

战略预防 融入体制 深耕社群

——中国艾滋病防治可持续发展政策

“中国艾滋病防治相关政策分析”课题组

(中国社会科学院 社会政策研究中心;北京 100732)

[摘要] 当前我国艾滋病防治工作面临的机遇和挑战都前所未有的。战略预防、融入体制、深耕社群是事关我国艾滋病防治可持续发展政策的三个核心概念,主要内容包括:继续把禁绝毒品摆在政府特别是因静脉吸毒加剧艾滋病传播的地方政府重要且优先的位置,将预防对准风险和脆弱交汇特别是受不安全性行为文化和社会因素影响下的农村妇女和校外青少年;艾滋病病毒感染者和艾滋病病人总体上可归类为残疾人,艾滋病防治工作应主动纳入医疗卫生体系和残疾人事业发展中,同步规划、同步实施,实现常态化;以真正合作共事精神调动社会资源,以补充艾滋病防治方面的国家努力。艾滋病防治可持续发展是一个长期目标,要从战略预防、融入体制、深耕社群三个方面着手,采取切实可行的政策措施。

[关键词] 艾滋病防治;融入体制;深耕社群;战略预防

[中图分类号] J C913.4

[文献标识码] A

[文章编号] 1003 - 8353(2010)04 - 0005 - 23

一、根本问题:虽然过去艾滋病防治工作取得了令人瞩目的进展,但当前趋势预示一个不可持续的未来

(一)经由采供血途径传播艾滋病的危险已基本得到控制,但经由静脉注射吸毒、不安全性行为、母婴等途径传播艾滋病的风险尚未得到有效遏制

1. 不规范采供血严重地区经由血液传播艾滋病的危险已基本得到控制。上世纪90年代末以来,通过坚决取缔、打击非法采供血或原料血浆活动,完善血站、单采血浆站、血液制品生产单位和血液及其制品的质量监督和控制体系,加强临床合理用血管理,落实无偿献血制度,我国已基本控制艾滋病经采供血传播。《中国艾滋病防治联合评估报告(2007年)》表明,全国无偿献血占临床用血的比例由1998年的22%上升到2007年上半年的98%以上,其中自愿无偿献血比例从1998年的5.5%上升到2007年上半年的95%以上。这次调查也表明,河南省作为经由采供血途径感染艾滋病最为严重的地区,近10年来全省未再发现新的经血源性和医源性感染艾滋病的病例。不过,由于我国的献血法并没有禁止血浆买卖,致使血浆采集存在隐患,临床用血的供给安全并未得到根本保证。

2. 毒品危害严重地区由于地理位置特殊,受毒品和艾滋病危害时间长、程度深,特别是青少年失学、失业普遍等深层社会因素影响,禁毒防艾斗争形势依然十分严峻。2004年以来,毒品危害严重地区普遍开展了遏制毒品与艾滋病传播蔓延的人民战争,并取得了初步成效。以云南德宏州为例,德宏州是云南省乃至全国受毒品和艾滋病危害的重灾区。2004年底全州有吸毒人员25285名,占全州总人口的2.41%,占当年全省吸

[基金项目] 国务院防艾办发布的中英艾滋病策略支持项目中子项目“中国艾滋病防治相关政策分析”的结题报告。

[作者简介] 中国社会科学院社会政策研究中心“中国艾滋病防治相关政策分析”课题组,课题组负责人为杨团、张时飞,执笔人为张时飞、杨团,骨干成员有代海强、李力、潘屹、李振刚、王晶。

河南省艾防办:《全省艾滋病预防治疗情况汇报》,2007年12月,内部资料。

2008年上半年,卫生部将原所管的单采浆站全部转制,成为采集血浆的企业,在不同地区实施血浆购买。这难以保障血液安全。

毒人员的 37.1%,占当年全国吸毒人员的 3.2%;累计检测出艾滋病病毒感染者 8124例。2005年德宏州率先在全省、全国开展禁毒防艾人民战争,经过 3年的努力,在遏制毒品与艾滋病蔓延方面取得了阶段性胜利。一是,新滋生吸毒人员明显减少。2005 - 2007年,德宏州吸毒人员新滋生率控制在 1%以下。二是,现有吸毒人员明显减少。德宏州现有吸毒人员从 2004年的 25285名减少到 2007年的 15314名,三年减少近万人。三是,社会面漏管失控吸毒人员减少。通过大规模的集中收戒,以及基层群防群治组织帮教管控措施的落实,社会上基本没有漏管失控的吸毒人员。四是吸毒人群感染艾滋病的比例逐年减少。2004年德宏州吸毒人群感染艾滋病的比率占当年报告数的 65%,2005年占 37.7%,2006年占 29.89%,2007年 1 - 9月占 25.8%。

但也应清醒地认识到,凉山、德宏等毒品危害严重地区多紧临境外毒源地,受毒品和艾滋病的危害时间长、程度深,吸毒人员基数大(如凉山、德宏两州现有吸毒人员都在 15000人以上,累计检测出的艾滋病病毒感染者均超过 8000例),再加上海洛因成瘾者戒断易、巩固难(吸毒人员戒毒后复吸率可高达 70% - 90%),禁毒防艾工作经费严重不足、使用效率总体不高等因素影响,禁毒防艾斗争形势不容乐观。特别是当地青少年失学、失业等问题突出,与上述各因素相互作用,形成迭加放大效应,增加了当地禁毒防艾斗争工作的难度。可以预见,当前及今后一段时期,凉山、德宏两州仍然是当地乃至全国受毒品和艾滋病危害的重灾区。

这次调查显示,受失学、失业等诸因素的影响,民族地区青少年已成为当地受毒品和艾滋病危害最严重的群体,这也是制约禁毒防艾工作引向深入的重大瓶颈。第一,民族地区青少年失学问题突出。例如,瑞丽市姐相乡 80%以上的初中生毕业后不能升学(包括升入高中和高职中专)。2005年凉山州初中适龄儿童入学率仅为 19.6%,初中 3年保留率仅为 76.5%(未考虑中途转学因素)。造成民族地区青少年初中升学率、巩固率低的原因主要有二:一是家庭供不起。由于高中阶段不属于义务教育,学生的学杂费完全由家庭负担。在瑞丽市,供养 1名高中生,一年至少需要 5000 ~ 6000元,而当地农民年人均收入仅为 2366元。据介绍,因“家庭供不起”而导致失学的“小半截”(瑞丽居民对当地 15岁至 17岁孩子的称呼)估计占六成左右。二是学生考不上。当地高中升学空间有限是原因之一。据当地中学领导介绍,瑞丽市仅有 1所高中,每年招收学生 400人左右。但目前在校的初中生有 512人。由于供给失衡,录取分数线较高,很多学生惟有望学兴叹。另一重要原因则是,当地学生特别是山区农村学生汉语文能力较弱。据了解,少数民族孩子尤其是居住在村寨中的孩子,在上学前多使用本民族语言,很少能听懂汉语,更别说读写,但上学后所学课程均为汉语教学。这些孩子通常要到小学三年级以上才能具备基本的汉语文能力,与汉族学生或城市中长大的民族学生相比,起点低了很多。此外,小学的课程相对容易,大部分学生还能跟上,等到初中,课程难度加大,语言障碍凸显出来,成绩下降明显。再加上家长受教育有限,不能够辅导孩子学习,久而久之,这些孩子学习的信心和兴趣都会下降,落入差生行列,成为失学青少年。第二,民族地区青少年就业形势严峻。按理说,如果当地社会就业状况良好,民族地区失学青少年不至于成为吸毒和感染艾滋病的高风险人群。然而调查显示,多数青少年失学也就同时意味着失业。对瑞丽“小半截”而言,回家务农和外出务工是其主要就业渠道。不过,回家务农,很多人却因城市扩张,农地被征用,连起码的生产资料都没有。据了解,处于瑞丽市城乡结合部的勐卯镇团结村,失地问题十分突出。截至 2007年,全村总人口 6365人,被征地农民 4630人,占全村总人口的 72.7%,涉及辖区 16个村民小组中的 14个。至于外出务工,“小半截”在劳动力市场明显处于劣势,不仅年龄偏小,文化程度低,无一技之长,且汉语文能力弱,很难找到工作机会。与瑞丽市情况相比,凉山州青少年失学失业问题更甚。近期媒体广泛报道的广东东莞使用凉山“童工”事件,就是例证。

青少年普遍失学、失业,给民族地区禁毒防艾工作带来的挑战前所未有的。为满足家庭无法满足的物质需求,青少年结伙实施偷盗抢劫、吸毒贩毒等犯罪行为时有发生;为寻求精神刺激,青少年沾染毒品或体验不安全性行为的现象大量存在。再加上他们的家境普遍贫困,当地医疗卫生事业严重滞后,以及性观念较为开放等因素影响,青少年很容易暴露在吸贩毒品和感染艾滋病的风险中。

3. 艾滋病流行严重的少数民族地区由于早婚、再婚和跨国婚姻现象普遍,经由婚内性传播艾滋病的社会结构风险尚未引起足够的重视。我国有关法律法规规定,卖淫嫖娼是违法行为,政府打击的态度历来十分坚定,执法机关打击的力度也一直非常有力,对控制艾滋病的传播起到了重要作用。但是,艾滋病流行严重的少数民族地区由于早婚、再婚和跨国婚姻现象普遍,经由婚内性传播蔓延艾滋病的社会结构风险尚未引起足

够的重视。第一,民族地区素有早婚传统。在受访的彝族、傣族、景颇族等少数民族中,早婚早育乃婚俗传统。目前这一观念虽有所变化,但在山区农村,因为符合法定婚龄而结婚的青年男女仍不多见。第二,民族地区跨国婚姻普遍。最典型的是瑞丽市。据介绍,瑞丽市边境线长 169.8 公里,有口岸和通道 38 个,跨国婚姻十分普遍。如该市姐相乡,历年来与缅甸国民通婚的占该乡在婚人口的 60% 左右。导致当地高比例跨国婚姻的因素主要有三:一是国境线横跨村寨,边民目前虽属不同国家,但原来其实是同宗甚至同寨,多沾亲带故;二是缅甸国民生活水平较低,缅籍女性愿跨境嫁到瑞丽。瑞丽男性边民一般只需花费 1000~5000 元礼金,就可迎娶缅籍女性,远低于迎娶当地女性费用。三是由于瑞丽少数民族男性吸毒比例较高,少数民族女性宁愿嫁给当地汉人或远嫁他乡,由此形成的婚姻挤压,使相当多找不到伴侣的少数民族男性青年不得不娶缅籍女性为妻。第三,民族地区再婚比例较高。这次调查虽未录得翔实的数据,但当地少数民族再婚比例偏高是调查人员普遍的感受。可能的原因有二:一是不论是凉山州昭觉县还是德宏州瑞丽市,都是受毒品和艾滋病的危害时间长、程度深的地区。在长达十余年的时间里,大批青壮年已婚人员陆续死亡,这部分人的配偶只得另组家庭。二是相当部分少数民族妇女由于无法长期忍受丈夫吸毒或感染艾滋病病毒的事实,主动提出离婚和外流他乡逃婚。

民族地区早婚、再婚和跨国婚姻现象普遍,给经由婚内性传播蔓延艾滋病埋下诸多隐患。仅以瑞丽市跨国婚姻为例,跨国婚姻普遍所引致的婚内性传播艾滋病的风险至少有三:一是增加了开展健康教育的难度。由于缅甸未实行义务教育,缅籍新娘大多没有受过正规教育。再加上缅籍新娘汉语言能力不高,开展健康教育难度很大。二是增加了边民感染艾滋病病毒的几率。缅甸属艾滋病高流行地区。据了解,2005 年缅甸艾滋病患者占全人群的 1.3%。可以想见,在边民迎娶的大批缅籍新娘中,艾滋病病毒携带者不在少数。三是当地配偶死亡后,缅籍新娘一般会在当地结婚或远嫁外地外省,这很可能引发新的感染,造成艾滋病扩散。

4. 艾滋病流行严重的农村地区由于群众健康意识不强、医疗卫生条件落后,特别是重男轻女传统观念根深蒂固,母婴传播阻断工作有待进一步加强。《中国艾滋病防治联合评估报告(2007 年)》表明,近些年我国母婴传播阻断工作取得了积极进展。截止 2006 年 12 月底,在接受产前保健服务的 265 万名孕产妇中,有 77.8% 和 74.0% 的孕产妇接受了艾滋病咨询和检测,累计发现艾滋病病毒感染孕产妇 2706 名。分娩的艾滋病病毒感染孕产妇中,72.5% 应用了抗病毒药物,80.4% 分娩婴儿使用抗病毒药物,婴儿人工喂养比例为 84.6%。通过预防艾滋病母婴传播干预措施,艾滋病母婴传播率减少了近 60%。这次调查也显示,受访地普遍建立了符合当地实际,有效便捷的预防艾滋病母婴传播的服务模式。例如,为做好母婴阻断工作,上蔡县实施了“人盯人管理模式”,即:利用乡、村两级卫生员,对全县阳性育龄妇女实行跟踪服务,落实“人盯人”措施,坚持每月一次随访,确保随时准确掌握其孕产状况;对检测出的艾滋病病毒抗体阳性孕妇,认真进行产前母婴阻断知识的宣传教育,动员其终止妊娠,对坚持继续妊娠者,签订《知情同意书》后,按照艾滋病母婴阻断方案要求,严格采取随访和阻断措施;对阳性产妇所生的婴儿,实施药物阻断和人工喂养,定期随访检测。截止到 2007 年 12 月 31 日,全县自愿咨询检孕产妇 73702 人,检出 HIV 阳性 276 人,其中 152 人自愿终止妊娠,对 136 名孕产妇进行了药物阻断,分娩婴儿 142 名,监测结果为 3 名婴儿阳性,其余均为阴性,母婴阻断成功率为 97.03%。瑞丽市建立了市、乡镇、村一体的为孕产妇母婴阻断服务网络和转诊体系,即城镇和乡镇卫生院对所有产前检查的孕产妇免费艾滋病自愿咨询检测服务,对所有发现的感染艾滋病毒的孕妇,定点医疗机构进行母婴阻断,并定期随访。2007 年,全市共接受 HIV 检测的孕产妇 4723 人次,报告阳性孕产妇 63 例,孕产妇阳性检出率为 1.33%。截止目前,接受阻断的婴儿满 18 个月龄的有 48 人,其中证实阻断成功的 42 人。

