

MARTYNA ŁASZEWSKA-HELLRIEGEL¹, CHRISTOPH HELLRIEGEL²

Trudne wybory – kto może liczyć na odpowiednią opiekę zdrowotną podczas pandemii COVID-19 w 2020 roku?

Złożony do redakcji: 1.09.2020. Zaakceptowany do druku: 28.10.2020

Streszczenie

Pandemia w 2020 r., zmusiła nas do ponownego przemyślenia kwestii priorytetów opieki zdrowotnej. Celem artykułu jest krótkie przedstawienie reakcji na pandemię dwóch krajów: Szwecji i USA. funkcje przepisów i wytycznych stosowanych przez szpitale i instytucje w czasie pandemii COVID-19 różnią się od celów polityki zdrowotnej opartej na zasadach teorii sprawiedliwości dystrybucyjnej. Artykuł więc zaryzykuje pierwszą, wstępną ocenę funkcji prawa w sytuacji kryzysowej. Po krótkim podsumowaniu głównych założeń teorii sprawiedliwości dystrybucyjnej zostaną przeanalizowane dwa przypadki: wytyczne władz lokalnych Szwecji i amerykańskie plany *triage* funkcjonujące podczas pandemii COVID-19. Wynikiem analizy jest teza, że cel teorii sprawiedliwości różni się od funkcji stosowanych przepisów. W Szwecji zalecenia te wydają się wyraźnie przedkładać młode życie nad starsze, nawet bez zaistnienia sytuacji niedoborów zasobów. W przypadku amerykańskim widzimy więcej celów sprawiedliwości dystrybucyjnej implementowanych w przykładowych *triagach*, jednak nie są one wolne od elementów dyskryminacyjnych. Autorzy postulują więc wzmocnienie mobilności zasobów opieki zdrowotnej w celu zmniejszenia sytuacji kryzysowych. Artykuł podejmujący międzynarodowe kwestie skierowany jest do polskich odbiorców.

Słowa kluczowe: *triage*, pandemia COVID-19, sprawiedliwość dystrybucyjna, opieka zdrowotna, respiratory.

¹ Dr hab. Martyna Łaszewska-Hellriegel – Uniwersytet Zielonogórski (Polska); e-mail: laszewska@gmx.de, m.laszewska-hellriegel@wpa.uz.zgora.pl; ORCID 0000-0002-2212-371X. Badania nie są finansowane przez żadną instytucję.

² Dr Christoph Hellriegel – Deutscher Bundestag (Kancelaria) (Niemcy); e-mail: Chistoph.Hellriegel@bundestag.de, c_hellriegel@yahoo.com. Badania nie są finansowane przez żadną instytucję.

MARTYNA ŁASZEWSKA-HELLRIEGEL, CHRISTOPH HELLRIEGEL

Difficult Choices – Who Can Expect to Receive Proper Medical Care During the COVID-19 Pandemic in 2020?

Submitted: 1.09.2020. Accepted: 28.10.2020

Abstract

The recent pandemic has forced us in 2020 to rethink the priority of access to medical care. The purpose of this article is to offer a brief account of how two countries – Sweden and the US – have reacted to the pandemic. The authors wish to show how the functions of the regulations and guidelines applied by hospitals and institutions during the COVID-19 pandemic differ from the objectives of health policies based on the principles of the distributive justice theory. The article will thus risk a preliminary assessment of the role of law in a crisis. A short summary of the main points of the distributive justice theory will be followed by an analysis of two cases: the guidelines issued by local authorities in Sweden and the American models applied during the COVID-19 pandemic. The conducted analysis results in a thesis that the objective of the justice theory differs from the regulations actually applied. In the case of Sweden, the recommendations seem to clearly prioritise the life of young people over the life of the elderly, even if there is no shortage of resources. In the case of the United States, we can see more objectives of distributive justice implemented in the analysed *triages*, but they are still not free from discrimination. The authors therefore call for an improvement of mobility of medical care resources in order to mitigate crises. The cognitive value has an international quality, and is aimed at Polish audiences dealing with the problems in question, be it at the level of a hospital or legislation.

Keywords: *triage*, COVID-19 pandemic, distributive justice, medical care, ventilators.

Podjęcie teoretyczne

„Równi powinni być traktowani jednakowo” – to główna zasada sprawiedliwości. Sprawiedliwość dystrybucyjna pozwala na sprawiedliwy podział obowiązków i dóbr społecznych i jest jednym z głównych zagadnień w dziedzinie bioetyki. Najbardziej nurtującymi pytaniami będą te, kto i w jakiej mierze otrzyma opiekę zdrowotną i ile będzie ona kosztowała. Ludzie powinni być traktowani tak samo, chyba że istnieją moralnie istotne powody, by traktować ich inaczej³. Zgodnie z libertariańską teorią sprawiedliwości dystrybucyjnej korzyści i obowiązki społeczne powinny być rozdzielane poprzez sprawiedliwe funkcjonowanie wolnego rynku. Rolą rządu będzie tu ochrona praw jednostek do swobodnej realizacji własnych interesów na rynku ekonomicznym bez naruszania ich wolności. Ludzie mają równe prawa lub równą wartość, ale to nie uprawnia ich do równego podziału korzyści społecznych. Z tego punktu widzenia nikt nie będzie miał prawa do opieki zdrowotnej, a rządowy program wykorzystujący pieniądze z podatków do zapewnienia powszechnej opieki zdrowotnej byłby niesprawiedliwy⁴.

W utylitycznych teoriach sprawiedliwości podział korzyści i obowiązków będzie sprawiedliwym, jeżeli będzie maksymalizował dobro (użyteczność) dla społeczeństwa. Niektóre alokacje zasobów społecznych są korzystniejsze niż inne. W ujęciu utylitycznym sprawiedliwa alokacja środków na opiekę zdrowotną może przybierać różne formy, w zależności od zasobów i potrzeb społeczeństwa oraz prawdopodobnych skutków różnych polityk i programów alokacji⁵.

Egalitarne teorie sprawiedliwości wymagają, aby korzyści i obowiązki społeczne były rozłożone równo. Z przesłanek egalitarnych teoretycy wyprowadzili kilka systemów przydzielania opieki zdrowotnej, w tym systemy, które zapewniają równy dostęp do wszystkich legalnych form opieki zdrowotnej, które oferują minimalny poziom opieki zdrowotnej dla wszystkich lub które zapewniają opiekę tylko naj-

³ L. Vaughn, *Bioethics, Principles, Issues and Cases*, Oxford 2010, s. 12; K.S. Cook, K.A. Hegtvedt, *Distributive Justice, Equity, and Equality*, „Annual Review of Sociology” 1983, 9, s. 216.

⁴ P. Vallentyne, *Oxford Handbook of Political Philosophy*, Oxford 2012, s. 152.

