

广东省医学伦理学研究中心
广州市医学伦理学重点研究基地
广州市医学会医学伦理学分会

通 讯

2015 年第 1 期（总期第 18 期）

地址：广州市番禺区新造镇广州医科大学番禺校区 邮编：511436

电话：020-37103515 E-mail: handanuser@sina.com

本期责任编辑：韩丹 主审：刘俊荣

相 关 活 动

1. 成功举办广东省医务社会工作研究会成立大会 暨首届广东省医务社会工作学术年会

2015 年 11 月 14 日，由我校发起，广东省医学伦理学研究中心和广州市医学伦理学重点研究地联合承办的广东省医务社会工作研究会成立大会暨首届医务社会工作学术年会在广州医科大学越秀校区学术报告厅隆重举行。广东省社会组织管理局刘平波局长、广州市民政局何镜清局长、广东省社会学会副会长董玉整教授、广州医科大学常青副校长等领导 and 141 名会员参加了大会。大会表决通过了研究会章程，同时，选举产生了第一届理事会、监



事会。我院刘俊荣院长当选首届会长，法学系肖鹏教授当选研究会秘书长。广东省社会组织管理局刘平波局长作了讲话，他指出随着广东经济社会和卫生事业迅速发展，人民群众对健康及医疗服务需求不断提高，医务社会工作也亟待专业化、系统化、规范化。广东省医务社会工作研究会

是我省首个专业领域成立的社会工作法人组织，走在了全国前列，将有助于提高医务社会工作的学术研究和管理水平，有利于提升广东医疗卫生服务水平。广东省社会学会副会长、广东省人口发展研究院院长董玉整教授对学会的成立表示祝贺。之后，北京大学医学人文研究所刘继同教授作了《中国健康社工历史、现状、前景》的学术报告。

2. 成功举办 2015 年广州市医学伦理学学术年会

2015 年 11 月 25 日，广州市医学会医学伦理学分会在广州番禺中心医院举行。广州市医学伦理学重点研究基地负责人刘俊荣教授作为该分会主任委员出席了会议并通报了分会的年度工作。出席会议的还有广州市医学会副会长兼秘书长黄毅，广州市第一人民医院党



委书记、分会副主任委员蒋少艾，广州市妇儿医疗中心党委书记、分会副主任委员耿春华，广州医科大学附属第一医院党委书记、分会副主任委员陈晓辉，广州医科大学附属肿瘤医院原党委书记、分会副主任委员刘敏涓，番禺区卫生计生委纪委书记、分会常务委员王敏之等领导，以及分会常务委员、委员、优秀论文作者代表等约 130 多人。

会议期间，分会领导为优秀论文作者颁发了获奖证书，部分优秀论文作者就医患沟通、知情同意、社会主义核心价值观等问题做了专题发言。同时，会议还邀请了广东省人民医院党委书记、博士生导师耿庆山教授就“医务人员应具备的人文素养”作了专题报告。耿教授从人文素养的内涵、加强医务人员人文素质教育的意义及途径等方面进行了深入的解读和分析，并与会议代表进行了热烈的互动，受到了与会人员的广泛好评。

3. 参加第九届建构中国生命伦理学学术研讨会

由香港浸会大学应用伦理学研究中心与河北省伦理学会主办，云南财经大学法学院生命法与伦理中心和昆明理工大学社会科学学院生命伦理研究中心协办的“第九届建构中国生命伦理学学术研讨会”，于2015年6月29日~7月2日在云南昆明召开。

参加本次学术研讨会的有来自香港浸会大学、香港城市大学和内地高等医学院校、医疗及研究机构的90余名代表。主办、承办和协办单位专家学者和领导参加并主持了本次学



术会议。会议收到学术论文40余篇。会议研讨的主题主要包括：中国传统伦理思想（儒释道）与当代医师职业精神；从中国传统伦理 / 医学伦理看中国的医疗改革与当代医师职业精神；从中国传统伦理思想看养老与生命的终极关怀；当代医师职业精神与“医闹”背后的伦理学困境以及中国哲学与生物科技伦理学等。两天的会期共安排了4位专家做主题演讲，29位代表进行了大会发言。

广州医科大学韩丹副教授以“我们为什么反对毒品”为题做了大会发言，韩丹副教授通过实证研究分析了大学生对毒品的认知偏差，并提出反思当前的禁毒教育的理念。广州医科大学刘涛副教授以“儒家生命伦理对基因改造的伦理辩护与批判”为题做了大会发言。香港浸会大学陈强立教授在其“德性伦理与医疗职业精神”的演讲中，重点阐述了医师职业精神形成与践履过程中，内化于医师内心的道德认识、道德情感、道德情操以及道德境界等

对职业精神不可替代的作用，认为德性伦理是医师职业精神形成的内在要素和动力。河北师范大学赵忠祥教授以“儒家角色伦理与医师职业精神”为题的演讲中，对儒家角色伦理思想进行了总结和梳理，并深入阐述了对当代医师职业精神的形成所具有的实践价值。代表们的大会发言围绕“中国传统伦理与医师职业精神”、“当代医师职业精神的弘扬与培育”、“中国生命伦理学的建构”以及“医学高新技术与医师职业精神”等。

此次学术会议获得与会专家和学者的普遍好评，被认为是对前八届学术会议良好的会风和学术质量的继承和发扬，为建构中国生命伦理学系列学术活动的进一步开展又一次奠定了良好的基础。

4. 参加中华医学会医学伦理学分会第十八届学术年会

中华医学会医学伦理学分会第十八届学术年会暨全军第八次医学伦理学专业学术会议于2015年8月7日~8日在上海召开。会议由中华医学会医学伦理学分会和全军医学伦理学专业委员会主办，第二军医大学和上海市医学伦理学会承办。来自全国和全军医学院校、医疗卫生及管理相关部门的300多位学者、专家、教师和医疗卫生工作者等参加了会议。



广州医科大学韩丹副教授做了题为《反思艾滋病反歧视》的主题报告。

与会专家一致认为，医学既是自然科学，又是人文科学。医疗活动中对人生命的关注、人的生存质量的提高、人的情感的关切、人的心灵的安慰和人的发展的考量，其出发点是“人”，其核心是“以人为本”。当前社会广泛关注的医患关系中病人和医生的权利义务问题，辅助生殖技术问题，以及器官移植、药物临床试验和临终关怀等问题，都涉及医学伦理问题。如何理性辩证地看待医学的进步与局限，理性辩证地认识人的生命与生死，理性辩证地理解医生患者的处境和诉求，这些都需要从医学人文和医学伦理的视角切入研究，以期引起政府决策的科学化，指导卫生改革和医疗活动。

5. 参加国际生命伦理学高峰论坛

国际生命伦理学高峰论坛暨全国第二届老龄生命伦理学与老龄科学论坛于2015年6月27—28日在南京召开。此次学术活动由东南大学人文学院、公民道德与社会风尚协同创新中心主办，江苏省社会科学院、耘医学与哲学杂志社、江苏省医学伦理学会等单位协办。东南大学党委书记郭广银致开幕辞并为“老龄化国际研究中心”揭牌，该校党委副书记兼副校长刘波主持开幕式。



来自国内外近200名专家学者，围绕生命伦理学和老龄生命伦理学与老龄科学等主题进行了深入的学术交流与研讨。

国际著名老龄生命科学家、美国南伊利诺伊大学安德烈·巴尔特克、著名生命伦理学者、美国巴鲁克学院道格拉斯·拉科奇、美国密歇根州立大学汤姆·汤姆林森、美国圣爱德华大学马克·柴瑞、日本大东文化大学新里孝一、英国埃克塞特大学克里斯丁·霍斯科勒等和我国香港城市大学范瑞平、大连医科大学赵明杰、清华大学肖巍、华东师范大学杨国荣、东南大学樊和平等著名资深学者及中青年生命伦理学精英，交流了中外生命伦理学、老龄生命伦理学的最新成果与研究趋向。

我校刘俊荣教授受邀出席了会议并以“自我、身体及其技术异化与认同”为题在大会上做了主题发言。刘教授从身体理论的视角，对人之自我、身体、技术异化等问题进行深入的解读，认为在形而上的自我中，自我与身体的实体性关系被纯粹的心灵、我思等所取代，漠视了身体直觉在自我行动中的价值。而在形而下的自我中，身体只是盛装智力、意识等精神的容器。理性、反思、意识等活动及自我概念的形成必须有身体的在场，并通过身体展示自我、体验自我、生成自我。身体是人之自我的表征，自我由身体所体现，自我认同与身体具有内在的关联性，身体在场是维持连贯自我认同感的基本路径，应当将身体归还于自我，在自我的人格、尊严和价值中给身体留下应有的位置。异化身体的自我认同是个体与社会互动建构的过程。生命技术对人的干预必须以维护人的身体的存在和人格尊严为前提，一切利益取舍和价值判断应当以身体为准绳。刘教授的发言引起了与会学者的广泛兴趣和高度评价。同时，大会发言还在《东南大学学报》社科版上发表。

6. 参加医学哲学专业委员会第十四届医学哲学论坛

暨理事会改选换届会议于 2015 年 12 月 24—25 日在湖北省十堰市召开。此次大会由湖北医药学院承办，来至北京大学、清华大学、香港中文大学、台北医学大学等近 80 家医学院校和科研院所的近 150 名专家、学者参加了此次论坛。我院刘俊荣教授参加了此次会议，并当选为新一届常务理事。



在此次论坛中，北京大学的教授张大庆、香港中文大学 Dr. Olga Zayts、上海中医药大学的教授何裕民，分别作了题为《新文化运动与卫生启蒙》、《Integrating humanities and medicine》、《医学哲学——应向生命哲学及生活哲学适度延伸》大会主题发言。

