

Association. <https://www.apha.org/policies-and-advocacy/public-health-policy-statements/policy-database/2017/01/18/improving-health-by-increasing-minimum-wage>

APHA. (1995). *Full Employment and Public Health*. America Public Health Association Policy Statement. <https://apha.org/policies-and-advocacy/public-health-policy-statements/policy-database/2014/07/30/14/06/full-employment-and-public-health>

ECOSOC (1968). E/RES/1296 (XLIV). *Arrangements for consultation with non-governmental organizations*. UN. Economic and Social Council.

WHO (2008). *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health - Final report of the commission on social determinants of health*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-IER-CSDH-08.1>

World Bank (1995). *Working with NGOs: A Practical Guide to Operational Collaboration between the World Bank and Non-Governmental Organizations*. Washington, D.C.: World Bank Group. <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail/814581468739240860/working-with-ngos-a-practical-guide-to-operational-collaboration-between-the-world-bank-and-nongovernmental-organizations>

17

國際人權公約 對公共衛生的意義與影響

李柏翰

一 前言

自立法院2009年制訂《公民與政治權利國際公約及經濟社會文化權利國際公約施行法》（簡稱《兩公約施行法》，2009年12月10日施行）後，國際人權規範正式進入國內的法律秩序。爾後，我國再陸續通過其他人權公約施行法，如《消除對婦女一切形式歧視公約（CEDAW）施行法》（2012年1月1日施行）、《兒童權利公約（CRC）施行法》（2014年11月20日施行）以及《身心障礙者權利公約（CRPD）施行法》（2014年12月3日施行）。

這些施行法第2條共同揭示，公約中關於權利保障之規定具有國內法之效力。在國內法及政策制訂之層面，各施行法之目的係為將國際人權規範在地化，故無論係行政機關在決策或執行公務，或法院在

審理案件時，皆應考量國際人權規範。

四份人權公約施行法幾乎長得一模一樣，皆承認各公約規定具國內法效力外，第3條亦要求相關規定之適用與解釋「應參照公約意旨」及依各人權公約所設置之「委員會對公約之解釋」。各施行法都有規定，在適用或解釋公約時，應考量各委員會所為之權威性解釋。除《兩公約施行法》外，《CEDAW施行法》立法說明中即表示，所謂「解釋」包括附錄、增補及決議，而《CRC施行法》與《CRPD施行法》的立法說明中明確指出「解釋」包括一般性意見、總結意見、決議、對國家報告之審查，以及接受個人申訴之處理等各類意見。

各級政府機關在行使職權時，更應符合各公約之人權保障規定——除避免侵害人權並保護人民不受他人侵害外，亦應積極促進各項人權之實現。我國雖非聯合國的會員國，也不是這些公約正式締約國，但透過國際人權保障國內法化（internalisation）的方式，公約中與健康權相關之規定，必然對我國公共衛生產生影響，除決策時應考慮人權原則外，亦包括公民參與、權利救濟等制度設計（李柏翰，2019）。

首先，須先澄清健康權全稱為「享有最高可達到標準之生理與心理健康的權利」（the right to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health），這裡所謂「最高可達到標準的健康」被視為人類社會追求自由或任何事物之基本條件。健康權的國

際法依據包括1946年WHO憲章的前言、1948年《世界人權宣言》（Universal Declaration of Human Rights）第25條、各項聯合國人權公約等。在《中華民國憲法》中，雖沒有特定條文提到健康權，但在第十三章基本國策中明示「國家為增進民族健康，應普遍推行衛生保健事業及公醫制度」（第157條）。

從健康權的角度來看，僅設定國策方向顯然保護不足。臺灣自1950年陸續開辦勞保、公保及農保等職業保險，至1995年才整合原先散落於各社會保險體系中的健康保險，建立全民健康保險制度，成為臺灣最重要社會政策之一。惟就融合進國內法律規範中之健康人權而言，近用醫療的權利並不同健康權，健保雖促進了就醫平等卻不等於全面的健康正義，因為健康人權亦涵蓋了社會結構、工作安全、生活品質等各層面政策制度之其他社會決定因素（social determinants of health）對個人健康及選擇之影響（吳全峰，2019）。

將健康視為人權有其重要的法律意義，重新界定了個人健康與公共衛生之間的關係：有權利即有義務，始會產生權利擁有人（rights-holders）與義務承擔者（duty-bearers）之間的法律關係，違反義務時即應產生相應的法律責任。人權義務承擔者（即國家政府）也因此能依人權要求限制傷害人民健康權的第三方（如企業）。

本章將先梳理國際人權法律體系（第一部分）及其對國內公共衛生的影響（第二部分），然後會討論「以人權為基礎作為方法」（human

rights-based approach) 之公共政策包括哪些面向與原則，以及人權規範在公衛措施中所遭遇的契機與困境（第三部分）。

二 國際人權規範體系與監督機關

要討論人權規範對公共衛生的影響，需先了解各國際公約所建構成的國際人權體系。二戰後多邊主義復甦，各國希望建立以主權平等、人權保障為基礎，以實現國際和平的聯合國，這點從《聯合國憲章》前言就看得出來：「我聯合國家之人民，同茲決心，欲免後世再遭今代人類兩度身歷慘不堪言之戰禍，重申基本人權、人格尊嚴與價值，以及男女權利平等及各國不分大小皆權利平等之信念……」此精神更被彰顯於聯合國宗旨中，「促進國際合作……不分種族、性別、語言、或宗教，增進並激勵對全體人類之權利及基本自由之尊重」。

