



## 人权理事会

## 第二十六届会议

## 议程项目 3

增进和保护所有人权——公民权利、政治权利、  
经济、社会和文化权利，包括发展权

## 人人有权享有可达到的最高水准身心健康问题特别报告员 阿南德·格罗弗的报告

### 不健康食品、非传染性疾病和健康权

#### 概要

在根据第 24/6 号决议向人权理事会提交的报告中，人人有权享有可达到的最高水准身心健康问题特别报告员在不健康食品 and 与饮食相关的非传染性疾病之间确立了关联。特别报告员强调，各国迫切需要应对食品环境方面的结构性变化，这些变化对个人享有适足和营养食品权——健康权的一个基本决定因素——产生了负面影响。全球贸易、食品部门外国直接投资的增加以及对不健康食品的大肆营销增加了不健康食品的消费，这种食品 and 与饮食相关的非传染性疾病有关联。

特别报告员概述了可藉以增加健康食品的供给和渠道的若干政策，包括通过财政政策 and 监管不健康食品的营销和促销，以及通过提供更多资讯，提高人们对不健康食品所造成的风险的认识。他认为，国家有义务确保尊重、保护和落实健康权；他还指出，食品行业有责任避免生产、营销和促销不健康食品。他还强调，需建立多种问责制和补救机制，在健康权遭侵犯时，个人可籍由这些机制寻求补救；他强调，国际援助和合作对于预防与饮食相关的非传染性疾病和减少这种疾病造成的日益沉重负担十分重要。

特别报告员在报告末尾向各国和食品行业提出了若干建议，请其采取具体步骤，减少的不健康食品生产和消费，改善健康食品的供应和可负担性。



## 目录

	段次	页次
一. 导言 .....	1-4	3
二. 全球化对粮食系统的影响 .....	5-9	4
三. 不健康食品的促销和营销 .....	10-11	6
四. 国家在尊重、保护和落实健康权方面的义务.....	12-27	7
A. 信息和提高认识 .....	17-18	8
B. 财政政策.....	19-21	8
C. 关于营销和促销不健康食品问题的政策 .....	22-25	9
D. 关于外国直接投资问题的政策 .....	26-27	10
五. 食品和饮料行业的责任 .....	28-32	11
六. 弱势群体 .....	33-46	12
A. 儿童 .....	34-38	13
B. 妇女 .....	39-41	14
C. 低收入群体 .....	42-46	15
七. 参与 .....	47-49	16
八. 问责制和补救措施 .....	50-55	17
九. 国际援助和合作 .....	56-62	19
十. 结论和建议 .....	63-68	21

## 一. 引言

1. 健康权的范围不仅包括健康的根本决定因素例如充分供应安全食品，而且健康权的实现也与落实食品权有着不可分割的联系。作为健康权的一个根本决定因素的安全营养食品，其获取问题与粮食安全和营养安全概念相关。联合国粮食及农业组织对粮食安全的定义是以下情形：“所有人在任何时候都能够在物质和经济上获得足够、安全和富有营养的粮食，来满足其积极和健康生活的膳食需求及食物喜好”。<sup>1</sup> 经济、社会和文化权利委员会认为，健康权下的一个核心国家义务包括保证“能够得到最基本的、有充足营养和安全的食物，保证所有人免于饥饿”。<sup>2</sup> 关于食物权下的法律义务问题，委员会同样指出：“每一个国家都有义务确保其管辖范围内的每一个人能获得最低限度的基本食物，这些食物应数量足够，营养上充足，并确保安全，保障能免受饥饿”。<sup>3</sup> 这项相伴随的义务日益重要，因为在非传染性疾病日益增加的全球负担中有不健康食品的影子。

2. 每年，3,600 多万人死于非传染性疾病。非传染性疾病已超过传染性疾病，成为世界大部分地区的主要死因。四大主要疾病——心血管疾病、癌症、慢性呼吸道疾病和糖尿病——是大部分非传染性疾病相关死亡的原因。不健康饮食是与非传染性疾病相关的一个主要可改变风险因素，每年有 270 万人因此死亡。<sup>4</sup> 低收入和中等收入国家的非传染性疾病死亡率更高，80%的所有非传染性疾病死亡发生在这些国家。<sup>5</sup> 不健康饮食也与高肥胖率相关，这是一个日益严重的全球流行病，每年大约 280 万人死于此病，是非传染性疾病的一个已知风险因素。<sup>6</sup>

3. 已经确知，摄入大量富含糖、盐、反式脂肪和饱和脂肪的食品，例如汉堡包、比萨饼、红肉、薯片、饼干、咸味小吃和含糖饮料，这种饮食有很大风险，可导致肥胖症和非传染性疾病。<sup>7</sup> 其中大多数食物都过分加工，<sup>8</sup> 可直接食用，

<sup>1</sup> 粮农组织，《世界粮食问题首脑会议行动计划》(1996年)，第1段。

<sup>2</sup> 经济、社会和文化权利委员会第14号一般性评论，E/C.12/2000/4，第43段(b)。

<sup>3</sup> 经济、社会、文化权利委员会第12号一般性评论，E/C.12/1999/5，第14段。

<sup>4</sup> 世界卫生组织(卫生组织)，“不健康饮食和缺乏身体活动”，非传染性疾病和精神卫生处，概况介绍，2009年6月。可在以下网址参阅：[http://www.who.int/nmh/publications/fact\\_sheet\\_diet\\_en.pdf](http://www.who.int/nmh/publications/fact_sheet_diet_en.pdf)。

<sup>5</sup> 卫生组织，《2010年全球非传染性疾病状况报告》(日内瓦，2010年；2011年重印)，原文第9页。

<sup>6</sup> 卫生组织，“关于肥胖症的10个事实”，可在以下网址参阅：<http://www.who.int/features/factfiles/obesity/facts/en/index1.html>。

<sup>7</sup> M.Tokunaga *et al.*，“Diets, nutrients and noncommunicable diseases”，*The Open Nutraceuticals Journal*，vol. 5 (2012)，p. 152。

但能量密度高，含有空热量，无营养价值。在食用健康食物外，少量消费的不健康食物，不一定会对健康有害。但是，由于供应量大而且十分可口，再加上积极的市场营销，在饮食方面，不健康食品已经取代了健康食品。<sup>9</sup> 这是中低收入国家的一个特别令人担忧的趋势，因为这些国家的不健康食品的消费率预计将超过高收入国家。<sup>10</sup> 虽然消费不健康食品所产生的过剩热量可通过身体活动消耗掉，但从劳动密集型向服务型职业的技术转变以及运输方式的变化导致久坐不动的生活方式，从而减少了身体活动和能量消耗。<sup>11</sup>

4. 全球化进程，特别是贸易和粮食加工、零售、食品广告和促销等领域的外国直接投资，日益与饮食格局的转变相关，将其导向与非传染性疾病密切相关的饮食格局。<sup>12</sup> 这也表现在许多国家、特别是发展中国家越来越多的食品和餐饮跨国公司大肆营销不健康食品。<sup>13</sup> 公共政策的应对侧重于全民应对措施，改变购买和消费模式，这对于解决不健康饮食问题十分关键，但对于处理在很大程度上影响人们饮食的食品系统的结构变化，人们重视得还远远不够。<sup>14</sup>

## 二. 全球化对粮食系统的影响

5. 全球化政策在增加不健康食品的国家间自由流动方面发挥了重要作用。食物系统的变化现在在很大程度上是由跨国公司包括食品和饮料公司和连锁超市主导的，这些变化改变了饮食习惯，从传统和低限度加工食品转向过度加工食品。事实上，在世界食品销售量中，75%是加工食品，最大的加工商控制着三分之一以

<sup>8</sup> Rob Moodie *et al.*, “Profits and pandemics: prevention of harmful effects of tobacco, alcohol, and ultra-processed food and drink industries”, *The Lancet* (2013), vol. 381, No. 9867, p. 671: “过度加工的产品是从全食物——例如油、氢化油和脂肪、面粉和淀粉、各种糖类和动物食品的廉价部位或残留部分——提取或‘精制’的，很少或没有全食品”。

<sup>9</sup> 同上，原文第 671-672 页。

<sup>10</sup> David Stuckler *et al.*, “Manufacturing epidemics: the role of global producers in increased consumption of unhealthy commodities including processed foods, alcohol and tobacco”, *PLOS Medicine*, vol. 9, No. 6 (2012), p. 2。

