

КАНТ ВО ВРЕМЕНА COVID

М. С. Альтман¹

В период пандемии коронавируса государства столкнулись с нехваткой важных ресурсов здравоохранения, таких как вакцина против COVID-19, медицинский персонал, койки в отделениях интенсивной терапии и аппараты искусственной вентиляции легких. Руководящим органам в сфере здравоохранения в США пришлось принимать решения по двум основным вопросам: кому из больных следует оказывать помощь в первую очередь (триаж) и кого из здоровых следует вакцинировать в первую очередь (распределение вакцин). Утвержденные инструкции, в соответствии с принципами Т. Бичампа и Дж. Чилдресса, как правило, ориентированы и на ценность сохранения целых жизней (выживание пациента до выписки), и на ценность продолжительности жизни (спустя годы после выписки). Этот процесс коллективного морального рассуждения выявил нашу общую приверженность принципам и Канта, и утилитаризма. По Канту, уважение прав человека подразумевает, что наш долг – в равной степени заботиться о сохранении жизни людей как таковой. Следовательно, мы должны распределять ресурсы таким образом, чтобы максимизировать число пациентов, доживающих до выписки. Принцип полезности, напротив, велит нам максимизировать продолжительность жизни, чтобы люди могли удовлетворить больше своих предпочтений. В утилитарном исчислении провозглашается беспристрастное отношение к людям, но не признается их равнозначная ценность. Сопоставление кантовской этики и утилитаризма с целью найти рефлексивное равновесие между ними подкрепляет идею о том, что нам нужен плюралистический подход, который бы учитывал наши моральные интуиции в отношении как уравнительной ценности целых жизней, так и аддитивной ценности продолжительности жизни.

Ключевые слова: справедливость, утилитаризм, распределение ресурсов, очередность медицинской помощи, COVID-19, принципализм, рефлексивное равновесие

¹ Факультет философии и религиоведения, Центральный Вашингтонский университет. США, WA 98926-7555, Элленсбург, Юниверсити-вэй, 400 E.

Поступила в редакцию: 28.06.2021 г.
doi: 10.5922/0207-6918-2022-1-4

KANT IN THE TIME OF COVID

M. C. Altman¹

During the coronavirus pandemic, communities have faced shortages of important healthcare resources such as COVID-19 vaccines, medical staff, ICU beds and ventilators. Public health officials in the U.S. have had to make decisions about two major issues: which infected patients should be treated first (triage), and which people who are at risk of infection should be inoculated first (vaccine distribution). Following Beauchamp and Childress's principlism, adopted guidelines have tended to value both whole lives (survival to discharge) and life-years (survival for years past discharge). This process of collective moral reasoning has revealed our common commitment to both Kantian and utilitarian principles. For Kant, respecting people's rights entails that we ought to value whole lives equally. Therefore we ought to allocate resources so as to maximise the number of patients who survive to discharge. By contrast, the principle of utility has us maximise life-years so that people can satisfy more of their considered preferences. Although people are treated impartially in the utilitarian calculus, it does not recognise their equal worth. Subjecting Kantian ethics and utilitarianism to the process of reflective equilibrium lends support to the idea that we need a pluralistic approach that would accommodate our moral intuitions regarding both the equal value of whole lives and the additive value of life-years.

Keywords: justice, utilitarianism, resource allocation, triage, COVID-19, principlism, reflective equilibrium

¹ Department of Philosophy & Religious Studies, Central Washington University. 400 E. University Way, Ellensburg, WA 98926-7555, USA.

Received: 28.06.2021.
doi: 10.5922/0207-6918-2022-1-4

Пандемия коронавируса испытывает на прочность нашу экономику, наши системы здравоохранения и нашу психическую устойчивость. Она испытывает даже наши традиционные моральные теории. В настоящей статье я сопоставляю две ведущие теории с целью найти рефлексивное равновесие² между ними. Я прихожу к выводу, что ни теория права Канта, ни утилитаризм Милля не могут полностью удовлетворить наши моральные интуиции, когда речь идет о распределении медицинских ресурсов в условиях дефицита. Когда пациентам, заболевшим COVID, требуется больше пульмонологов и коек интенсивной терапии, чем у нас есть, а вакцина нужна всем, мы отдаем предпочтение одним людям перед другими, одновременно уважая их равное право на медицинскую помощь. Это предъявляет к нам, казалось бы, несовместимые требования: оказывать людям равную заботу, максимизировать положительные результаты и способствовать справедливости. Если таковы наши обязанности и если утилитаризм или кантовская теория права могут обосновать только некоторые из них, то эта недостаточная пригодность каждого из этих подходов подкрепляет идею о том, что необходимо объединить их. Анализ их недостатков, выявленных пандемией, дает нам некоторые подсказки о том, как должна выглядеть успешная гибридная теория.

Принципализм

Не существует единой моральной теории, определяющей государственную политику в области здравоохранения, однако большинство медицинских работников, чиновников в сфере здравоохранения и этических комитетов больниц придерживаются принципализма Тома Бичампа и Джеймса Чилдресса, который сводится к четырем основным моральным принципам: уважение автономии, непричинение вреда, благотворность и справедливость. Принцип уважения автономии обязывает нас

² Термин и метод Джона Ролза, предложенный им в трактате «Теория справедливости». — *Примеч. пер.*

The coronavirus pandemic has tested our economies, our healthcare systems and our mental stability. It is even testing our traditional moral theories. In this paper, I subject two major theories to the process of reflective equilibrium. I conclude that neither Kant's theory of right nor Mill's utilitarianism can entirely accommodate our moral intuitions when it comes to allocating medical resources in times of scarcity. When COVID-infected patients need more respiratory therapists and ICU beds than we have and everyone needs a vaccine, we prioritise some people over others while simultaneously respecting their equal right to medical care. This places seemingly incompatible demands on us to treat people the same, maximise positive outcomes and promote justice. If we have these duties, and if utilitarianism or Kant's theory of right alone can only justify some of them, then this inadequacy lends support to the idea that we need to combine the two approaches. Reflecting on their shortcomings during the pandemic gives us some guidance about what a successful hybrid theory would look like.

