



经济及社会理事会

Distr.
GENERAL

E/C.12/2000/4
11 August 2000
CHINESE
Original: ENGLISH

经济、社会、文化权利委员会

第二十二届会议

2000年4月25日至5月12日，日内瓦

议程项目3

《经济、社会、文化权利国际公约》 执行过程中出现的实质性问题

第14号一般性意见(2000)

享有能达到的最高健康标准的权利(《经济、 社会、文化权利国际公约》第12条)

1. 健康是行使其他人权不可或缺的一项基本人权。每个人都有权享有能够达到的、有益于体面生活的最高标准的健康。实现健康权可通过很多办法，彼此互相补充，如制定卫生政策、执行世界卫生组织制定的卫生计划，或采用具体的法律手段。而且，健康权还包括某些可以通过法律执行的内容。¹

2. 健康权在很多国际文书中得到承认。《世界人权宣言》第25条第1款规定：“人人有权享受为维持他本人和家属的健康和福利所需的生活水准，包括食物、衣着、住房、医疗和必要的社会服务”。《经济、社会、文化权利国际公约》在健康权上规定了国际人权法最全面的条款。根据该公约第12条第1款，缔约国承认，“人人有权享有能达到的最高的体质和心理健康的标准”，第12条第

2 款又进一步列举了若干缔约国为实现这项权利应采取的步骤。此外，承认健康权的还有 1956 年的《消除一切形式种族歧视国际公约》第 5 条(e)(4)，1979 年的《消除对妇女一切形式歧视公约》的第 11 条第 1 款(f)和第 12 条，和 1989 年的《儿童权利公约》第 24 条。一些区域性人权文书也承认健康权，如修订的 1961 年《欧洲社会宪章》(第 11 条)、1981 年的《非洲人权和人民权利宪章》(第 16 条)，和 1988 年的《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》(第 10 条)。同样，人权委员会²、1993 年的《维也纳宣言和行动纲领》和其他国际文书³，也都提出过健康权。

3. 健康权与实现国际人权宪章中所载的其他人权密切相关，又相互依赖，包括获得食物、住房、工作、教育和人的尊严的权利，以及生命权、不受歧视的权利、平等、禁止使用酷刑、隐私权、获得信息的权利，结社、集会和行动自由。所有这些权利和其他权利和自由都与健康权密不可分。

4. 在起草公约的第 12 条时，联合国大会第三委员会没有采用世界卫生组织宪章序言中对健康的定义，该定义的健康概念是：“完全的身体、精神和社会安康，而不仅仅是没有疾病或衰弱”。然而，公约第 12 条第 1 款所讲的“享有能达到的最高的体质和心理健康的标准”，并不限于得到卫生保健的权利。相反，起草的过程和第 12 条第 2 款明确的措词认为，健康权包括多方面的社会经济因素，促进使人民可以享有健康生活的条件，包括各种健康的基本决定因素，如食物和营养、住房、使用安全饮水和得到适当的卫生条件、安全而有益健康的工作条件，和有益健康的环境。

5. 委员会清楚，对世界各地数以百万的人来说，充分享有健康权仍是一个遥远的目标。而且在很多情况下，特别是对那些生活贫困的人，这个目标正变得越来越遥远。委员会承认，因各种国际和其他因素造成的严重结构和其他障碍，超出了一些国家的控制能力，妨碍了很多缔约国充分实现第 12 条。

6. 为了帮助缔约国执行公约和履行它们的报告义务，这份一般性意见着重阐述第 12 条(第一部分)的规范内容、缔约国的义务(第二部分)、违反(第三部分)，和在国家范围内的落实(第四部分)，缔约国以外的其他方面的义务，在第五部分中阐述。这份一般性意见是根据委员会多年来审查缔约国报告的经验提出的。

一、第 12 条的规范内容

7. 第 12 条第 1 款提出了健康权的定义，第 12 条第 2 款列举了——但并非全部——缔约国的一些义务。

8. 享有健康权，不应理解为身体健康的权利。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，包括性和生育上的自由，以及不受干扰的权利，如不受酷刑、未经同意强行治疗和试验的权利。另一方面，应该享有的权利包括参加卫生保护制度的权利，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。

9. 第 12 条第 1 款的“能达到的最高的健康标准”概念，既考虑进了个人的生理和社会经济先决条件，也考虑进了国家掌握的资源。有一些方面不可能完全在国家与个人之间的关系范围内解决，具体而言，国家不能保证健康，它也不能提供对所有可能造成人类疾病的原因提供保护。因此，遗传因素、个人是否易患疾病，和追求不健康或危险的生活方式，都可能对个人的健康产生重要影响。因此，享有健康权必须理解为一项享有实现能够达到的最高健康标准所必须的各种设施、商品、服务和条件的权利。

10. 自 1966 年联合国通过两项国际公约以来，世界的卫生状况发生了巨大变化，健康的概念也经历了重大改变，范围也拓宽了。更多的健康决定因素被增加进来，如资源分配和性别差异。较宽的健康定义，还考虑进了暴力和武装冲突等社会方面的关注。⁴ 此外，一些原先不知道的疾病，如人类免疫缺陷病毒和艾滋病 (HIV/AIDS)，和其他一些传播较广的疾病，如癌症，以及世界人口的迅速增长，都造成了实现健康权的新的障碍，在解释第 12 条时必须加以考虑。

11. 委员会对健康权的解释，根据第 12 条第 1 款的规定，是一项全部包括在内的权利，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，如使用安全和洁净的饮水、享有适当的卫生条件、充足的安全食物、营养和住房供应、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。另一个重要方面，是人民能够在社区、国家和国际上参与所有卫生方面的决策。

