



第五十九届会议

议程项目 105(b)

人权状况：人权问题，包括为增进人权和
基本自由的切实享受可以采取的各种途径

人人享有能达到的最高标准的身心健康的权利

秘书长的说明*

秘书长谨向大会转递人权委员会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·亨特根据经社理事会第 2004/27 号决议提交的报告。

摘要

本报告说明人权委员会人人享有能达到的最高标准的身心健康的权利（“健康权”）特别报告员自从向委员会提交上一次报告（E/CN.4/2004/49）以来的活动情况和特别关注的问题。

第二节指出，千年发展目标最突出的特点之一就是把健康问题放在显著位置。特别报告员阐明了健康权如何能够帮助实现与健康有关的千年发展目标，例如，健康权可以确保纵向保健措施增强保健系统，还可以强化目标 8（全球合作促进发展）。

第三节简要指出许多国家土著民族保健问题上极度的不平等现象，并要求在地方、国家和国际各级做出紧急协同努力，扭转这些趋势。

特别报告员在提交给人权委员会的初步报告（E/CN.4/2003/58）中说，一个国家若要监测健康权逐步实现的情况，需要有各项指标和基准。特别报告员提交给大会的第一份中期报告（A/58/427）概述了健康权指标的使用方法。在本报告第四节，他试着将这一方法应用于健康权一个及其重要的组成部分：儿童生存。

* 本报告迟交是为了尽量列入最新资料。



目录

	段次	页次
一. 导言	1-4	3
二. 与健康有关的千年发展目标	5-54	3
三. 土著民族的健康权	55-58	11
四. 健康权、儿童生存和指标	59-84	12
五. 结论	85-88	22
附件		
千年发展目标和人权标准		24

一. 引言

1. 人权委员会人人享有能达到的最高标准的身心健康的权利（“健康权”）特别报告员按照委员会第 2002/31 号决议所载的任务范围向人权委员会第五十九届会议提交了初步报告（E/CN.4/2003/58）。委员会在第 2003/28 号决议中感兴趣地注意到特别报告员的报告，并邀请他除其他外就在其职权范围内履行的各项活动每年向大会提交一份中期报告。特别报告员的第一份中期报告载于 A/58/427 号文件。

2. 大会第五十八届会议首次通过了一项有关人人享有能达到的最高标准的身心健康的权利的决议（A/RES/58/173）。大会感兴趣地注意到特别报告员的临时报告，特别是他建议的方法，“在其未来工作中包括国家各级责任，据此评价在逐步实现人人享有能达到的最高标准身心健康权利方面的工作，并注意特别报告员致力于将此方法应用于专门的保健领域，例如基本医药、性健康与生殖健康、艾滋病毒/艾滋病、儿童保健、水与环境卫生。”

3. 特别报告员向委员会第六十届会议提交了年度报告（E/CN.4/2004/49 和 Add.1 及 2）。委员会在第 2004/27 号决议中注意到该报告，并再次请特别报告员就其根据职权范围开展的各项活动每年向委员会提出年度报告，并向大会提交临时报告。本报告就是按照委员会第 2004/27 号决议提交的。

4. 特别报告员自从 2004 年 2 月向委员会提交了年度报告之后，应秘鲁和罗马尼亚政府之邀分别于 6 月 5 日至 15 日和 8 月 23 日至 27 日访问了这两个国家。¹ 有关这两次访问的报告，以及 2003 年 12 月访问莫桑比克的报告，将提交给委员会第六十一届会议。特别报告员还向多个国家政府发出了若干紧急呼吁和其他信函，并发布了新闻稿，其中涉及诸多问题，包括贸易协议对获得药品的影响和在冲突状况下如何享有健康权等。特别报告员会在即将提交给委员会的年度报告中汇报上述来往函件的情况。

二. 与健康有关的千年发展目标

5. 千年发展目标代表联合国最重要的战略之一。这些目标为人权界在国家和国际各级影响减贫政策和做法提供了一个关键的机会。人权事务在千年目标上会大有作为，同样千年目标也会在人权方面大有作为。

6. 尽管由千年目标已产生大量文件，但在这些丰富的材料中，对人权的关注却很少。² 千年目标与健康、教育、粮食、住所和男女平等的若干人权密切相关，因而这一现象尤其令人惊讶。正如秘书长在其有关执行千年发展目标行进图的报

告中所说，“经济、社会和文化权利是所有千年发展目标的核心所在”（A/56/326，第 202 段）。

7. 特别报告员在本章中表明了健康权可以为实现与健康有关的千年发展目标做出的贡献。³ 一个中心主题是，人权和健康权加强了千年发展目标的许多现有的特点。限于篇幅，这部分讨论只是简短的说明。⁴

千年发展目标

8. 189 个会员国的代表，包括 147 名国家元首和政府首脑，在 2000 年 9 月纽约千年首脑会议上通过了《联合国千年宣言》。《宣言》确定了新世纪国际关系的原则和价值观，明确了各国领导人做出一系列具体承诺的七个领域。这七个领域包括发展、消除贫穷及人权。

9. 秘书长为执行《联合国千年宣言》而设计的进程图（A/56/326）确定了与分别这七个领域相关的具体目标。关于发展与消除贫穷的第三章里的目标现已称为千年发展目标。关于人权、民主和善政的第五章包括六项千年人权承诺。这八项千年发展目标和六项千年人权承诺是相辅相成的。

10. 《宣言》通过之后，已经得到了反复确认，包括 2002 年发展筹资问题国际会议上通过的蒙特雷共识。目前，整个联合国“大家庭”正把实现千年目标当作紧急的首要任务。就特别报告员所知，自 1945 年联合国成立以来，还没有其他国际承诺和政策目标吸引过如此具战略性、系统性、持久性的注意。

与健康有关的千年发展目标

11. 千年发展目标最突出的特点之一就是把健康放在显著的位置。在八项目标中，有四项是与健康直接相关的：

- 降低儿童死亡率（目标 4）；
- 改善产妇保健（目标 5）；
- 与艾滋病毒/艾滋病、疟疾和其他疾病作斗争（目标 6）；
- 确保环境的可持续能力（包括将无法持续获得安全饮水的人口比例减半，目标 7）。

另有两项目标是与健康密切相关的：目标 1（消灭极端贫穷和饥饿）和目标 8（全球合作促进发展）。⁵ 剩余两个目标（普及初等教育和赋予妇女权力，目标 2 和目标 3）对健康有直接影响。有确凿的证据证明，受教育的女孩和妇女能给自己和孩子更好的照顾和营养。

12. 此外，千年目标的 16 项“具体目标”中至少有 8 项同健康有关，48 个指标中至少有 17 个同健康有关。⁶

13. 健康问题是千年发展目标的中心，因为它是减少贫穷和发展的中心。良好的健康不仅是减少贫穷和发展的结果：它还是实现减少贫穷和发展的途径。但并不仅此而已。国际法——以及许多国家宪法——承认享有能达到的最高标准的身心健康的人权。

