

刑事强制医疗解除程序实证研究

王迎龙*

内容提要 强制医疗的解除程序对于保障精神病人的人身自由至关重要。“依法不负刑事责任的精神病人的强制医疗程序”实施至今已近十年,解除程序的实践适用亟需进行总结与反思。刑事强制医疗解除程序的实践难题并不在于解除,而在于解除适用的不统一。影响法官裁量的因素中,专家意见与家属意见最为关键,实践中解除程序呈现一种唯“医学+家庭”模式。该模式以被强制医疗人的人身危险性评估为核心,过于注重防卫社会而忽视基本权利的保障。在医学领域,强制医疗解除评估机制并不规范,对后续法官认证造成了困难。在法律领域,法官欠缺强制医疗相关证据的认证手段与能力,强制医疗解除的审理贯彻“行政化”逻辑。并且,受到报应刑观念的影响,强制医疗在一定程度上仍然带有惩罚色彩。刑事强制医疗解除程序应当向权利保障模式转变,通过强制医疗解除评估机制的规范化与强制医疗解除程序的法治化,在医学与法律领域内共同推动予以完善。

关键词 刑事强制医疗解除程序 司法精神病鉴定 人身危险性 定量分析

目次

- 一、问题的提出
- 二、研究方法 with 变量设置
- 三、刑事强制医疗解除的影响因素
- 四、刑事强制医疗解除程序的问题分析
- 五、刑事强制医疗解除程序的完善进路
- 六、结语

* 北京工商大学法学院副教授,法学博士。本文系2017年度教育部人文社科基金青年项目“精神病人强制医疗解除程序的中国模式及其完善”(项目批准号:17YJC820048)的阶段性成果。

一、问题的提出

中世纪以降,人类对精神疾病抑或称之为“疯癫”的认识,逐渐从与原罪、魔鬼相联系的超自然主义向理性主义发展。如福柯所言,“精神病学的语言是关于疯癫的理性独白”^①。“疯癫”已经被现代医学认定为一种疾病,不应当无理由或无期限地禁闭精神病人。但具有危险性的精神病人存在危害社会的风险,世界各国普遍采取强制医疗措施予以应对。为解决肇事肇祸精神病人的危险性问题,我国《刑事诉讼法》在2012年修订时增设了“依法不负刑事责任的精神病人的强制医疗程序”(下文简称为“刑事强制医疗程序”)。刑事强制医疗程序的目的在于治疗不负刑事责任的精神病人,消除其人身危险性以免再次危害社会。但是,就其法律属性而言,强制治疗并没有取得患者的同意,本质上是对精神病人人身自由的剥夺。^②因此,在精神疾病被治愈且不具有人身危险性时,应当解除强制医疗恢复被强制医疗人的人身自由。^③如何规范精神病强制医疗的解除程序,避免“飞跃疯人院”式的悲剧发生,成为保障精神病人合法权益的重要课题。

我国刑事强制医疗程序设立后,学界研究主要围绕强制医疗的入口环节,集中于决定程序的完善、强制医疗标准的设定、证据的适用、被强制医疗人权益的保障等方面,而对强制医疗的解除程序关注较少。关于刑事强制医疗解除的既有研究揭示出了诸多问题,如强制医疗解除难、解除审理程序形式化、法律援助率低、定期评估机制不规范等。有学者通过考察我国的刑事强制医疗制度运行现况,指出强制医疗适用容易解除难现象极为突出;^④有学者经实证数据分析印证了该论断,提出启动强制医疗解除的案件数相较于决定适用强制医疗案件所占比例仅有6.1%;^⑤还有学者指出我国立法在定期诊断评估周期等问题上语焉不详,且实践中强制医疗解除案件的审查流于形式。^⑥但总体而言,既有研究大多仍然停留在应然意义上的价值分析。虽然也有少量刑事强制医疗解除程序的实证研究,^⑦但数据样本量过小,基于个别省份或者少量裁判文书的实证分析,其结论难于客观严谨,甚至提出了“伪问题”,导致对策分析失去价值。

① [法] 米歇尔·福柯:《疯癫与文明》,刘北成、杨远婴译,生活·读书·新知三联书店2012年版,第3页。

② 参见陈卫东、程雷:《司法精神病鉴定基本问题研究》,载《法学研究》2012年第1期,第175页。

③ 《刑事诉讼法》第306条规定:“强制医疗机构应当定期对被强制医疗的人进行诊断评估。对于已不具有人身危险性,不需要继续强制医疗的,应当及时提出解除意见,报决定强制医疗的人民法院批准。被强制医疗的人及其近亲属有权申请解除强制医疗。”

④ 参见潘侠:《刑事强制医疗解除研究——基于患者再社会化的进路》,载《贵州社会科学》2016年第7期,第77页。

⑤ 参见吕晓刚、杨晓红:《刑事强制医疗解除程序完善实证研究》,载《河南财经政法大学学报》2020年第6期,第139页。

⑥ 参见王君炜:《我国强制医疗诉讼救济机制之检讨》,载《法学》2016年第12期,第129页;周峰、祝二军、李加玺:《强制医疗程序适用情况调研报告》,载《人民司法》2016年第7期,第68页。

⑦ 参见胡嘉金、刘志军:《解除强制医疗程序实务探析》,载《法律适用》2016年第13期;陈艳飞:《强制医疗解除程序之检视与完善》,载《北京政法职业学院学报》2018年第3期;石巍:《强制医疗程序庭审虚化之反思与破解——以北京市2015-2019年强制医疗案件为研究样本》,载《北京警察学院学报》2019年第6期。

刑事强制医疗程序具有防卫社会和医疗救助的双重内在逻辑。^⑧一方面,刑事强制医疗具有保安处分的性质,是对实施了危害行为的精神疾病人适用的旨在预防其再次危害社会的刑事实体措施,目的在于消除精神病人的人身危险性以防卫社会;^⑨另一方面,医疗的强制性恰恰表明,国家负有对精神病人的医疗救助职责与义务,并应维护与保障精神病人的合法权益。解除程序作为刑事强制医疗的出口,在很大程度上反映了一个国家设计这一程序的价值取向。解除强制医疗的法定条件是“已不具有人身危险性”,表明在刑事强制医疗解除的规范层面,以注重防卫社会为价值导向。

但是,强制医疗解除的法定标准在实践中如何把握与认定,是在防卫社会价值导向下重点考察人身危险性,还是在医疗救助的逻辑支配下注重保障被强制医疗人的合法权益,需要在经验层面予以解答。况且,我国刑事强制医疗程序实施至今已近十年,精神病人经强制医疗后的解除情况,亟需在实证分析的基础上进行总结归纳。本文希冀通过实证研究,有效揭示刑事强制医疗解除的客观问题,进一步完善我国刑事强制医疗程序。

二、研究方法与变量设置

(一) 研究方法 with 数据样本

本文采用实证分析方法中的定量分析。数据样本全部来源于中国裁判文书网。在司法信息日趋公开化的当下,包含强制医疗解除决定书在内的裁判文书公开逐步完善,通过裁判文书这一记载案件基本信息的权威文书载体作为研究信息来源进行大数据分析愈加具有可行性。^⑩强制医疗解除决定书是法院发布的具有公信力的裁判文书,其中包含了强制医疗的个人信息、程序进程、各方意见、证据材料等重要信息。

基于以上思路,本研究在中国裁判文书网中获取强制医疗文书,首先将案件类型设定为“刑事案件”,继而利用关键词搜索“解除强制医疗”。根据刑事诉讼法规定,法院作出的强制医疗解除文书为决定书而非判决书或裁定书,据此本研究将文书类型设定为“决定书”。经过上述步骤,共检索到1359篇强制医疗文书。经过错误性筛选,排除其中重复案例、强制医疗决定书与强制医疗复议决定书,获得有效样本量共1213篇强制医疗解除决定书。因刑事强制医疗程序于2012年设立,该样本量时间跨度为2013年至2021年。如果控制客观因素,该数据样本可以认为是当前刑事强制医疗解除案例的全样本。然而,受限于各种客观条件,中国裁判文书网所包含的并非全国所有裁判文书,本研究获取的样本也并非全国所有强制医疗解除决定书。但本研究获取的刑事强制医疗程序设

