关于安乐死合法化资料

历史：

2000年，荷兰议会一院以46票赞成、28票反对、l票弃权的结果通过了安乐死法案。这标志着荷兰成为了世界上第一个安乐死合法化的国家。

早在1999年11月28日，荷兰议会二院就已经通过了安乐死法案。至此，有关安乐死法案的司法程序已经基本完成，女王签署并经官方公布后，这一法案就可成为正式法律并生效。

其实荷兰对推行安乐死一直走在欧洲诸国的前列。1993年，荷兰国会使安乐死行为非刑事化，即部分合法，并且确定了医生不会被起诉的“指导原则”。新的法案不仅永远解除了安乐死的实施者——医疗部门或者医生的后顾之忧，而且实施起来更加容易，使荷兰真正成为世界上第一个安乐死完全合法的国家。

安乐死法案实施意味着在过去20多年来医生让绝症病人安乐死的常见做法从此完全合法，今后只要医生遵守严格的规定，他们将被免于法律起诉。

法案为医生实施安乐死规定了严格而细密的条件。首先，病人必须在意识清醒的状态下自愿接受安乐死，医生则必须和病人建立密切的关系，以判断病人的请求是否出于自愿或是否深思熟虑。

其次，病人所患疾病必须是无法治愈的，而且病人所遭受的痛苦和折磨被认为是难以忍受的，医生和病人必须就每一种可能的治疗手段进行深刻讨论，只要存在某种医疗方案可供选择，就不实行安乐死。

第三，主治医生必须与另一名医生进行磋商以取得独立的意见，而另一名医生则应该就病人的病情、治疗手段以及病人是否出于自愿等情况写出书面意见。

第四，医生必须按照司法部规定的“医学上合适的方式”对病人实施安乐死，在安乐死实施后必须向当地政府报告。

因受荷兰安乐死立法的启示，新加坡国会于1996年5月2日也通过了一项允许垂危病人就其生命延续问题进行自决的法案。据新加坡卫生部部长杨荣文介绍，这部法案旨在使那些身患不治之症且已进入晚期的病人，就是否继续依赖治疗延续其生命这一问题，有权依照自己的意愿做出最终决定。他还说，这部法案的实施同时也将免除那些病人家属不得不进行这种抉择的两难之苦。据悉，这一法案适用于任何21岁以上的新加坡公民，而法案在实行一年之后再次进行修改，并最终以法律的形式确定下来。继荷兰、新加坡之后，1996年5月，澳大利亚北部地区议会也通过了澳国历史上第一部有关安乐死的地区性法律（即《垂危病人权利法》），从而使安乐死在北部地区合法化。在这一法案通过之后，同年9月22日，澳大利亚医生尼奇克通过一台由电脑所控制的特别“死亡机器”，向66岁的晚期前列腺癌症患者鲍勃·邓特注射了过量的巴比妥酸盐毒剂致其死亡。邓特因此成为澳大利亚北部地区第一部安乐死法律生效后自愿接受安乐死去世的第一人。此后，尼奇克又采取同样的方法帮助一名52岁的皮肤癌患者珍尼特，米尔斯实施了安乐死。然而，好景不长，在经历了人们半年多的争议以后，1997年3月25日凌晨澳大利亚参议院以38票对33票的微弱多数通过了终止这一法律的提案，从而使得这部安乐死法案在出生仅10个月之后即被扼杀于襁褓之中。

