

Piotr Grzegorz Nowak

Pluralistyczna teoria alokacji narządów

Diametros nr 51, 65-89

2017

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.

PLURALISTYCZNA TEORIA ALOKACJI NARZĄDÓW¹

– Piotr Grzegorz Nowak –

Abstrakt. Nauki medyczne nie mogą udzielić odpowiedzi na pytanie, kogo należy uratować od śmierci, jeśli nie można wszystkich. Jest to problem etyczny. Tymczasem właśnie przed takim pytaniem stajemy, gdy zastanawiamy się nad kryteriami alokacji narządów do przeszczepu. Głównym zadaniem artykułu jest sformułowanie pluralistycznej teorii sprawiedliwej dystrybucji narządów, która inkorporuje założenia utylitaryzmu, egalitaryzmu oraz teorii poziomu wystarczającego. Każda z tych teorii składowych przyjmuje inną wartość jako kryterium alokacji narządów. Dla utylitaryzmu jest to korzyść zdrowotna odnoszona przez pacjenta, dla egalitaryzmu stosunek zasług do zgromadzonych w ciągu życia dóbr zdrowotnych, a dla teorii poziomu wystarczającego ważne jest to, czy kandydat do otrzymania przeszczepu znajduje się poniżej poziomu wystarczającego. Przedstawiona w artykule koncepcja stanowi propozycję pogodzenia tych trzech konkurencyjnych teorii.

Słowa kluczowe: etyka transplantacji, alokacja narządów, utylitaryzm, egalitaryzm, priorytaryzm, teoria poziomu wystarczającego, Derek Parfit, Larry Temkin, Roger Crisp.

Narządy do przeszczepu są zasobami o charakterze trwale deficytowym. Co oznacza, że jest ich mniej niż osób, które mogłyby je otrzymać, i w najbliższych latach nie można się spodziewać, że ta sytuacja się zmieni². W związku z tym decyzja o przydzieleniu organu jednemu z pacjentów wiąże się de facto ze skazaniem innego na śmierć, cierpienie lub niepełnosprawność. Tego rodzaju decyzje jednak są podejmowane i należałoby oczekiwać, że zapadają one przy uwzględnieniu wartości oraz zasad etycznych. Odwołanie do refleksji etycznej jest konieczne, bowiem nauki medyczne nie dostarczają podstaw do rozstrzygnięcia tego typu dylematów moralnych³.

W niektórych krajach dostrzega się istotną rolę etyki przy projektowaniu systemów dystrybucji narządów. W Wielkiej Brytanii uznano, że alokacji narządów należy dokonywać przy uwzględnieniu wartości, takich jak korzyść odno-

¹ Artykuł powstał w ramach projektu badawczego nr 2013/08/A/HS1/00079 „Sprawiedliwość w opiece zdrowotnej” finansowanego przez Narodowe Centrum Nauki.

² Brock [2004] s. 41–42.

³ Veath, Ross [2015] s. 271–283. W prezentowanym tekście używam terminu „moralność” w szerszym znaczeniu, utożsamiając dziedzinę moralności z dziedziną etyki zob. np. Temkin [2012] s. 19.

szona przez pacjenta, przejrzystość, równość dostępu, geograficzna równość oraz korzyść odnoszona przez ogół pacjentów zapisanych na listy oczekujących⁴. W innych państwach, do których zalicza się m.in. Polska raczej stroni się od wskazywania normatywnych uzasadnień dla obowiązujących regulacji. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2009 r. w sprawie krajowej listy osób oczekujących na przeszczepienie formułuje kryteria wyboru potencjalnego biorcy, wśród których znajdują się: pilność przeszczepienia, zgodność immunologiczna, dobór anatomiczny, wiek, przewidywane efekty przeszczepienia, czas oczekiwania na przeszczepienie oraz aktualny stan zdrowia potencjalnego biorcy. Poza tymi kryteriami istnieją również szczegółowe procedury alokacji narządów przyjmowane przez Poltransplant. Także tutaj brakuje odwołania do wartości czy zasad etycznych, które mogłyby je uzasadniać⁵.

W moim przekonaniu brak etycznego uzasadnienia kryteriów oraz procedur alokacji funkcjonujących w Polsce jest ich istotnym mankamentem, który sprawia, że są one narażone na zarzut arbitralności. Głównym zadaniem prezentowanego artykułu jest dostarczenie podstaw dla etycznej oceny różnego typu systemów alokacji narządów. Moim celem będzie odpowiedź na pytanie o to, jak powinny być dystrybuowane narządy do przeszczepu, jakie wartości i zasady etyczne odgrywają w tej dziedzinie główną rolę.

1. Uwagi terminologiczne

Zanim spróbuję udzielić odpowiedzi na to pytanie, konieczne jest krótkie wyjaśnienie niektórych pojęć, które często będą się pojawiać w tym artykule.

Zacznijmy od racji. Przez to pojęcie będę rozumiał rozmaite uzasadnienia dla twierdzeń etycznych. W roli takich uzasadnień występują często intuicje. We współczesnym rozumieniu intuicjami są bądź to wrażenia, które są dostępne w poznaniu intelektualnym, bądź to pewne mocno osadzone, przedteoretyczne i niewywidzione przekonania⁶. Na intuicje możemy się natknąć na przykład wtedy, gdy rozważamy alternatywne kierunki działania w pewnej rzeczywistej lub wyimaginowanej sytuacji i niektóre z nich wydają się nie do przyjęcia, a inne godne wyboru. W takim przypadku mamy podstawę, by sądzić, że istnieje jakaś wartość etyczna lub zasada, której pierwszy rozważany kierunek działania nie uwzględnia, a drugi już tak. Nie twierdzę jednak, że intuicje są jedyną dopuszczalną formą uzasadnienia w etyce. Być może słuszność mają przedstawiciele na-

⁴ Organ Donation and Transplantation [2016].

⁵ Zob. Poltransplant [2016]. Poltransplant nazywa te procedury „zasadami alokacji narządów”. Nie należy ich mylić z różnego typu zasadami etycznymi, o których będzie mowa w tym artykule.

⁶ Chudnoff [2013]; Ross [2002] s. 41; Temkin [2012] s. 6–8.

turalizmu, którzy uważają, że uzasadnienie dla twierdzeń etycznych mogą stanowić pewne obserwowalne postawy lub nastawienia przejawiane przez ludzi i inne istoty⁷. W tym alternatywnym wobec intuicjonizmu ujęciu, uzasadnieniem dla twierdzenia, że „x” jest dobre, może być na przykład fakt, iż „x” jest pożądane lub byłoby pożądane przy spełnieniu określonych warunków.

W prezentowanym artykule nie chcę się jednak wikłać w spór na temat źródeł uzasadnień sądów etycznych. Przyjmę po prostu, że racje mogą, lecz nie muszą sprowadzać się do intuicji, a przynajmniej nie muszą się do nich sprowadzać bezpośrednio. Niekontrowersyjną formą uzasadnienia twierdzeń etycznych, które wprost nie opiera się na intuicjach, może stanowić odwołanie do innych uznanych już twierdzeń etycznych⁸.

„Wartości” oraz „ideały” to terminy używane przeze mnie jako równoznaczne. Są to różnego typu dobra, a więc rzeczy, które są godne pożądania lub powinny być przedmiotem jakiegoś rodzaju pozytywnej postawy⁹. Wartości etyczne stanowią niekiedy podstawę dla zasad etycznych, które określają adekwatne sposoby reagowania na daną wartość lub na cały zespół wartości. Można powiedzieć, że tego rodzaju zasady mają charakter teleologiczny lub konsekwencjalistyczny, ponieważ są wtórne w stosunku do wartości, z których się wywodzą¹⁰. Oprócz zasad z gruntu teleologicznych mogą jednak istnieć także zasady deontyczne, które są całkowicie lub częściowo pierwotne w stosunku do wartości etycznych¹¹. Uzasadnienie zasad deontycznych może się opierać bezpośrednio na intuicjach lub mieć charakter naturalistyczny. Ostatni z problematycznych terminów, czyli teorie etyczne, jest używany przeze mnie zamiennie wraz z określeniem koncepcje etyczne i oznacza różnego rodzaju logicznie powiązane zespoły twierdzeń na temat wartości i zasad.

2. Sprawiedliwa alokacja narządów

Po terminologicznym wstępie możemy powrócić do podstawowego pytania tego artykułu. Jak powinien być skonstruowany system dystrybucji narządów do przeszczepu? Dyskusję na ten temat można by zakończyć jednym krótkim stwierdzeniem: kryteria oraz procedury, które wchodzi w skład systemu, powin-

⁷ Brandt [1996] s. 260–312.

⁸ Zob. np. Brandt [1996] s. 419.

⁹ Galewicz [1988] s. 6. Terminu „ideały moralne” na określenie różnego typu dóbr używa Temkin [2012].

¹⁰ Schroeder [2016].

¹¹ Ibidem.

ny być sprawiedliwe¹². Taka odpowiedź jest jednak ogólna i niewiele wyjaśnia. Konieczne jest doprecyzowanie, co rozumie się przez sprawiedliwość.

