



人权理事会

第六十二届会议

2026 年 6 月 15 日至 7 月 10 日

议程项目 3

促进和保护所有人权——公民权利、政治权利、
经济、社会及文化权利，包括发展权

健康作为尊严的推动力

人人有权享有能达到的最高标准身心健康特别报告员的报告

概要

在本报告中，人人有权享有能达到的最高标准身心健康特别报告员特拉伦·莫福聚焦健康权在生命全过程中对人的尊严的推动作用。

特别报告员探讨了尊严与享有健康权之间的内在联系。她分析了尊严如何发挥作用，尊严既是健康权的基本原则，也是实现健康权的实际条件。

她指出，对尊严的侵害，包括污名化、歧视、刑事化、胁迫、暴力以及被排除在决策之外，是导致不良健康结果的根本原因。她强调，这些因素对那些被系统性边缘化的个人、群体和社区造成了不成比例的影响。

特别报告员将尊严置于健康权的规范框架中，阐述了尊严与其他人权的相互依存关系，包括生命权、平等与不受歧视权、隐私权、知情权与知情同意权，以及与获取健康的基本决定因素之间的相互依存关系。

她强调了健康的基本决定因素，包括社会、法律和商业决定因素，在塑造人的出生、生活、工作、衰老和死亡条件方面的作用，并指出了惩罚性法律框架和缺乏监管的商业行为对自主权、医疗可及性以及健康公平所产生的有害影响。

特别报告员断言，没有尊严就无法实现健康，而没有健康，尊严也无法彰显。她呼吁各国及其他利益攸关方通过消除结构性障碍、加强参与和问责、规范非国家行为体的权力，以及优先关注处境最不利的人群，将尊严置于卫生立法、政策与实践的核心地位。



一. 导言

1. 人人有权享有能达到的最高标准身心健康特别报告员强调，尊严是每个人与生俱来的、平等的价值；它不以地位或成就为条件，而是根植于作为人的事实之中，包括共同的承受痛苦的能力、对他人同理心的依赖以及发展自身个性和进行人生规划的能力。¹ 她声称，人权体系正是建立在这一理解之上。1948 年，各国一致认为，人人生而自由，在尊严和权利上一律平等，从而为个人、社区和国家之间的关系确立了普遍的基本准则。²
2. 人人享有能达到的最高标准身心健康的权利源自这一原则。任务负责人指出，通过该权利的实现，健康权能够强化尊严，她强调健康与尊严在整个生命过程中相互促进：有尊严的对待有助于促进福祉，而良好的身心健康则使个体能够实现自主、参与社会生活，并在其社区中充分发展。
3. 尊严并非卫生政策中可有可无的漂亮话，而是一项规范性和实践性标准，要求国家将个人视为具有能动性的权利持有者，对资源进行公平分配，消除结构性障碍，确保医疗体系承认多样性并尊重个体自我界定的身份。
4. 在任职之初，特别报告员即将尊严确立为战略优先事项，力求将其作为一项贯穿健康权的核心原则。³ 该任务负责人在其围绕性健康与生殖健康权、减轻伤害、种族主义、数字技术、粮食体系、心理卫生以及卫生和照护工作者权利等专题开展的工作中发现，一系列反复出现的对尊严的侵害，包括污名化、歧视、刑事化、非自愿治疗、阻碍获取健康的基本决定因素以及暴力，构成了可避免的发病、死亡与痛苦的根源。⁴
5. 特别报告员指出，脆弱性与依赖性是人类境况的一部分，而法律和政策往往通过加剧权力不对称，以及使某些被边缘化的群体和社区更易遭受尊严受损和不良健康结果，从而制造出本可避免且具有结构性特征的脆弱性。她强调，刑事化、歧视和污名化往往将人推向社会边缘，加深社会排斥，并剥夺其在服务、信息、参与和问责方面的平等获取机会。
6. 除获取医疗保健和健康的基本决定因素之外，实现尊严与公平还要求受影响的群体和社区切实参与法律和政策的设计、实施与监督。她强调，参与既是一项权利，也是一种彰显尊严的实践，通过确保决策以亲身经验为依据，从而提升政策的有效性。⁵
7. 在近期的全球危机背景下，包括疫情、气候相关灾害、冲突以及长期的人道主义紧急状况，任务负责人认为，以权利为基础的卫生方针必须在应对紧迫需求的同时，构建具有韧性和包容性的体系，并将建设可持续社区作为一项紧迫成果。以尊严为视角有助于确保紧急应对措施不会固化歧视、胁迫或排斥，并确保

¹ 见 <https://delawarelaw.widener.edu/files/resources/dignityrightssynopsisjuly2017.pdf>。

² 《世界人权宣言》，序言和第一条；《经济社会文化权利国际公约》第十二条。

³ 见人权理事会第 60/10 号决议以及 A/HRC/47/28。

⁴ 见 A/HRC/56/52。

⁵ 见 A/79/177。

恢复与重建方面的投入能够加强长期的公平性。特别报告员在分析中采用交叉方法，并运用反种族主义和反殖民框架，这也是其任期内一贯坚持的做法。

二. 方法

8. 本报告应人权理事会第 60/10 号决议的要求编写，以任务负责人此前的专题报告、开展的工作以及向各类利益攸关方发出的信函为基础。特别报告员还参考了通过公开征集意见所收到的材料。⁶

9. 在报告中，特别报告员采取了实质性平等的方针，确认健康不平等是由多种相互交织的结构性因素造成的，包括种族主义、性别歧视、阶级歧视、健全主义、仇外心理、恐同和恐跨。她既探讨了直接歧视和间接歧视，也关注结构性歧视和事实上的歧视，以及多重污名交织所产生的累积影响。

10. 特别报告员分析了健康的基本决定因素如何影响人们面临风险的程度及其获取医疗服务的障碍，并探讨了彰显尊严的治理方式、法律、政策和实践如何能够促进人们享有健康权及相关权利。

11. 特别报告员采用了生命周期视角，指出与尊严相关的健康威胁可能在出生前即已开始，贯穿童年、青少年、成年和老年阶段，直至生命终点。她还探讨了污名化、歧视和刑事化如何同时影响寻求照护者以及卫生和照护工作者，以及这些动态如何相互关联，从而对人的尊严产生负面影响。

三. 规范框架和国家义务

A. 规范框架

12. 《经济社会文化权利国际公约》第二条第二款和第十二条确认，人人有权在不受歧视的情况下享有能达到的最高标准身心健康。经济、社会及文化权利委员会强调，健康权应被理解为有助于过上尊严的生活。⁷

13. 尊严是各项核心人权条约和区域文书中的一项基本原则，⁸ 它既界定了健康权的内涵，也为国家履行尊重、保护和实现健康权的义务构建了框架，要求这些义务的履行应符合自主、平等和参与原则。⁹

14. 有尊严的生活有赖于其他相互依存的权利的实现，包括食物权、住房权、安全饮用水和卫生设施权、工作权、社会保障权、受教育权、隐私权、知情权、生命权、享受科学进步成果的权利以及平等与不歧视权。¹⁰ 这些相互关联的权利一旦未能实现，往往表现为获取健康的障碍，从而加剧对尊严的侵害。

⁶ 见 www.ohchr.org/en/calls-for-input/2026/call-input-health-enabler-dignity-hrc62-report。

⁷ 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 1、第 8-12、第 18 和第 33-37 段。

⁸ 见 A/HRC/WG.11/42/1，第 10 段。

⁹ 《世界人权宣言》，序言及第一条；《经济社会文化权利国际公约》，第十二条。

¹⁰ 经济、社会及文化权利委员会，第 14 号一般性意见(2000 年)。

15. 健康权以生命权为基础，而生命权必须被解释为享有有尊严的生活的权利。国家保护生命的义务涵盖可合理预见的威胁，包括来自私人行为体的威胁，并要求采取行动应对污名化、暴力和有害做法。¹¹ 健康权是一项包容性权利，其中包括获得及时且适当的医疗保健，包括可得、可及、可接受且优质的设施、物资和服务。健康权还涵盖健康的基本决定因素，例如安全且充足的食物、营养和住房、安全饮用水和卫生设施，以及与健康相关的教育和可靠的健康相关信息。¹²

