



大 会

Distr.
GENERAL

A/CONF.157/PC/61/Add.8
29 March 1993
CHINESE
Original: ENGLISH

世界人权会议
筹备委员会
第四届会议
1993年4月19日至30日，日内瓦
临时议程项目5

世界会议的出版物、研究报告和文件的准备情况

增 编

世界卫生组织提供的资料

1. 请筹备委员会注意附在后边的由世界卫生组织提交的文件，题为“健康作为一项基本人权和世界性社会目标”。在文件第一部分中，世界卫生组织表示了对各项国际人权公约执行情况的看法；在第二部分中，通过列举卫生组织各技术方案所进行活动的一系列例子，说明了第一部分所讨论的原则；这些专题文件涉及下列方面：(1) 病人的权利；(2) 精神病人的权利和改进精神保健；(3) 儿童权利；(4) 老年人的权利；(5) 残疾人的权利；(6) 艾滋病人的人权方面；(7) 脆弱群体和土著人民的权利；(8) 最不发达国家的健康状况；(9) 卫生立法的作用；(10) 人道主义紧急卫生援助和流离失所人口的权利；(11) 保健公平。

2. 另外，世界卫生组织还提交了与人权问题有关的三个文件供参考：(a) 卫

生组织/粮农组织国际营养会议(1992年12月,罗马)最后报告,其中载有《世界营养问题宣言和行动计划》; (b) 为“健康:经济发展的一个条件”国际论坛(1991年2月12月4日至6日,阿克拉)编写的一个报告,题为《经济改革的卫生方面》; (c) 由卫生组织和大宫市埼玉县政府联合召开的埼玉公共卫生高峰会议(1991年9月17日至20日,日本,埼玉县)的报告题为“要求采取新的公共卫生行动的呼吁”,其中载有《埼玉宣言》。

* 世界人权会议秘书处档案中备有这些文件的英文、法文和西班牙文本,可供查阅。

健康作为一项基本人权和世界性社会目标

第一部分

1. 本报告的目的是为联合国人权事务中心编写作为即将召开的世界人权会议背景文件的六个研究报告提供一些资料。它首先叙述了世界卫生组织对各项国际人权公约执行情况的看法，然后，提供了对卫生组织各项方案中所涉及的各项具体权利和问题的进一步想法。卫生组织的一项法定职责是作为国际卫生工作方面的指导和协调机构促进公共卫生情况和各国人民健康状况的逐步改善。将实现公共卫生目标和提供医疗服务作为中心任务使卫生组织能够将人权问题始终作为其全面战略、政策和方案的一个组成部分。

1. 人人有健康权利

2. 1946年通过的《世界卫生组织组织法》不仅规定健康是“体格、精神与社会之完全健康状态，而不仅是疾病或羸弱之消除”，而且还强调“享受最高而能获致之健康标准，为人人基本权利之一，不因种族、宗教、政治信仰、经济或社会情境各异，而分轩轾”。两年后，即1948年联合国大会通过的《世界人权宣言》第二十五(一)条重申，“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”。

3. 1977年5月，世界卫生大会通过了第WHA30.43号决议，其中规定，各国民政府和卫生组织在未来几十年中的主要社会目标应当是，到2000年使世界各国人民达到他们能够过上在社会和经济上富有成果的生活的健康水平。1979年，第WHA32.30号决议不仅核可了1978年在阿拉木图举行的国际初级卫生保健会议的报告和宣言，而且请各会员国制定以初级卫生保健为主的国家政策、战略和行动计划，以便实现到2000年人人享有卫生保健的目标。

4. 虽然人人享有卫生保健的目标以及初级卫生保健基本战略仍然有效，但是，在政治、人口和社会经济条件迅速变化，不良生活和行为方式迫使人类不仅要对付老的而且要对付新的健康危险的世界中，需要找到新的答案。这促使卫生组织总干事 Hiroshi Nakajima 博士制定了一项新的公共卫生行动范例，以加速所有会员国实现卫生保健，从而使世界各国人民在其生命周期的所有阶段都享有卫生保健。通过对世界卫生情况和有关业务问题的分析，查明了一些重要问题，各国和国际卫生

界一直到21世纪都要面对这些问题。这些问题特别关系到尊重人权、特别是处境不利者的人权，卫生和社会发展，普遍享有卫生保健，促进健康的行为和生活方式，包括营养，利用公共政策影响和改造社会、经济和自然环境，使个人和社会能做出有利于健康的选择。

5. 已经发生的政治、经济和社会变化使人们认识到，健康问题和经济发展是不可分的，不增加人民的选择，发展就毫无意义，最重要的选择是那些能使人们过长寿和身体健康的生活、获得知识和得到体面生活所必需的资源的选择。要实现这种发展，就需要如总干事所强调，更多地注意个人和社会权利的基本问题，人类需要的各种指标，卫生发展和生活质量，将资源用于全面卫生保健和人文发展。

6. 虽然健康作为人类幸福和发展的一个必要条件的意义没有任何减少，但实现人人享有卫生保健的目标需要有一种整体观念，要考虑到与人类生存有关的所有方面，包括自然或社会环境。不适当注意我们不断与其相互作用的环境，如社会、政治、经济或物质环境，当然还包括资源有限的大自然，就无法实现健康作为一项基本人权(和人文发展的一个条件)。

7. 关于人人享有卫生保健国家战略部门间合作的作用的第WHA39.22(1986)号决议；在“健康：经济发展的一个条件--打破贫穷和不平等的恶性循环国际论坛”通过的关于卫生问题的“阿克拉倡议”；卫生组织卫生和环境委员会为联合国环境和发展会议(1992年6月1日至12日，里约热内卢)编写的报告；以及在1991年第四十四届世界卫生大会期间进行的关于在迅速城市化的情况下人人享有卫生保健战略的技术讨论，都是卫生组织努力在确保个人和集体健康生活和持久健康发展的条件方面提供领导和指导的最新实例。这些和其他活动都是健康保护和促进的重要组成部分，这一概念要求将所有在连贯、一致和有目的地执行的条件下能最有效地加强卫生保健的活动结合起来。1992年12月的国际营养会议是两年前在国家一级开始的一个进程的重要里程碑。会议是联合国粮食和农业组织和世界卫生组织联合召开的，全面讨论了营养问题，最后发表了一项世界宣言和行动计划，从而为国家一级的进一步行动提供了依据，这一行动旨在通过持久和对环境无害的发展干预实现充分的家庭食物安全、人人享有卫生保健和正常营养。

8. 卫生组织健康概念的演变涉及许多方面，影响到旨在向所有人提供作为一项人权的健康机会的政治、部门和专业行动。一方面，需要执行各种战略以确保仍然缺少卫生条件的许多人的基本卫生条件，即便是在不利的社会、经济和其他情况下；另一方面，则要确立有广泛基础的、以人民为中心的指导思想，把个人、社区和社会调动起来，使所有人都积极改善自己的健康状况。

2. 卫生组织的目标和联合国各项人权公约

9. 实现在卫生组织倡议下由所有国家集体通过的人人享有卫生保健这一目标不仅要求向每个人提供卫生保健，而且要求在每个人从胎儿到死亡的一生中向他提供保健。这一深远和全面的责任范围很广，它包括在生命的不同阶段获得如何健康生活的知识；得到免受来自其他人、环境或其他发展过程的结果对健康的严重危害的保护；以及得到适当的促进、预防、治疗和复健服务。

