

关于健康与人权的25个问答

——世界卫生组织健康与人权出版物系列



北京爱知行动项目
2005年6月

世界卫生组织 2002年7月出版
北京爱知行动项目 2005年6月翻译

“我期盼健康最终不再被看作梦寐以求的恩典，而是需要争取的人权。”

——联合国秘书长科菲·安南

序

享有可能达到的最高健康水平是每个人的基本人权，这被神圣地载入《世界卫生组织宪章》（WHO Constitution）已经超过五十年了。世界卫生组织努力使这一权利对每个人来说成为现实，尤其关注那些最贫穷和最弱势的人。

人权论述为我们提供了鼓舞人心的架构和分析与行动的有益指南。联合国人权机构为担负起在健康方面日益增长的责任提供了重要的途径。

在世界范围内，对人权的关注都在增长。世界卫生组织积极参与，加强了对与健康有关的人权的理解。我们正在向其他联合国机构、国际社会及其他利益相关者学习。

在这一背景之下，世界卫生组织启动了《健康与人权出版物系列》。我们选择《25个问答》作为本系列的第一部，以此来回答探讨健康与人权的不同方面之间的联系的关键问题。

我希望这一《问答》能够为对健康与人权之间的关系感兴趣的广大读者提供指导。

格罗·哈雷姆·布伦德兰

日内瓦

2002年7月

目录

简称与缩写.....	4
------------	---

第一部分：健康与人权的规范和标准

问题1 什么是人权？	5
问题2 人权是如何神圣地载入国际法的？	5
问题3 健康与人权之间的关系是什么？	6
问题4 “健康权”的含义是什么？	6
问题5 反歧视的原则与健康有什么关系？	7
问题6 哪些国际人权文件规定了政府的义务？	8
问题7 国际人权监督机构有哪些？	8
问题8 资源有限的穷国怎样才能与富国遵守同样的人权标准？	9
问题9 人权法规定了国际合作的义务么？	9
问题10 政府的人权义务与社会中其他行为体之间的关系是什么？	9

第二部分：与健康有关的综合人权问题

问题11 以权利为基础促进健康的含义是什么？	10
问题12 什么是公共健康上的人权附加值？	11
问题13 如果保护公共健康需要限制某些人权该怎么办？	12
问题14 人权对于实证健康信息有什么意义？	12
问题15 人权怎样对加强健康系统的工作进行支持？	13
问题16 健康立法与人权法之间的关系是什么？	13
问题17 如何将人权用于国家情境健康分析？	13

第三部分：更大背景下的健康与人权

问题18 伦理与人权有什么关系？	14
问题19 人权原则与公平有什么关系？	14
问题20 如何将健康与人权的原用于减少贫困？	14
问题21 全球化如何影响对人权的促进和保护？	15
问题22 国际人权法如何影响国际贸易法？	16
问题23 以权利为基础促进发展的含义是什么？	16
问题24 人权法、难民法和人道法如何交互对提供健康援助产生影响？	16
问题25 人权与国家的健康发展工作有什么关系？	17

附录1：法律文件.....	18
---------------	----

附录2：联合国人权组织结构.....	20
--------------------	----

简称与缩写

ACC 行政协调委员会 (Administrative Committee on Coordination)
CAT 《禁止酷刑和其它残忍、不人道或有辱人格的待遇或处罚公约》 (Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, 1984)
CCA 共同国家评估 (Common Country Assessment)
CCPOQ 方案和业务问题协商委员会 (Consultative Committee on Programme and Operational Questions)
CDF 《综合发展框架》 (Comprehensive Development Framework)
CEDAW 《消除对妇女一切形式歧视公约》 (Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women, 1979)
CERD 《消除一切形式种族歧视国际公约》 (International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination, 1963)
CRC 《儿童权利公约》 (Convention on the Rights of the Child, 1989)
ECOSOC 经济及社会理事会 (Economic and Social Council)
IACHR 美洲人权委员会 (Inter-American Commission on Human Rights)
ICCPR 《公民权利和政治权利国际公约》 (International Covenant on Civil and Political Rights, 1966) 及两份议定书 (1966 和 1989)
ICESCR 《经济、社会与文化权利国际公约》 (International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, 1966)
ILO 国际劳工组织 (International Labour Organisation)
IMF 国际货币基金组织 (International Monetary Fund)
NGO 非政府组织 (Nongovernmental Organization)
OHCHR 联合国人权事务高级专员办事处 (United Nations Office of the High Commissioner for Human Rights)
PAHO 泛美卫生组织 (Pan American Health Organization)
PRSP 《减贫战略文件》 (Poverty Reduction Strategy Paper)
UN 联合国 (United Nations)
TRIPS 《与贸易有关的知识产权协议》 (Trade Related Aspects of Intellectual Property Rights)
UDHR 《世界人权宣言》 (Universal Declaration of Human Rights, 1948)
UNDP 联合国开发计划署 (United Nations Development Programme)
UNDAF 联合国发展援助框架 (United Nations Development Assistance Framework)
UNGASS 联合国大会特别会议 (United Nations General Assembly Special Session)
UNICEF 联合国儿童基金会 (United Nations Children's Fund)
WANAHR 世界营养和人权联盟 (World Alliance for Nutrition and Human Rights)
WHO 世界卫生组织 (World Health Organization)
WTO 世界贸易组织 (World Trade Organization)

第一部分：健康与人权的规范 and 标准

问题 1： 什么是人权？ (1)

人权：

- 受到国际标准的保障；
- 受到法律保护；
- 关注人类尊严；
- 保护个人和团体；
- 约束国家和国家行为体；
- 不可放弃或剥夺；
- 是相互依存和相互关联的；
- 是普遍的。(2)

人权受到人权法的保障，保护个人和团体的基本自由和人类尊严不受干涉。(3) 我们知道人权包含公民、文化、经济、政治和社会权利。人权主要关心个人与国家的关系。政府对人权的责任可以归纳为尊重、保护和实现人权这一原则。(4)

“所有的人权是普遍的、不可分割的、相互依存和相互关联的。国际社会必须普遍采用公平和平等的方式来对待人权，各种人权的地位相同，具有同等的重要性。虽然必须牢记国家和地区特点以及不同的历史、文化和宗教背景的重要性，但是国家无论其政治、经济和文化制度如何，都有责任促进和保护所有的人权和基本自由。”

——世界人权大会 (World Conference on Human Rights) 正式通过的《维也纳宣言》和《行动纲领》(Vienna Declaration and Programme of Action)。(5)

“人民从不会对人权的普遍性感到不满，或者认为人权是西方或北方的欺骗。这么认为的往往是他们的领导人。”

——联合国秘书长科菲·安南

问题 2： 人权是如何神圣地载入国际法的？

第二次世界大战刚结束后，国际社会正式通过了《世界人权宣言》(UDHR, 1948)。但是当各国准备将《宣言》的条款变成有约束力的法律时，冷战的阴影笼罩了下来，并且把人权分成不同的两种。西方的论点是公民和政治权利优先，经济和社会权利只是愿望而已。东方集团的论点相反，认为食物、健康和教育的权利是最重要的，公民和政治权利是次要的。因此于 1966 年创建了两份不同的条约——《经济、社会与文化权利国际公约》(ICESCR) 和《公民权利和政治权利国际公约》(ICCPR)。此后通过了大量的条约、宣言和其他法律文件，正是这些文件对人权进行了概括。

- 国际人权条约约束批准该条约的政府；
- 宣言不具有约束力，但其中载入的许多规范和标准反映了国际习惯法中有约束力的原则；
- 联合国会议产生双边政策文件，例如宣言和行动纲领。

人权文件十分清楚地说明了每种权利的标准内容。与健康 and 反歧视有关的权利在问题 4 和 5 中分别做了概述。人权文件中用来说明其他一些与健康有关的关键人权的标准内容，其用语举例如下：

• 酷刑：“每个人都不应遭受酷刑和其它残忍、不人道或有辱人格的待遇或处罚。特别是未经自由同意，每个人都不应被当作医学或科学实验的对象。”(7)

• 对儿童的暴力：应该采取“所有适当的立法、行政、社会和教育措施来保护儿童免遭各

种形式的身体或精神暴力，伤害或虐待，忽视或疏忽大意的对待，苛待或剥削，其中包括性虐待……”（8）

- 有害传统做法：应该采取“适当有效的措施以废除有害儿童健康的传统做法”。（9）
- 参与：“积极、自由和有意义地参与”的权利。（10）
- 信息：“搜寻、获得和传播各种信息和思想的自由。”（11）
- 隐私：“每个人的隐私不受任意或非法的干涉”（12）
- 科学进步：每个人都有权利“享受科学进步及其应用带来的好处”。（13）
- 教育：教育权（14），其中包括为支持“儿童健康与营养的基本知识，母乳喂养的优点，卫生保健与卫生设备以及意外事故的预防”而接受教育。（15）
- 食物与营养：“每个人都有获得充足食物的权利，每个人都有免于饥饿的基本权利……”（16）
- 生活水平：每个人都有权利拥有适当的生活水平，其中包括足够的衣、食、住，以及医疗保健和必须的社会服务。（17）
- 享受社会安全的权利：“每个人都有享受社会安全，包括社会保障的权利。”（18）

