



第七十六届会议

临时议程* 项目 75(b)

促进和保护人权：人权问题，包括增进人权和
基本自由切实享受的各种途径

消除对麻风病患者及其家人的歧视

秘书长的说明

秘书长谨向大会转递消除对麻风病患者及其家人歧视问题特别报告员阿莉塞·克鲁兹根据人权理事会第 44/6 号决议提交的报告。

* A/76/150



消除对麻风病患者及其家人的歧视问题特别报告员阿莉塞·克鲁兹的报告

未竟之业：法律上对麻风病患者及其家人的歧视

摘要

本报告是消除对麻风病患者及其家人歧视问题特别报告员阿莉塞·克鲁兹向大会提交的第一份报告。她在报告中指出了全世界 100 多项歧视麻风患者的法律，考察了这些法律的根源(在于生物学上对麻风病的错误认识)及其条款和后果(表现为麻风病患者及其家人持续被非人化)。她还考察了为法律的协调统一工作所作的努力，她对法律上歧视麻风患者的影响的分析是基于有关人员的生活经历，以说明为什么迫切需要完成在形式上承认麻风患者为权利持有人的工作。为了促进消除形式上的歧视并使麻风患者实现形式上的平等，特别报告员就消除歧视性法律、习俗和做法，以及法律在麻风病患者及其家人拥有与其他人相同的权利和机会方面的长期歧视的一些更直接后果提出建设性的建议。

目录

	页次
一. 导言	4
二. 回顾历史，以理解当前的制度性歧视.....	7
三. 世界各地的歧视性法律	8
四. 歧视性法律的时间线	9
五. 歧视性法律所侵犯的权利	10
六. 歧视性的传统习俗和做法	12
七. 努力消除法律上的歧视	14
八. 结论	15
九. 建议	17

一. 导言

1. 2010年,大会通过了关于消除对麻风病患者及其家人的歧视的第65/215号决议,重申麻风病患者及其家人应作为个人得到有尊严的待遇,并有权享有习惯国际法、相关公约和国家宪法与法律所规定的所有人权和基本自由。在该决议中,大会还表示注意到消除对麻风病患者及其家人的歧视的原则和准则。

2. 这些原则和准则是加强国际人权文书的非条约标准,密切结合麻风病患者及其家人这一特定群体的状况和需求,对具有法律约束力的规范进行的解读(见A/HRC/41/47)。这些原则和准则为各国提供了一个路线图,以监测麻风病患者及其家人的情况并采取措施执行国际人权法,从而能够保证他们在形式上的平等和实质性平等。

3. 人权理事会第35/9号决议确定了消除对麻风病患者及其家人的歧视问题特别报告员的任务,即跟踪和报告各国为有效执行这些原则和准则所取得的进展和采取的措施。人权理事会第44/6号决议延长了特别报告员的任务期限,要求其继续每年向人权理事会提出报告,并也向大会提出报告。

4. 消除对麻风病患者及其家人的歧视问题特别报告员阿莉塞·克鲁兹对人权理事会赋予她的任务采取了以人为中心的做法。历史上系统性地对麻风病患者及其家人非人化的做法使赋权成为与其结构性和普遍的从属地位抗争的关键。通过促进积极参与、批判性反思、提高认识、理解和掌控重要决策和资源,赋权使处境不利的人能够更好地控制自己的生活,更多参与民主活动,并加强对自身环境及其与权力关系和霸权社会结构的关系的批判性认识。

5. 通过这种做法,特别报告员力求为生活在极端脆弱状况中、在整个人权体系中被系统性地推到最后端的一群人提供一座桥梁,从而确保为消除这种疾病和与之相关的污名化所做的努力具有可持续性,因为赋予个人和群体权力有助于改变法律、政策、做法、规范和权力关系。这种做法也反映了《2030年可持续发展议程》的精神,其中肯定了发展必须不局限于改变弱势群体的物质条件,要真正让他们拥有发言权和选择权。

6. 特别报告员也以合作方式为基础,不断与联合国机构和政府间机构(特别是世界卫生组织(世卫组织))、会员国、政治和宗教界领袖、学术界和该领域的主要利益攸关方(如世卫组织消除麻风病亲善大使、全球零麻风病伙伴关系、开展麻风病相关工作的民间社会组织以及全国性和基层的麻风病患者组织)接触,促进协同增效和推动系统性变革。

7. 特别报告员为世卫组织2021-2030年被忽视的热带疾病路线图¹和世卫组织2021-2030年全球麻风病战略²作出了贡献,并积极推动将麻风病问题纳入条约机构(特别是残疾人权利委员会)和普遍定期审议中。她还致力于使麻风病患者及

¹ 见 www.ohchr.org/Documents/Issues/Leprosy/AliceCruz-April2019.pdf。

² 见 www.ohchr.org/Documents/Issues/Leprosy/STM_WHO_consultation.pdf。

其代表组织能够享有人权标准。她一直致力于向主要利益攸关方提供技术指导，以应对麻风病引起的污名化和歧视问题。

8. 根据特别报告员的任务规定，得以开展以下工作：编制一系列关于麻风病患者遭歧视的新证据，使人们更关注以性别平等的视角看待麻风病相关问题并参与其中，以及实现麻风病患者及其代表组织的参与。特别报告员提出了基于权利的行动计划的政策框架，并就 2019 冠状病毒病(COVID-19)大流行疫情对麻风病患者及其家人的不成比例影响向各国和民间社会组织提供了指导意见。³

9. 本报告是特别报告员提交大会的第一份报告。特别报告员在本报告中考察了国家法律框架中对麻风病患者的歧视。全球和各国消除因麻风病遭歧视的努力应包括对法律的协调统一，这载于原则和准则中的第 1 号准则(其中申明各国应采取一切适当的立法、行政和其他措施，修改、撤销或废除直接或间接歧视麻风病患者及其家人的现行法律、条例、政策、习俗和做法)、国际人权法的若干条款以及世卫组织全球麻风战略的战略支柱 4。根据世卫组织的数据，21 个国家报告称，2018 年它们仍有 39 项法律允许基于麻风病的歧视，⁴ 这表明实现麻风病患者形式平等的重要性。

10. 法律上歧视的严重性和影响包括：对人群的分类和身份特征的界定；资源、服务和权利的获取；以及在社会中自由行动的机会。不可否认，法律在界定社会生活的公共和私人层面方面的权力越来越大。歧视妇女和女童问题工作组注意到，法律是享有人权的重要机制。法律确定了当前所遵循的价值观和原则，可以据此评判行动和行为是否可以接受、是否应被定罪和是否被污名化(见 [A/HRC/35/29](#))。不可否认，法律在形式上的歧视和实质性歧视中发挥着结构性作用，因为它们以法律形式规定、规范和影响着社会行为。