10. 上述卫生组织的目标和《经济、社会、文化权利国际公约》中所阐述目标的接近和一致程度可从历史观点来看：

- (a) 《世界人权宣言》第二十五条提到“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、医疗服务…在遭受…疾病、残废…的情况下有权享受社会保障”。
- (b) 《经济、社会、文化权利国际公约》第十二条承认人人有权享有可能达到的最高健康标准，还特别提到降低幼儿死亡率、儿童的健康成长、工业和环境卫生、预防和控制职业病、流行病和其他疾病，人在需要时能得到医疗照顾。
- (c) 第十二条是根据卫生组织1951年向联合国人权委员会提出的一项建议拟定的；这项建议本来会扩充目前的案文，其中强调应该：(一)列入医学教育和培训标准以及精神保健活动作为第十二(2)条的一部分，(二) 规定政府有义务为此目的采取适当的社会和卫生措施，同时适当考虑到处于初级发展阶段的国家之间资源和传统以及当地条件的差别和不均衡情况。
- (d) 第十二条的最后案文没有包括上一段中的第(二)项（虽然有关精神病人的待遇的原则变成一个重要问题，但在卫生组织参与其起草下已成功地得到解决）。必须认识到，由于科学、技术和人民大众希望的不断变化，现在起草第十二条可能会有所不同。它的重点会比较接近1978年在阿拉木图通过的通过初级卫生保健实现人人享有卫生保健的概念。
- (e) 1977年，第三十届世界卫生大会通过了一项历史性决议，其中规定：各国政府和卫生组织在未来几十年中的主要社会目标应当是，到2000年，使世界各国人民达到他们能够过上在社会和经济上富有成果的生活。

活的健康水平。

(f) 很明显，在其国际卫生方面的法定任务范围内，特别是指导和协调责任(包括争取实现技术上的协商一致意见和标准)以及技术合作，卫生组织一向致力于把人权问题作为其方案的一个组成部分。这种结合的关键是在所有国家和对所有人民实现更多的社会正义和公平这一坚定不移的目标。卫生组织通过各项方案和政策阐明的这一中心目标为卫生组织执行联合国各项公约中规定的人权要事提供了必要的范围。

11. 这里，可能需要指出：虽然在卫生组织组织法中有规定，但传统的执行工具，即各项公约、协定、规章等，并没有象其他兄弟机构一样，例如和工作权利有关的机构，被用来执行人权。这一差别直接起因于健康问题的性质。就健康状况影响个人而言，这种状况是国家履行保护个人健康的义务和医生履行对病人的非常不同(道义)义务的复杂结果。另外，还有病人照顾自己健康的责任。这些相互关系非常复杂，不能相提并论；科学技术的迅速发展影响到医疗实践，因而使这种情况变得甚至更加复杂。因此，对健康权利本身很难下定义。的确，卫生组织制定了一种以在各成员国之间就诸如目标、资源和服务等问题达成协商一致为基础的办法，这种办法考虑到政治和公共政策过程在很大程度上决定着健康问题。

12. 生物技术的迅速发展要求重新考虑在这方面的促进和保护人权问题。卫生组织在生物伦理学领域的活动是和国际医学组织理事会密切合作进行的。在这种长期合作的最新实例中，有1991年发表的《国际流行病研究伦理审查新指导原则》和《涉及人的生物医学研究国际伦理指导原则》修订本的编写。另外还值得提一下的是，1991年第四十四届世界卫生大会通过的一套《关于人体器官移植的指导原则》，目的是与贩卖活人器官的行为作斗争，这种行为违反《世界人权宣言》和《卫生组织组织法》。

13. 很明显，两项公约引起的健康方面的人权问题，涉及比较面向个人的问题，如病人权利、医生的义务、医生和病人的关系以及涉及不能得到医疗的群体的分配公平性的更广泛问题。实际上，这种情况说明了公民/政治权利和经济/社会/文化权利的不可分性和相互关连性。尽管存在着走向多元化和市场经济的趋势，为穷人提供保健方面的实际差距，使得重新明确政府在确保最佳的保健公平方面的作用更加需要。卫生组织负有双重责任：(a) 就各国可以在适当自力更生的基础上长期坚持的行动方针达成技术性共识；(b) 将这种共识变成国家和全球性方案，这些方案将适当考虑到广泛不同的社会、经济和文化结构，尽可能扩大国际合作范围，加强政治承诺和在国家范围内的资源调动。

14. 在争取这种自觉的共识方面，经验表明：把重点放在得到卫生保健的权利方面有助于实现最大的一致。公共保健的适当宏观分配问题及其内部优先顺序最终是由各种政治力量决定的。争取适当注意公平享有保健的运动不仅是调动各方面力量的一种手段，并且有助于确定更多的技术选择。这种过程往往非常缓慢。在这种粗略的国家一级分配决定之后，还需要在卫生人员有影响的较低各级作出有一系列后续分配决定；在各级决定越往下越接近有实际保健需要的个人时，将受到与文化价值一致的习惯做法和保健人员对个人的人身自由和尊严应当给予尊重程度的看法的影响。通过在这一阶段加强医生明确分辨个人人权问题的能力，可以加强对公民权利和政治权利的尊重。但是，毫无疑问，只有促使政治决策过程在考虑到这些社会经济权利实际上标志着个人精神价值的基础上逐步将公平分配保健服务的办法变成本国政策，才能找到一种持久解决办法。

15. 在努力完成迅速改善各国人民的健康状况这一任务的过程中，并牢记可持久地公平得到卫生保健是战略的关键方面，卫生组织必须把实现健康权利看作主要是争取对这一目标的政治承诺问题、加强与各国的技术合作和就初级卫生保健战略达成专业共识的问题，这种战略要求实行部门间合作、群众参与、决策权力下放、促进逐步实现公平分配和自力更生。

3. 初级卫生保健办法

16. 卫生组织对人权的一个重要贡献就是集体通过了人人享有卫生保健的目标和初级卫生保健战略，这一战略要求调动国家或国际上的一切资源。人人享有卫生保健实际上代表着由成员国集体通过的一系列复杂战略和行动计划，这些战略和计划的执行情况要由卫生组织根据所规定和定期修改的进度指标进行估价和检查。这种程序使每个成员国和卫生组织各区域能随时掌握自己的情况，估计自己健康方面的可能性，根据卫生组织在阿拉木图通过的原则制定各种目标。通过初级卫生保健实现人人享有卫生保健办法产生于早期的一些工作经验，如：以治疗为主的保健以及在初级卫生保健综合办法之外发挥作用的各项纵向方案。正在向初级卫生保健过渡的关键问题仍然是如何建立一个具有适当实际结构和工作能力的持久性基础结构，能结合全国的疾病情况和弱点对各种方案视情况给予支助；因为这种基础结构的存在是较贫穷区域和群体得到起码的医疗保健服务的最重要保证。只有这样，初级卫生保健系统才能对人口的健康问题作出估价，向那些有特殊需要的人提供保健服务，检查方案的效益。公平和能得到保健服务实际上被认为是人人享有卫生保健

的根本条件，初级卫生保健是实现这一目标的手段。

4. 关于《经济、社会和文化权利国际公约》第十二(2)条

17. 要了解详细情况和卫生组织对公约的执行情况，最好看一看其根据人人享有卫生保健/初级卫生保健战略制定的技术合作方案，而不是去看具有约束力的条约标准。在考虑到卫生组织方案的情况下，我们可以审查《公约》第十二条第(2)款的4项具体规定得到落实的程度。

