



人权理事会

第二十届会议

议程项目 2 和 3

联合国人权事务高级专员的年度报告以及  
高级专员办事处的报告和秘书长的报告

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

关于采取基于人权的方式执行降低可预防的孕产妇死亡率和  
发病率的政策和方案的技术指南

联合国人权事务高级专员办事处的报告

概要

本报告载有根据人权理事会第 18/2 号决议要求制定的简明技术指南。本报告的目的是根据人权标准，提供降低孕产妇死亡率和发病率的政策与方针的指南，帮助决策者改进妇女的健康与权利。报告为多种行为者着重论述了在决策、实施和审查周期中涉及种种人权问题，并强调需要有力地加强各种机制和国际援助与合作。

## 目录

	段次	页次
一. 导言.....	1-7	3
二. 一般性原则.....	8-23	4
三. 规划与预算.....	24-52	7
A. 规划.....	26-43	7
B. 预算.....	44-52	10
四. 确保实际执行.....	53-66	11
A. 已确定问题的样例：晚就医或未寻求紧急 产科护理.....	56-58	12
B. 已确认问题的样例：不成比例高的少女孕 产妇发病率和死亡率.....	59-66	13
五. 责任制.....	67-80	14
A. 监督.....	69-73	15
B. 审查与监督的形式.....	74-75	16
C. 补救.....	76-80	17
六. 国际援助与合作.....	81-90	18

## 一. 引言

1. 人权理事会在第 18/2 号决议中请联合国人权事务高级专员办事处(人权高专办)和有关的联合国机构及其他专家合作编写关于采取基于人权的方式执行降低可预防孕产妇死亡率和发病率的政策和方案的简明技术指南并将这份指南提交理事会二十一届会议。
2. 2011 年, 人权高专办向所有缔约国和国际组织发出了一份普通照会, 要求获得有关人权与孕产妇死亡率和发病率的现有技术指南的信息。<sup>1</sup> 除了案头研究之外, 本报告收集了通过以下方式获得的资料: 对普通照会的回应, 与在孕产妇死亡率和发病率领域内工作的联合国机构、学术界和民间社会组织的紧密合作, 和专家小组与民众社会进行磋商获得的资料。
3. 孕产妇死亡率和发病率在全世界许多国家内, 特别在贫困妇女中间继续是致使妇女死亡的可怕因素。2010 年, 将近 287,000 妇女死于分娩,<sup>2</sup> 每年 1,000 万和 1,500 万孕产妇身患虚弱并发症, 严重影响了她们的福祉。世界卫生组织(卫生组织)估计 88%至 98%的孕产妇死亡是可以预防的。<sup>3</sup>
4. 《千年发展目标 5》吁请将孕产妇死亡率从 1990 年的水准降低 75%, 并要求在 2015 年实现普及生育保健, 后一项是最未走上轨道的目标。<sup>4</sup> 2010 年大会关于千年发展目标的高级别全体会议上, 为促进发展, 秘书长发起了《促进妇女儿童健康全球战略》。《全球战略》的结果建立了一个信息和问责委员会, 该委员会发表了一份报告, 承认人权是实现进步的核心, 并且提出了 10 项建议, 实施这 10 项建议能够支持本报告所载的指南。<sup>5</sup>

<sup>1</sup> 可在人权高专办的网页 [www2.ohchr.org/english/issues/women/](http://www2.ohchr.org/english/issues/women/)上查阅所收到的所有来文。

<sup>2</sup> 世界卫生组织(卫生组织), 孕产妇死亡趋势: 1990 年至 2010 年, 卫生组织、儿童基金会、联合国人口基金和世界银行估算, 2012 年, 可从以下网络查阅 [www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Trends\\_in\\_maternal\\_mortality\\_A4-1.pdf](http://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2012/Trends_in_maternal_mortality_A4-1.pdf)。

<sup>3</sup> 世界卫生组织, “孕产妇死亡率: 帮助妇女脱离死亡之路”, 《世卫组织年史》, 第 40 卷(1986 年第 175 至 183 页)。

<sup>4</sup> A/64/665, 第 30 段。

<sup>5</sup> 妇女儿童健康信息和问责制委员会, 履行诺言衡量成果, 卫生组织, 2011 年(可从下列网页查阅 [www.who.int/topics/millennium\\_development\\_goals/accountability\\_commission/Commission\\_Report\\_advance\\_copy.pdf](http://www.who.int/topics/millennium_development_goals/accountability_commission/Commission_Report_advance_copy.pdf)), 第 2 页。

5. 本报告的主要目的是向决策者提供有关制定、实施和监督降低孕妇死亡率和发病率政策与方案的指南，帮助她们增进妇女的保健与权利，并且根据人权标准促进问责制。<sup>6</sup>

6. 尽管指南主要针对保健决策者，但是指南也与其他部门，包括金融与教育，以及议会议员、司法机构、政府间机构、国家人权机构及捐助国家有关。为了有效地执行指南，民间社会的参与是必要的，并须责成政府负责。

7. 高级专员鼓励实施目前的技术指南。为消除孕产妇死亡率和发病率，人权理事会可以考虑鼓励向所有政府有关部门以及利益攸关者宣传指南，促进在各项方案与政策中使用指南。理事会还鼓励通过联合国本身的各项政策、方案和技术支持，就指南的实施在联合国各系统内开展机构间对话和进行合作。

## 二. 一般原则

8. 人权是在人民的某些生活方面，包括他们的性和生育保健方面赋权予民。国际人权法包括各国基本承诺妇女能够安全怀孕与分娩，作为她们享有性和生育保健权利的一部分以及有尊严地生活的一部分。可靠的公共保健习俗至关重要，能使各国履行这些基本权利，但其必须由更为广泛的措施予以辅助，来解决妇女的赋权问题。

9. 本技术指南以先前的人权高专办的两份报告为基础。在第一份报告中(A/HRC/14/39)，人权高专办确认了基本理解孕产妇死亡率和发病率作为人权问题的七项人权原则：问责制、参与性、透明度、赋权、持续性、国际援助和不歧视。在第二份报告中(A/HRC/18/27)，人权高专办概述了按照人权义务解决孕产妇死亡率和发病率的良好做法的类别：加强妇女地位，确保性和生育保健权，加强保健系统、解决不安全流产，改进监督与评估。指南中也考虑到其他人权机制的工作。<sup>7</sup>