刘俊荣教授作为大会阶段主持人，对医学人文精神之再造等问题进行了点评和发言。他认为，就“科学”这一概念在我国的最早使用来看，其本身是包含人文的，只是后来受技术理性主义的影响，人文才逐渐从科学中被分离出来。因此，人文精神本来就应属于科学精神的有机组成部分。同样，医学本来也就应是人文科学与自然科学的融合体，人文精神是内在于医学的。当前，强调加强医学人文精神教育只是对原本医学的回归。

7. 举办学术讲座：阐释与解读死亡

2015 年 3 月 10 日上午，基地邀请了国际著名生命伦理学家、美国凯斯西储大学的 Stuart. J. Youngner 教授到学校举办医学人文系列讲座第十八讲：“生命末期的临床决策”，我校部分留学生、研究生以及卫生管理学院的老师聆听了此次讲座。

Youngner 教授从美国对于死亡问题的认识变迁切入，强调美国对于死亡经历一个从绝望、否定、沉默到理性认知与接纳的过程。结合社会发展的现实与经典案例，深入剖析高技术时代，人们对于死亡从任命到个体自主觉醒的变迁。正是在个体自主权被普遍的社会语境下，安乐死走进人们视野，并进入医学伦理学的前台。Youngner 教授进一步阐述荷兰对于

安乐死价值观的变迁，并在 2002 年通过立法，成为世界上首个安乐死合法化的国家，并详细解读相关法律条文，指出，该法律对于安乐死实施的规范性指导作用。当然，Youngner 教授指出，这并不表明，安乐死实施可以随意进行，诸多问题需要进一步厘清。实际上，完善的医疗保障体系、对相关人员进行系统培训等亦非常关键。讲座过程中参与者也不时提出问题，各抒己见，气氛热烈。

此次学术报告，视野开阔，内容丰富，形式活泼，理论与实践相结合，历史与现实相映衬，既有学术的深度，引人深思，又是一次难得的对话机会。

8. 刘俊荣受邀参加“羊城学堂·羊城学术菁英”人文社科讲座



11月21日，由广州市委宣传部、市社科联、广州图书馆主办的“羊城学堂·羊城学术菁英”人文社科讲座在广州图书馆负一楼2号报告厅成功举办。讲座邀请了广州市医学伦理学重点研究基地负责人、广州医科大学卫生管理学院院长刘俊荣教授，以“走好人生的最后一程——基于医学人文关怀的视角”为主题，向 200 多名市民群众进行

讲座。

刘教授说，今天所谈论的是一个非常现实的问题，这个问题尽管大家有时候会故意回避，但又是每个人不可能完全回避的，不仅是老人需要面对，我们每个年轻人也需要正视。大部分人都不敢面对“死”字，伟大的哲学家卢梭说过，“谁要是自称面对死亡无所畏惧，他便是撒谎。人皆怕死，这是有感觉的生物的重要规律，没有这个规律，整个人类很快就会毁灭。”怕死是人的天性，但死又是客观存在的，这是一个规律，正是因为我们看到了死，所以才能更好地珍惜现在的生命，更好地活在当下。

何谓死亡？从医学上讲是生命活动不可逆的终止。传统的死亡标准是，呼吸停止、心脏停跳、瞳孔散大等，现代的死亡标准就是脑死亡，表现在几个方面：第一是发生不可逆的深度昏迷，第二是自发呼吸停止，第三是脑干反射消失，第四是脑电波平直。

一个人有没有死亡的权利？如果一个人有死亡权，当其他人去阻止他自杀，是不是阻止了他权利的实现，是不是侵犯他的权利呢？人有死亡的权利，但也有生存的义务。如果一个人没有生存的义务，人类怎么延续？当我们作为一个健康人的时候，生存义务遮蔽了死亡权利，这个时候你如果去死是不负责任，是懦夫，所以作为一个健康人不能随便去死。

但是在当下，有些病人活得非常痛苦，这个时候他的死亡权利就彰显出来。对于这样的人应不应该满足他死亡的愿望呢？

安乐死一般指对于患有不治之症且极度痛苦的患者运用人为的方法加速其死亡或任其死亡的方法。安乐死的对象必须是而且只能是正在逼近死亡、被难忍的痛苦所侵袭的绝症病人，也就是说，如果一个人虽然患有绝症，但是没有极度的痛苦，就不能去实施。通常癌症晚期病人都非常疼痛，而且属于绝症，在这种情况下如果患者本人要求才可以考虑，像比利时、荷兰等国就允许实施安乐死，我们国家目前还不允许。即使是在允许安乐死的国家，也必须符合一定的程序和条件才能实施安乐死：首先，必须是患者本人提出来，任何家属均不可代为申请，且病人有诚挚的愿望，不是出于家庭的压力实施主体；其次，只能是受过正规培训、取得合法执业资格的医务人员允许实施，家属不能实施。安乐死的目的是，不是为了节省医疗资源，也不是为了减轻家庭的痛苦，根本目的是为了结束病人的痛苦，不能说为了减轻家庭压力去实施安乐死，这是违反法律和道德的。

目前我国针对安乐死立法问题还有不同的争论，赞同者有之，反对者也不少，我个人认为安乐死是一个极其复杂的现实问题，并不能企图通过立法来解决。目前安乐死合法化可能带来的弊端及风险远远大于它的益处，人们可以依据特殊的情况不禁止安乐死，但决不应该鼓励安乐死，而安乐死立法就可能导致鼓励安乐死的后果。

与此相关的还有临终关怀。所谓临终关怀，一是不以延长临终病人生存时间为目的，而是以提高病人临终



生命质量为宗旨；二是不以治疗疾病为主，而是以控制症状、姑息对症和支持疗法为主，采取生活护理、临终护理和心理上的安慰，减轻病人的疼痛，减轻他对死亡的恐惧，提高生活质量；三特别强调个体化治疗、人性化护理，注重患者的生命尊严与生命价值，能够使晚期病人在临近死亡的阶段还活得非常有尊严；四是不仅关怀患者，还为家属提供居丧期内的心理、生理关怀、咨询及其他服务，也就是说，临终关怀的对象，不仅仅是患者本人，还包括了家属，如何使家属减轻家庭的心理负担，能够接受病人的一些需求，配合病人的一些需求等等，也是非常重要的。

人们都恐惧死亡，而临终关怀病人对死亡的恐惧比一般人更严重，所以需要特殊的关照。他们可能会先后经历否认期、愤怒期、协议期（接受临终事实，为延长生命配合治疗）、忧郁期、接受期等五个不同的阶段，在不同的阶段应该给予不同的关照。而且还应注意保护临终关怀病人的隐私，尊重其获取病情真相的权利，让他们参与治疗等相关决定，尊重其清醒时留下的意愿，并在法律允许的范围内尊重他们选择死亡的方式。应允许临终关怀患者保留自己的生活方式，鼓励其做些力所能及的活动，亲友不要为他包办一切。对临终关怀患者的家属也应保有同情和关心之心，面对家属的过激情绪和行为，要能够设身处地地予以理解和同情，使他们的伤感情绪得以缓解。

临终关怀体现了人的生命神圣、生命质量和生命价值的统一。我们国家是在上世纪 80 年代在天津最早建立相关机构，但发展缓慢。临终关怀现已经纳入广东省养老服务体系“十二五”规划，广州市番禺市桥医院是目前广东省唯一一家设立临终关怀专科病区的公立医院，这个模式值得去推广。

荣誉 奖励

1. 我校荣获“高等学校医学人文素质教育基地”

7月17日在天津召开的中国医学人文素质教育教学基地建设会议上，由我校党委冉丕鑫书记作为负责人申报的“精神熏陶，全员育人”教育模式被教育部高等学校医学人文素质教学指导委员会授予“高等



学校医学人文素质教育基地”，全国仅有 10 所高校获得此殊荣。卫生管理学院刘俊荣院长参加了授牌仪式并介绍了我校在医学人文素质教育教学方面的经验。经过半个多世纪的凝练传承，我校的大学精神从 1958 年建校时期形成的“艰苦创业、脚踏实地、开拓进取”的“广医人精神”，到 20 世纪 90 年代展现的誉满南粤的“奉献、开拓、钻研、合群”的“南山风格”，再到 21 世纪初凸显的撼天动地的“临危不惧、实事求是、无私奉献”的“抗非精神”，与时俱进、一脉相承，闪耀着浓郁的广医人特有的精神光辉，体现了我校多年办学的成果，铸就了我校的大学精神之魂，激励着全体广医人为之奋斗，构建并逐步形成了一种与之相应的教育模式，即“精神熏陶，全员育人”医学人文素质教育模式。

卫生管理学院和思想政治理论课教学部，作为我校加强大学生医学人文素质教育的主阵地，在“十二五”规划期间先后获得了第三轮广州市人文社会科学重点研究基地(2012；医学伦理学)、广东省首批精品视频公开课(2012；医患关系及其伦理难题)、广东省精品资源共享课(2013；医学伦理学)，并在 2011 年由中华医学会医学伦理学分会举办的“庆祝中国医学伦理学暨生命伦理学研究 30 周年”评优活动中，荣获“医学伦理学和生命伦理学学科突出贡献奖”。此外，还先后主办了全国医学伦理学教育教学研讨会(2011)、全国医学哲学学术研讨会(2014)等全国性学术活动。本年度又顺利通过了第四轮广州市人文社会科学重点研究基地评审，并获得了管理科学与工程一级学科硕士学位授权点，这对于进一步加强我校的医学人文素质教育，推动高水平大学建设必将起到积极的作用。

2. 我校连续三轮获得广州市人文社会科学重点研究基地

2015 年 9 月 21 日下午，“广州市人文社会科学重点研究基地暨智库建设工作会议”于广州市委大院 5 号楼一楼会议厅召开，会议参加人员包括广州市委宣传部、广州市社科规划领导小组领导，有关高校、党校、社科院分管科研的负责人及科研处/社科处负责人，以及各人文社会科学重点研究基地代表等。



