



消除一切形式 種族歧視國際公約

Distr.:
General 21
February 2025
Chinese
Original: English

消除種族歧視委員會

關於平等和不受種族歧視地享有健康權的第37 號一般性建議 (2024 年)*

一. 導言

1. 實現平等與免於受歧視的權利，是享有能達到身心健康最高標準的絕對前提。這些權利已納入多部國際人權文書¹，而各國人民的健康被認為是“獲致和平與安全之基本”²。《2030年永續發展議程》重申了確保各年齡層所有人享有健康生活以及減少國家內部和國家之間不平等的承諾，見永續發展目標 3 和目標 10。“健康一體”方案以永續地平衡和改善人、動物及生態系統的健康³，進而實現全球醫療安全為宗旨，將平等深植其中。

2. 就業、教育、物理環境暴露、職業危害、住房、化學品、空氣和水品質、環境和個人清潔衛生、氣候變遷以及經濟、社會和發展政策對一個人的健康和幸福有重大影響，因為它們影響到資源的獲取、機會和生活品質。結構性決定因素對各種模式的健康不公的影響最大⁴。種族主義、階級歧視、性別歧視、健全主義、仇外心理、恐同症和跨性別恐懼都屬於影響健康的結構性決定因素⁵。

3. 處境不利群體面臨的健康危害風險較高，相對死亡率也高⁶，因被剝奪取得基本藥物、疫苗及其他醫療產品的機會，加劇了原已存在的無法公平享有健康權⁷，包括精神健康權，因而使歧視持續發生。此外，殖民主義、奴隸制和種族隔離的殘餘影響仍在⁸，而締約國卻表現出不願意在政策和行動中確實承認那些使非裔⁹及其他種族與族群繼續處於劣勢的負面影響。

* 委員會第一一三屆會議(2024 年 8 月 5 日至 23 日)通過。

¹ 參見《經濟社會文化權利國際公約》第二條第二款、第三條、第十二條；《消除對婦女一切形式歧視公約》第十二條；《兒童權利公約》第 2 條第 2 款、第 24 條；《身心障礙者權利公約》第二十五條；《保護所有移工及其家庭成員權利國際公約》，第 43 條、第 45 條。

² 《世界衛生組織組織法》。

³ 世衛組織，健康一體高級別專家小組，“‘健康一體’高級別專家小組制定的‘健康一體’定義和原則”(2023 年)。

⁴ 世衛組織，《監測健康公平的社會決定因素的行動框架》(2024 年)，第 2 頁。另見健康問題社會決定因素委員會，《用一代人時間彌合差距：通過健康問題社會決定因素方面的行動實現健康公平》(世衛組織，2008 年)，第 8 頁；世界衛生大會 WHA74.16 號決議。

- ⁵ 世衛組織，《行動框架》。
- ⁶ 世衛組織，《2023 年世界衛生統計：為永續發展目標監測健康》(2023 年)。
- ⁷ [A/HRC/53/50](#), 第 8 段。
- ⁸ [A/HRC/54/4](#)。
- ⁹ 第 34 號一般性建議(2011 年)。

4. 有證據顯示，減少享有健康權的不平等現象和消除種族歧視，對健康成果有積極影響¹⁰，且有助於建構更健康的社會，使每個人的健康權都得到尊重、保護和實現。委員會通過此一般性建議，提出緊急行動呼籲，力求促進締約國內部和相互之間加強協調，以明確在《消除一切形式種族歧視國際公約》下消除種族歧視和保障平等享有健康權所必須的措施¹¹。

二. 規範性框架

A. 平等和不受種族歧視地享有健康權的權利

5. 《公約》第一條第一款和第五條(辰)款第(iv)項規定，人人有權不受任何形式的種族歧視，並有權平等享有公共衛生、醫療照護、社會保障和社會服務的權利。所有人¹²都享有健康權，包括少數種族與族群成員，如羅姆人、遊民、原住民族、種姓制度下的成員、非裔、亞裔、移民、尋求庇護者、難民、無國籍人、因膚色遭受歧視者，包括白化症患者¹³，而不分年齡、宗教信仰、健康狀況、身障與否、移民身份、階級、社會經濟地位、性別、性取向、性別認同、性別表達、性特徵或是否使用毒品¹⁴。

6. 《公約》下對健康權的理解要參照《經濟社會文化權利國際公約》第十二條第一款，即身心健康的最高可達標準，並日益以生態中心的觀點來檢視。此一觀點與原住民族對健康的定義要素相契合，它包含個人和集體層面，融合了精神層面、傳統醫學、生物多樣性和相互關聯性¹⁵，也與自決權密切相關，並得到《聯合國原住民族權利宣言》所列原則的支持。健康權不僅包括及時和適當的衛生醫療，而且延伸到健康的基本關鍵因素，如安全潔淨的飲用水、充分的清潔衛生條件、充足的安全食物、營養和住房供應、健康的職業和環境條件、獲得有關健康包括性健康和生育健康的教育及資訊。此外，民眾擁有參與社區、國家及國際上所有涉及健康相關的決策權利¹⁶，也是此權利的重要部分。這種全面健康照護辦法與《消除一切形式種族歧視國際公約》第五條(辰)款第(iv)項的規定相契合。公共衛生的核心在於預防、控制疾病與傷害，致力改善健康的基本決定因素，以及提升主管部門、醫療專業人員與民眾之間的互動品質。醫療照護則涵蓋及時獲得適切的醫療產品與服務的權利，包括緩和、治療和復健。社會健康的關鍵因素，與致力改善社會保障和社會服務緊密相聯¹⁷，也就是消除健康領域種族歧視的策略性權利¹⁸。

¹⁰ 世衛組織，《行動框架》，第 29 頁。

¹¹ 委員會在第一〇七屆會議期間舉行了一次關於種族歧視與健康權的專題討論，並在 2023 年 7 月至 2024 年 3 月間舉行了四次線上區域磋商。締約國、國際組織和國際機構、國家人權機構、民間社會組織、衛生專業人員協會和學術界提交了意見。

¹² 經濟、社會及文化權利委員會，第 14 號一般性意見(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 號一般性建議(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。另見 E/2013/43-E/C.19/2013/25, 第 4 段。

¹⁶ 經濟、社會及文化權利委員會第 14 號一般性意見(2000 年)，第 11 段。

¹⁷ 經濟、社會及文化權利委員會第 19 號一般性意見(2007 年)，第 2、第 29 和第 30 段。

¹⁸ 第 27 號一般性建議(2000 年)，第 33 段；第 34 號一般性建議(2011 年)，第 55 段。

(一) 禁止一切形式種族歧視

直接的、間接的和系統性的種族歧視。

7. 《公約》禁止直接和間接歧視¹⁹。它包括基於法律、政策或慣例採取行動，包括作為和不作為，使某些種族或族群更易處於劣勢，對部分種族或族群產生毫無理由的差別影響²⁰，或未能確保處境不利的種族或族群獲得充分發展，以期確保他們同等享受權利(第一條第四款)。在國際法中，禁止種族歧視的規定具有重要地位²¹，因此，在評估任何涉及健康權的差別、排斥或限制的影響是否符合比例原則²²時，必須適用嚴格的審查標準。無論是法律或是執法時，凡是基於種族、膚色、世系、原屬國或民族本源做出區別，從而否定健康權的行使，都與任何合法目的不相稱，即為違反《公約》。

8. 歧視性的標準，例如基於種族疾病刻板觀念的標準，即使未明文律定於法規，也仍被作為決策的依據。歧視性的做法，例如對傳統醫療療法的誤解與貶低，使受《公約》保護的個人或群體處於不利地位。