11. 如果在实践中，歧视指的是不公平或有偏见地对待某人，导致其丧失机会、物质匮乏、在结构中处于不利地位、遭到污名化和难以获得国家的商品和服务，那么事实是，意识形态偏见始终是歧视的根源。⁵ 这种意识形态偏见同时受到不平等权力关系的支撑和维持。这就是为什么被歧视的群体通常被剥夺了与歧视行为抗争的手段。

12. 这方面的关键问题是，对麻风病患者的制度性歧视反映了不同文化体系和对麻风病的解释模式长久以来在社会上造成的意识形态偏见。在历史上，麻风病患者所处的社会结构不仅剥夺了他们属于当地社区和国家社群的权利，也使他们遭受非人待遇。这种意识形态偏见使得对麻风病患者的制度性歧视得以延续。反之，对麻风病患者的制度性歧视也使这种意识形态偏见继续存在，通过认定哪些事物

³ 见 www.ohchr.org/Documents/Issues/Leprosy/SR_leprosy_Open_letter_22May2020.pdf 和 [A/HRC/47/29](#)。

⁴ 世卫组织，《疫情周报》，第 94 卷，第 35/36 期(2019 年 8 月 30 日)，第 389-412 页。

⁵ Nancy Krieger, “Discrimination and health inequities”, *International Journal of Health Services*, vol. 44, No. 4 (2014), pp. 643-710.

是社会认为正常、可接受和向往的，哪些处于其对立面(在不同文化背景中以麻风病为代表)，使麻风病患者被非人化的状况获得认可和得以延续。不可否认，麻风病人遭歧视被制度化的状况促使受影响个人被污名化和非人化，并使这种情况成为正常现象。这就是为什么对法律进行协调统一和在形式上承认麻风病患者为权利持有人不仅是国家的义务，也是道义上的当务之急。

13. 在已批准国际人权文书且其国家宪法确认平等和不歧视权利的一些国家，法律上对麻风病患者的歧视依然存在。由于这种法律的存在，麻风病患者的人权未得到承认，首先是最基本的权利——平等权。如果一个国家坚持法律面前人人平等，同时又保留歧视某一群体的法律，那么该国就是在主动剥夺该群体的基本权利和自由，从而违反了国际和国家义务。

14. 为了对歧视麻风病患者的现行法律进行摸底和报告，并在这方面向各国提供技术指导，特别报告员就对麻风病患者和(或)其家人有歧视性影响的国家法律、法规、条例、决议和政策以及对他们有歧视性影响的现有习惯性规章，包括传统的非成文规范，征求了会员国和民间社会组织的意见。特别报告员承认，一些社会中存在不同的法律制度，因此呼吁各国和民间社会组织支持对属于非国家法律制度一部分的传统非成文规范进行摸底。她还要求提供信息，说明为废除或修订歧视性法律和规范而采取的措施。共有 10 个国家和 22 个民间社会组织⁶ 响应了她关于合作评估法律上的歧视的呼吁。特别报告员还与几名麻风病患者及其代表组织进行了深入对话，以便更好地了解他们在法律歧视方面的亲身经历。

15. 彻底审查了民间社会组织提交的信息，其中包括国际防麻风病协会联合会⁷ 汇编的目前最全面的歧视麻风病患者法律数据库，以及其他民间社会组织报告的数据，并适当找出和审查了所报告法律的全文。将在本报告的网页上公布不同国家歧视性法律实例清单。⁸ 仅该联合会的数据库就找出了不同国家的 130 项直接歧视麻风病患者的法律。为了评估法律对麻风病患者的歧视，特别报告员考虑了狭义和广义的法律。狭义的法律是中央和地方议会制定和批准的规范性法律。广义的法律是由其他监管机构制定的规范性法规，如条例、法令和指导方针。

16. 特别报告员承认，难以对这类法律、条例和规范进行摸底并持有其状况的最新信息。她虽然利用不同利益攸关方的工作成果对歧视性法律进行摸底，但欢迎与会员国就这一特定问题进行进一步讨论，并随时准备参与技术方面的合作，以修订或废除这些法律。在本报告中，她希望提请注意一个未竟之业：对法律的协调统一和使麻风病患者实现形式上的平等。

⁶ 各国和民间社会组织授权公开的提交材料将在特别报告员任务规定的网页上发布：
www.ohchr.org/EN/Issues/Leprosy/Pages/LeprosyIndex.aspx。

⁷ 见 <https://ilepfederation.org/discriminatory-laws>。

⁸ 见 www.ohchr.org/EN/Issues/Leprosy/Pages/DiscriminatoryImpacts.aspx。

二. 回顾历史，以理解当前的制度性歧视

17. 关于在法律上歧视麻风病患者的现有数据表明，自二十世纪初以来就已经制定和实施歧视这一群体的法律。对麻风病患者的禁令和歧视被广泛制度化始于 1873 年至 1948 年麻风病现代史的第一个阶段(见 [A/HRC/38/42](#))，而且没有止步于此。后文将做进一步说明。

18. 特别报告员回顾，19 世纪末麻风病病原体麻风杆菌被发现后，欧洲专家和政府于 1879 年基于对传染病的认识，采取了一致的应对方式，因此在当时的各个帝国以及殖民统治下的国家和领土建立了数千个隔离和禁闭麻风病患者的场所。麻风病被欧洲列强描述为帝国的危险(同上)。

19. 根据这些国家政策，将麻风病患者与他们的家人和社区分离，许多国家禁止他们生育，还有一些国家甚至强制他们绝育。1923 年，同样的政策被适用于麻风病患者的子女。健康的新生儿被强行与父母分开，许多人也与他们的社区隔绝。

20. 对麻风病患者的预防性隔离从来没有得到科学证据的支持，然而这种隔离从 19 世纪末到发现麻风病治愈方法近半个世纪后的 20 世纪末一直普遍存在。1948 年，麻风病专家摒弃了强制隔离政策。然而，在一些国家，隔离作为一项官方政策一直持续到 20 世纪末。尽管可能难以估计世界上仍然存在的麻风病人聚居区的数量，但很可能远远超过 1 000 个。

21. COVID-19 大流行疫情使世界了解到麻风病患者几十年和几个世纪以来一直知道的情况，即健康和疾病不仅仅是生理现象。医学人类学领域积累的知识已经证明了病痛(illness)与疾病(disease)的区别，病痛是指身体感受本身，而疾病是指特定医学系统下的疾病分类，始终基于特定的文化。疾病是生物社会学概念，正如流行病的历史所显示的，对疾病的解释模式会导致贴标签的行为，甚至引发制度化和结构性的污名化。对于现代国家来说，生物医学成为定义正常和病态之间界限的核心，也是对这些类别下的人群进行分类的核心。现代公民的概念根植于对何为正常和何为可取进行定义的生物政治学观念。

