

INTERDYSCYPLINARNE CENTRUM ETYKI UJ (INCET)

ARTYKUŁ PRZEGLĄDOWY

DATA WYDANIA: 08.06.2016

DOI: 10.26106/M0ZN-H835

KRZYSZTOF SAJA

Uniwersytet Szczeciński

ETYCZNE ZAGADNIENIA ZWIĄZANE Z ANALIZĄ EFEKTYWNOŚCI KOSZTÓW

Słowa kluczowe: dystrybucja świadczeń zdrowotnych, ekonomika zdrowia, farmakoekonomika, analiza użyteczności kosztów, analiza maksymalizacji użyteczności, QALY, problemy rachunku skutków, triaż, alokacja ograniczonych zasobów medycznych

Abstrakt: Wszelkie dążenie do ratowania życia i zdrowia osób potrzebujących, oraz ustanowione w tym celu instytucje nieuchronnie napotykają na problem ograniczonych środków i przekraczających je potrzeb. Dotyczy to zarówno interwencji humanitarnych w przypadku katastrofy czy wojny, jak i środków przeznaczonych na walkę z biedą lub ochronę zdrowia i życia w instytucjach medycznych. Każda z tych sytuacji rodzi dwa istotne pytania: po pierwsze, „Jaki jest najbardziej efektywny sposób dystrybuowania ograniczonym zakresem zasobów na tle przekraczających je potrzeb?” oraz, po drugie, „Jaką treść mają etyczne ograniczenia i zasady związane z taką dystrybucją?”. Każda instytucja ratująca życie i zdrowie, musi odpowiedzieć na tak postawione pytania, dotyczy to także służby zdrowia, na której poniżej się skupię. Warto jednak zaznaczyć, że rozstrzygnięcia odnoszące się do tej sfery stanowią jedynie uszczegółowienie uniwersalnych rozstrzygnięć i problemów związanych z ekonomiką oraz etyką racjonowania ograniczonych zasobów. W dziedzinie służby zdrowia na pytanie pierwsze odpowiedzi udziela się w ramach ekonomiki zdrowia lub tzw. farmakoekonomiki. Drugie pytanie ma charakter etyczny i wymaga analizy ze względu na takie pojęcia normatywne jak dobre życie czy sprawiedliwa dystrybucja.

Spis treści:

1. Podstawowe definicje i pojęcia
2. Utylitaryzm a analiza efektywności kosztów
3. Krytyka utylitaryzmu i analizy efektywności kosztów
4. Problem doboru odpowiednich efektów
5. Problem zliczania efektów
6. Problem wartości efektów w czasie
7. Problem sprawiedliwego wyboru grupy odniesienia

8. Problem intuicyjnej niemoralności utylitaryzmu
9. Problem z bezstronnością w rachunku skutków
10. Obietnice, wdzięczność a bezstronna kalkulacja skutków
11. Zarzuty przeciwko sumowaniu efektów
12. Problem niesprawiedliwości maksymalizacji skutków
13. Podsumowanie

W znanym nam na co dzień świecie wszelkie dążenie do ratowania życia i zdrowia osób potrzebujących oraz ustanowione w tym celu instytucje nieuchronnie napotykać na problem ograniczonych środków i przekraczających je potrzeb. Dotyczy to zarówno interwencji humanitarnych w przypadku katastrofy czy wojny, jak i środków przeznaczonych na walkę z biedą lub ochronę zdrowia i życia w instytucjach medycznych. Każda z tych sytuacji rodzi dwa istotne pytania: po pierwsze, „Jaki jest najbardziej efektywny sposób dystrybuowania ograniczonym zakresem zasobów na tle przekraczających je potrzeb?” oraz, po drugie, „Jaką treść mają etyczne ograniczenia i zasady związane z taką dystrybucją?”. Ponieważ każda instytucja, której celem jest udzielanie pomocy lub dystrybuowanie żywotnych zasobów zaspokajających najważniejsze potrzeby, musi odpowiedzieć na tak postawione pytania, dotyczy to także służby zdrowia, na której poniżej się skupię. Warto jednak zaznaczyć, że rozstrzygnięcia odnoszące się do tej sfery stanowią jedynie uszczegółowienie uniwersalnych rozstrzygnięć i problemów związanych z ekonomiką oraz etyką racjonowania ograniczonych zasobów. W dziedzinie służby zdrowia na pytanie pierwsze odpowiedzi udziela się w ramach ekonomiki zdrowia lub tzw. farmakoekonomiki. Drugie pytanie ma charakter etyczny i wymaga analizy ze względu na takie pojęcia normatywne jak dobre życie czy sprawiedliwa dystrybucja.

PODSTAWOWE DEFINICJE I POJĘCIA

Farmakoekonomika stanowi dziedzinę ekonomii, która zajmuje się gospodarowaniem zasobami w systemie opieki zdrowotnej, lub w szerszym znaczeniu, dziedzinę obejmującą zarządzanie niedostatkiem środków finansowych w stosunku do nieograniczonego zapotrzebowania na rynku usług zdrowotnych. Cel badania farmakoekonomicznego sprowadza się do analizy korzyści leczenia w stosunku do poniesionych kosztów, przy założeniu ograniczonej dostępności zasobów¹. Choć analizy takie prowadzić można z punktu widzenia pacjenta, szpitala lub płatnika, najszerszym, najczęściej stosowanym i zalecanym przez większość wytycznych jest społeczny punkt widzenia². Uwzględnia on wszystkie koszty danej terapii bez względu na osoby, które te koszty ponoszą. Jest to bardzo ważny element, gdyż upodabnia analizy ekonomiki zdrowia do metod etyki stosowanej uprawianej w duchu utylitaryzmu.

¹ Czech M. (2006), s. 73.

² Czech M. (2006), s. 76.

Główny podział analiz farmakoekonomicznych obejmuje siedem typów, których popularne skróty pochodzą od angielskich odpowiedników³. Należą do nich: ocena jakości życia (ang. *Quality of Life*, QoL), analiza kosztów choroby (ang. *Cost of Illness*, Col), analiza efektywności kosztów (ang. *Cost-Effectiveness Analysis*, CEA), użyteczności kosztów (ang. *Cost-Utility Analysis*, CUA), konsekwencji kosztów (ang. *Cost-Consequence Analysis*, CCA), minimalizacji kosztów (ang. *Cost-Minimization Analysis*, CMA) oraz wydajności kosztów (ang. *Cost-Benefit Analysis*, CBA). W niniejszym artykule interesować mnie będzie jedynie analiza efektywności kosztów (CEA) oraz analiza użyteczności kosztów (CUA)⁴. Analiza efektywności kosztów jest metodą, przy pomocy której bada się zarówno koszty, jak i konsekwencje porównywanych programów zdrowotnych. Obejmuje ona identyfikację, pomiar oraz porównanie kosztów i wyników zdrowotnych dwóch lub więcej interwencji medycznych. Efekty takich analiz przedstawiane są w jednostkach naturalnych, np. wyleczenie, zyskane lata życia, czas wolny od objawów choroby, procentowe obniżenie stężenia cholesterolu w osoczu, obniżenie ciśnienia krwi, liczba unikniętych niekorzystnych zdarzeń (np. złamań kości), odsetek wyleczeń, zmniejszenie liczby zachorowań po wprowadzeniu programu profilaktyki, liczba rozpoznanych przypadków choroby itd. CEA określa więc zazwyczaj jaka jest wartość zdrowotna konkretnych interwencji w stosunku do wydanych pieniędzy⁵. Analiza efektywności kosztów dokonywana jest zazwyczaj w przypadku, gdy należy oszacować koszty i efektywność nowych procedur medycznych w porównaniu z procedurami już obowiązującymi. Prowadzone są również bardziej fundamentalne analizy CEA przy założeniu konieczności zbudowania systemu usług zdrowotnych od podstaw. Pozwalają one oszacować najbardziej korzystne użycie zasobów zdrowotnych podczas projektowania systemu ochrony zdrowia. Celem obu typów analiz jest wyliczenie stosunku kosztów do efektywności danych procedur medycznych.

Szczególnie interesującym przypadkiem analizy efektywności kosztów jest analiza użyteczności kosztów (CUA), nazywana niekiedy analizą maksymalizacji użyteczności⁶. Jest to ocena farmakoekonomiczna, w której różnica w kosztach zastosowanych procedur porównywana jest z poprawą stanu zdrowia wyrażoną w jednostkach użyteczności jaka staje się udziałem pacjenta. Typową miarą użyteczności są tu zyskane lata życia skorygowane o jego jakość (ang. *quality-adjusted life years*, QALY⁷) lub równoważniki lat życia w pełnym zdrowiu (ang. *healthy-years equivalents*, HYE). Lata życia skorygowane o jakość to system przydzielania każdemu rokowi życia zyskanemu dzięki zastosowaniu pewnej interwencji medycznej wag odzwierciedlających poziom jakości życia. Wagi te (dla każdego roku życia) mają wartość od zera (najniższa jakość życia, śmierć) do 1 (pełne zdrowie). QALY to jednostka, która opisuje wynik określonej interwencji terapeutycznej w sposób zarówno ilościowy, jak i jakościowy. Miarą ilościową są zyskane lata życia, miarą jakościową – zależna od stanu zdrowia jakość życia pacjenta⁸.

³ Czech M. (2006), s. 90.

⁴ Jak zaznacza Marcin Czech, w literaturze amerykańskiej zazwyczaj nie rozróżnia się analizy efektywności kosztów od użyteczności kosztów, lecz traktuje się drugą jako szczególną postać CEA, w której miarą efektywności są lata życia skorygowane o jakość (QALY). Por. Czech M. (2006), s. 105-6.

⁵ Czech M. (2006), s. 92-3.

⁶ Czech M. (2006), s. 105-6.

⁷ Zob. Czech M. (2006), s. 109-10.

⁸ Czech M. (2006), s. 107.