9. 個人可能遭遇歧視行為，如得不到優質的生產照顧²³；群體也可能遭遇歧視行為，如遭受地域或居住隔離，致無法接觸醫療衛生人員²⁴。歧視性不作為可能針對個人，例如因對某人健康狀況的種族偏見而不提供治療；也可能影響群體，例如未能採取措施反對種族主義，包括反對汙名化、標籤化和替罪羔羊現象，往往導致對特定或少數群體的歧視甚至是暴力²⁵行為。

10. 種族歧視甚至發生在結構層面，特別是對長期存在的健康不平等、高貧困率 and 社會排斥問題，缺乏充分的因應對策。²⁶這種歧視現象包括：受《公約》保護對象在政治及體制決策進程中的參與率和代表性偏低；社會對少數種族或族群及多元文化的認知及重視不足；被拘禁以及安置於精神病院中之強制收容人數，受《公約》保護的對象所佔比例高²⁷，對其影響尤為顯著。

¹⁹ 第 32 號一般性建議(2009 年)，第 7 段；L.R. 等人訴斯洛伐克(CERD/C/66/D/31/2003 和 CERD/C/66/D/31/2003/Corr.1)，第 10.4 段。

²⁰ 第 14 號一般性建議(1993 年)，第 2 段。

²¹ [A/77/10](#)，第 87 頁。

²² 第 30 號一般性建議(2004 年)，第 4 段。

²³ 消除對婦女歧視委員會，Da Silva Pimentel 訴巴西(CEDAW/C/49/D/17/2008)，第 7.7 段。

²⁴ 第 27 號一般性建議(2000 年)，第 31 段。

²⁵ 關於新冠肺炎(COVID-19)大流行及其在《消除一切形式種族歧視國際公約》下所產生影響的第 3 號聲明(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。

²⁷ 第 34 號一般性建議(2011 年)，第 5 和第 6 段。

11. 新冠肺炎(COVID-19)大流行期間，進一步深化結構性不平等，加重了因長期性的歧視和排斥做法導致的脆弱性²⁸。此次疫情之所以使《公約》保護的個人和群體受較大影響，是多重因素共同作用所造成²⁹。貧困率較高限制了獲取健康關鍵因素的機會，無力遵守相關公共衛生措施，如勤洗手和保持社交距離。較多的慢性病患者，使這一群體更易發展為重症。過度執法和超出正常比例的監禁率，增加了在拘留中的感染風險，加劇壓力和焦慮，進一步推升了患重病的可能性。

歧視和不平等的交織性

12. 禁止種族歧視的規定中包含交織性，這是“一個概念，也是一個理論框架，有助於理解社會身份如何重疊交織，進而造成加重的歧視體驗和多重形式的壓迫”³⁰，其理由不僅包括種族、膚色、世系、原屬國或民族本源，還涉及年齡、宗教信仰、健康狀況、身心障礙、移民身份、社會經濟地位、性別、性取向、性別認同、性別表達或性特徵。例如，獲得生育照護的阻礙，對原住民婦女及女童³¹、非裔婦女及女童、少數族群或種姓制度下的婦女及女童，以及多元性別群體產生疊加效應；而在這些群體中，青少年、社會經濟處於劣勢者或農村地區居民所受影響尤為嚴重³²。有證據顯示，生活貧困或條件脆弱者比社會經濟地位較高者，更可能因毒品相關犯罪而受逮捕和起訴，原住民青年和非裔青年的犯罪率特別高³³。

種族偏見，包括演算法中的種族偏見

13. 帶有種族偏見的態度、信念和成見普遍存在，以有意識和無意識的方式影響著人們的觀念、決定、行為和互動。種族偏見在歷史上與權力不平等相聯繫³⁴，並通過社會和文化規範以及個人經歷獲得強化。「人人有權享有能達到最高標準身心健康」的特別報告員確認，承認隱性偏見並採取行動打破體制障礙，是消除衛生醫療保健中，普遍存在的種族差異和改善患者結果的第一步³⁵。

14. 健康研究揭示，偏見導致對屬於特定種族或族群病患的刻板化，強化性別歧視和其他權力等級體系，造成對患者所述症狀及其對病情做決策能力的不信任。隱性偏見在醫療衛生領域普遍存在，可能導致對病情的錯誤診斷與錯誤治療建議，進而影響醫療照護的品質³⁶。

²⁸ 關於新冠肺炎(COVID-19)大流行的第 3 號聲明(2020 年)。

²⁹ 關於無法公平且不受歧視地獲得 COVID-19 疫苗問題的第 2 號聲明(2022 年)(A/77/18, 第 20 段)。

³⁰ 聯合國消除種族歧視和保護少數族群網絡，《關於交織性、種族歧視和保護少數族群的指導說明》(2023 年)，第 11 頁。

³¹ 消除對婦女歧視委員會，第 39 號一般性建議(2022 年)，第 51 段。

³² 消除對婦女歧視委員會，第 24 號一般性建議(1999 年)，第 7 段。

³³ 世衛組織，《酒精與健康以及藥物使用障礙治療全球狀況報告》(2024 年)，第 12 頁。

³⁴ 聯合國教育、科學及文化組織，《種族與種族偏見問題宣言》，第二條。

³⁵ A/77/197, 第 49 段。

15. 儘管新技術可能對醫療衛生品質和健康權的享有產生積極性的正面影響，但人工智慧應用於醫療系統所引發的種族歧視問題也日益浮現。例如，愈來愈多醫療系統運用人工智慧演算法分析電子醫療紀錄³⁷，而這些數據可能反映並強化了結構性不平等。臨床決策演算法可能將結構性不平等轉化為健康指標，而未針對社會心理、遺傳和環境因素影響進行綜合評估。此外，缺乏透明度也讓醫療服務提供者無法於實務中對這些演算法進行必要調整。

(二) 平等的範圍

16. 《公約》所依據的平等原則，結合了法律上的形式平等與法律的積極平權保護措施，其目標是在健康權享有上的實質平等作為目標³⁸。為實現形式平等，國家法律必須禁止在健康權的享有上進行種族歧視。法律應平等地適用於每個人，不帶任何種族歧視，每個人都應享有針對種族歧視獲得救濟的平等權利。為實現實質性或事實上的平等，則需積極努力消除持續存在的結構性差距和已有的不平等。這種努力的目的是充分提高處境不利群體的地位，確保他們充分和平等地享有健康權，同時考慮到受種族歧視影響的不同群體或個人的具體需求³⁹。

17. 根據《公約》，締約國應：承認種族偏見和汙名化的影響，並採取補救措施(第二條第一款(卯)項和第四條)⁴⁰；確保採取積極的特殊措施，糾正受保護個人和群體的不利處境(第二條第二款)；確保代表性不足群體的積極參與(第二條第一款(辰)項)⁴¹；進行結構改革(第二條第一款)⁴²。

(三) 《公約》下的預防、自主和保健

18. 種族歧視本身就是一種健康風險因素，同時也是健康的一個結構性社會基礎因素。它製造並加劇健康不平等，導致或增加可預防疾病和死亡的發生。在享有健康權方面平等和不受種族歧視的權利包括：有權享有免受有害健康條件、疾病和傷害的預防服務，包括在緊急狀況期間；有權享有身體自主和人身完整，包括作出知情同意的權利；有權平等和不受阻礙地獲取資訊以及文化適切、性別敏感和因勢制宜的醫療設施、商品和服務，並在此方面享有隱私和保密的權利；有權受到保護，免受私人危害健康的行為；有權參與社區、國家和國際上有關衛生醫療的決策；有權因種族歧視而遭受的任何損害獲得有效補救和賠償。

