

Debatujmy, poszukujmy, uprawiajmy (uwagi do wypowiedzi prof. Barbary Chyrowicz „Bioetyka a metafizyka”)

Kazimierz Szewczyk

Wstęp

W moich uwagach ograniczę się jedynie do dwóch kwestii, z wielu poruszonych przez profesor Barbarę Chyrowicz. Po pierwsze, odniosę się do poglądów Autorki dotyczących metodologicznego statusu bioetyki. Po drugie, zastanowię się nad koniecznością osadzenia refleksji bioetycznej na metafizycznych fundamentach antropologii.

1. Metodologiczne zróżnicowanie bioetyki

1.1 Modele uprawiania bioetyki wyróżnione przez Autorkę

Barbara Chyrowicz, dla potrzeb debaty, wyróżnia trzy modele uprawiania bioetyki:

- (1) „Model aplikacyjny”: bioetyka jest zastosowaniem etyki ogólnej do szczegółowych zagadnień biomedycyny. Jest to klasyczne ujęcie bioetyki. Podzielał je Ramsey – jeden z ojców założycieli tej dyscypliny. W Polsce opowiada się za nią ks. Tadeusz Ślipko. Jak można sądzić, jej zwolenniczką jest także Autorka analizowanego opracowania. W podręcznikowym ujęciu model ten utożsamia się z dedukcyjnym sposobem uprawiania bioetyki. Twórcy aplikacyjnych koncepcji bioetycznych odwołują się zarówno do metafizycznych (antropologicznych) założeń, jak i do argumentacji etycznej.
- (2) „Model hybrydowy”: korzystający z więcej niż jednej teorii. Najbardziej popularną odmianą tego modelu jest etyka czterech zasad Beauchampa i Childressa, nazywana też z lekką nutą ironii pryncypializmem. Naczelne zasady etyki zostają tu zastąpione przez tzw. reguły środka, zaś dedukcja

ustępuje miejsca poszukiwaniu koherencji między pryncypiami a żywionymi przez podmiot intuicjami moralnymi. Także refleksję antropologiczną, według Autorki, protagoniści modelu hybrydowego redukują do minimum. Na metodologię wielu modeli hybrydowych istotny wpływ miała koncepcja równowagi intelektualnej sformułowana przez Johna Rawlsa.

- (3) „Model pozytywizujący”: uwolniony od argumentacji natury etycznej i metafizycznych przesłanek. W dalszej części wypowiedzi modelem tym nie będę się zajmował.

1.2 *Procesualno-proceduralny model bioetyki*

Przedstawiona przez prof. Chyrowicz inwentaryzacja modeli uprawiania bioetyki prowokuje do postawienia zasadniczych pytań. Czy bioetyka jest skazana na zamykanie się osób ją uprawiających w izolowanych enklawach przyjętych metodologii? Jeśli odpowiemy twierdząco, wówczas zgodzimy się, aby bioetyka rozpadła się na wiele bioetyk. Może i nie byłoby w tym nic szczególnie deprymującego, gdyby nie następujące powszechnie znane okoliczności. Rozwój biomedycyny wymaga refleksji moralnej i regulacji etycznych będących jej efektem. Z parcelacją na obozy bioetyczne wiążą się różnice w akceptowanych systemach wartości oraz aksjologicznych obrazach świata i człowieka. Brak obszaru metodologicznie łączącego obozy bioetyków może skutkować dwiema możliwościami, równie trudnymi do zaakceptowania, także etycznego. W pierwszym przypadku będzie to strukturalny brak zgody, prowadzący do polaryzacji zajmowanych stanowisk, ich radykalizacji i w konsekwencji przerodzenia się polemiki etycznej w walkę światopoglądowo-polityczną. W drugim, mniej prawdopodobnym, przypadku będzie to całkowite oddanie pola pozytywizującym admiratorom postępu.

