

Globethics Repository

The logo for Globethics, featuring the word "Globethics" in white sans-serif font on a blue rectangular background.

遭遇公共健康的生命伦理学 [Bioethics face with public health]

This page was generated automatically upon download from the Globethics Repository.
More information on Globethics see <https://www.globethics.net>. Data and content policy of Globethics Repository see <https://repository.globethics.net/pages/policy>.

Item Type	Article
Authors	史, 军
Publisher	山西大学科学技术哲学研究中心; 山西省自然辩证法研究会
Rights	With permission of the license/copyright holder
Download date	2026-07-15 21:34:14
Link to Item	http://hdl.handle.net/20.500.12424/184457

史军：遭遇公共健康的生命伦理学

史军

遭遇公共健康的生命伦理学

【原文出处】科学技术与辩证法

【原刊地名】太原

【原刊期号】20073

【原刊页号】8~ 10, 78

【分 类 号】B8

【分 类 名】伦理学

【复印期号】200708

【文章日期】2006-10-10

【作 者】史军

【作者简介】史军，清华大学哲学系，北京 100084

【关 键 词】生命伦理学 /公共健康 /个人权利 /公共善

由于传统的生命伦理学是建基于个人主义的价值观之上，它强调个人权利的优先性，但在公共健康实践中却经常会为了全体人口的健康而对个人的自由、隐私等权利进行干预或限制。公共健康对公共善而非个人权利的强调对传统的生命伦理学构成了挑战。公共健康的这一挑战促使生命伦理学向多元化的方向发展。

生命伦理

中图分类号：B82 文献标识码：A 文章编号：1003-5680(2007)03-0008-03

一 遭遇公共健康的生命伦理学

目前对与健康相关问题的伦理研究主要是在生命伦理学的框架内进行的，但现有的生命伦理学理论与方法能否较好地解决公共健康中的伦理问题呢？

生命伦理学是在 20 世纪 60 年代至 70 年代，随着对二战期间纳粹国家人体医学实验的批判与对新兴生物医学技术的伦理反思而出现的，它的出现也受到了广泛的社会和政治运动（如黑人、妇女、同性恋权利运动）的推动。生命伦理学扩展了传统医学伦理学的研究对象，不再局限于医患关系问题，而是涵盖了几乎所有具有时代性特征的生命医学问题，如器官移植、基因工程、生殖流产、克隆技术、医疗资源分配等。它所审查的主要是由 技术、医学和生物学应用于生命时所提出的问题的伦理维度 [1]。恩格尔哈特 (H. Tristram Engelhardt, Jr.) 将伦理学开始关注生命医学问题的原因归结为以下五条：（1）重要的和急剧的技术变革造成了重新检讨已经确定的社会和法律实践的压力（例如，器官移植的出现有助于人们对侧重于脑死亡的定义发生兴趣）；（2）不断增长的保健费用促发了有关资源分配的问题；（3）提供保健的境遇显然是多元化的（例如，医生、护士和其他保健专业人员不再能够假定他们与其病人持有相同的道德观）；（4）自我决定权得到广泛认可；（5）后现代性既是社会学的又是认识论的状况。 [2] 但是，生命伦理学对公共健康问题却一直少有涉及。

在本世纪初，当人们开始研究公共健康实践中的伦理问题时，生命伦理学与公共健康实践之间深刻的区别很快引起了研究者的注意。例如，南茜·卡斯 (Nancy Kass) 提出：生命医学伦理学 常给予个人自主以很高的优先性，这种优先性并不适合于公共健康实践。

[3] 丹尼尔·卡拉汉 (Daniel Callahan) 和布鲁斯·简宁斯 (Bruce Jennings) 也认为，在早期的生命伦理学中，个人的善，特别是他或她的自主，而非人口的健康是主导性的论题 [4]。这些学者们都把强调个人主义的生命伦理学与关注人口与社会的公共健康之间的差别作为公共健康伦理研究的一个障碍。

的确，生命伦理学自出现之日起就与个人自主和个人权利结合在了一起，在过去的几十年中，生命伦理学家突出地强调个人权利之于集体利益的优先性。例如，在医学研究中，无论研究对于公共善是多么重要，在没有得到被研究者的知情同意 (informed consent) 时就不能要求任何人参与研究。[5] 传统生命伦理学中的核心话语——自主、隐私与自由的理念