<sup>11</sup> Barry M. Popkin, “Global nutrition dynamics: the world is shifting rapidly toward a diet linked with noncommunicable diseases”, *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 84, No. 2 (2006), pp. 289-298。

<sup>12</sup> Corinna Hawkes, “Uneven dietary development: linking the policies and processes of globalization with the nutrition transition, obesity and diet-related chronic diseases”, *Globalization and Health*, vol. 2, No. 4 (2006)。

<sup>13</sup> *Global Status Report on Noncommunicable Diseases 2010* (see footnote 5 above), Chapter 2, NCDs and Development, p. 33。

<sup>14</sup> Sharon Friel *et al.*, “Measuring progress on diet-related NCDs: the need to address the causes of the causes”, *The Lancet*, vol. 381, No. 9870 (2013), pp. 903-904。

上的全球市场。<sup>15</sup> 因此，在微加工食品向超加工食品转变过程中，跨国公司是一个关键环节。与促进食品系统内健康食品的供应和经济廉价性相比较而言，跨国公司还极大影响了不健康食品的销售和消费。<sup>16</sup>

6. 工业技术促进了跨国公司在现代食品系统内的主导地位。在农业生产中使用农用化学品和杂交种子以及在食品加工中使用萃取技术，使得以大幅降低的成本大规模生产粮食成为可能。<sup>17</sup> 在过度加工食品添加大量盐、饱和脂肪和反式脂肪，增加了此种食品的货架寿命，减少了运输费用，提高了它们的盈利能力。

7. 国际货币基金组织和世界银行 1980 年代的“结构调整方案”迫使发展中国家向外国贸易开放市场，包括食品部门，作为发放贷款的部分条件。在世界贸易组织谈判达成的协定力图通过以下做法加强市场一体化：削减关税和非关税贸易壁垒，减少出口补贴和消除本国工业保护，促进商品和服务更自由地流通。<sup>18</sup> 这些政策的实施，是作为一种途径，藉以提高食品系统生产人们所需所愿食品的效率，但这些政策对所供应的食品种类和成本产生了重大影响。因此，某些产品的生产与其他种类相比有大幅增加。例如，全球的植物油(例如，部分氢化大豆油——一种反式脂肪来源)和棕榈油(一种饱和脂肪来源)产量大幅增加。<sup>19</sup> 相类似的是，玉米等谷物的产量也增加了，以满足食品加工业生产高果糖玉米糖浆等甜味剂的需要，大幅增加了全球消费此种甜味剂而产生的卡路里量(A/HRC/19,第 13-14 页)。研究表明，实行放松市场管制政策的国家，在不健康食品的消费和平均身体质量指数(一种肥胖指标)增加方面速度更快。<sup>20</sup> 在追求扩大市场和利润目标的过程中，饮食和营养等关键的健康关注领域未得到适当考虑。<sup>21</sup>

8. 外国直接投资量在加工食品部门的上升即是一个有关因素，造成中低收入国家面临更多的不健康食品。<sup>22</sup> 外国直接投资是跨国公司藉以进入发展中国家的一个机制。外国直接投资使公司能够购买或投资于其他国家的食品加工公司，这些公司然后为当地市场生产加工食品。这就绕过了加工食品进口关税并减

<sup>15</sup> “Profits and pandemics” (见上文脚注 8)，原文第 671-672 页。

<sup>16</sup> “Manufacturing epidemics” (见上文脚注 10)，原文第 1-2 页。

<sup>17</sup> Tim Lang, “Food industrialisation and food power: implications for food governance”, Gatekeeper Series No. 114 (国际环境和发展研究所, 2004 年), 原文第 4-5 页。

<sup>18</sup> Corinna Hawkes *et al.*, “Linking agricultural policies with obesity and noncommunicable diseases: a new perspective for a globalising world”, *Food Policy*, vol. 27 (2012), pp. 344-345。

<sup>19</sup> 同上，原文第 345 页。

<sup>20</sup> Roberto De Vogli *et al.*, “市场放宽管制对快餐消费和体重指数的影响：跨国时间序列分析”，世界卫生组织简报，第 92 期(2014 年)，原文第 99-107A 页。

<sup>21</sup> “饮食、营养素和非传染性疾病” (见脚注 7)，原文第 148 页。

<sup>22</sup> “Manufacturing epidemics” (see footnote 10 above), p. 5。

少了运输成本。外国直接投资在增加发展中国家加工食品销售量方面比贸易更加关键。<sup>23</sup> 例如，在一些新兴市场，加工食品行业是吸引外国直接投资最多的部门。<sup>24</sup> 畅销的软饮料和快餐品牌的大部分销售也发生在发展中国家。<sup>25</sup>

9. 超市和大型食品连锁店已基本取代了新鲜食品市场，成为大多数国家的主要食品供应来源，<sup>26</sup> 这种替代在发展中国家比发达国家更快。<sup>27</sup> 设在北美和欧洲的超市在非洲、亚洲、中欧和东欧以及拉丁美洲都有大量投资。超市现在已是拉丁美洲的主要食品零售点。<sup>28</sup> 在一个国家，大约四分之三的外国直接投资流向软饮料、小吃和蛋黄酱等高加工食品。<sup>29</sup>

### 三. 不健康食品的促销和营销

10. 全球食品促销、营销和广告活动与全球化有着密切联系，导致饮食结构向不健康食品转变。食品营销的目的是，通过使人们养成经常消费产品的习惯，增加对产品的需求。过去几十年来，跨国公司在新兴经济体推行的积极扩张战略增加了全球食品品牌的可见度和熟悉度，进而用来增加人们对这些产品的消费。跨国公司使用了具体的营销工具，它们确保以可担负得起的价格在尽可能多的地点供应全球食品品牌，同时扩大产品种类，以迎合当地口味和购买能力。为满足一些农村地区和低收入人口的需要，软饮料公司对廉价小瓶饮料进行了投资，使产品易于接受。在其他地方，份量增加了，以鼓励更多消费。<sup>30</sup> 在个人层面，购买力的提高和即食产品的便利性促进了不健康食品的消费。在人口层面，跨国公司使用的咄咄逼人的、系统的营销战略助长了这种需求。<sup>31</sup>

<sup>23</sup> Corinna Hawkes, “The role of foreign direct investment in the nutrition transition”, *Public Health Nutrition*, vol. 8, No. 4 (2005), pp. 357-365.

<sup>24</sup> Kakali Majumdar, “Foreign direct investment in Indian food processing industry”, *Asian Journal of Research in Business Economics and Management*, vol. 2, No. 4 (April 2012), p.113.可在以下网址参阅：<http://www.ajsh.org/setup/business/paper139.pdf>.

<sup>25</sup> Corinna Hawkes, “全球软饮料和快餐公司在新兴市场上的营销活动：述评”，全球化、饮食和非传染性疾病(世界卫生组织，日内瓦，2002年)，原文第1页。

<sup>26</sup> Barry M. Popkin *et al.*, “The global nutrition transition and the pandemic of obesity in developing countries”, *Nutrition Reviews*, vol. 70, No. 1 (2012), p. 8.

<sup>27</sup> Abay Asfaw, “Supermarket purchases and the dietary patterns of households in Guatemala”, IFPRI Discussion Paper 00696 (Washington D.C., International Food Policy Research Institute, 2007), p. 1.

<sup>28</sup> Ronald Labonté *et al.*, “Framing international trade and chronic disease”, *Globalization and Health*, vol. 7, No. 21 (2011), p. 3.

<sup>29</sup> “The role of foreign direct investment in the nutrition transition” (see footnote 24 above), p. 360.

