

從澳門地區保安處分制度 看內地精神病人強制醫療體系之完善

劉思佳*

法律乃理性之物，然而精神病人作為不能辨識自己行為之人所欠缺的恰恰是理性；在這一層面上，法律以理性之思維規範非理性之行為成為各國法律的重中之重。因此古往今來，各國法律人士針對精神病人的犯罪行為制定了寬嚴不同、內容迥異的各式刑罰制度；然而嚴酷的現實擺在面前：越來越多的精神病人犯罪得不到有效遏制，從 2010 年“福建南平精神病人行兇案”到最近 2012 年 12 月發生的河南光山縣“精神病人連砍 22 名小學生案”，社會震驚之大，關注之高可想而知；但現實卻是：在中國內地，人們普遍對精神病人犯罪缺乏瞭解，普通民眾大多想“殺之而後快”但於法無據，那麼僅靠普通刑罰對遏制精神病人犯罪有效嗎？是否應當在刑罰之外另覓防治精神病人犯罪的良策呢？本文正是從《澳門刑法典》規定的針對精神病人犯罪的保安處分入手，通過對澳門地區收容性質的保安處分分析，從而為內地建立精神病人強制醫療和集中收容制度提供有益借鑒。

保安處分(Safety Measures)，是國家刑事法律和行政法規所制定的，對實施危害行為的無責任能力人、限制責任能力人以及其他有相關人身危險性的人所採取的，代替或者補充刑罰所適用的，旨在消除行為者危險狀態、預防犯罪、保衛社會安全的各種治療、矯正措施的簡稱。

近現代以來，隨着報應刑向目的刑的轉變，刑法逐漸從嚴懲罪犯、打擊犯罪的基礎價值觀轉向保障自由、維持社會公正、實現正義的現代刑法觀，而且以傳統的報應主義和道義責任論為基礎的刑法理論越來越不能有效地解決日益嚴重的犯罪問題；保安處分制度，作為近現代刑法理論和各國立法實踐中的重要制度因素也隨之應運而生。

國外保安處分制度的形成最初源於這樣一種基本的社會需求——國家需要運用公權力，對具有一定

人身危險性，主要是犯罪危險性的特定對象採取防範措施，以保衛社會安全。從制度層面看，這樣的規定帶有濃厚的刑事政策色彩；但從價值層面分析，現代保安處分制度注重運用國家權力對具有初犯危險性和再犯危險性者，採取預防措施，隔離和消除其人身危險性，強調了對個體的改善和保衛社會安全之效果。因此，這種價值取向完全而且有必要從刑法一般意義上的效果體系走出來，建立一個獨立的保安處分理論體系。

一、澳門地區保安處分制度概述

保安處分制度作為一項補充或替代刑罰的刑事法律制度，從澳門法制發跡之初便具有重要意義和典型性。澳門由於作為葡萄牙管制下一個特殊地區，長期適用葡萄牙法律。而葡萄牙作為歐洲典型的大陸法系國家，對於保安處分在刑法典中有着詳細而系統的規定，這也使得葡屬澳門時期，一系列本澳當地法律法規深受葡萄牙影響而具有大陸法系的典型特色。但由於處在中西法律文化交匯這種特殊地位，《澳門刑法典》中的保安處分無論從內容還是形式上都有澳門獨有的風格和色彩。

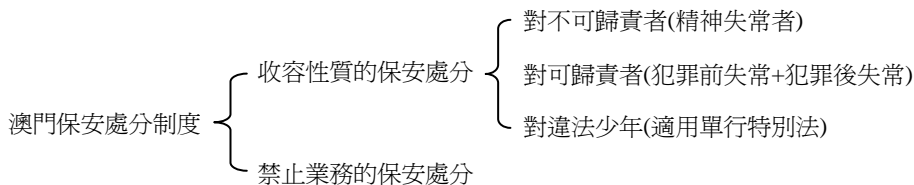
早期《澳門刑法典》¹由於深受《葡萄牙刑法典》影響而將保安處分分為五種：收容處分、強制工作處分、禁止執業處分、驅逐出境以及財產處分。其中，收容處分依據對象的不同又可分為監護處分、禁戒處分、矯治處分和感化處分，精神病人依據精神疾病輕重及危險性歸屬於監護處分及矯治處分；隨着澳門回歸以及澳門法制的過渡需要，從 1996 年 1 月 1 日起新實施的《澳門刑法典》則簡化了保安處分制度，將保安處分壓縮為了兩種：收容性質的保安處分(包括

* 澳門大學法學院碩士研究生

對不歸責者的收容、對可歸責者的收容)，以及禁止業務的保安處分。另外，收容性質的保安處分中，還

包括對違法青少年的收容，屬年齡之不可歸責²，只不過由單行刑事法規另行規定。³

圖 1 澳門保安處分制度圖



從《澳門刑法典》的編排來看，保安處分設專章規定於總則第三編第六章，下設兩節：“不可歸責者之收容”及“業務之禁止”，澳門理論界普遍認為，保安處分分兩大類：即剝奪自由的保安處分和非剝奪自由的保安處分，剝奪自由的保安處分主要是指對不可歸責者之收容；非剝奪自由的保安處分主要是兩種：業務禁止以及驅逐出境。⁴當然也有學者比如趙秉志認為，《澳門刑法典》實際上將保安處分劃分為不可歸責之收容、可歸責之收容以及業務禁止三類⁵；目前主流認為不可歸責之收容與可歸責之收容均可劃歸入收容性質保安處分較妥。

