

精神病与社会观察
深圳衡平机构

Psychiatry and
Society Watch

Equity and

Justice

Initiative

中国精神病收治制度法律分析报告

The Involuntary Commitment System of China: A Critical Analysis

执笔：黄雪涛·刘潇虎·刘佳佳

HUANG Xuetao·LIU Xiaohu·LIU Jiajia

Abstract

Statistics released by the Chinese Center for Disease Control and Prevention in 2009 showed that mental illness in China affects a population of over 100 million, of whom 16 million are severely ill.

Meanwhile, major flaws in the Chinese involuntary commitment system remain unaddressed. These weaknesses not only endanger the public, but expose every citizen to the threat of arbitrary commitment.

The public expects the future Chinese Mental Health Law to address the current disorder by instituting consistent standards and procedures for civil commitment. The psychiatric community, however, have continued to emphasize its lack of resources. As a result, involuntary commitment has followed only a slow path to rule of law.

This Report is based on a three-year study of more than 100 cases of involuntary commitment, 30 relevant laws and regulations, and over 300 news reports. These cases have drawn us a picture of the commitment of those who should not be committed, and the neglect of those who should; and the threat to the public caused by this misplacement of resources.

This Report argues that the Chinese system of involuntary commitment has eight major flaws, founded on three false psychiatric assumptions. It analyzes the ongoing drafting and development of the Chinese Mental Health Law and puts forth five recommendations, centered on the development of effective mechanisms through which patients can dispute their commitment, and the right to legal counsel for the mentally ill.

The Status Quo: the Public Faces a Double Threat

This report undertakes an examination of numerous news reports and cases – the Liu Yalin child killings, the Chen Jian'an case, the Jiangsu Zhu Jinhong case, the Guangzhou He Jinrong case, the Shenzhen Zou Yijun case, and others – and finds the Chinese psychiatric commitment system to be in total disorder.

On one hand, due to a lack of adequate resources for their care, people with severe mental illness are permanently confined at home by family members, or are abandoned and left to wander the streets. This neglect of the mentally ill, sometimes referred to as “loose cannons”, is an imminent threat to public safety and a cause of frequent tragedy. At the same time, the mentally ill suffer threats to their freedom, their health, and sometimes their lives.

On the other hand, many people with low-grade mental conditions, or none at all, are forced into psychiatric institutions and “treated”. Treatment typically lasts for over three months.

The misallocation and waste of precious medical resources exposes the public to a two-fold risk: the threat of harm by the neglected mentally ill, with little hope of civil compensation for those harmed; and the threat *to every individual* that he or she may be committed to a mental hospital as a result of personal conflict or for any other reason.

Causes: Eight Systemic Flaws Are the Preconditions for Psychiatric Abuse

This Report discusses eight major problems with the current system of involuntary commitment in China.

1. There is no threshold for commitment. People with any kind of mental illness, and those suspected of mental illness but never medically diagnosed, have all been identified as committable psychiatric patients. This is in conflict with the international standard of “risk of harm to self or others”.
2. There is no legal procedure for commitment. Mental hospitals can commit by force a person they have never seen, examined, or diagnosed.
3. The lack of “self-awareness” allows a party to be deprived of the right to informed consent. Refusal of involuntary treatment can be taken as an indication of mental illness and can become grounds for treatment.
4. There is no legal procedure for establishing legal guardianship. It is frequent hospital practice that whoever pays the necessary fees is awarded the status of “legal guardian” – thus, all guardianship powers are conferred on the committing person.
5. “Whoever sends you in, gets you out”. In practice, unless the “patient” secures the agreement of the person who has recommended treatment, there is no way to leave an institution.
6. No corrective mechanism is available during the period of institutionalization. No third party supervises commitment or hears appeals from committed patients.
7. Judicial relief after commitment is limited. A record of hospitalization and diagnosis of mental illness may lead to denial of the victim’s legal capacity to bring a lawsuit. Disputes over the status of these cases as “medical disputes” and the establishment of actual illness distract from the lack of standards for the commitment process.

8. Compensation is extremely low. After years of struggle, victims of long-term commitment typically receive only 20,000 to 30,000 RMB in compensation.

Zones of Absurdity as Zones of Action

This Report has found that three false conceptions lie behind the loopholes in the involuntary commitment system.

First, prevailing opinion among Chinese psychiatrists has it that involuntary commitment is not a legal but a purely medical issue, and has nothing to do with the restriction of individual freedom. Hence, there is no judicial role in the process .

Second, prevailing opinion among Chinese psychiatrists takes involuntary civil commitment against the patient's will to be “voluntary”. According to domestic psychiatry, the committing person’s intention is the intention of the person committed.

Third, the legal standard of capacity to act is replaced by a medical standard of “self-awareness”. The fact that a person denies being mentally ill directly deprives him of the right to informed consent. This means a family member or other committing person can be assigned legal guardianship of a committed person without the participation of a court.

It is because of these three conceptual distortions that the commitment of any person is possible.

Legislation Monopolized by Psychiatrists

25 years have passed since drafting of China's Mental Health Law began in 1985. Although the Law has yet to pass, there are six existing local regulations on mental health. Drafting of these regulations has been led by local health departments, and most expert participants are doctors, thus limiting the participation of lawyers, sociologists, and others, and leading to the monopolization of the process by psychiatry. The minimal legal responsibility and increased power of psychiatrists under the current system are not unrelated to this.

The 2009 draft of the Chinese Mental Health Law is a product of this psychiatric monopoly. Article 26 affirms on its face the principle of voluntary hospitalization, yet provides that when the consulting psychiatrist believes there is a need for hospitalization, “hospitalization procedures are to be undertaken by the patient or the patient's guardian.” This equates the intent of the committing person with the committed person’s intent. Furthermore, internal ethics investigations in the profession consist merely of “every man his own judge” – no effective mechanism exists to correct errors.

Recommendations

The core recommendations of this Report are the establishment of an effective mechanism for challenging civil commitments, and the guarantee of legal representation. This Report recommends the gradual promotion of a set of effective mechanisms through which the involuntarily committed may challenge their hospitalization. In the short run, special procedures of the civil courts and complaint procedures established by health supervision departments are available; in the long term, all commitments should be reviewed by a judicial body.

Legal counsel must be provided to all who are involuntarily committed. In the short term, hospitals cannot be allowed to deny a patient's right to retain legal counsel. In the long term, the scope of government-supported legal aid should be extended to the mentally ill under the Chinese Law on the Protection of People with Disabilities and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities.

In addition to these two core recommendations, this Report recommends that local Civil Affairs Departments act as legal guardians for unhoused mentally ill people and provide them with care.

In the criminal justice system, the power of courts to review civil commitments and judicial determinations of mental illness must be guaranteed, along with the rights of all parties (criminal suspects, defendants, and victims) to initiate procedures for judicial psychiatric evaluation.

Finally, this Report calls for the implementation of the Madrid Declaration, proposed by the World Psychiatric Association in 1996, to address the absence of ethical rules governing the practice of psychiatry in China.

摘要

据中国疾病预防控制中心 2009 年统计显示：我国有各类精神病人一亿以上，但是医疗资源极度匮乏。然而，更严重的问题是有限资源配置错位：“该收治的不收治、不该收治的却被收治”，这使公众面临着双重威胁。

报告通过对 100 多个真实案例、30 余种法律规范以及 300 多篇新闻报道的综合分析，揭示出我国精神病收治中资源错位造成的“该收治的不收治、不该收治的却被收治”的混乱局面，同时指出制度缺陷背后隐藏的三个理论谬误，并研究了精神卫生立法现状和趋势，提出解决问题的五点建议。其中“建立有效的异议机制”，“推广法律代表制度”是本报告的核心建议。

现状：资源配置错位，公众遭受双重威胁

报告通过对大量真实个案（刘亚林杀童案、陈建安弑兄案、江苏朱金红案、广州何锦荣案、深圳邹宜均案等）的分析，发现我国目前的精神病收治局面十分混乱。一方面，应当被收治的患者由于无力支付医疗费，无法获得住院治疗服务。这部分患者，有些被家人长期禁锢、有些被家人遗弃从而流落街头。部分流浪街头的患者不仅自己的生命安全无法获得保障，还会对社会公共安全构成了极大危害。另一方面，大量无病或无需住院治疗的患者，却因为利益冲突原因被送进精神病院，承受丧失人身自由、接受过度治疗的痛苦。这种“该收治不收治、不该收治被收治”的情况导致了原本稀缺的医疗资源的错误配置及浪费。公众也因此面临着双重威胁。

原因：我国精神病收治制度存在八大缺陷，为医生滥用权力提供条件

报告指出了当前我国精神病收治制度的八大缺陷：

第一、非自愿收治没有门槛。包括非重性精神疾病患者、疑似精神疾病患者在内的所有人都属于非自愿收治的对象。

第二、非自愿收治没有程序规范：既无司法程序保护，又无医学评估要求。公民可以在违背本人意愿的情况下被送进精神病院。

第三、否认公民拒绝住院的权利。医院以缺乏“自知力”为由，认定被送治人为无行为能力人。

第四、将送治人视为监护人。监护人自动产生，医院擅自扩大监护人范围，将付款人视为监护人，且监护人可以代替被送治人行使决定权。

第五、出院遵循“谁送来、谁接走”的规则。医院坚持只有送治人才能接当事人出院，即便当事人已具备出院条件，非经送治人同意，当事人也不得出院。

第六、住院期间没有纠错机制。一旦被收治，没有医院以外的第三方机构受理被收治者提出的异议。

第七、司法救济失灵。出院后，如果当事人通过诉讼来维护自身权益，经常被法院以“无诉讼行为能力”驳回起诉。即使成功立案，又往往脱离“人身自由”的争议焦点，陷入“医疗纠纷”陷阱。

第八、侵权赔偿数额极低，无法弥补被收治者遭受的损害，也不足以惩戒滥用收治的侵权行为，无法起到阻吓作用。

理论：精神病医学的三个“指鹿为马”，任何人都可能被收治

报告通过对八个制度性缺陷的深层原因探究发现：我国精神病医学理论存在三处指鹿为马、颠倒黑白的谬误。首先，“非自愿收治”被视为“纯粹的医疗行为”，否认其与人身自由有关的法律属性，使非自愿收治“去法律化”；其次，部分“非自愿收治”在立法上，被定义为“自愿治疗”，在违背当事人意愿的情况下，送治人的意愿被直接视为当事人意愿；最后，用医学标准代替法律标准，将医学上的“自知力”作为判断当事人行为能力的标准。通过三个指鹿为马，医生僭越法官的权力，公民基本权利丧失司法保护。

立法：精神病学专家垄断立法资源，导致利益失衡和异议程序缺失

我国的精神卫生立法始于1985年，至2010年已历时25年。虽然其间数易其稿，但《精神卫生法》依然未能出台。在《精神卫生法》难产的同时，地方的精神卫生立法却不断出现，目前中国已有六部地方《精神卫生条例》。这些《条例》的出台存在明显的共性：由卫生部门牵头起草、专家组成员大部分为医生，精神病专家垄断了精神卫生立法资源，导致医生及医疗机构的责任被缩小，权力被放大。

2009年《精神卫生法(征求意见稿)》(以下简称“《意见稿》”)基本是对现行收治制度的确认。就“拒绝住院权”而言，《意见稿》第二十六条规定了自愿住院原则，但又同时规定医生认为需要住院时，“由患者或者其监护人办理住院手续”。监护人意愿可以取代患者本人意愿，从而使患者彻底丧失自决权。同样，《意见稿》对异议审查也有规定，但其所提出的内部伦理委员会的审查仅仅是“自己做自己的法官”，缺乏第三方独立机构的异议审查，无法达到真正意义上的纠错效果。

建议：保护当事人诉权，填补精神科医师的职业伦理空白

报告针对制度缺陷分析，提出了五点建议。其中核心建议是保护当事人的诉权，即建立有效的异议机制和推广法律代表制度。

通过渐进式的推进，为非自愿收治的对象提供一套有效的异议机制。就短期而言，有民事法庭速裁机制卫主管部门处理投诉可供使用；就长期而言，应设立常规性的个案司法审查制度。同时，为非自愿住院病人提供法律服务。短期而言，有能力自己委托律师的，不能否定“病人”委托律师的权利；长期而言，应依据《残疾人权利公约》和《残疾人保障法》，把法援范围扩展到所有的住院精神病人。通过异议机制和法律代表两个方面，保证当事人的诉权得以完全实现，从而获得有效的司法保护。

报告还建议，民政部门应当以监护人的身份对流浪精神病人实施救助。对肇事肇祸的精神病患者进行强制收治的决定权由公安机关改为法院行使，确保当事人诉权。

最后，报告呼吁尽快落实世界精神病学学会关于职业伦理标准的《马德里宣言》，填补中国精神科医师职业伦理规范的空白。

目录

摘要	3
目录	9
第一章 概述	12
一、精神病人人数庞大	12
二、财政投入严重不足	12
三、司法保护有规定、未落实	13
第二章 精神病收治典型案例	14
第一节 该收治而不收治	14
第二节 不该收治的被收治	17
第三节 结语	23
第三章 精神病收治制度缺陷	22
第一节 卫生系统收治制度缺陷	24
一、收治标准过低、范围过宽	25
二、收治无正当程序，无司法介入	25
三、不承认有病者无权拒绝住院	26
四、“监护人”自动产生，且权力无限	26
五、出院程序——“谁送来，谁接走”	27
六、住院期间没有任何救济渠道	27
七、出院后司法救济失灵	28

八、 精神损害赔偿数额非常低	29
第二节 公安机关强制收治制度缺陷	29
一、 不经任何司法程序，当事人无异议权	29
二、 政府只在“必要的时候”进行强制医疗	30
第三节 民政机关收治制度缺陷	31
第四节 制度缺陷原因分析	31
第四章 现行精神病收治行规的三个“指鹿为马”	33
“指鹿为马”一：非自愿住院不是人身自由强制措施	33
“指鹿为马”二：将非自愿住院定性为“自愿治疗”	34
“指鹿为马”三：把判断行为能力的法律标准偷换为医学标准	35
第五章 精神卫生立法的现状与趋势	37
第一节 我国精神卫生立法历史沿革	37
第二节 2009年《精神卫生法(征求意见稿)》的主要问题	38
一、 非自愿住院制度没有实质改变	38
二、 缺乏有效的异议机制	38
第三节 精神病医生的跛足立法	39
一、 主观上缺乏保护精神病人权益的意愿	39
二、 客观上能力不足，难以聚合社会资源	39
第六章 建议	40
第一节 核心建议	40

一、异议审查机制	40
二、法律代表和法律援助	40
第二节 其他建议	41
结语 《精神卫生法》何去何从？	42
后记	43
附录 1：24 案例摘要	22
附录 2：相关法律索引	51
精神卫生法	51
中华人民共和国残疾人保障法	57
残疾人权利公约	64
保护精神病患者和改善精神保健的原则	78
精神科医生的道德准则—WPA 的马德里宣言及补充	85

第一章 概述

一、精神病人人数庞大

中国疾病预防控制中心 2009 年初公布的数据显示，我国各类精神疾病患者人数在 1 亿人以上。另有研究数据显示，我国重性精神病人人数已超过 1600 万。¹ 根据世界卫生组织的研究，精神病发病率已占我国所有疾病发病率总数的 20%，而全世界的平均水平为 10%。此外，世卫组织还预测未来 20 年中国的这一比例将增长至 25%。²

二、财政投入严重不足

与高发病率形成鲜明对比的是国家经费投入过少。国外精神卫生投入占卫生总投入的比例约为 20%，而我国仅有 1%。这有限的投入却要负担起占有所有疾病 20% 的精神疾病。³

财政投入严重不足使我国目前仍有 70% 左右的精神病患者没有接受有效治疗。⁴ 以经济相对发达的广东省为例，该省仍有七个地级市没有地市级精神病院。⁵ 从广东省局部地区的数字来看：广州市有 80% 的重症患者得不到治疗；⁶ 清远市有 90% 的患者得不到治疗；⁷ 茂名地区虽有大约两万名重症患者，但目前只有 500 多人得到收治。⁸ 广东省作为经济总量全国第一的省份，财政投入尚不能满足基本的精神卫生治疗需求，由此可以看出我国精神障碍患者的治疗率很低。

2010 年 6 月 19 日，卫生部副部长尹力在全国社会治安综合治理工作会议上表示，在医改中，贫困高危病人接受免费门诊治疗只有 4.5 万人，贫困高危病人接受免费住院治疗只有 7000 余人。⁹ 而得不到免费治疗的患者基本上只能由家庭负担费用。精神病人的一般住院时间为 1-3 个月，如果住院三年以上需花费 14 万元以上的住院费，给家庭造成沉重的负担。¹⁰ 另据一份对 400 例精神疾病患者基本生活状况的调查显示，46.50% 的患者自费治疗，同时又有 35.00% 的患者收入极低或者无业，家庭生活极为困难。¹¹

¹ 2010 年 05 月 29 日，《瞭望新闻周刊》，“研究显示我国精神病患超 1 亿，重症人数逾 1600 万。”

<http://www.chinanews.com.cn/jk/news/2010/05-29/2311755.shtml>。

² 吴湘韩：《中国精神科医生严重短缺》，载《中国青年报》，链接：<http://news.qq.com/a/20070528/000057.htm>

³ 2010 年 05 月 29 日，《瞭望新闻周刊》，“研究显示我国精神病患超 1 亿，重症人数逾 1600 万。”

<http://www.chinanews.com.cn/jk/news/2010/05-29/2311755.shtml>。

⁴ 2010 年 04 月 22 日，《北京晚报》，“中国 7 成精神病人未受有效治疗，法律仍空白”，链接：

<http://news.qq.com/a/20100422/002426.htm>。

⁵ 《把精神病问题当做公共问题来抓》，载《南方日报》，2009 年 6 月 16 日第 A02 版。

⁶ 张小磊：《广州重症精神病患者获治仅两成 昂贵医疗费成主因》，载《羊城晚报》，链接：

<http://www.chinanews.com.cn/jk/jk-hyxw/news/2010/05-05/2263882.shtml>。

⁷ 邓薇：《广东清远全市仅 10% 精神病人就医》，载《南方日报》，链接：

http://news.hangzhou.com.cn/gnxw/content/2010-05/26/content_3290955_2.htm。

⁸ 项仙君、廖美娜：《一所精神病院的生存之困》，载《南方日报》，2010 年 6 月 15 日第 A07 版。

⁹ 新华网：《中国将提高重性精神病人治疗率以防其肇事肇祸》，链接：

http://news.dayoo.com/weather/201006/21/62199_13077324.htm。

¹⁰ 娄振春、吴锐源：《3925 例精神病患者住院费用调查分析》，载《卫生经济研究》2009 年第 1 期。

¹¹ 刘萍：《精神疾病患者 400 例基本生活状况调查分析》，链接：

<http://www.studa.net/Clinical/071004/16224655-2.html>。

除了疾病和经济的压力之外，精神病患者及其家属还常遭受着各种社会歧视。而一些重症精神病患者或者被锁在家里，或者被遗弃，或者流浪街头。精神病人肇事肇祸案件也时有发生。总之，我国精神卫生问题已经成为严重的社会问题。

三、司法保护有规定、未落实

根据《残疾人权利公约》、联合国《保护精神疾病患者和改善精神保健的原则》以及中国《残疾人保障法》，精神病人有获得司法保护的权力。但在现实中，这种权利往往得不到有效落实。

《残疾人权利公约》第十三条 获得司法保护

一、缔约国应当确保残疾人在与其他人平等的基础上有效获得司法保护，包括通过提供程序便利和适龄措施，以便利他们在所有法律诉讼程序中，包括在调查和其他初步阶段中，切实发挥其作为直接和间接参与方，包括其作为证人的作用。

二、为了协助确保残疾人有效获得司法保护，缔约国应当促进对司法领域工作人员，包括警察和监狱工作人员进行适当的培训。

联合国《保护精神疾病患者和改善精神保健的原则》 原则 18

1、患者有权选择和指定一名律师代表患者的利益，包括代表其申诉或上诉。若患者本人无法取得此种服务，应向其提供一名律师，并在其无力支付的范围内予以免费。

4、提交的病历及任何报告和文件的副本应送交患者及其律师。

中国《残疾人保障法》 第六十条

第六十条 残疾人的合法权益受到侵害的，有权要求有关部门依法处理，或者依法向仲裁机构申请仲裁，或者依法向人民法院提起诉讼。对有经济困难或者其他原因确需法律援助或者司法救助的残疾人，当地法律援助机构或者人民法院应当给予帮助，依法为其提供法律援助或者司法救助。

第二章 精神病收治典型案例

诚然，医疗资源严重匮乏，是解决我国精神疾病问题的桎梏，但片面强调公共投入不足，则会掩盖另一个更加严重的问题：资源配置错位。一方面，应当被收治的患者由于无力支付医疗费而得不到治疗，部分患者危害公共安全；另一方面，无需收治的公民被送往精神病院，接受不必要的治疗。两种情形都非常严重。

第一节 该收治而不收治

案例 1. 海口精神病人刘亚林杀童案

2009年，刘亚林在海南海口杀害了一名8岁的女童并残忍碎尸。由于刘亚林被鉴定患有精神分裂症，因此对该案不负刑事责任。

其实，在刘亚林到海南之前，他就在老家广东化州杀害过两位老人。此外，他还持刀砍过一个女童的耳朵。但化州警方在破案并鉴定刘亚林为精神分裂症患者之后，没有将他送入精神病院，而是交由家属看管。刘亚林的哥哥，即他的指定监护人，难以看护有明显暴力倾向的刘亚林，也没钱给他治病，只好把他带到海口遗弃。

刘亚林在海口杀害女童后，警方再次让他的家人把他带回家看管，而不进行强制收治。这让人很难接受：“刘亚林有明显的暴力倾向，并残忍地杀害了三个人，这样的‘武疯子’为什么没有管起来呢？难道就这样任凭他杀人，抓了又被释放，释放后又杀人吗？”¹²

案例 2. 广东精神病人陈建安弑兄案

2009年初，陈建安在家因看电视与哥哥发生口角，把哥哥杀害了。事发后陈建安被警方抓获，司法鉴定陈患有精神分裂症。警方没有将陈建安送入精神病院，而是将他送回家，嘱咐家人严加看管。

其实在杀害亲哥哥之前，陈建安就有了精神障碍的症状，经常拿棍子乱打人，但是他没有参加农村合作医疗保险，他的弟弟帮他申请过低保但得不到回音，所以陈的病情持续恶化而得不到治疗。

杀害哥哥后，陈建安被警方放回家，村民知道后纷纷到村委去要求把陈送到精神病院，结果村镇各出3000块钱把陈建安送进了精神病院。但让村民发愁的是，6000块钱只够陈建安在医院住3个月，之后怎么办？难道让他再回来？¹³

案例 3. 跑三处无法安置一个流浪精神病人

2009年4月9日，海口市有市民报警请求救助一名街头流浪精神病人，但民警并不理睬，后来纪检部门知道了才将她送到海南省安宁医院收治，而省安宁医院以病人过多没有床位而婉拒了。医院表示，公安机关收送流浪人员不管是否是精神病人，也没有弄清家属及籍贯，都统统送往安宁医院，而已经送来的精神病人中，有的已经可以出院，但却没有一个部门来为他们办理出院手续。到底谁来为这些流浪精神病人负责？医院认为自己承受着巨大的经济压力。

民警后将流浪精神病人送到省救助站，省救助站也以该站没有条件收容精神病人为

¹² 廖自如：《杀害海口8岁女童凶手供述：想杀掉4个女孩》，载《海南特区报》，链接：

<http://www.hinews.cn/news/system/2010/01/22/010716123.shtml>。

¹³ 《等待救治的精神病人和精神病院》，载《南方日报》，链接：http://news.qq.com/a/20091107/000662_1.htm。

由拒绝。而后，他们又将精神病人送往海口市民政局，但民政局也无法解决安置问题。第二天，民警第二次将病人送往安宁医院，安宁医院仍以床位不足为由拒收。结果那名流浪者就一直坐在安宁医院门口。¹⁴

案例 4. 精神病画家杀害邻居 家属监护人被判 106 万

画家曲某离婚数年后患上精神分裂症，偷偷背着家人从山东来京。去年 6 月，他将与自己发生口角的一家 3 口残忍杀害，因无责任能力未被追究刑责。通州法院近日一审判决曲某赔偿死者家属 106 万余元，财产不足部分由曲某的监护人负责。¹⁵

案例 5. 丈夫遭车祸患精神病 妻子无奈将其锁进铁笼六年

江苏宿迁的尤英在 25 年前与朱家虎结婚，但 1997 年的一场车祸让朱家虎成了“疯子”，到处伤人。尤英带着丈夫四处求医，花费八九万元都没有治好，自己也经常惨遭发病的丈夫毒打。无奈之下，她于 2004 年把丈夫锁进了铁笼的小平房，一关就是 6 年。接受采访时，左右为难的尤英数次泣不成声，她说：“我是没有办法，有办法谁愿意把自己的亲人关在笼子啊。”¹⁶

案例 6. 双胞胎姐姐捂死精神病妹妹

廖娟娟 2001 年患器质性精神障碍，在发病时有打人、毁物等症状，家人也多次受伤。为控制其发病时的行为，家人用铁链将其固定在床上。因多年治疗未愈，家庭为此花光了积蓄，其孪生姐姐廖婷婷为帮助母亲照顾廖娟娟的生活也被迫休学，曾为此服药自杀。

迫于经济压力，2007 年 8 月，廖娟娟被送至收费较低廉的四川省彭州市精神病医院治疗。住院期间，廖娟娟生活不能自理。同年 8 月 21 日晚，廖婷婷和父母等前往医院探望，她提出留在医院陪护并得到父母同意。随后，廖婷婷为廖娟娟擦洗了身体。次日凌晨 2 时许，廖婷婷用枕头将廖娟娟捂死在病床上。

2008 年 1 月，此案由彭州市人民检察院以廖婷婷犯故意杀人罪提起公诉，彭州市人民法院开庭审理后，2 月以故意杀人罪一审判处廖婷婷有期徒刑 3 年、缓刑 5 年。¹⁷

案例 7. 丈夫照顾精神病妻子 40 年 为结束妻子痛苦将其杀死

重庆的李佳友在结婚时就知道妻子患有精神病，仍承诺与其相伴一生，40 年来对其照顾得无微不至，妻子犯病时打不还手、骂不还口。为了照顾妻子，他放弃了事业的发展，也无法享受与儿孙一起生活的天伦之乐。

2009 年，妻子确诊为胆囊癌中晚期，李佳友仍坚持送妻子到医院治疗，期间予以悉心照顾。但妻子确诊后精神病情更加严重，时常打骂家人，2010 年 1 月 8 日，李佳友为结束妻子的痛苦将其杀死。案发后，亲友和邻居联名写信请求法庭从宽处理，李佳友的儿子也表示理解，说“我爸爸这么多年来一直饱受折磨”。¹⁸

¹⁴ 《民警把精神病人送到医院遭拒收》，载《南国都市报》，链接：

<http://news.sina.com.cn/s/p/2009-04-10/091317583327.shtml>。

¹⁵ 《精神病画家杀害邻居，家属监护人被判赔 106 万》，载《北京晚报》，链接：

http://news.dayoo.com/society/201010/03/53921_14065453.htm。

¹⁶ 《丈夫遭车祸患精神病 妻子无奈将其锁进铁笼六年》，载《扬子晚报》，链接：

http://www.js.xinhuanet.com/xin_wen_zhong_xin/2010-09/11/content_20874780.htm。

¹⁷ 《抑郁症姐姐捂死精神病妹妹》，载《广州日报》，2008 年 4 月 4 日，链接：

http://gzdaily.dayoo.com/html/2008-04/04/content_155727.htm。

¹⁸ 《丈夫照顾精神病妻子 40 年 为结束妻子痛苦将其杀死》，载《法制日报》，2010 年 8 月 10 日，链接：

类似案例：

- 1、2010年1月5日，云南信息报，《电台台长夫妇杀害精神病儿子，分判5年15年》；
 - 2、2007年7月16日，兰州晨报，《女儿患精神病打骂村民，父母将其“处死”》；
 - 3、2010年8月31日，重庆晚报，《22岁青年杀死精神病母亲后自首》；
 - 4、2003年5月2日，中国法院网，《精神病儿家中施暴伤人，四亲人不堪忍受“大义灭亲”》；
 - 5、2008年2月27日，深圳特区报，《杀害患精神病妻子，男子被控故意杀人》；
 - 6、2009年1月25日，重庆晨报，《男子制造自杀现场杀害精神病妻子，获村民同情》；
 - 7、2010年3月8日，红山晚报，《男子患精神病后好吃懒做找小姐，遭生父棒杀》；
 - 8、2010年7月3日，钱江晚报，《妻子患精神病随便砍人，丈夫将其杀死后焚尸》；
 - 9、2010年6月12日，生活日报，《泰安男子杀死亲生儿子事件追踪，抛硬币决定儿子生死》；
 - 10、2010年1月8日，重庆晨报，《丈夫照顾精神病妻子40年，为结束妻子痛苦将其杀死》；
 - 11、2010年4月29日，中国新闻网，《母亲勒死患精神病儿，90多位亲朋联名上书求情》；
 - 12、2010年3月4日，正义网，《男子求解脱杀死精神病妻子并焚尸，行凶前上网“取经”》；
 - 13、2007年8月，华商报，《丈夫杀死精神病儿，妻子涉嫌包庇不够刑责被释放》；
 - 14、2002年8月3日，中国法院网，《将精神病儿子杀死，痛心老汉一审被判10年》；
 - 15、2008年5月11日，中国台州网，《仙居抑郁症父亲杀死精神病儿子》；
 - 16、2004年3月5日，现代金报，《怕日后受拖累，宁波一母亲杀死患精神病的女儿》；
 - 17、2000年7月，内蒙古赤峰，《不堪忍受正常生活被干扰，哥哥合谋杀死精神病弟弟》；
 - 18、2006年12月17日，福建厦门，《老太太杀死精神病儿子，称为社会减轻一点负担》；
 - 19、2001年3月28日，河北遵化，《先灌鼠药后挥棍棒母亲杀死精神病儿》；
 - 20、2007年8月，陕西咸阳，《陕西教师杀死精神病儿子，自称先下手为除害》；
 - 21、2010年1月，火凤网，《精神病女儿折磨家人，亲生母亲投毒求解脱》；
 - 22、2010年2月13日，南京晨报，《八旬老汉亲手掐死妻子，嫌其精神病拖累自己》；
 - 23、2009年7月，浙江平湖，《精神病儿子频繁发病打伤人，老父不堪忍受杀子》；
 - 24、2008年12月，四川成都，《精神病儿子家中打人，离休老干部将其杀死》；
 - 25、2006年7月，江西吉安县，《妻子患有精神病，吉安县一男子结婚3天杀死新娘》；
 - 26、2005年1月25日，山东青岛，《愚昧父亲为给儿子冲喜杀死患精神病女儿》；
 - 27、2004年5月26日，南方都市报，《孤寡老头长期关押并拐卖女精神病人罪恶调查》；
 - 28、2008年4月4日，广州日报，《抑郁症姐姐捂死精神病妹妹》；
 - 29、2010年8月11日，广西新闻网，《精神病男子追打母亲后被捆17小时，捆绑后又遭烫伤》；
 - 30、2010年8月16日，南方农村报，《精神病母亲遭夫家抛弃，捡垃圾养活女儿》；
 - 31、2010年9月2日，市场星报，《精神病少年被父用铁链锁住，逃脱后流浪近百里》；
 - 32、2010年9月2日，北京晨报，《丈夫抛弃患有精神病妻子不付抚养费，被拘留15日》；
 - 33、2010年9月6日，昆明日报，《昆明男子患精神病无钱治疗，家人用铁链拴30年》；
 - 34、2010年9月8日，重庆晨报，《精神病儿子伤人被送回家，父亲把他扔在镇政府不管》；
 - 35、2010年9月11日，扬子晚报网，《丈夫遭车祸患精神病，妻子无奈将其锁进铁笼六年》；
-