Principlism

There is no one moral theory that drives public policy decisions around healthcare, but most healthcare providers, public health officials and hospital ethics committees appeal to Tom Beauchamp and James Childress's principlism, which is committed to four basic moral principles: respect for autonomy, non-maleficence, beneficence and justice. The principle of respect for autonomy obligates us to acknowledge people's right to have their own values and to act in accordance with those values; the principle of nonmaleficence obligates us to avoid actions that harm people (negative

признавать право людей иметь собственные ценности и действовать в соответствии с этими ценностями; принцип непричинения вреда обязывает нас избегать действий, которые вредят людям (негативный долг); принцип благотворности обязывает нас способствовать благополучию других (позитивный долг); а принцип справедливости обязывает нас соблюдать честное распределение шансов и избегать несправедливой дискриминации. Хотя Бичамп и Чилдресс признают влияние нескольких различных философских традиций, включая кантианство и утилитаризм (Beauchamp, Childress, 1994, p. 111), они утверждают, что разработали свой список принципов, апеллируя к «морали, принятой в обществе, — то есть к нефилософскому здравому смыслу и традиции» (Beauchamp, Childress, 1994, p. 100; 2001, p. 377) или «общей морали, [которая] включает в себя все те и только те нормы, которые принимаются как авторитетные всеми морально сознательными людьми» (Beauchamp, Childress, 2001, p. 3; см. также: 2019, p. 3–5).

В соответствии с их апелляцией к здравому смыслу и их плюрализмом, у них нет правил, позволяющих решить, какой принцип имеет приоритет и какой вес должен иметь каждый из них. В отличие от У. Д. Росса (Ross, 2002, p. 21–22), Бичамп и Чилдресс не отдают особого предпочтения безвредности: «Обязанности не вредить другим иногда более строгие, чем обязанности помогать им, но иногда наоборот, обязанности благотворности более строгие, чем обязанности безвредности» (Beauchamp, Childress, 1994, p. 190; 2001, p. 114). Однако в другом аспекте они единодушны с Россом: решение о том, как поступать, применяя четыре принципа, является сферой применения способности суждения и скорее искусством, чем наукой, с «более или менее вероятными мнениями, которые не являются логически обоснованными выводами» (Ross, 2002, p. 31). Действительно, относительная важность различных принципов может меняться в зависимости от обстоятельств. Например, когда ресурсы в избытке, мы склонны сосредоточиться

(duty); the principle of beneficence obligates us to promote others' well-being (positive duty); and the principle of justice obligates us to protect people's fair opportunity and avoid unjust discrimination. Although Beauchamp and Childress (1994, p. 111) acknowledge the influence of several different philosophical traditions, including Kantianism and utilitarianism, they claim to have developed their list of principles by appealing to "the morality shared by the members of society — that is, unphilosophical common sense and tradition" (*ibid.*, p. 100; Beauchamp and Childress, 2001, p. 377) or "the common morality [that] comprises all and only those norms that all morally serious persons accept as authoritative" (Beauchamp and Childress, 2001, p. 3; see also 2019, pp. 3-5).

Consistent with their appeal to common sense and their pluralism, there is no rule to decide which principle takes priority and how much weight each one should have. Unlike W. D. Ross (2002, pp. 21-22), Beauchamp and Childress (1994, p. 190; 2001, p. 114) assign no special weight to nonmaleficence: "Obligations not to harm others are sometimes more stringent than obligations to help them, but obligations of beneficence are also sometimes more stringent than obligations of nonmaleficence." Like Ross, deciding what to do using the four principles is a matter of judgement and is more an art than a science, with "more or less probable opinions which are not logically justified conclusions" (Ross, 2002, p. 31). Indeed, the relative importance of the different principles can shift depending on the circumstances. For example, when resources are abundant, we tend to focus on obligations to individual patients, including respecting their autonomy, promoting their well-being and giving them equal access to the care they need. When resources are scarce, however, providers ought to maximise

на обязательствах перед отдельными пациентами, включая уважение их автономии, содействие их благополучию и предоставление им равного доступа к необходимому уходу. Однако при нехватке ресурсов медики должны максимизировать общую пользу для общества, что может включать в себя приоритет одних пациентов перед другими, а иногда даже принятие решения о том, чью жизнь сохранять, а чью нет (Childress, Faden, Gaare et al., 2002; Gostin, 2006). Если благотворность применительно к отдельному пациенту предполагает взвешивание затрат, рисков и эффектов от предложенной процедуры, нацеленной на оказание помощи, то обеспечение справедливости для сообщества, подразумевающее равную заботу о людях и максимальное улучшение благополучия пациентов, взятых в совокупности, предполагает взвешивание затрат, рисков и эффектов уже на уровне государственной политики.

