

# 《残疾人权利公约》与中国的残疾模式转换

曲相霏

(中国社会科学院国际法学研究所 北京 100720)

摘要:关于什么是残疾以及如何对待残疾人,到目前为止有若干个模式。近四十多年来,残疾的“社会模式”已经超越了残疾的“医学模式”“慈善模式”“经济模式”等而发展成为残疾的经典模式。但与此同时,它的缺陷也开始受到人们的关注。这一模式的推论太过于狭窄地甚至是排他性地强调社会障碍、尤其是物质障碍对残疾的影响,以至于不符合这一模式的残疾人的利益无法得到表达。对残疾的思考应当超越任何单一的标准和模式,多角度、多模式的思考才是可取的。《残疾人权利公约》提出的残疾人权利保障的“人权模式”肯定了残疾模式的转换,确立了残疾人的人权主体地位,具有十分重要的意义。中国目前的法律和实践仍然在沿用残疾的“医学模式”,残疾人权利委员会已经对中国的残疾模式提出了批评。作为《残疾人权利公约》的缔约国,中国应当尽快采取有力措施,在法律和实践中采纳《残疾人权利公约》的“人权模式”,切实实施《残疾人权利公约》,从而提高中国残疾人的人权保障水平。

关键词:《残疾人权利公约》;残疾模式;人权;残疾人权利保护

中图分类号:D90 文献标志码:A 文章编号:1002-462X(2013)11-0064-06

《残疾人权利公约》<sup>①</sup>(以下简称《公约》)是联合国九大核心国际人权公约之一,也是中国已经批准实施的一项重要国际人权公约。2006年12月13日,该公约及其任择议定书经第61届联合国大会通过,2007年3月30日开放给各国

签署,2008年5月3日正式实施。目前,该公约已有155个签署国和130个缔约国,其任择议定书有91个签署国和76个缔约国。<sup>②</sup>

与其他核心国际人权公约相比,甚至在联合国的整个历史上,该《公约》都因其一系列显著的特征而独具特色:它是人类进入21世纪后联合国通过的第一个国际人权公约;它代表并服务于世界上人数最多的一个“少数人群体”;在联合国国际人权公约的历史上,该《公约》酝酿、起草和通过所用的时间最短;在开放给各国签署的第一天,就有82个签署国签署,创下了联合国公约开放签署日签署国最多的纪录。这些都表明,《公约》获得了国际社会极为普遍的欢迎和支持。<sup>③</sup>《公约》还是联合国历史上第一个向区域一体化组织开放的公约,欧盟就作为一个区域一体化组织签署了《公约》。<sup>④</sup>另外,世界各国许多残疾人及残疾人组织参与了《公约》的起草和讨论,对《公约》有着直接和有效的影响,这在联合国的历史上也是第一次。

《公约》的一个突出贡献就是确认了残疾模式的转换,确立了残疾人的人权主体地位,并以有约束力的国际人权公约的形式保障残疾人的人权。本文将简单地介绍和评析残疾的几种主要模

① 《残疾人权利公约》的英文版本使用的是“persons with disabilities”,只在引用《关于残疾人的世界行动纲领》(World Programme of Action concerning Disabled Persons)时使用了“disabled person”。《残疾人权利公约》的中文版本使用的是“残疾人”,中国法律法规中通用“残疾人”,因而本文基于表达的便利也使用“残疾人”。

② 参见 <http://treaties.un.org/Pages/ViewDetails>, 2013年5月23日访问。

③ Anna MacQuarrie, The UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities: A New Era of Disability Rights. Uvic law school document. 2012.