⑧ 参见李娜玲:《刑事强制医疗程序中保护性制度的法理探讨》,载《江汉大学学报(社会科学版)》2017年第6期,第39页。

⑨ 参见卢建平:《中国精神疾病患者强制医疗问题研究》,载《犯罪学论丛》(第6卷),中国检察出版社2008年版,第463-465页。

⑩ 参见左卫民、王婵媛:《基于裁判文书网的大数据法律研究:反思与前瞻》,载《华东政法大学学报》2020年第2期,第64页。

立以来的解除案例,时间跨度从 2013 年至 2021 年,地域跨度包含全国 30 个省份,可以最大程度地反映司法实践状况。

(二) 变量设置

本研究将法院是否解除强制医疗作为因变量,目的在于考察法官接受解除强制医疗的申请后,在裁量是否解除强制医疗过程中可能受到哪些因素的影响及其比重。理论上,是否解除强制医疗取决于被强制医疗人精神疾病是否痊愈,是否不再具有人身危险性。但为了全面考察解除强制医疗的影响因素,本研究设定了 11 个自变量,包含被强制医疗人的年龄、性别、年份、暴力程度、被强制医疗时间^⑪、申请主体、律师代理、审理方式、医疗机构诊断评估报告或鉴定意见^⑫、亲属或基层组织意见^⑬、检察机关意见。这些自变量的数据均从强制医疗解除文书中提取。本研究中样本量共 1213 个案例,而最终具有相关性的自变量不超过 10 个,符合进行定量分析的数据要求。^⑭

将自变量纳入回归模型之前,需要检验自变量与因变量间的内生性问题,即变量与随机扰动项是否存在相关关系。

首先,自变量与因变量之间无反向因果关系。因变量法院是否解除强制医疗系结果,医疗机构诊断评估报告或鉴定意见、亲属或基层组织意见、检察机关意见等自变量系原因,二者之间并不存在反向因果关系。

其次,模型以外无其他因素同时影响自变量与因变量。刑事强制医疗程序自 2012 年创设至今,并不存在政策性因素,例如国家出台关于被强制医疗精神病人的相关政策,能够同时影响本研究自变量与因变量。

最后,自变量之间多重共线性问题并不显著。为检验这一问题,本研究对 11 个自变量之间进行了双变量相关性分析。分析结果显示,在 P 值为 0.05 显著性水平上具有相关性的自变量有多对,但是根据皮尔逊相关系数,大多数为弱相关或极弱相关,只有律师代理与审理方式的皮尔逊相关系数超过 0.3,为中度相关。^⑮这表明,本研究设定的 11 个自变量之间多重共线性问题并不显著,此问题只存在于自变量律师代理与审理方式之间。

基于因变量解除与不解除为二分类变量,本研究使用 SPSS 统计软件进行二元

⑪ 被强制医疗时间计算方式为:从法院决定强制医疗时起算,至法院作出解除或不解除决定的时间为止。

⑫ 根据《最高人民法院关于适用〈中华人民共和国民事诉讼法〉的解释》第 646 条规定,法院在审查是否解除强制医疗过程中,医疗机构应当提交诊断评估报告作为参考,在必要时法院也可以聘请鉴定机构出具鉴定意见。本研究搜集的 1213 个案例中,有 247 个案例法院聘请鉴定机构出具了鉴定意见,占 20.36%。由于出具鉴定意见的样本量过少,在进行统计分析时会影响总体样本,本研究并没有将鉴定意见作为一个单独变量。

⑬ 部分样本中法官征求了基层组织如村委会、社区委员会对于是否同意解除强制医疗的意见,但数量较少,且经过筛查,基本与亲属意见一致,因此将其与亲属意见合为一个变量进行考察。

⑭ 本研究使用二元 logistic 回归分析,其对样本量的基本估算方法为,首先选择因变量中较少的那一类,然后将该数值除以 10,这就是模型中可容纳的自变量数。本研究中最终模型自变量数量不超过 10 个,因变量中解除与不解除强制医疗每组样本数量均大于 100,符合数据要求。参见张文彤、董伟:《SPSS 统计分析高级教程》,高等教育出版社 2018 年版,第 181 页。

⑮ 限于篇幅,自变量相关性分析未附上,根据分析结果,在 P 值为 0.05 的显著性水平上,律师代理与审理方式之间具有相关性,皮尔逊相关系数为 0.348。

logistic 回归分析。但由于部分样本中缺失年龄、性别、检察机关意见等信息,纳入二元 logistic 回归模型后,因为自变量信息的不完整将被剔除。然而,如果某些自变量对因变量不存在显著影响的话,就没有基于其信息缺失而剔除大量样本之必要。为此,本研究通过卡方检验对自变量与因变量的相关性进行检测,将不具有相关性的自变量予以剔除。

(三) 变量描述统计

通过卡方检验发现,年份、年龄、性别、申请主体、审理方式这 5 个变量的 P 值均大于 0.05,表明这 5 个变量对是否解除强制医疗影响不显著;暴力程度、被强制医疗时间、律师代理、医疗机构诊断评估报告或鉴定意见、亲属或基层组织意见、检察机关意见这 6 个变量的 P 值均小于 0.05,表明这 6 个变量对是否解除强制医疗影响显著(详见表 1)。

表 1 自变量的描述性统计^{①6}

变量	变量分类	样本总量	解除强制医疗 (占本类样本比例)	不解除强制医疗 (占本类样本比例)	卡方检验 (P 值)
暴力程度	轻微暴力行为 =1	113	92 (81.4%)	21 (18.6%)	0.001
	轻暴力行为 =2	370	237 (64.1%)	133 (35.9%)	
	重暴力行为 =3	584	372 (63.7%)	212 (36.3%)	
	缺失值	146	100 (68.4%)	46 (31.6%)	——
被强制医疗时间	一年以下 =1	348	262 (75.3%)	86 (24.7%)	0.000
	二年至三年 =2	367	242 (66%)	125 (34%)	
	三年至四年 =3	224	142 (63.4%)	82 (36.6%)	
	四年以上 =4	253	147 (58.1%)	106 (41.9%)	
	缺失值	21	8 (38.1%)	13 (61.9%)	——
律师代理	有 =1	392	235 (59.9%)	157 (40.1%)	0.002
	无 =2	821	566 (68.9%)	255 (31.1%)	
医疗机构诊断评估报告或鉴定意见	无人身危险性,可以解除强制医疗 =1	808	671 (83%)	137 (17%)	0.000
	有人身危险性,不可解除强制医疗 =2	175	18 (10.3%)	157 (89.7%)	
	病情好转,但未明确人身危险性 =3	176	95 (54%)	81 (46%)	
	是否存在人身危险性存在矛盾 =4	17	2 (11.8%)	15 (88.2%)	
	缺失值	37	11 (29.7%)	26 (70.3%)	——

①6 年份、年龄、性别、申请主体、审理方式这 5 个自变量影响并不显著,因此在表 1 中不再罗列。

变量	变量分类	样本 总量	解除强制医疗 (占本类样本 比例)	不解除强制医疗 (占本类样本 比例)	卡方检验 (P 值)
亲属或 基层组 织意见	愿意监管 =1	1038	744 (71.7%)	294 (18.3%)	0.000
	不愿意或无亲属监管=2	80	7 (8.8%)	73 (91.2%)	
	愿意但无能力监管 =3	18	1 (5.6%)	17 (94.4%)	
	缺失值	77	49 (63.6%)	28 (36.4%)	——
检察 机关 意见	同意解除 =1	182	173 (95.1%)	9 (4.9%)	0.000
	不同意解除 =2	83	4 (4.8%)	79 (95.2%)	
	由法院综合权衡 =3	61	45 (73.8%)	16 (26.3%)	
	缺失值	887	579 (65.3%)	308 (34.7%)	——

