



消除一切形式 种族歧视国际公约

Distr.: General
21 February 2025
Chinese
Original: English

消除种族歧视委员会

关于平等和不受种族歧视地享有健康权的第 37 号一般性建议 (2024 年)*

一. 引言

1. 实现平等权利和免于歧视是切实享有能达到的最高标准身心健康权的绝对先决条件。这些权利已载入多部国际人权文书¹，而各国人民的健康被认为是“获致和平与安全之基本”²。《2030 年可持续发展议程》重申了确保各年龄段所有人享有健康生活以及减少国家内部和国家之间不平等的承诺，见可持续发展目标 3 和目标 10。“同一健康”方针以可持续地平衡和优化人、动物和生态系统的健康³ 从而实现全球卫生安全为宗旨，而平等深植其中。

2. 就业、教育、物理环境暴露、职业危害、住房、化学品、空气和水质量、环境和个人清洁卫生、气候变化以及经济、社会和发展政策对一个人的健康和幸福有重大影响，因为它们影响到资源的获取、机会和生活质量。结构性决定因素对各种模式的健康不公的影响最大⁴。种族主义、阶级歧视、性别歧视、健全主义、仇外心理、同性恋恐惧和跨性别恐惧都属于健康的结构性决定因素⁵。

3. 处境不利群体面临的健康风险更高，相关死亡率也更高⁶，而对基本药物、疫苗和其他健康产品获取机会的剥夺制造或延续了歧视，加剧了在实现健康权⁷

* 委员会第一一三届会议(2024 年 8 月 5 日至 23 日)通过。

¹ 例见《经济社会文化权利国际公约》第二条第二款、第三条、第十二条；《消除对妇女一切形式歧视公约》第十二条；《儿童权利公约》第 2 条第 2 款、第 24 条；《残疾人权利公约》第二十五条；《保护所有迁徙工人及其家庭成员权利国际公约》，第 43 条、第 45 条。

² 《世界卫生组织组织法》。

³ 世卫组织，同一健康高级别专家小组，“‘同一健康’高级别专家小组制定的‘同一健康’定义和原则”(2023 年)。

⁴ 世卫组织，《监测健康公平的社会决定因素的行动框架》(2024 年)，第 2 页。另见健康问题社会决定因素委员会，《用一代人时间弥合差距：通过健康问题社会决定因素方面的行动实现健康公平》(世卫组织，2008 年)，第 8 页；世界卫生大会 WHA74.16 号决议。

⁵ 世卫组织，《行动框架》。

⁶ 世卫组织，《2023 年世界卫生统计：为可持续发展目标监测健康》(2023 年)。

⁷ [A/HRC/53/50](#)，第 8 段。



包括精神健康权方面已有的不平等。殖民主义、奴隶制和种族隔离的残余仍在⁸，而缔约国却表现出不愿意在政策和行动中切实承认那些使非洲人后裔⁹及其他种族和民族成员继续处于劣势的负面影响。

4. 有证据表明，减少在健康权享有上的不平等现象和消除种族歧视，对健康成果有积极影响¹⁰。这有助于建设更健康的社会，使每个人的健康权都得到尊重、保护和实现。委员会通过本一般性建议，提出紧急行动呼吁，力求促进缔约国内部和相互之间加强协调，以明确在《消除一切形式种族歧视国际公约》下消除种族歧视和保障平等享有健康权所必须的措施¹¹。

二. 规范性框架

A. 平等和不受种族歧视地享有健康权的权利

5. 《公约》第一条第一款和第五条(辰)款第(iv)项规定，人人有权不受任何形式的种族歧视，并有权平等享有公共卫生、医疗照护、社会保障和社会服务的权利。所有人¹²都享有健康权，包括属于少数民族或少数群体的人，如罗姆人、游民、土著人民成员、种姓制度下的人、非洲人后裔、亚洲人后裔、移民、寻求庇护者、难民、无国籍人、因肤色遭受歧视的人包括白化病患者¹³，而不分年龄、宗教信仰、健康状况、残疾与否、移民身份、阶级、社会经济地位、性别、性取向、性别认同、性别表达、性特征或是否使用毒品¹⁴。

6. 《公约》下对健康的理解要参照《经济社会文化权利国际公约》第十二条第一款，即健康是能达到的最高标准的身心健康，而这一概念正被日益赋予生态中心的视角。这一观点与土著人民对健康的定义要素相契合，它包含个人和集体层面，融合了精神层面、传统医学、生物多样性和相互关联性¹⁵，也与自决权密切相关，并得到《联合国土著人民权利宣言》中所载原则的支持。健康权不仅包括及时和适当的卫生保健，而且延伸到健康的深层次决定因素，如安全洁净的饮用水、充分的清洁卫生条件、充足的安全食物、营养和住房供应、健康的职业和环境条件、获得有关健康包括性健康和生殖健康的教育和信息。另一个重要层面是人民能够参与社区、国家和国际上所有涉及健康的决策¹⁶。这种整体性办法与《消除一切形式种族歧视国际公约》第五条(辰)款第(iv)项的规定相契合。公共卫生的核心在于预防和控制疾病和伤害，改善健康的深层次决定因素，促进主管

⁸ [A/HRC/54/4](#)。

⁹ 第 34 号一般性建议(2011 年)。

¹⁰ 世卫组织，《行动框架》，第 29 页。

¹¹ 委员会在第一〇七届会议期间举行了一次关于种族歧视与健康权的专题讨论，并在 2023 年 7 月至 2024 年 3 月间举行了四次线上区域磋商。缔约国、国际组织和国际机构、国家人权机构、民间社会组织、卫生专业人员协会和学术界提交了意见。

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 段。

¹³ [CERD/C/SEN/CO/19-23](#)，第 22 和第 23 段；[CERD/C/ZAF/CO/4-8](#)，第 20 和第 21 段。

¹⁴ 第 32 号一般性建议(2009 年)，第 7 段；[A/77/197](#)，第 3 和第 6 段。

¹⁵ [E/C.19/2023/5](#) 和 [A/HRC/33/57](#)。另见 [E/2013/43-E/C.19/2013/25](#)，第 4 段。

¹⁶ 经济、社会及文化权利委员会第 14 号一般性意见(2000 年)，第 11 段。

部门、卫生专业人员和公众之间的高质量互动。医疗照护融合了及时获得适宜的健康产品和服务的权利，包括缓和、治疗和康复保健。社会保障和社会服务与改善健康决定因素的社会努力紧密相联¹⁷，是消除健康领域种族歧视的战略性权利。¹⁸

1. 禁止一切形式种族歧视

直接的、间接的和系统性的种族歧视。

7. 《公约》禁止直接和间接歧视¹⁹。它包括基于法律、政策或惯例采取行动，包括作为和不作为，使某些种族或民族群体更多地处于劣势，对部分种族或民族群体产生毫无道理的全然不同的影响²⁰，或未能确保处境不利的种族或民族团体获得充分进展，以期确保他们同等享受权利(第一条第四款)。在国际法中，禁止种族歧视的规定具有重要地位²¹，因此，在评估任何涉及健康权的区别、排斥或限制的影响是否符合相称原则²²时，必须适用严格的审查标准。无论在法律还是实践中，凡是基于种族、肤色、世系、国家或民族出身做出区别，从而否定健康权的行使，都与任何合法目的不相称，是对《公约》的违反。

8. 歧视性标准，例如基于种族疾病刻板观念的标准，即使未明确写入法律，也仍被用作决策的依据。歧视性做法，如源于对传统卫生实践误解的歧视性做法，使受《公约》保护的个人或群体处于不利地位。

9. 个人可能遭遇歧视行为，如得不到优质的产科护理²³；群体也可能遭遇歧视行为，如遭受地理隔离和居住隔离，无法接触卫生保健提供者²⁴。歧视性不作为可能针对个人，例如因对某人健康状况的种族偏见而不提供治疗；也可能影响群体，例如未能采取措施反对种族主义，包括反对污名化、标签化和替罪羊现象，往往导致对特定人群和少数群体的歧视行为甚至是暴力²⁵。

10. 种族歧视还发生在结构层面，特别是缺乏充分的政策应对长期存在的健康不公、高贫困率和社会排斥问题²⁶。这种歧视的表现包括：受《公约》保护的人群在政治和体制决策进程中的参与率和代表性偏低；社会对民族和文化多样性的承

