

# 国外公共健康伦理研究的新进展

喻文德

[摘要] 近五年来国外公共健康伦理始终围绕公共健康、公民权利、政府责任及其相互关系这一主线展开探讨,而公共健康伦理原则的价值排序、公共健康伦理的分析方法与公共健康伦理的教育普及则是其中的理论热点。关于公共健康伦理原则的价值排序问题有特定原则、中层原则和主导原则等排序主张。公共健康伦理的基本分析方法有美德伦理方法、公共善方法和罗尔斯主义方法等。让公共健康专业人员理解公共健康伦理知识,提高道德能力和培养职业道德情操则是公共健康伦理教育的重要目标。

[关键词] 公共健康伦理;伦理原则;分析方法;伦理教育

[作者简介] 喻文德,吉首大学哲学研究所教授,渥太华大学访问学者,博士生导师。

DOI:10.15995/j.cnki.llxyj.2019.05.015

与国外相比,国内的公共健康伦理研究目前相对滞后。以“公共健康伦理”为篇名在中国知网检索,从2004年1月至2018年6月期刊网发文总数37篇,2004年以前是空白。以“public health ethics”为“title”在加拿大渥太华大学图书馆期刊论文网检索,从1986年1月至2018年6月发表论文2243篇,涉及9种语言(不包括中文)其中英语论文最多,2003篇,其次是法语,192篇。自2010年本人写过《国外的公共健康伦理研究》(《河北学刊》2010年第1期第26-29页)以后,至今无人介绍国外公共健康伦理的研究进展。当年,我从公共健康伦理的学科定位、道德难题、分析框架等方面述评了国外公共健康伦理的研究状况。现在,我想利用到加拿大渥太华大学访学的机会,再次梳理一下近年来国外公共健康伦理的研究进展。本人特意检索了从2013年7月1日至2018年6月30日以“public health ethics”为篇名的英语论文,发表论文总数740篇,涉及公共健康、医学、健康政策、健康法律、健康伦理、健康促进、健康教育、人权等18个主题(subject)。通过对上述文献的阅读、整理,我发现,近五年以来国外公共健康伦理始终围绕公共健康、公民权利、政府责任及其相互关系这一主线展开探讨,而公共健康伦理原则的价值排序、公共健康伦理的分析方法与公共健康伦理的教

育普及则是其中的理论热点。

## 一、公共健康伦理原则的价值排序

伦理原则是关于道德判断与道德选择的价值原则与理论依据。在道德推理和伦理决策过程中,伦理原则起着价值导向作用。有很多伦理原则都可以用于分析公共健康问题,当不同的原则之间发生冲突时怎么办,由此产生了伦理原则的价值排序问题。当前,关于这个问题有特定原则、中层原则和主导原则等排序主张。

### 1. 特定原则

邱卓斯等人提出了公共健康干预在伦理上可接受的五个“正当条件”——(1)有效性,即一个违背一般道德考虑的干预必须能有效地维护公共健康;(2)相称性,即获得的可能的公共健康利益必须超过对一般的道德考虑的侵犯;(3)必要性,即并非所有有效的、相称的干预,对实现公共健康目标都是必要的,要尽可能寻找不侵犯一般的道德考虑的替代性策略;(4)最小侵权,即使一项干预满足了前面三个辩护条件,还必须做到对个人自由限制最小;(5)公示理由,即公共健康机构有责任对侵犯一般道德考虑的干预向公众说明理由<sup>[1](P170)]</sup>。