10. 基于人权的做法确认权利拥有者及其权利，以及相应的责任承担者及其义务，促进加强权利拥有者进行诉求的能力以及责任承担者履行其义务的能力。国际人权法规定了这些权利与义务。

<sup>6</sup> 具体的情况，例如紧急状况，可能需要其他符合人权标准的指南，以及包括人道主义法在内的国际法所规定的其他义务。请见危机中的生育保健机构间工作组，人道主义环境下生育保健机构间实地手册，2010年。

<sup>7</sup> A/HRC/17/25；CEDAW/C/49/D/17/2008；CEDAW/C/50/D/22/2009；美洲间人权委员会，“从人权方面普及孕妇保健服务”，美洲国家组织，2010年6月7日。

11. 技术指南如同先前的人权高专办报告以尊重《国际人口与发展会议行动纲领》所规定的性和生育保健与权利为基础。<sup>8</sup> 并在以后的联合国文件与国际法内予以强调与扩展。

12. 基于人权的做法是保健而不是孤立的病理学；其前提是赋予妇女要求其权利的权力，而并不是仅仅避免孕产妇死亡或发病率。明确承认保健权，包括在宪法和/或立法中广泛地理解性和生育保健，连同证明保健权是正当权利的问责制机制对基于人权的做法至关重要。

13. 需要采取措施解决影响享有公民、政治、经济、社会和文化权利的妇女保健的社会决定因素。在所有国家内，孕产妇的死亡率和发病率模式往往反映社会中的权力不平等以及男女之间的权力分配。表现在贫困、收入不平等、法律与实际的性别歧视，基于族裔、种族、阶层、国籍及其他理由的排斥是影响多种权利的社会因素。

14. 各国必须采取所有恰当措施消除对妇女的歧视，包括基于性别的暴力、迫婚与早婚，营养禁忌、女性生殖器切割/切割及其他有害的做法。<sup>9</sup> 孕产妇的死亡率和发病率是歧视妇女的产物，否认她们的人权，包括性和生育保健权利。

15. 人权要求“特别注重各种脆弱和边缘群体”。<sup>10</sup> 在其他群体内，青少年、族裔和种族少数民族、土著妇女、残疾妇女、性工作者、艾滋病毒阳性妇女、流离失所和受战害的妇女、居住在服务提供不足的地区的妇女，及其他受侮辱或者被排斥的人口应该给予特别的注意。<sup>11</sup>

16. 采用基于人权的方式降低孕产妇死亡率和发病率依赖于一个公正以及有效的保健系统。保健系统不只是提供干预和商品的设施。在一个社会中，富有和贫穷的妇女——不论其种族、族裔、种姓、残疾或其他特征——均能依赖保健系统公平地满足其性和生育保健需求则是一个较为公正的社会。由此，保健系统的使用者、提供者和决策者应该理解要求获得性和生育保健商品、服务和信息的要求是基本权利，而不是由市场或者慈善机构分配的商品。<sup>12</sup>

17. 在人权框架内，妇女是积极的行为者，她们有权利参与涉及其性和生育保健的各项决定。为有效力，参与将能够使妇女挑战政治或其他形式的排斥，这些政治和其他形式阻碍妇女对涉及其生命，包括其性和生育保健的决策和进程行使

<sup>8</sup> 国际人口与发展会议报告，1994年9月5日至13日开罗(联合国出版物，销售号 E.95.XIII.18)第一章，决议1，附件。

<sup>9</sup> 《消除对妇女一切形式歧视公约》第五条；消除对妇女歧视委员会第14号一般性评论；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21段。

<sup>10</sup> E/C.12/2000/4，第43段。

<sup>11</sup> A/HRC/14/39，第19至21段。

<sup>12</sup> Lynn Freedman, “Achieving the MDGs: health systems as core social institutions”, *Development*, vol. 48, No. 1, 2005, pp. 19-24. See also A/HRC/7/11.

其权利。这要求有意义地参与问题的确认、政策的制定和预算的调拨，以及对方案和政策实施的评估。

18. 问责制在基于权利的做法中并非是事后考虑，而是过程每个阶段之根本——从形势分析中确认问责制的空白到确保国家计划中适当的监督机制和补救，到为这些机制和补救调拨资源，确保通过在实际中实施从基层获得反馈。从问责制结构中吸取的经验教训必须通报不断进行的调整现有方案和今后规划的过程。

19. 保健系统各个部门的计划、组织和协调必须以包括不歧视——平等、透明度、参与性和问责制在内的基本人权原则为准则。<sup>13</sup>

20. 确保妇女性和生育保健权利要求在保健设施、商品与服务方面符合标准：

(a) 可提供性既包括保健的根本决定要素，又包括医院、诊所和其他与保健有关的建筑，获得国内具有竞争力的薪水经培训的医疗和专业人员，和基本的药物；

(b) 可获得性的四个重叠方面：实际、经济(可支付得起的)、不歧视和信息等；

(c) 可接受性方面是尊重医疗道德和个人、少数民族、民族和社区的文化，性别和生活周期的敏感性，并要旨在尊重保密性，改进有关人员的保健状况；

(d) 质量包括有技术的医务专业人员，经科学改进与未过期药物和医院设备、安全和可携带饮用水，以及适当的卫生条件；<sup>14</sup> 谨慎地照料使用保健服务的妇女是质量和可接受性之关键。

21. 要求各国“最大限度地运用其现有资源”不断地实现经济、社会和文化权利；如果资源限制不能使该国立即履行妇女的性和生育保健权利，该国必须表明其已作为优先事项利用其所有可获得的资源这么做。<sup>15</sup> 有关性和生育保健权利的多项义务不应受到资源提供的限制，包括涉及国家行动计划，消除有害做法和歧视等的义务。<sup>16</sup> 关于“逐步实现”的义务要求在“最大可获得资源”范围内包括来自国际合作的资源，以考虑周详，具体地，有针对性的方式采取所有适当的措施。<sup>17</sup> 人们强烈反对在性和生育保健方面采取任何倒退措施的可能性。<sup>18</sup>