³⁶ 世衛組織，《加強基礎衛生保健以應對種族歧視、推廣跨文化服務和減少健康不平等：研究簡報》(2022 年)，第 10 頁。

³⁷ [A/HRC/53/65](#), 第 82 段。

³⁸ 第 32 號一般性建議(2009 年)，第 6 段。

³⁹ 第 27 號一般性建議(2000 年)，第 33 段；第 32 號一般性建議(2009 年)，第 11 和第 14 段；第 34 號一般性建議(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 號一般性建議(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. 針對健康的關鍵決定因素中的脆弱性和不平等的預防和保護

19. 在健康的關鍵決定因素方面，免於種族歧視和結構性不平等意味：免於超出正常比例地暴露於脆弱性和損害健康的條件之下；有權平等獲得必要的物質和社會心理條件的保護；有權平等獲得保護，免受私人的傷害行為；有權使傷害得到減輕和賠償。兒童和青少年、老年人、身障人士、婦女及多元性別人士有權享有以消除結構性和交織性歧視為目的、因勢制宜的預防和保護措施。

（四）安全飲用水、適當的清潔衛生設施、安全食物和住房

20. 根據上文第 6 段，第五條(辰)項第(iv)目，應理解為包含享有數量充足的安全飲用水和適當的清潔衛生設施⁴³、安全食物⁴⁴和住房的權利。這包括有權不受水源和乾淨衛生基礎設施維護不足的困擾，因為這會助長水源傳播疾病和環境污染等健康風險。少數種族與族群有權得到保護，免遭居住隔離、私人租屋市場的歧視、住房過度擁擠及強迫遷離等問題。他們有權要求採取措施，解決諸如糧食不足、經濟資源有限、食品行業的歧視性做法以及獲得健康食品的其他障礙等各種問題。脆弱性和貧困影響他們的飲食和健康，導致與飲食有關的疾病和營養缺乏症的發病率較高。

（五）安全健康的工作環境

21. 屬於少數種族與族群的移工、移民、尋求庇護、難民或無國籍人，有權享有安全健康的工作環境⁴⁵，並在勞動條件、公平就業以及健康和福利機會方面享有平等待遇。這包括有權不遭受更高的工傷或職業病風險或接觸毒素、污染物或其他身體和心理危害的風險，這些都與職業隔離、雇用和升遷的歧視以及工作場所健康和安條例不能平等執行等因素有關。

（六）氣候變遷和環境健康危害

22. 少數種族與族群有權享有乾淨和健康的環境，有權受保護以免遭氣候引發的危害⁴⁶。他們有權不受生態環境惡化的影響，不受自然資源開採、核子試驗、有毒廢物儲存、採礦、伐木和其他環境損害源⁴⁷的不利影響，並有權獲得針對這些危害的保護。他們有權免遭受政府機關警察和私人保全人員的暴力侵害⁴。他們有權參與有關有害並影響健康的研討會並發表意見。原住民族有權養護和保護他們的環境及其土地或領土以及資源的生產能力，其中包括有權做出自由、事先和知情同意⁴⁹。

⁴³ 另見 [A/62/214](#)。

⁴⁴ [A/78/185](#)，第 26 段。

⁴⁵ 見國際勞工大會，ILC.110/Resolution I 號文件。

⁴⁶ 美洲人權法院，拉奧羅亞居民訴秘魯，判決書，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。

⁴⁹ 《聯合國土著人民權利宣言》，第 29 條；美洲人權法院，Lhaka Honhat(我們的土地)協會
土著社區訴阿根廷，判決書，2020 年 2 月 6 日；非洲人權和民族權委員會，社會經濟權利行
動中心和經濟社會權利中心訴奈及利亞，第 155/96 號來文，2001 年 10 月 27 日。

23. 由於地理位置、社會經濟狀況、文化規範和固有的心理因素，某些種族與族群特別容易受到氣候變遷帶來的健康影響。種族與族群有權不受氣候引起的健康危害的過度影響並在這方面得到保護⁵⁰。這延伸到預防和保護他們免受熱浪、空氣污染、日益頻繁和嚴重的極端氣候事件和自然災害的負面影響，並防止這些危害對社交網絡和傳統文化的影響。針對此一層面，原住民族有權通過保護文化和語言多樣性、知識體系、糧食安全、健康和生計的無害措施達到緩解⁵¹。

(七) 性別

24. 種族與族群中的婦女、女童和多元性別者面臨超出正常比例的健康風險⁵²、有害行為和習俗以及醫療系統和衛生保健中的不平等。由於她們的附屬社會地位和較高的脆弱性，她們遭受暴力(包括殺害婦女)⁵³ 以及強迫婚姻或婚姻詐欺(跨國婚姻移民)、販運、虐待和剝削的風險更高。某些種族與族群的男性，因槍支暴力⁵⁴或對其極端工作條件耐受力的刻板印象而面臨超出正常比例的健康風險。

25. 性脅迫、強迫婚姻和經濟依賴模式，助長了性傳播感染病過高的發病率。在愛滋病毒領域，有效應對的主要障礙包括對婦女及女童的不平等和暴力、對性健康權和生育健康權的剝奪、對刑法的濫用、懲罰性政策⁵⁵及強制檢測做法。婦女與女童有權免受切割女性生殖器或拐婚等有害習俗的影響，這些習俗帶來嚴重的健康後果⁵⁶。必須讓相關社區包括移民社區的婦女，直接參與設計和實施，目的在保護婦女與女童免受有害傳統習俗影響的政策，在這方面應防止一切形式的種族歧視⁵⁷。

(八) 移民身份

26. 無論一個人的移民身份如何，《公約》第五條(辰)項第(iv)目都適用。移民、難民、尋求庇護者和無國籍者有權免受與惡劣生活條件、護照或其他相關證件被沒收、有害健康的工作環境和被排除在社會保障計畫之外相關聯的健

⁵⁰ [A/HRC/32/23](#)。

⁵¹ 人權事務委員會，Billy 等人訴澳大利亞(CCPR/C/135/D/3624/2019)。

⁵² Orielle Solar 和 Alec Irwin, “就健康的社會基礎因素採取行動的概念框架”，健康的社會基礎因素討論文件，第 2 號(世衛組織，2010 年)，第 33 和第 34 頁。

⁵³ [CERD/C/BRA/CO/18-20](#), 第 16 段。

⁵⁴ [CERD/C/USA/CO/10-12](#), 第 16 段。

⁵⁵ 聯合國愛滋病毒/愛滋病聯合規劃署，《2023 全球愛滋病防治進展報告—終結愛滋病之路》(2023 年)，第 58 和第 144 頁。

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；關於有害做法的消除對婦女歧視委員會第 31 號和兒童權利委員會第 18 號聯合一般性建議/意見(2019 年)，第 19 段。

⁵⁷ 終止殘割女性生殖器歐洲網路，“立場檔，終止殘割女性生殖器，反種族主義與交織性”(2022 年)，第 17 頁。

康風險。非公民有權加入當地健康系統，包括健康保險體系，並有不受歧視地享受社會保障的平等資格⁵⁸。他們有權免受有害健康的條件，如留住集體宿舍的要求和身心虐待⁵⁹。除急救服務外，如果對包括無證移民在內的所有移民另外提供預防保健和基礎保健，可降低醫療費用，確保移民免受種族歧視。

(九) 剝奪自由

27. 種族與族群成員有權免受超比例的監禁⁶⁰，這使他們面臨醫療衛生保健不足、暴力、心理健康問題和重返社會的障礙，從而加深了既存的健康差距。移民、尋求庇護者和無國籍人在被關押於收容中心或其他拘留中心時，有權免受有害健康的條件。婦女及兒童在這種環境中有權免受剝削、虐待和性別暴力的高風險。在拘留環境下，身障人士在獲得醫療衛生保健和輔助服務面臨更多障礙。要消除超比例監禁，既有的種族歧視這一現象，就必須提供拘留的替代辦法，在絕對必須實施拘留時須提供人道條件，包括在兒童、孕婦以及酷刑或創傷倖存者等弱勢個人獲得醫療衛生保健、法律扶助和支持方面。

