

從典型案例及民意調查看安樂死在中國立法之必要性

喻琳 石大璞

摘要：

中國大陸已發生多起爭議大、影響面廣的典型主動安樂死案例。醫學界內外多形式、大範圍、多層次的民意調查充分顯示了各界、各階層民眾對安樂死的普遍關注。從典型案例引起的民眾反映以及各種調查數據結果分析可以看出，中國大陸的安樂死實踐亟待法律的保護和規範。

本文還通過《中國醫學倫理學》雜誌6年間主動安樂死案數的統計及多次有關主動安樂死調查問卷的統計分析得出結論：

1. 在中國大陸主動安樂死的實踐已走在理論研究之前，如不及時求諸法律保護和規範，將出現許多連

喻琳，編輯，講師，Mandarin Unit of Language Center，55-10-5 Jalan 3/109C，Taman Abadi Indah，58100 Kuala Lumpur，Malaysia；石大璞，醫學倫理學教授，中國西安北大街131號，郵政編碼：710003。

《中外醫學哲學》I：1（1998年2月）：頁159~175。

© Copyright 1998 by Swets & Zeitlinger Publishers.

鎖性問題，波及整個社會的方方面面。

2.“故意殺人罪”是經常被冠於“主動安樂死案”的罪名，如不及時具體立法，不僅會阻礙醫務人員實施必要的安樂死從而踐行符合自己的道德良心的決策，而且會出現一些別有目的的失範行為，從而殃及醫患雙方的利益。

3.安樂死的立法可根據具體的國情、民情、依秩序、依範圍、多層次逐步實施。

關鍵詞：主動安樂死，立法，典型案例，民意調查

安樂死是一個不容忽視的社會問題，它受到傳統倫理意識、經濟文化和現行法律條件的限制。安樂死在中國醫學、倫理學、社會學、法學和哲學界尚無定論和規定，在臨床工作中也不能合法實施，但在現實生活中卻真實地存在着。安樂死迫切需要立法已被數不勝數的事實所證明，尤其是在中國這個傳統文化源遠流長的國度更是如此。無數次、多層次的民意測驗和層出不窮的典型案例充分證實了這一點。從1986年中國首例——陝西漢中安樂死的相持日久到1994年“江蘇阜寧安樂死案”的判決，標誌着中國民眾對安樂死的認識經歷了一個從陌生、多疑、爭議、觀望到理解、認同、接受、從而實施的多難、曲折的歷程。

例如，在有400名各種職業、文化水準高低不一的各界人士參與的一項專門調查顯示⁽¹⁾，有80.13%的被調查者贊同安樂死。據汪炎雄的統計⁽²⁾，在1983、1984、1985年度上海

(1) 石大璞，“淺論安樂死及其文化背景”，《醫學中的倫理紛爭》，西北大學出版社1993年，第29頁。

(2) 施榕，“安樂死操作詳解”，《施榕教授文集》，陝西師範大學出版社，

市某醫院563位重危死亡病人中，有26%的病人及其家屬主動要求停止搶救後死亡，而且比率有逐步增加的趨勢。本文擬通過概述一些典型案例和分析眾多民意調查的結果來論證安樂死在中國需要立法的迫切性。本文用“被動安樂死”意指放棄一切積極治療手段、允許病人自然死亡的安樂死。本文用“主動安樂死”意指為解除臨終病人的痛苦而用無痛手段主動引致病人死亡的安樂死。

一、典型案例簡介

1.1 全國首例漢中安樂死案⁽³⁾

案情：1986年6月28日，被告人蒲連升（男，發案時46歲，高中文化程度，部隊醫院轉業，原係漢中市傳染病醫院住院部肝炎科主任、醫生）在被告王明成（男，發案時36歲，初中文化，原陝西省第三印染廠銷售科職工）和王曉玲（女，王明成之妹）的一再懇求下，並在“家屬要求安樂死”的處方上簽字證明後，給患“肝硬變腹水”、“肝性腦病”晚期、疼痛難忍的夏素文（女，死年59歲，王明成之生母，漢中市東正街221號居民）開具了注射100毫克複方冬眠靈處方一張，護士在執行時只注入患者體內75毫克。6小時後，值班醫生李海華依蒲連升之囑和王明成、王曉玲的再次請求，又開了100毫克複方冬眠靈，由值班護士趙桂蘭注射後，患者夏素文於1986年6月29日凌晨5時死於漢中市傳染病醫院搶救室。6月30日，死者4名子女將其埋葬。