《聯合國憲章》本身即是一份國際條約，依其職能與權限所建構之聯合國人權機關，即是所謂的「憲章機構」(Charter-based bodies)。聯合國成立後，很快就在1946年於經濟及社會理事會下建立人權委員會(Commission on Human Rights)。其中時任中華民國代表張彭春，於1947年出任聯合國人權委員會副主席，參與起草1948年的《世界人權宣言》，並對經濟、社會與文化權利等議題提出建議，以補充原本設想的公民與政治權利清單之不足。

聯合國人權事務相關機關於2006年大幅改組，聯合國大會第

60/251號決議建立了人權理事會(Human Rights Council)取代原本的人權委員會，職能與規模大幅提升，能針對聯合國會員國進行普遍定期審查，創設了個案的申訴與救濟管道，甚至能發動特別程序，比如建立特定人權議題之工作小組，並指派特別報告員(如健康權特別報告員)及獨立專家。此外，依1993年世界人權大會通過之《維也納宣言及行動綱領》所建立的聯合國人權事務高級專員辦事處亦是與人權事務相關的重要機關。

繼《世界人權宣言》後，聯合國大會陸續通過其他人權公約，加強人權規範的法律效力。除了上述憲章機構，國際人權規範體系中更重要的組成成分其實是以各項國際人權條約為法源基礎的人權公約機構(treaty-based bodies)。對締約國來說，這些專責監督核心國際人權條約執行狀況的委員會是公約生效後所創設的國際人權機構，為落實人權保障而存在(如下表17-1)。它們對公約的解釋，則成為我國理解各項施行法內涵時重要參考依據之一。

國際人權規範體系包括「憲章機構」與「人權公約機構」。它們都是廣義的國際條約，但性質略有不同。前者是國際組織的組織法，對國家的法律效力係出於會員國對組織之認可與授權，因此在會員國同意下，相關機制可能自組織原有的架構衍伸；後者就如典型的國際條約，締約國在談判、簽署並批准時，就特定國際事務向其他締約國作出法律承諾，法律效力則出於「遵守條約」的義務。目前共有九份

表17-1 核心國際人權條約及其監督機構

公約名稱	通過日期	生效日期	監督機構
消除一切形式種族歧視國際公約	1965.12.21	1969.01.04	消除種族歧視委員會
公民及政治權利國際公約	1966.12.16	1976.03.23	人權事務委員會
經濟社會文化權利國際公約	1966.12.16	1976.01.03	經社文權利委員會
消除對婦女一切形式歧視公約	1979.12.18	1981.09.03	消除婦女歧視委員會
禁止酷刑和其他殘忍、不人道或有辱人格之待遇或處罰公約	1984.12.10	1987.06.26	禁止酷刑委員會
			防範酷刑次要委員會
兒童權利公約	1989.11.20	1990.09.02	兒童權利委員會
保護所有遷徙工人及其家庭成員權利國際公約	1990.12.18	2003.07.01	遷徙工人問題委員會
身心障礙者權利公約	2006.12.13	2008.05.03	身心障礙者權利委員會
保護所有人免遭強迫失蹤國際公約	2006.12.20	2010.12.23	強迫失蹤問題委員會

資料來源：作者自行彙整。

核心人權公約，十個相應而生的條約監督機構，包括立意創新的「預防酷刑次要委員會」。

國家對國際人權監督機關之授權是透過批准國際人權公約為之。這些被授權的委員會中，有些制度是人權公約本身就內建的，包括解釋約文、回應國家報告等；然而，關於國對國或個人對國家之申訴機

制等其他救濟方式則可能依不同情況而定，大部分情況是聯合國大會就原公約另訂一份「任擇議定書」(optional protocol)，賦予委員會更多權力；抑或即便是公約中原本就有相關規定，也需要符合一定要件才生效(李柏翰，2019)。

了解當代整個國際人權體系後，最重要的還是國際人權法的內涵與國家義務為何，才能具體監督政府決策。根據《維也納宣言及行動綱領》第5條，當代最重要的人權原則是：所有人權皆是普遍(universal)、不可分割(indivisible)、相互依存(interdependent)並彼此關聯(interrelated)的。固然各地民族特性和地域特徵有所差異，歷史文化和宗教背景也不同，但不論政治、經濟與社會體系如何，各國都有義務促進和保護人權和基本自由。因此，國際社會應站在同樣地位上、用同樣重視的眼光、以公平的態度全面看待人權。

三 國際人權義務與國內公共政策

二戰後人權被定義為「人人皆應享有之權利」，而那些被視為屬於人的權利都包括兩個面向——自由權與受益權。自由權利(freedom from...)涉及國家的消極義務(即「不得……」)，如人人有選擇自己的生活方式與信仰價值的自由、追求自己目標時不受他人干涉的自由、不被干涉而能隨意做自己的自由。受益權利(entitlement to...)則要求國家積極促進權利實現的義務(即「應……」)，如人人有實

