

全国法院第十一次优秀司法统计分析参评作品

关于强制医疗案件审理情况的 统计分析

——以吉林省法院为视角

吉林省高级人民法院课题组

全国法院第十一次 优秀司法统计分析参评作品推荐表

作品 题目	关于强制医疗案件审理情况的统计分析 ——以吉林省法院为视角				
由 个 人 完 成	成 员	姓 名	职 务	单 位	分工情况
	第一作者				
	第二作者				
	第三作者				
	第四作者				
由 课 题 组 完 成	课题组组长	吕洪民	副院长	吉林省高级人民法院	课题总体 策划、方 案设计
	课题组副组 长	徐 岱	教 授	吉林大学法学院	课题总体 策划、方 案设计
	执 笔 人	邢 咏	主任科 员	吉林省高级人民法院	课题报告 撰写
	其他成员	李忠义	主 任	吉林省高级人民法院	课题组 织、协调

撰写说明	<p>2013年修改后的《刑事诉讼法》将强制医疗纳入司法程序中，具有历史意义。作为一项诞生并不久的程序，在适用的过程中难免会出现一定问题，为此，吉林省高级人民法院对强制医疗案件审理过程的这些问题进行了专题调研，结合法理论证和实务需要，对相关审理程序的设置及优化提出适当建议，从而为保障和推动强制医疗程序运行提供有益参考。</p>
被采用及成果转化情况	<p>本文为2016年度全国法院司法统计分析课题项目，并被最高法院评为2016年度全国法院优秀司法统计分析课题。其部分摘要刊载于2017年12月28日版《人民法院报》。</p>
推荐单位意见	<p style="text-align: center;">签 章（高级法院院印） 年 月 日</p>
评选委员会意见	<p style="text-align: center;">签 章 年 月 日</p>
备注	

注：1、“由个人完成”及“由课题组完成”根据文章实际，只需填写其中一项；

2、此表需正反双面打印，并按装订要求附在参评作品中。

关于强制医疗案件审理情况的统计分析

-----以吉林省法院为视角

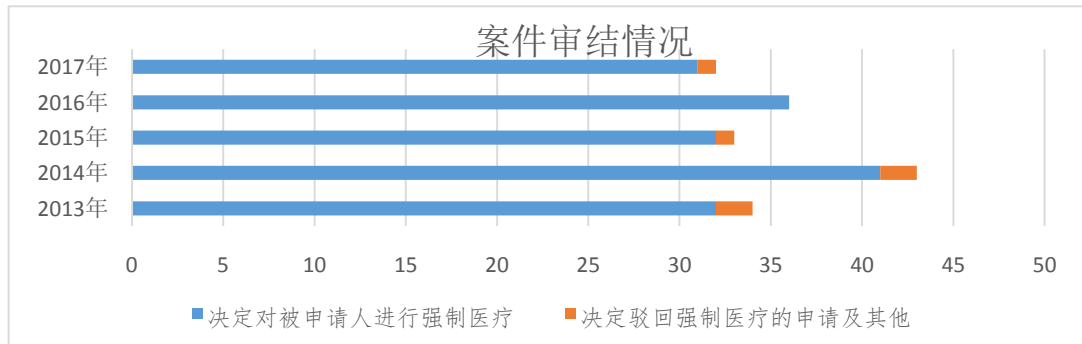
对于依法不负刑事责任的精神病人进行强制医疗的设置对于我国刑事立法尤其是保安处分方面的立法有着里程碑式的意义。1997年《刑法》对于依法不负刑事责任的精神病人进行强制医疗的程序有所涉及，但是受制于当时的立法思维和司法现状，选择了以政府为主导的行动模式，实践证明此种模式存在诸多问题，没有起到立法效果。2013年修改后的《刑事诉讼法》标志着我国刑事诉讼制度进一步向国际司法准则靠拢，更加民主、严谨、精密。其中，将强制医疗纳入司法程序中来，更是具有历史意义。作为一项诞生并不久的程序，在适用的过程中难免会出现一定问题，这些问题需要我们积极发现、科学总结、努力弥补。为此，吉林高院对强制医疗案件审理过程的这些问题进行了专题调研分析，结合法理论证和实务需要，对相关审理程序、执行等环节的设置及优化提出适当建议，从而为保障和推动强制医疗程序运行提供有益参考。

一、强制医疗案件审理基本情况

(一) 案件受理情况。2013至2017年吉林省法院共受理依法不负刑事责任的精神病人申请被强制医疗类案件178件，2017年32件，2016年36件，2015年33件，2014年44件，2013年33件。其中决定对被申请人进行强制医疗的172件，驳回强制医疗申请的5件，申请机关主动撤回强制医疗申请的1件。作出决定对被申请人进行强制医疗的案件占总体案件的96.63%。受理申请解除强制医疗案件49件，其中解除强制医疗决定并责令

严加看管的 34 件，决定驳回申请继续强制医疗的 15 件。

图 1 2013 年以来强制医疗案件审结情况

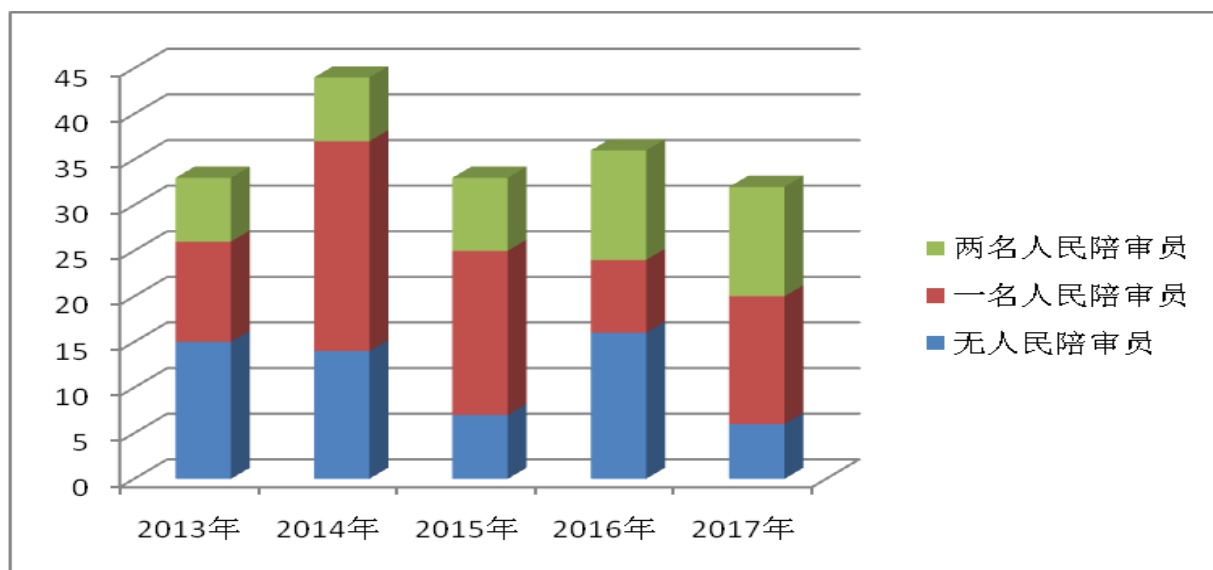


综合各年情况来看，各年份案件数量分布比较平均，刨除偶然性因素应当看到近几年吉林法院系统对于强制医疗程序启动和适用的标准整体把握趋近一致，各年份之间未出现本质上的偏差。各年份均呈现出决定对被申请人进行强制医疗的裁判比率较高的现象，总体比率更是达到 95% 以上。

（二）审理方式情况

1、**合议庭组成情况。**2013 至 2017 年受理的申请强制医疗 178 件案件中，全部由合议庭作出裁决结果，其中，人民陪审员参与的 119 件，占比 66.85%。其中，包含两名人民陪审员的合议庭数量为 47 件，占比 26.40%；包含一名人民陪审员的合议庭数量为 74 件，占比 41.57%；不含人民陪审员的合议庭数量为 58 件，占比 32.5%。