但也应清醒地认识到,在艾滋病流行严重地区尤其是边远、边境的少数民族农村,预防艾滋病母婴传播工作面临诸多实际困难。第一,部分群众对艾滋病的危害认识不深。以昭觉县为例,突出表现有二:一是由于彝族群众以文盲居多,对新鲜事物接受难度大。正如县妇联干部所言,“艾滋病对彝族老百姓是一个新鲜的名词,开展工作时我们给村里妇女讲几遍,他们都记不住”。二是吸毒的恶果掩盖了艾滋病的危害。昭觉县艾滋病患者多是由静脉注射吸毒感染,即便他们相继死亡,村民往往把它归咎为毒品因素,很少人认为是艾滋病所致。由于对艾滋病危害缺乏直观认识尤其是死亡教育,彝族老百姓对艾滋病没有产生足够的畏惧感。第二,受当地经济发展水平和医疗卫生条件的制约,母婴阻断服务无法深入开展。据调查,目前昭觉县孕妇住院分娩率不足 20%,在此情况下,要提高母婴阻断工作的覆盖面难度很大。第三,由于农村重男轻女

传统观念根深蒂固,母婴阻断工作很难不留死角。艾滋病流行较为严重的地区多是农村贫困地区,重男轻女传统观念根深蒂固。为求得一子,许多阳性孕产妇明知自己是病毒携带者,也总是抱着侥幸心理,千方百计躲避检测,给母婴阻断工作埋下隐患。

(二)对易感染艾滋病病毒危险行为的人群推广使用安全套工作取得积极进展,但对海洛因成瘾者、男男性行为人群的预防干预工作仍未取得重大突破

1. 对流动暗娼等艾滋病易感人群推广使用安全套的工作已取得积极进展。《中国艾滋病防治联合评估报告(2007年)》显示,以流动暗娼人群为目标的干预措施覆盖面和深度不断增加。截至2007年第三季度,暗娼行为干预工作扩大到所有的县(市、区),干预覆盖率从2005年的26%上升到目前的38%。2006年国家行为监测数据显示,暗娼坚持使用安全套的比例从2001年的14.7%上升到2006年的41.4%,从不使用安全套的比例从2001年的37.4%下降到2006年的7.5%。是次调查也表明,瑞丽市100%的宾馆、酒店、旅店和大部分娱乐服务场所都免费摆放安全套发售设施,100%为性病门诊病人提供免费安全套。未来工作的重点应是着力加强非商业性行为人群安全套的推广使用。

2. 受交通条件、治疗费用和准入条件等因素制约,现有吸毒人员参加美沙酮维持治疗的比例较低,治疗保持率也不高。在受毒品和艾滋病危害严重地区全面推进美沙酮维持治疗工作,是控制吸毒人员艾滋病流行的一种有效行为干预方法。2007年对部分美沙酮门诊进行的横断面调查显示,受治者注射吸毒比例、违法犯罪行为明显下降,有工作比例明显增加,家庭关系明显好转。但总体上看,我国现有吸毒人员中参加社区美沙酮维持治疗的比例较低,维持治疗率也不高。资料显示,目前全国累计参加维持治疗的受治88313人,在治人数51758人,病人年治疗保持率为64.5%。2005年6月至2007年底,瑞丽市美沙酮维持治疗门诊和流动服药车(全国第一辆)合计入组服药人员651人,各种原因流失282人,在服369人,维持治疗率是56.7%,脱失率为43.3%。另据专家介绍,北京市目前共有美沙酮维持治疗门诊点8个,每个门诊点服药人员都不足百人。

造成接受社区美沙酮维持治疗人数偏少、维持治疗率偏低的原因主要有三:第一,服务范围窄。目前,受访地美沙酮维持治疗的服务范围仅限于城关镇及周边地区,而现有吸毒人员大多分散在广大的农村地区,交通不便,加上吸毒人员身体状况不佳,要他们长时段、定时、频繁奔走在城乡之间,很不现实。个别地方虽然配有少量流动服务车,但服务范围仍无法覆盖大部分山区农村。第二,费用难以承受。据了解,瑞丽市美沙酮维持治疗收费标准为每人每天2元,昭觉县为每人每天10元。相对于美沙酮维持治疗的实际成本,上述费用确实不高,大有象征意味。但即便如此,对绝大多数已陷入贫困境地的吸毒人员而言,要长期以现金支付上述费用并非易事。正因如此,有相当部分吸毒人员难以企及或不得不脱失。第三,准入条件限制。据专家介绍,北京市吸毒人员如欲参加社区美沙酮维持治疗,需要其户籍所在地街道办事处出具该吸毒人员已经过两次强戒的证明。由于担心被公安部门打击抓捕,或不愿因出具证明而暴露自己,很多吸毒人员特别是大量流动人口中的吸毒人员只好继续隐形于社会,成为被该制度排斥的人群。

3. 由于对男男性行为人群的生存方式、活动特点和特殊需求缺乏基本了解,现行防治策略不论是覆盖范围还是干预质量都有限。2004年以来,尤其是近两年,我国政府明显加强了对男男性行为人群干预工作力度,如制定了全国男男性行为人群艾滋病防治工作方案及干预工作指南,举办了全国性的男男性行为人群干预技术培训班,部分地区开展了推广使用安全套、咨询检测、同伴宣传教育、性病诊疗、外展服务、感染者随访和关怀等工作。不过,由于我国针对男男性行为人群的艾滋病预防干预工作起步较晚,特别是对男男性行为人群的生存方式、活动特点和特殊需求缺乏基本了解,现行防治策略不论是在覆盖范围还是干预质量上都不高。《中国艾滋病防治联合评估报告(2007年)》显示,截止2007年三季度,我国干预男男性行为人数为88082人,覆盖率约为8.2%。这次调查也表明,造成针对男男性行为人群的干预措施覆盖范围有限、干预质量不高的因素主要有三:第一,由于对男男性行为人群的生存方式不甚了解,许多干预措施无法穿透到该人群内部。据了解,北京地区男男性行为人群多是以“家族”形式存在的,家族的结构犹如水中涟漪,内核部分

国务院防治艾滋病工作委员会办公室,联合国艾滋病中国专题组:《中国艾滋病防治联合评估报告(2007年)》,卫生部网站。

是一对伴侣(类似异性恋人群中的夫妻),两人既有一定的经济实力,也有一定的条件(主要是指场所),且人缘特别好。在这对伴侣周围,汇聚了一帮志同道合、非常要好的朋友,组成家族的核心圈。在核心圈外,各同志基于自己的人脉,又延展更大的圈子,依此外推。由于男男性行为人群的家族一般要经过几年、甚至十几年的时间才能成型,因而结构相对比较稳定。因此,从事艾滋病防治工作的人员,如果不了解男男性行为人群这种“家族式”的生存方式,不知道把家族中关键人物(如内核或核心圈中的人物)发掘出来,发动起来,仅凭现有行政系统的力量,有可能根本接触不到男男性行为人群,即使能接触到少量人员,也很难赢得他们的信任。第二,由于对男男性行为人群的活动特点不甚了解,许多干预措施过于简单化。以艾滋病知识宣传为例,每到周末,北京地区至少有数十个同志小组在活动,诸如羽毛球小组、乒乓球小组、游泳小组、足球小组、戏曲小组、瑜伽小组,等等。活动期间,有些小组纯得都不能讲脏话,更不用说宣讲艾滋病知识。如果小组得知某人被检测出艾滋病,会即刻展开清理“污浊”运动。在此背景下,如果简单采用类似对普通人群进行艾滋病防治宣教的方式,在男男性行为人群中大张旗鼓地宣传艾滋病,势必会给他们贴上“同性恋”和“艾滋病”双重标签,其实际效果不会理想。第三,由于对男男性行为人群的特殊需求不甚了解,许多干预措施缺乏针对性。据有关专家介绍,在多项有关男男性行为人群的需要调查中,排在第一位的都不是艾滋病防治,而是性病诊疗。因为男男性行为人群所患性病的位置和其他人不完全一样(例如肛肠内的梅毒),目前鲜有医生能够诊治,很多性病科医生甚至听都没听过,更不用说见过这种性病。此外,男男性行为人群中的交友、被诈骗、法律纠纷和情感纠葛等问题,在需求排序中都处于靠前的位置。如果干预人员不了解男男性行为人群的需求排序,仅强调艾滋病防治的重要性,就很难获得男男性行为人群的理解和支持。

与对吸毒人群相比,对男男性行为人群的行为干预既有相同点又有不同点。相同点在于干预者若自恃社会地位高于被干预者,双方不平等,干预行为就很难奏效。不同点在于两类人群对于行为干预的想法并不见得与干预者相同。吸毒人群接受美沙酮维持治疗是为了免于艾滋病感染,这与干预者的目的是比较一致的,而男男性行为人群出于自己的生存方式不见得愿意接受干预,更多地希望外界不要干扰他们,给他们以自由空间,还有一部分人希望社会认可他们的生存方式,甚至提出人权问题。对于这样一个特殊群体,现行防治策略主要依赖于外部干预而非他们自己的力量可以说是本末倒置甚至文不对题。

(三)艾滋病检测体系进一步健全,但要准确查明近 50 万或更多潜在的艾滋病病毒感染者的具体位置,任重而道远

及时、准确、全面掌握艾滋病疫情和流行趋势是预防和控制艾滋病的基础和前提。这次调查显示,艾滋病检测和监测工作得到了各级政府的高度重视,也取得了一定成效。第一,检测范围不断扩大。凉山州最新出台的文件规定,新婚人群和孕产妇、手术病人、性病病人、公共场所服务人员都要纳入艾滋病常规性检测范围。德宏州要求对前往民政部门办理婚姻登记的新婚人群免费进行艾滋病检测,并把在该州长期居住的外籍居民纳入了艾滋病综合防治体系。上蔡县则把引导返乡务工人员接受艾滋病自愿咨询检测作为目前工作的重点。第二,检测设施不断改善。德宏州共建立艾滋病初筛实验室 16 个、确证实验室 1 个。瑞丽市利用世界宣明会提供网络技术和资金,把 10 个市级医疗机构(医院、保健院、疾控中心、计生服务站等)、各乡镇卫生院和村卫生室均设置为自愿咨询检测点,真正把自愿咨询检测工作下移到农村。驻马店市改造、扩建了 10 个市、县疾病预防控制中心,增加艾滋病初筛和确证实验室 18 个,初筛检测实验室 43 个,基本实现“初筛不出县,确诊不出市”。

至于对于艾滋病流行态势的监测工作,鉴于监测工作所选地点和对象问题往往偏重于监所和犯人,致使监测工作的准确性堪疑,男男性行为人群中的监测工作倒是相对更接近真实。

从总体上说,我国艾滋病检测工作和监测工作都有待进一步完善。《中国艾滋病防治联合评估报告(2007年)》显示,我国实际发现的艾滋病病毒感染者和艾滋病病人(223501例),仅占总估计感染人数(约70万)的32%左右。换言之,我国有近50万或更多潜在的艾滋病病毒感染者在现有的检测体系之外,艾滋病检测工作任务繁重艰巨。

1. 信息报告制度与信息管理工作问题很多,艾滋病各类统计数据对不上号。主要表现在,艾滋病疫情报告数和实际部门建档追踪数存在较大差距,网上直报数字普遍高于实际部门建档追踪数。据凉山州疾控中心提供的资料,截至2008年1月20日,全州累计发现艾滋病病毒感染者7853人,其中已建档追踪者只有855人,

占总数的 11%。另据昭觉县防艾办统计,截至 2007年 12月底,昭觉县艾滋病病毒感染者累计报告数为 2124人,能建档追踪的仅有 504人,不足 1/4。该县竹核乡和阿并洛古乡艾滋病感染者报告数分别为 87人和 79人,实际核实数为 69人和 47人。

进一步分析表明,导致艾滋病各类统计数据误差大的原因主要有三:第一,网上直报数据错报率高。由于艾滋病检测能力有限,凉山州艾滋病病毒感染者数据相当部分来自网上直报系统。如 2007年凉山州新增艾滋病病毒感染者 3000余人,其中 1500多人是外地从网上报来的。据了解,网上直报系统存在两方面的问题:一是凉山彝人的姓氏较为特殊,外地网上报告的本地艾滋病感染者提供的多是假地址、假姓名,难以有效核实;二是由于凉山州特别是昭觉县等地在艾滋病方面较有名气,有些其他地区的人员也自称是凉山州居民。第二,哨点报来的数据重复率高。据凉山州疾控中心官员介绍,2008年 1月凉山州网上直报的 7853人中,至少有 3000人的水分。因为这些人员中,90%是吸毒人员。由于吸毒人员在戒毒机构最多关 1年,回来后复吸率较高,有可能再次被抓,再次被检测和报告。再加上吸毒人员的身份公安部门也难以查清,无法建档,不能避免会出现重复报告疫情的现象。无怪乎当地官员惊呼“到处都是敌人,但就是不知道敌人在哪里。第三,流行趋势调查数据欠准确。据北京专家反映,有些男男性行为人群生活十分艰难,为了得到 50元项目调查经费,今天到这边抽一次血,明天到那边抽一次血,在你这里我姓刘,在他那里我姓王,在第三处我就姓李了,重复做检测,就为了得到这 50块钱。

2 由于自愿咨询检测工作存在不自愿、不可及、不全面等问题,许多有高危行为的人愿意接受咨询检测的比例偏低。自愿咨询检测是发现艾滋病病毒感染者和艾滋病病人的一项重要举措,是艾滋病防治工作的入口。但本次调查表明,有高危行为的人群自愿接受咨询检测的比例偏低。截止调查时点,昭觉县自愿咨询检测人数仅有 1525人;2004年至 2007年 9月,瑞丽市共检测血样 47166份,仅占全市总人口的 27.7% (含流动人口),其中相当部分是政府公务员和事业单位人员;瑞丽市姐相乡在册的 390名艾滋病病毒感染者中,有 300多主要是通过强制戒毒查出来的。

