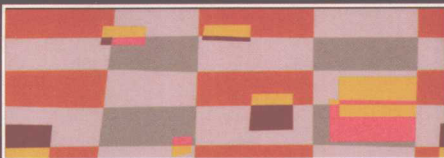
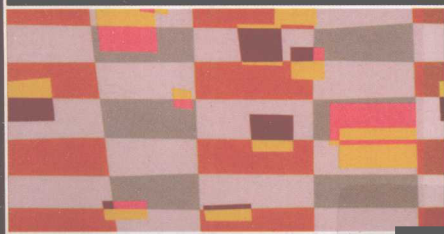


YU AN LI



医事法原理

YI SHI FA YUAN LI



张越 张欣 何玉梅

刘继东 朱新星/著



YI SHI

FA

人民出版社

医事法原理

张越 张欣 何玉梅
刘继东 朱新星 著



人民大学出版社

责任编辑:崔继新
特约编辑:王荣栓
装帧设计:徐 嫣 李 辉
版式设计:王慧如
责任校对:张春燕

图书在版编目(CIP)数据

医事法原理/张越 等著. —北京:人民出版社,2010.6
ISBN 978-7-01-008723-8

I. 医… II. 张… III. 医药卫生管理-行政法-法的理论-中国 IV. D922.161
中国版本图书馆 CIP 数据核字(2010)第 033730 号

医事法原理

YI SHI FA YUANLI

张越 张欣 何玉梅 刘继东 朱新星 著

人民出版社 出版发行
(100706 北京朝阳门内大街 166 号)

济南宏宝印务有限公司印刷 新华书店经销

2010 年 6 月第 1 版 2010 年 6 月北京第 1 次印刷
开本:787 毫米×1092 毫米 1/16 印张:31.5
字数:710 千字 印数:0,001-3,000 册

ISBN 978-7-01-008723-8 定价:65.00 元

邮购地址 100706 北京朝阳门内大街 166 号
人民东方图书销售中心 电话 (010)65250042 65289539

序 言

卫生保健系统将众多领域的特异之处集于一身^①：一方面，它与政府提供的服务有关，政府通常在食物、房屋等物品市场对穷人提供服务或补贴，但人们也期待政府在医疗保健领域也这样做；另一方面，医疗服务与行政许可有关，在许多国家和地区，提到产业管制、执业执照，除了律师、会计师，人们通常也会想到医师、护士；此外，卫生服务究竟应当是营利性的还是福利性的，即应当与交响乐、义务教育为伍，还是向竞争性商品看齐，这些，都与卫生保健有关。不仅如此，卫生保健服务还与我们最关心的几个基本问题全部相关：生命、死亡、健康、疾病、财富、生活质量。本书的根本目的，就是以理性的最大限度，梳理这些复杂的议题，在现有的经济水平下，提出解决这些我们最关心的问题的方案。

本书的研究方法，是从法学的角度研究医学所涉及的社会学问题。法学作为一门人文社会科学，它介入诸如医学等传统自然科学领域的必要性，与哲学、伦理学、经济学、社会学、心理学等的类似介入，道理是共通的。所不同的或许仅仅是，法学具体的、规范性结论，实际的执行效果，可以立即付诸社会现实的某个具体领域，直接对其中的每个参与者产生切近的影响，而不仅仅停留在咨议、清谈的层面上。如此看来，从法学角度研究医事现象，就是将哲学、伦理学、社会心理学、卫生经济学、卫生社会学等的研究成果，落实为立法的指导原则、操作方案和具体条文，并通过既有或者新设执法渠道，将承载这些原则、方案的法律规范，外化为卫生服务领域的秩序现实。