都暗示着个人有免受政府干预的权利。生命伦理学对个人权利的推崇与当代政治哲学对自由的珍视是分不开的：自由主义珍视人身自由，保守主义珍视经济自由。因此，洛伦斯·郭斯汀 (Lawrence Gostin) 说：我们生活在一个铺满个人主义价值观与厌恶政府的社会

中。[6] 传统的生命伦理学充分尊重了个人主义。这一点可以从它的核心概念——自我决定 (self-determination) 中得到证明。自我决定 或称 尊重自主性原则 (principle of respect for autonomy)，它是公认的生命伦理学的四大原则之一 (其他三条为不伤害、仁慈与正义)，是传统生命伦理学的最基本概念。自我决定 是指人对自己的行为包括对自己的身体器官、生死等拥有支配和决定的权利。它根源于近代自由主义的道德与政治传统，反映的是对个人的理性能力、自律、自我支配和选择、自由等理念的尊重。自我决定 在

医疗层面上具体表现为 知情同意，知情同意 这一用语最早出现在《赫尔辛基宣言》(1964年) 之中，意指病人在治疗被实施之前，知道和同意特有的治疗形式。知情同意原则要求个人在没有外界压力的情况下自愿地做出自己的选择。这一概念包括三个要素：第一是前提要素，即患者或被实验者具有 理解和决定的能力 和 决定的自主性，也即自律性

(autonomy)；第二是说明要素，即医生和实验者必须要向患者及被实验者公开实质性信息，对实验方法和治疗方法予以说明并提出建议；第三是同意要素，即患者或充当实验对象的当事者必须对治疗方案和试验方法做出同意或不同意的决定。知情同意 原则，其实就是自我决定 概念的具体应用。如果没有充当实验对象的当事者或者患者的同意，实验者或医生对当事者进行实验或对患者实施治疗就是不道德的，即使这会给他们带来最大的利益。从上述分析可见，传统生命伦理学可以说是对自由主义的全面拥护和继承，它是一种把个人主义推向极致的理论，它要最大限度地保障个人自由。[7]

但是，公共健康实践的目标则是保护和促进公众的健康，为了实现这一目标，通常需要对个人的权利进行侵犯 (例如强制性免疫和隔离措施对个人自由权的侵犯、疫情报告对个人隐私权的侵犯)。公共健康实践的核心价值通常要求个人权利服从于公共善，传统生命伦理学所反对的政府干预或强制却是公共健康实践的核心。政府被要求在公共健康中对个人自由实施干预或限制的立场在非典 (SARS) 时期的强制隔离措施中得到了充分的体现。非典时期的隔离措施可使公众远离可预见的潜在威胁，这是用积极的行动避免潜在的损失，它要求政府在对紧急情况没有确切科学知识的情况下采取行动，他们要决定 在疾病传播不确定的情况下，应该采取多么广泛的隔离措施 [8]。在面临公共健康威胁的情况下限制个人权利也得到了法律传统的强烈支持。[9]

二 公共健康与医学治疗的差异

传统生命伦理学与公共健康的伦理诉求之间的差异，在实践上体现为作为传统生命伦理学基础的医学治疗与公共健康的一个根本差异，即：医学治疗关注的是个体的健康，而公共健康关注的则是群体的健康。如丹·保彻姆 (Dan Beauchamp) 和波尼·斯汀博格 (Bonnie Steinbock) 所言：在医疗中的患者是个体的病人，而在公共健康中的 患者 则是整个社群或全部人口。公共健康的目标是减少人口中的疾病率与早死率。[10] 罗德·诺威克 (Lloyd Novick) 也强调，公共健康所指向的是 社群而非个人。[11] 可见，公共健康措施所要救治的是统计学上的生命，而医学治疗所要救治则是某个具体的生命。