1997年，第116頁。

(3) 參見喻琳、石大璞等編導的電視片，《深沉的呼喚》，《中國醫學倫理學》雜誌，西北政治學院制作，1989年攝制。

夏素文去世後，其長女王建民（漢中市九號信箱車隊會計），次女王曉德（水電部三局工人），就醫院給其母注射冬眠靈一事向醫院提出賠償其母醫療費的要挾，1986年7月3日，王建民、王曉德向漢中市公安局、檢察院控告蒲連升大夫故意殺人。7月4日，傳染病醫院4名醫務人員也聯名向檢察機關作了控告。漢中市公安局對此立案偵查，於1986年9月20日，以故意殺人罪收審了醫生蒲連升、李海華和死者之子女王明成、王曉玲。至此，原告王建民、王曉德因其弟妹也被收審，故後悔告發而要求撤訴。公安與檢察機關以此案屬公訴案而拒絕。同年12月20日，公安機關對4名被告解除收審，轉取保候審。

1987年3月31日，漢中地區醫療事故鑒定委員會經鑒定後認為：夏素文的死因係病變本身和冬眠靈的作用兩者兼有，冬眠靈的注射更快促進了病人死亡，漢中市公安局據此鑒定向檢察院提請逮捕4名被告。1987年9月，漢中市檢察院以故意殺人罪將蒲連升、王明成批准逮捕，1988年2月8日，以兩人故意殺人罪向漢中市人民法院提請公訴，對李海華、王曉玲免於起訴。

漢中市人民法院於1988年6月23日將蒲連升、王明成取保候審。因漢中地區醫療事故鑒定委員會參與鑒定此案的成員中有曾與被告蒲連升有過節的傳染病院院長雷某，其應屬迴避之列，蒲連升的辯護律師張瓊寧為此也提出異議。漢中市法院遂於1988年9月3日委托陝西省高級人民法院法醫室對夏素文死因重新鑒定。1990年2月22日省法院法醫室作出鑒定認為：漢中市傳染病院對夏素文所做的“肝硬變腹水、肝功失代償期、肝性腦病、滲出性潰瘍體褥瘡2—3度”的診斷可以成立。病情好轉的可能性不大，夏素文兩次接受複方冬眠靈的總量僅為175毫克，（其中冬眠靈87.5毫克，非那根87.5毫克）用量屬正常範圍，且在用藥後14小時死亡，臨終又無血壓驟

降或呼吸中樞抑制，所以冬眠靈只加深了昏迷程度，而非致死主因，主要死因為“肝硬化和肝性腦病”。同時，陝西省醫療事故鑒定委員會的專家們也作出了與上述一致的鑒定結論。

1991年4月，漢中市法院一審宣判蒲連升、王明成無罪。漢中市檢察院以定性錯誤提出抗訴，同時蒲連升、王明成也以部分事實不符提出上訴。陝西省高級人民法院認為蒲、王二人雖屬故意行為，但情節亦屬顯著輕微，危害不大，故認定漢中市法院定性準確、判處適當，應予維持。市檢察院的抗訴和上訴人的上訴理由不能成立，均予駁回。至此，懸而未決5年之久的此案終告結案。

法院爭議：公訴人認為蒲、王二人已構成故意殺人罪，應據刑法132條處罰，即故意殺人罪，應判死刑。辯護人認為二人行為不是直接死因，不具備犯罪要素，應判無罪。

法院審理中有三種意見：第一種意見認為，此案應以刑法為依據，而不應受“安樂死”研究的影響，因為“安樂死”尚未立法，如果容許有人對他人實施安樂死即是對現行法律的公然逆反。另外，蒲、王二人具備故意殺人罪的4個條件（即動機、情節、後果和影響），但其社會危害小，屬輕微犯罪，據刑法132條、22條、23條、32條等條款，對兩被告免予刑事處分。

