

# 「性」病毒的保安政略： 愛滋列管產業與治療公民權<sup>1</sup>

黃道明

愛滋病的特質：

是一種族群文化病，與社會風氣息息相關，永遠有性別考量  
做防治～道德不如務實，圍堵不如減害，開放勝過保守

莊葦<sup>2</sup>

台灣愛滋 25 年之後，接著就要進入趕盡殺絕撲滅愛滋病人的  
年代……

阿文<sup>3</sup>

## 引言：愛滋公務預算不足危機

2015年1月「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」（以下簡稱「防治條例」）修法通過，做出包括外籍感染者出入境解禁及愛滋治療費用回歸健保重大的政策變革。特別就後者而言，在「愛滋分類照顧，醫療防疫合作」的新政策下，病患在確診兩年、就

---

1 本文部分出自Hans Tao-Ming Huang, "HIV Care as Social Rehabilitation: Medical Governance, the AIDS Surveillance Industry, and Therapeutic Citizenship in Neoliberal Taiwan," in David Halperin and Trevor Hoppe (eds.), *The War on Sex*, Duke University Press, forthcoming. 本文提出的分析，受益於Cindy Patton 2014年秋季在中央大學英文系的「生命倫理學」系列講座及課上同學討論，在此一併致謝。

2 莊葦，〈愛滋病感染者的心理社會需求及防治輔導措施〉，發表於「教育部 101 年度補助大專校院辦理學生輔導工作計畫：「校園愛滋病防治與輔導研討會」，頁18。

3 阿文，〈[回應]領取全國醫療服務卡權利與義務告知書（草案）〉，G-Man論壇 HIV 互助會，<http://discuz.club1069.com/viewthread.php?tid=252508&page=1&authorid=194321>。

醫治療穩定後（即官版草案提案中所謂「醫療轉銜期」到「治療維持期」），醫療費用由原來的公務預算支應改由健保給付。至此，過去四年來因「愛滋公務預算不足危機」引發的爭議似乎暫時落幕。

歷史來看，愛滋治療費用支出長年以來就在公務預算與健保間擺盪。1989年當局開始提供免費治療由公務預算支出，1997年健保開辦，而彼時剛問世的高效能抗愛滋病毒療法（HAART）則在小群感染者的力爭下納入健保重大傷病免自費給付。2000年健保開始實行總額支付制度，昂貴的愛滋藥價遂成醫院獲利的心頭大患。台灣醫學會於是動員醫界立委遊說修法，聲稱愛滋治療為法定傳染病防治之一環、應由政府買單，順利在2005年完成修法，改由疾管局（現為疾管署，以下稱CDC）的年度公務預算支出。由於這轉變下的治療藥物仍是免費的，因此並未對服藥感染者造成實質衝擊。然而隨著感染人口增加，公務預算赤字逐年惡化，CDC在2011年初放話，要開始讓感染付費，此舉旋即引來愛滋民間團體高度關切，痛批政策擬定草率，並組成「台灣愛滋行動聯盟」介入<sup>4</sup>。聯盟直指CDC高舉「公平原則」的欺瞞手段，質疑就算要施行部分負擔，為何將感染者排除健保外？而聯盟中唯一由感染者組成、由露德協會培植的新團體「帕斯堤聯盟」也反駁官方「愛滋正常化」的口實，因為不像其他慢性病患，感染者終身要被公衛「追蹤管理」、「被公衛人員徹底的調查性史／接觸者」（帕斯堤聯盟，2012a）。

2011年8月，「愛滋行動聯盟」召開記者會，把此危機定調為國安問題（本地與中國疫情皆對國安造成威脅）<sup>5</sup>，要求政府增加防治預算，讓愛滋治療回歸健保，把防治主管機關層級拉高至總統層級，效仿中國採取由上到下的全面防治措施。接著，聯盟在北中南舉辦三場的公民論壇，鼓勵感染者站出來為自己的治療權發聲，第一線工作者

4 「愛滋行動聯盟」包括懷愛協會、愛滋感染者權益促進會、同志諮詢熱線協會、露德協會、愛之希望協會、小YG行動聯盟、世界愛滋樂聯盟、帕斯堤聯盟。

5 「愛滋預算少又少，疫情就要擋不住了」記者會新聞稿，<http://www.praatw.org/fileopen.asp?id=237&odb=pr&v=20&r=21>。聯盟專挑中國疫情威脅台灣，很難不說是在已然高漲的「恐中」情緒順勢操作議題，然而此舉也同時強化了愛滋作為它者／外來者的國家管制邏輯，因而無益於愛滋除魅的倡議工作。

也在這些場合中紛紛表達部分負擔政策對弱勢感染者衝擊的憂慮<sup>6</sup>。為回應民間訴求，官方舉辦了愛滋醫療專家列席的公聽會，對愛滋政策制訂向有影響力的陳宜民教授，在會中提出愛滋回歸健保、比照健保支付急性與慢性肝炎的模式（前者由健保全額給付，後者為部分負擔制）（中央社，2012），成了現在的「醫療轉銜期」。

這個後雞尾酒療法時期的首宗治療權倡議／運動凸顯了些許矛盾，可從本地列管脈絡裡加以顯示。歷史來看，免費愛滋治療不僅是權利，更是國家所強加的義務（強迫治療）。在愛滋傳染罪刑化的情況下，當局以具名通報、定期追蹤、強制隔離（2007年刪除）、強迫治療（2015年因愛滋回歸健保廢止）等威權手段，把感染者視為潛在罪犯列管。而重要的是，過去10年來，列管體制因「愛滋個案管理師計畫」在醫療院所的植入，而發生了重大的本體轉化。這項官方主導的照護方案源於2000年代中期非法用藥（即農安轟趴事件及藥癮愛滋人口暴增）引發的公衛「危機」，它結合了社工、諮商、護理等專業管理，為就醫列管病患提供衛教（減少風險行為與服藥順從）、心理／社會支持及轉介服務。2007年愛滋修法後，醫療個管正式被整合到公衛列管體系：醫療個管師依法需向CDC上報個案治療情形，另也擔起原先由公衛端（所謂地段公衛）主事的接觸者追蹤工作。列管體制的重心因而從公衛轉移到照護，醫療治理於是成為愛滋列管的新樞紐<sup>7</sup>。值得注意的是，民間組織在與愛滋照護系統互動日趨密切的情況下，並不願意正視這新式的醫療列管模式（黃道明，2014a）。

在此脈絡下，「台灣愛滋行動聯盟」的介入因而引發了一連串值得追究的問題。首先，在感染者被當嫌疑犯列管的情況下，要求國家干預極大化、把愛滋防治升高到國安層次，究竟意味什麼？在台版行之有年的「治療即列管」接軌全球「治療即預防」方針之際，治療公民權的倡議在預防與治療分野逐漸模糊情況下的意義為何<sup>8</sup>？最後，若

6 關於愛滋行動聯盟論壇以及報導見聯盟網頁，<http://aidsactions.blogspot.tw/>。

7 截至2014年9月，各醫事機構個管收案個案約11000人，佔了總感染存活人口的一半，7成歸醫療個管，3成歸公衛（疾管署，2015：1）。

8 「治療即預防」意在擴大愛滋篩檢規模、找出感染人口，讓病患在還不到真正需要治療的時機前就開始服藥，使之壓制病毒量達到測不到的程度（undetectable，指病毒量在50 copies/ml以下），以期達到抑制人口的病毒載量、降低傳染風險。值得注意的

說愛滋的污名政治與性實踐及用藥實踐相關，這些提問又如何讓我們思考親密關係之罪刑化？

本文將處理上述問題，探討治療權在列管下的物質形構以及感染者生存的主體狀態。我的主要目的在於挑戰台灣愛滋服務產業對列管醫療化的噤聲。事實上，本文的標題——「愛滋列管產業」——是個直白的現狀描述：畢竟，民間團體服務、代言、關切的對象主要就是被政府列管的愛滋感染者<sup>9</sup>。1990年代愛滋民間團體相繼浮出地表，隨2000年代中期以降的愛滋防治主流化（鈎連了性別主流化與性平治理）與醫療個管建制化，本地愛滋服務產業規模逐漸成形，並與全球愛滋產業的跨國知識技術流接軌，其擴張不但造就了一批新的愛滋專業管理階層，也在晚近官民協同治理下開展出同志健康的新興領域。愛滋NGO晚近的結盟（如「愛滋行動聯盟」與2015年的「愛滋修法聯盟」<sup>10</sup>）相當程度上反映了愛滋服務產業的意識形態共識與預設價值，那就是：倡議愛滋平權卻迴避國家列管，爭治療權卻諱言醫療監控，呼籲愛滋除罪卻漠視晚近的交叉感染入罪<sup>11</sup>。本文開頭所引愛滋照護專家莊莘之言，相當程度標誌了現下愛滋服務產業的防治行動導向，而我將透過晚近感染者交叉感染罪刑化的分析，來顯示這開明又務實的減害導向是如何與列管體制的功利導向趨於一致，從而加深了愛滋污

---

是，台灣在「治療即預防」的發跡過程中被賦予一個先驅性的角色。台大醫院方啟泰醫師及其團隊在2004年於*Journal of Infectious Diseases* 發表論文，指出台灣提供免費愛滋藥物、有助降低傳染率（Fang et al, 2004）。這篇論文後來在晚近出產諸多關於此趨勢的醫療學術論文中廣被引用，成為「治療即預防」成效的證據。有意思的是，此文並未被當局拿出來炫耀台灣經驗，原因可能在於，在「免費」強迫治療逐漸強化情況下，近幾年節節升高的新感染人數足以構成推翻這篇論文結論的數據。筆者感謝Cindy Patton引介這篇論文。Patton (2011) 與 van Doorn (2012a; 2012b) 皆指出以人權掛帥的「治療即預防」在北美的威權運作效應。

- 9 匿篩呈陽性反應者，需就醫再經西方點墨法予以確認（具名），若為陽性則為確診、醫事單位需依法通報。匿篩陽性而未確診者被當局視為未被列管的黑數。官方及民間團體咸認對列管的疑懼是這些人不願就醫的主要緣故。
- 10 修法聯盟成員為小YG行動聯盟、台灣世界愛滋快樂聯盟、台灣基地協會、台灣露德協會、同志諮詢熱線協會、帕斯堤聯盟、紅絲帶基金會、愛之希望協會、愛滋病學會、愛滋感染者權益促進會、懷愛協會、關愛之家協會等12個團體。
- 11 由權促會秘書長林宜慧等人（2009）執筆的〈我國愛滋病防治政策建議書：人權法律篇〉指出列管政策需要檢討，然而此文中的列管僅限於公衛追蹤。如果說民間團體對公衛列管追蹤有異議（如上述帕斯堤聯盟的回應），難道相同的國家監控轉移到照護體系就不是問題嗎？