18. 关于第十二(2)条(a)项，儿童的健康成长一直是一个受注意的重点，终致通过了一项全面的儿童权利公约。事实上，《卫生组织组织法》前言部分也具体提到妇幼保健和儿童的健康成长以及儿童在不断变化的整个环境中融洽生活的能力。儿童各方面的健康问题仍然是通过卫生组织/儿童基金联合政策规划提出的各项倡议和方案的主题。

19. 1981年，世界卫生大会通过了《国际母乳代用品销售法则》。在世界各地提倡母乳哺育获得了成功。1988年，考虑到扩大的免疫方案所实现的稳定性和覆盖范围，通过了到2000年在全球消灭小儿麻痹症的目标。妇幼保健和学校卫生方案都得到卫生组织的大力支助。持久方案和未来的疫苗培养作为扩大的免疫方案一部分的前景不断受到审查；同样，也在不断探索免疫可在何种程度上和初级卫生保健结合起来。

20. 第十二(2)条(b)项要求改善环境卫生和工业卫生的各个方面。实际上，这意味着各国人民得到保护以免受自然或人为的环境之害的权利。除经常注意对公众健康有影响的第一代环境需要，如饮用水和基本卫生以外，卫生组织还主动设立了一个委员会以不断了解关于环境对健康的影响的知识情况和可供选择的各种办法。该报告既是关于环境的布伦特兰报告的后续行动，也是在里约热内卢举行的联合国环境大会的序曲；由长期的环境变化引起的卫生问题仍然是调查研究的一个优先事项。但是，人们意识到，发展中世界的大部分地方长期积累的卫生和水的供应问题仍然十分严重，前者尤甚。根据其制定标准的职责，卫生组织规定了水的质量标准，并继续积极参加全球环境监测活动。切尔诺贝利事件以后核辐射对健康的影响促使卫生组织成立了一个研究这次灾难影响的国际中心；这方面的资料库和资料的公开交流将一直是重要的科学贡献，对个人的生命权和免受环境危害权也同样具有重要意义。

21. 第12条第(2)款的另外两项规定关系到预防和控制疾病及有关保护，以及

人人在患病时能得到医疗照顾的问题。这两项规定是卫生组织传统目标和活动的核心。1977年，世界卫生大会决定，各国政府和卫生组织的主要社会目标应当是：到2000年使全世界各国人民都达到他们能过上在社会和经济上富有成果的生活的健康水平。1978年在苏联阿拉木图举行的国际初级卫生保健会议认定，初级卫生保健办法是实现这一目标的关键。

5. 人人享有卫生保健战略

22. 第三十二届世界卫生大会核准了初级卫生保健办法，即利用健康作为促进社会经济发展与和平以及实现到2000年人人享有卫生保健目标的强大手段。1981年，根据下述政策，所有会员国集体通过了人人享有卫生保健全球战略：

战略中所包含的基本政策是，健康是一种基本人权和一项世界性社会目标；健康是发展的一个组成部分；目前存在的人们健康条件严重不平等现象是所有国家共同关心的问题，必须大幅度减轻；人民有权利和义务单独和集体参加制定和执行其保健计划；政府对其人民的健康负有责任；各国在卫生方面必须实现自力更生；必须更充分和更好地利用世界资源来促进卫生和发展。

23. 集体商定的各项目标中都包含着基本保健、社区参与、适当技术和部门间合作等共同要素。这项战略的特点在于允许会员国有一定的灵活性，在集体商定的原则范围内制定本国的战略和行动计划，平等得到保健这一基本点是不容改变的，其中应当包括预防、促进、治疗和恢复任务。1978年在苏联阿拉木图举行的卫生组织/儿童基金会联合会议的报告所阐述的初级卫生保健概念是一个突破，它将变成缩小“富人”和“穷人”之间差距的世界性运动，即众所周知的到2000年人人享有卫生保健运动。

24. 初级卫生保健是基于切实可行、学术上可靠而又为社会所接受的方法和技术的基本卫生保健，它通过全民参加和以社区与国家能够负担的费用，做到普及社区的个人与家庭……它是国家卫生系统的组成部分，是国家卫生系统的活动中心和主要环节，同时又是社区社会经济整体发展的一部分。

25. 对2000年人人享有卫生保健全球战略执行情况的第二次评估刚刚完成。评估结果表明，在过去几年中确实取得了成绩，但也表明还存在着差距，特别是富人和穷人之间的差距。

26. 要想达到2000年人人享有卫生保健，就需要各国协调努力，组织他们以初

级卫生保健为基础的卫生体系。上个十年既有坚实的进展，也存在严重问题。一些国家恪守了对初级卫生保健的重点承诺，并能在提高卫生保健可及性和质量方面取得了成绩。在另一些国家，生活水准的下降、大量债务和生态恶化，对卫生服务和卫生状况都产生了不利影响。

27. 一个卫生体系有助于促进家庭、教育机构、工作场所、公共场所和社区卫生以及自然和心理社会环境卫生的相互关联的各个组成部分和与卫生有关的部门，如农业、教育、环境等。卫生体系往往有数级组织，开始是最基层，也就是人们所知的社区级或初级卫生保健，然后是中级（县、区或省级），直至中央一级，同时，它还包括积极关心和参加解决他们自身卫生问题，因而成为卫生队伍成员的那些个人和家庭。中级和中央级负责卫生体系中国家行政组织让他们负责的、并且需要提供日益复杂和更为专业化的保健及支持的那部分工作。只有通过这样一个协调相互支持的组织系统，所有社会成员才能实现它们享有所需级别的卫生保健和必要时转诊到适当级别的基本权利。

6. 相差悬殊的卫生状况

28. 在世界卫生大会通过全球战略后的十年和第一次评估后的6年中，以估计寿命和幼儿死亡率等指标衡量的世界卫生状况有所改善。但是，最不发达国家卫生状况的改善速度显著缓慢，因此，现在发展中国家和最不发达国家之间的差距比十年前更严重。如果分析一下这些悬殊情况，就会发现处于边缘地位的贫困阶层的条件十分恶劣，所受威胁最严重。

29. 世界基本保健服务的提供也有增加。然而，仍有数以百万计的人不能得到全部或某些保健服务。如果某些服务增加，而另一些辅助性服务不增加，一种服务对卫生状况的积极影响就可能会由于缺乏另一种服务而被抵消。同样，如果基础设施得到扩大，但缺少利用这种基础设施提供服务的手段，卫生状况也不会有明显改善。换言之，在发展以初级卫生保健为基础的卫生体系方面，做了正确的事情，但并不一定所做的事情全都正确。

30. 一些国家基础设施恶化的共同内在原因是经济状况不佳。最常见的政策反应是，消除政府的国内和对外贸易赤字以恢复经济增长，但这往往意味着不成比例大幅削减社会开支。这种政策反应使经济恢复增长的国家很少，资助受社会部门削减打击最严重的阶层的“安全网”的设计和发挥作用也不容易，亦不能防止失败。

31. 卫生基础设施被忽略既是结构调整政策的结果，也是资助国最近片面强调

对优先问题采取选定行动的结果，现在，这不仅威胁到人人享有卫生保健的长期目标，而且威胁到为实现这些目标的广泛接受的战略。这些战略包括对卫生发展采取多元性和改进型办法，它要求恢复活力的公共部门管理和协调保健服务投资和提供的政府和非政府来源，加强地方自主性和公众责任。