进一步分析显示,造成目前自愿咨询检测比例偏低的原因主要有三:第一,自愿咨询检测工作不自愿。目前,受访地自愿咨询检测工作仍以强制被动检测为主。调查数据显示,自愿咨询检测人员主要集中在三类人群,即新婚人群、孕产妇;强制戒毒人员;政府公务员、事业单位人员及相关人员。显然,上述三类人员都是目前政府行政力量所能触及、且能发挥作用的群体。如,民政、计生等部门可把艾滋病检测作为其办理结婚证、生育证的前置条件,公安、司法等部门可用强制力对戒毒场所的吸毒人员进行艾滋病检测,当地党委、政府可用行政命令要求全体公职人员进行艾滋病检测。然问题在于,政府行政力所能影响的人群毕竟是庞大群体中的一小部分,且这部分人可能是社会上咨询检测意愿相对较高,艾滋病传播风险相对较低的人群。而政府行政力不及、不济的人群,恰恰是目前迫切需要咨询检测、且咨询检测意愿较低的高危人群。实地了解到,以下三类人员尤其值得自愿咨询检测工作关注:一是早婚人群。据当地干部反映,瑞丽市新婚人群中,主动接受艾滋病检测不超过 1/3。其中一个重要原因是,当地青年男女早婚现象普遍。他们的结合由于不符合法定结婚年龄,也就不存在办理结婚登记,自然艾滋病咨询检测环节也就不存在。昭觉县的情况也大体如此。二是跨国婚姻人群。如前所述,瑞丽市姐相乡,历年来与缅甸国民通婚的占该乡在婚人口的 50 - 60%。根据现行政策,瑞丽市民如欲跨国结婚,须到 60公里外的德宏州民政部门办理结婚登记手续。很多跨国结婚人员因此不愿办理,也就不存在咨询检测一说。三是流动人口。瑞丽市跨境流动人口多。2007年,瑞丽市总人口 17万,其中暂住人口 6万,占 35.3%。昭觉县、上蔡县外出务工人员多。竹核乡总人口 9762人,常年在外务工人员约 700人。上蔡县人口 139万,年输出劳动力 30.5万人。第二,自愿咨询检测工作不可及。突出表现在自愿咨询检测工作在基层不普及,特别是在广大的边远农村地区,农村基层社区缺乏自愿咨询检测基本人力和装备。如昭觉县除疾控中心可做艾滋病病毒初筛检测外,全县所有乡镇卫生院、村卫生所至今不能进行简单的艾滋病快诊试纸检测。有意进行艾滋病咨询检测者需到县疾控中心进行检测,如初筛呈阳性,县疾控中心须将血清样本送到百公里外的州疾控中心确认。如此往返,费时费钱,十分不便,影响此项工作的开展。即便瑞丽市艾滋病检测设备已下移至农村,但转介服务所需的艾滋病初筛实验室人员紧缺。现有 3名工作人员中,非检验专业人员有 2名,只有 1人能进行实验室操作。第三,自愿咨询检测服务不全面。目前我国大部分地区自愿咨询检测门诊都设置在疾病预防控制机构内,如全国已建立的 4293个自愿咨询检测

点中,设立在医院的仅有 803 个,不足五分之一。由此带来的问题有二:一是高危人群的咨询可能涉及诸多临床问题和心理因素,很多疾控部门的工作人员无法胜任。二是疾控机构属政府部门,高危人群多不被社会认可,这种角色的反差使双方难以取得基本的信任,在很大程度上影响了工作的实际效果。

(四)国家实行的“四免一关怀”政策成效初显,但要最大限度地管理好、服务好已报告的 22 万艾滋病患者,以防止感染源进一步传播,仍需破除诸多政策障碍

2003 年,中央确定了“四免一关怀”政策,即:国家为艾滋病病人提供免费抗病毒治疗并减免抗机会性感染治疗费用;向接受艾滋病咨询、检测的人员免费提供咨询和检测;向感染艾滋病病毒的孕产妇免费提供预防艾滋病母婴传播的治疗和咨询;艾滋病致孤儿童免费上学;对生活困难的艾滋病病毒感染者和病人及家属给予生活救助。为贯彻落实中央的决策和部署,近几年,各级各部门相继制定了一系列救助关怀措施,取得了良好效果。第一,免费抗病毒治疗工作全面实施。截止 2007 年 10 月底,抗病毒治疗工作覆盖 31 个省(区、市)1190 个县(区),全国 15 岁以上艾滋病病人累计接受抗病毒治疗人数达 39298 人,正在治疗人数为 31849 人。第二,免费抗机会性感染治疗在一些省份开展。截止 2007 年 6 月,全球基金项目地区开展对艾滋病病毒感染者和病人进行机会性感染的预防和治疗人数已超过 36000 人。第三,艾滋病致困人员的关怀救助工作成效明显。以艾滋病致孤儿童为例,2006 年民政部等 15 个部门出台了《关于加强孤儿救助工作的意见》,为孤儿包括艾滋病致孤儿童提供生活、教育、医疗、康复、住房、就业等 9 个方面的优惠政策。2007 年河南省人民政府下发《关于进一步加强艾滋病致困人员救助安置工作的意见》,加大地方政府资金投入力度,实施分类救助,推动艾滋病致困人员的救助安置工作深入开展。目前,90% 以上的艾滋病致孤儿童得到家庭和上学支持,一些大龄儿童得到职业培训。然是次调查也显示,要全面切实履行政府做出的“四免一关怀”承诺,把已报告的 22 万艾滋病患者管理好、服务好,最大限度地把他们团结起来,以防止感染源进一步传播,仍需破除诸多政策障碍。当前及今后一段时间,各级政府要着力解决好以下几方面的问题:

1. 有准入条件的免费抗病毒治疗。调查显示,对有需要的艾滋病病毒感染者和艾滋病病人,各地都实行了免费抗病毒治疗和减免抗机会性感染治疗费用。但在政策具体落实过程中,各地又都设置了一些准入条件,使许多符合治疗标准的艾滋病患者被排斥在现行制度之外。以大、中城市和流动人口频繁地区的免费抗病毒治疗为例,突出表现有三:第一,大量的流动人口未纳入当地免费抗病毒治疗计划。根据现行政策,艾滋病患者的治疗主要在当地定点医疗机构进行。换言之,需要长期接受免费抗病毒治疗的艾滋病患者,必须持有当地户籍的有效证明。外省或者外地市的病人一般不被纳入当地定点医疗机构的免费治疗计划。个别地区(如北京市)的准入条件相对宽松些,但外地人士也需提供长期在京的证明材料。第二,愈来愈多的城镇职工未包括在当地免费抗病毒治疗计划中。根据现行政策,国家仅向农民中的艾滋病患者和城镇经济困难的艾滋病患者免费提供抗艾滋病病毒治疗药品,其他城镇职工不在其中。由此带来的问题是,随着艾滋病流行经性传播的比例加大,人口学特征会发生相应的变化,不包括在“四免一关怀”范围内的城镇感染者和病人会越来越多,这部分人如何面对抗病毒治疗费用亟待解决。第三,开展免费抗病毒治疗的定点医疗机构数量有限。以北京市为例,截至 2007 年 10 月,全市累计发现并报告艾滋病感染者和艾滋病病人 4663 例,且前三季度发现的感染者比去年同期增加了 53.71%。然目前该市实际开展免费抗病毒治疗的仅有地坛医院和佑安医院。

2. 不可负担的抗机会性感染治疗费用。艾滋病病毒感染者和艾滋病病人的治疗费主要由抗病毒治疗药品费和抗机会性感染治疗药品费两大部分构成。根据现行政策,国家向农村和城镇经济困难的艾滋病患者免费提供抗病毒治疗药品,对农村和城镇艾滋病患者适当减免抗机会性感染治疗药品的费用。具体到受访地,由于艾滋病患者绝大多数是农村居民,其所需抗病毒治疗药品基本免费,抗机会性感染治疗药品则不在免费之列,艾滋病患者对此反映强烈。第一,抗机会性感染治疗费用高。据河南省艾防办介绍,截止到 2007 年 9 月底,省财政拨付用于艾滋病患者抗机会性感染治疗的经费将近 1 亿元人民币,年人均 4680 元。如此高额的治疗成本,显然远超出艾滋病患者所能承受的范围。更为棘手的是,目前受访地艾滋病患者大多已经发病,部分病人已进入终末期,病情复杂,治疗难度增大,治疗费用增高。第二,抗机会性感染治疗时间延长。由于艾滋病医疗救治水平提高,特别是全面实施规范免费抗病毒治疗后,艾滋病患者的病死率明显下降。中原六省部分地区既往有偿采供血人群的调查显示,开展规范化抗病毒治疗后,艾滋病病人的病死率由治疗前

的 28.8/100人年下降到治疗后的 6.8/100人年,2006年调查地区艾滋病病人中病死率为 3.4/100人年。对艾滋病患者来说,存活时间延长无疑是一大福音,但更长时间的抗机会性感染治疗的费用,对多数业已陷入贫困境地的艾滋病患者来说犹如雪上加霜。

针对艾滋病患者抗机会性感染治疗费用,目前受访地主要采取三种方式予以救助。第一,通过项目资金免费为艾滋病患者提供抗机会性感染治疗药品,如昭觉县利用中英性病艾滋病防治合作项目(2001-2005年)资金,免费给艾滋病患者发放抗机会性感染治疗药品。第二,利用医疗救助金资助艾滋病家庭免费参加当地的农村新型合作医疗,如昭觉县和瑞丽市的民政部门,利用医疗救助金把两地的艾滋病家庭全部纳入新型农村合作医疗制度,并适当提高报销比例。第三,实行专项救助与资助参加新型农村合作医疗相结合。最典型的是河南省。据了解,截至调查时点,河南省是全国唯一对艾滋病患者实施免费抗机会性感染治疗的省份。具体做法有二:一是省财政为所有艾滋病患者提供每人每月 390元的专项经费,用于抗机会性感染治疗。专项经费采取个人账户与重病统筹相结合的管理模式,即政府为每个艾滋病患者建立一个个人账户,账户每月注入 300元。一般病情日常治疗由个人账户支出,年底节余转下年继续使用;其余 90元进入重病统筹资金,由县艾防办统一审批。对个人账户结余的艾滋病人按比例给予现金奖励。二是民政部门用医疗救助金资助所有艾滋病家庭免费参加新型农村合作医疗。截至 2008年 2月,上蔡县共有艾滋病家庭 4747户、21106人,所有家庭成员全部免费加入新型农村合作医疗。使用程序是:艾滋病患者一旦需要抗病毒治疗和抗机会性感染治疗,可以选择去艾滋病定点卫生所免费治疗,免费药品包括 129种抗机会性感染药品和 6种抗病毒药品;如果定点卫生所无法提供所需药品和服务,艾滋病患者也可选择新型农村合作医疗覆盖的卫生所,享受新型农村合作医疗的相关待遇。

不过,是次调查也表明,受访地抗机会性感染治疗费用存在三方面的问题:第一,项目资助多有头无尾,难以延续。最典型的是昭觉县。昭觉县中英性病艾滋病防治合作项目 2005年结束后,政府财力无法使之延续,艾滋病患者抗机会性感染治疗药品费用需要自己支付,在此情况下,绝大部分患者只能放弃治疗,影响很大。第二,专项救助缺乏弹性,削减了执行力度。最典型的是沈丘县。由于艾滋病抗机会性感染治疗专项经费主要基于 2004年拉网式普查数据确定拨付金额,相对稳定,难以突破。各地感染者数量还没有准确摸清,执行的力度就有区别。如相对于上蔡县,沈丘县由于新发感染者数量超过了拉网普查上报的数量,只能将省内拨付的抗机会性感染资金重新统筹,新的额度是每人每月 300元,其中个人账户注入资金 150元,其余 150元进入重病统筹基金。第三,资助参加新型农村合作医疗引发的问题。一是,艾滋病患者无力承担门槛费用。为有效配置医疗资源,我国新型农村合作医疗普遍设立了起付线。例如,2007年昭觉县农村新型合作医疗在乡、区、县及县级以上三级医院报销的比例分别 80%、80%、60%和 40%,起付线分别为 30元、30元、200元和 500元。客观地说,上述门槛费用并不算高,但对普遍陷入贫困境地的艾滋病患者来说,这一费用实在难以承受。因为,抗机会性感染治疗尤其是进入晚期阶段,不仅频次密,且一般乡镇卫生院难以诊治。而要到县及县外治疗,每次需支付 200元以上的费用。二是,专项救助和新型农村合作医疗政策“明接实不接”。表面上,上蔡县艾滋病患者的“两免治疗”与一般疾病治疗补贴实现了对接。实际上,新型农村合作医疗药品目录包含的 300多种药品中基本没有艾滋病抗病毒或抗机会性感染治疗药品,艾滋病患者很难从合作医疗中受益。三是,在艾滋病疫情严重地区,新型农村合作医疗基金可持续存疑。有研究显示,艾滋病患者的卫生服务需求和利用及医药费用支出,普遍高于一般农村居民。因此,在艾滋病疫情严重地区,如果财政不开启分担功能,而将艾滋病患者全部纳入当地新型农村合作医疗,势必影响统筹基金的安全运行。

3. 与实际需求严重脱节的基层医疗服务能力。从艾滋病患者的医疗服务需求看,两大因素决定了今后及相当长一段时间医疗服务需求会不断增加。第一,受访地多是艾滋病疫情严重地区,艾滋病患者基数大,且普遍开始发病。截止 2008年 1月 31日,上蔡县共确认艾滋病病毒感染者 7344人,现存感染者 6157人,现症病人 5882人;瑞丽市实际存活的艾滋病病毒感染者 1110人。昭觉县累计报告艾滋病病毒感染者 2124人。如此规模和结构的艾滋病患者,对当地的基层医疗救治力量要求较高。第二,目前需要接受抗病毒治疗和机

蒲诗璐,阎正民等:《艾滋病病毒感染者/艾滋病患者纳入对新型农村合作医疗统筹基金的影响初探》,《中国循证医学杂志》,2005年第 5卷第 11期。

会性感染治疗的患者数量在不断攀升。究其成因,除新诊断的艾滋病患者外,一个极其重要的原因是,随着艾滋病救治力度的增强,诊疗水平的提高,特别是全面落实规范化免费抗病毒治疗以后,我国艾滋病患者的病死率明显下降。据河南省艾防办统计,河南省艾滋病病人病死率从2001年的12.87%下降到2006年的7.54%;驻马店市的艾滋病患者病死率由2001年的11.58%下降到目前的3.2%;上蔡县目前70%以上接受抗病毒治疗的病人病情明显好转,一些重症病人已能参加一般性劳动。德宏州抗病毒治疗病死率由2005年的5.86%降至2007年的3.6%。