本书从法学的角度，筛选大量的医学常识，用法律的体系将其融合在一起的一个体系性作品。这个体系未见得能够实现，但基本符合医者的常识；其中的内容，虽然对于医者而言可能过于小儿科了，但彼此粘合的结果却出乎大多数医者的想象。这正是本书希望的效果：使医学者不知不觉间，在习以为常的常识中建立起对卫生保健体制反思、批判与创新的平台。因为笔者越来越深切地感受到，法学者们的慷慨激昂，对于中国医疗体制的改革或许于事无补，中国的医疗体制改革必需而且只能靠医者的理性投入。本书的立意，就是希望每一位医者、患者能够以本书的架构为平台，从对方的角度思考双方共赢的破题方案。

医事法的要旨，在法学规范性与医学技术性的真正的理性融合，绝非将法律的普遍原则适用于医事的特殊领域那样简单。将二者的关系如此简单归结的结果，是一般医事法研究成果无法深入的原因所在。如果说这种简单的三段论式研究在国外某些国家尚可一试的话，在中国，至少在目前，还行不通。因此，笔者的首要目标，不是建立一个独立的医事法部门，而是建立一个合理的医事运行体系。恰恰是在这个过渡时

^① 参见【美】舍曼·富兰德等著：《卫生经济学》，中国人民大学出版社2004年版，第20页。

期，法律可以而且应当有所作为，在某些环节和领域，甚至非依法不行，如卫生保险体制的建立、公共卫生服务体系的建立、全科医生与基本卫生保健的联动体制的建立等。这些领域的发现及相应对策建议，是基于笔者对医疗卫生服务体系的目的、经济性、合理性的研究和思考。一般法学者对此不太经意，甚至不太认同将其纳入法学研究的范畴。对这些内容的挖掘和强调，正是笔者构建的医疗服务体系的核心内容的一部分。正因为这些内容，使本书的体系与一般医事法殊为不同。

作为部门公法的习作，本书着重探讨公共资金——通常通过规模较大的健康保险系统募集——在提供卫生保健服务时，所遇到的诸多问题。本书的目的，旨在通过系统的梳理，廓清医事法领域的基本伦理、基本概念、基本原理、基本制度和大致前景，为从事医事事业、致力于医事经营管理以及身受医事影响的各界人士思考、探讨医事法、医事制度方面的问题提供一个交流的环境和平台，为医事法律制度的构建与完善搭建一个共通的基础。

本书从医学伦理入手。这是笔者在思考诸多医事现实问题时，发现的一个殊途同归的结论。当然，笔者无意将这个本已复杂的问题繁琐化，只想快速地通过这个是非之地，向读者提供几条结论，以及几个简单的考量这些问题的思路，以为下文的论证做方法论上的铺垫。

之后，本书从四个方面展开：医事组织、医事行为、医事管理体制、医事纠纷。这四个方面的联系是建立在笔者构思的制度体系之中的。这一制度体系的一个基本出发点，是如何以最低的成本，或者说我国现有的经济条件基本可以承受的社会投入，为全体国民提供一种全面覆盖的、及时有效的、令人满意的普遍卫生保健服务。第一，全面覆盖，是指真正意义的基于疾病本身而非患者本人的惠及全体国民，包括边远地区最贫困、无助的人口；第二，及时有效，是指能够有效地提升世界公认的健康指标，如缩短平均就医行程、减少等待时间、降低婴儿死亡率、延长人口寿命、提高健康生命年数等；第三，令人满意，不仅是指使所有接受此项服务的人对他们享有的服务满意，更重要的是使全体国民普遍感到，卫生保健不再是令他们操心、头痛、恐惧甚至绝望的不可预见、无法克服的负担，而是触手可及、成本低廉、充满人性关怀的享受。上述目标，与我国现有的卫生体制现状确实有一定的差距，以至许多人会觉得几乎不可能，或者需要难以承受的投入。但笔者相信通览本书的读者也会逐渐认同：卫生服务领域的问题，不是一个绝对供给不足的问题，而是一个相对配置无效或者说不公的问题。正如世界卫生组织反复表示的对于世界各国包括欠发达国家的信心一样，人类已经掌握了在不同国家有效地提供普遍的卫生保健的技术和能力，现在需要的只是如何调动这些资源，将其投入到能够产出最大效用的环节的问题。研究发现，许多成本高昂的医疗服务，如长时间的住院治疗、高额的技术检查，对于普遍地提高全人群的卫生健康指标贡献极低，而普遍的卫生服务的可及性、易获性的成本极其低廉，但却可以非常明显地提高全民族的卫生健康指标。这一点，在越是欠发达的国家，效果越是明显。正是基于这些认识，笔者形成了全新的卫生健康体系设计思路，设计了全面的卫生体制改革方案，通过经济学、医学及法学三个方面的推演，初步证明其具有现实操作的可能。

