

Maciej Juzaszek

Sprawiedliwość w opiece zdrowotnej z perspektywy różnych koncepcji liberalnego egalitaryzmu

Diametros nr 42, 106-123

2014

Artykuł został opracowany do udostępnienia w internecie przez Muzeum Historii Polski w ramach prac podejmowanych na rzecz zapewnienia otwartego, powszechnego i trwałego dostępu do polskiego dorobku naukowego i kulturalnego. Artykuł jest umieszczony w kolekcji cyfrowej bazhum.muzhp.pl, gromadzącej zawartość polskich czasopism humanistycznych i społecznych.

Tekst jest udostępniony do wykorzystania w ramach dozwolonego użytku.

SPRAWIEDLIWOŚĆ W OPIECE ZDROWOTNEJ Z PERSPEKTYWY RÓŻNYCH KONCEPCJI LIBERALNEGO EGALITARYZMU¹

– Maciej Juzaszek –

Abstrakt. Artykuł ten ma na celu przedstawienie polskiemu czytelnikowi różnych koncepcji sprawiedliwości w ochronie zdrowia w ramach nurtu liberalnego egalitaryzmu. Autor zebrał najbardziej istotne, wpływowe i reprezentatywne teorie z tego nurtu, by zaprezentować, w jaki sposób w demokratycznym państwie można zapewnić sprawiedliwą służbę zdrowia, szanując jednocześnie wolność oraz moralną równość jednostek. Zaprezentowane zostaną: teoria sprawiedliwości Johna Rawlsa, teoria otwartych możliwości Normana Danielsa, zbiór koncepcji egalitaryzmu trafu, idea idealnego rozsądnego ubezpieczenia Ronalda Dworkina, koncepcja demokratycznego egalitaryzmu Elizabeth Anderson, zbiór koncepcji egalitaryzmu wszystkich rodzajów trafu oraz teoria Shlomi Segalla.

Słowa kluczowe: egalitaryzm, sprawiedliwość, John Rawls, Ronald Dworkin, równość, opieka zdrowotna, traf.

1. Wprowadzenie

Celem niniejszego artykułu jest zaprezentowanie polskim czytelnikom wybranych teorii sprawiedliwości w opiece zdrowotnej w ramach jednego nurtu, który nazwiemy na nasze potrzeby liberalnym egalitaryzmem. Jest on obecnie jednym z najistotniejszych i najbardziej wpływowych prądów w światowej filozofii politycznej i etyce. Poza nielicznymi publikacjami brak w Polsce nie tylko dyskusji nad ideami liberalnego egalitaryzmu, ale również i wiedzy odnośnie tego zespołu koncepcji². Polski dyskurs publiczny prowadzony jest w warunkach liberalnej demokracji z jednej strony oraz wyraźnych nierówności społecznych i ograniczonych środków przeznaczanych na ochronę zdrowia z drugiej. Dlatego właśnie idee liberalnego egalitaryzmu nabierają szczególnej wagi i wymagają gruntownego przemyślenia nie tylko przez filozofów, ale także przez decydentów

¹ Artykuł przygotowany w ramach projektu Maestro 4 (nr 2013/08/A/HS1/00079) pt.: „Sprawiedliwość w opiece zdrowotnej”, finansowanego przez Narodowe Centrum Nauki.

² Zob. Żuradzki [2010]; Jantos [2013].

w zakresie ochrony zdrowia oraz obywateli, będących beneficjentami systemu opieki zdrowotnej.

2. Teoria sprawiedliwości Johna Rawlsa

Nie sposób przejść do prezentacji idei liberalnego egalitaryzmu bez odwołania się w pierwszej kolejności do teorii sprawiedliwości Johna Rawlsa, jednej z najbardziej wpływowych koncepcji dwudziestowiecznej filozofii polityki, która w niebywały sposób wpłynęła również na dyskusje bioetyczne. Celem, który stawia przed sobą amerykański filozof, jest sformułowanie sprawiedliwych zasad dystrybucji dóbr. Dwie fundamentalne wartości przez nie wyrażone to z jednej strony wolność człowieka, która nie może zostać poświęcona w imię dobra społeczeństwa³, z drugiej równość wszystkich jednostek pod względem moralnym. Koncepcja, którą zaproponował, miała być zatem syntezą dwóch powyższych wartości, które z perspektywy konfliktu liberalizmu i socjalizmu wydawały się nie do pogodzenia. Wolność i moralna równość stoją, za sprawą Rawlsa, u podstaw całego liberalnego egalitaryzmu.

Egalitaryzm Rawlsa przejawia się przede wszystkim w odrzuceniu zasługi jako uzasadnienia dla zasad sprawiedliwości. Oznacza to, że wszelkie przypadki trafu są nieistotne z moralnego punktu widzenia, a zatem nierówności przez nie wywołane muszą zostać określone jako niesprawiedliwe. Człowiek nie powinien zatem sam ponosić negatywnych konsekwencji faktu, że urodził się niepełnosprawny umysłowo, że został rażony piorunem czy że nie ma odpowiedniego zaplecza finansowego, by zapewnić sobie stosowne wykształcenie. Podobnie nie powinien jako jedyny czerpać korzyści ze swego szczęśliwego trafu, który przejawiać się może nie tylko w wygranej na loterii, ale także we wrodzonym talencie muzycznym, ponadprzeciętnej inteligencji, czy pochodzeniu z bogatej rodziny. Wszystko to przydarza się ludziom tylko na skutek trafu, szczęśliwego bądź pechowego, a zatem równie dobrze mogłoby przydarzyć się komukolwiek innemu. Nikt z nas nie zasłużył sobie na ujemne skutki działania złego trafu ani na korzyści z działania dobrego trafu, a więc nie ma powodu żebyśmy traktowali wykształcone w ten sposób nierówności jako sprawiedliwe.

Wszystko to zainspirowało Rawlsa do zaprojektowania sytuacji początkowej, hipotetycznego sposobu uzasadnienia zasad sprawiedliwości dystrybucyjnej, który z jednej strony respektowałby wolność, a z drugiej równość jednostek, poprzez wyrównywanie nierówności powstałych pod wpływem trafu. Rawls zaproponował zatem ideę zasłony niewiedzy (*veil of ignorance*), za którą hipotetyczni

³ Rawls tworzył swą koncepcję, przeciwstawiając się m.in. utylitaryzmowi.

reprezentanci społeczeństwa mieliby być pozbawieni wiedzy na temat przynależności do grupy wiekowej, zawodowej, religijnej; obecnej i przyszłej pozycji w społeczeństwie; podziału zasobów naturalnych oraz naturalnych cech (takich jak zdrowie) i zdolności (inteligencja czy talenty); czy indywidualnych preferencji jednostek. Zadaniem tych reprezentantów byłoby wybranie zasad sprawiedliwości dystrybucyjnej dla społeczeństwa⁴. Według Rawlsa, taka procedura uzasadnia treść zasad sprawiedliwości w kształcie przez niego zaproponowanym. Pierwsza z zasad, zwana zasadą równej wolności i mająca priorytet nad drugą, głosi, że

[...] każda osoba powinna mieć równe prawo do możliwie najrozleglejszego całościowego systemu równych wolności podstawowych, jaki da się pogodzić z takim systemem wolności wszystkich pozostałych osób⁵.

