



第六十八届会议

临时议程* 项目 69(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

人人享有可达到的最高水准的身心健康的权利

秘书长的说明

秘书长谨按照人权理事会第 6/29 和第 15/22 号决议，向大会转递人人有权享有能达到的最高标准身心健康问题特别报告员阿南德·格罗弗提交的报告。

* A/68/150。



人人有权享有能达到的最高标准身心健康问题特别报告员的中期报告

摘要

在本报告中，特别报告员审议了国家和非国家行为者对受冲突局势影响者和（或）卷入冲突局势者健康权的义务。报告范围超出了武装冲突，包括内部动荡、抗议、暴乱、内部纷争和动乱、被占领土及经常有军事存在的领土。冲突对受影响居民健康权的影响可能在现行敌对行动停止后长期存在。因此，在冲突持续期间，国家必须确保充分落实受冲突影响和（或）卷入冲突居民的健康权。

在此背景下，特别报告员讨论了冲突期间和之后卫生设施、货物和服务的可提供性、可获得性和可接受性。他阐述了国家义务、首要国家以外实体的国际义务和非国家武装团体的责任。报告还侧重于弱势群体，由于冲突，他们在享受其健康权方面可能遇到更大挑战，并且涉及需要对侵犯健康权行为追究责任和进行赔偿。特别报告员在其报告的最后强调受影响社区有效参与的重要性，并为充分落实受冲突局势影响者的健康权提出一整套具体而持续的步骤建议。

一. 引言

1. 冲突对落实健康权提出了直接挑战。约 150 万人目前居住在受冲突影响地区或脆弱国家，这些地方面临的儿童死亡率和营养不良高达未受冲突影响国家的两倍，其贫困水平高出 21%，而且远远未能实现千年发展目标。¹冲突影响健康，方式不仅包括直接暴力，而且还包括瓦解社会结构和保健系统，以及缺乏健康的根本性决定因素。这导致可预防和可治疗疾病发病率高，其中包括疟疾、腹泻、肺炎和营养不良。²这些健康影响常常在现行敌对行动结束后持续很久，并在其后若干年对健康指标产生不利影响。³因此，在冲突和冲突后局势中解决健康权问题对于落实所有人的健康权极为重要。

2. 当代冲突呈现出各种不同的形式，除国际人道主义法所涉及的武装冲突外，包括内部动荡、抗议、暴乱、内部纷争和动乱。冲突还包括被占领土和经常有军事存在的领土，这些地方虽然没有现行敌意行动，但其居民多年来可能受到冲突的影响。本报告界定了国家对所有此类冲突局势中的健康权的义务。未达到武装冲突或占领标准的局势全部受人权法，包括健康权的管制。但是，武装冲突既受人道主义法也受人权法的管制。

3. 武装冲突分为国际武装冲突和非国际武装冲突，前者是指“国家之间诉诸武力”，⁴后者是指至少一家非国家有组织武装团体卷入的“持久暴力”。⁵在这两种局势中，国际人道主义法都规定了成为冲突方的国家和非国家有组织武装团体的行为守则。这些守则管制敌意行为、囚犯待遇、司法救助等基本权利保障及公民待遇和公民财产处理等情形。

4. 人权法继续适用于国际人道主义法管制的情形。这一点得到国际法院、⁶人权条约机构、⁷欧洲人权法院等区域机构⁸和国内法院⁹的证实。大会在其第 67/255

¹ 世界银行，《2011 年世界发展报告：冲突、安全与发展》（2011 年，华盛顿特区），第 2、5 页。

² 国际援救委员会（救援委），《刚果民主共和国的死亡率：持续中的危机》（2007 年，纽约），第 ii 页。可查阅：www.rescue.org/sites/default/files/migrated/resources/2007/2006-7_congomortalitysurvey.pdf。

³ 同上；世界银行，《2011 年世界发展报告》，第 2 页。

⁴ 南斯拉夫问题国际刑事法庭，检察官诉 Dusko Tadic 案，第 IT-94-1-A 号案件，对辩方关于就管辖权问题提出中间上诉的请求所做的裁决，1995 年 10 月 2 日，第 70 段。

⁵ 红十字国际委员会（红十字委员会），“国际人道主义法中如何界定“武装冲突”一词？”，见解性论文（2008 年，日内瓦）。可查阅：www.icrc.org/eng/assets/files/other/opinion-paper-armed-conflict.pdf。

⁶ 在巴勒斯坦被占领土修建隔离墙的法律后果，咨询意见，《国际法院案例汇编，2004 年》，（隔离墙案），第 112 段；刚果领土上的武装活动案（刚果民主共和国诉乌干达），《国际法院案例汇编，2005 年》，第 216 页。

⁷ 见 Sergio Euben Lopez Burgos 诉乌干达案，R. 12/52 号来文，A/36/40，附件 XIX；第 176 段；经济、社会和文化权利委员会的结论性意见：以色列（E/C. 12/1/Add. 69），第 19 段。

号决议及安全理事会在其 1181(1998)号决议中也对武装冲突中的侵犯人权行为予以谴责。

5. 对武装冲突同时适用这两套法律，增强了受影响居民的权利。另外，在适用国际人道主义法受到争议的地方，人权法能确保受影响居民得到保护。同时适用这两套法律对于直接涉及健康权的局势也有所帮助，如普遍不安全对健康及其根本性决定因素的影响不可能由国际人道主义法充分涵盖时。人权法还包含国际人道主义法没有包含的保健服务的可提供性、可获得性、可接受性和质量方面更具体的义务。

6. 国际人道主义法和人权法拥有保护所有人的共同目标，而且都以尊重人的生命、福祉和人类尊严原则为基础。¹⁰这两套法律提供了相互补充、相互增强的保护。¹¹对冲突局势适用人权法，将确保平民得到更多保护、补充国家的问责机制，并对受影响居民提供补救。

二. 概念框架

7. 《经济、社会及文化权利国际公约》第 12 条特别载有国际法中的健康权。经济、社会和文化权利委员会第 14 号一般性意见阐述了健康权框架，此项意见解释了健康权，并责成各国尊重、保护和落实每个人，包括受冲突影响者和（或）卷入冲突者的健康权。

8. 健康权框架包括各种不同的社会经济方面，被称为根本性决定因素，如营养食品、饮用水、住房、运行正常的保健系统和暴力及冲突局势。冲突对其他根本性决定因素产生了不利影响，因为冲突可能导致系统和基础设施，包括保健系统瓦解。冲突也可能由于身体受伤、精神健康不佳、营养不良加剧，尤其是儿童营养不良加剧以及突发传染病，引发公共卫生状况。¹²

⁸ 欧洲人权法院，Loizidou 诉土耳其案，第 15318189 号诉状，判决书，1996 年 12 月 28 日，第 44 段。

⁹ 反对以色列境内的酷刑公共委员会等诉以色列及其他，高级法院，第 769102 号案件，2006 年 12 月 14 日，第 18 段。

¹⁰ 人权事务高级专员办事处（人权高专办），《在武装冲突中为人权提供国际法律保护》（2011 年，日内瓦），第 7 页。

¹¹ 同上，第 1 页

¹² 世界卫生组织（世卫组织）。《伊拉克冲突的潜在影响简报：2003 年 3 月》（2003 年，日内瓦），第 1 页。

A. 冲突时期包括武装冲突时期的健康权框架

9. 各国有义务将尽可能多的可用资源用于实现经济、社会和文化权利，包括健康权。此项义务的一个方面是健康权可以逐步实现。然而，由于资源被破坏或被挪用于满足军事或警察需求，冲突常常导致资源的供应量减少，有时可能会破坏健康权。¹³即使资源可以利用，国家由于在许多冲突环境中不安全和基础设施薄弱，也可能没有能力对资源加以利用。