鉴于本书的出发点，在于从务实角度解析医事活动各方面的法律关系及管理体制，因此，对于许多问题的探讨没有囿于某一孤立的领域，而是以焦点问题为核心，进行大跨度的研究。这在一定程度上使得本书的章节略显松散，但基本上仍是围绕着上述四项基本内容，尤其是在归结到具体的制度设计论证时，其向心倾向或者说目的性，是非常突出的。

本书有大量篇幅讨论国外，特别是美国的情况，也介绍了许多世界卫生组织的观点。同时，在论证过程中，也参考了相当数量的国外研究成果。笔者并不希望读者相信它们，更不希望读者以为笔者也相信它们，但却希望读者或者决策者能够验证它们。在我们拿出数据反驳之前，笔者至少想让读者看到，有些人已经得出了这样一些似乎无可辩驳的结论，或者用类似的方法提出了具有同样辩驳力的质疑。我们的决策或者思考，是否也需要一些这些方面的资金、人力投入？对于一个涉及十几亿人生命、健康大事的卫生体制的决策，仅凭传统的伦理、情感决策，不能说是危险的，至少是比较落后的。

本书名为《医事法原理》，但通篇介绍的法律知识并不多。原因在于，本书的定位是医事立法及医事政策决策的参考意见书。笔者创作此书的最直接动力，来自于有病难医的现状或者说苦难给人的感观及心灵上的刺激。笔者相信，问题的症结不在于资源、技术、政策、法律之无能为力，而是这些因素没有有效地融合在一起，形成决策者、倡议者、受益者能够显而易见地发现其优劣的系统性备择方案。于是，笔者从普及初级卫生保健着眼，从卫生资源的分布、配置的经济分析入手，以卫生保健体系法律框架的结构收笔，草拟了一份医疗体制改革的方案并作相应论证。从篇幅上讲，论证的过程显然远远超过了结论的归结，但与一般的医改方案最大的不同在于，笔者的落笔点在法律草案，而不仅仅是一个政策草稿，因为笔者越来越深刻地感受到，任何改革，特别是牵涉到人的一生（对于医疗保险的参保人，他们其实关心的恰恰是生命的最后几年是否肯定有病能医）的系统性改革，如果不是建立在政府跨届的长期信用的基础上，很难保证其在长期的适用过程中能够得到足够的支撑。而这种政府公信力的建立及维护的最好的、最可信的方法，就是法律。那种头痛医头、脚痛医脚的灵机一动式的政策调整，用在别的领域或许可以，用在需要说服全民的医疗领域，未必灵验。

如果说本书有什么明显的残缺的话，没有专设一章讨论卫生行政执法。之所以如此，主要是考虑到，按照本书体系考虑的卫生行政执法的重点，似乎不在于狭义的或者说当前卫生行政主管部门关心的领域，而是涉及诸如卫生保险费用的缴付、管理、应用，公共卫生政策的制定、落实和绩效考核，卫生健康指标的考核及责任追究等。工作重点如此转移的起因，全在于卫生健康事业着眼点的转移，即卫生保健事业的目的何在。笔者的考虑是，卫生执法的问题正如医患纠纷问题一样，其根源在体制。在卫生服务体制理顺以后，执法的问题自然会突显出来，只有到了那时，讨论执法问题才有现实的意义。

