

部落自治视角下的美国原住民医疗卫生体制*

郑 勇

内容提要 印第安人是长期生活在北美大陆上的原住民社群,印第安部落作为拥有独立主权的政治实体对其成员和领地范围的事务拥有内在的自治权。美国政府根据历史上与部落签订的条约而对印第安人社群负有提供医疗卫生服务的信托责任。为了履行这一信托责任,联邦政府成立专门机构并逐步确立起了为印第安人社群提供专项服务的医疗卫生体制。20世纪60年代以来,随着印第安人社群土著族裔意识的复兴和“红种人权力”运动的兴起,联邦印第安人政策出现了重大调整,在一系列新出台的联邦政策和国会立法的推动下,印第安人医疗卫生体制经历了从联邦绝对主导到支持部落自治的发展演变过程。在这一过程中,印第安人社群通过部落磋商和参与程序、自决合同、自治示范项目 and 自治协议等形式实现了最大限度的自治。

关键词 美国原住民 医疗卫生体制 部落主权 部落自治 信托责任

自美国独立以来,联邦政府就负责处理与国内原住民族群的关系。美国宪法第一条第八款第三项“贸易条款”规定了“联邦负责管理与外国、各州之间的以及与印第安部落的贸易”,第二条第二款第二项“条约条款”授予联邦政府代表美国对外签订条约的专属权利。这两个条款作为联邦印第安人政策的基石确立了联邦政府在处理与印第安人社群关系中的主导地位。目前,所有被联邦承认的567个部落作为拥有内在主权地位的政府实体和美国政府之间实际上存在着一种政府对政府的特殊“信托责任”关系。同时,美国政府与各印第安部落历史上所签订的条约中通常会有要求为印第安人提供医疗服务、派驻医护人员和修建医院等医疗设施的规定,以此作为对出让给美国的土地以及其他的资源或利益的补偿。联邦政府的上述义务在随后国会的立法、最高法院的裁决、总统行政命令以及其他的联邦政策中得以进一步的明确和重申,并有效推动和促成了美国原住民医疗卫生体制的确立。

一、美国原住民医疗卫生体制的形成和发展历程

为印第安人提供医疗卫生服务肇始于19世纪初,美国联邦政府出于军事上的考虑对这一群体提供疫苗接种。到20世纪初,美国国会开始对印第安人医疗项目提供单独拨款并随后通过相关立法予以明确授权。20世纪50年代,国会通过立法成立了专门负责印第安人医疗项目的联邦机构并随后将公共卫生项目纳入服务范围,这一体制初步成型。20世纪60年代以来,随着印第安人自决运动的兴起,在新的联邦印第安人政策和国会所制定的专门立法的推动下,该体制最终确立并进入了部落自决和部落自治的新的发展阶段。

* 本文受2015年度国家社科基金青年项目“法律东方主义的中国误读反思研究”(项目编号:15CFX011)和2015年“国家建设高水平公派研究生项目”(项目编号:留金发[2015]3022)的资助。感谢美国俄克拉荷马城市大学法学院C.Blue Clark教授和J.T.Petherick教授的指导和帮助,感谢西南民族大学法学院田钊平教授和湖南大学法学院杜钢建教授对本文的评阅。

(一)肇始:军方为印第安人提供疫苗接种服务

16世纪初,欧洲移民的涌入也将天花、鼠疫、结核病及其他的传染性疾病带入北美大陆。随着印第安人与欧洲移民之间交往的日益密切,对这些外来传染性的病原体缺少免疫功能的印第安人极易受到这些疾病的感染,各类传染性疾病在许多部落中迅速蔓延并导致人口的急剧下降。^①19世纪初,当时负责印第安人事务的机构还设置在战争部(Secretary of War)内,联邦军事医务人员可能会为那些居住在军事要塞附近的印第安人提供一些不定期的医疗服务。他们向印第安人提供包括接种疫苗在内的联邦服务实际上是作为美国军方履行控制传染性疾病传播,特别是为了保护居住在这些群体附近的军队和非印第安人免受传染这一职能的组成部分。^②直到1832年国会才通过立法首次专门为印第安人采购大批的天花接种疫苗提供了1.2万美元的定向拨款。^③1836年,联邦政府开始实施一项为渥太华(Ottawa)部落和奥吉布瓦(Chippewa)部落提供医疗服务和定期派遣医务人员的计划。在随后的数十年里,联邦政府逐步承担起了为印第安人社群提供更多医疗服务的义务,通常表现为向部落派送医务人员和药物。与此同时,战争部所承担的对印第安人提供医疗服务和监管国会拨款使用情况的职能也在1849年被划归到新成立的内政部下属的印第安人事务局(Bureau of Indian Affairs,缩写BIA),并正式由军事控制转为文官统制。^④

(二)建基:国会专门拨款以及立法的明确授权

不过,直到1908年BIA才开始为印第安人社群提供医疗服务。1910年国会首次正式对BIA管理的印第安人医疗项目提供了4万美元的单独拨款。1921年,考虑到“美国境内的印第安人的利益、提供医疗服务和必要的协助”,国会制定了《史耐德法案》(*The Snyder Act*)授权继续对联邦印第安人医疗项目提供拨款,并明确将“缓解印第安人的痛苦和维护其健康,并为印第安部落雇用专业医护人员以及指导BIA对这一项目进行有效管理”作为联邦政府的重要职能。^⑤在这一法案出台之前,国会已经为BIA上述活动提供了年度拨款,但这些活动缺少明确的立法授权而且并不总是能够获得国会拨款的资助。该法案对包括医疗在内的几乎所有的印第安人服务项目提供了明确和广泛的授权,国会可以据此通过相应的拨款案。同时,该法案也并不需要制定任何具体的项目方案,并且其效力只可能被转移和扩大而不会被取代。这样,这一立法成为了联邦政府为部落提供联邦医疗服务最基本的法律依据。

(三)雏形:联邦专门机构的成立与公共卫生项目的纳入

20世纪50年代,国会通过立法对负责印第安人医疗卫生服务项目的专门机构和管理体制进行了重大调整,印第安人医疗卫生体制初见雏形。1954年,国会通过《权力移交法案》(*The Transfer Act*)将为印第安人提供医疗服务的职能从BIA划归到卫生教育与福利部^⑥下属的美国公共卫生署(United States Public Health Service,缩写USPHS),并由公共卫生署总医官(Surgeon General of the USPHS)直接负责。这一时期,公共卫生署首次向BIA派驻公共健康顾问,公共卫生署军官团

① 洪玲艳:《欧洲流行病入侵与北美印第安人社会变迁》,载《史学月刊》,2015年第3期,第71、72页。

② Betty Pfefferbaum, Rennard Strickland, Everett R. Rhoades and Rose L. Pfefferbaum, “Learning how to Heal: An Analysis of the History, Policy and Framework of Indian Health Care”, *American Indian Law Review*, vol.20, no.2,1996, pp.365-368.

③ J.Diane Pearson, “Lewis Cass and the Politics of Disease: The Indian Vaccination Act of 1832”, *Wicazo Sa Review*, vol.18, no.2, 2003, p.10.

④ M.B.Folsom, “1957 IHS Gold Book: Health Services for American Indian” part1, https://www.ihs.gov/newsroom/includes/themes/newihstheme/display_objects/documents/GOLD_BOOK_part1.pdf

⑤ Snyder Act of 1921. 25 U.S.C. 13.

