

如何为“脑死亡”立法

华东政法学院 聂飞舟

今年3月1日,日本几家医院成功地将一名脑死亡者的心脏、肺、肾、角膜等器官移植给几位急需者。日本医学界几十年来一直梦寐以求的脑死亡后器官移植变成了现实。首相小渊惠三也为此振奋,宣称这次移植手术开创了一个“新纪元”。同年2月,约旦国王侯赛因因患淋巴瘤进行骨髓移植手术后,出现排异反应,致使无呼吸、主要脏器功能衰竭,仅靠人工生命维持系统维持,实际处于“脑死亡”状态。据此约旦王国政府宣布其逝世,由其儿子继承王位。不明真相的人还以为侯赛因之死是因政治上的原因所致。与此同时,今年人大九届二次会议上,3位来自医学界的代表提出3份器官移植议案而成为各界人士及新闻舆论报道的焦点。那么究竟何谓“脑死亡”?“脑死亡”的法律后果和一般死亡有何差异?“脑死亡”对于器官移植又有何影响?如何在法律上对此规范?

“脑死亡”的由来

传统医学理论认为,人的心脏、脉搏停跳、呼吸停止、瞳孔放大可以认定该人已经死亡,医院也就没有必要继续为之抢救。随着医学技术的进步,生命维持系统的出现,医学界人士发现一些病人虽然脑部已经不可逆转地坏死,但呼吸和心跳却未停止,此时病人是否已经死亡,颇难判断。而另一方面,一些病人尽管心跳和呼吸均已停止,甚至各种神经反射消失,但经努力抢救,却又“死”而复生。这进一步给传统的心跳呼吸死亡标准提出了挑战。1968年,美国哈佛医学院率先宣布,包括脑干功能在内的所有脑功能不可逆性停止的人也可确认为死人,此言一出,顿时引起巨大反响。据此有专家认为应采用“脑死亡”的标准来替代传统死亡标准,以适应医学技术的新发展。1979年美国总统委员会根据对医

学、生物学、伦理学的研究,起草制定死亡法令,并经里根总统建议,在全国范围内采用脑死亡标准。随后,英国、法国、德国、瑞典等大多欧洲国家均制定出类似的脑死亡法令。受传统文化影响甚深的日本也制定了脑死亡法令,并于98年10月生效。据“脑死亡”标准,一经诊断为“脑死亡”的人,即使心跳和呼吸还能维持,也可以宣布已经死亡,并停止采取救治措施。但是,如未能确定已经“脑死亡”,即使心跳和呼吸已经停止也不能停止抢救。当然,在具体认定何谓“脑死亡”上各国均有严格的标准和观察、测定方法。如日本的《器官移植法》规定,“脑死亡”只有在两项测试和五个标准被确定之后才能认定,即脑电波曲线是平的、深度昏迷、瞳孔运动终止、脑反射消失和自然呼吸停止。其中具体测定方法乃医学之专业技术,非本文所能论及,在此不赘述。

“脑死亡”之法律分析

法律上人的权利始于出生,终于死亡。死亡又有生理死亡和宣告死亡两种。其中对生理死亡的判定,由于脑组织的坏死和呼吸心跳停止有时会出现时间差。所以采用不同的死亡标准,会导致不同的死亡时间,进而决定着死者有关法律关系的变化。如死者的权利能力终止、继承开始、婚姻关系消灭、人身保险金领取权发生等等。

受世界潮流之影响,我国医学界和法学界早在八十年代就提出了“脑死亡”问题,但未引起很大关注。近期对此的讨论似显热烈。众多学者、专家呼吁要为脑死亡立法。其理由如下:①现今世界大多数国家已经承认“脑死亡”标准的科学性,并且纷纷制定脑死亡法令,收到很好的效果。②有利于尽快稳定与死者相关的法律关系,从而确保社会正常的财产归属和流转秩序。③器官移植中的迫切需要。“脑

死亡法”能有效地缓解器官来源的不足和提高移植手术的质量。④随着医学水平和文明程度的提高,人们会乐意接受这种科学的理论。况且立法亦是一种敦促人们改变传统观念之方法。实际上,维持一个脑死亡人的心跳和呼吸,除表示对死者的感情外,无其他任何实际利益,相反却会增加死者亲属的经济压力及医疗机关的负担。

