



人权理事会

第二十三届会议

议程项目 3

增进和保护所有人权——公民权利、政治权利、
经济、社会和文化权利，包括发展权

人人享有可达到的最高水准身心健康问题特别报告员
阿南德·格罗弗的报告*

概要

本报告根据人权理事会第 15/22 和第 6/29 号决议提交，涉及与移徙工人健康权有关的问题。本报告侧重低技能移徙工人和非正规移徙工人，概述了国家和非国家行为方尊重、保护和落实移徙工人健康权的责任。

特别报告员还研究了该领域的许多实质问题，包括输出国向移徙工人提供信息和规范招工机构的责任；关于移民政策的健康权关切，例如强制体检、拘留和驱逐非正规移徙工人或处于特定健康状况的移徙工人；获得医疗设施、物资和服务的情况，尤其是非正规移徙工人的情况；当地人通常不愿从事并认为有辱人格的特定行业；移徙工人的精神健康状况；移徙女工的问题以及她们的性健康和生殖健康权。

特别报告员在报告最后提出了一系列建议，旨在确保尊重、保护和落实所有移徙工人的健康权。

* 迟交。

目录

	段次	页次
一. 导言	1-5	3
二. 概念框架	6-18	4
A. 国家义务	11-12	5
B. 参与	13-15	6
C. 问责	16-18	6
三. 具体问题	19-75	7
A. 出发前的国家义务	19-27	7
B. 移民政策	28-37	9
C. 获得医疗设施、物资和服务的情况	38-45	12
D. 肮脏、危险和有辱人格的工作以及职业健康	46-61	15
E. 精神健康	62-69	20
F. 妇女以及性健康和生殖健康	70-75	22
四. 结论和建议	76	24

一. 导言

1. 全球化以及推动放松对劳动力市场管制的新自由主义经济政策推动了当代劳工的国际移徙，包括廉价、低技能劳动力的流动。¹ 估计目前有 1.05 亿人在原籍国以外工作。² 移徙工人的汇款超过了对发展中国家的官方发展援助，³ 大大改善了家庭经济状况，改善了住房和教育等健康的基本决定因素。移徙过程可能对移徙工人的健康产生重大影响，如果管理不善，可能超过移徙带来的任何经济和社会效益。

2. 本报告涉及为了工作从一国(输出国)移徙到另一国(接收国)并在接收国从事低技能或半技术工作的个人享有健康权的问题。报告范围限于移徙工人，因为某些问题，例如与招工机构、强制体检和职业健康有关的问题导致他们的健康权遭到严重侵犯，因此需要单独研究。不过，难民等其他移民同样也面临在接收国就医等问题，因此分析可延伸到所有移民团体。有些人通过正式渠道，有些人通过非正式渠道移徙，还有一些人两种渠道都用到。“正规”一词指未经许可在接收国生活或工作的移徙工人，“正规”指经许可在接收国生活和工作的移徙工人。本报告特别关注建筑业、家政服务、色情服务和农业部门的工作，这些是移徙工人经常从事的肮脏、危险和有辱人格的工作(3D 工作)。

3. 移徙工人在移徙之初通常比较健康。⁴ 不过，整个移徙周期各方面环境的复杂性和多样性可能导致他们的身心健康恶化，从而无法享有其他权利。⁵ 例如，非正规移徙工人在移徙途中可能因危险条件——例如挤或躲在船舱或卡车里——而面临极大的健康风险。⁶ 他们在移徙途中还可能遭到暴力和性侵害。⁷ 移徙途中以及过境国医疗服务有限或缺乏可能进一步加重病痛，包括未经治疗的非传染病

¹ 例如，《服务贸易总协定》模式 4 旨在开放服务业的边界，而不要求国家为移徙工人提供保护。见 Tomer Broude, “The WTO/GATS Mode 4, International Labour Migration Regimes and Global Justice”, 第 7-07 号研究论文(2007 年 5 月), 第 28 页。

² 国际移徙组织(移徙组织), 劳工移徙网页, 见 <http://www.iom.int/cms/en/sites/iom/home/what-we-do/labour-migration.html>。

³ 世界银行, Migration and Development Brief 19 (2012 年), 第 1 页。

⁴ A/HRC/14/30, 第 23 段。

⁵ 移徙组织, Migrant Health for the Benefit of All (2004 年), MC/INF/275 号文件。

⁶ 移徙组织, “Migration: A social determinant of the health of migrants”, 背景文件(2006 年), 第 8 页, 可查阅 <http://www.migrant-health-europe.org/files/FINAL%20DRAFT%20-%20IOM%20SDH.pdf>。

⁷ 移徙组织, *Migrants' needs and vulnerabilities in the Limpopo Province, Republic of South Africa*, 第二阶段报告, 2009 年 2 月至 3 月(2009 年)。

的病痛。⁸ 在过境国提供营地⁹ 或协助移民自愿返回输出国¹⁰ 可能有助于降低非正规移徙工人在健康方面的脆弱性。

4. 经济需要、信息不全以及教育和技能水平低可能迫使移徙工人从事危险和监管松懈的肮脏、危险和有辱人格的工作。由于缺乏保护这些行业移徙工人权利的有效保障，再加上无良招工机构、中介和雇主的剥削，以他们的生活和工作条件，移徙工人根本无法充分享有健康权。

5. 文化差异和语言不通可能加大了移徙工人在接收国的脆弱性，特别是在远离家庭或缺乏社会支助网的情况下。获得医疗设施、物资和服务方面的法律、信息和就业相关障碍也使他们更加脆弱。非正规移民面临更大挑战，他们就算有看病的权利、得到职业健康和安全法的保护或者能够诉诸补救机制，也比一般人少，而且始终面临被拘留和驱逐的威胁。将移民控制与医疗体系挂钩的法律对他们尤为不利，因为这类法律直接阻碍他们就医，助长了对他们的歧视和羞辱，而不是促进社会融合。

二. 概念框架

6. 健康权框架主要基于《经济、社会、文化权利国际公约》第十二条，该条承认人人有权享有能达到的最高身心健康标准。经济、社会、文化权利委员会第 14 号一般性意见阐述并解释了健康权。它要求各国尊重、保护和落实所有人，包括移徙工人的健康权。还要求各国改善健康的基本决定因素——实现健康权的前提——例如教育、有营养的食物、饮用水、适足的卫生设施以及安全和生活的工作和生活条件。移徙应视为一个基本决定因素，因为离开输出国之前、到达接收国、在接收国居留并融入该国、直到重新回到输出国的进程决定了移徙工人的健康水平。

7. 移徙工人的权利得到了大量国际法文书的明确认可。1990 年《保护所有移徙工人及其家庭成员权利国际公约》详细阐述了移徙工人及其家庭成员在整个移徙过程中的权利，并按照离开输出国、中转、在接收国就业和返回输出国等移徙的各阶段，分别规定国家的义务。

⁸ 卫生组织，*Health of Migrants* (2008 年 4 月)，A61/12 号文件，第 17 段，可查阅 http://www.iom.int/jahia/webdav/shared/shared/mainsite/microsites/IDM/workshops/migrant_human_rights_032509/nygren_krug_en.pdf。

⁹ 移徙组织，*Migration Health*，移徙组织 2011 年活动报告(2011 年)。

¹⁰ 移徙组织，*Tanzania's Mixed Migration Unit*，简介，<http://www.iom.int/files/live/sites/iom/files/Country/docs/IOM-Info-Sheet-MMU-221012-Final.pdf>。

8. 国际劳工组织(劳工组织)通过各项公约和建议规定了国家的义务¹¹ 和招工机构的某些责任,要求他们采取措施防止对移徙工人的虐待和剥削。¹² 劳工组织强调移徙工人的职业健康和安全,就推动家庭团聚的措施提出了建议,¹³ 这为移徙工人提供了社会支助,有助于精神健康。

9. 世界卫生大会关于移民健康的决议建议各国推动考虑移民需要的卫生政策,包括提供信息和服务,以及推动平等地获得公共卫生资源。¹⁴

10. 通过规定将不歧视贯穿于国家政策的各个方面,健康权框架一方面不允许区别对待正规与非正规移徙工人,另一方面不允许区别对待移徙工人与本国公民。这一点有别于《保护所有移徙工人及其家庭成员权利国际公约》,该公约只允许非正规移徙工人获得迫切需要的医疗设施、物资和服务。¹⁵ 不歧视要求公民和非公民,包括非正规移徙工人都能平等地享有社会经济权利,例如获得医疗设施、物资和服务。¹⁶

A. 国家义务

11. 实现健康权要求各国通过并实施基于证据的国家卫生政策,政策不应歧视非公民,¹⁷ 并应考虑非正规和正规移徙工人在移徙过程各阶段,包括离开前和返回后的需要。国家履行落实健康权义务的一个方面是确保移徙工人与其他国民一样,有机会且能够实际享用优质的医疗设施、物资和服务,包括加入当前医疗保险计划。

12. 移徙过程涉及的每个国家都应当履行尊重、保护和落实其管辖内所有人,包括移徙工人健康权的义务。国家之间的双边协定以及不具有约束力的谅解备忘录通常用来规范劳工走廊,以及规定这些地方应当遵守的条款与条件。¹⁸ 这类安排中的规章应当可强制执行并反映健康权的原则,特别是国家和非国家行为方不歧视、赋权、参与、透明和问责的原则。

