

北京大学应用伦理学丛书

Principles of Biomedical Ethics

生命医学 伦理原则

(第5版)

Tom L. Beauchamp
James F. Childress

[美] 汤姆·比彻姆
詹姆斯·邱卓思 著

李伦 等译



北京大学出版社
PEKING UNIVERSITY PRESS

E
Z F K
3 M U

北京大学应用伦理学丛书

湖南师范大学出版基金资助项目

Fifth Edition

Principles of Biomedical Ethics

Tom L. Beauchamp
James F. Childress

生命医学 伦理原则 (第5版)

[美] 汤姆·比彻姆
詹姆斯·邱卓思 著

李伦 等译



北京大学出版社
PEKING UNIVERSITY PRESS

著作权合同登记号 图字:01-2012-1159

图书在版编目(CIP)数据

生命医学伦理原则:第5版/(美)比彻姆(Beauchamp, T.), (美)邱卓思(Childress, J.)著;李伦等译. —北京:北京大学出版社, 2014. 8

(北京大学应用伦理学丛书)

ISBN 978-7-301-24487-6

I. ①生… II. ①比…②邱…③李… III. ①生物工程—医学工程—医学伦理学 IV. ①R318-05

中国版本图书馆CIP数据核字(2014)第153623号

Copyright © 2001 by Oxford University Press, Inc.
PRINCIPLES OF BIOMEDICAL ETHICS, FIFTH EDITION was originally published in English in 2001.

This translation is published by arrangement with Oxford University Press.

书 名: 生命医学伦理原则(第5版)

著作责任者: [美]汤姆·比彻姆 詹姆士·邱卓思 著 李伦 等译

责任编辑: 吴 敏

标准书号: ISBN 978-7-301-24487-6/B·1211

出版发行: 北京大学出版社

地 址: 北京市海淀区成府路205号 100871

网 址: <http://www.pup.cn> 新浪官方微博: @北京大学出版社

电子信箱: pkuwsz@126.com

电 话: 邮购部 62752015 发行部 62750672 出版部 62754962

编辑部 62752025

印 刷 者: 北京中科印刷有限公司

经 销 者: 新华书店

965毫米×1300毫米 16开本 29.25印张 495千字

2014年8月第1版 2014年8月第1次印刷

定 价: 69.00元

未经许可,不得以任何方式复制或抄袭本书之部分或全部内容。

版权所有,侵权必究

举报电话: 010-62752024 电子信箱: fd@pup.pku.edu.cn

献给

乔治娅、露丝和唐纳德

除了感谢、感谢、永远的感谢,我无以回报。

——《第十二夜》

鉴于朋友和批评者的建议,道德哲学、社会哲学、政治哲学和生命医学伦理学的发展,以及科研、医学和医疗中的新问题,我们此次彻底修订了《生命医学伦理原则》。

为适应不同读者的需要,我们修改了本书的结构。现在的第一章通过讨论道德规范——尤其初始(*prima facie*)原则和规则,以及为了道德审视和伦理决策对这些原则和规则所做的细化和权衡——介绍了我们的理论框架。第二章主要讨论道德品格,特别是伦理美德和道德理想,它们在生命医学伦理学中常常被忽视或贬低了。接下来的四章(第三章至第六章)阐述了四组基本原则——尊重自主原则、不伤害原则、有利原则和公正原则。第七章考察了医疗专业人员与病人、研究者与受试者关系情景中的诚实、隐私、保密和忠诚等道德规则。我们保留了对生命医学伦理学的方法和理论的考察,新增了对我们偏爱的方法和理论的详细解释和辩护。这些论题放在最后两章(第八章和第九章)。我们相信,对没有太多道德理论背景知识的读者来说,本修订版更加通俗易懂。对道德理论比较感兴趣或有深厚基础的读者,在读完开头的两章后,可以选择立即阅读最后两章。

随着每一次修订,我们的感激之情与日俱增。我们依然感谢为以前各个版本提出建议、见解和案例的同事和学生,尽管我们在此无法列出所有这些人的姓名。许多著作和论文对我们的理论框架做出了颇具价值的讨论,此外,使用本书的许多学生、同行、医疗专业人员和教师为第五版也做出了无可估量的贡献。我们想特别感谢约翰·阿拉斯、玛西亚·邱卓思、已故的丹·克劳泽、约翰·弗莱彻尔、伯尼·戈特、乔纳森·莫雷诺和斯文·谢尔曼-彼得森,感谢他们坦率提出的问题、挑战 and 批评,以及支持性的对话。默巴·哈尼福提供了非同一般的帮助,就像肯尼迪伦理学研究所图书馆和信息检索系统的工作人员所提供的帮助一样。詹姆士也深深地感谢伊齐基

