

# 强制性治疗精神病人权利救济 之程序保障\*

郑世保

**【提要】**《精神卫生法》把接受强制治疗的疑似精神病人分为两类：“自伤或有自伤危险型”以及“伤人或有伤人危险型”。对于前一种类型病人的强制性治疗，其近亲属享有强制治疗的最终决定权，应增设委托代理人制度以规避近亲属权利过大的问题；对于后一种类型病人的强制性治疗，病人及其近亲属仅仅有再次诊断和精神病鉴定两种救济方式，应增设司法救济方式。

**【关键词】**《精神卫生法》 精神病人 强制性治疗

**【中图分类号】**D911.05 **【文献标识码】**A **【文章编号】**1000-2952(2016)01-0085-05

在我国剥夺人身自由曾经有三种方式：司法程序、劳动教养、精神病人强制性治疗。劳动教养制度已经被正式废除。而精神病人的强制性治疗（又称非自愿性治疗）同样是剥夺人身自由，并且剥夺人身自由没有时间限制，可以长达几年、十几年甚至是终身。随着“被精神病”事件的高频曝光，2012年10月26日《中华人民共和国精神卫生法》（以下简称《精神卫生法》）紧急通过，2013年5月1日起正式施行，截至今年5月1日该法已经实施满2年。我们需要追问的是“现行的《精神卫生法》是否可以从制度上缓解乃至消解这一令人恐惧的社会现象”？特别是疑似精神病人被强制治疗时，其权利救济渠道在立法层面上是否畅通？为对上述问题的答案展开追寻，笔者以《精神卫生法》通过后受害人向法院提起的非精神病人被强制治疗民事诉讼案件（以下简称第一案）为切入点，<sup>①</sup>立足于《精神卫生法》实施2年的

实务案例，并结合民法、民事诉讼法、刑法、刑事诉讼法等相关法律法规的内容，对强制性治疗精神病人权利救济的程序保障展开探索。

\* 本文系国家社会科学基金项目（项目编号：12BFX063）、河南省高等学校哲学社会科学创新团队支持计划（项目编号：2016-CXTD-09）的阶段性成果。

① 第一案的大致案情是：由于陈丹的父母不同意她与男友交往，于2012年6月5日傍晚和4名男子撬开陈丹的房门。当天晚上7时左右一行8人（包括陈丹男友）来到了北京市回龙观医院。在“没有医生接诊，没做任何相关精神检查，没有任何诊断”的情况下，陈丹被带到了重症病房。第二天上午10时左右医生问过基本情况后，陈丹开始就父母的送治事由一一作答。第三天上午举行一次会诊，中午时分医生宣布她无需住院治疗，当天下午4时左右，陈丹离开了医院。此后陈丹起诉医院侵犯其自主权、人身自由及身体权，要求赔偿20万元，并赔礼道歉。该案案情详见同格：《精神卫生法面世后开审第一案》，《法治周末》2012年11月21日。

## 一、《精神卫生法》对强制性治疗精神病人权利救济的制度缺陷

就第一案折射出的两个问题，笔者发现《精神卫生法》针对强制性治疗精神病人权利救济的制度设计存在以下缺陷：

### （一）对近亲属权利过大问题并无弱化

在《精神卫生法》颁布之前，存在着近亲属在疑似精神病人强制性治疗中的权利过大问题。根据对该法相关条文的分析，笔者发现这一问题在《精神卫生法》中并没有被消除，反而以法律条文的形式予以了固化。近亲属权利过大问题主要发生在“自伤或有自伤危险型”疑似精神病人的强制性治疗程序中，而“自伤或有自伤危险型”精神病人又分为两类：“自伤型”和“有自伤危险型”。如果精神病人已经发生了自伤的行为，则其近亲属可以将其送入精神病医院予以强制治疗，这种立法规定是笔者可以接受的；但是对于疑似精神病人“有伤害自身的危险的行为”的判断，则医师大多数情形下需要依靠其近亲属的陈述，而实务中医院很愿意相信近亲属的陈述，从而把疑似精神病人强制性送院治疗，并且疑似精神病人并无任何救济渠道。基于此点第一案中的陈丹给《精神卫生法》打了一个不及格的分数。<sup>①</sup>

