

安乐死旅游营销与国际行业发展现状研究

蔡政忠¹ 李昊馨¹ 祖颖¹ 林琪禎¹ 黎敏仪² 曾辉³

1. 莆田学院医疗健康产业管理系, 莆田;

2. 越南国立孙德盛纪念大学工商管理系, 胡志明市;

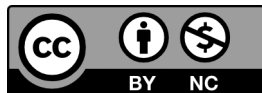
3. 韩国首尔大学社会保障学系, 首尔市

摘要 | 安乐死发源地的欧洲, 不同国情的立法侧重, 直接导致安乐死产业发展和服务方案有着明显的千差万别, 安乐死“死亡产业链”不应是外界误认的充满贪婪、没人性的杀人工厂, 在合乎法律的框架下, 反倒可以是充满科学、人性与法律的人道主义服务公司。本文首先从安乐死的适合人群、身心理层面资格审查、提交死亡申请、完成死亡, 再到丧亲关怀等流程细节与价格收费逐一分析介绍。文中将聚焦在安乐死公司出现迄今已逾 60 年, 经笔者团队调查多家安乐死公司时发现, 国际安乐死市场上出现诸多具有创意的新型服务模式, 而这些新方案的出台却很讽刺地在规避客户所在国尚未通过安乐死立法, 因此导致患者生存质量、因病致贫等严重家庭与社会问题的替代方案, 希望透过本文的分析能让读者正视安乐死议题及摆脱对安乐死的负面印象。

关键词 | 安乐死; 医疗旅游; 死亡旅行; 旅游管理; 心理师陪诊制

Copyright © 2021 by author (s) and SciScan Publishing Limited

This article is licensed under a [Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/). <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>



1 安乐死的分类

安乐死可分为狭义与广义两种, 狭义安乐死是指患有绝症或处于异常痛苦尚未完全濒临死亡的状态之下, 为了减轻患者的痛苦请求而采取无痛苦死亡方式; 广义安乐死包括刚出生被诊断重度残疾、脑瘫痴呆, 或罹患重度精神病, 受到外伤、疾病而处于无法康复的重度昏迷植物人, 安乐死疗法是促使这几类病患能在无痛苦情况下走向死亡。其中, 依据患者的意愿可细分为自愿安乐死与非自愿安乐死 2 种, 自愿安乐死是指患者本人因疾病造成的低劣生存质量而自愿提出死亡要求, 有明确文字或态度表示希望以安乐死方式结束生命, 这与自杀有着明显的区分。而非自愿安乐死则不是经由本人意愿, 或本人因疾病、意外无法自主维持生命功能, 需透过医疗器械、药物等外部辅助来维持生命, 且本身已出现昏迷、无意

识或者对外来刺激没有任何社会功能上的反应情况,需透过外力或医疗器械的终止运作来结束无意识的生命运作功能。非自愿安乐死在法律的定义上需依据亲属或监护人的申请而实施。自愿安乐死体现了安乐死的基本概念和特征,非自愿安乐死因为没有通过患者本人意愿而实施,因此不应该以安乐死的说法来论处定义^[1]。另外,依据医护人员对患者病情所采取临终医疗处理的区别,又可分为主动与被动2种情况,主动安乐死也称积极安乐死,是医务人员为解除患有不治之症的临终患者的痛苦,在痛苦死亡的过程所采取积极干预手段,促使病人及早结束生命,从医学视角,当前医学技术已无法有效缓解疾病末期的濒死痛苦现象时,医务人员和家属出于怜悯和关怀,为提早解除疾病死亡的痛苦过程而对患者注射或服用致命但无痛苦的药物,促使患者提早结束死亡的痛苦;又或者患者意识尚能清楚判断与决策当下,出于真诚请求希望医师给予注射或服用药物来结束自身痛苦的生命。被动安乐死是以一种消极不作为的方式,在面对需要依赖生命维持技术生存的病人,在不给予治疗、停止供应营养针剂、撤除生命支持设备、停止使用抢救设备等,任其自然结束生命,以上是在死亡可以预期的情况下,针对病情恶化程度与无意义治疗的耗费程度均可以控制的治疗方式,这与临终关怀、舒缓治疗或姑息治疗有很大所不同。