2 生命医学伦理原则

尔·伊曼纽尔、弗兰克·米勒以及国立卫生研究院(NIH)临床生命伦理学部的其他同事。1999—2000年,詹姆士是该部的访问学者,该部为他修订这一版的许多工作提供了最激励人、最愉快的环境。

我们也想趁此机会向牛津大学出版社本书编辑杰弗里·豪斯的美好合作表示深深的谢意。他和我们一道为本书各个版本工作了四分之一个多世纪。

就像此前四个版本的每个版本一样,我们也将此版奉献给乔治娅、露丝和唐纳德。第四版刚出版不久,詹姆士的妻子乔治娅于1994年不幸去世。我们藉此表达对她的怀念,并对露丝和唐纳德表示敬意。

汤姆·比彻姆 于华盛顿哥伦比亚特区
詹姆士·邱卓思 于弗吉尼亚州夏洛茨维尔

目 录

第 一 部 分

第一章 道德规范	3
伦理学与道德	3
道德两难	10
道德原则的框架	13
道德规范的初始性	15
原则规则的细化	16
原则规则的权衡	18
结论	23
第二章 道德品格	26
道德美德	26
职业角色的美德	29
五大美德	32
道德美德与道德原则的关系	37
道德理想	38
道德卓越	42
结论	49

第 二 部 分

第三章 尊重自主原则	59
自主的本质	59
自主选择的能力	70
知情同意的含义和论证	77

2 生命医学伦理原则

告知	80
理解	87
自愿	92
代理决策标准的框架	97
结论	102
第四章 不伤害原则	111
不伤害概念	111
不予治疗的区分及其规则	117
选择性治疗与义务性治疗	129
杀死和任其死亡	136
故意安排死亡的论证	140
保护无行为能力的病人	147
结论	152
第五章 有利原则	161
有利的概念	161
义务性有利和理想性有利	162
家长主义:有利原则与自主原则的冲突	171
利益、成本和风险的权衡	188
生命价值和生命质量	200
结论	207
第六章 公正原则	219
公正概念	220
公正理论	224
公平机会	229
合理最低限度的医疗权	233
医疗资源的分配	242
定量配给和优先次序的设定	245
给病人定量配给稀缺治疗	255
结论	262
第七章 医患关系	274
诚实	274
隐私	283
保密	292

忠诚·····	300
双重角色	
——医生和研究者·····	306
结论·····	314

第三部分

第八章 道德理论 ·····	327
理论建构的标准·····	328
效用主义	
——后果论·····	331
康德主义	
——义务论·····	338
自由个人主义	
——权利论·····	345
社群主义	
——社群论·····	351
关怀伦理学	
——关系论·····	358
理论的趋同·····	364
结论·····	365
第九章 方法和道德论证 ·····	373
道德论证·····	373
自上而下模式:理论与应用·····	374
自下而上模式:案例与归纳概括·····	380
整合模式:一致性理论·····	386
公共道德理论·····	390
结论·····	396
附录 生命医学伦理案例 ·····	402
索 引 ·····	419
译后记 ·····	459

第一部分

第一章

道德规范

从希波克拉底时代至 20 世纪中叶,医学伦理学一直享有非凡的连续性。然而,生物学和健康科学的发展促使人们批判性地反思医疗专业人员和社会在预防疾病和伤害、满足患者和伤者的需要等方面的道德义务的传统观念。尽管有关古代、中世纪和现代医疗的重要著述汇成了一个反思医患关系的知识宝库,但是,这些著述对当代生物医学伦理学而言是不够的。历史上的这些文献常常忽略了诚实、隐私、公正和社群责任等问题。

为了避免类似的局限性,我们从伦理道德的哲学反思入手,这极不同于从前的职业伦理学的研究。这样的反思能够使我们远离至今在生物医学科学和医疗中仍存在的各种臆断。

伦理学与道德

伦理学

在我们讨论道德这一概念之前,伦理学这一概念值得关注。伦理学是理解和考察道德生活的各种方法的总称。伦理学的方法有些是规范性的,有些是非规范性的。

规范伦理学。一般规范伦理学是一门试图回答如下问题的学问:“我们应当接受哪些指导和评价人的行为的一般道德规范?为什么?”规范伦理学理论旨在确立和论证这些规范。我们将在第八章考察这些理论以及评价这些理论的一套理想标准。