10. 尽管如此，逐步实现是一项具体而持续的国家义务。此项权利不会削弱国家当前的某些义务，包括采取具体步骤以不加区别地充分落实所有人的健康权，不论当事人的身份是战斗人员还是平民。

11. 此外，健康权框架令国家承担了某些核心义务。核心义务是健康权的最低基本水平，即使资源有限时不履行这些义务也无从狡辩，因为这些义务是不可克减的。核心义务特别包括国家有义务确保公平分配以及个人，尤其是脆弱和边缘群体可不受歧视地使用卫生设施、获得商品和服务；国家有义务提供必需药品；以及国家有义务以透明的参与方式拟订国家健康计划或政策，同时考虑到弱势民众的特殊需求。因此，即使冲突导致资源紧缺，国家也必须确保优质卫生设施、货物和服务的可提供性、可获得性和可接受性，对于因冲突而变得弱势的群体尤其如此。

12. 健康权框架的一个关键方面是，受影响人民和社区，尤其是弱势群体有效参与。应当确保在拟订、实施和监测影响冲突时期落实和享受健康权的决定的所有阶段都有效参与。然而，如此拟订的政策不应当仅听取多数人的意见，应当考虑到参与群体中的少数人意见和需求。参与决策进程增强了受影响社区的权能，并确保决定和资源的所有权，这将带来可持续制度且有可能使冲突得到解决。受影响居民参与通过考虑到人民的需求确保法律和政策符合民意且有效。这在旷日持久的冲突局势、冲突后局势、有长期军事存在的地区和被占领地区都有特殊意义。只有受影响居民有能力找到并传播影响其健康的信息，知情参与才能得到保证。

B. 国家义务

13. 如同在其他时期，国家有义务在冲突时期尊重、保护和落实健康权。这包括国家占领或以其他方式对外国领土实行有效控制的情形，在这种情况下健康权下

¹³ Solomon R. Benatar, “Global disparities in health and human rights: A critical commentary”, *American Journal of Public Health*, vol. 88, No. 2 (February 1998) p. 296; Barry S. Levy and Victor W. Sidel, “The health consequences of the diversion of resources to war and preparation for war”, *Social Medicine* vol. 4, No. 3, (September 2009) p. 133.

的全部义务都适用。¹⁴国家还有其他人权义务，包括但不限于生命权，有义务不使用酷刑和其他形式残忍、不人道或有辱人格的待遇或处罚。

14. 尊重健康权的义务要求各国通过远离歧视不干预人民享受健康权。各国制定政策和采取行动的方式都不得给享受健康权制造障碍，如阻碍普遍或处境不利群体成员使用卫生设施、获得货物和服务。

15. 保护健康权的义务要求各国防止第三方干预。各国应当确保保健专业人员等第三方不通过有区别地提供保健而侵犯健康权。冲突中的国家可能由于有武装团体在国家控制范围之外采取行动而在此项义务方面面临独特挑战。在这种情况下，各国应当采取具体步骤为保健工作者和寻求保健服务的个人提供保护。各国还应当拟订与非国家武装团体等第三方接触的政策，商讨它们在人权法或国际人道主义法下的责任，如国家有义务提供卫生设施、货物和服务，非国家武装有责任不阻止提供保健。

16. 在冲突时期由于资源有限或安全原因，通过便利、提供和促进有助于享受健康权的条件而落实此项权利的义务也难以履行。然而，各国应当提供基本的、最低水平的卫生设施、货物和服务。例如，国家有义务通过在抗议或暴乱期间提供救护车来落实健康权。各国还可以通过与非国家武装团体订立停火协议以确保提供免疫接种和疫苗方案等保健服务来落实健康权。各国可以提供有关传统医学的信息，并由由于冲突可能无法获得机构治疗的社区来支持使用。如果本国没有能力，国家应当请求其他国家、民间社会和人道主义组织提供援助，尤其是为了履行其核心义务。国家不应当阻挠人道主义组织和传统及社区执业医师提供保健服务。

三. 卫生设施、货物和服务的可提供性、可获得性、可接受性和质量

17. 卫生设施、货物和服务的可提供性、可获得性、可接受性和质量在冲突时期很关键。正常运行的保健系统，包括保健工作者，对于受冲突影响者和（或）卷入冲突者享受健康权十分重要。

A. 不歧视和医疗公正

18. 健康权框架责成国家，包括公共保健工作者确保每个人不受歧视地使用卫生设施、获得货物和服务。拒绝医治冲突中的受伤者或为忠诚度相同的人提供优惠治疗都是直接侵犯健康权。

¹⁴ 修建隔离墙的法律后果，第 112 段。

19. 此外，可接受性要求卫生设施、货物和服务符合医疗道德要求。这包括保健专业人员向受冲突影响者提供公正的治疗和服务。¹⁵国际人道主义法也规定在为伤者治疗时保持医疗公正。¹⁶因此，保健专业人员有义务向受冲突影响者和（或）卷入冲突者提供保健服务。

20. 健康权框架要求允许囚犯和被拘留者平等使用卫生设施、平等获得货物和服务。国际人道主义法也要求囚犯和被拘留者在获得治疗方面得到仁慈的待遇。¹⁷但是，在许多冲突局势中，囚犯和被拘留者在使用卫生设施、获得货物和服务方面受到限制。这触犯了健康权下给予他们的不歧视保护。¹⁸

B. 法律障碍

21. 各国可能颁布法律，让保健工作者承担举报犯罪嫌疑人的义务。然而，一些国家颁布法律和政策限制向反对国家的人，如政治抗议者¹⁹和非国家武装团体提供治疗或者将此定罪。对支助恐怖分子或其他反对国家者定罪的法律也可能不恰当地适用于提供治疗。结果，医生和其他保健工作者都由于为了履行确保医疗公正的职业道德而被逮捕、指控和判刑。²⁰这种法律会使保健工作者因害怕被迫害而在冲突局势中不提供服务，从而给保健提供者造成令人寒心的影响。

22. 害怕被举报给执法机构也阻止病人使用卫生设施和获得服务。对于因直接卷入冲突而受伤者来说尤其如此。但是，也会对未卷入冲突的人产生令人寒心的影响，他们可能由于害怕被怀疑卷入冲突而避免寻求保健服务。

C. 实物障碍

23. 正常运行的医院和诊所的可提供性和可获得性对于人们享受健康权至关重要。各国有义务确保卫生设施不因冲突而被损坏。然而，冲突时间部署了一些实物障碍，严重影响了使用卫生设施和获得服务。强迫绕行、检查站任意拦截、²¹强

¹⁵ 世界医学协会，《武装冲突时期和其他暴力情况的管理条例》，第 1-3 段。

¹⁶ 红十字委员会，《危境中的保健：武装冲突中和其他紧急情况下保健人员的责任》（2013 年，日内瓦），第 35 页。

¹⁷ 见共同条款第 3 条，1949 年《关于保护战争受难者的日内瓦四条约》及其《第二附加议定书》。

¹⁸ 人权高专办和联合国阿富汗援助团，《在阿富汗被关押的冲突相关被拘留者的待遇》，（2011 年 10 月，日内瓦），第 3 页。

¹⁹ 医生促进人权协会，《枪口下：巴林保健系统一直受到攻击》，（2012 年，剑桥、马萨诸塞和华盛顿特区），第 5 页。

²⁰ 同上，第 4 页。

²¹ M. Rytter and others, “Effects of armed conflict on access to emergency health care in Palestinian West Bank: systematic collection of data in emergency departments”, *British Medical Journal*, vol. 332, No. 1550 (13 May 2006), p. 1123.

