



第六十一届会议

临时议程* 项目 66(b)

促进和保护人权：人权问题，包括增进
人权和基本自由切实享受的各种途径

人人充分享有能达到的最高标准身心健康权利

秘书长的说明**

秘书长谨向大会成员国转递人人充分享有能达到的最高标准身心健康权利问题特别报告员保罗·亨特根据人权理事会第 1/102 号决定提交的报告，理事会在该决定中决定破例将人权委员会的任务期限，以及该委员会特别程序负责人的任务期限延长一年。

* A/61/150。

** 因进行协商，致使本报告迟交。



人人充分享有能达到的最高标准身心健康权利问题特别报告员的报告

摘要

本报告是根据人权理事会第 1/102 号决定提交的，报告回顾了人人充分享有能达到的最高标准身心健康权利问题特别报告员（最佳健康权问题报告员）最近的各项活动，以及他特别关注的各项问题。

报告讨论了享有能达到的最高标准健康权利（最佳健康权）与千年发展目标的两个主要问题之间的关系，这两个问题是获得药品和降低孕产妇死亡率。

第一章研究了孕产妇死亡的原因，以及这些原因如何与未能实现享有能达到的最高标准健康权利密切相关。该章节还强调健康权可以对降低孕产妇死亡率所发挥的积极作用。如果能够适当地加以采用，健康权会有助于确保相关政策更加平等，更加可持续，更加健全。这项权利也是降低孕产妇死亡率斗争中强有力的宣传工具。

第二章概括地分析了享有最高标准健康权利的组成部分，该权利与获得药品，包括必需药品有关。第一节利用最近几年制定的健康权的分析框架，重点阐述各国的责任。第二节概述医药公司的责任。

该章节介绍了特别报告员正在为 (a) 国家和 (b) 医药公司制定关于获得药品的一些初步准则的草案。

目录

	段次	页次
一. 导言	1-6	4
二. 降低孕产妇死亡率：健康权的贡献	7-36	5
A. 与孕产妇死亡率有关的健康权的规范和义务	13-21	5
B. 健康权能如何补充降低孕产妇死亡率的政策和方案?	22-30	7
C. 开展降低孕产妇死亡率的人权运动的必要性	31-36	9
三. 药品方面的人权	37-92	10
A. 国家的责任	47-81	12
B. 制药公司的责任	82-93	17
四. 结论	94-96	19

一. 导言

1. 大会通过其 2006 年 3 月 15 日第 60/251 号决议，结束了人权委员会的工作，并设立人权理事会。人人充分享有能达到的最高标准身心健康权利问题特别报告员(最佳健康权问题报告员)的任务规定载于人权委员会第 2002/31 和第 2004/27 号决议中。人权理事会通过其第 1/102 号决定，延长了原人权委员会的所有任务期限，包括特别报告员的任务期限。本报告是根据这项决定提交的。
2. 从 2006 年 1 月 10 日至 18 日，特别报告员应瑞典政府邀请，对该国进行访问。关于这次访问的报告将提交给理事会第四次会议。
3. 2006 年 2 月，特别报告员与其他四个特别程序负责人一道，向人权委员会提交了一份联合报告，重点阐述了美利坚合众国关塔那摩湾海军基地被拘留者的人权状况 (E/CN.4/2006/120)。该报告将在人权理事会第三次会议上审议。
4. 特别报告员已向几个国家的政府发出一些紧急呼吁和其他信函，他还发布了一些新闻稿，并将在向理事会提交的年度报告中汇报关于这些信函的情况。
5. 在 2006 年期间，特别报告员参加了由一些国际组织、政府和民间社会团体举办的下列会议。2 月和 3 月，他出席了世界卫生组织(世卫组织)和联合国人权事务高级专员办事处(人权高专办)组织的关于指标的专家协商会。在 3 月与 7 月期间，他与下列人员举办了一系列关于获得药品权利的协商会：包括世卫组织在内的国际组织的代表；联合国国际开发部；人权高专办；以及包括实现权利组织、伦理全球化倡议、乐施会和三维：贸易-人权-平等经济组织在内的非政府组织。4 月，他在瑞典外交部组织的一次关于性权利、发展和人权的讲习班上发言。5 月，在一个非政府组织联盟的邀请下，特别报告员访问了澳大利亚，并参加了几项活动，包括参加由新南威尔士大学外交培训方案组织的一个人权培训方案。5 月，他还在惠灵顿会见了新西兰援助和国际开发署的人员，并出席了公共行政管理和公共政策研究院、蒙特雷技术和高等研究院以及科阿韦拉州立大学医学院在墨西哥共同举办的研讨会。6 月，他出席了由人权高专办组织的人权理事会特别程序年会。在同一个月里，他还出席了英国医疗协会主办的题为“改善发展中世界的健康：国家医疗协会的作用”的讲习班。7 月，特别报告员出席了联合国人口基金、世卫组织、儿童基金会、泛美卫生组织和人权高专办组织的非正式协商会，协商的重点是特别报告员目前和未来关于性权利和生殖健康权利的工作。
6. 所有与特别报告员工作有关的联合国文件均可在人权高专办网站上查阅：<http://www.ohchr.org/english/issues/health/right/>。为方便参考，这些文件及一些会议的文件也可在埃塞克斯大学人权中心网站上查阅：http://www2.essex.ac.uk/human_rights_centre/rth.shtm。

二. 降低孕产妇死亡率：健康权的贡献

7. 2000年，全世界孕产妇死亡人数估计为529 000人；这些死亡人数95%是在非洲和亚洲。¹ 发达国家妇女在生育时死亡机率只有1/2 800，在有些国家是1/8 700，但是，非洲妇女的机率是1/20。在一些国家，终生风险甚至高于1/10。² 贫穷妇女和农村妇女以及少数民族或土著妇女属于高风险群体。³ 在发展中国家，怀孕和生育的并发症是15至19岁妇女死亡的主要原因。在全球，产科并发症是大约80%孕产妇死亡原因，主要包括大量失血、败血症、不安全堕胎、先兆子痫和子痫、以及产程延长或难产。⁴ 不安全堕胎并发症占全世界孕产妇死亡的13%，占南美孕产妇死亡的19%。⁵ 如果所有妇女能有机会防治怀孕和生育并发症，尤其是获得产科紧急护理，估计能够避免74%的孕产妇死亡人数。⁶

8. 凡有一位妇女因产科并发症而死亡，大约就有另外30名妇女因产科并发症而受伤、感染或致残。⁷ 1999年，世卫组织估计，发展中国家200多万名妇女的膀胱阴道瘘没有得到治疗，这是生育时造成的一种重伤。

9. 15至44岁男子的死亡或致残的任何一个原因都无法与孕产妇死亡或致残的严重程度相比。⁸

10. 这些十分令人震惊的数据和事实表明健康方面长期存在不平等现象。第一，发展中国家所承受的孕产妇死亡率的负担过高。第二，在许多国家，处于社会边缘地位的妇女，如贫穷妇女、少数族裔妇女或土著妇女更容易在孕产期死亡。第三，孕产妇死亡率和孕产妇发病率表明，男子和妇女在享有性健康权利和生殖健康权利方面存在巨大差距。

