



人权理事会
第三十三届会议
议程项目 5
人权机构和机制

健康权与土著人民(重点是儿童和青少年)

土著人民权利专家机制的研究报告

概要

在第 30/4 号决议中，人权理事会请土著人民权利专家机制编写一份关于健康权与土著人民(重点是儿童和青少年)的研究报告，并提交理事会第三十三届会议。

本研究报告首先批判性地分析了健康权与土著人民之间的关系的各个要素，随后审查了国家和其他各方在实现这一权利方面所肩负的法律义务。

专家机制关于健康权与土著人民的第 9 号咨询意见载于附件。



目录

	页次
一. 导言.....	3
二. 健康权与土著人民：法律和政策框架.....	4
A. 关于健康权的规范性框架.....	4
B. 其他重要文书、政策进程和文件.....	5
三. 条约权利、自决与健康.....	6
四. 土著人民的健康权：国家义务.....	7
A. “可得性、可获取性、可接受性和质量”框架.....	7
B. “尊重、保护和落实”框架.....	9
五. 土著儿童和青年与健康权.....	13
六. 重要土著人群的健康权.....	16
A. 妇女的健康.....	16
B. 土著残疾人的健康.....	17
七. 有关土著人民与健康权的现有挑战.....	18
A. 传染性和非传染性疾病.....	18
B. 环境健康、气候变化和流离失所.....	19
附件	
专家机制关于健康权与土著人民的第 9 号咨询意见.....	21

一. 引言

1. 在第 30/4 号决议中，人权理事会请土著人民权利专家机制开展关于健康权与土著人民(重点是儿童和青少年)的研究，并将研究报告提交理事会第三十三届会议。
2. 专家机制呼吁各国、土著人民、国家人权机构和其他利益攸关方为本项研究提供资料。凡得到许可的，收到的提交材料均已公布在专家机制网站上。本项研究还受益于联合国人权事务高级专员办事处与麦吉尔大学国际发展研究所主办的土著人民与健康权问题专家研讨会(加拿大蒙特利尔，2016 年 2 月 21 日至 22 日)上所作的发言。专家机制谨感谢奥克兰大学法律系提供研究支持。泛美卫生组织对研究报告进行了审评，发表了评论意见并对报告文本作出了贡献。
3. 尽管这是专家机制首次专门研究健康权问题，但该机制此前曾研究过诉诸司法与土著妇女和土著残疾人的健康之间的关系(A/HRC/27/65)、减轻灾害风险举措对土著人民的健康影响(A/HRC/27/66)以及土著文化和语言对土著人民健康的重要性(A/HRC/21/53)。
4. 土著人民对健康和福祉的概念往往比主流社会更宽泛、更全面，他们通常认为健康既是一项个人权利，也是一项集体权利，在很大程度上取决于社区、土地和自然环境。土著问题常设论坛指出，健康权是“通过个人的福祉和整个社区的社会、情感、精神及文化福祉得到实现的”(见 E/2013/43-E/C.19/2013/25, 第 4 段)。土著人民的健康概念不仅包括身体层面，也包括精神、情感、文化和社会层面。这些概念与实现自决权、发展权、文化权、土地权、语言权利和自然环境权利等其他权利之间有着错综复杂的联系。
5. 然而，在非土著卫生系统中，土著人民的健康概念往往被忽视，造成获取方面的重大障碍(见 A/HRC/30/41, 第 31 段)。具体而言，不了解源于土著人民对有关健康的知识、态度和做法的社会和文化因素，有可能对土著人民的福祉造成有害影响。世界范围内，土著人民比非土著人民面临的健康风险更高、健康状况更差、更多医疗需要未得到满足。强迫同化、政治和经济边缘化、歧视和偏见、贫困和殖民主义其他遗留问题也致使他们无法掌控个人和集体健康。
6. 全面分析土著人民的健康状况并不属于本项研究的范围。相反，本项研究批判性地分析健康权与土著人民之间的关系的各个要素，并审查国家和其他各方在实现这一权利方面所肩负的法律义务。

二. 健康权与土著人民：法律和政策框架

A. 关于健康权的规范性框架

7. 所有人民的健康权长期得到承认，例如在《世界人权宣言》中，特别是第二十五条规定，人人有权享受为维持他本人和家属的健康和福利所需的生活水准，包括食物、衣着、住房、医疗和必要的社会服务。

8. 《联合国土著人民权利宣言》承认土著人民的健康权，并扩展到健康权的各个不同层面以及健康权与自决权等权利之间的相互关联。第 21 条承认土著人民有权不受歧视地改善其经济和社会状况。第 23 条承认土著人民有权确定和制定行使其发展权的优先重点和战略。特别是，土著人民有权积极参与制定和确定影响到他们的保健、住房方案及其他经济和社会方案，并尽可能通过自己的机构管理这些方案。第 24 条承认土著人民有权使用自己的传统医药，有权保持自己的保健方法和不受任何歧视地享用所有社会和保健服务；该条确认土著人民拥有享受能够达到的最高标准身心健康的平等权利。此外，《宣言》还承认弘扬土著人民集体权利的重要性。最后，第 29 条第 2 款要求各国采取有效措施，确保未事先获得土著人民的自由知情同意，不得在其土地或领土上存放或处置危险物质。

9. 《宣言》第 24 条体现了《经济、社会及文化权利国际公约》第十二条的措辞。该《公约》是一项具有法律约束力的条约，规定所有人都有权享有能达到的最高标准身心健康。第十二条载列了一项兼容并包的权利，既包括医疗保健，也包括健康的社会性决定因素；既包括自由，也包括权利：掌控自身健康的自由以及享有在实现能达到的最高标准的健康方面提供平等机会的健康保护制度的权利。不歧视和平等待遇是其关键组成部分；尽管由于资源限制很多内容要“逐步实现”，但不歧视等义务应立即生效。虽然实现健康权的主要责任在国家，但社会上的所有人共同分担这一责任，个人应有机会参与影响他们的权利得以实现的决策进程。国家应尊重、保护并落实健康权，并确保医疗设施、商品和服务可得、可获取、可接受、优质(见 E/CN.4/2003/58, 第 34 段)。

10. 经济、社会及文化权利委员会在关于能达到的最高标准健康权的第 14(2000)号一般性意见中，进一步扩展了土著人民的健康权，指出他们有权要求采取具体措施改善他们获取医疗服务和护理的途径，上述措施应当适合他们的文化，并考虑到传统做法和传统医药，还指出各国应为土著人民提供资源，用以设计、提供和控制服务。委员会承认土著人民健康的集体层面，并认识到由于开发活动，土著人民被迫从传统领地和环境迁出，这对他们的健康造成有害影响。

11. 国际劳工组织(劳工组织)1989 年《土著和部落人民公约》(第 169 号公约)第 25 条要求各国向土著人民提供充分的医疗服务，并向土著人民提供资源，使其能够在自身的控制之下设计和提供此类服务。该条还要求优先培训和雇用地方社区医务工作者。这一条款承认初级保健和社区型医疗服务的重要性以及与其他社会、经济及文化措施进行协调的重要性。不歧视条款(第 3 条)以及要求各国与土

著人民协商并确保其切实参与以便征求他们对拟议措施的同意的条款(第 6 条)对实施第 25 条起到支持作用。

12. 与健康有关的权利也得到其他具有法律约束力的国际文书的承认, 包括《儿童权利公约》(第二十四条)、《消除对妇女一切形式歧视公约》(第十条至第十四条)、《残疾人权利公约》(第二十五条)和《消除一切形式种族歧视国际公约》(第五条)。某些区域文书也弘扬健康权, 包括《非洲人权和人民权利宪章》(第十六条)、《非洲儿童权利与福利宪章》(第十四条)、《非洲人权和人民权利宪章关于非洲妇女权利的议定书》(第十四条)和《美洲土著人民权利宣言》(第十七条)。泛美卫生组织也通过了若干关于土著人民的健康权的决议。¹