多年来,邱卓斯等人提出的这一公共健康干预的伦理原则在学界备受争议。食用反式脂肪这对人

类健康造成了重大风险,反式脂肪禁令有利于维护公共健康。雷斯尼克认为,反式脂肪禁令只符合有效性、相称性和公示理由等三个条件,而不符合必要性和最小侵权两个条件。因为教育、产品标签和征税等措施同样可以减少反式脂肪的消费。相对于这些措施而言,反式脂肪禁令既不是必要的,也不是侵权最小的,而是最具限制的干预<sup>[2](P27)</sup>。而阿伦等人认为,“必要性”和“最小侵权”在逻辑上是等价的,这两个条件实为同一原则。因为某种干预符合必要性条件意味着不存在道德成本较低而又能够达到目标的替代策略。一种干预符合必要性条件也就符合最小侵权条件。分为两个原则会给决策者带来困惑,合为同一原则在实践中更为有利。“必要性”/“最小侵权”原则“适用于为了达到一个特定目标只有一种干预的情况。在其他情况下,没有必要只要求实施最小侵权的干预。”<sup>[3](P625)</sup>这是一种适用范围小的伦理原则——一个原则对应一种公共健康干预,我们姑且把这种原则称之为特定原则。特定原则是针对某种特定情况而设立的最低限度的价值原则——他们位于价值等级的底部。“必要性”/“最小侵权”原则意味着公共健康干预最好尽可能不侵犯个人权利,如果不得已要侵犯个人权利,必须实现侵犯最小。

## 2. 中层原则

原则是抽象的,现实是复杂的。不是所有的事情都能还原为一个单一的原则,试图以一种方式解释一切的原则很难全面地解释现实的复杂性。由此,中层原则具有很大的吸引力。中层原则是众所周知和广泛接受的价值纲领,类似于大众所理解的公共道德。那么,公共健康伦理到底有哪些中层原则呢?学者们可谓见仁见智。

斯派克认为,“程序正义原则、最小限制选择原则、预防原则和社群主义原则等是公共健康伦理的四个中层原则”<sup>[4](P13)</sup>。程序正义原则要求保证决策过程的公平合理,维护所有利益相关者参与决策过程的权利。在决策过程中,所有参与者都能广泛共享真实信息,并充分表达个人意见。在这一原则下,少数群体的权利将得到保护——个人和少数群体有机会防止多数人将其价值和优先事项强加于他们。最小限制选择原则涉及到个人权利与最大多数人的最大利益之间的平衡。公共健康干预关注人口健康,要最大限度地造福大多数人。但是,当公共健

康目标与个人权利发生冲突的时候,最小限制选择原则要求公共健康干预对个人权利的任何限制必须合理和最小化。预防原则求我们在有科学证据证明存在风险的情况下最大程度地保护人类安全。这种原则适用于有严重危险且无法修复的情况。例如,对转基因生物和杀虫剂的限制。社群主义原则强调社会制度与个人健康的关系——个人健康很大程度上取决于个人是否被社会公平地对待。因此,我们每个人都有道德责任接受我们公平分担的义务,以帮助纠正或减少他人生活中的不公正约束,以证明我们自己从社区成员的身份中获益。在斯派克看来,这四个中层原则是公共健康伦理不同于环境伦理和生物医学伦理的标志。

施罗德等人提出了公共健康伦理课程中聚焦于案例应用的7个中层伦理原则:“非恶意、行善、健康最大化、效率、尊重自主、公正、均衡等。”<sup>[5](P73)</sup>非恶意原则即不要恶意伤害他人,即使伤害也是为了换取积极的好处。行善原则即医生必须竭尽所能帮助和治愈患者。健康最大化原则即人口健康利益的最大化。效率原则即有效利用稀缺卫生资源从而为更多的人创造更多的健康效益。尊重自主原则即尊重患者的意愿与决定。公正原则即要求健康机会和健康结果的公平分配。均衡原则即某种公共健康干预可能违反自主或隐私和有不良后果,但是,一切积极特性必须与负面因素相平衡。施罗德等人认为,这7个中层原则是公共健康伦理短期课程的基本内容,目的在于提高公共健康从业人员的道德意识与辨识能力。

上述这些原则来自不同的道德哲学理论,代表一种了规范性思维。作为决策依据,他们存在于什么是有价值的道德哲学概念之中,处于价值等级的中点,因而谓之中层原则。在这些中层原则中,每一项原则都是独立存在的,原则之间没有秩序或等级。不同的原则代表了不同的价值,中层原则的作用在于他们可以平衡相互竞争的价值。