32. 可以说，就估计寿命、幼儿死亡率和各种初级卫生保健的覆盖级别而言，卫生状况有了改善。由于发展中国家的这种改善看来比最不发达国家更迅速，发达国家和发展中国家之间的卫生状况的差距似乎减小了，但最不发达国家和其他发展中国家之间的这种差距却增大了。还有证据表明在某些国家内，一些人口群体之间的卫生状况差距也加大了。各种初级卫生保健服务的覆盖范围有时是不均衡和不正常的，因此，对卫生情况没有产生足够的影响。

33. 展望未来，如果我们要缩小贫富之间的差距和确保人人享有社会正义和平等的权利，就需要实行一些重要战略。对付经济衰退的紧缩措施应当以尽可能保护穷人的方式实行。应当争取减轻卫生状况的差距悬殊情况，使每个人都能得到各种保健服务。国家政策中往往特别缺少可直接帮助穷人或至少使他们的情况不致变坏的重要决定。这往往是由于政策范围没有一贯性，严重缺乏可利用的资源。

34. 卫生组织将与其他机构合作继续发挥重要作用，支持有关具体国家优先事项的研究与发展活动，支持创造和利用各种工具、程序和方法，加强机构，促进有利于情报和经验交流的伙伴关系，以便调动信息、技能和技术支助加强各国卫生体系。

7. 保健公平

35. 保健公平概念和健康权利加在一起是人权意识的扩大，现在已经到了扩大人权意识的时候。即将举行的会议必须为国际机构考虑人权和未满足的基本需要如何密切结合起来提供一个机会。这种考虑除了有助于阐明人权本身以外，还将有助于为本国际发展十年制定良好的战略。

36. 作为一种概念，卫生平等具有多重含义。当然，它应当区别于平等概念，因为后者所指是拉平结果、质量、状况或投入方面的差距。公平的突出特点是在伦理层面，其提供行动标准，同时引起对确定这种标准的不同看法的思考。保健公平意味着要广泛解决差别问题，这些差别不仅不必要和可以避免，而且是不公正和不公平的。这些可能是健康水平或生活质量的差别，涉及更广泛的社会经济或发展变数，也可能是各种服务或得到保健的差异。

37. 保健公平意味着每个人都应有在一段时间内和整个生命周期充分实现自己健康潜力的公平机会。只有在平等得到保健服务仍然是指导原则的条件下,这种办法才能实行。

8. 健康权利的整体观

38. 健康权利作为经济、社会和文化权利的一部分已经包括在《经济、社会和文化权利国际公约》中,两项公约所包括的所有权利必须象多次声明的那样以互相关联和不可分割的方式得到实现。把健康权利当作一种综合权利,可以说包括很多“代替者”,每一代替者都可单独成为一项权利。的确,“保健权利”、“社会保障权利”、“得到正常作用的社会基础设施可靠服务的权利”或“受到不公平对待后得到补救的权利”很可能是其中最重要的权利。反过来,每一项这些代替权利,无论是作为宪法和法律中所规定的一项权利,或作为司法或行政程序,还是公民宪章或其他法律的一部分,都表明公民作为一种结果或程序可通过有关当局要求什么。保健权利意味着每个人都有平等机会得到应有的医疗、教育指导、对公共卫生危险的预防性保护、通过管制或其他办法创造条件、合理的期望公平分享全部保健资源。医疗一向是健康权利的主要基础。得到医疗服务和照顾的基本权利和《经济、社会和文化权利国际公约》第十二(2)(d)条的规定完全一致。

39. 毫无疑问,社会保障权利、得到可靠社会服务的权利和遭到不公平对待后得到补救的权利不只是健康权利的组成部分,也是其他许多权利的组成部分。把健康权利分为这些“代替者”的好处是,在每一个相对较小的行动领域内,可以确定适当的进展指标,对这些指标实现情况的定期趋势审查可为健康权利的演变性质提供证据。事实上,这样综合地看待这一权利,有助于对发达国家和发展中国家健康权利的享受情况用类似的标准进行衡量,这种标准适当考虑到最初基础的差异。为实现这一目标,整个卫生部门需要联合行动;这种联合将有助于实现其目标,对两项公约中所规定人权的关注所产生的压力将有助于使健康权利得到普遍承认。必须以整体的观点看待两项公约中所规定权利以确保个人和社区的权利和价值。

第二部分

1. 病人的权利

39. 由于病人的权利容易受到侵犯，而且他们也较容易受到社会和卫生管理部门缺陷和差距的影响，因此，重申保健方面的基本人权，特别是保护病人的尊严和人格，是极为重要的。

40. 出于种种社会、经济、文化、伦理和政治考虑，必须更为充分地拟定并实现病人的权利。我们现在倡导新的和更为积极的病人权利概念。这部分反映出，卫生组织各成员国极为重视充分应用尊重人权概念，并极为重视保健公平的政策目标。因此，现在更为重视鼓励个人选择，使人们有自由选择的机会，并承诺建立机制，确保保健质量。

41. 由于保健制度越来越复杂，官僚主义往往也越来越严重，再加上医疗卫生科技不断发展，人们开始重视确认个人自决权，并在许多情况下认为有必要制定保障措施，确保病人的各项权利。各国政府越来越积极考虑向病人提供信息、知情同意、机密和隐私、保护资料、查阅病历、保健和减轻痛苦的权利、尊重人的尊严与文化和宗教价值以及建立审理病人申诉的机制等项问题。

42. 因此，目前的显著特点是，不仅要发展病人的个人权利，而且要发展病人的社会权利，同时考虑到生活和工作条件以及广义的公共健康。由此产生了重申获得治疗和照顾、得到充分社会保护以及适当了解保健服务的权利的趋势，换言之，人们有权从卫生领域的进展中得益。必须考虑到人们不断变化的心理，人们希望不仅仅是用户，而且还希望积极分担整个保健制度的责任。造成这种社会态度的原因是，经济因素对卫生政策和管理的影响越来越大，而且，人们也越来越意识到，由于经济因素的制约，保健的提供受到限制。因此，我们面临的挑战是，如何设法遏制费用上涨，而同时又不影响人们获得照顾和服务、待遇平等和看护质量的基本保健权利。

43. 现代医学的运作方式也对确认病人权利产生了极大影响。治疗越来越复杂，而且变化太快，使得保健制度难以适应。医院治疗结构正是如此。病人不得不面对严酷和复杂的现实。现代医学往往助长极端官僚主义和可能引起冲突的情况。管理需要或利润往往与病人的福利相抵触。尽管已有某些具有相当保护性质的尊重病人的既定原则，但毫无疑问，用户期望未获满足。许多人提出请愿和诉求，消费者协会和压力团体纷纷出现，这充分表明，在行使病人权利上遇到了实际困难。

44. 最后，“新的生物医学伦理”或生物伦理的出现也是促进承认病人权利的因素。生物伦理的目标是，协调提高医疗技术必不可少的研究需求和对参加人体实验的个人的基本自由和权利的保护。生物伦理概念也影响了病人个人以及有关其他人在作与生死有关的需要尊重基本伦理原则的关键决定时的态度。