13. 各条约机构和人人享有能达到的最高标准身心健康权问题特别报告员和土著人民权利问题特别报告员等特别程序已经从土著人民的视角审查过健康权问题。本报告通篇提及这些机制的主要结论。

B. 其他重要文书、政策进程和文件

14. 2014 年, 参加大会高级别全体会议——被称为“世界土著人民大会”——的各国承诺确保土著人民能够平等得到能达到的最高标准身心健康, 并加大力度降低艾滋病毒和艾滋病、疟疾、肺结核和非传染性疾病的感染率, 同时确保他们能够获得性健康和生殖健康服务。大会还认识到土著人民在健康方面的做法及其传统医学和知识的重要性。²

15. 2015 年通过的可持续发展目标也涉及与土著人民福祉有关的问题。³ 目标 3 (确保健康的生活方式, 促进各年龄段人群的福祉)指示各国努力实现全民医疗覆盖, 这就要求各国向土著人民提供服务。关于贫困、粮食安全、公平的优质教育、性别平等的各项目标也与土著人民的福祉有关。目标 13 (气候变化)、14 (保护生态系统)和 15 (可持续发展)对于实现土著人民的健康权具有核心意义, 因为这些目标与自决权以及使用传统土地、领地和资源的权利密切相关。目标 16 (诉诸司法以及负责和包容的机构)对土著人民的健康权有着明显的影响, 特别是补救方面。最后, 目标 17 (其中包括一项关于分列数据可得性的具体目标)要求加强能力建设, 以提高数据的可得性, 这将帮助各国发现和补救医疗方面的不平等现象。

16. 在《联合国气候变化框架公约》缔约方会议第二十一届会议期间举行的谈判也与这一议题有关, 因为气候变化对土著人民造成不成比例的影响。谈判最终通过了《巴黎协定》, 在其序言部分, 《公约》缔约方承认土著人民的权利, 并

¹ 例如, 见第 CD47.R18 号决议。

² 大会第 69/2 号决议。

³ 大会第 70/1 号决议。

特别提到健康权。缔约方还认识到，适应行动应遵循由国家驱动、参与式、全面透明的办法，酌情以土著人民的知识为基础并受其指导(见第 1/CP.21 号决定，附件)。尽管此前的决定中已经指出了土著人民切实参与的重要性(见第 1/CP.16 号决定)，《巴黎协定》则更进了一步，明确提及人权，这表明各国认识到与气候有关的义务、健康权和土著人民权利之间的关联。

17. 最后，《工商业与人权指导原则》也与土著人民密切相关，因为非国家行为方开展的开发活动对其健康权造成不成比例的侵害。尽管非国家行为方不是国际人权公约的缔约方，但它们也有责任尊重人权；要全面实现土著人民的健康权，就必须遵守《工商业与人权指导原则》。

三. 条约权利、自决与健康

18. 健康权是土著人民自身存在不可或缺的要素，也是自决权的核心组成部分。《联合国土著人民权利宣言》第 3 条和《经济、社会及文化权利国际公约》第一条均载有自决权。所有人权都是相互依存的，包括健康权和自决权。事实上，如果没有自决权，就不可能充分实现与健康有关的权利，而自决权是一项不可克减的权利，自决权的实现对健康以及其他社会和文化权利产生关联益处。这些益处可包括饮食得以改善、锻炼更加频繁以及重新与传统经济基础相连。⁴

19. 土著人民与国家签署的一些条约为实现土著人民的健康权和自决权提供了机制。因此，这些法律协定与有关健康权的分析密切相关。例如，英国王室和加拿大土著人民自 1870 年代开始加入的第 6 号条约包括“药柜条款”和“饥荒与瘟疫条款”，后来这些条款被解释为王室向土著人民提供医疗服务、药品和物资的保证。⁵ 其他国家的条约则规定了自决，这暗含对涉及土著人民健康和福祉的决定的控制权，从而间接推动健康权的实现。在新西兰，《怀唐伊条约》切实确认了毛利人的健康权，规定保护自决和文化财产(物质和非物质)、共同决策以及不受歧视地平等参与社会。

20. 健康权问题特别报告员曾指出，健康权提出了重要的法律问题，例如条约健康权。⁶ 《联合国土著人民权利宣言》第 37 条确认，土著人民有权要求条约得到承认、遵守和执行。根据第 43 条，土著人民的生存、尊严和福祉有赖于《宣言》中承认的各项权利，包括健康权、自决权和条约权利。尽管自决权和健康权并不取决于对条约的承认，但在条约中正式纳入这些权利提供了一种保护上述权利的机制，并加强了各国将土著人民视为平等伙伴并与其合作改善生活条件的承

⁴ 新西兰人权委员会提交的材料。

⁵ 马斯克瓦西斯克里和第一部落大会提交的材料。

⁶ 提交大会第三委员会的声明，2004 年 10 月 29 日。

诺。因此，尚未遵守此类条约的国家应考虑在与土著人民签署的协定中正式承认这些权利。

21. 自由、事先和知情同意是自决权的另一个有机组成部分。这一原则使得土著人民能够切实决定影响他们的决策的结果。确保尊重土著人民的权利既是一个进程，也是一个实质性机制。在影响到土著人民的卫生立法、政策和方案中，应尊重自由、事先和知情同意，但在制定上述立法、政策和方案的过程中，经常不与土著人民进行切实协商。关于医疗保健的决策既应遵守《经济、社会及文化权利国际公约》第十二条(参与决策权)，也应遵守《联合国土著人民权利宣言》，并体现专家机制在关于参与决策权的研究报告(A/HRC/18/42)中列明的原则。

四. 土著人民的健康权：国家义务

22. 世界范围内，土著人民在实现能达到的最高标准的健康方面面临许多共同挑战。本报告在审查各项挑战时使用了“可得性、可获取性、可接受性和质量”框架；在简要介绍国家义务时使用了“尊重、保护和落实”框架。“可得性、可获取性、可接受性和质量”框架不仅仅包括提供医疗保健的基础设施，也包括由医疗保健基本决定因素组成的设施、商品和服务，例如安全饮用水以及充足的食物和卫生设施。⁷

A. “可得性、可获取性、可接受性和质量”框架

可得性

23. 取决于发展水平，一国应当有充分数量的公共卫生和医疗保健设施、商品和服务。不过，土著人民和社区往往难以获得。例如，在土著游牧牧民和族群生活的某些非洲地区，卫生基础设施根本不存在。⁸ 设施、商品和服务必须正常运作方称得上“可得”。由于缺少工作人员、药品、物资和其他消费品，土著人民生活地区的设施经常无法正常运作。

可获取性

24. 可获取性的四个基本层面是不歧视、实际可获取性、经济可获取性和信息可获取性。对于土著人民而言，这四个层面经常相互交叉。在使用医疗保健设施以及获得医疗保健商品和服务时，土著人民很有可能受到歧视。医生、护士和其他医务工作者可能拒绝为土著人民提供治疗，或者接受治疗的土著人民可能遭受歧视性观念、做法和经历，从而加剧恐惧和不信任，进一步抑制土著人民使用医