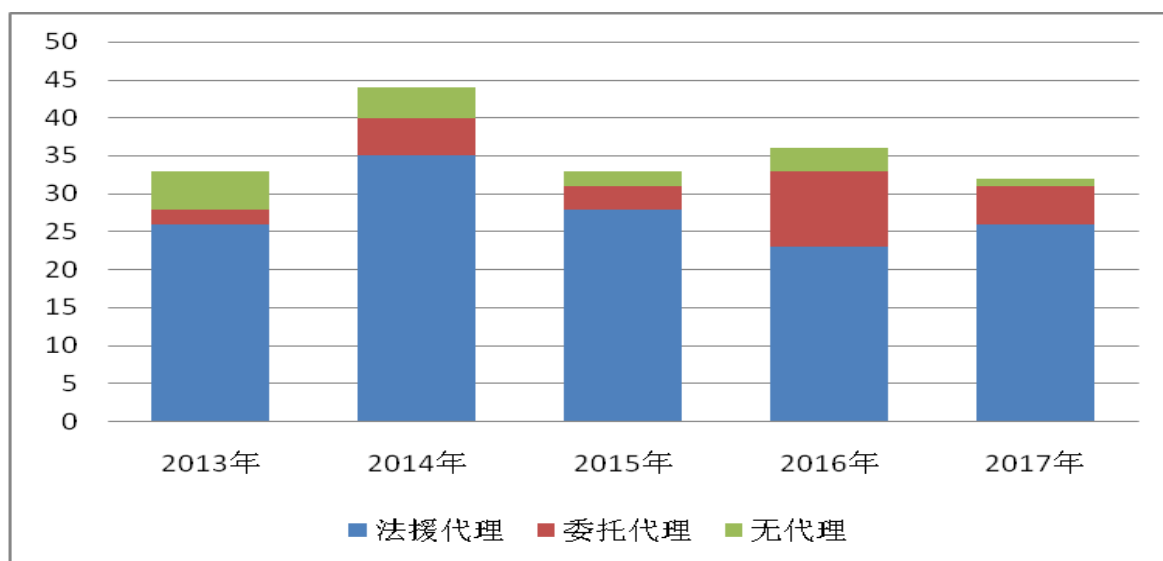
图 2 强制医疗案件合议庭组成情况



从以上数据及实际调研情况看，不同法院对人民陪审员参与强制医疗案件审理有不同的意见，刨除个别当事人及委托代理人的回避申请的特殊原因，大部分只由审判员组成合议庭的法院认为强制医疗案件绝大部分属于事实清楚、证据确凿的案件，合议庭需要把握的是法律适用方面，故人民陪审员参与审理的作用不大，倾向性意见不明显。持肯定意见的法院法官认为强制医疗案件一般是对涉及当地群众利益社会影响较大的一审案件，人民陪审员参与符合法律规定，而且有助于法院对案件事实、证据的认定等作用。

2、诉讼代理人情况。依照我国《刑事诉讼法》第二百八十六条第二款以及《关于适用〈中华人民共和国刑事诉讼法〉的解释》第五百二十八条之规定，诉讼代理人在案件审理时应当到场。根据调研数据，178起强制医疗类案件中有15起案件审理时没有诉讼代理人到场，在其余163起案件中23起案件由被申请人的法定代理人委托律师代理，2起为委托亲属代理，其余案件均为法律援助代理。由于出现存在两个诉讼代理人的情况，案件实际代理情况为161人次，法律援助代理138人次。

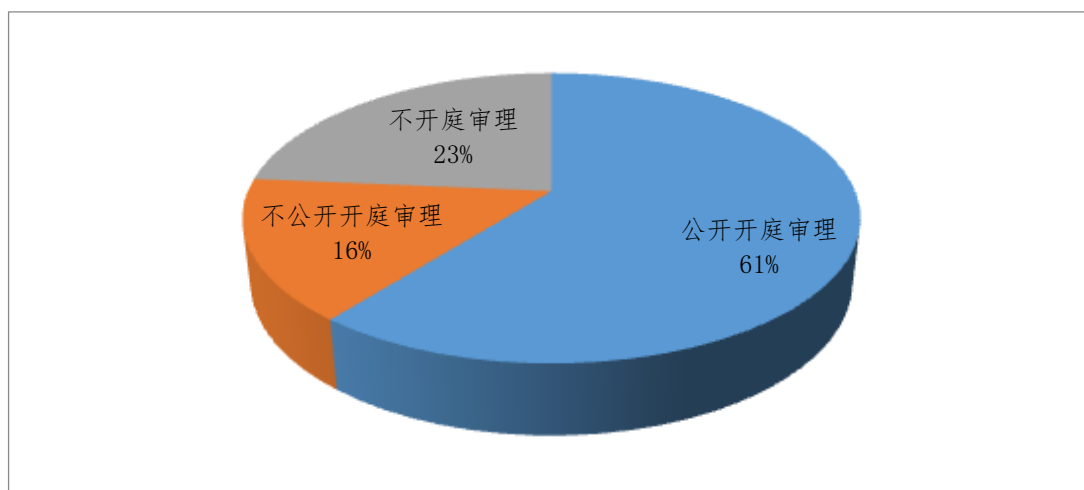
图3 强制医疗案件诉讼代理人情况



分析数据可以看出，强制医疗案件中法律援助代理的比例占据绝大部分，比例为 77.53%，律师以委托行使代理权利的比重仅占 12.92%。虽然绝大多数被申请人均在诉讼过程中有律师协助，但法律援助律师和委托聘请律师在作用的发挥上具有一定的差别是不争的事实。

3、审理形式情况。依照我国《刑事诉讼法》第二百八十六条第二款以及《关于适用〈中华人民共和国刑事诉讼法〉的解释》第五百二十九条之规定，应当组成合议庭来审理。根据法律规定和代理人的请求，审理形式可以分为三种；公开开庭审理、不公开开庭审理、不开庭审理。申请强制医疗的 178 件案件中公开开庭审理 108 件，不公开开庭审理 28 件，不开庭审理 42 件。

图 4 强制医疗案件审理形式情况



按照最高法院司法解释第五百二十九条第一款规定“审理强制医疗案件，应当组成合议庭，开庭审理。但是被申请人，被告人的法定代理人请求不开庭审理，并经人民法院审查同意的除外。”通过调研发现，承办强制医疗案件法院都秉承以开庭审理为原则，以不开庭审理为例外的规定，不开庭审理的 42 件全部是由于当事人或法定代理人申请不开庭，由于刑诉法和相关司法解释未对此有明确的规定，加之精神病的患者和家属有比较强烈的病耻感，担心个人家庭隐私被公开后给病人或家庭带来生活的困扰，故合议庭在审理中一般以当事人或法定代理人请求，出于考虑隐私的因素选择了不开庭审理方式。

同时笔者还发现开庭审理与否与代理人是否到场参与审理具有一定的关联：

表 1 案件审理形式与代理情况关联检验表

审理形式	代理人到场情况		总计
	是	否	
开庭审理	130	6	136
不开庭审理	32	10	42
合计	162	16	178

($\chi^2=14.838$,, df=1, P<0.01) ¹

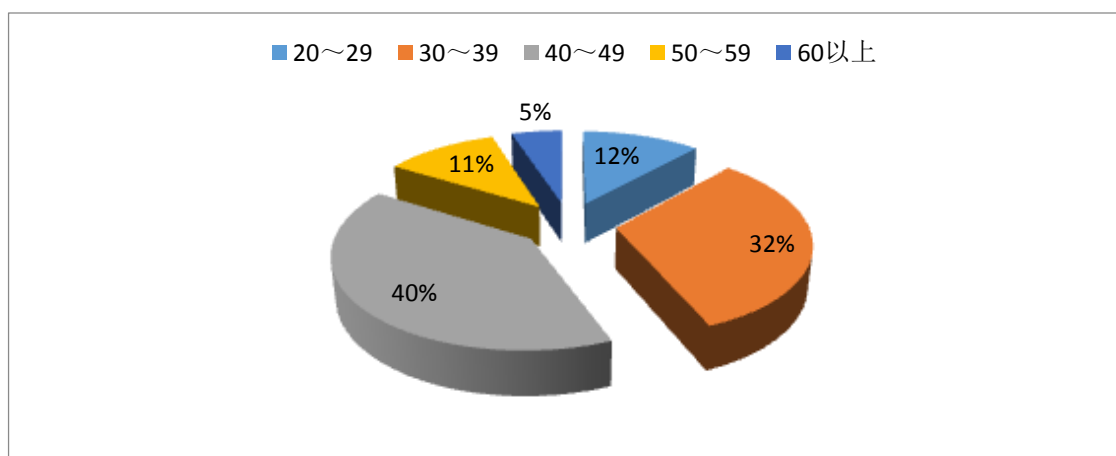
通过卡方检验可以得知，开庭与否与代理人的到场与否具有很高的关联性，在强制医疗案件不开庭审理的情况下，出现被申请人的诉讼代理人不到场的情况会增多。究其原因在不开庭审理的形式下，合议庭对于案件审理的程序要求有可能怠于遵守，由于开庭的监督效果没有机会展现，容易导致审判程序上不严谨、不合法的现象。

(三) 被申请人情况。

1. 被申请人年龄构成情况。被申请人中年龄最小的 16 岁，最长的 86 岁。20 至 29 岁的为 21 人，占总人数的 11.80%；30 至 39 岁的为 57 人，占总人数的 32.02%；40 至 49 岁的为 71 人，占总人数的 39.89%，50 至 59 岁的为 20 人，占总人数的 11.24%；60 岁以上的为 9 人，占总人数的 5.06%。