### （二）疑似精神病人权利救济渠道仅限于医学体制内运行

根据《精神卫生法》，“伤人或者有伤人危险型”疑似精神病人本人或者其近亲属对于强制住院治疗初次诊断有异议时，有权要求再次诊断。要求再次诊断时，患者或者其监护人有权选择原医疗机构，也有权选择其它具有合法资质的医疗机构，并且初次诊断医师需要回避；对于再次诊断结论仍有异议的，还可以自主委托鉴定机构进行精神障碍医学鉴定。但是所有这些程序仅在相应的医疗机构、鉴定机构之间完成，公安机关只是在再次诊断结论或精神病鉴定结论认为患者必须接受强制治疗，而患者或其近亲属不同意强制治疗时，才可以协助相

关医疗机构对患者实施强制治疗，而人民法院和人民检察院始终没有介入精神病人强制治疗的程序中。<sup>②</sup>

## 二、我国强制性治疗精神病人权利救济制度的完善

笔者认为第一案折射出的两个问题在《精神卫生法》中并没有得到解决，在本部分笔者将借鉴域外的经验，结合我国民法、民事诉讼法、刑法、刑事诉讼法等法律法规的内容，对《精神卫生法》相关内容的完善提出建构意见。

### （一）限制“自伤或有自伤危险型”强制性治疗中近亲属的过大权利

在“自伤或有自伤危险型”疑似精神病人的强制治疗中，其近亲属的权利过大，我们必须通过制度设计来限制近亲属的过大权利，防止近亲属出于某种目的把没有精神病的正常人送入精神病院进行强制治疗。笔者认为当近亲属意见与疑似精神病人意见一致时（不论疑似精神病人是否能够清楚地表达意志），因为二者意见一致，不存在疑似精神病人被近亲属强制治疗的问题；当近亲属意见和疑似精神病人意见不一致时，又分为两种情形：第一，疑似精神病人同意接受精神病治疗而其近亲属不同意；第二，近亲属同意接受精神病治疗而疑似精神病人不同意。对于第一种情形根据《精神卫生法》第31条的规定以近亲属的意见为主，不对疑似精神病人展开治疗；对于第二种情形根据《精神卫生法》第31条的规定也以近亲属的意见为主，这时则需要对疑似精神病人展开强制治疗。笔者所说近亲属权利过大的问题一般就指的是后面的这种情形。笔者拟通过增设委托监护人制度来限制近亲属的过大权利，以保护强制治疗中的该类疑似精神病人。

1. 增设委托监护人制度。在保留法定监护人制度的基础上，通过增设委托监护人制度来限制近亲属过大的权利，具体思路如下：

<sup>①</sup> 郭铁：《缺憾精神卫生法》，《民生周刊》2012年第45期。

<sup>②</sup> 卢顺珍：《海峡两岸精神病人强制治疗制度的比较研究》，《牡丹江大学学报》2012年11期。

第一，对于未成年的疑似精神病人可以推定其近亲属为法定监护人。我国《精神卫生法》对于疑似精神病人不论其是否成年，均推定其近亲属为法定监护人（实质上根据《民法通则》和《民事诉讼法》的规定，对于成年的精神病人，应通过法定程序宣告其为无民事行为能力人或者限制民事行为能力人后，才能为其指定监护人）。对于未成年人而言，一般说来其还没有形成自己的特有利益，在观点、习惯上也不会和父母差异太远，因此对于未成年的疑似精神病人完全可以推定其近亲属为法定监护人，不必担心其近亲属把他“被精神病”，在实务中也没有发现父母把精神正常的未成年子女送入精神病院的个案。

