

## 第二十二屆會議(2000 年)

### 第 14 號一般性意見：享受可能達到之最高健康標準的權利 (《公約》第十二條)

1. 健康是行使其他人權不可或缺的一項基本人權。每個人都有權享有能夠達到的、有益於尊嚴生活的最高標準的健康。實現健康權可透過很多辦法，彼此互相補充，如制定健康政策、執行世界衛生組織制定的衛生計劃，或採用具體的法律手段。而且，健康權還包括某些可以透過法律執行的內容。<sup>1</sup>
2. 健康權在很多國際文件中得到承認。《世界人權宣言》第二十五條第一項規定：「人人有權享受為維持他本人和家屬的健康和福利所需的生活水準，包括食物、衣著、住房、醫療和必要的社會服務」。《經濟社會文化權利國際公約》在健康權上規定了國際人權法最全面的條款。根據《公約》第十二條第一項，締約國確認「人人有權享受可能達到之最高標準之身體與精神健康」，第十二條第二項又進一步列舉了若干締約國為充分實現這項權利應採取的步驟。此外，承認健康權的還有 1956 年的《消除一切形式種族歧視國際公約》第五條第五款第四目，1979 年的《消除對婦女一切形式歧視公約》的第十一條第一項第六款和第十二條，和 1989 年的《兒童權利公約》第二十四條。一些區域性人權文件也承認健康權，如修訂的 1961 年《歐洲社會憲章》(第 11 條)、1981 年的《非洲人類和人民權利憲章》(第十六條)，和 1988 年的《美洲人權公約關於經濟、社會及文化權利領域的附加議定書》(第十條)。同樣，人權委員會<sup>2</sup>、1993 年的《維也納宣言和行動綱領》和其他國際文件<sup>3</sup>，也都曾宣示健康權。
3. 健康權與實現國際人權憲章中所載的其他人權密切相關，又相互依賴，包括獲得食物、住房、工作、教育和人性尊嚴的權利，以及生命權、不受歧視的權利、平等、禁止使用酷刑、隱私權、取得資訊的權利，結社、集會和行動自由。所有這些權利和其他權利和自由都與健康權密不可分。

---

<sup>1</sup> 例如，在很多國家，衛生設施、物資和服務方面的不歧視原則都是可透過司法加以執行的。

<sup>2</sup> 人權委員會第 1989/11 號決議。

<sup>3</sup> 聯合國大會 1991 年通過的《保護精神病患者和改進精神保健的整套原則》(第 46/119 號決議)，和委員會作成之適用於精神病患者之關於身心障礙者的第 5 號一般性意見；1994 年在開羅舉行的《人口與發展國際會議行動綱領》；和 1995 年在北京舉行的第四次《世界婦女大會宣言和行動綱領》，包含關於生育衛生和婦女健康的定義。

4. 在起草《公約》的第十二條時，聯合國大會第三委員會沒有採用世界衛生組織憲章前言中對健康的定義，其定義的健康概念是：「完全的身體、精神和社會安康的狀態，而不僅僅是沒有疾病或體弱」。然而，《公約》第十二條第一項所述「享受可能達到之最高標準之身體與精神健康」，並不限於得到健康照護的權利。相反，起草的過程和第十二條第二項明確的措詞認為，健康權包括多方面的社會經濟因素，促進使人民能享有健康生活的條件，也包括各種健康的基本要素，如食物和營養、住房、取得安全飲水和得到適當的衛生條件、安全而有益健康的工作條件和有益健康的環境。
5. 委員會了解，對世界各地數百萬的人來說，充分享有健康權仍是一個遙遠的目標。而且在很多情況下，特別是對那些生活貧困的人，這個目標正變得越來越遙遠。委員會承認，各種國際和其他因素造成的嚴重結構和其他障礙，超出了一些國家的控制能力，因而妨礙了很多締約國充分實現第十二條。
6. 為了幫助締約國執行《公約》和履行他們的報告義務，這份一般性意見著重闡述第十二條的規範內容(第一部分)、締約國的義務(第二部分)、違反(第三部分)，和國家層級的執行(第四部分)，締約國以外的其他行為者的義務在第五部分中闡述。這份一般性意見是根據委員會多年來審查締約國報告的經驗提出的。

## 一、第十二條的規範內容

7. 第十二條第一項提出了健康權的定義，第十二條第二項規定了締約國的一些但並非全部的義務。
8. 享有健康權，不應理解為身體健康的權利。健康權既包括自由，也包括權利。自由包括掌握自己健康和身體的權利，包括性和生育上的自由，以及不受干擾的權利，如免於酷刑、不得未經同意強行治療和試驗的權利。相對的，應享有的權利則包括參加健康保護制度的權利，該套制度能夠為人民提供平等的機會，以享有可能達到最高水準的健康。
9. 第十二條第一項的「可能達到之最高標準之身體與精神健康」概念，既考慮個人的生理和社會經濟先決條件，也考慮國家可掌握的資源。有一些方面不可能完全在國家與個人之間的關係範圍內解決，具體而言，國家不能保證健康，也不能對所有可能造成人類疾病的原因提供保護。因此，遺傳因素、個人是否屬易患病體質，和採取不健康或危險的生活方式，都可能對個人的健

