外，16 项千年发展目标“指标”中的 8 项，以及 48 项千年发展目标“指示数”中的 17 项，与健康相关。

48. 鉴于健康在千年发展目标的“目标”和“指标”中处于极为突出的位置，特别报告员建议，在其工作过程中通过健康权考虑与健康相关的千年发展目标，以努力实现这些目标。

## 3. 千年发展目标与健康权

49. 已经正确地注意到，千年发展目标不是从人权角度制定的。特别报告员注意到，从人权角度看对千年发展目标存在三种反对意见。

50. 首先，与健康相关的千年发展目标不全面：目标未涉及作为健康权基本特点的重要健康问题。例如，千年发展目标未提及生殖健康。此项遗漏极为突出，因为开罗和北京会议成果以及国际发展目标(千年发展目标的前身)，均包括生殖健康。特别报告员对此批评的回应，是强调千年发展目标并不旨在全面。千年

发展目标之外，存在与健康相关的重要目标和指标。因而，千年发展目标应予补充。当然，生殖健康是健康权的必要组成部分，对健康权的任何战略性思考都应该将其列入。

51. 第三，人权特别关注脆弱个人和群体。从人权的角度，整个人口的平均状况并无帮助，甚至可能造成误解：平均健康指标的改善，可能实际掩盖一些边缘群体的指标下降。因此，人权要求把所有相关数据分解，以反映特定的处于不利地位群体的状况——贫困妇女、少数人以及土著人民等。与健康相关的千年发展目标有时受到批评，因为这些目标未以此方式制定：未对目标进行分解。特别报告员对此批评进行的回应，是建议人权恰可在此方面对与健康相关的千年发展目标作出贡献。通过坚持对目标进行适当分解，在实现《千年宣言》承诺方面，人权可以有助于确定使所有个人和群体受益的政策。

52. 第三，也许会有争辩，从人权的角度不能接受到 2015 年将产妇死亡率降低四分之三的目标：人权的目标应该是消除所有可以避免的产妇死亡。对此反对意见，逐渐实现的概念作出了回应。此概念是包括健康权在内的许多人权的一个不可缺少的特征。人权的方法不提无理要求，即必须一夜之间实现所有人权。承认目前的现实，包括资源限制，人权的方法允许在一段时间内逐渐实现健康权。

53. 然而，至关重要的是，人权的方法对逐渐实现的做法规定了条件，否则逐渐实现可能使人权失去内容，变成仅仅空谈。例如，一项条件是：人权的方法，要求国家在其权力范围内采取一切措施，尽可能迅速有效地充分实现健康权。另外一个例子是：人权的方法要求一贯尊重健康权的基本最低水平或核心义务。制定这样的条件，旨在确保逐渐实现的概念不被滥用。这些条件也对有效、透明和可使用的监督和问责制安排作为人权方法基本特点的原因，作出了解释。

54. 因此，到 2015 年将产妇死亡率降低四分之三的千年发展目标，如果代表着最终目标，从人权的角度当然不能接受。但是，没有人提出此千年发展目标是最终目标。此项目标是中级目标。考虑到逐渐实现的概念，特别报告员对有关产妇死亡率的千年发展目标原则上从人权的角度不予反对。然而，此千年发展目标及实现目标的措施实际是否符合国际人权法，是另外一个至关重要的问题，在仔细研究有关人权的法律和政策之后才能作出回答。

55. 最后，秘书长执行《联合国千年宣言》的行进图，也鼓励特别报告员从健康权的角度审议与健康相关的千年发展目标。根据此行进图：“经济、社会和文化权利是所有千年发展目标的核心所在”。<sup>26</sup> 因此，特别报告员希望，从健康权的角度，选择审查一些关于千年发展目标的国家级定期报告，以就有关健康的部分更有效地使贫困人口受益及消除贫困的方式提出建议。

#### 4. 人权、健康权与贫困

56. 关于人权对消除贫困的总体作用的文章和实践日益增多。<sup>27</sup> 简言之，人权赋予贫困人口权利；有助于解决歧视和不平等；要求贫困人口进行参与；强调一切权利在消除贫困的斗争中的重要性；不允许进行一些政策选择(例如，对贫困人口产生不相称的有害影响的政策)；强调国际援助和合作的重要作用；引入关于义务的概念，因此要求采取有效、透明和可用的问责机制。

57. 关于健康权对消除贫困的具体作用的文章和实践较少。特别报告员希望对此问题给予特别关注。特别报告员建议，以健康权为基础的消除贫困战略，将着重于以下几个方面：改善贫困人口获得医疗服务的条件，如确定对贫困人口造成特别影响的疾病，执行具体针对贫困人口的免疫及其他计划；提高向贫困人口提供的公共卫生服务的效力，如实施基本环境控制，特别针对贫困人口居住地区的废物处理；减轻健康保护给贫困人口带来的经济负担，如降低或取消贫困人口的使用费；促进在其他领域内对卫生的基本决定因素有积极影响的政策，如支持对贫困人口的健康状况带来积极影响的农业政策。

58. 最后，特别报告员将探讨健康权对消除贫困的具体作用。应该从人权的总体作用方面—例如：不歧视、参与、国际合作、问责制方面，理解对消除贫困的具体作用。

#### B. 歧视和耻辱与健康权

59. 特别报告员建议，在健康权方面重点放在与歧视和耻辱相关的问题上，并作为第二个主题。基于性别、种族、族裔和其他因素的歧视，是健康的一个社会决定因素。对特定群体的歧视及其边缘化促成的社会不平等，影响着受害者的