⑥ 卫生教育与福利部(Department of Health, Education, and Welfare),1979年经过改组成为现在的卫生与公众服务部(Department of Health and Human Services,缩写HHS)。

(United States Public Health Service Commissioned Corps, 缩写 PHSCC)^①开始被直接授权从事印第安人医疗服务项目。随后,印第安人健康服务局(Indian Health Service, 缩写 IHS)成为美国公共卫生署内设的一个专门负责印第安人医疗项目和健康教育的联邦机构。1955年,BIA 所属的 2 500 名负责印第安人医疗项目的职员连同 28 家医院、18 家健康中心、62 个卫生所和 13 所学校医务室以及其他相关的医疗设施正式划归新设立的 IHS 管理。^② 1959 年国会通过《印第安人卫生设施法》^③授权 IHS 为印第安人家庭和社区建造卫生设施以提供安全的饮用水和卫生的废弃物处理服务。这样,公共卫生项目也被纳入这一全国性的公共医疗卫生服务体系的范围。

(四) 确立:印第安人医疗卫生体制的最终成型

20 世纪 60 年代以来,随着美国印第安人土著族裔意识的复兴和“红种人权力”运动的兴起,美国联邦印第安人政策出现了重大调整,从“重新安置”正式转向支持印第安人社群的“自决”和“自治”。^④ 尼克松(Richard M.Nixon)总统在 1970 年 7 月 8 日发表的“印第安人政策声明”对联邦与印第安人之间的关系产生了极为深远的影响。他强调联邦政府与印第安部落之间政府对政府的关系是建立在美国宪法以及双方所订立的一系列条约的基础之上。他提出了“部落自决”这一概念,同时提议那些对部落所提供的联邦服务项目由部落政府“接管”并由各部落具体负责管理。即使国会有限制甚至废除这些权利,部落所拥有的这种权利也并非来自美国或其他政府的授权,而是基于诸部落曾经先于美国政府存在这一历史身份。^⑤ 这一新的联邦印第安人政策极大地推动了一系列支持部落自决和改善印第安人医疗卫生状况的具有里程碑意义的立法的出台。1975 年国会通过《印第安人自决和教育援助法案》^⑥明确支持各部落通过订立自决合同(Self-Determination Contracts)的方式或者直接接管之前由 IHS 管理的印第安人医疗卫生服务项目。国会随后又于 1976 年通过了《印第安人健康促进法案》^⑦作为支持部落在医疗卫生领域进行自决的专门立法。此外,该法案还特别授权 IHS 为对居住在城市地区的印第安人提供医疗卫生服务。随着这些重要法案的通过,部落和部落组织开始对接管的医疗卫生项目进行规划、指导和管理。

1994 年国会又通过《部落自治法案》^⑧在论证示范的意义上将部落自决扩大到允许部落政府与 IHS 和 BIA 就各类联邦印第安人项目、服务、职能和活动订立自治协议(Self-Governance Compacts)。这一论证阶段所取得成果最终促使国会于 2000 年通过立法使部落自治获得了永久性的授权。这样,基于 20 世纪 80 年代在部落自决上所积累的经验,这一过程最终由“部落自决”演变为“部落自治”,并且整个系统因被具体划分为不同的领域而变得很容易识别。一个由 IHS 负责直接管理的医疗卫生项目、由部落或部落组织管理的医疗卫生项目以及城市印第安人医疗卫生项目组成的美国印第安人医疗卫生体制完全确立,整个系统被统称为印第安人医疗卫生综合服务体系(Indian Health Service/Tribal/Urban Indian Health Care System,简称“L/T/U”体系)或受 IHS 资助的项目体系。

① “PHSCC”是根据 42 U.S.C. 204 这一立法授权成立的除国家海洋和大气管理局军官团(NOAA Commissioned Corps)之外的美国另一支非军事化建制队伍,负责实施某些特殊的公共卫生职能,也可受总统指令被派遣到武装部队。由美国卫生与公众服务部领导并由军务处长直接负责,实施类似军衔的衔别制度,但只有军官或准军官级别,着与美国海军一样的制服。

② M.B.Folsom,“1957 IHS Gold Book: Health Services for American Indian” part1, https://www.ihs.gov/newsroom/includes/themes/newhstheme/display_objects/documents/GOLD_BOOK_part1.pdf

③ Indian Sanitation Facilities Act (Public Law 86-121).

④ 丁见民:《1960—1970 年代美国“红种人权力”运动与土著族裔意识的复兴》,载《福建师范大学学报》(哲社版),2009 年第 4 期,第 136—141 页。

⑤ President Richard Nixon, Special Message on Indian Affairs, H.R.Doc. no.91-363, 1970.

⑥ Indian Self-Determination and Education Assistance Act of 1975 (Public Law 93-638), ISDEAA.

⑦ Indian Health Care Improvement Act of 1976 (Public Law 94-437), IHCA.

⑧ Tribal Self-Governance Act of 1994 (Public Law 103-413).

二、部落自治与“I/T/U”体系具体的实施机制

在“I/T/U”体系之下,IHS与各印第安部落、部落组织以及地方非政府组织和非部落组织通过各自管理的项目为印第安人社群和阿拉斯加原住民提供了包括基础性和预防性的诊疗服务、卫生防疫和特殊专项服务在内的一系列的医疗卫生服务。在这一过程中,印第安人社群通过部落磋商和参与程序、自决合同、自治示范项目和自治协议等形式与IHS深入合作并积极有效地参与相关政策、立法和预算编制的制定和实施过程从而实现了对这一体系最大限度的自治。

(一)“I/T/U”体系的运作机制和服务内容

1.“I/T/U”体系的运作机制

“I/T/U”体系主要通过区域性办公室(Area Offices)和地方性服务单元(Local Service Units)所管理的医疗卫生设施为印第安人社群和阿拉斯加原住民提供医疗卫生服务,而在这之上是位于马里兰州洛克维尔市(Rockville, Maryland)的IHS总部。对分散式管理的侧重使IHS整合了12个位于全国不同地区的区域性办公室,而在其之下又进一步细分为170个由IHS或部落负责管理的地方性服务单元。^①地方性服务单元作为“I/T/U”体系下最基本的组织单元,通常是一个立足于某个医院同时又包含了外围诊所在内的整体。不过许多地方性服务单元仅由一个或多个门诊性的设施(Ambulatory-Care Facilities)组成并可能为一个或多个部落(保留地)提供服务。独特的使命和目标以及对以社区为基础的综合服务的侧重使IHS成为为众多拥有独立主权地位的部落提供医疗卫生服务的最为复杂的组织。IHS总部将全国范围内为数众多的项目整合为一个明确统一的项目以满足国会所设定的各项指令和预算安排的要求。而各个区域性办公室在其管辖范围内基于地域划分为各个地方性服务单元提供有益的指导和支持性服务。最后,各地方性服务单元作为特定地域范围内的直接负责的管理主体,“I/T/U”体系可以通过其所属的设施直接或间接为符合条件的印第安人提供医疗卫生服务。^②

目前,IHS直接管理的医疗卫生项目由28家医院、62家健康中心、3所学校健康中心和25个卫生站组成。而印第安部落、印第安人组织或印第安部落联盟根据《印第安人自决和教育援助法案》和《部落自治法案》的授权通过与IHS签订自决合同或自治协议的方式接管了许多地方性服务单元和医疗卫生设施,具体负责管理18家医院、282个健康中心、4所学校健康中心、80个卫生站以及150个阿拉斯加乡村诊所。目前,有超过一半的被联邦承认的部落直接管理和运营一半以上的“I/T/U”体系所属的医疗卫生设施和项目,并且IHS名下40%的预算拨款都由部落负责管理。^③此外,还有35个由地方非政府组织和非部落组织管理和运营的城市印第安人医疗卫生项目为54000余名居住在城市而不能从IHS和部落或部落组织管理的项目获得服务的印第安人和阿拉斯加原住民提供多种医疗卫生服务和转诊服务。城市印第安人医疗卫生项目根据《印第安人健康促进法案》第五编的规定通过IHS下属的城市印第安人健康项目办公室(Office of Urban Indian Health Programs)直接拨付或与有关主体签订协议的方式获得资金。^④另外,这一项目还可以从其他联邦、州、地方政府和私人渠道获得资金。

^① 具体数据详见IHS官网, *FY2016 IHS Budget Justification*, <https://www.ihs.gov/budgetformulation/includes/themes/newihstheme/documents/FY2016CongressionalJustification.pdf>

