

论精神障碍患者强制医疗中的最小限制原则

陈绍辉*

江西师范大学 江西南昌 330022

【摘要】最小限制原则作为英美法中的一项宪法原则,强调政府对个人权利的干预或限制应选择侵害程度最小或限制性最小的手段。具体到对精神障碍患者的非自愿治疗,则要求只有在没有其他限制性更小的替代措施时,方可对患者采取非自愿治疗,并确保患者能够在最小限制的环境下接受治疗。作为《保护精神病患者和改善精神保健的原则》所认可的一项基本原则,最小限制原则对我国精神医疗同样具有重要意义,应将该原则作为精神障碍患者非自愿入院和治疗的基本准则。

【关键词】最小限制原则;强制医疗;精神障碍患者;精神卫生法

中图分类号:R197 文献标识码:A doi:10.3969/j.issn.1674-2982.2016.03.011

The least restrictive principle in compulsory treatment of mental disorders patients

CHEN Shao-hui

Jiangxi Normal University, Nanchang Jiangxi 330022, China

【Abstract】 As a constitutional principle of the common law, the least restrictive principle emphasizes that the management of individual rights against interference or restrictions should be selected with minimal or least restrictive means. As long as there are no other least restrictive alternative measures taken for a compulsory treatment of mental disorders patients, every patient with specific to metal disorder shall have the right to be treated in the least restrictive environment and with the least restrictive or intrusive treatment appropriate to his/her health needs. As a basic principle recognized by MI principles, the least restrictive principle is very important to our mental health system, and should be taken as fundamental for the instinctive admission and treatment.

【Key words】 The least restrictive principle; Compulsory treatment; Mental disorders patients; Mental health law

对精神障碍患者的强制入院和治疗,由于强烈冲击个人自由及选择权利而成为精神卫生领域中颇具争议的话题,并且承载着因政治、社会及其它动机而被滥用的风险。^[1]因此,为保障精神障碍患者的合法权益,实现患者权利与公共利益的合理平衡,有必要在实体和程序层面实现对强制医疗的法律规制。就实体而言,主要是通过立法明确强制医疗的实体要件或条件,从而严格限制强制医疗的适用对象和范围。对此,多数国家和地区的法律一般以精神障碍和危险性作为强制医疗的条件,从而明确强制医疗以精神障碍患者对本人或他人具有危险性为前提,我国《精神卫生法》亦不例外。同时,考虑到强制

医疗对患者人身自由、自主选择等方面的严重限制,一些国家的法律还规定对患者的强制入院和治疗必须是在没有其他限制性更小的替代措施时方可适用,即将最小限制原则作为强制医疗的条件之一。我国《精神卫生法》并没有明确将最小限制原则作为强制入院和治疗的基本原则,但这一原则已获得国际精神卫生界的普遍认可,并为联合国《保护精神病患者和改善精神保健的原则》所明确规定,从而成为精神障碍患者非自愿入院和治疗的基本原则。然而,我国理论和实务界对最小限制原则仍较为陌生,其内涵、价值及适用规则等均未获得必要的关注,因而有必要在理论上做出回应和探讨。本文将从比较法视野

* 基金项目:江西省社会科学规划项目(14FX14)

作者简介:陈绍辉,男(1977年—),博士,副教授,主要研究方向为宪法学、卫生法学。E-mail: medlaw@126.com

下探究最小限制原则的基本理论及其在强制医疗领域中的适用,并指出该原则对我国的启示和意义。

1 最小限制原则的理论溯源

最小限制原则(the least restrictive alternative doctrine),直译为“最小限制性替代措施”或“限制最少的决策”,是英美法中的一项宪法原则,它要求对个人权利的依法剥夺(legal curtailment)必须以给予与合法的国家目标(legitimate state objective)相一致的个人自由,以最尊重的方式执行。根据这一原则,任一法律或政府规章,即使是基于合法的政府利益,也应以尽可能多保护公民个人自由的方式精心制定,只有在为实现合法政府目标所必须时,才能对公民个人自由加以限制。^[2]最小限制原则的理念基础是政府不应恣意的造成(个人的)损害或增加成本,如果能以更小限制个人权利的方式达到目标的,而不采取这一替代方式即可视为违反该原则。^[3]因此,最小限制原则的核心理念是政府行为应当实现效益最大化和成本最小化,如果替代措施能够更好的实现目的且没有对个人权利造成更大的侵害,就有义务采取该替代措施。