疾病分布和健康。结果，社会中的脆弱和边缘群体背负着健康不良的负担。同时，与特定的健康条件相联系的歧视和耻辱，诸如精神残疾和艾滋病毒/艾滋病等疾病，使现有的社会分化和不平等趋于加剧。

60. 不歧视是国际人权法最根本的原则之一。根据经济、社会、文化权利委员会，《经济、社会、文化权利国际公约》“规定在获得卫生保健和基本健康要素方面，以及在获得的手段和条件上，不得有任何种族、肤色、性别、语言、宗教、政治或其他见解、国籍或社会出身、财产、出生、身体或精神残疾、健康状况(包括艾滋病毒/艾滋病)、性倾向，以及公民、政治、社会和其他地位上的任何歧视，可能或实际上抵消或妨碍平等享有或行使健康权”。<sup>28</sup>

61. 国际人权文书禁止在一些具体基础上的歧视，如种族、肤色、性别和宗教，而且禁止“或者其他地位”基础上的歧视。人权委员会对此措辞的解释，包括健康地位在内。<sup>29</sup> 因此，委员会和经济、社会、文化权利委员会同意，国家有义务采取措施反对在健康地位及其他禁止的理由基础上的歧视。关于健康权，国家有义务确保卫生设施、商品和服务——包括卫生的基本决定因素——面向所有人，特别是人口中最脆弱的部分和边缘群体，不得加以歧视。<sup>30</sup>

62. 耻辱、歧视与剥夺能达到的最高标准的身体健康的权利之间的联系，是复杂和多方面的。歧视和耻辱共同贬低受害人的价值，不尊重人类尊严和平等，经常加剧脆弱和边缘群体已经遭受的不平等。这使健康不良的脆弱性增加，并阻碍有效的健康干预。当个人受到基于诸如性别、种族、贫困和健康地位的双重或多重歧视时，会产生复合的影响。

63. 有效地促进健康权，要求确定和分析歧视和耻辱对受害者享有健康权产生影响的复杂方式，特别关注妇女、儿童和边缘群体，如少数民族和少数民族、土著人民、残疾人、艾滋病毒/艾滋病患者、难民和国内流离失所者及移民。要求收集和分析资料，以更好地理解作为健康决定因素的各种形式的歧视之间的关系，承认多种形式的歧视产生的复合影响，记录歧视和不容忍影响获得健康和医疗卫生服务的情况。还要求通过鼓励发表分解数据，仔细平衡在健康方面解决歧视和耻辱的需要，以及制定打击歧视的政策和战略，同时确保发表此种数据不会造成耻辱的长期存在。

64. 特别报告员建议，在他的任务期限期间解决耻辱和歧视对特定人群的影响。

### 1. 妇 女

65. 基于性别的系统化歧视，阻碍着妇女获得健康，损害她们对自己和家人健康不良的后果作出反应的能力。伴随着妇女健康不良的脆弱性的复合因素，包括缺乏确保性和生殖健康所必需的信息、教育和服务；暴力，包括性暴力；有害的传统做法；缺乏法律能力和家庭事务中的平等。<sup>31</sup> 各国义务确保男女平等地享有一切权利，包括在政治权利、婚姻家庭、就业及健康领域中确保平等和不歧视。

### 2. 少数民族和族裔

66. 种族主义、种族歧视和相关的不容忍行为，造成了与民族和种族群体相关的健康和保健的不平等。<sup>32</sup> 《消除一切形式种族歧视国际公约》要求各国禁止并消除种族歧视，保证人人享有不分种族、肤色或民族或人种在法律上一律平等的权利，尤得享受健康和医药照顾的权利。在反对种族主义世界会议上，各国政府确定需要承认种族主义作为健康和获得医疗保健的一个重要社会决定因素。<sup>33</sup> 各国承诺为实现人人享有能达到的最高标准的身体健康的权利加强措施，并消除可能由种族歧视产生的健康地位的差别。各国还就一系列措施达成一致，包括防止遗传研究被用于歧视性目的，以及解决保健制度中存在的歧视。<sup>34</sup>

### 3. 残疾人

67. 残疾人受到各种形式的歧视和社会排斥，阻碍着他们行使权利、享有自由和充分参与社会。<sup>35</sup> 他们遭受的歧视有从被剥夺健康服务、就业和教育机会，到与身体和社会障碍相关的排斥和孤立。残疾妇女由于与残疾和性别相关的耻辱，可能特别面临着风险，比正常妇女或残疾男人更容易遭受歧视。

#### 4. 艾滋病毒携带者/艾滋病患者

68. 与艾滋病毒/艾滋病相关的耻辱，建立在性别、贫困、性、种族和其他因素基础上的歧视，并使此种歧视加剧。与疾病和死亡相关的恐惧；艾滋病毒与性工作相关，男人与男人性交，注射毒品；认为艾滋病毒携带者/艾滋病患者有道德问题，都造成了耻辱的影响，并经常产生不容忍和歧视。<sup>36</sup> 艾滋病毒携带者/艾滋病患者遭受的耻辱和歧视，以几种重要的方式影响着此种疾病的传播和结果。例如，害怕被确认为艾滋病毒携带者/艾滋病患者，阻碍着人们自愿寻求咨询和进行化验，而这对预防、照顾和治疗至关重要。《关于艾滋病毒携带者/艾滋病问题的承诺宣言》呼吁各国采取措施，消除对艾滋病毒携带者/艾滋病患者和脆弱群体成员一切形式的歧视，让各国承诺制定打击与此瘟疫相关的耻辱和社会排斥的战略。<sup>37</sup>