22. 在现代国家形成早期，麻风病体现了所有被认为与现代计划相对立的事物，即要从现代国家中清除的结构性的糟粕。可以毫不夸张地说，国家实行强制隔离政策的邪恶用心是进行污名化，因为该政策更多地是意识形态偏见而非科学证据的产物，其目的无非是通过驱逐麻风病患者来驱除麻风病。但是，虽然核心国家具有这种意识形态偏见，但这种偏见也被移植到殖民统治和控制的国家和地区，使对麻风病患者的制度性歧视成为全球现实。此外，该政策继续对麻风病患者及其家人的生活产生影响，因此他们的权利一直受到侵犯。

23. 这种意识形态偏见及其导致制度性歧视的能力一直得以持续，即使到 20 世纪中叶发现了麻风病的治疗方法之后仍是如此。主张需要进行预防性隔离的生物医学观念已经被否定。但即使是这样，这一观念仍然影响着国家的法律和法规框架，涉及行动自由、政治和社会生活的参与、家庭生活、工作规章以及移民和签证条例等诸多领域。这些法律和法规框架使对麻风病患者的结构性和人际关系歧

视具有法律合法性，加强了这种歧视，认可了麻风病患者被非人化的状况并使之成为正常现象，并使他们完全不可能享受有尊严的生活。

三. 世界各地的歧视性法律

24. 经查，麻风病流行国和非流行国都存在歧视麻风病患者的法律。国际防麻风病协会联合会称，巴哈马、巴巴多斯、多米尼克、埃及、印度、牙买加、马来西亚、马里、马耳他、缅甸、纳米比亚、尼泊尔、尼日尔、巴基斯坦、巴布亚新几内亚、菲律宾、塞内加尔、新加坡、斯里兰卡、中国台湾省、泰国、阿拉伯联合酋长国和美利坚合众国仍然存在歧视性法律。⁹ 根据该联合会数据库的数据和其他民间社会组织提交的信息，亚洲是歧视麻风病患者法律最普遍的大洲。据该联合会等民间社会组织报告，埃塞俄比亚、印度、缅甸、¹⁰ 尼泊尔、巴布亚新几内亚和斯里兰卡¹¹ 存在歧视性法律。根据该联合会数据库的数据，对全球歧视性法律进行摸底后发现，仅印度一国就占约 77%，已查明 100 多部这样的法律。¹²

25. 在摸底发现至少一项歧视性法律的国家，这些法律包括：(a) 与公共卫生有关的法律，规定强制麻风病患者与社会隔绝、住院和隔离；(b) 与移民有关的法律，这些法律拒绝麻风病患者入境、向其发放签证以及居留和工作许可证。在摸底发现一项以上歧视性法律的国家，可以发现一种多层面的制度，通过在社会生活不同领域的法律适用，将麻风病患者与社会其他人分开来。这些多层面的制度是由不同的法律和规范组成的，这些法律和规范在(被当前科学完全否定的)意识形态偏见下规范社会和麻风病患者之间的关系，这种意识形态偏见将麻风病患者归为对社会其他人的健康构成风险的类别。因此，用法律让麻风病患者与公共生活、职场和家庭的欢乐场面相隔绝，从根本上将他们排除在工作场所和政治代议制之外，且无法积极参与社会的不同部门。在某些情况下，法律甚至规定，如未能将麻风病患者驱逐出公共场所和交通工具，公共当局将受到惩罚。

26. 具体而言，以印度为例，该国有大量歧视麻风病患者的法律。这表明该国存在一个极为复杂的制度。在这一制度下，歧视遍及生活的多个维度，包括公共和私人空间，从公共卫生条例、城市和拘留场所的组织结构、进入公共和私人部门管理和决策层的机会以及工作条例，再到将乞讨定为刑事犯罪。需要强调的是，这类法律在印度的泛滥也是该国复杂的行政和领土组织结构的结果。根据这种组织结构，中央政府和地方政府都拥有立法权。因此，各级政府和行政部门的歧视性机制成倍地增加，不同的政府机构和行政部门制定了大量类似的法律法规。

⁹ 见报告网页上的表 1：www.ohchr.org/EN/Issues/Leprosy/Pages/DiscriminatoryImpacts.aspx。

¹⁰ 缅甸的民间社会组织强调，他们对这些法律是否仍然具有效力表示怀疑。

¹¹ 见报告网页上的表 2：www.ohchr.org/EN/Issues/Leprosy/Pages/DiscriminatoryImpacts.aspx。

¹² 在为本报告提交的不同资料中，印度歧视麻风病患者的法律数目各不相同，这也表明该国法律歧视麻风病患者的情况很复杂。有鉴于此，呼吁采取有力行动，在这个世界上麻风病绝对病例数最高的国家查明形式上的歧视和制度性歧视。

27. 值得注意的是，在世界各地摸底发现的许多歧视性法律提供了有说服力的实例，说明意识形态偏见如何影响歧视麻风病患者的法律和法规框架，同时再现并维持着污名化的标签。不仅这些法律的内容有歧视性，而且所采用的措辞也具歧视性。这些语言再现了有害的陈规定型观念，赋予其合法性，并使其继续大行其道。事实上，摸底发现的许多歧视性法律采用了贬损性的措辞，将麻风病患者称为“麻风病人(lepers)”，这是原则和准则中的第 9 号准则所禁止的。该准则明确确认，各国应删除政府出版物中的歧视性措辞，包括在任何语言或方言中不得贬损性地使用“麻风病人”一词或类似说法，并应尽可能迅速修订包含这种措辞的现有出版物。许多国家已认可原则和准则，但还是在其法律文本中使用此类措辞。此外，构成这些法律框架的一些法律文本错误地将麻风病描述为致命疾病，这导致人们对麻风病传播的错误认识持续存在。最后，关于麻风病患者没有资格担任公务员的规定使人们将麻风病患者等被描述为低人一等和无能的各群体与污名化相联系。¹³ 此类实例清楚地表明，法律具有界定身份和制造污名化标签的力量。

