

★ 編者的話 ★

生命倫理講座〈醫生協助病人自殺〉於2016年9月假明愛專上學院舉行，由陳兆愷法官主講，楊紫芝教授及梁卓偉教授作回應嘉賓，講座反應熱烈，當日參加者逾二百人。講者的投影片已上載於生命倫理資源中心網頁 (www.hsscol.org.hk/bioethics/main/topic/suicide.pdf)，而陳兆愷法官更將講稿撰寫成文章，英文版全文亦已上載於中心網頁 (www.hsscol.org.hk/bioethics/main/topic/drassisted%20suicide.pdf)，歡迎查閱。

○ 本中心歡迎各界人士，以不同形式來支持推廣生命倫理的工作，聯絡及查詢 92762867陳小姐。



醫生協助病人自殺

(中文版摘要)

葉浩恩先生 譯 陳兆愷法官 校訂

他人協助下自殺

雖然自殺不是一種刑事罪行，但並不代表協助其他人自殺沒有法律責任。一個人若有動機去做此事，那他已干犯謀殺。不過，如果一個人只是按照瀕死病人（或病人親屬）之意願執行，動機是善良的話，那對他來說就不公平了。所以，當把自殺案件定非刑事化的時候，《侵害人身罪條例》的第33B條第（1）項也會納入考量，從而減輕了謀殺者的法律責任。裡面包括：

任何人協助、教唆、慫恿或促使他人自殺或進行自殺企圖，即屬犯可循公訴程序審訊的罪行，一經定罪，可處監禁14年。

但是有時候，我們的確很難劃分比較嚴重的謀殺及這種較輕的罪行。為了保持法律的公正性，法律上（第33B條第（2）項）容許陪審

團可作出[協助他人自殺罪行]的判決以代替謀殺罪的判決。若有困難區分是[協助他人自殺]或是一個合法的醫學判斷時，第33B條第（1）項訂明要提起法律訴訟前，需要律政司司長的同意才可生效，為的是保障醫護人員的安全（第33B條第（3）項）。所以，在法律上，對於醫護人員，設有兩度的安全保障。

「協助」只是個概括的詞語，法律禁止的範圍包括：協助、教唆、勸告、令到。協助及教唆，意指幫助、協助、鼓勵、促使、煽動；勸告指的是提議、引誘；而令到的意思是造成某個結果的出現。如何被認定為協助他人自殺，要視乎每個個案的實際情況。



陳兆愷法官

與醫療服務有關的原則

當醫生和護士對病人及病人的家屬履行職責時，難免需要提出一些意見，協助他們作出決定，去接受或者拒絕一些治療，以及要不要減輕病人所受的痛苦。但依據「協助他人自殺」的法律原則，醫護人員所做的任何東西都會與法律有所抵觸。這是一件很麻煩的事情。

醫護人員在履行職責時，不一定會考量做法是否合法。對這些專業人士來說，他們要以拯救生命及減輕病人痛苦為先。醫護人員在工作時，有著跟法律同等重要的原則，包括下面幾項：

- (1) **人命神聖性**——人命是神聖的，只要有一絲希望可以救活，也得去拯救（*Re T* [1992] 4 All ER 649, 661）。這也是醫護人員最神聖的使命。
- (2) **自決原則**——如果一個病人拒絕接受治療，醫護人員必須尊重病人自己的意願。（*Airedale NHS v Bland* [1993] 1 All ER 821, 866）
- (3) **最大得益原則**——若病人沒辦法做主，則會以病人的「最大利益」決定，並由病人沒法忍受的程度作標準。（*R (Burke) v GMC* (2004) 79 BMLR 3126, 3213(d)）
- (4) **必要原則**——病人如沒有意識，沒辦法跟其他人溝通，就會照「必要原則」制定療程。「人命神聖性」也會納入考量。（*Re T* [1992] 4 All ER 649）

這些原則有些情況會重疊，也有機會互相抵觸，從而令醫護人員決策時倍添困難。不過，這些原則在醫護人員面對不同的情況時，成為重要的行事指引。

爭議性議題

上面提到的原則，在實行的時候，經常會遇到很多麻煩，並會引起有關倫理、醫學、法律及社會的議題。討論這些議題，有助於了解這些問題的性質，以及有助於化解醫護人員實際上遇到的問題。有關的議題如下：