Zasygnalizowane zagrożenia da się, jak sędzę, zminimalizować uznając za miejsce metodologicznego spotkania bioetyków tzw. procesualno-proceduralny model bioetyki¹. Po przyjęciu tego założenia wszystkie pozostałe modele

¹ Pellegrino [1997] s. 13.

uzyskałyby status sposobów jej uprawiania. Wzorem procesualno-proceduralnej bioetyki była metodologia utworzenia i procedowania powołanej w 1975 r. przez Kongres Stanów Zjednoczonych Narodowej Komisji dla Ochrony Osób w Badaniach Biomedycznych i Behawioralnych. Wyróżnić można w nim cztery fazy:

- (1) etap publicznej dyskusji moralnie kontrowersyjnych problemów; nierzadko jest on inicjowany bulwersującymi opiniami przypadkami naruszeń etyki ogólnej,
- (2) zgłaszane w wyniku tej dyskusji zapotrzebowanie na regulacje etyczne (i prawne),
- (3) powoływanie zespołu ekspertów – lekarzy, naukowców, etyków, prawników – pracujących nad sformułowaniem odpowiednich zasad bioetycznych o charakterze rekomendacji,
- (4) ponowna publiczna dyskusja nad rekomendacjami kolegialnych ciał bioetycznych; jej miejscem są sądy, parlamenty tworzące prawo, towarzystwa grupujące członków różnych profesji zainteresowanych bioetyką, instytucje opieki zdrowotnej oraz media. Dają one możliwość szerokiej publicznej debaty nad uzyskiwanymi rekomendacjami, tworzoną zgodnie z nimi prawem i regulacjami bioetycznymi.

1.3 Bioetyka jako dyskurs społeczny, dyscyplina połowiczna i działalność akademicka

Bioetyka modelu procesualno-proceduralnego jest procesem społecznego namysłu, dyskusji i rozważania racji prowadzącym do regulacji etycznych akceptowanych przez strony debaty. Dyskurs bioetyczny obejmuje wszystkie wyżej wymienione fazy. Etapy (1), (2) i (4) są *sensu stricto* społecznymi fazami dyskursu. Etap (3) nazwać można fazą *instytucjonalnej* bioetyki. W tej fazie miejscem debaty są zespoły ekspertów zazwyczaj powoływane przez agendy państwa cieszące się zaufaniem społecznym. W skład wspomnianej wyżej Narodowej Komisji wchodziło 11 członków o różnym wykształceniu, zainteresowaniach, poglądach etycznych i religijnych; komisarzami byli katolicy, protestanci, żydzi i ateści. Wśród nich było po trzech lekarzy i prawników, po

dwóch biologów i etyków oraz niezwiązana z nauką reprezentantka czarnych kobiet. Jeden z prawników występował także w roli przedstawiciela społeczeństwa. Członkowie Komisji korzystali z pomocy konsultantów zajmujących się różnymi dziedzinami wiedzy². Ekspertami i konsultantami byli i są zazwyczaj bioetycy, których podstawowym miejscem pracy są ośrodki uniwersyteckie i instytucje badawcze zajmujące się etyką życia.

Za kolegialne ciało bioetyczne można także uznać powołany na początku bieżącego roku przez Ministra Zdrowia Zespół ds. Rozwiązań Systemowych w Ochronie Zdrowia pod przewodnictwem ekonomisty Cezarego Włodarczyka. W jego składzie znajdowali się: filozof, troje ekonomistów, dwóch prawników, czterech lekarzy oraz praktyk w dziedzinie administracji publicznej³.

Wielodyscyplinarny skład ciał kolegialnych, korzystanie z pomocy doradców i działanie nastawione na opracowanie zasad będących rekomendacjami czyni, zdaniem Alberta Jonsena, zinstytucjonalizowaną bioetykę „dyscypliną połowiczną”⁴. Tworzy ona część bioetyki jako dyskursu publicznego i jest uprawiana w ścisłej łączności z nim. Również bioetyka jako działalność akademicka w ostatecznym rozrachunku służy dyskursowi publicznemu i powinna być uwrażliwiona na jego zapotrzebowanie.

1.4 Konsensus jako procedura etapu instytucjonalnego bioetyki.

Dobór ekspertów o odmiennych światopoglądach sprawił, że przed bioetykami stało zadanie opracowania procedury dochodzenia do rekomendowanych przez ciała kolegialne regulacji o statusie zaleceń etycznych. Powszechnie stosowane głosowanie jako sposób uzyskiwania rezultatów kończących dyskusję budziło zrozumiały sprzeciw. Członkowie Narodowej Komisji dali impuls do zastępującego głosowanie poszukiwania konsensusu i dążenia do spójności uzyskiwanych zasad. Procedura ta jest godna polecenia również w bioetyce jako dyskursie społecznym. Natomiast w bioetyce jako działalności *sensu stricto*

² <http://ohrp.osophs.dhhs.gov//guidance/belmont.htm>

³ Zespół [2004].

⁴ Jonsen [1997] ss. 9-21.

akademickiej można stosować inne, w tym także nieproceduralne modele dochodzenia do zgodnych konkluzji, jak np. metodę dedukcji zasad z ogólnej teorii moralnej.