迄今为止，就整个世界而言，虽然在立法上明文规定安乐死合法的国家并不是很多，但是在社会上和临床实践中，赞成安乐死并在实际上施行了安乐死的国家并不少。例如，在英国，安乐死在法律上是被严格禁止的，因为根据英国1961年颁布的“自杀法案”，帮助和建议别人自杀的人最高可被判处14年的监禁。但在英国民间赞成安乐死的却占大多数，据1991年英国民意调查显示，有72%的英国人支持实行安乐死。另据英国《星期日泰晤士报》1998年11月15日报道，英国已有2.7万人在医生的帮助下以安乐死的方式结束了生命。又据一项秘密调查显示，在英国的3.6万名医生中，有七分之一的人曾在病人的要求下通过中断治疗或过量用药等方法帮助他们死亡。又如，在法国，该国民意测验调查所于1988年曾经向1000名18岁以上有代表性的法国人提出这样一个调查问题：“在20生命刑法与环境刑法研究患者无法治疗并伴有无法抑制的痛苦的重病时，你是否赞成病人有权在别人的帮助下死去？”结果有85%的人赞成，I1%的人反对，4%的人没有表态。1990年法国又作了一次大范围的民意调查，调查结果显示，安乐死的支持率为76%。从这两次民意调查的结果来看，大多数法国人是赞成安乐死的。在临床实践中，其实也有不少医生在私下里偷偷地实施安乐死。据1998年7月29日《法制日报》报道：法国巴黎有一名叫作玛莱夫勒的女护士自1997年1月以来，用安乐死的方法帮助近30名72岁至88岁的受绝症折磨的晚期癌症患者结束了生命。她的这一行为因系擅自实施，今年7月25日，被法国司法部门指控犯有谋杀罪。但是这一指控能否成立，我们将拭目以待。再如，在美国，到目前为止，虽然只有少数州对消极安乐死给予了法律上的支持，但对积极安乐死仍旧持的是反对的态度。然而，尽管这样，安乐死在美国社会上却得到了普遍的支持，其支持率由1973年的53%现已上升到90%。同其他国家一样，在美国的现实生活中，医生帮助病人实施安乐死而被无罪开释的现象已司空见惯。例如，美国密执安州有一位被人称为“死亡医生”的病理学家凯沃尔基安，此人自1990年以来已先后协助130多名病人实现了安乐死的愿望（另有说法是：自1991年以来，此人已协助45人自杀）①，虽然他曾四度被指控犯有谋杀罪，但最终都是化险为夷。今年11月25日，凯医生再次被起诉，检察官指控凯医生对一名绝症患者实施安乐死的行为已构成一级预谋杀人罪。如果说这项指控能够成立，凯医生将有可能被判处终身监禁。凯医生这一次能否躲过牢狱之灾，我们也将拭目以待。

除了以上我们所介绍的这些国家之外，在世界上其他一些国家，随着人们对安乐死由不理解到理解，要求安乐死合法化的呼声也越来越高。例如在欧洲，自1976年以来，丹麦、挪威、瑞典、比利时甚至在天主教信徒很多的意大利、法国、西班牙等国都相继出现了自愿组成的“安乐死协会”，且参加的人数越来越多。在亚洲，比如日本、印度等国，安乐死在社会上都有很高的支持率。

不同观点

第一种观点认为，安乐死是指“无痛处死不治之症而又痛苦者和非常衰老者”①的行为。这是国外多种英文词典对安乐死所做的权威解释。

第二种观点认为，安乐死是指在不违背病患者的意愿的前提下，出于对病患者的同情和帮助，用仁慈的方法提前结束患者的生命的行为②。这是我国1988年7月在上海举行的全国首次安乐死讨论会上大多数代表所持的观点。

第三种观点认为，安乐死是指“患有不治之症的病人在危重濒死状态时，由于精神和躯体的极端痛苦，在病人或其亲友的要求下，经过医生的认可，用人为的方法使病人在无痛苦状态下度过死亡阶段而终结生命全过程”③的行为。此为我国医学界大多数专家和学者所持的观点。

第四种观点认为，安乐死是指危重病人已濒临死亡且受疾病折磨，异常痛苦，显然已无法救愈，出于怜悯心，为减除其痛苦，应其请求缩短其生命或提前死亡，使病人“安乐”地脱离痛苦的行为④。此为武汉大学法律系学生霍庭提出的观点。

第五种观点认为，安乐死是指对于患了绝症、濒临死亡的病人，由于难以忍受肉体的痛苦，本人或其家属要求让其安乐地死去时，医生为减少病人难以忍受第一编 生命刑法研究13的剧烈痛苦，采取措施提前结束病人的生命，使其安乐死去的行为①。此为郑州大学法学院叶高峰教授的观点。

第六种观点认为，安乐死是指不治之症或濒临死亡而又极度痛苦的人由于不堪忍受痛苦的折磨，在不违背本人志愿的前提下，经“安乐死”鉴定委员会认可，由医务人员依法实施的使病人在无痛苦状态下加快结束或不再延长其生存过程的医疗性措施②。此为我国学者卫亚联提出的观点。

第七种观点认为，安乐死是指对于现代医学已无法挽救而逼近死亡的病人，医生在病人本人或其亲属真诚委托的前提下，为减少病人死亡之前难以忍受的痛苦，而采取相应的措施，提前结束病人的生命的行为。此为北京市高级法院崔学锋同志提出的观点。

第八种观点认为，安乐死是指患有现代医学所确认的不治之症且濒临死亡的病人，为了减轻或免除其死亡前难以忍受的痛苦，在其本人殷切明白的嘱托下，由医生采取一定措施提前病人的死亡时间，使其平静安乐死去的行为③。此为中国人民大学法律系吴靖同志所持的观点。

第九种观点认为，安乐死是指对无法治疗而又十分痛苦的病人在经过医生、家属有时还有病人的同意后用无痛药丸结束其生命，使病人“愉快地死亡”④。此为我国学者郭大东在《东方死亡论》一书中提出的观点。