三、刑事强制医疗解除的影响因素

基于表 1 的卡方检验结果,被强制医疗人的性别、年龄、年份、申请主体、审理方式这 5 个自变量对法院是否解除强制医疗并无显著影响,因此予以剔除。而且,根据上文双变量分析,自变量律师代理与审理方式之间中度相关,若同时纳入模型则存在多重共线性问题,将审理方式这一变量剔除恰好可以解决此问题。另外,检察机关意见虽然对于是否解除强制医疗影响显著,但包含该自变量信息的样本案例仅有 326 个,若纳入模型将大量减少样本数量,为保障样本的完整有效性,本研究也将其剔除。因此,本研究的回归模型最终将剩余的 5 个自变量予以纳入。

在进行回归分析之前,由于具有显著影响性的 5 个自变量均为分类变量,需要进行哑变量处理。以被强制医疗时间为例,将变量分类“一年以下”作为参数,考察其他三个分类变量与之相比对因变量的影响。余下自变量依次以“无人身危险性,解除强制医疗”“愿意监管”“轻微暴力犯罪”“有”作为参数,考察其他变量分类与之相比对因变量的影响。确定上述哑变量参数对照后,利用 SPSS 数据分析软件对样本进行二元 logistic 回归分析,形成了表 2 的模型,该模型的伪判定系数 Cox&Snell R² 和 Nagelkerke R² 分别为 0.438 和 0.609,模型的预测正确率为 86.7%。^{①⑦}

表 2 刑事强制医疗解除与影响因素的回归分析

自变量	B	标准误差	瓦尔德	自由度	显著性	Exp (B)
暴力程度			8.591	2	.014	
(1)	.979	.384	6.512	1	.011	2.663

①⑦ 霍斯默 - 莱梅肖检验的 P 值为 0.647,该值大于 0.05,表明本模型可以较好地拟合观察数据。

自变量	B	标准误差	瓦尔德	自由度	显著性	Exp (B)
(2)	1.097	.375	8.556	1	.003	2.994
律师代理	-.688	.214	10.359	1	.001	.503
强制医疗机构评估 意见或鉴定意见			226.614	3	.000	
(1)	4.670	.335	194.312	1	.000	106.688
(2)	2.239	.242	85.475	1	.000	9.383
(3)	2.689	.587	21.012	1	.000	14.714
亲属或基层组织 意见			76.920	2	.000	
(1)	4.000	.456	76.920	1	.000	54.577
(2)	22.543	8325.056	.000	1	.998	6167142000
被强制医疗时间			9.380	3	.025	
(1)	.707	.268	6.969	1	.008	2.027
(2)	.811	.301	7.270	1	.007	2.251
(3)	.519	.297	3.062	1	.040	1.680
常量	-4.959	1.316	14.175	1	.000	.007
Cox&Snell R ²	0.438					
Nagelkerke R ²	0.609					
模型预测正确率	解除强制医疗的预测正确率: 93.1%; 不解除的预测正确率: 73.7% 总体: 86.7%					

注: 显著性水平为 0.05。

1. 诊断评估报告或鉴定意见系决定解除强制医疗的关键因素

回归分析发现,强制医疗机构诊断评估报告或者鉴定意见的 P 值小于 0.05,表明该自变量对是否解除强制医疗具有显著影响。具体而言,“有人身危险性,不可解除”的 P 值小于 0.05,表明该变量分类对解除强制医疗存在显著影响。Exp (B) 值又称 OR 值,是指数据统计中出现某种结果与不出现某种结果的概率比。Exp (B) 值为 106.688,这意味着相比于“无人身危险性,解除强制医疗”,“有人身危险性,不可解除”不解除强制医疗的概率是解除概率的 106.688 倍。易言之,若强制医疗机构或鉴定机构作出被强制医疗人具有人身危险性且不可解除强制医疗的专家意见,法院有极高的概率不解除强制医疗。“病情好转,人身危险性不明确”的 P 值小于 0.05,表明其对解除强制医疗存在显著影响。Exp (B) 值为 9.383,表明相比于“无人身危险性,解除强制医疗”,“病情好转,人身危险性不明确”不解除强制医疗的概率是解除概率的 9.383 倍。“是否具有人身危

险性存在矛盾”的P值小于0.05,表明其对解除强制医疗存在显著影响。Exp(B)值为14.714,意味着与“无人身危险性,解除强制医疗”相比,强制医疗机构诊断评估报告与鉴定机构鉴定意见对被强制医疗人是否具有人身危险性存在矛盾意见的情况下,被强制医疗人不解除强制医疗的概率是解除概率的14.714倍。并且,强制医疗机构评估报告或鉴定意见是该模型中影响因变量的关键因素。在该模型中剔除强制医疗机构评估报告或鉴定意见这一变量,模型的伪判定系数Cox&Snell R^2 和Nagelkerke R^2 分别降为0.169、0.234,而模型的预测正确率下降为73.5%,不解除的预测正确率下降为24%。所以,强制医疗机构诊断评估报告或鉴定意见是法官考量是否解除强制医疗的关键因素。

2. 亲属或基层组织意见系决定解除强制医疗的关键因素

回归分析显示,亲属或基层组织意见的P值小于0.05,表明该变量对强制医疗是否解除具有显著影响。具体而言,“不愿意或无人监管”的P值小于0.05,表明该变量分类对解除强制医疗存在显著影响。Exp(B)值为54.577,意味着与亲属或基层组织“愿意监管”相比,“不愿意或无人监管”不解除强制医疗的概率是解除概率的54.577倍。“愿意但无能力监管”的P值大于0.1,表明亲属是否具有监管能力对强制医疗的解除并无显著影响。如果在该模型中剔除亲属或基层组织意见这一变量,模型的伪判定系数Cox&Snell R^2 和Nagelkerke R^2 分别降为0.329、0.458,而模型的预测正确率下降为80.9%,不解除的预测正确率下降为56.9%。可见,亲属或基层组织意见也是法官考量是否解除强制医疗的关键因素。

3. 被强制医疗人实施的暴力行为对强制医疗是否解除存在显著影响

回归分析发现,强制医疗人实施的暴力行为对强制医疗是否解除具有统计学意义上的显著性。并且,被强制医疗人的暴力程度越高,法院就越倾向于不解除强制医疗。根据回归分析,轻暴力行为的P值小于0.05,表明该行为对是否解除强制医疗存在显著影响。模型中该自变量的Exp(B)值为2.663,表明相对于轻微暴力行为,实施了轻暴力行为的被强制医疗人不解除强制医疗的概率是解除概率的2.663倍。重暴力行为的P值也小于0.05,表明该行为对是否解除强制医疗也存在显著影响。模型中的Exp(B)值为2.994,表明相对于轻微暴力行为,实施了重暴力行为的被强制医疗人不解除强制医疗的概率是解除概率的2.994倍。但是,如在上述模型中去除暴力程度这一自变量,模型的伪判定系数Cox&Snell R^2 变为0.423, Nagelkerke R^2 变为0.591,模型的预测正确率仍为86.7%,没有变化。这表明暴力程度对是否解除强制医疗存在显著影响,但影响有限并非关键因素。

4. 律师代理对强制医疗是否解除存在显著影响

回归分析发现,律师代理对强制医疗是否解除具有统计学意义上的显著性。回归分析显示,律师代理的P值小于0.05,表明律师代理行为能够显著影响法官解除强制医疗。并且,模型中的Exp(B)值为0.503,该值小于1表明该因素为保护因素,即相比于有律师代理的强制医疗解除申请,没有律师代理的案件中不解除强制医疗的概率是解除概率的0.521倍。换言之,没有律师代理的强制医疗解除申请,被解除强制医疗的概率反而更