⁷ 经济、社会及文化权利委员会，第 14 号一般性意见。

⁸ 联合国，经济及社会事务部，《世界土著人民现状：土著人民获得医疗服务的情况》，第二卷(纽约，2015)。

疗保健设施。土著残疾人面临的情况更为严重。种族主义可能导致对严重疾病的错误诊断和错误治疗。实际可获取性对土著人民而言是一个问题，因为很多土著人民生活在偏远地区，这往往是由于他们土地上的非土著人对他们的驱逐或侵占。

25. 经济可获取性是土著人民关心的另一个问题，因为就社会经济条件而言，他们往往是社会上最被边缘化的群体。在没有全民医疗或者消费者经常要自掏腰包的国家，更是如此。对于土著人民来说，信息可获取性也受到限制，其原因有很多，包括健康资料没有土著语言版本；土著人民文盲率较高，受教育机会有限；由于缺乏医疗服务提供者，土著人民与其接触较少；医疗服务提供者中存在歧视性态度和家长作风。

可接受性

26. 经济、社会及文化权利委员会承认，参与文化生活权包括文化适当性，在提供医疗保健服务时应考虑到这一点。⁹ 遗憾的是，提供给土著人民的医疗保健设施、商品和服务在性质上经常令人无法接受。人与人之间的种族主义和结构性种族主义往往导致系统性政策和做法将个人边缘化和排除在外，使其难以使用设施及获得商品和服务。未能提供可接受的医疗服务的例子是不以土著语言提供服务(见 CEDAW/C/FIN/CO/7)，这构成结构性种族主义。此类失误可能导致土著人民将成见藏在心底，从而导致获取医疗保健服务方面的附加障碍。此外，土著人民经常因其疾病或医疗需要而单独或作为一个群体被责怪。某些国家医疗服务提供者对土著人民持有负面态度、缺乏文化敏感性，这也对土著人民寻求医疗服务造成影响。

质量

27. 医疗设施、商品和服务应具有科学、医学和文化适当性，且优质。这就要求有熟练的医务工作者、科学许可的未过期药品和医院设备、安全的饮用水和充足的卫生设施。主流医疗保健服务和土著人民的传统医疗做法之间经常关系紧张，因为前者一般属于循证医学，被视为优质服务，而后者因研究不足而导致证据匮乏。但不应将此仅仅视为土著人民与主流医疗服务提供者之间的紧张关系的来源。在力求平衡传统和现代医学方法和处理其他社会问题时，土著社区自身内部也经常面临种种挑战。¹⁰

⁹ 见委员会关于人人有权参与文化生活的第 21(2009)号一般性意见。

¹⁰ 因纽特北极圈理事会提交的材料。

B. “尊重、保护和落实” 框架

尊重

28. 《经济、社会及文化权利国际公约》第二条第二款和第三条以及《联合国土著人民权利宣言》第 24 条禁止在获取医疗保健服务以及健康的基本决定因素方面加以歧视。各国不得拒绝或限制土著人民使用公共卫生设施及获取商品和服务。这是一项刻不容缓的义务，不受“逐步实现”原则的约束。各国也不得禁止或阻碍土著人民使用传统预防性护理、康复做法和药品。

29. 应当(与土著人民一道)审查与卫生有关的法律、政策和方案，并删除和替换具有歧视性的内容。这一义务也涵括法律上并不具有歧视性、但对土著人民造成不成比例的影响的法律。尊重义务包括不实行有可能对健康造成有害影响的广义歧视性法律和做法。例如，准许对土著妇女进行强制绝育和女性外阴残割等做法的法律和政策。

30. 尊重义务也涵括健康的基本决定因素。各国不得因国有设施产生的工业废物或采掘业等非法污染空气、水和土壤。这些活动经常是在土著人民生活的土地上开展的；这种行为以及农用杀虫剂有可能侵犯土著人民与健康有关的权利。¹¹

31. 在各国之内，必须允许土著人民进行自我认定，这将有利于收集按健康和其他标准分列的数据，以便提供资金和援助，实现与健康有关的权利。虽然某些国家出于令人信服的理由禁止收集按族裔分列的数据，但不得使用此类法律阻碍土著人民改善其福祉。¹²

保护

32. 国家经常对医疗场所的种族主义视而不见，即使有大量、长期的证据表明土著人民受到歧视性对待。国家应采取措施，确保其管辖范围内人们能够平等获得治疗和使用医疗设施，并保护土著人民免遭第三方医疗服务提供者的歧视。各国应考虑对工作人员开展宣传活动和运动，挑战种族主义行为和陈规定型观念，并推动采用更加具有文化敏感性的方法。

33. 国家应保护土著社区，使其免遭因加大对土地的压力、加剧环境退化和增加流离失所而剥夺土著人民食物来源、药用植物和生计的私营公司和其他第三方的行为。这样做就必定包括尊重自由、事先和知情同意原则。各国应防止第三方盗用土著知识、传统药品和做法和将其商品化。《联合国土著人民权利宣言》第 31 条确认，土著人民有权保持、掌管、保护和发展其文化遗产、传统知识和传统文化体现方式，以及其科学、技术和文化表现形式，包括人类和遗传资源、医

¹¹ 例如，见社会和经济权利行动中心及经济和社会权利中心诉尼日利亚(2001 年)。

¹² Ian Anderson and others, “Indigenous and tribal peoples’ health (The Lancet–Lowitja Institute Global Collaboration): a population study”, *The Lancet*, vol. 388, No. 10040 (20 April 2016).

药、关于动植物群特性的知识、体育和传统游戏。他们还有权发展自己对这些文化遗产、传统知识和传统文化体现方式的知识产权。

34. 尽管土著人民有权采用传统医疗做法，但各国应采取措施，与土著社区合作，消除女性外阴残割等有害习俗。¹³ 需要加大对传统医药、程序和其他干预措施的研究。但在开展此类研究或进行商业化时，都必须与土著人民合作。

35. 各国应承认土著人民的处境更加弱势、更需要保护，考虑到自愿与世隔绝或初步与外界接触的土著社区的意愿。各国应制定预防方案，保护这些群体的健康，特别是要保护他们的土地和领地免遭环境方面的破坏，并避免向这些群体传播他们缺乏免疫力的疾病。各国也必须制定计划，在土著人民需要时向起提供主流和传统医药，并制定在面临紧急大面积死亡威胁的情况下有待实施的应急计划。¹⁴

36. 最后，各国应确保有充分的机制，通过主流和土著司法制度为侵犯健康权的情况提供补救(A/HRC/27/65)。土著司法制度在解决申诉方面可能拥有某些优势。例如，据称，在菲律宾，通过传统司法制度审理的关于暴力侵害妇女行为的申诉解决得很快，当事方接受率很高。¹⁵

落实

37. 各国应制定和通过国家战略，确保所有人都能不受歧视地使用必要的医疗设施和获取必要的医疗产品和服务，从而实现能达到的最高标准的健康。在制定国家战略的同时，还应辅之以执行计划和健康权指标，以利有效监测、评价和问责。正在按照世界土著人民大会的要求制定执行《联合国土著人民权利宣言》国家行动计划的各国应确保在此类计划中纳入旨在落实土著人民健康权的措施。鉴于土著人民有权要求采取具体措施改善他们获得医疗服务和护理的途径，制定国家卫生计划这一刻不容缓的义务要求各国要么像危地马拉¹⁶那样在“主流”计划中规定土著人民的需要，要么像新西兰¹⁷《毛利人健康计划》(*He Korowai Oranga*)那样在单独的土著人民卫生计划中对此作出规定。此外，各国应批准涉及健康权