<http://www.gxnews.com.cn/staticpages/20100810/newgx4c613b25-3174329-1.shtml>

此类该收治而不收治的案例的共性是：**家庭监护责任过重，社会救助严重不足。**

长期以来，我国形成的现实特点是：精神病治疗主要由家庭系统支持，19 国家未将精神障碍的救治当作政府责任，绝大多数精神病人由家人负责看管并居家治疗。

一个病人一个疗程（一般为 1-3 个月）的治疗费用约为 3500 元，几个疗程下来，将是数万元的负担。而精神病是一种特殊的慢性疾病，治疗周期长、易复发，患者需要长期甚至是终身服药及治疗，²⁰ 这对许多家庭来说都是沉重的负担。

家属一则缺乏必要的医护知识和技能，二则没有时间和精力来照顾患者，三则难以支付高昂的医疗费，难以承担起监护责任。如果没有社会支持，患者可能被锁禁、遗弃、甚至杀害。

目前这种情况有所好转。越来越多的地区开始为精神障碍患者提供医疗保险，或者给予报销医药费，或者免费派发精神药物。杭州的地方法规还作出了比较先进的规定：对于精神病人造成的人身伤害，本人及监护人确实无力承担赔偿责任的，受害人可向政府申请补助。对患者及其家庭而言，这些措施无疑是社会给予的有力支持。但就全局而言，绝大多数应该被收治的患者及其家属由于无法获得社会救助而处境悲惨。

第二节 不该收治的被收治

案例 1. 江苏朱金红案

朱金红系江苏南通人，她在国内置有三处房产，价值 600 余万元，之前一直由母亲唐美兰代为打理。2007 年朱金红失业回国，准备收回三处房产亲自打理。

2008 年 12 月和 2009 年 5 月，在北京处理房产事宜的朱金红两次遭遇由母亲唐美兰携姐姐、姐夫以及陌生男子参与的疑似“绑架”，两次都惊动了当地警方，唐美兰对出勤民警称女儿有精神病。所幸有热心人士帮助，朱金红得以逃脱。

2010 年 3 月 8 日，唐美兰带人把朱金红绑到南通市第四人民医院接受住院治疗。在朱金红被送入医院的第二天，唐美兰就向当地法院提起诉讼，要求确认“朱金红无完全民事行为能力”，以期得到其名下的房产。

朱金红在院中找机会向朋友、同学求救，通过他们联系到了代理律师沈如云。由于唐美兰不允许朱踏出医院一步，朱无法出庭应诉，由律师代表出庭。开庭时唐美兰一方否认朱金红的代理律师的代理资格，合议庭认为朱金红委托的律师具有代理资格。原告方因此在法庭上吵闹，中途无故退庭，导致该案以撤诉处理。

另一方面，朱金红在医院里写的求救信引起社会关注，央视《经济与法》栏目对此作了采访报道。在采访中，唐美兰称“（朱）如果不写（房产）委托书，就是病没好透，我是不可能把她接回来的”。社会上反响很大，许多热心人士呼吁医院放人，有关部门就如何放人问题多次召开由人大、政法委、法院、妇联等部门参加的协调会。

但这么多机构的努力，都输给了精神病院的行业规则：“谁送来，谁接走”。就连其他人能否去医院探视朱金红，都“必须得到朱金红监护人的同意”。因此，医院坚持只要唐美兰不同意，其他任何人来都不能接朱金红出院，也无权探视。

9 月 14 日，迫于巨大的社会压力，医院向唐美兰发出律师函，要求她“履行监护人的职责和义务，尽快来为朱金红办理出院手续”。唐美兰拒收律师函。医院称将把律

¹⁹ 《三联生活周刊》：“关注精神病人的社会困境”，链接：

<http://news.sina.com.cn/c/2002-03-13/0730506124.html>。

²⁰ 黄新华：《精神病人救助方式探讨》，链接：<http://js.jxdpf.org.cn/Html/WebDataViews.Asp?id=1707>。

师函陆续投向朱金红的父亲、两个姐姐，并称如果亲属都拒绝履行职责，朱金红所在的街道办将成为她的“监护人”。²¹

正当大家都对朱金红短时间内出院不抱希望时，唐美兰突然同意接她出院。14日下午，朱金红出院。此后，朱金红被软禁在家中，护照、身份证、银行卡等重要证件都被唐美兰控制。

案例 2. 广州何锦荣案

何锦荣是广州的千万富翁，名下有 4 家化工企业。2005 年 12 月 20 日深夜，何锦荣正坐在家中悠闲地看报纸，突然一阵急促的敲门声响起，他打开门一看是妻子陈某。突然，两个陌生人冲进来对着何锦荣迎面就是一拳，接着，他们用手卡住脖子将他绑起来，并带到一辆白色面包车里，随即送往广州市脑科医院。进了医院门口，何锦荣才反应过来，原来自己是被妻子送到精神病医院强行收治，绑他的是两个护工。他急忙向医生解释自己没有精神病，是妻子在泄愤报复，陷害自己。但他的解释没有得到医生认可。随后，他被送入重症患者关押区，绑在铁床上，与其他精神病人关在一起。广州市脑科医院组织主治医生进行会诊，认为何锦荣可能患有偏执性精神障碍。

第二天，在一位好心医生的帮助下，何锦荣通过电话向哥哥、母亲呼救。之后，他家人赶到医院，并立即报警，强烈要求放人。院方向何妻发出律师函，要求履行监护职责，遭何妻拒绝。面对何母的恳求，院方要求出示母子关系的公证文书。年过 80 岁的母亲拿出公安出具的母子鉴定，甚至向医生下跪请求，但院方仍以需征得何锦荣的第一监护人（何妻）同意为由，拒绝放人。住院后第三天，妻子陈某便带着律师来病房，要求他签署全权委托书，委托妻子处理公司的全部资产，何锦荣断然拒绝。当时，何锦荣是四家化工企业的法人代表，每天都有大量财务账目和合同需要打理，公司员工只好把这些拿到病房，隔着栏杆让他签署。直到 2006 年 1 月 20 日，何锦荣才被允许由母亲和哥哥接出院。

2006 年 5 月，何锦荣向广州市荔湾区法院起诉广州脑科医院，要求医院公开道歉，并赔偿精神损害抚慰金及其他费用 100 万元。2007 年 4 月，法院判决何锦荣败诉，理由是被告的行为未违反法律规定。

何锦荣不服，上诉至广州市中级人民法院。2008 年 2 月，广州市中级人民法院裁定发回重审。原审法院要求重新对何锦荣进行精神障碍鉴定。2010 年 3 月，来自北京的精神科专家鉴定何锦荣精神正常。但广州脑科医院随即召开记者发布会，坚称何锦荣有精神障碍，要求对其重新鉴定。²²

案例 3. 深圳邹宜均案

2006 年 10 月 21 日清晨，邹宜均的哥哥邹剑雄以为父亲扫墓为由，将邹骗到深圳宝山墓园，然后与雇来的五六个人，以手铐、纸箱、眼罩、注射麻醉药等暴力手段，将其强行送至白云心理医院。邹宜均被迫在白云心理医院接受了五天的强制住院治疗，在此期间，她被剥夺了通讯自由，并被强行注射和被迫服用精神药物。不仅如此，家人还让邹以“韩丽”的化名入院，以至于邹预先委托的代理律师黄雪涛向公安机关、法院、检察院等多个部门求助，都无法获知邹的下落。

²¹ 朱金红案案情摘自《扬子晚报》的系列报道：《母亲被指为获取女儿房产将其送进精神病院》（链接：<http://news.163.com/10/0913/03/6GEA804300014AED.html>）；《若再不接女儿，将由第三方代领》（链接：http://epaper.yangtse.com/yzwb/2010-09/14/content_195589.htm?div=-1）；《母女蹊跷和解，朱金红昨天下午闪电出院》（链接：http://epaper.yangtse.com/yzwb/2010-09/15/content_196141.htm?div=-1）。

²² 资料来源：《南方都市报》、《法制周报》、《广州日报》。

邹宜均被医院收治后，其银行里的财产被划到了她母亲账号上。在医院里，邹宜均借用别人手机联络到律师。律师拿着邹宜均亲笔签署的委托书，要求与当事人会面，请求被白云心理医院拒绝，理由是“谁送进来的，我们医院只对他负责”。2006年10月23日，邹宜均被关押的第三天，当地媒体就其遭精神病院收治的报道刊出，白云心理医院在舆论压力下，遂通知律师同意邹宜均出院。但医院安排邹宜均出院的计划，遭到邹母及其哥哥的强烈反对和极力阻拦，哥哥邹剑雄对医院经理邹林峰说：“医院敢放人的话，就追究医院违约责任。”医院遂安排对邹宜均进行会诊，专家根据邹宜均家人的描述与邹进行短暂的会谈，认定邹宜均患有“双相精神障碍”（躁狂，抑郁，或两者交替出现），并于10月25日与邹的家人召开记者招待会，描述邹宜均的私生活，力主邹宜均患有精神障碍。记者招待会后，邹剑雄将邹宜均从白云心理医院转至中山埠湖医院，迫使邹在封闭状态下，继续接受了三个月的住院治疗。

3个月后，邹宜均出院获得自由后，随即向派出所报案，家人遂将她赶出家门。邹宜均为了避免再次被送入精神病院，只好远走高飞，成为北漂一族并毅然出家。2009年邹宜均决定提起诉讼，起诉广州市白云心理医院及家人，希望法庭对非自愿收治做出是非判断。在法庭上，被告律师质疑邹宜均的原告资格，认为邹宜均曾经被诊断为精神病人，是否具有诉讼行为能力仍然是一个疑问，向法庭提出对邹宜均做精神鉴定，法官驳回了被告的请求。庭审中，白云心理医院强行收治的过程及其行为的合法性成为各方当事人争论的焦点，亲属以监护人身份签署的《委托治疗同意书》是否有效成为了案件的关键。2010年4月，邹宜均申请撤诉，此案暂时告一段落。²³

案例 4. 皮革大王王敏案

王敏是全球规模最大的猪皮革产销企业掌门人，资产过亿。2007年3月10日，王敏的弟弟王怀等人请他赴温州参加董事会。当天下午，王敏被弟弟接到了母亲家中。这时，房内突然冲出几个大汉，将王敏按倒在地五花大绑，送到温州精神病医院（也称民康医院），并立即办理了入院手续。

根据民康医院向温州市民政局递交的《王敏住院经过汇报材料》，王敏于2007年3月10日16时，在其母亲（蔡爱华）陪同下，门诊拟以‘双向情感障碍’收住该院。入院后王敏表现情绪激动，不承认有病，并拒绝治疗。3月12日王敏的妻子来院，否认患者有病，医院考虑到妻子是王敏的第一顺序监护人，遂同意王敏出院。下午妻子通过特警护送王敏出院。

从这时开始，王敏就不敢独自一人回温州平阳的老家，每次出行都有数名保镖护送。

与此同时，王敏的第二代身份证被弟弟王怀冒领，原本在王敏名下的5000万股公司股权已被完全转移到兄弟及姐姐王怀、王楚、王萍等人的名下。这5家企业的注册资金总额为10291.8万元人民币，年进出口额12亿元。²⁴

案例 5. 上海温秀琴案

邱国师是台湾商人，与温秀琴结婚近19年，育有三名子女，因邱国师赴上海投资设厂，举家迁居上海。九年前，夫妻感情恶化，邱国师急于离婚，但温不同意，因而，夫妻关系长期陷于紧张，温则另在上海市开设一家面包工厂。

²³ 资料来源：《新快报》、《广州日报》、《南方都市报》的相关报道。

²⁴ 《皮革大王被强送精神病院，5000万股股权离奇易主》，载《广州日报》，链接：<http://news.sina.com.cn/s/2009-07-07/040318167021.shtml>。

2001年9月23日，邱国师佯称温有精神障碍，向上海市精神卫生中心申请出诊。医师、两名男护士及一名女护士到温开设的面包工厂，强行押送她到精神卫生中心留置、治疗。邱以监护人名义签署住院同意书，要求精神卫生中心将温关起来。

三天后，温趁家属探视的机会打电话向大女儿求救。温的胞姐温雪香获悉妹妹“被囚”，立即透过海基会与海协会协助，在上海市台湾同胞投资企业协会会长叶惠德保证下，温秀琴终于被释放，并返回台湾控夫恶行。

诉讼中，邱某辩称他是基于善意才送妻子就医，是医生率领护士强押妻子住院的。台湾高等法院日前宣判，邱国师依妨害自由罪判处1年2个月有期徒刑。²⁵

案例6. 河南徐林东案

从1997年开始，河南漯河农民徐林东和张桂枝从当地乡镇政府逐级上访到北京。2003年10月，大刘乡政府几名工作人员从北京把徐林东接回漯河，并将他送进了驻马店市精神病院。他在驻马店市精神病院被强行捆绑48次，电击54次。

驻马店市安康法医精神病司法鉴定所在2003年11月25日出具的一份鉴定书认为：徐林东属于偏执性精神障碍，建议住院治疗，加强监护。但是医院里很多医生都知道他没有精神病，还劝他不要去告状了，这样才能出院。

2009年12月，徐林东被大刘镇政府工作人员从驻马店市精神病院转移到漯河市精神病院。漯河市精神病院院长赵建华坚持认为徐林东有精神障碍，因为他们有徐的转院证明和精神障碍鉴定书，还说有给徐做过会诊。但是，从该院1993年至今收治的1.19万名患者的专家会诊结果来看，这些人里没有一个人不是精神病人。虽然病历显示徐林东一切正常，医院最后的初诊结论仍为“偏执性精神障碍”，主要依据是：“在思维、逻辑方面存在诡辩，主要是围绕宅基地官司进行诡辩，内容空洞，无发现有思维连贯性方面及思维活动形式方面障碍，在思维内容方面，存在有被害妄想，坚信自己败诉是乡政府、公安局、法院联合起来陷害他，说他打官司会一直打下去，因而无自知力。对打官司特别有信心，说只要一出院就会继续上访、告状，也有能力继续告下去，无消极言行及冲动伤人行为。”

值得一提的是，2007年7月，即徐林东被关进驻马店精神病院4年多后，他的家属才通过其他村民知道他的下落。2009年大刘镇把徐林东从驻马店精神病院转到漯河市精神病院后，家属提出让徐林东出院，副院长丁红运当场拒绝：“那肯定不行，这得通过乡政府，你家属没这个权利。”丁红运又说：“因为徐林东反复去北京告状，影响到了乡政府，影响到了社会治安，所以才被送到了精神病院，这个事情只有通过政府协商。”²⁶

徐林东住院期间，每月花费医疗费1000多元，六年半下来花费近10万元，这笔费用是大刘镇政府从民政救济款中拨付。

2010年4月底，“徐林东事件”被曝光，伪造了徐林东入住精神病院所需的有关证明的三位政府工作人员被免职。经过新任领导的同意，徐林东才得以走出他住了六年半的精神病院。

²⁵ 《台商为求离婚囚妻疯人院》，载香港《大公报》，链接：

<http://www.zaobao.com/special/newspapers/2006/02/takungpao060205.html>。

²⁶ 本案案情摘自：王怡波：《村民替邻居状告乡政府被关精神病院六年半》，载《中国青年报》，2010年4月22日；李继锋：《河南农民徐林东“被精神病”六年半》，载《南都周刊》，2010年第16期；秦亚洲：《“被精神病”六年半续：多人因上访被关》，载《瞭望新闻周刊》，链接：

http://news.qq.com/a/20100608/000574_1.htm。

案例 7. 北京陈森盛案

陈森盛是中石化下属单位的员工，化工研究院的领导多次逼迫陈下岗、退休。到1995年10月11日，化工研究院更是在未通知亲属的情况下，将陈强行送治精神病院，并以“组织保管”的名义扣留了全部存折、身份证、结婚证、户口本和债券等。自从被强制送进精神病医院，13年，共计4723个日夜，陈森盛都在北京回龙观医院接受治疗。被诊断为精神分裂症偏执型患者后，陈森盛的话被认为是疯人痴语。化工研究院认为自己是受陈兄的委托，单位送治的行为是合法的。1995年10月11日的入院记录显示，陈的远近记忆未见减退，智力未见缺损，专业知识佳，理解力和抽象力均佳。病历显示，住院一年之后，陈森盛病情好转，具备出院条件。

1996年12月，医生作出明确诊断，“应该是家庭干预，争取社会、家庭支持，使患者在间歇期内有重返社会的可能，以期进一步康复的可能。”陈森盛配合治疗，一心期盼着出院。其妻子及其胞妹也在精神病院之外四处奔忙。但是，医院称，入院登记表上写着“有事找单位”，医院是执行“谁送来，谁接走”的制度。2008年6月3日，陈在上厕所时摔跤导致股骨骨折。卧床三个月后，陈猝死，在死亡讨论的记录中，多数医生认为，猝死与心源性因素有关，长期服用精神类药物氟氮平，可能引起心脏方面的副作用。病历显示，陈共住院4723天，仅有五天停药。而这期间陈森盛的工资，共计47万元，被转入医院的账户，用于支付他的医疗费。²⁷

案例 8. 山东孙法武案

2007年7月12日，去北京上访的农民孙法武被山东省新泰市泉沟镇政府带回，但是，镇政府把他直接送到了精神病院。时任泉沟镇信访办主任的陈建法说他不能再去上访了，他有精神病。孙拒绝签字，随后被塞进一辆车送到泰安市肥城仪阳乡精神卫生中心。那次，老孙被“治疗”3个月零5天。在家人多方投诉，而老孙答应不再上访后，才被放出。

2008年10月19日早晨8时30分，在泰安汽车站等同伴的孙法武被一辆面包车强行带走，带他走的正是当时新泰市泉沟镇信访办主任安士智。他们把他被带进了镇派出所，关在一间屋里。第二天早上他又被送到新泰市精神卫生中心，孙拼命挣扎呼喊自己没病时，医生却说，“我管你有没有病，你们镇政府送来的，我就按精神病来治。”于是孙被押进病房区，然后又被人按倒在床上，手脚全被绑在床上，头也被蒙住，还被强制灌药、打针。第二天，孙醒来见到院长就要求出院，院长却说，谁送来的谁签了字，才能让你走，让你家人去找你们镇政府吧。但是，孙的手机被没收了，根本就联系不到家人。住院的20多天里，孙的母亲病危也不允许探视，直到母亲去世，他签下保证书后才获准出院送葬。在精神病院里，孙法武认识了一些同样因为上访被抓进去的人，他们家属都没有被通知精神鉴定，但政府却有鉴定书，新泰精神病院院长曾经对媒体证实，医院里很多病人是上访户，虽然一看就不是精神病人，但是因为政府有鉴定书，他们也不好说什么。

案例 9. 湖北彭宝泉案

彭宝泉于2010年4月9日上午拍摄了几张群众上访的照片后，被十堰市人民路派出所“抓捕”，送进派出所，并在10日凌晨两点被派出所送进当地的茅箭精神病医院，而家属竟被蒙在鼓里。13日，彭宝泉的家属得知他的下落后，向医院要人时，单位的

²⁷ 罗洁琪、李海艳：《难以飞跃的“疯人院”》，载《新世纪周刊》，2010年第15期。

领导才将彭带回单位谈话，要其“顾全大局”、“不再接受媒体采访”，并“保证人没事”。彭宝泉是被警察直接送进精神病院的，并未征得家属同意，甚至在送进去后有关方面也没有通知家属，并且不准家属一周之内探望。进入精神病院后，经过“医生四个小时的诊断”，认为彭属于偏执性精神障碍，并正在发病期，医院决定对其观察治疗。在医院里，彭宝泉越强调自己“没有精神病”，医生越认为他“病得不轻”。15日，十堰市政府还召开新闻通报会，宣称彭有精神病。通报会之后，政府才允许彭的家属把他接回家。²⁸

彭宝泉目前已向法院提出行政诉讼，要求确认当地公安分局将其强制送治的行为违法。在彭宝泉起诉获法院受理之后，十堰市公安局茅箭区分局也提交了答辩状称：事件发生伊始将彭宝泉带离，其不仅仅是一名拍摄者，更是一名参与者，所以对其是传唤而非限制人身自由；对于将其送精神病院，也仍称在调查过程中，认定其有偏执性人格障碍，属限定责任能力人，“本着对原告负责任的精神”，委托精神病院进行鉴定，经医院诊断也属于偏执性人格障碍，从而对其收治，因此认定自己的行为并不违法，是“原告认识错误”。²⁹

案例 10. 江西叶正生案

江西农民叶正生于2006年11月在贵溪火车站遭抢劫，受到惊吓的他拦住巡逻的110警车后要求民警送他回家，而民警认为叶正生的纠缠是精神失常，直接把他送进了精神病院。民警把他送进去后，连姓名、联系电话都没留就走了。在精神病院叶正生否认自己是精神病患者，而医院不予理睬，诊断他有狂躁性精神病，且强行搜走他身上的1万元现金当作医疗费用。在接下来的42天，叶正生被强制治疗。期间，他向院长下跪4次要求出去，也先后被打过。后来，叶正生靠许诺支付1000元成功自救。³⁰

可见，此类不该收治被收治的案例亦存在较为明显的共性：

第一，当事人被送治之前有完整的社会功能，能够独立工作和生活。诸如朱金红、何锦荣、王敏、邹宜均等人，与正常人相比，并无二致。隔离治疗是对其正常生活的破坏。

第二，送治人与被送治人有明显的利益冲突，隔离治疗使送治人获利。例如，朱金红与其母就房产的归属存在纠纷；何锦荣住院期间，被要求签协议把财产转移至其妻名下；温秀琴的丈夫力求与其离婚；徐林东、孙法武、彭宝泉则因牵涉上访，与当地政府存在利益冲突；邹宜均入院后其20万元个人财被转移至其母名下；王敏的5000万股股权被转移到其它兄弟姐妹名下等等。

第三，医疗机构从中获取商业利益。

第四，公众普遍认为当事人没有隔离治疗的必要，公众与精神科医生意见相反。隔离治疗是否必要，完全掌握于医院与送治人之手，当事人意愿被完全忽视。

²⁸ 洪启旺：《湖北十堰男子因拍摄上访被送精神病院》，载《羊城晚报》，链接：

<http://news.qq.com/a/20100411/001158.htm>。

²⁹ 《男子拍上访照片被送精神病院续：起诉警方获受理》，载《南方都市报》，链接：

<http://news.cn.yahoo.com/ypen/20100910/20349.html>。

³⁰ 《江西农民遭劫报警求救，被关进精神病院43天》，载《江南都市报》，2007年1月10日，链接：

<http://news.163.com/07/0110/12/34FN35MU00011229.html>。

第三节 结语

应该被收治的患者被拒之门外，不该被收治的个人却被收治，导致稀缺的医疗资源流向错误的对象。一方面，80%的亟需救助的重症患者得不到收治；另一方面，许多无需收治的个人却被送进精神病院，大量的金钱、人力、物力流向这部分人的强制医疗，使得原本匮乏的资源更加匮乏。

这种资源配置错误，是由非自愿住院治疗的商业化运作导致的。非自愿住院治疗由市场需求作导向，与医院经济利益挂钩，弊端丛生，危害极大。非自愿交易中，付款人与患者是不同的利益主体，隔离治疗可能是付款人的需求，而非“患者”的需求，也非公共利益的需求；而医疗机构只对付款人负责，则使得医疗机构的收治行为最终不是为了“患者”服务，而是为了付款人服务。

公众因此面临来自精神病院和未收治患者的双重威胁：应收治而不收治的精神病人威胁着公众的生命安全，精神病院收治程序的不规范则意味着任何人都可能随时失去人身自由。

该收治而不收治的情况下，患者、家属、无辜受害者的命运都极其悲惨。患者得不到救治，或被囚禁在牢笼里，或被家人遗弃，流落街头；患者家属不仅在经济上背负着沉重的负担，而且也最容易受到患者的伤害，还需要在患者伤害他人时承担赔偿责任；被患者伤害的无辜受害者及其家庭遭受飞来横祸，同样不幸。

不该收治而收治，使公众面临着“被精神病”的风险。不该收治的个人可以被轻易送进精神病院进行隔离治疗，意味着所有人都可能随时失去人身自由。

这种资源配置错位如果得不到纠正，即使投入再多的公共资源、建再多的精神病院、提供再多的床位都不能根本解决问题。

第三章 精神病收治制度缺陷

非自愿收治模式

非自愿收治，即广义上的强制收治，包含所有未经本人同意、以精神病为由实施的住院、治疗。

依据《北京市精神卫生条例》和《北京市精神疾病患者强制治疗实施办法》，目前非自愿收治基本上可以分为以下三类：

第一类是民事性质的收治。这种民事性质的非自愿收治包含两类，一类是由监护人或近亲属决定的住院、治疗（《北京市精神卫生条例》第二十九条），另一类是“医学保护性住院”，即“经诊断患有重性精神疾病的患者，诊断医师应当提出医学保护性住院的建议”（《北京市精神卫生条例》第三十条）。两类非自愿收治均由患者的监护人或者近亲属办理住院手续。

第二类是狭义的强制收治，又称保安性强制住院治疗，即由公安机关决定，对违反《刑法》或《治安管理处罚法》的精神病人实施的强制医疗；（《北京市精神疾病患者强制治疗实施办法》第二条）

第三类是救助性住院治疗，指由民政部门指定的精神卫生医疗机构对“三无”精神病人和有精神病的复员军人进行的收治

实施精神病收治的三大系统

我国精神卫生机构的设置总体上分为三类：

1. 卫生部门举办的精神卫生服务机构，是精神卫生服务的主体，提供面向全体居民的预防、治疗和康复服务；
2. 公安部门的安康医院，主要承担对违法犯罪的精神病人的收治、康复工作；
3. 民政部门举办的精神病福利机构，主要服务于“无法定扶养人和赡养人、无劳动能力和无生活来源精神病人（简称“三无”病人）和复员退伍军人中的精神病人和因特困精神病患者”。³¹

这三种系统收治模式，均存在不同程度的制度缺陷。这些制度缺陷不仅导致了由于资源配置不当而产生的双重问题（该收治的不收治，不该收治的收治了），成为社会公共安全和公共秩序的不稳定因素。而且也因为制度的缺陷，使得制度执行过程中弹性失当，或者直接侵害当事人及家属的权益，或者成为部分人谋取不当利益的工具。

第一节 卫生系统收治制度缺陷

精神疾病的防治工作主要由卫生系统下的精神卫生机构承担。“正常人被精神病”现象频发，主要源于精神病院所遵循的行业规则存在重大的制度性缺陷。

³¹ 张勇：《创建新型精神卫生体系的构思》，链接：<http://logistics.nankai.edu.cn/bbs/upload/张勇中文.doc>。

一、收治标准过低、范围过宽

卫生部 2001 年颁布的《关于加强对精神病院管理的通知》规定的精神病人入院收治指征包括“拒绝接受治疗者”和“严重不能适应社会生活者”。目前我国仅有的 6 部地方精神卫生条例在收治的实体标准上一般没有设置门槛,几乎所有患者及疑似精神病人都是收治对象。

根据卫生部 2007 年的《精神卫生宣传教育核心信息和知识要点》,精神疾病有 10 大类 72 小类近 400 种,老年痴呆症、焦虑症、失眠症、人格障碍、智力低下等都在其列。按照当前精神病收治的实体标准,这 400 多种精神疾病的患者都可以被收治。再加上“疑似精神疾病患者”也是收治对象,几乎所有人都可能被非自愿收治。

