

尊严死亡的权利分析与程序规制

沈德咏 刘静坤*

内容提要：尊严死亡是颇具争议的现代社会现象，既牵涉发展演进中的死亡医学标准，也触及人格尊严和生命自决等法律议题。与自然死亡相比，尊严死亡是病人在病情无法救治并且遭受难以忍受的痛苦的情形下，迫不得已的生命抉择。尊严死亡的关切焦点不是死亡本身，而是生命安全和生命尊严。将生命权作为尊严死亡的权利基础，需要立足积极权利和消极权利的二元构造，构建包括生命安全权、生命自决权、临终医疗方式选择权、安宁疗护权和获得医生帮助权等在内的权利体系。为维护病人的生命权，避免尊严死亡滥用，降低医生面临的医疗法律风险，有必要基于病人最佳利益原则，确立适用对象限定规则、病人知情同意规则和正当医疗程序规则，推动完善临终医疗措施的准则和程序。

关键词：尊严死亡 人格尊严 生命权 安乐死 生命伦理

现代医疗技术的飞速发展，使得人为有限地延续生命成为可能。相应地，对生命尊严的伦理关切，特别是生命自决和临终医疗方式的选择，业已成为无法回避的社会问题和法律议题。^{〔1〕}传统上与安乐死有关的法律争议，如果从生命权角度加以分析，并探索可行的权利保障路径，有助于破解生命伦理和法律制度的困局。基于病人最佳利益原则，规范尊严死亡的医疗和法律程序，有助于凝聚法律、医疗、伦理等领域的共识，推动构建契合中国传统文化和现代法治理念的尊严死亡法律制度。

一、尊严死亡的制度前提与合理限定

尊严死亡作为颇具争议的主题，对其进行理性的法律探讨，取决于诸多制度前提。一方面，现代医疗技术的快速发展，在一定程度上改变了生命的定义，形成生命人为延续与人格尊严之间的紧张关系。另一方面，随着人格尊严和生命自决等观念深入人心，尊严死亡逐步摆脱

* 沈德咏，全国政协社会和法制委员会主任，中国政法大学特聘讲座教授；刘静坤，中国政法大学全面依法治国研究院教授。

〔1〕 参见沈德咏：《建议对临终关怀和尊严死亡立法》，《新京报》2020年5月25日第A9版。

伦理焦虑,开始迈入法律化进程。^[2]此外,为避免陷入无谓的争议,有必要对尊严死亡进行合理限定,妥善处理尊严死亡与安乐死、安宁疗护之间的关系。

(一) 尊严死亡的制度前提

以安乐死为先导的尊严死亡,最初源于特定医疗条件下病人如何选择临终医疗方案的医疗实践。随着这一医学问题进入法学领域,引发了生命尊严和生命自决等法律议题。立足有关制度前提,理性探讨尊严死亡的时机已经成熟。

首先,人为延续生命的现代医疗措施,确立了尊严死亡的先决条件。如果人的生命只能自然终结,医疗措施无用武之地,就没有探讨尊严死亡的必要。近年来现代医疗技术快速发展,即便病人患有不治之症或者丧失意识,也可借助医疗措施延续生命。这种借助医疗措施人为延续的生命,已然超越了自然生命的边界,塑造了一种可控制的甚至异化的生命状态。与此同时,一些患有不治之症的病人,因遭受难以忍受的痛苦,不愿在医疗措施介入下丧失对生命的控制,希望选择有尊严的死亡过程和方式。

其次,脑死亡标准的引入,表明死亡问题存在法律化的现实可能。许多国家,例如美国、德国等,通过立法确立了脑死亡标准。^[3]2002年,我国卫生部脑死亡法起草小组制定了《中国脑死亡诊断标准(成人)》,其中提到脑死亡是包括脑干在内的全脑机能丧失的不可逆转的状态。^[4]2005年,四川大学华西医院中国循证医学中心组织了一项针对广东、福建、江苏等省市三级甲等医院的在职医生以及广东省内药剂师和公务人员的问卷调查,在969份有效问卷中,92%的被调查对象表示有必要进行脑死亡立法。^[5]2018年,学者针对江苏省无锡市人民医院门诊就诊患者及陪同人员开展一项问卷调查,在1443份有效问卷中,49.8%的被调查对象支持脑死亡立法。^[6]对脑死亡立法的讨论,意味着死亡不再是纯粹的医学问题,而是进入了法律规范领域。既然死亡标准逐步法律化,作为对于死亡方式的选择,尊严死亡可以甚或应当纳入法律的范畴。

再次,生命尊严理念的兴起,推动生命自决成为需要认真对待的法律议题。在中国传统文化中,既有追求生命善终的良好愿望,也有好死不如赖活的实用主义心态。但总体上,随着物质文化生活水平不断提高,公众包括临终病人更加注重生命的质量和尊严。大量研究表明,很多病人的死亡过程都在痛苦中被延长,他们接受了不必要的侵入式治疗。^[7]有些情况下,病

[2] 早在1985年,荷兰就已制定安乐死的操作规则指导实践;2000年,荷兰议会下议院通过了《依申请终止生命和协助自杀(审查程序)法》(The Dutch Termination of Life on Request and Assisted Suicide (Review Procedures) Act),于2002年4月1日生效。比利时参议院2001年10月25日通过《安乐死法》(The Law on Euthanasia),2002年5月16日该法由众议院通过,2002年9月22日该法生效实施。2015年,加拿大魁北克省制定了法律,将安乐死作为法律准许的终止生命措施;加拿大联邦政府也在制定相关的联邦法律。美国加利福尼亚州、科罗拉多州、俄勒冈州、华盛顿州、新墨西哥州、蒙坦那州及佛蒙特州等允许安乐死。2017年,澳大利亚维多利亚州通过了《自愿协助死亡法案》(Voluntary Assisted Dying Bill 2017),于2019年6月19日生效实施。2020年10月30日,新西兰以65.2%的选民支持率通过了安乐死合法化的全国公投,立法程序即将启动。2021年3月18日,西班牙众议院通过安乐死法规,将在发布后三个月之内正式生效。

[3] 参见李长兵等:《论我国刑法中的死亡标准》,《江西社会科学》2012年第8期,第132页以下。

[4] 参见《“脑死亡”标准首次披露,专家呼吁采取双轨制》,中国新闻网, <https://www.chinanews.com/2002-10-27/26/236855.html>, 2021年5月13日最后访问。

[5] 参见宋儒亮等:《脑死亡与器官移植立法课堂调查问卷分析》,《中国循证医学杂志》2009年第12期,第1296页以下。

[6] 参见李小杉等:《公民对脑死亡标准立法态度的现状调查》,《器官移植》2020年第1期,第87页以下。

[7] 参见吕建高等:《论人的尊严与死亡权》,《学海》2011年第5期,第133页。

人家属代替病人作出的医疗决定，并非完全考虑病人的利益，以致病人决定医疗方案的意志和愿望，特别是被动接受治疗的痛苦，常被有意无意地忽略。^{〔8〕}如果病人希望保持生命尊严，而他人违背其意愿实施抢救，或者采取痛苦的维持生命措施，这无疑会损害病人的人格尊严。20世纪70年代在美国兴起的尊严死亡运动，其关注焦点就是医疗领域的生命质量，特别强调患者可以选择拒绝治疗。^{〔9〕}在荷兰安乐死立法的准备阶段，问卷调查显示，在赞同安乐死的群体中，57%的病人提到丧失尊严，46%的病人关注治疗过程的痛苦。^{〔10〕}在注重生命尊严的病人看来，尊严死亡是生命自决权的体现，也是传统医疗救治手段的理想替代措施。