即使存在完全令人满意的一般伦理学理论,许多实践问题也仍然悬而未解。实践伦理学(常被称为应用伦理学)旨在将一般的规范和理论应用

于特殊的问题和情景。“实践的”一词是指将理论、观点和分析应用于考察职业、机构和公共政策中的道德问题、实践和政策。在这些情景中,从理论或原则到具体判断的直接应用通常是不存在的。理论和原则仅仅是制订正当行为之规范的起点和一般指导原则。理论和原则需要正当行为的范例、经验数据和机构经验等来补充。(第九章将详细讨论有关实践伦理学的方法。)

非规范伦理学。有两类广义的非规范伦理学。第一,描述伦理学是关于道德行为和信仰的事实性研究。它使用科学方法研究人们如何推理和行动。例如,人类学家、社会学家、心理学家和历史学家考察在职业实践、职业准则、机构宗旨和规则以及公共政策中存在哪些道德规范和观点。他们研究诸如代理决策、濒死病人的治疗、病人同意的实质等问题。

第二,元伦理学主要分析伦理学的语言、概念和推理方法。例如,它研究权利、义务、德性、论证、道德和责任等伦理学概念的意义。它也研究道德认识论(关于道德知识的理论)、道德推理和论证的逻辑和模式,以及探讨道德是客观的还是主观的、相对的还是非相对的、理性的还是感性的等问题。

描述伦理学和元伦理学合称为非规范伦理学,因为它们的目标是确定事实上或概念上是什么,而不是确定道德上应当是什么。在本书中,我们经常采用描述伦理学的方法,例如讨论目前的职业伦理准则。但是,我们的根本旨趣主要在于这些准则的规定是否合理,而这是规范性的问题。¹

道德与公共道德

3 在最为人熟知的意义上,道德是指关于人的行为正当与否的规范。这些规范由于被广泛认同而成为稳定的(尽管通常是不完全的)社会共识。作为一种社会机制,道德由许多行为标准组成,如道德原则、规则、权利和德性。在我们的成长过程中,我们习得了基本的道德标准和责任。这些道德标准和责任先于我们存在,并代代相传。我们也学会了区分约束所有人的一般道德和仅约束特定群体成员的道德规范,如医生、护士或公共健康官员的道德规范。本节考察一般道德,下一节考察职业道德。

每个人在成长过程中对道德机制有了基本的理解,因此就很容易理解其中的道德规范。所有在乎道德生活的人都已经把握了道德的核心维度。他们知道不撒谎、不偷盗、信守诺言、尊重他人权利、不杀害或不伤害无辜者,等等。所有在乎道德的人欣然接纳这些规则,不怀疑其意义和重要性。他们知道,若无充足的、正当的道德理由,违反这些规范是不道德的,会招致

良心不安。因为我们对此已确信无疑,伦理学的文献不再争论这些问题。再纠结于此,无异浪费时间。

我们把所有在乎道德的人都认同的一整套规范合称为**公共道德**。公共道德包括约束所有地方所有人的道德规范;在道德生活中,没有比这更为基本的规范了。近年来,在公共话语中最受欢迎的指称这一普遍道德核心的概念是人权,²但是,道德义务和道德美德是绝不亚于人权的公共道德的关键内容。

道德不只是由**公共道德**组成,我们不应混淆二者或将二者合而为一。例如,道德包括个体和群体自愿接受的**道德理想**、仅约束特定道德社群成员的**社群规范**、**超常美德**,等等。相反,公共道德包括且仅包括被所有在乎道德的人尊为权威的规范。这里有两个区分是至关重要的:第一个是区分普遍意义上的“道德”与特定社群意义上的“道德”;第二个是区分关于道德信仰中什么是普遍的非规范性(即经验性)主张与关于道德信仰中什么应当是普遍的规范性主张。这些区分对理解本书的理论预设和观点是必不可少的。

普遍道德与社群特殊道德。公共道德的普遍规范由一组实际的和可能的道德规范组成。普遍意义上的“道德”仅指公共道德的规范。相反,特定社群意义上的“道德”包括产生于特定文化、宗教和制度渊源的道德规范。例如,卫生资源配置的不同社会标准,以及慈善事业捐赠的不同宗教标准和社群标准,都属于这种意义上的道德规范。 4