目 录

第一章 生命	(1)
第一节 生命的标准	(1)
第二节 生命的价值与质量控制	(2)
第三节 生命伦理原则	(2)
第四节 辅助生育	(3)
第五节 克隆人问题	(4)
第六节 胚胎干细胞研究	(6)
第二章 死亡	(9)
第一节 生死的界分	(9)
第二节 死亡的标准	(10)
第三节 脑死亡	(11)
第四节 死亡权、生死观与死亡哲学	(15)
第五节 安乐死	(17)
第六节 临终关怀	(21)
第七节 自杀	(22)
第三章 健康	(25)
第一节 健康的界定	(25)
第二节 健康的标准	(27)
第三节 健康影响因素	(27)
第四节 健康行为的影响	(29)
第五节 精神因素的影响	(31)
第六节 健康与医事目的	(34)
第七节 健康的生产	(35)
第四章 疾病	(39)
第一节 疾病的概念	(39)
第二节 疾病发生的原因	(41)
第三节 疾病谱	(42)
第四节 疾病与人类行为	(43)
第五节 成瘾行为控制对策	(43)

第五章 患者	(45)
第一节 患者的定性	(45)
第二节 患者的角色	(45)
第三节 病人的权利与义务	(46)
第六章 医学	(49)
第一节 医学的定位	(49)
第二节 医学模式与疾病观	(50)
第三节 医学与迷信	(50)
第四节 中医学	(51)
第七章 医学伦理	(53)
第一节 医学伦理精义	(53)
第二节 护理伦理关系	(56)
第三节 医学伦理的限度	(57)
第八章 医学教育	(59)
第一节 医学教育传统	(59)
第二节 医者培养目标	(59)
第三节 医学教育投入	(60)
第四节 医学教育模式	(64)
第五节 医学教育规划	(65)
第六节 医学终身教育	(67)
第九章 医者	(69)
第一节 医者的使命	(69)
第二节 医者的地位	(70)
第三节 医者的权力	(71)
第四节 医者的义务	(71)
第五节 医者的报酬	(73)
第六节 执业的许可	(76)
第七节 医者的供应	(79)
第八节 医者的分布	(81)
第九节 医者与医院	(82)
第十节 医者的分工	(85)
第十一节 医者的替代	(86)
第十二节 基层卫生业者	(88)
第十三节 家庭保健者	(89)

第十章 全科医生	(91)
第一节 全科医学的内容和特点	(91)
第二节 全科医生的执业优势	(92)
第三节 全科医生的教育培养	(93)
第四节 全科医生的制度保障	(94)
第十一章 医疗机构	(95)
第一节 医疗机构的成因	(95)
第二节 医疗机构的分类	(96)
第三节 医疗机构的分级	(98)
第四节 非营利性医院成因	(100)
第五节 护理院与老年保健	(104)
第六节 社区医院	(106)
第七节 医疗机构的分布	(106)
第八节 医疗机构的治理结构	(109)
第九节 医疗机构的效率	(110)
第十节 医疗机构的式微	(113)
第十一节 医疗机构的管理	(114)
第十二节 医疗机构的规划	(116)
第十三节 医疗机构的变革	(116)
第十二章 医事决策	(121)
第一节 供给的决定者	(121)
第二节 医疗机构行为模型	(122)
第三节 医疗机构决策过程	(125)
第四节 医生的决定权	(127)
第十三章 医患关系	(129)
第一节 医患关系的界定	(129)
第二节 医患关系的本质	(130)
第三节 完美代理人利益冲突现实	(132)
第四节 医患长期关系的成因	(133)
第五节 医患关系的影响因素	(133)
第十四章 医事行为概述	(135)
第一节 医事行为的内容	(135)
第二节 医事行为的属性	(136)
第三节 医事行为的功效	(136)