Druga zasada, na którą składa się (a) zasada różnicy i (b) zasada otwartych możliwości, stanowi, że

[...] społeczne i ekonomiczne nierówności powinny być tak rozłożone, by razem: (a) przynosiły najgorzej sytuowanym możliwie największe korzyści, jakie da się pogodzić z zasadą sprawiedliwych oszczędności, (b) wiązały się z urzędami i pozycjami otwartymi w warunkach autentycznej równości szans dla wszystkich⁶.

Ogólną ideę stojącą za jego koncepcją, Rawls formułuje natomiast w następujący sposób:

Wszelkie pierwotne dobra społeczne – wolność i szanse, dochód i bogactwo, a także to, co stanowi podstawy poczucia własnej wartości – mają być rozdzielane równo, chyba że nierówna dystrybucja któregośkolwiek z tych dóbr bądź wszystkich jest z korzyścią dla najmniej uprzywilejowanych⁷.

Oznacza to, że sprawiedliwe są tylko takie przypadki dystrybucji, które nie naruszają zasady równej wolności, poprawiają zaś sytuację osób będących w gorszej sytuacji. Nierówności są zatem tolerowane do momentu, aż stan osób gorzej sytuowanych poprawia się. Nie musimy neutralizować wszystkich wpływów trafu, aż do uzyskania maksymalnego poziomu równości.

⁴ Rawls [2009] s. 208–215.

⁵ Tamże, s. 106.

⁶ Tamże.

⁷ Tamże.

Koncepcja Rawlsa ma niezwykle istotne konsekwencje dla alokacji dóbr i dystrybucji świadczeń w ramach systemu opieki zdrowotnej. Za zasłoną niewiedzy jednostki nie posiadają bowiem informacji o stanie zdrowia ani swoim, ani innych. Według Rawlsa, będą one wybierały zasady sprawiedliwości stosujące się również do dystrybucji świadczeń zdrowotnych zgodnie z zasadą maksimumu, a więc maksymalizowania sytuacji osób będących na najgorzej pozycji. Osoby chore znajdują się w zdecydowanie gorszej sytuacji w porównaniu do osób zdrowych, a zatem system dystrybucji świadczeń zdrowotnych musi poprawiać sytuację osób chorych. W przypadku konieczności podzielenia świadczeń zdrowotnych pomiędzy chorych, musi to zostać dokonane w taki sposób, by poprawie uległa sytuacja osób w najgorszym stanie.

Jak pisze Małgorzata Jantos „sprawa komplikuje się, kiedy zastanowimy się nad tym, „co należy się wszystkim””⁸. Zauważmy, że dla Rawlsa nie jest istotne, czy dana jednostka znajduje się w gorszej sytuacji z powodu działania złego trafu w sposób całkowicie przez siebie niezawiniony, czy też na skutek swoich ryzykownych działań (punkt ten będzie szczególnie istotny w następnych rozdziałach). Jeśli jest ona w grupie najgorzej sytuowanych, wszelka sprawiedliwa dystrybucja musi uwzględniać poprawienie jej sytuacji.

3. Egalitaryzm otwartych możliwości Normana Danielsa

Filozofem bezpośrednio nawiązującym do myśli Rawlsa i rozwijającym ją jest Norman Daniels, jeden z wiodących współcześnie badaczy problematyki sprawiedliwości w opiece zdrowotnej⁹. Spośród wszystkich zasad sprawiedliwości sformułowanych przez autora „Teorii sprawiedliwości”, Daniels za najważniejszą uważa zasadę otwartych możliwości (*principle of fair equality of opportunity*). Zdrowie jest dla człowieka wartością niezwykle ważną, gdyż pozwala mu na normalne funkcjonowanie i otwiera szeroki zakres możliwości, które może on realizować w danym społeczeństwie. Dla Danielsa kluczowe znaczenie ma kategoria „planu życiowego” (*life plan*), obecna już u Rawlsa. Dotyczy ona naszej możliwości wyboru tego, w jaki sposób będzie przebiegało nasze życie. Możemy zatem zdecydować o tym, że chcemy studiować filozofię, że chcemy napisać książkę, że chcemy być śpiewakami operowymi. Możliwość zrealizowania każdego z tych życiowych planów uzależniona jest jednak od pewnych warunków, zarówno materialnych jak i niematerialnych. Jeśli zatem uważamy szeroki wachlarz możliwości za wartość, którą powinniśmy chronić, powinniśmy chronić również (a być

⁸ Jantos [2013] s. 73.

⁹ Zob. Daniels [1985, 2001, 2005, 2008, 2009].

może przede wszystkim) ich warunek konieczny – zdrowie. Osoba cierpiąca na problemy ze zdrowiem ma wobec nas, społeczeństwa, słuszne roszczenie o pomoc. Jeśli jednak jest w pełni zdrowa, a więc posiada normalny zakres możliwości, roszczenie takie wygasa. Jak pisze Daniels:

Dla celów sprawiedliwości, główna moralna istotność zapobiegania i leczenia chorób i niepełnosprawności za pomocą skutecznych usług opieki zdrowotnej [...] wynika ze sposobu, w jaki ochrona normalnego funkcjonowania przyczynia się do chronienia możliwości [...]. Poprzez utrzymywanie ludzi w stanie bliskim normalnemu funkcjonowaniu, ochrona zdrowia zachowuje u ludzi zdolność do uczestniczenia w politycznym, społecznym i ekonomicznym życiu ich społeczeństwa¹⁰.

Powstaje jednak pytanie, które potrzeby zdrowotne umożliwiające realizację planu życiowego danej osoby zasługują na wsparcie ze strony społeczeństwa? Czy na przykład kobieta o przeciętnym wzroście, która pragnie zostać koszykarką, lecz nie jest odpowiednio wysoka, ma prawo domagać się od społeczeństwa sfinansowania terapii hormonalnej w celu stania się wyższą? Przy przeciętnym wzroście szereg możliwości jest dla niej niewątpliwie zamknięty i nie może ona realizować tego, co sobie wymarzyła. Daniels odpowiada na to, że potrzeby zdrowotne, by uznać je za rozsądne i godne pomocy społeczeństwa, powinny spełnić 4 warunki:

1. publiczności – muszą być one publicznie dostępne dla świadomości innych członków społeczeństwa (nawiązuje to do rawlsowskiej koncepcji rozumu publicznego (*public reason*)¹¹,
2. istotności – muszą być one rozsądnie wyjaśnialne i uzasadnialne,
3. gotowości do rewizji – muszą być one zdolne do bycia zrewidowanymi pod wpływem odpowiednio silnych kontraargumentów,
4. regulacji – muszą istnieć regulacje prawne zapewniające skuteczne spełnienie warunków 1-3¹².