¹⁷ 经济、社会及文化权利委员会第 19 号一般性意见(2007 年)，第 2、第 29 和第 30 段。

¹⁸ 第 27 号一般性建议(2000 年)，第 33 段；第 34 号一般性建议(2011 年)，第 55 段。

¹⁹ 第 32 号一般性建议(2009 年)，第 7 段；L.R. 等人诉斯洛伐克(CERD/C/66/D/31/2003 和 CERD/C/66/D/31/2003/Corr.1)，第 10.4 段。

²⁰ 第 14 号一般性建议(1993 年)，第 2 段。

²¹ A/77/10，第 87 页。

²² 第 30 号一般性建议(2004 年)，第 4 段。

²³ 消除对妇女歧视委员会，Da Silva Pimentel 诉巴西(CEDAW/C/49/D/17/2008)，第 7.7 段。

²⁴ 第 27 号一般性建议(2000 年)，第 31 段。

²⁵ 关于冠状病毒病(COVID-19)大流行及其在《消除一切形式种族歧视国际公约》下所产生影响的第 3 号声明(2020 年)(A/76/18，第 18 段)。

²⁶ CERD/C/MEX/CO/16-17，第 18 段；CERD/C/RWA/CO/13-17，第 16 段；CERD/C/SLV/CO/18-19，第 14 段；CERD/C/HUN/CO/18-25，第 20 段。

认和重视不足；受《公约》保护的人群在监狱人口中所占比例过高²⁷；以及非自愿送入精神病院安置，且这一部分较多地影响受《公约》保护的人群。

11. 结构性不平等在冠状病毒病(COVID-19)大流行期间进一步深化，加重了因长期性的歧视和排斥做法导致的脆弱性²⁸。此次疫情之所以较多地影响到受《公约》保护的个人和群体，是多种因素的共同作用造成的²⁹。贫困率较高而健康的社会决定因素的获取机会有限，阻碍了对公共卫生措施的遵守，如勤洗手和保持社交距离。较高的基础疾病患病率使这一群体更易发展为重症。过度执法和超出正常比例的监禁率增加了在拘留中的感染风险，加剧压力和焦虑，进一步推升了患重病的可能性。

歧视和不平等的交叉性

12. 禁止种族歧视的规定中包含交叉性，这是“一个概念，也是一个理论框架，有助于理解社会身份如何重叠交织，进而造成加重的歧视体验和多重形式的压迫”³⁰，其理由不仅包括种族、肤色、世系、国家或民族出身，还会涉及年龄、宗教信仰、健康状况、残疾、移民身份、社会经济地位、性别、性取向、性别认同、性别表达或性特征。例如，生殖保健领域的障碍对土著妇女和女童³¹、非裔妇女和女童、少数民族或种姓制度下的妇女和女童以及多元性别人群产生叠加效应；而在这些群体中，青少年、社会经济处于劣势者或农村地区居民受到的影响尤为严重³²。有证据表明，生活贫困或条件脆弱者比社会经济地位较高者更可能因毒品相关犯罪而受到逮捕和起诉，土著青年和非裔青年的被捕率特别高³³。

种族偏见，包括算法中的种族偏见

13. 带有种族偏见的态度、信念和成见普遍存在，以有意识和无意识的方式影响着人们的观念、决定、行为和互动。种族偏见在历史上同权力不平等相联系³⁴，并通过社会和文化规范以及个人经历得到强化。人人有权享有能达到的最高标准身心健康特别报告员确认，承认隐性偏见并采取行动打破体制障碍是消除卫生保健中普遍存在的种族差异和改善患者结果的第一步³⁵。

14. 健康研究揭示，偏见导致对特定种族和民族群体患者的刻板印象，固化性别歧视和其他权力等级体系，造成对患者所报告症状及其知情决策能力的不信任。

²⁷ 第 34 号一般性建议(2011 年)，第 5 和第 6 段。

²⁸ 关于冠状病毒病(COVID-19)大流行的第 3 号声明(2020 年)。

²⁹ 关于无法公平且不受歧视地获得 COVID-19 疫苗问题的第 2 号声明(2022 年)(A/77/18, 第 20 段)。

³⁰ 联合国消除种族歧视和保护少数群体网络，《关于交叉性、种族歧视和保护少数群体的指导说明》(2023 年)，第 11 页。

³¹ 消除对妇女歧视委员会，第 39 号一般性建议(2022 年)，第 51 段。

³² 消除对妇女歧视委员会，第 24 号一般性建议(1999 年)，第 7 段。

³³ 世卫组织，《酒精与健康以及药物使用障碍治疗全球状况报告》(2024 年)，第 12 页。

³⁴ 联合国教育、科学及文化组织，《种族与种族偏见问题宣言》，第二条。

³⁵ A/77/197, 第 49 段。

隐性偏见在卫生保健领域普遍存在，可能导致疼痛的诊断和治疗建议不准确，最终影响提供的护理质量³⁶。

15. 尽管新技术可能对卫生保健质量和健康权的享有产生积极影响，但随着机器学习算法日益广泛地应用于卫生系统，种族歧视可能通过输入机器学习算法的电子健康记录渗透到人工智能中³⁷。临床算法会将结构性不平等转化为健康指标，或缺失对社会心理、遗传和环境因素影响的综合评估，从而将结构性不平等复制到医院结果中。缺乏透明度使卫生服务提供者无法在实践中调整算法。

2. 平等的范围

16. 以《公约》为支撑的平等原则将法律面前的形式平等与法律的平等保护结合在一起，以在健康权享有上的实质性平等作为目标³⁸。为实现形式平等，国家法律必须禁止在健康权的享有上实行种族歧视。法律应平等地适用于每个人，不带任何种族歧视，每个人都应享有针对种族歧视获得补救的平等权利。为实现实质性或事实上的平等，则需积极努力消除持续存在的结构性差距和已有的不平等。这种努力的目的是充分提高处境不利群体的地位，确保他们充分和平等地享有健康权，同时考虑到受种族歧视影响的不同群体或个人的具体需要³⁹。

17. 根据《公约》，缔约国应：承认种族偏见和污名化的影响，并采取补救措施(第二条第一款(卯)项和第四条)⁴⁰；确保采取积极的特殊措施，纠正受保护个人和群体的不利处境(第二条第二款)；确保代表性不足群体的积极参与(第二条第一款(辰)项)⁴¹；进行结构改革(第二条第一款)⁴²。

3. 《公约》下的预防、自主和保健

18. 种族歧视本身就是一种健康风险因素，同时也是健康的一个结构性社会决定因素。它制造并加剧健康不公，导致或增加可预防疾病和死亡的发生。在享有健康权方面平等和不受种族歧视的权利包括：有权享有免受有害健康条件、疾病和伤害的预防服务，包括在紧急状况期间；有权享有身体自主和人身完整，包括作出知情同意的权利；有权平等和不受阻碍地获取信息以及文化适配、性别敏感和因势制宜的卫生设施、商品和服务，并在此方面享有隐私和保密的权利；有权受到保护，免受私人行为者危害健康的行为；有权参与社区、国家和国际上有关卫生的决策；有权因种族歧视而遭受的任何损害获得有效补救和赔偿。

³⁶ 世卫组织，《加强初级卫生保健以应对种族歧视、推广跨文化服务和减少健康不公：研究简报》(2022年)，第10页。

³⁷ [A/HRC/53/65](#)，第82段。

³⁸ 第32号一般性建议(2009年)，第6段。

³⁹ 第27号一般性建议(2000年)，第33段；第32号一般性建议(2009年)，第11和第14段；第34号一般性建议(2011年)，第55段。

⁴⁰ [CERD/C/NLD/CO/22-24](#)，第27和第28段；[CERD/C/RWA/CO/13-17](#)，第16段。

⁴¹ [CERD/C/USA/CO/10-12](#)，第9段；第34号一般性建议(2011年)，第56段。

⁴² [CERD/C/ARG/CO/24-26](#)，第21段；[CERD/C/USA/CO/10-12](#)，第36段。

B. 针对健康的关键决定因素中的脆弱性和不平等的预防和保护

19. 在健康的关键决定因素方面，免于种族歧视和结构性不平等意味着：免于超出正常比例地暴露于脆弱性和损害健康的条件之下；有权平等获得必要的物质和社会心理条件的保护；有权平等获得保护，免受私人行为者的伤害做法；有权使伤害得到减轻和赔偿。儿童和青少年、老年人、残疾人、妇女及多元性别人群有权享有消除结构性和交叉性歧视为目的、因势制宜的预防和保护措施。