為的表現、心理狀態及舉止等一系列客觀真實為基礎，從而體現了保安處分防衛社會、預防未來的本質屬性。但這裏的人身危險性又有個度，如果過分強調人身危險性而忽視顯示真實狀況，則可能誇大保安處分的實效性，有損行為人的人格，造成破壞法制、踐踏人權的危險傾向。因此根據《澳門刑法典》第一章第 40 條第 3 款規定：“保安處分僅在與其事實之嚴重性以及行為人之危險性相適應時，方得科處之。”保安處分實施的前提在於行為人實施了刑法所禁止的事實而且該事實具有危險性。比如一持續性精神病患者雖患有精神病及進行破壞活動的潛在危險，但是如若沒有做出危害行為，法院依舊不能將其科處收容性質的保安處分，因為沒有刑法所禁止的事實發生，法院也無從判斷依據具體的事實情節才能得出結論的人身危險性及其程度，所以此時精神病人無罪。保安處分強調的是事態的嚴重性以及人身危險的可持續性，有效地、真實地體現人身危險的可持續性，才能達到保安處分預防犯罪的目的。

二、澳門地區保安處分制度之思想淵源

作為刑罰的一種輔助措施，澳門立法者針對保安處分的立法目的與刑法保持着相當的一致。從 20 世紀 60 年代 Eduardo Carreira(高寶娜)教授起草的《葡萄牙刑法典(草案)》，到 1982 年《葡萄牙刑法典》，再到回歸後現行的《澳門刑法典》都充分吸收了新社會防衛思想⁶；而新社會防衛思想在刑罰與保安措施目的的突出反映就是：強調刑罰與保安處分的終局目標在與對整體社會法益的保護，重視對行為人危險性格的矯治並促進其快點回歸社會，徹底摒除刑法“報應論”的思想。因此保安處分連同刑罰在刑法典中有了較為清晰的體現：旨在保護法益並盡快將行為人納入社會。⁷

從更深層次的角度講，《澳門刑法典》從開篇第一條便詳細區分刑罰與保安處分的條文規定，同時針對保安處分還有單獨章節劃分進行細致說明，更加體現出《澳門刑法典》“二元論”思想。所謂刑罰與保安處分“二元論”指的是國家僅憑刑罰不足以達到預防犯罪、保衛社會之目的，必須有保安處分和刑罰相互為用，保安處分與刑罰在本質和形式上都存在着嚴格區別，這有別於刑事事實證學派的“一元論”觀點。“二元主義”從傳統大陸法系三要素學說的角度出發，在採取道義責任論和報應責任論的古典學派的立場上加以改進和中和，從而得出責任論中主、客觀相統一說，強調責任能力(年齡條件、精神健康條件)與違法性意識(是否主觀犯罪)的一致協調。因而使保安處分不同於刑罰以單純的法律後果為責任評價要素，只是針對行為人的危險性進行評價⁸，這也使得

與此同時，《澳門刑法典》適當地將保安處分區別於刑罰的一般判斷標準，其思想根源在於保安處分更加重視行為人的人身危險性。保安處分中的人身危險性就是指行為人實施該危險行為的可能性與蓋然性，或者行為人將來可能實施的趨向。這裏的可能性判斷取決於現實生活中該行為發生的頻率、次數，行

保安處分在犯罪尺度的衡量上具有特殊性，從而形成刑罰與保安處分在機制上的互補性。

因此，某種意義上說，澳門保安處分從處罰的目的、處罰的性質以及思想淵源上都有清晰的考量，無論是有關精神病人之歸責、還是未成年人之收容，都將事實之嚴重性與行為人之危險性結合起來考察保安處分之適用，使得保安處分與其預防的危險性及預期防衛目的形成比例，體現了處分的均衡。

三、《澳門刑法典》中關於“精神病人保安處分”之規定評析

精神病人的保安處分一直是各國安保政策中的重要部分，澳門地區亦有較大篇幅的規定。關於澳門精神病人的安保措施，可大致分為兩類：

(一) 一類為“精神失常”或者“患有非偶然之精神失常”。

從醫學病理上分析是指：生物學、心理學以及社會環境因素共同作用和影響下，大腦功能明顯處於失調狀態，無法進行認知、情感、意志和行為等精神活動之人，這裏的非偶然強調病變的持續性而完全喪失辨認能力和自控能力。《澳門刑法典》第19條認為：“因精神失常而於作出事實時，無能力評價該事實之不法性，或無能力根據該評價作出決定者，不可歸責。”同時，“患有非偶然之嚴重精神失常之人，如精神失常之後果不受其控制，且不能因此而對其加以譴責者，即使其於作出事實時有明顯低弱之能力評價該事實之不法性，或有明顯低弱之能力根據該評價作出決定，得宣告為不可歸責。”因此，該類患者如若作出觸犯刑法的不法行為，滿足行為的實害性，同時法院亦認為將來有實施同類行為的可能性，則認定為“不可歸責之收容”，處以相應的保安處分。