名及感染者壓迫。

本文分為四部分。第一部分將愛滋列管重構為一種防堵愛滋病毒蔓延的保安布署配置（apparatuses of security），顯示行政隔離的追蹤管理技術如何在醫療個管制度化的歷程中轉變，並檢視「陽性預防」的減害自我照護如何以「保險套唯一」為常模。第二部分將以現下愛滋服務產業佔領頭位置的露德協會為分析對象<sup>12</sup>，審視該會自2000年初期以來培力感染者社工專業操演與污名的關係，並進一步揭示露德牧民治理下生成的社區預防與「帕斯堤」如何與照護列管相輔相成，而與「帕斯堤」模範地位相斥的正是那位因用藥、無套性交而遭法律重判13年的馮姓教師。第三部分將檢視馮案的專家證詞，看待HIV的物質性如何透過公衛措施與論述形構，並特別關注專家的知識操作倫理。我將論證，「陽性預防」下的交叉感染入罪化，不但強化了既有列管的防堵思維，更背棄了照護倫理的初衷。最後，我將在結論裡顯示當下愛滋人權遮蔽的新興「性」戒嚴體制，也將藉著置疑以「好人」位置自居的減害防治取徑，試圖呼喚抗拒愛滋列管的集體政治群性<sup>13</sup>。

## 愛滋列管作為保安處分

人類學家Vinh-Kim Nguyen對西非的愛滋治理研究提供了一個參照點，可以幫助我們探索本地治療公民權的特殊性。有別於Petryna（2002）及Rose & Novas（2005）所提的「生物公民權」（Biological Citizenship）概念，Nguyen（2010）以「治療公民權」來凸顯愛滋感染者在公眾健康基礎建設不良地域的一種岌岌可危生存狀態。他顯示，西非的愛滋人口政治比較不是透過國家主權操作，反而主要透過新帝國主義佈局下的跨國NGO治理及其造就的「移動主權」來運作，而後者的生命權力操作必然倚賴登記制度的建立、讓欲控管的人口得

12 組成2015愛滋修法聯盟的12個團體裡，露德培植的團體就佔了3個（小YG行動聯盟、帕斯堤聯盟、基地協會）。

13 要說明的是，本文側重的是建制思維（Douglas, 1986）。在以下分析裡，愛滋列管產業並不同產業裡的工作者（雖然我特別關注主導人物的行動）。一線工作者不見得同意組織決策，而他們日常專業操出的能動性也不時溢出產業規範，造成上有政策、下有對策的狀況。

以顯現，促使大型人道援助治療方案順利運作（Nguyen 2009）。

相較之下，台灣的愛滋列管奠基於威權國家主義的戶籍登記制度上<sup>14</sup>。台灣的現代公衛基礎建設是於日殖時期打下，「列管」做為一種現代國家的經世手腕，在台灣反共戒嚴脈絡裡亦有其特殊意義：戶口制度本就是兩蔣極權政體實行政治偵防和軍事化社會控制的重要機制，一直到1990年，戶口通報都負責清查隸屬警政的保安業務（林宗弘、曾惠君，2014），而在治安維持方面，罪犯（包括「吸毒」犯）以及流氓都是冷戰時期的列管對象<sup>15</sup>。愛滋出現前，台灣當局對性病的人口控制侷限於地方警察對公娼執照的核發，而梅毒與淋病是因為愛滋防治才在1999年被列為法定傳染病（邱依翎，2006：55-6）。值得注意的是，愛滋傳染的罪刑化，一開始在1990年制訂時是以刑法285條（「明知自己有花柳病或麻瘋，隱瞞而與他人為猥褻之行為或姦淫，致傳染於人者，處一年以下有期徒刑、拘役或五百元以下罰金」）及91條的**保安處分**（「犯第二百八十五條之罪者，得令入相當處所，強制治療。前項處分於刑之執行前為之，其期間至治癒時為止」）為模型。刑法對保安處分的定義是：為預防犯罪發生，對犯罪行為人或**有犯罪之虞者**，施以醫療、教育、矯正等自由刑刑罰以外的保安處置（其處分方式包括感化教育、監護、禁戒、強制工作、保護管束、強制治療、驅逐出境），目的在消弭其危險性、保護社會安全<sup>16</sup>。

丁乃非（1995）曾在1990年代首度指出愛滋防治條例做為犯罪處置組裝的威權性格。在上述保安處分框架下，愛滋列管體制可視為保安布署配置<sup>17</sup>：政體對內實行感染人口的傳染犯罪防制，對違反善良風俗／國民道德的嫌疑人口進行強制篩檢（同性戀、娼妓、非法藥物靜

14 冷戰結構下的南韓也有和台灣相似的愛滋列管制度，見Cho (2008)。

15 感染者阿盛回憶1990年代被公衛人員追蹤時，用以下的文字來表達被列管的感受：「他只送給我『一』份資料，並把我列管，就好像列管甲級流氓一樣。哪天我掛了，他要在24小時內通報衛生署」（台灣生命服務社，2002：22）。《檢肅流氓條例》（原《動員戡亂時期檢肅流氓條例》）在三度被大法官宣告違憲後於2009年廢止。

16 這裡「保安處分」的定義參考中華百科全書，[http://ap6.pccu.edu.tw/Encyclopedia\\_media/main.asp?id=3963](http://ap6.pccu.edu.tw/Encyclopedia_media/main.asp?id=3963)。

17 本地的愛滋論述與媒體再現裡常會出現「愛滋防制」的說法。就傳染疾病的預防與治療而言，「防制」有可能是「防治」的誤植，但我則傾向把「防制」一詞視為特殊於在地的政治性語彙(political semantics)。本文對保安的思考受益於Foucault (2009)。

脈注射者），必要時則強制隔離、強制治療，對外則一直到2015年為止施行深具種族、階級歧視的境管政策（配合90年代初期外勞引進政策對東南亞移工進行強制愛滋篩檢）。一旦有人經檢驗、診斷有愛滋病毒抗體陽性反應，此生物特徵（HIV+）即在通報程序中連結以國民身分證字號為基礎的戶政管理，政體則依此做行政上的人口區隔、統治，對感染者進行終身追蹤監控。

2000年代初期擔任台北市性病防治所（現為台北市聯合醫院昆明防治中心）所長的吳秀英，在CDC委託的「感染者的治療與追蹤」研究計畫報告裡，清楚道出公衛防治在雞尾酒療法引進後的保安思維：

由於愛滋感染者不只是受害者，更是傳染源，如何去做好愛滋病毒抗體陽性患者的管理，使其不至在外流竄，不只關係其個人健康，也關係到全體民眾安全……故如何改善對愛滋感染者的追蹤工作，以期達到最佳的早期診斷早期治療的效果，讓愛滋感染者不再是社會的負擔，而是可積極發揮其社會功能之健康人，並進而鼓勵其他有高危險行為者勇於接受檢查，實是愛滋防治工作的最大重點。（吳秀英，2001：5）

保安體制以公衛三段預防運作防堵病毒擴散，讓感染者在不對「一般大眾」產生危害的監控狀態下「積極」過活，這不但倚賴壓制性的權力運作，也需要呵護生命的規範性權力操作（照護體制和露德施展的權力屬於後者，詳下）。驚人的是，根據這份報告，列管者的血液也成為列管對象。在列管追蹤時，性防所除了將就醫病患的血液樣本提供給「台大醫學院、陽明醫學院、榮民總醫院、長庚醫學院等學者做各種基礎醫學研究外，也儲存以備未來研究之用」（吳秀英，2001：8），當時在性防所就醫的病患每次被抽7、8管血，抽到病人都怕（吳秀英，2001：13）。可是吳並未說明這些血液的採集倫理，這些血液樣本給了哪些學者做研究？研究成果為何？血液相關資料又儲存在哪裡？供誰取用？公衛當局有義務出面說明。

做為列管人口，愛滋感染者終身受制於行政專斷運作，這可從1997年增訂的愛滋傳染未遂罪及2004年的農安轟趴事件來理解。1994

年，愛滋防治志工祈家威按鈴控告三名感染者不帶套，蓄意傳染，成為愛滋防治條例傳染罪首宗案件。此舉的重大效應是促使衛生當局在1997年修法，一方面基於「人道」考量，把禁止感染者與人發生性行為的「姦淫」、「猥褻」改為「危險性行為」（其未經防護的官方定義包括非單一固定伴侶），另一方面則因傳染在當時幾乎無法以科學證實而增列傳染未遂罪，讓懲罰更為周延（黃道明，2012a：23-31）。在祈家威違反社工倫理的控告事件裡，衛生當局一方面以修法回應加強保護感染者隱私，但也表示會提供資料幫助法院審理案件。換句話說，除主管機關外，任何人不得暴露感染者隱私（黃道明，2012a：30）。

2004年農安轟趴事件則再度驗證了公權力的專斷。CDC違反當時防治條例中主管機關不得洩漏感染者隱私的規定，逕自將強制篩檢驗血結果與警方比對，發布28名感染愛滋的消息，並依防治條例蓄意傳染罪將14名既有列管者以及另外14名新發現、但不符合該罪起訴要件的感染者一併移送檢方偵辦（黃道明，2014a：116-117）。令人深思的是，CDC帶頭違法的作為，後來在2007年翻修的防治條例中，以「基於防治需要」為由而被正當、法制化（第14條「主管機關、醫事機構、醫事人員及其他因業務知悉感染者之姓名及病歷等有關資料者，除依法律規定或基於防治需要者外，對於該項資料，不得洩漏」）。另一方面，為求提升對非法用藥人口的監控時效，CDC以高傳染病規格對待愛滋，要求醫療個管呈報個案病情（第13條「主管機關為防治需要，得要求醫事機構、醫師或法醫師限期提供感染者之相關檢驗結果及治療情形，醫事機構、醫師或法醫師不得拒絕、規避或妨礙」）。諷刺的是，2007年的這次愛滋修法因增列感染者權益保障條文而廣被民間團體譽為本地愛滋人權進展里程碑，然而接軌國際愛滋人權所遮蔽的，是行政權專斷的無限上綱，而民間團體在參與2007年及2015年的修法過程從未對此提出任何質疑<sup>18</sup>。換句話說，愛滋列管人口在後解嚴的台灣實處於一種「基於防治需要」緊急狀態下的例外