16. 尊严还要求不得仅将个人视为政策的客体，而应将其视为权利持有者并作为政策形成过程的参与者。参与公共事务以及与健康相关决策的权利，能够增强卫生体系的正当性和有效性，并降低政策或实践重蹈污名化覆辙或忽视现实生活的风险。¹³ 经济、社会及文化权利的逐步实现和不倒退原则也是保障人们健康与尊严的重要组成部分，尤其是对于人口中的边缘化群体而言。¹⁴

B. 国家义务

17. 国家负有尊重、保护和实现人权的义务。在健康权语境下，尊重的义务要求国家避免以直接或间接方式干扰人们享有健康，包括避免通过会导致本可预防的发病和死亡的立法、政策或实践。

18. 尊重的义务包括避免制定和执行具有歧视性的法律、政策和实践，若歧视性的法律、政策和实践已经存在，应予以废除。该义务还包括避免在医疗服务中采取胁迫性做法，以及确保身体自主权、知情同意、保密性和隐私权得到保障。

19. 保护的义务要求国家采取立法及其他措施，防止第三方干预健康权的享有。这包括对卫生服务提供者、企业行为体及其他可能损害健康与尊严的私人实体进行监管，并在健康权受到不利影响时确保问责。

20. 实现的义务要求国家在其可用资源的最大限度内，采取有意识、具体且有针对性的措施，以符合尊严的方式实现健康权。这包括营造有利环境、应对健康的基本决定因素、提供服务和可靠信息，并确保切实参与和问责。

21. 尽管健康权的某些方面有赖于逐步实现，但特别报告员强调，不歧视、平等以及获得基本服务和最低核心保障的义务是立即生效的。因此，当法律框架、政策或实践造成排斥或伤害时，以尊严为基础的方针要求立即采取紧急行动。¹⁵

¹¹ 人权事务委员会，关于生命权的第 36 号一般性意见(2018 年)，第 3、第 18、第 21 和第 26 段。

¹² 经济、社会及文化权利委员会，第 14 号一般性意见(2000 年)，第 1、第 8-12、第 18 和第 33-37 段。

¹³ 见 [A/79/177](#)。

¹⁴ 经济、社会及文化权利委员会，第 14 号一般性意见(2000 年)，第 32 和第 48 段。

¹⁵ 经济、社会及文化权利委员会，关于经济、社会和文化权利方面不歧视的第 20 号一般性意见(2009 年)，第 8-10 和第 18-27 段。

四. 健康与尊严：相互交织的权利

A. 健康权的各个维度

22. 健康权包含三个相互关联的维度：自主权、医疗保健和预防。实现有尊严的健康要求同时推进这三个维度，包括针对健康的基本决定因素采取行动，并建立旨在保护能动性、平等和非歧视的保障机制。

23. 首先，自主权维度包括一系列自由和应得权益，既保护个人的身体自主权不受干扰，又使个人能够在不受胁迫、污名化和歧视的情况下，就其健康和身体作出负责任的决定。

24. 第二，医疗保健维度要求建立一个由设施、物资和服务构成的体系，这些设施、物资和服务应具备可得性、可及性、可接受性且质量良好，在公平的条件下提供，并能回应多样化的需求，以实现不让任何人掉队的目标。

25. 第三，预防维度要求采取措施防止疾病的发生和发展，并创造条件使所有人都能过上健康的生活，包括通过应对健康的社会、法律和商业决定因素。

26. 尊严既是一项最低标准——禁止暴力、胁迫和有辱人格的待遇，也是一种渐进性指引，引导卫生体系朝着实质性平等、包容、参与和不歧视的方向发展。

27. 为了落实尊严，各国应将人权标准纳入立法、卫生政策和法规之中，确保预算编制和资源分配优先照顾那些处境最不利的人群，并建立参与式机制，将真实的生活经验纳入政策设计和监督过程中，以确保问责。

28. 尊严为个人隐私、身体完整性和自主权提供了一个保护空间。它要求防止有辱人格的待遇、侵入性搜查或监控以及对身体自主权的侵犯，包括在与健康相关的检查和治疗过程中。¹⁶

29. 从尊严的角度理解健康权，意味着不仅将个人视为患者，更视为权利持有者，有权在涉及自身身体与健康的决策中获得尊重并行使能动性。这包括获取可理解且可靠的信息、拥有充足的决策时间，以及能够在不遭受报复或不担心遭受报复的情况下拒绝或退出治疗。这要求同意框架在实践中具有实质意义。这还包括为残疾人和老年人提供合理便利、实现无障碍沟通，以及建立尊重法律能力和个人偏好的辅助决策安排。¹⁷

30. 在性健康和生殖健康权方面，尊严要求尊重人们关于生育和性生活的决定，并保护人们不受关于身体自主权的惩罚性法律限制，这些限制将引发污名和歧视。对寻求堕胎者、堕胎服务提供者或协助者加以惩罚性的限制性措施，可能迫使个人转向不安全的做法，并阻碍人们寻求或提供堕胎后护理。¹⁸

¹⁶ 经济、社会及文化权利委员会，第 14 号一般性意见(2000 年)，第 8 段；以及 [A/64/272](#)；另见 [A/64/272](#)。

¹⁷ 残疾人权利委员会，关于在法律面前获得平等承认的第 1 号一般性意见(2014 年)以及关于独立生活和融入社区的第 5 号一般性意见(2017 年)。

¹⁸ 见 [A/76/172](#)。

31. 将同性关系和性别多样性定为刑事犯罪会否定人的内在价值，增加遭受暴力的风险，并阻碍人们获得预防和治疗服务，从而损害尊严。基于尊严的方针要求废除惩罚性法律，并采取措施防止歧视性执法和暴力行为。¹⁹

32. 数字创新在伴随强有力的隐私、保密和完整性保护的情况下，能够促进健康、公平和包容。反之，侵入性的数据做法和薄弱的保密措施可能导致个体被定罪或被污名化，削弱其有尊严地获得医疗服务的能力。²⁰

33. 当社区能够影响健康的基本决定因素时——包括通过参与对粮食系统、环境政策和卫生技术的治理——自主权会得到加强。因此，以尊严为基础的参与既促进个体能动性，也增进集体福祉。²¹

B. 自主权

34. 特别报告员重申，在医疗领域，身体自主权和知情同意是尊严的基石。²²在进行任何治疗之前，都必须取得事先、自由和知情同意，且这种同意必须是基于可及且可靠的信息做出的，此外，还必须尊重隐私和身体完整性。²³

35. 获取准确、及时、可及且可靠的健康信息，是实现健康权以及有意义的自主权的促进性条件。没有信息，个人便无法就预防、治疗或照护作出知情决策，也无法有效参与与健康相关的政策制定与决策过程。²⁴

36. 在医疗环境中，保密性对于建立信任以及促进就医行为至关重要。薄弱的保密保障会使个人面临污名、暴力和法律后果，并为边缘化群体——包括艾滋病毒感染者、移民、青少年、老年人、性工作者和吸毒者——制造系统性障碍。²⁵

37. 对保密性的限制必须作为例外、严格限定范围，并辅之以程序性保障，以防止被任意适用。如果报告义务或数据共享做法阻碍了人们就医，则可能同时损害健康结果和尊严。

38. 隐私保护必须应对与数字健康数据和信息共享有关的新兴挑战。同样，侵入性的数据做法可能损害尊严并让人们不敢寻求医疗服务，尤其是在数据可能被用于对健康相关决定或个人身份进行定罪或冠以污名的情况下。²⁶