四. 歧视性法律的时间线

28. 1943 年，美国的盖伊·费格特医生发现了一种药物，尽管需长期使用，且有严重的医源性效应，但对治疗麻风病有一定效果。氨苯砒治疗麻风病的疗效使政策由强制隔离向分散到一般医疗保健服务部门过渡。正是在这一时期，世卫组织在联合国儿童基金会的资金支持下，领导了当时被称为消灭麻风病的工作。这项新政策还呼吁各国修订歧视性立法，称这些立法有碍消灭麻风病。也是在这一时期，麻风病人聚居区首次发出呼声，要求承认麻风病患者的尊严和权利。本着 1978 年在阿拉木图(现为哈萨克斯坦阿拉木图)举行的国际初级卫生保健会议的精神，在健康权下逐渐对麻风病进行了重新定义(见 A/HRC/38/42)。

29. 然而，本报告对现行歧视性法律的分析表明，从法律角度来看，一些国家仍然完全秉持的生物学观念是，将对麻风病患者进行预防性隔离作为保护社会不受麻风病侵袭的一种手段。令人震惊的是，一些国家尚未从法律框架中撤销或废除规定强制隔离麻风病患者的法律，而限制麻风病患者权利并积极助长对他们歧视的法律仍在制定和颁布中。¹⁴

30. 在一些国家，1950 年代之前颁布的与公共卫生有关的一些法律规定强制隔离麻风病患者。这些法律沿用至今，而未经修订或被废除。也能找到一些同时规范公共生活和私人生活层面的法律。这些法律将同样的预防性隔离的生物学观念施加于社会生活的不同层面。因此，1950 年代之前已经颁布的一些城市法律、拘留场所和大学管理条例、反乞讨法、公共交通条例和家庭法重复了关于麻风病患者需要预防性隔离的错误认识。

31. 从 1950 年代到今天，在规范社会生活各公共和私人层面以及制度机构运作的大量法律中，建立隔离制度、以麻风病为由发出禁令和限制麻风病患者权利的

¹³ 见报告网页上的表 3: www.ohchr.org/EN/Issues/Leprosy/Pages/DiscriminatoryImpacts.aspx。

¹⁴ 见报告网页上的表 4: www.ohchr.org/EN/Issues/Leprosy/Pages/DiscriminatoryImpacts.aspx。

机制得到了重申。¹⁵ 在印度，这种现象的发生率特别高。从 1950 年代开始，不同地方政府开始制定和确立这种类型的立法。

32. 根据国际防麻风病协会联合会数据库提供的信息，1950 年以后批准的一些法律包括：限制政治权利，如禁止参加选举、担任公职或担任某些实权和决策性职位的法律；限制行动自由、禁止使用公共交通工具的法律；将麻风病确立为离婚理由的法律；对移民入境、签证以及居留和工作许可的限制；以及对工作权利的限制，禁止从事某些职业。1950 年以后，至少巴巴多斯、多米尼克、印度、马里、纳米比亚、尼泊尔、尼日尔、巴基斯坦、菲律宾、塞内加尔、新加坡、中国台湾省、泰国和阿拉伯联合酋长国制定了此类法律。其他民间社会组织提交的材料也表明，自 1950 年至今制定了歧视麻风病患者的法律。¹⁶

五. 歧视性法律所侵犯的权利

33. 通过分析歧视麻风病患者的法律的类型，可以确定这些法律从根本上将麻风病患者排除在外的生活领域，以及这些法律所侵犯的权利。

禁止参加选举或担任公职从而侵犯政治权利的歧视性法律

34. 这些都是规范城市机构以及私人 and 宗教机构运作的法律和规范性条例。在这些情况下，将麻风病视为禁止参加某些职位选举，以及将已任职的麻风病患者免职的理由。¹⁷

禁止或限制使用公共交通工具从而限制行动自由的歧视性法律

35. 这些法律规范公共交通工具的使用，通常禁止麻风病患者使用，或以出示证明个人未染病的医疗证明为条件。¹⁸

允许以麻风病为理由解除婚姻关系的法律

36. 这些是民法以及规范不同宗教的婚姻的法律。根据这些法律，如果成婚者中有一人患有麻风病，则允许解除、废止、脱离和不缔结婚姻关系。¹⁹

剥夺移民权利的歧视性法律

37. 这些是由负责移民和国家安全事务的国家机构制定的法律或法规。根据这些法律，可以麻风病为由作出不授予签证、工作许可证、居留权和公民身份的决定。²⁰

¹⁵ 见报告网页上的表 5: www.ohchr.org/EN/Issues/Leprosy/Pages/DiscriminatoryImpacts.aspx。

¹⁶ 见报告网页上的表 6: www.ohchr.org/EN/Issues/Leprosy/Pages/DiscriminatoryImpacts.aspx。

¹⁷ 见报告网页上的表 7: www.ohchr.org/EN/Issues/Leprosy/Pages/DiscriminatoryImpacts.aspx。

¹⁸ 见报告网页上的表 8: www.ohchr.org/EN/Issues/Leprosy/Pages/DiscriminatoryImpacts.aspx。

¹⁹ 见报告网页上的表 9: www.ohchr.org/EN/Issues/Leprosy/Pages/DiscriminatoryImpacts.aspx。

²⁰ 见报告网页上的表 10: www.ohchr.org/EN/Issues/Leprosy/Pages/DiscriminatoryImpacts.aspx。

限制从事某些工作的歧视性法律

38. 阻碍麻风病患者从事某些职业的法律涉及大量工作类别，其中包括：处理食品和饮料；在法院和大学提供服务；驾驶公共交通工具；担任地方法官；在合作社、大学以及援助和宗教实体中担任要职；以及提供簿记、打字、法律、医疗、护理和家政服务。法律还禁止麻风病患者获得某些职业资格证书以及从事某些职位和职业。²¹

将限制工作权与限制实质性政治参与权相结合并禁止麻风病患者在公共或私人实体中担任要职的歧视性法律

39. 这些法律规范机构的运作，尤其是大学的运作。它们在印度比比皆是，国家行政管理多个机构已大量制定此类法律。根据这些法律，麻风病可以构成拒绝更高级别工作职位申请和罢免这些职位任职者以及理事会、委员会和其他大学决策机构成员的理由。在某些情况下，麻风病也可以构成解雇在大学里提供非教学服务的人的理由。²²

在反乞讨措施中规定麻风病患者应强制隔离和住院的歧视性法律

40. 这些法律是为打击乞讨而通过的，对罪行进行了界定，并由法院进行惩处。这些法律规定对患麻风病的乞丐进行隔离，并授权将他们监禁或隔离在麻风病院或特殊中心或庇护所。对父母的拘禁也可能适用于他们的子女。在其他情况下，拘留导致父母和子女分离。^{23、24}