最后，尊严死亡的争议案例，凸显出解决生命权困境的法律需求。从我国首例安乐死案——王明成、蒲连升故意杀人宣告无罪案，^{〔11〕}到“深圳拔管杀妻案”，^{〔12〕}尊严死亡案件经常引发社会热议。尊严死亡事关生命权保障，如果法律对此刻意回避或者语焉不详，势必导致司法实践的混乱。进一步讲，一旦出现立法禁止和实践默许的二元状态，就很容易导致尊严死亡案件的处理存在专断性和差异性，^{〔13〕}这无疑不符合现代法治的要求。此外，建立健全尊严死亡法律制度，不仅能够强化生命权的法律保障，也有助于完善医疗领域的伦理准则和执业规范。

（二）尊严死亡的合理限定

尊严死亡概念的提出，将看似冲突的尊严和死亡整合在一起，具有浓厚的伦理学意味。这一概念意在说明，病人包括临终病人拥有人格尊严和被人尊重的需求，他人负有将其作为目的对待的义务。^{〔14〕}从生命尊严角度出发，有学者指出，尊严死亡旨在抵抗死亡的被管理化，拒绝过剩的人工延命治疗，支持终止针对已经没有康复希望且濒临死亡的病人进行的延命治疗。^{〔15〕}实际上，在尊严死亡合法化的国家，除终止人工延续生命的医疗措施外，尊严死亡还涉及医生协助自杀或终止生命等措施。

传统上关于尊严死亡的争议，在很大程度上源于概念层面的误解和混淆。即便是在尊严死亡合法化的国家和地区，如荷兰和比利时等国，医生也经常混淆安乐死和终止延续生命的医疗措施。^{〔16〕}比较荷兰等国的尊严死亡法律制度，不难发现，尊严死亡并非随意适用，而是存在严格限定：一是适用对象的严格限定。尊严死亡的适用对象限于遭受无法忍受的疼痛或痛苦但又无法救治的病人，通常是临终病人。换言之，尊严死亡不是随意适用于普通病人（或者残疾人）的终止生命措施。二是适用条件的严格限定。尊严死亡不能由他人随意决定适用，而是以病人在充分知情前提下自愿提出申请为前提，同时病人应当具备独立作出决定的能力。换言之，自愿性是尊严死亡合法性和正当性的核心要素。三是适用程序的严格限定。尊严死亡作

〔8〕 参见王云岭：《生命伦理学视阈中的尊严死亡研究》，《自然辩证法研究》2012年第11期，第63页。

〔9〕 参见刘召成：《生命尊严的规范构造与制度实现》，《河南社会科学》2019年第7期，第37页。

〔10〕 See Hazel Biggs, *Euthanasia, Death with Dignity and the Law*, Hart Publishing, 2001, p. 153.

〔11〕 参见《我国首例“安乐死”案——王明成、蒲连升故意杀人宣告无罪案》，搜狐网，https://www.sohu.com/a/377203741_120178631，2021年5月13日最后访问。

〔12〕 参见《深圳拔管杀妻案男主角：我想让她有尊严地离开》，搜狐网，<http://news.sohu.com/20100107/n269419459.shtml>，2021年5月13日最后访问。

〔13〕 See Gail Tulloch, *Euthanasia-Choice and Death*, Edinburg University Press, 2005, p. 96.

〔14〕 参见前引〔8〕，王云岭文，第62页。

〔15〕 参见刘建利：《尊严死行为的刑法边界》，《法学》2019年第9期，第16页。

〔16〕 See Ezekiel Emanuel, *Euthanasia and Physician-assisted Suicide: A Review of the Empirical Data from the United States*, 162 *Archives of International Medicine* 142 - 152 (2002).

为医疗措施,只能由专业医生按照规范的程序进行。只有经医生审查,符合申请条件的临终病人因遭受难以忍受的疼痛或痛苦,无法继续通过医疗措施缓解时,才能根据病人申请采取终止生命或协助自杀等医疗措施。

需要指出的是,基于临终关怀哲学,通过药物缓解病人痛苦的姑息治疗或安宁疗护,^[17]通常被视为尊严死亡的替代措施。两者实际上并不冲突,安宁疗护并不必然排除临终病人对尊严死亡的诉求。在尊严死亡合法化的国家和地区,医生可以在采取安宁疗护措施的过程中,基于病人病情恶化的程度,根据病人意愿采取终止生命或协助自杀措施。

二、死亡权还是生命权:尊严死亡的理论研究进路

对于尊严死亡这一特殊法律领域,尽管可以将人格尊严和个体自治作为理论根基,但最终要落脚到具体的权利依据上来。究竟是认同死亡权还是主张生命权,这是构建尊严死亡法律制度的前置性问题。

(一) 尊严死亡的关切焦点不是死亡本身,而是生命安全和生命尊严

为主张安乐死或者尊严死亡的合法性,有学者提出了死亡权的概念,并从人的尊严角度分析临终病人的死亡权。^[18]有学者认为,安乐死权就是死亡权,并主张死亡权是人权的有机组成部分。^[19]还有学者主张,生命权是生存权和死亡权的统一,并认为死亡权是生命权的应有之义。^[20]也有学者认为,人有要求死亡的自由,为了使这种自由最终获得实现,人应当享有死亡的权利,只要这种死亡的权利不违背他人利益和社会公益。^[21]尽管从死亡权角度分析尊严死亡,看似契合个体的生命自决权,但死亡权概念本身存在正当性疑问,并且难以涵盖尊严死亡领域的医患关系和医生职责等核心问题。

一方面,尊严死亡涉及生命与死亡的紧张关系,并非仅仅关注死亡一个面向。更重要的是,死亡权概念本身与人权的内涵并不完全契合。如果仅仅关注死亡本身,实际上意味着个体生命及其权利的消灭;以消灭生命和权利为着眼点的死亡权概念,在传统人权体系中的正当性难以证成。从国际人权公约层面看,《公民权利与政治权利国际公约》和《欧洲人权公约》等强调人的尊严和自由,但涉及生命与死亡这一终极性问题,却仅规定生命权的保障,并未提及死亡的权利。对于涉及尊严死亡的案件,欧洲人权法院认为,《欧洲人权公约》对生命权所作

[17] 2016年12月,国务院印发《“十三五”卫生与健康规划》(国发〔2016〕77号),提出提高基层医疗卫生机构康复、护理床位占比,鼓励其根据服务需求增设老年养护、安宁疗护病床。完善“治疗—康复—长期护理”服务链,发展和加强康复、老年病、长期护理、慢性病管理、安宁疗护等接续性医疗机构。支持养老机构按规定开办医疗机构,开展老年病、康复、护理、中医和安宁疗护等服务。2017年3月,国家卫生计生委联合12部门印发《“十三五”健康老龄化规划》,明确提出推动安宁疗护服务的发展。支持有条件的养老机构按相关规定申请开办康复医院、护理院、中医医院、安宁疗护机构或医务室、护理站等,重点为失能、失智老人提供所需的医疗护理和生活照护服务。2017年,国家卫生计生委印发《关于安宁疗护中心基本标准和管理规范(试行)的通知》(国卫医发〔2017〕7号)、《关于安宁疗护实践指南(试行)的通知》(国卫办医发〔2017〕5号),明确了安宁疗护中心的准入标准、服务管理和操作规范,促进机构规范化建设。