<sup>13</sup> 世界卫生组织，每个人事务，加强卫生系统改善健康结果(2007)。世界卫生组织确认的六个要素是服务提供；保健力量；信息；药品，免疫和技术；财政；和领导与管理。

<sup>14</sup> E/C.12/2004/4, 第 12 段(a)至(d)。

<sup>15</sup> 同上，第 47 段。

<sup>16</sup> 同上第 43 和 44 段；CEDAW/C/49/D/17/2008, 第 7.6 段。

<sup>17</sup> 经济、社会和文化权利委员会，第 3 号一般性意见第 13 段；还请见《儿童权利公约》，第 24(4)条。

<sup>18</sup> 经济、社会和文化权利委员会第 14 号一般性意见，第 32 段。

22. 各国应加强适当的法律、政策、规章和准则进行保护，制止第三方对性和生育保健权利的干预。各国应负责地迅速行动，或者以某种照料标准行事，确保非政府行为者，包括私营服务提供者，保险和制药公司、保健商品和设备的制造商，以及社区和家庭成员遵守某些标准。<sup>19</sup> 如果各国不能够迅速行动防止、调查和惩治侵犯权利的行为，将责成这些国家对私人行为负责。<sup>20</sup>

23. 若保健系统下放，各国政府仍应对遵循各项人权义务，包括那些涉及性和生育保健的人权义务负责。

### 三. 规划和预算

24. 公共卫生规划传统地始于对孕产妇死亡率和发病率问题的认识，然后开始提议如何在目前的社会框架内解决这个问题。基于人权的规划则更进一步，还需审查支撑妇女保健结构决定因素的主导假设，然后包括解决这些因素的战略，重塑促进孕产妇保健的可能边界。因而基于人权的做法改变了决策进程，这些进程中包括的问题与行为者以及结果。

25. 基于人权的做法需要对经济和社会规划与预算采取多部门方式，其中包括至少在政府的各部委和各部门之间进行协调，并且与其他关键行为者进行协调，这些关键行为者如私营部门、发展伙伴和民间社会。然而，规划和预算过程并不能由技术专家做所有的决策；为不可避免地政策权衡，制订有效、民主合法和可持续的解决方法需要有充分的透明度，并需要所涉人们的真正参与。

#### A. 规划

26. 保障卫生权利需要各国作为一个核心义务通过国家公共保健战略和行动计划(全国计划)。与地方规划协调的全国性计划必须全面地包罗整个人口的保健需求，清楚确定各种情况下应负责任的行为者，并要建立问责制机制。

27. 国家计划必须载有包括孕产妇保健的性和生育保健战略。它必须体现包括孕产妇保健在内的性和生育保健的轴心重要性，并要遵循世界卫生组织所阐明的那些最佳做法。<sup>21</sup> 必须明确表明性和生育保健与包括教育和营养政策在内的有关政策之间的联系。

<sup>19</sup> 消除对妇女歧视委员会第 28 号一般性建议，第 13 段。

<sup>20</sup> 同上还请见消除对妇女歧视委员会，第 19 号一般性建议，第 9 段和 CEDAW/C/49/D/17/2008，第 7.5 段和 8 段。

<sup>21</sup> 世界卫生组织，为加速实现国际发展目标和目的的生育保健战略，日内瓦，2004 年，第 59 页。

28. 国家计划以及与国家计划有关的各项政策必须基于最新的妇女性和生育保健及权利的形势分析，并且按照适当的分类数据和趋势的资料，以及重要的登记情况。人权需要了解哪些人口群体被剥夺获得保健权利，并在国家和地方各级确定导致权利被剥夺的原因。在这方面根据性别、年龄、城市/农村居民、族裔、婚姻状况、艾滋病毒状况、子女人数以及教育、各个不同收入的五分之一群体和地理区域记录的分类数据至关重要。<sup>22</sup>

29. 形势分析应确认在公共和私营部门的责任承担者和评估能力、人力，财力和其他资源方面的需求。此类分析有助于确定性和生育保健领域内的问责制空白，有助于确保对各种设施提供充分的资金和配备人员，提高认识和培训，包括人权方面的认识与培训，以及建立或加强问责制机制的可能需求。

30. 形势分析应包括由人们广泛参与审查法律框架，并且按要求制订、修订或撤销法律、政策、法规与方针。从法律上明确承认性和生育保健权利、男女之间的平等以及保健是一项人权的同时，应规定妇女获得各种服务的法规。<sup>23</sup> 必须改革影响获得性和生育保健服务的法律与政策，包括将仅妇女才需要的某些服务定为犯罪行为法律；允许服务提供者阻碍妇女获得全方位服务的良心拒绝的法律与政策；强行要求第三方授权妇女与女孩获得服务的法律。

31. 根据国际法，缔约国有义务通过适当的措施；<sup>24</sup> 适当的措施是基于证据的措施。所有措施必须基于权威性的公共保健准则，包括国际准则。这些准则必须反映可获得证据的最高水平，并定期随着新事实的出现予以更新。<sup>25</sup> 尽管国家在实现各项权利方面享有一定的鉴别幅度，但政府必须能够证明公共政策选择与优先事项的正确性，以及作出这些决定的依据。<sup>26</sup>

32. 必须根据国际法所规定的核心义务确定与现有的最佳证据相一致的基本干预、服务与药品。<sup>27</sup> 国家可以在整个生育一体化照料方面考虑其他干预、服务、商品和药品在其管辖之内是“至关重要的”，因为其补充而不是取代根据最佳公共保健证据确立为优先事项的干预、服务、商品和药品。由于证据不断演变发展，国家计划应相应地予以更新。

<sup>22</sup> 世界卫生组织，履行诺言，衡量成果(见脚注 5)，第 12 页。

<sup>23</sup> 世界卫生组织，生育保健战略(见脚注 21)。

<sup>24</sup> 经济、社会和文化权利委员会，第 3 号一般性评论，第 4 段。

<sup>25</sup> 孕产妇、新生儿和儿童保健伙伴关系，涉及生育、孕产妇、新生儿和儿童保健的关键干预全球审查，日内瓦，2011 年，世界卫生组织，计划生育，安全流产照料，孕产妇、新生儿和儿童保健一揽子干预，日内瓦，2010 年。