¹¹ 国际劳工局(劳工局),1925年《事故赔偿待遇公约》(第19号公约)、《移民就业公约(1949年修订)》(第97号公约)、1962年《本国人与外国人社会保障同等待遇公约》(第118号公约)、1975年《移徙工人(补充规定)公约》(第143号公约)、2011年《关于家庭工人体面劳动的公约》(第189号公约)。

¹² 劳工组织,1997年《私营职业介绍所公约》(第181号公约)。

¹³ 劳工组织,1975年《移民工人建议书》(第151号),第13段。

¹⁴ 第六十一届世界卫生大会,移民健康决议(2008年5月24日),WHA61.17号文件。

¹⁵ 《保护所有移徙工人及其家庭成员权利国际公约》,第28条。

¹⁶ 消除种族歧视委员会,关于对非公民的歧视问题的第30(2004)号一般性建议,第29和36段。

¹⁷ 经济、社会、文化权利委员会,关于经济、社会和文化权利方面不歧视的第20(2009)号一般性意见,第38段。

¹⁸ 劳工组织,为就业暂时和永久移徙,包括难民和流离失所者移徙协定范本,《移民就业建议书》(1949年修订)(第86号),附件。

B. 参与

13. 受影响社区参与决策制定进程是健康权框架的关键。国家不应基于国籍或法律地位而有所歧视，¹⁹ 应特别关注弱势群体，例如低技能移徙工人和非正规移徙工人，保护他们的权利不受到第三方，例如私营招工机构、中介和雇主的侵害。

14. 因此，国家应确保移徙工人，包括非正规移徙工人参与法律 and 政策的制定、实施、监督和强制执行，包括参与双边协定的谈判。鉴于工会被视为推动工人权利，²⁰ 包括职业健康²¹ 的重要力量，应当鼓励正规和非正规移徙工人加入或成立工会。积极参与，尤其是非正规工人的积极参与要求国家采取积极措施，创造有利环境，使非正规移徙工人可以不必担惊受怕地参与。获得及时和准确的信息是切实参与健康方面决策制定的前提。

15. 各国(包括接收国)应确保移徙工人参与决策制定进程和宣传战略，特别是有关获得医疗服务的决策制定进程和宣传战略。参与还将加深潜在移徙工人对问题的理解，例如移徙的压力因素、非法招工做法、移徙者在输出国和接收国的权利以及外国雇主的义务。²² 社区的参与将有助于消除卫生服务的文化和语言障碍。²³ 在一些国家，民间社会组织成功地让移徙工人参与外联和转诊方案，提供在文化和语言上适合移徙工人的信息，²⁴ 从而鼓励了社区主导的倡议。

C. 问责

16. 落实健康权要求各国实施有效和可利用的机制，让所有责任承担者负起责任。非公民，例如移徙工人也有权获得法律补救，质疑对其权利的侵犯。²⁵ 虽然国家是健康权方面的主要责任承担者，但是同时也有义务确保非国家行为方，例如招工机构和雇主对侵犯移徙工人健康权的行为负责。

¹⁹ 经济、社会、文化权利委员会，第 20 号一般性意见，第 36 段。

²⁰ 经济、社会、文化权利委员会，关于工作权利的第 18(2006)号一般性意见，第 54 段。

²¹ A/HRC/20/15, 第 35 段。

²² 艾滋病和流动人口行为研究协调组织亚洲区(CARAM Asia), *From Voices to Actions: Empowering Migrant Communities through Participatory Action Research* (2009 年), 第 60 页。

²³ 移徙组织，泰国考察团，*Healthy Migrants, Healthy Thailand: A migrant health program model* (2009 年)，第 87 页，见 http://publications.iom.int/bookstore/free/Healthy_Migrants_Healthy_Thailand.pdf。

²⁴ Brahm Press (拉克斯泰基金会), *Migrant's Health and Vulnerability to HIV/AIDS in Thailand* (日期不详)，第 28 页，可查阅 http://ns4439.ukserverhosting.net/dmdocuments/Migrant_health_and_HIV_vulnerability_in_Thailand_phamit.pdf。

²⁵ 消除种族歧视委员会，第 30 号一般性建议，第 18 段。

17. 问责要求在所有就业部门实施严格的监管框架，并建立独立的机制，确保落实权利和监督遵守情况。严格的监督将鼓励透明，遏制招工机构、雇主和政府部门的剥削、串通和虐待行为。²⁶

18. 输送国和接收国还应确保通过准司法或司法机制提供法律补救，使移徙工人能够针对国家和非国家行为方行使其权利。国家还应规定通过赔偿、纠正错误或保证不再发生等方式，就健康权遭到侵犯的情况提供适当救济。这类救济还应包括临时措施，例如为遭到虐待的家政工人提供庇护所。

三. 具体问题

A. 出发前的国家义务

获取信息

19. 能否充分实现健康权很大程度上取决于国家是否履行了确保为支持移徙决策制定而提供有用信息的义务。为了使潜在移徙工人能够免遭移徙过程参与方的侵害和剥削，也需要向他们提供信息，尤其是关于其权利的信息。

20. 在潜在移徙工人做出移徙承诺前，应向他们提供以下信息：移徙过程中产生的费用、招工机构、接收国工作的条款与条件和接收国的实用信息、移徙到特定国家的潜在危险和好处、与移徙和工作有关的风险以及应对风险的方式。²⁷还应当向潜在移徙工人介绍接收国的政策，例如强制体检、获得医疗服务的资格和机会。传播这类信息的常用方法包括发布警告、在网上和报纸上公布有营业执照的招工机构名单和招工机构黑名单，²⁸以及大众媒体宣传活动。²⁹

21. 一些国家在出发前夕举办出发前情况介绍会，为移徙工人适应接收国的生活做准备，³⁰并为他们提供岗位培训。³¹在介绍会期间，应当向移徙工人提供他们能够理解的关于其权利的信息，介绍卫生信息，例如防止艾滋病毒等传染病

²⁶ 亚洲移徙论坛，*Labour Recruitment to the UAE: Gaps between policy and practice in Sri Lanka, Nepal, Bangladesh, and the Philippines*(2011 年)。

²⁷ 劳工组织，*Protecting the Rights of Migrant Workers: A Shared Responsibility*(2009 年)，第 7 页。

²⁸ 菲律宾海外就业局，招工机构情况，可查阅 <http://www.poea.gov.ph/cgi-bin/aglist.asp?mode=all>。

²⁹ 移徙、全球化和贫困问题发展研究中心，*Information Campaigns on Safe Migration and Pre-Departure training*(2008 年)，第 22 页。

³⁰ Farooq Azam, “Public Policies to Support International Migration in Pakistan and the Philippines”，阿鲁沙会议，*New Frontiers of Social Policy*(2005 年 12 月 12 日至 15 日)。

³¹ A.K. Masud Ali, *Pre-departure Orientation Programme: Study of Good Practices in Asia, A comparative Study of Bangladesh, the Philippines and Sri Lanka*(出版社和日期不详)，第 88 页。

传播，并介绍接收国可获得的医疗设施。出发前的培训课程对于向移徙工人介绍他们相对于接收国和雇主的权利至关重要。³² 还应在培训课程上介绍遭到虐待、剥削或权利遭到其他侵犯时可诉诸的求救机制，例如领事保护。³³ 国家应确保出发前情况介绍会，包括私营机构举办的介绍会提供的信息准确且实用。

22. 应鼓励返回的移徙工人与从事这方面工作的组织共同举行培训和介绍会，使即将出国的移徙工人了解他们在接收国可能面临的状况和遭遇，以及在遭到虐待、剥削和处于困境时可以如何求助。³⁴ 然而，由于出发前介绍会通常在出发前夕举行，³⁵ 移徙工人没有足够的时间消化这些信息。因此，出发前介绍会和培训的安排应当使移徙工人能够最大程度地理解这些信息。还应举办到达后介绍会，强化并具体分析在出发前介绍会中接收的信息，以便为移徙工人融入接收国提供支持。³⁶

规范招工机构

23. 国家有义务保护个人的健康权不受第三方的干预。低技能移徙工人——许多是文盲和穷人——在正式移徙过程中首先接触到的通常是招工机构，大多数为私营企业。他们为移徙工人提供关于工作机会和接收国生活和工作条件的收费信息。他们还安排移徙所需的文件，因此为指引移徙工人经历移徙的重要阶段发挥了重要作用。³⁷ 对招工组织的依赖可能使移徙工人容易受到剥削和虐待，因此需要输出国对招工机构进行规范。

24. 作为保护移徙工人健康权的一项重要内容，国家应确保监督招工机构并向其问责。国家可通过立法监督招工机构，规定它们必须获得许可，定期报告并接受独立的监督和检查。³⁸ 防止非法招工机构进入市场和剥削移徙工人也需要进行监督。³⁹

³² 劳工组织，《劳工移徙问题多边框架：基于权利的劳工移徙方针的不具有约束力的原则和指导方针》(2006年)，指导方针 12。

³³ 同上，指导方针 12.8。

³⁴ 移徙组织，*Migrant Resource Centres, An Initial Assessment*，移徙组织移徙研究系列第 40 号(2010年)，可查阅 http://publications.iom.int/bookstore/free/MRS_40.pdf。