¹³ 儿童权利委员会，第 11 号一般性意见。

¹⁴ 人权高专办和西班牙国际开发合作署，“在亚马逊地区、大查科和巴拉圭东部地区保护与世隔绝的土著人民和初步与外界接触的土著人民指导原则”(“Directrices de protección para los pueblos indígenas en aislamiento y en contacto inicial de la región amazónica, el Gran Chaco y la Región Oriental de Paraguay”)(日内瓦，2012 年 5 月)。可查阅 http://www.amazonia-andina.org/sites/default/files/directrices-de-proteccion-para-los-pueblos-indigenas-en-aislamiento-y-en-contacto-inicial_0.pdf。

¹⁵ 亚洲土著妇女网络提交的材料。

¹⁶ 危地马拉提交的材料。

¹⁷ 见 www.health.govt.nz/our-work/populations/maori-health/he-korowai-oranga。

的有关国际文书，并将其纳入国内法律，例如《宣言》、劳工组织 1989 年《土著和部落人民公约》(第 169 号公约)和《经济、社会及文化权利国际公约》。

便利

38. 根据自决权，各国应向土著社区提供充足的资源，使其能够开展和运作自身的医疗倡议。由土著社区掌管的组织提供的护理通常比主流服务提供的护理质量更高，从而大大改善医疗服务的可得性和可获取性。土著组织能够在健康和就业方面创造良性循环，成为土著人民的重要雇主，并帮助消除土著社区中的贫困现象。在澳大利亚，由土著社区掌管的医疗部门雇佣将近 4,000 名员工，向大城市之外的土著人民中的 60% 以上人口提供服务，在主要指标方面表现优于主流服务。¹⁸ 在哥伦比亚，巴耶杜帕尔的 Pueblo Bello 土著医院中 80% 的专业工作人员是土著人——这是文化间活动方面的一项重大成就。¹⁹

39. 各国还应酌情通过改善出生登记程序便利土著人民获得医疗服务。《儿童权利公约》第七条规定所有儿童都有权在出生后立即得到登记。但是，很多登记制度在登记土著新生儿方面仍然有不足之处。如果身份证件是获得护理的前提条件，则不登记和缺乏身份证件直接妨碍土著人民使用医疗设施及获得商品和服务 (CRC/C/CRI/CO/4)，并妨碍收集分列数据，而分列数据对于监测不同民族获得医疗服务状况的差距至关重要。可像巴西²⁰ 那样通过有针对性的宣传活动促进登记，也可以像巴拿马、秘鲁和泰国那样使用土著人民登记册或在国家机构中设立专门的土著人民登记处；抑或，使用土著助产士可提高出生登记率，加纳和马来西亚²¹ 的经验表明了这一点。然而，出生登记绝不应是获得医疗保健服务的前提条件。

提供

40. 尽管某些土著人民曾表示，社区应当对如何应对新出现的危机拥有控制权，而减轻对外部支持的依赖，²² 但这并不意味着，各国不再有义务提供资金和其他支持。各国特殊的义务(为无力支付者)提供必要的医疗保险和医疗设施，这是《经济、社会及文化权利国际公约》中规定的一项具体权利。²³ 即使

¹⁸ Kathryn Panaretto and others, “Aboriginal community controlled health services: leading the way in primary care”, *Medical Journal of Australia*, vol. 200, No. 11 (16 June 2014).

¹⁹ Anna R. Coates and others, “Indigenous child health in Brazil: the evaluation of impacts as a human rights issue”, *Health and Human Rights Journal*, vol. 18, No. 1 (16 May 2016).

²⁰ 同上。

²¹ 联合国儿童基金会，《出生登记：从一开始》(“Birth registration: right from the start”), Innocenti 文摘系列第 9 辑(2002 年 3 月)。

²² 因纽特北极圈理事会提交的材料。

²³ 经济、社会及文化权利委员会，第 14 号一般性意见。

在资源严重短缺的年代，也应采取低成本、有针对性的方案，保护弱势个人和群体(E/1991/23-E/C.12/1990/8)。各国可临时或永久性地采取措施，补救结构性歧视。这些措施可包括：实施方案或提供资金或其他资源，实现能达到的最高标准的健康。

41. 在土著人民建立自身的服务和员工骨干时，国家还应提供某些资源。例如，如果没有足够的医务工作者会讲土著语言，国家应提供口译服务，便利医疗场所的交流。例如，挪威与土著人民合作，设立了 24 小时萨米语口译服务。²⁴ 鉴于世界范围内手机普及率正迅速提高，可在其他国家实施此类方案的廉价版本。开展培训以及将传统土著从业者纳入卫生系统也能够解决偏远土著地区医务人员极度短缺的问题。

促进

42. 各国应确保医疗研究工作充分认可土著人民并吸收他们参与。未能收集按族裔、自我认定的土著身份或文化身份分列的数据，有可能掩盖深刻的的不平等。应在获得土著人民同意的情况下，收集分列数据，以查明享受健康权面临的障碍，并促进包容性决策。此类数据应当涉及性别、社会经济状况和残疾等问题，因为仅仅强调土著身份的数据并不能全面反映土著人民的综合权利，他们因其身份的其他方面而被边缘化。²⁵

43. 医疗设施、商品和服务要被土著人民所接受，就必须适合其文化。这就要求以尊重和包容的方式进行交流，在做决定时征求病人的意见并建立关系，从而使病人和提供者合作，以确保护理发挥最大成效。²⁶ 为实现这一点，必须采取三个步骤：对主流医疗设施、商品和服务做出改变；应培训更多土著人成为医疗服务提供者；开发专门针对土著人民的服务。

44. 为改善主流服务，各国应确保医学和医疗培训方案的课程能够加强即将毕业的专业人员在文化方面的能力。方案应教授殖民历史及其遗留问题(酌情)、土著文化(包括传统医学方法)、陈规定型观念和种族主义、医疗差距和社会不平等。此外，还应介绍如何与土著人民进行有效的交流。还可开发关于土著人民健康的具体方案，例如北不列颠哥伦比亚大学土著儿童和青年心理健康证书(针对希望在偏远土著社区从业的学生)和美国儿科学院设立的美国土著儿童健康倡议。

45. 各国还应推动土著人民进入医疗专业人员队伍，因为目前医务人员中的土著人数不足。推动土著人民加入工作人员队伍有很多方式：例如，可设定培训配

²⁴ 挪威提交的材料。

²⁵ Doreen Demas 在土著人民与健康权问题专家研讨会上的发言。

²⁶ National Aboriginal Health Organization, *Cultural Competency and Safety: A Guide for Health Care Administrators, Providers and Educators* (Ottawa, 2008).

额、提供专项资金或奖学金和/或差旅津贴。土著人民接受专业培训，能够弥合主流设施、商品和服务以及土著社区之间的鸿沟。应当敏感地开展此类培训，不损害与医学和医疗相关的土著知识和做法。

46. 各国还应就健康生活方式和营养、各种病症和疾病(包括心理疾病)、有害传统习俗和服务可得性提供适合土著文化的信息，从而促进健康。应当以病人的语言提供信息，并开发包括非语言交流模式以及文化信仰和习俗的信息机制。在一些土著社区，艾滋病毒/艾滋病以及性和生殖健康等某些问题依然是禁忌：国家与土著组织合作对于这些社区中开展适合其文化的宣传运动至关重要。

47. 传统医疗做法和传统医药在精神和生物医学方面有诸多好处，能够促进和加强土著人民的健康，并使得病人得以接触卫生系统，从而促进人们获得护理。各国不应歧视和制止此类做法和药品，而应当将其纳入卫生规划和促进活动。