⁵ Ch. Blackorby, W. Bossert, D. Donaldson, *Chapter 11 Utilitarianism and the theory of justice*, [w:] K.J. Arrow, A.K. Sen, K. Suzumura (red.), *Handbook for Social Choice and Welfare*, North Holland 2002, s. 543–596.

bardziej potrzebującym⁶. Celem egalitarnej alokacji będzie równy podział posiadanych zasobów.

Prawo do opieki zdrowotnej

Bez względu na to, jaką teorię sprawiedliwości akceptujemy, pożądanym jest posiadanie odpowiedniej opieki zdrowotnej. Etyczna zasada dobroczynności może usprawiedliwiać zapewnianie przez społeczeństwo opieki zdrowotnej najbardziej potrzebującym, a udostępnienie określonych części opieki zdrowotnej niektórym grupom może przynosić korzyści społeczeństwu. Istnieją również bardziej radykalne poglądy postulujące że „ludzie mają moralne prawo do opieki zdrowotnej”⁷. Libertarianie prawdopodobnie zaprzeczyliby, że istnieje prawo do opieki zdrowotnej, ponieważ generalnie akceptują prawa negatywne i nie dopuszczają praw pozytywnych. Utylitarianie mogą przyznać ściśle prawo do opieki zdrowotnej, choć byłoby to czymś w rodzaju prawa pochodnego, regułą ostatecznie uzasadnioną oceną użyteczności. Egalitaryści przyjmują prawo do opieki zdrowotnej – będą je interpretować jako prawo, które ostatecznie przeważa nad maksymalizacją użyteczności⁸.

Kolejnym pytaniem, z którym zmagają się bioetyka, jest – jak duży powinien być zakres opieki zdrowotnej zawartej w prawie. Niektórzy uważają, że prawo to obejmuje powszechny, równy dostęp do wszystkich dostępnych zasobów opieki zdrowotnej. Takie rozwiązanie nie jest technicznie ani ekonomicznie wykonalne; prawo do opieki zdrowotnej musi mieć ograniczenia. Zgadzając się z tym, wiele osób opowiada się za dostępem do minimalnego, podstawowego wachlarza świadczeń opieki zdrowotnej. Ten poziom opieki byłby powszechnie dostępny, wspierany publicznie i gwarantowany dla wszystkich potrzebujących. Drugi poziom dodatkowych usług opieki zdrowotnej byłby dostępny na wolnym rynku dla tych, którzy mogą sobie na nie pozwolić⁹.

⁶ I. Hirose, *Egalitarianism*, Routledge 2014, s. 2.

⁷ N. McHugh, R.M. Baker, H. Mason, L. Williamson, J. van Exel i in., *Extending life for people with a terminal illness: a moral right and an expensive death? Exploring societal perspectives*, „BMC Medical Ethics” 2015, 16, s. 14.

⁸ P. Vallentyne, op. cit., s. 153.

⁹ A. Buchmann, *Health care delivery and resource allocation*, [w:] R.M. Veatch (red.), *Medical Ethics*, Boston, 1997, s. 351.

Etyka racjonowania

Potrzeby ludzi w zakresie opieki zdrowotnej są praktycznie nieograniczone, jednak podaż zasobów opieki zdrowotnej jest zawsze ograniczona. W takiej sytuacji w grę wchodzi racjonowanie zasobów. Szpitale, na przykład, ograniczają korzystanie z oddziałów intensywnej terapii, zespołów kardiochirurgicznych, oddziałów ratunkowych, łóżek szpitalnych i drogich leków; przeszczepy narządów są nieliczne z powodu niedoboru narządów, te wszystkie problemy opieki zdrowotnej ukazały się nam w swojej całej okazałości podczas pandemii spowodowanej COVID-19 w 2020 r.¹⁰

Podejmowanie decyzji dotyczących reglamentacji świadczeń medycznych jest bardzo trudne. Powstaje pytanie, kto powinien otrzymać jaką część ograniczonych dóbr i świadczeń zdrowotnych? Na jakiej podstawie etycznej dokonujemy tych wyborów? Podstawową kwestią jest właściwa alokacja niewystarczających zasobów na kilku poziomach jednocześnie. Problem pojawia się zarówno w skali systemu opieki zdrowotnej – makroalokacji, jak i w skali poszczególnych pacjentów i świadczeniodawców – mikroalokacji¹¹.

QUALYs

Jednym z utylitarnych sposobów racjonowania opieki nad pacjentami jest próba mierzenia obiektywności korzyści, jakie leczenie może przynieść każdemu pacjentowi w celu zmaksymalizowania całkowitych korzyści, a nie selektywne traktowanie poszczególnych pacjentów lub stanów chorobowych. Obiektywna miara korzyści, która często była wykorzystywana w takich sytuacjach, znana jest jako QUALY, czyli *quality adjusted one life year*¹². Jeden QUALY odpowiada jednemu rokowi życia w dobrym zdrowiu, a rok życia w złym zdrowiu to mniej niż jedna wartość QUALY. Tak więc QUALY oceniają wpływ zabiegu, starając się w sposób wiarygodny uwzględnić zarówno długość życia, jak i jego jakość. Intuicyjnie wydaje się to słuszne, ponieważ zarówno jakość, jak i długość życia ma znaczenie dla ludzi. Użytecznym celem QUALYs jest jak najlepsze wykorzystanie dostępnych zasobów. Krytycy zarzucają jednak, że poleganie na QUALYs w zakresie przyznawania lub racjonowania opieki zdrowotnej może prowadzić do moralnie niedopuszczalnych decyzji. J. Harris twierdzi na przykład, że QUALY dyskryminują osoby starsze¹³.

¹⁰ D.B. White, B. Lo, *A Framework for Rationing Ventilators and Critical Care Beds During the COVID-19 Pandemic*, „JAMA” 2020, 323(18), s. 1773–1774.

¹¹ N. McHugh, R.M. Baker, H. Mason, L. Williamson, J. van Exel i in., op. cit., s. 15.

¹² L. Vaughn, *Bioethics...*, s. 221.

¹³ J. Harris, *QUALYing the Value of Life*, „Journal Medical Ethics” 1987, 13, s. 117–122.

Harris uznaje, że kluczowym błędem QUALY jest to, że te cele nie mogą uwzględniać subiektywnego charakteru oceny wartości własnego życia przez ludzi. Człowiek sparaliżowany może cenić swoje życie i sądzić, że jego jakość jest niezwykle wysoka pomimo jego niepełnosprawności. Doskonale zdrowa osoba może sprawić, że jej życie będzie nieszczęśliwe pomimo braku dolegliwości fizycznych. Ta subiektywna ocena wydaje się być ważna; obiektywna ocena wydaje się być nieistotna¹⁴.