2 近代欧洲安乐死与日本的发展现状

在国内有安乐死需求的重症病患,长期以来被法律界、人道主义者及医疗伦理专家提出强烈质疑,在现实生活中,部分病患通过可信赖医师的私下“协助死亡”例如90年代蒲东升医师在病人家属恳求下为其施行安乐死,之后蒲医师被告上法庭,经过漫长的司法缠讼,最终获判无罪;2019年台湾体育竞赛节目主播博达仁因长年罹癌,不惜千里远赴瑞士进行安乐死直播,期间引来整个华人世界对安乐死议题的激烈讨论。上述几位公众人物知名案例,均暴露出中国病床上确实有为数相当多重症患者们,正盼望着能少些痛苦又不拖累家属的前题下能有尊严地死去,下面列举几个欧洲国家在安乐死合法化的过程说明合法化的迫切性,以及医疗旅行带动国家医技产业的高速发展的案例!

2.1 荷兰

这是第一个将安乐死合法化的国家,在安乐死医疗史上有着举足轻重的地位,荷兰将安乐死最低年龄设置在12岁,未成年如需安乐死必须取得家长、医师的同意并留下多次沟通交流与治疗纪录。近年,反对安乐死人权团体将非重症病患却能轻易取得安乐死的个案给予新闻炒作,例如无法忍受洁癖、戒毒或戒烟酒失败而寻求自杀等个别案例,希望试图劝说荷兰人民对限缩或废除安乐死的放任态度。

2.2 比利时

该国是一个对安乐死年龄不设限的国家,据媒体报道“全国每天至少有5人在医师协助之下顺利自杀”一些重症患者担心比利时政府对安乐死监管过于宽松,很容易在意识出现不清的情况下被家属强迫安乐死。

2.3 卢森堡

动物福利与人道屠宰是国家走向安乐死立法的必经之路,该国家禽家畜禁止直接在市场上直接宰杀,必须送到政府指定屠宰场再以药水或电击等方式进行宰杀。2008年底,卢森堡最终成为安乐死合法化第

四个欧洲国家。邻国法国因安乐死立法相对滞后，导致许多想安乐死的法国人首选到卢森堡进行安乐死，加上卢法两国有政策互惠，法国人去卢森堡安乐死可以享受医保全额报销，这也直接促成了安乐死医疗研究与“死亡医疗旅行”产业的发轫。

2.4 瑞士

早在1980年代安乐死公司如雨后春笋般成立，一些驰名全球的老牌安乐死公司，如：Dignitas（尊严）、Exit（解脱）、Eternal Spirit（精神永生）、Ex International（前度国际）和Life Cycle（生命周期）都在该时期成立。千禧年末，瑞士苏黎世市政府通过法律，允许在疗养院的老人有权力选择“安乐死”来结束生命。

瑞士是当前唯一可以协助外籍公民安乐死的国家，在此前提之下必须符合以下2项要求：（1）需要医师病理诊断证明，并且符合“永久的死亡愿望”；（2）不受第三方影响，确保安乐死意愿是出自本人深思熟虑，并非一时抑郁或精神心理等情绪性选择。上述所谓“永久的死亡愿望”指的是在专科医师与精神科医师、心理师联合多次会诊过程中，必须全部符合以下条件：有较好的自我判断力、拥有最低水平的身体活动力、能自我管理与服食药物、必须身患绝症或无法忍受痛苦的丧失行为能力。尤其是能明确表达愿意接受安乐死的强烈意愿，只要医疗会谈过程中，患者一旦有过一次表示出不愿意进行安乐死的想法，安乐死服务立即中断，不会继续进行。由此可以看出想自愿安乐死也是有时间与身体条件上的限制。换句话说，患者必须在与医师进行充分交流过程中，能自始至终明确表示坚持安乐死的态度从未改变或犹豫，这才能符合安乐死第二阶段的诊断条件，从全人医学的角度来看，这是完全符合身心—灵—社会的标准，因此，在瑞士政府部门所公布的安乐死定型化契约合同范本中均有明确参考样式可供客户下载使用。