但从受访地基层医疗服务能力看,不论是防治队伍的数量、结构还是防治经费、设备等都与严峻的疫情形势不相适应。第一,基层防治队伍的数量不足,结构不合理。一是,能够胜任基层艾滋病防治工作的医务人员严重缺乏。昭觉县是艾滋病疫情严重的地区。据该县疾控中心工作人员介绍,县疾控中心50多名员工仅有1名本科毕业生,半数以上的乡镇卫生院只有1名至2名医务人员。虽然各村都有村医,但他们绝大多数都没有行医资格,不能看病开方,不具备对病人进行随访的能力。他们的定位只是“哨岗”,只负责发现高危人群和报告数字。而由于至今无专职医生负责,瑞丽市艾滋病抗病毒治疗主要由民族医院感染科医生兼任。二是,基层防治队伍的结构不合理。一方面,基层防治队伍的配置呈“倒金字塔”状。以瑞丽市为例,据了解,从云南省到德宏州再到瑞丽市,各级政府都有防治救助机构和专职人员编制。到乡镇一级就仅有1~2名专职人员甚至没有专职人员。而下到村级,几乎所有工作都得依靠村医开展。村医不仅需要承担艾滋病患者的医疗照护,还要承担包括妇幼保健、计划免疫在内的全部公共卫生服务,其职责之多、工作强度之大,难以想象。用一位村医的话形容则是“从日出工作到日落,节假日也不能休息,工作还是做不完。这种“倒金字塔”状的人力资源配置不仅使优质人力滞留在上层,而且引致“多个大脑指挥一只脚”的局面,大大降低了艾滋病医疗照护工作的质量和效率。另一方面,有限卫生人力资源的重心偏移至新型农村合作医疗业务。以昭觉县为例,如前所述,昭觉县半数以上的乡镇卫生院只有1名至2名医务人员。2003年之前,基层医务人员的中心工作是应对2号病。之后,基层医务人员的工作重心则转向开展新型农村合作医疗业务。因为开展新型农村合作医疗业务,经济效益立杆见影,而从事乡村公共卫生工作,做得越好,财政补贴越多。用凉山州疾控中心官员的话说就是“资源有限,只能顾一头”。第二,基层防治经费缺乏长效机制,可持续性大受影响。从抗病毒治疗单一项目看,现行政策规定,国家仅向艾滋病患者提供抗病毒治疗药品,与之相关的检查和督导等费用不在其列,需要地方政府负担。这对艾滋病危害严重地区来说,影响很大。一方面这些地区发病感染者人数在不断增加,需要接受抗病毒治疗的人数也在相应增多,对地方政府来说,与之相关的检查费、督导费不是个小数。另一方面,像昭觉县这样的国家级贫困县,地方财政很难拿出与上述金额配套的不菲资金。从整个防治工作来看,防治工作中的行政成本基本为零预算。如河南省目前的艾防资金主要是对救治和救助项目本身进行筹资和拨付,对基层的行政成本考虑不多。其结果是,执行机构没有动力去开展工作,因为越干越搭钱。第三,基层防治工作缺乏基本的设施设备。从全国情况看,有研究显示,平均而言,目前我国一个县只有一个初筛实施室,大部分省只有一个省级的确证实验室。这次调查也表明,受访地基层艾滋病防治设备缺乏和落后。如昭觉县除疾控中心可做艾滋病病毒初筛检测外,全县所有乡镇卫生院、村卫生所至今不能进行简单的艾滋病快诊试纸检测。上蔡县CD4检测设备落后,每次只能50人,如果要对全县所有艾滋病病人做一次检测,需耗时4个月。

4. 不适合病人流动的抗病毒治疗管理模式。为满足艾滋病患者免费抗病毒治疗需求,艾滋病流行严重地区普遍建立了以家庭为基础、社区为依托、专业机构为指导的抗病毒治疗管理模式,即:国家免费抗病毒治疗病人采取居家治疗,乡镇卫生院管理,村医督导服药,定期对病人进行随访和督导,随时掌握病人服药后的身体状况,帮助解决感染者和病人的困难。例如,上蔡县在全县50个艾滋病病毒感染者20人以上的村全部设立了定点救治卫生所,配备专门的医务人员和医疗设备;在13个乡镇卫生院设立了艾防门诊,负责周边乡镇散在艾滋病人的救治;在县医院和中医院设立了爱心病房,负责重症病人的救治;在县卫生局成立了艾滋病救治专家领导小组,定期到乡、村两级定点救治机构进行巡诊,为艾滋病人提供上门服务。抗病毒治疗采

卫生部人才交流服务中心艾滋病防治与卫生系统发展策略研究课题组(2007):《艾滋病防治与卫生系统发展策略研究》,内部研究报告。

取较具人性的“三级督导管理模式,即:县疾控中心指导村卫生所、村卫生所指导服药督导员、服药督导员指导病人,对服药病人做到“送药到手、看服到口、吐了再补、不服不走”。瑞丽市建立了家庭随访治疗关怀制度,即:县疾控中心负责技术指导,乡、村医务人员入户随访、责任到人、追踪到户。是次调查结果也表明,这种基于家庭的社区治疗管理模式,有效提升了基层卫生网络的服务能力和服务质量,切实提高了感染者随访管理率。如,河南省艾滋病病毒感染者和艾滋病病人的管理率达到94.1%,比全国平均水平(44.8%)高出近50个百分点;德宏州由乡村医生管理的感染者和病人4216份,占全州管理个案的73.3%。

但也应清醒地认识到,现行的基于家庭的社区抗病毒治疗管理模式发端于河南省,疫情特点是集中感染、集中发病、集中死亡。目标人群是既往有偿献血人员,人群特点是大部分为经济落后地区的农村居民,分布相对集中、流动性小,便于管理。这种在特定条件下、特定人群中形成的社区治疗管理模式,显然不适应艾滋病患者的流动。若要继续采用并推广这一模式,将会面临巨大挑战。第一,鼓励和支持经免费治疗后恢复健康的艾滋病患者重返社会外出务工,是艾滋病患者改善家庭经济的迫切需要,也是受访地政府普遍采取的生产自救政策。可以预见,艾滋病患者的流动,未来将会得到加强。在这种背景下,流动艾滋病患者的治疗用药问题将会进一步突显出来,必须立即着手考虑。第二,与既往有偿献血人员相比,吸毒人员和商业性工作不仅流动性更强,而且日益成为艾滋病的主要感染源。如何适应新的情势,探索建立新的抗病毒治疗管理模式,已成为未来艾滋病防治工作的重点和难点之一。

5. 具有强烈区隔色彩的社区医疗救治模式。是次调查发现,不论上蔡县还是沈丘县,艾滋病重点村普遍设有两个卫生所,一是专门针对艾滋病病毒感染者和艾滋病病人的,一是主要服务于普通村民常规疾病的。两者可谓职责清晰、对象分明。进一步分析显示,上蔡县、沈丘县等地之所以采取这种颇具区隔化的社区医疗救治模式,有其特定的历史背景。从目前看,这一模式也发挥了积极作用。第一,建立专门性的艾滋病定点卫生所,有助于为艾滋病患者提供优质医疗服务。首先,上蔡县农村当时落后的医疗卫生条件,不足以为众多艾滋病患者提供所需服务。其次,上蔡县也尝试通过发放医疗代金券,依托私人诊所提供服务的方式,但因发放标准不统一和监管缺乏,其实际作用十分有限。第二,建立专门性的艾滋病定点卫生所,有助于避免发生不必要的交叉传播。当时,上蔡县农村卫生所的医疗条件和人员配备,不足以保证艾滋病患者与普通村民因共用一套诊疗设备而不发生交叉传播。换言之,在当时的农村社区,艾滋病患者与普通病人共用诊所的条件并不具备。第三,建立专门性的艾滋病定点卫生所,有助于分担县、乡镇医疗机构的负荷,化解可能引致的社会危机。如上所述,河南省有偿献血人群爆发艾滋病具有集中性、家族性、同地域性的特点。政府在村级建立艾滋病定点卫生所,不仅有助于解决因病人集中县、乡镇治疗引致的机构负荷过重,也可避免因病人集中部分地区而引发不安定因素。

不过,采取区隔化的社区医疗救助模式不可避免的会带来两个方面的问题:第一,并非与艾滋病直接有关的医疗服务难以满足。例如,由于某些常见抗逆转录病毒药物对新陈代谢产生副作用,艾滋病患者患上心血管疾病的机会亦较大。随着他们老化,愈来愈多的与艾滋病感染无关或附带于艾滋病感染但需要由基层医务人员诊治的疾病(如高血压、糖尿病、腰背痛、关节炎等普通慢性疾病)将会更常出现。如果继续维持区隔化的治疗方式,将会给艾滋病患者带来诸多不便。第二,采取区隔化的社区医疗救治模式十分昂贵,一般地方财政难以负担。调查显示,上蔡县建立的村级艾滋病定点卫生所,每个耗资都在数十万元甚至更高,如上蔡县文楼村艾滋病定点卫生所建设投资近2000万。

6. 财政拮据背景下艾滋病致困人员“应保未保”问题普遍。以受毒品和艾滋病危害严重的凉山、德宏两州最为典型。根据现行政策,国家对艾滋病致孤儿童实行免费上学,对生活困难并符合社会救助条件的艾滋病病毒感染者和病人及家属给予生活救助。然调查显示,凉山、德宏两州艾滋病致孤、致困人员“应保未保”问题突出。以孤儿为例,据凉山州民政局不完全统计,截止2006年12月底,全州共有孤儿4719人,其中享受城市最低生活保障待遇的58人,享受农村最低生活保障待遇的1876人,享受其它临时补助的126人,

所谓“应保未保”是指符合保障条件但仍没有享受最低生活保障待遇的人员。

在艾滋病疫情高发地区,孤儿多是因吸毒、艾滋病引致。本文暂不区分是否是艾滋病致孤儿童,事实上两者也很难严格区分。

合计人数为 2060 人,占该州孤儿总数的 43.7%。换言之,有 2659 名(56.3%)孤儿未享受任何补助,只有依靠投亲靠友和临时救济维持生活。截止 2008 年 1 月,昭觉县共有孤儿 1181 名,已纳入农村低保的 421 人,享受农村五保供养的 377 人。目前没有得到救助的孤儿共有 383 人,占该县孤儿总数的 32.4%,近三分之一。据瑞丽市妇联人士反映,该市民政部门统计的孤儿是 1000 多,防艾办统计的是 830 多,但实际在册的孤儿仅为 192 人。再以农村五保和低保对象为例,据德宏州扶贫办提供的数据,德宏州年人均纯收入在 683 元以下的农村绝对贫困人口有 25.14 万人,而实际纳入农村低保的仅有 6 万人,占 23.8%。是次调查显示,昭觉县阿并洛古乡总人口 5688 人,最新摸底调查显示,年人均收入在 695 元以下的农村绝对贫困人口有 1024 人,占 18%。但目前享受农村五保供养的 45 人,享受农村低保的 295 人,合计人数不足该乡农村绝对贫困人口的三分之一。用当地乡领导的话说,农村五保基本上是“死一个,补一个”。

进一步分析表明,地方财政拮据是造成凉山、德宏两州艾滋病致孤、致困人员“应保未保”问题严重的最主要因素。大家知道,社会救助特别是刚刚建立的农村最低生活保障制度,资金筹措主要以地方财政为主。虽然凉山、德宏两州都属贫困地区,省以上财政也给予了相当比例的转移支付,但由于社会救助普遍存在“越是贫困的地区,需要救助的对象就越多,需要地方财政配套的资金也越多”的铁律,即便较小比例的资金配套,两地政府财政也难以承受。为弥补地方财力不足,昭觉县和瑞丽市主要采取以下三种方式予以缓解:第一,根据可支配财政资源,区分轻重缓急,对救助对象实行优先排序。从调查情况看,孤儿救助相对较好,孤老鲜有人关注,吸毒人员一般不予考虑。第二,大幅度降低救助对象的保障水平。以艾滋病致孤儿童为例,相关政策规定,孤儿的保障水平应不低于当地居民社会平均生活水平。然调查了解到,受访地城市孤儿救助一般混同在城市低保中执行,农村孤儿主要享受农村五保或农村低保待遇。有的地方只能停留在不定期的临时救助上。第三,各级各部门积极向境内外组织争取项目支持。如瑞丽市,市妇联 2003 年至 2006 年争取到了两期“可口可乐艾滋病致孤儿童社区关怀项目”,市民政局争取到了“美国妈妈协会”的项目资金。凉山彝族妇女儿童发展中心等社会组织也向国际社会募集了不少孤儿救助资金和项目。特别需要指出的是,争取项目支持无疑有助于弥补地方政府财力的不足,但也会带来两方面的问题:一是项目可持续性。我们知道,项目通常都设定了期限,一旦项目结束,就意味着救助中断,如何使之可持续,成为一种长效救助机制,值得研究。如瑞丽市勐卯镇“儿童安置救助站”建立至今,由于缺乏相应活动资金和配套设施,“救助站”的功能无法真正有效发挥。再如,瑞丽市民政局争取的“美国妈妈协会”项目,旨在对艾滋病致孤儿童进行生活补助,标准为每人每年 500 元,2007 年到期。由于政府无法承接后续工作,民政部门只能力争实施第二期,以缓燃眉之急。二是存在重复救助问题。以瑞丽市为例,针对艾滋病致孤儿童的救助,民政部门有农村低保和农村五保制度,妇联有“可口可乐艾滋病致孤儿童社区关怀项目”,世界宣明会有在学艾滋孤儿的生活补助项目,等等。由于各项目设定的条件不一,重复救助的现象普遍存在。

7. 救助政策公开透明背景下艾滋病致困人员“遁形”问题突出。在受毒品和艾滋病危害严重地区,这种现象普遍存在,但大、中城市如北京市尤甚。据专家介绍,自 2004 年至调查时点,北京市仅有 1 名艾滋病致孤儿童享受了免费就学。更令人惊讶的是,当地教委也好,孩子所在学校也好,至今不知道该儿童是感染者的孩子,只知其父母都已死亡,目前跟着爷爷奶奶生活。2005 年底西城区主要领导要求民政部门把辖区内所有艾滋病致困人员纳入低保制度,但至调查时点,享受最低生活保障待遇的艾滋病致困人员不足 10 人。进一步分析显示,造成艾滋病致困人员大量“遁形”的最主要原因是社会救助要求公开透明与艾滋病患者及家属具体身份保密之间存在明显冲突。基于公开透明的原则,享受最低生活保障待遇的对象须经下列程序:个人申请、社区核实(包括家计调查、群众评议、张榜公布等)、街道初审、区县审批、发证领取、动态管理等。显然,上述各环节特别是街道(乡镇)民政部门、社区居(村)委会对所有申请对象履行的群众评议、张榜公布的程序,将会使艾滋病患者及家属的身份暴露无遗。而《艾滋病防治条例》明确规定,未经本人或者其监护人同意,任何单位或者个人不得公开艾滋病病毒感染者、艾滋病病人及其家属的姓名、住址、工作单位、肖像、病史资料以及其他可能推断出其具体身份的信息。在此情况下,艾滋病致困人员要么出于身份保密需要,拒绝申请享受社会救助待遇;要么艾滋病防治单位不愿意提供已掌握的艾滋病患者名单,使民政部门无法获知他们中有需要救助的困难家庭成员。更有甚者,相关单位以无法得到救助对象名单为托词,以减轻地方财政的压力。

8 特定历史、区域形成的“特殊”救助政策的公平性和可持续性问题。以不规范采供血严重地区尤其是河南省最为典型。与其他地区艾滋病致困人员救助安置工作相比,河南省的相关政策颇具“特殊性”,主要表现在:第一,救助范围更宽。根据现行政策,农村最低生活保障对象是家庭年人均纯收入低于当地最低生活保障标准的农村居民,主要是因病残、年老体弱、丧失劳动能力以及生存条件恶劣等原因造成生活常年困难的农村居民。而调查发现,河南省认定艾滋病家庭是否应享受农村最低生活保障待遇的主要依据则是“家中是否有艾滋病患者”。换言之,不论艾滋病患者家庭年人均纯收入是否低于当地最低生活保障标准,只要其成员中有一个感染艾滋病病毒,就可全家纳入到农村低保制度中。第二,救助标准更高。河南省在把艾滋病致困家庭全部纳入农村低保并享受最高救助标准的同时,对艾滋病单亲家庭未成年子女和艾滋病致孤人员提高了救助标准。例如,上蔡县目前对艾滋病单亲家庭未成年子女的救助标准为每人每月65元,高出当地农村低保标准25元;对艾滋病致孤人员的供养标准为每人每月200元,高出当地农村五保平均供养标准近90元。第三,救助项目更多。这集中体现在《河南省人民政府关于进一步加强艾滋病致困人员救助安置工作的意见》(豫政[2007]62号)文件中。主要包括艾滋病致困人员的生活救助、医疗救助、教育培训、抚养方式、集中供养机构、相关优惠政策等各个方面。

