

安乐死的成本与效用分析

彭现美¹，翟振武²

(1. 安徽财经大学 信息工程学院, 安徽 蚌埠 233041; 2. 中国人民大学 人口与发展研究中心, 北京 100872)

摘 要: 安乐死问题已经引起越来越多人的关注, 涉及的问题也十分广泛。本文从经济学角度对于安乐死进行分析, 以期从安乐死对于个人、家庭、社会的影响以及安乐死存在的原因、意义的角度探讨中, 使人们对于安乐死有一个更深入的了解。

关键词: 安乐死; 自杀; 效用最大化; 成本

中图分类号: C913 文献标识码: A 文章编号: 1000-4149(2005)03-0061-06

Cost-Utility Analysis on Euthanasia

PENG Xian-mei¹, ZHAI Zhen-wu²

(1. Information Engineering Department of Anhui University of Finance and Economics
Bengbu, Anhui 233041; 2. Institute of Population Research, Renmin University of China, Beijing100872)

Abstract: Euthanasia, a widely discussed issue, draws much attention from many fields. Inan economics perspective, the paper discusses the causes of euthanasia and its effects on the person himself, his family and society, in order to reach a further understanding of euthanasia.

Keywords: Euthanasia; Suicide; Utility-maximum; Cost

安乐死, 一个存在已久, 涉及法学、社会学、伦理学、哲学、医学、宗教文化等众多领域的复杂问题, 一直引起世界范围内的广泛关注, 并爆发过多次激烈的大争论。随着《世界人权宣言》等国际人权公约的不断推出, 人们对生命的质量和意义有了进一步的认识, 围绕“生命权”与“死亡权”之间的激烈争论, 安乐死已经成为时代不可回避的话题。

安乐死在我国真正影响要以 1987 年举办的一次全国范围的“安乐死”问题的大讨论为起点, 在反复探讨和辩论后, 也达成了一些共识。总的来说, 可以归纳为以下几点: 安乐死是社会文明进步的表现, 是大势所趋; 有利于从精神上、肉体上解除病人的痛苦; 可以减轻家庭的精神、经济、情感等方面的负担; 有利于提高社会卫生资源的利用效率等。因此, 安乐死之所以成为当今的热门话题, 不仅仅是医生和病人的事情, 而且与患者家庭乃至社会都存在着密切的关系。

鉴于不同群体对于安乐死的认识和各个国家容忍限度的不同, 本文主要的研究对象是以身患绝症, 并忍受巨大痛苦的患者这一最容易为人们所接受的人群为基础。研究领域也仅仅局限在经济学的成本与效用的角度, 对安乐死进行分析。

收稿日期: 2004-09-05

作者简介: 彭现美 (1971-), 男, 安徽宿州人, 中国人民大学人口与发展研究中心 2002 级博士研究生, 安徽财经大学信息管
理系讲师, 研究方向为劳动经济与社会保障、人力资本。

尽管在经济学的研究中对于人性的假设不尽相同，但人们追求效用最大化的目的是一致的。由于人的需求复杂多样，追求的目标也是千差万别的，因而就必然会存在一个多元的效用函数。

它同样也取决于人的偏好，而人们不同的偏好来源于不同的价值观和道德观等多方面。而理性的经济行为假设中“利”的内涵，就不仅仅局限于金钱或者物质利益，至少还应该包括人的精神满足。就如一个乐于捐助者的行为是理性的，因为在他看来，尽管付出了物质或者金钱的代价，但他在为弱势人群做事情的时候，获得的效用是巨大的满足感。身患绝症、忍受巨大痛苦的人选择安乐死，同样也是以效用最大化为自己选择的依据。

一、安乐死效用的基本组成部分

成本与效益问题是一个有安乐死愿望的病患者所考虑和做出决定的依据，这其中应该包括：支付的医疗费用；家庭的经济损失；自己忍受的痛苦；有效寿命的丧失；个人尊严的维护；为社会节省一定的资金等。

1. 经济上的节省

首先是支付的医疗费用问题。患病者在医院接受治疗就必然要花费一定的费用，这其中包括：各种仪器治疗费用、住院费用、医药费、护理费用等。而对于已经定性为绝症的患者来说，这些费用作为成本支出，延长了生命存活的时间可以作为收益看待，尽管此时生命存活的收益极有可能是负值。因此，无论这些医疗费用由谁来支付，如果期望以安乐死的形式结束生命，费用的节省将是必然的结果。