W interesującym nas kontekście sprawiedliwość jest cechą systemu, za pomocą którego rozdziela się dostępne do podziału narządy. Sprawiedliwy system dystrybucji zasobów to taki system, w którym podobne przypadki traktuje się w sposób podobny, a różne w sposób różny i proporcjonalny w stosunku do różnic¹³. Mówiąc ściśle, dystrybucja zasobów jest sprawiedliwa „jeśli wartość rzeczy przyznawanej jednej osobie stoi do wartości rzeczy przyznawanej drugiej osobie, tak jak wartość pierwszej osoby stoi do wartości drugiej osoby”¹⁴. Wspomnianą „rzeczą”, która jest rozdzielana pomiędzy poszczególne osoby w ramach systemu alokacji organów, jest tytuł do otrzymania narządu. Jeśli więc jednemu pacjentowi przyznaje się określony tytuł do przeszczepu, to innemu, który pod istotnym względem jest podobny, również należy przyznać podobny tytuł, natomiast pacjentowi, który jest pod istotnym względem różny, należy przyznać tytuł proporcjonalnie różny (mniejszy lub większy). Koncepcję sprawiedliwego przyznawania tytułu do otrzymania organu można więc oddać za pomocą proporcji geometrycznej:

$$\frac{W_1}{W_2} = \frac{T_1}{T_2'}$$

w której W_1 oznacza wartość pacjenta nr 1, W_2 oznacza wartość pacjenta nr 2, T_1 oznacza tytuł do otrzymania narządu przez pacjenta nr 1, a T_2' oznacza tytuł do otrzymania narządu przez pacjenta nr 2. W ten sposób przy użyciu arystotelesowskiej zasady sprawiedliwości rozdzielczej można tworzyć „listy rankingowe” kandydatów do otrzymania narządu.

Ta czysto formalna zasada jest sama w sobie stosunkowo niekontrowersyjna i nie ma większych wątpliwości co do tego, że powinna mieć istotną rolę przy tworzeniu list oczekujących. Problemy pojawiają się jednak wtedy, gdy próbuje się wypełnić ją treścią. Zasada ta nie rozstrzyga bowiem, pod jakim względem należy oceniać, czy porównywane przypadki są podobne czy też różne¹⁵. Sądzę, że znaczną część sporów dotyczących sprawiedliwego podziału zasobów można przedstawić jako spory o to, co powinno stanowić ową „wartość osoby”, która jest

¹² Taki wymóg sformułowano zresztą w ustępie piątym artykułu 20 Ustawy o finansowaniu opieki zdrowotnej ze środków publicznych. Jednakże właściwą podstawą prawną dla kryteriów alokacji narządów do przeszczepu nie jest ten akt prawny, lecz Ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek tkanek i narządów, w której nie pojawia się odwołanie do sprawiedliwości.

¹³ Arystoteles [2007] 1131a–1132a.

¹⁴ Keyt [1991] s. 240–241.

¹⁵ Ibidem, s. 247.

podstawą do dokonywania porównań pomiędzy poszczególnymi kandydatami na biorców. Właśnie w ten sposób można interpretować dyskusję jaka się toczy na temat systemów alokacji narządów do przeszczepu. W prezentowanym artykule przedmiotem analiz staną się cztery teorie sprawiedliwości rozdzielczej: utilitaryzm, egalitaryzm trafu, priorytaryzm oraz teoria poziomu wystarczającego. Każda z nich w inny sposób proponuje rozstrzygnąć kontrowersję dotyczącą tego, co powinno stanowić „wartość osoby”.

3. Utylitaryzm, egalitaryzm trafu oraz priorytaryzm

Dla utilitarystycznej koncepcji punktem odniesienia do dokonywania porównań pomiędzy poszczególnymi przypadkami jest efektywność rozumiana jako zdolność wykorzystywania zasobów do uzyskiwania dóbr utilitarnych. W kontekście rozdziału narządów do przeszczepu koncepcja ta domaga się, aby przyznawać równy tytuł do przeszczepu osobom, które są w stanie je wykorzystać w sposób równie efektywny, oraz różny tytuł kandydatom, których cechuje różna efektywność¹⁶. Jeśli więc, przeszczepiając jedną wątrobę, można wytworzyć 5 jednostek utilitarnych dóbr zdrowotnych, o ile narząd otrzyma Antek, lub 10, gdy otrzyma go Bartek, to sprawiedliwie będzie przeszczepić wątrobę Bartkowi. Gdyby natomiast zarówno Antek jak i Bartek dzięki przeszczepowi mogli uzyskać tę samą ilość dóbr, to utilitarystyczna koncepcja sprawiedliwości przyznawałaby im równy tytuł do narządu. Jak widać, utilitaryzm nakazuje rozdzielać narządy w taki sposób, aby maksymalizować ilość dobra w świecie.

Z perspektywy egalitaryzmu trafu, przydzielając tytuł do uzyskania przeszczepu, trzeba się kierować tym, jak bardzo poszczególni kandydaci zasłużyli sobie na to, aby znajdować się w sytuacji, w której są. Osoby posiadające dużo dóbr a mało zasług powinny ustępować w kolejce po przeszczep tym, które zgromadziły wiele zasług, lecz zostały pokrzywdzone przez los i niewiele dóbr przypadło im w udziale. Egalitarystę trafu interesować będzie więc to, jaki jest stosunek zasług danej osoby do posiadanych przez nią dóbr, a tytuł do otrzymania narządu uzna za proporcjonalny do wspomnianego stosunku. Powróćmy zatem do problemu podjęcia decyzji o przydzieleniu narządu Antkowi lub Bartkowi. Jeśli Antek posiada 10 jednostek zasług oraz 1 jednostkę dóbr natomiast Bartek 1 jednostkę zasług oraz 10 jednostek dóbr, to, zgodnie z egalitaryzmem trafu, większy tytuł do otrzymania narządu przysługuje Antkowi, ponieważ w jego przypadku stosunek zasług do zgromadzonych dóbr wynosi 10, natomiast

¹⁶ Por. Nagel [1997a] s. 142-144. Utylitarystyczną koncepcję sprawiedliwości można przedstawić jako następującą proporcję geometryczną: $\frac{\text{efektywność}_1}{\text{efektywność}_2} = \frac{T_1}{T_2}$.

w przypadku Bartka wynosi on zaledwie 0,1. Z perspektywy egalitaryzmu trafa nie ma znaczenia to, że Bartek będzie mógł bardziej efektywnie wykorzystać narząd niż Antek, uzyskując 10 jednostek użytecznych dóbr zdrowotnych zamiast 5¹⁷. W konsekwencji egalitarystyczna koncepcja sprawiedliwości nakazuje rozdzielać narządy tak, aby minimalizować moralnie istotne niezasłużone nierówności.

Warto zwrócić uwagę, że zastosowanie egalitaryzmu, jako teorii rozstrzygającej, komu przydzielić narząd do przeszczepu w obrębie praktyki alokacji narządów, może się różnić od zastosowania egalitaryzmu jako teorii, która określa, czy sama praktyka przydzielania narządów jest sprawiedliwa. Wyobraźmy sobie, że Antek i Bartek zgromadzili taką samą liczbę jednostek zasług, a różną ilość dóbr – Antek tylko 1, a Bartek 10. Nierówność pomiędzy obydwojema kandydatami do otrzymania przeszczepu wynosi 9. Egalitaryzm, gdy zostanie zastosowany w obrębie praktyki alokacji, zaleca, aby narząd przeszczepić Antkowi. W tym ujęciu służy on ograniczaniu niezawinionych nierówności przy założeniu, że organ i tak ma zostać komuś przeszczepiony. Jeśli jednak zrezygnujemy z tego założenia, to możemy dojść do odmiennych wniosków. Zastosowanie egalitaryzmu „od zewnątrz” – do oceny samej praktyki alokacji narządów – zaleca przydzielenie narządu dla Antka tylko wtedy, jeżeli uzyskana przez niego korzyść jest mniejsza niż 18. Dlaczego tak jest? Rozważmy przypadek, w którym Antek dzięki transplantowi może odnieść korzyść o wartości 19. W takiej sytuacji suma korzyści, które przypadną mu w ciągu całego życia, gdy otrzyma przeszczep, wyniesie 20. Bartek nie zyska nic i wciąż będzie miał 10. W związku z tym nierówność powstała w wyniku alokacji narządu wyniesie 10 i będzie większa niż ta, która istniała przed alokacją (9). Jeśli egalitaryzm zaleca ograniczać niezasłużone nierówności, to w takim przypadku będzie zalecał powstrzymać się od przydzielenia narządu w ogóle. Zastosowanie tej teorii etycznej do oceny samej praktyki alokacji może być więc niezgodne z pewną zasadą racjonalności, która głosi, że, mając do wyboru realizację kilku możliwości, istnieją mocne podstawy uzasadniające wybór takiego stanu rzeczy, który stanowi poprawę w sensie Pareto¹⁸. Zmiana sta-

¹⁷ Egalitarystyczną koncepcję sprawiedliwości dystrybucyjnej w podziale narządów do przeszczepu można oddać za pomocą proporcji $\frac{Z_1}{D_1} = \frac{T_1}{T_2}$, w której Z_1 oznacza liczbę zasług zgromadzonych przez pacjenta nr 1, Z_2 oznacza liczbę zasług zgromadzonych przez pacjenta nr 2, D_1 oznacza liczbę dóbr zgromadzonych przez pacjenta nr 1, D_2 oznacza liczbę dóbr zgromadzonych przez pacjenta nr 2, T_1 oznacza tytuł do otrzymania narządu przez pacjenta nr 1, a T_2 oznacza tytuł do otrzymania narządu przez pacjenta nr 2.

¹⁸ Gosepath [2011].

nowi poprawę w sensie Pareto, jeśli prowadzi to poprawy sytuacji przynajmniej jednej osoby i nie prowadzi do pogorszenia sytuacji żadnej z osób. Jeśli uznajemy taką zasadę, to należy ograniczyć zastosowanie egalitaryzmu do oceny tego, jaki sposób dystrybucji organów jest sprawiedliwy, nie należy natomiast brać pod uwagę jego werdyktów, gdy jest stosowany do zewnętrznej oceny praktyki alokacji.

Po tej dygresji na temat zastosowań egalitaryzmu wróćmy do prezentacji poszczególnych koncepcji sprawiedliwości rozdzielczej. Kolejną z nich jest priorytaryzm. Teoria ta domaga się, aby tytuł do uzyskania przeszczepu przydzielać w proporcji do tego, jak źle jest położenie poszczególnych kandydatów na biorców. Im jest ono gorsze, tym większy powinien być tytuł do otrzymania narządu¹⁹. Wracając do rozważanego przypadku Antka i Bartka, większy tytuł do otrzymania narządu należy się Antkowi ponieważ zgromadził on mniej dóbr niż Bartek. Klasyczny priorytaryzm podobnie jak egalitaryzm nie bierze pod uwagę, jak efektywnie dany biorca jest w stanie wykorzystać przeszczep. W przeciwieństwie do egalitaryzmu koncepcja ta nie uwzględnia jednak, w jakim stopniu kandydat na biorcę poprzez podejmowane wybory przyczynił się do swoich problemów zdrowotnych.