## 3. 主导原则

特定原则和中层原则在道德推理和伦理决策中能够指导具体行动,而主导原则则是统领特定原则和中层原则的最高原则。我曾经写过《社群主义是公共健康伦理的主导价值取向》(《兰州学刊》2009年第12期第19-23页)一文,也是从主导原则这个意义上来思考的。当年,国外的学者关于公共

健康伦理价值原则的探讨尚未上升到主导原则这个理论高度,可谓众说纷纭,莫衷一是。科林关于“公共健康伦理有多少原则”<sup>[6](P8)</sup>的追问即是这种境况的真实写照。随着公共健康伦理的日渐成熟,确立主导原则成为当务之急。主导原则既关系公共健康的终极目的,又关系到公共健康伦理冲突的价值选择。因此,公共健康伦理主导原则的确立是公共健康伦理的重要理论难题。

随着健康预防政策的到来,人类尊严成为了公共健康专业人员、哲学家、生命伦理学家、律师和政客等共同关注的焦点。早在1997年,曼恩就提出把人权作为应对公共健康伦理问题的起点<sup>[7](P6)</sup>。但是,温特等人提出,人类尊严与公共健康伦理的关系尚未建立起来,应将人类尊严作为公共健康伦理的主导原则——人类尊严概念是公共健康伦理的新基础,并且预判人类尊严概念在欧洲公共健康伦理中将日益发挥更加重大的作用<sup>[8](P210)</sup>。

如何理解人类尊严作为主导原则?人类尊严是指对人的价值和地位的认可和尊重,即人应当作为人被严肃地对待,而不能视为器物。因为人是万物的尺度、价值的本原。人的尊严是与生俱来的,没有人被排除在外,即使是十恶不赦的罪犯也是如此。人类尊严作为主导原则意味着在关于任何原则的伦理分析中,对人类尊严的尊重是一个首要的前提——首先要考虑尊重人类尊严,再考虑其它伦理价值。

## 二、公共健康伦理的分析方法

对于同一个问题,人们可以从不同的理论视角进行分析,由此形成不同的分析方法,进而形成不同的问题解决路径。公共健康伦理的分析方法即解决公共健康伦理问题的伦理框架和理论工具。从现有的文献来看,公共健康伦理的分析方法不下十种,限于篇幅本文只介绍其中的三种常用方法。

### 1. 美德伦理方法

美德是一种理想的人格特征。美德伦理是20世纪中叶以来与功利主义、义务论鼎足而立的三大规范伦理学理论之一。美德伦理以行为者的动机与品质作为分析视角弥补了功利主义与义务论的不足。用美德伦理理论来分析具体道德问题的方法即美德伦理方法。美德伦理方法可以对公共健康实践诸多层面的伦理问题产生影响。譬如,如何解决个

人权利与群体利益之间的冲突关系、公共健康家长主义及其正当性、风险沟通和风险管理、公共健康的合理范围等。

传统的观点认为,公共健康伦理扎根于功利主义。实际上,美德伦理也大有用武之地——它把公共健康专业人员想过什么样的生活或成为什么样的人与他们应该怎么做联系起来。美德伦理学方法的优点在于它联系了公共健康专业人员应该从事什么样的职业生活,或者我们希望公共健康专业人员成为什么样的人。通过对公共健康工作者的职业认同,美德伦理方法为公共健康专业人士创造了一个可以追求卓越的标准,从而弥补了专业基础性规范的缺失。譬如,保健工作人员如何尊重病人的尊严?美德伦理学为之提供了有效的路径。琼斯等人认为,“保健工作人员对病人的尊重是一种美德的表达,不承认病人的尊严是对病人的不公正”<sup>[9](P87)</sup>。保健工作人员既要有旁观者的客观态度,也要有当事人的道德同感,才能切实满足病人的尊严需要。