公共健康与医学治疗之间的这一根本差异具体体现为以下五个方面：

首先，理论基础的差异。公共健康的理论基础主要是流行病学、生物统计学、疫情检测学、政策分析学、经济学、社会学及其他具有统计意义的科学，而医学治疗的理论基础则主要是生物学、化学、医药学、病理学、生理学、解剖学及心理学等以实验为基础的科学。公共健康所使用的常是整体性的术语，如降低全社会的发病率与死亡率、降低交通事故发生率等，因此，公共健康常常需要借助于健康统计资料，而在统计资料中，个体的健康状况是被忽视的。比如在酗酒问题上，公共健康所关注是整个社会的集体性选择，如酒类的整体消费量、价格、营业时间、年龄结构等统计信息，说明为什么一些社群或一段时期内的酗酒率会上升，并寻找预防措施。而医学治疗则解释为什么人们会饮酒上瘾，并试图找到治疗的办法。可见，公共健康活动从强调生物医学方面转为强调包括多种因素的社会方面。[12]

因为人口的健康更多地是由良好的公共健康措施与社会经济条件所致，而非生物医学技术发展的结果，所以，要促进公共健康，仅靠对个体特殊病例的治疗是很难达到效果的。

其次，主要方法的差异。公共健康实现健康的主要手段是预防（公民教育、免疫、隔离等），而医学治疗实现健康的主要手段则是治疗（体检、化验、手术等）。在这一意义上，一些学者把医学分为个体医学（基本原则是治疗和康复）和群体医学（基本原则是为了群体健康的预防）。[13] 乔纳森·曼（Jonathan M. Mann）将二者区分为预防级别上的不同。他认为公共健康的预防是初级预防（primary prevention），这种预防是在健康问题发生之前进行的预防，例如开车系安全带以防止交通事故、净化环境卫生以防止传染病滋生、使用安全套以防止艾滋病传播等。医学治疗的预防则是二级预防或三级预防（secondary or tertiary prevention），这两种预防都是在健康问题已经出现之后为防止其进一步恶化而进行的预防。二级预防是预防或延迟已有疾病带来进一步的症状，如避免或延迟高血压或糖尿病患者出现心脏病、肾亏或失明等。三级预防则是在疾病已经恶化后，努力维持患者的生理与心理能力。[14] 实际上，乔纳森·曼所说的二级预防和三级预防并不属于严格意义上的预防，因为一般来说，只将疾病出现之前的措施界定为预防，而将疾病出现之后的措施都界定为治疗。

第三，实施对象的差异。公共健康预防的对象主要是健康的人口，而医学治疗的对象则主要是患病的个人。公共健康重视公众和人口的健康，强调群体性健康，而医学治疗重视的则是个人的健康。例如，对于一个高血压病例，在医学治疗中通常提出的问题是：为什么这位患者在这一时间患了这种疾病？，而从公共健康的角度所提出的问题是：为什么这类人群易患高血压？而在另一些人群中却较少见？医学力图解释个体的发病原因，而公共健康则力图找到群体发病率的原因。公共健康的群体性特征说明人们在减少健康风险方面有着共同的需求，公共健康的实现需要公众的共同参与。公共健康是一种社会产品，它的促进是一种群体性行为，必须通过社会的力量来实现。因此，公共健康的口号不应该是你所挽救的可能是你自己的生命，而应是我们一起挽救的生命可能包括你自己的。

第四，实施主体的差异。公共健康通常由政府、国际组织（如WHO）、教育部门等较庞大的政府机构对整个人口所实施的，而医学治疗则更多地是由医院、诊所等小型机构和个体医生对个体病人所提供的。前者是多对多的关系，而后者是一对一的关系；前者的实施者是政府机构而后者的实施者是个人。虽然个人、私人机构、慈善组织等也有保护和促进公共健康的义务，但由于只有政府才拥有某些强制力量（如警察力量），所以政府在公共健康实践中起着主导性的作用。在某种意义上，公共健康来找你，而你去找医生 [15]。因此，医学治疗强调个人对个人或微观伦理层面的问题，而公共健康则在集体对集体或集体对个体的宏观伦理层面上强调这些问题 [16]。公共健康中的主要伦理关系是政府与人口之间的关系，而医学治疗中的主要伦理关系则是医生与患者之间的关系。

第五，涵盖范围的差异。公共健康的涵盖范围更大，包括所有与公众健康相关的问题，而不仅是指医疗保健制度、医院与医生、医生与患者的关系等。公共健康是一个动态领域。新疾病的爆发，以及人口增长模式、经济发展方式和生活方式的变化都可能会危及公共健康，并要求公共健康做出回应。[17] 因此，公共健康的涵义比医生和医院丰富得多，健康教育、阻止边界的烟草走私与投资建医院和培养医生具有同样的意义。