④ 另一个签署《残疾人权利公约》的组织是 Cook Islands, 2009年5月8日批准了《残疾人权利公约》及其任择议定书。

收稿日期:2013-07-20

作者简介:曲相霏(1973—),女,副教授,从事人权理论研究。

式,并结合残疾人权利委员会对中国首次报告的结论性意见,<sup>①</sup>讨论中国的残疾模式,以促进中国的残疾模式转型,提高中国残疾人的人权保障水平。

### 一、残疾的几种主要模式

残疾模式是指人们关于什么是残疾及如何看待残疾人的思维模式。<sup>②</sup>从历史上看,人们最初把残疾看做是个人身体上的生物医学缺陷和功能缺损。这一最早的残疾模式被称做“医学模式”(Medical Model)或“生物医学模式”(Bio Medical Model)。<sup>③</sup>人们从生物医学角度来定义残疾,把身体、精神和智力等方面的残缺或功能损伤视为残疾,把身体健全的人视为正常的人,把残疾人视为非正常的人,即医学治疗和矫正的对象。单纯从该模式出发,生物医学上的异常被视为导致残疾的主要原因或唯一原因,残疾也因而被视为一种个人悲剧:因为残疾,所以不能上学、不能工作、不能参加社会生活。由于在日常生活中受到诸多限制,残疾人甚至不能独立生活。这种思维模式认为,是个人的残疾导致了残疾人在生活、学习和工作等各个方面遭遇障碍而沦为社会中的弱者,也只有个人的残疾消除了或者康复了,残疾人所面临的问题才能解决。当用生物医学模式理解和考虑残疾问题时,社会对残疾和残疾人的应对处理就可以归结为两个方面:一方面是治疗康复,另一方面是慈善照顾。前一方面的权威决策者是医生,后一方面的主角往往是政府和社会慈善机构。接受治疗和矫正以接近一个“正常人”不仅被认为是残疾人的最佳选择,甚至被视为是唯一选择。基于对弱者的同情而把残疾人视为社会慈善的对象,又形成了对待残疾的“慈善模式”。在这些残疾模式下,残疾人的生活仰赖于医疗机构的专家和政府及慈善组织的决策者,他们可以决定残疾人应该接受怎样的治疗、去什么样的学校、参加什么样的活动、住在什么样的地方,而残疾人作为他们治疗和救助的客体则应接受他们的安排,残疾人往往失去自主性。所以,“医学模式”又可以衍生出“专家模式”和“康复模式”。

“社会经济模式”(Social - Economic Model)则在劳动经济关系中定义和考虑残疾及残疾人问题。在这种模式下,每个人都被置于生产能力和创造能力的标准下考察,依据在工作和劳动市场上的能力和表现来评价一个人。残疾人被视为因为身体、精神或智力等方面的损伤和功能缺失而在工作和劳动市场上能力不佳或失去工作能力。

如果一个人虽然身体某个方面有功能损失,但该损失却并不影响其在一般劳动市场上的表现,那么从“社会经济模式”出发,这个人就不被视为一个残疾人。那些严重残疾从而被排除在工作劳动市场之外的人被给予社会福利和支持。相反,如果一个人的身体、精神或智力等状态不被认为有残疾,但却在工作和劳动中能力不佳或表现不好,就被认为是装病偷懒和逃避责任,这样的人被认为不值得同情,也得不到社会扶助。另外,残疾的“社会经济模式”还从成本/收益的角度考虑残疾和残疾人问题。在收益不小于成本时,对残疾人的包容和照顾会得到更积极的提倡。<sup>④</sup>

残疾的“社会模式”是残疾模式发展史上的一个革命。它是从20世纪六七十年代英国的一些残疾活动家的活动中逐渐发展起来的。1976年,英国一个残疾组织(Union of the Physically Impaired Against Segregation)的一份文件比较系统地以“关于残疾的基本原则”的形式表达了这一模式。这一组织在英国20世纪70年代残疾政策的发展上扮演了举足轻重的角色,具有极大的政治影响。1996年,Oliver在著作中又完整地表达了这一模式<sup>[1]15</sup>。该模式彻底颠覆了生物医学模式把残疾单纯地建立在个人身体、精神、智力等生物异常状态之上的思维。相反,该模式把目光从残疾人转移到残疾人所生活的社会环境,认为残疾本身是社会结构给残疾人带来的障碍,是社会

① 根据《公约》第35条规定,中国作为《公约》的缔约国,于2010年8月30日向联合国残疾人权利委员会提交了首次报告。2012年9月18日和19日残疾人权利委员会审议了该报告,并于9月28日通过了结论性意见。Concluding observations on the initial report of China, adopted by the Committee at its eighth session (17 - 28 September 2012)。