12. 健康权的各种形式和层次，包括以下互相关联的基本要素，其具体实施将取决于具体缔约国的现实条件：

- (a) 便利。缔约国境内必须有足够数量的、行之有效的公共卫生和卫生保健设施、商品和服务，以及卫生计划。这些设施、商品和服务的具体性质，会因各种因素而有所不同，包括缔约国的发展水平。但它们应包括一些基本的卫生要素，如安全和清洁的饮水、适当的卫生设施、医院、诊所和其他卫生方面的建筑、经过培训工资收入在国内具有竞争力的医务和专业人员，和世界卫生组织必需药品行动纲领规定的必需药品⁵
- (b) 获得条件。缔约国管辖范围内的卫生设施、商品和服务，⁶ 必须面向所有人，不得歧视。获得条件有四个彼此之间相互重叠的方面：
- (一) 不歧视：卫生设施、商品和服务必须在法律和实际上面向所有人，特别是人口中最脆弱的部分和边缘群体，不得以任何禁止的理由加以歧视。⁷
- (二) 实际获得的条件：卫生设施、商品和服务，必须是各部分人口能够安全、实际获得的，特别是脆弱群体和边缘群体，如少数民族和土著人、妇女、儿童、青少年、老年人、残疾人和患有艾滋病/携带病毒的人。获得的条件还包括能够安全、切实得到医疗服务和基本的健康要素，如安全和洁净的饮水、适当的卫生设施等，包括农村地区。获得的条件还包括建筑物为残疾人配备适当的进入条件。
- (三) 经济上的获得条件(可支付)：卫生设施、商品和服务必须是所有人能够承担的。卫生保健服务以及与基本健康要素有关的服务，收费必须建立在平等原则的基础上，保证这些服务不论是私人还是国家提供的，应是所有人都能承担得起的，包括社会处境不利的群体。公平要求较贫困的家庭与较富裕的家庭相比不应在卫生开支上负担过重。
- (四) 获得信息的条件：获得条件包括查找、接受和传播有关卫生问题的信息和意见的权利。⁸ 然而，获得信息的条件不应损害个人健康资料保密的权利。

- (c) 接受条件。所有卫生设施、商品和服务，必须遵守医务职业道德，在文化上是适当的，即尊重个人、少数群体、人民和社区的文化，对性别和生活周期的需要敏感，遵守保密的规定，和改善有关个人和群体的健康状况。
- (d) 质量。卫生设施、商品和服务不仅应在文化上是可以接受的，而且必须在科学和医学上是适当和高质量的。这要求除其他外应有熟练的医务人员、在科学上经过批准、没有过期的药品，医院设备，安全和洁净的饮水，和适当的卫生条件。

13. 第 12 条第 2 款并不完全的举例，规定了各国采取行动的准则。它提出了一些具体措施的通用例子，这些措施都属于第 12 条第 1 款中对健康权的广泛定义范围内，从而说明了这项权利的内容，如以下各段示。⁹

第 12 条第 2 款(a) 产妇、儿童和生育卫生权

14. “减低死胎率和婴儿死亡率，和使儿童得到健康的发育” (第 12 条第 2 款(a)¹⁰，可理解为需采取措施，改善儿童和母亲的健康、性和生育卫生服务，包括实行计划生育、产前和前后保健、¹¹ 紧急产科服务和获得信息，以及根据获得的信息采取行动所需的资源。¹²

第 12 条第 2 款(b) 享有健康的自然和工作场所环境的权利

15. “改善环境卫生和工业卫生的各个方面” (第 12 条第 2 款(b))，主要包括在职业事故和疾病方面采取预防措施；必须保证充分供应安全和洁净的饮水和基本卫生条件；防止和减少人民接触有害物质的危险，如放射性物质和有害化学物质，或其他直接或间接影响人类健康的有害环境条件。¹³ 此外，工业卫生指在合理可行的范围内，尽量减少在工作环境中危害健康的原因。¹⁴ 第 12 条第 2 款(b)还包括适当的住房和安全、卫生和工作条件，充分供应食物和适当的营养，劝阻酗酒和吸烟、吸毒和使用其他有害药物。

第 12 条第 2 款(c) 预防、治疗和控制疾病的权利

16. “预防、治疗和控制传染病、地方病、职业病和其他的疾病” (第 12 条第 2 款(c)), 要求对行为方面的健康关注建立预防和教育计划, 如性传播疾病, 特别是艾滋病/病毒, 及有害于性卫生和生育卫生的行为, 改善健康的社会要素, 如安全的环境、教育、经济发展和性别平等。得到治疗的权利, 包括在事故、流行病和类似健康危险的情况下, 建立一套应急的医疗保健制度, 及在紧急情况下提供救灾和人道主义援助。控制疾病, 指各国单独或共同努力, 特别是提供相关技术、使用和改善分类的流行病监督和数据收集工作, 执行和加强免疫计划, 和其他传染病的控制计划。

第 12 条第 2 款(d) 享受卫生设施、货物或服务的权利¹⁵

17. “创造保证人人在患病时能得到医疗照顾的条件” (第 12 条第 2 款(d)), 包括身体和精神两个方面, 要求平等和及时地提供基本预防、治疗、康复的卫生保健服务, 以及卫生教育; 定期检查计划; 对流行病、一般疾病、外伤和残疾给予适当治疗, 最好是在社区一级; 提供必需药品; 和适当的精神保健治疗和护理。另一个重要的方面, 是改善和进一步加强民众参与, 提供预防和治疗保健服务。如卫生部门的组织、保险系统等, 特别是参与社区和国家一级的有关健康权的政治决定。