享有能达到的最高标准的身心健康的权利

14. 广泛而细致的国际和国家法律都详细规定了健康权的范围。特别报告员在不同报告中已经开始列出并审查这类法律和惯例。他不想在此赘述。为了便于参考，他对健康权作了一个简短介绍。

15. 1946年通过的世界卫生组织（卫生组织）《组织法》承认健康为基本人权。两年后，《世界人权宣言》为健康权的国际法律框架奠定了基础。从那以后，许多具法律约束力的国际和区域人权条约都规定了健康权。对健康权阐述最全面的条约当属《儿童权利公约》，除两个国家以外，所有国家都批准了该公约。此外，这些具约束力的条约正开始产生能阐明健康权内容的判例法和其它判例。许多国家的宪法也将健康权包括在内，其中100多条宪法条款规定了健康权、保健权或与健康有关的权利，如健康环境权。另外，在一些管辖区域中，规定健康权的宪法条款已经生成了重要的判例，如1998年维奇康蒂诉卫生与社会福利部的阿根廷法庭判例。⁷

16. 健康权包括保健权，但除保健之外，还包括安全饮水、适当卫生和获得与健康有关的信息，包括有关性健康和生殖健康的信息。健康权包括多种自由权利，如不受歧视和强制节育的权利。它还包括多种资格权利，如获得健康保护系统服务的权利。健康权有多个组成部分，包括儿童健康、产妇健康、获取基本药物。健康权和其他人权一样，特别关照弱势群体、脆弱人群和生活贫困的人。健康权要求有一个有效的、包容广泛的、高质量的保健系统。

17. 健康权需要逐步实现，但它也要求履行一些立竿见影的义务，如不歧视。它要求有各种指标和基准来监测健康权的逐步实现。健康权还包括个人与社区积极明智地参与对他们有影响的健康决策。依据国际人权法，发达国家在一定程度上有责任帮助在穷国实现健康权。健康权会产生权利和义务，因此要求有各种有效的责任机制。

18. 以上概述清楚地表明，与健康有关的千年发展目标和健康权之间有很多相同的部分。附件中载有这些目标及国际人权法中某些与之相应的条款。

19. 总而言之，我们对健康权的理解正在加深。当然，象所有探索领域一样，这里也有灰色地带——以及一些真诚的争论和异议。但重要的是，健康权不是口号；它有规范性的深度，对于减少贫穷、发展和千年发展目标也有建设性的、简明的意见。

健康权能为千年发展目标带来什么？

20. 以下段落提供了几个例子，说明健康权能为与健康有关的千年发展目标带来什么。有些例子反映了人权一般来说会有什么贡献，如增加参与，而其他例子则反映了健康权具体的贡献，例如，增加对保健系统的关注。由于诸多原因，尤其是篇幅所限，本文的讨论没有详细集中在特定的目标上，不过有几段重点论述目标 8（全球合作促进发展）。

有助于弱势和脆弱群体从千年发展目标中获益

21. 不歧视和平等这两项原则是包括健康权在内的国际人权最基本的组成部分。若干国际文书对这两项原则都有列举和详细规定。国际社会已经成立了两个人权条约机构（分别有关妇女问题和种族问题），专门关注不歧视和平等。

22. 与健康有关的千年发展目标是按照社会平均数制定的，例如，将产妇死亡率降低四分之三（目标 5）。但整个人口的平均条件可能造成误导：平均健康指标方面的改善可能掩盖某些弱势群体健康水平下降的现象。因此，人权要求，在可行的范围内，应按照禁止歧视的领域将所有相关的数据分类。这样，就有可能监测生活贫困的妇女、土著民族、少数民族等脆弱群体的状况，并设计专门解决其弱势问题的政策。⁸

23. 这是健康权可以为实现与健康有关的千年发展目标做出特殊贡献的领域之一。国际人权系统多年来对这些问题特别关注，包括系统审议各国就各自的法律和做法提交的成百上千份报告，因此它在不歧视和平等方面有丰富的经验，能够帮助确定哪些政策会使所有个人和群体从健康有关的目标中获益，包括处境最为不利的人。

增强参与

24. 参与是健康权一个不可或缺的特点。虽然参与处理公共事务权同基本民主原则有不可分割的联系，但它不仅意味着自由公正的选举。它还包括个人和社区积极明智地参与对他们有影响的决策，包括有关健康的决定。换句话说，健康权重视与健康有关的目标，也同样重视实现目标的过程。

25. 发展和减少贫穷的战略必须由国家推动，但不应把国家所有权狭隘地理解为完全属于政府所有。这种战略应该归广泛的利益有关者所有，包括生活贫穷者。当然，这不容易实现，需要假以时日。有些人通常被排除在政策制定过程之外，为了帮助他们参与，需要有创新的安排，而且，这些安排还应该尊重现有的地方和国家民主体制。

26. 千年发展倡议十分值得称赞，但它也显示了陈旧的、自上而下的、非参与性的发展方式的一些特点。如果对健康权有更多的认识，就会减少这些技术专家的一些倾向，增强弱势个人与社区的参与，从而增进机会，实现使人人获益的与健康有关的千年发展目标。

确保纵向措施增强保健系统

27. 健康权特别要求发展有效的、包容广泛的、高质量的保健系统。与健康有关的千年发展目标大部分是以具体的疾病或以健康状况为基础，如疟疾、肺结核、艾滋病毒/艾滋病、产妇健康和儿童健康，这些目标也许会产生狭隘的纵向保健措施。对于保健系统的长期发展来说，这种具体的措施并非最适当的组成部分。的确，纵向措施抽取资源，使原本脆弱的能力负荷过重，这对于实现有效的、包容广泛的保健系统这一长期目标甚至会是有害的。对健康权作适当考虑，以有效的保健系统为重点，这样有助于确保纵向保健措施的目的是帮助增强为所有人服务的高质量保健系统。

28. 在这方面，特别报告员感兴趣地注意到一种想法，即开发“保健系统影响评估”这一新手段，用来评估拟定对某一保健系统采取措施的预期影响。这是妇幼保健问题千年项目第4工作队在其临时报告中建议的。

更注意保健专业人员

29. 保健专业人员包括医生、护士、助产士、技术员、管理人员等，他们在实现与健康有关的千年发展目标方面发挥不可或缺的作用。不过，许多保健系统的人力资源处于危机。除非保健专业人员的困难得到极大重视，否则难以想象许多国家能实现与健康有关的千年发展目标。保健专业人员的困境与健康权紧密相关。例如，保健专业人员的合理就业规定和条件是一个健康权问题。保健专业人员从南方到北方的“技术外流”也是一个健康权问题，同样，国内保健专业人员从农村转移到城市也是一个健康权问题。从南方到北方的“技术外流”与目标8有关，因为北方国家的政策往往会吸引发展中国家保健专业人员离开本国。健康权有助于确保人们对这些与保健专业人员有关的复杂问题认真地给予应有的注意，这些问题直接影响与健康有关的千年发展目标的实现。