限制麻风病患者政治权利和工作权以及行动自由的城市组织法

41. 这些法律规范城市机构和公共空间的运作。这些法律包括禁止麻风病患者担任职务或参加市级选举的条款。这些法律中的一个共同机制是确立城市当局的责任，将麻风病患者驱逐出公共市场。²⁵

监狱系统中宣扬强制隔离麻风病患者的歧视性法律

42. 这些法律规范监狱系统的运作，规定监狱管理人员有义务将麻风病患者转移到单独的场所住院。²⁶

²¹ 见报告网页上的表 11: www.ohchr.org/EN/Issues/Leprosy/Pages/DiscriminatoryImpacts.aspx。

²² 见报告网页上的表 12: www.ohchr.org/EN/Issues/Leprosy/Pages/DiscriminatoryImpacts.aspx。

²³ Anubhuti Jain, “Discrimination against persons afflicted with leprosy as a violation of their international human rights”, *PEOPLE: International Journal of Social Sciences*, vol. 5, No. 2 (2019), pp. 454-470。

²⁴ 见报告网页上的表 13: www.ohchr.org/EN/Issues/Leprosy/Pages/DiscriminatoryImpacts.aspx。

²⁵ 见报告网页上的表 14: www.ohchr.org/EN/Issues/Leprosy/Pages/DiscriminatoryImpacts.aspx。

²⁶ 见报告网页上的表 15: www.ohchr.org/EN/Issues/Leprosy/Pages/DiscriminatoryImpacts.aspx。

规定强制隔离和隔绝麻风病患者政策的公共卫生方面的歧视性法律

43. 这些法律仍将隔离作为国家官方适用的控制麻风病政策。这些法律涵盖的一些措施包括对麻风病患者进行隔离、强制其住院、对其进行拘禁以及禁止其上学和进入其他公共场所。²⁷

通过歧视性地适用表面上看似中立的法律间接歧视麻风病患者

44. 以歧视麻风病患者的方式适用表面上看似中立的国家法律、条例和政策属于间接歧视，相关报道体现了制度化歧视的另一个层面。

45. 在印度，需要接受截肢手术的麻风病患者在享受医疗保险计划的待遇方面可能面临障碍，可能需要支付所有手术费用，这取决于他们接受手术的地点，特别是医院是否有整形外科专科中心。同样，特别报告员被提请注意，1992年的《印度康复理事会法》和1995年的《残疾人法》可能不包括所有麻风病患者。

46. 在埃塞俄比亚，麻风病可作为解除婚姻关系的理由，因为家庭法认为患上不治之症是根本性的错误，可以证明解除婚姻关系是正当的。

47. 在巴布亚新几内亚，1963年的《歧视行为法》不包括对麻风病患者的歧视。虽然国家各项计划承认保护和促进残疾人人权的重要性，但法律没有承认禁止以残疾或麻风病为由的歧视行为。

48. 关于巴西，特别报告员收到了关于适用两项规范性文件的歧视性影响的信息。圣保罗州2001年10月8日第130/2001号决议规定了该州控制汉森氏病的指导方针。根据这一规范性文件，该州要求驱逐不符合该决议要求的居住在昔日麻风病人聚居区的麻风病患者或其家庭成员。米纳斯吉拉斯州第23.137/2018号法律规定，对儿童时期因父母患麻风病而被强制隔离和禁闭的人进行赔偿。目前正在通过货币赔偿来执行该法律，但赔偿金额低得惊人，与受害者权利受到侵犯的严重程度相去甚远。这违反了国际人权法(见A/HRC/44/46)规定且明确载于《严重违反国际人权法和严重违反国际人道主义法行为受害人获得补救和赔偿的权利基本原则和导则》的补救和赔偿权的核心原则，也不符合巴西在国家补救方面的现行做法。

六. 歧视性的传统习俗和做法

49. 从国家和民间社会组织提供给特别报告员的信息中不足以确认存在歧视麻风病患者的非国家法律制度的规范。同样，对相关文献的复查没有得出任何资料，表明非国家制度及其相应的司法人员在行使司法方面存在歧视。可以假设，这可能不是因为这些规范不存在，而是因为在不同法律制度共存和共同运作的国家和地区，对界定麻风病的社会和文化动态缺乏系统化的了解。

50. 从为本报告和以往报告(例如，见A/HRC/41/47)提交的信息中可以明显看出，歧视麻风病患者的非成文的传统习俗和做法依然存在，并由根深蒂固的有害陈规定型观念所维系，而这些陈规定型观念又与关于麻风病的结构化传统观念体系相

²⁷ 见报告网页上的表16: www.ohchr.org/EN/Issues/Leprosy/Pages/DiscriminatoryImpacts.aspx。

互关联，其中许多传统观念来自世界性宗教或地方宗教。系统性地歧视麻风病患者的习俗和做法与宗教观念之间的这种联系表明，各国迫切需要能够了解基于麻风病的歧视与当地传统之间的关系，为此需建立有效的监测体系，其中包括当地社区。应真正承认当地人是法律多元化和(或)影响集体行为的当地规范方面的专家。值得注意的是，这种歧视性习俗和做法仍然是当地社区应对麻风病的标准化方式，导致麻风病患者被与私人 and 社区空间隔离开来。特别报告员先前的摸底已了解这一情况(同上)。下文提供了一些实例。

51. 在多元民族玻利维亚国，由于该国强大的父权制社会结构，妇女获得医疗服务依然需要第三方(主要是丈夫)的许可。据报告，在该国，污名化和缺乏对这种疾病的正确知识之间也互有关联。在布隆迪，关于麻风病的传统和错误观念影响到麻风病患者子女生活的多个方面，比如婚姻。在布隆迪以及喀麦隆等其他国家，麻风病被认为是一种诅咒。由于这一观念，出台了几项禁令和歧视性规定，使麻风病患者与社会交往和社区生活隔绝。在尼日利亚，麻风病也被认为是一种诅咒，是令人憎恶的罪行的结果。这为将麻风病患者视为弃儿提供了托辞。他们在医疗保健、学校、公共交通、餐馆甚至家庭内部等各种环境中都受到歧视。该国大多数麻风病患者生活在单独的社区，被称为麻风病人聚居区。在该国，还用贬损性的词汇给麻风病患者贴上标签。在尼泊尔，对麻风病患者的歧视性做法包括将他们排除在庆祝活动、社区生活和学校之外，以及人们不从麻风病患者那里购买商品或产品。特别报告员听到令人震惊的报告说，在尼泊尔，一些人在被诊断患有麻风病后，被迫到洞穴和其他与世隔绝的地方居住，他们的生活和生存没有任何保障。在尼泊尔和在巴布亚新几内亚，麻风病被认为是一种诅咒，可代代相传。