11. 越来越多国家已经在降低孕产妇死亡率方面取得进展。然而，在许多孕产妇死亡率最高的国家，这方面的进展已停止或倒退。⁹ 尽管国际上长期致力于并采取各种主动行动降低孕产妇死亡率，但仍发生这种情况。

12. 近年来，人们已日益从观念上将孕产妇死亡率问题理解为人权问题。¹⁰ 在本章内，特别报告员探讨了孕产妇死亡率与能达到的最高健康标准权利之间关系的一些方面问题。

A. 与孕产妇死亡率有关的健康权的规范和义务

13. 能达到的最高健康标准权利使妇女有权享有妊娠和产后期间的各种服务，以及在性健康和生殖健康方面的其他服务和信息。¹¹ 这些应享权利包括防止孕产妇死亡的一些关键技术手段，如获得训练有素的助产士的服务、紧急产科护理、关于性健康和生殖健康的教育及信息、不违法的安全堕胎服务，以及其他性保健和生殖保健服务。¹²

14. 尽管健康权包括与健康有关的具体物品、服务和设施的应享权利，它也应更广泛地理解为有权享受有效和综合保健制度的服务，这一制度是根据国家和当地优先事项制定的，是向所有人提供服务的，它包括了保健服务和健康的各种基本决定因素(见 E/CN. 4/2006/48, 第 4 段)。这对于降低孕产妇死亡率来说是重要的。人们普遍认为，平等、资源充足、容易获得的综合保健制度，对确保妇女获得能预防或治疗产妇死亡原因的医疗服务是至关重要的。¹³

15. 近年来，联合国经济、社会和文化权利委员会、能达到的最高标准的健康权利问题特别报告员和其他机构已制定了一个解释健康权的规范和义务的框架。下文第 45 段概述了该框架，该框架可应用于诸如孕产妇死亡率等具体的健康权，它提供了有效的视角，便于人们理解健康权与孕产妇死亡之间的关系，而且也可作为将健康权纳入决策的有用基准(见第 16 至第 24 段)。根据这项框架，特别报告员希望就与降低孕产妇死亡率有关的健康权规范和义务提出一些不全面的看法，包括从加强保健制度的角度来看。

保健

16. 健康权特别注重确保初级保健。防止孕产妇死亡的主要手段是，确保“从基于社区为基础的措施到能获得紧急产科护理的初次转诊设施”，初级保健系统运作正常。¹⁴

17. 健康权使妇女有权享有以下各方面的生殖保健服务、用品和设施：

(a) 数量充足。¹⁵ 除其他外，这要求各国确保有足够的保健专业人员。加强人力资源战略，包括增加保健专业人员和改进各项规定和条件，是许多国家降低孕产妇死亡率的至关重要前提；¹⁶

(b) 容易获得而且负担得起。¹⁷ 保健服务是否容易获得以及费用问题常常影响妇女决定是否寻求保健护理。¹⁸ 在许多国家，能否降低孕产妇死亡率取决于相关服务是否更易于获得，包括通过将相关服务扩展到服务不足的地区。另外，这常常也有赖于确保相关的措施负担得起；

(c) 不受歧视地获得。保健服务必须注意社会性别问题，以及少数民族和土著人的权利和文化。¹⁹ 防止孕产妇死亡和加强获得产妇保健的机会不仅仅只是扩大技术手段，或使这些手段负担得起。同样，还必须处理影响妇女决定是否寻求孕产保健或其他生殖保健服务的社会、文化、政治和法律因素。这可能需处理歧视性法律、政策、习俗和性别方面的不平等现象，这一切都会阻碍妇女和青少年寻求高质量的服务；

(d) 质量良好。²⁰ 护理的质量常常影响到所采取措施的结果，而且，也影响到妇女决定是否要寻求医疗护理。

健康的主要决定因素

18. 健康权不仅仅是保健权利，而且也是应享有对保健具有决定性影响力的其他社会、经济、文化和政治因素的权利，其中包括参与涉及保健的决策进程、关于性健康和生殖健康的信息、扫盲、营养、不歧视和两性平等。其中绝大多数决定因素能直接影响获得对防止孕产妇死亡至关重要的保健服务。诸如营养等一些因素可以成为造成产妇死亡的直接原因。下文第 22 段进一步讨论其中的一些问题。

逐步实现健康权、资源和国际合作

19. 各国有责任集中现有最多的资源，并采取法律和政策措施，逐步实现健康权。²¹ 在许多国家，保健系统长期资金不足，而且处于崩溃状态。扩大开支以及加强保健系统和优先重视孕产妇健康的政策，对于降低孕产妇死亡率至关重要。

20. 健康权促使发达国家负有国际援助与合作的责任，来协助发展中国家实现健康权。²² 发达国家应当支持发展中国家努力降低孕产妇死亡率。这项责任也反映在千年发展目标 8 中，该目标承诺全球合作促进发展。发达国家应确保它们的国际发展援助以及其他政策能支持发展中国家加强保健系统和相关的其他政策（另见 A/59/422 和 A/60/348）。

健康权和“三种延误”模式

21. 有人认为，孕产妇死亡主要是因为以下三方面的延误：决定为产科紧急情况寻求适当的医疗救助（因费用、未意识到出现紧急情况，教育水平低下、缺乏信息以及两性不平等等原因）；到达相关的设施（因距离、基础设施和运输等原因）；以及到达某设施之后获得适当的护理（因为缺乏医务人员，或因为无法获得电力、供水或医疗用品）。²³ “三种延误”的情况相互关联。²⁴ 健康权包括与这三种情况有关的规范和义务。

B. 健康权能如何补充降低孕产妇死亡率的政策和方案？

22. 各国在联合国千年首脑会议（2000 年）上通过了《千年宣言》。《宣言》中包括在 2015 年年底将目前孕产妇死亡率降低四分之三的承诺。²⁵ 千年发展目标来自《千年宣言》，其中包括改善产妇健康的承诺，这些目标已成为国际发展努力的中心纲领。

23. 在千年发展目标问世之前的许多年里，孕产妇死亡率就一直是国际社会关注的一个重点。²⁶ 然而，千年发展目标为降低孕产妇死亡率带来了新的、也许是更大的机遇。相对而言，这些目标更为突出这一问题，规定了有时限的指标，目标

的落实工作有国际机制的支持，为其提供咨询，捐助者和国际组织也予以大力支持。这些目标日益主导国内和国际发展政策的制定工作。

24. 1994年9月5日至13日在开罗举行的国际人口与发展会议(人发会议)上，各国承认，性保健和生殖健康对发展至关重要。相比之下，千年发展目标却没有提及这种联系。但各国在2005年世界首脑会议上重申人发会议的立场，承诺：“到2015年时实现国际人口与发展会议提出的普遍获得生殖保健服务的目标，并把这项目标纳入各项战略，以实现国际商定发展目标，包括《千年宣言》所载旨在降低孕产妇死亡率[和]改善产妇保健”。²⁷