<sup>26</sup> 经济、社会和文化权利委员会，第 3 号一般性意见，第 4 段；还请见 E/C.12/2000/4，第 53 段。

<sup>27</sup> 世界卫生组织，干预综述(见脚注 25)。

33. 权威性的公共保健准则包括下列干预——国家计划内应有效确保普遍获得这些干预——因为其对改进孕产妇保健至关重要；计划生育服务；防止和控制包括癌；艾滋病毒在内的性传染感染；控制意外怀孕，包括获得任何合法的安全流产服务，以及流产后照料；适当的产前照料；侦查家庭暴力；产前胎膜破裂和早产管理，妊娠超期引产，预防和控制产后出血；剖腹产；适当的产后照料。<sup>28</sup> 最佳做法表明新生儿的照料应该与妇女的分娩与产后照料同时进行。

34. 权威性的公共保健证据表明下列药品——国家计划内应有效确保普及这些药品——对改进孕产妇的保健至关重要；催产药；抗生素；迷索前列醇；米非司酮；硫酸镁；抗逆转录病毒药物和检测试剂；在许多国家内需要反疟疾药品，以及各种各样的避孕方法，包括避孕套、荷尔蒙方法和宫内节育器等等。<sup>29</sup>

35. 国家计划应明确包括使妇女有效享有其性和生育保健的其他必要行动，包括但不限于她们有权享有这些干预和药物。<sup>30</sup> 例如，应该为青少年加强普及全面的性教育，性和生育保健信息与照料，包括计划生育。<sup>31</sup> 还应该消除间接和直接阻碍妇女使用这类基本服务，影响其有效享有性和生育保健权利的歧视性法律、政策和有害做法。

36. 在最后完成国家计划之前，必须评估国家计划的关键因素对不同人口群组 and 各个不同收入的五分之一群体的孕产妇保健可能产生的影响。这类事先影响评估应该特别考虑最脆弱和被排斥人口的影响，包括但不限于残疾妇女、种族和族裔少数民族，受冲突影响与流离失所的妇女，青少年及其他按国情被边缘化的其他群体。

37. 对采取基于人权的保健方式是对卫生系统采取一个融贯一体的方法。国家计划应承认有效地提供紧急产科照料和防止与治疗性传染感染既需要综合服务及良好运作的转诊系统，包括适当的联系与交通，又需要从家庭到医院及一名妇女与卫生系统互动的所有阶段的照料连续性。<sup>32</sup>

38. 清楚地考虑国际法所规定的提供性、获得性、接受性和质量等要求有助于确保规划能够适当地解决卫生系统的每个组成部分：服务提供、保健力量、信息、药品、疫苗和技术，资金、领导与管理。

<sup>28</sup> 孕产妇、新生儿与儿童保健伙伴关系，全球审查(见脚注 25)。

<sup>29</sup> PATH, 世界卫生组织和联合国人口基金, “关于保健的基本药品：将这些药品纳入国家药品清单的指导原则”，2006 年。

<sup>30</sup> 世界卫生组织, 干预的一揽子办法(见脚注 25)。

<sup>31</sup> 联合国教育、科学及文化组织, 国际性教育技术指导：采用询证方式，适合于学校、教师和健康教育工作者，2009 年 12 月。还请见妇女地位委员会第 56/3 号决议，第 9 段。

<sup>32</sup> E/C.12/2004/4, 第 44 段；消除对妇女歧视委员会，第 12 号一般性建议。

39. 国家计划在确保尊重保健工作人员的权利，包括他们的劳动权利的同时，应具体规定保健力量能力加强的措施，以及保健工作人员人数及分布。在保健工作人员工作条件存在问题的地方，计划应具体规定解决这些问题的措施。

40. 国家计划在筹资、人口覆盖情况和服务扩展方面应规定实现普及性和生育保健服务的详细步骤。

41. 国家计划应解决基于被禁止的歧视理由，以及在财富、教育水平或者居住地点不平等之上的实质性享有性和生育保健权利方面的不平等现象。<sup>33</sup>

42. 纠正获得性和生育保健服务方面事实上的歧视可能需要采取具体的措施确保保健设施、商品和服务的平等消费与分布，包括绝对人口人数或成本效益数据通常不允许采取此类行为的情况。根据人权法，具体措施并不构成歧视。<sup>34</sup>

43. 国家计划应在所涉人口磋商之下予以制订和审查其执行情况。优先标准与证据必须透明并且受到公众的监督。基于文化程度、语言、社会地位或其他因素的权力差异可能因所采取的决定将最受影响的妇女与儿童排除在外，应解决这个问题促进他们的实际参与。

## B. 预算

44. 预算需求的确定需要各个部委和部门的参与；例如，少女怀孕必须和教育部一起解决，并需要为保健和教育部门提供充分的预算。

45. 各国必须将最大可用资源用于性和生育保健。规定和维持财政极限，以获得最大限度可获得资源是基于人权做法的关键；如果在开支与收入之间存在结构不平衡现象，在对关键保健领域，包括性和生育保健领域进行削减之前，应加强和合理化收入的征集。

46. 预算应该确保不应由穷人过度地承担筹资。自付费用不能影响照料的获得，而不论服务是由公共或私营设施提供的。<sup>35</sup>

47. 在预算制订中，将孕产妇保健作为人权问题需要额外地保护在国家和地方各级调拨给有关方案的资源：

(a) 如果总体可获得预算增加，用于孕产妇的保健的资源应相应增加，因为该领域始终存在巨大需求。特别就负担沉重的国家而言，人权法所规定的逐步

<sup>33</sup> E/C.12/2004/4, 第 19 段。

<sup>34</sup> 《消除对妇女一切形式歧视公约》，第 4 条；《消除一切形式种族歧视国际公约》，第 1 条；《残疾人权利公约》，第 5 条。

<sup>35</sup> E/C.12/2004/4, 第 12 段；世界卫生组织，《2010 年世界卫生报告》：卫生系统筹资：实现全民覆盖的道路(日内瓦，2010 年)。