¹⁹ 同上。

²⁰ 见 [A/HRC/53/65](#)。

²¹ 见 [A/79/177](#)。

²² 见 [A/64/272](#)。

²³ 《公民及政治权利国际公约》，第七条；经济、社会及文化权利委员会，第 14 号一般性意见(2000 年)，第 8 段。

²⁴ 经济、社会及文化权利委员会，第 14 号一般性意见(2000 年)，第 12(b)(四)和(c)段。

²⁵ 同上。

²⁶ 见 [A/HRC/53/65](#)。

39. 特别报告员强调，基于尊严的数据治理需要为数据完整性、安全性和保密性提供强有力的保障，包括防止对边缘化群体产生不成比例影响的监控和画像分析，以及就个人健康信息被滥用的情况提供便捷的补救。²⁷

C. 平等和不歧视

40. 平等和不歧视是立即生效的义务。²⁸ 在获取医疗保健以及健康的基本决定因素方面，以及在获取这些资源所需的手段和权利方面，基于种族、肤色、性别、语言、宗教、政治或其他见解、民族本源或社会出身、财产、出生、性取向以及公民、政治、社会或其他地位的歧视，会产生剥夺或损害平等享有或行使健康权的效果。²⁹

41. 直接歧视包括基于被禁止的理由，包括种族、性别、残疾、健康状况、经济和社会状况、性取向及性别认同，对个人给予不利对待的行为或不作为。

42. 间接歧视包括表面上中立的法律、政策或做法，但实际对受保护群体产生不成比例的不利影响，例如导致移民、无家可归者或其他人群被排除在医疗服务之外的身份证件要求。

43. 以尊严为基础的方针要求国家识别并消除这两类歧视，包括采取优先惠及处境最不利人群的积极措施。这包括修改与污名化和边缘化相关的法律框架，并确保提供具有文化安全性的服务。³⁰

44. 不歧视不仅要求关注形式上的平等，还要求关注多重压迫交织所带来的现实影响。当个人因种族、性取向、性别认同和健康状况等因素叠加而遭受污名时，获取医疗服务的障碍就变得更加复杂，因此需要有针对性并且具有参与性的应对措施。

D. 健康的基本决定因素

45. 特别报告员强调，健康结果不仅由基因和个人行为决定，还受到人们出生、生活、工作、衰老和死亡的环境与条件的影响。因此，尊严要求在关注医疗服务可及性的同时，也必须重视健康的基本决定因素。³¹

46. 健康的社会决定因素——如收入、住房、教育、就业、粮食安全以及暴力风险——受到历史上及当前持续存在的歧视、排斥和污名化的影响。当这些条件深陷于系统性障碍之中时，就会造成原本可以避免的健康不平等，并限制人们过上有尊严的生活。³²

²⁷ 同上。

²⁸ 《经济社会文化权利国际公约》，第二条第二款。

²⁹ 经济、社会及文化权利委员会，第14号一般性意见(2000年)，第18段。

³⁰ 同上，第8-10和第18-27段。

³¹ 见 www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/determinants-of-health；以及 www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health。

³² 同上。

47. 通过制造社会排斥和歧视性待遇，污名成为一种强大的健康基本决定因素。任务负责人重申，结构性决定因素，包括种族主义及其他交叉形式的歧视，可能导致诊断延迟、治疗体验差、疼痛管理不足以及对医疗服务的回避，从而使健康结果恶化。³³

48. 污名还会损害心理健康。在精神卫生服务环境中的歧视性经历或社会中的污名，可能导致人们不愿寻求帮助，增加对强制性机构应对措施依赖，并加剧社会隔阂和价值贬低。同样，以社区为基础的服务以及防止胁迫的保障政策，是以尊严为基础的心理健康政策的关键组成部分。

49. 健康的法律决定因素包括那些固化污名并影响服务获取的法律、政策和实践。过度惩罚性的制度框架——将某些行为、身份或健康状况刑事化——会对预防、诊断和治疗造成障碍，并加剧人们遭受暴力、骚扰和任意执法的风险。³⁴

50. 当个人担心与医疗服务提供者接触会导致处罚、拘留、逮捕、驱逐出境或失去子女监护权时，刑事化就会削弱人们对卫生体系的信任。这种恐惧会影响人们针对急性病症、慢性病管理以及预防性服务寻求照护的行为。

51. 在某些情境下，反移民政策、种族主义或种族貌相会限制获得医疗服务的机会，或导致对卫生和照护工作者施加不公平的报告义务，从而使相关个人不敢就医，被迫在健康与安全之间作出选择。特别报告员警告，与执法机构共享信息的规定可能削弱保密性，并侵蚀医患关系中至关重要的信任。

52. 健康的商业决定因素同样对尊严构成威胁。在有害产品和做法缺乏监管或监管不力的情况下，企业可能会大肆营销烟草、酒精和不健康食品，同时游说反对保护性政策，从而加剧不平等并限制人们做出有意义的选择，对包括贫困人群和青年在内的边缘化群体产生震慑效应。³⁵

53. 食品和饮料营销——尤其是在具有误导性或数字化精准投放的情况下——可能通过“重利润、轻福祉”的剥削性策略来塑造人们的偏好和接触机会，从而削弱自主权。特别报告员强调，以尊严为基础的治理要求处理利益冲突，并确保由证据而非企业影响力来主导公共卫生政策。

54. 以尊严为基础的应对措施还要求改变那些塑造并延续特权和压迫格局的条件，包括取消有害的刑事定罪、规范企业行为、加强社会保护，并确保受影响社区参与决策。

55. 在情况紧急或资源匮乏的情形下，歧视性的分诊标准基于对生活质量的评判或与残疾或年龄挂钩的长期生存预测，可能会贬低某些生命的救治价值。尊严要求临床标准避免歧视性假设，并要求保障措施确保对设施、护理、物资和服务的平等获取。

³³ 见 [A/76/172](#)。

³⁴ 见 [A/HRC/56/52](#)。

³⁵ 见 [A/78/175](#)。

E. 有尊严的医疗服务与照护

56. 尊严要求医疗服务具备可得性、可及性、可负担性和良好质量，在文化上可接受且没有歧视。同时，还要求卫生体系能够照顾到多样性，并防止暴力、胁迫以及污名化的对待。

57. 在实践中，医疗体系可能成为一个非人化对待和排斥的场所。边缘化群体可能在卫生系统中遭遇歧视、污名化和种族主义，从而导致回避就医、健康状况恶化，³⁶ 以及与卫生和照护工作者关系紧张。

58. 特别报告员警告，那些忽视自我认同的性别身份、忽略土著知识或依赖机构化安置来应对社会心理残疾问题的卫生体系，可能因否认个体的能动性和归属感而损害尊严。同样，以尊严为基础的服务要求融入跨文化和土著知识、进行相互尊重的沟通，并支持以社区为基础的照护。

59. 刑事化和惩罚性政策还可能进一步将个人排除在医疗服务之外。性工作者可能因担心遭到报复或被转介至刑事司法系统而回避接受治疗；吸毒者可能因担心受到惩罚而回避就医；寻求堕胎者可能为避免被发现而诉诸不安全的做法，即便出现并发症也拖着不就医。³⁷

60. 以尊严为基础的医疗要求建立健全的保密机制和职业保密义务，包括为确保能够获得紧急产科服务和堕胎后护理，并防止移民执法工作对就医产生威慑作用。³⁸

61. 姑息治疗是在整个生命周期享有有尊严的健康的重要组成部分。在卫生体系中加强姑息治疗，可以减轻本可避免的痛苦和煎熬，并支持人们就接受、拒绝或退出治疗作出知情选择，包括通过提供符合文化背景的服务和清晰的信息。³⁹

62. 任务负责人强调，卫生和照护工作者的尊严是有尊严的健康不可或缺的一部分。安全的工作条件、保护其不受暴力侵害、充足的资源以及参与决策的权利，使卫生和照护工作者能够提供基于权利的照护，并成为健康权的维护者。⁴⁰

