



# 家庭計劃通訊

## 自願結紮的法律趨勢和問題

陳 哲 喜 譯

本文摘譯自 Population Reports (Series E, Number 6, March-April 1981) 譯者現任本所技正。

### 摘 要

法律上對自願結紮手術的限制正逐漸放寬。不論在開發中或已開發的國家裡新的立法，法院的判決，政府的政策以及行政上的規定都逐漸由當事人決定是否要做結紮手術，而不是由醫學專家或政府官員來做決定。這些法律上的改變確定自願結紮是一項可以接受的節育方法和一項合法的醫療程序，不再被人視為是對身體的傷害依刑法宣告有罪。雖然如此有些國家仍然有所限制，使貧窮以及居住鄉村的人不易獲得結紮。這些困難產自國家的衛生和家庭計畫以及私人保險計畫不包括自願結紮手術的緣故。

自願結紮的法律改變反應出選擇此法做為生育控制的人口日漸增多。過去十年來，結紮手術已成為世界上最廣泛使用的家庭計畫方法。目前大約有一億對夫婦用結紮手術方法防止意外懷孕的發生，等於世界上每八對夫婦有一對實施結紮手術，佔全部使用避孕方法夫婦的三分之一。在明確規定結紮手術是合法的國家裡，結紮手術最為普遍。但在結紮手術的法律地位不十分明確的國家，如巴西等也逐漸流行。

### 法律、規定和判例

依自願結紮的法律立場，可分為四類國家。

明確公告結紮手術是合法的國家：有新加坡、巴

拿馬、日本、北歐的國家，南斯拉夫的兩個省和美國的部份州。除巴拿馬和日本外，這些國家自1968年即已立法通過。其他國家，如薩爾瓦多，則以行政命令規定結紮手術是合法的行為。

因為沒有法律禁止因此結紮手術是合法的國家：有中國大陸、韓國和以英國的法律為本國法律藍本或實行不成文法的大部份國家，包括印度，大英國協大部分國家，及美國大部份州。

以政府的法令規定自願結紮是違法的國家：以刑法禁止結紮的國家有緬甸，索馬利亞，西班牙和土耳其。沙烏地阿拉伯於1975年禁止所有的避孕方法包括結紮在內。智利和秘魯已頒佈限制結紮手術。

結紮手術的法律立場不明確的國家：有法國、比利時、東歐，法語系非洲國家，及一些拉丁美洲的國家。刑法的條文禁止引起嚴重肉體傷害 (serious corporal injury) 的行為，曾被解釋為適用於因避孕而結紮，包括個人自願實施結紮手術在內。同樣，回教國家的結紮手術法律立場也不明確，因為大部份的宗教當局解釋回教的法律禁止結紮（但不包括暫時的避孕）。實際上醫師因此項法律而遭起訴的很少聽到。這些國家的一部分也把結紮手術納入國家的家庭計畫之內。

## 結紮法律上的爭論

因為自願結紮是個人自由選擇的避孕方法，同時它對生育力的作用通常是不可恢復的，因此新的法令和規定常對選擇結紮手術者限定條件。各國所訂的條件寬嚴不一，但都承認自願結紮是一種合法的家庭計畫方法。一方面它不同於強迫性的結紮，另一方面與治療性的結紮也不一樣，在已開發和開發中國家的醫師、律師和政策決定者已指出修改自願結紮法律時產生的許多重要問題。

在已開發國家，主要的法律問題是結紮的告知同意 (informed consent) 問題，包括同意年齡，等候時間，未成年和心智無能者的結紮條件，醫療人員和醫療機構的權利和義務。最近美國和歐洲的法令和規定都盡力在保證選擇自願結紮是個人的決定，不讓醫師或法官有否決的機會，而且是個人在接到結紮的危險性、好處以及有關其他的避孕方法的全部知識後所做的決定。為保證個人的同意結紮是成熟的，也是經考慮過的決定，有些已開發的國家規定自願結紮者的年齡須法定成年才行，通常訂為二十五歲。有些法律規定須要一段等候的時間。雖然這些規定保證結紮的決定確實是出於自願，它們也可以將自願結紮費用訂的很高，使一些人沒有能力接受。

開發中國家目前在自願結紮的法律和政策上的問題因國家而異。在拉丁美洲和中東地區主要的問題仍然是用自願結紮做為避孕是否合法，或是否要限制因治療理由才能結紮。如果因為治療的理由而去結紮，那麼這種理由如何限定它的範圍。在亞洲，主要問題是如何利用獎懲的方法，以及如何找到經費和執行計畫。此外在不同的文化環境中如何從不識字的夫妻中取得書面的結紮同意書也是漸受重視的問題。

總之，最近自願結紮法律的修改具有雙重的顧慮，第一把自願結紮從刑法中移去，並且如同許多調節生育的方法一樣列入家庭計畫和衛生法規之內。第二保證是出於自願且個人同意接受結紮。世界各國對自願結紮的迅速推廣不但鼓舞而且反映它的法律立場的改變。為確保全世界的男女性都能得到安全，合法和出於自願的結紮手術，在未明確規定結紮手術是合法的國家裡，需再對結紮的法律立場做進一步的改變。

### 背景

自1960年代首次有組織的家庭計畫推行後，自願

當採用結紮避孕的夫婦越來越多時，允許自由選擇結紮的法律限制就逐漸減少。這種法律上的改變使自願結紮手術可透過正當的醫療途徑實施，因而增加採用結紮避孕的人數。1977年人口報告 (Population Reports) 的估計，全世界約八千萬夫婦正使用結紮以控制他們的生育力。根據過去的估計以及目前自願結紮手術的接受率，1980年合理的估計約有一億的育齡夫婦正使用結紮避孕。(見表一)

表一 按國家別，洲別和年別估計自願結紮夫婦數 (以百萬做單位)

國別或洲別	年 底				
	1970	1975	1977	1978	1980
中國大陸	4	30	35	36	40
印度	7	17	22	22	24
亞洲 (中國大陸 印度除外)	1	2	3.5	4	5
美國	3	8	9.5	12	13
歐洲	3	4.5	5.5	10	11
拉丁美洲	1	2	3	4.5	4.5
加拿大	0.5	0.5	1	1	1
非洲	0.5	0.5	0.5	1	1
全世界	20	65	80	90	100

人口局的 Dorothy Nortman 根據1970年代末期分析自願結紮對人口學的影響資料指出，如果1978年約九千萬夫婦自願結紮的數字是正確的話，那麼：

自願結紮是最普遍的避孕方法，佔全世界全部避孕夫婦的1/3，1970年只佔14%。

八分之一的育齡夫婦已經結紮。

如表一所顯示，大多數的結紮是在亞洲地區做的。在印度和中國大陸約六千五百萬夫婦依賴結紮避孕。印度自實施家庭計畫以來有二千萬以上的人去結紮。在一九七六年結紮數達最高峰的一年，有八百多萬人結紮，其中四分之三是男性結紮，但在甘地夫人競選總理失敗後的十二個月 (1977~1978) 內，印度全國的結紮數下降到一百萬人。1979年和1980年回升到一百五十萬人。到1980年為止，約二千四百萬印度的育齡夫婦採用結紮避孕。

全世界自願結紮夫婦的一半在中國大陸。一九八〇年九月的中文人口和經濟期刊的一篇文章中，討論四種外科生育控制方法：子宮內避孕器、男性結紮、女性結紮和人工墮胎，文中報告自一九七一年至一九七七年間全中國大陸實施結紮的總數超過三千萬人。(如下表)