52. 关于歧视性习俗和做法与宗教制度之间更直接的联系，据报告，埃塞俄比亚正教会限制患有麻风病的神职人员参加教堂活动和礼拜。特别报告员注意到，在印度，提高麻风病患者地位的一大障碍是与之相关的污名化。据报告，这些将麻风病污名化的观念与《阿闍婆吠陀》、《摩奴法典》和《妙闻本集》等古代印度教经文有关。报告指出，存在错误的陈规定型观念以及使用贬损性措辞，因为实践依附于根深蒂固的观念体系。在缅甸，依然有人认为患麻风病是由前世恶行所导致，这为将麻风病患者边缘化提供了托辞。据报这种观念与佛教有关。

53. 重要的是，根深蒂固的观念体系不仅会助长歧视性做法，而且还会助长以麻风病为由实施的暴力事件。特别报告员之前已注意到这一情况(同上)。根深蒂固的观念体系在麻风病患者被非人化方面起到重要作用。当目标群体很容易被确定为单独一类人，被贴上劣等、危险或不文明的标签并被污名化时，他们就可能被非人化。非人化使得防止虐待和暴力侵害某些群体的道德约束力量受到削弱。被非人化的群体被认为是可任意处置的，并且认为(在民事权利方面或在肉体上)毁灭他们在道德上是可以接受的。特别报告员了解到对麻风病患者实施暴力，继而对其即决处决的极端案例。近期，在西非某国，²⁸ 一名麻风病患者因患麻风病被控实施巫术，并被残忍杀害。所有目击这一罪行的人也都被杀害。

²⁸ 为了保护消息来源，特别报告员希望对该国国名和有关人员姓名予以保密。

七. 努力消除法律上的歧视

54. 哥伦比亚和日本等一些国家报告称，在其努力下，规定强制隔离麻风病患者的与公共卫生有关的歧视性法律得以废除。斯里兰卡等其他国家提到正在努力修改歧视麻风病患者的法律。印度提及最近持续为摒弃在不同生活领域歧视麻风病患者的多层面法律制度而做的努力。印度特别提到中央邦在 2016 年废除《麻风病人法》，以及中央邦如何领导了最终修改将麻风病作为离婚理由的属人法条款的进程。印度还提到印度法律委员会为查明该国所有现行歧视性法律并提出废除这些法律的建议所作的努力。²⁹

55. 一些国家报告称，通过了保护麻风病患者权利的法律和方案。在文莱达鲁萨兰国，《老年和残疾养恤金法》向患麻风病的老年人及其受扶养人提供养恤金，养恤金还涵盖麻风病患者接受康复服务的六个月期间。哥伦比亚向患麻风病的残疾人提供经济补贴。

56. 其他国家提到了反歧视的法律。这些法律在保护麻风病患者权利的同时，禁止基于麻风病的歧视。日本为此制定了多项法律，其中包括 2001 年的《向汉森氏病疗养院居住者支付赔偿金法》、2008 年的《促进解决汉森氏病相关问题法》和 2019 年的《向昔日汉森氏病患者家属支付赔偿金法》。已根据这些法律实施一项复杂的赔偿方案，其中包括对麻风病患者及其家属的补偿(见 [A/HRC/44/46/Add.1](#))。2008 年的法律明确禁止基于麻风病的歧视。这三项法律包括咨询麻风病患者和保障他们权利的措施，以及调查侵害人权指控和提供相应补救办法的措施。

57. 在印度，《残疾人权利法》适用于持有有效残疾证明的麻风病治愈者。该法授权适当的行政和政府机构制定社会保障、医疗保健、康复和技能发展领域的计划和方案。该法禁止基于残疾的歧视，并承认“麻风病治愈者”是残疾人，他们有权享受社会福利，能够在政府和高等教育机构中任职。特别报告员提请注意，该法中使用的表述(“麻风病治愈者”)在实践中可能不包括正在接受治疗的人，以及已经具有与麻风病相关的身体缺陷和残疾的人。特别报告员还提请注意麻风病患者系统性提出的问题，即享有该法规定的权利的标准是伤残等级达到 40%，这一分级和评估标准过于狭隘。

58. 民间社会组织报告了主要针对消除歧视性习俗和做法的战略。在巴西，巴西 NHR 组织一直根据世卫组织麻风病卫生政策，在获得医疗卫生保健、促进精神健康和增强社会经济权能等领域开展活动。在布隆迪，达米安基金会一直在与政府密切合作，开展提高认识活动，对宗教和社区领袖开展工作，以提高他们对麻风病相关问题的认识，培训医疗保健工作者，并推动建立联合宣传委员会以支持基层组织。在巴布亚新几内亚和南非，麻风病救济会在提高认识领域开展工作。埃塞俄比亚全国麻风病患者协会也在埃塞俄比亚开展这些工作。

²⁹ 印度政府，印度法律委员会，“消除对麻风病患者的歧视”，第 256 号报告(2015 年 4 月)。

59. 民间社会组织就法律歧视采取的行动既包括宣传，也包括战略性的诉讼。在尼泊尔，麻风病救济会会同麻风病患者团体和组织，一直在呼吁政府废除依然存在的一项歧视麻风病患者的法律。

60. 战略性的诉讼主要在印度使用，在法庭上取得了重要成果。2014 年，最高法院要求中央和地方政府采取措施，以实现对麻风病患者的包容。2015 年，印度法律委员会向联邦法律和司法部长提交了题为《消除对麻风病患者的歧视》的第 256 号报告，并提出了一项综合性的新反歧视法律，被称为《消除对麻风病患者歧视法案》。最高法院注意到歧视性做法持续存在，在 2018 年对 Pankaj Sinha 诉印度联邦等的案件(第 767/2014 号(民事)令状申诉)的判决中指示应消除对麻风病患者的各种形式的歧视。在同一判决中，最高法院表示注意到维迪法律政策中心诉印度联邦的案件中提交的 1151/2017 号(民事)令状申诉，其中列出了 119 项中央和地方法律，这些法律侵犯了《宪法》第 14、19 和 21 条规定的麻风病患者的基本权利。最高法院还注意到印度法律委员会的报告。该报告对许多印度法律继续直接和间接歧视麻风病患者表示关切。

61. 值得注意的是，印度的案例不仅表明诉诸司法和战略性诉讼作为打击形式上的歧视的关键手段极为重要，而且还表明，在中央和地方政府之间没有就完成法律协调统一工作达成一致或作出明确决定的情况下，难以推进形式上的平等。

八. 结论

62. 国际融合、尊严和经济发展协会全球网络协调员、全球麻风病患者群体代表、由于本国仍施行的歧视性法律而被迫签署离婚文件的 Amar Timalsina³⁰ 说，麻风病患者“渴望呼吸尊严的空气”。