(二) 另一類為“犯罪之前的精神失常”和“犯罪之後的精神失常”。

“犯罪之前的精神失常”類似於“暫時性精神失常”，意指犯罪發生前已出現精神失常、癲癲等症狀，在危險行為實施後其神智又逐漸清醒、恢復正常的一種精神失常狀態。根據《澳門刑法典》第96條規定：“如行為人未被宣告為不可歸責而被判處徒刑，但顯示由於在犯罪時精神已失常，普通場所制度將對其有害，或顯示行為人將嚴重擾亂該制度，法院

須命令將之收容於為不可歸責者而設之場所，收容時間相當於刑期。”譬如注射興奮劑過度而產生幻覺的運動員、毒癮發作的吸毒人員都可以參照該規定進行處理，針對性措施包括收容戒毒所治療、反興奮劑醫療等，而並非直接判刑入獄。

在這裏我們要特別與“醉酒狀態下的精神失常”⁹區分開來。《澳門刑法典》單闢一節專門規定“酗酒者及其等同者”，意在強調酗酒狀態下的失常並非我們傳統意義所認為的精神失常，而是由於飲酒這一外部因素導致的精神障礙，根據《澳門刑法典》第81條規定：“如屬下列情況，須將對酗酒者或有濫用酒精飲料傾向者所科處之實際徒刑，以三年為一期，兩期為限，連續延長之：行為人以往曾犯罪，且就該犯罪亦被科處實際徒刑；各犯罪係在醉酒狀態下實施，或係與行為人有酗酒習癖或濫用酒精飲料傾向有關；及為使行為人戒除酗酒習癖，或消除濫用酒精飲料傾向而有必要延長刑罰。”由此可以肯定，在澳門刑法理論界來看，酗酒狀態下的犯罪非但不是暫時性精神失常，而是作為滿足、符合刑罰犯罪構成要件三要素的一種犯罪形態加以嚴懲；在這裏《澳門刑法典》並沒有考慮酗酒狀態下的行為人的自控能力及辨認能力，而是更加強調其對社會的危害性和有責性，從非難的角度加大了對酗酒犯罪的處罰力度，這也有別於保安處分制度中對精神狀態的辨別，屬於強制性處罰條款。

“犯罪之後的精神失常”是指行為人在實施犯罪後出現精神失常的狀況，這包括行為人實施的犯罪致使其產生精神失常的情況以及行為人的犯罪行為與之後的癲癲無實質關聯的情形。根據《澳門刑法典》第97條規定：“如行為人在實施犯罪後出現具有第八十三條第一款或上條所指效果之精神失常，法院須命令將之收容於為不可歸責者而設之場所，收容時間相當於刑期。”同時，根據《澳門刑法典》第19條3款規定：“行為人意圖做出犯罪事實，而造成精神失常者，不阻卻其可歸責性。”也就是說，犯罪人之犯罪行為如係之前預謀，犯罪後造成精神失常，一樣不可阻卻其違法性。

但是《澳門刑法典》在處理犯罪後之精神失常問題時，其對策又有詳細區分。如若該精神失常的可歸責者不具有危險性，那麼依據98條規定：“行為人在實施犯罪後精神失常，而該精神失常並不使之具有一種程度嚴重至假設行為人為不可歸責者時足以將之實際收容之犯罪危險性，在此情況下，須暫緩執行已判處之徒刑，直至作為暫緩執行徒刑依據之精神失

常狀態終了時為止。”在所作的暫緩執行徒刑命令裁判之內，行為人應履行接受治療、遵守適當的非留院性康復制度以及在指定地方接受檢查和觀察的義務等，同時相關社會工作部門(如澳門民康精神健康促進會等)還會介入干預以幫助其恢復融入社會。

惟一規定不足之處是關於間歇性精神病人¹⁰的認定和處理問題。由於間歇性精神病人有不同程度的緩解期：完全緩解時，精神症狀已完全消失的，才可以認為精神正常，此時作出的行為評定為完全責任能力；雖處於緩解期，仍有殘留症狀或者性格改變的，精神狀態不完全正常，出現危害行為時，其辨認或者控制能力會明顯減弱，此時則不可歸責。《澳門刑法典》中針對此類患者並未有明確規定，而相反 1997 年《中國刑法》中則對此類精神病人具有詳細區分¹¹，此為需改進之處。

四、澳門地區精神病強制醫療狀況

強制醫療不僅是醫學術語，同時也是一項法律制度，在《澳門刑法典》中有明確定義：“如基於其精神失常及所作事實之嚴重性，恐其將作出其他同類事實屬有依據者，法院須命令將之收容於康復場所、治療場所或保安處分場所。”其中的收容於康復場所、治療場所或保安處分場所所意指根據精神失常程度對收容場所進行判斷，最終採取針對性的強制治療。

