日期：2016 年 6 月 23 至 24 日

地點：香港浸會大學逸夫校園永隆銀行商學大樓 2 樓 WLB206

講者及與會者須知

一、 研討會主要以普通話進行。

二、 每篇論文報告時間為 30 分鐘，前 15 分鐘是論文演講，後 15 分鐘為討論時間。

三、 演講及討論時間完結前 5 分鐘、3 分鐘和完結時，工作人員會舉起提示卡提示。

四、 講者須於指定時間內完成報告，若超過時限，主席可終止講者發言。

五、 所有論文報告完成後，會有一節 30 分鐘的綜合討論。

6 月 22 日 (星期三)

抵港	
18:30-20:00	歡迎晚宴：唐宮中餐廳（九龍維景酒店二樓）

6 月 23 日 (星期四)

第一節 **主席： 張　穎**		**頁碼**
10:00-10:05	歡迎致辭	
10:05-10:20	**中國生命倫理學之方向與基本原則** 李瑞全	**1**
10:20-10:35	討論/答問	
10:35-10:50	**醫療成本效益與公平的矛盾: 中西文化的異同** 陳浩文	
10:50-11:05	討論/答問	
11:05-11:20	**生殖科技倫理的跨文化反思** 羅秉祥	
11:20-11:35	討論/答問	
11:35-11:50	茶點	
第二節 **主席：陳強立**		
11:50-12:05	**關於建構中國生命倫理學的宏觀思考** 張舜清	**15**
12:05-12:20	討論	
12:20-12:35	**我們應當轉向醫療個人主義嗎？——中國醫療機構《病歷書寫基本規範》的倫理審視** 邊　林	**25**
12:35-12:50	討論	
12:50-14:00	午餐：聯福樓（思齊樓二樓）	
第三節 **主席： 范瑞平**		
14:00-14:15	**從中西親子關係理論差異看家庭本位思想在中國社會的適用性** 徐漢輝	**35**
14:15-14:30	討論	
14:30-14:45	**胚胎基因設計的倫理問題研究** 李建會	**43**
14:45-15:00	討論	
15:00-15:15	**仁愛與責任：中國受試者保護語境中一種溫和家長主義模式的辯護** 張海洪	**59**
16:15-15:30	討論	
15:30-15:45	茶點	

續 6 月 23 日（星期四）

第四節 **主席：張　穎**		**頁碼**
15:45-16:00	**儒家倫理對輔助生殖技術的價值評判與思考** 賀　苗	**67**
16:00-16:15	討論	
16:15-16:30	**從“二孩排斥”淺析中國哲學視閾下的倫理適用** 尤晉澤	**77**
16:30-16:45	討論	
16:45-17:00	**生命決策中的家庭協商** 韓躍紅	**83**
17:00-17:15	討論	
17:15-20:00	晚餐：九龍灣 Megabox 小南國	

6 月 24 日（星期五）

第五節 **主席：陳強立**		**頁碼**
10:00-10:15	**嚴重缺陷新生兒醫療決定權的倫理學研究——基於西方個人自主和儒家家庭自主決定模式的比較分析** 簡小烜	**93**
10:15-10:30	討論	
10:30-10:45	**中國墮胎氾濫問題的成因與對策分析——基於 H 省 D 市的調查** 曹　雋	**103**
10:45-11:00	討論	
11:00-11:15	**論本真的醫患關係——互慈和創的仁愛的共同體** 蔡　昱	**115**
11:15-11:30	討論	
11:30-11:45	茶點	
第六節 **主席：范瑞平**		
11:45-12:00	**互聯網時代的患者隱私保護新形勢** 耿　希	**125**
12:00-12:15	討論	
12:15-12:30	**傳統誠信觀對基因倫理的當代啟示** 郭玉宇	**135**
12:30-12:45	討論	
12:45-14:00	午餐：聯福樓（思齊樓二樓）	
第七節 **主席：張　穎**		
14:00-14:15	**中國醫療服務價格政策演變的倫理反思——基於儒家生命倫理學基本原則** 吳靜嫻	**145**
14:15-14:30	討論	
14:30-14:45	**《莊子》生死智慧對臨終者的生命關懷** 陳翠婷	**159**
14:45-15:00	討論	
15:00-15:15	**編輯人類胚胎基因的倫理悖論與現實解決路徑** 陶應時	**169**
15:15-15:30	討論	
15:30-15:45	茶點	

續 6 月 24 日（星期五）

第八節 **主席：陳強立**		**頁碼**
15:45-16:00	**生殖系基因編輯的中國哲學思考** 鄧　蕊	**181**
16:00-16:15	討論	
16:15-16:30	**臨床護士護理倫理認知、踐行現狀調查及對策分析** 葛　賢	**191**
16:30-16:45	討論	
16:45-17:00	**儒家觀點看遠距照護** 翁若愚	
17:00-17:15	討論	
17:15-17:45	綜合討論	
17:45-20:00	歡送晚餐：九龍塘達之路 80 號又一城 G-23 王家沙	

<u>其他論文</u>

1. H. Tristram Engelhardt, Jr., “Why One Should Support the Development of a Chinese Bioethics,” pp.207.
2. 李亞明：〈儒家視角下的死亡的尊嚴〉，頁 211。
3. 張　穎：〈中國醫改中市場化的困境——從魏則西事件說起〉，頁 223。
4. 張文英：〈中國生命倫理學原則重塑的分析〉，頁 235。
5. 程國斌：〈瘟疫中的道德敘事〉，頁 245。

與會學者

主席/評論

范瑞平　香港城市大學公共政策學系教授、香港浸會大學應用倫理學研究中心研究員

張　穎　香港浸會大學宗教及哲學系副教授、應用倫理學研究中心研究員

陳強立　香港浸會大學宗教及哲學系副教授、應用倫理學研究中心副主任

羅秉祥　香港浸會大學文學院副院長、宗教及哲學系教授、應用倫理學研究中心主任

講者

尤晉澤　大連醫科大學人文與社會科學學院倫理學碩士生

吳靜嫻　西安交通大學・香港城市大學聯合培養博士生

李建會　北京師範大學哲學與社會學學院教授

李瑞全　國立中央大學哲學研究所教授

徐漢輝　英國貝爾法斯特女王大學哲學系博士生

翁若愚　香港城市大學公共政策學系一級導師

耿　希　上海中醫藥大學附屬曙光醫院倫理委員會秘書

張海洪　北京大學醫學部科學研究處助理研究員

張舜清　中南財經政法大學教授

曹　雋　黑龍江省大慶市東北石油大學教師

郭玉宇　南京醫科大學醫政學院副教授

陳浩文　香港城市大學公共政策學系副教授

陳翠婷　北京大學醫學部醫學人文研究院倫理學碩士生

陶應時　中南大學公共管理學院博士生

賀　苗　哈爾濱醫科大學人文學院副教授

葛　賢　成都中醫藥大學馬克思主義學院碩士生

蔡　昱　雲南財經大學教授

鄧　蕊　山西醫科大學人文學院教授

韓躍紅　昆明理工大學社會科學學院教授

簡小烜　湖南師範大學公共管理學院博士生

邊　林　河北醫科大學社會科學部教授、中華醫學會醫學倫理學分會秘書長

中國生命倫理學之方向與基本原則

李瑞全
國立中央大學哲學研究所

引言：中國歷史文化與生活中的儒釋道三教

中國文化遠自黃帝堯舜，以迄自夏商周三代，已累積了近二千多年的歷史發展，人口與生活內容也已極為繁茂豐富。西周時，周人所建立的不但是東方一盛大的王國，而流傳在六經中的人文思想已達到相當高度的文明。但周初所創建的禮樂文化經數百年的流行，漸有形式化和受到政治權力之破壞，在春秋時代開始呈現出「周文疲憊」或所謂「禮崩樂壞」的現象。儒道二家都可以說是就此禮樂文化的問題而作出原創性的反省與回應，開創出人類的文化價值與理想。儒家的取向，基本上是重振和創立三代禮樂文化的核心價值，建立人文化成的禮樂世界；道家則進一步以消解的方式回應禮樂制度之僵化，把自然生命提升到道的境界，以回歸自然簡樸的生活，解脫制度之桎梏，使生命得以免除扭曲與夭折之害。儒道二家之深切反省與哲學開創，而且能夠建立人生社會之生活常軌，乃成為中國文化的二大教。換言之，三代的傳統文化中所蘊釀的核心價值，經孔子之反省提升，以生命中所具有的感通，即仁心仁性，為生命與文化價值的根源，確立禮樂文化的基礎，表現為特重生命內在的德性價值的發展和社群共同生活之禮義制度的建立，成為代表中國文化的儒家傳統。道家也自有所承傳於中國文化共同來源之處，但更特別針對傳統文化中的禮樂制度之異化問題，提出回歸自然，以解除人為的束縛，與自然之道合而為一，追求生命的逍遙自在之樂。因此，儒道二教實有人倫與自然，名教與自由之互相配合的關係。西漢以後，印度佛教東來，而由於漢末魏晉之戰亂連年，人民追求脫離生活與權爭的痛苦，出家成佛或與世隔絕的世外桃源等觀念成為人民企求的理想，佛教之脫離苦海的出世思想，因而成為時代的主流。經魏晉隋唐的發揚與開展，佛教與儒道二家鼎足而三，三教融匯而成為中國傳統文化中的共同內容，在中國的歷史與文化中發揮出互補共存的觀念與功能。由此所形成中國的人文價值與對生命的價值與態度，仍然明顯地反映在當今東亞各國的現代生活中，也構成我們在生命倫理學中的一些基本的取向和表現，獨立而不同於西方文化所發展出的生命倫理學。

儒、釋、道三家是中國哲學中的主流理論，構成中國傳統文化的基本而又全面的內涵，對中國人的生命與價值，以至天地人、家國天下之群己關係都有決定性的影響。三教的理論與概念已融入我們的生活與生命之中而密不可分，不但反映在我們的社會政治結構與價值，反映在我們的日用倫常之中，也反映在我們的宗教觀念，生死問題上，也自然而影響我們在生命倫理的各種課題之中。在三教之中，儒家可說是主流中的主流，主要形成我們在日常生活中的各方面的價值與

取向。三教在哲學義理的層面自然有很多不同和爭議之處，但在一般人的日常生活中卻常是互補或互相容讓，並沒有很明顯或嚴重互相排拆對抗的情況。儒道兩家固然都源出久遠的中國文化傳統之中，固然有不少互相批評的論述，縱使在知識分子之中，也常是互補的情況，所謂出仕則是入世的儒家，不得意於世則為隱退的道家。西漢以後，佛教傳入，先藉道家而融入中國社會，到隋唐大盛，但也沒有取代儒家作為社會政治之主流，最後與道家互為表裡，基本上也是中國傳統社會上與儒家為互補而存在，只是多了成為出世的僧侶一途。

儒、釋、道三教的哲學義理自然有很多不同，也因此有很多交互批評而形成豐富的文化生活內容[1]。但三教都着重在生活生命中實踐出人生的意義與價值，因而實有一共同的價值理想和取向，形成中國文化中多元並容，人格世界多種形態的生命。因此，在明朝中後期，一直到現在，士人之中有很多三教合一的主張。在哲學上或倫理學上，三教如何統貫合一，自然不是容易之事，但在日常生活中，三教卻也常在不同的層面或議題上，互相配合和互相欣賞。因此，中國歷史上雖然也有過排佛的零星事件，實只是帝王政治權爭上的餘波，沒有在民間社會中發生真正的影響。是以，我們可以在文化生活中，以三教不分的形式來審視中國文化的總的發展與方向。而在生命倫理的課題上，也可以視如為一整體的儒、釋、道三教合一下的文化取向來加以反省，申論中國文化中所蘊含的中國生命倫理學的義理。生命倫理自然有不少與生死相關的議題，而此中實涉及許多科學科技與醫學的知識與運用，而對於入世的這種種的知識之學習與認可，儒家仍然是最積極的一支，佛、道二家多少總只是一種權宜的利用。同時，由於生命倫理不限於生死兩端的問題，更多的是日常生活中的倫理議題，而且為了便於顯示中國生命倫理學的一貫性和統合性，以下仍然以儒家的論述為基礎，輔以佛、道二家的觀點，以展示出中國生命倫理學的基本方向和一些基本的原則，以供進一步討論發展之用。文中亦引述一些相關的議題，如臨床的生死決策，健康照護，動物實驗等的重要議題，作一些基本而簡要的發揮，以見三家之互融共通之處，反映出中國文化之內容和切合中國現代人的現代倫理價值的取向，道德判斷與道德行為的原則。

以下先依共同的中國文化的傳統，申論儒、釋、道三教在中國文化生活中所表現的生命倫理學的基本原則與取向。本文主要從兩個方向作進一步分析，首先是反省此中所含的道德規範的根源，由此以見出三教之雖異而亦有重疊共可的道德行為的依據；再就此共同的道德根源與共同的文化模式，展開生命倫理分析的若干中層原則，以及其運用。

[1] 請參見唐君先生之《中國文化之精神價值》，現收於《唐君毅全集》(台北：學生書局，1984 年)第四卷。

一、中國生命倫理學的核心原理：對生命苦難之關懷與人之為人的人格升進

孔子以仁奠定人之為人的價值，並由此以證成禮樂文化之價值根源。人與人之間的仁心之感通，即是維繫人際之間的生命紐帶，是社會文明得以建立和發展的動力。仁心之安不安，是對生命之苦樂的直接感應，不但是道德價值的根源，也是人與人，人與一切生命，以至天地萬物結合為休戚相關的一體的根據[2]。依儒家之義，宇宙一切實構成一有機的整體，是一互動的道德社群。此一全體的道德社群，基本上以每個人之家庭為根據地，從共同生活的親密關係中層層開展，以至全宇宙。因此，仁之感通始自家庭，但心靈的感通並無界限，仁之感通無限，感通所至，隔閡即消除。每個人之仁心總由自己而輻射出去，由近及遠。因此，儒家認為人與人之間的互相親愛，自然而合理地是有差等的「愛有差等」的義勢關係，因而有不同的人際關係之間的相對義務。但仁者之愛亦無界限，因而必由人而物，乃有「仁民而愛物」，「仁者與天地萬物為一體」之說，必至與天地萬物感通而為一體。究極言之，聖人亦必是大公無私以餔育萬物，使天下人與物都得以各盡其性分。

道家自老子之立教，見出人間社會的鬥爭基本上出自人我的差別，出自人為價值之高下取捨，因而產生出無限的爭端，以至戰亂相殘。道家因而主張小國寡民，簡化人間的秩序，取消各種繁文褥節的制度，使人民能從各種不必要的人為制度與價值中解脫出來，復歸於簡樸自然的生活，讓生命得以回復逍遙自在，與世界冥合為一。但道家亦不是完全否定人間社會之組織，亦體認出父母子女之間，社群政治組織不可完全廢除，只是以消極的鬆綁方式[3]，因就順成生命之不可奈何而來的限制，以安之若命的順應態度回應各種自然限制，以達成在真實的生活中真正的自然逍遙的生活。

佛教的基本義理，簡言之，是以「諸行無常」、「諸法無我」、「有漏皆苦」、「涅槃寂靜」等四法印來解說生命如何陷於無明，因而不免陷於無窮的痛苦，以及如何由修行破除生命中的無明，讓生命得到解脫。佛教以「緣起性空」說明人生之苦都是出於各種的執著，不知所認為值得追求的價值與對象其實都是虛妄無實，都是由於人之無明之念而來。而此種種世間的事物或價值，因為沒有真實性，變幻不測，也不可能持久，只會使人為了追逐這些欲望的滿足，而更深陷於痛苦的深淵，只有更形墮落，永無了期，因而陷於無邊的苦海之中，受盡無窮的痛苦。

[2] 中國古代的文獻中即有許多反映有這種人類關懷天地萬物的感受，儒道二家更把此種天地情懷提升到哲學的層面來闡釋。人類對其他生命的關懷，在今天也還是歷歷可見，特別是在我們日常生活對虐待動物，摧殘河川土地，環境破壞等會有強烈的反應，實出自人類的天性。人類生命與自然世界相通的感受，幾乎在所有原始民族的信仰中都有相若的表現。西方社會雖有較強烈的人類宰控世界，以個人主義為理性考量的基礎之取向，但仍然有強烈的保護動物，反對以人類為中心的自私自利，與罔顧他人他物福祉，完全隔絕的行為。

[3] 哲學上此即所謂道家之作用的保存方式以真正實現仁義禮智的意義。

佛家認為要解脫種種無明之覆蓋，得到涅槃寂靜之樂我淨，必須破除各種自我的妄執，戒殺護生，捨離此惡濁世界，破除無明，然後才得以永生西方極樂世界。佛教經典常有描述各種動物如何經歷長途的輪迴轉化，轉成人身而修道，終於成佛，動物與人並無等級的差別，天地萬物也是可以互相轉化的。而佛教的大乘菩薩在破除人障我執之後，以大慈大悲之心，誓願解救一切生靈，故不惜深入地獄，超渡苦難的眾生，以同進佛界，此亦是眾生與佛同為一體之義。

簡言之，三教均以悲憫眾生之苦難，以解救眾生出苦海為實踐的基本原則。三教均正視現實的苦難，而求從當下做起，使生命得到解脫。因此，三教都注重在現世的實踐，切切於推行仁愛與關懷生命之工作。但三教也不只是解脫民眾之形軀之苦痛，更重視如何超升或轉化此種種痛苦，由智慧與洞見，把生命向上提升，以求得精神的解脫，共同進入大同世界，人人各盡其性分，自由逍遙，得到生命之真實而永恆的愉悅。有限的個體生命通過與天地萬物合一而得到永恒和無限的存在和價值。

其中最重要禾哄同的是，三教的理論中都有追求理想人格的要求：儒家之聖人，道家之真人，佛家之成佛。而這一最高的人格價值，也是人類生命的最高價值所在。嚴格來說，每個人要實踐出這一最高的人類生命的價值才可說是完成人之為人的價值，因此，在三教的義理內，都涵有信徒有義務要達成此教義和理想：儒者必要成聖，道家必要成真人，佛家信徒必須成佛。當一個體通過實踐而達到此一人格成就時，即顯示一個人在現實上雖不免有各種限制和有限性，但也可以打破來自自然生命的局限而得到自由解放，也由此可以說突破自然生命之最大限制的生死的痛苦。此即表示，最高的人格成就也是每個人都可以成功的，關鍵只是每個人的努力，即實踐工夫的深淺。由於肯定人人皆可以為聖人、真人與佛，因此，三教都肯定每個人的生命價值，因而生而具有其他人不可侵犯的人格尊嚴。[4]儒釋道三教對於最高人格價值的構想，雖然依教理各有不同，但都是每個人都必須經努力才能達成，也都可以達成的人格成就。因此，三教強調在現實上，每個人都不即是聖人、真人或佛，因而更注意到人之現實上的不完整性，有限性，但亦同時肯定每個人都可以通過自己的努力以成就此最高的生命價值。因此，三教都提供一實踐的方式和理論，建立學以成人的途徑，指引信徒如何可以成功此一人格理想。

同時，三教肯定成功此理想的實踐，即肯定在真誠的實踐之中的生命的價值，因此，真誠地去實踐以實現最高人格價值的信徒，其生命亦必受到最高的肯定。宗教的本義在引領信徒離苦得樂，解脫世界的束縛，基本上即是肯定生命之自我

[4] 此肯定人人具有不可侵犯的尊嚴價值，所指的是人格價值，並不同於生命神聖之說。因此，如果一個人侵犯了他人(同時即是侵犯了自己的人格價值)時，即一般不道德的行為，他即降低了他自己的人之為人的價值，以至不配為人，即應予以適當的懲罰，由受簡單懲罰，以至被剝脫自由，與他人隔絕坐牢；若罪大惡極，徹底違背和傷害他人的尊嚴與生命，其極則是死刑。

發奮努力的價值，肯定克服一切困難的心志的價值。人如能認真反身承認生命價值之優先性與共通性，此中即含有真正可以消除由宗教教義的不同而來的不可解的宗教對立和戰爭，方可以建立永久的和平，以達到和平共存的大同世界。[5]是以，在生命倫理學的論述中，人格價值是我們的最高價值所在。

二、生命共同體的人間世界：同情共感與道德規範根源

由於現代世界的發展，主要受西方自啟蒙運動開始以來，把個體從各種不當的社會政治體制的壓迫解放出來，因而高舉個人的自由與權利。此一保護個體免於政治社會的壓迫，免於握有巨大政治社會經濟力量的獨裁者所產生的不合理不公義的壓迫，對於保護人類的生命和價值，自有巨大的貢獻，也是人類文明的巨大進步。但此一取向也同時會衍生人與人之間的分化，使生命割，互不相干，以至互相排斥與傷害。人與人之間本有的生命的連繫與關係，如父母子女與夫婦的倫常關係，常被視為是人的生命第二義的特性，不但在道德上不重要，甚至被視為對人的束縛。西方哲學更鑑於人際關係之偏私，是社會中許多不公義不公平之事的來源，因而人際之間的緊密的連結被排除在公義的反省之外。涵育這種人與人之間最親密的道德社群，即家庭，常被高舉公平正義的人或理論所認為要加以取消的制度。這種取消家庭制度的論述，在西方哲學史中，上自柏拉圖哲學，以至今天的馬克斯主義與各種極端的自由主義和女性主義等，都仍然存在。因此，在西方政治哲學之中，只有個人與社會或政府的權利義務的論述，家庭並不是社會的基本成員，家庭被視是私領域的事，不在公共制度的反省和規範之內。這不但不了解和不能說明道德和道德行動的來源，更是違反和破壞人類生命本有的內在的親和性，和共同生活上同情共感的必要性。儒家基本上是以家庭為人類社會的最基本的倫理社群，乃是人類社會中一自然的基本組織單位。它的基礎性更在於每個人基本上是在一自然家庭中出生的，家庭並不是一純然的人為建構的制度。共同的生活中即含有和培養出生命的最親密的關係，此中的親子關係既重要，也不可被消除，因此儒家認之可為「倫常關係」，是與個人永不可分的一種內在關係。反之，社會政治社群是一種人為的制度，可以有也可以取消。儒家也與道家提出可以有一種與現實社會政治權力無關的關係，即，人可以脫離社會國家而成為「天民」。天民沒有政治，但仍然有倫常生活。社會政治制度的存在是為了共同生活的安排，它們基礎正是人類的家庭。因此，儒家由個人之修身必至齊家，治國、平天下。雖然道家不太強調家庭的基礎，也不忽視家庭的重要性。佛家強調出世，對男女之情欲視為貪嗔痴的根源，但仍然有「世出世間」不可分之教義，佛教的中道義並不積極取消家庭的存在。在現實生活上，三教都自覺或默認家庭的存在和重要性。

[5] 業師唐君毅先生對此義之發揮最多，請參見唐先生各種文化之論著，以及本人據以申論儒家所含有的化解宗教戰爭，以達至世界和平的論述。

在相應人與人和人與物之間的道德行為與義務的要求，在追求理解其根源和方向上，我們不能不正視人與人之間的自然而有的「同情共感」(empathy)、「同理心」(compassion)、「同情心」(sympathy)等所指的心靈的作用。生命之間[6]自然具有的同情共感是維持生命之存在與價值，以及物種的繁衍與生生不已的發展最重要的機制。在人類社會中，人與人之間的同情共感更是重要的結合基礎。而同情共感最重要和明確的表現是在家庭成員之間，在親子的關係之中。此所以儒家肯定家庭與家人之間的優先性與基礎性，並不能為各種政治社會經濟利益所取代或取消。在提出和重視人際間的感通方面，儒家最典型的表現是孔子之「攝禮歸仁」的觀點[7]。而此一觀念可見於以下的一段著名的對話：

> 宰我問三年之喪：「期已久矣。君子三年不為禮，禮必壞，三年不為樂，樂必崩；舊穀既沒，新穀既升，鑽燧改火，期可已矣。」子曰：「食夫稻，衣夫錦，於女安乎？」曰：「安。」「女安則為之。夫君子之居喪，食旨不甘，聞樂不樂，居處不安，故不為也。今女安則為之。」宰我出。子曰：「予之不仁也！子生三年，然後免於父母之懷。夫三年之喪，天下之通喪也。予也有三年之愛於其父母乎！」（《論語．陽貨》17:21）

此段文獻有很豐富的哲學意涵，我們在此主要指出其中家庭親子關係中同情共感的重要性。「三年之喪」是周朝喪禮中最重要的禮制，即父母去世守喪三年的規定。宰我即認為三年太長，要求把它縮短。但孔子回答宰我的質疑時，反而質問宰我在父母死時享受美衣美食是否會覺得「安」。此所謂「安」自是指心之安不安。三年之喪來自對於父母之死的深心不安的感受上，而此一人與人之間的生死悲慟，即是親子之間的感通，即同情共感的表現，孔子稱之為「仁」。宰我的回應表現出對父母之死若無所感，父母之死亡與自己痛癢隔絕，故孔子罵宰我為「不仁」。如果沒有此感通，則三年之喪只是虛文，沒有必要遵守的價值和意義。此即表示仁是三年之喪，也是一切禮樂的根源。禮樂制度是為了體現我們的仁心的要求而來。在古代，禮樂就是我們日常的道德規範和社會政治制度，「攝禮歸仁」即是以仁心為一切價值的根源。而仁的具體呈現即是人際間的同情共感的生命的感通的表現。

孟子對儒家的道德根源更明確地提點出是出我們本具的「不忍人之心」[8]，

[6] 此處普泛以生命為言是因為同情共感式的表現，不只限於人類，在各種層級的生物中亦是常見之表現，此特別容易見於動物之母性之餔育與保衛幼兒的行動中。此亦可以說是 Edward O. Wilson 所謂生物之間的親和感(affinity)的表現。

[7] 攝禮歸仁是孔子在《論語》中最重要的哲學理論，即「以仁為一切禮樂價值的基礎」，此一說法見諸當代新儒家的各種著述之中，諸如徐復觀先生之《中國人性論史：先秦篇》第四章，明確提出此一論題的亦可參見勞思光《中國哲學史新編》第一冊。

[8] 關於道德規範根源的論述，請參閱李瑞全著《儒家道德規範根源論》(台北：鵝湖出版社，2013年)一書，特別是第三、第四章。

即道德本心，而且指出此不忍之心即同時具備情與理，以及道德行動的動力：

> 孟子曰：「人皆有不忍人之心。先王有不忍人之心，故有不忍人之政。以不忍人之心，行不忍人之政，治天下如運之掌上。所以謂人皆有不忍人之心者，今人乍見孺子將入於井，皆有怵惕惻隱之心，非所以內交於孺子之父母也，非所以要譽於鄉黨朋友也，非惡其聲而然也。由是觀之，無惻隱之心，非人也，無羞惡之心，非人也，無辭讓之心，非人也，無是非之心，非人也。惻隱之心，仁之端也；羞惡之心，義之端也；辭讓之心，禮之端也；是非之心，智之端也。人之有是四端也，猶其有四體也。有是四端而自謂不能者，自賊者也；謂其君不能者，賊其君者也。凡有四端於我者，知皆擴而充之矣，若火之始燃，泉之始達。苟能充之，足以保四海，苟不充之，不足以事父母。」（《孟子・公孫丑》上 2A:6）

在此引文中，孟子首先即指出人人都有此不忍其他人他物受傷害的本心，而由此而建立的政治制度即是最符合人性人情的仁政王道。此即表明儒家由道德根源開展政治社會制度的內聖外王的觀點。孟子下文更明確指出所謂不忍人之心的表現即在於我們看到一個無辜的生命即將受到嚴重傷害時，內心自然而即時呈現的「怵惕惻隱」的情狀。孟子所舉的例子是當時的農村的日常例子，在我們今天則可以用更多相應的事例，如看到小孩在把玩一尖刀，或在一繁忙車道旁兩邊走動玩耍，或一小狗在大路上徘徊不去，等等，當我們看到小孩或小狗快要被刺傷或撞倒的剎那，我們的內心也不期然而有一種悚動。此即是孟子所指的我們內心在當下即有一種不安不忍的「怵惕惻隱」之痛。它不但使我們覺知一生命受到嚴重傷害，使我們感受到一種隱痛，而且使我們當下感到有一拯救的義務感受，即自覺有義務要解救即將受傷害的小孩或小狗。此是一當下的直接的感受，不但沒有經任何反省，也根本沒有時間作任何反省。但這一悚動即同時是義務的自我要求，也同時是一推動我們去行動的動力。此義務完全是我們自己的自我要求，如果我們不去作出任何相應的拯救的行動，我們會感到需要有更重要的道德理由以壓倒這一內在的要求，否則我們會自覺不安，會感到羞愧，事後會感到內疚。因此，依儒家的分析，這種當下呈現的不安不忍的感受，或正面的對兒童歡樂之感到愉快，即是與他人他物的生命的同情共感。這在母子關係之中特別明顯，子女之需求與苦樂，母親都很明顯有一種感通的覺知。母親不止是知道子女受傷時的痛，而且自己也感到痛，甚至有時候比子女有更強烈的心痛的表現。這是生命之間的自然而有的感通。母親之當下所感到的義務而直接採取行動，有如關係倫理學(care ethics)所指出的，常有一很強烈的「我必須」(I must)的感動與行動的自我要求。孔孟都以此同情共感的生命的痛癢感通的表現，為一切外在的禮樂刑政制度的基礎和根源，而道德的義務即是對他人他物的苦難有一不容自已的同情共感，以及由此而來的義務的自我要求和行動。

道家亦對他人之苦樂和由執著相對的價值而來的人為制度的束縛與痛苦，都有深刻的感受，認為需要加以解救。此中亦涵有道家不但認可生命之間本有的感通，更認可生命之間本自相通，故有蝴蝶與莊周之間實難以分割的比喻：人與物是可以轉化，是一體的不同面相。因此，生命之間的感通亦猶如一體的內在感通。佛家也有所謂「自通之法」，即，不想他人傷害自己也應知道不能加害於他人，有近乎儒家恕道之「己所不欲，勿施於人」的感通。大乘菩薩更有感於生命之墮於無明，無法解脫，以至墮入最苦楚的地獄世界，菩薩乃發出「大慈大悲」之心，誓要普救眾人，甚致「有一眾生不成佛，我誓不成佛」。菩薩為了普救眾生出苦海，寧願不進入涅槃靜寂的世界，特別「留惑潤生」，以與眾人苦樂以共，得以因就眾生之情狀而拯救眾生出苦海。由此可見，生命之間的同情共感，特別是對生命的苦難的同情共感，是破除人我之隔，和自覺有義務去解救有需要的人與物，是儒釋道三家共認的生命之間的道德義務。

三、儒釋道三家之無我觀與利他愛物之感通與義務

如上所述，儒、釋、道三教都具有一個共同的取向，即以一切苦痛的根源都由自我自私之欲望產生，因此，都尋求破除此自私之自我，展現無私利他的大愛精神。孔子在《論語》自述「無意、必、固、我」，以摒除私心之偏執，而且更以「克己服禮為仁」，在實踐工夫上去除一切為己利己的私念私欲，以大公無私之心，實踐為他利他之事。由「己所不欲，勿施於人」之恕道，「推己及人」之忠誠，打通人我之隔閡，達到與天地萬物為一體之仁。在這樣的仁者關懷之下，盡力使人人皆能各盡其性分，物物都得到化育，以臻大同世界。

道家亦同樣反省「吾有大患，為吾有身，若吾無身，吾何患焉」，因而要從自己之形軀解脫出來，與「天地並生」，同其無限，則不但一切因於自我與私我而來的各種限制與束縛得以打破，更進而使自己能超脫有限的「形軀的限制」，而可「與萬物合而為一」，生命互相轉化，由此取得無限的意義與價值。此一讓「物各付物」，人與物都能順其自然而無人為的束縛與限制，得以「同於大通」的「與天地萬物合為一體」的結果，真正解除了人生的各種牽引限制，使有限的生命一同進入和得到自然逍遙的境界。因此，道家既不汲汲於追求加快生命之結束，亦不戀戀於生命而人為地延長下去。凡事皆以順其自然而行，即所以達到最高境界與最高的幸福。

佛教更明確地對於一切事物之「自我」、「自性」加以徹底的批駁，不但指出這種種「我執」、「法執」，正是人之受到「生老病死」之苦的根源，更是使人與他人他物分割，互相戕害，陷於永恆的「輪迴」之劫中而不得解脫。佛家由「緣起性空」，見出不但世界是沒有自性的存在，沒有真實的獨立自存的實體，由此

打破人我的區隔，同歸於一體之平等。由平等空性觀照所及，佛家辯破對自我與自私自利的我執，不但是針對形軀之限制與由此而來的利己自私的欲望與行為加以否決，同時更由此而有感於他者之苦痛與自己實息息相關，由生命之感通而有利人利物之利他主義，更有一眾生不成佛，不能脫苦海，自己也不成佛，不獨自脫離世間的一切災難，而有同體大慈大悲的菩薩心腸。此一利他去私的反省，可以說是根除一切罪惡痛苦的淵源，實現天人一體的至樂世界。

儒釋道三家之智慧匯聚的重點是見出對自己生命之執著是痛苦的根源，因而以去除私我私利，而以利人利物為自己的道德義務。去除自我的執著，則對於生死自然可以坦然接受，以一種順其自然的方式來回應。因此，中國傳統對於死亡並不懼怕，也有舒解之道。基本上是通過超越個體的生命與形軀的執著，以安時處順的方式，面對死亡和一切相應而來的痛苦。也由於深感與他人他物之感通，由同情共感而來的生命之感通，故對於其他生命總有同情與敬愛之情。此如反對殺生虐待其他生命。佛家更明顯強烈地反省殺生而奉行素食，在追求解放生命的各種苦難上，也最為用心與用力。也由於由近及遠，由家而國、天下，中國傳統倫理亦重視由愛有差等而來的差別對待，承認家人之間具有親密而不可分割的關係，是我們義務實踐的優先對象。但也不容許因此而變為利己與利家而對他人的不公不義。因為，三教都有天下萬物為一體的同情共感的感通，因而也必謹守不殺人、不殺生的基本戒命。

四、實踐工夫對生命價值之了解與決定的影響

中國傳統思想對於生命的價值與實現，都不停留在知解式的理解上，而必進到工夫實踐的行動上。由於人不是生而即是聖人、真人或佛，必須經過工夫的努力才可能實現人的生命的最高價值。因此，由實踐以成就最高的人格即成為三教的理想和行動的目標，因此，對於如何由未為聖、真人或佛之前，通過工夫實踐以成就最高的人格境界，三教也提供了各種修行入路的方法。

實踐工夫是一個人自覺生命的行為、價值的自我反省與提升。在反省中含有對發生的事有一理性的了解與評估，不但於道德價值有所肯認，也培養實踐者自覺自己的行為的對與錯，建立自己的德性人格，使自己的同情共感得到更好的發揮，使生命發揮更高的價值。通過實踐的反省，我們在與人相接之處，即處事做人方面，更能反省自己的盲點或過度的主觀，更能虛心接納他人，增進人與人之間的溝通交流，互相了解合作，使彼此的同情共感得以共鳴，生命人格受到尊重。儒家最為強調此中德性人格的建立，強化同情共感的親和性；道家亦由實踐而得出順應自然的各任其性的自由；佛家之修行則可使人免除執着，消除各種貪嗔痴的偏執，消除人我的隔閡。由此所共同建立的不止是一和諧的社會，更是一具有

親切親密感的社群。

三教所着重的實踐的意義，使得理想並不只是空想，而是可以落實到日常的行事之中，使到諸如破除生死、無我無私，利他利物的原則，可以在生命倫理的各種真實境況中，得以發揮出來，以消除各種偏執成見，更能增進整體的福祉，使人人養生送死無憾。由於了解必須經過實踐方能達到最高的生命境界與成就，因此，三教也不會勉強每個人都以最高境界的方式行事，這是不可行的理想。三教也深明此中每個人都必須努力學習提升自己的生命的必要，也因此在一般日常行事上照顧每個人的差異性。依此而言，三教也在一般日常生活中留出一些容許個別人或家庭在實踐上和趨向各自不同的方式，來回應日常生活中的各種道德課題。因此，在不同的教義下，我們也容許人們可以採用不同的取向或宗教儀式等來處理相應的事件。這是在以共容之下，容許多元的實踐方式。

五、親密關係之開展：愛有差等之公平合理性

依生命之同情共感的表現，每個人自然首先對共同生活的成員，通常是家庭或廣義的家庭成員，產生親密關係以及強烈的同情共感的一體感。家庭常是一個人的生命開始即具有的親密的道德社群。此即表現為一般的家庭的親子關係。此所以儒家強調家庭生活中的「孝、悌、慈」，強調實踐仁道必由「孝悌」開始。這亦同時強調我們對撫育我們生命以至成長的父母長者有一感恩的道德情感。家庭這種親密關係，不但對於每個人的生命有重要的內在價值和外在的道德行為的規範，而且也是使人在人世間保有一最後可以回歸和安身立命的場所，不致因為在社會上失意失敗而成為偏激無助的生命。由此而自然有的對家人特具的認同和親密關係，也促使我們相互間具有無私的一體的生活，相互間以利他的義務而不是分割的權利來維繫，因而儒家所謂「愛有差等」實是出於我們的同情共感的生活中互相感通的自然表現。此在道佛二教所強調的方向似有不同，但就生命之自然開展來說，二教與儒家也無異詞。在日常生活之中，我們的個人生活都以家庭為中心而輻射出去，由近及遠，自然有序。這不但構成我們現代生活中一種穩定而可互相期待的規則，也使我們在互相關懷中開展和實踐我們的同情共感的行動和決定。

這種自然而強烈的出於同情共感和共同生活而來的家庭成員之間的「愛有差等」的相互對待，並不會產生不公義或不公正的偏差，因為，這也是人人都異地皆然而可行的原則。在公私領域之區分上，儒家同時把此原則主要用於處理家人之間的對待問題，見出家人之間特別強烈的義務責任所在。而在社會群體方面則是以公平和不偏私的原則為準，並不容許以私意私情扭曲公共眾人之事。公事仍然要秉持大公無私的原則，人人平等對待。換言之，儒家強調每個人都應依親密

的共同生活關係而有差別的相互義務，不但可以讓我們對家人特具的道德義務得以自然而暢順地實踐，而且人人皆應如是，這即是愛有差等的公平性。而在社會公共事務方面，則要求人人平等互相對待，在此可以強調每個人的權利與義務，如此，社會事務並不會因愛有差等而產生不公正的問題。在此，道家的回歸自然一體，佛家之破除妄執，以平等視眾生，也可以建立公正無私的屏障，使妨礙公平正義的私情私意可以被適當地規範。

由於以家庭為社會活動的基本單位，不但使個人在各種要面對的生命倫理決定和選擇時，得到可靠和互相了解的家人所支持，更可以使家庭成員合理地參與個體的生命倫理中的決定，實可以合理地解決一些生命倫理的兩難。此如在醫療資源之分享，長期照護的共同合作，以至當病人在失去行為能力時，仍有家人可以代為進行決定，以保障當事人的真正意願被知曉和貫徹。

六、尊重自律之生命倫理學意義：自尊、尊人與互尊

家庭成員之間的親密結合，實質上形成家人的苦樂與共，共同生活不可能分割，共同的利益也不可能分割。而且，家庭是社會的基本單位，個人乃在家庭整體之內，因此，儒家主張家庭之內是以和諧共決的方式處理家庭成員所遇到的各方面的事，此中情理並融，較能得出對每個家人和整體的最大利益。依儒家之倫常親密關係來說，個人與家庭本不分，家庭成員的利益即是全體家人利益，以同情共感的感通溝通，應當可以以和諧和坦誠的方式取得最符合全家福祉的決策和決定。在此，道家之退讓自謙，可以給家中主導者以一種讓開的精神，讓家人各自的意願得到充分的表達和達成。而佛家之智慧亦可告戒家人不可執著，盡量尋求共認共可，以解決內部可能出現的紛爭。

經由內部的商議結果，即可對外代表當事人與家人的共同決定，即是一家庭的自律的決定，此一決定自應受到外部相關的組織制度所承認和尊重。由於此是一經家庭商議，在和諧的方式之下所取得的決定，應具有高度的合理性。但是，我們也不能漠視傳統與現代家庭仍然不免有由於知識與經濟能力，以至社會文化所含藏的宰控形式，對家庭中弱勢者會有不當的傷害。因此，如果其間有異狀，則相應的外部組織或制度，如醫療制度與專業人員，應有提供正確的專業知識與輔導，與評估審察的制度，以避免家人因誤解、蒙蔽，或有隱藏的暴力或壓力而作出不當的決定，以保障每位成員得到最佳的利益，個人應具有的權益不致受害。對外方面，由於得到家人之團結與支持，個人較有保障，自然較少受到外部的欺瞞或傷害。

如家庭成員之間有不可解的對立情況出現，最後可能是以家庭暫時分離的方

式處理，回歸當事人與其他家人宛如各在一獨立的家庭之中，由當事人依其獨立意願行事，以解決其中不可解的爭峙。家庭瀕臨分裂時，難免會產生劇烈的互相指責或爭吵，但仍應保有同情共感，互敬互重，尊己尊人的態度和行事方式，不宜作出彼此不能再補救的互相傷害的行為。同情共感與憂戚與共，仍然會是維持親人間最重要和最有力的團結力量，作為彼此最後的支援。此種內在的親密關係，也常在意見破裂，各行其是之後，事過境遷，意氣之爭放下之後，仍然可以促使親人們願意互相諒解，修補曾出現的裂縫，歸於和好，仍然保持內在的親和性。

在社會成員之間，我們也應以同情共感的同理心(compassion)，關注他人的苦難，提供適當的幫助和協助，以使社會上有困難者得到舒解。而在制度上，除了預防對弱勢者的壓制之外，我們自應尊重他人和他家的共同決定，不能強加個人或社會的意志於他人身上。互相尊重更能培養彼此的同情共感，組成更團結和諧的合作群，以使社會中人，人人得到合理和愉悅的對待。

七、人間社會的合作模式：互助、他助與自助之臨床應用

生命倫理學所關切的是生命的各種苦難與兩難的情況，生老病死是生命所不能免的歷程，此中亦不能無悲痛苦難，生命倫理學的目標也就是如何為生命找尋出路，為人生苦難提供最好的救助。儒釋道三家基本上都是生命的學問，都是為衛護生命而發的智慧之光，而且是見諸實踐，不是戲論，也自是可以於生命倫理課題有所用，以至有所大用。社會基本上是由個人組成家庭，家庭結合成為社群與社會，再擴大而為國家。沒有一個人或一個家庭可以完全獨立獨自生存，彼此的合作和互助是必有之事，也是必有之義。因此，社群中人的共同生活，原則上應以自助、他助、互助的方式來解決個人、家庭和社會整體的生命倫理學困難。以下試依生老病死四項，簡言中國生命倫理學之方向。

由於現代生命科學與科技的發達，我們對人類生命的接觸已不限於出生之後。遠在出生之前，我們已可以就人類生命作出許多重要的研究與運用。此在當代的一些基因科技中，人類胚胎即是最重要的研究對象，是我們建立對生命知識與技能的重要來源。由於基因科技的發展，我們可以建立幹細胞株，用以研究基因的機制，以為治療基因疾病，以及其他健康與疾病的治療等。此中產生許多如何取得研究用的細胞，涉及取用之對象，即受精卵之被傷害或最後被毀滅等爭議。依中國生命倫理學的基本方向而言，生命是可貴的，胚胎之生命亦如是。沒有必要和足夠的理由，不能隨意製造和利用胚胎。在了解生命的基因機制，以及用以治療基因疾病的需要上，基因研究有其合理性，並非不可為之事。儒釋道三教不以為生命是神聖的，不以為人為製造生命是一種僭越的行為。但由於涉及生命之生死與傷害，利用胚胎作為研究，亦必須須審慎為之。三教都只能有限的條件下接

受人為製造出來的生命，如複製人。但對於着眼於為人類所用而製造的各種生命形態，如沒有腦的人，以及各種混種的生命體等，此屬以人類來主宰和玩弄生命的行為，有違我們對生命的尊重與同情共感的方向。由於我們的科技力量日益龐大，我們對於研究所引生的各種可能的後果和應用，基本上應加以嚴格的限制，必須事前有明確的評估和合理的規範，不可只為好奇、好玩或求知，釀成難以化解的後遺症。我們對於利用動物進行實驗，應提高更人道的標準，對於利用後的動物，也應有感恩的回報，不能以用完即棄的方式來處理。

雖然三教都能提供我們如何可以看破生死，以及可以超越個人生命之有限性和不可能生物地永生的制，但要達到最高境界之實踐也不是人人當下或馬上可以達致的，因此，一般人仍然依附在生命的生生不已的相續上取得安慰，以減少對死亡的恐懼或克服。而且，由於生命之同情共感在生命歷程上也起端於生命的日始之時，即親子關係的開始，因此，養育自己的子女，即生育權，是每個人應有的權利。自然生育自是最無可反對之事。人工生育似有外加的人為之助。但就有自然生育困難的家庭來說，在沒有危害他人或對其他生命產生傷害的條件之下，使用人工協助，是可以被接受的手段。協助生育所達成的生命的喜悅與團結，使人工生育可以被有限度地接受和支持。一些具有醫療功能的基因篩檢仄後，方以人工方式植入胚胎，或由於生理上不能生育，都可以作出相應的科技的協助，以至在合理安排下的代理孕母方式，以完成生育的歷程。但人工生育不能被視為對於行使生育權相關的合理的生育的負擔的逃避，諸如為了免於懷孕而有九個月不能享受較自由輕鬆的日子，而利用代孕的方式，並不值得鼓勵。因為，此中實衍生嚴重的母嬰關係的問題，沒有必要時，不應增加可能產生的嚴重的人際間的衝突和傷害。較極端的情況是可不可以容許不能生育而子女卻驟然全部死亡之下，能否容許以複製人的方式，為孤獨而痛苦的夫婦或老人重組其血親家庭，是值得深思之事。三教原則上並不鼓勵，但亦不截然地反對。

人生最主要的階段自是從出生之後到死亡的歷程。此中的生倫理課題最多。其中自是疾病與醫療的問題。此中最關鍵的是醫治疾病的決定權。依三教之以家庭之不可分割旳共同生活和所含有的強烈的同情共感的親密關係，病人自是以家庭為單位，治療應是由病人與家屬共同決定為依歸，此即所謂家庭自律或倫理關係自律的意義。家人可以參與病人的診治與治療。此不但可以讓病人得到情感與理智上的支持，也可以減少病人在病中不免減弱的行為能力而受到不知所措的壓加或醫護人員的宰控。當然，為了病人的最佳利益，醫護人員也應本着同情共感的精神，關注病人在醫療中的痛苦，以及可能受到家屬的不當壓力之傷害等。由三方組成團結的團體，共同努力來保障病人的福祉，是且共感的最佳運用。在醫療費用的負擔方面，家人之間的互相，特別是情感上的支持，自是最重要的一環。但由於嚴重疾病的醫療費用常是一個普通家庭不容易完全負擔得了的，社會與政府的支持和支援是必須的。因此，個人、家屬、醫護人員、社會與政府的全面合

作和互相支援配合是最能回應人生中的醫療問題的方法，也是最可以表現全民一心，同情共感的表現。至於一些個別的議題，如器官移植，公共衛生等，大抵可以根據同情共感之下而有的社會的公平性與愛有差等的條件來作適當的評估和衡量，以作最妥善的安排。

人類終不免老化而有各種長期照護的問題，包括嚴重機能退化，以至植物人的狀況。家人的同情共感仍然是回應的最基本的方式。我們最後仍然是追求使到每個人的「老有所終」，每個家庭的「養生送死無憾」。此最後不免是如何處理臨終或死亡的問題。按生命倫理學中有關「自然死」、「醫助自殺」、「臨終鎮定」等情況，基本上是為了減少病人不必要而且嚴重的痛苦的決定，也是使家屬，以至醫護人員的同情共感，以及同理心要求得到實現，使「生死兩相安」，都是可以在合理的方式之下採用的安法。至於安樂死的問題，依三教之義，生死並不如此之分隔和嚴重，在病人臨終時會有極嚴重而不可能解脫或減輕的痛苦之下，合理和經嚴格反省分析之後的安樂死是可以接受的。

(會議初稿，請勿引用)

關於建構中國生命倫理學的宏觀思考[1]

张舜清
中南财经政法大学

摘要：“建構中國生命倫理學”中的“中國生命倫理學”具有語義上的模糊性，因而厘定其內涵無疑是“建構”的前提。本文認為“中國生命倫理學”的“中國”因素不應當局限于中華固有的歷史思想文化傳統，而應是一涵攝中國歷史和當代思想實際的概念，如此才能“建構”出一個符合中國實際的“中國生命倫理學”。這決定了建構中國生命倫理學的一般原則即是綜合現有對中國社會生活實際發生重大影響並具有重要地位的思想文化，將之融會貫通，從而建構出一個既符合中國現實又體現人類文明發展趨勢的生命倫理學。這種需要我們以一種“綜合創新”的視野和方法尋找中國生命倫理學的發展路徑。作為這種綜合創新的前提，我們應該避免原教旨主義的對某種思想文化的理解，而應面對多元價值的現實，採取一種詮釋性的“重構”態度，來探究某一具體思想文化的生命倫理學理論，以作為不同思想文化的對話基礎和建構一種包容性的中國生命倫理學的理論前提。

关键词： 中國生命倫理學 綜合創新 重構 多元文化与价值

近十年來，中國的生命倫理學界諸多同仁正致力於建構“中國生命倫理學”，這一努力可以說是中國生命倫理學界對傳統生命倫理學[2]的研究方法、學科視域進行批判反思的一種結果，也是與當下中國的政治、經濟和文化發展相適應而產生的一種理論上的反思的結果。儘管這一努力，迄今為止已經取得不小的成就和影響，但不能否認的是，對於這一工作以及這一提法本身，爭議的聲音一直是存在的。對於許多理論上的問題，仍然還存在相當模糊認識。是次大會將如何建構中國生命倫理學列為一重要議題討論，本身也說明了這一問題。本文的主旨，是想結合當前中國的文化建設與學術氛圍，以及生命倫理學在中國發展的實際情況，探討一下建構中國生命倫理學面臨的現實問題和解決途徑。

一、何謂“中國生命倫理學”？

建構中國生命倫理學，首要的一個問題是，我們該如何理解“中國生命倫理學”。毫無疑問，這一問題決定著這一研究方向的學科視域和研究方法等問題，

[1]注：本文為教育部人文社會科學研究資助項目《儒家生命倫理思想研究》（項目批准號 11YJC720054）的階段性研究成果。

[2] 這裡所謂“傳統生命倫理學”是指生命倫理學初入中國以及隨後一段時間內中國的生命倫理學。這一時期的中國的生命倫理學是以引介和應用西方生命倫理學的理論原則和方法為主要特徵的生命倫理學。

對這一問題的囫圇理解，勢必影響著內容的選擇、方法的運用和建構的範圍。儘管這一提法已經提出多年，不少學界同仁也已經為此努力多年，但不能否認的是，關於“中國生命倫理學”，無論是就這一提法本身，還是具體內容上目前都存在相當爭議。這說明，不厘清這一提法本身的意蘊或者說包容的涵義，“建構中國生命倫理學”其實都是一個目的不甚明確，語義不夠精准的表達。因此，我們有必要對這一提法進行一番檢視和討論。

在全球多元文化交互作用的今天，關於這一問題的認識和爭議實際上與早年有關“中國哲學”等提法的爭議[3]如出一轍。“中國生命倫理學”，無疑其前提性的詞是“中國”兩字。這一提法明顯是為了突出生命倫理學的中國因素——不管是所具有的中國文化特徵還是地理範圍的限制。但這兩個選項明顯也會導致不同的結果。如果我們突出的是中國文化的特徵，那麼所謂“中國生命倫理學”，就是一種以中國文化為基礎而形成的由中國思想文化（對於他者而言的異質文化）決定的生命倫理學形態。這包括對“生命”的理解、對基於“生命”問題而產生的倫理關係的中國思想文化的解讀方式，以及以中國的文化心理來處理解決生命倫理問題。在這方面，“中國”兩字框定了生命倫理學的理論和實踐基礎都在於它是中國思想文化和中國人的生命實踐的一部分。而如果“中國”二字僅僅表明的是一種地理範圍的限制，那麼所謂“中國生命倫理學”，僅僅表示的是作為一個學科的生命倫理學在中國也存在，中國也有生命倫理學，如果“中國生命倫理學”僅是這一意義上的，那麼也就沒有多少討論的價值，也談不上建構的意義問題。而從這一角度來理解“中國生命倫理學”，也勢必會導致對從事建構這一工作之本身意義的懷疑：生命倫理學在中國發展有好幾十年了，還用得著提建構中國生命倫理學嗎？建構的意思難道是說中國還沒有生命倫理學，因此要建構出來一個嗎？所以，“建構中國生命倫理學”這一提法，只可能是基於第一種理解。也就是說，之所以明確提出建構中國生命倫理學，顯然建構者是帶有一定自我文化立場的，並且意識到中國目前存在的生命倫理學，至少在實踐角度，是無法滿足當前中國特殊的文化發展和民族發展需求的。

從目前的實際情況來看，當前學界對“中國生命倫理學”這一提法的理解和闡述，也基本上都是從上述第一種意義上進行的。范瑞平先生應當是較早提出“建構中國生命倫理學”和從事這一研究的學者。[4]而從范先生的具體闡述來看，他也主要是從第一種意義上來使用這一提法的。依照范先生的說法，“構建中國生命倫理學，就是要守住中華文化的價值核心，在當代社會重構儒學的天道性理、人倫日常並探索它們在生命科技、醫療實踐、衛生保健制度以及公共政策方面的體現和應用。 從事這項工作，首先要有一種情懷，即一種歷史使命感：追求中華文化的卓越性和永恆性。”[5]在這裡，范先生說的明白，建構中國生命倫理學，其實質工作是以中華思想文化為價值基礎，以中國特有的價值觀念和理

[3] “中國哲學”作為一門學科在 20 世紀初建時，學界對於是否存在一個專門的“中國哲學”也存在不小的爭論，哲學是否具有普遍的形態，是否有著不同的判斷標準等，由此引發出“中國的哲學”和“哲學在中國”、 是否存在一個“特殊的哲學”等一系列問題。這種爭議的實質是我們究竟該如何看待中國自身的思想文化，中國要不要堅持“文化本我”的問題。“中國生命倫理學”這一提法，就其背後的文化考慮看，也涉及這一問題。

[4] 香港浸會大學的羅秉祥、陳強立、張穎等學者，可以說都為此作出了突出的貢獻，值得肯定。但是“建構中國生命倫理學”這一提法，似乎在當前仍然存在不小挑戰，還並沒有成為國內生命倫理學界一種統一的認識，而這恰恰是緣於對於這一提法及其內涵本身不同的理解所致，也和我們對當今中國生命倫理學的發展方向和研究方法的運用有關。

[5] 范瑞平：〈建構中國生命倫理學——追求中華文化的卓越性和永恆性〉，《中國醫學倫理學》，西安：西安交通大學，2010 年第 5 期：6-8。

論作為當代中國生命倫理學的觀念基礎和理論基礎。中國生命倫理學，就是以中國思想文化的價值理念指導和框定的生命倫理學，因此，這樣的生命倫理學研究和實踐，本質上是對中國思想文化自身蘊含的生命哲學和倫理學的研究和實踐，更坦率地說，是中國人自己的生命理論和實踐。

但是，這樣一種理解本身也是有問題的，它仍然需要進一步解釋：是中華文化的哪一種，抑或中華文化全部的思想內容，可以用來作為當代中國人建構屬於自己的生命倫理學的價值基礎？眾所周知，中華文化是一個包容性相當強大的詞語，至少就其構成來說是這樣。從思想體系的構成來看，儒家思想、道家（道教）文化、佛教義理都在中華文化中佔據重要席位，傳統文化從構成上來說，三家的和合（三教合一）也是中華文化的主體，儘管儒家思想在政治上具有特殊的地位，我們恐怕仍然不能小看其他各家的巨大影響（包括法家的影響，“陽儒陰法”的事實，本身表明法家在中國人實際生活中的巨大的作用和影響）。從歷史的思想變遷來看，在當代的中國，發揮實際影響的思想觀念仍然是五花八門，其中占主流地位的當然是馬克思主義，其次才是中國傳統文化，此外又有西方文化的強大影響。從當代中國的實際來看，我們說的以“中華文化”為核心，似乎可以排除西方文化這一因素（雖然不太可能排除掉），但即使是這樣，當代的“中華文化”也並不指向一個單一的思想體系——比如儒家或道家（道教），因為馬克思主義的主流地位是一個必須認真對待的因素。在當今中國的文化構成和思想構成的敘述模式中，馬克思主義、中華傳統文化中的“合理成分”、西方文化中能體現人類文明“優秀成果”的部分，是當代中國人價值觀念的主要來源，也是主流價值觀念的基礎，而馬克思主義無疑是核心。在這樣的文化敘述模式中，如果我們忽視這種既定事實，而單一的以其中一種、特別是單獨抽出儒家來作為建構中華文化的價值核心，一方面，我們必須要提供更多更充足的理由來說明為何要以儒家思想為價值核心，為什麼在價值多元的當今我們必須要選擇儒家——比如儒家的價值更能增進中國人實際的福祉嗎？更能引領中國未來，開創出未來的美好畫面嗎？另一方面我們則必須要面對馬克思主義與西方文明的關係，要處理好三者的關係，這不是一個主觀想回避就可以解決的問題。

顯然，“中國生命倫理學”在當代中國並不是一個不證自明的問題，它需要明確地說明和界定，而這種內涵的界定，無疑指示了研究的方向和方法問題，以及從事這一工作的限度和目前的著力程度和範圍。考慮到在當今中國，“傳統”這樣的詞本身就是一個具有複雜語義的詞彙，[6]因此要談建構“中國生命倫理學”，建構者首先需要表明自己的態度，是在何種意義上講的“中國生命倫理學”，它本身的內涵是什麼，它決定著我們從事這一工作的意義和方向，以及具體建構的方式和途徑。

我認為，在這一問題上，我們應當要有一種宏觀的視域，要正視當前中國思想文化多元的現實，不能人為縮小“中國生命倫理學”的“中國”這一因素的範圍，至少在一般的認識上，應當認識到“中國生命倫理學”實際上是在我們綜合處理馬克思主義、以儒釋道為主的中華傳統文化、西方文化中的“優秀成份”三者之關係基礎上的對中國的生命倫理學的發展方向和內容的界定。也就是說，“中國生命倫理學”之建構，本質上是我們在多元價值觀念基礎上尋求中國生命倫理學建設方法和途徑的問題，而這也就需要我們充分辨析存在於中國的各種思想文化之于中國人的生命倫理實踐的意義與前景。只有在這一基礎上，我們才能

[6] 在許多教科書裡，“傳統”包括古代中國的傳統文化，也包括馬克思主義傳統、革命主義傳統等等精神傳統，甚至某一領域某一產業的生產精神、工作精神都被列入“傳統”的範圍。

真正去建構屬於中國、符合中國實際的生命倫理學。

二、建構“中國生命倫理學”的一般原則

對中國多元價值共存的現實及其各種思想文化在當代中國所占的位置和所起作用的充分考慮，決定了當今建構中國生命倫理學的一般原則，那就是綜合當代中國社會主體的思想文化、或者說實際上起著重大作用的思想文化，將之融會貫通，以構建一種符合當代中國實際的、又體現了現代人類文明發展趨勢的文化，以之為中國生命倫理學的理論基礎和思想前提。除此之外，我認為都忽視了這一大前提，都不可能真正建構一門為中國社會主流所接受和為民眾廣泛認可的生命倫理學，它的意義將是極為有限的。

也就是說，建構者在思想觀念上應當樹立這樣的觀念認識：中國社會是一個多元的、開放的社會，必須以一種多元的、開放的思維面對不同的思想觀念在中國社會中所起的作用，而不能以任何教條式的、原教旨主義的、甚至極左或極右的觀念，這些都不可能使中國的生命倫理學獲得一個普遍“合法”的地位。我想具體談一談為什麼我們要這麼做。

不得不承認的是，在當今中國，儘管馬克思主義文化、以儒釋道為主的中國傳統文化與西方文化存在相互交融的一面，但三者之間的衝突也是顯而易見的。這主要表現在人們對這三者性質的認識以及對中國社會的走向應當堅持以何種文化為主的衝突認識上。這實質上是自近代以來就廣泛存在於中國的一個涉及中國文化命運的大爭論的延續。而之所以在生命倫理學領域也表現出來，這又和生命倫理學的文化內涵直接相關。生命倫理學並不是單純的應用科學，它本質上是文化研究的一部分，是人們進行文化的自我理解的一個中心成分。所以，建構中國生命倫理學面臨的最大問題也是和文化的思考相關的，即它應當建立在何種思想文化的基礎上。在當今的生命倫理學領域，這種植根于思想文化上的衝突，表現也是明顯的，這集中表現為我們當以何種方法進行生命倫理學的研究。

長期以來，我們對生命倫理學的研究主要是以西方生命倫理學的研究理論和方法進行的“模仿式”研究，但時至今日，我們已經意識到這種研究方法的問題。生命倫理學的文化屬性，讓我們充分意識到單純模仿和應用西式的生命倫理學存在的問題，那就是有個“水土不服”的問題。中國社會畢竟不同於西方社會，中國生命倫理學雖然由西方引進，但西方生命倫理學的理論基礎和精神信念並不天然適合中國人看待和處理發生在中國的生命倫理問題。西方生命倫理學天然帶有西方價值傳統、政治理念和基督教精神的印記，而中國的文化傳統如儒家思想、家庭觀念、政治體制和社會價值觀等都與西方有很大差異。中西方在生命倫理學的研究上，事實上存在著一個“文化屏障”的問題 。而如何克服這一“文化屏障”，則成為我國生命倫理學者必須要考慮的一個問題。應當說，中西生命倫理學存在文化母體上的差異，正是這種現實的差異和引發的衝突，培育出中國生命倫理學界的一種“本土化意識”。在這種意識催生下，如何建構一種真正具有實質內容的“本土化”的生命倫理學日益受到重視，並開始付諸實踐。比如在 2010 年召開的第十次世界生命倫理學大學上，多位著名的生命倫理學者強調了文化與生命倫理學的關係問題，強調了建構“本土化”生命倫理學的重要意義，以及如何處理本土化生命倫理與國際通行（主要是基於西方價值觀念建立的）生命倫理準則的張力問題。香港浸會大學應用倫理研究中心自 2007 起，已經連續數年舉辦建構中國生命倫理學的研討會，應當說，也是基於這一意識。

當然，這一意識的產生，有著更為廣泛和深刻的文化背景。後現代哲學中對“普適價值”和“普適倫理”這種普遍主義哲學觀念的顛覆是造就這種“本土化意識”的哲學前提[7]，而現實中各“文明的衝突”[8]則引發了人們對文化實質更多的思考，以及對自我文化更多的重視。不過，對中國生命倫理學界本土化意識影響最為直接的因素，還是中國自身的經濟發展和政治上的因素。幾十年的中國經濟的快速增長和綜合國力的提升，無疑是培育這種本土化意識最為直接的動力。就象白彤東所說：“中國哲學是一個豐富的、應該給予嚴肅對待的傳統。但是一個無法回避的事實是：不管中國哲學傳統有多麼豐富， 如果中國還是一個政治與經濟在世界上沒有足夠影響的國家, 中國哲學就不會被這麼認真地對待。”[9]范瑞平先生也認為，固然經濟發展與國民所持價值觀的正確程度沒有直接關係，但中國經濟取得的成就卻無疑為中國生命倫理學的建構提供了實踐的可能性。[10]客觀地講，經濟騰飛能夠帶動人們對該經濟體背後文化的重視，這符合經濟與文化互動關係的一般規律。沒有中國經濟地位的提升以及由此帶動的對自我文化的重新審視，這種本土化意識也就不會如此引人注目。

但是，具備一種本土化意識並不是要我們重新回到中華文化唯我獨尊的歷史當中去，不是讓我們排斥他者文明的“合理成份”，更不是讓我們對工具和方法的應用附著文化因素而一概加以拒斥。這促使我們思考這樣一個問題：當我們以本土化意識指導我們的生命倫理研究時，還要不要認真研究西方生命倫理學的方法和理論，它們是否也能彌補和助益於中國生命倫理學的研究？如果我們認為早期生命倫理學對西方單純性的模仿式的研究存在問題從而採取一種“本土化的發展路徑”，那麼，我們是否又會走向另一個極端？這種擔心不是沒有理由。從 21 世紀以來，存在於中國思想界的有關“漢話胡說”、“胡說漢話”、“漢話漢說”、“反向格義”、“中國哲學合法性”等等的爭議和討論便不絕於耳。站在某一文化立場上，對他者文明觀念上打倒、方法上排斥，可謂司空見慣。但問題是，這種作法妥當嗎？是的，我們當然要避免文化上被徹底殖民，但是，我們真的能做到不理會另一種文化力量的影響嗎？比如，在建構中國生命倫理學上，我們能否做到只以傳統的儒釋道思想文化或者乾脆只以儒家文化為價值基礎，而不理會馬克思主義與西方哲學、特別是馬克思主義這一因素？

不可否認，在部分學者那裡，存在著一種排斥西方文明和馬克思主義（通常被歸入西方文明的一部分）的思想傾向。如果我們願意承認事實，那麼至少在現當代新儒家（包括所謂“大陸新儒家”）中，存在著一種完全拒斥這兩種文明的思想傾向，尤其是對馬克思主義採取了“隔離”的態度，這是個不爭的事實。較遠的，以梁漱溟、熊十力、張君勱等人為代表的第一代新儒家和以牟宗三等為代表的第二代新儒家基本上對馬克思主義都採取了不接受的態度，在其理論建構中也沒有主動把馬克思主義作為一項理論資源。較近的，“大陸新儒家”中的一些人物，甚至主張以儒學取代馬克思主義作為中國的指導思想，他們主張恢復儒學

[7] 全球倫理、普適價值的實質及其與本土文化的關係問題，張旭東在《全球時代的文化認同》（北京：北京大學出版社 2005 年版）中有著詳細的討論，恩格爾哈特在《生命倫理學基礎》（范瑞平譯，北京：北京大學出版社 2006）中也有相關討論，讀者可參閱這兩部書。

[8] 塞缪尔・亨廷頓在《文明的衝突與世界秩序的重建》（北京：新華出版社 1999 年版）對基於不同文明之關的價值差異而引發的衝突和不可調和性有著深刻的剖析，他尤其提醒我們注意這樣的事實：“西方贏得世界不是通過其思想、價值或宗教的優越（其他文明中幾乎沒有多少人皈依它們），而是通過它運用有組織的暴力方面的優勢。西方人常常忘記這一事實；非西方人卻從未忘記。”（見該書第 37 頁）

[9] 白彤東：〈中西、古今交融、交戰下的先秦政治哲學——關於比較哲學方法的一些思考〉，《雲南大學學報》（社會科學版），昆明：雲南大學，2009 年第 1 期：10-19。

[10] 范瑞平：〈為什麼要建構中國生命倫理學〉，《中國醫學人文評論》，北京：北京大學，2008 年輯刊：7-9。

的“政統”，主張恢復儒學的“王官學”地位，其精神雖然可嘉，但難免有“激情有餘而理性不足”的嫌疑。我曾經指出，慢說純粹的儒家“政統”難以在當代開出“新外王”，即使儒學真的具備開出“新外王”的“真精神”，這種“躍進”主義態度也是非常不現實的。要使儒學再度成為在現實生活中切實發揮影響力的義理學說單憑“激情”遠遠不夠。它需要相關主體靜下心來，嚴肅面對“現代中國”對現代文明的種種訴求，認真對待在中國大地上事實上發揮重大影響力的哲學思潮和思想文化傳統，認真思考這些學說在中國立足的根源和發展走向，探討這些學說與中國社會“相結合”的客觀性、必然性和趨勢，然後把儒學與這些學說相比較，我們才能真正找到當代儒學發展的方向和策略。[11]否則，以中國文化核心價值為基礎建構中國生命倫理學或儒家生命倫理學，就真的成為一種自我懷鄉式的戀土情結的反映。有了這種認識，我以為，在建構中國生命倫理學的方法和途徑上，我們的主張也將是明確的。

三、建構中國生命倫理學的方法與途徑

尊重中國思想文化多元的現實，尊重當代中國現存思想的實際地位，謀求一種理論上的相融共生和綜合創新，應成為建構中國生命倫理學的基本方法和途徑。這是由中國思想文化的現實和具體國情決定的。幾百年中西文化交流的成果、馬克思主義在當代中國的指導地位，決定了我們必須要正視這幾種主要的思想因素在當代中國的影響，無論是占在何種價值立場上，謀求一種多元價值觀念的融合共生，應該都是一種基本的工作取向。一位馬克思主義者，要想在當代中國有任何理論和實踐上的建樹，它都不能忽視強大的以儒家文化為核心的傳統觀念在中國的影響，同理，一位儒家，要想做出一項有實際意義的“建構”工作，同樣也不能忽視諸如馬克思主義等在中國的實際地位和影響。以儒家為例，儘管現代新儒家的許多人物對馬克思主義採取了排斥態度，但也有不少人充分意識到，當代儒學的重構絕難避開與馬克思主義的關係，從而主張儒學與馬克思主義之間的對話，並認為中國未來的希望在於“馬列、西化和儒家三者健康的互動，三項資源形成良性循环”。[12]

這樣的觀點，應當說比較務實和富有策略。未來的中國發展至少在相當長一段時期內，將是這種多元文化的互動性發展，而不太可能是一元文化的獨尊局面。因此他們並不急於在政治上謀求“儒學的復興”，而是側重從哲學、宗教角度探究儒學在當代的學術價值，強調加強儒學與當代西學、馬克思主義的學術對話，力爭使儒學能夠在國際思潮提出的大問題中有創建性的反應，強調當代儒學必須真正面對已經大大改變了的社會歷史環境，切實面對現實生活和時代發展中的諸種矛盾和問題，來謀求提升、轉化和發展之道。他們承認也正視這一現實，在當代大陸儒學的重構過中，馬克思主義一直作為參與者扮演著重要角色，就象彭國翔教授所說：“就儒學而言，這也同樣是一種重構的方式。更為重要的是，雖然 1990 年代以後大陸的儒學重建似乎越來越少馬克思主義的因素，但並不等於說迄今為止馬克思主義在當代儒學的重構中只是扮演了一個‘臨時闖入者’的角色。就將來中國大陸的儒學重構而言，至少在相當時期內，馬克思主義恐怕仍然是一個並非不相干的因素。至於說它能否扮演一個積極、正面的深度參與者

[11] 張舜清：〈當代儒學的重構及其與馬克思主義的關係問題〉，《馬克思主義與現實》，北京：中央編譯局，2009 年第 6 期：75-78。

[12] 方克立：〈關於當前大陸新儒家問題的三封信〉，《學術探索》，昆明：雲南省社會科學界聯合會，2006 年第 2 期：4-10。

的角色，則首先有賴於馬克思主義自身能否在一種真正學術意義上得以重構從而真正參與到學術思想界話語的互動與交融之中。”[13]

事實上，在當代的中國，馬克思主義、以儒學為核心的中國哲學和西方哲學均在不同程度上參與著中國文化與思想的重構工作。我們絕不能忽視這種現實，以及由此帶來的方法論的革新。比如就馬克思主義哲學而言，長期以來學界一直在致力於“馬克思主義哲學中國化”的研究，而這項研究的重要內容之一，就是探討馬克思主義與儒學的關係，發現馬克思主義與儒學實現深層次對接的“思想橋樑”，從而實現馬克思主義哲學的“綜合創新”，為馬克思主義真正內化為民族精神奠定傳統文化基礎。這些學者認識到，吸收、融會儒學的思想精華以建構當代中國的馬克思主義，是馬克思主義哲學發展的重要途徑之一，這業已成為馬克思主義學界的一項共識。馬克思主義的未來發展，就在於“融會‘中西馬’，實現馬克思主義哲學的綜合創新。”[14]

當然，這種研究態勢並不是否定我們以某種思想文化為基礎的“專項研究”，比如儒家生命倫理學研究。這種“綜合創新論”為我們建構中國生命倫理學指明了方向，但它並沒有否定我們在此前提下進行的諸如儒家生命倫理學研究的意義。相反，要真正做到綜合創新，則更有賴於我們對諸如以中國哲學、西方哲學、馬克思主義等為基礎的專門性研究，因為這種專項研究可以增加我們的認識，從而為實現各種思想文化的融合共生創造條件，並且，當今中國“中西馬”哲學相融共生、相競互補的研究態勢，為我們開展儒家生命倫理研究也創造了良好的思想條件和學術氛圍。也就是說，建構中國的生命倫理學，當然需要我們認真研究諸如儒家生命倫理學、道教生命倫理學，以及在當代中國仍起作用的以西方哲學方法為基礎的生命倫理學研究等，要在這些專項研究的基礎上，探究彼此的對話基礎和途徑，從而找到一條能綜合這些思想因素的“中國生命倫理學”，我認為，這將是主要的方法和途徑。為此，我們應當鼓勵和支持那些從事諸如儒家生命倫理學、道教生命倫理學等專門性的生命倫理學的研究，這是建構中國生命倫理學的一個基礎。

但是這種專門性的研究，應當主要是一種詮釋性的工作，而不是政治綱領式的解讀。以儒家生命倫理學為例，儒家生命倫理學的研究，應當採取基於文獻為基礎的詮釋性的研究態度，即注重挖掘儒家有關“生命”的倫理思想，結合現代問題詮釋儒家這種思想的歷史性與發展的可能性，通過詮釋，探究儒家的倫理精神與價值與現代相融合或發揮作用的方式、途徑。這種活動，表面上是追求儒學的“創造性轉化與發展”，毋寧說是儒學結合現代問題進行的一次理論上的“重構”。“ 重構儒學”是當代儒學界發展儒學的基本方法。所謂“重構儒學”，簡單地說，就是指儒學在一定的歷史條件下保持和延續自身生命力而展開的理論性建構。重構不意味著徹底推翻儒學的根本義理，而是能夠自覺地把儒學視為建構當代社會的一項主要思想資源。[15]現當代新儒家對於儒學的發展，其實質都是這種重構儒學的工作。范瑞平先生提出的“重構主義儒學”，應當是這種觀點在

[13] 彭國翔：〈全球視域中當代儒學的重構〉，《中國哲學史》，北京：中國哲學史學會，2006 年第 2 期：35-44。
[14] 賈紅蓮：〈馬克思主義與儒學關係研究的現狀〉，《求是學刊》，哈爾濱：黑龍江大學，2003 年第 4 期：17-22。
[15] 應當說，從現代新儒家的第一代人物開始，直至目前的儒學研究者和被稱為“大陸新儒家”的人物，儒學研究的主要內容或者致力的主要方向都是關於儒學的這種理論性建構問題。對儒學的重構，可以從不同方向展開。然而究竟從何角度展開，與中國社會的實踐主題有關，也與建構者的思考重心和取向有關。從歷史的角度看，對儒學的重構往往與中國社會的歷史變遷有關。在中國歷史上，對儒學大規模的重構工作有多次，而每一次重構都發生在中國社會歷史變遷的重大時刻。如孟子從心性角度對儒學理論的建構，荀子從禮法角度對儒學的理論建構，董仲舒雜糅陰陽、名、法諸家對儒學理論的建構，宋明儒家融合佛、老二教理論對儒學理論的建構等等，都是發生在中國社會的歷史變遷或解體的某個時刻。

生命倫理學領域的反映。[16]

客觀地講，現當代新儒家幾十年重構儒學的努力，不僅對推動儒學發展作出了卓越貢獻，其中一些方法對我們如何發建構諸如儒家生命倫理學等也有著重要啟迪。我們注意到，諸多儒家學者在重構儒學的基本方法上，基本上都是從“功能化的儒學”角度去詮釋儒家傳統的，而非一種“政治上的宣言”。他們有感於近代儒學的命運，並且能充分認識到當代中國“中西馬哲學”相競發展的現實，因此並不追求單一的儒學存在樣態，相反他們十分注重根據時宜發揮儒學的某種功能，從而建構出不同形態的儒學，如生活儒學、哲學儒學、制度儒學、心性儒學、社會儒學等等。這些形態多是強調儒學存在的一種方式，一種功能的展現。功能的展現應當具有時代性，這實質是儒學的一種效用性研究，是把儒學義理與現代精神和發展要求相結合的對儒學的詮釋活動。這樣做的目的，是希望通過這樣一種研究和對儒學的功能化闡釋，使儒學能夠走進當代人的精神，成為人們日常生活的一種信念，從而在實踐上使儒學真正成為百姓的日用之學，成為愚夫愚婦能知能行之學,這樣儒學的傳播和弘揚自然就會具備堅實的群眾基礎。儒學只有走進現實，只有能夠以儒學的義理消解群眾日常生活中的各種困惑，才可能具備現實的生命力。當越來越多的人認識到，他們的生活在很大程度上是“儒家式的”，並且認同儒學更能指引他們建立一種更為利於自己的生活方式之時，更高意義上的儒學復興才有實現的可能。在這方面，提倡“功能化的儒學”研究，是一種重要的方法論取向。

總之，正視中國多元文化、特別是中西馬相競共生的文化態勢，在一種“綜合創新”的宏觀視野下，追求諸如以功能化儒學為主的重構儒學的態度和方法來建構當代中國的生命倫理學，這才是建構中國生命倫理學最為基本的方法與策略，如此，中國生命倫理學的建構才能方向明確，程式鮮明，從而走上一條逐步深入並日益擴大影響的中國生命倫理學的發展之路。

参考文献

H.T.恩格爾哈特著，范瑞平译：《生命倫理學基礎》，北京：北京大學出版社 2006 年。

張旭東：《全球時代的文化認同》，北京：北京大學出版社 2005 年。

范瑞平：《当代儒家生命伦理学》，北京：北京大学出版社，2010 年。

范瑞平：〈建構中國生命倫理學——追求中華文化的卓越性和永恆性〉，《中國醫學倫理學》，西安：西安交通大學，2010 年第 5 期：6-8。

白彤東：〈中西、古今交融、交戰下的先秦政治哲學——關於比較哲學方法的一些思考〉，《雲南大學學報》（社會科學版），昆明：雲南大學，2009 年第 1 期：10-19。

范瑞平：〈為什麼要建構中國生命倫理學〉，《中國醫學人文評論》，北京：北京大學，2008 年輯刊：7-9。

張舜清：〈當代儒學的重構及其與馬克思主義的關係問題〉，《馬克思主義與現實》，北京：中央編譯局，2009 年第 6 期：75-78。

方克立：〈關於當前大陸新儒家問題的三封信〉，《學術探索》，昆明：雲南省社會科學界聯合會，2006 年第 2 期：4-10。

彭國翔：〈全球視域中當代儒學的重構〉，《中國哲學史》，北京：中國哲學史學會，

[16] 范瑞平：《当代儒家生命伦理学》，北京：北京大学出版社，2010 年。前言部分。

2006 年第 2 期：35-44。
賈紅蓮：〈馬克思主義與儒學關係研究的現狀〉，《求是學刊》，哈爾濱：黑龍江大學，2003 年第 4 期：17-22。

英文题目及摘要：

The Macroscopic Reflection On Constructing Chinese Bioethics

Abstract :“Chinese bioethics ” is a conception with some ambiguity semantically ,thus explaining its connotation becomes the precondition for us to constructing it. The article argues that “Chinese” in the terminology of “Chinese bioethics ” should not just be elucidated as Chinese traditional ideology or culture, on the contrary, it should be a conception which contains Chinese traditional ideology and contemporary thoughts which are playing an important role in China, otherwise we will not construct a real Chinese bioethics which has the practical meaning. This determines the fundamental principle of constructing Chinese bioethics, i.e. integrating main thoughts and ideas in contemporary China and making comprehensive mastery about them, which we can call as “integrative innovation of thoughts and culture”. So facing the reality of plural cultures and values we should adopt the method of hermeneutics to reconstructing some special ideological system such as Confucianism against adopting a fundamentalist’s understanding about Chinese bioethics ,based on the above we will have the possibility to establish a basis and path for different ideologies and cultures to have a dialogue and we will have the possibility to construct a real Chinese bioethics.

Keywords: Chinese Bioethics , Integrative Innovation, Re-construct, Plural Cultures and Values

作者简介：

张舜清，男，1974 年 10 月生，河北廊坊人，现为中南财经政法大学哲学院副教授

通讯地址：中国，湖北省，武汉市，中南财经政法大学哲学院，邮编：430073

Email: zhzhshshing@163.com

Cell phone:15971449531

Shunqing Zhang,

Associate professor of College of Philosophy,
Zhongnan University of Economics and Law,
182# Nanhu South Street,
Hongshan District, Wuhan City,
Hubei Province, P.R. China.

Postal code: 430073
Tel: +86-159-71449531.
Email: zhzhshshing@163.com

我们应当转向医疗个人主义吗？[1]

——中国医疗机构《病历书写基本规范》的伦理审视

边　林[2]　　郭峥嵘[3]

摘要：前国家卫生部 2010 年颁布的《病例书写基本规范》具有明显的医疗个人主义倾向。这种倾向在临床知情同意书签署的主体确定等问题上有典型的表现。本文论证中国社会不应当转向医疗个人主义的主要理由：与我们深厚的家庭主义伦理传统不符，与当代社会现实存在明显矛盾，与现行的多个医疗卫生法规有失统一性，以及不利于尊重广大病人的意愿和维护其健康。

关键词：医疗个人主义　医疗家庭主义　知情同意　知情同意书签署

Should We Turn to Medical Individualism?

-----An Ethical Exploration on the *Basic Norms of the Documentation of the Medical Record*

Abstract: The *Basic Norms of the Documentation of the Medical Record promulgated* by the Chinese Ministry of Health in 2010 indicate an explicit trend of medical individualism. This essay argues that this trend is ethically inappropriate for the following major reasons: it conflicts with the deep-rooted Chinese ethical tradition of medical familism, it has caused problems and difficulties in medical practice, it is inconsistent with certain stipulations of other medical laws and statutes issued by Chinese authorities, and it is not contributive to respect for patients' wishes as well as safeguard their medical interests.

Keywords: medical individualism　medical familism　informed consent　informed consent signature

当代西方个人主义强调独立于家庭的个人权利、个人自主，但中国儒家传统伦理文化的

[1] 基金项目：国家社会科学基金项目《中国医疗卫生体制改革进程与前景的生命伦理学审视与思考》（13BZX090）阶段性成果；河北省教育厅人文社会科学重大攻关项目《医患矛盾与冲突及处置对策研究》（ZD201426）阶段性成果；河北省高等学校人文社会科学重点研究基地河北医科大学医学人文研究中心研究项目成果；本文研究主题是由香港城市大学范瑞平教授首先提出，多次提出重要的修改意见并与两位作者讨论文章内容,在此特致谢忱 。

[2] 河北医科大学　河北石家庄

[3] 内蒙古巴彦诺尔军分区医院　内蒙古临河市

特质之一则是家庭主义：家庭成员形成一种生命共同体，共同生活，共同决策。[4] 在医疗实践中，家人之间无私互助，想方设法救助病人，并对治疗安排进行家庭决策，形成医疗伦理家庭主义。[5] 医疗伦理家庭主义对中国人的医疗意识、观念、思想和行为的影响旷日持久，发生影响的路径也有多条，至少包括卫生政策制定和个人行为操作两个层面。然而，近些年来，西方个人主义文化开始强烈冲击和渗透中国社会，与中国根深蒂固的家庭主义伦理文化进行不断的博弈和磨合。我们需要特别重视和反思这种博弈和磨合在政策层面上的体现。因此，本文探讨前国家卫生部 2010 年 3 月颁布的《病例书写基本规范》（以下简称《规范》）[6] 涉及到的此类问题。该《规范》要求将传统的、由病人家属代表病人及家庭签署医疗知情同意书的实践改变为必须由患者本人签署。国家从法规层面在这一问题上所作的原则性规定，非常典型地体现着我国医疗伦理文化所发生的方向性转移。体现中国传统伦理文化的家庭主义，有被西方医疗个人主义逐步取代的趋势。看似简单的病例书写要求，本质上反映的是深层的医疗伦理问题。沉淀在中国人社会生活中的、更适合中国人生活习惯、思维习惯和行为习惯的传统伦理，在医疗管理的若干顶层设计中被忽视、遗忘乃至抛弃，值得关注和反思。

一、《病例书写基本规范》若干规定中的医疗个人主义伦理倾向

国家卫生行政管理最高层以行业法规的形式制定《规范》的目的，在于通过对医院和医生强制性的统一要求，使临床诊疗信息的记录和存储规范化，也是医院管理的基础性工作。病例的书写，既是由医生主导完成的对临床诊断和治疗信息的记录过程，也是处理医患关系的一种特定方式。因此，这类规范难免蕴含着丰富的伦理特质，简言之，是倾向医疗家庭主义、还是倾向医疗个人主义？

《规范》的一些有关知情同意问题的规定，明显贯穿着一种与中国的家庭主义伦理传统并不一致的医疗个人主义倾向。

关于知情同意书由谁来签署的问题，《规范》第十条规定："对需取得患者书面同意方可进行的医疗活动，应当由患者本人签署知情同意书"。第二十三条规定："手术同意书是指手术前，经治医师向患者告知拟施手术的相关情况，并由患者签署是否同意手术的医学文书"。第二十四条规定："麻醉同意书是指麻醉前，麻醉医师向患者告知拟施麻醉的相关情况，并由患者签署是否同意麻醉意见的医学文书。内容包括患者姓名、性别、年龄、病案号、科别、术前诊断、拟行手术方式、拟行麻醉方式，患者基础疾病及可能对麻醉产生影响的特殊情况，麻醉中拟行的有创操作和监测，麻醉风险、可能发生的并发症及意外情况，患者签署意见并签名、麻醉医师签名并填写日期"。第二十五条规定："输血治疗知情同意书是指输血前，经治医师向患者告知输血的相关情况，并由患者签署是否同意输血的医学文书。输血治疗知情同意书内容包括患者姓名、性别、年龄、科别、病案号、诊断、输血指征、拟输血成份、输血前有关检查结果、输血风险及可能产生的不良后果、患者签署意见并签名、医师签名并填写日期"。第二十六条规定："特殊检查、特殊治疗同意书是指在实施特殊检查、特殊治疗前，经治医师向患者告知特殊检查、特殊治疗的相关情况，并由患者签署是否同意检查、治疗的医学文书。内容包括特殊检查、特殊治疗项目名称、目的、可能出现的并发症及风险、患者签名、医师签名等"。[7]

显而易见，这些条款的共同点，就是明确规定知情同意要由患者直接做出，并通过亲手签署知情同意书完成这一过程。虽然《规范》对特殊情况下患者无法直接签署知情同意书做出了可由家属、法定监护人或者委托代他人、机构代签的表达，但是从《规范》制定的初衷分析，由患者个人亲自签署是根本要求，明确规定了患者本人具有签署知情同意书这一特定

[4] 梁漱溟，《中国文化要义》，上海人民出版社，2003.

[5] 范瑞平：《当代儒家生命伦理学》北京大学出版社，2011.

