



2019 年会议

2018 年 7 月 27 日至 2019 年 7 月 26 日

议程项目 19 (f)

社会及人权问题：人权

经济、社会及文化权利

联合国人权事务高级专员的报告*

概要

本报告根据大会第 48/141 号决议提交，在报告中，联合国人权事务高级专员审查了人权框架，特别是健康权和社会保障权如何有助于形成全民健康覆盖概念以及如何落实。报告概述了实现全民健康覆盖在人权方面面临的一些主要挑战，例如获得药品的机会、卫生工作人员短缺、腐败的影响以及大量民众和群体被排除在健康覆盖之外。高级专员得出结论认为，鉴于健康权是一项包含决定健康的基本因素在内的全部包括的权利，根据这一特点，全民健康覆盖必须被理解为包括有效获取和决定健康的其他因素以及正式覆盖。

* 因提交方无法控制的情况，经协议，本报告迟于标准发布日期发布。



一. 导言

1. 2018年10月，国家元首和政府首脑在阿斯塔纳举行会议，重申1978年9月国际初级卫生保健会议通过的《阿拉木图宣言》和《2030年可持续发展议程》中所载的承诺。会议的成果是《阿斯塔纳宣言》，各国在宣言中承诺“[沿着道路]追求实现[全民健康覆盖]，使所有人都能公平获得所需的高质量 and 有效的卫生保健服务，并确保人们不因使用这些服务而陷入经济困境”。2019年9月23日，大会将根据其第72/139号决议，举行一次关于全民健康覆盖的高级别会议。这次会议为会员国提供了一个非同寻常的机会，制定全民健康覆盖路线图，该路线图牢牢植根于健康权、社会保障权和其他保障健康的权利。联合国人权事务高级专员强调指出，各国就必须将人权纳入其关于全民健康覆盖的讨论和政策，这样才能最终使数百万被落在后面的人与其他人一样享有自己的权利。

2. 在1946年《世界卫生组织组织法》中，健康权首次得到国际承认，《经济、社会及文化权利国际公约》第十二条对健康权进行了最详尽的阐述，在该条中，公约缔约国承认人人有权享有能达到的最高标准的身心健康。健康权还受到《世界人权宣言》以及全球和区域一级的其他人权条约的保障。¹ 就获得药品、保健技术和治疗而言，享受科学进步及其应用利益的权利² 尤其重要，其重点是分享对有尊严的生活至关重要的创新(见A/HRC/20/26, 第29段)。

3. 有助于实现全民健康覆盖的另一项权利——包括社会保险在内的社会保障权——同样受到《经济、社会及文化权利国际公约》、《残疾人权利公约》、《世界人权宣言》和其他文书的保护。国际劳工组织(劳工组织)制定了一套全面的社会保障规范。其中包括1952年《社会保障最低标准公约》(第102号)、1969年《医疗和疾病津贴公约》(第130号)以及随附的1969年《医疗和疾病津贴建议书》(第134号)、1944年《医疗保健建议书》(第69号)和2012年《社会保护底线建议书》(第202号)。这些标准的目的是实现“全民健康保护，其基础是通过至少基本的保健、预防和孕产妇保健，保证所有有需要的人都能获得保健”。³

4. 关于全民健康覆盖的内容的讨论大部分都是从人权以外的角度进行的。因此，本报告的主要目标是评估人权框架可对全民健康覆盖的概念形成及其实施作出的贡献，并着重指出应指导这一领域公共卫生政策的重要人权原则。高级专员概述了与健康覆盖有关的主要人权层面——其中不平等是一个贯穿各领域的问题——并提出了一些相应的建议。

¹ 见《消除对妇女一切形式歧视公约》、《儿童权利公约》、《残疾人权利公约》、《非洲人权和民族权宪章》、《欧洲保护人权与基本自由公约》以及《美洲人权公约关于经济、社会和文化权利领域的附加议定书》。

² 见《世界人权宣言》第二十七条第(一)款和《经济、社会及文化权利国际公约》第十五条第一款(乙)项。

³ 劳工组织，《2017-19年全球社会保障报告：提供全民社保，实现可持续发展目标》(日内瓦，国际劳工局，2017年)，第102页。

二. 健康与可持续发展

5. 健康的社会是可持续发展的基石，不良的健康结果直接影响到社区繁荣和建设复原力的能力。例如，非传染病每年造成 4,100 万人死亡，占全球死亡总数的 71%。其中 1,500 万死者属于 30 至 69 岁年龄组，这种状况影响到很大一部分劳动力。⁴ 世卫组织估计，四分之一的人一生中会患上精神或神经疾病。⁵ 全世界约有 4.5 亿人受到影响，人们被迫失业和陷入贫困而导致的精神健康状况不佳造成的全球经济损失目前约为每年 1 万亿美元。⁶ 对于整个经济，尤其是经济复苏，保健比社会保障的任何其他组成部分都更加不可或缺。⁷

6. 联合国会员国在 2030 年《可持续发展议程》中确认了健康与发展之间的联系，该议程设想“一个人人平等享有优质大中小学教育、卫生保健和社会保障以及身心健康和社会福利的世界”。《2030 年议程》强调平等，不让任何人掉队和首先帮助落在最后面的人的承诺是基于平等和不歧视以及优先考虑社会弱势和边缘化群体的人权原则。