- (1) **生存權利**：是否包括「有尊嚴結束生命」的權利；
- (2) **病人的同意**：如何確定病人是否已明確同意；
- (3) **採取的行動與措施**：為了避免刑責或制裁，有什麼事可為，有什麼事不可為；
- (4) **決策過程**：由誰及何時去做決策。

生存權利

在香港，生存權利受到基於《公民權利和政治權利國際公約》的《香港人權法案條例》保障。此條例現由基本法確保及確立（第三十九條）。我們並不是在討論如何保障生存權利，而是要討論這個權利是否包括結束生命的權利，更準確的說，是「有尊嚴地結束生命」的權利。若確實有包含在內，那麼，不只自殺沒有犯法，就連協助自殺者也不應該負上刑責。

一個需要倚靠他人來維持日常生活的末期病患者，也許會覺得自己已失去所有尊嚴，活下去也沒有意義。這人甚至會想提前結束自己的性命，以減省照料他的人之負擔。有些人會覺得，既然他有生存權利，自然也應該有權利「有尊嚴地結束生命」。廢除自殺的倡導者可能會說：「就是這樣。」不過法律上仍然會認定協助他人自殺是一種罪行，而且有可能違反病人的生存權利。這圍牆令人盡量不會協助他人了結生命。

這個議題遠比看起來還要複雜。誰去定奪生命有沒有意義？是病人自己？照顧他的人？醫護人員？社會有沒有責任去決定哪個人的生命有意義？社會應該抱持一個功利的態度，去允許一個沒有希望康復的病人提早了結生命，然後去救活一些希望比較多的病人嗎？在這個議題上，大眾沒有一致的意見，不足為奇。

病人的同意

另一個議題，是病人對治療的同意。一般來說，在治療病人前，要先得到病人的同意。未經同意的治療，會視為脅迫（民事侵權）或者侵犯（罪行）。有效的同意書，必須要病人完全知情，自由而且自願。這個同意治療的協議也有可能受外來因素影響。

病人必須要完全知道同意書的內容，否則，就算是一份合理的同意書，病人也沒可能自由自願地同意。醫護人員到底要向病人透露多少才可以呢？一般來說，必須要達成下面幾項：

- (1) 病人廣義而言知道治療療程的本質及效果；
- (2) 醫護人員有責任告知病人有關治療的所有資訊及風險；
- (3) 若醫護人員沒有提供足夠的資訊，則會構成醫護人員的疏忽，不過這樣也許不會違反協議。疏忽的追求途徑是民事訴訟，而且沒有違反同意治療的協議，所以不會構成侵犯；
- (4) 若病人受到誤導，或病人想要知道的資訊被刻意隱瞞，就有可能違反協議。

在法律上，設有判定協議是否有效的規條：

- (1) 除非有其他相反顯示，否則一般病人會被認為完全可以自己接受協議；
- (2) 病人是否可以自己接受協議，視乎相關的決策與交易；
- (3) 病人是否從廣義上明白自己的決定，以及其可能產生的影響。

這是在各種情形下的實際問題。

在醫護人員開始任何治療之前，病人的同意是極為必要的，因為根據自決原則，病人有權拒絕接受療程。如 Lord Goff 在 *Airedale NHS Trust v Bland* [1993] AC 789, 864 所說：

「自決原則凌駕於生命神聖原則，或醫護人員拯救生命的義務上。」

不過，若果病人沒法簽下協議（例：未成年、昏迷、癡呆），那就會引用不同的原則：

「如果病人的心智不健全、失去知覺，或沒法簽下協議，醫護人員有責任依病人的最大得益醫治。」

在病人希望提前結束生命的情況下，香港法律改革委員會根據 *Bland* 以及 *the case of NHS, Trust A v M* [2007] Fam 348，提出下面的意見：

「如果一個人沒法或沒可能表明自己是否想要繼續生存，醫護人員不被允許提前結束病人的生命（例：致命藥物的注射）。不過，被停止治療、停止維持生命設置及提供營養是允許的，而其間所投入醫療干涉就會前功盡廢。」

預設醫療指示（較早時間簽訂的醫療協議）

自決原則亦可應用在病人還沒失去知覺或還可以簽訂協議的時候，所簽訂的醫療協議上（見 *Bland* 的 *Lord Goff*）。在較早時間簽訂的協議，例如：當一個病人在還可以簽訂協議時，同意了接受治療，或表示拒絕一些治療、維持生命療程，會被視之為「預設醫療指示」。