1. 安全饮用水、适当的清洁卫生设施、安全食物和住房

20. 根据上文第 6 段，第五条(辰)项第(iv)目应理解为包含享有数量充足的可接受安全饮用水和适当的清洁卫生设施⁴³、安全食物⁴⁴ 和住房的权利。这包括有权不受水和清洁卫生基础设施维护不足的困扰，因为这会助长水传播疾病和环境污染等健康风险。种族和民族群体有权得到保护，免遭居住隔离、私人租房市场上的歧视、住房过度拥挤和强迫迁离问题。他们有权要求采取措施，解决诸如食品荒漠、经济资源有限、食品行业的歧视性做法以及获得健康食品的其他障碍等各种问题。脆弱性和贫困影响他们的饮食和健康，导致与饮食有关的疾病和营养缺乏症的发病率较高。

2. 安全健康的工作环境

21. 属于少数民族或民族的工人，和(或)移民、寻求庇护、难民或无国籍群体的工人，有权享有安全健康的工作环境⁴⁵，并在体面工作条件、公平就业以及健康和福利机会方面享有平等待遇。这包括有权不遭受更高的工伤或职业病风险或接触毒素、污染物或其他身体和心理危害的风险，这些都与职业隔离、雇用和晋升中的歧视以及工作场所健康和安​​全条例不能平等执行等因素有关。

3. 气候变化和环境健康危害

22. 种族和民族群体有权享有清洁和健康的环境，有权受保护以免遭气候引起的危害⁴⁶。他们有权不受环境退化的影响，不受自然资源开采、核试验、有毒废物储存、采矿、伐木和其他环境损害源⁴⁷ 的不利影响，并有权获得针对这些危害的保护。他们有权受保护免遭国家当局和私营保安人员的暴力侵害⁴⁸。他们有权参与聚焦于有害健康的影响的有意义的磋商并发表意见。土著人民有权养护和保

⁴³ 另见 [A/62/214](#)。

⁴⁴ [A/78/185](#)，第 26 段。

⁴⁵ 见国际劳工大会，ILC.110/Resolution I 号文件。

⁴⁶ 美洲人权法院，拉奥罗亚居民诉秘鲁，判决书，2023 年 11 月 27 日。

⁴⁷ [CERD/C/USA/CO/10-12](#)，第 45 和第 46 段；[CERD/C/USA/CO/7-9](#)，第 10 段；[CERD/C/USA/CO/6](#)，第 29 段；[CERD/C/64/CO/9](#)，第 15 段；[CERD/C/GUY/CO/14](#)，第 19 段；[CERD/C/NGA/CO/18](#)，第 19 段；[CERD/C/62/Dec/3](#)。

⁴⁸ [CERD/C/NGA/CO/18](#)，第 19 段。

护他们的环境及其土地或领土以及资源的生产能力，其中包括有权做出自由、事先和知情同意⁴⁹。

23. 由于地理位置、社会经济状况、文化规范和固有的心理因素，某些种族和民族群体特别容易受到气候变化带来的健康影响。种族和民族群体有权不受气候引起的健康危害的过度影响并在这方面得到保护⁵⁰。这延伸到预防和保护他们免受热浪、空气污染、日益频繁和严重的极端天气事件和自然灾害的负面影响，并防止这些危害对社交网络和文化传统的影响。在这方面，土著人民有权通过保护文化和语言多样性、知识体系、粮食安全、健康和生计的无害措施来进行缓解⁵¹。

4. 性别

24. 种族和民族群体中的妇女、女童和多元性别者面临超出正常比例的健康风险⁵²、有害行为和习俗以及卫生系统和卫生保健中的不平等。由于她们的附属社会地位和较高的脆弱性，她们遭受暴力(包括杀害妇女)⁵³ 以及强迫婚姻或欺诈婚姻(跨境婚姻移民)、贩运、虐待和剥削的风险更高。某些种族和民族群体的男性因枪支暴力⁵⁴ 或对于其极端工作条件耐受力的刻板印象而面临超出正常比例的健康风险。

25. 性胁迫、强迫婚姻和经济依赖模式助长了性传播感染病过高的发病率。在艾滋病毒领域，有效应对的主要障碍包括对妇女和女童的不平等和暴力、对性健康权和生殖健康权的剥夺、对刑法的滥用、惩罚性政策⁵⁵ 和强制检测做法。妇女和女童有权免受切割女性生殖器或拐婚等有害习俗的影响，这些习俗带来严重的健康后果⁵⁶。必须让相关社区包括移民社区的妇女直接参与设计和实施旨在保护妇女和女童免受有害传统习俗影响的政策，在这方面应防止一切形式的种族歧视⁵⁷。

5. 移民身份

26. 无论一个人的移民身份如何，《公约》第五条(辰)项第(iv)目都适用。移民、难民、寻求庇护者和无国籍者有权免受与恶劣生活条件、护照或其他相关证

⁴⁹ 《联合国土著人民权利宣言》，第 29 条；美洲人权法院，Lhaka Honhat(我们的土地)协会土著社区诉阿根廷，判决书，2020 年 2 月 6 日；非洲人权和民族权委员会，社会经济权利行动中心和经济社会权利中心诉尼日利亚，第 155/96 号来文，2001 年 10 月 27 日。

⁵⁰ [A/HRC/32/23](#)。

⁵¹ 人权事务委员会，Billy 等人诉澳大利亚(CCPR/C/135/D/3624/2019)。

⁵² Orielle Solar 和 Alec Irwin，“就健康的社会决定因素采取行动的概念框架”，健康的社会决定因素讨论文件，第 2 号(世卫组织，2010 年)，第 33 和第 34 页。

⁵³ [CERD/C/BRA/CO/18-20](#)，第 16 段。

⁵⁴ [CERD/C/USA/CO/10-12](#)，第 16 段。

⁵⁵ 联合国艾滋病毒/艾滋病联合规划署，《2023 全球艾滋病防治进展报告—终结艾滋病之路》(2023 年)，第 58 和第 144 页。

⁵⁶ [CERD/C/ZAF/CO/9-11](#)，第 33 段；[CERD/C/ZMB/CO/17-19](#)，第 23 段；[CERD/C/KGZ/CO/8-10](#)，第 15 段；关于有害做法的消除对妇女歧视委员会第 31 号和儿童权利委员会第 18 号联合一般性建议/意见(2019 年)，第 19 段。

⁵⁷ 终止残割女性生殖器欧洲网络，“立场文件，终止残割女性生殖器，反种族主义与交叉性”(2022 年)，第 17 页。

件被没收、有害健康的工作环境和被排除在社会保障计划之外相关联的健康风险。非公民有权加入当地健康系统，包括健康保险体系，并有不受歧视地享受社会保障的平等资格⁵⁸。他们有权免受有害健康的条件，如留住集体宿舍的要求和身心虐待⁵⁹。除急救服务外，如果对包括无证移民在内的所有移民另外提供预防保健和初级保健，可降低医疗费用，确保移民免受种族歧视。

6. 剥夺自由

27. 种族和民族群体成员有权免受超比例的监禁⁶⁰，这使他们面临卫生保健不足、暴力、心理健康问题和重返社会的障碍，从而固化了已有的健康差距。移民、寻求庇护者和无国籍人在被关押于移民中心或其他拘留中心时，有权免受有害健康的条件。妇女和儿童在这种环境中有权免受剥削、虐待和性别暴力的高风险。在拘留环境下，残疾人在获得卫生保健和支助服务方面面临更多障碍。要消除超比例监禁这一现象中固有的种族歧视，就必须提供拘留的替代办法，在绝对必须实施拘留时要提供人道条件，包括在儿童、孕妇以及酷刑或创伤幸存者等弱势个人获得卫生保健、法律援助和支持方面。

7. 人道主义危机、武装冲突和单方面强制性措施

28. 在国际性和非国际性武装冲突部分源于种族主义和种族歧视的情况下，受《公约》保护的個人可能更容易遭受杀害、致残、其他暴力(包括酷刑和性暴力)、强迫流离失所，并在享有健康权及其关键决定因素方面受到歧视。致命自主武器⁶¹ 加大了将种族偏见系统化和目标非人化的风险。《公约》在此类武装冲突下仍然适用。所有人都有权不受暴力和创伤，暴力和创伤可能导致创伤后应激障碍、抑郁和焦虑；所有人也都有权平等享有健康权，平等获得人道主义援助、保护以及恢复与重建机会。