7. 全民健康覆盖具体属于可持续发展目标 3(确保健康的生活方式，促进各年龄段人群的福祉)，具体目标 3.8 具体指出，全民健康覆盖的要素包括提供金融风险保护，人人享有优质的基本保健服务，人人获得安全、有效、优质和负担得起的基本药品和疫苗。由于可持续发展目标是“整体的，不可分割的”，其他目标也与全民健康覆盖有关：目标 1 提出了在全世界消除一切形式的贫困的承诺，具体目标 1.3 旨在执行适合本国国情的全民社会保障制度和措施，包括最低标准，到 2030 年在较大程度上覆盖穷人和弱势群体。目标 10 旨在减少国家内部和国家之间的不平等，具体目标 10.4(采取政策，特别是财政、薪资和社会保障政策，逐步实现更大的平等)阐述了实现全民健康覆盖的几个推动因素。目标 5(实现性别平等，增强所有妇女和女童的权能)涵盖了性别平等，这一问题是健康的一个主要决定因素，除其他外，相关的具体目标旨在消除歧视、消除暴力侵害妇女和女孩行为以及消除割礼和童婚、早婚、逼婚等一切伤害行为。

三. 理解全民健康覆盖

8. 全民健康覆盖尚未形成广为接受的定义。然而，参与促进全民健康覆盖的利益攸关方，特别是会员国和规范组织，如世卫组织和劳工组织，帮助说明了适用的规范，并帮助确定了其技术内容和其他要素。人权原则也为全民健康覆盖提供了指导(见下文第 32-45 段)。

9. 虽然《阿拉木图宣言》中没有“全民健康覆盖”这一术语，但该宣言在确定初级保健是实现人人健康的基础方面开辟了新的领域。《宣言》第六条指出，初级保健是“是基于切实可行、学术上可靠而又为社会所接受的方式与技术之上的

⁴ 见 www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases。

⁵ 见 www.who.int/whr/2001/media_centre/press_release/en/。

⁶ 见 www.who.int/mental_health/evidence/atlas/atlas_2017_web_note/en/。

⁷ 劳工组织，《2014/15 年世界社会保障报告：促进经济复苏、包容性发展和社会正义》(日内瓦，国际劳工局，2014 年)，第 100 页。

主要的卫生保健，通过群众中个人及家庭的参与，发展的各个阶段上群众及国家能以维持的费用而使之遍及所有人等”。《阿斯塔纳宣言》第二条申明，加强初级卫生保健服务是增强人民身心健康和社会福祉的最包容、最有力和最有效的方法，初级卫生保健是可持续卫生系统的基石，有助于实现全民健康覆盖。

10. 自 2008 年以来，大会每年通过一项关于全球卫生与外交政策的决议。特别是在 2012 年通过的第 67/81 号决议中，大会相当重视全民健康覆盖，承认全民健康覆盖意味着所有人不受歧视地获得本国确定的一系列用于保健、预防、治疗和康复目的的基本医疗服务和基本、安全、价格合理、有效和优质的药品。同时，这些服务的使用不应让使用者遭受经济困难，并应特别重视穷人、脆弱人群和边缘人群。第 72/139 号决议中，大会重申这些层面，将具有缓和医疗加入了一揽子基本保健服务。该决议鼓励会员国促进所有人、特别是那些弱势者或处于弱势境况者有效、充分和有意义地参与制定、执行和监测促进健康的法律、政策和方案，包括全民健康覆盖战略。

11. 世卫组织和世界银行在其联合《全球监测报告》(2017 年)中申明，全民健康覆盖意味着所有人都获得他们需要的保健服务，包括提供公共保健服务，以促进加强健康(如反烟草宣传运动和税收)和预防疾病(如疫苗接种)，提供足够有效的治疗、康复和缓和医疗(如临终关怀)，同时确保这些服务的使用不会使人们陷入经济困境。⁸ 这一定义包含三个相关的目标：“平等获得保健服务”、质量良好；和防范金融风险。⁹

12. 在将全民健康覆盖和社会保障联系起来方面，劳工组织为利益攸关方提供了大量有据可依的规范和政策指导，其基本原则是全民健康覆盖是人人都应享有的最低社保保障的一个组成部分。全民健康覆盖意味着，“所有国家应制定以法律为基础和框架的基于权利的办法，覆盖全体人口，包括正规和非正规经济部门的工人及其家庭”。在这种模式下，实施和执行这些办法是获得保健的先决条件。¹⁰

13. 劳工组织《社会保护底线建议书》(2012 年)(第 202 号)通过明确承认健康和社会保障之间的相互依存关系阐明了其人权基础，鼓励各国建立和保持包括基本社会保障担当在内的社会保障最低标准。这些社会保护底线至少应包括基本的社会保障担当，包括(a) 享有由国家规定，构成包括生育保健在内的，符合可获取、可使用、可接受和高质量诸项标准的基本医疗保健的整套物品和服务；(b) 至少是在国家规定的最低水平上针对儿童的基本收入保障，向其提供营养、教育、照护和其他必要的物品和服务；(c) 至少是在国家规定的最低水平上针对处于就业年龄阶段但又无法获得足够收入的人员的基本收入保障，特别是在疾病、失业、生育和残疾的情况下这样做；以及(d) 至少是在国家规定的最低水平上针对老年人的基本收入保障。¹¹

⁸ 世卫组织、世界银行，《跟踪全民健康覆盖：2017 年全球监测报告》，第 xiii 页。

⁹ 见 www.who.int/health_financing/universal_coverage_definition/en/。

¹⁰ 劳工组织，《2014/15 年世界社会保障报告》，第 102 页。

¹¹ 同上，附件。

14. 泛美卫生组织于 2017 年召开的“处理全民健康问题”的高级别委员会确认，初级保健是“实现全民健康的必要和可持续的途径”。¹² 它强调“社会不平等矩阵”非常重要，有助于承认不平等是该区域社会的“历史和结构特点”及确定“影响人们生活环境的因素”。因此，其报告支持将“全民健康”理解为包括公平获得保健、高质量和全面的保健服务以及人口覆盖。¹³

