

熟练掌握,还应当扎实掌握相关学科知识,并要具备提出问题解决问题的能力、灵活运用知识的能力、严密的逻辑思维能力。和良好的组织管理能力,要善于调动学生积极性、寓教于乐、控制课堂节奏等技巧。教师应该熟悉教学大纲和学生的能力情况,这样才能规划好学习的重点、难点,制定有针对性的讨论提纲,选择出适当的临床病例,此为做好PBL教学的基本前提。

### 2.3 PBL教学法对学生的要求

PBL教学的成功开展,需要学生的主动配合,从准备资料开始,就要结合提纲、病例去查阅大量的文献资料,并积极与其他同学交流沟通,大家同心协力得出最佳结论。这样的学习,花在前期准备工作上的时间精力大多于普通的课堂学习,因此需要学生们有主动学习的自觉性,否则很难达到预期的教学效果和目标。由于我国的学生成长期接受“填鸭式”教育,对传统教育模式形成一定依赖性,缺乏主动发现问题,解决问题的积极性和能力,部分学生只满足于获取好的“分数”,所以对PBL教学改革形式会觉得太“花费”时间,这也是一种依赖于以往教学理念和学习方法的表现,因此,学生也应从自身出发,完成角色转换,从被动的学习者转变为学习的主人。

### 2.4 结果

对2006级的学生进行民意调查,80%以上的学生成PBL教学法,认为该教学方法灵活、新颖,有利于调动学生的学习积极性,使原本抽象、难懂的护理程序知识变得通俗易懂。

## 3 讨论

观察结果表明,在理论讲授的基础上,结合PBL教学方法,能取得较好的教学效果。问题的设置强化了学生对基本知识的记忆、理解,活跃了学生的思维;病例讨论、角色扮演提高了学生对知识的应用能力。

### 3.1 学生是学习的主体,师生地位平等

PBL是以建构主义理论为指导的,以学生为中心的教学方法,在基于问题学习中,学生们是从开放性的问题入手开始学习的,教师对这些问题也没有现成的惟一的标准答案,而且,查询资料与动手做事等活动又是学生们所不难胜任的,位于学生的最近发展区内,因此,教师与学生站在同等的位置上,学生们不必必须听从老师的指示和解答。

### 3.2 学生主动获取知识并自我建构

从知识的获得途径看,学生们是在解决问题的过程中通过查询资料、动手做事、相互讨论以及自我反思而获得和理解知识,不是直接从教师和课本中获得知识,而且,知识的意义和价值依赖于他们自己所建

构的知识之间的一致性、依赖于解决问题的功效,而不是依赖于与权威观点之间的一致性。这意味着,学生们所需要的知识并不完全掌握在教师和课本之中,学生对教师的依赖性大大减小,教师不再是惟一的知识库,而是知识建构的促进者,对学生起点拨和帮衬的作用。

### 3.3 学生具有自主性和积极性

在基于问题学习中,学生获得知识主要靠自己,这自然而然地会使他们感到学习知识是自己的事,要对自己的学习负责,因此,必须发挥自己的自主性、主动性和独创性,主动建构自己的知识,不断反思以及批判性地思考知识。否则,将一无所获,甚至还不如在传统的讲授教学中的效果,因为,连现成的知识结果也没有人会直接灌输。

### 3.4 学生群体具有社会性

学生不仅要发挥各自的主体性,而且还要充分发挥小组的社会性,学生作为一个学习共同体,共同承担责任和任务,同时,各自分配一定的认知工作,彼此在知识建构上是紧密相连的,在这里,小组内的合作具有实质性的作用,学生不再像以往那样只重视自己与教师的交流而不重视与同学的交流。因此,学习不再只是自己一个人的事,而是大家的事。

