

中国人民大学

Renmin University  
of China



性社会学研究所

Institute for Research on  
Sexuality and Gender

<http://www.sexstudy.org>

[首页](#) | [学科建设](#) | [基础研究](#) | [应用研究](#) | [著作发布](#) | [图书检索](#) | [通俗文章](#) | [文献介绍](#) | [讨论地带](#) | [通讯文档](#)

您的位置: [首页](#) -> 人权与健康权的视角

## 论艾滋病人的权利及其人权保障

作者: 林喆 来源: 类别: 人权与健康权的视角 日期: 2007. 04. 06 今日/总浏览: 1/1914

### 论艾滋病人的权利及其人权保障\*

林喆

<http://www.thai ds.org/renwen/word/20.doc>

**内容提要** 艾滋病是一种会对他人的健康构成严重威胁且蔓延势头极为迅猛的传染病。在艾滋病防治方面, 法律的进步有赖于医学科学的进步, 后者是前者的基础之一。对艾滋病人所采取的隔离措施有其法律根据, 隔离行为本身具有合法性, 但也是有条件的。中国对艾滋病防治的长远规划是, 以为艾滋病人提供一个更为人道、更有益于他们身心健康的环境, 不使这一弱势群体脱离家庭、与世隔绝, 而使他们得以在社会中过正常人的生活为目的。社会在要求艾滋病人承担起责任的同时, 理应对他们因此而丧失的诸多利益进行补偿。艾滋病人在法律上享有与其他公民同样的权利, 同时也与其他公民一样必须承担相应的义务。关注艾滋病人的生存状态, 关爱艾滋病人群体, 反对将他们排斥在社会之外, 对于防治艾滋病和遏制其蔓延, 具有重要意义。近些年来, 从中央到地方政府所制定的关于防治艾滋病的一系列法律文件, 无一不体现出一种深切的人道主义精神和关怀, 而要将这些政策和法律文件转化为实实在在的温暖, 还将走一段较长且艰难的道路。目前, 汇集现有艾滋病防治的各种政策法律文件, 制定一部专门的法典——《艾滋病防治法》, 已成为中国依法治国进程中一项重要且亟待着手进行的任务。

**关键词** 艾滋病 隔离 人权保障 艾滋病防治法

#### 一、关于艾滋病传染性及其发展势头

在谈论艾滋病人（包括艾滋病病毒感染者和艾滋病患者）的人权保障问题前，必须搞清几个问题。

首先应确定的是，艾滋病是否是一种传染病？这一问题不确定，就无法讨论艾滋病人的权利保障问题。

回答是，艾滋病是一种疾病，而且是一种会对他人的健康构成严重威胁且蔓延势头极为迅猛的传染病。由卫生部颁布的《性病防治管理办法》（1991年8月12日实施）将艾滋病与淋病和梅毒等同列为“性病”（第二条）。《预防艾滋病性病宣传教育原则》（1989年9月1日施行）指出，在“科学地宣传艾滋病的主要传播方式及主要高危行为，如共用注射器吸毒、不安全性行为、使用没有严格消毒器具的不安全拔牙、供输血液、注射、美容或其他侵入人体的操作等”的同时，应当“告诉人们艾滋病不通过一般公共活动传播，以免造成不必要的恐慌。强调艾滋病是完全可以预防的，在提法中不宜用‘绝症’‘超级癌症’之类词，应使用‘艾滋病是一种目前尚无有效治愈方法但是完全可以预防的严重传染病’”。

以下是从《全球艾滋病监测（第一部分）》[\[1\]](#)中所获得的相关数字。

（1）据世界卫生组织和联合国艾滋病规划署估计：到2000年底，遭受HIV（艾滋病）摧残的成年人和儿童的人数“将达到3610万”，其中“北美洲92万、加勒比海地区39万、拉丁美洲140万、西欧54万、北非和中东40万、撒哈拉以南非洲2530万、东欧70万、东亚和太平洋地区64万、南亚和东南亚580万、新西兰/澳大利亚1.5万”。在这一年，“有530万人被HIV感染，其中包括60万15岁以下儿童。据估计，现在有1820万15岁至49岁的男性正遭受着HIV/艾滋病的摧残”。

（2）从艾滋病开始流行到2000年底，死于该病的成年人和儿童“已达2180万，并且这一人数还在继续增加”。仅在2000年就有300万人死于此病，其中妇女死亡人数占全年成年人艾滋病死亡数的52%。该年间，“撒哈拉以南非洲15个国家报告了8万1000多新的艾滋病病例，这使这一地区的累积病例数增加了10%。”到11月25日，世界卫生组织正式接到的2312860例艾滋病病例报告，比1999年11月报告的病例数增加了111399例。“工业化国家艾滋病病例数的下降正在被发展中国家报告的病例数（特别是撒哈拉以南非洲国家所报告的病例数）的增加所抵消。”

（3）居全世界人口约十分之一的撒哈拉以南的非洲是受艾滋病流行侵害最严重的地区，2000年，其“新感染HIV的人数占全球相应数字（530万）的72%；其正遭受HIV/艾滋病摧残的人数占全世界相应人数的70%；其去年艾滋病死亡人数占全世界相应人数的80%”（而如此可怕的数字则被称为“估计数首次出现平稳趋势”，因为新感染的病例1999年为400万，而在2000年下降为380万人）。与之相对照的，令人忧心忡忡的是，艾滋病的流行地区正在从非洲向亚洲地区发展。“据估计，到2000年年底，亚太地区正遭受HIV/艾滋病摧残的成人和儿童人数为640万。大部分病例仍然集中在少数几个南亚和东南亚的大国。虽然在许多亚洲国家成人人口HIV感染率仍然相对较低，但是现在可得资料表明，这一人群感染HIV的危险性已经增加。在这一地区，卖淫、吸毒、性传播疾病的感染率和大规模的人口迁徙都在继续增加。”[\[2\]](#)