中國大陸自1971年至1977年男女性結紮數  
(單位：百萬人)

年 別	男性結紮	女性結紮	合 計
1971	1.223	1.744	2.967
1972	1.715	2.087	3.802
1973	1.933	2.955	4.888
1974	1.445	2.275	3.720
1975	2.652	3.260	5.912
1976	1.490	2.700	4.190
1977	2.616	2.776	5.392
合 計	13.074	17.979	30.871

亞洲一些小的國家，自1970年代中期後自願結紮數增加迅速。例如南韓自願結紮的年接受數從1974年約四萬人增加到1977，1978和1979年的二十二萬人以上。泰國的自願結紮年接受數從1974年約八萬人增加到1978和1979年的十七萬人。亞洲和中東若干回教國家在1970年代早期，法律對自願結紮的立場並不明確，到了1970年代後期自願結紮成爲一種可被接受的避孕方法。例如突尼西亞的Habib Bourguiba總統於1973年宣佈允許人民自願結紮後，自1974年每年的女性自願結紮數介於八千到一萬一千之間。在印尼雖然自願結紮並不是國家家庭計畫的一部份，但透過私人診所而做自願結紮的人數，自1974年的一萬增加爲1978年的四萬人。1979年再增加到六萬五千人以上。拉丁美洲的自願結紮數於1970年代後半期也迅速增加。哥倫比亞自1974年的四千人（皆由私人診所做結紮），至1978年由各級政府資助服務的統計報告有二萬人。在薩爾瓦多自1974年到1977年間每年的結紮數幾乎增加三倍，自五千七百增加到一萬五千五百人。墨西哥是在世界大國之中所報告的自願結紮數增加最多的國家，從1974年的一萬三千人增加到1977年的十三萬人，增加十倍。

從政府資助結紮計畫的服務統計證明有些國家正逐漸利用自願結紮，但這些統計資料不易用來決定依賴結紮的夫婦人數。從世界生育力調查和避孕盛行率調查資料可獲得國家別的結紮人數。這些調查資料顯示有四個國家：印度、巴拿馬、新加坡和南韓在1970年代末期育齡已婚婦女有20%以上的人（婦女本身或是她的配偶）用結紮方法避孕。至少有八個國家，斐濟、斯里蘭卡、中華民國、泰國、哥斯大黎加、多明尼加共和國、薩爾瓦多和巴西的兩個州（見表二）其育齡已婚婦女的結紮比例介於10%和20%之間。

結紮手術在生育力控制的活動中所佔的份量愈來愈重

### 自 願 性

雖然避孕結紮人數最多的地方是中國大陸和印度，但在這兩個地方，夫妻經常遭受強大的壓力去做結紮手術。在1970年代末期有些國家提供不同的避孕方法供人民選擇，結紮完全是出於自願而且通常不是最普遍的避孕方法。在這種情形下，自願結紮的接受情形相當好。

出於自由意志的結紮現已廣泛被認爲是對結紮計畫能否成功的重要因素。在已開發國家中，自願結紮的法律要求成人的告知同意，如果同意的記載不完整，醫師可能被控治療失當。在開發中國家常引用印度做例子。1975年和1976年一項新的國家政策鼓勵印度各省盡可能做結紮手術而導致種種弊端。尤其是地方政府的弊端叢出，民衆對強迫結紮行爲的不良反應削

表二 育齡已婚婦女使用避孕方法和使用男性結紮避孕統計 (1965~1979)

地區和國家	年代	使用避孕方法的百分比		結紮佔所有避孕方法的百分比
		各種避孕方法	結 紮	
非 洲				
埃 及	1975	21	0	0
模 里 斯	1971	25	0	0
	1978	53	0	0
突尼西亞	1971	12	1	8
	1977	17	6	35
亞 洲				
孟 加 拉	1975	10	1	10
斐 濟	1978	38	17	45
印 度	1979	23	20	87
印 尼	1979	24	1	4
約 旦	1976	24	2	8
南 韓	1972	30	3	10
	1978	49	17	35
	1979	54	20	37
馬來西亞	1969	6	0	0
	1979	36	6	17
泥 泊 爾	1976	3	2	67
巴 基 斯 坦	1972	8	0	0
	1979	37	4	11
新 加 坡	1970	45	0	0
	1978	71	22	31
斯 里 蘭 卡	1975	30	10	33
	1977	41	18	43

地區和國家	年代	使用避孕方法的百分比		結紮佔所有避孕方法的百分比
		各種避孕方法	結紮	
台灣地區	1971	44	0	0
	1979	66	16	24
泰國	1971	10	1	10
	1978	53	16	24
西半球				
巴西 Piaui州	1979	31	15	48
	Sao Paulo州	1978	64	16
哥倫比亞	1976	43	4	9
	1978	48	8	17
哥斯大黎加	1978	65	14	22
多明尼加	1977	31	12	39
薩爾瓦多	1976	22	10	45
	1978	34	18	53
瓜地馬拉	1978	18	6	33
牙買加	1975	38	8	21
墨西哥	1973	13	0	0
	1978	39	7	18
巴拿馬	1976	54	22	41
	1979-80	61	30	49
巴拉圭	1977	24	3	13
秘魯	1977	31	3	10
已開發國家				
比利時	1975-76	87	6	7
法國	1972	64	0	0
	1978	79	5	6
匈牙利	1977	73	0	0
日本	1975	61	3	5
荷蘭	1975	75	4	5
英國	1976	73	15	21
美國	1965	64	8	13
	1976	68	19	28

弱整個國家的家庭計畫。實施結紮的人數因而直線下降。

相反的，亞洲其他國家的自願結紮人數急遽增加。在拉丁美洲結紮是完全出於自願，增加更快。事實上在這些國家中自願結紮直到最近才由政府的公立醫療診所提供，一向須在私人開業醫師或家庭計畫協會繳費才能結紮。在新加坡雖然一對夫婦不可生育二個以上孩子的壓力很大，避孕方法的選擇還是自願的，自願結紮和其他避孕方法一樣須付少許的費用。

在香港、新加坡、南韓、泰國、哥倫比亞、哥斯大黎加、巴拿馬和墨西哥等國家，政府提供民衆各種

的避孕方法，但選擇結紮手術的人却有增無減。事實上家庭計畫行政主管通常並不特別偏好自願結紮，開始時有些強調口服避孕藥（如泰國和哥倫比亞）或子宮內避孕器（如中華民國和大韓民國）。但是自願結紮成爲衆多的避孕方法之一以後，許多夫妻，尤其是婦女選擇此種永久的生育力控制的方法（見表二）。結果在許多國家當中百分之十以上的夫婦已經結紮，而使用其他的避孕方法的比例也很高。例如在哥倫比亞、哥斯大黎加、墨西哥和泰國口服藥仍是最普遍的避孕方法，而在中華民國的台灣地區以IUD最普遍。

在有完備家庭計畫的開發中國家裡，提供自願結紮手術服務基本上是再增加一種更安全有效的家庭計畫方法供夫婦選擇。選擇自願結紮的人是否從未用過其他的生育控制方法，等到生够所想要的子女數後才結紮，或者像大多數已開發國家的人民一樣，最先使用可恢復的家庭計畫方法再結紮，那就不得而知。避孕的方法愈多，更多的夫妻在情況改變時，可能會從一種避孕方法轉爲另一種避孕方法。同時更多的夫妻會找到他們覺得合適的避孕方法。