当然，公共健康与医学治疗也有着许多相互重叠的地方。公共健康离不开医学技术的支持，其实施也需要各类医务人员的参与。例如，在大众免疫和母婴健康咨询中就需要医务工作者提供公共健康服务。同样，公共健康政策和法律也会对医学治疗产生深刻的影响。郭斯汀也注意到了这种重叠：在医疗保健与公共健康之间划出界线通常是十分困难的。例如，对传染病的医学治疗既有利于个人也有利于广大的人口。在这类情况中，医疗与公共健康之间的界线变得很模糊，因此，经常见到医疗保健系统与公共健康系统都接受治疗病人、健康教育和应对传染病的义务。[18] 但即使是在传染病这种同时危及个体与群体健康的特殊情况中，医疗与公共健康之间也还是存在着差异：医生主要是服务于受感染的个体病人的需要，而公共健康官员则主要服务于特定人群的整体福利。医生会将稀缺资源优先用于对个体病人的治疗，而公共健康官员则会将它们优先用于对整个人口的预防。

三 生命伦理学应该何去何从？

从以上剖析可以看出，由于生命伦理学与公共健康实践在核心价值上存在着差别甚至对立，因此，传统的生命伦理学框架已经不能适应公共健康问题的伦理诉求。那么，面对公共健康的挑战，生命伦理学应该何去何从？是将公共健康伦理从生命伦理学中分离出去另立门户，还是继续扩展生命伦理学的价值维度和视域使其能够包容公共健康伦理？

对于这一问题，学界也存在着分歧。有些学者提出，由于生命伦理的个人主义倾向与公共健康注重群体价值和利益之间的冲突，生命伦理和公共健康伦理也是对立的，不能融合

的。因而，在建构公共健康伦理，在思考捍卫公共健康所要求的利益平衡时，生命伦理是一个错误的出发点。 [19] 公共健康不能从受个人主义主导的生命伦理学的基本假设中推导出来。 [20] 不能简单地将医学伦理学的原则引用到公共健康中来。 [21]

而另一些学者则试图强调生命伦理学与公共健康的紧密联系，强调尽管早期的生命伦理学主要关注个人利益和人的自主性，并不关注群体健康，但由于传染病至今没有被消除，艾滋病等流行病正在迅速蔓延，以及人们意识到良好的公共健康措施和社会经济条件所具有的公共健康功能等原因，生命伦理学的研究方向也需要发生改变，不仅要关注个体健康，也要关注群体健康，而且事实上，这一转变已经开始 [22]。我国学者肖巍也认为，公共健康伦理应当属于生命伦理学研究的范围之内，她将迄今为止的生命伦理学分为三个发展阶段：第一是前期准备阶段，这一时期的生命伦理学主要体现为传统的医学伦理学，并把对于医患关系的研究作为自己的首要任务。第二为 20 世纪 60 和 70 年代的问世阶段，这时生命伦理开始研究生物医学技术应用于生命时产生的伦理问题，并把注意力转移到个体患者的权利和自主性问题上，强调尊重患者的个人权利、隐私权和自由权。第三阶段为多元发展阶段，此时的生命伦理学不仅关注个人健康与权利，也开始关注群体健康，并试图调解个人健康与群体健康之间的矛盾和冲突 [23]。

以往的生命伦理过多地关注个人或者医患关系，强调个体权利的实现，并没有从群体角度上看到作为社会的成员，每一个公民也有责任和义务捍卫和保护社会与群体的健康和安。因此，生命伦理对于公共健康伦理的关注并不是偶然的，它首先是对现代伦理个人主义极端发展的一种反叛和纠偏。同时，以往生命伦理中重治疗轻预防、重技术不重人，重经济效益而不重人文关怀的倾向，也是工具主义理性在医疗和生命伦理领域的一种反映；而强调人文关怀，提倡通过预防来保护公众健康的公共健康伦理的兴起和发展，也对这种工具主义理性提出了挑战。