性健康和生殖健康

30. 众所周知，千年发展目标中没有“性健康和生殖健康”的用词。但是，不纳入性健康和生殖健康问题的发展战略是不可信的。因此，千年发展目标实际上涵盖性健康和生殖健康问题，如产妇保健、儿童保健和艾滋病毒/艾滋病。正如人权委员会第2003/28号决议所确认，“性健康和生殖健康作为人人享有能达到的最高标准身心健康权利的组成部分”。在给委员会第六十届会议的报告中，特别报告员以开罗和北京世界会议为背景探讨了性健康和生殖健康权利的范围。他不

在此重复这些分析，但确认性健康和生殖健康包括妇女和男子有自由决定是否及何时生育。这涵盖了解和获得安全、有效、负担得起、可以接受和全面的计划生育办法供其选择的权利，以及安全怀孕和分娩的权利。

31. 在千年发展目标的范围内，健康权要素可以发挥重要作用，(一) 确认性健康和生殖健康在当代消除全球贫穷斗争中至关重要；并(二) 着重指出性健康和生殖健康在多方面与人权有关。

加强目标 8：全球合作促进发展

32. 发达国家对发展中国家实现健康权负有一定的责任。除其他外，这些责任产生于有关国际人权法的国际援助与合作的规定。重要的是，国际援助与合作不应仅理解为财政和技术援助，还应包括发达国家有责任积极争取一种有助于发展中国家消除贫穷和实现健康权的国际秩序。

33. 同其他人权和责任一样，国际援助与合作的范围尚未清楚界定。但是，原则上，国际援助与合作要求所有有能力援助的国家应：第一，不采取使穷人更难实现健康权的行动，第二，采取措施来消除阻碍穷人实现健康权的障碍。

34. 人权的国际援助与合作概念十分符合目标 8，激发《联合国千年宣言》的全球公正和共同责任的原则，以及《蒙特雷共识》。除此之外，由于载于具有拘束力的国际人权法，人权的国际援助与合作概念在法律上加强目标 8，该宣言的全球公正和共同责任的原则，以及《蒙特雷共识》。

35. 在下文第 42 至 46 段中，特别报告员回到与目标 8 有关的发达国家问责制的重要问题。

加强问责制

36. 国际人权法增强个人和社区的力量，给予他们应享权利，并对其他方面规定法律义务。重要的是，权利和义务需要问责制：除非得到问责制的支持，否则权利和义务只是装饰。所以，注重人权——或健康权——的办法强调义务，并要求所有有义务者对其行为负责。

37. “问责制”常常用于表示指责和惩罚。⁹ 但这样狭义地理解该词，局限性太大。健康权问责机制确定哪些健康政策和机构有效，哪些无效，以及无效的原因，以便促进实现人人享有健康权。这种问责机制必须是有效、透明和可获取的。儿童保健和产妇保健问题第 4 工作队，在倡导“建设性问责制”时，是这样理解问责制的。

38. 问责制有多种形式。在国际一级，各人权条约机构提供了一种问责制雏形，在国家一级，保健专员或监察员则可以提供某种程度的问责制。民主选举的地方保健委员会是另一种问责机制。行政安排，如公布保健影响评估，也可以加强问

责制。象健康权这样复杂的人权，需要一系列问责机制，机制的形式和组合因国家而异。

39. 千年发展目标的问责机制相当薄弱。一个可能的问责工具是国家一级千年发展目标报告。迄今发表了 60 多份这种报告，其中大多数涉及低收入或中等收入国家。在评价这些报告时，联合国开发计划署（开发计划署）观察到：这些报告“正在成为跟踪和监测国家一级进展的最重要的工具之一”。¹⁰ 但是，它们主要用于“认识宣传”，而不是政策制定或问责制。¹¹

40. 人权包括健康权，可以至少以两种方式加强目前与所有千年发展目标有关的薄弱的问责机制。第一，现有的人权问责机制，只要获得充分的情况介绍和资源，可以审议各国为实现这些目标所作的工作是否适当。例如，人权条约机构在审查国家定期报告时，可以考虑那些属于该条约机构任务范围的目标。在进行国家访问时，特别报告员可以探讨那些属于其任务范围的目标。在国家一级，国家人权机构可以设立一个千年发展目标监测和问责制单位。

41. 第二，人权不断提醒注意：问责制对于各项千年发展目标十分重要。人权不是一种整齐划一的标准形式的问责机制，可以适用于各项目标。国际社会以及其他行动者必须确定适当、有效、透明和可使用的问责机制，以纳入千年发展倡议。否则，千年发展目标将缺乏一种不可或缺的人权特征，而且更重要的是，实现这些目标的机会将大大减少。

加强目标 8 的问责制

42. 所有千年发展目标的问责机制都很薄弱，与目标 8 有关的机制尤其无力。开发计划署评价报告指出，“重要的是，很少有国家报告目标 8 的情况，”并强调“跟踪目标 8 方面取得的进展最为重要”。¹² 少数发达国家，包括荷兰、丹麦和瑞士公布了其目标 8 进度报告，这是十分令人欣慰的先例，所有发达国家都应尽快仿效。虽然发达国家在目标 8 方面的自我监测是方向正确的一步，但不是适当形式的问责制。

43. 发展中国家长期以来有一种看法，即问责制安排是不平衡的，主要适用于它们，而发达国家却逃避问责制，不履行对于发展中国家特别重要的国际保证和承诺。¹³ 不幸的是，千年发展倡议的进展确认这一看法。千年发展目标的报告负担主要落在低收入和中等收入国家的身上。发达国家就是在目标 8 方面的自我监测也很少。这种不平衡不符合对等、共同责任和相互问责的原则，这些原则是《联合国千年宣言》及其各项目标的基础。

44. 这种不平衡特别令人遗憾，因为目标 8 对发展中国家至关重要，其中许多国家在全国范围内日益贫穷。对于它们来说，这不是其公民提高效率或更公平分配的问题（虽然这些考虑通常是重要的）；这是资源奇缺和预算严重不足的问题。换言之，对于它们来说，目标 8 绝对重要。

45. 从包括健康权在内的人权角度来看，必须加强与目标 8 有关的问责制安排。如果国际社会不能商定与目标 8 有关的有效、透明和可使用的问责机制，那么发展中国家可能希望就发达国家履行其在目标 8 下的承诺建立自己的独立问责机制。