Эти четыре принципа относятся к деятельности не только отдельных медицинских работников, но и комитетов по этике, департаментов общественного здравоохранения и законодателей. В результате законы и политика отражают наши общие ценности: «[Государственная] политика регулярно включает в себя моральные соображения», а «юридические решения часто выражают местные моральные нормы». В свою очередь, государственная политика и законы влияют на то, как мы думаем о наших межличностных обязанностях: они задают «моральное направление» и «стимулируют этическую рефлексию, которая со временем изменяет эти нормы» (Beauchamp, Childress, 2019, p. 9). Кант напоминает нам, что законы и политика принуждают нас совершать правильные поступки, но не могут убедить в их правильности; они касаются только наших действий, а не наших максим (AA 06, S. 230–231; Кант, 2014, с. 89). Однако наша приверженность четырем принципам может помочь как в формировании законов, чтобы они были морально допустимыми, так и в изменении поведения, чтобы оно соответствовало долгу.

overall benefits to the community, which may involve prioritising some patients over others – sometimes even deciding who will live and who will die (Childress *et al.*, 2002; Gostin, 2006). Although beneficence for an individual patient involves weighing costs, risks and benefits of a suggested procedure so that the patient is helped, justice for a community of people involves weighing costs, risks and benefits of a suggested public policy so that people are treated equitably and the welfare of patients, considered as an aggregate, is maximally improved.

The four principles inform the work of not only individual healthcare providers but also ethics committees, public health departments and legislators. The resulting laws and policies reflect our shared values: “[public] policies [...] regularly incorporate moral considerations” and “legal decisions often express communal moral norms” (Beauchamp and Childress, 2019, p. 9). In turn, public policies and laws influence the ways that we think about our interpersonal obligations: they provide “moral direction” and “stimulate ethical reflection that over time alters those norms” (*ibid.*). Kant reminds us that laws and policies cannot, by means of coercion, force us to do what is right because it is right; they concern only our actions and not our maxims (MS, AA 06, pp. 230-231; Kant, 1996b, pp. 387-388). However, our commitment to the four principles can help both to shape laws so they are morally permissible and to change behaviour so that it is in accordance with duty.

Distributing Life-Saving Medical Resources in Times of Scarcity

Prompted by the public health crisis, some countries have developed policies, based explicitly or implicitly on Beauchamp and Chil-

Распределение жизненно важных медицинских ресурсов в условиях дефицита

В связи с кризисом общественного здравоохранения некоторые страны разработали тактику распределения ограниченных медицинских ресурсов, явно или неявно основанную на четырех принципах Бичампа и Чилдресса. Им пришлось принимать решения, в частности, по двум основным вопросам: (1) кого из пациентов следует лечить в первую очередь (медицинская сортировка, или триаж) и (2) кого из здоровых прививать в первую очередь (распределение вакцины). Во-первых, чиновники департаментов здравоохранения должны были решить, как распределить уход за теми больными, которым требуется помощь. Когда в больницах наблюдается наплыв пациентов, нуждающихся в уходе, некоторые системы здравоохранения не имеют достаточного количества средств индивидуальной защиты, кислорода и аппаратов искусственной вентиляции легких, коек в отделении интенсивной терапии (ОИТ) и квалифицированного медицинского персонала, такого как пульмонологи и медсестры ОИТ, чтобы позаботиться обо всех этих пациентах, в дополнение к тем, у кого другие болезни³. Им приходится отдавать предпочтение одним пациентам перед другими.

Хотя в разных штатах США и в разных странах действуют разные стандарты, у них есть общие черты. Они учитывают запрос пациента на лечение и его предварительные распоряжения, уважая тем самым автономию пациента; они стремятся избегать предвзятости и одинаково относиться ко всем пациентам, независимо от возраста, расы, пола, сексуальной ориен-

³ В течение пандемии менялся порядок того, какие медицинские ресурсы являются дефицитными — места, персонал или материалы (в такой последовательности их упоминает Центр по контролю и профилактике заболеваний [CDC]). В начале пандемии мы беспокоились о нехватке оборудования, в основном аппаратов искусственной вентиляции легких; затем — о местах, особенно о койках в отделениях интенсивной терапии; а теперь — о нехватке персонала, в основном медсестер отделений интенсивной терапии и врачей-пульмонологов.

dress's four principles, for allocating scarce medical resources. They have had to make decisions about two major issues, among others: (1) which infected patients should be treated first (triage) and (2) which people who are at risk of infection should be inoculated first (vaccine distribution). First, public health officials have had to decide how to distribute treatment for those who have contracted the disease. When hospitals have an influx of infected patients who need care, some healthcare systems have not had enough personal protective equipment, oxygen and ventilators, beds in the intensive care unit (ICU) and qualified medical staff, such as respiratory therapists and ICU nurses, to take care of them all, in addition to other, non-COVID patients.² They have had to prioritise some patients over others.

Although different states and countries have different standards, there are some commonalities among them. They consider the patient's desire for treatment and their advance directives, thus respecting patient autonomy; and they strive to avoid bias and to treat all patients equally, regardless of age, race, gender, sexual orientation or disability, thus promoting justice. Then healthcare systems determine the prospects for survival by measuring the likelihood of organ dysfunction. A patient with comorbid conditions, such as congestive heart failure or chronic lung disease, is less likely to survive treatment. The same is true of older people. Studies on COVID-19 show that age is an independent risk factor, apart from comorbidities, with each additional year of life increasing the odds that an infected patient will die by 10% to 14% (Zhou *et*

² Which medical resources are scarce — space, staff, or stuff (as the Centers for Disease Control and Prevention [CDC] puts it) — has changed over the course of the pandemic. Early in the pandemic, we were worried about the lack of stuff, mostly ventilators; then it was space, especially ICU beds; and now it is staff, mainly ICU nurses and respiratory therapists.