第 12 条: 具有广泛适用性的特别专题

不歧视和平等待遇

18. 根据第 2 条第 2 款和第 3 第, 公约禁止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/病毒)、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。委员会强调, 可采取很多办法, 如很多旨在消除健康方面歧视的计划和方案, 并无须太多的资源, 如通过、修订或废除某些法律, 或开展宣传。委员会忆及第三号一般性意见的第 12

段，该段指出，即使在资源严重困难的情况下，也必须通过采取费用相对较低的特别方案，保护社会脆弱群体的成员。

19. 在健康权方面，必须强调公平获得卫生保健和卫生服务的条件。国家负有特殊义务，为没有足够能力的人提供必要的卫生保险和卫生保健设施，在提供卫生保健和卫生服务方面防止出现任何国际上禁止的歧视现象，特别是在健康权的基本义务上。¹⁶ 卫生资源分配不当，可造成隐形的歧视。例如，投资不应过分偏重于昂贵的治疗保健服务，那方面的服务常常只有少数享有特权的人能够得到，而是应当偏重初级和预防卫生保健，使更大多数的人口受益。

性别观点

20. 委员会建议，各国在它们有关卫生的政策、规划、方案和研究中，增加性别观点，促进改善妇女和男人的健康。基于性别的方针承认，生理和社会文化因素在影响男人和妇女的健康方面起着重要作用。按性别对卫生和社会经济数据进行分类，对发现和纠正卫生方面的不平等现象十分重要。

妇女和健康权

21. 为了消除对妇女的歧视，必须制定和执行综合性国家战略，在妇女的整个一生中促进她们的健康权。该计划应包括采取行动，预防和治疗影响妇女的疾病，以及制定政策，提供全面的高质量且能够支付的卫生保健，包括性和生育服务。主要目标是减少妇女的健康危险，特别是降低产妇死亡率和保护妇女免受家庭暴力。实现妇女的健康权，必须清除所有影响获得卫生服务、教育和信息的障碍，包括在性和生育卫生方面。另一个重要问题，是采取预防、促进和补救行动，保护妇女免受那些使她们不能充分享有生育权的有害传统文化习俗和规定的影响。

儿童和青少年

22. 第 12 条第 2 款(a)规定，必须采取措施，降低婴儿死亡率，促进婴儿和儿童的健康发育。之后通过的国际人权文书承认，儿童和青少年有权享有最高标准的健康，和得到治疗疾病的设施。¹⁷ 《儿童权利公约》要求各国保证，为儿童和

他们的家庭提供基本卫生服务，包括对母亲的产前和产后护理。该公约还在这些目标上要求确保能够获得对儿童有益的预防和增进健康行为的信息，支持家庭和社区将之付诸实施。落实不歧视的原则，要求男孩子和女孩子一样，享有平等的机会，得到充分的营养、安全的环境，以及身体和精神的卫生服务。必须采取有效和适当的措施，废除影响儿童，特别是女童健康的有害传统习俗，包括早婚、女性生殖器残割、偏袒喂养和照顾男童。¹⁸ 残疾儿童应给予机会，享受有意义和体面的生活，参与社区生活。

23. 缔约国应为青少年提供安全和有帮助的环境，保证能够参与影响他们健康的决定，有机会学习生活技能、获得相关的信息、得到咨询，和争取他们自己作出的健康行为选择。实现青少年的健康权。取决于建立对青年有帮助的卫生保健，该套制度应尊重保密和隐私，并包括适当的性和生育卫生服务。

24. 在所有保证儿童和青少年健康权的政策和方案上，儿童和青少年的最大利益应为首要考虑。

老年人

25. 在实现老年人的健康权方面，委员会根据 1995 年的第 6 号一般性意见，重申综合方针的重要性，结合预防、治疗和康复性保健治疗等要素。这方面的基本措施包括对男女老年人定期身体检查；身体和精神康复措施，保持老年人的活动能力和自主；治疗和照看患慢性病和不治之症的人，帮助他们免除可以避免的痛苦，和使他们能够体面的去世。

残疾人

26. 委员会重申第 5 号一般性意见的第 34 段，该段在身体和精神健康权方面讲到残疾人的问题。此外，委员会还强调，必须保证不仅公共卫生部门，而且私营提供卫生服务和设施的人也必须遵守对残疾人不歧视的原则。

土著人

27. 根据新产生的国际法和国际惯例，以及各国对土著人最近采取的措施，¹⁹ 委员会认为需要确定一些有助于确定土著人健康权的主要问题，使有土著人的各

国能够更好的执行公约第 12 条的规定。委员会认为，土著人有权享有具体措施，改善他们获得卫生服务和医疗的条件。这方面的卫生服务在文化上应当是适宜的，考虑进传统的预防护理、康复和传统医学。各国应为土著人提供资源，安排、提供和管理这方面的服务，使他们能够享有可以达到的最高水平的身体和心理的健康。土著人充分享有健康所需的重要医用植物、动物和矿物，也应给予保护。委员会指出，在土著人社区，个人的健康常常与整个社会的健康连在一起，因此，有一个集体的影响。在这方面，委员会认为，与发展有关的活动导致违反土著人的意愿，迫使他们离开传统的土地和环境，剥夺他们的营养来源，打破他们与土地的共生关系，将对他们的健康产生有害影响。