[6] 中国国家卫生部：《病例书写基本规范》，2010 年 2 月 4 日颁

[7] 中国国家卫生部：《病历书写基本规范》，2010 年 3 月颁布

医疗行为唯一的主体地位，代签只是一种不得已为之的替代行为。作为国家最高卫生行政管理层所制定的行业法规，《规范》在这个问题上表达的非常明确：在签署知情同意书这个环节，患者个人之外的任何人和机构都不能取得与患者个人同等的主体地位。我们认为，这种倾向本质上具有利用行业法规的强制性来影响乃至改变中国医疗文化方向之嫌。以个人主义为核心的西方文化，正在以其无形的力量影响着当代中国社会卫生政策和法规制定。表面上看，《规范》只是一些程序性的规定，与社会文化传统并不相干，事实上正是因为《规范》的制定者缺失了中国传统文化意识、观念和精神，没有从中国文化传统决定的中国医疗行业现实出发，才使得表面上看似乎并不具备文化性质的《规范》，从一些并不引起人们注意的规定中，预示着中国医疗文化的悄然演变。

迄今为止，《规范》出台 6 年多来，中国国内几乎每年都有对《规范》进行解读或教学用书出版或再版，也有为执业医师上岗对《规范》的法律“通解”，从这些对《规范》进行全面解读的内容、观点和立场来看，都缺少起码的伦理意识和道德观念，这种缺失反映在对知情同意一些问题的认识和解释上，表现为典型的抛开道德的“纯粹”法律思维，所有解释则在一定程度上更加强化了医疗个人主义的伦理价值取向。例如 2015 年某出版社出版的《病历书写规范（最新版）》一书中，对“知情同意书履行主体”的阐述，认为“医方和患方”构成这一主体，在重复《规范》原文相关内容的同时，又特别强调应该由“患者本人签署知情同意书”。[8]不同版本对《规范》关于知情同意相关问题的解读中，都对“委托他人代理行使知情同意权”的问题有所解释，认为“有完全民事行为能力的患者也可以授权他人代为行使知情同意权，被授权人可以代理患者签署知情同意书。”[9]只是在代理签署前，要先签署“授权委托书”并存入档案。很显然，这种授权过程更说明《规范》从法律意义上所认定的主体只能是患者个人而不包括患者家属。如果患者家属与患者在知情同意问题上具有同等的地位与权利，也就无须要求先签署一个所谓的“委托代理书”了。如果患者自己能够签署“委托代理书”，那又何必不直接签署知情同意书呢？看似这种规范上的无意义，实际上却有一种道德评价上的意义，也是为我们对《规范》做伦理审视提供根据。只有“部分患者由于疾病导致无法行使知情选择权（如年满 18 周岁，处于休克、昏迷、麻醉等意识丧失状态），其近亲属可代为行使知情同意权”。[10] 患者家属代行知情同意权的情况还适用于“因实施保护性医疗措施不宜向患者说明情况的”。只是在这些特殊情况下近亲属才具有患者不得已自然让渡的知情同意处置权，更说明《规范》及其所有解读都是坚定站在医疗个人主义立场上的。

临床诊疗知情与同意及知情同意书文本签署主体的确定，不单纯是一个基于医学诊疗程序和医院管理的法律法规问题，更是与确定法律责任密切相关的临床医学伦理问题，这一点是中国医疗卫生法律法规体系构建中需要引起关注的重要问题，也是卫生政策制定和调整需要认真对待的问题。《规范》以法规形式确认患者个人是签署知情同意书的主体，这种做法的根据又是什么呢？法规的强制并不意味着道德上就必然合理，如果不能给出充分的道德理由和伦理根据，那就一定是《规范》本身存在道德缺陷。

对于患者及其家属来说，谁来签署知情同意书，在不同的国家和社会环境下有着不同的认识和对待方式。虽然人们最为关注的可能是手术或者治疗的效果，期盼的是患者的尽快康复或病情转归，但在医疗方式的选择和决定权问题上，因为中国与西方国家文化传统的差异以及法律环境的不同，人们的认识和行为方式常常不同甚至截然相反。将谁来签署知情同意

8 费勤福主编：《病历书写规范（最新版）》，时代出版传媒有限公司、安徽科技出版社，2015.1

9 费勤福主编：《病历书写规范（最新版）》，时代出版传媒有限公司、安徽科技出版社，2015.1

10 费勤福主编：《病历书写规范（最新版）》，时代出版传媒有限公司、安徽科技出版社，2015.1

书问题提升到了医疗法律和制度的层面来对待，就不再单纯是临床诊疗过程的一个程序性设计。《规范》的字里行间承载的是法律责任、道德判断和管理制度，而这些都与一个国家和民族的文化传统息息相关。医学文化是社会文化的重要构成部分，不仅与社会文化具有同质性，而且作为一种特定的科技文化形态反作用于一般的社会文化，影响深远。因此，看似只是知情同意书由谁来签署这样一个简单的问题，蕴含着一个国家关于医疗伦理文化精神的确立与表达。而准确的、合理的表达则应当是与这个社会的主流文化传统所决定的现实状况相一致的。

签署知情同意书的主体被法律化本身，就说明这不是一个无关紧要的问题。其重要性在于确认谁签名谁在这一点上享受法律赋予的相应权利，同时还要承担知情同意书所规定的全部责任和义务，其中最核心的是对医疗活动过程和结果的认可和接受。患者本人在生命和健康具备相应能力的情况下，作为事实上的主体毋容置疑。但除了患者本人，患者家属、患者监护人、患者指定的代理人，或者以患者为中心的整个家庭作为一个集体，为什么在一般意义上不能取得与患者同等的法律主体地位呢？或者我们可以反问，《规范》究竟根据什么伦理标准来确定只有患者本人签名才是最合理的呢？这不应该是一个无理由、无根据的规定。《规范》的制定者们需要明白，给出理由或者提供根据的过程，本质上是对这个问题建立起伦理认识和道德选择的过程。或者说，究竟根据什么来确定签署主体应该是谁，在选择上体现和反映一种社会伦理文化取向。有一种观点认为，对知情同意这样的问题，没有必要提升到文化传统、道德选择这样的层面去分析和认识，更没必要作为一种文化传统问题进行论争。[11] 我们认为，这种观点是出于误解。其实，《规范》在这个问题上所作出的规定，恰恰是制定者们忽略中国家庭伦理文化传统、投向医疗个人主义伦理文化怀抱的结果。

不同于西方的个人主义传统，儒家家庭主义是中国社会根深蒂固的伦理传统和文化形态。在现实生活中表现为以家庭（甚至几代人的大家庭）为轴心的决策和运行方式。在家庭成员的重大问题的选择和决定上，一般情况下都是由家庭集体做出。儒家思想认识到了社会实在具有以家庭为中心的深刻特征，“家庭具有本身的社会和本体论的实在性，”“家庭是社会实在的中心。”[12] 儒家之所以认为“不是个人而是家庭具有本体论上的优先性，是因为维系儒家家庭主义的终极力量是德性而不是权利”。[13] 这种文化传统并没有因为时代的变迁和社会的进步而从根本上发生改变，相反，在中国改革开放 30 多年社会现代化程度不断提高、西方外来文化不断渗透的情况下，个人主义文化也无法取代家庭主义在中国人社会生活中的固有地位和作用。医疗活动中的家庭主义最能反映这种传统道德文化的一个领域 （见下一节）。《规范》关于患者个人签署知情同意书的硬性规定，不仅与中国的这种传统文化和现实格格不入，而且明显带有照搬西方医疗个人主义伦理的倾向。

医疗个人主义与医疗家庭主义有各自生存的文化环境和土壤，相对于社会政治、经济等社会宏观领域来说，社会成员个人和社会职业领域的一系列行为性的微观活动，受社会文化传统的影响更明显、更具体和更深刻。国家医疗卫生的管理机构缺少这样的认识，不仅丧失了文化的历史感，而且对社会医疗文化特色的形成、对医疗活动的现实运行都会有负面的影响。

二、为什么知情同意书的签署方式在中国不应当是个人主义的

寻求这个问题上的根据，理论上的分析是不够的，而是要看中国的医疗机构在现实中是如何去行为的。我们可以把这种根据分为“历史根据”和“现实根据”两个方面：所谓历史的根据，就是考察在《规范》出台之前，中国医疗机构一贯性的做法是怎么样的；所谓现实

11 朱伟著：《生命伦理中的知情同意》 复旦大学出版社，2009.1

12 范瑞平：《当代儒家生命伦理学》北京大学出版社，2011.1

13 范瑞平：《当代儒家生命伦理学》北京大学出版社，2011.1

的根据，就是考察包括《规范》出台之后，中国的医疗机构在这个问题上的现状又是怎样的。

签署知情同意书这种做法，是中国医疗机构在医学伦理意识尚不明确时代“术前签字”的一种演变和延续，现在被称之为签署知情同意书的做法，在中国还没有“知情同意（书）”这个概念的时候，在临床上原来通常被称之为“家属签字”。中国的大多数医疗机构本来没有专门提供给患者或者家属签字的文本，上个世纪 80 年代以前，在确定了治疗方案特别是手术方案之后，医院一般是让患者家属在病程记录上签字，这种签字本质上就是一种告知，充其量是让患者家属知情，患者及其家属的选择权和自主权几乎是被忽略的，这与那个时代中国的低水平、全覆盖的全民医疗保障体制以及患者及家庭的法律意识、权利意识、自主意识欠缺有关。伴随中国改革开放的步伐，中国的医疗卫生体制也开始调整，特别是中国社会逐步向市场体制的转型，社会利益矛盾凸显，社会成员的法律意识和维权意识逐渐提升，医疗机构和医务工作者不断地面临责任风险。在这种情况下，很多医院出台了专门的术前签字的文本，手术前一般要求患者的家属签字。这种专门的术前签字不仅具有告知的意义，也蕴含了责任划分的法律意识。这种方式更多地不是在一般的治疗过程中使用，而是在较大手术前，医院习惯于让病人的家庭成员签字，签字的文本并不称为“知情同意书”，一般称为“手术通知书”。那个时代医院要求家属签字的目的，与现在知情同意书的签署在形式上相似，但本质并不完全相同，知情与同意的统一似乎具有绝对性特征，知情不同意的情况很少出现，原因是医疗信息在医患之间极不对称，加之医疗资源的短缺和医疗卫生保障体制的不健全等因素，让患者基本上没有选择的余地，自主权和选择权必然形同虚设。在中国，医学伦理学意义上的知情同意书在临床上广泛使用的时间并不长，知情同意本来就是伴随现代医学伦理学传入中国的一个概念，知情同意书在临床上的运用，既是先前“手术通知书”的一种演变，又增加了当代医学伦理学关于知情同意的一些内容。中国的医疗机构开始采用知情同意书的这个时期，是中国医疗卫生体制变革的时期，中国的医疗行业动摇于市场化和公益性的两难选择中，虽然中国政府对医疗卫生的投入连年增加，但是医疗卫生领域的发展还是无法满足社会快速增长的医疗和健康需要，加之改革开放带来的整个社会民主意识的快速提升，社会公众的法律意识和维权意识不断增强，知情同意书中所蕴含的法律和道德意义凸显出来，但是这种意义得以体现所呈现的特点，则更多地带有医院和医生医疗责任上防御性的，也并完全出于对患者自主权和选择权的考虑。知情同意书从无到有的历史过程上看，“家属签字”是起点，中国的知情同意书源于“家属签字”，并不完全是当代医学伦理学意义上的知情同意方式的运用，充其量是两者的一种结合。

与上述“知情同意”在中国医疗领域的实际形成过程相联系，还应当考察从 2010 年 3 月 1 日以来正式施行的《病历书写基本规范》的历史沿革。此《规范》正式施行前，2002 年当时的卫生部曾经制定了《医疗病历书写基本规范（试行）》，这是国家卫生行政主管部门首次对临床医疗病历进行规范性管理并形成具有法律意义的文本，也是第一次在《规范》中开始比较明确地对临床“患者同意”问题进行规范。实际上，早在上个世纪 80 年代初期，当时的卫生部就在医院管理的规定中对病历书写作出过初步规范，但只是作为管理规定，而没有上升到法律规范层面。中国法律界人士认为，试行本的《规范》在 2002 年的出台，与当时中国社会法律环境的变化有直接的关系，特别是最高法有关《民事诉讼证据规则》的实施，医疗侵权案件实行举证责任倒置的规定，必然带来对医疗文书的书写规范提出较高的要求，同时《医疗事故处理条例》的实施也迫切需要更加规范的医疗文书与之配套。法律环境的改变带来医疗界责任意识在知情同意问题上的不断觉醒，当时的卫生部、国家中医药管理局根据《中华人民共和国执业医师法》、《医疗机构管理条例》、《医疗事故处理条例》和《中华人民共和国护士管理办法》等法律法规，出台了试行《规范》，这部试行《规范》的全部内容中，还没有出现“知情同意”和“知情同意书”的概念，采用的还是“同意书”、“签字”这些概念，也就是说，“知情同意”概念在中国医疗领域的实际运用，迄今为止也不过几年

时间。散在于医疗领域的一些技术规范从而提升到具有法律意义规范的层次，这被医学法学界认为是在病历书写基本规范问题上完成了一次大的跨越。之后又经过八年时间的实践磨砺，“大量医疗纠纷案件的冲击，其中部分规定不够细致、部分规定难以实行等问题也逐渐被发现。在总结各地试行《规范》实施情况的基础上，结合当前医疗机构管理和医疗质量管理面临的新形势和新特点，”[14] 经过修订和完善试行《规范》，形成了现在实行的《规范》。《规范》的正式出台，在法律意义上的到充分肯定的同时，其伦理基础并没有得到足够的重视，一方面表现在与它赖以建立的其它几部主要医学法规的在道德认识上的不统一（后续阐述该问题）；另一方面这种矛盾状况的出现，是因为这些法规的制定过程，根本就没有将伦理观念和道德意识融入《规范》的形成过程。一部应当以道德为基石、也应该首先体现道德特性的法规，特别是在知情同意问题上应该闪耀的人性光芒，却淹没在无情法律的狭隘观念中，延续在中国人生活中的传统家庭伦理文化在这种“法律进步”中已经被剥离的荡然无存。

我们在与临床医生的座谈中了解到，在临床治疗特别是临床各类手术中，一些小型的、体表的、在门诊上进行的手术，一般是由患者个人在知情同意书上签字（有些无需签字），但所有其它的、特别是在手术室开展的手术，无论是常规手术，还是大型手术，无论是按照诊疗程序进行的手术，还是特殊或者紧急情况下进行的手术，个人签署知情同意书的所占比例不足 10%。事实上，目前中国的大多数医院一般并不按照《规范》要求由患者个人亲自签署，更多则是要求家属签署知情同意书。 具体说来，我们对中国河北省几所省级医院和市级医院的调查和座谈发现，医患双方都认为《规范》中关于由患者本人签署知情同意书的规定，并不切合中国社会和医疗活动的实际。我们对河北省石家庄市不同级别的 10 所医院的 100 名手术患者进行了问卷调查，调查结果显示，院方要求由患者个人签署知情同意书的只有 7%，93%的医院和医生并没有提出必须由患者个人签署知情同意书。术前交代也主要是对患者家属进行医嘱；需要患者配合以及术前注意的情况，则对患者和家属同时交代；93%的签字是由直系亲属完成的，其余 7%的签署情况，也并不都是由患者个人完成的，有 2 人是患者直系亲属之外的人（非直系亲属或朋友）代签的，因为马上需要手术的患者身边没有近亲属；还有 5 例是因为患者家属没有能力签字（没有文化甚至是文盲，对医院和医生的手术情况交代理解和接受程度有限），由患者本人签字。被调查对象中的 59%患者本人因为病情而没有能力签字、或者家属不想让病人个人签字。调查结果显示，患者一方和医务人员都认为，重病的病人不可能自己来签署知情同意书，这种要求本身缺少起码的常识和人道精神，甚至被认为“太缺德”（不道德的规定）。即便是病人的病情没有发展到不能签署知情同意书的地步，一般来说，由家属签字署名也被认为更合情和更人道。院方或医务人员，在签署知情同意书的对象选择上，极少情况下是主动要求患者个人签署，其中包括 17%的被调查医务人员并不了解《规范》关于必须由个人亲自签署知情同意书的要求，在这些人观念中始终认为家属与患者具有同样的地位。80%的被调查医务人员多年来更多是直接向患者家属提出签署知情同意书，这样做的原因是习惯性的和医院的传统。因为《规范》的出台，在要求患者本人签字有困难的情况下，很多医院采用了由病人家属签署知情同意书，同时让患者本人按上指纹手印，以达到按《规范》行事的目的。其实这种方式恰恰说明了在中国患者与家庭属于一个统一的整体的关系，从另一个角度体现了医疗家庭主义在中国医疗实践中的适当意义。

座谈中还了解到，在发生医疗纠纷的情况下，由谁来签署知情同意书直接导致的纠纷并不多见，在解决医疗纠纷问题上患者家属与患者一般是构成一个共同体，虽然法律诉讼主体一般是患者本人，但实际上无论是协商解决，还是医疗事故鉴定，运用法律程序解决问题，患者和家属的共同参与是常态。

[14] 李新刚等主编：《<病历书写基本规范>法律通解—新执业医师的法律手册》，人民卫生出版社，2011、10

这一点，在精神病学的医疗实践中表现得尤为明显。在当代西方个人主义医疗伦理中，医生必须警惕病人与家属之间的关系，首先需要小心他们可能具有利益冲突，从而不是“一条心，”因此要求病人独立、自主，不能让家属代表病人来做决策。我们认为从这种理解出发来来对待中国的家庭是很不公平的。在儒家文化中的人看来，家属进入知情同意的实践主要不是为了自己或家庭来考虑，而是为了病人的健康及生活来考虑。个人主义的出发点不适合我们所理解的亲人之间的伦理本质，那就是，一家人之间有义务、也有权利为病人做出决策，只要这种决策不违背医学治疗的好处即可。因为，在儒家文化中，家庭是一个生命共同体，中国文化是一个以家庭为本位的伦理文化。思考中国精神病患者的医疗伦理决策，无法像个人主义伦理那样进行脱离家庭的个人主义伦理思考，而是一定要把病人和家属放在紧密联系的关系之中进行。事实上，我们在精神病临床实践中，常常需要依赖家属的知情同意、签字来实施对于病人的治疗，如果这些治疗对于病人的健康是必要的、有益的。当然，在这样做的时候，程序必须严格，必须确保治疗是得到证明的、可靠的手段，而且不能仅仅依赖一位家属的同意。但是，如果完全拒斥这种家庭同意的做法、强行把病人和家属分成个人主义的独立个体，一律要求病人本人签字才能进行治疗，那对病人则是极其不利的。

事实上，《规范》有关患者本人签署知情同意书的规定，与中国现有的一些卫生法规存在诸多方面的不一致。如 1999 年 5 月实行的《中华人民共和国执业医师法》第二十六条规定：“医师应当如实向患者或者其家属介绍病情，但应注意避免对患者产生不利后果。医师进行实验性临床医疗，应当经医院批准并征得患者本人或者其家属同意”。[15] 这一法条明显地将患者和家属作为一个具有同样法律地位的主体来看待，并没有将患者本人与家属在作为医疗对象主体上加以严格区分。从《执业医师法》与《规范》的关系上看，《规范》应当是从属于《执业医师法》的具体法律，那么《规范》在法条和内容上应当与高于它的法律统一起来才是合理的。这样明显的不一致，用任何理由解释都不如用法律观念存在差异解释更合适，正是因为观念的不同和由此形成的根据不同，才导致法律条文规定上的不一致。

《规范》与 2002 年中国颁布的重要卫生法规《医疗事故处理条例》似乎具有在这个问题认识上的一致性。这个法规只字没提到患者家属，法规中更多采用的是“当事人”概念。该法规在关于知情同意问题上，只有第十一条做出了这样的规定：“在医疗活动中，医疗机构及其医务人员应当将患者的病情、医疗措施、医疗风险等如实告知患者，及时解答其咨询；但是，应当避免对患者产生不利后果”。[16] 事实上，医疗事故的处理中，更多地是家庭或者家庭中的部分成员作为“当事人”的整体参与，除非没有因为某种医疗事故导致患者本人仍存在参与医疗事故处理过程的能力，实际上更多医疗事故不是导致伤残就是导致患者死亡，“当事人”只能是家庭成员。显然，这部法律也没有把家庭作为患者一方的整体来看待，强调的是患者个体。这一法律与《执业医师法》的矛盾和与《规范》的一致性，至少表明中国的若干医疗法规在法律观念和法理依据上存在不统一性，在知情同意问题上就可以窥一斑而见全豹。

然而，《规范》在知情同意问题上还与中国的《医疗机构管理条例》及在该条例基础上制定的《医疗机构管理条例实施细则》存在不一致。该条例的第六十二条规定：“医疗机构应当尊重患者对自己的病情、诊断、治疗的知情权利。在实施手术、特殊检查、特殊治疗时，应当向患者作必要的解释。因实施保护性医疗措施不宜向患者说明情况的，应当将有关情况通知患者家属”。[17] 而实施细则规定：“施行手术、特殊检查或者特殊治疗时，必须征得患者同意，并应当取得其家属或者关系人同意并签字；无法取得患者意见时，应当取得家属或者关系人同意并签字；无法取得患者意见又无家属或者关系人在场，或者遇到其他特殊情况

[15] 中国全国人大：《中华人民共和国执业医师法》，1999 年 5 月 1 日施行

[16] 中国国务院：《医疗事故处理条例》，2002 年 9 月 1 日颁布

[17] 中国国务院：《医疗机构管理条例》，1994 年 2 月 26 日颁布

时，经治医师应当提出医疗处置方案，在取得医疗机构负责人或者被授权负责人员的批准后实施”。[18] 管理条例的有关规定相对于《规范》来说，显然是将家属置于与患者同等的决策地位，不仅是知情同意权是相同的，而且知情同意书的签署上也具有同样的法律地位。但是该条例的第三十四条又规定：“医疗机构发生医疗事故，按照国家有关规定处理”。[19] 因为两个法规在知情同意主体问题上的不统一甚至相互矛盾，一句话的规定就又把知情同意问题推向了一种矛盾的境地。

无论从“历史”和还是“现实”情况分析，在知情同意书签署问题上将患者和家庭分离都不符合中国的实际。家庭主义传统表面上看是一种习惯使然，本质上则是从文化根基生长起来的一种必然结果。我们认为，知情同意书的签署方式，在中国不能是个人主义的，只能是家庭主义的，需要我们回归到文化传统、伦理基础的层面上去寻求价值依据。“这固然是因为，相较于其他社会元素，比如说，相较于市场经济体制、政治民主和科技理性，“传统”和道德文化本身有着更为明显的自封性和历史“惯性”；但更重要的是，道德文化传统的“特殊申认”与“现代性”之间有着更为复杂的历史纠结和现代际遇。”[20] 中国社会法治进程的加快，包括医疗领域自主权、知情权等价值观念的改变，并没有改变以家庭为核心的社会文化传统。医疗领域的法律、法规需要相互协调到我们的文化传统上来。《规范》应当充分考虑和体现中国文化传统对规范医疗行为的道德价值和伦理意义。只有把《规范》置于文化取向和道德价值的层面，让文化传统见之于医疗活动的细微之处和医院、医生行为的选择之中，对于我们这个具有深厚文化传统的国家来说才是合理的、道德的。**进一步说，在知情同意书的签署方式上，由家庭（家属代表）来签署，一般来说，对于病人本身也是最合适的。首先，它体现了对于病人意愿的尊重，因为大多数病人是期望直系亲属来代劳的。其次，它也有助于保护病人的健康利益，因为全家协商（大部分情况包括病人在内）有助于为病人做出最符合其利益的医疗决定。再次，如果既要求病人本人、也要求（家属代表）签署，在大多数情况下是多此一举，同时也否定了家庭主义的整体意义。当然，在特殊情况下（如非治疗性实验、器官移植等），双重要求可能更有助于保护病人。最后，少数情况的特殊处理，不应当影响一般政策、法律的走向。**

三、回归中国家庭主义的文化传统：中国医疗卫生领域的道德选择

从上述对“历史”和“现实”情况的分析与调查，以及各种医疗卫生法规之间存在的若干矛盾来看，在知情同意问题以及知情同意书签署主体究竟应该是谁的问题上，有悖于中国家庭主义文化传统的情形十分明显，医疗卫生法规的制定者似乎只是在法律起草的技术层面思考问题，而没有把文化的、道德的考虑融入法规的制定过程中去。《规范》与中国医疗行业现实间、以及不同的医疗法律间的矛盾实际上折射了当代中国文化的矛盾乃至冲突。

国家制定《规范》来对医疗行为作出限定，是需要根据的。特别是对谁来签署知情同意

[18] 中国国务院：《医疗机构管理条例》，1994 年 2 月 26 日颁布

[19] 中国国务院：《医疗机构管理条例》，1994 年 2 月 26 日颁布

[20] 万俊人：《现代道德仍需传统滋养》中国社会科学报，2012 年 11 月 29 日

书这样具体问题的规定，必须给出选择的理由和依据，不能是规范制定者们的嗜好和臆造。法理体现文化，法规则是把这种作为根据的文化转化为具体的规范，选择什么文化作为根据则要分析哪种文化更适合这个社会和社会能够接受哪种文化。如果说《规范》明确规定只有患者本人作为知情同意书签署的主体，把患者与家庭分离开来，很显然是不符合中国家庭主义文化传统的一种主张，拟或说是接受了西方个人主义为基础的医疗权利等思想的影响。实际上，中国医疗家庭主义的传统与西方医疗个人主义并不完全矛盾和水火不容。只是无论在中国传统中还是在当今社会现实生活中，个人与家庭密不可分的关系，并不是血缘或者说生物学意义上的，也不完全是社会结构意义上的，而是由中国传统文化构筑和传承的伦理意义上的。如果说血缘是纽带，社会结构是基础，而生于斯、长于斯的家庭在中国人的心里则是永远的根。个人对家庭的依赖和家庭对个人的依存都是西方个人主义无法理解和解释的。这是一种文化传统的道德力量使然，而不是单纯的自然关系推动。正如一位中国的伦理学家认为的那样：“道德传统之于现代社会或“现代性”的意义决不像人们习惯以为的那样仅仅是消极的，也有积极促进的方面。道德文化并不总是落后于社会实际层面——经济和政治——的转型，很多情况下，它往往是一个新的时代或社会转型的理论先导和价值观念的预备。这并不意味着新道德文化传统必定是与既定道德文化传统的截然决裂。在某种意义上说，梳理新旧传统之间的连贯性比强调它们之间的断裂性更为复杂，就某一特定的社会和民族来说，也更为必要、更有价值。道德文化传统的连贯性及其对于现代社会的精神价值资源供应充分证明了这一点”。[21]

中国医疗领域应当在新的历史条件下维护儒家家庭主义伦理传统，以医疗家庭主义的理念来构筑对具体医疗活动的规范。因为“现代人和现代社会不得不承认的现实是，现代社会的新道德文化传统不仅并没有完全脱离旧道德文化传统的“变体链”，而且也不能单独地有效料理现代人和现代社会的道德伦理问题。或可说，希尔斯教授的忠告是需要我们重视的：传统是秩序的保证，是文明质量的保证。我们仍然需要传统的滋养，我们的生活无法真正逃离传统的掌心”。 [22] 无论现代外来文化对中国医疗行业的影响力有多么强大，但是诸如知情同意书签署这样的问题，并不是医疗行业单方面就能左右的，也不是能够人为地通过建立某种规范就能彻底改变以文化传统为基础的历史和现实的。病人与家庭的关系不会因为不切实际的规范就发生历史性的断裂和改变。所以国家层面在制定有关法律法规时必须回归到医疗家庭主义的轨道上来，用传统文化的力量奠定现代医疗卫生法规的道德基础，用一种相对于独立的患者个人来说更能体现医疗活动社会化特质的家庭关系来构筑和培育这种基础。

在临床医疗活动中关于知情同意及其知情同意书签署等具体问题上，如何维护中国传统的儒家家庭主义伦理，有如下三个方面的提议：

首先，要强化中国医疗卫生法律法规体系的系统性和完整性，最重要的是要构建起这个体系统一的道德认知和道德理念。目前中国的医疗卫生法规体系还处在逐步形成过程中，在规范医疗活动中的作用不可否认。但是中国的医疗卫生法律在一些具体问题的设计和规制上缺乏高度的一致性或者统一性。造成这种统一性不足的根本原因之一，就是制定者们缺乏在有关问题上一致的道德认知和道德境界。尤其是诸如知情同意这一类的具体问题，在拟定法律条文的过程中，只借鉴西方国家强调的个人权利、个人意志等观念，而忽视中国传统文化决定的中国国情，不能建立起能够统摄整个法律体系的道德理念，在具体法律法规形成过程中，就必然会因为西方观念的无形渗透和又不能完全舍弃的中国社会现实之间的矛盾而导致法律间、法律条文间的不统一。而解决这种矛盾的方向性选择，应当是从中国社会实际出发，而不是从不符合中国现实的外来法律观念出发去与中国传统的道德观念和社会现实抗衡和

[21] 万俊人：《现代道德仍需传统滋养》，中国社会科学报，2012 年 11 月 29 日

[22] 万俊人：《现代道德仍需传统滋养》，中国社会科学报，2012 年 11 月 29 日

对立，让医疗活动法律化这样一个正确方向上的选择因法律内容上的缺陷而削弱乃至丧失其功能。

其次，要立足于中国历史传统和当代社会现实来对待外来法律和道德文化。知情同意本是西方生命伦理学中一个重要的概念和实践问题，强调的是在各种医疗活动中个人的知情权和自主权的价值和意义，这是一种典型的建立在西方个人主义立场上的观点和理论，源于一种自由主义的民主观和个人主义的权利观向医疗领域的延伸。历史上中国并不是一个个人主义文化的国家，这本身就与中国社会是一个家庭伦理文化为基础、视家庭为核心并以家庭成员群体为共同体的社会模式有关。这种伦理传统并没有因为中国社会的发展而发生本质性改变，即便是中国改革开放 30 多年来，社会成员个人独立意识不断增强，权利观念不断提升，法律觉悟不断提高，家庭在社会结构中的地位和角色也没有发生根本变化。尤其是在医疗活动中家庭主义传统显得尤为突出，在这样一个视家庭亲情比任何东西都更重要为特征的社会中，当病痛袭来或者疾病威胁家庭成员生命和健康的时候，家庭就会凸显出比任何时候更强的凝聚力和感召力。这是中国社会无论以什么方式规范涉及患者一方的医疗行为的时候，必须面对和顺从的现实，在一定意义上说，在任何细节设计上去维护一个家庭的整体权益，比将患者与家庭拆分开来更人性化，更符合中国道德的现实。在家庭主义文化基础上建立我们自己的个人主义观，同家庭的意义和作用协调一致，而不是照抄个人主义的权利观和权利清单。

再次，包括生命伦理学在内的西方伦理文化不能像近代中国引进西医学一样毫无保留地引进当今的中国。上个世纪 70 年代末，美国学者恩格尔哈特（H. Tristram Engelhardt Jr.）在首次访问中国之后，一针见血地指出中国在对待当今社会诸多生命伦理现实问题的认识和解决上，缺乏一种认识这些问题的哲学精神和理论基础的合理选择。认为中国学者“对多种不同道德系统的差异性缺乏必要的了解和广泛的体验；不习惯将确立某个单一道德体系的实际需要与通过比较发现不同价值观之间的智识长处区分开来；辩证唯物主义将道德和伦理的沉思从属于经济的力量”。[23]恩格尔哈特的这种看法，对中国照抄照搬和全盘引进西方生命伦理实践上很多具体问题也是一种警示。知情同意问题上就存在真正本土化和融入中国社会现实的需要。西方的知情同意理论不一定完全适合中国临床医疗实际，中国的临床医疗活动要形成与中国伦理文化传统相统一的知情同意方式，任何偏离中国医疗家庭主义的知情同意设计，都不可能真正体现知情同意这一重要临床医疗环节在中国社会的真实伦理意蕴，也就不可能让这一重要程序发挥其应有的沟通医患双方、建立两者间的互信，凝聚家庭情感以共同守望健康的复归和生命的奇迹。如若能够将医疗家庭主义的观念真正融入知情同意程序的设计和法规的建立，或许中国传统伦理文化带给临床医疗的是完全不同于医疗个人主义的诊疗结果，至少会体现由家庭带给面对疾病折磨和生命失衡的人类个体更多的希望和感情的寄托。

我们的结论是，在中国社会的医疗实践中，保护个人利益和建立个人权利的理论和实践，必须以医疗家庭主义为轴心和基础。由此而来的知情同意及其签署主体等具体问题的设计与解决，必须建立在医疗家庭主义的伦理传统上，从而体现在和在这一传统协调一致的法律法规中。

[23] 万旭：《中国生命伦理学面临的挑战及发展趋势分析》，中国医学伦理学第 17 届年会，2013.7.拉萨

從中西親子關係理論差異看家庭本位思想在中國社會的適用性

徐漢輝[1]

摘要：本文嘗試從比較中西方親子關係的角度入手，探討中國傳統家庭文化以及當今中國家庭關係的獨特性，從而為儒家家庭本位思想以及家庭共同決定在現實生活中的應用，提供理論支持。文章第一部分，筆者將梳理西方哲學史上重要的親子關係理論，這其中包括柏拉圖、亞里斯多德、基督教哲學家以及近代契約論思想家霍布斯、洛克等人的親子關係理論。第二部分，筆者將嘗試分析儒家傳統的親子關係理論，並從中歸納特點;同時，將中西方親子關係進行比較，找出理論差異。在這一部分中，筆者將區分儒家親子關係和所謂“父權主義”。在第三部分中，筆者將關注于當今中國家庭的現狀，即“今天的中國家庭，究竟是更適合西方的親子關係還是更適合中國傳統的家庭理論？”，並嘗試論證“當今中國家庭更適合中國傳統家庭理論”，從而進一步地論證儒家家庭本位思想，在中國社會中的合理性。

關鍵字：親子關係理論，中西差異，儒家，家庭本位，

Family-based model is more suitable for Chinese society: a view from theoretical distinction on parents-children relationship between China and West

Hanhui Xu

Abstract This article tries to discuss characteristics and special position of family in Chinese cultural and modern society from comparing Chinese theory of parents-children relationship and its western counterpart. It is helpful to provide theoretical supports for applying Confucian family-based model into practical issues. Famous theories about parents-children relationship in western philosophical history will be expressed in the first part. In part two, then, we will focus on Confucian parents-children relationship theory and its features. After that, differences between China and west would be shown. In the last part, the situation of modern Chinese family will be analysed to judge whether the family-based model and Confucian parents-children relationship theory is still suitable for Chinese society.

Keywords theories of parents-children relationship, difference between China and west, Confucianism, family-based model

[1] 徐漢輝（1988—），江蘇徐州人，現就讀于英國貝爾法斯特女王大學哲學系，博士研究生；研究方向：生命倫理。

首先，中西方在“如何看待家庭，如何處理家庭關係”等問題上有很大理論差異，親子關係理論的差異就是其中之一；那麼，在親子關係的理論中，中西方差異究竟在哪裡？以及這種差異有何體現？這將是本文關注的第一個問題。其次，家庭理論往往是基於社會現狀而形成的，長期以來中西方家庭關係的差異導致了中西方親自關係理論的差異。然而，中國社會近代以來，經歷了重大變革，從農耕文明逐漸向工業文明轉變，傳統的宗族似的大家族也逐漸被現代家庭模式所取代。一種觀點認為，中國近代以來所走的路實際上是西方國家走過的路，比如工業化、城鎮化等等，因此，當代中國家庭更加趨向西方近代以來的家庭模式，也更加適用西方的親子關係理論，中國傳統的親子關係理論已經失去了其賴以生存的土壤，已經“過時了”，應該摒棄。那麼，當代中國家庭的現狀，是否真的趨向於西方家庭，傳統親子關係理論是否真的“過時了”呢？這將是本文關注的第二個問題。

一、西方親子關係理論的發展及特徵

在人類社會發展史上，家庭作為連接個人與社會的重要環節，受到了許多哲學家的關注。古希臘哲學家柏拉圖在其《理想國》一書中，對於家庭有著詳細地闡述。然而，在柏拉圖看來，家庭恰恰是阻礙其“理想政府（理想城邦）”的絆腳石。包括“私人家庭”在內的私有財產都應該被共有（或公有）。柏拉圖在《理想國》中借蘇格拉底之口說道：“這些女性應該被所有男性所共有。任何女性都不應該僅僅和某一個男性生活。同樣地，兒童也應該屬於他們所有人，父母不應該知道哪一個是他們的孩子，孩子也不應該知道誰是他們的親生父母。”[2]這樣的好處之一就是能夠使所有孩子都能夠得到城邦所有成員的不偏不倚地照顧。同時，取消私有還有利於城邦作為一個整體的團結，柏拉圖這樣解釋道：“這與我們之前說的是一致的。我認為，我們的觀點是，如果他們想成為真正的（城邦）守衛者，他們就不應該有自己的私人房產、土地或者財產。但是，他們應該從別的公民那裡獲得戍衛城邦的報酬。大家一起使用各種資源。”[3]柏拉圖之所以提出了所謂“共產共妻共子（女）”的觀點在於他認為，私有制會使得城邦守衛者存私心而忘公義，都在各自爭奪和保護自己的私產，那麼，城邦作為一個共同體就面臨著從內部瓦解的危險。只有將私人事務共有化，才能使得城邦守衛者目標一致，榮辱與共，才能成為稱職的守衛者。因此，柏拉圖說：“‘那麼，正如我所說，我們之前所認為的安排，和現在討論的（措施），能否使得他們成為真正的城邦守衛者呢？能否使得他們不把各種東西看作是自己私有的，而不是各自據為己有使得國家分裂？（我們的策略）是否能夠阻止他們（城邦守衛者）把房子看作是私產？這樣，任何一個（城邦守衛者）能夠得到的，其他人也能得到（或使用），不僅是他的房子，還有他的妻子和孩子，以及從私人事務中得到的悲喜。我們的策略，能夠給他們（城邦守衛者）一個關於他們究竟擁有什麼的統一的意見，使他們目標一致，分擔喜憂？’。 ‘是的，可以。’他（格勞孔）說。”[4]可以看出，在柏拉圖理論中，“家庭”或者說“私人家庭”是應該被消滅的，這樣一來，

[2] “That all these women shall be wives in common for all these men. That none of them shall live as individuals with any of the men. That children in turn shall belong to all of them. That no parent shall know its own child, no child its own parent.”—— Edited by Ferrari, Giovanni RF, and translated by Tom Griffith. Plato: ‘The Republic'. Cambridge University Press, 2000: 154-155.

[3] “This is ties in with what we said originally. Our view was, I think, that if they were going to be true guardians they should not have private houses, or land, or property of any kind, but that they should receive their livelihood from the other citizens as payment for their guardianship, and all make use of these resources jointly.” —— Edited by Ferrari, Giovanni RF, and translated by Tom Griffith. Plato: ‘The Republic'. Cambridge University Press, 2000: 163.

[4] “Well, then, as I say, won`t those arrangements we agreed earlier, when combined with these present ones, be even more effective in turning them into true guardians? Won`t make them give the name ‘mine’ to the same things, rather than all applying it to different things, and so tearing the city apart? It will stop one of them carting off to his own house, independently of the others, whatever he can get for himself; and another doing the same, to his own house, along with a wife and children, and the private pleasures and pains they bring with them in private matters. Won`t our arrangements give them a single opinion about what belongs to them, give them the same goal to aim at, and make them all as nearly as possible subject to the same pains and pleasures?” “They certainly will, “he

以家庭為依託的親子關係，在柏拉圖看來也應該被消滅，取而代之的是城邦共同撫養兒童，以及兒童把每一個人都看作是自己的親人。

柏拉圖的觀點遭到了亞里斯多德的反對，亞里斯多德並不認為取消“家庭”從而使得每個孩子都能被城邦中的人平等地照顧是可行的。相反，亞氏認為，人們對待自己的東西總是比對待他人的東西更加重視，這是人的本性。他說：“此外，從另一方面說，這種模式也是有害的。大多數人共同具有的東西往往最不被關心：相對於共有的，人們更在意屬於自己的（私人東西），人們不關心共有的，或者僅僅只關心這裡面對自己有意義的。他們忽視這些共有的事務因為他們有理由相信即使自己不照看，別人也會去過問；就好像打掃房子，人多並不一定比人少效果更好。（同樣地），（如果）每個公民都有一千個兒子，可這些兒子不分別是這些公民的孩子，而是每個公民都是他們的父親，那麼，這些公民也會不關心這些兒子。”[5]那麼，在亞氏主張的私人家庭中，親子關係又該是如何的呢？他在《尼各馬可倫理學》一書中，將親子關係界定為“友誼（friendship）”，並且是一種“（地位）不平等的友誼（unequal friendship）”。他說：“但是，有另外一種友誼，即，這種友誼涉及其中的雙方（地位）是不平等的，比如，父親和兒子，以及更廣義上地，老人和青年。。。”[6]而這一觀點，即“親子關係是友誼”，被後世哲學家所繼承並擴展。當代西方“孝道（filial obligation）”[7]理論中的觀點之一即認為：子女對於父母的道德義務可以看作是朋友之間的道德義務；當朋友遇到苦難需要幫助的時候，我們有義務去幫助他們，同樣地，當父母需要子女說明或支援的時候，子女也應該盡力而為。[8]至此，我們得到了西方哲學史上第一個影響深遠的親子關係理論，即親子關係是友誼，或者說，親子關係可以被看作是朋友間的關係。

基督教哲學家對於親子關係有著不同的看法。首先，基督教認為每個人都是上帝的兒女。“聖靈與我們的心同證，我們是上帝的孩子”[9]，“看，天父給予了我們多麼大的愛，使我們可以被稱作上帝的孩子——事實上，我們也確實是的”[10]。既然我們都是上帝的子女，在上帝面前，每個人的地位就都是平等的；換句話說，在上帝面前，子女和父親的地位也是平等的，或者說，在上帝面前，沒有誰是誰的父母，誰是誰的子女，大家都是上帝的孩子。其次，“兒女是來自上帝的禮物，懷

said. -- Edited by Ferrari, Giovanni RF, and translated by Tom Griffith. Plato: 'The Republic'. Cambridge University Press, 2000: 163-164.

[5] “Furthermore, the formula is harmful in another way. What belongs in common to the most people is accorded the least care: they take thought for their own things above all, and less about things common, or only so much as falls to each individually. For, apart from other things, they slight them on the grounds that someone else is taking thought for them-just as in household service many attendants sometimes do a worse job than fewer. Each of the citizens comes to have a thousand sons, though not as an individual, but each is in similar fashion the son of any of them; hence all will slight them in similar fashion.”—— Translated by Carnes Lord, Aristotle's" Politics". University of Chicago Press, 2013: 149.

[6] “But there is another kind of friendship, namely, that which involves an inequality between the parties, e.g., that of father to son and in general of elder to younger …” —— Translated by Ross, David, Aristotle`s “The Nicomachean Ethics”. University of Oxford Press, 2009: 150.

[7] 西方並沒有與中國哲學中“孝道”完全相符的概念，但是相近的概念有 ”filial piety” 或者 ”filial obligation (duty)” ，filial obligation 理論關注的重點之一是子女出於什麼樣的原因應該對父母負有道德義務？這一問題類似於中國哲學語境下，子女為什麼要孝敬父母？

[8] Keller, Simon. "Four theories of filial duty." The Philosophical Quarterly 56.223 (2006): 254-274.

[9] “The Spirit himself bears witness to our spirit that we are God’s children.”——“Bible, Romans, 8:16”.

[10] “See what sort of love the Father has given to us: that we should be called God’s children—and indeed we are!”——“Bible, 1 John, 3:1”.

孕的果實是一種恩賞”[11]。既然兒女是上帝所賜，這說明，兒女本不是父母的，而是屬於上帝的，是上帝將兒女賜給或者說委託給父母，並叮囑他們要好生照看。這種觀點被也被洛克所採用。洛克認為，“人們無法創造自己，也就不能擁有自己，因為每個人都是上帝所造，是上帝的財產”[12]，“上帝將照看、保護、撫養兒女的義務交給了父母”[13]。再次，基督教還特別強調，無論是父母還是子女，在他們的心中，地位最高的，或者說他們最愛的，一定只能是上帝。“愛父母勝過愛我，不配做我的信徒；愛子女勝過愛我的，也不配做我的信徒”[14]；“不要喊地上的任何人為‘父’，你只有一個父親，他在天堂”[15]。從基督教的角度出發，親子關係似乎並不單單是父母與子女的關係，這其中還有上帝的角色。是上帝將孩子委託或者說賜予父母，讓其照看；同時，任何人對於子女或者父母的愛，都不應該超過對上帝的愛，因為，上帝才是所有人“真正”的父親。

近代以來，社會契約論興起，霍布斯等哲學家嘗試用契約論解讀家庭關係。契約論的核心是涉及其中的各方“知情同意”達成一致，共同遵守維護所訂立的契約。比如，在霍布斯的政府理論中，處在“自然狀態（The State of Nature）”中的人們，是互相爭鬥的，即所謂“人對人是狼”；這種狀態下，即使是最強勢的人也“恐懼（fear）”，因為他也有睡覺的時候，當他睡著了，別人就會來傷害他。為了結束這種狀態，人們達成協議，同意交出一部分權力給君主，成立國家；作為回報，君主（或政府）制定規則，保障人們的生命權、財產權不受侵犯。與君權神授的理論相比，契約論強調了君權（或政府的權力）是人民約定的。在親子關係中，霍布斯也嘗試用契約論來解釋，父母和子女分別是契約中的兩方，子女為了得到父母的照看和保護，同意服從父母的權威。“管轄權有兩種獲取方式，一是代際生育，一是征服。前者是父母對子女的管轄，可以被稱作家長式（父權）。但這種父母對子女的管轄並非因為父母生下了子女，而是來自孩子的同意；這種同意（即願意被父母管轄），要麼被明確地表達出來，要麼被其他充分證據所證明。”[16]然而，問題在於，孩子不同與成人，並沒有能力來真正的“知情同意”，也就很難被看作是契約中的與父母地位相同的一方。對於這個問題，契約論哲學家的回應是，霍布斯實際上暗示了契約是孩子的“未來人格同意（Future-oriented consent）”[17]的。也就是說，親子關係是一種契約關係，而契約中的雙方分別是父母和孩子的“未來人格（成年後具有行為能力的人格）”，孩子是由其“未來人格”託付給或者按照約定交給父母照看和管轄的。契約論的親子關係對後世影響深遠，當代西方“孝道（filial obligation）” 理論中的另一種觀點即認為：子女對父母的義務是一種債務

[11] “Yes, sons are a gift from the LORD, the fruit of the womb is a reward.”——“Bible, Psalms, 127:3”

[12] “Locke…believes that people do not make themselves and hence do not own themselves, because they are the workmanships and property of God”——Blustein, Jeffrey. "Parents and children: The ethics of the family." (1985): 75.

[13] “God his laid on them ‘an obligation to nourish, preserve, and bring up their Off-spring’”——同上：79.

[14] “Whoever loves father or mother more than me is not worthy of me, and whoever loves son or daughter more than me is not worthy of me.”——“Bible, Matthew, 10:37”

[15] “And call no one your ‘father’ on earth, for you have one Father, who is in heaven.”——“Bible, Matthew, 23:9”

[16] “Dominion is acquired two ways; By Generation, and by Conquest. The right of dominion by Generation, is that, which the Parent hath over his Children; and is called PATERNALL. And is not derived from the Generation, as if therefore the Parent had Dominion over his Child because he begat him; but from the Childs Consent, either expresse, or by other sufficient arguments declared.”——Hobbes, T. "Leviathan: Revised student edition (R. Tuck, Ed.) Cambridge, England." (1997): 139.

[17] Schochet, Gordon J. The Authoritarian Family and Political Attitudes in 17th-Century England: Patriarchalism in Political Thought. Transaction Publishers, 1975: 232.

償還的義務，而債務的本質是契約。父母在養育子女的過程中花費巨大，那麼，作為成年子女，應該根據父母付出的成本加以償還。[18]

不難看出，基督教的親子關係和契約論的親子關係有一個共同的特點，即認為，子女不是父母的，而是由協力廠商委託（或者交付）給父母照看管轄的。這個“協力廠商”，在基督教理論中，就是上帝；在契約論那裡，就是孩子的“未來人格”。至此，我們考察了西方哲學史上幾種重要而對後世影響較大的親子關係理論，除柏拉圖外，大多數理論肯定了家庭存在的應該，並嘗試對親子關係進行更多的理論分析：亞氏將親子關係看作是友誼，而基督教和契約論則把親子關係看作是委託關係。

二、儒家親子關係特點及中西差異

本文嘗試做中西方理論比較，儘管中國哲學中流派眾多，先秦有諸子百家，後世有儒釋道三教對立與合流。但是，就家庭倫理，親子關係理論而言，理論最為豐富的，影響最深遠的還是儒家，因此這部分，筆者將關注重點放在儒家的親子關係理論。

首先，在儒家看來，親子關係（在儒家典籍中，很多的時候是父子關係）是各種關係中最為重要的。儒家特別強調家庭倫理，在儒家的思想體系中，家庭是社會的基本單位，當然，這裡的“家庭”更多的時候是指大家族；親子關係則是整個家庭的根基。儒家的親子關係理論更多地體現在“孝道”理論上，即要求子女對父母盡孝。是否孝順成為評判一個人德性、能力的重要標準。漢代選官制度被稱為“舉孝廉”，其中一項就是推薦當地有名的孝子，或者說在“事親”上表現出色的子弟為官。漢代以後，歷朝歷代都有推崇孝道的皇帝，在多個歷史時期，出現了所謂“以孝治天下”的風氣。究其原因，有孔子說的：“其為人也孝弟，而好犯上者，鮮矣；不好犯上，而好作亂者，未之有也。君子務本，本立而道生。孝弟也者，其為仁之本與！”[19]（《論語·學而篇第一》），即認為“忠孝”一體，能夠孝順父母的人，也能夠對君主盡忠；同時，也體現出，傳統社會非常看重一個人處理親子關係、家庭關係的能力，如果一個人連“事親”都做不好，或者說，連父子關係、家庭關係都處理不好，難堪大用。綜上，不難看出，儒家理論以及傳統社會給予了親子關係特殊的關注，所謂“百善孝為先”，能夠“事親盡孝”，能否處理好親子關係，成為一個人德性、能力的重要體現。

就親子關係的重要性和特殊性來說，儒家親子關係理論與西方友誼式的親子關係理論有很大不同。在儒家看來，親子關係與朋友關係截然不同，是不能夠進行模擬的，或者說父子是絕不應該像朋友的。之所以如此，是因為在儒家看來，親子關係中，子對父，要待以“敬”，如“子曰：孝子之事親也，居則致其敬，養則致其樂，病則致其憂，喪則致其哀，祭則致其嚴。”[20]（《孝經·紀孝行章第十》），又比如“子遊問孝。子曰：‘今之孝者，是謂能養。至於犬馬，皆能有養；不敬，何以別乎？’”[21]（《論語·為政篇第二》）；而朋友之間，則要待以“誠”，也就是說，處理親子關係和處理朋友關係的基本原則根本不同。因此，在儒家看來，如果像對待朋友那樣對待雙親，那反而是不孝。更為重要的是，親子關係不僅不應該用朋友關係來模擬，甚至不能用任何關係來模擬。比如，在儒家理論中，需要待之以“敬”的物件，有五種，即“天、地、君、親、師”，而且我們也聽過“一日為師終身為父”的說法，即要求“弟子事師，敬同于父，習其道也，學其言語。”[22]但是，我們不會反過來說“一日為父終身為師”，或者是要求“弟子事親，敬同于師”；

[18] Keller, Simon. "Four theories of filial duty." The Philosophical Quarterly 56.223 (2006): 254-274.

[19] 楊伯峻. 論語譯注(簡體字本)[M]. 中華書局, 2009.

[20] 胡平生. 孝經譯注[M]. 中華書局, 1996.

[21] 楊伯峻. 論語譯注(簡體字本)[M]. 中華書局, 2009.

[22] 汪泛舟.《太公家教》考[J]. 敦煌研究, 1986.

因為，親子關係要比師生關係更重要、更特殊，儘管都需要“待之以敬”，但是“敬雙親”要勝過“敬老師”。簡單說來，在儒家看來，親子關係就是親子關係，親子關係最是重要和特殊，它不是也不應該是其他任何關係所能替代或者比擬的。這就與西方把親子關係看作是友誼的理論大為不同。就親子關係的重要性和特殊性來說，儒家親子關係理論還不同於基督教親子關係理論。如上文所述，在基督教看來，無論是父母還是子女，在他們的心中，地位最高的，或者說他們最愛的，一定只能是上帝。“愛父母勝過愛我，不配做我的信徒；愛子女勝過愛我的，也不配做我的信徒”。[23]而儒家認為，“愛有差等”，人就應該最愛和自己關係最親近的人，而關係最親近的恰恰就是親子關係。

其次，在儒家看來，親子關係是一種以血緣為紐帶的血脈相承、一體同心的有機整體。儒家文化中沒有神靈崇拜，所謂“子不語怪力亂神。”[24]（《論語・述而篇第七》），但是，儒家又十分重視“祖先崇拜”，這一點尤其表現在對於祭祀的強調。“孟懿子問孝。子曰：‘無違。’樊遲禦，子告之曰：‘孟孫問孝于我，我對曰，無違。’樊遲曰：‘何謂也？’子曰：‘生，事之以禮；死，葬之以禮，祭之以禮。’”[25]（《論語・為政篇第二》）這裡可以看出，孔子眼中的盡孝，包括了三個部分，即“事之以禮、葬之以禮和祭之以禮”。由於祭祀成為盡孝的一部分，這裡的祭祀不僅僅是祭祀去世的父母，還包括了其他祖先，這樣一來，儒家也就格外看重血脈延續，因為，如果膝下無子，百年之後將沒有人為祖先祭祀，這就意味著無法完成盡孝的責任，所以，孟子講：“不孝有三，無後為大”[26]（《孟子・離婁章句上》）。對於血脈相承、家族傳承的強調，使得儒家把每一個個體看作是整個家族延續的不可或缺的一環，每一個個體都有著繼往開來的家族使命，這也就意味著，個人的命運榮辱不僅僅是個人的“私事兒”，而關係到整個家庭和家族。具體到親子關係中來，父母是子女的過去，是子女生命的開端；子女是父母的未來，是父母生命的延續，這是一個不應該被割裂的有機整體。正因為，我們的一切都是來自父母的，而且我們在家族延續中都有著重要的意義，這是一個有機的整體；所以，關乎我們個體的事兒都不應該簡單的看作是個人的“私事兒”，所以“身體髮膚，受之父母，不敢毀傷，孝之始也。”[27]（《孝經・開宗明義章第一》）。

就親子關係是有機整體而言，與西方基督教和契約論則把親子關係看作是委託關係有很大差異。在委託關係中，無論委託方是基督教的上帝還是契約論的未來人格，父母和子女的關係都是“異己”的，；比較而言，儒家則強調了父母和子女之間的“一體性”或者說是“整體性”。這種理論差異，最為明顯的體現就是父母和子女雙方互相“介入”對方事務的程度不同。強調“一體性”就意味著，父母與子女雙方的“個體性”邊界較為模糊，子女的事兒不僅僅是子女個人的事兒，同時也是父母的事兒；同樣地，父母的事兒也不僅僅是父母個人的事兒，同時也是子女的事兒。而西方“異己的”親子關係，父母與子女“個體性”邊界比較清晰，這一點在契約論中表現的尤為突出，根據契約，父母受孩子的未來人格委託，那麼，當孩子成年之後，委託也就結束了，父母就很少介入子女的事務。這裡需要指出的是，筆者使用“介入”一詞，以此區別於“干涉”。有種觀點認為，儒家的家庭倫理是一種家長制的或者父權主義的（Paternalism）。問題在於如何理解父權主義？斯坦福哲學百科全書（Stanford Encyclopedia of Philosophy）將“父權主義（Paternalism）”定義為：在違背其意願的情況下干涉他人或他國事務，並辯稱或初衷是，為了

[23] “Whoever loves father or mother more than me is not worthy of me, and whoever loves son or daughter more than me is not worthy of me.”——“Bible, Matthew, 10:37”

[24] 楊伯峻. 論語譯注(簡體字本)[M]. 中華書局, 2009.

[25] 同上。

[26] 楊伯峻. 孟子譯注(簡體字本)[M]. 中華書局, 2008.

[27] 胡平生. 孝經譯注[M]. 中華書局, 1996.

其更好或是免受傷害。[28]如果這樣理解父權主義的話，那麼儒家的家庭倫理或者親子關係，有出現父權主義的可能，但不是一定，關鍵在於父母對子女事務的“介入”並不總是違背子女意願的“干涉”。消極的“介入”可以被看作是“干涉”，但積極的“介入”，即並不違背子女意願的“介入”則不應該被看作是“干涉”。比如，傳統社會中，是父母包辦婚姻，可以說成親之前的一系列有關嫁娶事宜都有父母的介入，但這種介入並不一定就是干涉子女婚姻自由，因為即使是青梅竹馬兩小無猜一起長大的情侶，要想結合，也必須按照習俗完成嫁娶的各種儀式和環節，而這些都必須有父母的介入。綜上，我們能夠看出，儒家親子關係強調父母和子女的一體性、整體性，相較西方的“異己性”的親子關係，儒家的親子關係呈現出，父母和子女聯繫更加緊密，同時，父母和子女之間更多的介入到對方的事務中。

三、當今中國家庭現狀

一種觀點認為，中國近代以來所走的路實際上是西方國家走過的路，比如工業化、城鎮化等等，因此，當代中國家庭更加趨向西方近代以來的家庭模式，也更加適用西方的親子關係理論，中國傳統的親子關係理論已經失去了其賴以生存的土壤，已經“過時了”，應該摒棄。那麼，當代中國家庭的現狀，是否真的趨向於西方家庭，傳統親子關係理論是否真的“過時了”呢？在這一部分中，筆者將關注于當下中國家庭的現狀。

首先，當今中國社會仍然十分重視親子關係，認為親子關係具有特殊的重要性；而且，孝敬父母仍然被視為最為重要的美德之一。更為重要的，當今中國家庭，父母和子女彼此介入對方事務的程度仍然比西方家庭大得多。比如，成親結婚，在中國很多地方都有男方出聘禮女方出彩禮的習俗。，這些彩禮和聘禮一般都是由男女雙方的父母出資；同樣的，結婚時的喜宴也往往是由新人的父母來安排。更具中國特色的是，新婚夫婦有了孩子，照顧第三代的工作也往往是由雙方的父母來承擔，俗稱“帶孫子（女）”。當然，父母在介入子女生活、事務的同時，子女也在介入父母的事務。比如，很多客居他鄉的子女，尤其是獨生子女，在成家立業後，往往會把年邁的父母接到身邊安頓下來，有的甚至住在一起，共同生活，以方便照料父母。像“帶孫子（女）”或者老年後和子女住在一起，類似的情況在西方社會則並不多見。

從上面所述不難看出，當今中國的親子關係仍然具有傳統儒家親子關係的特徵，那麼，在涉及到家庭成員的個人事務時，也不應該僅僅看作是其個人的私事，其他家庭成員，尤其是父母或者（成年）子女也有權介入。這正是儒家家庭本位思想的重要體現，即認為家庭是一個有機整體，家庭成員有責任維護家庭內部和諧，有責任為其他家庭成員提供幫助和支持，家庭成員不是孤立的個體，而是有機的整體，個人的事務也不僅僅是個人私事，而是整個家庭的共同事務。具體到醫療實踐中，西方社會的醫療實踐側重個人本位，比如醫生僅把病情告知患者，同時出於隱私權和為患者保密，患者家屬便被排除在知情範圍之外；又如，西方國家的醫保制度也是以個人為單位，個人醫保帳戶僅能個人使用，其他家庭成員則不包含在內。[29]然而，當這些基於西方個人本位傳統制定出的政策應用到中國的醫療實踐中的時候，就會出現“水土不服”。很多中國醫生在臨床上，仍然是把患者家屬尤其是成年子女，看作是和患者並列的知情同意的對象；甚至有些時候，優先把病情告知家屬，而讓家屬決定是否將真實病情告知患者，這就體現了在中國社會中，家庭關係的特殊地位。

四、結論

[28] “Paternalism is the interference of a state or an individual with another person, against their will, and defended or motivated by a claim that the person interfered with will be better off or protected from harm.”——Stanford Encyclopedia of Philosophy, “Paternalism”.

[29] Fan, Ruiping. "Reconstructionist Confucianism and health care: an Asian moral account of health care resource allocation." Journal of Medicine and Philosophy 27.6 (2002): 675-682.

綜上所述，儒家的親子關係理論與西方親子關係理論有很大差異，主要體現在兩個方面：第一，在儒家看來，親子關係最為重要和特殊，非其他關係所能比擬和代替；第二，在儒家看來，親子關係是一體性的血脈相承而非異己性的委託關係。這種理論差異體現在現實層面，就是中國傳統家庭特別重視親自關係、家庭倫理，形成了以家庭本位的社會結構，家庭被看作是一個有機整體；同時，父母和子女都更多地介入到對方的事務中。而這些特點在當代中國家庭中仍能找到，且十分普遍。這就說明，儒家傳統的親子關係理論、儒家的家庭本位思想在當今中國仍有用武之地，仍然是指導實踐的重要理論源泉。

參考文獻：

1. Aristotle's" Politics". University of Chicago Press, 2013.
2. Blustein, Jeffrey. "Parents and children: The ethics of the family." (1985).
3. Fan, Ruiping. "Reconstructionist Confucianism and health care: an Asian moral account of health care resource allocation." Journal of Medicine and Philosophy 27.6 (2002): 675-682.
4. Ferrari, Giovanni RF, and Tom Griffith. Plato: 'The Republic'. Cambridge University Press, 2000.
5. Hobbes, T. "Leviathan: Revised student edition (R. Tuck, Ed.) Cambridge, England." (1997).
6. James, King. "The Holy Bible: King James Version." American Bible Society, New York (2000).
7. Keller, Simon. "Four theories of filial duty." The Philosophical Quarterly 56.223 (2006): 254-274.
8. Ross, David, Aristotle`s "The Nicomachean Ethics". University of Oxford Press, 2009.
9. Schochet, Gordon J. The Authoritarian Family and Political Attitudes in 17th-Century England: Patriarchalism in Political Thought. Transaction Publishers, 1975
10. Stanford Encyclopedia of Philosophy, "Paternalism".

11. 胡平生. 孝經譯注[M]. 中華書局, 1996.
12. 楊伯峻. 論語譯注(簡體字本)[M]. 中華書局, 2009.
13. 楊伯峻. 孟子譯注(簡體字本)[M]. 中華書局, 2008.

資助：

本文作者受"女王大學—中國國家留學基金委博士生"[30]獎學金資助。

[30] Queen`s University/Chinese Scholarship Council PhD Scholarships

胚胎基因设计的伦理问题研究

李建会 张鑫
（北京师范大学哲学学院，北京 100875）

摘要：CRISPR 技术是近年来备受瞩目的一项新兴基因编辑技术，科学家们试图将 CRISPR 投入遗传疾病的治疗、转基因动植物的培育和生态系统的保护性干预等多方面的应用，而在众多应用之中，胚胎基因设计格外引人注目。以此为背景，本文就反对和支持胚胎基因设计的伦理争议进行了讨论，并分析比较了桑德尔的天赋伦理学与儒家的伦理学关于胚胎基因设计的异同。本文认为，在当前安全性问题还没有完全解决的情况下，应当禁止胚胎基因设计。但当未来的某个时间安全性问题已不是问题的时候，虽然有人仍然坚持反对胚胎基因设计，但儒家伦理学将为能够促进家庭延续、完整和繁荣的胚胎基因设计提供伦理支持。

关键字：CRISPR，基因增强，胚胎基因设计，生命伦理，桑德尔，儒家，孩子作为馈赠

[基金项目]：国家社会科学基金重大项目“生物学哲学重要问题研究”资助，项目编号：14ZDB171

Study on the Ethical Problems of Embryonic Genetic Designing

LI Jianhui, ZHANG Xin
(School of Philosophy, Beijing Normal University, Beijing 100875)

Abstract: With CRISPR emerging as one of the most promising new gene editing techniques, scientists are now endeavoring to apply this technique to various domains including treatment of hereditary diseases, cultivation of transgenic animals and plants, protective ecological interventions and so on. Among all these possible applications, embryonic genetic designing receives most attention. Against this background, this article carries out a philosophical study on the ethical problem on embryonic genetic designing. This article suggests, that with the present limits of time

and space, “embryonic genetic designing should be prohibited” is very likely to be the right moral judgment. However, if most people change their way of “coping ” with the world in the future, this moral judgment would stop being right. The reason for this is that this article holds, the way most people “cope” with the world give rightness to moral judgments, which is contradictory to the commonly held view that the rightness of these moral judgments decide how people “cope” with the world.
Keywords: CRISPR, genetic enhancement, embryonic genetic designing, bioethics

一、引言

CRISPR 技术是近年来备受瞩目的一项新兴基因编辑技术。CRISPR 技术包括两个核心要素，分别是 CRISPR 序列（成簇的规律间隔的短回文重复序列 clustered regularly interspaced short palindromic repeats）和 Cas 序列（CRISPR associated）。CRISPR 是一个广泛存在于细菌和古生菌基因组中的序列家族，每个 CRISPR 包括一个前导区（Leader）、多个短且高度保守的重复序列区（Repeat）和多个间隔区（Spacer），其中间隔区序列由细菌和古生菌后天捕获而来（例如捕获自噬菌体）。当与间隔区序列相同的外源 DNA 入侵细菌和古生菌时，间隔区可起到识别作用，与 Cas 序列共同对外源 DNA 进行编辑，抑制其表达。在上述机制的基础上，针对任一靶向基因 G，科学家们只需获得恰当的 crRNA（CRISPR-derived RNA），使之与 Cas9 等结合成为复合体，以 crRNA 作为导航，就可能对靶向基因进行准确的基因编辑，这便是近年来备受瞩目的 CRISPR 技术。

CRISPR 技术是生命科学自 PCR 技术以来有一场重大的技术革命，正在对生命科学的研究带来重大的变革。在 CRISPR 技术之前，人们已经能够对基因进行编辑，但这些技术，像归巢内切酶(HEase)、锌指核酸酶(ZFN)和转录激活因子样效应物核酸酶(TALEN)技术等，操作过程复杂、耗费昂贵。CRISPR 技术不仅操作简便，而且价格便宜，所以出现之后立即席卷全球，迅速覆盖了世界各地的生命科学实验室。实验室中，科学家们试图将 CRISPR 投入多方面的应用，例如遗传疾病的治疗、转基因动植物的培育和生态系统的保护性干预，胚胎基因设计等等。CRISPR 使得过去很多不可能的想法变成了现实。今天，CRISPR 的技术的发展和应用不断地产生新的生命科学成果。很显然，这项技术对改善人类健康和福祉提供了巨大的机会，但同时人们也不无忧虑，如此迅速发展的技术，若不加限制，可能会给人类带了巨大的风险和灾难。因此，关于 CRISPR 技术的伦理、

法律和社会问题也引起人们的极大关注。

今天人们对 CRISPR 技术最担心的是其安全性问题，因为该技术在应用到人类身上如果发生脱靶效应，将对人的健康造成危害；如果被人直接用来做危害人类的基因编辑，其造成的危害可能会超过已有的任何武器。因此，很多人都在讨论如何限制和管控 CRISPR 技术，使其向着有利于人类的方向发展。但本文不去重复讨论这方面的问题，而是讨论一个争议更大的问题：我们可以利用基因编辑技术进行基因胚胎设计吗？胚胎基因设计的基本思想是父母针对胚胎通过基因编辑技术对子女的成年性状进行设计。很显然，如果基因编辑技术不成熟，存在安全性问题，我们一定不能进行胚胎基因设计，因为，这不仅会对现有的胚胎造成伤害，而且由于对生殖细胞的改造是可以遗传的，因此可能会对后代产生无法预测的后果。但假若基因编辑技术非常成熟，在应用到人类身上已经不会发生安全性问题，那么，我们还应当禁止胚胎基因设计吗？有关胚胎基因设计和基因增强的讨论正在不断涌现（Buchanan, 2000; Juengst, 1998; Paren, 1998; Sandel, 2007）。在当前的伦理讨论中，很多人都认为，不管 CRISPR 技术怎么发展，胚胎基因编辑都应当禁止。为什么在基因编辑技术很发达的情况下，我们还要禁止胚胎基因设计呢？禁止胚胎基因设计的伦理理由合理吗？与西方伦理学相比，儒家伦理学在胚胎基因设计方面的意见有没有一定的优势?本文拟对这些问题进行探讨。

二、反对胚胎基因设计的伦理理由及其合理性分析

在反对胚胎基因设计的伦理争论中，除了安全性理由之外，人们也提出了很多其他伦理理由，比如：父母无权利用基因编辑技术决定子女的未来；父母不应当使子女产品化；胚胎基因设计使得子女的出生成为非自然的；胚胎基因设计可能助长对人类个体的歧视；胚胎基因设计造成人和人之间的新的不公平；胚胎基因设计造成医疗资源浪费，等等。我们分别对这些伦理理由的合理性问题进行分析。

1、应当禁止父母决定子女未来

反对胚胎基因设计的首要一个理由是，父母不应当决定子女的未来(Davis, 1997; Feinberg, 1980)。胚胎基因设计是父母按着自己的意愿设计自己子女的相貌、体质或性格特征。设一对夫妻通过胚胎基因设计生育有子女，且子女因为胚胎基因设计而具有了某个性状集合，则对于成年后的子女来说：“子女之所以具有该

性状集合是因为其父母的意愿。”从这个意义上说，胚胎基因设计是夫妻决定了其子女的未来。然而，我们知道，在民主自由的社会，父母无权决定子女的未来，子女的未来应当是有他们自己自由选择的。因此，禁止胚胎基因设计，实际上就是禁止“父母决定子女未来”。因此，反对胚胎基因设计的人实际上是通过反对父母可以决定子女未来的理由来反对基因胚胎设计的。这个反对理由成立吗？

支持胚胎基因设计的人认为这是不成立的，因为，他们认为，在我们每个人的发展过程中，尤其是我们在青少年时期，我们的父母都部分地决定我们的未来。比如，父母决定让你接受什么样的教育，学习钢琴还是小提琴？学习绘画还是学习打篮球？学习理科还是学习文科？父母对子女做出这样或那样的决定，并没有多少人认为这是不和伦理的。所以，既然部分父母通过教育行为决定子女的未来是合伦理的，那么部分父母通过胚胎基因设计决定子女的未来也应当是合理的。

然而，反对者认为，支持者的这种类比是不合理的。反对者认为，“应当禁止父母决定子女未来”省略了“其他情况相同”这个条件，也就是说，该道德判断说的是，“父母决定子女未来”就其本身而言应当被禁止。因此，反对者认为，假设上述道德判断正确，则“父母决定子女未来”就其本身而言应当被禁止，因此仅从“父母决定子女未来”来看，教育行为应当被禁止；然而，考虑到教育行为的其他面向（如培养子女的能力），该行为不应当被禁止，所以从该道德判断正确不能推出应当禁止教育行为。因此，支持者的类比不成立。本文将这一种类型的论证记作“其他情况相同”论证。另外，反对者认为，“应当禁止父母决定子女未来”是“应当禁止父母过度决定子女未来”的省略。因此，反对者可以如下回应，假设上述道德判断正确，则“应当禁止父母过度决定子女未来”；然而，与胚胎基因设计不同，教育中子女仍然可能有选择是否接受教育的余地，因此通常认为教育不一定过度决定子女未来，因此不一定应当禁止教育行为，所以从该道德判断不能推出应当禁止教育行为，因此支持者的类比论证无效。本文将这一种类的论证记作“过度”论证。因此，支持者对于该道德判断的质疑并不成立，或者说至少没有太大的效力，不能明显削弱人们对“应当禁止胚胎基因设计”的认同，反对者处于优势。

然而，支持者会做出如下回应。支持者说，反对者的“其他情况相同”论证和“过度”论证实质上是对该道德判断含义的一种限定，而要想让上述被限定的道德判断为“应当禁止胚胎基因设计”这一道德判断提供支持，则后者也必须得到相应的限定，这样后者才能属于前者。具体而言，与“其他情况相同”论证相对应的是“其他情况相同，应当禁止胚胎基因设计”；与“过度”论证对应的是，“胚胎基因设计过度决定子女未来时，应当禁止胚胎基因设计”。显然，这两种经过限定的道德判断并不一定等价于“应当禁止胚胎基因设计”，因此，该道德

判断并不一定能为“应当禁止胚胎基因设计”提供支持。

由此可见，在“应当禁止父母决定子女未来”这一道德判断上，反对胚胎基因设计的人的观点和支持胚胎基因设计的观点处于胶着状态。

2．应当禁止将子女产品化

第二个反对胚胎基因设计的观点认为，胚胎基因设计从本质上看是父母定制子女的过程，而这样的过程广泛发生在产品定制行为之中，因此胚胎基因设计被认为是父母将子女产品化。在当代社会，将人产品化是不合伦理的。既然不允许父母将子女产品化，因此，将子女产品化的“胚胎基因设计”就应当禁止。因此“应当禁止胚胎基因设计”属于“应当禁止将子女产品化”这类基础道德判断，而这一道德判断类符合大部分人的直觉（Murray, 2007）。

反对基因胚胎设计的这一论证有效吗？支持胚胎基因设计的人对这类基础道德判断的质疑与 1 中的质疑极度类似，即通过举例说明，很多把人产品化的行为也是和伦理的，以此反驳反对者的论证。依然以教育行为为例。很多情况下，教育行为从本质上说也是父母依照自己的意愿定制子女的过程，因此属于将子女产品化，但这些行为通常并不认为是不合伦理的。所以，支持者认为“应当禁止将子女产品化”这一基础道德判断并不正确，不能推出“应当禁止胚胎基因设计”。

反对者对该质疑的可能回应也与 1 中的回应极度类似，即包括“其他情况相同”论证和“过度”论证。“其他情况相同”论证中，反对者认为，“应当禁止将子女产品化”省略了“其他情况相同”这个条件，也就是说，该道德判断说的是，“将子女产品化”就其本身而言应当被禁止。因此，反对者认为，假设上述道德判断正确，则“将子女产品化”就其本身而言应当被禁止，因此仅从“将子女产品化”来看，应当禁止上述教育行为；然而，考虑到“教育行为”的其他面向（如培养子女的能力），上述行为便不应当被禁止，所以从该道德判断正确不能推出应当禁止上述教育行为。因此，支持者的类比不成立。“过度”论证中，反对者认为，“应当禁止将子女产品化”是“应当禁止过度将子女产品化”的省略。因此，反对者可以如下回应，假设上述道德判断正确，则“应当禁止父母过度将子女产品化”；然而，与胚胎基因设计不同，教育中子女仍然可能有选择是否接受教育的余地，因此，即便父母以定制子女为动机令子女接受学校教育，子女仍然保持明显的自主性，相对胚胎基因设计而言产品化程度较低，因此不一定应当禁止上述教育行为，所以从该道德判断不能推出应当禁止上述教育行为，因此支持者的类比论证无效。因此，支持者对于该道德判断的质疑并不成立，或者说至少没有太大的效力，不能明显削弱人们对“应当禁止胚胎基因设计”的认同，反对

者处于优势。

然而，支持者会做出如下回应。支持者说，反对者的“其他情况相同”论证和“过度”论证实质上是对该道德判断含义的一种限定，而要想让上述被限定的道德判断为“应当禁止胚胎基因设计”这一道德判断提供支持，则后者也必须得到相应的限定，这样后者才能属于前者。具体而言，与“其他情况相同”论证相对应的是“其他情况相同，应当禁止胚胎基因设计”；与“过度”论证对应的是，“胚胎基因设计过度将子女产品化时，应当禁止胚胎基因设计”。显然，这两种经过限定的道德判断并不一定等价于“应当禁止胚胎基因设计”，因此，该道德判断并不一定能为“应当禁止胚胎基因设计”提供支持。

由此可见，在“应当禁止将子女产品化”这一道德判断上，反对胚胎基因设计的人的观点和支持胚胎基因设计的观点处于胶着状态。

3．应当顺其自然

反对胚胎基因设计的第三个理由是“胚胎基因设计违反自然”。很多人认为，违背自然的人类生殖行为是不合伦理的。卡斯（L. Kass）认为，“顺应人类本性”（President’s Council on Bioethics & Kass, 2003）和“尊重被自然给予的事物（the given）”是合伦理的，反之就是不合伦理的。这些不同表述的含义是相同的，且与中文中“顺其自然”一词高度同义，故本文将这种道德判断记作“应当顺其自然”，其中“顺其自然”的含义是遵守已有的常态（norms）。反对基因胚胎设计的一个重要理由就是基因胚胎设计不遵守人类繁衍后代的常态，所以要禁止。

反对者的这一观点合理吗？支持胚胎基因设计的人可能对“顺其自然论”提出这样的质疑：

a. 衰老过程（也可以是其他过程，此处仅以衰老过程为例）是属于已有的常态，因此，“禁止抗衰老行为”遵守相应的常态

b. 如果该类道德判断成立，那么我们应当禁止抗衰老行为，

c. 当然，我们不应当禁止抗衰老行为，

d. 因此，“应当顺其自然”这一基础道德判断类不成立。

上述质疑看上去好像很能说服人，但实际上，上述质疑似乎仅能微弱地动摇人们对该类道德判断的认同，而之所以如此，理由如下：依照海德格尔有关“意

义”的理论，大部分人“应对”世界的方式是一种确定的常态，而这种常态把意义赋予了世界中的各种存在；而面对包括胚胎基因设计在内的某些新技术，第一，大部分人都尚未与其“应对”，第二，在与其“应对”的少数人之中，不同个体与其应对的方式也不尽相同，因此这些新技术的意义具有极大的不确定性。至此，人们有两个选择，一个是继续与新技术应对，但这种应对具有极大的不确定性；另一个放弃与新技术应对，回到常态之中，显然，在技术出现之初，后一个选择可能容易获得更多人的支持，而这就构成了“应当顺其自然”这一道德判断类的直觉基础，也就解释了为什么支持者的上述质疑仅能微弱地动摇人们对该基础道德判断类的认同。因此，在该基础道德判断类上，目前反对者仍然占有一定的优势。

4．应当禁止助长歧视

反对胚胎基因设计的另一个理由是，基因胚胎设计会助长歧视，而歧视是错误的，因此“应当禁止胚胎基因设计”(Little, 1998)。胚胎基因设计中，父母试图令子女具有的成年性状往往是大部分人认为“好”的性状，记作 A，而父母试图令子女摆脱的成年性状往往是大部分人认为“不好”的性状，记作 B，通过胚胎基因设计这一行为，“性状 B 是不好的”这一价值判断得到了加强，相应的，携带性状 B 的个体所受到的歧视也将得到加强，因此，胚胎基因设计可能助长歧视，因此“应当禁止胚胎基因设计”（Murray, 2007）。

反对基因胚胎设计的这一论证有效吗？支持胚胎基因设计的人对这类基础道德判断的质疑与 1 中的质疑极度类似，即通过举例说明，很多把人产品化的行为也是和伦理的，以此反驳反对者的论证。医疗整形过程中，当事人试图获得的往往是大部分人认为“好”的面貌特征，记作 A，而当事人试图摆脱的往往是大部分人认为“不好”的面貌特征，记作 B，通过医疗整形这一行为，“面貌特征 B 是不好的”这一价值判断得到了加强，相应的，携带面貌特征 B 的个体所受到的歧视也将得到加强，因此，医疗整形同样可能助长歧视。在此基础上，如果“应当禁止助长歧视”这一基础道德判断正确，那么我们就“应当禁止医疗整形”。然而，我们似乎并不不应当禁止医疗整形，因此，“应当禁止助长歧视”这一道德判断并不正确，不能推出“应当禁止胚胎基因设计”。

反对者对该质疑的可能回应也与 1 中的回应极度类似，即包括“其他情况相同”论证和“过度”论证。“其他情况相同”论证中，反对者认为，“应当禁止助长歧视”省略了“其他情况相同”这个条件，也就是说，该道德判断说的是，“助长歧视”就其本身而言应当被禁止。因此，反对者认为，假设上述道德判断正确，

则“助长歧视”就其本身而言应当被禁止，因此仅从“助长歧视”来看，医疗整形行为应当被禁止；然而，考虑到医疗整形的其他面向（如提高当事人的生活质量），该行为不应当被禁止，所以从该道德判断正确不能推出应当禁止医疗整形行为。因此，支持者的类比不成立。“过度”论证中，反对者认为，“应当禁止助长歧视”是“应当禁止过度助长歧视”的省略。因此，反对者可以如下回应，假设上述道德判断正确，则“应当禁止过度助长歧视”；然而，与胚胎基因设计相比，医疗整形并没有过度助长歧视，因为医疗整形仅仅在面貌特征上助长了歧视，但胚胎基因设计将在人的各个性状上助长歧视（如智商、性格等），因此医疗整形不一定过度决定子女未来，因此不一定应当禁止教育行为，所以从该道德判断不能推出应当禁止医疗整形行为。因此，支持者对于该道德判断的质疑并不成立，或者说至少没有太大的效力，不能明显削弱人们对“应当禁止胚胎基因设计”的认同，反对者处于优势。

然而，支持者会做出如下回应。支持者说，反对者的“其他情况相同”论证和“过度”论证实质上是对该道德判断含义的一种限定，而要想让上述被限定的道德判断为“应当禁止胚胎基因设计”这一道德判断提供支持，则后者也必须得到相应的限定，这样后者才能属于前者。具体而言，与“其他情况相同”论证相对应的是“其他情况相同，应当禁止胚胎基因设计”；与“过度”论证对应的是，“胚胎基因设计过度助长歧视时，应当禁止胚胎基因设计”。显然，这两种经过限定的道德判断并不一定等价于“应当禁止胚胎基因设计”，因此，该道德判断并不一定能为“应当禁止胚胎基因设计”提供支持。

由此可见，在“应当禁止助长歧视”这一道德判断上，反对胚胎基因设计的人的观点和支持胚胎基因设计的观点处于胶着状态。

5．应当禁止不公平分配

反对胚胎基因设计的第五个理由是，胚胎基因设计往往花费高昂，这可能导致资源的不公正分配。“资源 A 不公平分配”的条件至少包含两个：第一，一般情况下，资源 A 对于群体 G 的每个个体而言是极其重要；第二，群体 G 的个体获取资源 A 的机会存在严重的差异。胚胎基因设计能够显著地对子女进行增强，因此显然极可能是极其重要的；但其出现之初往往花费高昂，因此个体获取该技术的机会极可能存在严重差异，因此该技术一旦投入使用极有可能出现不公平分配的现象。因此，从“应当禁止不公平分配”可推导出“应当禁止胚胎基因设计”。

对于这一点，支持者会提出与 1 中的质疑极度相似的观点，即“不一致”论证：

a. 现有的多种社会资源都存在不公平分配现象；

b. 如果上述基础道德判断正确，那么我们应当禁止将这些社会资源投入使用；

c. 但我们不应当禁止将这些社会资源投入使用；

d. 因此，“应当禁止不公平分配”这一类道德判断不成立。

对于该质疑，反对者对该质疑的可能做出如下的回应：第一个可能的回应与1中的回应极度类似，即包括“其他情况相同”论证和“过度”论证；而对反对者的这两个论证，支持者可能的回应也与1中的回应极度相似，因此，从这一点上看，支持者 1 和反对者处于胶着状态。第二个可能回应说的是，支持者在 a 条中列举的部分社会资源可能并不属于不公平分配，即不满足上述“不公平分配”的条件，因为它们对于相应的群体而言并非是重要的。例如，对于整个人群而言，高收入者获取私人学校资源的机会的确明显高于中低收入者，但私立学校资源对于人群中的大部分个体而言并非是极其重要的，因为公立学校资源很可能并不输给私立学校资源，因此，对整个人群重要的是教育资源，而非私立学校资源，私立学校资源并不满足不公平分配的条件。更能说明这一点的一个极端例子是古董，高收入者获取古董的机会显然高于中低收入者，但我们并不因此说古董不公平分配，因为对于大部分人而言古董是不重要的。至此，综合支持者对该质疑的上述两个可能回应，在该基础道德判断类中，反对者占有部分优势。

然而，支持者就这一道德判断还可能有另一个质疑，即“应当禁止胚胎基因设计”是否真的属于“应当禁止不公平分配”，本文记作“归属”论证。胚胎基因设计一旦投入使用，的确极有可能导致不公平分配的现象，然而，这并没有排除通过相关政策消除不公平分配的可能性，虽然这种可能性是渺茫的。因此，“应当禁止胚胎设计”不一定属于“应当禁止不公平分配”这一基础道德判断，后者不一定能帮助前者获得大部分人的认同，支持者因此在这一点上占有优势。但综合前一部分的结果，支持者与反对者在该基础道德判断类上依旧处于胶着状态。

6．应当禁止浪费资源

反对胚胎基因设计的第六个理由是，基因胚胎设计可能会导致资源浪费，所

以要禁止。因为：第一，从社会层面上看，胚胎基因设计可能被用来获得一些社会价值低的性状。例如，父母可能通过胚胎基因设计让子女获得较高的身高，而同样的资源如果用于公共卫生事业显然更具社会价值，因此构成了社会资源的浪费（Murray, 2007）。第二，从个人层面上看，父母对子女进行胚胎基因设计的目的极可能是增加子女在社会竞争中的优势，然而试想，随着胚胎基因设计的不断普及，这种优势将变得愈来愈小，结果是父母投入了资源却得到了甚小的回报，倒不如将该资源进行其他类型的投资（例如教育），因此构成了社会资源的浪费（Murray, 2007）。因此，从上述两个层面上看，“应当禁止胚胎基因设计”实际上是因为人们普遍认为“应当禁止浪费资源”（Murray, 2007）。

支持者就这一基础道德判断类的质疑类似于 5 中的“归属”论证，支持者认为，“胚胎基因设计是否属于浪费资源”并不像表面看上去那样容易判断，因此“应当禁止胚胎基因设计”不一定属于“应当禁止浪费资源”。不少情况下，投资不菲的新药研发项目一无所获，宣告失败。站在事件结束之后来看，这的确是一种资源浪费，因为同样的投资用于别处可能获得更大的社会价值；但站在事件开始之前来看，这又不是一种资源浪费，因为一旦项目成功，新药将创造巨大的社会价值。由此一点可见，“浪费资源”具有极大的价值取向，关于“何为浪费资源”并不像表面上看上去那样容易判断。具体到胚胎基因设计，从上述反对者的论证看，它的确是一种浪费资源的行为，但站在其他的角度来看，价值取向就可能发生变化，胚胎基因设计就可能不是一种浪费资源的行为。所以，“应当禁止胚胎基因设计”不一定属于“应当禁止浪费资源”，换句话说，即使承认“应当禁止浪费资源”正确，它也不能推出“应当禁止胚胎基因设计”。

由此可见，在“应当禁止浪费资源”这一道德判断上支持者占有部分优势。

综合以上，1、2、4、5 中支持者和反对者处于胶着状态，6 中支持者占有部分优势，3 中反对者占有极大的优势。然而，这一部分中，反对者处于攻方，6 中支持者最多能够让反对者失去相应的认同，却不能因此获得相应的认同，而在 3 中，反对者却因为相应的道德判断获得了额外的认同，因此，在这一部分，反对者总体处于优势，“应当禁止胚胎基因设计”可能获得大部分人的认同。

三、支持胚胎基因设计的伦理理由及其合理性分析

在上文中，我们先说明反对胚胎基因设计的论点，再说明支持胚胎基因设计者对反对者论点的反驳。因此，上文中，支持者一直处在攻方。下面我们将先说明支持胚胎基因设计者的正面论点是什么，然后看看看反对这是怎么反驳的，最后评价一下双方观点的优劣。

1、不应当限制人的自由

支持胚胎基因设计者认为，“不应当禁止胚胎基因设计”，因为，如果我们禁止胚胎基因设计，我们就等于禁止了人们的自由。我们“不应当限制人的自由”，所以，我们不应当禁止胚胎基因设计（Murray, 2007）。

很显然，这一判断面临着反对者强烈的质疑，即上一部分 1 中的不一致论证。在很多情况下“不应当限制人的自由”道德判断是不成立的。例如，如果某个个体的某种自由可能对其他个体的生命构成严重的威胁，那么在大多数情况下，前一个个体的这种自由显然应当得到限制。可如果“不应当限制人的自由”成立，那么，我们就“不应当为了保护他人的生命而限制人的自由”，矛盾。因此，“不应当限制人的自由”这一道德判断并不成立，不能推出“不应当禁止胚胎基因设计”

支持者对该质疑的可能回应也与 1 中的回应极度类似，即包括“其他情况相同”论证和“过度”论证。“其他情况相同”论证中，支持者认为，“不应当限制人的自由”省略了“其他情况相同”这个条件，也就是说，该道德判断说的是，“限制人的自由”就其本身而言是不应当的。因此，支持者认为，假设上述道德判断正确，则“限制人的自由”就其本身而言是不应当的，因此仅从“限制人的自由”来看，任何限制人的自由的行为都是不应当的；然而，考虑到“限制人的自由”的其他面向（如保护他人利益），某些限制人的自由就不是不应当的，所以从该道德判断正确不能推出“在任何情况下，不应当限制人的自由”。因此，反对者的类比不成立。“过度”论证中，支持者认为，“不应当限制人的自由”是“不应当过度限制人的自由”的省略。显然，与“禁止胚胎基因设计”相比，反对者例子中“为了保护他人生命而限制人的自由”显然不属于过度限制人的自由，所以不能推出“不应当为了保护他人生命而限制人的自由”。因此，对于该道德判断的质疑并不成立，或者说至少没有太大的效力，不能明显削弱人们对“不应当禁止胚胎基因设计”的认同，支持者处于优势。

然而，反对者会做出如下回应。支持者的“其他情况相同”论证和“过度”论证实质上是对该道德判断含义的一种限定，而要想让上述被限定的道德判断为“不应当禁止胚胎基因设计”这一道德判断提供支持，则后者也必须得到相应的限定，这样后者才能属于前者。具体而言，与“其他情况相同”论证相对应的是“其他情况相同，不应当禁止胚胎基因设计”；与“过度”论证对应的是，“禁止胚胎基因过度限制人的自由时，不应当禁止胚胎基因设计”。显然，这两种经过限定的道德判断并不一定等价于“不应当禁止胚胎基因设计”，因此，该道德判

断并不一定能为“不应当禁止胚胎基因设计”提供支持。

由此可见，在“不应当限制人的自由”这一道德判断上，反对胚胎基因设计的人的观点和支持胚胎基因设计的观点处于胶着状态。

2、不应当禁止父母增加子女的幸福

胚胎基因设计属于增强，支持者认为它能够增加子女的幸福，因此，如果我们“不应当禁止父母增加子女的幸福”，我们就“不应当禁止胚胎基因设计”（Savulescu, 2007）。

反对者就该基础道德判断类的质疑包括两部分。反对者的第一部分质疑即上一部分 1 中的不一致论证，支持者对该质疑的可能回应也与 1 中反对者回应极度类似，即包括“其他情况相同”论证和“过度”论证；而对支持者的这两个论证，反对者可能的回应也与 1 中支持者 1 回应极度相似，因此在反对者的这一部分质疑中，支持者和反对者处于胶着状态。反对者的第二部分质疑即上一部分 5 中的归属论证，即“胚胎基因设计”不一定增加子女的幸福，因此“不应当禁止胚胎基因设计”不属于“不应当禁止父母增加子女的幸福”这一基础判断，后者不能给前者带来大部分人的认同，因此在反对者的这一部分质疑中反对者处于优势。综合反对者的两部分质疑，在该基础道德判断上，反对者处于优势。

3、不应当禁止不能禁止的行为

胚胎基因设计属于增强，因此可能增加子女的幸福，基于此，支持者认为，即使我们禁止胚胎基因设计，部分父母仍然会通过某些渠道从事这项活动，因此我们实际上不能禁止胚胎基因设计，因此“不应当禁止胚胎基因设计”属于“不应当禁止不能禁止的行为”（Murray, 2007）。

反对者对该类道德判断的质疑是极其有力的，即在很多情况下我们应当禁止不能禁止的行为，例如谋杀。对此，支持者可能做出“其他情况相同”论证和“过度”论证的的回应，然而这两个论证在此处的效力都不佳。因为，“其他情况相同”论证把原有的道德判断转化为“其他情况相同，或仅就一个行为不能禁止而言，不应当禁止不能禁止的行为”，而这显然存在问题，因为即便一个行为不能禁止，试图禁止这种行为的行为仍可能减少这种行为发生的频率，这在功利主义的角度来看是有意义的；另一方面，“过度”论证把原有的道德判断转化为“当一个行为过度地不能禁止时，不应当禁止不能禁止的行为”，这显然也存在问题，原因同上，即便一个行为过度地不能禁止，试图禁止这种行为仍可能减少这种行

为发生的频率，这在功利主义的角度来看仍可能是有意义的。因此，这类基础道德面临着反对者有力的质疑，不能符合大部分人的直觉，因此不能帮助“不应当禁止胚胎基因设计”获得大部分人的认同，在该基础道德判断上，反对者处于优势。

综合以上，1 中支持者与反对者处于胶着状态，2 和 3 中反对者处于优势。因此在这一部分中，反对者处于优势，“不应当禁止胚胎基因设计”极可能不能获得大部分人的认同。

综合第二和第三部分，反对胚胎基因设计的都处于优势，因此“应当禁止胚胎基因设计”极可能获得大部分人的认同。

四、桑德尔的天赋伦理学和儒家的观点的比较

在反对胚胎基因设计的诸多理由中，哈佛大学著名哲学家桑德尔比较认同的是第二和第三个理由，即“应当禁止将子女产品化”和“应当顺其自然”。桑德尔认为，从安全性、公平、个人自由和权力等方面来反对胚胎基因设计都是成问题的。因为，安全性问题随着生命科技的发展，最终会解决；基因改良引起的人们之间的公平性问题并不比先天差异引起的人们之间的公平性问题大多少，因为有些人的才能先天由于其他人，而我们对此并没有多少忧虑；在个人自由和自主权问题上，以自然方式孕育的孩子与经过基因改良孕育的孩子是一样的，他们都没有选择个人身体特质的权利。既然安全性、公平性、个人自由等都不能说明为什么胚胎基因改良是错误的，那我们还能有什么理由反对胚胎基因改良呢？桑德尔认为，这种理由是存在的，这就是基因改良技术“展现了一种过度的作用——一种普罗米修斯式的改造自然的渴望，包括改造人性，以符合我们的需要和满足我们的愿望。问题不在于逐渐趋于机械性，而是想要征服的欲望。而征服的欲望将遗漏的，甚至可能破坏的，是我们对人类能力和天赋特质怀有的感激之情”。（桑德尔，27）这种结论促使桑德尔提出了自己反对基因胚胎设计的天赋伦理学，即“珍视孩子为上天恩赐的礼物，就是全心接纳孩子的原貌，而不是把他们当成自己设计的物品，或父母意志的产物，抑或满足野心的工具，因父母对孩子的爱并非视孩子恰巧具备的天赋和特质而定。固然，我们选择朋友和配偶，至少有一部分是基于我们觉得他们有魅力的性质，但我们并不能亲自挑选孩子。孩子的特质不可预知，连最认真负责的父母都不能为生出什么样的孩子负全责，这也是为什么亲子关系比其他任何类型的人际关系都更能教会我们，神学家威廉•梅

（William F. May）所称的‘对不速之客的宽大’。”（Sandel，45-6）桑德尔强调，“对生命的恩赐怀抱的感激之情抑制了普罗米修斯计划，有助于人类对生命持有一定的谦逊态度，这在某种程度是一种宗教情结，但所引起的共鸣却超出宗教之外。”（Sandel，27）

范瑞平教授在其《儒家生命伦理学》（2011）中对桑德尔的这些观点进行了概括，并且认为，儒家伦理学认同桑德尔把生命看作是馈赠的看法，但反对桑德尔一概否定基因胚胎设计的观点。桑德尔把“生命作为馈赠”，可这种馈赠来自哪里呢？也许这种观点尤其宗教根源，但桑德尔否认这一点，认为其来源不需要任何宗教的或形而上学根据。桑德尔认为，“对天赋的感激之心能有宗教或俗世的源头而来。虽然有人相信，神是生命天赋的源头，对生命的敬重是感谢神的一种形式，然而一个人不需要保持这样的信仰，也能将生命看作是礼物一样的感激，或是同样能敬重生命。我们通常提到的运动员的天分，或是音乐家的才能，都不用假设这天分是不是来自神。我的意思很单纯，这里所说的天分不完全是运动员或音乐家自己所为，无论他是感谢自然、幸运或神，这个天分都是超出他控制的才能。”在桑德尔看来，无论这种馈赠来自哪里，或者作何理解，这些解释全都强调我们重视自然以及生活在自然界里的生命，认为他们不仅仅是工具，否则的话，我们对生命就会不敬重。因此，如果我们对孩子做了基因改良，我们就不能做到将孩子作为馈赠，就不能接受孩子原本的样子。

范瑞平教授认为，桑德尔最大的败笔就是不能对他的天赋伦理学给出一个合理的神学或形而上学说明。而为了充分说明孩子作为馈赠的本质，我们必须回答这种馈赠从何而来？他是何种馈赠？以何种方式给予的？他被给予的目的到底是什么？等等。

范教授认为，儒家能够很好地回答这些问题。儒家是以家庭为基础的伦理学。根据儒家的思想，孩子可以被看作是祖先的馈赠，特别是父母的馈赠。在儒家的理解力，通过祖先的介入，尤其是父母的介入，生命才能被传递，孩子才能出生。作为馈赠者，父母义不容辞地承担了提供一个好的馈赠者的道德责任，既要向上负责（对他们的父母负责），也要向下负责（对他们的孩子负责）。这种馈赠是以何种馈赠呢？儒家的回答是：一个具有天生的德行修养的潜能。“一个人的生命，作为从祖先那里获得的礼物，是已被授予能过好的生活的潜在德性——人们应当培育这种潜在的善端，并成为真正有德性的人。”因此，我们的孩子作为来自我和我的祖先的馈赠，不是一朵已经盛开的花朵，相反更像是一类种子，需要去培育、保护、发展和繁荣，最后保证家庭的延续、完整和繁荣。因此，儒家的天赋伦理学，目的是指向一种以家庭为主的德性生活，目的是保持和提升家庭的持续性、完整性和繁荣性。

关于胚胎基因设计，根据儒家对孩子作为馈赠的解释，我们可以得出不同于桑德尔的结论。如果一种胚胎基因改良有利于增加家庭的繁荣和完整，则儒家就会支持这种改良；反之，如果这种改良不利于这种家庭价值的实现，那么，这种改良就应当被禁止。所以，儒家不会像桑德尔那样一概否定胚胎基因改良，而是根据不同情形对这种改良进行筛选和甄别。比如，如果基因改良是为了提高智商，则这种改良就是被儒家许可的，因为它有利于家族的繁盛；如果改良是为了把家族的黄皮肤改变正白皮肤，则这种改良就是不被允许的，因为他背离了祖先的特征。

五、结语

本文就反对和支持胚胎基因设计的伦理争议进行了讨论，并分析比较了桑德尔的天赋伦理学与儒家的伦理学关于胚胎基因设计的异同。当然，在当前安全性还没有完全解决的情况下，完全应当禁止胚胎基因设计。然而，值得注意的是，这仅仅表明在当下的时空范围内“应当禁止胚胎基因设计”是正确的道德判断，随着大部分人时代的发展和生命科学技术的进步，该道德判断的正确性也极可能发生变化。这不仅仅是因为安全性问题会得到根本的解决，而且也因为儒家伦理学并不完全反对胚胎基因改进。所以，正如人类基因编辑国际峰会在其声明中明确指出的那样，在目前情况下，“进行任何生殖细胞的基因编辑的临床应用是‘不负责任的’，除非：(1)在适当地理解并平衡风险、潜在利益以及替代方案的基础上，相关的安全和效率问题得以解决；(2)取得有关拟定临床应用的适当性的广泛社会共识。此外，任何临床试验都必须在适当的监管下进行。目前，还未有任一拟定的临床应用满足这些标准：安全性问题并未得到充分的探讨；具有强说服力的案例有限；许多国家明令禁止生殖系的基因编辑。尽管如此，随着科学知识的进步和社会观念的演进，生殖系基因编辑的临床应用也应当适时调整。”（Baltimore，2015）

参考文献

Baltimore, David, et al. (2015). On Human Gene Editing: International Summit Statement. *http://www8.nationalacademies.org/onpinews/newsitem.aspx?Record*

ID=12032015a.
Buchanan, A., Brock, D. W., Daniels, N., & Wikler, D. (2000). From chance to choice*: Genetics and justice*. Cambridge University Press.
Davis, D. S. (1997). Genetic dilemmas and the child's right to an open future. *Hastings Center Report*, *27*(2), 7-15.
Feinberg, J. (1980). The child's right to an open future. In W. Aiken & H. LaFollette (Ed.), Whose child? Parental rights, parental authority and state power. Totowa, NJ: Rowman and Littlefield, 124-153.
Little, M.O. (1998). Cosmetic surgery, suspect norms and the ethics of complicity. In E. Parens (Ed.), Enhancing human traits: Ethical and social implications. (pp. 162-175). Washington, DC: Georgetown University Press.
Juengst, E. T. (1998). What does enhancement mean? In E. Parens (Ed.), Enhancing human traits: Ethical and social implications. (pp. 29-46). Washington, DC: Georgetown University Press.
Murray, T. H. (2007). Enhancement. In B. Steinbock (Ed.), The Oxford handbook of bioethics (pp. 491-515). New York: Oxford University Press.
Parens, E. (1998). Is better always good?. In E. Parens (Ed.), Enhancing human traits: Ethical and social implications. (pp. 1-28). Washington, DC: Georgetown University Press.
President's Council on Bioethics (US), & Kass. L. (2003). *Beyond therapy: biotechnology and the pursuit of happiness*. Harper Perennial.
Sandel, M. (2007). The case against perfection. Harvard University Press.
Savulescu, J. (2007). Genetic interventions and the ethics of enhancement of human beings. In B. Steinbock (Ed.), The Oxford handbook of bioethics (pp. 516-535). New York: Oxford University Press.