实现原则意味着用于孕产妇保健方案的预算预期应该增加，除非有公开的理由证明没有必要这样做；

(b) 根据国际法，“最大可获得资源”包括来自国际援助与合作的资源；<sup>36</sup>然而，来自外部的资源增加不应该替代政府对性和生育保健方案的供资，除非有公开理由并基于影响评估证明这是合理的；

(c) 如果国家总体预算减少，用于性和生育保健方案的资源不应该减少，除非政府能够表明其采取所有合理的措施避免这类削减；

(d) 由于直接针对低收入和边缘化妇女的方案预算削减可能构成国际法之下的倒退，政府有特殊的责任表明需要进行如此削减。

48. 国家与地方政府应该设立参与化进程，如在预算制订中征听公众的意见。公民、民间社会组织、学术界和保健服务提供者应能够对预算决定提供有意义的意见，包括确认需求，并了解决策标准。

49. 用于性和生育保健的专款预算不应该在财政年中另外分配、转移他用或不充分利用。在保健系统下放的情况下，应及时地、适当地向区域和地区调拨预算和分配资金。

50. 为了有效执行预算，并确保其支配得宜，应该在政府的各个层次采用明确分配责任的年度工作计划。

51. 人权的透明度和问责制原则要求用于性和生育保健的预算调拨与支配应该与作用与方案的分类划分，并且以区域汇报为基础。在整个预算中应该清楚地界定性和生育保健的支出，并且以方便民众的方式向公众提供。

52. 预算应包括以下各项规定：确保有效问责制，包括监督，穷人诉诸司法、以及便利及时得到补救的司法与非司法问责制机制。

#### 四. 确保实际执行

53. 尽管精心制定国家规划和各项政策，但往往还发现不尊重、保护和履行妇女的孕产妇保健权利，或者在实施中明显地不尊重、保护和履行妇女的孕产妇权利。确认有效实施的阻力需要定期，自下而上地进行地方检查以确认和反馈在何处与何人发生了何种事情；为什么会发生(什么因素更为广泛地阻止妇女或者某些妇女安全地怀孕和分娩，享有其性和生育保健权利)；谁或者什么机构应对此类因素负责，或者应负责解决这些问题；应该采取何种行动(不同的责任承担者需要做些什么来解决每个因素?)。

<sup>36</sup> E/C.12/2007/1, 第5段。

54. 人权问责制要求对确认的责任承担者对所查出的问题以及所提议的补救做出的反映开展后续工作。因此在各种设施、地区、区域和国家各级，以及在政府的各个部门和部委必须有适当的渠道审查各种调查结果并为所确认的问题采取适当的行动。

55. 以下一节仅举两个例子为例。有效实施基于权利的做法需要从背景情况理解具体的问题与挑战，包括商品、服务与设施的可提供性、可获得性、可接受性和质量，并要理解造成产妇死亡率和发病率的根本原因。

#### A. 确认问题的范例：妇女晚就医或者没有寻求紧急产科护理

56. 第一步要分析延误和不寻求照料的原因。基于人权的做法责成各国确保提供可获得、可接受和高质量的实施、商品和服务来解决威胁生命的延误。迟迟不做出寻求照料的决定或者完全避开卫生系统的做法不能作为一种癖好、个人选择或者永恒不变的文化倾向，而是人权的失败。其受影响于不公平的，有时是歧视的保健设施、商品或服务的分布，以至于既没有或者实际也不可能获得紧急的产科照料，家庭和社区成员中对紧急状况的征兆一无所知，妇女没有权力对其本身的健康福祉做出决定。晚就医也可归因于自费费用，缺乏交通或通讯，和/或基础设施差。在设施内，缺乏文化敏感性或者可接受的照料，包括语言和传统的分娩习俗，也可能导致不愿意寻找照料。如果流产法过分严格，提供者的反应、警方及其他行为者也可能导致不愿意就医的行为。最后，如果人们普遍认为照料质量差——即使不是直接涉及性和生育保健——包括在设施内缺乏以礼待人的治疗，也会影响寻求照料的决定，损害作为核心社会机构的保健系统。

57. 第二步是要确认导致晚就医或者不寻求治疗的每个具体因素的责任。例如，如果药品或物资的供应不稳定被确认为影响照料质量和引起对卫生系统的不信任，这可能由多种原因造成，其中包括在设施、区域和/国家各级没有适当的记录，因而无法拥有反映实际需求的投入分配方案；没有地方库房确保在地区和/或区域各级储存药品；国家采购程序的缺陷无法公平或及时地分配有质量的药品；在任何各级的腐败现象；私营制造商非法或者不择手段地标价做法；或者以上各种行为的组合。这些问题不仅是技术问题，其影响有效地享有妇女的性和生育保健权利。

58. 第三步是不同责任承担者对造成问题的每个因素提出建议和采取优先行动。例如，如果国家药品采购程序存在缺陷，卫生部需要审查为批准合约和质量控制审查所遵循的程序；在选择药品，包括避孕药品方面无效或是基于思想意识的政策。此外，为满足实际需求和解决以前存在的差异或对某些人口群体的排斥，卫生部应与其他部委一起修订预算；为了促进有利的量化需求和减少腐败现象，在设施、地区、区域和国家各级需要加强机构监督；为了将信息技术融入保健系统，可能需要确保从捐助者获得筹资；或以上各项的综合。

## B. 已确认问题的样例：不成比例高的少女孕产妇发病率和死亡率

59. 第一步不仅要分析为何少女孕产妇死亡率与发病率高，并且还要分析为何她们怀孕。基于人权的做法确认这个问题并从孕产妇死亡率和发病率的直接和根本原因解决这个问题，因其确定在地方一级解决具体问题的可能性。在许多其他因素中间，少女怀孕可能由于缺乏全面的性教育；促使早孕的性别规范；早婚；性暴力和/或性交的高发生率；缺乏有益于青年的保健服务；缺乏经济便利的避孕方式；或者以上各种因素的综合。不成比例的死亡率和发病率还可能由于未及时到达保健设施或者由于上述范例中提到的各种理由而不寻求治疗。在少女中，也可能有不成比例高的自引流产和害怕刑事制裁；对产科紧急信号严重地一无所知；在各种设施中对青年人存在的臆想或实际的不敏感；或者以上各项的综合。