63. 人力战略应包括关于人权、不歧视和文化安全方面的培训，并应解决影响卫生工作者的结构性不平等问题，包括种族主义、性别歧视和不稳定的就业条件。

64. 基于尊严的医疗质量包括予以尊重的孕产妇护理、预防产科暴力、防范强制措施和忽视行为，以及能够确保在整个生命周期中做出知情决策的政策。

65. 任务负责人警告，卫生系统应提前做好准备，以避免在情况紧急和资源匮乏时采取歧视性做法。她指出，医院规程和分诊指南的设计应尊重平等价值，避免明确或隐含地以残疾、年龄等受保护特征为依据。

³⁶ 见 [A/77/197](#)。

³⁷ 见 [A/HRC/56/52](#)。

³⁸ 经济、社会及文化权利委员会，第 14 号一般性意见(2000 年)，第 12(b)(四)和(c)段。

³⁹ 见 www.who.int/health-topics/palliative-care；以及世界卫生大会 WHA67.19 号决议。

⁴⁰ 见 <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/3ef6ec65-42fa-4d2b-9c75-d55b2df17f9a/content>。

66. 在服务提供方式不符合文化习俗的情况下——特别是对土著人民和少数群体而言，基于尊严的方针要求进行调整，在需要时提供口译服务，并承认社区知识和偏好。

67. 在社区环境中提供服务、减少不必要的机构收治，将应对健康决定因素且顾及历史性边缘化与排斥的社会支持服务(如住房、收入支持和法律援助)整合到服务提供方式中，可加强有尊严的医疗服务。

F. 预防伤害：营造有利的环境

68. 预防性卫生政策如果能够扩大有意义的选择，而非加以限制，则是基于尊严的。

69. 健康权既包括自由，也包括应得权益。自由包括对自身健康的控制权，其中包括不接受非自愿治疗和实验的权利。健康权中的应得权益包括享有健康保护体系的权利(即医疗服务以及健康的基本社会决定因素)，该体系应为人们享有能达到的最高标准健康提供平等的机会。

70. 尊严要求公平地分配健康的基本决定因素，包括获得充足且营养的食物、教育和社会保护，以及可及且可靠的信息。预防伤害要求解决导致人们生病的条件，并促进使健康得以实现的条件。

71. 气候危机同样对人的尊严与安全产生负面影响。它对人类和环境的影响包括土地和住房的丧失、食品生产数量和质量的下降、粮食不安全和营养不良，以及被迫流离失所。

72. 在全球化和强大的企业利益驱动下的食品体系，可能会取代更为健康的传统饮食，并通过激进甚至误导性的营销，使人们更多接触不健康的超加工食品。在这方面，数字化精准投放可能加剧那些本已处境不利的人群接触到这些食品的风险。⁴¹

73. 预防伤害还要求应对结构性种族主义及其他形式的歧视，这些因素会影响个人暴露于伤害之中的程度，例如空气和水污染、土地被剥夺、不安全的工作条件以及在获得营养食物和安全住房方面的不平等。

74. 她重申，在惩罚性制度加剧健康伤害的情况下，减轻伤害方针至关重要。针具交换项目、阿片类激动剂治疗、药物成分检测、防止过量用药以及社会支持等措施能够减少可预防的发病和死亡，并维护尊严。⁴²

75. 特别报告员强调，预防的全面实现还有赖于加强社会保护体系，包括收入支持、残疾津贴、儿童照护服务以及带薪休假，这些都有助于降低健康风险并支持有尊严的生活。

76. 该任务负责人强调，监测和评估框架应跟踪预防政策对公平的影响，包括在不同种族、性别、残疾、年龄和社会经济地位的群体之间的差异化影响，并确保在差距持续存在时采取纠正措施。

⁴¹ 见 [A/HRC/26/31](#)。

⁴² 见 [A/HRC/56/52](#)。

77. 特别报告员强调，预防性政策应纳入健康的环境决定因素，包括空气污染、水质和气候韧性，并认识到这些因素对健康以及能否过上有尊严的生活的影响。在这方面，预防伤害要求对初级卫生保健和社区卫生体系进行投资，将其作为早期干预、连续性照护和建立信任的基础。

五. 治理

78. 除具体法律和政策之外，治理结构也对影响健康和尊严的多部门体系进行规范。必须通过调节国家、私营部门、民间社会、社区与个人之间关系的规则、程序和制度，将尊严嵌入治理之中。⁴³

A. 参与

79. 在法律和政策的制定、实施和评估过程中，重视亲身经历，让受影响最深的人群切实参与，能够提升政策的有效性并彰显尊严。因此，参与既是一项与生俱来的权利，也是制定有效卫生政策的必要工具。

80. 刑事化、歧视和污名化可能导致边缘化群体被排除在政策制定过程之外，使无效甚至有害的政策得以延续。特别报告员指出，要想确保包容性参与，加强实质性平等，必须消除这些障碍。⁴⁴

81. 参与的前提是有机会获取以无障碍格式和适当语言提供的可靠信息和材料。在针对基于虚假信息的攻击，特别报告员强调，确保可靠的健康信息对于保障自主权、参与度和建立信任是必不可少的。

82. 参与还需要保障安全。对于受到种族貌相、惩罚性执法、歧视或暴力影响的社区而言，安全的参与可能需要法律保护、保密机制、对社区组织的资源支持以及对不报复的保障。

83. 任务负责人指出，参与应贯穿政策周期的各个阶段，包括议程设定、起草、实施和评估，而不应仅限于在主要决策作出之后的磋商阶段。

84. 能力建设可以促进有意义的参与，包括通过确保获得技术信息、笔译和口译服务，以及为社区主导的数据收集和监测提供资源。

85. 任务负责人强调，卫生和照护工作者参与政策制定至关重要，因为他们的参与有助于形成公平、务实和可持续的政策，并通过将一线经验纳入决策来改善政策执行。⁴⁵

86. 她指出，当国家保障公民空间以及结社、表达和集会自由时，参与会得到加强，因为这些自由为倡导健康和尊严提供了可能。

87. 在人道主义背景下，参与必须涵盖流离失所者、移民以及受影响社区，让他们参与到卫生服务规划和资源分配中，确保紧急应对措施不会固化排斥。

⁴³ 见 A/79/177。

⁴⁴ 同上。

⁴⁵ 见 <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/3ef6ec65-42fa-4d2b-9c75-d55b2df17f9a/content>。

88. 有意义的参与还要求应对全球卫生治理中的权力不对称，包括确保中低收入国家和受影响社区能够对优先事项和资金分配产生影响。

89. 特别报告员强调，需要依赖那些经过有效性和包容性评估的参与机制，评估内容包括参与机制是否能够带来具体的政策变化，以及是否真正反映了边缘化群体的声音。

90. 在数字健康技术的治理中，参与同样至关重要，包括通过社区为设计、数据治理和问责机制提供投入。

91. 参与应被理解为尊严在公共生活中持续循环的实践，而非一次性的程序性步骤，并应涵盖所有相关的权利持有者。

B. 透明度与利益冲突

92. 特别报告员警告，治理中的利益冲突会通过以私人利益取代公共需求和侵蚀信任，损害尊严。国家在履行尊重和保护健康权的义务时，应避免建立使决策能够被私人利益左右的伙伴关系，并防止第三方干扰人权的实现。⁴⁶

93. 透明和获取信息对于参与以及应对利益冲突至关重要，包括在企业行为体资助误导性证据或“漂白”行为，从而扭曲公众对健康风险和政策选择的认知的情况下。⁴⁷

94. 在卫生领域，透明对于维持信任至关重要，包括采购、稀缺资源分配以及临床指南制定依据方面的透明。

95. 特别报告员指出，应确保申诉机制对边缘化群体具有可及性，且救济措施既包括个体层面的补救，也包括结构性改革。

96. 独立的国家人权机构、监察专员以及法院可以在提供救济和确保系统性问责方面发挥作用，包括通过对卫生政策和实践进行监督。

C. 问责

97. 问责要求就侵权行为提供有效的救济和赔偿，并通过监督、监管以及酌情实施处罚等措施，防止类似情况再次发生。

98. 在卫生领域，问责包括建立机制，用于报告和处理不当对待、歧视和暴力行为，包括产科暴力以及机构环境中的侵害行为。培训和提高认识活动有助于预防和识别侵权行为。

99. 问责还要求保障保密性，使个人能够在不担心受到惩罚的情况下获得照护。强调职业保密义务和保密性的标准对于确保获得紧急医疗服务和打消人们的就医顾虑至关重要。⁴⁸