仁爱与责任：中国受试者保护语境中一种温和家长主义模式的辩护

（张海洪[1]，北京，100191）

【摘　要】本文从受试者保护的视角出发，对知情同意理论依据进行梳理和考察，探讨了知情同意在中国受试者保护实践中存在的现实困难，并论证过多的依赖“知情同意”可能存在的道德风险。在此基础上，笔者尝试借鉴儒家仁爱原则的理论资源，建构一种基于研究者的责任的温和家长主义，对现有的受试者保护制度进行补充。

【关键词】受试者保护　　知情同意　　仁爱　　责任

Beneficence and Responsibility: Justification for a Soft Paternalism in the Context of Human Subject Protection in China

Abstract: This article takes the perspective of human subject protection, revisited the ethical background of informed consent regarding to this filed. The practical problems and dilemmas in the Chinese context of human subject protection, as well as the moral risk of dependent on informed consent were considered and discussed. Besides, the author made the attempt to reconstruct a soft paternalism model that call for more responsibilities of researchers based on the Confucianism bioethics principle of beneficence.

Key Words: Human Subject Protection　　Informed Consent　　Beneficence　　Responsibility

1947 年，《纽伦堡法典》颁布，作为国际上涉及受试者保护的最权威的法律和伦理文件之一[2]，它不但将受试者保护问题正式引入人们的视野，在世界范围内引起关注，还标志着人们开始反思受试者保护相关的伦理和制度[3]。1979 年，美国国家生物医学以及行为研究受试者保护委员会发布报告《受试者保护的伦理原则及指南》（即《贝尔蒙报告》），明确界定了尊重、有利和公正三大原则及其应用，成为当前受试者保护最根本的伦理框架[4]。20 世纪 80 年代至今，“机构伦理审查委员会（Institutional Review Board）对研究方案进行独立审查”以及“获取受试者的知情同意”已逐步成为保护受试者的两大主要策略，在国际范围内获得普遍认可。

然而，即使在受试者保护法制建设较为完善的美国，从 20 世纪 90 年代开始，这一制度设计本身的缺陷便日渐显现出来。2000 年以来，美国政府会计办公室（Government Accounting Office）[5]，国家生命伦理顾问委员会（National Bioethics Advisory Commission）[6]，

[1] 北京大学医学部科学研究处，北京市海淀区学院路 38 号，100191；电子邮件：zhanghh@bjmu.edu.cn

[2] Annas, G.J., *The Changing Landscape Of Human Experimentation: Nuremberg, Helsinki, And Beyond.* Health matrix (Cleveland, Ohio : 1991), 1992. **2**(2): p. 119.

[3] Lemaire, F., *The Nuremberg Doctors' Trial: The 60th Anniversary.* Intensive Care Medicine, 2006. **32**(12): p. 2049-2052.

[4] Rice, T.W., *The Historical, Ethical, And Legal Background Of Human-Subjects Research.* Respiratory Care, 2008. **53**(10): p. 1325-1329.

[5] Human Subjects Research: HHS Takes Steps to Strengthen Protections, But Concerns Remain. GAO–01–775T, May 23, 2001.

[6] National Bioethics Advisory Commission, Ethical and Policy Issues in Research Involving Human Participants. Bethesda, MD; 2001. National Bioethics Advisory Commission (NBAC). (2001). Ethical and Policy Issues in International Research: Clinical Trials in Developing Countries. Bethesda, MD: NBAC;

美国卫生部等效保护工作小组（Equivalent Protections Working Group）[7]，医学研究所（Institute of Medicine）[8]等相继发布报告，探讨其受试者保护制度存在的问题和挑战。细致梳理不难发现，这些问题主要集中在伦理审查，包括审查制度本身存在的结构性问题[9]以及伦理委员会在实践运行中面临的各种质疑和挑战，如，审查的独立性、利益冲突、培训资质、审查效率等等[10]。

在中国，对受试者保护这一问题的认识、讨论以及相关研究可以追溯到20世纪80年代后期。早期的探讨主要集中在对伦理委员会和伦理审查的认识、介绍和学习方面。2000年以后，学者们的研究重点继续侧重于：1）探讨伦理委员会的审查机制、运作模式及运行情况[11]；2）翻译介绍伦理审查相关国际文献[12]；3）反思伦理委员会的审查实践[13]；4）其他国家伦理委员会建设经验介绍等[14]。值得关注的是，除了对伦理审查制度的学习借鉴和批判之外，不少中国学者也强调要注意中国具体的社会文化环境对知情同意可能造成的影响[15]。然而，大部分对知情同意的探讨主要集中临床治疗领域，围绕医患关系、家庭决策等角度展开。因此，本文将主要集中在涉及人的相关研究的语境中，从受试者保护的视角出发，再探知情同意的理论依据及其在中国受试者保护实践中存在的问题与挑战，论证过多的依赖“知情同意”可能存在的道德风险，同时，借鉴儒家仁爱原则的理论资源，建构一种基于责任的温和家长主义模式以更好在中国语境中保护受试者。

知情同意理论依据再探

[7] Equivalent Protections Working Group. (2003). Report of the Equivalent Protections Working Group. Washington, DC: Department of Health and Human Services (HHS);

[8] Institute of Medicine (IOM). (2003). Responsible Research: A Systems Approach to Protecting Research Participants. Washington, DC: National Academies Press.

[9] 结构性问题主要体现在两个方面：一方面，那些参与到高风险活动中的受试者的权益和福利没有得到应有的保护。只要这些“活动”（例如，在医疗活动中经常会涉及未经证实临床获益或存在未知风险的干预）不满足“研究”的定义，那么这些活动便不需要接受IRB的审查，换言之，将没有独立的第三方对这些“活动”的实施进行监管，从而也就谈不上对其中涉及的“受试者”的权利和福利进行保护。另一方，由于现有制度的僵化等问题，可能使得那些参与到风险较低的研究中的受试者得到了过度的保护，从而影响研究的及时开始和实施。过度保护不但给IRB带来了额外的负担，还会导致时间、人力、经费等一系列资源的浪费。

[10] Emanuel EJ, Wood A, Fleischman A, *et al.* Oversight Of Human Participants Research: Identifying Problems To Evaluate Reform Proposals. *Ann Int Med* 2004; 141(4): 282–291.

[11] 高维敏,熊宁宁,汪秀琴,刘芳. 临床试验机构伦理委员会审查规程[J]. 南京中医药大学学报(社会科学版),2003,(4). 张浩,黄瑾,杨放,. 加强伦理委员会建设,促进临床试验健康发展[J]. 药学实践杂志,2009,(2). 黄瑾,胡晋红,蒲江,项耀钧,. 伦理审查委员会规范化建设和质量提升策略[J]. 中国医院管理,2012,(12). 翟晓梅,邱仁宗,. 如何评价和改善伦理审查委员会的审查工作[J]. 中国医学伦理学,2011,(1). 田冬霞. 中国伦理审查委员会的建构与机制[D]. : 天津医科大学,2006. 张金钟,. 生物医药研究伦理审查的体制机制建设[J]. 医学与哲学(A),2013,(5).

[12] 满洪杰.论跨国人体试验的受试者保护——以国际规范的检讨为基础[J].山东大学学报（哲学社会科学版）,2012,(4):39-46.

[13] 胡林英. 对伦理审查委员会(IRB)监管体制的分析与思考[J]. 中国医学伦理学,2006,(2). 张弛,刘利军,翟晓梅,. 药物临床试验中受试者权益保护存在的问题及对策[J]. 中国医学伦理学,2012,(2). 邓蕊,. 科研伦理审查在中国——历史、现状与反思[J]. 自然辩证法研究,2011,(8). 张雪,尹梅,孙福川,方毅,吴雪松,傅佳丽,. 我国伦理审查委员会跟踪审查的困境及现实求解[J]. 医学与哲学(A),2013,(5). 邱仁宗,翟晓梅.有关机构伦理审查委员会的若干伦理和管理问题[J].国医学伦理学,2013,26(5):545-550.

[14] 伍蓉,. 美国西部伦理委员会(WIRB)培训体验[J]. 中国医学伦理学,2006,(4).

[15] 邓蕊. 受试者知情同意决策与家庭的相关度研究[J]. 医学与哲学(A),2013,(9). 张维,彭莉,王靖雯,马忠英,文爱东. 我国国情对知情同意的影响[J]. 中国新药与临床杂志,2013,(4). 魏艳,梁茂植,吴松泽,刘春涛. 临床研究受试者参与意愿及其伦理学考量[J]. 中国临床研究,2013,(9). 聂文军. 规范伦理视域下知情同意原则的局限及其补救[J]. 湖南师范大学社会科学学报,2013,(4).

作为《纽伦堡法典》[16]的重要遗产，知情同意一直在受试者保护中具有核心的意义与价值。《贝尔蒙报告》明确提出了尊重、有利和公正三大伦理原则，其中，尊重原则要求将每个人都作为具有自主性的个体对待，对于那些不具有自主性或者说完全行为能力的人要提供额外的保护[17]。知情同意作为尊重自主性的直接表现，要求在具备自主能力的前提下，每个人都应当享有自主决策的机会。信息（information）、理解（comprehension）与自愿（voluntariness）是确保知情同意有效性的三大要素。理论上讲，提供信息的性质及其数量应当有助于受试者了解研究的性质；在理解这些信息的基础上，受试者应该能够决定其是否参与研究。而且，这样一个决策应当是受试者自愿做出的。在这里，“自愿”意味着免于外部胁迫和不当诱惑的影响。

因此，从理论上讲，知情同意是尊重自主性的直接体现，其理论依据也直接源于对“尊重自主性”的要求与辩护。“自主性（autonomy）”可以理解为个体所具有的自主性观念（the ideal of personal autonomy）以及我们应当是自主的个体并能做出自主决定这一信念。对于“尊重”概念的理解，邱卓思总结了三层含义：1）尊重可以是参考、注意或者说考虑；2）尊重是认为值得慎重考虑、评估（的一种态度）以及 3）尊重超越态度成为一种行动，约束自身不对他人的自主决策和行为进行干预、影响或操纵[18]。一般来讲，“尊重自主性”主要是在第三层含义上使用“尊重”概念。于是，尊重自主性原则可以表述为：试图操控或影响他人的行为及其选择等都是不对的。换言之，即是不得采取胁迫、欺骗等不当手段或行为影响、干预或操控他人的自主选择和行为。从积极的方面来讲，尊重自主性原则，尤其是在研究的语境中，还进一步要求信息公开以及采纳自主决策的义务。

尊重自主性原则不仅在消极意义上建立起针对个体行为的约束机制，也在积极意义上建构了个体需要遵循的某些特定的道德义务。然而，我们还应看到尊重自主性原则本身的复杂性。因为在通常情况下，一旦谈及尊重自主性，我们往往仅关注个体的自主决策，而忽略了其他一些方面，如具体的社会、文化、历史等情境因素。因此，只有更好地了解了尊重自主性原则本身的复杂性，我们才能更充分地理解尊重自主性原则的要求及其在实践中的具体应用。首先，尊重自主性的前提是要明确被尊重个体的选择、决策或偏好。人际交流与沟通方式的多样化等因素在一定程度上增加了这一前提的模糊性。例如，研究者与受试者，尤其是那些受教育水平较低的受试者之间的沟通与交流在很大程度上会受到语言表达，信息理解等诸多不确定因素的影响。其次，个体可能会含糊地表达其偏好或倾向，有时甚至自相矛盾。这一点上中国式的“含蓄”体现得尤为明显。第三，个体很有可能会随着时间的推移改变甚至完全推翻其之前做出的决定。这样一种历时性变化的存在不仅要求我们随时更新信息及时获取有效的知情同意，也要求我们理智地看待并合理地应用知情同意。

正如邱卓思所指出的，尊重自主性原则是一个重要的道德约束原则，但其本身也有限制[19]。作为一个约束性原则，她对人们的行为提出道德要求；但另一方面，尊重自主性原则也有其特定的适用范围与道德约束力。由此，关于尊重自主性原则的应用，首先要明确的是具备完全行为能力者与不具备行为能力者之间的区分。自主性作为根本的道德特征之一，在规范和约束我们对于他人的行为和态度方面有着重要意义。当所涉及的对象不具备完全行为能力时，尊重自主性原则的要求与对象是完全行为能力人的要求是不一样的。康德将儿童和精神病患者排除在理性个体之外，密尔对自由的探讨也只针对那些心智成熟的人。对于那些具有行为能力的理性行动者，我们需要在严格意义上尊重他们的自主性；然而，对于那些在

[16] The Nuremberg code. JAMA, 1996. 276(20): p. 1691.
[17] The National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research, Ethical Principles and Guidelines for the Protection of Human Subjects of Research, http://www.hhs.gov/ohrp/humansubjects/guidance/belmont.html（登陆日期：2016 年 4 月 11 日）
[18] Childress, J.F., *The place of autonomy in bioethics.* The Hastings Center report, 1990. **20**(1): p. 12-17.
[19] Childress, J.F., *The place of autonomy in bioethics.* The Hastings Center report, 1990. **20**(1): p. 12-17.

当下某一特定时刻不具备完全行为能力的人，无论他们是暂时（不具有/丧失）还是永久丧失行为能力，他们都可能面临遭受伤害或损害自身利益的风险，我们就有必要和义务对他们采取特殊的保护。这样一种保护不但没有违反尊重自主性原则，还可以使用有利原则进行辩护。其次，要明确尊重自主性原则是一项义务（a principle of obligation），而不是对义务的解除（liberation from obligation）[20]。该原则更多的强调对他人自主性的尊重而不是对他人宣称个体具有的自主性。第三，尊重个体的自主性固然重要，但她并不是道德生活的全部，其他一些原则，如有利原则、不伤害原则、公正原则等，也同等重要。因此，尊重自主性原则作为一个道德准则，是一个显见义务。在特定情境中，该原则可能具有优先性地位，也可能会被其他原则所超越，只要能有理由提供合理的辩护，那么对尊重自主性原则的超越便是可以接受的。这些合理的辩护理由包括（但不限于）：1）比例原则（proportionality）——当下情境中有其他更迫切的竞争性原则存在；2）有效性（effectiveness）——对尊重自主性原则的违反或侵犯是为了确保其他竞争性原则；3）不得已的选择（last resort）——对尊重自主性原则的违反或侵犯是保护其他竞争性原则的必要条件；4）较好的选择（least infringement）——在当下情境中，相比于其他可能的选择而言，违反尊重自主性原则是保全其他竞争性原则的较好的选择[21]。

由此，我们可以合理的认为，尊重自主性原则是一个非常重要的道德原则，但在某些特定的情境中，在具备合理理由的前提下，该原则并不一定具有绝对的优先性。回到研究以及受试者保护的实践中，众所周知，自纽伦堡审判以来，知情同意作为尊重自主性原则的直接表现和手段，一直为人们所强调和重视。固然，知情同意的重要地位及其意义在保护受试者的问题上不容忽视，但是，对尊重自主性原则的反思提醒我们，对知情同意的过度关注可能会让我们忽略其他一些非常重要的问题和事实：如，知情同意是尊重受试者自主性的主要方式和手段，但它本身并不能充分地保护受试者的安全和福利，其他因素，如研究设计、研究的风险获益以及独立审查等都应该得到同样的关注。

知情同意在中国受试者保护语境中面临的问题及相关原因分析

中国的受试者保护，目前主流的做法也是依赖于伦理委员会对研究方案进行独立审查以及强调获得受试者的知情同意。在一定意义上讲，从最初引入伦理审查制度开始，推动国内受试者保护制度建设的主要动因之一是生物医学领域的“国际合作”或“与国际接轨”。这在很大程度上导致国内相关制度建设一直处于“被动学习”的状态，在具体实践中则表现为不仅缺少必要的整合与创新，甚至可能止步于生硬的照搬，让受试者保护流于形式和过场。除了前文提到的伦理审查面对的批评之外，中国当前的受试者保护还面临一个严峻的现状：将保护受试者的责任过多地交给了伦理委员会和伦理审查，而伦理审查又过分地依赖知情同意。

如前所述，伦理委员会的独立审查和知情同意是保护受试者的两大主要策略，但并不意味着仅仅依靠伦理审查和知情同意就能够为受试者提供充分的保护。知情同意书一直都是伦理审查的重点，然而，在中国受试者保护的语境中，我们可以合理的质疑并担忧，当前的制度实践是否赋予了知情同意过高甚至过当地期望？这样一种担忧主要源自以下考虑：知情同意深深根植于西方个人权利和价值的文化理念之中，在中国的语境下，尤其是涉及弱势群体的研究中，能否真正获得有效的知情同意？知情同意本身在受试者保护中发挥的作用是否真正如人们所期望的那样？

[20] Childress, J.F., *The place of autonomy in bioethics.* The Hastings Center report, 1990. **20**(1): p. 12-17.
[21] Beauchamp, T.L. and J.F. Childress, *Principles of biomedical ethics*. 2013, New York: Oxford University Press. P. 509.

一种普遍的观点认为，知情同意包含信息、理解与自愿三大要素。理论上讲，受试者保护的相关规定都要求充分地信息告知，这些信息包括：研究步骤、目的、风险与受益、可替代操作、随时问询以及推出研究的权利等等。除了充分的信息告知，信息的传递与接收同样重要。影响受试者理解信息的因素众多，信息的组织，表达，过程中的交流与沟通，以及信息接收者本身的智力水平、理性能力、语言能力等等可能会给受试者对信息的具体理解带来不同的影响。在获取充分信息并理解的基础上，受试者做出自愿参与的决定才能构成真正有效的知情同意。基于此，知情同意是一个过程，而不仅仅是在知情同意书上签字。然而国内的现状，无论是相关规章制度的要求，还是管理实践，都或多或少地忽略这样一个过程而过多地关注知情同意文本及签字。

有学者发表文章从受试者的认知误区，研究者存在的问题，知情同意书存在的问题以及伦理审查存在的问题四个方面探讨中国临床研究中知情同意的现状[22]。以涉及人的生物医学研究为例，“治疗性误解（therapeutic misconception）”往往使得受试者不能正确认识研究可能涉及的风险，另一方面，受试者也有可能因为对研究风险存在一定的焦虑和恐惧导致信息告知和沟通难以进行。在研究者方面，存在一个普遍的认知误解（从现实的考虑出发），即知情同意的目的往往不是确保受试者的知情权，而是保护研究者的手段和措施。此外，为了确保研究能够纳入受试者并顺利进行，研究者往往担心过多的知情可能会影响受试者的参与意愿，从而在信息的充分告知上往往持保留态度，对于风险信息以及其他可供选择的替代方案相关信息的告知尤其如此。伦理委员对于知情同意的审查往往只能集中在对知情同意文本的审查，而无法对知情同意过程及其质量进行有效的管理和约束。此外，作者曾多次观摩招募受试者的知情同意过程，发现潜在的受试者在知情同意过程中与研究者几乎是“零交流”。进行知情同意的研究者往往采取“一对多”的形式进行讲解，尽管有的研究者也曾鼓励提问和交流，但在作者观摩的知情同意中并没有任何一个潜在的受试者提问或质疑。而且，绝大部分受试者都是在讲解之后立即签署知情同意书，期间并没有仔细阅读或询问知情同意书上的相关细节。尤其对于那些文化水平较低、社会经济地位低下但又具有行为能力的弱势群体而言，一方面，他们不需要有代理人签署知情同意书，但另一方面，他们能否给出有效的知情同意也深受质疑。同时，另一个值得关注的问题是国内进行相关研究，一般都是医生去获得患者的知情同意，由于医患双方本身的不平等关系以及现有就医条件等多方面的限制，患者很容易受到不自觉的“胁迫”和/或“诱导”从而不能做出真正自愿的“同意”。

综上所述，无论是实践层面存在的现实问题，还是理论反思存在的风险，都警示我们对知情同意的理解和应用应采取一种更加理性和审慎的态度。即，既要意识到知情同意作为尊重自主性原则的直接体现其本身的意义和作用，也要审慎对待知情同意可能面临的问题。第一，作为真实世界（real world）中研究的受试者或潜在受试者，他们即使具备行为能力，也往往由于多种原因的桎梏无法真正理性地做出决定。这样一些影响包括受试者本身的健康状况、受教育程度、社会经济地位等等。引入对这些背景性因素的考虑固然无法推翻“知情同意”本身的可行性，但在很大程度上能警示我们更加慎重地考虑“知情同意”的有效性。第二，“尊重自主性是一项义务”，这就强调不能以“尊重自主性”之名通过“知情同意”将所有决策相关的负担都转嫁给受试者。换言之，当下一个流行的观点是：受试者具有自主性，获得知情同意就是尊重他们的自主性，因此，只要有知情同意就可以从道德上进行辩护。表面看来顺理成章，但是，这一论断在赋予“知情同意”至高地位的同时，借“知情同意”之名将所有决策相关的负担都转嫁给了受试者。第三，尊重自主性只是众多伦理价值之中的一个，它不是绝对的，更不是唯一的。同理，知情同意也仅仅是众多保护策略之中的一个，它是尊重受试者自主性的主要方式和手段，但它本身并不能充分保护受试者的权益和福利。

[22] 武志昂 赵璐萍. 我国临床研究受试者知情同意现状及改善措施. 中国药房. 2014; 25(41):3844-6.

一个可能的出路：研究者的责任

不难发现，伦理委员会的独立审查以及获得受试者的知情同意作为当前受试者保护的主要策略，在中国受试者保护的语境中，除了面对制度设计本身存在的缺陷之外，还必须弥合文化传统差异造成的鸿沟。弥合这一差距的努力不但需要制度实践层面的改革，更需要传统理论资源的整合与创新。然而，仔细分析不难发现，“研究者”作为一个最为直接的道德主体，在受试者保护中应当承担的角色与责任[23]一直没有能够在相应的制度设计中得到较好的体现。要解决这一问题，需要我们对研究者的道德责任进行比较明确的界定并加以辩护。对此，笔者认为，儒家的仁爱原则提供了一个可能的出路。

在儒家看来，“‘仁’作为自主自律的道德主体性，必求克制自己私欲，尊敬他人，因此，忍者反身而诚，则必对一人一物都予以尊重……以忠敬待一切人。[24]”孟子的四端说进一步明确了儒家以仁为中心的生命伦理学理论，强调不忍人之心乃是人之内在的道德主体性，也是一切道德价值与行为的动力根源。不忍人之心即是不忍他人受伤害之心；羞恶之心即是对不道德行为的羞耻厌恶的表现；是非之心一方面是人作为道德主体所自发的道德感，也是一种道德判断[25]。

“研究”最直接的目的是要产生可普遍化的知识（generalizable knowledge），这意味着作为研究者，他们首要关切的是研究中可预期获得的知识。然而对于这一点，《赫尔辛基宣言》强调“尽管医学研究的首要目的是产生新的知识，但这一目的本身不能超越受试者个体的权利和利益”[26]。即，当获取新知识与保护受试者权利之间有所冲突的时候，获得知识这一目的并不能充分地对忽视受试者权益和福利进行有效辩护。另一方面，在研究目的与受试者权益不存在直接冲突的情况下，如何能在开展高质量研究的同时，尽可能地保护受试者的权益和福利是研究者应当承担的道德责任。此类道德责任的核心在于如何以仁爱之心、不忍人之心公平的对待受试者，尊重受试者，同时又对研究过程中可能出现的问题保持警觉，敏锐地意识和判断存在的问题，并自主自律地遵循相应的伦理原则和道德要求。

首先，研究者要对将要进行的研究的价值及其科学有效性负责。“研究本身是否具有价值”是论证一个研究是否值得进行的必要条件；“研究是否具有科学有效性”则决定了一项研究是否能够达到其目的。研究者对上述两个问题的判断和决策至关重要，因为他们拥有的专业知识和经验是判断研究价值、进行科学设计不可或缺的。同时，研究者也义务不断地学习、更新自己的知识，以便有足够的能力对相关问题做出正确和准确的判断。其次，在涉及受试者保护的问题上，虽然伦理委员会的伦理审查和获取受试者的知情同意是目前通行的保护策略，但是，研究者不能仅仅停留在对这两项要求的被动依从上，而是应该承担更大的责任。

换言之，在某种意义上，这一重构其实是一种温和的家长主义的主张，强调研究者发挥更加主动的作用。这种家长主义模式的基础和前提必须是研究者作为自主自律的道德主体，遵循仁爱原则，承担保护受试者的道德责任。在这个新的框架下，研究者需要在保护受试者的问题上与伦理委员会建立合作关系。这同时也意味着伦理审查的主要功能将由对不足的批判转变为提供更好的改进建议。即，要求研究者在申请伦理审查之前便尽可能合理地设计研究方案，而不是被动地等待伦理审查提出修改要求或意见。对此，研究者不仅需要相关的科

[23] 2011 年，美国总统生命伦理顾问委员会在其报告中便提出要“推进普遍规则改革，明确研究者的责任”（*Moral Science: Protecting Participants in Human Subjects Research*. Presidential Commission for the Study of Bioethics, downloaded from http://bioethics.gov/node/558, 登陆日期：2016 年 4 月 10 日）

[24] 李瑞全，《儒家生命伦理学》，鹅湖出版社，1999 年版，P60。

[25] 李瑞全，《儒家生命伦理学》，鹅湖出版社，1999 年版，P60。

[26] Declaration of Helsinki - Ethical Principles for Medical Research Involving Human Subjects, at http://www.wma.net/en/30publications/10policies/b3/（登录日期：2016 年 4 月 12 日）

学知识来确保研究方案的科学有效性和可行性，还应具备相应的伦理和法律知识。同时，研究者还必须意识到受试者保护是一个持续的过程。获得伦理委员会的审批以及受试者的知情同意并不意味着保护义务和责任的终结。恰恰相反，一旦获得伦理审批以及受试者的知情同意，研究者便对受试者负有了更直接的保护义务和责任。这些责任和义务体现在对受试者安全和福利的持续关注以及对受试者的尊重上。例如，严格按照科学设计的方案实施研究和/或干预，发生不良事件及时报告并采取措施，发现新的可能影响受试者继续参与意愿的信息时及时告知受试者，尊重受试者退出研究的意愿等等。

综上所述，本文通过对知情同意理论依据的梳理和考察，探讨了知情同意在中国受试者保护中存在的实践困难以及过多的依赖“知情同意”可能存在的道德风险。需要强调的是，尽管笔者认为伦理审查以及知情同意两大策略在中国受试者保护语境中存在诸多问题，但并非否定这两项制度设计本身的作用。笔者借鉴儒家仁爱原则的理论资源，建构一种基于研究者的责任的温和家长主义模式的尝试更多的属于对现有制度的补充。此外，更好地推进受试者保护在中国的发展，除了文中提到的制度实践层面的改革以及传统理论资源的整合创新之外，还需要在观念层面上实现一个根本的转变，即，意识到保护受试者本身内在的价值及我们对此负有的道德责任，而不仅仅是借此加强“国际合作”，争取国际话语权。

儒家伦理对辅助生殖技术的价值评判与思考

贺 苗[1]
(哈尔滨医科大学人文社会科学学院　哈尔滨 150081)

摘要：本文主要以传统儒家伦理为切入点，对辅助生殖技术为代表的生命科学技术进行伦理评估与价值评判。在本质上，辅助生殖技术引发的一系列问题与争议，深刻反映出人与自然、人与人、人与社会之间内在的矛盾与冲突。正是在这个意义上，儒家伦理倡导的“天人合一”生命观，“仁者爱人”的人本观，“以义求利”的义利观，蕴含着丰厚的历史资源和文化潜力，是反思现代生命科学技术的文化之镜。

关键词：儒家伦理　辅助生殖技术　生命科学技术

Evaluation and Reflection on Assisted Reproductive Technology Based on Confucian Ethics

HE Miao. College of Humanities and Social Sciences, Harbin Medical University, Harbin, 150081, China

Abstract: This paper will discuss and evaluate assisted reproductive technology from the perspective of traditional Confucian ethics. Essentially, the explosion of ART has triggered a series of problems and challenges, which profoundly reflects the inherent conflict and contradiction between man and nature, man and man, man and society. In this sense, the core ideas and values of Confucian ethics, such as heaven-man oneness, benevolent love, righteousness and profit, have abundant historical resources and cultural potential, just like a cultural mirror to reflect on modern life science and technology.

Key words: Confucian Ethics; Reproductive Technology (ART); Life Science and Technology

进入 21 世纪，现代生命科学技术的发展日新月异，在人类防治疾病，探索生命本源的认知方面发挥了重大作用，深刻地改变了人类的生活方式、思维模式和人际关系的格局。人类辅助生殖技术（Assisted Reproductive Technology，ART）作为全世界临床应用最为广泛的生命科学技术之一，已经给数以万计的不孕不育家庭带来福音。毋庸讳言，辅助生殖技术无疑是生殖医学领域的巨大科技革命，它改变、控制甚至是代替了人类自然生殖的一个或全部环节进步，让科技的力量

*基金项目：黑龙江省自然基金面上项目“辅助生殖技术多层次模糊综合评判研究”，项目编号：G201410；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项目，项目编号：YF15-Y06

延伸至干预、复制甚至创造生命的阶段，也引发了关乎生命科学技术与道德价值关系的普遍争论。本文主要基于传统儒家文化的视角，对辅助生殖技术为代表的生命科学技术进行伦理评估与价值评判，促进生命科学技术与道德价值的统一与良性发展，让科技为人类造福。

一、技术的合理性

在现代生命科学的发展史上，辅助生殖技术的诞生无疑是一个重要的里程碑。从世界上第一例试管婴儿路易斯•布朗（Louise Brown）诞生以来，全世界出生的试管婴儿已超过 500 万。当下，人们物质生活方式、心理状态的改变以及自然环境的影响，不孕不育率呈现出逐渐增高的趋势。不孕症的发生率约占育龄人口的 10%～15%，成为仅次于肿瘤和血管疾病的第三大疾病。辅助生殖技术已成为解决人类生育难题的有效途径，并且在短时间内得到迅猛发展。在一些发达国家，辅助生殖技术的应用正以每年 5-10%的速度增长，在加拿大通过辅助生殖技术出生的婴儿已超过 3%，在丹麦这个比例已高达 6%。[1]

辅助生殖技术发展到今天，已有很多有效的技术手段，如人工授精（Artificial Insemination,AI）、体外授精（In Vitro Fertilaization,IVF）、卵胞浆内单精子注射（Intra-cytoplastmic Sperm Injection,ICSI）、配子输卵管移植（Gamete Intrafallopian Transfer,GIFT）、胚胎植入前基因诊断（Preimplantation Genetic Diagnosis，PGD）、胚胎干细胞（Embryonic Stem Cell ,ESC）研究等等。特别是冷冻技术在这个领域中的运用，解决了胚胎移植后多余胚胎的冷冻保存问题，大大提高了受孕率。同时，将人类精子、卵子包括卵巢组织冷冻起来，还能为接受放、化疗的肿瘤患者或目前不想生育但担心将来生育能力下降的人群储存生育力。近年来，随着基因技术与辅助生殖技术的完美结合，胚胎植入前基因诊断（PGD）发展潜力日益显著。通过对胚胎进行精确筛查，将无遗传性疾病的胚胎植入宫腔妊娠，可以有效防止遗传病患儿的妊娠和出生，从而实现优生优育。

概而言之，辅助生殖技术作为现代生命科学的重要组成部分，它在给人们带来生命馈赠的同时，也必将改变人类对于自身、对于家庭、对于社会乃至整个世界的认知与态度。我们在正确评价辅助生殖技术存在合理性的同时，也要客观公正对技术的潜在风险与安全性进行科学评估，对技术引发的伦理、社会、法律、经济等一系列问题进行考量。

二、对技术的争议

在现代医学的研究中，没有一种技术像辅助生殖技术这样受到来自伦理、法律、社会等不同领域经久不衰的关注与讨论。实际上，争议与关注的背后从深层次上反映出生命科学技术应用与道德观念的冲突，更是人与自然、人与人、人与社会之间内在的冲突与矛盾的体现。

1.技术与生命自然性之间的冲突

在人与自然的关系上，传统的生命观认为，人的生命来自于大自然的馈赠，人是大自然的产物，接受自然的养育与调节，人每个细胞的合成与分裂，都雕刻着自然的印迹。而 ART 发展的每一步骤、每一环节都在用科技的神奇力量对自然规律、自然本质进行干预、改造与控制，其潜在的风险已初露端倪。相关研究已经发现，辅助生殖技术的应用对配子和胚胎的染色体、线粒体，尤其是表观遗传有重要影响，会引发基因组印迹(Genome Imprinting)疾病。载有遗传印迹的基因虽然只占人类基因组中的少数，但对胎儿的生命成长和行为发育至关重要。基因组印迹维持与重建主要发生在生殖细胞从发生、受精、成熟至胚胎着床这一时期，一旦受到外界条件的刺激或干扰，极有可能导致基因组印迹建立的异常。在实施辅助生殖技术过程中，如果出现基因失活或缺失，可能会导致肿瘤、神经系统发育疾病，从而影响到身体和心理健康。因而，通过辅助生殖技术出生的孩子是否发育正常，有无缺陷是当前技术普遍关切的问题。从长远来看，这些依靠技术成长起来的孩子成年以后，有无疾病谱系的改变也是值得关注的问题。

现代辅助生殖技术打破了生命孕育的自然性和神圣性，切断了生育与婚姻，性与生育行为的必然联系，给人们带来很多思想上和实践上的困惑。随着玻璃化冷冻技术在 ART 中的应用，大量剩余胚胎可以长时间保存。胚胎蕴含着人类生命的奥秘，具有发育成为人的无限潜能。特别是试管婴儿技术的成熟，导致冷冻胚胎数量大量激增。如何处理剩余的胚胎，成为当前迫切需要考虑的社会难题。目前，从世界各国不同的做法来看，主要有暂时冻存、医学废弃、捐献科研、捐赠他人等四种方式。在我国，由于尚没有对冷冻胚胎年限的具体规定，大量剩余胚胎被长久封存，这不仅使这些“备胎”永久失去长大成人的机会，也在无形中给众多生殖机构带来沉重负担。将剩余胚胎用于科学研究，是一个比较好的出路，但这是一段期望很大，约束很少，充满风险的路程，需要谨慎而为之。就像倍受

争议的人造生命一样，当生命不仅可以被储存、复制，甚至可以在实验室里成功地剪切与编辑，重新合成并创造出来时，生命就消散了其本来自我生成的自然本性与其固有的价值与意义。

2.技术与孩子权利之间的矛盾

在人与人的关系上，传统家庭关系的改变是辅助生殖技术面临最为突出的问题。国内外已经有很多学者对于人工授精、体外授精所出现的多个父亲或母亲现象进行评述，并倾向于社会学的父母为孩子的真正父母。不过，这个问题还需要进一步追问，在涉及到父母与子女的关系上，辅助生殖技术与孩子权利之间的矛盾日益突显。

在我国，对于孩子一般强调保密互盲原则，主张对夫妇之外的一切人保密，后代很难获得真实信息。即使可以忽略后代近亲结婚的概率，作为父母可以随意剥夺孩子的知情权吗？如果这个孩子就像电影《姐姐守护者》中的安娜一样，是承担着拯救另外一个生命来到这个世界的。这些儿童是否有权利按照自己意愿选择或改变他们的人生轨迹呢？与普通的孩子相比，他们平添了许多本不应有的焦灼、困惑与不安，时常会遭遇权利缺失、身份不明确、情感无处归一等重重危机。国外一些长期随访的研究数据表明，孩子在 4-8 岁时，父母都明确表示要告知孩子出生的实情，但是随着时间推移或者各种顾虑，仅有三分之一的家长做到了告知，其余的并没有真正付诸行动，实际上孩子成年后能获知自己真实身份的并不多。[2]随着越来越多的医疗机提倡公开捐赠，公开供者信息以及告知后代的需求逐渐呈上升态势。如何平衡孩子的知情同意权、最佳利益与技术发展之间的冲突是技术发展过程中所解决的问题。

3.技术与社会监管之间的脱节

在人与社会的关系上，辅助生殖技术所面临的问题似乎更加复杂。迄今为止，全世界辅助生殖技术发展的势头和速度十分迅猛，但对技术的风险与安全性评估、研究与跟踪监管明显滞后，既缺少对其潜在风险的系统评估，又缺失具体、明晰的法律调控。从发生在 1987 年美国新泽西州的“Baby M” 案到中国曾轰动一时的八胞胎事件，代孕问题一直未曾离开社会公众的关注的目光。虽然国家卫生和计划生育委员会（原卫生部）于 2001 年、2003 年、2006 年颁布了一系列关于人类辅助生殖技术的管理办法，但这些仅是部门规章，效力位阶较低，并不能

达到应有的禁止和震慑的作用。在现有关于代孕立法的研究中，已有学者设想了我国的“代孕法”的基本框架，并提出“治疗性代孕合法化”，“非法代孕行为应当入罪”等主张，不过，这些仍处于理论探索阶段，尚未贯彻到辅助生殖技术迅速发展的现实中去。

辅助生殖技术发展到今天，在技术、伦理、法律与卫生管理等方面都面临着严峻的挑战，其社会影响不容小觑。正如有的学者所言，辅助生殖技术是一个未经严格安全性与风险评估就已遍地开花的医疗技术，现在已经到了对它的风险与安全性进行认真与客观的科学评估的关键时刻。[3]技术所导致的医源性多胎妊娠及相关风险就是亟需解决的突出问题。已有文献表明，多胎妊娠会大大增加早产儿、小于胎龄儿、新生儿畸形、新生儿死亡率等诸多风险[3]。多胎妊娠的危害不仅对母子的生命健康造成威胁，也给社会增加了沉重负担。因此，选择性减胎术成为符合国家生育政策的医疗行为。无论是传统的氯化钾注射法，还是射频消融减胎等方法，仍然存在着孕妇出血、宫内感染、脏器损伤等风险。同时，减胎术也纠缠着相关的伦理问题，哪个胚胎是幸存的？哪个胚胎是等待灭亡的？如何能切实保障患者权益和社会公益？对非法减胎或逃避减胎，相关部门应该如何加强监理？在社会经济利益的驱动下，辅助生殖技术在一定程度上也滋生很多社会乱象，如非法采精和供精、供精者多点捐精、卵子交易、胚胎买卖等等，极大干扰了正常的生殖秩序，影响到社会的和谐与稳定。

实际上，上述这些问题只是生命科学技术纵深发展过程中一个缩影，随着技术的不断完善与进步，固有的问题可能会在不同程度上得到解决，新的问题还会涌现出来。基于本文的旨趣所在，我们尝试着从传统儒家伦理的视角反思，并回应这些问题，其出发点绝不是从根本上反对现代生命技术，而是要促进科学技术与生命伦理的良性互动和协调发展。

三、儒家伦理的回应

1．在人与自然的关系上，儒家倡导“天人合一”的生命观。

“天人合一”是传统儒家文化的基本命题之一，也是儒家生命伦理思想的基石。其中“天”即“天道”，代表着宇宙间生生不息的自然法则，天道与人道，自然与人世之间相通相类，是一个不可分割的整体。不难发现，在二者的关系中，儒家既重视人的主体性与能动性，又要求人们应顺天而行，以保持行为的正当性

与合理性。实际上，这其中蕴含着极为丰富的生态平衡，人与自然共和谐的伦理色彩，无疑这对于推进现代生命技术的道德化具有重要意义。

一方面，在天道面前，人不是无能无力的，人可以参天地而化育，拥有人之所以为人的独立性和自主性。恰如《周易·序卦》所云，“有天地，然后有万物；有万物，然后有男女；有男女，然后有夫妇；有夫妇，然后有父子；有父子，然后有君臣；有君臣，然后有上下；有上下，然后礼仪有所措”。儒家主张以人法天，宇宙万物乃为天地阴阳所化生，以阴阳喻男女，故男女婚姻亦为衍生人类的本原。婚姻不仅是家庭之始，亦是人伦之始。男女只有通过婚姻结为夫妇，生儿育女才能上承祖先，下传后世，使家族生生不息、繁荣昌盛。从这个意义上说，辅助生殖技术的诞生，对于家族生命之流的绵延不绝起到了重大的推进作用，极大满足了不孕不育夫妇想要生育自己孩子的迫切愿望，也减轻了他们所承受的来自家庭、家族、社会方方面面的巨大压力。

另一方面，儒家认为，生则重生，死则安死，生老病死乃人之常态。人只有顺天休命，才能获得行为和处事的正当性，才能根据自己能力和判断力创造更美好的生活。在这个意义上，笔者认为，儒家对于现代医学技术的发展持谨慎的态度。生命科技的飞速发展，无疑是人主体性和创造力的伟大展示，但我们绝不用滥用上天赋予人类的这种高贵的能力与才华。当新兴的生命技术造成人道与天道、人与自然的紧张、矛盾与冲突的时候，我们需要参悟到人在整个宇宙中的有限性和局限性，需要审慎地考量生命技术的运用是否有助于维护我们现在的生活，是否能够引领人类走向光明的未来？若人类从内心有对自然、对生命的敬畏，又能纠正现代科技的狂妄、变异和武断，人类就可以真正享受诗意地栖居于大地的理想。

2．在人与人的关系上，儒家重视“仁者爱人”的人本观。

经典的儒家伦理将“仁”视为一切道德的根源，是人的最高精神境界。从本义而言，仁的基本精神是爱人，所谓“仁者，爱人”（《孟子·离娄下》），“仁者，爱人之名”（董仲舒：《春秋繁露·仁义法》）。这里的“人”泛指一切人，它包含着一种“泛爱众”的博爱思想，一种人与人之间同类相似相爱的意识。从这一前提出发，儒家伦理倡导“仁”，首先表现为对他人的同情、关怀与扶助，所谓“恻隐之心，仁之端也。”（《孟子·尽心下》）在儒家伦理中，恻隐之心，构成了仁德

的基本点和出发点。其次“仁”所包含的这种情感上的爱是发自肺腑的真心真意，而不是虚伪的，假仁假意，所以孔子说：“巧言令色，鲜矣仁”。(《伦语·学而》)由此可见，作为仁者，应是真诚的、尽心尽力去帮助他人，关怀他人，做助人、利人的事，不做损人、害人的事。这也是儒家所提倡的忠恕之道的内涵，即“己欲立而立人，己欲达而达人”(《论语·雍也》)。

实际上，现代生命技术与儒家伦理所倡导的仁爱思想在本质上是殊途同归的。现代生命技术出发点和落脚点一定要指向科技的善，其过程也应体现对人的尊重与关怀，对生命的呵护与敬畏。儒家认为，“仁也者，人也”。(《孟子•尽心下》)，仁不仅是一切道德的根源，也是人之所以为人的基本规定性。这种以人为本的观念贯行在辅助生殖技术中，可以引导医务人员在实施 ART 过程中应最大限度地尊重与保护患者的切身利益，尽可能地避免或者降低手术治疗对患者造成的生理、心理、经济、社会等多方面的伤害。要对患者有恻隐之心，尊重他们的知情同意权，真诚地帮助患者克服焦虑、自卑、不安等心理顾虑，给予必要的同情、理解与支持，保障患者无后顾之忧地接受治疗。在涉及辅助生殖技术的医方、供方、受方、后代等不同群体之间，如果能在内心禀承仁爱之心，身体力行地践行恕道的基本精神，“己所不欲，勿施于人”(《论语•卫灵公》)，将心比心，推己及人，无疑有利于现代生命技术的健康发展，有助于社会的和谐稳定。

3.在人与社会的关系上，儒家强调“以义求利”的义利观。

儒家传统历来重视义利之辨，将它视为处理公利与私利，个人与社会之间关系的重要准则。在义利这对范畴中，利，通常是指个人利益；义，主要代表着主体心中至高无上的道义。儒家先哲认为，人皆有求义、求利之心，二者不能简单地相互排斥与否定。战国时期思想家荀子充分肯定了利的客观必然性，“义与利，人之所两有也。虽尧舜不能去民之欲利，虽桀纣不能去民之好义。”(《荀子·大略》)在儒家看来，人生而有欲，求利是人的本能。如果人们仅仅按照本能去追逐私利，则无异于禽兽。如果通过不正当的手段去获得利益，则是小人行径，非君子所为。在这个意义上，孔子说：“君子喻于义，小人喻于利。”(《伦语·里仁》)由此可见，儒家辨义利，并不是要阻碍人们去获得个人利益，而是要弄清楚应以何种手段、何种方式去实现利的问题。儒家主张，见利思义，以义致利，就是要求人们面临利益，应以义为准绳进行取舍，符合义则取，不符合义则舍。

不难发现，儒家的义利观对于我们厘清医学技术的善恶边界，构建工具理性与价值理性的平衡，促进人与社会的和谐发展具有重要的启示作用。现代生命技术的发展过程，时刻伴随着义利之间的矛盾与冲突。由于辅助生殖技术的介入，让无数男男女女享受到生命馈赠，但也出现了人畜细胞混合研究、通过不正当手段谋取暴利等一系列严重后果。当义利不能两全时，儒家的义利观告诉我们，个人利益、物质利益虽然是人生的基本需求，但却不是最高的价值，我们不应忘记人之所以为人的崇高与尊严，人应有更高的精神需求、道德需求，应追求完善的道德人格。现代生命技术发展得越快，越需要受道义的制约，越要不断探索技术发展的道德边界。只有以义求利，以义导利，才能使社会的整体利益得到解决，才能做出正确的价值判断与选择。

四、余论：关于儒家伦理的一点思索

面对现代生命技术的迅猛发展，传统儒家伦理曾一度被视为一种过去的文化事实，应该走进历史，甚至应该走进“博物馆”。事实上，整个儒家伦理文化经过两千多年的流传并未在中国消亡，至今仍显示着不竭的生命力。儒学作为一种理论、思想、文化精神已经深刻积淀在中国人的血脉之中，影响着人们的生活方式、风俗习惯、观念意识和价值取向。在今天全球一体化，文化价值多元化的时代，植根于中国本土的儒家文化已经逐渐超越国界、超越传统的本土性，以一种宽容、开放的姿态与世界不同文化进行平等的交流、对话，不仅成为现代人类寻求普世伦理提供有益的价值资源，更是人类反思现代生命科学技术危机的文化之镜。

英国著名历史学家汤因比将人类文明的成长视为是一个连续的过程，是由一连串挑战和应战勾勒出的一种持续的序列运动。儒家伦理对现代生命技术的回应，本质上是技术与道德之间、现代与传统之间相互冲突、交织、纠缠、借鉴、学习、建构、无限博弈的历史进程。我们不应该简单地将二者对立与分裂，而是应更加深入地探讨现代性与传统之间的绵延不断的相互作用，深入挖掘传统中蕴含的现代性因素，现代性中间的传统，以更为开放包容的心灵，重视传统与现代性的结合。富有生命力的、善的道德，在本质上应当促进科学技术的进步，更应当促进并确立技术应用的正当性、目的性和人道性，使技术成为人类享受生命、收获幸福的有效手段和途径。只有这样，科技才能拥抱生命，创造新的奇迹。正

如凯文·凯利所言：“没有一个人能够实现人力可及的所有目标，没有一项技术能够收获科技可能创造的一切成果。我们需要所有生命、所有思维和所有技术共同开始理解现实世界。”[4]

参考文献

[1] Keith J Barrington Annie Janvier, The paediatric consequences of Assisted Reproductive Technologies, with special emphasis on multiple pregnancies, *Acta Pædiatrica* 2013 102(4):340-348.

[2] Golombok S,Brewaeys A,Giavassi MT,et al.The European study of assisted reproduction families:the transition to adolescence[J].Hum Reprod,2002,17:830-840.

[3]王一飞.回顾 反思 挑战 展望——中国大陆辅助生殖技术成功应用 25 周年有感[J].国际生殖健康/计划生育杂志，2013，32（3）：150-151.

[4]凯文·凯利.科技想要什么[M].北京：中信出版社，2011：361

作者简介：

贺苗(1976-)，女，黑龙江哈尔滨人，博士，教授，硕士生导师，研究方向：生命伦理学、文化哲学。

从“二孩排斥”浅析中国哲学视阈下的伦理适用

尤晋泽[①] 赵明杰[①*]

摘要：二十世纪七十年代至今，我国的生育政策随国情以及国家社会发展需要经历了一系列的变化。从“一对夫妻一个孩”，提倡“晚婚、晚育、少生、优生”的计划生育政策；到“双独二胎”政策，即夫妻双方均为独生子女，经批准可以生育第二个孩子；再到“单独二胎”政策，即一方为独生子女的夫妇可以生育两个孩子；而后便是日前新鲜出炉的“全面两孩”政策。在“全面两孩”政策的实施过程中，“一孩”反对父母孕育二胎、甚至排斥、抵制“二孩”的情况屡见不鲜。这样的“二孩排斥”不禁引人思考：中国哲学视阈下的伦理能否加以适用、如何加以适用以塑造相关正确的思维方式和价值观念。本文旨在通过分析“二孩排斥”，探讨在当今社会状态中中国哲学视阈下与之相关的伦理思想的适用问题，以期为中国本土化的伦理学发展略尽绵力。

关键词：“二孩排斥”中国哲学 伦理适用

abstract：Since the 1970s,the birth policy changes were always going with the conditions of our country and the social development needs. From the“one-child policy” which advocate late marriage, late birth, fewer and healthier births, to the “selective two-child policy” that if both the wife and husband are all the only child, they can breed a second child, and then the policy that if there is one only child in a couple, they can breed a second child. Nowadays, the “universal two-child policy”newly issued. During the implementation process, we have the situation that the first child in the family oppose even reject and resist the second child. It makes us think about if the ethics from the aspect of Chinese Philosophy visual threshold can shape the mode of thinking and the view of values, and how it works. This article aims to discuss the ethics from the aspect of Chinese Philosophy visual threshold via “The rejection from the second child ”, looking forward to promoting the local ethics of China.

Key words: “The rejection from the second child ”, Chinese Philosophy , application of ethics

1 “全面两孩”后的“二孩排斥”

1.1“全面两孩”政策

所谓“全面两孩”政策，是指一对夫妇可以生育两个孩子的政策。2015 年 10 月 29 日，中国共产党第十八届中央委员会第五次全体会议公报由中国共产党第十八届中央委员会第五次全体会议通过，其中明确提出：促进人口均衡发展，坚持计划生育的基本国策，完善人口发展战略，全面实施一对夫妇可生育两个孩子政策，积极开展应对人口老龄化行动。而后中共中央国务院于 2015 年 12 月 31 日发布关于实施全面两孩政策改革完善计划生育服务管理的决定，从依法组织实施全面两孩政策、改革生育服务管理制度、加强出生人口监测预测以及合理配置公共服务资源这四个方面入手，以期稳妥扎实有序地实施“全面两孩”政策。在十二届全国人大四次会议“实施全面两孩政策”记者会上，国家卫生计生委主任李斌也表示：到目前(3 月 10 日)为止，广东、上海、湖北等 13 个省区市已经完成了地方人口与计划生育条例的修订，多数省份将于 3 月底完成地方条例的修订工作，全面两孩政策正在依法有序的实施过程中。根据测算，全国符合全面两孩政策的夫妇大体有 9000 多万对，政策全面实施以后，预计未来这几年，人口会有所增长，特别是新生儿会有所增长。到 2050 年，劳动年龄人口大体会增加 3000 万左右，老年人口在总人口中的比例会有所降低，这样使人口的结构更趋于均衡。[1]

1.2 “二孩排斥”

“全面二孩”政策的出台引发了公众对相关问题的热烈讨论。如“二孩”能否生的起、养得起的问题，与二孩情况相关的教育、医疗、就业问题也被广泛关注。需要明确指出的是，以上的诸多问题或多或少都属于“将来时问题”范畴，即对未来即将发生或可能发生的情况的考虑甚至担忧。显而易见的是，“将来时问题” 需要被认真对待，并根据有关情况做好相应的判断、预测和谋划工作，但与“将来时问题”相

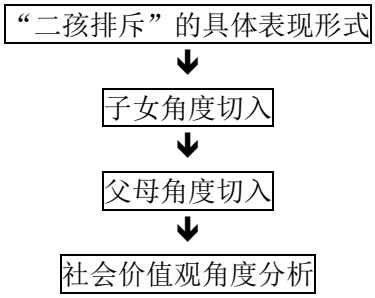
[①]大连医科大学人文与社会科学学院 辽宁大连 116044
*通讯作者：赵明杰，E-mail: zmj595187@sina.com

比，“现在时问题”以其现实的紧迫性和问题自身的严峻性更应该被关注和重视。在“全面二孩”政策背景下，最突出的“现在时问题”莫过于“二孩排斥”。

所谓“二孩排斥”是笔者给出的定义，是指一个家庭之中的“一孩”，也就是第一个孩子，对于“二孩”警惕、敌视、抵触、排斥的现象。翻阅新闻不难发现，“二孩排斥”的表现形式多种多样，且贯穿孕育二胎的全过程。武汉十三岁女孩雯雯（化名）在母亲怀上二胎之后，相继以逃学、拒绝参加中考、离家出走威胁父母，最后竟坚持只要父母再生一个孩子，她就要以自杀“解决问题”。其父母最终无奈终止了妊娠；沈阳十四岁女孩小兰在有了弟弟之后感到父母“不再爱她了”，遂离家出走；江西十八岁男孩得知父母计划再要一个孩子时，竟提出“要生可以，以后分财产时，我可要多分”。类似的“二孩排斥”屡见报端，不禁让人们思考：出现这种排斥的原因究竟是什么？

2 “二孩排斥”出现原因探究

通过对“二孩排斥”诸多表现形式的搜集、归纳、总结，并查阅相关资料和文献，笔者认为探究“二孩排斥”出现的原因可以从以下两个角度切入：（1）子女角度，这里的“子女”特指家庭关系中的“一孩”，即第一个孩子；（2）父母角度。在通过子女、父母角度入手进行分析之后，上升到社会价值观的角度，即从社会大众对一种或一系列社会现象所持的态度、所秉持的看法层面进行讨论。因此，笔者认为应该遵从下述框架进行研究分析：



首先，通过“二孩排斥”的具体表现形式入手，观察家中“一孩”对父母生育“二孩”的看法以及对家中“二孩”的态度；而后通过分析、归纳、总结，由具象的表现形式上升到相对抽象普遍的原因分析层面。

具体来说：（1）率先从子女角度入手，因为子女是“二孩排斥”中最重要的主体，他们的行为、想法、观念是研究“二孩排斥”的重要媒介；（2）一般情况下，选择生育“二孩”的家庭中“一孩”为未成年人。一方面，未成年人是无完全民事行为能力人或限制民事行为能力人，并没有完整健全的能力进行相关的事实判断和行为选择；另一方面，正如王海明教授在相关著作中提出：婴孩时期是一种“无德状态”，即尚未形成具体品德、既不属于美德境界也不属于恶德境界的尚不稳定的状态。所以在这个阶段，父母对子女的影响是巨大的，他们不仅照顾孩子的生活，帮助孩子健康成长以及进行正常的社会活动，更为重要的是要对孩子的品德形成进行引导和教育。所以第二步从父母角度切入分析“一孩”的相关状况是合理且必要的；（3）社会价值观、社会思想对生存在社会中的每个独立个体有着潜移默化却深远持久的影响。社会价值观即一个社会的价值理念，通俗来说就是一个社会对好坏、善恶、对错等价值进行鉴别、判断和选择时所秉持的态度和观念。相关个体生活在这样一个社会中，必然会受到社会价值观的影响、约束。所以从社会价值观的角度探究“二孩排斥”的原因，具有现实意义的同时也达到了一定的高度。

所以以下的分析过程将在上述框架下展开。

2.1 独生子女自私心理状态的养成

通过对相关案例、尤其是对 1.2 之中引用的几个相对极端的例子进行分析不难发现，“一孩”反对父母孕育二孩的理由大致有以下几个：（1）本属于自己全部的爱将被一定程度地分享；（2）自己作为哥哥或姐姐有了照顾弟弟妹妹的责任，丧失了家中“小皇帝”的地位，不可避免的存在心理落差；（3）会一定程度上失去自己的私人空间。

中国受计划生育政策影响而衍生的独生子女群体现今已陆续进入婚育年龄。在未逐步放开生育政策之前，他们走入婚姻之后很可能组成“四二一”家庭。所谓“四二一”家庭是指三代人里连续两代父母选择

只生育一胎的结果，计划生育政策是影响人们生育胎次选择的重要外部制约因素，它对于“四二一”家庭结构的形成作用明显。[2]通俗来说可以把“四二一”家庭理解为“金字塔”式家庭，位于金字塔顶端的就是祖父母、外祖父母的“掌上明珠”，父母的“小公主”、“小王子”——家中的第三代。他们集万千宠爱于一身，便不可避免的存在自私这种非良性的心理状态。

诚然，“四二一”家庭模式在一定程度上助推了这种自私心理状态的形成，它为子女形成自私的心理状态提供了客观条件。在面对已然如此的客观条件的情况下，人类的主观能动性就显得格外重要。但需要明确的是，主观能动性是一把“双刃剑”，运用是否得当决定了其产生正面抑或是反面的效果。顺着这个思路分析，造成“二孩排斥”的另一个主要原因就是相关个体没有正确地发挥主观能动性，而应该为此负主要责任的就是孩子的父母，其溺爱的错误教育方式造成了子女自私的心理状态。

2.2 溺爱造成孩子自私心理

所谓溺爱，即过分的宠爱，是在包办基础上向极端发展的家教方式。[3]溺爱在儿童家庭教育中主要表现为：（1）过分注意；（2）全力满足；（3）姑息迁就；（4）剥夺独立；（5）过度保护。[4]通过溺爱的具体表现来探究孩子自私心理的形成，从而揭示“二孩排斥”的原因是可行且必要的。具体来说，在没有“二孩”之前，家长对于家中的“一孩”存在过分的关注，切实贯彻了“一切以孩子为中心”的理念，使得原有的家庭重心发生偏移，家庭结构发生变化。家长的注意力完全集中在孩子身上，孩子的需求被近乎无条件地满足；顺从、迁就甚至放纵孩子的任性；大包大揽地帮孩子做本应该他们身体力行的事情；把孩子“圈养”在温室里，存在过度的保护欲。孩子的自私心理就在这种“掌中宝”式的教育模式下悄然形成。当家中计划出现或者已经出现“二孩”来打乱原有的家庭结构、“挑战一孩权威”、“觊觎无上地位”的时候，许多问题便油然而生。

以往独属于自己的爱和关注将被打破，甚至可能被很大程度地分享；同时以往由父母包办的诸多事项在需要自己独立完成的同时，还需要帮助弟弟妹妹们完成；自己的任性在一定程度上也不会如以往一样被包容，而是被解读为“不懂事”；自己的私人空间也将被一定程度地剥夺。这样，家中的“一孩”就产生了巨大的心理落差，认为父母“只爱弟弟妹妹，不再爱我了”、“原本属于我的一切都被弟弟妹妹夺走了”，由此产生了上文提到的“二孩排斥”。

自此明晰，“二孩排斥”出现的具体原因是因为孩子的自私心理，而孩子自私心理状态的形成与父母的教育方式有直接的联系。在得到相关结论后，就要求我们透过现象看本质，将相关问题上升到社会价值观角度进行分析。

3 家庭模式的转变呼吁中国式“家庭责任感”的理性回归

随着“全面二孩”政策的逐步贯彻和落实，现存的“四二一”家庭模式也会逐步被“四二二”家庭模式所取代。总会存在正在相关模式转型期的家庭因为上述原因而面临不同程度的“二孩排斥”。诚然，每个家庭面临的问题都有其特殊性，需要结合现实状况进行分析讨论，但在具体问题具体分析这一层面之上，存在一个探究问题共性的层面。

将相关问题和现实上升到社会价值观角度发现：家庭模式的转变呼吁“中国式”家庭责任感的理性回归。对此进行探究，首先需要明晰“中国式”家庭责任感的相关信息；而后分析“中国式”家庭责任感能在何种程度上、以何种方式对“二孩排斥”产生积极的影响。在整个过程之中需要特别注意的是上述观点之中理性回归的“理性”二字，将理性贯穿于解决问题得出结论的全过程以及各个阶段有重要的意义。以下的分析过程便依照上述框架展开。

3.1 家庭责任感概述

解析“中国式”家庭责任感之前，率先要明确家庭责任感的概念。所谓家庭责任感，是指作为家庭之中的一份子自觉自主地承担相应责任和义务的心理状态。需要明确的是，这种责任感的产生和发展并不是一个单向的过程，而是家庭之中任意两方主体双向交互的过程，即家庭之中的每一位成员均对家庭之中其他的成员负有责任，区别在于对彼此所负责任的性质及程度不同。这样就在家庭成员之间形成了相互的、交叉的责任关系网。所以显而易见的是：家庭责任感并不只约束家庭之中的成年人，它对家庭之中的未成年人也提出了相应的要求。 在明晰了家庭责任感的概念及其重要特点之后，便可以进一步探究“中国式”

家庭责任感的内涵。强调“中国式”家庭责任感，就需要从中国传统家庭伦理思想入手进行分析。中国传统家庭思想之中十分强调个人对于其他家庭成员的责任感。

3.2 关于理性回归的特别说明

本文所指的“理性”具体体现在以下两个方面：

（1）“中国式”家庭责任感隶属于中国传统家庭伦理思想范畴，该范畴历史悠久，具有鲜明的时代特征。所以在现今理解其内涵时，切忌将其局限于某一特定的思想框架下，要贯彻一个“去粗取精”的过程。与现实发展状况相符合的、可以推动社会和谐健康发展的、闪耀中华民族古老而深邃智慧的思想精华需要被保持和发扬，而与现实发展不相符合的，对社会发展有负面阻碍作用的思想桎梏则需要被打破和剔除。所谓“取其精华，去其糟粕”，就是这样一个“扬弃”的过程。

（2）在解决具体问题时，需要对“中国式”家庭责任感的思想精华进行理性地筛选。“二孩排斥”及其衍生的相关问题表明，在现今的家庭责任关系网之中有链条间不平衡的状况出现。父母长辈对子女往往富有很强的、甚至过量的家庭责任感，而相反子女对父母长辈的家庭责任感却很匮乏。这样就导致了家庭责任关系网的相对畸形，打破了家庭相对稳固的结构，不利于家庭关系的良性发展。所以针对这样的状况，就要筛选出“中国式”家庭责任感之中与之对应的，即平衡家庭责任感的相关内容。

所以本文讨论的即符合社会发展需要的、旨在有效解决“二孩排斥”相关问题的“中国式”家庭责任感。

3.3 “中国式”家庭责任感

针对以上对本文涉及的“中国式”家庭责任感的范围确定，将通过以下两个方面浅析“中国式”家庭责任感的思想内涵。

3.3.1 中国传统家庭框架构成

关于中国传统家庭框架费孝通先生的观点是：如果将家庭结构称之为“铁三角”结构，相对于夫妻关系来说，支撑家庭结构最重要的关系就是亲子关系。亲子关系在古代不仅是“血浓于水”的亲情思想的体现，更是等级秩序的代表。

需要特别明确的是，我国传统家庭框架中等级秩序并不代表着人与人之间的不平等，这种等级秩序只集中体现在个体身处于家庭关系中身份地位的不平等。家庭之中每个人个体相对于其他个体,都有确定的身份,任何两个人之间的关系,都是一种身份关系,从而就是等级关系,这是没有疑问的。所以从身份看,子女永远不可能实现与父母平等的愿望。[5] 中国传统等级秩序常常为人所诟病，只是因为关于等级秩序的相关设计是理想化的、完美主义的，而世人所诟病的是在相关等级秩序的建立、维系过程中异化的表现形式。现今需要进行讨论的并不是其中腐朽的、守旧的、过时的封建礼教，而是其中蕴含的、能够为现实所用的思想精髓，这就其中的“中国式”家庭责任感。

要发挥中国传统家庭伦理思想中的有益成果，就必须结合当今的现实情况，在对相关伦理思想的适用种类进行鉴别的同时，在适用程度上也要进行相应的调整。孔子回答齐景公如何治理好国家的问题时提出“君君臣臣父父子子”说。其意思简单来说就是君臣父子都该有君臣父子该有的样子。就父父子子来说，它强调了在家庭关系中，父亲要有父亲的样子，相对应的儿子也要有儿子的样子。我们可以这样理解，家庭成员之间对彼此都负有相应的责任，从而构成了家庭关系之中的动态平衡。而在现今的家庭结构中，这种平衡被严重地破坏，出现了严重的倾斜。子女成为了家庭重心，“铁三角”的家庭结构畸形发展。父母对子女不仅在质上尽到了相应的责任，而且在量上也远远超过了其必要的限度，而子女则往往乐于一味地接受父母给予的爱和关怀。当父母的“过犹不及”与子女的“习惯成自然”相碰撞，便产生了“二孩排斥”这种棘手的状况。

3.3.2 中华孝道文化

我国孝道思想历史悠久，影响深远。学界对于孝道思想的理论研究层出不穷，涉及孝道文化的各个方面。关于孝的内涵，不同学者从不同角度做出了界定。但对于传统孝道的评价，大多数学者均认为传统孝道经过漫长的发展，其内容全面丰富，但同时良莠杂糅，既有精华又有糟粕。[6] 笔者认为，传统孝道文化中应该被重视、继承和发扬的是其中所蕴含的深厚的“中国式”家庭责任感。

关于孝，《说文解字》中的定义是：“善事父母者。从老省，从子。子承老也”。即孝就是子女要善待父母。《论语·为政》篇记载：孟武伯问孝，子曰：“父母惟其疾之忧。”即孔子认为，孝的一种表现形式就是子女要关心父母的健康状况。孟子曰：“孝子之至，莫大于尊亲。”即子女对父母最大的孝顺就在于尊重、侍奉双亲。司马迁曾说：“父母者，人之本也。”以此告诫人们要侍奉父母、感恩父母。由此可见，孝道文化中的“中国式”家庭责任感集中体现为子女对父母所负有的责任感。

在中国的传统孝道文化中，子女对父母的责任感体现在“侍奉”、“尊重”、“感恩”等关键词上。许多学者认为，孝道文化的重要意义在于：在现今老龄化社会背景下有利于促进家庭和谐，解决相应的社会养老问题。所以，公众对于孝道文化的关注点便普遍落在成年子女对老年父母的赡养问题上。在这样的现实状况下，人们往往忽略了家庭中未成年子女对父母应具备的家庭责任感。这种责任感可能会随着年龄的增长，在程度上逐渐加深，但是需要特别明确的是，自从子女与父母组成家庭的那一刻起，他们自然对父母就负有相应的家庭责任感，这是毋庸置疑的。

4.培养“中国式”家庭责任感对解决“二孩排斥”的意义

4.1 在问题认识上以责任代替自私

其一，未成年子女是“二孩排斥”的主要主体之一；其二，儿童阶段对家庭责任感的形成有深刻的影响。通过培养家庭责任感，在认识相关问题上以责任代替自私，从而做出理性的选择。

儿童时期对一个人的一生有重要的作用和影响，相关专家称这一时期是人生的“关键期”。所谓关键期，也就是说在这段时间内小儿最容易学习某种知识和经验，错过这个时期就不能获得或达到最好的水平。神经科学家哈罗德·丘格尼也指出.学前儿童的大脑几乎是以能量消耗为主,对葡萄糖的消耗是成年人的2.25倍,早期学习的效率比较高,学习也比较容易。[7]这里的“学习”需要广义地理解，它并不仅限于知识的获得，更涉及行为模式、道德境界的培养，且后者较前者来说更为重要。所谓“才者，德之资也，德者，才之帅也”就是这个道理。所以按此逻辑分析，儿童时期也是培养家庭责任感的重要时期。针对“二孩排斥”，治标的方法就是采取多种方式，例如：家庭教育、学校教育、社会熏陶，对儿童进行“中国式”家庭责任感的培养。

个体在社会中的生存状态并不是静止和孤立的，其本身充满着动态的变化。儿童终将在一系列相对动态变化中、在一定时期内成为社会的中坚力量。所以对儿童家庭责任感的培养并不单纯只是一个治标的手段。通过对儿童进行“中国式”家庭责任感的培养，以责任代替自私，使年轻一代从认识家庭责任感到认同家庭责任感，最终内化为约束自身的、自律性的道德准侧，在遇到具体问题时可以正确地指导实践，从而形成一种生生不息的良性循环，积极作用于相关社会价值观的构建。

所以，在问题认识上以责任代替自私，不仅可以短期治标，解决迫切的“二孩排斥”问题，更重要的是旨在长期治本，不仅从本质上对“二孩排斥”进行解决，更可以构建良好的社会价值理念。

4.2 在问题处理上以理性代替极端

通过分析归纳相关实例可以得出，“二孩排斥”的集中表现形式是：家中“一孩”以极端的方式表达自己的诉求。这种极端的方式无疑增加了“二孩排斥”问题的紧迫性和解决上的棘手程度。培养“中国式”家庭责任感有利于家中“一孩”在与“二孩排斥” 相关的问题处理上以理性的思维代替极端的冲动。

首先，一个独立的个体融入家庭结构之中的程度越深，与家庭之中其他成员以家庭责任感为媒介和纽带连结的更紧密，他便更倾向进行理性的思考。因为当个体被置于家庭关系之中进行价值判断和价值选择时，他不再以一个独立的存在进行活动，他深知他的判断选择对家庭框架中的其他成员必然会产生相应的影响，且不论程度大小。当这种家庭责任感内化成为一个人的思维方式和行事原则时，他无疑会以理性的方式处理问题。

其次，以孝道文化的角度切入。子女对父母尽孝道的过程，就是子女履行对父母的家庭责任感的过程。当子女以“尊敬”、“侍奉”、“感恩”的心态对待父母，他们便深知自己表达相关诉求的极端方式会给父母家庭带来困扰甚至伤害，这显然与孝道文化相悖。所以当子女相关诉求的表达可能对父母及家庭产生某些不良的影响时，子女对父母的家庭责任感使子女更可能以更理性的思维方式思考相关的表达方式，避免相应的不良影响。

结　语

本文旨在探究中国哲学视阈下的对于“二孩排斥”问题的伦理适用。首先通过联系相关实际，解析“二孩排斥”的概念；而后从两个不同角度切入，从价值观角度对其原因进行分析，从而引出中国式“家庭责任感”的概念；接着从中国传统家庭框架角度和中国孝道文化角度切入，探究中国式“家庭责任感”的内核，并明晰培养中国式“家庭责任感”的意义。本文在理论框架的构建上进行了一定程度的新尝试，如有错漏，请各位老师不吝赐教。另外，如何培养中国式“家庭责任感”的相关实践问题也需要我们进一步思考和研究。

参考文献

[1]李斌主任等就“实施全面两孩政策”答记者问文字实录[EB/OL].http://www.nhfpc.gov.cn/zhuzhan/xwfbh/201603/98b84b2992a442748793dbf040f9f004.shtml/.2016-03-10/2016-03-15.

[2] 杨　宁. 对“四二一”家庭结构的梳理与分析 [J] .经济研究导刊.2011.24.259.

[3] 史春宜.陈立人.论对儿童的溺爱型家庭教育 [J] .时代人物.2008.04.135.

[4] 王月莲.儿童家庭教育中溺爱的危害分析与思考 [J] .科教文汇.2010.10.178.

[5] 黄义英. 等级、本分与补偿:中国传统家庭伦理设计的结构和功能探析 [J] .孔子研究.2009.04.29.

[6] 赵仲杰. 关于“孝道文化”的研究综述 [J] .天水行政学院学报.2010.01.118.

[7] 冯　扬. 学前期是儿童语言发展及性格形成的关键期 [J] .考试周刊.2012.47.162.

作者简介：尤晋泽（1992-），男，辽宁大连人，硕士研究生，研究方向：生命伦理学。

通讯作者：赵明杰（1959-），男，山东肥城人，教授，博士生导师，研究方向：生命伦理学、医学哲学。

生命决策中的家庭协商

韩跃红[①]

摘要：当生、老、病、死困扰个人之时，西方社会崇尚的是个人独立作出决定，华人则倾向于通过家庭协商作出决策。家庭协商之所以经久不衰并得到现行法律和医疗制度的认可，确得益于儒家家庭主义价值观的长期养育；家庭协商的实践结果之所以能在保护生命、凝结亲情、增进幸福和谐等方面富有成效，又因其以现实合理性为支配性原则，并随历史进步容入了民主、科学以及尊重当事人最终决定权的因素。中国生命伦理实践应充分重视家庭协商的作用，为其提供更为恰当的法律和体制保障。

关键词：家庭协商；生命决策；家庭主义；现实合理性

西方自古就有个体主义的文化传统，随着权利保护和社会保障的不断加强，“我的生命我做主”渐成西方社会的主流观念、主流规制和主流行为。无论是社会体制还是社会舆论，都对他人（包括家人）左右另一个人作出处置生命的决定保有高度警惕，以各种规制防范这种影响的发生。因此在西方社会，生命处置的家庭协商无足轻重，更不会被当作一个法定程序被贯彻到实践中去，而对个人生命自主权的保护却无处不见。相对而言，素有家庭主义传统的中国，虽然也在加强对个人权利的保护，也在发展社会保障以减轻家庭负担，但以家庭协商解决生命难题、以家庭应对生死困境的传统从未衰退。时至今日，每逢生、老、病、死困扰个人之时，都是家庭充当了第一把保护伞。家人不仅会尽治疗、呵护之责，还会义不容辞地履行协商和决策义务，使脆弱的生命有了一个主心骨，他不再独单，不再无助，而是与家人一起共度生死难关；也使生命决策因共享了家庭智慧而更为审慎和明智。

范瑞平先生在其《当代儒家生命伦理学》里认为，儒家家庭主义是与西方个人主义截然不同的文化传统，它铸成了医疗中的家庭决定和“家庭主权”。[②]笔者赞同他的观点，感到不仅在医疗决策中，在生命过程的重要节点上，国人都习惯于通过家庭协商来解决问题。家庭协商的过程既充满仁爱精神，又融入了理性、尊重、民主等当代价值，它使古老的家庭主义在生机勃勃的当代中国有了一个很好的表达方式。

一、生育问题的家庭协商

生育总是两个人的事，夫妻协商决定生育问题，中西概莫能外。引人瞩目的是，在中国，

[①] 作者简介：韩跃红，昆明理工大向社会科学学院教授，博士生导师，主要从事生命伦理学研究（云南昆明 650500）。

[②] 参见范瑞平：《当代儒家生命伦理学》，第一部分 儒家家庭主义：在西方个人主义的彼岸，1-109 页，北京，北京大学出版社，2011。

是否生育、何时生育、以何种方式生育，以及孕期、产期、哺乳期内一系列生活和医疗的细节问题都会成为家庭协商的重要议题，而且协商的主体会扩大到夫妻双方的父母和已有子女，甚至扩展到更多的近亲属。如果您认为这只是传统做法，不能反映新生代的主流行为，那么我们来看看 2016 年全面实施“二孩政策”以后的社会反应：一时间，是否生“二孩”竟然成了一个哈姆雷特问题，令所有育龄夫妻都陷入思考。不少夫妻已经决定生育，或已经有了“二孩”，但这个决定或这个“二孩”（被大陆喜称为“猴娃”）一般都是大家庭充分协商、共同决策的结果。笔者的一个研究生是独生女，一经达到政策条件，她就毫不犹豫地生了“老二”。她告诉笔者，生“老二”的问题实际上酝酿已久，早在政策放开前，她的父母就一再说两个孩子好，他们以后不孤单。当得知间隔 5 年后“单独家庭”可以生“二孩”时，她的父母又说，“乘着我们还带得动，你们赶快生，晚了谁帮你们带孩子？”正是在父母的长期影响下，小夫妻差不多成了“二孩”政策的最早受益者。笔者曾经问及你家“老大”是否同意。这位研究生说，他们自从有心生“老二”后，就注意引导“老大”接受一个弟弟或妹妹，结果其女儿很盼望“老二”出生，现在每天从幼儿园回家就要亲亲或抱抱妹妹。

以上是一个比较典型的中国式家庭协商案例，协商贯穿在日常生活中，平和而富有成效。一般而言，中国父母无不关心儿女的生育问题，尤其是独生子女的父母，大凡在子女成婚以后就开始考虑下一代的生育问题。尽管没有最终决定权，但中国父母还是会旁敲侧击，以巧妙的协商方式影响子女，而子女大多也乐意听取父母的意见，认为他们拥有更加丰富人生经验，可以从中获益。两辈人在协商过程中也会产生意见分歧，甚至会争论和争吵，但一般小辈不会怀疑老辈的善意（也就是范瑞平先生所说的“客观的善”，[①]），老辈也不必担心冒犯子女的自主权，这两点成为家庭协商经久不衰的基础。可在西方人眼里，生育纯属夫妻二人的私事，无论他们作出生或不生的决定，其他家庭成员都会欣然接受，哪怕父母认为生育条件不成熟（比如未婚先育）也会虚伪地向儿女表示祝贺。反之，父母如果公开反对子女的生育决定，会被认为是家长主义或权利干涉，这在西方伦理意识中是一种非常负面的做法。至于生“老二”要征得“老大”的同意，就更加令西人不可思议，但在中国情景却顺理成章，因为添丁进口是家庭大事，必须每个家庭成员都同意，才有可能全家人心平气和、高高兴兴地迎接新生命的到来。2016 年新年伊始，多起“老大”抗拒父母生二孩的报道见诸网媒，甚至有“老大”以自杀、出走、拒考等方式要挟父母不生“老二”，虽是极端个案，却从反面佐证了家庭协商生育问题于中国的重要性。

笔者访谈过一个丁克家庭的男性，他与妻子结婚时就下定决心不生孩子，要把全部精力投入事业和对生命的潇洒体验。然而，双方父母持续多年的劝说正在动摇着他们的决心。他对鹰服于传统观念矢口否认，但承认原来对家庭幸福的预设可能有问题，因为父母经常唠叨“没有孩子有啥意思”，“没有孩子的家庭不稳定”。结婚数年后他们夫妻果真觉得家庭生活比较单调，担心以后就更加乏味，甚至害怕以后后悔时已经生不出来了（遭遇怀孕困难）。最近，身边的人正热火朝天地筹划生“二孩”，进一步加剧了这对夫妻的动摇心理。这一案例和前面生“二孩”的案例一样，家庭协商是家庭生活的一个组成部分，重要的是，两代人

[①] 范瑞平：《当代儒家生命伦理学》，35-37 页，北京，北京大学出版社，2011。

日常联系非常紧密，要么因为父母帮助照看“老大”而共同生活，朝夕相处；要么身处两地的亲子之间彼此牵挂，经常通电话或相互看望。就在频繁的交往中，父母对子女生育问题的意见得以充分表达，慢性渗透。这说明历史悠久的中国传统家庭（三代同堂）以及心心相印的亲子关系为家庭协商提供了现实条件，但家庭协商富有成效的基础又是什么呢？也就是说，两代人在人生观、生育观、幸福观以及生活方式上存在显著差异，但为什么他们还是可能达成一致意见呢？从上述两个案例我们看到，两代人取得一致意见的契合点不再是“不孝有三，无后为大”，也不是“养儿防老”，传宗接代，而是一些非常现实的幸福考量，诸如独子太孤单，不利于成长；没有孩子会缺少家庭乐趣和创造性等等。生育问题上的家庭协商除了父母主动参与，也有子女主动征求意见的。后一种情况既有尊重、讨教的意味，也有取得父母在经济、照料和精神支持方面帮助的意义。因为在中国大陆，养育孩子成本高昂，在应试教育环境下长大的新生代疏于家务，若无长辈相助他们很难挑起孕育婴儿的重担。

可见，以儒家思想为核心的家庭主义可以为生育问题的家庭协商提供文化解释，但解释的侧重点在家庭协商这一决策的形式或者程序。正是中国乃至东亚社会以家为主的生活方式使家人之间可以在生育观上长期影响、相互渗透。至于家庭决策背后看不见的支配性原则，也就是家庭成员达成一致意见的基础则更多地表现为现实合理性（如后代的福祉和家庭的幸福）。这说明当代国人传承了儒家家庭主义的生活方式，但在其中融入了理性精神，淡化了家长主义色彩。

二、养老问题的家庭协商

在中国大陆，随着老龄化席卷而来以及养老产业的迅速崛起，以家庭协商解决养老问题显得更加重要，也更为频繁。然而，协商的方式和内容表现出巨大的城乡差异。

在中国大陆的广袤农村，养老问题的家庭协商被传统习俗大大简化了。老人（包括父辈和祖辈）一旦丧失劳动能力就轮流到儿子家生活，轮转时间各家一样，而女儿只需在过年过节、生病住院时看望老人即可。这一习俗意味着男性孩子是家庭养老的主体，他们平均分配赡养老人的负担，而女儿却被豁免了这样的义务。尽管与现行法律规定（成年子女，不分男女，都有赡养扶助父母的义务）不相符，但儿子养老早已固化在世代更迭的乡村生活里，显示着男主女从这一儒家观念的强大生命力。这种生命力之所以没有被西化的浪潮冲垮，说明它总是在某些方面与现实境况相适宜。首先，体力相对强壮的男性更能胜任农耕和其他体力劳动而当之无愧地成为家庭栋梁，也就是成为家庭的主要劳动力和责任承担者。其次，儿子养老也蕴含着某种权利与义务的对等关系，使之具有广泛的世俗可接受性。父母辛劳一生，为儿子娶亲、建房，换来的是“养儿防老”以及同姓孙辈对家庭“血脉”的传承，而女儿出嫁之后成为夫家的劳动力，父母又从不菲的“彩礼”获得一定的养育回报。所谓的“以亲换亲”就意味着娶媳妇的经济支出与嫁女儿的经济收获大致对等，都约等于“彩礼”的价值。最后，从可行性思忖，儿子均分养老负担还是一种简便可行的农村养老方式，因为女儿可能远嫁他乡，父母很难随其生活，而儿子被住房、田地固定在家乡，在家供养父母成为可能。而且，儿子养老的两个“漏洞”——没有儿子和没有子女的老人供养问题已经在历史长河里

找到了解决办法：为女儿“招赘”养老或者由政府出资集中供养孤寡老人。正是这样，儒家的孝文化以习俗作为载体，凭借着内在的道德合理性及与现实生活的适宜性而得以长期持存，村社的社会舆论从外部维护着它，民间教化从内心塑造着它。就像西方人害怕背上干涉子女自由、虐待子女的污名一样，中国人极其恐惧不孝之子的骂名。于是，并不富裕的农村子弟们平静地按照传统为家里老人养老送终，同时因为尽了孝道而获得一份安心，如果孝心出众还会在十里八乡享有赞誉。

但我们在分析传统养老习俗合理性的同时必须看到，老人在其中始终处于被动的地位，他不能表达自己的意见，更不能突破习俗去自己想去的家庭生活，他（她）只能以预设的周期在儿子家轮转度日。这样因为均分负担而被安排的晚年生活会给人什么样的感受呢？读者可想而知。即便遇到“不孝之子”或不良的儿媳妇，老人们也只能忍气吞声地挨过那个既定的周期。所幸的是，习俗也不是铁板一块。在江苏等发达地区，出现了不少农村老人随有孝心的儿子或女儿长期生活的情况；在急剧扩大的城市，家庭协商更是给了老人发言权，也给了老人更多的尊严感。

我们知道，在中国大陆的大中城市，家庭养老依然占据绝对优势，但较快发展的社会养老事业和迅速崛起的养老产业毕竟为人们提供了多种可能的选择，也给老人提供了最后的避风港。更为可喜的是，随着富裕程度的提高和观念转变，家庭协商的重心从经济分担移到了生活照料、医疗协助、精神关怀和陪伴等问题，城市子女在协商过程中更加关注父母的福利，也更加尊重父母的意愿。通常情况下，子女们会根据居住条件、时间精力、家庭关系、去医院的距离等多种因素协商权衡，把老人安置在最为合适的一个子女家里居住，其他子女经常看望和协助照料；或者老人住在原来的家里，子女们轮流前往照料或协同雇请保姆照料；当照料实在困难或老人强烈要求时越来越多的家庭开始考虑机构养老。无论何种方式，贯穿养老协商的主要原则还是有利于老人。当老人作出相左的选择时，即便不太符合现实合理性或“客观的善”，子女们在劝说无效的情况下，也趋向于最终尊重老人的意见。

笔者走访了昆明市某家具有医养结合性质的康复医院，对两位老人的情况印象深刻。一位 77 岁的男性老人“脑梗”后入住这家康复机构一年多，肢体和语言恢复良好，心境愉快并很健谈。他告诉笔者，很喜欢这里，不仅条件好，还能与其他老人聊天，周末有大学生志愿者来“关爱”他们。每个月儿子会来交钱（伙食费和护工费大约两千多元），但他不想回家，因为子女都很忙，在家没人说话。另一位 94 岁的男性老人就很不同，他平时和二婚的妻子在一个大型矿区生活，6 个子女都住在昆明。他因严重肾积水被子女接到昆明并送到这家医院治疗，一月后病情大为好转，老人表示要出院回家，不愿意多住，也不愿意住到昆明的子女家。笔者见老人时，他坐在轮椅上看报，因听力较差不太愿意和人交流，上述情况是老人的儿媳告诉笔者的。这位已经退休的妇女说，6 个子女都有孝心，认为老人是离休干部，继续住院是最好的选择，即便出院也应该随儿女住在昆明。但老人执意要回家，没有办法，可能稳定一段时间后就只能将其送回矿区。这两位老人的情况都有一定代表性，一位愿意长住机构，治疗慢性病的同时实现他所向往的养老；另一位执意要同二婚的妻子生活。协商的共同点是子女们最终顺从了老人的选择。众所周知，城市不再固守儿子养老的旧俗，随女儿

生活的老人非常多，就像许多婴儿是由他们的姥姥和姥爷（南方称外婆和外公）带大一样，个中缘由猜测可能与婆媳关系难处、男主外女主内的传统有关。

家庭养老在城市和农村的显著差别，有可能是一种历时性变化，预示的是未来中国大陆的养老图景：其一，真正的协商代替了习俗。协商背后看不见的支配性原则不再是儿子均分养老负担，而是老人福利的最大化，这无疑增加了老人的福祉，是了不起的历史进步。这种进步貌似远离了传统，但却更为接近儒家敬老孝亲的伦理精神。其二，协商过程中老人的意愿得到更多表达和尊重，使老人们生活得更为自主也更有尊严。因此笔者认为，在养老问题上，历史演进的主流是更趋近于儒家对“孝”的核心理解——敬和顺。孔子提出“孝子之事亲也，居则致其敬，养则致其乐”，[①]孟子认为，“不顺乎亲，不可以为子”[②]。相对而言，儿子轮流养老的习俗更多考虑了兄弟之间的利益均衡，正所谓“名不同得则怨，以为彼荣则我辱也；利不均得则争，以为彼多则我少也”，[③]而较少考虑父母的快乐和自主。这说明经济发展和生活水平的提高可以淡化养老协商中的“均利”原则，强化养老协商中的敬老、顺亲原则。这些可喜的变化应该可以成为“重构”儒家生命伦理学的元素。

中国尚存巨大的城乡差别，但在养老这一件事情上，城乡家庭都很有担当，子女们或根据习俗来分担养老义务，或通过协商形成有钱出钱、有力出力的态势，如此维持了庞大的家庭养老比例。无需回避，城乡都有“不孝之子”，父母状告子女不养或不“回家看看”的事例也不鲜见，但总体来看，一个即将跨入现代化门槛的人口大国，并没有在城市化和老龄化的双重夹击下出现养老危机，极为开放的民众也没有奢望把照料父母的责任推卸给政府和社会，而是默默地延续着家庭养老的传统，以家庭协商解决养老中的各种麻烦和矛盾，保持了社会“老有所养”的基本面貌，这不能不让人感怀于儒家的孝文化及其当代价值。然而，目前中国大陆正陷入空前的养老焦虑。数不清的独生子女远走高飞，空槽老人遍布城乡各地，家庭养老的功能正在客观上被削弱。公共政策如何支持家庭养老、如何鼓励家庭通过内部协商化解矛盾和维护和谐等问题将是新的研究课题。

三、病、死问题上的家庭协商

家庭在医疗决策中的作用已有学者做过深入研究，他们不仅论证了“家庭主权”或“医生、患者、患者家属共同决策理论模式”在中国或东亚社会的道德合理性，还建构性地提出其实践方式。[④⑤]笔者已无更多贡献，只是感到因医疗决策专业性很强，对家庭主权的实现方式需要区别对待，应鼓励和支持家庭通过协商的方式实现其主权，抑制可能的缺乏善意和科学合理性的家长主权（如愚昧丈夫拒绝签字导致孕妇不能手术而致一尸两命的惨案）。为此，一是医生不能置身为家庭协商的局外人和旁观者，而是必须扮演好科学引路人的角色。

[①] 孝经·纪孝行。
[②] 孟子·离娄章句上·第二十八节。
[③] 转引自唐文明：《人伦理念的普世意义及其现代调适——略论现代儒门学者对五伦观念的捍卫与重构》，10 页，《道德与文明》2015 年第 6 期。
[④] 参见范瑞平：《当代儒家生命伦理学》第一部分 儒家家庭主义：在西方个人主义的彼岸，1-109 页，北京，北京大学出版社，2011。
[⑤] 参见李泉；《论家庭在医疗决策中的作用》，济南，山东大学博士论文，2013。

只有在明确了医学最佳选择、次佳选择以及患者本人真实意愿的前提下家庭协商才是有意义的。二是家庭成员也应扮演好医患之间沟通者、合议者的角色。当家庭内部（包括患者）意见不一致时，最好的协商方式就是继续咨询医生；当反复协商不能说服患者时，一般情况下还是应把最终决定权交给患者本人。三是国家规制应当继续坚持有别于西方知情同意权实现方式的立法和管理原则，既为家庭协商提供法律和政策保障，又要通过修法避免“家属签字”硬性阻挡紧急施救的悲剧重演。总之，无论是人还是法，在医疗活动中，都应把对“签字”的关注导向到对协商过程的关注。协商的方式既有家庭支持个人的温度和力度，又融入了民主和尊重的元素，是新时代实现家庭主权的首推方式。当下，许多临床医生已经在自觉或不自觉地把“签字”当成促进家庭协商的手段，比如，当患者或家属一方不同意签字时，有经验的医生就会说“你们再商量一下，有不清楚的地方随时找我”，于是，这位医生促成了又一次家庭协商并使之获得进一步的医学指导。

在生命的另一极——死亡的问题上，中国也实际存在着家庭协商，而且协商的基础是传统共识。众所周知，中国人对死亡的态度非常实际，一方面专注于生，忌讳谈论死的问题；另一方面，当死亡不可抗拒时，又能顺其自然，坦然向死。这一务实态度成为民间处理死亡事物的思想基础，也为家庭协商提供了基本共识。当家人尚有救治希望时，家庭协商的重心是医疗决策，即尽一切力量挽救亲人，通过家庭协商配合医生作出一个最好的治疗方案。此种情况下，即便病人明确提出主动安乐死请求，家人通常不会接受，更难以将其作为家庭协商的议题进行公开讨论，而是不自觉地倾向于忽略病人的请求，或以善意的谎言劝慰病人坚持治疗。这样一种对死亡的回避、对生的积极追求不仅是民间共识，也得到医疗体制的遵从而得以在实践中畅行，所以，主动安乐死在中国虽然讨论火热，但要打开这扇门却难上加难，因为它在根本上与儒家好生恶死的观念水火不容。但被动安乐死的情况就大为不同。当家庭经过千方百计的治疗仍然挽救不了亲人性命的时候，家庭协商就有很大的变通空间。

一种情况是，许多老人在“寿数已到”的时候会提出在家“终老”的请求，家人通常理解这一特殊的文化需求，或顺其自然让老人在家里“无疾而终”，或怀着强烈的义务感把老人护送回老家，按照习俗召回儿孙，老人在亲人们的陪伴和呵护中安然、满足地离开人世，藏入祖坟地。这种充满家庭温情的死亡方式在国人看来可谓“善终”，但在西方人眼里可能会觉得家人尽责不够。另一种情况是，老人随遇而安，在医院救治无果后葬于子女所在城市的公墓。即便此种情形，随着寿命延长和医疗维生技术的广泛使用，越来越多的家庭倾向于适度治疗，姑息治疗（临终关怀），甚至必要时放弃治疗。正是在尽心诚意照顾老人的过程中，儿孙们深切感受到靠先进技术维持漂浮不定的生命要在老人身上施加多少难以言状的痛苦，这时，顺应天命的观念融进了不忍之心，“孝”与“顺”契合为对放弃治疗、姑息治疗（也就是被动安乐死）的无奈选择。

我们知道，中国大陆至今没有开启安乐死立法的进程，但安乐死的请求和安乐死案件日渐增多，后者多为家人协助自杀后被提起公诉。在社会需求巨大而法律踌躇不前的境况下，民众早就在自发探索现实可行的道路，结果便是被动安乐死悄然成为广泛存在的事实。如上所述，老人在家或回家终老的情况司空见惯；医疗机构也充分尊重家庭协商的结果，只要有

患者和/或家属的书面签字不治病人可以“自动出院”或转为姑息治疗；老人一旦住院，患方就可以和医院订立不做心肺复苏、不插管、不上呼吸机等提前预嘱；中西差异最大的恐怕是撤出维生医疗（如鼻饲管、呼吸机等）的要件。西方把个人主权贯彻到底便是家属无权决定撤出维生医疗，除非提供本人自愿的证据。德沃金在其著作《生命的自主权：堕胎、安乐死与个人自由的论辩》里多次提到的南西·克鲁赞案就是如此。[①]但在中国，对失去自主性的末期患者，家庭有权决定撤出维生医疗或改用药物做短暂维持。由于拥有相同的文化传统，台湾在 2012 年修正了《安宁缓和医疗条例》，放宽了末期病人撤除心肺复苏术或维生医疗的门槛，对于无意愿书，也无法表达意愿的末期病人，只需一名病人家属如配偶、成年子女、孙子女、父母同意，不需再经医院医学伦理委员会审议就可以撤除维生医疗。[②]

显然，中国大陆的患者、家属、医院三方形成了对被动安乐死的默认，且这种情况并未引起太大的学术争论和社会争议，也没有爆发太多的家庭和法律纠纷，究其缘由，一是儒、道、释对死亡的顺应态度迥异于基督教生命神圣观对死亡的竭力抗拒。庄子曰：“死生，命也；其有夜旦之常，天也。”[③]意思是说，死和生均非人为之力所能安排，犹如黑夜和白天交替那样永恒地变化，完全出于自然。另一方面，同样浸染在儒家家庭主义中的医、患双方都不会轻易怀疑家属的善意，于是，医疗中的家庭主权自然而然地延伸到了被动安乐死决定。这在西方人看来已经飞涧越池、有所僭越，但有儒家家庭主义伦理和经验的有力支撑，民众事实上已经接受了它。

由此看来，在病、死问题上的家庭协商同样广泛存在，也同样充满仁爱和理性，其中有些在西方人看来不够尊重个人自决权和个体生命的做法，在儒家实践理性和亲亲之爱的解释框架内并无不妥，反倒显衬出亲子、夫妻、手足之间强烈的不忍之心和帮助至爱之人早日解脱的责任担当。

四、结论

在中国大陆，儒家思想历经多次清剿，但与东亚其他地区无异，家庭主义依然融化在了民众的生活方式中。家庭协商是家庭主义生活方式的一种具体形式，它淡化了家长主义，增加了民主元素，代表着家庭主义演进的方向。

通过对生、老、病、死的一些现象考察，发现个人在解决生命难题时都要仰仗家庭协商。这种仰仗除了文化心理因素，也可能与国人的生活状态有关。中国社会保障和社区发育相对滞后；人多地少，社会竞争强，个人在整个生命周期都对家庭有很大的依赖性。婴儿一来到人世就要仰仗祖辈照看（城市全职妈妈极少，农村留守儿童众多），衰老后能进养老机构的微乎其微，看病难、看病贵的现实使得一人患病全家出动成为常态……而在西方社会，孩子一旦成人就离开家庭独立生活，当其生、老、病、死时可以获得有效的社会保障和社会援助。

[①] 德沃金:《生命的自主权：堕胎、安乐死与个人自由的论辩》，郭贞伶、陈雅汝译，239、248 页，北京，中国政法大学出版社，2013。

[②] 林连金：《末期病人——家属签同意书就可拔管》，台海网，http://www.taihainet.com/news/twnews/twsh/2012-12-22/998800.html。

[③] 庄子·内篇·大宗师。

马克思认为，社会存在决定社会意识。家庭主义价值观在每个时代都有它活下来的现实土壤。国人在生命决策时之所以养成家庭协商的习惯，除了生命如此重要、必须整个家庭群策群力的因素外，生活方式和生活状态可以提供社会存在方面的解释。

从形式上看，生命决策时的家庭协商不拘一格，有时表现为家人共同遵守某种传统习俗（如儿子均分养老负担），有时呈现为家人的相互影响，有时反映为某种文化默契（如护送老人赶回老家善终）；协商的方式时而开放民主（如生育“二孩”要征求父母和“老大”的意见）；时而显露家长主义色彩（如向患者隐瞒绝症诊断、代替末期病人作出医疗决定）。形式各异的家庭协商能在家人最需要、生命最脆弱的时候给予强有力的智力和精神支持。正是以协商为开端，调动了全家老小对脆弱生命展开实际行动的援助。家庭支持——一种蕴藏在民众日常生活中的无形力量，是当今中国宝贵的社会资源和道德资源。这种资源不仅在保护生命、凝结亲情、稳定家庭等方面发挥着润物细无声的作用，实际上，它还在为政府分忧，在老龄化浪潮汹涌而来的情势下弥补着需求与社会供给之间的巨大缺口。

从内容上看，生、老、病、死时的家庭协商各有不同，但撇开具体内容透视协商背后的支配性原则，发现人们考虑问题的价值取向是整个家庭或其成员的福祉最大化，如生育前就考虑子女未来的成长环境和教育条件，购房时考虑老人出行和就医方便，家人病重时安排“守夜”时间表，如此等等，协商后总能制订出一个伤害（代价）最小受益最大的行动方案，体现出对现实合理性的追求，故本文将贯穿于家庭协商内容的支配性原则概括为现实合理性原则。当现实合理性指向的不是协商者自己而是家人时，儒家的仁爱精神尽在不言之中。正是对仁爱的体认使当事人充分信赖家庭，乐意接受家庭的决策，甚至愿意把个人自主权完全转让给家庭。就是这样，有关生命决策的家庭协商内发于亲亲之爱，外生于生存环境，显效于实践理性，在维系良善而有序的社会生活中扮演着重要角色，与西方社会“我的生命我做主”的生活习惯形成鲜明对比。

现象考察还发现，家庭协商融入了新时代的元素。有学者认为，儒家的人伦思想，特别是三纲的观念中包含着对人伦中主导一方（君、父、夫）的重视和强调，因而包含着一种支配性因素，形成了基于客观位分的支配与服从关系。[①]这种支配性因素在传统社会自有其理，在当代维护和谐方面也有一定参考价值，但就生、老、病、死问题进行家庭协商这一特定语境而言，父亲、丈夫、兄长的支配性已经被协商本身的民主性和支配协商的现实合理性取而代之。我们经常看到，协商时父亲可以弱得像孩子，丈夫可以对妻子言听计从，年轻能干的小辈可以挑起家庭大梁。家庭协商偶尔也会显露家长主义，但已不是纲常的主佐关系所使然，而是家人代为决策、代为做主以免去老弱病残者负担的情形。只有在一种情况下，家庭协商的现实合理性可以被完全否决，那就是当生命主体始终坚持另外一种选择时，而且此时他（或她）完全清楚家人考虑的合理性，但他（或她）有自己不同的价值取向，比如为了最后的尊严他（或她）要放弃治疗、为了完成至关重要的事情他（或她）强烈要求家人告知病情、为有同伴交流他（或她）必须离开条件更好的家庭，等等。这些要求若放在过去很容易被无情

[①] 唐文明：《人伦理念的普世意义及其现代调适——略论现代儒门学者对五伦观念的捍卫与重构》，9 页，《道德与文明》2015 年第 6 期。

否定，但在今天，人们在新时代学会了尊重不一样的价值观，越来越倾向于把生命健康的最终决定权交还给本人。就像多数父母不可能再强迫子女生育一样，多数子女也不会以“客观的善”为由去否定父母真挚而持久的愿望。

总之，历史展现出家庭主义强大的生命力，这种生命力的源头活水就是它的与时俱进。医疗决策中的家庭主权是家庭主义生活方式的一种典型形式，其中最有现代色彩的便是家庭协商这一程序。家庭协商是家庭主义文化之树上结出的新鲜果实，不仅是实现医疗家庭主权的应有方式，也是有效解决生、老、病、死、残等生命难题的通用程序。在此程序之中，家庭既表达了对亲人的生命和生活的无限关爱，又不失对个人自主权的尊重和对科学、法律的虔敬之心。仁爱、理性、民主和尊重已然成为家庭协商的主旋律。这些掩隐在民众日常生活中的道德变化值得学界关注和体制关照。

参考文献

1. 范瑞平：《当代儒家生命伦理学》，北京，北京大学出版社，2011。
2. 孝经·纪孝行，古诗文网，http://so.gushiwen.org/guwen/bookv_4101.aspx。
3. 孟子·离娄章句上·第二十八节，古诗文网，http://so.gushiwen.org/search.aspx?value=不顺乎亲，不可以为子。
4. 唐文明：《人伦理念的普世意义及其现代调适——略论现代儒门学者对五伦观念的捍卫与重构》，《道德与文明》2015 年第 6 期。
5. 李泉；《论家庭在医疗决策中的作用》，济南，山东大学博士论文，2013。
6. 德沃金:《生命的自主权：堕胎、安乐死与个人自由的论辩》，郭贞伶、陈雅汝译，北京，中国政法大学出版社，2013。
7. 林连金:《末期病人——家属签同意书就可拔管》，台海网，http://www.taihainet.com/news/twnews/twsh/2012-12-22/998800.html。
8. 庄子·内篇·大宗师，古诗文网，http://so.gushiwen.org/search.aspx?value=死生，命也。

The Family Consultation in life decision making

Han Yuehong

【**Abstract**】When the individual puzzled by such matters as birth, death, illness and ageing, Western society advocate an independent personal decision, on the contrary, the Chinese tend to make decisions through family consultation. It’s all because of the traditional Chinese Confucian Family Values that Family consultations can be accepted by the existing law and the existing health care system. Practice results show that the family consultation is very effective in the protection of life, promotion of happiness, and harmonization family. All these are inseparably

related to the principle of practical rationality and the continuous accommodations with democratic and science which are realizing the respect for individuals. So the Chinese bio-ethical practice should pay full attention to the position of the family consultation, to provide a more appropriate legal and institutional guarantee.