48. 国家应当支持土著人民就其健康作出知情选择，向土著人民提供信息，并采取措施，便利他们做出健康的选择，包括体育活动。各国应在土著人民中倡导健康和传统饮食，保护土著人民的传统农业做法，开展教育活动，并在必要时直接提供健康食品或为健康食品提供经济补贴，特别是在农村和偏远地区，因为这些地区的土著人民往往更容易获得加工食品或包装食品，其价格也更低廉。

五. 土著儿童和青年与健康权

49. 同《经济、社会及文化权利国际公约》和《联合国土著人民权利宣言》一样，《儿童权利公约》第二十四条规定，各国必须采取适当行动，确保儿童得以实现能达到的最高标准健康。儿童权利委员会在关于土著儿童及其在《公约》下的权利的第 11(2009)号一般性意见中指出，由于劣质保健服务或无法获得保健服务等原因，土著儿童的健康状况经常不如非土著儿童；可能需要采取积极措施，消除导致歧视的条件，并确保他们平等享有《公约》权利。委员会促请各国考虑实施特别措施，确保土著儿童不会遭到歧视并能够保持其文化身份，指出缔约国有积极的义务确保土著儿童平等获得保健服务并与营养不良现象以及婴儿、儿童和产妇死亡率作斗争。该委员会在关于儿童有权获得能达到的最高标准健康的第 15(2013)号一般性意见中作出诠释，认为所有儿童的健康权也包括有权尽可能充分地成长和发展，有权享有一定的生活条件，使其健康能够在实施各种解决保持健康的根本决定因素的方案之后达到最高标准。

50. 遗憾的是，全球范围内，土著人民和非土著人民在儿童健康指标方面仍然存在着惊人的差距。土著群体中婴儿死亡率明显高于主流群体。²⁷ 土著妇女和儿童可能易受暴力、营养不良、膳食不足、贫血和疟疾的影响。²⁸ 其中一些差

²⁷ Ian Anderson 等人(见脚注 12)。

²⁸ 印度土著妇女网络提交的材料。

距是由于健康的社会决定因素方面的不平等造成的。大量的土著儿童生活贫困(第 11 号一般性意见),居住在偏远地区,难以获得医疗保健服务、接受优质教育、诉诸司法和得到参与机会(见 E/C.19/2005/2, 附件三)。

51. 将儿童从家庭和寄宿学校带走的经历让土著人民几代人遭受创伤。这些做法对健康造成了深远的影响,包括心理疾病、肢体虐待和性虐待、自残和自杀、吸毒和酗酒。有人证明了这些事件的代际影响与自杀²⁹以及与童年期性虐待之间的相关性。³⁰

52. 由于年龄以及土著人民遭受的歧视所具有的交叉性,土著儿童和青年特别易于遭受侵犯人权行为。儿童和青年以往不被承认为权利持有人;而土著儿童尤其如此,他们经常被剥夺与其家庭、社区和身份有关的基本权利。由于代际创伤的影响以及实现土著人民人权方面进展缓慢这两个因素,很多土著儿童在幼年期就遭受各种各样的创伤性生命体验,使其有可能健康状况不佳、患上心理疾病、自杀和触犯刑事司法制度。³¹

53. 土著青年经常被裹挟在土著语言、习俗和价值观以及整个社会的语言、习俗和价值观之间进退两难。他们往往从传统社区迁移至大城市,寻求更多的就业和教育机会,这加大了他们的健康风险。土著青年不仅失业率高于非土著青年,他们也易患上抑郁症、吸毒和出现其他高风险健康后果。在没有强有力的社会支持以及歧视现象盛行的环境中,极易出现上述后果。

54. 除了土著人民在获得适当和优质医疗服务方面面临的困难之外,土著儿童和青年还面临三大关键问题,即教育、家庭和社区完整性、心理健康,这些问题加剧了他们在社会和经济方面的劣势。

教育

55. 对于土著人民而言,教育是健康的一大基本决定因素。文盲率通常很高(CERD/C/EDU/CO/20-22),土著儿童上学的可能性远远低于非土著儿童,这有损他们的健康,因为他们不懂健康知识,失去了更高教育程度所带来的无数间接益处。教育程度低与无家可归以及监狱中土著人民人数过多的现象有着“千丝万缕的联系”。³²难以接受正规教育往往是因为欠缺可得性、可获取性、可接受性和质量等多种因素。即使在能够获得服务的地区,男孩和女孩的毕业率也存在很大差别:例如,在秘鲁,89%的 12-16 岁土著女孩中途辍学(见 A/HRC/29/40/Add.2, 第 68 段)。

²⁹ Zahra Rehman 在土著人民与健康权问题专家研讨会上的发言。

³⁰ Gregory Corosky 在土著人民与健康权问题专家研讨会上的发言。

³¹ Hannah McGlade, *Our Greatest Challenge: Aboriginal Children and Human Rights* (Canberra, Aboriginal Studies Press, 2013).

³² 加拿大马尼托巴大学 Brenda Gunn 提交的材料。

56. 各国应采取更多措施，为侵犯健康权的行为提供补救。通过教育投资于土著儿童的早期发展和向家庭提供支持(例如育儿方面的支持)是缩小健康方面不平等的极为有效的手段。各国应当开展合作，确保采取有效的干预措施：例如，在美利坚合众国被证明十分有效之后，³³ 调整了护士-家庭伙伴关系，以便将其用于土著社区。在中小学阶段，国家应当提供教育设施，并确保人们能够使用这些设施，包括采用无线电广播和远程教育方案，或为游牧土著人民打造移动校园(第 11 号一般性意见)。

家庭和社区完整性

57. 健康的社区和家庭对于土著儿童的重要性再怎么强调都不为过。此类支持网络提供身体、精神和社会方面的健康益处，帮助打破代际劣势的恶性循环，建设抗御力和能力。儿童权利委员会在第 11 号一般性意见中指出，在制定卫生和其他方案中，维护儿童的最大利益以及土著家庭的完整性，应作为首要考虑。遗憾的是，土著儿童被从家庭带走的比例仍然远远高于非土著儿童，这可能导致严重的童年创伤。此外，土著儿童在由国家照管期间易遭虐待。各国应避免采取剥夺土著人民、包括土著儿童的民族身份的行动，例如将土著人民安置在替代照料设施之中，并为上述行动提供补救。

心理健康

58. 土著人民、特别是土著青年中，精神疾病和自杀现象惊人得普遍。有各种保护性因素和预防性战略可帮助避免自杀，包括强烈的文化归属感(A/HRC/21/53)。一项系统性的调查发现，在学校开展的预防自杀战略减少了抑郁和绝望感，“守门员”培训(教某些特定社群如何发现和协助极有可能自杀的个人)提高了人们对于如何协助可能自杀者的了解和能力。亦可考虑非土著社区中的其他有效战略，例如自杀风险筛查。³⁴

59. 应在社区之间分享关于预防精神疾病和自杀的最佳做法的信息。北极圈地区的研究证明，以文化为指导的社区型干预措施和评估极有价值，可在其他地方使用。³⁵ 由北极理事会推动的“旭日”项目等区域协调项目协助分享收据和比

³³ 澳大利亚提交的材料。

³⁴ Anton Clifford, Christopher Doran and Komla Tsey, “A systematic review of suicide prevention interventions targeting indigenous peoples in Australia, United States, Canada and New Zealand”, *BMC Public Health*, vol. 13 (2013).

³⁵ Jennifer Redvers and others, “A scoping review of indigenous suicide prevention in circumpolar regions”, *International Journal of Circumpolar Health*, vol. 74 (2015).