^② M.B.Folsom, “1957 IHS Gold Book: Health Services for American Indian” part2, https://www.ihs.gov/newsroom/includes/themes/newihstheme/display_objects/documents/GOLD_BOOK_part2.pdf

^③ 详见IHS官网, “Tribal Self-Governance”, <https://www.ihs.gov/newsroom/index.cfm/factsheets/tribalselfgovernance/>

^④ 具体数据详见IHS官网, <https://www.ihs.gov/urban/> 或 https://www.ihs.gov/ihtm/index.cfm?module=dsp_ihm_pc_p3c19

2.“I/T/U”体系的服务内容

与环境的、教育的以及推广相关的预防性措施与诊疗措施共同构成了“I/T/U”整体的服务内容体系。首先,“I/T/U”体系为印第安人社群提供了包括住院、门诊、急救、口腔卫生、公共健康护理以及预防性的健康护理计划在内的一系列医疗服务。大多数的设施提供门诊服务,但主要侧重于包括预防性检查和健康教育在内的基础性和预防性的医疗服务。“I/T/U”体系尽可能地通过自己管理和运营的设施为印第安人社群提供医疗卫生服务,当上述设施不能提供某项特殊的医疗服务时,在符合医疗必要性规定和资金允许的情况下,患者可能会被转送到外部的医疗机构接受相关医疗服务。在这种情况下,IHS 会作为最后的付款人对其他主体提供的医疗卫生服务承担付款义务。这种形式被称为采购/转诊的医疗服务项目(Purchased/Referred Care Program,缩写 PRCP)。^①其次,“I/T/U”体系还针对印第安人社群中普遍的存在的一些健康问题提供大量的特殊专项服务。具体包括糖尿病防治特别项目、环境健康服务项目、意外伤害预防项目,涵盖预防自杀和戒毒的行为健康和心理服务(Behavioral Health Services)项目以及传染病防治项目。最后,除了提供医疗卫生服务之外,IHS 还对与其特殊任务相关的活动提供资金。具体包括信息技术的开发与协助,修建和维护医疗卫生设施、安全饮用水和废物处理设施,设立支持印第安人社群和阿拉斯加原住民接受预科和研究生教育的专项奖学金,聘请和留用专业的医务人员以及为 IHS 与部落或部落组织签订自决合同和自治协议而产生的业务支出和间接管理费用提供资金。^②

当然,除了“I/T/U”体系之外,联邦政府特别是医疗卫生与公众服务部还为美国原住民提供了大量能够使部落医疗卫生事业受益的其他的项目。其中,美国疾病控制和预防中心(Centers for Disease Control and Prevention)下属的少数群体健康与医疗卫生平等办公室(Minority Health & Health Equity,缩写 OMHHE)负责制定支持部落公共医疗卫生事业的行动方案。联邦乡村地区医疗卫生政策办公室(Federal Office of Rural Health Policy,缩写 FORHP)负责为包括印第安人保留地和其他部落领地在内的乡村地区社区性的医疗卫生项目(Community-Based Programs)提供资金支持。医疗卫生与公众服务部下属的少数群体医疗卫生办公室(Department of Health and Human Services Office of Minority Health,缩写 OMH)致力于改善包括印第安人社群和阿拉斯加原住民在内的少数群体的医疗卫生状态。美国国家卫生研究院(National Institute of Health)和少数群体卫生及健康差距研究院(National Institute on Minority Health and Health Disparities,缩写 NIMHD)为印第安人社群和阿拉斯加原住民这些特定人群的健康差异研究提供支持。

(二)部落自治在“I/T/U”体系中的体现

1.部落磋商和参与程序

《印第安人自决和教育援助法案》规定:“国会…承认美国政府有通过保障印第安人对影响本社群利益的事务实现最大限度地参与来对印第安人社群寻求自决这一强烈的需求进行回应的义务……因此,那些为印第安人社群提供各类服务的联邦项目应对这一社群的需求和愿望做出更为积极的回应”。^③为了执行这一规定,IHS 一直致力于与部落进行定期性的磋商和合作,同时鼓励、引导和协助印第安人社群最大限度地参与项目的管理以及相关的政策、立法的制定和实施过程。

^① Purchased/Referred Care (PRC) Program,即采购/转诊医疗服务项目,这一术语起源于 BIA 负责印第安人医疗项目的时期,当时很多医疗服务都被外包给了医疗卫生服务提供商。

^② Elayne J. Heisler, *The Indian Health Service (IHS): An Overview*, <http://digital.library.unt.edu/ark:/67531/metadc806351/>, Washington D.C. UNT Digital Library.

^③ Indian Self-Determination and Education Assistance Act of 1975 (Pub. L. 93-638, § 3, Jan. 4, 1975, 88 Stat. 2203; Pub. L. 100-472, title I, § 102, Oct. 5, 1988, 102 Stat. 2285).

因此,磋商也被 IHS 视为是与各印第安部落、部落组织和城市印第安人组织在“I/T/U”体系中保持良好和富有成效的合作关系的一个必不可少的内容。IHS 和各部落之间的首个磋商程序于 20 世纪 80 年代中期第一轮 Tulsa 会议上启动,部落政府正式参与规划国会年度拨款的具体分配方案。^①此后,部落磋商程序也在 1997 年、2000 年的《总统行政命令》(Executive Order)以及 1994 年、2004 年和 2009 年的《总统行政备忘录》(Presidential Executive Memoranda)中得到确认和重申。

1994 年 4 月 29 日,克林顿(William J. Clinton)总统向各联邦政府部门和机构的首脑发布了一项总统行政备忘录,其中基于联邦政府与印第安人社群和阿拉斯加原住民之间特殊的政府对政府的关系而制定的磋商政策正式生效。为了执行上述规定,IHS 制定了本机构的《部落磋商与参与政策》(Tribal Consultation and Participation Policy),规定在存在可能会对部落产生影响的重要事项、提议制定新的或修改相关的政策或项目、制定 IHS 的预算计划和年度执行计划的情况下启动磋商程序。1997 年,总统发布了一项行政命令,指令所有的联邦政府部门和机构在可能对印第安人造成影响的问题上必须就具体的执行政策和程序与部落进行磋商。^②

2000 年克林顿总统签署了《总统行政命令 13175》(Executive Order 13175)。它认可联邦政府和各部落之间存在的政府对政府的特殊关系、联邦政府的信托责任、部落固有的主权权力以及自治的权利。在部落管理的医疗卫生项目受到联邦法律和法规规制的情况下,这一命令要求联邦机构尽可能地授予部落政府最大限度的行政自由裁量权。此外,联邦机构在执行可能对部落产生影响的政策的过程中,它们被要求尽可能地尊重部落所制定的相关政策,同时通过与部落进行磋商以制定能够缩小联邦政策影响范围并能有效保障部落自治权利的替代性方案。在可行性和立法允许的情况下,如果任何联邦机构需要制定可能会对部落产生影响的法规,它应提前与部落政府的官员进行磋商,同时准备好一份可能会对部落产生影响的报告并为该部落执行这一法规提供资金。当上述行政法规涉及部落自治、部落条约权利或者部落信托资源等重要事项时,联邦机构应该尝试实施包括对法规制定程序进行磋商在内的协商一致机制(Consensual Mechanism)。在法律允许的情况下,联邦机构应该努力为部落提供适用联邦法律和行政法规规定的豁免条件并促进相关政策的灵活适用。^③

此外,部落代表会议(Tribal Delegation Meetings)是被选为代表的部落成员与 IHS 主任或其他高级职员讨论印第安人医疗卫生政策以及参与制定总统年度预算申请报告(President's Annual Budget Request)的另外一种部落磋商的形式。在 2016 财政年度的预算编制过程中,通过部落磋商程序提出的预算编制建议就包含了增加对现有的服务项目(因通货膨胀、所服务人口增长等所造成的固定成本上升)、达成的协议(涉及医疗卫生设施建设工程合同、为新建的医疗设施聘请医务人员)以及项目扩大等拨款预算安排的要求。并且,这一预算计划所包含的部落的优先考虑事项和建议已经达到了最大的限度。^④