<sup>30</sup> “Marketing activities of global soft drink and fast food companies ...” (见上文脚注 26)，原文第 8-12 页。

<sup>31</sup> “Profits and pandemics” (见上文脚注 8)，原文第 372 页。

11. 食品业花费了数十亿美元，持续深入地促销和营销不健康食品。跨国公司经常与快餐店达成专营合约，以销售它们的食品。它们还使用了多种定价策略，作为一种机制，诱导对不健康产品的需求。人们会发现，与健康食品相比较而言，超市对不健康食品提供更多的价格折扣。<sup>32</sup>

#### 四. 国家在尊重、保护和落实健康权方面的义务

12. 在营养适足的安全食物的供应和可获得性方面，健康权和食物权要求国家承担义务。在健康权的框架下，国家负有不可克减的一个核心义务，即确保人人都能获得营养充足的最低限度的基本食物，能免于饥饿。与此相关的是，食物权框架要求国家从质和量两个方面确保食物的供给和可获得性，以满足个人的饮食需要，这些食物包含各种营养成分，可促进身心成长、发展和维持、以及符合人生各阶段生理需要的身体活动。

13. 《经济、社会、文化权利国际公约》对逐步实现健康权作出了规定。这意味着，国家有一项具体的和持续的义务，尽可能迅速有效地充分实现可达到的最高健康标准。因此，国家应制定一项有时限的计划，尽其现有最大资源，立即采取持续步骤。例如可通过制定与健康以及与贸易和农业等部门相关的政策，履行这项义务。具体而言，健康权框架要求各国采取措施，防止与饮食相关的非传染性疾病，使人们能够平等及时地获得初级保健。因此，为确保健康权下的三种类型义务，即尊重、保护和实现健康权，各国不仅应提供营养食品，而且应在各个决策领域采取措施，减少与饮食相关的非传染性疾病的负担。

14. 尊重健康权的义务是国家的一项消极义务，即不干涉人民享受健康权。它承认个人有权就其健康问题自主地作出知情决定。然而，不干涉个人决策的义务并不意味着国家对食品行业的法律和政策漠然处之。应向个人提供便利可行的替代选择，使其能够从中选择健康饮食。

15. 国家也有义务保护人民的健康权不因非国家行为方包括私人食品公司的活动而遭到侵犯。例如，国家应确保食品公司的广告和促销传达准确和易于理解的信息，说明其食品的可能不良影响。这一点非常重要，因为隐瞒或歪曲这种信息可能会影响人们的饮食选择，这就对健康权产生了影响。

16. 实现健康权是一项积极义务，它要求国家制定一项国家公共卫生战略和行动计划，以实现可达到的最高健康标准。国家也有义务确保提供准确的与健康饮食相关的信息，以鼓励知情选择。认识到食品与健康之间的密切联系，国家需制订多部门政策，积极影响健康食品的可获得性和可及性。例如，国家可能需要修

<sup>32</sup> University of East Anglia, “Supermarket offers: a healthy choice for consumers?”, 21 November 2012. 可在以下网址参阅：<http://www.uea.ac.uk/mac/comm/media/press/2012/November/supermarkets-offers-paul-dobson>.

改其粮食政策和农业、贸易和财政政策。这些政策应考虑到与饮食相关的非传染性疾病的流行病学证据，而且应通过指标和基准加以实施和监测。然而，国家应确保各项法规不对小型工业造成不当损害。虽然有必要确保小型工业生产食品并非不健康或不安全，监管方面的要求可能会对它们带来过度负担。替代做法，例如在消费者中间和在小规模食品制造商之间采取的社区和朋辈教育，在劝说这些企业生产健康食品方面可能会更有效。例如，一些国家已成功使用朋辈教育模式，使街头食品小贩用更健康的材料替换有害的蔬菜油。

## A. 信息和提高认识

17. 为逐步实现健康权，国家应为不同群体制定并定期更新健康饮食结构食品和营养指南，特别是为儿童、妇女和低收入群体等弱势群体。指南的制定应依据科学证据，有社区、民间社会组织和其他利益攸关者参与其中。要想取得实效，以便于理解的方式向人们传播这些指南和营养资料也是同样重要的。国家应考虑的一个监管方法是，制定营养素度量法，根据营养成分评定食品。

18. 教育和宣传方案有助于人们作出健康食品选择。消费者友好型食品标签是一个通用方法，这种做法可提高人们的认识，鼓励消费者就其饮食作出知情决定。例如，一些国家为超级市场和食品饮料公司颁布了使用图像标签法指南，例如包装正面标签、“交通灯”食品标签。<sup>33</sup> 这种做法提高了人们对健康食品选择的认识，对消费者选择产生了积极影响。交通灯食品标签使用红色、琥珀色和绿色分别表示某种营养素的低、中、高含量。由于消费不健康食品，儿童在成年后罹患非传染性疾病的风险特别大，国家应使学校参与其中，以儿童友好的方式，向儿童讲授健康食品的好处。

## B. 财政政策

19. 为减少不健康食品的摄入量，国家应制定政策，抑制不健康食品的消费。例如，一些国家对加糖饮料征收消费税，遏制肥胖流行病，从销售额征收的税款用于提供饮用水。<sup>34</sup> 但是，仅仅增加不健康食品的价格也可能对低收入群体产生惩罚效果。降低营养食品价格，使其低于或相当于不健康食品的价格，可使健康食品更加实惠。例如，可取消对不健康食品的农业补贴，转而用于增加生产健康食品。国家可采取税收优惠等措施，专注于农业生产投资，激励农民生产蔬菜和水果等健康食品(A/HRC/19/59)。

<sup>33</sup> NHS Choices, “Food labels”, 19 June 2013, available from <http://www.nhs.uk/Livewell/Goodfood/Pages/food-labelling.aspx>.

<sup>34</sup> Sarah Boseley, “Mexico enacts soda tax in effort to combat world’s highest obesity rate”, *The Guardian*, 16 January 2014, available from <http://www.theguardian.com/world/2014/jan/16/mexico-soda-tax-sugar-obesity-health>.



20. 可使用采购政策，鼓励农民生产水果和蔬菜，保证利润并使低收入群体能负担得起更富营养的饮食。例如，一些国家以市场价直接从农民采购粮食，然后以负担得起的价格出售给低收入群体，平衡农民和弱势群体的利益。有些国家采取的另一项措施是，鼓励本地化农业，为学校采购农产品。这不仅加强了当地经济发展，而且还减少了学校儿童对不健康食物的消费。<sup>35</sup>

21. 健康食品的可及性不必然导致更高摄入量。尽管在有低营养食品的地点和货区可能也有高营养价值的食品，但消费者可能由于多种因素而不被健康食品所吸引，例如视觉口感或健康食品被置于不起眼处，其利益也不明确。零售店和连锁超市可能存有健康食品，但为健康食品分配的货架空间较少，或者这些食品可能被置于商店后部。<sup>36</sup> 这对有利于健康食品的消费模式会产生不利影响。为纠正这种情况，国家可敦促并要求零售商合理摆放产品，吸引消费者注意健康食品。国家还可通过从电视广告到互联网广告等饮食公司通常使用的媒体和社会渠道推广健康食品。

### C. 关于营销和促销不健康食品问题的政策

22. 为防止危害人民身体健康并履行健康权下的义务，国家应制定国家政策，对不健康食品广告进行监管。国家应制定法律和监管框架，其目标是，减少儿童对强大的饮食营销的接触。这种条例应确保食品行业在对其产品作广告时，提供准确和便于阅读的营养信息。

23. 要解决过度营销问题，一些国家支持自律做法，允许食品公司自愿调节与营销和向儿童提供的不健康食品的营养成分相关的做法。<sup>37</sup> 公司经常自愿制定自拟的准则和标准，以限制政府的管制和回应公众的要求。它们还采取联合举措，为成员公司制定准则，限制与儿童相关的广告和促销做法。但是公司的自律对于改变食品营销策略而言没有任何显著影响。<sup>38</sup> 由于多种原因，例如此种自律的非约束性、缺乏基准和透明度、儿童定义不一致和不同的营养标准，公司可规避准则，削弱它们制定的营销准则的预期效果。

<sup>35</sup> 世界粮食计划署，“巴西：国家学校供餐方案”（2007年7月）。可在以下网址参阅：<http://documents.wfp.org/stellent/groups/public/documents/newsroom/wfp207419.pdf>。

<sup>36</sup> Heart Foundation, *The Supermarket as an Environment for Facilitating Dietary Behaviour Change* (June 2012), pp. 14-15. 可在以下网址参阅：<http://www.heartfoundation.org.au/SiteCollectionDocuments/NHF-Supermarket-rapid-review-FINAL.pdf>。

<sup>37</sup> Executive Office of the President of the United States, *Solving the Problem of Childhood Obesity within a Generation: White House Task Force on Childhood Obesity Report to the President*, (Washington D.C., May 2010), Recommendation 2.5. 可在以下网址参阅：[http://www.letsmove.gov/sites/letsmove.gov/files/TaskForce\\_on\\_Childhood\\_Obesity\\_May2010\\_FullReport.pdf](http://www.letsmove.gov/sites/letsmove.gov/files/TaskForce_on_Childhood_Obesity_May2010_FullReport.pdf)。