与此同时,美德与其赖以存在的社会结构(政策、法律、建筑环境、社会环境等)密切相关。迈克尔认为,美德结构概念为伦理学家去思考美德伦理学如何成为公共健康伦理学现有框架的一个有价值的补充提供了动力。“美德不仅体现在公共健康过程中——促进行为习惯的养成,还体现在公共健康的内容中——譬如节制、坚韧和谨慎等价值。”<sup>[10](P37)</sup>因此,在疫苗接种政策、传染病预防和健康饮食等领域,美德伦理都可以大显身手。譬如,健康的饮食不仅可以降低由肥胖和心血管疾病导致的发病率和死亡率,而且可以降低一个人患癌症、糖尿病和抑郁症等的风险。然而,随着消费主义的盛行,各种不健康的饮食习惯明显增多,导致肥胖比例不断上升。由肥胖导致的慢性疾病——高血压、血脂异常、冠心病等不断增加。政府关于健康饮食的干预措施往往难以被公众接受。譬如,“纽约市对含糖饮料的禁令遭到美国公众和美国法院的强烈抗议”<sup>[11]</sup>。自觉行为是美德的重要方面。要改变不健康的饮食习惯主要取决于个体的道德自觉——饮食习惯的选择基本上是公民的个人自由。从美德伦理看来,自由即自律。个体必须努力培养节制美德,自觉选择健康的饮食习惯,切实呵护自身健康。

### 2. 公共善方法

公共善是指保证多数社会成员充分实现某种

目标的有利条件。但是,在社群主义内部,学者们对社会存在基础的理解迥然不同。有的人认为社会是以人的社会本性为基础的,有的人则认为社会是以具有选择能力的个人为基础的。人不是一些孤立的原子,而是一种社会存在物;人类社会不是一些原子的简单集合,而是一种关系实体;公共善不是个人利益的简单相加,而是从多数社会成员共同利益出发综合考量的结果。因此,本文所说的公共善方法从根本上来讲是社会和制度上的,它强调人和人的相互依赖以及公共机构在增进人类福利的主导作用。共同善方法可以适用于不同的人类群体——家庭、职业团体、社会机构、国家或者国际社会等。公共善方法从人类的相互依存的关系出发思考各种利益主体之间的利害关系,强调人的尊严和权利,致力于整个人类的繁荣,为解决公共健康问题提供了有效的分析框架。

良好的营养在个体各个阶段的生长、发育和健康中都有着重要的作用。健康饮食可以降低患慢性病的风险。当消费者选择健康食品的自由受到不可控因素的限制时,要个人对不良饮食造成的健康损害负责在道德上是不合理的。为此,杰奎诺等人提出,“公共善有助于我们理解公共实践、社会政策和市场价值,这些因素塑造了营养食物不可及性的远端因果因素”<sup>[12](P1)</sup>。也就是说,公共善可以帮助我们批判影响健康食品获得的社会决定因素,指导制定合理的公共政策,保证多数社会成员——即使在社会或地理上的边缘人群——都能够获得健康的食品。

在经济全球化时代,全球健康成为国际社会共同关注的问题。国际贸易和投资协定一方面促进了全球经济的繁荣,另一方面也对全球健康产生了一些消极后果:贫穷、不平等和环境污染——这些问题是影响健康的重要决定因素。公共善立足于人类的整体利益和长远利益,为化解经济发展与全球健康之间的冲突提供了正确的思路。德拉尼等人认为,“国际贸易和投资协定必须具有一些基本原则,这些原则与公共善、公共健康和人权相一致。这些原则应该反映减少不平等的重要性以及社会和环境的可持续性。经济增长应被视为一种为了实现公共善的手段,而不是目的本身”<sup>[13](P602)</sup>。