康產生重要影響。因此，健康權必須被理解為一項為享受可能達到之最高標準之身體與精神健康所必須享有各種設施、商品、服務和條件的權利。

10. 自 1966 年聯合國通過國際人權兩公約以來，世界的衛生狀況發生了巨大變化，健康的概念也經歷了重大改變，範圍也拓寬了。更多的健康決定因素被增加進來，如資源分配和性別差異。較寬的健康定義，還考慮暴力和武裝衝突等社會方面的關注。<sup>4</sup>此外，一些原先不知道的疾病，如人類免疫缺乏病毒和後天免疫缺乏症候群(HIV/AIDS)，和其他一些變得更為廣泛的疾病，如癌症，以及世界人口的迅速增長，都造成了實現健康權的新的障礙，在解釋第十二條時必須加以考慮。
11. 委員會對健康權的解釋，根據第十二條第一項的規定，是一項涵蓋性的權利，不僅包括及時和適當的健康照護，而且也包括決定健康的基本要素，如使用安全和潔淨的飲水和享有適當的衛生條件、充足的安全食物、營養和住房供應、符合健康的職業和環境條件，和獲得健康相關的教育和資訊，包括性和生育健康的教育和資訊。另一個重要方面，是人民能夠在社群、國家和國際層次上參與所有健康相關的決策。
12. 健康權的各種形式和層次，包括以下互相關聯的基本要素，其具體實施將取決於各締約國的現實條件：
  - (a) **可使用性**。締約國境內必須有足夠數量的、行之有效的公共衛生和健康照護設施、物資和服務以及計畫。這些設施、物資和服務的具體性質，會因各種因素而有所不同，包括締約國的發展水準。但它們應包括一些健康的基本要素，如安全飲水、適當的衛生設施、醫院、診所和其他健康相關的建築、經過培訓且薪資收入在國內具有競爭力的醫務和專業人員，和世界衛生組織(WHO)必要藥品行動綱領規定的必要藥品<sup>5</sup>
  - (b) **可取得性**。締約國管轄範圍內的健康設施、物資和服務，<sup>6</sup>必須提供給所有人，不得有所歧視。可取得性有四個彼此之間相互重疊的面向：

---

<sup>4</sup> 關於戰時保護平民之 1949 年日內瓦四公約共同的第三條；《關於保護國際性武裝衝突受難者的第一附加議定書》(1977 年)第七十五條第二項第一款；《關於保護非國際性武裝衝突受難者的第二附加議定書》(1977)第四條第一項。

<sup>5</sup> 見世界衛生組織的必要藥品標準清單。1999 年 12 月修訂，《世界衛生組織藥品資訊》第十三卷，1999 年第 4 期。

<sup>6</sup> 除非另行說明，否則本一般性意見中所述衛生設施、物資和服務，均包括本一般性意見第 11 段和第 12 段(a)中所列的健康基本要素。

- (一)不歧視：健康設施、物資和服務必須在法律和實際上提供給所有人，特別是人口中最弱勢或最邊緣化的族群，不得以任何禁止的理由加以歧視。<sup>7</sup>
- (二)實際可取得性：健康設施、物資和服務，必須是各部分人口能夠安全、實際獲得的，特別是弱勢或邊緣化的族群，如少數族群及原住民族、婦女、兒童、青少年、老年人、身心障礙者和愛滋病毒感染者(HIV)/愛滋病患(AIDS)。獲得的條件還包括能夠安全、確實得到醫療服務和健康的基本要素，如安全飲水、適當的衛生設施等，包括農村地區。可取得性還包括建築物具有適當之無障礙近用設計。
- (三)經濟上可取得性(可負擔性)：健康設施、物資和服務必須是所有人能夠負擔的。健康照護服務以及與健康的基本要素有關的服務，收費必須建立在平等原則的基礎上，保證這些服務不論是私人還是國家提供的，應是所有人都能負擔得起的，包括社會處境不利的群體。與較富裕的家庭相比，較貧困的家庭不應在健康開支上有超過比例的負擔始符合公平原則。
- (四)資訊上可取得性：資訊上可取得包括搜尋、接收和傳播有關衛生問題的資訊和意見的權利。<sup>8</sup>然而，資訊的可取得不應損害個人健康資料保密的權利。
- (c) **可接受性**。所有衛生設施、物資和服務，必須遵守醫療職業道德，且在文化上是適當的，即尊重個人、少數族群、人民和群體的文化，對性別和生命週期的需要保持敏感，遵守保密的規定，和改善有關個人和團體的健康狀況。
- (d) **品質**。衛生設施、物資和服務不僅應在文化上是可以接受的，而且必須在科學和醫學上是適當和高品質的。這要求，尤其是，應有技術熟練的醫護從業人員、在科學上經證實、沒有過期的藥品以及醫院設備，安全飲水，和適當的衛生條件。
13. 第十二條第二項並非窮盡的舉例，規定了各締約國採取行動的準則。它提出了一些屬於第十二條第一項關於健康權廣泛定義範圍內具體措施的通用範

<sup>7</sup> 見本一般性意見，第 18 段和第 19 段。

<sup>8</sup> 見《公民與政治權利國際公約》第十九條第二項。本一般性意見特別強調獲得資訊，因為這個問題對健康特別重要。

例，從而說明了這項權利的內容，具體如以下各段所示。<sup>9</sup>

### 第十二條第二項第一款 - 產婦健康權、兒童健康權和生育健康權

14. 「設法減低死產率及嬰兒死亡率，並促進兒童之健康發育」（第十二條第二項第一款<sup>10</sup>），可理解為須採取措施，以改善兒童和母親的健康、性和生育健康服務，包括獲得計畫生育服務、產前和產後照顧、<sup>11</sup>緊急產科服務和獲得相關資訊，以及根據獲得的資訊採取行動所需的資源。<sup>12</sup>

### 第十二條第二項第二款 - 享有健康的自然和工作場所環境的權利

15. 「改良環境及工業衛生之所有方面」（第十二條第二項第二款），主要包括在職業事故和疾病方面採取預防措施；必須保證充分供應安全飲水和基本衛生條件；防止和減少人民接觸有害物質的危險，如放射性物質和有害化學物質，或其他直接或間接影響人類健康的有害環境條件。<sup>13</sup>此外，工業衛生指在合理可行的範圍內，儘量減少在工作環境中危害健康的原因。<sup>14</sup>第十二條