Prawdopodobieństwo sukcesu i pilność potrzeb

Niektóre przepisy starają się uwzględniać prawdopodobieństwo sukcesu lub pilność potrzeb pacjentów (np. w wypadku przeszczepów). Oba czynniki mogą być moralnie istotne. Prawdopodobieństwo sukcesu przy ograniczonych zasobach wydaje się być sprawiedliwe i wymaga, aby dostęp do opieki zdrowotnej był udzielany tym, którzy prawdopodobnie najbardziej z niego skorzystają. W przeciwnym razie zasoby zostaną zmarnowane, a inne osoby, które można by uratować, zostaną pozbawione leczenia. Niemniej jednak niektórzy utrzymują, że przydzielanie środków w świetle jednego z tych kryteriów, a niebranie pod uwagę drugiego jest błędem¹⁵.

Wartość społeczna

Ani prawdopodobieństwo sukcesu, ani pilna potrzeba nie wydają się być tak kontrowersyjne, jak innego rodzaju kryterium – kryterium społecznej wartości życia ludzi. Tu pojawia się pytanie, którzy potencjalni odbiorcy świadczeń – jeśli mają szansę na życie – mają wnieść największy wkład w dobro społeczeństwa. Czy student medycyny powinien być leczony zamiast poety czy prostytutki? N. Rescher uważa, że to pytanie o użyteczność społeczną jest ważne i moralnie istotne¹⁶.

Inni całkowicie odrzucają tę linię, argumentując z perspektywy egalitarnej lub kantyjskiej, że wszystkie osoby mają taką samą wartość. Moralnie student medycyny nie jest wart więcej niż poeta czy prostytutka i na odwrót. W bardzo rzadkich przypadkach wartość społeczna może jednak przeważać nad względami egalitarnymi. Wydaje się rozsądne, że w podczas pandemii personel medyczny będzie bardziej potrzebny niż inni członkowie społeczeństwa, aby przynieść największe korzyści później.

¹⁴ Ibidem, s. 121.

¹⁵ T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Principles of biomedical ethics*, New York 1989, s. 266. Niektórzy pacjenci umrą, jeśli nie otrzymają organu od razu, ale również umrą, jeśli go otrzymają. W ten sposób zasada pilności nie zawsze jest dobrym kryterium ocennym priorytetu, czasami będzie niesprawiedliwa i nieskuteczna.

¹⁶ N. Rescher, *The Allocation of Exotic Medical Lifesaving Therapy*, „Ethics” 1969, 79, s. 173–186.

Cele teorii sprawiedliwości dystrybucyjnej

Celem omówionych powyżej teorii sprawiedliwości dystrybucyjnej będzie sprawiedliwy podział ograniczonych zasobów. Sprawiedliwość jednak może być widziana w różnym odcieniu w zależności od tego, którą teorię uważamy za słuszną. W polityce zdrowotnej większość państw opiera się na założeniach teorii użyteczności, czyli na maksymalizacji korzyści dla społeczeństwa w połączeniu z teorią egalitarną gwarantującą podstawowe świadczenia opieki zdrowotnej. Najbardziej kontrowersyjne będzie tu ustalenie kryteriów, którymi będzie kierował się wybór, komu zostanie udzielona pomoc, a komu nie. Czy kryteria te mogą zostać uznane za etycznie sprawiedliwe i uzasadnione, czy może w zbyt dużym stopniu dyskryminują poszczególne osoby?

Pandemia 2020 – jak postępują państwa?

Celem artykułu jest porównanie założeń (celów) polityki zdrowotnej opartej na teorii sprawiedliwości dystrybucyjnej z ich rzeczywistą implementacją (funkcją) w formie wytycznych lub planów *triage* podczas sytuacji kryzysowej pandemii COVID-19. Aby dokonać końcowej analizy, przyjrzymy się, jakie środki i podejścia teoretyczne zostały faktycznie wykorzystane na przykładzie dwóch państw: Szwecji i USA.

Sprawa szwedzka

Rządy na całym świecie różnie reagowały na szybko rosnącą liczbę zakażeń koronawirusem. Naukowcy z Uniwersytetu Oksfordzkiego i Blavatnik School of Government opracowali narzędzie umożliwiające porównywanie działań podejmowanych przez poszczególne kraje: tzw. rządowy wskaźnik surowości reakcji (Government Response Stringency Index)¹⁷. Indeks oparty jest na 17 różnych wskaźnikach, takich jak: rodzaj i zakres zamykania szkół, godziny policyjne, pomoc finansowa dla firm oraz inwestycje w rozwój szczepionek. Jak widać w opracowaniu przygotowanym przez naukowców Szwecja pozostaje jedynym krajem w Europie o wysokim wskaźniku zakażeń i niskiej reakcji rządu¹⁸. Wynika to z faktu, że rząd szwedzki obrał

¹⁷ Zob.: <https://www.bsg.ox.ac.uk/research/research-projects/coronavirus-government-response-tracker> (dostęp: 12.07.2020).

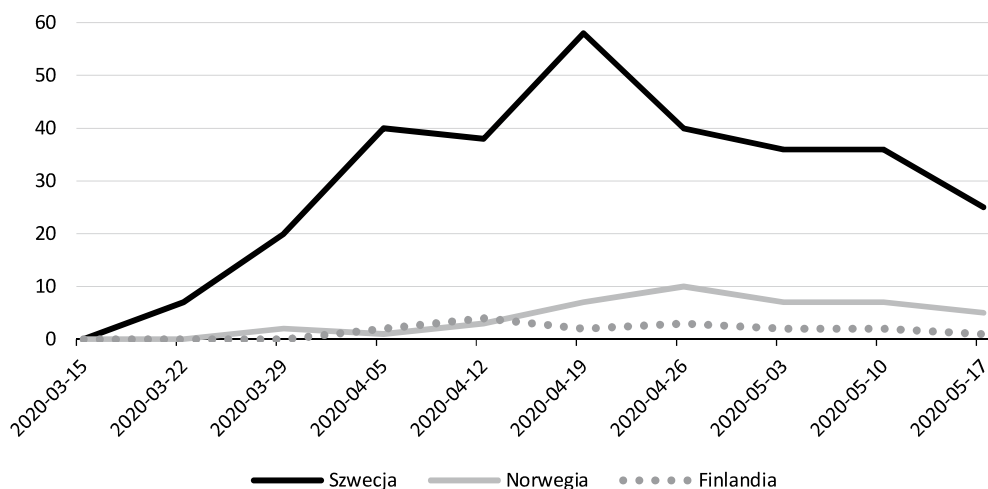
¹⁸ Por. grafy pod: https://raw.githubusercontent.com/OxCGRT/covid-policy-scratchpad/master/regional_reports/LatestEuropeCentralAsiaRegionalSummary.pdf (dostęp: 13.08.2020).

inny kurs niż większość krajów walczących z pandemią. Nie było żadnego kompletnego zamknięcia kraju. Stosunkowo swobodne podejście Szwecji do koronawirusa wywołało gorące dyskusje wśród naukowców i polityków na całym świecie. Niektórzy określili procedurę jako niebezpieczny eksperyment na ludności, inni uznali Szwecję za wymarzony kraj, w którym nadal panuje rozum¹⁹.