Daniels zwraca również uwagę, że problematyka sprawiedliwości w kontekście zdrowia nie ogranicza się wyłącznie do leczenia, lecz także do wielu innych czynników, które wpływają na poziom zdrowia obywateli. Zapewnienie

¹⁰ Daniels [2001] s. 2, tłum. aut.

¹¹ Zob. Rawls [2012].

¹² Daniels [2007] s. 118-119.

równego dostępu do ochrony zdrowotnej nie wystarczy zatem, by sprostać wymogom sprawiedliwości. Poza leczeniem powinniśmy pochylić się również nad profilaktyką i społecznymi uwarunkowaniami chorób i niepełnosprawności. Daniels pisze:

Opieka nie jest równoznaczna zapobieganiu. Niektóre choroby nie zostają zdiagnozowane na czas, by móc być leczone. Niektóre są nieuleczalne, nawet jeśli możemy im zapobiec, sposoby terapii różnią się zaś pod względem efektywności. Chronimy równe możliwości w najlepszy sposób poprzez redukcję i wyrównywanie ryzyka pojawienia się tych czynników¹³.

4. Egalitaryzm trafu

Egalitaryzm trafu pojawił się z jednej strony pod głębokim wpływem teorii sprawiedliwości Johna Rawlsa, z drugiej natomiast jako nurt krytykujący pewne założenia leżące u jej podstaw¹⁴. Przede wszystkim koncepcja Rawlsa jest koncepcją kontraktualistyczną, tzn. zakłada, że obowiązywanie zasad sprawiedliwości uzasadnione jest poprzez zgodę racjonalnych podmiotów w idealnej procedurze zasłony niewiedzy. Oznacza to, że w teorii Rawlsa sprawiedliwa dystrybucja opiera się na tym, co jesteśmy sobie wzajemnie winni jako członkowie jednej wspólnoty politycznej, podczas gdy koncepcja sprawiedliwości egalitarystów trafu nie jest uzasadniona kontraktualistycznie, lecz „naturalnie”¹⁵. Jej uzasadnienie wynika z samego faktu występowania niesprawiedliwych nierówności spowodowanych działaniem naturalnego trafu. Po drugie, egalitaryści trafu zwracają uwagę na to, w jaki sposób powstały nierówności – czy nie jest tak, że do swojej gorszej sytuacji przyczyniła się sama jednostka. Według nich sprawiedliwość wymaga wyrównywania nierówności, za które jednostki nie są odpowiedzialne, a więc których źródłem jest wyłącznie traf.

Ronald Dworkin w „Sovereign Virtue” dokonuje fundamentalnego dla egalitarystów trafu rozróżnienia. Filozof odróżnia bowiem traf będący przedmiotem wyboru (*option luck*) od trafu ślepego (*brute luck*). Działaniu tego pierwszego jednostka poddaje się, gdy podejmuje ryzyko, będąc świadomą, że wynik może być dla niej niekorzystny. Drugi rodzaj trafu dotyczy tego, co nam się przytrafia, bez świadomego wystawienia się na działanie przypadku. Dworkin ilustruje to przykładem:

¹³ Daniels [1985] s. 141, tłum. aut.

¹⁴ O różnych nurtach w ramach egalitaryzmu trafu – zob. Knight [2013]; Lippert-Rasmussen [2014]; Arneson [2009].

¹⁵ Segall [2010] s. 11.

Gdy kupuję akcje po kursie, który rośnie, okazuje się, że szczęśliwym trafem dobrze wybrałem. Jeśli spada na mnie meteoryt, którego kursu oczywiście nie byłem w stanie przewidzieć, mam wówczas pecha wynikającego ze ślepego trafu? (nawet gdy mogłem się uchylić tuż przed uderzeniem, jeśli miałem jakikolwiek powód, by sądzić gdzie meteoryt spadnie)¹⁶.

Jedynie nierówności spowodowane ślepym trafem, a nie nierówności, których jednostka mogła się spodziewać, angażując się w ryzykowną aktywność, zasługują na rekompensatę. Wydaje się, że rozróżnienie Dworkina pełni szczególnie istotną rolę właśnie w kontekście zdrowia, gdyż na jego jakość wyjątkowo często wpływają czynniki przypadkowe, takie jak choroby, wypadki, ale również wyjątkowa odporność czy długowieczność. Część z nich wywoływana jest przez działania samych jednostek, które angażują się w ryzykowną działalność, takie jak: palenie papierosów, uprawianie niebezpiecznych sportów ekstremalnych, czy objadanie się niezdrowym jedzeniem. Oczywiście, nie zawsze aktywności te prowadzą do poważnych problemów ze zdrowiem, jednak nie ma wątpliwości, że na pewno zasadniczo zwiększają ryzyko wystąpienia takich negatywnych skutków. Dlatego właśnie takie osoby powinny same ponosić koszty swoich ryzykownych działań czy zaniechań (jak np. brak wykonywania badań kontrolnych czy szczepień). Shlomo Segall formułuje podstawową zasadę egalitaryzmu trafu w kontekście zdrowia w następujący sposób: „Różnice w zdrowiu i ochronie zdrowia są niesprawiedliwe, gdy odzwierciedlają różnice w ślepych trafach”¹⁷.

5. Ideał rozważnego ubezpieczenia Ronalda Dworkina

Interesujące jest, że propozycja ukształtowania systemu finansowania ochrony zdrowia zaproponowana przez Ronalda Dworkina (być może świadomego argumentów oponentów zwracających uwagę, że w rzeczywistości rzadko się zdarza, by dane zdarzenie było wynikiem działania jedynie ślepego trafu lub jedynie trafu będącego przedmiotem wyboru) nie polega na rekompensacie tylko tych nierówności, które zostały spowodowane przez ślepy traf (co wynikać by mogło wprost z zaproponowanego przez Dworkina podziału na *brute luck* i *option luck*). Jego idea opiera się na odrzuceniu starego i często przywoływanego ideału izolacji (*the ideal of insulation*), na który składają się trzy czynniki: 1) życie i zdrowie człowieka są najwyższymi dobrami, 2) nikomu nie powinno odmówić się dostępu do oświadczeń zdrowotnych tylko dlatego, że nie ma środków, by za nie zapłacić,

¹⁶ Dworkin [2000] s. 73–74, tłum. aut.