тации или инвалидности, способствуя тем самым справедливости. Затем системы здравоохранения определяют шансы на выживание, измеряя вероятность дисфункции органов. Меньше шансов, даже при лечении, у пациентов с сопутствующими заболеваниями, такими как хроническая сердечная недостаточность или хронические заболевания легких. То же самое относится к пожилым людям. Исследования COVID-19 показывают, что возраст является отдельным фактором риска вдобавок к сопутствующим заболеваниям: каждый дополнительный год жизни увеличивает вероятность смерти больного на 10–14% (Zhou, Yu, Du et al., 2020). Большинство руководств по триажу ставят целью сохранение наибольшего числа жизней и наибольшей продолжительности жизни. Тем самым они направлены на максимизацию количества людей, которые выживут в краткосрочной перспективе («целые жизни», определяемые как выживание до выписки), и количества людей, которые выживут в долгосрочной перспективе («годы жизни», обычно определяемые как выживание через один или пять лет после выписки). Поэтому пожилые люди и люди с сопутствующими заболеваниями имеют меньший приоритет, нежели те, кто сравнительно более здоров, поскольку расходовать ресурсы жизнеобеспечения на первых означает отнимать их у вторых, лечение которых окажется успешным с большей вероятностью⁴. Комитеты по триажу пытаются минимизировать вред и максимизировать пользу, а также делать это справедливо и равноправно, выполняя таким образом обязанности, связанные с отсутствием вреда, пользой и справедливостью.

Второй основной класс решений касается того, как распределять вакцины, если их недо-

⁴ Официальные лица, ответственные за здравоохранение, тщательно стараются избегать решений, основанных на эйджизме. Во многих государственных инструкциях возраст рассматривается в качестве решающего фактора только в тех случаях, когда два пациента одинаковы с точки зрения вероятности выживания до выписки — и это несмотря на то, что возраст является прогностически значимым показателем выживания. Аргумент в пользу того, что возрасту следует придавать большее значение при принятии решений о сортировке, см.: (Altman, 2021).

al., 2020). The goal of most triage guidelines is to save the most lives and the most life-years. That is, they want to maximise the number of people who will survive in the short term (“whole lives,” defined as survival to discharge) and the number of people who will survive in the long term (“life-years,” usually defined as survival one or five years past discharge). Therefore, elderly people and people with comorbid conditions are ranked below otherwise healthy patients, since they would use life-saving resources and make them unavailable to others who are more likely to benefit, and benefit more, from treatment.³ Triage committees are attempting to minimise harm and maximise benefits, and to do so equitably and fairly, thus fulfilling duties of nonmaleficence, beneficence and justice.

The second major class of decisions concerns how to distribute vaccines when there are not enough to cover the entire eligible population. Although healthcare systems are committed to the same moral principles in both vaccine distribution and triage, attempting to save the most lives and the most life-years justifies different distribution patterns when it comes to prevention rather than treatment. Vaccines are first given to people who are most at risk. Older people and people with comorbidities are more likely to die if they are infected than younger, healthier people are, so prioritising the former over the latter will minimise harm by saving more lives. That is, younger people who have COVID are more likely to be asymptomatic or

³ Health officials carefully try to avoid decisions that are informed by ageism. In many state guidelines, age is only considered as a tie-breaker when two patients are otherwise identical in terms of likelihood of survival to discharge — this, despite the fact that age is a prognostically relevant indicator of survival. For an argument in favour of giving age more weight in triage decisions, see Altman (2021).

статочно для охвата всего населения, которое допускается на прививку. Хотя системы здравоохранения придерживаются одних и тех же моральных принципов при распределении вакцин и триаже, стремление сохранить максимум целых жизней и лет жизни совместимо с различными схемами распределения, когда речь идет о профилактике, а не лечении. В первую очередь вакцины получают люди из группы риска. Пожилые люди и люди с сопутствующими заболеваниями имеют больше шансов умереть от коронавируса, чем более молодые и здоровые люди, поэтому приоритет первых над вторыми позволит минимизировать вред, спасая больше жизней. Иными словами, молодые люди при заражении коронавирусом болеют чаще всего бессимптомно или с легкими симптомами, поэтому общие последствия заболевания будут не такими тяжелыми, если мы сосредоточим наши профилактические меры на тех, для кого инфекция с большей вероятностью может стать изнурительной или смертельной⁵.

Справедливое распределение

Во время пандемии коронавируса политики и комитеты по триаже начали переосмысливать некоторые свои обязанности, соразмеряя с рекомендациями Канта. При отборе пациен-

⁵ У Канта и Милля можно также найти средства для решения проблемы неприятия масочного режима и вакцинации. Милль защищает понятие индивидуальных прав (особенно в трактате «О свободе»), но эти права ограничены тем, что он называет «принципом вреда»: мы можем ограничивать индивидуальные свободы только для предотвращения вреда другим. В последнее время на принцип вреда ссылаются как философы, так и колумнисты в защиту требований вакцинации (см., напр.: Goldberg, 2021). Кант тоже поддержал бы такие требования. У нас есть не только моральный долг непричинения вреда, но и юридическая обязанность защищать группу риска, чтобы сохранить правовые отношения. Альтернативы вакцинации, такие как регулярное тестирование и работа на дому, могут быть допустимы до тех пор, пока другие люди защищены. Обе теории могут также оправдывать возложение дополнительного бремени на тех, кто сознательно уклоняется от вакцинации (например, повышение стоимости медицинского страхования или отказ в оплате больничных). Подробное рассмотрение этих вопросов выходит за рамки данной статьи.

mildly symptomatic, so the overall effects of the disease will not be as bad if we focus our preventive measures on those for whom infection is more likely to be debilitating or fatal.⁴

Justice in Allocation

During the coronavirus pandemic, policy-makers and triage committees have conceived of some of their obligations along Kantian lines. In screening patients for treatment in the ICU, triage committees deprioritise patients in persistent vegetative states – that is, patients who lack what Kant would call humanity. By removing bias from the process, they recognise that every individual person has equal, intrinsic worth simply because of their humanity, regardless of their socioeconomic status or contribution to society (e.g. their profession) and regardless of their age and long-term prognosis, both of which impact the amount of happiness they are capable of having in the future. These factors would be relevant to a consequentialist.