4. Intuicje i racje

Jakie racje przemawiają za przyjęciem wspomnianych koncepcji rozdziału zasobów? Jedną z nich jest sama zgodność z arystotelesowską zasadą sprawiedliwości dystrybucyjnej. Jeśli bowiem uznaje się, że jakaś cecha, którą można posiadać w różnym stopniu, jest moralnie istotna przy dokonywaniu podziału zasobów, to naturalnie jest przyjąć, że posiadanie tej cechy w różnym stopniu powinno mieć proporcjonalnie różny wpływ na decyzje alokacyjne. Bez wątpienia wypadłoby jednak przedstawić dodatkowe argumenty. Przynajmniej jeśli chce się wykazać, że alokacja w oparciu o wartości użyteczności, egalitarności lub priorytaryzmu jest w wyższym stopniu uzasadniona niż np. alokacja zakładająca przyznawanie tytułu do otrzymania narządu w proporcji do długości stopy kandydata na biorcę. Także taka, jawnie niedorzeczna, koncepcja rozdziału byłaby przecież egzemplifikacją formalnej zasady sprawiedliwości dystrybucyjnej.

Czy kryteria proponowane przez użyteczność, egalitaryzm oraz priorytaryzm wyróżnia coś szczególnego spośród nieskończonej liczby innych możliwych do zaproponowania kryteriów? Użytecznościowa koncepcja sprawiedliwości roz-

¹⁹ Partfit [2015] s. 123. Priorytaryzmską koncepcję sprawiedliwości dystrybucyjnej można przedstawić jako proporcję geometryczną $\frac{\text{Złe położenie}_1}{\text{Złe położenie}_2} = \frac{T_1}{T_2}$.

dzielczej daje się uzasadnić poprzez odwołanie do zasady maksymalizacji pożytku, zgodnie z którą, wybierając pomiędzy rozmaitymi sposobami postępowania lub strategiami społecznymi, należy się kierować tym, w jaki sposób możemy zrealizować w świecie najwięcej dobra i najmniej zła. Ta naczelna zasada użyteczności ma silne wsparcie w intuicyjnie podzielanym przekonaniu, o tym że lepiej jest, aby dobra było więcej niż mniej. Za egalitaryzmem trafia stoi chyba równie silna intuicja, według której wszystkie osoby mają równy status moralny. Jeśli podzielamy to przekonanie, to jego naturalną konsekwencją jest pogląd, zgodnie z którym nierówności, jakie zachodzą pomiędzy ludźmi, pod względem ilości posiadanych dóbr, powinny być rezultatem podejmowanych przez nich właściwych bądź niewłaściwych wolnych wyborów, a nie konsekwencją czynników niezależnych, takich jak miejsce urodzenia, wrodzone talenty lub choroby²⁰.

Czy priorytaryzm wspierają równie mocne racje jak te, które uzasadniają użyteczność i egalitaryzm? Z pewnością nie są to te same racje jak te, które przemawiają za drugą z wymienionych koncepcji, bowiem, jak pisze Derek Parfit, jeśli stajemy na gruncie priorytaryzmu, to „nie wierzymy w równość. Nie uważamy, aby było samo w sobie złe lub niesprawiedliwe, że niektórzy ludzie znajdują się w gorszym położeniu niż inni”²¹. Zdaniem Parfita priorytarystyczną zasadę pierwszeństwa, zgodnie z którą przysparzanie ludziom korzyści jest tym ważniejsze, im gorsza jest ich sytuacja, uzasadnia to, że osoby, które są gorzej sytuowane „znajdują się na niższym absolutnym poziomie dobrostanu”²². Z tej perspektywy nie ma znaczenia, że osoby gorzej sytuowane znajdują się w sytuacji gorszej w porównaniu do innych osób, które mają takie same zasługi.

Czy przedstawione przez Parfita uzasadnienie zasady pierwszeństwa jest przekonujące? Niektórzy będą twierdzić, że tak, wskazując na intuicje ujawniające się, gdy analizuje się przykłady podobne do skonstruowanego przeze mnie. Wyobraźmy sobie, że Zosia poprzez swoją brawurową jazdę samochodem spowodowała wypadek samochodowy, w którym ucierpiała ona oraz jej koleżanka, która przypadkowo znalazła się w tym samym pojeździe – Aniela. Obydwie potrzebują przeszczepu twarzy, jednak dla Zosi przeszczep stanowi głównie operację ratującą życie, natomiast Aniela przeżyje bez transplantacji, lecz jej życie nie będzie miało tej jakości, którą mogłoby osiągnąć, gdyby otrzymała przeszczep. Wyobraźmy sobie ponadto, że pojawił się dawca, od którego można przeszczepić

²⁰ W sprawie ogólnych założeń egalitaryzmu zob. Temkin [2015], [2003] s. 767, [2000] s. 129–130; Galewicz [2015] s. 20; Żuradzki [2010]; Juzaszek [2014].

²¹ Parfit [1997] s. 213–214; Parfit [2015] s. 124; zob. także Temkin [2000] s. 129.

²² Ibidem, s. 124.

narząd jednej z dwu koleżanek, przy czym wiadomo, że z przyczyn medycznych będzie mógł on dłużej służyć przypadkowej ofierze wypadku – Anieli – i pozwoli jej wieść życie o lepszej jakości. Podsumowując, można powiedzieć, że Zosia z własnej winy znajduje się w gorszym położeniu niż Aniela – grozi jej śmierć. Aniela może natomiast odnieść większą korzyść dzięki przeszczepowi.

Gdy zastanowimy się nad opisaną historią intuicja będzie podpowiadać zapewne, że narząd powinna mimo wszystko otrzymać sprawczyni wypadku, nie zważając na to, że sama przyczyniła się do swojej tragedii, a koleżanka mogłaby odnieść większą korzyść. Na pierwszy rzut oka wydaje się, że jedynie priorytaryzm może właściwie ująć te intuicje. Egalitarysta nie przyznałby Zosi większego tytułu do otrzymania przeszczepu, skoro tragiczne położenie w jakim się znalazła było skutkiem podjętego przez nią wyboru. Również na gruncie utylitaryzmu Zosia miałaby słabszy tytuł do otrzymania narządu, skoro Aniela mogłaby odnieść większą korzyść.

Czy intuicje, które ujawniają się, gdy zastanawiamy się nad tego typu przypadkami, wystarczająco uwiarygadniają priorytaryzm jako koncepcję sprawiedliwości rozdzielczej? Sądzę, że nie. O tym, że priorytaryzm nie jest właściwą teorią możemy się przekonać, zdając sobie sprawę z tego, że niekiedy fakt, iż ktoś znajduje się w gorszym położeniu, może być zupełnie pozbawiony moralnego znaczenia.

Przyjrzyjmy się przykładowi „Beverly Hills”, który sformułował Roger Crisp. Wyobraźmy sobie, że stajemy przed wyborem podarowania znakomitego wina dwóm grupom jednostek znajdujących się w bardzo dobrej sytuacji. Wino możemy podarować albo dziesięciu bogaczom, podnosząc ich poziom dobrostanu z 80 na 82, albo dziesięciu tysiącom superbogaczy, podnosząc ich poziom z 90 na 92. W tym przypadku przyznawanie pierwszeństwa bogaczom przed superbogaczami wydaje się absurdalne. To, że bogacze „znajdują się na niższym absolutnym poziomie dobrostanu”, jak powiedziałby Parfit, zdaje się całkowicie pozbawiony moralnej doniosłości. Nie jesteśmy skłonni uważać, że korzyści przysparzane bogaczom mają cokolwiek większą wagę niż te same korzyści przysparzane superbogaczom. Uważamy raczej, że w tej sytuacji należy posłużyć się utylitarystyczną zasadą maksymalizacji korzyści i ofiarować wino superbogaczom²³. Gdyby nawet zmodyfikować przykład Crispa tak, iż mielibyśmy do wyboru ofiarować wino jednemu bogaczowi lub jednemu superbogaczowi, to nie byłoby żadnego powodu uznawać, że bogacz legitymuje się silniejszym tytułem do otrzymania podarku.

²³ Crisp [2015] s. 175.

Przykład „Beverly Hills” da się oczywiście przeformułować tak, aby dotyczył opieki zdrowotnej. Możemy wyobrazić sobie, że stoimy przed wyborem przeznaczenia środków na sfinansowanie zabiegu upiększającego osobie, która przeżyła dotychczas 80 lat w pełnym zdrowiu lub osobie, która takich lat przeżyła 90. Także w tym przypadku nie będzie żadnego powodu, aby preferować osobę „gorzej sytuowaną”, która przecież, obiektywnie biorąc, znajduje się w bardzo dobrej sytuacji.

Przejsie od intuicji, która pojawia się w sytuacjach podobnych do przypadku Zosi i Anieli, do sformułowania zasady pierwszeństwa stanowi nieuprawnione uogólnienie. Rzeczywiście w przypadkach takich jak ten, w którym znalazła się Zosia i Aniela, intuicyjnie skłonni jesteśmy przydzielać narządy w pierwszej kolejności osobom, które znalazły się w gorszym położeniu. Jednakże to nie fakt, iż dane położenie jest g o r s z e, przesądza o tym, że pomocy takim osobom należy udzielić w pierwszej kolejności, lecz fakt, iż położenie, w którym się znalazły, jest obiektywnie złe, jest poniżej pewnego „progu” minimalnego²⁴, który w dalszej części artykułu będę nazywał „poziomem wystarczającym”.