从保障艾滋病患者生存权益的角度看,河南省在特定历史条件下、在特定区域内实行的“特殊”救助政策,无疑为全国乃至世界艾滋病防治工作提供了学习的样板。但从构建社会保障体系的角度看,河南模式面临两大挑战。第一,“特殊”救助政策打破了相关政策的平衡,其公平性受质疑。这可从艾滋病致孤儿童的救助标准与烈士遗孤福利补助的比较中可见一斑。有研究显示,2004年河南省农村的烈士遗孤每月仅有195元的抚恤金。而艾滋病致孤人员每月不仅可得到160元的救助金,还享受免费医疗,实际收益高于烈士遗孤。显然,政策导向的副作用很大。此外,在低保资金总量既定的情况下,放宽艾滋病致困人员的准入资格,实际上是排挤了部分真正需要低保救助的家庭。第二,支撑“特殊”救助政策得以实施的财政是否可持续存疑。由于河南省艾滋病致困人员救助安置政策的资金筹措主要以省以上财政为主,地方财力还能勉强承受。如若将此政策推及全国,在现行筹资结构不变的情况下,地方财政不可持续问题将会更加突显。

9 群众性帮扶工作中艾滋病患者主体性缺失问题。在与艾滋病魔斗争的过程中,河南、云南等省都创造了一系列行之有效的驻村帮扶救助措施。如河南省为改善艾滋病患者的生产生活条件,在重点帮扶村普遍建立了“六个一”工程,即:帮助所驻村修一条入村道路、打一眼深水井、建一所学校、建一个标准卫生室、建一座福利院、建一个党员和村民教育活动室。德宏州以禁毒防艾人民战争推动新农村建设,三年来全州共组成574支驻村工作队进村入社,确定经济发展项目2534个;建设文化活动室644个、篮球场294块、卫生厕所1797个、乡村道路4339.3千米、人畜饮水管道6718.95千米;组织各类科技培训4060场次。肯定地说,艾滋病危害严重地区普遍开展的群众性帮扶救助工作,在加强农村基础设施建设、整治村容村貌、改善患者生产生活条件方面办了许多好事、实事。

但也应看到,由于艾滋病防治救助帮扶工作被当地政府定位为“重要的医疗卫生问题、复杂的社会问题、敏感的政治问题”,各地在具体落实过程中不免存在些这样那样的问题和矛盾,统合起来,主要有三:第一,帮扶工作不平衡,引发部分艾滋病患者心存抱怨。各地群众性帮扶工作多集中于艾滋病重点村、乡、县。如上蔡县通过帮扶办驻村工作队的资源,引入帮扶项目78个,累计资金2000万。仅文楼村就建有食用菌大棚106座,投资总额超过80万。而邻县沈丘县的帮扶力度就弱的多。为此,不论是有关领导还是感染者,在心理上都有所不平,“同是因为献血感染了艾滋病,为什么文楼村的救助就比我们好呢?第二,帮扶措施注重硬件设施,资源闲置和可持续发展问题呈现。从帮扶项目看,主要集中在一些硬件设施建设上,如修路、打井、建校舍等,这些帮扶项目对改善当地生产生活条件确实起了积极作用。然调查显示,部分硬件设施已出现闲置现象。如受访的上蔡县芦岗阳光家园,原来安置孤儿的一层楼都已闲置,原因是艾滋孤儿初中毕业后,出去上学或打工了。其次,硬件设施的后续管理经费配套困难。目前上蔡县每年救助经费中一大块是帮扶村的免费供水经费,2007年该项经费高达40.7万。如果救助中断,这笔经费从何筹措是个不小的问题。处理不好,帮扶村饮水工程就是个摆设。第三,艾滋病患者生产自救缺乏资金。调查发现,由于较好地落实

《河南省艾滋遗孤救助政策浅析》,河南省民政厅提供。

了“两免”政策,上蔡县、沈丘县等地的大部分艾滋病患者病情趋于稳定。然他们身体状况毕竟不同于常人,不能出外打工,只能从事一些简单的生产或养殖活动。目前面临的最大难题就是资金短缺。因为没有机构或个人敢为艾滋病患者作担保,信贷机构也就不可能为其提供贷款。

(五)社会组织在艾滋病防治方面作用明显,但由于在组织合法性、资源和技术获取等方面未得到政府应有的支持和配合,社会组织总体上不发育

调查发现,受访地参与艾滋病防治活动的社会组织越来越多,领域越来越广泛,发挥的作用越来越大,已成为当地艾滋病防治工作中不可或缺的力量。据不完全统计,目前云南全省累计已有100多家社会组织参与到艾滋病防治工作中。自2004年至今,云南省从这些组织中争取到的项目资金就达10548万元,项目覆盖65个县。在北京,一些社群组织也积极参与到目标人群预防工作中来,如北京朝阳华人艾滋病干预小组的服务对象已经从原来的社会同志人群扩展到大学生中的同志人群,同时也开始将静脉注射吸毒人群纳入服务范畴;工作方式也从最初的协助区疾控中心推广自愿咨询检测服务,扩展到包括利用文艺表演和同伴教育深入社区,通过刊物印发提高大众认知,积极参与美沙酮维持治疗和针具交换等政府委托事项。凉山彝族妇女儿童发展中心以受毒品和艾滋病危害的妇女儿童为工作重点,在全州所辖3个县的4个乡镇分别成立了孤儿救助、艺术团、同伴教育和妇女职业技能培训四个工作站。昭觉县部分村寨长老、家支头人、当地毕摩和受害者亲属等自发组织起来,在政府支持下成立了“民间禁毒与疾病防治协会”,以符合彝族习俗和群众可接受的方式开展禁毒防艾斗争。

但总体上看,我国艾滋病防治领域的社会组织尚不发育,远不能满足发展中的艾滋病防治工作的需要。以四川省为例,据省性病艾滋病防治协会估计,目前全省各级各类民间艾滋病防治组织有40余个,大多由“中英性病艾滋病防治合作项目”衍生而来,如凉山彝族妇女儿童发展中心、成都同志关爱小组、遂宁市红丝带俱乐部等。其共同特点是,会员主要由专业防治机构、专业人员、志愿者组成。进一步分析显示,造成艾滋病防治领域社会组织总体上不发育的一个重要原因是,该类社会组织没有与政府建立起足够的信任关系。突出表现在,第一,注册登记难。如由于不够现行登记法人条件或找不到业务主管单位等因素影响,四川省超过80%的民间艾滋病防治组织至今没有登记注册。第二,争取资金难。以男男性行为人群组织的社群小组为例,资金缺乏可谓是社群小组目前最大的制约因素。由此导致的后果有三:一是,社群小组分帮派派,帮派之间内讧、不团结,互相攻击,给艾滋病的防治工作带来了诸多负面甚至恶劣影响。二是,弄虚作假,为了节约资金维持机构生存,只能降低项目质量。三是,社群小组无法正常开展持续有效的艾滋病干预活动。详细分析可参阅分报告。第三,能力建设难。艾滋病防治领域的社会组织不仅需要延揽受艾滋病影响人群、医务工作者、社会热心人士,更需要一大批训练有素的社会工作者的参与。由于该类组织缺乏政府的基本信任,其人才队伍建设尚未纳入各级政府的人才工作视野,组织的培育和发展工作缺乏人才支撑。

二、发展战略:艾滋病防治可持续发展具有挑战性,但仍然切实可行, 关键是现行政策必须做出改变

(一)战略预防

1. 继续把禁绝毒品摆在政府特别是因静脉吸毒加剧艾滋病传播的地方政府重要且优先的位置。2008年6月,国际红十字会在年度报告《世界灾难报告》中呼吁全球社会提升对艾滋病防治工作的重视程度,将防治艾滋病列为应对灾难工作的一项重要任务纳入主流工作。而在已知的艾滋病传播途径中,经由血液传播可能是目前速度最快、感染性最强、影响面最广的途径。在我国,艾滋病经由血液传播目前主要通过两种形式

《我省民间艾滋病防治组织现状及登记管理的建议》, <http://www.scmz.gov.cn/read.asp?id=249>。

《我省民间艾滋病防治组织现状及登记管理的建议》, <http://www.scmz.gov.cn/read.asp?id=249>。

该报告指出,“受到艾滋病严重困扰的撒哈拉以南非洲国家和一些社会边缘群体来说,艾滋病无疑是一场灾难。”“艾滋病如得不到遏制,在10年到15年之后,它仍将会成为灾难报告的一个主题。”另据联合国艾滋病规划署的统计,目前世界上有3300万人感染艾滋病毒。自从1981年以来,已有2500万人因此丧生。据中国新闻网,2008年6月。

实现,即不规范采供血和静脉注射吸毒。如前文所述,上世纪90年代末以来,通过坚决取缔、打击非法采供血或原料血浆活动,完善血站、单采血浆站、血液制品生产单位和血液及其制品的质量监督和控制体系,落实无偿献血制度,我国已基本控制艾滋病经采供血传播。当前面临的最紧迫、突出问题是,最大限度地遏制经由静脉注射吸毒加剧艾滋病传播蔓延态势。现行的针对静脉注射吸毒者开展的减轻伤害服务,如广泛提供清洁针具和美沙酮维持治疗等,仅是不得已而为之的措施。治本之策应是举全国之力,广泛开展全民性的禁毒防艾斗争,铲除艾滋病经由血液传播的罪魁祸首。

要求各级政府特别是受毒品和艾滋病危害严重地区的政府把禁绝毒品摆在重要且优先位置的另一个重要理由是,如果不采取坚决措施禁绝祸国殃民的毒品,不仅会消耗了当地政府和民间社会大部分、十分有限的防艾资源,拖延艾滋病防治工作的步伐,而且一旦吸毒与艾滋病纠葛,势必会削弱了民众的防艾意识和关怀救助的力度。

目前,我国禁绝毒品斗争的“机会之窗”依然开启。目前,我国毒品问题严重地区主要毗邻世界最主要的毒源地“金三角”和“金新月”的边境地区,如云南、广西、新疆等省份,并未造成大面积的泛滥,如果各级政府进一步加大综合治理力度,并常抓不懈,有可能把经由静脉吸毒途径传播艾滋病的问题控制在最小范围。

2. 将预防对准风险和脆弱交汇的地方特别是受不安全性行为文化和社会因素影响下的农村妇女和校外青少年。战略性预防途径应该将预防对准行为、人、以及艾滋病感染的环境交汇处。在最见效的地方采取干预行动,如风险和脆弱交汇的行为、地点和组织成员。第一,把预防校外青少年吸毒作为禁毒工作的基础工程。据统计,全国现有海洛因吸食人员中,35岁以下青少年占69.3%。是次调查也发现,瑞丽市“小半截”吸食毒品的现象也很突出。因此,立足于教育和保护,采取各种有力措施,组织、协调政府有关部门和各种社会组织做好预防工作,教育校外青少年珍爱生命,拒绝毒品,十分必要。第二,针对那些妨碍农村妇女和校外青少年采取安全性行为的文化和社会因素采取行动。到目前为止,性传播是艾滋病传播的最重要途径,并造成许多其它感染。为了使预防成为可能,必须针对那些妨碍农村妇女和校外青少年采取安全性行为的“重男轻女”、“早婚早育”文化传统,以及跨国婚姻、再婚等普遍的社会因素采取行动,以帮助艾滋病感染者不把病毒传染给他们的伴侣和子女。第三,要尤为重视民族地区农村妇女和校外青少年的引导问题。不仅要指导思想上尊重文化的多样性,还要采用适合当地文化传统的方式,更多地运用民族语言进行本土的传播教育。

(二)融入体制

1. 艾滋病及受影响人群日益“特殊化”,已成为当前我国艾滋病防治工作的突出特征,也是我国艾滋病防治可持续发展的重大制约瓶颈。所谓艾滋病及其影响人群“特殊化”,是指针对艾滋病病种及受影响人群,从上到下建立了专门的管理机构,指定专门的医疗单位,配备专门的医务人员,出台专门的关怀救助政策,从预防干预、医疗救治到救助帮扶,自成体系,与现行社会体制下的主体制度明显区隔。

调查发现,把艾滋病及受影响人群日益“特殊化”,排除在现行社会体制之外,其危害至少有三:

第一,偏离现有防治体系,资源配置效率降低。过分突出艾滋病的特殊性,反而导致艾滋病的慢性传染病属性越来越淡化,防治工作的政治属性越来越强化,按照科学规律制定的防治策略和措施越来越受到忽视,而计划体制遗留的定式思维下的运动式工作方式越来越鲜明。而且,还会导致地方政府投入越来越少,完全依赖国际合作项目和中央转移支付,资源配置和防治需求严重脱节。其结果是,艾滋病防治人力、物力、财力越来越受限,而有限的资源还被大量消耗在多部门协调和低效率的专项工作上。据调查,与艾滋病防治相关的所有机构由于将其当作特殊政治任务而非本部门的常规性工作,因此都不愿意投入系统内部资源,而是要么伸手要专项资源以武装自己,要么当作政治任务做短期应付。如若不及时调整方向,这种消耗战将愈演愈烈,专项资源的使用效率将越来越低。

第二,形成不正常的“特权阶层”。与普通传染病病人相比,由于宣传方式特殊、看病场所特殊、救助待遇特殊,久而久之,艾滋病患者和医务人员都会形成一种与常人不一样的感觉。具体而言,艾滋病患者认为自己不同于普通病人,政府应给我免费药物,直接纳入最低生活保障,帮我恢复生产生活秩序。政府稍有懈怠,

《2006年中国禁毒报告》, <http://www.mps.gov.cn/n16/n80209/n80481/n804535/index.html>

我就可用指责甚至以极端的方式发泄不满,等等。艾滋病医生也觉得自己与其他医生很不一样,我是救治艾滋病病人的,政府得保证我不出事,还得给我发奖金,等等。

第三,不利于引导一部分艾滋病患者改变报复社会的危险行为。艾滋病的性传播方式主要通过个人行为,难以用强迫的方式控制。要减少一部分艾滋病患者的有意性传播,必须改变将艾滋病易感人群陷于危险境地的文化、价值和做法。而艾滋病防治“特殊化”的做法破坏了整个人群对艾滋病防治的理解和广泛提高认识,感染者和易感人群之外的绝大多数人并不认为特殊政策与自己有关,由此导致的对艾滋病患者的社会歧视和社会排斥效果与早期将艾滋病污名化相去并不远。因为,当普通人自发、自觉地与艾滋病人划清界限,将其边缘化时,艾滋病易感人群就陷入被大众社会抛弃的危险境地。艾滋病易感人群所处的社会环境,会直接影响他们的心理和行为。要帮助他们走向光明而不是阴暗,就必须积极促进他们参与和融入社会生活的主流而不是相反。