2. 精神病人的权利和改进精神保健

45. 1991年12月17日，联合国大会通过了一套《保护精神病患者和改善精神保健的原则》(1991年12月17日第46/119号决议)。卫生组织认为，这些原则是联合国系统了不起的成就。该套《原则》为这一个容易受到污辱的特别脆弱群体提供全面保护。这些人容易受害的原因是，他们神经紊乱，不能合理判断自己的需求；由于脆弱无助，这些人往往在医护和服务方面遭到忽视。精神病患者确实有时会危害自己或他人，但这种危险常常被夸大。该套《原则》力图订出针对这类危险的适当保障措施，但同时没有忽视这类规定极易遭家人、社区的其他人或国家当局滥用。如果国家立法部门在拟定国内法和制定程序法时遵照这一套内容平衡的《原则》，那么，精神病患者的权利和改善精神保健都可以实现。卫生组织在协助人权委员会拟定《原则》时发挥了显著作用，它也当然可以率先在其巨大专业关系网中传播这些原则，以便各国制度在敏感地考虑到这一问题的所有方面的情况下演变。

46. 监督《原则》的执行情况和侵犯精神病患者权利的行为，并非卫生组织的任务。有些非政府团体和其它独立机构相当适合从事这类工作。事实上，这类团体和机构应成为分散的人权监督网的一部分。卫生组织的责任是，为各成员国的卫生主管机构提供技术指导，并应它们的请求，协助调整医疗保健服务，使这类服务符合《原则》的规定。卫生组织还可协助各国按照《原则》规定修订精神保健法。

3. 儿童权利

47. 就卫生组织而言，《儿童权利国际公约》肯定了《卫生组织的组织法》序言载述的“卫生”定义的有效性。《公约》为保护儿童提供了法律基础，此外，它还阐述了母亲的具体保健和计划生育需求，并阐明须直接促进儿童健康和预防儿童生病。在儿童权利范围内列入了母亲健康，这反映出，人们承认母亲与儿童之间的社会、心理和生物联系。儿童享有保健的权利并不仅仅是获得预防和治疗医学技术和药物等。为实现儿童的健康权利，必须执行《公约》的其他许多规定；尤其

是，必须确保其他部门的积极分子在制定项目、活动、或甚至法律或规章时不损害或忽视健康问题。卫生组织正积极履行职责，协助《公约》缔约国实现并维护《公约》第24条规定的有关健康的权利。事实上，这方面的进展是卫生组织努力监督实现人人享有卫生保健目标的进展情况的一部分。卫生组织与儿童基金会和国际儿科协会以及其它非政府组织一道，积极促进和支持批准、执行和监督《公约》。

48. 处境困难的儿童，如街头流浪儿童和做童工被剥削的儿童，有特别的保健需求，而现有保健结构并不能充分满足这些需求。要满足在内战中备受煎熬的儿童的需求，甚至更为困难。卫生组织与其它公认的人道主义组织和机构一道，提供并协调了紧急救助这类儿童的方案。

49. 监督活动表明，儿童免疫工作大获成功，但卫生组织也意识到，各地区继续存在差别，而且差别很大。尤其是在非洲，因分娩而死的妇女和先天营养不良的新生婴儿都高于5年前的水平。

50. 关于童工对儿童健康不良影响的科学材料很有限。就大多数工作而言，影响童工健康的重要特点并无科学证据，如儿童较易在劳动中受到损害的“关键年龄”，某些形式劳动的时间，以及损害儿童健康的劳动类型等。在此方面仍需做很多工作。

51. 自1980年以来，在童工领域行动方案下，卫生组织投入了研究、培训和发展工作。其目的如下：(a) 确定童工可能造成的健康影响；(b) 为有关跨部门间行动提出建议；以及(c) 促使在童工及其对健康的影响领域做工作的个人和团体加强合作，其中包括提供技术支助。应特别提及的是再度开展工作的非正式机构间工作队，参加该工作队的有：保护儿童国际运动、劳工组织、国际防止虐待和忽视儿童学会、儿童基金会和卫生组织。卫生组织将继续提供技术支助并分发关于童工与健康关系的材料。它还要与其它机构以及各非政府组织密切合作，倡导和促进各部门间行动方案。

4. 老年人的权利

52. 《老龄国际问题行动计划》序言阐述了看护老年人所涉的若干人权问题。这一行动计划是1992年7月26日至8月6日在维也纳举行的世界老龄大会通过的，它是目前指导该领域各项政策和方案的主要国际文书。

53. 根据美国商业部经济与统计署人口普查局于1991年所下的定义，60岁或60岁以上的人为老年人。目前，在多数发达国家中，老年人占全国人口的17%至

23%，而在发展中国家中，老年人则占全国人口的5-10%（少数发展中国家的老年人比例要高一些）。极为令人关注的是，这一年龄组的世界人口增长最为迅速；而发展中国家的增幅最大。例如，根据 Colini 和 lori 1990年出版的专著《老龄问题》第二册第319页至336页的内容，到2025年，在中国，65岁或65岁以上的人口所占百分比预计将是现在的三倍，而大韩民国和马来西亚则是四位。

54. 老年人有独特的人权，这在1948年的《世界人权宣言》或其它有关人权文书中并未具体阐述。老年人是所有人都想加入的一个少数人群体，不同于诸如残疾人、难民以及少数民族等其它少数群体一生中均有别于他人。在医疗方面，各种形式的歧视老人可能会导致误诊、治疗不当以及不必要地将老人关进养老院。只有更为理解所有形式的歧视老人造成的微妙和普遍的影响，才能确保老年人的健康和福利。

55. 有两份重要文书值得特别注意。1980年劳工组织《关于老龄工人的建议》（《第162号建议》）阐述了因年龄较高而可能会在就业和职业方面遇到特别困难的所有工人的权利。这份文件特别重要是因为老年人在生理和心理健康水平方面并不是整齐划一的。另一份文书是联合国大会于1991年12月16日通过的第46/91号决议，该决议通过了《联合国老年人原则》。《原则》列有18条关于独立、参与、照顾、自我充实与尊严的主要原则。例如，在照顾方面，该决议强调老人有权获得家人协助，有权享受保健服务，住在治疗所或安养院的老人有权享有各项基本人权与尊严。需要定出执行这些《原则》的指导方针。卫生组织将充分参与制定这类指导方针的工作。

5. 残疾人的权利

56. 为促进残疾人的权利，卫生组织执行了社区康复战略，以便确保残疾人能象社区所有人获得保健服务一样，恢复正常生活。社区康复战略包括向残疾人、其家人和社区传授康复活动所需的知识和技术，使残疾儿童能上学读书，并使残疾成年人能顺利适应社区的社会环境。这一战略需要多部门的支持，特别是需要卫生、教育、劳动以及社会服务。卫生组织一如既往，决心与联合国其它机构、各国政府以及各非政府组织一道，促进扩展这项战略和必要的支助服务。

6. HIV(人体免疫缺损病毒/艾滋病的人权方面)

A. 保护人权与全球防治艾滋病战略

57. 1992年5月,第四十五届世界卫生大会核准了经修订、扩充和润饰的预防和控制艾滋病全球战略,为全世界所有这方面的工作人员今后对付艾滋病指出了新的方向。这项战略列明已知有效的符合伦理道德、技术上合理可行的方法来应付这一流行病构成的新的挑战。这些方法有: 更加重视保健; 更好地治疗其它性传染病; 通过改善妇女健康、教育和地位, 更为重视HIV传染问题; 创造更为有利于执行预防方案的社会环境; 考虑这一流行病造成社会和经济影响, 从事预先规划工作; 并更为重视污蔑和歧视对公共健康造成的危险。这项战略的三项主要目标仍和最初(1987年)战略的目标相同: (a) 预防HIV感染; (b) 减少HIV感染对个人和社会造成的影响; 以及(c) 调动并统一协调国家和国际防治艾滋病的努力。