第二種意見認為，兩被告行為不構成犯罪要素，情節輕微，依刑法第10條，應宣告無罪，其理由是：“安樂死”對社會有益，兩被告實施“安樂死”的對象是一個痛不欲生的瀕死患者。兩被告行為動機是為減輕患者痛苦，且其行為不是致死的直接原因。該案參與者數人，責任分散。

第三種意見認為此案應定為“安樂死”致人死亡罪，應按刑法132條處罰。其理由是：兩被告以“安樂死”為名致人死亡，具有社會危害性，以“安樂死”致人死亡與故意殺人罪最為相近，因“安樂死”致人死亡罪刑法分則無明文規定。

1.2 眾說紛紜的江蘇阜寧“安樂死”案⁽⁴⁾

案情：1994年1月3日，江蘇省阜寧縣益林鎮談莊村青年農民陳莉（發案時30歲，初中文化），縊死了其患肝癌晚期的丈夫杜海芝（農民，死時31歲）。陳莉與杜海芝平素感情篤深，陳莉日常純樸、本份，杜海芝臨死前多次因難耐疼痛而苦求陳莉助其死亡，此請求也多次向主治醫生提起，陳莉出於對丈夫深深的同情和愛意，縊死其夫。杜死後，其弟媳周偉風（農民，文盲，27歲，離異再婚，平日與陳關係不睦），發現死者頸上有縊痕，遂質問陳莉，陳莉承認其行為。於是，周偉風與杜另一親戚一同向阜寧縣司法機關報案，縣司法機關經一系列取證、驗屍後，據刑法132條，以故意殺人罪判處陳莉有期徒刑3年。

影響：此案被阜寧縣法院秘書陳宗林首先向新聞單位披露後，引起較大反響，先後由省及全國60多家新聞單位報道此案。1994年5月8日，中央電視台亦對此案進行了跟蹤報道，並倡議法律界、醫學倫理學界關注從而及早實施安樂死立法。痛苦無奈而又惶惑的陳莉因其平日的樸實及丈夫患病期間的週到服侍而贏得了當地群眾極大的理解與同情。因陳莉服刑，其子無人撫養等遺留問題亦引起人們關注。一部分醫學倫理學界人士認為，其性質不屬安樂死性質，應屬故意殺人罪，但其情節輕微，量刑是適當的。對此案的處理，公檢法意見一致，因其動機及安樂死討論的影響，處其以故意殺人罪最短期刑。此案的發生，使“安樂死”在阜寧縣家喻戶曉，許多群眾認為判刑太重；還有相當一部分群眾認為根本就不該判，全國又一次激起人們對安樂死合法實施可能性的關注。

1.3 癌症晚期患者的數量日增

西安市作為中、英、美三國聯合科研項目“1986—1988年三年死因調查”的抽查城市之一，於1989年調查了37225人次，死因前4位為惡性腫瘤、腦血管、心臟病及損傷中毒，佔死亡總數的70.64%。惡性腫瘤患者比例為118.2/10萬，惡性腫瘤由70年代死因第二位上升到第一位。

沈陽軍區總醫院從1981年至1989年所積累的2749例病案中總結出，惡性腫瘤患者數位居第一，佔死亡總數的27.8%，死亡年齡位居最高者為56—65歲，且惡性腫瘤死亡病例逐年上升，1989年比1981年增加了75%。⁽⁵⁾

中國人口老齡化是一個十分現實的問題，到2000年，中國約有1.7億65歲以上的老人，佔總人口12.48億的13.6%，到21世紀中期，老年人口將達3億左右，佔總人口14.71億的20%。越來越多的老人明確表示不願在病痛中殘延生命。同優生問題一樣，優死問題已經擺在全社會的面前。