事实上,越来越多的专家认为,艾滋病作为一种慢性传染性疾病,其预防、控制、救治与普通传染病无实质分别,艾滋病医生也与其它传染病医生无异,只是职责不同使然。可是,艾滋病防治并非是一个边界清楚的简单的疾病防治工作。有学者提出,艾滋病是中国深层次社会经济改革中所产生的很多社会的甚至政治问题的一种纠结和变相的呈现。从社会政策的视角考察艾滋病防治,我们看到的现象是,艾滋病感染者治疗政策目前被作为一个相对单纯的公共政策付诸实施,并没有从社会价值、社会心理、社会行为、社会制度的角度考察这个人群的生存境况。对于艾滋病感染者的社会态度,是一个国家社会政策价值观和管理水平的写照。而在中国,对于艾滋病感染者进行社会排斥的现象几乎俯拾皆是,所以,从某种意义上说,艾滋病防治给中国社会政策进步提供了重要的契机。

我们将社会防治而非单纯的医疗防治作为艾滋病防治社会政策的标识。所谓艾滋病社会防治即为将艾滋病防治工作融入现行社会体制,包括融入医疗防治、社会康复、社会保障与社会服务体系,给予艾滋病感染者与艾滋病病人以人道的关爱。

这样一来,艾滋病社会防治成为一个自然科学与社会科学(尤其社会政策与社会心理学)交叉的社会领域,必须运用多种防治手段、技术、体系,形成艾滋病防治工作的多部门综合治理的体系。这个综合治理,是以对人的公共服务为目标,实施爱滋病和相关社会问题的同步治理。

将艾滋病防治“特殊化”,排除在现行社会体制之外是迄今为止大部分发达国家都经历过的早期阶段,人类对于新发现的传染病曾抱有恐慌心理和错误认识是可以理解的。不过,在中国,导致“特殊化”的主因是河南上蔡等地区人口大规模卖血而感染艾滋病。面对这个全球绝无仅有的艾滋病传播事件,政府当然负有责任。2003年抗击非典,公共卫生突发危机致使政府责任凸显,从而导致河南因卖血感染艾滋病的公共卫生事件被提上了中央政府的议事日程。“四免一关怀”政策在这样的背景下出台。为了尽快生效,这个政策的制定并没有经历重大政策出台前所必需的反复研讨过程,而是被作为具有应急性质的特殊性政策予以快速公布、立即实施,并非是一项长期的制度性安排。自然,权宜之计不可能应对长期且复杂的社会问题。

毋庸讳言,我国“四免一关怀”政策确实取得了一定的功效。至少从目前看,全面落实国家“四免一关怀”政策的省份,艾滋病患者的生活质量有了明显改善。不过,未来5年-10年,艾滋病防治工作绝不能止步于这种“特殊化”政策。目前到了应该提出战略转型的时机,越早转型,融入现行体制,实现常态化,防艾工作就会越主动。

有学者提出,“特殊化”政策有利于全社会重视艾滋病的防治,可以起到将艾滋病工作从边缘地位提升到主流地位的作用,“利大于弊”,所以,消除特殊化特征还为时尚早。而关键是,中国是一党执政的国家,政治结构很不同于其他国家。一“特殊”起来就可能以政治目标替代社会目标,置公正、公平于不顾,就可能断然采取行政手段和社会运动方式单兵突进式地配置资源,置利益制衡和多主体协同的机制于不顾。这样做的结果,从表面看,问题似乎一时得到了解决,但在实际上,众多深层次的新的矛盾纷至沓来,堆积如山,特别是多部门间的冲突几乎无可避免。所以,如果不从现在起就致力于设计和推行一整套在市场体制下防治艾滋病的稳定的社会政策和制度安排,那么,“特殊化”政策执行时间越长,负面的效果积累越深,特别是在中国政

府进行治理变革,走向服务型政府的今天,从“利大于弊”到“利弊相当”再到“弊大于利”的时间可能稍纵即逝,未来没有多少可能留给我们从容思考和改变的时间了。

总之,我国艾滋病防治工作在走过近 20 年的历程后,到了应该深入反思和总结的阶段。我们有必要从社会政策的高度,既清理自己的又借鉴他人的经验和教训,重新检讨艾滋病防治的基本政策,不失时机地提出适应中国本土的艾滋病防治战略和策略,站在新的历史起点上,重新出发。

2 艾滋病社会防治主要思路是:将艾滋病防治工作融入现行社会体制,在医疗卫生、社会保障、残疾人服务等现行公共服务体系中进行同步规划、同步实施,实现常态化运行、常规化管理。

这首先是因为,艾滋病是经由某些难于控制的社会传播渠道发生慢性感染的慢性传染病,因此,抵御艾滋病既需要医疗体系,又需要公共卫生预防体系。将艾滋病防治融入医疗卫生体系,在初级卫生保健服务、公共卫生的疾病检测、医疗体系的药物治疗和追踪随访中进行同步规划、同步实施,将不仅有利于艾滋病病人的治疗,而且有利于易感人群的早预防早发现早治疗。通过与普通人一起参与的健康促进活动,艾滋病病人和艾滋病感染者还能消除受疾病控制的心理和行为,增强自我调适的能力。

其次是因为,艾滋病感染者和艾滋病病人属于社会弱势群体,比一般人群更需要得到社会保障制度的支持和来自社区和家庭的关爱。而无论社会保障中的社会保险、社会救助还是包括社区服务在内的社会福利服务,都是社会体制的基本构成部分,都采取的是普惠制而非只针对某一弱势群体。因此,艾滋病感染者和艾滋病病人能以很低的个体成本利用这些普惠的政策和制度。将艾滋病防治工作融入社会保障和社区服务体系,可以将保护艾滋病感染者和艾滋病病人的权利、解决他们的就业、养老、医疗、康复、入学等相关问题。

国际经验证明,将艾滋病防治工作融入社区服务体系,收效显著。社区发展与社区参与是自 20 世纪 50 年代以来,联合国在全球倡导的社会运动,目前已在全球蔚然成风,形成了常态化、常规化的社区支持体系。根据资料,欧美各国针对艾滋病人开展的社区支持计划大多始于上个世纪 80 年代末至 90 年代初,其中不乏成功的典范。十多年来,许多国家的社区支持逐渐形成体系,对艾滋病人的关怀范围也越来越广泛。除进行基本医疗护理外,社区支持范围还涵盖政治(如政策制定、法律支持、人权保障)、经济(如相关基金建立、金融保险、津贴补助、住宅提供)、文化(信息提供、心理咨询)、社会交往及其它内容。在我国,自上个世纪 80 年代以来,社区服务与社区建设有很大的发展,迄今在城市地区已经形成了相当完整的社区服务组织、制度和项目体系。所以,这为依托社区服务中心等机构进行艾滋病防治工作创造了基本条件。上海等一些发达地区已经进行了这方面的尝试并取得了一定的成功。

再次是因为,艾滋病属于慢性传染病,按照世界卫生组织的定义,艾滋病病毒感染者和艾滋病病人总体上可纳入残疾与损伤范畴。艾滋病防治因而融入了全球的残疾与康复的工作体系。

1981 年,世界卫生组织在利兹堡召开世界残疾预防会议并发表利兹堡宣言,明确提出多年来的康复服务所使用的残疾定义是狭隘的,并将残疾和康复的范围从运动残疾或感官残疾扩大到智力发育迟缓者和精神病人以及各种慢性病患者。其中,慢性疼痛患者以及慢性酗酒和吸毒者均在其列。24 年之后,于 2005 年召开的第 58 届世界卫生大会又在关于“残疾,包括预防、管理和康复”的决议(WHA58.23)和世界卫生组织残疾与康复行动计划(2006~2011 年)中指出,“全世界约有 10% 的人罹患不同形式的残疾与损伤。导致损伤和残疾最常见的原因包括:慢性疾病如糖尿病、心脑血管疾病和癌症;由诸如交通事故、冲突、跌倒、地雷、心理和精神损伤、出生缺陷、营养不良、艾滋病和其它传染性疾病的损伤。这些趋势对卫生和康复服务提出了前所未有的要求”。

至此,艾滋病感染者被纳入残疾、损伤与康复的关注范畴。艾滋病的预防、管理和康复工作被纳入常态化、常规化体系。联合国要求世界各国须为此承担坚定的道义和政治责任,为提升各类残疾人包括艾滋病病

中英性病艾滋病防治合作项目:《艾滋病病人的社区支持与家庭关怀服务—国外的实践及经验》。

世界卫生组织疾病预防康复专家委员会报告(技术报告第 668 号 wha 日内瓦,1981)第 112 页。

世界卫生组织第五十八届世界卫生大会 2005 年 5 月 25 日第 58.23 号决议。规划是由世界卫生组织非传染性疾病与精神卫生署损伤与暴力预防部残疾与康复小组提出的。

毒感染者和艾滋病病人的生活质量而努力。敦促会员国“在卫生政策规划中纳入有关残疾的内容,特别是在儿童和青少年卫生、性卫生和生育卫生、老龄化、艾滋病毒/艾滋病,以及诸如糖尿病、心血管病和癌症等慢性病规划领域。提高认识、医疗护理、康复、支助服务和人员培训等规则也被世界卫生组织视为推动残疾人工作的标准规则。

其中,康复服务和社区康复更是成为帮助艾滋病感染者融入社会的重要方式。

1981年,世界卫生组织考虑到巨大的需求和有限的资源,通过利兹堡宣言提出了一种新的康复服务方法,称之为社区康复(community-based rehabilitation, CBR),指的是利用和依靠本社区资源,把残损者自己、他们的家庭及其所在的社区看成一个整体资源,采取社区水平的各种措施进行的康复。20多年后,社区康复已经在全球90多个国家实施并发展成为一种有效的、广泛的和多部门参与战略,为包括艾滋病病毒感染者和艾滋病病人在内的各类残疾人提供卫生保健、教育、谋生机会和参与社会、融入社群的机会。

3. 艾滋病防治可持续离不开卫生事业的改革发展,惟有与医疗卫生体系建设同步规划、同步实施,才能实现常态化、常规化管理的目标。如前文所述,我国艾滋病防治工作目前在体制机制、技术观念等方面存有诸多问题,如监测检测体系不完善、易感人群干预措施覆盖面和深度不够、关怀救助政策落实不理想,很大程度上与我国医疗卫生事业发展相对滞后有关,与艾滋病防治政策措施主动游离于医疗卫生体系之外有关。因此,充分利用新千年后特别是2003年以来我国卫生事业又好又快的发展机遇,及时完善和调整我国艾滋病防治政策措施,必将促进我国艾滋病防治可持续发展。具体而言,近年来我国医疗卫生事业在以下三方面的长足发展,可为艾滋病防治走向常态化打下良好的工作基础。第一,覆盖城乡居民的公共卫生体系建设逐步加强。2006年,全国疾病预防控制体系和医疗救治体系建设已完成投资269亿元;“艾滋病和病毒性肝炎等重大传染病防治”列入“十一五”国家重大科技专项;93.5%的县以上医疗卫生机构和70.3%的乡镇卫生院实现了疫情和突发公共卫生事件网络直报,传染病预防控制和应急反应能力明显提高。第二,覆盖城乡居民的医疗服务体系明显改善。《农村卫生服务体系建设与发展规划》正式实施,规划投资216.8亿元,加上东部沿海地区政府的安排,“十一五”期间农村卫生建设总投资将超过300亿元。以社区卫生服务为基础、社区卫生与医院服务合理分工、密切协作、双向转诊的新型城市卫生服务体系正在逐步建立。第三,覆盖城乡居民的医疗保障体系进一步健全。2008年我国新型农村合作医疗已实现制度全覆盖,城乡医疗救助制度建设步伐加快,城镇职工基本医疗保险制度不断完善,城镇居民基本医疗保险制度积极推进。

必须说明,我国医疗卫生体系建设尽管有较大的发展,形成了有利于改变艾滋病防治工作的物质基础和条件,不过,医疗卫生政策的不公平性和医疗卫生服务的不可及性一直遭到公众诟病。追求社会公正与公平是社会政策的基本理念,也是引领艾滋病防治工作走向正确方向的基石。因此可以说,医疗卫生体制朝向公平性和以预防为主方向的矢志改革,是艾滋病防治工作融入医疗卫生体系能否真正有效的基本条件。这需要进行制度设计,将融入的要求与试点性质的改革同步规划,以利形成明确的政策导向。

4. 艾滋病防治要实现历史性跨越,需要将其融入到我国残疾人事业发展规划之中。第一,如前所述,世界卫生组织已将艾滋病感染者和艾滋病病人作为慢性病患者纳入广泛定义的残疾人类别,对其实施各类政策性服务。在我国,现行残疾人概念与上世纪80年代第一次全国残疾人抽样调查使用的定义相比,已经有了很大的扩展。未来随着我国经济社会的发展和人民文明程度的提高,残疾人服务事业将不断拓展,将艾滋病病毒感染者和艾滋病病人作为服务对象实行规范化服务,只是时间问题。第二,2008年3月28日,中共中央、国务院发布了关于促进残疾人事业发展的意见,将增强促进残疾人事业发展的责任感和使命感、加强残疾人医疗康复和残疾预防工作、保障残疾人基本生活、促进残疾人全面发展、改善对残疾人的服务、优化残疾人事业发展的社会环境、加强对残疾人工作的领导写进了文件,中国残疾人事业面临重大的历史发展机遇。尽管将艾滋病感染者和艾滋病病人纳入残疾人概念在我国可能还将经历一个较长的过程,不过,在融入社会体制这一艾滋病社会防治的基本政策指导下,以人为本的残疾人服务理念将超越以病为本的艾滋病防治服务,为实现艾滋病防治可持续、跨越式的发展提供广阔的制度空间和活动平台。

包括旨在减轻残疾和残障的影响并使残疾人和残疾者能达到与社会相结合的所有措施。它的目标不仅在于训练残疾人和残障者适应自己的环境,而且为了促进服务对象参与和融入社会,还要对他们所在的环境和社会作为一个整体进行干预。