[18] 参见前引〔7〕,吕建高等文,第133页。

[19] 参见倪正茂等:《安乐死法研究》,法律出版社2005年版,第24页。

[20] 参见任丑:《死亡权:安乐死立法的价值基础》,《自然辩证法研究》2011年第2期,第116页。

[21] 参见刘长秋:《论死亡权的特点及我国死亡权的立法设计》,《同济大学学报(社会科学版)》2003年第3期,第82页。

的规定，并不包含死亡的权利。^[22] 据此，尊严死亡的核心要义在于维护临终病人的生命安全和生命尊严，尊重其对死亡方式（或者临终医疗方式）的自决权。

另一方面，伴随一些国家关于自杀的去罪化过程，尊严死亡的法律化主要意在满足临终病人医疗实践的需要，规范医生协助病人自杀或终止病人生命的法律程序，避免医生受到不当的法律追究。我国法律并未将自杀规定为犯罪，因此，尊严死亡法律制度在我国所要解决的问题，主要是将其纳入规范的医疗程序，解决医生协助病人自杀或终止病人生命的法律责任问题。对此，关于堕胎措施的法律制度可资参考。为避免女性采取不安全的堕胎措施，不能动辄对实施堕胎的医生追究责任。联合国人权事务委员会第 36 号《一般性意见》（General Comment）第 8 段指出：“成员国不应协助妇女和少女堕胎的医疗提供者施加刑事处罚，因为此类措施将会导致妇女和少女采取不安全的堕胎措施。”^[23] 同理，鉴于尊严死亡通常需要医生协助，对医生的制裁将会导致病人的尊严和生命自决权面临负面影响，甚至导致病人不得已而提前采取自杀措施。因此，医生责任是尊严死亡法律制度的重要维度。

基于病人最佳利益原则，尊严死亡法律制度的着眼点，不是病人选择死亡的权利，而是维护临终病人的生命安全和选择临终医疗方式等权利。这一权利因与医生的医疗职责紧密相关，也牵涉医生依法采取临终医疗措施的职业准则。强调尊严死亡的法律化，除了旨在维护病人的生命安全和生命尊严外，还注重规范医生的医疗行为，为医生审慎采取临终医疗方案提供更为明确的指引。鉴于尊严死亡涉及病人和医生之间的医患关系，特别是医生协助病人自杀或终止病人生命的法律责任，这显然并非所谓的死亡权所能涵盖。

（二）生命权是尊严死亡的权利基础

尊严死亡的关切焦点不是死亡，而是生命安全和生命尊严，这意味着，生命权才是尊严死亡法律制度的权利基础。即便是主张死亡权的一些学者，也强调死亡权是生命权的重要组成部分。^[24] 有学者强调指出，尊严死亡是一种不可冒犯、不可亵渎、不可侵越、不可剥夺的人格权利，体现了对个体死亡的慎重处理。^[25] 从我国民法典第四编确立的人格权法律体系看，与尊严死亡直接相关的人格权就是生命权。民法典第 1002 条规定：“自然人享有生命权。自然人的生命安全和生命尊严受法律保护。任何组织或者个人不得侵害他人的生命权。”以生命安全和生命尊严为核心的生命权，既能为尊严死亡法律制度奠定坚实的权利基础，也能回应医疗实践的现实关切。

首先，尊严死亡以保障生命安全为根本前提，如果病人被非法、专断地剥夺生命，就在根本上毫无生命尊严可言。《世界人权宣言》第 3 条规定：“每个人都享有生命、自由和安全的权利。”生命权，包括生命安全，是每个人固有的人权，被联合国人权事务委员会视为“至高无上的权利”。^[26] 《公民权利与政治权利国际公约》第 6 条明确指出生命权的固有性：“每个人都拥有固有的生命权。这项权利应当得到法律保护。没有人应当被专断地剥夺生命。”联合

[22] See Lambert and others v. France [2015] ECHR.

[23] See Human Rights Committee, General Comment No. 36 (2018) on Article 6 of the International Covenant on Civil and Political Rights.

[24] 参见前引 [21]，刘长秋文，第 81 页。

[25] 参见前引 [8]，王云岭文，第 62 页。

[26] See Alex Conte, Richard Burchill, *Defining Civil and Political Rights: The Jurisprudence of the United Nations Human Rights Committee*, 2d ed., Ashgate Publishing Limited, 2009, p. 141.

国人权事务委员会第36号《一般性意见》第3段指出：“生命权作为一项权利……保障个体免于……非正常或过早死亡。”^[27]构建尊严死亡法律制度，首要目的就是通过法律保障病人的生命安全，避免病人被专断地剥夺生命或者非正常死亡。据此，尊严死亡虽然以死亡为关键词，但却是以保障生命为着眼点。我国民法典规定的生命安全，可被理解为防范生命被专断剥夺的危险。

其次，尊严死亡是生命尊严的应有之义，体现了生命权的内在要求。联合国人权事务委员会第36号《一般性意见》第3段指出：“生命权……保障个体……享有尊严的生命。”^[28]在联合国人权事务委员会看来，生命权不仅关注个体的生命安全，还要保障生命尊严。简言之，人不仅要活着，还要有尊严地活着。如果将人的生命视为一个连续体，那么病人到了临终阶段选择有尊严的死亡方式，理应成为生命尊严的内在要求。尽管《公民权利与政治权利国际公约》并未提及死亡或者尊严死亡，但联合国人权事务委员会第36号《一般性意见》第9段专门强调：“对于那些允许医疗专家提供医疗措施帮助患病的成年人终止生命的国家，例如那些患有临终绝症，经历严重的身体或精神疼痛或痛苦，希望带有尊严地死亡的成年人，必须建立严格的法律和制度保障，确保医疗专家遵从病人作出的自愿、明智、明确和没有疑义的决定，保护病人免受压力和虐待。”^[29]这一规定认可了尊严死亡的方式和价值，完善了国际人权公约的生命权保障制度。

需要指出的是，尊严死亡不仅涉及民法层面的生命尊严，还涉及宪法层面的人格尊严。我国宪法第38条规定：“中华人民共和国公民的人格尊严不受侵犯。”有学者指出，这一条款可以作为宪法上基本权利的出发点或基础性的宪法价值原理。^[30]具体到民法领域的人格权，保护人格尊严被视为民法典人格权编立法的根本目的，构成了整个人格权法的价值基础。^[31]遵循这一逻辑，建立宪法“人格尊严”条款与民法“生命尊严”条款之间的关联，无疑可以为尊严死亡法律制度确立更高层面的宪法依据。这在比较法上不乏先例。例如，德国联邦基本法规定的人的尊严条款，以其放射性功能渗透在部门法中，尤其体现在自我决定权、生命权等领域，作为证成其是否受到不当限制的基本权利规范基础。^[32]在1996年的一个案件中，德国联邦最高法院指出，在有关医疗措施仅仅可以给病人延续短暂生命的状况下，为了尊重病人的尊严，在符合病人明示或者可得推断的意思表示的前提下，终止治疗措施的选择应被许可，因为人的尊严是最高的宪法价值，应当加以维护。^[33]