其次是家庭成员的经济损失问题。对于身患绝症正在住院治疗的人来说，在采取安乐死的方式结束自己的生命以前，必然会给家庭带来众多的影响。最明显的是直接经济损失。对于一个家庭来说，由于有患重病的家庭成员的存在，为了照顾、治疗、搜集信息、考虑治疗方法等而花费在患者身上的时间，必然会带来相应的收入损失。间接经济损失是一个不容忽视的重要组成部分。尽管间接损失一般很难通过确切的数据体现出来，但它的存在却是必然的。从经济人角度，无论从事的是什么职业，对于自己的行为而引起的间接损失总是有一个预期，这种预期往往根据自己的状况来决定，在一些情况下，可能比直接的经济损失还要多。

2. 有效寿命的丧失

对于一个患有绝症的人，按照常规的经验是没有治愈的可能的，但是，作为患者本人可能还会存在侥幸的心理，期望着奇迹的出现，在这里也称之为对生命的留恋（或者对死亡的恐惧）。如果奇迹出现了，那么他采取安乐死将会失去治愈后的有效寿命的效用。从另一个角度来看，即使奇迹没有出现，他选择安乐死，那么在此刻与继续治疗到最终死亡的时间差，也会使其失去这一段时间的生命，只是这一段时间的生命效用是负值而已。

3. 忍受痛苦的时间减少

由于医学科学的发展和技术水平的提高，人的寿命得到延长，这也使现在人忍受病痛的时间延长成为可能。在所有的成本量化中，痛苦是最难以确定的因素，而且其内涵不仅包括肉体痛苦，也包括精神痛苦。就肉体痛苦而言，对于不同的人，病痛能够忍受的程度也是不同的，因此，具有很大的不确定性。而对于精神痛苦的界定与量化，不确定性则更大。对于同样患有不治之症的患者来说，就生活态度而言，乐观者要比悲观者轻得多。如果考虑到环境状况、亲人的态度、家庭的经济压力等多方面的因素，那么精神上的痛苦将成为不同病患者的最大差别。对于精神痛苦与肉体痛苦的重要性选择，不同的研究者有不同的测度依据，而对于绝症患者来说，由于价值取向差异，从不同角度进行选择也成为必然。因此，作为患者的成本的一个重要的组成部分，精神与肉体痛苦的成本将起到至关重要的作用。

4. 生命尊严的获取

安乐死的实施也常理解为对生命尊严的尊重，是人的生命质与量的统一，尊重人的生命必须尊重一个人的生命价值。因而，也有人把安乐死称为“尊严死”。安乐死一个比较充分的理由就是要把人的生命尊严和生活质量结合起来。面对医院里大量依靠服用大量镇定剂和仅仅凭借呼吸机和心脏起搏器等方式勉强维持生命，或者在极度痛苦中仅仅可以勉强维持其还作为一个生命体而存在的场面，有人可能就会认为这恰恰是在对生命尊严的损伤，而不是对于生命的尊重了。安乐死现象，在大量接触这些临死病人的医生与护士身上更能够得到充分的理解与支持。他们亲身感受到牺牲生命时间而提高有效生命质量的价值所在，而对病人要求结束自己的生命愿望表现出更大的理解或者支持。因此，当患者预感到自己即将出现可怕的命运结果的时候，有的人会选择自己的尊严而以放弃短暂的生命时间为代价，也就不难理解了。

5. 家庭成员的心理压力与社会压力

在我国悠久的历史长河中，人们的思想长期受到传统孝文化的影响，如果家庭成员答应在亲人身上实施了安乐死，将会面临社会舆论的巨大压力，这种压力可能来自大众舆论，更可能来自亲友的抵制，这也是一个选择安乐死的患者，在做出选择时不得不考虑的因素。而选择安乐死要敢于面对外界舆论的压力，尤其是要有面对来自巨大的传统观念的压力。现实社会如果能够接受安乐死，本身就是对现实社会中的传统观念的冲击。仅从思想的角度说，如何冲破传统的“孝”的束缚，避免盲目地顺从于固有的思想压抑，让社会大众了解安乐死的对象、方法及其真正意义，需要一个长期的过程。而目前这一成本却是许多渴望安乐死的人所面临的非常现实的问题。表1，表2仅以孟军红对几百名泸州人关于安乐死意愿的社会调查为例，说明性别、文化程度、了解程度差异对安乐死所持的态度^[1]。