患有心智残障的人特别容易受到歧视。这不仅对他们接受适当的治疗和护理的能力有消极影响，而且与精神病有关的烙印意味着他们在生活的其他许多方面都会受到歧视，影响他们的就业权、享有适当住房的权利和教育权等等。

《联合国保护精神病患者方案》（The United Nations Resolution on the Protection of Persons with Mental Illness）禁止歧视精神病患者。（19）

问题 3： 健康与人权之间的关系是什么？

健康与人权之间有着复杂的联系：

- 侵犯人权或不关注人权能够导致严重的健康后果；（6）
- 健康政策和项目能够促进人权，也能够侵犯人权，这要看设计和实施的方法；
- 采取措施尊重、保护和实现人权能够减少健康不良的弱点和影响。

问题 4： “健康权”的含义是什么？

“健康权的意思不是确保健康的权利，也不是说穷国的政府必须为穷人提供昂贵的健康服务。但它确实要求政府和公共主管当局制订政策和行动计划，以便在可能的最短时间为所有人提供可用的和可得的医疗保健。保证做到这点，是人权团体和公共健康专业人士面临的共同挑战。”

——联合国人权事务高级专员玛丽·罗宾逊

享有可能达到的最高健康水平的权利（被称为“健康权”）在《世界卫生组织宪章》（1946）（20）中首先提出，随后 1978 年的《阿拉木图宣言》（Declaration of Alma Ata）和 1998 年世界卫生大会（World Health Assembly）正式通过的《人类健康宣言》（World Health Declaration）中重申了这一权利。（21）健康权得到了许多国际和地区人权文件广泛而坚定的支持。（22）

国际人权法中规定的享有可能达到的最高健康水平的权利，要求有一系列的社会安排——公共机构、法律和使其成为可能的环境——以便能够最大程度地确保这一权利的实现。对健康权最权威的解釋写在《经济、社会与文化权利国际公约》第 12 条中，已经得到 145 个国家的批准（截至 2002 年 5 月）。2000 年 5 月，负责监督《公约》的经济、社会和文化权利委员会（Committee on Economic, Social and Cultural Rights）正式通过了关于健康权的《一般性评论》（General Comment）。（23）《一般性评论》的目的是阐明个人权利的本质和内容，以及缔约国（批准该公约的国家）的责任。《一般性评论》认识到健康权与其他人权密切相关，并且依赖于其他人权的

实现，其中包括获得食物的权利，获得住房的权利，工作权，教育权，参与权，享受科学进步及其应用带来的好处的权利，生命权，不受歧视的权利，平等的权利，禁止酷刑的权利，隐私权，获得信息和结社自由权，集会和行动的权利。

此外，委员会还把健康权解释为一项包罗万象的权利，不只包括及时获得适当的卫生保健，还包括决定健康的基本要素，例如能够获得安全适于饮用的水和充足的公共卫生设备，供应充足的安全食品，营养和住房，健康的工作条件和环境条件，以及能够获得与健康有关的教育和信息，其中包括有关性和生殖健康的教育和信息。

《一般性评论》提出了评估健康权的四条标准：(24)

(a) 可用性。必须有足够数量可用的公共健康和卫生保健设施、商品、服务和项目。(25)

(b) 易得性。在缔约国管辖区域之内，每个人都必须能够得到健康设施、商品和服务，不受歧视。易得性有四个方面，互有重叠：

- 非歧视；(26)
- 物质易得性；(27)
- 经济易得性（可购性）；(28)
- 信息易得性。(29)

(c) 满意性。所有的健康设施、商品和服务必须尊重医学伦理和适当的文化背景，对性别和不同生命周期的特殊需要敏感，其设计必须重视保密性和提升有关人员的健康状况。

(d) 质量。健康设施、商品和服务必须符合科学和医学要求，必须有优良的质量。(30)

问题 5： 反歧视的原则与健康有什么关系？

社会中弱势和边缘化的群体内出现健康问题的比例往往过高。公开或私下的歧视违反基本人权的原則，还常常会埋下健康状况不良的祸根。在实践中，歧视能够表现为不适当地确定健康项目的参加对象和限制获得健康服务的机会。

歧视的表现形式复杂多样，这可能会直接或间接地影响健康。例如，《消除对妇女暴力行为宣言》(Declaration on the Elimination of Violence against Women) 认识到历史上男女之间不平等的权力关系与对妇女的暴力行为之间存在着联系。(31)

禁止歧视并不意味着不承认差异，只是区别对待——在无法做到平等对待的情况下也是一样——必须建立在客观合理的标准之上，目的是为了矫正社会中的不平衡。

与健康 and 卫生保健有关的非歧视立场能够被推论和总结为消除“以种族，肤色，性别，语言，宗教，政治观点或其他观点，民族和社会出身，财产，血统，身体或精神残疾，健康状况（包括 HIV/AIDS），性取向，公民、政治或其他情况为理由，在获得卫生保健和决定健康的基本要素，以及在获得这些东西的手段和权利上有任何歧视，歧视在意图和结果上会抹杀和削弱健康权的平等享有和平等行使”。(32)

“无意歧视的问题给公共健康实践赋予了很重的责任。例如，推广活动可能会‘假定’，电视上只用一种优势语言发布的信息能够平等地传达到所有人；或者一项分析‘忘记’将只与某一部分人有关的健康问题包括在内，例如乳癌或镰形细胞病；或者一个问题‘忽视’了不同人群在应对能力上的现实差异，因此在发布铅中毒警告时不考虑要确保排铅的资金能力。事实上无意的歧视十分普遍，以至于所有的公共健康政策和项目都应该被认为存在歧视问题，直到另有证据证明不存在歧视，这加重了公共卫生事业在证实和确保尊重人权上的责任。”

—— 乔 纳

森·曼 (Jonathan Mann) (33)

问题 6： 哪些国际人权文件规定了政府的义务？

政府能够自由决定是否加入人权条约。但是这一决定一旦做出，就有义务遵照条约的有关规定来行事。关键性的国际人权条约《经济、社会与文化权利国际公约》（ICESCR, 1966）和《公民权利和政治权利国际公约》（ICCPR, 1966）进一步详细说明了《世界人权宣言》（UDHR, 1948）中提出的权利的内容，还包含了对缔约国政府的有法律约束力的义务。这些文件常常被统称为《国际人权法案》（International Bill of Human Rights）。

以这些核心文件为基础，其他国际人权条约关注某些特定的群体或人群，例如少数民族（34）、妇女（35）和儿童（36），或者某些特定的问题，例如酷刑。（37）为了建立一个适用于健康问题的标准人权架构，必须从整体上考虑人权规定。

联合国世界大会如世界人权大会（World Conference on Human Rights, 维也纳, 1993）、国际人口与发展大会（International Conference on Population and Development, 开罗, 1994）、社会发展问题世界首脑会议（World Summit for Social Development, 哥本哈根, 1995）、第四届世界妇女大会（Fourth World Conference on Women, 北京, 1995）和反对种族主义、种族歧视、仇外心理和有关不容忍行为世界会议（World Conference against Racism, Racial Discrimination, Xenophobia and Related Intolerance, 德班, 2001）上发表的《宣言》和《行动纲领》就与会政府在人权义务上的某些政策含义提供了指导方针。

现在世界上的每个国家至少加入了一项写入了健康相关权利（包括健康权和与必要的健康条件有关的权利）的人权条约。

问题 7： 国际人权监督机构有哪些？

独立专家组委员会作为条约监督机构，监督核心人权条约的实施，这些机构在联合国的赞助下组建，为联合国服务。六项主要人权条约都有自己的监督机构，这些监督机构定期开会审阅缔约国报告，并与政府就如何履行其人权义务进行“建设性对话”。根据透明度原则要求国家向条约监督机构提交进度报告，并使其本国人民普遍能够得到该报告。因此报告能够起到重要的催化作用，有助于促进对人权问题的全国讨论，鼓励投入和参与公民社会，以及普遍培育对政府政策的公众监察程序。在会议的最后，条约监督机构将做出结论性意见，其中包括政府应该如何改善其人权记录的建议。世界卫生组织等专门机构在提供有关的健康信息，促进缔约国与条约监督机构的对话上发挥了重要作用。

联合国系统内的其他人权监督机构包括人权委员会（Commission on Human Rights）与促进和保护人权小组委员会（Sub-Commission on the Promotion and Protection of Human Rights）。这些机构任命专门的大会报告起草人、其他的独立专家小组和工作组来监督和报告特定的人权议题（例如对妇女的暴力行为，贩卖儿童，有害传统做法和酷刑）和特定国家的人权问题。此外，人权事务高级专员的职位设立于 1994 年，目的是领导联合国人权系统。高级专员的职权深入到联合国人权工作的方方面面：监督、促进、保护和协调。