较干预措施。³⁶ 最后，还应探索极有前景的新倡议，例如菲律宾的“健康童子军”方案，即由儿童引领抗御力培训方案。³⁷

六. 重要土著人群的健康权

A. 妇女的健康

60. 土著妇女经受着广泛、多重、复杂、相互助长的各种各样践踏人权的行爲(A/HRC/30/41)，包括侵犯健康权的行爲，远远不止拒绝提供医疗服务。

61. 首先，土著妇女在实现性和生殖健康及权利方面面临诸多障碍。缺少可得、可获取和可接受的医疗服务，以及难以获得高质量的护理，导致了极高的孕产妇死亡率、青少年怀孕率和性传播疾病感染率，以及较低的避孕药具使用率，因为土著妇女经常无法获得生殖健康服务。青少年怀孕率较高，也是由于某些结构性原因，例如缺少对女孩的教育以及强迫婚姻。

62. 第二，土著妇女中孕产妇健康不佳的比例一直很高。全球范围内，土著妇女中孕产妇死亡率长期高于非土著妇女。³⁸ 土著妇女经常有可能遭受膳食不足、贫血和其他营养缺乏症、妊娠期糖尿病等疾病，并往往很少或无法获得基本的产前、分娩期间和产后护理。³⁹

63. 最后，土著妇女和女童遭受暴力行为的比例仍然高于一般民众。根据《联合国土著人民权利宣言》第 22 条第 2 款，各国应采取措施确保土著妇女享有全面保护，免遭一切形式的暴力和歧视。然而，在强奸、攻击和其他形式暴力行为的受害者中，土著妇女占了极高比例。很多暴力侵害土著妇女行为都包含强烈的代际因素，源于土著妇女的边缘化以及允许或助长践踏人权行为的殖民活动的遗留问题。⁴⁰ 暴力侵害妇女行为导致的与健康有关的影响包括受伤、性传播疾病、妇科问题、心理疾病和药物依赖。暴力侵害妇女行为也影响接触到此类暴力的儿童，他们的发病率和死亡率都更高。⁴¹

³⁶ 因纽特北极圈理事会提交的材料。

³⁷ Penelope Domogo 在土著人民与健康权问题专家研讨会上的发言。

³⁸ 同上。

³⁹ Michael Gracey and Malcolm King, “Indigenous health part 1: determinants and disease patterns”, *The Lancet*, vol. 374, No. 9683 (July 2009).

⁴⁰ Ellen Gabriel 在土著人民与健康权问题专家研讨会上的发言。

⁴¹ 世界卫生组织，“暴力侵害妇女行为：针对妇女的亲密伴侣暴力和性暴力”，第 239 号概况介绍(2016 年 1 月)。可查阅：www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/。

64. 可以与土著人民合作克服这些挑战。例如，在危地马拉和秘鲁，社区孕产妇病房、孕产妇之家和待产室降低了产前风险。⁴² 吸收传统接生婆参与并就现代医学接生方法对她们进行进一步培训，可降低孕产妇发病率和死亡率，而同时提高服务的可接受性。各国应考虑在性健康和生殖健康方面、特别是文化间标准方面开展南南合作的机遇(E/2013/43-E/C.19/2013/25)。

65. 很多土著社区的出生率远远高于全国平均水平，这部分反应了土著社区对母性和生育的重视。这些观点有时可能会与主流医学界的普遍看法有矛盾，例如关于生育和避孕的看法。有人认为，土著人民权利和妇女权利之间存在冲突，这往往是一种错觉。长期以来，很多土著人民一直在努力消除侵犯妇女权利的习惯法或习俗，例如强迫婚姻和家庭暴力。国家不应禁止土著社区的其他传统习俗或他们偏爱的做法；可在注意到文化敏感性的情况下就两次怀孕的间隔、使用避孕药具和养育子女等问题举行对话。

66. 各国必须在处理性别暴力方面开展更多工作。土著妇女和女童经常无法因此类行为获得有效法律补救。在某些国家，警察和军人或准军人等公职人员暴力侵害妇女的行为时有发生。在这种情况下，妇女的权利受到双重侵犯：首先，受到暴力侵犯；其次，实施暴力的机制不提供补救。各国必须采取措施，预防此类暴力，并确保存在对此类侵犯权利行为提供补救的可接受机制，且所有妇女均可使用。

B. 土著残疾人的健康

67. 全球范围内，土著人民的残疾率比一般民众更高。多重形式的歧视、贫困、系统性障碍和实体障碍、暴力行为等各种障碍使其无法充分享受人权。《残疾人权利公约》承认健康权(第二十五条)和受到多重或加重形式歧视的残疾人、包括土著残疾人所面临的困难处境(序言)。

68. 土著残疾儿童面临实体障碍、系统性障碍和态度方面的障碍，阻碍了他们实现受教育权、享有无障碍服务权和使用与残疾有关的康复方案的权利。土著残疾儿童经常面临歧视、受到同龄人、照看者及其社区成员的虐待和欺凌。土著身份、智力残疾和监禁经常同时发生。⁴³

⁴² 联合国人口基金和西班牙国际开发合作署，“促进平等，承认多样性：土著人民中文化间性健康和生殖健康案例故事”(“Promoting equality, recognizing diversity: case stories in intercultural sexual and reproductive health among indigenous peoples”)(巴拿马，2010年8月)。

⁴³ Matthew Frize, Dianna Kenny and C.J. Lennings, “The relationship between intellectual disability, indigenous status and risk of reoffending in juvenile offenders on community orders”, *Journal of Intellectual Disability Research*, vol. 52, No. 6 (June 2008).

69. 由于种族主义或歧视，对土著残疾人状况的承认可能出现延迟，或者由于检测过程中的文化偏见，甚至出现对其智力残疾情况的过度诊断。⁴⁴ 此外，“体制化的体能歧视”可能会掩盖残疾人未诊断的疾病，医学上的不正常状况被视为由残疾所致，而不是其他病理原因所致。⁴⁵ 这种情况发生在土著人民身上的可能性很高，因为他们常常面临语言和其他交流障碍，而医务工作者缺乏教育。培训和教育课程应当包括关于土著残疾人的需要方面的内容，以便提高从业者的认识。

70. 生活在偏远地区的土著残疾人往往必须定期通过中央医疗机构重新确认残疾身份，以便继续有资格领取残疾养老金，这给他们的生活带来困难。各国和其他行为方应认识到并解决土著残疾人面临的多重歧视。

七. 有关土著人民与健康权的现有挑战

A. 传染性和非传染性疾病

71. 土著人民感染艾滋病毒/艾滋病、疟疾和肺结核等传染性疾病的比例极高，而迁移到城市地区的土著人感染艾滋病毒的风险在不断增加。各国应承认土著人民感染这些疾病的风险更高、感染上此类疾病之后面临多重歧视。此外，土著人民不成比例地患有“被忽视”的热带疾病，例如沙眼、蠕虫感染、雅司病、麻风病和线虫。⁴⁶ 在存在有效药物的情况下，各国应考虑征得病人同意后对这些病症进行广泛或大规模治疗。⁴⁷ 另外，很重要的一点是，国家对土著医疗活动的资助不应取决于他们的健康状况，特别是在已经处于不利地位的社区。在俄罗斯联邦，土著社区中肺结核发病率上升被用作不批准或减少联邦补贴的一项标准。

72. 土著人民中非传染性疾病的发病率也出现激增，他们不成比例地患上心血管疾病和糖尿病。发病率高是由于土著人民从农村地区迁移到城市地区，生活方式发生急剧变化，加入了高热量、高脂肪和高盐分的现代饮食。⁴⁸ 例如，在菲律宾，农业活动的发展和变化以及饮食方面的偏好大大提高了糖尿病、肾脏疾

⁴⁴ 同上。

⁴⁵ 残疾原住民网络提交的材料。

⁴⁶ Peter Hotez, “Aboriginal populations and their neglected tropical diseases”, *PLoS Neglected Tropical Diseases*, vol. 8, No. 1 (January 2014).