(十) 人道主義危機、武裝衝突和單方面強制性措施

28. 在國際性和非國際性武裝衝突部分源於種族主義和種族歧視的情況下，受《公約》保護的個人可能更容易遭受殺害、致殘、其他暴力(包括酷刑和性暴力)、強迫流離失所，並在享有健康權及其主要決定因素受到歧視。致命自主武器⁶¹加大了將種族偏見系統化和目標非人化的風險。《公約》在此類武裝衝突下仍然適用。所有人都有權不受暴力和創傷，暴力和創傷可能導致創傷後壓力症候群、抑鬱和焦慮；所有人也都有權平等享有健康權，平等獲得人道主義援助、保護以及恢復與重建機會。

29. 少數種族與族群有權得到保護，免受單方面強制性措施的過度影響及過度執行之害。必須實施有效的人道主義制裁豁免機制⁶²，以確保衛生保健設備和藥品、糧食、人道主義援助以及水、清潔衛生和電力等關鍵基礎設施和服務的援助暢通。

(十一) 身體自主和人身完整權

30. 受《公約》保護的個人和群體享有身體自主和人身完整權。這包括對醫學治療的同意權、獲得生產保健服務，包括藥品和健康產品的權利以及免於暴力、脅迫或強制干預的權利⁶³。這項權利要求充分尊重尊嚴、自主和自決的原則。針對為就業、入境、停留或居住目的的非公民，或以種族、膚色、世系、原屬國或民族本源為依據，強制進行愛滋病毒/愛滋病檢測，不僅無助於公共衛生目標，而且具有歧視性⁶⁴。

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 大會第 78/241 號決議。

⁶² A/HRC/54/23。

⁶³ 經濟、社會及文化權利委員會第 14 號一般性意見(2000 年)，第 8 段；第 22 號一般性意見(2016 年)，第 5 段。A/HRC/35/21, 第 30-34 段。

(十二) 非自願安置、隔離和治療

31. 種族偏見可能導致對精神健康問題的過度診斷，並在精神健康領域過度使用脅迫性做法，包括非自願入院和治療，以及隔離和約束。平等和免於種族歧視的權利涵蓋在精神衛生服務和一般社會環境中，為受《公約》保護者，提供免受非自願入院和治療、隔離和約束的預防和保護⁶⁵。

(十三) 強制絕育

32. 原住民族婦女、非裔婦女、羅姆婦女及其他族群與種姓的婦女，一直是人口控制政策(包括導致強制絕育的政策)⁶⁶以及愛滋病毒和其他傳染病控制政策的目標。在這些群體中，有智力和(或)社會心理障礙的婦女被剝奪了法律行為能力，因此也被剝奪了給予同意的權利。強制絕育違反《公約》，侵犯懷孕自主權、知情權、人身完整權、隱私權以及免受基於種族和性別的暴力和歧視的權利⁶⁷。

人工流產的刑事化和不安全人工流產

33. 合法且有效地獲得安全人工流產，屬於受《公約》保護的個人控制自身健康和身體的權利，是生命權的一部分⁶⁸。原住民族婦女、多元性別者以及少數種族與族群婦女往往面臨更高的意外懷孕風險，並且往往缺乏克服社會經濟等各方面障礙的途徑，以獲得現代避孕方法 and 安全流產。禁止獲得人工流產將產生深遠的不均衡影響，違反世界衛生組織(世衛組織)《流產護理指南》中詳細規定的關於提供安全、合法及有效流產服務的標準中的禁止倒退原則⁶⁹。

34. 將一切情況下的流產定為刑事犯罪是一種間接的交織性種族歧視和性別歧視，因為它對原住民族婦女和非裔婦女，特別是對其中低收入者的影響更大⁷⁰，使她們面臨生命威脅，並違反了禁止倒退原則。流產的刑事化進一步加劇了重要健康指標報告不足的問題，削弱了對種族不平等的監測⁷¹。不承認出於種族動

⁶⁴ 愛滋病規劃署和聯合國開發計畫署(開發署)，“仍然不受歡迎：與愛滋病毒有關的旅行限制”(2019年)。並見CERD/C/MDA/CO/8-9，第13段。另見L.G. 訴大韓民國(CERD/C/86/D/51/2012)；此後，締約國廢除了愛滋病毒/愛滋病強制檢測，申訴人也得到了補償。

⁶⁵ CERD/C/GBR/CO/21-23，第31段。

⁶⁶ 聯合國人權事務高級專員辦事處(人權高专辦)和其他機構，“消除強制性、脅迫性和非自願性絕育：機構間聲明”(世衛組織，2014年)。另見經濟、社會及文化權利委員會第22號一般性意見(2016年)，第30段。

⁶⁷ 美洲人權法院，I.V. 訴玻利維亞，判決書，2016年11月30日；歐洲人權法院，A.P.、Garçon和Nicot 訴法國，第79885/12號、第52471/13號和第52596/13號申訴，判決書，2017年4月6日；非洲人權和民族權委員會，第4號一般性意見(2017年)，第58段；經濟、社會及文化權利委員會，第22號一般性意見(2016年)，第30段；殘疾人權委員會，第3號一般性意見(2016年)，第32段；A/HRC/31/57，第45段。

⁶⁸ 世衛組織，《流產護理指南》(2022年)。

⁶⁹ “網路附件 A：關於流產的主要國際人權標準”，可查閱<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349317/9789240039506-eng.pdf>。

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

機的性暴力之影響，阻礙獲取現代避孕和安全流產護理資訊及專案，將流產刑事化並加以懲罰，構成同時遭受串連式有害健康條件的複合歧視，而上述每一種行為或不作為都違反了第五條(辰)項第(iv)目。

C. 享有健康保護體系的權利，包括獲得公共衛生和衛生保健設施、商品和服務的資格

35. 第五條(辰)項第(iv)目規定的權利包括享有包容性醫療系統的權利，平等和不受阻礙地享有適宜的文化、性別敏感、因勢制宜、品質優良的醫療衛生設施、商品和服務的權利，隱私和保密權以及參與權。免於種族歧視的原則和享有實質性平等的權利適用於健康權的全部四大基本要素⁷²，詳見下文所述。

(一) 可獲得性

36. 少數種族與族群有權享有實質平等，即在合理的區域範圍內有充足數量且正常運作的醫療保健設施、商品、服務和專案，並具備傳統醫療服務和藥物⁷³。為此，必須考慮到既有的不平等、高度脆弱性和健康結果方面長期存在的差距，以確保在受過訓練的醫療和專業人員以及基本藥物、疫苗、檢測和其他預防性商品和服務等方面的獲得公平分配，實現實質平等⁷⁴，並解決較易受《公約》影響所涵蓋群體的死亡和發病原因⁷⁵，包括被忽視的熱帶病。微歧視、種族主義仇恨犯罪、仇恨言論及其帶來的壓力與一系列相關負面健康結果，包括抑鬱、焦慮、高血壓以及心血管疾病等身體健康問題⁷⁶。少數種族和族群有權使用為有心理社會問題和非傳染性疾病患者提供支援的服務。

(二) 可及性，包括物理、經濟(可負擔)、資訊和數位上的可及性

37. 受《公約》保護的個人和群體，有權平等和不受阻礙地獲得醫療保健設施、商品、服務和方案，包括傳統醫藥和診療，這種可及性涵蓋物理、經濟(可負擔)、資訊和數位等多方面⁷⁷。可及性上的平等包括保護所有希望獲取服務的人員⁷⁸，包括與性健康和生育健康有關的服務，特別是人工流產服務，使他們免遭騷擾和暴力侵害⁷⁹。這項權利包括人人普遍和不受歧視地獲得衛生醫療保健設施、商品和服務，並在努力緩解和導正劣勢、排斥及邊緣化問題時，考慮到交織性歧視問題。可及性的平等可經由遠端醫療等數位醫療形式得到加強，前提是要提供平等