Ilość zgonów

W stosunku do liczby mieszkańców, do maja 2020 r. na COVID-19 w Szwecji zmarło cztery razy więcej osób niż np. w Niemczech. W Szwecji na 100 000 mieszkańców zmarło 41 osób, w Niemczech – dziesięć²⁰.

Wykres 1. Liczba zgonów na Covid-19 w Szwecji (7 dni)



Źródło: <https://platz.se/coronavirus/> (dostęp 30.06.20).

Z kolei Norwegii i Finlandii udało się ustabilizować liczbę zgonów na poziomie od czterech do pięciu na 100 000 mieszkańców, co stanowi od ośmiu do jednej dziesiątej liczby zgonów w Szwecji. Dlaczego w Szwecji odnotowywano znacznie więcej zgonów niż w krajach sąsiednich? Warunki wyjściowe były przecież porównywalne.

¹⁹ L. Andersen, E.T. Hansen, N. Johannesen, A. Sheridan, *Pandemic, Shutdown and Consumer Spending: Lessons from Scandinavian Policy Responses to COVID-19*, arXiv:2005.04630v1 (dostęp: 13.08.2020).

²⁰ Zob.: <https://gisanddata.maps.arcgis.com/apps/opsdashboard/index.html#/bda7594740fd-40299423467b48e9ecf6> (dostęp: 12.07.2020).

Osoby starsze

Główny epidemiolog Szwecji, Anders Tegnell, przypisuje stosunkowo wysoki wskaźnik zgonów głównie skutkom pandemii w domach opieki. „Prawie 50 procent wszystkich zgonów miało miejsce w domach opieki”, powiedział w wywiadzie dla BBC²¹. Jego zdaniem nie można było wystarczająco dobrze chronić mieszkańców domów opieki. Liczne infekcje i zgony nie są jednak zasadniczo sprzeczne ze szwedzką strategią, podkreślił A. Tegnell. Jego argumentacja jest tylko w połowie słuszna. Ogniska epidemii w domach społecznych miały miejsce nie tylko w Szwecji, ale i w wielu innych krajach. W Niemczech, według Instytutu Roberta Kocha (RKI), odsetek ten wynosi 38%²². Niemniej jednak, w Szwecji na COVID-19 zmarło cztery razy więcej osób niż w Niemczech w stosunku do liczby mieszkańców²³.

Jednym z problemów Szwecji w czasie pandemii jest stosunkowo niewielka liczba łóżek intensywnej terapii w szpitalach. Według oficjalnych statystyk nigdy nie były one w pełni zajęte, mimo że w Szwecji odnotowano znacznie więcej przypadków COVID-19 na mieszkańca z ciężką chorobą wieńcową niż w innych krajach²⁴.

Wydaje się, że Szwecja uniknęła nadmiernego obciążenia swoich oddziałów intensywnej terapii z powodu odmowy przyjęcia na intensywną terapię starszych pacjentów (zob. wykres 2). Szwedzki rejestr szpitali w zestawieniu z liczbą zgonów pokazuje, że dwie trzecie wszystkich zgonów COVID-19 to osoby powyżej 80 roku życia, ale tylko ok. 5% pacjentów z COVID-19 na oddziałach intensywnej terapii pochodzi z tej grupy wiekowej²⁵. Według informacji z BBC lokalne władze zdrowotne również odradzały przekazywanie starszych pacjentów do szpitali i odmawiały podawania tlenu bez zgody lekarza jako środka paliatywnego. Najwyraźniej w ten sposób uniknięto procedury *triage'u* w szpitalu – miała ona miejsce wcześniej w domach opieki.

Wytyczne krajowe

W 1992 r. Szwecja zwołała parlamentarną Komisję Priorytetów. Wiele rozwiązań dotyczących kwestii merytorycznych pozostawiono w gestii lokalnych władz ds. zdrowia. Komisja parlamentarna nakreśliła jednak trzy główne zasady etyczne

²¹ Zob.: <https://www.bbc.com/news/world-europe-52704836> (dostęp: 13.07.2020).

²² Zob.: https://www.rki.de/DE/Content/InfAZ/N/Neuartiges_Coronavirus/Projekte_RKI/COVID-19_Todesfaelle.html (dostęp: 20.08.2020).

²³ Por. statystyki John Hopkins University: <https://coronavirus.jhu.edu/data/mortality> (dostęp: 20.08.2020).

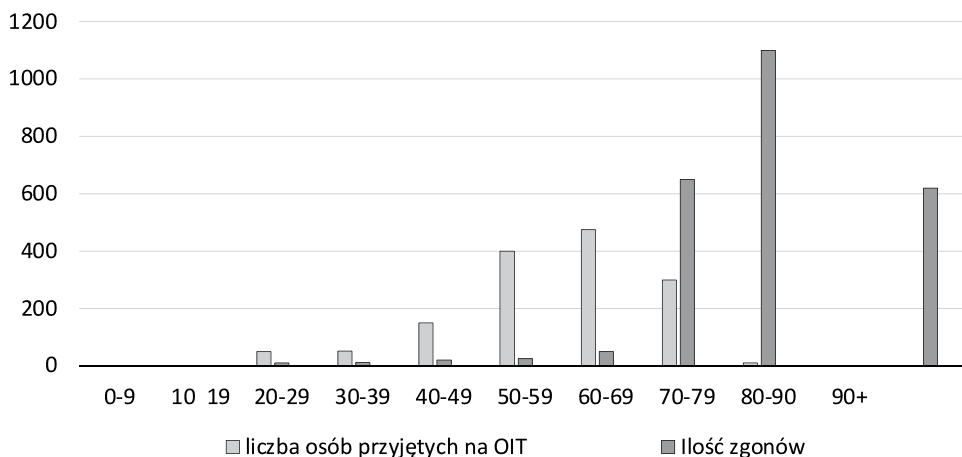
²⁴ M. Savage, *Coronavirus: What's going wrong in Sweden's care homes?*, <https://www.bbc.com/news/world-europe-52704836>, 19.05.2020 (dostęp: 20.07.2020).

²⁵ Zob.: <https://www.icuregsweden.org/en/data--results/covid-19-in-swedish-intensive-care/> (dostęp: 20.07.2020).

postępowania w służbie zdrowia: godność ludzką, potrzebę i solidarność oraz efektywność kosztową. Komisja określiła pięć grup priorytetowych w zależności od rodzaju danej choroby lub leczenia²⁶. Choć efektywność kosztowa została wymieniona jako zasada, Komisja wyraźnie zadeklarowała, że koszty powinny być brane pod uwagę jedynie przy porównywaniu metod leczenia tego samego schorzenia. Opowiedziała się również przeciwko stosowaniu metod efektywności, które próbują ilościowo określić jakość życia, takich jak np. opisana powyżej metoda QALY. Położono nacisk na solidarność i potrzeby słabszych grup społecznych.

W 1994 r. Szwecja zwołała drugą Komisję parlamentarną, która w większym stopniu skupiła się na pozyskiwaniu opinii publicznej, co nie miało praktycznie żadnego znaczenia dla merytorycznych postanowień pierwszej Komisji²⁷.