再次，从生命权角度对待尊严死亡，有助于完善临终医疗措施的职业规范。尊严死亡不是随意地一死了之，而是临终病人基于生命尊严考量，因尊严生活无望，不愿借助医疗措施勉强维持生命，或者自愿请求医生终止生命，最终有尊严地告别这个世界。由于尊严死亡与临终医疗措施紧密相关，因此，医生不能无视病人意愿，随意采取临终医疗措施。进一步讲，临终医疗措施的采用，应当以保障生命安全和生命尊严为前提，遵从病人作出的自愿、明智、明确和

[27] 参见前引〔23〕。

[28] 同上。

[29] 同上。

[30] 参见林来梵：《人的尊严与人格尊严——兼论中国宪法第38条的解释方案》，《浙江社会科学》2008年第3期，第51页以下。

[31] 参见王利明：《民法典人格权编的亮点与创新》，《中国法学》2020年第4期，第9页。

[32] 参见郑贤君：《宪法“人格尊严”条款的规范地位之辨》，《中国法学》2012年第2期，第85页。

[33] Vgl. BGHSt 42, 301, 305. 转引自前引〔9〕，刘召成文，第37页。

没有疑义的决定，遵循尊严死亡的法律程序。唯有如此，医生才能避免对生命权造成侵犯，消除医疗行为的法律风险。

从生命权角度看待尊严死亡，不仅有国际公约依据，也有一些国家的司法判例可资参考。例如，在2015年的一个案件中，加拿大最高法院指出，加拿大刑法第14条和第241(b)条禁止帮助自杀的法律禁令，违反了加拿大宪章第7条关于生命、自由和安全权利的规定。加拿大最高法院在该案中强调，当法律通过直接或者间接方式，导致个人死亡或者增加死亡风险时，例如刑法禁止帮助自杀，可能迫使一些个体不得不提前自杀，以免随后因不能自杀而遭受无法忍受的痛苦，此种情况下就涉及宪法生命权条款的适用。在加拿大最高法院看来，刑法禁止帮助自杀的规定，剥夺了个体对身体完整性和医疗救治措施的决定权，侵犯了生命、自由和安全权利，违反了基本公正原则。^[34] 据此，从生命权角度处理帮助自杀问题，消除尊严死亡的法律障碍，是尊严死亡法律制度的显著进步。

三、尊严死亡的权利构造和体系解析

无论是在国际公约层面还是在国内法律层面，生命权都不是单一性权利，而是体系化的权利集合。^[35] 我国民法典人格权编扩张了生命权的内涵，在传统的生命安全基础上，确认了生命尊严这一新的元素，由此改变了生命权的权利构造，从传统的维持生命完整的消极性权利，转变为生命完整维护与生命自我决定并重的新的生命权构造。^[36]

这种整合消极权利和积极权利的新型权利构造，意味着生命权的内涵更加丰富，具有更大的包容性，并与宪法的尊严条款建立起紧密的关联。鉴此，将生命权作为尊严死亡的权利基础，有必要分析其在尊严死亡领域的具体体现。概括起来，尊严死亡的生命权体系可被分为积极权利和消极权利两个维度：消极权利涉及生命安全维度，主要是指生命安全权；积极权利则涉及生命尊严维度，主要包括生命自决权、临终医疗方式选择权、安宁疗护权和获得医生帮助权。

（一）生命安全权

传统上所讲的生命权，主要是指生命安全。联合国人权事务委员会第36号《一般性意见》第7段指出：“成员国必须保障生命权，基于足够的审慎保护个体生命免受个体或单位的剥夺，即便后者的行为不能归责于国家。成员国保障生命权的义务，还应当包括可以合理预见的、可能导致丧失生命的威胁或者危险情形。”^[37] 鉴于尊严死亡可能导致病人生命处于危险之中，因此，应当建立相应的法律保障机制。

有学者指出，生命权是以自然人的生命安全利益为内容的人格权。^[38] 生命安全权作为消极权利，旨在避免生命遭到非法或者专断的剥夺。一些国家早期的法律规定，即便是自杀行为，也属于危及生命安全权的犯罪。例如，英国在1961年才从其刑法中废除“自杀罪”，加拿大则直至1972年才废除其禁止自杀的刑法规定。伴随自杀的去罪化，维护生命安全权的法

[34] See *Carter v. Canada (Attorney General)*, 2015 SCC 5, [2015] 1 S. C. R. 331.

[35] 参见王建平等：《生命安全机制与生命权立法》，《当代法学》2017年第5期，第104页以下。

[36] 参见前引〔9〕，刘召成文，第40页。

[37] 参见前引〔23〕。

[38] 参见韩大元：《生命权的宪法逻辑》，译林出版社2012年版，第11页。

律致力于保障个体免受他人非法或者专断地剥夺生命。

在尊严死亡领域，维护生命安全权主要会涉及医生未经病人同意剥夺病人生命的风险。作为一般性的医疗准则，为保障病人的生命安全权，医生采取的治疗措施不能危及病人生命。如果病人不同意终止生命，而医生自主决定使用药物终止其生命，就涉嫌谋杀犯罪。类似地，如果病人没有申请或同意终止生命，而医生故意过量用药，加速其死亡，也涉嫌谋杀犯罪。即便是在抢救病人的情形，也应取得患者或其近亲属的同意，其例外情形受到严格限定，并且需由其他程序来补足。对此，《最高人民法院关于审理医疗损害责任纠纷案件适用法律若干问题的解释》（法释〔2017〕20号，经法释〔2020〕17号修正）第18条规定，“因抢救生命垂危的患者等紧急情况且不能取得患者意见时，下列情形可以认定为民法典第1220条规定的不能取得患者近亲属意见：（一）近亲属不明的；（二）不能及时联系到近亲属的；（三）近亲属拒绝发表意见的；（四）近亲属达不成一致意见的；（五）法律、法规规定的其他情形。”依民法典第1220条，此时须经医疗机构负责人或者授权的负责人批准，才能立即实施相应的医疗措施。

需要强调的是，一般意义上的生命安全权，主要关注生命遭到非法或者专断剥夺的外在风险。相比之下，病人主张生命自决权，自愿选择终止生命，并不直接涉及非法或者专断剥夺生命的外在风险。但是，由于此类尊严死亡情形涉及病人对生命安全权这一重要权利的放弃，也应当建立相应的法律保障机制。欧洲人权法院在一起案件中指出，放弃公约权利的行为，必须通过明确无误的方式（in an unequivocal manner）作出，同时，对（程序）权利的放弃，应当根据权利的重要程度，提供与之相对等的、最低限度的法律保障。^[39] 尽管这一案件涉及的是《欧洲人权公约》第6条公正审判权事项，但欧洲人权法院的裁判观点蕴含着对放弃公约权利行为的处理规则，应当同样适用于放弃其他公约权利的行为。欧洲人权法院的这一裁判规则，体现了对放弃权利这一特殊情形的特殊法律保障。对于尊严死亡的情形，如果病人决定放弃生命安全权这一重要权利，就应当在充分知晓自身权利的基础上，以明确无误的方式作出这一意思表示。为保障病人的生命安全权，法律应当建立防止尊严死亡滥用的程序机制，规范医生的治疗措施，体现人格权法注重事前防范的预防功能。^[40]

（二）生命自决权

基于康德哲学，人的尊严关键在于主体自治。作为有尊严的个体，主体自治突出体现为生命自治，即自主决定生活方式和生命抉择。^[41] 有学者在论及人格权时审慎地指出，我国民法典关于维护生命尊严的规定，不能解释出个人对其生命享有自主决定的权利，更不能将其解释为个人有权积极地选择停止维持生命医疗措施甚至通过请求医生注射致命药物等方式加速死亡。^[42] 但实际上，生命尊严的价值，恰恰在于个体对自身生命作出自主决定的能力。当生命丧失自我维持的自治能力，完全沦为疾病与延续生命医疗措施等外物他主决定的对象时，仍然坚持生命存续的绝对价值，实际上无益于实现人格发展的终极目的；反之，主体对生命的自我决定与选择，符合生命权之终极目的在于促进人格发展的价值取向。^[43]

[39] See Pfeifer and Plankl v. Austria, 25 Feb. 1992, Series A no. 227, (1992) 14 EHRR 692.