現渴望的生活方式與信仰價值的權利、追求目標時擁有社群的支持、取得好好過日子所需資源的權利（鄧衍森，2018）。

就公民與政治權利來說，以投票權為例，政府除了不得干擾選民的投票選擇外，亦應提供公平完備的制度，使投票順利完成。對經濟、社會與文化權利來說，許多時候國家為滿足積極義務，需建構一個完善且公平的社會福利制度或社會支持系統，需要的資源較多，也更考驗決策者的決心與能力。以《經濟社會文化權利國際公約》（簡稱《ICESCR》）為例，它既是國際條約也是人權公約，因此締約國負有兩個層次的法律義務——締約國就國際條約所負有的一般義務，以及為了實現人民經社文權利所負的人權法義務（鄧衍森，1998）。

經社文權利委員會在1998年第9號一般性意見中，就作了以上區分，而針對一般條約義務，委員會提到，國家必須在國內法律秩序中以適當的方式承認國際規範、必須向受到傷害的個人或團體提供適當的賠償或救濟，以及必須確保建立追究政府責任的適當手段。因此，政府適用《ICESCR》時應考慮到兩大國際法原則——國家不得援引國內法規定為理由，而不履行條約；以及當《憲法》或法律所賦予人們的權利遭受侵害時，應有權由國家法院對這種侵害行為提供有效的救濟。

基於人權法特殊性，其須確實融入到國內法律與政治制度中才有實益，因此一旦國家向國際社會及人民作了人權承諾，就有義務將國

際人權公約的內容轉化為國內法律，可能方式包括增修憲法條文或納入國內一般法律當中。無論選擇何種方式，該方法必須足以確保公約規定的義務能被適當履行。生活在國家管轄區域內的人們，依據誠信原則，對所有行政機關在決策時考慮人權要求，具有合理期待。在此前提下，人們應擁有可近用的、可負擔的、及時且有效的救濟措施（李柏翰、安仰深，2022）。

（一）國際人權法中的健康權

健康權在國際法上的依據包括《世界人權宣言》第25條第1項、《ICESCR》第12條、《消除一切形式種族歧視國際公約》（ICERD）第5條第5款、《CEDAW》第11條第1項第6款與第12條、《CRC》第24條、《CRPD》第25條、《歐洲社會憲章》第11條、《非洲人類及人民權利憲章》第16條、《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10條、《維也納宣言及行動綱領》，以及其他與精神疾病患者處遇及復原、婦女生育健康等議題相關之國際文件。

根據《世界人權宣言》第25條，「人人有權享受為維持他本人和家屬之健康和福利適當之生活水準，包括食物、衣著、住房、醫療和必要的社會服務。」健康權是「適當生活水準之權利」（the right to an adequate standard of living）一部分，包括醫療照護服務。《ICESCR》第12條則將「享受可能達到最高標準之身體與心理健康」視為一項獨

立的權利。需釐清的是，健康權並非要求國家使所有人永遠保持健康，那顯然並不實際。國家的義務在於賦予人們最多且公平的機會，以追求更健康的狀態。

如本節一開始提到，所有人權皆包括自由權利與受益權利兩個面向——健康權的內涵當然也同時具有「掌握自己身體與健康，而不受到干擾」的自由，以及「平等參與醫療保健、健康促進等制度」的福利。根據經社文權利委員會2000年第14號一般性意見，健康權應理解為「為追求可能達到之最高標準之身體與心理健康，所須享有各種設施、商品、服務和條件的權利」，不僅指涉適當及時的健康照護，也包括健康的基本決定因素（underlying determinants of health），如安全潔淨的飲水、適當衛生條件、充足營養、適當住居、安全的工作與生活條件、健康教育和資訊等。

那怎麼判斷醫療照護或與健康有關的設施、商品、服務和條件是適當（adequate）的呢？經社文權利委員會提供判斷要件包括：

1. 可取得性（availability），即公平分配且充足的量；
2. 符合不歧視、交通便利、經濟上可負擔且資訊流通等之可近用性（accessibility）；
3. 符合倫理、保密，且對族群、性別、生命週期敏感之可接受性（acceptability）；

4. 科學上認可且有實證基礎之適當品質（quality）。

如本章一開始提到的，有權利即有義務。國家作為健康權的義務承擔者，應至少有三個層次的法律義務（亦如下圖17-1）：

1. 尊重義務（obligation to respect），國家不得干擾人民的自由；
2. 保護義務（obligation to protect），國家應排除其他人對人民的危害；
3. 滿足義務（obligation to fulfil），國家應積極促進、提供並推動相關制度措施。