根據澳門現有醫療體系和《澳門精神衛生制度》的相關規定，澳門強制醫療主要分為以下幾類：

(一) “家庭康復治療”與社工部門輔助治療結合

家庭康復治療是相對於政府收容制度而言保安處分措施中最為輕緩的一種。由於家庭康復能使精神病人在家庭的環境中、熟悉的親屬陪護下進行復健，以平和的、正常的康復模式促進精神病人身心的愈合，因此較為推崇。但是《澳門刑法典》第 98 條明確規定：“只有不具備危險性之犯罪後精神失常時，可暫緩執行已判處徒刑，直至精神狀態失常終了為止。”因此，家庭式康復治療適合於不具有危險性的輕度精神障礙患者，以家庭康復場所代替收監徒刑。根據 2011 年澳門特區政府社會工作局以及澳門街坊會聯合會調查顯示：45%輕度精神障礙人士¹²(包括智能障礙者、精神病復康者、語言障礙者等)在家庭持續性康復治療的幫助下，同時配合社工部門(包括復

康服務綜合評估中心、澳門民康精神健康促進會)等社會機構的輔助治療，能夠恢復或大致恢復到發病前智力水平和識別水平；這說明家庭式康復治療在患者自我復健中的作用不容忽視。

澳門社工部門對於街坊民眾的精神健康治療有着重要輔助作用，這其中包括澳門特區社會工作局直接下屬的復康服務綜合評估中心、民間組織澳門民康精神健康促進會還有法務局下屬的社會重返廳等多家康復服務機構。當精神病患缺乏自理能力或者家庭內輔助治療無法達到應有的復健標準時，病患家屬可以向復康服務綜合評估中心¹³提出申請，以作評估和定期介入處理；復康服務綜合評估中心在評估並受理患者後會給予精神病患者治療相應的服務，包括：

- a) 為需要服務的障礙人士提供跨專業的綜合評估，協助他們尋找適切的服務配置；
- b) 為障礙人士提供個案諮詢與診療意見、計劃；
- c) 為障礙人士及其家人提供相關資訊，使他們能便利地獲取復康服務的訊息；
- d) 組織培訓復健活動，促進復康服務的專業發展和針對性訓練；
- e) 促進社會共融的教育活動；
- f) 推動復康服務的科研工作。

與此同時，澳門民康精神健康促進會亦可聯繫家屬進行平時定期康復服務，並通過社工的介入，舉行分享會、茶聚，以及協助解決病患家屬就醫問題、保健問題等方式促進患者的康復，解決生活中的疑難問題等。

(二) 強制入院治療

對於可歸責者並且普通場所收容(如家庭康復治療)無法阻止其人身危險性存在的，或者精神障礙之不可歸責者，都可以引致法院判令強制收容，這在上文介紹“精神病人保安處分”中有所提及；而收容場所一般為澳門特區政府指定之精神病院。可歸責者收容時間相當於刑期，收容期滿後再由法院酌情判斷是否繼續收容或者返家治療；不可歸責者收容時間不固定，但針對不可歸責的事實最高可處五年徒刑的犯罪，最低的收容年限不低於三年，但收容時間不得超過不可歸責者所實現之罪狀的最高限度。¹⁴

現時澳門地區針對精神病人的收容醫院主要包括仁伯爵醫院和氹仔精神病院，其中氹仔精神病院前身是鏡湖醫院精神科，後鏡湖醫院撤銷精神科轉而將精神病人的後續護理、治療全部並入氹仔精神病院，從而使氹仔精神病院成為全澳最大的精神病患收容

場所。根據澳門政府 31/99/M 號法令頒佈的《澳門精神衛生制度》第二章第 8 條規定：“得對屬下列情況之嚴重精神紊亂患者採取強制性住院措施：a)其精神紊亂之狀況危及其本身或他人之人身或財產性質之具重要價值之法益，且其拒絕接受醫療；b)其對給予同意之意義及範圍無足夠之判斷能力，且缺乏治療會嚴重損害其健康狀況。”在上述兩種情形下，重度精神病患可不經過本人同意而強制入院進行治療，同時依據特定程序使患者家屬了解強制入院治療的各項權利與義務，以便清晰的了解患者被剝奪自由的原因，並可申請辯護人予以辯護，針對不合理之強制入院裁決提起上訴。

由於強制入院作為保安處分亦具有剝奪自由之嚴酷性，出於充分考慮當事人的知情權和被強制人人權因素，法院賦予以下特定人士享有申請強制入院治療的正當請求權：包括被強制人之法定代理人，具有正當性宣告強制入院申請之當事人，澳門衛生局局長，檢察院以其他相關人士等。只有當強制入院治療不具備必要性，精神病患已經具備自控能力或可在自由狀態下維持治療時，強制入院可終止，依據《澳門刑法典》第 85 條規定，該終止要求還必須由法院重新審查，以便決定是否釋放或出院。