表 1 不同性别的调查对象对安乐死的态度

性别	人数	宣传前		宣传后	
		赞成	不赞成	赞成	不赞成
男	152	11	141	150	2
女	226	17	209	220	6

表 2 不同文化程度的调查对象对安乐死的态度

文化程度	人数	宣传前		宣传后	
		赞成	不赞成	赞成	不赞成
小学与文盲	182	12	170	176	6
中学与中专	154	11	143	152	2
大专及以上	42	5	37	42	0

从上面的调查结果中可以看出，因性别、文化程度不同，对安乐死的态度差别并不明显，主要差别体现在对于安乐死的了解和认识上，因而态度存在巨大的差异。由此可见安乐死的实施对于要求安乐死的患者，尤其对于家庭的压力之大。要使人们对于安乐死充分了解和支撑需要一个过程，而这个过程可能是长期的。

6. 社会有限资源的再配置效用

在世界范围内，尽管人们所控制的财富总量在增加，有限的医疗资源不能够满足人们的需求仍然是比较普遍的现象。资源占有者存在着巨大的差异，这不仅仅表现在发达国家与发展中国家之间，在发展中国家内部也都存在着很大的差异性。在我国同样也存在着医疗资源占有的不平等，而且这种状况对于我国总体的医疗卫生状况所产生的影响非常明显。由于在发展中国家中的人均所能控制的资源总量不足，在对于医疗卫生的投资上，根据边际效用递减规律，发展中国家每增加一个单位的投资，要比发达国家在收益上高得多，而对于医疗资源占用极少的人群来说，获得一个单位的投入的收益，也远远高于其他人。对于身患绝症的病人来说，结束治疗所节约的医疗资源，应用于其他可以治愈的患者身上，同样是合理配置有限资源的有效形式，整个社

会的总体效益将会得到很大的提高。对于那些依靠高额的公费医疗而维持其最后生命的绝症患者来说，医疗费用的节省对于整个社会的效益无疑最为明显。

二、如何使效用最大化

从效用最大化的角度来看，最大效用的获得是由多因素决定的，效用函数也必然是一个多元函数，加之边际效用递减规律的作用，人们增加效用的途径，便不再仅仅局限于从某个单一因素去追求。因而，效用的多元性，既有物质利益的要求，也包括自身由于认识能力的有限性、环境的复杂性和不确定性、信息的不完全性或不对称性，以及价值信念、伦理规范、道德观念、风俗习惯等多方面要求。个人行为成本与收益在多种因素的作用下才能得以确定。因此，我们所追求的效用最大化，也就只能是在特定约束条件下的最大化效用。人们通过成本与收益分析来确定如何使个人效用最大化，而人们的认知水平所决定的偏好体系，对效用具有直接的决定作用。效用人的基本行为准则，就是行为的预期收益（R）大于预期成本（C），这是效用人决定是否采取行动的必要条件。而最终的选择，则取决于边际收益（MR）与边际成本（MC）的关系，因为边际收益（MR）等于边际成本（MC）时恰恰是实现了净收益（ $NR=R-C$ ）的最大化。

实际上人的选择，也包括不可逆转的选择，是以一定预期为基础的，当一个人知道自己被确诊为绝症时，他可能会认为死亡比继续活着还要好，因为活着不会有恢复的希望，或者病症改善的可能性极小，从而使已经锐减的效用得到恢复和补偿的希望变得渺茫或者消失。

1. 患者从自身的角度做出的选择

如果被确诊绝症的患者仅仅从自身的角度考虑，他对自己死亡命运的选择有两种比较理想的方式：一种是选择现在死亡，其成本为 C，包括对于死亡的恐惧、生命的留恋、道德内疚、生命预期效用的丧失等，而得到的效益是 R，包括医疗费用的节省、不必忍受巨大的疾病痛苦的折磨、生命尊严的获取等。他现在死去在不考虑其他因素的情况下得到的效用是 $R-C$ ，最明显的情况是失去活着时的效用和预期效用，因为它们转化为死亡的成本，也就是下图所示的在 N 点选择死亡。另一种是推迟到彻底绝望时或即将无自控能力时选择死亡，也就是下图所示的 P 点选择死亡，这种选择对他可能更为有利。虽然被确诊患有绝症，此时做出这种选择，他就可以避免一些成本，同时得到部分活下去的效用，可以增加获取生命效用和预期效用的可能，但是要以付出医疗费用、忍受病痛的折磨、生命尊严的丧失等为代价。就生命的效用和预期效用而言，由于仍然存在着不确定性，这种效用只能是预期的，它等于注定要走向死亡的负效用 A（可以理解为该种不治之症以及令他保持痛苦或者残疾状态的负效用）与最终恢复到令他满意并希望活下去的健康状态或者相对健康状态下的正效用 B 的加权平均数。每一种预期效用必须考虑到自己即将处于死亡状态的可能性 p，可能恢复的可能性 $1-p$ ，这时的总预期效用就是： $pA+(1-p)B$ 。