25. 虽然实现千年发展目标的指标是在2015年年底前将孕产妇死亡率降低四分之三，但更广泛的目标是改善产妇健康。在过去十年里，改善产妇健康的问题日益受到重视。膀胱阴道瘘尤其得到更多的注意，这是理所应当的。2003年，人口基金和联合国其他机构发动了根除瘘管病的全球运动。

26. 千年发展目标以及许多国家和国际政策框架并没有明确重点提出健康权或其他权利。一个相关的问题是健康权是否有助于关于降低孕产妇死亡率和改善产妇健康的决策。

27. 负责为千年发展目标拟订建议的儿童健康和产妇健康问题千年项目工作队毫不含糊地承认包括健康权在内的人权在降低孕产妇死亡率的决策方面的作用。其他行动者也主张从权利角度对健康问题进行决策，一些行动者已采取步骤，将人权纳入其处理孕产妇死亡率问题的政策和方案。

28. 健康权在关于产妇健康的决策方面之所以能发挥建设性的作用，有以下几个原因：

(a) 健康权基于法律，得到国际社会广泛接受，具有相关准则和义务的详细框架，因此有助于使预防产妇死亡的政策和方案具备法律依据；

(b) 平等和不歧视的健康权原则在降低孕产妇死亡率的政策中能发挥三个重要作用。第一，这些原则支持有关方案促进更加公平地提供保健服务，包括在农村或贫穷地区或土著人或少数群体聚居区提供保健服务。第二，这些原则支持将产科急诊等保健服务列为优先事项，以此保证妇女在不歧视和平等的基础上享有健康权。第三，在临床保健工作中，促进不歧视和平等以及尊严、文化敏感性、隐私和保密的政策能改善病人和医护人员的关系，鼓励妇女寻求保健服务；

(c) 健康权包括在地方、国家和国际层面参与健康政策决策的权利。包括妇女在内的利益攸关各方的参与将有助于拟订更有效、可持续的方案，减少排斥现象，加强问责制；

(d) 监测和问责是健康权的两个特征，能帮助降低孕产妇死亡率。要落实健康权，就需要保健服务提供者、地方保健当局、国家政府、国际组织、民间社会

等利益攸关方接受问责。²⁸ 便于利用、有效的问责机制，包括法院、法庭、保健监察员、影响评估和政策审查程序，都有助于让更多的人获得保健服务；

(e) 如果要从健康权的角度力求降低孕产妇死亡率，就需要制定适当的指标，据以衡量已取得的进展，突出显示可能需做政策调整之处。本报告因篇幅有限，不便对所需指标作详细分析。特别报告员想请大会注意他提交人权委员会的报告(E/CN.4/2006/48，第22至61段和附件)，其中参考对照2004年5月世界卫生大会认可的生殖健康战略等提出了以权利为基础对待健康指标的方法。

29. 简言之，由健康权促动的政策往往注重公平、包容、不歧视、参与性以及依据实际情况。就有关孕产妇死亡率的政策而言，上述特点有助于增强妇女能力，确保这些政策有可能得以持续，实施得力，行之有效。

30. 预防产妇死亡的工作，包括计划生育服务、熟练接生员的服务和产科急诊以及其他性保健和生殖保健服务，也是十分重要的措施，能帮助预防和治疗导致性和生殖方面疾病的其他各种起因，包括瘰管病以及产妇死亡的其他病因。因此，从健康权角度力求降低孕产妇死亡率也可能帮助改善性健康和生殖健康，包括产妇健康。

C. 开展降低孕产妇死亡率的人权运动的必要性

31. 特别报告员在其工作中敦促人权专家和人权组织不要局限于传统做法，如宣讲、点名羞辱、诉诸法庭等手段，而应与决策者沟通，确保将健康权纳入政策。

32. 孕产妇死亡率是人权专家与保健决策者建设性地广泛商讨的少数健康权问题之一。这些工作值得赞赏，需予进一步支持；但在国际、国家和地方层面固然仍需进一步互动。

33. 与此恰成对照的是，人权界较少注意利用传统人权做法来处理孕产妇死亡率问题。²⁹ 点名羞辱、宣讲、诉诸法庭等手段也能发挥重要作用，有助于强化要求降低孕产妇死亡率的主张，加强这方面的问责制。

34. 在1990年代，家庭暴力被定为侵犯人权行为，这有助于反对家庭暴力的全球运动增强势头。同样，应向人权界提出挑战，促使其发动降低孕产妇死亡率的全球人权运动。必须敦促人权界像抗议法外处决、任意拘留、不公平审判、关押政治犯等行为一样，为降低孕产妇死亡率大声疾呼。鉴于孕产妇死亡率居高不下，同时鉴于所有国家都已承诺在2015年年底前将孕产妇死亡率降低四分之三，现在采取这种措施的时间已经成熟。

35. 这并非低估这样的举措所面临的许多挑战。例如，暴力侵害妇女行为必然是侵犯人权，但一些产妇的死亡则无法避免，不是侵权行为所致。另一例子是，是谁侵犯人权的问题并非总是很清楚，因为导致产妇死亡的责任可能在于多方面，包括家庭成员、保健专业人员和设施、有关国家和国际社会。然而，这并不意味着

着许多产妇的死亡不是对人权的侵犯，这种侵权行为必须予以调查，确切查明责任所在，更好地落实问责制，以便作为紧急事项，调整有关政策。

36. 降低可避免的孕产妇死亡率的人权运动必将提出其他关键问题，包括必须建立人人都能利用的有效的保健系统的问题。

三. 药品方面的人权

37. 有近 20 亿的人口不能获得基本药品。³⁰ 这种缺乏药品的现象造成大量原可避免的痛苦：疾病、苦痛、忧愁、丧失尊严和生命。³¹ 如果改进获得现有药物的途径，每年可以拯救 1 000 万人的生命，其中有 400 万人在非洲和东南亚。³² 除了缺乏药品的现象外，在获得药品方面存在严重不公平现象是全世界药品状况的首要特征。³³ 高收入国家平均人均药品支出比低收入国家高 100 倍：大约是 400 美元比 4 美元。世卫组织估计，世界上 15% 的人口消耗全世界生产的 90% 以上的药品。³⁰

38. 现有的国家和国际政策、规则和机构造成了这些大规模的被剥夺和不公平的现象。国家药品供应系统常常不能够覆盖贫穷人口。即使覆盖，穷人也常常负担不起这些药品。从历史上看，药品的研究和开发并没有针对贫穷人口的优先健康需要。替代性安排是可行的，并且迫切需要改革。法律和道德义务，包括国际人权法规定的义务都要求这样做。