制推行旅行许可证²²和审讯病人导致病人身体状况恶化。封锁（S/2012/376，第11段）、长期或不确定的宵禁和路障等其他措施也限制人员行动和交通，从而对受冲突影响地区获得和提供基本保健服务产生不利影响。²³国家还通过阻挠、约束、限制或挪用医疗用品，阻止民间团体获得医用品，特别是救命药和用品。²⁴

24. 如果限制健康权是必须的，国家应当采用限制性最弱的选择。国家应当确保此类障碍的目的是合法的，而且限制性与达到目的相称。例如，国家应当确保冲突地区的人员行动限制是合法且必要的，并且为使用卫生设施和获得货物及服务规定例外情况，获得方面仅略有延迟。国家也应当采取步骤以便利不安全地区需要保健服务的人能够通行。

25. 需要持续接受治疗的人具有具体的保健需求，如果未得到满足，会增加冲突期间不必要的死亡人数。例如，如果治疗中断和得不到治疗，艾滋病病毒感染者、结核病和癌症患者身体状况就更容易恶化。缺乏药品和社会心理服务的供应同样证明对于精神健康病人特别有害，其中一些人可能需要持续治疗。²⁵

D. 对卫生设施和保健工作者的攻击

26. 国家破坏卫生基础设施或未能保护这些设施免遭第三方破坏，都会妨碍优质卫生设施、货物和服务的可提供性和可获得性。蓄意瞄准卫生设施也构成违犯国际人道主义法下的区分原则，此项原则责成冲突各方避免攻击医务人员、医疗单位、物质和运输，除非他们是用来实施其医疗和人道主义职能之外的敌意行动的。不涉及具体瞄准卫生设施的行为也可能侵犯健康权，如果这些行为增加了破坏设施或病人减少使用设施的风险，如通过在诊所周边部署军事据点或武器。

27. 保健工作者对于确保保健服务的可提供性必不可少。因此，各国在冲突时期立即且持续地为保健工作者和人道主义组织提供充足的保护。

28. 攻击保健工作者，包括袭击、恐吓、威胁、绑架和杀戮以及逮捕和迫害，越来越被用作冲突局势中的一种策略。²⁶ 受冲突影响地区曾发生过供应链中断、卫

²² 世卫组织，“健康权：巴勒斯坦领土上的保健障碍，2011和2012年特别报告”（2013年，日内瓦），第11-12页。

²³ “尼泊尔：生殖健康与冲突”，综合区域信息网人道主义新闻和分析（2006年4月26日）。可查阅：www.irinnews.org/report/34255/nepal-reproductive-health-and-the-conflict。

²⁴ 秘书长的联合国在斯里兰卡的行动内部审查专门小组的报告，2012年11月，第18页。

²⁵ Bayard Roberts and others, “Post-conflict mental health needs: a cross-sectional survey of trauma, depression and associated factors in Juba, Southern Sudan”, *BMC Psychiatry*, vol. 9, No. 7 (2009), pp. 7-8. Available from www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-244X-9-7.pdf.

²⁶ Saúl Franco and others, “The effects of armed conflict on the life and health in colombia”, *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 11, No. 2, (June 2006), p. 357; John M. Quinn and others, “Iraqi physician brain drain in prolonged conflict”, *The New Iraqi Journal*

生设施遭劫、勒令病人交出保密材料、多次蓄意炮击和轰炸诊所和医院、朝运送病人的救护车开枪以攻击平民和保健工作者，将此作为一种军事策略。²⁷卫生基础设施薄弱的国家的情况与受冲突影响最厉害的区域相同，即使只破坏一家医院或攻击本已稀缺的保健工作者，都可能对保健服务的可提供性和可获得性因而也对公共健康产生毁灭性影响。²⁸此外，保健工作者可能会谴责安全部队的行径，或者在法律可能侵犯基本人权的情况下不配合提交病人的信息。此类保健工作者可能经常遭受骚扰、放逐、酷刑、逮捕和判刑。²⁹

29. 此类攻击不仅侵犯了受冲突影响者，包括卷入冲突者的健康权，而且可能使整个保健系统瘫痪。国家部队或非国家团体瞄准保健工作者带来的不安全感可能导致保健专业人员逃离，造成这些区域缺乏训练有素的专业医疗人员。³⁰除冲突本身造成的发病率外，这可能导致可预防健康问题增多，如孕产妇健康和儿童死亡率及发病率增高。³¹

E. 卫生设施的军事利用和军事化

30. 军事化是指武装部队或执法机构为了实现军事目的接管或使用卫生设施和服务。这种军事利用给病人和保健人员的生命和健康带来严重风险，破坏了医院是获得保健的安全场所的作用和认识。医疗设施的公正性常常被安全部队在医院持续存在和恐吓医院及诊所的病人和保健工作者所破坏。³² 医院和诊所有时被安全部队接管，以便查明或逮捕在与亲政府军队发生摩擦时受伤的抗议者。被确认

of Medicine, vol. 7, No. 1 (April 2011) pp. 91-92; Leonard S. Rubenstein and Melanie D. Bittle, "Responsibility for protection of medical workers and facilities in armed conflict", *Lancet*, vol. 375, No. 9711 (23 January 2010), p. 332.

²⁷ 人权监察，“斯里兰卡：多次轰炸医院证明犯下战争罪”，2009年5月8日，可查阅：www.hrw.org/news/2009/05/08/sri-lanka-repeated-shelling-hospitals-evidence-war-crimes。

²⁸ 红十字委员会，“危境中的保健：十六国研究报告”（2011年7月，日内瓦），第3页。仅可在以下网站查阅英文文本：www.icrc.org。

²⁹ 医生促进人权协会，“枪口下”，第6页；无国界医师组织，“叙利亚两年间：国际援助失灵”，特别报告（2013年3月6日，纽约）。可查阅：www.doctorswithoutborders.org/publications/article.cfm?id=6669。

³⁰ David Stein and Barbara Ayotte, "East Timor: extreme deprivation of health and human rights", *Lancet*, vol. 354, No. 9195 (11 December 1999) p. 2075.

³¹ Paul C. Webster, "Roots of Iraq's maternal and child health crisis run deep", *Lancet*, vol. 381, No. 9870 (16 March 2013) p. 892; Bernadette AM O'Hare and David P. Southall, "First do no harm: the impact of recent armed conflict on maternal and child health in sub-saharan africa", *Journal of the Royal Society of Medicine*, vol. 100, No. 12 (December 2007), p. 565.

³² 医生促进人权协会，“不要伤害：呼吁巴林终止对医生和病人的系统攻击”，（2011年4月，剑桥、马萨诸塞和华盛顿特区），第27-29页。

的因抗议而受伤者常常不能看急诊、得不到医治、遭受酷刑或被逮捕（A/HRC/19/69，第 63 段）。保健军事化也导致某些国家在获得初级保健方面令人失望地落在后面。普遍害怕被迫害导致平民避免到卫生设施寻求治疗，而是寻求在不安全机构中接受治疗（同上）。这种迫害通过阻碍人们获得优质保健服务而侵犯他们的健康权。

31. 在被占领土和保健由军队供资或提供的地区，保健工作者由于被视为与军事部队有牵连而成为攻击对象。³³ 保健专业人员由于向反政府团体提供服务被视为支持这种团体而成为攻击对象。³⁴ 滥用保健提供方案，如疫苗接种方案来助长军事目的，可能破坏医务人员的公正形象并在平民中造成了对保健工作者不信任，这可能导致保健工作者被杀和疫苗接种方案被拒绝，因而损害了公共健康。³⁵ 通过民用而不是军事机构提供卫生设施、货物和服务，可能扭转这种焦虑情绪且增加对保健服务的获得。

F. 冲突后卫生设施、货物和服务的可提供性、可获得性、可接受性和质量

32. 国家在冲突结束后有可能面临资源耗尽、政治不稳定和基础设施，包括保健设施分解情况。³⁶ 大多数冲突后重建是在冲突平息到一定程度后进行的，但在国家某些地区冲突会继续下去或重新爆发。此外，已经处在冲突局势中的国家更有可能面临暴力行为循环往复，这进一步加重现有保健系统和资源承受的负担。此外，此类国家还有一个特点，就是精神和生理疾病负担重。³⁷

33. 冲突后国家的政策需要侧重于多重问题，如减轻疾病负担；立即治疗伤者及其长期康复；重建基础设施；增加优质卫生设施、货物和服务的可提供性和可获得性；以及保健系统的可持续性。因此，各国应当为重建保健系统制定具有时间

³³ 无国界医师组织，《别人怎么看：身陷危机者如何看待人道主义援助》（2012 年，纽约），第 134-154 页。

³⁴ Peter Apps, “Once seen as neutral, aid workers fight perceived bias”, Reuters, 1 August 2007. Available from www.reuters.com/article/2007/08/31/us-aid-bias-idUSL3184999120070831.