UTYLITARYZM A ANALIZA EFEKTYWNOŚCI KOSZTÓW

Chęć zastosowania analizy efektywności lub użyteczności kosztów rodzi następujące ważne pytania natury etycznej. Czy tego typu analizy mogą być wystarczającą podstawą decyzji dotyczących dystrybucji zasobów zdrowotnych? Czy istnieją jakieś etyczne ograniczenia, które powinniśmy nałożyć na użycie tego typu metod do podejmowania decyzji medycznych? Aby na nie odpowiedzieć, warto przyjrzeć się historii sporu wokół etycznego utilitaryzmu.

Choć na pierwszy rzut oka mogłoby się wydawać, że utilitarystyczna teoria etyczna nie ma wiele wspólnego z farmakoekonomicznym wskaźnikiem służącym do podejmowania racjonalnych decyzji w systemie ochrony zdrowia, wskazanie istotnych podobieństw między tymi sposobami myślenia może unaocznic nam, że zarówno analiza efektywności (CEA), jak i użyteczności (CUA) kosztów traktowana jako *jedyn*e zalecane kryterium podejmowania decyzji, jest niczym innym jak bezpośrednim wcieleniem w instytucje ochrony zdrowia etycznych zasad utilitaryzmu. Poniżej więc porównam ze sobą oba te typy analiz kosztów z utilitarystyczną teorią etyczną. Dzięki temu będzie można dostrzec, że najważniejsze zarzuty skierowane w stronę etyki utilitaryzmu dotyczą także etycznych aspektów zasady maksymalizacji efektywności w systemie opieki zdrowotnej, oraz że konkurencyjne wobec CEA i CUA sposoby podejmowania decyzji w systemie służby zdrowia wyrastają ze stanowisk etycznych rywalizujących z utilitaryzmem.

Prekursorami utilitaryzmu⁹ byli tacy filozofowie XVIII wieku jak Richard Cumberland, Francis Hutcheson, John Gay, David Hume, Claude Adrien Helvétius, Cesare Beccaria, William Paley, William Godwin. Jednak to Jeremy Bentham¹⁰, John Stuart Mill¹¹ czy Henry Sidgwick¹² są klasycznymi przedstawicielami tego rodzaju teorii. Dalszy rozwój utilitaryzmu nastąpił zwłaszcza w drugiej połowie XX wieku, co przyczyniło się do rozkwitu wielu jego form. Stało się to zwłaszcza za sprawą takich filozofów jak John J.C. Smart¹³, Richard Brandt¹⁴, Richard M. Hare¹⁵, John C. Harsanyi¹⁶, Peter Singer¹⁷, Brad Hooker¹⁸. Nie jest więc przypadkiem, że pojęcie QALY (lata życia skorygowane o jego jakość), będące podstawą analizy użyteczności kosztów, zostało wprowadzone do literatury farmakoekonomicznej w 1977. Rozwój farmakoekonomiki i związanych z nią narzędzi analizy takich jak CEA i CUA pokrywają się bowiem z rozkwitem zainteresowań utilitaryzmem w latach siedemdziesiątych XX wieku.

Utilitarysta to zwolennik zasady użyteczności. Według J. Benthama, „Można powiedzieć o kimś, że jest zwolennikiem zasady użyteczności, jeżeli chwali lub gani poszczególne czyny lub zarządzenia zależnie i proporcjonalnie do przypisywanej im tendencji do wzmagania lub zmniejszania szczęścia społeczeństwa”¹⁹.

⁹ Liczne fragmenty dotyczące utilitaryzmu oraz jego krytyki pochodzą z: Saja K. (2015).

¹⁰ Bentham J. (1958).

¹¹ Mill J.S. (1959).

¹² Sidgwick H. (1907).

¹³ Smart J.J.C. (1973).

¹⁴ Brandt R. (1963); Brandt R. (1979).

¹⁵ Hare R.M. (1963); Hare R.M. (2001).

¹⁶ Harsanyi J. (1976); Harsanyi J. (1977).

¹⁷ Singer P. (2003).

¹⁸ Hooker B. (2000).

¹⁹ Bentham J. (1958), s. 21.

Powyższa definicja nie oddaje jednak bogactwa tej teorii. Nurt ten składa się z wielu niezależnych filozoficznych i normatywnych przekonań takich jak konsekwencjalizm, welfaryzm, bezstronność, uniwersalizm, egalitaryzm, agregacjonizm, maksymalizacja. Większość z nich stanowi również cechy związane z analizą efektywności i użyteczności kosztów.

Utylitaryzm jest przede wszystkim wyrazem konsekwencjalizmu, według którego wartość pewnych rzeczy poznać można jedynie „po ich owocach”. Czyn nie jest więc słuszny np. ze względu na jego wewnętrzną jakość, strukturę, motywację lub intencję podmiotu, lecz wyłącznie ze względu na swe rezultaty, np. zwiększanie lub zmniejszanie dobrostanu czy zdrowia. Słuszność danego działania lub instytucji determinowana jest przez porównanie między tym, jakie byłyby skutki, gdyby oceniana rzecz została wcielona w życie, a tym, jakie byłyby w wyniku działań alternatywnych. Podobnie, zwolennicy podejmowania decyzji dotyczących alokacji środków lub wyboru interwencji medycznej wyłącznie w oparciu o CEA lub CUA zakładają, że jedynym istotnym kryterium takiego wyboru są odpowiednie skutki mierzone różnymi skalami efektywności lub użyteczności.

Utylitaryści są przekonani, że pewne wartości są zawsze moralnie istotne oraz przyjmują tezę welfaryzmu, według której cokolwiek jest wartością, musi być cenne dla konkretnych istot. Wartością czy dobrem nie jest coś, co nie byłoby przedmiotem pragnień lub pozytywnych przeżyć jakiejś istoty. Nie chodzi jedynie o pragnienia aktualne, ale o wszelkie racjonalne pragnienia, które ktoś mógłby mieć, gdyby był dobrze poinformowany oraz poprawnie rozumował. To, co jest wartościowe dla konkretnych istot, wymaga ustaleń empirycznych oraz pogłębionego namysłu na temat wartości, jednak utylitaryści z reguły zakładają, że na potrzeby rozważań teoretycznych sprowadzić można to do jednego pojęcia – dobrostanu (ang. *well-being*) lub szczęścia. Pojęcie dobrostanu, utożsamiane niekiedy ze szczęściem czy dobrobytem (ang. *welfare*), odnosi się do własności, które czynią nasze życie cennym *dla nas*. Podobnie jak istnieje dyskusja między utylitarystami dotycząca wartości, które należy promować (stąd wyróżnić można np. utylitaryzm hedonistyczny, utylitaryzm preferencji, utylitaryzm racjonalnych preferencji, utylitaryzm dobrobytu), zwolennicy analizy efektywności kosztów spierają się o to, na czym powinien polegać istotny „efekt”, który bierzemy pod uwagę podczas analiz. Najczęściej przyjmują oni, że wskaźnikiem efektywności powinno być QALY (zyskane lata życia skorygowane o jego jakość), co prowadzi ich do zaakceptowania analizy użyteczności kosztów, a zarazem stanowi wyraz najbardziej popularnej wersji utylitaryzmu drugiej połowy XX wieku – utylitaryzmu preferencji.

Jedną z ambicji utylitarystów, którzy od XVIII wieku zafascynowani są rozwojem nauk ścisłych, jest uczynienie z etyki nauki podobnej do fizyki czy chemii. Zakładają więc, że wartości istotne moralnie (np. dobrostan) mogą być poznane na drodze badań empirycznych lub szacunków prawdopodobieństwa ich wystąpienia w oparciu o dostępne dane empiryczne. Przyjmują oni również – podobnie jak zwolennicy analizy efektywności kosztów – że racjonalne i etycznie poprawne decyzje podlegają rachunkowi arytmetycznemu. Jak pisał Jeremy Bentham, doradzając stosowanie zasad utylitaryzmu, „prawodawca nie powinien być bardziej namiętny niż geometra. Obaj rozwiązują problemy przy pomocy trzeźwego obliczania. Twórca praw moralnych jest arytmetykiem, którego cyframi są ból i przyjemność; nauka ta polega na dodawaniu, odejmowaniu, mnożeniu i dzieleniu”²⁰.

Myślenie utylitarystyczne, analogicznie jak badania farmakoekonomiki, polega więc na optymalizacji decyzji ze względu na założony cel, jakim jest maksymalizacja wybranego

²⁰ Bentham J. (1834), s. 19.

efektu. Racjonalność takich wyborów podlega formalizacji. Wybory moralne, podobnie jak analiza efektywności kosztów, wymagają zastosowania narzędzi rozwiniętych przez teorię decyzji i teorię użyteczności w ramach matematyki i ekonomii.

Według utilitarystów ocena wartości skutków musi być dokonana z bezstronnego punktu widzenia, tzn. z perspektywy każdego racjonalnego podmiotu, bez względu na jego przekonania czy pragnienia. Szacując wartość jakiejś opcji nie możemy przypisywać większej wagi naszym znajomym, przyjaciółom, podopiecznym czy ludziom podobnym do nas. Jak już wspomniałem powyżej, przyjęcie takiej perspektywy jest również zalecane w analizach efektywności kosztów (CEA). Na przykład podczas szacowania wartości dostępnych opcji działania nie jest istotne to, czy Michalina jest *moją* córką czy osobą obcą. Jeśli jej zdrowie i życie stanowi wartość moralnie istotną, jest to wartość taka sama, jak każdego innego dziecka. Z tego względu, jeśli w wyniku fatalnego zbiegu okoliczności możemy uratować jedynie życie własnej córki bądź trojga nieznanych nam dzieci, bezstronna perspektywa oceny wymusza uznanie, że życie każdego z nich ma tę samą wartość.