如果不考虑其他因素，一个人在 $pA+(1-p)B<0$ 时选择结束自己的生命，也就是在注定即将死亡而选择活下去的负效用超过了健康状态下活下去的预期效用。由于注定死亡的概率要大得多，即： $p>1-p$ ，从而让寻求安乐死的患者有一个理性的选择。

2. 考虑家庭因素所面临的选择

患者在考虑是否希望选择死亡的时候，面对充满爱的家庭，他也要考虑到对于家庭的影响。在确定以什么样的心情接受这种决定的时候，家庭也会考虑延长患者的生命带来的成本。另外，

家庭成员也不愿意看到患者忍受巨大的病痛折磨。安乐死对于家庭成员来说，也面临两难的选择，即：一个人即使真正希望自己死去，其亲属可能并不希望这样做，他的死亡可能给家庭带来无法弥补的损失。所以他所做出的决定是如何使家庭的效益最大化。在这里除了包括医疗费用之外，还包括家庭成员因照顾患者所失去的经济收入、家庭成员的精神与心理压力等。

哪怕一个人生存的纯预期效用是负值，考虑到家庭利他主义以及其他成本，家人也会阻止他结束自己的生命。虽然通过结束自己的生命，可以把花费的成本降到最低限度，从而为家庭留下尽可能多的财富。但由于安乐死在现时社会中还不是合法的，亲友不理解和社会舆论的压力，对于家庭所带来的影响，安乐死给家庭的“好名声”的影响也成为不得不考虑的因素。在考虑家庭因素的情况下，就要根据家庭成本的大小来确定，如果成本太大，哪怕他认为死去比活着要好，也会放弃选择安乐死。

3. 考虑社会因素所面临的选择

(1) 安乐死使有限的资源得到有效配置

从全社会资源的角度分析，人类可利用的资源总量仍然有限，如何维护人类社会的可持续发展将是社会发展优先考虑的问题。如何更有效地利用有限的医疗卫生资源来为病人服务，不仅是医疗界，而且应该是全社会都应该考虑的问题。

发展中国家往往也是卫生资源比较稀缺的国家，公共卫生的投入无论是总量上，还是资金投入占财政收入的比例上都低于发达国家。从表 3 可以看出我国与美国在医疗费用的支出方面存在着巨大的差异，这种差异不仅体现在总量上，而且也体现在占政府总支出的比例上。另一方面，我国居民医疗费用以现金的形式支付保持在 95%左右，而美国却低于 28%（尽管美国在发达国家中政府支付的医疗费是比较低的）。因此，我国的医疗费用筹集的困难，是许多病人不能够得到及时治疗的一个重要原因。对于身患绝症的病人来说，如果能够从社会资源的合理配置与使用上考虑，也是对于社会的贡献。在这里，他们不仅可以使自己免受疾病的折磨，获取生命的尊严，而且可以为家庭节省医疗费用、减轻家庭的经济压力、免除家庭成员长期的精神困苦。同时对于整个社会来说，也可以节省有限的医疗卫生资源，为更多的病人服务。

表 3 我国与美国在医疗费用支出状况对照表

年份	美国					中国				
	1997	1998	1999	2000	2001	1997	1998	1999	2000	2001
人均政府支出的医疗费用（\$）	1784	1824	1895	2005	2168	13	14	15	17	18
政府医疗支出占政府总支出的比重（%）	16.8	16.9	16.9	17.2	17.5	14.2	13.2	11.8	10.8	10.2
政府支出占的比重（%）	45.3	44.5	44.2	44.2	44.4	40	39	38	36.6	37.2
个人支出占医疗总支出的比重（%）	54.7	55.5	55.8	55.8	55.6	60	61	62	63.4	62.8
现金支出占个人医疗支出的比重（%）	27.6	28	27.6	27.2	26.3	94.2	94	94.9	95.2	95.4

资料来源：Key health expenditures indicators（2002），World health organization.