⁷¹ [A/66/254](#), 第 19 段。

⁷² 經濟、社會及文化權利委員會，第 14 號一般性意見(2000 年)，第 12 段；第 22 號一般性意見(2016 年)，第 12-21 段。

⁷³ 經濟、社會及文化權利委員會，第 14 號一般性意見(2000 年)；第 22 號一般性意見(2016 年)。另見 [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 經濟、社會及文化權利委員會，第 14 號一般性意見(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。

和不歧視保障，確保禁止種族歧視並對敏感的個人資料提供平等保障，並且不因使用數位工具和網路而加劇數位鴻溝⁸⁰。

38. 應對少數種族與族群提供物理可及性保障，包括居住在農村和偏遠地區的人、身心障礙人士、難民、境內流離失所者、無國籍人和被拘留者。實質平等包括獲得積極措施的權利，例如確保與這些服務的聯繫和交通是可得及可負擔的。

39. 平等獲得可負擔的基本衛生服務，要求衛生服務對人人可及，而且不造成經濟困難⁸¹；醫療服務在就診時應當免費。締約國應消除獲得衛生保健的經濟障礙，為此應推進全民健保，並確保無論是公共還是私營的醫療保險體系，都不應歧視任何人，包括《公約》涵蓋的個人⁸²。

40. 資訊可及性包括少數種族和族群成員有權獲得健康教育和具實證之資訊，從而能夠積極參與自身衛生保健和主張自身健康需求⁸³。這包括健康素養權，涵蓋以下權利：獲得可靠且相關的健康資訊；理解健康資訊；評估健康資訊的可信度、準確性和相關性，以便作出知情決定；利用健康資訊，在衛生保健、預防措施和生活方式選擇上做出有利健康的決定；與衛生保健提供者進行有效溝通；瞭解衛生保健系統的運作方式，包括保險涵蓋範圍和行政流程。

（三）可接受性

41. 健康服務的所有提供者、商品、服務和資訊，都必須尊重少數種族與族群及原住民族的文化，並對性別、年齡、身障、性別和性取向多元性以及生命歷程的要求，具敏感意識。必須在合理的區域範圍內具備文化敏銳度、文化可接受性和文化尊重性的醫療衛生服務⁸⁴。這種服務應當：適應受益群體的語言特點；與有關社區共同或密切合作設計；吸收有關社區的成員進入醫療衛生工作團隊⁸⁵。為確保醫療衛生服務在可接受性上的平等，必須大力打擊種族優越論、奴隸制和殖民主義⁸⁶的成見和遺毒以及對傳統知識、傳統治療師和傳統醫療施行的偏見⁸⁷。對某些族群特有的傳統治療師、傳統醫療和藥典不予認可或任意禁止，會使這些群體的成員易受疾病的侵害。

⁸⁰ 《世衛組織指南：關於加強衛生系統數位干預措施的建議》（2019 年）；A/HRC/53/65，第 31-36 段。

⁸¹ 世衛組織，“全民健康覆蓋”，2023 年 10 月 5 日，可查閱[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。另見 CERD/C/GTM/CO/16-17，第 14(c)段；紐西蘭衛生部，“毛利人健康”，可查閱<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 世衛組織，《未來一年內將到期的全球戰略和行動計畫：世衛組織傳統醫學戰略，2014-2023 年》EB152/37 號文件。見《聯合國原住民族權利宣言》第 21、第 24、第 29 和第 31 條。

(四) 品質

42. 少數種族與族群有權獲得高品質、具實證、符合科學和醫學且保持更新的醫療衛生設施、商品、服務和資訊。這需要獲得受過訓練並掌握技能的醫療衛生工作者、經科學認證的藥物(未過期)以及設備。體制性的種族偏見持續阻礙和限制獲取優質而充足的醫療衛生商品和服務，原因是臨床決策中的參與不平等以及社會建構在醫療實務、規程及政策，常態化的將種族和血統混為一談、使用帶有種族色彩的術語以及援引疾病流行率的差異等做法，延續疾病刻板化現象以及醫學培訓方法與教材的偏見。

43. 在奴隸制的歷史遺留影響下，非裔婦女和男子被認為身體更強壯，更能忍受疼痛⁸⁸。非裔問題專家工作組收到的報告顯示，醫療服務提供者對病症在黑人身體內外的表現缺乏瞭解⁸⁹。非裔婦女、原住民婦女和羅姆婦女獲得醫療服務的等待時間往往更長⁹⁰，包括在分娩期間。《公約》涵蓋的群體往往被排除在醫學研究、療法以及藥物研究之外。醫生們報告說，由於存在偏見、結構性障礙以及不願意在吸收少數族群與種族成員參與，展現靈活性和回應性，導致這些群體在藥物及其他商品和服務的測試情況被忽視。

D. 性健康和生育健康

44. 在性健康和生育健康方面，免於種族歧視和享有平等獲得同等品質的性保健服務、生育保健服務和新生兒保健服務。這就要求提供普遍和全面的醫療保險，以防止在分娩和產後護理費用方面採取歧視性做法，並減少分娩時發生產科急症和併發症的風險⁹¹。確保平等權要求解決《公約》所保護涵蓋人員的孕產死亡、生育和孕產病症及相關身障的原因；加強衛生系統蒐集高品質資訊的能力，以回應婦女、女童及多元性別群體的需求和優先事項；在發生侵權行為時進行究責，以提高護理品質和公平性。受《公約》保護的婦女和多元性別者在以下方面享有平等權利：產前和產後護理、熟練的助產士和產科急診服務的可獲取性；孕產保健服務在法律和實踐中的可及性；孕產保健服務的可接受性，必須尊重他們的尊嚴，具敏感意識地回應他們的需求和觀點；有關性健康和生育健康的設施、商品、服務和資訊品質的充足性，包括遵守具實證性、符合科學和醫學、保持最新和品質良好等標準。

E. 隱私權

45. 少數種族與族群以及原住民族在自身健康相關資料的隱私權保障和使用，享有平等權利並免於種族歧視⁹²。受《公約》保護的每個人都有權使自己的個人資料受到保護，它包括資料處理中的透明權，對處理涉及健康資料的反對權，對有關健康資料的查閱、可攜、更正和刪除權，針對侵權行獲得有效補救權。

⁸⁸ CERD/C/CHL/CO/22-23, 第 12 段。

⁸⁹ 工作組為委員會關於種族歧視和健康權的一般性討論日提交的資料，第 2 頁，可查閱 <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。

受《公約》保護的醫療衛生從業人員和受益人應能夠享有隱私權，不受任何種族歧視，也不受本一般性建議所承認的任何其他交織性歧視。

三. 義務和建議

46. 第五條(辰)項第(iv)目、第六條和第七條意味著有義務確保以下方面：(a) 防止有害健康的情況，包括氣候變遷和環境危害；(b) 獲得安全飲用水、適當的清潔衛生設施、安全食物、住房以及安全健康的工作條件；(c) 在合理的區域範圍內提供數量和品質充足的預防性、治療性和復健之醫療衛生服務及基本藥物，包括傳統藥物和診療服務；(d) 獲得資訊、技術和措施彌合數字鴻溝；(e) 消除健康結果和資源方面的種族差異，保護個人免受協力廠商行為造成的健康危害；(f) 蒐集和分類最新統計資料，監測健康不公現象；(g) 就打擊健康權方面的種族歧視問題推廣公眾宣傳和教育；(h) 種族與族群直接參與決策；(i) 制定和實施國家公共衛生戰略和行動計畫；(j) 對因種族歧視造成的任何損害進行究責和賠償。各國必須防止歧視，保護個人免受傷害，促進社會全體成員的平等和尊嚴。為消除結構性不平等，必須採取綜合性策略，解決健康不公的根源，推動社會正義、平等和包容。這包括投資於社區主導的倡議和資源，促進衛生醫療保健和其他部門的多樣性和文化能力，查明和解決更廣泛的將種族健康差異定型化的結構性不平等和系統性障礙。