曾经有评论指出,精神病收治的标准有且仅有一个——确有精神病。³² 这是一种普遍存在的误解。因为精神病是一种特殊疾病,目前还没有精确的仪器可以进行指标性检测,只能凭借病史和临床表现进行诊断,在“患者”与“正常人”之间无法划出一条清晰的界线,许多人都处于“有病”与“没病”之间的灰色地带,精神绝对健康的人只是极少数。³³ 事实上,精神障碍不同于躯体疾病,如果患者自身不感到痛苦,所患精神障碍不损害身体健康且无伤害自己或者他人的可能,就可以不治疗、不住院,外人不宜干涉。³⁴

二、收治无正当程序:既无司法程序保护,又无医学评估要求

非自愿住院没有正当程序规范,不接受司法机关的审查。实践中,精神病院的行业规则也没有对收治程序做出要求。被送治人无法获得程序性保护。

1. 福建程天富案:程天富曾先后四次被自己的妻子送进龙岩市长汀新桥精神病院。第一次是他在火车站候车时,突然被精神病院的医护人员塞进车强行带走;第二次是他去新桥精神病院看望以前病友时,医生钟建辉将他强行关押在病区治疗;第三次和第四次是程天富夜里在家时,突然被医院接走。³⁵

2. 深圳邹宜均案:2006 年 10 月 21 日清晨,邹宜均的哥哥邹剑雄将其诱骗到深圳宝山墓园,然后与雇来的五六个人,以手铐、纸箱、眼罩、注射麻醉药等暴力手段,将其强行送至白云心理医院。在此之前,邹宜均已经独立生活,母亲和哥哥在送治前两周都未见过邹宜均的面。³⁶

3. 广州何锦荣案:2005 年 12 月 20 日,何锦荣妻子给广州脑科医院打电话,声称自己的丈夫疯了,请他们来收治何锦荣。脑科医院立刻派车前来,与何妻签订委托书。当天深夜,何锦荣在家中时,两个护工冲进来对着他迎面就是一拳,接着,他们用手卡住脖子将他绑起来,并带到一辆白色面包车里,随即送往广州市脑科医院。³⁷

³² 《精神病人收治标准应该只有一个》,链接:<http://news.163.com/10/0529/07/67R92URM00014AED.html>。
³³ 郭敬波、陈高龙:《“被精神病”频发凸现认定过程三大“病”》,载《工人日报》,2010 年 9 月 20 日,链接:http://news.xinhuanet.com/politics/2010-09/20/c_12587879.htm。
³⁴ 《“精神病人”非自愿住院亟待立法规范》,链接:<http://news.sina.com.cn/o/2006-04-28/09008810274s.shtml>。
³⁵ 《工会主席被妻 4 次强送精神病院被关 153 天》,载《东南快报》,链接:<http://news.163.com/09/0806/03/5G0JRAUU00011229.html>。
³⁶ 《女子被强送精神病院调查:病情认定被指不规范》,载《中国新闻周刊》,链接:<http://news.sina.com.cn/c/sd/2009-03-18/094617430877.shtml>。
³⁷ 陈球:《企业家与妻子吵架被其送入精神病院治疗 30 天》,载《南方日报》,链接:<http://news.sina.com.cn/s/1/2008-06-20/014715779404.shtml>。

可见，我国精神病院收治患者的程序无规范可言。医院无需进行医学诊断，也无需听取本人意见，甚至都无需见过当事人，仅凭送治人单方描述，即可进行强行收治。这种收治方式与绑架无异。

何锦荣出院后起诉广州脑科医院，一审被判败诉。广州荔湾区法院认为：“被告在原告（何锦荣）妻子电话诉被原告殴打并在公安派出所报警，要求被告上门接诊的情况下，派医疗专用车和医护人员上门接诊，属医疗服务行为。由于部分精神病的诊断和治疗均需一定时间，在原告对家属有暴力行为，家属反映原告有精神病史，要求给予原告住院治疗的情况下，被告将原告留院观察治疗，并未违反法律规定。”³⁸

三、否认公民拒绝住院的权利

医院以缺乏“自知力”为由，认定被送治人为无行为能力人。以《上海市精神卫生条例》为例，其第36条规定：“精神疾病患者行使知情权和决定权应当以其有自知力为前提。”根据该条例第47条，“自知力”是指对自己不正常的精神状态及病态行为的认识、理解和作出恰当表述的能力。

在现实的精神病收治过程中，如果一个人不承认自己有精神病，就是“无自知力”。简言之，以《上海市精神卫生条例》为代表的这类规范认为，否认自己有精神病的人，无权拒绝住院。这种规范在实践中被广泛运用：

1. 卫生部2001颁布的《关于加强对精神病院管理的通知》里，入院收治的指征之一即“**拒绝接受治疗者**”（即拒绝接受治疗者是收治的对象）；

2. 彭宝泉、孙法武、何锦荣、邹宜均、徐林东、王敏等众多案例中，当事人在医院里越是强调自己“没有精神病”，医生越认为他们“病得不轻”，医生们的说辞是：“**越不承认自己有病，说明病得越重**”。

3. 北大教授孙东东曾说：“精神病人他自己不承认自己有病，不可能自己到医院看病去。他要是自己能去医院看病，那就不是重症精神病了。”³⁹（他倾向于认为，否认有病、拒绝治疗者是重症精神病人）

四、付款人自动成为监护人，且权力无限

凡是被送进精神病院的人，均被医院视为“无民事行为能力人”，送治人被精神病院自动确认为“监护人”。医院擅自扩大监护人范围，将付款人视为监护人，且监护人可以代替被送治人行使决定权。由此，被送治的公民顿时丧失自决权。

第一，监护人自动生成。医院无视被送治人拥有完整的社会能力，无视其与送治人之间的利益冲突，自动人认定被送治人为无行为能力人，并确认送治人为其“监护人”。例如，朱金红案中，南通四院表示在无证据证明朱是完全民事行为能力人之前，就是无行为能力人，

³⁸ 广州市荔湾区人民法院民事判决书，编号：（2006）荔法民一初字第962号。

³⁹ 《谁被强送精神病院（下）》，载《中国新闻周刊》，链接：

http://www.360doc.com/content/09/0325/07/14381_2909629.shtml。

其母就是朱金红的“监护人”；在徐林东案中，大刘乡政府的领导，即与徐林东为“干群关系”的送治人，被医院当作“监护人”。

第二，监护人的权力无限。在现有的精神病收治制度下，监护人可以决定患者的一切事务，包括与外界的通讯、个人隐私、会见客人、处理私人财物、接受手术、参加科研活动和临床试验等。

第三，送治人的范围不限于近亲属。北大法学院教授孙东东曾指出，“严格地说，我国目前没有法律规定谁有权送治精神病人，也就是说，所有公民都有权送治，而精神病人也有权享受救治。”⁴⁰ 徐林东、彭宝泉等案例也证实了非近亲属也可送治。

五、出院程序——“谁送来，谁接走”

在出院程序上，我国精神病院遵循的行规是由送治人办理出院手续。即便当事人已具备出院条件，非经送治人同意，当事人也不得出院。

一般而言送治人即付款人，因此医院实际上仅对付款人负责。

1. 江苏朱金红案：

朱金红案曝光后，朱金红的亲朋好友和代理律师纷纷出马营救。南通市的人大、妇联、卫生局等机构还为此特地召开协调会，希望医院放人。尽管医院也认为朱金红已具备出院条件，但未经唐美兰同意，朱金红不能出院。四院院长张兵在接受采访时表示，这样的“死结”，都源于一个“行规”，那就是只有监护人可以将精神病患者接出院。他说在全国没有出台精神卫生法的情况下，都是严格按照这一已实行多年的“行业惯例”来执行的。

2. 北京陈淼盛案：

中石化下属北京化工研究院职工陈淼盛被单位送治。病历显示，其住院一年之后病情好转，具备出院条件。陈淼盛的妻子和其他亲属曾为使其出院多方奔走，都因单位不同意而失败。虽然医院承认陈具备出院条件，但仍坚持人是单位送来的，只能由单位接走。陈淼盛遂被困医院13年，至死未能出院。

3. 河南徐林东案：

徐林东的家属于其住院四年后方得知其下落，遂前往医院接人。医院以“谁送来、谁接走”为由拒绝。尽管家属奔波近三年，且媒体对此案广泛关注，但医院坚持拒不放人。最终在涉案的四位公职人员被免职且政府新任领导签字同意的情况下，徐林东才得以离开医院。

⁴⁰ 王跃西：《精神病人该由谁送治》，载《生命时报》，2006年12月19日，链接：http://paper.people.com.cn/smsb/html/2006-12/19/content_12135328.htm。

六、住院期间没有纠错机制

一旦被收治，没有医院以外的第三方机构受理被收治者提出的异议。这类缺陷在邹宜均案及朱金红案中充分显现出来。

邹宜均案：2006年，邹宜均被家人强行送到广州白云心理医院后，代理律师黄雪涛先后向派出所报案，向卫生局投诉，向检察院投诉，向法院申请立案，向信访办反映情况，但是这些机构都表示无从介入。

朱金红案：朱金红向社会发出公开求助信后，南通市的人大、政法委、法院、妇联等多次召开协调会，但是都找不到合适的渠道介入此案。

七、出院后司法救济失灵

1. 诉讼权利无保障

在非自愿治疗引发的侵权诉讼中，精神病医院往往以精神病诊断结果为由，否定当事人的诉讼行为能力。法院也经常以“无诉讼行为能力”粗暴地驳回起诉。这等于是利用“诊断结果”对当事人权利进行再次限制，阻碍当事人的事后救济。

重庆小玫案：江津姑娘小玫起诉曾强行收治她的医院，奔波两年都无法立案。该案被媒体报道后才被法院受理。医院认为小玫患有精神障碍，不具备独立的民事行为能力，所以她不具有原告主体资格。法庭当即表示只有进行司法鉴定，查明小玫是否有精神障碍，才能确定她是否有主体资格。⁴¹

上海周铭德案：周铭德起诉上海市精神卫生中心，长宁区人民法院一审判决称：“本院认为，民事法律行为要求行为人具有相应的民事法律行为能力。本案原告周铭德在精卫中心进行了长达2个多月的住院治疗，被诊断为偏执状态，其对本案是否具有诉讼行为能力，尚需司法鉴定予以明确。但因周铭德拒绝配合进行相关的司法鉴定，致本院对于其对本案是否具有诉讼行为能力无法予以判断。故，原告周铭德提起的民事诉讼不具备法定条件，应予驳回。”⁴²

2. 误入医疗纠纷陷阱

非自愿收治案件涉及对人身自由的限制，争议的主要问题是收治程序是否规范。但是实际上，这类案件常常落入医疗纠纷的陷阱，争论的焦点放在“当事人究竟有没有精神病”上，从侵权纠纷变成医学争议。以何锦荣案为例：

何锦荣于2006年向广州市荔湾区法院起诉广州脑科医院，该院判决称医院的行为属正常的医疗行为，判决何锦荣败诉。⁴³何锦荣不服，上诉至广州市中级人民法院。2008年2月，广州市中级人民法院裁定发回重审。原审法院要求重新对何锦荣进行精神病鉴定。2010年3月，来自北京的精神科专家鉴定何锦荣精神正常。但广州脑科医院随即召开记者发布会，

⁴¹ 《重新鉴定是否有精神病，女子奔波2年无门》，链接：<http://cq.qq.com/a/20080728/000012.htm>。

⁴² (2008)长民一(民)初字第3765号。

⁴³ (2006)荔法民一初字第962号。

坚称何锦荣有精神障碍，要求对其重新鉴定。案件围绕着“被送治时何锦荣究竟有没有精神病”展开，拖延至今，仍未结案。

八、精神损害赔偿数额非常低

当事人在治疗时遭受多重伤害，出院后又因曾住过精神病院而在工作、婚姻、邻里等社会关系上倍受歧视。即使在诉讼中付出大量时间和金钱后最终胜诉，也只能获得1-3万元不等的赔偿。侵权赔偿数额极低，无法弥补被收治者遭受的损害，也不足以惩戒滥用收治的侵权行为，无法起到阻吓作用。例如：

1. 厦门吴素真案：吴素真因在治疗其他疾病时与医护人员发生冲突，随后又摔坏了医院的机器，被医院当做精神病人强制治疗22天。此后，在相当长的时间内，她都被周围的人认为是精神病人，丢了原有的工作。为此，她不辞辛苦地奔走了6年，只为讨一个说法。2009年，厦门中院判决医院的收治行为违法，判令厦门市仙岳医院赔偿吴素真58512元，其中精神损害抚慰金3万元。⁴⁴

2. 河南江帆案：因向上级反映家庭暴力问题，开封市教委暗中委托河南省精神病医院对其进行精神鉴定并公开宣布江帆有“偏执性精神障碍”，还企图将她送去医院，未遂。2004年，江帆起诉教委侵犯名誉权并要求精神损害赔偿，法院判决开封市教委和河南省精神病医院赔偿她精神抚慰金2万元。⁴⁵

3. 云南段嘉禾案：2007年1月，在家休息的64岁老人段嘉禾突然被云南省精神病院强行带走，未经诊断就打针、吃药，强制治疗8天，送治人即他的儿子段毅韬。段嘉禾出院后起诉段毅韬和省精神病院，法院判决段毅韬赔偿精神抚慰金2万元，省精神病院赔偿精神抚慰金1万元。⁴⁶

第二节 公安机关强制收治制度缺陷

我国由公安机关实施的强制住院制度是由《刑法》规定的。《刑法》第十八条规定：“精神病人在不能辨认或者不能控制自己行为的时候造成危害结果……不负刑事责任，但是应当责令他的家属或者监护人严加看管和医疗；在必要的时候，由政府强制医疗”。通过对典型案例的分析发现，这种对肇事肇祸精神病人的强制收治制度同样不完善。

一、不经任何司法程序，当事人无异议权

强制收治由公安机关自行决定，不经任何司法程序，当事人没有抗辩和举证的权利。由此可能造成极其恶劣的后果：

无肇事肇祸行为者可能被收治

⁴⁴ 《与医生发生争执被认定精神病 女子奔走6年打官司》，载《法制日报》，链接：

<http://www.chinanews.com.cn/sh/news/2009/09-05/1851743.shtml>。

⁴⁵ 《一名上访者的悲惨经历：先被做成“精神病”，胜诉又遇执行难》，载《半月谈》内部版2006年第9期，链接：http://news.xinhuanet.com/banyt/2006-08/30/content_5026167.htm。

⁴⁶ 《儿子将老父亲送精神病院每天打针吃药被判赔偿》，链接：

<http://news.sohu.com/20090818/n266043442.shtml>。

公安机关强制收治当事人，无须经过庭审，当事人是否触犯《刑法》无从确认，导致无肇事肇祸行为者可能被收治。该问题在河南尉氏县公安抓精神病人顶包案中充分暴露出来：

2009年4月16日，杞县农民王保国被杀害。尉氏县公安局认定自幼便精神失常的邻村村民刘卫中就是杀死王保国的凶手。一两天后，刘卫中被送往开封市精神病院。精神病院的鉴定报告显示，刘卫中属精神发育迟滞，即通常所说的低能但思维无异常。依照鉴定报告，刘卫中属于限定刑事责任能力的精神病人。鉴定20多天后，刘卫中被放了出来。就像被带走一样，没有任何法律文书，也没有明确说法。河南省公安厅经调查认定，尉氏县公安局在侦查中弄虚作假，免去了局长和副局长的职务。⁴⁷

非精神病人可能借精神病脱罪

是否启动精神病司法鉴定程序，由司法机关单方面决定。受害人及其家属无权提出异议，无权质疑司法鉴定结果。这为犯罪嫌疑人“花钱买精神病鉴定脱罪”提供了机会。

湖北松滋杨义勇是当地的黑社会分子，杀人之后，花钱贿赂武汉市公安局安康医院和武汉市精神病院对他做“精神鉴定”，被无罪释放。2001年“打黑除恶”专项斗争开展后，松滋市公安局铲除了该恶势力，让“花钱买精神鉴定”一事曝光。⁴⁸

内蒙妇幼保健院原院长富景春，利用精神病鉴定为犯罪嫌疑人逃脱罪名，一是为涉嫌爆炸罪的范某鉴定为无刑事责任能力，二是为涉嫌多起强奸、杀人罪的犯罪嫌疑人杨某鉴定为限定刑事责任能力人。⁴⁹

无（限制）刑事责任能力者可能被定罪处罚

申请精神病学司法鉴定，本应是当事人的一种举证权利，却为司法机关专有。当事人无权启动鉴定程序，无证明自己无（限制）刑事责任能力的机会。这可能导致无（限制）刑事责任能力的精神障碍患者被定罪处罚。轰动一时的邱兴华案引起社会对该问题的广泛争议。

邱兴华是一名陕西男子，于2006年7月16日一天之内连续杀害10人。在法庭辩论中，辩方提出邱兴华患有精神障碍，应当进行精神疾病司法鉴定，但是陕西省高院认定邱兴华精神正常、无需鉴定。邱兴华后被判处死刑。他的妻子认为陕西高院剥夺了邱兴华抗辩的权利，向最高人民法院提出申诉，请求提审或重审。⁵⁰

二、政府只在“必要的时候”进行强制医疗

“在必要的时候，由政府强制医疗”这一规定是在1997年《刑法》修订时增加的，而1979年《刑法》无此规定，这已是一个进步。但是，对什么是“必要的时候”，《刑法》以

⁴⁷ 《抓精神病人充杀人犯 河南尉氏县公安局局长被免职》，载中国新闻网，链接：

<http://www.chinanews.com.cn/gn/news/2010/05-17/2287431.shtml>。

⁴⁸ 《“精神病杀手”原是黑老大》，载《武汉晚报》，链接：

<http://hsb.hsw.cn/gb/newsdz/2001-11/12/2001-11-12-19bkill8.htm>。

⁴⁹ 王和岩：《操纵司法鉴定：内蒙古窝案》，载《新世纪周刊》，2010年1月4日，链接：

http://www.360doc.com/content/10/0111/10/142_13239076.shtml。

⁵⁰ 新浪新闻：《法院终审裁定邱兴华精神正常无需鉴定》，访问地址：

<http://news.sina.com.cn/c/1/p/2006-12-28/113211907002.shtml>（2010年7月15日访问）。

及立法机关、司法机关并没有给予明确解释，在实践中只能靠公安、司法机关工作人员裁量，执行结果相差很大。⁵¹

第二章中提到的刘亚林，杀害两人后被警方释放，导致了第三宗命案的发生。陈建安弑兄后，警方依然令家属对其看管，使家属和村民极度恐慌。这些都属于公众认为有必要，而政府却不予强制医疗的情况。

另外，我国尚无法律对强制治疗的期限、解除强制治疗的条件等重要问题做出规定。被强制治疗的精神病犯罪人有可能在没有治愈或病情没有得到控制的情况下回到社会，重新犯罪。⁵²

第三节 民政机关收治制度缺陷

地方性精神卫生条例对民政部门救助精神病人的规定一般是：“无生活来源和劳动能力，又无法定赡养人、抚（扶）养人，或者法定赡养人、抚（扶）养人没有赡养、抚（扶）养能力的精神疾病患者，由民政部门指定的精神卫生医疗机构收治，医疗费用按照有关规定执行。”

但法律没有规定如何保障民政机关收治精神病人的财政开支。经费不足，严重制约了民政机关收治患者的意愿和能力。根据世界卫生组织（WHO）的数据，2004年中国神经精神疾病与自杀占全部疾病负担的20.4%，而政府用于精神卫生领域的经费仅占全部卫生经费预算的2.35%。⁵³我国政府对精神卫生领域的公共投入不足，民政系统的资金更加匮乏，所以民政机关收治的最大困难是财政得不到保障。

在有限的财政投入前提下，民政机关应当从人道主义及人类社会的文明与良知出发，在重视社会公益时注意保护患者利益，⁵⁴而不仅仅在维护市容市貌需要时才进行收治。收治这类精神病患者呈潮起潮落之现象，如遇重大节日、重要会议或仪式活动时，患者数量猛增，日常却不多。⁵⁵

第四节 制度缺陷原因分析

长期以来我国形成的现实特点是，绝大多数精神病人由家人负责看管和医疗，⁵⁶而且立法不断强化家庭责任，用“医疗看护”制度将这种责任推到极致。例如，《上海市精神卫生条例》以专章规定“医疗看护”制度，规定“完全或者部分丧失自知力的精神疾病患者，其

⁵¹ 刘白驹，《有严重危害行为精神病人应一律由政府强制治疗》，载《人民网》，链接：<http://jingshenkj.blog.sohu.com/39220070.html>。

⁵² 同上。

⁵³ 《1.73亿中国人的精神危机》，载《科学新闻》，链接：<http://news.163.com/09/0917/10/5JDG13LB000125LL.html>。

⁵⁴ 何敏慧，《治疗流浪精神病人的伦理问题研究》，《中国医学伦理学》2005年12月第18卷第6期，链接：<http://www.yxllx.com/200506/48.pdf>

⁵⁵ 于长洪，《流浪乞讨精神病患者收治情况的分析和体会》，《中国民康医学》2008-5-29

链接：<http://www.39kf.com/cooperate/qk/Chinese-Peoples-Health/0718/2008-05-29-481104.shtml>

⁵⁶ 《三联生活周刊》：关注精神病人的社会困境，链接：<http://news.sina.com.cn/c/2002-03-13/0730506124.html>。

监护人应当承担医疗看护职责”（第十八条），而且医疗看护职责包括：

“（一）妥善看护精神疾病患者，避免其因病伤害自身、危害他人或者危害社会；

（二）根据医嘱，督促精神疾病患者接受门诊或者住院治疗，代为协助办理住院或者出院手续；

（三）协助精神疾病患者进行康复治疗或者职业技能培训，帮助其回归社会。”

类似规定导致的不良结果有二：

一方面，家庭监护责任过重。

精神疾病是一种慢性的、迁延的、反复发作的疾病，需要长期的系统治疗与康复过程，患者家庭的经济负担极其沉重。对于有暴力倾向的重症患者，政府予以的救助也远远不够，即便患者已经肇事肇祸，也多半释放回家，交由家人看管，严重威胁家人和公众的生命安全。对于患者给他人造成的损害，赔偿责任也主要由家庭承担。患者家庭无力承担时，受害人就无法获得赔偿。

家庭负担极重，家人的安全得不到保障，社会救助又严重不足，重重压力之下，家庭只能被迫放弃治疗，或者把患者囚禁起来，或者将其遗弃。有的监护人甚至杀死患者，用终结生命的方法硬性终结这种无法摆脱的监护关系，导致监护关系的恶性崩裂。⁵⁷

另一方面，监护人权力过大。

家人（主要是监护人），被赋权成为患者的“主人”，有权决定患者的一切事务。

立法上，法律强化了这种家庭责任，把监护人放在首位，在设计入院、出院程序和个人权利的处分时，都规定要取得监护人的同意，而不尊重患者本人的意愿。一旦被送治，当事人就丧失了话语权，成为任“监护人”宰割的对象。所以当“监护人”出于利益冲突，为侵害当事人权益而送其去精神病院时，这套制度就完全没有防范错误和纠正错误的力量。

⁵⁷ 张勇：《创建新型精神卫生体系的构思》，链接：<http://logistics.nankai.edu.cn/bbs/upload/张勇中文.doc>。

第四章 现行精神病收治行规的三个“指鹿为马”

上世纪 80 年代,《宪法》、《民法通则》、《刑法》建立了一套基本符合法治精神,保护公民基本权利的法律框架。但是,到 21 世纪才开始出现的精神卫生医疗规范,却在这样的法律框架下,构建出一个违背法治原则、否认公民权利、处处是陷阱的制度黑洞。

现行精神病收治行规的形成具有一定的社会、经济、文化背景,也存在一些简单但深层的逻辑错误,主要表现为理论上的三个偷换概念。

“指鹿为马”一：非自愿住院不是人身自由强制措施

公民权利是天生的,为法律确认的,不以理性为条件,不以年龄、自主能力为条件,更不是谁的施舍。我国《民法通则》对公民的权利能力与行为能力,早已有清晰的答案:“公民从出生时起到死亡时止,具有民事权利能力,依法享有民事权利,承担民事义务”(第九条)。

人身自由是公民权利中最基本的权利,位于价值序列的首位,受到我国《宪法》、《立法法》、《刑法》等法律特别严格的保护。

但是,关于非自愿住院,我国流行下列一些论调:

中共中央编译局副局长俞可平提出:“人权实际上局限于正常人。**精神病人不拥有人权**,社会给予他们的种种福利待遇是出于博爱、仁慈和友情,他们享受的是人道而不是人权。”⁵⁸

中国社会科学院法学研究所副所长陈甦认为:“对精神病人施行肢体束缚等医疗措施,……**不是限制其社会学上的人身自由**。(强制住院是)医疗上的强制措施,其与法律上的强制措施有根本性的不同。因而**对强制住院只能适用医疗规范,而不能适用法律规范**。”⁵⁹

北京大学法学院教授孙东东说:“如果家属认为自己的亲人……精神有问题,把他送到精神病院去诊治,这有什么不对的呢?这和把一个阑尾炎患者送到医院做手术有何不同?!……把他送到医院就是最大的保障。**我们把他关起来进行治疗,……就是保障他的人权**。”⁶⁰

北京回龙观医院 22 区主任闫少校说:“病人来了,我们就治疗。这与治疗感冒、发烧没有本质区别。”⁶¹

⁵⁸ 《权利政治与公益政治》,俞可平,社会科学文献出版社, P108, 2000 年 1 月第一版,“人权”部分。

⁵⁹ 陈甦:《处理医患纠纷应把握医与法的区别》,载《人民法院报》,2004 年 4 月 30 日。

⁶⁰ 王婧:《孙东东:把精神病人送到医院是最大的保障》,载《中国新闻周刊》,链接:http://news.qq.com/a/20090318/001114_6.htm。

⁶¹ 杨明:《精神卫生法能否如期出台存疑,各方博弈频现》,载《瞭望东方周刊》,链接:<http://www.lai2009.com/forum.php?mod=redirect&goto=nextoldset&tid=69062>。

网易新闻：“彭宝泉因为鉴定而在医院失去人身自由的这些天，由谁来解决他的损失？”

十堰警方答复：“我们有一个法律的规定，他在医院进行诊断、治疗，不是强制措施，不是限制人身自由。”⁶²

如果不确认非自愿住院是对公民人身自由的限制，对非自愿住院不适用法律规范，那等于把每个人的人身自由交给精神科医生。

“指鹿为马”二：将非自愿住院定性为“自愿治疗”

自主决定、自愿入院是精神卫生立法的基本原则之一，也是当今世界普遍实行的精神疾病患者就诊和入院方式。然而，在收治行规中，违背当事人意愿的住院被定性为“自愿住院”。这些收治规范将医疗行为中需要患者同意的地方，以“患者**或者**近亲属**或者**监护人”同意的方式，把监护人或近亲属的同意等同于本人的同意。

《北京市精神卫生条例》：

第二十九条 精神病患者**自愿**到医疗机构接受治疗的，由本人**或者**其监护人、近亲属办理就医手续。

《无锡市精神卫生条例》：

第二十五条 精神病患者**自愿**到医疗机构接受治疗的，由本人**或者**其监护人办理就医手续。自愿住院接受治疗的精神病患者，有自行决定出院的权利；精神科医师认为不宜出院的，应当告知理由，由其监护人决定是否出院，并在病历中记录。

《宁波市精神卫生条例》：

第二十二条 精神障碍的治疗实行**自愿**原则，除法律明确规定外，不得强迫任何人接受治疗。

精神障碍者**或者**疑似精神障碍者的近亲属应当协助其到医疗机构接受诊断和治疗。

《精神卫生法》2009年征求意见稿：

第二十六条 精神疾病患者的治疗实行**自愿**原则。

精神疾病患者或者疑似精神疾病患者经精神专科执业医师检查评估，认为临床症状严重，确认需要住院治疗的，由患者**或者**其监护人办理住院手续。

只要监护人或近亲属有送治的意愿，被送治人的意愿就被监护人或近亲属代表了。即使监护人或近亲属的意愿与本人完全相反，也被当作本人的“自愿治疗”。

⁶² 《十堰警方：“被精神病”执法经得起历史检验》，载网易新闻，链接：<http://news.163.com/10/0419/08/64KAHKAQ00014BLL.html>。

“指鹿为马”三：把判断行为能力的法律标准偷换为医学标准

很多人认为，精神病人就是无行为能力人。但是，两者不能等同。精神病人属于医学上的概念，无行为能力人则属于法律上的概念。而医学上的精神疾病种类很多，定义非常广泛，只有少数严重的才导致精神错乱。精神病患者即使处在不完全缓解期甚至发病期，如对某种民事行为的性质和意义能够辨认和理解，应认为其具有此种民事行为能力。⁶³

在报告搜集的个案中，所有被送治的当事人，包括何锦荣、邹宜均、朱金红、温秀琴、王敏等，一律被当做无行为能力人处理，所以才会有监护人的自动产生，甚至有医院主动为当事人指定新的监护人。

被送治人的行为能力一概被否认的原因在于：在收治行规中，医学标准取代了法律标准，而且医院僭越了司法权，代替法官成为判断行为能力的主体。行为能力属于法律评价，适用法律标准。行为能力的法律标准，包括判断能力、自我保护能力以及知道其行为后果的能力。法律标准关心当事人对行为与后果之间的关联的理解，注重外部认知。

但收治行规以“自知力”这个医学术语取代了行为能力的法律标准。“自知力”是一种自省力，是指对自己不正常的精神状态及病态行为的认识、理解和作出恰当表述的能力，关注的是人的内在认知。

《上海市精神卫生条例》是全国第一例，在法律条文中直接将“自知力”这个医学术语作为判断病人行为能力的标准：

第三十六条 精神病患者行使知情权和决定权应当以其有自知力为前提。

第四十七条第二款 自知力，是指对自己不正常的精神状态及病态行为的认识、理解和作出恰当表述的能力。

此后，“医疗看护”制度进一步开宗明义，排除法律标准而适用医学标准。广泛见于全国六个地方性法规。

卫生部副部长马晓伟曾介绍：“医疗看护”是精神卫生立法中比较有特色的制度设定。医疗看护人的职责是紧紧围绕患者的精神障碍展开的，医疗看护人的设立并不以法律评价为前提条件，而是以医学评价为前提。⁶⁴