<sup>38</sup> 卫生组织，“对儿童的食品营销：全球监管环境”（日内瓦，2004年），原文第13页。

24. 有人建议，政府与食品公司开展合作，作为自律做法的一种替代。为促进私营食品公司与政府之间的伙伴关系，所引用的一个主要理由是，食品公司有能力和促进健康饮食习惯，因此，这些公司是减少和防止肥胖流行病的解决办法的一部分。<sup>39</sup> 但是，国家促进公共健康的义务与公司对其股东承担的增加利润之责任，两者之间存在利益冲突，公私伙伴关系因而受到质疑。此外，食品饮料公司与政府机构之间的密切关系可能会导致监管机构缺乏透明度和独立性，这可能会损害公私伙伴关系在国家为减少与饮食相关的非传染性疾病所作的各项努力中的有效性。

25. 由于与自律做法和公私伙伴关系联系在一起的固有问题，国家需制定法律，防止公司利用狡诈的营销战略。由于承担着保护享受健康权的责任，国家可在以下情况下进行干预：第三方，例如食品公司，利用其地位，通过直接或间接鼓励不健康饮食，影响人们的饮食习惯，对人们的健康产生负面影响。因此，国家负有一项积极义务，监管食品公司的不健康食品广告和促销战略。在健康权下，特别要求国家保护儿童等弱势群体，使其健康权免遭侵犯。为减少针对性广告的机会，一些国家已制定了法律，禁止公司向某一年龄以下的儿童作广告，并限制学校中不健康食品的供应。<sup>40</sup>

#### D. 关于外国直接投资问题的政策

26. 生产和销售加工食品的跨国公司，通过外国直接投资和国际贸易协定，超越了国界，它们直接接触消费者群体，将触角伸向全球，从而对跨国界人口的健康产生了影响。认识到这一点，国家需将这些公司置于监管框架内。国家可对跨国公司的投资附加与健康相关的条件，要求它们遵守营养、广告和市场营销方面的国内标准。<sup>41</sup> 例如，国家可对外国零售连锁店的投资施加一个条件，要求它们在连锁店中提供健康食品。

27. 然而，对跨国公司的外国直接投资进行监管，如对它们生产的食品种类附加条件，就可能影响跨国公司在这些国家进行投资的决定。<sup>42</sup> 一些国家，特别是依靠外国投资的低收入和中等收入国家，可能不能施加与健康或饮食相关的条件。因此，国家可能并不将国民健康置于首位，从而损害了健康权的充分实现。

<sup>39</sup> Institute of Medicine of the National Academics, *Building Public-Private Partnerships in Food and Nutrition* (Washington D.C., 2012), pp. 9-22. 可在以下网址参阅：<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK97331/pdf/TOC.pdf>。

<sup>40</sup> Barbara Fraser, “Latin American countries crack down on junk food”, *The Lancet*, vol. 382, No. 9890 (August 2013), pp. 385-386.

<sup>41</sup> “The role of foreign direct investment in the nutrition transition” (see footnote 24 above), p. 363.

<sup>42</sup> Neal H. Hooker and Julie A. Caswell, “Trends in food quality regulation: implications for processed food trade and foreign direct investment”, *Agribusiness*, vol. 12, No. 5 (September/October 1996), pp. 411-419.

有必要使用其他做法，例如鼓励生产和销售健康食品，保护人民的健康权，同时仍能吸引外国直接投资。

## 五. 食品和饮料行业的责任

28. 尽管国际人权文书都将国家视为主要的义务承担方，非国家行为方也有责任尊重健康权。《国际经济、社会、文化权利国际公约》不仅禁止国家而且禁止“团体或个人”违反其中承认的人权，明确指出了非国家行为方在实现人权方面的责任(第五条)。健康权框架进一步明确了这一立场，它规定，虽然只有《公约》缔约国对遵守公约负有最终责任，但社会各方以及私营企业部门都对实现健康权负有责任。在企业和跨国公司方面，国际社会已通过了多项指南，明确指出，商业公司和跨国公司都有责任尊重人权，其中包括健康权。<sup>43</sup> 企业的责任独立于国家在实现人权方面的义务，也独立于公司在遵守国家法律法规方面的义务。<sup>44</sup>

29. 尊重健康权的责任要求食品行业不从事对人们的可达到的最高标准身心健康权造成负面影响的活动。如果国家已颁布法律，作为国家卫生政策的一部分，遏止消费不健康食品，促进消费健康食品，食品业就有责任遵守这些法律，停止开展可破坏这些政策的活动。这些企业应采取措施，预防、减轻和补救其行动产生的不利影响。例如，考虑到食品营销和促销活动对儿童饮食的负面影响，食品业有责任按照国家法律和法规，避免向儿童作广告，推销不健康产品。如果不作这种克制，不仅构成违反法律，而且也侵犯了健康权。同样，食品行业应依照尊重健康权的责任，停止传播关于其产品与健康方面的虚假或误导之辞。关于食品在健康方面的溢美之词往往被证明，所言相对健康利益无法核实，甚至具有欺骗性。此外，即使用精致淀粉替代了糖和脂肪等不健康成分并将其推广为“健康”食品，这些产品仍是加工食品，营养质量上鲜有改善。<sup>45</sup>

30. 有研究显示，食品行业使用不同策略，破坏在公共卫生营养方面所作的各种努力。例如，食品行业雇用著名学者作为咨询董事会成员，这可导致其研究结果更有利于食品行业，其危险在于，食品行业可使用此种偏颇结论，支持它们在营养方面的各种宣称。<sup>46</sup> 其他策略包括，为前线团体提供资金(这些团体看似独

<sup>43</sup> E/CN.4/Sub.2/2003/12/Rev.2。尤请参见：HR/PUB/11/04。

<sup>44</sup> HR/PUB/11/04, Principle II, A.11。

<sup>45</sup> Marion Nestle and David S. Ludwig, “Front-of-package food labels: public health or propaganda?”, *Journal of the American Medical Association*, vol. 303, No. 8 (2010), p. 772。

<sup>46</sup> Kelly D. Brownell and Kenneth E. Warner, “The perils of ignoring history: big tobacco played dirty and millions died. How similar is big food?”, *The Milbank Quarterly*, vol. 87, No. 1 (2009), pp. 278-279。

立，但实际上被其他组织所控制)，游说和提起诉讼以及威胁诉讼。<sup>47</sup> 也已经得到证明的是，在履行对整个社会的道德义务之企业社会责任的伪装下，大型软饮料公司企图将作出更健康选择的责任转移到消费者身上，而不去处理它们在创造一个不健康食品环境方面所起的作用。此外，规模庞大的软饮料行业还利用企业社会责任为手段，阻挠政府监管方面的尝试并增加销售其产品，特别是对儿童的销售。<sup>48</sup> 这种行为导致对健康权的否定。

31. 由于食品行业在全球食品环境方面发挥关键作用，而且被视为是与饮食相关的非传染性疾病的主动因，所以，它在采取步骤实现健康权方面负有独特责任。虽然食品系统面临的诸多挑战，例如干旱和洪灾等环境压力，不在其控制之下，但仍有它可对健康作出积极影响的若干领域，它可投资于这些领域并对健康食品选择产生影响。为此，该行业应考虑制定标准，通过产品再配方，改善食品营养质量，改善产品标签和信息，促进健康饮食。食品行业也应投资于研究，以改善产品营养成分，而不是投资于增加现有产品销路。<sup>49</sup> 此外，超市和快餐店应采取措​​施，营销和促销健康食品。例如，除了在菜单上提供饭菜的卡路里含量外，快餐店还应采用适当的营养素度量法，标明所提供食品的营养成分。

32. 为进一步履行尊重健康权之责任，食品行业应确保营养信息和营养成分的透明度，迄今为止，食品行业在该领域所作的努力少得可怜。食品行业应采取具体步骤，确保消费者能获得充分的关于其产品的营养信息，以帮助和促进更负责任的饮食决定。此外，在管理结构中建立和实施可促进披露利益冲突的机制有助于促进为确保食品行业经营活动透明度所作的努力。在以下情况下，这一点也具有特别的相关性：身为非国家行为方的全球健康资助方，是食品行业的股东或董事会成员，反之亦然。<sup>50</sup>

## 六. 弱势群体

33. 国家负有保护弱势和边缘化群体健康权的核心义务。本报告重点讨论三个特殊群体：儿童——因为他们更易受营销影响；妇女——因为性别化营销使传统的不平等性别角色长期延续；低收入群体——因为对他们而言，健康食品的可获得

<sup>47</sup> 请参阅世卫组织总干事陈冯富珍博士在第八届全球健康促进会议上的开幕词，赫尔辛基，2013年6月10日。可在以下网址参阅：[http://www.who.int/dg/speeches/2013/health\\_promotion\\_20130610/en/](http://www.who.int/dg/speeches/2013/health_promotion_20130610/en/)。

<sup>48</sup> Lori Dorfman *et al.*, “Soda and tobacco industry corporate social responsibility campaigns: how do they compare?” , *PLOS Medicine*, vol. 9, No. 6 (2012), pp. 3-4.