63. 形式上的歧视剥夺了麻风病患者的尊严，也为他们被非人化推波助澜。通过分析对麻风病患者的形式上和制度性的歧视，可以了解目前对这一群体的直接歧视的情况。分析还查明了对麻风病患者的间接歧视的情况。间接歧视是由于歧视性地执行表面上看似中立的法律、法规和政策所造成的。此外，许多仍保留歧视性法律的国家没有报告这些法律，这表明相关国家对法律上的歧视了解不足且缺乏这方面的最新资料，因此呼吁采取行动，既监测法律上的歧视的情况，又推进协调统一国家立法和做法。最后，同样重要的是，摸底发现许多法律文本中使用对麻风病患者构成歧视的贬损性措辞，这可能导致出现针对麻风病患者的仇恨言论。

64. 歧视麻风病患者的传统习俗和做法也比比皆是。这些习俗和做法即使与法律多元化和行使非国家司法制度没有直接联系，也似乎植根于根深蒂固的观念体系。这些观念体系强化了歧视和非人化，将其作为对麻风病的标准化应对措施。目前对这种制度(包括当地文化以及世界性宗教和地方宗教)如何影响歧视性习俗和做法的了解有限，因此需要进行深入研究，将当地人视为专家，并将对话和相互学习作为消除当地有害的陈规定型观念的主要方法。

³⁰ 在本报告中出现他的名字已获其完全授权。

65. 在特别报告员为编写本报告而与麻风病患者及其代表组织进行的磋商中，没有提到最近适用规定需对麻风病患者进行隔离和隔绝的歧视性法律的证据，但确实报告了规范家庭关系等社会关系的歧视性法律的适用情况。此外，频繁提到制度性歧视，既包括国家行政管理，也包括歧视性的法律适用。最后，从与麻风病患者及其代表组织的磋商中可以肯定，法律上的歧视对享有权利以及诉诸司法、法律补救和赔偿影响巨大。同样，形式上的歧视是普遍存在的实质性歧视的根源，这种歧视继续使麻风病患者无法拥有与其他人相同的机会。

66. 在介绍形式上的歧视的影响之前，需要说明歧视性法律对麻风病患者的适用和不利影响的性别不平衡问题。特别报告员多次获悉，鉴于患麻风病的妇女的经济独立性和自主权有限(见 A/HRC/41/47)，允许以麻风病为由离婚的法律等立法对她们影响更大，使她们本已处于从属地位的状况更为严重。同样，这些法律的存在本身就起到阻碍作用，使得妇女难以就要求获得其离婚后有权享有的权利诉诸司法。

67. 事实上，这是麻风病患者及其代表组织向特别报告员指出的剩余歧视性法律的主要不利影响之一：这些法律制造障碍，使得麻风病患者难以获得与其他人相同的权利和机会，难以诉诸司法，以及难以在面临歧视和人权遭侵犯时获得适当补救的权利。正如系统性地向特别报告员指出的那样，面对针对他们的歧视和(或)暴力事件，麻风病患者不能采取法律行动。这类法律的另一个重大影响是，如果不被废除，它们就会纵容歧视和暴力。虽然国家可能不会施用这类法律，但社会的其他参与方可能会自由地这样做，而且经常如此。

68. 最后，形式上的歧视鼓励和准许了对麻风病患者的实质性歧视，并使之成为正常现象，这主要表现在：(a) 严重危及麻风病患者的生计；(b) 为有害的陈规定型观念正式贴上合法的标签，将对麻风病患者的羞辱和暴力行为常态化为获得准许的做法；(c) 将麻风病患者排除在政治和公民参与之外，从而阻碍民主参与和参与决策方面的变革；(d) 使国家更加忽视这一边缘群体，且对系统性变革和包容分歧更加缺乏承诺。

69. 这些法律违反了多项国际条款，尤其是维系国际人权法并在《世界人权宣言》第 1 和第 2 条中确认的平等、尊严和不歧视的基本原则，以及《世界人权宣言》第 8 条确认的在公认的基本权利遭侵犯时获得国家主管法院的有效补救的权利。重要的是，歧视性法律和做法直接违反了《公民及政治权利国际公约》和《经济社会文化权利国际公约》规定的许多权利。

70. 《残疾人权利公约》第 4 条规定，各国义务采取一切适当措施，包括立法，以修订或废止构成歧视残疾人的现行法律、法规、习俗或做法；残疾人权利委员会在第 6 号一般性意见中确认，促进平等和消除歧视是贯穿各领域的义务，应立即实现，而非逐步实现。重要的是，根据《公约》第 1 和第 2 条，由于麻风病患者有身体缺陷，其充分参与社会存在多重障碍，而且还存在基于对麻风病本身有害的陈规定型观念的歧视，因此麻风病患者应被普遍承认为残疾人，并有权享有《公约》规定的权利。同样，经济、社会及文化权利委员会在其第 20 号一般性意见中明确指出，各国应采取措施，解决人们因健康状况(包括麻风病等疾病)而被

普遍污名化的问题，同时也申明，必须消除形式上的歧视和实质性歧视，不歧视是《经济社会文化权利国际公约》的一项即时和贯穿各领域的义务。

71. 最后，必须指出的是，法律也可以成为防止和纠正污名化、伤害和暴力的手段。³¹ 法律可以赋予个人与歧视抗争的手段。提供平等和有效的法律保护使人们不受歧视意味着各国有保护麻风病患者不受歧视的积极义务。平权措施和全面的反歧视法律和法令是各国履行保护其他群体不受歧视的义务的一些手段。应将这些措施及法律法令用于消除基于麻风病的歧视，特别是在麻风病流行的国家。各国面临一个重要选择：是维持对麻风病患者的形式上的歧视，从而继续违反国际人权法，加剧他们仍在遭遇的非人化和实质性歧视，还是采取积极措施消除对这一群体的系统性歧视。基于麻风病的法律上的歧视和事实上的歧视相互关联。消除这种歧视无疑是一项未完成的工作，各国必须积极加紧解决这一问题。

九. 建议

72. 特别报告员建议各国国家和国家以下各级的政府和行政部门采取和执行下述措施，以实现麻风病患者在形式上的平等，并与长期以来法律上的歧视的后果作斗争，以使麻风病患者及其家人能够拥有与其他人相同的权利。