18 關於2007年的民間修法參，見黃道明（2014a：214-215）。關於2015年修法聯盟立場，見<https://www.facebook.com/media/set/?set=a.10152516456802314.1073741845.318239682313&type=1>。

常態，而由於具名的緣故，個別感染者在國家道德主權面前更是「裸命」（bare-life）一條<sup>19</sup>。

農安臥事發一年後，北市聯合醫院昆明院區（現為昆明防治中心）承接了CDC「愛滋感染者行為治療給付試辦計畫」（即「愛滋個案管理師計畫」前身），由莊莘（昆明院區行政主任）和王永衛醫師主持，以「五心級服務」的三階段諮商，提供減害衛教、提升安全性行為順從性。值得注意的是，新案（180名）中有38名曾最近使用毒品（其中有19人用藥助性），但到3個月後就沒再發生，而舊案（154名）有8名使用毒品（其中2人用藥助性），在經過3次複診後就沒再發生，減害成績斐然，成了愛滋個案管理計畫推行的證據（王永衛、莊莘，2005：10-11; 13; 16）。

2015年農安臥10週年，莊莘發表了一篇網誌，回憶她當時不願轟動後續追蹤破壞性防所與同志社群的初生互信關係，因而向上級呈報，攬下追蹤業務的主導權（她並不同意主管機關函送感染者），也概述了性防所貼心協助的處理過程，最後期許她的團隊未來能有「更多的同理」，為全國衛生單位示範更為細緻、個別化的協助<sup>20</sup>（莊莘，2014）。值得注意的是，在此事件中，她讓CDC採納了「建立不打擾個案的追蹤連繫方式」，而這追蹤細緻化的模式在「愛滋個案管理師計畫」施行後成為現下愛滋列管的「單一窗口」制：如果列管者已加入醫療個管，那就由醫療個管師追蹤，再回報地段公衛。單一窗口制的個案管理既親密（感染者以為愛滋照護有完全的醫療個資保護，其實不然）又有經濟效率（把資訊蒐集和接觸者追蹤都放在照護端確實是「便民」的明智之舉）。在感染者普遍討厭被公衛追蹤、也認為只會被公衛追蹤的情況下，列管單一窗口制造就了「好警察—壞警察」的新情境：醫療個管師扮起白臉，主動跟感染者說，會幫他擋掉公衛追蹤，不知情的感染者則心存感激，更加對個管師掏心掏肺。

19 關於裸命及例外狀態常態化的生命權力操作，見Agamben (1998)。馮姓教師案的效應再度彰顯了這種愛滋例外狀態，詳下。

20 莊莘保護跑臥者隱私的苦心值得肯定，然而這並不妨礙我們繼續追問：如果沒有衛生當局與警方聯手追擊，那些跑臥者又何需被「好心」追蹤？我對馮姓教師案的分析將進一步顯示「同理」所掩蓋的暴力運作。

醫療個管採行的是自由主義式治理（加入愛滋個管計畫需經病患同意，讓個管更有正當性），其專業養成以「同理心」掩藏自身對「他者」或社會偏差的嫌惡，以展現開明多元的友善態度。這種模式的治理——這也是自認「務實」做防治愛滋的民間團體立場——比禁絕式的道德說教（「對毒品說不！」）來得有效。賦予個案自主性讓個管師得以一種善意的姿態來介入個案的生活與實踐，藉觀察、檢視、評估來導正主體的慾望。在減害政策的功利導向下（也就是讓個案行為不對社會「大我」造成傷害），治療情境中的自由主義式導引終究被正規知識體系所牽制，而在這種情況下，減害的自我照護（像是減少性伴侶、減少用藥頻率或避免去三溫暖及轟趴）也就淪為替「忌性反毒」主流道德服務的新技術。

在醫療列管裡，「安全性行為」等同「全程使用保險套」，而這呼應的是防治條例蓄意傳染罪的「危險性行為」定義：「未經隔離器官黏膜或體液而直接接觸，醫學上評估可能造成人類免疫缺乏病毒感染之性行為」<sup>21</sup>。這嚴苛的定義使得感染者無套口交在2008年後可以被定罪，現已有多起成立的案件。性病感染監控因而成了列管者保險套順從度的診斷措施。若病患服藥順從且道德順從，就可被歸類成「穩定個案」（「個管滿2年，個案穩定就醫、具有良好的服藥順從性、未重複感染性病或兩年內未吸食或注射毒品」）。由此來看，現下由公務預算支出的兩年「醫療轉銜期」不啻為時序人口政治的道德檢疫期（黃道明，2014a：132-134）。根據CDC統計，截至去年9月，穩定個案1,433人，約佔總收案數十分之一<sup>22</sup>。這些醫療列管合格者不妨稱為「帕斯堤」。

## 專業菁英操作下的社群及健康營造：以露德為例

2011年世界愛滋日，當代藝術館和露德協會在台北中山地下街合辦了一項長達一個月、名為「愛有你·心滋味」的展覽，藉裝置藝

21 見行政院衛生署於2008年1月所訂定頒布「危險性行為之範圍標準」。

22 104年度「愛滋病個案管理計畫」，頁1。

術、愛滋紀錄片來宣導愛滋關懷、接納病患<sup>23</sup>。這裝置藝術由兩排整齊晾著白色愛滋文創T恤品和露德感染者集體製作的4件愛滋被單所組成，五彩繽紛的拼布似乎洋溢著生命的活力和喜悅。有意思的是，悼念死者、哀悼失落的愛滋紀念被單在此被置換為「幸福」被單，而其中兩件被單在這置換中起了關鍵性的表意作用：一棵樹幹在彩虹襯映下發出新芽、一群山坡上湛藍天空下吃草的綿羊（每隻都長得不一樣）。這兩件被單傳達的意象是牧者呵護下的同志新生活，再現了露德所操作的生命權力。

露德協會前身為天主教仁愛修女會附設的露德之家，原收容孤兒，1997年改提供感染者服務，之後在臺灣聯合勸募的督導下，於2000年中期轉型為專業愛滋NGO，其社工導向的服務填補了台灣政府在愛滋社福這塊領域裡的欠缺，成為晚近台灣愛滋服務產業的要角。在淡化其宗教色彩下，露德將自身定位為社區服務組織，引介了國外治療資訊（如翻譯英國治療資訊團體I-Base製作的手冊）與減害思維（參與2000年中期的減害計畫）<sup>24</sup>、培植感染者支持團體（從早期的「新生命」到現在的「帕斯堤聯盟」）及預防團體（「小YG行動聯盟」），更在近期與官方合作成立協助藥癮者回歸社會的台中「耀家」方案，以及同志健康中心（「彩虹天堂」，現為「基地協會」），愛滋防治績效深受官方肯定。值得注意的是，跨國知識技術流（如減害、感染者培力、同儕教育）是露德「社區」營造的重要媒介，其在地運作效應不但符合該組織的身心靈「全人」提倡，更與「愛滋個案管理師計畫」互為表裡，而受過大專教育的男同志族群則是露德主要的培力對象。

徐森杰（現露德秘書長）在其碩論〈從支持到自助：我與愛滋感染者支持團體的行動與反思〉中，以行動研究為方法，記述了他以社工身分參與、督導露德早期的感染者組織工作。據他的說法，愛滋強

23 此片紀錄感染者被家人接受的溫馨故事，由愛之希望協會發行，也在前述的愛滋裝置藝術展覽中播放。

24 露德謝菊英修女及愛滋工作者蔡春美博士於2007翻譯出版Patt Denning等人所著的《挑戰成癮觀點：減害治療模式》。該書由衛生、法務官員、愛滋專家（陳宜民）、精神科醫師做序，為減害政策提供知識生產基礎。

烈的污名不但讓招募困難（大都在醫療院所找尋），也阻礙了參與成員的凝聚力及團體本身的發展。另外，身為天主教徒，徐也討論了露德的務實走向如何與教會產生緊張關係，還有他同志的身分如何拉近社工專業與服務對象的距離（徐森杰，2004）。在徐所援用的諸多專業技巧中，用於團體心理治療的心理劇成為引導感染者心靈成長的主要技藝，而這可從徐在他處記述的一幕心理劇瞥見。在此場景裡，徐擔任導演，引導一名男同志和上帝對話、接受自己的感染事實，上帝允諾賜予他愛滋解藥，但條件是他得拿出一個等值的東西來交換（徐森杰等，2003：18-19）。此一等值物被作者詮釋為「自制」，正是那些因感染愛滋而蒙羞、找尋救贖的人所亟需的。自律倫理則讓感染者變得可管，促成將其整合進入既有道德秩序。

根據徐的記述，在性防所主辦的照護研討會上，本地行動研究大師夏林清對徐森杰和蔡春美帶領的感染者心理劇提出了朝「突破社會歧視藩籬」的建議，引發與會團體成員共鳴（徐森杰，2004：66），因而激化了「新生命」次團體的出現。然而這驅使力並沒有轉化為探究愛滋壓迫的集體意識。在心理劇媒介下，「新生命」發掘的，反倒是自我的「內在小孩」（徐森杰，2003：18）。這以靈性之姿出場的「內在小孩」是個自外於歷史物質條件形構的先驗物，在阻絕社會矛盾辯證的情況下，它承載的反倒是種種定義生命意義的預設規範。由此來看，徐企圖反思自身所操作的社工知識／權力運作，然而卻以去歷史化的觀點來看待愛滋污名。我認為這是他自我批判嘗試的侷限。

「新生命」後來成了露德自助種子團體原型，豎立起新的賦權模式，而該次團體的資深成員以及國際感染者專業人士（所謂「國際帕斯堤菁英」<sup>25</sup>）則成了露德培力方案（例如兩年一度舉行的「快樂生命大會」<sup>26</sup>）的主力。2010年露德開始執行一項以「陽性預防」、「陽性啟發」及「和平共生」為主導精神的「P計畫」，並於次年成立「帕斯堤聯盟」。「帕斯堤」為Positive音譯，意在以正向思考與感情，取代

25 此稱謂來自露德辦的一項活動，邀請香港愛滋倡權者Ken仔與Joey 與本地感染者對話。見[http://www.lourdes.org.tw/Activity\\_list\\_1.asp?id=124&menu1=3&menu2=18](http://www.lourdes.org.tw/Activity_list_1.asp?id=124&menu1=3&menu2=18)。