### 3. 罗尔斯主义方法

罗尔斯的契约论是20世纪政治哲学的一项重

要成果。罗尔斯设想处在“原初状态”的人们会自觉选择社会正义的两个原则,建构良序社会。这种正义观“概括了人们所熟知的,并由洛克、卢梭和康德加以运用的社会契约论,并将这个理论推向一个更高的抽象层次”<sup>[14](P10)</sup>。这种正义观的关键理念是人们如何在“无知之幕”的状态下决定一种最佳公平的方式实现社会善治。罗尔斯主义方法即罗尔斯契约论基本原则与承诺的拓展。公共健康作为一种公共善,罗尔斯主义方法可以为维护公共健康而侵犯个人自由的干预提供伦理辩护,在公共健康和个人自由之间找到一种恰当的平衡。

公共健康的主要伦理问题是如何平衡最佳人口健康和保护个人自由权利之间的关系。沃克认为,“罗尔斯主义方法应用到公共健康伦理有两条路径。第一,用无知之幕作为一种探索策略,去思考公共健康法律的伦理问题;第二,用罗尔斯主义方法做关于决定社会基本结构的宪法原则的推理。在这里,社会基本结构被理解为一个系统内相互匹配的主要社会制度,包括政治制度、财产权利制度、经济和家庭组织等。无知之幕为我们提供一个关于公平限制个人自由总体考虑的工具,正义的两个原则为我们提供一个如何组织一个特定社会及其相关政策的方法”<sup>[15](P40)</sup>。譬如,关于烟草控制问题。众所周知,吸烟有害健康。从公共健康的倡导者来说,吸烟和烟草广告都应该被禁止。尽管这是一种很明智的态度,但是,它会遭遇个人自主的挑战:“一些人不禁要问:我们的自由应该被限制吗?的确,在罗尔斯看来,个人的自由选择是社会和政治合法性的基础。对此,我们可以运用无知之幕的方法,深入思考个人自由和公共健康的相对重要性:为了保护个人自由,烟草使用对公共健康的多大伤害是可以被接受的;或者说,为了维护公共健康,对个人自由的多大侵犯是可以接受的。最好的结果是在维护公共健康和保护个人自由之间找到一种适当的平衡——对个人自由予以适当的限制。”

### 三、公共健康伦理的教育普及

理论必须回到实践才能发挥作用。随着公共健康伦理理论的日益成熟,如何普及和应用公共健康伦理成为公共健康伦理的一个重要问题。让公共健康专业人员理解和运用公共健康伦理知识,提高自身的道德能力和培养职业道德情操是公共健康伦

理教育面临的重要任务。在以往的公共健康教育中,公共健康法律和政策的相關教育强调的比较多,公共健康伦理的教育关注的比较少。近几年来,学者们对公共健康伦理教育的探讨日益广泛。大家一致认为,伦理学是公共健康专业人员教育的关键构成元素。

### 1. 为什么要加强公共健康伦理教育

首先,加强公共健康伦理教育是由公共健康的复杂性决定的。公共健康是一项维护人口健康的集体行动,涉及到医学、社会学、经济学、法律、伦理、政策科学等诸多学科。公共健康伦理强调社会对预防、公平和人口层次健康问题的考虑。医疗保健系统日益面临将临床医学与公共健康以及健康政策相结合的需要。随着公共健康的发展,“这些复杂性要求在公共健康教育课程和技能中纳入伦理,通过不同行业——在公共健康、政策领域、公众教育、世俗社区和其他利益相关者中开展公共健康伦理的教育”<sup>[16](P4)</sup>。公共健康伦理内容不仅需要在专业教育如公共健康学士和硕士专业开设课程,而且需要在医学、护理和社会科学相关领域,包括经济学和社会工作等专业中开设课程。