有时,自以为可以用权威性的道德口吻说话的人,常常是在错误信条即自以为拥有公共道德(即普遍道德)权威的指导下行事的。这些人所代表的特殊道德观也许是可以接受的,甚至是值得称道的,但是,这些道德观也许不能约束其他个人或社群。例如,坚信稀缺医疗资源(如供移植的器官)应当通过抽签而不是根据医疗需要来分配的人,可能有非常好的道德理由支持他们的观点,但是,他们不能诉诸公共道德的权威来支持他们的观点。同时,如果我们想建立切实可行的实践伦理,那么公共道德的规范确实需要加以解释。为了解决特殊问题,如怎样分配器官,这样的解释常常会招致激烈的争论。

规范性主张与非规范性主张。我们对公共道德的诉求可以被理解为规范性的或非规范性的,或二者兼备。如果这种诉求是**规范性的**,那么我们的主张是,公共道德确实具有规范力:它为每个人确立了义务性的道德标准。不遵守这些规范意味着做了不正当的行为。实际上,本书作者正是以这种

方式理解公共道德的:公共道德是所有人行为的道德权威,是规范性命题和我们在本书提出的基本道德理论的基础。

对公共道德的诉求也可能是非规范性的或经验性的,在这种情形中,它们描述了所有人的信仰。这种命题更难辩护,需谨慎待之并加以限定。认为所有人事实上都接受公共道德的规范是荒谬的。许多无道德感的、不道德的或道德中立的人并不在乎或者不认同这些或其他道德要求。不管怎样,我们相信,所有文化中的所有在乎道德行为的人都接受公共道德的要求。

有些读者会认为,我们把“道德信仰中什么是普遍的”这一经验性主张与“道德信仰中什么应当是普遍的”这一规范性主张混为一谈,从而抹煞了前面所做的区分,并回避了这一问题。我们的表述似乎只是把我们的道德概念塞进在乎道德的人这一概念中,而未能认真考虑到多元文化论者的经验性主张。这一批评误解了我们的观点。我们赞同如下命题:特定社群意义上的道德反映了显著的文化差异;但是我们认为,社群道德包括不同的基本规则,这是一个关于道德的制度性事实,而不只是我们关于社群道德的观点。仅这些基本规则就能使人们做出跨习俗、跨文化的判断,使人们确信并非所有文化社群中的所有做法在道德上都是可以接受的。奴役、种族歧视和性别歧视等不可接受的做法在历史上屡见不鲜,但是,它们存在这一事实并不能使它们变成在道德上是可以接受的,即使某个特定的社会认为它们在道德上是可以接受的。

规范是绝对的吗?无可辩驳的是,在某些情况下公共道德规范(或道德的其他任何部分)可以被与之冲突的其他道德规范合理地压倒。在某些情况下,所有的道德规范都能够被合理地压倒。例如,为了防止某人杀人,我们也许会撒谎;为了保护一个人的权利,我们也许不得不透露另一个人的秘密。不能仅仅因为原则、义务和权利是普遍的,就认为它们是绝对的和无条件的。我们将在下面的“细化”“权衡”和“初始性”等节中讨论道德规范的这一特征(然后在第九章又回到这些问题)。

道德与伦理学理论。如上所述,道德是一种社会机制,在哲学伦理学和神学伦理学对其进行道德反思之前就已经存在。说本书中的规范是以公共道德为基础的,我们的意思是指,规范不是以某个哲学的或神学的理论或学说为基础的。本书中,我们将提出许多富有争议的、诉诸于理论的建议,但是不能把这些建议与作为我们理论起点的公共道德混淆起来。说我们的理论建立在公共道德的基础上,并不是说针对我们提出的每一个观点,我们都

能够有效地诉诸公共道德的权威。

职业道德

正如所有在乎道德的人都接受公共道德一样,大多数职业都接受或至少隐含地接受职业道德和在乎道德责任的业内人士普遍认同的行为标准。在医学领域中,职业道德规定了医疗机构、医疗服务和医学传统的一般道德规范。医疗角色和医患关系的特殊性要求有其他职业可能不需要的规则。例如,正如我们在第三章和第七章中所坚持的,知情同意规则和医疗保密规则是源于尊重人的自主和保护人们不受伤害等更一般的道德要求。但是,知情同意规则和保密规则在医疗领域之外可能派不上用场或者不适用。