A. 關於《公約》義務的一般原則

47. 結合第五條(辰)項第(iv)目理解，第二條確立了在享有健康權方面尊重、保護和實現平等權利並免於種族歧視的義務。締約國須實行消除歧視的政策；必須“立即”採取廣泛而具體的措施，包括特別措施。在第五條(辰)項第(iv)目下承擔的義務應立即生效⁹³。不允許採取倒退措施⁹⁴。各國必須嚴格審查影響種族和族群以及原住民族的措施的必要性和相稱性。鑒於已有實證研究顯示種族主義對健康的影響，在各種緊迫問題上，必須優先實施跨領域的反種族主義措施。《公約》規定的義務不僅適用於締約國的領土，而且適用於締約國行使控制權的其他所有領土，包括在武裝衝突期間控制的領土⁹⁵。

B. 尊重的義務

48. 不帶種族歧視地尊重健康權的義務，要求各國避免通過任何作為或不作為，直接或間接限制或過度影響少數種族和族群對健康權的享有，包括在法律、政策或施行方面。這一義務還要求各國採取一般性的和特殊性的積極措施，確保健康權的平等享有。

⁹³ 見經濟、社會及文化權利委員會第 14 號一般性意見(2000 年)，第 30 段；第 3 號一般性意見(1990 年)，第 1 段。

⁹⁴ 經濟、社會及文化權利委員會，第 14 號一般性意見(2000 年)，第 32 段。

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

(一)對造成人身傷害以及可預防的發病和死亡的任何歧視行為加以避免，對這方面的任何政策或法律予以廢除⁹⁶

49. 主管部門，包括執法官員和衛生主管機構，必須避免種族偏見、污名化、歧視、出於偏見的暴力和煽動種族仇恨的言行。

50. 締約國應廢除：

(a) 任何過度限制個人(包括非公民)獲得預防、治療和緩和醫療服務的法律和政策；

(b) 要求醫療衛生提供者向警方舉報無證移民的法律⁹⁷。

51. 締約國應避免：

(a) 禁止或阻礙人們獲得傳統醫藥和治療；

(b) 在控制傳染性和非傳染性疾病以及精神健康領域，進行歧視性實驗研究，實施強制性治療和歧視性限制；

(c) 對已有健康脆弱狀況的人實施拘留；

(d) 採取過於嚴苛並有害健康的移民法和執法；

(e) 在性健康和生育健康領域採取歧視性法律和施行；相反，法律和施行應禁止強迫絕育，使流產去刑事化，確保能夠獲得避孕藥具和其他醫療用品；

(f) 從事造成過度環境損害的活動；

(g) 推廣居住隔離，將種族和族群安置在無法提供醫療保健和其他服務提供者的偏遠地區⁹⁸；

(h) 未經原住民族的事先、自由和知情同意，徵用他們的土地並使他們流離失所；在原住民族的領土上設立廢棄物處理場或其他危害環境的事物⁹⁹；

(i) 限制原住民族的永久權利，損害他們根據《聯合國原住民族權利宣言》的標準享有的自決、傳統生計和文化權利；¹⁰⁰

(j) 對社區過度執法、進行種族定性、強化監視和採取其他對個人及其家庭的心理健康和安寧產生負面影響的警務活動；

(k) 使受《公約》保護的個人非自願入住精神病院、接受非自願治療以及隔離或約束；

(l) 使用單獨監禁和化學製劑，除非對使用條件做出嚴格規定並定期進行是否存在種族偏見的評估；

(m) 將安全的傳統醫療做法和行使流產權等生育權利定為刑事犯罪；

⁹⁶ 經濟、社會及文化權利委員會，第 14 號一般性意見(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 號一般性建議(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) 實施產婦暴力，包括產婦醫院的隔離做法；締約國應在法律中明確禁止此種做法；

(o) 拒絕提供健康服務，包括醫療保險政策規定過分要求，或將移民無證入境和停留定為刑事犯罪；

(p) 採取將住房補助和經濟援助與某些條件掛鉤的政策和立法，而這些條件對低收入家庭成員，特別是少數族群婦女影響較大¹⁰¹；

(q) 實施強制性收入管理計畫；此外，締約國也應取消在申領福利方面的歧視性條件¹⁰²；

(r) 參與武裝衝突、使用武器和進行武器貿易，從而對《公約》涵蓋的社群造成身體傷害；

(s) 簽署雙邊或多邊協定從而加重《公約》所涵蓋群體的脆弱性，並導致不利的健康結果；

(t) 在制定衛生和社會政策時使用帶有種族偏見的資料和帶有偏見的算法；

(u) 利用種族偏見和錯誤資訊作為涉及健康保護或治療的決定依據；

(v) 在資料治理系統中將種族和族群暴露於健康風險下。

(二) 平等獲得具適切文化性、性別敏感度、因勢制宜、品質優良的醫療設施、商品、服務、健康的社會基本決定因素，隱私和保密權以及參與權

52. 各國必須採取行動，通過以下方式促進和保障平等享有健康權：

(a) 通過全面的法律，明確規定採取積極措施確保平等和跨文化健康¹⁰³，包括保護隱私和保密權的措施；

(b) 公平分配受過訓練的醫療和專業人員、基本藥物以及預防性用品及服務，包括開設行動診所¹⁰⁴；

(c) 採取實證政策，解決較易受影響的少數種族與族群的死亡和發病原因，包括健康的商業決定因素；

(d) 提供全民健康保險，確保採取包容性辦法，促進最艱困群體的健康，包括移民和尋求庇護者以及這些群體中的性取向和多元性別認同人士¹⁰⁵；

(e) 確保有數量充足的衛生醫療專業人員向原住民族提供服務，並制定基準，以監測原住民族在關鍵弱勢領域的進展情況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) 確保醫療衛生提供者：告知受《公約》保護的每一位病患者有關所有流程、治療選擇和合理的替代辦法，包括潛在風險和益處；考慮個人的需要，並確保他們理解收到的資訊；確保做出的同意是自由和自願的；

(g) 除擴展現有工作人員的跨文化能力外，還應吸收專門從事跨文化醫護的專業人員加入；

(h) 確保能與醫療服務提供者溝通，確保使用醫療設施、商品和治療所需的交通服務；

(i) 確保在所有情況下，包括在剝奪自由場所，都提供適當的體檢、護理以及醫療、核對總和藥房記錄；

(j) 確保獲得必要的通譯服務¹⁰⁷，並以適合的語言獲得社會服務和衛生服務¹⁰⁸；

(k) 提供獲得健康教育和具醫學實證資訊的平等機會，消除語言和文化障礙¹⁰⁹；

(l) 開展有針對性的提高認識運動，介紹可用的醫療服務和全民健康保險的規定¹¹⁰；

(m) 與少數種族與族群以及原住民族共同設計符合文化認同並對性別敏感的預防、治療和緩和醫療服務；

(n) 確保在基層和分級醫療制度下提供基層醫療工作者(包括醫生、護士、助產士、輔助人員和社區工作者，必要時包括傳統醫療醫生)均應受過適當的社會和技術培訓，以團隊協作的方式展開工作，回應社區提出的醫療衛生需求¹¹¹；