26 露德另有專為靜脈藥癮注射感染者（主要為非資產階級）辦的快樂生命大會。

1990年代中期以降慣用的「感染者」（更早時期為「帶原者」），以去除其歷史污名。帕斯堤聯盟的成立，來自CDC補助的「建立倡導安全性行為之領袖介入模式」之一年研究計畫案（經費2,900,000元）。主事者以行動研究為主要方法，培訓感染者、大學生及青少年同志為社群意見領袖，同時以同儕教育方式，「建立『safe sex』社群規範文化」、「發展男同志認同及減害模式」，使之成為社群楷模，藉以「提升該族群自我健康管理」（徐森杰，2011：1）。該項計畫分別培育了「帕斯堤聯盟」、「小YG行動聯盟」及以「彩虹天堂同志健康中心」為據點的青少年男同志自我認同團體。結案報告基本上對用藥派對、網路約炮及三溫暖等同志文化持戒慎恐懼態度，而青少年同志認同歷程則以自我心理學（ego psychology）的正常發展為基調，視那些被污名的男同情慾實踐為克服障礙<sup>27</sup>。有意思的是，這點與結案報告宣稱行動研究者與被研究者互為主體的研究倫理有著嚴重的矛盾。我認為，這裡的癥結在於，主事者把左右自身行動傾向的社會文化習性（habit）養成視為理所當然<sup>28</sup>。

由於愛滋深刻污名使然，帕斯堤聯盟在運作上參照了1990年同運的階段性現身策略，目前大致處於「現聲」階段，而這些「社群意見領袖」也被露德冠上「菁英」頭銜，不但擔保了負責向上、謹慎避險、自我改進等新自由主義德行，也同時在感染者間豎起了新的道德階序，依其處理污名的意願和能力來做區隔<sup>29</sup>，而拒斥用藥文化則成為此中的黃金標準。由「新生命」成員晉升為「帕斯堤」表率、同時也是露德員工的光哥，就曾在2011年台北同志遊行以「前用藥者」身分公開現身，呼籲同志棄絕跑趴生活形態。而同為露德員工、帕斯堤聯盟主要成員的石皓，則是在其部落格「石皓G湯」歡慶他戒毒後的

27 台中基地協會在一個簡報中說明其工作策略在於「擴大『性』以外的交友文化，如同儕支持、讀書、玩樂、文創」。見劉信詮，〈除了保險套以外我們還能做什麼〉，<http://coph.ntu.edu.tw/gridfs/assets/asset/data/549a74371d41c80c6c000446/11.%E5%8A%89%E4%BF%A1%E8%A9%AE.pdf>。感謝賴麗芳引介這份簡報。

28 根據Cindy Patton（2008：260）對愛滋同儕訓練方案的長期觀察，受訓者往往在訓練過程中同化了（assimilate）主事者文化優勢的習性。

29 張永靖（2014）把性污名視為台灣「新好感染者」論述所排斥的「壞情感」結構。他精闢的分析指出，那些無法或不願正向思考的感染者往往會被病態化為心理有問題、需要被好人拯救。

重生，細數過自身過往的毒害與荒唐、從事「陽性預防」衛教（黃道明，2014a：138）。這些都被列為「建立倡導安全性行為之領袖介入模式」的計畫成果。另外，露德晚近也開辦由石皓帶領的感染者「學業減害團體」，並將這團體經驗帶進醫療個管進修課程<sup>30</sup>。

2013年帕斯堤聯盟承接主辦兩年一度的「國際快樂生命大會」（主席為光哥），並如以往選出以資感染者表率的「快樂生命大使」，由《愛的福阿》紀錄片主角馬修奪得。該獎的評審團除露德協會自己外，還包括了CDC／台大醫師羅一鈞、愛滋個管專家莊莘。選拔標準為必須符合下列的素質：1. 自我照顧（如遵從醫囑）；2. 權能激發；3. 互助合作（如擔任志工協助其他病友）；4. 創新能力；5. 社群貢獻（如「維護權益」、「倡權」、「勇於與社會對話」）<sup>31</sup>。接受保安處置的感染者在露德「身心靈全人」牧民教化及醫療權威認證下獲得了「新正常」地位。弔詭地，更生的「帕斯堤」成了此刻同志公民的道德典範。

## 馮姓教師案與交叉感染罪刑化

就在帕斯堤驕傲現身之際，愛滋保安體制以2012年被控開毒趴蓄意傳染的馮姓教師殺雞儆猴，宣示國家道德主權。2013年9月馮被重判13年徒刑，成了防治條例立法以來判刑最重的案例。以下我要論證這件案例如何彰顯了愛滋保安體制的專家知識操作，並探討其深刻效應。

2011年9月，馮姓老師任教的北市特教學校接獲一封匿名email，指控他為感染者、散播愛滋病毒，學校當局立刻採取行動，禮貌性要求馮師做篩檢自清，被馮拒絕。此事見報後引發家長恐慌，教育局隨即召開會議商討校園安全，而學校則私下請警察跟監馮。數週後，警察拿到法院搜索票，趁馮在住所與人約炮時，將之逮捕，並強制驗

30 見「娛樂性用藥對愛滋感染者影響之進階教育訓練」，衛生福利部桃園醫院，2014年5月30日。

31 見快樂生命大會網址，<http://23711406.blogspot.tw/2013/09/2013.html/>。要註明的是，關於評審團資訊和評語現已被移除，改以「國內愛滋服務領域專家學者至少三～五名進行審核」。

血。在馮師被確認為列管者後，媒體即大幅渲染、將馮妖魔化，宣稱近百名同志受害。在沒確切證據下，檢方以重罪將馮羈押禁見，聲稱要嚴辦到底。馮電腦上的MSN通連紀錄後來成為檢方調查的主線，最後找出13名跟他約過的同志出面作證。值得注意的是，病毒量測不到馮姓老師並未造成任何人感染，然而證人中有10位是已被列管的感染者，法官認為馮因無安全性交可能導致交叉傳染（re-infection），遂以交叉傳染未遂罪，連同毒品轉讓罪，將他重判13年。在2005年後的「一罪一罰」刑法新制下，馮的刑期包括了跟同一人約兩次炮的犯行<sup>32</sup>。「帕斯堤聯盟」在馮案判決後則發表了一份頗為含蓄的聲明，以看似非道德評價的方式呼籲用藥者要實行「減害」措施，但卻暗指用藥同志感染者失去（像帕斯堤拒藥般全面防護的「自由意志」），以此避談交叉感染入罪（帕斯堤聯盟，2013）。

檢方跟被告辯護律師各自傳喚了莊萃和義大醫院感染科醫師林錫勳（現為愛滋病學會理事長）作專家證詞。就某層面來說，這兩位專家證詞可說是為司法體系補了重要的一課，即醫療科技干預下重構的傳染風險。莊說，愛滋個管「都會依相關法規」，告訴病患「HIV病毒株有很多類型，複雜性交會感染不同病株，所以需要做防護安全措施」。由於她的證詞的至關重要，容我大幅引用她解釋交叉感染的機制：

譬如甲先生感染 HIV 種類病毒株與乙先生感染 HIV 種類病毒株本來型態上就有差異，甲先生因未按時服用 A、B、C 三種藥物，致病毒對 A、B、C 三種藥物產生抗藥性而變種，病毒數量增多難以控制。而乙先生雖亦有感染 HIV，但其均有按時服用 A、B、C 三種藥物，病毒數量控制良好，病毒數極低，亦未變種產生抗藥性，則甲先生與乙先生未戴保險套，發生不安全性行為，甲先生產生抗藥性的變種病毒進入乙先生體內，且數量變多，將來乙先生再服用 A、B、C 三種藥物就沒有用了，會使病情加劇。所以上述被害人說會擔心被告會傳染 HIV 給他，說法是正確的，其實雙方都有這種風險。我

32 這邊對馮案發展的描述綜合了我先前對此案的評論。見黃道明（2012b；2014b）。

們接觸 HIV/AIDS 患者，同時也會告訴他們 HIV 有多種病毒株，不同病毒株每支病毒菌叢分部亦有差異，尤其進入人體變種及服藥抗藥性均有多種變化。因為我們目前醫療院所不會去檢驗病毒株種類，而是檢查病患的抗體有無產生陽性反應，只要有產生陽性反應，就會認定已經感染 HIV/AIDS。雖然病毒有分 1 型跟 2 型，但檢驗試劑是混在一起檢驗 1、2 型，只要是產生陽性反應抗體，就會認為有感染，所以不能夠詳細確知呈現陽性反應的病患到底是感染第 1 型還是第 2 型，這一方面我不是很確定，因為是實驗室做的，實驗室做出來的報告並無區分第 1 型還是第 2 型。正因為是驗抗體，並非驗病毒株種類，才會有愛滋病空窗期，已經感染了因為尚未產生抗體而檢查不出來。所以有可能馮 00 感染第 1 型，檢驗出來是陽性反應，另一名患者是感染第 2 型，檢驗出來是呈現陽性反應，因為無套發生危險性行為，使丁○○感染先前未感染的第 2 型，另一名患者感染先前未曾感染的第 1 型，但實際情形更複雜，因為光是第 1 型就有幾百種病毒株，第 2 型也是，所以交叉感染的情況會更嚴重。雞尾酒藥物是一種配方，有好多種藥物來選擇其中幾種搭配服用，如果沒有按時規則服用藥物，會讓病毒株產生抗體，將來服用藥物就沒有效果。所以甲男如果跟沒有規則服用藥物的乙男發生危險性行為，該未規則服用藥物之乙男產生抗藥性的體內病毒進入甲男體內，將來甲男對藥物治療就沒有效果，必須再換其他藥物才能治療。（臺灣臺北地方法院刑事判決 102 年度訴字第 221 號，頁 10-11）

在莊的提法裡，服藥不順從會導致的抗藥性產生，無套性交會導致交叉感染，兩者皆有線性的因果關係。然而這是一套化約的講法。首先，雞尾酒療法干預下的愛滋病毒確實不斷在人體內複製、重組、突變，然而如 Martha Rosegarten 所指出的，依據現有醫學研究文獻，即便服藥順從也會有抗藥性產生，即便漏藥也不必然導致抗藥性出現，而這可能與每個病患先天的生理構造（新陳代謝、藥物吸收