精神疾病诊断是医学评价，适用医学标准，应由医生作出；行为能力是法律概念，遵循法律标准，应由法官宣告。我国立法上也已经为行为能力的判断规定了法定程序。

我国《民事诉讼法》规定：认定精神病人无行为能力或限制行为能力的案件，须由精神病人的近亲属或者其他利害关系人提出书面申请，**由法院经审理后裁定。**

⁶³ 马长锁、方明昭、常林、刘鑫、邢学毅：《民事行为能力的司法精神病学鉴定》。

⁶⁴ 《精神卫生法起草完成，核心问题：入出院和强制住院》，载《法制日报》，链接：<http://news.sina.com.cn/o/2005-09-05/11376864896s.shtml>。

但在收治行规中，由于“自知力”医学术语偷换了法律标准，有权判断“自知力”的精神科医生也随之僭越了法院的权力，取代法官，成为决定一个人有无行为能力的主体。

规定精神紊乱病人为无民事行为能力或限制民事行为能力人，其目的是为了保护弱者利益，防止其因不具有相应的意识能力或判断能力而在民事活动中受到利益损害。在判定精神障碍患者无民事行为能力时应慎重，在实体上应遵循法律标准，在程序上应由法院宣告。否则，非但不能保护精神障碍患者的权益，反而妨碍其正当行使自主权。

仅凭医学诊断，就擅自将精神病人判断为无行为能力人的做法非常危险。掌握这套模糊的精神病医学标准的医生，能够很容易否定公民的自主能力，限制公民自主权，拆除我国法律体系对公民权利提供的实体保障和程序保障。

第五章 精神卫生立法的现状与趋势

精神卫生立法的根本目的是保护、促进和改善公民的生活和心理健康。每个社会都需要通过法律来实现自身的目标，从这一点上来说精神卫生立法同其他的立法并无区别。

精神障碍患者很容易或者很可能受到虐待，或者权益遭到侵害。通过立法来保护弱势群体（包括精神障碍患者）反映了一个社会对其个体的尊重和关爱。好的立法可以作为保证获得精神卫生服务、促进并保护精神障碍患者权益的有效工具。

但是，精神卫生立法本身并不能够保证对人权的尊重和保护。具有讽刺意味的是，在一些国家，精神卫生法导致的结果是对精神障碍患者权益的侵害，而非保护。因为许多精神卫生法最初制订的目的是为了保护公众不受精神病人“危害性”的影响从而将这些患者同公众隔离开来，而不是保护其作为普通公民的权益。另外有些法律则允许对虽没有社会危害性但不能照料好自己的精神障碍患者进行长期的拘禁看护，这种立法同样是对人权的侵害。⁶⁵

第一节 我国精神卫生立法历史沿革

据悉，全世界现有 4 亿精神病患者。为了保护精神病人这一弱势群体的合法权益，世界各国普遍重视精神卫生立法。自 1838 年世界上第一部《精神卫生法》诞生以来，至今已有 100 多个国家颁布了精神卫生法，我国的香港和台湾也相继于 20 世纪 90 年代初修订和颁布了精神卫生法。在西太平洋地区的国家中，现在仅有中国、老挝和马绍尔群岛没有专门的精神健康法律。⁶⁶

1985 年，卫生部最先指定四川省卫生厅牵头、湖南省卫生厅协同起草《中华人民共和国精神卫生法(草案)》，同时还在四川成都成立了精神病学专家组成的精神卫生法草案起草小组，从而拉开了我国精神卫生立法漫长的序幕。

2005 年 9 月，卫生部副部长马晓伟向媒体透露，经过长达 20 年的反复调研、修改和专项技术研究，备受社会各界瞩目的《精神卫生法(草案)》在第 15 次修改后终于尘埃落定。⁶⁷

2009 年 5 月 21 日，《精神卫生法》草案的起草人透露，最新修改的《精神卫生法(征求意见稿)》已经完成。⁶⁸

短时间内提请全国人大常委会审议立法草案仍有难度⁶⁹，目前《精神卫生法》难以出台。

在《精神卫生法》难产的同时，地方的精神卫生立法则不断出现。目前，北京、上海、

⁶⁵ 载《世界卫生组织精神卫生、人权与立法资源手册》第 16 页

⁶⁶ 2002 年 3 月 26 日 光明日报 “制定精神卫生法 保障弱势群体精神病人的权益”
<http://www.people.com.cn/GB/14576/28320/30714/31472/2307300.html>

⁶⁷ 2005 年 11 月 08 日 法律与生活 “武疯子杀人牵出法律空白 精神卫生法渐行渐近”
<http://news.sina.com.cn/c/2005-11-08/11578244239.shtml>

⁶⁸ 2009 年 06 月 16 日 《等待救治的精神病人和精神病院》，载《南方日报》，
http://news.qq.com/a/20091107/000662_1.htm

⁶⁹ 2010 年 06 月 04 日 现代快报 精神卫生法 25 年未出台 强制收治成争论焦点
<http://news.qq.com/a/20100604/000159.htm>

杭州、武汉、宁波、无锡六地人大分别制定了专门的《精神卫生条例》，上海、天津、武汉、石家庄、黑龙江等地制定了有关精神病患者的强制收治的地方法规。这些地方性的精神卫生条例加大了对精神卫生领域的财政投入，在一定程度上可以缓解我国精神卫生领域资源匮乏的困难。然而，由于这些条例几乎是对现行制度的确认，精神病收治制度中存在的精神医学滥用现象并没有得到实质性的解决。

第二节 2009年《精神卫生法(征求意见稿)》的主要问题

历时 25 年的精神卫生法并未出台，在于草案过多地关注医疗技术问题，而对精神病人权利保护的实质规定，就甚少改善。⁷⁰ 黄雪涛律师认为，“草案很糟糕，基本上是确认现行的做法。”⁷¹

一、非自愿住院制度没有实质改变

从住院权上看，虽然 2009 年《精神卫生法(征求意见稿)》(以下简称“《意见稿》”)第二十六条表面上规定了自愿住院原则，但又规定医生认为需要住院时，“由患者或者其监护人办理住院手续”。这样，即使患者拒绝住院，监护人也可以办理住院手续要求患者住院。因此这种“自愿”实质上是“非自愿”，是以监护人意愿代替患者意愿，使患者彻底丧失自决权。另外，对于“发生或者将要发生伤害自身、危害他人或者危害公共安全的行为”的患者实行非自愿住院时，由监护人办理住院和出院手续，即使其被复诊为不属于精神疾病患者或者不需要住院，也无法自行出院。可见，精神病人的住院权问题并没有任何改变。

从住院程序上看，在赋予监护人巨大权利的同时，《意见稿》并没有对非自愿住院的具体程序作出规定。同时，以自愿住院的名义掩盖的那部分非自愿住院，排除了伦理委员会或者法院的监督，堵塞了患者的异议渠道，能使医疗机构免责。

可见，《意见稿》基本上认同了现实中“监护人决定患者是否住院”这一做法，也没有否定“对监护人或送治人负责，而不对病人负责”以及“谁送谁接”等不良行规。这样的条款不但无法堵塞目前严重的制度漏洞，反而会使现有错误更加难以纠正。因为目前的错误虽然获得了一些法规或者规章的认同，但性质上还是违背法律的，而类似《意见稿》的规定一旦成为法律，现有的错误就在很大程上获得了合法性。这无疑是一个危险的信号。

二、缺乏有效的异议机制

《意见稿》对现行精神病收治制度的一个重要突破，是要求“医疗机构的伦理委员会”对非自愿住院进行审查。但是这种突破并没有多少实质意义。一是医疗机构的“伦理委员会”只是一个内设机构，与收治医院利益一致，其进行的审查是医疗机构“自己做自己的法官”，根本达不到纠错效果。二是审查范围限制过窄，如果“临床症状严重，确认需要住院治疗”的患者被监护人送进精神病院，无法得到内部伦理委员会的审查。三是即使内部的“伦理委员会”发现住院者不属于精神疾病患者或者不需要住院治疗，医院也不会直接放人，而是要通知其监护人办理出院手续。如果监护人不办理，患者依然没法出院。

⁷⁰ 2010 年 06 月 03 日 中国新闻周刊 “精神卫生法起草 25 年未出台 强制收治问题引争论”

<http://news.sina.com.cn/c/sd/2010-06-03/112420403689.shtml>

⁷¹ 2009 年 6 月 16 日 南方日报(广州) “立法尴尬与卫生欠账”

<http://news.163.com/09/0616/22/5BVCN30E000120GR.html>

总之，住院患者仍旧没有提出异议的有效渠道。《意见稿》新创的内部伦理委员会审查制度不仅毫无效果，还增加了医院的法律风险和道德风险，是把医院和医生推向不义。对此，中国社会科学院科研局研究员、政协委员刘白驹提出将这种“内部伦理委员会”改成“地区精神卫生伦理委员会”的建议⁷²

第三节 精神病医生的跛足立法

我国精神卫生立法之所以难产，而且立法质量底下，很大程度上是因为精神病医学专家垄断立法权所致。《精神卫生法》延续了中国部门立法的模式，由卫生部牵头起草，专家组成员大部分为医生，未能将人口学、社会学、法学等多学科学者吸纳进入。⁷³

这样的立法起草者结构并不合理，精神病医生并不具备单独承担该立法重任的能力。

一、主观上缺乏保护精神病人权益的意愿

受行业利益的驱使，精神病医生通过立法不断扩张自己的权利，固化对精神病患者的制度性歧视；拒绝接受司法监督，把法院排除在非自愿住院程序以外；转嫁非自愿住院中的法律风险，极力将责任推卸给“监护人”。

另外，行业利益也决定了行业自身有扩大客户群体的内在动机。例如，将收治的对象扩大为“疑似精神病人”，同时有挤占心理医生的市场空间的嫌疑。

二、客观上能力不足，难以聚合社会资源

出于职业本能，精神病医生容易更多地考虑到医学措施和医学技术的问题，而对涉及的法律问题本身并不能很好的把握。

事实上，精神卫生法属于社会法，与其他民生立法相比，它是属于大的范畴。⁷⁴其不仅仅包括医疗问题，还涉及范围极广，包括人身自由、监护制度、行为能力制度、刑法、法律援助、司法救济、社会福利、社区服务等多种制度，远远超出了精神科医生的能力。只有卫生部门、公安部门、法院等机关的支持，以及法律人、社会学者的充分参与，并且听取精神病患者家属的意见，才有可能制定出一部符合现代文明价值的精神卫生法。

总之，当前我国精神病医生立法的局面，不利于制定高质量的法律和我国精神卫生问题的有效解决。从这个角度上讲，应当庆幸《意见稿》因为存在许多瑕疵而没有出台。在此应当呼吁有更多的社会力量参与到精神卫生立法中，这样有利于提高精神卫生问题的社会关注程度，也有助于得到获得各种有效的社会资源，为我国的精神卫生立法提供良好的社会支持。

⁷²刘白驹“《精神卫生法》非自愿住院规定的建议稿”

<http://psychosis2008.blog.163.com/blog/static/10525118520095238611880/>

⁷³ 2010年06月03日·中国新闻周刊·“精神卫生法起草25年未出台 强制收治问题引争论”

<http://news.sina.com.cn/c/sd/2010-06-03/112420403689.shtml>

⁷⁴ 2009年09月22日 新华网 “信春鹰：精神卫生法将会继续审议”

http://news.xinhuanet.com/legal/2009-09/22/content_12096034.htm

第六章 建议

《精神卫生法》应体现我国社会发展的水平，应体现出对弱势群体的关怀。以尊重精神病人权利为前提，从人类社会的文明与进步出发，确立以下原则：开放式社区治疗原则，自愿治疗原则及最少限制原则。

第一节 核心建议

根据当前我国精神病收治的实际需要，依据《残疾人权利公约》的规定，并参考其他国家和地区的非自愿住院制度，我们认为，确认住院精神病人的诉权，是解决我国精神病收治问题的关键。

一、异议审查机制

前文诸多不该收治而被收治的惊人案例的发生，一方面给当事人带来巨大痛苦，另一方面造成有限的精神卫生资源的浪费。建立有效异议审查机制，是保护精神病患者权益，纠正错误收治行为的必不可少的制度设计。

异议审查机制，即住院患者就非自愿住院治疗问题，可委托代理人向第三方机构提出异议，该机构应在规定时间内审查，并作出有约束力的裁决，必要时当事人可以参与听证。医院内部的复诊、会诊不属于异议审查。在香港，法院是进行异议审查的主体；在台湾，由律师、社工、法官等公众组成的审查委员会，专门审查精神病收治决定。

发展目标：设立常规性的个案司法审查制度

非自愿住院，都应当获得司法授权。医院对患者实行非自愿住院治疗，应当在非自愿住院后一定时间内向法院提出申请，由法院作出是否准许的决定。精神科医生可以作为专家证人参加庭审。

过渡性机制：

在常规性的个案司法审核制度建立以前，应充分发挥现有制度框架下法院和卫生主管部门的异议审查功能。由于只需对已有制度作出轻微调整，因此不太会增加财政负担。

1. 民事法庭的速裁机制：对住院患者就收治问题提出的异议，建议法院以速裁机制审理异议是否成立。精神科医生可以以专家证人的身份出庭作证，患者可以委托律师代理诉讼。

2. 卫生主管部门的处理：受理非自愿住院患者的投诉，应当及时处理。建议必要时由卫生主管部门召集无利害关系的精神科医师及法律工作者协助审查异议，异议成立准予患者自行出院。

二、法律代表和法律援助

《残疾人权利公约》第十三条规定：残疾人有权获得司法保护并通过便利程序参与所有诉讼程序。然而，住院精神病患者，或者因为被困于医院，或者因为与监护人利益冲突，

或者因为家庭贫困，或者能力受质疑，可能无法提出异议，保护自己权益。

我国已经具有协助住院精神病人行使诉权的制度框架——法律援助制度。《残疾人保障法》第六十条就明确规定“对有经济困难或者其他原因确需法律援助或者司法救助的残疾人，当地法律援助机构或者人民法院应当给予帮助，依法为其提供法律援助或者司法救助。”

1. 建议全国法律援助机构尽快将精神病患者纳入法律援助范围，在经济发达地区如北京、上海、深圳等地率先进行。

2. 建议在未来的《精神卫生法》立法中，落实联合国大会《保护精神病患者和改善精神保健的原则》第18条的规定：“患者有权选择和指定一名律师代表患者的利益，包括代表其申诉或上诉。若患者本人无法取得此种服务，应向其提供一名律师，并在其无力支付的范围内予以免费。”

第二节 其他建议

1. 民政部门在救助性收治中应以监护人的身份对流浪精神病患者进行救助。

2. 对肇事肇祸的精神病患者进行强制收治的决定权由公安机关改为法院行使。同时确保当事人（包括犯罪嫌疑人或被害人）诉权，特别是直接启动精神病司法鉴定的权利。

3. 落实《马德里宣言》，填补精神科医师职业伦理空白。1996年世界精神病学学会通过的《马德里宣言》是适用于世界范围的精神科医师的工作伦理标准。宣言提出，对精神病人应当采取最少限制自由的治疗方式；精神病医患关系应当建立在相互信任和尊重之上，应当允许患者在知情的情况下自由地作出决定；精神科医师有责任为病人提供各种相关的信息，以使患者根据自身判断和喜好做出理性的决定；除了顾虑延误治疗会危害病人或亲人的生命安全外，所有治疗必须尊重病人的意愿，非经病人同意，不得采取治疗。中华医学会精神科分会早在1997年就以团体成员的身份加入世界精神病学学会（WPA），有义务落实该宣言的伦理要求。

结语 《精神卫生法》何去何从？

很多数据不断提醒我们，咱们身处精神病大国。与其防止“被精神病”，不如早日加入疑似精神病人行列，以免堕入“丧失自知力”的陷阱。

也许，更准确一点，应该抱着这样的态度：**我们都是疑似精神病人。**

问题是，面对1亿精神病人和数亿疑似精神病人，精神病医疗行业，到底开发自愿治疗市场，还是非自愿治疗市场呢？

全国人大常委会委员、全国人大常委会法工委副主任信春鹰说：

“本法（指《精神卫生法》）会关注现代人的抑郁问题，……现在很多人精神上有压力，比如有些高校学生的精神健康有问题，还有一些白领，也存在着抑郁等问题，这都属于精神卫生法要关注的问题。”

广东省卫生厅副厅长廖新波最近在博客中也透露出类似的倾向：

“数据表明青少年的精神卫生状况令人担忧，90%的人忽视早期精神病，早期没得到心理干预，到医院看病时，绝大多数已经是中重度患者了。为何不从科学防治的源头去治理呢？”

也就是说，精神卫生政策将关注白领、高校学生以及那些有精神压力、有早期发病迹象的人。

精神病医疗行业，早已瞄准有支付能力的主流人群。

修建越来越多的精神病院，提供越来越多的床位，然而，医疗服务的交易方式，是自愿，还是非自愿？医疗服务，是为病人服务，还是为送治人服务？

精神病自愿治疗市场发育，需要尊重精神病人的意愿，有严格的隐私保护制度，司法保护制度，对医护人员也有较高的职业操守要求。然而，这种趋势尚未在《精神卫生法》中呈现。

**如果精神病医疗行业固守当前的行医模式，必须提醒：
主流人群——“被精神病”，“隔离治疗”，你们准备好了吗？**

后记

法治？还是甘愿被精神病医生统治？ 这是国人必须自己回答的问题

四年前的2006年10月，因“邹宜均案”，生平第一次接触到精神病医疗行业。凭着法律人对制度的职业敏感，精神病收治制度漏洞，一览无遗，我被震惊了。同时，也被精神病医生的思维模式，惊吓得目瞪口呆。随后不久，通过文化、社会、经济分析方法，让我看到，这个令人匪夷所思的制度黑洞，成因错综复杂。

经过几年思考，我更愿意将复杂的成因，以简单方式进行描述：这个严重的制度漏洞，实际上是法律人长期对精神病问题疏离和冷漠造成的。

近几年，越来越多的个案被曝光，媒体和公众对精神病收治制度的认知和关注程度大为提高。但是，多数人还停留在“正常人不该被精神病”的幻想中，依然期盼，在正常人和精神病人之间划出清晰界限来保障自己的安全。

这种企图是徒劳的，等于把我们的权利和自由交给精神科医生。认为在正常人和精神病人之间可以划清界限的想法，恰恰是产生漏洞的原因。制度漏洞又对所有公民的权利构成严重威胁。归根结底，正是这种想法惹的祸。

不放弃这种企图，不关注虚幻边界另一边，不去保护精神病人的权利，所谓正常人，就不可能摆脱“被精神病”的威胁。

在精神病收治这个医学与法律交叉的议题中，法律人为何缺席了？法治？还是甘愿被精神病医生统治？这是国人必须自己回答的问题。

三四年来，有赖于各种支持和鼓励，终于形成了今天的团队工作方式。可以收集并筛选数百案例，处理大量的国外文献，参加各种相关的研讨会，我们也通过不同的方式与中外精神科医生加强对话。以期和国内外的同行及精神卫生领域的专家共同深入的探讨这个话题。

2009年至2010年初，我到海外修读精神卫生法律课程，考察法律人在精神卫生领域的实际操作，并着重研究了同类发展程度国家在同一问题上所进行的积极探索。这种学习和探究是实用且有益的，正是它们让我更清晰的看到问题解决的根本方法，并愿意为之付诸努力。

果实师傅（邹宜均）出家前，于2007年做过写报告的尝试，2009年，黄凯平协助报告执笔，遗憾两次均未定稿。今年获刘佳佳、刘潇虎加盟襄助，选取更宏观的框架，更简练的改革路线图。总算赶在世界精神卫生日，定稿发布。

定有不妥之处，欢迎指正。

更期待精神病医疗界反驳。

附录 1: 24 案例摘要

“不该收治而收治” 24 案例

(不含正文部分 10 个典型案例)

摘要	案情
<p>1、重庆男子被前妻强送精神病院“治疗”40 余天</p>	<p>重庆市大渡口区居民胡正旺利 2004 年 4 月与肖某离婚。2004 年夏天,他被肖某强行塞进了医院救护车,打了一针后就昏睡了过去。醒来时,他已躺在一家精神病院的床上,被绑成一个“大”字。他反复告诉医生、护士自己没有精神病,也从未看过精神病门诊,但没人听。医院出具了一份他儿子委托母亲将他送入医院治疗的委托书。</p> <p>在医院的这些天,胡正旺利每天被喊去吃药,一次几十颗药,一天三次,还被迫做了一次手术,手术之后只会对人傻笑。胡正旺利在医院“治疗”了 40 多天后被肖某接出。出院后他的记忆力大不如前,且常有手脚发麻的感觉。</p> <p>2006 年 2 月 14 日,肖某再次叫来精神病医院的救护车来抓他,因提前得到消息,他到成都租房住了几个月。回到重庆后,他不断变换居所,租了不下 10 套住房,有时甚至在车上过夜。</p> <p>2006 年 4 月,为了证明自己并非精神病人,他委托律师申请了司法鉴定。2006 年 5 月,重庆市法医学会出具鉴定结果:诊断胡正旺利为偏执人格,有完全民事行为能力。</p> <p>2009 年 11 月 20 日,肖某又要强行送胡正旺利去精神病医院,被 110 民警和邻居阻拦。</p> <p>此后,胡正旺利在当地报纸上多次登载声明:“胡正旺利经……鉴定,具有完全民事行为能力……任何医院、单位或个人在任何时候不能以任何理由和任何方式或以任何人的名义带本人去治疗,否则本人将追究……相关全部经济损失;前妻 2004 年与本人结婚无效;任何人在何时与本人复婚均无效。”</p>
<p>2、闹离婚,阳江政协委员被妻子强送精神病院</p>	<p>阳江人梁仕清身家百万,身兼企业老板和政协委员。2008 年 6 月 7 日,妻子张益带着娘家人将梁仕清非法拘禁,并逼迫他签订离婚协议以及其他财产分配协议。两天后,梁仕清趁他们不备偷偷报警,阳江城东派出所将他解救出来。</p> <p>6 月 25 日下午,梁仕清返回工厂,突然,四个不明身份的男子闯进来,拿出手铐将他反铐住,推进停在门口的黑色小车内,把他带到广州白云心理医院。到了医院,医生要梁仕清交出随身的物品,包括身份证、政协委员证、皮带、现金 4450 元等物品,并声称要转交给妻子张益。</p> <p>医院对梁仕清的诊断是“无精神病性症状的抑郁症”和“病理性赌博”。看到医院被捆绑被强制吃药的病人,无奈之下,梁仕清配合了医生的“治疗”。6 月 27 日,他借病友的手机与家人通电话,梁仕清母亲、弟妹在阳</p>

中国精神病收治制度法律分析报告

	<p>江、广州两地均报了警，后在阳江政协领导及刑警的介入下，7月2日，梁仕清被接出来。</p>
3、女儿被强奸，父欲收25万私了，女不从被强送精神病院	<p>2004年春节的一天，正在医院值班的牟华（化名）被社会小混混强暴了，报了案之后，施暴者的父亲欲用25万元掩盖事件。牟华的父亲在金钱的诱惑下到派出所改口供，还在2004年5月17日早上，乘牟华在家，叫来民警将她带到了精神病院。直到2004年5月25日，牟华的母亲才得知女儿的下落，赶到精神病院后，在牟华的母亲保证承担一切后果之后，牟华被允许出院。</p> <p>2004年7月14日，牟华向法院递交了民事起诉状，将父亲告上了法庭，要求与他脱离父女关系。法院以原告牟华对本案不具有提起诉讼的行为能力为由，驳回起诉。牟华上诉，二审法院根据有病诊断，认为牟华无诉讼能力，要求牟华的母亲担任牟华的诉讼代理人。由于牟华的母亲没有出庭，2005年3月11日，二审法院裁定驳回了牟华的诉讼请求。</p>
4、民警高作喜奇遇记	<p>2007年12月10日，呼伦贝尔基层民警高作喜被分局领导叫到办公楼的值班室。高作喜毫无防备地被四名民警按住，两名精神病医生对他强行扎针。第二天醒来时，他已在离家千里之外的齐齐哈尔市第二精神病院。当地公安分局出示了一份鉴定书，是2006年4月3日赤峰安定医院为高作喜做的鉴定，结论为“神经症”。家属在高作喜进了精神病院后才被通知，并被要求签住院同意书。在医院，高作喜被当做重症精神病人治疗。43天后，因为要转院去做胆囊摘除手术，他才得以离开精神病院。</p>
5、杨佳母亲失踪谜团：在精神病院	<p>2008年7月1日杨佳袭警案发后，2日，王静梅被警方带到朝阳区公安分局大屯派出所协助上海警方调查。7月3日深夜，王静梅被当地派出所送进北京安康医院，医生一开始没有给她用真名，一个月后经过多次交涉才恢复原名。在住院期间，她一直没有做精神鉴定。四个月后的某一天，王静荣（王静梅姐姐）接到居委会领导电话，才知道妹妹在安康医院接受精神病治疗。王静荣向医院提出要求复印病历时，院方则以治疗期间不方便为由拒绝出示。王静梅在最高院裁定核准杨佳死刑的三天前，才被有关部门从北京安康医院接出，前往上海与杨佳见面后，而后才被送往北京家中，告别了精神病院的生活。</p>
6、弱女子控诉家庭暴力，被强行定为精神病	<p>1997年，因反映家庭暴力，河南省开封市第二职业中专校医江帆被鉴定有“偏执性精神病”。12月23日，党支部书记张纪平电话通知江帆的丈夫张利到学校，在校长办公室宣布：江帆被鉴定为精神病。</p> <p>张纪平让张利第二天送她到精神病医院，遭拒绝。张纪平便要挟张说如果他不送就让法院清退张利。第二天早上6时许，江帆看见自己家楼下停了开封市第二职业中专的一辆白色面包车，这时，她从小区的另一侧走出，躲过一劫。</p>
7、退伍军人呼吁保护南水北	<p>热心环保的任国朝发现南水北调的水源受污染了，想要将水样送</p>

<p>调源头，被强送精神病院</p>	<p>去北京，单位多次阻拦，甚至将他隔离。2003年3月5日上午，同事以南阳市财政局名义电话通知精神病院请求收治。精神病院一行6人不给任何辩解机会，以捆绑、堵嘴等强制手段，用写有“戒酒戒毒”字样的面包车将他拉入精神病院。精神病院收治后，对他进行了搜身，抽出腰带，没收现金、通讯工具等，多次过电、打脸、头撞墙、强迫吃药，让他和精神分裂症患者同吃同住等，使他在精神病院度过了噩梦般的16天，身心被摧残。3月20日上午，在妹妹的担保下，任国朝才得以离开医院。</p>
<p>8、正常人被前妻送进精神病院</p>	<p>2001年11月6日下午3时，北京的秦某正在上班，突然来了穿白大褂的两男一女，将其摔到地上，强行用白床单将其捆了起来，虽然当时他极力申辩，但还是被装到救护车上，送至北京回龙观医院。按回龙观医院规定，病人入院后两个星期才允许家属探视。15天后，秦某的弟弟和单位领导到医院接他出院，被医院拒绝，理由是：谁送进来的谁接走。但是，送他进去的是早已离了婚的前妻，前妻想分得更多的财产，就一个电话打给了精神病院。41天后，秦某利用其弟到医院探视的机会，才从医院跑了出来。</p>
<p>9、被非法强制治疗300天，西安老教师冤死精神病院</p>	<p>西安市昌仁里小学60岁的教师王恒雷在没有经过精神病鉴定，没有通知家属的情况下，被教育局和派出所一起送进安康医院，非法强制治疗300余天。就在王恒雷状告教育局、派出所和安康医院违法行政，一审获得胜诉，二审即将开庭之际，仍然未能离开安康医院的王恒雷突然病发死亡。</p>
<p>10、五子女合谋将老父强送精神病院</p>	<p>2003年12月12日上午9时许，家住锦江区的74岁的吕先锡正在家中，突然电话响了起来，电话中的人叫他到拆迁办去商量事情。吕先锡刚一走出门，立即上来三个男子。还没有等吕先锡反应过来，他就被绑上了一辆车。车径直开到了成都市第一精神病卫生防治院。“住院”后，他好不容易联系上了小女婿，12月18日，小女婿将他接出了精神病院。后来他得知将他送到精神病院是自己的5个子女合谋的，而签字的是老四。2003年12月23日，他来到四川西南司法鉴定中心鉴定，结果为无精神病或感情障碍。2004年3月31日，他一纸诉状将四女儿与精神病卫生防治院告上了法庭，要求他们公开道歉，获精神抚慰金两万元。</p>
<p>11、音乐教师突遭精神病院带走，状告精神病院</p>	<p>2007年12月14日，早晨9点左右，刘晓莉和保姆一起下楼，准备去医院治疗她的灰指甲，刚下楼，就看见她80岁的父亲在楼下站着。接着一辆长安面包车从他背后蹿了出来，跳下5个壮汉。那五个人知道她就是刘晓莉之后，没听她的解释，五花大绑地把她放到车上送进了永川区精神病医院。2007年12月18日，刘晓莉的姐姐来到了医院，刘晓莉编了个故事，说自己是被仇人附身所以才会经常气父亲，但是她现在好了。姐姐相信了，于是把她接了出来。</p>
<p>12、单位擅自送女职员进精神病院</p>	<p>2002年，刘蓓的单位认为她精神不正常，就将她送入一家精神病院。</p>