另外，安乐死规定中的“第三方的影响”是指安乐死委托方在提出安乐死要求时，不是出自自身身体疾病，而是受到家庭、经济与社会等诸多压力，藉此寻求安乐死来解决或逃避自身之外的压力源，例如有些欠债、破产的民众，可能透过安乐死来寻求寿险理赔以资助下一代或亲人。还有一些以死来换取亲人法律利益的情况，如在遗产继承权与分配问题上，透过安乐死来争取可能的继承受惠顺序与利益，更有些利用安乐死来贩售器官、仪式性诈死等不法手段来获取利益或逃避法律责人的案例所在多有，因此，复合型的安乐死消费者行为模式分析，需要透过安乐死医疗团队的社工师、心理师、精神科医师、律师、征信人员一起联合会诊讨论之后，才能够将安乐死委托人的最终目的给抽丝剥茧、一一厘清。

安乐死概念最早出现在高度现代化的欧洲，还在急起直追的亚洲日本，少子化加上人口老龄化严重，无人照料导致“孤独死”在日本已成为了常态^[2]，在1976年安乐死协会游说民意代表试图在国会通过安乐死法案遭到否决，此后，安乐死协会便将立法游说重点转移到患者“预立医嘱”“器官捐赠”“生前契约（遗嘱）”和“公益信托”的立法层面，“有尊严地死去”等字眼恰好出现在当代日本法律法规条文的字里行间。

虽然欧洲安乐死理念无法见容于日本文化，但政府对社会问题的高瞻远瞩，以“未来法”来无缝对接即将出现的大规模社会问题，尤其是在老龄化危机出现之前就已完善“类安乐死”的立法工作，完全没有等问题出现才想方设法补救，这都是值得我国官员深思与学习之处！

3 安乐死“死亡产业链”与服务流程说明

“安乐死旅游”是由于一个人无法在本国进行安乐死而选择前往可以提供安乐死或协助自杀的国家，早在2002年，荷兰成为全球第一个合法化国家，2014年，比利时议会通过《儿童安乐死法案》将安乐死合法范围扩展至18岁以下儿童，自此成为全球第一个没有年龄限制的国家。上述几国与卢森堡、美国9州（华盛顿、新泽西、俄勒冈、科罗拉、佛蒙特、蒙大拿、加州）虽将安乐死合法化，但是，安乐死服务仅针对本国（州）内公民开放，尚未成为一项无国界公民的死亡产业服务链。唯独瑞士是全球唯一一个允许外国公民为其安乐死的国家，在瑞士已有多家安乐死服务公司经营将近一甲子^[3]。

3.1 安乐死流程

3.1.1 死前资格条件审查与卫教工作

如同前述说明一样，为了避免出现“复合型安乐死消费行为模式”诸多弊端，公司在为来访者确定是否有资格成为客户之前，得先核实对方是否符合瑞士政府2项严格要求及专科医师、精神科医师、心理师多次联合会诊确定来访者能明确表达安乐死意愿^[4]，在此过程，来访者即便有过一次出现不愿意安乐死的想法或态度，安乐死服务立即中断，不再提供服务。

3.1.2 加入“会员”正式成为客户

来访人员经却诊有强烈死亡意愿之后，需要先成为该公司的缴费会员才能开始享有安乐死服务。

3.1.3 提交死亡申请

客户需要向公司提交一份关于进行安乐死的正式请求，请求信件须包括以下内容：

（1）一份具有法律意义上的个人签名信，内容需说明个人目前身体状况、疾病对自身影响及安乐死理由。

（2）一份交给心理社工师的生命回顾与成长传记，内容包括童年、学校生活、家庭状况、生命中重要事件、成年后至25岁前的社会化融合度说明；报告中还另需告知身边有谁是支持其想要自主结束生命的愿望，以及谁可能会与其一起前往瑞士进行安乐死。这些都是安乐死公司与身心灵医疗团队了解客户是否在精神心理层面符合安乐死死亡条件的评估依据之一^[5]。

（3）尽可能详实地准备好医疗诊断证明材料，内容必须包括：过往病史、医师尝试治疗措施、服药纪录、入出院时间，其中最新一份病历不得超过四个月以上，内容需符合ICD或DSM国际疾病标准码，且必须用英语、法语或德语其中一项语言编写，对于其他语言必须经过翻译与司法公证。