区域协定在现有的区域政府间组织之内建立。非洲的区域人权文件是《非洲人权和人民权利宪章》（African Charter on Human and Peoples' Rights），位于非洲统一组织（Organization of African Unity）之内。美洲地区的人权机构位于美洲国家组织（Organization of American States）之内，建立在《美洲人权公约》（American Convention of Human Rights）的基础之上。在欧洲，人权组织构成了欧洲议会（Council of Europe）的一部分。关键性的人权文件是《欧洲人权和基本自由保护公约》（European Convention on the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms）和《欧洲社会宪章》（European Social Charter）。（38）15 个成员国的组织——欧盟——详细说明了人权问题的有关规则，并且把人权纳入其共同外交政策中。此外，欧洲安全与合作组织（Organization for Security and Cooperation in Europe, OSCE）——一个 55 个成员国的组织——有单独的机构和条约。在亚太地区，各个政府之间就可能建立的区域人权条约进行了广泛的磋商。

泛美卫生组织/世界卫生组织与美洲人权委员会（IACHR，负责监督《美洲人权公约》的机构）在心智残障人士权利问题上的合作，是专门机构能够在国际监督机构中起到关键作用的例子。泛美卫生组织/世界卫生组织根据心智残障人士权利的国际标准，为解释《美洲人权公约》和《美洲人权与责任宣言》（American Declaration on the Rights and Duties of Man）提供了技术观点和帮助。而美洲人权委员会将这些标准编入国家报告和有关个案的最终报告中。这一技术援助的结果是美洲人权委员会发表了《促进和保护精神病人权利建议》（Recommendation for the Promotion and Protection of the Rights of the Mentally Ill, 2001 年 2 月 28 日）。（39）

问题 8： 资源有限的穷国怎样才能与富国遵守同样的人权标准？

为完全实现人权而采取的步骤必须慎重、具体，在政府履行其人权义务这个问题上，目标必须尽可能清晰。（40）在这一点上必须采取所有适当的措施，包括采取立法措施和提供司法救济，以及行政、财政、教育和社会措施。要采取上述措施既不需要任何一种政府体制或经济体制做媒介，也不会妨碍它们。

逐渐完全实现人权的原则（41）赋予了政府尽可能迅速有效地采取行动以实现这一目标的责任。这与穷国和富国都有关系，因为尽管这一原则承认由于资源有限而受到的束缚，但是要求所有国家在为完全实现人权而采取行动上显示出持续的进步。任何谨慎的倒退措施都需要最认真的考虑，需要在充分利用能够得到的最多资源的前提下，引用有关人权条约中规定的权利的完整性，对其正当性进行充分的证明。在这一背景之下，重要的是区分一个缔约国是不能还是不愿意履行其义务。缔约国和委员会在报告程序中确认国家标准和指标，以提供下一报告周期内要实现的切实目标。

问题 9： 人权法规定了国际合作的义务么？

以疟疾、爱滋病和肺结核为例，这些疾病主要感染世界上最贫穷的人口，给发展中国家的经济带来了巨大的负担。尽管人权模范关心国家对其管辖范围内的个人和团体的责任，但人权文件中与“国家资源”有关的内容中包含了国际援助与合作的部分。

根据《联合国宪章》（Charter of the United Nations）第 55 和 56 条，所有国家都有在发展和实现人权上进行国际合作的义务。同样，《发展权利宣言》（Declaration on the Right to Development）（42）强调以主权平等、相互依赖和互利为基础进行积极的国际援助与合作。（43）

此外，《经济、社会与文化权利国际公约》要求公约的每个缔约国“单独或通过国际援助与合作采取措施，尤其是经济和技术措施，最大程度地利用可得的资源，逐步达到完全实现普遍人权这一目的”。（44）

根据这一精神，“国际合作框架”意味着比如说承认在健康领域中应该考虑到发展中国家的需要。在这一背景之下，人权条约认识到了专门机构的作用。例如，《经济、社会与文化权利国际公约》强调“为实现人权而采取的国际行动... 包括这些方法，例如... 提供技术援助，以及为与有关政府一起进行有组织的咨询和研究而举行地区会议和技术会议”。（45）

问题 10： 政府的人权义务与社会中其他行为体之间的关系是什么？

由于政府的作用和职责越来越多地依赖于非国家行为体（健康保险公司等等），政府卫生系统必须确保社会安全网和其他机构的存在，以确保弱势群体能够进入他们所需要的服务和机构。

国家保护人权的职责，意味着政府有责任确保非国家行为体的行为符合该地区的人权法。政府有责任采取法律、政策以及其他措施确保第三方遵守人权标准，以此确保人民能够得到充足的卫生保健和高质量的信息等，以及当有些人被拒绝得到这些商品和服务时，能够得到救济措施。一个例子是为了保护人民的健康权、知情权和其他有关人权免遭侵害，政府有责任对烟草工业进行管理。

对公司和 NGO 来说（45），反映国际人权规范和标准的自愿法激增。对私人领域内事务的人

权意义关注越来越多，已经使人权在商务议程中获得了更高的地位，一些企业已经开始将对人权的关心纳入到其日常运作中去。（47）

第二部分：与健康有关的综合人权问题

问题 11： 以权利为基础促进健康的含义是什么？

以权利为基础促进健康意味着以下做法：

- 用人权作为健康发展的框架。（48）
- 评估和提出任何一项健康政策、项目和立法的人权意义。
- 使人权成为在所有领域（包括政治、经济和文化）中对与健康有关的政策进行计划、实施、监督和评估时的完整一环。

应用这些做法的基本要素如下：

- * 捍卫人类尊严。
- * 关注那些社会中被认为是最弱势的人群。（49）换句话说，认识到那些受到健康政策、计划和策略影响的不同人群的特点——儿童（男孩和女孩）、青少年、妇女和男子，土著和部落居民，民族、种族、宗教和语言上的少数民族，国内流离失所者，难民，侨民和移民，老年人，残疾人，犯人，经济弱势人员或其他边缘化和弱势群体——并根据这些特点采取行动。
- * 确保所有人——尤其是人群中最弱势和最边缘化的部分——在法律和现实中都能够得到卫生服务，不得以任何被法律所禁止的理由进行歧视。
- * 采用性别观点，认识到生物和社会文化因素都对男性和女性的健康有重要影响，政策和计划必须有意识地反映这些差异。

以权利为基础促进健康必须认识到有关人群的具体特点。例如，与儿童有关的所有举措，都应该采用《儿童权利公约》的指导原则。其中包括：

- 首要的考虑应该是儿童的最大利益；
 - 应该重视儿童的观点。
-
- * 在健康计划的设计和实施方式中确保平等，避免有意或无意的歧视。
 - * 对健康资料进行解构，以发现其中隐藏的歧视。
 - * 在决策过程中确保会受其影响的健康发展政策或计划的受益者能够进行自由、有意义和有效的参与。
 - * 促进和保护与健康问题有关的教育权以及搜寻、获得和传播信息与思想的权利。但是知情权不应损害隐私权，这意味着对个人健康资料应该保密。

已经证明，“在爱滋病、精神病和身体残疾的背景之下，尊重人权使预防和治疗的水平显著提高。尊重个人的尊严和隐私能够使护理变得更加敏感和人道。羞辱和歧视会妨碍医疗和公共卫生部门医治病人或残疾人的努力”。（50）

* 制定健康政策或计划时，只能把限制某项权利的享有和实践作为不得已时的最后手段，只有在符合《西拉库萨原则》（Siracusa Principles）中的每一条规定时才能够考虑该立法。（51）（见问题 13）。

- * 把任何一项健康立法、政策或计划的人权意义与预期的公共健康目标放在同等重要的位

置上，确保良好的公共健康结果与促进和保护人权之间达到最佳的平衡。

- * 把国际人权规范 and 标准清楚明白地联系起来，以强调指出健康政策、计划或立法与人权有哪些关系及如何运用人权。

- * 使获得“享有可能达到的最高健康水平的权利”与提高健康水平的目标一样，成为行动的明确而根本的目标。

- * 清楚地表达出政府尊重、保护和实现人权的具体义务。

- * 统一检验基准和指标，确保对在健康领域逐步实现人权进行监督。

- * 在项目发展的各个阶段都把增加健康的责任和透明度作为关键的考虑因素。

- * 将安全措施纳入到保护少数人、移民和其他在国内“不受欢迎”的群体免遭多数人威胁的措施中来，以维持力量的平衡。例如将救济机制纳入到侵犯健康相关权利的案例中来。