46. 特别报告员确认，他特别重视与目标 8 有关的问责制，因为对于许多发展中国家来说，实现与健康有关的千年发展目标，在很大程度上，取决于发达国家遵守目标 8 下的承诺。

结论

47. 对于生活贫困的人来说，基于健康权的政策更可能有效、公平、有活力、有参与性和有意义。

48. 健康权提出了一个明确的规范框架，加强与健康有关的千年发展目标。国际人权提供了这种框架。以公认道德价值观念为基础，并得到法律义务的支持，国际人权为旨在实现这些目标的国家政策和国际政策提供了一个有说服力的规范框架。

49. 在第 2004/27 号决议中，人权委员会确认了将健康权纳入决策过程的重要性。回顾与健康有关的千年发展目标，委员会建议，“在制订有关的国家政策和国际政策时适当考虑到人人享有可达到的最高标准的身心健康的权利”。委员会不仅谈到国家责任，还敦促担负与健康权有关的任务的“所有国际组织”，考虑到其会员国[与健康权]有关的国家义务和国际义务”。

50. 健康权——和其他人权——应融入联合国促进实现千年发展目标的核心战略的四个要素。无论多么能干，千年项目工作队的几个熟悉人权的成员无法自己确保人权得到应有注意。获得人权专家对报告草稿的评论也不够。要使人权和健康权充分促进实现千年发展目标，就必须找到资源，不仅在国际一级，而且在联合国国家工作队内，将这些问题不断、连贯和系统地融入整个千年发展目标核心战略。

51. 特别重要的是，根据《联合国千年宣言》和行进图，拟议的《实现千年发展目标全球计划》明确提到并利用人权框架。它应包括一个确定人权框架的章节，指明人权框架，并举例强调人权如何补充并加强千年发展目标。人权和健康权还应连贯一致地融入整个全球计划，包括其建议。

52. 每一个千年项目工作队的最后报告都应列入一个确定人权框架的章节，并探讨其对该工作队负有特殊责任的议题的政策影响。¹⁴

53. 但是，将人权，包括健康权纳入千年发展目标，向致力于人权和扶贫的人提出了一项重大挑战。为人权界提供了多年良好服务的传统技巧和技能，如“点名羞辱”、写信活动和向法庭提出试验案件等，无法保证健康权有效地融入千年发

展战略。要将健康权纳入千年发展目标，人权界必须发展其他的技巧和技能。例如，抉择优先事项和进行权衡，是不可逃避的决策现实的一部分。因此，人权界若要执行千年发展目标，就必须知道如何以尊重人权的方式选择优先事项，就必须知道如何从人权法律和惯例的角度来确定是否允许进行权衡。人权界还必须发展和使用新的工具，如影响评估、指数和基准。当然，早已确认的人权技巧仍十分重要：必须以传统方式向侵犯人权的千年发展目标提出挑战。不过，传统技巧虽然重要，仍然不够，还需要其他技能。

54. 人权界本身已经开始发展这些其他技巧。此外，一些传统从事保健和扶贫工作的人日益意识到，人权可以发挥重大作用。这两组人开展协作，可以帮助确保人权，包括健康权充分促进为所有人实现与健康有关的千年发展目标。

三. 土著民族的健康权

55. 特别报告员对世界许多国家和社区的土著人民和非土著人口之间的巨大健康差距甚为关切。¹⁵ 与其他人群相比，土著人民往往寿命较短，健康状况也一般较差。在一些管辖区，他们比非土著人民更可能患糖尿病、高血压或关节炎等慢性病，更容易滥用药物，忧郁和精神失常。在某些发达国家，土著妇女的自杀率比国家平均数高七倍。艾滋病毒/艾滋病和其他性传播疾病在土著社区迅速传播，对土著妇女的社会和经济剥削，以及无法获取与健康有关的信息等因素，加剧了这一趋势。许多土著社区的婴儿、儿童和产妇死亡率大大高于非土著群体，同时土著儿童的接种率较低，入学率较低，辍学率较高，比非土著儿童更易受性剥削和经济剥削——这些都是不健康的风险因素。

56. 这节很短，只是为了着重指出这些复杂问题的重要性。特别报告员打算在今后的工作中探讨这些问题。他已经获得了关于土著人民健康差距的可靠资料，包括以下问题的例子：缺乏土著人民特殊需要培训和认识的保健专业人员歧视土著人民；缺乏以土著语言提供的保健服务；缺乏干净饮用水和适当卫生条件，环境污染对土著社区健康和生活的影 响；以及对土著妇女的暴力，包括性暴力。他注意到特别报告员在最近访问一些国家后对土著人民人权和基本自由状况提出了许多类似的关切问题，其中包括在医疗服务获取和质量上系统地歧视土著民族；土著民族传统医药边缘化；糖尿病等疾病的患病率高；自杀率令人震惊，特别是在土著青年男子中。¹⁶

57. 在关于第三届会议的报告(E/2004/43-E/C.19/2004/23)中，土著问题常设论坛警告：土著社区的健康条件正在恶化，因为保健服务不充分，或是有限制；缺少兼顾文化因素的保健方针；边远地区缺少外展诊所；工业发展毫无节制，造成空气、水和土地质量等环境条件恶化。论坛提请注意有必要处理对土著妇女的健康权、包括性健康和生殖健康权有消极影响的因素。一些国家正在采取积极措施来改善这些条件。然而，缺乏特定族裔健康数据，经常不让土著民族参加健康

政策的拟订和执行，以及缺少关于土著人民健康风险和差距的全面研究，妨碍了各项土著保健倡议的进展。

58. 特别报告员呼吁地方、国家和国际各级作出紧急一致的努力，扭转这种趋势。按照国际人权法，土著人民有权采取具体措施，来改善获得保健服务和照顾的机会以及基本的健康决定因素。这些服务应该适合当地文化，考虑到传统的预防性保健、治愈做法和医药。他特别敦促各国政府和其他行动者尽力确保：

- (a) 按族裔、性别、社会经济地位、文化或部落关系及语言分列健康数据；
- (b) 土著人民积极和知情地参与健康政策和方案的制定、执行和监测；
- (c) 尽可能以土著人民的语言提供健康设施、方案和项目以及有关健康的信息；
- (d) 加强土著社区健康方案，包括培训土著保健工作者在土著社区提供外展服务和家庭护理；
- (e) 培训保健专业人员，以确保对族裔问题和土著文化有敏感认识；
- (f) 拟定并执行鼓励土著人民成为保健专业人员的战略。这些战略应包括以下措施：增强参加现有培训方案的学生族裔多样性，国家保健系统承认土著医疗人员，包括传统助产士。另外，应该由而且为土著和其他非主体族裔群体设计新型培训班，包括土著民族医疗传统和做法培训；
- (g) 在土著社区设立针对保健系统中虐待和忽视情况的监测和问责机制。