58. 为执行这项战略,卫生组织通过其艾滋病全球方案,继续统一调动人权和HIV/艾滋病领域的国际努力。例如, 全球方案的工作人员参加了关于HIV/艾滋病的国际会议, 召开或协助召开了关于这一专题的讨论会, 与联合国人权事务中心以及联合国其它机构进行了合作, 向各国政府作了宣传, 支持并资助了各非政府组织, 并资助了以艾滋病的人权方面为重点的若干研究项目。在国际和国家会议上, 全球方案的工作人员继续力争在国际和国家范围内讨论如何促进HIV/艾滋病患者的人权问题。1988年5月第四十一届世界卫生大会通过了第 WHA41.24号决议, 呼吁卫生组织采取一切必要措施, 促进保护 HIV感染者和艾滋病患者的人权与尊严。为实现全球方案在宣传方面的目标, 卫生组织决定不在有HIV/艾滋病患者短期旅行限制的国家中主办、联合主办或出资举办国际艾滋病会议。

59. 关于教育, 全球方案在卫生组织日内瓦总部为其工作人员举办了人权培训班, 并正计划在卫生组织的六个区域办事处中为卫生组织的工作人员举办类似研讨会。此外, 它还就HIV/艾滋病所涉的人权问题进行了一系列磋商, 讨论了短期旅行限制、监狱和检验等问题。全球方案还协助卫生组织的卫生立法科, 该科定期编制关于HIV/艾滋病立法表 (见“关于HIV感染和艾滋病的法律文书表”(WHO/GPA/HLE/92.1 ,1992年6月); 预计将于1993年6月出版修订本)。正在考虑建立关于HIV/艾滋病与人权的其它数据库。

60. 关于和其它国际组织的合作问题, 全球方案与处理人权问题的联合国其它机构 (包括联合国人权事务中心、劳工组织、难民署与开发计划署) 进行了密切合

作。

61. 在向各国政府宣传方面，卫生组织提供了技术合作，探讨了拟议制定或已经制定的法律，并应各国政府要求提供了关于人权以及HIV/艾滋病法律和规章的材料。卫生组织正为艾滋病方案主管(即各国作为艾滋病联络中心的政府官员)编制课程，其中一个内容是教导他们如何促进人权。全球方案还审查各国政府编写的中期计划，以确保促进人权。最后，全球方案正与各非政府组织合作，资助并正继续资助各非政府组织的人权工作；它定期答复非政府组织关于HIV/艾滋病所涉人权问题的询问。

B. 将来的行动

62. 艾滋病仍在不断蔓延。对艾滋病患者的歧视给个人和社会造成了极为深刻的不良后果。不歧视是很好的公共卫生政策。幸好，持续和有效的宣传工作可以发挥有力和积极的作用，防止HIV感染者和艾滋病患者遭到歧视。可以说，防治艾滋病运动是否成功，将在很大程度上取决于全世界各国政府执行不歧视政策和行动的程度。

63. 歧视HIV感染者和艾滋病患者继续是预防HIV感染和照顾艾滋病患者的严重阻碍，并阻碍人们努力减少HIV感染和艾滋病对个人和社会造成的影响。

64. 全球方案的人权活动建立在以前取得的成就上，即：设立全球信息交流网，具有一个关于人权遭侵犯的HIV感染者的中央资料库；分发关于 HIV/艾滋病患者在监狱的准则；编写涉及HIV/艾滋病法律文书的文件汇编；与从事人权活动的联合国其他机构进行合作；维持并扩大关于HIV/艾滋病所涉人权问题的现有参考文件和数据库；编写此领域的其他工作材料和训练材料；并培训国家一级的主要决策人(如防治艾滋病方案主管、政府官员和各非政府组织等)，培训专题为HIV感染者和艾滋病患者遭受歧视问题(这类训练的重点将放在促进人权在实现防治艾滋病这一公共卫生目标中的意义和价值)。

65. 全球方案将继续与联合国以及其他专门机构合作举行会议和磋商，以便拟订可据以促进人权目标和避免歧视行为的标准和规范。这需要在歧视行为造成相当影响的领域中，例如在国际旅行和移民、工作场所以及其他待定领域中，制定关于HIV/艾滋病与人权的政策、指导方针和规范。

7. 脆弱群体和土著人民的权利

66. 2000年人人享有卫生保健的目标归根结底是为了处境不利的人。因此，为实现这项目标，必须首先确定每一发达国家或发展中国家的处境不利的阶层；它必须包括目前被排斥在“人人”之外的那些人，以便尽快—至少到2000年—将他们包括在内。

67. 就健康而言，处境不利的群体有：残疾人；失业者；农场工人；低等种姓；土著居民；无家可归者；单亲家庭；移徙者；人口众多的家庭；居住在交通不便的边远地区的群体；孤儿和街头流浪儿童；以及文盲等。当然，这些贫困群体很多是重叠的。

68. 人们对健康水平差别很大表示关注，这有几个原因。首先，从总体上来说，健康状况大有改善。其次，很少国家有关于在社会和经济上处于不利地位者健康状况的充分和可靠的数据，因此，无法监督不同的趋势。此外，从现有的少数数据来看，显然差距维持不动或甚至有所增加。卫生组织欧洲地区各国的一项目标是，通过改善处境不利的国家和群体的健康水平，到2000年，国家之间以及国家内各群体之间在健康情况上的实际差别应至少减少25%，但这项目标是不可能实现的。与此相反，如果比较各国的卫生状况，可以看出，西欧和北欧国家与中欧国家的差距越来越大，而南欧国家在多数方面介乎两者之间。今后几十年的任务是，尽量缩小差距，使其达到1970年代初的差距水平。另一个例子是，联合王国于1992年发表的题为“不平等的保健”的黑色报告得出的结论，在1950年至1970年这20年中，没有技术的体力工人与专业人员和经理在死亡率上的差距并未缩小，有时甚至有所扩大。

69. 第四个原因是，目前有人不愿进行深刻改革，改善处境不利者的健康。虽然无法确知造成这些差异的内在原因，但根据已知的情况，已足可改善情况。这证明，主要是缺乏政治意愿。发达国家的研究表明，事故、心血管病以及不卫生的生活和工作条件是死亡率过高的几个原因，对此可以采取若干具体预防措施。而在发展中国家中，很容易预防的疾病（如营养不良、传染病以及与怀孕有关的问题）是造成差距的原因。许多发展中国家不得不两面出击，一方面，它们仍需腾出大量精力对付各种传染病，另一方面，它们又不得不对付各种非传染病。但尽管存在这些重大因素，还是可以采取公平的社会政策，实现“健康转折”，使高发病率和死亡率迅速降到相当稳定的低水平。事实上，在象斯里兰卡这样的国民总产值很低的若干国家中，情况正是这样。

70. 根据劳工组织第107号公约(《关于保护与安置独立国家土著以及其他部落或半部落居民公约》)第20条，各国政府必须负责向有关居民提供充分的卫生服务。卫生组织经常表明它对这些规定的立场，认为它们符合《卫生组织的组织法》。