② 关于各种残疾模式的介绍,可参见郑雄飞《残疾理念发展及“残疾模式”的剖析与整合》,载《新疆社科论坛》2009年第1期。王治江也简单介绍过残疾的“医疗模式”“社会模式”和“权利模式”。参见王治江《尊重残疾人 纸上权利要成现实权利》,载《法制日报》2012年12月1日。

③ Carol Thomas, Female Forms: Experiencing and understanding disability. Buckingham & Philadelphia, Open University Press, 1999, P14 - 32. Chapter 1: defining disability: the social model. 关于残疾模式的简介,另参见2011 HRTO 93, Hinze v. Great Blue Heron Casino.

④ 2011 HRTO 93, Hinze v. Great Blue Heron Casino.

歧视残疾人的结果,而不是社会歧视他们的原因。残疾的“社会模式”强调,真正把残疾人置于不利地位的,不是残疾人的身体或精神状况,而是社会对残疾人的反应,是社会未能有效地包容人与人之间在身体、精神和智力等方面的差异。按照残疾的“社会模式”的思维,残疾人从本质上来讲不是因为其自身状况而成为残疾人,而是我们这个社会的生活方式、生产方式、社会结构、思维观念等使他们成为残疾人的。残疾的“社会模式”认为“损伤”(impairment)与“残疾”(disability)是不同的,损伤本身不是残疾,社会不能容纳这种损伤、歧视具有这种损伤的人才构成残疾。而且在很多情况下,残疾人所面临的障碍不是由损伤带来的,而是由社会的消极观念意识和社会物质障碍带来的。例如,有些残疾人不能进入主流学校接受教育,不是因为这些残疾人自身的残疾,而是因为学校缺乏有相应资格的教师或可容纳性的教室;有些残疾人被排除在劳动力市场之外,可能只是因为社会缺乏能够把这些残疾人送到劳动场所的交通服务,或者只是因为很多人在思想观念上认为这些残疾人没有工作能力。这样,就把注意的焦点从残疾人转移到了社会。或者说,残疾不是个人的缺陷或不足,而是社会的病态和缺陷,即社会不能容纳多样化的不同的人。不要问这个人有什么问题,而应当问这个社会有什么问题。想要减少残疾,首先就要改造我们的社会,使我们的社会能够容纳有损伤的人,《残疾人权利公约》就为社会改造提供了一张路线图。<sup>①</sup> 残疾人的独立生活运动也是意在通过改造无障碍设施和提供个性化的服务使残疾人能够不依赖他人而独立自主地生活,住在自己选择的社区,参加喜欢的社会活动,选择和自己的生活,既改变社会对残疾人的消极观念意识,也改变残疾人对自己的消极观念意识。残疾人独立生活运动的目的是把残疾人变成一个“正常人”,而是让残疾人在一个包容的、平等的、便利的社会环境中过正常的生活。由于残疾的“社会模式”要求通过法律、政策、意识、行为等的改变而改变社会结构,所以这个模式又可称为残疾的“社会—政治模式”。

最后要介绍的是“人权模式”(Human rights model),也就是《残疾人权利公约》所采纳的模式。《公约》支持残疾的“社会模式”,并在“社会模式”的基础上明确地指出残疾问题是个人权问题。<sup>②</sup> 《公约》认为,残疾人首先是一个人,一个与其他人平等的人,一个与其他人一样享有全部人权的人。残疾人享有固有的生命、自由和尊严,

在需要照顾的时候有权得到合理照顾;与其他人一样是平等的公民,应当充分参与社会生活的方方面面。“人权模式”彻底改变了残疾人的主体身份定位,残疾人不再仅仅是生物医学研究、治疗、矫正的对象和慈善扶助的对象,残疾人首先是一个有尊严、有权利、与他人平等的人权主体。作为人权的主体,残疾人有权要求进入主流学校接受教育,有权要求政府为他们提供公共交通服务,有权要求社会消除对他们一切形式的歧视,有权要求国家排除妨碍他们享有和行使人权的一切政治、经济、法律、社会和环境障碍,从而使他们能够充分地享有和行使人权。