以权利为基础促进健康中可能的“构成要素”：

健康权

信息

性别

人类尊严

透明度

《西拉库萨原则》

检验基准和指标

责任

安全措施

平等和不受歧视

分解

关注弱势群体

参与

隐私

教育权

公共健康目标与保护人权之间的最佳平衡

易得性

政府的具体义务

人权之间的明确联系

问题 12：什么是公共健康上的人权附加值？

总之，通过提供以下帮助，人权会对公共健康领域的工作有益：

- 明确认识到享有可能达到的最高健康水平是一项“人权”（而不是慈善机构提供的货物或商品）；

- 将以人权为中心对健康政策和计划进行设计、实施和评估作为增进健康成果的工具；

- 健康的“赋权”战略，其中包括使弱势和边缘化的群体能够进行积极而有意义的参与；

- 提供了对决定健康的潜在因素进行鉴别、分析和反应的有用框架、词汇和指导形式；

- 提供了对政府在健康领域的成绩进行评估的标准；

- 加强了政府对健康的责任；

- 为对政府、国际组织和国际金融机构的支持与合作，以及与公民社会中的相关行为体建立伙伴关系提供了一个强有力而且有权威的基础；

- 提供了现有的国际机构，对健康作为一项人权的实现情况进行监督；（52）

- 提供了公认的国际规范和标准（例如概念的定义和人群的定义）；

- 在所有联合国活动中始终对国家进行人权指导；

- 扩大了分析的范围和国家间伙伴关系的范围。

问题 13： 如果保护公共健康需要限制某些人权该怎么办？

有一些人权在任何情况下都不应受到限制，例如不受酷刑和奴役的权利与思想、信念及宗教自由。国际人权文件中的限制和削弱条款认识到，在某些时候需要对人权进行限制。

公共健康有时会被一些国家用来作为限制人权实践的理由。

当人权受到限制时，判断是否存在必要的保护措施的关键因素，是必须符合《西拉库萨原则》的五条标准中的每一条。即使是在一般会被容许的以保护公共健康为理由限制人权的情况下，也必须有时限限制，并且服从调查。

西拉库萨原则

只有在作为不得已情况下的最后手段时，才能够为了实现某一项公共卫生目标而影响人权。只有在符合人权法（被称为《西拉库萨原则》）中列举的经过严格界定的所有情况时，影响人权才是合法的。这些情况是：

- 这一限制的准备和实施要符合法律；
- 这一限制应该以公共利益为法定目标；
- 这一限制对民主社会实现其目标来说是绝对必须的；
- 没有其他对人权影响和限制更小的可行措施能够达到同样的目的；
- 不得任意（例如用不合理或歧视的方式）计划和强加该限制。

在对严重的传染病——例如埃波拉出血热或未浸渍的肺结核——进行隔离检疫时妨碍行动自由，就是限制人权的例子，在某种情况下这对公共利益来说可能是必须的，因此应该依据国际人权法认为是合法的。（53）相反，一个国家以国家安全或维护社会秩序为由限制爱滋病患者的行动或者监禁他们，拒绝让医生给被认为反对政府的人治疗，或者未能提供预防针以预防社会上主要的传染病，就很难证明这些严厉措施的正当性。（54）

问题 14： 人权对于实证健康信息有什么意义？

国际公认人权的产生是由紧迫的现实导致的。例如，土著居民（55）权利宣言的产生，源于认识到这个弱势和边缘化的人群不能充分地享受到许多种人权，其中包括政治参与权、健康权和教育权。换句话说，人权规范和标准的建立本身就是问题严重的证据，还说明政府认识到了该问题的重要性。因此人权规范和标准的存在能刺激证据收集，指出应对健康方面的复杂挑战所需的资料。例如超越传统的标记来解析资料，能够发现对土著和部落居民的种族歧视；这一歧视被认为是导致这些群体整体健康状况不佳的潜在因素。但是政治敏感性能够揭露出不同的人群受到何种待遇，和为什么要限制人权作为受欢迎的资料收集动力的范围，通过这些来支持人权事业。

得到更广泛接受的主张是人权与收集健康资料的方式有关。这包括在选择资料收集方法时必须考虑到如何确保尊重人权，例如隐私权、参与权和不受歧视的权利。其次，国际文件能够帮助界定各种不同的人群。例如，《国际劳工组织原住暨部落民族条约》（ILO Convention Concerning Indigenous and Tribal Peoples）（56）为从其他人群中界定和区分出土著和部落人民提供了权威的依据。

从个人那里收集有关其健康状况（例如爱滋病、癌症和遗传病）或行为（例如性取向、饮酒和使用其他有潜在危害的物质）的信息，有可能被国家直接滥用，或者由于信息被有意无意地泄露给他人而导致滥用。（57）

指标

联合国机构在健康指标、人权指标和人类发展指标上的工作，能够参与打造共同议程。需

要更多的协调工作来确保建立一个对指标进行设计、开发、使用和评估的共同架构。联合国发展集团（UNDG）共同国家评估（CCA）指标工作组正式通过的指标定义为：一个变量或测量结果，能够传递定性或定量信息，但必须是稳定可测量的。人权已经被纳入共同国家评估指标框架，该指标框架以各项权利为基础制订出了一系列单一的发展指标，这些指标是设计用来衡量“是什么”的。其中不包括基准或目标，也没有明确回答“应该是什么”或“在什么时候”，因为这些应该用符合国情的、参与的国家方法来适当制订。（58）

“信息和统计数字是创建一种负责任的文化和实现人权的有力工具。”

《2000 年人类发展报告》（Human Development Report 2000）（59）

问题 15： 人权怎样对加强健康系统的工作进行支持？

关注非歧视等人权原则能够突出弱势人群受到的不同待遇，例如政府对这些群体中疾病的表现形式、发生频率和严重程度所做出的反应。人权规范和标准也为健康系统优先考虑弱势和边缘化人群的健康需要奠定了坚实的基础。人权不止关注平均数，还关注那些被认为是社会中最弱势的人群（例如土著和部落居民，难民和移民，种族、宗教、民族和人种上的少数民族），还提出了能够帮助指导健康政策、计划和健康系统工作的特殊人权（例如可能受到健康政策、策略和标准影响的人参与决策制定过程的权利）。

世界卫生组织 2000 年年报：世界卫生组织健康系统绩效评价框架（World Health Report 2000:WHO Framework on Health Systems Performance Assessment）

针对健康的实证模式，世界卫生组织在其《世界卫生组织 2000 年年报》中制定了健康系统的绩效指标。这些指标的基本原则是：澄清对健康系统的界定；评估健康系统和其他系统如何影响关键性的社会目标的实现；对财政资助的健康、敏感和公平进行定义和测量；和显示不同的政策对提高健康系统绩效有多大贡献。（60）特别是在有关健康系统对要测量的不同领域所下定义的敏感性问题上，人权规范和标准已经被纳入其中。

问题 16： 健康立法与人权法之间的关系是什么？

健康立法是保证对健康权的促进和保护的重要途径。在健康立法的酝酿和回顾过程中，人权提供了有用的工具，使健康立法的有效性和适当性与人权和公共健康目标相符。在这一背景之下，艾滋病使许多国家重新考虑其公共健康法规，其中包括那些与检疫和隔离有关的法规。

（61）

限制性的法律和政策在缺乏充足的流行病学资料和其他资料支持其措施的情况下特别关注某些人群，会激起许多人权关注。有关的两个例子是：给某些人群中的妇女进行非自愿绝育手术的有关健康政策，其理由是这对她们的健康和良好状态来说是必要的，和给同性性行为定罪的鸡奸法，其理由是这对预防艾滋病传播来说是必要的。（62）

政府制定符合其人权义务的国家健康政策和立法的能力急需加强。其中包括制定方案检讨与健康有关的法律和政策，以决定其在表面上和应用过程中是否违反人权，以及在存在违反人权的情况时提供补救方法。

问题 17： 如何将人权用于国家情境健康分析？

对人权的关注增加，可能首先会扩大国家情境健康分析的范围，其次会发现新的伙伴。新的关注领域包括国家人权行动计划中的健康因素，以及与其相对的，国家健康战略和行动计划中包含的人权成分。由于与健康有关的人权义务要由整个政府来承担，需要包括在政策和计划中的健康目标和人权目标可能并不是由健康部门本身制定的，但是对于健康有着重要意义，例如国家食品与营养政策和计划。对弱势人群的关注促使人们关注国家的立法和发展政策（其任务是最大程度保护他们的利益）如何影响这些群体的状态，和公民社会运动如何代表他们的利益。最后，联合国人权条约监督机构的报告和评论与公民社会组织的观点，是另一个要考虑的问题。

实际意义可能是：除了卫生部之外，国家层面上从事此工作的可能还有许多部门，例如司法部 and 那些负责人权（包括独立人权机构），妇女事务，儿童事务，教育、社会事务，财政等等的部门。在人权领域内工作的联合国机构和其他政府间组织，国际和国内人权 NGO，国家人权机构，专职官员，国家人权委员会，人权思想库和研究机构也成为了促进全球健康议程的忠实伙伴。