⁴⁷ 俄罗斯联邦，联邦政府 2009 年 3 月 10 日第 217 号法，涉及批准从联邦预算向俄罗斯各联邦主体预算分配补贴支持俄罗斯联邦北部、西伯利亚和远东地区的条件。

⁴⁸ Michael Gracey 和 Malcolm King (见脚注 39)。

病、心血管疾病、高血压和癌症的发病率。⁴⁹ 此外，全球数据表明，土著人民、特别是男性中，饮酒和抽烟者比例很高。

73. 各国应当采取具体措施，解决这些疾病给土著人民造成的沉重负担。应确保他们能够廉价地获得重要药品，例如胰岛素和抗高血压药品，因为如果自费部分费用很高，则可能导致健康快速恶化，而这本是可以防止的。还应考虑使用远程医疗或移动医疗举措，监测生活在偏远地区、患有慢性病的土著人民。不应低估运动和体育的价值，无论是为预防非传染性疾病还是为间接的健康益处，例如社会包容和自尊。在澳大利亚土著青年中，自称参与体育活动与健康结果、包括心理健康之间呈正相关关系；甚至有证据表明，参与体育活动能够阻止青少年犯罪。⁵⁰ 令人鼓舞的是，各国正支持和推广传统运动和体育活动，例如 2015 年举行的世界土著人民运动会，因为它们对于预防疾病和促进健康有着重要作用。

74. 土著人民拥有良好的职业健康也至关重要。例如，在俄罗斯联邦某些土著人生活的地区，石材加工是一项传统的谋生手段；而由于石材加工厂的职业卫生很差，一些土著人民患上硅肺病。各国应保护在传统和主流行业中工作的土著人民的健康。⁵¹

B. 环境健康、气候变化和流离失所

75. 长期以来，恶劣的环境健康一直是土著人民关切的一个问题。儿童权利委员会强调了环境健康对儿童的重要性，并认识到气候变化对土著儿童的健康和生活方式而言是一个尤其紧迫的威胁，指出各国应当将儿童的健康问题置于其气候变化适应和缓解战略的中心位置(第 15 号一般性意见)。本来已处于弱势地位的人、包括土著人民受到气候变化的影响最为深重(A/HRC/31/52)。例如，气候变化正严重导致加拿大北极圈中因纽特人失去粮食保障，冰面猎食场地大量减少威胁到他们的狩猎和捕鱼行为。⁵² 在这些地方用主流饮食代替传统食物来源十分昂贵，且会引发健康风险。

76. 国家或跨国企业等第三方进行的开发活动也可能损害土著人民的健康基本决定因素，例如食物、安全饮用水和卫生设施。土著人民迁出传统土地，或土地或水遭到污染，均可能导致这种情况，而这反过来又侵犯健康权和其他权利，包括生命权。⁵³ 一些国家禁止使用某些杀虫剂，但这些杀虫剂却被出口到别处并

⁴⁹ Penelope Domogo 在土著人民与健康权问题专家研讨会上的发言。

⁵⁰ 文化复兴组织提交的材料。

⁵¹ 2016 年 5 月 25 日和 26 日在俄罗斯联邦彼得罗扎沃茨克举行的“芬兰—乌戈尔语族人民与可持续发展：土著人民的健康”专家研讨会的成果文件。

⁵² Sheila Watt-Cloutier 在土著人民与健康权问题专家研讨会上的发言。

⁵³ See e.g. *Xákmok Kásek Indigenous Community v. Paraguay*, Inter-American Court of Human Rights, 24 August 2010.

使用，这也可能导致污染。⁵⁴ 虽然土著人民在农村生态系统中实现可持续的健康生活方式方面拥有丰富的传统知识，但却经常是最受粮食无保障、营养不良和慢性病影响的群体，这是发展和全球化所带来的讽刺性后果。这种脆弱性是很多土著人民如今所面临的现实；糖尿病和心血管疾病与殖民和剥夺土地、领地及资源的影响之间存在着因果关系。⁵⁵

77. 应努力促进土著人民与工商企业之间的合作，并尽量减轻开发活动的负面影响，正如俄罗斯联邦的实例所表明的那样。⁵⁶ 确定土著人民对土地、森林和海洋及其他自然资源的权利对于土著人民的生计和福祉也至关重要。区域法律文书也承认与土地保持联系的重要性。⁵⁷ 如果土著人民能够照管和维护他们的土地，就会形成另一个良性循环：自然资源以更加可持续的方式得到利用，就业前景得以出现，社区的总体健康得到改善。土著人民应当对这些资源保持决策控制权，以确保充分的粮食和营养保障，特别是在各社区依赖海洋和自然资源生存的地方(E/2005/43-E/C.19/2005/9)。

⁵⁴ 国际印第安人条约理事会提交的材料。

⁵⁵ Royal Commission on Aboriginal Peoples, *Report of the Royal Commission on Aboriginal Peoples: Volume 3 — Gathering Strength* (Ottawa, Canada Communication Group, 1996).

⁵⁶ 联合国开发计划署、俄罗斯实业家和企业家联盟及全球契约网络俄罗斯分会，《联合国全球契约网络俄罗斯分会：企业社会责任做法》(“United Nations Global Compact Network Russia: corporate social responsibility practices”).

⁵⁷ 见《非洲联盟保护和援助境内流离失所者公约》，第4条第5款。

附件

专家机制关于健康权与土著人民的第 9 号咨询意见

A. 一般性建议

1. 土著人民的健康权载入多项国际和国家文书，是人权法的重要组成部分。健康权与土著人民所积累的各种主要权利密切相关，包括自决权、发展权、文化权、土地、领地和资源权、语言权和自然环境权。
2. 土著人民的健康概念十分宽泛和全面，既包括身体健康，也包括精神、环境、文化和社会层面。文化上的强迫同化、剥夺土地以及利用土著人民的土地发展采掘业、政治和经济边缘化、贫困以及殖民主义的其他遗留问题导致土著人民无法掌控个人和集体健康，有损土著人民健康权的实现。
3. 世界各地的卫生统计数据表明，土著人民在获得优质医疗服务方面处于不利地位，并易受各种健康问题、包括传染性和非传染性疾病的困扰。土著妇女、青年、儿童和残疾人面临特殊的挑战，包括更高的孕产妇死亡率和自杀率，并面临多种形式的歧视。

B. 对各国的建议

4. 各国应承认土著人民的健康权并加强对土著人民健康权的保护力度，为此应批准国际劳工组织 1989 年《土著和部落人民公约》(第 169 号公约)、《经济、社会及文化权利国际公约》和其他主要人权条约，并采取具体措施落实《联合国土著人民权利宣言》。
5. 各国应承认土著人民拥有决定自身未来、包括掌控自身健康的与生俱来的权利。各国应考虑与土著人民缔结条约，明确保护自决权和健康权，并在已经做出了条约承诺的情况下落实条约承诺。
6. 健康是土著人民自身存在、生存以及有尊严地生活和决定自身未来的权利的不可或缺的组成部分。因此，各国在实施影响到土著人民健康和健康权的法律、政策和方案之前应事先征求他们的自由知情同意。
7. 各国应在充分吸收土著人民参与并事先征求其自由知情同意的情况下实施国家土著人民卫生计划，或制定或修订现有国家卫生计划，在其中纳入专门针对土著人民的方案和政策。各国还应在落实《联合国土著人民权利宣言》国家行动计划中纳入健康权。
8. 各国应确保土著人民能够全面使用公立医疗设施和获得公共医疗商品和服务，并能够全面使用与健康基本决定因素有关的设施和获得与之有关的商品和服