³⁵ Dara Mohammadi, “The final push for polio eradication, Lancet”, vol. 380, No. 9840 (2 August 2012); Liz Borkowski, “Pakistan sees first polio case since vaccination camp disrupted”, Science Blogs, 9 May 2013. Available from <http://scienceblogs.com/thepumphandle/2013/05/09/pakistan-sees-first-polio-case-since-vaccination-campaign-disrupted/>.

³⁶ Ibid., Graeme MacQueen and Joanna Santa-Barbara, “Peace building through health initiatives”, British Medical Journal, vol. 321, No. 7256 (29 July 2000), p. 293-296.

³⁷ Bayard Roberts, Preeti Patel and Martin McKee, “非传染性疾病与冲突后国家”，《世界卫生组织公报》，第 90 卷，第 2-2A 期（2012 年）；Hazam Adam Ghobarah、Paul Huth 和 Bruce Russett, “战后民间冲突对公共健康的影响”，《社会科学和医学杂志》，第 59 卷，第 4 期（2004 年 8 月）。

限制的详细计划，包括以参与性透明方式提供健康的根本性决定因素并恢复通信和社会结构。受影响社区参与将确保政策顺应民意并且促进社区对此类进程的自主权。

34. 各国应当解决迫在眉睫的公共健康问题，包括冲突期间造成的伤害和残疾，以及对健康如心理健康不太明显的影响。例如，创伤后应激障碍和抑郁症在冲突后国家中很普遍，应当有效应对。³⁸方便快捷地提供心理健康服务至关重要，也有助于增强受冲突影响人民和社区的权能，也许还能为其社会和政治环境带来变化。³⁹

35. 由于资源耗尽、医生和保健人员出走以及保健工作者遭受攻击，⁴⁰冲突后局势中的国家和地区会依赖国际医生和非政府及政府间组织的倡议，以重建他们的保健系统。这种保健倡议可用作建设和平的工具。⁴¹国际援助机构采用这种战略能够突破种族分歧，增加卫生设施、货物和服务的可提供性和可获得性并减少歧视。⁴²为了确保保健服务的可接受性和可获得性，国际援助提供者也应当认识到各国和社区的文化。例如，在某些国家，男医生向孕妇提供保健服务可能在文化上令人无法接受，因此可能妨碍这种服务的可获得性。⁴³

36. 捐助方援助的政策和倡议的可持续性对于确保冲突后国家的优质卫生设施、货物和服务的长期可提供性和可获得性至关重要。确保受影响居民在决策进程所有阶段的参与和所有权，对于在捐助方援助下重建保健系统的成功和可持续性至关重要。⁴⁴通过与当地居民持续协作和合作，并与他们分享技术知识，此类保健

³⁸ Charlson and others, “Predicting the impact of the 2011 conflict in Libya on population mental health: PTSD and depression prevalence and mental health service requirements”, *PLoS Med*, vol. 7, No. 7 (July 2012). Available from www.plosone.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0040593.

³⁹ 世卫组织欧洲区域办事处，“心理健康中的用户权能”（2010，哥本哈根），第1-14页，第1-2页。可查阅：www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/113834/E93430.pdf。

⁴⁰ 红十字委员会，“危境中的保健：编制案例”（2012年，日内瓦），第6页。

⁴¹ MacQueen and Santa-Barbara, “Peace building through health initiatives”, p. 293.

⁴² 世卫组织欧洲区域办事处/联合国国际开发部，“世卫组织/国际开发部通过保健方案建设和平：世卫组织波斯尼亚和黑塞哥维那实地工作队编写的个案研究”，EUR/ICP/CORD 030501号文件（1998年9月，哥本哈根）。

⁴³ Rita Giacaman, Hanan F Abdul-Rahim and Laura Wick, “Health sector reform in the Occupied Palestinian Territories: targeting the forest or the trees?” *Health Policy Plan* vol.18, No.1, (March 2003), p. 59.

⁴⁴ Nelson Martins and others, “Reconstructing tuberculosis services after major conflict: experiences and lessons learned in East Timor”, *PLoS Med*, vol.3, No.10, (October 2006), pp.1765-1775.

倡议能够取得成功。了解政治实情，尤其是持久冲突地区和转型社会的政治实情，对于确保捐助方捐助的倡议的可持续性同等重要。⁴⁵

四. 弱势群体

37. 各国应当对因冲突变得脆弱的人，如妇女、儿童、老年人、残疾人和流离失所社区给予特别关注。这要求各国应对以下问题：社会、政治和经济排斥造成的边缘化问题；属于和被视作属于特定社区的人遭受歧视；由于健康状况不佳而脆弱以及蓄意使某些社区变得脆弱的冲突策略。这些因素可能个别地或共同地使某些群体遭受多重脆弱性伤害而且其健康权被侵犯的风险也增大。认识到不同社区各有各的脆弱性且增强其权能使其参与影响到其健康的所有决策进程，有助于各国在冲突期间履行其在健康权下的义务，也能够促进他们以可持续方式摆脱冲突。

A. 边缘化社区

38. 被社会、政治和经济机构排除在外的社区常常边缘化并且居住在基础设施薄弱且治理跟不上非常明显的地区，如城市贫民窟、聚居区和边境地区。冲突的影响可能进一步摧毁粮食和住房等根本性决定因素，并使边缘化社区健康状况变差的几率大增。当健康资源在冲突前后分配不当且不公时，这种脆弱性在冲突期间更加明显。

39. 保健服务负担不起、税收高以及冲突各方没收基本用品，使得边缘化社区的脆弱性加剧。⁴⁶可获得性会因缺乏语言和文化适宜的保健服务和信息而进一步受阻。未认识到边缘化社区的不同需求，可能阻止他们获得保健，并可能导致孤立感和失能感加深。

40. 由于冲突期间服务受限或暂停，某些群体的保健需求常常被忽视。老年人由于行动能力差、到卫生设施看病不方便，他们在冲突时期风险更高。他们可能无法背负重担运粮担水，而且常常无家人照料独自生活，这使得其患营养不良和生病的几率更容易增高。⁴⁷同样，残疾人常常被逃离冲突的家人抛弃，他们面临的

⁴⁵ Ibid; Giacaman, Abdul-Rahim and Wick, “Health sector reform in the Occupied Palestinian Territories”, p. 10.

⁴⁶ Minority Rights Group (MRG), Uganda: The Marginalization of Minorities (London, MRG International, 2001), p. 17.

⁴⁷ Unni Karunakara and others, “Ending neglect of older people in the response to humanitarian emergencies”, PLOS Medicine, vol. 9, No. 12 (December 2012), pp. 1-3.