其次,加强公共健康伦理教育也是应对公共健康道德难题的迫切需要。公共健康伦理教育的目的是为批判性反思和道德判断提供实践智慧。缺乏相关的伦理教育使得公共健康专业人员面对道德难题经常难以决策。因为“公共健康专业人员往往不得不面对艰难的道德决策,公共健康学院对于伦理课程的融入越来越感兴趣”<sup>[17](P73)</sup>。但是,当前公共健康伦理教学在很多国家的公共健康学院并未纳入常规教学。为此,波特指出,“多年来,公共健康伦理学教学一直被认为是零碎的,在理论上也有些不连贯”<sup>[18](P12)</sup>。

再次,加强公共伦理教育是提高公共健康专业人员道德能力的内在要求。2015年,意大利公共健康协会建立了“公共健康伦理”工作组。该工作组的主要任务是评估意大利公共健康学校是如何对住院医生进行道德培训的,内容涉及住院医生对公共健康伦理的信仰、知识和态度。调查结果显示,“83.2%的住院医生对伦理学/生物伦理学感兴趣,97.2%的住院医生意识到其对专业实践的重要性。然而,他们中只有19.6%的人认为自己的能力达到令人满意的水平。92.1%的人认为在住院期间应该

进行道德培训”<sup>[19](P9)</sup>。尽管如此,目前在意大利只有两所学校开设生物伦理学课程,一所学校开设公共健康伦理学课程,很多公共健康学院的学生在实习期间得不到公共健康伦理的培训。因此,把公共健康伦理教育贯彻到专业课程当中是提高公共健康专业人员道德能力一项刻不容缓的工作。

### 2. 公共健康伦理教育的课程设置

20世纪90年代以来,美国在公共健康伦理研究与教育两方面都保持领先地位<sup>[20](P109)</sup>。公共健康伦理内容要覆盖所有相关科目。譬如,流行病学、生物统计学、政策科学等。到2013年,在接受调查的美国公共健康学校中,有50%的学校开设了强制性的伦理课程。有学者分析了美国公共健康学院的公共健康伦理学研究生课程的36个教学大纲,发现教学内容十分广泛,涉及75个不同的主题。这些主题包括“公共健康伦理的基础、自主及其限度、传染病控制、正义、研究伦理、健康教育和健康促进、环境和职业健康、筛查、遗传学、隐私和保密、基于社区的实践和弱势群体等等多个方面”<sup>[21](P409)</sup>。

公共健康伦理教育既可以讲授道德理论,譬如功利主义和义务论;也可以根据实际问题进行教学,譬如就具体案例研究不同的主题。道森和厄普舒尔为公共健康伦理开发了一个课程模式。“这一模式适应了加拿大的背景,并组织六个主题模块对准了公共健康的关键领域:健康保护、健康监测、疾病和伤害预防、人口健康评估、健康促进和灾害应对。”<sup>[22](P103)</sup>这一课程模式的形成有助于专业人士将公共健康伦理纳入公共健康实践。在欧洲,公共健康伦理教育受到高度重视。无论是学士还是硕士,很多学校大多以核心课程或模块课程开设伦理课程<sup>[23]</sup>。

与欧美发达国家相比,发展中国家的公共健康伦理教育还比较滞后。帕蒂等人认为,在印度,公共健康伦理教育既没有课程标准,也没有形成共识。“印度31个大学提供的公共健康硕士专业中,只有11个大学有专门的伦理课程(选修课和必修课)。在公共健康学位课程中,除了少数例外,一般都不包括伦理培训内容——社区医学的研究生专业也是如此。”<sup>[24](P185)</sup>

### 3. 公共健康伦理教育的目标

伦理教育是公共健康专业实践和研究的基石。了解伦理知识、提高道德能力、培养职业道德情操

是公共健康伦理教育的重要目标。了解伦理知识是公共健康专业人员做出正确道德决策的前提。伦理知识包括伦理理论,如道义论、功利论等;伦理原则,如自主、公正、有利等;伦理规范,如敬业、友善、诚信等。公共健康伦理知识渗透和贯彻在与公共健康相关的所有伦理课程之中。公共健康伦理知识的积累是一个长期的过程。