39. 降低儿童死亡率、改善产妇保健以及防治艾滋病毒/艾滋病、疟疾和其他疾病等《千年发展目标》的实现都取决于能否改善获得药品的途径。《千年发展目标》中的一项具体目标就是与制药公司合作，在发展中国家提供负担得起的基本药品。³⁴ 非常重要的是，落实能达到的最高健康标准权能够帮助实现同健康有关的目标。

40. 生病时能得到医疗服务以及疾病的预防、治疗和控制都是能达到的最高标准健康权的主要特征。³⁵ 这些特征取决于能否获得药品。因此，获得药品构成能达到的最高标准健康权不可或缺的一部分。许多法庭的判例和人权委员会的决议都确认获得基本药品是健康权的一项根本内容。³⁶ 有些判例还确认获得基本药品的问题与生命权等其他人权密切相关。

41. 本章概述健康权的药品部分。虽然本章侧重国家的责任（见下文 A 节第 47 段至第 81 段），但是它还简要介绍了制药公司的责任（见 B 节第 82 段至第 92 段）。本章是为意义深远的首要人权问题作出了初步阐述。

42. 自从 2004 年以来，包括制药公司代表在内的众多行为者参加了关于本章所述问题的若干实质性讲习班和其他会议，特别报告员从中获得不少收益（见第 86 段）。为了尽可能务实并发挥积极作用，报告员为各国和各制药公司编写了关于

获得药品问题的指导方针草案。这份草案的目的是帮助各国和制药公司更好地了解并履行它们在获得药物方面的健康权责任。A节叙述了国家的责任；B节叙述了制药公司的责任（可从 http://www2.essex.ac.uk/human_rights_centre/rth/rapporteur.shtm 查阅初稿）。

43. 特别报告员在未来几个月中将进一步修改初稿，以便在 2007 年提出指导方针的最后定稿。他将就这份草稿进行广泛协商，并且借此机会鼓励所有有关方面向他提供意见。³⁷

健康权分析框架

44. 能达到的最高标准健康权是一项庞大和复杂的人权。近年来经济、社会和文化权利委员会、世卫组织、民间社会组织、学术机构和许多其他机构都制订了“拆解”或分析健康权的途径，以便使这项权利更易于理解并且在实践中应用于有关健康的政策、方案和项目（如委员会的一般意见 14）。特别报告员本人努力在国家报告和其他报告中应用和改进这项分析框架。他大力建议决策者使用这种分析框架，因为分析框架会加深他们对健康权的了解，使他们能够强化有关健康的政策和其他干预行动。在这方面，分析框架通过健康权这个镜头成为讨论广泛健康问题的共同语言。

45. 虽然分析框架在其他地方得到更详细的叙述，但是它的主要部分可以概括如下：

- 查明有关的国家和国际人权法、准则和标准；
- 认识到健康权受到资源的限制并且需要逐步实现，必须确定衡量一段时间进展情况（或缺乏进展）的指标和基准；
- 然而，承认健康权产生的一些义务既不受资源限制，也不受逐步实现的限制，而是具有直接影响，例如，避免法律上和事实上歧视的义务；
- 承认健康权包括自由（如不接受非自愿治疗和非自愿参加的临床试验的自由）和应享权利（如享受保健和保护制度的权利）。通常自由不涉及预算问题，而应享权利涉及预算问题；
- 所有保健服务、物品和设施都要可提供、可获得、可接受并具有高质量。在下文第 47 段至第 51 段的药品部分简要叙述了这种办法；
- 国家有义务尊重、保护和实现能达到的最高健康标准权。在下文第 59 段和第 60 段的药物部分简要叙述了这方面内容；
- 由于这些问题极其重要，分析框架要求特别注意不歧视、平等和弱势的问题；

— 参与：健康权要求个人和社区有机会在知情的情况下积极参与影响他们健康的决策；

— 国际援助和合作：发展中国家有责任寻求国际援助和合作，而发达国家在帮助发展中国家实现健康权方面也负有一些责任；

— 监测和问责制：健康权要求国家和国际两级都设立有效、透明和无障碍的监测和问责制机制。

46. 本章通过例证，将分析框架中的要点简要地应用于获得药品的问题。

A. 国家的责任

确保药物可提供、可获得、文化上可接受并具有高质量³⁸

47. 国家必须尽其所能确保在其管辖范围内现有药品有充足数量供应。例如，他们可以通过和使用强制性的许可证立法，应用《与贸易有关的知识产权协定》的灵活性，从而确保药品在其管辖范围内有充足数量供应。此外，历史记录表明，药品的研究和开发并没有针对发展中国家优先的健康需要。因此，在国际援助和合作的框架内，各国必须采取有效措施，针对成为发展中国家沉重负担的那些疾病，促进它们的新药、疫苗和诊断工具的研制和供应工作。³⁹ 各国应采用各种经济、金融和商业的刺激手段，促使研究和开发工作满足具体的健康需要。

48. 总而言之，各国不仅有义务确保现有药品在其疆界范围内提供，而且还有责任采取合理措施，确保研制迫切需要的药物，因而可以提供这些新药。

49. 除了可提供外，药品还必须可获得。“获得”具有四个方面。一，药物必须在全国各地都可获得，如边远的农村地区和城市中心地区。这对设计药品供应系统，包括外联方案具有重大影响。二，药品必须在经济上人人都可以获得（即负担得起），包括贫穷人口。这对药物资金筹措和定价安排具有重大影响。这还意味着国家如果要帮助负担不起的穷人获得药物，就必须修订药品的进口关税和其他税收。三，药物必须不受歧视地都可获得，不得以性别、种族、族裔和社会经济地位等任何受禁止的理由加以歧视。如下节所述，不歧视原则可以要求国家采取措施，确保所有个人和群体，如处境不利的少数群体平等地获得药物。四，病人和医护专业人员必须能获得可靠的药品信息，以便他们能够作出知情的决策并安全地使用药品。

50. 除了可提供和可获得之外，药品和有关问题必须在文化上可接受并尊重医学伦理。例如，国家措施应支持传统药品的适当使用并把传统药品纳入医疗系统，同时临床试验必须确保得到研究主体知情的同意。

51. 药品还必须具有高质量。如果药品因过期和不安全被北方拒绝使用，这些药品不得加以回收送给南方。由于药品可能伪造或掺假，各国必须建立检查药品安全和质量的管制制度。

克服歧视、不平等和弱势

52. 国家的药品政策必须确保弱势群体和处境不利群体有机会获得药品，其中包括妇女和女童、少数民族和土著人民、穷人和艾滋病毒/艾滋病患者、境内流离失所者、老年人、残疾人、囚犯和其他人。

53. 之所以要关心弱势和处境不利的群体是由于国际人道主义法律的两个最基本的原则：即不歧视和平等。必须注意，这两个原则并不总是要求同等待遇；相反，它们有时要求国家采取有利于处境不利的个人和社区的措施。虽然不歧视原则和平等原则与公平这一道德观念密切相关，但这些原则有着受法律和问责机制保护的优先优势。