³⁵ A.K. Masud Ali, *Pre-departure Orientation Programme*，第 104 页(见脚注 31)。

³⁶ Farooq Azam, *Public Policies to Support International Migration*，第 107 页(见脚注 30)；劳工组织，《劳工移徙问题多边框架》，指导方针 12.1 至 12.2(见脚注 32)。

³⁷ Dovelyn Rannveig Agunias, *Migration's Middlemen: Regulating Recruitment Agencies in the Philippines - UAE Corridor*(2010年)。

³⁸ 保护所有移徙工人及其家庭成员权利委员会关于移徙家政工人的第 1(2010)号一般性意见，第 34 段；劳工组织，《Guide to Private Employment Agencies: Regulation, Monitoring and Enforcement》(2007年)，第 13 页。

³⁹ 欧洲安全与合作组织(欧安组织)、劳工组织、移徙组织，《Handbook on Establishing Effective Labour Migration Policies in Countries of Origin and Destination》(2006年)。

25. 为了防止剥削，国家应确保书面雇佣合同涉及以下问题：健康(包括职业健康)的基本决定因素、获得医疗设施、物资和服务的机会、对工伤和死亡的赔偿，以及争端解决机制。⁴⁰

26. 一些国家禁止招工机构雇佣工人或某类工人，例如家政工人，为习惯性剥夺移民适当的休息、有营养的食物、医疗和睡眠时间的国家或雇主工作。⁴¹ 然而，这可能导致移民工人通过更危险的途径到国外就业，因此输出国应当确保与接收国的双边协定规定提供严格保护，并实施防止虐待和剥削的执行机制。

27. 国家应确保移民工人在招工机构侵犯其权利或未遵守国家法律或政策规定时，能够获得法律补救，包括赔偿。⁴²

B. 移民政策

28. 强制体检、拘留和驱逐出境等移民政策，特别是国家间双边协定所载这类政策需要输送国和接收国强制执行。这类移民政策，包括双边协定所载移民政策，应当符合国家(输出国和接收国)尊重、保护和实现移民工人健康权的义务。

强制体检

29. 许多接收国在移民政策中要求移民工人接受强制体检，项目包括艾滋病毒、⁴³ 结核病、⁴⁴ 验孕。⁴⁵ 虽然一些国家已取消了与艾滋病毒有关的旅行限制，但是在 40 多个国家，移民工人居留和就业仍然必须接受艾滋病毒检测，⁴⁶

⁴⁰ 劳工组织，*Guide to Private Employment Agencies*，第 26 页(见脚注 38)；Farooq Azam, *Public Policies to Support International Migration*，第 11 页(见脚注 30)。

⁴¹ 菲律宾审计委员会，*Sectoral Performance Audit Report on the Overseas Workers' Welfare Program of the Government (CYs 2005 and 2006)*(奎松市，2008 年)，第 24 至 25 页，见 www.coa.gov.ph/GWSPA/GWSPA.htm。

⁴² 劳工组织，《劳工移民问题多边框架》，指导方针 10(见脚注 32)。

⁴³ 劳工组织东亚次区域办事处和移民组织，*Mandatory HIV testing for employment of migrant workers in eight countries of South-East Asia: From discrimination to social dialogue*(2009 年)，可查阅 <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1758-2652-13-2.pdf>。

⁴⁴ John Welshman 和 Alison Bashford, “Tuberculosis, migration, and medical examination: lessons from history”, *Journal of Epidemiology and Community Health*, 第 60 卷，第 4 期(2006 年 4 月)，第 282 至 284 页。

⁴⁵ 联合国开发计划署(开发署)，*HIV Vulnerabilities of Migrant Women: from Asia to the Arab States, Shifting from silence, stigma and shame to safe mobility with dignity, equity and justice*(2008 年)，第 32 页。

⁴⁶ 艾滋病规划署，与艾滋病毒有关的入境、停留和居留限制(2012 年 7 月)，可查阅 http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/factsheet/2012/20120724CountryList_TravelRestrictions_July2012.pdf；Jeffrey V. Lazarus 及其他人，“HIV-related restrictions on entry, residence and stay in the WHO European Region: a survey”，*Journal of the International AIDS Society*，第 13 卷，第 2 期(2010 年 1 月)。

尤其是对低技能移徙工人。⁴⁷ 尽管各国承诺颁布消除对艾滋病毒携带者一切形式歧视的法律，⁴⁸ 且劳工组织建议取消对移徙工人的强制体检，⁴⁹ 情况仍然如此。

30. 强制体检的理由是保护接收国的公众健康和资源。⁵⁰ 然而，强制检测，尤其是艾滋病毒强制检测不仅不利于公共卫生，而且侵犯了健康权。强制体检没有考虑准确的检查所需的窗口期。⁵¹ 此外，如果错误地检测为阴性，人们可能过不安全的性生活，使性伴侣面临更大的危险。⁵² 如果错误地检测为阳性，鉴于某些身体状况可能招致的羞辱，可能给移徙工人造成精神创伤。此外，鉴于能否离开输出国和在接收国居留都取决于这些检查，移徙工人可能逃避检查、伪造文件或甚至停止治疗，⁵³ 以掩盖病情。强制体检也无法在移徙工人进入接收国之后防止传染病的传播。

31. 强制检查也不符合健康权，因为这是在没有知情同意的情况下进行的，未尊重自主权、隐私权、尊严和健康信息的保密性。⁵⁴ 对健康权和知情同意的限制，包括出于公共卫生目的的这类限制应当有科学证据，必须是可采用的最不具限制性的做法，并尊重人的尊严、权利和自由。⁵⁵

32. 有时候，即使输出国的法律禁止，出境的移徙工人也可能接受强制检查，因为接收国可能将其作为发放工作许可的前提。⁵⁶ 接收国的政策如果规定只对

⁴⁷ Joseph J. Amon 和 Katherine Wiltenburg Todrys, “Fear of Foreigners: HIV-related restrictions on entry, stay, and residence”, *Journal of the International AIDS Society*, 第 11 卷, 第 8 期(2008 年 12 月)。

⁴⁸ 大会第 65/277 号决议, 第 79 段。

⁴⁹ 见劳工组织 2010 年关于艾滋病毒和艾滋病与工作领域的建议(第 200 号)。

⁵⁰ Richard Coker, “Migration, public health and compulsory screening for TB and HIV”, 庇护和移徙工作文件 1(公共政策研究所, 2003 年)。

⁵¹ 见 A/64/272。

⁵² Phillip Nieburg 及其他人, “Moving Beyond the U.S. Government Policy of Inadmissibility of HIV-Infected Noncitizens”, 战略与国际研究中心艾滋病毒/艾滋病工作组报告(2007 年 3 月), 第 6 页。

⁵³ Irving E. Salit 及其他人, “Travel patterns and risk behaviour of HIV-positive people travelling internationally”, *Canadian Medical Association Journal*, 第 172 卷, 第 7 期(2005 年 3 月), 第 884 至 888 页。

⁵⁴ A/64/272。

⁵⁵ 同上, 第 30 至 31 段。

⁵⁶ 劳工组织和移徙组织, *Mandatory HIV testing*, 第 55 页(见脚注 43)。

入境的移徙工人进行强制检查，而不要求入境的其他外国人，例如游客或甚至外交官⁵⁷ 接受强制检查，则政策更具歧视性。

33. 此外，检查结果未经移徙工人同意就发送给雇主或招工机构，⁵⁸ 违反了保密性规定以及国际建议。⁵⁹ 此外，即使法律有所规定，检查前、后的咨询程序也可能没有得到遵守。⁶⁰ 然而，健康权方针要求将咨询、自愿检查和治疗联系起来，视为一个保健连续体。⁶¹ 查出艾滋病毒阳性的移徙工人可能一直没有正规身份，使他们更加容易遭到雇主的虐待，更加不可能获得治疗。妇女如果怀孕，可能只好接受危险的非法堕胎，以避免被驱逐。⁶² 此外，强制检查使那些因检查结果为阳性而被驱逐出境的人蒙受羞辱。

拘留和驱逐

34. 接收国经常以公共卫生为由拘留和驱逐处于某些健康状况的移徙工人，例如携带艾滋病毒、丙肝或乙肝病毒的移徙工人。⁶³ 将移民政策与健康状况挂钩忽视了健康权的保密、咨询和转诊要求。

35. 出于公共卫生目的例外限制必须是法律规定的、绝对必要、时间尽可能短、基于科学证据、可获得的最不具限制性的做法。存在比拘留限制少、非关押形式的替代做法，⁶⁴ 因此法律必须支持采取隔离，而非拘留的做法，并且只有在迫不得已时，特别是在有传染病的情况下才进行隔离。⁶⁵

⁵⁷ John Welshman 和 Alison Bashford, “Tuberculosis, migration, and medical examination”, 第 282 页(见脚注 44); 新西兰移民局, “健康证”, 可查阅 <http://www.immigration.govt.nz/NR/rdonlyres/DE431E92-0ADE-4B5F-81F9-18DF08E5B2EA/0/INZ1007November2012.pdf>。

⁵⁸ ACHIEVE 和 CARAM, *Health at Stake: Access to Health of Overseas Filipino Workers*, 2005 年报告(2006 年), 第 16 页。

⁵⁹ 卫生组织, 艾滋病规划署, *Guidelines for using HIV Testing Technologies in Surveillance: Selection, Evaluation and Implementation* (2001 年), WHO/CDS/CSR/EDC/2001.16-UNAIDS/01.22E 号文件。