預設醫療指示的影響是？

目前香港並沒有法律制定這個「預設醫療指示」的影響。但一般來說，是一份可以作為作出決定標準的文件。當中有以下幾點具爭議性的期望效果：

- a) 等於病人當時的口頭意思；
- b) 一般情況下都會尊重及承認預設醫療指示，除非被質疑在訂下協議時，病人心智並不健全，或當時被他人教唆；
- c) 當病人的「預設醫療指示」或之前的願望，跟將來的醫療療程出現分歧，而病人已沒有辦法再表示他的意願，但又需要作出決策時，通常就會向法院申請決策；
- d) 法院在作出決定時會考慮案件的具體事實和情況。
- e) 如果病人在有意識且知情下，明確表達了放棄接受維持生命的治療的意願的話，那就不算自殺，而醫護人員也不會被視為協助自殺。

香港法律改革委員會不建議現在立新法例，因為考慮到在立法前要让社會大眾對此類案件有更多的了解。





回應嘉賓：梁卓偉教授 及 楊紫芝教授

採取的行動與措施

法律上的罪行，由有犯罪動機（法律上稱為行事意圖）的非法行為（法律上稱為犯罪行為）所構成。罪行一般來說，是有某個目的想要達到，而做出的行為、步驟。但是，行為疏忽可能會變成犯罪行為。行為、步驟上的疏忽，除非是當事人失職或是有犯罪動機，否則不算是罪行。若是沒有責任要實行這些行為或步驟，那就算什麼都不做，也不用承擔任何刑事責任。

下面幾項均用作判斷一個醫護人員的行為有否構成罪行（在協助自殺的情況中）：

- (1) **醫護人員採取了什麼行動？**是主動的（行為）還是被動的（疏忽）？通常有三個情況：i) 如果是主動的，例如：為病人進行致命的注射，那麼答案顯然易見。ii) 如果是被動的，例如：什麼都不做，不進行，那就要看法律上有沒有責任去做這件事。因此，在病人拒絕接受治療或沒有簽下協議的情況下，醫護人員通常不會有責任去行動（除非是依最大利益原則以行動的情況，不過通常不適用在末期病患者身上）。iii) 病人要求放棄接受維持生命的治療，這個情況更難判斷。
- (2) **採取的行動與措施是否導致病人死亡？**究竟是因為疾病還是某些步驟上的出錯，導致死亡。如果是一個不願意接受治療或簽下協議的沒有希望康復的末期病人，那並不難解答：病人因病去世。當病人沒法作出協議時才會出現問題。
- (3) **措施的目的或目標是什麼？**是提早結束病人性命？是治療？是減輕痛苦？若果目的是了結病人的生命，那就有可能被指是有犯罪動機的。

這個爭議點也不是沒有矛盾的。在 *Rodriguez v British Columbia* 中，Cory J 認為，讓一個病人拒絕治療而死，跟終止生命維持治療而死是沒有分別的。但學界認為，在法律上，i) 主動安樂死，主動了結生命及 ii) 被動安樂死，停止或拒絕治療，兩者是有分別的。

在 *Bland* 中，Lord Goff 在 p.864-866 亦有一些觀點：

- (1) 醫生沒有絕對的義務去延長生命；
- (2) 不提供生命維持治療，跟提供生命維持治療，然後以行動了結生命（例如：致命注射），兩者有著很重要的分別；
- (3) 停止治療和不一開始就治療並沒有分別。

在同一情況下，Dame Butler Sloss 認為，剝奪生命是被禁止的，但停止治療不算是剝奪生命。

英國醫學總會認為，單靠病人一句「希望有人幫他了結生命」，並不足以挑戰醫生的執業操守，醫生也不太可能會因此被起訴。

對於對末期病患者的生命維持治療，香港醫院管理局早已發出了指引（2002年，指引4）供醫護人員參考，當中包括繼續或停止對這些病人的生命維持治療之指引。香港醫務委員會在《專業操守守則》（2009年一月修訂）中亦表明了對於這困難問題之看法。值得注意的是，兩個指引都強調，如果病人家屬在做決定的時候有所分歧，應鼓勵他們向醫生諮詢，並希望他們能夠達成共識。