## 二、对几种残疾模式的评价

综上所述,残疾“医学模式”是从生物医学的角度定义残疾人的,把生物医学上的身体缺陷作为残疾的原因,将其视为生物医学治疗的对象;“社会模式”则强调残疾不是个人生物医学上的某种缺陷所造成的,相反,社会结构给残疾人带来的各种障碍才是造成残疾的一个重要因素,强调通过政治活动调整社会结构。“社会经济模式”则把残疾人放在经济活动的成本收益坐标中进行衡量。“慈善模式”把残疾人作为社会弱者和慈善活动的客体;而“人权模式”则强调残疾人是人权的主体,与他人一样享有不可剥夺的人权,保障残疾人的人权是政治和社会的义务。

近四十多年来,残疾的“社会模式”受到广泛关注,已经超越了残疾的“医学模式”“慈善模式”“经济模式”,逐渐发展成为经典的模式。但与此同时,它的缺陷也逐渐被人们所认识,甚至开始受到一些残疾人组织的批评。这些批评认为,残疾的“社会模式”的一些推论太过于狭窄地甚至是排他性地强调社会障碍、尤其是物质性障碍对残疾的影响,而且这一模式的信奉者无论在理论上还是经验上都倾向于忽视或否认残疾人身体器官的功能缺损。那些经历和需要不太符合这一模式的残疾人的利益就不能很好地被这个模式表

<sup>①</sup> Monitoring the Convention on the Rights of Persons with Disability: Guidance for HR Monitors. P. 2. Release date: April 2010. <http://www.ohchr.org/en/hrbodies/crpd/pages/crpdindex.aspx>

<sup>②</sup> Monitoring the Convention on the Rights of Persons with Disability: Guidance for HR Monitors. P. 8. Release date: April 2010. <http://www.ohchr.org/en/hrbodies/crpd/pages/crpdindex.aspx>

达出来,他们的问题也无法通过这个模式得到解决<sup>[1]25</sup>。例如,Jenny Morris认为,“社会模式”有一个倾向,即认为我们的身体所经历的一切,包括我们的身体差异和功能限制,都是由社会障碍所造成的。环境障碍和社会态度确实对我们有影响,但是这不应否定我们在身体和精神、智力上的个体经验<sup>[1]38</sup>。与此类似,Sally French也以她自己的经验来说明,她行动上的一些限制是由她的身体伤害造成的,不能完全由社会障碍来解释。她说“我同意社会模式的基本理论并认为它对残疾人具有非常重要的意义,同时,我认为一些残疾人所经历的一些深远的问题很难或者根本不可能通过社会模式的方法来解决。”<sup>[1]39</sup>Kim Stagliano指出:一些孤独症者呼吁社会尊重和接纳孤独症者,把他们看作是“与众不同的正常的人”,而不是需要接受治疗的“不正常的人”。对这些孤独症者而言,没有人会反对他们的倡导。但问题是,许多严重的孤独症者因为其症状的严重性而根本没有能力发出这样的倡导和呼吁。我们治疗那些患有孤独症的孩子,正是为了减轻他们的症状,使他们成为能够发出类似倡导的人。这就是为什么当我们被告知我们的孩子不应该得到治疗和研究时,我们会感到愤怒,而那些治疗和研究能够提高我们的孩子在孤独症者这个范围中的位置。<sup>①</sup>Shakespeare甚至认为,残疾的“社会模式”以及英国残疾运动的缺陷已经超过了它的长处<sup>[2]</sup>。