---

<sup>9</sup> 在有關健康權的文獻和實踐中，經常講到三級健康照護：初級健康照護，主要指常見或較輕微的疾病，由社區內衛生專業人員或經過一般培訓的醫生提供，費用較低；二級健康照護由中心提供，通常是醫院，主要處理社區一級無法醫治的較為普通的輕微或嚴重疾病。通常要靠經過專科培訓的衛生專業人員和醫生、特別設備，有時還要住院治療，費用較高；三級健康照護，只在較少的中心提供，主要治療少量需要經過專科培訓的衛生專業人員和醫生及特別設施的輕微或嚴重疾病，常常費用較高。由於初級、二級和三級健康照護的形式常常相互重疊和發生互動，因此採用這種分類辦法並不總是能夠提供充分的區分標準，作為幫助評估締約國必須提供的健康照護水準，因此，在對第十二條的規範理解上作用也很有限。

<sup>10</sup> 根據世界衛生組織的做法，死產率已很少在使用，而採用了嬰兒和 5 歲以下兒童死亡率作為衡量標準。

<sup>11</sup> 產前，指出生前或出生時；週產期，指出生前後的一小段時間（在醫學統計學上，這段時間從懷孕 28 周起，結束的時間有不同規定，可從出生後一周到四周）；新生兒期，則指出生後的頭四個星期；而出生後，即指出生之後。在本一般性意見中，只採用較普通的「出生前」和「出生後」這兩個說法。

<sup>12</sup> 生育健康，指男女有權自由決定是否和何時生育，以及有權瞭解情況和得到安全、有效、能夠負擔得起和可以接受的、由他們自己選擇的計畫生育方法，以及有權得到適當的健康照護服務，例如可使婦女安全的渡過孕期和生產。

<sup>13</sup> 委員會在這個問題上注意到 1972 年《斯德哥爾摩宣言》的第一項原則，該原則規定：「人人有權在具品質的環境中享有自由、平等和適當生活條件的基本權利，該環境應保證尊嚴的生活和安康」，並且符合國際法的最新發展，包括關於必須保證個人安康的健康環境的大會第 45/94 號決議；《里約宣言》的第一項原則；和一些區域人權文件，如《美洲人權公約薩爾瓦多議定書》的第十條。

<sup>14</sup> 國際勞工組織第 155 號公約，第四條第二項。

第二項第二款還包括適當的住房和安全、衛生的工作條件，充分供應食物和適當的營養，勸阻酗酒和吸煙、吸毒和使用其他有害物質。

### 第十二條第二項第三款 - 預防、治療和控管疾病的權利

16. 「預防、療治及撲滅各種傳染病、風土病、職業病及其他疾病」(第十二條第二項第三款)，要求對與行為有關的健康問題建立預防和教育計畫，如性傳染病，特別是愛滋病毒感染(HIV)/愛滋病(AIDS)，及有害於性健康和生育健康的行為，改善促進健康的社會性要素，如環境安全、教育、經濟發展和性別平等。得到治療的權利，包括在意外、流行病和類似健康危險的情況下，建立一套緊急的醫療照護制度，及在緊急情況下提供救災和人道主義援助。控管疾病，指各國單獨或共同努力，特別是提供相關技術、使用和改善目前分類基礎上的流行病學監測及資料收集工作，執行和加強預防接種計畫，和其他傳染病的控制策略。

### 第十二條第二項第四款 - 享受健康設施、物資和服務的權利<sup>15</sup>

17. 「創造環境，確保人人患病時均能享受醫藥服務與醫藥護理」(第十二條第二項第四款)，包括身體和精神兩個方面，要求平等和及時地提供基本預防、治療、康復的健康服務，以及健康教育；定期檢查計畫；對流行病、一般疾病、外傷和身心障礙給予適當治療，最好是在社群層級；提供必要藥品；和適當的精神保健治療和護理。另一個重要的方面，是改善和進一步加強民眾參與，提供預防和治療健康服務，如衛生部門的組織、保險系統等，特別是參與社群和國家層級的有關健康權的政治決定。

## 第十二條：普遍適用的特定議題

### 不歧視與平等待遇

18. 根據第二條第二項和第三條，《公約》禁止在獲得健康照護和健康的基本要素方面，以及在獲得的手段和條件上，不得因任何種族、膚色、性別、語言、宗教、政見或其他主張、民族本源或社會階級、財產、出生、身心障礙、健康狀況(包括愛滋病毒(HIV)/愛滋病(AIDS))、性傾向，以及公民、政治、社會和其他身分上理由進行任何歧視，而在目的上或效果上剝奪或妨礙平等地

<sup>15</sup> 見以上第 12 段 (b) 和註 8。

享有或行使健康權。委員會強調，可採取很多措施，如很多旨在消除健康方面歧視的策略和方案，並無須太多的資源，如透過採納、修訂或廢除某些法律，或展開宣傳。委員會憶及第 3 號一般性意見的第 12 段，該段指出，即使在資源嚴重困難的情況下，也必須透過採取費用相對較低的特別方案，保護社會中弱勢的成員。

19. 在健康權方面，必須強調平等獲得健康照護和健康服務的條件。國家負有特殊義務，為沒有足夠能力的人提供必要的健康保險和健康照護設施，在提供健康照護和健康服務方面防止出現任何國際上禁止的歧視現象，特別是在健康權的核心義務上。<sup>16</sup> 健康資源分配不當，可造成隱形的歧視。例如，投資不應過分偏重於昂貴的治療健康服務，那方面的服務常常只有少數享有特權的人能夠得到，而是應當偏重初級和預防健康照護，使更大多數的人口受益。

### **性別觀點**

20. 委員會建議，各國在他們有關健康的政策、規劃、方案和研究中，融入性別觀點，以同時促進改善婦女和男性的健康。基於性別觀點的作法承認，生理和社會文化因素在影響男性和女性的健康方面起著重要作用。按性別對健康和社會經濟數據進行分類，對發現和救濟健康方面的不平等現象十分重要。