71. 2000年越来越近，因此，急需制定新的战略，改善处境不利者的健康。这些战略将包括：克服惰性；采取广泛的部门间活动；确定各项指标；确保社区参与；以及边干边学等。发达国家的每项战略的内容将有别于发展中国家。这些战略的主要目标是：克服在现有基础设施的基础上利用保健服务遇到的文化和个人经济障碍，促进健康的生活方式，并更为平等地分配资源。发达国家必须为解决脆弱群体和土著人民的需求和权利问题提供支助，以便找到新的办法，克服根深蒂固的问题。各国必须愿意承认问题的存在，积极收集流行病数据，并需表明政治意愿，制定各种战略和政策，确保人们有最低限度的收入和就业。卫生部门必须促进和支持完全属于其职权范围的这类广泛的作法和倡议。

72. 预计今后可能会有若干问题。目前存在若干波及少数群体的国际和国内政治冲突，因此为脆弱群体和土著人民制定健康指标，可能会引起政治问题。“处境不利者”一词本身就可能会成为争论点。使用那一种说法不要紧，要紧的是，应引导人们关心这一问题，并激起人们在努力实现人人享有卫生保健的范围内采取紧急行动。在处理脆弱群体和土著人民的健康问题上，有人必然会对如何解决这一问题持强烈看法，有时会持不同意见，既得利益者则会力图维持现况。因此，与过去相比，卫生制度可能会不太稳定。

8. 最不发达国家的健康状况

73. 作为第二次联合国最不发达国家问题会议(巴黎，1990年9月3日至14日)的后续行动，卫生组织主动从总体上重视最不发达国家的健康水平持续下降问题。这符合《阿拉木图宣言》，因为在国际上团结处理世界上某一地区的疾病和健康不良问题，对各国都很重要。

74. 最不发达国家的所有社会经济指数，尤其是健康指数，都是“赤字”：发达国家的估计寿命为74岁，而最不发达国家的估计寿命还不到50岁；在最不发达国家，每1,000个儿童中有150个在生命的第一年中死亡，而工业化国家只有15个。在5次分娩中只有2次得到合格人员的照管。在这样的情况下，毫不奇怪，在发展中国家中每年有50万名妇女因分娩而死亡。此外，与贫穷和无知结下不解之缘的艾滋病

预计也造成相当不良的影响。全世界约有1,100万至1,300万HIV感染者，而其中至少有一半在最不发达国家。这也就是说，在这些国家，每80名成年人中就约有一人是HIV带菌者。如果只考虑非洲最不发达国家，则每40人中约有1人带菌。

75. 最不发达国家还未能满足本国人民的基本保健需求这一事实不应该隐瞒。事实上，在1980年代的十年中，这些国家的保健服务需求量有所增加，而供应却有所减少。卫生组织认为，这类失衡现象是不可接受的。卫生组织的看法是，要纠正这一状况，就需在本世纪末之前在最不发达国家保健领域中大量投资。

76. 初级卫生保健仍是最不发达国家能够在实现人人享有卫生保健目标方面取得进展的最佳方法，但要付诸实施，就需最高层政治领导人坚决承诺减少社会不公现象。但在这些国家中，四分之三可用于保健领域的资金被用在城市医院上，只有极小比例的人口得益，在这样的情况下，如何指望它们发展初级卫生保健？卫生组织意识到最不发达国家在力图有效实行初级卫生保健中遇到了困难和障碍，因此采取新的主动行动，集中力量解决最有需要的国家和人民的问题。目的是在具体国家中贯彻和协调卫生组织的各项方案，使各项活动更为符合国家的卫生重点。特别重视协助这些国家增强它们处理卫生战略的分析、管理、经济和金融方面的能力。

77. 卫生组织采用这一新办法的前提是，国家当局承诺重新现实地看待其卫生重点及其资源。在加强合作的情况下，国家当局根据实际可得的资源制定的合理、现实和连贯的卫生计划，可以为更有效地利用这些资源促进国家发展提供一个合理的框架。

78. 卫生组织已透彻分析了包括18个最不发达国家在内的23个国家的情况，并向下列国家作了技术和资金承诺：中非共和国、乍得、吉布提、几内亚、几内亚比绍、马拉维、尼泊尔、苏丹和也门。在短期内，卫生组织将努力促进控制某些疾病（脑膜炎、疟疾、结核病和麻疯病），克服设备与基本药品供应不足问题，并在技术上协助各国政府解决各项紧迫问题。在中期和长期内，目标是协调各项活动，整顿和加强作为国民经济一部分的卫生部门，并促进各国实现自立更生。

79. 卫生组织相信，如果它要接受挑战，对付最不发达国家令人难以容忍的居高不下的死亡率和可以避免的疾病，它别无其他选择。卫生组织不能容忍这一状况，因为它阻挠了卫生组织实现“各国人民享有最高的可能健康水平”这一法定目标。因此，国际社会必须作出更大承诺，促进人们自愿积极合作，打破“疾病与贫穷的恶性循环”，建立“健康与发展的螺旋上升”。

9. 卫生立法的作用

80. 至少在发达国家，卫生立法对改善社区卫生作出了重大贡献。约15年前，一份最著名的医学杂志的社论作家指出：

“在促进英国社区以及多数其他国家社区的福利上，公共卫生立法以及有关措施所起的作用可能比所有医学进展起的作用更大。”（《刺胳针》，2，1978年）。

毫无疑问，必须象《卫生组织的组织法》序言部分宣称的第1条原则那样全面地解释“福利”一词，认为它是“各国人民幸福、和谐关系与安全的基本条件”。能不能将“法律以及其他措施”所作的贡献数量化？社论作者暗指的“少数国家”的情况如何？是否有内部因素或外部因素阻止卫生立法以及有关法律在促进社区与个人卫生方面发挥应有的作用？这是人权学者以及公共卫生领导人、伦理学家、道德哲学家以及其他人值得认真考虑的一些问题。

81. 众所周知，一般而言，多数国家的现代医学课程不大重视伦理教育，更不重视庄严载入《国际人权宪章》以及其他国际和区域性人权文书的人权原则。因此，开业医生往往不了解其病人或其所服务的社区在卫生方面享有什么人权。例如，《德黑兰宣言》第16段事关全世界家庭与儿童的健康，但有多少人熟悉该段的规定？有多少人知道1968年4月22日至5月13日在德黑兰举行的国际人权会议曾敦促“各国人民和政府……加倍努力，全体人类共享……有裨身、心、社会和精神福利的生活”（这一用语部分吻合了《卫生组织的组织法》对于“卫生”所下的定义）？发达国家或发展中国家的卫生决策者是否很重视《经济、社会、文化权利国际公约》第12条？如有关机构作出努力，也许可改善这一状况，编写一本关于如何将与最广义的人类健康有关的那些人权的哲学和原则纳入医学课程的手册。（欧洲理事会和设在的里雅斯特的国际人权研究所在此方面做了首创性工作。例如见《医生与人权》，CEDAM，Padua，意大利，1990年）。同时还需编写另一本手册，指导议员以及卫生管理人员如何根据卫生组织的人人享有卫生保健战略将这些原则变成开明的卫生立法，同时灌输给内·卡森、埃莉诺·罗斯福以及其他当代人权先驱的思想。

82. 有些人可能会说，第十二条的用语反映了当时一般人对健康问题的普遍看法，因此已经“过时”。相比之下，例如1988年《圣何塞条约的萨尔瓦多议定书》（美洲国家组织）的用语则进步得多，也平等得多。修改第十二条的规定使其符合所谓的阿拉木图思想（因卫生组织和儿童基金会于1978年9月在哈萨克斯坦共和国这一