（4）精神科医师提供精神医学鉴定，评估结果旨在显示个人是否有明确且强烈的死亡意愿，假如让选择安乐死、姑息治疗或自然死是否有着不一样的人生观态度、余命规划等。进行精神心理测评是基于患者的过去、现在与未来做出整体评估，以确保客户选择安乐死是经过深思熟虑的理性决定，并非受他人动摇或一时情绪，尤其在精神疾病诊断必须区分可治愈的精神障碍所引起的意图死亡，或是基于长久理性考最终选择安乐死的成熟决定^[6]。值得一提的是，除上述患有绝症患者外，精神病患在瑞士也同样享有自行选择安乐死的权利，这是依据瑞士联邦最高法院在安乐死法律条文当中做出明确解释和判决，法官认为每一位罹患精神障碍的患者都有权力来决定自己生命终结方式和时刻。该项裁决得到了欧

盟人权法庭的认可，这也意味着精神病患者也可以向安乐死公司提出请求。

当客户汇总好上述四项病历和鉴定报告之后，安乐死公司会先进行初审，并将相关材料移交给瑞士医师进行评估，评估医师为了预防与安乐死公司进行串证勾结，则是采取随机匿名送审制度，如果评估通过审核，会将评估结果通知客户，并进一步商讨会诊时间地点。从注册会员、病历材料提交送审、专业评估、接获通知，一般行政流程需耗费3个月左右时间。

在此值得反思探讨的是，将安乐死导入医疗产业的商业化服务过程中，为何瑞士政府必须严加管控把关？从过去经验，病人所得到医疗信息与安乐死公司相比，是处在信息极不对称情况下做出死亡选择，而该行业业务范围又处在商业利益与生命人权边界线十分模糊的处境，万一公司人员在业务与业绩分际拿捏不恰当，或有一丝一毫的贪心，客户很可能随时处在生死博弈下被商业利益牺牲的风险，例如有些患者的病况其实是可以转诊到符合相关医疗条件的医院进行最新医药技术治疗服务，但如果碰上有业绩抽成压力的安乐死服务员，很容易昧着良心鼓励患者花钱自杀，而不会建议患者尝试新型一线生机的医药试验。

3.2 安乐死服务公司——以 DIGNITAS 为例^[7]

有意安乐死的瑞士公民，可在家中提供安乐死服务，它国会员必须接到 DIGNITAS 发出的“Provisional green light”预通知后，双方商定日期地点，公司会派医师前往核实，如病情符合瑞士法律法规则会开始进入临床程序，该公司服务与收费说明如下：

(1) 戊巴比妥钠 (Sodium Pentobarbital, NAP) 是合法麻醉药品，为了掩盖碱性恶心口感一般会添加大量糖份或香料顺利让病患服食，服用前医师会先让病患先服食止吐剂，以免因各种不适将药物吐出而减低昏迷死亡效果。针对无法吞咽进食病人，医师视病情改为插入鼻胃管或静脉注射等方式，但基于法律法规，病患必须自己进食或注射药物，而医师只能随侍在侧提供必要的协助。

(2) 完成陪伴自杀的所有费用约需要 10500 瑞士法郎（大约 7.5 万人民币）细目花费如下：公司行政处理费四千元、医疗团队联合会诊与药物费一千元、全程监控自杀费（含心灵谘询陪伴与哀伤辅导）两千五、丧葬处理与死亡登记费（含火葬、骨灰盒与海关申报通关）两千五。

4 安乐死旅游适合客户群与新型“死亡营销”服务

会选择海外安乐死的人群不外乎长期饱受病痛折磨、患有末期癌症、不治之症、植物人、长年卧病在床、病痛缠身等，又或者家庭经济压力大，不想因病致贫拖累家人而自寻死路。在研究发现，近年来欧洲申请安乐死案件中，重度精神病与患有自杀倾向的人群有着明显增长趋势，另外“安乐死捐客”经常游走在各大医院诊间、住院区、疗养中心、老人聚集区，甚至肆无忌惮刊登报纸广告向目标人群宣传安乐死服务，公开宣导灌输安乐死是种尊严体面的死法，这类“死亡教育”现已普遍被社会所接受，但针对无法出远门的重症客户，各国在安乐死市场上已开展以下几类“死亡营销”服务。