Wniosek, jaki można wyciągnąć z tych analiz, jest taki, że trzecią konkurencyjną teorią etyczną w stosunku do utilitaryzmu i egalitaryzmu, którą da się sensownie uzasadnić jest właśnie koncepcja poziomu wystarczającego, a nie priorytaryzm w wersji proponowanej przez Parfita²⁵. To właśnie ta koncepcja oferuje zgodne z naszymi intuicjami rozstrzygnięcie dylematu Anieli i Zosi, nie prowadząc jednocześnie do nieintuicyjnych konsekwencji w związku z przykładem Beverly Hills. Jej kluczowym elementem jest Zasada Współczucia, zgodnie z którą należy przyznawać mocniejszy tytuł do otrzymania przeszczepu osobom, których sytuacja jest na tyle zła, że należy im się współczucie, a słabszy tytuł tym, którzy są powyżej poziomu wystarczającego. Jest wiele kwestii wymagających wyjaśnienia w ramach teorii. W artykule poruszę jednak tylko kilka z nich.

5. Teoria poziomu wystarczającego

Pierwsze domagające się odpowiedzi pytanie dotyczy tego, ile jest poziomów wystarczających. W analizowanym przykładzie alokacji transplantu twarzy dla Anieli lub Zosi pojawiło się prezentystyczne rozumienie poziomu wystarczającego. Uogólniając, można powiedzieć, że pewna osoba znajduje się poniżej takiego poziomu wtedy i tylko wtedy, jeśli jest w danej chwili bezpośrednio zagrożona śmiercią, głęboką niepełnosprawnością lub degradującym cierpieniem.

²⁴ Frankfurt [2015] s. 79.

²⁵ Zob. Crisp [2015] s. 179.

Moralna waga niesienia pomocy dla osób, które są zagrożone w danym momencie utratą tych podstawowych dóbr znajduje obecnie odzwierciedlenie pod postacią pilności przeszczepienia w przyjętych powszechnie kryteriach alokacji narządów²⁶. Prezentystyczne rozumienie wystarczalności stało się przedmiotem krytyki ze strony niektórych bioetyków, m.in. Danna Brocka, który zauważył, że, oceniając położenie pacjentów oczekujących na przeszczep, powinno się brać pod uwagę nie tylko perspektywę chwili, w której dokonywana jest alokacja, lecz także sytuację pacjenta z punktu widzenia jego całego życia²⁷.

Jest więc co najmniej jeszcze jedno moralnie istotne rozumienie poziomu wystarczającego, które określeń poziomem wystarczającym w aspekcie całego życia. Interesująca nas z tej perspektywy granica mogłaby być ustalona na progu 80 lat dobrej jakości życia²⁸, lub utożsamiona z przeciętną w danej społeczności, oczekiwaną w momencie narodzin długością życia skorygowaną o jakość²⁹, albo zrównana z liczbą lat potrzebnych do tego, aby życie przeciętnego człowieka w danej społeczności mogło osiągnąć normalną rozpiętość³⁰. Osoby znajdujące się powyżej poziomu wystarczającego w aspekcie całości życia powinny ustępować w kolejce po przeszczep tym, które są poniżej. Z kolei spośród kandydatów, znajdujących się poniżej granicy powinniśmy wybierać w pierwszej kolejności najmłodszych pacjentów, jako tych, którym najdalej do osiągnięcia poziomu wystarczającego³¹.

Sądzę, że obydwa rodzaje poziomów wystarczających powinny mieć przełożenie na procedury i kryteria alokacji narządów do przeszczepu, stanowiąc kolejne sposoby nadania treści formalnej arystotelesowskiej zasadzie sprawiedliwości rozdzielczej³². W tej wersji sprawiedliwy przydział tytułu do otrzymania narządu powinien być proporcjonalny do tego, jak dalece poniżej poziomu prezentystycznego lub poniżej poziomu wystarczalności w aspekcie całego życia znajduje się dana osoba³³.

²⁶ Zob. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 4 grudnia 2009 r. w sprawie krajowej listy osób oczekujących na przeszczepienie, Poltransplant [2016]; OPTN [2016].

²⁷ Brock [2004] s. 43–44.

²⁸ Crisp [2015] s. 184.

²⁹ Williams [2015] s. 324.

³⁰ Brock [2004] s. 45.

³¹ Ibidem.

³² W sprawie nieintuicyjnych konsekwencji kierowania się wyłącznie perspektywą całości życia albo wyłącznie perspektywą prezentystyczną zob. Żuradzki [2010].

³³ Także teorię poziomu wystarczającego w jej obydwu wariantach można przedstawić za pomocą proporcji geometrycznej $\frac{\text{Odległość poniżej granicy poziomu}_1}{\text{Odległość poniżej granicy poziomu}_2} = \frac{T_1}{T_2}$.

6. Każdy wygrywa. Pluralistyczna sprawiedliwość

Jak ustalić kryteria alokacji narządów, skoro arystotelesowskiej zasadzie sprawiedliwości rozdzielczej można sensownie nadać treść na cztery różne sposoby? Jeśli wartością, którą uznamy za istotną dla alokacji narządów okaże się efektywność, to w rezultacie otrzymamy teorię utylitarystyczną, jeśli za istotną wartość uznamy stosunek zasług do posiadanych dóbr, to uzyskamy teorię egalitarystyczną, z kolei jeśli za moralnie doniosłe uznamy to, czy dana osoba znajduje się poniżej lub powyżej określonego progu dobrostanu, w konsekwencji uzyskamy teorię poziomu wystarczającego w wariacie prezentystycznym lub w aspekcie całości życia. Skoro każda omówiona koncepcja sprawiedliwości służy realizacji pewnego ideału moralnego, to nasz dylemat możemy rozwiązać, uznając, że każda z nich powinna mieć wpływ na kryteria i procedury alokacji narządów.

Z czterech wchodzących w grę ideałów, jakimi są efektywność, stosunek zasług do posiadanych dóbr, współczucie w perspektywie prezentystycznej oraz współczucie w aspekcie całości życia, należy więc utworzyć konglomerat, czyli całość stanowiącą zlepek tych wartości. Dzięki temu uzyskamy Pluralistyczną Teorię Alokacji, która pozwoli dokonać kolejnej konkretyzacji arystotelesowskiej zasady sprawiedliwości rozdzielczej. W świetle tej nowej propozycji tytuł do otrzymania przeszczepu należałoby uznać za proporcjonalny do wspomnianego konglomeratu³⁴. Przekładając ten pomysł konkretne rozwiązania techniczne, można założyć, że rozszczenie poszczególnych kandydatów do uzyskania narządu jest oddawane przez liczbę zgromadzonych przez nich punktów preferencyjnych. Takie rozwiązanie pozwala na to, aby określona liczba punktów uzyskanych z tytułu wysokiej efektywności była przeważana przez większą liczbę punktów uzyskanych z tytułu wyższego współczynnika egalitarnego albo też z tytułu wyższych współczynników współczucia, lub na odwrót.

Jeśli konglomerat wartości ma być oddawany za pomocą punktów preferencyjnych, to poszczególnym ideałom etycznym trzeba nadać sens operacyjny. W tym celu posłużę się wzorami, których nie należy jednak traktować jako konkurencyjnej procedury w stosunku do algorytmów czy zasad alokacji narządów funkcjonujących w Polsce lub innych krajach świata. Z powodu pewnych ograniczeń, które napotyka np. metoda QALY³⁵ (nie da się dokładnie określić, ile jednostek QALY mogliby uzyskać dzięki przeszczepowi poszczególni kandydaci do

³⁴ Pluralistyczną teorię sprawiedliwości można oddać za pomocą następującej proporcji geometrycznej $\frac{\text{Konglomerat wartości}_1}{\text{Konglomerat wartości}_2} = \frac{T_1}{T_2}$.

³⁵ W sprawie eksplikacji pojęcia QALY zob. Galewicz [2015] s. 10–15; Dolan, Kahneman [2008] s. 215–216.

otrzymania narządu³⁶), wzory te nie mogłyby być stosowane w praktyce. Należy więc taktować je raczej jako punkt odniesienia do oceny rzeczywiście istniejących procedur. Odwołując się do nich, można badać, na ile procedury przyjmowane przez organizacje takie jak polski Poltransplant, amerykańską Organ Procurement and Transplantation Network czy brytyjskie Organ Donation and Transplantation realizują założenia Pluralistycznej Teorii Alokacji Narządów.

7. Operacyjny sens trzech teorii sprawiedliwości

Tabela nr 1 obrazuje proces podejmowania decyzji o alokacji narządu dla każdego z trzech kandydatów na biorcę w oparciu o cztery kryteria, które odpowiadają czterem ideałom etycznym. Pierwszym kryterium jest efektywność czyli użyteczna korzyść zdrowotna możliwa do odniesienia przez pacjenta, któremu przydziela się przeszczep (E_t). Jest ona obliczana za pomocą wzoru: $E_t = Q_t - Q_{nt}$. We wzorze Q_t oznacza liczbę QALY, którą zgromadziłby pacjent w ciągu życia, gdyby otrzymał przeszczep, natomiast Q_{nt} oznacza liczbę QALY, którą zgromadziłby w ciągu życia w przypadku nie otrzymania przeszczepu.

Kryterium R to wzgląd na egalitarną równość. Liczbę punktów, które z tego tytułu można otrzymać oblicza się za pomocą równania $R = \frac{Z}{Q_{nt}}$, w którym Z oznacza wartość zasług pacjenta dla własnego stanu zdrowia. Przyjmuję, że Z może osiągać wartości od 20 do 40 jednostek zasług (w skrócie jz), a wartość 30 jz odpowiada życiu typowej osoby, która ani szczególnie nie zabiega o swoje zdrowie, ani też nie podejmuje nadzwyczaj ryzykownych zachowań mogących je nadwerężyć.