2. 自决合同

1975 年通过的《印第安人自决和教育援助法案》由五编组成,其中第一编和第二编允许部落或

^① M.B.Folsom, "1957 IHS Gold Book: Health Services for American Indian" part2, https://www.ihs.gov/newsroom/includes/themes/newihstheme/display_objects/documents/GOLD_BOOK_part2.pdf

^② Luana L.Reyes, *U.S. Department of Health and Human Services Testimony on H.R. 1833, Tribal Self-Governance Amendments of 1998 Before the Senate Indian Affairs Committee*, <http://www.hhs.gov/asl/testify/t981007b.html>

^③ Jack Trope, *The Federal Trust Relationship, Tribal Sovereignty and Self-Determination*, <http://saige.org/words/wp-content/uploads/2013/06/SAIGE-Indian-Law-Presentation-JTrope.pdf>

^④ 详见 IHS 官网, *FY2017 IHS Budget Justification*, <https://www.ihs.gov/budgetformulation/includes/themes/newihstheme/documents/FY2017CongressionalJustification.pdf>

部落组织与联邦政府签订授权部落政府为印第安人提供各类服务和教育的联邦项目的自决合同 (Self-Determination Contracts 或“638contracts”)。第四编和第五编分别将自治原则确定为内政部和 BIA 工作的长期指导方针。这一法案规范的项目包括那些所有由内政部和 IHS 根据《史耐德法案》或《印第安人重组法案》(Indian Reorganization Act of 1934) 的授权管理的项目、医疗卫生与公众服务部管理的项目以及其他联邦机构“为了维护印第安人的利益”所资助的项目。^① 这一法案及其随后几次修订的立法目的在于确保部落能够切实有效地行使其自决权。

通过签订自决合同, IHS 还应将投入约定项目的资金转移支付给部落, 以确保部落能够有效运营这一项目。同时, 这一资金数额不应少于在联邦政府运营下可能投入的资金数额。^② 根据法案的规定, 如果部落负责运营的项目成本投入明显低于联邦政府, 部落可以预留多余的资金并将其重新投回这一项目。^③ 如果联邦政府并未为履行自决合同或提供充足的资金, 部落可以在提前通知相关机构的基础上选择中止实施这一项目。^④ 此外, 国会拨款委员会的秘书长 (Appropriate Secretary) 有权准许部落或部落组织执行一项根据法案的规定而签订的自决合同或者授权部落或部落组织使用联邦政府享有所有权的学校、医院以及其他的设施、设备或者其他动产 (personal property)。^⑤ 为了保证部落充分行使自决权, 法案还规定联邦政府部门或机构仅在下列情况下才可以否决部落提出的签订自决合同的要求: 以印第安人作为受益人提供的服务不符合要求; 拟定的自决合同可能会对部落的信托资源造成损害; 部落可能无法执行自决合同的规定; 成本预算超出法案允许的范围以及合同拟定的活动超出的法案规定的范围。^⑥ 如果 IHS 拒绝签订合同, 部落有权对上述提议进行修改并且有权申请听证或提起诉讼。^⑦ 在听证或诉讼程序中, IHS 的负责人有举证义务并且必须“清楚地说明拒绝部落请求理由的合法性”。^⑧

3. 部落自治示范项目 (Tribal Self-Governance Demonstration Program)

1976 年国会制定的《印第安人健康促进法案》授权 IHS 开展某些特定的活动、实施由印第安人管理其医疗服务事项的这一国家政策, 并为印第安人社群设定了将要达到的健康状态目标。最为重要的是, 法案授权可以从医疗保险计划、医疗补助计划和其他第三方保险公司筹集资金并且建立了一个允许印第安部落和印第安人组织可以直接获得报销费用 (directly receive reimbursements) 的示范项目。此外, 法案还授权 IHS 为对居住在城市地区的印第安人提供医疗卫生服务、成立毒品滥用治疗项目、印第安人专业医护人员招聘项目以及其他的项目提供资金。法案通过国会后续立法而获得了重新授权, 这一立法将对上述拨款授权延长至 2000 财政年度。随后对该法案所有项目的授权又被延长至 2001 财政年度。^⑨ 尽管法案所授权的项目能够继续获得拨款, 但直到 2010 年 3 月 23 日国会通过《患者保护与平价医疗法案》^⑩之前, 这一法案本身未再重新获得授权。

1988 年国会通过《印第安人自决修正法案》^⑪对《印第安人自决和教育援助法案》进行了修订并通过新增第三编在 BIA 设立了一个部落自治示范项目 (Tribal Self-Governance Demonstration

① 25 U.S.C. § 450f(a)(1)(E).

② 25 U.S.C. § 450j-1(a)(1).

③ 25 U.S.C. § 450j-1(a)(4).

④ 25 U.S.C. § 450l(c)(b)(5).

⑤ 25 U.S.C. § 450j(f).

⑥ 25 U.S.C. § 450f(b).

⑦ 25 U.S.C. § 450f(b).

⑧ 25 U.S.C. § 450f(e)(1).

⑨ Omnibus Indian Advancement Act, P.L. 106-568, § 815, act of December 27, 2000, 114 Stat. 2868, 2918.

⑩ Patient Protection and Affordable Care Act of 2010 (Public Law 111-148).

⑪ Indian Self-Determination Amendments of 1988 (Public Law 100-472).

Project), 目的在于维持和改善部落和联邦政府之间的政府对政府的关系、提高部落管理灵活性以及加强部落对联邦资金和项目管理管控的能力。1992年国会通过的《印第安人健康修正法案》^①对《印第安人健康促进法案》进行了重新授权,同时对《印第安人自决和教育援助法案》再次进行了修订。法案授权在IHS内实施部落自治示范项目,并将之前部落或部落组织就多个项目与IHS所签订的自决合同整合为一个单独的“自治协议”(Self-Governance Compact)。这一项目允许那些被联邦所承认的部落可以选择与IHS签订自治协议以获得更多管理相关医疗卫生项目的自治权。同年,IHS成立了部落自治办公室(Office of Tribal Self-Governance,缩写OTSG)负责制定和实施与部落自治事务相关的法规、政策和指南以及监督部落自治项目的实施情况。1993年,IHS开始在自治示范项目下与部落就签订自治协议进行协商。到1994年末,已有14个部落与IHS签订自治协议。到1998年为止,IHS已经和部落签订39份自治协议和55份年度拨款资助协议(Annual Funding Agreements),这些协议将近4.1亿美元转移支付给参与这一项目的阿拉斯加州的211个部落和本土48个州的38个部落。^②

4. 自治协议^③

尽管国会之前通过了《印第安人自决法案》,但“联邦官僚体制及其各种集权式的法律法规削弱了部落自治以及印第安人社群对部落事务的主导”,随后国会又制定了《部落自治法案》(Tribal Self-Governance Act),允许部落政府与联邦政府就部落接管所有的项目签订统一的年度拨款协议进行磋商。^④ 据此,部落也可以与联邦政府就确认二者的政府对政府关系以及这一内容适用于内政部下属的所有机构进行磋商并签订接管项目“自治协议”。^⑤ 同时,还有一种与这一规定略有不同的平行项目。在该项目下,部落可以和医疗卫生与公众服务部就接管IHS负责的所有服务项目和竞争性补偿拨款项目(Competitive Grants)签订自治协议,具体涉及心理健康、酗酒和毒品滥用防治和社区护理等项目和服务。2000年,国会通过了《部落自治修正法案》^⑥对《印第安人自决和教育援助法案》进行进一步的修订,并在其中加入第五编,对IHS所属的《部落自治项目》(Tribal Self-Governance Program)进行永久性的授权。根据这一法案的规定,各部落可以单独以本部落的名义申请,也可以和其他的部落作为部落联盟(consortium)提出申请并为对应的各部落的成员提供服务。^⑦ 已经签订自治协议的部落可以在各个具体的项目和服务之间重新分配资金、重新设计和整合各个项目。^⑧ 不过,内政部和医疗卫生与公众服务部每年都只可以与50个部落签订自治协议。^⑨

目前,大量已签订的自治协议为部落针对其所在社群的需要而提供有针对性的服务提供了极大的灵活性。各部落普遍认为部落自治项目最大的作用在于这一方案为部落规划、管理和开发符合本社群需要的项目提供了综合性途径。其他的助益还包括:增强了各个部落负责的项目之间的联系、加强了与州及地方政府在提供医疗服务过程中合作、推动了医疗项目的创新、促进了部落自治咨询委员会的成立、成立了部落自治办公室作为联邦与部落之间的联系渠道、为部落提供技术上

① Indian Health Amendments of 1992 (Public Law 102-573).