我国的情况也不容乐观。近几年来，中国艾滋病蔓延势头迅猛。据《健康报》最新报道：

“我国进入艾滋病流行增长期已经8年，历经艾滋病传入期、扩散期之后，当前的艾滋病流行呈现出更为严峻的情况，即疫情上升速度明显加快，发病人数大量增加，艾滋病流行呈聚集性分布，不同区域呈不同流行特点，感染者和病人主要分布在农村，疫情传播的多种危险因素不断增加。”[\[3\]](#)

而据《新民周刊》的报道，情况更显严重：

自1985年我国发现第一例艾滋病病人以来，已“发现的艾滋病病毒感染者平均大约以30%—40%的速度递增，到2001年底，官方公布的艾滋病病毒感染者和患者的数字已逾85万，但实际上远不止这些... 我国艾滋病毒当年报告人数较上年增加58%，31个省份累计报告人数较上年增加36.5%。”所以卫生部疾控司副司长陈贤义在第三次援助国协调会议上称：“目前31个省份报告的3万多艾滋病毒感染者仅仅是‘冰山的一角’，估计全国实际感染艾滋病毒人数已达85万，实际艾滋病人约20万，到2006年年底艾滋病人人数将超过30万。”[\[4\]](#)

媒体把艾滋病在中国的这种蔓延态势比作在二十世纪初沉没的那艘巨大的客轮——“泰坦尼克号”，并向国人发出警告：“2001—2002年中国艾滋病病毒感染者人数的增长速度已经达到60%以上，进入了快速增长期。中国能用于遏制艾滋病的时间和机遇已经不多！在目前的情况下，如果我们还不能迅速形成普遍有效的防治格局，那么到2010年，中国的艾滋病病毒感染者人数有可能达到或超过1000万，社会经济损失可达到或超过77000亿元（9000亿美元）。”其结果是，中国不仅“将成为世界上艾滋病感染人数最多的国家之一”，而且由于艾滋病大面积的流行，“将带来劳动人口急剧减少、人才严重损失、人口比例严重失衡、遏制经济发展和加重政府财政负担”、“贫困现象严重加剧”，并产生一个“易受到激进主义的攻击”，且无任何一个社会可以应付的“巨大和贫穷的孤儿群体”和反社会青年，由此“改革开放的巨大成就将功亏一篑”，甚至“触发战争、屠杀和颠覆政府”等毁灭性的恶果[5]。

关于艾滋病的传染性及其后果的严重程度的表述，媒体的报道与政府的政策法律文件几乎达成共识。20世纪90年代后期，我国国务院出台的《预防艾滋病性病宣传教育原则》对于艾滋病的传染性及其蔓延状况的基本描述是：

“艾滋病是一种目前尚无有效治愈办法、病死率极高的传染病。研究证明，艾滋病通过三种途径传播：经性接触、经血液和经母婴传播。与人的行为紧密相关，对家庭、社会生产力破坏极大；由于对该病和感染者的不正确认识而产生的歧视和处理不当引起的社会不安定事件也屡见不鲜。它在世界范围内的迅速传播和广泛流行，已成为举世瞩目的公共卫生和社会热点问题。我国自1985年发现第一例艾滋病病人以来，艾滋病感染率一直控制在较低水平，然而，随着全球艾滋病流行重心逐渐向亚洲转移，近两年艾滋病的传播速度也呈倍增趋势。截至1997年9月，疫情已波及30个省、自治区、直辖市，累计报告发现艾滋病病毒感染者8千多例，据国内有关单位专家以组分法和德尔菲法测算，我国艾滋病病毒实际感染数应为15—20万。加之卖淫、嫖娼、吸毒等有利于艾滋病传播的危险因素存在，我国面临着艾滋病大面积加速流行的严峻局面。”

《中国预防与控制艾滋病中长期规划（1998—2010年）》也强调了艾滋病的传染性，并将感染人数的统计数字一直延续到1998年6月底，指出：

至此，“31个省、自治区、直辖市已报告艾滋病病毒感染者10676例，其中，艾滋病病人301例，死亡174例。艾滋病病毒感染者大多数为青壮年，分布在我国西南、西北边疆地区以及人口密集、交通便利的中原和东南沿海地带。研究证明，艾滋病病毒... 流行因素复杂，传播迅速... 三种传播途径在我国均存在，其中以共用注射器吸扎毒导致的血液传播为主，且传染迅猛；经性接触和母婴传播亦逐年增多。据国内有关专家以组分法和德尔菲法测算，我国艾滋病病毒实际感染人数已超过30万人。以此为基础，用世界卫生组织艾滋病病毒感染者人数加倍时间法推算，到2000年，我国艾滋病病毒实际感染人数有可能超过120万人。性病作为艾滋病传播的重要因素之一，自70年代末以来，报告病例数逐年增加，1989—1992年间平均增长率在11.27%—13.79%，而1993—1995年间增长率在20.58%—24.75%。1997年报告病例数46万人，发病率为37/10万，比1996年增长了15.81%，在各类传染病发病率排序中仅次于痢疾、肝炎，居第三位。由于多数性病病人到私人 and 非法诊所就诊，性病病例漏报严重，根据部分地区调查估算，实际患性病人数是报告病例数的5—10倍。全国艾滋病监测资料表明，艾滋病病毒感染者在性乱人群中增长加快。”

数字的巨大触目惊心，却也令人生疑。因为在人们的生活中少有与他们相关者染上艾滋病的“新闻”爆出。人们疑惑：染上艾滋病的人何以如此之多？！已有专家提醒：由于各个国家所报告的艾滋病病例在“报告时期和报告的资料的质量”上“存在明显差异”，所以在将这些资料进行国家间比较的时候，应慎重解释从各种报告中所获得的数字[6]。

这里必须明确的是，数字的多寡并不影响对艾滋病传染性质的基本判断，而只用于说明其传播或发展的程度。

## 二、关于对艾滋病病人隔离治疗的合法性

其次应搞清楚的是，对艾滋病病人进行隔离治疗是否具有非法性？

诸如上述的数字必然引起社会管理层的恐慌，它加深了医学界对艾滋病传染的严重性的论

断，于是对艾滋病人进行隔离治疗，便成为防止其传染他人和缓解艾滋病迅速蔓延的主要方式。

现在的问题是，这一做法是否合法。

回答是，具有合法性。

我国《传染病防治法》（1989年9月1日施行）第三条，将规定管理的传染病分为甲类、乙类和丙类三类。艾滋病与病毒性肝炎、细菌性病疾、伤寒、淋病等22种疾病被列为乙类传染病[7]