第三部分：更大背景下的健康与人权

问题 18： 伦理与人权有什么关系？

伦理是个人和社会的行为规范。这些规范有许多来源，其中包括宗教、文化传统和思想，这部分地解释了每种伦理观的复杂性。伦理作为一个规范系统，由许多概念组成，其中包括义务和责任，品格德性，价值标准和“善”（在结果与行为后果上）的标准，公平的标准，和公正（在资源配置和奖惩上）。

人权涉及国际法律文件中所包含的一系列国际议定的原则和规范。这些国际人权原则和规范是成员国在一系列基本问题上长期深入磋商的结果。换句话说，人权是各个政府之间通过构建共识的过程而产生的。

伦理工作不仅在内容上要考虑到人权规范和标准，在其论述和推理的有关过程中也要考虑到。例如在和某个特殊人群有关的问题上，代表该群体的人应该参与对影响该群体的问题的伦理意义所做的一切决定。伦理在人权没有提供明确答案的实践领域特别重要，例如在克隆人等新出现领域中，人权法尚未实施或成文。

问题 19： 人权原则与公平有什么关系？

公平意味着按照人们的需要而不是社会特权来分配健康机会。(63)这意味着消除在健康和决定健康的主要因素上的差别，这些差别与社会中潜在的社会损害有系统相关。在人权论述中，公平的原则越来越多地被用做一个重要的非法律普通政策术语，目的是确保公平。其中包含与政策有关的问题，例如可用的卫生保健服务的易得性、可购性和满意性。国际人权文件对社会中弱势和受损害群体的关注强化了公平的原则。在国际层面上，人权文件（特别是《联合国发展权利宣言》）通过提出国内关系问题和鼓励国际合作来实现人权，并且通过这些来提出公平问题。(64)

问题 20： 如何将健康与人权的原则用于减少贫困？

享受维持健康和福利所需的生活水准，包括必要的社会服务的权利，和在遭到疾病、残废、衰老或在其他丧失谋生能力的情况下享受保障的权利被神圣地载入了《世界人权宣言》。(65)经济、社会和文化权利委员会把贫困定义为“一种人类状态，其特征是对享受适当的生活水准及其他公民、文化、经济、政治和社会权利所必需的资源、能力、选择、安全和权力的持续或慢性的剥夺”。(66)

“政策和实践以及发展问题专业人士所遇到的挑战，是找到方法突破无力感的罗网，提高贫困妇女和男子的能力，使他们能够对自己的生活有更多的控制。”(67)

人权通过给予权利（使政府承担某种法律义务）来向个人和社会授权。人权能够帮助解决社会中和各个社会之间在分配和权力行使上的不平等，减轻穷人的无力感。经济和社会权利（例如健康权）由于其标准日益透明，应用日益广泛而显得越来越重要，这些权利能够提供减少贫困的重要工具。人权途径也需要穷人积极而有准备地参与可能对他们有影响的战略的组织、实施和监督。

责任、透明、民主和善治是解决贫困和健康不良的基本因素。国内国际两个层面的法律权利和义务需要责任：国内层面上有效的法律救济、行政和政治问责机制，以及国际层面上的人权监督机制。(68) 总之，人权为减少贫困提供了一个整体性的框架，这需要考虑到一系列途径，其中包括立法、政策和计划。

残疾是导致贫困的一个原因，贫困也是导致残疾的高危因素。人权为保证残疾人能够得到平等的机会和不受歧视提供了一个法律框架。因此对人权的关注提供了一个“逆流而上”防止残疾人贫困的可能途径。

残疾和发展行动组织 (Action on Disability and Development) 的一份报告看到了贫困与残疾之间的恶性循环。该报告证明残疾人贫困的根本原因是社会、经济和政治排斥。

排斥的比例非常引人注目：

- 发展中国家 98%的残疾儿童无法接受任何正规教育，并被排斥于许多非残疾儿童认为理所当然的日常影响之外；

- 全世界有一亿人患有因营养不良和卫生条件差而导致的损伤，这些损伤本来是可以预防的；

- 非洲和亚洲 70%的儿童失明和 50%的听力损伤本来是可以预防或治疗的。

这些损伤随后可能导致歧视、排斥和进一步的贫困。《残疾人机会均等标准规则》(Standard Rules on Equalization of Opportunities for Persons with Disabilities) 已经得到联合国全体会员国的批准。虽然没有法律上的强制力，但它已经在鼓励许多政府引入残疾立法。(69)

问题 21： 全球化如何影响对人权的促进和保护？

联合国秘书长科菲·安南强调“发展的追求、全球化的参与和对变革的管理都必须服从人权的需要，而不是相反。正如国际文件中所宣称的，尊重人权是我们工作的核心。如果忽略了这一基本事实，其他所有的工作都会失败。”(72)

全球化这个术语包括了许多不同的现象，大部分与货币、商品、服务、人口和思想跨越国界加速流动有关。这一进程给许多国家和人民带来了益处，使许多人脱离了贫困，使人们对基本人权有了更多的认识。但是在很多情况下，全球化进程也会使那些被排斥于市场、信息和主要货物（例如新研制的救命药品）之外的人民和国家更加边缘化。

在人权共同体内部，与全球化有关的一般趋势已经唤起了对其在国家能力上的影响的关注，以确保对人权，尤其是社会中最弱势成员权利的保护。主要位于经济-政治领域的全球化，其趋势包括：对自由市场的依赖增多；国际金融市场与机构在决定国家政策上的影响显著加大；公共领域经费的削减；对以前认为完全属于国家领域内的职能进行私有化；以及一系列着眼于促进投资和奖赏企业家精神的反常行动。(70) 这些趋势有助于减少国家在经济事务中的作用，同时加强私人（非国家）行为体（尤其是公司企业中的行为体，但也包括公民社会中的行为体）的作用和责任。人权分析人士关心，这种趋势限制了国家落实人权和保护弱势群体免遭全球化的不利影响的能力。

在这一背景之下，联合国经济、社会和文化权利委员会强调，国际组织以及创建和管理这些组织的政府有强烈而持久的责任去采取其所能够采取的任何措施，在全球化的背景下帮助政府按照符合其人权义务的方式行动，以及谋求制定促进尊重人权的政策和计划。(71)

“虽然我们把自己的世界称做地球村，但可悲的是，这个世界缺乏村庄这个词所包含的对邻居和社会的亲密感。在每个地区和所有国家中，这些问题都源自缺乏对人人平等和与生俱来的尊严的尊重与承认。”

联合国人权事务高级专员玛丽·罗宾逊

问题 22： 国际人权法如何影响国际贸易法？

最近，联合国人权系统开始处理与人权法有关的贸易法律和实践，反过来，世界贸易组织和其他涉及贸易问题的组织也开始考虑其工作的人权意义。

例如，获得药品的问题在人权的背景之下越来越多地被提出。人权委员会于 2001 年通过了一项关于在发生世界性流行病如爱滋病的情况下获得医药问题的决议（73），这是一项空前的行动，它重申了在这种情况下能够获得医药是逐步实现健康权的基本要素。要求国家制定政策，以增进科学上适当的、高质量的、治疗爱滋病等全球性流行病的药物和医疗技术对每个人（没有歧视）来说的可用性、可得性和可购性。还要求国家采取立法或其他措施，以确保第三方能够不受任何限制地得到这些药物和医疗技术。

还是关于获得药品的问题，人权事务高级专员 2001 年向人权小组委员会所做的一份报告中，考虑了《与贸易有关的知识产权协议》（TRIPS）与人权之间的关系。（74）该报告提到，世界贸易组织的 141 个成员国中，有 111 个已经批准了《经济、社会与文化权利国际公约》。因此成员国应该执行《与贸易有关的知识产权协议》的最低标准，记住自己的人权义务和《与贸易有关的知识产权协议》中固有的灵活性，认识到“人权是政府的首要职责”。（75）

《经济、社会与文化权利国际公约》的第 15 条认为“每个人都有享受科学进步及其应用带来的好处的权利”。这一权利赋予了政府责任，以采取必要的措施保存、发展和传播科学与科学研究，以及确保科学探索的自由。对健康问题来说，这一权利的含义直到最近才开始得到探究，例如关于发展中国家获得药品的问题。

问题 23： 以权利为基础促进发展的含义是什么？

联合国系统内外越来越认识到，发展本身不仅是《联合国发展权利宣言》（1986）中所认可的一种人权，而且发展的过程本身必须符合人权。在这一点上，联合国人权事务高级专员办事处主张，以国际人权为规范基础，将以权利为基础促进发展作为人类发展进程的概念框架。这一途径将国际人权体系的规范、标准和原则纳入到发展计划、政策和进程中。规范和标准就是国际条约和宣言这笔财富中所包含的那些。原则中包括参与，责任，非歧视以及对弱势群体、赋权和表现国际人权文件之间联系的关注。