② Luana L.Reyes, *U.S. Department of Health and Human Services Testimony on H.R. 1833, Tribal Self-Governance Amendments of 1998 Before the Senate Indian Affairs Committee*, <http://www.hhs.gov/asl/testify/t981007b.html>

③ Jack Trope, *The Federal Trust Relationship, Tribal Sovereignty and Self-Determination*, <http://saige.org/words/wp-content/uploads/2013/06/SAIGE-Indian-Law-Presentation-JTrope.pdf>

④ 25 U.S.C. § 458cc(b); 25 C.F.R. pt. 1000.

⑤ 25 C.F.R. § 1000.161.

⑥ Tribal Self-Governance Amendments of 2000 (Public Law 106-260).

⑦ 25 U.S.C. § 458bb(b)(2).

⑧ 25 U.S.C. § 458aaa-4.

⑨ 25 U.S.C. § 458bb(b).

的协助以及提供了通往成为 IHS 主任的途径。参与该项目的部落数量不断增加,表明该项目已取得较大的成功。2015 年 1 月的数据显示,IHS 已经与各部落签订了 85 份自治协议,而 567 个被联邦政府承认的部落中有超过 350 个(60%)部落已经和 IHS 签订了年度拨款资助协议。目前这一项目管理下的资金大约占 IHS 年度预算的 40%(18 亿美元)。^①

三、对部落参与自治下的美国原住民医疗卫生体制的评价

美国原住民医疗卫生体制能够有效运作的关键在于这一体制能够在尊重和维护部落内在主权的基础上支持和推动部落自治和有效参与并切实有效地履行联邦政府对印第安人社群的信托责任。综合考察可以发现,这一体制的发展目标在于为印第安人社群建立一个高效的医疗卫生系统的同时最大限度地提高这一个社群参与规划和管理其医疗卫生体系的力度和能力,而部落自治为此提供了一个有效的途径。首先,部落自治促成了部落与联邦政府之间磋商和合作的良性关系,为联邦政府切实履行对印第安人社群的信托责任和部落最大限度地参与对具体医疗卫生项目的自主规划、指导和管理以及获得联邦政府的有力支持和推动提供了有效渠道。其次,部落自治为部落提供了管理具体医疗卫生项目和处理部落特定需求和优先考虑事项的灵活性,为部落通过与联邦政府磋商和合作适时推动制度和技术创新提供了有利条件。最后,部落自治在探索和尊重印第安人社群文化信仰和传统习俗的基础上通过重视对这一社群传统医药知识和医学实践的开发与利用能够有效地提高相关项目和具体服务文化上的可接受性和适应性。

(一) 能够促成部落与联邦政府之间磋商和合作的良性关系,维护体制的有效运作

与美国主流族群相比,印第安人社群和阿拉斯加原住民长期处于相对较低水平的健康状态,面临着更短的平均寿命和更为沉重的疾病负担,而这根源于这一社群长期受联邦政府压制和损害的历史、落后的多元化经济以及文化上的诸多差异等因素的综合作用。^② 因此,印第安人社群的健康问题并不仅仅是一个简单的医疗卫生问题,而是一个综合性的社会性问题。要有效地解决这一问题就必须确保这一社群能够获得足够的经济上的支持、充分的就业和教育机会、安全的社区环境以及适宜的生活和居住条件。只有这些因素的共同作用才能真正有效地最大限度地改善和提高这一群体的健康水平。同时,印第安人社群特别复杂的政治和历史背景以及美国政府和部落之间长期形成的特殊关系形塑了部落主权和联邦对印第安人的信托责任原则。而二者之间的信托关系正是联邦政府保护印第安人社群土地、资源和环境安全并确保部落健康和福祉的理论依据所在。^③ 为了改善印第安人社群不利的健康状况和履行美国政府对这一社群的信托责任,美国联邦政府和国会先后制定和出台了一系列的政策和相关立法,确立了联邦政府与部落之间政府对政府的关系,并明确要求在支持部落自治和自决的基础上加强联邦政府与部落之间的磋商和合作。

部落自决和部落自治意味着各个部落可以依托其独立的主权政府实体地位决定它们自己的命运并且可以以符合各部落社群特点的方式自主管理联邦提供的各项服务。部落自治使部落能够根据自身在人口、经济和制度上的现实需要而最大限度地参与对具体医疗卫生项目的自主规划、指导和管理。通过自治,部落可以在联邦政府对印第安人社群履行信托责任的前提下以自决合同、自治

^① 具体数据详见 IHS 官网主页, <https://www.ihs.gov/newsroom/factsheets/tribalselfgovernance/>

^② Joseph P. Gone, Joseph Everett Trimble, "American Indian and Alaska Native Mental Health: Diverse Perspectives on Enduring Disparities", *Annual Review of Clinical Psychology*, vol.8, 2012, pp.136-142.

^③ Darren J.Ranco, Catherine A.O'Neill, Jamie Donatuto, and Barbara L.Harper, "Environmental Justice, American Indians? and the Cultural Dilemma: Developing Environmental Management for Tribal Health and Well-being", *Environmental Justice* vol.4, no.4(2011), p.226.

示范项目和自治协议的形式重新规划和设计相关项目以满足部落具体的需求。^① 2013年,国会部落自治示范项目的实施效果进行审查后发现这一自治示范项目在实践中取得了较大的成功,国会相关委员会认为基于部落的请求而将联邦政府拥有的对各类项目、服务、职能和活动进行管理和提供资助的职权完全转交给部落或部落组织实际上是一种处理部落政府与联邦政府之间政府对政府关系的有效途径,也有利于支持部落自治这一联邦印第安人政策的实施和强化。^② 同时,IHS也正在通过缩减规模和进行重组以释放更多的资源转交给各部落,这也是对“部落能比联邦官僚机构为其成员提供更为优质的政府服务”这一主张的认可和发展的。^③

此外,部落政府通过磋商和参与程序积极参与 IHS 相关政策制定和决策做出过程,对具体医疗卫生项目的设置、IHS 年度预算申请报告的编制以及明确预算优先发展事项发挥着重要作用。其中,IHS 年度预算的申请的过程实际上是 IHS、印第安医疗卫生项目代表以及地方和全国范围内的医疗服务提供主体共同磋商和编制的结果。这一过程可以确保符合印第安人社群医疗服务需要和优先考虑。IHS 的预算申请程序在部落领导人和医疗项目代表的参与下得到了改善和加强。这一程序肇始于地方层面,而预算优先款项(budget priorities)是在当地社群医疗优先考虑事项的基础上确定的。IHS 所属的 12 个区域内的部落领导层和项目人员为这一机构申请年度预算制定和提交预算建议,而上述建议被 12 个区域选派的代表整合为一组全国性的预算和医疗优先考虑事项。这些优先考虑事项又由部落预算工作组(tribal budget workgroup)的代表提交给 IHS。同时,这些部落的优先考虑事项也有助于为 IHS 所属其他机构的高级官员提供有关印第安人社群医疗需求的信息,这样他们就有机会将这些优先考虑事项纳入各个机构提交给 IHS 的预算申请报告。IHS 和部落对预算制定的过程进行评估以确保其仍然符合需要和切实有效。这一过程正在逐步完善并能对领导层的调整以及部落新出现的和不断变化的医疗优先考虑事项做出迅速的回应。^④