该法的第二十四条明确规定，医疗保健机构的、卫生防疫机构在发现乙类传染病中的艾滋病人时，应当及时采取下列控制措施：“予以隔离治疗。隔离期限根据医学检查结果确定。拒绝隔离治疗或者隔离期未满擅自脱离隔离治疗的，可以由公安部门协助治疗单位采取强制隔离治疗措施”（第一款）[8]并对传染病人、病原携带者、疑似传染病人污染的场所物品和密切接触的人员，有关部门所应实施的必要的卫生处理和预防措施，传染病人及其亲属和有关单位以及居民或者村民组织所应配合实施的措施，以及在传染病暴发、流行时政府应当采取的紧急措施，如，切断传染病的传播途径，限制或者停止集市、集会、影剧院演出或者其他人群聚集的活动，停工、停业、停课，临时征用房屋、交通工具，封闭被传染病病原体污染的公共饮用水，对出入疫区的人员、物资和交通工具实施卫生检疫，疫区的封锁及其解除，参加疫情控制工作的各级各类医疗保健人员、卫生防疫人员的调集，以及其申报和措施解除的程序等都做出了明确的规定（见第二十五条至第二十七条）。

该法还对传染病人、病原携带者和疑似传染病人，在治愈或者排除传染病嫌疑前的工作做出限制，规定：“不得从事国务院卫生行政部门规定禁止从事的易使该传染病扩散的工作。”（第十四条）违反者将受到惩罚，直至刑事处罚[9]。

可见对艾滋病人所采取的隔离措施在中国有其法律根据，隔离行为本身具有合法性。依照现代法治的一项重要原则，人们在某些有争议的行为进行判断时，应当首先从法律上思考之，而不应游离于合法与非法之外做出其正当性与否之类的价值判断[10]。

医学科学处于发展中，人们对于艾滋病的了解有一个过程，而随着这一研究的深入，相信人们对于包括艾滋病在内的传染病的传染性程度及其传播途径，以及防治措施会有更为清晰的认识和描述。正是这样，《传染病防治法》第三条在对该法规定管理的传染病进行分类后，又在同条中规定：“国务院可以根据情况，增加或者减少甲类传染病病种，并予以公布；国务院卫生行政部门可以根据情况，增加或者减少乙类、丙类传染病病种，并予以公布。”这一规定表明了法律对于客观事实和科学的尊重。

在艾滋病防治方面，法律的进步有赖于医学科学的进步。后者是前者的基础之一。

### 三、中国在艾滋病人人权上的基本主张

人生而自由，每个人都应享有平等的自由的权利。这一点已成为现代社会的共识。《世界人权宣言》（1948年12月10日联合国大会通过）规定：“兹鉴于人类一家，对于人人固有尊严及其平等不移权利之承认确系世界自由、正义与和平之基础”（第一条）。“人人有权享有生命、自由与人身安全”（第三条）。同时人们清醒地意识到，自由或权利的享有不是无度的，它不能对社会和他人

的生存和发展构成某种威胁，所以该《宣言》二十九条规定：“一、人人对于社会负有义务：个人人格之自由充分发展厥为社会是赖。二、人人于行使其权利及自由时仅应受法律所定之限制，且此种限制之唯一目的应在确认及尊重他人之权利与自由并谋符合民主社会中道德、公共秩序及一般福利所需之公允条件。三、此等权利与自由行使，无论在任何情况下，均不得违反联合国之宗旨及原则。”

《联合国人权公约》（1966年12月9日在纽约开放签字）第十二条第二款明确了对健康权的保障，并规定：“（C）预防、疗治及扑灭各种传染病、风土病、职业病及其他疾病；（D）创造环境，确保人人患病时均能享受医药服务与医药护理。”

我国宪法从各个方面对公民的权利进行了规定。这些权利包括：（1）人身自由、人格尊严、生命、健康、住宅、通信秘密、宗教信仰自由、合法的财产权等个人权利；（2）选举权、言论、出版、集会、结社、游行、示威自由权和批评、建议、申诉、控告、检举权等政治权利；（3）劳动权、就业权、休息权、受教育权、著作权、科研和创作自由权、生活保障权、物质帮助权、保健权、婚姻自由权等经济、社会、文化权利；（4）特定社会成员（如妇女、儿童、老、弱、病、残和少数民族公民）除了不受歧视地享有与普通公民完全平等的权利外，还享有受特殊保护的权力。

这些法定权利不是空洞的和抽象的，它们渗透在一系列具体的法律和政策性文件中，通过具体的规定来体现。

就《传染病防治法》而言，它不仅体现了我国政府对于公民健康权的重视，而且也可说是从法律上对于特殊社会成员群体（传染病人群体）所做的一项保护措施。

但是，倘若仅仅从这一法律出发强调对于艾滋病人的隔离治疗的合法性，那么便是对中国政府在保护艾滋病病毒感染者和艾滋病人权益，以及协调他们的权利与其他公民健康权之间冲突方面所做的积极努力的一种忽略，同时也偏离了中国现行法律的精神。

从严格意义上讲，公民的健康权包括生理和心理两个方面。艾滋病病毒感染者和艾滋病患者因其病的传染性，他们的行为受到一定限制性，但是这并不意味着他们的心理健康可以被人们所忽略。从某种意义上讲，我们在要求艾滋病人承担起社会责任（如积极配合医治并不将艾滋病毒向社会扩散）的同时，理应对他们因此而丧失的诸多利益（如人身自由的受限制，交友面的缩小或旧有关系的失却，性生活的受限或丧失，因无法避免地被歧视而导致的自尊感之类的精神损失等）进行补偿。这除了为他们提供良好的医疗，及扶助用于艾滋病治疗药物的生产、进口、消费（如适当免征关税和增值税、下调药品价格或医治费用<sup>[11]</sup>）等外，还包括在对他们进行药物治疗的过程中，注意医治环境的建设、他们的主观感受，以及提高医护人员的医术、素质和生活待遇。