### 新式外科技術

自願結紮手術普及的一項重要因素是女性結紮新技術的發展。二十年來輸精管結紮幾乎無改變，女性結紮目前已能用數種方法實施，利用腹腔鏡術（laparoscope）僅需在腹部開一小切口，利用電氣燒灼輸卵管或用夾子夾住輸卵管；或利用迷你開腹術結紮輸卵管，也是在腹部開一小切口再將輸卵管拉到腹部外結紮或做其他方式的阻塞。這兩種方法都可以在門診實施。腹腔鏡術需要特別訓練的醫師才能做，而迷你開腹術可由一般外科醫師來做，在開發中的國家尤其適合。

新式的結紮技術應該能澄清自願結紮和可能妨礙自願結紮立法的毀損與閹割等之間的混淆。澄清自願結紮與毀損之分別，在菲律賓的自願結紮立法中扮演一個明確的角色，或許也會影響別的國家。1973年菲律賓判訂自願結紮手術合法化的政策聲明中提到輸卵管結紮和輸精管結紮並不涉及生殖器官的剪短，依法不應被視爲毀損（mutilation）。女性結紮之輸卵管的夾住或結綁技術並不除去任何組織，使得自願結紮和毀損之間的差異更趨明顯。

外科醫師恢復男女性結紮的能力日漸增強，目前正發展使用較易回復原狀的結紮方法及裝置，也許對一些國家放寬對自願結紮限制是一種鼓勵。特別是在

信仰回教的國家，因為在這些國家裡自願結紮因為是永久性的，因此與其他避孕方法在法律上有所區別。目前約八位結紮的婦女中有一位能恢復生育力。假如每五位結紮的婦女有一位能做恢復生育的手術，同時由最專門的外科醫師來做手術，那麼成功率約為百分之六十。大部份做過結紮手術的男性都能做恢復生育力的手術，如就懷孕能力來測量是否成功的話，則成功率約在百分之四十到七十之間。

有助於結紮普及的成功因素之一就是由各國及國際計畫訓練女性結紮的醫師數量，尤其是訓練新式的結紮手術技術愈來愈多。例如國際自願結紮協會(the International Project of the Association for Voluntary Sterilization) 自一九七二年來已訓練二千一百多位醫師，大部份來自亞洲和中美洲。其中有四分之三的醫師學得迷你開腹術的技術。

由於結紮手術的革新以及大量的訓練計畫，許多國家由男性結紮轉向女性結紮，1960年代印度及巴基斯坦都強調男性結紮；1975年和1976年印度男性結紮的人數超過女性結紮數。但是最近女性結紮人數已超過男性結紮人數。例如在南韓，1977年以前男性結紮數多於女性結紮者，1978年時女性結紮多於男性結紮約五比一，1979年的比數約八比一。在馬來西亞，菲律賓、台灣地區，和泰國，女性結紮的人數都超過男性結紮人數。拉丁美洲對女性結紮的偏好更是顯著。雖然輸卵管結紮很快地受到歡迎，但輸精管結紮人數寥寥無幾，可能是「男子氣概」文化的影響，認為男性的生育力便是男子氣概的表現。

雖然自願結紮的法律立場不明確，例如多數的拉丁美洲國家，女性結紮的優點多於男性結紮。女性結紮很容易以治療性措施找到合理藉口。同時也可以在生產的時候或外科小手術時實施。雖然現代的女性結紮技術危險性很少，但無論如何還比不上輸精管結紮來得安全。

自願結紮手術的法律立場在每一大洲都有重大的改變。當民衆的喜好和醫療業務改變時，通常自願結紮的法律地位跟著改變，使自願結紮合法化，民衆更方便接受。因為在有些國家中自願結紮的法律地位仍不明確，所以必需採用其他的法律和政策。

### 目前法律立場

對世界上大多數人而言，自願結紮是合法的。在西歐的大部份已開發國家，北美洲、日本、亞洲大多

數開發中的國家，尤其是中國大陸和印度，成人要去結紮是不受法律限制的。在拉丁美洲，許多國家的法律及醫療法似乎限制自願結紮，但是結紮却不受法律的干涉而普遍增加。在自願結紮不像其他地區那樣普及的非洲，源自英國法的法令並不限制自願結紮，而源自法國法的法令在若干國家中需要再進一步澄清。

尤其在過去的十年間，許多國家已澄清自願結紮的法律地位，不再是屬於刑法的身體傷害罪行或是在法律上模稜兩可，目前自願結紮已是一種醫療或生育力調節的程序。有二十一個國家已使自願結紮明確的合法化。只有三個國家採取法律步驟使自願結紮的實施受限制。

根據各國的法律制度處理自願結紮的情況，全世界的國家或地區可分為四大類：

法律有特別條款特別准許以避孕為目的的自願結紮：新加坡、巴拿馬、日本、斯堪地那維亞半島的國家，南斯拉夫的兩個省，奧地利及美國部份州，

因無法令禁止，因此自願結紮是合法的：所有實質上源自英國法 (common law) 的英語系國家，以及其他若干國家包括印度和中國大陸。

以特別法令或法規使自願結紮成為犯罪的國家：此類國家只有五個：緬甸、沙烏地阿拉伯、索馬利亞、西班牙及土耳其，

即使個人同意結紮但以避孕為目的的結紮是否合法並無明確規定的國家：包括歐洲和非洲部份國家，以及中南美洲的一些國家等，不過也有例外。

### 以特別法使自願結紮合法

過去十年間立法使自願結紮合法的國家有自新加坡至冰島等。(表3) 這些國家頒佈新法令的方式有許多種。大多數國家把自願結紮的最後決定權自醫療或民法當局轉變為由個人作決定。新加坡，若干北歐的國家，美國有些州和加拿大部份省都採用這種方式。南斯拉夫有兩個行政區依新的憲法保障個人有計畫生育的權利制訂自願結紮的法律。紐西蘭在無法律禁止結紮之下，特別通過結紮合法化的法律。奧地利的新刑法廢除了1930年代以自願結紮為不合法的規定。

新加坡在1974年通過無條件的法律，使自願結紮合法。這項新法取代了1969年的法律規定：需特別委員會的核准，需三十天的等候期，禁止少於四個子女的人做結紮手術。1974年修改的法律附帶加強家庭計畫活動，包括法律上硬性的獎懲辦法來影響生育行為，也規定強迫接受結紮者也要受罰。

表 三 1970年及1980年國家別自願結紮法律立場

○ 代表1970年的舊法律立場

N 代表1980年的新法律立場

國 家 別	法 律 立 場				變 更	變 更 年 代	法 律 更 改 或 發 展 的 本 質	
	不 合 法		不 明 確	合 法				
	依 特 別 法 不 合 法	依 解 釋 不 合 法		不 禁 止				依 特 別 法 合 法
歐 洲								
奧 地 利		○			N	+	1974	新刑法使之合法化
比 利 時		○ N						
保 加 利 亞			○ N					
捷 克 克 麥					○ N ○ N	+	1973 1976	新法廢除限制 男性結紮更合法化
芬 蘭					○ N		1970	立法放寬限制
法 國	○ N	○ N						
東 德			○		N	+	1976	
西 牙 牙		○		N				
匈 牙 利			○ N		○ N	+	1975	廢除限制
冰 島	○			N		+	1978	廢除刑法條文
義 大 森		○		N		+	1978	
盧 荷 蘭				○ N				
挪 威				○ N	○ N	+	1977	廢除限制
波 蘭				○ N				
葡 萄 牙	○			N		+	1977	廢止醫療法條文而 合法化
羅 馬 尼 亞			○ N					
西 班 牙	○ N				○ N	+	1975	除去限制
蘇 聯			○ N					
大 不 列 顛 夫				○ N				
南 斯 拉 夫								
Slovenia				○	N	+	1977	州立法使之合法化
Croatia				○	N	+	1978	
非 洲								
安 哥 拉	○		N				1975	自獨立後法令不清楚
喀 麥 隆			○ N					
索 馬 里				○ N				
衣 索 匹 亞				○ N				
迦 納				○ N				
幾 內 亞			○ N					