四. 健康权、儿童生存和指标

59. 特别报告员在其提交人权委员会的初步报告中指出：

“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、社会和文化权利委员会] 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。每一项指标要求……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”。
(E/CN.4/2003/58, 第 36 段)

60. 特别报告员在提出初步报告后的数月内，进行了广泛磋商，以确定关于健康权指标和基准的直接方法。特别报告员在提交大会的第一份临时报告(A/58/427)中阐述了此种方法。简而言之，该方法：

(a) 述及健康指标和健康权指标的区别；

(b) 提出三类健康权指标：体制、过程和成果指标；

(c) 提出需要健康权指标以监测一国(a) 在本国管辖权内(“国家一级”)和(b) 超越国境(“国际一级”)履行人权职责的情况。

61. 大会很有兴趣地注意到特别报告员的方法。自从提出该报告以来，特别报告员同若干人权专家和其他方面的专家、包括卫生组织 2004 年 4 月举办的一期讲习班的参加者讨论了他的方法。虽然有人建议进行修改，但总体而言，该方法得到了广泛赞同。因此，特别报告员现在将把此方法应用于一项具体的健康领域——儿童生存——以探讨其在实践中可能的运作情况。

儿童健康权：儿童生存

62. 人权委员会第 2002/31 号决议请特别报告员特别重视儿童的需求。因此，他打算把他临时报告中阐述的方法应用于儿童健康权的一个方面。

63. 由于一些原因(尤其是降低儿童死亡率的千年发展目标)，各国、政府间组织和民间社会正在日益重视儿童生存。因此，正在通过一个机构间磋商进程，开始确定一套儿童生存核心指标草案，它也许会对所有国家和其他行动者有益。特别报告员建议以适当方式制定这些指标，使之适合于监测各国逐步实现儿童生存方面健康权的情况。

64. 因此，特别报告员正采用目前这套同上述机构间进程相联系的儿童生存核心指标草案，以测试其临时报告中所阐述的方法。应初步强调以下几点。

65. 第一，儿童生存只是儿童健康的一个方面，故儿童生存指标只涉及儿童健康和儿童健康权的一部分。

66. 第二，特别报告员对机构间进程确定的目前这套健康指标草案有一些疑问。例如，为什么没有关于疟疾或艾滋病毒/艾滋病的指标？不过，在本报告中，特别报告员既没有修改，也不会增加机构间进程所提出的核心健康指标。如果这可能是有效的，他就愿意同机构间进程接触，讨论是否将一些健康指标包括在内的问题。例如，为本报告的目的，特别报告员现在保留机构间进程所确定的核心健康指标，因为可以以此作为有益工具，探讨一国如何能利用指标，监测其逐步实现健康权的一项内容：儿童生存的情况。

67. 第三, 特别报告员虽然既不修改、也不增加机构间进程所提出的核心健康指标, 但他正在提请各方注意从健康权角度来看必不可少的其它一些指标, 如参与指标和问责制指标。

68. 特别报告员认为, 机构间进程所提出的儿童生存核心指标可适当用于监测逐步实现健康权的一些方面的情况, 条件是:

- (a) 它们比较符合健康权规范;
- (b) 它们至少按照性别、种族、族裔和城乡来分类;¹⁷
- (c) 还辅之以监测健康权下列四大特征的其它指标:
 - (一) 国家行动战略和行动计划, 其中包括健康权;
 - (二) 个人和团体(尤其是脆弱和处境不利者)参与同健康政策和方案有关的方面;
 - (三) 发展中国家享受健康权方面的国际援助及捐助者合作;
 - (四) 可以利用的、有效的监测和问责机制。

69. 下文表格中, 同机构间进程相联系的儿童生存指标加了星号。该表还确定了符合这些指标的健康权规范。此外, 表格收入了另外一些指标, 涉及从健康权角度而言属于必不可少的问题, 包括国家行动战略和行动计划(指标 8-10)、参与(指标 14 和 15)、监测/问责制(指标 1-12)以及国际援助和合作(指标 16-18 和 36-38)。

70. 按照临时报告提出的方法, 指标归类为体制指标、过程指标和成果指标。该表还列出哪些指标需要分类(体制指标通常不易分类)。最后, 该表显示可能对收集相关数据负责的政府部门, 不过, 各国间情况可能不一。

71. 虽然该表指明一国可能想利用的指标, 但一国当然可能制定另外的儿童生存指标, 以更具体地体现其特别背景。提出下列指标, 只是作为一组许多国家共同适用的内容, 不过, 其中六项指标是具体针对捐助者的。

72. 特别报告员在给大会的临时报告中指出, 经济、社会和文化权利委员会副主席 Eibe Riedel 已同意采用该报告所阐述的方法。特别报告员欣然指出, 副主席还支持本章把该方法应用于儿童生存, 从而帮助确保特别报告员与委员会之间保持连贯的办法。此种连贯性将简化各国、政府间组织、民间社会团体和其它方面的工作。

健康权和儿童生存的指标

结构指标			
指标	分类	负责部门	人权条款 ^{**}
基本法律框架			
1. 国家是否已经把健康权, 包括儿童健康权写入宪法? (是/否)	否	司法部	ICESCR-第 2(1)、12 条; CRC-第 4、6(2)、24 条
2. 国家是否通过了明确承认健康权, 包括儿童健康权的其他立法? (是/否)			
3. 两年来是否报告作出了明确审理儿童健康权的司法裁决? (是/否)	否	司法部	ICESCR-第 2(1)、12 条; CRC-第 4、6(2)、24 条
4. 国家是否通过了关于强制性出生登记的立法? (是/否)	否	司法部	ICESCR-第 2(1)、12 条; ICCPR-第 24(2); CRC-第 4、6(2)、7、24 条
5. 国家是否采用了《母乳代用品国际销售守则》? (是/否)	否	司法部	ICESCR-第 2(1)、12 条; CRC-第 4、6(2)、24(2)(a)、(c) 和 (e) 条; CEDAW-第 12(2) 条
国家人权机构			
6. 国家是否设立了全国人权机构 (如人权专员、儿童问题专员或健康问题专员), 其工作: (一) 明确包括儿童健康权? (是/否) (二) 隐含儿童健康权? (是/否)	否	司法部	ICESCR-第 2(1)、12 条; CRC-第 4、6(2)、24 条
7. 如果是, 五年来该机构是否开办过具有专职人员和专门预算的儿童健康权方案? (是/否)			
国家战略和行动计划			
8. 在过去五年中, 政府是否通过或修改了关于儿童健康, 包括儿童死亡率的国家战略或行动计划? (是/否)	否	卫生部	ICESCR-第 2(1)、12 条; CRC-第 4、6(2)、24 条