病院，养父5年后才知晓

期间也没有通知她的家人。而他的养父刘大光则是在5年之后才知道刘蓓进了精神病院。2008年初，刘大光代表刘蓓向法院提起侵权之诉。

但遗憾的是，刘蓓在起诉不久就因病离开了人世。太原市中级人民法院审理后，判决刘蓓的单位和其入住的精神病院赔偿刘大光经济损失10万元，精神损害抚慰金3.5万元。

13、奔走6年终于证明自己没有精神病，规范精神病收治程序刻不容缓

2003年9月13日，厦门的**吴素真**到厦门市第一医院住院治疗。一个多月后，因办理出院手续时她与医生和护士发生争执，医生认为她“出现了精神错乱”，于是联系了仙岳医院（精神病院）前来会诊。综合了仙岳医院的会诊意见后，第一医院为吴素真办理了转院手续，出院诊断为“继发性肾上腺皮质功能不全”。

吴不同意转院。在反抗过程中，她的手不小心拉倒了心电图机，把机器摔坏了。仙岳医院的一位医生用这个要挟她，如果不签字就要赔偿。在这种情形下，吴的丈夫才签字同意了吴素真住进仙岳医院。仙岳医院对吴素真使用了抗精神药物、激素等进行治疗。22天后，在家人的强烈要求下，仙岳医院才为吴素真办理了出院手续，出院诊断为“肾上腺皮质功能减退所致精神障碍”。

14、为争房产素有矛盾，哥哥请医生绑弟弟到精神病院

李祖军与其兄长的关系一直都不友好，长期以来多次因房产问题发生冲突。2007年8月6日，**李祖军**在厨房做饭时，五六个人忽然闯进来

扑向他。感觉不对的他从一楼逃到二楼，那些人又紧追上去，其中一人将他绊倒在地，其他人一拥而上，有的用脚踩他的头，有的用手掐他的颈部，还有的拿出绳索捆绑他的手脚，把他弄得浑身伤痛。他被绑后，一名女子拿出一支注射针剂，在他身上扎了一针。随后，他被车载到横县精神病专科医院。

刘克珍得知丈夫被绑进精神病院，提出要探望丈夫，医院以李祖军兄长交待为由，称如果不经其哥哥的同意，任何人一律不准探望。47个小时过后，刘克珍经过多方交涉，并向医院签字保证“后果自负”后，医院这才将李祖军释放出来。李祖军从医院出来后，先后到辖区派出所及县公安局、信访办、检察院、法院等多个部门投诉过，但对方都称不是他们的受理范围。

15、河北公司董事长因财产争端被强行送进精神病院

河北沧州某安防公司的70多岁的董事长**李某**因为财产纠纷的问题与家人关系恶化。12月16日上午，李某与家人发生了不愉快。当天中午，李某离奇失踪。经过公司员工多方查询，终于得知李某的家属委托了沧州安定医院，让医院派人将李某弄到了安定医院。到医院后，李某被医生诊断为妄想症，被安排和一些重症精神病人关在医院二楼的铁栅栏门里，还被强行用药。他的女儿、儿子及妻子却认为这是为他好。安定医院崔副院长以对病人隐私权的尊重为由，拒绝向记者透露详细情况。

16、离婚前，他被妻子送进精神病院

李明海在新疆昌吉州某机关工作。2006年11月7日下午，李明海的朋友刘建国带着两个身穿便服的陌生男子说是请李明海去做睡眠治疗的复查，将李明海带去了精神病专科医院。此后，李明海被迫接受了一

	<p>系列检查和治疗，医院诊断其有精神分裂症，必须住院。</p> <p>住院的第五天，李明海的妻子刘美云来到医院，对他坦言：我让你在这里呆多久，你就得呆多久。2006年11月中旬，李明海的妹妹闻讯赶回新疆，经过多方交涉，将李明海接出医院。李明华要求院方出示李明海的病例和每天在医院接受治疗的记录，被医生以保密为由拒绝。在住院期间，刘美云挪走了李明海的很多个人财产。</p>
<p>17、女医生四次被丈夫送进精神病院，拷问收治制度</p>	<p>李健萍是南川市妇幼保健院的一名副主任医师。2003年9月18日晚，李健萍怀疑丈夫侯永文出轨，与他发生了争执，第二天就被侯永文送进了精神病院。住进医院后医护人员并没有做任何检查就开始给李健萍吃药，李健萍一反抗吃药医生护士就给她打针，在里面呆了5天，丈夫才把她带出来。</p> <p>2004年8月19日、2005年10月8日，李健萍两次被南川第二人民医院精神病专科医务人员陈大坤等从家中强行拖走，分别住院25天和31天。2006年3月10日，李健萍第四次被送入精神病院。2006年4月初，重庆市一中院终审认定，强制收治正常人到医院的精神病院的参与者均构成侵权。</p>
<p>18、男子被警察送精神病院58天，状告公安局败诉</p>	<p>北京海淀区上庄镇村民程刚（化名），与邻居发生矛盾，民警到场后，把他带走，说到派出所做笔录，却送往北京回龙观医院。没拿到诊断结果，程刚就被民警送回村委会。他刚到家，又被派出所民警带走送往回龙观医院，这次派出所出示了诊断结果，但参加会诊的一名医生表示，那些精神病史都是送诊民警提供的，医生只是如实记录。</p> <p>被送到医院后，他被绑在病床上，直到第二天才被松开。一位医生曾建议家人把他带回家。但是海淀区精神卫生防治院医务科人员证实，经警方强制送来的患者，家属要接出院，必须经警方的同意。住院58天后，民警接程出院。</p>
<p>19、半夜两公婆吵架后，老婆把老公强送进精神病院</p>	<p>2005年12月20日晚，赫生（化名）与妻子发生争执，妻子跑到华林街派出所报案，带了两个人回家，他们进门就把赫生按倒，用手铐将他右手和左脚铐在一起，把他强制送上车带他到了广州市脑科医院。到了医院后，医生给他做了很多检查但都没有告诉他诊断结果。21日凌晨，广州市脑科医院给赫生的哥哥打电话，让他拿户口簿、身份证来领。但是到了第二天早上，赫生的家人准备接赫生走的时候，医院却改口说，没有征得第一监护人（配偶）同意，任何人不能接他出院。对于前后的不一，医院医务科郑科长解释：认为病人没问题、可出院的是当班医生；但后来上一级医生又认为还得观察检查，所以不能出院。</p>
<p>20、百万富翁遭父母“精神病陷害”被强行收治</p>	<p>程易是重庆一家资产上百万的民营企业法人代表。家财万贯的他在2006年6月15日晚遭遇了一起离奇的精神病院“绑架”事件。事发晚上，程易散步回到家门口的时候，突然被6名自称是精神病院的壮汉捆绑，程易大喊才把其他业主叫来，把事情闹大了，这6名壮汉始自认理亏最后只能选择离开。</p>

	<p>在程易遭到“强行收治”未遂的第二天，他找到了大坪街道办事处。街道民政部门的工作人员出示了一张程易父母写的委托书的复印件。在委托书中，程易的父母以其监护人的身份称，他们怀疑自己的儿子程易有精神病，要求精神病院对儿子进行收容，并且对其“病情”进行检查治疗。但是事发当天，只有一辆120的急救车，没有警察，更没有民政，他们连合法的手续、身份证明都无法出示。事隔一个多月，程易到精神病院讨说法，对方仍摆出一副“一切都合法，如果不满，就请搜集证据到法院起诉”的态度。</p>
<p>21、妻子称丈夫施冷暴力，两次被送入精神病医院</p>	<p>2004年6月，陈女士与田东县某单位的小王结婚。婚后不久，她便发现小王有不忠行为，双方关系开始紧张。2006年6月中旬，小王以要到南宁市看心理医生为由，将陈女士送到南宁的精神病医院。在医院里，小王对医生说陈女士精神不正常，要求医院对她强制治疗。为此，她被迫在医院服药治疗两个多月。出院后，陈女士到单位办理了病退手续。</p> <p>2007年春节，她与小王打过招呼便独自一人来到南宁休养，住在他们在南宁购买的房子里。小王电话通知医院的工作人员，叫来医生强行将她送进医院。这一次，陈女士又在医院待了两个多月。出院后，她实在忍无可忍，便向小王提出离婚。</p>
<p>22、亿万富翁欲做善事触怒家人，被强制送精神病院</p>	<p>陈立是一位生意场上的奇才，拥有3亿多的资产。他打算将一座自己筹建的佛堂送给世界佛教徒，结果触怒了家人，其妻子更是借机将他送入精神病院。</p> <p>2005年4月30日下午4时许，陈立被妻子朱赛琴召来的10名警察，强行送进精神病卫生中心。5月1日，陈立的律师到医院，要求让陈立出院。5月5日，上海市的3位精神病专家诊断后认为，“其具有民事行为能力，症状比较符合‘偏执状态’，但事出有因”，应当立即出院。而医院却说，因“五一”长假，无法办理相关手续。陈立就这样被强行在精神病医院住了6天。</p>
<p>23、重庆老总遭妻子绑进精神病院</p>	<p>2008年10月31日，与妻子闹离婚的沙区某机械厂老总陈光孝，因与岳父吵架并相互砸车，事情闹到了派出所。当天中午12点左右，一伙人带着绳子冲进派出所，几名男子自称是精神病院的医生，是接到陈光孝妻子周某的电话，来将其带回医院治疗。陈一听要被送到精神病院，坚决不从，但还是被几名壮汉七手八脚地绑起来，弄上车带走了。被送进精神病院后陈马上打电话向报社记者求救。记者赶到医院时却被拒绝探访。记者只在医院铁门外见到了妻子周某，她拿了一张病历给记者称，医生已经诊断陈患狂躁症。</p>
<p>24、没病被关3年——陈八斤的“精神病”生活</p>	<p>1998年5月4日，陈八斤正在上课的时候，校长带着上兴派出所警察一队人马过去，就对他搜身，三个警察其中两个架胳膊，一个从后面提着腰带，把他带到了派出所，当天下午，将陈拉往精神病院。</p> <p>到医院后，在德安医院简便快捷、省略了许多科学步骤的门诊后，陈八斤被送进了5道铁门重重封闭后的病区。当晚，陈八斤被要求开始按程序服药。这位能在大雪天跳入池塘游泳的长跑运动员，曾试图依仗自己的</p>

强壮反抗，但立即被几个人捆绑在床，“施以电棍”，“注射安眠药物”。这一关就是3年，直到2000年初，当地法院才判决他“无病”。但是法院的判决书也没有办法改变他被人当精神病人的历史，陈事后一直都没有找到工作。

附录 2：相关法律索引

精神卫生法

(征求意见稿)

2009-04-03

目录

第一章	总则
第二章	精神疾病的预防
第三章	心理咨询与心理治疗
第四章	精神疾病的诊断和治疗
第五章	精神疾病的康复
第六章	保障措施
第七章	法律责任
第八章	附 则

第一章 总则

第一条 为了保护、改善和促进公民的身体健康，预防精神疾病发生，促进精神疾病患者康复，规范精神卫生工作，保障精神疾病患者的合法权益，制定本法。

第二条 本法所称**精神卫生工作**，是指保持和增进公民精神健康、预防和治疗精神疾病、促进精神疾病患者康复的各项活动。

第三条 国家对精神卫生工作实行预防为主的方针，坚持预防、治疗和康复相结合的原则，**建立政府组织领导、部门各负其责、全社会共同参与的机制，实行综合管理。**

第四条 任何单位和个人不得非法限制精神疾病患者的人身自由，不得歧视、侮辱、虐待、遗弃精神疾病患者。

精神疾病患者享有的婚姻、就业、就医、就学等合法权益受法律保护。

医疗机构不得因就诊者是精神疾病患者，推诿或者拒绝治疗精神疾病患者的其他疾病。

第五条 县级以上人民政府统一领导精神卫生工作，建立健全精神卫生工作协调机制和工作责任制，并对有关部门承担的精神卫生工作进行考核、监督。

县级以上人民政府制定精神卫生工作规划并组织实施，建立健全精神疾病的预防、治疗、康复服务体系。

第六条 国务院卫生行政部门主管全国的精神卫生工作。县级以上地方人民政府卫生行政部门负责本行政区域的精神卫生工作。

县级以上人民政府民政、公安、教育、司法行政、人力资源和社会保障等部门在各自职责范围内负责精神卫生工作。

军队的精神卫生工作，依照本法和国家有关规定办理，由中国人民解放军卫生主管部门负责。

第七条 医疗卫生机构和其他精神卫生服务机构依照本法规定，承担精神卫生的健康教育、咨询以及精神疾病的预防、治疗、康复等工作。

第八条 国家发展精神卫生的科学研究，提高对精神疾病的预防、治疗、康复的科学技术水平；支持和鼓励开展传统医药以及传统医药与现代医药相结合的精神卫生研究。

国家支持和鼓励开展精神卫生的国际合作与交流。

第九条 各级人民政府和政府有关部门应当采取措施，鼓励和支持单位和个人依照本法和国家有关规定，通过志愿服务、慈善捐助、兴建公益设施等方式，为精神疾病患者及其家属提供帮助。

第十条 县级以上人民政府和政府有关部门应当采取措施加强对精神卫生工作人员的职业保护，对在精神卫生工作中做出显著成绩和贡献的单位和个人，给予表彰、奖励。

国家对精神卫生工作人员，按照有关规定给予补贴；对因工致伤、致残、死亡的人员，按照有关规定给予补助、抚恤。

第二章 精神疾病的预防

第十一条 各级人民政府和政府有关部门应当组织开展精神卫生的健康教育，倡导文明健康科学的生活方式，营造关怀和帮助精神疾病患者及其家属的社会环境。

各级人民政府和政府有关部门制定的**突发公共事件应急预案**，应当包括心理救援内容，避免和减少精神疾病的发生。

第十二条 国家鼓励和支持工会、共产主义共青团、妇女联合会、红十字会、残疾人联合会、科学技术协会等团体，开展精神卫生的宣传和健康教育工作。

居民委员会、村民委员会应当协助当地人民政府和政府有关部门 组织开展社区心理健康指导、精神卫生知识宣传和健康教育活动，举办有益于城乡居民身心健康的文体活动，创建文明和谐的社区环境。

第十三条 县级以上人民政府教育行政部门应当指导学校通过课堂教学和课外活动等形式开展精神卫生健康教育，促进学生身心健康发展。

县级以上人民政府教育行政部门和学校应当对教师进行上岗前和在岗期间的精神卫生知识培训，使教师在日常管理和教学活动中关心、爱护学生，促进学生心理健康。教师应当学习和了解相关的精神卫生知识。

学校应当与学生父母或者其他监护人建立沟通机制，及时沟通学生心理行为情况，发现问题应当及时告知。发生突发事件或者意外事故时，学校应当在医疗卫生机构和其他精神卫生服务机构的协助下，组织精神卫生工作人员对学生进行心理健康辅导。

第十四条 用人单位应当组织其工作人员学习有关精神卫生知识，开展文化、体育和娱乐活动，合理安排工作和休息时间，创造有益于员工身心健康的工作环境。

对因精神卫生问题可能导致严重后果的特殊岗位的工作人员，用人单位应当定期安排精神健康评估；必要时，应当提供或者组织精神卫生工作人员提供相关的心理咨询和心理治疗服务。

第十五条 医疗卫生机构和其他精神卫生服务机构应当组织工作人员学习精神卫生知识和相关法律、法规、政策；医务人员在相关疾病诊疗服务中，应当对就诊者进行精神卫生的宣传指导。

第十六条 监狱、看守所、拘留所等羁押场所应当对被依法逮捕、拘留和在监狱中执行刑罚和被依法收容教育、强制戒毒和劳动教养的人员，开展精神卫生知识宣传教育。必其时，应当提供或者组织精神卫生工作人员提供心理咨询、心理治疗。

第十七条 新闻宣传和义学影视作品应当尊重精神疾病患者，不得含有歧视、侮辱精神疾病患者的内容。

广播、电视、报刊、互联网等新闻媒体应当积极开展精神卫生知识的公益性宣传。

第十八条 国家建立精神卫生监测网络，对精神疾病的发生及其因素开展监测。

国务院卫生行政部门制定国家精神卫生监测工作计划。省、自治区、直辖市人民政府卫生行政部门根据国家精神卫生监测工作计划制定本行政区域的精神卫生监测工作方案，组织开展精神卫生监测和专题调查。

第三章 心理咨询与心理治疗

第十九条 从事心理咨询的人员应当经过精神卫生知识培训，取得相应资格。具体办法由国务院劳动行政部门制定。

心理咨询机构和心理咨询人员应当按照国务院卫生行政部门制定的心理咨询技术规范从事心理咨询。

第二十条 心理咨询人员在心理咨询中发现疑似精神疾病的人员，应当建议其到符合本法规定的医疗机构进行诊断、治疗，**心理咨询人员不得从事心理治疗或者精神疾病的诊断、治疗。**

第二十一条 心理治疗师执业，应当经注册取得心理治疗师执业证书。

申请心理治疗师执业注册，应当具备下列条件：

- (一)具有医学或者心理学相关专业的本科以上学历；
- (二)在医疗机构从事心理治疗试用期满一年；
- (三)通过国务院卫生行政部门组织的心理治疗师执业资格考试；
- (四)符合国务院卫生行政部门规定的健康标准，

第二十二条 申请心理治疗师执业注册，应当向所在地县级以上人民政府卫生行政部门提出。受理申请的卫生行政部门应当自收到申请之日起 30 日内作出是否准予注册的决定。对符合条件的，发给心理治疗师执业证书；对不符合条件的，不予注册并说明理由。

心理治疗师管理办法由国务院卫生行政部门制定。

第二十三条 心理治疗师应当在医疗机构中从事心理治疗；但是，**不得从事精神疾病的诊断、治疗，不得向精神疾病患者提供药物治疗**；发现或者怀疑接受心理治疗的人员有精神疾病时，应当建议其到符合本法规定的医疗机构进行诊断、治疗。

心理治疗师应当按照心理治疗操作技术规范从事心理治疗；心理治疗操作技术规范由国务院卫生行政部门制定。

第四章 精神疾病的诊断和治疗

第二十四条 从事精神疾病诊断、治疗的医疗机构应当具备下列条件，并按照《医疗机构管理条例》的规定办理有关手续：

(一)有与从事的精神疾病诊断、治疗相适应的精神专科执业医师和其他医疗卫生技术人员

- (二)有满足精神疾病诊断、治疗所需要的设施和设备；
- (三)有完备的精神疾病诊断、治疗管理制度和质量监控制度；
- (四)有医学、法学、伦理学等方面专家组成的**伦理委员会**。

不具备前款规定条件的医疗机构，不得从事精神疾病的诊断、治疗。

精神疾病的诊断、治疗应当遵循国务院卫生行政部门规定的精神疾病分类、诊断标准和治疗规范。

第二十五条 精神疾病的诊断应当由精神专科执业医师作出。

对确诊的精神病患者，医师应当如实告知本人；本人为无行为能力人或者限制行为能力人的，应当如实告知其监护人。

精神病患者或者其监护人对诊断有异议的，可以在接到书面诊断结论后 10 日内向作出诊断的医疗机构提出复诊申请。医疗机构应当在接到申请后 3 日内组织原诊断医师以外的 2 名以上精神专科执业医师进行复诊。

第二十六条 精神疾病患者的治疗实行自愿原则。

精神病患者或者疑似精神病患者经精神专科执业医师检查评估，认为临床症状严重，确认需要住院治疗的，由患者或者其监护人办理住院手续。

对已经住院的精神病患者，病情不宜出院而患者或者其监护人要求出院的，医师应当告知其不宜出院的理由，并在病历中详细记录；必要时，应当提出出院后的医学建议，

第二十七条 精神病患者或者疑似精神病患者发生或者将要发生伤害自身、危害他人或者危害公共安全的行为的，经精神专科执业医师检查评估；确认需要住院治疗，其监护人应当为其办理住院手续；必要时，由公安机关予以协助。

民政部门、公安机关的工作人员在执行职务时，发现生活无着的流浪乞讨的精神病患者或者疑似精神病患者，应当将其护送至当地政府指定的医疗机构进行检查评估、治疗。

依照本条第一款、第二款规定接收精神病患者或者疑似精神病患者的医疗机构应当在 3 日内，组织 2 名以上精神专科执业医师对其进行复诊。经复诊不属于精神病患者或者不需要住院治疗的，应当通知其监护人办理出院手续；**监护人不明或者监护人无力接回的，由流入地民政部门护送至原居住地。**

第二十八条 医疗机构的**伦理委员会**应当对本法第二十七条规定的**非自愿住院治疗**等情况进行审查。**伦理委员会进行审查时，应当邀访精神病患者的监护人参加；必要时，应当听取患者意见。**

第二十九条 依照刑法规定需要实施强制医疗的**重性精神病患者**，由公安机关护送至指定的医疗机构进行强制医疗。

医疗机构应当按照规定定期组织精神专科执业医师对该重性精神病患者进行检查评估，并向有关公安机关报告。强制医疗管理办法，由国务院公安部门会同国务院卫生行政部门制定。

第三十条 精神病患者可能发生伤害自身、危害他人的行为，医疗机构需要对其实施约束或者隔离等**保护性医疗措施**的，应当按照国务院卫生行政部门制定的操作规程和规范办理，并应当将约束或者隔离等保护性医疗措施的次数、原因、性质、程度记入病历。

禁止利用约束、隔离等保护性医疗措施惩罚精神病患者。

第三十一条 医疗机构和医师应当向精神病患者或者其监护人说明有关治疗方法、目的以及可能产生的后果，并取得精神病患者或者其监护人书面知情同意。

需要实施精神外科手术或者国务院卫生行政部门公布的其他特殊治疗措施的，应当经医疗机构的**伦理委员会**审查，并报省级以上人民政府卫生行政部门批准。

禁止对精神病患者进行与其疾病治疗无关的新药、新的治疗方法等临床试验。

第三十二条 医疗机构及其医务人员应当尊重精神病患者的通讯和会见探访者等权利，并如实向精神病患者或者其监护人告知疾病治疗情况；未经精神病患者或者其监护人同意，不得公开精神病患者的个人信息、病史资料。

第三十三条 精神病患者或者其监护人对依照本法第二十七条规定实施的住院治疗和依照本法第三十条规定实施的约束或者隔离等**保护性医疗措施**有异议的，可以依法提起诉讼。

第五章 精神疾病的康复

第三十四条 县级以上地方人民政府应当采取措施，组织协调民政部门、卫生部门、残疾人联合会等组织，依托现有的社区卫生服务机构、工(农)疗站、日托康复站、老年护理康复院、中途宿舍等社区康复机构，为精神疾病患者康复提供帮助，增强其回归社会参与社会生活的能力。

国家采取措施，鼓励支持有关组织和个人举办社区康复机构。

第三十五条 社区康复机构承担下列职责：

- (一)对精神疾病患者进行生活自理能力和社会适应能力等方面的康复训练；
- (二)对精神疾病患者的监护人进行精神卫生知识和看护知识培训；
- (三)对出院精神疾病患者进行康复指导；
- (四)为精神疾病患者提供其他康复服务。

医疗卫生机构应当为社区康复机构提供技术指导和技术支持，并对其培训精神康复工作人员。

第三十六条 社区康复机构应当安排精神疾病患者参加有利于其康复的劳动，增强其生活自理能力和社会适应能力。精神疾病患者参加劳动应当获得相应的报酬。

第三十七条 残疾人组织应当根据精神疾病患者的特点，组织精神疾病患者参加康复活动。

第三十八条 精神疾病患者的监护人应当协助精神疾病患者进行家庭治疗、生活自理能力和社会适应能力等方面的康复训练。

精神疾病患者的监护人应当妥善看护精神疾病患者。并根据医嘱，督促其按时服药、接受诊断或者治疗。

第三十九条 精神疾病患者的监护人在看护精神疾病患者的过程中，需要医疗卫生机构提供技术指导的，医疗卫生机构应当提供帮助。

强制医疗的重性精神疾病患者出院后，医疗卫生机构应当对其进行随访治疗。

第六章 保障措施

第四十条 县级以上人民政府应当将精神卫生工作纳入国民经济和社会发展规划，加强和完善精神疾病的预防、治疗和康复服务体系的建设，建立健全精神卫生专业队伍。

第四十一条 各级人民政府应当根据精神卫生工作需要，将精神卫生经费列入本级财政预算。

中央财政对在贫困地区的精神卫生重大项目给予补助。

第四十二条 县级以上人民政府应当向农村的重性精神疾病患者和城镇中经济困难的重性精神疾病患者免费提供精神疾病治疗药品，并适当减免农村和城镇的经济困难的其他精神疾病患者治疗药品的费用；对生活确有困难的精神疾病患者，应当按照国家有关规定给予救助。

国家对生活无着时流浪乞讨的精神疾病患者和强制医疗的重性精神疾病患者实行免费医疗，具体办法由国务院财政部门会同公安、卫生、民政部门共同制定，

第四十三条 县级以上人民政府民政部门对无劳动能力、无生活来源又无法定赡养、抚养、扶养义务人，或者其法定赡养、抚养、扶养义务人无赡养、抚养、扶养能力的精神疾病患者，应当按照国家有关规定予以供养、救济。

第四十四条 县级以上地方人民政府应当制定扶持措施，鼓励企业将适合社区康复机构生产的产品安排给社区康复机构。

社区康复机构生产的产品，依法享受税收优惠。

第四十五条 县级以上地方人民政府及其有关部门应当采取有效措施，扶持有劳动能力的精神疾病患者从事力所能及的劳动，帮助已经康复的精神疾病患者就业。

进行政府采购时,应当在同等条件下优先购买集中使用精神疾病患者用人单位的产品武者服务。

第七章 法律责任

第四十六条 县级以上地方人民政府未依照本法规定履行组织、领导、保障等职责,或者未采取救助措施的,由上一级人民政府责令改正,给予警告;造成严重后果的,对负有责任的主管人员和其他责任人员依法给予降级、撤职的处分。

第四十七条 县级以上人民政府卫生行政部门和其他有关部门未依照本法规定履行职责的,由本级人民政府或者上一级人民政府有关部门责令改正,给予警告;造成严重后果的,对负有责任的主管人员和其他责任人员依法给予降级、撤职、开除的处分;负有责任的主管人员和其他责任人员构成犯罪的,依法追究刑事责任。

第四十八条 不符合本法规定条件的医疗机构擅自从事精神疾病诊断、治疗的,由县级以上人民政府卫生行政部门责令改正,给予警告;造成严重后果的,对负有责任的主管人员和其他责任人员依法给予降级、撤职、开除的处分,并暂停其六个月以上一年以下执业活动;造成特别严重后果的,吊销其执业证书;负有责任的主管人员和其他责任人员构成犯罪的,依法追究刑事责任。

其他精神卫生服务机构违反本法规定,擅自从事精神疾病诊断、治疗的,依照《医疗机构管理条例》第四十四条的规定给予处罚。

第四十九条 医疗机构有下列行为之一的,由县级以上人民政府卫生行政部门责令改正,给予警告;

- (一)未依照规定进行复诊的;
- (二)对经复诊不属于精神疾病患者或者不需要住院治疗的,未依照规定通知其监护人办理出院手续的;
- (三)未依照规定对强制医疗的重性精神疾病患者进行检查评估,或者未依照规定向公安机关报告的;
- (四)推诿或者拒绝治疗精神疾病患者的其他疾病的;
- (五)未经精神疾病患者或者其监护人同意擅自公开精神疾病患者的个人信息、病史资料的。

第五十条 医疗机构有下列行为之一的,由县级以上人民政府卫生行政部门责令改正,对负有责任的主管人员和其他责任人员依法给予降级、撤职的处分;造成严重后果的,依法给予开除的处分,并暂停其一个月以上六个月以下执业活动;造成特别严重后果的,吊销其执业证书;负有责任的主管人员和其他责任人员构成犯罪的,依法追究刑事责任;

- (一)违反本法规定采取约束、隔离等保护性医疗措施惩罚精神疾病患者的;
- (二)违法本法规定擅自对精神疾病患者实施特殊治疗措施的;
- (三)对精神疾病患者进行与其疾病无关的新药、新的治疗方法等临床试验的。

第五十一条 未取得心理咨询、心理治疗执业资格从事心理咨询、心理治疗的,由县级以上人民政府卫生行政部门责令改正,给予警告,处以 5000 元以上 1 万元以下的罚款。

心理咨询人员从事心理治疗或者精神疾病的诊断、治疗,或者心理治疗人员从事精神疾病的诊断、治疗的,由县级以上人民政府卫生行政部门责令改正,给予警告;造成严重后果的,暂停其六个月以上一年以下执业活动;造成特别严重后果的,吊销其执业证书;构成犯罪的,依法追究刑事责任,

第五十二条 违反本法规定,有下列行为之一的,给精神疾病患者造成损害的,应当依法承担民事责任;构成犯罪的,依法追究刑事责任:

- (一)监护人不履行监护职责的;

- (二) 歧视、侮辱、虐待、遗弃精神疾病患者的；
- (三) 其他侵害精神疾病患者合法权益的。

第八章 附 则

第五十三条 本法所称精神疾病，是指在各种生物、心理以及社会环境因素影响下，人的大脑功能失调，导致感知、情感、思维、意志和行为等精神活动出现的不同程度的受损。

第五十四条 本法自 年 月 日起施行。

中华人民共和国主席令 第三号

《中华人民共和国残疾人保障法》已由中华人民共和国第十一届全国人民代表大会常务委员会第二次会议于2008年4月24日修订通过，现将修订后的《中华人民共和国残疾人保障法》公布，自2008年7月1日起施行。

中华人民共和国主席 胡锦涛
2008年4月24日

中华人民共和国残疾人保障法

(1990年12月28日第七届全国人民代表大会常务委员会第十七次会议通过
2008年4月24日第十一届全国人民代表大会常务委员会第二次会议修订)

目 录

- 第一章 总 则
- 第二章 康 复
- 第三章 教 育
- 第四章 劳动就业
- 第五章 文化生活
- 第六章 社会保障
- 第七章 无障碍环境
- 第八章 法律责任
- 第九章 附 则