另外,IHS 还通过与部落管理的项目开展合作和协作,在信息和管理经验分享、技术协助、项目拓展和人员培训以及资源配置和政策协调等方面为部落自治提供了强有力的支持。其中,部落自治办公室作为 IHS 下属的专门负责部落医疗卫生自治事务的机构,主要负责履行可能会对 IHS 与部落领导人、部落组织以及其他印第安人人群体间关系产生重要影响的职能。它根据《印第安人自决和教育援助法案》第五编及其修正案的规定负责制定与部落自治相关的政策并监督 IHS 相关职权的实施情况。部落自治办公室通过实现 IHS 职员、各个工作组、各部落和部落组织和部落自治咨询委员会(Tribal Self-Governance Advisory Committee,缩写 TSGAC)最大限度的参与为部落实施自治职能提供信息、技术协助和政策协调等方面支持。^⑤

总而言之,美国原住民医疗卫生体制作为一项政府性的保障制度,在全球范围内提供了一个为乡村地区(rural areas)和土著少数族裔提供医疗卫生服务的比较成功的模型。考虑到印第安人社群过去长期所经历的贫困和严酷的生存状况,美国原住民医疗卫生体制的确立以及印第安人对影响本社群健康状态的决策的积极参与很大程度上改善了这一社群医疗卫生服务的供应状况和健康状态。其中,IHS 评估发现自 1973 年以来通过为印第安人家庭和社区建造安全饮用水等卫生设

① 详见美国 Jamestown S' Klallam 部落官网主页, http://www.jamestowntribe.org/programs/self_main.htm

② 详见美国联邦政府出版发行办公室官网, <https://www.gpo.gov/fdsys/pkg/CFR-2013-title42-vol1/pdf/CFR-2013-title42-vol1-sec137-2.pdf>

③ Geoffrey D. Strommer, Stephen D. Osborne, "The History, Status, and Future of Tribal Self-Governance Under the Indian Self-Determination and Education Assistance Act", *American Indian Law Review*, vol.39, no.1, 2015, p.1.

④ 详见“与部落制定预算计划”, <https://www.ihs.gov/newsroom/factsheets/budgetplanningwithtribes/>

⑤ 详见 IHS 官网主页, <https://www.ihs.gov/selfgovernance/>

施,印第安人婴幼儿的出生死亡率以及因肠胃疾病和与环境相关的疾病导致的死亡率下降了80%。同时,随着医疗卫生服务水平的提高,印第安人社群的平均寿命自1973年以来增加了10岁,因孕产妇及新生儿死亡数量的减少而使人口的整体死亡率出现了明显下降的趋势,结核病、消化系统疾病、肺炎和流感、意外伤害和事故、故意杀人、酗酒和自杀等引发的健康和社会问题也有了一定程度的好转。^①最近取得的重要成就包括降低了美国白人群体与印第安人社群和阿拉斯加原住民之间平均寿命的差距(从8岁减少到5岁)以及改进了控制糖尿病的措施(使低密度脂蛋白胆固醇和血红蛋白A1c的水平分别下降了20%和10%)。^②

(二)有利于及时回应和处理印第安人社群的特定需求,适时推动制度和技术创新

部落政府和部落组织在具体的医疗卫生项目实施过程中对“I/T/U”体系形成了深刻的认识和理解并且能够更好地掌握和反映印第安人社群对医疗卫生服务的真实需求和优先考虑事项。首先,大量已签订的自治协议为部落针对其所属社群的需要而提供有针对性的服务提供了极大的灵活性。其次,各部落普遍认为部落自治项目最大的作用在于这一方案为部落规划、管理和开发符合本社群需要的项目提供了综合性途径。最后,部落自治示范项目为部落政府提供了对医疗卫生项目必要的地方性控制以允许部落领导人及时有效地采取提高健康水平和预防疾病的措施,而这正好能够切实有效地回应和处理其所服务群体的迫切需要。地方性控制也为部落政府提供了获得和直接运营更多医疗卫生设施的机会,而这又有利于增加和改善医疗服务的种类和质量。具体而言,部落能够借此增加医护人员和临床诊所的数量从而使其成员获得更多的医疗服务以及通过实施专项医疗服务满足老年人、孕产妇和糖尿病患者这些群体特殊的医疗需求。^③

随着部落主权地位和社会经济状况的变化,印第安人社群对医疗卫生服务的需求也发生了重大的变化。另外,“I/T/U”体系消除印第安人社群与美国主流族群之间存在的健康差距的进程有所放缓,特别是在过去的十年里,又出现新的健康差距和不平等的状态。其中,因慢性肝病和肝硬化、包括糖尿病在内的慢性疾病、慢性下呼吸道疾病、心血管疾病等各类疾病以及因自杀、意外伤害、故意伤害/杀人等其他原因而形成的死亡率也明显高于其他族群。^④例如,糖尿病的患病率就出现大幅提升,因其导致的死亡率上升了四倍并已成为美国印第安人社群与阿拉斯加原住民第四大致死疾病。^⑤其次,这一社群与酗酒和滥用毒品、心理健康障碍、家庭暴力、自杀/故意自伤等问题密切相关的行为和心理健康问题也日趋严重。例如,有数据统计显示美国印第安人的自杀率是全国平均水平的1.7倍,而经受过家庭暴力的女性的比例达到了39%。^⑥与此同时,部落、印第安人医疗卫生项目、IHS和国会所面临的挑战在于如何将IHS的专长保留在核心的公共卫生职能上,而这对于提高美国印第安人和阿拉斯加原住民的健康水平和缩小这一社群与一般民众在健康状况上存在的差异是至关重要的。作为为这一特殊群体提供医疗卫生服务的项目体系,必须在复杂多变的环境下对这些服务对象新的健康需求适时加以回应和处理。而部落自治和有效参与能够在与联

① 具体数据详见 IHS 官网主页, <https://www.ihs.gov/newsroom/factsheets/quicklook/>

② Thomas D. Sequist, Theresa Cullen and Kelly J. Acton, “Indian Health Service Innovations Have Helped Reduce Health Disparities Affecting American Indian And Alaska Native People”, *Health Affairs*, vol.30, no.10, 2011, p.1965.

③ Luana L. Reyes, *U.S. Department of Health and Human Services Testimony on H.R. 1833, Tribal Self-Governance Amendments of 1998 Before the Senate Indian Affairs Committee*, <http://www.hhs.gov/asl/testify/t981007b.html>

④ 详见 IHS 官网主页, <https://www.ihs.gov/newsroom/factsheets/quicklook/>

⑤ M.B. Folsom, “1957 IHS Gold Book: Health Services for American Indian” part3, https://www.ihs.gov/newsroom/includes/themes/newihsthem/display_objects/documents/GOLD_BOOK_part3.pdf

⑥ IHS, *FY2017 IHS Budget Justification*, <https://www.ihs.gov/budgetformulation/includes/themes/newihsthem/documents/FY2017CongressionalJustification.pdf>

邦政府磋商和合作的并获得其有力支持和推动的基础上更为现实和真切的了解和掌握这一社群新的健康需求并适时加以回应和处理,从而有利于使这一医疗卫生体制在适时推动立法等制度创新的同时也越来越重视对健康信息技术(Information Technology)和远程医疗技术(Telemedicine)的创新性开发和利用以及对综合性的、符合地方性需求的预防和疾病控制项目的运用。