“以权利为基础促进发展将人权成就作为发展的目标之一。它将对人权的考虑作为发展政策的脚手架。它要求国际人权机构在支持发展行动上负起责任。所有这些不只与公民和政治权利有关，也与经济、社会和文化权利有关。此外，实施以权利为基础促进发展还意味着要制定出工作标准。”（76）

“以权利为基础促进发展不仅仅从人类需要和发展要求的角度出发，还从社会对个人不可剥夺权利的责任角度出发说明情况，它使人们能够要求将公正当作一种权利而不是施舍，还给社会提供了一个道德基础，从此基础出发可以在需要的时候要求国际援助。”

联合国秘书长科菲·安南

问题 24： 人权法、难民法和人道法如何交互对提供健康援助产生影响？

大量的突发事件与冲突及其性质的改变，包括世界范围内爆发的宗教和种族骚乱，已经唤起了联合国系统内外对新思维和新方法的需要。最近注意已经转向处理这些突发事件的国际法令框架，尤其是人道法、人权法和难民法之间的关系，及其在一个正在变化的危机环境中的适用性。（77）

难民法通过详细的、保护难民人权的特殊法规，特别是通过《联合国难民地位公约》（United Nations Convention Relating to the Status of Refugees, 1950）及其议定书（1966）来保

护难民。

人权、人道法和难民法分别与国际法体系的不同分支密切相关。人权和难民法是在联合国的框架之内制定的，因此有着类似的基础。但是人道法有着完全不同的来源和不同的执行机构。不过国际法的所有分支都有一个共同的基本目标：尊重人的尊严，不得因为种族、肤色、宗教信仰、性别、出身、财产或任何类似的标准而有任何歧视。此外，它们有许多共同的具体目标和相似的概念。

人道法是武装冲突法或战争法：在战时保护没有参与或者不再参与作战的人，以及限制作战方式和手段的一系列规则。人道法的核心文件是 1949 年的四份《日内瓦公约》（Geneva Conventions），以及 1977 年的两份附加议定书。

努力确保国际人权和人道法原则为联合国及其机构、以及其他行为体的人道行动提供标准和参考。在武装冲突的背景之下对健康援助的准备、评估、实施和对其效果的评估等等健康实践，需要建立在国际法的框架之内。病人和受伤的人、卫生工作人员、医疗器械、医院和各种医疗单位（包括医疗转运）都受到人道法原则的保护。此外，在某些情况下拒绝给予医疗护理可以构成战争犯罪。

总之，健康领域的人道行动，表现为在健康受到极大威胁的情况下为实现健康权而采取的行动。此外，在紧急情况下提供医疗护理时考虑到人权维度，能够确保该计划对弱势群体给予特别的关注。难民、国内流离失所者和移民特别弱势，需要在人权上给予特别重视。在这些群体中，需要特别关注妇女为唯一主导的家庭、孤身未成年人、残疾人和老人。有特殊的人权原则，为确保在突发事件中保护弱势群体以免接触到导致疾病和健康不良的高危因素提供指导方针。（78）

根据联合国指导方针，该领域内的联合国工作人员“通常不应拒绝接受对违反人权行为的控告。一旦接到控告，应该迅速而秘密地送交联合国人权事务高级专员办事处进行处理...”（79）

问题 25： 人权与国家的健康发展工作有什么关系？

作为联合国在国家层面的发展工作中的跨领域议题，人权得到了支持。（80）共同国家评估（CCA）和联合国发展援助框架（UNDAF）提出了主要的原则，以权利为基础促进发展建立在这些原则之上。共同国家评估和联合国发展援助框架指导方针涉及了联合国公约和宣言的实施，强调了在这两个过程中充分考虑人权的重要性。因此共同国家评估能够帮助促使联合国努力支持政府在地域水平上的会议后续工作和公约的执行，使这种努力一致、完整和协调。

世界银行的《综合发展框架》（CDF）和世界银行与国际货币基金组织共同的《减贫战略文件》（PRSP）行动中都阐明了类似的原则，这些文件的正式起草反应了人权的概念和标准。联合国人权事务高级专员办事处一项为减贫战略（包括《减贫战略文件》）中的人权综合问题制定指导方针的计划，（HRPRS 指导方针）强调《穷人的声音》（Voices of the Poor）（81）和其他对贫困的研究中所确定的“穷人的真实情况”与国际人权标准框架之间的高度一致。因此关注人权能够有助于确保将对穷人的基本关切变成对减贫战略的基本关切，并且保持下去。例如，将人权整体上纳入反贫困战略，能够有助于确保弱势的个人和群体不被忽视；确保为穷人进行积极而有准备的参与提供必要的条件；确保关键的部门议题（例如教育、住房、健康和食品）得到应有的注意；确保短期和中期（以及长期）的目标能够得到确认；确保建立有效的监督程序（例如指标和基准）；以及确保建立与所有各方有关的、易得的问责机制。此外，人权还能够给减贫战略提供具有高度国际合法性的规范、标准和价值。（82）

附录 1：法律文件

与健康和人权有关的国际条约和公约（以年代为序）

《国际劳工组织关于强迫劳动的第 29 号公约》（ILO Convention 29 concerning Forced Labour, 1930）；
《联合国宪章》（1945）；
《防止及惩治灭绝种族罪公约》（Convention on the Prevention and Punishment of the Crime of Genocide, 1948）；
《禁止贩卖人口及取缔意图营利使人卖淫的公约》（Convention for the Suppression of the Traffic in Persons and of the Exploitation of the Prostitution of Others, 1949）；
《改善战地武装部队伤者病者境遇之日内瓦公约》（Geneva Convention for the Amelioration of the Condition of the Wounded and Sick in Armed Forces in the Field, 1949）；
《改善海上武装部队伤者、病者及遇船难者境遇之日内瓦公约》（Geneva Convention for the Amelioration of the Condition of Wounded, Sick and Shipwrecked Members of Armed Forces at Sea, 1949）；
《关于战俘待遇之日内瓦公约》（Geneva Convention relative to the Treatment of Prisoners of War, 1949）；
《关于战时保护平民之日内瓦公约》（Geneva Convention relative to the Protection of Civilian Persons in Time of War, 1949）；
《日内瓦公约 1949 年 8 月 12 日的两份附加议定书》（Two Protocols Additional to the Geneva Conventions of 12 August 1949, 1949 和 1977）；
《难民地位公约》（1950）及其议定书（1967）；
《国际劳工组织关于废止强迫劳动的第 105 号公约》（ILO Convention 105 concerning the Abolition of Forced Labour, 1957）；
《联合国消除一切形式种族歧视宣言》（United Nations Declaration on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination, 1963）；
《公民权利和政治权利国际公约》（1966）及其两份可选择协议（1966 和 1989）；
《消除对妇女一切形式歧视公约》（1979）及其可选择协议（1999）；
《禁止酷刑和其它残忍、不人道或有辱人格的待遇或处罚公约》（1984）；
《儿童权利公约》（1989）；
《国际劳工组织关于独立国家境内土著和部族人民的第 169 号公约》（ILO Convention 169 concerning Indigenous and Tribal Peoples in Independent Countries, 1989）；
《保护所有移徙工人及其家庭成员权利国际公约》（International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of their Families, 1990）；
《国际劳工组织关于禁止并立即采取行动消除最有害的童工形式的第 182 号公约》（ILO Convention 182 concerning the Prohibition and Immediate Action for the Elimination of the Worst Forms of Child Labour, 1999）；
《国际劳工组织关于修正〈保护产妇公约〉的第 183 号公约》（ILO Convention 183 concerning the revision of the Maternity Protection Convention, 2000）。

与健康和人权有关的国际宣言、规范 and 标准（以年代为序）

《世界人权宣言》（1948）；
《利用科学和技术进展以促进和平并造福人类宣言》（Declaration on the Use of Scientific

and Technological Progress in the Interests of Peace and for the Benefit of Mankind, 1975);

《残疾人权利宣言》(Declaration on the Rights of Disabled Persons, 1975);

《有关医务人员,特别是医生,在保护被监禁和拘留的人不受酷刑和其他残忍、不人道或有辱人格的待遇或惩罚方面的作用的医疗道德原则》(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);

《发展权利宣言》(1986);

《保护精神病患者和改善精神保健的原则》(Principles for the Protection of Persons with Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care, 1991);

《联合国老年人准则》(United Nations Principles for Older Persons, 1991);

《在民族或族裔、宗教和语言上属于少数群体的人的权利宣言》(Declaration on the Rights of Persons Belonging to National or Ethnic, Religious and Linguistic Minorities, 1992);

《联合国残疾人机会均等标准规则》(1993);

《消除对妇女暴力行为宣言》(1993);

《世界人类基因组与人权宣言》(Universal Declaration on the Human Genome and Human Rights, 1997);

《关于个人、群体和社会机构在促进和保护普遍公认的人权和基本自由方面的权利和责任宣言》(Declaration on the Right and Responsibility of Individuals, Groups and Organs of Society to Promote and Protect Universally Recognized Human Rights and Fundamental Freedoms, 1998);