¹⁷ Segall [2010] s. 1, tłum. aut.

3) osoba w stanie zagrażającym jej życiu powinna być ratowana bez względu na koszty (reguła ratowania życia (*rule of rescue*))¹⁸. Opierając się na ideale izolacji, społeczeństwo powinno przeznaczać na ochronę zdrowia tyle środków, by osiągnąć najwyższy możliwy do osiągnięcia w danym momencie poziom ochrony zdrowia. Fakt ciągłego rozwoju medycyny sprawia jednak, że wydając kolejne środki, możemy osiągnąć wciąż więcej i więcej. Według Dworkina jest to jednak rozwiązanie nie do przyjęcia, gdyż „żadne rozsądne społeczeństwo nie próbowałoby sprostać temu standardowi, podobnie jak żadna rozsądna osoba nie zorganizowałaby swojego życia w oparciu o tę zasadę”¹⁹. Nie jest bowiem słuszne tak silne faworyzowanie życia i zdrowia pośród innych dóbr. Jak pisze Dworkin: „absurdalne jest, że wspólnota powinna traktować dłuższe życie jako dobro, które musi być zapewnione za wszelką cenę – nawet taką, która sprawiałaby, że dłuższe będą życia ledwie warte przeżycia”²⁰. Co więcej, podstawą racjonowania środków na opiekę zdrowotną przy przyjęciu ideału izolacji jest zasada „każdemu według potrzeb” (*principle of need*), która, według filozofa, nie pomaga rozwiązać podstawowych dylematów, dopóki nie wiemy, na jakiej zasadzie powinniśmy ważyć potrzeby ludzi. Czy wiek pacjenta powinien się liczyć? A może jego szanse na przeżycie? A może jakość jego życia po dokonaniu zabiegu? Na te i inne ważne pytania zasada potrzeb nie odpowiada.

Pozytywna propozycja Dworkina polega na integracji zdrowia z innymi wartościowymi dla człowieka dobrami. Zwraca on uwagę, że system dystrybucji świadczeń zdrowotnych powinien być skonstruowany w oparciu o hierarchię dóbr, według której planują swoje życie jednostki. Píše on:

Powinniśmy dążyć do podejmowania kolektywnych, społecznych decyzji dotyczących poziomu oraz dystrybucji opieki zdrowotnej tak, by zbliżyć się, jak to tylko możliwe, do decyzji, które ludzie we wspólnocie podjęliby wobec samych siebie, jedną po drugiej, w odpowiednich okolicznościach, jeśli spoglądaliby z perspektywy młodości na swe życie i starali się zdecydować, jakie ryzyko warte jest podjęcia w zamian za niepodjęcie ryzyka innego rodzaju²¹.

Zamiast ideału izolacji proponuje on „ideał rozważnego ubezpieczenia” (*prudent insurance ideal*), w ramach którego rozważamy, jaką decyzję podjąłby młody człowiek, zastanawiający się, jakie warunki ubezpieczenia zdrowotnego

¹⁸ Dworkin [2000] s. 309.

¹⁹ Tamże.

²⁰ Tamże.

²¹ Dworkin [1993] s. 208–209, tłum. aut.

byłyby dla niego najkorzystniejsze na przyszłe lata życia, co do których nie wie, jak będą wyglądały. Takie warunki hipotetycznego, rozważnego ubezpieczenia powinny być dla nas wskazówką, jaką rolę pełni zdrowie i długie życie w stosunku do innych dóbr oraz jakie są rozsądne preferencje, które powinny być brane pod uwagę przy budowaniu publicznego systemu finansowania opieki zdrowotnej. Według Dworkina hipotetyczna procedura wyboru idealnie rozsądnego ubezpieczenia powinna spełniać trzy warunki: 1) początkowa dystrybucja bogactwa i zdrowia powinna być tak równa, jak to tylko możliwe, 2) cała wiedza na temat efektywności, kosztowności i skutków ubocznych procedur medycznych jest powszechnie dostępna, 3) nikt, ani ubezpieczający się, ani firmy ubezpieczeniowe, nie zna ryzyka, z jakim dana osoba ma szansę zachorować na jakąkolwiek chorobę lub ulec wypadkowi.

Dworkin zauważa, że początkowo taka hipotetyczna, chcąca się ubezpieczyć osoba, mogłaby być skłonna wybrać ubezpieczenie, które zapewni jej odpowiednie świadczenia medyczne w każdej sytuacji, w której będzie ich potrzebowała. Szybko jednak zda sobie sprawę, że koszt takiego ubezpieczenia byłby niezwykle wysoki, nie pozostałoby jej zaś dostatecznie dużo środków, by zapewnić sobie inne dobra. Taka osoba wybierze zatem, według Dworkina, tańsze, lecz mniej rozległe ubezpieczenie, które pozwoli jej przeznaczyć więcej środków na zdrowy okres swojego życia. Dworkin wprost wskazuje:

Dla niemal każdego dwudziestopięcioletka byłoby nieracjonalne zapewnić sobie terapię podtrzymującą życie, jeśli zapadłby on na przykład w stały stan wegetatywny. Istotna suma, którą wydałby na składki ubezpieczeniowe, rok po roku, by zapewnić sobie pokrycie kosztów leczenia, mogłaby zostać o wiele lepiej wykorzystana na inne sposoby, by poprawić jego obecne, świadome życie²².

Dwudziestopięcioletek ma możliwość wydać większość zarabianych przez siebie pieniędzy na pełne ubezpieczenie zdrowotne, które pokrywać będzie np. koszty podtrzymywania życia w śpiączce czy demencji. Wtedy jednak nie będzie on mógł korzystać z innych dóbr ani przed, ani po zachorowaniu. Ze środków zaoszczędzonych na tańszym, ale mniej efektywnym ubezpieczeniu mógłby on zapewnić sobie życie pełne dóbr, na których zależy mu równie mocno jak na zdrowiu.

Główną wątpliwością wobec powyższej teorii jest zarzut, że intuicje Dworkina dotyczące warunków idealnego rozważnego ubezpieczenia nie są tak po-

²² Tamże, s. 313–314, tłum. aut.

wszechnie podzielane. Nie jest zatem jasne, że hipotetyczny ubezpieczający się rzeczywiście wybrałby tak, jak przewidział to amerykański filozof. Inny zarzut przywołany zostanie w następnym rozdziale. Dotyczy on sytuacji w której osoba, która w młodym wieku wybrała rozsądne ubezpieczenie, tak jak przewiduje Dworkin, zapada w końcu na chorobę, której leczenie nie zostało w ubezpieczeniu przewidziane. Przez lata wydawała mniej na ubezpieczenie, teraz nie ma jednak dostatecznych środków na leczenie. Czy mamy prawo pozostawić ją bez pomocy?