W literaturze przedmiotu wyróżnia się dwa zasadnicze rodzaje konsensusu: (1) pluralistyczny i (2) częściowy⁵. Pierwszy wyłania się w procesie dyskusji i wzajemnych kompromisów debatujących stron. Jego negatywnym skutkiem jest, moim zdaniem, zbyt daleko idące uspołecznienie dyskursu etycznego. Moralność przekształca się w praktykę społeczną *tworzącą* normy etyczne. Pryncypia moralne zaczynamy traktować jak reguły pochodzące wyłącznie ze społecznego nadania. Genetycznie przestają się one odróżniać od zasad politycznych i uregulowań prawnych, co sprawia, że dyskurs bioetyczny zostaje zredukowany do dyskursu polityczno-prawnego. Konsensus pluralistyczny płynnie przechodzi w konsensus polityczny i trudno wytyczyć granice między nimi.

Konsensus częściowy („nakładający się” – *overlapping*) opiera się na założeniu, że racjonalni i rozumni ludzie wychowani we wspólnej tradycji kulturalnej mają jakąś pulę wspólnych wartości i przekonań moralnych. Odwołanie się do niej czyni możliwym częściową zgodę. Znaczącą rolę w budowaniu i propagowaniu częściowego konsensusu odegrał John Rawls. Omawiany model konsensusu próbuje pogodzić społeczny charakter dyskursu etycznego z istnieniem i zachowaniem moralnego podłoża tej debaty, które może, lecz nie musi być wyłącznie społecznego pochodzenia. Bioetyki jako dyskursu i dyscypliny połowicznej nie interesuje geneza owych wspólnie podzielanych przekonań. Mogą one być na przykład prawdą objawioną, jak utrzymują ludzie wierzący, bądź wynikać z utylitarystycznego założenia o ich użyteczności.

Zdaniem zwolenników częściowego konsensusu, eksperci zasiadający w bioetycznych ciałach kolegialnych mogą zgodzić się na przyjęcie końcowych wspólnych rekomendacji wychodząc od odmiennych poglądów etycznych bądź religijnych. Zasadę szacunku dla osoby może zaakceptować katolik, kantysta i niewierzący protagonista utylitaryzmu. Każdy będzie jednak odmiennie

⁵ Have i Sass [1998] s. 8.

uzasadniał tę akceptację. Pierwszy odwoła się do idei nieśmiertelnej duszy, wolnej woli i podobieństwa człowieka do Stwórcy. Kantysta poszanowanie osoby wywiedzie z szacunku dla stanowionego przez nią prawa moralnego. Utylitarysta z obowiązku respektowania negatywnej wolności jednostki i jej prawa do samostanowienia. Konsensus częściowy nie jest zatem kompromisem stron, ani *modus vivendi* – chwilowym ustępstwem na rzecz silniejszego. Nie prowadzi też do nihilizmu moralnego, gdyż osiągając konsensus, członkowie komisji afirmują zarazem swe poglądy.

W oczach krytyków, wadą częściowego konsensusu jest wymóg pewnego osłabienia tych przekonań, które „nie zachodzą” na siebie i różnią uczestników procesu osiągania zgody. Mimo tego zastrzeżenia metoda częściowego konsensusu wydaje się najwłaściwszym sposobem dochodzenia do wspólnych konkluzji we współczesnych demokracjach, coraz częściej nazywanych „demokracjami rozważającymi” (racje przemawiające za i przeciw dyskutowanym rozwiązaniom). Demokracja rozważająca jest przeciwstawiana „demokracji głosującej” (za rozstrzygnięciami proponowanym przez autorytety, między innymi polityczne, religijne czy naukowe). W obecnej sytuacji wysypu (inflacji) autorytetów i ich bardzo szybkiego zużywania się, ostatnią instancją odwoławczą jest – według demokratów rozważających – własny rozważny osąd moralny obywateli.

W tym miejscu można krytycznie stwierdzić, że nadzieja osiągania częściowych konsensusów jest utopią trudną do zrealizowaną w rzeczywistym życiu społecznym. Zapewne. Moim zdaniem jednak jest to utopia mniej niebezpieczna w skutkach niż nadzieja na osiągnięcie powszechnej (tzw. „ogólnoludzkiej”) zgody co do ostatecznych zasad etycznych i sposobu ich interpretacji.