我国政府在这方面已有清晰的认识和积极的态度。这表现为，一是重视艾滋病、性病防治工作的制度建立，如建立了国务院防治艾滋病性病协调会议制度，成立了国家预防与控制艾滋病、性病专家咨询组织和协会，在各级党政领导及有关部门和社会团体的支持下，逐步形成了一支以各级卫生防疫部门为主的防治队伍，积极开展艾滋病监测，初步摸清了艾滋病在中国的分布与流行状况；二是重视相关政策和法律的制订，探索制定了一些适宜的防治对策、措施和相关法规、规范；三是重视队伍建设，组织了大量的培训、宣传教育、科研和国际合作等工作。

90年代末，我国先后出台了一系列政策和法律文件，对预防和控制艾滋病这样一项“刻不容缓、复杂而长期”，且“需要全社会参与并实施综合治理”的“艰巨任务”作了明确的、原则性的及远程的规定。

如，1997年颁发的《中共中央、国务院关于卫生改革与发展的决定》（中发<sup>[1997]</sup>3号），对加强重大疾病防治提出

了要求。

1998年10月26日，由国务院卫生部、国家计委、科技部和财政部联合印发了《中国预防与控制艾滋病中长期规划（1998-2010年）的通知》（国发[1998]38号）。该通知指出，制定该项计划的目的是，“促进各级人民政府及有关部门不失时机地加强艾滋病防治工作、保证各项措施落实、增强全社会抵御艾滋病的能力、减轻艾滋病给人民健康及国民经济和社会发展带来的危害”。

该通知分析了我国目前在艾滋病防治方面所面临的严峻形势：“周边国家的艾滋病流行日趋严重；国内流动人口数目庞大且难于管理；吸毒、卖淫和嫖娼活动在短期内难以禁绝”；在“阻止艾滋病流行的能力”上不足，如，“政府及有关部门的一些领导对艾滋病在我国广泛流行的可能性、危害性认识不够；多部门协调配合、全社会参与的防治局面尚未形成；公众普遍缺乏预防知识；预防与控制及科研投入不足，医疗保健服务能力有限，疫情监测、采供血管理及医源性感染预防工作薄弱；专业人才匮乏，且缺少有效的艾滋病、性病防治经验和方法，大多数医疗卫生机构的医护人员尚不能提供规范的艾滋病、性病诊疗服务。”鉴于此种情况，这一法律文件从指导原则、总目标、工作目标等方面对预防和控制艾滋病的工作进行了全面的规划，提出：“到2002年，制定和完善预防和控制艾滋病、性病的相关法律、法规及规章，明确政府各部门、社会各方面在艾滋病控制中的责任以及艾滋病病人和艾滋病病毒感染者的权利和义务。”

之后，《中国遏制与防治艾滋病行动计划（2001-2005年）》出台。这一行动计划对于实施原则、目标和工作指导、行动措施和保障措施等内容作了明确规定。该计划在“实施原则”中仍强调了在进行“健康教育”时与“行为干预”的结合，提出了到2002年底要完成的工作指标（其中第三项为：“全国至少有50%的艾滋病病毒感染者和艾滋病患者能在社区和家庭获得医疗和生活照顾”<sup>[12]</sup>），以及“到2005年底，将艾滋病病毒感染者和性病发病人数年增长幅度控制在10%以内；将艾滋病病毒经临床输血传播的平均水平降低到1 / 10万以下，其中，在艾滋病高发地区，控制在1 / 万—1 / 5万以下”的近期目标。

该计划还包括，在2005年底前要完成如此的工作指标：“全国90%的县(市)级以上综合医院、传染病专科医院、中医医院等医疗机构，以及50%的艾滋病高发地区的中心卫生院能够为艾滋病病毒感染者和艾滋病患者提供规范化诊断、治疗、咨询与预防保健服务；75%的乡镇卫生院、50%的婚前医学检查机构能够为艾滋病病毒感染者和艾滋病患者提供咨询与预防保健服务。”<sup>[13]</sup>

该计划就行动措施也做出规划，其内容涉及采供血机构及其网络、血液及其制品安全、临床用血病毒检测、血站技术人员和相关检测人员的全员考核、采供血人员执业资格制度的建立；血液筛查、现有单采血浆站的整顿、血液制品生产企业总量控制和监督管理、原料血浆采集和血液制品生产年度审核报告制度的建立，原料血浆的采集、收购和血液制品生产的监管；一次性输液(输血、注射)器等无菌医疗器械生产、流通、临床使用及使用后处理的监督管理和对非法制造、回收行为的打击；卫生部、国家药品监督管理局和各省(自治区、直辖市)卫生行政部门的职责，对违反《血液制品管理条例》有关规定行为的处罚，广泛开展健康教育，普及艾滋病性病防治知识和无偿献血知识宣传、教育和相关咨询服务等。

这一行动计划还特别规定了“针对高危行为开展干预工作，减少人群的危险行为”的内容，提出“完善卫生服务体系，提高对艾滋病病毒感染者和艾滋病患者的预防保健和医疗服务质量”的任务，并特别强调了“省级和艾滋病高流行区地(市)级预防保健和医疗机构要为艾滋病病毒感染者和艾滋病患者提供预防保健、临床诊断、治疗服务”的要求。

这里，应特别注意的是这样一些积极措施：

——到2001年底，地(市)级以上城市和艾滋病高发地区的县(市)，至少要指定一个具备条件的医疗机构或其中的科室，收治艾滋病病毒感染者和艾滋病患者。

——建立以社区为基础的艾滋病预防、治疗和护理体系。要建立社区专业骨干队伍和志愿者队伍，营造有利于艾滋病病毒感染者和艾滋病患者生存的宽松环境，实施医疗照顾与关怀，并加强管理，减少其流动。