強制入院治療是澳門保安處分措施中強制收容的重要環節，體現出《澳門刑法典》對無刑事責任或限制刑事責任人的處罰思路和社會保障，使得強制入院治療形成一種對社會和精神病人利益堅固的防衛措施，而不是對精神病人的刑罰。刑罰雖是犯罪的最終後果，但不是最終目的，精神病患由於疾病失去認識能力和控制能力，在一定條件下對精神病人實行強制入院治療，不是針對病患的失格行為採取的懲罰，而是為了維護社會穩定、保障普通民眾安全的特殊措施，同時也關係到精神病患自身的合法權益。因此，以司法化的途徑將具有一定人身危險性的病患送入醫院治療是國家和政府的需要，以使保安處分更加科學、合理。

（三）強制隔離

針對非常嚴重之犯罪行為而該精神病患為不可歸責者，強制入院治療亦不可消滅其危險性，並可能危害其他病患安全時，澳門法院可依據具體情形和該患者人身危險性宣佈其強制隔離，並通知相關強制收容場所為其準備特別隔離室進行深切治療。根據第 25/2000 號行政法規《澳門監獄組織架構》以及第 40/94/M 號法令《澳門監獄法》之相關規定：“澳門

監獄經由相關權限政府成員許可後，亦可例外地執行收容保安處分。”也就是說，監獄部門針對重度危險性精神病患可以適當履行保安處分權力並由特定人員看護，但是批准權限在於政府相關部門，其單獨的隔離治療也需要特別批示方能決定，因此該種實例在澳門較為少見。

還有一種情況是針對吸毒引發的強制隔離收容。由於吸毒所引發的暫時性精神失常屬於可歸責範疇¹⁵，因此其引發的犯罪行為具有違法性和可歸責性。但是對其直接判刑明顯不符合吸毒人員處理的慣例以及吸毒人員自身健康，所以此時將該行為人收容於專業的戒毒場所進行強制隔離治療更為妥當，而非收容入院。

五、內地關於精神病人保安處分的立法現狀

內地並不存在澳門式的保安處分制度，《中國人民共和國刑法》(以下簡稱《刑法》)、單行法律以及行政法規中也沒有使用“保安處分”一詞。但是不少學者認為：“在我國現行的法律體系中，沒有保安處分之名，但卻有保安處分之實。”¹⁶而且保安處分已經默默在內地發揮了重要作用。

內地關於精神病人的保安處分規定不多，散見於《刑法》和《治安管理處罰法》層面。《刑法》第 18 條規定：“精神病人不能辨認或者不能控制自己行為的時候造成危害結果，經法定程序鑒定確認的不負刑事責任，但是應當責令他的家屬或者監護人嚴加看管和醫療；必要的時候，由政府強制醫療。”《治安管理處罰法》第 13 條規定：“精神病人在不能辨認或者不能控制自己行為的時候違反治安管理的，不予處罰，但是應當責令其監護人嚴加看管和治療。”《刑法》和《治安管理處罰法》所規定的強制治療是針對實施犯罪行為或違反治安管理行為的無責任能力的精神病人，是對精神病人所適用的旨在“隔離排害”的強制醫療措施，不是對精神病人適用刑罰；然而上述兩條針對精神病人的保安性措施缺點在於：規定的概括性太強，原則性意義大於實踐操作導致適用條件的不明確、缺乏規範性。而且上述條文只是提及政府強制醫療這麼一個概念，至於如何進行治療，治療的程序，治療所針對的人群，治療過程中所出現的問題及對策，都未有詳細規定。

就上述《刑法》第 18 條中關於精神病人強制醫療的定義，我們可以從這樣幾個方面進行理解：

（一）內地的強制醫療適用對象主要是無刑事責任能力精神病人

刑法中以專門條文獨立規定了強制醫療，對於普通刑事犯罪人並不適用，而是適用於特定的精神病人。但是這裏的精神病人主要是針對無刑事責任能力的精神障礙人士，而對於限制刑事責任能力的精神病人犯罪，雖然可以從輕或減輕處罰，但沒有明確規定需適用強制醫療，其他地方性法規中也未見相似規定，可見區分度不明。

（二）內地強制醫療是一種刑罰的替代性措施

精神病人由於患特殊疾病無自控能力和辨識能力，即使實施了危害社會的行為，造成了相應的危害結果也不具備刑法上的可歸責性，無法對其進行刑事處罰。但是不處罰不意味着放任，精神病人造成危害性結果，也顯示了其再次危害社會的可能性，在精神病人家庭治療和通常性醫療無法對其進行糾治時，具有官方背景的強制醫療手段作為司法介入方式對精神病患進行強制收治，體現出司法的“二道防綫”作用，這也對刑罰之不能形成彌補。

（三）內地強制醫療是一種帶有強制性的刑事實體措施

司法實踐中，內地的公安機關在強制醫療的實施中起着主力作用，公安機關針對病患採取強制手段，在合法的程序下將其帶入省、市、區專門設立的康復醫院接受系統治療，由於期間會限制人身自由，因此內地的強制醫療更體現出刑事實體措施的特徵。

六、內地新《刑事訴訟法》對精神病人保安處分的規定

值得注意的是，為了彌補《刑法》及《治安管理處罰法》中關於精神病人保安處分的不足，完善強制醫療司法程序，維護公安安全的需要，也同時為了回應社會各界要求加強精神病人管制措施立法的呼聲，2012年第十一屆全國人民代表大會《關於修改〈中華人民共和國刑事訴訟法〉第二次修正案》中，通過了有關“依法不負刑事責任的精神病人強制醫療程序”的特別規定，並將其作為第五編“特別程序”的第四章節加以歸納立法；針對新制定的《中國人民共和國刑事訴訟法》（以下簡稱《刑事訴訟法》）的相關規定，我們將進行詳細分析：