Kolejną istotną cechą wszelkich teorii utilitarystycznych oraz zalecanego sposobu dokonywania analiz efektywności kosztów (CEA) jest pewien typ egalitaryzmu, który wyraża przekonanie, że dobro każdego człowieka lub pacjenta jest równie ważne. Cecha ta dobitnie wyrażona została przez Benthama w słynnym powiedzeniu „każdy liczy się za jednego i tylko za jednego”. Oznacza ona, że nie istnieją wyróżnione osoby, których zdrowie i życie jest ważniejsze od innych. Każdy, kto liczy się moralnie, musi liczyć się w równy sposób. Typowe analizy efektywności kosztów różnią się jednak od utilitaryzmu etycznego pod względem zakresu analizowanych skutków. Zazwyczaj mają one bardziej lokalny charakter, biorąc pod uwagę jedynie skutki dla konkretnych pacjentów związanych z konkretnymi instytucjami ochrony zdrowia. Takie ograniczenia mają jednak jedynie pragmatyczną naturę i związane są z tym, że zamawiane analizy farmakoekonomiczne mają na celu wsparcie konkretnych decyzji politycznych czy medycznych, których dokonują konkretne podmioty odpowiedzialne jedynie za określone obszary działań. Takie pragmatyczne zawężenie pola zainteresowań zbieżne jest jednak z wieloma praktykami stosowanymi w utilitarystycznej etyce stosowanej, w której badacze starają się odpowiedzieć na pytanie, jakie działania lub reguły byłyby słuszne w wąskiej dziedzinie, np. w kwestii eutanazji czy procedur zapłodnienia *in vitro*. Według utilitarystów jeśli chcemy skutecznie poszukiwać praktycznych odpowiedzi na pytania etyczne, zazwyczaj, podobnie jak w CEA, musimy zawęzić zakres istotnych skutków.

Jeśli dokonamy bezstronnej oceny wagi każdej dostępnej opcji, stosując się do wszystkich powyższych tez, ostatnim etapem podejmowania decyzji w oparciu o analizę efektywności kosztów oraz utilitaryzmu jest wybór opcji, która niesie najlepsze skutki. Sposób wyboru i hierarchizacji opcji przez utilitarystów wyraża zasada maksymalizacji, według której wybór jest moralnie słuszny, jedynie jeśli realizuje najlepszą opcję spośród dostępnych alternatyw. Teza maksymalizacji powoduje, że utilitaryzm jest teorią, o której mówi się, że promuje wartości, niekoniecznie je szanując. Przez promowanie rozumie się właśnie wybieranie takich opcji, których rezultatem jest największa ich ilość.

KRYTYKA UTYLITARYZMU I ANALIZY EFEKTYWNOŚCI KOSZTÓW

Historia rozwoju etyki utilitarystycznej ma ponad dwa stulecia. W tym czasie przedstawiono szereg zarzutów wobec tego sposobu podejmowania decyzji. Większość z nich stosuje się również do analizy efektywności kosztów jako jedynej metody podejmowania decyzji w systemie służby zdrowia. Poniżej zaprezentuję najważniejsze z nich, odnosząc je do przykładów z zakresu etyki lekarskiej.

PROBLEM DOBORU ODPOWIEDNICH EFEKTÓW

Pierwszy etyczny problem związany zarówno z CEA jak i z utilitaryzmem dotyczy tego, w jaki sposób zdefiniować pożądane efekty, aby rezultat maksymalizacji efektywności wydawał się moralnie słuszny. W historii utilitaryzmu problem ten spowodował inflację wielu odrębnych rodzajów utilitaryzmu, które przyjmowały inne rozumienie dobra lub dobrostanu. Klasyczny utilitaryzm jest wyrazem hedonizmu, w którym maksymalizuje się przyjemność, inne odmiany utilitaryzmu charakteryzują się maksymalizacją spełnienia pragnień, realizacji preferencji, realizacji racjonalnych preferencji, zaspokojeniem interesów, realizacją pewnych obiektywnych i pluralnych dóbr jak wiedza, piękno, sprawiedliwość itd. Decyzja o wyborze właściwych dóbr nie ma charakteru empirycznego, lecz jest wyborem normatywnym, który nie jest w prosty sposób zdeterminowany jedynie zbiorem faktów opisywanych przez znane nam nauki. Podobny problem dotyczy wyboru właściwego efektu, którego analiza kosztów miałaby być podstawą odmiennego alokowania środków medycznych. Problem ten nie występowałby, jeśli użyteczność odmiennych procedur medycznych chcielibyśmy mierzyć jedynie w oparciu o empirycznie sprawdzalne, proste i czysto deskryptywne kategorie jak stężenie cholesterolu lub testosteronu we krwi. Niestety, rozwiązanie takie jest krytykowane z kilku istotnych powodów. Po pierwsze, jeśli mielibyśmy dokonywać racjonalnych wyborów między całkowicie różnymi interwencjami medycznymi, wybrany efekt nie może być związany jedynie z danym typem zabiegów, lecz musi w sprawiedliwy sposób odnosić się do różnych grup pacjentów oraz odmiennych interwencji medycznych. Tego typu efekt powinien więc być związany z takimi wartościami, które są istotne dla niemal wszystkich ludzi, aby nie dyskryminować tych, którzy ze swej natury (np. kobiety, dzieci) lub z powodów kulturowych będą mieli mniejsze szanse na uzyskanie pomocy medycznej, jeśli dany efekt (np. poziom testosteronu we krwi) uznano by za jedyną podstawę alokacji zasobów. Z tego powodu wiele szczegółowych i empirycznie parametryzowalnych efektów nie może być stosowanych jako jedyne kryterium analiz CEA i podejmowania właściwych decyzji, a najbardziej popularne są ogólne kategorie takie jak długość życia w zdrowiu, stopień upośledzenia, prawdopodobieństwo powtórnego zachorowania. Po drugie, nawet tak ogólne pojęcia jak długość życia w zdrowiu nie wydają się rozsądnym miernikiem analiz użyteczności, jeśli zdamy sobie sprawę, że przedłużenie życia danej grupy pacjentów może odbywać się kosztem znacznego pogorszenia jego jakości. Można zapytać, czy lepiej jest przedłużać życie czy też podnosić jego jakość, a także, na czym owa jakość miałaby polegać? Pojęcie „jakości życia” ma niestety charakter normatywny i z konieczności wiąże farmaeconomikę z dyskusjami etycznymi doty-

czącymi tego, na czym polega dobre życie. Z tego względu najczęściej w analizach farmakoekonomicznych stosuje się wielowymiarowe, ogólne parametry takie jak QALY, HUI czy QWB, które stanowią naukowo brzmiące akronimy na różne, konkurencyjne etyczno-filozoficzne sposoby rozumienia dobrego życia²¹.

Po trzecie, nawet jeśli przyjęlibyśmy konkretną wartość, która powinna podlegać maksymalizacji podczas alokacji zasobów zdrowotnych, nie możemy być pewni sprawiedliwych wyników jeśli nie weźmiemy pod uwagę konkretnych okoliczności, które charakteryzują dane grupy pacjentów i tego w jaki sposób deskryptywne i empirycznie mierzalne skutki, np. stopień upośledzenia ruchu, wpływa na ich ogólny dobrostan. Na przykład, jeśli taki wskaźnik jak QALY (lata życia skorygowane o jego jakość) będzie stosowany do porównań pomiędzy odmiennymi grupami różniącymi się znacznie pod względem ekonomicznym, etnicznym czy kulturowym, może okazać się, że np. ten sam poziom upośledzenia ruchu będzie w inny sposób wpływał na sposób realizacji podstawowych potrzeb ludzi z tych grup. Człowiek sparaliżowany od pasa w dół, mieszkający w zamożnym mieście europejskim i pracujący jako informatyk, może przejawiać znacznie wyższy poziom dobrostanu niż osoba z takim samym stopniem kalectwa, która jest mieszkańcem biednej wsi, gdzie jedyna dostępna praca wymaga sprawnego poruszania się o własnych siłach.

Każda poprawna teoria utylitarystyczna, podobnie jak poprawne stosowanie wskaźników farmakoekonomicznych, musi borykać się więc z napięciem między użyciem łatwo mierzalnych i bardzo konkretnych efektów, których zazwyczaj nie można używać jako podstawy do najbardziej istotnych decyzji dotyczących odmiennych interwencji medycznych, oraz ogólnych, nacechowanych wieloma filozoficznymi i normatywnymi założeniami pojęć takimi jak wysoka jakość życia, szczęście czy godne i dobre życie, które zazwyczaj używane są przez filozofów, aby ominąć wzmiankowane problemy, a których właściwy pomiar jest bardzo skomplikowany i empirycznie niezdeterminowany.

PROBLEM ZLICZANIA EFEKTÓW

Kolejny problem utylitarystyki oraz analiz efektywności kosztów jako kryterium alokacji zasobów zdrowotnych dotyczy wyboru zakresu konsekwencji, które powinny być moralnie istotne. Powszechnie przyjmuje się, że w analizach efektywności kosztów należy brać pod uwagę bezpośrednie koszty i efekty danych procedur medycznych w postaci bezpośrednich finansowych kosztów leczenia w stosunku do bezpośrednich efektów zdrowotnych. Efekty zaniechania lub podjęcia leczenia niosą z sobą jednak konsekwencje, które nie mają jedynie bezpośredniego i zdrowotnego charakteru, lecz długofalowe pośrednie skutki o charakterze społecznym i indywidualnym. Takie pośrednie skutki interwencji lub jej braku również prze-

²¹ Istnieje kilka alternatywnych sposobów tworzenia hierarchii jakości życia. Część z nich odwołuje się do subiektywnych preferencji badanych grup osób poprzez tzw. metody skalowania, handlowania czasem czy loterii, inne przyjmują bardziej obiektywne i wieloczynnikowy punkt widzenia, stanowiąc podstawę np. Skali Jakości Dobrostanu (ang. *Quality of Well-Being*, QWB), Indeks Użyteczności Zdrowia (ang. *Health Utility Index*, HUI) czy Europejski wskaźnik jakości życia (EQ-5D – Euro QoL). Dla przykładu, ostatni z nich oparty jest na ocenie pięciu dziedzin: zdolności poruszania się, czynności dnia codziennego, codziennej aktywności, bólu oraz lęku. Zob. Czech M. (2006), s. 109-10.