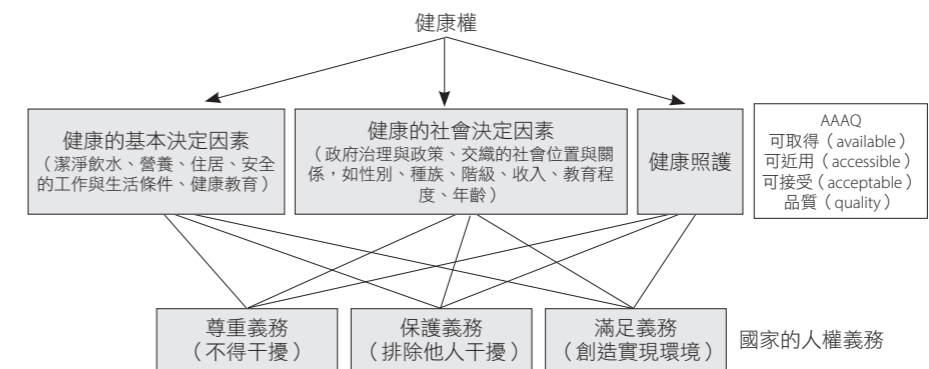


圖 17-1 健康權規範及相應的國家義務

資料來源：作者自行繪製。

政府要做什麼才算履行義務呢？國家至少要有相關立法和國家健

康策略及行動計畫，建立相對應的健康權指標與基準（indicators/benchmarks），並提供救濟與可問責的制度。一旦國家對人民作出人權承諾，政府就與其管轄範圍內所有人產生人權法的法律關係，若國家違反了人權義務——不論是作為（做了不該做的事）或不作為（未做到該做的事）——就表示兩者間的法律關係被破壞了。若法律關係遭破壞，人民應該有適當的管道尋求救濟並究責，而國家就有法律責任去修補那個遭到破壞的關係（張珏等，2015）。

（二）國際人權法之國內法化

上面提到的健康權概念都圍繞在《ICESCR》，按條約法法理，一國須完成國家簽署、國內批准、國際機構的存放等程序，才會成為締約國。臺灣並非該公約締約國，照理說毋須受到拘束。中華民國在1967年就簽署了兩公約（包括《ICESCR》），遲至2009年才完成批准，只是當時中華民國在聯合國中的代表權早已被中華人民共和國取代而無法存放。惟就人權法而言，批准公約也算政府對人民作出人權承諾，展現自願遵守規範的意志，因此仍須受到自己單方承諾行為所產生法律關係之約束（張文貞，2010）。

這點也能從政府應變之實踐看得出來。在請求聯合國秘書處存放批准書遭拒絕後，立法院便制訂了《兩公約施行法》，將兩公約內容國內法化成為憲政秩序一部分。根據各人權公約之施行法，各級政府

有義務先「自評」以開展人權保障工作（優先檢視清單），若有不符公約規定的情況，應於法定年限內完成增修法規並改進行政措施（兩公約為兩年，其餘為三年）。《CRC施行法》與《CRPD施行法》進一步給予五年通融期間，要求政府完成其餘配套措施，並應成立「兒童及少年福利與權益推動小組」及「身心障礙者權益推動小組」。

除了行政與立法部門外，司法機關扮演的救濟角色亦十分重要。各施行法中都有規定，在適用或解釋公約時，應考量各委員會所為之權威性解釋。施行法亦要求各級政府機關在行使職權時不得侵害人權、保護人民不受他人侵害、積極促進人權實現。為免政府球員兼裁判，應建立人權報告制度。各公約的國家報告分別由法務部（兩公約）、行政院性別平等會（《CEDAW》）、衛福部社會及家庭署（《CRC》與《CRPD》）彙整撰擬。

國家向人民及國際社會提出人權承諾，須全面檢討國內既有公衛及社福政策是否符合人權標準，而國際人權法中的健康權從此對臺灣的公共衛生決策與行政產生影響。就外部監督而言，以兩公約為例，目前發展出的具體實踐為——行政院邀請國際人權專家進行書面審查，來臺與政府、非政府組織召開審查會議，其中都會針對健康權及其他與健康相關的人權之實現與否展開討論。換言之，公約中明示承認的健康權，當然就能視為補充《中華民國憲法》原本對健康人權保障不足的情況。

在適用相關規定時，國際人權公約與《憲法》間的關係並非想像中和諧。《憲法》第141條規定中華民國原則上本就應尊重條約及《聯合國憲章》。然而，這些人權公約不僅規範國與國間的關係，更重要的是使國內憲政秩序與國際人權規範「匯流」。各國可能採取的方法包括立法模式（將國際人權內涵憲法化），如加拿大新增權利清單、波士尼亞—赫塞哥維納的新憲法、匈牙利承認國際法優先原則、南非與阿根廷表明國際人權優先、英國另立法案承認國際人權清單；抑或我國大法官採用的解釋模式（張文貞，2010；廖福特，2002、2022）。

解釋模式在我國的實踐也不完全一致。有的大法官在意見書中，直接將國際人權公約定位為我國《憲法》法源，或賦予與《憲法》具有相同內涵的人權規範等同於《憲法》。有時大法官會基於國際人權公約的普遍性，認為可作為解釋《憲法》基本權的重要考量，或直接認為解釋《憲法》得參照國際人權公約。不過也有許多時候大法官避而不談，或根本質疑國際人權公約的法律地位，主要認為《憲法》保障已臻完善，對於採納新的權利內容不宜躁進，又或者主張《憲法》才真正具有民主正當性，因此大法官應謹守分際，顧好《憲法》就好了（張文貞，2015）。

一般法院在裁判與經社文權利有關之案件時，又是如何看待人權規範的？若觀察《ICESCR》在我國法院裡的適用情況，在《兩公約

施行法》生效前，曾發生當事人提及公約內容，但法院未予反應、隻字未提。或當事人提及公約相關規定時，法院認為毋需考慮國際人權公約，比如樂生療養院拆遷案中涉及適當居住權與健康權等主張，法院都以公約僅得作為指導政策走向之參考，而「不足為原告請求權之依據」。