<p>9. 如果是, 战略/计划:</p> <p>(a) 明确承认《儿童权利公约》? (是/否)</p> <p>(b) 系统地考虑到《儿童权利公约》的规定并纳入了公约规定? (是/否)</p> <p>(c) 明确规定了:</p> <p>(一) 目标? (是/否)</p> <p>(二) 时限? (是/否)</p> <p>(三) 各部门责任? (是/否)</p> <p>(四) 目标、时限和责任的报告程序? (是/否)</p> <p>(五) 以儿童的最佳利益为指导原则? (是/否)</p> <p>(d) 纳入了与脆弱群体建立联系并为其提供福利的措施? (是/否)</p>	否	卫生部	ICESCR-第 2、12 条; CRC-第 2、3(1)、4、6(2)、24 条
<p>10. 如果制订了战略/计划, 是否正在收集适当和充足的数据对执行情况, 特别是有关脆弱群体的执行情况进行评估? (是/否)</p>	否	卫生部	ICESCR-第 2、12 条; CRC-第 2、4、6(2)、24 条
<p>影响评估</p> <p>11. 在采取可能对儿童健康产生影响的新举措之前, 国家是否制订政策对举措可能对儿童健康, 包括脆弱群体产生的影响进行评估? (是/否)</p>	否	卫生部	ICESCR-第 2、12 条; CRC-第 2、4、6(2)、24 条
<p>监测和问责制</p> <p>12. 除上文第 1 至第 11 段提到的情况外, 地方社区是否建立了有效和可使用的监测和问责机制, 就影响这些社区的儿童保健政策和方案的执行情况对地方和国家官员进行问责?</p> <p>(a) 如由地方自由、公正地选举社区保健委员会? (是/否)</p> <p>(b) 国际人权条约机构, 如儿童权利委员会? (是/否)</p> <p>(c) 其他?</p>	否	卫生部	ICESCR-第 12 条; CRC-第 4、6(2)、24 条; ICCPR-第 25 条; CEDAW-第 7、14(2)条; CERD-第 5(a)、(c)和(e)(iv)条

<p>协调</p> <p>13. 是否设立了由政府领导的跨部门机制对儿童健康问题进行定期（至少两年一次）审查？（是/否）</p>	否	卫生部	ICESCR-第 2(1)、12 条； CRC-第 4、6(2)、24 条
<p>参与</p> <p>14. 政府在制订、执行和监测儿童健康政策时是否定期与以下机构协商：</p> <p>(a) 各类非政府组织？（是/否）</p> <p>(b) 各类保健专业人员组织的代表？（是/否）</p> <p>(c) 地方政府？（是/否）</p> <p>(d) 各类脆弱群体，包括贫困群体的代表？（是/否）</p>	否	卫生部	ICESCR-第 12 条；CRC-第 12 和 24 条；ICCPR-第 25 条；CEDAW-第 7、14(2) 条；CERD-第 5(c) 和 (e) (iv) 条
<p>15. 政府是否定期传播关于儿童保健政策的资料：</p> <p>(a) 向各类非政府组织？（是/否）</p> <p>(b) 向各类保健专业人员组织？（是/否）</p> <p>(c) 向地方政府？（是/否）</p> <p>(d) 通过农村地区可得到的媒体渠道？（是/否）</p>	否	卫生部	ICESCR-第 2(1)、12 条； CRC-第 4、6(2)、13、17、 24 条；CEDAW-第 10(h)、 14(2) (b) 条；CERD-第 5(e) (iv) 条
<p>国际援助与合作（这些指标适用于捐助机构）：</p> <p>16. 国家提交儿童权利委员会和经济、社会和文化权利委员会的报告是否包括了有关本国提供的国际援助与合作的大量、详细资料？（是/否/没有批准有关条约而不适用）</p>	否	外交部	ICESCR-第 2(1)、11(1)、 12、15(4)、22、23 条； CRC-第 4、6(2)、24(4) 条
<p>17. 如一国向受援国提供国际援助与合作，该国是否就这种国际援助与合作编写针对具体国家的年度书面报告并：</p> <p>(a) 向受援国政府提交报告？（是/否）</p> <p>(b) 向受援国民众公布报告内容？（是/否）</p>	否	外交部	ICESCR-第 2(1)、11(1)、 12、15(4)、22、23 条； CRC-第 4、6(2)、24(4) 条
<p>18. 国家是否根据权利制订官方发展援助政策？（是/否）</p>			

进程指标			
指标	分类	负责部门	人权条款 ^{**}
婴儿喂养* 19. 12 个月以下婴儿在产后一小时内接受母乳喂养的比例	是	卫生部	ICESCR-第 12(2) (a) 和 (c) 条; CRC-第 6(2)、24(2) (a)、(c)、(d) 和 (e) 条; CEDAW-第 11(2)、12 条;
20. 4 个月以下和 6 个月以下婴儿完全接受母乳喂养的比例			
21. 12-15 个月和 20-23 个月婴儿完全接受母乳喂养的比例			
22. 6-9 个月婴儿接受母乳和补充食品喂养的比例			
维生素 A* 23. 五岁以下儿童在过去六个月中接受维生素 A 大剂量补充的比例	是	卫生部	ICESCR-第 12(2) (a) 条; CRC-第 6(2)、24(2) (c) 和 (e) 条
疟疾* 24. 在前一天晚上至少拥有一顶驱蚊虫帐的家庭比例	是	卫生部	ICESCR-第 12(2) (a) 和 (c) 条; CRC-第 6(2)、24(2) (a)、(c) 和 (e) 条
25. 五岁以下儿童前一天晚上在驱蚊虫帐内睡觉的比例	是	卫生部	ICESCR-第 12(2) (a) 和 (c) 条; CRC-第 6(2)、24(2) (a)、(c) 和 (e) 条
26. 五岁以下儿童在上两周发过高烧并在发烧后 24 小时内接受适当疟疾治疗的比例	是	卫生部	ICESCR-第 12(2) (a) 和 (c) 条; CRC-第 6(2)、24(2) (a)、(b) 和 (c) 条
水、环卫设施和卫生* 27. 使用以下任何一种饮用水供应方式的人口比例: (a) 水管接入家庭 (b) 公用水管/水龙头 (c) 井眼/水泵 (d) 受保护的水井 (e) 受保护的泉水 (f) 雨水	是	负责水和环卫设施的部	ICESCR-第 12(2) (a) 和 (c) 条; CRC-第 6(2)、24(2) (a) 和 (c) 条