### **婦女和健康權**

21. 為了消除對婦女的歧視，必須制定和執行綜合性國家策略，在婦女的整個一生中促進她們的健康權。該計畫應包括採取行動，預防和治療影響婦女的疾病，以及制定政策，提供全面的高品質且能負擔的健康照護，包括性和生育服務。主要目標是減少女性的健康危險，特別是降低產婦死亡率和保護婦女免受家庭暴力。實現女性的健康權，必須清除所有影響獲得衛生服務、教育和資訊的障礙，包括在性和生育健康方面。另一個重要問題，是採取預防、促進和救濟行動，保護婦女免受那些使她們不能充分享有生育權的有害的傳統文化習俗和規範的影響。

### **兒童和青少年**

22. 第十二條第二項第一款規定，必須設法減低嬰兒死亡率，並促進嬰兒與兒童之健康發育。之後的國際人權文件承認，兒童和青少年有權享有最高標準的

---

<sup>16</sup> 關於各項核心義務，見本一般性意見，第 43 段和第 44 段。

健康，和得到治療疾病的設施。<sup>17</sup>《兒童權利公約》要求各國保證，為兒童和他們的家庭提供基本健康服務，包括對母親的產前和產後護理。該公約還在這些目標上要求確保對兒童友善的預防和增進健康行為的資訊，支持家庭和社群將之付諸實施。不歧視的原則落實，要求女孩和男孩皆享有平等的機會，得到充分的營養、安全的環境，以及身體和精神的衛生服務。必須採取有效和適當的措施，廢除影響兒童，特別是女童健康的有害傳統習俗，包括早婚、女性割禮、偏袒的餵養和照顧男孩。<sup>18</sup>應給予身心障礙兒童機會，享受滿足和尊嚴的生活，並參與社群生活。

23. 締約國應為青少年提供安全和支持的環境，保證能夠參與影響他們健康的決定，有機會學習生活技能、獲得適當的資訊、得到諮詢，和與他們所選擇的健康行為進行討論。實現青少年的健康權，取決於建立對青年友善的健康照護，該套制度應尊重保密和隱私，並包括適當的性和生育健康服務。
24. 在所有保證兒童和青少年健康權的政策和方案上，兒童和青少年的最佳利益應為首要考慮。

### 老年人

25. 在實現老年人的健康權方面，委員會根據 1995 年的第 6 號一般性意見的第 34 段和第 35 段，重申整合性方針的重要性，結合預防、治療和康復性健康治療等要素。這方面的措施包括對男女老年人定期身體檢查；身體和精神康復措施，保持老年人的活動能力和自主；治療和照護患慢性病和疾病末期的人，幫助他們免除可以避免的痛苦，和使他們能夠有尊嚴地死亡。

### 身心障礙者

26. 委員會重申第 5 號一般性意見的第 34 段，該段在身體和精神健康權方面提及身心障礙者的問題。此外，委員會還強調，必須保證不僅公共衛生部門，而且民營提供健康服務和設施的人也必須遵守對身心障礙者不歧視的原則。

### 原住民族

27. 根據新興的國際法和國際慣例，以及各國對原住民族最近採取的措施，<sup>19</sup>委

---

<sup>17</sup> 《兒童權利公約》，第二十四條第一項。

<sup>18</sup> 見 1994 年世界衛生大會決議 WHA47.10，題為：「產婦和兒童健康和計畫生育：有害婦女和兒童健康的傳統習俗」。

<sup>19</sup> 有關原住民的新興國際規範包括：國際勞工組織第 169 號公約《關於獨立國家原住民和部落



員會認為需要確定一些有助於確定原住民族健康權的主要問題，使有原住民族的各國能夠更好的執行《公約》第十二條的規定。委員會認為，原住民族有權享有具體措施，改善他們獲得健康服務和照護的條件。此等健康服務在文化上應當是適當的，考慮傳統的預防照護、治療作法和藥物。各國應為原住民族提供資源，設計、完成和管理這方面的服務，使他們能夠享有可能達到的最高水準的身體和心理健康。原住民族為充分享有健康所需的重要醫用植物、動物和礦物，也應給予保護。委員會指出，在原住民族社群中，個人的健康常常與整個社會的健康連在一起，具有集體的面向。在這方面，委員會認為，與發展有關的活動導致違反原住民族的意願，迫使他們離開傳統領域和環境，剝奪他們的營養來源，打破他們與土地的共生關係，將對他們的健康產生有害影響。

### 限制

28. 公共衛生問題時常被一些國家用來作為限制行使其他基本權利的理由。委員會要強調，《公約》的限制條款第四條，主要目的是保護個人的權利，而不是允許國家施加限制。因此，舉例而言，若締約國以國家安全或維護公共秩序為藉口，限制患有傳染疾病的人，如愛滋病毒(HIV)/愛滋病(AIDS)的人行動自由，或將之監禁，拒絕讓醫生治療被認為反對政府的人，或不給某個社群進行重要傳染病的預防接種，有關締約國均有責任對第四條中提出的每項內容說明此種嚴重措施的理由。這類限制必須依據法律，包括國際人權標準，符合公約保護的權利的性質，追求合法公益目標，且是促進民主社會總體福祉所非常必須的。
29. 根據第五條第一項，這類限制必須是合比例的，亦即在有幾種限制可作選擇的情況下，必須選擇限制性最小的辦法。即使以保護公共健康為理由這種限制基本上是允許的，這些措施也應是短時間的，並需加以審查。