¹此交叉表中数据样本含量为 178 大于 40，有一个子格中的频数为 3，大于 1 且小于 5，应用校正卡方公式进行检验。检验结果为 $\chi^2=14.838$,, df=1, P<0.01，具有非常高的置信可能性。

图 5 强制医疗案件被申请人年龄构成情况



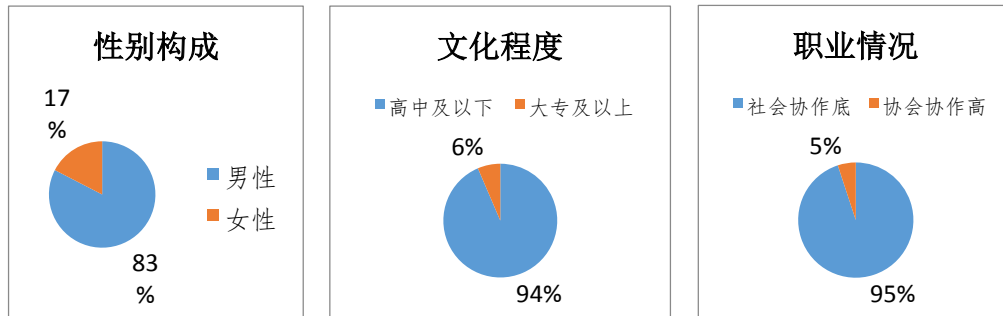
从医学精神病学角度²看，精神病多在青壮年时期显病，有的间歇发作，有的持续进展，并且逐渐趋于慢性化，如不及时干预随着年龄的增长往往愈发严重，在样本中也清晰体现出这一特点。相较于 30 岁以下的年轻人，30 至 50 岁的精神病人更容易因精神症状的影响而违法犯罪，其原因就在于其精神疾患的严重程度往往重于年轻患者；而 50 岁以上的人数量较少并不能证明随着年龄的增大使得精神症状减轻，可能是由于长期的病痛折磨使得精神病患者身体机能衰退，其体力已不足以造成《刑法》应当加以规制的严重侵害。

2. 被申请人性别及文化职业构成情况。性别方面，被申请人中男性占绝大多数，为 147 人，占总人数的 82.58%；女性为 31 人，占总人数的 17.42%。文化程度方面，文化程度较低的被申请人占据绝大多数，高中以下文化程度的为 160 人，占总人数的 89.89%；大专以上文化程度的仅为 11 人，占总人数的 6.18%，其中最高学历为研究生，仅一人。职业方面，无业和从事社会协

² 沈渔邨，《精神病学》，人民卫生出版社 第五版

作性较低的职业人数也占了绝大部分，人数为 169 人，占总人数的 94.94%；从事工人等社会协作性较高职业的人数为 9 人，占总人数的 5.06%。

图 6 强制医疗案件被申请人性别及文化职业构成情况



据 2010 年残联公布的统计数据显示，我国精神残疾人达到 629 万人（而患有精神类疾病的人数估计要远大于这个数字），其中三分之二的患者集中在农村，而农村中精神病人住院治疗者仅占精神病人的 1.9%³左右。据调研，178 名被申请人中约 78% 患者生活在乡镇以下的农村，这也符合强制医疗被申请人农村多、男性多、中年多、文化低的总体特点。

3、被申请人治疗及鉴定情况。据不完全统计⁴，178 名被申请人中只有 30 人在案发前经过相应医疗机构的诊断，而经过长期住院治疗康复的仅有 13 人，占比 7.30%。在没有相应历史诊断或治疗的病史记录情况下，在合议庭成员不具备专业知识情况下，对被申请人是否符合强制医疗法律适用的条件基本上只能依赖鉴定机构的结论，这也是困扰司法机关是否适用强制医疗的最大困难所在。经调研发现，对被申请人进行刑事责任能力的鉴定机构分布上出现了非常集中的现象。经统计，案件中刑事责任能力鉴定机构主要为吉林省公安厅安康医院、吉林省神经精神病医院、

3 来源于《实用预防医学》“我国农村社区精神疾病防治的发展现状及展望”2004 年 2 月第 1 期。

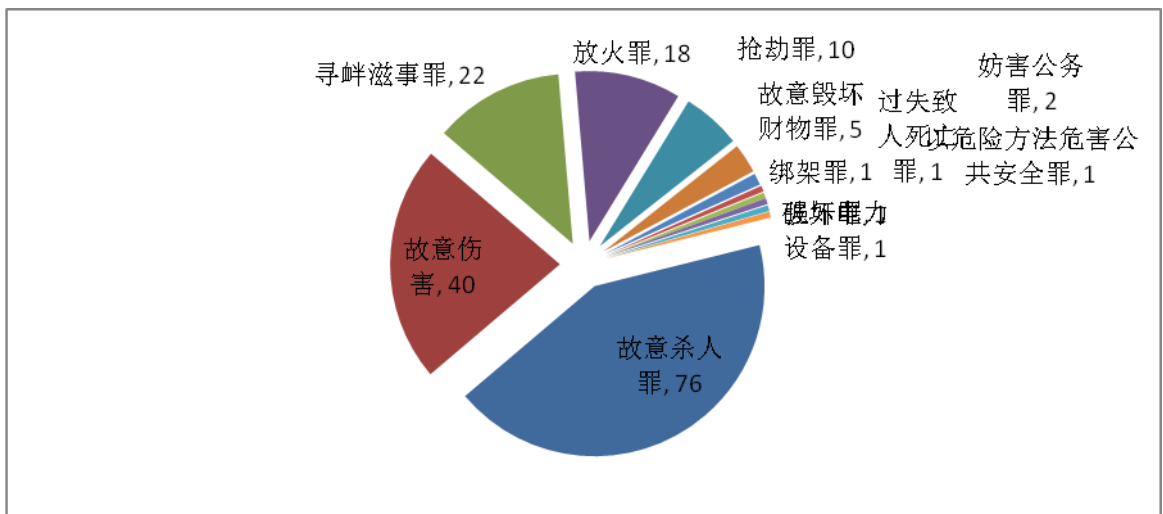
4 数据来源于对原始卷宗的查看统计，没有相关的治疗记录的无法统计。

吉林雾凇司法鉴定所、吉林九州司法鉴定所、上海司法鉴定科学技术研究所，其中绝大部分案件的刑事责任能力鉴定由吉林省公安厅安康医院和吉林省神经精神病医院作出，为 148 件，占总数的 83.15%。

（四）违法行为情况

1. **违法行为情况。**受理申请强制医疗的 178 件案件中，被申请人的行为所涉及的罪名主要为：绑架罪、盗窃罪、妨害公务罪、非法持有枪支罪、故意毁坏财物罪、故意杀人罪、故意伤害罪、抢劫罪、寻衅滋事罪、以危险方法危害公共安全罪，其中涉及故意杀人罪和故意伤害罪的案件较多为 116 件，占 65.17%，涉及其他罪名的案件则较少。

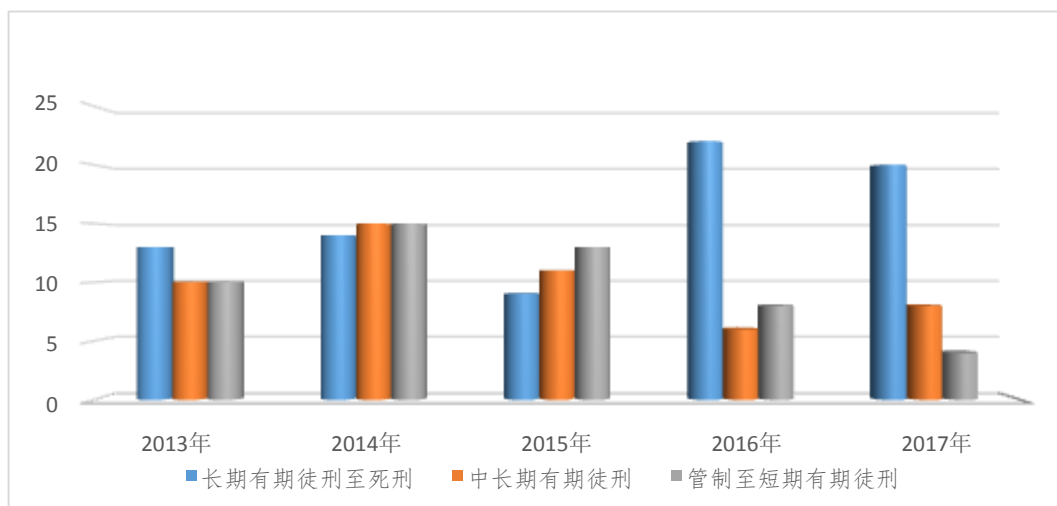
图 7 强制医疗案件涉及罪名情况



在涉及罪名方面，根据上述罪名的量刑幅度不同，被申请人行为所涉及的刑罚基本可以分三等：长期有期徒刑至死刑、中长期有期徒刑、管制至短期有期徒刑。划分的临界点分别为有期徒刑十年和有期徒刑三年，即十年以上有期徒刑、无期徒刑、死刑归入第一等，三年以下有期徒刑、拘役、管制归入第三等，其余归入第二等。例如，某精神病人故意将被害人杀死，触犯故意杀