54. 就获得药品而言，不歧视和公平含有多种意义。比如，国家有义务建立全国药品供应系统，并在其中包括专门为弱者和处境不利者服务的方案。国家还必须克服抑制弱势群体获得医疗保健、特别是医药的文化、社会和政治因素。为了识别弱势群体，监测他们平等享受医疗服务的进展情况，必须尽可能将数据分类（见 E/CN.4/2006/48，从第 62 段开始）。

在药品方面，如何衡量和监测逐步实现情况？立即实施的义务是什么？

55. 根据《经济、社会、文化权利国际公约》第二条第一款，享有能达到的最高标准健康的权利，因而也是获得药品的权利，取决于逐步实现的情况和现有资源水平。简单地说，逐步实现的意思是要求国家在五年后比现在做得更好，而可提供的资源水平的意思是对发达国家的要比发展中国家的高。

56. 这其中有许多重要含意。例如，国家需要有适当的指标和基准，以便知道它们是否在逐步实现健康权（见 E/CN.4/2006/48 中阐述的基于人权的做法）。但这里还有一个重要的先决条件：健康权包括一些应立即实施的核心义务，不然，权利就失去了存在的大部分理由。⁴⁰ 例如，国家有义务立即防止歧视，并且在其管辖的整个境内提供某些药品，即所谓的“基本药品”。⁴¹ 这些立即实施的核心义务不受逐步实现的制约。

57. 国家必须遵循卫生组织的基本药品示范清单（2005 年），在各方的参与下，拟定一份国家的基本药品清单。如果国家拒绝拟定本国自己的基本药品清单，则将适用卫生组织的示范清单，同时因地制宜地作些明显必要的修改。国家有立即实施的核心义务（这些义务不受逐步实现的约束）在其管辖的整个境内提供国家清单上的基本药品。⁴²

58. 总之，健康权包括获得基本的和非基本的药品两方面。在要求国家逐步实现非基本药品供应的同时，国家有立即实施的核心义务，在其管辖的整个境区提供基本药品。本章包括基本药品和非基本药品。

应尊重、保护和实现的责任

59. 国家有责任尊重、保护和实现能达到的最高标准健康的权利。⁴³ 例如，尊重责任规定国家必须确保其药品政策不歧视妇女、少数民族或其他处境不利的群体。保护责任要求国家确保第三方不妨碍享受健康权，例如国家必须确保卫生部门的私有化能够推进而不是阻碍实现健康权。实现责任要求国家向不然就无法获得基本药品的穷人提供基本药品。

60. 换言之，尽管国家可以将提供保健服务的工作承包给私营公司，但却并不能将对健康权的义务也承包出去。国家总是承担着妥善管理保健和医药系统的剩余责任，并有责任为其管辖的境内处境最不利者造福。

参与制定保健政策

61. 个人和社区在知情的情况下积极参与制定对他们具有影响力的保健政策是享有能达到的最高标准健康的权利的一个重要特征。在大多数情况下，当地社区对其在保健方面的优先事项有着深切的感受；它们有权参加确定优先事项和目标的工作，该工作将指导技术讨论，并在此基础上制定影响其成员的政策。

62. 国家在制定全国的医疗政策和方案时，必须采取步骤，确保受其影响的全体人民都能在知情的情况下积极参与其中，不仅专业团体和大学能参与，而且农村社区、非政府组织、病人和消费者团体、处境不利的群体代表也能参与。

保健领域的国际援助与合作

63. 落实健康权的主要义务应由有关国家的国家一级当局承担。但是，国家有义务单独或通过国际援助与合作采取步骤，充分实现各种权利，包括健康权。特别报告员在其他许多报告中（见 A/60/348），考虑了能够援助以及参与国际援助与合作的这些国家的责任。

64. 就药品而言，这种责任意味着富国不应该鼓励发展中国家接受没有将《与贸易有关的知识产权协议》中包括的保障措施和灵活做法考虑在内的知识产权标准。⁴⁴ 换言之，发达国家不应在双边或多边贸易协定中鼓励发展中国家接受“加强的与贸易有关的知识产权协议”标准。他们应该帮助发展中国家建立有效、综合、包容广泛的保健系统，其中包括可靠的药品供应系统，为所有人提供优质廉价药品，并支持对发展中国家的优先保健需要开展研发工作（另见第 48 段）。

监测与问责制

65. 健康权带来的一个重要要求是，建立无障碍的、透明的和有效的监测和问责机制。那些肩负健康权责任的人必须为其履行的职责负责，以期找出成功和困难之处；然后酌情制定政策和作出其他调整。监测和问责机制有许多形式。虽然各国应决定哪些形式最适合其国情，但所有机制都必须有效、无障碍和透明。

66. 国家的药品政策必须接受适当的监测和问责。这要求政策规定：政府对药品负有的健康权义务；说明目标、时间表、责任人及其责任、指标、基准和报告程序的执行计划。适当的国家机构（例如保健监察员）还应经常考虑负责实施国家医药政策的人履行职责的程度。这并不是为了制裁或惩罚，而是为了确定哪些政策和机构是有效的，哪些是无效的，从而更好地普及医药权。

有关获得药品的一些具体和实际的问题

67. 要确保人人都能获得药品，便产生了一系列具体、实际而又重要的问题。为了举例说明，本节将简要介绍其中的四个问题，同时铭记前几段所提示的分析框架。

一个提供质优价廉药品的可靠系统

68. 一个国家无论采用国营、私营或公私合营的供应体制，都有法律上的义务确保在其管辖的整个境内有可靠、有效、透明的系统供应质优价廉的药品。这一供应系统必须符合当前的需要，经济划算、尽可能减少浪费，并避免腐败（关于腐败的进一步讨论，见第 78 至 80 段）。最重要的是，这一系统必须既为富有的城市精英服务，也为贫穷和偏远社区的群众服务。

69. 当然，这一义务会受到国家现有资源的制约：比起乍得来，加拿大必须确保为更多的人提供更多的药品。然而，无论发达国家还是发展中国家，都有义务争取逐步实现：所有的国家都必须在今后五年确保比现在更好地提供更多的药品。

70. 为了衡量这一逐步实现（或未能逐步实现）的情况，国家必须为可靠和有效的医药供应系统制定分类指标和基准。⁴⁵ 这些指标必须反映人权特征，例如，该系统确保弱势群体平等获得药品的程度（因此需要有分类指标），并提供有效的监测和问责机制。

药品质量

71. 国际人权标准很清楚：一个国家负有确保在其管辖的各地区提供优质药品的法律义务。因此，必须制定有效的药品管理条例，确保在公共和私营部门所提供的药品的安全性、效用和质量，并确保向专业保健人员和公众提供的关于药品的信息准确和适当。

72. 在许多发达国家和发展中国家，药品的安全和质量都是一个问题，但发展中国家这个问题要严重得多，在这些国家劣质药品可能是穷人唯一能够获得的药品。最近世卫组织进行的评估发现，抗疟疾药样品中 50%-90% 未能通过质量管制检查，而抗逆转录病毒药物有一半以上没有达到国际标准。出售假药和低于标准的药品，仍然是一个全球关切的事项。