本次会议通报了新一轮重点研究基地申报评审情况，介绍了构建广州特色新型智库的主要设想与措施，以及为新设立的重点研究基地进行授牌。我校“广州市医学伦理学研究基地”被评为广州市人文社会科学重点研究基地。我校卫生管理学院院长、党总支书记刘俊荣教授作为基地负责人参加了由市委常委、市委宣传部部长甘新同志亲自颁发的重点研究基地授牌仪式，基地多位科研骨干也到场参与了本次会议。

我校“广州市医学伦理学研究基地”自 2008 年创建至今，已连续三轮获批广州市人文社会科学重点研究基地。此外，该基地还先后获得了中国自然辩证法研究会医学哲学专业委员会“医学人文杯”医学人文学科建设成就奖、庆祝中国医学伦理学暨生命伦理学研究 30 周年“学科建设奖”、高等学校医学人文素质教育基地、广州市教育系统首届学术研究创新团队等荣誉称号。

3. 我校获国家“十三五”规划教材《护理伦理学》主编资格



2015年10月27日，全国高等医药教材建设研究会和人民卫生出版社组织了全国高等学校护理学专业教材评审委员会专家，在2000余人的申报者中评选出了50多位主编，并于2015年12月6-8日在北京举行了全国高等学校护理学专业教材评审委员会换届会议暨全国高等学校护理学类专业“十三五”规划教材主编会议。基地负责人刘俊荣教授获得《护理伦理学》主编资格并出席了此次

会议。此前，刘俊荣教授已先后主编了由人民卫生出版社出版的《护理伦理学实用教程》、全国高等学校护理学类专业创新教材《护理伦理学》，并被国内多所高校使用。

4. 刘俊荣教授被聘为国家卫生计生委医学伦理专家委员会委员

2015年12月24日，国家卫生计生委网站公布了“国家卫生计生委办公厅关于成立国家卫生计生委医学伦理专家委员会的通知”（国卫办科教函〔2015〕1156号），广州市医学伦理学重点研究基地负责人刘俊荣教授被聘为新一届国家卫生计生委医学伦理专家委员会委员，全国仅有17位专家获得此殊荣。

近年来，该基地在医学伦理学建设方面取得了丰硕的成果，先后获得中国自然辩证法研究会医学哲学专业委员会颁发的“全国医学人文杯优秀学科建设奖”、中华医学会医学伦理学分会颁发的“医学伦理学和生命伦理学学科突出贡献奖”，并被教育部高等学校医学人文素质教学指导委员会授予“高等学校医学人文素质教育基地”。“十二五”规划期间，先后被评为第三轮（2012年）、第四轮（2015年）广州市人文社会科学（医学伦理学）重点研究基地；获得了管理科学与工程一级学科硕士授权点（2015；含医学伦理学方向）、广东省首批精品视频公开课（2012；医患关系及其伦理难题）、广东省精品资源共享课（2013，医学伦理学）等，在国内产生了广泛的影响，得到了国内同行的普遍认可。

此前，刘俊荣教授已被国家医学考试中心聘为国家医师资格考试医学人文试题开发专家委员会委员、医学伦理学专家组副组长。

5. 基地两教师被聘为省城乡家庭医生式服务专家指导组成员

广东省卫生和计划生育委员会聘任我基地冯珊珊副教授和陈爱云老师为2016年广东省城乡家庭医生式服务专家指导组成员。

该专家指导组的主要任务是推动广东省城乡家庭医生式服务的工作开展，协助广东省卫生和计划生育委员会制订相关配套文件、规范、指引，参与论证、研讨、政策宣讲，参加调研、基层指导和各项培训，以及承担有关课题的研究工作等。

6. 我基地五名教师获评市校优秀教师

在我们以满怀喜悦的心情迎来第31个教师节之际，我基地5名教师获评为市级和校级优秀教师。其中，肖鹏教授和龙建教授获得“2015年广州市优秀教师”称号，徐喜荣、龚超、詹勤彬等3人则被评为2015年广州医科大学优秀教师。

百年大计，教育为本；教育大计，教师为本。相信我院教职工会以他们为榜样，自觉践行广医大精神，以高度的责任意识和担当精神，进一步弘扬师德、潜心育人、鼓足干劲、开拓创新，为全面建设“高水平医科大学”做出新的更大的贡献！

成果 通报

1、课题立项

编号	项目名称	项目来源	立项时间	主持	经费 (万元)
1	抑郁症患者及一级亲属奖励与惩罚处理神经机制研究	国家自然科学基金青年科学基金项目	2015年8月	刘文华	18.0
2	系统协同视域下我国公立医疗集团协同能力研究与协同机制构建	国家自然科学基金青年科学基金项目	2015年8月	罗楨妮	18.0
3	医疗责任强制保险制度研究	教育部人文社科一般项目	2015年9月	徐喜荣	8.0
4	新医改背景下广东地区公立医疗集团协同发展效率及协同能力研究	广东省自然科学基金——博士启动	2015年7月	罗楨妮	10.0
5	中国经济转型与地方治理变革：基于广东的实践	广东省哲社办“十二五”规划项目	2015年1月	孙海婧	0.0
6	医学人文实践教学的思想创新和模式改革--服务学习与医学人文教学的整合研究	广东省高等教育教学改革项目（本科类）	2015年9月	韩丹	1.0
7	公共事业管理专业综合改革试点	广东省质量工程（专业综合改革试点）	2015年1月	周梅芳	25.0
8	公共事业管理专业实践教学体系的构建与实施	广东省教改一般项目	2015年1月	周梅芳	1.0
9	广东省农村基层卫生服务综合改革效果评价研究	广东省教育厅特色创新项目	2015年4月	冯珊珊	5.0
10	医疗损害责任法律适用典型问题实证研究 粤教科函[2014]65号	广东省财政“创新强校工程”专项资金项目	2015年4月	谭晓莉	2.0
11	广东省家庭医生式服务政策评估研究 粤卫办函[2015]478号	广东省医学科研基金	2015年9月	冯珊珊	0.0

12	广东省家庭医生式服务效果评价研究	广东省卫计委委托课题	2015年7月	冯珊珊	9.0
13	法学人才培养模式创新实验区 粤教高函〔2015〕133号	广东省教育厅	2015年7月	肖鹏	4.0
14	国家义务视野下的人体器官移植法律制度研究 15Y56	广州市哲学社会科学 发展“十二五”规划一 般项目	2015年5月	龚波	5.0
15	基于利益相关者理论的医疗服务纵向 整合机制研究——以广东省为例	广州市属高校科研项 目	2015年3月	陈爱云	2.0
16	广州市中小学生心理夏令营	广州市教育局	2015年4月	张婕琼	3.9
17	卓越卫生法律人才培养模式创新研究 穗教高教[2015]29号	2015年度广州市高等 学校第七批教育教 学改革项目	2015年7月	徐喜荣	0.0
18	卓越卫生法律人才培养模式创新研究 YF15-Q11	2015年度四川省哲 学社会科学重点研 究基地 四川医事卫生 法治研究中心课题	2015年8月	徐喜荣	0.6
19	推理能力训练的 教学实践研究 Q159145	2014年高等教育“创 新强校”工程专项（第 一批）	2015年1月	党彩萍	2.0
20	工作记忆训练对提高流体智力的促进效 应-基于行为和脑电实验的研究 15G99	2015年广州市哲学社 会科学发展“十二 五”规划 共建课 题	2015年5月	党彩萍	3.0
21	训练推理能力的实验教学和教学软件开 发 1201533681（穗教高教 2015-12）	2015年广州市教育科 学“十二五”规 划	2015年10月	党彩萍	4.0
22	广东省生殖健康状况的实证评估	广东省人口发展研究 院委托项目	2015年12月	刘俊荣	19.5

2、发表论文

编号	论文题目	刊物名称	期号	作者	排序
1	自我、身体及其技术异化与认同	东南大学学报(哲学 社科版)	2015(9)	刘俊荣	独立

2	身体伦理视域下医学模式的哲学反思与重构	中外医学哲学	2015 (2)	刘俊荣	独立
3	儒家生命伦理对基因改造的伦理辩护与批判	中外医学哲学	2015 (1)	刘涛	独立
4	“公共卫生促进会”的活动及影响	自然辩证法通讯	2015 (4)	刘远明	独立
5	个体健康责任的伦理与逻辑	贵州社会科学	2015 (9)	刘远明	独立
6	知情同意在临床实践中的介入: 问题与出路	中州学刊	2015 (6)	陈化	独立
7	社会主义核心价值观与公民心灵秩序的实践转化	湖北社会科学	2015 (8)	龚超	独立
8	从社会实在到习与性成: 浅析社会规范的习得	广东社会科学	2015 (3)	龚超	独立
9	企业社会责任的内涵及其特征——基于演化的视角	贵州社会科学	2015 (7)	范阳东	独立
10	趋同模式下环境政策的情境化和合法化	暨南学报(人文社科版)	2015 (8)	范阳东	独立
11	Orexin A-mediated AKT signaling in the dentate gyrus contributes to the acquisition, expression and reinstatement of morphine-induced conditioned place preference	Addiction Biology	2015 (2)	张雪琴	通讯作者
12	What is the job satisfaction and active participation of medical staff in public hospital reform: a study in Hubei province of China	Human Resources for Health	2015 (5)	罗楨妮	通讯作者
13	Do processing speed and short-term storage exhaust the relation between working memory capacity and intelligence?	Personality and Individual Difference	2015(74)	党彩萍	第一
14	家庭医生上门服务现状分析——以广州市为例	中国初级卫生保健	2015 (8)	刘俊荣	独立
15	美国家庭医生式服务的历史演变及启示	中国全科医学	2015 (8)	刘俊荣	独立
16	广州重建著名传教士嘉约翰墓地	中国科技史杂志	2015 (9)	刘远明	独立
17	浅析美德医疗保险谈判机制模式及对我国的启示	医学与哲学	2015 (3)	白丽萍	通讯作者
18	医务人员视角下知情同意的实证研究	医学与哲学	2015 (7)	陈化	第一
19	强制医疗责任保险的正当性及制度保障	法制与社会	2015 (1)	李平龙	独立
20	论我国疫苗接种异常反应补偿机制的完善	中国卫生法制	2015 (2)	肖鹏	第一