四. 人权框架的相关性

15. 人权框架对于制定、执行、监测和审查全民健康覆盖战略不可或缺，原因如下：

(a) 在《联合国宪章》中，会员国重申重申基本人权，人格尊严与价值，以及男女与大小各国平等权利之信念。上文提及的人权条约以及多年来缔结的许多其他条约详细阐述了这些权利的内容，并强调了这些权利的普遍性。因此，人权规范和标准是具有约束力的法律义务，而不仅仅是政策选择。

(b) 人权框架和用语的使用具有变革性。人权与极端贫困问题特别报告员指出，人权用语可以建立背景，提供详细和均衡的框架，援引各国在多项人权条约中商定的具体法律义务，强调某些价值观是不可协商的，提供一定程度的规范必然性，让各方讨论通过谈判谨慎确定下来的具体权利的定义，这些权利源自数十年来的反思、讨论和判决。(A/70/274, 第 65 段)。这些要素对政策一致性至关重要，是指导努力和评价结果的试金石。

(c) 人权框架的目的是纠正扭曲健康结果的权力不平衡。正如在利用卫生系统的机会受到限制、或难以与之互动等许多情况下，不公正的权力关系最终会对健康结果产生重大影响。例如，在精神健康领域，权利持有人与保健服务提供者之间的权力差异对保健和服务的获得和质量具有关键作用，其结果是受影响者的预期寿命比一般人群低得多。¹⁴ 私营部门正在崛起为有影响力的金融和政治行为体，有能力在全球和国家层面挑战国家权力，鉴于这种情况，人权原则对于保护与健康有关的权利至关重要。

(d) 保护社会中的弱势和边缘化群体是人权的一个突出关注点。它传达的信息是平等和不歧视、包容和参与、以及尊严和正义。证据表明，最经常被排除在医疗保险之外的人往往属于生活在边缘化状况或遭受歧视的人群和群体。这些人群和群体也往往面临格外严重的健康危害，如居住在贫民窟，住房条件和卫生设施严重不足，因使用可燃燃料而造成室内空气污染。将人权原则和规范纳入全民健康覆盖的概念制定和实施，将处理并解决歧视和排斥造成的多方面挑战。

¹² Pan American Health Organization, *Universal Health in the 21st Century: 40 Years of Alma-Ata*, report of the High-Level Commission (Washington, D.C., Pan American Health Organization, 2019), p. 3.

¹³ *Ibid.*, pp. 4 and 9.

¹⁴ Royal College of Psychiatrists, “Whole-person care: from rhetoric to reality. Achieving parity between mental and physical health”, occasional paper OP88, March 2013, p. 27.

五. 扩大健康覆盖的主要人权挑战

16. 全民健康覆盖的基本前提和承诺是平等；然而，由于保健服务商品化、卫生部门资金不足、优先次序不当、歧视和贫困等各种因素的综合作用，通常有数百万人被排除在健康覆盖之外。在下一节中，高级专员讨论了一些具体挑战，这些挑战表明，要做到真正的全民健康覆盖，人权必不可少。

A. 总体挑战

17. 全球一半以上的人口无法获得适当的基本保健，如产前护理和针对疟疾、艾滋病毒/艾滋病和结核病的最基本治疗。¹⁵ 各区域和人群之间存在巨大差异：全球农村人口中，56%(非洲占最大比例)得不到健康覆盖，而城市人口只有 22% 得不到健康覆盖。¹⁶ 低收入国家的人口更不易获得基本保健服务；事实上，世卫组织最近证实，在这些国家，熟练助产护理、能够获得现代避孕方法以满足计划生育需求的妇女人数以及免疫覆盖率等指标也较低。¹⁷ 灾难性卫生支出是健康覆盖不足的一个明确指标，中等收入国家受其影响的人口比例高于低收入国家和高收入国家。¹⁸

18. 尽管财政障碍很严重，但健康的社会经济决定因素，如不平等、歧视和贫困，是无法在与他人平等的基础上获得优质保健和服务的主要原因。对受影响的人口和群体而言，同时存在的多重交叉形式歧视的影响往往会加剧社会和经济排斥，这些歧视可能基于年龄、性别、族裔、移民身份、性取向、残疾或健康状况，并因性别、文化或社会方面的有害规范以及污名化而持续存在。不平等会导致权利被剥夺，限制其他人权的享有，并使人们陷入贫困、机会减少、健康不佳和寿命缩短的状态。高级别委员会(见上文第 14 段)确定了一系列社会决定因素，其特征是“基于全球化和私营部门扩张的经济模式出现并得到加强，生活条件日益商业化，人口城市化水平提高”，其后果包括环境恶化、环境不可持续的状况和气候变化。¹⁹

19. 根据联合国人权事务高级专员办事处(人权高专办)和世卫组织的联合倡议于 2016 年 5 月设立的妇女、儿童和青少年健康与人权问题高级别工作组发现，“在民族主义日益高涨的背景下，数百万人，包括无证移民、难民、贫民窟居民和土著人民被边缘化，同时他们的权利也遭到侵犯，这种情况会加剧个人和公共健康不良的状况，进而破坏整个社会的稳定”。²⁰ 人人有权享有能达到的最高标准身心健康特别报告员注意到，对人权采取狭隘和选择性的方针并为之辩护的

