

行政强制医疗程序中精神障碍患者的权利保护路径完善

汪阅^{1*}，崔佩玉²

(¹南京市鼓楼区人民法院，江苏 南京 210000；²南通市海门区人民法院，江苏 南通 226000)

摘要：行政强制医疗程序在平衡公共安全与精神障碍患者权利保障过程中面临实践困境。送诊阶段，公安机关对于“疑似精神障碍”与“危险性”认定标准不一；诊疗阶段，医疗机构存在初诊程序简略、复查机制虚置，削弱了非自愿住院决定的程序正当性；司法救济阶段，司法实践则因强制医疗行为性质认知分歧，陷入民事与行政诉讼路径选择混乱的困局。究其根源，在于强制送诊的行政强制行为属性与诊疗行为的专业判断权产生制度性混淆。行政强制医疗程序实质上应分为送诊阶段与诊疗阶段，前者属于行政强制范畴，后者属于民事范畴。在送诊阶段，应明确紧迫危险分级标准；诊疗阶段应推行主治医师双人诊断制度动态病房分级管理制度，并建立行政机关与医疗机构的双轨救济模式，在医疗行为合法性举证责任倒置的框架下，最终实现社会防卫需求与个人人格尊严的法治化平衡。

关键词：精神卫生法；行政强制医疗；权利保护；比例原则

Enhancing Protection Pathways for the Rights of Individuals with Mental Disorders in Administrative Compulsory Medical Procedures

Wang Yue^{1*}, Cui Peiyu²

(^{1*}The Primary People's Court of Gulou District, Nanjing City, Nanjing, Jiangsu 210000, China; ²The Primary People's Court of Haimen District, Nantong City, Nantong, Jiangsu 226000, China)

Abstract: The administrative compulsory medical procedure faces practical dilemmas in balancing public safety with the protection of the rights of individuals with mental disorders. During the referral stage, public security authorities apply inconsistent standards in determining "suspected mental disorder" and "dangerousness." At the diagnosis and treatment stage, medical institutions contribute to the erosion of procedural legitimacy for involuntary hospitalization decisions through simplified initial diagnostic procedures and ineffective review mechanisms. In the judicial remedy phase, divergent views on the legal nature of compulsory medical actions lead to confusion in the judicial practice between civil litigation and administrative litigation pathways. The root cause lies in the institutional conflation of the administrative coercive nature of compulsory referrals and the professional discretion inherent in diagnostic and treatment decisions. The administrative compulsory medical procedure should conceptually be divided into two distinct stages: the referral phase, belonging to the realm of administrative coercion, and the treatment phase, which falls under civil law. For the referral stage, clear grading standards for imminent danger should be established. At the diagnosis and treatment stage, a dual-doctor joint confirmation system by attending physicians and a dynamic ward classification management system should be implemented. A dual-track remedy model

- 1 -

作者简介：汪阅（1996-），男，江西上饶，学士，研究方向：民商法

崔佩玉（1993-），女，江苏南通，学士，研究方向：民商法

通信作者：汪阅，通信邮箱：wangyue2021@yeah.net

involving both administrative and medical institutions should be established. Ultimately, under the framework of reversed burden of proof regarding the legality of medical actions, a rule-of-law equilibrium between societal defense needs and individual personal dignity can be achieved.

Keywords: Mental Health Law; Administrative Compulsory Medical Treatment; Rights Protection; Principle of Proportionality