[40] 参见前引〔31〕，王利明文，第18页。

[41] See James Griffin, *On Human Rights*, Oxford University Press, 2008, pp. 150 - 152.

[42] 参见前引〔31〕，王利明文，第11页。

[43] 参见前引〔9〕，刘召成文，第40页。

人为延续痛苦而又没有尊严的生命，不是生命权的本意。一些国家从早期将自杀视为犯罪，到自杀去罪化的理念和制度转变，充分体现出对个体自治特别是生命自治的尊重。在尊严死亡合法化的国家和地区，病人的生命自决权得到了法律的认可。例如，澳大利亚维多利亚州2017年自愿协助死亡法案第5条（b）项明确指出，每个人的自治权应当得到尊重。在尊严死亡领域，认同生命自决权，意味着当病人身患绝症或者完全依赖于维持生命的医疗措施时，由于有尊严的良好生活无望，只能两害相权取其轻，自主选择有尊严的死亡方式。

我国民法典提到的生命尊严包括诸多层面，例如生命安宁利益权或者体面生活的权利，这些权利包含较高的价值蕴含和追求，往往取决于诸多外部条件，法律所能提供的保障比较有限。相比之下，尊严死亡作为个体对临终医疗方式（或死亡方式）的选择，完全属于个体自治范畴，无需依赖外部条件，因此在法律上理应予以保障。同时，由于尊严死亡通常需要借助医生帮助，因此，病人生命自决权的行使可以免除医生的法律责任。

毋庸讳言，作为积极权利的生命自决权，与作为消极权利的生命安全权存在一定的紧张关系。如果片面强调生命自决权，忽视尊严死亡的程序规制，就容易不当侵害生命安全权。考虑到生命自决权的特殊性，既要尊重个体的生命尊严，也要防止不必要的自杀或者协助自杀情形。对此，联合国人权事务委员会第36号《一般性意见》第9段强调指出：“尽管认可个体自治的人性尊严所具有的核心价值，成员国应当采取足够措施，在不违反公约义务的前提下，预防自杀行为，特别是处于脆弱状态下的个体的自杀行为，包括那些被剥夺自由的个体。”^[44]基于上述考量，对生命自决权的尊重，应当以避免生命安全权遭到非法或专断剥夺为前提，鉴此，尊严死亡的适用对象和程序应当加以严格限定。

（三）临终医疗方式选择权

从医疗专业角度看，尊严死亡可以被视为一种特殊的临终医疗方式。不过，涉及尊严死亡的临终医疗方式有不同的类型，包括医生使用药物快速终止生命、医生协助自杀和停止维持生命医疗措施等。在认可生命自决权的基础上，对于不同的临终医疗方式，病人也应当拥有选择权。例如，澳大利亚维多利亚州2017年自愿协助死亡法案第5条（c）和（h）项规定，每个人有权对自身接受的医疗措施作出明智的决定，得到包括舒缓疗护在内的有关医疗选择方案的信息；每个人都有权对自身接受的医疗和疗护作出真正的选择。

强调临终医疗方式的选择权，除了尊重病人的主体性地位外，还涉及对不同医疗方式所涉风险的差异化法律规制。尽管停止维持生命医疗措施属于尊严死亡的适用形式，但在荷兰和比利时，这种做法被视为常规医疗行为，意味着病人因疾病自然死亡。^[45]在 *Lambert and others v. France* 案中，^[46] 欧洲人权法院认为，停止维持生命医疗措施，并不涉及国家保障生命权的消极义务，而仅涉及国家的积极义务，例如此类决定是否具有充分的程序保障、是否尊重病人及其家属的意愿以及是否公平。

相比之下，对于医生使用致命药物立即终止生命以及医生协助自杀的情形，则应当遵循有关法律规定的适用程序，并要求医生向有关机构或者主管当局报告病人非自然死亡，以便接受

[44] 参见前引 [23]。

[45] See Lars Johan Materstvedt *et al.*, *Medical Murder in Belgium and the Netherlands*, 42 *Journal of Medical Ethics* 621 (2016).

[46] See *Lambert and others v. France* [2015] ECHR.

其审查监督。需要指出的是,病人可能主动请求医生加大药物剂量,虽然不能立即终止生命,但是可以加快死亡进程,这种俗称“慢性安乐死”的做法,也应当遵循有关法律的程序规定。

尽管停止维持生命医疗措施与使用致命药物立即终止生命或者协助自杀等措施均属尊严死亡的范畴,但是从医疗角度看,上述措施在适用方式和法律风险等方面并不相同。鉴此,对于采取不同类型措施的尊严死亡情形,有必要建立差异化的规范框架,实现生命质量与个体自治之间的合理平衡。

(四) 安宁疗护权

作为尊严死亡的替代或者辅助措施,安宁疗护对于缓解病人痛苦、维护生命尽头的尊严,具有不容低估的重要价值。例如,澳大利亚维多利亚州2017年自愿协助死亡法案第5条(d)项规定,每个临终病人都应当得到高质量的疗护,最大限度地减少病人的痛苦,提高病人的生命质量。即便有些学者对生命自决权存在疑虑,但论及安宁疗护时,仍然主张维护生命尊严与患者临终关怀并不矛盾,可以从维护生命尊严的角度作出人格权编承认对患者的临终关怀之解释。^[47]

强调安宁疗护权的独立价值,并将其与生命自决权区分开来,有助于消除对尊严死亡的不当误解。有意见认为,安乐死的合法化,是为了缓解医疗系统不堪重负的局面,即医疗系统无需投入资源解决安宁疗护面临的问题。^[48]如果奉行此种功利主义考虑,将尊严死亡作为安宁疗护资源不足的替代措施,尊严死亡的正当性势必遭到质疑。实际上,安宁疗护与尊严死亡并不是非此即彼,而是相辅相成的关系。对于不符合尊严死亡适用条件的情形,为缓解病人的痛苦,可以采取安宁疗护措施。对于符合尊严死亡适用条件的情形,也可以先行采取安宁疗护,在必要的情况下,才根据病人意愿实行尊严死亡。

(五) 获得医生帮助权

与自杀不同,尊严死亡的常见情形,例如使用药物立即终止生命以及医生协助自杀等情形,都依赖于适格医生的专业帮助。尽管尊严死亡主要涉及病人自身的自治权利,但因牵涉医疗措施的适用,所以有必要关注病人获得医生帮助的特殊权利。例如,澳大利亚维多利亚州2017年自愿协助死亡法案第5条(e)项规定,病人和医生的医患关系应当得到支持和维系。

所谓获得医生帮助权,主要是指对于符合尊严死亡适用条件的病人,有权在适格医生的帮助下,选择适当的临终医疗措施,包括申请医生使用药物立即终止生命,或者在医生协助下实施自杀。通过建立和完善尊严死亡法律制度,有助于规范医生的治疗措施,实现法律逻辑与医疗逻辑在生命权领域的有机统一。同时,正是由于医生的介入,使得病人的生命安全可能面临外在风险,才有必要严格规范尊严死亡的适用对象和程序。

四、尊严死亡的程序规制

为保障生命权,传统做法是将危及生命的行为纳入刑法规制,一些国家还将自杀规定为犯罪行为。对于非法剥夺他人生命的谋杀行为,刑法规制的正当性毋庸置疑,这也是国际公约和国内法保障生命权的基本要求。然而,对于尊严死亡,因其牵涉生命自决等权利诉求,以及复

[47] 参见前引〔31〕,王利明文,第11页。

[48] See Emmanuelle Bélanger et al., *Of Dilemmas and Tensions: A Qualitative Study of Palliative Care Physicians' Positions Regarding Voluntary Active Euthanasia in Quebec, Canada*, 45 *Journal of Medical Ethics* 50 (2019).