(2) 安乐死可以减少自杀的数量

根据经济学的需求理论，降低一种物品和服务的价格，就会增加该种商品或服务的需求。在这里自杀和安乐死是一对替代品，因而降低后者的价格（以支付的成本计算）会减少对前者的需求。安乐死可以减少自杀的人数，对于整个社会也是一个好的回报。

由于这里把安乐死限定在不治之症的情况下，当病人在缺乏自杀能力的时候，并在自身极端痛苦与恐惧折磨时，期望能够以死亡而使自己得到解脱，病人会强烈要求医生帮助自己结束自己的生命，这也是医生愿意帮助人们“自杀”的常见情况。但现实的情况往往是患者没有能力获得帮助以结束自己的生命，这给自杀者提供了理性的动机。

一个人知道他患了某种病，而且知道其恶化的后果，但是在这之前可能还有一段时间可以过比较理想的日子，同时也担心自己不可能很恰当地把握住在比较理想的时间可以选择死亡，在这

个时间到来时自己已经没有把握自己命运的机会了。存在这种恐惧的心理，很可能的选择是现在就结束生命，他仅仅是为了确切抓住自己的预期效用而失去了有生命价值的时间。如果他可以有充分的选择，即：在他客观地判断自己的生命质量已经低于他们的继续活下去的意愿水平时，能够获得安乐死来结束生命，则其过早地自杀而失去的时间就可以保留下来。

当安乐死的成本低于自杀的效用时，那些执意要自杀的病人会选择医生的帮助，首先是咨询医生，恰恰是咨询带来的自杀延误会减少由于冲动而自杀的人数，而另外的一部分人可能会因疾病可以治愈而避免自杀。不采纳安乐死的代价反而可能会有更多的人自杀，从而损失更多的有效生命年，因而，允许安乐死在没有身体能力的人身上实施，可以减少自杀数量。

从上面的分析可以得出，如果安乐死合法化，害怕痛苦煎熬的病人的自杀率会降低，他们可以得数周、数月或者数年的有效生命，这些可以看作生命的净效用。如果唯一的选择是要么现在死亡，要么此后会经受难以忍受的痛苦，患者可能会选择现在死亡，选择途径就是自杀。如果选择现在死亡与以后死亡不产生更大的成本，患者可能会选择以后死亡，现在死亡就失去了改正自己错误判断的机会。安乐死的可能性使他可以收集更多和更完善的信息来做出决定，从而安乐死可能性增加了继续活下去的自由选择的价值。

三、安乐死有其客观存在的市场需求

安乐死，无论是在安乐死合法的国家，例如荷兰；部分地区（州）曾经安乐死合法的国家，例如美国；还是在其他的没有对安乐死立法，甚至视为犯罪的国家，都是大量存在的现象，只是有的公开化，有的在悄悄实施而已。基于人们的价值判断与选择，以及越来越多的人更加注重自己生命质量，安乐死会被越来越多的人所理解和接受。

根据卫生部和国家计生委的有关统计，我国每年死亡人数近 1000 万人，其中约 100 万人是在极度痛苦（如癌症晚期的剧烈疼痛）中离开人世的。有相当多的人曾要求过安乐死，但因无法法律根据和保护而被拒绝。从世界范围看，法国民意测验 76% 的人赞成安乐死，英国民意测验 72% 的人同意在一定情况下可进行安乐死。香港特别行政区医务委员会决定，从 2000 年 2 月开始，允许病人“被动安乐死”^[2]。由此可见，安乐死已成为一种尊重人自我生命价值选择的浪潮，患者在选择安乐死的时候，往往是以个人、家庭乃至社会效益的最大化为依据的，而且这种选择是建立在理性的基础上的。

从国家的角度来考虑，计划生育提倡优生，目的是提高人口的质量，那么在我国实行安乐死同样具有提高人口质量的作用。在婴儿出生以前可以实施干预工程，那么在病人，尤其是绝症患者也应该有临终关怀的相应措施，满足绝症患者安乐死要求，并给予立法保护也就顺理成章了。

参考文献:

- [1] 孟军红. 378 名泸州人对安乐死意愿的社会调查及分析. 护理研究, 1998, (3).
- [2] 吉广庆. 中西方文化之死亡观探析. 山西中医学院学报, 2000 (3).

[责任编辑 童玉芬]