引言

行政强制医疗，是指行政机关在精神障碍患者已经发生危害他人安全的行为或者有危害他人安全的危险，监护人阻碍住院治疗情况下，违背精神障碍患者的意愿，对精神障碍患者实施强制性治疗行为^[1]。根据全国严重精神障碍患者管理治疗现状分析报告显示，截止 2020 年全国累计登记在册严重精神障碍患者超 640 万例。^[2]面对庞大的严重精神障碍患者群体，公安机关主导的强制医疗程序也存在诸多挑战。一方面，精神病人发病期间行凶伤人事件屡见报端，公安机关如对危害社会公共秩序、公共安全的精神障碍患者应当收治而不收治，则可能构成行政不作为。另一方面，实践中行政强制医疗程序运用不当，造成限制、剥夺患者人身自由权、知情同意权、隐私权，损害人身、精神利益等严重后果的情况亦有发生。究其原因，行政强制医疗作为限制人身自由的特殊行政措施，兼具医疗救助措施与限制人身自由的双重属性，其正当性基础在于平衡社会防卫与患者个体权益。然而，由于精神卫生法本身规定的模糊性，如对公安机关介入强制医疗的一些关键问题采取了回避态度^[3]，导致行政强制医疗程序存在制度性、操作性不足。进言之，当行政强制医疗措施与患者个人权利的保护发生冲突时，对于何种价值优先，如何保障权利救济途径畅通，当前法律体系未予以有效回应。有鉴于此，本文从行政强制医疗程序出发，分析送医、治疗、出院等阶段中精神障碍患者权利保护困境现状，进一步厘清公安机关、医院于行政强制医疗程序中的法律属性与角色定位，以期为纾解行政强制医疗中精神障碍患者保护困境提供有益路径。

1. 现状分析：行政强制医疗程序中精神障碍患者权利保护困境检视

从行政强制医疗的过程上看，认为自身权益受损的被送医者通常经历了送医、就医以及事后寻求救济这三个阶段。下文重点围绕三个阶段中精神障碍患者权利保护困境进行分析。

1.1. 送诊阶段：实体要件认定标准分化

行政强制医疗程序的启动，以公安机关对“疑似精神障碍患者”存在“危害他人安全危险”的判断为核心前提^[4]。然而，实践运行中，这一法定门槛却面临两方面问题。

其一，“疑似”状态判断自由裁量权力过大。法律规范中的“疑似精神障碍患者”本应以精神症状的医学表征为判断标准。但实践中，公安机关常以《治安管理处罚法》的违法性评价作为便捷工具，使得诸如“当街叫骂”乃至“字迹潦草”等行为均可能触发强制送诊，形成“诊断前置”的逻辑悖论。近年来，该类情况仍然存在。如在“范某蓉与金堂县人民政府行政强制措施及行政复议案”^[4]中，某派出所认为范某蓉在某社区情绪表现激动，有拍桌和扔书行为，未经家属同意直接将范某蓉送至医院进行精神障碍诊断。这不仅逾越了公安机关的专业权限，同时与立法“尊重、理解、关爱”精神障碍患者的精神有所冲突。

其二，“危险性”要件的内涵与外延认定不一。《精神卫生法》相关条文未进一步界定危险客体范围与程度标准，直接导致执法尺度的严重分化。比较京、沪、浙等省市地方条例可见，北京、无锡、深圳等地颁布的精神卫生条例中，将“财产危险”纳入认定范畴，如毁损财物价值 3000 元以上可认定为存在潜在危险，以“王某与北京市公安局朝阳分局强制医疗行为上诉案”^[5]为例，王某故意毁坏社区服务站玻璃门，但未对他人身造成危害或存在危害可能性的情况下，法院认定公安机关将王某送医治疗行为并无不当。而宁波、武汉则将危险性标准限缩于人身安全与公共安全领域，在“潘某等与重庆市永川区公安局治安行政赔偿上诉案”^[6]中，潘某实施了砸房子等毁坏他人财产的同类行为，法院认为该行为没有严重危害公共安全或者他人人身安全，公安局对潘某没有采取约束措施合法。实体要件认定的主观化倾向，不仅削弱了法律适用的统一性，更埋下了权利滥用的隐患。当送诊环节的瑕疵进入诊疗程序时，患者权利可能遭受二次损害。

1.2. 就医阶段：诊疗程序合法性缺失

当患者被强制送抵医疗机构，诊断收治本应成为过滤不当干预的核心屏障。^[7]依据《精神卫生法》第 31 条规定，非自愿入院需以专业诊断确认患者存在精神障碍且具有危险性为前提。然而，此关键环节的程序合法性屡遭侵蚀。