限制

28. 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权利的理由。委员会愿强调，公约的限制条款第 4 条，主要目的是保护个人的权利，而不是允许国家施加限制。因此，举例而言，以国家安全或维护公共秩序为借口，限制患有传染疾病的人，如艾滋病/病毒的人行动自由，或将之禁闭，拒绝让医生治疗被认为反对政府的人，或不给某个社区进行重要传染病的预防接种，有关缔约国均有责任对第 4 条中提出的每项内容说明此种严重措施的理由。这类限制必须符合法律，包括国际人权标准，符合公约保护的权利的性质的性质，符合追求的合法目标，且必须是促进民主社会总体福祉所必须的。

29. 根据第 5 条第 1 款，这类限制必须是适当的，即在有几种限制可作选择的情况下，必须选择限制性最小的办法。即使以保护公共健康为理由这种限制基本上是允许的，这些措施也应是短时间的，并需加以审查。

二、缔约国的义务

一般法律义务

30. 虽然公约提出了逐步实现，并且承认由于可资利用的资源有限造成了各种困难，但公约还是为缔约国规定了一些立即有效的义务。缔约国在健康权方面即有一些立即生效的义务，如保证行使这项权利不得有任何歧视(第 2 条第 2 款)，

和采取措施充分实现第 12 条的义务(第 2 条第 1 款)。这些措施必须是深思熟虑的、具体的和目标明确的——充分实现健康权。²⁰

31. 在一段时间内逐步实现健康权，不应解释为缔约国的义务已失去一切有意义的内容。相反，逐步实现意味着缔约国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第 12 条。²¹

32. 与公约中的所有其他权利一样，一个重要的假定是，不允许在健康权上采取倒退措施。如果蓄意采取了任何倒退措施，缔约国必须证明，有关措施是在认真权衡所有其他选择之后提出的，而且从公约规定的所有权利角度讲，为了充分利用缔约国最大限度可资利用的资源，采取这些措施是完全有理由的。²²

33. 健康权与各项人权一样，要求缔约国承担三类或三个层次的义务：尊重、保护和实现的义务。依次下来，实现的义务包括便利、提供和促进的义务。²³ 尊重的义务，要求缔约国不得直接或间接地干预享有健康权。保护的义务，要求缔约国采取措施，防止第三方干预第 12 条规定的各项保证。最后，实现的义务，要求缔约国为全面实现健康权采取适当的法律、行政、预算、司法、促进和其他措施。

具体的法律义务

34. 具体而言，各国有义务尊重健康权，特别是不能剥夺或限制所有人得到预防、治疗和减轻痛苦的卫生服务的平等机会，包括囚犯和被拘留者、少数群体、寻求庇护者和非法移民；不得作为一项国家政策采取歧视性做法；也不得对妇女的健康状况和需要推行歧视性做法。此外，尊重的义务还包括国家有义务不得禁止或阻挠传统的预防护理、治疗办法和医药，不得销售不安全的药品和采用带有威胁性的治疗办法，除非是在特殊情况下为治疗精神病，或预防和控制传染病。这种特殊情况必须符合具体而限制性的条件，考虑到最佳做法和适用国际标准，包括“保护精神病患者和改进精神保健的整套原则”。²⁴ 此外，各国不应限制得到避孕和其他保持性健康和生育卫生手段的途径，不应审查、扣押或故意提供错误的健康信息，包括性教育及有关信息，也不得阻止人民参与健康方面的事务。各国也不得违法污染空气、水和土壤等，如因国有设施的工业废料，不得使用或试验核武器、生物武器或化学武器，如那类试验造成释放有害人类健康物质

的话，不得作为惩罚性措施限制得到卫生服务，如在武装冲突期间违反国际人道主义法。

35. 保护的义务，主要包括各国负有责任通过法律或采取其他措施，保障有平等的机会，得到第三方提供的卫生保健和卫生方面的服务；保证卫生部门的私营化不会威胁到提供和得到卫生设施、商品和服务，以及这些设施、商品和服务的可接受程度和质量；控制第三方营销的医疗设备和药品；和保证开业医生和其他卫生专业人员满足适当的教育、技能标准和职业道德准则。各国还必须保证，有害的社会或传统习俗不能干预获得产前和前后护理和计划生育；阻止第三方胁迫妇女接受传统习俗，如女性生殖器残割；和采取措施，在性暴力表现上，保护社会中的各种脆弱和边缘群体，特别是妇女、儿童、青少年和老年人。各国还应保证，第三方不得限制人民得到卫生方面的信息和服务。

36. 实现的义务，要求缔约国除其他外在国家的政治和法律制度中充分承认健康权，最好是通过法律的实施，并通过国家的卫生政策，制定实现健康权的详细计划。各国必须保证提供卫生保健，包括对主要传染病的免疫计划，保证所有人都能平等地获得基本健康要素，如富于营养的安全食物和清洁饮水、基本的卫生条件和适当的住房和生活条件。公共卫生基础设施应提供性和生育卫生服务，包括母亲的安全知识，特别是在农村地区。各国必须保证医生和其他医务人员经过适当培训，提供足够数量的医院、诊所和其他卫生设施，促进和支持建立提供咨询和精神卫生服务的机构，并充分注意到在全国的均衡分布。其他义务包括提供所有人都能支付得起的公共、私营或混合健康保险制度，促进医务研究和卫生教育，以及开展宣传运动，特别是在艾滋病/病毒、性和生育卫生、传统习俗、家庭暴力、酗酒和吸烟、使用毒品和其他有害药物等方面。各国还需采取措施，防止环境和职业健康危险，和流行病资料显示的任何其他威胁。为此，他们应制定和执行减少或消除空气、水和土壤污染的国家政策，包括重金属的污染，如汽油中的铅。此外，缔约国还应制定、执行和定期检查协调的国家政策，尽量减少职业事故和疾病的危险，并在职业安全和卫生服务方面制定协调的国家政策。²⁵