首先,部落政府针对印第安人社群医疗卫生服务所面临的挑战制定了创新型的解决方案。其中,部落对现有的可以利用的医疗卫生项目的选择能够更为切实地考虑其成员目前的健康状况和具体的需求。具体而言,部落可以选择以下某一个服务项目或两个以上项目的组合:(1)继续接受IHS为印第安人和阿拉斯加原住民直接提供的医疗卫生服务;(2)根据《印第安人自决和教育援助法案》第一编和第五编的授权,接管之前由联邦政府负责的医疗卫生服务项目。部落可以根据该法案第一编的规定与IHS签订自决合同和年度拨款资助协议或者根据法案第五编的规定与IHS签订自治协议(self-governance compacts)和拨款资助协议(funding agreements);(3)由部落出资成立本部落的医疗卫生项目或者对第二类项目加以补充。^①

其次,针对这一体制目前所面临的医疗设施和设备亟须、医务人员严重不足、资金长期短缺等一系列挑战以及与美国其他族群不断拉大的健康差距的不利处境,奥巴马(Obama)政府在与各部落进行了深入和广泛的磋商的基础之上通过最新立法着力推动这一体制持续性地改革和创新。^②自2000年以来,《印第安人健康促进法案》就再未获得国会的重新授权。而一旦无法获得重新授权,IHS这一为印第安人和阿拉斯加原住民提供医疗卫生服务最为重要的联邦机构将面临失去资金来源的危险。2010年3月23日,《印第安人健康促进法案》作为《患者保护与平价医疗法案》的一编通过奥巴马总统的正式签署而获得了永久性授权。根据这一最新的授权,国会逐步增加对IHS的财政拨款,并且明确规定这一机构可以从印第安人和阿拉斯加原住民所参加的医疗保险项目中获得部分资金作为补充性拨款。此外,IHS还获得了一项为糖尿病防治特别项目提供的单项直接拨款。这样,IHS能够在获得更为充分的资金投入的基础上通过推动体制改革以及创新服务提供的方式和途径来增加印第安人和阿拉斯加原住民获得医疗卫生服务的机会。具体包括了对印第安人医疗卫生体制加以现代化的改革、开发移动式的医疗卫生服务项目、心理健康咨询项目、安宁服务项目(hospice services,临终关怀服务项目)以及以家庭和社区为基础的医疗服务项目等。^③其中,为解决印第安人社群日趋严重的行为健康问题,IHS根据《印第安人健康促进法案》2010年最新修订后新增的第七编的授权,通过其下属的行为健康部门(Division of Behavioral Health)运用专门的医疗设备实施了大量的行为健康项目以对这些病症进行有效地治疗。^④

最后,信息技术的运用对于提高“I/T/U”体系医疗卫生服务的质量和优化IHS医疗资源管理的效能而言是至关重要的。医疗服务行业作为信息密集型产业越来越倚重于信息技术的使用。IHS信息技术基础设施融合了对相关信息进行收集、处理、储存和传输的政府和行业标准。IHS的信息技术项目充分整合了这一机构所属的其他项目并在改善和提高医疗卫生项目的服务质量过程中发挥着关键作用。首先,IHS正与各部落和其他组织合作通过进一步增强和完善信息技术系统

① 详见 IHS 官网主页, <https://www.ihs.gov/newsroom/factsheets/tribalselgovernance/>

② Donald Warne, Linda Bane Frizzell, "American Indian Health Policy: Historical Trends and Contemporary Issues", *American Journal of Public Health*, vol.104, no.3 (suppl.), 2014, p.266.

③ Jack Trope, *The Federal Trust Relationship, Tribal Sovereignty and Self-Determination*, <http://saige.org/words/wp-content/uploads/2013/06/SAIGE-Indian-Law-Presentation-JTrope.pdf>

④ 详见 IHS 官网主页, *Behavioral Health*, <http://www.ihs.gov/Behavioral/>这一项目具体包含了以下子项目:酗酒和毒品滥用预防、家庭暴力预防行动、法医健康服务(Forensic Healthcare)、心理健康、病毒和自杀预防行动、自杀预防、电视行为健康和青年区域性治疗中心。

来提高印第安人医疗卫生体制的服务质量和管理水平。通过与部落、其他政府机构以及拥有领先技术的供应商的紧密合作将确保 IHS 的信息技术系统保持在最新状态并符合行业标准、政府要求和最佳实践的要求。其次, IHS 通过加入电子健康交换项目(Electronic Health Exchange)的方式促进医疗健康信息的安全交换。这一项目将通过将患者的健康信息通过电子传输给所有的服务的提供者而提高医疗服务的质量。此外, IHS 也在拓展其宽带网络基础设施从而使乡村偏远地区的患者和医疗服务提供机构更为便捷地获得健康信息技术、电子邮件、远处医疗服务和健康教育资源。^① 这些新兴技术的运用为那些位于乡村和偏远保留地内的印第安人社群提供了获得更高质量和更加便利的医疗卫生服务的机会,并大大降低了医疗成本。^② 阿拉斯加联邦医疗服务接入网络(Alaska Federal Health Care Access Network)远程医疗技术为人口分布广泛的阿拉斯加偏远的冰封村庄带来了专科医生的咨询意见并很大程度上提高了医疗服务的效率和效果。^③

(三) 重视对传统医药知识和医学实践的开发与利用,提高项目和服务文化上的可接受性和适应性

通过《印第安人健康促进法案》确立起来的 IHS 这一医疗卫生服务体系是以西方现代医学和药物知识体系为基础的。早期的印第安医疗卫生服务源自于联邦政府对部落内部及其周边传染性疾病散播的担心与考虑,为了有效控制病情,联邦政府通过降低传统赤脚医生的影响力来鼓励和引导印第安人接受西方药物和非传统的治疗方式。但在决定何种医疗卫生服务能使印第安人达到最佳健康水平的问题上,从总体上考虑一种最能为印第安人接受和有效利用的医疗服务方式是十分明智的。毕竟,对于印第安人社群而言,最为直接有效的医疗资源便是长期以来延续这一社群生命的传统药物和包含印第安赤脚医生在内的传统医学实践。^④

数个世纪以来,印第安人社群中的某些人就运用他们的传统祖传医药知识和“药物”治疗或预防生理上、心理上和精神上的疾病。这些人通常被称为巫医(Medicine Men or Women)、赤脚医生(Healers)、圣者(Holy Men or Women)和医生。这些巫医被认为由造物主(Creator)或灵魂辅助者(Helper Spirits)通过梦境或幻觉赋予了治愈病痛或“行医”的禀赋。许多赤脚医生治愈病痛的能力是从天而降的。因此,区别于西方医学体系下的医生,这些赤脚医生被认为是通过神灵或精神上的干预而进行具体的治疗活动。他们通过利用草药、灵魂或对动物羽毛的触摸、仪式、恐惧之歌甚至是握手等一整套疗法为其成员治疗包括精神疾病和癌症在内的各种疾病。^⑤

另外,《印第安人健康促进法案》的目的在于“利用一切可以利用的资源为将印第安人社群的健康状态提高到尽可能高的水平”,而联邦机构对传统的医药实践和医药知识系统性的关注始于 20 世纪中期为印第安人社群提供医疗服务的职能机构的调整。IHS 的首任主任 Dr. James R. Shaw (1955—1962 年)主持 IHS 时就认为印第安“巫医”和“土著赤脚医生”(Native Healers)是提高印第安人社群医疗卫生水平的重要的参与者,促进 IHS 和印第安人传统祖传医药知识和医学实践之间

① 详见 IHS 官网主页“信息技术”,<https://www.ihs.gov/newsroom/factsheets/informationtechnology/>

② Clemens Scott Kruse, Shelby Bouffard, Michael Dougherty and Jenna Stewart Parro, “Telemedicine Use in Rural Native American Communities in the Era of the ACA: A Systematic Literature Review”, *Journal of Medical Systems*, vol.40, no.6, 2016, p.8.