第四节	诊断	(136)
第五节	出诊与坐诊	(139)
第六节	抢救——急症医学	(139)
第七节	处方与治疗	(140)
第八节	护理	(141)
第九节	转诊	(141)
第十节	病历——医事行为的完整记录	(142)
第十五章	健康教育	(145)
第一节	健康教育的概念	(145)
第二节	健康教育的经济文化基础	(146)
第三节	健康教育与健康促进的关系	(146)
第四节	健康促进	(147)
第五节	健康教育实例分析	(148)
第六节	全民自我保健——消费者运动	(149)
第十六章	预防医学	(151)
第一节	预防为主	(151)
第二节	预防医学的发展	(152)
第三节	预防医学的应用	(153)
第四节	流行病学	(154)
第五节	免疫学	(155)
第六节	疾病预防	(156)
第七节	公共卫生措施	(160)
第八节	疾病预防控制机构	(161)
第十七章	治疗行为	(163)
第一节	治疗技术原则	(163)
第二节	医生的决定权	(164)
第三节	遵医行为	(165)
第四节	放弃治疗	(165)
第五节	均衡治疗	(166)
第六节	基因疗法	(166)
第七节	器官移植	(167)
第十八章	医学科研	(171)
第一节	医学试验概述	(171)
第二节	医学科研伦理	(172)

第三节	医学试验责任	(173)
第四节	医学科研成果	(173)
第五节	基因专利	(175)
第十九章	医事广告	(183)
第一节	广告的功能	(183)
第二节	广告伦理	(185)
第三节	广告管理	(186)
第二十章	药品管理	(187)
第一节	药品疗效	(187)
第二节	药物研制	(189)
第三节	专利保护	(191)
第四节	给药责任	(193)
第五节	药品分类管理	(194)
第六节	国家基本药物	(195)
第七节	药品生产竞争	(195)
第八节	制药企业的管制	(197)
第二十一章	卫生资源	(199)
第一节	卫生资源衡量指标	(199)
第二节	卫生资源管理的基本原则	(200)
第三节	卫生资源的现状——短缺	(202)
第四节	卫生资源的现状——失衡	(203)
第五节	卫生资源的筹措原则	(205)
第六节	卫生资源的筹措渠道	(206)
第七节	卫生资源的配置	(207)
第八节	医疗设备竞赛	(210)
第九节	卫生资源短缺的对策	(213)
第十节	医疗资源的可及性	(216)
第二十二章	医疗保险	(217)
第一节	保险基本概念	(217)
第二节	保险基本原理	(218)
第三节	保险的功能	(220)
第四节	保险的效益	(222)
第五节	保险与人类行为	(223)
第六节	保险与道德风险	(224)

第七节	保险与非对称信息	(226)
第八节	保险与逆向选择	(227)
第九节	保险市场	(227)
第十节	保险项目设置原理	(229)
第十一节	长期健康保险	(230)
第十二节	保险费率	(231)
第十三节	投保人	(232)
第十四节	承保人	(233)
第十五节	受益人	(235)
第十六节	医疗保险的可及性	(238)
第二十三章	管理保健	(243)
第一节	管理保健的内涵	(243)
第二节	管理保健的成因	(244)
第三节	管理保健的原理	(246)
第四节	管理保健的作用	(248)
第五节	管理保健的费用	(250)
第六节	管理保健的合同	(252)
第七节	管理保健的双向选择	(253)
第八节	管理保健与充分服务	(254)
第九节	管理保健的服务质量	(257)
第十节	管理保健与按项目收费	(259)
第十一节	管理保健与医院市场	(262)
第十二节	管理保健与保险市场	(263)
第十三节	管理保健与技术应用	(264)
第十四节	管理保健的形式	(265)
第二十四章	全民健康保险	(269)
第一节	全民健康保险的分类	(269)
第二节	全民健康保险的特征	(271)
第三节	全民健康保险的筹资	(271)
第四节	全民健康保险的受益	(277)
第五节	全民健康保险的补偿	(278)
第六节	全民健康保险的权利	(279)
第七节	全民健康保健立废之争	(280)
第八节	德国的卫生保健系统	(283)