29. 种族和民族群体有权得到保护，免受单方面强制性措施的过度影响及过度执行之害。必须实施有效的人道主义制裁豁免机制⁶²，以确保卫生保健设备和药品、粮食、人道主义援助以及水、清洁卫生和电力等关键基础设施和服务的援助畅通。

8. 身体自主和人身完整权

30. 受《公约》保护的個人和群体享有身体自主和人身完整权。这包括对医学治疗的同意权、获得生殖保健服务包括药品和健康产品的权利以及免于暴力、胁迫或强制干预的权利⁶³。这项权利要求充分尊重尊严、自主和自决的原则。为就业、入境、停留或居住目的对非公民，或以种族、肤色、世系、国家或民族出身

⁵⁸ CERD/C/KOR/CO/17-19, 第 32 段。

⁵⁹ CERD/C/CHN/CO/14-17, 第 30 和第 31 段。

⁶⁰ CERD/C/USA/CO/10-12, 第 28 段。

⁶¹ 大会第 78/241 号决议。

⁶² A/HRC/54/23。

⁶³ 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；第 22 号一般性意见(2016 年)，第 5 段。A/HRC/35/21, 第 30-34 段。

为依据，强制进行艾滋病病毒/艾滋病检测，不仅无助于公共卫生目标，而且具有歧视性⁶⁴。

非自愿安置、隔离和治疗

31. 种族偏见可能导致对精神健康问题的过度诊断，并在精神健康领域过度使用胁迫性做法，包括非自愿入院和治疗，以及隔离和约束。平等和免于种族歧视的权利涵盖在精神卫生服务和一般社会环境中为受《公约》保护的人免受非自愿入院和治疗、隔离和约束提供预防和保护⁶⁵。

强制绝育

32. 土著妇女、非裔妇女、罗姆妇女及其他民族和种姓的妇女一直是人口控制政策(包括导致强制绝育的政策)⁶⁶ 以及艾滋病病毒和其他传染病控制政策的目标。在这些群体中，有智力和(或)社会心理残疾的妇女被剥夺了法律行为能力，因此也被剥夺了给予同意的权利。强制绝育违反《公约》，侵犯生殖自主权、知情权、人身完整权、隐私权以及免受基于种族和性别的暴力和歧视的权利⁶⁷。

人工流产的刑事化和不安全人工流产

33. 合法且有效地获得安全人工流产属于受《公约》保护的 personal 控制自身健康和身体的权利，是生命权的一部分⁶⁸。土著妇女、多元性别者以及少数种族和少数民族妇女往往面临更高的意外怀孕风险，并且往往缺乏途径来克服社会经济等各方面障碍以获得现代避孕方法和安全流产。禁止获得人工流产会产生深远的不均衡影响，违反世界卫生组织(世卫组织)《流产护理指南》中详细规定的关于提供安全、合法和有效流产服务的标准中的禁止倒退原则⁶⁹。

34. 将一切情况下的流产定为刑事犯罪是一种间接的交叉性种族歧视和性别歧视，因为它对土著妇女和非裔妇女，特别是她们中的低收入者的影响更大⁷⁰，使她们面临生命威胁，并违反了禁止倒退原则。流产的刑事化进一步加剧了重要健

⁶⁴ 艾滋病规划署和联合国开发计划署(开发署)，“仍然不受欢迎：与艾滋病病毒有关的旅行限制”(2019年)。并见 CERD/C/MDA/CO/8-9, 第13段。另见 L.G. 诉大韩民国(CERD/C/86/D/51/2012)；此后，缔约国废除了艾滋病病毒/艾滋病强制检测，申诉人也得到了补偿。

⁶⁵ CERD/C/GBR/CO/21-23, 第31段。

⁶⁶ 联合国人权事务高级专员办事处(人权高专办)和其他机构，“消除强制性、胁迫性和非自愿性绝育：机构间声明”(世卫组织，2014年)。另见经济、社会及文化权利委员会第22号一般性意见(2016年)，第30段。

⁶⁷ 美洲人权法院，I.V. 诉玻利维亚，判决书，2016年11月30日；欧洲人权法院，A.P.、Garçon 和 Nicot 诉法国，第79885/12号、第52471/13号和第52596/13号申诉，判决书，2017年4月6日；非洲人权和民族权委员会，第4号一般性意见(2017年)，第58段；经济、社会及文化权利委员会，第22号一般性意见(2016年)，第30段；残疾人权利委员会，第3号一般性意见(2016年)，第32段；A/HRC/31/57, 第45段。

⁶⁸ 世卫组织，《流产护理指南》(2022年)。

⁶⁹ “网络附件 A: 关于流产的主要国际人权标准”，可查阅 <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349317/9789240039506-eng.pdf>。

⁷⁰ CERD/C/SLV/CO/18-19, 第27段。另见 CERD/C/USA/CO/10-12, 第35段；CERD/C/BRA/CO/18-20, 第16(b)段。

康指标报告不足的问题，削弱了对种族不平等的监测⁷¹。不承认出于种族动机的性暴力的影响，阻碍获取现代避孕和安全流产护理信息及项目，将流产刑事化并加以惩罚，构成导致对有害健康条件暴露的复合歧视链条，而上述每一种行为或不作为都违反了第五条(辰)项第(iv)目。

C. 享有健康保护体系的权利，包括获得公共卫生和卫生保健设施、商品和服务的资格

35. 第五条(辰)项第(iv)目规定的权利包括享有包容性卫生系统的权利，平等和不受阻碍地使用文化适配、性别敏感、因势制宜、质量优良的卫生保健设施、商品和服务的权利，隐私和保密权以及参与权。免于种族歧视的原则和享有实质性平等的权利适用于健康权的全部四大基本要素⁷²，详见下文所述。

1. 具备性

36. 种族和民族群体有权享有实质性平等，即在合理的地理范围内有充足数量且正常运作的医疗保健设施、商品、服务和项目，并具备传统治疗服务和药物⁷³。为此，必须考虑到既有的不平等、高度脆弱性和健康结果方面长期存在的差距，以确保在分配受过训练的医疗和专业人员以及基本药物、疫苗、检测和其他预防性商品和服务方面实现实质性平等⁷⁴，并解决较多地影响《公约》所涵盖群体的死亡和发病原因⁷⁵，包括被忽视的热带病。微歧视、种族主义仇恨犯罪和仇恨言论及其带来的压力与一系列负面健康结果相关，包括抑郁、焦虑以及高血压和心血管疾病等身体健康问题⁷⁶。种族和民族群体有权使用为有心理社会问题和非传染性病患者提供支持的服务。

2. 可及性，包括物理、经济(可负担)、信息和数字上的可及性

37. 受《公约》保护的个人和群体有权平等和不受阻碍地获得卫生保健设施、商品、服务和方案，包括传统医药和诊疗，这种可及性涵盖物理、经济(可负担)、信息和数字等多个方面⁷⁷。可及性上的平等包括保护所有希望获取服务的人员⁷⁸，包括与性健康和生殖健康有关的服务，特别是人工流产服务，使他们免遭骚扰和暴力侵害⁷⁹。这项权利包括人人普遍和不受歧视地获得卫生保健设施、商品和服务，并在努力缓解和纠正劣势、排斥和边缘化问题时考虑到交叉性歧视问题。可

⁷¹ [A/66/254](#), 第 19 段。

⁷² 经济、社会及文化权利委员会，第 14 号一般性意见(2000 年)，第 12 段；第 22 号一般性意见(2016 年)，第 12-21 段。

⁷³ 经济、社会及文化权利委员会，第 14 号一般性意见(2000 年)；第 22 号一般性意见(2016 年)。另见 [CERD/C/SLV/CO/18-19](#), 第 34 和 35 段。

⁷⁴ [CERD/C/HUN/CO/18-25](#), 第 20 段；[CERD/C/BRA/CO/18-20](#), 第 15 段；[CERD/C/THA/CO/4-8](#), 第 37 段。

⁷⁵ [CERD/C/CZE/CO/12-13](#), 第 15(c)段；[CERD/C/RUS/CO/25-26](#), 第 30(g)段。

⁷⁶ [A/77/197](#)。

⁷⁷ 经济、社会及文化权利委员会，第 14 号一般性意见(2000 年)。

⁷⁸ [CERD/C/HUN/CO/18-25](#), 第 21 段。

⁷⁹ [CERD/C/SLV/CO/18-19](#), 第 26 和第 27 段。

及性上的平等可经由远程医疗等数字医疗形式得到加强，前提是要提供平等和不歧视保障，确保禁止种族歧视并对敏感的个人数据提供平等保护，并且不因使用数字工具和线上空间而加剧数字鸿沟⁸⁰。

