

纵观全球毒品战争的失败以及我国禁毒工作所面临的巨大现实挑战,其根源都是因为缺乏科学根据和观念错误,这使得我们在工作中虽然作了很大努力,但却往往事倍功半。

强制隔离戒毒所应转型

——就联合国机构关于关闭强制性监禁戒毒中心的联合声明向我国政府建议书

■邱仁宗 翟晓梅 贾平 李建华 韩跃红 张瑞宏 刘巍

联合声明及我国政府的应对选项

2012年3月,12个联合国机构联合发布了《关闭强制拘禁戒毒中心和康复中心的联合声明》,签署这份《联合声明》的联合国机构号召存在强制拘禁戒毒和康复中心国家毫无迟疑地关闭这些中心,释放被拘留人员。并在社区为需要这些服务的人,在自愿、知情基础上,为他们提供适合的卫生保健服务。这些服务应该包括以科学证据为基础的药物治疗、艾滋病和结核病预防、治疗、关怀和支持;以及针对身体暴力和性暴力的卫生、法律和社会服务,以使他们能够重新回归社会。

这一联合声明的提出,是基于下列的事实和证据:

(一)世界各国数十年的经验表明,对使用毒品采取刑罚或惩罚的政策效果甚微,毒品使用者人数以及主要毒品使用量不降反升,毒品使用人群与毒品使用相关的健康问题日趋严重,需要重新审视既往政策并探讨新的应对策略。

(二)过去20余年的神经生物学和神经行为学研究证明,所谓“吸毒成瘾”就是药物成瘾的一种,是一种慢性复发性脑疾病。

我国政府对待《联合声明》的可选择应对方式:

(一)完全不理睬联合声明。这种应对方式实为下策。如果我们完全不理睬联合声明,这就意味着我们无视这数十年积累的科学证据,无视这数十年来禁毒战争和现行政策事倍功半的事实,说明我们违背了我们长期信守的实践是检验真理标准以及科学决策的原则,这不是一种摆事实、讲道理的理性态度。

(二)立即关闭我国目前的强制隔离戒毒所。立即关闭我国强制隔离戒毒所多有不可行之处。广大的参与强制隔离戒毒工作的人员,在观念转变之前,难以理解关闭这类戒毒所的必要性。人们也有理由顾虑,立即关闭这类戒毒所,可能给毒品使用者,尤其给贩卖者、生产者一个错误的信号,认为毒品可以合法化了,从而给社会带来冲击。更重要的是,近年来不少强制隔离戒毒所已经处在从仅为毒品使用者提供脱毒治疗逐渐向他们提供药物依赖治疗和心理社会康复的转变过程之中,在这种状况下提出关闭这些强制隔离戒毒所可能为服务提供者所不能接受。

(三)我们准备建议的应对方式。按照《联合声明》的精神,努力使这些强制隔离戒毒所转变为“药物依赖医疗、关怀和康复中心”。这种转变需要我们勇敢地面对过去政策失败的事实,承认目前对成瘾者的政策难以继,需要政策的改革,但这种改革需要以最低的社会成本进行。其好处是,既能达到《联合声明》的要求,又能使社会更加稳定,避免改革可能带来的过度冲击,或者可使这种冲击引起的负面影响最小化。而我国最近几年来在一些强制隔离戒毒所贯彻以人为本的经验,已经使这种转型具有初步的可能性和可行性。如果转变成功,我们将来不仅可以收治阿片类药物的成瘾病人,还可以收治其他精神活性物质(合成毒品、酒精等)成瘾的病人等等,使之成为名副其实的公共卫生和权利保障为导向、为社区提供健康服务的药物依赖治疗、关怀和康复中心。

改革毒品政策的科学根据和现实需求

对我国以强制隔离戒毒所为核心的禁吸戒毒体制进行改革的关键是转变观念,树立科学的态度,尤其是积极研究吸收国际上的最新科学研究成果,并结合中国的现实,探寻改革的适当路径。

纵观全球毒品战争的失败以及我国禁毒工作中所面临的巨大现实挑战,其根源都是因为缺乏科学根据和观念错误,这使得我们在工作中虽然作了很大努力,但却往往事倍功半。

需要确立的观念之一:吸毒成瘾是慢性复发性脑疾病。

经过数十年悉心研究,科学家已经获得充分的科学证据,证明吸毒成瘾是一种慢性复发性脑疾病。成瘾者由于长期服用对精神有作用的物质,使他们的脑的结构和功能受到严重损害,进而使得他们产生非个人的意志能够控制的行为。