健康和安全风险更高。⁴⁸许多设施无法为残疾儿童提供适合其身体发育需要的治疗和护理，妨碍了他们享受健康权的能力。⁴⁹

B. 流离失所社区

41. 冲突常常导致人们流离失所，在本国境内和穿越国界。流离失所者可能被剥夺与东道社区相同的权利和根本性决定因素。⁵⁰许多流离失所者被迫移居到救济营，这里的特点是设施破旧、拥挤不堪、基本服务不足，导致传染病蔓延。流离失所者也可能被迫迁移到城市贫民窟，这时他们容易变得脆弱，不仅源于缺乏能力和资源，而且源于国家不愿意满足他们的需求。

42. 此外，当流离失所者的法律地位阻止他们使用卫生设施、获得货物和服务及利用经济机会时，他们变得特别脆弱。⁵¹许多人可能被迫在简陋或不安全的工作条件下工作，加剧了其健康状况变差。⁵²人们对获得保健和健康的根本性决定因素相互争夺，可能导致紧张局势日益加剧，损害了东道主与流离失所社区的利益。⁵³因此，流离失所社区可能在获得卫生设施、货物和服务及根本性决定因素方面面临歧视。

C. 妇女

43. 冲突可能加剧妇女健康状况变差、遭受歧视和性别暴力的脆弱性。在冲突期间，妇女由于怀孕和分娩时的身体和生殖需求，其健康结果不佳的概率更高。⁵⁴冲突时期发生的孕产妇死亡，大都是在分娩时或产后不久发生的，原因是得不到优

⁴⁸ 人权监察，《好像我们不属于人类：乌干达北部地区对残疾妇女的歧视和暴力》（2010年，纽约），第29页。

⁴⁹ Tami Tamashiro，“冲突对儿童健康和残疾的影响”，委托为《2011年全民教育全球监测报告》撰写的文章——隐藏的危机：武装冲突与教育（2011年，联合国教育、科学及文化组织，相关部分）。

⁵⁰ 救援委，“叙利亚：区域危机”，2013年，第12页。

⁵¹ 联合国难民事务高级专员公署（难民署），“叙利亚区域应对计划：2013年1月至6月”，2013年，第11、39页，可查阅：www.unhcr.org。

⁵² 同上。

⁵³ 救援委，“叙利亚”，第13页。

⁵⁴ 红十字委员会，“满足受武装冲突影响妇女的需求”（2004年，日内瓦），第10、121、133页。

质的生殖和孕产护理，如计划生育、产科急诊和产前产后护理。⁵⁵冲突局势中的妇女在意外怀孕时，更可能救助于不安全的堕胎服务。⁵⁶

44. 在冲突局势中妇女常常还是主要供养人，可能要挣扎着供养其家人，而忽略了其本人的需求。获得资源，如土地、就业和贷款不平等，会使许多妇女及其家人赤贫而脆弱。⁵⁷面对有限的选择，妇女可能转而进入非正规部门并从事技能水平低的工作，这种行业和工作产生的收益低且使她们容易遭受危险和剥削。⁵⁸依赖于武装团体和援助机构的妇女也可能从事色情工作以换取钱财、住房、粮食或其他基本必需品。⁵⁹这会使妇女感染上艾滋病毒和性传播感染的风险进一步增加。⁶⁰

45. 大规模流离失所、社区和家庭网络分解以及机构崩溃，可能制造出妇女和年轻女童易遭受性暴力的真空地带。⁶¹她们面临性剥削和贩运的风险更高，面临的家庭暴力和家庭成员虐待也会加剧。缺乏合格的保健专业人员、病人转诊机制和心理辅导的卫生设施可能无法确认和应对这些与冲突相关的性暴力。如果保健服务仅限于武装团体实施的性暴力情况尤其如此。⁶²与性暴力和艾滋病毒有关的羞辱以及缺乏充足的保护机制也可能导致不利的身体和精神健康后果。羞辱、家人和社区遗弃以及犯罪者报复，为性别暴力永久化创造了氛围并且导致幸存者被排斥和失能。未能提供增进安全和尊重幸存者隐私的服务，影响了他们充分参与社会，尤其是冲突后重建工作。

⁵⁵ 无国界医师组织，“孕产妇死亡：可以避免的危机”（2012年，纽约）；Howard及其他，“几内亚难民讲述的难民生殖健康状况（三）：孕产妇健康”，《冲突与健康》，第5卷，第5期（2011年4月12日），第1页。

⁵⁶ 联合国人口基金（人口基金），2011年11月13日至15日在布拉迪斯拉发举行的关于将性别问题纳入冲突和重建的主流的协商会议上的《武装冲突对妇女和女童的影响》（2002年，纽约）第44页。

⁵⁷ 奥地利开发署，“焦点：妇女、性别和武装冲突”，（2009年，维也纳），第2-3页。可查阅：www.oecd.org。

⁵⁸ 《妇女与和平与安全》（联合国出版物，出售品编号：E.03.4.1），第115-117页。

⁵⁹ Kirsti Lattu，《抱怨还是不抱怨仍是一个问题：与人道主义援助受益者就其如何看待为防止和应对性剥削和虐待所做努力进行协商》，人道主义问责伙伴关系，2008年，第20-22页。

⁶⁰ 世卫组织欧洲区域办事处，“生活在武装冲突局势中的妇女遭受暴力侵害情况”，2000年，第13页。

⁶¹ 人口基金，“艾滋病毒/艾滋病、性别和冲突局势”，第1页。可查阅：www.unfpa.org/hiv/docs/factsheet_conflict.pdf。

⁶² Human Security Research Group, Human Security Report 2012: Sexual Violence, Education and War: Beyond the Mainstream Narrative (Vancouver, Human Security Press, 2012), pp. 34-35, 45.

D. 儿童

46. 由于卫生条件差和食品不安全，儿童在冲突期间特别脆弱。⁶³ 营养不良尤其破坏了儿童对可预防疾病和传染病，如腹泻或疟疾的免疫力和抵抗力。⁶⁴ 疾病监测和疫苗接种系统崩溃也加剧了儿童健康状况变差的脆弱性并阻碍了其健康权。⁶⁵

47. 冲突还可能对儿童福祉和发展产生毁灭性的心理影响。压抑的经历、受虐待和长期压力可能提高创伤风险，如果儿童与其家人分离尤其可能如此。然而，由于得不到社会心理服务，人们可能会对儿童的精神健康需求不管不顾。⁶⁶

48. 冲突也可能导致儿童扮演新角色、承担新责任，这可能加剧他们对性暴力和性剥削的脆弱性。⁶⁷ 冲突时期的卫生设施常常缺乏面向性暴力幸存者，尤其是男孩的儿童适宜型服务。遭受性暴力增加了孩子遭受其他暴力的风险。例如，嫁给犯罪者通常被视为“保护女童名誉”的一种手段。⁶⁸ 然而，强迫性暴力幸存者嫁给犯罪者令她们遭受二次伤害，并且导致犯罪者行动的合法化和社会对性暴力的接受（见 [A/66/657-S/2012/33](#)）。

冲突策略

49. 如安全理事会（第 1820（2008）号决议）和其他组织所述，⁶⁹ 某些平民由于被视为或实际上与种族、宗教或政治团体有牵连可能成为攻击目标。这种策略损害了人的尊严，并且明显与健康权不一致。在某些情形下，这种策略也可以被定性为危害人类罪、种族灭绝罪或战争罪。例如，将性别暴力用作冲突中的策略证据确凿。⁷⁰ 此类暴力可能包括乱伦强奸和公开强奸、将强奸作为蓄意传播艾滋病

⁶³ 儿童权利国际事务局，《儿童与武装冲突：国际和人道主义法指南》（2010 年，蒙特利尔），第 160 页。

⁶⁴ Flavia Bustreo 及其他，《冲突后国家提高儿童健康水平：世界银行能否做出贡献》，（2005 年，华盛顿特区，世界银行）。

⁶⁵ 同上；儿童权利国际事务局，第 160 页。

⁶⁶ Hasanović and others, “Psychological disturbances of war-traumatized children from different foster and family settings in Bosnia and Herzegovina”, *Croatian Medical Journal*, vol. 47, No. 1 (2006), pp. 86-87.