率)、與不同藥物的交互作用、飲食狀況、基因等複雜交錯因素有關 (Rosegarten, 2009: 30): 「(抗愛滋病毒)藥物並非總能壓制病毒,但也不會直接地製造有抗藥性的病毒。雖然服藥劑量會讓病毒產生改變,但這些改變不能化約為自我意志(註:亦即服藥順從)對病毒的掌控」(Rosegarten, 2009: 32)。

Rosegarten 這個說法主要在指出醫療科技及藥物干預下HIV物質性生成的複雜性,而她企圖介入的是那種輕易將抗藥性產生完全歸咎於病人的成見(例如台灣CDC)。她援用科學哲學家Karen Barad所重構Judith Butler的操演理論,指出醫學對HIV的解釋,並無法自外於觀察診斷技術的創發及其具重複、操演性質的操作,也就是說,HIV是在論述及醫療技術操作下而物質化的(materialize)<sup>33</sup>: HIV本身的物質性內含了人與非人作用者(如病毒量檢測、抗病毒藥物、醫療與社會科學的論述想像等)互動下造就的特定干預。做為操作出來的現象,HIV物質性的生成因而是個動態過程,而正因人為介入在能動性上有倫理意涵,也因知識操演會有權力效應,因此專家在解釋、介入「既存現實」(這裡所指的現實不是僵固的,而是科技媒介變動中的產物)之時,更應當嚴格自我要求(Rosegarten, 2009: 25-31)。值得注意的是,由於抗藥性基因檢驗昂貴,目前在台灣並非服藥開始前的例行檢測項目(這是現下全球臨床治療的共識)。在此情況下,醫師可能誤開已有抗藥性的藥物,因而造成病人治療失敗的折磨、「病毒株的抗藥性情形也可能因此更加惡化」(林錫勳, 2007: 11),更不用說現下CDC規定的第一線藥物多是已知最容易產生抗藥性的非核苷酸反轉錄酶抑制劑NNRTIs(衛滋、希寧、恩臨)。這些都是台灣本地抗藥性生產的物質條件與操作因素。由此看來,莊的線性因果論是

<sup>33</sup> 醫療操作的語言再現(re-presentation)是構成HIV物質性的一部分。Rosegarten引Jonathan Schapiro指出,「抗藥性」(resistance)是個「不幸有誤導作用的比喻,因為人們把它和其使用基礎混為一談」:「採行如『倍數增加』(一種測量方式)這種方法將抗藥性予以數量化,或許滿足了我們把病毒量化的慾望,然而此法同時也強化了我們的信念,以為單這項資訊就足以為問題提供解答。然而,這樣的答案並不確切,因為當敏感性檢測顯示藥物抑制濃度增加時,病毒是不會知道我們稱它為『有抗藥性』」(Rosegarten, 2009: 30-31)。

個排除其他因素的正規框架<sup>34</sup>。

必須指出的是，目前國際醫學對交叉感染持未定論，對交叉感染的確切發生機制、發生頻率都未知<sup>35</sup>，也未證實在同一人體裡發生的HIV重組會造成致病力更強的病毒<sup>36</sup>。而根據晚近一項大型研究，交叉感染抗藥性病毒不但罕見，而且大致而言也不會導致治療失敗<sup>37</sup>。服藥穩定、病毒量測不到的感染者因無套性交發生交叉感染的機率則被認為非常小（這點林錫勳的證詞有提到），國際間也認定感染者間無套性交（'poz-poz sex'）是安全的性實踐（Kippax, 2009）。值得注意的是莊莘所舉HIV-1與HIV-2交叉感染情況嚴重的例子。她沒說的是，全球流行的HIV絕大多數是HIV-1，罕見的HIV-2僅流行於西非，而台灣HIV也都是HIV-1，更何況如她所言，在台灣檢驗HIV並不會去驗HIV-2，也不會去驗每個感染者身上的病毒株。因此，我們要追問，為何莊莘要舉出這樣一個流行病監測上不符實際、且與在地公衛實務操作情況脫鉤的情境，來做交叉感染例子？這例子無異展演了公衛思維的男同志轟趴狂想：**各自有著數百種病毒株的HIV-1和HIV-2在「複雜性交」中交遇，每株早已突變的「性」病毒（viral sex）宛如變態又荒淫無度的男同志，不斷交媾中繁衍、衍異更多更具有抗藥性的新病毒株後代（「所以交叉感染的情況會更嚴重」），彷彿在身體裡「排列組合出超級賽亞人般的科學怪物」**。這科學怪物比喻是CDC醫生羅一鈞在其人氣部落格上用來形容他病思想象的交叉感染。他說：「就現有的研究結果，是很難叫公共衛生單位能夠放話說，雙方都是HIV感染者發生性行為時，不需要使用保險套」，但是也不需要像他病人那般杞人憂天（羅一鈞，2009a）。就抗藥性來說，他也叫病人不要太擔心，因為醫生會「見招拆招」（羅一鈞，2009b）。我們不知道羅一鈞

34 此外，莊舉「A、B、C」療法失敗的例子也是個簡化的說法。抗藥性病毒檢測倚賴基因鑑定的判讀軟體，而這還需輔以「一群有經驗專家討論整合後的共識才做為判讀標準」（林錫勳，2007：16）。同時，「對抗藥性的定義是約每3至6個月更新的，有些藥物的判讀抗藥性會因此在測試時間前後而改變，有時還會有舊款藥的移除或新藥的加入等，所以每個病人並不一定有全部的（新舊藥）抗藥性結果」（林錫勳，2007：23）。

35 參見Sigma Research, 2010.

36 參見羅一鈞，2009a。

37 見Bartha et al, 2013。

如果被傳去作證會怎麼說，但對照莊莘，他的提法至少比較站在病患立場。

林錫勳的證詞相形之下也比莊莘嚴謹得多。他引用研究指出，服藥良好病毒量測不到情形下的HIV傳染力趨近於零，認為醫療科技進展下的愛滋傳染入罪不合時宜，但也言明服藥良好狀況下雖然交叉傳染的可能性更小，但仍可能因未來會抗藥性產生而有交叉感染風險。值得注意的是他呼籲愛滋除罪的說詞：

我們希望愛滋病的感染者可以告知對方，戴保險套，降低傳染的機會，如果定罪，所有感染者就不會好好吃藥，就不敢告訴對方，在公共衛生上面，我們希望可以適當修改這個法條，連世界衛生組織，也建議修改這個法條，在蓄意傳染給對方，而且經過證實，例如以病毒基因比對，才需要定罪，在公共衛生角度，希望可以除罪化。（臺灣臺北地方法院刑事判決 102 年度訴字第 221 號，頁 13）

雖然在病毒量測不到、傳染力趨近於零的情況下，林仍持「全程使用保險套」的官方立場及告知必要，而他贊成除罪的重點在讓感染者好好吃藥，這也是2015年愛滋修法聯盟呼籲除罪所採取的立場。雖然這平反動作以循證醫學證據為由，要求法律正視藥物重構身體的能力，但在「治療即預防」的功利導向下，它並沒質疑法律一開始就把感染者視為「準嫌犯」列管的入罪邏輯，以及強加於感染者的告知義務，反倒在既有「防制」框架裡，將防治責任全數轉移到服藥感染者身上。如上所言，服藥順從度本就與個人體質、帶病經驗、藥物品質、就醫環境、勞動生活條件及愛滋污名作用等交錯因素息息相關，然而在「治療即預防」導向下的自我照護框架裡，這些複雜因素卻可輕易被化約為個人病毒管理失敗的道德缺陷：未服藥及病毒量壓制失敗的病患因而成了全敞監控下的所謂「防疫漏洞」，不但對「一般大眾」健康造成威脅，而後者更在馮案中被認為有散播抗藥性病毒、造成交叉感染的嫌疑<sup>38</sup>。

<sup>38</sup> 值得一提的是，民間團體憂慮愛滋回歸健保對負擔不起保費的病患產生衝擊，但在把衝擊概括為可能造成「防疫漏洞」、並據此要求官方有配套措施之餘，它們不經意地

若說愛滋病毒抗體檢驗是法律賴以生產犯罪主體的必要科技技術（Race, 2012: 332），那麼在馮案中，台灣司法甚至在公衛臨床上都不做例行病毒種類檢測方式的情況下，僅憑專家片面證詞，逕自就將交叉感染罪刑化。法官並不接受馮傳染力幾乎為零的事實，更認為他明知「有可能導致交叉感染」、「產生抗藥性之變種病毒株」而將他定罪。這裡的關鍵是CDC對防治條例二十一條蓄意傳染罪之「危險性行為」所下的擴大定義。眾所皆知，保險套並無百分之百的防護保證，官方的嚴密定義無疑是以乳膠製品來象徵性隔離的極致展現<sup>39</sup>。依此定義的邏輯來說，帶有愛滋病毒的器官理應不能捐贈、移植，然實情並非如此：喧騰一時的台大器捐案的後續效應之一，就是衛生當局和愛滋病學會達成共識，準備解禁讓治療穩定的愛滋列管者可以活體器捐贈，亦可接受來自其他感染者的器官移植（李樹人，2014）。即便有交叉感染的可能性，當局在顧及醫療人權下，仍將此風險排除於考量外而同意讓感染者器官互植。對照愛滋器捐移植解禁與馮案交叉感染入罪化，我們發現醫療操作兩重並置卻不互相干擾的愛滋現實。感染者器官互植必然形成黏膜、體液的直接接觸，如照CDC的隔離邏輯來看，難不成換心、換肝、換眼角膜也要帶套？在這兩案裡，官方和醫療權威可以將交叉感染風險排除於器捐的考量外，但同樣微小的科學未知數卻可在馮案裡成為圍堵「性」病毒擴散的入罪口實。

莊莘在馮案一審判決前曾於權促會刊物上發表文章，以醫事人員的角度看待馮案對防疫的影響。她指出，此案所衍生感染者互告的新情境，「只會讓社會大眾更加以為愛滋感染者都只是會狗咬狗的惡人而已」。她批評，信奉「忠實」、「正常」、「守法」等共同價值的一般民眾不自覺以「好人」自居，對逾越了這些價值的感染者進行社會公審與排斥、並製造了蓄意傳染罪的社會共識。她認為，在論及防治條例的蓄意傳染入罪之前，「我們必須檢視我們的社會是否提供充分的資訊及公正的環境」，而「一般民眾仍自以為安全的不做保護，