<sup>49</sup> Marion Nestle and Ted Wilson, “Food industry and political influences on American nutrition” , in *Nutritional Health: Strategies for Disease Prevention*, N J Temple *et al.* (eds.), 3rd ed. (Humana Press, 2012), p. 480.

<sup>50</sup> David Stuckler *et al.*, “Global health philanthropy and institutional relationships: how should conflicts of interest be addressed?” , *PLOS Medicine*, vol. 8, No. 4 (2011), p. 7.

性或可及性不足。由于种族、性别、土著身份或居住地等因素以及由于多重或交叉脆弱性，其他个人或社区也可能面临与饮食相关的非传染性疾病的更大风险。

## A. 儿童

34. 尽管非传染性疾病通常与老年人联系在一起，但儿童也会受到包括心脏病、癌症和糖尿病在内的各种非传染性疾病的影响，还会受到引起非传染性疾病的各种风险因素的影响，例如超重或肥胖。<sup>51</sup> 与饮食相关的非传染性疾病甚至会影响年龄很小的儿童。例如，在 2008 年全球 5 亿肥胖者中，4,200 万人是五岁以下儿童，其中 3,500 万来自发展中国家。<sup>52</sup>

35. 儿童特别容易罹患与饮食相关的非传染性疾病，这要么因为他们在饮食方面可能依赖他人，例如父母或学校，要么因为他们更易受到营销压力。<sup>53</sup> 此外，由于早期形成的饮食习惯和偏好，而且，由于童年非传染性疾病可能会持续到成年，不健康儿童饮食可能在后来人生中产生严重健康影响。将不健康饮食作为儿童非传染性疾病的一个风险因素而加以处理，这种做法可产生很大健康利益，亦可减少儿童整个生命周期的医疗支出负担。<sup>54</sup>

36. 此外，除了以儿童为受众所作的非健康食品市场营销之外——包括通过玩具赠品、竞赛、社交媒体、卡通人物、游戏、电视、电影、交互网站和在学校和娱乐中心等面向青年的设施中——这种无所不在的市场营销也经常以家长为受众。<sup>55</sup> 这样做是为了鼓励家长为子女购买不健康食品。在很多情况下，食品行业对儿童及其家长所作的市场营销可能会过度以某些种族、民族或社会经济群体为目标，进一步加剧了这些群体所面临的健康不平等。<sup>56</sup>

37. 在公共和私人设施中，儿童也经常遭遇垃圾食品。在学校等机构环境中供应或销售的食物，可能过度偏重于垃圾食品或其他营养价值有限的食物，特别是

<sup>51</sup> NCD Alliance, “A focus on children and non-communicable diseases (NCDs)”, position paper prepared for the United Nations Summit on Non-Communicable Diseases, New York, September 2011, p. 5.

<sup>52</sup> 同上，原文第 7 页。

<sup>53</sup> NCD Alliance, “Children in every policy: recommendations for a lifecourse approach to NCDs”, briefing paper, May 2011, p. 2.

<sup>54</sup> “A focus on children and non-communicable diseases (NCDs)” (参见上文脚注 54)，原文第 5 页。

<sup>55</sup> 卫生组织欧洲区域办事处，“对儿童的高脂、高盐和高糖食品营销”：2012-2013 年更新(哥本哈根，2013 年)；消费者国际，垃圾食品陷阱：对亚太地区儿童的不健康食品营销(伦敦，2008 年)。

<sup>56</sup> Yale Rudd Center for Food Policy and Obesity, *Fast Food Facts 2013: Measuring Progress in the Nutritional Quality and Marketing of Fast Food to Children and Teens* (Robert Wood Johnson Foundation, Princeton, 2013), p. 63.

在学校午餐方案中，在这些方案中，可用于健康食品的资金有限。<sup>57</sup> 为儿童和青年服务的其他地点，例如体育中心，可能也缺乏健康食品选择。在私营部门，为儿童设计的膳食往往含有高脂肪、高糖分和高盐分，无法满足儿童的营养需要，特别是在快餐店。即使是作为“健康”儿童餐销售的食物也可能有这种情况。即使有真正营养食品选择，默认餐可能仍是不健康食品。<sup>58</sup>

38. 各国须履行在儿童健康权方面的义务。这要求各国处理儿童过胖问题，限制儿童接触快餐食品和富含糖分、咖啡因和其他有害物质的饮料，监管此种食品的营销，控制这些食品在学校和儿童经常光顾的其他场所的供应。各国还应确保开展以儿童为受众的有效健康教育和宣传方案，例如反营销活动或朋辈教育方案，并确保在为儿童提供服务的机构例如学校、儿科保健设施或青年中心提供健康食品和相关信息。

## B. 妇女

39. 不健康食品的营销通常采用性别化方式，延续了不利于妇女的传统的不平等性别观念。尽管双薪家庭或女性挣钱养家的家庭增加了，但妇女仍然过度承担家务，特别是在做饭方面。这导致高加工方便食品消费量的增加，因为虽然妇女空闲时间少了，但她们仍被期待负责提供食物。<sup>59</sup> 食品广告中的为子女做饭画面或宣称提供比传统饮食有“改进的”称心如意产品，经常以妇女为受众。

40. 以妇女为受众的其他营销讯息可能会强调性和难以实现的“理想”体形，以促销不健康食品，这不仅延续了性别定型观念，而且对身体健康(例如与饮食相关的非传染性疾病)和心理健康(例如饮食失调症)产生负面影响。<sup>60</sup>

41. 强调以家庭烹饪改善饮食的食品政策必须考虑到在性别和劳动力方面产生的影响。健康饮食方案不应仅侧重于母亲，也必须提倡男性在做饭方面的作用，还应考虑到多种家务安排。

<sup>57</sup> Patricia M. Anderson and Kristin F. Butcher, “Reading, writing and raisinets: are school finances contributing to obesity?”, National Bureau of Economic Research Working Paper No. 11177, (Cambridge, 2005), p. 5.可在以下网址参阅：<http://www.nber.org/papers/w11177.pdf>。

<sup>58</sup> *Fast Food Facts 2013* (参见上文脚注 59)，原文第 29 页。

<sup>59</sup> Patricia Allen and Carolyn Sacks, “Women and food chains: the gendered politics of food”, *International Journal of Sociology of Food and Agriculture*, vol. 15, No. 1 (2007), pp. 9-10.