¹⁵ 见 [www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))。

¹⁶ 劳工组织，《实现全民社会覆盖，促进人的尊严、社会正义和可持续发展》，国际劳工大会(日内瓦，国际劳工局，2019 年)，第 101 段。

¹⁷ 世卫组织，《2019 年世界卫生统计概览：针对可持续发展目标监测健康状况》，2019 年，第 8 页。

¹⁸ 同上。

¹⁹ 同上，第 8 页。

²⁰ 世卫组织，《领导实现健康权和通过健康实现人权：妇女、儿童和青少年健康与人权问题高级别工作组报告》(2017 年)，第 7 页。

趋势日益加快，对普遍人权原则和标准的存在提出了质疑。(A/HRC/29/33)。劳工组织在论证健康保护是基于权利的而不仅仅是最富有者的特权时提及，“健康权缺失”是全球健康危机的特征。²¹ 所有这些因素相互作用的结果是，未能将人权充分纳入卫生政策，包括全民健康覆盖政策的制定、执行监测和审查。

B. 获得药品

20. 由于无法获得基本药品，全世界近 20 亿人无法享有享受科学进步及其应用利益的权利。²² 以艾滋病毒/艾滋病为例，2017 年全球有 3690 万人感染艾滋病毒，其中只有 2170 万人获得了抗逆转录病毒疗法。在同一时期，20%感染艾滋病毒的孕妇无法获得抗逆转录病毒药品，以防止艾滋病毒的母婴传播。²³ 联合国儿童基金会(儿基会)汇编的统计数据表明，在全球 180 万感染艾滋病毒的儿童中，只有 52%正在接受抗逆转录病毒疗法。²⁴ 联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病署)开展的研究显示，虽然 2010 年至 2017 年期间全球艾滋病毒感染率下降了 25%，但注射毒品者及其伴侣的感染率正在上升。该人群中结核病和病毒性肝炎的感染率很高，投资水平低导致针头—注射器方案、戒毒治疗、用药过量预防以及艾滋病毒、结核病和乙型和丙型肝炎的检测和治疗等减少伤害服务的覆盖率很低。²⁵

21. 获得药品的一个主要障碍是费用过高，使许多人负担不起基本药品、治疗和技术。²⁶ 成本与政府政策的失败有关，特别是未能有效监管私营部门参与阻碍或便利获取，对不能在市场上带来高回报的药品和卫生技术开发的支持不足，以及实施阻碍低成本仿制药生产和销售的“过度知识产权保护”。²⁷

C. 从事卫生工作的劳动力

22. 人数足够满足需求的熟练、有效和积极性高的劳动力队伍，对于实现全民健康覆盖必不可少。据估计，截至 2017 年，只有一半的国家拥有提供优质保健服务所需的保健工作者(按每 10,000 人有 30 名医生、100 名护士或助产士和 5 名药剂师计算)。²⁸ 在这方面，国家内部和国家之间，甚至不同类型的保健服务之间都存在差距。²⁹ 撒哈拉以南非洲、东南亚和南亚的国家以及大洋洲的一些国家

²¹ 劳工组织，“应对全球健康危机：全民健康保护政策”，社会保障政策文件，2014 年，第 2 页。

²² 世卫组织，“获得药品：使市场力量为穷人服务”，2017 年，第 14 页。

²³ 见 www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf。

²⁴ 见 <https://data.unicef.org/topic/hiv/aids/paediatric-treatment-and-care/>。

²⁵ 见联合国人权事务高级专员 2019 年 4 月 28 日在 2019 年国际减少伤害协会会议上的发言，可查阅：www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=24529&LangID=E。

²⁶ 见 www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf。

²⁷ 艾滋病毒与法律问题全球委员会，《艾滋病毒与法律：风险、权利与健康》，2012 年 7 月，第 8 页。

²⁸ “GBD 2017:a fragile world”，*Lancet*, vol. 392, No. 10159 (10 November 2018), p. 1683.

²⁹ 见世卫组织，《2019 年世界卫生统计概览》，2019 年，第 8 页。

的缺口最大；在某些情况下，由于卫生工作者短缺，80%以上的人口无法获得保健和相关服务。³⁰ 卫生工作者短缺的影响对老年人越来越重要，半数以上的老年人无法获得长期保健服务。³¹

23. 造成卫生工作者短缺的部分原因是，不利的工作条件无法吸引和留住熟练的卫生和保健工作者。卫生和保健工作者享有公正和良好工作条件的权利，包括公平工资和安全健康的职业条件，受国际法的保护。卫生部门如同其他部门一样，不良工作条件往往会赶走最有技能和能力的工作者，这反过来又为滋生腐败创造了条件。工作权利被剥夺的另一个后果是卫生和保健工作者移民，众所周知，随着卫生工作者离开“全球南方”国家到其他地方寻找更有利可图的工作，这种移民会对这些国家产生更深远的影响。

D. 重点群体

1. 残疾人

24. 全世界估计有 10 亿残疾人，预计这一数字还会上升。³² 由于歧视和社会排斥，他们健康状况不佳的可能性更高，因而更可能需要和利用保健和服务(A/73/161, 第 5 段)。然而，导致残疾人更有可能遇到障碍的因素还包括，缺少无障碍的通信、信息、设备、环境和进出卫生设施的交通工具；残疾人获得康复和辅助器具等所需的全部服务的机会受到限制；对残疾人自由和知情同意权利缺乏尊重。

25. 此外，由于原已存在的健康状况，残疾人面临被排除在健康保险之外的可能，也不太可能加入与工作相关的健康保险计划。³³ 因此，残疾人遭受灾难性卫生支出的可能性比非残疾人高 50%，这种情况将他们推向贫困，并对他们的受教育权、生计权和参与社会权具有直接影响。³⁴ 为了应对这种情况，各国应确保全民健康覆盖包括残疾人可能需要的各种基本保健服务，包括世卫组织在其优先辅助产品清单中所列出的各种康复和辅助器具。³⁵

2. 移民

26. 对移民而言，在过境国和目的地国获得医疗保健和服务是一个难题，原因包括：他们的健康权缺乏法律保护，法律或行政条例明确禁止他们获得医疗保健，文化和语言障碍，非正常移民害怕被拘留或驱逐出境。³⁶ 移民往往因其国籍或移民身份而被要求在服务点支付医疗服务费用。此外，虽然许多国家不能拒绝

³⁰ “GBD 2017: a fragile world”, *Lancet*.