【**Keywords**】 Family Consultation；Life Decision；Familialism；Realistic Rationality

严重缺陷新生儿医疗决定权的伦理学研究
——基于西方个人自主和儒家家庭自主决定模式的比较分析

简小烜

[摘要] 西方个人主义伦理大旗之下的个人自主决定模式将决定权赋予个人，然而，具有决定权的新生儿不具备做出决定的能力，那么，谁能代表新生儿的最佳利益？谁是有权作出决定的代理人？对于个人自主决定模式而言，这些问题的答案非常不具备确定性，因此容易陷入道德困境。相比之下，儒家家庭主义伦理之下的家庭自主决定模式由于明确主张将自主决定权赋予利益相关性最大的相关家庭，从而为严重缺陷新生儿伦理问题的解决提供了恰当的道德策略。在儒家看来，家庭是病患最佳利益的阐释者，基于家庭共同协商而做出的决定，是恰当的、符合病人利益的决定。而在具体医疗情境中，病患的康复既是个体自身的最大利益，也是家庭核心价值——连续、完整、繁荣的实现。救治一个预后很差的严重缺陷新生儿，不但是对个人利益和家庭价值的损害，更是对孩子的“不义”、“不仁”。儒家的家庭自主决定也可称为家庭共同决策，是一种基于德性的协商伦理。在个人自主无法发挥作用的情况下，或者说在面对无行为能力患者的案例之时，应赋予家庭以医疗决定权，让家庭做出恰当的医疗决定。

[关键词] 严重缺陷新生儿；家庭自主；个人主义；家庭主义；儒家伦理

有数据显示，我国是世界上新生儿缺陷高发国家之一，在每年 1600 万至 2000 万的出生人口中，有 80 万至 120 万出生缺陷儿，约占每年出生人口的 4%—6%[1]。出生缺陷又称先天缺陷，是指由于先天性、遗传性和不良环境等原因引起的出生时存在的各种结构性畸形和功能性异常的总称。而根据其严重程度可分为重大和轻微两类，前者是指需进行较复杂的内科、外科及矫形处理的出生缺陷，后者则不需进行复杂处理[2]。随着医疗技术的日益进步，越来越多的严重缺陷新生儿得到挽救，但是，在挽救的背后，却出现了一系列伦理问题，如在有严重缺陷的新生儿中，哪些婴儿应该得到救治，哪些婴儿可以任其自然死亡？救治或放弃的决定应该由谁做出？谁是婴儿最佳利益的代表者？等等。本文将重点讨论新生儿医疗决定权问题。

决定权对于新生儿来说非常重要，因为他们自身的特性决定了他们不具备行为能力，必须由他人来代替他们作出决定。从世界范围看，目前主要存在两种医疗决策模式，以中国为代表的、建立在家庭主义伦理基础之上的家庭自主决定模式；以西方国家为代表的、建立在个人主义伦理基础之上的个人自主决定模式。家庭自主决定模式将决定权赋予家庭（父母），认为家庭（父母）病人最佳利益的代表者，家庭（父母）能够替病人做出最佳医疗决定。具体的实践是——医生首先从医学的角度，告知父母各种医疗方案及其结果，包括治疗或者放弃治疗的结果，同时也会给出治疗或放弃治疗的建议，但是否治疗则交与家庭决定；家庭成员则基于医生的专业建议，共同进行具体的商量与权衡后做出最佳医疗决定。在家庭自主决定模式之下，其他任何人，包括医生、律师、法官，都不能干涉父母的决定。西方个人主义伦理大旗之下的个人自主决定模式则将决定权赋予个人，然而，具有决定权的新生儿不具备做出决定的能力，事情变得复杂起来——谁能代表新生儿的最佳利益？谁是有权作出决定的代理人？这些问题的答案都非常不具备确定性，因此，在严重缺陷新生儿伦理问题上，个人自主决定模式面临的情况非常复杂，容易陷入困境。

一 个人自主决定模式面临的困境

在西方，从文艺复兴时期开始确立的主体性原则将人界定为理性存在的实体，并赋予个体以平等、自由和权利。正是从这样的观点出发，个人主义伦理构建起来，其核心价值是促进个人的独立、自主与自我实现。体现在生命伦理学领域，则是高度尊重自主与权利，并形成以权利为基础的人格概念和以自我决定为主导的个人自主决定模式——个人是医疗决定的权威，有权做出他/她自己的决定与选择。

（一）诉诸法院的事件

个人自主医疗决定模式提倡自我决定，即在不伤害别人的前提下，个人有权以自己认为合适的方式来作出自己的决定。这种模式给予个体充分的自主与自由。个人的自我决定针对的是有行为能力的人，按照比彻姆和邱卓思的理论[3] P60，必须具备：（1）有意图的；（2）理解；（3）不受其行为的控制性因素的影响，只有这样的个体才能施行自我决定、与医生制定契约。个人自主模式在面对有行为能力者的医疗决定事件中发挥了巨大作用，保证了个体的自主与权利。但是，新生儿不具备行使自我决定的能力，个人自主模式无法发挥作用，它首先必须解答两个问题：谁是新生儿最佳利益的代表者？谁是替新生儿做出决定的代理人？父母？医生？律师？法官？个人自主决定模式没有给出具体答案，这个问题在西方世界也充满了争议。而当父母、医生、律师的主张不一致时，问题越变越大，在最初的一段时间里，关于严重缺陷新生儿的医疗决定权问题，往往演变成一场场法庭战。前些年在美国闹得沸沸扬扬的无名氏婴儿和珍妮婴儿案件[1]就是典型的案例。

就无名氏婴儿案例而言，当各门各派的观点与干预已无法调和，于是交给法院，法院经过多次审理后判定：父母有权决定采取治疗或者不予治疗，然而，地方检察官不同意这个判决，之后连续两次上诉，接连失败后又强烈请求美国法院大法官进行紧急介入，不过，在他们赶到华盛顿之前，婴儿已经死亡。如果婴儿没有死亡，可以想见，又是一番唇来舌往的斗争，让很多人陷入无谓的折腾。这之后，里根政府要求对类似病例都必须进行强制性治疗，结果造成后来一段时间内对严重缺陷新生儿的过度治疗，期间还出现无名氏婴儿热线和无名氏婴儿调查队。婴儿调查队采取了非常极端的行动，比如经常出其不意地到达某个医院进行突袭调查，让很多医院饱受所谓“盖世太保奇袭战法”之苦。再如珍妮案例，当父母决定不予治疗后，也是众多人出来进行干预，各有各的观点与理念，法庭战、媒体战打得不亦乐乎，而父母则被折腾得筋疲力尽，一度绝望。“自由主义者将自我决定提到很高的程度，但随之而来的就是自相矛盾。”[4] P307

总之，如果关于治疗方案有不同的意见，最终的道路似乎就只有一条：让拥有司法权的法庭进行裁决。然而，和医师、医院一样，法院在新生儿问题上也十分为难。“为难”的背后，其实是众多观点的难以平衡与协调。我们知道，个人主义伦理主张个性、自由，承认不同的人持有不同的观点，并且每个人都有权选择自己的生活方式，因此西方社会一直面临一个道德价值观持续增长的多样性和多元化的状况[2]。而在个人自由主义大旗之下，关于严重新生儿缺陷问题的各种观点更是风云般涌现，局面则是各执一端，莫衷一是。有的人认为，放弃治疗者只是考虑自身负担与利益，非常自私，反对者则认为不能把生活的目的看作是为他人而活，所以并非自私；有的人认为，每一个新生婴儿，无论完美抑或畸形，都是一个具有独特珍贵性的人，必须想方设法拯救，反对者则认为，新生儿还未形成认知标准，还不能算是真正的人，可以不予治疗、任其死亡[3]；还有人认为，直接杀死严重缺陷新生儿是严重

[1] 此处两个案例请参阅格雷戈里 E •彭斯的《医学伦理学经典案例》第九章 P210-216。

[2]强调个体、理性的主体性原则一方面使得个体摆脱了传统宗教和道德的束缚；另一方面彻底摧毁了传统的、宗教的律令，使得西方社会从那时起便丧失了一种整合、统一的力量。于是，自由化、多元化接踵而来，不同观点之间的对抗和冲突变得不可避免。

[3] 这里涉及到人的本质问题。关于这个问题，哲学家们各有各的看法与解释，争议较大。可以参阅库尔特•拜尔茨的《基因伦理学》一书中“人的本质”一节。

道德问题，反对者则认为直接杀婴与不予治疗在道德上没有不同，其动机和后果都一样；又有人指出，如果预后表明生活可能完全是痛苦而悲惨的时候，可以要求放弃治疗，反对者则提出质疑：预后一定准确吗？应该选择何种预测性标准？等等，不一而足。观点非常之多，而且似乎每一派观点都能发言与干预，让人无所适从。

（二）生命质量计算方法

当然，西方学者一直致力于该难题的解决。Wilkinson (2011)[5]提出了颇为深刻的阈值观点，他构建了一个生命质量计算方法，以此方法为指导，来决定继续还是撤除为严重缺陷新生儿维持生命的治疗。Wilkinson 认为，生命质量计算是一个决定孩子最佳利益的合适指标。他将“值得的生命”定义为：“在将来的生活中，个体的受益大于负担。未来生活存在净增加的福利”；将“不值得的生命”定义为：“对于个体而言，将来的负担超过受益。未来生活存在净减少的福利。”他鲜明地主张，新生儿个体的未来生活质量需要用某种专家标准来衡量，专家决定什么为好处，什么为害处。这个计算方法确实可作为一个有用的工具来帮助家庭分析与思考在新生儿生命受到威胁时，他们所面对的各种治疗方案。然而，这个方法面临三个困境，第一，专家的某一标准到底是何标准？每个个体是不一样的，能有统一的标准码？应该说，关于生活质量是没有统一或者说单一的标准来进行衡量的。其次，这套方法排除了其他因素的影响，如“我”作为一个成年个体，如果要为自身某不可逆的重大疾病做一个医疗决定，可以有权要求取消维持生命的治疗，而免除为已经不值得的生命付出昂贵的费用，从而避免使“我”的家庭变得贫困。最后，Wilkinson似乎倾向于用此方法得出的结论可以强制执行在不知情或者反对的父母亲身上，这很可能又会如无名氏婴儿案一样，最终造成争端与冲突。

二　儒家家庭自主决定模式的决定权赋予

综上所述，无论是法院途径亦或是生命质量计算方法，都不是解决严重缺陷新生儿伦理问题的理想道德策略。反观我国，我们几乎听不到有关严重缺陷新生儿医疗决定方面的争议与纠纷，也很难看到有关这方面的法庭战和媒体战，笔者在百度上也搜索不到这方面的案例与事件。这源于我国采用的是家庭自主决定模式。与个人自主决定模式不同的是，儒家家庭自主决定模式明确主张：家庭（父母）是病人最佳利益的代表；家庭（父母）也是做出医疗决定的权威。这两个主张非常重要，解决了一个关键问题，即新生儿医疗决定权的代理问题，或者可以说解决了替新生儿做决定的代理权赋予问题。

（一）两个主张

第一个主张：家庭（父母）是病人最佳利益的代表。家庭自主决定模式源于儒家的家庭主义伦理。儒家家庭主义认为，是家庭，而不是个人，具有本体论上的实在性[4]。家庭代表了人类存在的基本模式，是赖以理解个人的基础性实在——每个人都在家庭中出生与成长，个人的身份首先表现为家庭中的各种角色：子女、兄弟、姐妹等；个人的存在与发展依赖于家庭的完整、连续与繁荣，家庭的完整、连续与繁荣也有赖于个体成员的完整、连续与繁荣。儒家家庭主义的核心价值就是家庭的完整、连续与繁荣，基于此，儒家非常注重家庭的整体智慧与关怀，强调家庭对个人利益与价值的保护和支持以及为家庭成员谋福利。“家庭通常是关怀备至、通情达理和具有自我牺牲精神的共同体”[6]P48，能做出审慎的、明智的决定，帮助病人获得最大利益，因此是病人最佳利益的代表者。

但仍有人质疑，家庭主义是整体主义，家庭整体逻辑上优先于个人，你如何可以说家庭能代表个人的最大利益？应该是家庭压制个人的利益才对。对于儒家而言，个体和家庭都具有内在价值，因此既不能说家庭是个体的工具，也不能说个体是家庭的工具，对两者的利益

[4] 在此基础上，儒家将人界定为关系中的，并且首先是家庭中的、具有潜在德性的人。

要综合、平衡地考虑。儒家的理想是家庭利益与个人利益的和谐一致，目标是家庭的和谐与繁荣，儒家非常注重和谐，“体现在儒家道德思想中的基本价值是和谐、相互依赖以及能为他人着想”[6]P139，所以不会只强调家庭或者个人的利益以引起冲突或争端，也不会拿家庭利益压制个人利益。如果个人的事项关涉到家庭利益，或者家庭利益与个人利益发生冲突，那么事情的决定必须由作为整体的家庭共同作出，家庭成员必须通过交流与协商来达成共识与和谐，这就是家庭导向的共同决策模式，或者说家庭自主决定模式。通过家庭共同决策，可以在家庭成员之间建立一种和谐共存、平等对话的交往形式，从而既能通过协商、探讨达成共识，又保证了病患的最大利益。从这个角度而言，儒家的家庭共同决策实质上是一种协商伦理，这种协商伦理始终包涵共识、团结、沟通、协调等内容。不过，与其他领域不同，儒家的家庭自主决定模式在具体的医疗情境中，自始至终考虑的是病人的最佳利益，一切的协商、探讨都围绕病人的最佳利益而展开，无论治疗抑或放弃，都是基于对病人最佳利益的考虑而做出的决定。对于儒家家庭主义而言，病人的利益包括了病人的医疗价值、生命价值、生命质量、生活负担与成本等；家庭的利益是指家庭的连续、完整、繁荣，具体而言，是指病人的康复、幸福，家庭的成本、负担等，而这些内容其实就是病人利益的体现。因此，在医疗领域，病人利益与家庭利益是高度和谐一致的。汤姆•比彻姆也承认，“家人和病人的利益理所当然是一致的，家人也最深切关怀病人，最熟知病人的愿望”[3] P150。

既然家庭（父母）是病人最佳利益的代表者，儒家便顺理成章地提出第二个主张：家庭（父母），而不是个人，才是做出医疗决定的权威。在儒家看来，与个人判断相比较而言，家庭判断更具整体性、敏锐性和成熟性，家庭会基于病人的最大利益，在共同协商的基础上，做出共同的决定。“在实践中，每个家庭都自然会出现一位家庭成员作为家庭代表在医生和病人之间起着协调作用，并代表全家与医生交谈、协商与签字”[7]P62。这位代表是不能自作主张的，他/她的决定其实是同全家成员（大多数情况下包括病人在内）商量探讨后的共同决定。

家庭共同决定不会被认为是对病人决定权的争夺，相反，这种共同决定将病人的自我决定整合进来，成为更高层次的道德决策。或者说，在家庭主义模式中，病人的自主权并不体现在病人身上，而是体现为包括病人在内的整个家庭的自主权[8]。按照比彻姆的理论进行推导，这种家庭协商式自主其实也是尊重个人自主原则的体现，其实质是扩大了个人自主，而非压制自主[3] P63。所以，尊重自主原则的内涵应该既包括尊重个人自主，也包括尊重家庭自主。对儒家来说，医疗决策中的家庭自主就是病人的个人自主，只是表现形式不同而已。 一般情况下，中国的病人也不想参与一些医疗决策的过程，他们相信家人会妥善地照顾好自己，并且代表自己的最佳利益[5]，他们的决定就是自己的决定；作为整体的家庭则有责任承担起对病人的照顾以及其他与病人相关的事情，包括听取医生治疗建议、对治疗方案进行选择等等。当有严重的诊断与预后时，医生一般会告诉病人的家属，而家属一般会选择对病人进行隐瞒，以免给病人造成更大的心理负担与阴影，不利于疾病的治疗。家庭主义干预的理由就是病人的福利，因为减轻了病人的负担与痛苦，这种不讲真话的行为是值得赞赏的。要澄清一点，家庭主义并非家长主义。家庭中的家长主义表现为：由一位家长来做出有利于病人的医疗选择；这位家长有最终的权威来做出所有决定。这与家庭主义的共同决定差别很大[6]。

就严重缺陷新生儿案例而言，个体无行为能力，个人自主原则失去效应，被赋予了决定代理权的父母会基于病患的最佳利益，结合医生的专业建议，进行具体的商量与权衡后做出自主决定。给出建议的医生则不会干预家庭的决定，如果医生不同意家庭的决定，他只能说

[5]所以预先指令、代理决策很少被中国人采用。即使是挑选一个家庭成员为自己的决策者，也会被认为是破坏整个家庭的团结与和谐，更不用说挑选一位家庭以外的人作为自己的指定代理人了。

[6] 笔者认为，从近代开始，儒家家长主义伦理受到西方个人主义的冲击与渗透，在对抗与融合的过程中，也吸收与借鉴了个人主义方面的合理之处，家长主义逐渐转变为家庭主义伦理。此点将另外行文撰述。

服而不能强行干预，其他人也没有权利实施干预。所以在儒家国度里，一般不会出现类似无名氏婴儿、珍妮婴儿等医疗纠纷或诉讼案件。

（二）道德基础与道德方法

儒家家庭自主决定的道德基础是德性。众所周知，儒家伦理是德性伦理，儒家的家庭主义建立在德性基础之上。儒家认为，“无论人是什么，他都首先是德性的拥有者和践履者”[6]P121。对儒家而言，人生下来就具有“不忍人之心”（这颗心既是实体，也是作用），也即具有德性发展的种子；这种“不忍人之心”首先表现在家庭中的发展与培育，如亲亲、亲子之爱，然后逐渐推至家庭之外的其他人。每一个人都要成为具有德性的人，要爱人[7]，这样才可能建立起一个和谐美好的社会。德性发展的目标是“仁”，在孔子看来，仁是一种意义深远的、完善的、基础的人类德性。那么，德性的种子如何发展为“仁”这颗果实呢？要通过“礼”，“克己复礼为仁”（《论语 颜渊》），所以儒家有一套囊括各个领域、各个方面的礼。

在儒家看来，维系家庭的终极力量是德性而不是权利。儒家将自己看作是处于关系之中的、有“不忍人之心”的人，而不是拥有权利的个体。儒家强调家庭中各种角色关系的维护、共处与和谐，因此强调各个角色的道德意义，也即孔子的“正名”，——“父父、子子、君君、臣臣”。“‘父’与‘子’不仅是生物学上的分类，而且已经意指某种道德位置和相关的责任。”[6]P88“父”与“子”其实就是道德角色。这与个人主义对人的理解形成鲜明对比。因此，儒家一般会把重点放在我对他人的义务上，而不是他人对我的义务上，儒家绝不会先把自己当做是权利的拥有者。所以，就具体医疗情境而言，即使家庭成员掌握了病人医疗的决定权，他们考虑的是如何为病人获取最大的利益、选取最佳的医疗方案，而不是图谋获取有关自身的所谓利益和权利。儒家认为每个人都天生是义务的拥有者，所以特别反感自由主义者的宣言：“我有权做任何事，即便它是错误的！”当然，儒家也赞成权利[8]，但并不认为权利和自由可以超越一切，它们和其他善之间应该要达成一种平衡；在德性不能起作用的情况下，个人权利才可以作为必要的手段来保证个人的合理利益不受损害[6]P121。放到教育领域，儒家注重的是对儿童德性品质的培养，个人主义者提倡的则是对儿童自我决定、自由权利和独立能力的提升。我们也看到，由于个人自由主义的提倡与渗透，一部分年轻人也越来越丧失一些传统美德，如孝顺父母、尊重老人。

儒家有一个最基本的道德要求——追求利益必须符合“仁”，或者说“义”。“君子喻于义，小人喻于利”（《论语•里仁》），这句话表明：每个人在面对利益之时，都必须坚持仁义的道德品质。对病人最佳利益的考虑由此被纳入到一个以德性为基础的系统中。退一步说，不管家庭成员是基于何种利益做出的医疗选择与决定，他都应该是符合“仁”的决定，不违背儒家德性的要求。与此相对，个人主义者则过于强调谁有权做出决定，而不管是善还是恶的决定。

当儒家将病人医疗利益、生活质量、生活成本等都纳入道德讨论中，在很多时候，尤其面对没有自我决定能力的病人之时，就更有可能根据这些利益元素找到一个合适的平衡点。过分强调新生儿的生命具有至高无上的价值和不可侵犯的道德地位肯定不是儒家的做法，而一味强调生活成本、未来负担也不是儒家的做法。如果一个严重缺陷新生儿通过积极救治，预后很好，儒家会积极对其进行救治、抚养和培养；如果他/她的预后很差，儒家可以选择不予治疗、任其死亡。有人说，德性意味着不能做不道德的事，而不予治疗、任其死亡是不道德的，因此儒家应该不允许。这是对儒家家庭主义的片面解读。因为，救治一个预后很差的严重缺陷新生儿就是对孩子最佳利益的损害，尤其是对其未来利益的忽视。一个预

[7]这个爱，是以人的血缘亲疏关系为核心，逐步由内向外扩展的，即爱有差等。

[8] 与义务相对的就是权利。孝顺父母是子女的义务，那么，反过来讲，父母就有要求子女孝顺的权利。这是义务与权利的相互性。

后很差的孩子，他的德性能力、生活质量都会很差，并且生活将会非常困难，他不可能健康、快乐、幸福地成长，如果救治，将是对他的“不义”、“不仁”。而且，由于家庭利益和孩子利益的一致性，家庭利益无疑也受到损害，不但给家庭带来沉重的负担，而且严重削弱了家庭繁荣的能力。与任其死亡相比，让孩子痛苦地活着和损害自身及家庭的繁荣价值，是更大的“不义”、不道德。

作为德性伦理学，儒家注重的是珍惜与促进哪些价值，如在家庭决定中，考虑的是个人价值（德性的能力、健康、完善、幸福等）和家庭价值（家庭的完整、连续与繁荣等）；而不是像个人主义，纠结于何为人的本质、胚胎是否是人、胚胎何时为人、谁有权做出决定等等问题，这些问题势必充满了激烈的争执与冲突。儒家家庭主义需要把握的是：什么才是人类生活中最重要和有价值的事情。儒家不推崇任何普遍主义的、绝对的原则和方法；更不会说家庭高于个人价值，或者个人价值高于家庭价值，但是儒家会采取以德性为导向的、以家庭为基础的共同决策方式，并对具体问题进行具体判断[6] P16。因此有人说，儒家家庭主义可以作为治疗个人自由主义社会的一味良药。

三　家庭：严重缺陷新生儿医疗决定权的代理者

始终包涵共识、团结、沟通、协调等内容的家庭主义德性协商伦理，从人之本质、谁之决定等或抽象或具体的争议性问题抽离出来，为严重缺陷新生儿的医疗决定提供了一种更为恰当的道德策略。所以，面对无行为能力者，当个人自主决定模式还在为一些问题纠缠不清的时候，为何不给家庭以自主决定的地位和权利，让家庭成为严重缺陷新生儿医疗决定权的代理者呢？

（一）本体论和契约论的家庭观念

关于家庭，恩格尔哈特曾论证了三种不同的范畴：（1）自然范畴。家庭为一个社会生物学单元，由一男一女组成，是进行长期性活动、生殖活动和社会活动的联盟；（2）契约范畴。家庭是经由其参与者同意而创造出的一个共识统一体，家庭的结构、义务都是基于自由、平等的个人的同意而产生的；（3）本体论范畴的家庭。家庭是永恒的社会范畴，它一旦成立，无需协商，便将其义务和权威赋予家庭成员[9]。儒家不赞成契约式家庭观念，也超越了自然范畴，与本体论的家庭概念保持一致。儒家认为，家庭成员间的爱是超越契约关系的，家庭之爱的基础是家庭成员之间深层的依恋与关怀。人不会天生就能做出理性选择，“有时他们可能被诱惑做一些难以做到的、有潜在危险的和无可挽回的决定。有时他们又可能经历不可抗拒的心理或社会压力而做出具有不合理风险的行为”[3]P179，而家庭可以帮助他们进行选择，协助他们发展与修身。由于重要的问题都由家庭成员共同商量后决定，可以减少个人决定的错误，以及由此而造成的个人伤害。没有家庭的支持与培养，个体很难发展。在一个互相关心、互相支持的家庭中，人们能够获益良多。在此意义上，家庭主义可以说是一种旨在保护家庭成员的“保险政策”。应该说，作为人类生活的最基本社群或共同体，家庭的道德性质、伦理地位很难由某个其他社群来代替。

个人主义者认为契约型关系才是社会的主要关系模式；共同体的组织结构，包括家庭，应该在个人的价值、愿望和协议的基础上以契约的形式建立起来。因此他们视家庭利益为各个家庭成员利益的总合，认为家庭和其他共同体是个体的工具，共同善是实现个人利益的工具与手段。在此基础上，个人主义进一步认为家庭价值是工具性的，是以契约为基础的人工制度，可以因个人的利益、愿望而拒斥、拆分和重构家庭，因此否认家庭成员的相互依存在人类生活中的深度，不能充分认识到个人实质上是相互依赖和相互依存的家庭与社会中的一个成员；并且认为，家庭的和谐美满只是一种美好的理想，理想并不等于现实，现实就是：为了实现家庭的和谐，个人必须付出很大的代价。他们所说的代价是家庭对个体的压制与约

束。然而正如前所述，儒家并非个人主义者所认为的，将家庭利益凌驾于个人利益之上，儒家既重视家庭价值，也重视个人的利益与价值。由于个人主义的盛行，西方社会的离婚率较高，单亲家庭较多。而我国近些年在个人主义观念的冲击之下，年轻人主张个性、自由，孝心与道德感下降，离婚率也是逐步上升。

对于有严重缺陷的新生儿，他/她已是这个家庭中的一员，父母对他/她的爱是谁也无法替代的，放弃治疗，最痛的，恐怕是父母的心了。放弃治疗的决定，要在多少次的辗转反侧、权衡纠结之后才能做出呢？个人主义在强调个人独立、自主、权利的时候，却忽略了这一点，忽略了人与人之间的相互依赖（特别是在家庭中）是人类生存和繁荣的根本方式。在珍妮婴儿案例中，很多人基于自己的判断或道德理念，都在实施干预，干预父母放弃治疗的想法与行动，并由此而有了一系列的诉讼、听证会、媒体报道，法庭战、媒体战，开战非常激烈。即使法院已做出“把决定权赋予父母”的判决，美国卫生和福利部以及司法部仍在采取措施实行干预。面对干预，婴儿的母亲说：“让我们和我的女儿在一起，别再管我们了……即使是地狱，我们也已经走过来了”[10]P215；婴儿的父亲说：“我从身体上、精神上和情感上都已经筋疲力竭了。我相信你们根本没有看到我们做了什么就说我们错了”[10]P215。话语中间流露着多少痛苦与无奈呢？法官最终还是把决定权判给了父母，但在这之前，婴儿的父母又经历了多少的折磨呢？正如 Sade(2011)所指出的，“在为严重缺陷新生儿做决定的案例中，使用预测算法或计算而忽视孩子父母的决定或者完全凌驾于他们的决定之上是对父母权力的不尊重，潜在地削弱了家庭关系的构造，可能成为对家庭生活的不当干预”[11]，这里同样是对父母和家庭的不当干预。或许我们只能说，作为一种片面的伦理，个人自主决定的道德观真的很难诠释与解决严重缺陷新生儿以及其他无行为能力病人的伦理问题。

（二）利益相关者理论

我们还可以从利益相关者理论来进行探讨。在此案中，谁是最大的利益相关者？是家庭（父母）。“尽管婴儿没有个人的价值观或喜好，他们最终无疑与他们家庭的联系要比与大一些的社区的联系更为紧密。事实上，社区越大，它的标准与孩子世界的标准的联系越弱——最弱的联系是一个国家的或者国际的标准，比如孩子权力国际公约。”（United Nations 1989/1990; Cherry 2010）[12]不是社区，不是国际公约，而是父母，才是最大的利益相关者，只有他们懂得一个生下来就严重残疾的孩子的意义，对他们到底意味着什么，救治或者放弃的合理性只有他们最为清楚。从利益相关者理论来说，只考虑医疗利益肯定是不对的，正如儒家所指出的，孩子的最佳利益并非只包含了医疗利益，现实比这更为复杂，它包含了许多其他因素，比如新生儿个体的价值、今后的生活质量、家庭的利益、家庭的负担等，父母都必须予以考虑。如果养育一个严重缺陷孩子的负担过于沉重，严重损害到一个家庭的生活质量，应该把决定权交予利益关涉性最大的家庭，并允许家庭放弃治疗。很少有父母不爱自己的孩子，放弃治疗，他们比其他任何人，更觉痛苦与绝望。有人说他们是自私，考虑到照顾终身残疾的孩子所需的时间、经济上的负担，我们仅仅只能说，他们是基于现实考虑所做出的决定。“如果我们不从某些方面考虑到家庭的利益，我们果真会认为，每个家庭都必须宿命地接受一个残疾新生儿，而无论带来多大的艰难吗？现代家庭作为一个机构已经动荡不安；要指望多数家庭能承担多大的压力呢？”[10]P217 在有些个人主义者看来，家庭的艰难就可以不予考虑，而且，他们只要拿一个“人”的概念，便把整个家庭的行为给压制了。有学者指出，美国政府在此点上比天主教还残酷严苛，天主教的观点是，如果后果对于家庭“负担过于沉重”，可以不予治疗。无论如何，严重缺陷新生儿的诞生，对相关家庭的影响是最大的，不可能避开家庭来做一个纯粹有关个体的决定，新生儿的道德意义也不可能脱离家庭的伦理价值来确定。

应该说，周围的人忽视了家庭的价值和作用，强调的是父母应该怎么做。每个人都在

拿自己的道德观点来干预他人，尤其是父母的行为（其实，从这个角度而言，他们侵犯了他人的自由和隐私权）。《每日新闻》的作家弗雷德•布鲁宁（Fred Bruning）对不干预父母的决定进行辩护："除了父母，谁能真正理解一个生下来就严重残疾的孩子的意义？在这一现实情况中，只有'感觉'是不够的……一切是对的，也是错的。道德只是欺骗性的东西……"[10]P217 他强烈反对以道德二字来责怪放弃救治的父母。"我们应该让父母们去与医生协商，作出决定……我们应该尊重他们的痛苦和愿望，而不要再去打扰他们。"[10] P217 他明白无误地肯定了父母的决定，肯定了家庭（父母）的伦理价值与意义。

（三）趋势

卡伦•昆兰案的最终判定是：宪法所含有的个人隐私（自由）允许一个临终的无行为能力的病人的家庭决定拆除维持生命的手段而让病人死亡；无名氏婴儿的最终判定是：父母有权决定采取治疗或者不予治疗；珍妮婴儿案的判决是：当两种选择"在医学上都合理时"，法律把决定权赋予父母。上诉法院还很动情地称律师沃史本的干预是"无礼的"，而且说，韦伯也不应该被授权；总之，不应该无视家庭（父母）的愿望来替珍妮婴儿做决定。这是西方的实践，而在理论层面，也有一些学者肯定了家庭（父母）的地位与作用，倾向于将决定权交予父母。如 Ross(1998)指出，"父母有孩子将被抚养长大的社会环境的文化与价值体系的相关知识，所以他们可以以孩子的成长环境为背景，为孩子对生命质量进行最恰当的评估，包括家庭中其他孩子的需求与利益"。[13] Dare(2009)也承认，"包括美国在内的许多国家的传统与法律认可父母是为孩子做决定的合适代理人，前提是，在内心深处他们比其他任何人都更为孩子的利益着想，比其他任何人都更懂得孩子将被抚养成人的条件"[14] P217。Sade(2011)则明确指出父母是新生儿最合适的代理决策人，他说，"孩子并不像真空中的原子般出现，它出生在一个家庭和父母亲所在的社区，包括了间接和延伸的家庭、宗教、事业或职业群体，以及政治或司法意义上的分类。父母亲懂得并且亲历了孩子的世界，而这是专家不可能经历的。正如成人个体是决定哪种行为对自身最好的最合适人选，因此他们也是最适合为他们的孩子选择最佳方案的人（尽管在限制范围内）"[11]。他进一步指出，"因为父母是孩子最合适的代理决策人，医生和医院管理者没有权力忽视孩子父母的选择。对于严重缺陷新生儿案例，他们必须要么尊重孩子父母的决定，要么努力劝说孩子父母接受他们矛盾的观点，或者在法庭上挑战他们视为不充分的父母抉择"[11]。这与儒家家庭自主决定的思想不谋而合。

综上所述，我们建议：在个人自主无法发挥作用的情况下，或者说在面对无行为能力的患者之时，应还家庭（父母）以自主权，让家庭（父母）做出合适的决定。

四　结语

也许还会有人问，这个世界仍然存在不负责任、非常自私的父母，有的家庭（父母）根本不会基于病人最大利益考虑，那还要将决定权交予父母吗？确实应该考虑这种情况，虽然在实际生活当中，这种家庭（父母）非常之少。儒家的应对原则是——当家庭（父母）做出的决定与医生对病人所做的最佳利益的专业性判断非常不一致时，医生必须直接与病人进行交流，或者由医生按照病人的最大利益做出决定[9]，以此来避免这千万分之一的例外[6]P13。

很多人只一味地说，个人主义是现代自主的、平等的理念的体现，是天赋人权的保障；家庭主义是落后的东西，代表了过去，他并没有去做任何论证，或者看看儒家的成功实践。在实践中，我们不能以权利为标准来衡量儒家以德性为标准的伦理观点和理论的合理性与合法性；也不能直接从儒家的道德人格概念及其家庭主义理论进行考察，来论证儒家理论是否

[9] "由医生按照病人的最大利益作出决定"这一条是针对无行为能力的人而言的。

可以建立起以权利为基础的人格概念，这两种衡量和考察都是非常不合理的，因为我们是在以西方的理论标准来评判儒家。“我们需要的，是要以中华文化的核心价值及其原则为标准，探索解决我们所面临的挑战和问题的政策与方法。这一工作当然需要我们学习和借鉴西方的学说，但不能照搬。”[6]P6 然而，东方合理的道德资源，西方是否也可以考虑借鉴呢？

作者介绍：简小烜，女，湖南长沙人，湖南师范大学公共管理学院博士生，长沙大学思政课部副教授。研究方向：生命伦理。手机：13875820178；邮箱：729793534@qq.com

参考文献：

[1]中华人民共和国卫生部. 中国出生缺陷防治报告[R]. 2012.

[2]儿科学[M]. 北京：人民卫生出版社，2013.

[3]汤姆•比彻姆，詹姆士•邱卓思. 生命医学伦理原则（第 5 版）[M].李伦，等译. 北京：北京大学出版社，2014.

[4]Fan,R. Reconstructionist Confucianism in Health Care: An Asian Moral Account of Health Care Resource Allocation[J].Journal of Medicine and Philosophy,2002,27(6):675—682.

[5]Wilkinson, D. A life worth giving? The threshold for permissible withdrawal of life support from disabled newborn infants[J]. American Journal of Bioethics,2011,(2): 21–33.

[6]范瑞平. 儒家生命伦理学[M].北京：北京大学出版社,2011.

[7] Cong,Y.Doctor-Family/Patient Relationship:The Chinese Paradigm of Informed Consent[J].Journal of Medicine and Philosophy,2004,29(4):149—178.

[8]陈化，李红文. 论知情同意的家庭主义模式 道德与文明 2013，（9）:P103-107.

[9]Engelhardt,Jr.,H.T. Long-Term Care:The Family,Post-Modernity,and Conflicting Moral Life-Worlds[J]. Journal of Medicine and Philosophy,2007,32(5)：519-536.

[10] [美]格雷戈里 E •彭斯. 医学伦理学经典案例[M].聂精保，胡林英译. 长沙：湖南科学技术出版社,2010.

[11]Robert M. Sade. The Locus of Decision Making for Severely Impaired Newborn Infants[J]. The American Journal of Bioethics,2011,11(2):40-41.

[12] United Nations. 1989/1990. Convention on the rights of the child. Avai lable at : http://www2. ohchr.org/engl ish/law/pdf/crc.pdf(accessed November 3, 2010).

[13] Ross, L. F. Children, families and health care decision making[M]. Oxford: Clarendon Press,1998.

[14] Dare, T. Parental rights and medical decisions[J]. Pediatric Anesthesia,2009,(19): 947–952.

中国堕胎泛滥问题的成因与对策分析

——基于 H 省 D 市的调查

曹 隽　李精华　东 波

【摘要】我国的堕胎现象日益严重，并引起广泛关注。对于堕胎是女性的权力还是一种犯罪，一直是一个备受争议的问题。但是，毋庸置疑，胎儿具有生命意义，堕胎本身是对胎儿和堕胎者造成伤害的行为，应当遏制。面对我国法律对于堕胎问题尚未给出回应的现实，本文分析了引起堕胎泛滥的社会、群体及个体原因，并在承认胎儿生命意义的基础上提出借助计划生育政策改革，管控流产广告，生命教育与性教育相结合，以及充分发挥医院社会工作者的作用四个方面，纠正堕胎者与潜在堕胎者对于堕胎的态度及行为的对策。

【关键词】堕胎；成因；对策

Abstract：Induced abortion as a social problem has become increasingly serious in China, and has aroused widely concern. It is disputable that whether abortion is a inherent right of women or a crime. But without question , the fetus is with life value. The induced abortion is harmful for the fetuses and the health of the abortion women, and should be contained. Faced with the fact that the law did little to the abortion problem in our country, we analyzed the social, group and individual reasons of this problem. And based on the analysis and the admission of the life value of fetus, we suggested that with the aid of the birth-control project reform, controlling the advertisements of induced abortion, combining life education with sex education, and making use of medical social workers in hospitals to correct the attitude and behavior of abortion.

Key words：induced abortion；reasons；suggestions

导言

2015 年 4 月，央视的一则新闻报道称，中国每年人工流产超过 1300 万，位居世界第一。包括国家卫生计生委在内的多家研究机构，通过对全国 30 个省的 300 家医院，近 8 万例人工流产的调查研究显示，流产的平均年龄为 28 岁，最小的只有 13 岁，而 24 岁以下人群占 31%，而 19 岁以下占 3.1%。而且国家卫生计生委科学技术研究所吴尚纯教授指出，这一数字不包括计划生育系统的数据、在民营医院的数字以及未经注册的黑诊所所做人流的数字。而近几年人工流产之所以备受关注，是数据统计中显示，人流呈低龄化趋势，女大学生成为“人流主力军”，未婚未育比例高，未婚达 31.4%，未育达 49.7%，而且重复流产率高达 55.9%-65.4%。[1]上海市计划生育科学研究所生殖流行病与社会医学研究室研究员武俊青教授，在 2015 年 7 月 1 日举行的上海卫生科技周闭幕式上，做了一场有关减少人流比率的主题讲座中谈到，她曾遇到一个 23 岁女孩，人工流产高达 23

[1] 专家：中国每年人流 1300 万人次 重复流产率 55.9%[EB/OL]. http://news.qq.com/a/20150424/053602.htm，最后登录于 2015 年 11 月 9 日

次。[2]这是一个多么令人发指的数字！堕胎作为一个看似简单的行为，其背后却涉及了生物、医学、伦理、社会学、法律等诸多要素，那么我们想要分析的问题是：堕胎对于堕胎的女性会造成怎样的心理与行为影响？哪些因素导致我国堕胎问题如此严峻？如何控制我国堕胎泛滥的问题？

一、 H 省 D 市堕胎问题调查设计

（一）调查目的

本次调查的目的是，从实证的角度分析影响堕胎行为的因素，以及堕胎行为对堕胎女性会造成哪些影响。而在此，我们将堕胎定义为：“指人为因素终止妊娠以至有生命的胎儿从母体中离去并致死亡，即通过人工方式来终止妊娠。”[3]本文主要研究的是非治疗性堕胎。[4]

（二）调查方法与调查对象

本次调查采取了问卷法与非结构式访谈法相结合的研究方法。

问卷法主要针对公立医院从事与人流相关工作的医生。本次调查选择了 D 市三家就诊人数最多，口碑最好的四家公立医院，包括三家综合性及一家妇幼专科医院，发放问卷 100 份，收回有效问卷 93 份。调查对象为这几家医院门诊、急诊和住院部主要从事与堕胎相关工作，主要是人流手术的医生。

访谈主要针对接受堕胎的妇女，由于堕胎问题较为敏感，容易引起受访者心理防御，为了获得更为真实的数据，我们选择了非结构式访谈的方法。由于堕胎问题属于个人隐私问题，找到堕胎者很难，而愿意接受访谈者更少，此次研究访谈了 8 名受访者，为保护个人隐私，姓名隐去。以下是受访人基本情况：

序号	年龄	第一次堕胎年龄及当时的婚姻状况	堕胎原因	总堕胎次数	堕胎对现在生活的影响
1	42	23/已婚	经济原因，没房子，工作不稳定	1	不孕；总觉得自己杀了人，之后信奉佛教，现在主要销售佛教用品；离婚
2	55	26/已婚	婆婆找人算卦说是女孩，硬逼着堕胎	1	手术不成功导致妇科疾病，子宫切除，永远失去做母亲的机会，现在养狗为伴，常被邻居投诉；离婚
3	39	30/已婚	婚外怀孕	2	没有太大影响
4	23	20/未婚	男友大十岁离异，家里反对，尚未与男友结婚	2	正在考虑是结婚还是第 3 次堕胎，医生说如果再次流产可能永远失去做母亲的机会

[2] 中国每年人流 1300 万次 人流广告被批害人[EB/OL]. http://news.qq.com/a/20150702/020948.htm，最后登录于 2015 年 11 月 9 日

[3] 张小玲，中美妇女堕胎现状比较研究[J]. 山西农业大学学报（社会科学版），2013（12）：1237

[4] 胡宜安, 现代生死学导论[M]. 广东高等教育出版社, 2009 年 1 月，第 209 页

5	37	36/已婚	计划生育，工作忙也没有精力	1	感觉身体虚弱，总做噩梦
6	36	28/已婚	不知道怀孕，脚受伤后拍了X 光片，怕孩子畸形	2	第二胎两个月后成为死胎，现在已有一个5 岁的孩子，很幸福
7	24	19/未婚	上大学时的事情	4	没感觉到什么影响
8	22	21/已婚	遭受家暴，决定离婚	1	庆幸没有把他带来这个世界受罪

二、 D 市堕胎现状调查结果

（一）D 市堕胎现状分析

据调查统计，D 市堕胎问题主要有以下几个方面的特征：

第一，人流患者中，非医疗性堕胎比例非常高。在问及“您接诊的人流患者中，非治疗性人流比例约为多少？”时，医生们给出了 40%-80%的答案，其中回答 80%者达到 26.89%，回答 70%者占 5.38%，回答 60%者占 34.41%，回答 50%者占 25.81%，回答 40%者仅有 1 人，为 1.1%，另有 6.45%的医生回答“不详”。

第二，以 18 岁到 40 岁之间的女性为堕胎主力。根据问卷统计，约 69.89%的医生接诊的患者最多的年龄段为的患者最多 26-40 岁，而 30.11%的医生接诊患者最多的年龄段为 18-25 岁。

第三，近五年，显现出人流患者年轻化趋势。问卷统计结果显示：18 岁以下的未成年人堕胎呈上升趋势，但趋势并不明显，23.66%的医生认为呈上升趋势，76.34%的医生认为无明显变化，但无人选择“呈下降趋势”。18 岁-25 岁之间的年轻人堕胎人数，上升趋势较为明显，75.27%的医生认为呈上升趋势，24.7%的医生认为无明显变化，无人选择“呈下降趋势”。25 岁-40 岁之间的人流患者变化出现矛盾，36.56%的医生认为该年龄段的女性人流呈上升趋势，43.01%的医生认为该年龄段的女性人流无明显变化，而 20.43%的医生认为该年龄段的女性人流呈下降趋势。40 岁以上的女性人流患者人数意见比较统一，95.70%的医生认为无明显变化，4.30%的医生认为有下降趋势。其中有两名医生接诊过 14 岁以下的儿童流产。

第四，人流患者中，重复堕胎者比例较大。从问卷的统计结果来看，医生给出的答案之间出入差别，在 20%--60%之间，其中给出 30%的答案的医生最多，接近一半，还有约 21.50%的医生给出了“不详”的答案。一般在做流产手术前要求医生了解患者情况，当然包括患者的孕史与流产史，这个“不详”是否在一定程度上说明医生未尽到责任呢？此外，这一数字与国家卫生计生委调查显示的数字相比，相对较低，但也不容忽视。而当问及做过人流手术最多的患者曾经做过几次人流时，最大数为 6 次。

第五，医生普遍认为，堕胎者对人流的风险并不了解。当问及人流患者是否了解人流危害是否了解时，66.67%的医生认为“大部分患者不了解”，26.88%的医生认为“了解的人非常少，几乎可以忽略不计”，10.75%的医生认为“大部分人非常了解”，还有 6.45%的医生选择了“不详”。由此可见，大部分医生认为人流患者对于人流的风险并不了解。

第六，非医疗性堕胎的理由多种多样，堕胎后的女性对堕胎行为的认识呈两极化。在访谈与调查过程中，我们看到堕胎的理由多种多样，包括未婚先孕、计划生育、迷信与重男轻女、工作忙、经济困难、担心胎儿健康问题、还没准备好、不想要、强奸等。经过访谈，我们发现堕胎后的女性在看待堕胎问题上呈先两极化，部分女性认为自己“杀了人”，从而对自己产生否定、厌恶，甚至影响心理健康，而另一部分女性认为堕胎很正常，无所谓，就像“割了阑尾”，而后者也大多倾向于多次堕胎。

最后，计划生育“二孩政策”尚未对 D 市人流问题产生明显影响。

（二）D 市医生对于人流患者所持态度与做法

D 市医院医生对于人流、人流患者的态度与做法，主要涉及以下几个问题：“您是否曾经劝阻过非治疗性人流？”“您如何看待非治疗性人流患者？”“您认为人流患者需要哪些医疗之外的帮助？”经过统计和数据比对，我们得出以下结论：

第一，大部分医生认为人流问题的评价持一种矛盾的态度。这主要表现在“您是否曾经劝阻过非治疗性人流？”“您如何看待非治疗性人流患者？”这两个问题的回答上。82.80%的医生认为人流是一种漠视生命的行为，但这其中 67.53%的医生在回到“是否曾经劝阻过非治疗性人流”时，选择了“他人选择无权干涉”。这种矛盾表明一方面医生承认胎儿作为生命的意义，另一方面医生认为堕胎是女性的选择权。

第二，在面对非治疗性人流时，大部分医生选择沉默。在回答“您是否曾经劝阻过非治疗性人流？”时，64.51%的医生选择了“他人选择无权干涉”，仅有 8.60%的医生选择“经常劝阻”，26.88%的医生选择了“偶尔劝阻”。值得注意的是，选择“经常劝阻”的多为从医 5 年以下的年轻医生，而选择“他人选择无权干涉”的，多为从医 15 年以上的老医生，这与我们的最初假设刚好相反。

第三，医生认为传授避孕知识十分必要。在回答“您认为人流患者需要哪些医疗之外的帮助？”这个问题是，我们得到了一个高度一致的答案，96.77%的医生选择了“避孕知识的传授”，32.26%的医生选择了“开展生命教育”，26.88%的医生选择了“精神抚慰”，令我们惊奇的是没有医生选择“经济援助”。这里值得注意的是与 82.80%的医生认为人流是一种漠视生命的行为相比较，仅有 32.26%的医生选择“开展生命教育”。

第四，医生认为媒体上的人流广告极度泛滥。在如何看待媒体上的人流广告这个问题上，我们获得了一个 100%一致的回答——极度泛滥。甚至有医生表示，人流广告的泛滥应为堕胎高发承担责任。

三、 堕胎问题严重的成因分析

目前的理论研究注重堕胎行为本身考量，特别是围绕堕胎权和胎儿生命权的争论，讨论堕胎行为的性质，以亲生命派（pro-life）和亲选择派（pro-choice）的观点为主，但经过几十年的争论，仍未有定论，而这场争论仍将持续。那么我们能否绕过权利本身的争论，从更为实际的角度来讨论堕胎问题，从而找到遏制我国堕胎行为泛滥对策呢？我们以 D 市有限的数据与过去的研究成果相比照，结合医生和人流患者两个群体提供的信息，试图分析当前我国堕胎问题严重的成因，包括社会性因素、群体性因素和个体性因素。

（一）社会性因素

任何个体都是生活在一定的社会文化环境之中，从最初社会化的过程就开始

受到社会性因素的影响，因此，社会的政治、经济、法律、文化环境对于个体的的认知和行为都会产生巨大影响。

第一，我国法律对于堕胎的态度影响女性堕胎行为。目前，我国有关堕胎的位阶最高的法律规范为《中华人民共和国人口与计划生育法》，其第三十五条规定："严禁利用超声技术和其他技术手段进行非医学需要的胎儿性别鉴定；严禁非医学需要的选择性别的人工终止妊娠。"而规范堕胎问题的较为系统的全国性法律文件只有 2002 年由原国家计划生育委员会、卫生部、国家药品监督管理局联合发布的《关于禁止非医学需要的胎儿性别鉴定和选择性别的人工终止妊娠的规定》（以下简称《规定》）。而其规定相对原则，具体措施由地方性法规予以规范。有研究显示，目前有 9 个相关的地方性法规，6 个地方政府规章，层级更低的地方性规范文件约 70 个。[5]此研究指出，目前我国的堕胎立法基本处于空白状态，对于不符合"法定生育条件"的堕胎行为——无论是 14 周以内的，还是 14 周以上，甚至引产——几乎不加限制，作为一种完全的自由而存在。这体现了国家对于堕胎的态度，即将其视为女性生育权的表现，由女性决定。同时，也在暗示了法律否定胎儿在法律上作为生命的意义，即胎儿的生命权。

第二，计划生育政策对人们生育行为及认识的影响。1982 年 3 月 13 日，中共中央，国务院最近发出《关于进一步做好计划生育工作的指示》，计划生育政策成为一项基本国策，并与 2001 年立法予以规范。计划生育政策提倡晚婚、晚育、优生和少生，控制人口数量，与过去鼓励生育形成鲜明对比。计划生育政策在当时被认为是一种理性的选择，甚至可以说是对全人类作出的一种牺牲，但其中也蕴含了韦伯所说的"理性的非理性"（irrationality of rationality），如其所带来的人口老龄化加剧问题，堕胎问题。计划生育政策实施的过程，可以说是对中国人生育观与生育行为的改造过程，人们从"想法设法偷着生"逐渐变为"让生也不生"。而这个过程中，由于政策原因导致的堕胎行为增加也是客观事实，甚至有强制堕胎的行为出现。[6]堕胎在整个社会变得如此普遍，在我们身边不再是个新鲜事。

第三，中国传统的性文化与现代性观念的冲突。著名社会学家刘达临先生对中国古代性文化和中国现代性文化有深刻的研究和广泛的调查,绝大多数的中国人是有比较保守的性道德观念和性行为态度,不管是儒家文化还是道家文化,对性都持谈性色变的态度。周正猷先生指出面对残酷的性压抑，"聪明的中国人证实了弗洛尹德的儿童性欲学说,用食来宣泄欲望,达到了登峰造极的程度。"[7]但是压抑的结果往往是,由于缺乏正确的引导,在外力冲击与内在本能的共同作用下,走向偏离——性越轨，而最经受不起冲击的群体就是青少年。2011 年的一项调查显示,我国青少年性教育存在的问题包括:"青少年获取性知识的渠道不完整;青少年知晓的性知识很局限,大多数人不知道对他们身心健康具有指导意义和保护作用的重要性知识;学校性教育还处在起步探索阶段，尚无成熟模式和成功经验;绝大多数家庭性教育至今仍是空白。"[8]学校性教育缺位或效果欠佳，而在性压抑文化下长大的家长，羞于也不知道如何与孩子讨论性话题，最后的结果往往是孩子在好奇的趋势性自由探索，最终导致因缺乏性知识引起的意外怀孕。近年

[5] 陈玉领，堕胎的宪法规制[D]. 苏州大学硕士学位论文, 2015 年 4 月，第 7 页。
[6] 陕西安康通报"大月份引产"调查结果和处理决定[EB /OL] , http://news.xinhuanet.com/local/2012-06/26/c_112295273.htm 最后登录于 2015 年 11 月 19 日
[7] 周正猷，中国性文化的思考，中国性科学[J]. 2005(3)，第 31 页。
[8] 柳扬，钟子渝. 青少年性教育现状调查，中国性科学[J]. 2011(8)，第 22 页。

来，有多篇报道称，女孩怀孕，自己和家长到生产时才知道，[9]可见我国性教育的失败。

第四，生命教育缺位。肖川指出：“生命教育作为教育的价值追求，作为真正人道的教育，其目的是帮助学生更好地理解生命的意义，确立生命尊严的意识，高扬生命的价值，使他们能拥有一个美好的人生。”[10]由此可见，生命教育就是教会学生认识生命，尊重生命，其教育不限定于法律权利的规定，更多是生命伦理与生命哲学的教导。胎儿作为生命权的主体是法律难以突破的难题，但却是生命教育可以弥合的缺口。但目前我国大部分地区的中小学的生命教育基本是空白，高校的生命教育多与思想政治教育结合，难以实现生命教育的的目标。学生，包括已经走上社会的成年人对于生命缺乏认识和应由的尊重，这也是导致堕胎频发的原因之一。

第五，人流广告泛滥，导致的公众认知偏差。“梦里三分钟超导可视无痛人流术，三分钟梦幻保宫无痛人流术，给您最安全的保障”、“无痛人流，留住产权，流去意外”、“轻轻松松三分钟，无痛人流去无踪”这是我们常常在电视、广播、报纸、杂志、网络甚至公交车上看到的广告词。这些广告都在宣扬人流的“安全、快捷、无痛”，这使得很多人忽略了人流手术作为“手术”的本质，忽略了手术存在的风险，甚至当做“避孕措施的一种”。

（二）群体性因素

群体性因素的影响堕胎行为，主要是首属群体的影响，其影响主要体现在两个方面：对性的态度的影响和对堕胎行为态度的影响。

在性态度影响方面，受访者在谈及为什么会在大学怀孕时，谈到“没有男朋友让人瞧不起，好像没人要似的”，“而且学校有很多人同居，我们已经成年了，这也属于正常的生理和心理需要”。由此可见，群体压力和群体动力会影响个体对于性的态度。

而在对堕胎的态度方面，群体同样影响堕胎者的选择。在访谈过程中，我们发现，大部分堕胎者其母亲或亲友都曾有过堕胎史，而且在家庭成员参与堕胎决策过程中，有堕胎史的亲友，除曾因堕胎导致身体健康问题者之外，往往倾向于支持堕胎。

（三）个体性因素

第一，性教育缺乏加之流产广告泛滥，导致个体缺乏避孕知识的同时，对流产风险的正确认识。前面提到了，性教育缺乏，导致个体寻求非正规途径的性知识，而这些知识往往存在错误，而且缺乏重要的避孕知识，也在一定程度上导致了女性在性行为中实际的自我保护能力低下。缺乏避孕知识，或错误的避孕知识，如乱算“安全期”，往往导致“意外”的发生。而人流广告强化了流产手术的“安全、快捷、无痛”的同时，极大地弱化了手术风险，接受了“无痛人流”且未发生手术并发症者，倾向于接受广告所传递的信息，从而导致对“无痛人流”的错误认识，也许只有到了手术的不良后果显现出来时堕胎者才会意识到，滥用“堕胎权”的后果很可能是“上天的惩罚”——不孕不育。

第二，生命教育缺位加之自身及他人的堕胎行为，导致堕胎者否定胎儿的生

[9] 参见：90 后女孩扎死亲生子获刑 6 年 称分娩后才知怀孕[EB/OL], http://news.sohu.com/20151229/n432847728.shtml
女孩以为吃坏肚结果生了个娃 临盆产子才知怀孕 称没有男朋友[EB/OL], http://www.cq.xinhuanet.com/2016-03/21/c_1118394314.htm

[10] 肖川，陈黎明，生命教育：内涵与旨趣，湖南师范大学教育科学学报，2013（07），第 30 页。

命意义。一般在怀孕初期检查时，B 超化验单上会显示“有原始心动”的字样，这表明孕妇体内的胎儿为活体，这也意味着这是一个在不久的将来，成为个体的生命体，抛开法律权利不谈，胎儿的生命意义是毋庸置疑的。中国人喜欢说“虚岁”，其实就是对作为胎儿的自己生命意义的一种肯定。但生命教育的缺位，导致我们对于生命开始时间点的认知是模糊的。心理学理论认为，人的行为与认知之间常常是相互影响的，人们常常“从自己的行为推断自己”。[11]著名的心理学家阿伦森的认知失调理论可以用来解释堕胎行为本身对于堕胎态度的影响。阿伦森认为认知失调是我们的某个行为与我们的自我概念，通常是正面的自我概念，之间存在不一致，引起的不舒服感。[12]如果将胎儿看做生命，看做人，至少是潜在的人，堕胎行为将被认为是杀人行为，就如受访者提到的一样，这会导致堕胎者降低自我评价，引起失调，甚至影响身心健康。为了消除这种失调，堕胎者倾向于否定胎儿作为生命存在的意义与价值，这样可以有效地消除失调，但问题是，这样的结果往往是堕胎者倾向于无视堕胎带来的风险，而实施多次堕胎。

四、 遏制堕胎泛滥的对策分析

堕胎问题越来越引起社会的重视，这种重视只有化为行动，才有意义。我国每年 1300 万的流产，可以用泛滥来形容。出来用立法手段来限制堕胎行为之外，笔者认为从整个社会的社会环境和个体着手，使得堕胎者或潜在的堕胎者真正意识到胎儿作为生命的价值，比单纯的法律强制与制止更为有效。具体而言，可以从以下几个方面着手：

第一，借助计划生育政策改革，转变公众对于堕胎的认识。计划生育政策改革，“二孩政策”的实施，在一定程度上会减少因计划生育原因而选择堕胎的行为。如果说计划生育政策实施的 30 多年是改变我们对于堕胎的态度和行为的过程，那么“二孩政策”的实施，是否也可以成为我们再次修正堕胎态度和行为的第二次机会呢？一代人重塑对堕胎的态度，有利于自己的后代对堕胎行为树立正确的认识。

第二，严厉打击堕胎“黑诊所”，严格限制堕胎手术广告。堕胎黑诊所，多聚集于高校附近或城中村，以其“价格低廉，保密性好”的优势，虽然设施、技术和卫生条件都令人担忧，但仍是低龄堕胎者和大学生的重点选择对象，这无疑对于这些堕胎者存在巨大的潜在风险，严厉打击黑诊所是政府义不容辞的责任。同时，由于人流广告潜在的不良影响，国家应通过立法对于合法医院人流广告泛滥的问题也应予以限制。虽然随着医疗技术的发展，相较于过去医生“全凭手感”的“盲”流产，现代的可视人流风险大大降低，但却无法改变其作为手术的性质，也无法彻底消除手术风险，做到绝对安全。应当通过立法手段，要求医院人流广告将手术风险告知公众。

第三，将性教育与生命教育相结合，引导青少年重构对于生命的认识。2014 年的一项研究显示：绝大多数女性对于生殖健康知识有一定了解，但了解不全面，不充分。年龄越小，收入越低，文化程度越低，职业层次越低，未婚以及流动人口，人流不力高，且更倾向于多次流产。[13]性教育和生命教育近些年来备受关注，其意义和价值得到了广泛认可，但目前的研究显示，这两项教育并没有达到预期

[11] 侯玉波，社会心理学(第三版)[M]. 北京大学出版社，2014 年 2 月，第 40 页。
[12] （美）阿伦森，（美）威尔逊，（美）埃克特著，侯玉波，朱颖译，社会心理学——阿伦森眼中的社会性动物（原书第 8 版）[M]， 机械工业出版社，2014 年 8 月，第 122 页。
[13] 徐友红，多次人工流产手术患者的健康知识调查分析[J].当代医学，2014（8），第 161 页。

效果。性教育与生命教育存在诸多相通指出，却鲜有将两者结合的实践。生命教育在教导学生正确理解和对待生命，一个无法回避的问题便是个体生命的起点，而这正式与性教育的结合点。对生命尊严的理解，对生命体的尊重，有利于学生树立正确的性观念，充满敬畏，而非仅仅出于好奇来看待性行为。同时，正确避孕知识和堕胎风险的传授也是必要的，无论男生还是女生都应该对生命的孕育过程有一个清晰的认识，才能正确看待性行为与孕育生命背后的责任问题。

最后，充分医院社会工作者的作用，消除堕胎对流产患者的不良影响。此次调查中，有一个值得关注的问题，就是在问及医生认为“流产患者在流产后是否对身心造成影响”时，选择“不清楚”和“没有”的医生超过七成，而这与受访者的反馈有很大出入。可见，医生的关注点主要在于患者生理方面的健康程度，各项身体机能指标，而对心理方面并不关系。医院社会工作者，在专业价值的指导下，运用社会工作的专业知识，在消除堕胎对于流产患者不良影响方面有很大优势。前面提到，访谈发现堕胎者往往倾向于两极化，否定自己或否定胎儿。前者需要的主要是心理调适，而后者需要的主要是行为引导，防止发生再次堕胎。笔者认为，对于堕胎者的医院社会工作介入，应以未成人、心理健康受到影响者和已实施两次及两次以上堕胎者为主，并且对多次堕胎者施行强制介入。

结语

非治疗性堕胎本身是一个简单的医疗行为，却是一个复杂的问题，无论我们是堕胎权的拥趸，还是生命权的信徒，都应当承认堕胎本身对于胎儿、堕胎者都是一种伤害，是不值得提倡的行为。人们，无论男女，对胎儿生命价值的承认与尊重，是解决堕胎问题的治本良药。性行为是神圣的，因为它担负着人类繁衍的使命，更要求行为人认清，并能承担起其背后的责任。愿每一个生命都在期待与爱中来到这个世界！

参考文献：

1、陈玉领，堕胎的宪法规制[D]. 苏州大学硕士学位论文, 2015 年 4 月，第 7 页。

2、陈玉领，现行堕胎立法的缺陷与完善建议[J]. 重庆科技学院学报(社会科学版),2013(10)：53-56.

3、侯玉波，社会心理学(第三版)[M]. 北京大学出版社，2014 年 2 月。

4、胡宜安, 现代生死学导论[M]. 广东高等教育出版社, 2009 年 1 月。

5、肖川，陈黎明，生命教育：内涵与旨趣[J]，湖南师范大学教育科学学报，2013（07）：30-33。

6、徐友红，多次人工流产手术患者的健康知识调查分析[J].当代医学，2014(8)：160-161.

7、柳扬，钟子渝. 青少年性教育现状调查[J], 中国性科学. 2011(8)，第 22 页。

8、张小玲，中美妇女堕胎现状比较研究[J]. 山西农业大学学报(社会科学版)，2013（12）：1237-1240.

9、郑晓江，生命教育[M]，开明出版社，2012 年 10 月。

10、 周正猷，中国性文化的思考[J]，中国性科学. 2005(3)：31-33.

11、 （美）阿伦森，（美）威尔逊，（美）埃克特著，侯玉波，朱颖译，社会心理学——阿伦森眼中的社会性动物（原书第 8 版）[M]，机械工业出版社，2014 年 8 月。
12、 专家：中国每年人流 1300 万人次 重复流产率 55.9%[EB/OL]. http://news.qq.com/a/20150424/053602.htm，最后登录于 2015 年 11 月 9日
13、 中国每年人流 1300 万次 人流广告被批害人[EB/OL]. http://news.qq.com/a/20150702/020948.htm，最后登录于 2015 年 11 月 9 日
14、 陕西安康通报“大月份引产”调查结果和处理决定[EB/OL]， http://news.xinhuanet.com/local/2012-06/26/c_112295273.htm 最后登录于 2015 年 11 月 19 日
15、 90 后女孩扎死亲生子获刑 6 年 称分娩后才知怀孕[EB/OL], http://news.sohu.com/20151229/n432847728.shtml
16、 女孩以为吃坏肚结果生了个娃 临盆产子才知怀孕 称没有男朋友[EB/OL]，http://www.cq.xinhuanet.com/2016-03/21/c_1118394314.htm

作者简介：曹隽，东北石油大学人文科学学院讲师，从事社会法学研究，联系方式:18603699020，nkcaojun@163.com
李精华，东北石油大学人文科学学院教授，副院长，从事社会学与党建研究，联系方式:13836851867,sgljh1962@126.com
东波，东北石油大学人文科学学院教授，社会学系主任，从事社会学与社会调查研究，联系方式：13149592959，dongbo7799@126.com

附录 1：调查问卷

关于人流问题的调查问卷

亲爱的医生：

您好！我是东北石油大学社会工作专业的教师，目前正在进行一项有关医务社会工作与生命哲学的研究，为了了解人流手术对患者造成的影响，及其是否存在术前术后的社会工作服务需求，特开展此次调查活动。本次调查不记名的方式进行，您的宝贵意见将有助于我们开展此次研究，敬请畅所欲言。非常感谢您的支持！

1、您从事医疗工作几年？_____

2、您从事妇产科人流相关工作几年？_____

3、您所属的科室为_____。

4、您认为应当称来医院做人工流产的人为人流患者还是孕妇？

A、人流患者　　B、孕妇　　C、无所谓

5、您近五年来平均每年接诊多少人流患者？_____

6、在您接诊的人流患者中，两次及两次以上的患者占_____%。

7、在您接诊的人流患者中，曾做过人流手术次数最多的患者做过_____次人流。

8、去年二孩政策实施后，人流患者是否存在减少的趋势？

A、是　　B、否

9、您是否接诊过 14 岁以下的人流患者？　A、是　　B、否

10、　在您接诊的人流患者中，哪个年龄段的患者最多?

A、18 岁以下　B、18—25 岁　C、26—40 岁　D、40 岁以上

11、　近五年，您接诊的人流患者人数，总体上呈怎样的变化趋势？

A、呈上升趋势　　B、呈下降趋势　　C、无明显变化

12、　近五年，您接诊的 18 岁以下人流患者人数呈怎样的变化趋势？

A、呈上升趋势　　B、呈下降趋势　　C、无明显变化

13、　近五年，您接诊的 19—25 岁的人流患者人数呈怎样的变化趋势？

A、呈上升趋势　　B、呈下降趋势　　C、无明显变化

14、　近五年，您接诊的 26—40 岁的人流患者人数呈怎样的变化趋势？

A、呈上升趋势　　B、呈下降趋势　　C、无明显变化

15、　近五年，您接诊的 41 岁以上的人流患者人数呈怎样的变化趋势？

A、呈上升趋势　　B、呈下降趋势　　C、无明显变化

16、　您是否曾经劝阻过他人人流？

A、经常劝阻　　B、偶尔劝阻　　C、他人选择无权干涉

17、　您接诊的人流患者中，非治疗性人流患者占_____%。

18、　您接诊的人流患者中，非治疗性人流患者，做人流的主要原因是_____。（可多选）

A、非婚生子　B、工作忙　C、经济困难　D、计划生育　E、不了解　F、其他原因

_____

_____

_____

19、 您认为您接诊的人流患者是否了解人流的危害？

A、大部分人很了解 B、大部分人不了解

B、C、了解的人非常少，几乎可以忽略不计 D、不详

20、 您如何看待现在媒体上的人流广告？（可多选）

A、极度泛滥 B、正常宣传 C、误导他人

D、比较客观 E、没注意过

21、 您如何看待非因产妇或胎儿健康原因而流产的患者？（可多选）

A、漠视生命 B、对自身健康不负责 C、生活缺乏自律 D、无权评价

22、 您接诊的人流患者中，非治疗性人流患者流产后是否会产生心理方面的问题？

A、很多都存在 B、存在的很少 C、几乎不存在 D、不详

23、 您接诊的人流患者中，治疗性人流患者和非治疗性人流患者流产后，是否在心理与精神上存在差别？

A、存在明显差别 B、没有明显差别 C、不了解

24、 您接诊的人流患者中，自然流产的患者和人工流产的患者在流产后，是否在心理与精神上存在差别？

A、存在明显差别 B、没有明显差别 C、不了解

25、 您对我国有关人工流产的法律法规是否了解？

A、非常了解 B、比较了解 不太了解 D、完全不了解

26、 下列群体中，您认为哪个群体受人流影响最大，最需要帮助？

A、未成年人 B、大学生 C、因孕妇或胎儿健康原因导致的

D、经济困难者

请选择并排序：_____

27、 您认为人流患者是否需要以下医疗之外的帮助？（可多选）

A、经济援助 B、精神抚慰 C、避孕知识传授 D、珍视生命教育

E、其他_____

_____

_____

_____

再次感谢您在百忙之中抽出时间参与本次问卷调查，祝工作愉快！

附录 2：访谈提纲及记录表

访谈提纲及记录表

一、受访者基本信息

姓名	年龄	婚姻状况	堕胎次数	第一次堕胎年龄

二、访谈主要问题提纲

（一）了解第一次堕胎对堕胎者影响

1、您第一次堕胎的年龄是什么？
2、您第一次堕胎时的婚姻状况？
3、您第一次堕胎的原因是什么？
4、堕胎对您有什么影响吗？

（二）了解堕胎者首属群体对堕胎的影响

1、您堕胎时，家人是否知道？同意吗？
2、您的家人有堕过胎的吗？她们是否支持你的堕胎行为？
3、您周围的朋友有堕过胎的吗？她们如何看待堕胎问题？
4、您周围的人堕胎的愿意是什么呢？

（三）针对两次及两次以上堕胎者

1、您认为流产手术认为流产手术安全吗？
2、您对流产手术的风险了解吗？
3、您对避孕知识了解吗？
4、您如何看待堕胎？
5、您如何看待性？
6、第二次及之后的堕胎与第一次相比对你的影响有什么差别吗？

（四）堕胎者的需求

1、堕胎对您之后的生活产生了怎样的影响呢？
2、您在堕胎后最想要什么？

论本真的医患关系——互慈和创的仁爱的共同体

蔡昱

摘要：

本文首先揭示了人之弱点，即两种“畏死的恐惧”。其后，论述了互慈和创是人的本性，是人的本真需要和实在的自由，体现了“整体关联”这一人之存在的本质特征。其后，本文论述了儒家“无为无对之仁”就是互慈和创的人之本性。最后，本文讨论了符合人之本性的本真的医患关系，即互慈和创的仁爱的共同体。

关健词： 互慈和创， 无为之仁， 无对之仁， 本真的医患关系，仁爱的共同体

当前，我们的医疗矛盾重重——医生和患者各自抱守着自己的权利而向对方申讨着义务，利益纷争也渐渐结成死结，各方苦不堪言。或许，已经到了重新探讨什么才是符合人之本性的本真的医患关系的时候了。

一、 人之本性——互慈和创[1]

人之本性是人之所以为人的内在依据、质的规定性和最根本的特征。在我们讨论人之本性之前，有必要首先讨论基于人之弱点的人的本真需要和存在的特征。

（一）人之弱点、本真需要的两面性和本真存在的两面性

人具有急切的自我保存的需要。一方面，人是生物性存在，需要一定的物质以维持生存；另一方面，人是社会性存在，需要与他人在物质、情感和精神上形成关联，不可孤立生存。这两方面形成人的两大弱点——“对匮乏的恐惧”和“对被社会孤立的恐惧”，可统称“畏死的恐惧”。于前者，引起恐惧的匮乏感可能来自真实的匮乏，更多来自被他人制造的虚假的匮乏。人们常因追逐虚假的匮乏和虚假的安全而偏离自己的本真需要；于后者，“对被社会孤立的恐惧”可由真实的或被制造的孤立引发，它常使人以窒息本真自我和牺牲本真自由为代价（如屈从于他人的期待）与他人关联以追求虚假的安全。总之，如被“畏死的恐惧”摄住，便会被他人以虚假的安全为诱饵操控着，将宝贵的生命力虚耗在偏离本真需

[1] 蔡昱，龚刚：《守护人之本性——再论节制欲望的共产主义和人类文明再启蒙》，《南开经济研究》2016年第1期，P3-17。

要的外在目的上，从而失落自由而被奴役。

人的弱点造成了人的本真需要的一体两面性。一方面，它表现为自由与全面发展以实现自己潜能的需要，即自我实现的需要；而另一方面则表现为“摆脱恐惧控制的需要”，即不因恐惧而追逐虚假安全的需要，也即发挥自己的本质力量而获得真正的安全感，从而抵御死亡恐惧的需要。下文中将论述人的本真需要的两个方面统一在“互慈和创”的生命实践中，它是人的实在的自由。

人之存在也具有两面性。一方面，人不能弃绝与外界关联而孤立地存在，否则就会灭亡；另一方面，人需要存在感。人与自然的其他部分不同，他具有自我意识，他的存在感、自我意识和个人同一感将自我与外界分开，即人必须在思维、情感、选择和行为中确证自己。因此，人既要与互动者关联，又要保持自己的独立性，即不会失落自己的存在而被周围吞噬——人需要一个强大的自我。下文中将论述这个强大的自我便是扎根于“互慈和创”这种整体关联的存在中的自我，也即人之存在的两面性统一于“互慈和创”这种人的本真存在中。

（二）“互慈和创”

慈是生命固有的本真的驱动力，此种驱动力肯定、成全与创化生命。其本质既指向整合，又指向创造，即在整合中创造，在创造中整合；于人，因伴随不同形式的情感表达与推动，我们称之为慈爱。它将人的生命力引向满足自由与全面发展的内在目的和本真需要的方向，是人的本真欲望系统和内在动机系统。

“互慈和创”是由慈爱推动的人与人、人与自然之间肯定、成全与扩展双方自我，肯定、成全与扩展双方生命的，协同创造的有意识的生命实践活动。首先，“互慈和创”由慈爱驱动，各方以爱、自由、责任和创造相互链接，体现了人与人、人与自然的整体关联。第二，“互慈和创”所形成的关系是人自由选择的结果，是自由和自愿的。第三，“互慈和创”中人与人的关系是“我-你”的关系，而不是“我-它”的关系。这意味着各方都不把对方当作观察、研究、利用的客体或对象，不视对方为可操纵的工具，双方和关系都是康德的“无条件性”（即无外在目的）意义上的“目的”，即允许自己和对方按照其本性存在与行动。因此，“互慈和创”的欲望是人的本真欲望，体现了合内在目的性。

（三）“互慈和创”是人之本性

首先，“互慈和创”是人的本真需要。如前所述，人的本真需要包括自由与全面发展和获得真正的安全感（从而抵御死亡恐惧）的两个方面，而这两方面的

需要统一于“互慈和创”中。首先，人的生命是有限的，再多的名利财的“成功”都难以抵抗死亡带来的恐惧和虚无。而在“互慈和创”中，人因自由选择和慈爱而主动承担了对自我的生命、对方的生命、“我们的生命”和“天地大生命”的责任，也就主动承担了赋予自我、对方、世界以意义的责任。只有在互慈和创的发展自我潜能而不断突破“小我”的“大我”的实现中，在自我的超越与升华中，才能以责任感、价值感和意义感抵抗死亡所带来的虚无与恐惧，从而具有真正的安全感，进而使人有力量和勇气不因压力或诱惑而歪曲他们的本真需要；其次，互慈和创中，人的独立性、个体性、自由性与关联性（社会性）都得到了实现。一方面，人在独立自发地实现自我潜能的过程中与世界互慈地关联着；另一方面，人在与世界互慈的关联过程中发展自我的潜能，实践与扩展自己本质的力量和自由的能力，从而实现自由、独立与个性。总之，当人意识到人之本性，意识到个人通过慈爱而与世界连接并协同创化生命的可能性与责任，他就不会认为自己是形单影只地面对作为他者的外在“威胁”，就不会被恐惧控制。

第二，“互慈和创”是人的“实在的自由”。所谓“实在的自由”是与虚幻的自由和形式的自由相对应的，是现实化的“有效的自由”。“实在的自由”不仅包括目的自由下的选择的自由，也具有抵御恐惧而做出肯定自我肯定生命的选择的能力，即可以实现其自由。具体地，在“互慈和创”中，个人通过慈爱、责任、创造与世界关联，便会超越“死亡恐惧”而具有真正的安全感，进而有力量和勇气不因压力或诱惑而歪曲他们的本真需要，即具有“选择自己的自我”的能力，从而使自由具有现实性；同时，“互慈和创”中的协同创造无外在目的，它摆脱了内在他性之力（如贪欲和妄欲）和外在他性之力（如胁迫）的奴役，即人的目的是自由的。总之，“互慈和创”是“实在的自由”的表现、确认和获得方式，是自我的实现方式和产生方式。从某种意义上说，“互慈和创”可以看作是人的存在本身。

第三，“互慈和创”是人的本真存在方式，体现了人的存在本质——“整体关联之在”。前文讨论过的人之存在的两个方面就统一在“互慈和创”中，即在“互慈和创”的“我-你”的开放自在的关系中，双方的本真需要都获得了满足，同时，也都通过将他人的需要看作自我需要而形成的“我们”而扩展了生命，进而参与大生命的创化。于是，自我获得了独立性、个体性和强大的自我存在感和同一感，即自我与外界自发地、创造性地关联与整全，却又不被吸收与吞没。“互

慈和创”是人与世界的本真关联方式，体现了“整体关联之在”的存在本质。

同时，离开了“互慈和创”，人的“存在”将会失落。具体地说，当人失落了“我-你”的本真关系，就会进入异化的“我-它”关系，即视自我、对方和关系是工具性的和可操纵性的，以依附、控制、屈从和征服与他人和自然机械地关联，从而被周围吞噬，也即掠夺、奴役、失落了本真自我。由此可见，人之存在是“整体关联之在”，是“互慈和创之在”——原子式的个人是虚妄！

二、 儒家“无对无为之仁”——“互慈和创”的人之本性

如果将慈爱局限在人与人之间，便是儒家的仁爱。孔子说：“仁者，人也”，即人格完成就叫做“仁”，它是人之所以为人的本质。同时，人格不是单独一个人可以表见的，要从人和人的关系上看出来。所以“仁”字从二人，郑康成将其解做“相人偶”。总之，要彼此交感互发成为一体，我的人格才能实现。由此，宇宙即是人生，人生即是宇宙，我的人格和宇宙无二无别[2]。由上可见，儒家的仁具有无对性与无为性的特征。下面，我们将论述互慈和创的人之本性便体现在此“无对无为之仁”中。

（一）无为之仁——“大我-大你”的关系

1. “仁”应是“无为”的

无为（取 wei 的四声）就是没有外在目的，尊重人（自己及他人）的本性、内在目的和本真需要，也即康德所谓的“人是目的”。

孔子讲：仁是“克己复礼”（《论语》）；孟子言：“君子以仁存心，以礼存心。仁者爱人，有礼者敬人。”(《孟子·离娄》)。由此可见，儒家的“礼”与“仁”是一体两面的；同时，“礼”来自于“敬”，“仁”也与“敬”是一体两面的。中国传统文化中的“礼”与当代的法律有根本的不同。具体地说，儒家的“礼”代表的是庄子所谓“照之于天”的客观天道，即“礼”是“天理之节文”，而不是主观的人意。所以，“克己复礼”之“仁”就是在行为上符合作为天道的“礼”的规范，从而是“无为”的。

与此同时，在仁爱的关系中，我们以“天理之节文”相互对待，原因在于我们“敬”的对象是对方所承载的人之本性，也即因仁爱而合于大道和天地大生命

[2] 梁启超著，《梁启超清华大学演讲录：为学与做人》，东方出版社 2015 年本版。

的大写的人——“敬”的本质是对生命的敬畏。进一步地，儒家的“礼”也便是“仁”与“敬”的落实，是两个大写的人保持“大我——大你”关系，免于堕入“我——它”关系的行为规则，是双方保持和谐的行为尺度。推而广之，“克己复礼”之“仁”中，宇宙中的一切事物处于各自如是的本然状态——各得其所，而不相互侵犯——彼此和谐共处。与此同时，只有人类可以通过仁而主动突破生命的有限进入永恒——在人之本性中实现天人合一——在仁中成己与成人。

由上可见，儒家之仁本质上是一种“无为之仁”、“天道之仁”。此种“无为之仁”与“天道之仁”尊重自己的本性，同时也尊重对方的本性。它允许个人按照本性做出符合自己的本真需要的选择从而实现自我；同时，也通过将他人的需要看作自己的需要，从而在扩张与创化双方的生命的同时，允许和帮助他人实现与扩展他们的自我——即将自己与他人都作为目的，而非工具。

2. “无为之仁”的前提是“诚”

“诚”为“真诚”、“本然”。以“诚”为前提的“仁”包含一种深情厚义，以“诚”支撑的“仁”和“礼”才是真正本然而无为的；与之相反，背离“诚”的“乡愿”以“仁的外在表现形式”为手段，以实现其（名、权、利等的）外在目的。此时，关系、关系中的自我与他人都成了工具性和可操纵性的，人也就失落了存在。因此，孔子讲：“乡愿，德之贼也”（《论语·阳货》）。《中庸》说：“诚者，天之道也，诚之者，人之道也。”，也即作为“合于天道的人之道”的“仁”必须以“诚”为其前提。这里的“诚之”，便是真诚于“人”与“己”的本然状态，或者说让“人”与“己”的本然状态得以真实的显露，成为本真的承载天道和人之本性的大写人。

对儒家来说，仁爱的来源是亲亲之爱。“人者仁也，亲亲为大。”（《礼记·中庸》）；“孝悌也者，其为仁之本与！”（《论语·学而》）；“孝者，所以事君也；悌者，所以事长也；慈者，所以使众也。”（《大学》）；“如保赤子”，心诚求之，虽不中不远矣”（《康诰》）。无疑，孝、悌、慈存在于家庭成员之间，是人类的极致的真挚情感——天然的没有任何做作与附加条件，是人之本性的流露，即不忍于使其德与性因自己的一己之私而受到无端的损伤——孝、悌、慈都是无为的。因此，将这种真挚的情感外推，以之处理与君、与长、与众的关系，进而治国，其关健与核心是要在人际间保持同样的真挚无为，且应该象保护新生婴儿一样保护这种“诚”与“无为”。由上可见，儒家始终抓住“亲子”这

一环节作为仁的核心或根本（“人者仁也，亲亲为大”（《礼记·中庸》）），其目的就在于通过强调家庭成员间的人类最真挚的情感，从而尽其所能地强调“仁”的“诚”与“无为”的特征。

《中庸》中又讲：“唯天下至诚为能尽其性。能尽其性，则能尽人之性。能尽人之性，则能尽物之性。能尽物之性，则可以赞天地之化育。可以赞天地之化育，则可以与天地参矣”。即只有极致地对自己真诚而真实地活着的人，才能全面展现自己的天命之性，绽放天赋而实现本真的自我。进而，只有这样赤子般赤诚的人才能通过“无为之仁”这种爱与敬的深情厚谊，在尊重、扩展与成全“己”、“人”与“物”的本性中与“人”与“物”和谐整全，即他的生命与天地万物融为一体，相互促进——参与天地大生命的创化（“与天地参”）。

（3）“无为之仁”的行为方式——“忠恕之道”

孔子的“行仁道”就是行“忠恕之道”，这是儒家中庸“爱与度”的体现。其中，“忠”，即公正之心，表现为“己欲立则立人，己欲达则达人”（《论语·雍也》）；“恕”，即真正去体会他人的需要，表现为“己所不欲，勿施于人”（《论语·颜渊》）。儒家“忠恕之道”下的互爱合作是“无为之仁”的必然要求，其本质是实现以人为本——即首先承认人与人在人之本性和生命价值上的平等（确认自己是人的前提是承认他人也是人），进而使人们通过仁爱与责任而主动修身与自我节制，从而成为体现人之本性的纯然本然的大写的人。同时，以仁爱为出发点和归宿才能达成“和”的关系与和谐的社会。

（二）“无对之仁”

中国传统文化重视人之存在的整体关联性，“天人合一”是中国人自古以来的坚定信念，“与天地同在”是中国人的不懈追求。如孟子认为，人的先天之心可以通过“恻隐”、“不忍人”等与他人相感通；他和庄子都认为人可以通过“气”与他人、与自然、与宇宙相连。再者，儒家提倡“仁民爱物”，要求与他人与自然和谐相处——仁者与天地万物一体，仁者通过“仁”这一人之本质的整合力量而统一于宇宙大生命——浑全无对。

这里的“无对”意指“整全”，也即归于大一。它是借用了梁漱溟先生的提法:“无对者指超离利用与反抗而归于浑全之宇宙”[3]。梁先生这里所要超离的“利用与反抗”便是前文所述的“我—它”式的机械的关联，所要进入的则必然是与前者非此即彼的“大我-大你”的关系，即仁爱链接的共同体。在仁爱的共同体中，“大我”、“大你”、“我们”都成为天地大生命的一环并进入天地大生命。也即在以仁爱链接的关系中，我在天道与天地大生命中，而你也同样如此，每一个人都是天道与天地大生命的承载者与组成部分，因而得到了整全。

具体地讲，孟子认为，与后天被污染之心相对应的先天之心（即本心）是人之本性的处所，是仁的处所。同时，《中庸》讲“率性之谓道”，即本心本性即天理，由此，仁便是天道的一部分。进而，顺此“仁”之本心本性就是合于天理，就可以达到孔子所说的“从心（本心）所欲不踰矩”的“成德”境界。在仁爱的关系中，双方都依天道之仁而合于天地大生命，进而浑全无对，实现了天人合一、人己合一的“成德”境界。也就是说，儒家的“成德”充分地体现了仁的无对性——在成己中成物，在成己中成就他人、成就社会；与此同时，于同一行为中，在成物中成己，在成就他人与成就社会中成己。即“儒家推崇成德。成德并不只是个人之成就其自己而已，它指的是将全副的生命回向整个生活世界，而去成就此生活世界中的每一个个我”。[4]由此，也便实现了人的生命与宇宙的同体，进入了时间与空间的永恒，进入了天地大生命的浑全无对。

梁漱溟先生也同样认为，人之所以作恶，主要是因为后天之心的私欲而自为局限，从而自我中心地与外界隔阂不通；而善本应是“通”。所谓“通”，是指情同一体，是“痛痒好恶彼此可以相喻且相关切”，[5]它是人类所代表的宇宙生命本性的无对的特征，是人之先天之心的无对的特征，是“一体之仁”的无对的特征。

由上述对“无对之仁”的讨论可见，“当人类从动物式本能解放出来，便豁然开朗通向宇宙大生命的浑全无对去，正以人类生命自始便打开了通向宇宙大生命的大门；不过一般说来，人生总在背向大门时多耳。其嘿识乎自觉而兢兢业业正面向着大门而生活，由有对通向无对，直从当下自觉以开拓去者，则中国儒家

[3] 梁漱溟著，《人心与人生》，上海人民出版社 2011 年版：第 140 页，
[4] 林安梧：《论儒家的宗教精神及其成圣之道——不离于生活世界的终极关怀》，http://www.lunwentianxia.com/product.free.1381298.1/
[5] 梁漱溟著，《我的人生哲学》，当代中国出版社 2014 年版：第 183 页，

孔门之学也”。[6]

（三）“生-生”之仁——德性与生命的创化

《周易》中说“天地之大德曰生”，又说“生生之谓易”。也就是说，宇宙万物的周而复始，其最根本的意义与价值就在于不断的创始生命，延续生命。也就是说，天道的根本在于“生-生之德”，而“作为人道的仁”是天道的一部分，它同样需要体现“生-生之德”的创生性。

《中庸》讲：“唯天下至诚为能尽其性。能尽其性，则能尽人之性。能尽人之性，则能尽物之性。能尽物之性，则可以赞天地之化育。可以赞天地之化育，则可以与天地参矣”。也就是说，如果真诚与真实地活着，如果成为“作为天道的仁”的承担者，那么，我们每个人都可以成为社会、宇宙、天地大生命的缔造者，而不是机械的屈从者。也就是说，我们通过成就自己去成就别人成就世界；与此同时，我们也通过成就别人成就世界来成就自己——这正是每一个连接天地大生命的个人的生命意义之所在，是他的自由、自主与伟大之所在！

（四）“仁”（先天之心）与节制欲望（去除贪欲）——知行合一

“仁”是一种内在的情感、能力，是人的本真需要与本真欲望，是体现了“互慈和创”的人之本性。人们之所以能够表现出仁爱的精神和行为，并不是因为受到了外来的说教，而是因为我们都有看到邻家孩子要掉进井里而惊恐着急的恻隐之心，即“仁”的发端——也即我们都有行善的可能，而是否行善则是选择的问题——即是有没有 “克己复礼”的问题；是有没有“存天理，灭人欲” （这里的人欲是指贪欲，即节制欲望，而非禁欲）的问题；是有没有通过去除贪欲而达到“知行合一”的问题；是有没有通过“节制”与“集义”而“不动心”，从而回归人之本性的问题。

《中庸》说：“喜怒哀乐之未发，谓之中。发而皆中节，谓之和。”这里，“中”便是心处于本然纯一的状态，即先天之心。此时，先天的本心如果发出喜怒哀乐必是人的本性对事物的直接反应，一定是恰当合理的，即“和”。因此，梁漱溟先生与孟子一致，他们认为本真的人心是自发倾向于善的承载了善良本性的先天之心（即良心），人的先天之心内蕴的自觉就是“良知”或“独知”。王阳明说：

[6] 梁漱溟著，《人心与人生》，上海人民出版社 2011 年版：第 140 页。

“无声无臭独知时，此是乾坤万有基”。也就是说，先天之心的良知或独知来自作为乾坤万有基的宇宙与生命的本体，它浑一无对[7]。而所谓的“慎独”便是慎于保持本心的纯一而不被遮蔽。

需要关注的是，先天之心是深藏于人心中几乎体现为道家关怀的那个层面的；而人的后天之心则是明显不属于道家的，它是外在目的（目标）导向的，是深思熟虑的。后天之心是作为意志和起思考作用的意向性决策器官的“心”[8]。问题的关键在于：是后天之心最终决定了善良的先天之心将被保留存心还是被抛弃放心。因此，具有意识能力和意志能力的心的主要任务是永远不要与深藏在人心之自发层面中的倾向于善的惯性趋势失去接触[9]。然而，在外界环境的压力、恐吓与诱惑下，它很容易放弃此接触。因此，对于大多数人，回归人之本性依靠不停歇的在“仁爱”中的节制贪欲和实践道德，以使先天之心得以显露。

因此，孟子认为，人们不仅要关注天赋的超越性的先天之心，更要关注日常生活中的“浩然正气”的养成，关注实存性的道德决策和与内在的善之源泉接触的道德努力，下学而上达；王阳明认为，无私欲遮蔽下的先天之心即是天理，而以先天之心行事便是“仁”。同时，知行在本体上本是合一的，知行之所以不合一，只是因为有后天之心的私欲间隔了知与行。要恢复那不曾被私欲隔断的本体，便是朱子所注《大学》上说的：尽夫天理之极，而无一毫人欲之私——冲破私欲束缚，以回归天理之“仁”而回归本真的自我，回归人之本性。因而，“仁”是儒家终其一生的“慎独”的实践的功夫，是需要永不停歇地在世间在事上磨的。

综上所述，“互慈和创”的“无为与无对之仁”是人之本性。“互慈和创”及（作为“互慈和创”普遍化的社会基础的）“仁爱的共同体”是人的生命之根与生命之源。扎根于“互慈和创”与仁爱中的整体关联之在中的个体才是一颗强壮而可靠的“有根的芦苇”，他既不会被死亡恐惧摄住，更不会随波逐流。由此，我们回答了“如何成为一个人——一个自我责任的，独立自由而可靠的，持守存在的人”的问题，也打破了当代困扰人类的“自我中心”的魔咒：真正的个体化与独立性存在于“整体关联”之中！真正的“具有独立性的个体”是“超个体”的“大我”!