6. Egalitaryzm demokratyczny Elizabeth Anderson

Inną koncepcją, krytyczną wobec nurtu egalitaryzmu trafu, jest egalitaryzm demokratyczny zaproponowany przez Elizabeth Anderson w klasycznym już artykule „What's the point of equality?”. Zauważa ona, że głównym celem egalitaryzmu trafu jest likwidacja nierówności wywołanych przez działanie ślepego trafu. By tego dokonać, egalitaryści trafu poszukują odpowiedniego kryterium dystrybucji dóbr i zasobów, które sprostałoby wymogom sprawiedliwości społecznej, a stosunki społeczne traktowane są często w sposób instrumentalny wobec tego celu. Jednak według Anderson sprawiedliwość społeczna nie dotyczy dystrybucji dóbr i zasobów, ale tego, w jaki sposób dystrybucja ta wpływa na życie ludzi i na jakość relacji międzyludzkich. To dystrybucja dóbr i zasobów jest jedynie środkiem do realizacji ważniejszego celu, jakim jest zniesienie społecznej opresji wobec jednostek, a nie odwrotnie. Sama Anderson pisze:

W poszukiwaniu struktury społecznej dla wspólnoty równych, demokratyczna równość łączy zasady dystrybucji z wyraźnymi wymogami równego szacunku. Demokratyczna równość gwarantuje wszystkim przestrzegającym prawo obywatelom skuteczny dostęp do społecznych czynników warunkujących ich wolność w każdej sytuacji. Uzasadnia to dystrybucję wymaganą do zabezpieczenia tej gwarancji poprzez odwoływanie się do obowiązków obywateli w państwie demokratycznym. W kraju takim, obywatele mają wobec siebie roszczenia z tytułu swojej równości, nie zaś podległości w stosunku do innych. Ponieważ podstawowym celem obywateli przy tworzeniu państwa jest zabezpieczenie wolności wszystkich ludzi, zasady dystrybucji zgodnie z demokratyczną równością, ani nie mówią ludziom, w jaki sposób mają oni korzystać ze swoich możliwości, ani nie starają się osądzać odpowiedzialności osób za wybory, które prowadzą do nieszczęśliwych skutków²³.

²³ Anderson [1999] s. 289, tłum. aut.

Z punktu widzenia egalitaryzmu demokratycznego niezwykle istotne są trzy podstawowe sfery życia człowieka. Pierwszą z nich jest bycie istotą ludzką, co wymaga z jednej strony dostępu do podstawowych dóbr pozwalających jednostce na fizyczne przeżycie i fundamentalne poczucie bezpieczeństwa (takich jak pokarm, woda, schronienie, ubranie), z drugiej jednak strony spełnienia pewnych warunków pozwalających jednostce na myślenie o sobie jako o sprawczym podmiocie. Do tego konieczna będzie podstawowa wiedza oraz możliwość swobodnego myślenia. Druga sfera dotyczy bycia uczestnikiem systemu ekonomicznego, co wymaga dostępu do edukacji i rozwijania swoich talentów, swobody wyboru miejsca zamieszkania i miejsca pracy, swobody zawierania umów i bezpieczeństwa ich wykonania, czy wolności od wyzysku. Trzecią sferą istotną dla demokratycznych egalitarystów jest korzystanie ze statusu obywatela demokratycznego kraju. W związku z tym, konieczne jest zapewnienie jednostce szeregu wolności i praw politycznych, takich jak: wolność słowa, wolność zrzeszania się, wolność dostępu do urzędów publicznych czy prawa głosu, lecz także możliwości działania w sferze publicznej bez poczucia wykluczenia, hańby czy wstydu. Oczywiście dla kwestii ochrony zdrowia najistotniejsza będzie sfera pierwsza, gdyż zdrowie jest jednym z najbardziej podstawowych dóbr, pozwalającym funkcjonować osobie jako istocie ludzkiej, a dopiero w dalszej kolejności być aktywnym uczestnikiem systemu ekonomicznego i politycznego. Jeśli zatem osoba pozostaje złym w stanie zdrowia (czy to na skutek wypadku, nabytej choroby, czy też wrodzonej wady, czy niepełnosprawności), który nie pozwala jej na angażowanie się w którąś z tych trzech sfer życia, społeczeństwo ma moralny obowiązek pomóc jej poprzez umożliwienie leczenia lub zapewnienie środków, które pozwolą jej na uczestniczenie w wyżej wymienionych sferach życia.

Teoria ta bezpośrednio nawiązuje do koncepcji zdolności (*capabilities*)²⁴ rozwijanej przez Amartyę Sena²⁵ i Marthę Nussbaum²⁶. Podejście to nie przypisuje najistotniejszej roli funkcjonalnościom (*functionings*), a więc sposobom, w jakie jednostki rzeczywiście wykorzystują dobra, lecz zdolnościom, które jednostki zdobywają przy pomocy dóbr. Jednostka jest tym bardziej wolna, im więcej możliwości posiada i im więcej zdolności może rzeczywiście zrealizować, niezależnie od tego, ile rzeczywiście realizuje. Wybór tych zdolności należy do jednostki, która posiada swobodę wyboru swojego sposobu na życie. Nie może się ona natomiast zrzec swoich zdolności, może ich po prostu nie wykorzystać. Są one jednak

²⁴ O teorii zdolności w ochronie zdrowia według teorii zdolności zob. Kolasa [2012].

²⁵ Zob. Sen [1999, 2002, 2009, 2010].

²⁶ Zob. Nussbaum [2001, 2003].

dla niej zawsze otwarte. Anderson przywołuje przykład osoby, która nie chce płacić składek na wspólny fundusz zdrowotny, zapewniający jej oraz innym stałą, choćby jedynie potencjalną, zdolność do korzystania z opieki zdrowotnej. Chce bowiem pozostawić więcej pieniędzy we własnej dyspozycji. Nie ma jednak prawa tego zrobić, nie może się wycofać z systemu. Jakże jest uzasadnienie dla takiego paternalistycznego, jak mogłoby się wydawać, rozwiązania? Anderson pisze:

Obywatele mają prawo, zgodnie ze sprawiedliwością, odmówić wypłacenia tego, co którykolwiek z obywateli uznaje za równowartość opieki zdrowotnej [...] Co więcej, obowiązek do zapewnienia opieki zdrowotnej jest bezwarunkowy i nie może być uchylony, nawet za pozwoleniem osoby, wobec której mają oni [inni obywatele – przyp. aut.] obowiązek. Nie mamy prawa do pozostawiania ludzi umierających przy drodze, tylko dlatego, że pozwolili nam na odmówienie im pomocy medycznej²⁷.