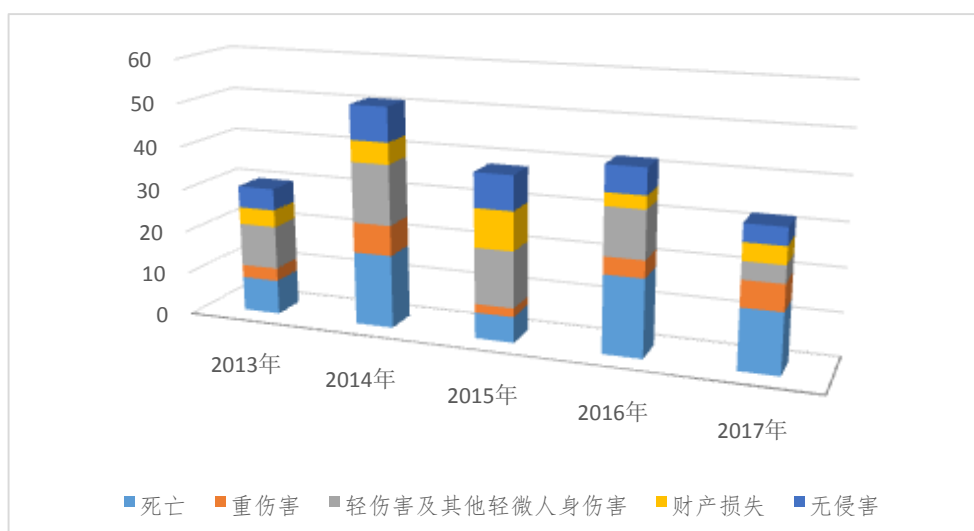
人罪，可能被判处十年以上有期徒刑、无期徒刑、死刑，将其可能面临的刑罚归入第一等。

图 8 强制医疗案件涉及刑罚情况



2、损害结果情况。被申请人的违法行为直接或间接造成被害人死亡结果的 65 起，重伤结果的 32 起，轻伤及轻微伤结果的 68 起，限制人身自由 1 起，造成财产损失 39 起。⁵

图 9 强制医疗案件违法行为损害结果情况



⁵一起案件可能存在两个以上的受害者或两个以上的侵害结果，故而以上情况数目情况相加总和大于样本容量。

二、强制医疗案件执行情况⁶

目前,吉林省强制医疗执行机构为吉林省公安厅下属的安康医院。该医院自 1967 年建院起即承担吉林省精神病人强制医疗工作,目前在院接受强制医疗人员 243 人,其中 2013 年以前由公安机关决定强制医疗人员 119 人。

(一)接受被执行人进行强制医疗的相关制度和依据。自 1967 年建院至今,安康医院接收被执行人进行强制医疗的依据前后经历三次较大变化:在 2000 年之前,安康医院对于被执行人的收治主要参照其他省市的强制医疗相关规定进行;2000 年后,《吉林省危害社会精神病人强制医疗若干规定》(下文简称“《规定》”)出台,安康医院根据《规定》的有关内容建立了较为完善的入院工作制度;2013 年后,我国《刑事诉讼法》修改后,安康医院入院工作主要根据《刑事诉讼法》和最高人民检察院《强制医疗执行检察办法》(试行稿)(下文简称“《办法》”)进行,参照原有入院工作制度。

2013 年后,安康医院在接收被执行人进行强制医疗时要求原移送机关出具《法医精神病司法鉴定意见书》、《法院强制医疗决定书》、《强制医疗执行通知书》等文件,并要求原移送机关对被执行人进行体检。在手续完备的前提下,对于符合收治条件的被执行人进行收治,填写《入院审批表》,经由医务科、主管副院长、院长逐级审批。

(二)对被执行人进行强制医疗的相关制度和依据。目前,安康医院对被执行人进行强制医疗是以《中华人民共和国执业医师法》、《医疗事故处理条例》、《病历书写基本规范》等由国家制定的法律法规以及行业规范为依据进行,医院内部配合制定

⁶ 此部分内容由调研组到安康医院实地调研及医院提供有关资料整理形成。

一系列管理规定和处置预案。

在治疗措施方面，安康医院对于被执行人进行强制医疗的措施与地方医院对普通精神病人进行住院治疗的措施并没有本质区别，均是针对患者个人的病情结合行业公认的治疗方案进行，并没有施加其他基于医疗目的以外的措施。

在财物保障方面，安康医院由于特殊的定位不向被执行人收取治疗费用，用药的资金全部来自于省财政拨款，因此用药一般限于公费医疗药物报销范围以内，一般不使用进口药物和高价药物。相较于高价药物，公费医疗报销范围内的药物在对于精神疾病的治疗效果上并没有明显差别，可能在剂型和耐受性等方面叫高价药品有区别，并不会直接影响最终的康复效果。对于解除强制医疗的人员，若需继续服药进行维持治疗的，可以在本人所在社区获得相应药品，范围也是在公费医疗报销范围内的药品。

（三）解除被执行人强制医疗的相关制度和依据。在《刑事诉讼法》尚未修改前，根据《规定》第十条第一款规定：精神病人病情缓解稳定，对社会暂时无危害，可以经安康医院确认后解除强制医疗。对于 2013 年之后由法院决定进行强制医疗的被执行人解除强制医疗的条件并无刑事法规层面的进一步规定，目前安康医院参照上述标准把握对被执行人解除强制医疗的条件。

在具体执行中，采取“老人老办法，新人新办法”的方式进行。对于由法院决定进行强制医疗的被执行人，安康医院对其进行定期诊断性评估，对符合解除强制医疗条件的被执行人由安康医院向原决定法院提出解除强制医疗措施的申请，由法院作出是否解除强制医疗的决定。在法院作出解除强制医疗的决定之后，由法官和监护人一同到安康医院现场办理解除强制医疗的手续。具体过程为，由法院出具《解除强制医疗决定书》、《解除强制

医疗通知书》，由安康医院经治医生填写《解除强制医疗审批表》，由医务科、主管副院长、院长逐级进行审批，此后正式解除强制医疗措施。

三、吉林省强制医疗案件审理与执行现存问题

（一）强制医疗案件司法判决过程中存在的问题

1、审理重形式轻实体。在申请强制医疗的 178 件研究样本中，阳性样本数量达到 172 件，即决定对被申请人进行强制医疗的为 172 件，阳性率达到了 96.63%，其他情况分别为：驳回强制医疗申请的 5 件，申请机关主动撤回强制医疗申请的 1 件。从裁判文书来看，法院作出的裁定基本是按照检察院公诉意见办理的，对于合议庭履行查明基本违法事实，查明被申请人的刑事责任能力，查明被申请人是否仍具有社会危害性的法律任务来说过于形式化。

2、审理中对人权保障不足。178 件研究样本中，不开庭审理占比达 23.60%，14 件没有诉讼代理人，占比达 8.43%。公开开庭审理、不公开开庭审理、不开庭审理，这三种审理形式均符合法律的相关要求，然而对于被申请人的人权保障效果却并不相同。对于既能够保障被申请人各项诉讼权利又能保障其隐私权的不公开开庭审理形式采用的比率不高。《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》第五百二十八条规定：“被申请人或者被告人没有委托诉讼代理人的，应当通知法律援助机构指派律师担任其诉讼代理人，为其提供法律帮助。”对于实际审理中诉讼代理人不出庭的情形，诉讼程序对于被申请人的人权保障不能称之为完善。

3、鉴定机构单一。据调查，吉林省内具有精神病司法鉴定资质的机构包括但不限于：吉林省神经精神病防治院、吉林省公安

厅安康医院、长春市凯旋医院、通化市海龙精神病院、白山市宁医院、洮南市神经精神病院、延边脑科医院。在前述统计中，对被申请人进行精神状态和刑事责任能力状态进行鉴定的机构主要集中在吉林省公安厅安康医院达到了 139 件，这就造成了鉴定机构过于单一，一旦安康医院对某种类型的精神疾病进行司法鉴定的标准把握出现偏差，可能会在很大程度上影响被申请人的最终处遇。

4、合议庭专业知识缺乏。《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》第五百二十八条规定：“审理强制医疗案件，应当通知被申请人或者被告人的法定代理人”以及诉讼代理人到场。据此规定，鉴定人并没有在一般刑事审判中相应的出庭义务，这就造成强制医疗案件的审理过程中医学相关问题均由合议庭一力查明，被申请方也无法就专业问题向鉴定人员质证。而合议庭通常由法官和人民陪审员组成，在不专门吸纳专业人员作为人民陪审员的前提下，应当认为合议庭成员并不具有精神疾病领域的专业知识。正是这种专业知识的缺乏使得审判流于形式，并不能对被申请人的真实状况进行实质审查。