[7] 梁漱溟著，《人心与人生》，上海人民出版社 2011 年版：第 143 页
[8] 本杰明・史华兹著，《古代中国的思维世界》，江苏人民出版社 2008 年版：第 373 页。
[9]本杰明・史华兹著，《古代中国的思维世界》，江苏人民出版社 2008 年版：第 374 页

三、 本真的医患关系——互慈和创的仁爱的共同体

由上可知，人之本性是互慈和创的仁爱，人的本真的关系是互慈和创的仁爱的共同体。因此，本真的医患关系也应是互慈和创的，是仁爱的共同体式的医患关系。

当前，多数人认为医患之间是“权利”本位的“权利-义务”式的医患关系。实质上，这是将医患的伦理关系混同于法律关系。众所周知，法律只是道德的底线，而将“权利”作为伦理关系的本位，则是将医疗中的道德拉到了底线，将最低当做最高，从而败坏医疗和医患关系。

不同于权利为本位的“权利-义务”式的医患关系，仁爱的共同体式的本真的医患关系是以“爱、责任与自由”为本位的；不同于“权利-义务”式的医患关系的被动性、防御性与疏离性，互慈和创的仁爱的医患关系则是主动的合作的；“权利-义务”的契约式的医患关系是一种由“普遍的一般的共相的人”形式性参与的医患关系，即双方都将对方当做剥离了情感和个性的功能、数字或符号来对待。与之相反，互慈和创的仁爱的共同体则是一种涉入性（体验性）参与的医患关系，其中，患者和医生都是活生生的具体的整体的人，医生在仁爱中体验到患者的痛苦并予以回应，而医生的仁爱也将唤醒和感通患者的仁爱之心；在这种建立在人之本性的本真的医患关系中，患者将实现其实在的自由——医患的共同决策将取代患方的决策，由此补足患方决策能力的缺欠，真正满足患者的需要；同时，医生在职业中通过仁爱而回归人之本性，赢得自我实现——在成己中成就病人，并在成就病人中成就自己——获得超越有限性的真正的生命意义。

在当前不合理的医疗体制还不能全面改变的情形下，拯救医疗和医患关系需从医生的自我救赎开始——如果我们能修养成活泼泼的本真的生命，“诚意”和“无对无为之仁”必能感应得患者的情意相通，从而使得医疗可以顺应人的本性而舒展自然。

互联网时代的患者隐私保护新形势

耿 希[1] 田 立[2] 关 鑫[1]

(1 上海中医药大学附属曙光医院 上海 201203 2 国家信息安全工程技术研究中心 上海 201203)

(**摘要**)分析“互联网+”时代患者隐私保护所面临的新威胁，对传统的隐私保护技术、制度和规范的有效性进行反思，寻求新技术应用与患者隐私保护的结合点，对患者隐私的保护不应该是新技术应用的障碍，而应该将两者有机地结合起来，并从意识、管理、技术三个层面提出具体的保护措施。

(**关键词**)“互联网+”; 医学伦理；患者隐私；保护措施

（**Abstract**） The paper analyzes the new threats faced by patient privacy protection in the era of ‘Internet +’, and rethinks the effectiveness of the traditional technology and norms of privacy protection. It aims to find the joint between the application of new technology and patient privacy protection. These two things should not be obstacles to each other, but should be organically combined. The paper discusses the patient privacy protection countermeasures in three aspects of consciousness, management and technology.

（**Keywords**） "Internet +"; Medical ethics; Patient privacy; Protection measures

1 引言

随着近年来医疗数据的迅速电子化和智能化，电子病历和信息化医疗管理系统大量普及，数据的存储和使用变得越来越方便，与此同时，医疗数据的隐私性、安全性问题也随之而来，特别是当这些数据涉及后续分析、挖掘和研究等二次使用的时候。伴随着大量医疗数据的电子化，人们越来越将关注集中在把这些医疗数据用于更合理的使用，例如医学研究、公共健康、政府管理以及其他一些相关

的卫生服务。当前，对患者医疗数据隐私保护的研究主要集中在几个方面：防止被授权的用户滥用、被没有授权的用户访问以及通过公开发布的病人医疗数据进行再识别等[1]。

2015 年 3 月的十二届全国人大三次会议上，李克强总理在政府工作报告中首次提出“互联网+”行动计划，“互联网+”正在为所有的传统行业带来无限的机遇和挑战，医疗行业同样不能例外。基于对患者电子病历和就诊记录等敏感数据的分析，在传统医学研究的基础上，提出了一系列基于关联共享、大数据分析和数据挖掘的新应用和场景。

在响应政府的号召的基础上，近年来互联网公司开始与卫生管理、医疗科研、大型医院等机构展开多领域的合作，智慧医疗与大数据挖掘成为新的热门词汇，为医疗研究和临床诊疗带来了新鲜的血液。但正如互联网思维和大数据分析在电商领域的核心问题一样，隐私安全成为妨碍这些技术进一步推广的重大障碍，而且患者隐私的公众关注度远高于网购隐私的关注度。

2 保护需求

2.1 “互联网+”新医疗应用模式

智慧医疗是医疗信息化的升级发展，通过与大数据、云计算技术的深度融合，以医疗云数据中心为载体，为各方提供医疗大数据服务。实现医生与病人、医生与护士、大型医院与社区医院、医疗与保险、医疗机构与卫生管理部门、医疗机构与药品管理之间的六个协同，构建智慧化医疗服务体系。[2]

“互联网+”时代的新型医疗应用模式，从其服务和使用方式来看，可以分为两个大类，即直接服务患者的“互联网医疗”和通过数据分析挖掘间接服务医疗研究和临床就诊的“医疗云平台”。

“互联网医疗”，包括了以互联网为载体和技术手段的健康教育、医疗信息查询、电子健康档案、疾病风险评估、在线疾病咨询、电子处方、远程会诊、及远程治疗和康复等多种形式的健康医疗服务，有利于解决中国医疗资源不平衡和人们日益增加的健康医疗需求之间的矛盾，是卫生部积极引导和支持的医疗发展模式。互联网医疗是一个连接医疗服务、资源和信息供需双方的平台，平台产生

和传输的数据往往存在医疗资源信息验证的可靠性和患者个人信息的隐私保护可靠性。

“医疗云平台”则是通过建立数据仓库，对医院信息系统（HIS）、检验信息系统（LIS）、医学影像存储和传统系统（PACS）和电子病历（EMR）等传统医院信息系统的患者信息进行大数据分析和挖掘，发现更深层次的统计学和医学规律，解决医疗研究和临床诊疗中的实际问题。根据其数据挖掘的维度可以分为两个大类：即纵向针对特定患者的深度挖掘层面，通过更加智能化的病史和病理分析技术，让医生临床诊断更准确和快捷；横向针对大量非特定患者的关联和智能挖掘层面，在流行疫情发现、病理病史分析、药物传播研究等方面的应用更是不可限量。

上面两种场景都面临以前所不存在的隐私保护方面问题，前者主要是海量患者隐私的存储和不同医院间对同一患者就医记录的共享问题；后者则更是增加了谁来做分析、哪些数据可以看、哪些结论可以分享等更多问题。

2.2 患者隐私的“价值”

传统的医院生命伦理管理领域，患者隐私保护就已经是一个虽然被多次强调，但往往有意无意被忽视的问题，在“互联网+”共享和交融的浪潮下，随着信息化系统的大规模建设，对患者隐私的保护已经面临了更多的威胁和问题。

2004 年《新民晚报》报道的题为《婴儿未满月推销便不断谁将“骚扰”引进家门?》的文章，就提到王女士的儿媳妇在妇产科医院顺利产下一名男婴，宝宝出生后离院回家不足 10 天，各家保险公司的业务员已打爆电话，踏破门槛，使得坐月子的母亲根本无法静养。但她媳妇怀孕生小孩，没和任何保险公司接触过，只在医院登记过电话、家庭地址等信息。[3]而到了 2016 年，南方网报道的题为《深圳上万条产妇信息被泄露涉及 50 家医院》的文章，提到一份数量高达万条产妇信息的清单流入市场，包含出生日期、姓名，甚至精确到居住地址、出生医院等信息，“出生医院”更是涵盖深圳近 50 家医院，被泄露隐私的孕产妇频繁接到母婴护理公司的推销电话、短信。这些推销公司从中获取的利润远超过购买隐私信息的费用。信息贩卖者有利可图，信息购买者有利可图，权益受到侵害的患者即便有所不满，也无法阻止自己的隐私被泄露。十年前，可能仅仅是某个

人或某家医院的隐私泄露，如今在“互联网+”的时代，已经发展到一个城市的患者隐私泄露，其涉及的数据之大令人咋舌。

2.3 隐私信息泄露途径

2.3.1 医院信息化安全管理欠佳

医院一直以来都是隐私侵权的密集领域，是许多商家发掘潜在客户的重要地点，这种现象在大城市已经司空见惯了。医院可以保证其自身不与商家合作，但无法保证医院中任一工作人员在金钱的诱惑下不出卖患者的隐私信息。上述深圳产妇隐私泄露的新闻中，医院表示 2008 年后有关部门已对全市信息系统进行了调整，外面的人进不去，里面的人也不得随意操控。然而由于管理欠佳，未对操作人员进行安全教育，导致护士、保安串通一气，里应外合，贩卖患者隐私信息。

2.3.2 医院信息化系统安全防护措施薄弱

2015 年底，在广东网警公布的“安网 2016”网络安全专项治理行动第一期成果通报中显示，某市一医院的系统高危漏洞可能导致医院就诊的 12 万名患者隐私信息泄露。因此，就目前来看，医院信息化系统的安全防护措施亟待完善。

2.3.3 公开的患者信息

除了人为的隐私泄露，医院内本身就有公开的患者信息，例如 2010 年 8 月 6 日的《城市晚报》中提到，某男性患者在医院检查精子质量，等待检测结果时，大屏幕上会把检测者的姓名和检测项目同时显示出来，正巧那天该患者遇见熟人，虽然最后检测结果完全没问题，但他心里却留下了阴影，总觉得周围的人都在笑话他，他认为是医院出卖了他的隐私。再比如，“病人费用清单”是利用信息技术开发的新业务，目的是增加医院收费的透明度。但有些疾病从使用的药物或治疗方式上完全可以推断出来，患者不一定愿意被人知道或者这很可能为好事之徒提供线索。信息化意味着更快的传播和公开，而这一点与医学伦理要求保守患者的个人隐私相互矛盾，也往往被医院管理者所一再忽视。

2.3.4 医疗服务网站的信息泄露

随着近年来互联网大潮的兴起，上述问题更是有增无减，笔者身边的朋友也在生活中遇到了互联网医疗的个人隐私泄露问题，某朋友通过一个医疗服务网站购买慢性病药，在本疗程药物快要用完的一周，先后接到了三个声称该网站服务

人员的该药物推销电话，很难想象这一案例不涉及对患者个人隐私赤裸裸的侵犯，很可能已经形成产业化的患者数据销售业务。

2.3.5 医疗大数据处理过程的信息泄露

一些公共卫生和医院管理者也往往对患者隐私和医疗数据安全性认识不足，盲目上线大数据系统，导致很多患者的就医信息被外泄给数据分析公司或其他机构，或者由于系统建设求快求新，保护措施不力而被黑客窃取。一个典型的案例是，某市社保部门将本市所有医保定点的药物销售数据外包给某美资企业进行分析，在采访其数据服务外包中是否考虑患者隐私和医疗数据安全时，该部门负责人表示“已经隐藏了患者的姓名和电话”，然而他所未考虑到的是，该外企在对药物销售数据分析后所得出的群体健康素质等信息，可能造成更大的威胁和安全隐患。虽然上述项目最终因可能向涉外组织泄露国家秘密而被叫停，但可以联想到没有被监管机构发现的类似项目究竟还有多少。

3 保护措施

3.1 提高隐私保护意识

在西方国家，隐私问题是为大家所极为看重的。下表是 KDNuggets 在 2012 年 7 月做的调查，结果表明 50.2%的网民不愿意以任何价格出售他们的 Facebook 信息，而愿意出让的人中，37%要以一年 500 美元或者市场价格出让，这还仅仅是针对社交网络上的公开数据，远不及医疗隐私信息的敏感程度；2015 年 12 月报道的苹果公司拒绝为 FBI 开发破解恐怖分子手机后门权限的新闻，更是说明了隐私保护意识深入骨髓，在欧美已经成为一个被社会和公众所普遍认可的普世价值观。而这些，正是欧美医学伦理工作的优良群众基础和社会积累。

图 1 关于 Facebook 上个人隐私调查表

Would you be willing to sell your Facebook data to advertisers ?	
No, at any price (114)	50.2%
Yes, for $10 or less/year (3)	1.3%
Yes, for $50/year (5)	2.2%
Yes, for $100/year (17)	7.6%
Yes, for $200/year (5)	2.2%
Yes, for $500/year (33)	15%
Yes, for Market rate (49)	22%

在我国，患者医疗隐私却被随意买卖，“互联网+”时代更是让买卖的信息量急剧扩增。个人隐私保护意识的宣教刻不容缓，应加强医疗工作者的信息安全培训，强化保护病历资料病人隐私权的意识、提高职业自律性、树立尊重病人隐私权的法律和伦理意识，并将其纳入医院管理和医学科研实践中，促进医务人员保护病人隐私权的公德意识的完善，提高职业自律性。[4]患者的隐私权问题广泛存在于日常医疗活动、医疗行为、病案利用与研究过程当中，医疗伦理工作者需要充分认识到对患者隐私保护措施监管的必要性，梳理患者隐私保护的管理规范和制度，参与院方信息系统安全审核，强化信息使用过程监管，发挥和加强群众与社区代表监管力度，真正作为患者隐私保护的代言人行使监管权限。

此外，公共卫生和医院管理机构的领导和从业者也需要认识到“互联网+”时代患者隐私保护的必要性，认识到共享互联并不能改变患者隐私保护的重要性，认识到传统管理措施和技术措施的缺点和不足，才能在工作中采取有效的控制措施。管理者应该改变思路，安全不能与共享的大势冲突，同时也不能盲目求新求变，无视患者隐私的保护而盲目上线新系统。

3.2 加强管理措施

3.2.1 确定总体工作思路

“互联网+”时代应该确定互联和共享的总体思路，改变传统医疗信息系统

封闭和孤立的管理模式，通过海量数据的关联分析和深度挖掘，将会对整个医疗行业带来不可限量的价值。

《智慧医疗与大数据 2015 年度报告》对我国智慧医疗与大数据发展现状进行了全面梳理，指出我国智慧医疗与大数据发展存在着数据标准不统一、归属权不明确、数据共享困难、缺乏有效运营机制、产业规划和体系不健全等问题，并提出了要统一医疗行业数据标准、构建数据共享新模式、强化医药卫生体制改革、优化产业运营机制等重要建议。[2]

3.2.2 健全法律法规

“互联网+”使得传统的患者隐私保护面临了一系列新的挑战，需要我们研究、探讨和制定一系列与之相对称的法规，来约束相关工作的有序开展。

例如美国早在 1991 年美国卫生与人类服务部(Departmentof Health and HumanServices，HHS)研究电子数据交换问题时就提出了《健康保险携带和责任法案》(HealthInsurancePortabilityandAccountability Act，HIPAA)，也有的称其为可携带式健康保险法案；1996 年克林顿政府签署了经过参议院和众议院通过的医疗保险改革法案：HIPAA／1996，其中涉及 IT 安全的“隐私条例”，2001 年 5 月 7 日 107 届国会通过了该法案的修正案，2003 年开始正式实施，该法对医疗隐私、医疗信息安全、患者意识、患者对自己病历的使用权、保护权、知情权、健康计划识别、医疗信息交换中的规则、患者伤病报告、从业人员的规定等方面都做了详细的法律规定。[5]对比之下，我国 2000 年左右开始推广使用电子病历，目前还尚未对其规范性、有效性和法律作用等做出统一的规定。直至 2010 年《电子病历基本规范(试行)》、《电子病历基本架构与数据标准(试行)》、《卫生系统电子认证服务管理办法(试行)》、《病历书写基本规范》等重要的政策规范才陆续出台，但对于电子病历在医疗纠纷中的法律地位、存档管理、使用人员身份标识、使用权限分级管理等关键问题，却未提出具体的、可操作性的解决方案。

可以看到，国内医疗信息系统操作管理的法规仍不够完善，对于患者隐私的保护，也尚未真正提上议程，哪些患者的直接隐私数据需要保护、哪些患者个人数据分析产生的新数据需要保护（甚至需要确定更高的访问权限）、哪些信息是可以在一定范围内互相共享的，这些都需要有相应的规范和指南进行明确。

3.2.3 强化制度建设

卫生管理部门应针对智慧医疗与大数据发展所存在的问题，统一医疗行业数据标准、构建数据共享模式，为信息的有效交互和隐私的安全保护建立统一的标准，对医疗机构和互联网企业建立的“医疗云平台”数据共享提供可依据的规范和可考核的制度。只有具备了统一规范的标准，才能确保不同机构之间信息和数据交互过程的安全、可控、可管，真正实现患者隐私数据的可靠共享。同时，还应该明确数据管理的责任边界和共享边界，哪些数据应该由谁保管、由谁分析挖掘和研究、研究成果的分享边界如何、谁可以访问哪些数据、哪些数据应该完全不允许交互和共享，都应该具备统一的衡量标准和要求。此外，医疗机构也应细化患者隐私保护管理流程，在信息系统方案设计阶段加入隐私保护方案的审查，将患者权益保护理念融入到系统设计过程当中。

3.2.4 发挥监管效用

随着伦理审查工作的不断完善，伦理委员会已经逐渐成为各个医院的常设专职机构，而大多伦理委员会的主要工作内容仅是针对临床研究项目的审查和监管，对于临床医疗工作的涉入较少。笔者所在的上海中医药大学附属曙光医院，2003年开始医疗伦理查房，包括与医护人员、患者及家属的沟通、宣教，查阅电子病历等，对医疗行为进行伦理监管，不断促进隐私保护意识的加强，在患者隐私保护工作方面卓有成效。然而医疗伦理查房在全国范围内还并未普及，伦理委员会还难以发挥出切实有效的医疗行为监管作用。

因此，医院应通过行政发文的方式进一步明确伦理委员会的监管权限，赋予其对病人权益保护事宜的行政奖惩建议权限，将医疗伦理工作成绩纳入业务部门年度考核指标。除此之外，建立信息化部门和伦理审查部门的协同工作制度，在伦理审查项目中增加 IT 专家设置，评估医疗项目的信息安全的管理情况，在 IT 项目立项过程中增加伦理专家设置，评估信息化项目的患者隐私保护情况。

3.3 提供技术保障

3.3.1 变堵为疏，建立安全高效的信息共享机制

与管理层面类似，技术体系的顶层设计也需要改变传统医院信息系统层层设卡的防护模型，转为以共享和交互为核心，实现对数据共享机制的完善，建立起

不同医疗机构和科研院所的医疗数据安全交互标准。

如果不能建立统一有效和安全可靠的信息共享机制，各个医疗机构为了实现信息共享只能单独协商数据共享机制，那么 n 个机构之间就需要协商最多 n(n-1)/2 个数据共享机制，难免其中有很多信息共享的技术和机制是不完善和不安全的。

所以，由权威机构牵头，建立行业数据标准和信息共享规范，就显得不仅仅是数据共享的业务需求，也是信息安全和患者隐私保护的要求。

3.3.2 信任传递，建立有效的身份认证和访问控制机制

信任传递的本质是不同系统之间对用户身份认证信息的传递和共享，为了实现不同组织、机构之间跨部门、跨系统、跨地域的医疗数据和患者隐私安全交互，这就需要实现不同系统之间对同一个体的身份实现统一认证，即“无论在哪里都能都确定真实的个人身份，不会被伪冒和修改”，通过与数字证书认证中心（CA）等机构的对接，可以实现身份认证信息的同步。

只有通过了对用户身份的有效识别，才能够实现基于身份和角色的访问控制，确保患者隐私只能够被授权的机构和个人查阅，并在受控的范围内管理和使用，确保患者隐私数据的安全。

3.3.3 安全可控，建立可靠的存数存储和安全传输机制

建立信息加密存储机制，患者姓名、电话等隐私数据加密存储，即使医院信息系统的管理人员也无法从数据库中私自窃取。

采取公钥密码技术，通过“数字签名”技术，实现对数据信息真实性和不可抵赖性的验证，确保信息系统内发布数据的安全可靠，通过“数字信封”技术，实现特定的患者隐私数据，只能够被指定的个人（可以使负责该患者医疗的医生）查阅和检索。

3.3.4 强化管控，充分利用政策法规和外部技术资源

总体来说，卫生机构和医院并非专业化的 IT 机构，相关领导也缺乏这些领域的知识背景，这就需要我们充分利用社会化的可信资源和国家政策法规的力量，加强 IT 系统建设的安全性。

例如，选择大数据云平台时，选取通过中央网络安全和信息化领导小组办公室（国家互联网信息办公室）审查的服务提供商，要求为医院提供数据分析服务

的企业具备相应的行业资质和质量管理认证等等，通过借助这些外部专家的力量，可以有效降低新一轮医院信息化带来的系统安全风险和患者隐私泄露风险。

4 小结

智慧医疗、大数据分析和互联网医疗是整个医院信息化发展的大势所趋，高效、智能和充分互连的信息系统可以为医学研究、临床诊疗提供不可想象的帮助，借助这些新兴技术，不少疑难杂症研究获得了突破性进展，边远地区的群众获得了专家学者的远程协助，广大患者也充分体验到了医疗透明化带来的便利性。

但任何技术的发展都是一把双刃剑，互连带来了高效和发展，也带了更为严重的患者隐私泄露风险，需要我们的医疗机构管理和伦理工作者引起足够的重视，只有在发展中有效控制了这些不良的风险，才能使得医疗研究健康发展，患者和家属放心地享受高科技带来的医疗便利性。

参考文献

1. 陈磊. 医疗数据隐私保护研究综述[J]. 中国数字医学, 2013(11): 95-98.
2. 浙江省经信智慧城市规划研究院, 中国信息化百人会案例研究中心. 智慧医疗与大数据 2015 年度报告. 北京：2016.
3. 马格, 杨放, 常运立. 医学信息化伦理问题初探[J]. 中国医学伦理学, 2008, 21(3): 125-127.
4. 杨建南, 雷跃昌, 李世云, 杨滢. 临床医学科研病案资料的使用与病人的隐私权[J]. 中国病案. 2007, 8(12): 6-7.
5. 周拴龙, 李娜. 美国电子病历应用中个人隐私保护措施探讨[J]. 医学信息学杂志. 2014, 35(2): 13-16.

传统诚信观对基因伦理的当代启示[1]

郭玉宇[2]
南京医科大学医政学院，江苏南京，210029

摘要：基因技术的发展使得基因技术引发的伦理问题得到普遍关注。由于基因的法律特性与伦理特性的双重性特征，基因所涉及到的伦理问题既需要完善相关法律制度，同时应当充分发挥诚信道德的伦理约束。我们需要汲取中国传统诚信资源并进行当代转型，发扬其义理为先的文化精髓，克服其不可避免的历史局限性。在内涵上应当结合新的具体条件进行转化，结合具体情境，赋予其新的意义，重塑传统诚信道德，构建当下社会的基因诚信观。

关键词：基因伦理　当代转型　基因诚信观

The enlightenment of the traditional integrity to the contemporary genetic ethics

Guo-yuyu

The School of Health Policy & Management，
Nanjing medical university， Nanjing，Jiangsu, 210029，China

Abstract: The development of genetic technology makes the ethical problems caused by the genetic technology give rise to common interest. Due to the dualism of the genetic characteristics of law and ethics, the ethical issues involved in genes not only need to perfect the relevant legal system, but also need to give full play the ethical constraints of the moral integrity. We need to learn from China's traditional integrity resources and make a contemporary transformation, promoting its culture essence of righteousness principles first, and overcoming its inevitable historical limitations. In the connotation，it should be combined with

[1]本文系 2014 年度教育部人文社会科学研究青年基金项目“‘道德异乡人’的哲学溯源及其在当下西方生命伦理学中的理论形态研究”（14YJC720009）资助；同时为南京医科大学哲学社会科学发展专项项目“后现代图景下对高新生命科学技术的伦理问题研究”（2013NJZS01）成果之一。
[2]郭玉宇，1978 年生，江苏盐城人，副教授，研究方向为生命伦理学。作者单位：南京医科大学医政学院

the new historical conditions and be given new meaning, and we should reshape traditional integrity ethics, constructing the genetic integrity of current social.
Key words: genetic ethics the contemporary transformation
the concept of genetic integrity view

1. 问题缘起

在当下基因技术的迅猛发展过程中，无论是基因诊断、基因治疗还是基因研究，其过程中都不可避免的出现相关的社会难题，如基因歧视引发的不公、基因隐私保护不当、基因专利的处理等等。这些问题需要法律制度上的重新调整，更需要首先从伦理道德上进行考量。

基因伦理问题，说到底还是属于如何正确理解和处理关涉基因的个人道德权利问题。从宏观层面来讲，首先应该从法律的角度避免明显的基因犯罪。在我国目前的法律体系中，已经有了一些在宏观层面上防范基因技术滥用的法律规制，如《基因工程安全管理办法》、《人类遗传资源管理暂行办法》和《人的体细胞治疗和基因治疗临床研究质控要点》等等。我国现有法律体系中对于人的权利以及人的尊严问题有一些相关规定。如我国宪法第 38 条规定：“中华人民共和国公民的人格尊严不受侵犯。禁止用任何方法对公民进行侮辱、诽谤和诬告陷害。”也有一些关于隐私权保护的规定，如《民法通则》第 100 条规定：“公民享有肖像权，未经本人同意，不得以获利为目的使用公民的肖像。”最高人民法院 1993 年 8 月 7 日公布的《关于审理名誉权案件若干问题的解答》第 7 条第 3 款明确指出，对未经他人同意，擅自公布他人的隐私致人名誉受到损害，应认定为侵害他人名誉权。等等。但从法律本文解读中不难发现，尽管法律制度在逐步完善，但迄今为止还没有直接针对基因权利方面的法律条文，因此一旦发生基因侵权问题就没有直接而明确的法律依据。但是即便是将来法律制度得到进一步的完善，甚至明确规定对基因保护的相关法律规范，但由于在基因治疗及其研究过程中，获取基因的手段具有快捷性和隐蔽性，基因权的保护保护完全寄希望于法律也是不太现实的。由此，保护基因相关权利，除了完善法律制度，还须完善相应的生命伦理尤其是基因伦理的规约，双管齐下，基因技术方可走向良好的发展方向。

基因的特质决定了基因保护的难度，也决定在基因研究中既要尊重法律的规约，又要讲究生命伦理的道德约束。因为法律的滞后性以及基因的不可控制性，需要研究者更加注重道德自律。而从伦理规约的角度，笔者强调，在中国基因技术的研究和应用过程中，应当强化诚信观，形成现代基因诚信观，并将基因诚信观规定为基因研究过程中的行业道德规范。原因有二，其一，在围绕基因伦理问题进行相关讨论时，笔者认为任何具体文化形态中的生命伦理规范都应有其具体

的话语体系，当代中国本土环境下的基因伦理应该符合中国话语体系的特征，诚信观是最重要中国传统道德文化之一，若被应用到中国当代基因伦理中，易于理解和接受。其二，中国传统诚信思想源远流长，随着时代历史的变化不断更新其丰富的内涵，生命力也得以展示，基因技术发展过程中，如果能够以诚信作为道德规范，结合相关的基因法律制约，基因相关权利可以得到最大化的保护。

2.传统诚信观

在中国古代，“诚”和“信”皆是独立的词汇，有着各自的具体内涵。《说文解字》释“诚”：“诚，信也，从言成声。”《礼记·乐记》说：“著诚去伪，礼之径也。”至于信,《说文解字》云：“信，诚也，从人言。”《辞源》对“信”作了两种主要的解释,一为“诚实,不欺”,二为“信从,信任”。东汉刘熙撰《释名》指出：“信，申也，相申述使不相违也。”这句话告诉我们什么是“信”。“信”侧重行为上对其言语承诺的实践延伸,是对言语承诺的进一步确认。所以，一般认为“诚”，主要涉及人的内在的心理态度和心理状态；“信”，主要是指人的言与行之间的相合与一致。[1]

作为一个伦理学范畴,具体来说,传统文化中的“诚”是形而上的价值指向。如此的定位，论明确而又详细的解释应当是从《中庸》开始。对“诚”的重视，应该是从孔子提出仁爱观念以后才逐渐开始。在孔子的思想体系中，“诚”是以“忠”与“直”的观念出现的；孟子讲“诚”，强调“诚”是发自内心的实实在在的真实情感；《大学》讲“诚”，也是讲真情实意。先秦时代，对“诚”作全面而系统论述的是《中庸》。[2]《中庸》认为，“诚者，天之道也；诚之者，人之道也。”引用现代大儒牟宗三先生的进一步解释：“‘天之道’即自然而本然如此之道。诚体为创造之真几，为真实生命，人人本有，天地之道亦只如此。惟人如不能直下体现此诚体，而须修养工夫以复之，则即属于‘人之道’。而经由修养工夫以得之，即是‘诚之’。天之道以诚为体，人之道以诚为工夫。”[3]

天自然而然，真实无伪，天之本性为“诚”，人应当以天之本性为最高追求，追求人性之自然而然、真实无伪。看来，只有求诚，才能达致“天人合一”。儒家以后，“诚”的思想地位可见一斑。

所以，儒家传统文化中，“诚”首先表达的是本体论之概念，体现道德之最高境界。宋人周敦颐在《通书》中从人性论和修养论的范畴角度对“诚”作了总结。首先，“诚”是五常的根本，各种善行的根源。“诚，五常之本，百行之源

[1]罗安宪. “诚信”观念的历史生成及时代意义.国际儒学论坛.2010.345
[2]罗安宪. “诚信”观念的历史生成及时代意义.国际儒学论坛.2010.345-347
[3] 牟宗三. 心体与性体（上）. 上海古籍出版社. 1999. 277

也。”[1]仁义礼智信以及一切德行，都是以诚为基础。其次，“诚”是道德修养达到的最高境界，是“圣人之本”，[2]一切道德都源于“诚”。其三，“诚”是一种修养方法。“君子乾乾不息于诚，然必惩忿窒欲，迁善改过而后至。”[3]君子没有达到圣人的境界，不能自然而“诚”。这就需要他奋发努力，孜孜以求“诚”，必须克服自己的欲望以向善，经过长时间的修炼，而后能达到“诚”的境界。[4]

而由于与实际行为要求的直接关联，对于“信”的论述反而早于“诚”。《尚书》里已经有关于“信”的描述。相比较于“诚”，“信”是形而下的具体道德规范。子张问仁于孔子，孔子曰：“能行五者于天下，为仁矣。”“请问之。”曰：“恭、宽、信、敏、惠. 恭则不侮，宽则得众，信则人任焉，敏则有功，惠则足以使人。”（《阳货篇十六》）可见在孔子那里，“信”是“仁”的具体要求之一。做人要守“信”，即实话实说、值得信赖并见之于行为。这样的含义基本上贯穿于儒家思想体系。汉代董仲舒在继承孟子提出的“仁义礼智”四端之外增列“信”，统称为五常。“夫仁义礼智信，五常之道，王者所当修饰也”（《汉书·董仲舒传》）进一步强化了“信”作为道德要求的地位。

“诚”和“信”比较，前者可指代道德的最高境界，后者更多指代具体的为人处世的道德要求，而这样的道德要求必然是在“诚心”的价值引导下。

中国传统文化的诚信观对于任何领域的适用都有具体的说明，无论是治理国家、经营家庭、行业活动还是为人处事都有具体的阐释，诚信是人类活动最基本的道德准则。受中国传统文化影响，在中国传统医学活动中，诚信自然得到高度重视，是医者的最基本最重要的职业道德素养之一，并且具有丰富的内涵。“精”和“诚”是《大医精诚》论述的有关医德的两个重要问题，缺一不可，即：作为医者，首先，要有精湛的医术，因为医道是“至精至微之事”，所以从医之人必须“博极医源，精勤不倦”，对于医术，要达至“精”。第二，医者要有高尚的医德修养，心怀“大慈恻隐之心”，立志“普救含灵之苦”，且拒绝“自逞俊快，邀射名誉”、“恃己所长，经略财物”，要达至“诚”。

如果去探寻“诚信”的渊源，会发现它远远超越了单纯的道德自觉问题，实质上，它的内涵背后是复杂社会关系的折射。费孝通先生曾经说过，“从基层上看去，中国社会是乡土性的。”[5]乡土性是中国传统社会的根本特征：以乡为基本生活单位，以土为主要生存来源。乡在本质上体现的是血缘关系，因此“在中

[1]周敦颐：《通书》
[2]周敦颐：《通书》
[3]周敦颐：《通书》
[4] 郭玉宇. 中西方传统诚信观之解读. 南京医科大学学报(社会科学版).2005（12）：292
[5]费孝通. 乡土中国 生育制度[M]. 北京大学出版社. 1998:6。

国传统社会中，血缘关系是社会的基本关系。”[1]在中国传统小农经济的乡土社会里，受其相应的传统血缘文化和家族文化的影响下，中国传统诚信观不可避免的也滋生了“乡土性”的局限性，即更多时候产生于熟人圈子里，并且根据人际关系的亲疏性呈现诚信度的差异。当然，先天的局限性并不能全盘否定传统诚信观的当下意义。时至当下，传统诚信观对于个人品德的重视和强化、重义轻利的道德要求仍不失其重要价值，但需要进行当代转型，即发扬其义理为先的文化精髓，克服其血缘地域的历史局限性，以适应和促进当下社会的发展。首先，在范围上应当超越熟人圈子，面向所有的道德主体；其次，在方式上不仅通过自律恪守，也应当有客观的他律要求，所以若能形成约定俗成的职业道德行规具有更好的约束性；最后，在内涵上应当结合新的社会历史条件更新、转化和提升。在基因技术的发展过程中，应当积极汲取传统诚信文化资源，结合具体情境，赋予其新的内涵，构建当下社会的基因诚信观。下文就现代基因诚信观的问题进行具体的讨论。

3.基因诚信观

基因是指包含在一切动物、植物、微生物和人类细胞内合成有功能的蛋白质多肽链或 RNA 所必需的核酸序列的总和所构成的自然资源。[2] 基因属于一种自然资源，这已经成为当下普遍的看法，但因带有个体核心的生命印记，基因必然具有区别于任何其他自然资源的特殊性。从生物学上，基因的主要特性是：长寿、生殖力强、自私（基因要复制自己，行为必然自私，利用一切所能利用的机制和物质来达到自身的目的）和复制相当的准确性。[3]

基因的生物性特征决定了它在社会层面上法律和伦理的双重价值。

从法律角度来看，首先，基因属于能为人们带来利益、具有一定经济价值的私有产物。其次，基因在给人们带来利益、带来一定经济价值的同时，又体现法律上的人格权。在民法中，个体具有独立的人格权。人格权是以人格利益为标的的法律权利，具体包括属于个体的生命权、身体权、自由权、名誉权等。人格权一般没有外在的物质性存在，但在经济活动中也能够转化为财产利益。

从伦理的角度来看，基因因与生命相关，所以在使用的过程中体现出个体的道德人格意义，彰显道德人格权。道德人格作为人的人格价值规定性,是一个人做人的尊严、价值和品格的总和,具有意志自主性、自我同一性、主体完整性等特征。[4]道德人格权之内涵可以分解为两方面:其一,道德人格权是平等的。人作

[1]樊浩.中国伦理精神的历史建构 [M].江苏人民出版社.1992:7。
[2]刘长秋、刘迎春.基因技术法研究[M].法律出版社.2005:26。
[3][美]爱德华·奥斯本·威尔逊著.新的综合——新的生物学[M].阳河清译.四川人民出版社.1985:40-41。
[4]唐凯麟.道德人格论[J].求索,1994(5):35.

为一个自然物,生而为之。因此，不管具体的个人遗传物质性质如何,基因表达出来的伦理意义是平等的，都应受到同样的尊重。其二,伦理学视域下,人的道德实践不仅包括各种道德意识，还包括道德行为和道德活动，并且是在对象化外部世界中展开的；不仅是以个人的价值生命来确定的，也是以类生命来确定的。而在道德实践中，人作为一个完整的人,以一种完整的方式,把自己的全面本质据为己有,追求人的全面发展、自我完善和理想人格。[1]人类存在的意义根本上是在于作为个体和作为类的人类总是处于道德人格的追求过程中。只有在尊重人之自然存在的基础上对人之存在价值、人之存在意义的追求才是真正的道德人格追求,人之为人的尊严方可在其中显现。

总之，基因既具有法律价值，也具有伦理价值，所以基因在法律上体现着一种人格权与财产权的交融，而在伦理上体现了更深层次的道德人格权。所以基于中国传统文化中的“诚”之道德高度和“信”之伦理范围，对于基因伦理的诉求若借助于传统文化的“诚信”之内涵，必然有一定的启示意义。基因诚信观最终的也应是表达对具有道德人格主体的生命之“诚”。

首先对具有道德人格主体的生命之“诚”，体现对生命整体的敬与爱。中国传统的生命观是从属于宇宙大生命的，中国传统文化崇尚天人合一，人类的生命存在和宇宙世界的存在是合二为一的，是宏观生命中的一部分并且是相互感应的。而只有诚，才可以将人合于天。《中庸》就明确推崇具有天的根本特征，“诚者，天之道也。”[2]所以“诚”在中国传统文化中所描述的道德地位属于至高层面，既是天道，也是人道，即人生之最高境界，人道之第一原则，只有在实践了智、仁、勇三德，且行为皆合乎道的条件下才能达到的。所以，基因诚信观的道德前提便是对待生命的平等。对生命之“诚”，首先要形成基因主体性概念,树立基因平等观。在人类历史发展过程中,曾经出现或者正在发生着由于种族、性别、肤色、疾病、身体缺陷等引起的生命歧视，这些都是由于对生命缺乏“诚”。由于对生命之“诚”的缺失，在当下基因技术去得突破性发展的社会中，基因歧视很遗憾的成为新的歧视形式。 “基因决定论”是对待生命不“诚”的最根本性的表现。所谓“基因决定论”是指将基因信息与人的行为、心理活动一一简单对应,并以前者解释后者,认为一个人的基因信息内容决定了他/她自身的行为方式与心理内容。[3]不否认在生物学层面上确实存在很多差异和差别，包括个体遗传信息的差异性,也确实有非正常基因与正常基因之间的区分,但是生物世界本身就是多样的，这才是生命的常态，我们应当尊重生命的常态。个体的道德人格

[1]郭玉宇.基因技术发展背景下对道德人格权的反思[J].东南大学学报（哲学社会科学版）.2008.10(2):37-38。

[2] 《中庸》第二十章

[3]高兆明.“基因决定论”质疑” [J]. 道德与文明[J].2003(4):46

不应由于基因的表达差异而有所不同，任何差异都不能贬低人的道德人格权和生命尊严。

其次，对具有道德人格主体的生命之“诚”，基因诚信观表达了对人精神生命之“诚”。中国传统生命观既包括物质生命体，也包括精神生命体，钱穆认为“生命是有经验的，物质则只有变动，不好说有经验。……生命愈演进，生命的内部经验愈鲜明，愈复杂，愈微妙，于是遂从物质界发展出精神界。……经验之累积，便成其为精神界。”[1]同时认为：人的生命由人心即由人类的精神主宰，人的精神是人类通向自然的基础，达成天人合一的条件。人心本来已经是一“大自由”，人身“则仅为其一工具”。[2]只有体现对人精神生命的诚才具有本真意义。因此，朱熹强调“诚”具备天理之属性，是万物之根源，应当作为人们为人为事之目标。“凡人所以立身行己，应事接物，莫大于诚敬。诚者何？不自欺，不妄之谓也。”[3] 所以，我们应当认识到基因是一项重要的隐私，属于在精神层面需要尊重和保护的对象，这是基因诚信观的基本态度。隐私有三种基本形态:个人信息、个人私事、个人领域。一般认为个人领域处于外层,为有形的隐私；个人私事次之,为动态的隐私；个人信息属于核心层次，属于无形的隐私。[4]基因技术的发展，隐私范围也相应扩展到了基因层面。基因其实就是人的生命密码，因为基因不仅可以表达个人的生命各个特征,还可以反映个人所在家族的生命基本特征。基因隐私不仅涉及身体也涉及人格尊严。因此基因信息属于个人信息当中的深层次的内容，可谓核心隐私，有着必然的受保护的伦理诉求。

最后，对具有道德人格主体的生命之“诚”具有实在性。中国传统生命观是实在的，“中国儒道皆经由理性思辨之路,坚持从宇宙内部去寻找生命的本源,排除了彼岸神秘力量在生命创生中的作用;坚持立足于人学的立场而非神学的立场来看待人的生命价值,表现了重生珍生的价值取向…。”[5]这就要求在基因技术的研究和应用过程中，不可以偏离医学目的、人类健康以及卫生事业的长远发展这样合乎生命伦理的方向。任何医学行为都是围绕生命和为生命的，这是医学的根本目的所在。之所以要追求医学的人道主义，也是为了实现医学之大“诚”。王船山说：“诚也者，实也，实有也。”[6]即“诚”是世界万物和人类社会所普遍固有的实有，确确实实、真实无伪。“诚”不是想当然就有，人应当主动求“诚”，通过求“诚”可达到“诚”的境界。“贤人”通过求“诚”能达到此境界，“愚人”通过修身，经过“人一能之，己百人。人十能之，己千之”[7]的加

[1]钱穆.湖上闲思录[M].三联书店.2001:111。
2钱穆.现代中国学术论衡[M].三联书店 2001:85-86。
[3]（宋）黎靖德编，朱子语类[M].卷 119，中华书局出版社:1980。
[4]王利明.人格权法新论》[M].吉林人民出版社.1994.6:482
[5]李霞. 论儒道生命观的理性精神及其历史影响. 安徽大学学报(哲学社会科学版). 2003.27(5):50
[6]王船山，《尚书引义》卷四。
[7]《中庸》第二十章

倍努力，同样也能达到。当然，这是一个艰苦的过程，它要求人们“不愿乎其外”，“反求诸其身”。[1]即更加重视反省内求，而不是追求外在的名利地位。基因的诚信观是实在的，是体现在基因研究与临床应用的整个过程中的。对受者应当做到实实在在的知情同意，这是基因诚信观的基本承诺。在基因的知情同意方面做到诚信必然是要做到真正的诚信而不是表面的诚信。如在涉及到基因研究与临床应用领域，实验者应当诚心实意的主动让受试者知情（信息的真实和充分），诚心实意的帮助受试者理解（全面的理解），诚心实意的征求受试者的同意（没有胁迫和诱导）。如此，才是做到实实在在的诚信。

歙县许宪言：“以诚待人，人自怀服，任术御物，物终不亲。”[2]，意即一个人是否能让他人信服，就在于一个“诚”字。你对他人诚心诚意，别人自然会对你信服，你算计他人、当他人是工具，他物自然最终会远离你。此番道理，从古至今，莫不如是。在当下中国宏观的医患关系中（也包括基因研究过程中的实验者和受试者的关系），医患之间时有冲突，原因涉及到医方、患方、管理方、社会制度和社会价值观等多个层面，说到底是社会整体的诚信缺失。因为在社会交互关系的诚信缺失必然也会反映到医学领域，再影响社会社会关系，形成恶性循环。在荀子看来，“诚”为德行的基础，致“诚”则众德自备，“君子养心莫善于诚，致诚则无它事矣” ，“诚信生神”，[3]所以，诚信既是养性修身的根本原则，又是区分悫士[4]和小人的道德标准。医学作为人学从本质属性上就决定了医学包括基因研究者应该是光明正大、诚实守信的君子。道德上的小人从来就不会获得生命科学技术研究的真正成果，也没有从事生命科学技术研究的资格，

诚信是人之存在和交互关系的道德出发点。中国传统诚信观即使在当下社会仍然表现出历久弥新的生命力和思想光芒。而我们在探讨当下的生命伦理难题时，应当立足本土文化土壤，在汲取传统资源的同时积极探索结合具体社会历史条件的当下内涵，使之焕发出应有的思想魅力和社会价值。基因诚信观是传统诚信观在当下的重要转型，在基因技术发展过程中必然有着重要的道德导向价值。

参考文献：

罗安宪. “诚信”观念的历史生成及时代意义.国际儒学论坛.2010

牟宗三. 心体与性体（上），上海古籍出版社，1999. 277

周敦颐：《通书》

[1]《中庸》第十四章

[2]休宁《陈氏宗谱》卷 3，转引自郭振香.徽商的诚信观[J].安徽大学学报（社会科学版），1997（3）：89。

[3]《荀子·不苟》

[4] 《说文解字》：“悫，谨也。”悫士也即谨慎之士，与小人相对。

郭玉宇. 中西方传统诚信观之解读. 南京医科大学学报(社会科学版).2005(12)
费孝通.乡土中国，生育制度[M].北京大学出版社.1998
樊浩.中国伦理精神的历史建构 [M].江苏人民出版社.1992
刘长秋、刘迎春.基因技术法研究[M].法律出版社.2005
[美]爱德华·奥斯本·威尔逊著.新的综合——新的生物学[M].阳河清译.四川人民出版社.1985
唐凯麟.道德人格论[J].求索,1994(5)
郭玉宇.基因技术发展背景下对道德人格权的反思[J].东南大学学报（哲学社会科学版）.2008.10(2)
《中庸》第二十章，第十四章
高兆明.“基因决定论”质疑” [J]. 道德与文明[J].2003(4)
钱穆.湖上闲思录[M].三联书店.2001
钱穆.现代中国学术论衡[M].三联书店 2001
（宋）黎靖德编，朱子语类[M].卷 119，中华书局出版社:1980
王利明.人格权法新论》[M].吉林人民出版社.1994.6
李霞. 论儒道生命观的理性精神及其历史影响. 安徽大学学报(哲学社会科学版). 2003.27(5)
王船山，《尚书引义》卷四。
郭振香.徽商的诚信观[J].安徽大学学报（社会科学版），1997（3）
《荀子·不苟》
《说文解字》

中国医疗服务价格政策演变的伦理反思
——基于儒家生命伦理学基本原则

吴静娴[①]

摘 要

在中国经济体制由计划经济向市场经济转轨的同时，医疗卫生体制也经历了多轮改革。医疗服务价格改革作为医疗卫生体制改革的重要方面，关乎政府、医疗机构、居民等多方利益。只有基于正确合理的指导原则及对中国医疗卫生体制发展的客观认识，才可制定兼顾各方利益相关者的医疗服务价格政策。相比于西方伦理原则，儒家伦理原则根植于中华民族传统文化，在当代中国更具有实践指导意义。本文在对传统儒家伦理进行重构的基础上，基于当代儒家生命伦理 “仁爱”、“公义”、“诚信”和“和谐”四条基本原则，从政府、医疗机构和居民等多视角，对建国以来中国医疗服务价格政策演变进行反思和评判，在此基础上探究合乎儒家生命伦理基本原则的医疗服务价格政策改革之道。

关键词

儒家生命伦理；医疗服务价格政策；仁爱；公义；诚信；和谐

Abstract

With the transition from planned economy to market economy in mainland China, health system has also experienced lots of reform. As an important part of health system reform, the reform of medical service price involves different interests, including government, medical institutions and residents. Only those based on reasonable guiding principles and objective understanding of China’s health system reform can help make medical service price policy which balances the interests of all parties. Compared with western bioethical principles, Confucian bioethical principles, which are deeply rooted in the soil of the traditional Chinese culture, have more practical guidance meaning for contemporary China. On the basis of reconstruction of traditional Confucian ethical principles, this paper has employed four fundamental principles of contemporary Confucian bioethics, which are Principle of Benevolence, Principle of Righteousness, Principle of Honesty and Principle of Harmony respectively, to rethink and evaluate the policy evolvement of medical service price from the multi-perspectives of government, medical institutions and local residents. And policy implications for medical service price reform which are Confucian bioethically justified have explored.

Key Words

Confucian Bioethics; Medical Service Price Policy; Benevolence; Righteousness; Honesty; Harmony

[①] 吴静娴，女，西安交通大学·香港城市大学联合培养博士生，研究方向：卫生管理、医改评估。E-mail：jxwu0625@163.com

1 引言

儒家文化在中国历史上所起的促进中华文明发展的作用，是不能否认，也是不应否定的（冯友兰，1980, 44-48）。随着中国经济体制由计划经济到市场经济转轨，更需要对当前社会经济政策进行伦理价值评估。在此背景下，相比于西方伦理原则，儒家伦理原则根植于中华民族，可为当代生命伦理学提供深厚的中国文化根基，在当代中国更具有实践指导意义。儒家伦理作为理论资源通过融进中国传统医德而影响当代医学伦理（程新宇，2009，26-31），在对传统儒家伦理进行重构的基础上，当代儒家生命伦理所提倡的“仁爱”原则、“公义”原则、“诚信”原则和“和谐”原则等基本原则根植于传统儒家伦理，又赋予丰富的内涵[①]。

首先，儒家伦理是一种德性伦理，儒家伦理学是以“仁”为其核心哲学观念，以“仁”统领各种美德（王海云、孙书行，2009，15-18）。儒家特别推崇“仁爱”原则，首先包括一般的不做恶和行善的要求，并认为通过推己及人，到己所不欲、勿施于人，再到立人而达人，即可建立“厚德载物”的和谐人际关系（杨建祥，2007，21-24）。这同西方个人主义根本不同（李海燕，2003，34-37），儒家“仁爱”，既包括博爱，也包括差等之爱。“仁爱”原则对不同对象的要求不同。对于个体之间人际关系，“仁爱”原则通过发扬“仁者爱人”、“厚德载物”、“民胞物与”的道德精神，同情弱者、互助友爱、帮穷济困，以实现“我为人人，人人为我”的和谐友爱的新型人际关系，这点对于解决当前中国日益突出的医患矛盾具有指导意义。对于家庭，儒家强调家庭是社会的基础，必须对自己家庭成员的健康负责。对于政府，“仁爱”原则主张“以民为本”、“为民制产”，要求政府必须承担起照顾弱势人群的责任。但儒家并不支持政府将民众给资源集中起来统一调配、平等分摊，因此不支持政府大包大揽的免费医疗。

第二，公义原则是建立在“义”的德性基础之上，“公义”原则是卫生公正原则在儒家生命伦理中的体现。不同层次的公共范围，其主体承担不同的“公义”责任。对个体而言，“公义”原则推崇尊德尊贤，要求人们应在德性的调节和制约之下追求利益，那些有德有才、做正确之事的人应当受到社会的重用，并获得应有的报酬。“利”与“义”是儒家伦理的一对重要范畴，儒家既重义又讲利（步臻，2011:265-266），主张“君子义以为上”、“见利思义”。按照“公义”德性分配原则，那些为病人提供稳定、高质量医疗服务的医生，理应得到较高的报酬。对家庭而言，维系家庭和睦即为义。对政府而言，实现“天下为公”的王道责任即为“公义”（田超，2012，118-125），这要求政府既要照顾“鳏寡孤独废疾者”等弱势人群，但不应一味追求人人平等而走上平均主义道路（范瑞平，2011，243）。

第三，在当代中国，由于人们一味的追求个人经济利益而导致道德缺失，在市场经济背景下重拾诚信原则、重塑中国人诚信品格对于指导整个中国社会实践对具有重要意义。“诚”者，其首要含义即为“实”，真实，表里如一；“信”者，则要求可信，信守诺言，言行一致。诚信原则是儒家的修身之道、为政之基及经商之本。个人应坚守道德诚信，表里如一；政府则必须履行其对公众承诺的责任（邹东升，2004, 45-48），依靠正确的政策理念、诚信的人文精神去取信于民，团结人民。

[①] 本文主要参考范瑞平在《当代儒家生命伦理学》一书所重构的儒家生命伦理四条原则，即“仁爱”、“公义”、“诚信”和“和谐”相关阐述，并综合其他相关文献形成对这四条基本原则的内涵界定。（参见范瑞平，2011，242-251）

最后，“和”，是儒家另一个中心德性。儒家思想以“修身、齐家、治国、平天下”为理想追求，其目的正在于实现社会群体的和谐有序。“和谐”原则不仅肯定世间万物的多样性、认同社会群体之间具有冲突的性质，更强调通过和合而构建和谐、共荣，将多元事物的差别及由此产生的对立、对峙、冲突化解于无形之中（潘亚暾，2006，102-104）。这种德性理念要求在做重要决定时必须兼顾所有人利益、协商确定，不应坚持己见、坚持绝对个人主义。在医疗卫生体制改革逐步深入的今天，必须统筹兼顾政府、医疗机构、患者等多方利益，不应有所偏移。

目前已有文献大多基于上述单一伦理原则就医疗卫生领域某一微观问题或事件进行阐述分析如医患关系（涂玲、卢光琇，2006，42-44；郑大喜，2008，156-157；杨敏、黎志敏，2009, 71-73；郑金林，2010，216-219；于海燕等，2014，25-26）、医疗腐败（李永生，2006, 12-14；Fan R.，2007，111-31）、应急突发事件（如非典）（刘晓文、王家鹏，2014；孙慕义，2003，1-3）、高科技医疗技术（如克隆、器官移植）（陆树程，2004，86-92；李萌、李光玉，2005， 43-45；邱仁宗，2008；王延光，2007，15-18；雷瑞鹏，2005，119-124）、临终关怀与安乐死（马晓，2009，14-15；何昕，2015，52-58；程新宇，2006，39-40；田甲乐、罗会宇，2012，4-6）、人工流产（邱仁宗，2006）等，鲜有文献从儒家生命伦理基本原则出发，评判某一中观、宏观医疗卫生政策。本文主要目的即在于：基于当代儒家生命伦理“仁爱”、“公义”、“诚信”、“和谐”四条基本原则，以中国医疗服务价格政策为评判对象，将建国以来中国医疗服务价格政策[①]分为四个阶段，从政府、医疗机构和居民等多视角，评判、反思各阶段医疗服务价格政策特点，探究合乎儒家生命伦理基本原则的医疗服务价格政策改革之道。

2 基于儒家生命伦理基本原则评判中国医疗服务价格政策演变

2.1 第一阶段：建国初期-1977 年

2.1.1 医疗服务价格政策特点：医疗服务计划管理、政府统一低价收费

第一阶段为新中国成立后至改革开放期间，中国处在计划经济体制下，国民经济发展缓慢，人民群众收入较低，三大产业尤以农业为主。这一时期，就新中国卫生事业的性质虽然也曾有过争论，但一直被认为是社会主义福利事业，没有根本分歧（北春，1991, 4-9）。卫生事业作为福利性事业，政府对医疗机构实行免税政策，并逐渐增加政府对医疗机构的经费补助。随着 20 世纪 50 年代初公费医疗和劳保医疗制度的建立[②]，政府一直强调卫生事业的公益性，对公立医疗机构

[①] 根据中华人民共和国财政部、税务局《关于医疗卫生机构有关税收政策的通知》（2000）第 42 号文件相关内容，医疗服务是指医疗服务机构对患者进行检查、诊断、治疗、康复和提供预防保健、接生、计划生育等方面的服务，以及与这些服务有关的提供药品、医用材料器具、救护车、病房住宿和伙食的业务。本文的医疗服务价格政策是狭义的医疗服务项目收费政策，这些项目包括挂号、床位、诊察、检查、治疗、手术、化验、护理和其他项目。本文不讨论药品价格（收费）政策。

[②] 根据 1952、1953 年政务院颁布实施的《关于实行公费医疗预防的指示》和《劳动保险条例》相关规定，在公务人员和伤残军人方面实行公费医疗，费用由各级政府财政预算拨款；在全民所有制正式职工及其供养的直系亲属实行劳保医疗，经费主要来源于企业的福利基金。但在农村，则基本上是自费医疗。由此导致了当时普遍存在的问题，不同地区、不同所有制、不同行业和不同单位之间，职工享受的医疗待遇差异很大；一些生产经营困难的企业、单位，职工医疗费长期得不到报销，医疗费拖欠现象严重。而对于占人口绝大多数的农民的医疗卫生工作，除了为消灭天花、伤寒等急、烈性传染病而实行全民性计划免疫免费制度之外，基本上采取依靠群众路线，依靠群众办医，实行农民自费看病的办法。

医疗服务价格一直采取计划管理、低价政策，各类医疗服务价格（包括药品）基本上均为政府统一定价，且定价不计成本，以适应群众的承受能力、保障普通民众都能得到医疗卫生服务[①]。

由于政府不计成本、三次大幅降低医疗服务收费标准，使医疗服务收费价格低于不含工资与折旧费的物耗标准，随着业务量的加大，医疗机构势必面临收不抵支的困境。为了维持医疗机构经济平稳有序运行，一方面，政府对医疗机构实行差额预算补助办法，即结余上缴、亏损由上级政府补助，并进一步加大对医疗机构的财政投入；另一方面，政府规定药品按照批发价格乘以一定加成率而定的零售价格出售，所得利润用以弥补医疗服务收费偏低造成的损失。

2.1.2 伦理学思考：片面“仁政”之下的绝对平均主义难以持续

这一时期，卫生事业作为社会主义福利事业，由政府主导，基于预防为主的方针及低成本的医疗服务价格，使得中国在经济发展水平不高的条件下保证人人享有基本的医疗保健服务（王绍光, 2003，38-42），被世界卫生组织和世界银行誉为“以最少投入获得了最大健康收益”的“中国模式”[②]。在建国初期有限的财力限制下，当时的政策是以高度的平均来维持最大范围最低程度的福利。

首先，这一以“医疗服务计划管理、政府统一低价收费”为主要特点的医疗服务价格政策，体现了儒家的主要德性——“仁”——所引导建立的“仁爱”原则，即政府“以民为本”的儒家核心价值理念（范瑞平，2011，244）。仁爱、有德的政府应该既是胸怀普遍之爱，也同时拥有差等之爱。普遍之爱要求政府要保证普通民众都能得到医疗卫生服务。解放初期，由于医疗卫生条件恶劣、传染病肆虐，中国人民的健康指标属于世界上最低水平的国别组，政府为了强调卫生事业的公益性，严格控制医疗服务价格和药品价格，为全体国民广播“仁爱”；同时，为受传染病等迫害的弱

[①] 新中国成立到 1952 年，经济尚处恢复时期，财政困难，虽然政府对医疗机构补助较少，但医疗机构享受与社会福利机构相同的税收优惠——免收税利，医疗服务按照保本原则收费。“一五”时期政府仍对医疗机构实行免税政策，并逐渐增加对医疗机构的经费补助。1956 年 7 月卫生部决定降低医疗收费标准，使医疗服务价格相较以前大幅降低，一些医疗服务价格甚至低于成本。同时，政府对医疗机构实行差额预算补助的预算办法，即结余上缴、亏损由上级政府补助。1957 年政府进一步加大对医疗机构的财政投入，并规定医疗服务收费价格低于不含工资与折旧费的物耗成本，药品则按药品批发价格乘以定加成率确定的零售价格执行，所得利润弥补医疗服务收费偏低造成的损失。1958 年卫生部指出“为了减轻人民群众的经济负担，医院、卫生院等医疗机构的部分费用可由国家在财政上给以一定的补助”。同时提出，今后随着生产的发展将有可能逐步实现全民免费医疗或低价医疗，并于 1958 年、1960 年和 1972 年，全国三次大幅度降低医疗服务收费标准，使医疗服务计划价格远远低于不含工资的实际成本，药品价格与零售价格也相应地降低。（参见王冬，1992）

[②] 新中国成立之前，中国农村缺医少药，传染病、地方病肆虐，广大农民的健康水平十分低下。新中国成立以后，人民政府在发展经济的同时，大力发展农村卫生事业，广泛建立了基层卫生组织，改善了农村的卫生状况。特别是毛泽东发表 “六二六指示”，号召“把医疗卫生工作的重点放到农村去”之后，医疗资源“重城市轻乡村”的情形得到一定程度的扭转。以全国医疗卫生机构病床的分布为例，1965 年农村只占总数的 40%，到 1975 年，这个比重已提高到 60%。到 1980 年，全国农村约有 90%的生产大队（行政村）实行了合作医疗，形成了集预防、医疗、保健功能于一身的三级（县、乡、村）卫生服务网络。中国农村这次卫生革命基本上实现了“小病不出村、大病不出乡”的目标，被世界卫生组织和世界银行誉为“以最少投入获得了最大健康收益”的“中国模式”。（参见世界银行，1993：210-211）

势人群提供适度的医疗关照，体现差等原则。随着中国政府财政投入的加大[①]，极大程度上保证了居民可以享受价格低廉的医疗服务，医疗卫生事业取得了长足发展[②]。

但是，必须要意识到，在人民群众生命健康堪忧的建国初期，政府有责任承担短期的低价医疗卫生服务。然而，由于当时的公立医疗机构不以营利为目的，而以实现公益性为目标，在政府计划管理、低价政策之下，医疗服务收费高低同医疗机构成本完全无关，同医疗机构本身发展、医务人员收入及福利等完全无关，依靠国家财政补贴包干，但由于多次大幅降低医疗服务价格造成的医疗机构亏损全部由政府兜底，国家财政负担越发沉重，对医疗机构补偿逐渐由足额补助转为补助不足。随着国家财政投入越来越力不从心、医疗服务业务量逐渐加大，医疗机构收支差额难以足额补助，严重影响了医疗机构及医疗卫生事业的可持续发展。因此，由政府完全负担全体居民医疗服务费用的“全民免费医疗”不可能实现。儒家生命伦理中的“公义”原则要求政府有所为有所不为，不可能支持政府追求人人平等而走上平均主义道路——一味地采用低价收费政策来追求所谓的全民福利。

此外，这种低价收费政策不论从政府财政角度还是医疗机构经济运行角度，均是不可持续的，一方面，由于未能兼顾政府、医疗机构、人民群众各方利益，政府完全主导、一意孤行，违背了“和谐”原则；另一方面，如若继续推行这一低价政策，政府所需担当的财政风险极大，对民众所承诺的全民低价医疗难以履行，政府有可能陷入信任危机，也不符合“诚信”原则的要求。

2.2 第二阶段：1978 年-1996 年

2.2.1 医疗服务价格政策特点：调放结合、按不含工资在内的医疗成本收费

改革开放以来，随着中国经济体制和运行机制发生重大变革，引发了学术界对卫生事业性质的大讨论，认为卫生事业具有多重属性，出现学术上的“百花齐放，百家争鸣”的局面。90 年代初，则将卫生事业界定为“社会公益性福利事业”。所谓公益性是指“谁得益，谁负担”，而福利性是指国家拨款，邓小平南巡讲话之后，有人提出“卫生事业的市场化”。卫生经济理论界未能就卫生事业的性质形成共同的认识。

然而，伴随计划经济到社会主义市场经济的逐步转轨，各类社会产品和服务价格及其管理体制也发生改变，医疗服务供应系统首先面临的则是服务成本的提高，包括卫生材料、设备和水电煤气等价格的不断提高，人员工资也在不断增加。

面对医疗服务成本的提高、业务量的加大，尽管政府对医疗机构的补偿政策进行一定调整[③]，但由于政府对医院人员工资补助在医院总收入中的比例逐年减少，加之医疗服务价格仍维持上个阶段所实行的政府计划管理及低价政策，医疗服务价格收费政策既不反映医疗服务成本，也不适应医疗服务供求关系的变化，造成医疗机构亏损越来越大、补偿不足问题日益严重、医疗服务供

[①] 中国全国范围内政府卫生事业费由“一五”时期 14.55 亿元增至“五五”时期 113.64 亿元（数据来源：中华人民共和国卫生部，2003）

[②] 到七十年代末，中国已成为拥有最全面医疗保障体系的国家之一，80%-85％的人口享有基本医疗保健，居民健康水平得到提高，人均期望寿命由解放前的 35 岁提高至 1981 年的 67.9 岁，婴儿死亡率由解放前的 200‰降至 1981 年的 34.7‰；一些严重威胁人民群众生命与健康的传染病（如天花、霍乱等）被灭绝。（参见：黄树则， 2009；数据来源：中华人民共和国卫生部，2010）

[③] 这一阶段的政策调整主要包括县及县以上医院实行“全额管理、定项定额补助、结余留用、超支不补”的经济管理政策，原则上，基本建设和设备购置资金仍由政府承担，来自药品批零差价的收入仍可作为医院的收入，这虽然在一定程度上调动了医疗机构提供医疗服务的积极性，但对医疗机构提供长效补偿收效甚微。

应质量与效率下降，在此情况下出现了因卫生资源短缺而导致的“看病难，住院难，手术难”三难问题。

随着政府逐步认识到通过医疗服务低价收费以体现卫生事业福利性的片面性，为了解决医疗机构成本补偿的问题，这一阶段医疗服务行业先后进行了三次大的医疗服务价格调整，适度提高医疗服务收费标准。第一次医疗服务价格调整[①]与国家计划为主、市场为辅的思想相适应，提出按经济规律办事，重视价值规律的作用。一方面，政府减少财政拨款，替代的办法是为医疗机构提供无息贷款；另一方面，医疗服务收费政策逐步由不计成本的低价收费向按不含工资在内的医疗成本收费过渡，突出调整医疗服务价格中偏低的医疗项目（如床位费）价格。在当时使医院的收入大幅度提高，大型设备开始大量引进。第二次医疗服务价格调整和改革的指导思想与国家总的价格改革思想相一致，主张调放结合，转换价格机制[②]，由单一的标准调整为主转为价格构成和定价多元化及开始实行调放结合的新时期。随着治理整顿不断深入，1989 年政府在总结医疗服务价格改革经验的基础上，提出加强对医疗服务价格的管理和清理整顿，通过制定“医疗收费管理办法”和完善“医疗成本测算办法”，强调加强医疗收费管理，提出完善医疗服务价格定价、管理的依据、办法和权限，并开始第三次医疗服务价格调整。

2.2.2 伦理学思考：成本补偿不到位，公立医疗机构无奈背离“公义”

改革开放以来，计划经济的解体将医疗事业推向市场，加之物价上涨、成本上升，政府逐步摒弃了医疗服务低价收费政策，价格政策逐渐由单一价格标准向调放结合过渡。儒家生命伦理所倡导的“仁爱”是普世之爱，但并非平等之爱（Fan R，2008，117-133）。换言之，必须改革上一阶段一味追求平等的低价收费政策，重新明确政府在医疗卫生领域的责任。然而，由于市场机制尚在初创时期，政府不能也不敢完全放权，这一时期医疗服务价格仍由政府定价。一方面，由于医疗服务价格上调未能完全体现医疗服务成本，且与物价上涨并不同步，对于补偿医疗机构亏损收效甚微；另一方面，当时医疗保险制度改革的核心是建立分担机制，使国家不再“包揽过多”，公立医疗机构财政补偿收入明显减少。这一升一降之间难以平衡，结果便是政府卫生投入逐年减少的同时，居民个人卫生支出节节攀升[③]、个人医疗卫生负担逐渐加重[④]。此次医疗服务价格改革收效甚微，有悖于“以民为本”的政策初衷。

[①] 第一次调整以 1981 年 2 月国务院下发《批转卫生部关于解决医院赔本问题的报告》为标准。

[②] 第二次调整基于 1985 年 4 月卫生部在《关于卫生工作若干政策问题的报告》中提出，适当提高改建、扩建后医疗卫生条件明显改善的医疗单位收费标准；按成本原则制定部分运用新仪器、新设备和新开展的新项目和高新技术服务项目收费标准；对收费标准偏低的项目，采取“小步快走”适当调整的方针，并根据不同的设施、医疗技术水平拉开档次；病房可以分等级，实行不同的收费标准。此外，1989 年 10 月国务院批复卫生部《关于扩大医疗卫生服务有关问题的意见》，允许可按照不同的设施条件、医疗技术水平适当拉开医疗服务收费档次。这两个文件明确提出了改革医疗服务价格体制的任务。

[③] 改革开放初期，政府卫生支出占卫生总费用比重为 32.2%，到 1996 年，该比重下降到 17%，政府卫生支出比重以平均每年 1 个百分点的速度下降。而居民个人卫生支出的比重则在节节攀升。1978 年，居民个人卫生支出占卫生总费用的比重不过 20.4%，1996 年该比重已升至 50.6%。（数据来源：国家卫生和计划生育委员会，2014）

[④] 1993 年国家第一次卫生服务调查数据显示，从未住院原因来看，由于经济原因导致应住院未住院的比例城市居民由 1985 年的 17.3%增至 1993 年的 39.8%，农村居民则 57.3%增至 58.8% ，城乡居民年住院率下降，居民医疗卫生服务需求难以得到满足。（数据来源：中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会，2010）

必须承认，改革开放初期中国各项制度都在“摸着石头过河”，由于计划经济未被彻底打破、市场经济体制并未完全建成，政府各项政策改革必须以“求稳”为首要前提，难以完全放手医疗服务价格市场管理。但是，这一时期出现医疗市场行为扭曲、医疗腐败问题，恰恰是由于市场机制不完善造成的。公立医疗机构为中国绝大多数居民提供医疗服务，其收入来源主要包括财政补偿、药品加成收入及医疗服务收入，三方应合理分摊补偿比例，才能确保医疗卫生事业的持续、和谐、有序发展，这才符合儒家生命伦理之责任共担、“和谐”原则。但事实并非如此：其一，由于国家财政负担沉重，对公立医疗机构补偿不足，人员工资收入也未能足额补偿；其二，医疗服务实行根据不含工资的成本定价，但并不能真实反映成本及控制资源的有效利用，医疗服务价格依旧偏低，尤其是诊疗费、护理费等体现劳务人员价值的服务项目收费较低。在医疗服务成本补偿仍未到位的情况下，公立医疗机构为了维持自身运行，不得不顶着事业单位帽子自负盈亏——提供药品服务和大型医疗设备检查来弥补亏损，沦为千方百计赚取利润的“企业”。大处方“以药养医”[①]、大型诊疗设备过度提供等现象日益严重，医疗服务低效率、低质量问题突出。医疗市场在政府计划管理之下产生了严重的医疗腐败问题，不但加重了居民的疾病经济负担，更难以形成一个有序的医疗服务市场。

从医务人员自身来讲，由于基本工资较低，不合理的医生薪酬制度及有误导性的激励机制导致医生不得不通过开大处方和高价药、多做检查来获得基本的生活费用（Fan R. ，2007，111-31）。儒家的“公义”原则要求对利益的追求应当受到德性的调节和制约，但并非不支持市场经济和合理收入。孔子承认追求富贵是人性的基本特点，但是这种富贵应该是通过合适的道德方式获得的，应通过自身的才华和劳动换来的，也就是有德者应有贵，有才者应有位，有功者应有赏（范瑞平，2011，247）。医务人员处于一种特殊的行业内，更应以高度的德行要求自己，只有通过为患者提供高质量的服务获得的报酬，才是君子“仁义”的体现。但事实上，在当前的薪酬制度之下，由于医务人员基本生活支出难以维持，诊疗、护理等医疗服务价格偏低，难以体现医务人员劳务价值，为了获得较高的工资收入以维持生活，医务人员不得不通过“以药养医”来获得合理的报酬。

最后要强调的是，这一阶段政府正处于计划管理到市场机制过渡的政策探索期，唯有实践“诚”和“信”，才能服务于民，取信于民。推行医疗服务价格改革也是如此，建立一个诚信政府必须以诚信行政，说到做到，有法必依，有章必循，有制必守，有诺必行，为民置产。

2.3 第三阶段：1997 年至 2008 年

2.3.1 医疗服务价格政策特点：“总量控制，结构调整”分级管理的政府指导价格

在上一阶段，政府提出对部分医疗服务项目按照不含工资在内的成本进行收费，但仍未能考虑到市场经济的成本定价原则。加之公立医疗机构收入中，药占比逐渐提高，补偿机制不合理，医疗服务价格改革势在必行。

1996 年国家计委联合卫生、财政等部门联合印发了《关于加强和改进医疗服务收费管理的通知》，明确提出医疗服务收费标准按冲抵财政补助和药品（含制剂）销售纯收入后的医疗服务成

[①] 据测算，这一时期全国公立医院收入中，药品收入占比每年递增 2%，医疗费与药费之比 1995 年达到 3:7，同年门诊病人次均费用中药品费占 64.16%，住院病人则为 52.78%。（数据来源：中华人民共和国卫生部，2003）

本制定，充分考虑各方面承受的能力调整医疗服务收费价格。1997 年 1 月，中共中央、国务院《关于卫生改革与发展的决定（中发〔1997〕3 号）》明确提出“卫生事业是政府实行一定福利政策的社会公益事业”，“公立卫生机构是非营利性公益事业单位，继续享受税、费优惠政策”[①]，在此基础上要求“完善政府对卫生服务价格的管理”，提出对不同医疗服务项目采用不同作价方法[②]。1997 年政府提出了“总量控制，结构调整”，在控制医疗总费用增长幅度的前提下，控制或降低药品收入比例，通过调整医疗服务收费标准，提高医疗服务收入在医院收入中的比例，促使医疗服务和卫生事业的发展逐步走向良性循环；降低大型设备检查治疗费，同时要求严格控制医疗费用及药品费用。2000 年 2 月，由国务院批准的《关于城镇医药卫生体制改革的指导意见》中指出，“对于非营利医疗机构的收入实行总量控制，结构调整”。在总量控制中，综合考虑医疗成本、财政补偿和药品收入等因素，并调整不合理的医疗服务价格，体现医务人员的技术劳务价值。同年 7 月，针对医疗报务价格管制中的突出问题，国家出台了《关于改革医疗服务价格管理的意见》，确定了中央管项目、地方定价格原则。随后根据改革进展情况又颁布了整顿医疗服务价格市场秩序、完善价格形成机制、医疗服务价格规范等方面的政策文件。自此，以“总量控制，结构调整”为原则、中央地方分级管理的医疗服务政府指导价格管理模式逐步建立。

2.3.2 伦理学思考：各方利益兼顾未能实现，公立医疗机构为自救“诚信”缺失

1997 年-2008 年这一阶段，政府不再采用低价政策维持所谓低水平的全民福利，而是重新明确了其职责所在，着眼于全局视角出发，充分考虑财政补助、医疗成本等各方面承受的能力调整医疗服务收费价格，即为上文提到的“总量控制”。这一时期医疗服务价格政策变革政府单方自主决定，而是兼顾所有利益相关者，共同协商调整价格，这同儒家生命伦理中的“和谐”原则相呼应，即。

这一时期，社会主义市场经济体制尚未完善，政府未能退出医疗服务定价机制，医疗服务市场化未完全实现，尽管“结构调整”后，政策上规定降低医疗机构收入中药占比、提高部分医疗服务价格，增设诊疗费以体现医务人员劳务价值，调增住院费、护理费、手术费等，降低大型设备检查治疗费。但由于政府对公立医疗机构补偿不足、医疗服务收入不足，上一阶段所出现的开大处方、多做检查等医疗腐败问题愈发严重，这也就是广为人们诟病的公立医院盈利性趋利行为。

[①] 中共中央、国务院《关于卫生改革与发展的决定（中发〔1997〕3 号）》中指出，中国卫生事业是政府实行一定福利政策的社会公益事业。卫生事业发展必须与国民经济和社会发展相协调，人民健康保障的福利水平必须与经济发展水平相适应。政府对发展卫生事业负有重要责任。卫生改革与发展应遵循：坚持为人民服务的宗旨，正确处理社会效益和经济收益的关系，把社会效益放在首位。防止片面追求经济收益而忽视社会效益的倾向。以提高人民健康水平为中心，优先发展和保证基本卫生服务，体现社会公平，逐步满足人民群众多样化的需求。发展卫生事业要从国情出发，合理配置资源，注重提高质量和效率。重点加强农村卫生、预防保健和中医药工作。因地制宜，分类指导，逐步缩小地区间差距。举办医疗机构要以国家、集体为主，其他社会力量和个人为补充等原则。

[②]《关于卫生改革与发展的决定（中发〔1997〕3 号）》提出，政府对卫生服务价格管理，“要区别卫生服务性质，实行不同的作价原则。基本医疗服务按照扣除财政经常性补助的成本定价，非基本医疗服务按照略高于成本定价，供自愿选择的特需服务价格放宽。不同级别的医疗机构收费标准要适当拉开，引导患者合理分流。当前，要增设并提高技术劳务收费项目和收费标准，降低大型设备检查治疗项目过高的收费标准。建立能适应物价变动的卫生服务价格调整机制及有效的管理和监督制度。适当下放卫生服务价格管理权限。各级政府要把卫生服务价格改革纳入计划，分步实施，争取在二三年内解决当前存在的卫生服务价格不合理问题。”

加之政府卫生投入不足[①]，原有的劳保医疗和公费医疗制度被打破，医疗服务成本逐年提高，导致城乡居民从过去由于卫生资源不足、服务效率低下引致的“看病难、住院难、手术难”问题逐渐发展到以缺钱、支付不起医疗费用为特点的新一轮“看病难、治病贵”[②]。一方面，由于中国采取按医疗服务项目收费的方式，医疗机构的收入与其提供的服务项目数量直接相关，治疗主动权在与医疗机构，为了增加收入，部分医疗机构在医疗服务价格严重低于成本的情况下，采取过度检查、分解收费、重复收费等方式，过渡提供医疗服务，导致医疗费用的逐步上升，医疗资源的极大浪费。另一方面，公立医疗机构总收入中，药品收入与医疗服务收入比例极不协调，药占比极高，以药养医、以药补医问题严重[③]。公立医疗机构这些行为虽为无奈之举，但却存在欺瞒患者、违背医德之嫌，早已背离儒家“诚信”德性要求。

反思公立医疗机构中出现的大处方、过度检查等医疗腐败问题，并非由于市场化造成的公立医院趋利性，而是在市场化不彻底、政府计划管理未完全放手情况下引致的公立医院自救反应。简言之，政府错误的导向政策阻碍了市场机制有效发挥作用。主要体现在：

第一，政府职责定位不明。政府主办公立医疗机构，却不对其负责，并未对公立医疗机构提供足额财政补助，即便是人头工资也未能及时到位。在此之下，却不能放权医疗服务市场定价，仍采用政府强制限制价格，公立医院只得自谋出路，寻求补偿，因此将医疗机构运行成本转嫁于患者身上，通过加大药品收入和检查收入，拆分服务项目等手段弥补亏损。

第二，从大环境上看，随着其他商品供求领域市场经济逐步建立，由于政府仍保留计划经济时期对公立医疗机构拥有绝对的控制地位，公立医疗机构的垄断地位仍未打破，私立医疗机构无法与公立医疗机构分庭抗礼，难以形成公平的竞争环境。从儒家的观点来看，政府、医疗机构、患者应合力建立一个以诚信德性为核心的医疗服务市场，尊重“仁者之爱”、“差等之爱”，建立公私两级医疗服务系统，公立医疗机构由政府主导，提供基本医疗服务项目，侧重于为只拥有基本医疗保险的居民服务；私立医疗机构则可提供高质量、高水平的治疗保健服务，侧重于为拥有较高支付能力及服务需求的居民服务。这样一来，让公立医疗机构与私立医疗机构各司其职、相互竞争，不仅可以满足人们不同层次的医疗服务需求，还可以减轻政府负担，最终建立一个公正、诚信的医疗服务市场。从儒家人文的视角来看，这既是追求医疗“公正”、“仁爱”的需要，即“仁

[①] 这一阶段，中国政府只有不到 6%的财政资金投向了医疗卫生事业。相比于发达国家（通常有 15%~20%财政支出投向医疗卫生）、其他发展中国家（通常有 10%左右财政资金用于医疗卫生），中国政府对卫生事业的投入整体上明显不足。与 GDP 做一个对比，中国政府卫生投入就更显不足，1997 年至 2008 年，中国政府卫生支出占 GDP 比重一直围绕 1%上下波动，2008 年该比例最高，占当年 GDP 的比重仅为 1.14%，而发达国家政府卫生支出占 GDP 比例一般为 6%～8%，发展中国家为 2%～6%。（数据来源：国家卫生和计划生育委员会，2014； World Health Organization， 2009，337-344）

[②] 全国卫生服务抽样调查数据显示，这一阶段城乡居民因经济原因导致疾病应治疗未治疗、应住院未住院问题极为突出。农村居民因经济原因应治疗未治疗比例从 1998 年 36.7%上升到 2003 年 38.6%，城市居民从 1998 年 32.3%上升到 2003 年 36.4%；农村居民因经济原因应住院未住院比例从 1998 年 64.0%上升到 2003 年 75.4%，城市居民则从 1998 年 60.0%下降到 2003 年 56.1% 。此外，“因病致贫”、“因病返贫”问题极为突出，2003 年因病致贫的人次数占调查总人数的 30%（其中农村为 33.4%，城市为 25.0%），2008 年已升至 34.5%（其中农村为 37.8%，城市为 28.4%）。（数据来源：中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会，2010a，2010b，2010c，2010d）.