4.1 安乐死游轮专机周游列国服务

国际公共游轮与航空飞行器依据国际船舶公约、国际航空飞行法是可以享受治外法权

(Extraterritoriality or Exterritoriality) 特殊待遇的, 因此瑞士安乐死公司为了服务无法出国远行的客户正在组建飞行与游轮梯队, 未来将采每月定时巡航方式游走世界各国, 为安乐死需求病患提供服务^[8]。其中, 飞行器或轮船内构造非常与众不同, 均采全家福大包间格局, 在乘机船到达公海执行安乐死的等待期间, 可在包间内与亲人共度最后离别时光, 待公海安乐死执行完毕后, 公司将卸下船上快艇将尸体与家属一同运回母国, 此举将满足有遗产纠纷的家族死后见尸或保留全尸回乡土葬的风俗习惯。

未来瑞士安乐死在跨国业务拓展将采行预约制, 将在世界各国的瑞士大使馆、领事馆开设安乐死服务的预约登记窗口, 客户可以视病情需要和船机班次来安排安乐死日期。另外, 公司为了提高跨国安乐死技术交流以及节省瑞士随船医疗团队人员长途辛劳与人事花销, 避免有经验的瑞士安乐死医师“远水解不了近渴”等问题, 当前公司在执行跨国安乐死的业务, 必须聘用持有国际医师执照的要求也只是个短暂过渡阶段, 瑞士将透过死亡医学的大型国际医疗合作项目实施, 未来将协助组建本土的安乐死医疗团队, 招募肿瘤科医师、精神科医师、药剂师、护理师、心理师、社工师等相关人员, 来进行安乐死临床医学与业务营销技能实务培训^[9], 在通过国际安乐死协会的专业考核认证之后, 未来将由本土安乐死医疗团队成员直接登船、登机参与安乐死协力工作。

4.2 走私药品与远程自杀指导服务

各国卫生部门会按照习惯性、滥用性、社会危害性的程度高低, 将药品纳入管制药品列管品项当中, 而安乐死药物则是属于麻醉药物列管范畴^[10], 然而一些身患重病或因病致贫的人群, 透过变相的网购方式(如购买球鞋内夹带等)将购得药物成品或半成品原料回来自行加工服用, 目前因药品高仿技术的发达, 印度已成为最大安乐死药品输出国, 再加上中国一带一路发达的国际贸易, 中印两国互相取长补短, 在营销通路上结合了印度药的低廉价格、中国网路电商平台、第三地发货物流, 以及专人代购通关蚂蚁搬家, 将“居家安乐死产业”发挥到了极致。相对于远赴瑞士、比利时高昂的死亡成本, 自行网购、专人远程指导, 甚至于事后自动联系殡葬服务业上门收尸的一条龙服务, 在2015年俄罗斯历经“蓝鲸自杀事件”创意启发之后, 这类低端廉价的安乐死自杀服务公司已经蔚为死亡风潮。

4.3 宗教狂热型客户的会展式死亡服务、宗教狂热客户的戏剧式死亡服务

安乐死公司首度跨业与婚礼秘书公司合作, 吸取“教堂婚礼”的正面形象, 打出“不能同生, 却能共死”广告口号, 宣扬为患病夫妻能够自行选择死亡时间、埋葬地点的特色服务。在安乐死旅游营销的方案策略中, 公司关注到旅途精神病的“耶路撒冷综合症”及东方寺庙长年收治临终病患的传统, 因此特别将安乐死聚焦到有宗教信仰的人群上, 但为了规避宗教严禁自杀的教规, 以及预防客户对死后世界的恐惧不安, “死亡旅游规划师”与世界各大知名宗教圣地进行合作, 规划出具有宗教象征意义的宗教安乐死路线, 以满足客户对宗教信仰的认知冲突与安乐死需求, 为此公司还精心安排神职人员来引经据典教导病患, 选择安乐死是在履行宗教信仰的自我献身与“殉道”精神, 让整个宗教型安乐死情境规划更显得肃穆圣洁。

观察安乐死产业在更加精进发展的过程中, 机构学到了心理学同侪小组治疗模式^[11], 业务员在刻意安排具有同类病种或死亡需求的病患在同一群组内可以彼此交流、感受和分享心情。笔者观察, 安乐

死公司会开展各项服务的目的也未必是有着强烈功利性,可能藉此发挥企业社会责任,或提供心灵慰藉的公益服务平台,当然不可避免藉此进行口耳传销,特别是针对“抱团死”^[12]的团购量贩式低价促销给贫困户^[13],又或者藉机销售各类“死亡保险”^[14]而安乐死保险只是众多理财型保险当中的一种!