21	医师多点执业若干法律问题探析	中国卫生法制	2015 (7)	李平龙	独立
22	基因专利池的形成与规制	法制与经济	2015 (8)	曾益康	独立
23	美国专利池的历史与发展趋势	法制与经济	2015 (7)	曾益康	独立
24	广东某高等医学院校医患沟通课程改革满意度调查与分析	中国医学伦理学	2015 (8)	田冬霞	独立
25	制约我国医学生医患沟通教育的四大瓶颈及其解决对策分析	中国医学伦理学	2015(11)	田冬霞	第一
26	大学生对志愿捐精的认知、态度及行为调查分析	中国医学伦理学	2015 (4)	龚会	第一
27	医药合同研究组织(CRO)经济伦理问题研究	卫生软科学	2015 (2)	廖成娟	独立
28	论我国人体器官移植中器官公正性分配及法律规制	医药卫生	2015 (2)	龚波	独立
29	连锁经营模式下营销策略组合策略研究	品牌	2015 (20)	高翔	第一
30	我国当前美甲业发展的商业模式研究	品牌	2015 (21)	高翔	第一
31	在校大学生水果消费行为分析	市场周刊	2015 (11)	刘树奎	第一

3、出版专著

资助日期	资助经费单位	资助经费	作者	书目名称	专著教材	出版机构	出版日期
2015.12	广州市医学伦理学重点研究基地	2.5万	龚波	国家义务视野下的器官移植法	专著	中央编译出版社	2016.5
2015.12	广州市医学伦理学重点研究基地	2.5万	曾益康	美国胚胎干细胞的伦理与法律问题研究	专著	人民卫生出版社	2016.12
2015.12	广州市医学伦理学重点研究基地	2.3万	罗桢妮	我国公益医疗集团协同机制研究	专著	武汉大学出版社	2016.9
2015.12	广州市医学伦理学重点研究基地	2.5万	刘鑫	医药法律与伦理评论	论文集	知识产权出版社	2016.6
2015.12	法学系	2.5万	徐喜荣	医疗纠纷预防与处理	专著	中国政法大学出版社	2016.12
2015.12	法学系	2.5万	曾益康	奥巴马医疗法案与美国医改	专著	中国政法大学出版社	2017.1

4、出版教材

序号	专著名称	作者	出版时间	国际标准书号 ISBN
1	《基于药品临床疗效的药品价格 管理制度研究》 人民军医出版社	刘树奎	2015年11月	ISBN 978-7-5091-8763-0
2	《医学伦理学》 高等教育出版社	刘俊荣(副 主编)	2015.08	ISBN978-7-0403147-6
		陈 化 韩 丹 田冬霞 (参编)		
3	《医学伦理学》(电子书包) 人民军医出版社	刘俊荣(副 主编)	2015.05	ISBN 978-7-117-20421-7/R • 20422
		韩 丹 (参编)		
4	《医学伦理学》 人民卫生出版社	刘俊荣(副 主编)	2015.07	ISBN 978-7-117-129718
5	医学人文概要(医师资格考试指 导用书) 人民军医出版社	刘俊荣 (参编)	2015.01	ISBN 978-7-117-19958-2/R • 19959
6	《医学伦理学》 中国协和医科大学出版社	刘俊荣 (参编)	2015.02	ISBN978-7-5679-0234-3
7	《医学伦理学》 人民卫生出版社	韩 丹 (参编)	2015.05	ISBN978-7-117-20421-7

专题一：人胚基因修饰的伦理争论

1. 医学研究中 CRISPR 技术

涉及的伦理问题

CRISPR 全称为 clustered regularly interspaced short palindromic repeats (规律间隔成簇短回文重复序列)，是细菌及古细菌的一种后天免疫系统，能用靶位点特异性 RNA 指导 Cas 蛋白对靶位点序列进行修饰。

2012 年，CRISPR 技术由美国和欧洲的科学家共同发现。

2013 年，两篇 Science 新闻介绍了 CRISPR 技术，使生命科学领域迅速刮起了 CRISPR 风暴。

2014 年，CRISPR 成功用于活体动物，作为动物基因删除或新基因插入的技术。

短短几年间，CRISPR 方法迅速席卷整个生物学领域，成为 DNA 编辑的一种重要技术。然而，2015 年以来，运用 CRISPR 方法的医学研究引发了激烈的争论：

2015 年 3 月，哈佛大学教授 George Church 实验室已经开始尝试在未成熟的人类卵细胞中利用 CRISPR 基因编辑技术，纠正 BRCA1 基因突变。新技术的应用为预防相关癌症的发生提供临床上的可能性。

2015 年 4 月，中国中山大学黄军教授实验室在人类胚胎中进行了基于 CRISPR 技术的基因编辑操作。尽管研究者声称实验所用的是本身存在缺陷、无法发育成成熟胚胎的受精卵，但是在很多批评者看来，类似操作已经与人工修改和制造人类本身无异。

2. 伦理批评

在当前阶段，我国科研人员应暂缓开展编辑人类胚胎基因的临床研究。

第一，基因脱靶效应诱发医源性不可逆伤害。直接编辑人类胚胎基因是史无前例的，高收益和高风险并存。诞生于 2013 年的 CRISPR/Cas9 基因编辑技术已成功运用于定点敲除大、小鼠的基因，且效率高、速度快、简便易行。它也有望根除致病基因在世代间的遗传，但基因脱靶效应不可小觑。基因脱靶效应是指：CRISPR/Cas9 系统本来要靶向编辑单个基因，但它有可能植入到基因组的不相干位点，导致基因突变或打乱基因与基因之间、基因与环境之间的固有平衡，诱发可世代遗传的医源性伤害。基因编辑效率越高，基因脱靶效应的影响也越大，因而明智的做法就是三思而后行。体细胞基因治疗临床试验开展 25 年来，没有一项生殖细胞系基因治疗方案获批进入人体试验就是明证。



第二，编辑人类胚胎基因只是防控遗传疾病的备选方法之一。地中海贫血症是一组隐性基因遗传的溶血性贫血，严重的会导致个体发育不良、新生儿死亡，目前缺少根治的方法，临床预后效果差。通过借助基因编辑可让后代不再携带致病基因，提升胚胎的内在价值，这固然是一种治本之策，但从人群防控层面上不应成为优先选择。预防、诊断和干预地中海贫血症的办法很多，那些有家族史的人可以通过遗传咨询、婚前检查、植入前基因诊断等措施预防，而不必冒高风险来编辑胚胎基因。2009年的诺贝尔奖医学或生理学奖得主杰克·绍斯塔克（Jack William Szostak）于2015年5月初在北京协和医学院的演讲中也表达了这一看法。

第三，直接操纵人类胚胎基因，冒犯了人类尊严。著名学者弗朗西斯·福山在《我们的后人类未来：生物技术的后果》（2003年）一书中主张：基因因素而非环境因素塑造了人种特有的行为和特征（即人性），对人类自然基因进行改造，则意味着人性尊严的丧失。按此观点，科学家对人类基因进行改造和编辑，是在亵渎生命的神圣，触犯了科研活动的道德底线。这种观点带有较为强烈的道义论色彩，它强调的是：不论编辑人类胚胎基因能够给人类带来怎样的好处，操纵人类胚胎内基因本身是“恶”的。即便是无生殖能力的“废弃”胚胎，也有内在价值，不应为了科研目的而随意编辑人类胚胎基因，从而剥夺了人类胚胎独立的尊严。

第四，设计基因婴儿将打开“潘多拉魔盒”。借助基因编辑技术有望增强婴儿的性状和能力，父母可以私人订制婴儿的身高、容貌、记忆能力、延缓衰老和延长寿命，甚至实现定向改良人种。这种崇尚超越人类自身生理极限的技术追求，展示了人类在以傲慢的姿态轻视“自然所给予的”人类基因构成，破坏人类在漫长进化中形成的高度复杂而微妙的身心平衡，最终把人类置身于危险境地，甚至会再现英国作家赫胥黎在《美丽新世界》（1931年）中所描绘的情景：人性被机械剥夺殆尽，被基因控制的人失去了情感和爱情、痛苦和激情。作为一个物种，自然进化虽然不够完美，但也大不可必重新设计自身的基因。更何况，设计完美婴儿的做法也会侵犯婴儿拥有开放性未来的权利。

基于上述伦理考虑，加强对人类基因编辑技术的伦理审查和监管是十分必要的。首先，国家卫生和计划生育委员会要尽快将人类基因编辑技术纳入第三类医疗技术管理，研究制定伦理规范、技术标准、准入门槛，未经备案不得擅自开展人类胚胎基因编辑研究。其次，医学科研机构应当对基因编辑研究项目进行立项审查、登记备案和过程监管，机构伦理审查委员会要负起责任，加强对人类胚胎基因编辑临床研究的伦理审查和监管；已经通过审批的，要进行复审，防止“橡皮图章”现象。最后，科研人员要加强伦理培训，树立伦理意识，加强自律，负责任地开展涉及人类胚胎的基因研究；学术期刊编辑和审稿人要遵循出版伦理规范，对伦理争议较大的论文严格把关。