(o) 確保提供沒有種族偏見的高品質預防、治療和緩和醫療服務；有效和可負擔的藥物，包括傳統藥物；疫苗；診斷和其他技術¹¹²。

(三)特別措施

53. 按照第 32 號一般性建議(2009年)，各國必須通過和實施特別措施，如設定衛生醫療工作者配額以及為少數種族和族群增加資源和服務，以消除長期存在的差距和劣勢¹¹³。這些措施的設計和實施應採取跨領域方針，以查明處境最為不利者和同時遭受多種形式歧視者。國家有責任制訂一個框架，使特別措施能夠在全國各地得到一體適用¹¹⁴。各國絕不可放棄專門針對弱勢群體的特別措施，以免加劇業已存在的不平等¹¹⁵。可以將對奴隸制和殖民歷史造成的傷害進行賠償作為一個工具，為特別措施提供資金，消除健康領域的差距，同時建設一個更加健康和更有凝聚力的社會。

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 《阿拉木圖宣言》。

¹¹² 《阿斯坦納宣言》。

¹¹³ 第 34 段。

¹¹⁴ CERD/C/USA/CO/10-12, 第 9 段。

¹¹⁵ [CERD/C/GBR/CO/21-23](#), 第 13 段。

C. 保護的義務

54. 保護平等享有健康權和免受種族歧視的義務，要求各國採取和實施一切必要措施，確保自然人、法人或團體不因種族、膚色、世系、原屬國或民族本源而直接或間接地取消或損害任何人健康權的被承認、享有或行使。種族歧視對健康的影響，觸發締約國的下述義務：防止與種族歧視有關的風險，並採取保護性行動措施；監測和確保法律和行動框架的遵守情況；在發生侵權行為時提供有效補救。具體而言，各國必須：

(a) 確保平等獲得協力廠商提供的具有文化適切性和性別敏感度的預防、治療和緩和醫療產品和服務；

(b) 確保人人都可獲得可負擔的疫苗、藥物和其他保健產品，解決造成健康不公和種族歧視的基本社會經濟因素¹¹⁶；

(c) 確保擴大民營機構在衛生保健資金、衛生醫療服務、商品和治療的提供或供應中的參與不會影響醫療衛生設施和物資(包括藥品和其他醫療產品)的可得性、可及性、可接受性及品質，特別是針對少數種族和族群，包括無證孕婦和多元性別者；

(d) 確保民營化不會降低受種族歧視的群體原本享有的健康權水準；

(e) 確保預防政策的制定要基於最佳科學證據，不帶種族偏見和利益衝突；

(f) 確保在私人參與衛生醫療之前，進行人權影響評估；任何私人參與衛生醫療行為，都必須積極促進而非阻礙健康權的實現；

(g) 通過制定環境規範和政策、監測健康的環境風險、執行品質標準和確保自然資源管理的可持續性，確保私人造成的環境惡化不會較影響少數種族和族群成員享有健康權；

(h) 確保少數種族與族群成員在獲得產前和產後護理以及流產服務上，不因有害習俗而受影響；

(i) 防止私人的脅迫性做法，如切割女性生殖器、強迫婚姻和實驗性健康研究；

(j) 確保私人不限制有關健康資訊的獲取和參與；

(k) 確保私人對種族與族群隱私權施加的任何限制符合不傷害此人權原則；

(l) 確保調查並相應懲處任何出於種族動機、目的在於或實際造成《公約》所保護人員的身心完整受傷害的行為；

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

(m) 確保私營企業、私營醫療機構和其他相關組織遵守平等和不受歧視的權利¹¹⁷；

(n) 確保私營機構：查明和評估自身活動或商業關係中可能涉及的基於種族、膚色、世系、原屬國或民族本源對健康權的實際或潛在不利影響；將評估結果納入相關內部職能和流程，並採取適當行動；追蹤應對措施的有效性；對自身如何處理人權影響作出說明¹¹⁸；

(o) 確保公司特別關注某些關聯性資料可能具有歧視性目的或效果的因素，並確保公司將自己的人工智慧系統交付獨立的協力廠商稽核¹¹⁹；

(p) 如果評估認為歧視或其他侵犯人權的風險太高或無法減輕，包括計畫或預計會被國家使用，須確保私人避免部署人工智慧系統，直到能夠確保切實緩解歧視性結果。應將種族歧視造成的健康風險暴露和脆弱性納入事前和事後評估，由多學科團隊提供支援，並瞭解對於種族主義和種族歧視的各種親身經歷；

(q) 私人如果參與，則要確保他們對於在健康權方面造成的損害做出因應措施並承擔責任。如果私人造成了損害，他們應該停止造成損害的行動，並做出補救。如果他們促成了另一方造成的損害，他們應停止促成損害的行動，爭取利用或培養對另一方的影響力來防止或減輕未來發生損害的風險，並推動對損害做出補救，包括賠償。如果私人只是與並非自身造成或促成的損害有關聯，他們應設法利用或培養自己的影響力，以防止或減輕其他方面爾後造成損害的風險，但不應要求他們參與作出補償；

(r) 記錄與包括私人在內的醫療提供者，有關的種族歧視案件，以及相關的預防措施、處罰和補救，並在提交委員會的報告中列入這方面的資料。

D. 實現的義務

55. 實現的義務要求各國單獨及通過國際援助與合作，採取適當的立法、行政、預算、司法、宣導和其他積極措施，充分實現在享有健康權方面的平等權和免於種族歧視的自由。《公約》和《經濟社會文化權利國際公約》（第二條第一款和第二款）所規定義務的直接效應是各國須立即制訂、通過、執行和定期評估專門、具體和有針對性的措施，同時考慮到交織性。

（一）代表權

56. 各國必須鼓勵在自身管轄範圍內，受《公約》保護的群體，於醫療提供者、專家以及醫療接受端等多方面，均享有代表性。具體的代表性指標必須與其他關於人權、平等和不歧視的國際義務相一致，同時反映實際情況的背景和範圍。各國應在供應鏈政策和與私營實體的交易中促進《公約》所涵蓋群體的代表性，作為健康品質的一項可衡量指標。

¹¹⁷ 《工商企業與人權指導原則》，原則 1-3。另見指導原則 11 和 24。

¹¹⁸ 指導原則 17-21。

¹¹⁹ 《多倫多宣言：保護機器學習系統中的平等權和不歧視權》。

57. 各國應對來自受歧視的種族與族群中，從事醫療專業之人員，減輕其升遷時可能面臨的障礙，確保他們獲得培訓，以保障他們在各級醫療專業人員中的代表性。

(二) 參與、協商和賦權

58. 第二條第一款(辰)項規定，締約國有義務於適當情形下，鼓勵種族融合主義的多種族組織與運動，以及其他消除種族壁壘之方法，並勸阻有加深種族分歧趨向之任何事物。種族融合主義的多種族組織和運動應理解為支持《公約》原則的基層社區民間組織。各國應分配資源，在社區、區域或國家各級與少數種族和族群及原住民族共同制定跨文化醫療策略¹²⁰。各國應讓協會、社區以及他們的代表包括婦女參與制定和實施有關種族與族群的醫療方案和項目¹²¹。

(三) 監測種族不平等

59. 在國家層級採取跨領域辦法，監測種族歧視是執行《公約》第二條第二款和第九條規定的一個基本組成部分¹²²。《公約》規定的一項根本義務是，使人人享有自我認同屬於某一族群¹²³並列入統計和社會調查的權利。分類資料使當局能夠監測健康的社會決定因素，並確定與性別等各方面不平等現象相交織的種族歧視的影響。此類資料的蒐集應當是自願和匿名的，以自我認同為依據，符合人權指標與原則，如資料保護監管和隱私保障，包括不傷害此人權原則及關於知情同意的各項保障。受《公約》保護的人應能獲得關於自身資料的蒐集、使用和結果的資訊。