38. 应对所有种族和民族群体成员提供物理可及性保障，包括居住在农村和偏远地区的人、残疾人、难民、境内流离失所者、无国籍人和被拘留者。实质性平等包括获得积极措施的权利，例如确保与这些服务的联系和交通是具备和可负担的。

39. 平等获得可负担的基本卫生服务，要求卫生服务对人人可及，而且不造成经济困难⁸¹；医疗服务在就诊时应当免费。缔约国应消除获得卫生保健的经济障碍，为此应推进全民医保，并确保无论是公共还是私营的医疗保险体系都不应歧视任何人，包括《公约》涵盖的个人⁸²。

40. 信息可及性包括种族和民族群体成员有权获得健康教育和循证信息，从而能够积极参与自身卫生保健和主张自身健康需求⁸³。这包括健康素养权，涵盖以下权利：获得可靠且相关的健康信息；理解健康信息；评估健康信息的可信度、准确性和相关性，以便作出知情决定；利用健康信息，在卫生保健、预防措施和生活方式选择上做出有利健康的决定；与卫生保健提供者进行有效沟通；了解卫生保健系统的运作方式，包括保险覆盖范围和行政流程。

3. 可接受性

41. 健康服务的所有提供者、商品、服务和信息都必须尊重种族和民族群体及土著人民的文化，并对性别、年龄、残疾、性别和性取向多样性以及生命历程的要求有敏感意识。必须在合理的地理范围内具备有文化敏感性、文化可接受性和文化尊重性的卫生保健服务⁸⁴。这种服务应当：适应受益群体的语言特点；与有关社区共同或密切合作设计；吸收有关社区的成员进入卫生工作者队伍⁸⁵。为确保卫生保健服务在可接受性上的平等，必须大力打击种族优越论、奴隶制和殖民主义⁸⁶的成见和遗毒以及对传统知识、传统治疗师和传统医疗实践的偏见⁸⁷。对某些民族群体特有的传统治疗师、传统医疗和药典不予认可或任意禁止，会使这些群体的成员易受疾病的侵害。

⁸⁰ 《世卫组织指南：关于加强卫生系统数字干预措施的建议》(2019年)；A/HRC/53/65，第31-36段。

⁸¹ 世卫组织，“全民健康覆盖”，2023年10月5日，可查阅[https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-\(uhc\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/universal-health-coverage-(uhc))。

⁸² CERD/C/KOR/CO/17-19，第32段；CERD/C/CHN/CO/14-17，第29和31段。

⁸³ CERD/C/SLV/CO/18-19，第34和35段。

⁸⁴ CERD/C/MNG/CO/23-24，第24(e)段。另见CERD/C/GTM/CO/16-17，第14(c)段；新西兰卫生部，“毛利人健康”，可查阅<https://www.health.govt.nz/maori-health>。

⁸⁵ CERD/C/ECU/CO/20-22，第21段；CERD/C/MEX/CO/16-17，第19段；CERD/C/COL/CO/14，第22段；CERD/C/GTM/CO/16-17，第33和34段。

⁸⁶ A/77/197，第47-60段。

⁸⁷ 世卫组织，《未来一年内将到期的全球战略和行动计划：世卫组织传统医学战略，2014-2023年》EB152/37号文件。见《联合国土著人民权利宣言》第21、第24、第29和第31条。

4. 质量

42. 种族和民族群体有权获得高质量、循证、符合科学和医学且保持更新的卫生保健设施、商品、服务和信息。这需要获得受过训练并掌握技能的卫生保健工作者、经科学认证的药物(未过期)以及设备。体制性的种族偏见继续妨碍和限制对优质而充足的卫生保健商品和服务的获取，原因是临床决策中的参与不平等以及社会建构在卫生实践、规程和政策中的常态化。将种族和血统混为一谈、使用带有种族色彩的术语以及援引疾病流行率的差异等做法延续了疾病刻板化现象和医学培训方法和材料中的偏见。

43. 在奴隶制的历史遗留影响下，非洲裔妇女和男子被认为身体更强壮，更能忍受疼痛⁸⁸。非洲人后裔问题专家工作组收到的报告显示，卫生服务提供者对病症在黑人身体内外的表现缺乏了解⁸⁹。非裔妇女、土著妇女和罗姆妇女获得医疗服务的等待时间往往更长⁹⁰，包括在分娩期间。《公约》涵盖的群体往往被排除在医学研究以及疗法和药物研究之外。医生们报告说，由于存在偏见、结构性障碍以及不愿意在吸收民族和种族群体成员参与方面展现灵活性和响应性，这些群体的情况在药物及其他商品和服务的测试中被忽视。

D. 性健康和生殖健康

44. 在性健康和生殖健康方面免于种族歧视和享有平等权利涵盖平等获得同等质量的性保健服务、生殖保健服务和新生儿保健服务。这就要求提供普遍和全面的医疗保险，以防止在分娩和产后护理费用方面采取歧视性做法，并减少分娩时发生产科急症和并发症的风险⁹¹。确保平等权要求解决较多地影响《公约》所涵盖人员的孕产死亡、生育和孕产病症及相关残疾的原因；加强卫生系统收集高质量数据的能力，以响应妇女、女童和多元性别人群的需求和优先事项；在发生侵权行为时进行追责，以提高护理质量和公平性。受《公约》保护的妇女和多元性别者在以下方面享有平等权利：产前和产后护理、熟练的助产士和产科急诊服务的具备性；孕产保健服务在法律和实践中的可及性；孕产保健服务的可接受性，必须尊重他们的尊严，敏感响应他们的需求和观点；有关性健康和生殖健康的设施、商品、服务和信息质量的充足性，包括遵守立足证据、符合科学和医学、保持最新和质量良好这些标准。

E. 隐私权

45. 隐私权保障种族和民族群体以及土著人民在自身健康相关数据的保护和使用方面享有平等权利并免于种族歧视⁹²。受《公约》保护的每个人都有权使自己的个人数据受到保护，它包括数据处理中的透明权，对处理涉及健康数据的反对

⁸⁸ CERD/C/CHL/CO/22-23, 第 12 段。

⁸⁹ 工作组为委员会关于种族歧视和健康权的一般性讨论日提交的材料，第 2 页，可查阅 <https://www.ohchr.org/en/events/days-general-discussion-dgd/2022/thematic-discussion-racial-discrimination-and-right-health>。

⁹⁰ CERD/C/CHL/CO/22-23, 第 12 和第 13 段。

⁹¹ CERD/C/CZE/CO/12-13, 第 23 段。

⁹² A/74/277, 附件，第二和第三章。

权，对有关健康数据的查阅、携带、更正和删除权，针对侵权行为获得有效补救权。受《公约》保护的卫生从业人员和受益人应能够享有隐私权，不受任何种族歧视，也不受本一般性建议所承认的任何其他交叉性歧视。

三. 义务和建议

46. 第五条(辰)项第(iv)目、第六条和第七条意味着有义务确保以下方面：(a) 防止有害健康的情况，包括气候变化和环境危害；(b) 获得安全饮用水、适当的清洁卫生设施、安全食物、住房以及安全健康的工作条件；(c) 在合理的地理范围内提供数量和质量充足的预防性、治疗性和康复性卫生保健服务及基本药物，包括传统药物和诊疗服务；(d) 获得信息、技术和措施弥合数字鸿沟；(e) 消除健康结果和资源方面的种族差异，保护个人免受第三方行为造成的健康危害；(f) 收集和分类最新统计数据，监测健康不公现象；(g) 就打击健康权方面的种族歧视问题推广公众宣传和教育；(h) 种族和民族群体直接参与决策；(i) 制定和实施国家公共卫生战略和行动计划；(j) 对因种族歧视造成的任何损害进行追责和赔偿。各国必须防止歧视，保护个人免受伤害，促进社会全体成员的平等和尊严。为消除结构性不平等，必须采取综合战略，解决健康不公的根源，推动社会正义、平等和包容。这包括投资于社区主导的倡议和资源，促进卫生保健和其他部门的多样性和文化能力，查明和解决固化种族健康差异的那些更广泛的结构不平等和系统性障碍。