37. 实现(促进)的义务，要求各国除其他外采取积极措施，帮助个人和社区并使他们能够享有健康权。缔约国还必须在个人或群体由于他们无法控制的原因而不能依靠自身的力量实现这项权利的情况下，依靠国家掌握的手段，满足(提供)

公约所载的一项具体权利。实现(促进)健康权的义务, 要求各国采取行动, 创造、保持和恢复人民的健康。这方面的义务包括: (一) 促进了解有利健康的因素, 如研究和提供信息; (二) 确保卫生服务在文化上是适当的, 培训卫生保健工作人员, 使他们了解和能够对脆弱群体或边缘群体的具体需要作出反应; (三) 确保国家在有益健康的生活方式和营养、有害的传统习俗和提供的服务方面, 满足它在传播适当信息方面的义务; (四) 支持人民在他们的健康上作出了解情况的选择。

国际义务

38. 委员会在第 3 号一般性意见中, 提请注意各缔约国有义务采取措施, 单独或通过国际援助和合作, 特别是经济和技术合作, 充分实现公约承认的各项权利, 如健康权。本着《联合国宪章》第 56 条、公约的一些具体规定(第 12、第 2、第 1、第 22 和第 23 条), 和关于初级卫生保健的《阿拉木图宣言》的精神, 缔约国应承认国际合作的重要作用, 履行它们的承诺, 共同和单独采取行动, 充分实现健康权。在这方面, 请缔约国注意《阿拉木图宣言》, 宣言说在人民健康状况上存在的严重不平等情况, 特别是发达国家与发展中国家之间, 以及在各国内部, 在政治、社会和经济上都是不能令人接受的, 因此是各国的共同关注。²⁶

39. 缔约国遵守对第 12 条承担的国际义务, 必须尊重在其他国家享有健康权, 并根据《联合国宪章》和适用的国际法, 阻止第三方, 如果他们能够通过法律或政治手段影响第三方的话, 阻止他们在第三国违反这项权利。缔约国应根据资源情况, 在可能的情况下为在其他国家得到基本卫生服务、商品和服务提供便利, 并在接到要求时提供必要的援助。²⁷ 缔约国应保证, 在国际协议中充分注意到健康权, 并应为此考虑制定进一步的法律文书。在缔结其它国际协议方面, 缔约国应采取措施, 保证有关文书不会对健康权产生不利影响。同样, 缔约国还有义务保证, 它们作为国际组织的成员采取的行动充分考虑到健康权。作为国际金融机构成员的缔约国, 如国际货币基金组织、世界银行、各区域开发银行等, 也应在这些机构的借贷政策、信贷协议和国际性措施上发挥影响, 加强对保护健康权的重视。

40. 根据《联合国宪章》和联合国大会、世界卫生组织的有关决议, 缔约国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。各国应尽其最大能力为这项工作作出贡献。在提供国际医疗援助、分配和管理资源等方面，如安全和洁净的饮水、食物和医疗物资，以及在财政援助中，应优先考虑人口中最脆弱和边缘的群体。此外，鉴于有些疾病很容易跨过国家的边界传播，国际社会都有责任解决这个问题。经济发达的缔约国有特殊的责任和利益，在这方面帮助较穷的发展中国家。

41. 缔约国在任何时候都不应实施禁运或采取类似措施，限制向另一个国家提供充足的药品和医疗设备。对这类货物的限制绝不能用来作为施加政治和经济压力的手段。在这方面，委员会提醒它在第 8 号一般性意见中在经济制裁和尊重经济、社会、文化权利之间的关系问题上阐明的立场。

42. 虽然只有国家才是公约的缔约国，从而对遵守公约负有最终责任，但社会的所有成员——个人，包括卫生专业人员、家庭、地方社区、政府间和非政府组织、公民社会组织，及私营企业部门——在实现健康权方面也都负有责任。因此缔约国应为履行这方面的责任提供一个便利的环境。

核心义务

43. 委员会在第 3 号一般性意见中明确表示，缔约国有一项根本义务，即保证公约提出的每一项权利，至少要达到最低的基本水平，包括基本的初级卫生保健。结合更新的文书来看，如人口与发展国际会议的行动纲领，²⁸ 《阿拉木图宣言》在第 12 条产生的核心义务上提供了明确的指导。因此，委员会认为，这些核心义务至少包括以下方面：

- (a) 保证在不歧视的基础上有权得到卫生设施、商品和服务，特别是脆弱和边缘群体；
- (b) 保证能够得到最基本的、有充足营养和安全的食物，保证所有人免于饥饿；
- (c) 保证能够得到基本住所、住房和卫生条件，及保证充分供应安全的饮用水；
- (d) 根据世界卫生组织随时修订的《必需药品行动纲领》，提供必需药品；
- (e) 保证公平地分配一切卫生设施、货物和服务；

(f) 根据流行病学的实际情况，采取和实施国家公共卫生战略和行动计划，解决整个人口的卫生关注；该项战略和行动计划应在参与和透明的基础上制定，并定期审查；在战略和计划应包括一些方法，如健康权的指标和标准，用以随时监测取得的进展；制定战略和行动计划的过程及其内容，都应特别注意各种脆弱和边缘群体。