### 四、具体项目、问题和干预

69. 鉴于特别报告员对健康权的解释(第一部分)、目标(第二部分)和两个主题(第三部分)，他建议的具体项目、问题和干预的例子是什么？特别报告员欢迎对以下具有说明作用的项目和问题发表评论。他不是称有能力处理以下概述的所有项目和问题：那将取决于他的资源和机会。他也未表示只局限于这些项目和问题：可能出现其他的干预。尽管如此，以下说明了他建议实施和解决的具体项目和问题的类型。

#### A. 减少贫困战略

70. 贫困是在不同程度上存在于所有国家的一个全球现象。越来越多的国家——发达国家、发展中国家和转型社会——正在制定减少贫困战略。特别报告员建议，选择审查一些减少贫困战略，通过健康权，就有关健康的部分更有效地造福贫困人口和减少贫困的方式提出建议。

71. 来自重债贫国倡议的减贫战略文件，是一种类型的反贫困战略。世界卫生组织最近对 10 个全面减贫战略文件和 3 个临时减贫战略文件进行了案头审查。此项初步研究发现，在使国家健康战略满足最贫困人口的需要方面，作出的努力

极少。<sup>38</sup> 减贫战略文件很少将监督对贫困人口或地区产生的影响的健康指标列入。<sup>39</sup> 任何减贫战略文件都未包括将贫困人口列入参与性的监督过程的计划。<sup>40</sup> 如果在制定有关减贫战略文件的过程中，充分考虑了健康权，所有这些缺陷至少会减轻。毫不奇怪，研究还发现，任何减贫战略文件都未提及健康权作为一项人权。<sup>41</sup>

72. 特别报告员将不局限于对重债穷国和发展中国家的减贫战略进行审查。他建议通过健康权对一些发达国家的减贫战略进行审查。此外，发达国家的减贫战略应解决两个范围的问题。此战略应解决（一）发达国家自己管辖范围内和（二）发展中国家的贫困。一个发达国家应该问这样的问题：考虑到提供国际援助的义务，它对减少南方贫困作出了什么贡献？例如，挪威最近发表了《反贫困：挪威政府至 2015 年对消除南方贫困的行动计划》。<sup>42</sup> 因此，特别报告员愿通过健康权审查发达国家在自身管辖范围内以及在南方的减贫战略。

## B. 被忽视的疾病

73. 广泛地说，存在三种类型的疾病。第一种类型的疾病既发生在富国，也发生在穷国，两类国家都存在大量的脆弱人群，例如 B 型肝炎。第二种类型的疾病——通常称为被忽视的疾病——既发生在富国，也发生在穷国，但相当大比例发生在穷国，例如艾滋病毒/艾滋病和肺结核。

74. 第三种类型的疾病——通常被称为严重被忽视的疾病——主要或只发生在发展中国家，如河盲症和昏睡症。根据最近世界卫生组织的报告《全球防御传染性疾病的威胁》：“这些被忽视的疾病对健康造成的影响，表现在造成约 10 亿人严重和永久性残疾和畸形。……尽管这些疾病的发病率高，但死亡率低，使它们位于死亡率统计表的底部。过去，这些疾病处于次要关注的地位。”<sup>43</sup> 该《报告》继续表示：

“所谓‘被忽视的’疾病形成为一组，因为这些疾病几乎只影响到生活在低收入国家农村地区的贫困和无助人口。尽管这些疾病造成了巨大的痛苦并经常导致终生残疾，但很少致死，因此未得到象高死亡率疾病，如艾滋病、肺结核和疟疾那样的关注和资助。它们还在另一种意义上被忽视。由于只限于贫困人口，这些疾病传统上都受到缺乏开发药物

和免疫市场的动力的影响，因为该市场无支付能力。尽管存在廉价和有效的药物，但缺乏支付能力，不存在需求。从丧失生产力和长期照顾病人的高费用角度，被忽视的疾病造成了巨大的经济负担。……被忽视的疾病还造成下一代人继续陷于贫困。……大多数此种疾病造成的残疾，也与巨大的耻辱相关”。<sup>44</sup>

75. 三种类别的区分不严格：一些疾病跨两种类型，如疟疾跨第二和第三种类型。

76. 关于第一种类型的疾病，在富国中存在研究和开发的动力，如市场机制、公共资助进行基础研究、及专利保护开发的产品。产品得到开发。与穷国相关的主要政策问题，是获得这些技术。但这些技术往往价高且有专利保护。过去 20 年内已经开发了第一种类型疾病的许多疫苗，但由于成本问题，尚未广泛介绍到穷国。

77. 关于第二种类型的疾病，在富国市场上存在研发的动力，但全球研发的支出水平，与此类疾病造成的负担不相称。例如，艾滋病毒/艾滋病疫苗，由于富国市场的需求，目前正进行大量的研发，但与全球需求或针对解决穷国中疾病的具体情况不相称。

78. 第三种类型的疾病——严重被忽视的疾病——在富国获得极少的研究和开发，基本上不存在商业基础上的研发。市场机制由于贫困而失灵。此外，穷国政府缺乏补贴所需研发的手段。因此，针对只限于穷国的疾病进行的研发，存在严重的资金不足。正如《世界卫生组织宏观经济与健康委员会报告》表示：“主要在富国也受到同样的疾病影响时，穷国才能从研发中受益。”<sup>45</sup>