³¹ 劳工组织，《2017-19 年全球社会保障报告》，第 109 页。

³² 世卫组织、世界银行，《世界残疾报告》(2011 年)，第 xi 和第 21-31 页。

³³ See Lena Morgon Banks and Sarah Polack, *The Economic Costs of Exclusion and Gains of Inclusion of People with Disabilities: Evidence from Low and Middle Income Countries*, 2014.

³⁴ 卫生组织、世界银行，《世界残疾报告》，第 66-69 页。

³⁵ 见 www.who.int/phi/implementation/assistive_technology/EMP_PHI_2016.01/en/。

³⁶ 人权高专办，《非正常移民的经济、社会及文化权利》，2014 年，第 10 页。

提供急救，但在其他国家，非正常移民要么被排除在任何服务之外，要么在治疗后仍需支付全部费用，这可能会使他们不愿寻求治疗。³⁷

27. 弱势移民可能会因面临的诸多困难而形成不良的心理健康结果，造成这些困难的原因包括不稳定和不安全的生活和工作条件、社会孤立以及在移民途中遭受的严重侵犯人权行为。获得紧急治疗以外的医疗保健和服务往往取决于身份证明，如合法居留、保险或就业的证明，从而将绝大多数非正常移民拒之门外。过境移民可能无法获得医疗保健，因为移民路线沿线或国际边界缺少医务人员和设备，还有一些阻止非正常移民或将这种活动定为罪行的政策，威胁逮捕、拘留或驱逐移民，从而在实际上将移民活动推向地下。包括在移民途中出生的儿童在内的移民往往会中断或推迟疫苗接种，因为他们害怕在医疗服务点遭遇移民强制措施或面临继续旅行的压力。在过境国和目的地国，非正常移民经常因其身份或缺乏资金或信息而被排除在免疫接种范围之外。

3. 患有罕见疾病者

28. 全世界有 3 至 4 亿人患有罕见疾病，³⁸ 欧洲联盟将罕见疾病定义为受其困扰者在每 10,000 人中不超过 5 人的疾病。³⁹ 这类疾病的患者有一半是儿童，30% 在 5 岁前死亡。⁴⁰ 虽然个别疾病通常只影响少数人，但患有罕见疾病的总人数约占全球人口的 4%。由于大多数罕见疾病都是复杂、慢性和退行性的疾病并经常威胁生命，获得负担得起的、高质量的和实际可获得的医疗保健和服务，包括长期护理，是至关重要的。⁴¹ 只有 5% 的罕见疾病有治疗办法，这些疾病在很大程度上受到了忽视；这种情况在很大程度上是市场和公共政策失误造成的。

29. 即使在有机会获得某种形式保健服务的情况下，这些服务通常针对的也是普通民众的健康问题，很少或根本没有重视患有罕见疾病者的具体需求和权利。欧洲药品管理局称，能够获益于哪怕是最低限度科学知识的这类疾病只有不到 1,000 种；关于罕见疾病的医学和科学知识不足导致了这种边缘化，结果是许多人一直得不到诊断，疗法也难以形成。⁴² 因此，可获得的医疗保健和服务很少，且质量不佳，特别是在相关障碍疾病方面。罕见疾病往往招致污辱和歧视，许多患有罕见疾病者感觉受到排斥，无法参与就业和充分有效地融入社会。

³⁷ 同上，第 42 页。

³⁸ See IFPMA, *Rare Diseases: shaping a future with no-one left behind*, 2014; available from www.ifpma.org/wp-content/uploads/2017/02/IFPMA_Rare_Diseases_Brochure_28Feb2017_FINAL.pdf. See also <https://globalgenes.org/wp-content/uploads/2015/12/2016-WRDD-Fact-Sheet.pdf>.

³⁹ See IFPMA, *Rare Diseases*.

⁴⁰ See <https://globalgenes.org/wp-content/uploads/2015/12/2016-WRDD-Fact-Sheet.pdf>.

⁴¹ See Rare Diseases International, “Rare Diseases: The Missing Keystone of Universal Health Coverage”, 2019.

⁴² See www.ema.europa.eu/en/human-regulatory/overview/orphan-designation-overview.

E. 腐败

30. 腐败被称为“有效促进和保护人权的一个主要障碍”。⁴³ 除了对国家为提供对落实经济、社会及文化权利至关重要的服务而调集资源的能力产生不利影响外，腐败还导致公共服务具有歧视性，有利于对当局有影响力的人，而这种影响力可来自贿赂或政治压力等手段。⁴⁴ 腐败不仅将稀缺资源转移到最需要这些资源的领域之外，而且会扭曲政策，削弱公众对卫生系统的信任，最终损害实现全民健康覆盖的努力。⁴⁵

31. 腐败在卫生部门普遍存在，原因如下：权力不对称，包括保健服务提供方和病人之间以及政府、私营部门和权利持有人之间的权力不对称；选择、监测、衡量和提供保健服务方面固有的不确定性；卫生系统的复杂性(A/72/137, 第 16 段)。从政策制定者到供应商和医生等多方的参与是导致情况复杂的一个因素，增加了“各利益攸关方之间无数腐败性质的秘密交易”的可能性。⁴⁶ 卫生部门的腐败有多种形式：贿赂、旷工、不当营销关系、滥用(高级)职位、非正式支付和诱导需求。⁴⁷