第十种观点认为，安乐死是指“为减轻濒死之病患者之痛苦，受其嘱托或得其承诺，以减轻其痛苦之方法，提早其死亡之行为”⑤。此为我国台湾学者谢兆吉提出的观点。

第十一种观点认为，安乐死是对患有不治之症濒临死亡者，在当时医疗条件无法解除其痛苦的情况下，经本人申请，通过一定程序，由医生采取主动对策，使其在无痛苦情况下结束生命的一种死亡方式⑥。此为我国学者乔世明提出的观点。

第十二种观点认为，安乐死是指身患绝症，生存无望，在濒临死亡之前，为解脱难以忍受之痛苦而萌自杀之决意，而又缺自杀之能力或勇气，乃嘱托他人帮助杀害自己，以达到自杀之目的的行为⑦。此为上海社会科学院法学所金子桐先生提出的观点。

阻碍：

阻碍安乐死合法化的因素还来自于人们对安乐死合法化后，对滥用法律的担忧。这些担忧和顾虑大致可以分为两类：一类是可以通过严谨的法律规定来加以限制和避免的；另一类则是不能仅仅依靠法律规定本身所能解决的，要依靠全社会的进步才能预防和避免的。

首先，是否有人会以安乐死的方式来逃避其社会责任或是有害于社会公益？不能说没有这种可能，但是法律可以严格规定安乐死适用对象的构成要件，从而减少和避免此类事件发生。荷兰和比利时的安乐死法对要求安乐死的主体资格作了严格规定：(1)病人必须身患绝症，并且濒临死亡；(2)病人经受着不能减轻的、持续的和难以忍受的身体与精神上的痛苦。只有符合上述条件的病人才是合格的安乐死适用对象，也只有他们才能选择安乐死。其他任何人都不能选择安乐死，这样就可以预防或避免有人以安乐死的方式来逃避其社会责任或是有害于社会公益。

其次，患者提出安乐死的要求可能是一时冲动而草率作出的决定，恢复理性后就后悔了。这种情况也是会发生的，但完善法律制度可以避免其后果的发生：(1)病人必须在意识清醒的状态下经过慎重考虑，反复要求，自愿提出采取安乐死的请求，这是实施安乐死的必要条件。其中“意识清醒”“反复要求”“自愿提出”等限定词就是防止上述情况出现的一种措施。(2)安乐死请求必须采取书面形式，并且在病人提出书面安乐死请求与实施安乐死之间必须要有一定的间隔期。《比利时安乐死法》明确规定这个间隔期至少要有一个月的时间。这就为病人一时头脑发热提出安乐死请求，恢复理性后又后悔了的情况留有充分的余地。(3)法律均明确规定：病人可以在任何时候撤回自己的安乐死请求，预先指示可以在任何时候被修订或撤销。也就是说，病人提出安乐死请求后，只要他后悔就可以撤回或撤销，不存在提出请求就必须实施的情况。(4)对于安乐死是否是病人的理性选择，在立法实践中通常规定需要两至三名医生及医务部的审查才能确定，这也就为不盲目实施安乐死奠定了基础。

观点

安乐死的本质不是授人以死，而是一种优化的死亡状态，是死亡过程的文明化。安乐死并不是提倡早死、轻视生命，而是在生命无法挽救的情况下，尊重患者的意愿，减轻和解除患者难以忍受的肉体和精神上的事实痛苦。安乐死具有现代社会价值，可以减轻亲属的负担，促进医疗资源合理配置。

进行广泛的、客观的、科学的关于安乐死的民意调查。首先，我们的法律是为广大人民利益服务的，因此，在立法之前必须听取中国各阶层民众的心声，了解他们的真实想法。我们应当了解先进生产力的代表者的思想，也应该聆听被封建思想束缚了几千年的农民的声音；我们应当了解在改革开放中先富起来的人的意见，也不能忽视还未摆脱贫困的民众的要求。其次，调查必须公正客观、科学准确。以往也曾对安乐死问题进行过多次调查，但有不少人对此提出疑虑：抽样并非十分恰当，调查问卷内容设计不甚妥切，调查方式并非合适，甚至在对被调查者进行安乐死的鼓动宣传后再进行调查；特别是当媒体聚焦某个具体的安乐死个案，公众往往容易受到媒体舆论引导的影响，缺乏独立的理性思维，从众心理决定他们随大流表态，等等。诸如这样简单化、功利化、实用主义方式统计出对安乐死的支持率具有明显的误导性

汇总

1. 安乐死合法化是大势所趋。
2. 安乐死的实施在完善和严谨的法律保障下是安全的。
3. 安乐死是维护患者尊严的体现。