### 3.5 学生具有自主学习的能力

在基于问题学习中,贯穿学习活动始终的问题解决活动是促使学生持续付出努力的最佳途径。这正是自主学习的动力所在。

采用理论讲授与PBL相结合进行护理程序教学取得了肯定的教学效果,但也存在一些问题,如少部分学生不适应该教学法,更习惯于讲授式教学法;学生对讨论问题悬于表面,不够深入全面。教师如何引导、时间的把握及因人施教等这些问题尚有待解决。随着医学教育改革的深入,基于器官、系统的基础与临床的整合课程体系的建立才是我国PBL教学改革的目标。

## 参考文献

- [1] 尹海鹰,黄芳艳,胡带翠,等.农彩梅问题讨论法在《内科护理学临床见习》教学中的应用[EB/OL].中华首席医学网,2007年07月25日.
- [2] Albanese MA, Mitchell S. Problem based learning: a review of literature on its outcome and implementation issues[J]. Acad Med, 1993,68:52-81.
- [3] 张勤.浅谈PBL教学模式对护生能力培养的体会.
- [4] 梁宏军,吴多芬,李晓辉,等.以问题为基础教学模式在外科消化系统疾病整合教学中的应用[J].中华医学教育杂志,2006,3:68-69.

# 论我国脑死亡立法的现状及面临的问题

杨慧艳

**【摘要】** 脑死亡作为死亡的判断标准已经得到医学界的普遍认可,脑死亡立法将动摇几千年来形成的心死亡观念,将对我国的医学、法学、伦理学产生重要影响。本文着重阐述了脑死亡立法的现状及立法时面临的伦理、法律问题,使公众对脑死亡立法有所了解,以加快脑死亡立法的进程。

**【关键词】** 脑死亡立法;现状;问题

中图分类号: R-1

文献标识码: A

文章编号: 1671-8194 (2008) 23-0208-03

脑死亡概念最早出现于法国。1959年,在第23届国际神经学会

“亡”一词。这一提法得到了当时医学界的认可,脑死亡的概念由此

诞生。1968年，美国哈佛大学医学院死亡审查特别委员会发表报告，提出了脑死亡的确定标准，得到了医学界的普遍认可。关于脑死亡的诊断标准，全世界已提出的有30多种，目前对脑死亡的概念已经形成基本一致的看法，即脑死亡是指大脑、小脑、脑干在内的全部机能完全的、不可逆转的停止<sup>[1]</sup>。然而，当前我国学者对脑死亡法的研究却还仅仅局限在对脑死亡立法必要性的探讨上，为了进一步加快脑死亡立法的进程，应了解目前我国脑死亡立法的现状及面临的问题。基于此，本文将就脑死亡法的现状及面临的问题加以论述，希望在此基础上对我国脑死亡立法能有所裨益。