六. 将重要人权原则应用于全民健康覆盖

32. 健康权是一项全部包括在内的权利，包含决定健康的基本因素，⁴⁸ 根据这一特点，全民健康覆盖应被理解为包括有效获取、健康促进、疾病预防和决定健康的其他因素以及“正式”覆盖。狭隘地关注人口覆盖率往往会倾向治疗服务；如对非传染病而言，健康促进和疾病预防是有效对策的重要组成部分。虽然各国在决定如何实现全民健康覆盖时有一定的酌处余地，但人权原则应指导这一领域政策的制定、执行、监测和审查，并确保问责制。在下一节中，高级专员概述了这些原则与全民健康覆盖的相关性。

A. 义务的层次

33. 各国有义务尊重、保护和实现其人权义务。根据健康权框架，尊重义务要求各国不直接或间接地干预健康权的享有，保护义务要求采取措施防止第三方干预，实现义务要求各国为全面实现健康权采取适当措施。⁴⁹

⁴³ 经济、社会及文化权利委员会，关于国家在工商活动中履行《经济、社会及文化权利国际公约》规定的义务的第 24 号一般性意见(2017 年)，第 20 段。

⁴⁴ 同上。

⁴⁵ 见 www.transparency.org/topic/detail/health；另见 A/72/137，第 12 段。

⁴⁶ Subrata Chattopadhyay, “Corruption in healthcare and medicine: Why should physicians and bioethicists care and what should they do?” , *Indian Journal of Medical Ethics*, vol. X, No. 3 (July–September 2013), p. 154.

⁴⁷ European Commission, *Updated Study on Corruption in the Healthcare Sector*, 2017, pp. 9 and 37.

⁴⁸ 经济、社会及文化权利委员会，关于享有能达到的最高健康标准的权利的第 14 号一般性意见(2000 年)，第 12 段。

⁴⁹ 同上，第 33 段。

34. 类似的义务也适用于社会保障权：尊重社会保障权要求不得参与任何以下做法或活动，例如，限制或不平等享有适当的社会保障；⁵⁰ 保护要求采取措施，防止第三方阻碍有关人员享有同等机会参加由它们或他人经营的社会保障计划以及强加不合理的参加条件；实现的义务关于采取措施确保完全实现社会保障权，例如实施社会保障计划。虽然确保全民健康覆盖主要意味着实现这两项权利的义务，但尊重和保护的义务的适用也很重要，例如，在监管私营部门实体宣传有害产品的做法、监管私营部门对获得基本药品及其他保健服务和商品的影响或消除获得保健服务方面的歧视方面。⁵¹

B. 最大可用资源与逐步实现

35. 《经济、社会及文化权利国际公约》第二条第一款规定，缔约国有义务最大限度地利用可用资源，逐步充分实现《公约》承认的权利。“最大可用资源”是指一国国内现有的资源和通过国际合作和援助获得的资源，对增加收入和对政府支出都有政策影响(见 E/2017/70)。⁵² 在这方面，税收被普遍认为是政府可利用的最重要和最可预测的收入来源之一，对于纠正系统性歧视、确保平等享有经济、社会和文化权利以及为基本服务、社会保障和减贫措施提供资金至关重要(A/HRC/26/28, 第 3、第 17 和第 36 段)。虽然各国可以决定自己的财政政策，但人权义务对行使这一酌处权作出了限制，财政政策必须以这些义务为指导，以确保各国尊重、保护和实现人权(同上，第 4 段)。

36. 逐步实现要求各国立即采取具体、目标明确和深思熟虑的措施，实现经济、社会及文化权利。⁵³ 一个重要的推定是，倒退措施是不合法的。如采取了这些措施，缔约国必须证明，有关措施是在认真权衡所有其他选择之后提出的，而且从公约规定的所有权利角度讲，为了充分利用缔约国最大限度可资利用的资源，采取这些措施是完全有理由的。⁵⁴ 财政紧缩政策等财政整顿措施的一个显著特征往往是减少社会部门支出，因此被认为是不合法的(见 E/2013/82)。

C. 健康权和社会保障权

37. 根据《经济、社会及文化权利国际公约》第十二条第二款，充分实现健康权需要一些措施，包括(甲)减低死胎率和婴儿死亡率，和使儿童得到健康的发育；(乙)改善环境卫生和工业卫生的各个方面；(丙)预防、治疗和控制传染病、风土病、职业病以及其他的疾病；(丁)创造保证人人在患病时能得到医疗照顾的条件。立足人权的方针源自于上述准则，要求各国政府确保在不歧视的基础上，提供充足、便于使用、价格合理的卫生设施、物资和服务。卫生设施、物资和服务

⁵⁰ 经济、社会及文化权利委员会，关于社会保障的权利的第 19 号一般性意见(2007 年)，第 44 段。

⁵¹ 同上，第 50-51 页；另见经济、社会及文化权利委员会，第 19 号一般性意见，第 45 段。

⁵² 另见 E/C.12/2007/1, 第 5 段。

⁵³ 经济、社会及文化权利委员会，第 14 号一般性意见，第 30 段。

⁵⁴ 同上，第 32 段。

还必须在科学和医学上是适当和高质量的，并遵守医务职业道德。⁵⁵ 参与和问责是健康权不可或缺的特征。

38. 社会保障权包括在没有歧视的情况下获得和保留(现金或实物)福利的权利，以便保护人们免受(a) 因为疾病、残疾、分娩、工伤、失业、年老或家庭成员死亡而丧失工资收入；(b) 无钱求医；(c) 无力养家，尤其是赡养儿童与成年家属。⁵⁶ 现金或实物福利的数额和领取时间应适当，以促进实现家庭保护和援助、适当的生活水平以及适当的医疗服务的权利。⁵⁷ 基本保健(在没有歧视的基础上享有医疗设施、商品及服务；提供必要的药物；享有生育、产妇与儿童等方面的医疗服务；以及接种疫苗预防主要传染病)是社会保障权核心内容之一。