79. 对穷国的疾病(第二种类型，特别是第三种类型的疾病)与对富国的疾病进行的研究不平衡，对此有关文件已写了十多年。健康研究与发展委员会于 1990 年注意到著名的 10 比 90 的不平衡：研发开支的 10%，针对占世界人口 90% 的人的健康问题。为解决不平衡，已经作出倡议并取得一些进展，但倡议仍然存在严重的资金不足。

80. 最近，解决被忽视的疾病问题——忽视来自市场和公共政策失误——由于几项令人欢迎的发展得到了新的推动，包括《与贸易有关的知识产权协定》和全

球防治爱滋病、肺结核和疟疾基金。特别报告员强调，迫切需要由全球基金动员和支付额外的资源，防治这三种类型的疾病。

81. 特别报告员希望在工作中特别关注被忽视的(包括严重被忽视的)疾病以及 10 比 90 不平衡问题，造成的对健康权的多方面影响：不歧视、平等、获得卫生设施、商品和服务(包括药物)、国际援助与合作等。基本观点是：被忽视的疾病、严重被忽视的疾病、以及 10 比 90 不平衡，是人权问题。

### C. 影响评估

82. 在国家采用新的法律或政策前，应确保新倡议符合现存的国家和国际法律义务，包括与人权相关的义务。<sup>46</sup> 如果国家把减少贫困作为主要政策目标，必须确保任何新的法律或政策，符合此项政策的目标。严格的政策制定，要求分析改革对社会不同群体的福利造成的分布式影响，特别是对贫困人口和脆弱群体。这些应考虑——任何有关政策干预之前、期间和之后——此倡议有意和无意产生的后果，以确定适当的缓解或其他措施。此种对社会负责的影响分析，在国家国际政策方面，适用于国家和其他行为者。

83. 当然，准备严格的影响分析中存在障碍。最近，国际货币基金组织的一个出版物的作者表示，这些障碍包括“数据的限制、国家能力弱、缺乏捐助方协调”。<sup>47</sup> 他们建议应该加强贫困和社会影响分析，<sup>48</sup> 建议国际社会进行更多的努力，发展国家一级的机构能力，“作出替代政策设想”并“准备进行贫困和社会影响分析”。<sup>49</sup>

84. 尽管存在这些和其他困难，不同形式的影响分析在国家国际级别上越来越常见。在北爱尔兰，新立法要求公共机构进行平等影响评估。<sup>50</sup> 在欧洲联盟，规定要求对一些政策建议进行检查，不可对健康带来不利影响——这使有关健康影响评估的文章增多。<sup>51</sup> 世界银行最近起草了一份较长的《贫困和社会影响分析用户指南》草案。一些民间社会组织倡导在减贫战略文件框架中列入“贫困影响评估”。<sup>52</sup> 多年来一直建议进行人权影响评估，最突出的在《维也纳宣言和行动纲领》中，<sup>53</sup> 一些行为者已寻求将其付诸实践。<sup>54</sup>

85. 确保健康权——特别关于边缘群体，包括贫困人口——在所有国家和国际决策过程中发挥应有的作用，适当的影响评估是一个手段。因而，特别报告员希望在健康权方面审查不同形式的影响评估，以确定国家和其他行为者的最佳做法。

#### D. 世界贸易组织与健康权

86. 在这个初步性质的报告中，不可能通过健康权审查《与贸易有关的知识产权协定》和《服务贸易总协定》，此做法是前任人权事务高级专员在 2001 年和 2002 年 6 月的报告中开始的。<sup>55</sup> 然而，两个《协定》明显对健康权的重要因素具有影响。例如，《与贸易有关的知识产权协定》对获得基本药物和国际合作问题具有影响。正如人权委员会注意到：“在艾滋病毒/艾滋病等传染病的情况下，取得药品是逐步全面实现人人享有能达到的最高标准的身心健康的权利的一个基本内容”。<sup>56</sup>

87. 特别报告员注意到 2001 年 11 月在多哈举行的世界贸易组织第四次部长级会议通过的《关于与贸易有关的知识产权协定与公共健康的宣言》的重要意义。<sup>57</sup> 《多哈宣言》认识到“公共卫生问题特别是艾滋病毒/艾滋病、结核病、疟疾和其他流行病所引起的公共卫生问题非常严重”。<sup>58</sup> 《宣言》强调，《与贸易有关的知识产权协定》“能够并且应当被解释为支持世界贸易组织成员保护公共健康权，特别是促进人人获得药品的权利，并加以实施”。<sup>59</sup> 《宣言》以此方式反映了人权的角度，特别是《世界人权宣言》第 27 条载有的健康权和享受科学进步的好处的权利。

88. 《服务贸易总协定》是首个规范包括健康服务在内的一切形式的国际服务贸易的多边协定。关于进一步实现服务贸易自由化的谈判，目前正在进行，并计划于 2005 年 1 月完成。健康服务贸易的自由化，可以不同的方式对健康权产生影响，取决于一系列问题，尤其是管理环境。一个特别相关的问题，是外国直接投资增加对享有健康权产生的影响。尽管外国直接投资可以提升国家基础设施和引进新技术，但对保护享有健康权管理不足的地区，也可带来不利影响。例如，外国私人直接投资增加，可导致过分强调商业目标，牺牲社会目标，例如，向无力支付健康服务商业性费用的人，提供高质量的健康服务。最近，世界贸易组织秘书处和世界卫生组织的一项共同研究表示：“健康服务贸易在一些情况下加剧了获得公平健康服务及融资方面的现存问题，特别是对发展中国家的贫困人口”。<sup>60</sup>