1.4 案例枚舉

《中國醫學倫理學》雜誌，從1989年到1995年間，先後收集、刊登病例近千件，其中實施主動安樂死或被動安樂死的253.7例，主動安樂死案例176例，舉例如下。

河南醫科大學⁽⁶⁾第二附屬醫院腫瘤科實施1例主動安樂死，患者為癌症晚期，其家人照顧週到，出於對患者厚愛而提出安樂死請求。事後要求保密，有嚴格的手續。

(5) 邢睿景、周啟貴，“從死亡疾病及年齡的變化看醫學倫理發展趨勢”，《中國醫學倫理學》，1991年第5期，第60頁。

(6) 謝寶玲、張艷琴，“安樂死五例述評”，《中國醫學倫理學》，1990年第1期，第54頁。

(4) 參見石大璞、喻琳等編導的電視片，《愛之過》，《中國醫學倫理學》雜誌、西安醫科大學第一臨床醫院製作，1994年攝製。

江西南昌收集7例⁽⁷⁾，均為癌症晚期患者，均為主動安樂死，因多次懇請未得允許，故7人均是在情急中倉促採用跳樓和自縊的手段結束其痛苦不堪的生命的，只有一例在實施時被救生，無奈拒療而亡。其中男4例，女3例，年齡最大的74歲，最小的42歲，平均年齡51歲，文化程度均較高。

上海一家部隊醫院內科⁽⁸⁾收集3例。癌症晚期1例，腦外傷1例，肝性腦病1例。女2例，男1例，最小11歲，最大57歲。1例提出主動安樂死請求遭拒絕，無奈被動而亡。1例被動安樂死。1例主動安樂死實施後，實施者被告發，引起法律糾紛。

陝西婦幼保健院新生兒科⁽⁹⁾從1989年元月至1992年3月間，計有家長簽字放棄治療的新生兒50例。其中男嬰26例，女嬰24例，不存在性別歧視問題，均因病情危重和先天畸形等客觀原因。漢族49例，回族1例，被動安樂死41例，主動安樂死者9例。從此次案例收集中還可明見，主動安樂死對周圍患兒影響小，手續仁慈，而被動安樂死對周圍患兒影響極大，且掙扎殘喘期延長，既加劇患兒痛苦又使家長及醫護人員受到憐憫心的折磨。

江蘇南京收集19例⁽¹⁰⁾，均為久病不愈或癌症晚期，極其痛苦，均實施主動自我安樂死，手段均為服毒而亡。

(7) 張春寧等“從8例絕症患者自殺看安樂死立法的必要性、緊迫性”，《中國醫學倫理學》，1994年第1期，第63頁。

(8) 趙玲玲、康玉紅，“也談安樂死”，《中國醫學倫理學》，1994年第2期，第44頁。

(9) 倪雪明，“50例放棄新生兒治療與安樂死”，《中國醫學倫理學》，1993年第2期，第55頁。

(10) 嚴蓮芳、孫震義，“171例服毒自殺的醫學社會倫理分析”，《中國醫學倫理學》，1993年第1期，第54頁。

內蒙古醫學院⁽¹¹⁾，對60歲以上的613位病人統計，因患老年病和癌症而自盡的佔22.8%，即139.7位。

從這些案例可見，安樂死的實施儘管在中國歷經挫折，又沒有法律及具體操作規定的保護和依據，但殘酷的現實迫使人們一直未間斷地使用這一“優死”的自發維護方法。而且，絕症患者在不堪忍受病痛折磨又得不到他人幫助時，採用自殺方式結束生命者，絕非少數。

安樂死與不少人堅持的“自殺是放棄、逃避社會家庭責任並給家人帶來不幸的不道德行為”的觀念之間存在矛盾，這在倫理上陷入了既主張安樂死又不允許極端痛苦的病人以最佳方式自殺的二難選擇。在安樂死立法遙遙無期的今天，能否允許符合安樂死條件者自殺，從而豁免他們“空虛的”、“不切實際”的社會責任呢？能否由此向安樂死過渡呢？