初诊程序简略。强制医疗决定的作出应建立在精神障碍诊断和病情评估的基础上，未经诊断评估而将患者强制收治入院的，不仅严重违反程序，也违反《精神卫生法》第 30 条规定的收治条件。在张某琼案^[8]中，法院认为“被告医院只是经门诊初查，依据原告丈夫的口述，未进行辅检，在没有确诊和作出病情评估的情况下，对原告实施强制住院治疗明显违反《精神卫生法》规定的诊断评估程序”。此外，《精神卫生法》规定，精神科执业医师负责评估患者的病情、危险性以及住院的必要性。医生对非自愿住院的态度与观念直接影响着非自愿住院的评估与决策过程，基于医生受培训的水平及其对于危险性的个人理解不同，对非自愿住院的标准解读存在差异，也有可能出现延伸甚至忽略法律标准但记录在案时却又自圆其说的情况。

复查与鉴定机制虚置。为纠偏初诊可能失误而设的复查与医学鉴定程序，在实践中几近“休眠”。《精神卫生法》确立了进一步的诊断核查或再次诊断，以及精神障碍医学鉴定制度^[2]，以保障严重精神障碍患者或疑似患者及其监护人的救济权。但目前仍然存在再次诊断程序空转，委托医学鉴定数量屈指可数等情况。实践中专门的精神障碍医疗鉴定机构和人员数量也较少^[9]。在张某琼案中，原告在多次提出自己没病的情况下，被告医院的主治医生没有做进一步的诊断和检查，且在原告入院第三日进行辅检，记载“结果轻度异常，患者无相关临床体征，暂观察，择日复查”，并未及时进行进一步的检查，联系其家属或者听取患者意见，作出合理的判断，因此，被告的诊疗过程存在不符合法律规定的情形。针对复查鉴定制度而言，有学者指出这一程序并不构成独立的救济途径，而是类似针对初次诊断结论的一种复核、确认程序，客观上并不具有定分止争的效果，无法起到替代司法有效审查的功能^[10]。同时，实践也面临鉴定技术难度大，法律风险高，缺乏专门的工作细则、指南和监管的问题。

1.3. 救济阶段：诉讼路径错位

权利救济的最终保障系于司法。然而，当患者因强制医疗行为受损而寻求司法救济时，通常陷入向谁主张权利的诉讼路径“迷墙”。正如前文所述，强制医疗过程蕴含公安机关的强制送诊与医疗机构的诊断收治两个阶段，行为性质的交叠引发司法认知的严重分歧。如在“陆某、盘锦仁爱医院生命权、健康权、身体权纠纷案”^[11]中，原告以医疗机构为被告向法院提起民事诉讼，但法院认为医疗机构的强制医疗行为系因前一个强制送医的行政行为产生，该案不属于民事案件受理范围，故而裁定驳回了原告起诉。但在“罗某与济宁市卫生计生委、济宁市某医院卫生行政强制案”^[12]中，法院认为济宁市某医院强制性对罗某实施治疗行为，是法律授予医疗机构和执业医师的诊疗权，是出于医学需要的诊疗行为。该行为不亦属于人民法院行政诉讼案件的受案范围，故裁定对罗某的起诉不予受理。矛盾的是，实践中亦不乏将医疗机构视为民事主体，以生命权、健康权乃至医疗损害责任纠纷立案审理的案例。司法机关对医疗机构的非自愿收治这一行为的法律定性摇摆于“民事诊疗行为”与“行政授权行为”之间，直接导致了案由选择、举证责任分配乃至最终受理与否的裁判乱象。此种根本性分歧，非但令患者无所适从，更使司法作为权利救济最后防线的功能在程序启动之初即告失效，形成了患者权益保障的真空状态。

2. 法理基础：行政强制医疗法律性质重释与原则适用

行政强制医疗程序的困境深层症结在于强制医疗程序内的法律关系错位，公安机关的行政行为与医疗机构的专业行为被制度强行绑定，却又在责任承担时相互推诿。因此，首先厘清公安机关强制送诊的行政法定位，进而阐明医疗机构诊疗行为的权力边界，最终通过重申比例原则的约束框架，形成行政强制医疗程序的理性逻辑。