## 1 我国脑死亡立法现状

目前，我国对脑死亡的定义与标准，尚无明确法律规定。但是对脑死亡的研究在20世纪80年代已经开始。1988年、1989年和1993年，我国分别召开了数次有关脑死亡的专题讨论会。由于脑死亡立法涉及医学、生物学、社会伦理学等多种学科，必须具备坚实的医学基础、社会基础和法制环境，同时由于我国传统的文化观念影响及医疗和社会发展状况的极不平衡，在学术界有不同的看法。尽管如此，在相关专家、学者的努力下，有关脑死亡立法的探讨已取得一定可喜的成绩。值得一提的是，1986年6月在南京召开了“肺脑复苏座谈会”，与会的急救、麻醉以及神经内、外科医学专家们倡议并草拟了我国第一个《脑死亡诊断标准》（草案）。我国台湾地区于1987年9月17日公布了《脑死亡判定步骤》，规定了脑死亡判定作为“认定死亡事实的标准之一”，但判定的程序严格控制，同时与呼吸、心跳停止的传统死亡认定标准同时并存。1988年，上海有关学科的专家围绕着拟议中的上海市脑死亡诊断标准进行了研讨。1989年，我国制定出第一个小儿脑死亡诊断标准试用草案。1996年，中国香港确立了脑死亡法，规定可以以脑死亡为死亡标准。1999年5月，中华医学会、中华医学杂志编委会在武汉组织召开了我国脑死亡标准（草案）专家研讨会，就《中国脑死亡诊断标准（讨论稿）》以及制定脑死亡诊断标准的目的、尊重人的生命与死亡尊严的必要性等进行了讨论。这次讨论的成果也引起了法律界和我国有关方面的关注。2002年，卫生部制定了一份符合我国国情的脑死亡诊断标准，目前正在广泛征求各方意见加以修改和完善；2003年，在上海对《脑死亡判定管理办法（讨论稿）》进行了研讨，这意味着我国脑死亡立法已经进入了准备阶段。2003年4月10日，武汉同济医院对外宣布，征得家属同意，医院严格按照国际通行的脑死亡标准和我国卫生部《脑死亡判定（第三稿）》，经过3次脑死亡诊断，宣布一脑干出血的患者为正式死亡。这是我国内地正式地认定的首例脑死亡，在我国脑死亡立法进程中具有重要意义<sup>[2]</sup>。以脑死亡为标准，不仅可以免去不必要的治疗，又可以使心脏移植成为可能。尽管本案例未引起任何医疗纠纷，但没有脑死亡立法，为避免可能引起的医疗纠纷，医疗界往往对心脏移植持消极态度。这样就阻碍着器官移植技术的推行。只有真正实施了脑死亡立法，才能给更多患者带来福音，推进我国医疗科学技术的发展<sup>[3]</sup>。

## 2 脑死亡立法将面临的问题

### 2.1 脑死亡立法面临的伦理道德问题

几千年来，都是以心脏停跳、呼吸停止作为判定死亡的标准，这种传统观念已深深地植根于大众的意识形态之中。现在突然采用新的脑死亡标准，让患者家属接受尚有心跳的家人已经死亡的事实而放弃治疗显然不是一件易事。任何新事物的成长都必须经历一个过程，在

死亡标准和传统的心肺死亡标准存在着很大的差异。只有当人们从切身体验中认识到新事物的优越性及其与自身利益一致的时候，才会积极拥护和支持新事物。从传统的心肺死亡概念到脑死亡概念是一次范式的转换。这种转换包括生命观、死亡观的转变，认知上的转变，也包括感情上的转变<sup>[4]</sup>。由于这种思维定势的作用，在短时期内普通大众无法接受脑死亡标准也是很自然的。据统计，在一些不赞成脑死亡立法的人群中，认为脑死亡立法是违背伦理道德的，是不人道的，脑死亡标准是建立在功利主义基础之上的，是为器官移植和节约有限的医疗资源而制定的法律，这有悖于人道主义原则，认为器官移植界是脑死亡立法的最大受益者；还有人认为，进行脑死亡立法只是为了节省有限的医疗资源，他们的理由是：对于处于弥留状态的患者，只要他心脏还在跳、还有一口气，不论患者脑死亡与否都应当把治疗坚持下去，否则便是医师的失职，违背了传统的人道主义原则。还有反对者认为这是违反“生命价值”的原则，觉得心跳还在继续，生命也就还在继续，这时宣布患者死亡，不是谋杀也是对生命价值的漠视；也有一些反对者对目前医师的职业道德和专业水平提出质疑，认为医师作为一个团体，他们保守着垄断的知识和职业领域，在物质利益诱惑前，他们是否能坚守应有的道德规范？他们会因为个人的喜好去判定患者的生死？有关法律专家也提出了他们的顾虑，传统的判断标准具有公示性，一般人都可以判断一个生命是生是死。而脑死亡具有隐蔽性，普通人很难判断一个人是否脑死亡，这种判断的隐蔽性可能会带来一个新的问题，即把死亡的宣判权完全交给了医师，医师是否会利用这一特权进行一些违法行为？当然，这样的质疑也并非毫无根据的，在美国，曾有人对可能参与器官移植的医师和护士做过一项调查，结果发现仅有35%的人能准确无误地说出判断大脑死亡的法律和医学标准<sup>[5]</sup>。这样的结果显然是不尽人意的，自然会使人们对医师的专业水平产生怀疑。因此，医师应该自觉加强个人的医德修养，在提高自律意识的同时，还要不断提高专业技术水平。死亡不仅仅是一个科学技术问题，它同时具有广泛的社会性。因此，要使普通大众接受这一标准，非常有必要对公众进行有关科学的死亡观念、脑死亡概念的宣传。使公众认识到采用新标准将会有利于社会和自身，使他们逐步摆脱传统思想观念的束缚，认可和接受新的脑死亡标准。促进脑死亡立法的进程。