社會不健康習俗及公費醫療制度是使許多患者親友及醫生寧願要親人痛苦難當也不願實施安樂死的主要原因。薄養厚葬、恪守貞節、注重孝名、怕人指責等不良習俗和傳統觀念的影響，使許多人看重虛名，不願也不敢做為人先。“救死扶傷、實行革命的人道主義”這一信念桎梏了中國許多醫務人員的思想，總是認為“安樂死”與之有某種程度上的抵觸。由於歷史的原因，中國目前有20%的人享受勞保、公費醫療，其餘80%的人則基本自理，對於自費瀕死患者，其家屬及本人從經濟角度出發，對安樂死持積極態度者相對較多；而享有勞保和公費醫療的患者及家屬因想長期佔用公費資金，對安樂死持否定態度者則相對較多。“安樂死”支持者中也不排除少部分別有用心的不法之徒。

(11) 李忠堂等，“醫學大學生對安樂死之認識”，《中國醫學倫理學》，1994年第5期，第52頁。

二、民意調查及現狀分析

2.1 國民死亡習俗調查結果及安樂死接受度測試

〔調查一〕：據天津醫科大學臨終關懷研究中心對城鄉居民、天主教徒共計3197人的問卷調查結果表明⁽¹²⁾，宗教對人死亡觀影響較大，所以安樂死實施中如何利用信仰和精神因素成為應進一步討論的問題。“面臨死亡最關心的事情”以“對親人的責任未完成”的回答為主，表明國人家庭責任心極強。因此，在“安樂死”的實施過程中應顧及患者的這種心理。此外，農村居民要求“盡可能挽救”垂危患者的人數分別高於城市居民和天主教徒。

〔調查二〕：對454名不同身份、年齡和文化程度的人進行的死亡若干問題調查結果顯示⁽¹³⁾：對極重殘疾者同意放棄維持其生命的人數佔調查總人數的65%，同意放棄嚴重畸形兒存活的，佔總人數的45.6%，對癌症晚期病人不論其經濟、政治地位，同意可以實施安樂死者佔總人數的27.5%。結果還顯示，反對安樂死者以老年人及文化程度較低者居多。同意對高齡重傷、重病患者實施安樂死者佔47.1%，且以年青人居多。在“已不能為社會創造財富而只耗費大量財富時”認為不該或不願生存的人佔59.8%，其中年青人65.3%，老年人43.3%。真正願意死後捐器官的只佔25.0%，21.7%的人認為“活受罪不如死了好”，同意“好死不如賴活”的佔7.2%。不害怕死亡的人佔57.5%，其中，老年人81.0%，青年人佔46.8%。願意無痛苦離世者佔總人數的54.2%，說明安樂死實施大有基

礎，已有絕大部分的國人意識到生命的質量的重要性。

〔調查三〕：據對664份⁽¹⁴⁾調查問卷的統計表明，有588人贊成安樂死，佔總數的88.6%，反對者76人，佔總數的11.4%。贊成主動安樂死者是安樂死贊成率的9.4%。但贊成者中，表示理智上能贊成感情上也能接受的佔贊成者的41.8%，理智上贊成但感情上難以接受的佔58.2%。反對者中的68.1%表示理智上贊成只是感情上難以接受。

〔調查四〕：發調查表600份⁽¹⁵⁾，回收符合要求的557份，應答率為92.8%。贊成安樂死者佔總數的54.0%，其中贊成主動安樂死的佔82.1%，贊成被動安樂死的佔17.9%。反對安樂死者為34.6%，既不贊成也不反對者為11.3%。如身患絕症、痛苦不堪，自願實施安樂死者為55.8%，不願者為28.9%，既不願意也不反對者為15.3%。不同層次人群對安樂死的態度，見下表：