按照现行政策,目前,我国艾滋病感染者和艾滋病病人中,生活贫困者占相当大的比例。按照我国对待贫困残疾人的基本生活保障政策,即可通过已经基本建立的社会救助体系予以保障,即:对符合条件的艾滋病感染者和艾滋病病人家庭,政府及时提供最低生活保障,帮助他们落实医疗、廉租住房、教育、就业、司法等专项救助。有条件的地区按照分类救助的原则,适当提高其中特殊困难家庭的社会保障水平。再如残疾人康复服务目前正在形成以专业康复机构为骨干、社区康复为基础、残疾人家庭为依托的社会化康复服务体系。康复项目也已由初期开展的单一的医疗康复扩展到职业康复、教育康复、社区康复等一系列服务中去。

当然,我国的残疾人事业发展还面临诸多难题,需要加强组织、领导与协调,加强政策的执行力度,并将政策固化为制度等等。尤其社区康复的训练部分要融入社区卫生体系,社区康复的社会工作部分要融入社区服务体系,这些工作尚在提出,形成规范走向常态还有待于时日。因此在近期内,与其倡议将艾滋病防治工作直接融入残疾人康复尤其社区康复体系,还不如融入公共卫生体系和社区服务体系来得更为直接有效。

5. 艾滋病防治融入现行体制的理念转化为具体实践必须遵循的基本准则:第一,根据“无差距政策”来考虑正常化。无差距政策是联合国社会发展委员会秘书处在解释联合国经社理事会决议,将残疾问题纳入发展议程的主流中所提出的一种概念,系指政府的一个部门或是某一非政府组织,都无法仅仅依靠自己实现平等对待残疾人的目标。只有依靠各类社会行为主体之间建立起无差距关联网络,才能实现协助残疾人融入和参与社会发展的目标。第二,必须建立适当的问责机制以监测进展情况。第三,艾滋病防治融入现行体制并不排斥目标明确针对艾滋病问题的政策、措施以及积极立法的必要性。第四,艾滋病防治融入现行体制应不只是限于让艾滋病患者能够从发展中获益,还必须让更多患者参与各级的发展活动和组织工作。

在我国,将艾滋病防治融入体制,需要很多方面有大的改变或者改革。有学者提出,政府不主导、多部门不合作、全社会没有参与是必须改变的三大问题。地方政府不主导主要表现在投入少,完全依赖国际合作项目和中央转移支付,资源配置和防治需求严重脱节,多部门不合作主要表现在各部门没有把艾滋病防治与本部门常规性工作有机结合起来,不愿意投入自己的资源,只是应付一下;全社会没有参与主要表现在民间组织的发展缺乏足够动力,而来自政府的压力太大。

(三)深耕社群

1. 以真正合作共事精神调动社会资源,以补充艾滋病防治方面的国家努力。艾滋病防治领域的社会组织特别是社群组织,其最大优势是了解社群特点和活动规律,能够深入到目标人群中开展工作并为社群所接纳、信任,对参与艾滋病防治工作充满期待、饱含热情,这一切都决定了社群组织在艾滋病防治领域可以发挥不可替代的作用。因此,艾滋病防治可持续发展,必须坚持深耕社群的理念,以补充国家努力。

当前,艾滋病防治领域社群组织总体上不发育的一个重要原因是,政府对他们未建立起足够的信任。也正因如此,政府在社群组织的合法性、资源和技术获取上未给予应有的支持和配合。社群组织也因为自身的努力未得到政府的赞赏和支持而兴致大减。如此恶性循环,在相当程度上阻碍了艾滋病防治领域社群组织的发育和发展。要破除这一困局,基础且前提性的工作应是构建政府和社群组织良好的信任关系,而关键一步是政府要承认社群组织对艾滋病防治有着不可替代的作用,对他们开展的活动和工作要给予高度的评价。

2. 艾滋病防治领域社群组织的发育和发展,需要政府的支持与配合。发达国家和地区的经验表明,社会组织从发育到发展,每一个关键环节都可窥见政府的“无形之手”。如,社会组织能否建立,向何处发展,背后有政府的影子;社会组织在行政和财务上是否可持续,有政府法律法规和财政税收的支撑;社会组织如何确保在与商业组织的市场竞争中处于不败地位,有政府的强力干预与限制。事实上,对社会组织发育、发展影响至深的社会保障体系建设和社会工作人才培养,也完全由政府主导。因此,要培育和发展我国艾滋病防治领域的社群组织,政府应从加大财政支持力度、降低准入门槛、赋予它们服务的绝对优先权等方面着手工作,为社群组织的大发展提供良好的社会环境。

见“新出现的问题:将残疾问题纳入发展议程的主流”(E/CN.5/2008/6),的说明,<http://www.un.org/chinese/disabilities/default.asp?id=1190>。

三、政策措施:艾滋病防治可持续发展是一个长期目标,但凝聚以下共识并循序渐进地推进,目标很可能不期而至

(一)与战略预防相关的政策措施

1. 以对国家、民族、人民高度负责的态度,严格执行《中华人民共和国禁毒法》,尽最大努力禁绝毒品。主要做好以下三方面的工作。第一,将禁毒经费列入各级地方财政预算予以保障,彻底改变过去吸毒人员生活费收不上来、隔离场所在经费上难以支撑、只能到处筹钱的被动局面,同时也不再让那些家庭困难的吸毒人员亲属为交不起必要的戒毒费用而发愁。第二,严格执行法律规定的强制隔离戒毒期限。《禁毒法》规定强制隔离戒毒的期限为2年,最长可以延伸至3年。与以往政策相比,优点有二:一是吸毒人员戒毒时间越长,越能提高戒毒和康复的质量;二是可以防止吸毒人员陷入“吸毒—强戒—再吸毒—再强戒”的怪圈,客观上减少了对社会的危害。第三,对于贩毒者尤其以妇女、儿童为掩护渗入社会场所的贩毒团伙从重从快打击,同时加强对大城市流动人口聚集区域的行政管理。第四,切实落实社区戒毒和社区康复措施。根据禁毒法,吸毒行为不构成犯罪,属于治安管理处罚法处罚范围。对初吸或年龄不满16周岁等特殊吸毒人群,先不进行强制隔离戒毒,责令其接受社区戒毒,体现了执法上的人性化和以人为本的理念,对维护家庭稳定、减缓社会矛盾、构建和谐社会等方面都有重大作用。

2. 确保所有儿童少年都能够免费接受并完成优质的九年义务教育,在此基础上,探索将性教育和毒品预防教育纳入义务教育阶段素质教育的基本内容。第一,受教育是儿童少年的一项基本权利。确保所有儿童少年都能免费接受并完成优质的九年义务教育,对于遏制毒品与艾滋病蔓延至关重要。《国务院关于做好免除城市义务教育阶段学生学杂费工作的通知》(国发[2008]25号)的出台,标志着我国覆盖城乡的九年免费义务教育政策全面实施,政府未来工作的重点应是如何创新体制机制,使那些辍学在家或被排斥在学校之外和没有机会学习的儿童少年,特别是边远农村、少数民族地区的儿童少年,帮助他们入学,并顺利完成学业。在此基础上,地方政府应积极探索在高中阶段实施免费教育的政策措施。考虑到农村地区、少数民族地区需求的迫切性,探索可以以上述地区为突破口,然后逐次逐步推开。第二,将性教育、毒品预防教育纳入义务教育阶段素质教育的基本内容,为广大青少年开辟了解有关性行为、吸毒行为的性质、危害以及如何正确对待的制度化信息渠道,最大限度地减少艾滋病通过吸毒和性行为传播的风险。

(二)与融入体制相关的政策措施

1. 将艾滋病检测作为医学常规项目,最大限度地查明艾滋病病毒感染的位置。将艾滋病检测作为医学常规项目,能极大提高我国自愿咨询检测的比例。第一,将艾滋病检测作为医学常规项目,有助于检测活动抵达前文所述的政府行政力不及、不济的人群,如早婚人群、跨国婚姻人群和流动人口。第二,将艾滋病检测作为医学常规项目,其所需人力、设备势必纳入各级医疗卫生服务体系的规划建设,基层社区特别是边远农村地区的居民,其艾滋病检测可及性会明显增强。第三,将艾滋病检测作为医学常规项目,切合中国人的伦理,敏感性弱,可操作性强。事实上,部分受访地已采取了类似方式,在促进艾滋病检测广泛可及方面成效显著,如凉山州有关文件规定,新婚人群和孕产妇、手术病人、性病病人、公共场所服务人员都要纳入艾滋病常规性检测范围。德宏州要求对前往民政部门办理婚姻登记的新婚人群免费进行艾滋病检测,等等。

2. 确立“政府部门组织协调,社群组织具体实施”的男男性行为人群干预政策。由于男男性行为人群的亚文化特点,针对男男性行为人群的干预工作如果仍然由政府工作人员来开展,仍然沿用以往的耕作模式,必然会遇到重重的困难,甚至根本无法触及到这些脆弱人群,这已经越来越得到艾滋病防治领域专家的认同。此外,从人力资源的角度看,各地的艾防机构普遍存在人力资源不足的问题,政府机构艾防人员根本无法直接针对男男性行为社群组织提供充分的服务,引入社群组织的参与能够有效扩大防治队伍的力量,服务于更多的脆弱人群。考虑到男男性行为人群中艾滋病控制的必要性和紧迫性,及男男性行为人群干预工作的独特性,政府相关部门应转变思路和定位,从以往的直接干预者转变为协调者和组织者,通过为男男性行为社群组织提供更多的支持和创造工作环境,组织和协调更多的社群组织参与到此项工作中来,进而使艾滋病防治工作能够触及到更多的目标人群。实际上,类似的工作模式早已被国际社会所采用,我国不少地方的

卫生部门也已开始和男男性行为社群组织合作,并取得了良好的效果。“朝阳模式”(由北京朝阳区疾控中心与朝阳华人艾滋病工作组合作创建)就是一个成功例证。

3. 取消准入门槛,扩大救助范围,向所有艾滋病病人免费提供抗艾滋病病毒治疗药品。对艾滋病患者提供优质全面的医疗救治,是阻断艾滋病进一步蔓延传播的重大举措。国家免费提供抗艾滋病病毒治疗药品,应被视为公共卫生预防的重要组成部分。第一,取消对流动艾滋病患者抗病毒治疗的户籍限制,并使之扩展到所有有需要的城镇职工,有助于整体预防工作的开展,也切合了性传播逐渐成为艾滋病主要传播途径的趋势。第二,向所有艾滋病病人免费提供抗艾滋病病毒治疗药品,国家新增财政投入有限,但十分必要。由于各地尤其是艾滋病危害严重地区普遍落实了“向农村艾滋病病人和城镇经济困难的艾滋病病人免费提供抗艾滋病病毒治疗药品”的政策,目前绝大部分有需要的艾滋病患者已基本享受相关救助待遇。国家新增投入主要用于被现行政策排斥在外的部分城镇职工。从艾滋病疫情流行的区域特征看,这部分人规模不大。第三,向所有艾滋病病人免费提供抗艾滋病病毒治疗药品,既可免去因救助对象甄别产生的不必要的经济和心理成本,更可彰显国家对艾滋病患者医疗权益保护的决心。

4. 建立全国转诊体系,发挥县以上医疗机构作用,使流动艾滋病病人“生活在哪、治疗在哪、管理在哪。”由于免费艾滋病治疗药物是以省为单位进行管理,治疗模式是基于家庭的社区治疗,流动艾滋病病人的药物供给和管理问题突出。建立国家转诊体系,发挥县以上医疗机构作用,有助于加强各服务体系的协作,确保患者有效转诊和属地化管理。第一,“国家转诊体系”其实是一个全国性的免费艾滋病治疗信息平台,终端触及城乡社区,所有参加免费抗艾滋病病毒治疗者的相关信息都汇聚于此。艾滋病患者不论长期外出务工,还是短期异地流动,通过当地转诊网络都可获得患者既往治疗信息。一旦流动艾滋病病人有需要接续治疗,当地有关部门很快就可透过该系统及时转诊,划拨相应的免费药物,并在属地开展随访和督导工作。第二,建立国家转诊体系,技术上应不是问题,如人力资源和社会保障部门的“金保工程”,民政部门的最低生活保障网络平台都已运行多年。最大的障碍可能来自流入地政府,特别是医疗条件较好、流动人口较多的大、中城市和沿海经济发达地区的政府。因为基于优质医疗和务工需要,不少艾滋病患者将会集聚上述地区。而地方政府出于管理成本和社会稳定的考虑,则大多持消极态度。然问题是,不管流入地政府承认不承认,该来的艾滋病病人都已生活其中,只不过隐形在政府视野之外。如果要把他们团结在自己周围,阻断艾滋病进一步蔓延传播,地方政府就应主动接纳他们并进行规范化管理,这对当地乃至全国艾滋病流行形势都影响很大,不可等闲视之。第三,建立国家转诊体系,需要县以上医疗机构的支持和配合。随着艾滋病病人转诊体系的建立和健全,免费艾滋病治疗工作势必更加繁重,仅靠现有疾控系统和有限定点医院的医疗处置能力将难以满足患者日益增加的治疗需求。因此,扩展艾滋病定点医院,使县以上有能力承担传染病治疗的医疗机构都能承担艾滋病治疗任务,是最现实、最有效的解决办法。

5. 在做大做强城乡基层卫生服务机构的同时,统筹考虑基层艾滋病防治需要,使之成为向艾滋病患者提供全面医护的主要平台。加强和完善城乡基层卫生服务体系,做大做强社区卫生服务中心和乡镇卫生院,是深化城市医疗卫生体制、建设社会主义新农村的重要内容,是全面实现小康社会目标、构建和谐社会的迫切要求。当前,从中央到地方都十分重视城乡基层卫生服务体系的建设。例如,为发展城市社区卫生服务,2006年至今,卫生部、财政部、国家发改委陆续出台了包括《城市社区卫生服务机构设置和编制标准指导意见》等8个配套文件。为加强农村卫生服务体系建设,2006年8月,卫生部、国家中医药管理局、国家发改委、财政部联合下发了《农村卫生服务体系建设与发展规划》。在此背景下,我国艾滋病防治工作必须充分利用这一难得的历史性机遇,不断夯实基层基础工作,以实现事业的大发展、大跨越。第一,把社区卫生服务中心和乡镇卫生院打造成向艾滋病患者提供基层医疗服务的主要平台,即:艾滋病患者所需的基层医疗服务,主要由社区卫生服务中心和乡镇卫生院提供。第二,基于社区卫生服务中心“原则上按每万名居民配备2-3名全科医师,1名公共卫生医师”的规定。我们建议,在艾滋病危害严重的城镇地区,社区卫生服务中心至少有2-3名医师(每万名居民)熟悉和掌握抗机会性感染和抗病毒治疗的知识和技能。其他城镇地区的社区卫生服务中心,至少须有1名医师(每万名居民)能为艾滋病患者提供预防保健咨询服务。第三,乡镇卫生院,国家仍未有核编标准。我们建议,在艾滋病危害严重的农村地区,中心卫生院至少有2-3名医师熟悉和掌握抗机会性感染和抗病毒治疗的知识和技能,一般卫生院至少有1-2名医师熟悉和掌握抗机会性感染和