<p>28. 使用以下任何一种卫生设施人口的比例：</p> <p>(a) 与排污系统连接的厕所</p> <p>(b) 与化粪池系统连接的厕所</p> <p>(c) 冲水厕所</p> <p>(d) 改良坑式厕所</p> <p>(e) 传统坑式厕所</p>	是	负责水和环卫设施的部	ICESCR-第12(2)(a)和(c)条；CRC-第6(2)、24(2)(a)和(c)条
<p>接种*</p> <p>29. 一岁儿童通过母亲注射疫苗不受新生儿破伤风危害的比例</p>	是	卫生部	ICESCR-第12(2)(a)和(c)条；CRC-第6(2)、24(2)(a)、(b)、(c)和(f)条
30. 一岁儿童注射麻疹疫苗的比例			
31. 白喉、破伤风和百日咳疫苗第三次注射的覆盖率			
<p>急性呼吸系统疾病*</p> <p>32. 五岁以下儿童患疑似肺炎服用适当抗生素的比例</p>	是	卫生部	ICESCR-第12(2)(a)、(c)和(d)条；CRC-第6(2)、24(2)(a)、(b)和(c)条
33. 五岁以下儿童在上两周内患疑似肺炎并在适当保健机构接受治疗的比率			
34. 使用固体燃料人口的比例	是	卫生部	ICESCR-第12(2)(a)、(b)和(c)条；CRC-第6(2)、24(2)(a)和(c)条
<p>产妇保健*</p> <p>35. 由熟练保健人员（医生、护士或助产士）接生的比例</p>	是	卫生部	ICESCR-第12(2)(a)和(d)条；CRC-第24(2)(a)、(b)和(d)条；CEDAW-第12(2)条
<p>国际援助与合作（这些指标适用于捐助机构）：</p> <p>36. 官方发展援助用于儿童保健的百分比</p> <p>37. 官方发展援助在发展中国家用于通过接种可预防疾病的百分比，如提供疫苗或为疫苗提供资金</p> <p>38. 官方发展援助用于防治专门影响发展中国家儿童疾病的研究和开发的百分比</p>	否	外交部	ICESCR-第2(1)、11(1)、12、15(4)、22、23条；CRC-第4、6(2)、24(4)条

结果指标			
指标	分类	负责部门	人权条款**
营养不良* 39. 婴儿出生时体重过低的比例（低于 2 500 克）	是	卫生部	ICESCR-第 11 和 12(2) (a) 条； CRC- 第 6(2)、24(2) (c) 和 (e)、27(3) 条
40. 五岁以下儿童低于国家卫生统计中心/世界卫生组织参考人口身高标准体重-2 和-3 标准差的比列			
死亡率* 41. 五岁以下儿童死亡率（每 1 000 个婴儿从出生到五岁期间的死亡概率）	是	卫生部	ICESCR-第 12(2) (a) 条； CRC-第 6(2)、24(2) (a) 条
42. 婴儿死亡率（每 1 000 个婴儿从出生到一岁期间的死亡概率）			

注解

* 注有一个星号的指标，摘自机构间协商进程正在起草的一整套儿童生存核心指标。特别报告员虽有疑问，但没有对协商进程产生的核心指标草案进行修改。相反，为本报告的目的，特别报告员把这些指标作为一种工具，以此探讨一个国家如何利用这些指标对健康权中儿童生存这部分权利的逐步实现进行监测。

** ICESCR——《经济、社会、文化权利国际盟约》
ICCPR——《公民及政治权利国际盟约》
CERD——《消除一切形式种族歧视公约》
CEDAW——《消除对妇女一切形式歧视公约》
CRC——《儿童权利公约》

说明：儿童生存指标和基准如何能帮助一国监测其逐步实现健康权的情况

73. 该表中的指标应视为各国和其它方面可以利用的工具，以帮助其监测逐步实现与儿童生存有关的健康权的情况。

74. 如特别报告员临时报告所述，过程指标和成果指标结合基准一起使用特别有益。例如，一国可以采用由熟练保健人员进行的接生比例（指标 35）等过程指标。国家数据可表明由熟练保健人员进行的接生比例为 60%。按照城乡分类后，有关数据可能显示此比例在城区为 70%，在农村仅为 50%。再按照族裔细分，有关数据可能显示在农村的情况也不均衡：主要民族占 70%，而少数民族仅占 40%。

该例子说明分类是至关重要的。该指标分类后证实，农村少数民族妇女处境尤其不利，要特别重视其产妇保健权。

75. 根据逐步实现健康权的做法，国家可能决定力争在五年内，就城乡地区以及所有族裔而言，统一实现 70% 的全国普及率。因此，过程指标乃是熟练保健人员进行的接生比例，即基准或目标为 70%。国家将制定并实施旨在五年内实现 70% 基准的政策和方案。健康权要求这些政策和方案具有参与性。数据显示，制定这些政策和方案时，要特别注意能惠及农村少数民族。

76. 应当监测实现基准或目标方面的年度进展情况，据此，可能须作出年度政策调整。在五年期末，将需要有一个监测和问责的机制，来断定是否实现了 70% 的基准。如已实现，该国将履行其逐步实现健康权的义务，制定下一个五年期更高的基准。如尚未实现 70% 的基准，则应找出原因，分清责任，并采取补救行动。

77. 重要的是，未能达到基准并不一定意味着该国违反了其国际健康权义务。国家可能因为不可控制的原因而未达到基准。然而，如果监测和问责的机制显示，有 70% 的基准未能达到是因为健康部门的腐败等原因造成，则可以推定该国未能履行其国际健康权义务。

78. 国际援助和合作是健康权的重要内容。捐助者有责任向发展中国家有关儿童生存的政策和方案提供财政支助和其它支助。另外，捐助者在履行其职责方面应承担责任。因此，就上文各段所举例子而言，应当有一个监测和问责的机制来处理以下问题：捐助界是否做了它在合理范围内所能做的一切，来帮助该国实施健全的儿童生存政策和方案，并达到其 70% 的基准？

79. 简而言之，分类的过程指标（如由熟练保健人员进行的接生比例）结合分类基准使用，则可帮助一国监测其是否在逐步实现健康权。如特别报告员临时报告所述，以及本报告表格所示，同过程指标一样，结构指标和成果指标也可以发挥重要作用。合而言之，结构指标和成果指标可以帮助一国确定：在健康权方面需要做什么？哪些政策有效？何时需要对各项方案作出调整？

结论

80. 本章旨在推进有关健康权、逐步实现和指标的辩论。本章把特别报告员临时报告所述的指标方法应用于儿童生存，同时利用现行机构间协商进程所形成的那套儿童生存核心指标草案。简而言之，本章具有试验性，请大家就此提出意见。

81. 特别报告员提到从本章中得出一条重要教训。与其寻找个别健康权指标，还不如考虑采取健康权或人权方法来处理指标。如上文第 68 段所述，该方法有若干要素。简而言之，指标必须加以分类。指标必须涉及国家战略和行动计划、参与、监测和问责制以及国际援助和合作。另外，实质性的健康指标本身也必须比较符合健康权规范。