第一章 总 则

第一条 为了维护残疾人的合法权益，发展残疾人事业，保障残疾人平等地充分参与社会生活，共享社会物质文化成果，根据宪法，制定本法。

第二条 残疾人是指在心理、生理、人体结构上，某种组织、功能丧失或者不正常，全部或者部分丧失以正常方式从事某种活动能力的人。

残疾人包括视力残疾、听力残疾、言语残疾、肢体残疾、智力残疾、精神残疾、多重残疾和其他残疾的人。

残疾标准由国务院规定。

第三条 残疾人在政治、经济、文化、社会和家庭生活等方面享有同其他公民平等的权利。

残疾人的公民权利和人格尊严受法律保护。

禁止基于残疾的歧视。禁止侮辱、侵害残疾人。禁止通过大众传播媒介或者其他方式贬低损害残疾人人格。

第四条 国家采取辅助方法和扶持措施，对残疾人给予特别扶助，减轻或者消除残疾影响和外界障碍，保障残疾人权利的实现。

第五条 县级以上人民政府应当将残疾人事业纳入国民经济和社会发展规划，加强领导，综合协调，并将残疾人事业经费列入财政预算，建立稳定的经费保障机制。

国务院制定中国残疾人事业发展纲要，县级以上地方人民政府根据中国残疾人事业发展纲要，制定本行政区域的残疾人事业发展规划和年度计划，使残疾人事业与经济、社会协调发展。

县级以上人民政府负责残疾人工作的机构，负责组织、协调、指导、督促有关部门做好残疾人事业的工作。

各级人民政府和有关部门，应当密切联系残疾人，听取残疾人的意见，按照各自的职责，做好残疾人工作。

第六条 国家采取措施，保障残疾人依照法律规定，通过各种途径和形式，管理国家事务，管理经济和文化事业，管理社会事务。

制定法律、法规、规章和公共政策，对涉及残疾人权益和残疾人事业的重大问题，应当听取残疾人和残疾人组织的意见。

残疾人和残疾人组织有权向各级国家机关提出残疾人权益保障、残疾人事业发展等方面的意见和建议。

第七条 全社会应当发扬人道主义精神，理解、尊重、关心、帮助残疾人，支持残疾人事业。

国家鼓励社会组织和个人为残疾人提供捐助和服务。

国家机关、社会团体、企业事业单位和城乡基层群众性自治组织，应当做好所属范围内的残疾人工作。

从事残疾人工作的国家工作人员和其他人员，应当依法履行职责，努力为残疾人服务。

第八条 中国残疾人联合会及其地方组织，代表残疾人的共同利益，维护残疾人的合法权益，团结教育残疾人，为残疾人服务。

中国残疾人联合会及其地方组织依照法律、法规、章程或者接受政府委托，开展残疾人工作，动员社会力量，发展残疾人事业。

第九条 残疾人的扶养人必须对残疾人履行扶养义务。

残疾人的监护人必须履行监护职责，尊重被监护人的意愿，维护被监护人的合法权益。

残疾人的亲属、监护人应当鼓励和帮助残疾人增强自立能力。

禁止对残疾人实施家庭暴力，禁止虐待、遗弃残疾人。

第十条 国家鼓励残疾人自尊、自信、自强、自立，为社会主义建设贡献力量。

残疾人应当遵守法律、法规，履行应尽的义务，遵守公共秩序，尊重社会公德。

第十一条 国家有计划地开展残疾预防工作，加强对残疾预防工作的领导，宣传、普及母婴保健和预防残疾的知识，建立健全出生缺陷预防和早期发现、早期治疗机制，针对遗传、疾病、药物、事故、灾害、环境污染和其他致残因素，组织和动员社会力量，采取措施，预防残疾的发生，减轻残疾程度。

国家建立健全残疾人统计调查制度，开展残疾人状况的统计调查和分析。

第十二条 国家和社会对残疾军人、因公致残人员以及其他为维护国家和人民利益致残的人员实行特别保障，给予抚恤和优待。

第十三条 对在社会主义建设中做出显著成绩的残疾人，对维护残疾人合法权益、发展残疾人事业、为残疾人服务做出显著成绩的单位和个人，各级人民政府和有关部门给予表彰和奖励。

第十四条 每年5月的第三个星期日为全国助残日。

第二章 康 复

第十五条 国家保障残疾人享有康复服务的权利。

各级人民政府和有关部门应当采取措施，为残疾人康复创造条件，建立和完善残疾人康复服务体系，并分阶段实施重点康复项目，帮助残疾人恢复或者补偿功能，增强其参与社会生活的能力。

第十六条 康复工作应当从实际出发，将现代康复技术与我国传统康复技术相结合；以社区康复为基础，康复机构为骨干，残疾人家庭为依托；以实用、易行、受益广的康复内容为重点，优先开展残疾儿童抢救性治疗和康复；发展符合康复要求的科学技术，鼓励自主创新，加强康复新技术的研究、开发和应用，为残疾人提供有效的康复服务。

第十七条 各级人民政府鼓励和扶持社会力量兴办残疾人康复机构。

地方各级人民政府和有关部门，应当组织和指导城乡社区服务组织、医疗预防保健机构、残疾人组织、残疾人家庭和其他社会力量，开展社区康复工作。

残疾人教育机构、福利性单位和其他为残疾人服务的机构，应当创造条件，开展康复训练活动。

残疾人在专业人员的指导和有关工作人员、志愿工作者及亲属的帮助下，应当努力进行功能、自理能力和劳动技能的训练。

第十八条 地方各级人民政府和有关部门应当根据需要有计划地在医疗机构设立康复医学科室，举办残疾人康复机构，开展康复医疗与训练、人员培训、技术指导、科学研究等工作。

第十九条 医学院校和其他有关院校应当有计划地开设康复课程，设置相关专业，培养各类康复专业人才。

政府和社会采取多种形式对从事康复工作的人员进行技术培训；向残疾人、残疾人亲属、有关工作人员和志愿工作者普及康复知识，传授康复方法。

第二十条 政府有关部门应当组织和扶持残疾人康复器械、辅助器具的研制、生产、供应、维修服务。

第三章 教 育

第二十一条 国家保障残疾人享有平等接受教育的权利。

各级人民政府应当将残疾人教育作为国家教育事业的组成部分，统一规划，加强领导，为残疾人接受教育创造条件。

政府、社会、学校应当采取有效措施，解决残疾儿童、少年就学存在的实际困难，帮助其完成义务教育。

各级人民政府对接受义务教育的残疾学生、贫困残疾人家庭的学生提供免费教科书，并给予寄宿生活费等费用补助；对接受义务教育以外其他教育的残疾学生、贫困残疾人家庭的学生按照国家有关规定给予资助。

第二十二条 残疾人教育，实行普及与提高相结合、以普及为重点的方针，保障义务教育，着重发展职业教育，积极开展学前教育，逐步发展高级中等以上教育。

第二十三条 残疾人教育应当根据残疾人的身心特性和需要，按照下列要求实施：

- (一) 在进行思想教育、文化教育的同时, 加强身心补偿和职业教育;
- (二) 依据残疾类别和接受能力, 采取普通教育方式或者特殊教育方式;
- (三) 特殊教育的课程设置、教材、教学方法、入学和在校年龄, 可以有适度弹性。

第二十四条 县级以上人民政府应当根据残疾人的数量、分布状况和残疾类别等因素, 合理设置残疾人教育机构, 并鼓励社会力量办学、捐资助学。

第二十五条 普通教育机构对具有接受普通教育能力的残疾人实施教育, 并为其学习提供便利和帮助。

普通小学、初级中等学校, 必须招收能适应其学习生活的残疾儿童、少年入学; 普通高级中学、中等职业学校和高等学校, 必须招收符合国家规定的录取要求的残疾考生入学, 不得因其残疾而拒绝招收; 拒绝招收的, 当事人或者其亲属、监护人可以要求有关部门处理, 有关部门应当责令该学校招收。

普通幼儿教育机构应当接收能适应其生活的残疾幼儿。

第二十六条 残疾幼儿教育机构、普通幼儿教育机构附设的残疾儿童班、特殊教育机构的学前班、残疾儿童福利机构、残疾儿童家庭, 对残疾儿童实施学前教育。

初级中等以下特殊教育机构和普通教育机构附设的特殊教育班, 对不具有接受普通教育能力的残疾儿童、少年实施义务教育。

高级中等以上特殊教育机构、普通教育机构附设的特殊教育班和残疾人职业教育机构, 对符合条件的残疾人实施高级中等以上文化教育、职业教育。

提供特殊教育的机构应当具备适合残疾人学习、康复、生活特点的场所和设施。

第二十七条 政府有关部门、残疾人所在单位和有关社会组织应当对残疾人开展扫除文盲、职业培训、创业培训和其他成人教育, 鼓励残疾人自学成才。

第二十八条 国家有计划地举办各级各类特殊教育师范院校、专业, 在普通师范院校附设特殊教育班, 培养、培训特殊教育师资。普通师范院校开设特殊教育课程或者讲授有关内容, 使普通教师掌握必要的特殊教育知识。

特殊教育教师和手语翻译, 享受特殊教育津贴。

第二十九条 政府有关部门应当组织和扶持盲文、手语的研究和应用, 特殊教育教材的编写和出版, 特殊教育教学用具及其他辅助用品的研制、生产和供应。

第四章 劳动就业

第三十条 国家保障残疾人劳动的权利。

各级人民政府应当对残疾人劳动就业统筹规划, 为残疾人创造劳动就业条件。

第三十一条 残疾人劳动就业, 实行集中与分散相结合的方针, 采取优惠政策和扶持保护措施, 通过多渠道、多层次、多种形式, 使残疾人劳动就业逐步普及、稳定、合理。

第三十二条 政府和社会举办残疾人福利企业、盲人按摩机构和其他福利性单位, 集中安排残疾人就业。

第三十三条 国家实行按比例安排残疾人就业制度。

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规定的比例安排残疾人就业, 并为其选择适当的工种和岗位。达不到规定比例的, 按照国家有关规定履行保障残疾人就业义务。国家鼓励用人单位超过规定比例安排残疾人就业。

残疾人就业的具体办法由国务院规定。

第三十四条 国家鼓励和扶持残疾人自主择业、自主创业。

第三十五条 地方各级人民政府和农村基层组织, 应当组织和扶持农村残疾人从事种植业、养殖业、手工业和其他形式的生产劳动。

第三十六条 国家对安排残疾人就业达到、超过规定比例或者集中安排残疾人就业的用人单位和从事个体经营的残疾人，依法给予税收优惠，并在生产、经营、技术、资金、物资、场地等方面给予扶持。国家对从事个体经营的残疾人，免除行政事业性收费。

县级以上地方人民政府及其有关部门应当确定适合残疾人生产、经营的产品、项目，优先安排残疾人福利性单位生产或者经营，并根据残疾人福利性单位的生产特点确定某些产品由其专产。

政府采购，在同等条件下应当优先购买残疾人福利性单位的产品或者服务。

地方各级人民政府应当开发适合残疾人就业的公益性岗位。

对申请从事个体经营的残疾人，有关部门应当优先核发营业执照。

对从事各类生产劳动的农村残疾人，有关部门应当在生产服务、技术指导、农用物资供应、农副产品购销和信贷等方面，给予帮助。

第三十七条 政府有关部门设立的公共就业服务机构，应当为残疾人免费提供就业服务。

残疾人联合会举办的残疾人就业服务机构，应当组织开展免费的职业指导、职业介绍和职业培训，为残疾人就业和用人单位招用残疾人提供服务和帮助。

第三十八条 国家保护残疾人福利性单位的财产所有权和经营自主权，其合法权益不受侵犯。

在职工的招用、转正、晋级、职称评定、劳动报酬、生活福利、休息休假、社会保险等方面，不得歧视残疾人。

残疾职工所在单位应当根据残疾职工的特点，提供适当的劳动条件和劳动保护，并根据实际需要对劳动场所、劳动设备和生活设施进行改造。

国家采取措施，保障盲人保健和医疗按摩人员从业的合法权益。

第三十九条 残疾职工所在单位应当对残疾职工进行岗位技术培训，提高其劳动技能和技术水平。

第四十条 任何单位和个人不得以暴力、威胁或者非法限制人身自由的手段强迫残疾人劳动。

第五章 文化生活

第四十一条 国家保障残疾人享有平等参与文化生活的权利。

各级人民政府和有关部门鼓励、帮助残疾人参加各种文化、体育、娱乐活动，积极创造条件，丰富残疾人精神文化生活。

第四十二条 残疾人文化、体育、娱乐活动应当面向基层，融于社会公共文化生活，适应各类残疾人的不同特点和需要，使残疾人广泛参与。

第四十三条 政府和社会采取下列措施，丰富残疾人的精神文化生活：

（一）通过广播、电影、电视、报刊、图书、网络等形式，及时宣传报道残疾人的工作、生活等情况，为残疾人服务；

（二）组织和扶持盲文读物、盲人有声读物及其他残疾人读物的编写和出版，根据盲人的实际需要，在公共图书馆设立盲文读物、盲人有声读物图书室；

（三）开办电视手语节目，开办残疾人专题广播栏目，推进电视栏目、影视作品加配字幕、解说；

（四）组织和扶持残疾人开展群众性文化、体育、娱乐活动，举办特殊艺术演出和残疾人体育运动会，参加国际性比赛和交流；

（五）文化、体育、娱乐和其他公共活动场所，为残疾人提供方便和照顾。有计划地兴办残疾人活动场所。

第四十四条 政府和社会鼓励、帮助残疾人从事文学、艺术、教育、科学、技术和其他有益于人民的创造性劳动。

第四十五条 政府和社会促进残疾人与其他公民之间的相互理解和交流，宣传残疾人事业和扶助残疾人的事迹，弘扬残疾人自强不息的精神，倡导团结、友爱、互助的社会风尚。

第六章 社会保障

第四十六条 国家保障残疾人享有各项社会保障的权利。

政府和社会采取措施，完善对残疾人的社会保障，保障和改善残疾人的生活。

第四十七条 残疾人及其所在单位应当按照国家有关规定参加社会保险。

残疾人所在城乡基层群众性自治组织、残疾人家庭，应当鼓励、帮助残疾人参加社会保险。

对生活确有困难的残疾人，按照国家有关规定给予社会保险补贴。

第四十八条 各级人民政府对生活确有困难的残疾人，通过多种渠道给予生活、教育、住房和其他社会救助。

县级以上地方人民政府对享受最低生活保障待遇后生活仍有特别困难的残疾人家庭，应当采取其他措施保障其基本生活。

各级人民政府对贫困残疾人的基本医疗、康复服务、必要的辅助器具的配置和更换，应当按照规定给予救助。

对生活不能自理的残疾人，地方各级人民政府应当根据情况给予护理补贴。

第四十九条 地方各级人民政府对无劳动能力、无扶养人或者扶养人不具有扶养能力、无生活来源的残疾人，按照规定予以供养。

国家鼓励和扶持社会力量举办残疾人供养、托养机构。

残疾人供养、托养机构及其工作人员不得侮辱、虐待、遗弃残疾人。

第五十条 县级以上人民政府对残疾人搭乘公共交通工具，应当根据实际情况给予便利和优惠。残疾人可以免费携带随身必备的辅助器具。

盲人持有效证件免费乘坐市内公共汽车、电车、地铁、渡船等公共交通工具。盲人读物邮件免费寄递。

国家鼓励和支持提供电信、广播电视服务的单位对盲人、听力残疾人、言语残疾人给予优惠。

各级人民政府应当逐步增加对残疾人的其他照顾和扶助。

第五十一条 政府有关部门和残疾人组织应当建立和完善社会各界为残疾人捐助和服务的渠道，鼓励和支持发展残疾人慈善事业，开展志愿者助残等公益活动。

第七章 无障碍环境

第五十二条 国家和社会应当采取措施，逐步完善无障碍设施，推进信息交流无障碍，为残疾人平等参与社会生活创造无障碍环境。

各级人民政府应当对无障碍环境建设进行统筹规划，综合协调，加强监督管理。

第五十三条 无障碍设施的建设和改造，应当符合残疾人的实际需要。

新建、改建和扩建建筑物、道路、交通设施等，应当符合国家有关无障碍设施工程建设标准。

各级人民政府和有关部门应当按照国家无障碍设施工程建设规定，逐步推进已建成设施的改造，优先推进与残疾人日常工作、生活密切相关的公共服务设施的改造。

对无障碍设施应当及时维修和保护。

第五十四条 国家采取措施，为残疾人信息交流无障碍创造条件。

各级人民政府和有关部门应当采取措施，为残疾人获取公共信息提供便利。

国家和社会研制、开发适合残疾人使用的信息交流技术和产品。

国家举办的各类升学考试、职业资格考试和任职考试，有盲人参加的，应当为盲人提供盲文试卷、电子试卷或者由专门的工作人员予以协助。

第五十五条 公共服务机构和公共场所应当创造条件，为残疾人提供语音和文字提示、手语、盲文等信息交流服务，并提供优先服务和辅助性服务。

公共交通工具应当逐步达到无障碍设施的要求。有条件的公共停车场应当为残疾人设置专用停车位。

第五十六条 组织选举的部门应当为残疾人参加选举提供便利；有条件的，应当为盲人提供盲文选票。

第五十七条 国家鼓励和扶持无障碍辅助设备、无障碍交通工具的研制和开发。

第五十八条 盲人携带导盲犬出入公共场所，应当遵守国家有关规定。

第八章 法律责任

第五十九条 残疾人的合法权益受到侵害的，可以向残疾人组织投诉，残疾人组织应当维护残疾人的合法权益，有权要求有关部门或者单位查处。有关部门或者单位应当依法查处，并予以答复。

残疾人组织对残疾人通过诉讼维护其合法权益需要帮助的，应当给予支持。

残疾人组织对侵害特定残疾人群体利益的行为，有权要求有关部门依法查处。

第六十条 残疾人的合法权益受到侵害的，有权要求有关部门依法处理，或者依法向仲裁机构申请仲裁，或者依法向人民法院提起诉讼。

对有经济困难或者其他原因确需法律援助或者司法救助的残疾人，当地法律援助机构或者人民法院应当给予帮助，依法为其提供法律援助或者司法救助。

第六十一条 违反本法规定，对侵害残疾人权益行为的申诉、控告、检举，推诿、拖延、压制不予查处，或者对提出申诉、控告、检举的人进行打击报复的，由其所在单位、主管部门或者上级机关责令改正，并依法对直接负责的主管人员和其他直接责任人员给予处分。

国家工作人员未依法履行职责，对侵害残疾人权益的行为未及时制止或者未给予受害残疾人必要帮助，造成严重后果的，由其所在单位或者上级机关依法对直接负责的主管人员和其他直接责任人员给予处分。

第六十二条 违反本法规定，通过大众传播媒介或者其他方式贬低损害残疾人人格的，由文化、广播电影电视、新闻出版或者其他有关主管部门依据各自的职权责令改正，并依法给予行政处罚。

第六十三条 违反本法规定，有关教育机构拒不接收残疾学生入学，或者在国家规定的录取要求以外附加条件限制残疾学生就学的，由有关主管部门责令改正，并依法对直接负责的主管人员和其他直接责任人员给予处分。

第六十四条 违反本法规定，在职工的招用等方面歧视残疾人的，由有关主管部门责令改正；残疾人劳动者可以依法向人民法院提起诉讼。

第六十五条 违反本法规定，供养、托养机构及其工作人员侮辱、虐待、遗弃残疾人的，对直接负责的主管人员和其他直接责任人员依法给予处分；构成违反治安管理行为的，依法给予行政处罚。

第六十六条 违反本法规定，新建、改建和扩建建筑物、道路、交通设施，不符合国家有关无障碍设施工程建设标准，或者对无障碍设施未进行及时维修和保护造成后果的，由有关主管部门依法处理。

第六十七条 违反本法规定，侵害残疾人的合法权益，其他法律、法规规定行政处罚的，从其规定；造成财产损失或者其他损害的，依法承担民事责任；构成犯罪的，依法追究刑事责任。

第九章 附 则

第六十八条 本法自2008年7月1日起施行。

残疾人权利公约

序言

本公约缔约国，

(一) 回顾《联合国宪章》宣告的各项原则确认人类大家庭所有成员的固有尊严和价值以及平等和不可剥夺的权利，是世界自由、正义与和平的基础，

(二) 确认联合国在《世界人权宣言》和国际人权公约中宣告并认定人人有权享有这些文书所载的一切权利和自由，不得有任何区别，

(三) 重申一切人权和基本自由都是普遍、不可分割、相互依存和相互关联的，必须保障残疾人不受歧视地充分享有这些权利和自由，

(四) 回顾《经济、社会、文化权利国际公约》、《公民及政治权利国际公约》、《消除一切形式种族歧视国际公约》、《消除对妇女一切形式歧视公约》、《禁止酷刑和其他残忍、不人道或有辱人格的待遇或处罚公约》、《儿童权利公约》和《保护所有移徙工人及其家庭成员权利国际公约》，

(五) 确认残疾是一个演变中的概念，残疾是伤残者和阻碍他们在与其他人平等的基础上充分和切实地参与社会的各种态度和环境障碍相互作用所产生的结果，

(六) 确认《关于残疾人的世界行动纲领》和《残疾人机会均等标准规则》所载原则和政策导则在影响国家、区域和国际各级推行、制定和评价进一步增加残疾人均等机会的政策、计划、方案和行动方面的重要性，

(七) 强调必须使残疾问题成为相关可持续发展战略的重要组成部分，

(八) 又确认因残疾而歧视任何人是对其固有尊严和价值的侵犯，

(九) 还确认残疾人的多样性，

(十) 确认必须促进和保护所有残疾人的人权，包括需要加强支助的残疾人的人权，

(十一) 关注尽管有上述各项文书和承诺，残疾人作为平等社会成员参与方面继续面临各种障碍，残疾人的人权在世界各地继续受到侵犯，

(十二) 确认国际合作对改善各国残疾人，尤其是发展中国家残疾人的生活条件至关重要，

(十三) 确认残疾人对其社区的全面福祉和多样性作出的和可能作出的宝贵贡献，并确认促进残疾人充分享有其人权和基本自由以及促进残疾人充分参与，将增强其归属感，大大推进整个社会的人的发展和社会经济发展以及除贫工作，

(十四) 确认个人的自主和自立，包括自由作出自己的选择，对残疾人至关重要，

(十五) 认为残疾人应有机会积极参与政策和方案的决策过程，包括与残疾人直接有关的政策和方案的决策过程，

(十六) 关注因种族、肤色、性别、语言、宗教、政治或其他见解、民族本源、族裔、土著身份或社会出身、财产、出生、年龄或其他身份而受到多重或加重形式歧视的残疾人所

面临的困难处境，

(十七) 确认残疾妇女和残疾女孩在家庭内外往往面临更大的风险，更易遭受暴力、伤害或凌虐、忽视或疏忽、虐待或剥削，

(十八) 确认残疾儿童应在与其他儿童平等的基础上充分享有一切人权和基本自由，并回顾《儿童权利公约》缔约国为此目的承担的义务，

(十九) 强调必须将两性平等观点纳入促进残疾人充分享有人权和基本自由的一切努力之中，

(二十) 着重指出大多数残疾人生活贫困，确认在这方面亟需消除贫穷对残疾人的不利影响，

(二十一) 铭记在恪守《联合国宪章》宗旨和原则并遵守适用的人权文书的基础上实现和平与安全，是充分保护残疾人，特别是在武装冲突和外国占领期间充分保护残疾人的必要条件，

(二十二) 确认无障碍的物质、社会、经济和文化环境、医疗卫生和教育以及信息和交流，对残疾人能够充分享有一切人权和基本自由至关重要，

(二十三) 认识到个人对他人和对本人所属社区负有义务，有责任努力促进和遵守《国际人权宪章》确认的权利，

(二十四) 深信家庭是自然和基本的社会组合单元，有权获得社会和国家的保护，残疾人及其家庭成员应获得必要的保护和援助，使家庭能够为残疾人充分和平等地享有其权利作出贡献，

(二十五) 深信一项促进和保护残疾人权利和尊严的全面综合国际公约将大有助于在发展中国家和发达国家改变残疾人在社会上的严重不利处境，促使残疾人有平等机会参与公民、政治、经济、社会和文化生活，

议定如下：

第一条

宗旨

本公约的宗旨是促进、保护和确保所有残疾人充分和平等地享有一切人权和基本自由，并促进对残疾人固有尊严的尊重。

残疾人包括肢体、精神、智力或感官有长期损伤的人，这些损伤与各种障碍相互作用，可能阻碍残疾人在与他人平等的基础上充分和切实地参与社会。

第二条

定义

为本公约的目的：

“交流”包括语言、字幕、盲文、触觉交流、大字本、无障碍多媒体以及书面语言、听力语言、浅白语言、朗读员和辅助或替代性交流方式、手段和模式，包括无障碍信息和通信技术；

“语言”包括口语和手语及其他形式的非语音语言；

“基于残疾的歧视”是指基于残疾而作出的任何区别、排斥或限制，其目的或效果是在政治、经济、社会、文化、公民或任何其他领域，损害或取消在与其他人平等的基础上，对一切人权和基本自由的认可、享有或行使。基于残疾的歧视包括一切形式的歧视，包括拒绝提供合理便利；

“合理便利”是指根据具体需要，在不造成过度或不当负担的情况下，进行必要和适当的修改和调整，以确保残疾人在与其他人平等的基础上享有或行使一切人权和基本自由；

“通用设计”是指尽最大可能让所有人可以使用，无需作出调整或特别设计的产品、

环境、方案和服务设计。“通用设计”不排除在必要时为某些残疾人群体提供辅助用具。

第三条

一般原则

本公约的原则是：

- (一) 尊重固有尊严和个人自主，包括自由作出自己的选择，以及个人的自立；
- (二) 不歧视；
- (三) 充分和切实地参与和融入社会；
- (四) 尊重差异，接受残疾人是人的多样性的一部分和人类的一份子；
- (五) 机会均等；
- (六) 无障碍；
- (七) 男女平等；
- (八) 尊重残疾儿童逐渐发展的能力并尊重残疾儿童保持其身份特性的权利。

第四条

一般义务

一. 缔约国承诺确保并促进充分实现所有残疾人的一切人权和基本自由，使其不受任何基于残疾的歧视。为此目的，缔约国承诺：

- (一) 采取一切适当的立法、行政和其他措施实施本公约确认的权利；
- (二) 采取一切适当措施，包括立法，以修订或废止构成歧视残疾人的现行法律、法规、习惯和做法；
- (三) 在一切政策和方案中考虑保护和促进残疾人的人权；
- (四) 不实施任何与本公约不符的行为或做法，确保公共当局和机构遵循本公约的规定行事；
- (五) 采取一切适当措施，消除任何个人、组织或私营企业基于残疾的歧视；
- (六) 从事或促进研究和开发本公约第二条所界定的通用设计的货物、服务、设备和设施，以便仅需尽可能小的调整和最低的费用即可满足残疾人的具体需要，促进这些货物、服务、设备和设施的提供和使用，并在拟订标准和导则方面提倡通用设计；
- (七) 从事或促进研究和开发适合残疾人的新技术，并促进提供和使用这些新技术，包括信息和通信技术、助行器具、用品、辅助技术，优先考虑价格低廉的技术；
- (八) 向残疾人提供无障碍信息，介绍助行器具、用品和辅助技术，包括新技术，并介绍其他形式的协助、支助服务和设施；
- (九) 促进培训协助残疾人的专业人员和工作人员，使他们了解本公约确认的权利，以便更好地提供这些权利所保障的协助和服务。

二. 关于经济、社会和文化权利，各缔约国承诺尽量利用现有资源并于必要时在国际合作框架内采取措施，以期逐步充分实现这些权利，但不妨碍本公约中依国际法立即适用的义务。

三. 缔约国应当在为实施本公约而拟订和施行立法和政策时以及在涉及残疾人问题的其他决策过程中，通过代表残疾人的组织，与残疾人，包括残疾儿童，密切协商，使他们积极参与。

四. 本公约的规定不影响任何缔约国法律或对该缔约国生效的国际法中任何更有利于实现残疾人权利的规定。对于根据法律、公约、法规或习惯而在本公约任何缔约国内获得承认或存在的任何人权和基本自由，不得以本公约未予承认或未予充分承认这些权利或自由为借口而加以限制或减损。

五. 本公约的规定应当无任何限制或例外地适用于联邦制国家各组成部分。

第五条

平等和不歧视

一. 缔约国确认，在法律面前，人人平等，有权不受任何歧视地享有法律给予的平等保护和平等权益。

二. 缔约国应当禁止一切基于残疾的歧视，保证残疾人获得平等和有效的法律保护，使其不受基于任何原因的歧视。

三. 为促进平等和消除歧视，缔约国应当采取一切适当步骤，确保提供合理便利。

四. 为加速或实现残疾人事实上的平等而必须采取的具体措施，不得视为本公约所指的歧视。

第六条

残疾妇女

一. 缔约国确认残疾妇女和残疾女孩受到多重歧视，在这方面，应当采取措施，确保她们充分和平等地享有一切人权和基本自由。

二. 缔约国应当采取一切适当措施，确保妇女充分发展，地位得到提高，能力得到增强，目的是保证妇女能行使和享有本公约所规定的人权和基本自由。

第七条

残疾儿童

一. 缔约国应当采取一切必要措施，确保残疾儿童在与其他儿童平等的基础上，充分享有一切人权和基本自由。

二. 在一切关于残疾儿童的行动中，应当以儿童的最佳利益为一项首要考虑。

三. 缔约国应当确保，残疾儿童有权在与其他儿童平等的基础上，就一切影响本人的事项自由表达意见，并获得适合其残疾状况和年龄的辅助手段以实现这项权利，残疾儿童的意见应当按其年龄和成熟程度适当予以考虑。