第二，对于成年的疑似精神病人应增设委托监护人制度。对于成年的疑似精神病人，由于亲属间利益冲突的因素增多，应增设委托监护人制度以规避近亲属权利过大的问题。委托监护人制度适用的前提条件是：成年疑似精神病人对于其近亲属要求其接受精神病强制治疗决定不满，在疑似精神病人所在单位或者其居委会（村委会）的见证下，疑似精神病人要求解除近亲属的监护权进而要求在近亲属之外委托监护人。在第一案中如果接受受害人陈丹的请求，委托其男友为监护人就可以避免其“被精神病”。

2. 完善委托监护人制度。一般情形下疑似精神病人的近亲属是其最值得信任的人，因而委托监护人制度仅仅是在极其特殊的情形下才能被适用，故此委托监护人的制度设置必须更加严格和严谨，以防止有非法目的的人利用委托监护人制度获取私利。在委托监护人的选任制度上可以参照日本的委托监护制度：对于那些病症并不是很严重，仍有意思表示能力的患者，在他们有表达能力的时候，可以通过委托合同等方式由其自行选任监护人，以处理其在丧失行为能力时的一些事务（包括其患病时是否接收强制性治疗）。由于该种方式选任出来的监护人是建立在疑似精神病人信任他人的基础上，故能够更好地保障其权益。委托监护合同既可以在疑似精神病人被采取强制治疗措施之前签订，也可以在被采取强制治疗措施时签订，这就必须保证疑似精神病人被采取强制治疗措施时与拟委托监

护人的见面权，因此可以借鉴台湾地区《精神卫生法》的规定：（会见拟委托监护人的请求）得以电讯传真或其它科技设备为之。如果近亲属认为拟委托的委托监护人可能伤害疑似精神病人的权益的，可以依据《民事诉讼法》关于撤销监护人制度的规定，向疑似精神病人住所地的基层法院提起诉讼，来确认该委托监护合同无效以取消委托监护人的监护权。但是在法院做出“监护合同无效”判决之前，委托监护人所做的监护行为有效，除非有证据证明委托监护人的该行为系故意伤害疑似精神病人权益的。

## （二）完善“伤人或有伤人危险型”强制性治疗中的权利救济路径

根据我国《精神卫生法》，对于“伤人或有伤人危险型”疑似精神病人，则把强制治疗的最终决定权交给了精神病鉴定机构。笔者认为这样规定过于简陋，建议通过以下制度设计来防止该类疑似精神病人（包括其近亲属）权益被侵犯。

1. 完善疑似精神病人强制治疗的送入主体。对于该类疑似精神病人强制治疗的送入主体，现行《精神卫生法》并没有规定，但是在《精神卫生法》（草案）中曾有规定：疑似精神障碍患者发生伤害自身、危害他人安全行为，或者有伤害自身、危害他人安全危险的，其近亲属、所在单位、当地公安机关应当采取措施予以制止，并立即将其送往医疗机构进行诊断。（草案）实质上赋予了上述三类主体的送入权。根据台湾地区《精神卫生法》：严重病人伤害他人或自己有伤害之虞，其保护人应协助严重病人，前往精神医疗机构办理住院，实质上赋予了保护人的送入权。日本《精神卫生法》则规定：发现疑似精神病人需要报告地方行政首脑（即使是近亲属发现了疑似精神病人也需要报告），接到报告后该首脑应尽快指定2名精神病医师前往诊治，若2名精神病医师均认定该疑似精神病人具有自伤、伤人的情形且均同意对之强制治疗，则该行政首脑有权命令收容该疑似精神病人到指定医院接受治疗，<sup>①</sup>实质上赋予了地