A. 关于《公约》义务的一般原则

47. 结合第五条(辰)项第(iv)目理解，第二条确立了在享有健康权方面尊重、保护和实现平等权利并免于种族歧视的义务。缔约国须实行消除歧视的政策；必须“立即”采取广泛而具体的措施，包括特别措施。在第五条(辰)项第(iv)目下承担的义务应立即生效⁹³。不允许采取倒退措施⁹⁴。各国必须严格审查影响种族和民族群体以及土著人民的措施的必要性和相称性。鉴于已有循证研究显示种族主义对健康的影响，在各种紧迫问题之上，必须优先实施跨领域的反种族主义措施。《公约》规定的义务不仅适用于缔约国的领土，而且适用于缔约国行使控制权的其他所有领土，包括在武装冲突期间控制的领土⁹⁵。

B. 尊重的义务

48. 不带种族歧视地尊重健康权的义务要求各国避免通过任何行为或不作为而直接或间接限制或过度影响种族和民族群体对健康权的享有，包括在法律、政策或实践方面。这一义务还要求各国采取一般性的和特殊性的积极措施，确保健康权的平等享有。

⁹³ 见经济、社会及文化权利委员会第 14 号一般性意见(2000 年)，第 30 段；第 3 号一般性意见(1990 年)，第 1 段。

⁹⁴ 经济、社会及文化权利委员会，第 14 号一般性意见(2000 年)，第 32 段。

⁹⁵ CERD/C/RUS/CO/25-26, 第 4 段。另见 CERD/C/MDA/CO/8-9, 第 3 段。

1. 对造成人身伤害以及可预防的发病和死亡的任何歧视行为加以避免，对这方面的任何政策或法律予以废除⁹⁶

49. 主管部门，包括执法官员和卫生主管机构，必须避免种族偏见、污名化、歧视、出于偏见的暴力和煽动种族仇恨的言行。

50. 缔约国应废除：

(a) 任何过度限制个人(包括非公民)获得预防、治疗和缓和保健服务的法律和政策；

(b) 要求医疗卫生提供者向警方举报无证移民的法律⁹⁷。

51. 缔约国应避免：

(a) 禁止或阻碍人们获得传统医药和治疗；

(b) 在控制传染性和非传染性疾病以及精神健康领域进行歧视性实验研究，实施强制性治疗和歧视性限制；

(c) 对已有健康脆弱状况的人实施拘留；

(d) 采取过于严苛并有害健康的移民法和执法实践；

(e) 在性健康和生殖健康领域采取歧视性法律和实践；相反，法律和实践应禁止强迫绝育，使流产去刑事化，确保能够获得避孕药具和其他卫生商品；

(f) 从事造成过度环境损害的活动；

(g) 推广居住隔离，将种族和民族群体安置在无法接触卫生保健和其他服务提供者的偏远地区⁹⁸；

(h) 未经土著人民的事先、自由和知情同意，征用他们的土地并使他们流离失所；在土著人民的领土上设立废物处理场或其他危害环境的事物⁹⁹；

(i) 限制土著人民的永久权利，损害他们根据《联合国土著人民权利宣言》的标准享有的自决、传统生计和文化权利；¹⁰⁰

(j) 对社区过度执法、进行种族定性、强化监视和采取其他对个人及其家庭的心理健康和安宁产生负面影响的警务活动；

(k) 使受《公约》保护的个体非自愿入住精神病院、接受非自愿治疗以及隔离或约束；

(l) 使用单独监禁和化学制剂，除非对使用条件做出严格规定并定期进行是否存在种族偏见的评估；

(m) 将安全的传统保健做法和行使流产权等生殖权利定为刑事犯罪；

⁹⁶ 经济、社会及文化权利委员会，第 14 号一般性意见(2000 年)，第 48-50 段。

⁹⁷ CERD/C/DEU/CO/23-26, 第 38(b)段；CERD/C/CZE/CO/12-13, 第 24 段。

⁹⁸ 第 27 号一般性建议(2000 年)，第 31 段。

⁹⁹ CERD/C/CHL/CO/22-23, 第 28 段；CERD/C/USA/CO/7-9, 第 24 段。

¹⁰⁰ CERD/C/ZMB/CO/17-19, 第 25 和 26 段；CERD/C/MNG/CO/23-24, 第 23 段。

(n) 实施产科暴力，包括妇产医院的隔离做法；缔约国应在法律中明确禁止此种做法；

(o) 拒绝提供健康服务，包括医疗保险政策规定过分要求，或将移民无证入境和停留定为刑事犯罪；

(p) 采取将住房补助和经济援助与某些条件挂钩的政策和立法，而这些条件较多地影响低收入家庭成员，特别是少数民族妇女¹⁰¹；

(q) 实施强制性收入管理计划；此外，缔约国也应取消在申领福利方面的歧视性条件¹⁰²；

(r) 参与武装冲突、使用武器和进行武器贸易，从而对《公约》涵盖的社群造成身体伤害；

(s) 签署双边或多边协定从而加重《公约》所涵盖群体的脆弱性，并导致不利的健康结果；

(t) 在制定卫生和社会政策时使用带有种族偏见的数据和带有偏见的算法；

(u) 利用种族成见和错误信息作为涉及健康保护或治疗的决定依据；

(v) 在数据治理系统中将种族和民族群体暴露于健康风险下。

2. 平等获得文化适配、性别敏感、因势制宜、质量优良的卫生设施、商品、服务、健康的社会决定因素，隐私和保密权以及参与权

52. 各国必须采取行动，通过以下方式促进和保障平等享有健康权：

(a) 通过全面的法律，明确规定采取积极措施确保平等和跨文化健康¹⁰³，包括保护隐私和保密权的措施；

(b) 公平分配受过训练的医疗和专业人员、基本药物以及预防性商品及服务，包括开设流动诊所¹⁰⁴；

(c) 采取循证政策，解决那些较多影响种族和民族群体的死亡和发病原因，包括健康的商业决定因素；

(d) 提供全民健康保险，确保采取包容性办法，促进最困难群体的健康，包括移民和寻求庇护者以及这些群体中的性取向和性别认同多元人士¹⁰⁵；

(e) 确保有数量充足的卫生专业人员向土著人民提供服务，并制定基准，以监测土著人在关键弱势领域的进展情况¹⁰⁶；

¹⁰¹ CERD/C/SGP/CO/1, 第 17 和第 18 段。

¹⁰² CERD/C/AUS/CO/18-20, 第 24 段。

¹⁰³ CERD/C/SLV/CO/18-19, 第 34 和第 35 段。

¹⁰⁴ CERD/C/MNG/CO/23-24, 第 24(e)段。

¹⁰⁵ CERD/C/DEU/CO/23-26, 第 38(a)段。

¹⁰⁶ CERD/C/AUS/CO/14, 第 19 段。

(f) 确保卫生保健提供者：告知受《公约》保护的每一位患者有关流程的实质、治疗选择和合理的替代办法，包括潜在风险和益处；考虑个人的需要，并确保他们理解收到的信息；确保同意的作出是自由和自愿的；

(g) 除扩展现有工作人员的跨文化能力外，还应吸收专门从事跨文化医护的专业人员加入；

(h) 确保能与卫生服务提供者沟通，确保使用卫生设施、商品和治疗所需的交通服务；

(i) 确保在所有情况下，包括在剥夺自由场所，都提供适当的体检、护理以及医疗、检验和药房记录；

(j) 确保获得必要的口译服务¹⁰⁷，并以适合的语言获得社会服务和卫生服务¹⁰⁸；

(k) 提供获得健康教育和循证信息的平等机会，消除语言和文化障碍¹⁰⁹；

(l) 开展有针对性的提高认识运动，介绍可用的卫生服务和全民健康保险的规定¹¹⁰；

(m) 与种族和民族群体以及土著人民共同设计符合文化认同并对性别敏感的预防、治疗和缓和保健服务；

(n) 确保在基层和分级医疗制度下提供初级保健的卫生工作者(包括医生、护士、助产士、辅助人员和社区工作者，必要时包括传统医生)均应受过适当的社会和技术培训，以团队协作的方式开展工作，响应社区提出的卫生需求¹¹¹；