参考文献

- [1] 蔡政忠,蔡琴,黎敏仪.新制医改采用DRGs制度后对医务社工在职场上的正反面影响[J].青年与社会,2019(4):118-190.
- [2] 蔡政忠.台湾急诊科社会工作员的岗位职责与专业发展[J].社会工作,2014(4):12-21.
- [3] 蔡政忠,黎惠贞.医疗保险引入DRGs制度的台湾经验谈[J].环球市场信息导报,2018(38):82-83.
- [4] 蔡政忠,刘峯铭,郑添森,等.器官移植科心理师陪诊制对患者的心理风险评估、干预与影响[J].世界最新医学信息文摘,2020,20(26):266-268.
- [5] 蔡政忠,刘峯铭.“心理师陪诊制”在疼痛门诊的实际效用[J].世界最新医学信息文摘,2020,20(27):274-275.
- [6] 蔡政忠,刘峯铭,何维.“心理师陪诊制度”将全面取代“精神科联系照会护理师”——新医改下的职业能力重塑与岗位重整[J].心理咨询理论与实践,2020,2(5):276-292.
- [7] DIGNITAS. Postfach 17 8127 Forch Schweiz [EB/OL]. (2019-12-01) [2020-02-26].
<http://www.dignitas.ch,2020-2-26/2019-12-01>.
- [8] 蔡政忠,杜晓纯,陈玉婷,等.医改新制下社工发展处遇与重要性——以DRGs制度为例[J].法制与社会,2018(33):132-134.
- [9] 蔡政忠.台湾社会工作者在医院急诊部门的职能研究[J].江南大学学报(人文社会科学版),2014(4):41-47.
- [10] 蔡政忠,何晓斌,陈玉婷.国外医院运行DRGs制度欺诈行为与制度防范[J].现代企业,2019(4):119-120.
- [11] 蔡政忠,靳开鑫.拟像人形治疗术结合传统民俗与现代科技的丧亲家属哀伤辅导新技术[J].校园心理,2019(4):57-59.
- [12] 蔡政忠.临终病房的“死亡赌局”[J].至爱,2018(159):30-33.
- [13] 蔡政忠.台湾临终病房推销“死亡保单”的涉赌行为研究[J].青年与社会,2019,3(730):226-228.
- [14] 蔡政忠.台湾临终病房破获“死亡赌局”的司法判决研究[J].青年与社会,2019,4(731):50-52.

Euthanasia Tourism Marketing and International Industry Development

Tsai Chengchung¹ Li Haoxin¹ Zu Ying¹ Lin Chijen¹ Li Minyi² Zeng Hui³

1. Putian University, Putian, China;

2. Ton Duc Thang University, Ho Chi Minh, Vietnam;

3. University of Seoul, Seoul, South Korea

Abstract: The emphasis of legislation based on different national conditions directly leads to obvious differences in the development of euthanasia industry and service schemes in European countries. The “death industry chain” of euthanasia should not be a greedy and inhumane killing factory misunderstood by the outside world, but a humanitarian service company full of science, humanity and law under the legal framework. This paper first introduces the suitable population of euthanasia, physical and psychological level of qualification examination, death application and the process of completing the death, and then analyzes the details of bereavement care and service prices one by one. Euthanasia company, the research object of this paper, has been in existence for more than 60 years. After investigating many euthanasia companies, I found that many innovative new service models have been developed in the international euthanasia market, and the introduction of these new programs actually exists mainly to fill the gaps in some countries, especially Asian countries, that have not yet passed euthanasia legislation. They are alternatives to the dignified death of patients with terminal cancer, long-term vegetables, and patients who are impoverished due to illness. The analysis of this paper allows readers to face the issue of euthanasia and get rid of the negative impression of euthanasia.

Key words: Euthanasia; Medical tourism; Death travel; Tourism management; Psychologist accompany system