杂的政治和道德考量，将其简单地纳入刑法规制并不可取。特别是在道德观念不断演进，尊严死亡逐步得到社会认同的背景下，以制裁为主的刑法规制存在明显局限，容易面临正当性争议。与此同时，考虑到尊严死亡存在滥用的可能，一旦缺乏必要的法律规制，个体的生命安全特别是面临医疗困境的弱势群体，也容易陷入风险之中。为均衡现实需求和风险防范，可行的做法是加强对于尊严死亡的程序规制。在尊严死亡合法化的国家，程序规制是通行做法和基本经验，荷兰 2000 年依申请终止生命和协助自杀（审查程序）法，就是一部典型的规制尊严死亡的程序性法律。通过正当程序防范尊严死亡的滥用风险，也是人格权法作为预防性法律的重要体现。在此基础上，考虑到生命权作为“至高无上的权利”，是整个人权体系的权利基础，对生命权的保障应当适用比其他权利更为严格的程序标准。

（一）病人最佳利益原则

作为临终医疗措施，尊严死亡的规范适用，需要立足专业的医学标准。实际上，病人选择尊严死亡的意愿，在很大程度上取决于医生提供的诊疗信息和治疗意见。鉴于医生的专业医疗判断至关重要，从维护生命安全和生命尊严的角度，医生对尊严死亡的建议与执行，应当遵循病人最佳利益原则。

关于病人最佳利益原则，英国的 Airedale NHS Trust v. Bland 案^[49]可资参考。该案中，法院认为，医生有义务维护病人最佳利益，需要采用侵入性和危险性措施维系生命的情形，并不符合病人最佳利益，因此，医生没有义务通过此类医治措施延续病人生命。该案判决反映了英国法院尊重生命尊严的基本态度，在此基础上，英国医学会医疗伦理委员会制定了停止延续生命医疗措施的实践指引，^[50]其中提到，当病人缺乏意思决定能力时，应当基于病人最佳利益原则，决定是否提供延续生命的医疗措施。2010 年，英国一般医疗委员会发布临终疗护报告，再次强调以病人最佳利益原则为基础，基于医生和病人的共同意思决定是否采取延续生命的医疗措施。^[51]尽管英国的上述举措主要针对的是停止延续生命的医疗措施，但作为核心要求的病人最佳利益原则，无疑也适用于尊严死亡的其他情形。

在尊严死亡合法化的国家和地区，相关法律基于病人最佳利益原则，确立保障生命权的医学标准，并为医疗实践审慎设定法律边界。例如，荷兰 2000 年依申请终止生命和协助自杀（审查程序）法第 2 条第 1 款规定了医生审慎注意义务的各项具体要求，并强调医生审慎终止病人生命或者协助病人自杀。比利时和澳大利亚维多利亚州的尊严死亡法律制度，也都体现了病人最佳利益原则的基本要求。

在法律和医疗领域，坚持病人最佳利益原则，对于维护病人合法权益，构建和谐医患关系，具有不容忽视的重要意义。^[52]我国医事法律和实践此前对病人知情同意等权利关注不够，尚未真正确立病人最佳利益原则。但立足医疗实际，无论是常规诊疗还是尊严死亡，都应当将维护病人最佳利益作为核心原则。以该原则为基础，建立相对客观的医疗诊治标准，有助于划定医生审慎注意义务的要求和边界。同时，病人最佳利益原则的确立，有助于推动健全和

[49] See Airedale NHS Trust v. Bland [1993] 1 All ER 821.

[50] See British Medical Association Medical Ethics Committee, *Withholding and Withdrawing Life - Prolonging Medical Treatment: Guidance for Decision Making*, 3rd ed., 2007, <http://www.gmc-uk.org/>.

[51] See General Medical Council, *Treatment and Care Towards the End of Life: Good Practice in Decision Making*, 2010, <http://www.gmc-uk.org/>.

[52] 参见祝彬：《论患者最佳利益原则》，《医学与哲学（人文社会医学版）》2009 年第 5 期，第 33 页。

完善医事法律制度，合理设定医疗事故责任，特别是防止将医疗风险完全交由医生个人和医疗机构承担，从而避免过度医疗和防御医疗等情形。^[53]作为医疗法律制度的特殊分支，尊严死亡法律制度的构建，包括限定尊严死亡对象、确立病人知情同意规则以及建立具体适用程序等，应当体现以病人为中心的理念，坚持病人最佳利益原则，切实维护病人的合法权益。

（二）适用对象限定规则

尊严死亡是具有内在限定性的制度安排，其中最重要的一点，当属适用对象受到严格限定。尽管学者对尊严死亡的对象提出了各种标准，但从现有立法实践看，除那些处于脑死亡状态或者失去意识、依赖生命维持医疗措施的病人外，尊严死亡目前主要适用于遭受无法忍受的疼痛或痛苦但又无法救治的病人，通常是临终病人。将尊严死亡对象限定为此类特殊的病人群体，体现了对生命存续和生命尊严的审慎折中。

作为最早推动尊严死亡立法化的国家，荷兰2000年依申请终止生命和协助自杀（审查程序）法规定，尊严死亡包括两种情形，即依申请终止生命和协助自杀。该法第2条将尊严死亡的对象限定为遭受持续的、无法忍受的痛苦的病人，并且要求病人确信没有其他合理方案解决当前的病痛情况。比利时2002年安乐死法规定，对于没有救治希望、遭受无法忍受的痛苦（包括身体和精神痛苦）的病人，医生可以终止病人的生命。澳大利亚维多利亚州2017年自愿协助死亡法案第9条规定，向医生申请自愿协助死亡的人员必须患有无法救治的疾病，疾病处于恶化之中并将导致死亡，即将在不超过12个月内死亡，无法通过该人可以忍受的方式缓解其遭受的痛苦。该条还规定，如果病人仅仅患有精神疾病，或者仅仅患有残疾，不能适用自愿协助死亡。

在这些率先推动尊严死亡合法化的国家和地区，法律之所以将尊严死亡的对象限定为遭受无法忍受的病痛的临终病人，主要是考虑，此类病人在生命的最后阶段，因遭受无法忍受的痛苦而无法维持生命尊严，只能通过寻求医生帮助，选择适用终止生命的医疗措施。这种别无选择的“选择”，充分体现出尊严死亡制度维系生命尊严的特殊价值。当然，为避免尊严死亡泛化或者滥用，这些国家的法律还通常明确地或者默示地限定，尊严死亡并不适用于普通人或者普通病人。对尊严死亡的适用对象作出严格限定，符合病人最佳利益原则的要求，值得我国医疗行业借鉴。同时，正是考虑到此类病人属于特殊群体，才有必要建立特殊的权利保障制度。