⁴⁶ 见 [A/79/177](#)。

⁴⁷ 同上。

⁴⁸ 美洲人权法院，Manuela 等人诉萨尔瓦多案，2021 年 11 月 2 日的判决，第 204-215 段。

100. 特别报告员指出，对企业行为体的问责措施应包括监管执法、对误导性营销的处罚，以及防止产品和做法损害健康的措施。

101. 在数字健康领域，问责要求系统具备可审计性，开展影响评估，设置防范偏见和歧视的保障措施，并为个人质疑数据滥用或自动化决策现象提供明确的途径。⁴⁹

102. 问责框架应包括让受影响社区参与监督，以确保监测能够反映现实经历，且救济措施能够回应边缘化群体所遭受的伤害。

103. 在紧急情况下，问责对于确保例外措施具有时限性、相称性和非歧视性以及确保受影响个人能够获得救济至关重要。

104. 任务负责人强调，国际合作对于应对健康的跨境决定因素(包括企业行为和全球供应链)以及确保问责不受国家边界的限制，至关重要。

105. 问责机制应接受定期审查并加以强化，以纳入新技术和不断变化的商业策略所带来的新风险。问责还应与学习和改进相结合，利用相关结论推动政策改革、加强服务并防止未来发生侵权行为。

106. 在实施这些措施时，问责本身不应成为惩罚性或污名化的行为，而应始终侧重预防、救济和结构性变革。

六. 良好做法

107. 各国及利益攸关方报告了旨在促进受污名化和排斥影响人群健康与尊严的实践。这些案例体现了以权利为基础的方针的实际价值以及社区主导的重要性。

108. 在澳大利亚，针对原住民和托雷斯海峡岛民需求所采取的措施承认了卫生体系中存在显著的健康差距和治疗不平等。⁵⁰ 有关部门正与国家及地方政府合作，减少与心理健康相关的污名和歧视，以及男女同性恋、双性恋、跨性别者、酷儿、间性者、无性恋及其他多元性别者或艾滋病毒感染者等群体面临的污名和歧视。⁵¹

109. 在多民族玻利维亚国，《多民族精神卫生计划(2026-2030 年)》旨在解决精神障碍者和物质使用障碍者的污名化问题，并强调国内立法要求在社区中心提供照护，使患者不致失去其社会联系或自主性。⁵²

110. 在古巴，2019-2023 年国家性传播感染、艾滋病毒和肝炎计划及相关行动纳入了减少污名这一重点，包括在初级卫生保健层面进行干预，以及面向重点人群开展工作。⁵³

⁴⁹ 见 [A/HRC/53/65](#)。

⁵⁰ 澳大利亚提交的材料。

⁵¹ 同上。

⁵² 多民族玻利维亚国提交的材料。

⁵³ 4Métrica 和公民权利维护者组织(古巴)提交的材料。

111. 多米尼加共和国通过了旨在消除或减少污名、歧视和刑事化的立法和国家计划，特别是与艾滋病毒相关的污名、歧视和刑事化。⁵⁴

112. 在墨西哥，社会保障健康福利局实施了 2025-2030 年机构方案，通过社区和跨文化方法，优先缓解医疗服务获取不足的问题。⁵⁵

113. 在摩洛哥，第 06-22 号国家卫生体系框架法将尊重和人的尊严置于医疗服务的核心。该法明确保护人的身心完整性，尊重患者获取与其健康状况相关信息的权利，并打击基于健康状况或残疾等因素的一切形式的歧视和污名化。⁵⁶

114. 葡萄牙采取了艾滋病毒/艾滋病相关举措，以解决受影响人群面临的污名和就医障碍，包括设立了艾滋病毒和艾滋病反歧视中心，为遭受歧视或权利受到侵犯的艾滋病毒感染者提供咨询和法律服务。⁵⁷

115. 西班牙通过国内立法将人的尊严置于卫生体系的核心，并辅以旨在消除特定群体面临的污名和不平等的政策。已通过多项旨在减少结构性歧视的计划，包括关于减轻伤害、精神卫生以及受艾滋病毒影响人群的计划。⁵⁸

116. 在土耳其，2025-2030 年艾滋病毒/艾滋病工作路线图的目标之一，是通过开展提高认识活动，防止对艾滋病毒感染者的歧视以及防止违反保密规定。⁵⁹

117. 在区域层面，欧洲人权法院就违反《保护人权与基本自由公约》(《欧洲人权公约》)的法律性别认定程序作出了判决，并发布了涉及“跨性别者特定医疗保健”(包括针对被剥夺自由者)的判例。此外，欧洲委员会一个致力于间性者权利的机构支持将自主权作为医疗程序关键要素的模式。⁶⁰

118. 社区主导的照护模式力求围绕基于关系和根植于文化的方法重新设计服务，这些方法包括将服务使用者视为照护的“所有者”或合作伙伴，从而扭转家长式的互动模式。

119. 在西班牙，第 8/2021 号法律对民法和民事诉讼法进行改革，以支持残疾人行使法律能力，目的是减少卫生领域中的家长式做法，为残疾人行使自主权提供支持。⁶¹

120. 在区域层面，东欧和中亚 14 个国家建立了以社区为基础的机制，用于监测和应对污名和歧视，这些问题是限制边缘化群体和重点人群获取服务的主要结构性障碍。⁶² 121. 一些国家报告了通过培训、专业标准以及处理种族主义和歧视性待遇问题的申诉机制来减少卫生服务中污名和歧视的策略。

⁵⁴ 多米尼加共和国提交的材料。

⁵⁵ 墨西哥提交的材料。

⁵⁶ 摩洛哥提交的材料。

⁵⁷ 葡萄牙提交的材料。

⁵⁸ 西班牙提交的材料。

⁵⁹ 土耳其提交的材料。

⁶⁰ 欧洲委员会提交的材料。

⁶¹ 西班牙提交的材料。

⁶² 公共卫生联盟(乌克兰)提交的材料。

122. 在澳大利亚，针对卫生从业者监管局及各国家委员会的政策指引旨在改善卫生从业者对种族主义和歧视问题的应对；相关从业者被要求接受教育和培训，以促进在医疗领域形成反对种族主义的文化。⁶³

123. 在多民族玻利维亚国，卫生服务使用者监察专员对关于歧视和辱骂的申诉进行独立调查，并可适用行政处罚。⁶⁴

124. 捷克为 26 岁以下人口和高风险人群提供匿名、免费的艾滋病毒检测及咨询、性健康教育干预活动以及暴露前预防用药，作为减少艾滋病毒传播的预防措施。⁶⁵

125. 在多米尼加共和国，国家艾滋病毒/艾滋病委员会与人权观察站协调，对侵犯艾滋病毒/艾滋病感染者权利的案件进行监测，并向受害者提供支持。⁶⁶

126. 在萨尔瓦多，对卫生工作者的培训侧重人权、医疗人性化以及对弱势群体的照护。此外，在卫生部服务网络中制定并实施照护人性化规程的同时，还辅一项以有尊严的对待为重点的国家计划。⁶⁷