liczyć można na koszty finansowe. Na przykład, niektóre choroby lub pewne typy niepełnosprawności dotyczą zwłaszcza dorosłych w wieku produkcyjnym i z tego powodu generują znaczne koszty ekonomiczne dla indywidualnych osób i całego społeczeństwa. Porzucenie pracy oraz korzystanie z zasiłków zdrowotnych powoduje znaczny koszt ekonomiczny, który może być brany pod uwagę w analizach CEA. Z drugiej strony, inne typy chorób dotyczą jedynie małe dzieci czy osoby starsze, których choroba nie będzie generowała takich kosztów. Dotyczy to np. demencji starczej czy choroby Alzheimera. Czy takie koszty pośrednie powinno się brać pod uwagę i czy nie dyskryminują one pewnych grup pacjentów potrzebujących pomocy tylko dlatego, że nie są oni już tak społecznie produktywni? Z jednej strony konsekwentne wyliczanie stosunku kosztów do efektów interwencji medycznych wydaje się narzucać konieczność przyjmowania takich kalkulacji, z drugiej strony wydaje się, że taka praktyka jest intuicyjnie niemoralna, gdyż sprowadza medyczną pomoc osobom w potrzebie do selekcjonowania grup pacjentów ze względu na ich społeczną przydatność, ekonomiczną wydajność, zaradność i produktywność. Jeśli uznamy, że pewne choroby, choć bardzo dotkliwe dla jednostek, powinny zostać uznane za mniej ważne ze względu na ich niższe koszty ekonomiczne, otwieramy tym samym drogę do pośredniej dyskryminacji osób ze względu na wartość rynkową ich pracy. Przeciwno takiej konkluzji wysunąć można argument, że wszyscy ludzie są moralnie równi bez względu na swą ekonomiczną użyteczność i z tego względu mamy moralny obowiązek w równy sposób udzielać im pomocy, nie patrząc na takie pośrednie koszty ekonomiczne. Branie pod uwagę pośrednich kosztów ekonomicznych sprzeciwia się również szeroko uznanej Kantowskiej zasadzie, wyrażającej ideę godności osoby ludzkiej, iż nigdy nie powinno traktować się ludzi jedynie jako środka do pewnego celu. Można więc argumentować, że służba zdrowia powinna być odrębną sferą, w której takie pośrednie kalkulacje nie powinny mieć miejsca, gdyż jej celem jest instytucjonalizacja udzielania pomocy ludziom w potrzebie w równy i sprawiedliwy sposób, a nie dążenie do maksymalizacji zysków.

PROBLEM WARTOŚCI EFEKTÓW W CZASIE

Kolejny etyczny problem utylitaryzmu oraz CEA dotyczy tego, jak odległe konsekwencje powinniśmy brać pod uwagę i czy należy dyskontować przyszłość. Wyrazić go można w pytaniu czy powinno się nadawać większą wagę nieodległym rezultatom wybranych procedur medycznych, czy też każdy rodzaj konsekwencji jest istotny bez względu na czas wystąpienia, nawet jeśli dotyczy on odległej przyszłości lub przyszłych pokoleń. Dyskontowanie jedynie rezultatów ekonomicznych nie stanowi etycznego problemu: złotówka za 10 lat będzie zapewne mniej warta niż dzisiaj i powinniśmy brać to pod uwagę podczas liczenia kosztów finansowych. Czy podobnie powinniśmy dyskontować realizację przyszłych efektów zdrowotnych? W praktycznym wymiarze problem ten dotyczy wyboru np. między finansowaniem kosztownych szczepionek lub programów edukacyjno-profilaktycznych, które mogą wyeliminować lub zmniejszyć prawdopodobieństwo występowania jakiejś jednostki chorobowej w długiej perspektywie czasu, czego pozytywne efekty dotyczyć będą zwłaszcza przyszłych pokoleń, lub też przeznaczyć te środki na zaspokojenie istotnych potrzeb obecnych pacjentów. Różne interwencje medyczne pochłaniają też odmienną ilość czasu, nawet jeśli przynoszą ten sam efekt. Jeśli mielibyśmy dwie opcje alokacji zasobów zdrowotnych w celu uleczenia dwóch

odmiennych grup pacjentów, z których każda wiązałaby się z taką samą ilością QALY, a jedyną różnicą między nimi byłby fakt, że pierwsza przyniosłaby efekt po jednym miesiącu, druga zaś po 5 latach, czy powinniśmy wybrać opcję pierwszą? Jeśli dyskontowalibyśmy uzyskane efekty zdrowotne ze względu na odległość czasową, w jaki sposób odrzucić ewentualny zarzut, że dzieje się to kosztem nieuzasadnionego dyskryminowania pewnych grup osób, których proces leczenia będzie znacznie dłuższy. Dlaczego zdrowie przyszłych pokoleń miałoby mieć mniejsze znaczenie niż zdrowie obecnych populacji, jeśli naszym jedynym celem miałyby być maksymalizacja efektywności kosztów leczenia? Wydaje się, że aby uzasadnić przedkładanie szybkich efektów nad efekty długoletnie, musimy odwołać się do innych uzasadnień niż te, które napędzają intuicje utylitarystyczne.

PROBLEM SPRAWIEDLIWEGO WYBORU GRUPY ODNIESIENIA

Kolejne etyczne zagadnienie związane z poprawnym skonstruowaniem analizy efektywności kosztów (CEA) oraz każdej kalkulacji utylitarystycznej, która oparta jest na statystycznych informacjach dotyczących grup osób, związane jest z wyborem odpowiedniej grupy odniesienia dla kalkulacji skutków. Czy powinniśmy odnosić się do wszystkich pacjentów, pacjentów dzielonych ze względu na płeć, wiek czy inne cechy, które, biorąc pod uwagę istotne statystyki, determinują przewidywalne skutki? W etyce medycznej problem ten dotyczy m.in. tego, czy dokonując wyboru dotyczącego alokacji zasobów zdrowotnych powinniśmy brać pod uwagę przewidywaną długość życia różnych grup ludzi, jeśli zauważymy, że osoby z różnych grup statystycznie dożywają różnego wieku. Na przykład, oczekiwana długość życia kobiet jest średnio wyższa niż mężczyzn, Japończyków wyższa (84 lata) niż Polaków (77 lat), Rosjan (69 lat) czy mieszkańców Angoli (52 lata)²². Różnice te wynikają z przyczyn zwinionych i niezwinionych. Rodzi to istotne pytania. Jeśli w Rosji średnia długość życia mężczyzn wynosi 63 lata, kobiet zaś 75 lat, czy różnice te powinno się brać pod uwagę podczas podejmowania decyzji medycznych, preferując finansowanie zabiegów dla kobiet? Biorąc pod uwagę wskaźnik QALY (lata życia skorygowane o jego jakość) okazuje się, że np. Japończycy będą mieli dwa razy większe szanse na uzyskanie wysokiego wyniku efektywności kosztów niż mieszkańcy Angoli. Zapewne wysoko wykształceni, bogaci mieszkańcy miast, którzy wykonują pracę umysłową (np. nauczyciele akademicy), wykazują się wyższą średnią długością życia niż osoby biedne, wykonujące ciężkie prace fizyczne ze wsi czy małych miasteczek. Czy podczas dokonywania wyborów medycznych powinniśmy więc brać pod uwagę klasę społeczną, płeć, wykonywany zawód czy dochody pacjentów, aby właściwie określić prawdopodobieństwo długości ich życia? Konsekwentny zwolennik analizy efektywności kosztów (CEA) powinien przyjąć takie stanowisko, wielu osobom wydaje się ono jednak niesprawiedliwe.

Kolejny etyczny problem związany ze sposobem porównywania alternatywnych opcji działania dotyczy sposobu porównywania QALY (zyskane lata życia skorygowane o jego jakość) różnych grup pacjentów, którzy charakteryzują się odmiennym wiekiem. Zazwyczaj przyjmuje się, że rok życia o porównywalnej jakości ma taką samą wagę bez względu na wiek pacjentów. Dość często ludzie wyrażają jednak odmienne przekonania, twierdząc, że jeśli

²² World Health Organization (2016).

mamy do wyboru uratować życie małego dziecka lub osoby starej, powinniśmy pomóc temu, kto nie przeżył jeszcze swojego życia w pełni. Czy faworyzowanie niektórych grup pacjentów ze względu na ich wiek w analizach farmakoekonomicznych jest etycznie uzasadnione i pożądane? Z jednej strony pomysł taki może spotkać się z zarzutem dyskryminowania osób starszych (ang. *ageism*). Według niektórych autorów sama metoda analizy użyteczności kosztów w oparciu o wskaźnik QALY stawia w niesprawiedliwie gorszym położeniu osoby starsze, które zazwyczaj uzyskują mniej jednostek QALY z powodu prawdopodobieństwa wcześniejszej śmierci. Na przykład według Johna Harrisa²³ nie powinniśmy faworyzować osób młodszych, a zatem należy odrzucić wskaźnik QALY, ponieważ dalsze życie jest dla każdej osoby równie cenne bez względu na jego długość. Z drugiej strony, jeśli długość życia po zabiegu nie miałaby mieć etycznego znaczenia, prowadziłyby to do bardzo nieintuicyjnych konkluzji. Przyznanie pierwszeństwa w dostępie do deficytowego świadczenia zdrowotnego pacjentowi młodszemu przed pacjentem starszym byłoby etycznie bezpodstawne nawet w tym granicznym przypadku, gdyby pierwszy pacjent dzięki temu świadczeniu uzyskiwał kilkadziesiąt lat, a drugi tylko kilka dni lub nawet kilka godzin dodatkowego życia²⁴.