89. 特别报告员注意到，人权委员会在第 2002/32 号决议中呼吁所有国家“确保它们在作为国际组织成员而采取行动时，适当考虑到所有人享受可以达到

的最高标准的身心健康的权利，并确保国际协定的实施能够支持旨在促进广泛取得安全、有效和可负担得起的预防用、治疗用或缓解用药品和医疗技术的公共卫生政策”(第 6 段 b 款)。在此情况下，在世界贸易组织第五次部长级会议于 2003 年 9 月召开之前，在资源许可下特别报告员愿从人权的角度对贸易规则和政策进行监督和审查，包括《多哈宣言》的实施。<sup>61</sup>

## E. 精神健康权

90. 世界卫生组织 2001 年估计，有 4.5 亿人患有精神或行为失常，占世界疾病总量的 12%。<sup>62</sup> 精神失常包括精神分裂症、双极情感性精神病、抑郁症、智力迟钝、老年痴呆症及其他痴呆。这些疾病在所有国家都常见。在发达和发展中国家里，贫困和其他边缘群体往往不成比例地受到影响。

91. 大多数精神失常可以控制和治疗，并在许多情况下可以预防。尽管如此，精神失常患者相当多并产生影响，但许多政府对精神健康的关注处于次要位置。《2001 年世界健康报告》注意到，40%以上的国家没有精神健康政策，大多数国家用于精神健康的预算不足总健康预算的 1%。<sup>63</sup>

92. 世界上大部分人口从地理和经济上讲无法获得精神医疗保健。在可以获得的地区，医疗保健的标准在各国之间和国家内部存在显著的差距。在许多国家中，精神医疗保健通常主要包括大型的精神病机构，在社区基础上提供的治疗和照顾有限，特别报告员对此表示关注。<sup>64</sup>

93. 据报道在一些对精神失常者提供照顾和治疗的机构内，广泛存在破坏人权问题，特别报告员对此表示震惊。这些破坏包括酷刑及其他残忍、不人道或有辱人格的待遇，如性剥削。<sup>65</sup> 特别报告员还注意到，围绕精神失常存在的耻辱和歧视，以及精神失常者实际或被认定无能力对自身疾病作出决定，这些相互关联的问题结合起来，使精神残疾者的人权特别易遭破坏。

94. 特别报告员建议，在不重复其他相关国际机构工作的情况下，对精神健康权给予特别关注。

## F. 卫生专业人员

95. 作为健康服务的提供者，卫生专业人员在促进和保护健康权方面发挥着不可缺少的作用。特别报告员建议，探讨卫生专业人员在健康权方面发挥的重要作用，以及阻碍他们发挥作用的困难。

96. 在许多国家中，卫生专业人工资低，工作时间长，缺少设备或设备过时。工作待遇和条件差，是造成“人才外流”的主要原因：医务人员主要从南方流向北方，但在一个国家内部也从农村流向城市。<sup>66</sup> 尽管出口国可能获得一些利益(例如海外人员的汇款)，但潜在的不利影响，包括卫生专业人员不足，缺乏补偿及卫生服务质量下降，可能会大于得到的好处。<sup>67</sup> 工作待遇和条件差，也造成其他一些问题，包括受到良好培训的医务人员为获得更好的待遇和条件进入私营部门工作，因而使公共卫生系统人才流失。

97. 在一些国家中，卫生工作者由于其业务活动而成为歧视、任意拘留、任意杀害及酷刑的受害者，他们的意见、言论和行动自由被剥夺。病人为酷刑受害者的卫生专业人员，特别面临着风险。一些卫生专业人员经常在被强迫的情况下参加破坏人权，包括施行酷刑和准备虚假的医疗文件，以掩盖对人权的破坏。<sup>68</sup>

98. 特别报告员注意到在提供卫生服务方面的腐败问题。尽管在一些情况下，该问题来自卫生专业人员的待遇和条件不令人满意，但卫生服务中存在的腐败，不限于卫生工作者。此问题也不限于世界的一个地区。腐败明显使贫困者处于不利地位并损害健康权。“在许多国家中，贫困者报告说，要求他们为本应免费提供的药物支付费用”。<sup>69</sup> 有意思的是，国际货币基金组织最近关于卫生保健服务中的腐败问题的研究得出结论：“贫困人口参与影响公共资源划拨的决策，将降低腐败的可能性”。<sup>70</sup> 对此问题不存在立杆见影的解决办法，尽管如此，特别报告员认为，腐败问题既涉及健康权，也涉及贫困问题。

## 五、结 论

99. 此份初步报告列出了健康权包含的一些主要复杂问题。对于致力于实现健康权的有关人士来说，也许最大的挑战是穿过无数、复杂和重要的问题，提出实际可行的建议。为此，特别报告员特别重视他的第三个目标：确定在社区、国家和国际各级实施健康权的良好做法。在其他方面的协助下，他希望在以后的报告中对其中一些良好做法加以阐述。