國家別	法律立場				變更	變更年代	法律更改或發展的本質	
	不合法		不明確	合法				
	依特別法 不合法	依解釋 不合法		不禁止				依特別法 合法
象牙海岸			O N					
肯尼亞				O N				
馬達加斯加		O N						
馬拉威			O N					
莫三鼻給	O			N	+	1980	包括在家庭計畫政策內	
尼日利亞			O N					
奈及利亞		O N		O N				
盧安達			O N					
塞內加爾			O N					
南非共和國			O N					
坦尚尼亞			O N					
烏干達			O N					
上伏塔			O N					
查德			O N					
尚比亞				O N				
亞洲及大洋洲								
澳大利亞				O N			無法令規定	
孟加拉				O N			無法令規定	
緬甸	O N							
中國				O N			無法令規定	
印度			O N				無法令規定	
日本			O N				並非政府的家庭計畫但在大學訓練中心可結紮	
北韓國			O N					
南韓國				O N			無法令規定	
馬來西亞				O N				
尼泊爾				O N			無法令規定	
紐西蘭				O		N	+	
菲律賓			O			N	+	
新加坡						O N	+	
錫蘭				O N				
台灣			O				+	
泰國				O N			1974	
				O N				
中東								
阿富汗			O N	O			-	
							1976	
							新的刑法不禁止	

國 家 別	法 律 立 場				變 更	更 年 變 代	法 律 更 改 與 發 展 的 本 質	
	不 合 法		不 明 確	合 法				
	依 特 別 法 不 合 法	依 解 釋 不 合 法		不 禁 止				依 特 別 法 合 法
阿 爾 及 利 亞			O N					
埃 及			O N					
伊 拉 克		N			-	1980	1976年的法令廢止	
伊 拉 克	O			N	+	1980	總統廢止部長的禁令	
摩 洛 哥			O N					
巴 基 斯 坦				O N			無法令規定	
沙 烏 地 阿 拉 伯	N		O		-	1975	所有避孕法為政府所禁止	
蘇 丹				O N				
敘 利 亞			O N					
突 尼 西 亞			O		+	1973	總統宣告合法化	
土 耳 其	O N							
西 半 球								
阿 根 廷			O N					
玻 利 維 亞			O N			1972	新刑法未澄清是否合法	
巴 拿 馬			O N			1980	包括在新的家庭計畫內	
加 拿 大			O	N		1970	各省立法使之合法化	
智 利	N	O				1974	部長宣佈因社會經濟理由可合法化	
哥 倫 比 亞				O N	+	1979	包括在家庭計畫內	
哥 斯 大 黎 加			O	N		1970	新刑法未規定法律地位	
古 巴				O N				
多 明 尼 加				O N				
厄 瓜 多 爾			O N					
薩 爾 瓦 多			O		+	1974	衛生法規使之合法化	
瓜 地 馬 拉				O N				
海 地			O N					
墨 西 哥				O N	+	1980	包括在家庭計畫內	
秘 魯	N		O		-	1977	行政法規規定不合法	
美 國				O N		1970	某些州合法	
委 內 瑞 斯		O		N		1971	僅在優生或治療理由才合法	



日本和巴拿馬這兩個國家早在三十年前就制定允許自願結紮的特別法。巴拿馬於1938年及1941年制定的法律特別准許自願結紮。1941年的法律使至少有五個子女且經濟及社會困難的婦女之結紮合法化。日本在1948年制定優生保健法，規定有若干子女而再次的懷孕會使婦女的健康受到危險時，夫婦之一方准予自願結紮。

### 自願結紮因無法令禁止而合法

在沒有法律明文禁止自願結紮的地方，法的基本原則是沒有法律禁止的行為應為合法。成年人的避孕結紮在法律源自英國法的地區是合法的，因為英國法沒有任何條文可用來解釋是禁止自願結紮。這些地區包括大英帝國、美國及大英國協，包括澳洲、加拿大、印度和孟加拉。此外還有中國大陸、斯里蘭卡、馬來西亞、南韓、非洲和加勒比海行不成文法的國家。在自願結紮不需要合法化的有些國家，法院的判決或以衛生法規已經使之合法化。

在許多實行不成文法的地區，家庭計畫或醫療法就已經使自願結紮合法化。例如在印度和巴基斯坦，輸精管結紮自1960年代起就是國家家庭計畫的主要避孕方法。英國和威爾斯於1972年的家庭計畫修正法案特別授權地方衛生機關提供輸精管結紮的諮詢和手術的服務。南非於1975年的法律提到法律上無行為能力者的結紮，雖然沒有指出是自願結紮，却可以解釋為有能力同意的人所做的結紮，可視為合法的結紮。

雖然只有少數幾個州對自願結紮訂有特別的法律，自願結紮在美國五十州都是合法的。由於法院的判決，州法官的意見，州政府的衛生保健服務包括結紮服務在內，以及各方面咸認為結紮是合法的法規，自願結紮在美國於1970年代獲得肯定。在實行成文法的國家以外，有若干國家因無法令禁止自願結紮，所以自願結紮是合法的。這些國家的自願結紮更因政府的政策或法院裁決而加強其合法地位。最明顯的例子就是在中國大陸，有四千萬夫婦做自願結紮，在有一個或二個子女後，就極力鼓勵夫婦去做結紮。西德於1964年聯邦最高法院宣佈任何自願結紮可能受罰的條款不再存在了。以後法院判決更一再肯定這項決定。菲律賓在1973年9月17日司法部長的意見，澄清男女性的結紮並不是毀損，依刑法規定不受處罰，因家庭計畫不違反法律或政策。一些成文法的國家，法律規定自願結紮是合法的。例如盧森堡在1978年立法建立諮詢中心。這些中心除做其他工作外，並提供不同的避

孕方法和自願結紮的知識。

### 不 合 法

以避孕為理由而自願結紮以刑法明文禁止或正式規定禁止為不合法的國家共有五個。它們是緬甸、土耳其、沙烏地阿拉伯、索馬利亞和西班牙。這種禁止自願結紮的規定溯自二十年或更早以前。在緬甸、土耳其和索馬利亞不僅實施結紮者而且接受結紮者都是犯法。索馬利亞於1962年制訂的法律，土耳其在1930年代增訂的刑法條文都是根據1930年義大利刑法的結紮規定。索馬利亞和土耳其通過他們的法令時，義大利的刑法規定自願結紮須處徒刑仍屬有效。緬甸的條文是由革命委員會於1963年頒訂。1963年西班牙的禁止自願結紮的法律，雖在法郎哥政權結束後限制避孕已廢止，却仍一直有效。沙烏地阿拉伯並沒有刑法，但是各種避孕方法包括自願結紮在內於1975年由皇家法令所禁止，但是因優生或醫療上的理由而結紮可能會獲得許可。有些國家為了解釋不明確的法律立場乃發佈規定禁止自願結紮。智利和秘魯衛生部的規定禁止以避孕理由做結紮，但允許因治療的理由結紮。