根据科学证据,我们可以作出结论说,成瘾(包括使用尼古丁、酒精、大麻、可卡因、苯丙胺和海洛因等所有可滥用的有精神活性作用的药物)是疾病,不是罪行。药物使用者违法犯罪是因为服用药物使他们产生异常的思维(如幻觉、妄想)和非理性甚至非法的行为(如抢劫);他们需要药物缓解由于神经系统损害出现的戒断症状(强迫性觅药行为);他们需要钱买药物(偷钱抢钱);他们出现自我毁损行为(药物所致精神障碍)。

需要确立的观念之二:毒瘾者是自主能力严重受损的人。

将非法药物(毒品)成瘾者当做罪犯或违法者对待给了惩罚,其前提除了认为成瘾不是疾病外,还认为药物滥用和成瘾者有完全的自主性;另一种相反的观点则认为药物滥用和成瘾者完全没有自主性。对成瘾者的心理行为研究表明,他们不是完全没有自主性,也不是与正常人一样具有完全的自主性,而是自主性严重缺损。他们不仅花费时间和努力来寻求药物,而且也设法和努力停止消费药物,回归正常。

人类有趋利避害的本能,成瘾者由于社会化严重不足,因此他们在被拘禁、受惩罚时,便会更加渴望使用毒品来缓解受压感。

因此,当毒品成瘾者在戒断症状发作时,其强迫性觅药行为不是他们能自主选择的,是他们脑的结构和功能受到损害所直接驱使的,因而他们不能对其行动及后果负有道德和法律责任。但当他们药瘾得到满足,自主能力或理性得到恢复时,他们应对他们所选选择的行动及其后果负责。

需要确立的观念之三:为毒品成瘾者提供自愿的、知情的、以科学证据为基础的、权利平等的治疗服务是帮助他们摆脱毒品的关键。

既然毒品成瘾是疾病,合适的办法就不应该是惩罚,而是提供药物治疗、心理行为治疗和社会支持、关怀等综合性服务。

国际上的研究和成功经验显示,吸毒成瘾的治疗需要多元化,药物治疗是治疗成功的第一步。同时,必须为吸毒成瘾者提供心理行为治疗和社会支持,没有单一的方法可以治疗所有吸毒成瘾者。药物依赖治疗必须方便可及,必须照顾到患者的多种需求,病人对治疗提供者和治疗机构的信任和满意度是治疗成功的基础。对吸毒成瘾的治疗应当以科学证据证明为有效的疗法为基础,要以平等待人

的态度对待他们,像关怀患其他疾病的患者一样关怀他们,并且应当是自愿的和知情的。

在社会转型过程中,我们要做好对弱势群体的救助工作,尽可能减少他们所受的伤害和不公正待遇,坚决落实以人为本、重视民生、建设和谐社会的方针,就会预防一些弱势群体中的人去接近这类药物,这是社会进步和精神文明的具体体现。

需要确立的观念之四:“刑事化”或“违法处罚”不是对待“成瘾者”的合适政策,也不是遏制毒品泛滥的合适手段。

我国法律将吸食、注射毒品列入治安管理处罚的范畴,而持有、运输、买卖和向他人提供少量毒品亦然。运输、贩卖一定数量以上毒品时则构成犯罪,累计的零包贩卖也属于打击之列。

刑罚或违法处罚的好处是可以抑制毒品的使用和成瘾,但其代价巨大,弊大于利:(一)作为刑罚或违法惩治往往事倍功半,不成功的原因之一是,如果有强有力因素驱使许多人去使用药物,那么这种惩罚是无效的(所谓法不责众),实际上只能处罚和监禁其中一小部分人,例如我国登记在册的吸毒者只是一部分。(二)催高药物价格,执法越严,价格越高。(三)高价格意味高利润,生产、贩卖集团为了谋取高额利润,不惜采取一切手段,包括暴力,抓捕了贩卖者,很快有人填补空缺。巨大利润可用来引诱执法人员和官员腐化。(四)给药物使用者贴上社会标签导致污名化,促使药物使用者行为角色化。WHO进行的国际调查表明,药物成瘾是18种疾病和残疾中最受歧视的。(五)药物使用者(毒瘾者)被作为社会敌人对待,他们被妖魔化,执法力度越大,越容易侵犯个人权利,也越容易导致执法人员滥用职权,因而将使用毒品、拥有供自己使用的少量毒品,甚至种植、生产、贩卖为自己服用的少量毒品去罪化或者去污化就成为国际上立法的趋势。