Na bazie podobnych rozważań powstało wiele stanowisk etycznych. Problem sprawiedliwości preferowania osób młodszych w służbie zdrowia jest etycznie sporny i stanowi źródło żywych dyskusji etycznych i istotnych publikacji. Z pewnością stanowi on kwestię, która nie może być rozstrzygnięta wyłącznie w metodologicznych ramach farmakoekonomiki, lecz wymaga pogłębionego namysłu etycznego. Na przykład Norman Daniels²⁵ argumentuje, że ponieważ każdy z nas ma szansę przeżyć te same okresy życia ludzkiego takie jak młodość, dojrzałość i starość, nadawanie większej wagi grupom osób w pewnym wieku nie musi być wyrazem dyskryminacji innych grup wiekowych. W przeciwieństwie do takich cech jak określona płeć czy kolor skóry, którymi odznaczają się zawsze tylko pewne grupy osób, bycie w pewnym wieku jest etapem życia każdego z nas. Jeśli więc podczas alokacji zasobów zdrowotnych nadawalibyśmy większą wagę QALY dzieciom, nie oznacza to, że dyskryminowalibyśmy osoby dorosłe. W podobnym duchu argumentuje Alan Williams²⁶, według którego sprawiedliwość wymaga równego dostępu wszystkich osób do pewnych podstawowych zasobów życiowych – a takim jest pewna określona ilość lat życia. Według niego jest to „należny zasób” (ang. *fair innings*). Ową należną liczbę lat można w praktyce utożsamić z przeciętną długością życia w społeczeństwie, w którym rodzi się dana osoba. Człowiek, który osiągnął ów przeciętny wiek, w którym jego rówieśnicy rozstają się z życiem, w rywalizacji o deficytowe zasoby zdrowotne powinien ustąpić pierwszeństwa tym, którzy jeszcze go nie osiągnęli, przynajmniej w dostępie do środków leczniczych, mających na celu przedłużenie życia. Wiek pacjentów powinien stanowić więc istotną społeczną wagę, którą powinniśmy przypisywać poszczególnym jednostkom QALY pacjentów w różnym wieku. W praktyce może to wyglądać w ten sposób, że QALY powinno być pomnożone przez wagę równą 1 dla osób, które mają właśnie ów „należny wiek”, proporcjonalnie większą od 1 dla osób młodszych i proporcjonalnie mniejszą dla osób starszych²⁷.

²³ Harris J. (1987).

²⁴ Zob. Galewicz W. (2015a).

²⁵ Daniels N. (1988).

²⁶ Williams A. (1997).

²⁷ Zob. Galewicz W. (2015a).

PROBLEM INTUICYJNEJ NIEMORALNOŚCI UTYLITARYZMU

Jednym z najbardziej uznanych zarzutów kierowanych pod adresem utilitaryzmu jest twierdzenie, że prowadzi on do moralnie odrażających konkluzji. Zarzut taki postawić można również analizom CEA, jeśli miałyby one być jedynym kryterium alokowania zasobów zdrowotnych. Jak napisał znany deontolog Alfred C. Ewing, „zasady utilitarystyczne, jeśli wyciągnąć z nich wnioski logiczne, prowadziłyby do oszukiwania, kłamania i niesprawiedliwych czynów o wiele częściej niż mogłyby to znieść jakikolwiek dobry człowiek”²⁸. Thomas Nagel przestrzegał, że „jest bardzo istotnym aby nie stracić zaufania do naszych absolutystycznych intuicji moralnych, gdyż często są one jedyną barierą przeciw otchłani apologii morderstw na wielką skalę forsowanych przez utilitarystów”²⁹.

Problem ten zobrazować można za pomocą znanego w literaturze przykładu tzw. transplantacyjnego zabójstwa³⁰, które wskazuje, że jeśli nie istnieją inne ograniczenia etyczne, dążenie do maksymalizacji pozytywnych efektów prowadziłoby do działań sprzecznych z moralnymi intuicjami większości ludzi. Możemy sobie bowiem wyobrazić, że jeśli znaleźlibyśmy się w sytuacji, w której można uratować życie kilku pacjentów jedynie poprzez uśmiercenie innego pacjenta w celu pobrania jego organów i rozdystrybuowanie ich wśród osób potrzebujących, konsekwentny zwolennik utilitaryzmu oraz CEA powinien pochwalić takie wybory. Inne przykłady tego typu odwołują się nie do jednej wartości (np. życia), lecz do zestawienia ze sobą różnych wartości i ich sum. Osoby podejmujące decyzje dotyczące finansowania różnych procedur medycznych mogą spotkać się z wyborem między finansowaniem kosztownych zabiegów ratujących życie stu dzieci rocznie w wyniku których pacjenci przeżyją dodatkowe pięćdziesiąt lat w pełnym zdrowiu, a przeznaczeniu tych środków na profilaktykę ludzi dorosłych, która wydłuży każdemu ze stu tysięcy osób życie w pełnym zdrowiu o jeden miesiąc. Biorąc pod uwagę jedynie rachunek skutków, powinniśmy zdecydować się na zabiegi profilaktyczne. Wielu krytykom CEA taka konkluzja wydaje się równie nieintuicyjna jak przekonanie, że powinniśmy godzić się na cierpienie jednej osoby podczas telewizyjnego show, jeśli tylko ilość przyjemności oglądających spektakl milionów widzów w sumie będzie większa niż cierpienie ofiary³¹. Rozważania takie prowadzą zazwyczaj bądź do odrzucenia utilitaryzmu i CEA, daleko idącej ich modyfikacji, bądź do ograniczenia ich zastosowania.

PROBLEM Z BEZSTRONNOŚCIĄ W RACHUNKU SKUTKÓW

Dla zwolenników utilitaryzmu „każdy liczy się za jednego i tylko za jednego”, podczas formułowania ocen nie powinno być więc ważne, kto jest kim. Istnieją jednak moralne zobowiązania wynikające z relacji międzyludzkich, które przeczą zakładanej bezstronności utilitaryzmu oraz analizy efektywności kosztów (CEA). Problem z utilitarystycznym rozumieniem bezstronności jako pierwszy krytyce poddał William D. Ross. Jak zauważył, jeśli jedynym

²⁸ Ewing A.C. (1953), s. 40.

²⁹ Nagel T. (1988), s. 54.

³⁰ Foot P. (1981), s. 24; Thomson J.J. (2002), s. 139-40.

³¹ Scanlon T. (1998), s. 235.

naszym obowiązkiem jest przyczynić się do największego dobra, pytanie o to, kto ma być beneficjentem tego dobra – czy ja sam, czy osoba, która kiedyś mi pomogła, czy inna osoba której to obiecałem, czy może zwykły człowiek, z którym nie mam powyższych relacji – nie powinno stanowić różnicy dla mojego obowiązku. Jednak większość z nas jest przekonana, że powyższe relacje mają istotne znaczenie³². Zgodnie z moralnością potoczną oraz silnymi intuicjami większości ludzi, byłoby moralnie naganne oceniać skutki naszych działań, nie biorąc pod uwagę *naszych* osobistych relacji z innymi osobami. Życie, interesy, preferencje mojej żony, mojego dziecka, moich rodziców, braci i przyjaciół powinny być dla mnie ważniejsze niż preferencje osób obcych. Każdy z nas jest znacznie bardziej przekonany, że relacje międzyludzkie nakładają na nas specjalne obowiązki troski o najbliższych, niż że utilitaryzm jest prawdziwy³³. Jeśli między mną a drugim człowiekiem istnieje specyficzna relacja – np. ja jestem lekarzem, a on *moim* pacjentem – wiążą mnie wynikające z tej konkretnej relacji obowiązki, które wydają się ważniejsze niż bezstronna kalkulacja skutków „dla świata” czy „służby zdrowia”. Sprzeniewierzenie się takim obowiązkom wynikającym z bycia w pewnych relacjach z konkretnymi osobami prowadzić może do kolejnego problemu.

Wydaje się, że bycie konsekwentnym zwolennikiem utilitaryzmu lub CEA nie jest do pogodzenia z ludzką psychiką i związanymi z nią wymaganiami dotyczącymi poczucia sensu własnego życia czy sensu wykonywania zawodu lekarza. We współczesnej filozofii analitycznej zarzut alienujących skutków utilitaryzmu jako pierwszy jasno sformułował Bernard Williams³⁴. Wyraźnie eksponują go również Peter Railton³⁵, Will Kymlicka³⁶ czy Robert Spaemann³⁷. Utilitaryzm ze swej natury zaburza bowiem integralność osobową i alienuje od najważniejszych spraw w życiu. Zarzut ten postawić może również lekarz czy urzędnik, który zmuszony będzie stosować zasady CEA wbrew swoim intuicjom moralnym, które mogą podpowiadać mu inne rozwiązanie. Problem ten związany jest z klauzulą sumienia czy sposobem postrzegania swojego zawodowego powołania. Kalkulacja utilitarystyczna podpowiadać może nam działania, które są sprzeczne z naszymi moralnymi emocjami takimi jak litość nad poszkodowanymi, chęć udzielenia pomocy konkretny, napotkanym osobom, które zwróciły się do nas o pomoc, przedkładanie interesów osób, które mają się najgorzej, chęć pomocy bliskim nam osobom w pierwszej kolejności czy też sprzeciw wobec procedur stojącym w sprzeczności z naszym moralnym światopoglądem lub przekonaniem religijnymi. Jak pisał Bernard Williams, krytykując utilitaryzm „byłoby absurdem żądać od [...] człowieka, aby zrezygnował z własnych projektów i decyzji i uznał jako wiążącą decyzję, która wynika z utilitarystycznej kalkulacji, gdy zauważymy, że suma sieci użyteczności w części wyznaczana jest przez projekty innych. Oznaczałoby to wyalienowanie go w dosłownym sensie od jego działań i, w jego własnym przekonaniu, źródła jego działań. Byłoby to wtłoczeniem go w kanał pomiędzy, z jednej strony na wejściu, projektami wszystkich osób, w tym jego, z drugiej zaś na wyjściu optymalizacją skutków decyzji; podejście takie lekceważy jednak to, że jego projekty i jego decyzje muszą być postrzegane jako działania i decyzje płynące z projektów i postaw z którymi w najwyższym stopniu jest on identyfikowany. Jest to więc, w najbardziej literalnym sensie, atak na jego integralność”³⁸.

³² Ross W.D. (2007), s. 22.

³³ Stratton-Lake P. (2007), s. xxviii.

³⁴ Williams B. (1973), s. 116-7.

³⁵ Railton P.A. (1984).

³⁶ Kymlicka W. (2009), s. 43.

³⁷ Spaemann R. (2006), s. 381-83.

³⁸ Williams B. (1973), s. 116-7.