高。但是,律师代理对解除强制医疗的影响有限。在上述模型中去除律师代理这一自变量,模型的伪判定系数 Cox&Snell R^2 变为 0.432, Nagelkerke R^2 变为 0.600,模型的预测正确率变为 86.3%,略微下降。这表明律师代理对强制医疗的解除存在显著影响,但影响有限并非关键因素。

5. 精神病人的强制医疗时间对强制医疗是否解除存在显著影响

回归分析发现,被强制医疗时间的 P 值小于 0.05,表明强制医疗的时间对于解除强制医疗存在显著影响。并且,被强制医疗时间越长,不解除强制医疗的概率越高。具体而言,“二年至三年”这一分类的 P 值小于 0.05,表明其与强制医疗的解除存在显著影响。Exp(B) 值为 2.027,表明相较于被强制医疗“一年以下”,“二年至三年”的被强制医疗人不解除强制医疗的概率是解除概率的 2.027 倍。“三年至四年”的 P 值小于 0.05,表明其与强制医疗的解除也存在显著影响。Exp(B) 值为 2.251,表明相较于被强制医疗“一年以下”,“三年至四年”的被强制医疗人不解除强制医疗的概率是解除概率的 2.251 倍。“四年以上”的 P 值小于 0.05,表明其与强制医疗的解除也存在显著影响。Exp(B) 值为 1.680,表明相较于被强制医疗“一年以下”,“四年以上”的被强制医疗人不解除强制医疗的概率是解除概率的 1.680 倍。如果将该自变量剔除,模型的伪判定系数 Cox&Snell R^2 变为 0.432, Nagelkerke R^2 变为 0.600,模型的预测正确率变为 86.2%,略微下降。这表明强制医疗时间长短对强制医疗的解除存在显著影响,但影响有限并非关键因素。

四、刑事强制医疗解除程序的问题分析

(一) 刑事强制医疗的解除难度

数据中隐藏着真实,我们所“认为”的问题也许与所“发现”的问题并不一致。既有研究提出了刑事强制医疗解除难的实践问题。然而,样本数据分析所呈现的是,强制医疗的申请解除率抑或解除率均不低。首先,本研究 1213 个申请解除强制医疗的有效样本中,有 801 个解除了强制医疗,占 66%,有 412 个未解除,占 34%。超过半数的案例中法院解除了强制医疗,比例并不低。可见,在有充分证据证明被强制医疗人不具有人身危险性前提下,“法官倾向于作出‘不予解除’的保守裁决”^⑮这一问题并不显著。其次,经笔者在中国裁判文书网检索,2013—2021 年同期法院决定强制医疗的案件约有 4000 件,^⑯刑事强制医疗案件的申请解除率约为 30.3%,解除率约为 20%。考虑到精神疾病是一种复杂的疾病,而被强制医疗的精神病人情况更为严重,治疗期不可能很短暂,^⑰所以该解除比例并不低。最后,2013—2020 年间,申请解除强制医疗与决定强制医疗案

^⑮ 前注④,潘侠文,第 77 页。

^⑯ 笔者在搜集强制医疗解除案例的同时,搜集了决定强制医疗的案例。

^⑰ 许多国家的经验表明,精神病平均有效的治疗期间大约为三年,最长不超过五年。参见秦宗文:《刑事强制医疗程序研究》,载《华东政法大学学报》2012 年第 5 期,第 127 页。

件的比例分别为 2.3%、5.3%、8.6%、18.8%、26.8%、39.4%、37.6%、41.9%,^{②①}可见强制医疗的申请解除率呈逐年升高趋势。该趋势与精神疾病的治愈特点相吻合,即随着治疗周期的增长,精神疾病的逐渐好转,申请强制医疗解除率逐渐攀升。可以预见,今后刑事强制医疗申请解除率与解除率仍将持续攀升。

以上系基于样本数据得出的宏观分析,表明强制医疗解除难问题并不显著。但是具体到个案,是否存在解除难的问题要因案而异。质言之,强制医疗解除“难”与“易”并非问题实质,关键在于具体案件中刑事强制医疗解除标准的正确认定,被强制医疗人是否被合理合法地解除或继续强制医疗。

(二) 刑事强制医疗解除的司法认定与程序问题

1. 强制医疗的解除呈唯“医学+家庭”模式

精神科医生与鉴定专家因具有垄断性的知识与技术优势,使得其作出的诊断报告或鉴定意见因科学专业性而成为权威根据。数据显示,专业意见若为“无人身危险性,可以解除强制医疗”,解除率为 83%,若为“有人身危险性,不可解除强制医疗”,不解除率为 89.7%。^{②②}可见,强制医疗解除程序仍然没有摆脱精神病鉴定问题的沉痾,即“司法机关对于司法鉴定人鉴定意见的采信高达 80%—90%,因此刑事责任能力的决定权几乎控制在司法鉴定人的手里”^{②③}。

但无论如何,精神病鉴定意见不是最终裁判,仍然要受到法官的实质审查。况且,被强制医疗人是否解除强制医疗,基于精神病学、法学、社会学等多方面知识,涉及社会利益与个人自由、自主权的微妙平衡,需要法官进行综合考量,不仅是一个医学问题,还是一个法律问题,更是一个社会问题。所以,“在法律上法庭不受鉴定结论的束缚”^{②④}。也因此,解除强制医疗与决定强制医疗相比,还应注重考察被强制医疗人家属的监管意愿与监管能力,因为被强制医疗人的主要监护主体是其共同生活的家属。本研究样本中家属表示愿意监管的有 1038 个,其中 744 个解除了强制医疗,占 71.7%;家属不愿意监管或无家属监管的有 80 个,不解除的有 73 个,比例高达 91.2%。

因此,精神病专家意见与亲属意见是法官考量解除强制医疗的两个关键因素,其中任意一个对被强制医疗人不利,法官几乎都会作出继续强制医疗的决定,笔者将此称之为刑事强制医疗解除程序的唯“医学+家庭”模式。此种模式的缺陷在于:第一,法官主要考量的是强制医疗机构或鉴定机构以及家属的意见,对于被害人、检察机关、被强制医疗人及其所在基层组织等的意见考量并不充分。经检索,法官在强制医疗解除程序中听取被害人或其家属意见的仅有 59 个案例,占样本总量的 4.9%;^{②⑤}听取检察机关意见的

②① 该比例计算公式为:每年申请解除强制医疗案件数/(每年强制医疗的案件数-每年申请解除强制医疗案件数)。

②② 参见表 1。

②③ 陈卫东等:《司法精神病鉴定刑事立法与实务改革研究》,中国法制出版社 2011 年版,第 68 页。

②④ [德]托马斯·魏根特:《德国刑事诉讼程序》,岳礼玲、温小洁译,中国政法大学出版社 2004 年版,第 181 页。

②⑤ 由于被强制医疗精神病人实施的绝大多数是杀人、伤害等暴力行为,在一些案件中被害人已经死亡,但法官可以听取其家属对解除强制医疗的意见。

案例有326个,占26.9%;听取被强制医疗人意见的有320个,占26.4%;^⑥听取被强制医疗人所在基层组织意见的有55个,占4.5%。因此,唯“医学+家庭”模式以精神病专家和家属意见为必要考量因素,其他因素并非考察的必要,可能导致被强制医疗人回归社会后因后续看护不利或社会矛盾等再次危害社会,无法实现强制医疗的社会效果。第二,由于缺乏统一明确标准,精神病专家意见缺乏规范性,在过于依赖精神病专家意见的模式下,易导致强制医疗解除案件“同案不同判”之现象。第三,研究样本中有少数家属提供了具备监管能力的证明(如工资收入证明、基层组织证明、监护计划书等),少数法官实地考察了被强制医疗人家属的监管能力,但绝大多数法官只进行家属监管意愿的形式考察,对于是否具有实质监管能力则缺乏调查。应认识到,精神疾病是一种易复发的顽固疾病,在医学角度上精神病人需要终身服药,停药使多数精神病人有复发的可能。^⑦强制医疗解除后并非一劳永逸,被强制医疗人还需要一个具备一定经济基础的稳定监护环境,才能有效防范精神疾病的复发。