⁶⁰ CARAM Asia, *State of Health of Migrants 2007: Mandatory testing* (2007 年), 第 41 页。

⁶¹ A/64/272, 第 93 段。

⁶² 人权观察, *Singapore - Maid to Order: Ending Abuses against Migrant Domestic Workers in Singapore*, 第 17 卷, 第 10 期(C) (2005 年 12 月), 第 92 页。

⁶³ Sevil Sönmez 及其他人, “Human rights and health disparities for migrant workers in the UAE”, 第 13 卷, 第 2 期(2011 年); 艾滋病规划署, *The impact of HIV-related restrictions on entry, stay and residence: an annotated bibliography* (2009 年), 第 5 页。

⁶⁴ A/HRC/13/30, 第 52 至 61 段; 美洲人权法院, 《Vélez Loor 诉巴拿马》, 2010 年 11 月 23 日的判决; A/HRC/20/24, 第 4 页。

⁶⁵ 卫生组织, “Guidance on human rights and involuntary detention for XDR-TB control” (2007 年)。

36. 拘留中心往往过于拥挤，达不到基本的卫生标准，缺乏有营养的食物和水。拘留中心被描述为移民工人遭到虐待和暴力的中心。⁶⁶ 长期的拘留以及拘留中心恶劣的生活条件加剧了传染病的传播，可能严重影响移民工人的精神健康。⁶⁷ 一些拘留中心据称没有或很难获得医疗服务，且医疗服务质量差，这尤其影响到因健康状况而被拘留的移民工人。⁶⁸ 感染艾滋病毒的移民工人因为拘留中心缺乏保密性而遭到羞辱和骚扰。⁶⁹ 如果国家一定要对移民进行拘留，至少应当为被拘留者提供适足的居住条件、经当事人同意的身体检查，提供优质和保密的身心保健设施并让被拘留者能够及时使用。⁷⁰

37. 移民工人因害怕被拘留和驱逐而不去看病，⁷¹ 这可能危害他们本人以及更多人的健康，从而使拘留和驱逐的公共卫生理理由不复存在。此外，雇主可能滥用关于拘留和驱逐的法律剥削移民工人。⁷² 对拘留和驱逐的担忧使移民工人更加脆弱，无法享有健康权及其基本决定因素。为了落实移民工人的健康权，国家应努力制定符合健康权的替代拘留政策。⁷³ 此外，如果没有转诊制度，被驱逐的移民工人在返回输出国后也可能在获得医疗设施、物资和服务方面面临困难。

C. 获得医疗设施、物资和服务

歧视

38. 确保不歧视地提供，特别是向移民工人等弱势群体提供可获得、可接受和优质的医疗设施、物资和服务是健康权下的核心义务。不歧视要求正规和非正规

⁶⁶ 国际人权联盟和马来西亚各族人民之声，“Undocumented migrants and refugees in Malaysia: Raids, Detention and Discrimination”，第 489/2 号(2008 年 3 月)；人权观察，*Ukraine - On the Margins: Rights Violations against Migrants and Asylum Seekers at the New Eastern Border of the European Union* (2005 年 11 月)。

⁶⁷ A/HRC/14/20/Add.4, 第 92 段；Cathy Zimmerman、Ligia Kiss 和 Mazed Hossain，“Migration and Health: A Framework for 21st Century Policy-Making”，*PLOS Medicine*, 第 8 卷，第 5 期(2011 年 5 月)，第 1 至 6 页。

⁶⁸ 人权观察，*Discrimination, Denial and Deportation, Human Rights Abuses Affecting Migrants Living with HIV*, (2009 年 6 月)。

⁶⁹ 人权观察，*United States - Chronic Indifference: HIV/AIDS Services for Immigrants Detained by the United States*, 第 19 卷，第 5 期(G)(2007 年 12 月)。

⁷⁰ 大会第 43/173 号决议，附件，原则 24 至 25。

⁷¹ 佛罗里达社区卫生中心联合会，*Farmworkers in the Southeast: Alabama, Florida, Georgia, Mississippi* (2011 年 11 月)，可查阅 <http://www.fachc.org/pdf/Farmworkers%20in%20the%20Southeast.pdf>。

⁷² 人权观察，*For a Better Life: Migrant Worker Abuse in Bahrain and the Government Reform Agenda* (2012 年 10 月)。

⁷³ 路德教会移民和难民服务处，*Unlocking liberty: A way forward for U.S. immigration detention policy* (日期不详)。

移徙工人能够平等地享有接收国公民享有的自由和权利。然而，许多接收国限制性的移民政策，以及公众对移徙工人，尤其是非正规移徙工人“不配享有”的看法决定了他们获得医疗服务的情况。⁷⁴ 在发生全球经济危机并为此采取紧缩措施后，国家通过立法对移徙工人之前享有的医疗福利做出了限制。⁷⁵ 这种限制违反了国家停止采取影响健康的退步措施的义务。

39. 此外，需要平等地分配医疗设施、物资和服务，以确保最弱势群体的负担不至于过重。遗憾的是，在许多国家，歧视性的法律大大影响了移徙工人，尤其是非正规移徙工人就医。⁷⁶ 即使法律要求雇主提供医疗服务，也可能只覆盖基本服务，而且主管部门可能未充分执行这些规定。⁷⁷ 因此，移徙工人不得不自己支付医药费，包括急诊费用，这些费用相对收入而言有时高的惊人。⁷⁸

40. 非正规移徙工人除急诊外不得享有其他医疗服务，违反了非歧视原则。特别是，精神疾病很少被视为紧急健康问题。⁷⁹ 这种不足导致在落实非正规移徙工人的最低健康保障方面出现了不可接受的空白。⁸⁰ 此外，除非情况危急，否则不接受非正规移徙工人的做法违背了健康权，也违背了初衷，⁸¹ 因为这给移徙工人个人以及整个社会带来了更长期的医疗费用。

41. 将医疗体系与移民控制挂钩的政策对非正规移民造成歧视。在一些国家，医务人员必须向移民局举报非正规移民，违者将受到刑事制裁，⁸² 被举报的移

⁷⁴ Sarah Willen, “Migration, “illegality” and health: Mapping embodied vulnerability and debating health-related deservingness”, *Social Science & Medicine*, 第 74 卷, 第 6 期(2012 年 3 月), 第 805 至 811 页。

⁷⁵ 移徙组织, “2015 年后发展议程中的健康问题: 移民健康对可持续和平等发展的重要性”, 立场文件(2012 年), 第 4 页。

⁷⁶ 无证移徙者问题国际合作平台, *Access to Health Care for Undocumented Migrants in Europe* (2007 年), 第 7 页。

⁷⁷ CARAM Asia, 为发表关于移徙家政工人的一般性意见向移徙工人问题委员会提交的材料(2002 年 8 月 28 日), 第 5 页。

⁷⁸ 无证移徙者问题国际合作平台, *Access to Health Care*, 第 8 页(见脚注 76)。

⁷⁹ 同上, 第 9 页。

⁸⁰ 同上。

⁸¹ Anahi Viladrich, “Beyond welfare reform: Reframing undocumented immigrants’ entitlement to health care in the United States, a critical review”, *Social Science & Medicine*, 第 74 卷, 第 6 期(2012 年 3 月), 第 824 页。

⁸² 无证移徙者问题国际合作平台, *Access to Health Care*, 第 45 页(见脚注 76)。

民可能被拘留和驱逐出境。因此，非正规移民不再寻求正规的医疗渠道，⁸³ 只好选择不安全和非法的治疗。这使得他们容易遭到虐待和剥削，面临更大的健康风险。

行政障碍

42. 落实健康权要求国家保护移徙工人不受到限制其就医的非国家缔约方的伤害。移徙工人通常因收入水平，有时甚至因为手续不全而无法获得医疗服务，尤其是专门的转诊服务。⁸⁴ 对非正规移徙工人而言，与非正规法律身份有关的行政障碍往往使他们无法获得医疗服务。⁸⁵ 此外，行政部门工作时间有限或处理申请数的上限⁸⁶ 也可能成为获得医疗服务的障碍。

语言和文化障碍

43. 健康权方针要求国家向正规和非正规移徙工人传播适合其文化的健康教育和信息。然而，一些国家打击移徙的紧缩措施减少了对医疗场所口译和笔译服务的补贴。⁸⁷ 不熟悉当地语言可能使移徙工人处于不利地位，因为他们可能无法准确地描述症状，以获得准确的诊断和优质的治疗。⁸⁸ 此外，无法理解健康信息和教育可能导致移徙工人无意中做出危害健康的行为。因此，国家应确保为语言适当的医疗服务、口译人员以及健康信息和教育提供预算支持。

44. 求医行为也可能受到移徙工人文化背景的影响。对本国传统和文化中没有的程序有所误解和担忧是就医障碍。⁸⁹ 因此，移徙工人可能青睐那些按照他们国家的传统医疗体系行医、更加理解他们的疾病的医生，而不是东道国的医务人员。

⁸³ Heide Castañeda, “Illegality as risk factor: A survey of unauthorized migrant patients in a Berlin clinic”, *Social Science & Medicine*, 第 68 卷, 第 8 期(2009 年), 第 1559 页; 综合区域信息网, “South Africa: Migrants’ health care hit by deportations” (约翰内斯堡, 2011 年 12 月 20 日), 可查阅 <http://www.irinnews.org/Report/94511/SOUTH-AFRICA-Migrants-health-care-hit-by-deportations>。