Kryterium W_p odzwierciedla rolę, jaką w ogólnej alokacji narządów pełni współczucie prezentystyczne, czyli współczucie dla osób, które podobnie jak Zosia z omawianego w części 4 przykładu, znajdują się w danej chwili w sytuacji zagrożenia śmiercią, degradującym cierpieniem lub głęboką niepełnosprawnością. Liczbę punktów preferencyjnych, możliwych do otrzymania z tego tytułu, dla $Q_{nt'} \leq 1$ QALY, oblicza się za pomocą wzoru: $W_p = -10Q_{nt'} + 10$. Natomiast dla $Q_{nt'} > 1$ QALY, wartość $W_p = 0$. We wspomnianym wzorze 10 stanowi liczbę punktów przyznawanych osobie, która natychmiast zginie, jeśli nie otrzyma przeszczepu ($Q_{nt'} = 0$ QALY), natomiast -10 jest współczynnikiem proporcjonalności określającym, jak wraz ze wzrostem $Q_{nt'}$ maleje liczba punktów otrzymywanych przez kandydata na biorcę, aż do granicy poziomu wystarczającego $Q_{nt'} = 1$ QALY, dla której liczba punktów wynosi 0.

³⁶ Veath [2000] s. 291.

Kryterium W_c to wpływ, jaki na alokację narządów ma współczucie dla osób znajdujących się poniżej poziomu wystarczającego w perspektywie całości życia. Liczbę punktów możliwych do otrzymania z tego tytułu oblicza się za pomocą wzoru $W_c = -\frac{1}{4}Q_{nt} + 20$ dla wartości $Q_{nt} \leq 80$ QALY, natomiast dla $Q_{nt} > 80$, wartość $W_c = 0$. W omawianym wzorze 20 stanowi liczbę punktów, jakie uzyskuje osoba, która, bez otrzymania przeszczepu, w ciągu całego życia nie zgromadzi ani jednego QALY, $-\frac{1}{4}$ jest współczynnikiem proporcjonalności określającym, jak wraz ze wzrostem liczby QALY gromadzonych w ciągu życia przez poszczególnych kandydatów na biorcę maleje otrzymywana przez nich liczba punktów, aż do osiągnięcia granicy $Q_{nt} = 80$ QALY, kiedy to kandydatowi nie przysługują już żadne punkty.

Tabela nr 1

Punkty preferencyjne			
	Edward	Franciszek	Grzegorz
Utylitarna korzyść zdrowotna (E_t)	3	5	3
Egalitarna równość (R)	0,83	3,(3)	0,5
Współczucie prezentystyczne (W_p)	9,9	0	0
Współczucie w aspekcie całości życia (W_c)	12,5	17	0
Suma	26,23	25,(3)	3,5

Omówmy teraz zastosowanie powyższych kryteriów na przykładzie alokacji narządu dla jednego z trzech kandydatów (tabela nr 1). Jak widać najwięcej punktów uzyskał Edward, którego najwyższa pozycja w rankingu, jest wynikiem tego, że znajduje się on poniżej dwóch poziomów współczucia. Edward jest niepełna trzydziestoletnim mężczyzną, który zatrzał się zebranych grzybami. Dla uratowania życia pilnie potrzebuje przeszczepu wątroby. Pacjent uzyskał 12,5 punktu preferencyjnego ze względu na to, że nie przekroczył jeszcze granicy 80 lat dobrej jakości życia ($W_c = -\frac{1}{4} \times 30$ QALY + 20) oraz 9,9 punktu w związku z tym, że był bezpośrednio zagrożony śmiercią ($W_p = -10 \times 0,01$ QALY + 10). Gdyby nie otrzymał przeszczepu, jego dalsze życie byłoby krótkie i przepełnione cierpieniem ($Q_{nt}' = 0,01$ QALY). Pierwsze miejsce Edwarda w rankingu jest niekwestionowane nawet pomimo tego, że pomiędzy nim, a dawcą narządu zachodzi w pewnym stopniu niezgodność immunologiczna, przez co przeszczepiony organ pozwoli

uzyskać jedynie 3 QALY ($E_t = 33 \text{ QALY} - 30 \text{ QALY}$), a także pomimo tego, iż stosunek zasług do dóbr, które Edward zgromadziłby w ciągu życia, gdyby nie wykonano przeszczepu wynosił około 0,83 jz/QALY ($R = \frac{25 \text{ jz}}{30 \text{ QALY}}$). Wynik Edwarda, gdy chodzi o kryterium egalitarne, był więc przeciętny w porównaniu z pozostałymi kandydatami. Dość mała liczba punktów otrzymanych przez Edwarda z tytułu kryterium egalitarnego jest konsekwencją tego, że pacjent poprzez swoje decyzje przyczynił się do zniszczenia wątroby – zbierał grzyby bez podstawowych kompetencji. Pacjent jest więc po części sam sobie winien, co zadecydowało obniżeniu jednostek zasług z 30 do 25.

Gdyby zwycięski kandydat z jakiegoś powodu nie mógł przyjąć przeszczepu, to powędrowałby on do Franciszka – niepełnosprawnego dwudziestolatka. Franciszek, jeśli nie otrzyma przeszczepu, to ze względu na niepełnosprawność w ciągu całego życia uzyska jedynie 12 QALY, dożywając 24 roku życia ($Q_{nt} = 12 \text{ QALY}$). Chociaż narząd jest idealnie dopasowany pod względem anatomicznym, a pomiędzy dawcą i biorcą nie zachodzi niezgodność immunologiczna, dzięki czemu można oczekiwać, że organ pozwoli mu uzyskać dodatkowych 10 lat życia, to jednak w tym okresie Franciszek uzyska jedynie 5 QALY ($E_t = 5 \text{ QALY}$). Skąd więc wysoka pozycja w rankingu? Jest ona w dużej mierze konsekwencją aż 3,(3) punktów otrzymanych przez Franciszka z tytułu kryterium egalitarnego ($R = \frac{40 \text{ Z}}{12 \text{ QALY}}$). Dotychczasowe życie Franciszka było dla niego znacznie gorsze niż życie zdrowej osoby, natomiast przejawiana przez niego dbałość o zdrowie znacznie wykraczała poza to, co dla ochrony tego podstawowego dobra robi przeciętny człowiek. Ponadto Franciszek uzyskał w związku ze swoim młodym wiekiem oraz niepełnosprawnością aż 17 punktów z tytułu kryterium współczucia w aspekcie całości życia ($W_c = -\frac{1}{4} \times 12 \text{ QALY} + 20$). Nie uzyskał on natomiast żadnych punktów z tytułu prezentystycznego kryterium współczucia – nie znajdował się w bezpośrednim zagrożeniu śmiercią, destrukcyjnym cierpieniem lub głęboką niepełnosprawnością i bez przeszczepu mógłby przeżyć jeszcze cztery lata, uzyskując w tym czasie 2 QALY ($Q_{nt'} = 2 \text{ QALY}$).

Ostatnie miejsce w kolejce po przeszczep przypadło Grzegorzowi, co jest rezultatem przede wszystkim tego, że znalazł się on powyżej obydwu progów wystarczających. Grzegorz jest siedemdziesięcioośmioletnim mężczyzną, który, nawet jeśli nie otrzyma przeszczepu, przeżyje kolejne dwa lata i osiągnie poziom 80 QALY ($Q_{nt} = 80 \text{ QALY}$) powyżej którego nie należy się już współczucie. Nieotrzymanie przeszczepu nie będzie wiązało się w jego przypadku z bezpośrednim zagrożeniem śmiercią, a cierpienie oraz niepełnosprawność, których doświadczy, nie będą miały takiego charakteru, aby można było powiedzieć, że znajduje się on poniżej prezentystycznego progu wystarczającego. Za sprawą zawansowanego

wieku Grzegorza, pomimo dobrego dopasowania narządu, nie można oczekiwać, że przeszczep pozwoli uzyskać mu więcej niż 3 QALY ($E_t = 83 \text{ QALY} - 80 \text{ QALY}$). Także współczynnik egalitarny, który wynosi 0,5 jz/QALY ($R = \frac{40 \text{ jz}}{80 \text{ QALY}}$) jest w jego przypadku najniższy z pośród wszystkich kandydatów na biorcę i to pomimo znacznej liczby zasług tego pacjenta dla własnego zdrowia.

8. Ważenie wartości – Zasada Względego Pierwszeństwa Dóbr Relacyjnych

Sposób, w jaki w części 7 nadałem wspólną miarę czterem aksjologicznie odmiennym wartościom, narażony jest na zarzut arbitralności. W dalszej części tekstu spróbuję wykazać, że relacje, jakie faktycznie zachodzą pomiędzy tymi wartościami przynajmniej w pewnym przybliżeniu znajdują odzwierciedlenie w przyjętych przeze mnie kryteriach alokacji.

Jedną z zasad, która pozwala określić hierarchię wartości, jest Zasada Względego Pierwszeństwa Dóbr Relacyjnych (ZWPDR):

Dobra relacyjne, które mają jednocześnie wartość neutralną, są względnie bardziej wartościowe niż dobra, które mają wyłącznie wartość neutralną.

Mówiąc o dobrach relacyjnych, podążam za Włodzimierzem Galewiczem i mam na myśli „to, co dobre dla kogoś – dla pewnego podmiotu, mającego «swoje dobro», któremu coś może służyć lub nie służyć”³⁷. Przez wartość neutralną rozumiem z kolei coś, co jest „dobre po prostu” lub mówiąc metaforycznie jest „dobre dla świata”³⁸. Ze względu na to, że artykuł dotyczy etyki medycznej, a jej przedmiotem zainteresowania są zobowiązania przedstawicieli zawodów medycznych wobec osób, w dalszej części będę się posługiwał terminem „dobra osobowe”. Dobra osobowe stanowią szczególny rodzaj dóbr relacyjnych: są to wszystkie rzeczy, które mogą być dobre lub złe dla osób.