1.5 Rola filozofów w bioetyce

Bioetyka jest kolejnym dowodem na detronizację filozofii. W bioetyce jako dyscyplinie połowicznej i kolegialnych ciałach bioetycznych jako jej instytucjonalnych emanacjach filozofowie nie pełnią kierowniczych funkcji.

Wyznaczono im ważne, lecz jednak służebne zadania: (a) dostarczycieli teoretycznych ram dla dyskursu i (b) tych, którzy pomagają formułować ostateczne konkluzje debaty. W bioetyce jako dyskursie *sensu stricto* społecznym do wymienionych zadań dochodzi trzecie: funkcja moderatora zbyt skrajnych rozwiązań i poglądów deliberujących stron. Inaczej mówiąc, filozof pełniąc tę rolę dąży do maksymalnego nasycenia debaty rozumnością. Z tą funkcją wiążą się zadania edukacyjne. Rola filozofa jako nauczyciela rośnie w bioetyce akademickiej. Równocześnie filozof chcący należycie wypełniać wszystkie wymienione zadania musi, jak sędzę, być mocno związany z bioetyką akademicką. Podsumowując: nie należy martwić się, że w demokracji rozważającej filozofia nie jest królową nauk. Trzeba natomiast dbać, aby nigdy nie przestała być doświadczoną, mądrą i czułą na ludzkie cierpienie damą, z której zdaniem liczą się w każdym towarzystwie, także bioetycznym.

2. Bioetyka i antropologia (filozoficzna)

2.1 *Bioetyka jest skazana na antropologiczną duszę*

Całkowicie zgadzam się z poglądem profesor Barbary Chyrowicz, że bioetyka powinna odwoływać się do antropologicznych założeń. Co więcej, chcę wysunąć tezę, że bioetyka odwołuje się do nich, że każdy z wymienionych modeli jej uprawiania ma antropologiczne fundamenty. Antropologicznym ufundowaniem modelu proceduralno-procesualnego jest wizja osoby zbliżona do Rawlowskiej idei obywatela zdolnego do społecznej kooperacji i dysponującego dwiema władzami moralnymi, tj. zdolnością do posiadania poczucia sprawiedliwości i zdolnością do kierowania się racjonalną koncepcją dobra⁶. Filozofowie, wytyczając ramy społecznej debaty, powinni zarówno obywatelom, jak członkom ciał kolegialnych, uświadamiać założenia antropologiczne, do których zazwyczaj nieświadomie nawiązują. W bioetyce akademickiej przesłanki antropologiczne są na ogół bardziej zdecydowanie zaznaczone, niż w bioetyce jako dyskursie i dyscyplinie połowicznej. Autorka szerzej omówiła dwie antropologie: arystotelesowsko-tomistyczną i kartezjańską. Wspomniała również, że w

⁶ Rawls [1998] s. 51.

pryncypializmie odnaleźć można założenia antropologiczne, nie rozwijając dalej tej myśli.

Konkludując sądzę, że bioetyka nie tylko powinna mieć „antropologiczną duszę”. Twierdzę bowiem, że **zawsze** tę duszę ma, że bez niej nie mogłaby istnieć, choćby to była dusza tak metafizycznie słaba, jak idea osoby Rawlsa, czy nawiązująca do tej idei antropologia klasycznego liberalizmu etyki czterech zasad.

2.2 *Bioetyka (europejska) nabiera ciała*

Jak zauważył Hendrik Wulff pryncypializm Beauchampa i Childressa objawia przede wszystkim partykularny amerykański liberalizm⁷. Ujawnia też sankcjonującą ten liberalizm wizję człowieka. Jest on przede wszystkim zdolny przez całe życie do racjonalnego postępowania. Racjonalność obejmuje umiejętność:

- (a) budowania i zmieniania planów wytyczających jednostce najważniejsze cele życiowe,
- (b) działania zgodnego z przyjmowanymi planami.

Choroba, ból, cierpienie i do pewnego stopnia nawet śmierć są zewnętrzną otoczką racjonalnego rdzenia autonomicznego podmiotowego Ja. Pryncypialiści mają skłonność do traktowania tych zdarzeń jak przypadkowych okoliczności nie należących do istoty człowieka tak, jak do istoty *Homo sapiens* przynależy jego świadomość i racjonalność. Dla zwolenników omawianej metody uprawiania bioetyki choroba, ból, cierpienie, a także śmierć są czymś, co się przytrafia człowiekowi i stanowi przeszkodę w ekspresji jego autonomii. Stąd podstawowym zadaniem opieki zdrowotnej jest usuwanie owych przeszkód, przez ich profilaktykę i naprawę tak, aby jednostki mogły w pełni wykorzystywać zdolności racjonalnego Ja. Skupiając uwagę na racjonalnym Ja pryncypialiści separują psychikę od ciała. Cieleśność jest dla nich głównie narzędziem autonomicznego Ja. Jak każde narzędzie, może się zepsuć. Aby zminimalizować to ryzyko, trzeba ją konserwować, utrzymywać w sprawności i udoskonalać. W ten oto sposób liberalizm spotyka się kartezyjską antropologią.