当成瘾者处于有行为能力状态时,对其进行治疗应获得其知情同意,说明在一定条件下强制治疗的必要性。当成瘾者处于不能自主决定阶段时,在一定条件下不排除进行强制性治疗或强制性实施已经同意的治疗计划,但在强制治疗行为能力应定期评估,如评估其有行为能力则可在强制治疗后补行知情同意程序。这种知情同意被称为“过程同意”,在其中将成瘾者与治疗者之间的关系看做伙伴关系,要求不断协商;不断测评病人行为能力,不管最初测评结果如何;知情同意是一个合作过程,而不是对病人的一次性的权威判断;对病人的治疗需要作出个体化的、以证据为基础的决策。

建议

一、综合评估强制隔离戒毒所的状况并形成改革研究报告。

由全国人大常委会、国务院法制办、司法部、公安部 and 卫生部以及外部独立专家联合组成独立评估团,在我国东、南、西、北、中部地区各选一至两处强制隔离戒毒所进行调查评估,评估目前采用的治疗方法是否有效,有多少人接受这样的治疗后成功摆脱了毒品,从公共卫生经济学角度评估强制隔离戒毒投入产出比以及和复吸率间的关系。从法律和人权保障的角度评估其所提供的公共卫生(尤其是艾滋病和丙肝)服务质量和对在押人员的基本

权利保障状况,从而对今后全国范围内的强制隔离戒毒所依照国际标准和公共卫生导向,进行规范化管理和进一步转型工作作好思想和政策储备。

二、推动现有的强制隔离戒毒所转型升级,提升规范化管理水平。

(一)现有的强制隔离戒毒体制对于戒毒和预防及缩小吸毒造成的社会危害性作出了一定贡献,但存在着制度性缺陷。为了弥补这种缺陷,一方面需要提升并规范现有戒毒所管理水平,另一方面需要鼓励社区的、民间的戒毒中心的积极参与,并进一步推动现有的戒毒所转型。

本建议书所指的转型的目标,是指在提升现有戒毒所管理水准、规范其管理程序的基础上,逐步将其转化成对吸毒成瘾者进行治疗、关怀和康复的医疗和社会服务型机构,从而使其更加具备公共卫生导向,并符合国际通行的权利保障的基本原则。该类型的机构可定名为:药物依赖治疗、关怀和康复中心。

(二)无论是现有的戒毒所还是社区或民间的戒毒中心,其配备的工作人员应当以医务人员(或者受过良好医务训练的人员)以及社会工作者为主(比如2/3),司法人员或公安人员为辅。我们建议,应当规定每个戒毒所或医务人员都应该受到正规的、药物依赖治疗专业的训练,并持证上岗;社会工作者的录用也应当达到一定的标准,并接受基本的医学及心理学等相关培训;具体办法可由卫生部协同司法部、公安部、和民政部制定。

(三)按照药物依赖的医学标准对病人进行诊断和治疗,公安人员在确定具体的毒品使用者是否成瘾者时,需得到并出具明确的、以证据为基础的、独立的、有合格医生资质的人士或单位出具的医疗诊断书。

戒毒所和社区戒毒中心在接纳吸毒成瘾者时,应当负有审查诊断证明的义务,如果无法出具合格的诊断证明,戒毒所和社区戒毒中心应拒绝接纳该吸毒者进入/中心。

管理这些机构的公安部、司法部和卫生部应当联合制定更为详细的、有操作性的吸毒成瘾者进入戒毒所/中心的条件、程序、定期治疗效果评估制度、康复进展状况报告等制度性规定,以及离开戒毒所/中心、转入社区康复的条件和程序等;并规定吸毒成瘾者有选择进强制性戒毒所还是去社区或其他自愿戒毒医疗机构进行治疗的权利。

(四)戒毒所(中心)应当提供药物治疗和心理、行为治疗,并关注成瘾者家庭和社会支持、康复、文化学习、职业培训、正当娱乐和体育锻炼等因素;有效降低传染性疾病尤其是艾滋病和丙肝病毒在接收或戒毒者当中的传播;提倡对于艾滋病病毒感染者和病人的“分流制”管理,即允许他们离开治疗部。