Różne teorie etyczne charakteryzują się różnymi założeniami na temat tego, jakie rodzaje dóbr istnieją w świecie. Niektóre, jak na przykład większość teorii utilitarystycznych, zakładają, że „zakresy wartości relacyjnej i wartości neutralnej pokrywają się z sobą: dobre po prostu jest tylko to i wszystko to, co dobre dla kogoś”³⁹. Inne, jak np. teoria głoszona przez Philipę Foot, uznają wyłącznie istnienie wartości relacyjnych⁴⁰. W moim przekonaniu obydwa typy wymienionych teorii błędnie ograniczają dziedzinę tego, co wartościowe. Istnieją

³⁷ Galewicz [2016] s. 36.

³⁸ Ibidem, zob. także Nagel [1997b] s. 186–191.

³⁹ Galewicz [2016] s. 39.

⁴⁰ Ibidem, s. 37; Foot [1985].

wszakże takie koncepcje, które zakładają, że poza tym, co wartościowe w sensie zarówno relacjonalnym jak i neutralnym, są też rzeczy wartościowe tylko i wyłącznie w sensie neutralnym, lub rzeczy, które są wartościowe tylko i wyłącznie w sensie relacjonalnym. ZWPDR jest sformułowana właśnie na gruncie teorii tego trzeciego rodzaju.

ZWPDR czerpie wsparcie z poglądu, zgodnie z którym zwykle nie należy podporządkowywać tego, co dobre dla osób, a przy tym dobre dla świata (życia, zdrowia, realizacji planów życiowych itd.) dobrom całkowicie bezosobowym, takim jak estetyczne piękno czy równość. Dla uzasadnienia tej zasady można przywołać pewien eksperyment myślowy stanowiący modyfikację przykładu sformułowanego przez G.E. Moore'a⁴¹. Wyobraźmy sobie, że istnieją dwie możliwości: albo ostatni człowiek na ziemi zginie, doświadczając znacznego cierpienia, albo umrze bezboleśnie, a zniszczeniu ulegnie wartościowe dzieło sztuki. Z tych dwóch scenariuszy zdarzeń pierwszy jest gorszy, chociaż zniszczenie estetycznego piękna w pewnej mierze, nawet jeśli po śmierci ostatniego człowieka nikt nie będzie go mógł już oglądać, także jest złe. To jednak mniejsze zło niż cierpienie, jakiego mógłby doświadczyć człowiek. Gdyby natomiast śmierć ostatniego człowieka wiązała się wyłącznie z lekkim dyskomfortem, a zagrożone zniszczeniem dzieło byłoby jednym z tych o największej wartości estetycznej, to stałoby się gorzej, jeśli zniszczeniu uległoby dzieło sztuki.

Jeśli takie są nasze intuicje, gdy zastanawiamy się nad przytoczonym przykładem, to można uznać, że przewaga, jaką wartości osobowe mają nad wartościami całkowicie bezosobowymi jest tylko względna⁴². Niekiedy moralność może wymagać poświęcania pewnych dóbr osobowych na rzecz realizacji estetycznego piękna i wystarczającą racją ku temu może być sama tylko wewnętrzna wartość piękna, a nie wartość doznań estetycznych doświadczanych przez osoby. Także inne całkowicie bezosobowe ideały mogą być czasami ważniejsze niż wartości osobowe.

W ogólnej teorii alokacji narządów wyłącznie kryterium egalitarne odzwierciedla wagę całkowicie bezosobowej wartości. Jest nią równość, a mówiąc ściślej, stan posiadania równej ilości dóbr osobowych przez osoby o takich samych zasługach. Zgodnie z ZWPDR należałoby oczekiwać, że wpływ równości na alo-

⁴¹ Moore [2003] s. 133-135.

⁴² ZWPDR stanowi zastrzeżenie stanowiska G.E. Moore'a, który, wbrew większości utilitarystów, uznawał, że istnieją całkowicie bezosobowe wartości, jednakże nie dopuszczał możliwości, aby w rzeczywistych wyborach realizacja takich ideałów mogła mieć większe znaczenie niż realizacja wartości osobowych. G.E. Moore był więc zwolennikiem poglądu, który można by określić mianem Zasady Bezwzględnego Pierwszeństwa Dóbr Relacjonalnych zob. Moore [2003] s. 135.

kację narządów do przeszczepu będzie mniejszy niż wpływ pozostałych kryteriów, spośród których wszystkie oddają znaczenie dóbr osobowych o wartości neutralnej. Gdy przyjrzymy się wzorom opisanym w sekcji 6 oraz punktacji zawartej w tabeli nr 1, to przekonamy się, że warunek ten jest spełniony. Jednej jednostce utylitarnych dóbr zdrowotnych, czyli jednemu QALY odpowiada jeden punkt preferencyjny. Jeśli więc przeszczep może pozwolić przeciętnie na uzyskanie około 6 dodatkowych QALY⁴³, to zwykle korzyść zdrowotna góruje nad egalitarną równością. Bardzo trudno jest przeważać szalę na rzecz innego kandydata, jedynie przez wzgląd na egalitarną równość. Kontrkandydatem dla osoby, która może uzyskać dzięki przeszczepowi 6 QALY musiałby być ktoś, kto zgromadził dotychczas mniej niż 5 QALY, wiodąc zwyczajne życie pod względem zasług dla własnego zdrowia (30 jz).

9. Wazenie wartości – Zasada Współczucia

ZWPDR nie rozstrzyga, jaki stosunek zachodzi pomiędzy realizacją utylitarnych dóbr zdrowotnych, a współczuciem dla osób znajdujących się poniżej jednego z progów wystarczających. Jest tak dlatego, że kryterium współczucia, w przeciwieństwie do kryterium egalitarnego, służy realizacji dóbr osobowych o wartości neutralnej, a nie dóbr o całkowicie bezosobowym charakterze. Stosunek ten ustala natomiast sama Zasada Współczucia, zgodnie z którą przysparzanie korzyści jest ważniejsze w przypadku osób, które znajdują się poniżej progów wystarczających. Pozostaje tylko zastanowić się, w jakim stopniu tego typu korzyści są ważniejsze oraz na czym polega ich większa waga.

Ciekawą propozycję rozstrzygnięcia pierwszej wątpliwości zaproponował Roger Crisp, formułując swoją Zasadę Współczucia:

[...] absolutne pierwszeństwo w podziale korzyści przysługuje jednostkom znajdującym się poniżej granicy wyznaczonej współczuciem dla bliźnich. Poniżej tego progu pomaganie im jest tym ważniejsze, im gorsza jest ich sytuacja, im więcej jest takich jednostek i im znaczniejsze są oferowane korzyści. Powyżej progu, a także w przypadku nieznacznych korzyści poniżej owej granicy, nie ma uzasadnienia dla żadnego pierwszeństwa⁴⁴.

⁴³ Brak danych na temat przeciętnych korzyści zdrowotnych odnoszonych przez statystycznego biorcę narządów. Istnieją natomiast dane na temat przeciętnej liczby QALY, którą można uzyskać dzięki transplantacji wątroby, gdy wskazaniem do przeszczepu jest marskość wątroby (Sagmeister [2002] s. 618–619), a także dane na temat przeciętnych korzyści zdrowotnych uzyskiwanych przez biorców nerek (Whiting et al. [2004] s. 571). Na podstawie tych informacji postanowiłem założyć, że przeciętna korzyść zdrowotna odnoszona przez biorcę narządu wynosi około 6 QALY w porównaniu do alternatywy, jaką jest nieprzeprowadzenie przeszczepu.

⁴⁴ Crisp [2015] s. 179.

Zgodnie z propozycją Crispa pierwszeństwo dla osób znajdujących się poniżej progu wystarczającego zwykle ma charakter bezwzględny. Wyjątkiem są sytuacje, gdy korzyści, których można by przysporzyć osobom znajdującym się poniżej progu są minimalne.

Stanowisko Crispa stanowi ograniczenie twardej koncepcji poziomu wystarczającego, która nakazuje przyznawać bezwzględne pierwszeństwo jakimkolwiek, nawet najmniejszym, korzyściom odnoszonym przez osoby znajdujące się poniżej progów. Jednak również ta złagodzona propozycja jest w moim przekonaniu zbyt radykalna. Wyobraźmy sobie, że stoimy przed decyzją o przydzieleniu narządu jednemu z dwóch pacjentów, albo Henrykowi, który znajduje się w sytuacji bezpośredniego zagrożenia życia, albo Ireneuszowi, który bez przeszczepu przeżyje jeszcze prawdopodobnie półtora roku. Jeśli zdecydujemy się przeszczepić narząd Henrykowi, to, z powodu braku dopasowania anatomicznego oraz niezgodności immunologicznej, uzyska on pół roku życia o nieobniżonej jakości. Ireneusz dzięki transplantacji mógłby uzyskać 15 lat pełnego zdrowia.

Absolutystyczna interpretacja koncepcji poziomu wystarczającego nakazywałaby w tym przypadku przydzielić organ Henrykowi. Takie samo rozstrzygnięcie dylematu wynika z zastosowania propozycji Crispa. Trudno bowiem uznać, że pół roku życia o nieobniżonej jakości stanowi wyłącznie nieznaczną korzyść. Jest to istotna korzyść, aczkolwiek wielokrotnie mniejsza niż ta, którą mógłby odnieść drugi kandydat. Tymczasem zgodnie z formułą alokacji zawartą w tym artykule znajdowanie się poniżej jednego z poziomów wystarczających stanowi poważną rację za przydzieleniem narządu, nie jest to jednak nigdy racja zniewalająca i co do zasady może zostać przeważona przez inne. Tak właśnie jest w tym przypadku. Przyjrzymy się tabeli nr 2, która obrazuje wpływ wszystkich czterech kryteriów na alokację narządu.