⁴ Kant and Mill may also provide us with resources to address resistance to mask and vaccine mandates. Mill defends the notion of individual rights (especially in *On Liberty*), but those rights are limited by what he calls the “harm principle”: we can restrict individual liberties only to prevent harm to others. Recently, the harm principle has been invoked by both philosophers and editorial writers to defend vaccine mandates (see, e.g., Goldberg, 2021). Kant too would see the value of such mandates. Not only do we have a moral duty of nonmaleficence, but we also have a legal obligation to protect the vulnerable in order to preserve relations of right. Alternatives to vaccination, such as regular testing and telecommuting, may be permissible so long as other people are protected. Both theories may also justify placing greater burdens on the willfully unvaccinated, such as higher health insurance costs or unpaid sick leave. Exploring these issues fully would go beyond the scope of this paper.

тов для лечения в отделении интенсивной терапии комитеты по триажу не ставят в приоритет пациентов в стабильном вегетативном состоянии — то есть пациентов, которым не хватает того, что Кант назвал бы человечностью. Устраняя предвзятость в принятии решений, они признают, что каждый человек имеет равную с другими внутреннюю ценность просто в силу своей человечности, независимо от его социально-экономического статуса или вклада в общество (например, профессии), а также от его возраста и долгосрочного прогноза, влияющих на объем счастья, которое он может обрести в будущем. Эти факторы были бы релевантны для консеквенциалиста.

Для Канта, как и для Бичампа и Чилдресса, распределение ограниченных медицинских ресурсов является вопросом скорее права, чем этики как таковой. Кант отстаивает концепцию права, согласно которой закон обязывает нас уважать свободу действий людей: «*Правым* является любой поступок, который или согласно максиме которого свобода произволения каждого совместима со свободой каждого в соответствии со всеобщим законом» (AA 06, S. 230; Кант, 2014, с. 89). Эта либеральная концепция государства подчеркивает наши негативные обязанности воздерживаться от вторжения в дела других. Государство может вмешиваться только для защиты прав других людей. Например, хотя наказание вторгается в свободу людей, принуждение оправданно, в его угрозе и исполнении, как способ максимизировать свободу в целом, препятствуя действиям тех, кто будет препятствовать свободе других (AA 06, S. 231; Кант, 2014, с. 91). Чтобы следовать закону, мы должны только действовать правильно, независимо от того, действуем ли мы по правильной причине. Государство не воспитывает в своих гражданах добродетель.

Государство содействует правомерному порядку, уважая свободу, равенство и самостоятельность своих граждан (AA 06, S. 314; Кант, 2014, с. 311). Поскольку граждане свободно изъявили согласие на общественный договор, правительство воплощает общую волю народа пу-

For Kant as well as Beauchamp and Childress, the distribution of scarce medical resources is a matter of right rather than a matter of ethics per se. Kant defends a conception of right according to which we are enjoined under the law to respect people's freedom to act: "Any action is *right* if it can coexist with everyone's freedom in accordance with a universal law, or if on its maxim the freedom of choice of each can coexist with everyone's freedom in accordance with a universal law" (MS, AA 06, p. 230; Kant, 1996b, p. 387). This liberal conception of the state emphasises our negative obligations to refrain from interfering with others. The state can intervene only to protect other people's rights. For example, although punishment interferes with people's freedom, coercion is justified, in its threat and execution, as a way to maximise freedom overall, by hindering the actions of those who would hinder others' freedoms (MS, AA 06, p. 231; Kant, 1996b, p. 388). To follow the law, we must only act rightly, regardless of whether we are acting for the right reason. The state does not produce virtue in its citizens.

The state promotes a rightful condition by respecting its citizens' freedom, equality and independence (MS, AA 06, p. 314; Kant, 1996b, pp. 457-458). Because citizens have freely consented to the social contract, the government supports the general will of the people by maintaining the state, which includes not only giving them equal protection under the law but also supporting those who cannot support themselves, such as poor people and orphans (MS, AA 06, pp. 326-327; Kant, 1996b, pp. 468-469). Regarding the just treatment one is owed as a member of the social contract, however, there is wide latitude in how the state should act, so long as a policy "offends against neither rights nor morality" (MS, AA 06, p. 327; Kant,

тем поддержания государства, что включает не только предоставление гражданам равной защиты по закону, но и поддержку тех, кто не может обеспечить себя сам, например бедняков и сирот (AA 06, S. 326–327; Кант, 2014, с. 347–349). Но что касается справедливого отношения к человеку как к участнику общественного договора, то существует широкая свобода действий государства, до тех пор пока политика не нарушает «право или принцип моральности» (AA 06, S. 327; Кант, 2014, с. 349). Например, Кант дает некоторые указания относительно того, как следует перераспределять налоговые поступления — богатые обязаны поддерживать бедных своего поколения (AA 06, S. 326; Кант, 2014, с. 347), — но не приводит никакой конкретики. Существует целый ряд приемлемых размеров государственного налогообложения, а также различные способы обеспечения бедных, включая государственное образование, социальную помощь, целевое обучение на рабочем месте и т. д. Помощь бедным в сфере здравоохранения может принимать различные формы, такие как социализированная медицина, система единого плательщика или регулируемая государством система частных страховщиков (Altman, 2011, p. 71–89). Все это означает, что рамки справедливости не задают конкретную политику, которую мы как общество должны принять.