73. 三分之一的国家或是没有药品管理当局，或是没有足够的管理能力管理药品市场。缺乏此种管理，显然不符合最佳健康权的要求。发达国家根据其提供国际援助与合作的人权责任，应积极帮助发展中国家建立适当的药品管理当局。

药品的资金来源

74. 一种药品是否能为人们所负担得起，取决于很多因素，包括资金来源（即如何支付药品费用）和定价。支付药品费用有各种不同的方法，包括通过公共或私营医疗保险、向患者收费、捐赠、贷款等等。这些问题很复杂，这里特别报告员只讲述一点。不论选择何种支付费用安排，国家都负有一种人权义务，必须确保人人经济上都能获得（即买得起）药品。

75. 在许多高收入国家，70% 以上的药品由政府供资，而在中、低收入国家，公共开支不支付大多数民众所需的基本药品的费用。在这些国家中，病人自己支付 50% 至 90% 的药费。在由家庭承担医药费用的地方，这可能使本已处于社会底层的人更加贫穷，使人们无法平等地获得药品。

76. 在发达国家，购买治疗肺炎的一个疗程的抗生素可能相当于两、三个小时的工资；在发展中国家，一个疗程的药品可能花去一个月的工资。在发达国家，一年的艾滋病毒治疗费用可能相当于四至六个月的工资，并且在大多数情况下由医疗保险支付；在许多发展中国家，儿童一年的艾滋病毒治疗费用可能相当于成人十年的收入。如此严重的不平等现象令人不能容忍，这清楚地表明发达国家必须承担起提供国际援助与合作的责任。

77. 然而，就目前而言，关键的问题是，在发达国家大多数药品由公共资金提供经费，而在发展中国家，大多数家庭从自己的口袋掏钱买药。在发展中国家，保健部门的公共资金不足，致使药品的价格更加昂贵，对于生活贫困的人而言尤其是如此。

腐败

78. 在一些药品供应系统中，腐败现象猖獗。物品被挪用；清关时要求支付非正式“费用”；允许假药流通，等等。腐败行为可能造成致命后果。正如尼日利亚食品和药物管理局局长 Dora Akunyili 先生所说：“腐败现象所助长的制造假药行为害死了许多人，任何人都可能成为受害者”。⁴⁶

79. 保健部门的腐败行为对穷人的影响尤其严重，因为穷人没有钱进行小额贿赂以获得本应免费提供的服务，在腐败行为掏空了公共保健服务资金的情况下，穷人也没有钱到私营部门就医。

80. 健康权包括参与、获得信息、透明、监测和问责制。其中每一项都有助于建立一个使腐败现象无法生存的环境。简而言之，健康权政策也是反腐败政策。因此，行使健康权能有助于减少保健系统、特别是药品供应系统的腐败现象。

结论

81. 如上文第 42 段所述，特别报告员正在通过进行协商，为国家和制药公司编写关于获得药品的准则。同时，他希望强调，至关重要的一点是，所有国家都必须有适时的国家医药政策和详细的执行计划。这种政策应包括拟定列有基本药品的国家清单。在进入本世纪时，将近 100 个国家没有国家药品政策。⁴⁷ 在有药品政策的国家中，三分之二的国家没有执行计划。⁴⁸ 如果一个国家没有通过参与性包容进程制定适时和适当的医药政策、执行计划和基本药品清单，特别报告员无法看出这个国家怎么能够履行其保障健康权的义务。在这方面，报告员敦促各国密切注意世卫组织在使人们能获得药品方面进行的值得赞扬的工作，包括《2004-2007 年以国家为核心的医药战略》。

B. 制药公司的责任

82. 上一节强调了国家在使人们有更多机会获得药品方面负有的主要责任。不过，这当然是一种应共同分担的责任。要使更多的人能够获得药品，许多国家行为体和国际行为体就应发挥不可或缺的作用。千年发展目标确认制药公司应分担这种责任。目标 8（全球合作促进发展）下有若干具体目标，其中一项重要目标是“与制药公司合作，在发展中国家提供负担得起的基本药物”（着重标识系作者所加）。

83. 去年，英国政府关于获得药品问题的政策文件详细论述了这一点：“使更多的人能获得基本药品，是整个国际社会的责任。要取得进展，就要靠所有人齐心协力，加强发展中国家的保健制度、增加资金、降低药品价格，以使人们能负担得起、以及增加用于治疗影响到发展中国家的各种疾病的新药品的数量”。⁴⁹ 重要的是，该文件又指出：“在这方面，制药公司可发挥特殊作用。作为现有药品生产者和新药品开发者，这些公司能够、并确实各自在各自有影响力的领域发挥其作用。”随后，文件承诺将制定“制药业良好做法框架”。

84. 自 2002 年任命特别报告员以来，许多组织和人士都向特别报告员强调：制药行业对于行使最佳健康权有着重大影响。在对中、低收入国家进行国家视察时，这一点是再明确不过了。国家和其他各方都批评制药部门定价过高、药品捐赠变化无常、研究和发展工作不均衡、为《与贸易有关的知识产权协定》附加条款进行游说、推销药物的方法不当、进行的临床试验存在问题、以及采取被视为妨碍

国家履行其保障健康权责任的其他做法。⁵⁰ 然而，国家和其他各方也赞扬最近几年取得了一些重大进展，例如更广泛地使用差别定价、以可预见和可持续的方式捐赠药品、以及重新致力于关于被忽视疾病的研究和发展工作。⁵¹

85. 根据特别报告员的任务规定，除其他外，报告员应经常同所有相关的行为进行对话，讨论可能开展合作的领域；汇报最有利于保障最佳健康权的好办法，并汇报在国内和国际上实施工作中遇到的各种障碍；以及提出有关建议支助各国的努力。

86. 根据这项任务，特别报告员在过去三年中参与了同包括制药公司在内的许多方面就获得药品问题进行的若干讨论。同制药公司举行的大多数会议是由“行使权利：符合伦理的全球化倡议”组织的，此外诺华促进可持续发展基金会还组织了一次国际专题讨论会。⁵² 这些讨论都是务实的，具有建设性意义，借鉴了全球契约、商界领袖人权倡议、人权高专办、各国、世卫组织和联合国系统其他单位、制药公司、民间社会组织和其他组织的有关工作经验。讨论还获益于近几年来急剧增加的关于公司责任的广泛经验和文献。讨论审议了各种良好做法和不良做法。这些讨论往往证实越来越多的制药公司认识到它们对推动最佳健康权所能作出的贡献，并认识到此种态度可为其事业带来好处。