Wykres 2. Przyjęcia na OIT i zgony w przedziałach wiekowych



Źródło: opracowanie na podstawie <https://www.icuregsw.se/en/data--results/covid-19-in-swedish-intensive-care/> i Johns Hopkins University <https://coronavirus.jhu.edu/map.html> (dostęp: maj 2020).

W Szwecji decyzje dotyczące personelu i alokacji środków opieki zdrowotnej są podejmowane na szczeblu regionalnym. Krajowe wytyczne sugerują jednak, że starsi pacjenci, czy to w państwowych, czy prywatnych domach opieki, nie powinni być automatycznie kierowani do szpitala na leczenie. Dr Thomas Linden,

²⁶ J. Mainz, *Health Care and Medical Priorities Commission. No Easy Choices: The Difficult Priorities of Healthcare*. Stockholm, Ministry of Health and Social Affairs, „Scandinavian Journal of Social Medicine” 1995, 23, s. 144.

²⁷ Swedish Parliamentary Priorities Commission. *Priorities in Health Care: Ethics, Economy, Implementation*. Stockholm, Ministry of Health and Social Affairs, 1995. See also M. McKee, *For Debate: Setting priorities: can Britain learn from Sweden?*, „BMJ” 1996, 312, s. 691.

dyrektor medyczny w National Board of Health and Welfare, w wywiadzie udzielonym BBC powiedział, że pracownicy powinni „profesjonalnie rozważyć potencjalne korzyści” w stosunku do czynników ryzyka, takich jak złapanie wirusa w szpitalu i „koszty” transportu pacjentów, w tym prawdopodobieństwo dezorientacji i dyskomfortu²⁸. Pracownicy służby zdrowia proszeni są o niedyskryminowanie wyłącznie ze względu na wiek, choć wiek biologiczny może być istotny w połączeniu z innymi czynnikami. Jeśli chodzi o zapewnienie opieki paliatywnej, nie ma obowiązku dostarczania choremu tlenu, a dr T. Linden przyznaje, że „opinie na temat wartości tlenu są podzielone między specjalnościami i regionami”²⁹.

Przyglądając się statystykom porównującym liczbę pacjentów trafiających na oddział intensywnej terapii (OIT) w zestawieniu z wiekiem pacjentów (wykres 2), możemy zauważyć iż liczba pacjentów przyjmowanych na (OIT) rośnie do przedziału wiekowego 60–69, a później spada. Liczba zgonów wzrasta wraz z wiekiem. Wskazuje to na to, że większość z tych osób nigdy nie dostaje szansy przyjęcia do OIT. Statystyka ta odzwierciedla wytyczne dokumentu Nationella principer för prioritering inom intensivvård under extraordinära förhållanden (Krajowe zasady ustalania priorytetów w ramach OIT w nadzwyczajnych okolicznościach), który został rozdany szpitalom w Szwecji 25 marca 2020 r. przez Krajową Radę Opieki Społecznej w Szwecji³⁰.

Funkcja szwedzkich regulacji

Zdaniem ekspertów celem uregulowań szwedzkiego rządu jest między innymi uzyskanie odporności stadnej³¹ opartej na teorii utylitarystycznej, która pozwala na poniesienie ofiar z uwagi na duże przyszłe korzyści dla całego społeczeństwa. Odporność stadna mogłaby być sposobem zmniejszenia ryzyka wyczerpania się zasobów systemu opieki zdrowotnej³². Szwecja podąża własną drogą; wydaje się że jest to eksperyment na koszt starszych pokoleń. Dystrybucja zasobów opieki zdrowotnej zazwyczaj ma miejsce w sytuacji, gdy tych zasobów jest mało. W Szwecji

²⁸ M. Savage, op. cit.

²⁹ Ibidem.

³⁰ Zob. pod: <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepoint-dokument/dokument-webb/ovrigt/nationella-prioriteringar-intensivvarden.pdf>; J. Korhonen, B. Granberg, *Sweden Backcasting, Now?—Strategic Planning for Covid-19 Mitigation*, „A Liberal Democracy, Sustainability” 2020, 12(10), s. 4138.

³¹ Krytycznie w stosunku do odporności stadnej zobacz: K.O. Kwok, F. Lai, W.I. Wei, S. Yeung, S. Wong, *Letter to the Editor, Herd immunity – estimating the level required to halt the COVID-19 epidemics in affected countries*, „Journal of Infection” 2020, 80(6).

³² C. King, L. Einhorn, N. Brusselares i in., *Covid-19 a very visible pandemic*, „The Lancet”, 2020, 396(10233), s. 10248.

widzimy przypadek, w którym jeszcze jest wystarczająco dużo zasobów i tylko istnieje potencjalne ryzyko ich wyczerpania. Osoby starsze pozbawiane są prawa do opieki zdrowotnej w sytuacji, w której można by było im tej pomocy udzielić. Dostępu odmawia się w pewnym sensie na „zapas” rezerwując miejsca na OIT dla młodszych pacjentów. Celem tak prowadzonej polityki jest może uzyskanie odporności stadnej, utrzymanie poziomu kształcenia i uniknięcie recesji gospodarczej, rzeczywistą funkcją jednak będzie dyskryminacja starszego pokolenia Szwedów.

Sprawa USA

Epidemia COVID-19 dotarła do USA nieco później niż do Europy, jednak podczas gdy Europie udało utrzymać ilość zakażeń na w miarę stałym poziomie, USA wciąż się z nią zмага, poczynając od 11 marca i osiągając szczyt 66 625 przypadków dziennie 11 czerwca³³. W wielu stanach w obliczu ryzyka zaistnienia niedoboru środków opieki zdrowotnej wprowadzono wytyczne określające warunki, którzy pacjenci z koronawirusem będą traktowani priorytetowo w zakresie opieki ratującej życie, a którym odmówi się dostępu do respiratora. Plany te obejmują różne kryteria, takie jak wiek, problemy zdrowotne i zdolności poznawcze. Wiele stanów korzystało przy tym z wcześniej ustalonych tzw. planów *triage* przygotowanych na wypadek klęski żywiołowej lub pandemii. Obecnie plany te są reaktywowane i weryfikowane w nadziei, że pomogą, jeżeli szpitale będą miały więcej pacjentów niż respiratorów. W poniższym badaniu rozważamy trzy dokumenty dotyczące strategii *triage* z Alabamy³⁴, Maryland³⁵, Kansas³⁶, aby dostrzec, jakie czynniki wpływają na decyzję o priorytecie udzielenia pomocy.

Plany *triage*

Wszystkie trzy zbadane plany dają pierwszeństwo osobom nieposiadającym chorób współistniejących, mającym największe szanse na pełne wyzdrowienie. Plany

³³ Zob. pod: <https://ourworldindata.org/coronavirus/country/united-states?country=~USA#what-is-the-daily-number-of-confirmed-cases> (dostęp: 13.07.20).