公共健康伦理不仅是对公共健康的道德治理,也是一种决策框架的运用——在发生价值冲突时帮助公共健康专业人员进行道德决策。公共健康教育委员会一直期待公共健康专业人员成为诚实的科学家、仁慈的领导、值得信赖的公共基金管家,并以积极的方式吸引公众。要到达这些目标,公共健康专业人员必须具备相应的道德能力。提高道德能力是公共健康专业人员做出正确道德决策的关键。因此,有学者指出,为了应对复杂的道德决策,公共健康专业人员需要培养四个方面的道德能力:“识别公共健康伦理维度的能力、阐明在我们努力保护公共健康过程中的道德维度和道德困境的能力、在价值观和动机发生冲突时确定前进方向的能力、实施和评估解决方案的能力。”<sup>[25] (P21)</sup>公共健康离不开公共信任,而公共信任在很大程度上取决于公共健康工作人员在工作中所展现的道德能力。提高公共健康专业人员的道德能力将有利于维护公共健康。

培养职业道德情操是公共健康专业人员做出正确道德决策的保证。职业道德是人们在职业活动中必须遵守的与职业相关的道德准则。譬如,“护士道德准则”是从事护理职业人员的基本指南<sup>[26] (P1)</sup>,“公共健康道德准则”是公共健康专业人员的重要资源和指导<sup>[27] (P198)</sup>。培养职业道德情操能够使公共健康专业人员成为符合社会需要的专业人才,从而为大众提供满意的服务。

通过对上述几个理论热点问题的述评,我们发现与以前相比,国外的公共健康伦理作为一门新兴的应用伦理学科正日益走向成熟,公共健康伦理基本可以为公共健康研究与实践提供有效的道德辩护和伦理指南。人民健康是国富民强的重要标志。为了改善民生,党的十九大报告提出实施健康中国战略,为人民群众提供全方位全周期健康服务。实施健康中国战略离不开公共健康伦理的理论支撑。可以说,国外公共健康伦理研究的新成果为当代中

国公共健康伦理研究提供了可供借鉴的宝贵资源。

#### [参考文献]

[1] Childress J.F., R.R. Faden, R.D. Gaare, L.O. Gostin, J. Kahn, R.J. Bonnie, N.E. Kass, A.C. Mastroianni, J.D. Moreno and P. Nieburg. Public Health Ethics Mapping the Terrain [J]. *The Journal of Law, Medicine & Ethics* 2002, Vol. 30, No.2.

[2] Resnik David. Trans Fat Bans and Human Freedom [J]. *The American Journal of Bioethics* 2010, Vol. 10.

[3] Allen, Timothy, Selgelid, Michael. Necessity and Least Infringement Conditions in Public Health Ethics [J]. *Medicine, Health Care and Philosophy* 2017, Vol. 20(4).

[4] Spike J.P. Principles for Public Health Ethics [J]. *Ethics, Medicine and Public Health*, January-March 2018, Vol. 4.

[5] Schröder-Bäck Peter, Duncan Peter, Sherlaw William, Brall Caroline, Czabanowska Katarzyna. Teaching Seven Principles for Public Health Ethics: Towards a Curriculum for a Short Course on Ethics in Public Health Programmes [J]. *BMC medical ethics*, 07 October 2014, Vol. 15.

[6] Coughlin Steven S. How Many Principles for Public Health Ethics? [J]. *The open public health journal*, 01 January 2008, Vol. 1.

[7] Mann J. M. Medicine and Public Health, Ethics and Human Rights [R]. *Hastings Center Report*, 1997(27).

[8] Winter Sebastian F., Winter Stefan F. Human Dignity as Leading Principle in Public Health Ethics: A Multi-Case Analysis of 21st Century German Health Policy Decisions [J]. *International Journal of Health Policy and Management* 2018, Vol. 7(3).

[9] Jones David, Albert. Human Dignity in Healthcare: A Virtue Ethics Approach [J]. *The New Bioethics*, 01 May 2015, Vol. 21(1).