Narzucenie lekarzowi decyzji w oparciu o analizy CEA może być więc traktowane jako atak na jego integralność osobową a nawet sprzeniewierzenie się etosowi pracy lekarza, który wyrasta z potrzeby udzielania pomocy osobom w potrzebie.

OBIETNICE, WDZIĘCZNOŚĆ A BEZSTRONNA KALKULACJA SKUTKÓW

Według Williama D. Rossa utylitaryzm nie jest w stanie poprawnie wyjaśnić wielu obowiązków moralnych, w tym obowiązku dotrzymania obietnicy. Nie interesuje go bowiem terażniejszość ani przeszłość, lecz jedynie przyszłe skutki. Dla utylitarysty, podobnie jak dla zwolennika analizy efektywności kosztów (CEA) jako jedynej metody podejmowania decyzji o dystrybucji zasobów medycznych, nie jest ważne, jaki rodzaj czynu wykonuję obecnie, do czego zobowiązałem się w przeszłości, lecz jedynie przyszły rezultat owych działań. Nasze intuicje moralne podpowiadają nam jednak, że jeśli w przeszłości obiecałem komuś pomoc i wsparcie, powinienem pomóc właśnie tej osobie, nawet jeśli skutki pomocy innym będą równowartościowe. Fakt złożenia obietnicy sprawia zazwyczaj, że zwykły człowiek uważa, że słusznie byłoby jej dotrzymać. Ów przeszły fakt stanowi dla nas wystarczającą rację moralną, która domaga się, abyśmy dotrzymali danego słowa bez względu na przyszłe rezultaty. W etyce są więc obowiązki, które należy podjąć ze względu na przeszłość³⁹. Dotyczy to nie tylko obietnicy, lecz również obowiązku wdzięczności czy zadośćuczynienia. Problem ten dotyczyć może również rozdzielania zasobów zdrowotnych. Analiza efektywności lub użyteczności kosztów stać może bowiem w sprzeczności np. z obietnicami politycznymi sformułowanymi przez polityków swoim wyborcom czy chęcią zadośćuczynienia i udzielenia pomocy osobom zasłużonym dla społeczeństwa takim jak kombataneci wojenni czy inne osoby, które straciły zdrowie wykonując społecznie istotne funkcje.

ZARZUTY PRZECIWKO SUMOWANIU EFEKTÓW

Etyka utylitarystyczna, podobnie jak analizy efektywności kosztów (CEA), zakładają że możemy porównywać ze sobą użyteczność kilku opcji, która wyznaczana jest przez sumę dobrostanu poszczególnych osób. Koncepcje te przyjmują więc, że wartość danej opcji może być wyznaczona przez operację sumowania dobrostanu poszczególnych osób (agregacjonizm). Przykładem problemów związanych z ideą sumowania zysków i kosztów poszczególnych osób w dziedzinie etyki lekarskiej jest decyzja ubezpieczyciela Oregon Medicaid działającego w USA, który w oparciu o analizy CEA zdecydował, że zamiast refundować zabieg usunięcia wyrostka robaczkowego niewielkiej grupie pacjentów cierpiących na potencjalnie zagrażające życiu schorzenie, będzie refundował zabiegi dentystyczne znacznej liczbie osób, które są około 150 razy mniej kosztowne⁴⁰. Niektórzy oponenti utylitaryzmu właśnie w powyższych

³⁹ Ross W.D. (2007), s. 17-8.

⁴⁰ Brock D. (2004), s. 371.

cechach widzą źródło niemoralności tej koncepcji. Według Thomasa Nagela jeśli przyjmujemy możliwość rachowania życia i cierpienia, sprowadzamy ludzi do roli przedmiotu kalkulacji – wymiany, sumowania, chłodnego porównywania. Prowadzi to do poczucia, że nasze jedyne życie jest wyłącznie przedmiotem bezdusznej, społecznej buchalterii⁴¹.

Wielu krytyków utilitaryzmu jest zdania, że tego typu filozofia zakłada możliwość przeliczania dóbr, które nie są przeliczalne. Ten sam zarzut można postawić zwolennikom analizy efektywności kosztów. Traktuje on wszystkie istotne dobra jak pieniądze, które można dowolnie wymieniać, sumować i odejmować. Jednak życie ludzkie, szczęście pojedynczego człowieka czy spełnienie jego preferencji nie daje się zarytmetyzować, porównywać lub dodawać. Podaje się różne powody, dla których nie powinno się przeliczać pewnych skutków. Jednym z nich jest przyjęcie niewspółmierności pluralnych dóbr. Wartości są niewspółmierne, jeśli nie jest prawdą, że jedna jest lepsza od drugiej, ani że są sobie równe⁴². Pojęcie niewspółmierności wskazuje na brak wspólnej skali porównawczej, za pomocą której można by precyzyjnie odmierzyć wartości lub brak jakiegokolwiek możliwości ich porównania, np. za pomocą pojęcia użyteczności. Jedynie jeśli wszystkie wartości sprowadzałyby się do jednej, moglibyśmy wymieniać je między sobą. Niestety miłość, przyjaźń, zdrowie, poczucie satysfakcji, poczucie godności czy przyjemność nie są tym samym. Życia nie uznajemy za w pełni dobre, jeśli brakować w nim będzie niektórych wartości, nawet jeśli z naddatkiem reprezentowane będą inne. Pełnia dobrego życia wymaga posiadania wszystkich istotnych dóbr. Naddatek jednego z nich nie zniweluje braku drugiego. Zwolennikami tezy, że niewspółmierność dóbr i wartości prowadzi do nieporównywalności, ta zaś do nierozstrzygalności konfliktów wartości, są np. Bernard Williams oraz Thomas Nagel. Pogląd taki przypisywany jest także Isaiahowi Berlinowi⁴³.

Według niektórych deontologów fałsz tezy o arytmetyzacji nie dotyczy tylko pluralnych dóbr, ale także jednego dobra, np. życia. Sytuacje, w których możemy uratować życie jednej osobie lub większej ich liczbie dość często występuje właśnie w służbie zdrowia.

Wydaje się, że sprawiedliwość wymaga, aby każda z grup pacjentów miała równe szanse dostępu do procedur medycznych. Jeśli jednak podczas decyzji dotyczących alokacji zasobów zdrowotnych będziemy brali pod uwagę jedynie kryteria efektywności kosztów, pewne grupy pacjentów nie będą miały żadnej szansy na interwencje medyczną. Najbardziej wyraźnie problem ten zarysowuje się w przypadku interwencji ratujących życie. Wyobraźmy sobie, że dwóch pacjentów potrzebuje przeszczepu serca, gdyż w przeciwnym razie nie przeżyją. Niestety, szpital dysponuje jedynie jednym organem, który może być darowany tylko jednemu z pacjentów. Jeśli przewidujemy, że pacjent A najprawdopodobniej uzyska 10 lat życia w zdrowiu, pacjent B natomiast 9, zgodnie z CEA powinniśmy przeszczepić serce pacjentowi A, co będzie skutkowało śmiercią B. W takiej sytuacji wydaje się zrozumiałe, jeśli pacjent B zarzuciłby nam, że pozbawiamy go wszelkich szans na ratunek, choć ma on tak samo dużo do stracenia jak pacjent A – całe swoje, jedyne życie. Czy w takiej sytuacji nie byłoby bardziej sprawiedliwe np. rzucić monetą lub choćby zaproponować udział w loterii, w której pacjent A miałby nieznacznie większą szansę na „wylosowanie życia”, jednak pacjent B wciąż miałby duże szanse na przeżycie kolejnych lat? Według niektórych etyków takie rozwiązanie jest znacznie bardziej sprawiedliwe niż pozbawienie wszelkich szans pacjenta B⁴⁴.

⁴¹ Nagel T. (1988), s. 57.

⁴² Raz J. (1988), s. 322.

⁴³ Berlin I. (1969).

⁴⁴ Broome J. (1984); Kamm F. (1993).

Choć wiele osób wierzy – w tym utylitaryści i zwolennicy CEA jako jedyne kryterium podejmowania decyzji – że uratować należy grupę bardziej liczną, zdaniem Gertrude E.M. Anscombe w konflikcie pomiędzy życiem jednej osoby a życiem wielu opcje pozostają symetryczne⁴⁵. Większa liczba uratowanych osób może być racją wyboru ratowania raczej jednej grupy niż drugiej, ale nie jest to racja, którą trzeba uznać za wiążącą. Również według Johna M. Taureka⁴⁶ życie każdego przedstawia równą wartość – dla każdego ważne jest tak samo: indywidualnie, a nie zespołowo. Próba wytłumaczenia, że śmierć pięciu osób byłaby czymś zdecydowanie gorszym, to przedsięwzięcie beznadziejne. Jeśli mielibyśmy bezstronnie podejmować decyzję, powinniśmy nie tyle sumować ilość pacjentów, co losować jedną z osób. Metoda taka daje wszystkim równe szanse: nikt nie jest poszkodowany tylko dlatego, że przez przypadek znajduje się w mniejszej grupie. Według Taureka losowa procedura wyboru polegająca na rzucie monetą najlepiej wyraża ideę równej troski i szacunku dla każdej osoby⁴⁷.

Istnieje również Kantowski sposób uderzania w sumowanie. Według Allena Wooda⁴⁸ jeśli przyjmemy, że ludzkość w każdej osobie posiada godność jako cel sam w sobie, moralnych problemów nie możemy rozwiązywać na zasadzie kompromisu między skonfliktowanymi celami, lecz powinniśmy starać się traktować wszystkich ludzi jako cele, które nie mogą służyć wyłącznie jako środek do minimalizacji zła. W Kantowskim królestwie celów nikt nie musi wybierać pomiędzy jednym życiem a pięcioma jedynie na podstawie liczb, bowiem każde życie posiada równą godność jako część królestwa celów. Z tego względu nie podlega ono sumowaniu – nie można go poświęcić jako środek, aby uratować inne. Zakaz sumowania wynika więc z racji moralnych, aby każdą osobę traktować jako indywidualium, nie zaś jedynie jako jeden z elementów społeczeństwa.