Elizabeth Anderson formułuje zatem, przede wszystkim wobec egalitarystów trafu (ale również wobec ideału rozważnego ubezpieczenia Dworkina), zarzut zwany zarzutem porzucenia niedbałych ofiar (*abandonment of negligent victims*). Jeśli uważamy, że osoba, która świadomie postępuje w sposób ryzykowny, powinna liczyć się z konsekwencjami swoich działań i w przypadku niepowodzenia sama powinna ponieść jego konsekwencje, dochodzimy do konkluzji sprzecznej z naszymi podstawowymi humanitarnymi intuicjami moralnymi. Anderson twierdzi, że demokratyczny egalitarysta, ze względu na jednakowy szacunek dla każdej jednostki, nawet też nierozsądnej czy lekkomyślnej, nie może być obojętny wobec cierpiącej osoby i ma obowiązek wyciągnąć do niej pomocną dłoń, nawet jeśli pomoc ta zostanie odrzucona. Anderson pisze:

Posiadasz moralną wartość, której nikt nie może ignorować. Uważamy, że wartość ta jest twoim niezbywalnym prawem do naszej pomocy w sytuacji zagrożenia. Masz prawo odmówienia pomocy, gdy ci ją zaoferujemy. Ale prawo to nie zwalnia cię z obowiązku, aby przyjść z pomocą innym, kiedy ich potrzeby zdrowotne nie cierpią zwłoki. Ponieważ jest to obowiązek, który wszyscy jesteśmy winni naszym współobywatelom, każdy powinien być opodatkowany dla tego dobra, które dostarczamy wszystkim. Jest to częścią twoich uzasadnionych roszczeń jako

²⁷ Anderson [1999] s. 329, tłum. aut.

równego obywatela. Jaka racja dla zapewnienia ubezpieczenia zdrowotnego lepiej wyraża szacunek dla jego beneficjentów?²⁸

Zarzutem, który można sformułować pod adresem koncepcji Anderson, jest to, że odnosi się ona jedynie do społeczeństw demokratycznych, dla których zdolności i możliwość partycypacji obywateli są niezbędne. Co jednak ze społeczeństwami i państwami niedemokratycznymi? Czy w nich wyrównywanie nierówności w zakresie zdolności, np. poprzez zapewnienie powszechnego dostępu do służby zdrowia, nie są już uzasadnione, bo brak celu, do którego mogłyby one być środkiem? Innym kontrargumentem wobec koncepcji demokratycznego egalitaryzmu pozostaje wciąż zarzut paternalizmu. Czy rzeczywiście jednostka nie ma prawa zrzec się swojego prawa do bycia ratowanym w sytuacji zagrożenia w zamian za brak wpłacania środków do wspólnej kasy? Czy nasz szacunek wobec życia i zdrowia jednostki powinien przeważać nad szacunkiem wobec jej wolności?²⁹

7. Egalitaryzm każdego rodzaju trafu

Wobec zarzutu porzucenia niedbałych ofiar, pojawia się kilka odpowiedzi ze strony egalitarystów trafu. W tej pracy wspomniane zostaną tylko dwa najistotniejsze, a mianowicie tak zwany egalitaryzm każdego rodzaju trafu (*all-luck egalitarianism*) oraz pluralizm wartości Shlomo Segalla. Przedstawiciele nurtu egalitaryzmu *all-luck*³⁰ uważają, że jesteśmy w stanie zapewnić opiekę zdrowotną wszystkim, bez względu czy zostali dotknięci przez zły ślepy traf czy przez zły traf będący przedmiotem wyboru. Rzecz jasna, w porównaniu z klasycznymi egalitarystami trafu, stoją oni przed wyzwaniem, w jaki sposób uzasadnić zapewnienie opieki zdrowotnej osobom, które podejmują ryzyko na własne życzenie. Ich pomysł opiera się na obciążeniu równymi kosztami osób podejmujących ryzyko, niezależnie od tego, czy skończy się to dla nich szczęśliwie czy nieszczęśliwie. Ze środków w ten sposób zgromadzonych finansowane byłoby leczenie ofiar złego trafu będącego przedmiotem wyboru. Oczywiście najbardziej efektywnym instrumentem dla realizacji tego celu są wyższe podatki dla osób podejmujących ryzykowne zachowania, np. akcyza na papierosy czy podatek od słodkich napojów, niezdrowego jedzenia czy uprawiania sportów ekstremalnych. Uzasadnieniem dla wprowadzenia tego typu podatków nie jest jednak paternalizm, a więc

²⁸ Tamże, s. 330–331, tłum. aut.

²⁹ O libertariańskich zarzutach wobec egalitaryzmu zob. Jantos [2013].

³⁰ Zob. Cappelen, Norheim [2005]; Lippert-Rasmussen [2005].

dbanie o zdrowie obywateli, nawet wbrew ich woli, ale wymogi sprawiedliwości i konieczność poniesienia kosztów ich ewentualnego leczenia.

Egalitaryści każdego rodzaju trafu odwołują się często do innej, zbliżonej dyskusji filozoficznej – dyskusji nad trafem moralnym³¹. Traf moralny występuje, gdy moralnie oceniamy jednostkę za coś, co pozostaje poza jej kontrolą. Przeciwnicy trafu moralnego twierdzą, że w naszych ocenach moralnych powinniśmy kierować się raczej zasadą kontroli (*control principle*), głoszącą, że nikt nie może być moralnie oceniany za coś, co pozostaje poza jego kontrolą, a więc za coś, na co po prostu nie ma wpływu. Jeśli zatem mamy do czynienia z dwoma identycznymi kierowcami, którzy wsiadają za kierownicę pod wpływem takiej samej ilości alkoholu i jadącymi tą samą ulicą, dochodzimy do wniosku, że obaj powodują równe niebezpieczeństwo dla innych uczestników ruchu. Wyobraźmy sobie jednak, że jeden z nich przejeżdża, nie powodując żadnego wypadku, natomiast drugiemu pod koła wbiega dziecko, które ginie w wypadku. Zapewne częstsze będzie przypisywanie większej odpowiedzialności moralnej drugiemu kierowcy, podczas gdy przeciwnicy trafu moralnego podkreślają, że odpowiedzialność moralna obu kierowców jest identyczna, obaj bowiem kontrolowali ten sam zakres okoliczności (prowadzenie samochodu pod wpływem alkoholu). Skutek, który wystąpił, był jedynie kwestią trafu, który powinien być moralnie nieistotny. Podobne przekonanie żywią egalitaryści każdego rodzaju trafu. Jeśli mamy dwie osoby palące papierosy, obie ryzykują dokładnie w takim samym stopniu (przy innych okolicznościach identycznych) zapadnięcie na nowotwór płuc, obaj powinni być zatem w równym stopniu odpowiedzialni za niszczenie swojego zdrowia. To, który z nich rzeczywiście zachoruje, jest tylko kwestią przypadku.