<sup>60</sup> 同上，原文第 2-4 页。

### C. 低收入群体

42. 虽然非传染性疾病往往被视为“富裕病”，但收入和与饮食相关的风险因素之间的关系是复杂的。<sup>61</sup> 研究表明，人均国内生产总值达到 2,500 美元以后，肥胖症在低收入群体中比在高收入群体中更为普遍；<sup>62</sup> 在若干发达国家和中等收入国家，不健康食品消费量与低收入和低教育水平密切相关。<sup>63</sup> 非传染性疾病仅涉及富有人的观点导致低收入人口健康政策对这种疾病的忽视，损害了他们的健康权。<sup>64</sup>

43. 与其他人口相比，低收入群体往往饮食较差，<sup>65</sup> 因为他们可能负担不起新鲜水果和蔬菜等健康食品，妨碍了健康食品的消费。<sup>66</sup> 很多低收入群体，例如轮班工人，往往没有时间或设施烹饪，因此，过度加工的即食食品比健康食品更具有吸引力，虽然这种食品并不一定更便宜。

44. 低收入者更有可能生活在“食品荒漠”之中——缺乏健康的新鲜食品选择；或者生活在“食品沼泽”之中——不健康食品和不健康食品营销明显地更普遍。在低收入地区，健康食品供应量经常不足，质量和吸引力都较低，或更昂贵。<sup>67</sup> 另一方面，低收入地区的快速食品商店数目很多，可达到高收入地区的两倍半。<sup>68</sup> 由于地理障碍，对于偏远农村人口、服务条件差劣的城市贫民窟而言以及在低收入地区与高收入地区之间交通条件较差的情况下，这些问题可能更为严重。

45. 与其他群体相比，不良饮食对低收入人群产生更大影响。早年的营养不良可能会导致在未来人生中有更大可能性发生肥胖，这是由于，“大饥大饱”的反

<sup>61</sup> 食品研究与行动中心，“数据是否表明肥胖症与贫穷之间的联系？”，2010 年秋，可在以下网址参阅：[http://frac.org/wp-content/uploads/2010/09/do\\_data\\_show\\_obesity\\_poverty\\_link\\_brief.pdf](http://frac.org/wp-content/uploads/2010/09/do_data_show_obesity_poverty_link_brief.pdf)；Carlos A. Monteiro 等人，“发展中国家成年人的社会经济地位和肥胖症：综述”，世界卫生组织简报，第 82 卷，第 12 期(2004 年 12 月)，原文第 940-946 页。

<sup>62</sup> “发展中国家成年人的社会经济地位和肥胖症”(见上文脚注)；卫生组织，执行情况监测与评估框架：饮食、身体活动与健康全球战略(日内瓦，2008 年)，第 8 段。

<sup>63</sup> 参见卫生组织西太平洋区域办事处，“非传染疾病和贫穷：西太平洋地区需制定扶贫战略：综述”(日内瓦，2007 年)，第 29-32 段。

<sup>64</sup> 同上，原文第 8-9 页。

<sup>65</sup> Nicole Darmon and Adam Drewnowski, “Does social class predict diet quality?”, *American Journal of Clinical Nutrition*, vol. 87, No. 5 (May 2008), pp 1107-1117.

<sup>66</sup> Mayuree Rao *et al.*, “Do healthier foods and diet patterns cost more than less healthy options? A systematic review and meta-analysis”, *BMJ Open*, vol. 3, No. 12 (2013).

<sup>67</sup> Policy Link and The Food Trust, *The Grocery Gap: Who has Access to Healthy Food and Why it Matters* (2010).

<sup>68</sup> DD Reidpath *et al.*, “An ecological study of the relationship between social and environmental determinants of obesity”, *Health Place*, vol. 8, No. 2 (2002), pp. 141-145.

应导致身体在有脂肪时即予囤积。<sup>69</sup> 一方面缺乏粮食保障(也即饥饿), 另一方面到处都有高热量垃圾食品, 这两个因素的结合使许多低收入群体与高收入群体相比面临罹患非传染性疾病的特别风险。心理社会因素(例如压力、其他非传染性疾病风险因素的更高发生率以及预防性护理机会较少)也可增加低收入群体罹患与饮食相关的疾病(例如糖尿病、心脏病和高血压)的风险。<sup>70</sup>

46. 因此, 在防治非传染性疾病方面, 各国应确保全面处理社会经济方面的差异。它们应确保粮食安全或减贫计划适当处理健康食品需要。例如, 它们可通过以下途径做到这一点: 在粮食保障计划下增加水果和蔬菜的供应; 鼓励食品零售商在低收入街区储存健康食品; 或者改善通往有健康食品城区的公共交通。特别是旨在确保粮食和营养安全的社会方案可作为改善健康的一个有用工具, 但需向这些方案提供充足资金, 以便能够购买健康食品, 还应有适当的配套措施, 提供营养教育并使方案受益人能获得健康食品。<sup>71</sup> 最后, 各国应努力消除在获得初级和预防保健方面的不平等, 减少不健康食品对低收入群体的过度影响。

## 七. 参与

47. 健康权框架要求民众(特别是受影响人口)参与与健康问题相关的各级(社区、地区和国家)决策。各国应确保受影响社区和弱势群体参与制定粮食政策和关于在学校、工作场所和社区中心等地点提供食品和市场营销问题的决策。参与能使人们行使自治权并自行作出关于饮食健康问题的决定。

48. 有意义的参与可产生公共卫生效益, 而且也是按照健康权的方针向人民赋权。国家应向儿童及其家长提供机会就学校饮食提供建言, 使雇员能够就工作场所饮食提供建言, 或使社区或消费者群体参与制定标准。各国应广泛咨询公众意见, 以便为各部门政策提供资讯, 包括农业生产政策、非健康食品条例、公共机构营养标准和监测食品标签、市场营销或促销活动中的透明度。

49. 国家应鼓励与饮食相关的非传染性疾病社区保健方案, 例如朋辈教育、社区园艺和烹饪倡议, 或在学校、工作场所、初级保健护理中心或食品销售地点推出健康饮食倡议。由于处理非传染性疾病的风险因素涉及长期行为改变, 由地方社区主导的保健政策可确保营养和预防性保健方案的成功和可持续性。地方社区的参与可确保卫生政策和方案更好地与健康需要衔接。使儿童参与学校午餐方案

<sup>69</sup> Gian-Paolo Ravelli *et al.*, “Obesity in young men after famine exposure in utero and early infancy”, *New England Journal of Medicine*, vol. 295, No. 7 (1976), pp. 349-353.

<sup>70</sup> Food Research and Action Center, “Food insecurity and obesity: understanding the connections”, spring 2011, available from [http://frac.org/pdf/frac\\_brief\\_understanding\\_the\\_connections.pdf](http://frac.org/pdf/frac_brief_understanding_the_connections.pdf).

<sup>71</sup> Food Research and Action Center, “How improving federal nutrition program access and quality work together to reduce hunger and promote healthy eating”, February 2010, available from [http://www.frac.org/pdf/CNR01\\_qualityandaccess.pdf](http://www.frac.org/pdf/CNR01_qualityandaccess.pdf).



并提供建言，有助于确定既健康又对儿童有吸引力的学校午餐方案。这种做法已多次表明，认为儿童偏爱不健康食品的看法是不准确的。<sup>72</sup> 低收入地区居民的参与有助于对这些地区的食品供应进行评估，与专家制定的调查所能反映的情况相比，这种评估更能反映居民的日常经历。同样，教育消费者和非正规部门食品商贩并使其参与健康食品方案可改善这样一个以其他方式难以监管的部门的营养情况，同时又能使这些商贩维持生计。

## 八. 问责制和补救措施

50. 国家有义务提供立法、司法和行政机制，使这些机制便于使用，并确保其有效性，使人们能借助这些机制追究国家和非国家行为方的责任并就侵犯健康权的情况要求补救。国家不对食品业进行立法和执行监管框架本身就可构成对健康权的侵犯。例如，如果国家不制定法律要求提供和传播信息，人们可能不能就其饮食作出知情选择，这可能使他们无法实现可达到的最高标准健康。

51. 国家不仅应确保制定有关法律和政策，而且应根据健康权以透明方式制订、执行和监测这些法律和政策。应确保在所有时刻都有透明度，包括在谈判国际义务时。尽管某些投资条约要求透明度，但这种透明度与促进和保护国际投资相关。<sup>73</sup> 其主旨是确保向签约方公开提供可能对投资产生影响的各种法律和法规。一些国际机构采用了透明度原则，然而这些原则与投资规则和条例的可预测性相关，以保护订约人的商业利益，<sup>74</sup> 这种可预测性所惠益的是跨国公司的私人商业利益。此外，这些条约是秘密谈判的，没有在国内进行任何讨论，这种做法不符合健康权框架。<sup>75</sup>

52. 商业投资条约产生义务，这些义务对国家自动具有拘束力。为遵守这些义务，国家可能被迫修改某些国家政策，例如农业政策或标签政策。因此，国家制定国内政策的职能受到扭曲，偏向于食品和饮料行业的私人权利，而不是受影响人口的公共权利。<sup>76</sup> 另一方面，健康权框架要求在直接或间接对治理产生影响的活动中保持透明度。这一框架对国家可能作出的任意决定起约束作用，可预防

<sup>72</sup> Katherine Bauer *et al.*, “How can we stay healthy when you’re throwing all of this in front of us?” Findings from focus groups and interviews in middle schools on environmental influences on nutrition and physical activity”, *Health Education and Behavior*, vol. 31, No. 1 (February 2004), pp. 40-41.