⁷ Wulff [1994] s. 697.

Ciekawą próbę zneutralizowania dominacji pryncypializmu w bioetyce podjęto w kopenhaskim Centrum Etyki i Prawa w ramach projektu zatytułowanego *Podstawowe zasady etyczne w europejskiej bioetyce i bioprprawie*⁸. Jednym z najważniejszych rezultatów badań projektu są wytyczne wyznaczające kierunki prac nad bioetyką i bioprprawem w Europie, przyjęte w 1998 roku i opublikowane w dokumencie nazwanym *Deklaracją barcelońską*. W *Deklaracji* podano definicje 4 pryncypiów: (1) autonomii; (2) godności; (3) integralności i (4) podatności na zranienie (*vulnerability*). Dla tematu naszej debaty najistotniejsza jest definicja autonomii i podatności na zranienie.

„Autonomia – stwierdzają redaktorzy *Deklaracji* – nie powinna być interpretowana jedynie w liberalnym znaczeniu »pozwolenia« dawanego na zabiegi i/lub eksperymenty. Powinno się wziąć pod uwagę pięć właściwości: (1) zdolność do tworzenia idei i ustanawiania życiowych celów; (2) zdolność do moralnego wglądu, »samo-prawodawstwa« (*self-legislation*) i prywatności; (3) zdolność do namysłu i działania bez przymusu; (4) zdolność ponoszenia osobistej odpowiedzialności i politycznego zaangażowania; (5) zdolność do udzielania zgody po poinformowaniu. Jednakże autonomia nie potrafi oddać całości sensu szacunku dla ludzkiego bytu i jego ochrony. Autonomia pozostaje jedynie ideałem z powodu strukturalnych ograniczeń nakładanych na nią przez ludzką skończoność, zależność od biologicznych, materialnych i społecznych uwarunkowań, braku informacji potrzebnej do właściwego osądu, itp. Musimy rozpoznać, że osoba ludzka jest usytuowanym żyjącym ciałem (podkr. – K. Sz.)”.

Natomiast „podatność na zranienie wyraża dwie podstawowe idee: (a) skończoność i kruchość życia; u istot zdolnych do autonomii są one podstawą możliwości i konieczności wszelkiej moralności; (b) podatność na zranienie jest obiektem moralnego nakazu opieki nad podatnymi na zranienie. Podatni na zranienie są ci, których autonomia lub godność, lub integralność jest ze swej natury zagrożona [...]”⁹.

⁸ Rendtorff [2002].

⁹ Ibid., s. 243.

W *Deklaracji* autonomię traktuje się jak ideę regulatywną – ideał czy drogowskaz pokazujący słuszny kierunek działania. Ma ona status ideału, gdyż osoba nie jest oderwanym duchem lub odrębną od cielesności *psyche*, lecz „usytuowanym żyjącym ciałem”. Usytuowanym. to znaczy mocno osadzonym w społeczeństwie, tradycji kulturalnej, warunkach materialno-ekonomicznych oraz w szerokich ramach biomedycyny i biotechnologii.

O usytuowaniu osoby jako „żyjącego ciała” wiele mówi pryncypium podatności na zranienie. Pod „podatnością na zranienie” redaktorzy *Deklaracji* rozumieją przede wszystkim skończoność i kruchość życia w ogóle, w tym także ludzkiego. Kruchość życia oznacza, że jest ono nieustannie zagrożone nie tylko śmiercią, ale także bólem, cierpieniem i chorobą. Zagrożenia te są przyczyną strukturalnych ograniczeń nakładanych na autonomię. Limity wynikające z podatności na zranienie przynależą osobie jako żyjącemu ciału i nie mogą być usunięte. Równocześnie podatność na zranienie daje podstawę „wszelkiej” moralności i sprawia, że jest ona koniecznością. Moralność sankcjonowana kruchością życia jest moralnością opieki i obowiązku wobec życia w ogóle i życia osoby świadomej kruchości żyjącego ciała.