⁸⁴ Richard Mines 及其他人, *Pathways to Farmworker Health Care*, Case Study No. 1: The East Coachella Valley, A baseline report of the Agricultural Worker Health Initiative (加利福尼亚农业研究所, 2002 年 9 月), 第 20 至 21 页; 世界医师协会, 获得医疗情况欧洲观察站, *Access to healthcare for undocumented migrants in 11 European Countries 2008 Survey report* (2009 年 9 月), 第 69 页。

⁸⁵ 无证移徙者问题国际合作平台, *Access to Health Care*, 第 8 页(见脚注 76)。

⁸⁶ 同上。

⁸⁷ 移徙组织, “2015 年后发展议程中的健康问题”, 第 4 页(见脚注 75)。

⁸⁸ 妇女团结组织, *State of Health of Indonesian Migrant Workers: Access to Health of Indonesian Migrant Workers*, 2005 年报告(2006 年)。

⁸⁹ 欧洲健康管理协会, “Barriers to Healthcare Services for Migrants”, 政策研讨会报告(日期不详), 可查阅 <http://www.ehma.org/files/A2%20report-migrants.pdf>。

员，移民工人认为他们缺乏对其健康问题的文化敏感性，有时有种族主义行为，因此具有歧视性。⁹⁰

中断治疗

45. 确保不受歧视地持续获得治疗和药物是健康权框架的关键。移民过程和压力可能增加移民工人感染传染病，尤其是艾滋病毒的风险。⁹¹ 因此，应当确保他们在整个过程中能够持续地获得治疗。根据记录，移民工人中断治疗、缺乏后续行动和治疗失败的情况高于常住人口。⁹² 一些国家已经通过区域框架，例如《伊比利亚—美洲社会保障公约》⁹³ 以及社会保障双边协定，⁹⁴ 以确保社会保障，包括医疗福利从输出国带到接收国的“可携带性”，使移民工人不论移民身份如何，都能享受这类福利。鼓励各国在慢性病治疗，包括艾滋病毒的治疗方面采取这种方针，以便尽可能提高输出国和接收国的坚持治疗率。

D. 肮脏、危险和有辱人格的工作以及职业健康

46. 职业健康是健康权必不可少的组成部分。国家应确保职业健康法和政策应对肮脏、危险和有辱人格行业的移民工人特有的脆弱性，并确保这些法律和政策得到实施、监督和强制执行。⁹⁵ 从事这类工作的移民工人如果是非正规移民工人，其脆弱性可能加剧，因为非正规的法律地位导致他们在与雇主谈判权利时处于更加弱势的地位。⁹⁶ 此外，一些国家的法律和赞助人制度等机制执行不力，助长了剥削做法。⁹⁷ 赞助人制度规定移民者只能为特定雇主工作，在一些国

⁹⁰ 同上，第 24 至 26 页。

⁹¹ 开发署和太平洋共同体秘书处，*Migration, Mobility and HIV: A rapid assessment of risks and vulnerabilities in the Pacific* (2010 年 4 月)，第 10 至 12 页。

⁹² 无国界医师协会，*Providing antiretroviral therapy for mobile populations: Lesson learned from cross border ARV Programme in Musina, South Africa* (2012 年 7 月)，第 6 页，可查阅 http://www.msfaccess.org/sites/default/files/MSF_assets/HIV_AIDS/Docs/AIDS_report_ARTformobilepops_ENG_2012.pdf。

⁹³ 经七个国家批准后，该公约自 2011 年起开始生效。

⁹⁴ Robert Holzmann、Johannes Koettl 和 Taras Chernetsky，“Portability Regimes of Pension and Health Care Benefits for International Migrants: An Analysis of Issues and Good Practices”，社会保障问题第 0519 号讨论文件(2005 年 5 月)，第 4 页。

⁹⁵ 见 A/HRC/20/15，第 5 段。

⁹⁶ Godfrey Kanyenze，“African migrant labour situation in Southern Africa”，在国际自由工会联合会非洲分会关于移民劳工的会议上提交的论文，内罗毕，2004 年 3 月 15 日至 17 日。

⁹⁷ 人权观察，*Building a Better World Cup: Protecting Migrant Workers in Qatar ahead of FIFA 2022*(2012 年)，第 6 页；Simona M. Gallo Mosala，“The Work Experience of Zimbabwean Migrants in South Africa”，第 33 号问题文件(劳工组织南非次区域办事处，2008 年)，第 23 页。

家，赞助人制度使雇主有权拒绝移徙工人另谋雇主的请求——请求原因可能是受到虐待或不安全的工作条件。⁹⁸

建筑工作

47. 建筑工作本身具有危险性，因为工人需要在架着脚手架、未完工的建筑上工作，并使用大型机器。坠楼事件更常发生在移徙工人身上，⁹⁹ 电动工具绞伤手、建材戳伤眼睛的情况也时常发生。¹⁰⁰ 在炎热的季节，特别是对于那些被迫长时间工作的人，中暑、虚脱、脱水以及高温导致的心脏病尤为令人关切。¹⁰¹ 此外，雇主的人身伤害、过于拥挤和不卫生的住宿环境、拖欠工资、没收护照和合同调包等进一步加剧了建筑工作带来的健康风险。¹⁰²

48. 提供在职培训和保护装备是享有健康的工作环境权所必需的。移徙建筑工人往往未经适当培训或未配备充分的保护装备，例如高空作业所需的安全绳便进入工地。¹⁰³ 此外，可能没有以移徙工人听得懂的语言作指示或提供培训，这可能导致移徙工人中发生更多的工伤和死亡事件。¹⁰⁴

49. 国家应确保向因职业健康权遭到侵犯而受伤的移徙工人提供救济和补救。¹⁰⁵ 然而，工人医疗保险或工伤赔偿的覆盖面不足往往危害移徙工人，尤其是非正规移徙工人。¹⁰⁶ 此外，建筑业大量存在的分包安排不提供正常情况下应提供的保

⁹⁸ 人权观察，*Slow Movement: Protection of Migrants' Rights in 2009* (2009 年 12 月)，第 8 页。

⁹⁹ Xiuwen Dong 和 James W. Platner, “Occupational fatalities of Hispanic construction workers from 1992 to 2000”, *American Journal of Industrial Medicine*, 第 45 卷，第 1 期(2004 年 1 月)，第 50 至 51 页。

¹⁰⁰ Sevil Sönmez 及其他人, “Human rights and health disparities”, 第 5 页(见脚注 63)。

¹⁰¹ 同上，第 4 页。

¹⁰² 人权观察，*Slow Movement*, 第 8 页(见脚注 98)；人权观察，“Are You Happy to Cheat Us? ”: *Exploitation of Migrant Construction Workers in Russia* (2009 年)；人权观察，*United Arab Emirates. “The Island of Happiness”: Exploitation of Migrant Workers on Saadiyat Island, Abu Dhabi* (2009 年)；A/HRC/14/30, 第 44 和 49 段。

¹⁰³ 人权观察，*Building a Better World Cup*, 第 4 和 68 页(见脚注 97)；Xiuwen Dong 和 James W. Platner, “Occupational fatalities”, 第 48 页(见脚注 99)。

¹⁰⁴ Marc B. Schenker, “A Global Perspective of Migration and Occupational Health”, *American Journal of Industrial Medicine*, 第 53 卷，第 4 期(2010 年 4 月)，第 331 页，Manuel Carballo、Jose Julio Divino、Damir Zeric, “Migration and health in the European Union”, *Tropical Medicine and International Health*, 第 3 卷，第 12 期(1998 年)，第 939 页。

¹⁰⁵ A/HRC/20/15, 第 59 段。

¹⁰⁶ 人权观察，*United Arab Emirates. Building Towers, Cheating Workers: Exploitation of Migrant Construction Workers in the United Arab Emirates*, 第 18 卷，第 8 期(E)(2006 年 11 月)，第 49 页；Lori A. Nessel, “Disposable Workers: Applying a Human Rights Framework to Analyze Duties Owed to Seriously Injured or Ill Migrants”, *Indiana Journal of Global Legal Studies*, 第 19 卷，第 1 期(2012 年)，第 62 页。

险。¹⁰⁷ 对于伤势严重的工人而言，强行遣返或自愿回国可能意味着获得较低水平的医疗服务，而且无法向接收国的责任承担方问责。

农业工作

50. 农业工作有特定的职业风险。例如，与杀虫药及农田里其他化学品的接触可能会加剧苦闷、¹⁰⁸ 导致抑郁、神经问题和流产。¹⁰⁹ 繁重和重复的体力劳动也对身体造成压力，可能导致肌肉和骨骼受伤。必须通过可强制执行的职业健康和安​​全条例以及补救行动机制，从法律上应对这类风险。

51. 与其他肮脏、危险和有辱人格的工作一样，非正规安排以及劳动法、职业健康和安​​全法覆盖面不足的情况十分普遍，使移徙农业工人几乎没有谈判工作和居住条件的空间，而这类条件是促进实现健康权所必需的。¹¹⁰ 移徙工人居住条件恶劣、不卫生、食物没有保障、工资支付不足以及工作时间过长¹¹¹ 加大了生病和因工受伤的风险，同时削弱了他们获得医疗服务的能力。据记录，一些地区的农业移徙工人感染艾滋病毒的风险高，因为他们无法获得关于艾滋病毒的信息和知识，无法获得和使用安全套，无法接受自愿检查和获得医疗服务。¹¹²