Что касается вопроса о том, как распределять скудные медицинские ресурсы, то существует множество различных схем распределения, которые уважают свободу, равенство и самостоятельность людей. Например, распределение по принципу «первым прибыл — первым обслужен» будет одновременно уважать равные права людей на дефицитные ресурсы и способствовать справедливому равенству возможностей. Вознаграждение за общественную полезность — это альтернатива, которая более эффективно поддерживает функционирование государства. Попытка спасти наибольшее количество человеческих жизней признает абсолютную ценность свободных существ и их равную ценность. Ни одна из этих альтернатив не противоречит морали.

1996b, p. 469). For example, Kant gives some guidance about how tax money should be redistributed — the wealthy have an obligation to support the poor of their own generation (MS, AA 06, p. 326; Kant, 1996b, p. 468) — but he does not provide any specifics. There is a range of acceptable amounts of public taxation as well as different ways of providing for the poor, including public education, welfare assistance and targeted job training, just to name a few. Assisting the poor with healthcare could take many different forms, such as socialised medicine, a single-payer system or a government-regulated system of private insurers (Altman, 2011, pp. 71-89). All this is to say that, within the range of what is just, the specific policy that we as a community ought to adopt is underdetermined.

With regard to the question of how to allocate scarce medical resources, many different distribution schemes would respect people's freedom, equality and independence. For example, a first-come, first-served distribution would both respect people's equal claim to scarce resources and promote fair equality of opportunity. Rewarding social usefulness is an alternative that would more effectively maintain the state's functioning. Attempting to save the most individual lives would acknowledge the absolute value of free beings and their equal worth. None of these alternatives are contrary to morality.

Maximising Rights Protections

Beauchamp and Childress (2019, pp. 308-313) say that the just distribution of scarce medical treatments should consider both patients' prospects (medical utility) and their value for addressing future patients' needs (social utility). For example, whether or not

Максимизация защиты прав

Бичамп и Чилдресс пишут, что справедливое распределение дефицитных медицинских процедур должно учитывать как перспективы пациентов (медицинская полезность), так и ценность этих процедур для удовлетворения потребностей будущих пациентов (общественная полезность) (Beauchamp, Childress, 2019, p. 308–313). Например, приоритет врачам и медсестрам в данной схеме триажа зависит от того, считаем ли мы, что лечение этих пациентов позволит им сохранить достаточное здоровье, чтобы они продолжали работать в медицине. И. Эмануэль и его соавторы полагают, что медицинские работники *должны* быть в приоритете «ввиду их инструментальной ценности: они необходимы для реагирования на пандемию» (Emanuel, Persad, Upshur et al., 2020, p. 5), в то время как штат Нью-Йорк (в доковидных предписаниях) *не отдает* приоритет медицинским работникам, поскольку, по их мнению, такое лечение не принесет пользы обществу: «Во время пандемии, если медицинскому работнику с гриппом потребуется искусственная вентиляция легких, он/она вряд ли сможет вернуться к работе или ухаживать за пациентами. Таким образом, аргумент о том, что эти люди должны получать приоритетный доступ к аппаратам искусственной вентиляции легких, чтобы они могли продолжать лечить пациентов, является спорным» (New York State Task Force..., 2015, p. 44–45). Медицинские работники получают приоритетное лечение только в том случае, если это поддерживает их ценность для общества. В планах по распределению вакцин им, напротив, почти всегда отдается приоритет. Предотвращение заражения медицинских работников позволит сохранить их работоспособность, чтобы они могли ухаживать за больными и продолжать вводить вакцины, тем самым улучшая общие перспективы общества.

По мнению Бичампа и Чилдресса, справедливое распределение ограниченных медицинских ресурсов носит явно утилитарный харак-

doctors and nurses are prioritised in a given triage scheme depends on whether we believe that treating them would keep them healthy enough to continue providing medical services to the community. Ezekiel Emanuel *et al.* (2020, p. 5) say that healthcare workers *should* be prioritised “because of their instrumental value: they are essential to pandemic response”, while New York state (in its pre-COVID guidelines) *does not* prioritise healthcare workers because, they say, such treatment would not benefit the community: “In a pandemic, if a healthcare worker with influenza needs ventilator therapy, s/he will be unlikely to return to work or care for patients. Thus, the argument that these individuals should receive priority access to ventilators so that they may continue to treat patients is moot” (New York State Task Force on Life and the Law, 2015, pp. 44-45). Healthcare workers are prioritised for treatment only if it maintains their social value. By contrast, nearly all vaccine distribution plans prioritise them. Preventing healthcare workers from getting infected will keep them in the workforce so they can care for infected patients and continue administering vaccines, thus improving the community’s overall prospects.

For Beauchamp and Childress (2019, p. 308), the just distribution of scarce medical resources is explicitly utilitarian. Once everyone’s equal worth is recognised and they are all given fair opportunity, then we ought to adopt “a utilitarian strategy that emphasises overall maximum benefit for both patients and society”. Consider a case where an older patient with comorbidities on a ventilator is stable but not improving. Under crisis standards of care, triage committees should recommend taking the patient off the ventilator and reallocating it to a younger, healthier patient who is at risk of dying, because they are more likely to benefit, and

тер. Если за всеми признана равная ценность и всем справедливо распределены возможности, то мы должны принять «утилитарную стратегию, которая подчеркивает максимальную суммарную полезность как для пациентов, так и для общества» (Beauchamp, Childress, 2019, p. 308). Рассмотрим случай, когда состояние пожилого пациента с сопутствующими заболеваниями, подключенного к аппарату ИВЛ, стабильно, но не улучшается. Согласно кризисным стандартам ухода, комиссии по триажу должны рекомендовать отключить этого пациента и подключить к аппарату ИВЛ более молодого и более здорового пациента, оказавшегося в тяжелом состоянии, потому что ему это поможет с большей вероятностью и более быстро, тем самым будет спасена жизнь и этому пациенту и, возможно, другим людям, которых после его выздоровления быстрее можно будет подключить аппарату ИВЛ.