5、审理程序机制不健全。集中体现在三个问题，一是程序流转不是很明确，部分强制医疗案件是由普通刑事案件转化而来，原审发现被告人可能存在不负刑事责任情况，这样就需要启动强制医疗案件程序，原审存在适用普通程序或简易程序情况，经强制医疗审理后如果当事人不符合强制医疗条件，担负相应刑事责任能力，这样还要回转原普通刑事案件，由于相关司法解释没有明确规定，可能造成不同法院不同做法；二是被害人以及亲属、代理人等诉讼地位不明确，《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》第五百三十六条规定：“被决定强

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。”在司法实践中被害人参与诉讼的地位非常尴尬，除可以申请旁听庭审或者参加有关司法机关问询之外，没有明确的参与诉讼地位导致其对案件相关信息了解不充分。据统计被申请人侵害对象中约 31.1%的被害人是其近亲属，约 19.51%的被害人是其亲属或者邻居、同事等，约 49.39%的被害人是陌生人。也就是说约一半的被害人与其没有任何关系，如何保障被害人的基本权利没有相关明确的规定；三是鉴定机构或专业机构参与庭审程序不明确，由于强制医疗案件本身的特殊性，合议庭对鉴定意见高度依赖，而法律没有明确相关出庭义务，也导致庭审对于审理案件事实、证据采信等的中心作用的弱化。

6、解除强制医疗标准不清。按照现行刑诉法及其司法解释，判断被强制医疗人是否应解除强制措施的标准为是否具有人身危险性，经调研，承办合议庭、法官对此标准把握难度很大。经调阅裁判文书，作出解除措施的文书裁决意见一般为：“（1）经过强制医疗后，病情稳定，已不具有人身危险性，不需要继续强制医疗；（2）经过强制医疗后病情好转，没有再出现伤害他人和危害社会的行为；（3）经过强制医疗，已不具有人身危险性，不需要继续强制医疗；（4）经过强制医疗，现已基本丧失继续危害社会可能性，不具有人身危险性，不需要继续强制医疗。”从以上看出，意见分为完全肯定性、基本肯定性、不置可否性的。而做出驳回申请，继续强制医疗的意见一般为：“虽经过强制医疗达到临床治愈，但还没有完全治愈，对其解除强制医疗后，仍具有人身危险及危害社会的危险存在，需要继续强制医疗。”虽然裁判意见都按照是否具有人身危险性作出了法定裁决，

但是实践中困扰承办人的标准问题比较突出，尤其从医学角度讲，现在医学水平还不足以对精神类疾病达到彻底治愈的效果，而只能是控制，病情稳定后需要后续长期服药，复发的概率也比较大。所以，作出肯定意见后承办合议庭、法官担责心态较重，所以实践中，合议庭、法官基本上是慎之又慎，不但要依据诊断意见，还要调查当事人的社区、村委、家庭等实际状况，必要时参考其意见。例如胡某强制医疗一案，合议庭意见认为“虽经过强制医疗达到临床治愈，但考虑被强制医疗人胡某的法定代理人胡某某没有能力监管为由不同意对其解除强制医疗，在没有监管的情况下解除对胡某的强制医疗，有继续危害社会、他人人身及财产安全的可能性，故不对被申请人胡某解除强制医疗。”

（二）强制医疗案件执行过程中存在的问题

1、监护人拒绝接收已解除强制医疗的精神病人普遍存在。通过调研发现，监护人拒绝接收精神病人的情况较为常见，而且是精神病人解除强制医疗后未能得到有效安置或强制医疗解除程序进行困难的主要原因。被执行人常常是因为伤害家人或周围他人而被收治，对于家人而言被执行人是家庭中非常危险的成员，即使是经过治疗以后家人仍不能安心接纳被执行人。此外，某些被执行人精神疾患严重、病程长，长期与家人隔绝导致其与家庭成员之间关系淡漠，也是造成监护人拒绝接收的重要原因。

2、相关行政法规的废止与新法启用存在衔接障碍。在 2013 年以前，地方强制医疗制度属于行政规范，在 2013 年《刑事诉讼法》修改之后，原《规定》中与之冲突的部分自动废止，即原《规定》中关于安康医院收治精神病人进行强制医疗的绝大部分内容已经废止，但是对于之前已经收治的精神病人《规定》中解除强制医疗的相关内容依然有效。在实际工作中，部分公安机关

以《规定》已经废止为理由不再履行与解除强制医疗相关的职责，也在很大程度上造成解除程序受阻。

3、强制医疗案件诉讼程序耗时过长。精神类疾病中有些疾病病程短，经过短时间治疗就可以达到临床痊愈或者接近痊愈，这种治疗过程可能比较短暂。在有些案件中，从侦查开始由公安机关、检察院主导对患有精神病的犯罪嫌疑人进行治疗，经过一系列的诉讼流程直到法院作出对其进行强制医疗的决定并交付安康医院进行执行之时，可能时间已逾半年之久，对于一些精神疾病早已经能够治愈。个别情况下，被申请人交付安康医院执行之时早已没有治疗的必要。究其原因，既有正常侦查程序、鉴定程序必须耗费一些合理时间的因素，也存在着法律不完善以至于执行拖延的情况。据院方介绍，有些情况下从被申请人被决定进行强制医疗之日起至法院实际交付安康医院执行止，时间可能超过一个月甚至数月，这在刑罚的执行过程中是不可想象的。

4、社会保障投入不足。强制医疗相关的社会保障投入不足是在调研中体现的最为显著的问题之一。具体说来，表现在以下几个方面：一是安康医院治疗条件有限，治疗设施和治疗用药条件与我国经济较为发达地区相比有很大差距，这就造成治疗能力上存在一些短板，治疗效果也会在一定程度上受到影响；二是其他医疗机构配合机制不完善，在患者患有其他严重躯体疾病之时，安康医院作为精神疾病的专科医院并不具备相应的治疗能力和治疗资质，而地方医疗机构在对精神病患者所患躯体疾病进行治疗之时与安康医院的配合明显不足，往往造成患者病程拖延，影响患者康复；三是社会对于已经解除强制医疗的患者缺乏必要保障，对患者解除强制医疗措施之后遇到病情偶然复发的情形时地方精神病院往往不能很好的提供医疗保障，给患者家庭和社会带

来负担，这也间接造成了患者家属拒绝接收已经解除强制医疗措施的患者情况现实。在实地调研中，调研组了解到地方政府民政部门为此做了一定的努力，比如委托地方精神病医院对一定数量的精神病人提供免费救治等措施，然而这种措施覆盖面过小，有些医院仅能够提供两个左右的床位供精神病人进行免费医疗，实际需要接受治疗的精神病人已经预约到两年以后。诸如此类的问题在现实中广泛存在，造成了患者治疗受到影响或者解除强制医疗措施困难。

四、强制医疗与责任主义原则的冲突及应持之立场

（一）强制医疗与责任主义原则之基本对立

人权是人之所以成为人而应当具有的权利，不论人权的内涵和外延如何变化，学理如何论证，人的身体健康和人身自由作为人权中最基本、最核心的权利之一已经成为不争的事实。1948年12月10日，联合国大会通过第217A(II)号决议并颁布《世界人权宣言》，作为第一部人权问题的国际文件，其就已提出：“人人有权享有生命、自由和人身安全。”乃至法国大革命时期的《人权宣言》，作为第一部真正意义上的人权法案也明确提出：“任何政治结合的目的都在于保存人的自然的和不可动摇的权利。这些权利就是自由、财产、安全和反抗压迫。”我国《宪法》第三十三条第三款也明确规定：“国家尊重和保障人权。”可以说以人的健康和自由作为核心之一的人权观念早已深入人心，也早已与中国社会的基底层牢固结合。

在刑法上保护人权的原则体现在多个方面，诸如罪刑法定原则、法益保护原则和责任主义原则。其中与行为人人权的关系最为直接也最为明确的当属责任主义原则。该项原则可以最为直接的表述为：只有当行为人对于个人所实施的违法行为与结果具有

责任能力以及故意、过失、违法性认识的可能性与期待可能性时，才能对行为人进行非难。⁷这一原则要求国家公权力应当将自己进行限制，这种限制与行为人自身的罪责有密切的联系，从而在法益保护和个人自由之间寻找到一个合理的平衡点。在刑罚层面，责任主义要求刑罚对于人权的剥夺仅仅止步于报应，超越报应刑的一切处断均应当被认为是对于人权的不合理侵犯。