2013年4月7日,中华人民共和国司法部颁布了《司法行政强制隔离戒毒工作规定》,并将于2013年6月1日起施行。其中第五章和第六章规定了强制戒毒所内的治疗康复和教育,第三十七条作出了分流制的规定。该规定注意到了强制戒毒所内出现的问题,并试图有所改变,这是值得欢迎的。但强制戒毒本身需要改革,不是未来的发展方向,其大规模建设所浪费的社会资源和由此引发的社会问题,尚未为规定起草者注意,这是非常令人担忧的。

三、逐步推广由民间及多元化社会力量举办

的药物依赖治疗服务。

目前,我国的吸毒成瘾治疗几乎完全是由政府包下来,社区、社会团体、民间组织参与的空间非常有限。大一统的,几乎是占主导地位的强制拘禁戒毒模式是不可能满足不同类型吸毒成瘾者需求的。因此,戒毒工作应尽可能多地给社区、慈善机构、社会团体、志愿者组织、民间组织、宗教组织以更大的工作空间,让它们发展有效的和多元化的戒毒模式。

(一)制订全国性的药物依赖治疗、关怀和康复中心的章程、治理规范、标准治疗和工作人员行为守则,建立由中心各参与设立方代表参加的董事会或指导委员会,建立统一的管理和监督机构。

(二)中心接受药物依赖服务的家庭监督、社会监督。通过社交媒体加强透明度并加强和社会各界人士、网民的沟通。

(三)中心的经费支持可参考《中华人民共和国精神卫生法》,经费可由中央和地方政府资助,并鼓励民间公益性基金会、企业和慈善人士的参与,放宽境外专业组织或者慈善机构进入门槛。出资方每年对中心的管理方式、服务质量和治疗效果、成本效益等进行评估,从而决定下一年度的经费投入。中心是非营利性的公益机构,但中心可以适当要求戒毒者支付占总成本一定比例的费用。向政府或者其他社会各部门筹集资金以弥补剩余的成本费用,费用的使用应当透明化。

四、修订相关法律,理顺现行戒毒体制。

参照联合国12个机构的联合声明的建议以及全球禁毒政策委员会报告中的原则和建议,在充分调研的基础上,在适当的时候,尽快启动修订《中华人民共和国禁毒法》等一系列法律法规的程序,明确强制戒毒、社区戒毒、自愿戒毒和社区康复的关系和程序,减少现行法中不适合、过于模糊、易被滥用或滥用的规定,从而更为有效地治疗患者,保障人权,打击犯罪。

作者简介:

邱仁宗,中国社会科学院哲学研究所研究员,应用伦理学研究中心名誉主任。

翟晓梅,中国医学科学院/北京协和医学院人文社会科学系主任、生命伦理学研究中心执行主任,中国性病艾滋病协会伦理工作委员会主任,中国科协中国自然辩证法研究会生命伦理学专业委员会理事长。

贾平,公共卫生治理项目执行官,达沃斯论坛代表。

李建华,云南省药物依赖防治研究所所长。

韩跃红,昆明理工大学社会科学学院前院长,教授,中国科协中国自然辩证法研究会生命伦理学专业委员会常务理事。

张瑞宏,昆明医科大学人文学院院长、教授,中国科协中国自然辩证法研究会生命伦理学专业委员会常务理事。

刘巍,北京陈志华律师事务所律师。

改革开放以来,在我国经济整体实力显著提升的同时,国土开发无序、区域发展失衡成为影响我国持续健康协调发展的主要问题。除了发展观和政绩观的偏差导致各地忽视自身条件而盲目追求GDP和城市化率等一系列问题之外,我国在国土空间规划方面的缺失和薄弱也是产生这些问题的重要因素。

加快实施主体功能区战略

■樊杰

“因地制宜”、“统筹协调”、“长远部署”。

我国长远国土开发的总体部署是什么?区域发展的合理格局应该是什么形态?哪些区域将可能成为未来人口、产业和城市的集聚区?哪些区域应当采取保护和整治为主的措施?