---

強化了社經弱勢病患在列管體制裡的防治責任。見Race (2012)、Mykhallovskiy (2010) 對「治療即預防」下感染者責任化的批判。

<sup>39</sup> 的確，一直到2013年底因為民怨，衛福部才考慮開放被列為第二級醫療器材的保險套於網路販賣銷售。

卻視感染者為會行動的殺人機器時，就算把再多的感染者關進了監獄，也只是自欺欺人又侵犯人權的無效防疫！」（莊莘，2013：2）。

這段話說得正氣凜然，然而從以上分析來看，未免有些矯情。畢竟，現下執行保安處分、將準嫌犯溫情列管（莊濫情化的所謂「行動殺人機器」）、行接觸者追蹤的主事機構，不就正是莊莘參與打造的愛滋個案管理師計畫嗎？而又是誰所操的專業知識把感染者間無套性交形構為需要圍堵的危險，促成了舉世無雙的交叉感染入罪化，以及感染者「狗咬狗」的荒謬劇？值得注意的是，莊莘在馮老師被捕前曾找他做諮商談話。她於臉書公開貼文中寫道，即便馮師惡名在外、被媒體妖魔化，她仍選擇跟他站在一起。她無法責怪馮老師不自重自愛，因為他被甲基安非他命成癮所「綁架」（這聽來有點像 'Love the sinner, Hate the sin' ?!）。她說，他需要的是更多的愛和協助（莊莘，2012）。

愛與協助大可以透過專家干預CDC性道德而具體化。身為全台最大感染者就醫處的行政主管、身為掌管北市愛滋防疫的主事者、身為一個多次被司法單位傳喚作證的愛滋個案專家，貴為行政院人類免疫缺乏傳染防治及感染者權益保障會委員的莊莘必然知道，她的專家證詞對馮老師的命運攸關重大，也會影響對那些在醫療照護體系裡被列管、被她照顧的感染人口。然而，莊莘終究選擇和CDC站在同一邊，肯認其要求感染者落實「全面防護」的「利他」自我照護責任。本地愛滋照護個案體制並沒給予病人充分資訊，也沒有對病人據實告知國際醫界的交叉感染未定論，也不讓病人在風險（包括其他性病感染）及自己親密需求的考量下，做出活出自我選擇<sup>40</sup>。莊莘在愛滋界裡人稱「愛滋守護天使」，然而在馮案上，這位愛滋守護天使卻背離了以病人為中心的照護倫理，她的證詞不但支撐、更強化了那個她自己宣稱無效的防堵思維，而將馮老師棄置於密閉感染社群（gated community）的關懷大門外。

## 代結：抗拒「好人」減害的愛滋防制

<sup>40</sup> Sigma Research, 2010.

在結論裡，我想檢視一個關於愛滋治療權的宣導活動來回答我在引言中拋出的那串提問。2013年的世界愛滋病日，主事愛滋個管師養成及專業認證的台灣愛滋病學會打出了「I-C.A.R.E」的宣導主題，由該會理事長林錫勳和露德快樂生命大使「帕斯堤」馬修站台，強調「服藥順從Compliance」、「接納感染者Acceptance」、「尊重人權Respect」、「保障工作權Employment」在愛滋防治上的重要。要理解這活動的真正在地意涵，得從「領取全國醫療服務卡權利與義務告知書」來看（見附錄）。這份告知書是CDC因應愛滋公務預算不足而推出的儀式性措施，發卡時由地方公衛人員宣讀給列管者聽，再由其簽署才完成程序，目的在於確保列管者在防治條例下安分守己、強化其個人防疫責任（服藥順從、遵守安全性行為、不共用針具與稀釋液），否則將遭國家處置（停藥或提起公訴）。而若有侵權事情發生，則可委託民間團體或他人申訴。

「HIV互助會」網站版主阿文曾在這份告知書草案出爐之際逐條做了詳盡的批評分析，在此我將在本文脈絡下延伸他的論點。首先，阿文認為告知書所擬的權利完全是「宣誓性」條文（註：原文誤植，應為「宣示」，但這誤植恰巧與他的批判一致）：在感染者極度欠缺公共資源分配及惡劣歧視生活環境下，感染者權益保障淪落為官僚體制的層級申訴。其次，權利必然在權力關係中產生，而可笑的是，國家對感染者的保安處分在告知書裡卻被置換為「權利」，例如列管追蹤變成「有權」接受公衛人員定期聯絡、「關心生活狀況」，又如感染者「有權利」被公衛體系告知須履行安全性行為（包括口交），以免交叉感染「造成無藥可醫的後果」。關於這點，阿文指出，重點應該是如何與愛滋病共活，而不應放在「防制交叉感染」的層次：「CDC在乎的是你會繼續感染與傳染，而不是如何活下去」。然而這裡並不只關乎CDC而已，涉及的更是愛滋服務產業如何跟CDC的「防制交叉感染」對齊。民間團體與醫界雖然高舉國際愛滋人權的進步旗幟，呼籲愛滋除罪化，然而卻對此刻愛滋照護建制知識與「交叉傳染入罪」共構所造成的新壓迫三緘其口。最後，列管者的治療權，取決於防疫義務（包括告知接觸者）的履行，「以確保自己可以持續享有

既有的醫療資源及避免觸法」。對此，阿文沉痛指出列管人口政治下的差別對待：

現在的疾管局對外一直宣稱愛滋病跟一般疾病沒有二樣，現在卻生出「權利與義務告知書」，在在都把愛滋病特殊化，什麼疾病有領獨一無二的醫療服務卡？有什麼疾病要簽權利與義務告知書？而且還要病友簽了一個喪權受辱的告知書後才能領卡，搞不清是要趕盡殺絕的是愛滋病還是要趕盡殺絕愛滋病人……台灣愛滋 25 年之後，接著就要進入趕盡殺絕撲滅愛滋病人的年代……（阿文，2009）

阿文的深刻質疑提醒了我們「朝零邁進」（零成長、零歧視、零死亡）及「治療及預防」下的本地感染者生存實情。愛滋回歸健保的積極意義在於回歸健保的互助精神，亦即個人健康風險藉強制保險而由社會全體一同承擔。現下兩年由公務預算支出的「醫療轉銜期」則正當化了「領取全國醫療服務卡權利與義務告知書」這種對列管就醫人口羞辱、恫嚇的象徵儀式。

「I-C.A.R.E」的服藥順從因而必須被理解為感染者對愛滋列管體制的服從（包括晚近的交叉感染防制），而馮案則暴露了現下愛滋列管產業的溫情，因為它避談感染風險的深刻社會污名，「務實地」規避了主流社會價值對性與用藥的成見；馮師因此案丟了教職，但事後並沒有人遭到感染或交叉感染（傳染未遂罪的好用在此，因為根本不用證明）。同樣地，自詡人權立國的台灣社會，對檢警種種戕害人權作為（黑函檢舉、警察跟監、檢方在無確切證據以重罪預防性羈押將馮收押禁見）充耳不聞。馮老師在案發時服藥順從，然而他未來可能產生的抗藥性（這是科學無法預測的事，因為涉及了上節指出的複雜交錯因素）與未知性卻成了交叉感染入罪的主要原由，並因不順從醫療道德（多人無套性交、用藥助興，也就是上述莊莘證詞操演出的「性」病毒繁衍場景）而遭國家整肅。透過愛滋照護的列管監／護以及交叉感染罪刑化，愛滋保安體制以防範未然、先發制人的手段，防堵「性」病毒擴散。「I-C.A.R.E」召喚的順從主體因而是以積極自制

為絕對價值的「帕斯堤」。

就在官方與民間團體合作灑下匿篩大網、找出感染者之際，愛滋保安體制也維繫著後戒嚴時期的社會控制。警察不但持續在網路、同志APP上釣魚，也透過個人性交／社交網絡追捕偏差同志（正如馮案所顯示的）。這意味著，如果你用藥被捕而遭強制篩檢驗出有用藥反應，就馬上可以被檢察官聲請6個禮拜的勒戒（這種實為監禁的處置完全不需審判）。一旦你經強制篩檢被查出是列管人口，就可能落得馮師的下場。令人深思的是，在列管者「狗咬狗」的情境裡<sup>41</sup>，在感染者雙方同為加害者與受害者的情況下，蓄意傳染罪的告知義務成了入罪要件，亦即，感染者無套性交即為犯罪：馮案判決書寫得很清楚，法官建議檢方去辦那10名作證的感染者。由於檢方後來並沒採取進一步行動，我們合理推論這些人極可能是在檢方施壓下出面作污點證人，造成感染者為求自保而交相殘的可悲現象。然而，這些人並沒因為自保而開脫，反而成了CDC「因防治需要」指定加強列管的對象：「104年度愛滋病個案管理計畫書」已將「經常於轟趴場合無套性行為者或接觸者追蹤困難者」列為必收案對象（疾病管制局，2014，頁6）。CDC在2010年的「愛滋病防治及感染者權益保障會」例行會議中曾決議，鑑於防治條例蓄意傳染罪起訴不易，在修法讓無套性交起訴更容易之前，擬對無套性交感染者施以「矯正教育」、對不從者或再犯者施以罰鍰「行政罰」（黃道明，2014a：135）。馮案後，CDC再也不用為修法煩惱了，因為對無套性交者現在可加強醫療列管，必要時可以直接以「交叉傳染未遂罪」函送檢方偵辦（這正是CDC農安轟趴的處置手段）。在交叉感染入罪的情況下，一個新「性」戒嚴體制於是在檢警、衛生當局聯手下誕生。

在愛滋保安體制持續擴張及個管制度多元化下，民間團體和列管

41 在馮案效應下，2015年發生了第一起感染者告感染者案。原告在和一名對象交往之初向對方坦承其感染身分，卻在數月後發現對方也是感染者，一氣之下提告，而法官則援引馮案專家證詞為判決依據，以「交叉傳染」未遂將被告判刑2年8個月（蘋果日報，2014）。在愛滋污名纏身的列管狀況下，原告情感受傷的心情是可以理解的，然而他提告的可悲之處在於他未能體認到，正是這條法律的存在與社會污名的交相運作迫使感染者只能在性際遇中「死守秘密」。見張永靖（2014）對此結構的精闢分析。值得注意的是，此案中的被告並沒有因多次和同一人做無套性交而像馮案那樣遭「一罪一罰」，顯見法律對沒固定性伴侶同志嚴懲的差別對待。