然而，应当看到的是，以强制医疗为代表的保安处分的出现被学者认为是超越报应刑的刑法处断后果。精神病患者在实施了严重暴力行为后，如果有继续实施这种行为的可能性，出于对一般大众的保护和对于行为人进一步违法行为的预防，必须将他们强行安置在医疗机构中接受精神疾患的治疗，在有些情况下治疗的期限可能会大大超过报应刑的上限。有学者认为这种处断严重违反了责任原则，其基本观点为：精神病人仅仅是具有非常有限的刑事责任能力甚至全无刑事责任能力，这种责任能力的状态最多也只能为对其施加微乎其微的刑罚提供正当化的依据；然而，精神病人在进行违法行为时的危险性又是如此之严重，这种微乎其微的刑罚不足以产生特殊预防的效果，以至于国家公权力不得不对其进行矫正和治疗，这种处断会大大超越其所应当承担的报应刑上限。⁸由此，主流学者认为以强制医疗为代表的保安处分是对于责任原则的彻底违反，强制医疗与责任原则之间存在着尖锐的冲突。

（二）强制医疗与责任主义原则对立之基本立场阐释

在我国台湾地区，学者基于上述认识进一步发展，将保安处分分成两类：第一类为不侵害人身自由的保安处分，称为纯粹的保安处分，第二类为侵害人身自由的保安处分，成为兼具自由刑

⁷参见张明楷：《刑法学》，法律出版社2016年版，第67页。

⁸参见[德]罗克辛：《德国刑法学总论（第1卷）》，法律出版社2005年版，第51页。

内容之保安处分。强制医疗由于限制了行为人的的人身自由应当被纳入此种分类的第二类型，并进一步主张此类保安处分除应当遵守保安处分都应当遵守的比例原则之外，还应当服从责任主义原则的要求。⁹然而，应当指出这种观点具有一定的片面性：

第一，刑罚与强制医疗没有交集。众所周知，刑罚来源于报应，刑罚观从绝对报应主义逐步走到今天作为通说的相对报应主义，其基本思路仍然是通过报应刑确定刑罚的上限，进而依据一般预防和特殊预防的理论从功利的角度出发对于报应刑进行适度地修正，使其轻缓化。而强制医疗则与之不同，以强制医疗为代表的保安处分与行为人的罪责无关，通过比例原则适用，从绝对功利主义的角度出发对行为人进行施加，其着眼点在于行为人未来的危险性。详言之，刑罚的对象是行为，而强制医疗的对象是行为人；刑罚的大小取决于责任的大小，而强制医疗的程度取决于人身危险性的大小；刑罚是回溯的，是对过去的评价，而强制医疗着眼于未来，并不涉及评价问题。通过以上类比可以看出，在本质上两者就不存在相同。从立法技术角度来看，刑罚在面对预防问题时通过做“减法”的形式达到犯罪预防的要求，而强制医疗却是以做“加法”的形式进行犯罪预防。很难像一种刑法处断方式，即能在同一件事情上同时符合两个方向相反的要求，从逻辑上认为强制医疗属于刑罚的观点是存在一定问题的。

第二，强制医疗并非从报应的角度施加痛苦。强制医疗从本质上讲仍然是一种医疗行为，医疗行为所产生的侵害自由的后果不应当通过刑罚的报应性来解释，更加合理的解释路径可能是通过违法性阻却理论进行。将医疗行为解释为正常职业行为，且已经在事前获得患者本人或其法定代理人的概略的同意，更能符合

⁹参见林钰雄：《新刑法总则》，中国人民大学出版社2009年版，第51页。

一般的常理。诚然，强制医疗行为确实会对行为人施加一定的痛苦，可这种痛苦的来源并不是医生出于正义感或对于被害人的怜悯而有意强加于行为人，而是医疗行为的副结果，是一种不得不如此的无奈之举。有人可能会认为，如果行为人不进行违法活动，自然就不会被纳入司法的视野，也就不会产生其被置于医院治疗的后果。其实这种观点实质上是将违法行为与刑罚的因果关系做了泛化的理解。若将这种后果理解为因违法行为所致的刑罚的话，那恐怕在刑法体系中动摇的不仅仅是责任主义原则本身，对于违法性理论也会产生最基本的动摇。

第三，判断强制医疗是否侵害自由应当基于同态对比。强制医疗是否从报应的意义上对于行为人施加了痛苦，这一问题不应当仅仅关注于结果和表象。与精神状况良好的社会一般大众相比，行为人确实遭受了一定的痛苦，一部分权力确实呈现出被剥夺的状态，从表象上来看行为人确实为他之前的侵害行为付出了代价。然而，如果我们假设有另外一名精神病患者某甲，其精神症状与行为人完全一致，仅仅是由于家人照看周到加上一些幸运因素使得某甲并没有对他人造成刑法应当规制的侵害。若家人将某甲送医，在精神疾患的诊断和治疗已经非常科学化的今天，某甲势必也将面对和行为人相差无几的治疗措施。造成这种情况又该如何解释？如依然继续坚持强制医疗对于行为人是一种刑罚这种观点的话，那是否就相当于承认了某甲的家人和医院合谋对某甲也施加了刑罚？对于这种行为不进行刑法规制又是否可以认为变相承认了民间私刑？这种观点很明显和我国《宪法》第三十七条第三款“禁止非法拘禁和以其他方法非法剥夺或者限制公民的人身自由”之规定相冲突。如此解释刑法条款由于违反了合宪性原则在根本上是行不通的。因此，判断强制医疗是否产生了

刑法意义上的剥夺自由的效果应当以同种情态下的普通人会如何遭遇为判断基准。比如，患有同样的病症普通病人在接受治疗期间需要与外界隔离，那么行为人接受强制医疗时遭受同等程度的隔离就不应当被视为“额外施加的报应”。

第四，法律处断不应违背自然定律。如果承认强制医疗制度与责任主义原则存在对立的话，那么就自然地进行以下演绎：强制医疗与责任主义原则存在冲突的关键点在于强制医疗剥夺行为人人权利的后果超越了其所对应的报应刑，也就必须消除强制医疗的持续时长和治疗形式的不确定性，那么可以想见在作出强制医疗决定的同时也对强制医疗行为的持续时间和治疗形式作出规定是一件多么令人费解的事情。精神疾患的起因既有患者自身的先天因素，也和后天环境影响相关，有些精神疾患是其他病症慢性期发展的结果，如梅毒所致精神障碍、脑肿瘤所致精神障碍，甚至有些精神疾患本身就是机体其他病症的并发症状，如库欣综合征、肝性脑病。¹⁰精神疾患治疗复杂程度远远超过一般人的理解和想象，因此企图通过限定一定的时间、限定一定的手段追求特定结果的裁判方式是不符合自然规律的、毫无可操作性的。我国台湾地区对于强制医疗等保安处分在判决中规定一定的期限，却也不得不在新版“刑法”修正后普遍对于此类期限进行了延长，究其原因就在于对于保安处分规定严苛的期限不利于其发挥相应的效果。¹¹

第五，报应平衡无法通过强制医疗实现。有学者指出，强制医疗的报应性特点还体现在其施加的强制性，无论行为人主观上是否接受都无法避免被施加强制医疗的后果。因此主张强制医疗施加的痛苦部分来自于违背行为人的主观选择。人的自主性问题

¹⁰参见江开达：《精神病学》，人民卫生出版社 2010 年版，第 65 页和第 83 页。

¹¹参见黄荣坚：《基础刑法学》，中国人民大学出版社 2009 年版，第 65 页。

可以归结在“道德上自主的人”学说之中，这一学说基于存在哲学和理想主义描绘出这样一种理想化的人类：具备风险的特质且掌握决定的自由。¹²德国宪法将其概括为：人有人格发展自由。剥夺人的决定自由必然会对人施加痛苦，这也是前述主张的落脚点。然而，应当看到的是精神病人一旦被确诊，就自然地在法律上失去了自主性：在公法层面上，该人不再为自己的行为负责，尤其产生的违法行为不能再归责于他；在私法层面上，该人不再具有行使自身权利的能力，而需要一位代理人帮其行使。因此，在否定了行为人具有自主性的前提下很难再肯定强制医疗的施加是违反其主观意愿的。此外，即使抛开主管因素，从客观上对于强制医疗所取代的刑罚进行分析，也很难得出强制医疗使报应平衡的结论。在前文中，吉林省强制医疗类案件的被申请人其行为多大多数涉及中长期有期徒刑、无期徒刑、死刑的刑罚，相较于这些刑罚所施加的痛苦，强制医疗所能给行为人带来的权利剥夺又能有何可比性。从被害人的角度分析，行为人作出了侵害行为，现在却在正规的医院中接受治疗以置于自身的疾病，恐怕任何被害人都不会有报应平衡的感觉。

五、完善强制医疗制度路径的意见建议

通过前文的分析可知，强制医疗作为保安处分的一种典型形式并不具备刑罚的特点，也不应当作为刑罚来对待。保安处分和刑罚一样，均能在犯罪预防上起到效果。作为刑法的后果，保安处分与刑罚的不同也主要体现在具体案件的处理方式之中。刑罚与保安处分的区别点并不实际在于效果之中，更在于两者的界限之上。结合司法实践的具体情况，尤其是吉林省近几年的司法实践情况进行分析，强制医疗制度的发展要克服现存的问题除在具