<sup>73</sup> 世界贸易组织, 《贸易体制的原则》, [http://www.wto.org/english/thewto\\_e/whatis\\_e/tif\\_e/fact2\\_e.htm](http://www.wto.org/english/thewto_e/whatis_e/tif_e/fact2_e.htm).

<sup>74</sup> 东盟(东南亚国家联盟)《全面投资协定》第1条(C)。可在以下网址参阅: [http://aseansummit.mfa.go.th/14/pdf/Outcome\\_Document/ASEAN%20Compre%20Invest%20Agreement.pdf](http://aseansummit.mfa.go.th/14/pdf/Outcome_Document/ASEAN%20Compre%20Invest%20Agreement.pdf).

<sup>75</sup> Sharon Friel *et al.*, “A new generation of trade policy: potential risks to diet-related health from trans Pacific partnership agreement”, *Globalization and Health*, vol. 9, No. 46 (2013), p. 2.

<sup>76</sup> Sarah E. Clark *et al.*, “Exporting obesity: US farm and trade policy and the transformation of the Mexican consumer food environment”, *International Journal of Occupational and Environmental Health*, vol. 18, No. 1 (2012), p. 54.

对健康权的侵犯。国家可藉以确保透明度的一个途径是开放谈判，使受影响人群(例如农民和消费者)参与其中。至少在签订协议前，国家应提供谈判和协议内容，使公众能够审视，并请利害攸关方提出意见。

53. 问责制也可通过各种指标、基准和具体目标得到保证，借助这些指标、基准和具体目标，可监测和评估国家和非国家行为方在实现减少非传染性疾病风险和发病率等目标方面的绩效。<sup>77</sup> 由于国家的多个机构可能参与监管食品行业的活动和营养食品的提供，<sup>78</sup> 因此，应向公众提供信息，概述这些机构为实现所定基准单独和共同作出的努力。向公众和独立监测机构提供信息可使它们能够评估食品行业的活动以及遵守国内的营销、标签和营养标准和法律的情况。国家还应鼓励监测私立学校和广播机构等其他非国家行为方，促其审查它们对食品行业的政策。问责制框架包括审议和评估国家和非国家行为方采取的行动和采用的标准，以确保营养食品的销售和供应。

54. 由于非传染性疾病发生率的增加以及这种疾病与食品行业所采用的做法有关，因此，提供补救办法是必要的。追究跨国公司侵犯健康权责任的司法补救办法尤其难以实现。双边投资条约和自由贸易协定等投资条约为跨国公司在东道国国内经济中立足扎根提供了便利，这些条约包含国际争端解决机制，允许私营公司起诉东道国。但是，这些条约对东道国规定了单边义务，因此，很难将跨国公司纳入东道国法律体系，包括司法体系。此外，母公司经常援引有限责任和独立法律人格免除自己对在不同司法管辖区运营的子公司的任何责任。<sup>79</sup> 即使有针对国内公司的补救办法，但往往缺乏执行或执行不力，而且，公司不遵守也不受惩罚。消费者应能针对食品公司提出补救，而不论母公司的原籍国如何。因此，国家应澄清母公司及其子公司依国内法所承担的责任。

55. 国家也应提供侵犯健康权的补救措施。如果国家在国内法律体系中未规定健康权义务，则应建立裁决机制，使人们能对国家提出补救要求并使其承担未能尊重、保护和落实健康权之责。如果国家忽略职责，未采取步骤履行减少非传染性疾病(包括与饮食相关的非传染性疾病)负担之国际承诺，人民应可诉诸国内机制而且也可随后诉诸国际机制，对国家未能采取步骤实现该目标索求补救。确保公众能获得多种补偿(恢复、赔偿、满足或保证不再重犯)，这是使国家和非国家行为方承担侵犯健康权的责任的一种有效方法。

<sup>77</sup> 卫生组织，“全球非传染性疾病预防控制综合监测框架草案” A66/8。可在以下网址参阅：[http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA66/A66\\_8-en.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_8-en.pdf)。

<sup>78</sup> Michael R. Taylor, “Preparing America’s food safety system for the twenty-first century”, *Resources*, No. 127 (spring 1997), p. 16.可在以下网址参阅：[http://rff.org/Documents/Resources/Resources-127\\_Taylor.pdf](http://rff.org/Documents/Resources/Resources-127_Taylor.pdf)。

<sup>79</sup> Gwynne Skinner *et al.*, *The Third Pillar: Access to Judicial Remedies for Human Rights Violations by Transnational Business* (ICAR/CORE/ECCJ, 2013), p. 11.可在以下网址参阅：<http://accountabilityroundtable.org/wp-content/uploads/2013/02/The-Third-Pillar-Access-to-Judicial-Remedies-for-Human-Rights-Violation-by-Transnational-Business.pdf>。

## 九. 国际援助和合作

56. 在健康权框架下，国家应扩大援助和合作，以充分实现健康权。在缔结国际协定时，国家应确保此类协定对健康权的享受不产生负面影响。

57. 将国际贸易置于健康权之上的做法对公共健康产生了广泛影响。<sup>80</sup> 例如，在国际贸易协定中，国家有时对其他国家的国内营养标签政策的各种要求表示关切，而这些政策是为实现公共健康目标制定的。<sup>81</sup> 这种做法可能会限制发展中国家的政策空间，使其偏向于吸引外国直接投资和避免经济制裁。<sup>82</sup> 双边投资条约可能会破坏现有的国际议定准则，降低关税和非关税贸易壁垒，促成更加自由地进出口不健康食品。例如，自由贸易协定与软饮料消费量的增加直接相关。<sup>83</sup>

58. 投资协议还可能包含若干规定，在国家采取的保护公共健康的措施对订约人和私人公司的投资可能产生不利影响时，允许对国家提出起诉。繁琐昂贵的诉讼威胁本身可能会产生阻吓效应，使国家一开始就不制定这种政策。<sup>84</sup> 为减少非传染性疾病的全球和国内负担并确保健康关切高于贸易关系，国家需开展合作，支持建立本地化和适当的食物体系并确保营养体系方面的国内政策空间受到保护。<sup>85</sup> 在缔结投资协定时，东道国应采取果断步骤，对可能损害公共健康的投资予以清晰明确的排除。<sup>86</sup>

59. 此外，各国还应扩大向中低收入国家的援助，由于资源有限，中低收入国家可能无法达到所要求的营养标准，导致非传染性疾病负担增加。<sup>87</sup> 在这种情况下，各国应通过技术转让、能力建设而且在必要时通过提供财力支持等提供援助(A/RES/66)。这有助于确保缺乏足够专门知识的国家能够开发和维持必要技术，对非传染性疾病采取预防行动。

<sup>80</sup> Kelley Lee and Meri Koivusalo, “Trade and health: is the health community ready for action?”, *PLOS Medicine*, vol. 2, No. 1 (2005), p.14.

<sup>81</sup> 世界贸易组织, “成员讨论贸易友好监管准则和对‘垃圾食品’使用 STOP 标志”, 2013 年 3 月 13 日(可在以下网址参阅: [http://www.wto.org/english/news\\_e/news13\\_e/tbt\\_13mar13\\_e.htm](http://www.wto.org/english/news_e/news13_e/tbt_13mar13_e.htm)).