60. 第二步是确认可能超越保健部门的每个因素的责任。例如，性别规范加强的早孕。对女孩教育权利和家庭成员中的平等认识不足，以及对少女的健康风险认识不足；在性别作用方面，社区长者、地方教师和政治领导人缺乏正面的领导；在全国学校课程中，没有有关妇女权利和性别平等的教育，而却存在在学校里进行强迫的怀孕测试或其他加强性别规范的政策；直接歧视妇女与女孩或者对她们有极大不利影响的国家立法；造成早婚和怀孕的经济压力；或上述各项综合。

61. 第三步是不同责任承担者对造成问题的每个因素需要提出的建议和采取的优先行动。例如，应该修订直接歧视妇女与女孩的国家立法或者在婚姻年龄、教育、土地拥有和继承或者就业等对他们造成极大不利影响的国家立法。应该修订直接影响保健部门的立法、政策和规定，包括过度严格地将妇女采用的服务以罪论处，第三方授权或者不加约束地良心拒绝，应该宣传新建立的提供者的义务和个人使用者的权利。除其他事项外，国家政府应开展媒体和其他提高认识的运动，针对青少年、成年人、弱势群体以及关键利益相关者，如社区领导和学校教师进行宣传，宣传性别平等的信息，改革可能除与民间社会进行合作之外，需要外部捐助者提供资金的立法。

62. 越是具体地甄别问题及问题的原因，越可能有效地责成责任承担者负责；这只有在地方一级有效地做到。

63. 审议过程本身至关重要，能够理解解决孕产妇死亡率和发病率的复杂性，责任承担者的各种责任，以及制订对公众合法的有效和持续的解决方法。地方调查分析可由一组行为者因地制宜地进行，这些行为者并不需要包括所有利益攸关者。然而，所涉社区的，特别是边缘化和脆弱群体的妇女以及卫生工作者的有意参加至关重要，以便努力确认问题，原因和责任承担者，并且寻找优先的补救行为与解决方法。

64. 评估在实际中可能构成障碍的因素要求审查后果以及系统内和系统之间的协调，包括适当的调整：

(a) 法律与政策(例如, 确保卫生部门为合法的流产发布并宣传适当的协议);

(b) 政策与预算(例如, 将预算拨款转向最为贫困的五分之一人口和/或被边缘化的群体);

(c) 预算与方案(例如, 确保不提高费用使其成为获得基本性和生育保健照料的障碍);

(d) 政策与方案(例如, 确保所有层次的提供者能够实际上按照国家和区域政策的规定行事);

(e) 培训与方案(例如, 确保招聘和培训足够的中等城市提供者人数, 以满足人口的性和生育保健需求)。

65. 基于人权的做法要求同时注意立即的保健干预以及降低孕产妇死亡率和发病率所需的长期社会改革。在保健系统加强的前提之下, 优先事项是克服所确认的对所有基本干预、供应和药品的障碍。然而与此同时, 还要求努力解决针对妇女和/或影响孕产妇死亡率和发病率的特别妇女群体的广泛歧视现象。

66. 彻底地尊重保健系统使用者和保健工作人员权利是执行基于人权的做法之基本。任何滥用、忽视或者不尊重卫生系统使用者的形式将损坏他们的权利。需要组织和管理各种机构促进对女性和生育保健权利的尊重, 例如确保隐私和保密性。需要对决策者、规划者、保健系统行政人员和提供者进行有系统地教育, 确保妇女获得照料作为一种权利来对待, 所有责任承担者应理解他们行为的相应义务。而且在保健系统内, 保健工作者既是权利拥有者, 又是责任承担者。确保保健工作人员有适当的工作条件和待遇, 包括薪金和福利, 纪律程序与声音, 这是尊重其权利所必要的, 从而促进保健系统在解决孕产妇死亡率和发病率方面的效率。

## 五. 问责制

67. 如本报告通篇所强调的那样, 问责制是基于人权做法每个步骤之关键。它不仅强调正当的透明度, 而且强调所涉及人口和民众社会群体的积极参与。有效的问责制还要求个人、家庭和群组, 包括脆弱和被边缘化人口的妇女, 了解他们在性和生育保健方面的权利, 并赋予其就这些权利提出要求的权力。

68. 在上节, 强调了为确保在实际中得到贯彻执行, 在分析形势, 通过规划和预算解决这些问题, 以及在定期、自下而上地进行分析和开展后续行动方面, 在保健部门内外, 评估问责制空白的重要性。监督是审查与监视的另外方面, 监督与补救也是问责制周期的重要因素, 建立捐助者问责制也是如此。<sup>37</sup>

<sup>37</sup> 世界卫生组织, 履行诺言, 衡量成果(见脚注 5), 第 8 页。

## A. 监督

69. 人权框架内的监督要求采用各种指标，但并非所有指标都是量化的或者涉及保健部门的。<sup>38</sup> 基于人权的做法要求系统地追踪和评估：

(a) 不断的改变结构性因素；这包括但并不仅限于，审查是否通过明确承认性和生育保健权利的法律；是否通过国家计划；是否修改歧视妇女的法律，以及是否建立各种机构，例如创建全国人权机构；

(b) 保健部门内外的政策与预算工作。政策工作包括，例如，有关国家计划的费用、资源和实施措施。还应跟踪有关性和生育卫生的资源与开支，还应该跟踪用于人权目标和承诺的能力，例如消除照料的财政障碍等；

(c) 妇女性和生育保健，特别是孕产妇死亡率和发病率方面的具体结果；这包括保健设施、商品和服务的可提供性、可获得性、可接受性和质量(通过客观的指标，例如病例死亡率，妇女满意程度的主观衡量)等等保健系统各类的产出、结果和影响至最终效果，例如生育率和少女分娩率以及孕产妇死亡比率。<sup>39</sup>

70. 有效监督要求具有运作良好的卫生信息系统、民间登记制度和各种分类数据。基于性别、年龄、城市/农村居住点和族裔，以及教育，各个不同收入的五分之一人口的情况和地理区域等的分类信息是确保不歧视与平等的关键，并能向脆弱和被边缘化的群体提供恰当的保护。<sup>40</sup>