3. 伦理学辩护

我国科学家利用 CRISPR/Cas9 技术在人胚胎进行基因组编辑的研究，完全是可以得到伦理学辩护的。

首先，这一研究有利于改善基因组编辑技术（例如使之更有效、更迅速、更便宜，减少脱靶性），从长远来说，有利于预防人体遗传性疾病。

其次，我国科学家明确指出，这是研究，不是临床应用。

再者，我国科学家使用的是不能存活的三原核合子胚胎，因而不会造成伤害。当然，使用病理性胚胎得出的研究结果在多大程度可以推论到正常胚胎上，这是从事这项研究的科学家必须考虑的一个问题。

4. 观点博弈

从媒体的报道看，争议仍然存在。从争议双方表达的意见可以看出，人们对基因修饰的伦理学讨论的历史和进展存在着一些不理解甚至误解之处。在这里，不妨选取一些有代表性的观点逐一分析，看看哪些缺乏根据，哪些可以成立。

观点 1：比起西方科学家，亚洲科学家在人类胚胎研究和实验上享有更大的自由，因为亚洲对这类研究有更少的宗教禁忌。

这样的看法失之片面。医学伦理学及其扩展生命伦理学是具有规范性、理性、应用性，是对科学或经验证据知情和世俗性的学科，从《纽伦堡法典》开始就强调的不伤害、有益于人，且尊重人的自主、权利、尊严和知情同意，公正对待人等基本价值是不会改变的（这些价值的优先次序及内涵会随情境的变化而变化）。宗教可能对特定的科学家和伦理学家有影响，但对医学伦理学的发展，以及科学家与伦理学家集体制订的规则不起决定作用。同样文化差异也不起决定作用，因为人类基因组及人体的结构和功能在各种族和族群之间大同小异，个体差异大于种族、族群差异。

观点 2：这项研究存在跨越修饰人类生殖系这一边界的基本伦理问题。

这一说法言之过早。因为我国科学家既没有从事人胚基因组修饰的临床试验，更没有从事其临床应用，仅仅是在不可存活的胚胎上进行体外研究，他们只是在准备跨越这条边界，而实际上尚未跨越。如果这项技术能够发展到安全而有效，为什么不能像线粒体转移技术进行一番跨越呢？尽管生命伦理学的基本价值和基本原则不会改变，但根据这些价值和原则在某一情境下制订的规范、规则 and 标准，是需要随着科学技术的进展而完善、修改、补充，并在一定条件下容许突破，容许例外对待。

观点 3：这项技术与体外受精更为相似，这里完全没有道德问题。

这种比拟是不能成立的。体外受精是成熟技术，已经在全世界广泛应用于临床，并且有过硬的证据证明它是安全而有效的，而不会引起生殖系的改变。而目前的基因组编辑技术还很成熟，其可能产生的受益和风险很不确定，我们不但不能确切地知道编辑后基因能否表达，表达后对人胚胎是否有益，会不会触发正常基因发生突变，而且我们可能连我们应该知道哪些事情也不知道。

“这里完全没有道德问题”，则是过于乐观的说法。所谓道德问题或伦理问题是我们应该做什么（实质性伦理问题）和我们应该如何做（程序性伦理问题）。实际上，我国科学家选用不可存活的三原核胚胎，并一再强调这是体外研究，不是试图应用于临床，这正是对其中的道德或伦理问题作了认真的考虑后做出的妥善安排。

观点 4：一旦我们理解其生物学基础，我们就会接受改善人的健康和延长寿命或消灭癌症等疾病的基因修饰。

我认为这同样是过于乐观的态度。从理解生物学基础到对人的生殖系进行基因修饰，还有很长的路要走，而首先要过的关是有充分的科学证据证明它对人体安全和有效，风险-受益比被控制在可接受的范围内。

观点 5：如果没有其他可供选择的干预措施，只要技术完善，我们就应该考虑人的生殖系或早期人胚的基因组工程。

若真是这样，则意味着人的生殖系基因组修饰可用作创新疗法或试验性治疗，但创新疗法或试验性治疗有一系列的科学和伦理要求，包括体外和动物研究的阳性结果，治疗方案的伦理学审查，有效的知情同意过程等等，而不仅仅是“没有其他可供选择的干预措施”这一项条件。

观点 6：这项研究既是一个里程碑，又是一个警世故事。

哈佛大学干细胞专家乔治·戴利博士这样说，是指这项研究的成功率低，也可能在修正老的致病基因时却产生新的致病基因，在脱靶后在其他地方插入新的 DNA 引起疾病。而且可能更加危险的是，有些人利用这一比较简单的技术，去从事有恶意目的的研究，从而危害社会、危害人类。

我国将这项技术的研究暂时停下来进行一些反思也是有益的。在这个暂停时间内，我们可以思考和探讨的问题包括：1. 在体外胚胎和动物进行生殖系基因组修饰的研究可能会有什么样的伦理问题？包括应该做什么、不应该做什么的实质性伦理问题以及我们应该怎样做的程序性伦理问题。2. 在什么条件下我们可以进入临床试验？在什么条件下我们可以进入临床应用？每个阶段可能会有哪些伦理问题？3. 我们应该如何与人文社会科学家和公众进行对话和沟通，探讨其社会、环境和伦理的含义，以取得社会的理解。4. 我们应该如何与国际同行进行合作和对话？此外，我们还应该总结多年来在几百家医院进行的没有得到证明的、不受管制的所谓“干细胞治疗”的教训。经过这样的思考和研讨后，我们这方面的工作才会做得更好。

（资料来自互联网，韩丹、田冬霞整理编辑）

专题二：“换头术”：噱头、福音还是禁忌

换头，这一贯穿古今中外的科幻设定，如今可能成为现实。据外媒报道，一名身患霍夫曼肌肉萎缩症的俄罗斯男子欲将自己的“头”交给一名意大利临床医生，以移植一副健康的身体，进行世界上首起“换头术”。消息一出，引起各界关注。

1. 技术难题

第一，用特殊物质将脊髓“融合”，颠覆“不可恢复论”需时间验证

“技术层面，应该说脑移植是可以实现的。”

任晓平说。他介绍，器官移植从上世纪50年代开始发展，始终在进步，但手、头这样的复合组织的移植始终没有进展，因为免疫系统的排斥性非常强，直到上世纪90年代，他当时在美国的研究团队研制了新型的免疫药，能够成功控制免疫系统排斥反应，成功实现世界上第一例手移植手术，患者存活十多年。任晓平说，“这代表了复合组织的移植有所突破了。”

但头部依然是全身最特殊的地方，头部移植的最大两个挑战，除了因复合组织而产生的免疫系统排斥反应之外，另一个就是中枢神经系统的连接。

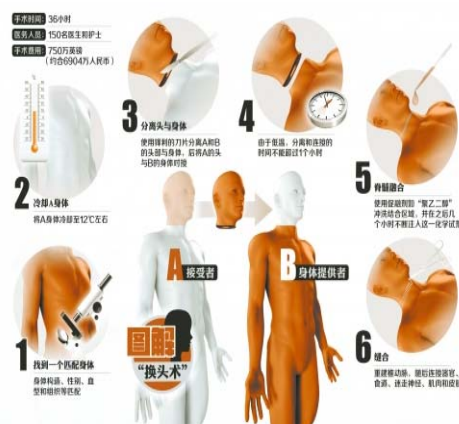
人脑与脊髓连接，组成人体的中枢神经系统，是整个神经系统的控制中心。和人体其他一些神经不同，中枢神经一旦被切断，将不会生长，其功能得不到恢复。

对于这一问题，卡纳维洛自信地解释，受体和供体两者的脊髓末端可以像两束意大利面一样绞起来，他将使用一种名为聚乙二醇的化学物质冲洗融合的区域，并持续注入好几个小时，最终，这种化学物质可以像胶水让两端脊髓融合，就像冲过热水后，两段干的意大利面黏在一起一样。此外，还可以采用注入能够自我更新的干细胞的方法让脑髓跟脊髓连接。

曾成功进行手移植手术的任晓平说，的确，传统上认为中枢神经是没法恢复的，“胳膊上的神经能接上，但中枢神经不能再生，接完了不能活，不能恢复功能。”但近十年科技发展在逐步推翻这个观念，“比如用干细胞，电刺激，特殊的聚乙二醇等，都在慢慢否定中枢神经不可恢复论，但这还需要时间验证。”他说，挑战中枢神经再生功能也是其所在实验室当前最重要的研究。

第二，“身首异处”是否可能存活？

在任晓平看来，卡纳维洛能够去挑战现代医学的“终极挑战”，有着很大的勇气，他说，如果能做成人脑移植的第一例，也意味着现代医学的重大突破。



他表示，虽然这项手术在理论技术上可以实现，但因缺乏客观的实验室数据，还是存在很大的风险。脑部移植到目前为止也只有小鼠实验，即使是他们所做的小鼠实验，也只进行了短期的观察，没有长期的观察，而到现在，也尚未有做猪、猴等更高级动物的实验。

“免疫系统的排斥性反应还是要长期观察才能出现的，术后不会很快出现。”他说，“中枢神经的恢复，也很有可能使得病人瘫痪。”

任晓平介绍，从目前骨科高位瘫痪治疗的情况比较来看，很多人因车祸等原因致大脑和脊椎被切断，这些病人中，“三分之一在入院前或到医院后很快就死亡，三分之一入院几个礼拜后死亡，还有三分之一在几个月之后因为没有中枢神经支配，产生并发症死亡了。”而脑部移植就是一种类似高位瘫痪的情况。不过由医生有意制造的切割，可能在刀子产生的损伤上稍微得到控制。他认为，当前做脑部移植，手术当时成功的可能性非常大，“术后恢复意识及智力应该没问题，但恢复身体感觉和运动功能不确定”，这也就是由于中枢神经功能未能或有可能即将突破的挑战。