³⁴ Annex to ESF 8 of the State of Alabama Emergency Operation Plan, Criteria for Mechanical ventilator Triage Following Proclamation of Mass-Casualty Respiratory Emergency, https://adap.ua.edu/uploads/5/7/8/9/57892141/alabamas_ventilator_rationing_plan.pdf (dostęp: 16.07.20).

³⁵ Too Many Patients. A framework to Guide Statewide Allocation of Scarce Mechanical Ventilation During Disasters, <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0012369218325650> (dostęp: 16.07.20).

³⁶ Toolkit for COVID-19, Kansas Department of Health and Environment, <https://www.coronavirus.kdheks.gov> (dostęp: 16.07.20).

te opierają się na szeregu zasad etycznych oraz na zasadach równości społecznej³⁷. Osoby z podstawowymi problemami zdrowotnymi mogą uzyskać niższą klasyfikację, co niestety w większej mierze dotyczyć będzie osób o niższych dochodach, ponieważ nie stać ich na najlepszą opiekę zdrowotną, a statystycznie będzie to głównie problemem mniejszości³⁸.

Moc prawna poszczególnych planów różni się w zależności od stanu. Są to oficjalne wytyczne ministerstw (Kansas) lub nawet szerzej koalicji ministerstw z innymi instytucjami pożytku publicznego (Alabama), w wypadku Marylandu zaś zalecenia organizacji zrzeszającej lekarzy³⁹. Wspólnym dla wszystkich planów jest jedno bardzo ważne założenie, różniące się od przedstawionego w poprzednich punktach szwedzkiego przypadku, mianowicie plany te powinny być wdrażane tylko w sytuacji, gdy inne środki zawiodą. Jak mówi raport wydany przez Narodową Akademię Nauk, Inżynierii i Medycyny (National Academies of Sciences, Engineering and Medicine): „Kiedy istnieje ryzyko, że system zostanie przeciążony, celem staje się ochrona, zastąpienie, dostosowanie i ponowne wykorzystanie”. Raport mówi, że dokonywanie decyzji dotyczących życia i śmierci powinno być dokonywane „tylko w najbardziej skrajnych okolicznościach”⁴⁰.

Sytuacja kryzysu – kto nie ma szans na respirator?

Podczas pandemii COVID-19 w sytuacji niedoboru zasobów pierwszą decyzją, jaką szpital może rozważyć, jest decyzja o odmowie przyjęcia na oddział intensywnej terapii. Z utylitarystycznego punktu widzenia odmowa powinna dotyczyć osób, których stan zdrowia jest na tyle poważny, iż nawet w razie skorzystania z respiratora ich rokowania są znikome. Problem polega na tym, jak dokonać właściwego i uzasadnionego etycznie wyboru w sytuacji pandemii.

Alabama, Maryland i Kansas rozwiązują ten problem poprzez wykluczenie pacjentów, którzy mogą cierpieć na zatrzymanie akcji serca niedające się odwrócić poprzez standardowe zabiegi, takie jak np. defibrylacja. Ich plany odmawiają dostępu do respiratora również tym pacjentom, którzy mieli poważny uraz mózgu lub

³⁷ Zob. wyżej – *Podjęcie teoretyczne*.

³⁸ A. van Dorn, R.E. Cooney, M.L. Sabin, *COVID-19 exacerbating inequalities in the US*, „The Lancet” 2020, 395(10232), s. 1243–1244.

³⁹ Chest, <https://www.chestnet.org/About> (dostęp: 28.08.2020).

⁴⁰ „When the system is at risk of becoming overwhelmed, the goal then becomes to conserve, substitute, adapt and reuse” – Rapid Expert Consultation on Crisis Standards of Care for the COVID-19 Pandemic (March 28, 2020), <https://www.nap.edu/catalog/25765/rapid-expert-consultation-on-crisis-standards-of-care-for-the-covid-19-pandemic-march-28-2020> (dostęp: 15.07.20).

poważne oparzenia powodujące niskie prawdopodobieństwo przeżycia⁴¹. Ponadto Alabama wyklucza pacjentów z demencją, a Kansas pacjentów z zaawansowaną złośliwą chorobą nowotworową.

Tabela 1. Kryteria wykluczenia w badanych stanach

Alabama*	Maryland**	Kansas***
1. Zatrzymanie akcji serca: niespodziewane zatrzymanie, powracające zatrzymanie, zatrzymanie akcji serca nie reaguje na standardową terapię	1. Zatrzymanie akcji serca niespodziewane, powracające lub niereagujące na defibrylację lub pacing	1. Ciężka i chroniczna choroba z krótką prognozą przeżycia (6 miesięcy lub mniej)
2. Ciężki uraz, w szczególności związany z zatrzymaniem akcji serca	2. Zaawansowane i nieodwracalne zdarzenie lub stan neurologiczny	2. Wiek powyżej 60 lat i 40% oparzeń ciała wraz z uszkodzeniem układu oddechowego
3. Demencja	3. Oparzenia u pacjentów łącznie z: <ul style="list-style-type: none"> • wiekiem powyżej 60 lat • 50% powierzchni ciała 	3. Zatrzymanie akcji serca, które nie opowiada na elektryczną terapię
4. Złośliwa choroba nowotworowa z przerzutami		4. Zaawansowana i nieuleczalna choroba nerwowo-mięśniowa
5. Oparzenia powyżej 60%		5. Zaawansowana i złośliwa choroba nowotworowa z przerzutami
6. Stan terminalny lub niewydolność organów		

* Annex to ESF 8..., s. 6.

** *Too Many Patients...*, s. 851.

*** Toolkit for COVID-19..., s. 55.

Źródło: Opracowanie własne na podstawie cytowanych dokumentów.

Komu przysługuje pierwszeństwo?

Maryland w swoich wytycznych wprowadza system oceny punktowej. Pacjenci otrzymują punkty w oparciu o kombinację czynników, które w dużej mierze dążą do oceny zarówno krótko-, jak i długoterminowej zdolności do przeżycia. W przypadku gdy dwóch pacjentów ma takie samo oszacowane szanse przeżycia, protokoły oceny punktowej dają młodszym osobom większe szanse na uzyskanie leczenia,

⁴¹ Ventilator Allocation Guidelines, *Too Many Patients. A framework to Guide Statewide Allocation of Scarce Mechanical Ventilation During Disasters*, <https://int.nyt.com/data/documenthelper/6848-maryland-triage-guidelines/02cb4c58460e57ea9f05/optimized/full.pdf#page=1> (dostęp: 15.07.20).

przy czym „najniższy priorytet” przyznaje się pacjentom w wieku 85 lat i starszym. Procedury Maryland analizują również stopień istniejących wcześniej problemów zdrowotnych, które mogą doprowadzić do zgonu w ciągu roku⁴².

Kansas, Maryland i Alabama stosują w swoich planach punktację znaną jako Ocena Sekwencyjnej Niewydolności Organów (SOFA)⁴³. Pacjenci z wysoką punktacją SOFA mają mniejsze szanse na zakwalifikowanie do leczenia na OIT i dostępu do respiratora niż pacjenci z niższą punktacją SOFA.