---

居民》(1989)；《兒童權利公約》(1989)第二十九條第一項第三款及第四款，及第三十條；《生物多樣性公約》(1992)第八條第十項，建議各國尊重、保護和保留原住民族體的知識、革新和習俗；聯合國環境和發展會議《21世紀議程》(1992)，特別是第26章；和《維也納宣言和行動綱領》(1993)第一部分第20段，要求各國採取一致的積極措施，確保在不歧視的基礎上尊重原住民的各項人權。另見聯合國《氣候變化架構公約》(1992)序言和第三條；聯合國《在發生嚴重乾旱和/或沙漠化的國家特別是在非洲防止沙漠化的公約》(1994)第十條第二項第五款。近年來，越來越多的國家修改了他們的憲法和提出立法，承認原住民的特別權利。

## 二、締約國的義務一般法律義務

30. 雖然公約強調逐步實現，並且承認由於可資利用的資源有限造成了各種限制，但《公約》還是為締約國規定了一些立即有效的義務。締約國在健康權方面具有一些立即的義務，如保證行使這項權利時不得有任何歧視(第二條第二項)，和採取步驟充分實現第十二條的義務(第二條第一項)。這些步驟必須是深思熟慮的、具體的和導向充分實現健康權的目標。<sup>20</sup>
31. 在一段時間內逐步實現健康權，不應解釋為締約國的義務已失去一切有意義的內容。相反的，逐步實現意謂締約國有一項具體和持續的義務－儘可能迅速和有效地充分實現第十二條。<sup>21</sup>
32. 與《公約》中的所有其他權利一樣，一個重要的假定是，不允許在健康權上採取倒退措施。如果蓄意採取了任何倒退措施，締約國有責任證明，有關措施是在認真權衡所有其他選擇之後提出的，而且從《公約》規定的整體權利來看，為了充分利用締約國最大限度可資利用的資源，採取這些措施是完全有理由的。<sup>22</sup>
33. 健康權與各項人權一樣，課予締約國三類或三個層次的義務：**尊重**、**保護**和**履行**義務。依次下來，履行義務包括促進、提供和推動義務。<sup>23</sup> **尊重**義務，要求締約國不得直接或間接地干預享有健康權。**保護**義務，要求締約國採取措施，防止第三方干預第十二條規定的各項保證。最後，**履行**義務，要求締約國為充分實現健康權採取適當的法律、行政、預算、司法、促進和其他措施。

### 具體法律義務

34. 具體而言，各國有義務**尊重**健康權，特別是不能剝奪或限制所有人得到預防、治療和安寧緩和醫療的健康服務的平等機會，包括受刑人和受拘禁者、少數族群、尋求庇護者和非法移民；不得將歧視性做法作為一項國家政策；也不得對婦女的健康地位和需求推行歧視性做法。此外，尊重義務還包括國

<sup>20</sup> 見第 13 號一般性意見，第 43 段。

<sup>21</sup> 見第 3 號一般性意見，第 9 段；第 13 號一般性意見，第 44 段。

<sup>22</sup> 見第 3 號一般性意見，第 9 段；第 13 號一般性意見，第 45 段。

<sup>23</sup> 根據第 12 號和第 3 號一般性意見，履行義務包括促進義務和提供義務。在本一般性意見中，由於促進健康在世界衛生組織和其他方面工作中的關鍵重要作用，履行義務還包括促進義務。

家有義務不得禁止或阻撓傳統的預防照護、治療作法和藥物，不得銷售不安全的藥品；也不得採用強制性的治療辦法，除非是在特殊例外情況下為治療精神病，或預防和控制傳染病。這種特殊例外情況必須符合具體而限制性的條件，考慮到他國的最佳做法和適用的國際標準，包括「保護精神病患者和改進精神保健的整套原則」。<sup>24</sup>此外，各國不應限制得到避孕和其他保持性健康和生育健康的途徑，不應審查、隱匿或故意提供錯誤的健康資訊，包括性教育及有關資訊，也不得阻止人民參與健康方面的事務。各國也不得違法污染空氣、水和土壤等，如透過國有設施排放工業廢料；不得在可造成釋放有害人類健康物質的情況下使用或試驗核武器、生物武器或化學武器；不得以限制得到健康服務作為懲罰性措施，如在武裝衝突期間違反國際人道主義法。

35. **保護義務**，主要包括各國有責任透過法律或採取其他措施，保障有平等的機會，得到第三方提供的健康照護和健康相關的服務；保證衛生部門的民營化不會威脅健康設施、物資和服務的可近用性、可取得性、可接受性和品質。管控第三方行銷的醫療設備和藥品；和保證醫療從業人員和其他衛生專業人員達到適當的教育水準、技能標準和職業道德準則。各國還必須保證，有害的社會或傳統習俗不能阻礙產前和產後護理和家庭計畫的獲得；阻止第三方強迫婦女接受傳統作法，如女性割禮；以及在基於性別表現的暴力上，採取措施，保護社會中的各種弱勢或邊緣群體，特別是婦女、兒童、青少年和老年人。各國還應保證，第三方不得限制人民得到健康相關的資訊和服務。
36. **履行義務**，要求締約國，尤其是在國家的政治和法律制度中充分承認健康權，最好是透過法律的實施，並透過國家的衛生政策，制定實現健康權的詳細計畫。各國必須保證提供健康照護，包括對主要傳染病的免疫計畫，保證所有人都能平等地獲得健康的基本要素，如富於營養的安全食物飲水、基本的衛生條件和適當的住房和生活條件。公共衛生基礎設施應提供性和生育健康服務，包括母親的安全知識，特別是在農村地區。各國必須保證醫生和其他醫療從業人員經過適當培訓，提供足夠數量的醫院、診所和其他健康相關的設施，促進和支持建立提供諮詢和精神健康服務的機構，並充分注意到在全國的均衡分布。其他義務包括提供所有人都能負擔得起的公共、民營或混合健康保險制度，促進醫學研究和衛生教育，以及展開宣傳運動，特別是在愛滋病毒(HIV)/愛滋病(AIDS)、性和生育健康、傳統習俗、家庭暴力、酗酒