2. 强制医疗解除评估机制不规范

第一,诊断评估报告或鉴定意见的内容不规范。“人身危险性的判定在强制医疗诉讼中处于举足轻重的地位,其解释很大程度上决定着强制医疗的适用对象和范围,也直接影响到国家以强制医疗方式干预人身自由的限度。”^⑧因此,解除强制医疗的专业评估应当紧密围绕被强制医疗人的人身危险性问题。然而根据笔者对于样本案例的统计,强制医疗机构诊断评估报告或者鉴定意见的内容样式各异,五花八门。有些内容充分详细,在描述被强制医疗人临床症状的基础上对其治愈情况作出诊断,并对其人身危险性进行评估与界定,对是否符合解除强制医疗提出建议;有些则简单随意,或缺少临床症状的描述,或缺少危险性的评估,或缺少精神疾病的诊断情况。评估报告或鉴定意见的内容不统一规范,尤其是缺失重要信息的,导致法官在作出裁判时无所适从。例如,有医院评估报告中仅列明被强制医疗人的临床症状,经过强制医疗后好转,既没有诊断精神疾病是否痊愈,也没有评估人身危险性是否还存在,有法院即作为依据决定解除强制医疗。但也有法院在此情况下判定:虽然被强制医疗人经过强制医疗病情显著好转,但强制医疗机构对被强制医疗人作出的病情评估并无不需要继续强制医疗的结论,且现有证据并不能证实被强制医疗人已不需要继续强制医疗,故不宜对其解除强制医疗。^⑨还有医院不明确评估与界定被强制医疗人的人身危险性,仅说明其正处于精神疾病缓解期,有法院即决定解除强制医疗,而有法院则认为被强制医疗人仍处于缓解期,尚有精神疾病残留症状,尚不足以证实其已不具有人身危险性,需要继续强制医疗。^⑩

第二,定期评估执行不到位。我国《刑事诉讼法》规定“强制医疗机构应当定期对

^⑥ 实践中,法官听取被强制医疗人意见的方式有两种:一是开庭审理中当庭听取;二是主动到强制医疗机构会见。

^⑦ 参见王健:《浅议强制医疗的解除》,载《中国司法鉴定》2015年第2期,第101页。

^⑧ 陈绍辉:《论刑事强制医疗程序中人身危险性的判定》,载《东方法学》2016年第5期,第10页。

^⑨ 参见湖南省宁远县人民法院(2021)湘1126刑医解1号不予解除强制医疗决定书。

^⑩ 参见广东省广州市天河区人民法院(2019)粤0106刑医解6号驳回解除强制医疗申请决定书。

被强制医疗的人进行诊断评估”,但对具体评估周期并未明确,相关司法解释亦无规定。公安部起草的《强制医疗所条例(送审稿)》第34条规定:“强制医疗所定期对被强制医疗人员进行诊断评估。自强制医疗执行期满一年之日起三十日内应当进行首次诊断评估。首次诊断评估后,一般每隔半年进行诊断评估。”然而,《强制医疗所条例(送审稿)》目前处于搁置待审状态,对于被强制医疗人的定期评估仍然由强制医疗机构自行决定。立法的缺失导致实践中强制医疗机构不积极对机构内的精神病人进行诊疗,出现诊疗周期无规律、不确定等问题。^{③①}若强制医疗机构对被强制医疗人进行不定期评估,在解除程序中无法提供各个阶段的诊断记录,法官便无法客观掌握被强制医疗人的阶段性恢复情况。实践中即使最终诊断评估报告显示被强制医疗人已无人身危险性,有些法官也倾向于否定解除强制医疗的申请。^{③②}

第三,鉴定程序启动标准不明确。刑事强制医疗解除程序不同于决定程序,并不必然要求启动司法精神病鉴定程序。被强制医疗人经过系统治疗后,强制医疗机构对被强制医疗人的精神疾病治愈情况最为了解,因此法律规定在解除程序中强制医疗机构必须提供诊断评估报告。在必要时,法院才委托鉴定机构对被强制医疗的人进行鉴定。但何谓“必要时”法律没有明确规定。经筛查,本研究1213个样本中同时存在医院诊断评估报告与鉴定机构鉴定意见的有159个,占13.1%。此159个案例中精神病鉴定启动并无统一标准,具有一定的任意性。

3. 法官缺乏认证能力

本研究样本中法官是否解除强制医疗与专家意见的高度一致性表明,强制医疗解除案件“事实上裁判几乎是从法官的重心转移到医生的范围”^{③③}。这是否意味着强制医疗解除程序的形式化呢?笔者认为并非如此。一方面,精神病鉴定意见本身是科学发展的产物,是现代精神病学、法学及其相关学科的科学理论在司法鉴定中的应用,具有科学性的一面。^{③④}况且,精神病鉴定意见也需要遵循法定程序作出,通过科学方式获得。因此,鉴定意见经举证质证后符合证据标准,法官予以采纳本身就经过了综合裁量;另一方面,在本研究样本中,专家意见为“无人身危险性,可以解除强制治疗”的808个案例中,有137个(占17%)没有解除强制医疗,也可以印证法官并非一味盲从专家意见。

解除强制医疗审理程序的问题在于,无论是采用书面审理,还是采用开庭审理或听证,贯彻的均是一种“行政化”逻辑。研究样本1213个案例中有826个采用了书面审理的方式,比例高达68.1%。而采取开庭审理或听证的案件中,双方意见也主要基于强制医疗机构诊断评估报告或鉴定意见,无法形成有效抗辩,其效果与提交书面意见并无实

^{③①} 参见李小明、谢月萍:《刑事强制医疗程序救济机制探究》,载《昆明大学学报》2019年第6期,第16页。

^{③②} 参见湖南省双峰县人民法院(2020)湘1321刑医解1号继续强制医疗决定书;吉林省扶余市人民法院(2019)吉0781刑医解4号继续强制医疗决定书;四川省屏山县人民法院(2015)屏山刑医解字第1号继续强制医疗决定书。

^{③③} 张丽卿:《司法精神医学:刑事法学与精神医学之整合》,中国政法大学出版社2003年版,第268页。

^{③④} 参见宋远升:《“定病”与“定罪”:精神病鉴定专家对刑事法官裁判权的双重挑战》,载《法学论坛》2017年第1期,第124页。

质差异,也是行政化审查方式的延续。这解释了为什么在前述数据分析中,强制医疗解除的审理程序无论采用书面审理抑或开庭听证审理,对于最终是否解除强制医疗并无显著影响。

法官审查强制医疗解除的“行政化”逻辑,根源于其对强制医疗相关证据认证手段与能力的欠缺。虽然法官在强制医疗解除案件中尽职审查,但由于专业知识受限,即使开庭审理或听证,法官也无法对强制医疗有关证据进行实质性判断。实践中,法官启动司法精神病鉴定的比例也相对较低,在本研究样本中仅有247例法院聘请了鉴定机构出具了鉴定意见,占总数的20.36%。这导致强制医疗解除程序中,“法官所做的工作可能更接近于行政官员的审批而非司法意义上的审理”^⑤。