注

- 1 A/51/950, paras. 78-79.
- 2 A/57/387, para. 48.
- 3 A/56/326, paras. 202 and 204.
- 4 Resolution 2002/24, para. 7.
- 5 Communication 155/96, *SERAC and CESR v. Nigeria*, Fifteenth Annual Activity Report of ACHPR, 2001-2002, annex V.
- 6 *López Ostra v. Spain*, ECtHR, 1994.
- 7 Complaint 1/1998, *ICJ v. Portugal*, ECSR, 1999.
- 8 *Jorge Odir Miranda Cortez et al. v. El Salvador*, IACHR, 2001, para. 47.
- 9 ICJ, *Right to Health Database, Preliminary Proposal*, 2002.
- 10 Constitutional Court of South Africa, Case CCT 8/02, para. 135 (2) (a).
- 11 See for example, CDESCR General Comment No. 14, (E/C.12/2000/4), para. 8.
- 12 *Ibid.*, para. 11.
- 13 *Ibid.*, paras. 14-17 and CDESCR General Comment No. 15 (E/C.12/2002/11).
- 14 See for example CDESCR General Comment No. 14, paras. 18-21 and A/54/38/Rev.1, CEDAW General Recommendation 24, 1999.
- 15 See for example CDESCR General Comment No. 14, paras. 30-31. CDESCR also uses the term “core obligations”; see General Comment No. 14, paras. 43-45. On core obligations, see Chapman and Russell (eds.), *Core Obligations: Building a Framework for Economic, Social and Cultural Rights*, Intersentia, 2002.
- 16 *Ibid.*, paras. 38-39. Note Judge Weeramantry’s dissenting opinion in the Advisory Opinion of the International Court of Justice on the *Legality of the Threat or Use of Nuclear Weapons*, in which he cited article 12 of ICESCR and then stated, in relation to this article, that “it will be noted here that the recognition by States of the right to health is in the general terms that they recognize the right of ‘everyone’ and not merely of their own subjects. Consequently, each State is under an obligation to respect the right to health of all members of the international community” (*ICJ Reports*, 1996, vol. I, p. 144).
- 17 *Ibid.*, para. 40.
- 18 See for example UDHR, preamble, and CDESCR General Comment No. 14, paragraph 42.
- 19 See for example Vienna Declaration and Programme of Action, 1993, Part 1, paragraph 5, and CDESCR General Comment No. 14, paragraph 3.
- 20 See for example CDESCR General Comment No. 14, paragraphs 28-29; and the Siracusa Principles on the Limitation and Derogation Provisions in the International Covenant on Civil and Political Rights (E/CN.4/1985/4, annex).
- 21 CDESCR General Comment No. 14, para. 12. This mode of analysis resonates with the work of the United Nations Special Rapporteur on the right to education.
- 22 CDESCR General Comment No. 14, para. 33 and *passim*.
- 23 *Ibid.*, paras. 57-58.
- 24 See CDESCR Statement on poverty (E/C.12/2001/10).
- 25 General Assembly resolution 55/2.
- 26 A/56/326, para. 202.
- 27 For example, following a request from CDESCR, OHCHR prepared Draft Guidelines: A Human Rights Approach to Poverty Reduction Strategies, September 2002.
- 28 General Comment No. 14, para 18.
- 29 See for example Commission resolutions 1994/49, 1995/44, 1996/43, 1999/49, 2001/51.

- 30 General Comment No. 14, para. 12 (b) (i).
- 31 CEDAW General Recommendation 24; CEDAW General Recommendation 15.
- 32 See *Health and Freedom from Discrimination: WHO's Contribution to the World Conference against Racism*, Health and Human Rights Publication Series, August 2001.
- 33 Durban Declaration and Programme of Action (A/CONF.189/5).
- 34 Ibid., see, for example, paragraphs 8 (c), 58, 73, 109, 110 (b).
- 35 See, for example, Quinn and Degener, *Human Rights and Disability: The Current Use and Future Potential of the United Nations Human Rights Instruments in the Context of Disability*, OHCHR, 2002.
- 36 Fighting HIV-related Intolerance: Exposing the Links Between Racism, Stigma and Discrimination, paper prepared by WHO and UNAIDS in consultation with OHCHR, August 2001.
- 37 General Assembly resolution S-26/2 of 27 June 2001, annex.
- 38 Dodd and Hinshelwood, *PRSPs: Their Significance for Health*, draft presented to the WHO Meeting of Interested Parties, October 2002, p. 4.
- 39 Ibid.
- 40 Ibid.
- 41 Ibid, p. 9.
- 42 Norwegian Ministry of Foreign Affairs, 2002.
- 43 WHO, 2002, p. iv.
- 44 Ibid, p. 96.
- 45 *Macroeconomics and Health: Investing in Health for Economic Development*, WHO, 2001, p. 77.
- 46 As the Vienna Declaration and Programme of Action puts it: "protection and promotion [of human rights and fundamental freedoms] is the first responsibility of Governments" (Part I, para. 1).
- 47 Gupta et al, *Is the PRGF Living Up to Expectations? An Assessment of Program Design*, IMF Occasional Paper 216, 2002, p. 32.
- 48 Ibid, p. 35.
- 49 Ibid, p. 36.
- 50 See Equality Commission for Northern Ireland, *Section 75 of the Northern Ireland Act 1998: Practical Guidance on Equality Impact Assessment*.
- 51 For example the Institute for Public Health in Ireland, *Health Impact Assessment: An Introductory Paper*, September 2001. Also see Part II of Mann, Gruskin, Grodin and Annas (eds.), *Health and Human Rights: A Reader*, Routledge, 1999.
- 52 *Making PRSPs Work: The Role of Poverty Assessments*, Oxfam, 2001.
- 53 Part II, para. 2.
- 54 For example Norwegian Agency for Development Cooperation, *Handbook in Human Rights Assessment: State Obligations, Awareness and Empowerment*, 2001.
- 55 E/CN.4/Sub.2/2001/13 and E/CN.4/Sub.2/2002/9. Also see CESCR statement on human rights and intellectual property (E/C.12/2001/15).
- 56 Commission resolution 2002/32, para. 1.
- 57 WT/MIN(01)/DEC/2, 2001.
- 58 Ibid. para. 1.
- 59 Ibid. para. 4.
- 60 *WTO Agreements and Public Health: A Joint Study by the WHO and WTO Secretariat*, 2002, p. 18.
- 61 See Dommen, "Raising Human Rights Concerns in the WTO", *Human Rights Quarterly*, vol. 24, No. 1, 2002, p. 1.
- 62 WHO. *The World Health Report 2001: Mental Health: New Understanding, New Hope*, p. 3.
- 63 Ibid, p. 3.