Wielu etyków porzuca więc ideę sumowania dóbr (w celu określenia globalnych skutków jakiejś opcji należy zsumować rezultaty jej wprowadzenia w życie dla poszczególnych istot). Sprzeciw wobec sumowania wynika z przekonania, że moralną wartość mają jedynie indywidualne osoby, nie zaś ich ogół – każdy z nas jest odrębną, oddzielną, niezależną jednostką, a tylko jednostka może być nośnikiem zobowiązań i praw. Przekonanie to wspiera również teza o niewspółmierności niektórych wartości, których w związku z tym nie można do siebie dodawać. Owe argumenty kształtują zasadę, którą Scanlon nazwał wymogiem indywidualizmu: moralnie istotne są jedynie skutki dla indywidualnych osób⁴⁹.

PROBLEM NIESPRAWIEDLIWOŚCI MAKSYMALIZACJI SKUTKÓW

Na pierwszy rzut oka mogłoby się wydawać, że w wielu standardowych sytuacjach stosowanie jedynie analizy efektywności kosztów w celu podjęcia decyzji o alokowaniu zasobów medycznych będzie sprzyjało osobom, które są najbardziej chore. Osoby takie posiadają bowiem najniższe wskaźniki zdrowia i ich wyleczenie spowoduje znaczne ich podniesienie. Z tego względu leczenie najbardziej chorych jest często bardziej efektywne niż leczenie osób

⁴⁵ Anscombe G.E.M. (1967), s. 16-7.

⁴⁶ Taurek J.M. (1977), s. 300-7.

⁴⁷ Taurek J.M. (1977), s. 303-10.

⁴⁸ Wood A. (2011), s. 80-1.

⁴⁹ Scanlon T. (1998), s. 230; Parfit D. (2011), s. 193.

z niewielkimi dolegliwościami. Nie jest to jednak regułą. Zdarzają się sytuacje, w których dwie procedury medyczne są w ten sam sposób efektywne kosztowo, natomiast jedna z nich skierowana jest do osób bardzo chorych, druga zaś do osób chorych jedynie nieznacznie. Istnieją również sytuacje, w których najbardziej efektywne jest udzielenie pomocy osobom najmniej chorym lub najmniej potrzebującym. Na przykład, załóżmy że mamy do wyboru dwie równie kosztowne procedury medyczne, które dotyczą dwóch odrębnych grup pacjentów. Pacjenci z pierwszej grupy cierpią na poważne schorzenie i przypisać można im 0.25 punktów HUI (indeks użyteczności zdrowia), druga grupa pacjentów charakteryzuje się lepszym zdrowiem wyrażonym w 0.6 punktach HUI. Tak samo kosztowna interwencja medyczna podniesie poziom HUI pierwszej grupy jedynie od 0,20 punktów do 0.45 HUI, drugiej grupy zaś o 0,30 punktów do 0,90 HUI. Czy powinniśmy wybrać procedurę sprzyjającą osobom, które są mniej chore dlatego, że efektywność kosztów ich leczenia jest o 50% większa?

John Rawls w „Teorii sprawiedliwości” postawił utylitystom zarzut, iż nie potrafią wyjaśnić idei sprawiedliwości – utylityzm, zalecając maksymalizowanie dobra, nie jest czuły na jego rozkład. Proponowałby niesprawiedliwe, nierówne, wyzyskujące modele dystrybucji dóbr, jeśli tylko przyniosłyby one największą łączną sumę szczęścia. Ten sam zarzut postawić można analizie efektywności kosztów jako jedynej metodzie podejmowania decyzji dotyczących alokowania zasobów zdrowotnych.

Problem niesprawiedliwości utylityzmu wynika z tego, że utylityzm przy ocenie czynu nie bierze pod uwagę sposobu dystrybucji dóbr, lecz jedynie ich ilość. Utylitystyczne skupienie uwagi jedynie na powiększaniu ilości dobra, które miałyby polegać na rozciągnięciu idei maksymalizacji na każdą najmniejszą instytucję i każdy rodzaj dóbr oraz celów, prowadzi do niesprawiedliwego ich podziału. Takie rozumienie idei maksymalizacji sprowadzić można do stwierdzenia, że nie powinno zważać się na sposób podziału dóbr w danej grupie osób, lecz zawsze wybierać opcję, która w sumie przyniesie największą ich ilość.

Zasady utylityzmu prowadzą do egalitaryzmu jedynie wtedy, gdy niezgodnie z prawdą założy się, że ludzie potrafią wyciągnąć tę samą korzyść z tej samej ilości dóbr – np. pomocy społecznej lub procedur medycznych. Jednak jeśli jestem osobą niepełnosprawną, mogę nie być w stanie wykorzystać tej samej ilości dóbr tak użytecznie, jak osoba w pełni sprawna – zarówno jeśli chodzi o ich pomnożenie, jak i skonsumowanie dla podniesienia własnego szczęścia. Dotyczy to także służby zdrowia. W niektórych przypadkach utylityzm powinien zalecać więc nie tylko nierówności, lecz także przekazywanie dóbr od osób upośledzonych do osób posiadających pełnię sił i władz umysłowych. To zaś wydaje się niesprawiedliwe⁵⁰.

Aby uniknąć zarzutu niesprawiedliwości, wielu autorów proponuje uzupełnić utylitystyczny rachunek skutków o dodatkowe normy regulujące sposób dystrybucji dóbr. Według nich w namyśle etycznym nie tylko powinniśmy brać pod uwagę sumę dobrostanu, lecz także jego rozkład⁵¹. Na przykład, Derek Parfit rozważa dwie możliwe strategie dystrybucji – zasadę równości (zawsze byłoby w pewien sposób lepiej, jeśli korzyści oraz obciążenia byłyby rozłożone pomiędzy różnych ludzi bardziej równomiernie) oraz zasadę priorytetu (zawsze byłoby w pewien sposób lepiej, jeśli korzyści uzyskiwałyby osoby, które są w gorszej sytuacji). Według niego optymalny kodeks moralny to taki, który nie tylko maksymalizuje dobro, lecz dodatkowo czyni to promując najsłabszych, nieszczęśliwych, czy znajdujących się w gorszej sytuacji. Koresponduje to z moralnymi intuicjami wielu osób, które uznają, że w pierwszym

⁵⁰ Hooker B. (2000), s. 63-4.

⁵¹ Parfit D. (1997); Hooker B. (2000), s. 55-65.

rzędzie powinniśmy udzielać pomocy osobom najbardziej potrzebującym, a nie tym, które mają się znacznie lepiej. W sytuacjach medycznych zasadę priorytetu najłatwiej jest interpretować jak zasadę faworyzowania osób najbardziej chorych.

Próba skorygowania zasad utilitaryzmu przybrać może dość skomplikowany charakter. Na przykład, Erik Nord proponuje rozwinięcie standardowej metody QALY, korygując ją o „sprawiedliwość”. W rezultacie możemy otrzymać coś, co nazywa on społeczną wartością związaną ze zdrowiem (ang. *health-related societal value*⁵²). Owa społeczna wartość związana ze zdrowiem jest iloczynem utilitarnej korzyści, którą pacjent odnosi dzięki tej interwencji oraz wagi, którą należy przypisać korzyści pacjenta ze względu na ciężkość (ang. *severity*) jego choroby, oraz wagi, którą korzyść odnoszona przez pacjenta posiada ze względu na jego „potencjał zdrowotny” - czyli zdolność poprawy jego stanu zdrowia⁵³.

Najczęściej zasadę priorytetu uzasadnia się odwołując się bezpośrednio do intuicji moralnych, które związane są z obowiązkiem pomocy. W prostych sytuacjach dnia codziennego wskazuje ono, że jeśli mogę pomóc tylko jednej osobie z dwóch, i pod każdym istotnym względem osoby te są sobie równe (np. nie mam innych obowiązków wobec nich) a pomoc jest dla mnie tak samo kosztowna, powinienem pomóc osobie w gorszym położeniu. Zasadę priorytetu, która często traktowana jest jako globalny wymóg sprawiedliwości, uzasadnia się również w bardziej teoretyczny sposób. Na przykład, John Rawls w tym celu powołał się na swoją procedurę myślenia etycznego, która polega na dokonaniu hipotetycznej umowy za zasłoną niewiedzy. Według niego, aby uzyskany kontrakt okazał się zbieżny z naszymi intuicjami dotyczącymi sprawiedliwości należy założyć, że porozumiewające się strony dokonają wyboru zasad rządzących społeczeństwem w warunkach braku wiedzy o tym, kim staną się po dokonaniu wyboru. Przeprowadzając namysł moralny należy postawić sobie pytanie: „Przyjęcie jakich uniwersalnych reguł będzie dla mnie najbardziej korzystne, jeśli po dokonaniu wyboru mogę zajmować w społeczeństwie całkowicie odmienną pozycję, niż tę, którą zajmuję dzisiaj?”. Procedura ta, zwana „zasłoną niewiedzy”, ma zagwarantować bezstronne i racjonalne wybranie reguł, które każdy mógłby przyjąć jako obowiązujące powszechnie. Jeśli nie wiedzielibyśmy, kim staniemy się w przyszłości, gdy obowiązywać będą uchwalone dzisiaj zasady, zdaniem Rawlsa wśród wybranych reguł sprawiedliwości znalazłaby się zasada priorytetu dla najbardziej potrzebujących⁵⁴.

Niestety, również zasada priorytetu okazuje się problematyczna. Wszyscy autorzy piszący w tej kwestii zgodziliby się, że faworyzowanie najbardziej chorych nie może być absolutne i nie może być jedynym kryterium. Absurdalne wydaje się bowiem np. rozdysponowanie wszystkich środków przeznaczonych na leczenie tysięcy pacjentów bardzo poważnych chorób tylko po to, aby przedłużyć o 10 dni życie osoby najbardziej chorej. Poza tym, jeśli dysponujemy dwoma kryteriami służącymi do podejmowania decyzji, tzn. analizą efektywności kosztów oraz względem na osoby najbardziej chore, stajemy przed trudnym problemem przypisania właściwej wagi każdemu z tych kryteriów. Na przykład, Brad Hooker, rozważając problem pomocy najuboższym, proponuje interesy 10% populacji, które mają się najgorzej, traktować jako dwa razy bardziej istotne niż interesy innych. Trudno jednak w tej kwestii wyzbyć się arbitralności.