此外,强制医疗解除程序的律师参与率(包括申请人委托律师与法律援助机构指派律师)较低,样本案例中仅有392个有律师参与,占32.3%。有观点认为,在强制医疗解除程序中只要被强制医疗人没有委托律师,就应当为其提供法律援助。^⑥理论上,通过律师介入与控方进行抗辩,一定程度上可以促进法庭的实质审理。吊诡的是,上文数据分析显示,律师参与虽然对强制医疗的解除存在显著影响,但无律师参与的强制医疗解除案件,解除率比有律师参与的案件反而更高。原因类似,大多数律师也不具备精神医学专业知识,代理大多基于专家意见或被强制医疗人的临床表现展开,无法提出实质性意见,对法官裁量无法起到实质影响作用。

因此,单纯强调采用开庭或听证的审理方式,或主张提供律师强制法律援助,无法有效解决强制医疗解除程序“行政化”问题。关键在于通过解除程序的司法化改造,提高法官对于强制医疗相关证据的认证能力。

4. 强制医疗带有惩罚性质

无论如何,强制医疗都不能视为对于被强制医疗人的惩戒措施。全国人大参与立法人士明确说明:“强制医疗并不是对实施暴力行为的精神病人的惩戒和制裁,而是对被强制医疗的人采取的保护性措施,并给其必要的治疗,使其尽快解除痛苦,恢复健康,同时避免继续危害社会。”^⑦然而,从强制医疗解除程序的实践运作来看,强制医疗仍带有一定的惩罚性质,在观念上并没有摆脱报应刑目的的桎梏。

第一,被强制医疗人实施的暴力行为对法官是否解除强制医疗存在显著影响。上文数据分析显示,被强制医疗人实施行为暴力程度越高,法官决定不解除强制医疗的比例就越高。即使在被强制医疗人符合法定解除标准的情况下,其实施暴力行为的程度与后果仍会影响法官决定。例如,法官基于被强制医疗人造成被害人轻伤二级的后果,只因被强制医疗人强制医疗时间过于短暂,而不予解除强制医疗。^⑧还有在强制医疗机构提

^⑤ 前注②,秦宗文文,第120页。

^⑥ 参见前注⑦,陈艳飞文,第12页。

^⑦ 王爱立主编:《中华人民共和国刑事诉讼法释义》,法律出版社2018年版,第667页。

^⑧ 参见安徽省颍上县人民法院(2019)皖1226刑医解2号刑事决定书。

供了不具有人身危险性的评估报告情形下,法官基于被强制医疗人曾经导致一人死亡的严重后果,而认定其仍然具有人身危险性。^{③⑨}诚然,危害行为是评估人身危险性的因素之一,但绝不能仅依据危害行为暴力程度来决定强制医疗时间长短。

第二,被强制医疗人的强制医疗时间与其危害行为暴力程度存在相关性。上文数据分析显示,强制医疗的时间越长,不解除强制医疗的比例就越高。这与学者的经验判断一致,即“如果在执行的前几年没有被释放,以后被释放的机会就变得遥遥无期”^{④⑩}。这一方面是因为强制医疗时间较长的一般是重型精神疾病患者,治愈较为困难,治疗周期也比较漫长;另一方面,强制医疗时间长的多数为严重暴力行为的精神病人。本研究样本中强制医疗时间最短的为20天,最长的为2790天,存在21个缺失值,平均每人被强制医疗700.13天。经统计,轻微暴力、轻暴力、重暴力三个等级的精神病人被强制医疗的平均时间分别为622.77、683.14、744.03天,实施重暴力行为的被强制医疗人强制医疗时间高于轻(微)暴力,且超过平均水平。并且,强制医疗时间超过4年的案件共有235件,其中重暴力案件有140件,高达59.6%。从数据统计来看,被强制医疗人危害行为暴力程度越高,造成的危害后果越严重,其被长时间强制医疗的可能性就越高。

五、刑事强制医疗解除程序的完善进路

基于上文实证分析可以发现,唯“医学+家庭”模式下强制医疗的解除以人身危险性评估为重要导向,对于被强制医疗人的合法权益保障则付之阙如。被强制医疗人不仅被视作防卫的对象,甚至在一定程度上沦为“惩罚”的客体。因此,刑事强制医疗解除程序的完善,首先应当由防卫社会的价值导向转向强调被强制医疗人的权利保障,继而推动该程序由“医学+家庭”模式向权利保障模式发展。

(一) 强制医疗解除评估机制的规范化

精神医学难题的攻克需要科学技术的不断进步,而在现有技术条件下提高解除强制医疗的准确性,应当依靠规范化的强制医疗评估机制。虽然目前主要依据临床诊断作出的诊断评估或鉴定意见不一定客观准确,但通过规范化的评估流程与机制,可以将精神疾病诊断/鉴定过程中的不确定性降至最低,为法官裁判提供相对客观的专家意见。

1. 规范强制医疗评估方式与内容

强制医疗机构应当区分定期诊断评估与申请解除强制医疗评估两种评估方式。前者基于强制医疗机构日常治疗过程中应当履行的检查职责,后者是在发现被强制医疗人精神疾病显著好转,不存在人身危险性时,向法院申请解除强制医疗的专门申请。基于此,《最高人民法院关于适用〈中华人民共和国民事诉讼法〉的解释》(以下简称《刑诉法解释》)第541条规定的“人民法院应当审查是否附有对被强制医疗的人的诊断评

^{③⑨} 参见吉林省吉林市丰满区人民法院(2020)吉0211刑医解2号继续强制医疗决定书。

^{④⑩} 前注^{③③},张丽卿书,第332页。

估报告”应当同时包含被强制医疗人的定期诊断报告与申请解除强制医疗报告,两者缺一不可。在具体内容上,强制医疗机构的定期诊断评估报告应同时包含临床症状程度、诊治及疗效、危险性评估三方面内容。临床症状程度包含是否仍具有严重精神症状,如妄想、幻觉、思维逻辑障碍、行为紊乱等;社会功能恢复情况,如个人生活是否能够自理;对自身精神病态是否有自知能力等。诊治及疗效是指患者接受治疗的效果如何,是“临床治愈”(症状消失、自知力恢复)、“显著好转”(症状基本控制,自知力恢复不佳),还是“好转”(症状部分控制,自知力缺乏)或者无效(无变化)。危险性评估应依据患者可能发生危险性攻击行为的临床经验,并借助我国目前通用的量化评定工具(《重性精神疾病管理治疗工作规范(2012年版)》中的“危险性评估分级表”和“修改版外显攻击行为量表”)为诊断评估意见提供参考。^⑪除以上三方面内容以外,申请解除强制医疗评估报告还应当列明被强制医疗人是否符合解除强制医疗的医学标准,如果符合还应当明确后续服用的药物与看护方案、具体的监护环境要求、未按照规定进行后续治疗的后果及可以采取的紧急措施等。

2. 规范定期评估机制

由于精神疾病具有周期长、易反复、难治愈的特点,强制医疗机构定期诊断评估的频率既不宜长,也不宜短。依据精神疾病的常规治疗方案,通常对精神病人治疗一个疗程需要3个月时间。^⑫因此建议对被强制医疗人的首次评估时间应不低于3个月,然后每3个月定期评估一次,并做好定期诊断记录。并且,应当明确规定不严格履行强制医疗操作规范并造成严重后果的,强制医疗机构或有关责任人员应当承担相应责任。^⑬

3. 规范强制医疗机构的解除责任

为了保障被强制医疗人的合法权益,强制医疗机构在定期诊断评估过程中认为被强制医疗人符合解除条件的,负有及时向法院申请解除强制医疗的责任,还应主动提交定期诊断评估报告与申请解除强制医疗报告。此外,主治医生或相关医务人员还具有出庭作证的义务。

公安部2016年起草的《强制医疗所条例(送审稿)》时至今日仍然没有生效,全国公安系统所属的强制医疗机构对于强制医疗尚无统一规章制度可循。权威统一规范的缺失,易导致强制医疗的乱象,侵害被强制医疗人合法权益。因此,有必要将该条例继续修订完善之后提上颁布日程,以规范刑事强制医疗的实践运行。