在定性方面，新制定的《刑事訴訟法》第284條規定：“實施暴力行為，危害公共安全或者嚴重危害公民人身安全，經法定程序鑒定依法不負刑事責任的精神病人，有繼續危害社會可能的，可以予以強制醫療。”這裏強調需強制醫療的情形有三點：一是行為的事實條件，即危害公共安全的行為客觀上存在；二是責任能力條件，即該病患為經司法程序鑒定之人；三是社會危險性條件，即存在繼續危害社會公益的可能；三條缺一不可，否則不能實施強制醫療。

在程序的啟動方面，根據新《刑事訴訟法》第285條規定：“精神病人的強制醫療，由人民法院決定。公安機關發現精神病人符合醫療條件的，應當寫出強制醫療意見書，移送人民檢察院。對於公安機關移送的或者在審查起訴過程中發現精神病人符合強制醫療條件的，人民檢察院應當向人民法院提出強制醫療申請。人民法院在審理過程中發現被告人符合強制醫療條件的，可以作出強制醫療決定。”也就是說，人民檢察院和人民法院都可啟動強制醫療程序，由公安機關進行移送和安保配合。但是整體的決定權在於人民法院。在移送——審查起訴——審判三個環節，公檢法三機關都有自我審查能力，一旦發現符合條件精神病人都可提請強制醫療程序。

在審理方面，根據《刑事訴訟法》第286條的規定，強制醫療的審理組織為人民法院合議庭，審理期間為一個月，法庭應當通知行為人的法定代理人到場，如果行為人沒有律師，法庭應通知法律援助機構指派律師為其提供幫助。符合條件的，人民法院需在一個月內作出強制醫療決定。

綜上可知，本次新《刑事訴訟法》修改構建了較為完整的刑事強制醫療程序，並響應了社會關於精神病人立法措施的呼聲；該特別程序的規定有利於化解目前許多家庭無力監護精神病人而導致危害公共安全事件頻發的局面，同時程序上的相關規定也突破了以往公、檢、法三方“踢皮球”各不監管的尷尬境地，使精神病人的強制收容有了程序和立法保障。但是新《刑事訴訟法》的不足也顯而易見：

（一）可歸責之精神病人可否強制收容？

新《刑事訴訟法》用獨立章節詳細規定了不可歸責之精神病人的強制醫療程序，並詳細說明了針對該種病患的保障措​​施；但是可歸責之精神病人是否也應當引入強制醫療程序呢？可歸責的精神病人在病情嚴重時期是否也需要臨時性的強制醫療措施直至其完全緩解清醒呢？可歸責的精神病人在病情平穩期

是否就可以放任自由而不受約束呢？還有最根本的判斷標準：如何斷定該病患是限制刑事責任能力還是完全無刑事責任能力是否也應當出台嚴格標準以作判斷呢？這些問題，顯然是新《刑事訴訟法》沒有提及的。而且沒有做詳細區分，避開了相關程序規則。

（二）強制醫療的申請當事人有哪些？是否可以允許被強制人親屬或者利益受損人提出強制請求？

新《刑事訴訟法》從 285-289 條中，均以大篇幅規定了公安機關、人民檢察院和人民法院在申請程序中的地位和作用，對強制醫療決定的主體也有清晰的規定；然而惟獨針對個體申請沒有詳細規定：比如私人主體如病患近親屬可否主動提出申請？受到精神病人侵害而遭受損失的利益受損者可否提請強制醫療請求？針對檢察院的不予申請，病患近親屬可否提請上級檢察院抗訴或者直接向申請強制醫療？換而言之，人民檢察院究竟是以甚麼樣角色參與強制醫療程序的呢？這些問題都有待明確。

（三）強制醫療的期限應該多久？有沒有最低或最高規定？

新《刑事訴訟法》中第 287 條只是提及強制醫療的審理期限為一個月，但是針對被強制人在康復醫院的治療期限卻沒有提及；第 288 條也只是規定“醫療機構要定期對強制人進行診斷評估，對於不具有人身危險性的患者及時提出解除意見，報請人民法院批准。”但是強制醫療的限度問題依舊懸而未決，是依據被強制前病患所犯的罪行衡量刑期還是強制醫療具有基本的法定醫療期限呢？強制醫療有沒有最低期限規定呢？法院在作出決定時是如何計算期限呢？無法治愈的精神病人是否永遠被強制醫療呢？這些棘手問題在新《刑事訴訟法》中都沒能得到解決。

七、“他山之石”：澳門保安處分中關於精神病人收容規定之啓示

縱觀內地與澳門保安處分的立法規定，我們可以發現兩地保安處分有着顯著差異和眾多不同，其中有很多規定值得內地立法者深思；澳門地區立法者針對精神病人的問題分析和思路有很多是超前的和精細的，我們可以通過以下分析看出：