### 自願結紮的法律立場不明確

在許多國家裡，到底以避孕為理由的結紮，即使個人同意也不知是否合法，這類國家包括歐洲大陸的國家、拉丁美洲、東歐共產國家、非洲法語系的國家以及一些受回教法統治或影響的國家。雖然法律不明確，並未阻止自願結紮的普遍施行。此外，廣泛被接受的治療性結紮和避孕性結紮兩者間的差異並不顯著。

法律的不明確可溯自法國、德國和奧地利1930年代的刑法條文和最高法院的判決。這些判決堅持避孕性的結紮即使有當事人的同意也是有罪。自願結紮被認為一項嚴重身體傷害的罪行，相當於對人施行極端暴行如使人殘廢或眼瞎。一般說來，雖然有被害者的同意，這些行為亦不能視為合法；正如要求人家殺他，結果也算是謀殺。一部份的原因是這些行動被認為觸犯國家或公共秩序。

1937年法國的裁決理論是每個人不能授權任何人在他們身上違反支配公共秩序的規則。這種觀念正配合二十世紀前半期西歐的社會認知。1920年代和1930年代法國和德國的官方政策反映強烈的國家主義和多產主義，任何控制生育都是不自然和不道德的，在這種情況下，1930年代的法國，德國和奧地利法院作成

一項荒謬的結論，因醫療上的需要應個人的請求或為個人的利益而做外科手術相當於盜匪在街上突襲而使人終身殘廢的罪行一般。

在法國，目前法律及醫學上的意見正開始反映實情。一些專家開始向1937年的法院決定挑戰。他們認為既然避孕方法已經廣泛的被民衆接受，避孕（尤其是自願結紮）不能再視為違背公共政策。1937年法國法院判決避孕結紮不是法律上所認可的醫療專門職業份內的事，因此醫師做結紮手術是不合法的。這項判決已被法國1970年代承認在家庭計畫中醫師的任務的立法所刪除。這些法律事實上只允許醫師做一些家庭計畫的工作，如開口服藥的處方，裝置子宮內避孕器，及實施早期墮胎。

此外，在1975年歐洲委員會部長會議投票建議會員國“促使外科手術的結紮成爲一項避孕的醫療服務”。法國及比利時極力贊成此政策，事實上只有愛爾蘭未照建議行事。此次投票並不變更國家的法令，但卻建議支持此決議的政府不要視自願結紮爲違背公共政策。這項決議對早期視自願結紮爲反社會且係犯罪行為的學說可能是一項決定性的打擊。

儘管歐洲醫療業務的改變，自願結紮手術在法律上的模稜兩可，尤其是法國和比利時的法律使沙哈拉沙漠南北部法語系國家以及許多拉丁美洲國也不知如何是好。這些國家的法律是以歐洲法爲模式。例如法語系非洲國家的刑法中意圖身體傷害罪與1810年的拿破崙法實際上是相同的，部份國家的避孕法是從殖民時期沿襲過來，雖然歐洲國家的法律已改變他們的立場。是故法國於1920年禁止避孕的法律在許多法語系非洲國家的法律內仍可見到，雖然法國的這項法律已於1967年加以廢除。

可蘭經是許多回教國家法律的主要根源。少數國家如沙烏地阿拉伯，根據可蘭經的回教法直接應用並支配許多生活面。在馬來西亞可蘭經至少影響個人地位及家庭關係。（回教國家如阿爾及利亞、埃及、突尼西亞，宗教性的法律是法律的主要來源）。在回教世界中決定信仰的問題或回教法律的問題並沒有中心權威。大家一致的意見就是法律的制訂方針。

可蘭經未明確地提到結紮，因此過去十年中，回教國家中許多不同觀點在各種家庭計畫及法律會議中討論到。其中對結紮的一致性的看法摘要如下：

永久性結紮不應作爲家庭計畫的目的；暫時性結紮（即暫時性避孕）是可以接受的。（因此結紮如可以很容易恢復的話，在回教法律中較可能被

接受）。

允許以優生理理由做結紮手術。

健康或社會理由的結紮，其接受性端賴是否合於回教對“需要”的觀念而定。

避孕與否應視個人的自願而定，以家庭幸福而不是人口問題做爲考慮的根據。

生育控制的方法必需經夫婦雙方同意實行。

回教國家的政策從強調自願結紮爲生育控制計畫的主要部分（如從前的巴基斯坦及現在的孟加拉和突尼西亞），至明智的執行自願結紮（如埃及），至反對全國性家庭計畫政策包括自願結紮（如馬來西亞和印尼）。伊拉克衛生部禁止自願結紮的規定於1980年被總統所刪除。因爲許多回教國家的法律中沒有任何條款禁止或允許自願結紮，其法律地位仍不明確。但是這些國家並不阻止私人機構或開業醫師做結紮手術。在許多回教國家，自願結紮，尤其是女性結紮，接受人數隨服務的增加而逐漸增加。

### 修正法律的途徑

以自願結紮爲生育控制法逐漸普及，暗示在1980年代可能對結紮法律與政策做進一步的修正。目前對結紮法律的不明確地位必須澄清。新的問題必將產生而且須加以解決。過去二十年間，自願結紮的法律及規定顯示，有將自願結紮從刑法中免除並視爲醫療業務的趨勢。醫療業務的立法規定通常發生在三種情況中：透過法令，透過行政法規，透過醫學倫理法（有時被制定爲法令或發佈爲行政法規。

特殊自願結紮法令，例如北歐國家及新加坡的法令，在使自願結紮合法爲一種家庭計畫的方法及確定個案及施行者的權利中有最重的份量。這些法令並非刑法的一部份，而應當歸類爲衛生法規。然而在結紮與刑法有關的國家，在奧地利對刑法的修正案刪除自願結紮是犯罪的條文，可協助減少長久不消的疑惑。

結紮法通常由詳細的行政法規所支持。例如1966年捷克的公共衛生保護法就非常簡單：只要合於衛生部規定的條件，結紮可以在個案同意或個案特別請求時實施。然後規定第幾胎後才可結紮，並列出不受胎次限制的醫療和優生條件。

一般而言，法令多半包括會影響個案法律權益的結紮各方面，包括告知同意，最低年齡，醫師可拒絕實施的情況及第三者的同意。愈是有特別法令，愈是需要常常修正，且立法程序可能會拖延。同時特殊結

紮法令可能比一般醫療業務法令限制多，反而限制自願結紮的施行。

修改一般醫療及外科業務法是使自願結紮能明確合法化的另一種方式。每個國家有管理醫療及外科業務的法令。使自願結紮明白或含糊的包括在這些法規中（例如判例或解釋），就能像其他避孕方法一樣，不必另行立法而可以放在衛生法規中。無論如何，法令上的措詞應小心，不要將自願結紮限制僅以治療性的理由。

即使不修改法令，行政法規也能闡明自願結紮的地位。法規特別適合於決定醫療及技術原則。有些國家進一步詳細指定何人可接受自願結紮，由何人施行，在何處，以及何種條件下。薩爾瓦多的行政法規可為例子。公共衛生社會部的婦幼、營養及家庭計畫部門於1969年發佈一項名為家庭計畫法規及程序的政策，其中將近一半規定自願結紮。這項政策修正了1974年的法規。目前所有醫院及社會保險機構都在實施。這是開發中國家最積極的自願結紮法規，在前言中肯定結紮係個人的權利。