（三）病人知情同意规则

基于生命自决权，尊严死亡在伦理和法律上的正当性，关键取决于病人的知情同意。具体到临终医疗方式的选择以及安宁疗护的适用，也需要以病人知情同意为前提。病人知情同意规则，在实践中主要涉及病人申请、决策能力和预先医疗指示的效力等问题。对于未成年人和丧失意思表示能力的病人，还涉及辅助决策机制的适用。

首先，尊严死亡应当以病人自主提出申请为前提，不能由医生单方面决定适用。荷兰2000年依申请终止生命和协助自杀（审查程序）法第2条第1款规定，医生应当确信病人自愿提出申请，并告知病人疾病的治疗情况以及治疗预期。澳大利亚维多利亚州2017年自愿协助死亡法案规定了复杂的病人申请程序，病人首先要向医生提出初次申请，并由医生进行初次评估，随后可以进行咨询性评估，病人还可以在作出接受自愿协助死亡的书面声明后提出最后的申请。

[53] 前引[52]，祝彬文，第36页。

立足我国医患关系现状，医生在医疗活动中应当充分履行告知义务，改变医患信息不对称的情形，有效保障病人的知情权，^[54] 确保病人作出理性明智的医疗选择。对于无法救治的临终病人，医生应当向其告知病情信息和治疗预期，并提供治疗方案建议，但病人究竟选择何种治疗方案以及是否选择尊严死亡，应当取决于其自主意愿。作为放弃生命安全权的行为，病人选择尊严死亡，应当向医生提出正式申请，作出明确的意思表示，并由医生按照规定的程序进行专业审查评估。同时，病人不能随意提出尊严死亡的申请，而是应当事先与医生沟通，明确知晓疾病的细节信息以及无法有效医治的具体情况。

其次，病人申请尊严死亡，应当具有自主决策能力，医生不能代替病人作出决定。荷兰 2000 年依申请终止生命和协助自杀（审查程序）法第 2 条第 1 款规定，医生应当确信病人经过充分考虑，并确信没有其他合理方案解决当前的病痛情况。比利时 2002 年安乐死法第 3 条要求安乐死的对象是具有决策能力的成年人（年满 18 周岁），以及能够独立作出决策的未成年人（通常是指 16 周岁以上的未成年人）。^[55] 澳大利亚维多利亚州 2017 年自愿协助死亡法案第 9 条规定，向医生申请自愿协助死亡的人员必须年满 18 周岁，具有自愿协助死亡的决策能力。

鉴于尊严死亡以病人主动申请为前提，为确保申请的有效性，病人应当具有提出此类申请的决策能力。对病人决策能力的评估，应当综合考虑病人的年龄、病痛情况、精神状态以及对医疗方案的认知等因素。对于没有决策能力的病人，特别是不能独立作出决策的未成年人，除特定情形下的辅助决策机制外，不能适用尊严死亡。

再次，病人可以订立预先医疗指示，自主确定临终医疗方式。研究显示，预先医疗指示有助于尊重病人的临终意愿，保障病人的自我决定权和知情同意权，减少对激进治疗方案的选择。^[56] 在法律上认可预先医疗指示的合法性，对医疗行业具有积极影响。例如，英国医疗协会和皇家护理学院制定了行为准则，对医生如何处理病人预先医疗指示提出建议。

涉及尊严死亡的预先医疗指示，因关乎生命自决权的行使，医生既要审查病人订立预先医疗指示的能力，也要审查预先医疗指示的明确性和有效性。为防止预先医疗指示内容表述不清，可考虑要求由律师起草或者审核。为确定预先医疗指示的法律效力，可考虑在必要时进行公证。需要指出的是，订立预先医疗指示本身并不等于提出尊严死亡申请，因此，预先医疗指示应当写明准许或者拒绝适用尊严死亡的具体情形。一方面，不能将病人并不认可的因素作为依据，错误地认定预先医疗指示的有效性；另一方面，也不能基于病人并未考虑的因素，错误地否定预先医疗指示的有效性。^[57] 如果病人订立预先医疗指示后，明确作出拒绝尊严死亡的意思表示，就不能适用尊严死亡。对于病人的意思表示存在反复的情形，应当核实病人的真实意思，确保尊严死亡适用的自愿性。

最后，对于未成年人和丧失意思表示能力的病人，有必要制定可行的辅助决策机制，由其监护人或者医疗代理人依法辅助其作出决策。例如，荷兰 2000 年依申请终止生命和协助自杀

[54] 前引 [52]，祝彬文，第 36 页。

[55] See Raphael Cohen-Almagor, *Belgian Euthanasia Law: A Critical Analysis*, 35 *Journal of Medical Ethics* 437 (2009).

[56] 参见刘跃华等：《预先医疗指示制度与临终医疗资源利用——基于 RCT 研究的文献综述》，《社会保障研究》2016 年第 6 期，第 94 页。

[57] See Jonathan A. Hughes, *Advance Euthanasia Directives and the Dutch Prosecution*, 47 *Journal of Medical Ethics* 253 - 256 (2021).

(审查程序)法第2条第2款规定,如果病人已满16周岁,丧失意思表示能力,但此前基于对自身利益的合理认知,已经签署申请终止生命的书面声明,医生可以执行该申请,并适用审慎注意义务。该条第3、4款进一步规定,对于已满16周岁未满18周岁的未成年人,如其对自身利益具有合理认知,在其家长或者监护人参与决策过程的前提下,医生可以根据其父母的申请终止生命或协助自杀;对于已满12周岁未满16周岁的未成年人,如其对自身利益具有合理认知,在其家长或者监护人同意终止生命或者协助自杀的前提下,医生可以执行其父母的申请。2014年2月28日,比利时对安乐死法作了修正,规定如果医生能够确定,病人属于自主的未成年人(未满18周岁),具有判断能力,并且在提出申请时具有意思表示能力,那么对其实施安乐死就不构成刑事犯罪。同时,医生必须确定,未成年病人有能力判断自己因持续和无法忍受的痛苦而处于无法救治的状态,这种状态无法缓解并将很快导致死亡,并且这种状态是事故或者严重的、不可救治的疾病所致。^[58]基于知情同意规则,对于一般的医疗情形,如果未成年人具有相应的理解能力,通常无需他人代理行使同意权。但是在尊严死亡情形,因涉及生命权这一特殊权利,未成年人难以充分理解尊严死亡的过程和后果,应当由其家长或者监护人作出替代同意。对于未成年病人的家长或者监护人代为提出申请的,应当按照病人最佳利益原则的要求,由医生对申请是否符合尊严死亡的适用条件进行审查评估。

对于终止维持生命治疗措施的情形,日本法院的判例认为,如果病人丧失意思表示能力,可以通过推定的病人意思予以认可。^[59]在探寻病人的真实意思时,记录其本人生前意思的媒介(预先医疗指示、录音、录像等),同住的家人以及熟知病人生活、思考方式的人对于病人意思的推测,都是确认的重要线索。如果无法据此得知病人的本意,就应当坚持存疑时生命利益优先原则,继续采取各种医疗措施。^[60]对于丧失意思表示能力的病人,如果订立了预先医疗指示,特别是在预先医疗指示中设立了医疗代理人的情形,可以结合预先医疗指示设定的条件,由医疗代理人辅助提出尊严死亡申请。如果并未订立预先医疗指示,则与未成年病人类似,应当由其监护人作出符合病人最佳利益的决定。如前所述,病人的监护人或者医疗代理人提出的尊严死亡申请,应当符合病人最佳利益原则。^[61]