Подход Канта к этому вопросу более сложен, что приводит к различным интерпретациям того, как следует поступать. Согласно его теории права, методы обеспечения правопорядка не должны противоречить долгу. Это совершенно ясно. В связи с этим Куен Чу и его соавторы отвергают стратегию перераспределения на том основании, что пожилой пациент в ней принимается лишь как средство (Chu, Correa, Henry et al., 2020, p. 389). Отключение пациента от ИВЛ сходно изъятию легких у человека и передаче их людям, нуждающимся в трансплантации⁶. В этом возражении предполагает

⁶ Другая группа исследователей оспаривает этот аргумент, говоря, что здесь нет обращения с пациентом как только средством, потому что не затрагивается его собственное «тело, физические и умственные способности» (Afroogh, Kazemi, Seyedkazemi, 2021). Однако они ошибаются, строго отделяя естественные характеристики человека от искусственных аппаратов, к которым он подключен, а также от внутренних и внешних средств поддержки. Если у кого-то искусственное сердце, то удалить его и имплантировать кому-то другому, кто в нем нуждается, было бы обращением с человеком как только со средством, обращением с ним как с банком органов. С аппаратом ИВЛ та же ситуация. Таким образом, это некорректный ответ на аргументы группы Чу (Chu, Correa, Henry et al., 2020).

benefit more quickly, thus saving the patient's life and perhaps the lives of others who would have access to the ventilator after the younger patient has recovered.

Kant's approach to this issue is more complicated, leading to different interpretations of what ought to be done. According to his theory of right, methods used to ensure a rightful condition must not be contrary to duty. That much is clear. In light of this, Quyen Chu *et al.* (2020, p. 389) reject reallocation strategies because, they say, it treats the older patient merely as a means. Taking away the patient's ventilator is akin to removing a person's lungs and giving them to people who need transplants.⁵ This objection presupposes that current use of medical resources gives someone a special claim on them — the same kind of claim that they have on their own body (and organs) — and that the removal of a life-preserving resource is morally worse than the failure to provide someone with a life-saving resource in the first place.

Although I do not have the space to elaborate on this here, these are dubious assumptions. If we reject them — if we grant that the person with the resources has no overriding claim on them — then there are solid Kantian grounds on which to base a decision to reallocate them. A pandemic poses special challenges because medical resources become scarce, not

⁵ Afroogh, Kazemi and Seyedkazemi (2021) challenge this claim, saying that the patient is not used merely as a means because their "body, and physical and mental capacities" are not being used. They are wrong, however, to strictly distinguish the person's natural characteristics from the artificial apparatuses they depend on, as well as internal and external supports. If someone has an artificial heart, removing it and implanting it into someone else who needs it would be using the person merely as a means by treating them like an organ bank. A ventilator is no different. So, this is not the correct response to Chu *et al.* (2020).

ся, что пациент, которого уже подключили к системам жизнеобеспечения, обретает особое право на них — такое же, как на собственное тело (и органы), — и что отключение от систем жизнеобеспечения с моральной точки зрения хуже, чем невозможность предоставить их кому-либо другому, кто в приоритете.

Эти предположения сомнительны, хотя здесь нет возможности подробно рассмотреть их. Если мы отвергнем их — если мы признаем, что человек, получивший ресурсы, не имеет на них преимущественного права, — то у нас появятся всеские кантовские основания для принятия решения об их перераспределении. Пандемия представляет собой особую проблему, поскольку медицинские ресурсы становятся ограниченными, не всех можно спасти и приходится расставлять приоритеты. Во времена недостатка пациенты получают необходимое им лечение, если оно соответствует их пожеланиям, что позволяет уважать автономию и максимизировать пользу. Однако во времена дефицита государство обязано поддерживать справедливость, сохраняя себя, и оно сохраняет себя, сохраняя граждан.

В таких обстоятельствах государство исполняет эту обязанность иначе, чем в обычное время. Схожую ситуацию Кант рассматривает в «Учении о праве» в связи с наказанием (или распределением наказаний). Как известно, Кант утверждает, что обязанность казнить убийц и их сообщников — это «категорический императив карательной справедливости» (AA 06, S. 336–337; Кант, 2014, с. 377), то, что государство должно сделать, чтобы воздать преступнику по заслугам (AA 06, S. 331; Кант, 2014, с. 361) и избежать соучастия в преступлении (AA 06, S. 333; Кант, 2014, с. 367). Однако затем он представляет себе ситуацию, когда соучастников убийства так много, что государство может перестать существовать, если оно казнит их всех — «в нем не останется никаких подданных». Чтобы избежать истощения населения, распада государства и перехода «в еще худшее, естественное состояние, не знающее никакой внешней справедливости», государь,

everyone can be saved, and people have to be prioritised. In times of plenty, patients are given the treatment they need if it is in accordance with their wishes, thus respecting autonomy and maximising benefits. In times of scarcity, however, the state has an obligation to promote justice by preserving itself, and it preserves itself by maintaining the citizenry.