加拿大联邦最高法院在蒙特利尔系列案件的判决中,对残疾各种模式之间的关系给予了极为精辟的分析,可以作为理解残疾的各种模式的一个经典解释。该判决书指明,对残疾的思考必须超越任何单一的标准和模式,采取多角度、多模式的思考才是可取的。例如,残疾的“社会模式”通过对社会结构而不仅仅是生物医学状况的思考让人们看到了社会结构对残疾人的影响。的确,有些残疾人,其身体的损伤或功能限制本身实际上并不会给日常生活带来障碍,其所面临的所有障碍几乎都来自社会环境。但是,采纳残疾的“社会模式”并不意味着应当忽视残疾的生物医学基础。<sup>②</sup>可以说,残疾一方面存在于个人的身体,另一方面存在于个人所生活的社会。残疾具有生物学和社会学的多重因素,残疾人所受到的限制是社会结构、个人生理和其他种种因素相互作用的结果,只是在不同的残疾个案中这些不同因素占有不同的比重而已。

### 三、《公约》中的残疾人人权保障模式

残疾人人权主体地位的确立和残疾模式的转换是《公约》的一大成就。《公约》所开创的“人权模式”综合考虑了上述诸种残疾模式,强调了残疾人的人权主体地位,因而是保障残疾人的最为先进的模式。在《公约》通过之前,尽管残疾人运动已经有了较大的发展,残疾的模式转换和残疾人的权利保障都获得了社会的极大关注,但在国际人权法中,残疾人的人权主体地位仍然缺乏一个明确的宣示。《公约》正式实施的2008年正好是《世界人权宣言》(以下简称《宣言》)通过60周年。《世界人权宣言》是一部伟大的人权文件,但该文件却没有直接提及残疾人,也没有明确禁止“基于残疾的歧视”。《宣言》第1条宣布人人生而自由,在尊严和权利上一律平等,但是第2条“平等”条款的规定并没有把“残疾”像种族、肤色、性别等那样明确列举出来禁止歧视,《宣言》只在第25条规定,每个人在残疾或其他不能控制的情况下丧失谋生能力时,有权享受保障,以获得维持健康和福利所必需的“适当生活水准”。这与长久以来残疾人往往被视为医学治疗的对象及社会保障和社会福利的对象是相吻合的。

与《宣言》相比,《公约》显著而明确地宣示了残疾人在国际人权法中的权利主体地位。《公约》序言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”。《公约》第1条指出其宗旨是“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”。残疾人是一个与其他人平等的人,与其他所有人一样拥有同样的尊严、权利、平等、自治和独立,也应当和其他所有人一样作为一个平等的公民充分参与社会生活。

《公约》在序言中“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”。《公约》指出了阻碍残疾人全面有效地参与社会的三种障碍:(1)身体上的缺陷,如肢体、精神、智力或感官的长期损伤;(2)社会和公众的态度,如偏见、歧

<sup>①</sup> Kim Stagliano,The Age of Autism,2010.

<sup>②</sup> See in 2011 HRTO 93, Hinze v. Great Blue Heron Casino.

视; (3) 环境设施障碍,如门口过于狭窄轮椅不能通过,建筑物无法进入,公共汽车、火车或飞机无法乘坐,电灯开关够不着,卫生设备无法使用。其他障碍,如听觉有缺陷无法与人交流,视觉有缺陷无法阅读书籍等<sup>[3]</sup>。可见,《公约》对残疾的定义明显支持了残疾的“社会模式”对社会障碍的关注和强调。相应地,《公约》第1条对残疾人的定义是“残疾人包括那些有长期的肢体、精神、智力或感官方面的损伤,而且这些损伤与各种障碍相互作用有可能阻碍他们在与他人平等的基础上充分和切实地参与社会的人。”《公约》对残疾人的定义有三个维度:不仅包含上文(1)中残疾人个人在生理等方面的损伤(impairments),而且加入了(2)中这些损伤与社会的各种态度和环境障碍的(barriers)相互作用,而损伤与社会障碍相互作用的结果是可能阻碍(hinder)他们在与他人平等的基础上充分和切实地参与社会活动。