(o) 确保提供没有种族偏见的高质量预防、治疗和缓和保健服务；有效和可负担的药物，包括传统药物；疫苗；诊断和其他技术¹¹²。

3. 特别措施

53. 按照第 32 号一般性建议(2009 年)，各国必须通过和实施特别措施，如设定卫生工作者配额以及为种族和民族群体增加资源和服务，以消除长期存在的差距和劣势¹¹³。这些措施的设计和应实施应采取跨领域方针，以查明处境最为不利者和同时遭受多种形式歧视者。国家有责任制订一个框架，使特别措施能够在全国各地得到统一适用¹¹⁴。各国绝不可放弃专门针对弱势群体的特别措施，以免加剧业已存在的不平等¹¹⁵。可以将对奴隶制和殖民历史造成的伤害进行赔偿作为一个工

¹⁰⁷ CERD/C/SGP/CO/1, 第 18 段。

¹⁰⁸ CERD/C/FIN/CO/20-22, 第 14 段。

¹⁰⁹ CERD/C/MEX/CO/16-17, 第 18 段；CERD/C/LAO/CO/16-18, 第 19 段。

¹¹⁰ CERD/C/LTU/CO/9-10, 第 18(d)段。

¹¹¹ 《阿拉木图宣言》。

¹¹² 《阿斯塔纳宣言》。

¹¹³ 第 34 段。

¹¹⁴ CERD/C/USA/CO/10-12, 第 9 段。

¹¹⁵ CERD/C/GBR/CO/21-23, 第 13 段。

具，为特别措施提供资金，消除健康领域的差距，同时建设一个更加健康和更有凝聚力的社会。

C. 保护的义务

54. 保护平等享有健康权和免受种族歧视的义务要求各国采取和实施一切必要措施，确保自然人、法人或团体不因种族、肤色、世系、国家或民族出身而直接或间接地取消或损害任何人健康权的被承认、享有或行使。种族歧视对健康的影响触发缔约国的下述义务：防止与种族歧视有关的风险，并采取保护性行动措施；监测和确保法律和行动框架的遵守情况；在发生侵权行为时提供有效补救。具体而言，各国必须：

(a) 确保平等获得第三方提供的具有文化适配性和性别敏感性的预防、治疗和缓和保健产品和服务；

(b) 确保人人都可获得可负担的疫苗、药物和其他健康产品，解决造成健康不公和种族歧视的深层次社会经济因素¹¹⁶；

(c) 确保扩大私人行为者在卫生保健融资、卫生服务、商品和治疗的提供或供应中的参与不会影响卫生保健设施和物资(包括药品和其他健康产品)的具备性、可及性、可接受性和质量，特别是针对种族和民族群体，包括其中的无证孕妇和多元性别者；

(d) 确保私有化不会降低受种族歧视的群体原本享有的健康权水平；

(e) 确保预防政策的制定要基于最佳科学证据，不带种族偏见和利益冲突；

(f) 确保在私人行为者参与卫生保健之前进行人权影响评估；任何参与卫生保健的私人行为者都必须积极促进而非阻碍健康权的实现；

(g) 通过制定环境规范和政策、监测健康的环境风险、执行质量标准并确保自然资源管理的可持续性，确保私人行为者造成的环境退化不会较多地损害种族和民族群体成员享有健康权；

(h) 确保种族和民族群体成员在获得产前和产后护理以及流产服务上不因有害习俗而受影响；

(i) 防止私人行为者的胁迫性做法，如切割女性生殖器、强迫婚姻和实验性健康研究；

(j) 确保私人行为者不限制有关健康信息的获取和参与；

(k) 确保私人行为者对种族和民族群体隐私权施加的任何限制符合不伤害这一人权原则；

(l) 确保调查并相应惩处任何出于种族动机、目的在于或实际造成《公约》所保护人员的身心完整受伤害的行为；

¹¹⁶ [A/HRC/53/50](#)。另见 [A/HRC/49/35](#) 和 [A/HRC/52/56](#)。

(m) 确保私营企业、私营卫生提供者和其他相关组织遵守平等和不受歧视的权利¹¹⁷；

(n) 确保私营行为者：查明和评估自身活动或商业关系中可能涉及的基于种族、肤色、世系、国家或民族出身对健康权的实际或潜在不利影响；将评估结果纳入相关内部职能和流程，并采取适当行动；跟踪应对措施的有效性；对自身如何处理人权影响作出说明¹¹⁸；

(o) 确保公司特别关注数据方面可能具有歧视性目的或效果的因素，并确保公司将自己的人工智能系统交付独立的第三方审计¹¹⁹；

(p) 如果评估认为歧视或其他侵犯人权的风险太高或无法减轻，包括计划或预计会被国家使用，须确保私人行为者避免部署人工智能系统，直到能够确保切实缓解歧视性结果。应将种族歧视造成的健康风险暴露和脆弱性纳入事前和事后评估，由多学科团队提供支持，并了解对于种族主义和种族歧视的各种亲身经历；

(q) 私人行为者如果参与，则要确保他们对于在健康权方面造成的损害做出应对并承担责任。如果私人行为者造成了损害，他们应该停止造成损害的行动，并做出补救。如果他们促成了另一方造成的损害，他们应停止促成损害的行动，争取利用或培养对另一方的影响力来防止或减轻未来发生损害的风险，并推动对损害做出补救，包括赔偿。如果私人行为者只是与并非自身造成或促成的损害有关联，他们应设法利用或培养自己的影响力，以防止或减轻其他方面今后造成损害的风险，但不应要求他们参与作出补救；

(r) 记录与包括私人行为者在内的卫生提供者有关的种族歧视案件，以及相关的预防措施、处罚和补救，并在提交委员会的报告中列入这方面的资料。

D. 实现的义务

55. 实现的义务要求各国单独及通过国际援助与合作，采取适当的立法、行政、预算、司法、倡导和其他积极措施，充分实现在享有健康权方面的平等权和免于种族歧视的自由。《公约》和《经济社会文化权利国际公约》(第二条第一款和第二款)所规定义务的直接效应是各国须立即制订、通过、执行和定期评估专门、具体和有针对性的措施，同时考虑到交叉性。

1. 代表权

56. 各国必须鼓励在自身管辖范围内，受《公约》保护的群体在卫生提供者、专家以及卫生保健接受端等多方面均享有代表性。具体的代表性指标必须与其他关于人权、平等和不歧视的国际义务相一致，同时反映实际情况的背景和范围。各国应在供应链政策和与私营实体的交易中促进《公约》所涵盖群体的代表性，作为健康质量的一项可衡量指标。

¹¹⁷ 《工商企业与人权指导原则》，原则 1-3。另见指导原则 11 和 24。

¹¹⁸ 指导原则 17-21。

¹¹⁹ 《多伦多宣言：保护机器学习系统中的平等权和不歧视权》。

57. 各国应减少遭受歧视的民族和种族群体中的医务专业人员的晋升障碍，确保他们得到培训，以保障他们在各级医务专业人员中的代表性。

2. 参与、协商和赋权

58. 第二条第一款(辰)项规定，缔约国有义务于适当情形下鼓励种族混合主义的多种族组织与运动，以及其他消除种族壁垒之方法，并劝阻有加深种族分野趋向之任何事物。种族混合主义的多种族组织和运动应理解为支持《公约》原则的基层社区民间组织。各国应分配资源，在社区、区域或国家各级与种族和民族群体及土著人民共同制定跨文化卫生战略¹²⁰。各国应让协会、社区以及他们的代表包括妇女参与制定和实施有关种族和民族群体的卫生方案和项目¹²¹。

3. 监测种族不平等

59. 在国家层面采取跨领域办法监测种族歧视是执行《公约》第二条第二款和第九条规定的一个基本组成部分¹²²。《公约》规定的一项根本义务是，使人人享有自我认定属于某一群体¹²³ 并列入统计和社会调查的权利。分类数据使当局能够监测健康的社会决定因素，并确定与性别等各方面不平等现象相交织的种族歧视的影响。此类数据的收集应当是自愿和匿名的，以自我认同为依据，符合人权标准和原则，如数据保护监管和隐私保障，包括不伤害这一人权原则和关于知情同意的各项保障。受《公约》保护的人应能获得关于自身数据的收集、使用和结果的信息。

60. 各国应与世卫组织和区域性组织及机构合作，对数据进行分类，向种族和民族群体及普通大众提供匿名统计数据。各国应通过和实施国家卫生行动计划和相关政策，以分析和处理种族主义和交叉性歧视现象，包括它们的根源问题¹²⁴。缔约国应：