(四) 正当医疗程序规则

为督促医生履行审慎注意义务,有效维护病人生命权,同时避免医生面临不必要的法律风险,有必要建立规范化的尊严死亡医疗实施程序。在此基础上,对于适用尊严死亡存在争议的情形,可以审查医生是否严格执行程序规范,从而明确责任、解决争议。

在尊严死亡合法化的国家和地区,普遍通过立法确立严格的医疗实施程序。例如,荷兰2000年依申请终止生命和协助自杀(审查程序)法第2条第1款规定,基于审慎注意义务,医生应当至少咨询一位独立的医生,并由该医生在诊治病人后,出具关于审慎注意义务要求的书面意见。该法第三章规定设立专业的区域复核委员会,对医生依申请终止生命和协助自杀的报告进行审查,评估医生是否履行审慎注意义务;如果委员会认为医生未能履行审慎注意

[58] See Toni C. Saad, *Euthanasia in Belgium: Legal, Historical and Political Review*, 32 *Issues in Law & Medicine* 199 - 200 (2017).

[59] 参见日本横滨地方裁判所1995年3月28日判决,《判例時報》1995年第1530期,转引自前引〔15〕,刘建利文,第19页。

[60] 参见前引〔15〕,刘建利文,第19页以下。

[61] 参见李大平等:《预立临终医疗指示相关问题研究》,《中国卫生事业管理》2017年第6期,第443页以下。

务，应当将审查意见通知检察官委员会和区域保健监督员。又如，澳大利亚维多利亚州 2017 年自愿协助死亡法案规定了系统的评估、声明和实施程序，并由自愿协助死亡复核委员会进行监督，持续完善自愿协助死亡的质量和安全性。

实际上，即便尊严死亡尚未合法化，也应当严格规范临终医疗程序，避免病人生命权（包括生命安全和生命尊严）遭到不当侵犯。例如，日本厚生劳动省于 2007 年出台《关于临终期医疗决定程序的指导意见》（该意见于 2015 年更名为《关于人生最后阶段医疗决定程序的指导意见》），规定由专业医务人员组成的医疗护理团队慎重进行医学判断，决定病人的临终医疗方案，进而形成对于病人生命权的程序保障模式。^[62]

为规范尊严死亡的医疗适用，保障病人最佳利益，有必要整合法律的正当程序要素，构建法治化的尊严死亡医疗实施程序，实现法律规范和医疗规程的有机融合：

一是建立严格的审查评估程序。对于病人或其监护人、医疗代理人提出尊严死亡申请的情形，应当由专业医生进行审查评估，确定是否符合尊严死亡的适用条件。在审查评估环节，医生应当对病人进行诊治，询问病人或其监护人、医疗代理人对病情、医疗方案和尊严死亡后果是否充分知情；对于有预先医疗指示的情形，应当审查预先医疗指示的明确性和有效性。经审查评估，对于不符合尊严死亡适用条件的情形，医生应当拒绝有关申请；对于符合尊严死亡适用条件的情形，医生应当进一步征求同行专业意见。

二是建立规范的专业复核程序。医生经审查评估，初步认为申请符合尊严死亡适用条件的情形，基于审慎注意义务的要求，应当至少咨询一位独立的医生，或者征求专门的委员会意见，并由该医生或者委员会在诊治病人后，出具专门的书面复核意见。这种专业复核不以申请为前提，是自动适用的医疗审核程序，有助于避免审查评估出现失误或者偏差。其他医生或者委员会经复核认为有关申请不符合尊严死亡适用条件的，应当拒绝有关申请；认为有关申请符合尊严死亡适用条件的，应当出具书面复核意见。负责审查评估的医生接到书面复核意见后，应当制作同意尊严死亡的书面医疗意见，并按照规范流程启动尊严死亡医疗适用程序。

三是建立审查评估与医疗适用分离规则。为避免尊严死亡的不当适用，对尊严死亡申请进行审查评估或者复核的医生，不应当继续负责尊严死亡的医疗适用。这意味着，经审查评估和复核后，对于符合尊严死亡适用条件的情形，应当由其他医生负责尊严死亡的医疗适用。在尊严死亡的医疗适用环节，具体负责的医生应当对病人进行诊治，核实病人是否符合尊严死亡的适用条件。在该环节，病人可以选择适用安宁疗护措施。通过审查评估与医疗适用相分离，设置医疗适用环节的最后诊治程序，既能防止尊严死亡的误用风险，也能体现审慎注意义务的内在要求。

四是建立适用情况自动报告和事后监督程序。对于适用尊严死亡的情形，具体负责医疗适用的医生应当履行报告义务，制作适用情况报告，并附同意尊严死亡的书面医疗意见和有关书面复核意见，及时提交给有关机构审查监督。为加强对适用尊严死亡的事后监督，应当借鉴域外经验，建立专门的尊严死亡复核委员会，对尊严死亡的适用情况进行医疗和法律监督。对于经事后监督，认为医生未能履行审慎注意义务，或者未按照规范程序适用尊严死亡等情形，应当移送司法机关处理，依法追究有关人员的法律责任。

[62] 参见前引 [15]，刘建利文，第 24 页以下。

结 语

尊严死亡是医疗科学与社会伦理高度发达的现代产物。面对临终病人的生命尊严需求,应当积极探索尊严死亡的法律化路径。为维护病人生命权,避免尊严死亡滥用,应当认真分析其权利构造和要素体系,从生命安全权、生命自决权、临终医疗方式选择权、安宁疗护权和获得医生帮助权等维度,明确生命权在尊严死亡领域的具体要求。在此基础上,基于病人最佳利益原则,从限定适用对象、确保病人知情同意、设立正当医疗程序等方面,系统构建尊严死亡的程序规范,推动医疗行业完善临终医疗措施的标准和规程,实现法律逻辑与医疗逻辑的有机统一。死亡是人生不可避免的终点,但为了维护生命尽头的尊严和权利,法律制度不能缺席,并且应当在引领生命人道和医疗伦理等方面发挥积极作用。

Abstract: In modern society, dignified death is a controversial social phenomenon that involves both the developing medical standards of death and such legal issues as personal dignity and life self-determination. Compared with natural death, dignified death can be seen as the last choice of the dying patients suffering from unbearable pain. The focus of dignified death is not the death itself, but the security and dignity of life. By recognizing the right to life as the basis of dignified death, a dual framework containing positive rights and negative rights can be established, which embraces a system of rights including the right to the security of life, the right to self-determination of life, the right to the choice of medical plans, the right to palliative care, and the right to the assistance of physicians. In order to protect the right to life of the patients' and prevent the abuse of dignified death as well as the legal risks faced by physicians, it is necessary to establish the relevant rules and procedures based on the rationale of the patient's best interests, which include the rule of limiting the application to the specified patients, the rule of informed consent of the patients, and the due process of the medical procedure, so as to contribute to the refinement of the medical treatments of the dying patients.

Key Words: dignified death, personal dignity, the right to life, euthanasia, life ethics