——对已感染艾滋病病毒的孕妇采用药物和其他干预手段，以及剖腹产和人工喂养等方法，控制艾滋病病毒母婴传播。整顿性病诊疗服务市场，推行匿名就诊，规范性病诊疗服务，提高服务质量。

——提高对艾滋病病毒感染者和艾滋病患者的医疗服务能力，关心他们的医疗。参加城镇职工基本医疗保险的艾滋病病毒感染者和艾滋病患者，应同等享受基本医疗保险待遇，其符合基本医疗保险规定的医疗费用纳入基本医疗保险基金给付范围，按规定支付。鼓励开展商业保险和社会救助。工会、共青团、妇联、红十字会等团体和慈善机构可设立艾滋病社会救助基金。

在强调预防为主，建立健全艾滋病性病监测体系、信息系统和评价体系，加强艾滋病性病防治知识与技能的培训，开展艾滋病防治基础和应用研究，鼓励和动员多部门、多学科的力量参与艾滋病性病评价指标体系的制定工作时，该计划甚至提出“将预防与控制艾滋病性病的策略和方法纳入中央、地方各级党校和行政学院的培训课程”的要求。

在保障措施中，它强调加强调查研究，尽快制定和完善与艾滋病性病防治相关的政策和法律文件，为艾滋病性病防治工作提供法律保障；加快研究和制定高危行为人群干预政策及措施，抓紧研究和制定相关的保险制度，妥善解决输血风险和艾滋病防治人员职业意外感染风险问题；扩大预防与控制艾滋病领域的国际交流与合作，积极参与同该领域有关的国际活动，借鉴和吸收国际上有益的经验；积极引进国外抗艾滋病病毒药物，对国际组织和其他国家捐赠我国用于艾滋病性病预防与控制的药品实行减免税政策，以及以政府投入为主，多渠道筹措资金的办法等。

该计划并对总目标[14]和工作目标[15]都做出了明确的规定。

此外，国务院根据传染病防治法和有关法规，结合我国实际而制定的《关于对艾滋病病毒感染者和艾滋病病人管理的意见》，将加强对艾滋病病毒感染者和艾滋病病人的管理，视为控制艾滋病病毒传播、保护广大人民群众免受感染的一项重要措施和一项政策性很强的工作。

这一法律性文件相当重要，其中的一些规定引人注目：

——严格保密制度，保障个人合法权益，履行社会义务和责任，反对歧视。

——鼓励和支持有关社会团体和民间组织开展艾滋病病人的家庭护理和心理咨询服务以及针对有高危行为人群的预防宣传教育活动，尽可能为艾滋病病人和艾滋病病毒感染者提供帮助，在减少对艾滋病病人和艾滋病病毒感染者及其亲属、家庭成员的社会歧视方面发挥特殊作用。

——提高性病诊疗水平和服务质量，实行保密服务，减轻病人负担。

——要加快预防控制艾滋病、性病法规的立法进程及其他相关法规的修订工作。各地要结合实际制定和完善相关的地方性法规，逐步完善艾滋病、性病防治的法制体系。

—（在管理方式上）加强法制教育和道德教育，采取加强医疗照顾与提供社区服务寄鼓励社会与家庭关怀相结合的方式，对艾滋病病毒感染者和艾滋病病人进行管理。

— 对艾滋病病毒感染者和艾滋病病人主要在社区进行管理。社区要为他们营造一个友善、理解、健康的生活环境，鼓励他们采取积极的生活态度，改变高危行为，积极配合治疗，以延长生命并提高生活质量。

—（在艾滋病病毒感染者和病人的权利中包括）艾滋病病毒感染者和艾滋病病人及其家属不受歧视，他们享有公民依法享有的权利和社会福利。不能剥夺艾滋病病毒感染者工作、学习、享受医疗保健和参加社会活动的权利。也不能剥夺其子女入托、入学、就业等权利。

——从事艾滋病病毒感染者和艾滋病病人诊断、治疗及管理工作的医务人员，不得向无关人员泄露有关信息。任何单位和个人不得将艾滋病病毒感染者和艾滋病病人的姓名、住址等个人情况公布或传播，防止社会歧视。

— 被指定的医疗机构必须及时收治就诊的艾滋病病毒感染者和艾滋病病人，并应及时安排医务人员为其进行疾病的诊治，不得拒绝。医护人员必须严格遵守职业道德，要为病人保密，不得歧视病人。同时做好消毒隔离工作，严防医源性传播。对从事艾滋病防治工作的医务人员，应制定鼓励政策。

— 依据《中华人民共和国传染病防治法》，应对艾滋病病人实行住院隔离治疗。在病程缓解期或因其它原因确实无法住院隔离治疗的，可以设立“家庭病床”，并由收治单位指定1—2名医务人员在保密的情况下，定期进行访视并给予家庭护理指导。

— 对于经济特别困难的感染者或病人，在治疗费用方面，由接收医院向当地政府报告，当地政府协调有关方面予以解决。

— 各部门及社会团体和有关人员应关心艾滋病病毒感染者和艾滋病病人，对他们进行道德教育、心理和社会责任等方面的教育，帮助其解决困难，支持其战胜疾病，保证其正常生活、工作和学习。

— 艾滋病病毒感染者和艾滋病病人因病造成维持基本生活困难并符合社会救助条件的，经审查后，由民政部门给予适当的生活救助。

— 属被拘留、劳改、劳教和羁押的艾滋病病毒感染者应在其关押收容场所内管理教育，并在当地卫生防疫部门指导下，做好他们的医学观察工作。对于已经出现临床症状的感染者，经当地卫

生行政部门指定的医学专家确诊为艾滋病病人，而关押场所内又无条件隔离治疗的，可保外就医。

— 流动人口中被确诊的艾滋病病毒感染者和艾滋病病人，原则上由常住地负责对其监护管理，其疫情由常住地的卫生防疫部门按规定报告和管理，并由省级卫生防疫部门向其户籍所在省的卫生防疫部门通报。没有正当理由，不得将感染者或病人遣送回原籍。