[③] 以 2008 年为例，全国 9598 家公立医院当年总收入为 6090.2 亿元，其中财政补助收入所占比例不足 8.4%，药品收入占 42.1%，检查收入占 10.1%，挂号、收入、治疗等其他医疗服务项目收入占 37.7%。（数据来源：中华人民共和国卫生部，2009）

者爱人、差等之爱”，同时也保障了不同层次人群各得所需，是追求良好医疗结果的需要（范瑞平，2014, 35，43-47）。就医疗服务价格而言，必须彻底破除政府独大的局面，对公立医疗机构，应由政府、市场和医疗机构、医保机构共同协商定价，充分考虑医疗服务成本，特别是挂号、治疗、手术、护理等体现医务人员劳务价值的项目，建议通过行业评估、重新测算并制定价格；对私立医疗机构，则应在市场供求关系作用下交由市场定价。

2.4 第四阶段：2009 年新医改至今

2.4.1 医疗服务价格政策特点：服务项目价格分类管理、政府指导价与市场调节价相结合

2009 年新一轮医药卫生体制改革全面启动，突出强调“坚持以人为本，把维护人民健康权益放在第一位”。为了促进医疗卫生事业回归公益性，着力解决群众“看病难”、“看病贵”问题，中国各级政府通过调整医疗服务价格体系、加大政府财政投入等措施，进一步理顺医疗服务价格。2012 年，国家发改委、卫生部等发出《关于规范医疗服务价格管理及有关问题的通知》（以下简称《通知》），正式发布《全国医疗服务价格项目规范（2012 年版）》，《通知》突出了技术劳务的成本因素，严格规范了医疗服务价格行为。按照“总量控制、结构调整、有升有降、逐步到位”原则，要求各地全面规范医疗服务价格管理，强调在开展公立医院改革试点的地区，要取消药品加成政策，在不增加群众负担的前提下，提高诊疗费、手术费、护理费等医疗技术服务价格，降低大型设备检查价格。新版项目规范公布的医疗服务价格项目是各级各类非营利性医疗机构提供医疗服务收取费用的项目依据，各地不得以任何形式进行分解。

在此基础上，随着十八届三中全会的召开，开启了由政府主导到市场主导的根本性变革。中央政府明确提出，要使市场在资源配置中起主导性作用，政府退居二线，承担起基础性作用。与此同时，价格机制改革顺势而为。2015 年 10 月中共中央国务院发布《关于推进价格机制改革的若干意见》（以下简称《意见》），标志着新一轮医疗服务价格改革的开始，此次改革强调医疗服务项目价格分类管理、政府指导价与市场调节价相结合。《意见》要求深化重点领域价格改革，充分发挥市场决定价格作用，指出“落实非公立医疗机构医疗服务市场调节价政策。公立医疗机构医疗服务项目价格实行分类管理”。具体而言，对市场竞争比较充分、个性化需求比较强的医疗服务项目价格实行市场调节价，其中医保基金支付的服务项目由医保经办机构与医疗机构谈判合理确定支付标准。

2.4.2 伦理学思考：以人为本，“诚”、“义”、“和”兼顾的医疗服务市场初具雏形

新医改最大的亮点在于强调“以人为本”，这是儒家“仁政”的集中体现，即将人民群众的利益作为各项决策的出发点和落脚点。就此阶段医疗服务价格政策而言，首先，此次医疗服务价格改革体现了儒家生命伦理中的“和谐”原则。和谐，即要求做重要决定时，要按照德性的要求同其他利益相关者共同协商、共同决定（范瑞平， 2011，249）。医疗服务价格不但同政府相关，更离不开医疗保险机构、医疗服务机构的相互配合[①]。

第二，新医改的市场化道路探索契合儒家生命伦理对市场竞争的认识。儒家并非摒弃市场，而是支持建立一种以“诚”、“义”、“和”之德性为导向的医疗服务竞争市场，客观、理性认识政府

[①] 此次医疗服务价格改革更加突出价格、医保、医疗等相关政策衔接，并要求着力做好三个结合：第一，与充分发挥医保控费作用相结合；第二，与建立医疗机构科学补偿机制相结合；第三，与减轻患者负担相结合。确保医疗机构良性运行、医保基金可承受、群众负担不增加。

失灵和市场失灵，即在“诚信”、“公义”、“和谐”等儒家生命伦理原则下重新厘清政府责任及市场责任。

一方面，由于市场经济在中国目前尚不成熟，政府有责任健全医疗服务价格市场行为规则，发挥政府对市场竞争的基础性监管作用，营造良好市场竞争环境。政府应逐步破除公立医疗机构的垄断地位，放宽社会资本办医准入条件，探索建立公立、私立两级医疗服务体系，为社会办医提供公平竞争的政策基础[①]。在此基础上，通过完善立法，制定医疗服务价格行为规则和监管办法；制定相应的议价规则、医疗服务价格行为规范，完善明码标价、收费公示等制度规定，以法律形式约束、引导医疗机构价格行为，消除市场竞争不够充分、交易双方地位并不对等、市场信息不对称等问题，营造诚信、公正的市场竞争环境。

另一方面，医疗服务价格应按照医疗服务项目成本，在市场机制下动态调整，使医疗服务价格得以反映成本变化，使价格变化与成本变化相适应。此外，由于社会经济发展水平、政府投入力度不断变化，医疗服务项目价格也应有所调整。因此，医疗服务价格定价必须在以维持公立医疗机构合理业务收入的基础上，进行按项目成本定价，动态调整部分医疗服务价格。建立健全医疗服务价格动态调整机制，从宏观层面，应基于本地经济社会发展水平、物价变化及医保承受能力，最大程度地避免相应的社会风险；从微观层面，同一医疗服务项目应按照医师职级拉开差距，可以按照医师职级，设置不同档次的医事服务费，充分体现医务人员的技术劳务价值，提高诊察费、注射费、护理费、疑难复杂手术费等技术劳务性收费标准，促进医务人员精进技术、提高工作积极性。配合医务人员薪酬制度改革，逐步建立“工作越好、收入越高”的激励机制，通过道德方式获得公平合理的收入，从根本上杜绝医疗腐败。

最后，医疗服务项目价格在分类管理、政府指导价与市场调节价相结合为其突出亮点。在非公立医疗机构中，医疗服务价格应当实现完全市场化，交由市场进行调节；在公立医疗机构，改革过去的医疗服务价格管理机制，实行分类管理。首先，对于那些市场竞争较为充分、群众个性化需求较为强烈的医疗服务项目，应当放开价格管理，促进市场竞争，将定价权力交由医疗机构自主决定，逐步完善市场机制，由市场供求关系决定价格，实行市场调节价，以提供更加优质的服务。第二，对于基本医疗服务项目，坚持行政主导定价，保证人民群众获得基本医疗服务。第三，对于医保基金支付的医疗服务项目，则由医保经办机构与医疗机构进行谈判，协商、合理确定支付标准。在此基础上将部分医疗服务项目定价权下放到地市，更加灵活，切合实际。

[①] 新医改以来，国家出台多项措施促进社会办医发展，以不断满足人民群众多样化、多层次医疗卫生服务需求。如 2009 年 12 月初，国务院办公厅转发国家发改委、卫生部等部门《关于进一步鼓励和引导社会资本举办医疗机构意见的通知》，中国将放宽对社会资本办医的准入，符合条件的民营医院将纳入医保定点范围，享受和公立医疗机构一样的税收和价格政策，外资还可独资在国内开设医院。2015 年 6 月国务院办公厅在《关于促进健康服务业发展的若干意见》（国发〔2013〕40 号）和《国务院办公厅转发发展改革委卫生部等部门关于进一步鼓励和引导社会资本举办医疗机构意见的通知》（国办发〔2010〕58 号）的基础上，印发《关于促进社会办医加快发展若干政策措施的通知》国办发〔2015〕45 号，提出“进一步放宽准入”、“拓宽投融资渠道”、“促进资源流动和共享”、“优化发展环境”等四项措施，要求积极落实社会办医疗机构各项税收政策；将符合条件的社会办医疗机构纳入医保定点范围，执行与公立医疗机构同等政策；进一步清理和取消对社会办医疗机构不合理、不合法的收费项目，在接受政府管理的各类收费项目方面，对社会办非营利性医疗机构执行与公立医疗机构相同的收费政策和标准。

3 结语

总体上看，医疗服务价格政策演变趋势即从政府计划管理逐渐引入市场调价机制。医疗服务价格政策改革作为医疗卫生体制改革的重要方面，关乎政府、医疗机构、居民等多方利益。只有基于正确合理的指导原则及对中国医疗卫生体制发展的客观认识，才可制定兼顾各方利益相关者的医疗服务价格政策。在这里，儒家生命伦理学所提出的具有一般理论意义和超越时代价值的伦理道德、价值取向、行为规范等，对于当代中国医疗服务价格政策制定有一定的借鉴意义。纵观中国医疗服务价格政策演变过程可以发现，儒家生命伦理中的“仁爱”、“公义”、“诚信”、“和谐”等基本原则并未过时，相反，它们根植于中国传统文化又超越过去人们对儒家人文的狭义认识，对于指导中国卫生制度改革、政策制定与完善具有重要意义。

第一，政府要“以民为本”而非“以政为本”，坚持卫生事业的公益性，在建国之初采用低价政策提供医疗卫生服务、保障人民群众生存权利，而后建立基本医疗卫生体系、为普通民众提供基本的医疗卫生服务，通过多项改革以解决人民群众“看病难、看病贵”问题，皆出自“以人为本”，是“仁爱”原则的体现。

第二，一个“仁爱”的政府并不应一味追求低价收费和平均主义，而应遵循医疗技术服务的内在规律，合理调整医疗服务价格体系，使之体现医疗服务合理成本和医务人员劳动价值，使公立医院可以通过提供优质服务获得合理的补偿以维持正常运营；配合薪酬制度改革，解决好医务人员的福利待遇、职业发展等利益关切问题，承认医生获得符合德性要求的合理收入；建立公私两级医疗服务体系，逐渐放开并加快推进社会资本进入医疗服务领域，促进公立医疗机构与非公立医疗机构公平竞争，不同医疗服务项目在公立医疗机构与非公立医疗机构分类管理，不同医疗服务项目按照其市场竞争充分程度分类管理，满足人们不同层次医疗服务需求，是“公义”原则的体现。

第三，医疗服务价格政策不应由政府单方确定，内部价格制定必须兼顾政府、医疗机构、医保机构及患者等多方利益群体，由政府垄断到引入多方协商机制、共同制定医疗服务价格；外部环境必须通盘考虑政府财政能力、医疗机构经济运行和居民收入水平，并允许公立医疗机构与非公立医疗机构在医疗市场上公平竞争、为人民群众提供更多更好的医疗服务，这是“和谐”原则的要求。

第四，面对当前中国信任危机、诚信危机，政府、市场、医疗机构和患者共同建立诚实守信的竞争环境，注重运用市场这只“无形的手”使医疗价格体现技术服务的价值，使更多的卫生资源得到市场的合理配置。在政府层面，必须遵从爱人尊贤的德性，创造良好有序医疗服务市场环境，担当市场的规范者而不是盈利者，更不是垄断者（范瑞平，2011, 254-255），以此服务人民、取信于民，建立诚信政府；医疗服务机构必须明确其性质定位，医生个人则应坚持真诚待人。这些恰恰是儒家生命伦理“诚信”原则的基本要求。

参考文献

1. 北春. 卫生事业性质说[J]. 中国卫生经济, 1991,10(1):4-9
2. 步臻. 生命伦理学视野中的儒家伦理及其当代价值[J]. 中国医学伦理学, 2011, 24(2):265-266.
3. 程新宇. 儒家伦理对当代生命伦理学发展的价值及其局限[J]. 伦理学研究, 2009(3):26-31.

4. 程新宇. 生命伦理之争的文化视角--以安乐死和人工流产为例[J]. 医学与哲学:a, 2006, 27(3):39-40.
5. Fan R. A reconstructionist Confucian approach to Chinese health care[M]. China: bioethics, trust, and the challenge of the market. Springer Netherlands, 2008: 117-133.
6. Fan R. Corrupt practices in Chinese medical care: the root in public policies and a call for Confucian-market approach[J]. Kennedy Institute of Ethics Journal, 2007, 17(2):111-31.
7. 范瑞平. 当代儒家生命伦理学[M]. 北京大学出版社, 2011.
8. 范瑞平. 人文走进临床:“诚之者”之道[J]. 医学与哲学, 2014, 35(6):43-47.
9. 冯友兰. 从中华民族的形成看儒家思想的历史作用[J]. 哲学研究, 1980(2):44-48.
10. 国家卫生和计划生育委员会. 中国卫生和计划生育统计年鉴 2014[M].北京：中国协和医科大学出版社,2014
11. 何昕. 论庄子生命伦理与现代临终关怀[J]. 云南社会科学, 2015(2):52-58.
12. 黄树则. 当代中国的卫生事业[M]. 当代中国出版社, 2009.
13. 雷瑞鹏. 关于克隆技术的伦理思考[J]. 华中科技大学学报:社会科学版, 2005, 19(3):119-124.
14. 李海燕. 儒家伦理与传统医德[J]. 武汉科技大学学报:社会科学版, 2003, 5(4)：34-37.
15. 李萌, 李光玉. 由治疗性克隆引起的生命伦理问题探析[J]. 医学与社会, 2005, 18(9):43-45.
16. 李永生. 医疗腐败与医院管理伦理[J]. 医学与哲学:a, 2006, 27(10):12-14.
17. 刘晓文, 王家鹏. 突发性公共事件中的生命伦理思考[C]. 2014 卫生法学与生命伦理国际研讨会. 2014.
18. 陆树程. 克隆技术的发展与现代生命伦理——兼与姚大志先生商榷[J]. 哲学研究, 2004(4):86-92.
19. 马晓. 影响中国临终关怀发展的传统伦理观念解析[J]. 中国医学伦理学, 2009, 22(1):14-15.
20. 潘亚暾. 儒学的当代价值及其生命力[J]. 河南商业高等专科学校学报, 2006, 19(1):102-104.
21. 邱仁宗. 人类基因组的伦理和法律问题[C]. 全国科技法制高峰论坛暨中国科学技术法学会成立二十周年纪念大会. 2008.
22. 邱仁宗. 生命伦理学——女性主义视角[M]. 北京：中国社会科学出版社, 2006.
23. 世界银行, 1993 年世界发展报告:投资于健康[M]. 北京：中国财政经济出版社,1993
24. 孙慕义. 生命伦理与制度伦理冲突的终结——“非典”事件的伦理学审读[J]. 医学与哲学, 2003, 24(6):1-3.
25. 田超. 公义语境下的儒家社会正义原则——与黄玉顺教授商榷[J]. 学术界, 2012(11):118-125.
26. 田甲乐, 罗会宇. 儒家生命伦理视阈下的安乐死[J]. 医学与社会, 2012, 25(8):4-6.
27. 涂玲, 卢光琇. 商业贿赂与医患关系的生命伦理学思考[J]. 中国医学伦理学, 2006, 19(4):42-44.
28. 王冬, 等主编. 现代医院管理理论与方法[M]. 上海科学技术文献出版社, 1992.
29. 王海云, 孙书行. 浅析儒家伦理与生命伦理的互补[J]. 学园:学者的精神家园, 2009(4):15-18.
30. 王绍光. 中国公共卫生的危机与转机[J]. 经济管理文摘, 2003:38-42.
31. 王延光. 辅助生殖技术的伦理问题与论争[J]. 中国医学伦理学, 2007, 20(1):15-18.

32. World Health Organization. Regional Office for South-East Asia. Health financing strategy for the Asia Pacific Region (2010-2015)[M]. World Health Organization, South-East Asia Region and Western Pacific Region, 2009:337-344.
33. 杨建祥. 儒家和谐能力思想的两个原则性思考[J]. 天府新论, 2007(2):21-24.
34. 杨敏, 黎志敏. 从生命伦理学的视角构建和谐医患关系[J]. 医学与法学, 2009, 01(2):71-73.
35. 于海燕, 刘冰, 刘明明等. 伦理学视阈下的新型医患关系探究[J]. 医学与社会, 2014(7):25-26.
36. 郑大喜. 构建和谐医患关系的生命伦理学思考[J]. 中国卫生资源, 2008, 11(4):156-157.
37. 郑金林. 论构建和谐医患关系的伦理价值[J]. 南京中医药大学学报:社会科学版, 2010, 11(4):216-219.
38. 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会. 1993 年第一次国家卫生服务调查分析报告[R/OL]. 2010a, [2010-09-21] http://www.moh.gov.cn/mohwsbwstjxxzx/s8211/201009/49159.shtml
39. 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会. 1998 年第二次国家卫生服务调查分析报告[R/OL]. 2010b, [2010-09-21] http://www.moh.gov.cn/mohwsbwstjxxzx/s8211/201009/49160.shtml
40. 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会. 2003 年第三次国家卫生服务调查分析报告[R/OL]. 2010c, [2010-09-21] http://www.moh.gov.cn/mohwsbwstjxxzx/s8211/201009/49162.shtml
41. 中华人民共和国国家卫生和计划生育委员会. 2008 年第四次国家卫生服务调查分析报告[R/OL]. 2010d, [2010-09-21] http://www.moh.gov.cn/mohwsbwstjxxzx/s8211/201009/49165.shtml
42. 中华人民共和国卫生部. 中国卫生统计年鉴 2003[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社,2003.
43. 中华人民共和国卫生部. 中国卫生统计年鉴 2009[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社,2009.
44. 中华人民共和国卫生部. 中国卫生统计年鉴 2010[M]. 北京: 中国协和医科大学出版社,2010.
45. 邹东升. 政府诚信缺失与重建探究[J]. 重庆大学学报:社会科学版, 2004, 10(3):45-48.

《庄子》生死智慧对临终者的生命关怀

陈翠婷

摘要：临终关怀的两大议题是疼痛和死亡，对于临终患者来说，死亡的话题凸显出来。患者在死亡面前普遍表现出浓重的焦虑和恐惧。本文试图通过追溯《庄子》的生命哲学，从中汲取面对死亡的智慧，揭开死亡的神秘面纱，消解临终患者对死亡的恐惧。进一步，将死亡从繁复的人伦关系中抽离出来，以期还原死亡的本真状态。最后，阐述了生死一条的道理，论述死亡作为一种可能性经验对于生存者的重大意义。

关键词：临终关怀, 《庄子》生死观, 死亡恐惧, 本真之死, 生死一条

Abstract： The two issues of hospice care is pain and death. For dying patients, the subject of death emerges. Patients generally show a strong anxiety and fear in front of death. This paper tries to trace the life philosophy of zhuangzi, in order to learn the wisdom of the face of death, to uncover the mystery of death and relax dying patients with fear of death. Further, this paper tries to restore the authenticity of the death. Facing death, grasping rational knowledge to the true meaning of life and death to get maximum level of consciousness of life.

Key words: hospice,the life philosophy of zhuangzi, fear to death ,the real look of death, Life and death together

临终关怀是为身患绝症而以治愈为导向的治疗不再有效时，有组织地为临

终病人及家属提供的独特而完整的身心照护。它既不借助医疗手段延缓死亡，也不用它加速死亡，其目的在于通过舒适护理，以维护病人尊严、提升病人临终阶段的生命品质。[1]

临终关怀的目的旨在让患者化解恐惧、焦虑、忧愁、失望、无助等负面的心理障碍，让病人能以较为安宁的心态走过人生最后一段旅程。在中国传统社会儒道两家义理系统中，儒家“未知生，焉知死”的生死观更注重生的责任与担当，而道家则对生死进行了深刻的理性思考和系统的论述。正如张颖指出“道家哲学对生命意义以及生死现象有其独到的见解，因而对临终关怀具有独特的启示，人们可以在道家生死智慧的引导下为临终者和丧亲者提供得以领悟生命真谛的方法。”[2]

1. 消解临终患者面对死亡的恐惧

1．1　临终患者的“心灵惊恐”

古希腊哲学家爱比克泰德说过，“可惧怕的不是死亡，而是对死亡的恐惧”。现代社会快速的生活节奏中，人们的理性思考往往只囿于当下的生存境遇、目光所及之处，一方面，物化的世界观消解了传统的死后世界，人们对死亡表现出极大的漠视，另一方面，当死亡以突如其来的方式降临时，又会因毫无心理支撑而产生浓重的死亡焦虑。

死亡作为一次自然事件的确会让人产生自然的惊恐，“最强的恐惧是在危险的瞬间经历的死亡，人的生活的突然中断。”[3]而被诊断为不可治愈的末期患者经历的却不是在“危险的瞬间”产生的自然惊恐，而是在等待焦灼中忍受恐惧的煎熬。美国著名的精神医学专家库布尔-罗斯曾指出，末期患者被告知绝症消息时其精神状态有着五阶段模型：否认及孤离、愤怒、讨价还价、消沉抑郁、接受。显示出临终者面对死亡，恐惧挣扎从抵制到被迫接受的心理状态。

可以说与在危险的瞬间经历死亡的自然惊恐相比，终末期患者对死亡的恐惧是一种“心灵的惊恐”，在这段时间里，死亡作为可怕的对象，也即“敌人”，不是现前的，而是潜在的。“在‘心灵的惊恐’中，敌人并没有出现，危险却滞留

在头脑中，经久不散。这种对潜在敌人的恐惧，在想象与幻觉的滋养下，变得漫无边际。敌人，不像自然的意外带来的是瞬间的惊恐，而是无休止的威胁。危险和恐惧成为一种状态，而不是一次事件。”[3]，在终末期患者那里，“潜在敌人”就是暂未出现的死亡，对潜在死亡的恐惧带给患者的是无休止的威胁。之所以被诊断为终末期的患者比经历瞬间意外而死亡的人要惊恐得多，会产生如库布尔-罗斯所分析的经典五阶段，充满恐惧和挣扎，是因为，“同显现在我们眼前的危险本身相比，对危险的恐惧更使人惊恐万倍；我们也发现，我们常焦虑会遭遇坏事，而这种焦虑给我们带来的重负，要比坏事本身大得多。”[3] 死亡作为一次事件并没有那么可怕，或许还是从疼痛中获得解脱，然而，作为一种无限空虚又无限不可控的未知，带给人的便会是在想象与幻想中浸泡的焦虑。“心灵的惊恐”用《大学》里的话来阐释，就是心“有所恐惧，则不得其正”，这里的“正”并不表示任何善恶伦理意涵，只是说心灵状态失去了安宁平和。

临床中，医生对治愈无望的临终患者往往采取隐瞒的态度，只把病情告知家属，而家属也通常或多或少地对病人隐瞒。家属的考量便是在于消解患者的焦虑，然而，这与生命伦理学的自主性原则明显冲突，随着病情的恶化，患者终究是要知道其真实病情的。同时，对于自主性要求比较高的患者来说，隐瞒病情还会耽误其生命最后阶段的人生安排，带来患者的临终遗憾。所以，隐瞒和拖延毕竟不是安顿生命的究竟办法。《庄子》哲学在消解临终患者恐惧的运用上，主要有两方面：一方面，跳出狭窄的生存境遇，解开死亡的神秘面纱，直面死后的世界；另一方面，把个体生命融于大化流行之中，构建了超越有限形体的形上生命观。

1．2　直面死后的世界

临终患者在面对绝症时表现出的焦虑、恐惧、愤怒、失望、无奈等负面情绪，来自于人悦生恶死的深层心理根源。要舒解患者的恐惧，则必须审视悦生恶死的价值偏向。在《齐物论》中，庄子讲了一个寓言：

予呜呼知悦生之非惑邪！予呜呼知恶死之非弱丧而不知归者邪！丽之姬，艾封人之子烨，晋国之始得之也，涕泣沾襟；及至于王所，与王桐筐床，食刍豢，

而后悔其泣也。予鸣呼知夫死者不悔其始之蕲生乎![4]

弱丧是指自幼流落在外，“视死如归”便是从这个故事而来，丽姬在晋国刚迎娶她的时候，哭得衣服都湿透了；等她到了晋王的宫里，和国王同享乐时，才后悔当初不该哭泣。庄子以此来比喻人们悦生恶死的境况。“予鸣呼知夫死者不悔其始之蕲生乎!”似乎死后的世界给人更多的安乐，而人悦生的情绪反而是因为盲目和无知。所谓“大块载我以形，劳我以生，佚我以老，息我以死”，生是一场劳作，只有死，才是这场劳作的终结。

庄子对死亡抱有十分乐观的态度，美国生命伦理学家斯文耐斯（Fredrik Svenaeus）认为，“得病的肉身使患者意识到处于‘不在家’（unhomelikeness）的状态，而走向死亡则是‘归家’的过程，是一种解脱。”[2] 这与庄子所说的“将以生为丧也，以死为反也”有异曲同工之处。那么，《庄子》中构建的死后世界究竟是怎样的呢？

《至乐》篇记载了一则庄子与空骷髅对话的寓言：

庄子之楚，见空髑髅，髐然有形，撽以马捶，因而问之，曰：“夫子贪生失理，而为此乎？将子有亡国之事，斧钺之诛，而为此乎？将子有不善之行，愧遗父母妻子之丑，而为此乎？将子有冻馁之患，而为此乎？将子之春秋故及此乎？”于是语卒，援髑髅，枕而卧。

夜半，髑髅见梦曰：“子之谈者似辩士。视子所言，皆生人之累也，死则无此矣。子欲闻死之说乎？”

庄子曰：“然。”

髑髅曰：“死，无君于上，无臣于下；亦无四时之事，从然以天地为春秋，虽南面王乐，不能过也。”

庄子不信，曰：“吾使司命复生子形，为子骨肉肌肤，反子父母妻子闾里知识，子欲之乎？”髑髅深瞩颦眺曰：“吾安能弃南面王乐而复为人间之劳乎!”

这则寓言借庄子和空骷髅的对话，道出了面对死亡的智慧。骷髅是《庄子》

书中精心挑选的意象，因为生者没有死亡的体验，对于死后的世界一无所知，而骷髅可以说是贯通生死的，在体验了生之累患后发现死后的世界是“无君于上，无臣于下；亦无四时之事，从然以天地为春秋，虽南面王乐，不能过也。”[4]。《人间世》中也有这样一段话：“天下有大戒二，其一命也；其一，义也。子之爱亲，命也，不可解于心；臣之事君，义也，无适而非君也，无所逃于天地之间”[4]。这里把人所置于其中的社会关系概括为两类：命和义。正如卢梭所言：“人生而自由，却无往而不在枷锁之中”，人在自然状态中是完全自足自由的，没有“君”“臣”等上下级关系，然而，一旦进入社会状态，就被种种的社会规定给系缚住了。在家有父子，“子之爱亲”是“命”，“父母于子，东西南北，唯命之从”，这是“不可解于心”的；在社会有君臣，“臣之事君”是“无所逃于天地之间”的，在现代社会，君臣的说法有些不相应，但实质意义却是不变的，指导与听从，上级与下级，可以看到，这样的关系遍布于个体生命的周围。或者说，个人的“身份”就是这层层社会关系建构和定义出来的。然而，除了活在身份伦理当中，作为个体，人本来就是各自茕茕独立的自由存在者。而空骷髅的描述，就是在彻底摆脱了这一圈又一圈的社会关系包裹后，还原出的人的本真状态，在这样的状态中，“虽南面王乐，不能过也”，因为即使是南面称王，也还是有所“待”的，有待于臣，有待于民，方可成其为王，一旦有“待”，就成了被限定的对象，失去了自然人的自由。

生丧死反的态度是不是悦死恶生呢？正如王凯所言，“庄子的‘生丧死反’理论，是为了让人们在普遍沉沦中苏醒过来，打破外在束缚，重新回归到充满张力的自然生命本身，把握生命真谛，真正享受生命，享受自由。庄子对死亡抱有乐观的态度，不是让大家轻视生命，而是让人们从对死亡的恐惧和对生命的迷茫中醒悟过来，只有从死亡的视角来看待人生，才可以真正看透生死，才可以真正把握住生命的本真。这是真正的悦生。”[5]

1．3 打破“身执”，从“化”的角度实现形上生命的自我超越

临终者及家属面对绝症时的恐惧和焦虑也源于缺乏对生命形上价值和意义的领悟。“人们太执著于血肉感官的肉体形式，过度地恋生悲死，若无法从生命的根源处去化解抗拒死亡的心态，再多的安宁疗护都无济于事。”[6]

庄子说“若人之形者，万化而未始有极也，其为乐可胜计邪？今一以天地为大炉，以造化为大冶，恶乎往而不可哉！”[4]如果知道人的形体，千变万化而未曾有穷尽，那么这种欢乐岂可计算得清的吗？如果现在就开始把天地当做大熔炉，把造化看做大铁匠，那么到哪里而不可呢？正如傅伟勋教授指出：“……当下就宇宙的一切变化无常去看个体的生死，从中发现精神解脱之道。万事万物的生灭存亡，皆逃不过自然必然的变化无常之理，如要破生死、超生死，必须摆脱个体本位的狭隘观点，而从道（变化无常之理）的观点如实观察个体生死的真相本质。”[2]

如《知北游》篇中说：“人生天地之间，若白驹之过隙，忽然而已。注然勃然，莫不出焉；油然谬然，莫不入焉。已化而生，又化而死，生物哀之，人类悲之。”生命无时无刻处于“化”的过程中，老子也说过，“物壮则老”，“飘风不终朝，骤雨不终日，孰为此者，天地，天地尚不能久，而况于人乎？”（第二十三章）。死生有如昼夜更替般平常，把个体的生命纳入自然的大化流行中，方能在生死面前超然豁达，安时处顺，体验万化未始有极的不可胜计之乐。

《至乐》篇中就讲了一个支离叔与滑介叔观“化”的故事，面对“柳生其左肘”的将死之症，滑介叔说：“生者，假借也。假之而生生者，尘垢也。死生为昼夜，且吾与子观化而化及于我，我又何恶焉！”把个体的生命融入天地大化中去观照，超越出对有限形体的执著，实现人性的自我超越，方能在生死大化前安之若素。

2．回归本真之死

临终关怀针对的是治愈无望的终末期患者，反对依靠高技术的医疗器械来维持病人生命。基于临终关怀理念的自然死在发达国家已经得到了立法支持，“尊严死”口号的提出也与之相关，“所谓‘尊严死’的口号，原本是为反抗用医学技术来推迟死亡，尤其是对垂死阶段的生命延长而提出，是源于关注生命终点人的自我实现的意义的语境中。它不仅是对有关死亡技术本位霸权的一种反动，也包括反对医院中发生的那些司空见惯的现象。”[7]而在我国，不管是“尊严死”

还是“自然死”，这样的观念尚不为大众所接受。由家属决定，使用心肺复苏术、人工呼吸器、强心升压剂、各种插管等维生医疗方式拖延不可治愈的病人之无效生存时间的做法很普遍。2012 年医学博士、急诊科医生陈作兵放弃为恶性肿瘤晚期父亲治疗的事件曾引起社会广泛热议，不少人就非议其不孝。

一方面是家属的代理决策实际上取代患者的自主决策，另一方面，“源于高科技社会的死亡特点赋予死亡是否可以自由选择的难题”[7]现代医学技术的高歌猛进给人们提供了无限度的期待，家属要求医疗人员使用医学技术手段英雄式地延迟病人死亡，然而，对患者来说，“许多经验的疾病的特征不仅仅在于无法忍受的痛楚，还在于无法接受的耻辱和自我控制力的丧失。对于身体和精神进行性恶化的盲目干预，将剥夺病人在生命最后按个人意愿行事的权利”[7]患者的精神将在这种无所不用其极的英雄式拯救中受到伤害。

众所周知的庄子妻死，庄子鼓盆而歌的故事或许能给病患家属更多启示。

庄子妻死，惠子吊之，庄子则方箕踞鼓盆而歌。惠子曰:“与人居，长子老身，死不哭亦足矣，又鼓盆而歌，不亦甚乎!”

庄子曰:“不然。是其始死也，我独何能无概然！察其始而本无生，非徒无生也而本无形，非徒无形也而本无气。杂乎芒芴之间，变而有气，气变而有形，形变而有生，今又变而之死，是相与为春秋冬夏四时行也。人且偃然寝于巨室，而我嗷嗷然随而哭之，自以为不通乎命，故止也。”

庄子妻死，庄子的朋友惠施去吊唁她，看到庄子鼓盆而歌，便责问道，作为妻子，同居共处，生儿育女，辛苦到老，而今死去，不哭也就罢了，怎么还能唱起歌来呢？庄子的回答是，当她刚死之时，“我独何能无概然”，并不是如此绝情，也是伤感的。然而，仔细再分析一下，生命一开始就是没有的，随着大化流行气化而生，而后有了形体，如今又消失殆尽，返归到造化之中去了，“偃然寝于巨室”，以天地为棺椁，安息其中，于是为其回归自然而歌。

在惠施眼里，庄子之妻只是作为繁复的人伦关系中的生命，如，作为丈夫的妻子，作为子女的母亲，然而，剥离掉这重重的社会关系，还原她自然的生命状态，就会发现，她自始至终都是“独来独往”的。适时而生，乃是“独来”，处

顺而死，乃是“独往”，出于机而入于机。梁漱溟先生曾指出，在中国伦理本位的社会中，“个人失没于伦理之中，殆将永不被发现”“一个人似不为其自己而存在，乃仿佛互为他人而存在者。”[2]，然而，死亡终究是个体需独自面对的事，在死亡面前，个体必须享有一份“独”的精神。

霍尔德（Holder，J.S.）在《临终精神关怀手册》中援引一位长期在病人收容所工作的护士的话说道：“临终者一般都不会在亲人守夜时去世，因为有亲人在场，他们会觉得没法离去。亲人们把他们抓得太牢了，……人们往往会发现，临终者经常在亲人回家休息时去世。”[9]

临终患者之所以常常选择在亲人不在场的时候离去，是因为亲人们把他们“抓得太牢了”，这在以伦理本位为社会结构特征的中国尤为明显，梁漱溟先生曾援引张东荪先生的话指出“在中国思想上，所有传统的态度总是不承认个体的独立性，总是把个人认作‘依存者’（Dpendent Being），不是指其生存必须依靠于他人而言，乃是说其生活在世必须尽一种责任，无异为了这个责任而生。”[8]无怪乎庄子借空骷髅描述的死后“至乐”世界，其中一大特点便是“无君于上，无臣于下”，摆脱了层层社会关系的束缚和规定，不再在伦理关系中沉没自我，而是回归到自我的本真之中。这给患者家属一些提示，终末期患者由于病症的原因往往失去了自我表达的能力，使用人工呼吸机、心肺复苏术等医学技术虽然使得终末期患者能够维持生命，然而，这有可能给患者增加身体和精神上的痛苦。家属和医疗人员不应只是致力于拖延机械的生命，对治愈无望的患者而言，关注更多的理应是他们的精神世界，帮助他们以积极坦然的心态面对死亡，而不是倚仗高技术的医疗手段构筑一场即使死亡来到眼前，仍然有办法延迟的迷梦。

3 生死一条，向死而生，是对生的最深刻的觉醒。

临终者对死亡的恐惧并非全然无用，恐惧是智慧之母，畏死的情绪让人生起对生的最大意义的探寻。正如德里达所说，“死亡是意义的源泉，即为‘我的活着的当下’赋予了意义。”[2]

死亡激发人们对于终极意义的思考,祁斯特拉姆·恩格尔哈特说，“卫生保健实际上是一座演艺人类残疾、痛苦和死亡戏剧的剧场，所以它不仅引出有关疾病

医治、痛苦缓解以及延迟或控制死亡等问题，同时投射了生命、痛苦和死亡的终极意义。”[7]，“在世俗语境下，关于终极意义的深刻问题是无法回答的……但医学却能显示给我们，疼痛是可以控制的、痛苦是可以避免的，甚至死亡也能被推延。而医学的失败，也正在于这些承诺并不能终极地、完满地兑现。痛苦最终无法避免，死亡的悲剧时日终究要来临。正是在这些控制和进步的前提下，这些失败激发我们在面对痛苦、残疾和死亡时，对于意义的苦苦寻求。”[7]终极意义的寻求往往诉诸于宗教，然而，中国文明传统上就是宗教精神不发达，理性精神十分发达，“几乎没有宗教的人生”成为梁漱溟先生所说的中国文化两大古怪点之一。《庄子》中表达的“生也者死之徒”、“生死一条”、“向死而生”的智慧建立在理性基础上，却同样给人生命价值的安顿。

“死生一条”是说，生和死如同麻绳的两条线一般，生是一条明线，而死则是一条暗线，与生相辅相成。两条线交织在一起，同时进行，同时发生，死并不是生的终结，而是时时刻刻与生同在的一种可能性经验，生命就在生与死的交织中展开。 “方生方死，方死方生”，并不是简单说人在生的同时，就已然迈向了死亡时刻，而是更清楚地表明，死亡不是一个特殊的静止时刻，而是一种人生的潜在状态。“纯粹的、孤立的死亡作为死亡的含义并不是最重要的，人对死亡作为死亡的‘经验’才是人生存在的意义所在。”[2]正如海德格尔所说：“死作为此在的终结乃是此在最本己的可能性，无所关涉的、确知的、而作为其本身则不确定的、不可逾越的可能性。”对于临终者而言，如果能体认到生死一条的道理，则能在死亡面前深刻觉醒。只有了知到死亡之于生存如影随形，死亡的可能性经验与生存的现实性经验之间不是一条鸿沟，而是两者共在，才能从日常混迹的生活世界中觉醒，重新审查自己的生命状态，重新确认生的意义，获得对生的最大程度的自觉，使自己重新成为自己。从这个意义上来说，死亡是生存者的伟大导师。

参考文献：

[1] 李义庭,刘芳主编.生命关怀的理论与实践[M].北京:首都师范大学出版社，2012.

[2] 罗秉祥，陈强立，张颖. 生命伦理学的中国哲学思考[M].北京：中国人民大学出版社，2013.

[3] 李猛.自然社会：自然法与现代道德世界的形成[M].北京：生活·读书·新知三联书店，2015.

[4] 陈鼓应注译.庄子今注今译[M].北京：商务印书馆，2007.

[5] 王凯.道与道术：庄子的生命美学[M].北京：人民出版社，2013.

[6] 郑志明.道教生死学[M].台北：中央编译出版社，2008.

[7] 祁斯特拉姆·恩格尔哈特.基督教生命伦理学基础[M]. 孙慕义等,译. 北京：中国社会科学出版社，2014.

[8] 梁漱溟.中国文化要义[M].上海：上海人民出版社，2011.

[9] 霍尔德（Holder，J.S.）. 临终精神关怀手册[M]. 吴宇琦，方志燕，译. 上海：上海译文出版社，2006.

[10] 海德格尔.存在与时间[M].北京：生活·读书·新知三联书店，2006.

编辑人类胚胎基因的伦理悖论与现实解决路径

陶应时 袁模芳 蒋美仕

(中南大学 公共管理学院， 长沙 410083)

[摘 要] 近来，编辑人类胚胎基因引发了全球生物学家、生命伦理学者和社会大众空前激烈的伦理论争。反对者认为，编辑人类胚胎基因组将改写人类生育方式、存在严重技术风险、违背后代自决权并导致人类新的社会不平等，应当全面禁止。而支持者认为，编辑人类胚胎基因有利于探究生命奥秘和促进人类健康，具有科学及道德合理性。面对这一巨大而深刻的伦理悖论与现实难题，本文在对这两种对立观点进行系统的梳理和剖析的基础上，探寻了消除编辑人类胚胎基因伦理悖论的现实解决之道，即在遵循知情同意、行善及不伤害等基本生命伦理原则的前提下，实现编辑人类胚胎基因的差异性发展和构筑完善的人类胚胎基因编辑监管体系。

[关键词] 编辑人类胚胎基因；伦理悖论；现实解决

2015 年 4 月 18 日，中山大学副教授黄军就及其研究团队在“*Protein & Cell*”杂志在线发表了首次用 CRISPR/Cas9 技术编辑人类胚胎 HBB 基因（β-globin gene）的研究成果。[1]这是历史上首次实现用技术手段对人类自身遗传基因进行修改和编辑，意在为彻底治愈遗传病乙型地中海贫血症提供可能。然而，这一论文的发表，旋即引爆了全球基因专家、生命伦理学者和社会大众对此进行空前激烈的伦理论争，并形成了两种截然对立的观点。一种观点认为：编辑人类胚胎基因可以修正致病突变与预防出生缺陷，具有革命性的应用前景，并最终惠及全人类。而另一种观点则认为：编辑人类胚胎基因具有巨大的潜在风险和隐忧，尤其有可能引发人类基因库的永久性变化，从而给后代带来无法预测的严重后果，甚至导致人类灭绝。时至今日，这一事件引发的全球讨论仍未停止，且呈现出愈演愈烈的

作者简介：陶应时，中南大学公共管理学院博士研究生；

袁模芳，中南大学公共管理学院博士研究生；

蒋美仕，中南大学公共管理学院教授，博士生导师。

发展态势，并急切需要我们作出何去何从的选择。面对这一巨大而深刻的伦理悖论与现实难题，本文首先对这两种对立的观点进行了系统的梳理和剖析，进而探寻了消除编辑人类胚胎基因伦理悖论的解决之道，以期指导实践，制定约束机制和规范正确的道德行为，这对于推动现代生育技术的和谐发展具有重要的现实意义。

一、编辑人类胚胎基因的伦理悖论之辩

基因编辑技术指用生物工程技术手段对目标 DNA 片段进行敲除和加入等，实现对特定基因信息的修饰和改造。[2]编辑人类胚胎基因是指用 CRISPR/Cas9 技术对人类胚胎活体细胞中基因组的特定位点进行靶向编辑，包括插入、修复、替换等，以修正或改变原有的遗传性状，让胎儿不再携带致病基因或遗传缺陷。[3]作为一种最具争议性的现代生育技术创新，在反对者和支持者之间，存在着各种相互冲突和相互竞争的道德合理性之争。

1.1 反对编辑人类胚胎基因的伦理论据

反对者认为“我们是人，不是实验小白鼠”。[4]编辑人类胚胎基因组严重偏离了当前可以接受的研究行为， 突破了不可逾越的伦理“红线”，应当全面禁止或限制其临床应用。[4,5]理由主要有以下几个方面。

1.1.1 编辑人类胚胎基因将改写人类生育方式

编辑人类胚胎基因将改写人类生育方式，使人类由“自然人”演化为“技术人”，这是一种极不道德的行为。首先，人的自然生命体源自上帝的设计与创造，是神圣的、不可修正和不容挑剔。[6]而编辑人类胚胎基因则是对上帝权力最为严重的僭越，是一种疯狂傲慢的危险之举，一旦出差，将会招致灾变性的后果，并最终形成巨大的力量报复人类自身。其次，编辑人类胚胎基因将极大地改变人类的身体、心理等遗传性状，越过人类进化所需的自然进程而塑造新质的“技术人”。新质“技术人”以不可阻挡的力量迅猛扩张，而“自然人”则被日渐边缘和瓦解，并最终步入灭亡。如此以来，整个人类图景由此发生了“全景式”的变革，人的基本定义也发生根本性的变化。今天的自然人与未来的“技术人”之间将有着本质的区别，意味着人类已经被自身亲手所创造的崭新“人类”所取代，进入了由“技术人”统治整个世界的“后人类时代”。

1.1.2 存在严重的技术风险

编辑人类胚胎基因具有显著而潜在的技术风险，且其潜在风险可能在婴儿出生几年后甚至几代后才会涌现，导致极为消极的生物学后果。[4,7]一是“脱靶”效应，即可能对靶点以外的遗传信息进行切割，由此引发基因组中一些非目标位置产生非必要的基因突变，这种因在意外位点对人类基因的切割将极大地增加罹患癌症或者其他疾病的几率，或是对其他基因的表达造成显著的不利影响，使原本既相互制约又相互协同的人类遗传系统产生结构性紊乱，导致大量残障婴儿的产生。二是“镶嵌现象”，即用 CRISPR/Cas9 技术编辑多细胞胚胎，由于被修饰细胞的数量难以控制，最终可能只有部分细胞被成功编辑，导致出现被改变和未改变的遗传嵌合体，其功能性结果由此变得复杂和不可预料。[8]

1.1.3 违背后代的自决权

如果编辑人类的胚胎基因得到批准和认可，随着技术的日益精进以及人类难以祛除的功利性动机，父母或专家便可设计和编制自身的“完美后代”。然而，这种根据父母或专家的需要而进行建构和创造的“完美后代”，并未得到关涉自身命运的后代当事人的许可与授权，这样一来，后代的自主权将被父母或专家所操纵和掌控。首先，由于代际间可能对“完美”存在认知差异，父母所认为的“完美”与后代所认同的“完美”既可能相符也可能截然相反。其次，由于“完美”后代的体貌特征、智力水平与心理功能是他人先在决定的结果，会因自身作为他人意志的“作品”而感到深深的屈辱，并将永远无可摆脱。[9]概言之，通过编辑人类胚胎基因的方式植入某种“优良性状”而塑造“完美后代”的行为，不论其“动机”如何“善良”，无论其所谓的“优良性状”有多大价值，都不能构成先在决定后代的理由，反而只能表明是一种强制推行的“善良”，是一种反道德的“道德”，严重违背伦理学中自决权原则。

1.1.4 导致人类社会新的不平等

编辑人类胚胎基因将使人类社会的不平等关系扩大至新的领域。富人与权贵通过种种手段对胎儿的基因进行修正与增强，他们的后代既不会受任何疾病的困扰，其体质和智力还可大大得以提升，甚至能成长为具有特殊能力的“超人”。而穷人因费用的缺乏，无力利用这一技术对他们胎儿的遗传基因进行改进与完善。可以预见的是，这种资本与技术的紧密结合将使人类社会发生更为严格的分野，即形成经特别设计具有“优质基因”的“基因贵族”和自然生育下的“基因

平民”之间存在巨大的遗传势差。因此，基因优劣将成为划分人类阶层的新标准，人类社会的不平等关系从此将更为根本和固化。这样以来，人类历史上除了财富、地位、家庭出身等传统的不平等外，又多出了因遗传特性的人为分层而发生的新的更大范围的不平等关系。同时，因“基因贵族”和“基因平民”这两大阵容的人们基因地位的不平等，不但难以形成相互尊重的交往和相互认同的主体间关系，更遑论形成两大阵容的共同意志和对称性关系。可以说，这将对人类尊严构成极其巨大的挑战和冲击，并将诱发严重的基因歧视与难以预估的社会鸿沟。

1.2 支持编辑人类胚胎基因的伦理论据

支持者们也进行了激烈的抗辩,他们认为编辑人类胚胎基因在科学上和伦理上均是合理的，完全没有道德问题。

1.2.1 编辑人类胚胎基因有助于探究生命奥秘

哈佛大学医学院干细胞生物学家 George Daley 认为编辑人类胚胎基因具有重要的科学价值。[10]这类研究有助于人类对生命规律、本质和作用机理的认知，不应当受到阻碍或是限制。人类胚胎基因编辑技术的发展与突破，对于探究人类生命奥秘将是一个新的关键性的里程碑。对于人类遗传变异和基因组、突变频率、类型及其对身体和其他性状的影响，表观遗传学、基因表达与调控、生殖生物学和人类胚胎及临床遗传学等的发展都将具有最直接且最激动人心的促进作用，这对于帮助人类揭示更多生命现象和更好地理解生命具有深远影响。

1.2.2 编辑人类胚胎基因有利于促进人类健康

CRISPR/Cas9 技术编辑人类胚胎基因具有未可限量的医学前景，对人类感染性疾病和遗传性疾病等的治疗都将带来革命性影响。[11]基因学诺贝尔奖得主 Craig Mello 认为编辑后的基因序列有望预防癌症、糖尿病及其他老年疾病。

与普通的医疗技术相比，编辑人类胚胎基因是对患病胎儿在出生之前就进行了根本的彻底的治疗，能显著地减少因遗传疾病而导致的人工流产以及对其它辅助生殖技术的依赖。[12]而其最大的潜在社会效益还在于通过对严重遗传性疾病有关基因的校正，能够使人类摆脱遗传性疾病的困扰，可以给予孩子们正常的生活，从而避免歧视、痛苦和减少对医疗资源的消耗。此外，编辑人类胚胎基因将极大地推进对当前癌症生物学和其它疾病发生机制的研究，通对这一技术对人类自身有缺陷、缺失的基因结构进行替代或是纠正，避免了因有害基因随机组合产生的

畸形胎儿，从而提高人类后代的生命质量与遗传素质，对推动医疗科学的进步和人类未来健康事业的发展都具有极为重要的积极意义。

1.2.3 编辑人类胚胎基因具有道德合理性

在如今的“技术时代”，人类早已利用各种工程技术对自然界的几乎所有领域进行了干预和改造，人类没有理由摈弃技术对自身的作用。毋庸置疑，在人类繁衍的技术革命中，每一现代生育技术都潜藏着风险，正面效应与负面后果同时共存。然而，有关避孕、流产和堕胎等现代生育技术早已被多数国家和公众所认可和接受，如果唯独因编辑人类胚胎基因存在风险而予以拒斥，这是有失公允的。首先，编辑人类胚胎基因的确使用了非自然的人工干预来达到控制人类的特定生殖目的，使人类基因中掺杂了“不自然”的组份，但这一行为却是为了克服和修正自然生殖过程的不足与缺陷，是一种造福于未来世代的有效手段，是一种善的行为，具有道德合理性。此外，修改人类胚胎基因是对上帝的挑衅和背叛这一论断，没有任何科学事实的依据，上帝不能作为评判科技创新活动与实践应当与否的标准与向导，只是特定道德共同体的宗教情感，并非普遍的道德律令，只要这一行为有利于行善和救人，就是对的和应该做的。再次，人类现状并非处于理想模式，编辑人类胚胎基因作为解放人类的巨大技术力量，能够极大地促进人类向更有利更完美的方向发展，从而有益于提升人类的整体利益。在这种情况下，伦理观念应随时代的发展和人类的进步而不断革新与调整，否则，过时的伦理将会扼杀人类胚胎基因编辑技术的发展，成为阻碍人们奔向幸福之路的绊脚石。

二、编辑人类胚胎基因伦理悖论的现实解决

从以上反对者和支持者的观点来看，虽各有理由，但整个看来两者皆缺乏全面的认识和分析。反对者持单边否定态度和悲观态度，他们聚焦于编辑人类胚胎基因给人类社会所带来的负面效应与不祥后果，以满腹的怀疑提出了一系列伦理质问，并把编辑人类胚胎基因的前景描绘得令人惶恐不安。支持者们则是一种盲目乐观的迷思，只关注编辑人类胚胎基因将给人类生活所带来的诸多福利，而忽略了其可能产生的消极道德现象。

诚然，任何现代生育技术的进步，都是一把“双刃剑”，人类胚胎基因编辑技术也不例外，确实存在危害人类的可能，但从长远来看，编辑人类胚胎基因存在诸多方面的巨大价值，因此，绝对禁止对其的研究和临床应用绝非上策。如果

采取有限性实施的办法，即“有限开放”，通过相关生命伦理原则的规制来发挥其善的作用和抑制其恶的影响，对编辑人类胚胎基因的适应范围进行审慎而准确的界定，同时，设计周密的监督体系对其可能造成的风险和危害进行规避和限制，必将使编辑人类胚胎基因成为推进人类奔向幸福和文明的有力杠杆。

2.1 编辑人类胚胎基因所应遵行的生命伦理原则

鉴于编辑人类胚胎基因所存在的巨大风险和安全隐忧，以生命伦理倡导的相关原则对于其具有根本性的伦理指导意义。但由于生命伦理原则具有广适性，因此，不能对其进行简单的移植和套用，而要综合借鉴和灵活运用，以便使相关生命伦理原则对编辑人类胚胎基因中的具体问题进行更明确和更有针对性的指导。

2.1.1 知情同意原则。知情同意是一条重要的伦理原则，包含丰富的伦理意蕴。具体而言，用于基因编辑的胚胎无论废弃与否，都必须得到原所有者的知情同意，并告知他们潜在的风险，甚至对未来后代的影响。同时，它还隐含另外两层含义：一是不得以任何经济、威逼或其他方式胁迫胚胎所有者来获取胚胎，对胚胎的获取方式及程序也必须制定符合伦理与法律的规定与要求。二是对人类胚胎基因编辑的整个过程都要接受伦理委员会的监督，避免科研人员和医生滥用权力，维护胚胎尊严，任何未经授权的“越位”行为都不能得到伦理辩护。

2.1.2 行善原则。“行善”是医学的至高美德。为更好地指导编辑人类胚胎基因在实践中的研究和应用，就需要用行善原则权衡其利益、代价和风险。一方面，根据行善原则，一为求善，主要指要使编辑人类胚胎基因为人类造福，减轻痛苦、预防疾病和有益健康；二为避恶，它要求阻止伤害胚胎和人类后代的利益。另一方面，我们需要对编辑人类胚胎基因的利弊进行开放性讨论，致力于在公众、相关利益者和科学团体之间建立共识，对哪些是目前可接受的，哪些是超越当今可接受的界限进行广泛辩论，以促进人类后代获取重要之利益，并尽可能地规避伤害和风险。

2.1.3 不伤害原则。不伤害原则是一种避免引起对他人伤害的义务。[13]编辑人类胚胎基因的目的是为了治疗疾病与维护人类健康，但如果这一技术被误用或滥用，所引发的基因改变可能会被遗传下来，并产生跨代效应，从而伤害人类后代的外部形态、组织结构与生理机能。所以，在编辑人类胚胎基因的实践中，要选择最佳的操作方案，杜绝和防范给胚胎造成意外伤害或是无意但却可知的伤

害。基于直接编辑人类胚胎基因所存在的安全隐患，在基因编辑技术尚未完全成熟的情况下，可对实验动物的早期胚胎进行基因编辑研究，改变实验动物的生理特性与生产性状，从而创造和建立人类疾病的动物模型，特别是灵长类动物，其在遗传上与人类高度接近，为研究人类疾病的最佳动物模型。待到动物水平上的疾病研究均有一定的进展和基础之后，再考虑将这一技术用于对人类胚胎基因的编辑，从而更高效地探索人类疾病的发病机制和寻求新的治疗方案，同时避免对人类后代造成任何的伤害。[14]

2.2 实现编辑人类胚胎基因的差异性发展

为了预防和减少编辑人类胚胎基因所带来的负面影响，应该寻求和制定一个有效的界限，实现编辑人类胚胎基因的差异性发展，是促进这一技术健康发展的基础和保证。我们认为：一方面要旗帜鲜明地反对和严禁增强性人类胚胎基因编辑；另一方面，要大力支持和鼓励研究性人类胚胎基因编辑；同时，需要指出的是，在安全问题得到彻底解决的基础上，赞同治疗性的人类胚胎基因编辑。

2.2.1 严格禁止增强性人类胚胎基因编辑的发展

增强性人类胚胎基因编辑，是“非治疗性编辑”（non-therapeutic modifyions），关涉到对人们的认知、体质和心理的改变等,主要体现在两个方面。一是增加人类自身本没有的特殊能力或功能，二是指使原有的能力或功能超出正常范围。然而，即便增强性人类胚胎基因编辑的最终目标是善的，仍会衍生诸多负面问题。首先，由于医疗资源的有限和匮乏，并非所有人都能通过编辑胚胎基因来改善或增进自身的能力，这使未增强者在竞争的起点上处于劣势，从而人为地导致了增强者与未增强者两者之间严重的两极分化，破坏了公平竞争的社会制度。[15]其次，增强性人类基因编辑可能打破人类自然进化和演变的进程，产生怪异的“超人”或是“非人”，人类就会成为一群丧失主体性、丧失自我的异类，造成人类自我认同的危机，一切都将变得混乱不堪。再者，增强性人类胚胎基因编辑的大量出现，可能会引发人类自然选择的减少和基因变异多样性的降低，从根本上冲击作为人类存在的生命多样性基础，将成为毁灭人类的先兆。

2.2.2 大力支持研究性人类胚胎基因编辑的发展

研究性人类胚胎基因编辑，即人类胚胎基因编辑的基础研究和临床前研究，主要用于探讨和研究人类进化和发展历程、人类基因组的作用和功能等。这将为

厘清致病遗传基因与正常基因的关系问题提供信息和基本依据，从而更清晰地了解和掌握人类由遗传因素所决定和影响的生命性状，更有成效地促进体细胞基因治疗技术及其它高新医疗技术的研究和发展，为医学科学和生命科学的发展提供广泛的力量支持。但是，由于涉及到对人类胚胎的试验和使用，而人类胚胎具有特定的道德地位。因此，我们应注意以下几点：一是要让胚胎所有者知情同意；二是要尊重人体胚胎的价值并减少对其的伤害；三是试验用的人体胚胎研究必须控制在 14 天范围内，以避免它的继续发育。[16]

2.2.3 有条件地赞同治疗性人类胚胎基因编辑的发展

治疗性人类胚胎基因编辑，主要用于修正非繁殖性体细胞中的基因材料，旨在修复或移除可能导致疾病的突变，譬如，移除白细胞中那个编码 HIV 病毒进入该细胞中接收器的基因，实现对艾滋病实行功能性治疗。[2,4]

从医学角度而言，通过编辑人类胚胎基因治病救人是迄今为止人类史上最具革命性的医疗技术，它的进步与发展，将使医学真正成为“治本”的医学，能有力地促进人类健康和人类社会的可持续发展。我们认为，在安全性得到保障的前提下，可在一定的监督下进行开展，这是符合生命伦理规范的，也能为人们所接受。但不可否认的是，因涉及对人类胚胎的研究和使用，而人类胚胎基因编辑技术还处于远未成熟的阶段，从理论到临床应用还存在许多问题和困难之际，应当坚决反对和严格禁止治疗性胚胎基因编辑的临床应用。这是因为人类目前还不能完全揭示自身基因组的运行机理，对基因组及其工作原理的认知亦存在不足。人类胚胎基因编辑技术也尚处于远未成熟的初级阶段，未能达到相应的安全标准，如果贸然地使用这一技术应用于治疗疾病，由于执行中的风险性和不确定性，基因的结构和稳定性很难丝毫不受到伤害，这将极有可能引发畸胎、流产、死胎等现象，导致大量残障婴儿的出生，这不但直接严重危及到这些胎儿的生命健康，并间接地对其家庭和社会造成损害。在这一技术安全问题得到完全和彻底的解决之前，一切乐观的科学前景仅仅只是预测，要发展到成熟阶段尚需历经艰苦而又漫长的过程，因此，赞同治疗性胚胎基因编辑的发展，实际上也是一种有限的、有条件的赞同，需要时间、仔细研究和绝对安全。

2.3 构筑完善的人类胚胎基因编辑监管体系

编辑人类胚胎基因所引发的伦理问题显而易见，但相应的监管体系却严重滞

后。为此，构筑和完善人类胚胎基因编辑监管体系，以内在的约束力，抑制和防范对其的不恰当使用及所带来的副作用，为编辑人类胚胎基因的良好发展提供保障，从而更加有效地促进和推动相应伦理问题的解决。

2.3.1 构筑全球伦理考量框架和国际制度

一旦被编辑的胚胎基因进入人类基因库，该影响将不可逆、不受地域限制，其作用范围和潜在后果将超越个人、民族和国家界限，从而扩展至全球范围，关涉人类整体利益。因此，这就需要人类跨越民族国家的利益障碍和狭隘视野，形成价值共识，协商建立在全球范围内适用的伦理考量框架和国际制度。应此所需，2015 年 12 月 1 日至 3 日，由英国皇家学会、中国科学院、美国科学院和美国医学科学院在华盛顿共同举办了人类基因编辑国际峰会，就人类基因编辑的伦理问题与社会影响展开了激烈而充分的讨论，并达成了人类基因编辑国际共识。共识声明：在现阶段，鼓励用于基础研究和临床前研究的人类基因编辑，禁止用于人类生殖的基因修饰和编辑。这项声明认为，对人类胚胎基因的编辑在基础研究中不应当被限制，但这一技术在生殖医学中的任何应用尚存在令人担忧的安全性和有效性，目前暂不允许进行。[17]这一国际共识为应对共性问题提出了原则性的指导，并为世界各国制定监管政策和制度提供依据。世界各国作为全球共同体中的一员，应责无旁贷地遵照这一国际会议所达成的共识，保障其有效践行，避免出现一些以牺牲全球人类幸福为代价而获取个人利益或集体利益的非道德行为。

2.3.2 建立健全的法治机制

人类胚胎基因编辑的全球伦理和国际制度，虽对各个国家及其科研团体具有根本性的指导意义，但缺乏直接的匡正性和强制惩戒性。因此，为了既能促进人类胚胎基因编辑技术的快速发展，营造宽松和谐的研究环境，又避免可能引发的伦理失责现象，这就需要建立健全的人类胚胎基因编辑法治机制。

目前，我国卫生部也经发布了编辑人类胚胎基因的行动指南，但尚未就这一方面制定相应的法律法规和管理条例，相关部门尽早探讨相关政策的制定和相应措施的跟进，以防失责惩罚机制的“空场”。我们认为，我国人类胚胎基因编辑法治机制的建立，应从以下几个方面努力：其一，要明确人类胚胎基因编辑的行为主体和相关利益者依法承担的相应责任；其二，要建立专门的伦理委员会，对编辑人类胚胎基因的过程和结果进行审查和监督，并确保该伦理委员会的独立性

和本身的公正；其三，对人类胚胎基因编辑中的“越轨”行为，要制定相应的条例对其进行惩戒和处罚。

2.3.3 建立完善的风险应对体系

对人类胚胎基因进行编辑是一种动态革新的过程，由此所带来的风险也是一种动态变化的。因此，亟需对人类胚胎基因编辑可能出现的风险作出预想和分析，并提出有效措施予以应对。

人类胚胎基因编辑风险应对体系应由风险预测、风险监控和风险抑制三个相关环节组成。风险预测主要是指在现有的专家经验和技术风险数据的基础上，通过评估和预测编辑人类胚胎基因所存在的先天缺陷，避免对未来的研发和临床应用植下风险与隐患的根源。风险监控是指对编辑人类胚胎基因的全过程进行有效的组织与管理，并对其风险潜因进行全程监控，一旦风险潜因发生变动就立即采取相应措施予以回避。风险抑制是指如编辑人类胚胎基因的风险一旦发生，就要运用恰当手段将损失降至最低程度，同时将详尽的风险数据充实至风险数据库中，以作后车之鉴，并采取合理而及时的补救措施，以减少损失和风险的蔓延与扩展。

2.3.4 建立有效的公众参与制度

由于编辑人类胚胎基因引发一系列的社会和伦理问题，关涉人类未来世代的发展，这就需要广大公众集思广益和共同协调，以达到“共善”的目的，有效地促成人类胚胎基因编辑伦理问题的解决。首先，政府要充分尊重公众有关人类胚胎基因编辑的诉求，保证公众参与与政策制定间的良性互动与有机平衡，以形成共同意志，增强公共决策的正当性与合理性。其次，要尊重公众对人类胚胎基因编辑技术的监督权和知情权，让公众了解编辑人类胚胎基因的研究、开发过程、这一技术的临床应用产生的效益如何？能带来怎样的公共意义与切身利益？这可以让科学界直接获知公众的意见和想法，以保障编辑人类胚胎基因伦理问题解决过程中的民主化与科学化。

参考文献

[1] LIANG P, XU Y, et al. CRISPR/Cas9-mediated gene editing in human tripronuclear zygotes [J]. Protein&Cell, 2015, 6(5):363-372.

[2] CYRANOSKI D. Embryo editing divides scientists [J]. Nature, 2015, 519: 272.

[3]郑武, 谷峰. CRISPR/Cas9 的应用及脱靶效应研究进展[J]. 遗传, 2015(10):1003-1010.

[4]LANPHIER E, URNOV F, et al. Don't edit the human germ line [J]. Nature,2015, 519, 410-411.

[5]BALTIMORE D, BERG D, et al. A prudent path forward for genomic engineering and germline gene modification [J]. Science, 2015, 348: 36-38.

[6]吴昊, 李建军. 合成生物学技术应用研究中的伦理问题和规制原则[J]. 自然辩证法研究, 2013(2):42-46.

[7]DOUDNA J. I don't see the value in working with human embryos right now. Science, 2015, 348: 487.

[8]陈轶翔. 基因编辑技术何去何从[J]. 世界科学, 2016(1):38-41

[9]甘绍平. 克隆人:不可逾越的伦理禁区[J]. 中国社会科学, 2003(3):27-35.

[10]KAISER J, & NORMILE D. Embryo engineering study splits scientific community [J]. Science, 2015, 348: 486.

[11]谢亚磊, 刘千琪, 刘戟. CRISPR/Cas9 基因编辑技术最新研究进展[J]. 生命的化学, 2016,36(1):1-6.

[12]SUGARMAN J. Ethics and germline gene editing. EMBO reports, 2015, 16 (8): 879-880.

[13]郭海涛, 何光志. 基于基因工程药物的伦理学视角探讨[J]. 浙江中西医结合杂志, 2013(10):797-798.

[14]赵欣, 赵迎泽. 对话周琪:华盛顿共识[J]. 科学通报, 2016(3):283-284.

[15]江璇. 人类增强技术的发展与伦理挑战[J]. 自然辩证法研究, 2014(5):43-48.

[16]符美玲, 冯泽永, 孙墨龙. 人体胚胎试验的伦理问题[J]. 医学与哲学:a, 2011, 32(13):19-21.

[17] BALTIMORE D, BAYLIS F, et al. On Human Gene Editing: International Summit Statement .http://www8.nationalacademies.org/onpinews/newsitem.aspx?RecordID=12032015a. 2015. 2016-04-08.

生殖系基因编辑的中国哲学思考

邢晓敏　邓蕊

（山西医科大学人文社会科学学院，山西太原 030001）

[摘要]CRISPR 技术是一项功能强大的基因编辑技术，它的飞速发展引发了激烈的伦理争议。我们应该如何使用 CRISPR 技术？界限在哪里？从中国古代哲学的角度出发，生殖系基因编辑[①]与自然规律相违，不能给人类带来真正的价值提升，还潜藏着一定的社会风险。因此，我们反对出于增强目的而使用基因编辑技术以改变人类胚胎或生殖细胞。

[关键词]生殖系基因编辑 中国哲学 儒家 道家 墨家

引言

CRISPRs（clustered regularly interspaced short palindromic repeat sequences）是指成簇的、规律间隔的短回文重复序列，是细菌预防病毒侵染的免疫系统。在这些 CRISPR 附近还有一类联合基因，这些基因表达的蛋白质称为 Cas 蛋白，这些 Cas 蛋白可与 CRISPR 转录出的 RNA 结合，形成核糖核蛋白复合物（即 CRISPR/Cas 复合体），具有切割和整合外源 DNA 片段的作用。[1]目前发现的 3 类 CRISPR/Cas 系统中，Ⅱ型系统的核糖核蛋白复合物相对简单，需要 Cas9 蛋白的参与。CRISPR/Cas9 基因编辑技术可编辑位置较多，更具拓展性，而且技术要求简单，容易操作，[3]在价格上也很亲民，总成本只需 30 美元。[2]

近些年，科学家利用 CRISPR/Cas 系统对人类细胞的特定基因进行定向编辑取得了巨大的成就，实现了对目标基因组 DNA 的编辑，例如，构建动物疾病模型，进行基因治疗和预防，开展生物物种的改良，解密人类基因功能，组织和器官再生与诱导多能干细胞技术等相结合等。除此以外，已有科学家开始探索灵长类动物生殖系基因编辑技术，例如 2014 年，中国遗传学家黄行许等人利用该技术对猕猴胚胎进行基因编辑，获得两只嵌合的“基因编辑猴”。[3]

但是，当 CRISPR/Cas9 技术用于人类胚胎时，巨大的伦理争议随之而来。2015 年 3 月，中山大学黄军就研究团队利用该技术对人类胚胎中导致 β 型地中海贫血症的基因进行修饰。他们针对致病基因设计和生成了 3 个 gRNA，并将其与 CRISPR/Cas9 基因一起重组进表达载体中，然后注入收集到的 86 个三原核胚胎（此为人工授精过程中出现异常的不能够正常发育的三倍体胚胎），结果获得 71 个存活胚胎，并对其中的 54 个进行遗传检测，28 个获得了成功的剪切。[4]这是国际上首次报道成功使用 CRISPR-Cas9 对人类胚胎细胞进行的基因编辑。[2]

[①] 本文所讨论的“生殖系基因编辑”是指非治疗性的基因编辑技术，应用这种技术的目的是增强正常人的性状和能力，比如增强人的认知能力、抗病能力、身高容貌等，通过改造自己的基因并遗传给下一代，实现设计基因婴儿的目的。

CRISPR/Cas9 技术究竟应该走向何方？这项技术不可触碰的底线是什么？2015 年 12 月，在华盛顿召开了“人类基因编辑国际峰会”，确立人类基因编辑的国际共识为：当前利用 CRISPR 技术对人类胚胎细胞基因进行修饰，是“不负责任”的举动，但允许人类胚胎基因编辑的基础研究。[5]国际社会反对对人类胚胎进行基因编辑的主要理由有三个方面，一是技术理由，因为生殖系基因编辑技术不成熟，目前存在不可接受的风险-收益比；二是宗教理由，“定制婴儿”是非自然的，人类扮演了上帝；三是哲学理由，非治疗性基因编辑技术挑战了生命的尊严和权利。

中国传统哲学理论同样不赞成出于生殖目的而使用基因编辑技术以改变人类胚胎或生殖细胞，但是，中国哲学的辩护理由与国际社会的理由不同。中国传统哲学思想为我们更加谨慎地使用这项技术提供了更符合中国人思维的理由和论证。

1、生殖系基因编辑与自然规律相违

生物在地球繁衍生息，遵循一定的自然规律。从孟德尔的遗传学定律到 Watson 和 Crick 发现 DNA 双螺旋结构，经过多少科学家的不懈努力，终于解开了遗传的秘密。老子有言“人法地，地法天，天法道，道法自然”，[①]与天地的运行法则一样，生物遗传一直严格按照自身的法则生长发育、繁衍后代。

1．1 自然之“补不足”

现代医学技术的快速发展令人震惊，当今时代是分子生物学的全盛时期，各国科学家都执着于基因的研究。基因层面的研究一种为治疗目的，即为治疗疾病打开了新的思路，转基因技术、基因打靶技术等为医学基础研究贡献了力量。另一种为非治疗目的，即生殖系的基因编辑技术，这种技术用于增强正常人的性状和能力，用于设计基因婴儿。

《道德经》中讲“天之道，损有馀而补不足”，[②]人吃五谷杂粮，病痛难以避免，医学应运而生，自古以来医疗起“补不足”之功效。“补不足”重在“补”，而非“变”。对于严重疾病的基因治疗是“补”，而出于其他目的的基因增强则是“变”，“补”与“变”之间隔着天然而不可逾越的鸿沟。自然万物在相对平衡中动态发展，医学技术若要以身试险，打破平衡，将会有无法预测的风险在前方等待着人类。目前，CRISPR 基因编辑技术应主要用于修正致病突变与预防出生缺陷，特别是严重的单基因遗传疾病，仅限于医学治疗领域。

1．2 自然之“不可为”

老子主张“将欲取天下而为之，吾见其不得已。天下神器，不可为也，为者败之，执者失之”，[③]王弼注之：“万物以自然为性，故可因而不可为，可通而不可执也。物有常性而造为之，故必败也。物有往来而执之，故必失矣”。庄子亦说：“有天道，有人道。无为而尊者，

① 《道德经·二十五章》
② 《道德经·七十七章》
③ 《道德经·二十九章》

天道也；有为而累者，人道也”。道家警示我们，天地自然都有既定的法则，因之通之，不可为，不可执也。无为是自然的，有为则是徒劳的，人只能顺应自然，不能改变自然。人类的基因结构及功能是一个复杂而神妙的东西，CRISPR 基因编辑技术只能作“补不足”之用，切不可充当“造物主”，如果滥用科学技术，用其进行基因增强，将会走向“定制婴儿”的可怕困境。

1．3 自然之“降本流末”

中国哲学有关于“本”、“末”关系的丰富思想。《清静经》指出“降本流末，而生万物”，《大学》中亦有“物有本末，事有终始，知所先后，则近道矣”的观点，末的东西是多元而易变的，本末倒置、舍本逐末必将迷失自我，波澜壮阔的长江水其本源也是一汪清泉，追本溯源得以通大道。

此观点在实践中表现为慎重使用器物和技术等辅助工具，“使有什佰之器而不用；使民重死而不远徙。虽有舟舆，无所乘之；虽有甲兵，无所陈之。”[①]从自然进化的角度来看，科技始终是一种辅助，一种“术”，本质上是“末”，它帮助“本”，起锦上添花的作用，但不能破坏“本”，不能用新的东西替代“本”。生殖系基因编辑技术触及到人类的“本”，牵涉到不可逆转的后代基因的改变，技术凌驾于“本”之上可能会付出犯规的代价。

1．4 自然之“中正平和”

儒道两家皆有中正平和之思想，《礼记·中庸》里讲“中也者，天下之大本也，和也者，天下之达道也。致中和，天地位焉，万物育焉”，《道德经》中说“万物负阴而抱阳，冲气以为和”，[②]二者皆指出，万物都有“阴”“阳”两面，通过不断沟通、融合，最终达到“和”的境界。阴阳相生相克，此起彼伏，事物应该在整体中追求动态平衡。而如今的精准医疗、靶向治疗已然过份关注了局部而忽视了整体，当我们的治疗瞄准了某一个基因可能会引起无法预料的“牵一发而动全身”的效应。

《中庸》讲“道之不行也，我知之矣，智者过之，愚者不及也”，道家亦讲“反者道之动”，[③]“物壮则老，是谓不道，不道早已”，[④]“祸兮福之所倚，福兮祸之所伏”，[⑤]意思是说，任何事物的某些性质如果走向极端发展，这些性质一定转变成他们的反面，[6]事物发展到了强盛的极点就会衰老或向相反方向衰退。人类生物学的发展是很复杂的，通过基因编辑剔除某种疾病有可能会增加另一种疾病的患病风险，对人类生殖系进行基因选择和改造更是步入极端，将人类未来置于无限风险之中。懂得适可而止，可以避免遭受凶险。

2、生殖系基因编辑不能真正提升人的价值

① 《道德经·八十章》
② 《道德经·四十二章》
③ 《道德经·四十章》
④ 《道德经·第三十章》
⑤ 《道德经·五十八章》

长高了就好吗？变瘦了就好吗？好与不好的界限在哪里？基因方面的完善能带给一个人真正的提升吗？对生殖系基因进行编辑能制造出完美的人吗？人的完善包含哪些内容？人的价值是逐步实现的过程，还是提前安排好的结果？中国哲学认为，人在自然中孕育，在复杂的社会环境中生存发展，人的提升是综合性的进步，是生命载体、精神状态、个性特质等的抒发与展现，不是机械的强化，不是断面的涂饰，不是单点的延展。

2．1“形”与“神”、“气”

“形”泛指颜值、身材，“神”为精神状态，一外一内，一表一里，哪个更重要些？中国哲学中儒道各方观点相似。《庄子》中，黄帝询问广成子“治身奈何而可以长久？”广成子云：“抱神以静，形将自正……女神将守汝形，形乃长生”。[①]《淮南子》也认为“神”更加重要，“神制则形从，形胜则神穷”，[②]“以神为主者，形从而利；以形为制者，神从而害”。[③]唐代张怀瓘《书断》：“象人之美，张得其肉，陆得其骨，顾得其神”，[7]张僧繇绘丰腴之体态，陆探微用笔刚劲有力，都难以企及顾恺之的绘画高度，因为只有顾恺之领悟到人之精髓——精神状态。九方皋相马，“色物牝牡尚弗能知”，却能“得其精而忘其粗，在其内而忘其外”，相出“天下之马”，[7]九方皋深知马的内蕴与精神。

“气”指气质，人之个性所在，人之魅力所在，人之风骨所在。《世说新语》这样称赞高风亮节者，“嵇中散临刑东市，神气不变。索琴弹之，奏《广陵散》”，[④]“嵇叔夜之为人也，岩岩若孤松之独立；其醉也，傀俄若玉山之将崩。”[⑤]嵇康个性不羁，遗世独立，淡定潇洒。苏轼则文如其人，“吾文如万斛泉涌，不择地而出，在平地滔滔汩汩，虽一日千里无难”。[⑥]时代赋予“竹林七贤”张扬洒脱，赋予苏轼豁达乐观。一个人最持久的魅力，便是气质，气质的形成需历经时间的磨砺，而非上天赋予生而有之。人若失去精神与意志，如折枝之花，人工辅助技术可以维持生命，却不能淋漓尽致地诠释“活着”。对人的生殖系进行基因编辑、改变人类基因、定制完美婴儿看似完美，却少了人生奋斗的目标和过程。

2．2 技术与境界

生殖系基因编辑无论多么强大，它也是技术，人的后天修炼的是境界，技术与境界，孰轻孰重？

“马，蹄可以践霜雪，毛可以御风寒，龁草饮水，翘足而陆，此马之真性也。虽有义台路寝，无所用之。及至伯乐，曰：‘我善治马。’烧之，剔之，刻之，雒之，连之以羁絷，编之以皂枥，马之死者十二三矣；饥之渴之，驰之骤之，整之齐之，前有橛饰之患，而后有鞭

[①] 《庄子·在宥》
[②] 《淮南子·诠言训》
[③] 《淮南子·原道训》
[④] 《世说新语·雅量》
[⑤] 《世说新语·容止》
[⑥] 《文说》

笑之威，而马之死者已过半矣！”[①]伯乐乃治马高手，技术天下一绝，但是马却失去了无拘无束的自由，失去了心游万仞的野性，失去了“马之真性”。当我们执着于用过多的技术驾驭马时，此马非马也。

“匠石之齐，至于曲辕，见栎社树”。[②]石木匠说：“以为舟则沉，以为棺椁则速腐，以为器则速毁，以为门户则液樠，以为柱则蠹，是不材之木也”。[③]石木匠技艺精湛，用技术的眼光评价这棵栎树，不能做船，不能做棺椁，不能做器物，不能做门，不能做柱子，简直一无是处。但是，就这样一棵浑然天成、未被雕琢的大树以“无用”保长寿，因长寿而受众人祭拜。倘若当初“有幸”被艺术地加工，恐早已腐朽于地下了。看似“无用”的“有用”，看似“不材”的“大材”，这正是庄子的大境界，是任何技术所无法企及的。

我们生活在一个被技术捆绑的时代，科技在努力使我们变“好”的同时，也在改变着我们的“真”。“真”是我们内心最本质的精神，守住“真”是一种大境界。马凭天性驰骋，木依本性固守，才能活出最自由的姿态。我们的生活过于追求技术的实用，而忽略了内心的境界。我们真正追求的东西，我们存在的最舒服的状态，都是思想与灵魂的交汇，而非技术与技术的碰撞。用 CRISPR 基因编辑技术改善基因，如伯乐治马，匠人治木，以技术裁剪躯体，远远不及以思想锻造境界。

2．3 挑战与应对

当人们面对来自身体、心理、社会、灵性等各方面的挑战时，人类自身的智慧、勇气、魄力、责任就会喷薄而出，协同作用，这是人类特有的应对机制。“人有悲欢离合，月有阴晴圆缺，此事古难全”，人生不如意之事十之八九，如果局限于表象层面的“好与坏”，人生看起来似乎很惨。但是，“与天斗，其乐无穷；与地斗，其乐无穷；与人斗，其乐无穷”，我们总有这样的体验，解决难题后的醍醐灌顶、畅快惬意、豁然开朗之感是多么令人兴奋，那种内心的情感是持久的、炙热的、源源不竭的。勇敢地面对困难，用人性的坚毅与困苦抗争，无论成败都是人生乐事和值得回忆的自豪体验。当今的生物技术步入纯科学的极端，通过生殖系基因编辑的方式进行基因增强，这种“提高”类似于降低了问题的难度系数，这不是提升我们应对能力的好方法。遇强则强，遇弱则弱，我们能走多远，一定程度上取决于对手的水平。人生是跨越一道道沟沟坎坎的旅程，谁都无法避免，与其苦思冥想如何把问题变容易，不如提升我们自己的能力，以不变应万变。

在分子生物学技术独占鳌头的今天，人们一味寻求基因层面的突破，忽视了人类独有的精神特质。用基因改善智力？书山有路勤为径，学海无涯苦作舟。用基因改善身体素质？发展体育运动，增强人民体质。天道酬勤，人生是一场马拉松，何必在起跑线上争分夺秒？出

[①] 《庄子·马蹄》
[②] 《庄子·人间世》
[③] 《庄子·人间世》

招与接招，挑战与应对，蕴含着人类独有的智慧。

3、生殖系基因编辑会带来社会风险

当人们以某种标准去评判“好的基因”和“坏的基因”时，这带来的道德冲击令人担心。这种评判会引发歧视吗？“好的基因”会歧视“坏的基因”吗？可能引发的进一步的道德滑坡更让人忧虑，正常人会歧视身体有缺陷的人吗？生殖系基因编辑技术赋予人无限大的选择权，人类的性状功能由个人的喜好和偏见而决定，人体素质的优良差劣由技术和金钱而决定，社会的平等和包容因此而受到了挑战。

3．1 社会包容性的损害

人类社会没有绝对的公平，理想的状况也只能是相对公平。从社会层面看，人的多样性表现在社会身份的不同，社会关系的不同，物质财富的不同等等，这些差异都不能以好坏论之，差异是客观存在的，我们要做的是正视差异，理解差异，包容差异。

先秦百家争鸣的洪流中，“非儒即墨”，儒家和墨家都被视为显学。脱胎于工农小生产者的墨子，融“兼爱”于自己的社会理想中，渗透着包容的理念。“视人之国，若视其国；视人之家，若视其家；视人之身，若视其身。是故诸侯相爱，则不野战；家主相爱，则不相篡；人与人相爱，则不相贼；君臣相爱，则惠忠；父子相爱，则慈孝；兄弟相爱，则和调。天下之人皆相爱，强不执弱，众不劫寡，富不侮贫，贵不敖贱，诈不欺愚。凡天下祸篡怨恨，可使毋起者，以相爱生也。是以仁者誉之。”[①]强与弱，众与寡，富与贫，贵与贱，诈与愚，在爱中消融，在理解中共生，包容是一种态度，更是一种高度。

“大道之行也，天下为公，选贤与能，讲信修睦。故人不独亲其亲，不独子其子，使老有所终，壮有所用，幼有所长，鳏、寡、孤、独、废疾者皆有所养，男有分，女有归。货恶其弃于地也，不必藏于己。力恶其不出于身也，不必为己。是故谋闭而不兴，盗窃乱贼而不作，故外户而不闭，是谓大同。”[②]鳏寡者、孤独者、残疾者，由于身体或家庭的原因，遭受不幸，但社会决不会冷眼观之，个人也决不会颓废自弃。每一个独立的生命都被赋予存在的意义，苦难教会我们感恩，富足教会我们珍惜，敬畏生命，热爱生命，汲取生命的意义。“海纳百川，有容乃大”，社会需要包容，给每个独立的个体都留出舒服的空间。但是，生殖系基因编辑技术以单一的生物学素质作为评判个体价值的标准，苛刻地要求所谓的完美，损害了社会的包容性。

3．2 人类多样性的挑战

自然与社会的复杂性导致了人类的多样性，在大千世界中，身体的残缺、心理的残缺、精神的残缺都是不可避免的，单凭技术是无法根治的，我们应该怎样对待残缺呢？在庄子笔下，有许多不那么完美，甚至有残缺的人，他们的人生是怎样的呢？庄子在《人间世》、《德

[①] 《墨子·兼爱》
[②] 《礼记·礼运》

充符》中塑造了许多形体残缺而精神完美的人物形象。

有位名叫“支离疏”者，他长得“颐隐于脐，肩高于顶，会撮指天，五管在上，两髀为胁”，[①]支离疏这个人是个重型残疾，但他靠着一些自己的技能依然能糊口生活，“挫针治繲，足以糊口；鼓筴播精，足以食十人”，[②]依靠勤劳和坚毅，他得以终享天年。

另有几位残疾者，“闉跂支离无脤说卫灵公，灵公说之；而视全人，其脰肩肩。瓮大瘿说齐桓公，桓公说之，而视全人，其脰肩肩”，[③]他们个头矮小、用足趾走路、嘴巴无唇、甲状腺巨大，其畸形丑陋比“敲钟人”卡西莫多还难以让人接受，然而却去他国游说君王，振振有词、句句在理，因此卫灵公、齐桓公不仅不嫌其丑陋，反倒赐予官职俸禄，乃至再见到“健全”者反倒觉得不美了。

庄子重视的是人内在的精神力量，因为这些人的德性造化很大，所以他们的外表就不重要了。中国古代先哲对于人，尚知“德有所长，而形有所忘”，[④]那么今人，更加应该去思索为人之道。人生来各异，人的多样性构成了丰富多彩的世界，高与矮，胖与瘦，时尚与古典，追求仕途与归隐山林，并不能以好坏定论。即使面对残疾，也有人活出了精彩人生。没有疾病的正常人，妄图通过基因编辑“美化”自己的后代，这不是真正的“美”。当人们为“好坏”定义，试图滥用手中的选择权时，心中的天平已倒向一边。无论人出身如何，在未来的岁月中，总会经受苦难和磨砺，难道所有的不适都要试图用基因来解决吗？克服生命中种种不完美的过程，就是一个人成长的过程。丈量生命精彩度的标尺永远掌握在自己手中。

3．3 社会公平性的担忧

在庄子看来，“平者，水停之盛也，其可以为法也，内保之而外不荡也……人莫鉴于流水而鉴于止水，唯止能止众止。受命于地，唯松柏独也正，在冬夏青青；受命于天，唯尧、舜独也正，幸能正生，以正众生”，[⑤]欲探寻公平正义的意义，要从止水、松柏、尧舜身上找智慧。借鉴自然之物“平”与“正”的内蕴，能帮助我们更好地把握社会公平的标尺。

孟子极力批判“庖有肥肉，厩有肥马；民有饥色，野有饿莩，此率兽而食人也”[⑥]的不公平社会状况，他提出“无恒产而有恒心者，惟士为能。若民，则无恒产，因无恒心。苟无恒心，放辟邪侈，无不为已。及陷于罪，然后从而刑之，是罔民也……是故明君制民之产，必使仰足以事父母，俯足以畜妻子，乐岁终身饱，凶年免于死亡；然后驱而之善，故民之从之也轻。”[⑦]孟子强调一定要保障百姓的财产，还提倡施行仁政，减轻赋税，减轻刑法等，社会公平是国家长治久安的重要基础。

[①] 《庄子·人间世》
[②] 《庄子·人间世》
[③] 《庄子·德充符》
[④] 《庄子·德充符》
[⑤] 《庄子·德充符》
[⑥] 《孟子·梁惠王上》
[⑦] 《孟子·梁惠王上》

CRISPR 基因编辑技术对社会公平的挑战使我们担忧。必然价格不菲的基因编辑技术可能成为有钱人的游戏。人类就此可能分成增强的个体和没有增强的个体，增强的个体就会比没有增强的个体获得更多的机会；如果增强的个体在能力上非常强，就有可能形成“超人”群体，会导致整个人类的伦理法律体系发生改变。[8]最终富人和穷人可能变成不同物种，人类社会也将面临巨大的挑战。我们不希望科技成为社会公平倾斜的帮凶，在追求公平的道路上，庄子的自然之道和孟子的社会之道一直指引着我们前行。人们心中公平的坚守，就是阻止社会分化加剧的力量。医学科技的发展应抱有惠及人人，治愈疾病的目标。当科技高昂着头颅，大步流星地前进时，应时时回望脚下的路，在公平的大道上迈步前行。

结语

CRISPR 基因编辑技术如狂风骤雨般席卷了科学界，科学家们为之欢呼雀跃，伦理学家、社会学家、法律学家等试图让这份久违的狂热平静下来。如此廉价高效的技术是一定要用来造福人类的，但其使用应该有一条明确的界限，界限是科学的底线，禁止以增强性状为目的的生殖系基因编辑就是一条底线。中国哲学给了我们足够的理论支持，在儒家、道家、墨家诸位先贤圣哲的引领下，我们可以找回自然之道，探寻人生真正的价值目标——精神、气质、境界与应对能力才是一个人的永恒魅力所在。关于 CRISPR 基因编辑技术，我们应该探索科学怎样才能更好地服务于人类，而不是让它走向人类的对立面。

参考文献：

[1]李铁民，杜波.CRISPR-Cas 系统与细菌和噬菌体的共进化[J].遗传 HEREDITAS（Beijing），2011,33（3）：213-218.

[2]吕浩然.基因编辑技术让“定制婴儿”成为可能[N].北京科技报，2016-1-18：第 022 版.

[3]秦朝勇. CRISPR-Cas9 基因编辑技术及其引发的伦理问题[J].生物学教学 ,2016,41（2）：79-81.

[4] Puping Liang， Yanwen Xu， Xiya Zhang， et al． CRISPR/Cas9 - mediated gene editing in human tripronuclear zygotes[J]． Protein & Cell，2015, 6（5）：363 -372.

[5]倪思洁.人类胚胎基因编辑研究势头渐显[N].中国科学报，2016-04-27：第 1 版.

[6]冯友兰.中国哲学简史[M].北京大学出版社，2010：83.

[7]朱立元主编.美学（修订版）[M].高等教育出版社，2006：229，231.

[8]张清俐. 守住基因时代的伦理底线[N]. 中国社会科学报，2016 年 1 月 15 日：第 002 版.

Chinese Philosophical Perspective about Germ-line Gene Editing

XING Xiaomin DENG Rui

（College of Humanities and Social Sciences in Shanxi Medical University, Taiyuan,

030001, China.）

Abstract: CRISPR is a powerful gene editing technology and its rapid development triggers a fierce ethical debate. How should CRISPR be used? What is the boundary? From the perspective of the ancient Chinese philosophy, germ-line gene editing goes against nature, can't bring person real value enhancement and has certain social risks. The conclusion is the gene editing should be forbidden to change human embryo or reproductive cells to enhance or strengthen some characters of person.

Key Words: germ-line gene editing; Chinese philosophy; Confucianism; Taoism; Mohism

作者简介：

邢晓敏（1990-），女，山西太原人，山西医科大学人文学院硕士研究生，研究方向：医学伦理学。

邮箱：1165758715@qq.com

电话：18734101925

邓蕊（1978-），女，山西乡宁县，哲学博士，山西医科大学人文学院，教授。研究方向为科研伦理，生命伦理学。（通讯作者）

邮箱：shddengrui@gmail.com

电话：18635586677

临床护士护理伦理认知、践行现状调查及对策分析

葛贤　雷虹艳　刘东梅*

（成都中医药大学　马克思主义学院　　610000）

【摘要】目的　了解目前临床护士护理伦理认知践行现状，分析相关影响因素，探讨新形势下增强临床护士护理伦理认知实践的对策。**方法** 应用自制‘临床护士护理伦理认知及践行现状调查问卷’对成都市 3 所三甲医院的 500 名护士进行随机问卷调查，同时应用自制问卷‘患者对护士护理伦理服务满意度调查问卷’对相应的三所医院的 209 名患者进行随机问卷调查，对调查结果进行统计分析。**结果** 护士护理伦理认知总分（16.38 士 3.91）分，伦理践行得分（63.43 士 15.99）分，患者对护士护理伦理服务满意度得分（37.56 士 7）分。经单因素方差分析显示，不同学历层次、不同职称水平及是否为管理者对护士的护理伦理认知践行的影响差异有统计学意义（P<0.05）。**结论**　护士护理伦理认知践行现状得分状况一般，且患者对护士伦理服务满意度不高，说明护士的道德素质，伦理素养有待提高。此外，目前护士的伦理再教育现状情况不佳，医院开展伦理教育较少，对护理伦理教育不够重视。有关部门应结合影响护士护理伦理认知践行的相关因素，通过国家政策管理、改善医院管理、完善教育体制、改善社会环境、加强护士自身学习等方法提高护士护理伦理的认知践行能力，进一步提高整体护理服务质量，进而构建和谐的护患关系。

【关键词】护理伦理；认知；践行；对策

Abstract： **Objective** The purpose of this study is to investigate and analyze the cognition of clinical nurses' nursing ethics,practice situation,and discuss the countermeasures and suggestions on strengthening the cognition and practice of clinical nurses` ethics under the new situation,eventually forming a harmonious nurse-patient relationship.**Methods** Using a self-made questionnaire“the Status of Clinical Nurses` Ethics”to survey 500 nurses of 3 hospitals in Chengdu,at the same time, using a self-made questionnaire “Patients` satisfaction on nursing ethics service ” to survey 209 patients ,statistics and analysis the survey results.**Results** The total score of the ethical knowledge was （16.38 士 3.91）,ethical practice was （63.43 士 15.99）,the average score was （2.49 士 0.64）.The score of Patients` satisfaction was （37.56 士 7）.Single factor variance analysis suggested that there were significant differences of different educational level, professional title level,if one is a manager（P<0.05）.**Conclusion** Clinical nurses have a

certain understanding of nursing ethics,but the cognitive depth and breadth is not enough, and there is a cognitive defect.Ethical practice is not enough, still need to be strengthened.From the influencing factors,there are national, social, hospitals, patients, nurses, and other factors.For countermeasures and suggestions,we can improving the ability of cognition and practice of nursing ethics through strengthening the management of national policies, improving the management of hospitals, improving the educational system, strengthening nurses`self learning and improving the social environment and so on .And improve the quality of holistic nursing service,finally construct a harmonious nurse patient relationship.

Key words:clinical nurses;nursing ethics;cognition; suggestions.