2. 伦理问题：手术尚未有科研正当性

A 和 B 变成了一个人，这个拥有 A 的头脑和 B 的身体的人到底是谁？这一手术还面临着伦理问题。

这个计划遭到了医学界、伦理界和不少媒体的强烈反对。美国神经外科医学会主席说：“我不希望这事发生在任何人身上。我不会允许任何人对我做这样的事，因为有很多事情比死还难受。”

北京协和医学院教授，伦理学家翟晓梅看来，这一手术风险很大，安全性得不到保障。翟晓梅认为，如果手术是为获取科学知识，那是为了将知识应用在其他人身上，这时就必须做利益风险评估。如果是为了在临床上解决患者的问题而采取创新性疗法，翟晓梅说，那也需要提供“有道理的方法”，“不是科学家自己说有道理就行了，必须是医学共同体公认的道理。”

不过，在任晓平看来，“人类医学的进步都不是一帆风顺的，临床常常走在伦理的前头。”他说，自己 20 年前在美国做手移植手术时，当时也有非常多反对意见，说首先需要做大量实验才行，“最后做成功了，很多一开始反对的人后来也认可了。”

（资料来自互联网，韩丹、田冬霞整理编辑）

专题三：《好撒玛利亚人法》

当下社会，面临可为可不为的情况，多数人为避免惹祸上身而选择不为。但医生其职业、职责的特殊性令他们不得不出手施



救，很多时候他们同样面临着究竟可不可为的困惑。与其让医者自己权衡，不如由法律作出明确界定来的容易一些，一则明确指示医生什么情况下要出手，二则保证医生在此情况下免于涉足法律纠纷，保障且保护其合法权益。

美国就有这样一部法律，针对以上情况做出明确规定，什么情况下医生可以免责，什么情况下医生必须承担相应的法律责任，这就是《好撒玛利亚人法》。

1. 什么是《好撒玛利亚人法》（Good Samaritan law）？

“好撒玛利亚人”（The Good Samaritan），是基督教文化中一个著名成语和口头语，指心地善良乐于助人的人，即没有法定义务也没有约定义务，仅仅出于内心的道德要求无偿对他人进行帮助的人。该说法源自《圣经·新约》“路加福音”中耶稣基督讲的寓言：一个犹太人被强盗打劫，受了重伤，躺在路边。身为神职人员的祭司和利未人路过不闻不问，惟有一个撒玛利亚人路过，不顾教派隔阂善意照应那位犹太人，还自己出钱把犹太人送进旅店。

《好撒玛利亚人法》是美国法律体系中很有意思的制定法，为紧急情况下施救者因其无偿的救助行为给被救助者造成民事损害时的责任免除的法律制度。美国联邦和所有州的制定法中都有其各自 Good Samaritan law 或者 Volunteer protection law（无偿施救者保护法），其主要目的在于通过豁免见义勇为者在一些特定情形中的责任来鼓励社会的见义勇为行为。

加州在 1959 年制定了美国各州间的第一部《好撒玛利亚人法》，促使这部法律产生的原因是一位女性在北加州滑雪摔倒受伤，当时旁边有几位外科医生，但都没有实施救助。此事促使了加州当局就此事进行立法，以鼓励专业人士对受伤人员见义勇为进行救助，因为法律明确规定了若以善意注意义务提供紧急医疗救助，医疗人士不会因为行为的疏漏而承担民事责任。到 1983 年为止，美国各州以及哥伦比亚特区、波多黎各和维京群岛都制定了自己的《好撒玛利亚人法》。

2. 美国医生在什么情况下受《好撒玛利亚人法》保护？

在美国的法律中，医生的失误分两种，一种是普通失误，一种是严重失误。普通失误指的是医生在紧急情况下提供的是力所能及的帮助，而严重失误指的是医生故意伤害病人。《好撒玛利亚人法》仅保护医生的普通失误。

举例：你在餐厅就餐，突然发现一个病人身体出状况需要急救，于是你上前施以援手，但你采取的胸腔按压和人工呼吸比例为 15:2，而当专业急救人员到场，他们采取的比例是 30:2。这种情况下，虽然你见义勇为的时候没有用最先进的办法，但你已经用了你知识范围内最好的办法了，所以即便出问题，你也无需承担任何法律责任。但是，如果你在急救过程中发现这个病人是个坏人，比如是一名十恶不赦的通缉犯，而主动停止救援导致病人死亡，那就不受本法保护。

《好撒玛利亚人法》强调施救的医生和被救者之间是否存在医患关系，双方自始至终都没有医患关系，法律保护医生，如果曾经或在急救现场产生了医患关系，出了问题就可能要承担法律责任。

举例 1: 你开车或走路经过一个事故现场, 你跟需要救助的人素不相识, 即使你使用了随身携带的听诊器或车里其他医疗仪器, 也不能说明你和被救者有医患关系。

举例 2: 一个事故正好发生在你供职的医院或诊所旁边, 你所救援的对象如果你以前诊治过的病人, 一旦出了问题你可能要承担法律责任, 但这种可能性也不大。

举例 3: 你业余时间志愿给孩子学校的球队做教练, 比赛时任意一方的队员身体出现状况, 你施救没有问题, 因为此时你的身份是教练而不是队医。

举例 4: 你志愿加入马拉松比赛的急救队, 那么所有参赛的选手都是你的患者, 你们之间有医患关系。但是近些年美国所有的马拉松比赛在赛前都会要求选手签字, 放弃与急救队医生之间的医患关系, 所以医生也还是受法律保护的。

举例 5: 你孩子的老师知道你是医生, 邀请你旁观学校的一场球赛, 你同意了, 那么在观看比赛时你的身份就是医生, 你与队员之间也有了医患关系。

举例 6: 你在医院或诊所工作时, 本院医务人员突然出状况需要急救, 你如果采取措施救了, 那么你与被救者就有了医患关系, 一旦出问题可能不会受到保护。

病人如果付账给施救医生, 或者医生给病人开出治疗的账单, 救治行为将自动脱离法律保护。关于施救之后病人给医生送的礼物, 双方必须声明这不是报偿只是普通的礼物, 大多数情况下, 法律对于礼物的形式和涉及金额都有明确规定, 但医生在这种情况下收礼也需要注意。

3. 医生遇到紧急情况是否必须相救? 不救是否违法?

答案是, 除了路易斯安那州、明尼苏达州和佛蒙特州, 美国绝大部分州都没有法律明确规定医生在非工作地点见死不救就是违法。而关于医生在工作地点紧急救治同事或别的病人, 美国加州和科罗拉多州的《好撒玛利亚人法》规定是免责的, 在其他的州, 可能会免责, 也可能不被保护。从道德层面来讲, 美国医师协会颁布的道德准则中强调, 医生有权利自己选择在什么条件下、在什么地方给病人做诊治, 但遇到紧急情况时, 医生还是应该积极抢救。

医生实施紧急救助要到什么程度才可以把病人转交给下一个急救人员? 对于这个问题, 并没有统一的明文规定。一般来说, 如果闻讯赶来的急救人员经验不足, 医生最好把病人护送到医院, 如果急救人员经验很丰富, 他们来了助人的医生就可以离开。总之, 要等病人稳定才能离开, 否则出了问题就是故意失误。

非工作岗位上遇到紧急情况, 救不救, 怎么救才不会陷入法律纠纷? 紧急手术前, 病人或家属没签字, 怎么办?

4. 飞机上的紧急情况, 救不救, 怎么救?

刚才说的是美国联邦和各个州的《好撒玛利亚人法》, 该法律只在美国国土或州的辖地有效, 如果紧急情况发生在飞机上, 而飞机又跨过好几个州甚至跨国界, 情况就更复杂。加拿大、英国、澳大利亚等国家也均有类似的《好撒玛利亚人法》, 当飞机驶入别国的领空时,

紧急救助行为的责任情况将适用其他国家的法律。

据统计，美国每年大约有 77 亿人次乘坐飞机，Medair 的一份调查资料显示，紧急医疗情况的发生率从 2000 年的 19/100 万人次上升到 2006 年的 35/100 万人次，美国家庭医生联合会年会的参会医生中，大部分声称在飞机上曾遇到过紧急情况。美国国内航空公司的飞机一般都有除颤仪等简单的急救设施，大型飞机里还有更复杂的急救设备和药物，因此医生能够得到的器材和药物方面的支持比普通情况下好很多。需要提醒的一点事，医生在飞机上紧急救助病人时，不应主动要求飞机改变航线，而是要告诉机组人员病人情况的严重性，总结一下，医生不管在什么情况下出手救人，不仅是道德准则，在法律实施上，有很多保护。在大多数州，医生都没有责任去抢救危险病人，如果出手相救，宗旨是让病人稳定，而且被救的人必须同意接受你的就治，如果病人不说话，可以认为同意接受，如果病人表示了不让救，就不能救。你一般的水平问题被保护，但故意失职不被保护。

5. 《好撒玛利亚人法》适用情形再举例

一名医生在纽约一栋公寓大楼大厅被物业主任的妻子拉住，说她丈夫胸口疼。医生去看了病人，并且量了脉搏和血压，打电话叫了急救车。病人送到医院后医治无效死亡，业务主任的妻子把医生告到了法庭。法庭最后裁定，医生在紧急情况下自愿救助，且与病人没有任何医患关系，原告诉败诉。在这种情况下，医生的医疗水平对案子的影响很小(没有医患关系)，一旦《好撒玛利亚人法》启动，只要原告不能证明医生故意杀人，医生自动胜诉。