52. 即使有工伤赔偿和医疗保险，非正规移徙工人往往对这些权利所知甚少，¹¹³ 因此不太可能寻求赔偿和治疗。这说明输出国和接收国都应当向农业移徙工人提供关于医疗、保险和工伤赔偿的可获得和可理解的信息。

53. 季节性工作流动性高，工作地点处于农村或偏远地区，这些因素加大了农业移徙工人在获得医疗方面共同面临的困难。流动和社区医疗中心是向农业移徙工人就近提供可负担的医疗服务的成功模式。针对人口流动性高、文化多元的特征制定了方案和服务，包括外展诊所、社区医务人员、导医系统、上班时间的

¹⁰⁷ 人权观察，“*Are You Happy to Cheat Us?*”，第 64 页(见脚注 102)；Marc B. Schenker，“*A Global Perspective*”，第 331 页(见脚注 104)。

¹⁰⁸ Jennifer Griffin 和 Varda Soskolne，“*Psychological distress among Thai migrant workers in Israel*”，*Social Science & Medicine*，第 57 卷，第 5 期(2003 年 9 月)，第 773 页。

¹⁰⁹ Ann E. Hiott 及其他人，“*Migrant Farmworker Stress: Mental Health Implications*”，*Journal of Rural Health*，第 24 卷，第 1 期(2008 年)，第 32 至 39 页。

¹¹⁰ 大赦国际，*Exploited Labour: Migrant Workers in Italy's Agricultural Sector* (2012 年)，第 16 页。

¹¹¹ 同上；Kristen Borre、Luke Ertle 和 Mariaelisa Graff，“*Working to Eat: Vulnerability, Food Insecurity, and Obesity among Migrant and Seasonal Farmworker Families*”，*American Journal of Industrial Medicine*，第 53 卷，第 4 期(2010 年)，第 444 页。

¹¹² 移徙组织，*Briefing Note on HIV and Labour Migration in Mozambique* (日期不详)，第 4 页，可查阅 http://www.iom.int/jahia/webdav/site/myjahiasite/shared/shared/mainsite/events/docs/Briefing_Notes_HIV_Mozambique.pdf。

¹¹³ Don Villarejo 及其他人，“*The Health of California's Immigrant Hired Farmworkers*”，*American Journal of Industrial Medicine*，第 53 卷(2010 年)，第 395 页。

医疗服务以及扫盲教育。这类医疗中心成功的关键是参与，要求理事会成员有51%以上来自社区。¹¹⁴

家政工作

54. 在全球估计 5,260 万移徙家政工人中，妇女占很大一部分。¹¹⁵ 家政工作为移民妇女带来了经济和社会独立性，在全球妇女有偿工作中占 7.5%。¹¹⁶ 然而，家政工作的价值被远远低估，而且仅限于家庭这个隐形的非正规经济部门，加剧了获得健康的基本决定因素，包括体面的工作条件方面的性别差距。¹¹⁷

55. 基于性别、族裔和社会经济状况的歧视和偏见相互交织，形成长期压力，使移徙家政工人成为十分脆弱且被高度边缘化的群体。¹¹⁸ 移徙家政工人因其弱势、被隔离和不独立的地位，遭到各种侵权行为，¹¹⁹ 从而无法享有健康权及其基本决定因素。侵权行为包括不让吃饭和睡觉、不让看病、污秽的居住条件、拖欠工资、工作时间过长(增加了事故风险)以及身心虐待和性侵犯。¹²⁰ 移徙家政工人中也发现心血管、内分泌、皮肤、肌肉和骨骼以及精神问题，情况最糟的导致死亡，包括自杀。¹²¹

56. 接收国的劳工法和社会保障，包括医疗保险经常完全或部分地将移徙家政工人排除在外。¹²² 在不同的接收国，赞助制度、负债、语言障碍、担心被捕、

¹¹⁴ Candace Kugel 和 Edward Zuroweste, “The State of Health Care Services for Mobile Poor Populations: History, Current Status and Future Challenges”, *Journal of Health Care for the Poor and Underserved*, 第 21 卷, 第 2 期(2010 年 5 月), 第 421 至 429 页。

¹¹⁵ 劳工组织, *Domestic workers across the world: Global and regional statistics and the extent of legal protection* (2013 年), 第 39 页。

¹¹⁶ 同上, 第 2 页。

¹¹⁷ 移徙工人问题委员会, 第 1 号一般性意见, 第 25 至 26 段。

¹¹⁸ E/CN.4/2004/76, 第 26 段; Maria Theresa Ujano-Batangan, *Women and Migration: The Mental Health Nexus: A research on Individual and Structural Determinants of Stress and Mental Health Problems of Filipino Women Migrant Domestic Workers* (奎松市, ACHIEVE, 2011 年), 第 32 页。

¹¹⁹ 移徙工人问题委员会, 第 1 号一般性意见, 第 7 页。

¹²⁰ E/CN.4/2004/76, 第 25 至 35 段; A/HRC/14/30, 第 30 段; CARAM Asia, *Reality Check: Rights & Legislation for Migrant Domestic Workers Across Asia* (2011 年); 劳工组织, “Decent work for domestic workers”, 报告四(1)(2010 年 8 月); 人权观察, *Singapore - Maid to Order*, 第 35 至 36 页(见脚注 62)。

¹²¹ Sevil Sönmez 及其他人, “Human rights and health disparities”, 第 6 页(见脚注 63); 人权高专办, “Saudi Arabia: UN experts outraged at beheading of a Sri Lankan domestic worker”, 新闻稿(2013 年 1 月 11 日), 可查阅 <http://www.ohchr.org/EN/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=12922&LangID=E>。

¹²² 劳工组织, *Domestic workers across the world*(见脚注 115); 保护所有移徙工人及其家庭成员权利委员会, 第 1 号一般性意见, 第 18 至 24 段。

被拘留或驱逐出境以及遭到侵害后没有有效的求助途径等因素在不同程度上相互作用，助长了对家政工作者系统的剥削和虐待。¹²³ 一些移徙家政工人的情况甚至被描述为“当今社会的奴役”。¹²⁴ 为了落实健康权，国家有义务在劳动法、职业健康和安全法以及社会保障法下应对移徙家政工人特殊的脆弱性。

57. 特别报告员高兴地注意到国际劳工组织(劳工组织)2011 年通过了《家庭工人公约》(第 189 号公约)和第 201 号建议，其中对保护移徙家政工人免遭骚扰和暴力侵害、职业健康和安全、书面合同以及劳动法下的保护作出了详细规定。此前，保护所有移徙工人及其家庭成员权利委员会提出了关于移徙家政工人的第 1(2010)号一般性意见，其中特别关注移徙家政工人在整个移徙过程不同阶段的脆弱性。通过执行这些文书，将在移徙过程的所有阶段更好地保护移徙家政工人，从而创造履行落实健康权义务所需的扶持型环境。

性工作

58. 国家有责任尊重、保护和落实移徙性工作者的健康权，不论其是否遭到贩运。移徙性工作者是极为受人鄙夷的人群，因为许多国家将性工作或性相关工作定为非法行为。性工作者的职业健康危险包括感染艾滋病毒及其他性传播疾病、遭到暴力侵害和强奸的风险极高。¹²⁵ 将性工作定为犯罪行为加剧了性工作者遭到的歧视、鄙夷和暴力，¹²⁶ 妨碍了他们获得医疗服务，导致其健康状况恶化。¹²⁷ 再加上仇外心理的作用，将性工作定为犯罪行为可能使针对移徙性工作者的骚扰、恐吓和暴力行为，尤其是执法机构的这类行为看似正当，而没有保护或补救机制。¹²⁸ 该行业的性质也被用来作为强制检测艾滋病毒及其他传染病的理由。¹²⁹ 此外，人贩子可能利用性工作和移徙的非法性对性工作者施加不当的影响和控制。¹³⁰

¹²³ 移徙工人问题委员会，第 1 号一般性意见，第 7 段。

¹²⁴ Sevil Sönmez 及其他人，“Human rights and health disparities”，第 3 页(见脚注 63)；Nisha Varia, “Sweeping Changes? ” A Review of Recent Reforms on Protections for Migrant Domestic Workers in Asia and the Middle East”，*Canadian Journal of Women and the Law*, 第 23 卷，第 1 期(2011 年)，第 272 页。

¹²⁵ A/HRC/14/20, 第 36 段。

¹²⁶ TAMPEP 国际基金会，*Sex Work, Migration, Health: A report on the intersections of legislations and policies regarding sex work, migration and health in Europe* (2009 年)，第 10 页。

¹²⁷ A/HRC/14/20, 第 36 段。

¹²⁸ 人权观察，*Sex Workers at Risk: Condoms as Evidence of Prostitution in Four US Cities* (2012 年)。

¹²⁹ 同上，第 47 页。

¹³⁰ Kamala Kempadoo, “Globalizing Sex Workers’ Rights”，*Canadian Woman Studies/Les Cahiers de La Femme*, 第 22 卷，第 3 至 4 期(2003 年春/夏)，第 145 页。