127. 卢森堡采取了非惩罚性办法处理健康相关行为并减少污名化，特别是在降低危害和性工作去罪化方面；同时在精神卫生保健领域实施改革以应对污名化问题，并开展了消除艾滋病毒/艾滋病污名化的宣传活动。2014 年《患者权利法》旨在确保尊严、知情同意、平等获取以及发生冲突时的调解。为应对影响边缘化群体的污名和歧视，卢森堡采取了一系列措施，包括对卫生服务提供者提供培训，内容涉及：文化胜任力、反偏见、为男女同性恋、双性恋、跨性别者、酷儿、间性者、无性恋及其他多元性别群体提供予以尊重的照护，以及创伤知情实践；此外，还包括建立问责和申诉机制，确保社区参与和同伴参与，以及针对边缘化群体调整服务。⁶⁸

128. 在墨西哥，社会保障健康福利局为医疗保健工作者开展的强制培训以人权为重点，并确保纳入性别视角、跨文化视角以及有尊严的对待。在申诉机制方面，国家医疗纠纷解决委员会负责接收投诉，并促进调解和争议解决。⁶⁹

129. 多个国家报告了加强医疗照护中自主权的法律改革或政策，包括采取措施保护知情同意、规范保密性、支持以社区为基础的精神卫生保健以及去机构化。⁷⁰

⁶³ 澳大利亚提交的材料。

⁶⁴ 多民族玻利维亚国提交的材料。

⁶⁵ 捷克提交的材料。

⁶⁶ 多米尼加共和国提交的材料。

⁶⁷ 萨尔瓦多提交的材料。

⁶⁸ 卢森堡提交的材料。

⁶⁹ 墨西哥提交的材料。

⁷⁰ 另见残疾人权利委员会第 1 号一般性意见(2014 年)和第 5 号一般性意见(2017 年)。

130. 在多民族玻利维亚国，法规旨在确保边缘化群体积极参与对卫生系统的监督。此外，2026 年《卫生资源下放法》允许地方社区管理用于预防性健康的资金。此外，卫生和体育部要求医护人员确保患者能够以自己的语言并在其价值观体系内理解治疗方案。此外，通过具有文化适当性的分娩计划，三级医院设有专门病房，供孕妇选择分娩姿势，并由传统助产士陪同。⁷¹

131. 在波斯尼亚和黑塞哥维那，《反歧视法》禁止基于健康状况、残疾、性别及其他个人特征的歧视。政府向特别报告员通报了为吸毒人员设立的减轻伤害项目、纳入患者权利培训的措施以及旨在消除精神障碍污名的公众宣传活动。在实体层面，关于患者权利的法律和法规旨在保障知情同意权、隐私权和健康数据保密权以及拒绝治疗的权利，同时特别重视对儿童、残疾人以及被安置于卫生和社会照护机构中的人员的保护，目的是减少服务使用者与卫生服务提供者之间的权力失衡。⁷²

132. 萨尔瓦多正在制定一项国家艾滋病毒战略，旨在确保检测过程中的保密性以及提供无污名、尊重性的服务。⁷³

133. 在卢森堡，国家法律框架(包括《患者权利法》)以及公共卫生战略的实施力求应对歧视，确保有尊严的对待，以及保障知情同意权、医疗档案查阅权、对服务提供者的选择权以及拒绝治疗的权利。⁷⁴

134. 墨西哥于 2026 年 1 月修订了《普通卫生法》，将数字健康、信息交换监管以及私人数据保护纳入其中。⁷⁵

135. 摩洛哥对个人数据的收集、管理和保存进行规范，尤其是在保密性、目的性和安全性方面。这一框架旨在防止医疗信息被滥用，降低污名化风险，并恢复患者对医疗体系的信任。⁷⁶

136. 挪威于 2024 年发布了关于预防物质使用、减轻伤害以及治疗的政策指南，强调物质使用障碍者享有尊严的权利，并将其作为国内精神活性物质政策战略的总体指导。国家关于在成人精神卫生领域预防强制行为的专业指南侧重于通过加强市政服务与专业医疗之间的协作来减少强制手段，强化早期干预以避免非自愿收治，并改进治疗方式，强调患者的参与和教育等内容。⁷⁷

137. 西班牙提倡易于获取的社区服务和住院治疗替代方案，以应对健康的社会决定因素。在精神卫生领域，一项国家行动计划推动了替代住院治疗并减少强制性做法的举措，除其他外，还推动了制定以弱势群体心理健康为核心的社区项目。⁷⁸

⁷¹ 多民族玻利维亚国提交的材料。

⁷² 波斯尼亚和黑塞哥维那提交的材料。

⁷³ 萨尔瓦多提交的材料。

⁷⁴ 卢森堡提交的材料。

⁷⁵ 墨西哥提交的材料。

⁷⁶ 摩洛哥提交的材料。

⁷⁷ 挪威提交的材料。

⁷⁸ 西班牙提交的材料。

138. 示例措施包括制定患者章程，通过保障知情权、同意权、隐私权以及查阅医疗记录的权利，将尊严落到实处；同时还包括制定规程，以促进边缘群体在获取医疗服务时不受歧视。

139. 在卢森堡，国内立法允许患者决定哪些专业人员可以访问其健康数据的哪些部分，从而增强信任和个人能动性。⁷⁹

140. 一些国家报告了确保获得性别肯定护理以及消除性别多样性病理化的措施，还报告了防止有害的所谓“转化治疗”的努力。

141. 在澳大利亚，国家健康与医学研究委员会受命就 18 岁以下患有性别焦虑的跨性别及多元性别者的照护工作，制定新的国家临床实践指南。⁸⁰

142. 在多民族玻利维亚国，针对多元性别者的国家全面照护规程不再采取病理化视角，而是侧重于提供全面的健康支持，并免费提供医疗监督下的激素替代治疗。⁸¹

143. 卢森堡已在法律、政策和服务层面采取措施，改善多元性别者的健康和尊严。⁸²

144. 墨西哥制定了一项关于向男女同性恋、双性恋、跨性别者、酷儿、间性者、无性恋及其他多元性别者提供无歧视医疗服务的规程，以促进尊重其自我认同的性别身份。另一项专门规程则推动人员培训、临床记录的更新以尊重性别认同，以及提供全面的性健康、生殖健康和心理健康服务。⁸³

145. 在挪威，16 岁以上希望变更性别的人不再被要求接受治疗，任何人都有权基于自身经历变更性别。⁸⁴

146. 葡萄牙采取了立法措施，应对与性取向和性别认同相关的污名、歧视和有害做法，尤其是通过修订法律，禁止所谓的“转化治疗”并将旨在改变、限制或压制个人性取向、性别认同或性别表达的行为定为犯罪。该修订还包括规定采取措施，开展面向家长、家庭和社区的提高认识活动，以宣传转化做法的无效性和有害后果。⁸⁵

147. 在西班牙，第 4/2023 号法律旨在确保能够人们不受歧视地获取卫生服务，并消除对多元性别身份的病理化；自 2025 年以来，针对跨性别者或多元性别者的照护已被纳入在医疗中心、服务机构及转诊单位中需要由专科医生提供服务的诊疗项目目录之中。⁸⁶

⁷⁹ 卢森堡提交的材料。

⁸⁰ 澳大利亚提交的材料。

⁸¹ 多民族玻利维亚国提交的材料。

⁸² 卢森堡提交的材料。

⁸³ 墨西哥提交的材料。

⁸⁴ 挪威提交的材料。

⁸⁵ 葡萄牙提交的材料。

⁸⁶ 西班牙提交的材料。

148. 其他措施包括扩大对艾滋病毒感染者的健康保险覆盖范围、针对卫生工作者的态度开展去污名化宣传活动，以及提供差异化、以服务对象为中心的医疗服务。

149. 多米尼加共和国通过一项跨机构社会保护战略，截至 2025 年 12 月，已将 34,000 名艾滋病毒感染者纳入国家健康保险的补贴计划。⁸⁷

150. 还通过数字手段，在保护隐私的同时扩大服务可及性，包括提供保密的艾滋病毒自检试剂订购服务，并提供进一步获取预防和治疗服务的选择。

151. 一些国家报告了关于生殖健康服务中依良心拒绝提供服务的政策，以防止拒绝提供服务的情况发生，同时还通过法律改革明确提供服务的责任。

152. 西班牙对依良心拒绝提供服务加以规范，并创建了拒绝提供服务的专业人员登记册，以此作为重要工具，避免出现因集体拒绝提供服务而限制堕胎权的情况。⁸⁸

153. 向特别报告员报告的举措还包括提供移动医疗服务以覆盖农村和偏远地区，以及建立规范数字健康服务和信息系统的法律框架。

154. 波斯尼亚和黑塞哥维那发展移动和外展医疗服务(特别是在农村和偏远地区)，并对卫生专业人员进行培训，使他们除其他外，能够为边缘化和弱势群体提供服务，从而应对并消除污名和歧视。⁸⁹