2.1. 公安机关送诊行为属于行政强制措施

虽有观点认为，公安机关将疑似精神病患者送往医院的行为同《传染病防治法》第 39 条第 2 款规定的“公安机关协助医疗机构采取强制隔离治疗措施”，与强制隔离戒毒类似，均不是传统意义上的行政强制措施，不受行政强制法所载的程序性规定规制。但公安机关强制送诊行为的

法律定性需回归行政强制概念的本质。

行政强制措施是行政主体为了预防、制止、控制违法行为或危险状态，或者为了查明事实、保存证据，依法对相对人的人身或者财产采取暂时性限制的行政强制行为^[13]。强制送诊行为形式上符合此定义。从主体上看，《人民警察法》第6条明确赋予公安机关“维护社会治安秩序，预防、制止危害社会行为”的专属职责。当精神病人存在自伤或危害他人安全之虞时，公安机关具备实施人身强制的法定资格。最高人民法院司法解释中关于公安机关采取精神病人强制治疗措施案件的审查要点载明，从我国现行制度看，除精神病人的监护人要求送强制治疗的情况外，原则上强制治疗措施的决定机关应当是县级以上公安机关，实施机关是公安机关指定的精神病医院等医疗机构。^[14]公安机关采取约束性手段将处于发作状态的双相情感障碍患者送往医院进行精神障碍诊断属于可诉的行政强制措施。实践中，如村委会、街道办等其他主体的参与，仅属协助执行，法律效果仍归于公安机关。例如重庆徐某案中，村委会虽协助联系医疗机构，但法院仍认定公安机关为送诊决定的唯一责任主体。从行为目的上看，行政强制送诊是以实现一定的行政管理目标为公益目的。强制送诊一方面使得精神病人及时接受医学诊断，避免健康风险恶化；另一方面也阻断精神病人可能引发的连锁性社会危害，维护公共安全秩序。从手段方式上看，行政强制送诊具有一定的处分性。行政强制措施被人们认为是一种暂时约束性或者限制措施，是过程中的措施，不是对相对人权益的最终处理。行政强制送医是对发生伤害自身、危害他人安全的行为，或者有伤害自身、危害他人安全的危险的精神障碍患者的处置措施，其过程较完整的强制医疗程序具有流程上的暂时性、过程性。

2.2. 医疗机构行使专业判断权

行政强制医疗程序中另一个让人困惑的问题是医疗机构承担的是何种角色，或者医疗机构诊疗行为的性质究竟几何。该问题原因肇始于我国独特的法律制度安排。

从比较法上看，强制医疗作为限制人身自由的严厉措施，其正当性基础在于国家监护权与警察权的公法属性，故各国普遍将决定权赋予司法或准司法机构^[15]。美国、德国等采用法院审查模式，日本采用行政机关决策机制，苏格兰则设专门裁判所行使审查权。无论何种模式，医疗机构仅承担医学评估职能，入院决定权始终归属于中立公权力机构。

然而，我国《精神卫生法》所规定的入院收治的决定主体却迥异于其他国家和地区。医疗机构及其精神科医师需依据患者精神健康状况和医学标准进行诊断评估，并直接判断患者是否符合第30条第2款规定的非自愿住院条件，从而决定是否违背其意愿收治入院。这意味着在行政强制医疗的入院收治阶段，决定权实际掌握在医疗机构手中。^[16]公安机关虽依据《精神卫生法》第28条负责强制送诊，但后续的诊断、留院、治疗及出院等关键环节的决定均由医疗机构基于其专业职责作出。因此，公安机关仅需对其强制送诊行为的合法性与适当性承担责任，而不对后续诊疗行为的合法性负责。

综合而言，行政强制医疗实质上构成了一个包含双重法律程序的体系。公安机关实施的是行政决定，而医疗机构履行的是专业技术判断。二者虽在程序上前后衔接，但性质截然不同，前者属行政职权范畴，后者属医学专业范畴。司法实践也印证了这种区分，如在李某亲属诉某市公安局案中，司法机关仅审查公安机关认定“存在危害风险”的事实依据与程序正当性，而将医疗机构的诊断结果视为潜在的民事争议问题，明确体现了不能以医学诊断替代行政判断的原则。