### 2.2 脑死亡立法面临的法律问题

首先是根据我国国情，脑死亡立法是否是必须的问题。坚持从本国实际出发是各国立法过程中必须坚持的最基本的一项原则。同样，在各国脑死亡立法的过程中，也必须坚持从本国实际出发的原则，即本国的实际情况是否已经使得脑死亡立法具备的现实必要性与理论可行性。如果经研究论证，在本国已经具备了脑死亡立法的必要性与可行性的情况下，怎样制定脑死亡法、制定什么性质的脑死亡法以及制定这样一部脑死亡法的目的何在等等，都应根据我国社会主义国家的性质以及我国社会的实际需要来科学地加以确定。

其次是脑死亡立法过程中应如何借鉴国外法律的问题。借鉴外国有益经验原则也是我国立法过程中必须遵守的原则，在对脑死亡进行立法时也是必须坚持的一项基本原则，该原则是保障立法科学性及节约立法成本从而使其符合经济性要求的需要。在接受并明确认可脑死亡的国家中，除最先立法的芬兰、美国之外，其余的任何国家都是在充分比较、借鉴和吸收其他国家尤其是芬兰和美国脑死亡立法的基础

的是我国脑死亡立法过程中如何借鉴其他国家的先进立法经验、立法模式及立法体系建构方面的经验才能适合我国国情的问题。

再次，脑死亡立法过程中应如何坚持维护法制统一、原则性与灵活性相结合的问题。维护法制统一、原则性与灵活性相结合原则，是保证立法具有良好适应性的基础，也是我国立法过程中所须坚持的基本原则之一。在脑死亡立法方面，应考虑到如何协调脑死亡法与其他法律之间的关系的问题，以保证法制的原则性、灵活性及法制统一性。

最后，在脑死亡立法过程中面临的是如何坚持连续性、相对稳定性与变动性相结合原则的问题。连续性、相对稳定性与变动性相结合原则既是一般立法所应当坚持的一项基本原则，也是脑死亡立法所应当坚持的一项基本原则。但是在脑死亡立法的问题上，怎样才能做到连续性、相对稳定性与变动性相结合原则是脑死亡立法过程中必须面对的问题。

总之，在脑死亡的立法工作中，我们不但要考虑到科学技术上的可行性，同时还要考虑广大群众的承受力。只有广大群众认可和接受了脑死亡观点，脑死亡立法工作才能有条不紊地进行下去。

#### 参考文献

- [1] Hershon D. The problematic role of irreversibility in the definition of death [J]. Bioethics, 2003, 17(1): 89-100.
- [2] 赵同刚. 卫生法[M]. 北京: 人民卫生出版社, 2005.
- [3] 刘士国. 脑死亡的立法问题[J]. 烟台大学学报(哲学社会科学版), 2004, 17(1): 38-41.
- [4] 赵瑛. 认识脑死亡[J]. 生物学通报, 2005, 40(6): 17-18.
- [5] 邱仁宗. 脑死亡的伦理问题[J]. 华中科技大学学报(社会科学版), 2004, (2): 31-33.
- [6] Troug Robert D. Is it time to abandon brain death? [J]. Hastings Center Report, 1997, 27: 29.