《兩公約施行法》通過後，在某件與「勞務給付契約」相關案件中，當事人自己雖未提及公約規定，但法官認為應主動適用以保障權利受損那一方。不過這是美麗的誤會，因《兩公約施行法》在2009年12月10日才生效，而判決是該年10月30日做成，時間上法院還不受公約拘束。施行法通過初期適用兩公約規定的判決相當少，恐有許多判決處於應適用而未適用之違法狀況（徐揮彥，2014；廖福特，2010，2011），但迄今刑事與行政裁判已越來越常適用兩公約的法院實踐，法院也有意識地從各委員會之一般性意見來詮釋權利內涵，大多仍以公民與政治權利為主，經社文權利的討論仍少（蘇慧婕，2019）。

四 人權為基礎之公共與衛生政策

儘管國際人權規範滲進司法領域的速度較慢，相較下其他領域之發展更積極。自1991年聯合國大會通過關於國家人權機構地位的「巴黎原則」，至今大部分國家都已成立全國性人權機構。臺灣則在2019

年12月10日（人權日當天）制訂《監察院國家人權委員會組織法》，委員會於2020年8月1日正式掛牌。另一方面，行政院成立人權及轉型正義處，於2022年推出首部「國家人權行動計畫」盤點八個應優先推動的人權議題（包括強化人權保障體制、人權教育、平等與不歧視、強化生命權保障、居住正義、氣候變遷與人權、數位人權、難民權利保障），擬定具體行動計畫與關鍵績效指標。

對公衛政策與行政而言，兩公約國內法化最大衝擊或許在承認「健康即人權」（health as a human right）此觀點，這也是各國在面對《ICESCR》等人權公約中各項受益權利時較為謹慎的原因。一旦作出相關人權承諾，國家就需盡力確保各種權利之實現，大部分的經濟與社會權利（包括健康權）不僅要求國家做或不做的行為義務，其過程與結果也需定期受到檢視，以確保國家的作為是有效且正當的。

這裡，就必須提兩個至關重要的人權原則——不歧視原則與不倒退原則。《ICESCR》第2條第1項規定：

- （一）關於經社文權利之實現，國家應盡其洪荒之力；若做不到，國家要有正當理由。
- （二）若憑一己之力做不到應尋求協助，故政府不能擺爛，國際社會也不能見死不救。
- （三）依各國能力，受益權允許被逐步實現，雖毋須一步到位，

但也不能恣意取消或減少保障，這就是「不倒退原則」。

根據《ICESCR》第2條第2項，國家在實現各項經社文權利時，應保證人人平等，不因種族、膚色、性別、語言、宗教、政治主張、族裔、財產、出生或其他身分而遭受不合理的差別待遇。國家在履行人權義務時，應確保所有人平等享有相關設施、物資和服務，外國人原則上應受到國民待遇，而不歧視原則是一項立即義務，無法被逐步改善（李柏翰、張竹苓，2023）。惟公約也承認，若要求發展中國家完全保障外國人經濟權，亦可能不全然公平，故允許它們提出正當理由，明白表示哪些權利暫時專屬公民享有。

（一）以人權為基礎的政策觀

談了這麼多人權的概念、原則與法律實踐，再來好好來梳理「以人權為基礎」的公共衛生長什麼樣子？「以人權為基礎」必然會以國際人權規範中的基本原則為出發點，即所有人權皆是不可分且相互依賴的。由此出發，國際人權法中除了健康權、其他與健康相關的人權（如適當住居權、水權、教育權等），其他人權滿足與否當然也會影響到個人與公眾健康（Hunt, 2007）。個人健康受到許多複雜的原因影響，而一個人健康與否亦將會影響個人追求其他人權的機會，而公眾健康與否則將影響社會整體的發展。

1990年代後期迄今已有許多實證研究顯示，個人健康狀態也會影響他是否能夠享有完整的人權保障。各項人權之間不僅無法切割，個人不健康與他承擔的社會脆弱性之間也存在惡性循環，如社會污名、孤立、排斥皆不利於個人追求或維持健康的狀態（如圖17-2所示）；不健康也會使人們無法追求其他應得的人權保障（李柏翰，2018；張珏等，2015）。經社文權利委員會就在2016年關於性與生育健康權利的第22號一般性意見中，認為健康權不僅包括醫療照護與健康基本決定因素，也包括社會決定因素（Mofokeng, 2021）。