Tabela nr 2

Punkty preferencyjne		
	Henryk	Ireneusz
E_t	$0,5 QALY = 30,5 QALY - 30 QALY$	$15 QALY = 45 QALY - 30 QALY$
R	$1 = \frac{30 jz}{30 QALY}$	$1 = \frac{30 jz}{30 QALY}$
W_p	$10 = -10 \times 0 QALY + 10$	0
W_c	$12,5 = -\frac{1}{4} \times 30 QALY + 20$	$12,5 = -\frac{1}{4} \times 30 QALY + 20$
Suma	24	28,5

Gdy już określiliśmy, w jakim stopniu korzyści wyświadczone osobom znajdującym się poniżej progów wystarczających są ważniejsze niż korzyści wyświadczone osobom, które sytuują się powyżej tych progów, możemy zastanowić się nad powodem tej asymetrii.

Są dwie możliwe interpretacje. Każda korzyści ma bowiem dwa aspekty – wartość relacyjną, a więc to, jak wartościowa jest ona dla osoby, która ją odnosi oraz wartość neutralną, czyli to, jak wartościowe jest dla świata to, że pewna osoba odnosi tę korzyść. W interpretacji, do której zdaje się w pewnym stopniu przychylić Włodzimierz Galewicz⁴⁵, większa waga korzyści odnoszonych przez osoby znajdujące się poniżej progów wystarczających jest konsekwencją większej wartości neutralnej takich korzyści. Aspekt relacyjny korzyści o równych wielkościach jest natomiast niezmienny bez względu na to, czy są one wyświadczone osobom znajdującym się powyżej czy też poniżej progów wystarczających.

Inna interpretacja mogłaby zakładać, że korzyści o równej wielkości odnoszone przez osoby znajdujące się powyżej albo poniżej progów wystarczających, mają różną wagę, ponieważ są odpowiednio mniej lub bardziej wartościowe dla osób, które je odnoszą, w zależności od tego, czy osoby te są sytuowane powyżej czy też poniżej granicy poziomów. Taka różnica pod względem wartości relacyjnej mogłaby pociągać za sobą analogiczną różnicę pod względem wartości neutralnej. Pewien argument na rzecz tej drugiej interpretacji mogą stanowić słowa Włodzimierza Galewicza, wedle których „korzyści wyświadczone osobom w gorszym położeniu liczą się dla nich bardziej aniżeli te, których przysparza się osobom w lepszym położeniu”⁴⁶. Podparcie dla tej drugiej interpretacji można też znaleźć u Crispa, który zwraca uwagę, że uteoretyzowana cnota współczucia, która jest źródłem koncepcji nakazującej preferować osoby znajdujące się poniżej progu wystarczającego, ma charakter osobowy, a nie bezosobowy⁴⁷. Taka interpretacja wiąże się jednak z pewnym problemem: dlaczego mielibyśmy wciąż uważać, że wspomniane korzyści są równych wielkości? Jeśli bowiem zarówno wartość neutralna jak i wartość relacyjna są wyższe w przypadku korzyści odnoszonych przez osoby znajdujące się poniżej progów wystarczających, to narzuca się wniosek, że korzyści odnoszone przez osoby znajdujące się poniżej progów są większe niż te odnoszone przez osoby, które znajdują się powyżej. W takim wypadku koncepcja poziomu wystarczającego traciłaby rację bytu i mogłaby być zastąpiona przez zwykły utilitaryzm.

⁴⁵ Galewicz [2015] s. 23, [2016] s. 41–42.

⁴⁶ Galewicz [2015] s. 23 [podkreślenie moje – P.G.N.].

⁴⁷ Crisp [2003] s. 757.

10. Wazenie wartości – egalitaryzm a współczucie

Omówiłem już stosunek, jaki zachodzi pomiędzy egalitarną równością oraz utylitarnymi dobrami zdrowotnymi, a także stosunek pomiędzy wartością korzyści odnoszonych przez osoby znajdujące się powyżej progów wystarczających oraz osoby, które znajdują się poniżej tych progów. Pozostało jedynie powiedzieć kilka słów o relacji egalitarnej równości w stosunku do korzyści dla osób, które znajdują się poniżej progów wystarczających.

O relacji tych wartości decyduje ZWPDR oraz pośrednio Zasada Współczucia. Jak pamiętamy, ZWPDR przyznaje względnie większą wagę neutralnym wartościom osobowym niż wartościom całkowicie bezosobowym. Skoro więc korzyści wyświadczone osobom znajdującym się poniżej poziomów wystarczających są dobrami osobowymi, natomiast egalitarna równość jest dobrem całkowicie bezosobowym, dlatego też wyświadczenie korzyści pacjentom znajdującym się poniżej progów wystarczających jest na ogół ważniejsze niż realizacja egalitarnej równości. Niemniej jednak możliwe jest, że w pewnych szczególnych okolicznościach wzgląd na egalitarną równość będzie przeważał nad względami związanymi ze współczuciem.

Możemy sobie wyobrazić, że o przeszczep wątroby konkurują dwóch pacjentów, którzy różnią się pomiędzy sobą jedynie pod względem prezentystycznego kryterium współczucia oraz kryterium egalitarnego. Pierwszy bez otrzymania transplantu przeżyje jeszcze dwa tygodnie życia o niskiej jakości ($Q_{nt'} = 0,02 QALY$) uzyskując 9,8 punktu z tytułu prezentystycznego kryterium współczucia. Drugiemu pacjentowi nie należy się współczucie w sensie prezentystycznym, ponieważ bez przeszczepu przeżyje ponad rok ($Q_{nt'} > 1 QALY$). Zarówno pierwszy jak i drugi pacjent, nie otrzymując organu, uzyska w ciągu życia 2 QALY ($Q_{nt} = 2 QALY$), jednakże zasługi drugiego z pacjentów dla własnego stanu zdrowia są wysokie i wynoszą 40 jz, gdy tymczasem pierwszy w znacznie mierze przez własne decyzje przyczynił się do złego położenia, w związku z tym osiągnięta przez niego liczba jednostek zasług wynosi 20. Ta różnica ma swoje odzwierciedlenie w liczbie punktów, jakie obydwaj kandydaci zdobyli z tytułu kryterium egalitarnego i przekłada się na ostateczny wynik. Suma punktów preferencyjnych zgromadzonych przez drugiego kandydata na biorcę jest o 0,2 większa niż suma punktów pierwszego kandydata.

W tego typu, trzeba przyznać dość hipotetycznych, przypadkach egalitarna równość góruje nad prezentystycznym współczuciem. Znacznie trudniej podać przykłady, które obrazowałyby, jak wzgląd na tę całkowicie bezosobową wartość mógłby przeważać nad współczuciem w perspektywie całości życia. Byłoby to możliwe wyłącznie wtedy, jeśli jeden z kandydatów znajdowałby się nieznacznie

poniżej progu współczucia, posiadając jednocześnie mało zasług, a drugi nieznacznie powyżej, posiadając ich wiele.

11. Problemy Pluralistycznej Teorii Alokacji Narządów

Na koniec powróćmy do pytania, które padło na początku tekstu: jak powinny być dystrybuowane narządy do przeszczepu? W prezentowanym artykule przedstawiłem pluralistyczną koncepcję alokacji narządów, która dostarcza odpowiedzi na to pytanie. Koncepcja ta uznaje ważność arystotelesowskiej zasady sprawiedliwości rozdzielczej oraz czterech ideałów moralnych, które łącznie nadają treść tej zasadzie. Do tych ideałów zalicza się efektywność, równość, współczucie w perspektywie prezentystycznej oraz współczucie w aspekcie całości życia. Formułując Zasadę Względnego Pierwszeństwa Dóbr Relacyjnych oraz korzystając z Zasady Współczucia, ustaliłem, jaki jest stosunek zachodzi pomiędzy tymi czterema ideałami. Przedstawiłem także, w jaki sposób zarysowanej koncepcji, czyli Pluralistycznej Teorii Alokacji Narządów (PTAN), można nadać sens operacyjny. Jest jednak wiele zagadnień, które nie zostały omówione. O niektórych wątpliwościach dotyczących koncepcji poziomu wystarczającego wspominałem już w sekcjach 5 i 9. Na zakończenie chciałbym więc zasygnalizować kilka problemów związanych z utylitaryzmem oraz egalitaryzmem, a także poruszyć pewną kwestię, która dotyczy głównych założeń PTAN.

Zacznę od ostatniego problemu. ZWPDR i Zasada Współczucia nie określają, jaki dokładnie stosunek zachodzi pomiędzy korzyściami zdrowotnymi odnoszonymi poniżej i powyżej progów wystarczających, a także pomiędzy tymi dwoma rodzajami korzyści oraz egalitarną równością. Czy można osiągnąć w tym względzie większą precyzję? Być może tak. W tym celu trzeba by zaprojektować badania, które pozwoliłyby ustalić dokładną wagę kryteriów operacyjnych (E_t , R , W_p , W_c). Ponieważ wątpliwość, którą chcielibyśmy w ten sposób rozstrzygnąć, nie dotyczy socjologii moralności, której przedmiotem zainteresowania są opinie ludzi na temat tego, co jest dobre i sprawiedliwe, lecz jest pytaniem z zakresu etyki, czyli dyscypliny filozoficznej, starającej się uzyskać odpowiedź na pytanie o to, jakie zasady alokacji narządów rzeczywiście są sprawiedliwe, dlatego też właściwym przedmiotem zainteresowania badacza projektującego badanie musiałyby być sądy na temat stosunków pomiędzy wartościami składowymi pluralistycznej teorii sprawiedliwości wyrażane przez osobę racjonalną i w pełni poinformowaną. Tego ideału nie da się osiągnąć zupełnie, jednakże można się do niego zbliżać, stosując odpowiednie pytania kontrolne, wykluczające opinie społeczne ukształtowane pod wpływem ideologii, uprzedzeń lub błędnych informacji.