《关于国内流离失所问题的指导原则》(Guiding Principles on Internal Displacement, 1998)。

与健康和人权有关的地区性文件 (以年代为序)

《美洲人权与责任宣言》(1948);

《欧洲保障人权与基本自由公约》(European Convention for the Protection of Human Rights and Fundamental Freedoms, 1950)及其十一份议定书(1952-1994);

《欧洲社会宪章》(1961, 修订于1996年);

《美洲人权公约》(1969);

《非洲人权和人民权利宪章》(1981);

《美洲防止和惩处酷刑公约》(Inter-American Convention to Prevent and Punish Torture, 1985);

《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》(Additional Protocol to the American Convention on Human Rights in the Area of Economic, Social and Cultural Rights)——《圣萨尔瓦多议定书》(“Protocol of San Salvador”, 1988);

《美洲人权公约关于废除死刑的议定书》(Protocol to the American Convention on Human Rights to Abolish the Death Penalty, 1990);

《非洲儿童权利与福利宪章》(African Charter on the Rights and Welfare of the Child, 1990);

《防止、惩罚和根除对妇女暴力行为公约》(Convention on the Prevention, Punishment and Eradication of Violence against Women)——《贝伦杜帕拉公约》(“Convention of Belem do Para.”, 1994);

《阿拉伯人权宪章》(Arab Charter on Human Rights, 1994);

《欧洲生物暨医学应用之人权与人性尊严保护公约》(European Convention on Human Rights and Dignity of the Human Being with regard to the Application of Biology and Medicine:

Convention on Human Rights and Biomedicine, 1997);

《美洲消除对残疾人各种形式歧视公约》Inter-American Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Persons With Disabilities, 1999)。

与健康和人权有关的国际会议文件及其后续（以年代为序）

世界儿童问题首脑会议（World Summit for Children），纽约（1990）：《儿童生存、保护与发展世界宣言》与执行此宣言的行动计划（World Declaration on the Survival, Protection and Development of Children and Plan of Action for Implementing the World Declaration），及其后续：联合国大会儿童问题特别会议（United Nations General Assembly Special Session on Children, 2002）：《适合儿童生存的世界》（A World Fit for Children）；

联合国环境与发展大会（United Nations Conference on Environment and Development），里约热内卢（1992）：《关于环境发展的里约热内卢宣言》（Rio Declaration on Environment and Development）和《21世纪议程》（Agenda 21）；

世界人权大会，维也纳（1993）：《维也纳宣言》和《行动纲领》；

国际人口与发展大会，开罗（1994）：《行动纲领》；

社会发展问题世界首脑会议，哥本哈根（1995）：《社会发展问题哥本哈根宣言》（Copenhagen Declaration on Social Development）和《社会发展问题世界首脑会议行动纲领》（Programme of Action of the World Summit for Social Development），及其后续：《哥本哈根五年之后》（Copenhagen Plus 5, 2000）；

第四届世界妇女大会，北京（1995）：《北京宣言》和《行动纲要》（Beijing Declaration and Platform for Action），及其后续：《北京五年之后》（Beijing Plus 5, 2000）；

第二次联合国人类住区会议（人居二）（Second United Nations Conference on Human Settlements, Habitat II），伊斯坦布尔（1996）：《关于人类居住问题伊斯坦布尔宣言》（Istanbul Declaration on Human Settlements）；

世界粮食首脑会议（World Food Summit），罗马（1996）：《关于世界粮食安全的罗马宣言》（Rome Declaration on World Food Security）和《世界粮食首脑会议行动计划》（World Food Summit Plan of Action），及其后续：《世界粮食首脑会议宣言：五年之后，国际联合对抗饥饿》（Declaration of the World Food Summit: Five Years Later, International Alliance Against Hunger, 2002）；

联合国大会艾滋病问题特别会议（United Nations General Assembly Special Session on AIDS, 2001）：《艾滋病承诺宣言》（Declaration of Commitment on HIV/AIDS）——《全球危机——全球行动》（“Global Crisis - Global Action”）；

反对种族主义、种族歧视、仇外心理和有关不容忍行为世界会议，德班（2001）：《德班宣言》和《行动纲领》（Durban Declaration and Programme of Action）；

第二次老龄问题世界大会（Second World Assembly on Ageing, 2002）：《政治宣言》（Political Declaration）和《关于老龄问题的马德里国际行动纲领》（Madrid International Programme of Action on Ageing）。

附录 2：联合国人权组织结构

本图详尽无遗地描述了联合国人权系统的职能。重点强调了这些机构和项目在人权上的主要职责。紫色区域标明了联合国的六个主要机构，绿色区域则标明了联合国人权事务高级专员办事处负责的机构和项目。（83）

(1) Administrative Committee on Coordination (ACC); The United Nations System and Human

Rights: Guidelines and Information for the Resident Coordinator System; approved on behalf of the ACC by the Consultative Committee on Programme and Operational Questions (CCPOQ) at its 16th Session, Geneva, March 2000.

(2) This means that they apply to everyone everywhere.

(3) Human Rights: A Basic Handbook for UN Staff issued by the Office of the High Commissioner for Human Rights (OHCHR) and the United Nations Staff College Project, 1999, p. 3.

(4) In turn, the obligation to fulfil contains obligations to facilitate, provide and promote (Section II.33, footnote 23 of General Comment 14 on the right to the highest attainable standard of health adopted by the Committee on Economic, Social and Cultural Rights in May 2000), (E/C.12/2000/4, CESCR dated 4 July 2000).

(5) Vienna Declaration and Programme of Action adopted at the World Conference on Human Rights, Vienna, 14-25 June 1993, paragraph 5, (United Nations General Assembly document A / CONF.137/23).

(6) Mann J, Gostin L, Gruskin S, Brennan T, Lazzarini Z, and Fineberg HV, "Health and Human Rights," Health and Human Rights: An International Journal, Vol. 1, No. 1, 1994.

(7) Article 7, ICCPR. The prohibition of torture is also articulated in other human rights instruments, including the CAT and article 37 of the CRC.

(8) Article 19, CRC. The prohibition of violence against women is also articulated in the Declaration on the Elimination of Violence Against Women, 1993.

(9) Article 24, CRC. The prohibition of harmful traditional practices against women is also articulated in the Declaration on the Elimination of Violence Against Women, and General Recommendation 24 on Women and Health of the Committee on the Elimination of all forms of Discrimination Against Women, 1999.

(10) Article 2, Declaration on the Right to Development, 1986. The right to participation is also articulated in other human rights instruments, including article 25 of the ICCPR, article 15 of the ICESCR, article 5 of CERD, articles 7, 8, 13 and 14 of CEDAW, and articles 3, 9 and 12 of the CRC.

(11) Article 19, ICCPR. The right to information is also articulated in other human rights instruments, including articles 10, 14 and 16 of the CEDAW, and articles 13, 17 and 24 of the CRC.

(12) Article 17, ICCPR. The right to privacy is also articulated in other human rights instruments, including article 16 of CEDAW, and article 40 of the CRC.

(13) Article 15, ICESCR.

(14) Article 13, ICESCR. The right to education is also articulated in other human rights instruments, including article 5 of CERD, articles 10 and 16 of CEDAW, and articles 19, 24, 28 and 33 of the CRC.

(15) Article 24, CRC.

(16) Article 11, ICESCR. The right to food is also articulated in other human rights instruments, including article 12 of CEDAW, and article 27 of the CRC.

(17) Article 25 UDHR and article 11 ICESCR.

(18) Article 9, ICESCR. The right to social security is also articulated in other human rights instruments, including article 5 of CERD, articles 11, 13 and 14 of CEDAW, and article 26 of the CRC.

(19) 18 February 1992, UN General Assembly Resolution on the Protection of Persons with

Mental Illness and the Improvement of Mental Health Care, Principle 1 (A/RES/46).

(20) Basic Documents, Forty-third Edition, Geneva, World Health Organization, 2001. The Constitution was adopted by the International Health Conference in 1946.

(21) WHA51.7, annex.

(22) The human right to health is recognized in numerous international instruments. Article 25(1) of the UDHR affirms that “everyone has a right to a standard of living adequate for the health of himself and his family, including food, clothing, housing, and medical care and necessary social services.” The ICESCR provides the most comprehensive article on the right to health in international human rights law. According to article 12(1) of the Covenant, States Parties recognize “the right of everyone to the enjoyment of the

highest attainable standard of physical and mental health”, while article 12(2) enumerates, by way of

illustration, a number of “steps to be taken by the States Parties ... to achieve the full realization of this right”. Additionally, the right to health is recognized, inter alia, in the CERD of 1963, the CEDAW

of 1979 and in the CRC of 1989. Several regional human rights instruments also recognize the right to health, such as the European Social Charter of 1961 as revised, the African Charter on Human and Peoples’ Rights of 1981 and the Additional Protocol to the American Convention on Human Rights in the Area of Economic, Social and Cultural Rights of 1988 (the Protocol entered into force in 1999). Similarly, the right to health has been proclaimed by the Commission on Human Rights and further elaborated in the Vienna Declaration and Programme of Action of 1993 and other international instruments.