务，例如安全和可饮用的水以及充足的粮食及卫生设施。制定并落实全面的反歧视法并收集和使用分列数据对于实现这一目标至关重要。

9. 凡允许或准许、即使仅仅是默许暴力侵害土著人民的法律和政策，国家均应加以废止，并应采取步骤，处理由国家代理人(如武装部队)和第三方犯下的暴力行为。应明令禁止强制绝育和女性外阴残割等医疗场所暴力行为和歧视土著人民中男女同性恋者、双性恋者和变性者的行为。

10. 各国不应危及土著人民的环境健康，包括因国营设施导致的空气或水及土壤污染和其他活动而危及土著人民的环境健康。各国应采取步骤，保护土著人民免遭第三方(例如私营公司)造成的环境损害，通过立法和切实措施尽量减轻采掘业对土著人民身心健康造成的影响。

11. 应当允许土著人民认定自身为各国境内的特殊群体；各国应采取积极措施，确保收集关于土著人民的分列数据。各国应促进土著人民获得医疗服务，为此应改善出生登记程序，并不再将出生登记作为获得医疗服务的前提条件。

12. 各国应采取步骤，协助保护土著文化，并确保土著人民的知识、传统药品及其他传统习俗不会遭到第三方盗用和商品化。应当允许土著人民从事传统医学，享受传统医学的好处，但对于侵犯其他权利的有害习俗，如女性外阴残割，应联合土著人民一道予以铲除。

13. 各国应向土著人民提供充足的资源，以推动设立和运作土著人民自身的医疗倡议；抑或，如果不存在土著人民掌管的服务，则各国应直接向土著人民提供方案和干预措施，包括实施必要的特别措施，以使土著人民得以全面实现健康权。

14. 各国应确保游牧和偏远土著人民、生活在受冲突影响地区的土著人民和被拘留的土著人民能够获得优质的医疗服务，包括预防性护理，包括为此设立移动诊所、开展远程医疗并使用信息和通信技术。

15. 各国应确保向土著病人提供口译服务，以确保医疗场所的交流畅通。各国应认识到语言在康复过程中的作用，并在医疗场所加大使用土著语言。

16. 各国应采取步骤，对土著医务工作者进行培训，并对土著医疗从业者进行认证，将其纳入卫生体系。各国还应改进医疗培训课程，对医务工作者进行培训，使其能够提供适合土著文化的服务，并设立方案和服务，以提高从业者对于对待和管理土著人民的意识。

17. 应由土著人民联合各国制定和传播适合土著文化的健康促进工具和信息，以预防传染性和非传染性疾病。应为制定健康生活方式宣传方案提供充足的资源，各国应联合土著人民并在事先征得其自由知情同意的情况下制定预防传染性和非传染性疾病的具体战略。

18. 各国应实施相关法律、政策和方案，支持土著人民就其健康作出知情选择，其中应包括旨在改善土著人民在健康基本决定因素、例如健康食物和体育活动方面的选择的倡议。
19. 由于健康与教育程度之间有着明显的直接和间接关联，各国应重视土著人民的教育倡议。各国应确保每一个土著儿童都能接受初等和中等教育、所有土著人民都能获得与健康有关的教育资源。
20. 世界范围内，土著儿童被从其家庭和社区带走的比例很高，这种行为以及将他们安置在寄宿学校和其他设施中所导致的代际创伤对健康有着深远的影响，各国应对此开展进一步调查。应采取步骤，根据儿童的权利保护土著家庭的完整性，确保受影响土著人民能够得到处理心理疾病等后遗症所需的预防性和治疗性医疗服务。
21. 各国必须与土著人民合作，立即采取步骤，降低世界范围内土著人民、特别是儿童和青年中较高的自杀率。应在高风险群体中实施经过证实的预防性措施，并应划拨充足的资源，以便真正改善土著人民的心理健康。
22. 各国应提供资源和资料，以便向妇女提供适合其文化的医疗服务，特别是有关孕产妇健康及性和生殖健康和权利方面的服务。
23. 各国应通过加强刑事法律和利用土著司法机制确保女性免遭暴力行为。各国还应向遭受暴力行为的妇女提供支持服务和资源，必要时包括金钱。
24. 各国应采取步骤，消除对土著残疾人的歧视，为此应实施相关法律、政策和方案，并设立相关机制，保护这些人的权利不会遭到第三方的践踏。各国还应提供适合其文化的服务(诊断性服务和其他服务)，并在确定和管理残疾的过程中考虑到土著人民的需要。
25. 各国应促进土著人民的传统运动和体育活动，例如可通过世界土著人民运动会实现这一点。
26. 各国需要通过适当的法律和政策，从法律上承认并保护土著人民对其土地、领地和资源的权利，因为这些权利与健康权和食物权有着内在的联系。
27. 各国应制定具体计划，落实《巴黎协定》的条款，以减轻气候变化的有害影响，并在卫生部门进行有针对性的规划，从而为气候变化对健康造成的影响做好准备，而气候变化不成比例地影响土著人民。
28. 各国应确保设立充分的机制，通过主流或土著司法制度为侵犯健康权、包括条约权利的行为提供补救。土著司法制度在解决与侵犯健康权有关的申诉方面可能拥有某些优势。

C. 对土著人民的建议

29. 土著人民应加强宣传工作，使土著人民的健康权和自决权得到承认，以期创建政府公平提供资金、由土著社区掌管的可得、可获取、可接受、优质的医疗设施、商品和服务。

30. 土著人民应继续倡导在有关医疗问题的政策决定中有与其人口成比例的代表性并真正参与其中，推动国家确保在实施影响到土著人民的法律、政策和项目之前，事先征得他们的自由知情同意。

31. 土著人民可采取保护和促进传统医学及有关做法的措施，包括倡导国家予以承认，从而根据《生物多样性公约关于获取遗传资源以及公正公平分享利用遗传资源所产生惠益的名古屋议定书》加以全面保护，并倡导在主流医疗服务中加入传统康复和医疗做法。

32. 土著人民应确保在社区内采取措施，防止儿童和青年染上对健康造成不利影响的恶习，包括酗酒和吸毒，并与国家合作解决这些问题。

D. 对国际组织的建议

33. 专家机制认识到泛美卫生组织在这方面开展的工作，建议世界卫生组织考虑任命一名土著人民健康问题全球联络人，以更好地处理全世界在实现土著人民健康权方面面临的紧迫问题。

34. 联合国及其各机构和其他国际组织应强调向土著人民提供心理健康服务的重要性，并采取步骤解决土著人民、特别是土著儿童和青年自杀问题。世界卫生组织还应协调对青年自杀现象的进一步研究。上述组织应共享信息并协助土著社区解决这一问题。

35. 联合国人口基金在规划过程中应考虑到土著人民的权利，特别是妇女和青年的权利，因为土著妇女的发病率和死亡率极高，在实现其性和生殖健康权利方面存在不足之处。

36. 世界卫生组织、世界银行和其他国际组织应对由社区掌管的医疗服务方面的最佳做法进行研究和宣传，以推动各地采用此类医疗服务。

37. 多边机构和其他实体还应与各国一道，投入更多资源，研究和开发价格可承受的创新疗法，以治疗土著人民不成比例地患有的被忽视的热带疾病。

38. 世界卫生组织和其他联合国机构应与土著人民合作，为将土著传统知识纳入国家卫生体系制定政策指南，包括承认最佳做法。