Tabela 2. Schemat alokacji respiratora w stanie Kansas

Wstępne kryteria	Pierwszeństwo	Akcja
Kryteria wykluczenia lub SOFA > 11	Brak	Nie stosuj zasobów ratujących życie, opieka paliatywna
SOFA < 7 lub niewolność jednego organu	Wysokie	Użyj zasobów ratujących życie
SOFA 8–11	Średnie	Użyj zasobów ratujących życie, jeżeli są dostępne
Brak potrzeby stosowania zasobów ratujących życie	Brak	Używaj alternatywnych form interwencji medycznej. Oceń ponownie, jeżeli nastąpi potrzeba

Źródło: Departament Zdrowia i środowiska Stanu Kansas (Kansas Department of Health and Environment); Toolkit for COVID-19..., s. 57.

Funkcja planów triage w USA

W sytuacjach kryzysowych, do których należy pandemia Covid-19 etyczny obowiązek lekarzy do podejmowania decyzji uwzględniających dobro poszczególnych pacjentów może zostać zdominowany przez politykę zdrowia publicznego, która zazwyczaj będzie oparta na utylitarystycznych zasadach i jej priorytetem będzie maksymalizacja korzyści dla jak największej liczby pacjentów. Funkcją planów będzie wyznaczenie kryteriów, jakimi należy się kierować przy podejmowaniu decyzji, czyje życie ratować. System punktacji nigdy nie był przeznaczony ani idealny do

⁴² Ibidem, s. 851.

⁴³ Sequential Organ Failure Assessment – metoda ta mierzy funkcjonowanie głównych układów organizmu, w tym serca, płuc, nerek, wątroby, krwi i układu neurologicznego. Porównaj również inne metody: D. Peres Bota, C. Melot, F. Lopes Ferreira i in., *The Multiple Organ Dysfunction Score (MODS) versus the Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) score in outcome prediction*, „Intensive Care Med” 2020, 28, s. 1619–1624.

tego celu, niektórzy eksperci kwestionują jego dokładność w przewidywaniu szans przeżycia⁴⁴. Niektóre systemy punktacji integrują w sobie te obawy i stosują tzw. skalę elastyczną, tak aby osoba, której wynik jest nieco wyższy niż wynik uniemożliwiający jej korzystanie z respiratora, nie została automatycznie wykluczona i pozbawiona szansy życia, jeśli okaże się, że jest wystarczająca liczba respiratorów. Plany *triage* powodują jednak wykluczenie części chorych z możliwości skorzystania z technik ratujących. Ich funkcja jest podobna do zaleceń wprowadzonych w Szwecji. Z tą jednak różnicą, iż w USA dostępu do OIT odmawia się dopiero w momencie powstania niedoboru zasobów, a nie jak w Szwecji, aby tego niedoboru uniknąć. W Szwecji dochodzi do selekcji przede wszystkim na podstawie jednego, wiekowego, kryterium – dyskryminowane są osoby starsze. W USA zaś dochodzi do dyskryminacji osób starszych i biedniejszych (w amerykańskim systemie opieki zdrowotnej opartym po części na liberalnej teorii dostępu do służby zdrowia osoby biedniejsze nie posiadają dostępu do pełni jej świadczeń) oraz obciążonych chorobami współistniejącymi.

Wnioski końcowe

Przyglądając się wybranym przykładom decyzji dotyczących ustalenia priorytetów w kontekście pandemii COVID-19, z jednej strony można zauważyć, że zasadniczo stosowane są kryteria, które mogą być uzasadnione raczej utylitarnie. Na przykład, regularnie kładzie się nacisk na zachowanie szans życiowych (*good life*), uwzględnia się perspektywę powodzenia intensywnej terapii medycznej, a w niektórych przypadkach bierze się pod uwagę wartość społeczną osób chorych, np. personelu medycznego w czasie pandemii. Krytyka tego postępowania pochodzi przede wszystkim ze strony zwolenników bardziej egalitarnych modeli dystrybucji. Osoby te zasadniczo kwestionują obiektywność i możliwość oceny jakości życia i oczekiwanej jego długości. W szczególności z religijnego punktu widzenia wiele utylitarnych kryteriów oceny „wartości życia” jest nie do przyjęcia. Wszystkie modele decyzyjne bowiem będą zawierały klasyfikację osób, których życie jest bardziej lub mniej warte. Dyskryminowane będą w szczególności osoby starsze, z ciężkimi lub przewlekłymi chorobami lub osoby znajdujące się w niekorzystnej sytuacji społecznej i osoby niepełnosprawne. W Niemczech osoby potencjalnie mogące stać się ofiarami dyskryminacji złożyły skargę do Federalnego Sądu Konstytucyjnego, aby ten zmusił ustawodawcę do uregulowania zasad podejmowania decyzji *triage*

⁴⁴ R. Gatter, J. Moskop, *From Futility to Triage*, „*The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine*” 1995, 2, s. 191–205.

– jednak do tej pory bez powodzenia⁴⁵. Nawet jeśli niewątpliwie istnieje wiele możliwych i uzasadnionych modeli ustalania priorytetów z etyczno-filozoficznego punktu widzenia, trudno jest znaleźć rozwiązanie, które byłoby w dużej mierze społecznie akceptowalne i które mogłoby być egzekwowane politycznie, na przykład w formie ustawy. Politycy prawdopodobnie będą się wzbraniać przed rozwiązaniem legislacyjnym, choćby ze względu na złożoność problemu i kontrowersyjny charakter. Będzie to powodowało, iż rozwiązanie tych problemów zostanie powierzone organizacjom zawodowym, szpitalom, radom etyki itp. lub ostatecznie sądom.

Celem odpowiedzialnej polityki powinno zatem być przede wszystkim unikanie sytuacji kryzysowych, w których ze względu na ograniczone zasoby zaistnieje konieczność podjęcia decyzji o alokacji – zwłaszcza jeśli chodzi o potencjalne decyzje o życiu i śmierci. Oczywiście nawet w bogatych krajach niemożliwe jest posiadanie systemu opieki zdrowotnej, który byłby stale wyposażony w nadwyżki zasobów i przygotowany na wszystkie możliwe kryzysy. Przebieg pandemii COVID-19 pokazuje jednak, że nie wszystkie regiony w poszczególnych krajach, a także nie wszystkie państwa są jednakowo i jednocześnie dotknięte w tym samym stopniu. Dlatego korzystna wydaje się inwestycja w lepszą zdolności mobilizacji opieki zdrowotnej. Do tej pory jednak mogliśmy zaobserwować działania skądinąd odwrotne. W obliczu zagrożenia każde z państw starało się myśleć tylko i wyłącznie w kategoriach wytyczanych przez granice. Mobilizacja opieki zdrowotnej to nie tylko rozszerzenie krajowych możliwości przenoszenia pacjentów do regionów mniej dotkniętych – tak jak miało to miejsce we Francji ze specjalnie wyposażonymi TGV⁴⁶ – lub sprzętu czy personelu medycznego z regionów mniej dotkniętych do regionów szczególnie dotkniętych pandemią. Pomocne mogą tu być mobilne szpitale lub statki szpitalne. To samo powinno dziać się między państwami. W szczególności Unia Europejska mogłaby zapewnić fundusze na ogólnoeuropejskie operacje relokacyjne lub stworzyć odpowiednie instytucje ramowe, które w przyszłości będą oferować takie relokacje na całym kontynencie w ramach standardowych procedur. „Europejska wartość dodana” takich przedsięwzięć byłaby namacalna. Warto byłoby też w większym stopniu wykorzystać doświadczenie i potencjał sektora wojskowego, takiego jak szpitale polowe, statki szpitalne czy specjalnie wyposażone samoloty do transportu chorych lub rannych. Na przykład maszyny „MedEvac” niemieckich sił zbrojnych zostały wykorzystane do przenoszenia pacjen-