《公约》的定义提示了这样的思考:假如一个人有生物学上的某种损伤和功能缺损,但这种损伤和功能缺损没有遇到社会障碍,也不会阻碍他平等地参与社会活动,那么从社会学上看,这个人就很难称得上是一个残疾人。由于残疾人不是单纯由损伤这一种生物学因素来定义的,残疾人的定义中还包含了社会障碍及社会障碍所产生的后果等因素,因而在历史、文化条件不同的社会中,具有同一种损伤的人是否是残疾人就可能会遭遇不同的判断。这就使得残疾人的定义在生理维度之外又具有社会、历史、文化等维度。例如,在中国的苗族社会中就根本不存在“残疾”这个概念<sup>[4]</sup>。在过去有些社会中,惯于使用左手的人被认为具有某种功能缺陷,甚至被认为是邪恶的;而在现代社会,由于对视力的较高要求,所以近视和远视都被认为是一种损伤<sup>[5]</sup>。

根据2011年世界卫生组织的统计,世界范围内残疾人大约占给定人口的15%。而根据中国2006年的抽样调查,当年4月1日零时,中国内地残疾人总数为8296万人,仅占总人口的6.34%。这个数字大大低于世界卫生组织的统计,也低于已知的其他国家的残疾人占总人口的比例。例如,加拿大残疾人占人口的14%~17%,美国残疾人占人口的18%。根据中国政府的解释,造成这个数字差异的原因是,中国的残疾人定义中不包括内脏缺损或损伤(viscus coloboma)的人,而只包括肢体、听力、视力、言语、智力和精神方面残疾的人。<sup>①</sup>对残疾的不同定义也说明,残疾并不是一个单纯的生物学概念。

• 68 •

当今的社会已经发展成为一个高风险的社会,任何人在社会生活中都面临着一定的风险,都有身体某些器官和功能缺损的可能,而有些身体器官和功能的缺损是不可逆转的、无法治疗和康复的。《公约》所提出的“人权模式”把每一个人都作为人权的主体,全面保障了他们从自由权到社会权的所有人权,并强化了缔约国保障残疾人权利的监督机制,具有十分重要的意义。

#### 四、中国的残疾模式与残疾人权利保障

2012年9月28日,残疾人权利委员会对中国的首次报告作出了结论性意见。<sup>②</sup>在该结论性意见中,残疾人权利委员会对中国的残疾模式提出了批评。委员会认为,中国的法律以及人们长期惯用的术语都广泛采用残疾“医学模式”,而没有采纳《公约》中的“人权模式”。因此,残疾人权利委员会敦促中国引进残疾的“人权模式”,完成残疾人权利保障的模式转换。委员会还指出,在中国开展的一些与残疾人相关的活动,其主旨仍然以残疾的“医学模式”为主,这与《公约》的“人权模式”不符。委员会尤其提及了中国开展的“全国残疾人职业技能竞赛”和“百万青年志愿者助残”等活动,认为这些活动“将残疾人刻画成无助、依赖他人、隔离于社会其他部分的人”。因此,委员会提醒中国注意《公约》的“人权模式”,建议中国在提高认识的活动中推广下述理念:“残疾人是独立自主的权利持有人”。委员会敦促中国将残疾人的权利、尤其是接受最低福利补贴的权利和入学受教育的权利告知所有残疾人,特别是生活在农村地区的残疾人。委员会还建议中国开展一次提高认识的活动,向社会宣示对残疾人的正面看法。

中国《残疾人保障法》第2条对残疾人的定义是“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。”可见,《残

<sup>①</sup> 2006年的抽样调查显示,在8296万残疾人中,视力残疾人1233万,占残疾人总数14.86%;听力残疾人2004万,占24.16%;言语残疾人127万,占1.53%;肢体残疾人2412万,占29.07%;智力残疾人554万,占6.68%;精神残疾人614万,占7.40%;多重残疾人1352万,占16.30%。

<sup>②</sup> Concluding observations on the initial report of China, adopted by the Committee at its eighth session (17 - 28 September 2012).