<sup>①</sup> 王新：《我国精神卫生立法若干问题研究》，《法律与医学杂志》2004年第2期。

方行政首脑的强制治疗的送入决定权。美国《精神卫生法》则规定：当疑似精神病人有伤人或自伤的危险时，可由警务人员、紧急救护人员或其他专业人员启动72小时的留置，把疑似精神病人送到精神病院而无需任何司法审查，实质上赋予了上述第一线人员的送入权。加拿大《精神卫生法》则规定得最为严格：任何人（包括近亲属）发现了疑似精神病人，应当向法官或者治安法官提出申请，经审查判断有必要予以强制治疗时由法官或者治安法官发出逮捕令，由警察将病人送往医院强制治疗。笔者认为界定疑似精神病人的送入权既要考虑到疑似精神病人利益的保护，又要考虑到社会的安全，以制度化的措施保障正义的落实，<sup>①</sup> 基于这种考虑可以赋予近亲属、所在单位、公安机关的送入权。但是考虑到我国行政机关和所在单位是“被精神病”的制造主体之一，<sup>②</sup> 因此如果精神病人近亲属和行政机关、所在单位意见不一致时，当以近亲属意见为主。当近亲属不同意送治而公安机关、所在单位要求送治的，则对该病人不予送治，除非公安机关、所在单位提供证据证明该疑似精神病人具有“伤人或有伤人危险”。考虑到将疑似精神病人送入到精神病院仅仅是精神病强制治疗的第一步且后面还有相应的救济渠道，此时公安机关和所在单位提供的证据只要能够达到简单证明的要求即可将疑似精神病人予以送治。

2. 引入司法救济作为疑似精神病人强制治疗的最终决定主体。我国现行的《精神卫生法》把“伤人或有伤人危险型”疑似精神病人强制治疗的最终决定权授予了精神病鉴定机构。这样做的好处是尊重精神病认定的医学规律，但是缺陷也是明显的：把精神病的认定仅仅限定在医学的领域内，而忽视了精神病的认定同时也是一个法学、社会学问题。<sup>③</sup> 而在法治发达国家（地区），精神病人的最终确认大多采用了司法体制或者是准司法体制，因此笔者对于我国的“伤人或有伤人危险型”疑似精神病人强制治疗的救济提出以下构想：

第一，司法应作为确认我国精神病人的最终机制。域外大多数国家或地区引入了司法机

制或者准司法机制作为精神病认定的最后方式，如台湾地区《精神卫生法》规定：严重病人拒绝接受全日制住院治疗者，直辖市、县（市）主管机关得指定精神医疗机构予以紧急安置，并交由二位以上直辖市、县（市）主管机关指定之专科医师进行强制鉴定。前项强制鉴定结果，仍有全日住院治疗必要，经询问严重病人意见，仍拒绝接受或无法表达时，应即填具强制住院基本数据表及通报表，并检附严重病人及其保护人之意见及相关诊断证明文件，向审查会申请许可强制住院。显然在台湾地区审查会是精神病认定的最终机构，这是一个准司法机构，审查会的成员包括了专科医师、护理师、职能治疗师、心理师、社会工作师、病人权益促进团体代表、法律专家及其他相关专业人士。在日本各地方设有精神医疗审查会，由5—15人组成，其成员由地方政府任命。对精神病人进行“是否需要强制治疗”审查认定时，从委员中选取三位精神科医师、一位法律界人士、一位社会公正人士，以合议的方式决定对于该精神病人是否需要强制治疗。在美国如果需要某个疑似精神病人施以长期的入院治疗，则应得到法院的命令，医生、心理学专家、精神病专家应向法官提供报告，有时还要在法官面前作证。

关于我国精神病人强制性治疗的最后决定权，孙东东教授认为应该由医疗机构内设的诊断监督委员会来负责。<sup>④</sup> 而王辉博士认为提供司法上的救济是最好的制度选择。<sup>⑤</sup> 王晓认为在我国现阶段国情下，司法救济是最现实的做法，<sup>⑥</sup>