⁴⁵ Das Bundesverfassungsgericht hat einen entsprechenden Eilantrag abgelehnt (Beschluss vom 16. Juli 2020, 1 BvR 1541/20, ECLI:DE:BVerfG:2020:rk20200716.1bvr154120). Zdaniem Federalnego Trybunału Konstytucyjnego rozwój sytuacji epidemiologicznej w Niemczech i sytuacja panująca w szpitalach nie wymagają ustalania planów *triage*.

⁴⁶ Zob.: <https://www.sncf.com/fr/reseau-expertises/privatisation-train/trains-speciaux/tgv-special-sur-front-pour-transport-malades-coronavirus> (dostęp: 19.09.2020).

tów z Covid z Włoch i Hiszpanii do Niemiec⁴⁷. Wobec wcześniejszych, w niektórych przypadkach negatywnych doświadczeń – statek szpitalny, który został przewieziony do Nowego Jorku⁴⁸, w rzeczywistości nie był praktycznie używany – wydaje się konieczne istotne usprawnienie współpracy między agencjami wojskowymi i cywilnymi oraz zmniejszenie przeszkód biurokratycznych. Zwiększając pulę dostępnych zasobów, można by również w przyszłości unikać stosowania w miarę możliwości fascynujących prawnie i filozoficznie przepisów dotyczących segregacji lub innych wytycznych dotyczących dystrybucji i ograniczyć je do kilku skrajnych przypadków, w których relokacja w celach praktycznych nie wydaje się możliwa ze względów medycznych. Nawet dobrze etycznie uzasadnione decyzje dotyczące alokacji zasobów często mają w rzeczywistości tragiczne konsekwencje. Podobne wartościowanie będzie czekało nas w momencie pojawienia się szczepionki na COVID-19. Dobrze byłoby tym razem lepiej przygotować się do sprawiedliwego podziału, który starałby się unikać dyskryminacji.

Bibliografia

- Andersen L., Hansen E.T., Johannesen N., Sheridan A., *Pandemic, Shutdown and Consumer Spending: Lessons from Scandinavian Policy Responses to COVID-19*, arXiv:2005.04630v1 (dostęp: 13.08.2020).
- Beuchamp T.L., Childress J.F., *Principles of biomedical ethics*, New York 1989.
- Blackorby Ch., Bossert W., Donaldson D., *Chapter 11 Utilitarianism and the theory of justice*, [w:] K.J. Arrow, A.K. Sen, K. Suzumura (red.), *Handbook for Social Choice and Welfare*, North Holland 2002, s. 543–596.
- Buchmann A., *Health care delivery and resource allocation*, [in:] R.M. Veatch (red.), *Medical Ethics*, Boston MA 1997, s. 351–380.
- Cook K.S., Hegtvedt K.A., *Distributive Justice, Equity, and Equality*, „Annual Review of Sociology” 1983, 9(1), s. 217–241.
- Dorn A., van, Cooney R.E., Sabin M.L., *COVID-19 exacerbating inequalities in the US*, „The Lancet” 2020, 395(10232), s. 1243–1244.
- Gatter R., Moskop J., *From Futility to Triage*, „The Journal of Medicine and Philosophy: A Forum for Bioethics and Philosophy of Medicine” 1995, 2, s. 191–205.
- Harris J., *QUALYfing the Value of Life*, „Journal Medical Ethics” 1987, 13, s. 117–122.
- Hirose I., *Egalitarianism*, Routledge 2014.

⁴⁷ Zob.: <https://www.bundeswehr.de/de/aktuelles/schwerpunkte/corona-krise-rettungsflieger-a400m-medevac> (dostęp: 9.09.2020).

⁴⁸ Zob.: <https://www.nytimes.com/2020/04/02/nyregion/ny-coronavirus-usns-comfort.html> (dostęp: 9.09.2020).

- King C., Einhorn L., Brusselares N. i in., *Covid-19 a very visible pandemic*, „The Lancet”, 2020, 396(10233).
- Korhonen J., Granberg B., *Sweden Backcasting, Now? – Strategic Planning for Covid-19 Mitigation*, „A Liberal Democracy, Sustainability” 2020, 12(10).
- Kwok K.O., Lai F., Wei W.I., Yeung S., Wong S., *Letter to the Editor, Herd immunity – estimating the level required to halt the COVID-19 epidemics in affected countries*, „Journal of Infection” 2020, 80(6).
- Mainz J., *Health Care and Medical Priorities Commission. No Easy Choices: The Difficult Priorities of Healthcare*. Stockholm, Ministry of Health and Social Affairs, „Scandinavian Journal of Social Medicine” 1995, 23.
- McHugh N., Baker R.M., Mason H., Williamson L., van Exel J. i in., *Extending life for people with a terminal illness: a moral right and an expensive death? Exploring societal perspectives*, „BMC Medical Ethics” 2015, 16, s. 1–15.
- McKee M., *For Debate: Setting priorities: can Britain learn from Sweden?*, „BMJ” 1996, 312.
- Peres Bota D., Melot C., Lopes Ferreira F. i in., *The Multiple Organ Dysfunction Score (MODS) versus the Sequential Organ Failure Assessment (SOFA) score in outcome prediction*, „Intensive Care Med” 2020, 28, s. 1619–1624.
- Rescher N., *The Allocation of exotic Medical Lifesaving Therapy*, „Ethics” 1969, 79, s. 173–186.
- Savage M., *Coronavirus: What’s going wrong in Sweden’s care homes?*, <https://www.bbc.com/news/world-europe-52704836>, 19.05.2020 (dostęp: 20.07.2020).
- Vallentyne P., *Oxford Handbook of Political Philosophy*, Oxford 2012.
- Vaughn L., *Bioethics, Principles, Issues and Cases*, Oxford 2010.
- White D.B., Lo B., *A Framework for Rationing Ventilators and Critical Care Beds During the COVID-19 Pandemic*, „JAMA” 2020, 323(18).