(23) General Comment 14.

(24) General Comment 14.

(25) This should include the underlying determinants of health, such as safe and potable drinking-water and

adequate sanitation facilities, hospitals, clinics and other health-related buildings, trained medical and professional personnel receiving domestically competitive salaries and essential drugs as defined by the WHO Action Programme on Essential Drugs.

(26) Health facilities, goods and services must be accessible to all, in law and in fact, without discrimination on any of the prohibited grounds.

(27) Health facilities, goods and services must be within safe physical reach for all sections of the population, especially vulnerable or marginalized groups, such as ethnic minorities and indigenous populations, women, children, adolescents, older persons, persons with disabilities and persons with HIV/AIDS, including in rural areas.

(28) Health facilities, goods and services must be affordable for all. Payment for health-care services, as well as services related to the underlying determinants of health, has to be based

on the principle of equity, ensuring that these services, whether privately or publicly provided, are

affordable for all.

(29) Accessibility includes the right to seek, receive and impart information and ideas concerning health issues. However, accessibility of information should not impair the right to have personal health data treated with confidentiality.

(30) This requires, inter alia, skilled medical personnel, scientifically approved and

unexpired drugs and hospital equipment, safe and potable water and adequate sanitation.

(31) Declaration on the Elimination of Violence against Women, 85th plenary meeting, 20 December 1993, (A/RES/48/104), preamble.

(32) General Comment 14.

(33) The Hastings Center Report, Volume 27, No. 3, May–June 1997, p. 9.

(34) International Convention on the Elimination of All Forms of Racial Discrimination, 1963.

(35) Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women, 1979.

(36) Convention on the Rights of the Child, 1989.

(37) Convention Against Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment, 1984.

(38) <http://conventions.coe.int/Treaty/EN/CadreListeTraites.htm>.

(39) This recommendation was included in the IACHR annual report (2001), constituting the first time the latter has devoted a section to mental disability rights.

(40) ICESCR General Comment 3 on the nature of States Parties obligations, adopted by the Committee on Economic, Social and Cultural Rights, Fifth Session 1990 (E/1991/23).

(41) ICESCR, Article 2 (1).

(42) Adopted by the General Assembly in its resolution 41/128 of 4 December 1986.

(43) Declaration on the Right to Development, Article 3, adopted by General Assembly resolution 41/128 of 4 December 1986.

(44) ICESCR, Article 2.

(45) ICESCR, Article 23.

(46) In the area of humanitarian assistance, for example, the Sphere Project's (draft) Charter on Minimum Humanitarian Standards in Disaster Relief provides a comprehensive catalogue of technical standards for NGO and other international relief workers on matters such as food, nutrition, water and sanitation, based upon international human rights law.

(47) <http://www.unglobalcompact.org>.

(48) See Question 3 for an explanation of the links between health and human rights.

(49) Many are spelt out in specific human rights instruments, such as the International Labour Organisation Convention concerning Indigenous and Tribal Peoples in Independent Countries (No. 169, 1989) and the International Convention on the Protection of the Rights of All Migrant Workers and Members of their Families (1990).

(50) Eds. Mann J, Gruskin S, Grodin M, Annas G, Health and Human Rights: A Reader, (Routledge, 1999), Introduction, para. 4.

(51) The Siracusa principles on the limitation and derogation provisions in the international covenant on civil and political rights. UN Doc.E/CN.4/1985/4, Annex.

(52) See Question 7.

(53) Gruskin S and Tarantola D in Ed. Retels R, Mc Ewen J, Beaglehole R, Tanaka H, Oxford Textbook of Public Health, Fourth Edition, Oxford, Oxford University Press, (in press).

(54) General Comment 14, paragraphs 28–29.

(55) The open-ended intersessional Working Group on the draft declaration was established in 1995 in accordance with Commission on Human Rights resolution 1995/32 and Economic and Social Council resolution 1995/32. The Working Group has the sole purpose of elaborating a draft declaration on the rights of indigenous peoples, considering the draft contained in the annex to resolution 1994/45 of 26 August 1994

entitled draft “United Nations declaration on the rights of indigenous peoples” . The draft is being prepared for consideration and adoption by the General Assembly during the International Decade of the World’ s Indigenous People.

(56) The International Labour Organisation Convention Concerning Indigenous and Tribal Peoples in Independent Countries (Convention 169) adopted by the International Labour Organisation on 27 June 1989.

(57) Gruskin S and Tarantola D (refer to footnote 49).

(58) See Mokhiber, C. G. “Toward a Measure of Dignity: Indicators for Rights-Based Development” .Session I-PL 4, Montreux, 4-8 September 2000.

(59) United Nations Development Programme, Human Development Report 2000, (New York and Oxford: Oxford

University Press, 2000), p. 10.

(60) The World Health Report 2000 Health Systems: Improving Performance.

(61) Gostin L, Burris S, and Lazzarini Z, “The Law and the Public’ s Health:A Study of Infectious Disease Law in the United States”, Columbia Law Review, Vol. 99, No.1, (1999).

(62) Gruskin S and Tarantola D, refer to footnote 48.

(63) Equity in Health and Health Care: A WHO/SIDA Initiative, WHO, Geneva, 1996.

(64) Declaration on the Right to Development, 4 December 1986, (A/RES/41/128).

(65) Article 25 UDHR(1948).

(66) “Poverty and the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights” ,statement adopted by

the Committee on Economic, Social and Cultural Rights on 4 May, 2001 (E/C.12/2001/10), paragraph 8.

(67) Voices of the Poor:Crying Out for Change, Chapter 7, ‘Social Ill-being:Left Out and Pushed Down’ , World Bank 2000, page 235.

(68) Human rights and poverty reduction strategies: A discussion paper, prepared by Professor Paul Hunt,

Professor Manfred Nowak, Professor Siddiq Osmani for the UN Office of the High Commissioner for Human Rights (February 2002).

(69) Disability, Poverty and Development, Department for International Development (DFID), ID21 Highlights, January 2002.

(70) Statement by the Committee on Economic, Social and Cultural Rights, to the Third Ministerial Conference of the World Trade Organization, 1999.

(71) Statement by the Committee on Economic, Social and Cultural Rights, May 1998, paragraph 5.

(72) Report of the Secretary-General on the work of the Organization, 1999, General Assembly, Official Records, 54th session. Supplement No.1 (A/54/1).

(73) Commission on Human Rights resolution 2001/33: Access to medication in the context of pandemics such as

HIV/AIDS, adopted 20 April 2001, (E/CN.4.RES.2001.33).

(74) Report of the High Commissioner for Human Rights both Sub-Commission on the Promotion and Protection of Human Rights on intellectual property rights and human rights; the impact of the agreement on trade related aspects of Intellectual Property Rights on human rights ;Fifty-second session of June 2001 (E/CN.4/Sub.2/2001/13 paras. 61-69.)

(75) Vienna Declaration and Programme of Action, Article 1.

(76) Overseas Development Institute, “What can we do with a rights-based approach to

development?” . Briefing Paper,1999 (3) September.

(77) See paper by Uwe Kracht, Development Consultant and Co-Coordinator of the World Alliance for Nutrition

and Human Rights (WANAHR) Human Rights and Humanitarian Law and Principles in Emergencies – An overview of concepts and issues, prepared for UNICEF.

(78) Guiding Principles on Internal Displacement (1998).

(79) In March 2000, the ACC issued the Human Rights Guidelines and Information for the Resident Coordinator

System which is an important reference for the collective effort to integrate human rights within the United Nations system, approved on behalf of ACC by the CCPOQ at its 16th Session, Geneva, March 2000,

<http://accsubs.unsystem.org/ccpoq/documents/manual/human-rightsgui.pdf>, para. 59.

(80) Idem.

(81) Refer to footnote 68.

(82) Human rights and poverty reduction strategies:A discussion paper,footnote 57.

(83) This organizational chart appears courtesy of the Office of the High Commissioner for Human Rights.

<http://www.unhchr.ch/hrostr.htm>

享有可能达到的最高健康水平，是每个人的基本人权，这被神圣地载入《世界卫生组织宪章》已经超过五十年了。世界卫生组织努力使这一权利对每个人来说成为现实，尤其关注那些最贫穷和最弱势的人。

在这一背景之下，世界卫生组织启动了《健康与人权出版物系列》，以探讨在遇到各种健康挑战时，健康与人权之间的复杂关系。本系列中的第一部《关于健康与人权的 25 个问答》试图回答在探讨健康与人权之间的联系时出现的关键问题。其目的是给世界卫生组织工作人员及其他健康、发展和人权实践者提供实践指导，加深他们对健康与人权之间重要的协同作用的理解。