- 64 Ibid, p. 87.
- 65 See for example *Not on the Agenda: Human Rights of People with Mental Disabilities in Kosovo*, Mental Disability Rights International, 2002.
- 66 See for example see Pang, Lansang and Haines, “Brain Drain and Health Professionals”, *British Medical Journal*, vol. 324, Issue 7336, p. 499.
- 67 See for example UNCTAD/WHO, *International Trade in Health Services: A Development Perspective*, 1998.
- 68 See for example Somerville, *The Medical Profession and Human Rights: Handbook for a Changing Agenda*, BMA/Zed Books, 2001; *Directory of Persecuted Scientists, Health Professionals, and Engineers*, American Association for the Advancement of Science, 1999.
- 69 Narayan, *Voices of the Poor: Can Anyone Hear Us?*, World Bank, 2000, p. 111.
- 70 Gupta, Davoodi and Tiongson, “Corruption and the Provision of Health Care and Education Services”, in *Governance, Corruption, and Economic Performance*, Abed and Gupta (eds.), IMF, 2002, p. 272.

## **Annex I**

### **SOME INTERNATIONAL INSTRUMENTS RELEVANT TO THE RIGHT TO HEALTH**

This annex lists some of the international instruments that are relevant to the right to health. Section A contains general international human rights instruments. Section B contains international instruments that relate to specific groups. Section C contains context-specific instruments. Inevitably, there is some overlap between sections B and C. To avoid repetition, instruments applying to both groups and contexts are categorized according to the group (sect. B). Section D contains international conference outcomes and their follow-ups.

This annex is not comprehensive: there are other instruments that are relevant to the right to health. Further standards are referenced in WHO, *25 Questions and Answers on Health and Human Rights*, Health and Human Rights Publications Series Issue 1, 2002; and G. Alfredsson and K. Tomaševski (eds.), *A Thematic Guide to Documents on Health and Human Rights: Global and Regional Standards Adopted by Intergovernmental Organizations, International Non-governmental Organizations, and Professional Associations* (Nijhoff, 1998).

#### **A. General international instruments**

1. Universal Declaration of Human Rights (1948); International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights (1966); Constitution of the World Health Organization (1946); General Comment 14 of the Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR) on the right to health (2000).

## **B. International instruments relating to specific groups**

2. *Racial and ethnic groups*: International Covenant on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination (1965); ILO Convention No. 169 (concerning Indigenous and Tribal Peoples in Independent Countries, 1989); Declaration on the Rights of Persons Belonging to National or Ethnic, Religious and Linguistic Minorities (1992).

3. *Women*: Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination against Women (1979); Declaration on the Elimination of Violence against Women (1993); General Recommendation No. 14 of the Committee on the Elimination of Discrimination against Women (CEDAW) on female circumcision (1990); General Recommendation No. 19 of CEDAW on violence against women (1992); General Recommendation No. 24 of CEDAW on women and health (1999).

4. *Children*: Convention on the Rights of the Child (1989); ILO Convention No. 138 (concerning Minimum Age for Admission to Employment, 1973); ILO Convention No. 182 (the Worst Forms of Child Labour Convention, 1999); United Nations Standard Minimum Rules for the Administration of Juvenile Justice (1985); United Nations Rules for the Protection of Juveniles Deprived of Their Liberty (1990); Declaration on the Rights of the Child (1959).

5. *Migrant workers*: International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of Their Families (1990).

6. *People with disabilities including mental disabilities*: Declaration on the Rights of Disabled Persons (1975); Standard Rules on the Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities (1993); Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Healthcare (1991); CESCR General Comment 5 on persons with disabilities (1994); Human Rights Committee General Comment 21 (1992).

7. *Older people*: United Nations Principles for Older Persons (1991); CESCR General Comment No. 6 on the economic, social and cultural rights of older persons (1995).

8. *Refugees*: Convention relating to the Status of Refugees (1951).

### **C. International instruments relating to specific contexts**

9. *Armed conflict*: The Geneva Convention for the Amelioration of the Condition of Wounded and Sick in Armed Forces in the Field (1949); the Geneva Convention for the Amelioration of the Condition of Wounded, Sick and Shipwrecked Members of the Armed Forces at Sea (1949); the Geneva Convention relative to the Treatment of Prisoners of War (1949); the Geneva Convention relative to the Protection of Civilian Persons in Times of War (1949); Additional Protocol I to the Geneva Conventions relating to the Protection of Victims in International Armed Conflict (1977); Additional Protocol II to the Geneva Conventions relating to the Protection of Victims of Non-International Armed Conflicts (1977); Declaration on the Protection of Women and Children in Emergency and Armed Conflict (1974); Protocol on Prohibitions or Restrictions on the Use of Mines (1980).