71. 量化指标有助于得出遵守国际性和生育保健权利义务的结论<sup>41</sup>，如以上提到的分类、量化指标应该是(a) 能持续经常衡量的，以便能及时对一个行政部门所采取的行动进行衡量；(b) 客观，允许在时间、国家和/或分区域之间进行比较；(c) 与编制方案有关的，能够确认优先事项并且确认问责制的空白；和理想的是，(d) 受到地方审计的监督以促进对所服务人口的问责制。目前，并非所有在国家国际各级使用的孕产妇保健数据遵循此类标准，然而，各国政府和发展伙伴应该建立问责制，方法是，确保尽可能地符合多种标准，包括数据的客观性(如在衡量熟练接生方面)。

72. 监督应促进加强卫生系统，包括卫生信息系统。根据国际法，紧急产科护理是项核心义务，是极大地依赖于运作良好协调一致卫生系统的核心孕产妇保健干预。广泛收集依据保健设施调查数据所得的紧急产科照料的可获得性和使用情

<sup>38</sup> 见 HRI/MC/2008/3。

<sup>39</sup> 为进一步加强孕产妇与儿童死亡率与发病率的问责制，问责制委员会规定了 11 个指标。卫生组织，履行诺言，衡量成果(见脚注 5)，第 13 页。

<sup>40</sup> 同上，第 12 至 13 页。

<sup>41</sup> Alicia Ely Yamin and Kathryn L. Falb. “Counting what we know; knowing what to count: Sexual and reproductive rights, maternal health, and the Millennium Development Goals”, *Nordic Journal of Human Rights* (on file with the secretariat).

况的资料能够加强卫生信息系统。<sup>42</sup> 卫生信息系统还应该解决目前可能影响弱势和被边缘化群体的人口与卫生数据方面的偏差，例如将移动和移民人口以及没有活产婴儿的妇女排除在外。

73. 监督应包括非国家行为者，包括但不限于，药品、商品和设备制造商，保险公司和私人服务供应者。

## B. 审查与监测的形式

74. 人权问责制要求多种形式的审查与监查，包括：

(a) 性和生育保健方面的行政问责制要求在保健设施和卫生部门内建立内部的规则和准则，这些规则与准则规定行为标准，责成下级对上级负责，并由没有利益冲突的个人或者委员会进行监督；

(b) 社会问责制要求民间社会和公众参与性和生育保健每个层次的决策，并且参与整个项目周期。在各种设施，诸如在卫生设施和由家庭和社区成员参与的保健设施和陪伴妇女的“社区记分卡”，“基于社区的地方行政”对设施工作人员、财务和照料质量进行基于社区的监督都有助于社会问责制，应因地制宜地实施；

(c) 政治问责制要求国家和地方政府能够向立法者证明就性和生育保健所采取的和使用的标准与决定是合理合法的。为使法律监督有效，执法应该透明，公开预算和规划文件及结果，并应该向议员和地方立法者提供充分的时间和信息以便进行有意义的审议；

(d) 国家法律问责制包括国家有责任保障有效享有各种人权，包括有责任向受害者提供有效的法律补救。<sup>43</sup> 法律补救可以是司法性的或非司法性的，例如通过国家人权机构的补救；<sup>44</sup>

(e) 国际问责制要求有系统地将有关预防与降低孕产妇死亡率和发病率的工作信息纳入向各国国际人权机制提交的报告，包括向区域人权机构，条约监督机构或人权理事会普遍定期审查提交的报告，同时提交有关建议的实施情况。

75. 基于人权的做法依赖于在卫生部门内外在不同层次，建立多种行为者的问责制，包括但不限于：

<sup>42</sup> 卫生组织，人口基金会，联合国儿童基金和《避免孕产妇死亡和残疾方案》，监督紧急产科照料(2009年)；还见卫生组织，世界卫生报告 2005年：对每位母亲与儿童负责(日内瓦，2005年)。

<sup>43</sup> 经济、社会和文化权利委员会，第3号一般性意见，第5段。

<sup>44</sup> 见肯尼亚国家人权委员会的范例，“在肯尼亚实现性和生育保健权利：神话还是现实？”，2012年，可见 [www.knchr.org/reproductivehealth.aspx](http://www.knchr.org/reproductivehealth.aspx)。

(a) **专业问责制。**尽管不应该因体制性的错误将第一线保健工作者作为替罪羊对待，但应该由有效的标准来确保照料的质量，在确认存在玩忽职守，滥用职权或者误诊的情况下，由专业协会，医疗理事会和/或授权机构实施制裁，而不论提供者是否是终身职业者；

(b) **机构问责制。**在机构一级的问责要求就所确认的差异不断地进行监督和定期采取后续行动。在所有设施，要为保健系统使用者建立申诉程序，包括对体制性管理或者族裔委员会拒绝获得任何形式的性和生育保健照料决定提出上诉的程序。此外，应设立内部的监督员程序审查每个设施内的保健工作者的申诉，并有上诉的可能。

(c) **卫生系统的问责制。**除了持续不断地有系统地监督和定期分析确认各种障碍，必须定期审查所有孕产妇的死亡，以便卫生系统的各个层次：从个别举止到国家政策的实践，从家庭到医院的连续照料，吸取经验教训。应本着共同承担责任的精神审查孕产妇死亡，而不应该相互责怪，并应通报防止今后孕产妇死亡的各种行为；

(d) **私人行为者的问责。**公司企业和其他非国家行为者有责任尊重妇女的性和生育保健权利，这意味着它们应该勤勉地行事或者适当照料，以避免干预此类人权。<sup>45</sup>反之，国家应建立和实施针对此类侵权方面的适当法律、政策、规则与准则；

(e) **捐助者问责制。**捐助者在性和生育保健方面有义务进行国际援助与合作，包括如下所述的经济和非经济义务。

## C. 补救

76. 补救是权利生效的基本。补救的形式可以是恢复原状，赔偿、满意或保证不重复。<sup>46</sup>补救可以是行政性的，要求行政程序进行司法审查往往是合宜的。<sup>47</sup>补救也可以通过国家人权机构提供。在所有情况下，补救应该是可以获得的，可负担得起的，及时的和有效的。这需要充分的资金、能力与权力。