以人權為基礎的公共衛生主要包括上面談到「健康即人權」的觀

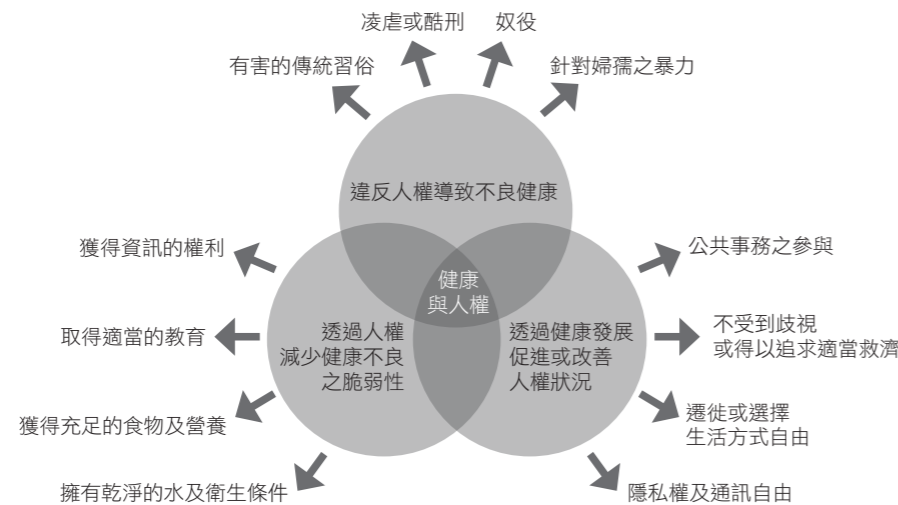


圖17-2 健康與人權之間的三種關係
資料來源：作者自行繪製。

點及這裡描述的「健康與人權」（health and human rights）的密切關係。這表示在公衛政策過程中，應隨時納入人權考量，確認政策目的是否係為了促進健康權或其他人權之實現，誰是政策的受益者，誰的權利受到影響或限制，哪些政府機關是直接的義務承擔者，而義務違反時又是誰會被究責，是否有適當且透明的救濟途徑？程序上，政策設計、實施與評估的過程中是否有充分的公民參與，是否納入受影響群體的意見與反饋，政策內容或執行結果是否符合不歧視與不倒退兩大原則，這些也都必須被考慮到。

《ICESCR》第12條第2項臚列之國家應優先關照的健康領域包括「預防、治療及撲滅各種傳染病、風土病、職業病及其他疾病」。類似地，《CEDAW》第12條也提到為婦女提供有關懷孕、分娩和產後期間所需之疾病防治服務。《CRC》第24條第2項要求國家消除兒童疾病與營養不良，而《CRPD》第25條則要求國家針對障礙者提供適合各類障礙狀況、具敏感度之健康服務，提供適當之早期診斷與介入，以預防進一步的障礙發生。

我國也有一系列法規處理各種疾病管制議題，如衛福部為主管機關的疾病管制目（如《傳染病防治法》、《COVID-19防治及紓困振興特別條例》等）、國民健康目（如《油症患者健康照護服務條例》、《菸害防制法》、《癌症防治法》、《罕見疾病防治及藥物法》等）、食品藥物管理目（如《藥事法》、《藥害救濟法》等）、心理及口腔健康

目（如《自殺防治法》、《精神衛生法》、《口腔健康法》等），以及勞動部為主管機關的職業安全衛生目（如《職業安全衛生法》等）。與疾病防治有關的還包括農委會主管之《動物傳染病防治條例》。

這些法規制定時並非皆考慮到人權義務，惟近二十年來因病患權益運動興起與國際健康人權運動潮流接軌，公民社會越來越注重疾病防治對個人尊嚴、自由、隱私之影響，比如2020年通過《COVID-19防治及紓困振興特別條例》時所引發的各種辯論（Lin et al., 2020）。政府對患病者之人格、自主性與社會生活之尊重與保護也可見於2000年通過的《罕見疾病防治及藥物法》、2007年的《人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例》（由《後天免疫缺乏症候群防治條例》修正而來）及2008年通過的《漢生病病患人權保障及補償條例》。

（二）國際審查對公衛的影響

在臺灣，過往並不會從人權角度來思考公衛工作，遑論以實現人權義務的方式來理解國家在公衛立法與行政中之角色（吳全峰，2009）。然而，在各國際人權公約國內法化後，衛福部不僅要負責撰寫許多經濟和社會權利之國家報告，其社家署更承辦《CRC》與《CRPD》國際審查業務，人權規範成為檢視公衛政策正當性的標準。關於健康權及其他與健康相關人權之指標和基準，以及經社文權

利的兩大原則（不歧視原則及不倒退原則）都是用來衡量國家是否履行了人權義務、人民的健康人權是否被尊重、保護且滿足的重要標準。

針對各項人權公約實施狀況，國家定期要提出國家報告，公民團體亦可提出影子或平行報告，也能在審查會議中與政府代表對話。在檢視各方書面報告並聽大家回覆問題後，國際審查委員會則會提出結論性意見與建議供政府參考，亦讓公民社會有監督問責之依據。舉例來說，2013年兩公約國家報告初次審查後，委員會建議刪除外國籍愛滋感染者限制入境之規定，後來於2015年2月4日刪除。委員會亦多次提及多元性／別認同者（LGBTI）健康不平等且醫事人員普遍欠缺敏感度的狀況，要求政府加強專業領域中之性平教育。

兩公約執行狀況之審查委員會於第二次審查時建議《精神衛生法》修法以避免強制住院濫用，加強社區照護及校園中的心理健康促進工作。《CRPD》審查委員也密切關注強制醫療的問題（李柏翰，2023），而監督《CRC》施行狀況的委員會則多次關切兒少自殺率漸增與校園霸凌等問題，教育場域中的社會支持及心理健康資源顯然不足。又委員會指出2015年心理健康促進政策白皮書及國民心理健康計畫（2017-2021）欠缺成效評估機制，亦非以人權視角制定而來（李柏翰，2021）。後來，《精神衛生法》終於在2022年11月29日完成修法。