44. 委员会还确认，以下是一些比较优先的义务：

- (a) 确保生育、产妇(产前和产后)和孩子的卫生保健；
- (b) 对社区出现的主要传染病进行免疫接种；
- (c) 采取措施预防、治疗和控制流行病和地方病；
- (d) 提供有关社区主要健康问题的教育和信息，包括预防和控制的方法；
- (e) 为卫生工作人员提供适当的培训，包括卫生和人权教育。

45. 为了避免有任何疑问，委员会愿强调，缔约国和其他能够给予帮助的角色尤其有责任提供“国际援助和合作，特别是经济和技术援助和合作”，²⁹ 使发展中国家能够履行上文第 43 和 44 段讲到的核心义务和其它义务。

三、违 反

46. 在第 12 条规范内容(第一部分)适用于缔约国的义务(第二部分)时，便启动了一个动态过程，帮助确定违反健康权的情况。以下各段说明了何为违反第 12 条。

47. 在确定哪些行动或不行动违反了健康权时，重要的是必须区分缔约国没有能力和不愿遵守它对第 12 条的义务。这要根据公约第 12 条第 1 款，该款讲到能够达到的最高健康标准，和第 2 条第 1 款，该款要求各缔约国尽最大能力采取必要步骤。不愿最大限度地利用其现有资源实现健康权的国家，即违反了第 12 条规定的义务。如果资源上的困难使得一国无法完全履行公约的义务，它必须证明，它已尽了一切努力，利用一切可资利用的资源作为优先问题满足上述义务。然而必须强调，在任何情况下缔约国均不能为没有遵守上文第 43 段提出的核心义务辩解，这些核心义务是不能减损的。

48. 发生违反健康权的情况，可以是国家直接所为，也可能是国家管理不严的其他实体。上文第 43 段讲到的采取任何违背健康权核心义务的任何倒退措施，

都是对健康权的违反。委任行为造成的违反，包括正式取缔或暂停继续享有健康权所必须的法律，或通过明显不符合在健康权方面原先存在的国内或国际法律义务的法律或政策。

49. 违反健康权还可发生在国家不行为或没有采取法律义务要求的必要措施的情况下。不行为引起的违反，包括未采取适当措施，充分实现人人享有能达到的最高的体质和心理健康的标准的权利，没有制定关于职业安全和健康的国家政策及提供职业健康服务，和没有执行相关的法律。

违反遵守的义务

50. 违反公约第 12 条规定的标准，或有可能造成身体伤害、不必要的疾病和可预防的死亡，此类国家行为、政策或法律，即是违反遵守的义务。这方面的例子包括由于法律上或事实上的歧视，拒绝某些个人或群体得到医疗设施、商品和服务；蓄意隐瞒或歪曲对保护健康或治疗极为重要的信息、中止法律或实行妨碍享有一切健康权的法律或政策；或国家在与其他国家、国际组织和其他实体，如跨国公司，签订双边或多边协议时，未能在其法律义务中考虑到健康权。

违反保护的义务

51. 违反保护的义务，是国家未能采取一切必要措施，保护其管辖权内的人健康权不得受到第三方的侵犯。这一类情况包括未能对个人、群体或公司的活动作出规定，使之不得侵犯他人的健康权；未能保护消费者或工人的健康受到雇主、药品或食物的制造商行为的伤害；没有劝阻生产、销售和消费烟、毒品和其他有害药物；没有保护妇女免于暴力，或起诉施暴的人；没有劝阻继续遵守有害的传统医学或文化习俗；和没有颁布或实施法律，防止水、空气和土壤受到开采和制造业的污染。

违反履行的义务

52. 违反履行的义务，是缔约国未能采取一切必要措施，保证实现健康权。这方面的例子包括没有采取或执行旨在保护所有人健康权的国家卫生政策；公共

资源的开支不足或分配不当，造成个人或群体不能享有健康权，特别是脆弱和边缘群体；没有在国家一级监督健康权的实现，例如通过提出健康权的指标和基本标准；没有采取措施减少卫生设施、商品和服务分配不公平的现象；在卫生方面没有采取性别敏感的方针；和没有降低婴儿和产妇死亡率。

四、国家一级的执行

框架立法

53. 落实健康权最适宜又可行的措施，因国而异，差别很大。每个国家在权衡哪些措施最适合它的具体情况上，都有一定斟酌处理的余地。然而公约明确规定，每个国家都有责任采取一切必要措施，保证人人都能得到健康设施、商品和服务，使他们能够尽快的享有能够达到的最高标准的身心健康。这要求实行一项国家战略，在确定该项战略目标的人权原则基础上，确保所有人享有健康权，还要制定政策和相应的健康权指标和基准。国家卫生战略还应确定实现规定目标可以利用的资源，以及使用那些资源成本效益最高的办法。

54. 制定和执行国家卫生战略和行动计划，应特别遵守不歧视的原则和人民参与的原则。具体而言，个人和群体参与决策过程的权利，可能影响他们的发展，因此必须作为履行政府对第 12 条义务所制定的一切政策、方案或战略的重要组成部分。促进健康必须在确定优先问题、决策、计划、执行和评估改善健康的战略上，采取有效的社区行动。有效提供健康服务，只有在国家保证人民参与的情况下，才有可能得到保证。

55. 国家卫生战略和行动计划还应建立在责任制、透明和司法独立的原则基础上，因为正确的管理是有效落实各项人权的关键，包括实现健康权。为了创造有利于实现该项权利的气候，缔约国应采取适当措施，私营企业部门和公民社会在它们的活动中要想到健康权，认识到它的重要性。

56. 各国应考虑通过一套法律纲要，实施它们的健康权国家战略。这套法律纲要法应建立监督执行国家健康战略和行动纲领的国家机制。该机制应包括规定的目标和时间；实现健康权的手段；准备如何与公民社会，包括卫生专家、私营部门和国际组织的合作；对执行健康权国家战略和行动纲领的体制责任；和