39. 保护健康权是享受其他人权的先决条件，特别是保障尊严、维护自主权和实现潜力所必需的人权。考虑到人权的相互关联性和不可分割性，反之亦然：健康权只有在其他人权，特别是社会保障权、适当住房权、水和卫生设施权、参与权、免受歧视权、受教育权和知情权及食物权得到维护时才能充分实现。具体而言，社会保障权确保享有经济和社会权利至少最低限度的核心内容，如健康权和食物权，以抵御整个生命周期的风险和突发情况，并对于应对艾滋病毒/艾滋病、结核病和疟疾等传染病极其重要。⁵⁸ 全面的社会保护系统有助于处理与疾病相关的多方面贫困和困难，如获得医疗保健、相关的非医疗费用，如交通费用，以及因缺勤而造成的收入或时间损失。将包括社会保障权在内的其他人权视为健康权的决定因素，将有助于制定涉及影响健康的所有部门的全面的整体政府政策。

D. 平等和不歧视

40. 全民健康覆盖的愿望是平等和包容，但现实是，获得优质保健服务、商品和设施取决于财富、特权、影响力、边缘化地位、身份和居住地等因素。一些最富裕的国家在获得保健和服务方面存在显著的不平等，相比之下，一些国家尽管资源匮乏但成功扩大了健康覆盖，⁵⁹ 这强烈表明影响健康覆盖的政策往往是政治选择，这些政策选择未必或没有一贯地了解实际或潜在可用的保健资源。

41. 国家负有特殊义务，为没有足够能力的人提供必要的卫生保险和卫生保健设施，在提供卫生保健和卫生服务方面防止出现任何国际上禁止的歧视现象，特别是在健康权的基本义务上。⁶⁰ 核心义务，如提供基本药品和公平分配所有保健设施、物资和服务，以及在不歧视的基础上获得医疗保健和服务，涉及国家的直接责任，不得逐步实现或减损。⁶¹

⁵⁵ 同上，第 12 段。

⁵⁶ 经济、社会及文化权利委员会，第 19 号一般性意见，第 2 段。

⁵⁷ 同上，第 22 段。

⁵⁸ 同上，第 13 段。

⁵⁹ 见劳工组织对卢旺达(www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/—dgreports/—integration/documents/publication/wcms_568702.pdf)和泰国(www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/—dgreports/—integration/documents/publication/wcms_568679.pdf)的状况的评估。

⁶⁰ 经济、社会及文化权利委员会，第 14 号一般性意见，第 19 段。

⁶¹ 同上，第 30、第 43 和第 47 段。

42. 因此，非国民应当能够参加非缴费性计划，以便获得收入支助、可负担的医疗服务以及家庭支助。所有人，不论其国籍、居住地点或移民身份如何，有权获得基本的和紧急的医疗服务。难民、无国籍人、寻求庇护者以及其他处于不得地位的和被边缘化的个人和群体应在参加非缴费性社会保障计划方面享有同等机会，其中包括获得合理的符合国际标准的医疗服务和家庭支助。⁶² 侵犯健康权的实例包括没有采取措施减少卫生设施、物资和服务分配不公平现象，公共资源的开支不足或分配不当，造成个人或群体特别是弱势或边缘化群体无法享有健康权。⁶³

E. 参与

43. 参与公共事务的权利对享有其他人权至关重要。这是民主的当务之急，其目的是确保在需要公共决策的地方，所有的意见都能得到代表。对于健康权和社会保障权，所有利益攸关方都应被赋予权能，以参与政策设计、制定、实施、监测和审查的所有阶段。例如，基于人权的预算编制需要透明进程和机制，有受影响社区参与，以及政府各部和部门之间的协调，以及与私营部门、发展伙伴和民间社会等其他重要行为方的协调(见 A/HRC/21/22 和 Corr.1 和 2, 第 52 段)。

44. 参与提供了重要的监督，特别是在确定优先事项和防止可能不利于健康覆盖的政策权衡方面。健康促进尤其必须有社区一级的权利持有人有意义地参与，才能有效。⁶⁴ 根据纳入儿童、青少年、残疾人和穷人等边缘化和弱势社会成员的义务，应确保这些人员的参与，并在专门涉及每个群体的事务中明确考虑和优先对待他们的意见。⁶⁵ 鉴于在提供保健服务的优先事项方面缺乏共识，健康覆盖这一领域的利益攸关方参与，特别是在社区一级的参与至关重要。

F. 问责

45. 正如高级专员在上一份报告中所强调的，问责是一个复杂、多层面的概念，人权问责制要求进行多种形式审查和监督并促进对卫生部门内外不同层次多种行为方问责。(A/HRC/38/37, 第 37 段)。问责制贯穿政策设计、执行、监测和审查的所有领域。正如妇女、儿童和青少年健康与人权问题高级别工作组在其报告(见上文第 19 段)中所声明的那样，加强问责是善治的核心支柱，有助于履行义务承担者对权利持有人的义务，为实现健康和人权提供了重要机会。在健康覆盖领域建立强有力的问责机制和程序，可以确保政策措施，包括卫生筹资、消除歧视和不平等的措施以及反腐败措施，与实现全民健康覆盖的目标保持密切关联。至关重要的是，问责要求在发生侵犯健康权或社会保障权的行为时，存在容易获得的(司法或准司法)补救途径。