59. 因移徙身份而被捕、拘留和驱逐的可能性进一步阻碍了性工作者，尤其是可能在原籍国遭到严重歧视和虐待的性工作者获得医疗设施、物资和服务。¹³¹ 许多国家都没有认识到移徙性工作者的健康需要，因此政策未涉及他们的需要，并削弱了健康权的重要性。例如，鉴于保险套经常作为性相关工作的罪证，移徙性工作者便不再使用保险套，从而导致危险性行为，以及感染艾滋病毒和其他性传播疾病的风险。¹³²

60. 在法律和实践中确保人人不受歧视地获得医疗服务要求各国不再将你情我愿的成人性工作定为犯罪行为，并颁布、实施法律，扩大劳动权、职业健康和安全以及获得可负担的医疗服务的覆盖面，并特别侧重非正规移徙性工作者。

61. 需要让移徙性工作者参与卫生法和方案的制定和实施，并收集分列数据，以确保考虑性工作者的健康关切。¹³³ 为自愿检查、治疗、转诊和咨询提供保密和扶持环境的措施，向性工作者介绍性健康和生殖健康权，包括防止艾滋病毒传播的知识的措施，以及使性工作者不再被边缘化的措施既符合流行病学方面的证据，又符合健康权框架。¹³⁴

E. 精神健康

62. 毫不歧视地及时提供可负担的预防、治疗和康复性精神健康服务及信息是健康权规范性内容的一部分。精神残疾受到的普遍鄙视、对该问题缺乏认识，¹³⁵ 以及移徙工人获得医疗设施、物资和服务受到限制意味着他们的精神健康可能常常被忽视。

¹³¹ 人权观察，*Sex Workers at Risk*，第 22 页(见脚注 128)。

¹³² 同上。

¹³³ H. Yang 及其他人，“Workplace and HIV-related sexual behaviours and perceptions among female migrant workers”，*AIDS Care*，第 17 卷，第 7 期(2005 年 10 月)，第 819 至 833 页；艾滋病规划署，*UNAIDS Guidance Note on HIV and Sex Work* (2009 年)；A/HRC/14/20，第 36 段。

¹³⁴ Agnes Binagwaho 及其他人，“Developing human rights-based strategies to improve health among female sex workers in Rwanda”，*Health and Human Rights*，第 12 卷，第 2 期(2010 年)；移徙组织和艾滋病规划署，*Assessment of Mobility and HIV Vulnerability among Myanmar Migrant Sex Workers and Factory Workers in Mae Sot District, Tak Province, Thailand* (2007 年)，第 26 至 27 页。

¹³⁵ E/CN.4/2005/51。

63. 移徙是一段令人紧张的经历，因为个人的文化、环境和社会形态都发生了巨大变化。移徙对精神健康的影响因人而异，取决于个人经历和自身情况的不同，例如年龄、性别、病史、文化背景以及在移徙过程中的能动性。¹³⁶

64. 在接收国，移徙身份、社会排斥、生活和工作条件、与家人的沟通、融入社会和获得医疗服务的情况是影响移徙工人精神健康的因素。¹³⁷ 移徙还可能导致留在输出国的家人出现抑郁症状。¹³⁸ 移徙工人，尤其是非正规移徙工人经常遭遇的鄙视、边缘化和歧视有着深刻的社会原因。¹³⁹ 输出国和接收国都应当考虑移徙工人及其家庭在移徙进程的各个阶段面临的社会心理成本。国家还应投资于由移徙工人参与的社会支助方案，以消除社会排斥、思乡和家庭压力造成的负面影响。¹⁴⁰

65. 从事肮脏、危险和有辱人格工作的移徙工人面临的职业危险是额外的压力因素，而农业工人出现的焦虑、抑郁、易怒和不安往往与接触杀虫剂有关。¹⁴¹ 家政工人面临的职业伤害包括隔离以及虐待造成的心理创伤，¹⁴² 移徙建筑工人自杀往往与恶劣的工作条件有关。¹⁴³ 有效落实和强制执行劳动法以及职业健康和安法可有助于降低精神疾病和身体伤害的风险。

¹³⁶ Nazilla Khanlou, “Migrant mental health in Canada”, *Canadian Issues/Thèmes canadien* (2010 年夏), 第 9 至 16 页; Fang Gong 及其他人, “A life course perspective on migration and mental health among Asian immigrants: The role of human agency”, *Social Science & Medicine*, 第 73 卷, 第 11 期(2011 年), 第 1618 至 1626 页。

¹³⁷ H.B.M. Murphy, “Migration, culture and mental health”, *Psychological Medicine*, 第 7 卷, 第 4 期(1977 年), 第 677 至 684 页; “Cultural identities and cultural congruency: a new model for evaluating mental distress in immigrants”, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 第 111 卷, 第 2 期(2005 年), 第 84 至 93 页; Lorena de los Angeles Núñez Carrasco, *Living on the Margins: Illness and Healthcare among Peruvian Migrants in Chile* (2008 年), 第 162 页。

¹³⁸ Yao Lu, “Household migration, social support, and psychosocial health: The perspective from migrant sending areas”, *Social Science & Medicine*, 第 72 卷, 第 2 期(2012 年 1 月), 第 141 页。

¹³⁹ Ilan Meyer, “Prejudice as Stress: Conceptual and Measurement Problems”, *American Journal of Public Health*, 第 93 卷, 第 2 期(2003 年 2 月), 第 262 至 265 页。

¹⁴⁰ Laura Simich 及其他人, “Providing Social Support for Immigrants and Refugees in Canada: Challenges and Directions”, *Journal of Immigrant and Minority Health*, 第 7 卷, 第 4 期(2005 年 10 月), 第 260 页。

¹⁴¹ J. Mearns, J. Dunn 和 P.R. Lees-Haley, “Psychological effects of organophosphate pesticides: A review and call for research by psychologists”, *Journal of Clinical Psychology*, 第 50 卷, 第 2 期(1994 年 3 月), 第 286 至 293 页。

¹⁴² Maria Theresa Ujano-Batangan, *Women and Migration*, 第 22 页(见脚注 118)。

¹⁴³ Sevil Sönmez 及其他人, “Human rights and health disparities”, 第 5 页(见脚注 63)。

66. 由于心理卫生服务经费不足,¹⁴⁴ 精神问题可能得不到治疗或得不到适当治疗。在应当提供咨询或社会心理支助的情况下,往往开药了事。¹⁴⁵ 即使提供了心理卫生服务,移民,包括移徙工人也常常没有充分利用这类服务,或是过早地放弃治疗。¹⁴⁶ 总是担心被驱逐可能也是一个压力因素,¹⁴⁷ 使工人在有条件的情况下也不愿意利用心理卫生设施、物资和服务。

67. 落实健康权要求接收国采取措施查明并监测压力因素,并且毫不歧视地提供可负担、可接受和优质的社会心理和心理卫生服务,以便有效防止和应对精神疾病。输出国应确保在大使馆和领事馆提供支助服务,并确保即将出国的移徙工人了解移徙对精神健康的潜在影响,以及在接收国获得心理卫生服务的途径。

68. 侧重服务的语言和文化敏感性的移民卫生政策增加了移民获得心理卫生服务的机会。¹⁴⁸ 熟练掌握移民文化和语言的社区医务人员也可以发挥重要作用,因为他们理解健康权所要求的移徙工作者心理健康的基本决定因素。¹⁴⁹

69. 对于返回的移徙工人而言,缺乏社会心理服务可能导致心理健康被严重忽略。如果确认移徙工人在某些部门或国家遭到剥削和虐待,输出国应采取措施,有效解决他们的心理健康问题。应当与返回的移徙工人磋商,制定、实施并监督这类政策。

F. 女性以及性健康和生殖健康

70. 国家应进行性别分析,以明确并应对移徙女工在健康方面的脆弱性,这种脆弱性是影响女性健康的各种生理和社会文化因素造成的。妇女占移徙工人的很大比例,但是往往因性别不平等,在健康方面面临更大的脆弱性。¹⁵⁰ 贫困、家

¹⁴⁴ E/CN.4/2005/51, 第 64 段。

¹⁴⁵ Heide Castañeda, “Illegality as risk factor”, 第 1559 页(见脚注 83)。

¹⁴⁶ Francis Sanchez 和 Albert Gaw, “Mental Health Care of Filipino Americans”, *Psychiatric Services*, 第 58 卷, 第 6 期(2007 年 6 月), 第 815 页。

¹⁴⁷ 加州大学降低医疗不平等戴维斯中心, *Building Partnerships: Conversations with Latina/o migrant workers about mental health needs and community strengths* (2009 年 3 月), 第 7 页, 可查阅 http://www.dhcs.ca.gov/services/MH/Documents/BP_Migrant_Workers.pdf。

¹⁴⁸ Todd P. Gilmer 及其他人, “Initiation and Use of Public Mental Health Services by Persons with Severe Mental Illness and Limited English Proficiency”, *Psychiatric Services*, 第 58 卷, 第 12 期(2007 年 12 月), 第 1561 页。

¹⁴⁹ Leda Perez 和 Jacqueline Martinez, “Community Health Workers: Social Justice and Policy Advocates for Community Health and Well-Being”, *American Journal of Public Health*, 第 98 卷, 第 1 期(2008 年 1 月), 第 11 至 14 页。