[10] Michael D. Rozier. Structures of Virtue as a Framework for Public Health Ethics [J]. *Public health ethics* 2016, vol. 9, NO. 1.

[11] Grynbaum M. M. *New York's Ban on Big Soda is Rejected by Final Court*, The New York

Times 2014 26 June.

[12] Jacquineau Azntso, Tisha R Joy. Access to Nutritious Food, Socioeconomic Individualism and Public Health Ethics in the USA: a Common Good Approach. (Report) [R]. *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine* Oct 29 2013, Vol. 8(1).

[13] Delany Louise, Signal Louise, Thomson George. International Trade and Investment Law: a New Framework for Public Health and the Common Good [J]. *BMC public health*. 2018(1).

[14] John Rawls. *A Theory of Justice*, Harvard University Press, 1999.

[15] Walker Kathryn. A Rawlsian Approach to Public Health Ethics [J]. *Health Law Review* 2014, Vol. 22(2).

[16] Tulchinsky Theodore, Jennings Bruce, Viehbeck Sarah. Integrating Ethics in Public Health Education: the Process of Developing Case Studies [J]. *Public health reviews* 2015, Vol. 36.

[17] Schröder-Bäck Peter, Duncan Peter, Sherlaw William, Brall Caroline, Czabanowska Katarzyna. Teaching Seven Principles for Public Health Ethics: towards a Curriculum for a Short Course on Ethics in Public Health Programmes [J]. *BMC medical ethics* 07 October 2014, Vol. 15.

[18] Potter Christopher. Teaching Public Health Ethics [J]. *Public health reviews* 2015, Vol. 36.

[19] Colucci Massimiliano, Chellini Martina, Anello Paola, Arru Benedetto, Tettamanti Glenda, Marcon Elena. Do I Need Training in Public Health Ethics? A Survey on Italian Residents' Beliefs, Knowledge and Curricula [J]. *Ann Ist Super Sanità* 2017, Vol. 53, No. 1.

[20] Doudenkova Victoria, Bé lisle-Pipon Jean-

Christophe, Ringuette Louise, Ravitsky Vardit, Williams-Jones Bryn. Ethics Education in Public Health: Where Are We now and where Are We Going? [J]. *International Journal of Ethics Education*, 2017, Vol. 2(2).

[21] Simón-Lorda Pablo, Barrio-Cantalejo Inés, Peinado-Gorlat Patricia. Content of Public Health Ethics Postgraduate Courses in the United States [J]. *Journal of Bioethical Inquiry* 2015, Vol. 12(3).

[22] Dawson A. and R. Upshur. 2013. *A Model Curriculum for Public Health Ethics*. In *Ethics in Public Health and Health Policy*, ed. D. Strech, J. Hirschberg and G. Marckmann.

[23] Aceijas C. C. Brall P. Schröder-Bäck et al. 2012. Teaching Ethics in Schools of Public Health in the European region: Findings from a Screening Survey. *Public Health Rev* 34 Available from <http://www.publichealthreviews.eu/show/p/101>.

[24] Pati S. A. Sharma and S. Zodpey. Teaching of Public Health Ethics in India: a Mapping Exercise [J]. *Indian Journal of Medical Ethics*, 2014, 11 (3).

[25] Lee L.M. Ethical Competencies for Public Health Personnel [J]. *Ethics, Medicine and Public Health*, January-March 2018, Vol. 4.

[26] Zahedi F, Sanjari M, Aala M, Peymani M; Aramesh K, Parsapour A, Maddah S, Bagher Cheraghi Ma, Mirzabeigi Gh, Larijani B, Dastgerdi M Vahid. The Code of Ethics for Nurses [J]. *Iranian journal of public health* 2013, Vol. 42(Supple1).

[27] Lee L.M., C.B. Fisher and B. Jennings. Revising the American Public Health Association's Public Health Code of Ethics [J]. *Am J Public Health* 2016, 106 (7).