固然生殖的權利是屬於個人的特性，沒有法律可以限制此種權利，當事者的自願請求是結紮的充分理由。唯一條件是當事者已得到充分知識及解說，並在認清結紮後的結果。

如果政府希望提供較不正式或較不顯著的自願結紮，主管部門的立場也許可透過傳單，備忘錄或信件來傳達。

醫學倫理法有時稱為道義論，基本是規定醫師行為的專業原則，也提供另一種使結紮合法的方法。醫師行為的原則可以由醫學會、法規、法令等申明公佈。這些法規在拉丁美洲及法語系非洲是很普遍的。僅有少數特別提到結紮，其中大多數都是限制性的。例如，1954年哥倫比亞法只准因醫療理由避孕，禁止任何理由的結紮。1957年的巴西法及1977年的委內瑞拉法，只有在例外狀況或基於治療或優生的理由時允許結紮。在一些歐洲法中，如希臘及葡萄牙對結紮也有限制。

在法國最近修訂的醫療法對結紮是否合法的規定也不明確。1955年法國的醫學倫理法並未禁止結紮（因此法語系非洲國家的醫療法基於此模式也無任何禁止。）當1976年及1977年在法國討論修訂法律時，第22條草案是“除了非常嚴重的醫療理由外，不得做結紮手術”，最後的結論是：「除了非常嚴重的醫療理由，不得毀損。除非在緊急情況下，或不可能時，當

事人經告知並表示同意時除外。」

事實上草案並不包括在新法規內，可證明此種避孕方法目前已為法國醫師所接受。在目前情況下，毀損解釋為家庭計畫之一種方法（自願結紮）不可能成立。

無論如何，倫理法多少賦於醫師一些專業上的約束。違反此種專業約束，理論上可遭受醫師公會等機構的處罰，但違反專業法規不導致刑法處罰。在醫療法中，限制性及不明確的文字，使醫師因實施自願結紮而被處罰或起訴並未發生。但是落伍的法令如巴西的法律，可能使醫師為了設法規避不明確的限制，執行有問題的醫療業務。在此種情形下，須注意修改法律使符合現代醫療業務。

## 法律問題

目前將自願結紮由禁止身體傷害的刑法中去除，並轉移到保健及醫療法方面的趨勢，產生許多新問題。將自願結紮與強迫閹割混淆的怪事，目前世界多數地區已不再討論，因自願結紮的特性及個人與社會對人類繁殖所賦予的重要性，於是產生新問題。

自願結紮與多數其他的外科手術如扁桃腺切除或盲腸切除術是不同的，因為：一、它是一種選擇性外科手術。二、它對救治人的生命或恢復健康很少有立即的需要。三、它對生育的效果通常是無回復性的。因此雖然自願結紮可包括在一般醫療及外科法令內，如果這些法令能隨新發明及新技巧而跟上時代的潮流，許多國家已試圖對自願結紮者及施行結紮者的權利與責任尋求更正確的法令定義。目前在考慮與自願結紮有關的衛生法規時，至少有六項法律問題產生，前四項與個人抉擇及自願有關，第五項與計畫有關，第六項與提供結紮者的法律地位有關。

這六項問題是：一、一個人選擇。二、治療性的結紮。三、告知同意與自願，四、監禁者，未成年人及無行為能力者的結紮。五、結紮的獎懲：六提供自願結紮者的權利與義務。

## 個人選擇

最近修正的結紮法中確信個人與夫婦有決定自己家庭大小及生育間隔的基本人權。這項權利於1968年在德黑蘭（Teheran）的人權會議中首次被認可，此後於1974年在布加勒斯特（Bucharest）的世界人口會議中及在墨西哥與丹麥的女權會議中再度被肯定。

人們如何選定或規劃家庭大小目前也日漸被視為個人選擇的事。就此而論，自願結紮是人們可能選為控制生育的幾種有效現代避孕方法中的一種。關於自願結紮，此種個人選擇的原則意味着當事者確定決定的標準，此種決定係自願，政府或醫療機構不得批評個人的決定，不需要配偶另一方的同意，沒有必要年齡、胎次或其他外在標準，自願結紮者都可獲得結紮。

因為自願結紮係個人選擇的觀念已漸普遍，所以由委員會來訂條件已失去其理論基礎。過去之所以需要由委員會來審查，是因為基於結紮只能因醫療、優生或其他理由等才能實施。許多在1970年代變更的法令已決定結紮係個人的自由。這些法令的改變包括1973年美國的部份州和丹麥的修改法令，1974年奧地利與新加坡的法令，1975年冰島和瑞典，1977年南斯拉夫、挪威、紐西蘭和1978年義大利等國所修改的法令。在丹麥和新加坡結紮觀念的改變很快，以致政府所規定的條件只採用數年後就不得不被廢止。

並在許多國家中，目前已廢除結紮須要兩位或兩位以上醫師同意的限制。這項限制常發生在因治療的理由才能結紮的地區。這種限制常在醫療法中規定。例如1950年代法國國家醫學會規定結紮須由三位醫師（其中一位須懂法律）同意才能實施。早期美國北卡羅來納州及喬治亞州、新加坡的法令也有同樣的規定。此種規定仍存在於宏都拉斯。漸漸地，在已開發國家中，法律強調個人在接受結紮全盤說明及聽完醫師有關健康方面的意見後同意結紮即可。換句話說，個人聽取醫師對結紮的醫療說明及所作指導而做是否結紮的決定。

### 治療性的考慮

少數開發中的國家，特別是在拉丁美洲，只准因治療性的理由，即為保護婦女的健康，可以結紮。法律問題於是發生，什麼時候的結紮才算是治療的結紮？1940年約翰霍布金斯大學的依斯曼（Nicholson J. Eastman）公開說凡一對夫婦需要時，在生第八個小孩以後的結紮都算是治療性的結紮。今日大部份醫師同意即使無其他醫療問題時，多胎是治療性結紮的一項指標，並把多胎的指標訂為四個小孩左右而不是八個小孩。例如智利於1975年的衛生法規第三條規定，除醫療的理由外，結紮是不合法的。此項決議特別引證超過三十歲及有四胎次以上的婦女為生產危險婦女，因此放寬對這些婦女結紮的限制。

目前醫療及法律意見是採用廣義的健康定義。根

據世界衛生組織的定義，健康是指一種身體、心理及社會完全安寧的狀況，不僅是沒有疾病或虛弱而已。在此種定義下，因心理與社會之需要考慮自願結紮的婦女，可要求醫師實施結紮手術，而醫師也可替她做結紮手術。在這種情形下許多國家，大家都不會對醫師的判斷是否可結紮表示異議。此外，政府的法規對高度危險的婦女的範圍，以決定她是否有資格納入婦幼衛生計畫內，可能被運用來做自願結紮的說辭。

在巴西因天主教反對因治療性理由之外的結紮立法，便採用另一種途徑。目前在巴西的醫療倫理法的條件下，結紮僅能在特別情況中施行。結紮須三名醫師宣稱有其特殊的治療性需要時才能實施。但是這種規定不受重視，因為大部份的自願結紮與剖腹產一併施行，而剖腹產並不需另外醫師的簽章。國際生育研究計畫和中村（Milton Nakamura）對巴西聖保羅數家醫院生產的婦女所做的一項調查發現，私人診所生產中剖腹產約佔百分之七十至八十。投保婦女生產中剖腹產約佔百分之四十，而貧窮婦女生產中剖腹產的只佔百分之十五至百分之三十。剖腹產的目的在於生產後可以做結紮手術。事實上結紮過的婦女中，百分之九十七的婦女有過一次的剖腹產。因為剖腹產的產婦死亡率比正常生產高出數倍，故巴西婦女若想結紮，必須面對此種危險。（1980年12月巴西衛生部宣佈於1981年開始提供男女性結紮及其他免費避孕方法）。非洲有些國家，子宮外孕疑案可做為腹部手術及自願結紮的藉口。過去在許多已開發國家只要輕微的徵兆醫師就做子宮切除手術，因為他們不願做沒有明顯徵兆的結紮手術。