之类的表述几乎在有关艾滋病防治的各类政策法律文件中都可见到。如在国务院《预防艾滋病性病宣传教育原则》（1989年9月1日施行）中，第二项原则是“把握预防艾滋病宣传教育内容的科学性、准确性和政策性”，其中第三点强调了“防止对艾滋病病毒感染者和艾滋病病人的歧视宣传”的问题，指出，“要明确：（1）歧视不利于预防和控制艾滋病的传播，反而极易成为引起社会不安定的因素；（2）每个人都必须懂得预防知识和措施，否则都有感染艾滋病的可能；（3）感染者是无知和疾病的受害者，与其他病人一样需要人们和社会给予人道主义的关心和帮助，即使是由于有过某种过失行为而感染艾滋病病毒也是受害者。”

卫生部制定的《性病防治管理办法》（1991年8月12日颁布、实施）对省级及其他性病防治机构的主要职责、医疗预防保健机构开展专科性性病防治业务取得的许可部门、个体医生从事专科性性病诊断治疗的执业许可部门，以及预防、治疗、报告等制度作了规定，并特别指出：“对诊治的性病者应当进行规范化治疗”（十六条），“性病防治机构和从事性病诊断治疗业务的个体医生在诊治性病者时，必须采取保护性医疗措施，严格为患者保守秘密”（第十七条）。

对艾滋病病人的人权保护措施涉及到方方面面，而不仅仅只是一个治疗问题。就预防和治疗看，中国政府所主张的是建立以社区为基础的和护理体系，在社区组建专业骨干和志愿者队伍，对他们实施医疗照顾和关怀，营造有利于他们生存的宽松环境，同时对之加强管理，减少他们的流动，以避免艾滋病的传播。也即营造有利于艾滋病防治的社会环境，减少艾滋病对个人、家庭、社区和社会的影响。

由此可见，对于艾滋病病毒感染者和艾滋病患者的行为限制，以及对其中某些人实行隔离<sup>[16]</sup>、区别对待、强制检测，是有条件的，也即不是针对他们中的所有的人。而从中国政府对艾滋病防治的长远规划看，对艾滋病人的态度也是以为他们提供一个更为人道、更有益于他们心身健康的环境——即使这一弱势群体脱离家庭与世隔绝，而使他们得以在社会中过正常人的生活——为目的。从这一宗旨看，社会中很多人至今对艾滋病及艾滋病人的现状不了解，也有不少人因此而歧视他们。而问题恰恰在于，由于目前对艾滋病尚无有效治疗的药物和治愈方法，加之其传染途径的特殊性（其中又与吸毒、卖淫或性生活相关联），这便加深了艾滋病病人行为的隐秘性，导致其传染速度的加大。于是，这种情景几乎成了一种恶性循环：人们越是恐惧艾滋病，就越是努力地远离艾滋病病人，后者的行为就会由此变得更为隐秘，艾滋病的传播也就越发迅速；而媒体越是渲染艾滋病的发展状况，人们就越是对其感到恐慌，结果艾滋病人的行为就越加隐秘……

所以，有媒体一针见血地指出：我们不应该简单地将艾滋病视作“公共卫生上的传染病”，而更应该将它看作是一种“需要医学的、社会的、心理的、伦理的、法律的诸多方面的共同参与和全社会的重视”的“社会病”<sup>[17]</sup>。

总之，我们不应该将艾滋病病人这一弱势群体与社会隔绝开，以达到防治之目的。在现代社会中，尤其是社会主义国家中，艾滋病病人应当在法律上享有与其他公民同样的权利，同时也与其他公民一样必须承担相应的义务。这些权利和义务都需要通过法律制度来加以保证，而一系列的法律及其制度的建立和完善，在某种程度上有赖于人们观念的转变。我们应该将艾滋病看作是一种与其它疾病一样的疾病，一种需要认真防治的传染病；应该像对待其他病人一样平等地对待艾滋病病人；应该按照有关法律和政策规定，在医疗费用和生活境况的改善方面给予艾滋病病人以更多的援助。

同时，在谈论艾滋病病人的人权保障问题时，我们也不能无视非艾滋病病人的人权保障问题。毕竟任何行为的自由都是有限度的，世界上并不只存在着一个群体。一切都在变化中，当艾滋病病人成为多数人群体时，非艾滋病者也就成为真正的弱势群体，如在某些艾滋病村的情景即是这样。

艾滋病问题是一个国际性问题。自二十世纪后期以来，“艾滋病”越来越成为世界各国政府和民众所关注的热点话题。就我国国内对这一问题的重视程度和研究状况看，目前不仅联合国艾滋病规划署<sup>[18]</sup>已在中国设有专门的办事处，国内建立了中国预防性病艾滋病基金会、中国性病艾滋病防治协会<sup>[19]</sup>，国家防治艾滋病性病宣传教育信息工作网络，而且媒体对之倾注了极大的热情和关注。各地都有相关网站或专题栏目的出现，如，“中国彩虹热线”、“性病艾滋病患者健康援助热线”、“艾滋病检测自助站”、“艾滋病在线”、“中国艾滋病性病防治信息网”、“艾滋病教育网”、“艾滋病在线”、“世界艾滋病患者俱乐部”、“艾滋病专题”、“艾滋病知识讲座”等，它们或者呼吁社会对包括艾滋病群体在内的弱势群体的“理解、尊重、公平”及关怀，鼓励他们“自尊、自爱、自强”；或者从医学角度介绍有关艾



滋病的预防、药物和治疗的知识 and 艾滋病自我检测的方法, 诊断艾滋病, 指导患者就医用药, 提供慈善捐赠和医治的组织机构的信息; 或者提供艾滋病新闻, 展示艾滋病图片, 回答网民所关心的问题 and 曝光黑医仗俩; 或者设立艾滋病专家门诊和聊天室; 或者介绍艾滋病在世界各国的蔓延状况, 直到报道国内艾滋病村的现状, 以及全文刊登国家的相关政策和法律文件等。