最小限制原则的理论雏形可追溯至1923年的Meyer v. Nebraska案所确立的禁止言论自由事前限制原则,其表明了对言论自由的限制不得超过必要最低限制的理念。^[4]而对这一原则的完整表述则是1960年的Shelton v. Tucker案,该案涉及州法对结社自由的限制,联邦最高法院认定:“即使政府的目的是合法和重大的,但实现该方法的方法不能如此广泛的扼杀个人的基本自由,如果这一目标能够以更小限制的方式实现,对个人自由的剥夺就应采取更为缓和的手段(less drastic means)。”^[5]此后,这一原则被广泛运用到其他领域,包括结社自由、迁徙自由、宗教信仰自由、选举权和配偶间的隐私权等,其目的在于“确保政府对个人自由所施加的限制不应超过其所要达到的目标。”^[6]

最小限制原则与比例原则中的必要性原则有着异曲同工之妙,均强调政府对个人权利的干预或限制应选择侵害程度最小或限制性最小的手段。然而,比例原则仅要求手段和目的之间存在合理联系即可,即所采取的手段能够达到或部分达到立法的目的。但是,任何公权力所采取之措施多多少少会达成目的^[7],政府在追求某种目的时,选择一个“自始完全不适合”的手段的可能性是极其微小的,故该

原则仅具有将极端明显的错误手段予以排除的“过滤功能”^[8]。可见,比例原则对手段与目的之间的关联程度要求较低,对手段是否符合目的要求的审查标准十分宽松。相反,最小限制原则作为严格审查标准^[9],要求政府对基本权利的限制或嫌疑分类必须具有重要的政府利益,且手段与目的之间存在实质关联。就目的性审查而言,最小限制原则较比例原则更为严格,一方面要求政府所采取的手段必须是为了实现重要的政府利益,另一方面需证明除了所选择的手段以外,没有其他更小限制的可选择手段,且该手段对达成立法目的具有相同或更好的效果。

2 最小限制原则在精神障碍患者强制医疗中的适用

在美国,最小限制原则在强制医疗程序中的适用最早可追溯到Lake v. Cameron案。在该案中,上诉人Lake是一名老年痴呆症患者,于1962年9月因“精神不健全”而被拘禁于精神病院,在向地区法院申请人身保护令被驳回后提起上诉。上诉法院指出:“所有服务,包括门诊治疗、日间医院、疗养院、护理之家等均应具有可利用性。在特定案件中,可替代的治疗应能够实现个人和公众的利益。仅仅是因精神病人对本人的危险性而剥夺人身自由,其程度不应超过达到保护患者本人利益的必要范围。”然而,没有证据表明上诉人的健康状况需要拘禁于精神病院,从而完全剥夺其人身自由。因此,州政府应“承担发现可替代治疗措施的责任”。^[10]同样,在影响更为广泛的Lessard v. Schmidt案中,联邦地区法院判定:“即使符合精神疾病和潜在危险要件,法院也只有在全日制住院作为最后手段时才能做出强制住院的决定。”为此,强制住院的申请人应承担举证责任证明:(1)具有哪些可及的替代措施;(2)调查研究了哪些替代措施;(3)为何被调查的替代措施不适合。这些替代措施包括自愿或法院命令的门诊治疗,日间医院治疗,夜间医院治疗,安置于亲友的监护之下,安置于疗养院,转诊至社区精神卫生诊所,家庭健康护理等。^[11]在Lessard案后,最小限制原则在精神卫生领域获得普遍确认,其适用范围迅速扩大到拘禁条件的规制,治疗的可获得性,患者的拒绝治疗权等。^[12]

在强制医疗决定中,最小限制原则的适用应考虑以下因素:(1)除了住院治疗之外,还包括哪些可及的替代治疗措施?这些替代治疗措施能否充分满

足个人的治疗需要?其治疗的效果与风险如何?是否比住院治疗具有更好的效果?(2)替代治疗措施是否能充分防止患者对本人或他人的危险或损害?换言之,替代治疗措施能否达到保护本人或他人人身安全的目的?很明显,最小限制原则适用的前提条件是存在住院以外的其他替代治疗措施。如果没有可替代的措施存在,最小限制原则的实际价值将大打折扣,甚至毫无意义。^[13]如果存在限制性更小的治疗措施,还得进一步考量该替代措施能否达到住院治疗相同或更好的效果,包括成本、疗效、危险性的控制等。经衡量,若发现其他替代措施不能达到法律目的,如替代治疗的成本过高,或不足以有效治疗患者疾病,或防止对本人或他人的危险等,才可以考虑采取强制住院治疗。