82. 一项指标要具有所有这些特征是不可能的。但正如本章所要说明的那样，可以采取这种方法并将其应用于一个专门的保健领域，如儿童生存，并指明一系列共同具有所有这些特征的结构指标、过程指标和成果指标。总而言之，这些不同指标可有助于一国监测健康权的儿童生存部分的逐步实现。

83. 上表中的各项指标就是正开展的工作。例如，关于参与、问责制和国际援助及合作的指标需要进一步的工作，特别报告员将特别欢迎如何改进的建议。另外，由现行机构间进程所形成的加星号的健康指标是否相当符合健康权规范？这些问题和其它问题需要再作讨论。

84. 尽管如此，上表中对儿童生存问题切实应用该方法，也有助于我们理解健康权、逐步实现和各项指标。它开始以具体例子说明从健康权和人权角度处理各项指标的方法的主要特征。特别报告员请大家就本章提出意见，以便他继续以能够获得尽可能多的支持的方式，切实和有原则地从事健康和指标方面的工作。

五. 结论

85. 本报告处理了特别报告员在其提交人权委员会初步报告中突出提到的若干问题。

86. 特别报告员初步报告确定了其相当一部分工作所围绕的两个相互关联的主题：贫穷和健康权；以及歧视、轻蔑和健康权。这两项主题在本报告中一再出现，如关于与健康有关的千年发展目标的第二节以及关于土著人民的第三节。

87. 特别报告员初步报告还指出，各国要监测逐步实现健康权的情况，就需要有指标和基准。特别报告员在提交大会的临时报告中，概述了使用有关健康权指标的方法。在本报告第四节中，他试着将他的方法应用于健康权的一个重要方面——儿童生存。

88. 简而言之，特别报告员正在继续处理他初步报告中所确认的主题和问题。他希望在其即将开展的工作中继续此进程。

注

¹ 此外，特别报告员还参加了几次会议，包括世界卫生组织举办的各种协商会议；联合国人权事务高级专员办事处组织的特别报告员年会；促进和保护人权小组委员会社会论坛；保健与人权组织国际联合会主办的“监测健康权：特别关注艾滋病毒/艾滋病”会议。

² 有一些值得注意的例外情况。例如，妇幼保健问题第4工作队2004年4月19日的临时报告；伦理全球化倡议对第5工作队抗击艾滋病毒/艾滋病临时报告的评论；纽约大学人权与全球正义中心2003年11月11日组织的千年发展目标的人权层面会议报告；以及无贫穷成长联盟题为“八千万个生命：实现妇幼生存的千年发展目标”的报告（2003年）。

³ 其重点是健康权对千年发展目标的贡献，而不是千年发展目标会如何有助于健康权。

- ⁴ 特别报告员充分利用手头的资料，在别处也探讨过与健康有关的目标。例如他递交给人权委员会的第一份报告。他在各国访问期间，都尽可能考虑并宣传这些目标，并利用各国关于千年发展目标报告。
- ⁵ 例如，目标 8 中包含的一个具体目标是，在发展中国家提供负担得起的基本药物。
- ⁶ 对于目标、具体目标和指标有几个同健康有关，还有一些争论，但健康问题的突出性是毫无疑问的。
- ⁷ 国家司法权，第 31.777/96 号案例，1998 年 6 月 2 日。
- ⁸ 国家一级状况分析可能会确定那些没有明确包括在国际人权法禁止歧视的领域之内、但要求特别关注的脆弱群体。
- ⁹ 见“L. P. Freedman, “多米尼加共和国的人权、建设性问责制和产妇死亡率：评论”，《国际妇产科杂志》，第 82 册（2003 年），第 111 至 114 页。
- ¹⁰ DP/2003/34, 第 3 段。
- ¹¹ 同上，第 16 段。
- ¹² 同上，第 9 和 31 段。
- ¹³ 开发计划署，发展政策局，“千年发展目标 8 作为人类发展全球交易是否步入正轨？”，由 J. Vandenmoortele、k. Malhotra 和 J. A. Lim 撰写（2003 年，纽约）。
- ¹⁴ 见伦理全球化倡议对第 5 工作队关于艾滋病毒/艾滋病的临时报告的评论。
- ¹⁵ 见提交第五十四届世界卫生大会的关于世界土著人民国际十年的报告（卫生组织文件 A/54/33）。
- ¹⁶ 土著人民问题特别报告员的国家访问报告可参看 <http://www.ohchr.org/english/issues/indigenous/rapporteur/visits.htm>。
- ¹⁷ 目标应为尽量依据国际禁止的理由而作分类（见 A/58/427，第 12 段和第 13 段及尾注 6）。

附件

千年发展目标和人权标准^a

千年发展目标	有关人权的重要标准
目标 1. 消灭极端贫穷和饥饿	《世界人权宣言》第 25(1)条； ICESCR 第十一条
目标 2. 普及初等教育	《世界人权宣言》25(1)条； ICESCR 第 13 和 14 条； CRC 第 28(1)(a)条； CEDAW 第 10 条； CERD 第 5(e) (v)
目标 3. 促进男女平等并赋予妇女权力	《世界人权宣言》第 2 条； CEDAW； ICESCR 第 3 条； CRC 第 2 条
目标 4. 降低儿童死亡率	《世界人权宣言》第 25 条； CRC 第 6 条、第 24 (2)(a)条； ICESCR 第 12(2)(a)条
目标 5. 改善产妇保健	《世界人权宣言》第 25 条； CEDAW 第 10(h)条、第 11(f)条、第 12 条和第 14(b)条； ICESCR 第 12 条； CRC 第 24(2)(d)条； CERD 第 5(e) (iv)条
目标 6. 与艾滋病毒/艾滋病、疟疾和其他疾病作斗争	《世界人权宣言》第 25 条； ICESCR 第 12 条； CRC 第 24 条； CEDAW 第 12 条； CERD 第 5(e) (iv)条
目标 7. 确保环境的可持续发展能力	《世界人权宣言》第 25(1)条； ICESCR 第 11(1)条和第 12 条； CEDAW 第 14(2)(h)条； CRC 第 24 条； CERD 第 5(e) (iii)条
目标 8. 全球合作促进发展	《宪章》第 1(3)条，第 55 条和第 56 条；《世界人权宣言》第 22 条和第 28 条； ICESCR 第 2(1)条、第 11(1)条、第 15(4)条、第 22 条和第 23 条； CRC 第 4 条、第 24(4)条和第 28(3)条

^a ICESCR (《经济、社会、文化权利国际盟约》)

ICCPR (《公民及政治权利国际盟约》)

CERD (《消除一切形式种族歧视国际公约》)

CEDAW (《消除对妇女一切形式歧视公约》(消除对妇女歧视公约))

CRC (《儿童权利公约》)