---

<sup>24</sup> 大會第 46/119 號決議(1991)。

和吸煙、使用毒品和其他有害物質等方面。各國還需採取措施，防止環境和職業健康危險，和流行病資料顯示的任何其他威脅。為此，他們應制定和執行減少或消除空氣、水和土壤污染的國家政策，包括重金屬的污染，如汽油中的鉛。此外，締約國還應制定、執行和定期審查一貫的國家政策，儘量減少職業事故和疾病的危險，並在職業安全和健康服務方面制定一貫的國家政策。<sup>25</sup>

37. **履行(促進)**義務，要求各國，尤其是，採取積極措施，幫助個人和群體並使他們能夠享有健康權。締約國還必須在個人或團體由於他們無法控制的原因而不能依靠自身的力量實現這項權利的情況下，依靠國家掌握的手段，**履行(提供)**《公約》所載的具體權利。**履行(推動)**健康權的義務，要求各國採取行動，創造、保持和恢復人民的健康。這方面的義務包括：(一)促進了解有利健康的因素，如研究和提供資訊；(二)確保健康服務在文化上是適當的，培訓健康照護工作人員，使他們了解和能夠對弱勢或邊緣化族群的具體需要作出反應；(三)確保國家滿足它在傳播適當資訊方面的義務，包括有益健康的生活方式和營養、有害的傳統習俗和服務的提供方面的資訊；(四)支持人民在他們的健康上作出被告知資訊的選擇。

### 國際義務

38. 委員會在第 3 號一般性意見中，提請注意各締約國有義務採取措施，單獨或透過國際協助和合作，特別是經濟和技術合作，充分實現公約承認的各項權利，如健康權。本著《聯合國憲章》第五十六條、《公約》的一些具體規定(第十二條、第二條第一項、第二十二條及第二十三條)，和關於初級健康照護的《阿拉木圖宣言》的精神，締約國應承認國際合作的重要作用，履行他們的承諾，共同和單獨採取行動，充分實現健康權。在這方面，請締約國注意《阿拉木圖宣言》，《宣言》說在人民健康狀況上存在的嚴重不平等情況，特別是已開發國家與開發中國家之間，以及在各國內部，這在政治、社會和

<sup>25</sup> 該項政策的主要內容包括發現、確定、批准和控制危險材料、設備、物質、媒介和工作程序；向工作者提供健康資訊和在需要的情況下提供充分的保護服裝和設備；透過適當檢查執行法律和規定；要求通報職業事故和疾病；對嚴重事故和疾病進行調查並提出年度統計數字；保護工作者和他們的代表不因他們依此項政策而採取的正當行動而受到紀律處分；和提供職業衛生服務，包括各種基本的預防職能。見國際勞工組織的第 115 號公約《職業安全衛生公約》(1981)，和第 161 號公約《職業衛生服務公約》(1985)。

經濟上都是不能令人接受的，因此是所有國家的共同關注。<sup>26</sup>

39. 締約國遵守對第十二條承諾的國際義務，必須尊重人民在其他國家亦享有健康權，並根據《聯合國憲章》和適用的國際法，在能夠透過法律或政治手段影響第三方的情況下防止他們在其他國家違反這項權利。締約國應根據資源情況，在可能的情況下協助其他國家取得基本健康設施、物資和服務，並在接到要求時提供必要的援助。<sup>27</sup>締約國應保證，在國際協議中充分注意到健康權，並應為此考慮制定進一步的法律文件。在締結其他國際協議方面，締約國應採取措施，保證有關文件不會對健康權產生不利影響。同樣，締約國還有義務保證，他們作為國際組織的成員所採取的行動會充分考慮到健康權。因此，作為國際金融機構成員的締約國，如國際貨幣基金、世界銀行、各區域開發銀行等，也應在這些機構的放款政策、融資協定和國際性措施上發揮影響，加強對保護健康權的重視。
40. 根據《聯合國憲章》和聯合國大會、世界衛生大會的有關決議，締約國有共同和單獨的責任，在發生緊急情況時，提供救災和人道主義援助方面進行合作，包括援助難民和國內流離失所者。各國應盡其最大能力為這項工作作出貢獻。在提供國際醫療援助、分配和管理資源等方面，如安全和潔淨的飲水、食物和醫療物資補給，以及在財政援助中，應優先考慮人口中最弱勢或最邊緣化的族群。此外，鑒於有些疾病很容易跨過國家的邊界傳播，國際社會有集體責任解決這個問題。經濟發達的締約國有特殊的責任和利益，在這方面幫助較窮的發展中國家。
41. 締約國在任何時候都不應對另一個國家實施禁運或類似措施，限制提供充足的藥品和醫療設備。對這類貨物的限制絕不能用來作為施加政治和經濟壓力的手段。在這方面，委員會提醒其在第 8 號一般性意見中在經濟制裁和尊重經濟、社會及文化權利之間的關係問題上闡明的立場。
42. 雖然只有國家才能是《公約》的締約國，從而對遵守《公約》負有最終責任，但社會的所有成員—個人，包括健康專業人員、家庭、地方社區、政府間和非政府組織、公民社會組織，及私人商業部門—在實現健康權方面也都負有責任。因此締約國應為履行這方面的責任提供一個便利的環境。

---

<sup>26</sup> 《阿拉木圖宣言》第二條，初級健康照護國際會議的報告，阿拉木圖，1978 年 9 月 6 日至 12 日，載於世界衛生組織《全民健康》系列第一卷，世界衛生組織，1978 年，日內瓦。

<sup>27</sup> 見本一般性意見，第 45 段。

### 核心義務

43. 委員會在第 3 號一般性意見中確認，締約國有一項核心義務，即保證《公約》提出的每一項權利，至少要達到最低的基本水準，包括基本的初級健康照護。結合更新的文件來看，如人口與發展國際會議的行動綱領<sup>28</sup>阿拉木圖宣言在第十二條產生的核心義務上提供了明確的指導。因此，委員會認為，這些核心義務至少包括以下方面：