## 加强医院卫生经济管理的探讨

程光丽

中图分类号: R197.322

文献标识码: A

文章编号: 1671-8194 (2008) 23-0210-02

医院卫生经济管理是通过对医疗卫生服务过程中医疗费用的有效筹集、配置和利用，即利用有限的卫生资源，满足医院卫生医疗服务的合理需求，达到提高医院经济效益和社会效益之目的。如何把有限的医疗经费筹划好、使用好，保证医疗服务的高质量、高效益，是医院卫生经济管理研究者的主要任务。近年来，我国医院卫生经济管理及研究取得了一定的成效，如何使其进一步适应现阶段医院卫生改革和发展的需要，科学优化卫生人才、装备、经费等资源配置，充分发挥有限卫生资源的最大保障效能，仍然是今后医院卫生经济管理的重点。笔者现就这一问题作如下探讨。

### 1 树立与坚持以科学发展观

就医院卫生经济管理来说，必须树立和落实科学发展观，并以其为指导促进卫生经济全面、协调、可持续发展。要坚持“一个根本”、做到“两个贴近”、提高“三个效益”。“一个根本”就是以医院的患者服务为根本，要服务于患者，防止片面追求经济效益、追求短期效应。卫生经济管理效益既要优先补贴医院伤病员医疗，又要兼顾医院自身建设；既要考虑当前急需，又要兼顾长远发展。“两个贴近”就是贴近战场、贴近市场。卫生经济管理既要针对医院，又要针对基层卫生机构，既要研究平时的，又要探索现时的卫生经济管理特点，从而为提高和完善医院整体的服务能力。“三个效益”就是医院卫生事业、社会和经济效益。卫生经济管理不仅要考虑经济效益，而且还要充分考虑医院卫生事业、社会效益，要充分发挥经济杠杆的调控作用，建立有效的激励约束机制，确保提高医院的经济和社会效益。

### 2 充分保证患者的健康需求

医院卫生经济管理工作者必须把广大患者的健康需求、医院卫生服务的需求，作为卫生经济管理工作的方向和重点。应加强领

讲，医院卫生经济管理领域十分广泛，例如，医院卫生经济学的概念、内容、体系和方法，医院卫生总费用分配流向、使用效果和效益评价，标准经费与专项经费的优化配置，医务人员常规的训练的投入与消耗，医疗设施、药材的储备轮换更新效益机制等。特别是医院为患者服务补贴激励机制，有必要建立统一的为患者服务奖励模式，充分利用经济杠杆实现政策导向的可行性，进一步规范为患者服务行为，提高为患者服务质量，减少矛盾，使广大医护人员为患者服务价值得到充分体现。

### 3 完善医院信息网络化平台建设

近年来，随着医院卫生信息化建设的深入发展，医院卫生经济管理迈入了一个新的历史机遇期。由于医院会计核算管理系统和自行研发的各种辅助系统软件的不断应用，各级领导机关对医院全成本核算和卫生经费管理工作越来越重视，对投入、产出的量化分析越来越多、越来越深入，进一步推动了医院卫生经济管理的发展。为此，在未来的医院卫生事业发展，要继续重视研究信息化建设的投入与产出，以及经济管理手段与信息化建设的融合问题，大力提升信息化在经济管理中的作用地位，加大对基础性卫生经济信息平台的研究，利用信息化手段调整改革卫生机构经济管理工作流程，通过信息网络运行，实现以信息流为指导，推动物流、财流、人流的管理，大大提高信息卫生经济管理效率，从信息数据的内在关系反映患者来源、病种分布、技术水平、资源配置、管理要素及规章制度落实与经济活动的关系，从而正确掌握卫生经济运营结果和效益。

### 4 建全医院综合效益评价模式与体系

如何科学评价医院综合效益，做到公平合理，也是正确引导医院健康发展的一个重要课题。笔者认为，应按照“效益优先”原则，开展了以净收益为基础的分析评价与控制，确定了医院收益率、医