- (a) 开发收集分类数据的健康信息系统；
- (b) 确保数据收集工作也支持综合公共卫生监测¹²⁵；
- (c) 定期对数据分类，以确保问责；
- (d) 确保支持卫生部和其他部委在《公约》和其他国际人权条约的报告工作中采用跨领域视角，包括为此寻求联合国实体的支持。

4. 通过和实施国家卫生行动计划

61. 国家应与有关群体协商，通过国家卫生战略和行动计划，以找出差距，明确目标，按照第二条第二款采取特别措施，确保所有相关主管部门相互协调，有效编制预算。国家应通过并切实实施有充足资源保障的政策，包括特别措施，以改

¹²⁰ CERD/C/ECU/CO/19, 第 20 段； CERD/C/GTM/CO/12-13, 第 13 段。

¹²¹ 第 27 号一般性建议(2000 年)，第 34 段；世卫组织，WHA77.2 号决议。

¹²² 《德班行动纲领》，第 92 和第 110 段。

¹²³ CERD/C/ZMB/CO/17-19, 第 25 和第 26 段。

¹²⁴ A/HRC/4/28, 第 90-92 段。

¹²⁵ 世卫组织，《世界难民和移民健康报告》(2022 年)，第 211 页。

善种族和民族群体以及土著人民的社会经济状况，包括实施针对妇女、儿童、老年人和残疾人的专门项目，并解决根深蒂固的歧视问题¹²⁶。应有专门的卫生预防方案面向公共健康保险计划未覆盖的人群，包括无证移民¹²⁷。在打击种族歧视的所有政策和战略中采用性别视角，对于结束土著妇女、移民妇女和非裔妇女面临的多重和交叉性歧视具有根本重要性¹²⁸。

62. 大力鼓励各国通过促进主管机构、社区和民间组织、平等机构、国家人权机构和私营卫生服务提供者之间的合作模式，有效协调支助服务。国家应与有关社区协商，作为一项特别的缓解措施，探索是否可能通过流动诊所¹²⁹ 提供卫生保健支持，并向全民免费提供专门的卫生预防项目、综合紧急医疗服务、分娩医护以及 5 岁以下儿童医疗服务。

63. 各国应规范人工智能在所有涉及健康领域的使用，并确保遵守禁止种族歧视的规定。只有在以推动人人享有健康权而不受种族歧视或其他任何歧视为明确目标的前提下，才能部署人工智能系统。在采购或部署这类系统之前，国家应采取适当的立法、行政和其他措施，以确定其使用目的，尽可能准确地规范使用参数，并提供防止种族歧视的保障措施。国家对人工智能应采取基于人权的方法，将消除种族歧视原则纳入各个阶段和所有最低限度标准¹³⁰。在将人工智能部署到卫生领域之前，国家应评估潜在的人权影响，并应考虑在独立的多学科监督机构的监督下先从试点开始，该监督机构的人员组成应体现人口组成的多样化。

5. 教育、培训和公众意识培养

64. 根据《公约》第七条，缔约国应推动在享有健康权方面禁止种族歧视和保障平等权利问题的公众宣传和教育活动。这包括对卫生提供者、政策制定者和广大公众开展关于解决健康领域种族差距重要性的教育，并确保所有人平等获得卫生保健服务。

65. 各国应：

(a) 在地方、区域和国家各级，制定和提供反种族主义、反歧视和文化素质培训，覆盖卫生工作者，至少是初级保健工作者，包括在人道主义安置点；

(b) 确保在可能情况下让遭受交叉形式歧视的人参与上述培训的制定和实施。医院、初级保健中心和社会服务机构应确保在培训之外辅之以制度性干预，在易受成见和偏见影响的领域限制决策的自由裁量权并加强监管；

(c) 将人权教育作为必修课列入医学院课程，并确保在职培训涵盖跨文化健康、与歧视有关的健康不公、种族主义与排斥以及卫生服务对于加剧和缓解这些不公平的作用；

¹²⁶ CERD/C/AUS/CO/18-20, 第 24 段；CERD/C/CHN/CO/14-17, 第 28 和第 29 段；CERD/C/ISR/CO/17-19, 第 28-31 段；CERD/C/HUN/CO/18-25, 第 20 段；CERD/C/LTU/CO/9-10, 第 18 段。

¹²⁷ CERD/C/CZE/CO/12-13, 第 24 段；第 30 号一般性建议(2004 年)。

¹²⁸ CERD/C/GTM/CO/16-17, 第 14(c)、第 33 和第 34 段。另见 CERD/C/ISR/CO/17-19, 第 32 和第 33 段。

¹²⁹ CERD/C/MNG/CO/23-24, 第 24(e)段。

¹³⁰ 人工智能高级别专家组，“用于可信赖人工智能(ALTAI)自我评估的评估清单”(2020 年)。

(d) 鼓励医学院审查其课程，查明医学培训方法和材料中的偏见和成见；

(e) 鼓励医学院根据本国情况增加土著人民、非洲人后裔、罗姆人和其他民族群体成员的多样性和代表性；

(f) 鼓励卫生专业工作者协会考虑将人权和反歧视培训纳入会员政策，并支持它们的这一努力；

(g) 开展有针对性的宣传活动，传播关于可用的医疗卫生服务和强制健康保险覆盖规定的信息¹³¹，并防止虚假或误导性信息在数字和实体环境中传播。

E. 问责

66. 根据第六条，各国必须保证在其管辖范围内的每一个人都能针对任何侵犯其健康权的种族歧视行为得到有效的保护和补救，并有权就这种歧视造成的任何损害要求充分赔偿或抵偿。

67. 各国应：

(a) 建立有效而独立的问责机制，包括内部机制(在卫生保健部门)和外部机制，并对不当行为制定纪律措施；

(b) 在独立专家的帮助下定期开展审计，以查明内部政策和实践中的不足。强烈建议保证这些进程的结果透明，因为可以加强问责力度并提升个人和社区的信任；

(c) 建立独立的非司法问责和申诉机制，赋予其查明事实并就构成种族歧视的行为或不作为认定责任人的职权；

(d) 建立与种族和民族群体以及土著人民共同设计的非司法救济机制；

(e) 确保种族混合主义的多种族组织和运动的参与，将其他消除障碍的措施纳入问责和补救机制；

(f) 采取以受害者为中心、以社区为主导的方法和跨领域视角；

(g) 在任何违反《公约》的行为造成损害的情况下，确保对所造成的损害给予充分赔偿¹³²；

(h) 在个案赔偿的同时采取结构性措施；

(i) 作为赔偿的一部分，采取积极措施，如教育培训、保障参与、赋权受影响社区，以确保被违反的义务得到遵守。

F. 国际合作与发展

68. 国际卫生合作是促进平等和禁止种族歧视的一个关键要素。各国应确保在所有组织中，包括在国际性和区域性金融和发展机构中遵守《公约》规定的义务。各国应确保人们有效和不受歧视地获得预防、治疗和康复保健设施、商品、服务

¹³¹ CERD/C/LTU/CO/9-10, 第 18(d)段。

¹³² Pérez Guartambel 诉厄瓜多尔(CERD/C/106/D/61/2017), 第 6 段。

和技术。为此，各国必须促进基于人权的发展¹³³。国家不得推行、纵容或延续那些为遭受种族歧视的群体享有健康权而设置或强化障碍而非努力予以消除的政策和做法。

69. 为应对全世界各国之间和国家内部的健康不公问题，缔约国应遵循国际团结原则，开展国际合作，包括支持全面暂时豁免《与贸易有关的知识产权协定》条款等各项提议，并为减轻这些挑战及其社会经济后果对《公约》所保护群体和少数族群的不均衡影响采取一切额外的国内和多边措施¹³⁴。

70. 大力鼓励各国在影响消除全球健康歧视的多边和双边协定以及其他谈判中纳入与《公约》第一条第一款相一致的条款，确保所有民族和种族群体包括种姓都能平等享有健康权。

四. 本一般性建议的传播

71. 各国应将本一般性建议传播给所有相关部门，并以种族和民族群体以及土著人民的语言和其他交流形式传播给这些群体和人民。

¹³³ 见 [A/HRC/54/50](#)。

¹³⁴ 关于无法公平且不受歧视地获得 COVID-19 疫苗问题的第 2 号声明(2022 年)([A/77/18](#), 第 20 段)。