- (a) 保證在不歧視的基礎上有權取得健康設施、物資和服務，特別是弱勢或邊緣化族群；
- (b) 保證能夠取得最基本的、有充足營養和安全的食物，保證所有人免於饑餓；
- (c) 保證能夠取得基本庇護、住房和衛生條件，及保證充分供應安全和潔淨的飲水；
- (d) 根據世界衛生組織隨時修訂的必要藥品行動綱領，提供必要藥品；
- (e) 保證公平地分配一切健康設施、物資和服務；
- (f) 根據流行病學科學證據，採取和實施國家公共衛生策略和行動計畫，解決整個人口的健康關注；該項策略和行動計畫應透過參與和透明的程序制定，並定期審查；該策略和計畫應包括一些方法，如健康權的指標和基準，用以隨時監督其進展；制定策略和行動計畫的過程及其內容，都應特別注意各種弱勢或邊緣化族群。

44. 委員會還確認，以下是一些比較優先的義務：

- (a) 確保生育、產婦(產前和產後)和兒童的健康照護；
- (b) 對社區出現的主要傳染病進行預防接種；
- (c) 採取措施預防、治療和控制流行病和風土病；
- (d) 在社群提供有關群體主要健康問題的教育和資訊，包括預防和控制的方法；
- (e) 為健康從業人員提供適當的培訓，包括健康和人權教育。

45. 為了避免有任何疑問，委員會要強調，締約國和其他具有協助地位的行動者尤其有責任提供「國際協助與合作，特別是經濟和技術援助和合作」，<sup>29</sup>使開發中國家能夠履行以上第 43 段和第 44 段所述核心義務和其他義務。

<sup>28</sup> 《人口與發展國際會議報告》，開羅，1994 年 9 月 5 日至 13 日(聯合國出版物出售品編號，E.95.XIII.18)，第一章，決議 1 附件，第七章和第八章。

<sup>29</sup> 《公約》第二條第一項。

### 三、違反

46. 將第十二條規範內容(第一部分)應用於締約國的義務(第二部分)，就啟動了一個動態程序，得以具體指明違反健康權的情況。以下各段說明了何謂違反第十二條。
47. 在確定哪些作為或不作為違反了健康權時，重要的是必須區分締約國究竟是沒有能力還是不願遵守其在第十二條的義務。這要根據《公約》第十二條第一項，該項提及可能達到之最高標準之身體與精神健康，和第十二條第一項，該項要求各締約國應盡最大能力採取必要步驟。不願最大限度地利用其可得之現有資源實現健康權的國家，即違反了第十二條規定的義務。如果資源上的限制使得一國無法完全履行公約的義務，它必須證明，已盡了一切努力，利用一切可資利用的資源作為優先問題滿足上述義務。然而必須強調，在任何情況下締約國均不能為沒有遵守以上第 43 段提出的核心義務進行合理化，這些核心義務是不能減免的。
48. 發生違反健康權的情況，可以是國家直接所為，也可能來自國家管理不週的其他實體。以上第 43 段所述採取任何違背健康權核心義務的任何倒退措施，都是對健康權的違反。**作為**所造成的違反，包括正式取消或中止享有健康權所必須的法律，或採取明顯不符合在健康權方面既存的國內或國際法律義務的法律或政策。
49. 違反健康權還可發生在國家不作為或沒有採取法律義務要求的必要措施的情況下。**不作為**引起的違反，包括未採取適當措施，充分實現人人享受可能達到的最高標準之身體與精神健康的權利，沒有制定關於職業安全和健康的國家政策及提供職業健康服務，和沒有執行相關的法律。

#### **違反尊重義務**

50. 違反《公約》第十二條規定的標準，或有可能造成身體傷害、不必要的疾病和可預防的死亡，此類國家行為、政策或法律，即是違反尊重義務。這方面的例子包括由於法律上或事實上的歧視，拒絕某些個人或團體得到醫療設施、物資和服務；蓄意隱瞞或曲解對保護健康或治療極為重要的資訊、中止法律或實行妨礙享有一切健康權的法律或政策；或國家在與其他國家、國際組織和其他實體，如跨國公司，簽訂雙邊或多邊協議時，未能在其法律義務中考慮到健康權。

### **違反保護義務**

51. 違反保護義務，是指國家未能採取一切必要措施，保護其管轄權內的人民之健康權不受到第三方的侵犯。這些不作為包括未能對個人、群體或公司的行為加以規範，使之不得侵害他人的健康權；未能保護消費者及工作者的健康免於受到雇主、藥品或食物的製造商的傷害；沒有勸阻生產、銷售和消費菸品、毒品和其他有害物質；沒有保護婦女免於暴力或沒有起訴施暴的人；沒有勸阻繼續遵守有害的傳統療法或文化習俗；和沒有制定或實施法律，防止水、空氣和土壤受到開採業和製造業的污染。

### **違反履行義務**

52. 違反履行義務，是指締約國未能採取一切必要措施，保證實現健康權。這方面的例子包括沒有採取或執行旨在保護所有人健康權的國家健康政策；公共資源的開支不足或分配不當，造成個人或團體不能享有健康權，特別是弱勢或邊緣化群體；沒有在國家層級監督健康權的實現，例如提出健康權的指標和基準；沒有採取措施減少健康設施、物資和服務分配不公平的現象；在健康方面沒有採取性別敏感的方針；和沒有降低嬰兒和產婦死亡率。