第八条

提高认识

一. 缔约国承诺立即采取有效和适当的措施，以便：

(一) 提高整个社会，包括家庭，对残疾人的认识，促进对残疾人权利和尊严的尊重；

(二) 在生活的各个方面消除对残疾人的定见、偏见和有害做法，包括基于性别和年龄的定见、偏见和有害做法；

(三) 提高对残疾人的能力和贡献的认识。

二. 为此目的采取的措施包括：

(一) 发起和持续进行有效的宣传运动，提高公众认识，以便：

1. 培养接受残疾人权利的态度；

2. 促进积极看待残疾人，提高社会对残疾人的了解；

3. 促进承认残疾人的技能、才华和能力以及他们对工作场所和劳动力市场的贡献；

(二) 在各级教育系统中培养尊重残疾人权利的态度，包括从小在所有儿童中培养这种态度；

(三) 鼓励所有媒体机构以符合本公约宗旨的方式报道残疾人；

(四) 推行了解残疾人和残疾人权利的培训方案。

第九条

无障碍

一. 为了使残疾人能够独立生活和充分参与生活的各个方面，缔约国应当采取适当措施，确保残疾人在与其他人平等的基础上，无障碍地进出物质环境，使用交通工具，利用信

息和通信，包括信息和通信技术和系统，以及享用在城市和农村地区向公众开放或提供的其他设施和服务。这些措施应当包括查明和消除阻碍实现无障碍环境的因素，并除其他外，应当适用于：

- (一) 建筑、道路、交通和其他室内外设施，包括学校、住房、医疗设施和工作场所；
- (二) 信息、通信和其他服务，包括电子服务和应急服务。

二. 缔约国还应当采取适当措施，以便：

(一) 拟订和公布无障碍使用向公众开放或提供的设施和服务的最低标准和导则，并监测其实施情况；

(二) 确保向公众开放或为公众提供设施和服务的私营实体在各个方面考虑为残疾人创造无障碍环境；

(三) 就残疾人面临的无障碍问题向各有关方面提供培训；

(四) 在向公众开放的建筑和其他设施中提供盲文标志及易读易懂的标志；

(五) 提供各种形式的现场协助和中介，包括提供向导、朗读员和专业手语译员，以利向公众开放的建筑和其他设施的无障碍；

(六) 促进向残疾人提供其他适当形式的协助和支助，以确保残疾人获得信息；

(七) 促使残疾人有机会使用新的信息和通信技术和系统，包括因特网；

(八) 促进在早期阶段设计、开发、生产、推行无障碍信息和通信技术和系统，以便能以最低成本使这些技术和系统无障碍。

第十条

生命权

缔约国重申人人享有固有的生命权，并应当采取一切必要措施，确保残疾人在与其他人平等的基础上切实享有这一权利。

第十一条

危难情况和人道主义紧急情况缔约国应当依照国际法包括国际人道主义法和国际人权法规定的义务，采取一切必要措施，确保在危难情况下，包括在发生武装冲突、人道主义紧急情况 and 自然灾害时，残疾人获得保护和安全。

第十二条

在法律面前获得平等承认

一. 缔约国重申残疾人享有在法律面前的人格在任何地方均获得承认的权利。

二. 缔约国应当确认残疾人在生活的各方面在与其他人平等的基础上享有法律权利能力。

三. 缔约国应当采取适当措施，便利残疾人获得他们在行使其法律权利能力时可能需要的协助。

四. 缔约国应当确保，与行使法律权利能力有关的一切措施，均依照国际人权法提供适当和有效的防止滥用保障。这些保障应当确保与行使法律权利能力有关的措施尊重本人的权利、意愿和选择，无利益冲突和不当影响，适应本人情况，适用时间尽可能短，并定期由一个有资格、独立、公正的当局或司法机构复核。提供的保障应当与这些措施影响个人权益的程度相称。

五. 在符合本条的规定的情况下，缔约国应当采取一切适当和有效的措施，确保残疾人享有平等权利拥有或继承财产，掌管自己的财务，有平等机会获得银行贷款、抵押贷款和其他形式的金融信贷，并应当确保残疾人的财产不被任意剥夺。

第十三条

获得司法保护

一. 缔约国应当确保残疾人在与其他人平等的基础上有效获得司法保护, 包括通过提供程序便利和适龄措施, 以便利他们在所有法律诉讼程序中, 包括在调查和其他初步阶段中, 切实发挥其作为直接和间接参与方, 包括其作为证人的作用。

二. 为了协助确保残疾人有效获得司法保护, 缔约国应当促进对司法领域工作人员, 包括警察和监狱工作人员进行适当的培训。

第十四条

自由和人身安全

一. 缔约国应当确保残疾人在与其他人平等的基础上:

(一) 享有自由和人身安全的权利;

(二) 不被非法或任意剥夺自由, 任何对自由的剥夺均须符合法律规定, 而且在任何情况下均不得以残疾作为剥夺自由的理由。

二. 缔约国应当确保, 在任何程序中被剥夺自由的残疾人, 在与其他人平等的基础上, 有权获得国际人权法规定的保障, 并应当享有符合本公约宗旨和原则的待遇, 包括提供合理便利的待遇。

第十五条

免于酷刑或残忍、不人道或有辱人格的待遇或处罚

一. 不得对任何人实施酷刑或残忍、不人道或有辱人格的待遇或处罚。特别是不得在未经本人自由同意的情况下, 对任何人进行医学或科学试验。

二. 缔约国应当采取一切有效的立法、行政、司法或其他措施, 在与其他人平等的基础上, 防止残疾人遭受酷刑或残忍、不人道或有辱人格的待遇或处罚。

第十六条

免于剥削、暴力和凌虐

一. 缔约国应当采取一切适当的立法、行政、社会、教育和其他措施, 保护残疾人在家庭内外免遭一切形式的剥削、暴力和凌虐, 包括基于性别的剥削、暴力和凌虐。

二. 缔约国还应当采取一切适当措施防止一切形式的剥削、暴力和凌虐, 除其他外, 确保向残疾人及其家属和照护人提供考虑到性别和年龄的适当协助和支助, 包括提供信息和教育, 说明如何避免、识别和报告剥削、暴力和凌虐事件。缔约国应当确保保护服务考虑到年龄、性别和残疾因素。

三. 为了防止发生任何形式的剥削、暴力和凌虐, 缔约国应当确保所有用于为残疾人服务的设施和方案受到独立当局的有效监测。

四. 残疾人受到任何形式的剥削、暴力或凌虐时, 缔约国应当采取一切适当措施, 包括提供保护服务, 促进被害人的身体、认知功能和心理的恢复、康复及回归社会。

上述恢复措施和回归社会措施应当在有利于本人的健康、福祉、自尊、尊严和自主的环境中进行, 并应当考虑到因性别和年龄而异的具体需要。

五. 缔约国应当制定有效的立法和政策, 包括以妇女和儿童为重点的立法和政策, 确保查明、调查和酌情起诉对残疾人的剥削、暴力和凌虐事件。

第十七条

保护人身完整性

每个残疾人的身心完整性有权在与其他人平等的基础上获得尊重。

第十八条

迁徙自由和国籍

一. 缔约国应当确认残疾人在与其他人平等的基础上有权自由迁徙、自由选择居所和享有国籍, 包括确保残疾人:

- (一) 有权获得和变更国籍，国籍不被任意剥夺或因残疾而被剥夺；
 - (二) 不因残疾而被剥夺获得、拥有和使用国籍证件或其他身份证件的能力，或利用相关程序，如移民程序的能力，这些能力可能是便利行使迁徙自由权所必要的；
 - (三) 可以自由离开任何国家，包括本国在内；
 - (四) 不被任意剥夺或因残疾而被剥夺进入本国的权利。
- 二. 残疾儿童出生后应当立即予以登记，从出生起即应当享有姓名权利，享有获得国籍的权利，并尽可能享有知悉父母并得到父母照顾的权利。

第十九条

独立生活和融入社区

本公约缔约国确认所有残疾人享有在社区中生活的平等权利以及与其他人同等的选择，并应当采取有效和适当的措施，以便利残疾人充分享有这项权利以及充分融入和参与社区，包括确保：

- (一) 残疾人有机会在与其他人平等的基础上选择居所，选择在何处、与何人一起生活，不被迫在特定的居住安排中生活；
- (二) 残疾人获得各种居家、住所和其他社区支助服务，包括必要的个人援助，以便在社区生活和融入社区，避免同社区隔绝或隔离；
- (三) 残疾人可以在平等基础上享用为公众提供的社区服务和设施，并确保这些服务和设施符合他们的需要。

第二十条

个人行动能力

缔约国应当采取有效措施，确保残疾人尽可能独立地享有个人行动能力，包括：

- (一) 便利残疾人按自己选择的方式和时间，以低廉费用享有个人行动能力；
- (二) 便利残疾人获得优质的助行器具、用品、辅助技术以及各种形式的现场协助和中介，包括以低廉费用提供这些服务；
- (三) 向残疾人和专门协助残疾人的工作人员提供行动技能培训；
- (四) 鼓励生产助行器具、用品和辅助技术的实体考虑残疾人行动能力的各个方面。

第二十一条

表达意见的自由和获得信息的机会

缔约国应当采取一切适当措施，包括下列措施，确保残疾人能够行使自由表达意见的权利，包括在与其他人平等的基础上，通过自行选择本公约第二条所界定的一切交流形式，寻求、接受、传递信息和思想的自由：

- (一) 以无障碍模式和适合不同类别残疾的技术，及时向残疾人提供公共信息，不另收费；
- (二) 在正式事务中允许和便利使用手语、盲文、辅助和替代性交流方式及残疾人选用的其他一切无障碍交流手段、方式和模式；
- (三) 敦促向公众提供服务，包括通过因特网提供服务的私营实体，以无障碍和残疾人可以使用的模式提供信息和服务；
- (四) 鼓励包括因特网信息提供商在内的大众媒体向残疾人提供无障碍服务；
- (五) 承认和推动手语的使用。

第二十二条

尊重隐私

一. 残疾人，不论其居所地或居住安排为何，其隐私、家庭、家居和通信以及其他形式的交流，不得受到任意或非法的干预，其荣誉和名誉也不得受到非法攻击。残疾人有权获

得法律的保护，不受这种干预或攻击。

二. 缔约国应当在与其他人平等的基础上保护残疾人的个人、健康和康复资料的隐私。

第二十三条

尊重家居和家庭

一. 缔约国应当采取有效和适当的措施，在涉及婚姻、家庭、生育和个人关系的一切事项中，在与其他人平等的基础上，消除对残疾人的歧视，以确保：

(一) 所有适婚年龄的残疾人根据未婚配偶双方自由表示的充分同意结婚和建立家庭的权利获得承认；

(二) 残疾人自由、负责任地决定子女人数和生育间隔，获得适龄信息、生殖教育和计划生育教育的权利获得承认，并提供必要手段使残疾人能够行使这些权利；

(三) 残疾人，包括残疾儿童，在与其他人平等的基础上，保留其生育力。

二. 如果本国立法中有监护、监管、托管和领养儿童或类似的制度，缔约国应当确保残疾人在这些方面的权利和责任；在任何情况下均应当以儿童的最佳利益为重。

缔约国应当适当协助残疾人履行其养育子女的责任。

三. 缔约国应当确保残疾儿童在家庭生活方面享有平等权利。为了实现这些权利，并为了防止隐藏、遗弃、忽视和隔离残疾儿童，缔约国应当承诺及早向残疾儿童及其家属提供全面的信息、服务和支助。

四. 缔约国应当确保不违背儿童父母的意愿使子女与父母分离，除非主管当局依照适用的法律和程序，经司法复核断定这种分离确有必要，符合儿童本人的最佳利益。

在任何情况下均不得以子女残疾或父母一方或双方残疾为理由，使子女与父母分离。

五. 缔约国应当在近亲属不能照顾残疾儿童的情况下，尽一切努力在大家庭范围内提供替代性照顾，并在无法提供这种照顾时，在社区内提供家庭式照顾。

第二十四条

教育

一. 缔约国确认残疾人享有受教育的权利。为了在不受歧视和机会均等的情况下实现这一权利，缔约国应当确保在各级教育实行包容性教育制度和终生学习，以便：

(一) 充分开发人的潜力，培养自尊自重精神，加强对人权、基本自由和人的多样性的尊重；

(二) 最充分地发展残疾人的个性、才华和创造力以及智能和体能；

(三) 使所有残疾人能切实参与一个自由的社会。

二. 为了实现这一权利，缔约国应当确保：

(一) 残疾人不因残疾而被排拒于普通教育系统之外，残疾儿童不因残疾而被排拒于免费和义务初等教育或中等教育之外；

(二) 残疾人可以在自己生活的社区内，在与其他人平等的基础上，获得包容性的优质免费初等教育和中等教育；

(三) 提供合理便利以满足个人的需要；

(四) 残疾人在普通教育系统中获得必要的支助，便利他们切实获得教育；

(五) 按照有教无类的包容性目标，在最有利于发展学习和社交能力的环境中，提供适合个人情况的有效支助措施。

三. 缔约国应当使残疾人能够学习生活 and 社交技能，便利他们充分和平等地参与教育和融入社区。为此目的，缔约国应当采取适当措施，包括：

(一) 为学习盲文，替代文字，辅助和替代性交流方式、手段和模式，定向和行动技能提供便利，并为残疾人之间的相互支持和指导提供便利；

(二) 为学习手语和宣传聋人的语言特性提供便利;

(三) 确保以最适合个人情况的语文及交流方式和手段, 在最有利于发展学习和社交能力的环境中, 向盲、聋或聋盲人, 特别是盲、聋或聋盲儿童提供教育。

四. 为了帮助确保实现这项权利, 缔约国应当采取适当措施, 聘用有资格以手语和(或)盲文教学的教师, 包括残疾教师, 并对各级教育的专业人员和工作人员进行培训。这种培训应当包括对残疾的了解和学习使用适当的辅助和替代性交流方式、手段和模式、教育技巧和材料以协助残疾人。

五. 缔约国应当确保, 残疾人能够在不受歧视和与其他人平等的基础上, 获得普通高等教育、职业培训、成人教育和终生学习。为此目的, 缔约国应当确保向残疾人提供合理便利。

第二十五条

健康

缔约国确认, 残疾人有权享有可达到的最高健康标准, 不受基于残疾的歧视。缔约国应当采取一切适当措施, 确保残疾人获得考虑到性别因素的医疗卫生服务, 包括与健康有关的康复服务。缔约国尤其应当:

(一) 向残疾人提供其他人享有的, 在范围、质量和标准方面相同的免费或费用低廉的医疗保健服务和方案, 包括在性健康和生殖健康及全民公共卫生方案方面;

(二) 向残疾人提供残疾特需医疗卫生服务, 包括酌情提供早期诊断和干预, 并提供旨在尽量减轻残疾和预防残疾恶化的服务, 包括向儿童和老年人提供这些服务;

(三) 尽量就近在残疾人所在社区, 包括在农村地区, 提供这些医疗卫生服务;

(四) 要求医护人员, 包括在征得残疾人自由表示的知情同意基础上, 向残疾人提供在质量上与其他人所得相同的护理, 特别是通过提供培训和颁布公共和私营医疗保健服务职业道德标准, 提高对残疾人人权、尊严、自主和需要的认识;

(五) 在提供医疗保险和国家法律允许的人寿保险方面禁止歧视残疾人, 这些保险应当以公平合理的方式提供;

(六) 防止基于残疾而歧视性地拒绝提供医疗保健或医疗卫生服务, 或拒绝提供食物和液体。

第二十六条

适应训练和康复

一. 缔约国应当采取有效和适当的措施, 包括通过残疾人相互支持, 使残疾人能够实现和保持最大程度的自立, 充分发挥和维持体能、智能、社会和职业能力, 充分融入和参与生活的各个方面。为此目的, 缔约国应当组织、加强和推广综合性适应训练和康复服务和方案, 尤其是在医疗卫生、就业、教育和社会服务方面, 这些服务和方案应当:

(一) 根据个人需要和体能的综合评估尽早开始;

(二) 有助于残疾人参与和融入社区和社会的各个方面, 属自愿性质, 并尽量在残疾人所在社区, 包括农村地区就近安排。

二. 缔约国应当促进为从事适应训练和康复服务的专业人员和工作人员制订基础培训和进修培训计划。

三. 在适应训练和康复方面, 缔约国应当促进提供为残疾人设计的辅助用具和技术以及对这些用具和技术的了解和使用。

第二十七条

工作和就业

一. 缔约国确认残疾人在与其他人平等的基础上享有工作权, 包括有机会在开放、具

有包容性和对残疾人不构成障碍的劳动力市场和工作环境中,为谋生自由选择或接受工作的权利。为保障和促进工作权的实现,包括在就业期间致残者的工作权的实现,缔约国应当采取适当步骤,包括通过立法,除其他外:

(一) 在一切形式就业的一切事项上,包括在征聘、雇用和就业条件、继续就业、职业提升以及安全和健康的工作条件方面,禁止基于残疾的歧视;

(二) 保护残疾人在与其他人平等的基础上享有公平和良好的工作条件,包括机会均等和同值工作同等报酬的权利,享有安全和健康的工作环境,包括不受骚扰的权利,并享有申诉的权利;

(三) 确保残疾人能够在与其他人平等的基础上行使工会权;

(四) 使残疾人能够切实参加一般技术和职业指导方案,获得职业介绍服务、职业培训和进修培训;

(五) 在劳动力市场上促进残疾人的就业机会和职业提升机会,协助残疾人寻找、获得、保持和恢复工作;

(六) 促进自营就业、创业经营、创建合作社和个体开业的机会;

(七) 在公共部门雇用残疾人;

(八) 以适当的政策和措施,其中可以包括平权行动方案、奖励和其他措施,促进私营部门雇用残疾人;

(九) 确保在工作场所为残疾人提供合理便利;

(十) 促进残疾人在开放劳动力市场上获得工作经验;

(十一) 促进残疾人的职业和专业康复服务、保留工作和恢复工作方案。

二. 缔约国应当确保残疾人不被奴役或驱役,并在与其他人平等的基础上受到保护,不被强迫或强制劳动。

第二十八条

适足的生活水平和社会保护

一. 缔约国确认残疾人有权为自己及其家属获得适足的生活水平,包括适足的食物、衣物、住房,以及不断改善生活条件;缔约国应当采取适当步骤,保障和促进在不受基于残疾的歧视的情况下实现这项权利。

二. 缔约国确认残疾人有权获得社会保护,并有权在不受基于残疾的歧视的情况下享有这项权利;缔约国应当采取适当步骤,保障和促进这项权利的实现,包括采取措施:

(一) 确保残疾人平等地获得洁净供水,并且确保他们获得适当和价格低廉的服务、用具和其他协助,以满足与残疾有关的需要;

(二) 确保残疾人,尤其是残疾妇女、女孩和老年人,可以利用社会保护方案和减贫方案;

(三) 确保生活贫困的残疾人及其家属,在与残疾有关的费用支出,包括适足的培训、辅导、经济援助和临时护理方面,可以获得国家援助;

(四) 确保残疾人可以参加公共住房方案;

(五) 确保残疾人可以平等享受退休福利和参加退休方案。

第二十九条

参与政治和公共生活

缔约国应当保证残疾人享有政治权利,有机会在与其他人平等的基础上享受这些权利,并应当承诺:

(一) 确保残疾人能够在与其他人平等的基础上,直接或通过其自由选择的代表,有效和充分地参与政治和公共生活,包括确保残疾人享有选举和被选举的权利和机会,除其他外,

采取措施：

1. 确保投票程序、设施和材料适当、无障碍、易懂易用；
2. 保护残疾人的权利，使其可以在选举或公投中不受威吓地采用无记名方式投票、参选、在各级政府实际担任公职和履行一切公共职务，并酌情提供使用辅助技术和新技术的便利；

3. 保证残疾人作为选民能够自由表达意愿，并在必要时根据残疾人的要求，为此目的允许残疾人自行选择的人协助投票；

(二) 积极创造环境，使残疾人能够不受歧视地在与其他人平等的基础上有效和充分地参与处理公共事务，并鼓励残疾人参与公共事务，包括：

1. 参与涉及本国公共和政治生活的非政府组织和社团，参加政党的活动和管理；
2. 建立和加入残疾人组织，在国际、全国、地区和地方各级代表残疾人。

第三十条

参与文化生活、娱乐、休闲和体育活动

一. 缔约国确认残疾人有权在与其他人平等的基础上参与文化生活，并应当采取一切适当措施，确保残疾人：

- (一) 获得以无障碍模式提供的文化材料；
- (二) 获得以无障碍模式提供的电视节目、电影、戏剧和其他文化活动；
- (三) 进出文化表演或文化服务场所，例如剧院、博物馆、电影院、图书馆、旅游服务场所，并尽可能地可以进出在本国文化中具有重要意义的纪念物和纪念地。

二. 缔约国应当采取适当措施，使残疾人能够有机会为自身利益并为充实社会，发展和利用自己的创造、艺术和智力潜力。

三. 缔约国应当采取一切适当步骤，依照国际法的规定，确保保护知识产权的法律不构成不合理或歧视性障碍，阻碍残疾人获得文化材料。

四. 残疾人特有的文化和语言特性，包括手语和聋文化，应当有权在与其他人平等的基础上获得承认和支持。

五. 为了使残疾人能够在与其他人平等的基础上参加娱乐、休闲和体育活动，缔约国应当采取适当措施，以便：

- (一) 鼓励和促进残疾人尽可能充分地参加各级主流体育活动；
- (二) 确保残疾人有机会组织、发展和参加残疾人专项体育、娱乐活动，并为此鼓励在与其他人平等的基础上提供适当指导、训练和资源；
- (三) 确保残疾人可以使用体育、娱乐和旅游场所；
- (四) 确保残疾儿童享有与其他儿童一样的平等机会参加游戏、娱乐和休闲以及体育活动，包括在学校系统参加这类活动；
- (五) 确保残疾人可以获得娱乐、旅游、休闲和体育活动的组织人提供的服务。

第三十一条

统计和数据收集

一. 缔约国承诺收集适当的信息，包括统计和研究数据，以便制定和实施政策，落实本公约。收集和维持这些信息的工作应当：

- (一) 遵行法定保障措施，包括保护数据的立法，实行保密和尊重残疾人的隐私；
- (二) 遵行保护人权和基本自由的国际公认规范以及收集和使用统计数据道德原则。

二. 依照本条规定收集的信息应当酌情分组，用于协助评估本公约规定的缔约国义务的履行情况，查明和清除残疾人在行使其权利时遇到的障碍。

三. 缔约国应当负责传播这些统计数据，确保残疾人和其他人可以使用这些统计数据。

第三十二条

国际合作

一. 缔约国确认必须开展和促进国际合作，支持国家为实现本公约的宗旨和目的而作出的努力，并将为此在双边和多边的范围内采取适当和有效的措施，并酌情与相关国际和区域组织及民间社会，特别是与残疾人组织，合作采取这些措施。除其他外，这些措施可包括：

- (一) 确保包容和便利残疾人参与国际合作，包括国际发展方案；
- (二) 促进和支持能力建设，如交流和分享信息、经验、培训方案和最佳做法；
- (三) 促进研究方面的合作，便利科学技术知识的获取；

(四) 酌情提供技术和经济援助，包括便利获取和分享无障碍技术和辅助技术以及通过技术转让提供这些援助。

二. 本条的规定不妨害各缔约国履行其在本公约下承担的义务。

第三十三条

国家实施和监测

一. 缔约国应当按照本国建制，在政府内指定一个或多个协调中心，负责有关实施本公约的事项，并应当适当考虑在政府内设立或指定一个协调机制，以便利在不同部门和不同级别采取有关行动。

二. 缔约国应当按照本国法律制度和行政制度，酌情在国内维持、加强、指定或设立一个框架，包括一个或多个独立机制，以促进、保护和监测本公约的实施。在指定或建立这一机制时，缔约国应当考虑与保护和促进人权的国家机构的地位和运作有关的原则。

三. 民间社会，特别是残疾人及其代表组织，应当获邀参加并充分参与监测进程。

第三十四条

残疾人权利委员会

一. 应当设立一个残疾人权利委员会（以下称“委员会”），履行下文规定的职能。

二. 在本公约生效时，委员会应当由十二名专家组成。在公约获得另外六十份批准书或加入书后，委员会应当增加六名成员，以足十八名成员之数。

三. 委员会成员应当以个人身份任职，品德高尚，在本公约所涉领域具有公认的能力和和经验。缔约国在提名候选人时，务请适当考虑本公约第四条第三款的规定。

四. 委员会成员由缔约国选举，选举须顾及公平地域分配原则，各大文化和各主要法系的代表性，男女成员人数的均衡性以及残疾人专家的参加。

五. 应当在缔约国会议上，根据缔约国提名的本国国民名单，以无记名投票选举委员会成员。这些会议以三分之二的缔约国构成法定人数，得票最多和获得出席并参加表决的缔约国代表的绝对多数票者，当选为委员会成员。

六. 首次选举至迟应当在本公约生效之日后六个月内举行。每次选举，联合国秘书长至迟应当在选举之日前四个月函请缔约国在两个月内递交提名人选。秘书长随后应当按英文字母次序编制全体被提名人名单，注明提名缔约国，分送本公约缔约国。

七. 当选的委员会成员任期四年，可以连选连任一次。但是，在第一次选举当选的成员中，六名成员的任期应当在两年后届满；本条第五款所述会议的主席应当在第一次选举后，立即抽签决定这六名成员。

八. 委员会另外六名成员的选举应当依照本条的相关规定，在正常选举时举行。

九. 如果委员会成员死亡或辞职或因任何其他理由而宣称无法继续履行其职责，提名该成员的缔约国应当指定一名具备本条相关规定所列资格并符合有关要求的专家，完成所余任期。

十. 委员会应当自行制定议事规则。

十一. 联合国秘书长应当为委员会有效履行本公约规定的职能提供必要的工作人员和便利, 并应当召开委员会的首次会议。

十二. 考虑到委员会责任重大, 经联合国大会核准, 本公约设立的委员会的成员, 应当按大会所定条件, 从联合国资源领取薪酬。

十三. 委员会成员应当有权享有联合国特派专家根据《联合国特权和豁免公约》相关章节规定享有的便利、特权和豁免。

第三十五条

缔约国提交的报告

一. 各缔约国在本公约对其生效后两年内, 应当通过联合国秘书长, 向委员会提交一份全面报告, 说明为履行本公约规定的义务而采取的措施和在这方面取得的进展。

二. 其后, 缔约国至少应当每四年提交一次报告, 并在委员会提出要求时另外提交报告。

三. 委员会应当决定适用于报告内容的导则。

四. 已经向委员会提交全面的初次报告的缔约国, 在其后提交的报告中, 不必重复以前提交的材料。缔约国在编写给委员会的报告时, 务请采用公开、透明的程序, 并适当考虑本公约第四条第三款的规定。

五. 报告可以指出影响本公约所定义务履行程度的因素和困难。

第三十六条

报告的审议

一. 委员会应当审议每一份报告, 并在委员会认为适当时, 对报告提出提议和一般建议, 将其送交有关缔约国。缔约国可以自行决定向委员会提供任何资料作为回复。

委员会可以请缔约国提供与实施本公约相关的进一步资料。

二. 对于严重逾期未交报告的缔约国, 委员会可以通知有关缔约国, 如果在发出通知后的三个月内仍未提交报告, 委员会必须根据手头的可靠资料, 审查该缔约国实施本公约的情况。委员会应当邀请有关缔约国参加这项审查工作。如果缔约国作出回复, 提交相关报告, 则适用本条第一款的规定。

三. 联合国秘书长应当向所有缔约国提供上述报告。

四. 缔约国应当向国内公众广泛提供本国报告, 并便利获取有关这些报告的提议和一般建议。

五. 委员会应当在其认为适当时, 把缔约国的报告转交联合国专门机构、基金和方案以及其他主管机构, 以便处理报告中就技术咨询或协助提出的请求或表示的需要, 同时附上委员会可能对这些请求或需要提出的意见和建议。

第三十七条

缔约国与委员会的合作

一. 各缔约国应当与委员会合作, 协助委员会成员履行其任务。

二. 在与缔约国的关系方面, 委员会应当适当考虑提高各国实施本公约的能力的途径和手段, 包括为此开展国际合作。

第三十八条

委员会与其他机构的关系

为了促进本公约的有效实施和鼓励在本公约所涉领域开展国际合作:

(一) 各专门机构和其他联合国机构应当有权派代表列席审议本公约中属于其职权范围的规定的实施情况。委员会可以在其认为适当时, 邀请专门机构和其他主管机构就公约在各自职权范围所涉领域的实施情况提供专家咨询意见。委员会可以邀请专门机构和其他联合国

机构提交报告，说明公约在其活动范围所涉领域的实施情况；

(二) 委员会在履行任务时，应当酌情咨询各国际人权条约设立的其他相关机构的意见，以便确保各自的报告编写导则、提议和一般建议的一致性，避免在履行职能时出现重复和重叠。

第三十九条

委员会报告

委员会应当每两年一次向大会和经济及社会理事会提出关于其活动的报告，并可以在审查缔约国提交的报告和资料的基础上，提出提议和一般建议。这些提议和一般建议应当连同缔约国可能作出的任何评论，一并列入委员会报告。

第四十条

缔约国会议

一. 缔约国应当定期举行缔约国会议，以审议与实施本公约有关的任何事项。
二. 联合国秘书长至迟应当在本公约生效后六个月内召开缔约国会议。其后，秘书长应当每两年一次，或根据缔约国会议的决定，召开会议。