笔者对脑死亡立法持赞同态度,但同时提出应注意在程序上确保“脑死亡”的认定,包括健全鉴定程序和监督程序,目的在于避免为获取活体器官而不顾病人死活等不良情形的发生,以及其他道德观念的沦丧。以美国来说,其法令里的程序规定颇值得借鉴:其一,“脑死亡”的认定需要有两组毫无关联的医生分别鉴定,作出的结论应为一致。其二,如果该病人为自愿捐献者,那么他的主治医生以及将要参与实施移植手术的医生均不能参与“脑死亡”的鉴定。日本立法亦明文规定只有在受到两个或两个以上的医生两次以上测试和确认且两次测试的时间间隔在六个小时以上的,才可以被确认为脑死亡者。这些无不提醒我们,“脑死亡法”要从实体上和程序上双重加以构架和规范,切勿出现有实体而无程序或轻程序的现象。并针对各种违法认定“脑死亡”的情况,设定出各种法律责任。

“脑死亡法”对器官移植的影响

1998年10月15日国内曾发生了一件惊动医学界的事件,北京人民医院大夫高伟峰为救治绝境中的急症患者,在备用膜失效的情况下,从太平间摘取死者的眼球,使两名患者复明。后来死者家属发现了此情况,要求追究高大夫的刑事责任。司法机关随即立案侦查。案件披露后,众多医学专家联名请求,考虑到中国角膜库缺乏的实际情况以及高伟峰的救人动机,给予从轻处理。此事虽然被定性为动机是好的,行为有不妥,但它确实实地反映出器官捐献和移植的混乱以及操作程序的失控。以高伟峰事件为契机,有识之士呼吁中国的器官捐献、移植立法也应从快进行了。

笔者认为,传统的死亡标准,只有等到病人(原则上应该是自愿捐献者)呼吸及心跳停止后才能摘取死者遗体的器官,但此时的器官质量已变差,有的以致于不能用于移植。相反,因为很多情况下脑死亡时间早于心脏呼吸停止时间,如采用脑死亡标准,可以得到许多可利用的脏器,即可去拯救更多的急

症者。具体来说,可以分三种情况来分析“脑死亡”的意义。第一,脑死亡和呼吸心跳停止同时发生者。此时无论采用何种标准,患者均已死亡。医院可以遵循死者生前意愿,并依合法程序进行器官移植。第二,“脑死亡”尚不能确诊,但心脏呼吸已经停止者。依脑死亡标准,这种人不能认为已死亡,在医疗上尚应该采取有效措施挽救病人。当然此种情况下不能提取其器官。此时,“脑死亡法”起着保护病人生命权的功能。第三,“脑死亡”已经确定,但呼吸心跳仍未停止者。“脑死亡法”认为该种病人已“实实在在地死亡,对其可以摘取有用之器官,且器官之质量比前两种情况好得多。此时“脑死亡法”对拯救急症者的生命,功莫大焉。

但基于传统文化和伦理观念的影响,比如“死后留全尸”、“切开尸体是一种罪恶”等,同时也缺乏全国性的器官采集、登记的机构,缺少科学有效的管理机制,再加上经费和人员的欠缺,无疑使得“器官移植法”的通过必将会有很长一段路要走。当然制订“器官移植法”,必须注意与“脑死亡法”协调的问题。依笔者所见,大致有以下三种立法模式可供选择:

1、一次性通过《器官移植法》,在其中建立脑死亡的标准,从而使得器官移植在脑死亡后可合法进行。此模式为两个立法合二为一。

2、先通过《脑死亡法》,确定脑死亡标准以代替传统的死亡标准。在具体方法上,可以采取从地方到全国分步进行,即条件已经成熟的大城市率先实行《脑死亡法》,作为试点,然后逐步在全国推行。在这之后,再制定《器官移植法》,从而自然地以脑死亡标准确定死亡时间,而且由于《脑死亡法》实施在先,人们已经接受新的死亡标准,对后颁布的《器官移植法》无疑有推动作用。

3、采纳传统的死亡标准,制订《器官移植法》,以规范急需器官移植所涉及的医院和死者、医院和死者的家属及死者和家属间的种种法律关系。待时间和条件成熟后,再制定《脑死亡法》,尔后修改《器官移植法》,或者直接修改《器官移植法》,自然地导入脑死亡标准。

笔者认为,第一种模式最为理想,但依我国现实情况看,难度较大。第三种模式过于保守,缺乏立法应有的超前性,且立法频繁,滋生甚多矛盾,似不宜采纳。比较而言,第二种模式充分照顾了我国的国情,又参照了国际通行标准,采取分步立法的方法,有利于社会秩序的稳定,不失为合适的立法模式。