护理伦理作为一种道德规范，既是从人类最高尚的情操出发，也是从道德的底线出发对临床护士的护理工作行为提出要求。它既是决定护理质量的重要因素、实施心理护理的基础，也是护理学科的基础和发展动力[1]。而当前社会医患纠纷、医患矛盾和护患纠纷、护患矛盾仍然存在，伦理道德正式这些纠纷、矛盾产生的根本原因之一[2]。本课题通过调查研究护士护理伦理认知践行的现状，旨在了解护士的伦理认知、护士面临伦理困境时的决策，通过分析其影响因素并提出适当的措施，为提高护士护理伦理认知践行提供思路和依据。

1 研究对象与方法

1.1 对象

随机抽取成都市 3 所三级甲等医院的护士进行问卷调查，纳入标准为四川省成都市三级甲等综合性医院中的在职并且已经注册的临床护士；排除标准为非在职临床护理人员，未取得护士资格证及未注册者，休假、外出及不依从者。共发放问卷 500 份，共收回 493 份，有效问卷 478 份，有效率为 95.6%；

1.2 方法

1.2.1 调查工具

通过查阅相关文献及结合目前临床情况自行设计临床护士护理伦理认知、践行、影响因素及对策建议的调查问卷。问卷内容包括：（1）指导语；（2）被调查者的基本信息：学历层次、职称水平、婚姻状况及是否为管理者；（3）调查内容：①护理伦理认知情况，对护理伦理基本原则、范畴及护士守则等的了解情况。按照护士对护理伦理认知情况给分：“非常了解”5 分、“比较了解 ”4 分、“一般了解 ”3 分 、“较不了解”2 分、“完全不了解”1 分，如果为单选题，选对 1 分，选错 0 分,得分最低 6 分，最高 27 分。②护士对护理

伦理重要性和对同事护理伦理行为的评价，认为“非常有用”或回答“是”的3分、“比较有用”或“不确定”的2分、“没有用”或“否”的1分。③护士护理伦理践行的情况调查，将临床护理伦理问题、护理科研伦理问题、高新技术护理伦理问题、公共卫生护理伦理问题等分为从知情同意、医疗最优化、保密原则、生命价值原则、慎独原则、有利不伤害原则、公正原则7个维度出题，正向回答“会”3分、“不确定”2分、“不会”1分；逆向回答“会”1分、“不确定”2分、“不会”3分，得分越高说明护士伦理践行情况越好；④影响护士护理伦理认知及践行的影响因素调查；⑤提升护士护理伦理认知及践行的措施、建议调查。

1.2.2 资料分析方法

对收回的问卷进行归纳整理，采用SPSS19.0统计软件进行数据录入和分析，一般资料用描述性统计分析、得分用均数、方差、标准差描述，同时结合频数、百分数进行描述比较。

2 结果与分析

2.1 临床护士护理伦理认知情况

据调查显示，有65.27%的护士认为自己在临床工作中遇到过护理伦理方面的问题，21.55%的护士不确定自己是否遇到过护理伦理的方面的问题，只有13.18的护士认为自己没有遇到过护理伦理方面的问题，说明解决护理伦理问题也是护士临床工作中的一个重要部分。此外，有41.84%的护士认为护士护理伦理在临床工作中非常有用，高达54.39%的护士认为比较有用，而有3.77%的护士认为没有用，说明大部分的护士认识到了护理伦理对临床护理工作的重要性，但仍有部分护士没有认识到护理伦理的重要性，或者认识不足。研究还显示，认为护士具有高尚的道德情操对提高患者护理服务满意度很有帮助的护士高达80.54%，有18.2%的护士认为有一般帮助，只有1.26%的护士认为没有帮助，这进一步说明了护理伦理、护士高尚的道德情操在护理工作中非常重要，且大部分护士已经意识到这一点。护士护理伦理认知得分为（16.38士3.91）分（见表1），说明护士对护理伦理认识处于一般了解的状态，即护士对护理伦理有一定的了解，但认知不够全面，主要表现为对护理伦理基本知识掌握不清，对于护理伦理学基本原则的选择，正确率仅为21.76%；仍有21.12%的护士对护理伦理的范畴不了解，说明部分护士没有系统学习过护理伦理学知识，对护理伦理知识体系不了解。此外，对《护士守则》、《护士伦理准则》相关题目的选择得分较低，说明临床护士对护理相关法律法规不够了解。

表 1　护士护理伦理认知情况得分统计（n=478）

序号	项目	得分（ $\bar{X}$ 士 S）
1	下列哪项不属于护理伦理学的基本原则？	0.22 士 0.53
2	《护士守则》是否提出了护士应当奉行救死扶伤的人道主义精神，履行保护生命，减轻痛苦，增进健康的专业职责？	2.77 士 0.65
3	您是否了解病人的权利和义务？	3.78 士 0.48
4	您是否了解护士守则的内容？	3.65 士 0.69
5	您是否了解 21 世纪中国护士伦理准则草案？	2.76 士 0.65
6	您是否了解在临床上哪些问题属于护理伦理的范畴？	3.2 士 0.91
总分		16.38 士 3.91

2.2 临床护士护理伦理践行情况分析

表 2　护士护理伦理践行得分前 5 位项目及得分后 5 位项目统计（n=478）

序号	项目	得分（ $\bar{X}$ 士 S）	所属维度
前 1	在为病人进行会阴部护理时，您会不会让病房内的异性暂时回避？	2.94 士 0.29	保密原则
前 2	在为病人实施护理操作前您会不会提前征得患者同意？	2.88 士 0.35	知情同意
前 3	您所在的科室中，为了病人的权益，护士与其他医务人员之间是否相互尊重，团结协作？	2.85 士 0.54	医疗最优化原则
前 4	您是否愿意为了人们的健康从事社区卫生保健工作？	2.75 士 0.68	公正原则
前 5	一位尿潴留患者，可以通过针灸、按摩、改善环境等方式诱导排尿时，您会为了增加收入而为病人实施导尿术吗？	2.74 士 0.41	有利原则
后 1	在器官移植术中，您认为是否应该将受体是谁告诉捐献器官的一方？	1.19 士 0.61	保密原则
后 2	您认为为癌症晚期患者投入过多医疗资源是否合理？	1.92 士 0.81	生命价值原则
后 3	您是否会主动去护理艾滋病、精神病、传染病等特殊疾病患者？	1.95 士 0.81	公正原则
后 4	当遇到危及病人生命的紧急情况时，如果拖延会给病人的生命安全造成威胁，此时没有患者及家属的同意，您会不会为病人实施抢救？	2.31 士 0.93	生命价值原则
后 5	当您发现同行医务人员为了个人利益做出了损害病人利益的事情时，您会向医院上级领导反映情况吗？	2.31 士 0.94	公正原则

TESTVAL=0，df=477，P=0.000

由统计分析得出本次调查护士护理伦理践行总分为（63.43 士 15.99）分，说明临床护士护理伦理践行情况较好，但不够全面，项目平均分为（2.49 士 0.64）分，其中得分前 5 位和后 5 位的项目如表 2 所示。

2.2.1 知情同意原则的践行情况分析

护士护理伦理践行在知情同意方面得分为（7.26 士 1.34），平均（2.42 士 0.45）分，说明临床护士对知情同意原则践行较好。项目“在为病人实施护理操作前您会不会提前征得患者同意？”得分第二，说明临床基础护理操作过程中，护士能较好地实施知情同意；但项目“当您做护理科研时，需要对患者进行研究，您会不会完全告知患者相关信息而不管患者知道实情后是否愿意继续配合”得分较低为（1.32 士 0.46），说明护士对护理科研伦理并不熟悉了解，为了自己的研究或怕麻烦没有充分考虑到患者的权利，理所当然地将患者视为研究对象，认为不用告知他们必要获知的信息，没有充分尊重患者的尊严和意愿。所以，临床护士对于知情同意原则的践行情况较好，但在某些方面仍然存在不足，需要重视各类护理伦理问题的知情同意原则。

2.2.2 医疗最优化原则的践行情况分析

医疗最优化原则的实现对护士提出了较高的综合素质要求，在专业技术方面，护士应具有精湛的专业知识和技能，思维缜密，能做出正确的护理诊断并采取最佳的护理计划和护理措施，在伦理方面，要求护士有强烈的责任感、高尚的情操，用最低的成本给病人带去最佳的氛围和治疗护理服务。在调查研究中，护士护理伦理践行在医疗最优化原则方面得分为（10.93 士 0.99）分，平均（2.73 士 0.25）分。项目“您所在的科室中，为了病人的权益，护士与其他医务人员之间是否相互尊重，团结协作？”为（2.85 士 0.54）分，得分在前 5 位，条目：护士是否应时刻关爱患者，通过帮助病人翻身、喂水、上下床等方式减轻其痛苦；所在医院是否为病人营造了安全、舒适的物理环境和人文环境等得分处于中等水平。说明大多数时候护士在临床护理过程中能将患者放在第一位，提供最佳的治疗护理，但也有部分护士没有做到医疗最优的原则。

2.2.3 保密原则的践行情况分析

在临床护理工作中，由于治疗护理的需要，护士不可避免地会知道患者的一些隐私，如身心疾患、过去的生育史、特殊疾病等。坚持保密原则可避免对

患者造成伤害，也体现了对患者的尊重，有利于促进护患关系的和谐发展。护士践行保密原则的得分为（9.28 士 1.93）分，平均（2.32 士 0.48）分，项目“在为病人进行会阴部护理时，您会不会让病房内的异性暂时回避？”得分最高为（2.94 士 0.29）分。77.62%的护士不会告诉科室里的其他患者或家属，患者是艾滋病者；有 75.73%的护士也不会告知患者丈夫其婚前有过流产史；说明在临床工作中大部分护士能做到保护病人的隐私，但也有部分护士不知道是否该保护病人的隐私，做出不恰当的行为。条目“在器官移植术中，您认为是否应该将受体是谁告诉捐献器官的一方？”得分最低，可能与部分护士将其考虑为知情同意有关，医院应加强护士保密原则的相关培训。

2.2.4 生命价值原则的践行情况分析

生命价值原则是护理伦理原则的主要原则之一，它包括尊重人的生命及尊重生命的价值，所以，很多时候，临床护理人员不清楚究竟是应尊重生命还是尊重生命的价值，从而难以做出决策。护士践行生命价值原则的得分为（8.65 士 3.23）分，平均（2.16 士 0.81）分，有两个条目得分属于后 5 项，大部分护士不知道是否应投入过多医疗资源抢救晚期癌症患者，即不知道该考虑生命优先还是生命价值优先。遇到此种问题，应具体问题具体分析，考虑到患者是晚期癌症的现状，其家庭经济状况等，从而理性地做出选择。而针对一些紧急情况，患者生命危急，没有患者及家属的同意，只有 43.51%的护士会对病人实施抢救，这可能与之前媒体报道过的相关医疗案件有关，此时护士应优先考虑患者的生命原则及有利原则。此外，有 81.17%的护士不会告知孕产妇及其家属胎儿的性别以防止选择性堕胎的事情发生，但也有 24.26%护士不确定是否告知或者直接告诉了患者家属。而针对是否应答应病人安乐死的要求，有 29.29%的护士不确定该怎么办或者答应患者安乐死的要求，应注意中国法律规定安乐死是不合法的。

2.2.5 慎独原则

在临床护理工作中，护士有很多单独操作、单独工作的机会，这就要求护士应有慎独精神，无论有无他人的监督都应恪尽职守，严格要求自己；如果护

士不具有慎独精神，其很可能为了自身的利益做出对病人不利的行为，从而对病人造成伤害，也不利于营造和谐的护患关系。调查显示，护士慎独原则践行的三个条目共得分（8.01 士 1.78）分，平均（2.67 士 0.59）分。为了更具客观性，在此次调查中慎独精神由他人来评判，即由被调查护士评判他的同事在工作中是否做到慎独，同时也是被调查者内心对自己的投射。有 74.69%的护士认为其同事在独自上夜班的过程中做到了对不同护理级别的病人按要求进行查房，有 17.15%的护士不确定同事是否做到，有 8.16%的护士认为同事没有做到，由此说明部分护士的慎独精神不坚定，需要进一步提高；有 78.87%的护士认为其同事在单独为病人进行护理操作的过程中能够做到严格执行三查七对，但仍有 14.44%的护士不确定同事是否做到，6.69%的护士认为同事没有做到；在护理工作中严格执行三查七对非常重要，甚至关乎病人的生命安危，每个人都应严格执行，据数据显示，临床护士仍需加强三查七对的执行考核。有 70.71%的护士认为其同事在无人监督的情况下，做到了严格执行无菌操作技术，20.17%的护士不确定同事是否做到，8.58%的护士认为同事没有做到，如不严格执行无菌技术可能继发各类感染，延长患者病程甚至导致患者死亡。总的来说，临床护理工作中大部分护士能够坚守慎独精神，但仍有部分护士需要加强慎独精神的培养。

2.2.6 有利原则的践行情况分析

有利原则要求护士将病人的健康利益放在首位，也不能因满足自己的利益而损害他人及社会的利益。护士有利原则践行的三个条目得分（7.72 士 1.75）分，平均（2.57 士 0.58）分。条目“一位尿潴留患者，可以通过针灸、按摩、改善环境等方式诱导排尿时，您会为了增加收入而为病人实施导尿术吗？”得分在前 5 位，说明护士能充分考虑患者的利益，实施有利于患者的措施。有 72.38%的护士选择在人体试验中，当科学利益与受试者利益发生矛盾冲突时将受试者的利益放在第一位，有 18.62%的护士不知道该如何选择，有 9%的护士认为应以科学利益为主。说明了大部分护士把患者放在第一位，尊重患者的生命和利益，但也有部分人不知道怎么选择甚至以科学利益为重。条目“您的同事

中有没有为了晋升职称而抄袭、剽窃他人论文的？”中，只有 47.91%的护士认为同事中没有学术行为不端的行为，39.33%的护士对此持怀疑的态度，而有 12.76%的护士认为存在学术不端行为，说明临床护理科研、学术的伦理教育不足，导致学术不端的行为较严重，应加强科研学术伦理的教育培养非常重要。

2.2.7 公正原则的践行情况分析

公正原则要求护士在态度上公平对待每一位患者，不能因社会地位、种族、财富等而区别对待病人；在医疗资源分配方面也应尽量达到较高程度的公平；在解决某些护患纠纷时，也应公正地对待每一位患者。调查研究中，护士公正原则践行的四个条目得分为（9.51 士 3.10）分，平均（2.38 士 0.78）分。由表 4 可以看出，条目“您是否愿意为了人们的健康从事社区卫生保健工作？”得分较高，位于前 5 位；有 65.27%的护士认为做到了对患者一视同仁，无论信仰、价值观、社会地位、经济状况，可见，在临床工作中大部分人能做到公平地对待患者。而条目“当发现同行医务人员为了个人利益做出了损害病人利益的事情时，是否会向医院上级领导反映情况？”及“是否会主动护理特殊患者如艾滋病、传染病等病人”得分较低，均位于得分的后 5 位，只有 43.1%的护士会举报同行损害病人利益的事情，说明护士在临床工作中因怕得罪同事而不敢说实话、不敢维护患者利益的现象比较严重；只有 25.52%的护士会主动去护理艾滋病、精神病及传染病患者，说明大部分护士也因怕自己受到伤害或传染而不会选择护理特殊病人，也说明了实际中当遇到真正的选择时，部分护士仍然不能公正地对待病人，此种现象值得医务人员反思和改进。

2.3 影响因素分析

从影响因素分析来看，有缺乏国家相关政策、社会不理解、媒体不恰当宣传、医院管理不合理、经济利益冲突、法律不完善、患者对医务人员不了解、对医疗期望过高等因素以及护士自身素质不高等。（见表 3）。

表 3　护士护理伦理认知践行的影响因素分析

选项	频率	百分比（%）
国家政策因素	377	78.87
社会因素	364	76.15

医院管理因素	408	85.36
经济利益因素	304	63.6
法律因素	334	69.87
患者因素	344	71.97
护士自身因素	340	71.13
工作量	267	55.86
其他	30	6.28

df=477，p=0.000

3 加强临床护士护理伦理认知践行的对策讨论

3.1 认识到护理伦理在临床工作中的重要性

南丁格尔誓言讲到：愿一生纯洁，忠诚服务与医疗事业，不为有损无益之事，不给病人取服或用有害的药物。应尽力提高自己的职业素质，保守病人的秘密，严格执行医生所开医嘱，向患者提供最佳的服务。这些均为我们今日所说的有利无害原则、保密原则、生命价值原则、慎独原则等的体现，由此可见，护理学创始人南丁格尔早在一百多年以前就已经开始重视护理伦理，并将其列为誓言以告诫后人。而随着社会的发展，随着人们对利益的追逐，医院重医轻护、重治疗轻人文的现象严重，护理并没有受到相关领导的重视。他们忽略护士是与患者接触最多的人，从病人入院的医院环境介绍，到住院期间的各项防创伤、防跌倒、给药安全、病情的观察发现、心理护理、人文护理、直至出院的健康教育及随访工作等，没有护士，医生根本完不成这样的服务。医院的发展是多因素共同推动，相互促进，缺一不可，只有护士和医生团结协作，医院才能更健康地向前发展。据数据显示，有 61.54%的患者认为护士有必要加强素质道德教育，31.87%的人认为很有必要（图 4-1）。此外，有 84.07%的患者认为应加强护士道德建设，76.37%的患者认为需要加强护患之间的沟通，说明部分护士的道德素质有待提高，护患之间的沟通不到位，也就是护士的护理伦理服务并没有让患者满意。首先，国家应从制度层面出台相关政策，引导各医院重视护理伦理，有效地开展护理伦理教育培训；其次，医院应重视护理及护理伦理工作的重要性，在开展护理专业知识技能培训的同时也应重视护士护理伦理认知、决策能力的培养，重视伦理在护理实践中的重要性。最后，护理人员自身应重视护理伦理，有的护士成天抱怨工作辛苦、病人不好服务、同事不好相处等等，不去反思和提高自己。所以，临床护理人员更应重视护理伦理的重要性，因为它不仅关乎病人，也关乎自己。

3.2 国家政策支持，改善就医环境

“看病难，看病贵”的社会现象不是一朝一夕形成的，也不是一朝一夕就能解决的问题，凭着医院、社会及民众的力量不可能得到改善，必须通过国家政策的完善调控才能缓解“看病难，看病贵”的现状。基于“看病难”的问题，应结合中国的国情，人口众多，看病需求自然多，而中国的医护人员数量和水平都不达标，因此政府应大力培养合格的医疗护理人才，从资源上解决看病难的问题；还有医疗资源分配不合理的问题，大医院门庭若市，而小医院无人问津，除了医疗技术水平了差异外，其中重要的原因之一就是资源分配不合理，先进、优秀的医疗资源多集中于大医院大城市。所以，国家应重视地方医院的资源补给，让老百姓放心地在地方医院、小医院就医；此外，应加强配套措施的保障如分级诊疗、双向转诊制度的建立、医保制度的完善等。

关于看病贵的问题，昂贵的医疗费用是摆在每位患者及家属眼前最重要的问题，无数的家庭因一次重病倾家荡产，而医疗贵在哪里呢？昂贵的药品费、大型检查费才是真正最贵的地方，无数的中间销售商在药品器械的倒卖上将价格翻了几番，所以，政府应加强对于药物器械的审批管理，减少中间不必要的倒卖，严格控制药物、器械、检查等的价格，并促进价格的公开透明化和良性竞争。此外很多贵重药、进口药、疗效好的药都不能报销，而很多公立医院为了增收引导人们用自费药，这也是导致看病贵的重要原因，所以，政府应扩大医保的范围，与治病救人相关的费用都应纳入医保的报销范围，总之，政府应完善医保相关制度。

对于医护人员的工资待遇，主要与创收有关，创收越高，奖金越高，于是医院和医生们在逐利的道路上越走越远，医疗的公益性却逐渐消失，这在无形中加剧了看病贵的问题，也因此产生了更多的医疗纠纷。对此，政府应出台相关政策，如对医务人员的工资待遇实行年薪制，对于表现优秀，对患者贡献大的医务人员给予特殊的奖励。此外，在医务人员的职称晋升方面也应作出适当的调整，如临床医生可根据其临床贡献晋升职称，而不能只靠课题、论文等。

关于医务人员的安全，近十年来，医疗纠纷、伤医案件、医闹等现象愈演愈烈，而医院医疗纠纷机制效率低下，很多医生护士需要自己来处理医疗纠纷，多重压力使得部分医护人员不得不离开自己的岗位，有的甚至因此自杀。所以，政府应出台相关政策来处理医疗纠纷，出台保护医务人员的相关法律，让医护人员能安心工作。此外，国家也应出台相关政策限制媒体对医疗纠纷不

真实不客观的负面报道，只有保障了医务人员的待遇、事业、安全，他们才能在行医的道路上义无反顾，真正地为患者考虑。

目前国家《中共中央关于制定国民经济和社会发展第十三个五年规划的建议》[5]也提出：要全面推进公立医院综合改革，坚持公益性质，建立与医疗行业情况相符合的报酬制度；实施居民大病保险制度；改革医保支付方式；实现职工基础养老金全国统筹等以改善就医环境。相信通过国家政策、医院、社会大众、医务人员的共同努力，中国就医环境的改善将指日可待，人们生了病能够看得起病，敢去看病，“健康中国”的梦想将实现。

3.3 完善教育体制改革，加强护理伦理教育

关于教育体制改革的问题，笔者认为，这需要相关部门的密切配合且应相互监督，将教育改革落实到实处。首先，良好的教育改革措施必不可少，医学的对象是生命，是具有生物-心理-社会多重属性的人，所以不管是医生和护士都来不得半点马虎，通过前面的分析可知，目前有很多素质差的学生通过中专毕业进入到医院工作，这样的人，我们期待他们为病人提供什么样的护理服务呢？所以，政府部门应加强对医学院校的管理，提高医疗护理人才的质量，提高入学标准、教育标准、考核标准及毕业标准。

学校方面，应根据相关政策制定详细的规章制度，如入学标准方面：尽量选拔素质高、学习能力强的学生作为医学护理学生；教育标准方面：严格制定学生教育计划，加强学生人文精神的培养，注重学生分析解决问题的能力，培养学生思维能力，并将伦理、道德、人文相关知识贯穿到学生的整个学习生涯当中，在潜移默化中培养学生伦理、道德意识；考核标准方面：教师应多花功夫研究各科的考核重点、考核标准，如对护理伦理学的考核方式和标准为除了理论知识外，可以模拟临床场景，让学生利用伦理学知识，通过缜密的思维判断，最后做出正确的伦理决策行为；如果学生各方面达标则考核通过，如果考核通不过，则可以和下一届学生继续学习相关课程，直到合格为止；毕业标准方面：毕业前，学校除了认真考核每个学生的专业知识技能外，还应严格考核学生的综合素质，可以在生活的场景中去观察和发现学生，考核不合格的学生可以延后毕业，学生也可以自由选择退学或转其他非医学专业，总之，目的在于培养高素质高质量的医学护理人才，面对日益发达的高科技、越来越严肃的科研、压力越来越大的临床工作，医学护理需要恪守职业伦理、能冷静地分析解决各种护理及伦理问题的人才。

3.4 加强医院管理，提升护理服务质量

前面提到了医疗护理人才的教育难度，关于加强医院管理首先在于提高护士工资待遇，否则没人敢学医学护,代价太大。北京儿童医院刚上任的倪鑫院长讲到：“想要真正留住护士，还要通过具体的措施实现‘待遇留人、事业留人、感情留人’”。让护士有归属感，工作有成就感、价值感，对未来的发展充满希望，才能在医院好好做护理工作，体现其专业价值。

在待遇方面，应提高医护人员的工作待遇，逐渐控制以药养医的现状，对于部分优秀的医务人员给予奖金鼓励，如此不仅促进了医务人员之间的良性竞争，也缓解了人们看病难看病贵的问题，最终受益于广大人民群众。医院根据政策制定相关细则，进行绩效改革，制定工资的发放标准，而不是目前很多医疗护理人员抱怨的“上面的人一手遮天，拿高额的工资，下面的人只能喝稀饭”，此外，据前面的数据显示，大部分的护士对工资不满意，不同学历、职称、工龄之间的护士也没有待遇的差别，如工资在多劳多得的基础上适当对不同学历、职称、工龄的护士给予补助，严格按照相关标准执行，相信这样的抱怨应该就没有那么多了吧，且更多护士会更努力地学习，提高自己的能力素质，去提高自己的学历职称等。

在事业方面，医院可以形成金字塔式的护士发展模式，将护士按能力素质等的不同，按比例分为金字塔的不同阶层，并为其做好职业规划，如位于金字塔底层的护士应注重其基础护理和人文素养方面的培养，位于金字塔高层的护士注重其管理能力、专科能力的培训，所有的护士都有获得外出深造学习的机会，大家公平竞争。对于每年的考核，医院也应制定详细的考核标准，不仅重视护士专业知识技能的考核，也应重视护士伦理素养方面的考核，且这些考核将与护士待遇、职称挂钩，如此，大量的护理人员将积极进取，提升自己，相信临床护理伦理的认知践行也将会有很大的提高。

在感情方面，医院应让广大医务人员感觉到自己的专业价值，感到医院大家庭的温暖，用心用真诚对待每一位员工，耐心听取医务人员的心声、需要和建议。当出现护患矛盾时，医院应竭诚站在事实的基础上，在不伤害的原则上，公正地维护护患双方的利益。曾在某学术会议上听老师讲一位老师讲河北某医院为职工办好事、办实事，建立 5 栋家属楼，还兴建职工子女幼儿园、职工父母养老院、有专车接送职工上下班和子女上下学，很好地接触了患者的后顾之忧，让医务人员能安心地工作；此外还组织员到国外进行考察、组织员工外出度假，医院职工生病报销后个人负担部分全部由医院承担，且还给与水电补贴。职工们动情地说：“在医院没有人，也没有理由不好好为患者提供优质

服务”。这样的医院获得了不少荣誉，不仅收获了员工的真心真情，也让患者得到了最佳的服务。所以，医院应动之以情，晓之以理，为员工着想，最终受益的仍是医院和广大民众。

在员工制度管理方面，医学的对象是生物心理社会的人，医院在招聘员工时应充分考虑到员工的招入标准，除了专业知识技能，还应注重员工的道德素质、伦理决策能力等。除了人才的建设，医院还应加强护士队伍的建设，据前面的数据显示，目前临床护理人员数量不足，护士工作量大的想象严重，医院应按要求配备一定数量的护理人员，减轻临床护士工作量，让护士能有更充足的时间处理好护理伦理方面的问题。此外，护士的年终考评应注重其综合素质的考评，而不仅仅是专科技能的考核、科研、文章等的考核，护理伦理在临床工作中起着越来越重要的作用，因此，也要考评护士的伦理知识及决策能力，最后根据结果不同进行下一步的处理，如不合格的员工则要求其参加继续教育培训。

医院继续教育方面，医院应重视护士护理伦理的再教育培训。有前面的调查分析可知，目前大部分临床护士能意识到护理伦理的重要性，但部分护士仍缺乏伦理认知及伦理决策能力，或认知践行不足、深度广度不到位。据调查显示，高达 87.45%的人支持医院开展护士护理伦理教育，而只有 1.88%的人不支持，10.67%的人认为无所谓（见表 4）。且据方差分析显示，不同学历层次的人对是否支持开展有差异，结果中专与大专（P=0.000）、中专与本科（P=0.000）、中专与硕士及以上（P=0.000）、大专与本科（P=0.035）、大专与硕士及以上（P=0.026）、本科与硕士及以上（P=0.944），同理对不同职称的护士之间做差异性分析，得知副主任护士及以上的护士与其他职称之间有差异，其他层次之间无差异。由此可见，大部分的护士认为有必要加强护士护理伦理的教育，这是患者所需，更是护理工作人员所需，此外，中专、大专的护理伦理更需要提高，而本科和硕士之间差别不大,与唐艳华[3]王罕琪[4]等学者调查结果一致。且据进一步调查显示，有 79.08 的人希望通过专题讲座的方式进行护理伦理认知及伦理决策能力的培养学习，59.83%的护士希望科室组织学习，36.82 的人希望自己学习，35.77%的人希望查房时学习，而有 7.95 的人选择用其他方式进行（见表 5）。所以，医院在进行伦理教育时可轮番采取以上各种方法，还可以利用医院案例多的优势进行案例讨论、查房学习，并且可根据不同学历层次、不同职称制定不同的教育目标、课堂内容及考核方式，有针对性地进行培训教育。在教育的过程中还要指导护士对艾滋病人、传染病人、

精神病人、急危重症病人、临终患者等特殊病人做出合理的伦理分析决策。此外，医院还可以选拔优秀护士到其他医院甚至国外进行培训学习，回来培训本院职工，从而进一步提高护理人员的护理伦理认知践行能力。医院也应制定相关的考核标准，如制定定性或定量的考核量表方案，严格考核护士伦理认知、分析解决伦理问题的决策能力等，还应建立教育质量监控系统，进行质量监察。此外，应加强护士法律意识的培养，如开设相关的的法律课程、讲座等。如此，主动与被动相结合，惩罚与鼓励相结合，继发护士工作学习的热情，使护理工作走向更科学、更安全、更人性、更道德的高度。

表 4 您是否支持医院开展护士护理伦理继续教育？（n=478）

选项	人数（%）
支持	418（87.45）
不支持	9（1.88）
无所谓	51（10.67）

表 5 您希望医院通过哪种方式开展护理伦理继续教育？（n=478）

选项	人数（%）
科室组织学习	286（59.83）
专题讲座	378（79.08）
查房时学习	171（35.77）
自己学习	176（36.82）
其他方式	38（7.95）

3.5 改善社会环境，共建和谐护患关系

社会环境因素对人们对外界的认知、评价有着重要的影响，良好的医疗环境、和谐的护患关系需要社会大环境的支持。首先，社会应认识到护理的重要性，医生不是万能的，护士也不是万能的，不能因为护理工作活儿多、辛苦、脏、繁杂，或是护理工作看起来没有技术含量而不尊重护士的劳动，区别对待医护。应认识到医护一家，医护间相互团结协作才能使病人最终康复出院，应充分尊重护士的辛勤工作，同等地对待医护人员。

其次，应规范社会媒体的宣传行为，不能过分夸大事实，将部分医护人员的不道德现象强加到广大医护人员身上。此外，对于医疗暴力事件的报道方式不合理，笔者曾在某学术会议听外国学者讲国外对于医疗暴力事件的报道从不会像中国报道的这样，大力渲染事情的经过、暴力手段、穿插很多血腥的图片等，这样会让某些暴力分子去效仿甚至使出更残忍的手段，所以我们见到了一次比一次严重的暴力医疗案件。而国外媒体报道的医疗暴力案件则截然相反，他们宣传的是如何解决医疗暴力案件、处理结果怎么样、讲医院及医护人员的难处、患者与医务人员之间如何建立和谐关系。这非常值得国内相关媒体的借鉴，护患关系的和谐，需要整个社会的互帮互助、团结协作才能实现。还有，

媒体应告知社会，“看病难、看病贵“的因素是多方面的，政府需要从国家层面出台政策进行调控，对媒体的宣传报道调控、对医院进行调控、对民众的不合理行为进行调控等、对药品销售过程中，经销商之间层层的获利的现象进行调控等。此外，媒体也应正确引导民众进行理性的医疗评价。网络媒体的影响是巨大的，国内的媒体应从理性为民的角度真正挑起肩上的重担，共建和谐医疗关系。

再次，笔者认为患者对医疗行业的不了解，对疾病的不了解、不信任在很大程度上影响了护患关系的和谐，影响了临床护理工作的进行，影响了护理人员的伦理判断。因此，政府、医院、学校等相关部门应协调做好对人民大众的健康教育，如从九年义务教育开始，普及民众的疾病观、健康观、医疗观，特别是疾病的三级预防观，即在做好预防工作的基础上早发现、早诊断、早治疗；要普及常见病的知识，让民众知道有的疾病是不可治愈的。同时在社区、在边远的地区也应开展这样的民众教育。

3.6 促进护士自主学习，提升自身综合素质

一名优秀的护士，应认识到自己神圣的职业责任感，不仅要有扎实的专业知识、规范的实践操作技能，敏锐的洞察能力、随机应变的能力、独立学习和创新的能力、分析解决问题的评判性思维能力等，还需要高尚的职业道德素质以及身体素质和心理素质。这就需要护士在临床工作中不断地总结和提高自己，主动学习，对于护理伦理应认识到其重要性，明确自己的伦理认知目标，进行系统地伦理教育，提高自己临床实践中分析解决问题的伦理决策能力，且应按照考核评价标准严格要求自己。如此，临川护士护理伦理认知践行将有很大的提高和改善，整体护理服务质量也将会有很大的提高。

和谐的医患、护患关系需要全民的参与和支持，在国家政府的领导下，在各部门的团结协作，互相帮助，相互监督之下，医疗将走向更加科学、安全、为民的道路。护理行业也将开启新的征程，为每一位患者提供最佳的整体护理服务，用最合理、最科学的方法解决护理伦理问题。

参考文献：

[1] 王贵芳.护理伦理的重要性与临床缺憾.现代医药卫生, 2010(17).

[2] 戴晓婧,刘雯等. 武汉市三级甲等医院护士护理伦理问题认知现状调查.护理研究,2014,7(28).

[3] 唐艳华,陈海金,刘晓英等. 不同学历护生实习前护理伦理认知水平的调查分析[J].中国护理管理, 2014 ,14 (7).

[4]王罕琪, 俞今晶,等.护理人员护理伦理知识及应对伦理问题能力的调查.中国医学伦理学，2013,26（5）.
[5]《中共中央关于制定国民经济和社会发展第十三个五年规划的建议>.

作者简介：葛贤（1990-），女，四川冕宁，医学伦理学专业；雷虹艳（1987-），女，四川成都，讲师，从事大学思政教育课教学研究；刘东梅，（1968-），女，教授，从事思想政治教育研究。

Why One Should Support the Development of a Chinese Bioethics

H. Tristram Engelhardt, Jr.

A decisive characteristic of Chinese culture is its indebtedness to Confucian thought, which allows Chinese bioethics (as an indigenous bioethics) to avoid a dangerous contemporary European error: the pursuit of a morality and bioethics shorn of the merely contingent. Traditional Chinese bioethics more adequately than Western bioethics appreciates the socio-historical complexity of human action. Confucian sources offer understandings of proper action that are not merely abstract, conceptual philosophical reflections. The reflections are drawn from Confucian thought regarding right action that allow, for example, a rich appreciation of families. To take the instance of a similar approach to law and morality so as to gain a perspective on what is at stake: English law and morality differ fundamentally from Graeco-Roman law and moral understandings, as illustrated by the current contrast between British and French law and moral reflection. Anglo-Saxon common law has its roots in an approach to law that grounds the differences between proper and improper action in customary understandings, not in a discursively, philosophically rooted view of what counts abstractly as right or proper action. Common-law views are derived from living custom, not abstract philosophical roots, in contrast with the Graeco-Roman philosophical accounts of proper action (*ius est*). The latter shaped Western Europe and reflects the Stoic and natural-law understandings that framed the Justinian Code of the early 6th century, which came to be recast and embraced by Napoleon when he established his account of law in the Napoleonic Code (i.e., 21 March 1804), which became the basis of European law. Confucian law and morality, like common law, are not grounded in a philosophical account of proper action.

The Confucian core of Chinese culture nurtures and maintains a synthesis of civic flourishing and virtue that has enabled Chinese moral and metaphysical vision to withstand the dramatic and often bloody social convulsions of the 20th century, including the end of imperial rule in 1912, as well as the

Chinese Cultural Revolution (1966-1976). The Chinese emperor served as the ultimate point of moral focus, uniting moral and metaphysical commitments. The emperor was the final point of coherence for an intricate and ancient culture. The twice-yearly fasts and rituals of the spring festival and the autumn festival gave a recurring public grounding to the moral commitments that ritual action rendered culturally embodied. Central in all of this is the cardinal role rituals play in uniting both an appreciation of that which is right to do with rites that structure virtuous life incarnate in crucial social behavior, as in the central Chinese notion of *li*. The complexly differentiated social acknowledgement achieved by such rituals permits a rich compass of social and moral concerns to be embodied without presuming that they can ever be adequately appreciated in merely abstract, discursive forms. An analogous, intricate incarnation of meanings in actions is found in the Orthodox Christian services, especially the Liturgy, which is not just words, but as much the movements of the celebrants, with the result that rituals serve as a fabric of meaning that places the participants in a way of life whose full sweep and depth is beyond merely abstract conceptual articulation. The Orthodox Christian Liturgy, like Confucian morality and bioethics, cannot be appreciated in a purely philosophical or discursive account.

In this, both Confucian and Orthodox Christian approaches are similar to Orthodox Jewish understandings, which are not exhausted by philosophical appreciations of rectitude. There is, for example, no philosophical argument as to why Jews who are not priests (i.e., kohanim) ought not to wear a garment of fabric of linen mixed with wool. Instead, this is appreciated as a prohibition grounded in the will of God. Confucius, like Abraham, gives an account o f proper action that recognizes the character and force of history and context that undergird morality and bioethics, and that contrasts sharply with Kant, who attempted to articulate what reason should universally affirm and condemn for persons as such, beyond history and context. As a consequence, Kant's project is in the end vacuous. This is to say that Kant, unlike Confucius, seeks to constitute his moral agent before

sexual identity, race, and history, and therefore fully prior to particularity and history. It is Kant's moral account prior to any particularity that lies at the roots of his opposition in principle to historically conditioned moral and bioethical visions, such as that of Confucius and Abraham. Confucian thought and Confucian bioethics show that Kant's morality and bioethical vision are wrongheadedly overly abstract.

Chinese bioethics, informed by a reborn appreciation of Confucian morality, stands in contrast and conflict with a bioethics that derives from Kantian commitments seeking a universal, abstract, rational grounding of morality and bioethics. It is the latter, for example, that invites people independently of their corporal and chromosomal sexuality to choose their "gender identity" as "transgender" persons which they find appropriate. Under this circumstance, those aspiring to a new transgender sexuality attempt to scry their gender as one might attempt to scry the gender of a Hittite noun. One might recall that sun as *sol* is masculine in Latin and as *die Sonne* is feminine in German. The gender of nouns is historically and contextually contingent. But the most central elements of personal identity stripped of context and history become arbitrary fabrications or choices. "I once was a woman; now I am a man." All of this occurs as one gropes in an absence of a binding social tradition and context, as is provided by Confucianism for the Chinese and by Judaism for the Jews. Chinese bioethics, given its Confucian roots, can show the proper normative character of history and contingency, thus anointing the particularity and insights of Chinese bioethics and morality. One confronts the virtue and truth of a rightly-ordered ritual that has a force which goes beyond any merely discursive, philosophical argument. One consequence is an appreciation of the authority of families, of particular persons over other particular patients and subjects, so that, for example, persons are recognized as in authority to consent for the treatment of their spouses and/or to communicate, when they deem appropriate, less than the full truth as to what is at stake in a treatment. It is for this reason that spouses as particular persons in particular contexts are recognized to be in authority to consent for

spouses. Persons are appreciated within actual webs of social connections and not as if they were naked, ahistorical, socially unlocated, Kantian moral agents who must outside of any defining context choose for themselves.

Chinese morality and bioethics is embedded in a thick fabric of family and social obligations. Chinese morality and bioethics do not involve persons outside of history and context. Chinese morality and bioethics affirm and live within the context of families and do not approach persons as individuals outside of a dense web of obligations. In terms of this background, one can better understand that stream of Western morality and bioethics exemplified by Kant, who starkly contrasts with Chinese morality and bioethics. Against this contrast, one can better diagnose a major intellectual error of the modern West, the attempt to see morality and bioethics outside of history and place. Supporting Chinese bioethics allows a better recognition of a dangerous Western fascination with pursuing a morality and bioethics set outside of a particular social and historical fabric.

儒家视角下的死亡的尊严

李亚明，李建会

提要：死亡的尊严问题是当代生命伦理学中讨论的一个重要问题。在当代的医疗实践中，各种新的医疗技术在老年人临终阶段的应用，已经引发了如何维护死亡的尊严的激烈争论。争论的焦点集中在对什么是人的尊严和什么是死亡的尊严的概念的不同理解上。在当代西方伦理学的探讨中，人的尊严概念本身尚没有得到清晰的阐释，死亡的尊严概念更是存在着混乱。儒家伦理中虽然没有尊严或死亡的尊严的直接表述，但存在着大量与人的尊严和死亡的尊严相关的论述，因此，儒家伦理学也可以在这种讨论中为问题的解决提供新的思路。本文试图重建儒家的人的尊严和死亡的尊严的基本含义，并从这些观念出发，对死亡的尊严与人的生物学生命的关系，死亡的尊严与人的痛苦的关系，死亡的尊严同人的自主性的关系，以及死亡的尊严同社会公平正义之间的关系做出分析说明，并与西方思想家在这些问题上的立场进行比较。结果表明，儒家关于人的尊严的观点可以对以上问题作出更好的回答，从而有助于化解西方死亡伦理研究中出现的概念混乱和理论矛盾。

关键词：人的尊严；死亡的尊严；普遍尊严；人格尊严；生命伦理；儒家伦理

死亡是我们每个人，尤其是老年人和因各种原因处于濒危状态的人要面对的一个重要问题。随着医疗技术的提高，一方面，人的寿命在不断地延长，很多濒临死亡的疾病可以得到治疗；另一方面，老年痴呆、帕金森等疾病越来越多，一些濒临死亡的人由于生命维持系统可以痛苦地或者毫无知觉地生存着。因此，在当代医疗技术高度发达的时代，如何保护患有严重疾病的老年人和濒临死亡人员，他们是否可以安乐死，成为人们讨论的紧迫而重要的问题。在这种讨论中，不同观点和不同学派的学者几乎都会援引人类尊严的概念为自己的观点辩护。然而应当如何利用尊严概念来为老年人提供保护以及尊严原则能够提供什么样的保护则并不是十分明确，存在各种不同的，甚至对立的观点。比如在死亡的情境中，谁应当为死亡的尊严负责？人的尊严的要求指向人自身还是指向家庭和社会？究竟是什么要素构成了有尊严的死亡？是自主还是没有痛苦,或者两者都不是？让人的尊严概念在临终情境的伦理抉择过程中发挥应有的重要作用，就需要对人的尊严概念进行明确的说明，区分这个概念所包含的多重含义，澄清一个人的尊严对其自身以及他人的具体要求。

儒家伦理是对当代文化有着深刻影响的思想体系。儒家虽然没有人类尊严和死亡的尊严这个概念，但在其经典中有许多与人的尊严有关的论述。重构儒家伦理学中对于人的尊严和死亡的尊严的论述，将为我们反思死亡的伦理问题的研究提供一个东方的视角，并且可以为我们理解和解决各种与此相关的现实问题提供一定的思路。中国是受儒家文化影响深刻的地区，对儒家的尊严概念和死亡的尊严理论进行分析，更有助于理解当前中国临终医疗实践领域存在的问题。

一、尊严概念与死亡的尊严

在当代关于死亡的生命伦理讨论中，人的尊严概念是一个不可或缺的理论资源。比如，在人是否可以对死亡的时间和方式做出自主选择的问题上，观点对立的学者都通过援

引人的尊严的概念来为自己的观点辩护。比如，一些学者认为，人们有权利在死亡过程中选择自己希望的死亡方式，只有这样，才称得上有尊严的死。因而，有越来越多的人倾向用生前预嘱的方式预先决定自己在临终阶段是否接受治疗或接受何种治疗, 以便在自己不具有行为能力的时候保证自己意愿的实现。然而，也有一些学者认为，人的尊严具有至上性，包含着不惜一切代价维持生命的要求，所以，维持生命的要求也就高于濒临死亡的人自身的意愿；在患者的意愿同维持生命的要求相冲突的时候，我们应当维持生命，而不是选择死亡。

在关于安乐死和协助自杀的伦理学探讨中，支持和反对的双方同样都以人的尊严作为自己的论据。结束不可忍受的生理或精神痛苦，摆脱不能自理、依靠他人的状态等被很多人视为选择安乐死或协助自杀的理由，因为他们认为这样的状态有损于人的尊严。协助自杀合法化的支持者们提出了“有尊严的死”的概念来论证自己的观点。认定在特定情形下医生协助自杀合法的俄勒冈法令就叫做“俄勒冈尊严死法案”（The Oregon Death with Dignity Act）。[①]但也有一些学者认为，无论安乐死还是协助自杀都构成了对人的内在价值的侵犯，这些结束生命的行为因为没有尊重生命的尊严因而是道德上错误的。可见，争论的双方都把人的尊严概念作为其观点的基础。

尊严这个概念本身的含糊不清是造成这种状况的最主要原因。因此，澄清尊严概念的含义是我们回答死亡尊严问题的关键。通过文献分析，我们发现，人的尊严概念至少包含两方面的含义：即普遍尊严（Universal Dignity）和人格尊严（ Personal Dignity ）。

所谓普遍尊严，是指人类所有成员都拥有的不可侵犯的价值。比如康德认为，尊严是绝对的和无条件的内在价值，所有人类成员都因具有自主行为的能力而拥有尊严。所谓人格尊严则是指人们拥有的受尊重的一种品质。比如美德伦理传统认为，尊严不是内在的，是我们通过特殊的努力和教养获得的。

普遍尊严是内在的、每个人天生就具有的，而人格尊严则是外在的、通过个人的行为获取的，是后天的；普遍尊严与道德行为无关，而人格尊严要建立在道德行为的基础上；普遍尊严是不可失去的，而人格尊严却是可以丧失的。

每个人的普遍尊严都是一个与他人相关的道德概念。每个人的普遍尊严都指向他人，要求他人给于我们基本的尊重。在赡养老年人的问题上，普遍尊严意味着家庭、国家和社会对于老年人都负有责任。

每个人的人格尊严则是一个与自己相关的道德概念。人格尊严指向个体自身，要求个体完成自己的义务。每个个体都应当不断向儒家的理想人格靠近，成为君子或圣人，由此获得更高程度的人格尊严。“有尊严的死”的表述中的尊严，指的是人格尊严而不是普遍尊严。“有尊严的死”意味着个体有自主选择自己死亡方式的权利。这里的“尊严”就不是普遍尊严概念所说的尊严。

实际上，反对安乐死和支持安乐死的学者虽然都援引尊严概念为自己的观点辩护，但他们所意指的尊严的含义是不一样的。反对安乐死的一方关注的是人的普遍尊严, 而支持安乐死的一方关注的是人的人格尊严。人格尊严在这个问题上的应用指的是有关如何度过一生最后阶段的观念和理想。“有尊严的死亡”是关于一个人在生命最后阶段所做的选择。

在临终问题上，造成实践上的困扰的还有法律所维护的人的尊严和个体主观感受到的有尊严的生活之间的鸿沟。这一鸿沟也是普遍尊严和人格尊严的区别造成的。法律只保护最小化的尊严，类似于宪法中所规定的人人享有的基本权利。人的尊严的法律功能导向人的尊严原则的最低纲领。在老年人问题上，法律上的人的尊严只包括有关老年人的道德原则的最少内容，国家被要求保障这些最少内容，有时甚至作为一种不可转让的义务。最低纲领的一个重要的后果之一是，法律解释中的人的尊严与个人对于是什么构成有尊严的生活的理解，可能是完全不同的。每个个体都有着对于尊严的独特的感受，这些感受可能非常的不同。在一定程度上，这种不同是社会的多重文化造成的结果。最小化的人的尊严的法律概念和人格尊严之间常常存在各种不一致，甚至相互冲突。两种尊严含义的区分有助于我们理解这种冲突。特定文化环境中的个体主观感知的尊严是人格尊严，通过法律所体现的人的尊严是普遍尊严。前者是变化的和多元的，后者则是相对确定和单一的，法律所

[①] Jyl Gentzler, What is a Death with Dignity? *Journal of Medicine and Philosophy*, vol. 28, no. 4(2003), pp. 461–487.

体现的人的普遍尊严跟个人的和家庭的对于什么构成了有尊严的生活的观念往往大不一样。

由此可见，区分尊严的不同含义是我们理解各种理论争论，解决实践上的难题的重要方法。尊严的两种含义在古代和当代的西方伦理思想中均有体现，但只有儒家思想能在一个统一的理论体系中对尊严的两种含义做出融贯的表述。

儒家思想中，对尊严的两种含义有着详细的论述。儒家伦理认为普遍尊严是所有人都拥有的。因为人天生具有道德潜能，天赋予的人道的特性使人区别于动物，成为道德的存在物，并且每个人都是平等地拥有这些特性。儒家认为所有的人类都值得尊重，原因是他们有一种彼此关照的内在的倾向，并有能力把这种倾向发展为完全的美德。人类的特征就是人有对他人同情和感同身受的能力。因此相比于西方伦理中的理性、自由和自主，儒家所讲的同情和同感的能力才是最为根本的人类特征。对儒家来说，这种能力是人的普遍尊严的真正基础。

但是，并不是所有道德潜能都能发展为充分的美德。有的人可能没有发展自己的道德天赋，有的人可能发展出自然道德天赋的反面（发展出对立与自然道德天赋的性质）。在儒家思想中这就意味着尊严的丧失。只有努力把这些潜能发展为美德，才能获得人格尊严。儒家的人格尊严同道德相关，需要通过合乎善的行为而获得。

可以看出，儒家人的尊严概念事实上主要回答的是两个方面的问题：第一，作为人类一员意味着什么？第二，是什么构成了体面的和人道的生活？作为回答的结果，（作为对这两个问题的回答，）儒家认为，一方面，“尊严”是内在的，植根于一个人的内在的天然的高贵，对于作为一个“人”是定义性的；另一方面，“尊严”是获得性的，是通过个人努力获得的一种受人尊重的一种特性。[①]前者是普遍尊严，后者是人格尊严。普遍尊严和人格尊严都具有道德上的含义，对于尊严的拥有者或他人构成道德上的要求。普遍尊严要求我们尊重每一个人类个体的生命，人格尊严鼓励我们实践自身的道德追求。

更进一步理解尊严的两种含义及其对于死亡的意义，我们还需要结合特定情境，在具体问题中探讨死亡的尊严。

二、死亡的尊严与人的生物学生命

把生命的神圣性看作人的尊严原则的不可缺少的一部分，是西方历史上一种很强的传统，特别是在基督教的理论中表现得尤为突出。在探讨自杀和安乐死等问题的时候，这一传统认为，人的尊严的原则要求我们考虑生命的神圣性并对我们提出一种不惜一切代价来拯救生命的义务，即使对于我们拯救生命的行动，当事人并不认同或与当事人的希望相反。由此自然而然地，自杀和安乐死因与人的尊严相矛盾而受到绝对的反对。康德也在很大程度上支持这一传统观念，他提出把人视为其自身的目的而不仅仅是手段的原则，并由此提出了人在明显没有质量的生活中也有义务保存自身。因为杀死自己就是没有把自己当作具有绝对价值的事物来对待，而是把自己当作只具有有限价值的达到某一目的的手段。所以自杀和安乐死都是对人的尊严的侵犯。罗纳德·蒙森（Ronald Munson）同样认为结束生命的做法侵害到了我们的尊严。他曾经提出，“我们的尊严来自于追求自己的目标，当我们的目标之一是生存，而同时又采取了消除这个目标的行动时，我们与生俱来的尊严就受到了伤害。”[②]在他看来，安乐死将我们置于与我们的本能，即活下去的倾向相对立的位置。

---

① JULIA TAO LAI PO WAH, Dignity in Long-Term Care for Older Persons: A Confucian Perspective. *Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*, vol.32, no. 5(2007):465–481.

②罗纳德·蒙森，干预与反思：医学伦理学基本问题（一），林侠 译，首都师范大学出版社，2010年，第330页。

然而就生物学生命与人的尊严的关联，也有人提出了相反的观念。比如约翰·哈德韦希（John Hardwig）认为如果一个人继续生存下去只会给别人带来困难，他继续活下去的利益可能不会比受到他继续存在的负面影响的人的利益更重，因此这个人有死亡的义务。哈德韦希是当代一位“死亡的义务”的鼓吹者。他曾对利用现代医疗延长生命的做法提出了质疑。他指出，我们都知道曾经有一种文化，这种文化中的人接受死亡的义务。那个时候相对贫穷，技术落后。在那样的社会，如果你活得足够长，你将最终变老并且非常虚弱，会拖累甚至危害他人。这种社会中的老年人经常主动地结束自己的生命。这种文化在当今的生命伦理中受到了摈弃。生活在当代社会的我们认为死的义务与我们无关，因为更多的财富和更好的技术为我们抵免了这一义务。但在哈德韦希看来，财富和技术并不能真的能替我们抵免这一义务，而是会让死的义务重新变得平常。“我们的医学拯救了很多生命让我们大多数人都活得更长。我们都很高兴利用这样的医学。但我们的医学同时也让我们大多数人得上了慢性疾病，让我们活到不能照顾我们自己，活到不知如何面对自己，活到我们已经不再是我们自己。”[①] 美国哲学教授，生命论理学家希尔德·林德曼·内尔森（Hilde Lindemann Nelson）也曾经提出，如果一个人坚持活下去只能给他人带来困境，这种状况下继续维持生命就是把他人当作了自己的目的的手段。即使从康德的尊严概念来说，这种做法都在道德上不允许的。[②]

强调人的尊严概念包含生命神圣性的观点，都是从个体自身内在价值的角度来讲的，而提出人的尊严概念支持结束生命的观点则大多基于个体的生活同他人之间的关系。儒家尊严概念既推崇人的生命的内在价值，又关注人与他人之间的关系。儒家尊严的这两个不同的内容体现在普遍尊严与人格尊严的划分之中。普遍尊严关注人的生命的内在价值，而人格尊严则基于人对待他人的方式。因为人格尊严高于普遍尊严，所以儒家伦理并不把生物学生命的保存作为人的尊严原则的必然要求。对儒家的尊严概念而言，显然存在比生存更重要的东西，即个体的道德追求。

儒家文化非常珍视“生”，但同时也不逃避“死”。儒家伦理提倡坦然接受死亡，在很大程度上是出于对自然规律的服从，认为一个有道德的人应当尊重并服从自然规律。儒家思想中对自然规律充满了敬畏，甚至很多儒家伦理原则实际上就是以自然规律为原型的。比如根据自然界孕育万物的特性，儒家伦理就将仁作为最重要的原则。同样，因为死亡也是自然界的规律，人对死亡也应当坦然接受。孔子提出君子有“三畏”首先就是“畏天命”（《论语·季氏》），道德高尚的人应对天命存有敬畏之心。另有“五十而知天命，六十而耳顺，七十而从心所欲不逾矩”之说。（《论语·为政》）人认识到了天命的必然和人的不可抗拒性，就要坦然接受命中的一切，包括死亡。顺从自然的规律，坦然接受死亡，是为儒家伦理所肯定的，具有道德上的价值。在安乐死的问题上，儒家伦理也不会鼓励人们通过各种现代医疗技术刻意地延长生命，因为这样就是在抗拒自然的规律，不尊重自然规律不是道德高尚的人所为。

不仅生命的人为延长会与儒家的尊严概念相抵触，甚至在有的时候，为了维护人的尊严，儒家伦理明确表示支持个体结束生命的行为。比如某些情境下，人活着就不可避免地会遭受侮辱，只有结束生命才能维护自己的尊严，此时死亡反而是美好的、正义的和值得追求的。杀身成仁，舍身取义都是这样的情境。当主体不能再以有尊严的方式活下去，结束生命的行为就能够得到儒家尊严概念的辩护。

当代西方也有类似的观点，比如大卫·威尔曼（David Velleman）认为，如果一个人不再能够以尊严的方式生活下去，那么他的死就是可以接受的。“如果一个人不能同时保持生命和尊严，他的死则能够在道德上得到辩护……埋葬和烧毁尸体的道德责任就是不让尸体成为一种侮辱的责任。类似地，图书管理员也会销毁撕烂的书，卫兵销毁撕烂的旗帜——都是出于对这些物品的内在尊严的尊重……尊严不仅可以要求保存拥有它的事物，也可以要求毁灭失去它的事物，如果损失是不可挽回的。”[③]

在儒家伦理中，道德的完满应是一个人终生的追求，也是人生命最高的意义和价值，人的生命本身在很多时候只是实现道德圆满的手段。因此儒家学说最关注的并不是自然生

[①] John Hardwig, IS THERE A DUTY TO DIE? *Hastings Center Report,* vol. 27, no. 2 (1997), pp.34-42.

[②]

[③] Daniel J. Velleman, A Right of Self-Termination? *Ethics*, vol.109, no.3(1999), pp 606-628.

命本身，而是自然生命如何超越成为道德生命。在生命的延续与道德相抵触的时候，个体以身体的消亡维护仁和义的道德原则能够维护人的尊严。这种情境中的死亡是通过道德修为获取人生意义的一个步骤，也可被视为生的一部分。在儒家思想中，道德是超越生与死的更高的价值。生本身并不是最高价值，在至高的道德价值面前，生物学生命只是实现道德价值的手段。“不可死而死，是轻其生，非孝也；可死而不死，是重其死，非忠也。”[①]在这里，可死或不可死的标准都是道德价值。很明显生命的价值只是次一级的价值。以道德价值为核心的人格尊严高于生命的尊严。生命的最大意义就是可以让我们不断追求道。轻易放弃自己的生命是会有损尊严的，因为这就等于放弃了自己对于他人和社会的责任。可以继续求道的生命则不应该放弃自身的道德责任，哪怕承受着身体上或精神上的各种痛苦，也必须克服这些痛苦，不能放弃生命，继续以生命来实践道。相反无法继续追求道，或与道背道而驰的生命则是不值得留恋的。这样就为了较低级的价值而放弃了高一级的价值。

儒家的人格尊严高于普遍尊严的观点与康德的伦理学是不同的。康德的伦理学认为，尊严是绝对的无条件的内在价值。理性行动能力是人类尊严的基础。说结束生命在道德上是错误的，是因为错在没有尊重这种价值。但康德的这种观点存在着自相矛盾，因为，根据康德，所有的人类成员因为有自主行动的能力而拥有尊严，但有时为了执行这种自主的道德判断，人恰恰需要牺牲自己的生命。所以生命也就并不一定是绝对的无条件的价值。

因此，虽然康德的伦理学和儒家伦理学都为人的生命赋予了崇高的内在价值，因而生命是宝贵的，但是康德伦理学因为把这种价值绝对化而难以为尊严死辩护，并且如果把康德的原则贯彻到底，还会出现自相矛盾；而儒家伦理学因为坚持主张人格尊严高于普遍尊严而可以为尊严死做出辩护。儒家认为，尽管生命是宝贵的，但如果在某种情境下生命的存在会对这种内在价值构成损害，那么结束生命才符合人的尊严的要求。儒家伦理中道德才是最高价值，人因为具有道德潜能而拥有内在价值，因为道德的行为而具有获得性尊严。如果为了坚持道德上的追求而结束生命，并不是侵犯人的尊严。

三、死亡的尊严与痛苦感受

如果生物学的生命与仁和义的道德价值并不发生直接的冲突，但个体生物学生命的自然延续要伴随着巨大的生理的或心理的痛苦，在这种情况下，自杀或安乐死是否可以得到儒家伦理的支持呢？

儒家伦理与很多西方伦理学理论一样,都区分了有尊严的生活质量和没有尊严的生活质量。这些理论的一个共同点是当生命的质量低到一个不可接受的程度，就应选择死亡。西方对生命质量的定义主要围绕**生命的痛苦**来进行。比如安乐死的定义中就包含患者正遭受不可忍受的痛苦的折磨，并且没有康复的可能。但是儒家生命质量的概念则等同于道德生命的质量。生理性生命的低质量并不能成为儒家伦理支持结束生命的理由。在儒家伦理学中，道德与身体相比具有优先性，甚至身体只是求道的工具而已。即使承受再大的痛苦，只要能够实现道德上的价值，放弃生命就是错误的。

比如司马迁被定诬罔之罪后，如果要活下来就要遭受极大的痛苦，但他仍选择活下来，以腐刑赎身死。他承受巨大的身体和精神上的痛苦，保存生命，为的是创作史记，完成自己的使命。司马迁在被处以宫刑之后，在写给朋友的信中说：“故祸莫憯于欲利，悲莫痛于伤心，行莫丑于辱先，而诟莫大于宫刑。刑余之人，无所比数，非一世也，所从来远矣。”[②]可以说，宫刑是比死还要难受的最耻辱的惩罚。但在他看来，“面对大辟之刑，慕义而死，虽名节可保，然书未成，名未立，这一死如九牛亡一毛，与蝼蚁之死无异。”[③]

[①]李白,《比干碑》，《李太白全集》,中华书局，1999 年，第 1370-1371 页。

[②]司马迁,《报任少卿书》，班固:《汉书》卷62《司马迁传》,中华书局，1962年，第2727页。

[③]司马迁,《报任少卿书》，班固:《汉书》卷62《司马迁传》,中华书局，1960年，第2732页。

司马迁所承受的既有巨大的身体上的痛苦，也有难以忍受的精神上的痛苦，但他选择活下来完成使命的行为在历史上一直受到推崇。可见，如果巨大的痛苦尚不能阻止人承担自己的责任，那么儒家伦理并不支持为消除痛苦而死，反而会鼓励生命的延续。特别是精神上的痛苦在儒家伦理中就更不能够成为死亡的理由，精神上的痛苦恰恰是儒家提倡去克服、去战胜的。在逆境中保持心态平和，对人生的遭遇泰然处之，这些都具有道德上的价值，为儒家伦理所支持。反之，因为精神上的痛苦而选择死亡则会使人丧失尊严。

在这一点上，儒家的观念与西方当代的某些观念有所不同。很多安乐死的支持者认为，当生命的质量低到一个不可接受的水平，生命就不值得过下去。如果“低质量的生命”这个概念把承受不能接受的巨大的心理痛苦也包括在它的内涵之中，那么人就有理由为了结束巨大的心理痛苦而进行安乐死。比如 1991 年发生在荷兰的一个安乐死的案例，就反映了这种观念。荷兰的鲍舍尔（Bosscher）女士身体健康，但因为遭受了巨大的精神打击而要求安乐死。鲍舍尔女士曾因丈夫虐待而离婚，仅有的两个儿子一个于 20 岁自杀，另一个于 20 岁死于肺癌。最终查波特（Chabot）医生为她实施了安乐死。查波特医生的支持者认为，精神上的痛苦与肉体痛苦一样，同样都可能成为不可忍受的痛苦。[①]如果为消除不可忍受的肉体痛苦的安乐死合乎伦理，那么为消除不可忍受的精神痛苦而进行的安乐死也同样可以得到伦理上的辩护。在儒家伦理中鲍舍尔女士的行为被视为懦夫的行径。儒家是反对精神生活的医学化的。中国古代医学中没有精神病学或心理学，也不提倡用医学的干预来解决这些问题。精神上的修炼本来就是道德生活的重要组成部分。

儒家伦理仅在一种情况下支持因为不可忍受的痛苦而选择死亡。这里的痛苦一定是生理上的而不是心理上的，并且这种痛苦已经阻碍了个体实现道德上的价值。痛苦的程度已经让人无法继续履行自己的义务，或者痛苦的程度让个体全然无法顾及道德准则。在这种情况下活下去就很有可能造成人格尊严的贬损。

这种逻辑同当代的康德伦理研究者所提出的观点有相似之处。康德认为人的尊严是无条件的绝对的内在价值。所有的人类都因为有自主行动能力而具有尊严。但是当代的康德哲学的研究者通常都认可“剧烈的，不可补救的疼痛和痛苦”对于人生的质量有着毁灭性的影响。这种痛苦因为威胁了一个人的理性行动能力因而是邪恶的。或者其本身就是一个重要的罪恶，可以遮蔽理性行动能力的重要价值。威尔曼提出，“当一个人的生活中出现了这样难以忍受的痛苦，这个人的全部生活都集中在了这种痛苦上，她就失去了作为一个人的尊严，在这种情况下，对其原来的尊严的尊重可能会允许或甚至要求一个人来帮助她结束他的生命。”[②] 在儒家伦理中，如果主体所承受的痛苦已经让主体无法继续承担责任，不能继续求道，死亡是得到许可的。

当然，安乐死发生在医疗领域中，并且需要有医务人员的协助才能完成，因此除了患者自身的道德考量之外，安乐死的过程也必然会牵涉医务人员的道德，需要把儒家伦理对于医务人员行为的要求考虑进来。

唐代医学家孙思邈所著《大医精诚》，是一篇非常重要论述医德的文献，文中提到，“凡大医治病，……先发大慈恻隐之心，誓愿普救含灵之苦。若有疾厄来求救者……皆如至亲之想……。见彼苦恼，若己有之，深心凄怆，勿避险巇，昼夜、寒暑、饥渴、疲劳，一心赴救……。”[③] 这一论述体现了儒家伦理对医生提出的最首要的道德要求，即医生要有仁爱之心。凡是品德和医术俱佳的医生，在诊治患者时要大发慈悲之心，对患者的肉体和心理痛苦感同身受，看到患者的烦恼，就像自己的烦恼一样，内心充满悲伤，决心将患者从痛苦中解决出来，不畏艰辛地去救治患者。对于前来求治的患者，都要站在其至亲的位置上为其考虑。这种对他人痛苦感同身受的情感体验，是儒家伦理的根基。正如孟子所言：“恻隐之心，仁之端也。”（《孟子·公孙丑上》）。

在患者因为无法忍受疼痛而要求结束生命的情境中，由于儒家伦理要求医生对患者的痛苦感同身受，并且强烈地希望将患者从痛苦中拯救出来，因此儒家伦理不会支持一味的延长患者的生命而无视患者所承受的痛苦。

[①] Cohen-Almagori R. The Chabot case: analysis and account of Dutch perspectives. *Medical law international*, vol. 5, no. 3(2002), pp141-159.

[②] Daniel J, Velleman. A Right of Self-Termination? *Ethics*, vol.109, no.3(1999), pp 606-628.

[③]孙思邈, 《大医精诚》， 王治民主编《历代医德论述选译》, 天津大学出版社, 1990年， 第 95-105页。

历史上，儒家更多地是教育人们培育道德生活的质量而不是维持生物学生命的质量。然而就儒家道德体系而言，本能的同情之心又是一种根本性的道德情感，这种道德情感的重要性导致儒家伦理不能允许我们无视他人过低的生物学生命质量。孟子对于仁的论述完全建立在同情之心这种本能情感的基础之上。普遍的同情之心在儒家伦理中不仅得到认可，而且正是同情之心的存在为仁、行善等儒家伦理的基本概念提供了理论基础。作为人类一员，我们不能无视其他人类的强烈痛苦。这要求我们在止痛上投入更多资源，让临终关怀更容易得到。如果死亡是患者解脱的唯一方式，那么对于医生而言，协助自杀或安乐死的实施与仁的概念是不矛盾的。

四、死亡的尊严与人的自主性

很多当代西方理论认为，人的尊严就等同于自主性。那么在死亡情境中，这一类观点要求我们考虑的最重要的问题就是，接受治疗与否以及接受何种治疗的决定是不是个体自己的意愿。这也就是生前预嘱在西方国家普遍开展的主要原因。美国 35 个州都通过了“自然死亡法”。人们只要愿意，就可以通过签署“生前预嘱”，按照个人意愿选择病危或临终时要或不要哪种医疗方法。在欧洲，“生前预嘱”也已广为人们所接受。在英格兰和威尔士，人们可以依据 2005 年的心智能力法案（Mental Capacity Act 2005）做一份预设医疗指示（Advance Directive）或者指定一份委托书。2009 年 6 月 18 日德国联邦议院通过了一项关于预先医疗指示的法案，从 2009 年 9 月起正式应用。这项法律就是以自我决定权的原则为基础的。2013 年 6 月，中国也出现了第一个生前预嘱协会，协会的创建者将尊严死作为生前预嘱的理论基础。

虽然自主选择的实践在不断发展，但理论上，完全以自主为基础的尊严理论大多包含矛盾，对于相关实践问题的解释也并不充分。比如哈瑞斯（John Harris）把尊严等同于自主设计自己的生活，并不能很好地为他所支持的安乐死辩护。哈瑞斯认为，我们之所以能说我们的生命拥有价值，原因在于我们把价值赋予了生命。我们把价值赋予生命的方法是，我们（尽最大可能）自主地设计自己的生活。是自主性让我们能够自由地塑造自己的生活，而在塑造生活的过程中，我们把价值赋予了自己的生命。[①] 在哈瑞斯看来，选择死亡是人生几大重要选择之一，因此我们不能否定人类选择死亡的权利。既然自主性使人具有价值，禁止安乐死就是对生命的专制，就是对人类尊严的不敬。但下面的论述是有问题的,“如果一个人想死，那么他就没把价值赋给自己的生命，我们帮助完成他的意愿也就没有夺取任何（对他而言）有价值的东西，因此没什么不对。”[②] 决定放弃生命也是自主的决定.如果如哈瑞斯所说是生活中的自主选择使人的生命具有价值，那么做出赴死的决定的过程中，人同样把价值赋予了自己的生命。虽然根据哈瑞斯的理论，这种选择过程让生命客观上有了价值，但客观上拥有价值不能等同于对生命的拥有者自身具有价值。生命的拥有者自身可能不认同或没有意识到这种价值。然而即便是这样，我们也应出于对这种客观价值的尊重而拒绝结束这个人的生命，这才是人的尊严的要求。而不像哈瑞斯所说，如果一个人不认为自己的生命有价值，我们结束他的生命就没有什么不对。

德沃金（Dworkin）的理论也推崇自主性，但同时认为应当限制主体不尊重自身价值的自主行为，这样同样产生了矛盾。德沃金提出，“除非一个人坚持主导自己的生活，否则就不可能通过自己的行为体现生活具有的内在的和客观的重要性。”[③] 德沃金把尊严的

[①] Deryck Beyleveld, *Human dignity in bioethics and biolaw*. New York: Oxford University Press, 2001, pp. 237-239.

[②] Deryck Beyleveld, *Human dignity in bioethics and biolaw*. New York: Oxford University Press, 2001, pp. 237-239.

[③] Ronald M. Dworkin, *Life's dominion: An argument about abortion, euthanasia, and individual freedom*. Vintage, 1993, p. 239.

概念定义为考虑并执行我们自己关于人生意义和价值最根本问题的答案。[①] 但同时德沃金提出，因为我们把尊严赋予每一个人，所以我们也不能够允许别人放弃尊严的行为。因为人们不总是十分了解或能够推进他们的最佳利益。以尊严的方式对待某人有时意味着通过强制性的干预保护其内在价值。德沃金最初把尊严的概念定义为考虑并执行我们自己关于人生意义和价值最根本问题的答案，而他的以尊严的方式对待某人，却又要求我们尊重他人最根本的利益，哪怕这会妨碍到他人执行其对于人生意义和价值的根本问题的答案的权利。

上述尊严观念都认为人的尊严就是对自己生活的自主决定。西方尊严概念对自主性的强调显示这样一种观念，即我们的个人生活的最本质和核心的部分是与他人无关的。可是事实上几乎没有人孤立地生活，每个人的生活都与他人相关，所有的人关于自己生活的决定都与他人的生活有着密切的联系。因而上述理论都没有就人的尊严原则在实践中要求我们怎样去做的问题给予圆满的、清晰的论述。由于假设每个人的人生都独立于他人，人的生活只同自己相关，这类理论很难回答一个人的尊严对他人的要求是什么。也容易混淆个人感觉到的尊严的生活和普遍的、最低的尊严的要求。区分普遍尊严和人格尊严有助于澄清这些问题。

儒家伦理认为普遍尊严是每个人生来就拥有的，只要是生命就应该得到尊重。普遍尊严的要求主要指向他人，一个主体拥有普遍尊严就要求其他人意识到并且尊重他的普遍尊严，出于对普遍的人类的内在价值的尊重，他人甚至可以通过强制的方式保护某一个人的这种尊严。在儒家生命伦理学中，行善原则相对于自主性原则具有优先性就体现出对普遍尊严的保护具有一定强制性。同时儒家并非不重视自主性，这种自主性体现在人格尊严的获得和维护上。要获得人格尊严，就要自主地作出正确的道德抉择。个体的道德立场和个体的道德选择对死亡的尊严有直接的影响。普遍尊严是与他人相关的道德概念，在临终老年人的问题上，普遍尊严意味着家庭、国家和社会对于老年人都有责任。人格尊严在死亡问题上的应用指的是有关如何度过一生最后阶段的观念和理想。人格尊严是一个人在生命最后阶段做出的选择的问题。

对于某一个特定的个体自身来说，其人格尊严高于普遍尊严。但是当我们面对他人的时候，他人的普遍尊严则应是我们最应该看重的。他人所拥有的人的尊严对我们的要求是：我们不应把其他价值凌驾于他人的普遍尊严之上，而应把其普遍尊严当作最高价值。德沃金的理论中准许我们强制性地维护他人的尊严，认为这样是在保护一个人最根本的利益。对照儒家尊严理论，这里的尊严显然是普遍尊严。而德沃金主张通过自主为个体生命赋予的价值则可以用人格尊严来进行说明。这就解释了尊严准许他人干涉涉及一个人最根本利益的问题，同时却在其他问题上鼓励个体行使自主性，以形成体现每个人特殊价值的人格尊严。

儒家伦理中与人格尊严直接相关的是道德自主。西方基于个人主义的个体自主使个体脱离于他人，儒家的道德自主则把个体同他人紧紧地连接在了一起。儒家的人都是承担义务的人，都是群体中的人。儒家伦理对于个体处于各种身份和各种情境中的道德责任有着详细的论述。正是对于群体的责任和义务塑造了个体的身份，对这种特定责任和义务的坚守赋予人尊严。由于履行责任和义务的意愿和行动一样重要，自主地选择履行道德责任和义务对于人格尊严的建构具有更加重要的意义。儒家伦理中考虑到群体与个体关系的自主恰恰能够加深自主的含义。

多数西方观念中的人只属于自己，儒家的人不仅属于自己，而且属于家庭和国家。因此人完全从自己的角度作决定是道德上有问题的。儒家的人的价值主要体现在是否为国家尽忠，为父母尽孝，与人为善。儒家的人是承担责任的并且是与其他人普遍联系的，而非不承担责任的和独立的。一个人应当与家人团结地生活在一起，与朋友和邻居和谐相处，这样的生活被认为是由他人所引导的。儒家伦理非常强调关系，特别是家庭关系，脱离家庭之外的个人目标是道德上错误的。儒家传统中的人的尊严“基于身份的感觉，关联性和

[①] Ronald M. Dworkin, *Life's dominion: An argument about abortion, euthanasia, and individual freedom.* Vintage, 1993, p.166.

生活的意义，深深地嵌入家庭关系和深厚依恋的网络。”[①] 在社会建构的自我和关系中的自我的观念之下，儒家认为家庭的荣誉同样是个体尊严的体现，并且高于个体尊严，“个体的尊严并非不证自明地高于其他价值。”[②]

西方人通过自主选择塑造生活，儒家的人要追求圣人之道，努力让自己的生活符合一个外在的、普遍的道德原则要求。比如在死亡问题上，如果因为自身的病痛、经济原因或心理负担而选择自杀，就相当于放弃了对于他人的责任，断绝了利用生理性生命继续追求道义的可能性。因此这样的自主决策不仅没有维护人的尊严，反而使一个人失去尊严。被生活的困境打倒，放弃责任的人，丧失了人格尊严，也毁坏了普遍尊严。只有生理性生命已经不能支持一个人继续追求道义，结束生命才是被准许的。老年人已经濒临死亡，承受着巨大痛苦，并且没有治愈的可能，也就是说，其生理性生命已经不能支持其继续追求道义的行动，放弃治疗与儒家的尊严原则并不矛盾。

通常只有自主的决定才会与个体的人格尊严有关，如果决定不是个体自主地作出的，那么也就不能体现出这一决定在道德上的价值。康德人的尊严的核心是执行一种自愿接受的道德律的能力，也突出了道德决择中自主决定的重要意义。从现代的自由主义者的视角来看，儒家的生活方式是他律的，因为自由主义者视野中的人是没有责任牵绊的个体。但是对于儒家的家庭建构的自我而言，这种生活方式并不是他律的，因为他们仍旧自己做出决定，这种生活方式并没有让他们感觉到尊严受到侵犯。 对于儒家语境中的个体而言，人的尊严应当植根于道德自主而不是个体自主。虽然道德抉择不能够仅仅以自己的意愿和目的为出发点，人应该从家庭的角度做出有关自己生活的决定,然而儒家仍旧支持自己自主作出的道德抉择，因为自主的道德选择具有更加明确的道德意义。自我决定是儒家人格尊严的前提和基础。

在当前的实践中，因为中国传统“孝”的观念，很多老年人不能按其意愿安静地离世，不能自主作出道德抉择。在中国传统文化中，对待父母的态度，体现出一个人的道德水平，甚至体现一个人是否具有做人的资格。在父母衰老，生命垂危之际，给予充分的照顾，是晚辈的义务。子曰：天地之性，惟人为贵。人之行，莫大于孝。人类的行为，没有比孝道更为重大的了。孝是人类的天性，也是“仁”的原型。“故亲生之膝下，以养父母日严。圣人因严以教敬，因亲以教爱。圣人之教不肃而成，其政不严而治，其所因者本也。”（孝经·圣治）因可见这一天然的情感是儒家伦理的重要基础。一个人如果不懂得孝敬父母，那么他就会失去做人的资格，成为“禽兽”，当然也就不可能具有人的尊严。在这一背景之下，如果父母在生命末期自主决定结束生命，其子女则有可能因为父母作出的这一自主决定而遭受尊严的丧失。这也是当前中国医疗实践中老年人无法按其意愿终止治疗的原因之一，即子女往往为了自身的名誉而反对父母终止生命的自主决定。

事实上，儒家的孝的概念具有多重含义。儒家的孝的内涵包括对父母的恭敬、顺从和侍奉三个方面。恭敬和顺从父母意味着充分尊重父母的主体性，在父母决定放弃生命的时候协助父母，或不阻碍。而侍奉父母的原则则要求子女对于患病的父母尽力救治，尽一切可能留住父母的生命。服从父母和侍奉父母的生命哪一个更加重要？哪个才是更高原则呢？相比于侍奉父母，恭敬和顺从更重要。服从父母是更高原则。有进谏三次，如父母不改变决定，子女只能照做的说法。即“子之事亲也，三谏而不听，则号泣而随之。”（《礼记·曲礼下》）因此在老年人死亡的情境中，长辈的意愿应该得到充分的尊重．对于神志清醒的老年人，子女应服从其自己做出的生或死的决定，而对于神志不清楚的，应该由其家人猜测他的意愿，并忠实地按照他的意愿去做。父母选择死亡的自主决定并不会对子女的尊严构成危害。

[①] JULIA TAO LAI PO WAH, Dignity in Long-Term Care for Older Persons: A Confucian Perspective. *Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine,* vol.32, no.5(2007):465–481.

[②] Lo Ping-cheung, Euthanasia and Assisted Suicide from Confucian Moral Perspectives. *Dao,* vol.9, no.1(2010), pp.53–77.

五、死亡的尊严与社会公正

推进社会的公平正义是形成道德标准的重要依据。儒家伦理中的人本质上是处于群体之中的个体，是否有益于群体的发展是个体道德抉择的重要考量因素，同儒家的人的尊严有直接的关系。因此，有必要在社会公正的视角下探讨儒家理论中的有尊严的死。

医疗资源分配公正与否一直以来都是与死亡的伦理密切相关的问题。在儒家伦理中，我们也可以找到相关的论述。相比普遍尊严，儒家的尊严观念认为人格尊严具有优先性。也就是说道德上的追求高于生命本身的价值。比如众所周知，儒家伦理支持个体为了仁、义而赴死。由此我们可以推导出，儒家伦理同样会支持为了仁、义而施行的安乐死。比如“老而不死是为贼”就体现出为了社会整体的善而牺牲老年人的观念。孔夫子曾骂他的老朋友原壤：“幼而不孙弟。长而无述焉。老而不死是为贼!”，意思是说：“小时候不懂得尊老爱幼，壮年时没有什么成绩，老了迟迟不死，这样的人是社会的祸害。” 在儒家语境中，因为道德的价值绝对高于生命的价值，所以老年人耗费公共资源维持自己衰弱的生命就可能是道德上有问题的。这种生活的方式有碍于人格尊严的获得和维护。

但与之相对，儒家理论中也包含着否定安乐死的观念。其中之一是基于儒家大同社会的理论。大同社会的理论包含着赡养老年人的观念。《礼记・礼运篇》中记载有孔子讲给子游的一段话：“大道之行也，天下为公。选贤与能，讲信修睦。故人不独亲其亲，不独子其子，使老有所终，壮有所用，幼有所长，矜、寡、孤、独、废、疾者皆有所养。”（《礼记・礼运篇》）儒家认为好的社会是大同，各种弱势群体，包括年老者，都应得到基本的生活保障，即使他们在消耗社会资源的同时没有对社会作出显著的贡献。根据这一观点，有学者提出儒家的为了道义而牺牲生命的理论并不适用于安乐死的情境。[①]好的社会应该是鳏寡孤独皆有所养。

推崇为道义而死和老有所养的景愿之间表面上的矛盾，也可以由儒家对于人的本质的理解而得到解释。儒家伦理中没有独立的个人，最基本的伦理原则都是来自于个体对他人和对群体的义务。不同的个体在群体中处于不同的地位，扮演不同角色，这也就决定了儒家的伦理是高度情境化的。“老而不死是为贼”是年老的孔子对同样处于暮年的老朋友所说的，因此在很大程度上代表的是老年人的立场。老年人从自己的道德立场出发，认为不应为了维持虚弱的生命耗费更多医疗资源，特别是如果维持的最终结果还是死亡，那么不如把资源应用于更有建设性的事项上。而“鳏寡孤独皆有所养”是孔子对年轻人的训导，体现的是年轻人应当采取的立场，即对父母尽孝和善待社会上的其他老年人本来就是不可推卸的责任。儒家伦理中，一个人对自己的尊严的考量总是要涉及到他人。儒家语境中没有独立的个体，只有承担各种责任的、与他人和群体紧密相连的个体，每个个体对自身人格尊严的理解都不能脱离自身在群体中的位置。

年轻人对老年人的尊重和侍奉在最主要的方面维护的是年轻人自身的尊严。从老年人维护自身尊严的角度来看，年迈的临终患者为避免增加家庭和社会的负担选择放弃生命则不失为其维护人格尊严的方式。当代的中国人很多都支持这样的观点，即社会的利益比个体的利益更重要。于是在针对安乐死合法化的争论中，一个不断被重复提出的观点就是安乐死的法律实践可以减轻家庭的经济和情感负担，给国家节约钱，节约医疗资源用于更加有成效和有建设性的目标。[②] 当前中国支持安乐死的观点很多都是基于这样的理论。

另外一种否定安乐死的观点则基于对儒家所推崇的利他性自杀的效果论考量。有学者认为，虽然因为道义高于生命，儒家很多时候会鼓励利他性的自杀。但这种对于利他性自杀的肯定也不适用于安乐死的情形。因为利他性的自杀常常意在给他人带来一个积极的利

[①] Ping-cheung Lo, *Confucian views on suicide and their implications for Euthanasia*. in *Confucian bioethics*, Edited by Ruiping Fan. Boston, MA: Kluwer Academic Publishers, 1999, pp. 624-641.

[②] Lo Ping-cheung, Euthanasia and Assisted Suicide from Confucian Moral Perspectives. *Dao,* vol.9, no.1(2010), pp.53–77.

益，但是如果以消极地移除家庭和社会的负担为形式的利他性自杀则不受到鼓励。因此虽然儒家伦理支持利他性自杀，但不能论证利他性安乐死。[①]

但在当前的医疗领域，各种高新技术造成越来越高的医疗消费，但同时这些技术发挥作用的空间则非常有限。比如费用昂贵的生命维持设备只能维持低质量的生命，却不能对改善健康状况发挥作用。这类治疗所耗费的医疗费用如果用于能够治愈的或者经治疗后生命质量能够显著提高的疾病，则能够使有限的医疗医疗资源发挥更大的效用。这样看来，利他性自杀给他人带来的积极的利益和消极的利益是可以相互转化的。临终患者通过安乐死所节约的资源就会转化为另一个群体的积极利益，可以被治愈的患者将得到帮助，获得积极的利益。

六、结语

综上所述，在儒家的伦理学中，生理生命的终结或承受巨大痛苦并不必然导致尊严的丧失。在死亡情境中，个体是否能够自主地做出选择，以及个体的行为是否有益于群体的利益，和儒家的死亡的尊严概念之间有着更直接的联系。在儒家理论中，人之为人的资格就来自于人的道德属性。人生就是一个道德修为的过程，死亡是人生的一部分，是道德修为的最后一个环节。因此对于与死亡相关的伦理问题，同样应进行以道德为核心的考量。死亡过程中，自主的行为才能让主体的行为具有道德意义，而群体的利益则一向是儒家道德修为的最重要的目标。

在儒家理论中，尊严概念所具有的两种含义都与道德有着密切关系。普遍尊严的基础是每个人类个体与生俱来的道德潜能，而人格尊严的基础是个体所做出的道德选择和道德行为。普遍尊严的道德要求指向他人，要求别人给于我们基本的尊重，类似于宪法中所规定的人人享有的基本权利。人格尊严的要求则指向个体自身，鼓励个体完成自己的义务。儒家伦理中，履行义务包含在人的本质规定性之中，事关个体能否获得做人的资格，因而必然与个体的人的尊严相关。每个个体都应当不断向儒家的理想人格靠近，成为君子或圣人，由此获得更高程度的人格尊严。

很多传统的和当代的伦理学理论都强调尊严是不可丧失的，与美德、行为或成就无关，并且对于每个人类个体而言，尊严是绝对平等的。但现实中我们又常常感到某些境遇下的人失去了尊严，或感觉到不同的人有着不同程度的尊严。因此理论和常识之间似乎存在着矛盾。儒家双重结构的人的尊严概念通过普遍尊严和人格尊严区别和联系，解释了理论上不可丧失的、平等的尊严和现实中的可能丧失、不绝对平等的尊严之间的关系。

事实上，尊严的这两种含义并非仅仅出现在儒家伦理思想之中，西方很多伦理传统中也论述了相同的观点。比如康德的尊严概念体现的是普遍尊严，而美德伦理学强调的则是人格尊严。两种尊严含义的区分不仅在一定程度上化解了理论与常识之间的矛盾，而且有益于解决当代关于死亡的尊严的理论争论中概念的混乱。对于死亡的各种医疗实践持有相反观点的各方往往强调的是尊严的两种含义中的一种。以儒家的尊严概念为参照进行分析，将有助于当代不同的理论之间的对话。

Dignity of Death from Confucian Perspective

Li Yaming, Li Jianhui

In Modern Healthcare, the wide use of new technology brought us bewilderments on how to protect human dignity. There are heated debates on how to protect human dignity, especially in

[①] Ping-cheung Lo, *Confucian views on suicide and their implications for Euthanasia*. in *Confucian bioethics*, Edited by Ruiping Fan. Boston, MA: Kluwer Academic Publishers, 1999, pp. 624-641.

the medical practice about dying. In this paper, we try to restore the view of Confucianism on euthanasia and assistant suicide, and then reconstruct the Confucian theory of the dignity of death. This paper will also compare the Western views of dignity of death with the Confucian one. The Confucian concept of human dignity can offer a new perspective for understanding the dignity of death. It will not only contribute to analyze and understand many practical issues in healthcare, but also contribute to resolve the confusion of concepts and theories in the Western research on the dignity of death. The Confucian ethics will deepen our investigation on the dignity of death.

（作者李亚明，首都医科大学医学人文系副教授；作者李建会，北京师范大学哲学与社会学学院教授）。

中國醫改中市場化的困境——從魏則西事件說起

張穎
香港浸會大學宗教及哲學系

2016 年 4 月，一個年輕人的死亡引起中國社會極大的關注，他的名字是魏則西。[1] 毫無疑問，魏則西事件遠遠超越了事件主人公本身的命運，成為審視當下中國社會諸多問題，尤其是醫療體制問題的一個視角。在眾多聲討的文章中，除"百度"搜索引擎之外，"莆田系"和"民營/私人資本"在中國當今的醫療市場所起的作用成為媒體質疑和譴責的主要對象。不少人將魏則西之死指向民營資本和公立醫院"聯姻"以及其背後所形成了一個利益鏈條。人們憤怒地痛斥那些"見利忘義"讓"白衣天使"成為"黑心魔鬼"的醫院和當事醫生。一句"一旦醫院被利益迷住了雙眼，必然會做出損害人民利益的事情"讓醫療服務的提供者成為當今中國喪失道德底線的化身。由此，[莆田系→民營資本→市場經濟→追逐利益→草菅人命] 成為一個不可質疑的邏輯連環。隨之而來的就是主張恢復政府管控，放棄市場改革的種種聲音和論調。這裡，我們要問：中國醫改的市場化是否已經走到了絕境？

從 1985 年中國全面醫改啟動，到如今已經 30 多年了；自 2005 年新一輪醫改討論到現在也已超過 10 年，期間取得的成就不可忽視。譬如：不少民營或私家醫院通過管理制度杜絕了醫務人員收"紅包"現象，並通過減少藥品采供環節，減少了醫藥行業"商業賄賂"現象的發生。由於公立醫院的改革並沒有讓看病難、看病貴、以藥補醫等諸多問題得到多大緩解，民營或私家醫院多多少少解決了部分人求醫的需要。那麼，如何看待中國醫改中市場化的困境呢？本文試圖從三個方面探討這個問題：1）如何界定醫療體制的市場化和商業化？2）醫療市場化的醫療服務體系是否與社會公益化相互矛盾？3）我們可以從西方的醫療市場化和商業化的模式（如香港和美國）中吸取哪些經驗？

一，醫療體制的市場化和商業化

所謂現代醫療/醫院是基於西方的現代醫學/醫療的模本，與中國傳統的中醫的醫療方法以及經營模式都有很大的差異。當代的醫療體制（healthcare system）是指提供醫療服務（即看病、治病）的體制或機構（institutions）以及社會資源（resources）。一個國家的政府根據社會大眾對健康的需求和現有的醫療資源的水平設置一個盡量完善的醫療體制，其中包括人們基本的看病、治病的醫療保障，即醫療體制的主要定義，也包括公共衛生機制（public health），以維繫一個正常有序的社會健康管理模式。在西方社

[1] 魏則西，中國西安科技大學電腦專業學生，滑膜肉瘤晚期患者，2016 年 4 月 12 日去世。生前在網絡上发帖寫道，他在求醫的過程中，通過百度搜索引擎看到排名前列的武警北京總隊第二醫院，因該院李姓主任所稱的"生物免疫療法"、"斯坦福技術"所蠱惑，在花費二十多万元後，病情不僅没有好轉，反被延誤救治。

會，醫療提供者可以是政府、勞工工會、各種慈善組織（以宗教組織為主）或市場服務，其中主要的是政府和市場。根據世界衛生組織（WHO）的定義，醫療體制"包括所有用以促進、恢復或維持健康的組織機構、資源及其進行的各項活動。"[2] 作為一種體制，醫療體制與社會的其他形態的體制，如教育體系、經濟體系、政治體系等具有共通性，但同帶有它的特殊性，因為醫療直接關乎人們的健康和生命。一般來講，一個社會的醫療服務模式集中反映了這個社會大眾和政府對健康文明生活的訴求、理念和願景。

由於醫療體制涉及醫療資源和有效分配的問題，因此出現政府計劃和市場經營的模式，如同經濟模式，有計劃經濟和市場經濟兩種模式。市場化的經營模式強調醫療服務的效益和醫療服務的自由選擇。例如在美國，大多數的醫療保障體制是有市場化的私營部門提供，而美國政府則是提供較為輔助性質的公共醫療保險、以及針對特殊人群的特殊醫保計劃，如醫療輔助計劃（Medicaid 和 Medicare）、兒童醫療保險計劃（Children's Health Insurance Program）以及老兵（即退伍軍人）健康管理等。另外，還有一些醫療機構屬於公益性的非營利（non-profit）組織，大多由慈善或宗教團體經營，各個州的地方政府也有針對弱勢群體的醫療機構（包括州立大學屬下的醫院以及地方縣、市的小型醫院）。[3] 醫療保險是美國醫療保障體制中的重要部分；醫療保險分為社會保險和私人的商業醫療保險兩種。大多數美國人使用的是商業醫保，其中可以分為兩大類：一類是自選式保險計劃，投保者可以自由選擇醫院和醫師，但保險費相對較高，而且需要自己負擔部份的掛號費和醫療費；[4]另一類是管理式保險計劃，保險費自選式相對便宜，看病只要付少量的掛號費，基本上不必再承擔其他費用，但醫生和診所必須在保險公司指定的範圍之內，如果要看指定範圍之外的專科醫生，事先必須得到保險公司的認可。

在醫療改革之前，中國的醫療體制基本上是政府計劃管理模式，即所謂的公費醫療體制。當時，中國政府模仿其他共產主義國家（如蘇聯、東歐）的全國性醫療體系。換言之，政府擁有並運營所有的醫療機構和組織，所有的醫護人員皆為政府的僱員。政府計劃的管理模式以公益性為目標，力圖滿足社會大眾的基本醫療衛生服務需求。在一定程度上，這種以政府計劃為導向的管理模式為社會（特別是城市居民）提供了所需要的醫療服務和保障，中國許多大城市的國民綜合健康指標達到了世界中等收入國家的水平。但與此同時，中國改革前的原有體制亦存在不少嚴重的問題，譬如，國有的鐵飯碗和大鍋飯體制導致不少醫護人員對待工作缺乏熱情；很多醫生更是沒有動力提高自己的業務水平，造成醫療水平停滯和醫院管理的官僚化傾向。就醫療資源來講，從對特權階層人士的特殊照顧和"不惜一切代價的搶救"到一般百姓"一人生病全家吃藥"以及"小病大醫"等社會現象的存在，導致醫療資源由於缺乏合理的利用而出現大量的浪費現象。

[2] 參見 WHO, "Global Strategy for Health for All by the Year 2000, 1981.

[3] 參見<2006 年美國眾議院政府責任辦公室報告> "Non-Profit, For-Profit and Government Hospitals" (GAO, May 26, 2006), pp.1-28.