对于艾滋病毒感染者和艾滋病患者人权问题的关注, 反映出现代社会在协调少数人群体 (或社会弱势群体) 与多数人群体、个人利益与社会整体利益的冲突时所遵循的一项基本原则, 这就是, 在考虑社会整体利益时, 不能无视个人利益的存在价值, 及其在促进或阻碍社会进步中的意义; 在以多数人的利益为主要价值取向时, 不应忽视少数人的声音, 而应尽可能地照顾到他们的利益。按照现代法治的基本原则, 当人们为了维护大多数人的利益而牺牲少数人的利益时, 不仅需要前者在价值上优于后者的理由做出说明, 以证明这种牺牲行为的合理性, 而且需要从制度上对做出牺牲的少数人进行利益补偿, 或对弱势群体予以援助。

关注艾滋病人的生存状态, 关爱艾滋病人群体, 反对将他们排斥在社会之外, 对于防治艾滋病和遏制艾滋病的蔓延, 具有重要的意义。不久前, 《苏州市艾滋病、性病预防控制办法》出台, 对艾滋病人及其家属所享有的权利 and 应承担的义务作了明确的规定。依据这一法规, 一旦当地的艾滋病患者 and 艾滋病毒感染者及其家属的合法权益受到侵害 or 遭遇社会歧视, 便可依法维护自己的合法权益<sup>[20]</sup>。类似的地方性法规并非仅为江苏一省所制订。近些年来, 从中央到地方政府所制定的关于防治艾滋病的一系列法律文件, 无一不体现出一种深切的人道主义精神和关怀, 而本次世界艾滋病大会将“反羞辱, 反歧视”作为主题, 也正是表达了这一良好的愿望。

然而, 从另一方面讲, 要将这些政策和法律文件转化为具体的制度、措施、办法贯彻落实下去, 变为予艾滋病人实实在在的温暖, 还将走一段漫长而艰难的道路。而汇集国内现有的艾滋病防治的各种政策和法律文件, 学习和借鉴国外相关的积极经验, 制定一部专门的法典——《艾滋病防治法》, 已成为中国依法治国进程中一项重要且亟待着手进行的任务。

---

\*中共中央党校政法部教授, 哲学博士, 理论法学博士生导师。

<sup>[1]</sup>《国外性病艾滋病专刊》, 该刊为由联合国儿童基金会资助, 中国预防性病艾滋病基金会主办, 并设有专网。

<sup>[2]</sup>前引[1]。

<sup>[3]</sup>郑灵巧: 《我国艾滋病人数量增至20万》, 《健康报》2002年11月10日。

<sup>[4]</sup>夏国美文, 《新民周刊》2002年7月23日。

<sup>[5]</sup>夏国美文, 前引[4]。

<sup>[6]</sup>《全球艾滋病监测 (第二部分)》前引[1]

<sup>[7]</sup>甲类传染病是指: 鼠疫、霍乱; 乙类传染病22种为: 病毒性肝炎、细菌性和阿米巴性痢疾、伤寒和副伤寒、艾滋病、淋病、梅毒、脊髓灰质炎、麻疹、百日咳、白喉、流行性脑脊

髓膜炎、猩红热、流行性出血热、狂犬病、钩端螺旋体病、布鲁氏菌病、炭疽、流行性和地方性斑疹伤寒、流行性乙型脑炎、黑热病、疟疾、登革热。

<sup>[8]</sup>该条第二款规定: “对除艾滋病病人、; 炭疽病中的肺炭疽病人以外的乙类、丙类传染病病人, 根据病情, 采取必要的治疗和控制传播措施”。第二十八条中规定: “患鼠疫、霍乱和炭疽死亡的, 必须将尸体立即消毒,

就近火化。禁其他传染病死亡的，必要时，应当将尸体消毒后火化或者按照规定深埋。医疗保健机构、卫生防疫机构必要时可以对传染病病人尸体或者疑似传染病病人尸体进行解剖查验。”可见即便同属乙类，艾滋病病人、炭疽病或其中的肺炭疽病人与其他乙类传染病病人彼此之间也有区别。区别对待的理由在于，其传染性及后果程度不等。

[9]该法三十五条规定：“违反本法规定，有下列行为之一的，由县级以上政府卫生行政部门责令限期改正，可以处以罚款；有造成传染病流行危险的，由卫生行政部门报请同级政府采取强制措施（一）供水单位供应的饮用水不符合国家规定的卫生标准的；（二）拒绝按照卫生防疫机构提出的卫生要求，对传染病病原体污染的污水、污物、粪便进行消毒处理的；（三）准许或者纵容传染病病人、病原携带者和疑似传染病病人从事国务院卫生行政部门规定禁止从事的易使该传染病扩散的工作的；（四）拒绝执行卫生防疫机构依照本法提出的其他预防、控制措施的。”

第三十七条规定：“有本法第三十五条所列行为之一，引起甲类传染病传播或者有传播严重危险的，比照刑法第一百七十八条的规定追究刑事责任。”

第三十九条规定：“从事传染病的医疗保健、卫生防疫、监督管理的人员和政府有关主管人员玩忽职守，造成传染病传播或者流行的，给予行政处分；情节严重、构成犯罪的，依照刑法第一百八十七条的规定追究刑事责任。”

[10]要在民众中树立如此的观念确实十分困难，仅就这次于清华大学举行模拟立法听证会上在讨论对艾滋病人的隔离问题时，某些学生出自其社会底层生活的切身经历和和体验所表现出那种强烈的情绪化反应看，也从一个侧面清楚地表明了民众中培育一种理性主义的态度和冷静思考问题的习惯，以及现代法律思维（更不用说耐心倾听他人意见的良好品质或教养了），于我们这个正在走向法制现代化的民族具有何等重要的意义。我们的社会越来越需要一种冷静的思考和建设性的理论，而不是一种浅薄的态度和浮躁情绪的宣泄。

[11]据《北京青年报》2002年10月13日报道，有关部门已经对免征艾滋病治疗药物关税、增值税等问题初步达成共识，通过这些措施，艾滋病病人一年的治疗费用将有望降到1万元左右。（这一报刊资料由北京大学胡艳同学提供）。