2.3. 行政强制医疗的比例原则适用

传统意义上的比例原则是指行政行为与执法目的之间应当合比例或具有对称性，兼顾行政目标的实现和保护相对人的权益，使行政行为对相对人的侵害减小到最低限度。^[17]随着现代社会的发展，比例原则衍生为了个体利益与公共利益平衡的判断标准。行政强制医疗中前一阶段行政强制送医属于行政行为，其应遵循比例原则。后一阶段医疗机构的诊疗行为虽具民事属性，但目的上不可否认存在防止精神病人在患病期间伤害自己的生命健康权利或者威胁公共安全，与限制精神障碍患者自由之间的平衡关系。后一阶段程序的进行亦应当遵循比例原则。比例原则涵盖三项子原则，分别为必要性原则，适当性原则，最小损害原则。在此语境之下，各实施主体应该根据比例原则对不同程度的精神障碍患者采取相应的处置措施。

一方面，在行政强制医疗的正当性论证中，必要性原则要求强制措施必须作为最后干预手段，

当临时性处置无法消除精神障碍患者对社会公共利益的实质威胁时，方得启动强制治疗程序。对于具备治疗意愿或未达危险标准的个体，以及未罹患精神疾病者，强制治疗显属不必要。另一方面是相称性原则考量。在行政强制医疗过程中，强制与治疗应当是并列的“手段”。因此，无论是送医阶段还是治疗阶段，都应当进行斟酌、比较，权衡，从而选择更有力的措施。公权力主体在送医阶段应当采取对人身自由限制最小的约束手段。在治疗阶段禁止以惩罚为目的延长处置时限，确保强制手段与诊疗目的具有直接关联性。

3. 困境纾解：行政强制医疗制度的路径完善

行政强制医疗制度的完善需以程序正义为基石，以比例原则为标尺，构建实体要件法定化、诊疗决策中立化、救济路径明晰化的三维框架，在公共安全与个体尊严间寻求动态平衡。

3.1 强制送诊环节的合法性

在“疑似”要件的判断上，公安机关并非精神卫生医疗机构，出警民警亦非专业医生，当事人只要符合《精神卫生法》第二十八条第二款规定的情形，公安机关即可当机处置，将疑似精神障碍患者送医诊断，不能苛责现场民警必须具有十足把握后才能实施送医行为，更不能以医疗诊断来推翻之前的送医诊断行为的合法性。由此，公安机关现场处置可依据如暴力攻击、自伤未遂、意识严重错乱等显性行为表征，启动临时约束，并同步固定音像证据。对于言行异常等非紧急情形，可通过精神科医师的初步远程评估后再行决定是否启动强制送诊程序，从源头上减少“被精神病”现象。通过《执法指引清单》明确禁止启动强制送诊的负面情形，将比例原则的“最小侵害性”嵌入执法前端。对于已经实施较为严重危害行为的精神病人，公安机关可以确定其人身危险性，无需精神科医师参与人身危险性有无的判断。

在人身危险性的判定上，应当严格限定危险客体的范围，彻底剥离财产损害与危险性要件的关联性，地方性条例中“财物损失价值标准”等量化指标不应再适用。对于“伤害自身危险”的认定，宜借鉴刑法学中现实紧迫危险理论，要求危害行为必须具有即时性、直接性与重大性特征，如公安机关应当排除单纯生活失序状态，以医学上的轻微伤害程度作为判断基准。对存在现实人身危险的精神障碍患者采取临时约束措施，其正当性基础在于，一方面既为阻断正在发生或具有高度盖然性的危害行为提供紧急干预手段，另一方面也为后续专业医学评估创造必要前置条件。此种约束措施的实施应严格遵循比例原则，采用对人身自由限制最小的器械装置，并在现场控制后2小时内完成与医疗机构对接，通过递进式适用标准的设计，防范社会管理成本不当地转化为公民基本权利的限制事由。