最小限制原则在被引入强制医疗之后,其适用范围和作用包括:(1)作为强制入院的要件,即要求法院在做出强制入院治疗的决定时必须是没有其他更小的限制性替代措施。例如,在美国,几乎所有州都将最小限制原则作为强制入院的条件之一。英国《精神卫生法》第 3 条规定,医务人员提出住院治疗建议的,应“具体说明是否存在治疗患者疾病的其他措施,如果有,为何这些措施不适当。”同时,联合国《保护精神病患者和改善精神保健的原则》(MI Principles,以下简称 MI 原则)规定,非自愿入院只有在“根据最小限制原则,只有入院才可给予治疗”的情况下才被视为正当的。^[14](2)用于规制强制入院后的治疗,即规定患者有权在最小限制的环境中接受治疗。即便是患者应接受住院治疗,其所接受的治疗及其环境也应符合最小限制原则,即不应过度限制患者的人身自由,治疗条件和环境符合健康需要和个人生活,除非是为了防止对患者或他人造成人身伤害的需要,在没有其他可替代措施的情况下,方可采取人身约束或隔离等限制人身自由的措施。(3)为实现这一原则,政府有发展社区精神卫生服务的义务。^[15]融入社区、在社区中获得治疗和护理是精神障碍患者的基本权利,也是最小限制原则的内在要求。然而,“在很多国家中,缺乏为精神障碍患者提供充分的社区规划和服务导致没有必要地依赖精神病院提供护理和治疗。很多患者的临床症状通常不需要入住精神病院,但由于缺乏任何其它选择,只得选择入院。因此,除非各国采取措施在社区中创造较少限制的方案以满足一系列可预计的需求,否则最少限制性环境的规则没有意义。”^[16]

3 最小限制原则对我国强制医疗的启示和意义

我国《精神卫生法》并未明确规定最小限制原则,无论第 30 条所规定的强制住院的条件,还是有关入院后强制治疗的规定,均未将最小限制原则作为强制入院和治疗所应遵循的基本原则。值得注意的是,《精神卫生法》第 40 条明确将“没有其他可替代措施”作为有关约束、隔离等保护性医疗措施的实施条件,实际上强调约束、隔离等保护性医疗措施的实施应遵循最小限制原则,这恐怕是最小限制原则在我国《精神卫生法》中最为直接的体现。但无论如何,该原则并未在理论和实务界引起应有的重视。在理论层面,除个别学者认为应将最小限制原则作为非自愿住院的基本原则之外^[17],学界对这一原则的探讨尚少;在实务层面,立法机关、行政机关及相关医疗机构恐怕对最小限制原则都较为陌生,即便认识到这一原则的重要性,也可能宥于这一原则缺乏现实的可操作性而难以付诸实践。

从实践看,最小限制原则的适用仍存在很大障碍,这或许是《精神卫生法》没有将该原则引入强制入院和治疗的根本原因。首先,我国精神医疗尚处于“机构化”阶段——须设立更多的精神卫生机构和床位以满足患者的住院治疗需求,而非西方国家的“去机构化”阶段——关闭精神病院,将住院患者转移至社区接受康复治疗。这决定我国当前的精神卫生服务仍奉行“住院中心主义”和精神病院模式,社区医疗等替代医疗服务难以受到同等重视。这不仅是理念的差异,更是基于不同发展阶段精神卫生服务和需求的理性选择。其次,尽管我国《精神卫生法》强调县级以上地方政府应“建立和完善精神卫生服务体系”,建立社区康复机构,发展社区精神卫生服务。但现实是,我国社区精神卫生服务发展严重滞后,绝大多数地区的社区精神卫生服务体系不健全,更勿论建立多种形式的、满足患者康复治疗需要的社区精神卫生机构。在缺乏可替代的、限制性更小的社区医疗的情况下,住院治疗成为最为主要甚至是唯一的选择,最小限制原则也就没有适用的空间和意义。

强制治疗无疑具有必要性,但它对患者人身自由、人格尊严等基本权利的消极影响也不容忽视。正因为如此,多数国家在立法中普遍规定了日趋严格的强制入院条件和程序,并承认住院患者有权在最小限制的环境下接受治疗。换言之,即便是强制