[12]其他四项为：1. 坚决取缔违法采集血液或原料血浆点；对所有临床用血实行艾滋病病毒检测；85%以上的临床用血要由合法的采供血机构提供，不足部分由经批准的医疗机构自采自供；所有生产血液制品的原料血浆必须由合法的单采血浆机构使用机械采集。2. 完成医务人员艾滋病性病知识全员培训。全国70%的县(市)级以上综合医院、传染病专科医院、中医医院等医疗机构能够为艾滋病病毒感染者和艾滋病患者提供规范化诊断、治疗、咨询与预防保健服务，85%的县(市)级以上医疗机构能够为性病患者提供规范化的诊断、治疗、咨询与预防保健服务，50%的乡镇卫生院能够为艾滋病病毒感染者和艾滋病性病患者提供咨询与预防保健服务。4. 建成全国地(市)级以上艾滋病性病信息网络系统和全国综合监测、实验室检测网络系统。5. 制定有关降低人群危险行为的政策，建立输血风险和艾滋病防治人员职业意外感染保险机制；为艾滋病病毒感染者和艾滋病患者提供医疗和社会救助措施

[13]其它四项为：1. 全民预防艾滋病性病知识和无偿献血知识知晓率在城市达到75%以上，在农村达到45%以上；在高危行为人群中达到80%以上；在戒毒所、收容教育所、监狱、劳教所被监管教育的人员中达到95%以上。2. 高危行为人群中安全套使用率达到50%以上。4. 从事艾滋病预防保健、临床医护、检测检验、采供血等专业人员要达到100%上岗培训。5. 结合全国卫生信息网络建设，完善全国县(市)级艾滋病性病信息网络系统。

[14]即“建立政府领导、多部门合作和全社会参与的艾滋病性病预防和控制体系，在全社会普及艾滋病、性病防治知识，控制艾滋病的流行与传播。到2002年，阻断艾滋病病毒经采供血途径的传播，遏制艾滋病病毒在吸毒人群中迅速蔓延的势头；力争把性病的年发病增长幅度控制在15%以内。到2010年，实现性病的年发病率稳中有降；把我国艾滋病病毒感染者人数控制在150万人以内。”

[15]在工作目标中规定：“到2002年，全国大中城市和艾滋病流行严重的地（市），应在现有医疗机构中完善一所具备为艾滋病病人和艾滋病病毒感染者提供规范化治疗、护理、咨询和预防保健服务能力的医院，同时完成各类医疗卫生人员艾滋病专业知识培训。”到2002年，85%以上的医疗卫生人员接受过性病专业知识的短期培训，85%的县（区）级以上的医疗机构能为性病病人提供规范的诊断、治疗、咨询等医疗保健服务。到2005年，将性病防治、监测和健康教育纳入社区卫生服务网络。”

[16]正如这次听证会上一位医生所言：“隔离的是病源，而不是人，就像对待乙肝传染病一样。”虽然在隔离病源的过程中不可避免地涉及到了对病人人身自由的一定限制，但无论是就非艾滋病者的权利保障而言，还是从自由的法律界限来看，隔离病源的措施都不仅必须，而且应当。

[17]夏国美文，前引[4]。该作者认为，从各级政府的角度来讲，目前“迫切需要解决的”，一是“要转变把艾滋病意识形态化的倾向，不要认为这是给国家抹黑的问题”，事实上艾滋病的传播既“不分国界、民族、种族、社会体制”，也“不分年龄、性别、阶层和价值观念，它是全人类共同的敌人”，故而各级领导“如果不能把艾滋病防治工作做好，并导致艾滋病的泛滥，那就是对工作的渎职，对人类的犯罪”；二是，“要转变把艾滋病与道德的高尚与

低下混淆在一起、与金钱的多少联系在一起的观念”，因为无论道德高低或贫富“都可能感染这一致命的病毒”，而且在中国“艾滋病更多的是和社会结构性的贫困联系在一起，”如因贫困而卖血、卖淫或被毒品贩子利用等，所以应当区别艾滋病和受艾滋病病毒侵袭的人，后者应当被社会所关爱和救助，“不管这个人是由于何种途径感染艾滋病病毒的，从人道主义的原则出发，社会都要把他（她）看作受伤害者。我们必须让全社会的人知晓，只有消除歧视，尊重艾滋病病毒感染者和患者的个人权利，使他们能够有尊严地生活在公众之中，才能有效达到遏制艾滋病病毒在中国大规模蔓延的目的。”这一肺腑之言应当引起人们重视！

[18] 从1986年起，联合国主管艾滋病的责任开始由世界卫生组织承担，后者帮助许多国家建立了满足多种需要的国家艾滋病规划部门。90年代中期，鉴于艾滋病在各国蔓延的强劲势头及其流行而“对人类生活各个方面和社会、经济发展的破坏性影响”，人们提出了“扩展联合国工作的紧急动议”，而又由于“任何一个单独的联合国机构都不能协调对付促使艾滋病流行诸多因素所需的帮助，或者帮助各国对付艾滋病对家庭、社区和当地经济的影响”，于是，为“加大联合国工作的影响”和“需要进行更多的协调”等目的，1996年联合国采取改革措施，组建了一个由六个组织联合的规划机构——“联合国艾滋病规划署”。这六个最早的发起组织是：联合国儿童基金会，联合国开发计划署、联合国人口基金会、联合国教科文组织、世界卫生组织和世界银行。1999年4月，联合国禁毒规划署也加入进来。联合国艾滋病规划署的目的是“促进、加强和指导这些组织的专长、资源及其有关网络的统一利用”，它“通过与联合国的其它机构、各国政府、公司、宗教团体、社区团体、地区和国家的艾滋病人网络，以及其它的非政府组织的合作扩大其外延”。

[19] 该协会称其宗旨为：“团结、组织和动员广大卫生工作者和社会各界人士，在国家有关法律规定的范围内，积极参与全社会的性病艾滋病防治工作，为保障我国人民身体健康和加强社会主义物质文明和精神文明建设服务。”

[20] 据《北京青年报》报道，此资料由胡艳同学提供。

关闭窗口

文章版权归原作者所有，未经允许请勿转载，如有任何问题请联系我们。