3.2. 诊疗决策程序的实质性

我国现行法框架下，医疗机构作为法定诊断主体，通过其所属精神科执业医师具体实施诊断活动，医师个体行为法律效果归属于医疗机构。因此，在诊疗决策程序中，重点要求医师恰当、合法履职。在资质要件层面，应当避免用心理咨询师替代医师进行诊断决策。参考《北京市精神卫生条例》的创新规定，应将诊断主体资质提升至主治医师以上职称，并实行双人独立诊断制。此种升级不仅因应强制医疗涉及重大人身自由限制的特殊性，更源于主治医师群体的专业积淀。根据《临床医学专业技术资格考试暂行规定》，作为中级职称的主治医师需具备一定的临床经验并完成专科医师规范化培训，其专业判断能力显著高于初阶执业医师。双人诊断机制则通过交叉验证防控个体认知偏差，诊断意见分歧时，可以引入专家会诊程序，进而有效避免由1名医师武断诊断的程序瑕疵。治疗实施过程更需贯彻动态比例原则。封闭治疗措施的适用必须遵循“必要且最小”标准。建立“封闭式→半开放→开放式”的病房分级转换机制，当患者攻击性降至中度以下（BVC量表≤15分）时强制转出封闭病房，使医疗机构从“强制决定者”回归“专业服务者”的本位。

3.3. 救济路径的体系化

行政强制医疗相关诉讼的救济路径完善，重点在于诉讼性质定位、精神障碍患者诉讼能力认定，及举证责任分配三个方面。

首先，关于行政强制医疗属于民事抑或行政诉讼性质的困惑，需探索更具实质正义的解决模

式。当前实践中法院多以人格权侵权或医疗损害责任纠纷处理此类案件，导致审理焦点聚焦于诊疗过失审查，忽略了非自愿住院决定的合法性审查这一争议性前提。将决定合法性的争议完全嵌入一般侵权赔偿的民事诉讼框架中处理，不仅法理不通，实践效果亦不彰。因此，当精神障碍患者认为公安机关强制送医行为不当时，应当引导其提起行政诉讼。司法审查中适用行政诉讼中“明显不当”等更为严格的审查标准进行裁量。当精神障碍患者认为医疗机构诊疗行为不当时，应当按照民事案由进行审理。

其次，在精神障碍患者诉讼能力认定上，必须摒弃“以病推定无能力”的错误逻辑，回归法定程序。法院不应仅凭原告患有精神疾病的既往诊断就简单推定其不具备诉讼能力并据此裁定不予受理或驳回起诉。根据《民法典》第 24 条及《民事诉讼法》相关规定，认定自然人无或限制民事行为能力属于法院专属职权，且必须经由特别程序作出生效判决后方能确认。该程序启动主体应为当事人的近亲属或其他利害关系人，法院在未经此法定特别程序宣告前，无权主动认定原告无诉讼能力。换言之，在行政强制医疗诉讼中，只要患者未被依法宣告为无/限制行为能力人，就应推定其具有完全诉讼能力，法院不能以此为由剥夺其诉权。针对患者诉讼能力可能存在疑虑的情形，应引入诉讼辅助人制度或适当能力支持机制，如允许患者委托信赖之人协助诉讼，或由法院指派的特定人员提供必要诉讼指引，而非直接否定其诉权资格。

最后，在举证责任分配上，应将治疗过程并无不当的举证责任划归医疗机构承担。当前将证明侵权责任成立的一般民事举证规则机械套用于此类案件，导致本就处于极端弱势地位的患者难以证明复杂的医学决定瑕疵，显著背离公平。法院必须考虑到医疗机构在此过程中也是履行着一定的社会管理职能，这与普通民事主体的自愿交易或医疗服务行为仍存在一定的区别。换言之，行政强制医疗的手段强制性决定了应由医疗决定方承担“自证清白”的责任。依据《精神卫生法》第 30 条规定，医疗机构作出收治决定时，已负有依法判定患者符合“严重精神障碍+伤害自身/他人风险”双重要件的强制性义务。因此，合法性争议的核心在于医疗机构当时所作判断的依据是否充分、程序是否合规。医疗机构掌握作出该决定所依赖的全部诊断依据、评估记录和决策程序文件，在专业信息与证据控制上拥有绝对优势，由其负担核心事项的举证责任符合客观事实与证据距离原则。其一，促使医疗机构在决定时即审慎取证、规范操作，从源头减少违法决策风险；其二，减轻患者在诉讼中“自证无病”或证明医方违法的几乎不可能完成的任务，扭转诉讼力量失衡；其三，契合“谁主张积极事实、谁掌握证据谁举证”的举证责任原理，避免法院不得不审查原告精神状况的悖谬局面，保证裁判实质审查医方行为的合法性。