治疗,其对患者的人身自由及其他权利的限制也应该是最小的。正如 MI 原则 9 所宣示,“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。”同时,MI 原则 16 将最小限制原则作为“患严重精神疾病且判断力受损”而需要住院治疗的精神病患者非自愿住院的条件之一。MI 原则作为联合国的决议,其性质属于“软法”的范畴,尽管不具有公约那样的法律效力,但作为精神卫生领域最低限度的人权标准,对各国精神医疗实践具有指导作用。就此而言,即便我国法律并未明确要求非自愿治疗应遵循最小限制原则,但在实践中仍有必要将其作为非自愿治疗的指导原则。最小限制原则的引入将对我国精神障碍患者的强制医疗带来深远影响,将可能重塑我国精神障碍患者强制入院的适用条件,甚至促成精神卫生机构从治疗方式、管理模式到治疗环境和条件等方面的变革。

3.1 将最小限制原则作为强制入院的考量因素

强制医疗作为严重剥夺公民人身自由的行为,其对人身自由的限制程度及其消极影响可能并不亚于刑罚^[18]。从保障精神障碍患者乃至正常人的身自由、人格尊严等基本权利出发,有必要对精神障碍患者的强制入院设定较为严格的条件。对此,我国《精神卫生法》亦确立了“精神障碍加危险性”为实体要件的强制入院标准,从而将强制医疗的对象限于具有危险性的严重精神障碍患者。同时,我国《精神卫生法》还应将最小限制原则作为强制入院的考量因素,医疗机构在做出强制入院决定时还必须考察如果存在其他限制性更小且能够达到同样目的的替代性治疗措施,就不应采取强制住院治疗。强制住院治疗只有在没有其他可替代的、限制性更小的治疗措施的情况下方可采取。如此,最小限制原则将进一步限制非自愿治疗的适用范围,从而避免过度地限制患者的人身自由,使患者能够在限制性更小的环境中接受治疗。

3.2 以最小限制原则为指导促进住院治疗环境和条件的改善

为住院精神障碍患者提供符合正常生活的治疗环境和条件,使患者能够在人道、舒适、非强制的环境下接受治疗,是最小限制原则对强制住院治疗的内在要求。对此,MI 原则 9 规定:“每个患者应有权在最少限制的环境中接受治疗,并且得到最小限制

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。”原则 13 还进一步细化了精神卫生机构在治疗环境和条件方面所应达到的最低标准,包括各种娱乐、休闲、教育、生活设施,从而确保“精神卫生机构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”。

然而,我国不少精神卫生机构的治疗环境和条件与最小限制原则及 MI 原则所确立的标准仍有一定的差距。例如,在治疗方式上,我国当前精神卫生服务仍处于传统的精神病院模式,而精神卫生机构的设施和管理模式大多停留在封闭状态,住院患者的活动范围往往局限在病室内,且不分病种,不分病情好坏,一律不得随意外出。^[19]除严重限制人身自由之外,封闭治疗对住院患者的基本权利和自由的消极影响是全方位的,包括生活起居、饮食活动、通信会客、法律援助等均受到不同程度的限制。同时,受医疗水平、治疗条件、设备及医务人员的业务素质等因素的影响,我国精神卫生机构的治疗能力和条件存在明显不足。不少基层精神卫生机构基础设施薄弱,业务用房和病人户外活动用地不足,设备配置陈旧,从而影响基层精神卫生机构服务质量。^[20]一些精神卫生机构条件简陋、设施陈旧、人满为患,住院患者不仅无法获得充分的治疗,人身安全与健康也无法得到保障,有的精神病院甚至发生患者不堪忍受住院条件而集体出逃的事件。^[21]

为住院患者创造尽可能接近正常生活的环境和条件,使患者能够在最小限制的环境下接受治疗,已成为国际上精神卫生服务的发展潮流。因此,有必要在强制住院治疗中引入最小限制原则,并将其作为医疗机构实施强制治疗的基本准则,从而促成医疗机构在治疗方式、管理模式乃至治疗环境、条件等方面转变和改善。(1)在治疗方式上,要求医疗机构逐渐摒弃封闭治疗模式,采取开放或半开放式治疗模式,减少强制性、约束性手段的使用,确保患者能够在接近日常生活的环境下获得治疗;(2)加大对精神卫生服务的投入,改善医疗机构在人员、设备设施、治疗条件等方面的不足,促使政府和精神卫生机构为住院患者提供最小限制的、符合治疗需要的治疗条件和环境。