① 王建国：《以冤假错案为视角看刑事司法公正》，《河南财经政法大学学报》2015年第4期。

② 姚丽霞：《以法律层面的立法完善精神病人强制治疗程序》，《法学评论》2012年第2期。

③ 杨德森：《非自愿治疗与诊断问题》，《上海精神医学》2011年第1期。

④ 孙东东：《“被精神病”相关问题的法学思考》，《中国心理卫生杂志》2012年第2期。

⑤ 王辉：《我国〈精神卫生法（草案）〉立法目的刍议》，《江西社会科学》2011年第9期。

⑥ 王晓：《依宪治国视阈下的民事诉权理论体系研究》，《中国社会科学院研究生院学报》2015年第2期。

笔者也不排除随着我国内地“职能治疗师、心理师、社会工作师、病人权益促进团体代表”等 NGO 的发展，我们也将采取我国台湾地区、日本这种更合理的做法。

第二，司法救济的具体程序。至于疑似精神病人司法救济的具体程序，应严格按照《刑事诉讼法》第四章“依法不负刑事责任的精神病人的强制医疗程序”来进行设置，<sup>①</sup>需要说明的是《刑事诉讼法》第四章是针对已经触犯刑法的精神病人必须适用的程序；而对于“没有伤人而仅仅是具有伤人危险”或者是“虽然伤人但是还没有触犯刑法”的疑似精神病人，其对于精神病鉴定结论不服的，可以按照以下程序寻求司法救济：

疑似精神病人起诉的法院为：精神病鉴定机构所在地的基层法院；起诉人为：疑似精神病人或者其近亲属（包括委托监护人），其应当在接到精神病鉴定结论后 3 日内提起诉讼；<sup>②</sup>法院裁判的方式：维持或者撤销“精神病鉴定结论”的裁定，对于法院裁定不服者不能上诉，但是可以向上级法院申请复议一次；举证责任，由精神病鉴定机构负担。

结语：《精神卫生法》在设置强制性治疗精神病人权利救济时，既要考虑对疑似精神病人权利的保护，又要考虑对社会利益的保护，因此必须兼顾二者的利益。过分强调疑似精神病人的权利保护将导致对社会利益的漠视，而过分强调社会利益则有可能牺牲疑似精神病人的权利。我国的《精神卫生法》把疑似精神病人分为两类，以期兼顾个人利益和社会利益，但

是笔者需要强调的是“自伤或有自伤危险型”疑似精神病人的强制性治疗绝不是精神病人的私事，因为任何个体的安全均和社会利益紧密相连，因此在法治发达国家，绝没有把“自伤或有自伤危险型”疑似精神病人是否接受治疗作为其私事的主张，也绝不能听任其近亲属决定是否予以救治。实质上根据现行的《精神卫生法》，“自伤或有自伤危险型”疑似精神病人近亲属权利过大包括两个部分：第一，把正常人士作为精神病人送进了医院；第二，把真正的精神病人领回家不予救治。在本文中笔者仅仅对第一种情形做出了研究、探讨，而在第二种情形中把精神病人用铁链拴在家中不予救治已成“旧闻”，这同样是不合理的也是错误的，但是现行的《精神卫生法》同样赋予了近亲属“不予救治”的最终决定权，尽管近亲属这样做的原因是极其复杂的。

本文作者：郑州轻工业学院特聘教授，  
法学博士，郑州轻工业学院社会发展研究中心、  
社会纠纷多元化解决研究中心  
研究员

责任编辑：赵俊

① 陈卫东：《精神障碍患者强制医疗的性质界定及程序解构》，《安徽大学学报》2013 年第 1 期。

② 刘东亮：《“被精神病”事件的预防程序与精神卫生立法》，《法商研究》2011 年第 5 期。

## A Research into the Right Relief of Mental Patients' Compulsory Treatment Zheng Shibao

**Abstract:** The Mental Health Act divides suspected mental patients into two categories; the self-injury or self-harm dangerous type and the wounding or wounding dangerous type. With the first type, the patients' immediate relatives have the final decision on compulsory treatment plan. To avoid the problem of their possible right abuse, an agent system is needed. With the second type, the patients and their close relatives only have two remedies; psychiatric rediagnosis and psychiatric examination. To solve this problem, judicial remedies are needed.

**Keywords:** Mental Health Act; mental patients; compulsory treatment