[4] 商業醫保分為個人計劃和家庭計劃兩類。家庭保險允許一人購買，涵蓋全家，包括配偶和未成年子女。

與城市相比，農村的狀況更差。改革前的農村由於醫療資源的匱乏，城鄉之間的醫療差距巨大。上世紀 60、70 年代曾經出現過所謂的"赤腳醫生"，即當時"半農半醫"的鄉村社區衛生工作者。他們為農村的基本醫療服務作出了特殊的貢獻，被認為是中國"從實際情況出發，解決八億農民看病吃藥問題的成功經驗，"是"成功的衛生革命。"[5] 在 1952-1982 期間，中國農村的嬰兒死亡率逐年下降，一些傳統的傳染病（如血吸蟲病）也被徹底根除。"赤腳醫生"的出現，也恢復了人們對傳統中醫的興趣和認識。目前，有學者重新審視赤腳醫生的特殊歷史以及它對當前鄉村合作醫療的制度的啟示。內地學者方小平以中國浙江省富陽縣作為研究的個案，研究當地自 50 年代以來，特別是 70 年代以後赤腳醫生（包括中藥）制度的使用以及農村醫療合作化的經驗。[6] 文章指出，改革開放後，赤腳醫生和農村醫療合作化制度的瓦解，導致農民失去了基本的醫療保障。許多家庭因疾病陷入極度的貧困，造成農民"小病拖，大病扛，重病等著見閻王"的局面。方小平認為，赤腳醫生和農村醫療合作化制是中國二元體制下的產物，是農民靠自己的力量在醫療保障分配極為不公的情況下的一個創舉。文章最後指出，地方政府如何在市場經濟中找到新的農村醫療合作化的制度，仍是一個需要探討的課題。這裡需要說明的是，方文寫於 2003 年，到現在十幾年過去了，目前農村已有了新農村醫療保險，但發展較為遲緩，覆蓋率仍有限。

自上世紀 80 年代經濟改革開放醫療，中國的醫療體制也隨之發生一系列的變革，出現了市場化和商業化的模式，以改變原有醫療體制單一、低效的模式。中國醫療體制的市場化主要體現在兩個方面：1. 民營或私家醫院的出現；2. 民營或私人資本進入公立醫院。一般百姓最關心的還是價格問題，因為醫改的直接結果是費用的飛速上漲，而很多人會自然地把費用的上漲看作市場化的結果：醫療資源有限，供求不平衡導致價格的提升。因此很多人認為，醫療是政府的責任，政府應該在醫療保障和服務上下功夫，實行全民醫療保障制度（national healthcare 或 universal healthcare）。

在歐洲很多發達的國家、北美的加拿大、亞洲的新加坡、還有台灣、香港等地區都有不同程度的全民醫保制度，美國奧巴馬總統執政以來，一直推行美國的全民醫保。更有不少學者從人權的角度論證全民醫保的道德意涵。例如，美國著名的醫學倫理學家丹尼爾斯（Norman Daniels）在他的《正義的醫療保障》（*Just Health Care*）一書中明確提出"醫療保障之權益"（rights of healthcare）的概念。[7] 丹尼爾斯以"健康需求"（health needs）為基本框架希望建構一個醫療平等和正義的社會，認為每個人都有接受"良好的、最低限度的醫療保障"（decent minimum care）的權利，因為醫療保障是一個人維繫其基本尊嚴的保障。<世界人權宣言>（Universal Declaration of Human Rights）第 25 條例把醫療放入人的基本權利之一；同樣，<世界衛生組織憲章>（Constitution of World Health

[5] 參見《1983 年中國衛生年鑑》。（北京：人民衛生出版社，1983 年），頁 39。

[6] 見方小平<赤腳醫生與農村醫療合作化制度>，《二十一世紀雙月刊》，10 號，79 期，2003 年。

[7] 按照丹尼爾斯的說法，這裡所說的權益既是道德意義上的，亦是法律意義上的。 見 Daniels 的 *Just Health Care* 一書（Cambridge: Cambridge University Press, 1985）。

Organization）強調醫療體制下不分宗族、不分宗教信仰、不分經濟地位的人人平等。歐洲社會福利體制的全民醫保亦是基於類似的思想，認為政府理所當然應該承擔醫療的責任。2005 年，聯合國教科文屬下的生命倫理學和人權委員會發表<世界生命倫理學和人權宣言>（Universal Declaration of Bioethics and Human Rights），更明確地將就醫的權利和人權直接掛鉤。

像丹尼爾斯這樣持醫療保障平等和醫療資源再分配原則的學者往往會質疑醫療體制的市場化和商業化，而他們質疑的原因主要來自"平等"原則（即有錢人能買到更好的醫療是不道德的），而非市場化和商業化導致醫療質量的下降。事實上，在美國或香港這樣的資本主義社會，私家醫院的質量往往會比公立醫院更好，私家醫院的醫生更不會因為追逐利潤而犧牲醫療品質[8]。換言之，在一個健康的市場環境，市場化和商業化並不等於倫理道德的喪失。那麼，中國醫改中的市場化出現的問題究竟是什麼？在中國特殊的語境下，一個人靠市場來決定醫療保障是否比靠官位等級來決定醫療保障更為"平等"？

二，市場模式的倫理向度

談到這個醫療的市場化和商業化，人們馬上會有幾種抱怨：1. 市場化令醫療費用不斷上漲；2. 市場化讓醫院"見利忘義",讓"白衣天使"的醫師成為殺人的"魔鬼"；3.市場化為官商勾結提供了方便的平台。雖然這樣的批評表面上看似乎有一定的道理，但論點和論據都有問題，因為這樣的觀點過於妖魔化市場，將中國社會存在的其他問題簡單地歸罪於市場。

首先，讓我們審視一下醫療費用上漲的問題。毫無疑問，過去 20 年，中國醫療費用的快速上漲是一個不爭的事實。然而市場化絕非上漲的主要原因。實際上，醫療費用的上漲是一個全球的問題，特別是在發達的國家。原因有幾個：1. 由於醫療科技的發展，過去的絕症可以有機會醫治，導致醫療需求的增加；2. 人口的老齡化大大增加了需要醫療保障的人口以及更為複雜的醫療服務；3. 疾病譜的轉型提高醫療研究的費用；4. 與醫療保健相關的商品價格上漲幅度高於通貨膨脹率，原因之一是很多醫院進口不必要的高價醫療設備，這些成本最終由患者埋單。。因此，看病貴是一個複雜的社會問題，不單單是市場化的原因。至於政府是否可以靠制定政策，人為限制價格的提高（如診療費、掛號費、藥費）是個經濟學問題。從經濟運行的規律來看，政府限價一定會有副作用，就像在紐約、香港這樣的城市限制房價一樣。那麼，政府是否可以不把醫療當作一般商品，而是看作一個公共商品（public goods）或一種純粹的福利？就此，美國的另一位

[8] 筆者在美國休斯頓（Houston）居住多年，距離世界首屈一指的德克薩斯醫療中心（Texas Medical Center）不到五分鐘的車程。醫療中心聚集了美國最頂級的私家醫院和醫療研究中心，如 MD 安德森癌症中心、德州兒童醫院、德州婦女醫院等，吸引了世界各地的人來中心看病、治病，包括那些自稱享受福利社會全民醫保國家的政客們。

著名的醫學倫理學家恩格爾哈特(H. T. Engelhardt, Jr)持有與丹尼爾斯截然不同的觀點。恩格爾哈特認為，由政府提供的、社會福利式的、單一的醫療保障具有以下幾個弊病：

1. 無法界定丹尼爾斯所說的"平等的、良好的、最低限度的醫療保障"；
2. 高質量的全民醫保不可持續；
3. 針對醫師和患者來說，都無法有自由的選擇；
4. 醫療費用難以得到有效的控制；
5. 醫療保障擁有者不負責任的道德風險（如免費的東西，不花白不花的心理）。[9]

恩格爾哈特的觀點的確令人深思。將擁有醫療保障看成是天賦人權，聽起來很動人，似乎站在了道德的至高點，但背後確實存在諸多被掩蓋的問題，尤其是自由選擇和治療質量的問題。否則很難解釋為什麼在奧巴馬醫療改革中，近一半的美國人反對他的全民保險法案。當然，也會有人站出來說，這是美國社會過於個人主義的所致。從過去兩年"奧巴馬醫保"（Obamacare）實施的真是現狀來看，一部分人（原來付不起醫保的人）的確從中獲益，而另一部分人卻由於這個計劃而受到傷害（保險被取消或價格被拉高）。由此觀之，一個人人獲益的醫療保障制度在現實中難以實現。

這裡應該補充的是，對於患者來說，在醫治過程中的確存在"醫療保障之權益" 的問題，但不是就擁有"醫療保障之權益"（rights of healthcare）而言，即所謂的本應擁有的 "保障的權利"（entitlement），而是就患者在治療過程中所擁有的不是傷害之權利而言，即所謂的醫療人權（rights of patients）。譬如，1973 年，美國醫院協會所通過的"病人/患者權利法案"（The American Hospital Association Patent's Bill of Rights）; 1998 年，又有"1998 年病人/患者權利法案"（Patent's Bill of Rights Act of 1998）的條例出爐，其中包括病人/患者的知情權，如可近性（access），平等性（equality），參與性（participation）等等。1991 年，英國通過"病人/患者憲章"（The Patient Chart），界定病人/患者應有的權利。其實，西方學界針對上述的法案也存在不少爭議，特別是就病人的平等性和參與性而言。但在保障病人的基本權利，即"防禦權"或"消極權利"（negative rights）這個問題上，學界的意見基本是統一的。

雖然中國傳統的醫學理論沒有明確的"權利"概念，但在當今社會的環境下，上述的權利概念還是具有一定意義的，特別是醫療市場的出現，因為"權利"作為患者不受傷害的保護機制尤為重要。與此同時，現代醫療醫患關係愈來愈喪失傳統的關係，而注入了服務提供者和顧客的商業關係;在這個關係模式中，雙方應有的權利和義務都是非常重要的。就醫院和醫師而言，他們決不能因利益而無視病人/患者的在醫治過程中的權利。魏則西的悲劇恰恰說明中國的醫療體制在市場化的過程中，缺乏保障患者權利的機制。目前

[9] 參見Engelhardt, "The Family in Transition and in Authority: The Impact of Biotechnology", Shui Chuen Lee (ed.), *The Family, Medical Decision-Making, and Biotechnology, Philosophy and Medicine Series*, Vol. 91, New York: Springer), pp. 27–45

醫療體制中由西方引進的“知情同意”（informed consent），與其說是保護病人/患者的權利合同書，不如說已成為保護醫院以及醫護人員免責的工具。當然，長期的政治動盪和文化虛無主義也使很多醫護人員缺乏“醫者仁心”的情懷。

第二，中國醫改後的很多公立醫院都是遵循市場的“自收自支、自負盈虧”的模式在運營。但問題是，市場化是否讓醫院“見利忘義”,讓醫生喪失公益呢？眾所周知，一個正常的社會對每位醫生有所謂“專業倫理”規範（professional ethics）的要求，無論這位醫生是在公家醫院還是私家醫院任職。譬如，香港有一個由香港醫務委員會制定的<香港註冊醫生專業守則>。根據 2016 年的修訂本，<守則>明確說明香港醫務委員會的角色，界定醫學倫理國際守則以及《日內瓦宣言》。<守則>的引言開篇部分這樣寫道：

> 醫學有別於其他專業， 醫護人員有拯救性命和舒緩痛楚的特殊道德責任。醫學倫理強調此道德理想遠較個人利益重要。最早期的醫學倫理源自希波克拉提斯宣言（Hippocratic Oath，公元前四世紀）。雖然《醫生註冊條例》（第161章）授予醫療專業人士高度的專業自我規管，但有關人士必須奉行一套以崇高道德價值、保障病人權益和堅守專業誠信為目標的嚴格行為守則。[10]

<守則>嚴格規定醫生專業的操守及責任，以及“專業失當”的定義。醫務委員會有權在考慮每宗個案的證據後， 判斷醫生的行為是否未達應有水平。醫務委員會作判斷時將參考醫生專業的成文及不成文規則。需要指出的是，<守則>是針對香港的所有醫護人員，私家醫生或醫院並非由於市場因素，而不受<守則>的要求。

中國內地近幾年沒有少談醫生的專業精神以及醫生應有的責任和道德，但在現實生活中，我們常常會看到責任的缺失；而所謂的醫療倫理委員會也往往是花架子，並未能做到監督的醫院和醫生的功能，或在醫療糾紛中起到調解的作用。不久前，美國科學院院士，哈佛大學公共衛生學院教授蕭慶倫（William Hsiao）與布魯曼索爾（David Blumenthal）醫師在《新英格蘭醫學雜誌》（*The New England Journal of Medicine*）上聯合發表文章，題為<來自東方的教訓—中國醫改的困局>。他們在肯定中國醫改的同時對目前的醫療狀況提出了嚴厲的批評。[11] 文章指出，中國的醫療制度缺乏專業精神（professionalism），而這正是中國醫改中的一大難題。在美國，醫生的專業精神包括專業知識和技能（specialized knowledge）、完成專業工作的能力（competence）、誠實與正直（honesty and integrity）、勇於承擔責任（accountability）、自我約束力（self-discipline）以及自我形象的維繫（self-image）。雖然在美國也有醫生違背專業理論、甚至犯法的個案，但絕大多

[10] 參見<香港註冊醫生專業守則>，http://idv.sinica.edu.tw/cfw/article/The-Framework-of-the-Right-to-Health-(chines).pdf 引於 06-10-2016。

[11] 參見 David Blumenthal 和 William Hsiao 合作的“Lessons from the East — China’s Rapidly Evolving Health Care System”一文。（*New England Journal of Medicine*, 372:1281-1285, 2015）。有意思的是，文章亦提到中國“赤腳醫生”的傳統，認為這個傳統仍然可以成為當今中國農村醫療改革的模式。

數的醫護人員都是注重專業倫理要求的。反觀中國目前的狀況，正是由於傳統倫理道德的喪失加之現代專業精神的匱乏，促使不少醫護人員在患者利益和自身經濟利益發生衝突時選擇了後者。

由此可見，中國醫改的市場化過程中，沒有傳統醫學倫理的支持，沒有現代專業規範的支援，也沒有醫生獨立的行會的協助。[12] 與此同時，來自政府給醫院和醫療人員的資助愈來愈少，特別是醫生的收入[基本工資] 過低，造成醫院（包括公立醫院）和醫護人員不得不想盡辦法掙錢（以藥養醫、過度醫療等），即所謂的"創收入、求生存"。其結果是，一方面是醫療資源的浪費，一方面是一部分人得不到應有的醫療保障。同時，醫患矛盾逐年強化，甚至出現醫鬧、患者或家屬傷害醫師的現象。中國醫患的關係，到了今天這樣相互猜疑、相互仇視的地步一方面與醫療體制本身有關，一方面與中國在整個現代化的轉型中（包括市場轉型）所存在的問題相關。

現代的[西式]醫院除了醫學技術的變化，人與人的關係也不再是傳統的熟人社會的關係，醫患關係亦如此。儘管我們提倡"醫者仁術"、"醫者仁心"的傳統理念和美德，但我們不得不面對現代都市陌路人關係的變化。在當今中國，很多醫生一天看幾十個病人，要求醫師把病人個個當"親人"對待是不現實的期盼，但是要求醫生履行醫護人員的專業道德是不過分的，即醫院和醫師都需要最基本的契約精神。 如果一個社會只看市場、效益、利益，不講專業道德，不講契約精神，那麼，這個市場一定是畸形的，是不可持續的。資本的血液天生不是神聖的，但也不是天生就邪惡的。所以經濟學家常常說，市場只是手段；市場就像醫師手中的手術刀，既可以用來救人，也可以用來殺人。根據顧昕在<醫治中國病：醫療體制改革的兩條路線之爭>中所提供的調查報告，中國醫療的問題不在於醫療機構是私立還是公立，而是醫療服務社會公益化是否充分制度安排的問題。作者進一步指出，國際衛生政策有關研究顯示，"醫療服務團購者的所有製形式與其績效表現（尤其是費用高低）之間沒有明確的關係。民營機構的發展與社會公益性的推進也不一定必然呈負相關。"[13]

回到魏則西的案例，這是一個"中國式求醫法"的典型案例。首先，患者對醫療信息缺乏。這個案子的責任方之一，是中國的搜索引擎百度，一家由於自身的利益為網絡使用者提供了虛假的信息的公司。網民都在感嘆，如果有谷歌（Google），魏則西和家人就會得到正確的醫療信息。筆者需要提醒大家是，在谷歌引擎上尋找信息的確會更可靠，但前提是要用英文去尋找，而不是中文，因為使用中文很有可能也會像百度那樣看到錯誤的、虛假的信息。谷歌可以盡量保障英文信息的正確性，但無法保障中文的。從另一方來看，網絡上的虛假信息說明使用中文的騙子很多，而百度的監管又嚴重的缺失，相關部門的

[12] 針對這個問題，也有學者呼籲傳統價值的回歸（如儒家的美德）以建立醫護人員的操守。見范瑞平，<誠之者:醫學人文走進臨床之道>,《當代儒家生命倫理學》（北京：北京大學出版社， 2011）。

[13] 參見顧昕在<醫治中國病：醫療體制改革的兩條路線之爭>《二十一世紀雙月刊》，12 號，104 期，2007 年。

監管也嚴重的缺失。魏則西的悲劇在於在錯誤的信息下，又遇到毫無專業倫理的醫院和從業人員。由此觀之，魏則西的案例反映的不僅僅是中國醫療體制的亂象（虛假宣傳、過度醫療），也反映了中國整個社會的亂象。[14]

第三，醫療市場化確實為官商勾結提供了方便的平台。把莆田系看作民營化、市場化的典範是對健康市場和私營企業的羞辱。莆田系之所以可以做大，壟斷中國的醫療體系，正說明這個醫改中存在不規範化、甚至腐敗的狀態。如同其他行業不少的所謂民營企業一樣，莆田系的猖狂是官商勾結的結果，而這一結合造成多年來莆田系的醫院無人監管的，或在背後撐腰的局面。在一個法治有效的社會，像莆田系這樣的醫院不知會吃多少官司，應該早就被停業了。然而，在當今的中國，患者很難通過正常的法律程序訴訟醫院或醫生，因此才會產生具有中國特色的醫鬧現象。

本文談到的美國和香港這兩個自由經濟制度的代表，兩個社會的政治制度有所不同，但都沒有排除醫療體制的市場化和商業化的操作，也沒有因此出現市場的失控狀態，或者由於市場，導致醫療人員道德缺失的困境。因此，面前中國醫改所面臨的問題，不是市場化的問題，而是缺乏與市場相互作用的其他應有的應對機制的問題，包括職業精神的確立與維護，法律的保障，政府相關部門和大眾媒體的有力的監督等等。

另外，從效益和公益的角度去看，利和義並非一定是相互對立的關係。在中國傳統的儒家文化中，一直強調二者的平衡。公立醫院以服務社會的健康為主導，但並不意味著在經營管理上不講效益；私立醫院要需要考慮效益的因素，但並不意味著不講治病救人的責任。顯然，雙軌制是最佳的方案，公私體系發揮各自的長處，彌補對方的局限。特別是談及公立醫院的公益性問題是我們必須指出，公益性的實施一定是在保證醫療服務質量和效率的前提下，否則所謂的公平性和適宜性大會大打折扣。

三，醫改走出困境的可能性

十年前，即 2006 年，中國九三學社中央委員、山西醫科大學教授吳博威認為，一些經營規範、技術力量雄厚、特色鮮明的各類民營醫院發展較好，在醫療改革中發揮著應有的輔助作用。他指出，民營醫院是對國家衛生資源的補充，而且民營醫院對公立醫院深化衛生體制改革起到了促進作用：“從總體上看，我國現有的民營醫院具有經營機制靈活、融資管道多元化、市場開拓意識和服務意識強等優勢，滿足了人們日趨多樣化、多

[14] 誘導治療、過度治療是當今醫療制度中的普遍現象，並非民營/私營醫院的專利。其實，中國的醫療體制一直是政府的公立醫院佔主導地位。因此，將現在出現的醫療領域的種種問題歸結於市場化的民營醫院和私人資本顯然是一種輿論誤導。

層次的就醫需求，已成為我國醫療衛生事業的重要組成部分。民營醫院的出現和發展，有效地優化了醫療資源配置，較好地滿足了群眾的醫療需求。通過競爭，促進了公立醫院的改革與管理，使整個醫療市場無論從技術、服務還是價格，更貼近老百姓的實際需要和經濟承受能力。從而為整個社會邁向小康創造了條件，是件利國利民的好事。”[15] 這裡，吳教授有關市場化醫療保障體制的優勢可以總結為三點：1. 滿足人們多層次的就醫需求；2. 引進競爭機制，提高醫療技術和服務質量；3.降低成本和醫療價格。在對今後民營醫院發展的建議議題上，文章提出對民營醫院開展“三 A 制的活動， 即服務水準 A、價格信譽 A、以及就醫環境 A。

整整十年過去了，今天中國的醫療市場似乎遠離那些看好市場學者們的預期。而去市場還是繼續市場化的話題由於魏則西之死又成為輿論的一個熱點。筆者認為，中國目前的醫改如果停止市場化肯定是行不通的，我們不能因為魏則西的悲劇而否定民營醫院和私人資本的存在價值。那麼，我們可以從西方的醫療市場化和商業化的模式（如香港和美國）中吸取哪些經驗？

首先，醫療改革的市場化必須打破私人資本和公立醫院的暗箱操作，醫院應該公私分明。由於缺乏真正的市場。正如范瑞平指出的，“事實上，我們的醫療市場是很不健全的，根本沒有形成同世界上許多其他地方（例如香港）所存在的那種公立與私立進行有序、有效競爭的兩級醫療系統。我們的公立醫院雖然名為‘公立’，卻不採用納稅人供養的方式、或者僅僅得到極少的投入……”[16] 當今中國不少的民營/私營醫院不得不與政府的行政部門合作，甚至挂靠在公立的名下，形成共同利益的鏈條，使得公立醫院和私立醫院兩者皆為名不正，言不順的模糊體系。[17] 由魏則西的案所帶出的民營/私人資本和公立醫院的利益“聯姻”，反映中國醫療體制本身的問題。正如蕭慶倫在《中國醫改的三大痛點》一文中所指出的那樣，中國醫改的最大痛點是：現行公立醫院的本質，是帶著腳鐐的營利性醫院。也就是說，醫院看起來是公立的，但本質是賺錢的，表面上又受到限制（如診療費、掛號費）。

其次，中國需要真正的醫療市場。在一個健康的市場經濟環境裡，私立醫院和私家醫生的存在，既可以加強競爭，在一定程度上也可以使醫療服務與市場的供求關係有效地相互匹配。但市場化最重要的是各個經營主體之間的公平競爭，即政府在過去幾十年中掛

[15] 參見吳博威<在醫療改革中充分發揮民營醫院的輔助作用>一文。（九三學社中央辦公廳，2006 年，9 月 22 日）

[16] 參見范瑞平，<誠之者:醫學人文走進臨床之道>。

[17] 有關這個問題的討論，可參見<醫療改革必須打破民營資本和公立醫院的 “合謀”>一文。（巨亨網新聞中心，2016 年，5 月 4 日）。文章指出，“如今發生[魏則西]致人死亡的事件，終於讓中國的醫療問題再次受到社會大眾的審視監督。這些均折射出醫療改革部分走偏，流於形式，醫改亟待提速與完善。……希望經由此次事件，國家能真正把民營資本侵蝕公立醫院的問題重視起來，加快推進醫改進程，不斷完善相關制度，確保人民的生命健康安全不再受到這樣的威脅。”

在嘴邊的民營和公立醫院在政策上要“一碗水端平”的口號。但我們看到的是，在實際操作中非政府組織或私人辦醫都會碰到一個隱形的玻璃門，私立醫院的經營者，面臨著來自政府的種種的困擾和干預。[18] 與公立醫院相比，民營/私營的醫院在醫療保險定點、人才引進、職稱評定、政策資訊、大型設備購置、建設用地審批、資金借貸等諸方面都遇到歧視。其實，這個問題不只是醫療市場中存在的問題，而是中國改革開放這個大市場一直存在的問題，也是官商勾結，最終導致腐敗的根本原因。

毫無疑問，以莆田系為代表的民營/私營醫院確實存在諸多的問題，但市場化的方向並沒有錯。如果說這個當今的民營醫院不靠譜，這不是因為醫改市場化的問題，而是因為市場化改革不充分的問題。當然，有市場就需要相應的法律和監管。不少學者指出，中國不僅是對民營/私人醫院的准入、經營、退出各階段缺乏相應的監管機制，而且在制度和政策制定及執行上也存在著各種的限制。具體來說，一是民營/私人醫院監管的政策和法律法規不完善，甚至不明確；二是各個相關部門在監管上缺乏配合，譬如，如何界定各大醫院醫學倫理委員會的監督作用；三是醫療違法犯罪的成本過低。目前實行的《醫療機構管理條例實施細則》對醫療機構的罰款額度僅為 1 萬元以下。[19] 這裡聽起來好像不止是在談論醫療市場，中國的股票市場不也是一樣的嗎？如此看來，醫療市場的亂象也正是中國各種市場亂象的縮影。

像美國和香港這樣較為規範的市場，私人辦醫可以得到應有的保護，私人經營者當然不需要使用各種歪門邪道去牟利，人們看病也無需擔心會成為醫院賺錢機器上的犧牲品。一旦醫院或醫師被判定為了牟利而作出對患者的傷害，相應的懲罰是相當嚴厲的。前面提到“病人權利”的概念。目前“病人權利”已經包括“防禦權”和“受益權”，前者是消極權利（negative rights），強調患者的自由權（包括自由就醫、自由選擇醫保、知情同意等）；後者是積極權利（positive rights），強調患者在醫療資源可以滿足的情況下應得到的醫療照顧。與消極權利相比，積極權利更為複雜，也難以達到社會共識的界定。[20]丹尼爾斯所說的 “良好的、最低限度的醫療保障”，什麼是“良好的”、什麼是“最低限度的醫療

[18] <醫療改革必須打破民營資本和公立醫院的“合謀”>一文指出中國市場中出現的種種不規範現象： “在土地上，公立醫院享有土地劃撥權，民營醫院卻難以享有相關便利。如按市場價有償出讓購地，兩者價差十多倍甚至幾十倍。如果同樣是買地建醫院，那麼，民營醫院跟公立醫院完全不是在同一起跑線上競爭。在稅收上，營利性民營醫院在 3 年免稅期後，要參照企業管理，繳納各種稅費；非營利性民營醫院，股東不能分紅，利潤全部投入再生產，投資者缺乏積極性。公立醫院卻是天然非營利機構，長期享受免稅優惠。在醫保上，民營醫院也面臨障礙。過去，民營醫院並未納入醫保，目前雖然逐步納入，但常常無法享受和公立醫院同等的報銷額度……林林總總的障礙，讓民營醫院“就像是背著幾十斤的包袱與公立醫院賽跑”，別說在競爭勝出，維持生存已屬不易。在這種情況下，一些醫院投資者靠百度推廣、虛假廣告等手段招攬顧客賺快錢，不足為奇。”

[19] 見中國官方網站：http://www.moh.gov.cn/mohzcfgs/pgz/200804/18303.shtml

[20] 參見 Bright Toebes, *The Right to Health as a Human Right in International Law* (Oxford, England: Intersentia/Hart,1999.), pp. 289-90.

保障”，這些在實際操作中都會產生不明確性。對於一個腎病患者來講，到底洗腎是“最低限度”呢還是換腎是他/她的積極權利？這些問題在西方醫學倫理學的爭議中並沒有真正的解決。

如果說，西方的問題是“積極權利”的無限擴大化，即人權的“通脹”，中國的問題是相反的，即人權意識的缺乏，特別是“防禦權”或“消極權利”。其實，醫學倫理學“四原則”（Four Principles）中的不傷害原則（non-maleficence）也包含在患者的“消極權利”之中。[21] 就醫師而言，為患者提供“診斷”與“治療” (diagnosis and treatment)是醫師專業倫理的一部分，而為了利益，誘導治療、過度治療顯然是有違專業倫理的行為。魏則西身患罕見的滑膜肉瘤晚期，醫師是可以給出治療或不治療的方案。但是，給魏則西醫治的那家醫院沒有做他們該做的事，而是想盡辦法騙取患者的錢財。不要說魏則西的 “受益權”在哪裡，他連“防禦權”都完全沒有。缺乏人權的意識，這才是中國的醫療市場沒有道德底線的原因所在。

中國的醫改是否可以走出困境，市場化是不可忽略的問題。一個健康的醫療保障市場會輔助政府做很多的事情。再以香港為例，香港現行的醫療模式的架構由三個主要環節組成：健康管理、社區醫療和專科醫療組成。健康管理包括健康檔案管理、健康教育、健康體檢、健康評估、健康生活方式指導和諮詢、健康狀況跟蹤隨訪；社區醫療包括常見病治療、預防性醫療、慢性病治療和康復、家庭醫生；專科醫療包括 孕婦生產、急性病、危重病、各專科疑難病、需大型手術治療的疾病、重症康復等等。[22] 在上述的醫療模式中，市場與私人醫療機構都起到了正面的作用。

總之，市場化的醫療體系可以與以政府主導的公益性醫療制度共存，而不是回到醫改前一切由政府統籌管理的體制。雙軌制（two-tier system）是中國醫改的道路：政府負責最低標準的醫保和一些必要、提供基本服務的公益醫院，剩下的部分應該交給市場，讓市場發揮它應有的積極作用。正如全國人大代表、浙江康恩貝集團有限公司董事長胡季強所說的那樣，“除了少數醫療服務屬於公共產品外，一般的醫療服務都應該屬於私人產品。醫療服務應該讓市場去做決定，去分配資源，而政府更多是負責監督。”[23]

[21] 與“受益權”相應的原則是行善原則” (beneficence)。行善原則與不傷害原則是一體之兩面，兩者有積極與消極上的差別。行善原則強調主動但不必然能嚴格遵守的行為；當行為無法達到預期時也很少以法律的形式來處罰。不傷害原則則指向需要禁止的行為，必須全面的遵守的，必要時可以用法律手段來制止某些行為的發生。

[22] 參見香港長青樹健康管理有限公司<關於香港醫療改革的總思路>。
http://www.fhb.gov.hk/beStrong/files/organizations/O138.pdf 引於 06-10-2016。

[23] 參見胡季強：<醫改的核心是讓醫療服務市場化>《大公財經》2015 年 3 月 9 日。

參考文獻：

范瑞平，2011年。《當代儒家生命倫理學》。北京：北京大學出版社。

方小平， 2003年。<赤腳醫生與農村醫療合作化制度>，《二十一世紀雙月刊》，10號，79期。

顧昕，2007 年。<醫治中國病：醫療體制改革的兩條路線之爭>，《二十一世紀雙月刊》，12 號，104 期。

胡季強，2015年。<醫改的核心是讓醫療服務市場化>《大公財經》，3月9日

吳博威，2006年。<在醫療改革中充分發揮民營醫院的輔助作用>。九三學社中央辦公廳，9月22日

巨亨網新聞中心，2016年。<醫療改革必須打破民營資本和公立醫院的 “合謀”>，5月4日

1983年《1983年中國衛生年鑑》。北京：人民衛生出版社。

<香港註冊醫生專業守則>

2006. “Non-Profit, For-Profit and Government Hospitals,” GAO, May 26.

Blumenthal, B. and William Hsiao.2015. “Lessons from the East — China’s Rapidly Evolving Health Care System,” *New England Journal of Medicine*, 372:1281-1285.

Daniels, Norman. 1985. *Just Health Care.* Cambridge: Cambridge University Press.

Engelhardt, H. T. Jr. 2007. “The Family in Transition and in Authority: The Impact of Biotechnology” in Lee, Shui Chuen (ed.), *The Family, Medical Decision-Making, and Biotechnology, Philosophy and Medicine Series*, Vol. 91, New York: Springer.

Toebes, Bright. 1999. *The Right to Health as a Human Right in International Law* (Oxford, England: Intersentia/Hart.

中国生命伦理学原则重塑的分析

（云南 昆明）

张文英[1]

摘　要：生命伦理学原则起源于西方，但由于社会文化基础的差异，其在中国的运用发展缓慢，究其原因是失去了中国伦理理论的基础，本文将探讨中西伦理文化的差异，寻求中国生命伦理重塑的必要性

关键字：生命伦理 原则 重塑

Abstract: because of the differences of social and cultural basis, the application of the principles of life ethics which originated from the west is slow in China, the reason is that it has lost the Chinese ethical theory. This article will explore the differences between Chinese and western ethical culture, and reshape Chinese life ethics Key words: life ethics the principle reshape

生命伦理学起源于20世纪70年代的美国，生命伦理学的兴起与西方文化的转型密不可分，它体现了一个特有的与社会和历史有着紧密联系的有正确道德原理内涵的特征。这一转型导致西方社会 — 民主福利制国家的突起和后传统社会的诞生，其文化和生命伦理学吸取了由个体自主与解放维系的群体道德直觉的内涵，对家庭怀疑主义进行了精心的诠释。作为一门基础的和以服务临床专业为基础的学问，

[1] 张文英（1979-）山西阳泉人，昆明医科大学医学伦理学教研室主任，主要研究伦理学和法学方向

时至 20 世纪 80 年代末，生命伦理学已在美国广泛应用，并开始影响欧洲大陆以及亚太地区。生命伦理学之所以能够在美国以惊人的速度发展， 其根本原因主要是在 20 世纪中叶，美国文化产生道德空虚，而生命伦理学意在弥补这种空虚。[2]然而，西方的生命伦理学的社会文化基础是道德主体在自由、平等和民主的社会中，没有必要有具体的社会、 历史、性别与家庭背景。但是在中国，个体至上的社会思潮与中国注重家庭的文化精神格格不入。因此， 我们必须要问，中国是否需要一套属于自己的生命伦理学? 真正的中国生命伦理学是否应该遵循西方社会的道德标准，这是一个值得我们不断进行探究的问题。

在生命伦理学中，比彻姆(T．L． Beauchamp)和丘卓斯(J． F． Childress)在 1979 年所著的 《生命医学伦理学的原则》最具影响力。在书中提出了自主原则、 行善原则、 不伤害原则和公正(正义)原则。这四项原则的提出是基于西方社会文化发展的历程，而对于中国来讲，它们无法提供符合中国实际、丰富道德的指南。因此，中国学者有理由探讨如何利用中国文化资源，充实中国生命伦理学的内涵，使中国的生命伦理学体系具有明显的中国特色，使中国的生命伦理学体系适用于中国的社会环境。

一、中西方医学伦理学形成的历史差异

古代西方社会医学伦理观念的基础极大地受到了宗教的影响,主要有犹太教、基督教,还包括古希腊和古罗马时期的自然哲学思想。

[2] Engelhardt，H．T．，Jr．．The ordination of bioethi-cists as secular moral experts［J］．Social Philosophy & Policy， 2002， (19):59 －82．

“上帝主宰人的生命与健康”、“生命神圣原则”、“博爱与慈善”等宗教伦理思想在西方医学伦理观念的形成和的发展过程中起着重要的影响作用。而在古希腊和古罗马的自然哲学体系中,有许多思想本身就是医学与哲学相结合的产物,这些思想奠定了早期医学伦理思想。

中国古代医学伦理观念在形成与发展的过程中受到的影响不仅以儒学为主,在不同历史时期加入进来的还有道教、佛教哲学和其他宗教思想。儒学的核心也是“仁爱”,这也是儒学的核心哲学思想,而宗法道德规范是“孝”。道教的生命观是“重生恶死、生为乐”,佛教的宗教思想则是“布施得福”、“因果报应“,这些宗教思想的影响是如此深刻,以至于中国古代的医学伦理观念在形成和发展中都被它们深深打上烙印。

中西方医学伦理的发展有着非常不同的历史背景和社会背景,也由于不同的科学技术和哲学背景而形成了不同的医学伦理理论体系。西方医学伦理学在近代时期已经逐渐进人了一种以医学道德研究为基础的自觉状态。而中医学伦理在继承传统医生道德的基础上,借鉴了西方医学伦理学的研究成果,只是由于近代社会转型所引发的种种动荡导致中医伦理学还停留在自发状态,没有真正进入系统研究。不过中西方医学伦理学存在差异的同时也具有相似性和共同性,比如规范的对象由个体转向群体等,都是中西方医学伦理学发展过程中的共同特点。

二、中西方不同的管理逻辑产生的伦理差异

伦理学原则建立的最终目的是用于管理,使种种道德行为能够得到规范,而中西方伦理管理文化上的差异也是中西医学伦理原则有所不同的原因之一。

首先,中西方具有不同的伦理管理逻辑起点,即人性本善和人性本恶的人性假设,人性假设不同则形成不同的管理理论。管理的人性假设,即管理主体对管理对象所持的态度,因此常说为人处世,如何为人决定了如何处事。东西方的人性假设本质上区别是人性善与人性恶,相对应的形成德治论和法治论的管理思想。中国伦理管理文化的人性假设出发点是人性本善。统治中国两千多年的儒家思想是以人性本善为主流的。时至今日,我们对人性的估计也受传统影响,存在道德人这种人性认识,对人的自觉性期望很高。“人性善”反映了这样的事实,原始人类是一个群体,需要互相帮助,互相关爱是人类永恒的共同需求。因此,儒家文化是通过礼乐教化强调做人的准则,从而建立人与人、人与社会之间的文明与和谐。而在西方,由于神权统治社会论,耶稣基督认为人生下来就是有罪的,只有信奉神主才能洗脱自己的天生罪恶,经过长达千年的神权操纵,西方文化对于人的本性认识基本上都认可了人性罪恶论,总让人有种对人性具有恶的一面有一种挥之不去的感觉,这就是中西方传统文化截然不同之处。西方普遍的“经纪人”意识使人们对“人”始终保持一种合理的不信任,西方管理更强调制度化、法制化,硬性管理占主流,法律在中国道德化,道德在西方法律化,法律至高无上,西方传统重法律,轻道德,中圉传统重道德,轻法律。

其次,中西方具有不同风格的伦理管理文化。中国伦理管理文化是农耕文明的结晶,自然经济为基础,以伦理式管理为特征。西方伦理管理思想是工业文明的产物,商品经济为基础,以契约式管理为特征。在中国社会,“伦理”是一个现实具体的概念,是一个最能体现中国人道德思想和中国文化核心价值的概念。儒家伦理是从现实的社会、现实的人出发表述自己的伦理思想,并以此去规范人们的行为,这种现实的本源即是家庭,以血缘关系为依据的伦理性道德,就成了人们日常行为的主要价值取向。在治理方式上是以礼治国,社会结构自然就产生了以“孝”治天下的基本方略。治国首先要齐家,齐家首先要修身,家国同构,由家庭人伦理而广之,形成了家与国的难解难分,由此而产生了忠孝同构,为国尽忠和为父尽孝是一个道理。而以古希腊罗马为代表的古典西方国家则是建立在部族的废墟上。以古希腊为例,其城邦国家形成后,治理的基本方式就是社会契约。正是因为这一社会基础,西方的社会学和政治学理论中才会诞生出社会契约论。

最后,中西方的伦理管理手段是不同的。中国传统文化主张用综合、辩证的思维去把握事物,用个人直觉和内在、感悟去认知事物,它本质上是一种人本主义文化,主张人的重要性,天地人,除了上苍和大地就是人最尊贵,也最孤独,所以在人与人之间,人与社会,人与大自然之间,更要和谐有序的协同发展,同时倡导个人对家庭、对社会、对化养自己的±地的责任感。这些发展方向也是把“修己”作为踏入社会的起点,最终达到“中庸”的目的。而西方的伦理管理理念则要求拥有实证,以真实能观察到的可重复得到的数据来论证假设,找寻

其中的规则, 重视理性, 在认识事物当中应摘除自身的感倩因素, 重视人的行为的逻辑性, 重视分析, 以拆分事物并能再次重组的方式来了解事物, 重视行为的合理性, 期望形成一个可以解说的大众认可的演绎体系。突出自身的个体利益, 强调自身的价值, 要求权利和义务有一个明确的相互对立统一的关系。中国传统管理伦理的手段是制度、人情与也治相结合。以人的情感来调控人的行为是中国管理的重要特征。在社会互动或交往中人们首先考虑的是感情上的亲近性, 考虑的是对他人的感情上的关心、体谅和爱护, 即要讲人情。宣扬只能带来情感的需求, 使得人情味变得更浓郁, 从而获得更大的凝聚力。西方管理伦理的方法是把人的理性和社会的法治结合在一起。在管理上有强于思辨, 强调逻辑展开, 通过科学实验得到来的经验和习俗, 而不是把管理理念丰富的感性基础上。在管理过程上不重视人情, 将人等同于物品一样的东西可进行调配和使用。

三、儒家文化与“四原则”互动

中国的道德和生命伦理学的基础根植于中国文化，虽然不具有强制性的规范要求，但它存在的意义是没有一个特殊的理论能够脱离自身所处的社会和历史情境。中国的道德观应该与儒家的传统结合起来。只有自我意识的本土道德才能实实在在地确认中国文化中现有的特殊规范内容。中国的例子尤其如此，因为儒家思想既有特殊的、植根于中国历史的道德意识，也有伴随它的普世的道德考量。儒家道德主体会被看作是处于家庭的社会和历史情境中的、并以家庭为中心去

思考医疗体制的具体人。[3]

在中国，目前社会保障体系不是很完善，除了文化因素的之外，家庭还承担着抵御风险的重要的作用，而医疗风险在家庭和个人生活中占据着重要的位置，因此医疗政策必须支持家庭式自主的社会单位， 并拥有其自身道德准则。因此，从儒家的道德观点来看， 对于是否 “善” 、 或是否对患者有利的诠释， 是不会基于一个孤立的、自主的个体。不伤害原则也一样。把患者看作是一个孤立的、 自主的个体将会给他们带来更多的伤害而不是利益，因为个体的“善”需要在与社会的结合中实现。对于公正原则，儒家处理的方式是，首先保障家庭的安全，法制的重点是以家庭为中心。

四、生命伦理原则的中国化内涵的拓展

在西方哲学中，理性属于认知范畴，与感性相对应，意指人在思维判断中的逻辑推演能力。西方哲学拥有悠久的理性传统，并运用纯粹理性来构建一种标准的、充满内容的道德体系。自启蒙运动以来，西方哲学重新确定了人的主体地位，将理性奉为最高裁判官，甚至认为，一切问题均在人类理性的掌控之中。构建以理性为基础的、标准的充满内容的道德也成为了西方哲学的目标。对理性的迷恋与疯狂追逐，造成了现代社会的理性困境，理性的不断增长，导致了工具理性在现代生活中的扩张与宰制。根源在于，理性与感性的二分，使西方哲学将 “情”排斥在理性之外。因此，恩格尔哈特断言：启蒙运动的道德工程要借助理性来证明唯一一种正确的道德观的希望注定要

[3] Fan Rui — ping. Truth telling to the patient: Cultur-al diversity and the East Asian perspective［M］// Fujiki， Darrl R． J． Macer． Bioethics in Asia， Japan:Eubios Ethics Institute， 1998:107 —109．

落空的……任何道德观的具体内容都只能从道德共同体的思想传统和生活境遇中获得。这说明，我们需要从我们的传统中获得帮助。

儒学区别于西方传统的宗教哲学以及近代的理性哲学，它是一种寻求安生立命的道德哲学，强调个体的德性修养与精神追求。在儒家视野下，仁是最高的道德规范与道德原则 ，“孔子贵仁” ，凸显了“仁”在儒家思想中的主导地位。在中国语境中 ， “仁爱”不仅是一种完善的、意义深远的人类德性，而且是道德行为的根本。即使是作为行为规范的 “礼” ，也服从于 “仁” 。儒家传统中 ， “仁爱”要求 “仁”是道德判断者的人格基准，在儒家看来，道德人格是一种通过实践修养而形成的个人行为的德性表现。

孔子的“君子喻于义，小人喻于利”（论语．里仁），孟子的“惟圣人然后可以践行”（孟子．尽心上），中庸的君子 “动而世为天下道，行而世为天下法，言而世为天下则”（二十九章）。正因为如此，儒家文化要求医生形成 “儒医”的道德人格。这基于病人因疾病而产生的脆弱性。当病人和其他残疾者出现在道德哲学著作中，几乎唯一的总是作为仁慈的可能对象。由于人的脆弱性和苦痛，所以相应的有依赖性。因此如果我们不得不面对和回应自己与他人的脆弱性和［ 身体］ 无能，我们需要德性；这是一种并且是同一种德性，依赖性的理性动物特有的德性。病是人具有普遍性的脆弱性，患者对于健康者尤其是相对掌握了医学技术和知识的医务人员来讲，是高度脆弱性的存在者。 强调患者的脆弱性，并要求为了保护这种脆弱性将奠基于家庭亲子之爱基础上的德性 “扩推”至病人，超越了西方基于

原子式的个体基础上的德性。因为个人主义的辩护并没有捕捉到医患关系与临床诊疗的现实情况，其中社会关系在生命伦理学困境之中扮演了比个体更重要的角色。正是在这个意义上，即使在道德困难情景中，有德者作出的道德抉择或行动常是有道德依据的判断和模范。仁爱，强调构建和谐人际关系，对于消解道德困境具有重要价值。

五、结语

在中国文化的观点下重新考虑四原则的作用对生命伦理学原则之意义的回顾， 展示了为什么生命伦理原则在中国需要重新考虑与定位。由于道德规范背景不同，中国处理医疗政策的方式会与西方不同。中国的伦理学家和生命伦理学学者应该有足够的理由发问:中国的道德哲学和生命伦理学是否应该吸收其自身传统的养分？抑或只是照搬西方的传统？无论是在理论层面， 还是在现实层面， 中国都具有自己的有关“善” 的一般原则， 并以此指导道德选择；中国应该以自身的历史经验为内容去理解什么是道德理性， 并以此建立其合理的政治愿景。只要中国依靠自身的文化传统建立道德和生命伦理学，只要中国试图避免西方医疗体制的弊端，中国的生命伦理学会找到它自己特有的质量。

毋庸置疑，西方生命伦理学研究处于主导地位，但是我国人文医学传统具有丰富的伦理资源。在经济全球化与道德多元化的当下，不同的道德共同体应当允许有不同的道德价值。中国生命伦理学的构建，虽然离不开对西方资源的引进与借鉴，但更应该尊重并挖掘我国自身的文化传统，结合我国社会生活现实，构建符合我国国情的生命

伦理学模式。如今，我们从西方舶来了生命伦理学理论，然而，这种舶来品难以与我国文化传统进行有机对接。在传统向现代、熟人社会向陌生人社会的变迁中，我们注重西方生命伦理原则主义模式，更需要结合我国传统文化与现实语境，寻找我们的文化之根。在历史进入现代化的社会语境中 ，“文化自觉、文化自信、文化自强”理念的探讨不断深入的情况下，构建以儒家传统文化为核心的生命伦理学，不仅是我国传统文化不断传承的现实需要，更是对我国文化 “未来”思考的结果。

瘟疫中的道德叙事

程国斌 博士 副教授
东南大学医学人文系，中国南京，211189

摘要：重大传染性疾病（瘟疫）对社会和医学都构成巨大挑战，当代研究已经揭示了职业伦理责任话语并不足以应对这一挑战，因而需要美德的补充。本文通过对清代江南瘟疫中的医学道德叙事的研究，指出美德伦理的确能发动社会医疗资源以应对瘟疫，但其本身依赖于特定的医学认知、社会关系、伦理组织以及共享价值观。在当代重建传统医学道德需要充分重视这一前提，注重于传统伦理生活世界的重构而非仅仅进行理论建构。

关键词：清代江南瘟疫；医学道德；叙事

基金专项： 国家社科基金青年项目“明清江南地区医疗生活史研究”（13CZS063），以及 2016 年中央高校基本科研业务费项目“儒家医学伦理学的社会历史条件及其现代价值研究”（2242016s30038）成果

无论在何时何地，重大传染性疾病（瘟疫）的爆发都会给医学和社会构成巨大的挑战，当一种新的或者极其严重的传染病席卷而来，但缺乏有效的解释、预防和治疗方法时，医务工作者心中会产生恐慌、无力与挫败感。如果这种疾病有可能对医生及其家人的健康和生命安全造成威胁，对生存的忧虑就有可能压倒对利益、职责、声誉和美德的追求。专业共同体在这种情况下，为了保护成员的基本利益和共同体延续下去的机会，也可能会调整对专业责任的常规要求。在专业群体无法表现出社会所预期的足够的能力和美德时，公众的态度会往往是复杂纠结的，一方面因为威胁的巨大而对其专业能力和道德两个方面都提出更高的期望，以批评或者赞扬的方式来督促其更好地履行职责，另一方面又会因此对其不足展现出更多的理解和同情，从而使其获得一定程度的道德豁免。在这些因素的影响下，除非医生个人具有极其坚定的道德信念并具备伟大的牺牲精神，否则便很容易放弃在一般情况下被普遍接受的专业伦理规范，为自己的行为找到组织规范和公众意见上的辩护。

医学伦理学应该如何面对这一挑战？

首先可以考虑通过一种严格的专业伦理甚至是制度规范，迫使专业人员在特定境遇下履行特定的责任；或者，通过诉诸于某种道德感召和唤起，鼓励并期待有足够数量的专业人员自愿做出奉献。从表面上看，第一种方案似乎应该能更有效地组织社会资源以保障对抗疫病所的需要，但在现实中很难去制定一种强迫医务人员冒着生命风险去治疗病人的道德或者法律规范，医务人员也很难接受这样一种专业职责。例如，为了解决医生拒绝为艾滋病人提供治疗的现象，美国医学会（American Medical Association, AMA）在 1987 年提出了一个伦理规章，要求医生为 HIV 感染者提供专业资质范围内的医疗服务[1]。但直到 2003 年，仍有研究指出大约有 45%的美国医生不接受这种在自身健康受到威胁时还要为传染病患者提供医疗照护的道德义务[2]。这不仅仅是因为专业自治共同体的提出的伦理规章缺乏足够的法律强制力[3]，更因为规范化的专业伦理话语在道德说服力方面存在固有的缺陷。事实上，美国医学伦理学界正在纷纷转向美德伦理学的话语，企图用另一种方式来解决这一伦理危机[4]。我们绝对不怀疑美德的力量，这一点无论是在 2001 年中国抗击 SARS 的战斗以及近年来抗击

1S. J. Huber and M. K. Wynia 2004 , 131；URL:
http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion9131.page.
2G.C. Alexander and M.K. Wynia2003, 189–197
3事实上到了 2007 年，仍然几乎没有人提出解决医生是否具有为患有高传染性疾病的患者提供治疗的强制性的法律义务这一问题的法律框架。Ariel R. Schwartz2007，657-694
4Abigail Zuger and Steven H. Miles 1987, 1924-8 .And：Tom Tomlinson 2008, 458-462.

埃博拉病毒的战斗中都已经有完美的体现，大量的医疗英雄们为了对抗疾病而献出了自己的生命，但一种依赖于医务人员个人品德的方案是否能够有效的组织社会资源，仍然是一个需要思考的问题。

不同于今天在这个问题上法律规范、伦理规范与美德话语相互竞争并相互补充的复杂局面，古代中国的医学生活世界表现出来一种更加纯粹的美德伦理面貌，在这个语境中的探讨或许能更加清楚地反映出美德伦理的效力与限度。本文通过清代江南地区对抗瘟疫的医学道德叙事为研究对象，探讨职业道德与普遍美德如何应对危机，同时也不讳于展示中国传统医学伦理和美德伦理的效力边界和依赖条件，借此为现代中国社会发掘与重建传统医学道德提供参考。

一、背景

明代中期以后，江南地区社会经济文化相对发达，人口稠密，水网密布，交通也比较便利，而该地区地势低平，气候温暖湿润，所有这些因素都非常有利于传染病的发生和传播。据余新忠先生考，该地区是清代全国瘟疫发生年次最多的地区之一[5]。这些瘟疫所造成的人口损失和社会影响都极其巨大，如乾隆 21 年（1756 年）前后发生的江南大疫范围较广，死亡比率达到了 5%，嘉道之际（1821 年前后）真性霍乱首次到达江南，瘟疫波及范围和破坏均为历次之首，疫情严重的地区死亡率达到 8%[6]。

瘟疫来临之时，社会生活遭到极大破坏。在总体医疗和防疫力量不足的情况下，社会各界从心理到行动上都无法做出有效应对。尤其是清代才传入中国（或大规模爆发）的真性霍乱（霍乱转筋）和猩红热（喉痧）等病，突破了传统医学中对伤寒、温病等疾病的认识，医学界既无法给这些疫病一个合理的解释，更无法提供有效的治疗防疫方案。明末吴有性评价崇祯辛巳（1641 年）大疫时说：“守古法不合今病，以今病简古书，原无明论，是以投剂不效，医者彷徨无措，病者日近危笃，病愈急，投药愈乱，不死于病，乃死于医，不死于医，乃死于圣经之遗亡也。”[7]通观整个清代，虽然先后有《温疫论》、《温热经纬》、《松峰说疫》等专着刊印，也发明了不少有效的处方和成药，有关瘟疫的理论和治疗方法仍然难以满足社会需要。到了同治年间，常麟在《时疫白喉捷要》序言中评同治三年（1864 年）白喉流行时的状况仍然认为：“病者苦无良医，十难痊一；医者苦无良法，十难救一。”[8]

正统医学界束手无策，给民间迷信行为和各种补充医疗打开了门道，病家祈神拜鬼，巫师神婆和江湖游医浑水摸鱼，等等情状不一而足。在时人眼中，疫病的降临是一种无法逃避的“命数”，是神秘莫测的鬼神旨意，“大疫流行，必有鬼神司之”的观念在清代极为普遍，即使专业医生和文人学士也难以摆脱鬼神说的影响[9]。当时对瘟疫的医学认识建立在传统“气论”的基础之上，医家将瘟疫看作是尸秽或不正之气（即吴有性所谓“疫气”）所致，文献中常常可以见到将暑湿、秽气、尸气等熏蒸与疾疫流行联系起来的记载[10]。这种因为天时地利而形成疫气弥漫的状况，让人感到无从防避，即使专业医生往往也不得不委之于命：“然此特于有象求之，天之布疫也。象无可拟，或布一方，或布一家，有感有不感者，数也。”“疫之来也，无从而避也；避疫之说，不过尽人事以听天尔”[11]。

在这样一种情况下，中国古代社会和医疗从业者又是怎样应对的呢？

5余新忠: 2003 年，第 4 页
6余新忠: 2003 年，第 319-321 页
7吴有性:《温疫论》原序
8张绍修:《时疫白喉捷要》常序
9余新忠：2003 年，第 120-126 页
10余新忠：2003 年，第 131 页
11陈道耕:《疫痧草》卷上《辩论章》，见《吴中医集·瘟病类》，第 426-427 页。

二、瘟疫中的道德行动

在灾疫发生之时，清代政府会采取一定的应对措施，但总体重视程度是不够的。国家性的政府行动主要是组织发放药物，个别时候可能会组织官方医疗资源巡回施诊，再就是收敛尸体等善后工作。在宋代属于常设机构的惠民药局、病坊等设施在明清之际已经逐渐没落，，江南地区仅有少数官方医药机构在瘟疫之年作为临时施药之所偶尔发挥作用[12]。地方官府因其职责与民生的关系更加密切，倒是经常看到采取积极救疗举措的记录，常见措施如下：第一，设局延医诊治，这是地方官府实施疫病救疗最主要的手段，贯穿于有清一代；第二，延聘名医对症裁方，或请人备制丸药分送病人；第三，建醮祈禳；第四，刊刻医书。但这些举措往往依赖于官员个体的责任感与道德水平，缺乏对瘟疫的制度性安排[13]。

江南地区由于区域经济文化较发达，而且存在一个比较有效率的地方中层组织，所以在应对瘟疫的过程中出现了很多积极自助的社会力量。既包括某些医生和地方善长仁翁的个人行为，如慷慨捐助，免费发放药物和食品，也包括以宗族势力或地方乡绅组织起来的民间慈善机构和长期存在的药堂和医堂等专业医疗救助机构，以及为应对瘟疫而临时组织的就急机构，聘请地方名医坐堂施诊，免费发送药物，救助病患，在地方史志记载中常常可以看到对这些活动的记录。另外，地方组织亦积极参与疏浚水道、清理垃圾、收敛尸体等公共卫生措施，以及在灾疫发生时和发生后刊印相关医书和药方，这些都对疫病的防治做出了巨大的贡献。但需要注意的是，明清时期以的江南地区是区域经济和医学水平最发达的区域，这为江南地方进行医疗自救提供了资源保障。所以这些记录并不能反映出其时中国民间应对瘟疫的平均水平，切不可对这些“活人无算”的纪录作出浪漫主义的评价。

医生群体亦涌现出了很多道德行为，根据笔者搜集的医籍、地方志和笔记等记载，有大量医生投身于对抗瘟疫的战斗，不少医生的病案中都有自己治疗传染病人的记录，而诸种瘟疫专书中对疫病患者临床表现的精细描述，也只有在大量面对面的临床照护病人的经历的基础上才能够做出来。概括来说，医生的道德主要表现为：免费诊治病患并发放药物，不辞辛劳提供诊治服务；积极研究医学，突破古书束缚，发展新的医学理论，开发新的方剂和治疗、防疫手段；刊布医书、医方，务使天下医生与病家都能够破除执误，掌握真知。

因为资料有限，本文无法给出在瘟疫中有多少医生因为担忧自己的生命安全而拒绝治疗病人的数据，事实上在笔者掌握的这部分资料中根本找不到相关的记录。但这不可能是因为其时不存在此类行为，故本文倾向于将其解释为某种特定的道德叙事策略。作为一个例证，史料中对医者诸种德行的记载褒扬，尤其推崇和强调的并不是不惧被传染的风险救治病人的英雄主义，而是特别集中于著述以利天下和救济贫苦这两点之上。而时人对医生的道德批评则主要集中于医生的专业素养不精，泥于古方，不知变通；或技艺不精，误诊误治；或态度敷衍，疏忽大意等方面。清代王孟英（士雄）在谈到乾隆戊子年（1768 年）疫疹流行时的情况，诸医各行其是，“是人之死，不死于病，而死于药。不死于药，而死于执古方之医也。”[14]吴瑭自序《温病条辨》亦言：“癸丑岁（1793 年），都下温疫大行，诸友强起瑭治之，大抵已成坏病，幸存活数十人，其死于世俗之手者，不可胜数。”[15]

在严重传染病，尤其是一种前所未见的传染病袭来之时，医务人员所面临的状况具有极高的不确定性和危险。当医者自己的生命面对着极大的风险病有可能将风险传递给家人和其他亲朋好友时，即使医者个人具有大无畏的牺牲精神，亦必须考虑对其他人的伦理责任，这

12梁其姿：2001 年，第 219-237 页
13余新忠：2003 年，第 252-255 页
14王孟英：《王孟英医学全书》·《温热经纬》，第 91 页
15吴瑭：《温病条辨》自序

是考察瘟疫对医者道德行为影响所必须关注的要素之一。但在笔者所见之瘟疫专书和清代医德论述中却很少看到关于这一问题的讨论，传统医德文献中虽然有很多医者应不惧风险的论述，但结合他们所举出的案例来看，这种风险往往指的是因为自己的医疗活动而导致的其他社会风险，如医疗失败有可能导致的纠纷，或者因为得罪权势阶层而导致的风险。如在著名的明代黎澄在《南翁梦录》中记载的范彬故事中，医者面临的生命风险就是因为拒绝权贵要求而产生的。在其他一些材料如龚廷贤《医家十要》、陈实功《医家五戒十要》，甚至瘟疫专书等文献中，也只是提出了医者应为病人提供救治的一般要求："医以活人为心，视人之病，犹己之病，凡有求治，当不营救焚拯溺，风雨寒暑勿避，远近晨夜勿拘，贵贱贫富好恶亲疏勿问，即其病不可治，亦须竭心力以图万一之可生。……不如是，安得谓之医而以仁术称"[16]从这些论述中，虽然可以推论医生具有为病人承担风险的责任，但这一责任究竟有多大，在医生自己的生命面临风险的时候救治责任是否会发生改变，都缺乏清楚明确的讨论。从道德叙事策略的角度来说，公布秘方和免费施诊施药都是舍利取义的善行义举，但就行为本身所体现出来的道德强度而言，甘冒生命风险而施诊疗的行为显然具有更强的道德宣传价值。对于那些具有明确的道德宣教目的的医箴、医话和医书序言来说，对这一道德行为的忽视实在令人难以理解。在这样一种叙事错位中，究竟隐含着什么？

三、原因之一：传统医学对瘟疫的感知和应对模式

首先需要明确，清代医家对于自身感染疫病的风险是有清楚认识的，只是因为传统中医学对瘟疫的认识和医学实践模式，中医师与同时代西方医生和现代医生具有完全不同的体验和观感。

中医学认为瘟疫属于感受外邪引起的伤寒类疾病，早期多将其看作是自然之气失衡或自然存在的"不正之气"所导致的结果。明末吴有性《温疫论》提出病原是"天地间别有一种异气"，到清代温病学派形成，逐渐形成了有关疫病成因为戾气即疫气的认识。需要注意的是，明清医家普遍把疫病的看做是被对天地间弥漫着的"疠气"、"秽气"、"毒气"、"尸气"入侵所致，并不存在 "相互传染"的观念。有不少学者将吴有性的一段话："邪之所着，有天受，有传染，所感虽殊，其病则一"，看做中医学传染观念的证据，但正如余新忠先生的分析，这里的"传染"强调的不过是"疠气"的具体来源是其他病人，但其本源仍然是环境中弥漫的"疠气"。[17]陈耕道在论及"疫痧"（猩红热）的传染时说得更加清楚："疫痧之毒，有感发，有传染。天有郁蒸之气，霾雾之施，其人正气适亏，口鼻吸受其毒而发者，为感发；家有疫痧人，吸受病人之毒而发者为传染。所自虽殊，其毒则一也。（，见(吴中医集·温病类》、）"[18]即使是面对消化道传染病如霍乱，医家仍然惯以"秽气"观念来揭示病因，如王世雄："然人烟繁萃，地气愈热，室庐稠密，秽气愈盛。附郭之河藏垢纳污，水皆恶浊不堪。今夏余避地来游适，霍乱、臭毒、番沙诸症盛行，而臭毒二字切中此地病因。"[19]。其他医者也略约谈到食物、水、昆虫等与疫病的关系，但都认为这些因素不过是"臭秽"之气的载体，或者只是"臭秽"之气聚集之后产生的后果。

吴有性有言："疫者感天地之疠气，在岁有多寡，在方隅有浓薄，在四时有盛衰。此气之来，无论老少强弱，触之者即病。"[20]《松峰说疫》亦言："瘟疫之来无方，然召之亦有其故，或人事之错乱，天时之乖违，尸气之缠染，毒瓦斯之变蒸，皆能成病。症既不同，治难画一。瘟疫多火热之气，蕴蓄于房户，则一家俱病；蕴蓄于村落，则一乡俱病；蕴蓄于市

16王孟英：《王孟英医学全书》·《言医选评》，第 829 页
17余新忠：2003 年，第 145-147 页
18陈耕道:《疫痧草》·卷上·辨论疫毒感染篇，第 426 页
19王孟英：《王孟英医学全书》·《随息居重订霍乱论》卷·病情篇
20吴有性：《温疫论》·原病篇

廛，则一城俱病；蕴蓄于道路，则千里皆病。……若夫疫气，则不论贵贱贫富，老幼男女，强弱虚实，沿门阖境，传染相同，人无得免者。”[21]在这种认识中，传播瘟疫的疠气弥漫于天地之间，虽然因为时间和地理因素而各有浓薄、盛衰不同，但任何人在特定的时空区域内对疠气的接触机会是相等的，是否染病的关键在于人体自身的“正气”是否充沛，医生被传染的风险更多地决定于医者自身的健康状况而非他们与病人的接触。所以瘟疫专书中提出医生看视疫病时宜饱不宜饥，避免在劳倦之后接触病人等，都是保证自身处于“邪不胜正”的状态。这一观念源远流长，《黄帝内经·素问·遗篇》有言：“不相染者，正气存内，邪不可干，避其毒气，天牝从来，复得其往。”明代医家张介宾在《景岳全书》卷十三《瘟疫》论及“避疫法”说：“瘟疫乃天地之邪气，若人身正气内固，则邪不可干，自不相染。故避之之法，惟在节欲、节劳，或于房室劳倦之后，尤不可近仍，勿忍饥以受其气，皆要法也。”换言之，在传统中医学的视野中，与病人的接触并不会使医生被感染的风险超出社会平均水平太多，也不是医生之所以患病的主要因素。

与此同时，清代医家也开发了很多避疫预防的技术性安排，如诊脉时不宜正对病人而坐，看诊之后不要长留病房，注意避免接触病人及物品等[22]。这些措施与中医典型的诊病流程相互配合，可以加大的减少医务人员染病的风险。因为传统中医师是应病家的邀请上门施诊，通常由家长负责并介绍病情，如有必要才进入病人卧室，对病人行望、闻、问、切四诊，然后回到客厅对主人详述病情大概，然后书写药房和病案！处方完成之后，一般是病人家属照方抓药、煎药，服侍病人服药并提供基本的护理，所有这些过程皆在病人家中完成[23]，这使得医生与病人的直接接触其实相当有限，也就极大地避免了被感染的可能性。其次是很多医书都提供了预防疫病的药物和处方，如出诊前饮用雄黄酒，以雄黄末或苍术末涂抹鼻孔，以及屠苏酒、避秽丹、宣圣逼瘟方等多种避瘟处方。还有不少医生提出了通过以祝神祈祷的方式避免感染疫病的方法，如龚廷贤建议医者进入病家之时“存心念四海神名三七遍，百邪不犯”，陆以湉、徐大椿等著名医家也都相信所谓避疫“仙方”的存在。[24]还出现了大量修德以却病的记录，如王孟英说：“吾闻积德可回天，不仅可御霍乱也”[25]。《松峰说疫》卷一中则记录了多个因为道德因素而幸免于瘟疫的故事：一城中老人与富室药施城中而免于疫，一孝妇侍奉染病翁姑而阖门免于疫，一士人救济贫苦而免于疫，最后总结说：邪不侵正，行道德之事实乃祛疫之良方。陈耕道还专门就医家为何经常接触病人但却较少感染疾病提出了一个道德解释：“疫邪，厉气也，厉气不胜正气。医者至疫家诊脉定方，殚心竭虑，必求危病得安而后快，是正气也。在我有正气，在外之厉气，何自而干之乎?”[26]

这些观念塑造了一个不同于现代传染病学的“瘟疫”形象，并决定了医者对自身被传染风险的认知模式：在特定的时空范围内，医者与普通人接触疠气的机会是均等的，医生避免近距离接触病人虽然在一定程度上降低了接触疫气的可能性，但并不会从根本上改变这一背景风险的强度。再加上中医学实践的特殊性以及诸种防疫的技术安排，医者因为诊治病人而感染的机会并不比普通人更高。这使医者对因为专业活动而被感染的风险缺乏特别的敏感性，或者说其恐慌程度不会高于一般公众，这与当代医务人员在面对非典或者伊波拉病毒时，对与病人的直接接触所带来风险明显高于社会公众的感受有巨大差异。这应该是在医书、方志等相关记载中，没有见到太多医生因为害怕染病而拒绝病人的记录，以及对这一风险特别做出道德警示的重要原因之一。

现在已经无法确定在瘟疫之中有多少医生挺身而出，又有多少医生选择了逃避责任。这

21刘奎：《松峰说疫》·卷之一·述古
22熊立品：《治疫全书》·第六卷；龚廷贤：《龚廷贤医学全书》·《寿世保元》·避疫方法，第 536 页
23中川忠英，2006 年，第 201-202 页
24余新忠，2003 年，第 311-2 页
25王孟英：《王孟英医学全书》·《随息居重订霍乱论》，第 158 页
26陈耕道：《疫痧草》 ·辨论避疫气

首先是因为地方史志和古典医籍中的记录，往往着眼于名医群体和社会整体情况的描述。第一种叙事主要集中于医德水平较高群体的高尚表现，本身就是一种英雄叙事。第二种叙事中，医疗从业者中的不同个体的行为被掩盖在了整体状况之下。明清时期的医生并没有明确的专业身份与管理制度，除了那些被地方铭记的名医之外，还有大量医疗服务者混于一般百姓之中，他们很难出现在史志中，所以记录中大量逃离疫区的民众中很可能就包含着部分医疗服务者，只不过他们的逃避行为并没有被记录在医学道德故事当中罢了。另一个重要的问题是社会医疗资源总量不足且分布不均的历史状况，如道咸年间，无锡的余治在其《得一录》中记载："城市中虽不乏贫病，但只艰于吃药，尚不艰于求医"[27]，而徐子默指出居住于城镇只是"夜深之际，求治亦难"，而穷乡僻壤之间往往"延医不及"[28]。所以，其时缺乏医疗救护的主要原因并不是医生拒绝提供救治，虽然这是不可能完全避免的，但更重要的原因是被看做是医生的优质医疗资源总量的匮乏，个别医生拒绝救治的情况在道德观察中并不具备足够的敏感性。

四、瘟疫中的个人责任与道德叙事

下面，我们通过两个案例来看看医生是怎样面对瘟疫的。第一个来自于徐大椿（1693～1771）的《洄席医案》：

雍正十年，昆山瘟疫大行，因上年海啸，近海流民数万，皆死于昆，埋之城下。至夏暑蒸尸气，触之成病，死者数千人。汪翁天成亦染此症，身热神昏，闷乱烦躁，脉数无定。余以清凉芳烈，如鲜暮蒲、泽兰叶、薄荷、青着、芦根、茅根等药，兼用辟邪解毒丸散进之，渐知人事。因自述其昏晕时所历之境，虽言之凿凿，终虚妄不足载也。余始至昆时，惧应酬不令人知，会翁已愈，余将归矣。不妨施济，语出而求治者二十七家，检其所服，皆香燥升提之药，与证相反。余仍用前法疗之，归后有叶生为记姓氏，愈者二十四，死者三人，又皆为他医所误者，因知死者皆枉。[29]

第二个案例来自于王孟英（1808-1868）《随息居重订霍乱论第三医案篇》：

五月初三日，余抵上洋，霍乱转筋，已流行成疫，主镇海周君采山家，不谒一客，藉以藏拙，且杜酬应之劳也。初八日，绍武近族稼书家，有南浔二客，同患此证。一韩姓，须臾而死。一纪运翔，年十七，势亦垂危。采山强拉余往视曰：岂可见死而不救哉？ ……自纪运翔之证治愈后，凡患此者，纷纷踵门求诊，情不能已，徼幸成功者颇多。[30]

首先要明确的是，这两位均是医术与医德声名卓著的清代名医，他们的行为应该能够算是当时医疗界的道德典范，而案例选自于他们自己选定的医案集，故事的叙述也应该经过了一定的道德考虑，所以这两个案例应该具有一定的典型性。

首先，可以看出医生有选择是否提供诊治的高度自由。两个案例中，医生在一开始都没有主动出来救治病人，徐大椿是在原有诊治义务已经完成感到犹有余力，方才接纳其他病人，但观其"**不妨施济**"一语仍不乏勉强，王孟英最后愿意应诊是被朋友强拉所致，对方甚至说出了"岂可见死而不救哉"这样强烈道德批评意味的话语。其时，医生的这种态度并非孤例，在吴瑭《温病条辨》自序中提到癸丑岁（公元 1793 年）都下温疫大行之时，他出来悬壶济世也是因为"诸友强起瑭治之"。以他们自己记述的语气看来，医生并不觉得这是一种明显的道德过错，甚至会对自己低调、谦虚的做派表现出一种隐约的道德优越感，而王孟英朋友的批评毋宁说是在企图唤起医者当下的道德情感反应而非对某种职业责任的强调。这种对道

27 余治：《得一录》·卷三
28 徐子默：《吊脚莎方论》，第 1961 页
29徐大椿：《徐灵胎医学全书》·《洄席医案》，第 382 页
30王孟英：《王孟英医学全书》·《随息居重订霍乱论第三医案篇》，第 174 页

德情感的唤起，往往能够起到更好的动员作用，如王孟英在《随息居重订霍乱论》自序介绍了自己重订该书的缘起，其中除了救济世人的道德责任之外，最为打动他的恰恰是他的朋友金篪斋的一片拳拳之心和不惜身死、奔走济世的仁心善举。

但医生并非没有任何道德压力，如果病人是由朋友推荐或者是自己的族人，医生就很难拒绝出诊。王孟英在纪运翔一案之后，又记述了六七个自己处理的瘟疫病案，但几乎所有的病例都可以找到明确的亲缘或朋友关系。另一位名医孙一奎的医案中记录了五个瘟疫的病例，其中《三吴治验》中三例为地方士绅或家人，应该属于孙氏寓居地朋友圈的范围，《新都治验》两例为孙氏同宗族仆[31]，唐立行等认为这是孙氏在履行其族医的职责。据唐力行等的研究，明清徽州地区宗族纷纷建立了族医制度，通常是指定宗族中某一子弟专门从事宗族内的医疗事务，另有延聘族人中的名医或有亲缘关系的名医作为兼职族医，这种制度安排下的医生便对一个特定人群承担救治责任。[32]另一种道德压力来自于更普遍化的救急与救贫苦的道德要求，在同一本书中王孟英提到应该“泛爱”病人，辞曰：“凡患急证，生死判乎呼吸，苟不速为救治，病必转入转深，救治而少周详，或致得而复失，骨肉则痛痒相关，毋庸勉告，最苦者贫老无依，经商旅贾，舟行寄院，举目无亲，惟望邻友多情，居停尚义，解囊出力，起此危病，阴德无涯，定获善报。”[33]最后一种道德压力似乎建立在某种医患合同关系上，即医生可以拒绝病人，但一旦接诊之后，医生就必须承担自己的道德责任。相较于在昆山闭门不出的消极作为，徐氏医案中还记录了数起为了救治病人而勇担责任的故事，在“外感停食”淮安商杨秀伦案中，医生甚至在病家谢绝帮助的情况仍然强行施治，前后态度的差异令人瞠目。除此之外，医生也有可能会因为与善堂医馆签订了协议，或者因为加入了地方慈善团体而负有为病人无差别地提供救治的义务。如 1636 年六月晚明士人祁彪佳就与当地有名望的十位医生签署了协议，共同主持药局，医生轮流当值，这一举措据称拯救了一万多人的生命。[34]

通过对两个案例的分析可以发现，在传统中国社会似乎没有对所谓“职业责任”的道德敏感，医生可以以相当私人化和软弱的理由——惧应酬——而拒绝收治病人，而他们自己在叙事中似乎并不认为这一理由有何不妥。他们在同一案例中对其他医者的道德批评，则集中于对其医术不精、误诊误治的批判，这又可从反面论证前述医生对自己责任边界的认识：可以不提供救治，一旦接诊则必须为病人提供正确的诊治服务。所以，医生的专业责任起自专业伦理关系的建立，在此之前，医生考虑更多的是一般性的道德标准和非职业的伦理关系，而他们所面对的社会反应说明，这种界分也是当时的社会共识。

四、原因之二：传统医学道德价值指向与叙事策略

事实上，人们很难对医生求全责备，在社会优质医疗资源总体不足的情况下，少数良医即使再努力也不可能满足社会的医疗需要，虽然在史志和医籍中可以找到医生为救治病人不幸传染疫病甚至牺牲的案例，公众亦不会期望每一位名医、良医都能做到鞠躬尽瘁、死而后已。在这里想要明确的是，在面对巨大压力和风险的情况下，中国传统医学伦理是如何定位与要求医生的专业道德行动的。如果从专业伦理的角度来看，中国传统医学伦理一直有强烈的救死扶伤的责任意识，可以看到大量有关医生救治病人的一般性义务的陈述。最典型的论述是孙思邈的《大医精诚》篇：

“凡大医治病，必当安神定志，无欲无求，先发大慈恻隐之心，誓愿普救含灵之苦。若

31孙一奎：《孙一奎医学全书》，725 页以下
32唐力行、苏卫平： 2009，43-54 页。
33王孟英：《王孟英医学全书》·《随息居重订霍乱论》，第 156 页
34梁其姿： 2012 年，166-167 页。

有疾厄来求救者，不得问其贵贱贫富，长幼妍媸，怨亲善友，华夷愚智，普同一等，皆如至亲之想。亦不得瞻前顾后，自虑吉凶，护惜身命。见彼苦恼，若己有之，深心凄怆。勿避险巇、昼夜寒暑、饥渴疲劳，一心赴救，无作功夫形迹之心。如此可为苍生大医，反此则是含灵巨贼。”

另，陈功实更在其名著《外科正宗》中提出医家的五戒十要中，第一戒就要求：“凡病家大小贫富人等请视者，便可往之，勿得迟延厌弃，欲往而不往，不为平易，药金毋论轻重有无，当尽力一例施与”。王孟英在其霍乱专书中，也指出面对急证，应当速为救治，黄凯钧则强调对病人要有恻隐之心：“遇急病人, 请致即行”。[35]如果将这些论述理解为一般性原则要求，似乎可以得出医生应该不惧被传染风险救治病人的结论，但这一点既不是医生现实行为的常规标准，也不是医德叙事的重点。在翻阅明清瘟疫专书和相关医案的过程中，笔者发现道德叙事的重点往往放在不计酬报和立言垂教这两点上。如王孟英在说完救治急症之后，立即强调对“贫老无依，经商旅贾，舟行寄院，举目无亲”者解囊出力，陈功实论及救治义务的时候，将其置于不可思虑“病家大小贫富人等”的前提之下，并又在第七要中特别谈到对贫窘之家，及游食僧道，衙门差役人等，以及贫难者予以免费救助。而地方史志首先也都会强调医生免费施诊施药之义举[36]，在诸多社会贤达为瘟疫专书所做的序言中，则会格外强调医者公开秘方诀窍以救济世人的善举。如同治三年，长沙常氏为张绍修所撰《时疫白喉捷要》所作序言中，引用张氏自己的话褒奖其道德：“余之学治此症也，经明师数人矣，而复旁搜医籍，阅历有年，既不敢矜其奇，又何敢私其术。子欲得，吾悉语子。吾已传数人矣，唯借此求金者不传，语汝吾何患焉？”[37]

所以，传统医学道德叙事的关键，在于张扬医学之为仁术而非谋生计的道德属性，所以医家在救治病人时应当一心一意以救人为念，切不可以此牟利，故在道德叙事中对医生“舍利取义”的描述占据了主要篇幅。宋代以后，随着孟子“仁术、仁道”思想的影响不断升格，医学逐渐被定名为“ 仁术”[38]。“医乃仁术”一说，以儒家仁心、仁爱、孝道、重利轻义等观念对医生道德价值观进行引导，以儒家伦理规范对医师行为进行规范，希望医生贯彻儒家的仁爱精神，按儒家圣贤的教诲做人做事[39]。医乃仁术，首先当然是因为医术的功用就是救人性命，即“医以活人为心，故曰医仁术”[40]，但更重要的是超越医疗职业“司命之责”的局限，由卫生而推之以济世[41]，还要在发扬医学、立言垂教、教化世人上做功夫，最后达到 “进而医国，羹调元鼎，寿君泽民，跻世熙和”[42]的道德高度。

既然以仁心仁术作为考察医者道德水平的标杆，医生行为的道德动机就变得极其重要，而对道德动机必须超越谋生计、尽职责这样的职业伦理范畴，而进乎于立功德、求不朽的大人君子的境界。对此，明代的儒医龚信在其〈明医箴〉中说的很清楚：不衒虚名，惟期博济，不计其功，不谋其利，不论贫富，药施一例，起死回生，恩却天地，如此名医，芳垂万世。[43]其子龚廷贤著《万病回春》，提出了医家五戒十要，又做了具体发挥。时刑部尚书临川继峰为其所作序言中援引了龚廷贤自己的一段话：“廷贤竭生平卒父业，着成此书，盖愚者一得，医人本分事耳！若欲广其传，非借金玉，何以垂不朽？”由此可见，一个有道德追求的医家，绝不仅仅局限于谋生和尽责，而是要通过医疗的实践成就自己的美德与不朽功业。

这种情况的出现，受到传统中国士人道德评价模式的影响。在这一点上，华岫云为叶天

35 黄凯钧：《友渔斋医话》·医家功德
36余新忠：2003 年，第 256 页
37 张绍修：《时疫白喉捷要》·常序
38徐仪明： 2002，24-29 页
39王宜静，罗京滨： 2003, 52- 53 页
40徐春圃：《古今医统大全精华本》·《陆宣公论》，55 页
41 李时珍：《本草纲目》，第 3 页
42肖京：《轩岐救正论》，511 页
43 《古今图书集成》·医部第五百三十八卷

士《临证指南医案》所作序言中有一段论述可谓典型：“古人有三不朽之事，为立德、立功、立言也。盖名虽为三，而理实一贯。要之，惟术有济于民生而已。夫有济于民生，则人之所重，莫大乎生死。可以拯人之生死，虽韦布之士，亦力能为者，则莫若乎医。故良医处世，不矜名，不计利，此其立德也；挽回造化，立起沉病，此其立功也；阐发蕴奥，韦着方书，此其立言也。一艺而三善成备，医道之有关于世，岂不重且大耶”[44]。 在这一道德评价模式中，治病救人还算是私德领域的建树，而着书立说、驳正谬误并免费刊布天下惠及者是天下人，甚至是“万世赖之无穷期也”，所以吴塘在《瘟病条辩》自序中谈及刊印自己的医书时甚为惶恐，说“塘愧不敏，未敢自信，恐以救人之心，获欺人之罪，转相仿效，至于无穷，罪何自赎哉然是书不出，其得失终未可见因不揣固陋，龟勉成章，就正海内名贤，指其疵谬，历为驳正，将万世赖之无穷期也”[45]。王孟英介绍《随息居重订霍乱论》一书的出版过程时，首先表现出来的也是一种谨慎惶恐的态度：“自揣无拨乱才，方悔少年妄作之非”，一开始并不愿意重印医书，直到一直积极襄助其出书的金篪斋也因为感染疫病去世之后，受其德行的感动，才重订此书。相较于他们在介绍自己的医学见解，针砭庸医害人之时的果断自信，这些作者在论及自己的著作时表现出来及其谦虚谨慎的态度，这恐怕也与他们对君子大人立德、立功、立言之道德境界的理解和追求有关。

五、一个比较研究：中世纪欧洲瘟疫中的道德叙事

在明清江南瘟疫中记述的道德故事，与欧洲中世纪有关瘟疫的历史记录以及医者行为策略形成了强烈对照[46]。

回到传染观念还没有产生之前，例如希波克拉底时代，同样也能看到对传染风险的忽视，而在一般性上提出照料病人的责任，并不存在要求医生去承担这一风险的道德规范[47]。传染观念出现之后，情况发生了巨大的变化，医生纷纷从自己的病人身边逃离，甚至伟大的盖伦也承认在公元 166 年当瘟疫袭击罗马的时候，他从那座城市逃离了出去[48]。当黑死病在 14 世纪进入欧洲的时候，欧洲各地的医生似乎都从病人身边逃走了。当瘟疫首次抵达威尼斯，“几乎所有的医生都因为恐惧和恐怖而离开了。”“没有离开的医生也紧锁房门，拒绝出来。”[49] 如 Johnsen 所说，面对瘟疫，中世纪欧洲的医生们往往也遵循他们开给病人的处方，“快点跑，跑远点，然后晚些回来（cito, longe, tarde: ″leave fast, go far, and returnslowly″）”[50]。

当然，也有很多医生会选择与自己的病人待在一起[51]。但留在工作岗位上的医生，也很少是因为出于某种明确的“职业道德”观念，他们或者是出于某种宗教的理由，或者是是出于对家乡的热爱，或者是为了履行自己（与医学院或皇室、贵族）的合同，或者是为了获得经济利益。而社会则试图用立法禁止医生离开病人，如威尼斯在 1382 年，巴塞罗那和科隆在十五世纪都试图通过类似的法律以强制医生为瘟疫患者提供救治。不少欧洲城市还专门设立了一个“the plague doctor”的专门职位来聘请专门为瘟疫患者提供治疗的医生。瘟疫医生能感获得较高的薪水和其他一些福利，为此承诺在瘟疫期间“尽可能地”为病人提供服务。这是一个具有强制性的合同约定，而且瘟疫医生本身遭到一定的社会歧视，例如他们的

44葉天士：《叶天士医学全书》·《臨證指南醫案》·华序
45吴塘：《瘟病条辩》·自序
46 Abigail Zuger and Steven H. Miles 1987,1924-8.And: Daniel M. Fox1988, 5-10
47 Edelstein L. 1967, 96-97
48 Walsh J. 1931，203
49 Daniel M. Fox 1988, 5-10
50A.Jonsen 2000，p45.
51 Samuel J. Huber & Matthew K. Wynia 2004, 5-11

住所需要与其他人相隔离[52]。

与中国的例子相比较，我们会发现，前现代境况下中西方社会中都缺乏那种现代性的医学职业道德规范，在医生选择承担风险去照料传染病人的时候，他们的理由都不是所谓的“职业道德”，甚至也是所谓的“天职”“义务”等话语，促使医生去承担风险的原因往往是来自专业伦理外部，或者是自我利益考虑，或者是对合同的尊重（这里面既要考虑到欧洲商业文化传统中的影响，也要考虑到合同背后所承载的利益因素），可以称之为道德原因的理由或者是来自于宗教，或者是来自于爱国主义情感。相较于中国古代以乡村和家族聚居方式组织起来的更紧密的社会伦理关系，欧洲中世纪城市环境中的医生更容易将自己视为一个“小生意人”，从个人利益的角度去考虑问题。而中国古代的医生有更强的伦理动力去承担这一责任，乡绅、地方官府或者宗族势力则提供了更加强有力的外部伦理推动，但如果缺乏必要的伦理关系，如前述徐大椿案例中，医生身处外乡，除直接病人以外并无其他伦理关系，其感受到的道德压力就会急剧降低，接诊意向也相对弱化。

六、结论

中国传统医学伦理并没有对专业伦理责任做出一个清楚而又特别的界定。这首先是因为明清时期的医生既缺乏明确的专业身份和职业组织管理，也缺乏足够的专业权威，所以需要借助于其他社会资本和文化力量来对自己的专业身份和医疗活动进行控制[53]。其次则是因为，明清时代医学伦理已经基本完成了儒化进程，如谢利恒先生所言：“自宋以后，医乃一变为士夫之业，非儒医不足见重于世”[54]，这就造成医者的专业责任是在“士人”道德的基础上予以厘定的。士人道德基于更普遍的伦理准则和更高的道德要求。如黄芷芊所指出的，用士人道德主张——“士不可以不弘毅，任道而重远，仁以为己任，不亦重乎？死而后已，不亦远乎？”（《伦语．泰伯篇》）——来要求医务人员，则其在瘟疫到来之时便有义务不计风险与利益去救治病人[55]。这也就是在清代江南瘟疫的道德叙事中缺乏对医生承担职业风险的论述的原因，因为这在他们看来本来就是身为一个医者理所当然的道德责任，在那些积极投身于对抗瘟疫的英雄医生和社会贤达的行为中，我们都可以看到一种以天下为己任的高尚的道德情感，他们追求也显然超越了履行职业责任这样狭隘的要求，而是在济天下、安万世、求不朽的士人道德水平上展开。而古代中国社会对瘟疫预防治疗方面的捉襟见肘，更多地应归罪于具有高道德和高专业技能的优质医疗资源的总体匮乏，而不是因为在医学道德上存在某种缺陷。

但中国传统医学伦理缺乏足够的规范意识，专业人员的行为更多地取决于个人的德性修养水平，在医德修养和建设方面也多集中于个体性的美德的养成。即使是在一些具有较高组织性的专业医生团体中，其规范的论述、考评与执行仍然基本围绕德性自律做文章[56]。高尚的医生会不计生死利害，鞠躬尽瘁，散发出士大夫所应该具有的道德光辉，行医为谋生计的庸常医者则混然于众生，在瘟疫来临时选择了趋利避害甚至唯利是图的行为。社会与公众可以通过树碑立传等方式褒扬前者的义举并期望有足够多的医生会效仿这些楷模，但却没有足够有效的手段去惩戒后者的劣行。其实，这样的道德在某种程度上是违背职业化的基本原则的，职业伦理需要考虑职业行为的特殊规范以及职业群体生存的需要，所以绝对不可能提出一种只有道德英雄或者圣人才能够履行的责任要求，而是需要一种普通人可以做到的规

52 Daniel M. Fox 1988, 5-10
53 祝平一：2010，1-50 页。
54 谢观：2003， 101 页。
55黄芷芊：2005，15-25 頁
56项长生：1991， 61-69 页

范[57]。最后，传统医学伦理模式没有给医生提供职业保障，虽然有 “大德必得其位,必得其禄,必得其名,必得其寿”（《中庸》）的道德论述，但在现实生活中福、禄、寿的获得却必须依赖特定的社会伦理结构的支持，如果善行不能获得回报，很难期望它会成为一种稳定的行为规范。在传统医学道德文献中，仍然不得不诉诸于具体的回报机制来说服医者遵循道德要求，如陈功实在谈及救助贫苦病家时，指出尽力施诊“自然生意日增”，而王孟英则需要指出救治危病，会“阴德无涯，定获善报。”

最后，让我们回到叙事本身，从清代江南瘟疫故事中可以看出中国传统医学道德叙事的传统模式：着眼于医者的美德与善行，并善于将一种职业实践上升为士人君子的道德实践和现实超越。故事的讲述，让历史记住了无数为对抗疫病做出贡献的伟大医者，也在不断地鼓励后来人坚定道德选择。但故事的讲述方式，多少掩盖了在这些仁行善举背后的社会文化历史条件，正是在中国传统医学知识与技艺、熟人社会网络、乡村士绅组织以及社会共享的儒家价值观等基础之上，一种基于医生个人美德的传统医学伦理才能够有效地组织社会资源，最大可能地为对抗瘟疫做出贡献。今天我们在重申中国传统医学道德传统时，需要注意避免重蹈覆辙，充分重视美德、职业规范与社会历史条件之间的关系，用正确的方式去叙述新的医德故事。

参考文献：

American Medical Association. “1998, Opinion 9.131 - HIV-Infected Patients and Physicians”, URL: http://www.ama-assn.org/ama/pub/physician-resources/medical-ethics/code-medical-ethics/opinion9131.page.

Alexander GC, Wynia MK. “Ready and willing? Physicians’ sense of preparedness for bioterrorism”, Health Affairs Journal (Millwood), Vol.22(2003), pp.189－197.

Ariel R. Schwartz. ” Doubtful Duty: Physicians’ Legal Obligation to Treat during an Epidemic”, Stanford Law Review, Vol. 60, No. 2 (2007), pp. 657-694

Tom Tomlinson. “Caring for risky patients: duty or virtue?” Journal of Medical Ethics , Vol. 34(2008), pp458-462

Abigail Zuger, Steven H. Miles. Physicians, AIDS, and Occupational Risk----Historic Traditions and Ethical Obligations , THE JOURNAL OF THE AMERICAN MEDICAL ASSOCIATION , Vol.258,No.14(1987), pp1924-1928

Daniel M. Fox. The Politics of Physicians’ Responsibility in Epidemics: A Note on History, The Hastings Center Report, Vol. 18, No. 2 (1988), pp. 5-10

Edelstein L. “The Hippocratic physician”, in Temkin O, Temkin CL (eds): *Ancient Medicine: Selected Papers of Ludwig Edelstein*. Baltimore,The Johns Hopkins Press, 1967, pp 96-97.

Walsh J，Refutation of the charges of cowardicemade against Galen. Ann Med History,Vol.13 (1931)，p203.

Jonsen, A. *A Short History of Medical Ethics*. New York: OxfordUniversity Press. 2000,p45.

Samuel J. Huber & Matthew K. Wynia. “When Pestilence Prevails …Physician Responsibilities in Epidemics”, The American Journal of Bioethics, Vol.4(2004), pp5-11

Urmson J.O. “Saints and Heroes”, in Melden AI, eds. *Essays in Moral Philosophy*, Seattle: University of Washington Press,1958, pp 198-216.

57 Urmson JO. 1958, 198-216.

（明）吴有性：《温疫论》,天津：天津科学出版社 2003 年
（明）徐春圃：《古今医统大全精华本·陆宣公论》，科学出版社 1998 年
（明）李时珍：《本草纲目》，北京：人民卫生出版社 1977 年
（明）肖京:《轩岐救正论》，中医研究院图书馆藏清刊本影印本，北京：中医古籍出版社 1983 年
（清）陈道耕：《疫痧草》，见《吴中医集·瘟病类》，南京：江苏科学技术出版社 1989 年。
（清）王孟英：《王孟英医学全书》，北京：中国中医药出版社 1999 年。
（清）吴瑭：《温病条辨》，南京中医药大学温病学教研室整理，北京：人民卫生出版社 2005 年
（清）熊立品：《治疫全书》第六卷，中国医学大成续集，1777 年刻本
（清）龚廷贤：《龚廷贤医学全书》，北京：中国中医药出版社 1999 年。
（清）徐大椿：《徐灵胎医学全书》，北京：中国中医药出版社 1999 年。
（清）孙一奎：《孙一奎医学全书》，北京：中国中医药出版社 1999 年。
（清）陆以瀚:《冷庐医话考注》卷一，上海中医药大学出版社 1993 年
（清）陈耕道著《疫痧草》，收入《吴中医集》编写组编：《吴中医集 温病类》，江苏科学技术出版社 1989 年
（清）余治:《得一录》，清同治八年得见斋刻本影印，台北：华文书局 1968 年，
（清）徐子默:《吊脚莎方论》，见《陈修园医学七十二种》，第 4 册，上海书店 1988 年，1961 页。
（清）黄凯钧：《友渔斋医话》，载于《中国历代名医医话大全》，山西科技出版社 1996 年。
（清）张绍修：《时疫白喉捷要》，载于湖南中医药研究所编：《时疫白喉捷要、白喉全生集合编》，湖南人民出版社，1959 年。
（清）刘奎：《松峰说疫》人民卫生出版社，1987 年
中川忠英编著：《清俗纪闻》，方克、孙玄龄译，北京：中华书局 2006 年
谢观著，余永燕点校：《中国医学源流论》，福州：福建科技出版社 2003 年
余新忠：《清代江南的瘟疫与社会》，北京：中国人民大学出版社 2003 年
唐力行、苏卫平，<明清以来徽州的疾疫与宗族医疗保障功能>，《史林》，2009（3）:43-54 页。
梁其姿：《宋元明的地方氏疗资源初探》，载《中国历史评论》第 1 卷：中国社会历史评论，2001 年
梁其姿：《面对疾病——传统中国社会的医疗观念与组织》，北京：中国人民大学出版社 2012 年。
祝平一：<药医不死病，佛度有缘人：明、清的医疗市场、医学知识与医病关系>，《中央研究院近代史研究所集刊》，2010(68)：1-50 页。
徐仪明：<论孟子“仁术”说对北宋儒医文化发展的影响>，《史学月刊》，2002（11）：24-29 页
王宜静，罗京滨：<中国传统文化对医学伦理之影响>，《中国医学伦理学》，2003,17(4):52-53 页
黄芷芊：<SARS 時期護理專業人員的倫理困境>，《應用倫理研究通訊 》，2005，34（5）：15-25 页
项长生：<我国最早的医学团体一体堂宅仁医会>，《中国科技史料》，1991，12（3）：61-69 页

善衡校園
HO SIN HANG CAMPUS
香港浸會大學
HONG KONG BAPTIST UNIVERSITY
北
N
Waterloo Road
窩打老道
Broadcast Drive
廣播道
Chuk Yuen Road
竹園道
Junction Road
聯合道
往 樂富 港鐵站
To Lok Fu MTR Station
逸夫校園
SHAW CAMPUS
Renfrew Road
聯福道
Baptist University Road
浸會大學道校園
BAPTIST UNIVERSITY
ROAD CAMPUS
Hereford Road 禧福道
會議場地
永隆銀行商學大樓 2 樓 WLB 206 室
午膳地點
思齊樓 2 樓聯福樓
圖例 Legend
行人入口
Pedestrian Entrance
車輛入口
Vehicular Entrance
公共巴士站
Bus Stop
公共小巴站
Light Bus Stop
往 九龍塘 港鐵站
To Kowloon Tong MTR Station
往 九龍塘（沙福道）公共交通交匯處
To Kowloon Tong (Suffolk Road) Public Transport Interchange
Music Rehearsal Hall
Au Shue Hung Terrace Garden
Au Shue Hung Building
Sing Tao Building
Christian Education Centre
Oen Hall Building (West Wing)
Oen Hall Building (Main Building)
Oen Hall Building (East Wing)
Podium (Level 6)
平台
Cha Chi-ming Science Tower
William M.W. Mong Courtyard
Yeung Shui Sang Building
Sir Run Run Shaw Building
Fong Shu Chuen Library / Fong Shu Chuen Carpark
Man Lung Garden
Wai Hang Sports Centre
Kam Shing Road
Franki Centre
SCE Headquarters
Under Construction
BU Bridge
Shaw Tower
Au Shue Hung Memorial Library
Joint Sports Centre
The Wing Lung Bank Building for Business Studies
Lam Woo International Conference Centre
David C. Lam Building
Madam Kwok Chung Bo Fun Sports and Cultural Centre
Academic and Administration Building
Jockey Club Academic Community Centre / Madam Chan Wu Wan Kwai School of Continuing Education Tower
Jockey Club School of Chinese Medicine Building
Student Residence Halls
Renfrew Road Building
Communication and Visual Arts Building / Communication and Visual Arts Carpark
Carpark A
Carpark B
Carpark C
Fire Station
29A
72, 73, 85
25M, 25M(s), 72, 73, 85
25M, 25M(s)
25M