抗病毒治疗的知识和技能。其他农村地区,中心卫生院至少须有 1 - 2 名医师能为艾滋病患者提供预防保健咨询服务,一般卫生院至少须有 1 名医师能为艾滋病患者提供预防保健咨询服务。第四,鉴于《农村卫生服务体系建设与发展规划》为考虑基层艾滋病防治必要的设备,我们建议,在艾滋病危害严重地区,乡镇卫生院应设立艾滋病病毒初筛实施室,社区卫生服务中心应建立初筛实施室检测网络,其医护人员应与定点医院建立治疗指导机制。第五,考虑到村卫生室是农村三级卫生服务网的最基层单位,具体承担艾滋病预防保健咨询、转诊等服务工作,我们建议,在艾滋病危害严重地区,村卫生室至少有 1 人需熟悉和掌握艾滋病预防保健咨询服务的知识。第六,鉴于已实行区隔化社区治疗的地区医疗卫生条件和居民艾滋病知识有所改善,我们建议,这些地区应积极创造条件,逐步将两个功能有别的村卫生室合二为一。

6 切实将艾滋病患者纳入社会保险体系,加快建立城乡医疗救助制度,妥善解决艾滋病患者的医疗费用。目前,涉及我国艾滋病患者的医疗保险制度包括城镇职工基本医疗保险制度、城镇居民基本医疗保险制度、新型农村合作医疗制度、城乡医疗救助制度,基本覆盖各类别受艾滋病影响的人群。未来的工作重点应是,切实将艾滋病患者纳入医疗保险体系,加快建立城乡医疗救助制度,使艾滋病患者能看上病,能看得起病。第一,加强监督、检查,确保城镇艾滋病职工参加基本医疗保险。第二,资助城镇艾滋病致困人员参加建设中的城镇居民基本医疗保险制度,资助农村艾滋病致困人员参加新型农村合作医疗,并按规定给予相应地医疗救助。第三,在艾滋病疫情严重的农村地区,地方财政开启分担功能,确保合作医疗统筹基金安全运行。第四,帮助艾滋病致困家庭分担部分主体制度(如城镇职工基本医疗保险制度、城镇居民基本医疗保险制度和新型农村合作医疗制度)中需要“个人负担部分”。

7. 进一步加大省以上财政尤其是中央财政对中西部地区最低生活保障的转移支付力度,保障包括艾滋病致困人员在内的农村困难群众的基本生活。我国社会救助体系的基础是覆盖城乡的最低生活保障制度。由于城市最低生活保障制度建制已逾十年,主要面向中西部地区的中央财政转移支付经费高达 189.9 亿元(2007 年),应当说,该项制度已基本实现“应保尽保、应补尽补”。当前及今后一段时期,应着力加强的是我国农村最低生活保障制度。这是因为,我国农村最低生活保障制度 2007 年才得以全面建立,目前资金筹措主要以地方财政为主,省以上财政尤其是中央财政转移支付有限(2007 年中央财政转移支付仅 20 亿元),中西部地区尤其是受毒品和艾滋病危害严重地区,因地方财政拮据引致的艾滋病致困人员“应保未保”问题十分突出。事实上,为确保包括艾滋病患者在内的农村困难群众的基本生活,中西部地区政府尤其是市、县政府多已竭尽全力。若要在发展经济的同时,要求中西部地区大幅度新增农村最低生活保障资金投入,既不现实也无可能。因此,要推动农村尤其是中西部农村最低生活保障制度取得突破性进展,突破资金“瓶颈”制约是关键一环,而加大省以上财政尤其是中央财政的转移支付力度是最现实、最有效的途径。

具体建议是,中央财政应进一步加大农村最低生活保障资金的转移支付力度,重点支持中西部地区。省财政应大幅度提高农村低保专项补助资金比例,主要投向区域内受毒品和艾滋病危害严重的市、县。鉴于国外经验和我国城市最低生活保障制度的实践,为确保受毒品和艾滋病危害严重地区农村低保制度顺利实施,上述地区农村低保资金的筹措应以省以上财政投入为主,市、县财政配套为辅。省以上财政投入以不低于资金总量的 80% 为宜。

8 采取国际通行做法,在社会救助领域引入专业社会工作者,最大限度地化解艾滋病致困人员“遁形”问题。如上文分析,由于救助政策公开透明性与艾滋病患者及家属具体身份隐蔽性之间存在明显冲突,导致相当部分艾滋病致困人员不得不放弃救助申请,隐形于社会。而化解这一矛盾的有效方法是,采取国际通行做法,在现行救助体系中积极引入专业社会工作者,由其负责辖区内艾滋病患者加入最低生活保障的宣传、申请和评估工作。具体操作是:有意申请救助的艾滋病患者,首先向政府授权的驻辖区的专业社会工作者提交申请。专业社会工作者在经过规范的家计调查后,将符合条件的艾滋病患者名单直接提交给所在区县民政部门审核。区县民政部门批准后,再由专业社会工作者通知艾滋病患者,帮其领取银行卡,并负责服务对象的动态管理。在此过程中,由于无须辖区特别是基层社区人士的介入,也就免去了群众评议和张榜公布的必经程序,这既降低了艾滋病患者的暴露风险,也有助于提高社会救助的覆盖面。更为重要的是,在现行救助体系中引入专业社会工作者,还可实现另一个目标——对艾滋病患者进行个案管理(case management),即通过直接的服务提供(如低保金等)和整合协调相关的社会资源(如个人潜能发掘、社会关系重建、政策资源链

接等),使他们得到全人救助。在此过程中,对艾滋病患者的随访和督导等服务工作,都可由专业社会工作者来完成。

尽管目前我国社会工作发展势头迅猛,人才队伍建设不断加强,在救助领域引入专业社会工作者的试点探索工作也已经起步,但要成熟为制度模式并让艾滋病致困人员及时受惠,尚需时日。一是总体上看,我国社会工作人才队伍的规模不够宏大、素质不够理想,不足以在短时间内担负起全国社会救助的重任。二是要引入专业社会工作者,社会救助体系本身也有待改革和完善。在此背景下,推广和使用瑞丽市创新的“感染者低保服务网络”,有其现实意义。具体做法是,市防艾办与民政局合作,由随访乡村医生负责辖区内感染者加入最低生活保障的宣传、申请和调查工作。经由乡村医生向市民政局提交申请,核准后再由乡村医生发卡、监督、管理,最后由民政局和防艾办负责督导和评估。

9. 建立贫困儿童基本生活保障制度,破解因“特殊”救助引发的政策不公平和财务不可持续问题。建立全国性的贫困儿童生活保障制度,对所有贫困儿童少年进行生活救助,现实的理由至少有几个:第一、有助于斩断艾滋病致困家庭给生活其中的儿童带来的直接影响。由于儿童的生存和发展完全依赖家庭其他成员,任何与家庭相关的风险,包括家庭照顾者个人的和环境的因素,都会使他们受到直接的影响,特别会使儿童的成长环境面临很多不确定的因素。第二、有助于破除现行政策体系中的一个明显悖论,即一方面政策赋予家庭以重要的社会保护责任,使家庭在社会保护体系中起着核心作用,另一方面,家庭又是儿童获得社会救助的主要障碍,如城乡低保、农村五保以户为单位确认资格条件,部分寄养孤儿难以得到救助。第三、有助于平衡社会救助的城乡、地区差距。制度统一、标准有别贫困儿童生活救助制度,不仅能避免贫困地区政府要勒紧腰带挤出钱来进行特殊救助(或者是干脆不救助)的尴尬局面,也有助于缩小城乡之间、地区之间、贫困群体之间救助水平的差距。四是把低保儿童、孤儿、受艾滋病影响的儿童少年纳入统一的生活救助制度,能有效避免因对象识别带来的负面效果。

如何确定儿童生活保障标准,是建立贫困儿童生活保障制度的关键。一个总的原则是,贫困儿童的生活保障标准,应该参照当地儿童的正常生活成本,并适度考虑贫困儿童的特殊需要。具体测算方法可在借鉴国外经验的基础上,组织相关政府部门和专家学者研究制定。

10. 尽快将残疾人概念与国际接轨,实行就业促进和保护政策,从根本上解决艾滋病患者生产自救问题。

如前文所述,由于国家实行了“四免一关怀”政策,大部分艾滋病患者病情趋于稳定,但他们的身体毕竟不同于常人,适应的行业和职业范围较窄,如果没有相应的就业保护政策,相当部分艾滋病患者要实现体面就业、摆脱贫困难度很大。要从根本上解决艾滋病患者的生产自救问题,最现实、最有效的办法就是把艾滋病患者纳入残疾、损伤与康复的关注范畴。按照对待残疾人的政策对其实行就业促进和保护。换言之,作为一种疾病,艾滋病需要医学的关注,需要被治疗、预防以及防止再传播;作为慢性病患者,艾滋病感染者需要社会的关注,需要按照对待残疾人那样给予平等的社会权利和必要的社会支持。

第一,国家应尽快启动残疾人概念修订工作,将残疾人概念与国际接轨,适时地把艾滋病病毒感染者和艾滋病病人按照慢性病患者纳入残疾、损伤与康复的关注范畴。第二,对艾滋病患者就业实行集中就业与分散就业相结合的方针,采取按比例安排就业和减免税优惠政策及各种扶持保护措施,通过多种渠道、多种形式促进艾滋病患者就业。主要包括:政府和社会依法兴办包括艾滋病患者在内的残疾人集中就业单位。对集中使用残疾人的用人单位,国家依法给予税收优惠,在生产、经营、技术、资金、物资、场地使用等方面给予扶持;国家机关、社会团体、企业事业单位、民办非企业单位应当按照国家规定的残疾人就业的比例安排包括艾滋病患者在内的残疾人就业,并为其选择适当的工种和岗位。达不到当地规定比例的用人单位,须缴纳残疾人就业保障金,专项用于残疾人职业培训以及为残疾人提供就业服务和就业援助;国家鼓励扶持包括艾滋病患者在内的残疾人自主择业、自主创业。对艾滋病患者从事个体经营的,政府依法给予减免税优惠,在经营场地、小额信贷等方面给予照顾和扶持。对从事农业生产劳动的艾滋病患者,地方政府要在生产服务、技术指导、农用物资供应、农副产品收购和信贷等方面给予帮助;国家鼓励和扶持公共就业服务机构为艾滋病患者免费提供政策咨询、岗位信息、职业指导和职业介绍等针对性的就业服务,通过公益性岗位援助等多种途径,对就业困难的艾滋病患者实行优先扶持和重点帮助。

11. 丰富和完善各类救助管理站的功能,使之成为部分有特殊困难的艾滋病患者的临时救助场所。调查

了解到,部分艾滋病患者经常会遭遇一些特殊困难,亟待政府和社会援手。例如,有的感染者在获知自己感染艾滋病后,离家出走,成为生活无着落人员;有的前往大中城市尤其是北京、上海等地求医,由于没有更多的钱入住旅馆饭店,只得流落街头;更多的是身体无恙,但迫切需要一个能倾诉的地方。因此,为有特殊困难的艾滋病患者提供一个能倾诉,可救助、救急的场所,不论是从权益保护还是从维护稳定的角度看,都极其重要。然专门为艾滋病患者建立别样的临时救助场所,既无必要也不符合可持续发展的思路。可行的办法是,丰富和完善现行救助管理站的功能,把它们打造成部分有特殊困难的艾滋病患者的临时救助场所。资料显示,截至2005年底,全国有流浪乞讨人员救助管理站1026家,附设或独立设置的流浪未成年人救助保护中心130家,共有救助床位5000余张。这些救助类单位只要在功能上稍作调整和完善,基本上可满足艾滋病患者的特殊需要。

(三)与深耕社群相关的政策措施

1. 研究设立国家公益慈善类社会组织发展基金,推动包括艾滋病社群组织在内的社会组织的大发展。没有稳定的资金来源或资金来源单一,是目前公益慈善类社会组织普遍面临的突出问题。如果不突破资金“瓶颈”,包括艾滋病社群组织在内的各类社会组织就不会有大发展、大跨越,艾滋病防治深耕社群的目标也就不可能实现。而要解决资金匮乏问题,当务之急是转变观念,调整思路,切不可再沿用以往资金筹措模式,即主要利用国外基金会、国际项目资金及其运作方式。可以肯定地说,在发育和发展我国公益慈善类社会组织特别是艾滋病防治领域的社群组织方面,国外基金会或国际项目资金起了至关重要的作用,预计今后一段时期仍将起着相当重要的作用。但是,这种主要依赖国外资金发展我国社会组织的路径,不具有可持续性,不会有前途。正如艾滋病相关领域的专家所预言,“兴也国外资金,败也国外资金”。在此背景下,国家研究设立公益慈善类社会组织发展基金,意义重大而深远。

国家公益慈善类社会组织发展基金所筹资金以政府投入为主,社会募集为辅。主要内容包括:支持全国公益慈善类社会组织的项目建设,包括列支部分日常运营费用,如办公场所租用、少量必要的办公设施购置等;支持全国公益慈善类社会组织的能力建设,包括培养和引进社会工作人才;支持公益慈善类社会组织的基础研究和理论建设等。大量的研究表明,艾滋病社群组织建立初期最为脆弱,也最需要政府的认可尤其是资金上的支持。政府适度投入,可起到事半功倍的效果。

2. 以发展包括艾滋病社群组织在内的社会组织为重点,进一步健全政府采购艾滋病防治服务的体制机制。在发达国家和地区,政府通过采购社会服务以促进包括艾滋病社群组织在内的社会组织发展的做法十分普遍。近年来,我国许多地区在推进促进艾滋病社群组织发展的政府采购方面进行了大胆探索。未来工作的重点是,以促进公益慈善类社会组织发展为重点,进一步健全政府采购艾滋病防治服务的体制机制。第一,统一制定政府采购艾滋病防治服务的程序和标准,并把使用社会工作人才作为前置条件。第二,对使用规定数量和素质标准的社会工作人才的艾滋病防治社群组织,其提供的社会服务,政府实施首购政策。第三,推进政府采购艾滋病服务试点,以扶持面向感染者的公益慈善类社会组织为重点,将公益性强、社会需求量大、对社会和谐具有基础作用的艾滋病防治项目优先纳入政府采购范围。第四,在公共财政预算中新增采购艾滋病服务的“科目”。

3. 政府应采取切实有效的措施,降低包括艾滋病社群组织在内的社会组织的准入“门槛”。第一,适当放宽准入条件,简化登记程序,弱化注册资金、活动场地等行政限制。为较好地解决艾滋病社群组织登记时难以找到业务主管单位的问题,各级卫生行政主管部门应主动承担起业务主管单位的职能,条件成熟的地方,也可以委托疾控中心承担这一职能。第二,逐步建立备案制。对那些规模不大、影响有限的自助、互助类团体,则可实行社区居委会备案制度。

[责任编辑:韩肖奉]