注释：

(1) 根据《精神卫生法》第 28 条第 2 款和第 30 条第 2 款规定，疑似精神障碍患者发生伤害自身、危害他人安全的行为或危险的，其近亲属、所在单位、当地公安机关应当将疑似精神障碍患者送诊。

(2) 《精神卫生法》第 32 条第 2 款规定对再次诊断结论有异议的，可以自主委托依法取得执业资质的鉴定机构进行精神障碍医学鉴定；医疗机构应当公示经公告的鉴定机构名单和联系方式。接受委托的鉴定机构应当指定本机构具有该鉴定事项执业资格的 2 名以上鉴定人共同进行鉴定，并及时出具鉴定报告。司法部《关于认真贯彻落实精神卫生法做好精神障碍医学鉴定工作的通知》（司发通〔2013〕104 号文）中对医学鉴定的资质作出明确规定，同时规定须经省级司法行政机关登记后方可开展此项鉴定。

参考文献：

- [1] 最高人民法院中国应用法学研究所. 人民法院案例选（2016 年第 10 辑，总第 104 辑）[M]. 北京：人民法院出版社，2016：73.
- [2] 张五芳，马宁，王勋，等. 2020 年全国严重精神障碍患者管理治疗现状分析[J]. 中华精神科杂志，2022, 55(2): 122-124.
- [3] 化国宇. 公安机关介入精神病人行政强制医疗研究[J]. 中国人民公安大学学报（社会科学版），2019(6): 94.
- [4] 四川省高级人民法院. (2024)川行申 1579 号行政裁定书[Z]. 2025.
- [5] 北京市第三中级人民法院. (2017)京 03 行终 683 号行政判决书[Z]. 2017.

-
-
- [6] 重庆市第五中级人民法院. (2014)渝五中法少行赔终字第 00205 号判决书[Z]. 2014.
- [7] 陈绍辉. 精神障碍患者非自愿住院诉讼案件的司法裁判及其困境[J]. 残疾人研究, 2022(1): 28-29.
- [8] 湖北省荆门市东宝区人民法院. (2016)鄂 0802 民初 238 号民事判决书[Z]. 2016.
- [9] 刘鑫、赵彩飞、马长锁. 精神障碍医学鉴定的不可行性分析[J]. 中国司法鉴定, 2018(1): 90-95 .
- [10] 岳远雷, 陈绍辉. 英国精神障碍患者非自愿医疗制度及其启示[J]. 医学与哲学, 2021 (18) : 64.
- [11] 辽宁省盘锦市中级人民法院. (2021)辽 11 民终 1414 号民事裁定书[Z]. 2021.
- [12] 山东省济宁市中级人民法院. (2015)济立终字第 3 号行政裁定书[Z]. 2015.
- [13] 方世荣. 行政法原理与实务[M]. 北京: 中国政法大学出版社, 2007: 140.
- [14] 刘德权 (主编). 最高人民法院司法观点集成 (第二版) 行政及国家赔偿卷②[M]. 北京: 人民法院出版社, 2014: 429.
- [15] 刘子怡, 肖巍, 非自愿住院制度: 基于《中华人民共和国精神卫生法》的伦理分析[J]. 中国医学伦理学, 2022 (12) : 1291-1294.
- [16] 魏晓娜. 从“被精神病”再现看我国非刑强制医疗制度之疏失[J]. 国家检察官学院学报, 2015 (4) : 128.
- [17] 刘海燕. 比例原则在司法审查中的运用[J]. 人民司法 (应用), 2013(13): 101.

(栏目主编: 刘玮 校对: 田笑潇)