⁶⁷ 儿童与武装冲突观察清单，“进退两难：尼泊尔武装控制期间暴力侵害儿童现象加剧”（2005 年，纽约），第 30-31 页。

⁶⁸ 救助儿童会，“说不出口的侵害儿童罪”（2013 年，伦敦），第 7 页；Megan Bastick、Karin Grimm 和 Rahel Kunz，《武装冲突中的性暴力：全球概览和对安全部门的影响》（2007 年，日内瓦，日内瓦民主管制武装力量中心），第 14 页。

⁶⁹ 美洲人权委员会，《哥伦比亚武装冲突期间对妇女的暴力和歧视》，OEA/Ser.L/V/11, doc. 67, 2006 年 10 月 16 日，第 47 段。

⁷⁰ 南斯拉夫问题国际刑事法庭和卢旺达国际问题法庭维持对性暴力作为实施以下罪行的手段的定罪：危害人类罪（卢旺达国际问题法庭，检察官诉 Akayesu，第 ICTR-96-4-T 号案件，1998

毒的途径、专门用于强迫妇女怀孕的营地以及预谋强奸作为政治压迫的工具。⁷¹ 妇女和女童成为性暴力的共同攻击对象，尽管男子和年轻男孩也可能遭受同样严重的攻击。⁷²除其他外如联合国人权事务高级专员所述（见 E/CN.4/2004/19），⁷³ 武装团体也可能专门针对性工作者、性别和族裔上的少数以及其他社区进行攻击，作为对“不受欢迎分子”进行“社会清洗”的一种手段。将平民作为冲突针对的目标，性暴力的身体和心理影响可能扩展到具体幸存者之外并使整个社区失能。⁷⁴ 由于性暴力伴随着羞辱，幸存者常常被迫保持沉默并被其社区排斥在外。⁷⁵性暴力对幸存者乃至其家庭和社区的精神健康影响可能持续几代人。⁷⁶性暴力在冲突结束后很长时间内也会影响目标社区参与公共健康活动。

50. 冲突各方也可将保健服务用作对特定社区发动攻击的策略。各方可能基于某些个人或社区的族裔、宗教和政治从属关系蓄意剥夺他们获得人道主义援助和保健服务。⁷⁷破坏健康的根本性决定因素，如在井里投毒和火烧农田是可能剥夺受影响社区有尊严生活和福祉的另一种策略。⁷⁸这种策略可能破坏目标群体应对严重健康需求的能力。⁷⁹所针对的群体因此可能无法获得营养食物、环卫设施或医

年9月2日第2号判决，第596段）、战争罪（南斯拉夫问题国际刑事法庭，检察官诉 Zejnir Delalic、Zdravko Mucic、Hazim Delic 和 Esad Landzo，第 IT-96-21-T 号案件，第495段）以及奴役邮戳（南斯拉夫问题国际刑事法庭，检察官诉 Dragoljub Kunerac、Radomir Kovas 和 Zoran Vukovic，第 IT-96-23-T 和 23/1-T 号案件，第543段）。

- ⁷¹ Obijiofor Aginam, “Rape and HIV as weapons of war” (Tokyo, UNU Press, 27 June 2012). Available from <http://unu.edu/publications/articles/rape-and-hiv-as-weapons-of-war.html>; Anuradha Kumar, “Human Rights: A Global Perspectives” (New Delhi, Sarup & Sons, 2002), pp. 101–152; Bülent Diken and Carsten Bagge Lausten, “Becoming subject: rape as a weapon of war”, *Body & Society*, vol. 11, No. 1 (2005), p. 115.
- ⁷² Sandesh Sivakumaran, “Sexual violence against men in armed conflict”, *European Journal of International Law*, vol. 18, No. 2 (2007), pp. 253, 263.
- ⁷³ Maria Zea and others, “Armed conflict, homonegativity and forced internal displacement: implications for HIV among Colombian gay, bisexual and transgender individuals”, *Culture, Health, and Sexuality*, vol. 15, No. 7 (April 2013), p. 8.
- ⁷⁴ 人权监察，《战争中的战争：刚果东部地区对妇女和女童的性暴力》，（2002年，纽约），第41页。
- ⁷⁵ 世卫组织，“强奸：妇女、社区和保健部门如何应对”（2007年，日内瓦）。可查阅：www.svri.org/rape.pdf, pp. 12–14; Nadera Shalhoub-Kevorkian, “致力于从文化角度界定强奸”，《妇女研究国际论坛》，第22卷，第2期（1999年3月/4月），第165–166页。
- ⁷⁶ Colleen Kivlahan and others, “Rape as a Weapon of War in Modern Conflicts”, *British Medical Journal*, vol. 340, No. 3270 (June 2010), pp. 468–469.
- ⁷⁷ 无国界医师组织，“叙利亚：医疗行为作为迫害的武器”（2012，纽约）。
- ⁷⁸ 医生促进人权协会，《达尔富尔：对幸存者的攻击：呼吁安全、正义和赔偿》，（2006年，华盛顿特区），第37–38页。
- ⁷⁹ 同上。

疗，这可能阻止他们享受其健康权。他们还可能遭受排斥不能参与民主决策，包括关于保健服务的决定，这可能使冲突后环境中的保健不公平永久化。

五. 主要国家之外的实体的义务

51. 在冲突时期落实健康权的主要责任由卷入冲突的国家承担。但是，其他国家和非国家行为者，包括武装团体、国际组织和人道主义非政府组织也承担努力落实受影响居民的健康权的义务。

A. 国际义务

52. 根据《经济、社会及文化权利国际公约》，各国有义务单独和通过国际合作和援助采取措施，致力于充分落实经济、社会和文化权利，包括健康权。为了履行其国际义务，各国必须尊重其他国家居民的健康权，如果能够通过法律或政治手段对第三方施加影响，防范这些第三方的侵权行为，以及根据资源提供情况便利其他国家的人获得基本保健服务。特别是，各国有义务在灾害和紧急情况下，包括在冲突和冲突后局势中提供人道主义援助。

53. 作为国际合作和援助的一个方面，各国应当尊重、保护和落实逃离冲突局势的人的健康权。照顾因冲突而流离失所的居民的重担通常由最无力承担的国家承担。⁸⁰在这方面，其他国家应当确保提供适当的国际援助，包括通过向因冲突而面临流离失所者流入的国家提供援助以及采取措施协助其安置。各国还应当确保无障碍地向这些人提供优质卫生设施、货物、服务和健康的根本性决定因素，不论其是否为该国国民。各国还应当避免推行侵犯健康权的政策，如强制羁押或驱逐。⁸¹

54. 国家还经常在冲突时期实行经济制裁，对冲突各方进行胁迫，或控制资源流向受冲突影响地区。⁸²这种制裁可能对平民的健康权产生不利影响，不仅通过限制医疗用品，而且通过延长基本货物和服务的行政延迟时间、使贫穷加剧以及减少用于保健、基础设施和教育系统的资源。⁸³为了确保受冲突影响者充分享受健康权，医疗用品和设备、水、粮食和对于居民健康很重要的其他必需品决不当

⁸⁰ 难民署，《2012 年全球趋势》（2013 年，日内瓦），第 2 页。

⁸¹ 经济、社会和文化权利委员会，第 14 号一般性意见（2000 年），第 43 (a)、54 段。有关强制羁押对健康权的影响，例如见，“人人有权享有能达到的最高标准身心健康问题特别报告员的报告：对澳大利亚的访问”（A/HRC/14/20/Add.4），第 92 和 97 段。