印第安纳法院曾审判过一个与以上情形类似的案例，结果却完全不同。一名医生在自己家里接到邻居打来的电话，说她丈夫胸口疼，于是过去看了病人，并且开了药。一个小时后，这个邻居再次给医生打电话，医生过去时发现病人已经心源性休克，立即实施急救，但是抢救没成功，病人死亡。邻居把这名医生告上法庭，最后的裁定结果是本案不能以《好撒玛利亚人法》处理。理由是医生第一次去病人家里并不属于紧急情况，因为他还有时间给病人开药（建立了医患关系）。但请注意，这个裁定只是说《好撒玛利亚人法》不适用此案，并不说明这个医生是不是有失误（因此不需要医学专家来作证，这不是医疗问题，是法律问题），是否有医疗失误的问题需要用另外的法律程序来裁定（包括专家作证，这既是法律问题，又是医疗问题）。

（资料来自互联网，韩丹、田冬霞整理编辑）

北川宣言

医学伦理宣言

——关于灾疫预防与治理、灾疫学学科建设以及维护人民生命安全重大政策的倡议（中文版）

中华人民共和国政府、国际红十字会、红十字会与红新月会国际联合会、联合国教科文委员会、世界卫生组织、博爱国际（Garitas Internationalis）、国际救援发展机构“国际宣明会”（World Vision）和一切从事灾害研究和行动的机构和所有关注人类命运的人：

今天，我们集合在“5.12”大地震发生地，人道地发出这样的呼吁，以为我们的人民的生命安全，贡献我们的智慧和力量。

今天，2012年的前夕，我们境遇在灾难文化、全球金融危机、世界末日预言和新宇宙文明时间的心理回应之中，为尽快抑止人类发展的冒进行为、节制我们无限开发地球资源和宇宙的计划、缓释我们丧失理性地掠夺自然的冲动，向你们-关心民生并使我们信赖的政府以及所有致力于人类福祉的组织、团体与个人，发出写在下文的呼吁：

世界正在发生重大变革和经受最严重的考验，我们应该重新有一个理性的选择，新的世纪始终处于反省和被惩罚之中。恐怖、战争、暴力与人为和自然灾害等带来的屠杀、伤害、饥饿、贫穷、疾病以及家庭暴力、受损害的妇女和儿童、不公正与不人道仍然在这个经济发展的世界上横行。后工业社会、高科技以及文化变革所生发的危机，使我们感到，信任、爱、和平、安全与健康从来没有像今天这样宝贵。

我们已经失去理智，无视隐患与风险、无忌惮地对核电进行开发与利用；我们不顾毁坏生态和自然的稳定，拦截和阻断哺育我们祖先和我们自由奔流的母亲江河，我们为一时之快疯狂地开挖地球、灭蚀草场、充填湿地、滩涂和海洋；我们剥夺了无数动物、植物赖以生存的栖居地。

在经济发展进程中，无序地加速城市化，以政治虚荣心理做驱使，刺激现代畸形农村和病态乡镇工业，加剧污染与制造交通严重拥堵，科学技术、文化、广告与市场为牟取暴利对食物与药品进行灾害性加工，如此等等，极其严重地加剧人民生命安全危机。

我们正在寻找，企望摆脱对人类身体的谎言与生命欺骗的困境，尽快使我们重新回归卫生正义与诚信。一场以预防灾害和事故为主题的医学人文复兴运动正在兴起，这场运动所表达的信仰与意志也同样可以影响人类，影响卫生经济生活，影响汉语文化生态；我们正在关注由于生活和技术转变而引发的健康文化和精神文化的震荡。我们认为有必要呼吁：关注与每个人息息相关的灾难学学科建设，与我们一起，用人道责任和灾害策略拯救人类生活方式和文化取向。今天，我们通过热烈讨论，发布有关灾疫预防与治理、灾疫学学科建设以及维护人民生命安全的倡议的《北川宣言》，并使此宣言本身成为上述运动的一个重要构成部分。

灾难医学应该是人文医学的一个最具有人道成分的分支。人文医学一直处于科学和人文社会科学的边缘，它长期处于被冷落的非主流、非常规的教育与学术地位，一直被大文化排斥

在外。我们注意到价值论哲学对医学的影响，希望后现代文化能够用人道的、符合当代人意愿的方式实现现代化，同时又能保持与往昔传统的平衡。

我们肯定，灾难学和灾难医学即将发挥作用，它应以非凡的生命力和冲击力改变我们的医学生活，指导我们的进步。

我们呼吁，决策者与社会各界倾听我们的声音。

A 语言、语义与概念

灾害是指导致丧失生命、人类巨大苦难和不幸以及大规模物质损失的灾难性事故；阿拉木图宣言指出：

“健康是基本人权，达到尽可能高的健康水平是世界范围的一项最重要的社会性目标，而其实现，则要求卫生部门及其他多种社会及经济部门的行动。”

灾疫伦理学 (calamity of pestilence ethics) 是有关突发严重疫情的伦理问题、伦理关系、应对由疫情引发的公共卫生政策以及各项制度的伦理学原则研究的生命伦理学分支学科。

灾难学，应包括所有关涉灾害发生以及对策的人文社会科学和自然科学技术诸学科的理论与实践应用技术。

国际红十字和红新月运动及从事救灾援助的非政府组织行为准则的基本精神是：

国际共同信守的行为准则为：协调一致的救灾信息，各国政府面临重大灾害，必须及时提供便利，尊重民间的人道行为和人道责任；

接受人道援助与提供人道援助是一项普遍的人权，是救援的基本原则；

我们要随时援助在灾难和事故中最弱勢的抵抗能力的人们；

任何国家、组织、机构和个人，不得受种族、宗教信仰、政治立场的影响，应无条件伸出友谊之手，及时救助需要支援的人们；

救援行为不是党派的政治行动；要尊重各民族、地区的文化、宗教信仰与习俗，提高当地应对自然灾害或人为灾难的能力，项目的受益人有责任参与援助计划和管理事业。

B 政府

我们欣慰地感受到中华人民共和国政府近期对公共卫生事业、医疗改革、卫生立法、食品安全以及灾害医学所采取的积极行动和有效地决策，并被国家领导人体恤民情、以身施爱的精神所感动。

但我们作为学术组织，针对时世，认为：

应重读凯恩斯和反思中国式马克思主义，重新回到马克思；清理与制定新的卫生体制的改革纲领与调整改革路径；要节制和放缓发展速度，调整经济格局配置和宏观调控，充实发展过程中的薄弱环节和平衡并改造局部结构；进一步挤兑和打压经济泡沫；

应反思中国特色发展模式与我们理解的“中国特色“的卫生政治经济模式、卫生体制模式等；

公平与诚信是最大的生命政治，宁可放弃效率，恢复田园生态伦理环境，寻求发展的新模式、新路径。

清查与整顿目前的核电站设备与管理机制，撤销、缓建与停建尚未实施的核电站建设，立即更换一代设备，灭绝可能发生的事故隐患；

立即停止新建水电项目与计划，治理与恢复后水电工程时期毁损的地域生态与环境；

大力发展、开发与扩大风能、太阳能、潮汐能利用，增强公民节能意识和培育低碳生活方式的自觉性。

加快卫生政治体制改革、政治经济模式和卫生经济制度改革，逐步粉碎一切经济利益集团和利益链条；在医药卫生事业发展与卫生体制改革中，批判重商主义和技术主体论，重申“以精神文明和经济建设为中心”国事发展原则；

限制或减少应用性、俗化性、短期性的炫耀式、政绩式工程项目；

继续降低主要铁路交通的速率和速度，在相当一个时期内停止继续发展高铁建设；

理性地控制 GDP 追逐；（将节余的 GDP 或提高数倍投入医药卫生、环境、食品安全，强化政府干预，喂育“看得见的手”），力求在“十·二五”末期，将卫生投入增加到 GDP 的 8-10%；

控制富人消费行为与财产转移，大幅度强制税收，对年收入超过 100 万元的阶层，税收增加值下限为 30%，用以投入灾害开支和民生事业；

国家应成立灾害特别委员会和灾害科学研究院，致力于对重大灾害的管理、政策制定、灾害立法以及对灾害善款、捐赠物质使用的监控；开展公民灾害意识、防范技能教育；重视救灾的组织建设，其网络必须覆盖村、乡、镇和小区、居民点、社区基层向上直至中央灾害特别委员会，形成有机的行动体系。

卫生部应设立灾难卫生司。

C 食品安全与疾病控制

我们正面临公民的食品安全的重大的信任危机和消费危机之中。

食品安全与疾病控制是民生事业的重要内容，组织、机构与人员承担人类赋予的维护生命和公民健康的神圣责任。

食品是我们赖以生存的第一要素，我们的每日粮食是我们生命和生活的保证，是人类发展和进步的基础。而我们正遭遇着最大的餐桌风险和食品惊恐而造成的消化阻力和消化心理障碍。

我们应重新制定食品安全法、急救法、血法以及相关法规和条例。

严惩和打击类似三氯奶、瘦肉精、有害添加剂、地沟油等各类严重犯罪行为。增强职业人和民众在制造、销售、交易、存储、运营、监管与管理各环节的遵章守纪的道德自觉性。

D 医学、灾难教育、学校与医院

我们反对和抵制富人医学倾向，坚持医疗卫生中的公正。

要立即停止城市医院的无限扩张，重视基层医疗单位的发展，破除健康与养生迷信，重视灾难医学与灾难学的发展。

医务人员应以救助灾难中需要救助的人的生命维护为天职，负起人道责任，除设立灾难科室（中心）外，要培养一批灾难医学专门技术队伍与专家。

医学院校要增设灾难医学专业的学士、硕士、博士学位授予点；以及面向各专业的灾难学和灾难医学教育，编著灾难学和灾难医学系列教材，如灾难医学、灾难政治学、灾难法学、灾难管理学、灾难心理学、灾难伦理学、灾难经济学、灾难社会学、灾难新闻学、灾难人类学、灾难教育学等。