(二) 强制医疗解除的法律程序完善

“应当承认,探索人的心理与灵魂比剖验一具尸体更为困难。”^⑭一方面,精神疾病评估与诊断涉及到医学、生理、生化机理等方面专业知识,是一个极度复杂的专业领域,其

^⑪ 参见前注④,潘侠文,第80页。

^⑫ 参见前注②⑦,王健文,第101页。

^⑬ 对此,可以参考我国《精神卫生法》第74条,当医疗机构对强制住院治疗的患者未及时进行检查评估或者未根据评估结果作出处理时,卫生行政部门对医疗机构及其工作人员的处罚规定。

^⑭ [法]勒内·弗洛里奥:《错案》,赵淑美、张洪竹译,法律出版社2013年版,第201页。

结果具有高度主观性;另一方面,强制医疗的解除也受到医学、法律、社会等诸多因素的影响,具有一定的不确定性。强制医疗解除程序的规范化与法治化,可以通过程序上的公平公正,将负面效应降至最低。

1. 规范与统一强制医疗解除的认定标准

在刑事强制医疗解除的审理过程中,除了审查诊断评估报告或鉴定意见之外,法官还应当重点考察以下要素:

第一,暴力行为史。虽然不能以被强制医疗人曾经实施的暴力行为推定其具有人身危险性,但可作为一个重要评判要素。法官不能据此决定强制医疗时间的长短,防止强制医疗异化为惩罚措施。

第二,精神疾病种类。根据精神病学分类,精神病人可分为冲动攻击型、极度妄想型和社会功能衰退型三种类型。其中,冲动攻击型精神病人如果无法得到有效看管和医疗,继续危害社会的可能性最大,另外两种类型的人身危险性相对较小。^{④5}

第三,治疗恢复过程。被强制医疗人在强制医疗过程中的治疗表现,如是否配合医生治疗、定期吃药、与病友交往、是否出现伤人伤己行为等情节。

第四,家庭监管及后续就医意愿。由于精神疾病的易复发性,还应当重点考察被强制医疗人家属的监管环境与条件,是否有能力承担长期监管职责,以及家属在精神病人病情不稳定情况下是否有意愿和能力送其到医院就诊。

第五,被害人等相关主体的意见。除听取被强制医疗人及其家属意见以外,法官还应当听取被害人或其家属、被强制医疗人所在基层组织、检察机关等相关个人或机构的意见。由于精神病人暴力行为的受害者大多数为亲属邻里,陌生人很少成为攻击目标,受害者与精神病人之间熟人关系居多。^{④6}若社会矛盾没有及时有效化解,被强制医疗人回归社会后易再次导致矛盾冲突,存在潜在的社会危险性。

实践中有法官因被强制医疗人家属无监管意愿或能力,或者没有家属监管,而决定继续对其强制医疗。^{④7}按此逻辑,如果被强制医疗人一直没有家属监管,意味着其将无限期地接受强制医疗,这显然不利于人身自由的保障,也不利于回归社会生活。同时,也加重了强制医疗机构的负荷,占用了本就拮据的公共医疗卫生资源。对此,可以在政府主导下由公安、民政等部门牵头,对符合解除标准但家属无监护能力或没有家属的被强制医疗人,探索设立公益监护人制度,与社区基层组织对接,由其指派公益监护人,辅之以配套经费保障制度,解决因无人接收而无法解除强制医疗的问题。

为统一强制医疗解除标准的认定,最高人民法院还可以发布关于刑事强制医疗解除的指导性案例,明确法官在裁决解除强制医疗过程中应当考量的具体因素,统一完善刑

^{④5} 参见前注^{④6},周峰等文,第70页。

^{④6} 参见前注^{④5},陈绍辉文,第16页。

^{④7} 参见吉林省双辽市人民法院(2020)吉0382刑医解1号不予解除强制医疗决定书;江苏省常州市金坛区人民法院(2020)苏0413刑医解2号继续强制医疗决定书。

事强制医疗的解除程序。此外,下列情形为“必要时”,法官应当启动司法精神病鉴定:(1)缺失强制医疗机构诊断评估报告的;(2)强制医疗机构诊断评估报告内容不规范、缺乏针对性诊断内容的;(3)申请人有初步证据证明被强制医疗人已不具有人身危险性,但诊断评估报告显示其具有人身危险性的;(4)对继续强制医疗存在合理怀疑的其他情形。

2. 提升法官涉强制医疗相关证据的认证能力

研究样本中有38个案例,法官将是否解除强制医疗交由审判委员会讨论决定,突出体现了强制医疗案件中法官专业判断能力的不足。前文已述,法官认证能力的欠缺,是强制医疗解除审理程序“行政化”的重要原因。仅依靠规范强制医疗评估机制,或者必须开庭审理,抑或律师提供强制法律援助,无法根本解决该问题,关键还在于提升法官对强制医疗相关证据的认证能力与水平。在整合现有法律规定的基础上,本文提出两条提升路径。

第一,聘请专家辅助人帮助。2012年《刑事诉讼法》修订时设立了专家辅助人制度,赋予了辩方申请具有专门知识的人出庭对鉴定结果发表意见的权利。域外法治国家普遍赋予了鉴定人“法官的科学辅助人”之地位,帮助法官对专门性问题进行认识。^{④8}我国一些实践案例中,专家辅助人在某种意义上也承担着为法官提供专业知识辅助的作用。^{④9}2017年《人民法院办理刑事案件第一审普通程序法庭调查规程(试行)》第13条规定鉴定人、专家辅助人出庭时,第4款表述为“为查明案件事实、调查核实证据,人民法院可以依职权通知上述人员到庭”,实际赋予了法官聘请专家辅助人的权力。《刑诉法解释》第251条明确规定:“为查明案件事实、调查核实证据,人民法院可以依职权通知证人、鉴定人、有专门知识的人、调查人员、侦查人员或者其他人员出庭。”因此,在强制医疗解除案件中,法官可以聘请具有精神病专业知识的专家帮助其对强制医疗有关证据进行审查判断。

第二,抽取专家陪审员参与。通过精神病专业知识的学习与培训来提升法官的专业能力短期内较难完成。较为务实的途径是在人民陪审员名单中抽取具有专门知识的人民陪审员参与审判。2010年《最高人民法院关于人民陪审员参加审判活动若干问题的规定》第5条,规定法院可以在特殊案件中抽取具有相应专业知识的人民陪审员参与审判。2019年《最高人民法院关于适用〈中华人民共和国民事诉讼法〉若干问题的解释》第3条对该内容再次予以确定。基于此,在强制医疗决定与解除案件中,法院可以随机抽取具有精神病专业知识的人民陪审员,帮助法官对强制医疗相关证据进行审查判断。但目前问题在于各地人民陪审员库尚未依据不同专业进行细致划分,具备专业知识的人民陪审员数量有限且分布不均匀,笔者建议在市一级行政区划内根据特殊专业建立具有专门知识的专家陪审员名单,将精神病专业知识列为其中一类,从中随机抽取专家

^{④8} 参见汪建成:《司法鉴定基础理论研究》,载《法学家》2009年第4期,第12-15页。

^{④9} 参见吴洪淇:《刑事诉讼中的专家辅助人:制度变革与优化路径》,载《中国刑事法杂志》2018年第5期,第84-85页。

陪审员审理涉及强制医疗或司法精神病问题的案件。

3. 强制医疗解除程序的司法化改造

第一,规范听证程序,贯彻直接言辞原则。细分之下,实践中强制医疗解除程序的审理方式有书面审理、开庭审理与听证三种方式。书面审理的行政化弊端前文已述,开庭审理固然属于司法化形态,有助于法官对案件进行全面考察,但强制医疗解除案件不存在传统意义的控辩双方,检察机关没有像一般刑事案件的强烈控诉意愿。庭审焦点在于对强制医疗机构的诊断评估报告或鉴定意见的审查判断,并结合被强制医疗人与被害人或其家属、基层组织等多方主体的意见进行综合权衡。因此,与其说强制医疗解除程序是一种审判程序,毋宁说是法官听取各方意见的听证程序。开庭审理中程式化的法庭辩论与法庭调查等流程并不适合强制医疗解除案件。听证程序兼具公开性、灵活性与简捷性,应当成为强制医疗解除程序的法定审理模式。