¹⁵⁰ 消除对妇女歧视委员会, 关于妇女移徙工人的第 26(2008)号一般性建议, 第 5 段; Gloria Moreno-Fontes Chammartin, “Female migrant workers’ situation in the labour market” (劳工组织, 2006 年), 可查阅 http://www.ilo.org/public/english/protection/migrant/download/unfpa_newyork_report_2006.pdf。

庭责任以及受教育和获得信息的障碍使妇女在出发前更加脆弱；而移徙途经的一些区域暴力侵害妇女的现象十分猖獗。¹⁵¹ 移徙妇女主导的非正规行业，例如家政服务和色情业存在的系统的剥削和虐待正是源于妇女在移徙过程中的脆弱性，同时也加剧了她们的脆弱性。

71. 家庭暴力和性暴力、权利遭到侵犯后得不到补救，以及工资低于男性体现了基于性别的歧视，也加剧了性别歧视在医疗场所以及移徙工人普遍获得医疗方面的负面影响。¹⁵² 此外，性别权利不平衡以及无法获得医疗服务、信息和补救影响了妇女，尤其是性工作者要求安全性行为的能力，增加了她们感染艾滋病毒的几率。¹⁵³ 因此，输出国和接收国在制定和实施基于证据的参与式卫生政策和战略时，应考虑各方面因素造成的移徙女工，尤其是非正规移徙女工的脆弱性。

72. 落实健康权要求国家确保尤其是移徙女工等弱势群体能够获得卫生设施、物资和服务。卫生服务、信息和教育应当针对妇女的具体需要——例如性健康和生殖健康需要，包括获得避孕药具和接受安全、合法的堕胎——并关注低技能移徙工人的特殊脆弱性，不论其移徙身份是否合法。

73. 一些国家将在强制体检时发现怀孕的移徙女工遣返回国。¹⁵⁴ 这样的女性可能在输出国和接收国都面临更大的脆弱性，因为许多社会将未婚先孕视为奇耻大辱。¹⁵⁵ 据报道，一些输出国在移民出发前强行给妇女打避孕针。¹⁵⁶ 这种做法侵犯了隐私、知情同意、保密、尊严和不受歧视的权利，也成为向警方或医疗系统寻求援助的障碍。¹⁵⁷

74. 移徙女工堕胎率较高是因为缺乏认识，以及在获得避孕药具和计划生育服务方面面临社会经济障碍。¹⁵⁸ 在允许堕胎但是禁止移徙女工怀孕的国家，移徙女工因为害怕丢掉工作、被遣返回国而无法平等地获得合法的生殖健康服务，导

¹⁵¹ 移徙组织，*Migration and Health in SADC: A review of the literature* (2010 年)，第 19 页。

¹⁵² 消除对妇女歧视委员会，第 26 号一般性建议，第 2 段。

¹⁵³ 联合国人口基金(人口基金)，*State of the World Population 2006, A Passage to Hope: Women and International Migration* (2006 年)，第 38 至 39 页；Kenda Crozier、Pleumjit Chotiga 和 Michael Pfeil，“Factors influencing HIV screening decisions for pregnant migrant women in South-East Asia”，*Midwifery* (2012 年)，第 1 页，可查阅 <http://dx.doi.org/10.1016/j.midw.2012.08.013>。

¹⁵⁴ 人权观察，*Singapore - Maid to Order*，第 90 页(见脚注 62)。

¹⁵⁵ 同上，第 93 页；A/64/272，第 75 段。

¹⁵⁶ 人权观察，*Sri Lanka/Middle East - Exported and Exposed: Abuses against Sri Lankan Domestic Workers in Saudi Arabia, Kuwait, Lebanon, and the United Arab Emirates*，第 19 卷，第 6 期(C)(2007 年 11 月)，第 38 页。

¹⁵⁷ A/66/254；消除对妇女歧视委员会，第 26 号一般性建议，第 18 段。

¹⁵⁸ 人口基金，*State of the World Population 2006*，第 37 页(见脚注 153)。

致她们选择危险的做法，例如拖着不看医生和不安全的堕胎。¹⁵⁹ 在堕胎被定为犯罪的地方，因为害怕遭到刑事起诉，移徙女工也不得不接受不安全的堕胎。¹⁶⁰

75. 对于在接收国怀孕足月的妇女，产检、获得产前、产后和孕产保健服务及信息的困难¹⁶¹ 可能对产妇和婴儿的健康不利，包括早产、出生体重低、先天畸形以及围产期死亡和孕产妇死亡。¹⁶² 相反，促进移民融入社会的政策减少了移民妇女中出现不良妊娠结果的情况。¹⁶³ 对移徙女工也适用《保护生育公约》规定的 14 天产假或是向本国公民提供的产假¹⁶⁴ 将有助于移徙女工获得孕产期保健和服务，符合她们的健康权。

四. 结论和建议

76. 对移徙工人的健康权方针填补了保护移徙工人及其家庭成员的当前框架的空白，加强了当前框架提供的保护。健康权方针通过确认移徙工人与本国国民拥有平等权利，不得受到限制，为移徙工人提供了必要保障。特别报告员建议输出国和接收国采取以下措施，实现移徙工人的健康权：

(a) 针对正规和非正规移徙工人制定基于证据、考虑性别因素的国家卫生政策，政策应考虑健康权框架，尤其是不歧视和平等原则。这类政策应当将权利和权益——包括健康的基本决定因素——扩大到移徙工人，并提供遭到侵害时可以诉诸的补救机制；

(b) 根据健康权框架，通过可强制执行的双边协定建立劳工走廊，协定明确规定移徙工人的权利、招工机构、雇主和国家的义务以及补救办法，包括健康权遭到侵犯时的赔偿；

(c) 鼓励收集按所有移徙工人年龄和性别分列的数据，以评估他们的健康知识水平、保健需求以及职业伤害和死亡，包括自杀的情况，从而为关于移徙工

¹⁵⁹ 人权观察，*Singapore - Maid to Order*，第 90 至 91 页(见脚注 62)。

¹⁶⁰ 移徙组织，*HIV and Bangladeshi Women Migrant Workers: An assessment of vulnerabilities and gaps in services*(2012 年)，第 39 页。

¹⁶¹ Gail Webber 及其他人，“Facilitators and barriers to accessing reproductive health care for migrant beer promoters in Cambodia, Laos, Thailand and Vietnam: A mixed methods study”，*Globalization and Health*，第 8 卷，第 21 期(2012 年 7 月)。

¹⁶² Paola Bollini 及其他人，“Pregnancy outcome of migrant women and integration policy: A systematic review of the international literature”，*Social Science & Medicine*，第 68 卷，第 3 期(2009 年)，第 456 页；Manuel Carballo、Jose Julio Divino、Damir Zeric，“Migration and health in the European Union”，第 938 页(见脚注 104)。

¹⁶³ Paola Bollini 及其他人，“Pregnancy outcome of migrant women”，第 456 页(见脚注 163)。

¹⁶⁴ 劳工组织，2000 年《关于修订 1952 年保护生育公约(修订本)公约》(第 183 号公约)，第 4 条。

人的政策提供信息。这类信息应受到充分的数据保护措施的保护，以确保数据的私密性和保密性；

(d) 向潜在移徙工人提供关于其权利，尤其是健康权的信息，介绍招工机构、雇主和国家的情况，并介绍如何寻求补救和免遭虐待；

(e) 通过打击非法招工、规定有力的监督和问责机制的法律，规范招工机构；

(f) 通过确保雇用合同符合健康权并且可强制执行，保护移徙工人免遭招工机构和雇主的侵害；

(g) 废除要求强制体检，例如检查艾滋病毒和是否怀孕的歧视性移民政策，这类政策不是基于已确立的科学证据，侵犯了健康权；

(h) 不再将卫生设施、物资和服务与移徙工人的法律地位挂钩，确保所有移徙工人，包括非正规移徙工人都能够不受歧视地获得预防、治疗和急救医疗设施、物资和服务。国家应努力防止移徙工人中断治疗，消除就医障碍，例如与语言、文化、行政和就业有关的障碍；

(i) 确保所有移徙工人——包括非正规移徙工人和返回的移徙工人——都能获得心理卫生设施、物资和服务，包括加入社会支助团体和家庭团聚方案；

(j) 确保当前的国内劳动法、职业健康和安全法、社会保险计划及其他保护涵盖所有类别的移徙工人，包括家政工人、性工作者和非正规移徙工人；

(k) 通过提供权利遭到侵犯时可诉诸的补救机制和提供赔偿，确保保护移徙工人，尤其是从事危险行业的移徙工人免遭雇主的虐待和剥削；

(l) 防止以健康状况为由拘留和驱逐移徙工人，确保在第一时间向这类移徙工人提供照料和治疗。至少，各国应确保避免不经转诊便将移徙工人驱逐出境，或是驱逐到无法提供所需治疗的国家；

(m) 防止拘留和驱逐非正规移徙工人，而是根据客观标准使其居留合法化，以保护他们免遭剥削，并确保他们充分享有健康权；

(n) 鼓励成立移徙工人联合会和工会，以确保移徙工人，包括非正规移徙工人和返回的移徙工人得到有效的代表，并参与法律和政策，包括外联和转诊方案、离开前培训和社会支助团体的制定、实施、监督和强制执行。