有些國家核准治療性的結紮表示已踏出受刑法限制的一小步，朝向更多的個人選擇自由，尤其是在“治療性”從寬解釋的國家以及醫學的判斷不受干涉的國家。雖然如此，婦女為了結紮可能必須去做更危險的手術。目前的趨勢是除去對個人選擇的任何隨便的限制。即使在法律上限制結紮，理論上除治療性的理由才能結紮的國家，也正在尋找解釋法律的方法，使得想要結紮的人能夠很方便去結紮。

### 夫妻的同意

夫妻的同意是一個敏感的問題，因為夫妻雙方面都受任何一方決定去結紮的影響。大多數現代法律中，夫妻的同意對已婚的結紮並不是先決條件。例如西德高等法院於1979年的一項判決中裁定已婚婦女的自願結紮手術未獲得她丈夫的同意並不違法。「欲結紮

者是已婚時，夫妻另一方相反的意願或利益屬次要。結紮須由當事人獨自決定。」

美國少數幾個州基於民法的原則，最初需要配偶同意才能去結紮。這些條文目前部份被法院宣告違反憲法。只有在新墨西哥和維吉尼亞二州仍在爭論中尚未定案。

有些國家還需要配偶的同意才能結紮，通常需先生的同意。在亞洲有兩個國家的法令需要此種同意。1947年日本的優生保健法及1976年伊朗所修正的刑法就是如此。夫妻同意的要求經常在行政法規及醫院或計畫的政策中規定而不在法令中規定。一些拉丁美洲、亞洲和非洲的國家，所有回教的國家都是這種情形。

另一種夫婦同意的規定就是欲結紮者或已結紮者須通知她（他）的配偶。芬蘭於1970年的自願結紮法規定，有關手術的意義和結果的醫學資料，若可能的話應在配偶在場時提供給他。日本的優生保健法規定，在已實施優生手術想結婚的個案中，應將手術的後果告知配偶。

### 年齡和胎次限制

另一種限制個人選擇的方式涉及年齡和胎次，或者有時候兩者合併考慮。這種限制曾被普遍運用。如上面所述，這些限制可以意味結紮僅因治療性理由才能實施，甚至允許因個案請求才能實施自願結紮的國家，通常也限制成年人才可結紮。十八歲或二十一歲以上的成年人才能結紮。少數國家提高年齡的限制，例如北歐各國、冰島、芬蘭及奧地利限25歲，南斯拉夫的兩個省限35歲。在這些國家裡，如果有低於規定年齡的婦女要結紮時，只要有一些徵兆而獲得委員會的同意也可以實施。在北歐所規定的徵兆相當廣泛，在奧地利對徵兆可含糊解釋，年齡在25歲以下婦女的自願結紮若不違背善良的道德也可以結紮，但並無明白定義。少數國家嚴格禁止未達規定年齡者的結紮。例如瑞士和美國的羅德島州未滿十八歲者不准結紮。現代的法令中並沒有規定要結紮者須生多少小孩才可，但在行政法中欲有規定。例如捷克除因健康以外的理由而實行自願結紮，婦女若年齡在35歲以下至少須有四個子女，若年齡超過35歲至少需有三個子女。

比法令或行政法規更常用來限制結紮的規定就是醫院或計畫政策的所謂“一百的原則”(the rule of 100)(有時是120或80或90)。這是結紮者的年齡和子女數合併計算的公式。依照此公式，自願結紮者只有

在年齡乘以子女數等於或大於一百時才可實施。換言之，對三十歲的婦女而言必須有四個子女才能獲准結紮。這項規定有效地限制婦女去結紮，曾經一度廣泛地在美國及歐洲實行，他們通常反映醫師個人的態度，而不考慮婦女嚴重的身體健康情況。

這種限制的方式目前已被批評為隨意而不受支持的漏規。少數國家已刪除此種規定。美國的加州及新罕布夏兩州目前特別禁止衛生機構強制任何非醫療的理由，新罕布夏州修正的法令於1979年8月15日生效。

雖然在年齡和胎次限制結紮未刪除的國家，但此種限制已有降低的趨勢。例如在印度由衛生和家庭福利部所公佈的結紮標準，要求男性至少滿25歲，女性至少20歲且夫婦至少有二個子女，最小的孩子滿二歲以上。訂定最小子女的最低年齡，實際上限制產後的結紮手術，反映出在嬰兒死亡率高的國家對結紮謹慎考慮，同時也限制個人自由結紮的機會。

### 保證可獲得結紮的服務

個人的選擇結紮僅在有結紮服務時才能實施。國際上和各國政府都承認這種事實。在國際上於1975年11月14日召開的歐洲部長級委員會第29項決議，建議各國政府將外科結紮手術納入醫療服務範圍之內。南斯拉夫的憲法保證個人限制生育的權利，同時國內立法要求醫療制度「採取各種必要的措施以保證男女均能享有此權利」或「保證實現人類自由決定生育子女的權利」。這些法令顯然涵蓋自願結紮。

自願結紮的主要障礙，常是基於宗教規定，有些醫師和醫院不願實施此種手術。美國聯邦法庭堅持公立醫院不得拒絕以家庭計畫為目的的自願結紮個案。但是私人醫院即使接受聯邦基金補助也有權利拒收欲實施自願結紮的個案。

此外，在許多開發中國家的一個重要問題是缺乏受過良好訓練的醫師來實施結紮手術。因此產生是否可由其他醫事人員來做結紮手術的問題。除中國大陸，孟加拉和泰國的結紮手術由醫事人員來實施外，沒有其他的國家特別立法由醫師以外的人實施結紮手術。

結紮服務也受到經費的限制。在結紮合法的國家，大部份家庭計畫政策或政府醫療計畫提供免費結紮服務。例如在英國，男女性結紮均包括在國家衛生服務之內。東歐國家自願結紮是國家醫療服務的一部份，但是非醫療性理由的結紮可能收一些費用。在美國

，衛生與福利服務部門，經常負擔轉介，採購或提供自願結紮服務。私人保險也可以支付部份或全部的結紮費用。在冰島、西德和菲律賓，目前法令規定自願結紮包括在醫療保險中。但是新加坡雖然對限制人口的政策做得很積極，却統一規定欲結紮的個案付五元新加坡幣（約台幣100元）。此種費用的意義是強調結紮手術是出於自願。

在自願結紮的合法地位不明的國家中，結紮的費用比其他任何妨礙實施結紮的因素更具影響。例如在巴西，自願結紮手術不包括在政府的婦幼衛生計畫中，而且醫師無法從政府或其他醫療保險中獲得補償。結果在聖保羅的調查中，結紮婦女大多數是私費病人或有私人保險的病人。（見表四）

表四 在四所巴西醫院表示不想再生育的產婦中按付款的情況計畫結紮和實際結紮個案的百分比

	所有婦女中計畫結紮婦女百分比	計畫結紮婦女實際結紮百分比
私人診所個案	72.2	80.0
私人醫療保險	61.3	65.8
政府醫療保險	58.1	42.0
貧民個案	40.5	20.0

### 告知同意

除了生命危急外，手術僅在個人告知同意時才能夠實施，這是醫療法的基本原則。所謂告知同意指同意者在完全獲知：(一)手術的性質，(二)手術的結果和危險性，包括手術失敗的可能性，(三)除了手術外的其他方法等。關於自願結紮，醫師在告訴個案時所強調的重點是，雖然有少許恢復的機會存在，但結紮手術必須視為不可恢復的手術。