87. 在这些广泛的讨论中，特别报告员介绍了最佳健康权，强调公司责任、良好做法和健康权之间是没有冲突的。他向人们解释什么是健康权分析框架（见上文第 45 段）。虽然这种框架主要是为国家设计的，但应用这种框架可有助于确定制药公司可以、并应该采取何种政策干预措施，以使人们更容易获得药品。特别报告员尽量消除人们关于健康权的一些错误概念，例如，解释可通过制定合理的政策来促进和保护健康权，而无需诉诸法院。特别报告员赞扬一些公司对企业责任采取了自行报告举措，但指出这些举措并不完全符合行使人权所需的独立问责机制（有些独立问责机制是非司法性的，例如保健问题监察员）。

88. 虽然一些制药公司汇报了它们的企业公民责任或企业责任活动的情况，但很少有公司在其企业任务说明中具体提及人权或具体提及健康权。从最佳健康权的角度仔细审查其政策的公司就更少了。它们错过了这个机会，因为所有制药公司，无论大小，也无论是从事研究还是生产普通药品，都会看到，采取关心人权的做法有利于企业，在全球契约、商界领袖人权倡议、人权高专办一份杰出的联合出版物中概述了这一点。⁵³

89. 近几年来，人们普遍加深了对经济、社会和文化权利的认识。要保持这种势头，就必须从一般性地讨论经济、社会和文化权利变为结合具体的部门、行为体和问题来考虑各种具体权利。现在已做到结合制药公司和健康权来讨论这些权利。今天，关于制药公司与经济、社会和文化权利的一般性声明，为更详细地研究在药物部门所产生的各种保健问题奠定了必要的基础。简而言之，现在是时候

了，应进一步探讨经济、社会和文化权利委员会在一般性评论 14 第 42 段中所确认的制药公司在健康权方面的责任。

90. 因此，特别报告员已展开了一个进程，编写供各国和制药公司使用的关于获得药品的准则草案。为制药公司编写的准则草案考虑到一些具体问题，例如差别定价、捐赠、被忽视的疾病的研究和发展工作、公私营部门伙伴关系、药品推销、临床试验和腐败问题等。拟定这些原则时考虑到健康分析框架权以及若干研究报告和其他报告，⁵⁴ 同时还附有一份概念说明。如负责人权与跨国公司和其他工商企业问题的秘书长特别代表所说：“重要的是……在概念上进一步澄清国家和公司的各自责任。这样做时，我们必须铭记，……，公司不仅受到法律标准的制约，还受到社会规范和道德义务的约束”（E/CN.4/2006/97, 第 70 段）。

91. 根据特别报告员对最佳健康权的理解，准则草案是对这个具有挑战性的漫长进程作出的一个微薄贡献，它具有建设性、实际可行、并针对具体部门。特别代表再次热情邀请所有各方就该草案提出意见。⁵⁵

结论

92. 目前正在形成在一种共识，即商业企业与社会上所有行为体一样，在法律和伦理方面承担某些人权责任。《世界人权宣言》序言部分称，“每一社会机构”都负有某些人权责任，其中必然包括商业企业。⁵⁶ 有 2 300 多个公司参加的《联合国全球契约》申明，企业应支助和尊重保护人权。⁵⁷ 经济合作与发展组织的《跨国企业准则》要求各企业“根据东道国政府的义务和承诺，尊重受其活动影响的人们的人权”。⁵⁸ 虽然人权委员会认为准则草案不具有法律地位，但认为促进和保护人权小组委员会的《跨国公司和其他工商企业在人权方面的责任》的准则载有“有益的内容和主张”。⁵⁹ 一些国家法院已认识到制药公司定价政策对病患者人权的影响。⁶⁰ 重要的是，一些公司已编写了自己的准则和其他声明，明确申明自己的人权责任。⁶¹

93. 今天，主要的问题包括，**第一**，澄清这些人权责任的范围和**内容**。**第二**，确定哪些是法律责任，哪些是伦理责任。特别报告员的准则草案是一次小小的努力，针对制药公司的具体情况着重讨论上述两个问题中的第一个。关于第二个问题，特别报告员认为，很难想象工商企业能对某些人权不承担法律责任。⁶²

四. 结论

94. 由于无数的组织和个人作出努力，最佳健康权的内容日益清晰。2000 年，经济、社会和文化权利委员会制定了一个一般框架，从以下角度揭示健康权的意义：自由和应享权力；保健和健康的基本决定因素；无歧视；参与；监测和问责制。⁶³ 特别报告员在他的许多报告中把这个一般框架应用于各种各样的具体健康问题。在

这样做时，他努力发展和改进该框架。在本报告中，报告员开始把这个框架应用于孕产妇死亡和药品问题，这是列入千年发展目标的两个健康问题。

95. 健康权对努力防止孕产妇死亡和使人们更容易获得药品这两个方面作出了若干重要贡献。它使对各种原因和利益有关者的责任进行的分析更加深化。在了解健康权后制定的政策将可能更加公平、可持续和有效。一些产妇保健政策和方案中确认了这种贡献。在制定药品政策方面，人们也日益认识到，在政策中考虑到最佳健康权能产生有益的结果。

96. 此外，经验证明，传统的保护人权做法，包括“点名谴责”和诉诸法院，在行使各种健康权、特别是获得药品的权利方面仍然可发挥不可或缺的作用。

注

- ¹ 人口基金网站 <http://www.unfpa.org/mothers/statistics.htm>。
- ² “Who’s Got the Power? Transforming Health Systems for Women and Children,” 千年项目，儿童健康和产妇健康工作队，2005 年。
- ³ 例如，见 Wirth, M. 等著，“Setting the Stage for Equity-sensitive Monitoring of the Maternal and Child Health MDGs,” 84(7)《世卫组织简报》，2006 年 7 月。
- ⁴ 千年项目，同前，注 3。
- ⁵ “Unsafe Abortion: Global and Regional Estimates of Incidence of Unsafe Abortion and Associated Mortality in 2000”，世卫组织，2004 年。
- ⁶ Wagstaff, A., 和 Claeson, M., “The Millennium Development Goals for health: rising to the challenges”，世界银行，2004 年。
- ⁷ 2003 年儿童基金会统计数据，见“Bernstein, S., Public Choices, Private Decisions: Sexual and Reproductive Health and the MDGs,” 千年项目，2006 年。
- ⁸ 见 Yamin, A., Maine, D., “Maternal mortality as a human rights issue: measuring compliance with international treaty obligations,” 21(3)《人权》季刊，1999 年。
- ⁹ 《2005 年世界卫生报告：应该涵盖每一个母亲和孩子》，世卫组织，2005 年。
- ¹⁰ 例如，Cook, R. 和 Dickens, B. 等著，“Advancing Safe Motherhood Through Human Rights,” 世卫组织，2001 年；“International policy on sexual and reproductive health and rights,” 瑞典国际发展合作署，2006 年；Freesman, L., “Human rights, constructive accountability and maternal mortality in the Dominican Republic: a commentary,” 82《国际妇产科杂志》；Yamin, A., Maine, D., 同上。
- ¹¹ 见《经济、社会、文化权利国际公约》第 10 和第 12 条；《消除对妇女一切形式歧视公约》，第 14 条。
- ¹² 见经济、社会和文化权利委员会，一般性评论 14，第 14 和第 21 段；消除对妇女一切形式歧视委员会，一般性评论 24，第 27 段；人发会议，第 8.25 段。
- ¹³ Freedman, L., “Achieving the MDGs: health systems as core social institutions”，《发展杂志》，2005 年；《2005 年世界卫生报告》，世卫组织。