兩公約審查委員會在第二次及第三次審查中都建議《原住民族健康法》盡速立法，保存並推廣原住民族傳統衛教慣習、確保健康照護及教育服務具有文化適當性，並在擬定、執行及評估方案的過程中應提供充足資源並確保原住民族參與。十餘年倡議後，2023年5月26日《原住民族健康法》終於在立法院三讀通過。2022年第三次審查會議後，委員會提到COVID-19防疫措施應經過人權標準之審查，針對人權限制需有補償機制，而有侵害人權之處需提供即時且有效之救濟，而國內針對疫情假訊息之處罰，多有過當而不符合比例原則。

除兩公約外，審查《CEDAW》執行狀況的委員會長期關注2018年通過的婦女健康行動計畫，認為其欠缺生命週期觀點。它與審查《CRPD》執行狀況的委員會不約而同關切障礙女性的性與生育健康不佳的狀況，統計資料也不齊全，《優生保健法》中許多規定隱含障礙歧視與對生育權不符比例原則之限制。遭受暴力對待之障礙婦女與兒童欠缺適當庇護與社會心理支持性服務，醫護設施（尤其診所與藥局）欠缺無障礙環境，專業人員欠缺障礙敏感度，也是重要問題，而行政院的身心障礙者權益推動小組在政府內部遲未建立有效的協調機制（蘇崇閔，2023）。

以上只是舉例呈現國際人權公約國內法化後，健康人權如何形塑或影響國內公衛法規與政策，委員會提出建議後，行政院各部會召開許多會議，邀集公民團體與非政府組織定義後續任務，開展一連串結

論性意見之落實及管考規畫作業。比如兩公約審查委員多次強調臺灣監獄衛生標準欠佳，而《CRC》審查委員則在2022年第二次審查強調，國家應採取特別措施評估氣候變遷對兒少權利的影響，並應確保兒少有效參與政策過程。因此2023年「落實會議」中則要求衛福部、法務部、環保署等主管機關回應並規劃管考進度。

（三）人權理論與實務之限制

在國際人權公約國內法化後，各級政府機關在決策或執行公務時須考量相關人權義務，因此成為新的研究方向與論辯基礎，但人權方法並非毫無限制。人權是個現代社會中個人主義的產物，其濫觴與發展是為了對抗或防範國家暴政（李柏翰，2022），但亦隱含了難以突破的人類中心主義（anthropocentrism），而這是人權本體論上之極限，因此難以回應新的公衛典範——健康一體（One Health）（Van Patter et al., 2023）。

個人主義式之健康理解也較難處理因群體差異所造成系統性健康不平等的狀況，比如少數群體壓力（minority stress）、代際創傷（transgenerational trauma）等歷史性與集體性的社會心理問題（Lee, 2023; Stockwell, 2019），因此研究者開始探究公共衛生集體人權倡議之可能性（Meier, 2007）。國際人權框架亦是高度國家中心主義的（state-centric），視國家為唯一的義務承擔者，不僅強化了國界、國籍

與管轄等概念之象徵及實質意義，也忽略國家身兼侵害者與保護者之自相矛盾的角色，難以處理治理無能或腐敗的狀況（Lee, 2021）。

受現代西方醫學之影響，當代健康權論述亦包含身心二元論，分別處理生理與心理健康，導致難以量化之心理健康被大幅忽視，難以判斷義務履行狀況（張珏等，2015），這也與醫衛專業的黑盒子與主流社會傾向接受「都是為你好」政策理由有關（葉明叡、劉曦宸，2023），家父長思惟之實踐在精神衛生領域中更加明顯。

由上述幾點人權理論的限制可見光談兩公約是不夠的，不足以分析個人能動性、行使或主張權利的能力（capability）與其所處人際網絡相互糾葛的複雜性。舉例來說，《ICESCR》裡面的規定不足以全面細緻地保障性自主、身體自主及親密關係民主化等攸關女人與性／別多元群體健康等權利；也難以回應健康權隱含健全主義之批判——如何超越資本主義社會中之功能論，賦予多元身心能力客觀價值成為一大難題，故需倚賴隨《CEDAW》及《CRPD》發展而來的規範工具，承認並拓展「健康」的多元想像與複雜關係（陳伯偉等，2023）。

五 結語

這一章我們談了很多國際人權規範如何滲入臺灣法律框架中，健康權與其他跟健康有關的權利（如平等權、身體自主權、居住權、社會保障權、教育權、工作權等）逐漸透過國際審查與政府實踐進入到

公衛體系中。健康政策與實施，再也不只是也不該是專業壟斷之判斷，更涉及人民權利和意見是否被考慮到。反之，公民社會所有成員也無法置身事外，也需有機會及能力參與在政策討論中，才能真正發揮以人權方法改革公共衛生的效果。

問題與討論

1. 你會如何定義人權（human rights）、健康（health）與公共衛生（public health）這三個概念？三者之間的關係是如何？
2. 你是否參與或觀察過任何與健康促進或健康平等有關之立法倡議或社會運動——其中是否有運用到「人權」相關概念作為論述策略？若有，為何運用且如何運用？
3. 試以衛福部國民健康署所主管之一項「健康促進法規或政策」為例，討論其與健康權之間的關係，又該法規或政策是否與其他人權（健康權以外）有關？