73. 总体而言，各国应：

(a) 审查、修订、撤销或废除国家和国家以下各级政府中歧视麻风病患者并使其无法与其他人享有同等权利的一切法律、法规、条例、决议和政策；

(b) 禁止基于麻风病的歧视，并将该禁令的范围扩大到私人和公共领域；

(c) 与麻风病患者组织密切协商，制定和颁布全面的反歧视法律和(或)法规，特别是在麻风病流行的国家，将基于麻风病的暴力行为和歧视定为犯罪并予以有效、相称和劝诫性的刑事处罚，向受害者提供关于其潜在的具体保护需求的评估，保障麻风病患者在涉及医疗保健、教育、工作和就业、司法和社会保障的公共和私人领域拥有平等机会和享有平等待遇的权利；

(d) 确保在麻风病流行国家和非流行国家，承认麻风病患者获得与其他群体相同的主流平等政策和战略给予的保护，并将麻风病患者纳入这些政策和战略；

(e) 在现有监测机制中将麻风病列为禁止歧视的理由，同时组织麻风病患者参与这些机制，有系统地收集按人口、环境、社会经济和文化变量以及国际人权法认定的各种歧视理由分列的数据，同时充分尊重参与原则和隐私原则；

(f) 提供因患麻风病而权利受侵犯的可行投诉机制，以及可利用的有效补救机制，并确保麻风病患者及其家人享有与其他人相同的诉诸司法的权利；

³¹ Scott Burris, "Stigma and the law", *The Lancet*, vol. 367, No. 9509 (2006), pp. 529-531.

(g) 以承认和满足麻风病患者及其家人的具体现实情况和需要的方式,重新确立保护弱势群体的政策和机构,在国家和国家以下各级进行适当的预算分配,制定目标、指标和基准,特别是在麻风病流行国家;

(h) 增进社会各阶层,包括在国家行政管理不同领域(特别是医疗卫生、教育、工作和司法领域)工作的国家官员和公务员以及私营部门人员对关于麻风病的最新科学证据以及麻风病患者的不受歧视权和平等权的了解,特别是在麻风病流行国家;

(i) 监测和防止歧视性地适用表面看来中立的法律的情况,从而消除对麻风病患者及其家人的制度性歧视;

(j) 删除官方文件、法律、法规、条例、决议和政策中的贬损性措辞。

74. 在消除歧视性的传统习俗和做法方面,各国应:

(a) 开展参与性研究,使人们能够了解歧视性的传统习俗和做法与非国家法律制度之间的关系,同时让当地社区参与,应该真正承认当地人是专家;

(b) 在地方一级对歧视麻风病患者及其家人的传统习俗和做法实施有效的监测制度;

(c) 在麻风病患者组织的充分参与下,开展不同文化间对话和相互学习,将此作为提高对麻风病患者及其家人权利的认识和在地方一级消除基于麻风病的有害传统习俗和做法的有效方法;

(d) 实施提高认识方案,这些方案需考虑到文化、语言、性别、年龄和残疾状况,并与当地社区密切合作制定,以确保可获得性和有效性;

(e) 与公共当局、媒体、政府各部门的国家官员、国家和非国家司法人员以及传统和宗教领袖接触,预防和杜绝与麻风病有关的侵害行为。

75. 在将恢复性司法与预防工作挂钩方面,各国应:

(a) 禁止所有导致麻风病患者遭到隔离的法律、规范以及官方和传统做法,并充分认识到历史上官方和非官方实施的隔离行为造成的伤害,为此要制定补偿措施,纠正个人受到的伤害,同时杜绝与麻风病有关的隔离和侵害行为;

(b) 执行赔偿方案,既包括旨在纠正结构性不利地位的物质赔偿,也包括旨在实现系统性变革的象征性赔偿,并采取有效的补救措施,包括补偿、赔偿、赔款和康复;

(c) 建立利用教育、艺术和文化、档案和文献的综合性预防架构,将赔偿方案与纪念进程相结合,也应对前麻风病人聚居区附近的社区开展教育活动;

(d) 承认和保障被强迫在麻风病人聚居区隔离的麻风病患者的住房和财产权,并确保第二代和第三代家庭成员享有同样的权利;

(e) 对昔日的麻风病人聚居区实施参与式规划和管理,并确保现在的居民能够获得医疗保健和康复服务,包括心理社会支持。

76. 在推动系统性变革方面,各国应:

(a) 支持和保障麻风病患者及其家人在公共和政治生活中担任领导职务,为此需撤销阻碍麻风病患者获得权力和(或)担任职务的所有法律、法规、条例、决议和政策,并(或)制定平权措施,纠正限制麻风病患者及其家人参与公共和政治生活权利的历史和结构性不利地位;

(b) 鼓励和促进麻风病患者及其家人在社区一级参与所有与其生活直接相关的公共事务;

(c) 采取措施保障患麻风病的儿童的受教育权并确保他们留在学校,提高社区对麻风病和麻风病患者就学权利的认识,并推出针对家庭的激励措施,使其子女能够完成学业;

(d) 确保麻风病残疾儿童与其他人平等地参与教育服务以及娱乐、休闲和体育活动。教育服务应确保无障碍和合理便利;

(e) 制定平权措施,保障患麻风病的儿童和麻风病患者子女能与其他人平等地接受高等教育,包括提供金钱奖励,使他们能够完成学业。

77. 在保护患麻风病的妇女不受暴力侵害方面,各国应:

(a) 消除限制或剥夺患麻风病妇女的权利的歧视性法律和(或)做法,包括关于身心健康、性和生殖以及关于婚姻和离婚等家庭问题的歧视性法律和(或)做法,并提供适当的解决方案、补救办法和赔偿措施;

(b) 消除所有限制因麻风病离婚或分居的妇女与他人平等地享有权利和获得机会的法律和(或)做法,并保障她们获得应属于她们那部分的婚内财产和子女监护权,以及住房、财产和土地权;

(c) 禁止和惩治对患麻风病妇女的家庭暴力,以及针对她们的各种暴力行为,包括与医疗保健、教育、社会保障和就业等国家服务有关的制度化暴力行为,以及任何形式的人际暴力行为;

(d) 确保患麻风病妇女可以利用国家的正式法律体系,并确保对负责执法的政府官员进行性别平等意识培训,避免其以对患麻风病妇女有害的方式适用法律;

(e) 通过创收方案、创建合作社和职业继续教育等方式,增强患麻风病妇女了解自身权利以及如何伸张这些权利的能力,以确保她们经济独立、体面工作和同工同酬,以及保障她们在工作中的权利,包括为她们提供无障碍环境和合理的住宿安排,并在社会保障计划中承认无偿照护工作;

(f) 制定平权措施,确保患麻风病妇女平等参与任何影响其生活的决策,并且参与代议和参与性民主机制、非政府组织、认知社区和医疗保健服务。