可能的追索程序。在监督实现健康权取得的进展方面，缔约国应确定影响履行它们义务的各种因素和困难。

健康权的指标和基本要求

57. 国家卫生战略应提出适当的卫生权指标和基本要求。制定指标的目地，是在国家和国际上监督缔约国履行第 12 条义务的情况。各国可从世界卫生组织和联合国儿童基金会在这个领域正在开展的工作中得到有关适当健康权指标的指导，解决健康权不同方面的问题。健康权指标要求对禁止的各种歧视分别列出。

58. 在提出适当的健康权指标后，缔约国应确定相对于每一指标的适当的国家基本水准。在提出定期报告过程中，委员会将与缔约国一道加以全面审查。审查包括缔约国和委员会共同审议指标和国家基本水准，然后定出下一个报告期应实现的目标。在以下的五年里，缔约国将采用新的国家基本水准，帮助监测第 12 条的执行情况。之后，在下一个报告程序中，缔约国和委员会将审议基本水准是否已经达到，以及可能遇到的任何困难原因何在。

补救办法和责任

59. 健康权受到侵犯的任何受害个人或群体，都应有机会在国家和国际上得到有效的司法或其他适当补救。³⁰ 所有这方面违反行为的受害人，均应有权得到适当赔偿，赔偿可采取复原、赔偿、道歉或保证不再重犯等形式。国家意见调查官、人权委员会、消费者论坛、病人权利组织或类似机构，应解决侵犯健康权的问题。

60. 本国法律制度中收入承认健康权的国际文书，可大大增加补救措施的范围和效果，因此在任何情况下均应给予鼓励。³¹ 收入这方面的文书，可使法院能够直接引用公约，审判侵犯健康权的问题，或至少其基本义务。

61. 缔约国应鼓励法官和其他法律从业人员，在他们的工作中加强对侵犯健康权的重视。

62. 缔约国应尊重、保护、便利和促进人权倡导者和公民社会其他成员的工作，帮助易受害或边缘群体实现它们的健康权。

五、非缔约国角色的义务

63. 联合国各机构和方案的作用，特别是世界卫生组织在国际、区域和各国实现健康权的主要职能，以及联合国儿童基金会在儿童健康权方面的作用，具有十分重要的意义。缔约国在制定和执行它们的健康权国家战略时，应利用世界卫生组织的技术援助和合作。此外，缔约国在编写它们的报告时应利用世界卫生组织在收集资料、分类，和制定健康权指标和基本要求等方面的广泛信息和咨询服务。

64. 此外，应在实现健康权方面进行协调，加强所有有关方面的互动，包括公民社会的各个组成部分。根据公约第 22 和第 23 条，世界卫生组织、国际劳工组织、联合国开发计划署、联合国儿童基金会、联合国人口基金、世界银行、各区域开发银行、国际货币基金组织、世界贸易组织和联合国系统内的其他有关机构，均应在国家一级落实健康权方面与各缔约国进行有效的合作，发挥它们各自的专长，同时适当注意到它们本身的职权范围。具体而言，国际金融机构，特别是世界银行和国际货币基金组织，应在它们的借贷政策、信贷协议和结构调整方案中更加重视保护健康权。在审查缔约国的报告和它们履行第 12 条义务的能力时，委员会将考虑所有其他方面提供援助的效果。联合国各专门机构、方案和组织，采取以人权为基础的方针，将大大有利于健康权的落实。委员会在审议缔约国的报告过程中，也将审议卫生专业组织和其他非政府组织在缔约国对第 12 条义务方面的作用。

65. 世界卫生组织、联合国难民事务高级专员办事处、国际红十字会/红新月会委员会和联合国儿童基金会，以及各种非政府组织和国家的医务界组织在紧急情况下救灾和人道主义援助方面的作用极为重要，包括对难民和国内流离失所者的援助。提供国际医疗援助、分配和管理资源，如安全和洁净的饮水、食物和医疗物资、财政援助等，应优先安排给人口中最脆弱和边缘的群体。

2000 年 5 月 11 日通过

注

¹ 例如，在卫生设施、商品和服务方面，不歧视的原则在很多国家的司法中都是可以通过法律执行的。

² 人权委员会第 1989/11 号决议。

³ 联合国大会 1991 年通过的“保护精神病患者和改进精神保健的整套原则”（第 46/119 号决议），和适用于精神病患者的委员会关于残疾人的第 5 号一般性意见；1994 年在开罗举行的人口与发展国际会议行动纲领；和 1995 年在北京举行的第四次世界妇女大会宣言和行动纲领，分别载有生育卫生和妇女健康的定义。

⁴ 关于战时保护平民之日内瓦四公约共同的第 3 条；《关于保护国际性武装冲突受难者的第一附加议定书》（1977 年第 75 条第 2 款(a)）；《关于保护非国际性武装冲突受难者的第二附加议定书》（1977 年）第 4 条(a)。