體制的界線也越來越模糊。徐森杰就已經公開附和CDC要把MSM族群納入醫療個管體系（黃道明，2014a：137），而露德也持續與昆明合作，開辦愛滋志工培訓，邀及其他團體工作者及個管師當講師。就受訓內容來看（包括政策、權益、藥癮文化、性病傳染、同志文化等），志工主體可視為旁若個管師（para-HIV case manager），就莊莘所言的共同價值結構來說，是個助人、但不挑戰列管結構的好人位置<sup>42</sup>。這套助人訓練雖標榜務實開放減害，但仍將同性性愛用藥文化視為一種族群文化病。例如昆明於2013掛牌成立的同志中心「當我們同在一起」，就依領袖氣質選出同儕教育員，在網路進行愛滋／性病防治和非法用藥傷害的宣導，並仿照CDC「We-Check」老鼠會式揪團篩檢及績點換禮券模式，回饋志工辛勞。點數依介入方式計算，從貼文回應數，到轉介篩檢，由低而高，而如轉介朋友匿篩、經當局確認找到極高風險者，還可以再多拿紅利點數！這種「檢舉匪諜」、出賣朋友的保安機制欲摧毀的，正是成功的防治所需要的社群互助、互信、互相照顧。「當我們同在一起」何其諷刺！

十年前，在農安轟訊事件發生後，數個民間團體及大學社團曾巡迴校園，集體在同志社群內外討論娛樂藥物合法化問題，然而現今我們看到的，卻是這些在網路及社交媒體上宣導用藥害處的同儕教育。而就在好人當道的減害模式成為主流愛滋防治之際，愛滋列管服務產業以及全台遍地開花的同志健康中心也一致擁抱伴侶盟「多元成家」的單偶婚姻價值。諷刺的是，面對基督教與護家盟動員愛滋污名反對同志婚姻，露德與帕斯堤聯盟卻僅能訴諸「和諧」的語言因應（露德協會，2013；帕斯堤聯盟，2013b）<sup>43</sup>。

美國資深愛滋運動者荷安柏兩年前來訪時曾在我的愛滋文化研究

42 以下內容來自台北市立聯合醫院昆明院區「103年度愛滋防治志工訓練課程講義」。由於講義不能轉載引用，所以我改以敘述方式呈現。

43 在回應「心碎媽媽」事件時，露德發表的聲明是這樣說的：影片中出現許多如「他們的愛都不是愛」、「性關係複雜」、「人生這麼的不堪」、「可恥的是你們的所做所為」、「邊緣人」、「罪惡的深淵」等等用詞，在在醜化愛滋感染者，且充滿批判以及指控的意味。在本會所服務接觸的愛滋感染者家屬，多關注家人的身體健康、自我照顧議題，雖對於社群文化有所困惑不解，但並不會以批判、指控的用語來指責。

所課上，精準的捕捉減害邏輯及專業「好人」在減害中的位置：

「減害」往往以道德方式操作，事實上跟新自由主義很相似，跟她散發著同樣的氣息：[她接著戲劇化呈現其運作邏輯]我是個好人，我不想對你做道德評斷。那 ..... 我來幫你如何？（眾笑）就只是純粹來幫你呀！好，我們能怎麼幫你呢？當然啦，假如你沒去做那些你同意去做的事，我們是不會幫你的，而既然你也說了你同意那些事，那麼現在我們就可名正言順地來懲罰你，因為你同意被懲罰。嘖，這種助人方式還真討人喜歡哩！（眾笑）<sup>44</sup>

由此看來，簽署「領取全國醫療服務卡權利與義務告知書」的就醫感染者，等於被迫同意醫療列管的好人邏輯；因無套性交、用藥、或未盡告知義務而遭國家懲戒的人，就是未做到「減害」因而罪有應得。如果愛滋助人者不同意這些而危害社會安全，那就需要與富「同理」的好心人保持距離，並在工作崗位上集結置疑建制機構的保安思維及正規知識。

個別照護者在醫療實作上的能動性，以及病患自身對醫療權力系統的反抗，都有助於受照顧者活出自己的自在與安康。問題在於照護者能否反思列管體制的實質及象徵暴力，否則照護助人者再細緻貼心的協助，終究只是改善而非消除那個壓迫體制。在以上的討論裡，我們看到愛滋照護在防疫功利導向統攝下如何造就了國家對偏差感染者的嚴厲懲戒，以及分而治之的孤立自保，而預防治療化趨勢也更加重了感染者的防治責任。以病人為中心的愛滋照護不但不應該被量化，更要與列管拖鉤。

劉人鵬在一篇探討章太炎的神經病的重要論文裡指出，清末以來的知識份子對於殘疾者的關懷與大同想像都發自聖人的言說位置，其終極目的是要救贖殘疾者，讓他們身心康復而重回到「正常社會」，或以矯治和治療為名，去撲滅如此一個不合於主流美滿想像的生存狀態。劉人鵬的論點發人省思，因為這個歷史語境依然持續作用於醫療

44 荷安柏。2015。〈與荷安柏對談愛滋〉，<http://www.coolloud.org.tw/node/84100>。

道德掛帥的愛滋當下，本地愛滋專業人士之所以多半不願面對愛滋污名，正是因為污名者根本就是他們想要立即消除的對象，而從污名者位置上發出對現有秩序的詰問，會根本挑戰到他們的好意關懷。令人深思的是，劉人鵬讀出了章太炎如何以莊子批孔的「盜拓」位置，召喚「神經病」做為「革命」的隱喻，以置疑儒家聖人的秩序，劉的閱讀也帶出了章太炎因共「患難」而生出的照顧與革命情感（劉人鵬，2013）。在我讀來，罔兩在寄身位置上所經歷的共患難、所長出的情感支持，是抗拒聖人秩序的生存條件，而劉人鵬認為章太炎的神經病與盜拓正是一種對新群性(new ethnicity)的渴求。我認為劉人鵬挖掘出的章太炎提供了我們一種抗拒的語言，讓我們可以去挑戰披著醫療威權的聖人關愛語言、正視現下同志健康文化營造浮現的「專斷權力社交化」(the socialization of arbitrary power) (Chatterjee, 2013: 53)。面對愛滋保安結構體浮現的新興「性」戒嚴體制，列管者如何在照護日趨個人化的監控中突破污名隔閡、凝聚社群意識，如何在愛滋照護建制知識框架外發展出新的社群照顧倫理，從事挑戰犯罪定義的社群內部教育，是同運／愛滋運動亟需面對的政治課題與挑戰。

## 引用書目

- Agamben, Giorgio. 1998. *Homo Sacer: Sovereign Power and Bare Life*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Bartha, I. et al. 2013. "Superinfection with drug-resistant HIV is rare and does not contribute substantially to therapy failure in a large European cohort." *BMC Infect Dis.* 13: 537.
- Chatterjee, Partha. 2013. "Modern State and Politics in the Postcolonial Era." Lecture delivered at National Chiao-Tung University, Hsinchu, April 10<sup>th</sup>.
- Cho, B-H. 2008. "HIV/AIDS Policy in South Korea." *International Studies of Education* 9: 37-39.
- Douglas, Mary. 1986. *How Institutions Think*. New York: Syracuse University Press.
- Fang, C. et al. 2004. Decreased HIV transmission after a policy of providing free access to highly active antiretroviral therapy in Taiwan. *Journal of Infectious Diseases*, 190.1: 879-885.
- Foucault, Michael. 2009. *Security, Territory and Population: Lectures at Collège de France*. London: Palgrave.
- Kippax, Susan. 2012. "Effective HIV prevention: the indispensable role of social science." *J Int AIDS Soc.* 15.2:17357.
- Mykhalovskiy, Eric. 2010. "Integrating HIV Treatment and Prevention: Shifts in

- Community-based Organizing and Biopolitics in the Canadian Context." in Mark Davis and C. Squire (eds.), *HIV treatment and Prevention Technologies in International Perspective*. Hampshire: Palgrave MacMillan, 61-86.
- Nguyen, V-K. 2009. "Government-by-exception: Enrolment and experimentality in mass HIV treatment programmes in Africa." *Social Theory & Health* 7: 196-217.
- Nguyen, V-K. 2010. *The Republic of Therapy: Triage and Sovereignty in West Africa's Time of AIDS*. Durham: Duke University Press.
- Patton, Cindy. 2008. "Finding Fields in the Field: Normalcy, Risk and Ethnographic Inquiry." *International Review of Qualitative Research*, 1.2: 255-274.
- Patton, Cindy. 2011. "Rights language and HIV treatment: universal Care or population Control?." *Rhetoric Society Quarterly* 41.3: 250-266.
- Petryna, Adriana. 2003. *Life Exposed: Biological Citizens after Chernobyl*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Race, Kane. 2012. "Framing responsibility: HIV, biomedical prevention and the performativity of the law." *Journal of Bioethical Inquiry*, 9.3: 327-338.
- Rose, Nikolas and Novas, C. 2005. "Biological citizenship." in A. Ong & S. J. Collier (eds.), *Global Assemblages: Technology, Politics, and Ethics as Anthropological Problems*. Malden, MA: Blackwell Publishing, 439-463.
- Rosegarten, Marsha. 2009. *HIV Interventions: Biomedicine and the Traffic between Information and Flesh*, Seattle: University of Washington Press.
- Sigma Research. 2010. "Perceptions of superinfection risk among gay men diagnosed with hiv who have unprotected anal intercourse." [http://www.sigmaresearch.org/files/Adam\\_Bourne\\_IAC\\_Vienna\\_MSM\\_Positive\\_superinfection\\_%28Poster%29.pdf](http://www.sigmaresearch.org/files/Adam_Bourne_IAC_Vienna_MSM_Positive_superinfection_%28Poster%29.pdf), accessed Dec 2, 2014.
- van Doorn, Niels. 2012a. "Treatment is Prevention." *Cultural Studies* 27.6: 901-932.
- van Doorn, Niels. 2012b. "Between hope and abandonment: black queer collectivity and the affective labour of biomedicalised HIV prevention." *Culture Health Sex* 14.7: 827-40
- 丁乃非。1995。〈是防治條例還是罪犯懲罰條例？〉。《婦女新知》163期，頁2-3。
- 中央社。2012。〈愛滋藥費支出 民團籲回歸健保〉。<http://www.cna.com.tw/news/ahel/201209280244-1.aspx> / (瀏覽日期 2014.02.06)
- 公民新聞。2011。〈愛滋帶原者陽光開朗現身，樂觀面對〉 <http://www.peopo.org/quendigay/post/92567/> (瀏覽日期 2013.10.01)
- 王永衛、莊葦。2006。〈愛滋病毒感染者行為治療醫療給付計畫—北區〉。行政院衛生署疾病管制局 94 年度補助計畫。計畫編號：DOH94-DC-116。
- 台灣生命服務協會(編)。2002。《不一樣的人生：二十位感染者的故事》。台北：台灣生命服務協會。
- 林宜慧等。2009。〈我國愛滋病防治政策建議書一人權與法律〉。《我國愛滋病防治政策建議書》，國家衛生院(編)，頁139-161。台北：國家衛生院。
- 吳秀英。2001。〈愛滋感染者之追蹤及治療〉。行政院衛生署疾病管制局 90