Inny problem związany z przyjęciem priorytetu dla najbardziej chorych polega na konieczności udzielenia odpowiedzi na pytanie jak długi okres powinniśmy brać pod uwagę

⁵² Nord E. et al. (1999), s. 25; za: Galewicz W. (2015b).

⁵³ Nord E. (1999), s. 32; za: Galewicz W. (2015b).

⁵⁴ Rawls J. (1994), s. 87.

aby oszacować, kto jest w najgorszym położeniu. Mamy w tym względzie kilka opcji. Możemy brać pod uwagę jedynie stan, w którym pacjenci znajdują się podczas podejmowania decyzji, wziąć pod uwagę nasze prognozy dotyczące wszystkich lat ich życia w przyszłości po interwencji medycznej, wziąć pod uwagę całą ich historię aż do czasu obecnego lub też skupić się na całości ich życia.

Kolejny problem dotyczy tego, czy bycie osobą, która ma się najgorzej, powinno dotyczyć jedynie kwestii zdrowotnych, czy też, powinno odnosić się do subiektywnego czy obiektywnego dobrostanu konkretnych osób. Na przykład, pewne grupy pacjentów, charakteryzujące się niezbyt ciężką chorobą, mogą wieść bardzo mizerne życie, inne zaś osoby mogą być bardziej szczęśliwe, choć są znacznie ciężiej chore. Globalne teorie sprawiedliwości, które nakazują przedkładać interesy najsłabszych, nie odwołują się zazwyczaj jedynie do jednego aspektu życia człowieka (np. zdrowia i choroby), lecz nakazują faworyzować wszystkich najgorzej usytuowanych, biorąc pod uwagę wszelkie istotne względy.

PODSUMOWANIE

Przywołane powyżej zarzuty skierowane w stronę utylitaryzmu doczekały się licznych odpowiedzi, które w tekście zostały całkowicie pominięte. Wiele z nich dotyka jedynie tradycyjnych form utylitaryzmu rozumianego jako bezpośrednie kryterium podejmowania działań. Pod naciskiem powyższej krytyki również sam utylitaryzm uległ daleko idącym modyfikacjom. W ostatnich dziesięcioleciach powstają teorie hybrydowe, które starają się łączyć w sobie najważniejsze cechy utylitaryzmu, teorii deontologicznych i etyki cnót⁵⁵. Dotyczy to tak ogólnych teorii etycznych, jak i szczegółowych rozważań dotyczących alokacji zasobów zdrowotnych. Analiza efektywności kosztów, podobnie jak prosty, bezpośredni utylitaryzm czynów, nie wydają się być bowiem wystarczającymi narzędziami do podejmowania istotnych decyzji, które mają ogromne implikacje dla zdrowia i życia ludzi i zwierząt. Podejście takie rodzi bowiem zbyt wiele moralnych wątpliwości. Z drugiej strony, właściwe użycie analizy efektywności lub użyteczności kosztów wydaje się być kluczowym elementem każdej racjonalnej decyzji. Jeśli bowiem coś jest uznawane za wartość tak jak życie czy zdrowie, powinniśmy starać się je promować. To, czy taka promocja wartości powinna mieć swoje ograniczenia, jest już jednak złożonym problemem etycznym, którego nie sposób rozstrzygnąć w oparciu o samą analizę efektywności lub teorię utylitarystyczną⁵⁶.

Bibliografia

- Anscombe G.E.M. (1967), *Who is Wronged?*, "The Oxford Review" 5, 16-17.
Bentham J. (1834), *Deontology, or The science of morality: in which the harmony and co-incidence of duty and self-interest, virtue and felicity, prudence and benevolence, are explained and exemplified*, London-Edinburgh.

⁵⁵ Zob. Saja K. (2015).

⁵⁶ Dogłębną analizę utylitaryzmu znaleźć można w: Saja K. (2015).

- Bentham J. (1958), *Wprowadzenie do zasad moralności i prawodawstwa*, Państwowe Wydawnictwo Naukowe, Warszawa.
- Berlin I. (1969), *Four essays on liberty*, Oxford University Press.
- Brandt R. (1963), *Toward a Credible Form of Utilitarianism* [w:] *Morality and the Language of Conduct*, H.N. Castaneda, G. Nakhnikian (red.), 107-43.
- Brandt R. (1979), *A Theory of the Good and the Right*, Clarendon Press, Oxford.
- Brock D. (2004), *Ethical Issues in the Use of Cost Effectiveness Analysis for the Prioritization of Health Resources* [w:] *Handbook of Bioethics*, G. Khushf (red.), "Philosophy and Medicine" 78, Springer Netherlands, 353-380; http://link.springer.com/chapter/10.1007/1-4020-2127-5_16 (dostęp 16.07.2020).
- Broome J. (1984), *Selecting people randomly*, "Ethics" 95(1), 38-55.
- Czech M. (2006), *Farmakoekonomika jako narzędzie zarządzania w gospodarowaniu lekami w Polsce*, Instytut Przedsiębiorczości i Samorządności, Warszawa.
- Daniels N. (1988), *Am I my parents' keeper? An essay on justice between the young and the old*, Oxford University Press, New York.
- Ewing A.C. (1953), *Ethics*, English Universities Press, London.
- Foot P. (1981), *The Problem of Abortion and the Doctrine of Double Effect* [w:] *Virtues and vices: and other essays in moral philosophy*, University of California Press, Berkeley-Los Angeles, 19-32.
- Galewicz W. (2015a), *Kryterium wieku w racjonowaniu zasobów zdrowotnych*, INCET, Kraków.
- Galewicz W. (2015b), *Kryterium wieku w racjonowaniu zasobów zdrowotnych. Kilka wyjaśnień*, Interdyscyplinarne Centrum Etyki UJ, Kraków.
- Hare R.M. (1963), *Freedom and Reason*, Oxford University Press, Oxford.
- Hare R.M. (2001), *Myslenie moralne. Jego płaszczyzny, metody i istota*, tłum. J. Margański, Aletheia, Warszawa.
- Harris J. (1987), *QALYfying the value of life.*, "Journal of Medical Ethics" 13(3), 117-123.
- Harsanyi J. (1976), *Essays on Ethics, Social Behavior, and Scientific Explanation*, D. Reidel Pub. Co., Dordrecht Holland, Boston.
- Harsanyi J. (1977), *Rule Utilitarianism and Decision Theory*, "Erkenntnis" 11(1), 25-53.
- Hooker B. (2000), *Ideal Code, Real World: a Rule-Consequentialist Theory of Morality*, Clarendon Press, Oxford.
- Kamm F. (1993), *Morality, Mortality. Volume 1: Death and Whom to Save from It*, Oxford University Press, Oxford.
- Kymlicka W. (2009), *Współczesna filozofia polityczna*, tłum. A. Pawelec, Fundacja „Aletheia”, Warszawa.
- Mill J.S. (1959), *Utylitaryzm* [w:] *Utylitaryzm. O wolności*, tłum. A. Kurlandzka, PWN, Warszawa, 1-87.
- Nagel T. (1988), *War and Massacre* [w:] *Consequentialism and Its Critics*, S. Scheffler (red.), Oxford University Press, 51-73.
- Nord E. (1999), *Cost-value analysis in health care: making sense out of QALYs*, Cambridge University Press, Cambridge-New York.
- Nord E. et al. (1999), *Incorporating societal concerns for fairness in numerical valuations of health programmes*, "Health Economics" 8(1), 25-39.
- Parfit D. (1997), *Equality and Priority*, "Ratio" 10(3), 202-221.
- Parfit D. (2011), *On What Matters*, T. II, Oxford University Press.
- Railton P.A. (1984), *Alienation, consequentialism, and the demands of morality*, "Philosophy and Public Affairs" 13(2), 134-171.
- Rawls J. (1994), *Teoria sprawiedliwości*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

- Raz J. (1988), *The morality of freedom*, Oxford University Press.
- Ross W.D. (2007), *The right and the good*, P. Stratton-Lake (red.), Clarendon Press, Oxford.
- Saja K. (2015), *Etyka normatywna. Między konsekwencjalizmem a deontologią*, Universitas, Kraków.
- Scanlon T. (1998), *What We Owe to Each Other*, Belknap Press of Harvard University Press, Cambridge Mass.
- Sidgwick H. (1907), *The Methods of Ethics*, Macmillan, London.
- Singer P. (2003), *Etyka praktyczna*, Książka i Wiedza, Warszawa.
- Smart J.J.C. (1973), *Outline of a System of Utilitarian Ethics* [w:] *Utilitarianism for and Against*, J.J.C. Smart, B. Williams (red.), University Press, Cambridge, 3-74.
- Spaemann R. (2006), *Granice. O etycznym wymiarze działania*, tłum. J. Merecki, Oficyna Naukowa, Warszawa.
- Stratton-Lake P. (2007), *Introduction* [w:] *The right and the good*, P. Stratton-Lake, (red.), Clarendon Press, Oxford.
- Taurek J.M. (1977), *Should the Numbers Count?*, "Philosophy & Public Affairs" 6(4), 293-316.
- Thomson J.J. (2002), *The Trolley Problem* [w:] *Deontology*, S. Darwall (red.), Wiley-Blackwell, 139-161.
- Williams A. (1997), *Intergenerational equity: an exploration of the "fair innings" argument*, "Health Economics" 6(2), 117-132.
- Williams B. (1973), *A Critique of Utilitarianism* [w:] *Utilitarianism for and Against*, J.J.C. Smart, B. Williams, Cambridge University Press.
- Wood A. (2011), *Humanity as End in Itself* [w:] Parfit D. (2011), 58-82.
- World Health Organization (2016), *Life expectancy. Data by country*, World Health Organization 2016; <http://apps.who.int/gho/data/node.main.688> (dostęp 16.07.2020).