在已開發國家，保證告知同意之責任，目前漸漸地落在實施手術醫師的身上。在丹麥、瑞典、挪威及冰島的法令要求，醫師與個案討論手術的性質及其直接結果，手術的好處與危險性。此種要求可能在開發中國家對從事家庭計畫的醫師加重負擔，由其他醫事人員來說明，也許較為可行。同意結紮的程序應謹慎設計以保障個案的權利，並保證個案充分瞭解必要的知識。

### 等候結紮的期間

為確定結紮的決定是經周密考慮且完全出於自願，有些國家要求在申請結紮和實際實施手術之間有一段等候期間。在新加坡於1969年立法通過等候期間，但後來證明不方便，於1974年廢除。1978年美國法規要求聯邦基金支付的自願結紮除非是早產或緊急的手術不得少於30天或超過180天的等候期間。

若個案處於沮喪情況時等候期間也許有其必要。例如欲施行人工墮胎或要生產的個案或需要立即醫療處理的個案也許不能作深思熟慮的決定。甚至也可能受衛生人員的建議所影響。不論如何，等候期間造成個二次的往返，提高危險性及增加費用。在聽取美國立法的說明，對等候期間的爭論中有三分之二以上的人批評三十天的等候期間，或主張不同的免除。他們指出自費結紮的個案並不受等候期間的限制，硬性規定等候期間增加窮人結紮的障礙，尤其是對居住鄉村者以及移居工作者的障礙。

### 獎勵結紮與否

雖然許多已開發國家通過立法並公佈規則，以確保並無使用直接或間接的壓力，來增加結紮個案數，許多面臨快速人口成長造成嚴重問題的發展中國家，正採取鼓勵結紮的措施。這些措施往往不待除去法律上的障礙或是含糊。有些國家已制定獎勵辦法以增加自願結紮數，或以懲罰的方式勸阻人民不生太多小孩。

印度和巴基斯坦是第一個提供金錢獎勵結紮的國家，尤其是獎勵輸精管結紮。這種金錢用以補償因結紮而不能工作的損失。在印度這種政策自1960年代中期就已實行，只是不知獎勵金是否一直付給。1970年代中期試行強迫性的結紮政策。各省實行種種不同的結紮政策，包括對個人（尤其是政府員工），團體及地方政府的優厚獎勵。部份省份過份熱中實行這種獎勵政策而引起民衆的反對。目前這種政策大部份已廢止不再實行。在Maharashtra省通過有三個子女後應強迫結紮的法案，但從未獲總統的准許實行，因此一直未實行。在中國大陸女性結紮後可帶薪休假一個月，男性輸精管結紮則可休假一週。斯里蘭卡於1980年實行自願結紮計畫，結紮者可得約3.5美元，政府員工還可帶薪休假。此外政府已要求民間雇主准其員工休假。中國大陸和斯里蘭卡的結紮計畫與印度一樣，結紮的獎金被認為是補償個案不能工作的損失。

，而非獎勵金。

其他亞洲國家曾採用不同方式的獎懲辦法。新加坡推行一項廣泛引導結紮的計畫。結紮獎勵金包括產後如結紮生產可免費，公務員可帶薪休假，補貼手術費，父母結紮其子女就學享有優先權。對大家庭的懲罰辦法則有：限制生二胎之後的休假，第三個小孩以及不得減免所得稅。並以特別條款規定：非新加坡公民如欲與新加坡籍人民結婚，必須同意生第二個子女後實施結紮。韓國藉直接付款給低收入結紮者，同時分配國民住宅以鼓勵結紮有一個或二個子女而已結紮者有資格配給國宅。促進外科結紮避孕世界衛生聯盟的法律小組(The Legal Committee of the World Federation of Health Agencies for the Advancement of Voluntary Surgical Contraception) 同意1974年在突尼斯舉行的法律與人口研討會建議：對家庭計畫所提供的任何獎勵，應視為基本的利益與服務而不能用來取代這些權益。任何不利措施不應與基本人權相衝突。

### 實施結紮者的權利與責任

在結紮法律的修訂中產生許多有關提供結紮手術者的權利與責任的問題，其中以對實施手術的醫師議論最多，有時也對實施結紮的設備加以爭議。這些問題包括：(一)醫師個人或基於良心如認為結紮與宗教或個人信仰衝突時，有權拒絕實施結紮手術。(二)結紮失敗時的責任與身體損害問題。

對所謂“良心問題”的爭論主要發生在私人開業醫師及私立醫院提供結紮服務的國家中。“良心問題”多半用在人工墮胎上，但有時也用在結紮方面。美國有些州及新加坡都有適用於醫師及其他衛生保健人員的法令條款。有些地區這種權利已擴展到適用於醫院等機構。

此種立法可要求反對做結紮的醫師或機關將個案轉到他(她)能够結紮的地方。1973年丹麥的結紮法規定：如果主治醫師或醫院有關部門拒絕實施結紮手術時，即使結紮的條件都符合規定而且獲得核准，須將申請結紮的個案轉介到可以實施結紮手術的醫院。

最近成為美國及西德的許多訴訟的主題就是結紮失敗的法律責任問題。民事案件要求賠償身體損害只有證明外科醫師手術疏忽才能打贏官司。醫師沒有任何疏忽時，0.5%至2%的輸精管或輸卵管結紮個案也會自然癒合再接通，此種接通或懷孕並不能證明是醫師的疏忽。此外輸精管結紮後精子會留在輸精管內數

週或數月。外科結紮醫師有法律上的責任告知欲自願結紮者有關：(一)結紮後再接通發生的頻數。(二)在輸精管結紮後2至3月內如何利用暫時性的避孕方法，直到確定精液中不再有精子存在為止。外科醫師也應盡可能地做手術後的精蟲數目檢查。

另一個令人爭論的問題是結紮失敗後，生下不想要的孩子後，父母可以要求何種損害的問題。父母是否有權要求結紮手術和生產的全部醫療和其他費用，以及養育這個孩子的費用補償。目前世界各國均無法令涉及此一問題。美國一部分的州法律和1974年的新加坡結紮法訂定醫師因結紮手術疏忽的民事責任，但未提及損害的問題。美國和加拿大的法院所裁定的幾件案件中其判決結果均不相同。西德於1980年的三所請願法庭和聯邦最高法院判決，因醫師避孕結紮手術疏忽而生下不想要孩子的養育費，應由醫師負擔。目前在已開發中國家這類案件很少，但是立法者在修改結紮法時可能要考慮到這個問題。

總之，過去二十年間約有二十國家修改它們的自願結紮法令。這種法律上的改變反映目前結紮已被認為是一種安全，有效且被民衆接受的家庭計畫方法。過去這種法令的改變常依照一種相同的型式。剛開始時，通常是因為優生或醫療上的理由不願再生育時才能結紮。以後這種結紮的絕對判定標準再增加相對的判定標準，通常是規定最低的結紮年齡或胎次或是考慮種種治療上的理由才給予結紮。目前結紮手術因個人或夫婦的要求而可普遍實施，同時結紮手術費用透過國家衛生計畫或家庭計畫補助。現在欲結紮者和實施結紮手術者雙方均應確定，結紮手術是自願的而且是基於充分資料與充分瞭解其他避孕方法後所做的選擇。如此，自願結紮在家庭計畫扮演一個重要的角色，並對婦幼衛生的貢獻良多。