（一）《澳門刑法典》規定細致精確，適用條件明晰

《澳門刑法典》考慮到實際需要，首先依據精神病人的責任能力區分為可歸責之精神病人與不可歸責之精神病人，在責任能力上作出了詳細區分；其次根據主觀惡性的不同，將可歸責之精神病人分為犯罪前和犯罪後，針對精神病人不同的犯罪情形以及主觀罪過詳細判斷，突出了罪責刑相統一的原則，考慮周全，事無鉅細。

（二）權責分明，人性關懷

澳門保安處分的適用，一直是由法官進行決定；針對精神病人的處分措施，也是由法官參考精神病患的實際情況和人身危險性決定是家庭康復治療還是強制入院治療，收容處所也會有所不同；與此同時，考慮到人性化關懷和實際需要，《澳門精神衛生制度》詳細規定了申請強制醫療的請求主體，既包括公訴機關澳門特區檢察院，也包括個人，如：患者近親屬，具有正當性宣告強制入院申請之當事人，澳門衛生局局長以及其他相關人士，甚至包括精神病院院長；針對特殊病人，還會成立專門委員會以協助其入院程序、手續，充分體現了人本主義的一面。

法院法官作為裁決主體，享有強制醫療決定權，屬於中立地位；而澳門特區檢察院作為檢察機關享有申請權，衛生局局長作為行政機關具有監督權，因此在權力配置中，特區法院——特區檢察院——衛生局局長形成了有效監督配合，權責分明，促成了強制入院治療的實現。

（三）保安處分具有彈性和靈活性

保安處分針對精神病人的收容期限具有很強的靈活性，針對可歸責之精神病患，所犯罪刑之刑期即相當於強制醫療期限，收容期滿後再由法院酌情判斷是否繼續收容或者返家治療；不可歸責者收容時間不固定，但針對不可歸責的事實最高可處五年徒刑的犯罪，最低的收容年限不低於三年，但收容時間不得超過不可歸責者所實現之罪狀的最高限度。

《澳門刑法典》通過上述規定增強了保安處分期限的靈活性，而並沒有像大陸一樣基本“只進不出”，強制醫療的解除沒有期限規定可循。

八、內地精神病人強制醫療制度完善之構想

中國幅員遼闊，各地精神衛生立法不一，各地區精神病人所患精神疾病的種類不同、誘因不同決定了其人身危險性的大小不同。採取“一刀切”的方式將具有不同人身危險性的精神病人都適用強制醫療，存在着多種弊端。因此，更科學的對策是根據精神病人的人身危險性仿照《澳門刑法典》對精神病人予以區分，建立多種層次精神病人治療體系。

目前，中國對違法犯罪精神病人進行強制醫療的機構只有公安部門所屬的安康醫院，不僅數量有限，難以招架全國範圍內需要強制醫療的精神病人，而且在效果上只能收治部分危險性高的重症精神病人，其他的則無暇顧及。如果再擴大強制醫療適用對象的範圍，將強制醫療的實施全部交與安康醫院就變得不現實。筆者的設想是：

（一）完善程序設置，詳細區分無刑事責任能力和限制刑事責任能力精神病人

對於判定無刑事責任能力精神病人，可按照《刑事訴訟法》第 285 條規定：由法院判決送交醫院強制醫療。但其家屬或監護人確有治療和看管能力的除外；公安機關和監察機關予以配合。對於肇事的精神病人，一般情況下由其家屬或監護人承擔看管和醫療的責任，如無家屬或監護人看管、其家屬或監護人沒有能力看管或醫療、家屬或者監護人拒不履行看管醫療責任、或者家屬或監護人的看管不足以防止其繼續危害社會的，則由公安機關送到指定醫院強制醫療。

對於判定限制刑事責任能力的精神病人，按照《刑法》的規定，應當負刑事責任。如果他有服刑能力，則正常執行刑罰，同時可在執行場所給予治療；而對於無服刑能力的精神病罪犯，根據其人身危險性

的有無、大小分為三種情況處理：

1. 不會對社會造成危害的，保外就醫或者在監獄內部的醫療機構就地醫治；
2. 有造成社會危害一般危險的，強制在衛生部門所屬的精神病醫院住院治療；
3. 有造成社會危害嚴重危險的，送交康復醫院強制醫療。

應明確的是，上述三種治療方式的治療時間計入刑期。人身危險性的有無、大小，可規定由司法精神病鑑定機構根據其行為的嚴重程度和精神疾病的嚴重程度、暴力程度，綜合評判。

（二）細化程序規則，擴大強制醫療申請人主體資格

強制醫療不僅是司法機關參與的程序，也是社會各個階層、主體參與的程序；因此強制醫療的履行不僅需要公檢法機關三者的配合，更需要賦予公民一定的知情權、參與權、申請權和申訴權；所以強制醫療的申請主體資格也應向澳門地區立法學習，使與該精神病人利益相關的個體、社會公眾、公益人士都參與進來，以維護社會的統一性與協調性，體現社會的人文關懷。