77. 在性和生育保健权利方面司法补救起着关键的作用，包括：

<sup>45</sup> 见 A/HRC/17/31。

<sup>46</sup> E/C.12/2000/4，第 59 段。

<sup>47</sup> E/C.12/1998/24，第 9 段。

- (a) 确保实施现有的法律与政策；
- (b) 改革未充分保护性和生育保健权利的法律、政策和预算；
- (c) 挑战性和生育保健照料的歧视性障碍；
- (d) 在实际中对侵犯性和保健生育权利的行为进行补救。

78. 国家人权机构也应该促进性和生育保健权利方面的问责制，例如调查侵犯妇女性和生育保健权利的行为；监督立法的实施，经选择的机构的绩效，法院裁决的实施情况，以及国际人权机构提出的建议的实施情况；组织有关孕产妇死亡率和发病率以及人权方面的公众宣传和教育运动。

79. 确保有效地使用补救，各国必须有系统地在律师、法官和公众中间提高有关妇女性和生育保健权利申诉适用性的认识，并为问责制机制提供充分的资金。

80. 有效的追溯制度取决于支持改进侵犯妇女性和生育保健权利的问责制的议员，包括解决追溯制度的实际、经济和其他障碍，特别为弱势或边缘群体消除这些障碍；还要解决缺乏及时救济；缺乏对补救的认识；没有现有的行为确保各种补救；国家人权机制在筹资、任务、独立性和竞争性方面的种种缺陷。

## 六. 国际援助与合作

81. 所有发展伙伴应该帮助建立一个社会与国际秩序，在这种秩序中，人权，包括妇女的性和生育保健权利能够得以实现。<sup>48</sup> 增进全球卫生，包括性和生育卫生的人权义务要求和全球发展议程一起采取一个共享的做法和集体责任的制度，集中地反映了社会与环境持续性，平等与尊重，履行各项人权的问题。有关孕产妇死亡率和发病率，例如性别平等和持续有效和平等的保健系统的问题是各种收入层次国家面临的挑战。

82. 国际援助与合作的义务要求处于援助地位的各国这么做。它们要求能够证明其缺乏履行人权义务资源的国家抑制财政和人权方面的资源损失并努力谋求国际合作。<sup>49</sup>

83. 人们越来越承认非国家发展伙伴有责任确保人权不因它们的种种活动而遭到侵犯。<sup>50</sup>

84. 提供国际援助与合作的义务辅助但不能替代国家政府的义务。

<sup>48</sup> 《世界人权宣言》第二十八条。还请见经济合作与发展组织的《援助实效问题巴黎宣言》和《阿克拉行动纲领》(可在以下网络查找 [www.oecd.org/dataoecd/30/63/43911948.pdf](http://www.oecd.org/dataoecd/30/63/43911948.pdf))，第13段(c)。

<sup>49</sup> 《经济、社会和文化权利国际公约》，第二条。

<sup>50</sup> 见 A/HRC/17/31。

85. 所有发展伙伴应确保其发展政策是基于人权的，包括避免损害妇女的性和生育保健。例如，援助方面的限制：有关生育服务的关键性信息的限制或对获得基本药品造成障碍的知识产权制度影响了各国政府实现妇女性和生育保健权利的能力。<sup>51</sup>

86. 国际合作应旨在加强国家卫生系统的能力，从而促进妇女的性和生育保健权利。发展伙伴应避免创立与卫生部平行的行政，和/或利用国家政府制度之外的制度。

87. 捐助国家应保护妇女的性和生育保健权利，方法可通过有效地规范其能够行使控制权的私营行为者。<sup>52</sup> 这些包括药品公司、商品和设备制造商、及其他在国外影响提供性和生育保健服务的公司。

88. 政策连贯性是全球发展伙伴的关键。例如，捐助国不应该在投资加强卫生系统的同时通过移民政策，抽取或者允许其管辖之下的私营行为者从中抽取人力资源。<sup>53</sup> 捐助国家还应该个别地或者集体地评估贸易、经济、财政和债务政策，以便使其符合促进妇女性和生育保健权利。

89. 发展伙伴应确保可预见的，协调的和透明的经济援助。<sup>54</sup> 各国政府之间应就统一预算支持，以及“外部投资开支”的报告达成统一意见。<sup>55</sup> 经济合作组织发展援助委员会的信贷汇报制度应该予以改进以便及时地控制发展伙伴所有的性和生育保健支出情况，<sup>56</sup> 应以简易的格式向公众提供和散发这一资料。

90. 制定、实施和评估国际援助与合作的各个方面应确保民间社会和意向方案受益者的参与。发展伙伴应该将其方案评估公布于众，并以简易的格式向民间社会群体，国家议会和其他国家和联合国监测机构定期进行汇报。

---

<sup>51</sup> E/C.12/1997/8，第4段；E/C.12/2000/4，第41段。

<sup>52</sup> E/C.12/2000/4，第39段；A/60/348，第62段。

<sup>53</sup> 同上，第61段。还请见卫生组织关于国际招聘卫生工作人员全球实践守则，2010年，可从下列网页获得：[www.who.int/hrh/migration/code/WHO\\_global\\_code\\_of\\_practice\\_EN.pdf](http://www.who.int/hrh/migration/code/WHO_global_code_of_practice_EN.pdf)。

<sup>54</sup> 经济合作组织，巴黎协定和阿克拉议程(见脚注48)。还请见实现有效发展合作的釜山合作伙伴关系，援助效果第四届高层论坛的成果，2011年，可从下列网页查阅：[www.aideffectiveness.org/busanhlf4/images/stories/hlf4/OUTCOME\\_DOCUMENT\\_-\\_FINAL\\_EN.pdf](http://www.aideffectiveness.org/busanhlf4/images/stories/hlf4/OUTCOME_DOCUMENT_-_FINAL_EN.pdf)。

<sup>55</sup> 卫生组织，履行诺言，衡量成果(见脚注5)，第2页。

<sup>56</sup> 同上，第9号建议。