- 年度委託研究計畫。計畫編號：DOH90-DC-1012。
- 李樹人。2014。〈器捐新規定將上路！愛滋病患可等待器捐了〉。《聯合報》。12月23日。
- 帕斯堤聯盟。2012a。〈關於愛滋醫療部分負擔十大迷思，帕斯堤有話要說！〉。http://positive31920.blogspot.co.uk/2012/09/blog-post.html/（瀏覽日期 2013.05.15）
- 帕斯堤聯盟。2012b。〈關於「心碎的媽媽 愛滋家屬分享孩子的真實故事」短片〉。http://www.cooloud.org.tw/node/76266/（瀏覽日期 2015.05.10）
- 帕斯堤聯盟。2013。〈自由意志下的風險 vs. 蓄意傳染的定罪〉。http://www.cooloud.org.tw/node/75515/（瀏覽日期 2015.05.10）
- 林宗弘、曾惠君。2014。〈戶口的政治：中國大陸與台灣戶籍制度之歷史比較〉。《中國大陸研究》57（1）：63-96。
- 邱依翎。2006。〈一個都不能少：台灣愛滋篩檢的風險治理〉。國立清華大學社會研究所碩士論文。
- 阿文。2011。〈領取全國醫療服務卡權利與義務告知書（草案）〉。G-Man論壇 HIV 互助會。http://discuz.club1069.com/viewthread.php?tid=252508&page=1&authorid=194321（瀏覽日期 2015.05.03）
- 荷安柏。2015。〈與荷安柏對談愛滋〉。http://www.cooloud.org.tw/node/84100。（瀏覽日期 2016.07.04）
- 徐森杰。2004。〈從支持到自助：我與愛滋感染者支持團體的行動與反思〉。東吳大學社會工作學系碩士論文。
- 徐森杰。2011。「建立倡導安全性行為之領袖介入模式」研究報告。行政院衛生署疾病管制局 100 年度科技研究發展計畫。計畫編號：DOH100-DC-1005。
- 徐森杰等。2003。〈愛滋病毒感染者心理劇經驗〉。《中華團體心理治療》9（2）：13-23。
- 疾病管制署。2015。〈104 年度愛滋病個案管理計畫書〉。http://www.cdc.gov.tw/professional/downloadfile.aspx?fid=AED33F15BAAAF881（瀏覽日期 2015.04.23）
- 莊莘。2012。〈如今再看「管他老師有沒有感染」〉。https://goo.gl/1PiM8k（瀏覽日期 2013.11.13）
- 莊莘。2013。〈說「蓄意」太沈重：一位醫事人員看待愛滋條例第 21 條對防疫之影響〉。《權通訊》17：2。
- 莊莘。2014。〈十年之憶—當年出名的那場趴〉。http://www.songyy.org.tw/archives/1734（瀏覽日期 2015.04.23）
- 黃道明。2012a。〈國家道德主權與卑污芻狗：《韓森的愛滋歲月》裡的結社、哀悼與匿名政治〉。《愛滋治理與在地行動》，黃道明（編），頁 1-55。中壢：中央大學性／別研究室。
- 黃道明。2012b。〈評馮姓教師案〉。http://www.cooloud.org.tw/node/72175（瀏覽日期 2015.05.04）
- 黃道明。2014a。〈列管制度下的醫療治理：「人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例」與新道德威權〉。《台灣社會研究季刊》94 期，頁 107-145。
- 黃道明。2014b。〈愛滋人權下的性隔離〉。http://www.cooloud.org.tw/node/78974

(瀏覽日期 2015.05.04)

- 張永靖。2014。〈出櫃的特權〉。《愛滋防治、法律與愉悅的政治》，黃道明(編)，頁 181-208。中壢：中央大學性 / 別研究室。
- 劉人鵬。2013。〈章太炎的「神經病」作為生存位置與革命知識情感動能〉。《文化研究》第 16 期，頁 81-124。
- 羅一鈞。2009a。〈當陽性遇上陽性：HIV 交叉傳染 (建議篇)〉。http://heartvalley.blogspot.tw/2009/09/hiv\_28.html (瀏覽日期 2015.05.06)
- 羅一鈞。2009b。〈HIV 抗藥性鑑定 Part II: 給『正在服藥』的感染者〉。http://heartvalley.blogspot.tw/2009/03/hivpart-ii.html (瀏覽日期 2015.05.06)
- 蘋果日報。2014。〈愛滋男嘿咻不帶套，遭判 2 年 8 月〉，9 月 30 日。http://www.appledaily.com.tw/realtimenews/article/new/20140930/478719/ (瀏覽日期 2015.05.05)
- 露德協會。2013。〈關於《心碎的媽媽 愛滋家屬分享孩子的真實故事》短片聲明稿〉。http://www.coolcloud.org.tw/node/76265 (瀏覽日期 2015.05.05)

## 附錄

電腦編號： \_\_\_\_\_

附件二

### 領取全國醫療服務卡權利與義務告知書

在申辦全國醫療服務卡的過程中，衛生局（所）人員會充分向我說明我的權利與義務，並且日後將定期與我聯繫，關心我的生活狀況及提供相關的疾病衛教指導。

#### 權利：

1. 當我就學、就業之權益因疾病受損時，可向各該機關（構）、學校或團體負責人提出申訴；如果申訴有遲延處理或對處理結果不服，可再向地方主管機關提出申訴；如果對於地方主管機關申訴之處理結果不服者，可再向中央主管機關提出申訴。【申訴時得委託機關（構）、團體或第三人提出。】
2. 當我安養、居住之權益因疾病受損時，可向地方主管機關提出申訴；如果對於地方主管機關申訴之處理結果不服者，可再向中央主管機關提出申訴。【申訴時得委託機關（構）、團體或第三人提出。】
3. 當我於愛滋病指定醫院因愛滋病或愛滋引起的相關疾病就醫並出示「全國醫療服務卡」，將可享有中央主管機關部份補助之醫療費用。
4. 主管機關、醫事機構、醫事人員及其他因業務熟悉感染者之姓名及病歷等有關資料者，除依法律規定或基於防治需要者外，對於該項資料，不得洩漏。
5. 衛生局（所）人員已告知我愛滋病傳染途徑及從事各種型式性行為（包括陰道交、肛交、口交等）時應使用保險套，及不應共用針具、稀釋液或容器等施打行為，以避免再度感染的風險，特別是可能感染到抗藥性的病毒株，會造成無藥可醫的後果。

#### 義務：

1. 我不應與他人進行危險無套性行為或共用針具、稀釋液或容器等施打行為，以避免觸法。
2. 衛生局（所）人員已向我說明治療費用昂貴，目前國家的愛滋醫療預算已不敷支應，我應確實遵從醫師指示服用藥物，若因服藥造成不適，將儘速與醫師或個案管理師溝通，決不自行停藥，以免造成抗藥性，亦不將藥物隨意丟棄造成浪費，確保自己可以持續享有既有的醫療資源。
3. 我了解我依法應配合衛生局（所）個案管理人員進行接觸者的告知工作，追蹤接觸者的目的在找出感染源或未知自己感染的感染者。這對控制愛滋病疫情和我的接觸者是很重要的，接觸者告知方式包括我自己告知、個管人員和我共同告知或由衛生局（所）人員告知等三種方式，衛生局（所）人員於告知接觸者時，會對感染者的資料予以保密。接觸者告知對感染者是一件困難的工作，尤其感染者可能會擔心自己的人身安全，特別是受虐的婦女、弱勢的年輕人，若我另有擔心親密伴侶暴力問題亦請跟衛生局（所）人員說明，衛生局（所）人員將一起尋求其他資源的協助，以確保我的人身安全。

以上權利義務之法規：

#### 人類免疫缺乏病毒傳染防治及感染者權益保障條例

第四條：感染者之人格與合法權益應受尊重及保障，不得予以歧視，拒絕其就學、就醫、就業、安養、居住或予其他不公平之待遇，相關權益保障辦法，由中央主管機關會商中央各目的事業主管機關訂定之。

中央主管機關對感染者所從事之工作，為避免其傳染於人，得予必要之執業執行規範。非經感染者同意，不得對其錄音、錄影或攝影。

第十二條：感染者有提供其感染源或接觸者之義務；就醫時，應向醫事人員告知其已感染人類免疫缺乏病毒。

主管機關得對感染者及其感染源或接觸者實施調查。但實施調查時不得侵害感染者之人格及隱私。

感染者提供其感染事實後，醫事機構及醫事人員不得拒絕提供服務。

第二十一條：明知自己為感染者，隱瞞而與他人進行危險性行為或有共用針具、稀釋液或容器等之施打行為，致傳染於人者，處五年以上十二年以下有期徒刑。

明知自己為感染者，而供血或以器官、組織、體液或細胞提供移植或他人使用，致傳染於人者，亦同。

前二項之未遂犯罰之。

危險性行為之範圍，由中央主管機關參照世界衛生組織相關規定訂之。

#### 人類免疫缺乏病毒檢驗預防及治療費用給付辦法

第九條：本辦法之給付對象有下列情形者，經主管機關查核屬實，應予適當之處置：

一、經指定醫事機構或主管機關發現未遵循醫囑用藥或醫療處置者。

二、經查核健保局就醫資料有重複就醫或浪費醫療資源情形者。

前項適當處置，得由主管機關依其情節輕重，分別為下列處置：

一、輔導感染者至特定之指定醫事機構就醫。

二、不予給付前項人類免疫缺乏病毒相關之檢驗、預防及治療費用。

三、暫行拒絕給付人類免疫缺乏病毒相關之檢驗、預防及治療費用。

接受告知者簽名：

法定代理人簽名：

（未滿12歲之兒童請由法定代理人簽名）

告知者簽名：

中華民國                      年                      月                      日

※本文件僅為告知性質，不具法律約束，若違反相關法令，仍依該法令之規定辦理。