从生命伦理学的产生、发展过程我们可以看到，生命伦理学具有很强的扩展兼容性与反思批判性。20 世纪 60 年代和 70 年代的生命伦理学扩展了传统医学伦理学的研究视域，并以提倡人的权利和尊严，尊重自主性的自由主义价值观对传统医学伦理中的家长主义提出了挑战，使其适应了不断推陈出新的生命医学技术的伦理需要。因此，面对公共健康的挑战，生命伦理学理应能够再次对自身的价值基础予以反思和批判，并继续扩展其研究视域从而能够适应公共健康的伦理需要。

【参考文献】

- [1] (美) 托马斯 A 香农. 生命伦理学导论 [M]. 肖巍译. 哈尔滨：黑龙江人民出版社，2004. 2.
- [2] (美) 恩格尔哈特. 生命伦理学的基础 [M]. 范瑞平译. 长沙：湖南科学技术出版社，1996. 23.
- [3] Nancy E. Kass. An Ethics Framework for Public Health[J]. American Journal of Public Health, 2001(91) : 1777.
- [4] [22] Daniel Callahan and Bruce Jennings. Ethics and Public Health: Forging a Strong Relationship[J]. American Journal of Public Health, 2002(92) : 169, 169-170.
- [5] Terrence H. Ackerman. Choosing Between Nuremberg and the National Commission: Balancing of Moral Principles in Clinical Research[J]. In Harold Y. Vanderpool ed. The Ethics of Research Involving Human Subjects: Facing the 21st Century. Baltimore, MD: Frederick Press, 1996. 83.
- [6] Lawrence O. Gostin. A Vision of Health and Human Rights for the 21st Century: A Continuing Discussion with Stephen P. Marks[J]. Journal of Law, Medicine & Ethics, 2001(29) : 139.
- [7] 韩立新. 环境伦理学是应用伦理学吗？[J]. 河北学刊，2005(1): 100.
- [8] James Colgrove & Ronald Bayer. Manifold Restraints: Liberty, Public Health, and the Legacy of Jacobson v Massachusetts[J]. American Journal of Public Health, 2005(95) : 575.
- [9] Lawrence O. Gostin. Public Health Law in an Age of Terrorism: Rethinking Individual Rights and Common Goods[J]. Health Affairs, 2002(21) : 79-93.
- [10] Dan E. Beauchamp & Bonnie Steinbock. New Ethics for the Public's Health [M]. New York: Oxford University Press, 1999. 25.

- [11]Lloyd F. Novick. Defining Public Health: Historical and Contemporary Developments[A]. In Novick and May eds. Pubic Health Administration: Principles for Population-Based Management[C]. Gaithersburg, MD: Aspen, 2001. 3.
- [12]Louise Potvin, et al. Integrating Social Theory into Public Health Practice[J]. American Journal of Public Health, 2005(95) : 591.
- [13](美)F. D. 沃林斯基 . 健康社会学 [M]. 孙牧虹等译 . 北京 : 社会科学文献出版社 , 1999. 9.
- [14]Jonathan M. Mann. Medicine and Public Health, Ethics and Human Rights[J]. The Hastings Center Report, 1997(27) : 6-13.
- [15]Jonathan M. Mann. Health and Human Rights: A Reader[M]. New York: Routledge, 1999. 440.
- [16]Bernard M. Dickens. A Tool for Teaching and Scholarship: A Review of Lawrence Gostin' s Public Health Law: Power, Duty, Restraint[J]. Journal of Law, Medicine & Ethics, 2002(30) : 163.
- [17]Mark A. Rothstein. Rethinking the Meaning of Public Health[J]. Journal of Law, Medicine & Ethics, 2002(30) : 144.
- [18]L. O. Gostin. Public Health Law: Power, Duty, Restraint[M]. Berkeley: University of California Press, 2000. 12.
- [19][20]Ronald Bayer & Amy L. Fairchild. The Genesis of Public Health Ethics [J]. Bioethics, 2004(18) : 492, 489.
- [21]James C. Thomas et al. A Code of Ethics for Public Health[J]. American Journal of Public Health, 2002(92) : 1057.
- [23]肖巍 . 公共健康伦理 : 概念、使命与目标 [J]. 湘潭大学学报 , 2006(3): 109.