不同層次人群對安樂死的態度

| 層次 | 調查 | | 贊成 | | 反對 | | 既不贊成 也不反對 | |
|-----------|-----|-----|------|-----|------|----|--------------|--|
| | 人數 | 人數 | % | 人數 | % | 人數 | % | |
| 城市 | 449 | 257 | 57.2 | 139 | 31.0 | 53 | 11.8 | |
| 鄉村 | 108 | 44 | 40.7 | 54 | 50.0 | 10 | 9.3 | |
| 男性 | 296 | 156 | 52.7 | 119 | 40.2 | 21 | 7.1 | |
| 女性 | 261 | 145 | 55.6 | 74 | 28.4 | 42 | 16.1 | |
| 小學及小學以下程度 | 55 | 14 | 25.5 | 39 | 70.9 | 2 | 3.6 | |

〔12〕霍以春，“國人死亡態度縱橫觀”，《中國醫學倫理學》，1991年第4期，第60頁。

〔13〕韓俊德等，“居民死亡態度初探”，《中國醫學倫理學》，1992年第2期，第50頁。

〔14〕皮一等，“關於安樂死的社會心態調查”，《中國醫學倫理學》，1989年第1期，第48頁。

〔15〕范以農等，“不同層次醫務人員對安樂死認識的問卷調查分析”，《中國醫學倫理學》，1995年第3期，第46頁。

(續上表)

| | | | | | | | |
|----------|-----|-----|------|-----|------|----|------|
| 中學程度 | 347 | 193 | 55.6 | 112 | 32.3 | 42 | 12.1 |
| 大學程度 | 155 | 94 | 60.6 | 42 | 27.1 | 19 | 12.3 |
| 無職稱 | 231 | 102 | 44.2 | 116 | 50.2 | 13 | 5.6 |
| 初級職稱 | 226 | 137 | 60.6 | 52 | 23.0 | 37 | 16.4 |
| 中級職稱 | 80 | 49 | 61.3 | 22 | 27.5 | 9 | 11.3 |
| 高級職稱 | 20 | 13 | 65.0 | 3 | 15.0 | 4 | 20.0 |
| 農民 | 71 | 16 | 22.5 | 52 | 73.2 | 3 | 4.2 |
| 工人 | 63 | 28 | 44.4 | 30 | 47.6 | 5 | 7.9 |
| 法官 | 40 | 21 | 52.5 | 15 | 37.5 | 4 | 10.0 |
| 行政干部 | 101 | 57 | 56.4 | 37 | 36.6 | 7 | 6.9 |
| 專業衛技人員 | 282 | 179 | 63.5 | 59 | 20.9 | 44 | 15.6 |
| 一般人員 | 447 | 234 | 52.3 | 158 | 35.3 | 55 | 12.3 |
| 科、部級人員 | 76 | 45 | 59.2 | 25 | 32.9 | 6 | 7.9 |
| 縣團級及以上人員 | 34 | 22 | 64.7 | 10 | 29.4 | 2 | 5.9 |
| 共青團員 | 135 | 94 | 69.2 | 26 | 19.3 | 15 | 11.1 |
| 中共黨員 | 207 | 121 | 58.5 | 63 | 30.4 | 23 | 11.1 |
| 民主黨派 | 3 | 1 | 33.3 | 2 | 66.7 | 0 | 0 |
| 無黨派人士 | 212 | 85 | 40.1 | 102 | 48.1 | 25 | 11.8 |
| 有公療、勞保人 | 328 | 181 | 55.2 | 98 | 29.9 | 49 | 14.9 |
| 無公療、勞保人 | 229 | 120 | 52.4 | 95 | 41.5 | 14 | 6.1 |
| 健康者 | 489 | 262 | 53.6 | 168 | 34.4 | 59 | 12.1 |
| 有慢性病重病者 | 60 | 34 | 56.7 | 22 | 36.7 | 4 | 6.7 |
| 患絕症者 | 8 | 5 | 62.5 | 3 | 37.5 | 0 | 0 |

〔調查五〕：在職醫學院校學生 125 人，臨床醫學專業本科生 46 人。在職 125 人中，贊成安樂死的 115 人，百分比為 92%，反對 4 人佔 3.2%，持中間態度 6 人，佔 4.8%。醫學本科生贊成安樂死的 41 人，佔 89.3%，反對 2 人佔 4.35%，持