- ¹⁴ 千年项目，同上，注 3。
- ¹⁵ 经济、社会和文化权利委员会，一般性评论 14，第 12 段。
- ¹⁶ 千年项目，同上，注 3。
- ¹⁷ 经济、社会和文化权利委员会，一般性评论 14，第 12 段。
- ¹⁸ 千年项目，同上，注 3。
- ¹⁹ 经济、社会和文化权利委员会，一般性评论 14，第 12 段。
- ²⁰ 同上。
- ²¹ 《经济、社会、文化权利国际公约》第 2 条。
- ²² 同上。
- ²³ Maine, D., “Safe Motherhood Programs: Options and Issues.” 哥伦比亚大学，1991 年。
- ²⁴ 千年项目，同上，注 3。
- ²⁵ 大会第 55/2 号决议；《联合国千年宣言》第 19 段。
- ²⁶ 例如，见国际人口与发展会议(1994 年)和第四次妇女问题世界会议(1995 年)；1987 年订立的安全孕产倡议和 2004 年建立的安全孕产和新生儿健康伙伴关系。
- ²⁷ 《2005 年世界首脑会议成果文件》(A/60/L.1, 第 57 段)。关于性健康和生殖健康与千年发展目标 的全面讨论，见 Bernstein, S, 同前注 8。
- ²⁸ Freedman, L., “Human Rights, Constructive Accountability and Maternal Mortality in the Dominican Republic: A Commentary.” 2003 年, 82 *International Journal of Gynecology and Obstetrics*.
- ²⁹ 一些人权组织正在开始更加注重孕产妇死亡率问题，例如：“Maternal mortality in Herat province, Afghanistan: the need to protect women’s rights,” Physicians for Human Rights, 2002; “Perú: Mujeres pobres y excluidas: le negación del derecho a la salud materno-infantil,” 2006 年，国际大赦。
- ³⁰ 《2004-2007 年世界卫生组织以国家为核心的医药战略》，2004 年，世界卫生组织。根据 2006 年世卫组织向多伦多第十六届国际艾滋病会议提交的统计数字，在非洲所有艾滋病患者中，只有不足四分之一的患者和不足十分之一的患艾滋病儿童获得他们需要的抗逆转录酶病毒的救生药物。
- ³¹ 本章部分内容摘自《关于基本药物人权的蒙特利尔声明》(2005 年)，见 Marks S. 等，2006 年“健康与人权：国际基本文件”。
- ³² “增加发展中国家获得基本药物的途径”，2004 年，国际开发部。
- ³³ “世界药品状况”，2004 年，世界卫生组织。
- ³⁴ 《千年发展目标》目标 8，具体目标 17。
- ³⁵ 见《经济、社会、文化权利国际公约》第十二条第二款(丙)和(丁)项。
- ³⁶ 关于国家有关判例法的优秀汇编，见 Hogerzeil, H. et al., “Is access to essential medicines as part of the fulfilment of the right to health enforceable through the courts?”, 2006 年，Lancet。另见人权委员会第 2005/23 号、第 2004/26 号和第 2003/29 号决议。
- ³⁷ 可通过 rthu@essex.ac.uk 向埃塞克斯大学人权中心健康权股提出意见。

- 38 见经济、社会和文化权利委员会一般性评论 14，第 12 段。
- 39 关于乌干达忽视疾病造成的健康权问题，见特别报告员的报告 E/CN.4/2006/48/Add.2，特别是第 62 段以后的内容。
- 40 经济、社会和文化权利委员会，一般性评论 3，第 10 段。
- 41 经济、社会和文化权利委员会，一般性评论 14，第 43-44 段。
- 42 经济、社会和文化权利委员会，一般性评论 14，第 12(1)段和第 43(4)段。
- 43 经济、社会和文化权利委员会，一般性评论 14，第 34 至 37 段。
- 44 例如，见特别报告员关于世界贸易组织的报告 (E/CN.4/2004/49/Add.1，从第 66 段开始) 和关于秘鲁的报告 (E/CN.4/2005/51/Add.3，从第 47 段开始)。
- 45 “2004-2007 年世界卫生组织医药战略”，第 4 章。
- 46 “Global Corruption Report”，Transparency International, 2006。
- 47 Hogerzeil, H., “Essential medicines and human rights”，《世卫组织简报》，2006 年。
- 48 “世界药品状况”，2004 年，世卫组织。
- 49 “在发展中国家使更多的人能获得药品”，2005 年，国际开发部。
- 50 其中一些信息是在视察时提供的，并在 “Interim Report of Task Force 5 Working Group on Access to Essential Medicines”，Millennium Project, 2004，和 Cullet, P., “Patents and medicines: the relationship between TRIPS and the human right to health”，International Affairs, 2003 年得到证实。
- 51 关于后者，见 Moran, M. and others, “The new landscape of neglected disease drug development”，The Wellcome Trust, 2005。
- 52 国际专题讨论会报告，2004 年，诺华可持续发展基金会。
- 53 见 “A guide for integrating human rights into business management”。可在网上查阅：<http://www.blihr.org/>。
- 54 例如 “Public Health, Innovation and Intellectual Property Rights”，CIPIH, 2006；“Increasing people’s access to essential medicines in developing countries”，DFID, 2005；Leisinger, K., “On Corporate Responsibility and Human Rights”，2006；“Branding the Cure”，Consumers International, 2006。
- 55 草案可在网上查阅：http://www2.essex.ac.uk/human_rights_centre/rth/rapporteur.shtm，可将意见送至 rthu@essex.ac.uk。
- 56 Robinson, M., “The business case for human rights” in *Visions of Ethical Business*, Financial Times Management (London, Financial Times Professional, 1998)；de Mello, S. V., “Human rights: what role for business?” 2(1) *New Academy Review* (2003)。
- 57 关于《全球契约》详情，请见 <http://www.unglobalcompact.org/>。
- 58 经合组织的《跨国企业准则》，2000 年。
- 59 跨国公司和其他工商企业在人权方面的责任准则 (E/CN.4/Sub.2/2003/12/Rev.2) (2003 年)。
- 60 “AIDS Access Foundation and others v. Bristol-Myers Squibb and others”，2002(10) BC Tor Por 34/2544。
- 61 “Novartis Corporate Citizenship Guideline 4(Human Rights)”，可在网上查阅：www.novartisfoundation.com。

⁶² 这一观点与负责人权与跨国公司问题的秘书长特别代表的临时报告一致，见 E/CN.4/2006/97，第 61 段最后一句。关于一般问题，见 Clapham 的“Human Rights Obligations of Non-State Actors”，2006 年。

⁶³ 经济、社会和文化权利委员会，一般性评论 14。