Zarzuty, z którymi zmierzyć się muszą egalitaryści każdego rodzaju trafu, dotyczą przede wszystkim tego, że zarówno osoby, których ryzykowne zachowania zakończyły się szczęśliwie, jak i te, które skończyły pechowo, powinny ponieść takie same konsekwencje swoich zachowań. Egalitaryzm *all-luck* uzasadniałby jednak nie tylko rozwiązanie polegające na opodatkowaniu obu grup, ale także na wymuszeniu obniżenia poziomu zdrowia osób podejmujących ryzykowne zachowania, jednak unikających negatywnych skutków. To rozwiązanie wydaje się sprzeczne z naszymi podstawowymi humanitarnymi intuicjami moralnymi. Egalitaryści każdego rodzaju trafu mogą uniknąć tego zarzutu poprzez ograniczenie zakresu neutralizacji tylko do negatywnego trafu. Rozwiązanie takie nie uzasad-

³¹ Zob. Nelkin [2013].

niałoby jednak opodatkowania osób podejmujących ryzykowne zachowanie, ale szczęśliwie unikających negatywnych skutków³².

8. Egalitaryzm Shlomi Segalla

Inną wizję odparcia argumentu z porzucenia niedbałych ofiar proponuje Shlomi Segall, stojący na stanowisku pluralizmu wartości. Jego punktem wyjścia jest założenie leżące u podstaw egalitaryzmu trafu, że wyłącznie nierówności wywołane działaniem złego ślepego trafu są niesprawiedliwe. Z punktu widzenia sprawiedliwości tylko one zasługują na rekompensatę, w przeciwieństwie do negatywnych skutków działań czy zaniechań osób świadomie poddających się trafowi będącemu przedmiotem wyboru. Jak zauważa Segall, sprawiedliwość dystrybucyjna to jednak nie wszystko. Istnieją inne, równie ważne wartości społeczne, które biorąc wszystko pod uwagę, mogą przeważać surową zasadę egalitarystów trafu i pozwolić na rekompensatę również osobom, które swoim niedbałym czy lekkomyślnym zachowaniem doprowadziły się do utraty zdrowia. Taką wartością jest m.in. litość, która wymaga od nas pomocy w wypełnieniu tak ważnego ludzkiego obowiązku, jakim jest ratowanie zdrowia, bez względu na to, co wywołało jego zagrożenie. O genezie tej wartości Segall pisze:

Wymaganie sprostania podstawowym potrzebom (*basic needs*) jakiegokolwiek osoby może być widziane jako wywiedzione z równej wartości moralnej jednostek i równego szacunku, które społeczeństwo powinno im okazać (to właśnie proponowana przez Dworkina egalitarna „suwerenna cnota”). Ten moralny obowiązek jest zewnętrzny i ma pierwszeństwo (w sensie bycia bardziej fundamentalnym) wobec obowiązków wynikających z egalitarnej sprawiedliwości dystrybucyjnej³³.

Co jednak w sytuacji, w której zastanawiamy się, komu przyznać pierwszeństwo w dostępie do świadczeń medycznych? Gdy musimy zdecydować, w jakiej kolejności poddać zabiegom leczniczym nierozsądnych palaczy i rozsądnych biegaczy w różnych stanach zdrowia i w sytuacji ograniczonych środków finansowych? Jedną z możliwych odpowiedzi jest zasada pierwszeństwa (*luck prioritarianism*), która nakazuje w pierwszej kolejności pomagać tym, którzy bardziej tej pomocy potrzebują. Segall stara się połączyć egalitaryzm trafu z zasadą pierwszeństwa. Formułuje on zatem swoją zasadę (którą nazywa uprzywilejowywaniem szans na

³² Por. Segall [2010] s. 45–57.

³³ Tamże, s. 69, tłum. aut.

zdrowie gorzej sytuowanych (*prioritizing the opportunity for health of the worse off*) w następujący sposób:

Bezstronność wymaga nadawania pierwszeństwa w ratowaniu zdrowia jednostce, która zainwestowała raczej więcej niż mniej wysiłku w dbanie o nie, zaś w przypadku dwóch jednostek, które zainwestowały w swe zdrowie równy wysiłek, pierwszeństwo należy się tej będącej w gorszej sytuacji (pod względem zdrowia)³⁴.

Zasada ta nakazuje nam zatem najpierw spełnić postulaty egalitarystów trafu, a więc zneutralizować przede wszystkim wyniki działania złego ślepego trafu, a dopiero w drugiej kolejności dystrybuować świadczenia zdrowotne, uprzywilejowując gorzej sytuowanych (pod względem zdrowia), a więc tych którzy bardziej tej pomocy potrzebują. Odwołując się do wyżej wymienionego przykładu z nierozsądnymi palaczami i rozsądnymi biegaczami, według Segalla, w pierwszej kolejności powinniśmy pomóc rozsądnemu biegaczowi w gorszym stanie zdrowia, następnie rozsądnemu biegaczowi w lepszym stanie zdrowia, w dalszej kolejności nierozsądnemu palaczowi w gorszym stanie zdrowia i ostatecznie nierozsądnemu palaczowi w lepszym stanie zdrowia.

By uniknąć problemu równania w dół (*levelling down*), a więc sytuacji, w której równość zostanie zapewniona poprzez zmniejszenie poziomu zdrowia rozsądnego biegacza i zwiększenie poziomu zdrowia nierozsądnego palacza, Segall przyzwala na wprowadzenie do naszych rozważań etycznych dodatkowej zasady użyteczności nakazującej maksymalizowanie przeciętnej długości życia. Zwraca on uwagę na to, że zasada pierwszeństwa i zasada użyteczności często będą wchodzić ze sobą w konflikt, nie możemy jednak z góry przewidzieć, która z nich przeważa w konkretnym przypadku³⁵.

Podsumowanie

Podsumowując, przyznać można, że liberalny egalitaryzm jest nurtem bardzo złożonym. Pośród różnych koncepcji, które można do niego zakwalifikować, znajdziemy bez wątpienia wspólny fundament, na który składają się przede wszystkim poszanowanie wolności, adekwatność teorii do realiów państwa demokratycznego, czy przekonanie o wrodzonej moralnej równości wszystkich ludzi. Wszystkie koncepcje w ramach liberalnego egalitaryzmu starają się odpowiedzieć na pytanie, w jaki sposób powinny być alokowane środki i dystrybuowane

³⁴ Tamże, s. 112, tłum. aut.

³⁵ Tamże, s. 118.