③ Mark Carroll, Theresa Cullen, Stewart Ferguson, Nathan Hogge, Mark Horton and John Kokesh, “Innovation in Indian Healthcare: Using Health Information Technology to Achieve Health Equity for American Indian and Alaska Native Populations”, *Perspectives in Health Information Management*, vol.8, (Winter), 2011, p.3.

④ Holly T. Kuschell-Haworth, “Jumping through Hoops: Traditional Healers and the Indian Health Care Improvement Act”, *DePaul Journal of Health Care Law*, vol.2, no.4, 1999, p.850.

⑤ Mark St.Pierre, Tilda Long Soldier, *Walking in the Sacred Manner: Healers, Dreamers, and Pipe Carriers-Medicine Women of the Plains*, New York: Touchstone, 1995, pp.24-28, 108-129.

的合作是提高这一社群参与和接受能力的有效途径。^①这一点为随后 IHS 相关的政策奠定了积极的基调。1978 年国会通过了《印第安人宗教自由法案》(*American Indian Religious Freedom Act*), IHS 的负责人随后就发布了相关的政策声明强调宗教活动在许多印第安人社群传统医学实践中的重要作用。根据这一政策的要求, IHS 通常会在新建的医疗卫生设施中为传统诊疗活动预留专门的诊室。另外, IHS 还专门聘请了一位印第安人赤脚医生作为各地方性社群与其他赤脚医生之间的联络人。1992 年, IHS 实施了一个正式的传统医学项目 (Traditional Medicine Program) 以加强传统的医学活动和现代医学之间的互动与合作。1994 年, IHS 又实施了一项传统文化宣传项目 (Traditional Cultural Advocacy Program) 以确保印第安人传统医学活动在 IHS 所有的服务和项目中能够获得尊重和配合。两年之后, IHS 主持召开了探索在尊重印第安人社群文化信仰和传统习俗的基础上加强与这一社群传统医学活动合作的途径的圆桌会议。最后, 随着各部落对之前由联邦机构负责的相关医疗卫生项目的逐步接管, 各类部落自治项目的实施也为促进对传统医药知识和医学实践的开发和利用提供了前所未有的契机。^②

1994 年, 国会通过《夏威夷原住民健康促进法案》^③为夏威夷原住民提供综合性的疾病预防和基础性的诊疗服务提供拨款, 并同时授权该项拨款可以用于支付包含传统夏威夷原住民赤脚医生在内的所有符合条件的实体提供的健康促进、疾病预防和具体的医疗服务。另外, 该法案还明确要求所有上述实体的资质必须达到夏威夷原住民部落政府所认可的健康服务体系的要求。这样, 从某种意义上来说, 夏威夷人原住民健康服务体系的管理和决策权就转移到了部落政府手中。将传统的印第安人医疗服务列入政府资助的健康服务体系, 说明联邦政府在试图建立一个能够提供赤脚医生和传统医药服务的原住民医疗卫生服务体系。《印第安人健康促进法案》修改后同样也能发挥出上述作用, 即在与部落磋商并获得其同意的前提下, 将赤脚医生和传统医药列入原住民医疗卫生体系并鼓励其发挥作用。更为重要的是, 只要部落政府熟悉并支持印第安传统医药和赤脚医生, 就将为赤脚医生的自主实践带来更大的空间。^④

四、结 论

由于受到联邦印第安人政策长期不利的影 响, 印第安人和阿拉斯加原住民社群一直处于不利的社会政治经济状况并长期面临着不合理的健康和安全风险。随着美国联邦印第安人政策的调整, 联邦政府逐步确立起了为印第安人和阿拉斯加原住民社群提供专项服务的医疗卫生体制。在这一体制的有效运作之下, 印第安人和阿拉斯加原住民作为美国的公民除了有权参与向一般民众提供的所有公共的、商业的和州政府提供的医疗服务项目外, 还拥有通过 HHS 和 IHS 获得某些联邦专项医疗卫生服务的权利。这种为原住民提供医疗卫生服务的联邦信托责任是对美国政府历史上确立的条约义务的秉承和维护, 并且也是通过首先与印第安部落进行广泛的磋商然后积极参与相关的政策、立法和预算计划的制订和实施而实现的。原住民医疗卫生体制的确立和有效运作为美国印第安人和阿拉斯加原住民社群提供了更多种类和更高质量的医疗卫生服务, 在改善这一群

^① Everett R. Rhoades, *American Indian Health-Innovations in Health Care, Promotion and Policy*, Baltimore: Johns Hopkins University Press, 2000, p.82.

^② Holly T. Kuschell-Haworth, "Jumping through Hoops: Traditional Healers and the Indian Health Care Improvement Act", *DePaul Journal of Health Care Law*, vol.2, no.4, 1999, p.859.

^③ Native Hawaiian Health Care Improvement Act, 42 U.S.C. § 11701(12)(10).

^④ Holly T. Kuschell-Haworth, "Jumping through Hoops: Traditional Healers and the Indian Health Care Improvement Act", *DePaul Journal of Health Care Law*, vol.2, no.4, 1999, p.860.

体的健康状态方面取得了显著的成就。另外,在为联邦政府所支持的部落自决和部落自治政策的推动下,印第安部落和部落社群在过去的数十年里,逐步承担起了对部落成员提供医疗卫生服务的职责。在部落自治的背景之下,印第安人社群对医疗卫生项目和资金的自主规划和管理也极大地增强了部落政府、部落组织管理本部落事务的能力。^① 随着各部落管理其医疗卫生项目能力的不断提升,IHS 和部落管理的医疗卫生项目之间的磋商和合作将比以往变得更为密切和重要,而这对美国范围内的印第安人和阿拉斯加的原住民及其后代的健康和社会发展而言是至关重要的。不过,由于长期被联邦政府压制的历史以及面临文化变迁、经济落后和机会匮乏等因素的持续影响和综合作用,这一社群与美国主流群体相比在诸多健康指标上还存在较大的差距并且近十年里还呈现出逐步扩大的趋势。此外,这一体制也面临着医务人员配备不足、资金长期短缺、部落自治权受限以及严重依赖联邦拨款等一系列的挑战。因此,要将印第安人社群的健康状态尽可能地提升至最高水平,实现印第安人医疗卫生体制的完全自治和长足发展,根本上仍然有赖于联邦政府与各印第安部落之间政府对政府关系的长期和深入地调整,并在此基础上确认和维护部落主权地位,推动和保障部落自治能力的提升,切实和充分履行对印第安人社群的信托责任。^②

Abstract American Indians refer to the indigenous people who have been inhabiting North America for centuries; they are political entities possessing independent sovereign authority, qualified to exercise inherent right of self-governance. Based on historical treaties signed between the U.S. federal government and the Indian tribes, the federal government has “trust responsibilities”, including health care services for the Native American community. In fulfillment of its special trust responsibilities, the federal government created specialized agencies and health care delivery systems to provide health care services to the American Indian community. With the revival of Indigenous Ethnic Consciousness and the rise of the “Red Power Movement,” American Indians’ self-determination and self-governance have been supported by several newly enacted federal policies and congressional legislations through major adjustments of federal Indian policies since the 1960s. This health care system has transformed from a federal-directed to a tribal self-governed entity. In the process, Native American communities have obtained the highest status possible of self-governance through Tribal Consultation and Participation Procedures, Self-Determination Contracts, Tribal Self-Government Demonstration Project, and Self-Governance Compacts, which have greatly enhanced the communities’ overall health condition.

(郑勇,博士研究生,湖南大学法学院,长沙,410082)

[责任编辑:黄凌翹]

^① James P.Rife, Alan J.Dellapenna, *Caring and Curing: A History of the Indian Health Service*, Washington D.C.: PHS Commissioned Officers Foundation for the Advancement of Public Health, 2009, pp.103-120.

^② Daniel Skinner, “The Politics of Native American Health Care and the Affordable Care Act”, *Journal of Health Politics, Policy and Law*, vol.41, no.1, 2016, pp.62-66.