确定长远和整体部署,可避免导致任何一个阶段的区域发展战略——特别是当政府换届就时常引发出区域战略多变的情形下——都可能产生严重的决策失误。而战略决策失误的破坏性和损失往往是根本性的、巨大的。

事实证明,改革开放以来,在我国经济整体实力显著提升的同时,国土开发无序、区域发展失衡成为影响我国持续健康协调发展的主要问题。除了发展观和政绩观的偏差导致各地忽视自身条件而盲目追求GDP和城市化率,从而出现生态安全和粮食安全受到威胁、发达的东部核心地区长期无法摆脱以资源环境为代价换取经济增长的发展方式而开发强度过大等一系列问题之外,我国在国土空间规划方面的缺失和薄弱也是产生这些问题的重要因素。

因此,我国急需这样的—个规划或战略,规划目标是在空间尺度上解决总体布局问题,在时间序列上解决长远部署问题,规划性质是具有战略指导性,又不失控制约束力度,规划要求充分兼顾科学性和可操作性。其核心是战略性、基础

性和约束性,主体功能区规划和主体功能区战略就承担了这样的功能。

2020年

我国基本形成主体功能区布局的目标

主体功能区规划的创新高度集中体现在开发理念上,符合生态文明建设的要求,也是对生态文明建设中优化国土空间开发格局的全新理念阐释。

主体功能区战略,就是要按照优化开发、重点开发、限制开发和禁止开发的区域功能定位,优化国土空间开发格局,实施分类管理的区域政策,基本形成适应主体功能区要求的法律法规和政策;按照不同区域的主体功能定位,实行差别化的评价考核;发挥全国主体功能区规划在国土空间开发方面的战略性、基础性和约束性作用。

通过主体功能区战略的实施,到2020年我国基本形成主体功能区布局,其目标是:空间开发格局清晰,空间结构得到优化,空间利用效率提高,区域发展协调性增强,可持续发展能力提升。

主体功能区战略和主体功能区规划将深刻影响我国国土空间开发格局变化走势。优化国土空间开发格局可归纳为“1.2.3.4”战略任务,“1”是建设一个美好家园,“2”是促进陆地与海洋两

大国土空间的统筹发展,“3”是构建我国国土空间“两横三纵”、“七区二十三带”、“两屏三带”的“三大战略格局”,“4”是形成我国优化开发区域、重点开发区域、限制开发区域、禁止开发区域4类主体功能区区域。

由于受到发展观和体制机制的制约,生态文明建设和主体功能区战略的实施都需要一个漫长而艰苦的过程。尽管“十二五”规划明确了主体功能区战略在优化国土空间开发格局中的作用,但地方政府追求GDP的动力仍强于主动落实主体功能区战略的意识。中央明确提出将GDP年均增速控制在7%以内,但是,地方政府(共31个省、市、自治区)确定的经济增长速度均高于中央政府的要求。其中,16个省、市、自治区高出50%以上。

此外,随着生态文明建设的开展,中央政府尽管明确了优化国土空间开发格局的重点任务,“均衡和统一的原则、三大格局和主体功能定位、控制开发强度和调整空间结构”等,但客观地说,理论方法的现状同以上的任务要求还有很大的落差,难以实现对国家战略需求的有效支撑。即使是在基础设施建设方面也还有很大差距,尚未形成门类齐全、精细度高、更新及时、使用便利的主体功能区规划和国土空间开发格局数据库系统,尚未建立覆盖全国、统一协调、更新及时、反

应迅速、功能完善的国土空间格局变化和主体功能区战略实施动态监测管理系统,也还缺乏理论修养高、技术水平过硬、实际工作经验丰富、梯队结构合理的国土空间规划技术队伍和专业人才。

随着我国科学发展观的贯彻实施和生态文明建设的不断深入,越来越重视国土空间规划将是必然的趋势,主体功能区战略在优化国土空间开发格局中的作用和效果将越来越得到凸显。目前我国在突出主体功能的管制及生态产品的发展理念、重视资源环境承载力评价作为空间规划基础等方面所取得的成就,得到国外决策者和学者的普遍肯定。汶川、玉树、舟曲灾后重建规划的编制水准和实施效果得到举世认同。这说明中国在国土空间规划的能力和条件方面是完全可以走在世界前列的。因此,有理由相信,在主体功能区战略的指引下,我国国土空间开发格局能够按照生态文明建设的要求不断完善和优化。

作者简介:

樊杰,中国科学院区域可持续发展分析与模拟重点实验室主任、研究员。