中間態度 3 人，佔 6.52%。兩組共計 171 人，贊成者 156 人，佔 91.32%，反對 6 人，佔 3.51%，持中間態度的 9 人，佔 5.26%。贊成者佔絕大多數，持中間態度者略高於反對者。其原因是理智上接受但感情上接受不了⁽¹⁶⁾。

〔調查六〕：調查對象為醫院初、中、高級醫護人員 317 名，回收答卷 291 份，答卷率 100%，結果如下⁽¹⁷⁾：

對主動和被動兩種不同類別的安樂死所持態度為：52% 的醫護對二者都支持，14.43% 的人支持主動安樂死，8.2% 的人二者均反對，7.6% 的人認為應由領導決定，72.9% 的醫護人員認為病人及家屬意願是實施安樂死的先決條件。另有 16.8% 的醫護對此抱既不反對也不支持的態度。

在反對者中，有 31.6% 的醫護認為安樂死會錯過治療機會，18.9% 的醫護認為安樂死是對醫學難題的妥協，會阻礙醫學科學的發展，只有 8.6% 的醫護認為安樂死與醫生職責相悖。

有 79.4% 的醫護認為我國實施安樂死的主要困難是法制不健全，54.3% 的醫護認為是封建傳統習俗的阻礙，49.5% 的則認為是醫患及患者家人的文化道德水準不高。

此調查還顯示 96.9% 的醫護對安樂死的概念理解正確，另有 3.4% 的則誤解為“加速病人死亡的權力”。

有 64% 以上的醫護均在臨床中見過安樂死。

有 53% 以上的醫護聽到過病人家屬主動要求醫生執行安樂死。

有 50% 的醫護認為病人及家屬有權拒絕延長生命的人工手段。

(16) 同注(11)

(17) 同注(15)

2.2 放棄治療現狀

許多的統計資料均顯示，大部分自費醫療的公民和少部分公費醫療的公民選擇放棄治療，而享受公費醫療的大部分人和少部分經濟條件優厚的人接受醫療手段一直持續到死亡。而在國內的12億人口中，只有20%左右的人口享受勞保醫療和公費醫療。自費醫療的人口高達80%（其中絕大多數為農村人口），因此說放棄治療委實是很普遍的現象，在農村尤為突出。上述對臨床醫師的調查也可證明。放棄治療儘管不是全面的，但甚是明智的、道德的、且有一定積極意義的。

三、安樂死應該合法化

從以上案例簡介、民意調查和現狀分析可以看出，被動安樂死在中國大陸處於日常的、合理的、大量的實踐之中。而主動安樂死的實施則是較少的、秘密的和非法的；一旦受到告發，即被置於《刑法》第132條“故意殺人罪”的範疇中進行考量，大都以“情節顯著輕微、社會危害不大”的理由得到從輕判決。

我們認為，中國迫切需要制定一項具體的安樂死法規，使主動安樂死合法化，不再被一概冠以“故意殺人”的罪名。

首先，安樂死實施的對象是那些身患嚴重疾病或缺陷、醫療無望的、往往是處於臨終狀態的病人。他們要麼處於不可逆轉的植物人狀態，要麼身受難以忍受的痛苦。而且，安樂死是在病人和／或家屬的明確要求之下才能進行。把這種特殊的醫學狀況置於一般的“故意殺人”的刑事罪名之下，乃是在倫理學上和法理學上都不適宜的。在某些特殊情況下，自殺和他殺都是合理的、合法的和得到允許的。我們認為，已有的安樂死

案例恰好構成了這類特殊情況的一種。

第二，不少人以“人道主義”為由來反對安樂死合法化。在他們看來，自殺總是不道德的；而且，即使處於臨終的、嚴重的痛苦之中，一個人也不應該要求和接受安樂死，因為“人道主義”意味着人的生命的價值高於一切。有趣的是，許多贊成安樂死合法化的人也以“人道主義”為由來標示其贊成的理由。在後者看來，“人道主義”要求減輕人的痛苦、重視人的生命質量和尊重病人的本人意願，因而，在有些情況下，實施安樂死乃是最符合人道主義的。