155. 萨尔瓦多在初级卫生保健层面设立心理健康科室，并通过网络平台提供心理治疗线上咨询，有助于减少地理障碍。⁹⁰

156. 这些例子表明，可以通过法律保护、社区主导以及将权力转移至受影响社区和权利持有者的治理改革，将尊严落到实处。

157. 一些国家向特别报告员通报了他们采取了哪些措施，让边缘化社区切实参与对其有影响的卫生政策和方案的制定、实施和评估工作，并征求他们的意见。

158. 澳大利亚告知特别报告员，该国正在与以下群体协商制定《国家安全和优质保健服务标准》第三版：原住民及托雷斯海峡岛民、智力残疾人士及其家庭成员和照护者、在文化或种族上被边缘化的人群以及生活在农村和偏远地区的人群。其他举措表明，已努力与其他利益攸关方开展磋商，包括妇女团体、男女同性恋、双性恋、跨性别者、酷儿、间性者、无性恋及其他多元性别者组织、残疾人权利倡导者、有过心理健康问题和/或自杀意念倾向的人及其家庭成员。⁹¹

159. 多民族玻利维亚国指出，通过卫生问题社会委员会，性工作者、移民、艾滋病毒感染者以及土著人民的代表参与对各自地区卫生目标完成情况的评估，从而确保各项方案能够按照其具体需求进行调整。⁹²

⁸⁷ 多米尼加共和国提交的材料。

⁸⁸ 西班牙提交的材料。

⁸⁹ 波斯尼亚和黑塞哥维那提交的材料。

⁹⁰ 萨尔瓦多提交的材料。

⁹¹ 澳大利亚提交的材料。

⁹² 多民族玻利维亚国提交的材料。

160. 多米尼加共和国和萨尔瓦多向特别报告员表示，在制定国家计划或战略过程中，已将边缘化社区，尤其是受艾滋病毒影响的人群纳入其中。⁹³

161. 墨西哥指出，国家预防歧视委员会通过对话空间以及与民间社会组织开展磋商，促进了社区的积极参与，并基于通过申诉机制、研究、诊断和证词所获得的信息，拟定了相关建议。该委员会还制定了促进社区直接参与的策略。⁹⁴

162. 一些国家还向特别报告员分享了通过保障公平获取健康教育和信息来减少不平等并加强卫生体系的做法。

163. 澳大利亚采取了一项举措，提供有关疫苗研发、安全性和有效性的信息，并回应社区对接种 2019 冠状病毒病(COVID-19)疫苗的关切。⁹⁵

164. 卢森堡通过与民间社会磋商，让边缘化社区更多地参与到卫生政策的设计、实施和评估之中。⁹⁶ 学校也提供关于营养、心理健康、性健康与生殖健康以及预防物质使用的全面、适龄的教育。⁹⁷

165. 墨西哥推动了一些政策和方案，以确保人们，包括农村社区和城市中的边缘化群体能够获得健康教育及信息，同时注重平等和加强卫生系统，旨在填补现有差距。⁹⁸

166. 西班牙告知特别报告员，已通过“公民健康学校网络”推动患者赋权，该网络整合了全国各自治区的健康学校。在性健康和艾滋病毒方面，政府表示，通过宣传活动和专门材料提升了弱势群体的健康知识水平。⁹⁹

167. 关于应对利益冲突的实例，一些国家向特别报告员通报了所采取的措施。

168. 多民族玻利维亚国向特别报告员表示，2026 年，卫生和体育部实施了一套转诊追溯系统，以防止公立医院医生将患者转介至其掌管的私立诊所，从而确保医疗决策完全基于患者福祉，而非个人经济利益。¹⁰⁰

169. 萨尔瓦多通过实施《公共采购法》和公职人员道德规范，防止制药行业对医疗处方产生不当影响，确保了临床决策完全基于现有最佳证据以及对患者尊严的尊重，而非商业利益。¹⁰¹

170. 卢森堡向特别报告员表示，为减少金钱诱惑对临床决策的影响，政府对收费标准进行了规范，制定了要求医生以患者利益为先的道德准则以及强制性的财务申报制度，并规定由国家卫生服务局对异常处方行为进行监测。¹⁰²

⁹³ 多米尼加共和国和萨尔瓦多提交的材料。

⁹⁴ 墨西哥提交的材料。

⁹⁵ 澳大利亚提交的材料。

⁹⁶ 卢森堡提交的材料。

⁹⁷ 同上。

⁹⁸ 墨西哥提交的材料。

⁹⁹ 西班牙提交的材料。

¹⁰⁰ 多民族玻利维亚国提交的材料。

¹⁰¹ 萨尔瓦多提交的材料。

¹⁰² 卢森堡提交的材料。

171. 墨西哥向特别报告员通报了在落实监管框架、生物伦理委员会、资产和利益申报义务以及监督机制方面取得的进展，这些措施旨在确保与健康相关的决策基于公共利益、公平以及对人的尊严的充分尊重。¹⁰³

172. 西班牙表示，正在推动以社区为基础的照护模式、减少药物使用的战略以及社会处方，同时减少过度处方现象的激励因素，并强化非药物干预和基于社区的治疗选择。¹⁰⁴

七. 当前挑战

173. 尽管已采取一些旨在应对污名和歧视的举措，但据报告，智力障碍和发育障碍者以及唐氏综合征患者在获得适当、连续且有尊重的照护方面仍面临系统性障碍。¹⁰⁵ 尽管已有规范性框架、政策及其他举措来应对基于艾滋病毒感染状况的歧视，并确保实行严格的医疗信息保密制度，但在实践中，对保密性的尊重不足以及服务提供者的负面行为据称仍是有待解决的挑战。¹⁰⁶

174. 尽管多个国家正在努力解决健康差距问题，但据报告，由于结构性或系统性歧视，土著人民仍持续面临健康结果方面的不平等。¹⁰⁷ 在一些国家，据称边缘化群体并未被正式纳入协商程序或卫生政策设计过程中，¹⁰⁸ 而被剥夺自由者参与国内卫生规划、监测或政策制定的机会也十分有限。¹⁰⁹

175. 尽管正在采取措施应对多元性别者面临的污名和歧视，但在部分国家，据报告，由于缺乏禁止对间性者或具有性别特征差异者进行不必要手术或治疗的法律，或缺乏保障其身体自主权的法律，不仅会助长在未经权利持有者同意的情况下实施不可逆的医疗干预的做法，还可能引发污名。¹¹⁰

176. 此外，现行法律和政策可能会成为针对边缘化群体采取和实施基于权利的政策障碍；在缺乏有效问责机制的情况下，利益冲突可能会成为进一步损害被剥夺自由者尊严的核心因素。¹¹¹

177. 医疗保健的数字化有可能通过解决医疗服务获取不平等、相关获取成本以及患者能否查阅病历、处方和医疗信息等问题，改善健康结果，前提是有关数字健康的国内法律框架已经建立，对患者健康数据的保护得到充分遵守。¹¹²