świadczenia zdrowotne w ramach systemu zdrowotnego przy przyjęciu wyżej wymienionych założeń. Znajdziemy jednak i różnice – przede wszystkim w podejściu do celów, które przyświecać mają środkom oraz do trafu będącego przedmiotem wyboru. Mamy nadzieję, że obecność tych koncepcji sprawiedliwości w polskim dyskursie publicznym ożywi dyskurs etyczny i polityczny nad kwestiami alokowania zasobów oraz racjonowania świadczeń w ochronie zdrowia.

Bibliografia

- Anderson [1997] – E. Anderson, *What Is the Point of Equality?*, „Ethics” (109/2) 1999, s. 287–337.
- Arneson [2002] – R. Arneson, *Equal opportunity*, „Stanford Encyclopedia of Philosophy” 2002, dostępne na: <http://plato.stanford.edu/entries/equal-opportunity/> [15.06.2014].
- Arneson [2009] – R. Arneson, *Luck Egalitarianism. A Primer*, [w:] C. Knight, Z. Stemplowska (red.), *Distributive Justice and Responsibility*, Oxford University Press, Oxford 2009.
- Arneson [2013] – R. Arneson, *Egalitarianism*, „Stanford Encyclopedia of Philosophy” 2013, dostępne na: <http://plato.stanford.edu/entries/egalitarianism/> [15.06.2014].
- Capellen, Norheim [2005] – A. Cappelen, O. Norheim, *Responsibility in health care: a liberal egalitarian approach*, „Journal of medical ethics” (31/8) 2005, s. 476–480.
- Daniels [1985] – N. Daniels, *Just Health Care*, Cambridge University Press, New York 1985.
- Daniels [2001] – N. Daniels, *Justice, Health and Health Care*, 2001, s. 1–20, dostępne na: http://www.hsph.harvard.edu/benchmark/ndaniels/pdf/justice_health.pdf [15.06.2014].
- Daniels [2008a] – N. Daniels, *Just Health: Meeting Health Needs Fairly*, Cambridge University Press, New York 2008.
- Daniels [2008b] – N. Daniels, *Setting Limits Fairly: Learning to Share Resource for Health*, Oxford University Press, New York 2008.
- Daniels [2009] – N. Daniels, *Social and Individual Responsibility for Health*, [w:] C. Knight, Z. Stemplowska (red.), *Distributive Justice and Responsibility*, Oxford University Press, Oxford 2009.
- Daniels [2013] – N. Daniels, *Justice and Access to Health Care*, „Stanford Encyclopedia of Philosophy” 2013, dostępne na: <http://plato.stanford.edu/entries/justice-healthcareaccess/> [15.06.2014].
- Daniels, Sabin [1997] – N. Daniels, J.E. Sabin, *Limits to health care: Fair procedures, democratic deliberation, and the legitimacy problem for insurers*, „Philosophy and Public Affairs” (26) 1997, s. 303–350.
- Dworkin [1992] – R. Dworkin, *Justice in the distribution of health care*, „McGill LJ” (38/4) 1992, s. 883–898.
- Dworkin [2000] – R. Dworkin, *Sovereign Virtue: The Theory and Practice of Equality*, Harvard University Press, Cambridge, MA 2000.

- Fried [1976] – D. Fried, *Equality and rights in medical care*, „Hastings Center Report” (6) 1976, s. 29–34.
- Gosepath [2007] – S. Gosepath, *Equality*, „Stanford Encyclopedia of Philosophy” 2007, dostępne na: <http://plato.stanford.edu/entries/equality/> [15.06.2014].
- Jantos [2013] – M. Jantos, *Pojęcie sprawiedliwości w bioetyce*, [w:] *Etyczne problemy zarządzania w ochronie zdrowia*, J. Hartman, Z. Zalewski (red.), Wolters Kluwer, Warszawa 2013.
- Knights [2013] – C. Knight, *Luck egalitarianism*, „Philosophy Compass” (8/10) 2013, s. 924–934.
- Kolasa [2012] – K. Kolasa, *Optymalna alokacja zasobów w ochronie zdrowia*, Wolters Kluwer, Warszawa 2012.
- Lamont, Favor [2013] – Lamont, Ch. Favor, *Distributive Justice*, „Stanford Encyclopedia of Philosophy” 2013, źródło: <http://plato.stanford.edu/entries/justice-distributive/> (dostęp: 15.06.2014).
- Lippert-Rasmussen [2014] – K. Lippert-Rasmussen, *Justice and Bad Luck*, „Stanford Encyclopedia of Philosophy” 2014, dostępne na: <http://plato.stanford.edu/entries/justice-bad-luck/> [15.06.2014].
- McLeod [2014] – O. McLeod, *Desert*, „Stanford Encyclopedia of Philosophy” 2008, dostępne na: <http://plato.stanford.edu/entries/desert/> [15.06.2014].
- Nelkin [2013] – D. Nelkin, *Moral Luck*, „Stanford Encyclopedia of Philosophy” 2013, dostępne na: <http://plato.stanford.edu/entries/moral-luck/> [15.06.2014].
- Nussbaum [2003] – M. Nussbaum, *Capabilities as fundamental entitlements: Sen and social justice*, „Feminist economics” (9.2–3) 2003, s. 33–59.
- Nussbaum [2011] – M. Nussbaum, *Creating capabilities*, Harvard University Press, Cambridge, MA 2011.
- Rawls [2001] – J. Rawls, *Teoria sprawiedliwości*, tłum. A. Romaniuk, Harvard University Press, Cambridge, MA 2001.
- Rawls [2009] – J. Rawls, *Justice as Fairness: A Restatement*, PWN, Warszawa 2009.
- Rawls [2012] – J. Rawls, *Liberalizm polityczny*, tłum. A. Romaniuk, PWN, Warszawa 2012.
- Roybens [2011] – I. Roybens, *The Capability approach*, „Stanford Encyclopedia of Philosophy” 2011, dostępne na: <http://plato.stanford.edu/entries/capability-approach/> [15.06.2014].
- Segall [2010] – S. Segall, *Health, Luck and Justice*, Princeton University Press, Princeton 2010.
- Sen [1999] – A. Sen, *Commodities and capabilities*, Oxford University Press, Oxford 1999.
- Sen [2002] – A. Sen, *Why health equity?*, „Health economics” (11.8) 2002, s. 659–666.
- Sen [2005] – A. Sen, *Human Rights and Capabilities*, „Journal of Human Development” (6/2) 2005, s. 151–166.
- Sen [2009] – A. Sen, *The Idea of Justice*, Allen Lane, London 2009.
- Sreenivasan [2009] – G. Sreenivasan, *Health care and equality of opportunity*, „Hastings Center Report” 37(2) 2009, s. 21–31.
- Żuradzki [2010] – T. Żuradzki, *Równość: przegląd problemu*, Interdyscyplinarne Centrum Etyki UJ, Kraków 2010, dostępne na: <http://www.incet.uj.edu.pl> [15.06.2014].