## **四、國家層級的執行**

### **架構立法**

53. 落實健康權最適宜又可行的措施因國而異，差別很大。每個國家就權衡哪些措施最適合其具體情狀，具有裁量餘地。然而《公約》明確課予每個國家責任，應採取一切必要措施，保證人人都能取得健康設施、物資和服務，使他們能夠儘快享有可得達到之最高標準的身心健康。這要求國家採取一項國家策略，基於人權保障原則確立該項策略之目標，以確保所有人享有健康權，並且要求國家制定政策和相應的健康權指標和基準。國家健康策略還應確認實現規定目標可以利用的資源，以及使用那些資源成本效益最高的辦法。
54. 制定和執行國家健康策略和行動計畫，應特別遵守不歧視原則和人民參與原則。具體而言，個人和團體參與決策過程的權利，可能影響他們的發展，因此必須作為履行政府對第十二條義務所制定的一切政策、方案或策略的重要組成部分。促進健康必須在確定優先問題、決策、計畫、執行和評估改善健康的策略上，納入有效的社群行動。只有在國家保障人民參與的情況下，才



有可能得到有效提供健康服務的保證。

55. 國家健康策略和行動計畫還應建立在課責原則、透明和司法獨立的原則基礎上，因為優良的治理對於有效落實各項人權具有本質重要性，包括實現健康權。為了創造有利於實現該項權利的氛圍，締約國應採取適當措施，確保私人商業部門和公民社會在他們的行動中認識到健康權，並考量它的重要性。
56. 各國應考慮採取一套法律架構，實施其健康權國家策略。這套法律架構應建立監督執行國家健康策略和行動計畫的國家機制。該機制應包括規定欲實現的目標和期程；實現健康權基準的手段；準備如何與公民社會，包括與健康專家、私部門和國際組織進行合作；對執行健康權國家策略和行動計畫的制度上責任；和可能的救濟程序。在監督實現健康權的進展方面，締約國應具體指出影響其義務履行的各種因素和困難。

### **健康權的指標和基準**

57. 國家健康策略應具體提出適當的健康權指標和基準。制定指標的目的，是為了在國家和國際層級上監督締約國履行第十二條義務的情況。各國可從世界衛生組織(WHO)和聯合國兒童基金會(UNICEF)在這個領域正在展開的工作中得到有關適當健康權指標的指導，以解決健康權不同方面的問題。健康權指標應就禁止的各種歧視分別列出。
58. 在具體提出適當的健康權指標後，締約國應針對每一指標設立相對的適當國家基準。在審查定期國家報告的過程中，委員會將與締約國一同進行評估程序。評估包括締約國和委員會共同考量指標和國家基準，然後定出下一個報告期應實現的目標。在接下來的五年內，締約國將採用新的國家基準，幫助監督第十二條的執行情況。之後，在下一個報告程序中，締約國和委員會將審查基準是否已經達到，以及可能遇到的任何困難原因何在。

### **救濟與課責性**

59. 健康權受到侵害的任何受害個人或團體，都應有機會在國家和國際層級上得到有效的司法或其他適當救濟。<sup>30</sup>所有此種違反行為的受害人，應有權得到適足的賠償，賠償可採取回復原狀、賠償、補足或保證不再犯等形式。國家

---

<sup>30</sup> 無論那些團體是否可以作為特定的權利主體尋求救濟，締約國在集體和個人兩個方面均受到第十二條的約束。集體權利在健康領域十分重要，現代公共衛生政策在很大程度上依賴預防和增進健康，主要都是針對集體的方針。

監察使、人權委員會、消費者論壇、病人權利組織或類似機構，應處理違反健康權的問題。

60. 在本國法律制度中納入承認健康權的國際文件，可大大增加救濟措施的範圍和效果，因此在任何情況下均應給予鼓勵。<sup>31</sup> 納入這方面的文件，可使法院能夠直接援引公約，審理健康權違反的案件，或至少其核心義務之違反。
61. 締約國應鼓勵法官和其他法律從業人員，在他們的工作中加強對侵害健康權的重視。
62. 締約國應尊重、保護、促進和推動人權倡導者和公民社會其他成員的工作，以幫助弱勢或邊緣化族群實現他們的健康權。

## 五、締約國以外其他行為者的義務

63. 聯合國各機構和方案的作用，特別是世界衛生組織在國際、區域和各國實現健康權的主要功能，以及聯合國兒童基金會在兒童健康權方面的作用，具有十分重要的意義。締約國在制定和執行他們的健康權國家策略時，應運用世界衛生組織的技術協助和合作。此外，締約國在編寫他們的報告時應利用世界衛生組織在收集資料、分類，和制定健康權指標和基準等方面的廣泛資訊和諮詢服務。
64. 此外，應在實現健康權方面進行協調，加強所有有關行動者的互動，包括公民社會的各個組成部分。根據《公約》第二十二條及第二十三條，世界衛生組織、國際勞工組織、聯合國開發計畫署、聯合國兒童基金會、聯合國人口基金、世界銀行、各區域開發銀行、國際貨幣基金、世界貿易組織和聯合國系統內的其他有關機構，均應在國家層級落實健康權方面與各締約國進行有效的合作，發揮他們各自的專長，同時適當注意到其個別之職掌範圍。具體而言，國際金融機構，特別是世界銀行和國際貨幣基金，應在他們的放款政策、融資協定和結構調整方案中更加重視保護健康權。在審查締約國的報告和他們履行第十二條義務的能力時，委員會將考慮所有其他行動者提供援助的效果。聯合國各專門機構、方案和組織，採取以人權為基礎的取向，將大有利於健康權的落實。委員會在審議締約國的報告過程中，也將審議衛生專業組織和其他非政府組織在締約國對第十二條義務方面的作用。
65. 世界衛生組織、聯合國難民事務高級專員辦事處、國際紅十字會/紅新月會

<sup>31</sup> 見第 2 號一般性意見，第 9 段。

委員會和聯合國兒童基金會，以及各種非政府組織和國家的醫療組織在緊急情況下救災和人道主義援助方面的作用極為重要，包括對難民和國內流離失所者的援助。提供國際醫療援助、分配和管理資源，如安全和潔淨的飲水、食物和醫療物資補給、財政援助等，應優先安排給人口中最弱勢或最邊緣化的團體。