<sup>82</sup> 卫生组织, “太平洋岛屿的贸易、贸易协定和非传染性疾病”(2013 年), 原文第 10 页。

<sup>83</sup> “Manufacturing epidemics”(见上文脚注 10), 原文第 6 页。

<sup>84</sup> “A new generation of trade policy”(见上文脚注 78), 原文第 5 页。

<sup>85</sup> 亚洲—太平洋经济合作组织(亚太经合组织)部长在 2010 年亚太经合组织部长级会议上的联合声明, 横滨, 2010 年 11 月 11 日。可在以下网址参阅: [http://www.apec.org/Meeting-Papers/Ministerial-Statements/Annual/2010/2010\\_amm.aspx](http://www.apec.org/Meeting-Papers/Ministerial-Statements/Annual/2010/2010_amm.aspx)。

<sup>86</sup> Anne Marie Thowa 和 Benn McGrady, “在国际投资协定时代对公共卫生营养政策空间的保护”, 世界卫生组织简报, 卷 92, 原文第 142 页。可在以下网址参阅: <http://www.who.int/bulletin/volumes/92/2/13-120543.pdf>。

<sup>87</sup> NCD Alliance, “Food, nutrition, diet and non-communicable diseases”, available from [http://www.wcrf.org/PDFs/PPA\\_NCD\\_Alliance\\_Nutrition.pdf](http://www.wcrf.org/PDFs/PPA_NCD_Alliance_Nutrition.pdf)。

60. 在国际层面对与饮食相关的非传染性疾病的政治承诺迄今为止不够有力。非传染性疾病在国际政策中(包括在“千年发展目标”中)一贯未得到重视。<sup>88</sup> 向中低收入国家提供健康相关援助的国际援助机构未对这些国家的非传染性疾病给予充分的优先地位。<sup>89</sup> 直到最近国际和区域组织才改变了侧重点, 呼吁各国政府、私营部门和非政府组织共同采取措施, 在所有区域防治非传染性疾病。<sup>90</sup> 值得赞扬的是, 在制订 2015 年后的发展议程时, 各国对于致力于减少和预防非传染性疾病展现了前所未有的政治意愿。<sup>91</sup> 卫生组织亦促请各国政府在 2025 年前降低非传染性疾病的负担。<sup>92</sup> 政府对不健康食品与非传染性疾病以及非传染性疾病对发展所带来的挑战之间的联系有了更多认识(A/RES/66)。

61. 需要制定一个有效的国际框架, 使全球食品行业对其行动承担法律责任。<sup>93</sup> 有必要建立一个对国家有约束力的国际框架, 使其承担责任, 修改国内法律, 以减少和预防与饮食相关的非传染性疾病。《烟草管制框架公约》可作为一个基础, 在此基础上拟定一个食品和饮料行业问责和监测国际框架。国际社会还需确保, 以商业利益为导向的食品公司不损害国家在实现享有可达到的最高标准身心健康权方面所作的努力。

62. 然而, 仅有政治共识可能并不足以实现减少与饮食相关的非传染性疾病之目标。国家、政府间组织和非政府组织应共同应对这种流行病。国家需要制定一个有时限计划, 概述应单独和联合采取的具体步骤, 以逐步实现在全球和国内两个层面减少与饮食相关的非传染性疾病的负担。为落实这一目标, 各国应制定指标、基准和全球与国内问责机制。各国还应划拨足够资源, 减少和防止肥胖病以及日益沉重的与饮食相关的非传染性疾病的负担。

<sup>88</sup> Shanthi Mendis, “The policy agenda for prevention and control of non-communicable diseases”, *British Medical Bulletin*, vol. 96, No. 1 (2010), p. 37.

<sup>89</sup> G.F.Anderson, “Missing in action: international aid agencies in poor countries to fight chronic disease”, *Health Affairs*, vol. 28, No. 1 (January–February 2009), pp. 202-203.

<sup>90</sup> 预防和控制非传染性疾病:秘书长的报告(A/66/83); Pan American Health Organization, *CARMEN: an Initiative for Integration of Prevention of Noncommunicable Diseases in the Americas* (Washington D.C., 2003)。可在以下网址参阅: <http://www.paho.org/carmen/wp-content/uploads/2012/06/CARMEN-General-Overview.pdf>。

<sup>91</sup> “一种新的全球伙伴关系:通过可持续发展消除贫穷和实现经济转型:知名人士小组关于 2015 年后的发展议程问题的报告”, 原文第 38 页。

可在以下网址参阅: [http://www.un.org/sg/management/pdf/HLP\\_P2015\\_Report.pdf](http://www.un.org/sg/management/pdf/HLP_P2015_Report.pdf)。

<sup>92</sup> 卫生组织, 全球非传染性疾病预防控制行动计划 2013-2020 年(2013 年, 日内瓦), 目标 3, 原文第 31-32 页。可在以下网址参阅: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/94384/1/9789241506236_eng.pdf?ua=1)。

<sup>93</sup> Human Rights Watch, “UN Human Rights Council: weak stance on business standards”, 16 June 2011, available from <http://www.hrw.org/news/2011/06/16/un-human-rights-council-weak-stance-business-standards>。

## 十. 结论和建议

63. 在履行尊重、保护和落实健康权的义务时，各国应制定和实施一项国家公共卫生战略和行动计划，以应对与饮食相关的非传染性疾病，并应广泛传播该战略和行动计划。该战略应认识到不健康食品与非传染性疾病之间的联系，同时，明确处理在食品生产、市场营销和零售过程中的结构性缺陷，这种缺陷使不健康食品在可获得性和可及性方面高于健康食品。为实现这一目的，各国必须制订多部门方针，使所有有关各部例如卫生部、农业部、财政部、工业和贸易部参与其中。各国还应确保受影响群体例如农民和儿童、妇女和低收入群体等弱势群体切实和有效参与各级决策，劝阻不健康食品的生产和消费，促进健康食品的可获得性和可及性。

64. 为尊重、保护和落实健康权，特别报告员建议各国采取以下步骤：

(a) 通过遏制不健康食品生产的财政和农业政策，提高健康食品的可获得性和可及性。亦应采取措施，激励农民种植健康作物；

(b) 保证营养、健康食品的供应，在地域分布和经济负担两方面都具有可及性，特别是对低收入群体而言；

(c) 提供信息，说明不健康食品的不良后果，提高人们对平衡饮食和健康食品好处的认识，促进健康食品消费；

(d) 制定、实施和执行有关要求，实行便于理解的标签和营养含量表，例如“交通灯”标签；

(e) 通过奖励和其他财政措施，鼓励跨国公司制造和销售对人的健康无害的健康食品和饮料；

(f) 监管不健康食品的市场营销、广告和促销，特别是向妇女和儿童的营销、广告和促销，以减少这些食品的可见度；增加健康食品的可见度，例如要求超市将水果和蔬菜摆放在更便利和更显眼的地点。

65. 为切实履行实现儿童、妇女和低收入群体等弱势群体健康权的义务，特别报告员建议各国采取以下步骤：

(a) 处理关于做饭问题的性别定型观念，这种观念使妇女承受不平等的做饭负担；

(b) 制定和实施健康教育方案，促进学校、诊所或青年中心以及工作场所等机构环境的健康食品选择，使儿童、家长和员工分别参与制定和实施这些方案；

(c) 确保为低收入群体制定的社会福利计划提供有关资料，提高健康食品可及性，以消除“粮食荒漠”。

66. 认识到食品行业在非传染性疾病负担日益增长方面所起的作用，特别报告员建议食品业采取以下步骤：

(a) 颁定国际普遍接受的营养标签准则，遵守国内颁布的有关准则；

(b) 避免向民众尤其是向儿童营销、促销和广告宣传不健康食品；

(c) 为改善不健康食品的营养成分而进行投资；

(d) 增加食物产品营养信息的透明度，同时停止制造虚假的和误导性的健康断言；

(e) 避免破坏公共卫生营养方面所作的努力，包括避免通过资助和公布有倾向性的研究、建立前线团体和进行昂贵和繁琐诉讼等手段进行破坏。

67. 为向侵权受害者提供问责和补救机制并便于他们使用，特别报告员建议各国采取以下步骤：

(a) 确保在签订国际投资和贸易协定时，有充分的透明度而且有受影响群体参与其中，即在谈判这些协定之前、期间和其后，开展公开讨论；

(b) 鼓励和促进对国家和食品行业的活动进行独立监测。促请受影响民众和当地社区参与监测这些活动；

(c) 确保通过立法提供补救办法，并建立适当机制，应对国家和非国家行为方未能采取措施履行健康权下的义务和履行关于减少与饮食相关的非传染性疾病之国际承诺等情形。

68. 关于国家的国际义务问题，特别报告员建议各国采取以下步骤：

(a) 在国际投资和贸易协定中将健康权置于首位，并确保健康权不受这些协定条款及其执行的损害；

(b) 向其他国家——由于现有资源有限，这些国家可能无法达到所要求的营养标准，导致与饮食相关的非传染性疾病负担增加——提供援助并开展合作；

(c) 联合和单独制订目标并采取具体步骤，减少与饮食相关的非传染性疾病负担，实施方式还应考虑到每个国家的现有资源。

---