城市联合举办国际初级卫生保健会议而得名)，和在卫生组织领导下制定的新的卫生规范，将是不现实的做法。也许较为现实的作法是，根据现代人对卫生概念和对21世纪社会可能面临的卫生(以及相关的环境)问题的看法，编写一本关于如何执行第十二条规定(也许还包括《世界人权宣言》第二十五条规定)的学术手册。

83. 如上所述，《刺胳针》社论暗示有两类国家，一类国家通过卫生立法大大改善了公共卫生，而另一类国家则未作到这一点(至少到1968年为止)。如果情况确实如此，这一差距是全球卫生界能够确定并纠正的因素造成的？是仍普遍存在的殖民主义法律遗产造成的？是否存在人力、资源或其他因素方面的明显限制？学术界以及有关国际组织必须答复这些问题，或至少进行深入研究。

84. 大会在1968年12月19日通过的第2450(XXIII)号决议中指出，必须研究如何“鉴于生物学、医学和生物化学取得的进展，保护人格及其身体和智力完整”。(在此方面，见卫生组织的研究报告《人权的卫生方面，并特别考虑生物学和医学进展》(1976年)和联合国人权委员会1975年文件 E/CN.4/1172 和 Add.1-3 (题为“考虑到生物学、医学和生物化学的进展，保护人格及其身体和智力完整”)。在此之后的四分之一世纪中，各国开展了旨在确保这类保护的大量立法活动。此时此刻所需要的也许是确定迄今为止颁布的法律的效力以及不断出现的可能需要采取国际、区域或国家立法行动的领域。

85. 现在时机可能早已成熟，联合国系统负责社会和文化权利的各机构(特别是教科文组织、粮农组织、劳工组织、卫生组织和人口基金)必须努力制定共同议定的方针，指导如何通过各国立法来贯彻这些权利。所有这些机构都积极参与加强各国在其主管部门中的立法能力。它们积累了关于各种不同立法办法的大量经验，由它们协力指导各国，可能会取得有益的成果。

10. 人道主义紧急卫生援助与流离失所者的权利

86. 《卫生组织的组织法》序言申明：享受最高标准的健康是所有人的一项基本权利，不分种族、宗教、政治信仰、经济或社会状况因此，卫生组织在人道主义紧急卫生援助方面的活动完全符合其《组织法》的规定。

87. 人权不仅仅是免受酷刑和身体迫害而已。人权还包括不仅是人身安全，而且是人类生存与尊严必不可少的那些权利。这些权利包括享有足以满足健康和福利需要的生活水平的基本权利，其中包括获得食物、衣服、住房、医疗保健和必要的社会服务等。因此，卫生组织不仅解决难民的困境，而且解决流离失所者、

回归者和收容社区的困境。

88. 卫生组织在其职权范围内促进：

- (a) 平等尊重所有群体的人权；
- (b) 提高卫生、教育、训练和环境质量；从而促进当地社区的经济发展；
- (c) 民主进程和传播信息；以及
- (d) 难民、回归者、流离失所者和收容社区与捐助国民间的联系。

89. 在前南斯拉夫各共和国开展的业务活动说明了卫生组织发挥的人道主义援助作用。卫生组织通过以下活动协助惨遭战祸的居民、难民、流离失所者和收容社区：

- (a) 组织国际力量，努力预防死亡和不必要的苦难；
- (b) 协助受冲突影响者在敌对和危险的环境中保持健康；
- (c) 确保地方卫生工作人员能减轻痛苦；
- (d) 在各级施加压力，确保卫生工作人员和人道主义救济人员能在安全和得到国际人道主义法保护的条件下，自由履行职责；
- (e) 根据在技术上客观合理地评估卫生需求的结果，调动紧急卫生救济；
- (f) 为联合国综合行动方案卫生项目寻求自愿捐款，优先满足遭战祸影响的居民的需求；以及
- (g) 确保需赡养者和残疾人（如精神病患者）的生命和权利得到尊重。

90. 《联合国宪章》强调了联合国促进经济和社会福利的作用。根据第55条的规定，联合国必须促进实现更高的生活水平、充分就业、经济和社会进步与发展并解决国际经济、社会和有关卫生的问题。

11. 保健公平

91. 许多国家的卫生法规定了保健权利，有些国家甚至规定保健权利为一项宪法权利。但对许多群体而言，关于这项法定权利的规定与实际平等享受保健之间，往往有很大差距。Dahlgren和Whitehead 最近编写了一份卫生组织的讨论文件，题为“促进保健公平的政策与战略”(EUR/ECP/RPD414(2)号文件，哥本哈根，1992年)，其中阐述了影响保健的地理、经济和文化障碍。例如，无论在工业化国家，还是在发展中国家，要在偏远、乡村、山区或岛屿地区提供高质量的保健都有卫生人员也不愿在城市贫困地段服务。保健供资制度可能会阻挠人们平等享受保健，文化障碍可能会使卫生人员与病人接触不当，移民和外籍工人则可能会遇到语

言障碍。教育水平低可能会严重阻挠人们的保健要求，特别是获得预防服务的要求。最需要保健者往往最不可能获得高水准的保健，J.T.Hart将其称之为“逆向保健法”现象(《刺胳针》),1,1971年)。上述文件提出了对付这些问题的一些方法。

92. 挪威、瑞典和联合王国等欧洲国家采用的资源分配制，照顾了国内不同地区不同的卫生需求。芬兰采用的战略规划制度相当成功地向乡村地区提供了高质量的服务。英国某些地区则创造性地调整了保健服务，以满足少数民族的需求。

93. 在许多国家，经济状况不好已导致限制保健费用的要求。用户直接付账制越来越多地被采用。许多这些变化威胁到保健的公平享受，东欧计划在保健供资方面实行的一些重大变革也是如此。

94. 对高科技保健的需求日益增多，由于其可见度高对政客们很有吸引力。这一需求如得到满足，将只有少数人能安享保健，而许多人则难以获得基本服务。

95. 令人遗憾的是，保健资金的许多变化、限制费用的措施、高科技保健与基本保健之间的平衡和保健公平可能造成的影响往往并未公开讨论。研究人员和决策者必须更为重视这些问题。

96. 必须更明确地阐明决定“最低限度基本保健”内容的标准。还必须将人们因等候时间越来越长而保健受到限制问题明确列入政治议程，而不是象目前那样实行暗中配额制。预计在今后一段时间内，经济增长仍会疲软乏力，卫生部门的资金会受到进一步限制，因此，必须明确阐明标准。

97. 荷兰福利、卫生和文化事务部最近于1992年发表了一份题为“保健选择”的报告，其中建议在将现有类型的保健改为基本健康保险承保的“一揽子保健”时，应采用以下四项标准：(a)从社区的角度来看，它是否是必要的保健？(b)它是否已被证明有效？(c)它是否具有效率？(d)能否由个人负责？人们当然可以同意或反对这些标准，但重要的是，它们受到了公开探讨和辩论。

98. 卫生组织、劳工组织和儿童基金会等联合国系统组织和世界银行以及欧洲共同体委员会和经合发组织等政府间组织都协助各国发展保健制度。它们必须合作制订指导方针，协助各国就这些重要问题进行公开的政治讨论。

XX XX XX XX XX