第四十一条

保存人

联合国秘书长为本公约的保存人。

第四十二条

签署

本公约自二〇〇七年三月三十日起在纽约联合国总部开放给所有国家和区域一体化组织签署。

第四十三条

同意接受约束

本公约应当经签署国批准和经签署区域一体化组织正式确认，并应当开放给任何没有签署公约的国家或区域一体化组织加入。

第四十四条

区域一体化组织

一. “区域一体化组织”是指由某一区域的主权国家组成的组织，其成员国已将本公约所涉事项方面的权限移交该组织。这些组织应当在其正式确认书或加入书中声明其有关本公约所涉事项的权限范围。此后，这些组织应当将其权限范围的任何重大变更通知保存人。

二. 本公约提及“缔约国”之处，在上述组织的权限范围内，应当适用于这些组织。

三. 为本公约第四十五条第一款和第四十七条第二款和第三款的目的，区域一体化组织交存的任何文书均不在计算之列。

四. 区域经济一体化组织可以在缔约国会议上，对其权限范围内的事项行使表决权，其票数相当于已成为本公约缔约国的组织成员国的数目。如果区域一体化组织的任何成员国行使表决权，则该组织不得行使表决权，反之亦然。

第四十五条

生效

一. 本公约应当在第二十份批准书或加入书交存后的第三十天生效。

二. 对于在第二十份批准书或加入书交存后批准、正式确认或加入的国家或区域一体化组织，本公约应当在该国或组织交存各自的批准书、正式确认书或加入书后的第三十天生效。

第四十六条

保留

- 一. 保留不得与本公约的目的和宗旨不符。
- 二. 保留可随时撤回。

第四十七条

修正

一. 任何缔约国均可以对本公约提出修正案，提交联合国秘书长。秘书长应当将任何提议修正案通告缔约国，请缔约国通知是否赞成召开缔约国会议以审议提案并就提案作出决定。在上述通告发出之日后的四个月内，如果有至少三分之一的缔约国赞成召开缔约国会议，秘书长应当在联合国主持下召开会议。经出席并参加表决的缔约国三分之二多数通过的任何修正案应当由秘书长提交联合国大会核可，然后提交所有缔约国接受。

二. 依照本条第一款的规定通过和核可的修正案，应当在交存的接受书数目达到修正案通过之日缔约国数目的三分之二后的第三十天生效。此后，修正案应当在任何缔约国交存其接受书后的第三十天对该国生效。修正案只对接受该项修正案的缔约国具有约束力。

三. 经缔约国会议协商一致决定，依照本条第一款的规定通过和核可但仅涉及第三十四条、第三十八条、第三十九条和第四十条的修正案，应当在交存的接受书数目达到修正案通过之日缔约国数目的三分之二后的第三十天对所有缔约国生效。

第四十八条

退约

缔约国可以书面通知联合国秘书长退出本公约。退约应当在秘书长收到通知之日起一年后生效。

第四十九条

无障碍模式

应当以无障碍模式提供本公约文本。

第五十条

作准文本

本公约的阿拉伯文、中文、英文、法文、俄文和西班牙文文本同等作准。

下列签署人经各自政府正式授权在本公约上签字，以昭信守。

保护精神病患者和改善精神保健的原则

联合国大会一九九一年十二月十七日第 46/119 号决议通过

适用

本套原则的适用不得因残疾、种族、肤色、性别、语言、宗教、政治或其他见解、国籍、民族或社会出身、法律或社会地位、年龄、财产或出身而有任何歧视。

定义

在本套原则中：

- (a) “律师”系指法律或其他合格的代表；
- (b) “独立的主管机构”系指国内法规定的胜任和独立的主管机构；
- (c) “精神保健”包括分析和诊断某人的精神状况，以及精神病或被怀疑为精神病的治疗、护理和康复；
- (d) “精神病院”系指以提供精神保健为主要职能的任何机构或一机构之任何单位；

(e) “精神保健工作者”系指具有有关精神保健的特定技能的医生、临床心理学家、护士、社会工作者或其他受过适宜培训的合格人员；

(f) “患者”系指接受精神保健的人，并包括在精神病住院的所有人；

(g) “私人代表”系指依法负有职责在任何特定方面代表患者利益或代表患者行使一定权利的人，并且包括未成年人的父亲或母亲或法定监护人，除非国内法另有规定；

(h) “复查机构”系指根据原则 17 设立、审查患者非自愿住入或拘留在精神病院情况的机构。

一般性限制条款

本套原则所载权利的行使仅受法律所规定的限制，以及保护有关人士或他人健康或安全，或保护公共安全、秩序、健康或道德或他人的基本权利和自由所必要的限制。

原则 1

基本自由和基本权利

1. 人人皆有权得到可获得的最佳精神保健护理，这种护理应作为保健和社会护理制度的一个组成部分。

2. 所有精神病患者或作为精神病患者治疗的人均应受到人道的待遇，其人身固有的尊严应受到尊重。

3. 所有精神病患者或作为精神病患者治疗的人均应有权受到保护，不受经济、性行为或其他形式的剥削、肉体虐待或其他方式的虐待和有辱人格的待遇。

4. 不得有任何基于精神病的歧视，“歧视”系指会取消或损害权利的平等享受的任何区分、排除或选择。只是为保护精神病患者的权利或使其在身心上得到发展而采取的特别措施，不应被视为有歧视性。歧视不包括依照本套原则中的规定，为保护精神病患者或其他个人的人权而作的必要的区分、排除或选择。

5. 每个精神病患者均有权行使《世界人权宣言》、《经济、社会、文化权利国际盟约》、《公民权利和政治权利国际盟约》以及《残疾人权利宣言》和《保护所有遭受任何形式拘留或监禁的人的原则》等其他有关文书承认的所有公民、政治、经济、社会和文化权利。

6. 仅经国内法设立的独立公正的法庭公平听证之后，方可因某人患有精神病而作出他或她没有法律行为能力，并因没有此种能力应任命一名私人代表的任何决定。如果能力有问题者本人无法取得此种代表，则应在他或她没有足够能力支付的范围内为其免费提供此种代表。律师不得在同一诉讼中代表精神病院或其工作人员，并不得代表能力有问题者之家庭成员，除非法庭认为其中并无利害冲突。应依照国内法规定，合理定期复审关于能力和私人代表必要性的决定。能力有问题者、他或她的任何私人代表及任何其他有关的人有权就任何此类决定向上一级法庭提起上诉。

7. 如法院或其他主管法庭查明精神病患者无法管理自己的事务，则应视患者的情况酌情采取必要的措施，以确保其利益受到保护。

原则 2

保护未成年人

应在本套原则的宗旨和有关保护未成年人的国内法范围之内给予特殊照顾以保护未成年人的权利，包括在必要时任命一名家庭成员之外的私人代表。

原则 3

在社区中的生活

每一精神病患者有权在可能的条件下于社区内生活和工作。

原则 4

精神病的确定

1. 确定一人是否患有精神病，应以国际接受的医疗标准为依据。
2. 确定是否患有精神病，绝不应以政治、经济或社会地位，或是否属某个文化、种族或宗教团体，或与精神健康状况无直接关系的其他任何理由为依据。
3. 家庭不和或同事间不和，或不遵奉一个人所在社区的道德、社会、文化或政治价值观或宗教信仰之行为，不得作为诊断精神病的一项决定因素。
4. 过去作为患者的治疗或住院背景本身不得作为目前或今后对精神病的任何确定的理由。
5. 除与精神病直接有关的目的或精神病后果外，任何人或权力机构都不得将一个人归入精神病患者一类，也不得用其他方法表明其为精神病患者。

原则 5

体格检查

除依照国内法批准的程序进行的以外，不得强迫任何人进行用以确定其是否患有精神病的体格检查。

原则 6

保密

与本套原则适用的所有人有关的情况应予保密的权利应当得到尊重。

原则 7

社区和文化的作用

1. 每个患者均应有权尽可能在其生活的社区内接受治疗和护理。
2. 如治疗在精神病院进行，患者应有权尽可能在靠近其住所或其亲属或朋友之住所的精神病院中接受治疗，并有权尽快返回社区。
3. 每个患者均有权以适合其文化背景的方式接受治疗。

原则 8

护理标准

1. 每个患者均应有权得到与其健康需要相适应的健康和社会护理，并有权根据与其他患者相同的标准获得护理和治疗。
2. 每个患者均应受到保护，免受不当施药、其他患者、工作人员或其他人的凌辱、或造成精神苦恼、身体不适的其他行为的伤害。

原则 9

治疗

1. 每个患者应有权在最少限制的环境中接受治疗，并且得到最少限制性或侵扰性而符合其健康需要和保护他人人身安全需要的治疗。
2. 对每个患者的治疗和护理均应按合格医疗人员所定个人处方计划为进行，处方计划应与患者商议、定期审查，必要时加以修改。
3. 应始终按照精神保健工作者适用的道德标准提供精神保健，包括诸如联合国大会通过的有关医务人员、特别是医生在保护被监禁和拘留的人不受酷刑和其他残忍、不人道或有辱人格的待遇或处罚方面的任务的《医疗道德原则》等国际公认的标准。精神病学的知识和技能决不可滥用。
4. 对每个患者的治疗应以保护和提高个人和自主能力为宗旨。

原则 10

药物

1. 药物应符合患者的最佳健康需要，为治疗和诊断目的给予患者，不得作为惩罚施用，或为他人便利而使用。在不违反下文原则 11 第 15 款规定的前提下，精神病医生仅应施用

药效已知或已证实的药物。

2. 所有施药均应由经法律授权的精神保健工作者开写处方，并应记入患者病历。

原则 11

同意治疗

1. 除本条原则第 6、第 7、第 8、第 13 和 15 款规定者外，未经患者知情同意，不得对其施行任何治疗。

2. 知情同意系指以患者理解的形式和语言适当地向患者提供充足的、可以理解的以下方面情况后，在无威胁或不当引诱情况下自由取得的同意：

(a) 诊断评价；

(b) 所建议治疗的目的、方法、可能的期限和预期好处；

(c) 可采用的其他治疗方式，包括侵扰性较小的治疗方式；

(d) 所建议治疗可能产生的疼痛或不适、可能产生的风险和副作用。

3. 患者在给予同意的过程中可要求有其本人选择的一个或多人在场。

4. 除本条原则第 6、第 7、第 8、第 13 和第 15 款规定者外，患者有权拒绝或停止接受治疗。须向患者说明拒绝或停止接受治疗的后果。

5. 决不应请患者或引诱患者放弃作出知情同意的权利。如果患者请求这样做，则应向其说明：未取得知情同意，不能给予治疗。

6. 除本条原则第 7、第 8、第 12、第 13、第 14 和第 15 款规定者外，如符合下列条件可不经患者知情同意即可对患者实行所建议的治疗方案：

(a) 患者其时是作为非自愿患者被强制留医；

(b) 掌握所有有关情况、包括本条原则第 2 款所列情况的独立主管机构确信，其时患者缺乏对所建议治疗方案给予或不给予知情同意的能力，或国内法律规定，根据患者本人的安全或他人的安全，患者不予同意是不合理的；

(c) 独立主管当局确信，所建议的治疗方案最适合病人的病情需要。

7. 患者如有私人代表，依法授权可对其治疗予以同意者，上文第 6 款则不予适用；但除本条原则第 12、第 13、第 14 和第 15 款规定者外，如该私人代表在被告知本条原则第 2 款所述情况后代表患者表示同意，可不经患者知情同意即对其施行治疗。

8. 除本条原则第 12、第 13、第 14 和第 15 款规定者外，如果经法律批准合格的精神保健工作者确定，为防止即时或即将对患者或他人造成伤害，迫切需要治疗，则也可不经患者知情同意即对其施行治疗。但此种治疗期限不得超过为此目的所绝对必要的时间。

9. 在未经患者知情同意而批准治疗的情况下，应尽力将治疗的性质和任何可采用的其他方法告知患者，并在切实可行的范围内尽可能使患者参与拟订治疗方案。

10. 所有治疗均应立即记入患者病历，并表明是非自愿还是自愿治疗。

11. 不得对患者进行人体束缚或非自愿隔离，除非根据精神病院正式批准的程序而且是防止即时或即将对患者或他人造成伤害的唯一可用手段。使用这种手段的时间不得超过为此目的所绝对必要的限度。所有人体束缚或非自愿隔离的次数、原因、性质和程度均应记入患者的病历。受束缚或隔离的患者应享有人道的条件，并受到合格的工作人员的护理和密切、经常的监督。在有私人代表或涉及私人代表时，应立即向其通知对患者的人体束缚或非自愿隔离。

12. 绝育决不得作为治疗精神病的手段。

13. 仅在国内法许可，据认为最有利于精神病患者健康需要并在患者知情同意的情况下方可对患者实施重大的内科或外科手术，除非患者没有能力表示知情同意，在这种情况下只有在独立的审查之后方可批准手术。

14. 决不得对精神病院的非自愿患者进行精神外科及其他侵扰性和不可逆转的治疗，对于其他患者，在国内法准许进行此类治疗的情况下，只有患者给予知情同意且独立的外部机构确信知情同意属实，而这种治疗最符合患者病情需要时，才可施行此类手术。

15. 临床试验或试验性治疗不得施用于未经知情同意的患者，只有在经为此目的而专门组成的独立主管审查机构批准的情况下，才可允许无能力给予知情同意的患者接受临床试验或试验性治疗。

16. 在本条原则第 6、第 7、第 8、第 13、第 14 和第 15 款所说明的情况下，患者、其私人代表、或任何有关人士均有权就其所接受的任何治疗向司法或其他独立主管机构提出上诉。

原则 12

权利的通知

1. 对于精神病院的患者，应在住院后尽快以患者能理解的形式和语言使其知道根据本套原则和国内法他或她应享有的一切权利，同时应对这些权利和如何行使这些权利作出解释。

2. 如患者无法理解此种通知，在这种情况下，如有私人代表，则应酌情将患者的权利告知，或转告一个或几个最能代表患者利益且愿这样做的人。

3. 具备必要行为能力的患者有权指定一人代表他或她接受有关通知，并指定一人代表其利益与精神病院的主管部门交涉。

原则 13

精神病院内的权利和条件

1. 精神病院的每个患者的下列权利尤应得到充分尊重：

(a) 在任何场合均被承认为法律面前的人；

(b) 隐私；

(c) 交往自由，包括与院内其他人交往的自由；收发不受查阅的私人信函的自由；单独会见律师或其他机构代表和在一切合理时间单独会见其他来访者的自由；私下接待律师或私人代表及在一切合理的时间接待其他来访者的自由；享受邮政和电话服务及看报、收听电台和收看电视的自由；

(d) 宗教或信仰自由。

2. 精神病院的环境和生活条件应尽可能接近同龄人正常生活的环境和条件，而且尤其应包括：

(a) 娱乐和闲暇活动设施；

(b) 教育设施；

(c) 购买或接受日常生活、娱乐和通信的各种用品的设施；

(d) 提供有关设施，并鼓励使用此类设施，使患者从事与其社会和文化背景相适应的有益职业，并接受旨在促进重新加入社区生活的适宜的职业康复措施。此类措施应包括职业指导、职业培训和安置服务，使患者在社区中找到或保持就业。

3. 患者应绝对免于强迫劳动。在合乎患者需要和病院管理方要求的范围内，患者应能选择希望从事的工作。

4. 不应剥削精神病院患者的劳动。每个患者均有权为所做的任何工作得到报酬，其数额应与正常人所做的同类工作依照国内法或惯例而得到的报酬相同。无论如何，每个患者都有权从其工作支付给精神病院的任何报酬中得到其应得的一份报酬。

原则 14

精神病院的资源

1. 精神病院应能得到与其他保健机构同样的资源，特别是：
 - (a) 有足够数量的合格医务人员和其他有关专业人员以及有足够的房舍，以向每一个患者提供个人安宁和适当而积极的治疗方案；
 - (b) 对患者进行诊断和治疗的设备；
 - (c) 适当的专业护理；
 - (d) 充足、定期和综合治疗，包括药物供应。
2. 主管当局应经常视察每个精神病院，以确保其条件、对患者的治疗和护理情况符合本套原则。

原则 15

住院原则

1. 如患者需要在精神病院接受治疗，应尽一切努力避免非自愿住院。
2. 精神病院入院条件应与为其他任何疾病住入其他任何医院的条件相同。
3. 不是非自愿住院的每一个患者应有权随时离开精神病院，除非下文第 16 条所规定的将其作为非自愿患者留医的标准适用；患者应被告知这一权利。

原则 16

非自愿住院

1. 唯有在下述情况下，一个人才可作为患者非自愿地住入精神病院；或作为患者自愿住入精神病院后，作为非自愿患者在医院中留医，即：法律为此目的授权的合格精神保健工作者根据上文原则 4，确定该人患有精神病，并认为：

- (a) 因患有精神病，很有可能即时或即将对他本人或他人造成伤害；或
- (b) 一个人精神病严重，判断力受到损害，不接受入院或留医可能导致其病情的严重恶化，或无法给予根据限制性最少的治疗方法原则，只有住入精神病院才可给予的治疗。

在(b)项所述情况下，如有可能应找独立于第一位的另一位此类精神保健工作者诊治；如果接受这种诊治，除非第二位诊治医生同意，否则不得安排非自愿住院或留医。

2. 非自愿住院或留医应先在国内法规定的短期限内进行观察和初步治疗，然后由复查机构对住院或留医进行复查。住院或留医理由应不迟缓

地通知患者，同时，住院或留医之情事及理由应立即详细通知复查机构、患者私人代表(如有代表)，如患者不反对，还应通知患者亲属。

3. 精神病院仅在经国内法规定的主管部门加以指定之后方可接纳非自愿住院的患者。

原则 17

复查机构

1. 复查机构是国内法设立的司法或其他独立和公正的机构，依照国内法规定的程序行使职能。复查机构在作出决定时应得到一名或多名合格和独立的精神保健工作者的协助，并应考虑其建议。

2. 复查机构按上文原则 16 第 2 款的要求对患者作为非自愿患者住院或留医的决定进行的初步审查应在该决定作出之后尽快进行，并应按照国内法规定的简要和迅速的程序进行。

3. 复查机构应按照国内法规定的合理间隔定期审查非自愿住院患者的病情。

4. 非自愿住院的患者可按照国内法规定的合理间隔向复查机构申请出院或自愿住院的地位。

5. 复查机构在每次审查时应考虑上文原则 16 第 1 款所规定的非自愿住院标准是否仍然对患者适用，如不适用，患者应不再作为非自愿住院患者继续住院。

6. 如负责病情的精神保健工作者在任一时候确信某一患者不再符合非自愿住院患者

的留院条件，应给予指示，令患者不再作为非自愿住院患者继续住院。

7. 患者或其私人代表或任何有关人员均有权向上一级法庭提出上诉，反对令患者住入或拘留在精神病院中的决定。

原则 18

诉讼保障

1. 患者有权选择和指定一名律师代表患者的利益，包括代表其申诉或上诉。若患者本人无法取得此种服务，应向其提供一名律师，并在其无力支付的范围内予以免费。

2. 必要时患者有权得到一名译者的服务协助。在此种服务属于必要而患者无法取得的情况下，应向其提供，并应在其无力支付的范围内予以免费提供。

3. 患者及其律师可在任何听证会上要求得到和出示一份独立编拟的精神保健报告和其他任何报告以及有关的和可接受的口头证据、书面证书和其他证据。

4. 提交的病历及任何报告和文件的副本应送交患者及其律师，除非在特殊情况下认定，向患者透露详情会严重损害患者的健康，或危及他人的安全。任何不送交患者的文件应按国内法可能规定的办法在可靠的条件下送交患者的私人代表和律师。如果一份文件的任何部分不送交患者，患者或患者的律师(如有律师)应得到关于不送交的通知及其理由，此事应受到司法审查。

5. 患者、患者的私人代表及律师有权出席、参加任何听证会，并亲自陈述意见。

6. 若患者或其代表请某人出席听证会，应准许该人出席，除非认定此人之出席会严重损害患者健康或危及他人的安全。

7. 就听证会或其一部分应公开或非公开举行和是否可予以公开报道作出任何决定时，应充分考虑到患者本人的愿望，有必要尊重患者及他人的隐私，有必要防止严重损害患者的健康或避免危及他人的安全。

8. 听证会上作出的决定和提出的理由应以书面形式表达。副本应送交患者及他或她的私人代表和律师。在决定是否应全部或部分公开该决定时，应充分考虑到患者本人的愿望，有必要尊重他或她的隐私和他人的隐私，考虑到公开司法裁判中的公共利益，以及有必要防止严重损害患者的健康或避免危及他人的安全。

原则 19

知情权利

1. 患者(在本条原则中包括原患者)有权查阅精神病院保存的关于他或她的病历和个人记录。对此项权利可加以限制，以便防止严重损害患者的健康和避免危及他人的安全，任何不让患者了解的此类记录应按国内法可能规定的办法在可靠的条件下送交患者的私人代表和律师。如有任何资料不送交患者，患者或患者的律师应得到关于不送交的通知及理由，此事应受到司法审查。

2. 患者或患者的私人代表或律师的任何书面意见应按其要求列入患者档案。

原则 20

刑事罪犯

1. 本条原则适用因刑事犯罪服刑或在对其进行刑事诉讼或调查期间被拘留的、并被确认患有精神病或被认为可能患有此种疾病的人。

2. 所有此类人士应得到上文原则 1 中规定的最佳可得护理。本套原则应尽可能完全适用此类人士，仅在必要的情况下可有有限的修改和例外，此种修改和例外不得妨害此类人士根据上文原则 1 第 5 款指明的各项文书享有的权利。

3. 国内法可批准法庭或其他主管机构根据合格和独立的医疗意见下令将此类人士送

入精神病院。

4. 对确定患有精神病者的治疗应在任何情况下符合上文原则 11 的规定。

原则 21

控告

每一患者和原患者有权通过国内法规定的程序提出控告。

原则 22

监督和补救

各国应确保实行适当的机制，促进对本套原则的遵守，视察精神病设施，提出、调查和解决控告事宜并为渎职或侵犯患者权利提起适宜的纪律或司法诉讼。

原则 23

执行

1. 各国应通过适当的立法、司法、行政、教育和其他措施执行本套原则，并应定期审查此类措施。

2. 各国应以适当和积极的手段广为宣传本套原则。

原则 24

与精神病院有关的原则范围

本套原则适用所有住入精神病院的人。

原则 25

现有权利的保留

不得以本套原则未承认患者的某些现有权利或承认范围小于现行范围为借口限制或减损患者的任何现有权利。

精神科医生的道德准则—WPA 的马德里宣言及补充

【编者按】世界精神病学协会，1996 年在马德里和 1999 年在汉堡召开了两次全体理事会，出席对象为各成员国地区的精神科学会主席或代表，会议通过了一些重要文件，包括精神科医生的道德准则—马德里宣言及其补充根据的要求，我们将这两个文件译出，让大家了解国际行业规范的发展趋向。希望在不久的将来能有我们自己的行业规范

马德里宣言

(1996 年 8 月 25 日世界精神病学协会全体理事会通过)

1977 年世界精神病学协会通过了夏威夷宣言，制订了精神科实践的道德规范。1983 年在维也纳对此宣言作了更新。为了反映不断变化的社会态度和新的医学进展对精神科专业的影响，世界精神病学协会再次对其中的一些道德标准进行了审阅和修订。

医学既是一门治疗艺术，又是一门科学。这两者的密切结合在精神病学这一医学分支中得到了充分的体现。精神病学是专门研究如何治疗和那些因精神异常或损害而不健康和虚弱的人。虽然在文化、社会和民族方面存在差异，但是人们对有道德的行为以及对道德标准不断检阅的需求是相同的。

作为医学工作者，精神科医生必须意识到医生的道德含意，还必须意识到精神科专业的特殊道德要求作为社会成员，精神科医生必须倡导公正和平等地对待精神病患者，倡导社会正义和人人平等。

有道德的行为是基于精神科医生对病人的责任感以及对什么是正确和适当行为的判断。外部的标准和影响因素如行为的职业准则，伦理学研究或法律，其本身并不能保证医疗实践的道德性。

精神科医生应当时刻牢记医患关系的界限，以尊重病人和关心他们的幸福和完整为基本指导方针。

正是基于这种精神，世界精神病学协会全体大会于1996年8月25日通过了下列道德标准，这些标准将规范全世界精神科医生的行为。

1、精神病学是医学的一个分支，其任务是为精神病患者提供最好的治疗，使他们获得康复和促进他们的精神健康。精神科医生通过提供那些符合公认的科学知识和道德原则的最佳治疗方法来为病人服务。精神科医生应当设计出一些对病人的自由很少限制的治疗方法，应当就工作中一些并不专长的领域寻求指导。与此同时，精神科医生应当意识到并关心卫生资源的平等分配。

2、精神科医生的责任就是要紧跟本专业科学的发展，并将先进知识传播给他人，受过科研训练的精神科医生应当努力开拓精神病学的科学前沿领域。

3、在治疗过程中，病人应该被正当地看作是合作伙伴。治疗者与病人的关系必须以相互信任和尊重为基础，让病人自由地和知情地作决定。精神科医生的责任就是要为病人提供相关信息，使病人能按照他们自己的价值观和喜好来作出合理的决定。

4、当病人由于患精神病不能作出适当判断时，精神科医生应当与家属商量，如需要，还应寻求法律咨询以维护病人的人格尊严和法律权利。不应施行任何违背病人意愿的治疗，除非不采取这种治疗会威胁到病人和/或周围人的生命。治疗必须始终符合病人的最佳利益。

5、如需要对某人进行评估时，精神科医生的责任首先是要向被评估者说明这一干预的目的，结果的用途以及这一评估可能带来的影响。当精神科医生处于一种第三人的位里时，这样做就显得尤为重要。

6、在治疗关系中获得的信息应当保密，并且只能专门用于旨在改善病人的精神健康。禁止精神科医生利用这些信息作为私人用途，或获得商业和学术利益。只有当继续保密有可能造成对病人或第三人严重的躯体或精神伤害时，违反保密制度才可能是合适的。在这种情况下，如有可能，精神科医生首先应当将要采取的行动告诉病人。

7、不符合科学原则的研究是不道德的。研究活动应当得到构成合理的伦理委员会的批准。精神科医生应当遵循有关开展研究的国家和国际准则。只有受过正规研究训练的人员才可以参加或负责研究项目。由于精神病患者是特别脆弱的研究对象，应当额外小心地对待，以保证他们的自主性以及精神和躯体的统一性。道德标准还应当适用于人群的选择，包括流行病学和社会学研究在内的所有研究，以及有其他专业或多个研究中心参与的合作研究。

特殊情况的指导原则

世界精神病学协会伦理委员会认识到，需要针对一些特殊情况制订一些特殊的指导原则。这些特殊的指导原则包括下述5项。以后，该委员会还将讨论其他的重要问题，例如心理治疗的道德问题，新的治疗联盟，与药厂的关系，性别变换，以及管理保健的道德问题。

1、安乐死：医生首要的责任，就是促进健康，减轻痛苦和保护生命。有些精神病患者的功能严重受损，无能力作出恰当的决定，在采取某些可能导致病人因毫无能力保护他们自己而死亡的行动时，精神科医生应当特别小心行事。精神科医生应当认识到，抑郁症等精神疾病可能会弯曲病人的想法，因此在这种情况下精神科医生的职责就是治疗该疾病。

2、虐待：精神科医生不应参与任何精神或躯体的虐待，即使是权威人士试图强迫他们这样做。

3、死刑惩罚：精神科医生无论如何不应参与死刑的法律判决，以及对死刑能力的评估。

4、性别选择：精神科医生无论如何不应参与决定是否终止妊娠来达到选择性别的目的。

5、器官移植：精神科医生的职责是要阐明器官捐赠相关问题以及提供有关宗教、文化、社会和家庭因素的意见，以保证所有相关人员都能作出知情的和适当的决定。精神科医生不应作为病人的决策代言人，也不应运用心理治疗技术来影响病人对这些事情的决定。在器官移植问题上，精神科医生应致力于尽可能充分地保护病人并帮助他们发挥自主作用。

特殊的道德准则

——马德里宣言的补充

(1999年8月8日全体理事会通过)

精神科医生如何面对媒体

- 媒体在影响公众的观念和态度中起着关键作用。
- 在与媒体接触时，精神科医生应当保证在介绍精神病患者时，采取的方式是能够维护他们的尊严和隐私，能够减少病耻感和歧视。
- 精神科医生的一个重要职责就是要维护精神病患者的利益由于公众对精神科医生和精神科的印象源于病人方面，精神科医生应保证与媒体接触时能够庄严地代表着精神科这一专业。
- 精神科医生不应将任何人的精神病理学推测公布于媒体。
- 在向媒体介绍研究结果时，精神科医生应保证所给信息的科学完整性，并牢记他们的言辞可能影响公众对精神疾病的印象，影响精神病患者的利益。

精神科医生与种族或文化歧视

• 精神科医生基于种族或文化的歧视，无论是直接的还是支持别人的，都是不道德的，精神科医生决不参与或间接的支持任何与种族清洗有关的活动。

精神科医生与遗传研究及咨询

- 对精神疾病的遗传基础研究正在迅速增加，越来越多的精神病患者参与这类研究。
- 参加遗传研究或咨询的精神科医生应当牢记，遗传信息的影响不单单涉及到提供这些信息的人，而且这些信息的公开可能给这些人的家庭和社区带来负性和破坏性的影响。
- 因此精神科医生应当保证：
 - 参加遗传研究的人和他们的家属要获得充分的知情同意。
 - 他们拥有的任何遗传信息应受到足够的保护，以防被非法获得，被误解或误用。
 - 与病人及家庭交流时要谨慎地说明，当前的遗传知识是不完全的，可能被将来的结果所修正。
- 精神科医生应当只介绍人们到具有下列条件的机构去进行诊断性的遗传检验：
 - 已证明具备满意的质量保障措施进行这类检验。
 - 有足够的、容易获得的遗传咨询资源。
- 计划生育或流产的遗传咨询应当尊重病人的价值体系，同时提供充分的医学和精神病学信息来帮助病人作出他们自己认为是最好的决定。

王立伟译，张明园校