¹²参见许玉秀：《当代刑法思潮》，中国民主法制出版社 2005 年版，第 29 页。

体制度的设计上需要做到科学和细化之外，在理论层面也应当进行理性把握。在学理基础上，应当摒弃旧有的观点，走出保安处分和刑罚混淆不清的状态，首先从明确两者的界限开始准确把握强制医疗乃至保安处分的制度构建和完善。

（一）强制医疗立法应当坚持之原则

1. 强制医疗立法应当首要贯彻比例原则

前文中提到，强制医疗以及其他保安处分的运用是超脱在责任主义原则之外的，这种制度设置赋予了国家公权力很强的干涉能力。从传统刑法理论的框架下审视，这种权利甚至是过分强大的。一个行为究竟要严重到何种地步，以至于公权力要不得不跳出责任主义的框架进行干涉呢？这种干涉是否应当有一定的限度呢？这就涉及到强制医疗等保安处分如何正当化的问题。通过对于保安处分正当化基础的思索，我们可以在根本上发现强制医疗等处断所必需坚持的首要原则。

有学者认为保安处分正当化的基础在于行为人反复犯罪之危险性和保安处分的法定性。¹³保安处分以社会上具有侵害他人危险的人作为对象，以防卫社会为目的。其发动的条件在于此类人为一定符合犯罪构成要件的行为，在法律有明确规定的情况下，只要行为人有再犯的危险就应当进行保安处分。从这种观点其实只是在形式上做出了解释，推理开去则有可能会出让人难以接受的结果。行为人有可能会因为较小的侵害遭受持续而漫长的权利剥夺，此种处理方式所带来的恶远甚于行为人自身的危险。

其实，对于强制医疗等保安处分应当以何种程度为限的问题可以从利益权衡的角度寻求规则。精神病人的自由等权利并不会

¹³参见陈子平：《刑法总论》，中国人民大学出版社2009年版，第541页。

因为其自身行为能力和责任能力的丧失而丧失，但是当其自由行为的权利造成他人权利的损失时，社会就应当在两者的冲突之中进行权衡。除此之外，这种权衡还存在于社会价值的冲突，即人的尊严与社会秩序的冲突。精神病人行为的不确定性和自身的危险性对于人类共同追求的社会秩序存在着一定的威胁，当这种威胁具象化之时，社会是否应当否定精神病人的人格尊严而剥夺其权利，剥夺到何种程度为宜。

为寻求这种平衡，比例原则应当在此时加以适用。德国刑法第 62 条作出的规定就比较有深意：一种保安处分措施与行为人的严重性、将要实施的行为以及由行为人所引起的危险程度不相适应的不应当处断。德国刑法学家 Claus Roxin 表述为：如果超出了行为人所实施的行为的意义，以及与可期待的行为和由其造成的危险等级不相称的时候不具有正当性。¹⁴详细说来，强制医疗的比例原则可以表述为：对行为人实施强制医疗的前提是其行为造成了符合犯罪构成要件的结果，从人身危险性上有较强的再犯可能性，在法律有明确规定的前提下方可对其进行强制医疗；强制医疗的强度和手段应当与行为人的身危险性和行为的损害后果相适应，强制医疗所剥夺的权利应当在行为人对被害人造成的损害限度之内，不可以仅仅出于防卫较小的利益而对行为人处以极度不均衡的处断。

2. 强制医疗立法应当避免道德谴责行

与刑罚严格区别，强制医疗的前提是行为人依法不负刑事责任。从犯罪构成的角度讲，行为人的行为违法性不存在任何疑问，但这并不意味着行为人就必须承受一定的非难。在违法行为发生后，对行为进行评价时在一般人的观念中必然认为这种事情毫无

¹⁴参见[德]罗克辛：《德国刑法学总论（第1卷）》，法律出版社2005年版，第52页。

疑问是违反正义的，但是由于行为人患有精神疾病评价者只能无奈地承认这种事无可奈何，只能从防止此类事件再次发生做起。这就是刑法在处理强制医疗类案件时的基本思维，也是刑罚的发动被阻却时的基础逻辑。

强制医疗发动之时就是刑罚发动被阻却之时，因此刑罚所带来的特有效果也顺理成章的被阻却。保安处分的目的是预防犯罪，它针对的是行为人自身，而并不是行为人的某一行为。在处断的过程中并须将这一思想牢牢把握。司法实践中，不管是出于对行为人进行判处以防止其他人再犯的目的，还是出于为被害人主张求刑权以适用强制医疗的目的而作出此类裁判的，都是不恰当的。因为此类想法从实质上说是对于刑罚的“迁移运用”，通过其他合法的形式达到内心中制裁行为人的目的。正是这种思想使得强制医疗在适用的过程中呈现出一定的报应色彩，或者更确切地表述为使人们看到报应刑的意味。

应当看到，强制医疗制度从产生之初就应当和刑罚严格区分。将强制医疗适用在行为人上之时，应当绝对摒弃道德谴责的观念，仅就行为人自身的特点进行适用，而不应当参杂谴责、非难甚至报应的成分，这种掺杂绝对违背责任主义原则，也是对于行为人权利的不正当剥夺。从同态对比的角度看，行为人被施加的强制医疗措施应当与染有同样精神疾患的普通人所面对的医疗措施大体一致，不可以在严厉程度和时间上存在不均衡的差异。因为这种差异的存在只能被认为是道德谴责和报应的结果。

3. 强制医疗立法应当避免不必要的权利侵害

英国学者 Michael Gelder 曾指出，精神病学曾经有着不光采的历史，“在 20 世纪，精神病学曾被个别精神科医生误用，更严重的是有的精神科医生和雇佣他们的机构出于政治或商业

目的滥用精神病学，对持不同政见者及其支持者进行诊断和强制治疗”。¹⁵时至今日，国家和其他社会机构将精神病医疗作为国家暴力的事例早已十分罕见，然而对于精神病患者慎用治疗手段的理念依然应当被坚持。

在强制医疗的处断中，行为人势必面临一定的权利侵害，这些权利的丧失应当在必要的前提下方可进行。从强制医疗的发动来讲，必须明确精神病人具有很强的人身危险性以及很大的再犯可能性，这就需要审判过程中严格把握精神病人的实际患病状况。在吉林省的司法实践中，绝大部分的司法鉴定有吉林省公安厅安康医院或吉林省神经精神病医院进行，只有坚持明确的鉴定标准才能保证法院对于行为人的责任能力状况有正确的把握。同时也应当适当引入具有专门精神卫生知识的行业专家作为人民陪审员，对于行为人的再犯危险性进行具体地把握，保证强制医疗发动的必要性。

在强制医疗的实施过程中，应当保证行为人得到合理的待遇。医疗机构不得违反治疗规范故意施加痛苦，也不应当不顾行为人病情好转的事实故意延长疗程。应当在实施过程中充分摒除谴责和非难的成分，将治疗手段以均衡的形式施加。

此外还应当明确的是行为人隐私的保护。在案件的审理过程中，应当在保证被申请人得到公正审判的前提下尽量保护其隐私。在吉林省的司法实践中，不公开开庭审理强制医疗类案件是保护被申请人隐私权的最佳解决方案。隐私权的保护能够减少社会对于行为人不必要的责难和歧视，从根本上减少处断的道德谴责性。在强制医疗的使用过程中也不能对于行为人的隐私权进行不必要的侵犯，如身体隐私、通讯隐私、个人信息隐私等。

¹⁵参见[英]格尔德等：《牛津精神病学教科书》，刘协和等译，四川大学出版社2004年版，第76页。

（二）完善强制医疗制度路径的实然方面

第一，严格强调程序合法。没有程序正义为支撑的实体正义是脆弱的，在司法审判中程序合法性是实体合法的基础和保障。在强制医疗案件的刑事诉讼程序中应强调程序的合法性，只有严格强调程序合法性才能在审判中保证被申请人享有充分的诉讼权利，保证被害人及其家属充分诉讼参与权，才能在保证证据合法的前提下认定正确的客观事实，进而保障被申请人的人权不会受到强制医疗制度的非法剥夺。在强制医疗执行的过程中，也只有严格遵照程序正义的要求，才能保证被执行人的人身自由不会受到不均衡的剥夺，充分保障其人身自由和生命健康权利。

第二，落实以不公开开庭为主审理形式。在强制医疗案件的审理过程中，开庭审理对于保障被申请人的各项诉讼权利的行使具有非常重要的意义，然而被申请人绝大多数均患有不同程度的精神疾病，这种健康状况信息非常私密，涵盖在公民的基本隐私权的一般范围之内，在通常情况下不应当向社会不特定主体公布，否则会对被申请人的基本生活造成可以预见的严重侵害。故而，司法审判必须在两者之间进行平衡，根据目前的刑事诉讼制度，不公开开庭审理的形式基本可以做到两者的兼顾，是一种比较完善的解决方案。