⁸² 经济、社会和文化权利委员会，第 8 号一般性意见（1987 年），第 2 段。

⁸³ 同上，第 3-6 段。

列入制裁范围。此外，所有制裁措施在实施之前和之后都应当监测其对健康权的影响如何，还应当保持透明和顺应民意，不论其政治目的如何。⁸⁴

B. 非国家武装团体

55. 当代的大多数冲突都是涉及一方或多方非国家武装团体的非国际武装冲突。⁸⁵这些非国家武装团体可能严重影响了在冲突期间人们享受健康权。一项研究发现，非国家武装团体可能与国家部队一样，攻击或干预卫生设施，且其为了非法目的进入医院的可能性几乎是国家部队的两倍。⁸⁶

56. 人们越来越认为，非国家武装团体的组织和控制如果达到一定程度，就应当尊重国际人道主义法和人权法。⁸⁷1949年《日内瓦四公约》共同条款第3条及其《第二附加议定书》都涉及冲突双方，国际法院理解应当包括有组织非国家武装团体。⁸⁸同样，事实调查委员会也得出结论，稳定、有组织且有效控制了领土的武装团体在规定的国际人道主义法和人权义务方面拥有法律人格（见A/HRC/19/69，第106-107段，以及A/HRC/17/44）。这包括有义务避免攻击或干预人道主义设施、交通工具和人员以及避免伤害平民，包括通过性暴力或破坏食品或供水系统。⁸⁹

57. 非国家武装团体也受到国际社会期待的约束，即期待它们将尊重《世界人权宣言》所载的规范，尤其是在它们对领土行使控制权时（A/HRC/2/7，第19段，以及E/CN.4/2006/53/Add.5，第25-26段）。此外，健康权框架认识到社会各部门对于落实健康权的责任，⁹⁰这包括非国家行为者，如武装团体和冲突时期的其他武器携带者的责任。最后，要让武装团体对通过协定、单方面声明和安全理事会下的监测系统而自愿承担的义务负责（第1998（2011）号决议），这既包括尊重人权的义务，也包括在武装团体行使控制权和管辖权时保护或落实人权的义

⁸⁴ 同上，第12-13段。

⁸⁵ 世界银行，《2011年世界发展报告》，第52页。

⁸⁶ 红十字委员会，《十六国研究报告》，第8-10页。

⁸⁷ See, Andrew Clapham, 'Non-State Actors', in Daniel Moeckli and others (eds), *International Human Rights Law*, 2nd ed.

⁸⁸ 同上；检察官诉Akayesu案，第611页（牛津大学出版社）。国际法院，在尼加拉瓜境内和针对尼加拉瓜的军事和准军事活动案（尼加拉瓜诉美利坚合众国），《判决书》，《国际法院案例汇编》，1986年》，第14页，第119段；美国人权法院，Abella诉阿根廷案，第11.137号案件，1997年11月8日。

⁸⁹ 《达尔富尔国际调查委员会提交联合国秘书长的报告》，2005年1月25日，第165-166段。

⁹⁰ 《经济、社会、文化权利国际公约》第14（2000）号一般性建议，第42段。

务。⁹¹因此，武装团体必须最起码尊重人权，包括健康权，并且可能承担保护或落实人权的其他义务。不管境内是否有武装团体存在，国家保护人民不受第三方侵权行为侵害的义务都继续有效，而且第三方武装团体的存在不应被国家用作放弃其对冲突地区健康权负责的借口。

58. 尽管如此，目前在划分非国家武装团体的人权责任和令其承担刑事起诉之外责任的机制方面存在着空白。在这方面，国家有义务促进社会所有部门履行对健康权的责任变得尤其重要。国家、民间社会和国际组织成功地促成了与非国家武装团体关于人权和人道主义问题的协议，包括为保健工作者提供“安宁日”以安全提供疫苗。⁹²各国应当通过、支持和扩大这些倡议，以在冲突期间保护和落实健康权并尽量减轻冲突对弱势群体的影响。

59. 特别报告员认识到冲突各方可能不愿意达成这种协定，害怕另一方合法化或者担心它们可能承认对领土的控制或政府职能。⁹³然而，其中的许多反对意见都可能通过以下措施而克服，如人权协定与停火或权力分享谈判脱钩，明确指出这种谈判不会影响政治承认，或者通过共同信任的第三方调解谈判，而且这些反对意见不得被视为不可逾越。⁹⁴各国还应当确保这种倡议不会受过于宽泛的反恐法律的阻碍。许多反恐法律目前将与列为恐怖主义团伙的组织一切形式的接触都定为刑事犯罪，这遏制了许多人道主义机构与武装团体就其人权责任进行接触，因为害怕被称为恐怖分子或被认为与被称为“恐怖分子”的武装团体有牵连。⁹⁵

C. 政府间和非政府组织

60. 健康权框架认识到国际和非政府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，包括向难民和国内流离失所者提供援助。⁹⁶ 国际和非政府组织也可作为监测员、调节人、维持和平部队和领土管理员介入冲突。这种组织应

⁹¹ 日内瓦呼吁，《日内瓦呼吁下关于保护儿童免受武装冲突影响的承诺书》，第 7 段，可查阅 www.genevacall.org；《萨尔瓦多与法拉本多·马蒂民族解放阵线关于人权的协定》，1990 年 7 月 26），可查阅：www.geneva-academy.ch。

⁹² Leonard Rubenstein, “Defying expectations: polio vaccinations amid political and armed conflict (Peace Brief, Washington, DC, United States, Institute of Peace, 2010) Available from www.usip.org.”

⁹³ 见日内瓦国际人道主义法和人权学院，《交战规则：通过与武装非国家行为者对话保护平民》（2011 年，日内瓦），第 5-7 页。可查阅：www.geneva-academy.ch。另见《在打击恐怖主义的同时促进和保护人权和基本自由问题特别报告员的报告》(A/HRC/6/17 和 Corr. 1)，第 42-50 段。

⁹⁴ 日内瓦学院，《交战规则》，第 8-57 页。

⁹⁵ Naz K. Modirzadeh, Dustin A. Lewis 和 Claude Bruderlein, “打击恐怖主义时的人道主义接触：规范冲突与新生政治格局”，《红十字国际委员会评论》，第 93 卷，第 883 期（2011 年 9 月），第 623 页。

⁹⁶ 经济、社会和文化权利委员会，第 14 号一般性意见（2000 年），第 65 段。

当确保它们在其决定和活动中适当考虑健康权，包括通过基于权利的保健政策、对弱势群体的需求给予特别注意以及确保受影响社区的参与。它们还应当确保充满活力问责机制存在，特别是在维持和平和执行和平的局势中。这些机制包括有效的惩罚制度、明确的行动标准、监测和数据收集系统以及方便且独立的解决争端系统，尤其是对于享有国内管辖权豁免的国际组织而言。

六. 问责和补救

61. 问责是健康权框架的一个基本方面。它要求独立监测、立即调查、透明治理，包括收集和向公众传播完整准确的信息，以及让侵权行为受害者获得补救。这些要求在国际人道主义法下也有所涉及，责成各国预防、调查和处罚违反国际人道主义法行为。⁹⁷军队、警察部队和医疗机构都应当出台明确的政策和行为守则，以在冲突时期保护健康权。⁹⁸

A. 监测和透明度

62. 冲突时期侵犯健康权，包括攻击和干预保健提供常常未得到现行监测制度的充分涵盖。⁹⁹由于不安全且国家和国际组织没有系统收集和传播数据，监测冲突和冲突后局势中的这种侵权行为常常跟不上或不完整。¹⁰⁰监测机制可能过于侧重于影响力大的问题，如对国际援助人员的攻击而不是更常见的侵权行为，如威胁当地工作人员或破坏根本性决定因素。¹⁰¹对举报人实施报复也可能意味着最适合举报侵犯健康权的保健工作者和受影响居民可能由于害怕无法提供或获得医疗而不愿举报。

63. 安全问题不应当被用来为全面禁止举报侵权行为做辩解，特别是如果为确保安全所采用的手段限制性不强，如允许匿名举报发生的事件。¹⁰²各国应当确保向独立监测员提供准确消息，不应当对举报侵权行为的人实施报复。各国还应当预