第九节	加拿大的卫生保健系统	(286)
第十节	英国的国家卫生服务	(291)
第十一节	美国的老年医疗保险计划	(294)
第十二节	美国的穷人医疗保险计划	(298)
第十三节	韩国的卫生保健系统	(301)
第十四节	全民健康保险的效果	(303)
第二十五章	卫生保健市场	(309)
第一节	卫生保健的商品属性	(309)
第二节	公共物品的外部属性	(311)
第三节	信誉物品的价格属性	(313)
第四节	捐赠物品的混合属性	(313)
第五节	卫生保健市场之有无	(314)
第六节	竞争性市场假说	(314)
第七节	卫生保健市场的非典型性	(315)
第八节	卫生保健市场的竞争	(318)
第九节	卫生保健市场的垄断	(320)
第十节	规模经济	(321)
第十一节	信息问题	(323)
第十二节	非对称信息	(324)
第十三节	信息不完全——小地域差异	(326)
第十四节	卫生保健市场的供给	(327)
第十五节	卫生保健市场的需求	(329)
第十六节	需求分析工具	(330)
第十七节	需求影响因素	(333)
第十八节	消费者选择	(337)
第十九节	超额需求	(338)
第二十节	供给诱导需求	(339)
第二十一节	卫生资源的配置体系	(346)
第二十二节	卫生保健递送系统	(347)
第二十六章	卫生服务质量	(349)
第一节	医疗服务效果	(349)
第二节	医事投入产出分析	(354)
第三节	医疗服务质量指标	(355)
第四节	柠檬法则	(356)

第五节	质量判断的困难	(357)
第六节	价格与质量	(357)
第七节	许可证与质量	(359)
第八节	社会质量评价体系	(360)
第九节	医疗质量的控制	(361)
第二十七章	卫生保健价格	(363)
第一节	价格迷局	(363)
第二节	价格离散	(364)
第三节	时间价格	(364)
第四节	影响价格的因素	(366)
第五节	价格控制手段	(376)
第二十八章	卫生保健开支	(385)
第一节	支出分析模型	(386)
第二节	支出的构成	(386)
第三节	支出影响因素	(387)
第四节	支出控制手段	(393)
第二十九章	人人享有保健	(399)
第一节	卫生保健的概念	(399)
第二节	人人享有保健的含义	(401)
第三节	人人享有保健要解决的问题	(403)
第四节	人人享有保健的具体目标	(404)
第五节	人人享有保健的十大原则	(404)
第六节	人人享有保健的指标体系	(405)
第三十章	初级卫生保健	(407)
第一节	初级卫生保健的概念	(407)
第二节	初级卫生保健的内容	(407)
第三节	初级卫生保健的意义	(408)
第四节	初级卫生保健的设计原理	(409)
第五节	初级卫生保健的实现	(409)
第三十一章	社区卫生服务	(411)
第一节	社区的概念	(411)
第二节	社区卫生服务的概念	(412)
第三节	社区卫生服务的内容	(413)
第四节	发展社区卫生服务的理由	(413)

第五节	全科医生的位置	(414)
第六节	社区教育与社区康复	(415)
第三十二章	政府责任	(417)
第一节	卫生保健之国家责任	(417)
第二节	政府责任的评价标准	(418)
第三节	国家卫生目标的确定	(418)
第四节	福利经济学定律	(419)
第五节	次优理论	(420)
第六节	效率问题	(421)
第七节	公平问题	(422)
第八节	公平理论——效用主义	(426)
第九节	公平理论——公平主义	(427)
第十节	公平理论——权利主义	(428)
第十一节	市场的失败	(428)
第十二节	政府的失败	(431)
第十三节	卫生保健的外部效率	(433)
第十四节	靠市场还是靠政府	(435)
第十五节	竞争性策略的引入	(437)
第十六节	卫生保健的可及性	(439)
第三十三章	公共卫生政策	(441)
第一节	制定卫生政策的重要性	(441)
第二节	制定卫生政策的难度与希望	(442)
第三节	卫生政策的考虑因素	(442)
第四节	卫生政策的财政约束	(443)
第五节	卫生政策的关照对象	(446)
第六节	卫生政策的成本—效果分析	(446)
第七节	卫生政策的成本—效用分析	(447)
第八节	卫生政策的成本—效益分析	(448)
第三十四章	卫生政策工具	(455)
第一节	卫生干预措施	(455)
第二节	决策相关因素	(456)
第三节	政府直接供应	(459)
第四节	政府间接资助	(460)
第五节	鼓励私人供应	(461)