3.3 发展社区精神卫生服务为最小限制原则的适用创造条件

最小限制原则之所以在我国难以适用,其根本

原因是缺乏强制住院治疗的替代措施,住院治疗成为最为主要甚至是唯一的选择,从而使得最小限制原则没有适用的空间和条件。目前,我国精神卫生服务体系不够健全,除了少数发达地区开展了社区精神卫生服务外^[22],多数地区的社区精神卫生服务尚不健全。建立以社区为基础的精神卫生服务网点来突破精神卫生服务面临的困境和挑战,已成为社会共识^[23],并应成为我国精神卫生服务的发展趋势。对此,《精神卫生法》也明确要求各级政府“建设和完善精神障碍的预防、治疗和康复服务体系”,要求“县级人民政府根据本行政区域的实际情况,统筹规划,建立精神障碍患者社区康复机构”。这就要求将精神卫生服务的投入重点逐步转向以预防、康复为重心的社区精神卫生服务,包括建立多种形式的社区精神卫生服务机构,发展以精神科医生、护士、社工、治疗师、心理咨询师、社区人员等为一体的社区精神卫生人才队伍等。社区精神卫生体系的建立不仅有利于实现精神医疗从治疗向预防的转变,也使得患者能够选择比住院治疗限制性更小的治疗方式。

参 考 文 献

- [1] 陈绍辉. 论精神障碍者非自愿治疗的要件——以 O'Connor v. Donaldson 为例[J]. 医学与法学, 2014, 6(4): 50-55.
- [2] 薛波. 元照英美法词典[M]. 北京: 法律出版社, 2003.
- [3] Roy G, Spece J R. The Most Effective or Least Restrictive Alternative as the Only Intermediate and Only Means-Focused Review in Due Process and Equal Protection [J]. Villanova Law Review, 1988, 33(1): 111-174.
- [5] Chambers L D. Alternatives to Civil Commitment of the Mentally Ill: Practical Guides and Constitutional Imperatives[J]. Michigan Law Review, 1972, 70: 1107-1200.
- [6] 陈新民. 德国公法学基础理论[M]. 济南: 山东人民出版社, 2001.
- [7] 盛子龙. 比例原则作为规范违宪审查之准则——西德联邦宪法法院判决及学说之研究[D]. 台北: 台湾大学, 1986.
- [8] Spece. Justifying Invigorated Scrutiny and the Least Restrictive Alternative as a Superior Form of Intermediate Review: Civil Commitment and the Right to Treatment as a Case Study[J]. Ariz L Rev, 1979, 21(3): 1052-1053.
- [10] Perlin L M. Mental Disability Law: Civil and Criminal [M]. Virginia: Lexis Law Publishing, 1998.
- [11] Note. Developments in the Law: Civil Commitment of the Mentally Ill [J]. Harvard Law Review, 1974, 87(2): 1250-1251.
- [12] UN. Principles for the protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care [R]. 1991.
- [13] Reisner R, Slobogin C, Ray A. Law and the Mental Health: Civil and Criminal Aspects [J]. Journal of Legal Medicine, 2000, 21(1): 153-158.
- [14] 世界卫生组织. 国际人权在国家精神卫生立法方面的作用[R]. 2004.
- [15] 戴庆康, 李波. 精神障碍患者非自愿住院医疗法律规制之原则[J]. 医学与哲学, 2013, 34(4A): 70-71.
- [16] 唐忠民, 陈绍辉. 论精神病人强制医疗程序之完善——以人身自由保障为视角[J]. 河北法学, 2014, 32(10): 22-29.
- [19] 卓彩琴, 张慧. 社会排斥视角下隔离式康复模式反思[J]. 河南社会科学, 2011, 19(4): 140-142.
- [18] 陈丹, 王明涛, 刘艳, 等. 辽宁省精神卫生机构现状调查[J]. 现代预防医学, 2011, 38(10): 1857-1859.
- [19] 王瑞峰. 广西 42 名精神病人出逃续: 官方否认收治上访者[N]. 新京报, 2013-07-11.
- [20] 肖水源. 我国精神卫生服务面临的重要挑战[J]. 中国心理卫生, 2009, 23(12): 844-847.
- [21] 刘飞跃, 曹望军, 陈艳. 我国精神卫生服务网点空间布局现状、困境与突破[J]. 中国卫生政策研究, 2011, 4(3): 28-32.

[收稿日期:2015-10-20 修回日期:2016-03-04]

(编辑 刘博)