专业领域一般是通过非正式途径传授道德规范。然而,近年来,随着医疗护理伦理准则、科研伦理准则和公共委员会报告的出台,职业道德传授的正规化和职业道德的准则化与日俱增。在我们评价这些进展之前,有必要简要讨论一下职业的本质。 6

塔尔科特·帕森斯(Talcott Parsons)认为,职业是指“一组职业角色,即从业者执行在总体上具有社会价值之功能的角色,并通过这些活动和全职工作来谋生”³。根据这一定义,马戏团演员、灭虫人和拾荒者都是职业人员。尽管妓女享有“世界上最古老的职业”的名声,但她们可能不属于职业人士(因为她们的职能不是“在总体上具有社会价值”)。今天,即便听到把上述活动都称为职业,也不必大惊小怪,因为在日常使用中,“职业”这个词已变成指称人们用来谋生的几乎所有工作。“职业”曾经所含有的荣光,现在体现在“专业”一词中。“专业”一词意指在人文或科学方面受过大量的教育。

因此,为了解职业伦理学的背景,我们需要更加严格地定义“职业”这一术语。严格意义上的“专业人员”通常是通过他们所受的专门培训及其为顾客或客户提供重要服务的义务来确认其身份。专业有自律的组织,通过对候选人已获得必要的知识和技能的正式认证,来控制职业角色的准入。在医疗、护理和公共健康等专业中,专业人员的背景知识来自有严格指导的培训,专业人员能够向他人提供特定服务。

医疗行业一般都给专业成员规定了各种职责,以确保与之打交道的人发现他们是称职的和可信的。行业试图推行的职责是角色责任,即这些责任是根据所承担的角色来决定的。职业伦理学的问题通常产生于专业标准之间的冲突,或专业义务与非专业义务之间的冲突。职业道德的规则是含糊的,因此出现了对这些规则所表达职责的不同解释。为了避免道德冲突

和法律争端,有些行业把这些标准准则化,以减少这种含糊性。

7 准则常常是礼仪规则和专业人员道德责任的细化。例如,美国医学协会伦理准则有一个具有历史意义的版本,要求医生不得批评以前负责同一病例的同行。这个准则也敦促所有医生遵守职业礼仪。⁴这样的职业准则有利于提高和增强成员的身份意识和专业主流价值。如果这些准则能够有效地把具有说服力的道德规范纳入其中,这些准则就更加有益。不幸的是,有些职业准则过分简单化了道德要求,使这些道德要求变得僵化,毫无说服力,或者宣称自己具有超出其应当具有的权威性和全面性。结果,专业人员错误地认为,只要他们忠实遵守这些准则所规定的规则,就可以达到所有相关的道德要求,正如许多人所认为的,只要他们遵守所有相关的法律规定,就可以推卸道德责任。

与此相关的问题是:科学、医学和医疗领域的准则是否全面、自治和有说服力。医学准则有时提到总的原则和规则,如“不伤害”原则和医疗保密规则。只有少数准则较多地提及其他原则和规则的意义,如诚实、尊重自主和公正。这些原则和规则是当代生物医学伦理学讨论非常激烈的主题。从古代医学到当代医学,医生制订了许多准则,但是并没有让这些准则经过服务对象(病人和公众)的审查和认可。而且,这些准则很少诉诸更一般的道德标准,或诉诸传统和医生判断等道德权威之外的渊源。在某些情况下,职业准则的特殊规则似乎与更一般的道德规范冲突。在这些情况下,职业规范追求的可能是保护行业利益胜于推行广泛的不偏不倚的道德观。

精神病学家杰伊·卡茨(Jay Katz)曾经深刻表达了自己关于这种医学伦理准则的观点。他对大屠杀遇难者的命运感到义愤填膺,这激发他越来越坚信:只有持续不断地发展职业伦理学,致力于超出传统准则的教育,才能为涉及人体的研究提供有意义的指导原则:

当我越来越涉足法律领域,我从同事和学生那里获悉了许多我陌生的关于自我决定权和隐私权以及政府、行业和其他机构侵入私人生活的权限等复杂问题……这些问题……在我所接受的医学教育中很少讨论过。它们被过分草率地假定:只要遵守“不伤害”等含糊不清的原则或不切实际的伦理准则,这些问题就可以得到解决。⁵

职业行为的公共监管

医疗专业人员和科学家的道德准则有些是来自公共政策,包括政府部门制订的法规和指南。这里的“公共政策”是指由官方公共机构(如政府机