¹⁰³ 墨西哥提交的材料。

¹⁰⁴ 西班牙提交的材料。

¹⁰⁵ 杰罗姆·勒琼基金会提交的材料。

¹⁰⁶ 律师无国界组织加拿大分会和塞内加尔女性法律工作者协会提交的材料。

¹⁰⁷ 马尼托巴酋长大会和 Diamond Johnny 提交的材料。

¹⁰⁸ 残疾人协会(班加罗尔)、圣保罗大学医学院和土著青年协会(巴西)以及大赦国际提交的材料。

¹⁰⁹ 欧亚监狱健康权运动提交的材料。

¹¹⁰ 藩篱之外——认识和关爱间性者组织、间性指南针组织(墨西哥及拉丁美洲)以及生殖权利中心、残疾重生国际妇女组织、国际计划生育联合会和国际男女同性恋协会提交的材料。

¹¹¹ 以色列医生促进人权协会提交的材料。

¹¹² 数字健康和权利项目提交的材料。

八. 结论和建议

178. 没有尊严就无法实现健康，而没有健康，尊严也无法彰显。因此，必须采取一种以尊严为核心的基于权利的方针，在应对紧迫健康需求的同时，促进具有韧性和可持续性的社区。

179. 问责是一种集体层面的表达，表明绝不容忍对尊严的侵犯。因此，有效的问责能够增强社会信任，并强化健康权的规范效力。

180. 各国应以符合尊严、自主、平等、参与和问责原则的方式尊重、保护和实现健康权，包括通过应对健康的社会、法律和商业决定因素。

181. 特别报告员建议各国及其他相关利益攸关方：

(a) 采取法律框架，以保障保密性、隐私和知情同意，并为面临较高污名化或刑事化风险的群体提供保护措施，同时确保提供可获得且可靠的健康信息；¹¹³

(b) 废除将与健康相关的行为、身份或状况定为犯罪并对获取医疗服务制造障碍的惩罚性法律框架，同时采取减少伤害措施，以减轻伤害并保障获取服务的渠道；¹¹⁴

(c) 对非国家行为体(包括企业)损害健康的行为进行监管，这些行为包括有害营销做法、虚假信息传播和利益冲突，并确保决策过程的透明和问责；¹¹⁵

(d) 根据相关证据和适用于企业的人权原则，考虑限制或禁止不健康食品、烟草和酒精的营销，推行包装正面警示标签，采取抑制有害产品的财政措施并实施公共机构健康采购规则；

(e) 确保包括心理健康服务在内的卫生服务对历史上被边缘化的群体而言是可得、可及、可接受且高质量的，包括通过提供具有文化安全性的照护和基于社区的服务；

(f) 投资于健康素养和社区教育，包括通过具备虚假信息防范机制的数字平台进行，并确保信息具有可及性、文化适当性且不受利益冲突影响；¹¹⁶

(g) 保护卫生和护理工作者的尊严和权利，包括通过提供安全的工作条件和参与政策制定的机会，同时在医学教育和培训中重点纳入人权内容；¹¹⁷

(h) 确保在决策空间中建立透明和有意义的参与机制，使其覆盖那些健康和福祉受到相关决策影响的群体，包括历史上被排斥和边缘化的人群；

(i) 建立并加强问责机制，以预防和减轻国家及非国家行为体(包括在医疗机构和对私营权力的治理中)在健康和尊严方面的侵权行为，并就此类行为提供救济；

¹¹³ 经济、社会及文化权利委员会，第 14 号一般性意见(2000 年)，第 12(b)(四)和(c)段。

¹¹⁴ 见 A/HRC/56/52。

¹¹⁵ 见 A/78/175。

¹¹⁶ 见 A/79/177。

¹¹⁷ 见 <https://iris.who.int/server/api/core/bitstreams/3ef6ec65-42fa-4d2b-9c75-d55b2df17f9a/content>。

(j) 在落实这些建议时优先考虑处境最不利的人群，并采取交叉办法，应对多重叠加的歧视形式，包括针对那些因种族、性别、残疾、健康状况、经济和社会状况、性取向及性别认同而遭受污名化、歧视或刑事定罪的人群；

(k) 确保卫生服务、物资和设施以及健康的基础性决定因素均可在无歧视的情况下获取，并以实质性平等为依据；¹¹⁸

(l) 支持开展培训、更新课程设置并制定职业标准，以应对卫生和临床环境中的歧视和隐性偏见，并确保申诉机制可及且能够提供有效救济；

(m) 通过保障适当住房、食物和水、安全工作条件、社会保障和教育的获取渠道，以及确保卫生服务具有文化安全性且对于受结构性劣势影响最严重的人群具有可及性，加强有尊严的生活所需的条件；¹¹⁹

(n) 将姑息治疗和老年尊严原则纳入卫生系统和政策，培训卫生工作者，确保自主权并减轻可避免的痛苦，包括通过提供止痛必需药物，同时解决获取方面的障碍，包括临终关怀方面的污名；¹²⁰

(o) 确保卫生资金和治理(例如采购政策等)体现良好治理和实质性平等原则，包括通过提供有针对性的外展服务、消除行政障碍以及确保低收入人群负担得起相关费用；

(p) 在安全堕胎受到限制的情况下，采取措施推动立法和法律改革，朝着去罪化方向发展，并立即减轻伤害，包括通过确保获取信息以及性健康和生殖健康教育、可负担的避孕药具、无污名化的照护以及对堕胎后和紧急护理严格保密；¹²¹

(q) 在惩罚性法律仍然存在的情况下，采取措施减少歧视性执法，防止暴力，并确保人们能够不受歧视地获得卫生服务，包括艾滋病毒预防和治疗；¹²²

(r) 将促进心理健康纳入预防性战略，认识到污名和排斥会导致心理困扰，而基于社区的服务可以改善结果；

(s) 确保预防政策不会成为胁迫、惩罚性监控或歧视的工具，并确保对权利的任何限制都符合严格的必要性和相称性要求；

(t) 支持符合道德准则、具有参与性并以权利为基础的研究和数据收集，同时确保有力的隐私保护，并避免污名化的数据做法；

(u) 确保参与具有包容性，涵盖妇女、青少年、老年人、残疾人、男女同性恋、双性恋、跨性别者、酷儿、间性者、无性恋及其他多元性别者、吸毒者、性工作者、移民以及种族化群体等；

(v) 制定关于利益披露、游说、“旋转门”做法以及研究和倡导工作资金来源的明确规则，确保对合规情况进行独立监督；

¹¹⁸ 经济、社会及文化权利委员会第 20 号一般性意见(2009 年)，第 8-10 段和第 18-27 段。

¹¹⁹ 见 A/78/175。

¹²⁰ 见 www.who.int/health-topics/palliative-care；以及世界卫生大会 WHA67.19 号决议。

¹²¹ 见 A/76/172。

¹²² 同上。

(w) 确保资金分配的公平性，涵盖罕见病、妇科进展以及被忽视疾病的临床研究领域；

(x) 尊重身份、尊严、完整性、自主性和福祉，维护不歧视、平等、隐私和保密原则；

(y) 废除惩罚性框架，使国内政策与公共卫生、人权和减轻伤害相一致；去罪化是实现健康权的必要条件；

(z) 确保卫生服务对边缘化群体而言是可获得、可及、可接受和高质量的；

(aa) 在卫生治理中建立正式的参与机制，包括咨询机构、社区监督结构以及参与式预算(在适当情况下)，并确保边缘化群体的代表性；

(ab) 确保问责机制具备资源，并确保用于监测的数据经过适当细分，以揭示不平等情况，同时维持有力的隐私保护；

(ac) 在努力实现人人享有健康权的过程中，采取顾及人类经验多样性的方法，并采用旨在实现平等的解决方案，这些方案必须考虑到历史上及当前持续存在的不公正现象，正是这些不公使得我们必须共同致力于实现公平；

(ad) 保护可靠信息并打击虚假信息；

(ae) 预防和管理利益冲突；

(af) 对私人行为体进行监管并限制有害营销；

(ag) 确保有力的参与；

(ah) 建立有效的问责和救济机制。¹²³

¹²³ 见 [A/79/177](#)。