⁹⁷ 见 Jean-Marie Henckaerts 和 Louise Doswald-Beck 援引的资料来源，《习惯国际人道主义法第一卷-规则》（2005 年，联合国剑桥，红十字委员会和剑桥大学出版社），第 158 条。可查阅：[www. icrc.org](http://www.icrc.org)。

⁹⁸ 经济、社会和文化权利委员会，第 14（2000）号一般性意见，第 55-56、59 段。

⁹⁹ Leonard Rubenstein, “武装冲突和内部冲突期间保护保健：突破的机会”（2012 年，华盛顿特区，战略和国际研究中心），第 2-4 页。可查阅：http://csis.org/files/publication/120125_Rubenstein_ProtectionOfHealth_Web.pdf。

¹⁰⁰ 同上，第 2 页。

¹⁰¹ 红十字委员会，《危境中的保健：影响保健的暴力事件：2012 年 1 月至 2012 年 12 月》（2013 年，日内瓦），第 5 页。

¹⁰² P.J. Jennings and S. Swiss, “Supporting local efforts to document human rights violations in armed conflict”, *Lancet*, vol. 357, No. 9252 (January 2001) p. 302.

防和调查国家人员和第三方对举报人进行威胁和攻击。各国应当特别推广基于社区的监测倡议，确保考虑到当地居民的意见，并向民间社会和受影响社区提供透明而可靠的信息。

64. 冲突时期健康方案编制和治理方面缺乏透明度和问责制，也破坏了受影响居民与国家之间的信任，妨碍了在受冲突影响地区更好地提供和保护保健服务的尝试以及阻碍了对援助分配进行准确评估。这可能会增加进一步侵权的风险和对其进行补救的难度。特别是，缺乏透明度和问责阻碍了对冲突地区的援助，剥夺了遭受重创的保健系统获得急需的资金。受冲突影响国家得到的援助不到有类似发展需求的国家的 43%，分配不当风险增加和监测难度增大成为造成这种差异的两个原因。¹⁰³

B. 补救

65. 对侵权行为立即进行有效而充足的补救成为问责的一项重要内容。在健康权框架下，凡健康权遭受侵犯的个人或群体都应当诉诸国家和国际层面切实有效的司法或其他适当补救措施，包括适当的赔偿，补救的形式可以是复原、赔偿、使受害者满足或保证不重复。各国应当在司法和行政系统内提供有效、迅速和方便的补救诉求手段。它们还应当确保建设和平进程，如大赦、诉讼时效或军队或警察部队免除民事或刑事诉讼，不会阻碍获得补救，并为向国家和非国家行为者诉求补救提供了手段。

66. 补救不应当局限于对犯罪者的惩罚性行动，还应当旨在恢复受影响者的健康权并且弥合源于或引起持续冲突的社会分歧。鉴于此，就冲突对健康权持续系统地产生影响而言，补救使受害者满足和保证不重复，包括如大会第 60/147 号决议所述采取措施终止当前的侵权行为和防止以后的侵权行为尤其重要。就健康权而言，保证不重复包括改进对冲突地区保健工作者的保护；就冲突时期适当使用医疗设施提出明确的行为守则；对适当的行为者，包括执法机构进行关于健康权所有方面的培训和认识提高；进行法律改革，包括颁布法律规定不得干预公正提供保健；以及建立独立的争端解决和监测制度。补救使受害者满足包括司法和行动制裁、承认错误和采取有效措施终止继续侵权。

67. 补救措施应当涉及取消歧视性政策和法律，制定和执行国家健康综合计划，以在冲突后落实健康权。各国也应当提供平台以愈合冲突引起的社会裂痕。真相和和解委员会、国际和混合刑事法庭、国际和区域人权机制及实况调查团等机制能够在国家一级为此方面的司法和行政补救提供重要补充。在所有各级，受影响社区参与补救进程对于确保以富有意义方式可持续地解决冲突十分重要。

¹⁰³ Preeti Patel and others, "A review of global mechanisms for tracking official development assistance for health in countries affected by armed conflict, health policy, vol. 100, Nos.2-3 (2011) p.117.

七. 结论和建议

68. 对冲突局势采用健康权办法要求各国为了落实受冲突影响的个人，包括积极参与冲突的个人的健康权采取持续而具体的步骤。特别报告员建议各国在冲突之前、期间和之后颁布和执行尊重、保护和落实受影响居民健康权的法律和政策。

69. 特别报告员强调受影响社区，尤其是弱势群体的有效参与对于健康权框架至关重要。受影响社区应当随时参与制定、执行和监测影响其健康权的决定和协议，包括涉及冲突局势和冲突后局势的政策。

70. 特别报告员敦促卷入冲突局势的国家：

(a) 提供资源，包括通过人道主义援助，履行其在健康权下的义务。各国应当随时履行其在健康权下的不可克减的核心义务；

(b) 不加区别地确保优质卫生设施、货物和服务对于卷入和（或）受冲突影响的所有人的可提供性、可获得性和可接受性。应当对弱势群体给予特别关注；

(c) 避免制定将保健专业人员向卷入冲突者提供保健服务定为刑事犯罪的法律和政策或在这种法律和政策存在的情况下将其废除。各国也应当避免干预保健专业人员以公正方式提供服务；

(d) 避免阻碍、约束或限制人们获得卫生设施、货物和服务。在这种障碍必不可少的情况下，限制应当与试图实现的目标相称，而且应当采取限制性最弱的选择；

(e) 避免攻击卫生设施、货物、服务和工作人员，尤其将此作为一种冲突策略，包括在武装团体控制的地区。各国也应当采取措施保护卫生设施、货物、服务和工作人员免受非国家武装团体的袭击；

(f) 严禁卫生设施、货物和服务军事化；

(g) 通过自愿协定与非国家武装团体接触，以促进获得卫生设施、货物和服务；

(h) 通过向独立监测团体，包括基于社区的监测团体提供方便快捷的信息，确保有效监测冲突时期侵犯健康权情况。

71. 特别报告员敦促冲突后国家：

(a) 制定和执行重建基础设施和落实根本性决定因素的计划，其中特别关注弱势群体的需求。各国应当制定法律以确保根本性决定因素公平分配且用于落实所有人，尤其是弱势群体的健康权；

(b) 为执行重建政策提供充足资源。捐助方资助的倡议应当在需要时补充且支持国家健康政策，并且在执行时有受影响居民参与；

(c) 确保受冲突影响和卷入冲突者，尤其是弱势群体对于基本和主要卫生设施、货物和服务，包括心理健康服务的可提供性和可获得性；

(d) 确定司法救助机制，以应对侵权行为并针对此类侵权行为提供补救，包括复原、赔偿、保证不重复和使受害者满足；

(e) 通过恢复性正义进程，如公正而透明的真相和和解委员会，提供以富有意义方式可持续地解决冲突的建设和平机制。

72. 特别报告员敦促各国履行其国际义务，尤其是：

(a) 确保执行援助方案的透明度；

(b) 保障冲突期间对国家实施的经济制裁不会阻碍受冲突影响者健康权的落实；

(c) 尊重、保护和落实逃离冲突局势的人的健康权。

73. 特别报告员敦促在冲突时期开展人道主义活动的国际和非政府组织：

(a) 按照健康权框架采取健康倡议，包括确保受影响社区的参与。这些倡议应当宣传与健康权相一致的传统医学和做法；

(b) 对工作人员，如维持和平行动成员和人道主义工作者侵犯健康权确定有效的问责机制。

74. 特别报告员敦促非国家武装团体：

(a) 尊重国际人权和人道主义法规范，包括与健康权相关的规范；

(b) 遵守为保护受影响居民的健康权可能订立的协定。