⁶² 同上，第 19 号一般性意见，第 37 和第 38 段。

⁶³ 同上，第 14 号一般性意见，第 52 段。

⁶⁴ 见联合国艾滋病病毒/艾滋病联合规划署(艾滋病署)，“艾滋病病毒应对措施中的不歧视”，2010 年 5 月 3 日，第 18-22 段。

⁶⁵ 《残疾人权利公约》，第四条第(三)款；残疾人权利委员会，关于残疾人，包括残疾儿童通过其代表组织参与《公约》的执行和监测的第 7 号一般性意见(2018 年)。

七. 结论和建议

A. 结论

46. 参与实施全民健康覆盖的不同利益攸关方强调不同的优先领域。尽管如此，似乎正在就对于全民健康覆盖至关重要的一些要素形成共识，除其他外，这些要素包括初级保健；缓和医疗；国家界定的一套物资和服务；产妇保健；急诊治疗；获得药品；关注结构和社会不平等现象、边缘化和弱势群体的需要以及歧视；经济风险保护；健康促进；疾病预防。

47. 人权规范强调卫生服务、设施和物资应可获取、可使用、可接受和高质量。人权规范还就全民性的含义提供了明确的指导，即获得保健和服务的机会不应局限于有能力支付的人或加入了正规劳动力市场雇主提供的医保计划的人。不歧视原则适用于全民健康覆盖，非正常移民等非国民，以及老年人、穷人、残疾人和患有罕见疾病者等通常被排除在外的群体和人口都可以得到保护。

48. 全民健康覆盖不仅仅是一个金融、经济或发展问题；这是一个社会正义和平等问题，是实现所有与健康有关的人权的问题，享有这些人权对人的尊严和生命权至关重要。实施全民健康覆盖的挑战是多样和复杂的，影响到数百万人的多项权利，需要“符合目的”的政策。从人权角度来看，这意味着接受将全民健康覆盖理解为包括决定健康的基本因素。它还要求政治领导，包括最高级别的政治领导，在公共卫生政策转向符合人权的全民健康覆盖模式之前进行变革。这种领导将与一个拥有权能、知情和积极参与的利益攸关方基础合作，以整体政府方法中引导政策变化。

49. 鉴于上述结论，高级专员提出以下建议。

B. 建议

50. 鉴于法律、政策和做法决定了享有人权，包括健康权和社会保障权的程度，各国应定期审查其法律和政策框架，以查明健康覆盖和社会保障方面的差距，定期审查获得保健服务方面的障碍，以及这些框架在多大程度上符合健康权、社会保障权和其他健康相关权利。这类审查将有助于确定被落在后面的人口、导致他们被边缘化的因素、腐败的影响以及健康的结构、行政、法律和社会决定因素。

51. 各国应在上述全面人权分析的基础上，修订其法律和政策，以应对分析过程中发现的人权方面的不足之处，并使其与国际人权相一致。各国应特别确保法律和政策框架消除获得保健和服务方面的歧视，确保人人不受歧视地有效获得药品、治疗和技术，并保护患有罕见疾病者、非正常移民、残疾人和其他弱势群体的权利，包括酌情采取特别措施。

52. 应通过将残疾人权利纳入主流的法律，明确规定全民健康覆盖。有效的法律是建立在人权原则基础上的；这样的法律还承认政府一级各种义务承担者的作用，分配职责，确认权利持有人及其权利，消除健康覆盖方面的歧视，将社区参与作为优先事项，并确保根据《工商企业与人权指导原则》对私营部门进行有力的监管。

53. 各国应通过逐步实现健康权和社会保障权的国家计划和战略，将全民健康覆盖纳入卫生部门和社会保障部门的主流，以确保无歧视地全面覆盖所有人。

54. 高级专员建议各国在全民健康覆盖领域：

(a) 确保利益攸关方参与优先事项的确定、政策和方案设计、执行、监测和评价；

(b) 通过教育和提高认识，提高权利持有人参与和主张健康覆盖权利的能力；

(c) 确保在社区、国家以下各级和国家一级建立和加强透明和便利的机制，以便利益攸关方参与。

55. 高级专员鼓励各国，为了确保独立问责：

(a) 建立和/或加强透明、包容和参与性的进程和机制，负责在卫生和司法系统内提出补救行动建议；

(b) 制定国家战略，促进司法救助机制，确保无障碍程序并为残疾人提供程序便利；

(c) 确保针对侵犯健康权、社会保障权和保障健康的其他权利的行为提供有效补救和救济。

56. 各国应调动现有的国际资源，并根据国际合作的义务提供支持。高级专员敦促他们与相关国际和区域组织、民间社会和当地社区合作：

(a) 寻求设计和实施方案和政策方面的技术支持，以加强和扩大健康覆盖，确保提供优质服务，并加强对边缘化群体和社区，包括残疾人、移民和其他人的经济风险保护；

(b) 支持能力建设，包括通过开展培训方案以及分享在资源匮乏情况下扩大健康覆盖方面的信息、经验和良好做法；

(c) 合作确保移民特别是非正常移民所获得的保健服务的连续性；

(d) 分享加强卫生工作人员队伍的技术知识和良好做法，特别是为了确保公平而良好的工作环境，应对卫生和保健工作者移民问题，提供人权等方面的培训。

57. 高级专员促请各国使其财政政策、规划和预算编制进程符合人权原则，以确保最大限度地高效利用现有资源，使人们平等享有健康权和社会保障权。

58. 会员国应采取广泛的办法实现全民健康覆盖，支持本报告着重指出的人权原则和标准，高级专员鼓励会员国考虑在高级专员办事处和其他利益攸关方的支持下，制定一套关于全民健康覆盖与人权的准则，以支持通过基于人权的方法实现全民健康覆盖。以这些准则为基础，高级专员办事处设想审查国家一级的做法以评估各国在多大程度上履行了确保全民健康覆盖的义务，并支持就这方面的良好做法开展交流。