第六节	政府管制	(461)
第三十五章	卫生体制改革	(467)
第一节	卫生体制改革的目标	(467)
第二节	卫生体制改革的原则	(468)
第三节	卫生体制改革的路径	(468)
第四节	卫生系统改革的决策机制	(470)
第五节	卫生系统改革的国际透视	(470)
第三十六章	卫生服务体制	(475)
第一节	医疗服务体制的主要问题	(475)
第二节	卫生服务体制设计要点	(476)
第三节	普及基础卫生保健的可行性	(477)
第四节	普及基础卫生保健的操作要点	(479)
第三十七章	医事纠纷	(483)
第一节	相关概念的分析	(483)
第二节	医疗损害的范围	(484)
第三节	医疗事故鉴定委员会	(485)
第四节	医事责任的排除规则	(486)
第五节	罢医的法律责任	(487)
第六节	医疗责任保险	(487)
第七节	减少医疗事故和纠纷的措施	(488)

第一章 生命

医事，事关三组核心概念——健康与疾病、生命和死亡、病人与医生。这些概念，是医事法诸原则、制度及具体规范体系得以建立的基础。

生命和健康是生物学和医学最重要的概念。医学的本质不仅涉及生物学问题，还涉及重要的社会学问题。临床治疗中的生命道德问题涉及优生、人工授精与试管婴儿、重组 DNA、安乐死、脏器移植、基因工程等。^① 研究生命的特征、起源和进化，了解生命的标准和价值，对于理解人类健康和疾病问题的本质是生命及其调控问题，有极大的裨益。^②

出生及胎儿存活问题，涉及民法上的继承权、刑法上的伤害甚至杀人的判断，需要复杂的技术指标，甚至在掌握了大量的技术判据后仍拿不定主意。

第一节 生命的标准

生物学上，生命是核酸、蛋白质等大分子组成的生物体进行的物质、信息和能量三要素的综合运动形式，是生物属性和社会属性高度统一的整体。^③ “生命的标准”要解决的问题是，在什么条件下，一个由“核酸、蛋白质等生物大分子所组成的”物体可以称为生命：是一个活人而不是一块食物。

在急救、治疗技术都非常粗糙的时代，生死可以立判，标准问题并不存在。但人工授精、人工子宫、人工胎盘等的发明和应用，胎儿的独立生活能力已大大提高，克隆技术的发展更使生命的繁衍超越了有性生殖过程。^④ 死不再是一件很容易的事，生也不再需要太复杂的程序。什么时候生、何时才算死，就成了问题。

人的生命标准有两种理论体系，即个体—生物学标准和承认—授权标准。^⑤ 个体—生物学标准主要是一个技术性标准，相对而言比较客观：从受精卵着床那一刻起或者从 28 周孕龄胎儿离开母体并具有生存活力时，生命开始。承认—授权标准是社会学标准，强调胎儿必须得到父母和社会的接受，相对而言比较主观，但社会授权实际上由医生来决定，从而使这两个标准体系融为一体。

① 参见周海春著：《中国医德》，四川人民出版社 2002 年版，第 141 页。

② 参见文历阳主编：《医学导论》，人民卫生出版社 2005 年版，第 134 页。

③ 参见文历阳主编：《医学导论》，人民卫生出版社 2005 年版，第 134 页。

④ 参见文历阳主编：《医学导论》，人民卫生出版社 2005 年版，第 135 页。

⑤ 参见文历阳主编：《医学导论》，人民卫生出版社 2005 年版，第 135 页。