10. *Occupational health and safety*: ILO Convention No. 155 (Occupational Health and Safety Convention, 1981); ILO Convention No. 148 (Working Environment Convention, 1977); and several other ILO Conventions (e.g. Conventions Nos. 130, 152, 161, 164, 167, 170, 171, 176, 177 and 184).

11. *Environmental health*: Basel Convention on the Control of Transboundary Movements of Hazardous Wastes and Their Disposal (1989); Code of Practice on the International Transboundary Movement of Radioactive Waste (1990); Convention on Nuclear Safety (1994).

12. *Administration of Justice*: International Covenant on Civil and Political Rights (ICCPR, 1966); Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading

Treatment or Punishment (CAT, 1984); Standard Minimum Rules for the Treatment of Prisoners (1955); Body of Principles for the Protection of All Persons under any Form of Detention or Imprisonment (1988); Code of Conduct for Law Enforcement Officials (1979); Principles of Medical Ethics relevant to the Role of Health Personnel, particularly Physicians, in the Protection of Prisoners and Detainees against Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (1982).

13. *Development*: Declaration on the Right to Development (1986).

14. *Research, experimentation and genetics*: Nürnberg Code (1947); ICCPR; Universal Declaration on the Human Genome and Human Rights (1997); Declaration on the Use of Scientific and Technical Progress in the Interests of Peace and for the Benefits of Mankind (1975); General Comment No. 20 of the Human Rights Committee (1992).

15. *Data Protection*: Guidelines for the Regulation of Computerized Personal Data Files (1990); General Comment 16 of the Human Rights Committee (1988).

16. *Nutritional Health*: Universal Declaration on the Eradication of Hunger and Malnutrition (1974).

**D. Some international conference outcomes, and their follow-ups,  
that relate to the right to health**

17. Johannesburg Declaration and Plan of Implementation of the World Summit for Sustainable Development (2002).

18. Monterrey Consensus of the International Conference on Financing for Development (2002).

19. Political Declaration and Madrid International Plan of Action on Ageing of the Second World Assembly on Ageing (2002).
20. "A World Fit for Children" adopted by the United Nations General Assembly Special Session on Children (2002); Declaration and Plan of Action of the World Summit for Children (1990).
21. Declaration of Commitment on HIV/AIDS, "Global Crisis-Global Action", adopted by the United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS (2001).
22. Durban Declaration and Programme of Action of the World Conference against Racism, Racial Discrimination, Xenophobia and Related Intolerance (2001).
23. United Nations Millennium Declaration, adopted by the United Nations General Assembly "Millennium Assembly of the United Nations" (2000).
24. Beijing Declaration and Platform for Action of the Fourth World Conference on Women (1995) and its follow-up, Beijing Plus 5 (2000).
25. Rome Declaration on World Food Security and World Food Summit Plan of Action of the World Food Summit (1996) and its follow-up, Declaration of the World Food Summit: Five Years Later, International Alliance Against Hunger (2002).
26. Istanbul Declaration and the Habitat Agenda of the Second United Nations Conference on Human Settlements (Habitat II) (1996), and the Declaration on Cities and Other Human Settlements in the New Millennium of the Special Session of the General Assembly for an overall review and appraisal of the implementation of the Habitat Agenda (2001).
27. Copenhagen Declaration on Social Development and Programme of Action of the World Summit for Social Development (1995) and its follow-up, Copenhagen Plus 5 (2000).

28. Vienna Declaration and Programme of Action adopted by the World Conference on Human Rights (1993).

29. Rio Declaration on Environment and Development and Agenda 21 of the United Nations Conference on Environment and Development (1992).

30. Stockholm Declaration of the United Nations Conference on the Human Environment (1972).

## **Annex II**

### **SOME RECENT COMMISSION ON HUMAN RIGHTS RESOLUTIONS RELATING TO THE RIGHT TO HEALTH**

#### Some resolutions explicitly referring to the right to health or aspects of the right to health

1. Resolution 2002/61 on human rights of persons with disabilities.
2. Resolutions 2002/32 and 2001/33 on access to medication in the context of pandemics such as HIV/AIDS.
3. Resolution 2002/31 on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health.
4. Resolution 2001/35 on adverse effects of the illicit movement and dumping of toxic and dangerous products and wastes on the enjoyment of human rights.
5. Resolutions 2001/27 and 2000/82 on effects of structural adjustment policies and foreign debt on the full enjoyment of all human rights, particularly economic, social and cultural rights.

#### Some resolutions with provisions bearing significantly on the right to health

6. Resolution 2002/92 on the rights of the child.
7. Resolution 2002/65 on human rights and indigenous issues.

8. Resolution 2002/52 on elimination of violence against women.
9. Resolution 2002/51 on traffic in women and girls.
10. Resolution 2002/39 on protection of migrants and their families.
11. Resolution 2002/23 on the right to education.
12. Resolution 2001/71 on human rights and bioethics.
13. Resolution 2001/51 on the protection of human rights in the context of human immunodeficiency virus (HIV) and acquired immune deficiency syndrome (AIDS).

-- -- -- -- --