在解除强制医疗的听证程序中,参与主体亟待明确统一:其一,作为曾经申请强制医疗的主体,以及强制医疗执行的法律监督机关,检察机关应当出席强制医疗解除听证,并针对被强制医疗人是否符合解除标准发表意见;^⑤其二,无论是强制医疗机构,还是被强制医疗人,抑或被强制医疗人的家属,都应当出席听证并发表意见。但是,经询问强制医疗机构,被强制医疗人精神状态不适合听证的,也可以不让其出席听证;其三,被强制医疗人的主治医师或鉴定人应当出席听证,结合诊断评估报告或鉴定意见,对被强制医疗人的治疗恢复情况及当前的精神状态发表意见,并接受法庭调查;其四,被害人或其家属作为利益相关方,也应当出席听证并对是否解除发表意见;其五,被强制医疗人所在的基层组织人员,应当代表村委会或社区委员会出席听证,针对被强制医疗人及其家属的相关情况以及基层组织的监管意愿与能力发表意见。

第二,明确证明责任的承担主体。根据《刑诉法解释》第646条规定,强制医疗机构和被强制医疗的人及其近亲属作为申请启动主体负有解除强制医疗证明责任。同时,当强制医疗机构未附诊断评估报告,即事实不清、证据不足的情况下,第646条规定法官履行查明的职责,调取强制医疗机构诊断评估报告,或者必要时委托鉴定机构进行鉴定。此种模式贯彻的是一种行政性逻辑,虽然有利于提高办事效率,但是忽略了检察机关在解除强制医疗程序中的作用与责任。笔者建议对目前的证明责任模式进行改良,规定在强制医疗解除听证中,由检察机关在庭前收集强制医疗评估报告及有关被强制医疗人不适宜解除强制医疗的证据,即由检察机关承担被强制医疗人仍具有人身危险性的证明责任,以充分履行其强制医疗的法律监督职责。

第三,完善强制医疗解除程序的救济机制。《刑事诉讼法》第305条规定:“被决定

^⑤ 本研究样本中,检察机关同意解除强制医疗的有182个,其中法院决定解除的有173个,占95.05%,不解除的仅有9个,占4.95%;检察机关不同意解除强制医疗的有83个,其中法院决定不解除强制医疗的有79个,占95.18%,解除的仅有4个,占4.82%。可见,检察机关在强制医疗解除程序中起到的作用虽然有限,但其意见对法院的最终决定存在显著影响。

强制医疗的人、被害人及其法定代理人、近亲属对强制医疗决定不服的,可以向上一级人民法院申请复议。”但是对于强制医疗解除决定不服的,并未作出明确规定。司法实践中做法各异。有的法院在继续强制医疗决定书中明确载明申请人不服本决定的,可以申请复议,但复议不停止强制医疗的执行,有的则不告知。中级法院受理继续强制医疗决定复议申请的,一般会进行审查并作出复议决定。但也有中级法院在审查强制医疗解除复议申请后认为,当事人对强制医疗决定不服的,可以向上一级人民法院申请复议,但对继续强制医疗决定不服的,不存在复议程序,因复议申请缺乏法律依据而不予受理。^{⑤1}针对实践中强制医疗解除救济的不规范问题,笔者认为有必要统一强制医疗解除程序与决定程序的救济机制,规定强制医疗解除的申请人、被害人及其法定代理人对强制医疗解除决定不服的,可以向上一级人民法院申请复议。

六、结 语

福柯在《疯癫与文明》中说道:“人们不能用禁闭自己的邻人来确认自己神志健全。”^{⑤2}现代社会将疯癫视为一种非理性,若强制医疗被视为理性对非理性的支配,那么此种方式必须以理性的方式进行,否则不疯癫也只是另一种形式的疯癫。实践中,强制医疗往往被视为一种医学防卫措施,而对其剥夺公民人身自由的法律属性却视而不见。如果基于防卫社会的目的,公民的个人自由可以在医疗需要的“神圣”借口下被恣意剥夺,则与现代法治的精神格格不入。^{⑤3}

强制医疗的决定与解除,一个入口一个出口,均是刑事强制医疗程序的重要组成部分。相对于强制医疗的决定,强制医疗的解除更能彰显对被强制医疗人人身自由的保障。但无论从法律规范还是学术研究来看,理论上应当更受关注的解除程序反而受到了“冷落”。毕竟,法官解除强制医疗将承受巨大压力,回归社会的被强制医疗人存在再次危害社会的风险。但本文实证分析显示,实践中申请解除强制医疗与解除强制医疗的比例均不低,表明在有充分证据证明不具有人身危险性的前提下,法官并不会倾向于不释放被强制医疗人。症结在于,强制医疗解除标准认定的不统一与程序适用的不规范。

本文通过定量研究发现:刑事强制医疗解除呈唯“医学+家庭”模式,专家意见是决定强制医疗解除的关键因素,但其内容的不规范直接导致法官认定标准的不统一。并且,由于欠缺对于强制医疗证据材料的认证能力,法官在强制医疗解除审理程序中贯彻“行政化”逻辑,加之受到报应刑观念影响,对解除强制医疗的标准难以客观把握。诸多问题的汇集,导致了强制医疗解除适用并不统一。

^{⑤1} 参见广东省广州市中级人民法院(2019)粤01刑医复1号不予受理决定书;安徽省安庆市中级人民法院(2020)皖08刑医复1号不予受理决定书。

^{⑤2} 前注①,米歇尔·福柯书,第1页。

^{⑤3} 参见前注②,陈卫东、程雷文,第175页。

孟德斯鸠曾经一语道破权力的恣意性。强制医疗领域里,医疗机构凭借专业知识的垄断性与权威性,与司法机关一同成为强制医疗的权力主体。虽然具有危险性的精神病人有潜在危害社会的可能,但其本身属于弱势群体,维护自身合法权益的能力并不及常人。因此,精神病人的人身自由可以受到限制并接受治疗,强制医疗的权力也同样应当受到有效规训。无论医疗权力,抑或司法权力,均应在强制医疗程序的法治轨道内合理行使。唯有如此,才能在防卫社会与保障人权之间达至合理的平衡。

Abstract: The dismissal procedure of compulsory medical treatment is crucial to guarantee the personal freedom of mental patients. It has been nearly ten years since the implementation of compulsory medical treatment for mental patients without criminal responsibility, which urgently needs to be summarized and reflected. The real problem of the dismissal procedure is not the difficulty to dismiss the mental illness, but the disunity of application. The opinions of experts and family members are the most critical factors affecting the judge's decision. As a result, the dismissal procedure presents a mode of 'medicine & family' in practice. This model focuses on the assessment of the personal risk of those who are subject to compulsory medical treatment, and pays too much attention to defending society while ignoring the protection of basic rights. In the field of medicine, the evaluation mechanism of the dismissal procedure is not standardized, which has caused difficulties for judges in the subsequent trial. In the legal field, judges lack the means and ability to judge evidence related to compulsory medical treatment and carry out administrative logic. Moreover, under the influence of the concept of retribution, compulsory medical treatment is still punitive in a certain sense. Because of this, the dismissal procedure of criminal compulsory medical treatment should be transformed into a rights protection model, which should be jointly promoted through the standardization of the evaluation mechanism in the field of medicine and the legalization of the dismissal procedure in the legal field.

(责任编辑:李游)