（三）加強人權保障

為充分保障公民的合法權益，中國《刑事訴訟法》應參照澳門《精神衛生制度》等相關規定，規定自相關機關決定對行為人進行精神病鑒定之日起即應為其指定辯護律師，應明確規定被強制醫療人及其法定代理人、近親屬、辯護人對適用強制醫療的決定有權提起上訴，而並非申請複議這樣的行政手段，以便保護被強制人人權。

註釋：

¹ 這裏指舊《澳門刑法典》，於 1886 年 9 月 16 日葡據時期通過，是澳門早期五大法典之一。

² 詳見《澳門刑法典》第 18 條：“未滿十六歲之人，不可歸責。”

³ 詳見 2/2007 號法律《違法青少年教育監管制度》。該單行法律規定：對於年滿 12 歲尚未滿 16 歲的少年，一旦做出被澳門法律規定為犯罪或者輕微違反行為的，可對其採取相關的教育監管措施，其中包括收容性質的保安處分，收容場所為少年感化院。同時，該法規還就違法少年的收容制度、收容之一般細則、收容少年的探訪制度、期間的通訊、醫療、教育制度都做了較為詳細的規定。

⁴ 燕人、東山：《澳門刑法總則概論》，澳門：澳門基金會，1997 年。

- ⁵ 趙天志、蕭中華：《澳門新刑法典基本原則之探討》，載於《法律科學》，第8期，1997年。
- ⁶ 詳見安塞爾的“新社會防衛論”(New Society Defense Thought)，它更加強調人道主義刑事政策運動，社會防衛體現的應該是合理地組織對犯罪的反應，刑法也並非唯一的工具，甚至不是對付犯罪的首要工具，主要途徑應是預防犯罪。
- ⁷ 詳見《澳門刑法典》第40條第1款。
- ⁸ [日]大塚仁：《刑罰概說》，馮軍譯，北京：中國人民大學出版社，2000年。
- ⁹ 自願醉酒者是自願降低自己評價危險和控制自身行為的能力，從而增加了傷害他人和實施其他社會危害行為的可能性。大陸刑法理論一般將自願醉酒後的犯罪歸因於原因上的自由行為，並據此追究行為人的刑事責任。典型包括中國大陸、法國及澳門地區等。見馬松建：《論生理性醉酒人的刑事責任》，載於《當代法學》，2006年第5期。
- ¹⁰ 間歇性精神病是一個法律概念，而非精神醫學概念。其表現為行為人精神狀態不完全正常，出現危害行為時，其辨認或者控制能力可以明顯減弱，應評定為限制責任能力者。
- ¹¹ 《中華人民共和國刑法》第18條規定：“間歇性精神病人在精神正常時犯罪，應當負刑事責任；尚未完全喪失辨認或者控制自己行為能力的精神病人犯罪的，應當負刑事責任，但是可以從輕或減輕處罰。”
- ¹² 見澳門社會工作局網站：<http://www.ias.gov.mo/qa/qa.jsp#q27>，2012年12月10日。
- ¹³ 見澳門社會工作局復康服務綜合評估中心網站：<http://www.socialinfo.ias.gov.mo:8080/Kiosk/GeneratePageDetails.jsp?pag eid=135&lang=S>。2012年12月10日。
- ¹⁴ 見《澳門刑法典》第84條2款。
- ¹⁵ 見《澳門刑法典》第96條“犯罪前之精神失常”。
- ¹⁶ 趙秉志：《中國刑法修改若干問題研究》，載於《法學研究》，第18卷第5期，2001年。

參考文獻：

1. 王偉：《精神病人強制醫療制度研究》，載於《法律與醫學雜誌》，2003年第3期。
2. 陳鵬飛：《精神病人強制醫療問題的法律思考》，載於《法制與社會》，2007年第6期。
3. 文會龍：《試論弱勢群體權利的憲法保障》，湘潭：湘潭大學碩士論文，2005年。
4. 王俊傑、曹莉萍等：《精神障礙者民事行為能力兩分法的理論依據》，載於《法律與醫學雜誌》，2002年第4期。
5. 韓旭：《論精神病人強制醫療訴訟程序的構建》，載於《中國刑事法雜誌》，2007年第6期。
6. 申明宏：《試論精神病人的法律保護——以平等人權為視角》，載於《財經界》，2006年10月。
7. 時延安：《中美精神病人強制醫療制度之比較》，載於《法學評論》，2009年第4期。
8. 劉卉：《精神病人非自願住院函待立法規範》，載於《檢察日報》，2006年4月28日。
9. 王竹青：《德國從成年人監護制度到照管制度的改革與發展》，載於《北京科技大學學報》(社會科學版)，2005年第2期。
10. 張學軍、張鍾：《成年監護制度綜議》，載於《江海學刊》，2005年第5期。
11. 謝玉美、劉為勇：《成年人行為能力欠缺制度探析》，載於《中共南昌市委黨校學報》，2005年第4期。
12. 何恬：《淺析我國民事行為能力欠缺宣告制度的不足與完善》，載於《法律與醫學雜誌》，2006年第13卷。
13. 李霞：《成年後見制度的日本法觀察——兼及我國的制度反思》，載於《法學論壇》，2003年第5期。