⁵ 见世界卫生组织的示范必需药品清单。1999 年 12 月修订，世界卫生组织药品信息第十三卷，1999 年第 4 期。

⁶ 除非另行说明，否则本一般性意见中讲到的卫生设施、商品和服务，均包括本一般性意见第 11 段和第 12 段(a)中所列的基本健康要素。

⁷ 见本一般性意见第 18 和第 19 段。

⁸ 见《公民权利和政治权利国际公约》第 19 条(2)。本一般性意见特别强调获得信息，因为这个问题对健康特别重要。

⁹ 在有关健康权的复述和实践中，经常讲到三级卫生保健：初级卫生保健，主要指常见或较轻微的疾病，由社区内卫生专业人员或经过一般培训的医生提供，费用较低；二级卫生保健由中心提供，通常是医院，主要处理社区一级无法医治的较为普通的轻微或严重疾病。通常要靠经过专科培训的卫生专业人员和医生、特别设备，有时还要住院治疗，费用较高；三级卫生保健，只在较少的中心提供，主要治疗少量需要经过专科培训的卫生专业人员和医生及特别设施的轻微或严重疾病，常常费用较高。由于初级、二级和三级卫生保健的形式常常相互重叠和发生互动，因此采用这种分类办法并不总是能够提供充分的区分标准，帮助评估缔约国必须提供的卫生保健水平，因此，在对第 12 条的规范理解上作用也有限。

¹⁰ 根据世界卫生组织的做法，死胎率已很少在使用，而采用了婴儿和 5 岁以下儿童死亡率作为衡量标准。

¹¹ 产前，指出生前或出生时；围产期，指出生前后的一小段时间(在医学统计学上，这段时间从怀孕 28 周起，结束的时间有不同规定，可从出生后一周到四周)；新生儿期，则指出生后的头四个星期；而出生后，即指出生之后。在本一般性意见中，只采用较普通的“出生前”和“出生后”这两个说法。

¹² 生育卫生，指男女有权自由决定是否和何时生育，以及有权了解情况和得到安全、有效、能够支付得起和可以接受的、由他们自己选择的计划生育方法，有权得到适当的卫生保健服务，例如可使妇女安全的渡过孕期和生产。

¹³ 委员会在这个问题上注意到 1972 年斯德哥尔摩宣言的第一项原则，该原则规定：“人人有权在高质量的环境中享有自由、平等和适当生活条件的基本权利，该环境应保证体面的生活和安康，并且符合国际法的最新发展，包括关于必须保证个人安康的健康环境的大会第 45/94 号决议；《里约宣言》的第一项原则；和一些区域人权文书，如《美洲人权公约圣萨尔瓦多议定书》的第 10 条。

¹⁴ 国际劳工组织第 155 号公约第 4 条第 2 款。

¹⁵ 见上文第 12 段和注 8。

¹⁶ 关于各项基本义务，见本一般性意见第 43 和第 44 段。

¹⁷ 《儿童权利公约》第 24 条第 1 款。

¹⁸ 见 1994 年世界卫生大会决议 WHA 47.10，题为：“产妇和儿童健康和计划生育：有害妇女和儿童健康的传统习俗”。

¹⁹ 有关土著人的最新国际规范包括：国际劳工组织关于独立国家土著和部落居民的第 169 号公约(1989 年)；《儿童权利公约》(1989 年)第 29 条(c)和(d)，和第 30 条；《生物多样性公约》(1992 年)第 8 条(j)，建议各国尊重、保护和保留土著社区的知识、革新和习俗；联合国环境和发展会议《21 世纪议程》(1992 年)，特别是第 26 章；和《维也纳宣言和行动纲领》(1993 年)第一部分第 20 段，要求各国采取一致的积极措施，确保在不歧视的基础上尊重土著人的各项人权。也见联合国《气候变化框架公约》(1992 年)序言和第 3 条；联合国《在发生严重干旱和/或荒漠化的国家特别是在非洲防止荒漠化的公约》(1994 年)第 10 条第 2 款(e)。近年来，越来越多的国家修改了它们的宪法和提出立法，承认土著人的特别权利。

²⁰ 见第 13 号一般性意见第 43 段。

²¹ 见第 3 号一般性意见第 9 段；第 13 号一般性意见第 44 段。

²² 见第 3 号一般性意见第 9 段；第 13 号一般性意见第 45 段。

²³ 根据第 12 和第 3 号一般性意见，履行的义务包括提供便利的义务和提供的义务。在本一般性意见中，由于促进健康在世界卫生组织和其他方面工作中的关键重要作用，履行的义务还包括促进的义务。

²⁴ 大会第 46/119 号决议(1991 年)。

²⁵ 该项政策的主要内容包括发现、确定、批准和控制危险材料、设备、物质、媒介和工作程序；向工人提供健康信息和在需要的情况下提供充分的保护服装和设备；通过适当检查执行法律和规定；要求通报职业事故和疾病；对严重事故和疾病进行调查并提出年度统计数字；保护工人和他们的代表不因他们依此政策而采取的正当行动而受到纪律处分；和提供职业卫生服务，包括各种基本的预防职能。见劳工组织的《职业安全和卫生公约》，1981年(第115号)和《职业卫生服务公约》，1985年(第161号)。

²⁶ 《阿兰木图宣言》第2条，初级卫生保健国际会议的报告，阿兰木图，1978年9月6日至12日，载于世界卫生组织“全民健康”系列第一卷，世界卫生组织，1978年，日内瓦。

²⁷ 见本一般性意见第45段。

²⁸ 人口与发展国际会议报告，开罗，1994年9月5日至13日(联合国出版物出售品编号，E.95.XIII.18)，第一章，决议1附件，第七和第八章。

²⁹ 公约第2条第1款。

³⁰ 无论那些群体是否可以作为独特的权利持有人寻求补救，缔约国在集体和单独两个方面均受到第12条的约束。集体权利在卫生领域十分重要，现代公共卫生政策在很大程度上依赖预防和增进健康，主要都是针对集体的方针。

³¹ 见第2号一般性意见第9段。

-- -- -- -- --