残疾人保障法》对残疾人的界定的确仍然采用的是生物“医学模式”,其定义残疾人只有一个维度标准,即残疾人个人在生理、精神以及功能等方面的“不正常”,而没有采纳《公约》对残疾和残疾人的定义,没有考虑到社会障碍、社会态度等因素的影响。中国社会的残疾人在公众心目中的形象大多归属于两类:一类形象是与身体、精神和智力等的损伤给残疾人带来的种种痛苦、折磨、伤害相关。例如,有些残疾人生活不能自理,忍受着常人难以想象的病痛,甚至生不如死;有些残疾人被侮辱、戏弄,很多女性残疾人遭到性侵犯;有些残疾人被家人遗弃、虐待甚至杀害;有些残疾人被拐卖成为奴工遭到非人的折磨。另一类形象则是自强不息、拼搏上进的残疾人。这一类残疾人大多在某一方面具有较好的天赋,不向命运和环境屈服,凭着坚强的意志和毅力最终取得了成功,得到了社会的承认,但在拼搏的过程中也历尽了艰辛。这两类形象都表达出一种观念,即残疾是人生的一种不幸,残疾把人变成社会弱者,残疾人要过上正常的生活必须要付出比常人更多的努力。这两类残疾人形象是现实生活的反映,往往能够唤起大众对残疾人的同情和怜悯,有利于号召社会关心与扶助残疾人,但同时也容易引起大众对残疾的心理恐惧。而且,即使是奋斗成功的残疾人的形象,与自主自立的权利主体的形象也存在着距离。

中国从20世纪80年代开始保障残疾人的立法活动,目前已经形成了残疾人权利保障的较完整的法律体系。从宪法到刑法、刑事诉讼法、民法通则、民事诉讼法、继承法、侵权责任法、收养法、个人所得税法等一系列法律中都包含保障残疾人权利的内容。1990年颁布的《残疾人保障法》是中国保障残疾人权利的基本法律。为促进《残疾人保障法》的贯彻实施,国务院于1994年通过了第一部保护残疾人受教育权利的专门行政法规——《残疾人教育条例》;2007年通过了第一部保护残疾人就业权利的专门行政法规——《残疾人就业条例》。在批准《公约》之前,2008年3月中国又修订了《残疾人保障法》,第一次规定了“禁止基于残疾的歧视”,突出了保障残疾人合法权

益的理念。2010年3月,国务院下发《关于加快推进残疾人社会保障体系和服务体系建设的指导意见》,要求到2015年建立起残疾人社会保障和服务“两个体系”基本框架,到2020年实现残疾人享有基本生活保障、基本医疗保障和康复服务。2012年1月19日,国务院公布《农村残疾人扶贫开发纲要(2011—2020年)》,作为农村残疾人扶贫开发工作的纲领性文件,明确提出要保障和改善民生,缩小残疾人生活水平与社会平均水平的差距,促进残疾人与全体公民共享改革发展成果。6月28日,又通过了《无障碍环境建设条例》,保障残疾人平等参与社会生活的权利。10月26日,通过了第一部《精神卫生法》,在保障精神障碍者的人权方面前进了一大步。《2012—2015国家人权行动计划》也对残疾人权利保障提出了阶段性的目标。综上所述,中国的残疾人权利保障立法有了非常大的进步。但是,作为《公约》的缔约国,中国对残疾和残疾人的定义还与公约的规定不相符合。为了提高残疾人的人权保障水平,切实履行《公约》义务,中国确实需要尽快在法律和实践中采纳《公约》的人权保障模式,并采取有效措施,让残疾人和社会大众都了解残疾人的所有权利和自由,了解残疾人是独立的、有尊严的权利主体,了解残疾人作为人权主体的新形象。

#### 参考文献:

- [1] THOMAS C. Female Forms: Experiencing and understanding disability [M]. Buckingham & Philadelphia: Open University Press, 1999: 15.
- [2] SHAKESPEARE T. Disability Rights and Wrongs [M]. New York: Routledge, 2006: 9-67.
- [3] 张爱宁. 国际法对残疾人的保护——兼评联合国《残疾人权利公约》[J]. 政法论坛, 2010 (4).
- [4] 葛忠明, 李锦绣. 不同视角下的残疾预防及其组织体系建设[J]. 残疾人研究, 2011 (3).
- [5] BAKER D. The Politics of Neurodiversity: Why Public Policy Matters [M]. Boulder: Lynne Rienner Publishers, 2011: 13.

[责任编辑:朱磊]