Dla redaktorów *Deklaracji barcelońskiej* osoba ludzka jest jednością ciała i ducha (psychiki, jaźni). W efekcie tego złączenia dokonała się personifikacja człowieczej cielesności. Szacunek dla osoby jest nieodłączny od szacunku dla jej „żyjącego ciała”. Będąc bytem wcielonym *Homo sapiens*, podobnie jak całość świata ożywionego, jest podatny na zranienie. Personifikacja cielesności sprawia, że osoba jest w pierwszym rzędzie podmiotem troski. Równocześnie na człowieku jako istocie rozumnej i obdarzonej świadomością spoczywa obowiązek troszczenia się o innych. W ten sposób oba aspekty naszej natury – duchowy i cielesny – włączają nas w społeczne relacje troski, solidarności i sprawiedliwości. Liberalna wizja człowieka została w *Deklaracji* poszerzona o silnie zaznaczony wątek społeczny mający swe ostateczne źródła w rozpoznaniu kruchości życia.

Antropologia zrekonstruowanej propozycji uprawiania bioetyki wykracza poza kartezjański dualizm, utylitarystyczną koncepcję człowieka i jego ujęcie arystotelesowsko-tomistyczne. Pobrzmiwają w niej tony bliskie wizji człowieka

przedstawionej przez Pascala. Dostrzec można także wyraźny wpływ Lèvinasa i Habermasa. Antropologia *Deklaracji barcelońskiej* bliska jest również idei człowieka leżącej u podstaw etyki troski ograniczanej sprawiedliwością, nad którą pracujemy w zespole Zakładu Etyki i Filozofii Medycyny Uniwersytetu Medycznego w Łodzi.

3. (Zbyt?) Optymistyczne zakończenie

W tekście starałem się pokazać – zapewne zbyt optymistycznie – że da się znaleźć wspólną jednoczącą bioetyków płaszczyznę umożliwiającą dochodzenie do konkluzyjnych regulacji. Poszukiwania te dały pozytywne rezultaty w USA, częściowo w Europie, to może i w Polsce się uda. Zaryzykowałem – również optymistyczną – tezę o strukturalnej łączności bioetyki z antropologią. Wynika stąd, że nie grozi nam „totalna antropologiczna asceza” prowadząca bioetyczną refleksję poza filozofię i że – przynajmniej w Europie – nie sprawdzą się słowa Saula Bellowa, iż „filozofia jest skończona”, gdyż dla absolwentów tego fakultetu trzeba szukać pracy „w szpitalach, gdzie zatrudniają ich czasem jako etyków”. Kończąc, powtórzę tytuł tych uwag: debatujemy na różnych forach, poszukujemy konsensusu i uprawiamy bioetykę dając jej duszę i ciało krojone według naszych powziętych po należyтым namyśle rozumnych przekonań.

Bibliografia

- Have i Sass [1998] – H. A. M. J. ten Have, H-M. Sass, *Introduction: Consensus Formation in Health Care Ethics*, w: *Consensus Formation in Health Care Ethics*, red. H. A. M. J. ten Have, H-M. Sass, Kluwer Academic Publishers, Dordrecht 1998.
- Jonsen [1997] – A. R. Jonsen, *The Birth of Bioethics: The Origins of A Demi-Discipline*, „Medical Humanities Review” (1) 1997.
- Pellegrino [1997] – E. D. Pellegrino, *Bioethics As An Interdisciplinary Enterprise: Where Does Ethics Fit In the Mosaic of Disciplines?*, w: *Philosophy of Medicine and Bioethics*, red. R. A. Carson, C. R. Burns, Kluwer Academic Publishers, Boston 1997.
- Rawls [1998] – J. Rawls, *Liberalizm polityczny*, tłum. A. Romaniuk, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1998.
- Rendtorff [2002] – J. D. Rendtorff, *Basic Ethical Principles in European Bioethics and Biolaw: Autonomy, Dignity, Integrity and Vulnerability – Towards A Foundation of Bioethics and Biolaw*, „Medicine, Health Care and Philosophy”(5) 2002.
- Wulff [1994] – H. R. Wulff, *Against the Four Principles: a Nordic View*, w: *Principles of Health Care Ethics*, red. E. Gillon, Wiley, Chichester 1994.
- Zespół [2004] – Zespół ds. Rozwiązań Systemowych w Ochronie Zdrowia, *Strategia zmian w systemie opieki zdrowotnej*, Ministerstwo Zdrowia, Warszawa 2004.