60. 各國應與世衛組織和區域性組織及機構合作，對資料進行分類，向種族與族群及一般大眾提供匿名統計資料。各國應通過和實施國家醫療行動計畫和相關政策，以分析和處理種族主義和交織性歧視現象，包括其根源問題¹²⁴。締約國應：

- (a) 開發蒐集分類資料的健康資訊系統；
- (b) 確保資料蒐集工作也支援綜合公共衛生監測¹²⁵；
- (c) 定期對資料分類，以確保課責；
- (d) 確保支持衛生部門和其他部會在《公約》和其他國際人權條約的報告工作中採用跨領域觀點，包括為此尋求聯合國實質的支援。

(四) 通過和實施國家醫療行動計畫

61. 國家應與有關群體協商，通過國家醫療策略和行動計畫，以找出落差，明確目標，按照第二條第二款採取特別措施，確保所有相關主管部門相互協調，有效編列預算。國家應通過並確實實施有充足資源保障的政策，包括特別措施，以改善少數種族與族群以及原住民族的社會經濟狀況，包括實施針對婦女、兒童

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

¹²¹ 第 27 號一般性建議(2000 年)，第 34 段；世衛組織，WHA77.2 號決議。

¹²² 《德班行動綱領》，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 世衛組織，《世界難民和移民健康報告》(2022 年)，第 211 頁。

、老年人和身障人士的專案，以解決結構性的歧視問題¹²⁶。應有專門的預防醫學方案提供給公共健康保險計畫未覆蓋的人群，包括無證移民¹²⁷。在打擊種族歧視的所有政策和戰略中，從性別角度檢視，對於終結原住民婦女、移民婦女和非裔婦女面臨的多重和交織性歧視，具有根本重要性¹²⁸。

62. 強烈鼓勵各國通過促進主管機關、社區和民間組織、平等機構、國家人權機關和私營醫療機構之間的合作模式，有效協調支援服務。國家應與有關社區協商，作為一項特別的緩解措施，探索是否可能通過行動診所¹²⁹ 提供衛生醫療支援，並向全民免費提供專門的預防醫學專案、綜合緊急醫療服務、分娩醫護以及 5 歲以下兒童醫療服務。

63. 各國應規範人工智慧在所有涉及健康領域的使用，並確保遵守禁止種族歧視的規定。只有在以推動人人享有健康權而不受種族歧視或其他任何歧視為明確目標的前提下，才能部署人工智慧系統。在採購或部署這類系統之前，國家應採取適當的立法、行政和其他措施，以確保其使用目的，盡可能準確地規範使用參數，並提供防止種族歧視的保障措施。國家對人工智慧應採取基於人權的方法，將消除種族歧視原則納入各個階段和所有最低限度標準¹³⁰。在將人工智慧部署到衛生領域之前，國家應評估潛在的人權影響，並應考慮在獨立的多學科監督機構的監督下先從試點開始，該監督機構的人員組成應體現人口組成的多樣化。

(五)教育、培訓和公眾意識培養

64. 根據《公約》第七條，締約國應推動在享有健康權方面禁止種族歧視和保障平等權利問題的公眾宣傳和教育活動。這包括對醫療衛生提供者、政策制定者和民眾展開關於解決健康領域種族差距重要性的教育，並確保所有人平等獲得衛生保健服務。

65. 各國應：

(a) 在地方、區域和國家各層級之醫療衛生工作者，包括基層及人道庇護安置所，制定和提供有關反種族主義、反歧視及多元文化素質培訓；

(b) 確保在可能情況下讓遭受交織形式歧視的人，參與制定和實施上述培訓計畫及工作。醫院、基礎保健中心和社會服務機構應確保在培訓之外，輔以制度性干預，在易受成見和偏見影響的領域，限縮執行的裁量權並加強監管；

(c) 將人權教育列入醫學院必修課程，並確保在職培訓涵蓋跨文化健康、與歧視有關的健康不公、種族主義與排斥以及醫療服務對於加劇和緩解這些不公平的作用；

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 號一般性建議(2004 年)。

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

¹²⁹ CERD/C/MNG/CO/23-24, 第 24(e)段。

¹³⁰ 人工智慧高級別專家組，“用於可信賴人工智慧(ALTAI)自我評估的評估清單”(2020 年)。

(d) 鼓勵醫學院審查其課程，查明醫學培訓方法和教材中的偏見和成見；

(e) 鼓勵醫學院根據本國情況增加原住民族、非裔、羅姆人和其他族群成員的多樣性和代表性；

(f) 鼓勵醫療專業工作者協會考慮將人權和反歧視培訓納入會員政策，並支持它們的努力；

(g) 展開有針對性的宣傳活動，傳達關於可用的醫療衛生服務和強制健康保險規定的資訊¹³¹，並防止虛假或誤導性資訊在數位和實體環境中散播。

E. 課責

66. 根據第六條，各國必須保證在其管轄範圍內的每一個人，都能針對任何侵犯其健康權的種族歧視行為，得到有效的保護和補救，並有權就這種歧視造成的任何損害要求充分賠償或補償。

67. 各國應：

(a) 建立有效而獨立的課責機制，包括內部機制(衛生醫療部門)和外部機制，並對不當行為制定紀律措施；

(b) 在獨立專家的協助下定期進行稽核，以查明內部政策和執行的不足。強烈建議保障過程及結果的公開透明度，以強化課責力度並提升個人及社區的信任；

(c) 建立獨立的非司法課責及申訴機制，賦予其查明事實並就構成種族歧視的行為或不作為具認定的職權；

(d) 建立由各種族與族群以及原住民族共同設計的非司法救濟機制；

(e) 確保種族融合主義的多種族組織與活動的參與，將其他消除障礙的措施納入課責及救濟機制；

(f) 採取以受害者為中心、以社群為導向的方式，並融入交織性觀點；

(g) 在任何違反《公約》的行為造成損害的情況下，確保對所造成的損害給予充分賠償¹³²；

(h) 在個案賠償的同時採取結構性措施；

(i) 作為賠償的一部分，採取積極措施，如教育培訓、保障參與、賦權受影響社群，以確保履行被違反的義務。

F. 國際合作與發展

68. 國際衛生醫療合作是促進平等和禁止種族歧視的一個關鍵要素。各國應確保在所有組織中，包括在國際性和區域性金融和發展機構中遵守《公約》規定的義務。各國應確保人們有效和不受歧視地獲得預防、治療及復健設施、商品、服務和技術。為此，各國必須促進基於人權的發展¹³³。國家不得推行、縱容或延續

¹³¹ CERD/C/LTU/CO/9-10, 第 18(d)段。

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

那些為遭受種族歧視的群體享有健康權而設置或強化的障礙，而應致力推動予以消除的政策和做法。

69. 為對抗國家內部與國際間的全球健康不公問題，締約國應秉持國際團結原則，透過國際合作採取行動，包括支持全面暫時豁免《與貿易有關的智慧財產權協定》（TRIPS）條款等各項提議，並採取所有附加的國內及多邊措施¹³⁴，以降低這些挑戰及其對《公約》所保護之群體與少數族群所造成的不均衝擊及社會經濟影響。

70. 強烈鼓勵各國在多邊與雙邊協定及其他影響全球健康不歧視的談判中，納入與《公約》第一條第一款相符的條款，以確保所有種族與族群（包括種姓）都能平等享有健康權。

四. 本一般性建議的宣導

71. 各國應將本一般性建議傳送給所有相關部門，並以各種族與族群及原住民族之語言或其他交流形式進行宣導。

¹³³ 見 [A/HRC/54/50](#)。

¹³⁴ 關於無法公平且不受歧視地獲得 COVID-19 疫苗問題的第 2 號聲明(2022 年)([A/77/18](#), 第 20 段)。