Pozostałe zagadnienia, które chciałem poruszyć na koniec tego artykułu, wiążą się z wewnętrznymi problemami utylitaryzmu i egalitaryzmu w alokacji narządów. Pierwszą wątpliwą kwestią jest to, czy właściwą miarą korzyści odnoszonych przez biorców narządów są jednostki QALY⁴⁸. Ta metodologia może budzić wątpliwości w szczególności wtedy, jeśli wartość życia w pewnej pogorszonej kondycji zdrowotnej jest określana przez osoby zdrowe, które nigdy nie doświadczyły dolegliwości, o których się wypowiadają. Ponadto pojawiają się wątpliwości co do tego, czy QALY ujmuje wszystkie aspekty zależnej od zdrowia jakości życia. Wreszcie wątpliwe jest także, czy w rachunku powinno się uwzględniać tylko korzyść zdrowotną, czy także korzyści pozazdrowotne odnoszone przez biorcę, a może również korzyści odnoszone przez innych członków społeczeństwa (np. rodzinę).

Analogiczne oraz dodatkowe problemy wiążą się z kryterium egalitarnym (R). Czy należy brać pod uwagę tylko i wyłącznie zasługi pacjenta dla własnego stanu zdrowia, czy również zasługi pozazdrowotne? Dodatkowy kłopot stanowi to, że nie istnieje żaden katalog decyzji życiowych, które można by uznawać za zasługi lub winy pacjenta i przypisać im liczbową wartość. Należałoby go dopiero stworzyć, zmagając się przy tym z zadaniem odróżnienia dobrowolnie podejmowanych decyzji od zachowań, które są poza kontrolą jednostki⁴⁹. Inną komplikację stanowi to, że większość ludzkich działań nie jest ani zupełnie determinowana przez czynniki niezależne ani zupełnie dobrowolna. Mimo wszystko sądzę, że zadanie opracowania ilościowej miary zasług zdrowotnych jest możliwe, a jej wiarygodność w oddawaniu rzeczywistych zasług mogłaby być podobna do wiarygodności metody QALY, jako miary zdrowotnego dobrostanu. Jeśli więc przy podejmowaniu decyzji alokacyjnych, które dotyczą deficytowych zasobów, takich jak narządy do przeszczepu, staramy się uwzględnić korzyść zdrowotną, choć możemy to zrobić jedynie za pomocą niedoskonałej metody, to dlaczego nie mielibyśmy uwzględniać kryterium egalitarnego? Przeciwnicy zwracają uwagę, że mogłoby to doprowadzić do ograniczenia zaufania do lekarzy, a w konsekwencji do pogorszenia się stanu zdrowia pacjentów, którzy nie chcieliby wyjawiać prawdziwych przyczyn swoich problemów zdrowotnych. Z drugiej strony równie dobrze można oczekiwać, że zastosowanie takiego kryterium w alokacji narządów zniechęci do podejmowania zachowań ryzykownych i tym samym ograniczy liczbę chorych oczekujących na przeszczep.

⁴⁸ Dolan, Kahneman [2008].

⁴⁹ Veath [2000] s. 313–314.

Bibliografia

- Arystoteles [2007] – Arystoteles, *Etyka nikomachejska*, tłum. D. Gromska, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2007.
- Brock [2004] – D. Brock, *The Misplaced Role of Urgency in Allocation of Persistently Scarcely Life-Saving Organs*, [w:] *Ethical, Legal, and Social Issues in Organ Transplantation*, T. Gutman, A.S. Daar, R.A. Sells, W. Land (red.), Pabst Science Publishers, Lengerich 2004, s. 41–56.
- Brandt [1996] – R.B. Brandt, *Etyka. Zagadnienia etyki normatywnej i metaetyki*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1996.
- Chudnoff [2013] – E. Chudnoff, *Intuition*, Oxford University Press, Oxford 2013.
- Crisp [2003] – R. Crisp, *Equality, Priority, and Compassion*, „Ethics” (113/4) 2003, s. 745–763.
- Crisp [2015] – R. Crisp, *Równość, pierwszeństwo i współczucie*, [w:] *Antologia bioetyki*, t. 4, cz. 2, *Dystrybucja zasobów w opiece zdrowotnej*, W. Galewicz (red.), Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych Universitas, Kraków 2015, s. 163–186.
- Dolan, Kahneman [2008] – P. Dolan, D. Kahneman, *Interpretations of Utility and Their Implications for The Valuation of Health*, „The Economic Journal” (118) 2008, s. 215–234.
- Frankfurt [2015] – H. Frankfurt, *Równość jako ideał moralny*, [w:] *Antologia bioetyki*, t. 4, cz. 2, *Dystrybucja zasobów w opiece zdrowotnej*, W. Galewicz (red.), Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych Universitas, Kraków 2015, s. 163–186.
- Foot [1985] – Ph. Foot, *Utilitarianism and the Virtues*, „Mind” (374) 1985, s. 196–209.
- Galewicz [1988] – W. Galewicz, *Analiza dobra*, nakł. Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków 1988.
- Galewicz [2015] – W. Galewicz, *Spór o zasady alokacji zasobów zdrowotnych*, [w:] *Antologia bioetyki*, t. 4, cz. 2, *Dystrybucja zasobów w opiece zdrowotnej*, W. Galewicz (red.), Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych Universitas, Kraków 2015, s. 9–34.
- Galewicz [2016] – W. Galewicz, *Dobro dla kogoś i dobro dla świata*, „Przegląd Filozoficzny – Nowa Seria” (97/1) 2016, s. 33–44.
- Gosepath [2011] – S. Gosepath, *Equality*, [w:] *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, E.N. Zalta (red.), 2011.
- Juzaszek [2014] – M. Juzaszek, *Sprawiedliwość w opiece zdrowotnej z perspektywy różnych koncepcji liberalnego egalitaryzmu*, „Diametros” (42) 2014, s. 106–123.
- Keyt [1991] – D. Keyt, *Aristotle's Theory of Distributive Justice*, [w:] *A Companion to Aristotle's Politics*, D. Keyt, Fred D. Miller, Jr. (red.), Blackwell, Cambridge 1991.
- Moore [2003] – G.E. Moore, *Zasady etyki*, tłum. Cz. Znamierowski, De Agostini Polska, Altaya Polska, Warszawa 2003.
- Nagel [1997a] – T. Nagel, *Równość*, [w:] *Pytania ostateczne*, T. Nagel (red.), tłum. A. Romaniuk, Fundacja Aletheia, Warszawa 1997, s. 135–160.
- Nagel [1997b] – T. Nagel, *Widok znikąd*, tłum. C. Cieśliński, Fundacja Aletheia, Warszawa 1997.
- Organ Donation and Transplantation [2016] – *Organ Donation and Transplantation, Assessment of allocation policies for organs from deceased donors*, Organ Donation and

- Transplantation, 2016, URL = (http://www.odt.nhs.uk/pdf/Assessment_of_allocation_policies_for_organ_from_deceased_donors.pdf) [12.12.2016].
- OPTN [2016] – Organ Procurement and Transplantation Network, *Policies*, Organ Procurement and Transplantation Network, 2016, URL = https://optn.transplant.hrsa.gov/media/1200/optn_policies.pdf#nameddest=Policy_08 [12.12.2016].
- Parfit [2015] – D. Parfit, *Równość i pierwszeństwo*, [w:] *Antologia bioetyki*, t. 4, cz. 2, *Dystrybucja zasobów w opiece zdrowotnej*, W. Galewicz (red.), Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych Universitas, Kraków 2015, s. 111–132.
- Poltransplant [2016] – Poltransplant, *Nowe zasady alokacji i dystrybucji narządów*, Poltransplant, 2016, URL = <http://www.poltransplant.org.pl/poltransplant.html> [12.12.2016].
- Ross [2002] – W.D. Ross, *The Right and the Good*, P. Stratton-Lake (red.), Clarendon Press, Oxford 2002.
- Sagmeister [2002] – M. Sagmeister et al., *Cost-Effectiveness of Cadaveric and Living-Donor Liver Transplantation*, „*Transplantation*” (73/4) 2002, s. 616–622.
- Schroeder [2016] – M. Schroeder, *Value Theory*, [w:] *The Stanford Encyclopedia of Philosophy*, E.N. Zalta (red.), 2016, URL = <https://plato.stanford.edu/archives/fall2016/entries/value-theory/> [12.12.2016].
- Temkin [2015] – L.S. Temkin, *W obronie egalitaryzmu*, [w:] *Antologia bioetyki*, t. 4, cz. 2, *Dystrybucja zasobów w opiece zdrowotnej*, W. Galewicz (red.), Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych Universitas, Kraków 2015, s. 187–210.
- Temkin [2000] – L. Temkin, *Equality, Priority, and the Levelling Down Objection*, [w:] *The Ideal of Equality*, M. Clayton, A. Williams (red.), Macmillan, 2000, s. 126–161.
- Temkin [2012] – L. Temkin, *Rethinking the Good. Moral Ideals and the Nature of Practical Reasoning*, Oxford University Press, Oxford 2012.
- Veath [2000] – R.M. Veath, *Transplantation ethics*, Georgetown University Press, Washington, D.C. 2000.
- Veath, Ross [2015] – R.M. Veath, L.F. Ross, *Transplantation ethics*, Georgetown University Press, Washington, D.C. 2015.
- Whiting [2004] – J. Whiting et al., *Cost-Effectiveness of Organ Donation: Evaluating Investment into Donor Action and Other Donor Initiatives*, „*American Journal of Transplantation*” (4/4) 2004, s. 569–573.
- Williams [2015] – A. Williams, *Nierówności zdrowotne i sprawiedliwość międzypokoleniowa*, [w:] *Antologia bioetyki*, t. 4, cz. 2, *Dystrybucja zasobów w opiece zdrowotnej*, W. Galewicz (red.), Towarzystwo Autorów i Wydawców Prac Naukowych Universitas, Kraków 2015, s. 317–328.
- Żuradzki [2010] – T. Żuradzki, *Równość*, Interdyscyplinarne Centrum Etyki UJ, Kraków 2010, URL = http://www.incet.uj.edu.pl/dzialy.php?l=pl&p=32&i=1&m=22&z=0&n=2&k=14#_ftnref9 [12.12.2016].