第三，审判更加实质化。针对前述研究中所发现的审判形式化的问题，笔者认为应当在强制医疗案件的审理中突出法官在实体法意义上的职能，从实质上把握《刑事诉讼法》及相关司法解释对于强制医疗条件的规定。合议庭应当在充分质证的基础上对被申请人继续危害社会可能性进行独立判断，对于确实不具有继续危害社会可能的，被申请人即使其不具有刑事责任能力也应当根据法律规定判决其不负刑事责任并且不作出对其进行强制医

疗的决定，而不应当仅仅依据鉴定意见而出形式化的结论。具体而言，应当在以下三个方面进行积极尝试：第一，通过和地方人民代表大会进行沟通，吸纳一批具有专业知识背景的相关领域专家作为人民陪审员参与庭审；第二，充分保障被害人获得辩护的权利，鼓励被申请人自行委托律师参与诉讼或要求法律援助律师对案件进行更加深入的辩护操作；第三，积极探索鉴定人作为证人出庭参与质证的可能性，使得合议庭充分了解被申请人的精神疾病病情和刑事责任能力情况。

第四，缩短诉讼流程。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》第五百二十七条和第五百三十五条规定可知，针对强制医疗案件的刑事诉讼程序仅在法院对检察院的申请进行审查和作出决定后交付执行的程序中设定了期限，对于其他诉讼程序则没有更加严格的时间限制。并且，第一百七十四条规定：“审判期间，对被告人作精神病鉴定的时间不计入审理期限。”这就进一步使得强制医疗案件的审限趋向于宽松。在调研中笔者了解到，一些精神疾病病程短，通过短时间的住院治疗即可以达到治愈标准或消除社会危害性，诉讼流程的拖延会造成被申请人长期处于被适用刑事强制措施的状态，或者造成法院虽已作出决定但实际上已经没有继续进行强制医疗必要的局面，影响法院的权威性和严肃性。建议司法机关在刑事诉讼过程中，针对强制医疗相关的案件从快审理，在保证程序合法的前提下减少诉讼流程拖延对于被申请人造成的不利影响。

（三）完善强制医疗制度路径的应然方面

第一，建立鉴定机构和执行机构的回避制度。精神病人自被侦查机关立案侦查开始，至最终解除强制医疗措施，先后经历法医精神鉴定、强制医疗、强制医疗解除评估等过程，这些程序均

涉及医疗机构。在规则并不完善的情况下存在以上程序均由同一机构进行的可能性，这就使得鉴定机构或执行机构存在着操纵诉讼流程的可能性。设想一种场景，在强制医疗执行机构也是法医精神鉴定机构之时，该机构若已人满为患为减轻治疗部门的压力该机构的鉴定部门可能会较以往更加宽松地把握刑事责任能力认定的标准，使得本不具有刑事责任能力的主体受到了刑法的处罚，或者较以往更加宽松地把握精神病人的解除标准，使得仍有社会危害可能性的精神病人进入社会。¹⁶德国刑法学家 Claus Roxin 曾将鉴定人定位为“运用其专业知识，帮助法官对证据问题进行判断之人”。¹⁷可见，在依据证据进行刑事审判的当今社会，鉴定人对于案件的审理同样可以起到至关重要的作用。由于存在利害关系，鉴定机构可以通过内部管理制度对鉴定人的鉴定行为进行实质上的影响，就会存在鉴定结论有失客观性的可能。在实际调研中，法院也对此存在一定的担忧而更加严格地把握解除强制医疗的标准，造成被执行人长期处于被剥夺人身自由的状态。为强化法医精神鉴定和解除强制医疗评估结果的客观性，笔者认为有必要建立鉴定机构和执行机构的回避制度。具体说来，对精神病人作出法医精神鉴定的机构应当在强制医疗的执行阶段进行回避，对于被执行人解除强制医疗措施的临床评估和建议应当由执行机构以外的其他具有相关资质的机构作出。¹⁸

第二，科学化把握解除强制医疗条件。我国《刑事诉讼法》第二百八十八条及相关司法解释均规定“对于已不具有人身危险

¹⁶此种情形仅是笔者为论证结论所作出的假设，在实际调研过程中并没有发现相似情形出现的证据。

¹⁷ [德]罗克辛：《刑事诉讼法》，吴丽琪译，法律出版社2003年版，第263页。

¹⁸由于吉林省公安厅直属的精神疾病法医鉴定机构和执行强制医疗机构仅有安康医院一家，因此可以在案件审理的过程中引入第二家法医精神鉴定机构对被申请人进行第二次鉴定，以排除客观存在的矛盾。

性，不需要继续强制医疗的”由原审法院作出解除强制医疗的决定。出于对社会不特定主体的合法权利及社会制度进行妥善保护的立场，加之对精神疾病领域专业知识的相对缺乏，法官往往从严把握解除强制医疗的条件，形成了一定程度上的“进来容易出去难”的客观局面。然而事实上，精神分裂等精神疾病很难做到临床上的完全治愈但却可以通过维持性治疗在实际上消除人身危险性，此外随着年龄的增加精神病人的体力下降也会使得其不再具有危害他人的能力，这些情形却由于法官对于解除条件的严格把握而被排除在解除强制医疗的情形之外。一般性理论告诉裁判者，精神病人在治愈后才不具有社会危害性，然而这一理论可能是不完善的。对于理论的不断修正需要而且必须由法律人在不断的探索中，通过“那些尚有待进行的研究与经验才会实现”。¹⁹对于强制医疗的解除条件也是如此。笔者认为应当通过立法进一步细化强制医疗的解除条件，通过科学地把握解除条件使得强制医疗尽可能减少对于被执行人人身自由的剥夺。

第三，增强行政法规与强制医疗的衔接。强制医疗在实际执行过程中面临的诸多困难除制度本身不完善的因素外，相应配套制度的缺失也是重要的原因。首先是缺乏对于未触犯刑法规定但具有人身危险性的精神病人进行临时性管控和治疗的行政处断措施。其次是缺乏对于监护人遗弃精神病人行为的行政法律处断。在精神病人已经被解除强制医疗的前提下，监护人拒不接收的行为实际上是对监护抚养精神病人义务的违反，然而在行政处于断层面尚缺乏一定的制度对这种遗弃行为进行规制。再次是相关治安监控制度的缺失。应当建立基层组织如社区、村委会等对辖区内精神病患者进行管控的制度，杜绝和减少安全漏洞，提前

¹⁹ [德]康德：《历史理性批判文集》，商务印书馆1990年版，第169页。

做好高危人群的统计和管理，形成一个科学完备的专门管理体系，提高预见危害结果的能力，防患于未然，减少不必要的社会和司法资源的浪费。最后是强化对于精神病患者的社会保障。通过对精神病治疗费用进行减免和补贴，提供免费的基本医疗措施等方式缓解家庭对于精神病人进行抚养和治疗的压力，形成以家庭监护抚养为主、社会保障辅助的精神病人社会保障体制，最大程度上减少精神病人因得不到治疗而产生人身危险甚至违法犯罪的情形产生。

余论

自由与安全地矛盾从人类社会的产生之时就已存在，在可以预见的未来也并不会彻底消失。社会中的人类热爱自由，并越过千难万险去追求自由，长期的共同社会价值的熏陶使得我们将自由看作一种宝贵的财富，若失去自由任何利益的给予也不能让我们感到彻底宽慰。在社会生活中我们容忍通过放弃一定的自由来获得集体安全和生活上的幸福，但这并不意味着对自由可以进行无限制的剥夺。²⁰对自由剥夺的限度构成了当今社会人权观念的重要部分。保安处分和刑罚是刑事处断的两条支线，对于保安处分和刑罚如何适用上一直存在不同的学术观点，实践上也存在不同的适用形式。从近代到现代，保安处分历经多次演变和发展，逐步形成今天的外观，而保安处分发展的背后是对于人权的不断正视。强制医疗的处断和适用也应当时刻正视精神病人的人权和尊严，在适用的过程中努力找到恰当的平衡，维护精神病人和他人的权利，同时也捍卫我们共同认知的社会价值。正如林东茂教授评价我国台湾地区保安处分立法时强调的那样，不能够以社会预防为理由对行为人施加不均衡的处断，如此“集体主义的思想

²⁰ [法]托克维尔：《旧制度与大革命》，商务印书馆1992年版，第208页。

等于复苏”。²¹。吉林省司法系统对于依法不负刑事责任的精神病人实施强制医疗的司法实践是我国在保安处分领域司法实践的缩影，在立法不断进步的大背景下司法实践也步入制度化和科学化的轨道。其展现的一些问题也为我们带来思索，在今后的立法和司法实践中，如何把握强制医疗与刑罚的界限问题引领着学理的进步，相信也会为制度的不断完善带来助力。

²¹转引自陈子平：《刑法总论》，中国人民大学出版社2009年版，第552页。