事實上，“人道主義”作為一個形式概念是明確的、有號召力的；但作為一個實質概念則是模糊的、有歧義的。在安樂死問題上人道主義究竟要求甚麼，取決於一個人接受何種人道主義理論。有些人出於特定的宗教信仰或道德認識，認為自殺和主動安樂死永遠是錯誤的、違背人性的和抵觸良心的。因而，他們永遠不贊成自殺，也絕不會對自己和他人實施主動安樂死。作為文明社會中的共同成員，我們必須尊重他們的選擇和信仰，絕不應該強迫他們改變他們有關人道主義的看法。同樣，他們也無權強迫所有的人都接受他們的觀點，以法律形式規定任何人不許實施安樂死。在這裏，最重要的問題在於個人意願。一項具體的安樂死法案將為那些在醫治無望、極度痛苦狀態下的人實施安樂死提供法律依據，同時也為那些不接受安樂死的人提供明確的法律保護。

第三，針對安樂死爭議，不少人表示理智上贊成安樂死，但感情上難以接受。在涉及人的生死這種最重大的問題面前，我們感到內心痛楚、抉擇艱難，這是十分自然的事情。但是，我們需要把自己的理智成份和情感成份全都置於一架綜合的道德天平上，得出統一的道德結論，永遠去做我們的道德良心認為正確的事情，而絕不去做我們的道德良心認為錯誤的事情。允許安樂死合法化，將為我們提供合法的道德機會，讓我

們在面對自己、自己的親人和自己的朋友的艱難的醫療選擇中，做出最人道和最適宜的決定。

第四，不少人反對安樂死合法化，是因為他們擔心一旦合法，安樂死將被濫用。這種擔心當然是很有道理的。在引致人的死亡問題上，我們必須要有十二分的慎重和細緻。然而，如同世界上任何法律都有被濫用的可能一樣，我們不能因為害怕濫用而不立任何法律。而且，不立法並不意味着不存在問題。事實上，現實中把安樂死案例一概置於刑法第132條之下可能是對《刑法》的誤用。而人們為了避開法律訴訟和懲罰而秘密實施安樂死，因缺乏公開監督，濫用的可能性會更大。相反，一部對於實施對象、條件、手段和程序等均做出明確限定和祥盡規範的安樂死法規，則會在很大程度上避免和減少濫用。

最後，還有一些人反對安樂死合法化乃是出於社會穩定的考慮。他們的顧慮是，安樂死在社會上尚有爭議，有些人反對，有些人贊成，一旦合法化，可能引起反對者的不滿，增加社會上的不穩定因素。我們認為，這種擔憂往往混淆了兩個不同的問題。一是不許本人涉及安樂死行為，二是不許任何人涉及安樂死行為。持第一種意見的人並不反對安樂死合法化，只有持第二種意見的人才反對安樂死合法化。據我們估計，在我國持反對安樂死態度的人中大部分只抱第一種意見而不抱第二種意見。他們可能出於宗教或倫理等不同考慮而反對本人接受或對他人實施安樂死，但他們並不反對別人在某些情況下接受或實施安樂死。他們並不要求所有的人都一致地一概不許任何安樂死發生。因此，擔心由於安樂死合法化而損害社會穩定的考慮其實是沒有根據的。

簡而言之，我們的初步結論是：

1. 在中國大陸主動安樂死的實踐已走在理論研究之前，如不及時求諸法律保護和規範，將出現許多連鎖性問題，波及整個社會的方方面面。

2. “故意殺人罪”是經常被冠於“主動安樂死案”的罪名，如不及時具體立法，不僅會阻礙醫務人員實施必要的安樂死從而踐行符合自己的道德良心的決策，而且會出現一些別有目的的失範行為，從而殃及醫患雙方的利益。

3. 安樂死的立法可根據具體的國情、民情、依秩序、依範圍、多層次逐步實施。