參考文獻

- 李柏翰（2018）。性、健康與情感教育：「以兒童作為權利主體」的觀點。性別平等教育季刊，84，111-120。
- 李柏翰（2019）。突破政治綁架：國際人權在地化。法律人潮流誌，20，8-11。
- 李柏翰（2021）。不只是健康照護：全民心理健康及其政策意涵。月旦醫事法報告，61，44-63。
- 李柏翰（2022）。序論：人權崛起的歷史背景。載於法律白話文運動（編），公民

不盲從：生而為人，如何有尊嚴地活著（頁13-18）。麥田出版。

李柏翰（2023）。國際障礙人權規範與標準：反對精神障礙歧視不等於反精神醫療。月旦醫事法報告，79，21-35。

李柏翰、安仰深（2022）。Righting wrongs: The judicialisation and justiciability of health-related rights in the Americas。台灣國際法學刊，19（1），199-239。

李柏翰、張竹苓（2023）。被偷走的人工流產自由：「多布斯訴傑克森女性健康組織案」之國際人權法律評析。醫藥、科技與法律，28（1），93-146。

吳全峰（2009）。從健康人權之角度論菸草控制框架公約之發展與國家菸害控制之義務。月旦法學，169，32-66。

吳全峰（2019）。健康人權挑戰與展望簡析。月旦醫事法報告，34，7-21。

徐揮彥（2014）。「公民與政治權利國際公約」與「經濟、社會與文化權利國際公約」在我國最高法院與最高行政法院適用之研究。臺大法學論叢，43（S），839-909。

陳伯偉、邱春瑜、郭惠瑜、周月清（2023）。發展障礙研究倫理基本原則與操作指引：支持障礙者參與研究。臺大社會工作學刊，2023特刊，1-42。

張文貞（2010）。國際人權法與內國憲法的匯流—台灣施行兩大人權公約之後。台灣人權促進會季刊，Spring，12-22。

張文貞（2015年）。國際人權公約與憲法解釋：匯流的模式、功能及台灣實踐。司法院大法官104年度學術研討會，臺北市，臺灣。

張珣、王長偉、顏采如、溫桂君（2015）。離開了心理健康就不能稱之為健康，心理健康司宜專責且獨立。台灣公共衛生雜誌，34（3），240-253。

張珣、李柏翰、溫桂君、張菊惠（2015）。國際人權法與心理健康權。中華心理衛生學刊，28（3），449-468。

葉明叡、劉曦宸（2023）。以健康之名？：10道公衛政策倫理難題，培養公民思辨力。聯經出版。

廖福特（2002）。引進國際人權準則——比較分析與臺灣借鏡。東海大學法學研究，17，153-224。

廖福特（2010）。法院應否及如何適用公民與政治權利國際公約。台灣法學雜誌，163，45-65。

廖福特（2011）。法院應否及如何適用《經濟社會文化權利國際公約》。臺灣人權學刊，1（1），3-25。

廖福特（2022）。經濟社會文化權利之可司法性：經濟社會文化權利委員會個人申訴案件之檢視。台灣國際法學刊，18（2），103-171。

這個reference不見了：

Lee, P.-H. (2023). Un(ac)countable no-bodies: the politics of ignorance in global health policymaking. *Critical Public Health*, 33(1), 48-59.

鄧衍森（1998）。從國際人權法論健康權之法理基礎與實踐方式。東吳法律學報，11（1），55-72。

鄧衍森（2018）。國際人權法理論與實務。元照出版。

蘇崇閔（2023）。《優生保健法》修法之迫切性：從身心障礙者權利觀點論之。台灣公共衛生雜誌，42（2），144-147。

蘇慧婕（2019）。初探兩公約之司法實踐——以我國法院判決為核心（期末報告）。司法院。

Hunt, P. (2007). *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health*. United Nations General Assembly Human Rights Council Twenty-ninth session 2 April 2015 (A/HRC/29/33).

Lee, P.-H. (2021). A Pluralist Approach to 'the International' and Human Rights for Sexual and Gender Minorities. *Feminist Review*, 128(1), 79-95.

Lin, C.-F., Wu, C.-H., & Wu, C.-F. (2020). Reimagining the Administrative State in Times of Global Health Crisis: An Anatomy of Taiwan's Regulatory Actions in Response to the COVID-19 Pandemic. *European Journal of Risk Regulation*, 11(2), 256-272.

Meier, B. M. (2007). Advancing Health Rights in a Globalized World: Responding to Globalization through a Collective Human Right to Public Health. *Journal of Law, Medicine & Ethics*, 35(4), 545-555.

Mofokeng, T. (2021). *Report of the Special Rapporteur on the right of everyone to the enjoyment of the highest attainable standard of physical and mental health. Sexual and reproductive health rights: Challenges and opportunities during the COVID-19 pandemic*.

Stockwell, J. (2019). Does individual and collective remembrance of past violence impede or foster reconciliation? From Argentina to Sri Lanka. *International Review of the Red Cross*, 101(1), 97-124.

Van Patter, L. E., Linares-Roake, J., & Breen, A. V. (2023). What does One Health want? Feminist, posthuman, and anti-colonial possibilities. *One Health Outlook*, 5(1), 4.