学校领导与主管部门应重视灾难学和灾难医学的教育与教学，应积极培养各级中青年骨干教师。在学科建设、教学计划、学时安排、教学条件和教研室设置上予以保证；应通过学校制度供给，鼓励医学生投入必要的精力，学习灾难学和灾难医学理论与应用知识，并视其为从事医学工作和研究的重要资质部分。

开展面向社会的灾难与生死教育；强化全民灾难意识与普及救援和自救能力。

我们认为，灾难学和灾难医学的发展能直接影响和指导社会生活，它的研究与工作人员应参与与社会各界相关的理论研究和实践，它不仅带给公民以生命保障和人道主义，同时还教会人们如何度过危机、困境，用爱和灾难救援以及医学技术给其生的希望。并让那些由于失去亲人、失去家园、以及失去健全身体者的心理获得慰藉和平衡。

灾难学各专业的毕业生，将成为各级管理者的合作伙伴，将成为与国际、国内救援组织和领导人、军队、消防人员、法律、保险事业、社会团体、企业的联系人与代理人，从而保证救援集体与个人在一种稳定、平和的秩序中精力充沛地专注工作。

灾难学学者与灾难事业的工作者，肩负着人类一种特殊的使命和人道的责任，他们应博爱、谦逊、勇于奉献，他们应克服一切意想不到的困难，在各种恶劣的突发的境遇下，保持冷静的思绪、坚定的意志和坚强的控制力，以为拯救每一个生命，发挥聪明的才智。

E 文化与联盟

灾难是一种文化。

我们呼吁一切文化部门、新闻媒体、机构和出版单位，在灾难面前，放弃一切商业属性和经济利益追求，以人道责任为己任，加入我们维护人民生命的共同体。

灾难文化透悟着人类本真的友善与信念，用阳光语言和文字，用影像产品和艺术作品来感染、教育我们的公众和唤醒我们的良心。由真情的旋律和音符，撼动我们，编织上天给予我们的深刻的爱、信仰和对于宇宙间所有生命的希望。

我们一致认为，为更好、更有效率地持续建设与发展灾难学与灾难医学，有必要成立一个全国性的学术组织，它就是“中国灾难医学工作者联盟”。联盟吸收所有关心灾难学和灾难医学的学者、教师、管理者、医务人员、干部、慈善家及社会各界人士，联盟以致力于灾难学和灾难医学的学科建设为宗旨，从教育、教学、对外交流、科学研究、管理、参与决策和立法等各个角度关注这个发展中的事业。我们认为有必要在适当的时机，正式成立理事会，制订章程，并积极创造条件，早日创办《中国灾难学》杂志。

每一位盟员都有义务为这一事业而奋斗。

我们生活在一个充满灾难和风险的球体，每一天都有可能发生破坏程度不一、各种类别与性质的自然或人为灾难，对于我们生活在已经变化了的历史时代的意识，也反映在这样一个事实中，即具有灾难教育特征的许多议题，已成为我们行动的关键词：

——灾难，尚没有预防的最佳良策和预警的方案，尚没有最有效的避免明天可能发生的灾难的知识和方法，我们还无法防止不规范研究和滥用的智慧；

——知识，尚没有成熟的灾难学学科体系和科学的防灾减灾理论，尚没有和根本没有掌握应对灾难发生的完整的文化、经济、教育、管理手段，也没有可信任的免除引发风险的力量；

——医院，尚没有有效应急处理灾难和突发事件的机制和熟练的管理人员和工作者；还经常在事变突发时，脱离岗位丢弃病人而遭到世人蔑视与斥责；

——人道主义，尚没有抵制不同的个人和团体对救灾款额和资源分配权力争夺的巨大兴趣的道德。

我们的讨论已经达到了一个高峰，我们已经圆满地迈出了第一步，我们表明了我们的明确思想、观点、以至于对未来的祈愿，我们愿意成为传播种子的使者，也希望政府、社会、媒体理解与支持这个事业，我们怀着善意，用一种无需释译的语言宣传我们大灾难学的价值观和历史哲学意义。

我们相互依存，我们珍视我们的共同体，我们将以灾难学这一人道主义事业作为纽带，团结一切可以团结的人们，使每个人都运用自身的伦理传统和灵性资源，投身到艰苦但为人类永恒的福祉和美好的未来生活而奋斗的工作中去，我们今天的行动，将把我们带向未来。

2011. 10. 23

全国第二次灾疫伦理、法律、教育问题研讨会全体

于北川（孙慕义起草）

美容医学伦理宣言

美容医学是维护健康美与生命美的崇高事业，是医疗保健事业的重要组成部分。

1. 在医疗美容实践中，每一位美容医学工作者都有义务维护医学的纯洁性，自觉遵循医学伦理学原则和职业道德准则。
2. 以科学性、艺术性、道德性相统一为美容医学的基本原则；以健与美的高度和谐与统一为美容医学的终极目的。
3. 以仁慈之心，关怀美容就医者，尽力给予全身心的关爱。
4. 在合法经营的同时，倡导经济援助和无偿技术服务等社会公益活动。
5. 严格掌握各项医疗美容技术的适应证和禁忌证，对所实施技术项目的优点、缺点、并发症等情况有说明的义务，在双方自愿的原则下签订知情同意书。切忌滥施美容治疗。
6. 遵守国家的各项法律法规，不使用未经国家有关部门批准的各种医疗器械和人体植入材料等。
7. 在美容医疗技术操作过程中，力求创伤最小，审美效果最佳。
8. 尊重美容就医者的隐私权和肖像权，未经美容就医者同意，不得在非学术刊物及各种媒体上使用术前和术后照片等资料。
9. 以诚信为本，不在论文、报告及广告中弄虚作假。
10. 尊重同行，团结协作，实事求是，发扬学术民主。鄙视抬高自己和贬低别人的不道德行为。

美容医学工作者应以良知履行上述职业道德准则，并自觉接受社会各界的监督。

中华医学会医学美学与美容学分会

中华医学会医学伦理学分会

后 记

中心简介

广东省医学伦理学研究中心是由广东省卫生厅于 1999 年 5 月 19 日批准成立的医学伦理学学术研究机构，挂靠在广州医科大学。2013 年 5 月完成换届选举。

该中心成立以来，先后配合广东省卫生厅对全省 24 万医务人员进行了医学伦理学培训、组织了全省医学伦理学优秀论文评选活动，举办了全国生命与健康伦理讲习班、全国医学伦理学教育高级研讨班、第二届全国生命伦理学学术学术会议等学术活动。与《广州日报》、《南方日报》、广州电视台等新闻媒体合作开展了《关注病人的权利》、《医患关系从此走上平等路》、《安乐死》、《脑死亡》等专题讨论；中心成员出版了《医学伦理学》、《护理伦理学实用教程》、《医患冲突的沟通与解决》、《走出情感亚健康》、《人文视野中的医学》、《构建和谐医患关系概论》、《医疗纠纷与法律处理》等著作；主持了《中国语境下知情同意的伦理与法律问题研究》《伦理困境下的医疗行为选择及其社会认同与评价》、《中华传统医德思想研究》、《医患冲突的社会学研究》、《医患关系的社会心理学研究》、等国家级、省部级、厅级科研项目 100 余项；发表学术论文 500 多篇；获得国级奖励 1 项、省级奖励 4 项，其他奖励多项。对推动我省的医学伦理学教育、培训和学术研究工作发挥了积极的作用。

为进一步促进我省医学伦理学的学术交流，加强医德医风建设，为各级卫生行政部门、医疗机构提供理论参考，欢迎各级医疗卫生机构、高等医药院校、卫生研究机构推荐优秀稿件，内容包括：医德医风建设经验交流、医患沟通制度建设、医院伦理委员会工作等。我们将定期编辑通讯，向各级卫生行政机关，以及相关医疗机构推荐宣传，充分发挥学术研究平台、经验交流平台、培训教育平台的桥梁作用。

讯地址：广州市番禺区广州医科大学番禺校区 广州医科大学卫生管理学院

联系人：刘俊荣 陈化(020-37103515)

传 真：020-37103515

E - mail: jrliu229@sina.com 网址: <http://210.38.57.36:8083>

基地简介

广州市人文社会科学(医学伦理学)重点研究基地是由广州市哲学社会科学规划领导小组于 2008 年批准设立的医学伦理学学术研究机构。在第二轮重点基地的基础上,该基地于 2015 年又成功获批第四轮广州市人文社科重点研究基地,依托单位为广州医科大学卫生管理学院。

为了落实中共中央《关于进一步繁荣发展哲学社会科学的意见》,根据《广州市人文社会科学重点研究基地管理办法(试行)》,2015 年广州市哲学社会科学规划领导小组专家对申报第四轮市人文社会科学重点研究基地的单位进行了评估,广州医科大学卫生管理学院由刘俊荣教授负责申报的“广州市医学伦理学重点研究基地”以优异的成绩通过了专家评审及答辩,被评为第三轮广州市人文社会科学重点研究基地。据悉,该基地是国内目前在医学伦理学方面由政府部门评审并给予经费支持唯一一家。该基地在第三轮建设中,资助出版学术专著 30 多部、资助立项课题 30 余项、发表论文 230 多篇,主办及承办全国、省及市各类学术会议 10 余次,参与医学伦理学相关培训及伦理审查等活动 100 多人,获得各级各类科研奖励 18 项、荣誉奖励 25 人次。

通讯地址:广州市番禺区新造镇广州医科大学番禺校区 广州医科大学卫生管理学院

联系人:刘俊荣 韩丹(020-37103515)

传真: 020-37103515

E - Mail: jrliu229@sina.com

网址: <http://210.38.57.36:8084>