Under these circumstances, the state fulfils this obligation in different ways than it does in normal times. Kant considers a parallel case in the *Rechtslehre*, having to do with punishment (or the distribution of punishments). Famously, Kant says that the obligation to execute murderers and their accomplices is “the categorical imperative of penal justice” (MS, AA 06, pp. 336-337; Kant, 1996b, p. 477), something that the state must do in order both to give the offender what they deserve (MS, AA 06, p. 331; Kant, 1996b, p. 473) and to distance itself from the crime (MS, AA 06, p. 333; Kant, 1996b, p. 474). However, he then imagines a situation in which there are so many accomplices to a murder that the state itself would cease to exist — it would “soon find itself without subjects” — if it were to execute them all. To avoid depleting its population, dissolving the state and entering a state of nature, “which is far worse because there is no external justice at all in it”, Kant says that the sovereign should, by executive decree, give the accomplices clemency and assign them a different sentence, such as deportation, “which still preserves the population” (MS, AA 06, p. 334; Kant, 1996b, p. 475). In other words, although the offenders deserve to be executed, the system of rights that supports both legal coercion and the more general protection of individual rights — assistance to the poor, for example — must be sustained in order to maximise rights protections, or to preserve “external justice”.

согласно рассуждениям Канта, должен исполнить указом помиловать соучастников и назначить им другое наказание, «дающее возможность сохранить число жителей, например ссылку» (AA 06, S. 334; Кант, 2014, с. 371). Другими словами, хотя преступники заслуживают казни, система прав, поддерживающая как юридическое принуждение, так и более общую защиту индивидуальных прав, например помощь бедным, должна быть сохранена, чтобы максимизировать защиту прав, или сохранить «внешнюю справедливость».

Что касается COVID-19, Кант начал бы с идеи, что все жизни одинаково ценны, поэтому каждый заслуживает равного шанса на лечение. Однако случайное распределение вакцин или лотерея для пациентов, нуждающихся в лечении, хотя и принесут определенную пользу, но также повлекут за собой множество плохих результатов, включая массу людей, которые умрут или будут незаслуженно страдать. Приоритет в помощи пожилым людям и людям с сопутствующими заболеваниями перед молодыми и более здоровыми людьми спасет жизни, но в целом спасет их меньше, чем лечение тех, кто с большей вероятностью доживет до выписки. С другой стороны, если отдать молодым и более здоровым людям приоритет в вакцинации перед теми, кто с большей вероятностью умрет от болезни, это, конечно, повысит их способность ставить цели и достигать их, но, возможно, не больше, чем бездействие. Они будут привиты раньше в ущерб другим людям, например пожилым, для которых вирус гораздо опаснее. В худшем случае не будет спасено ни одной жизни, если привитые молодые люди переболеют только с легкими симптомами, и будет допущено много смертей, которые можно было бы предотвратить, если предположить, что многие непривитые пожилые люди остались бы живы, получив вакцину. Если допустить смерть целой части населения, государство потеряет свое преимущество перед естественным состоянием; глобальная пандемия может представлять экзистенциальную угрозу для целых стран. Та-

With regard to COVID-19, Kant would begin with the idea that all lives are equally valuable, so everyone deserves an equal chance at care. However, the random distribution of vaccines or a lottery for patients in need of treatment, although they would achieve some good, would also produce a lot of bad outcomes, including many people who would die or suffer unnecessarily. Treating the elderly and people with comorbidities ahead of younger, healthier people would save lives, but overall it would save fewer lives than treating those who are more likely to survive to discharge. On the other hand, vaccinating young, otherwise healthy people ahead of those who are more likely to die from the disease would, to be sure, promote their capacity to set and pursue ends, but perhaps little more than doing nothing. Their inoculation would be at the expense of others, such as the elderly, whose risk is much greater. In a worst-case scenario, no lives would be saved, if the young people who are vaccinated would only have had mild symptoms, and many preventable deaths would be allowed to happen, assuming that many of the older people who are not vaccinated would otherwise have lived. If a whole swath of the population were allowed to die, the state would lose its advantage over a state of nature; a global pandemic could pose an existential threat to entire countries. Kant's commitment to equal rights thus commits him to a system of allocation that values whole lives, and values more whole lives over fewer whole lives.⁶

Although we can justify the valuing of whole lives on Kantian grounds, drawing on his theory of right, we cannot value the maxi-

⁶ Since this is a state policy designed to preserve relations of right, it has no implications for agents facing individual choices such as Trolley Problems.

ким образом, приверженность Канта к равным правам обязывает его к системе распределения, которая ценит целые жизни, причем отдает предпочтение большему числу целых жизней над меньшим числом целых жизней⁷.

Хотя мы можем обосновать ценность целой жизни на кантовских основаниях, опираясь на его теорию права, мы не можем ценить максимизацию количества лет жизни, не вывернув его философию наизнанку. Каждый из нас имеет право на жизнь на основе ценности нашей человечности, которую Кант описывает как право действовать свободно (AA 06, S. 237–238; Кант, 2014, с. 107–109). Однако не существует права на дополнительные годы жизни или права на то, чтобы один человек обладал своей свободой больше, чем другие. Этическая теория Канта здесь неприменима. Формирование государственной политики путем апелляции к долгу благодеяния, например, является неуместным и не может оправдать предпочтение в обеспечении продолжительности жизни тому или иному человеку. Руководство по триажу и распределению вакцин содержит правила, которым необходимо следовать как закону, и мотивы человека в следовании этим правилам — из уважения к долгу или нет — не имеют значения. Таким образом, триаж и распределение вакцин не являются моральными поступками, по крайней мере в том отношении, что они осуществляются организациями, следующими государственной политике и действующим законам. И даже если бы благодеяние было применимо к людям, принимающим эти решения, нет морального требования максимизировать счастье. Кант не консеквенциалист: «Добрая воля добра не тем, что ею производится или исполняется» (AA 04, S. 394; Кант, 1997, с. 61). Хотя более филантропический человек более добродетелен, уровень его благотворительности измеряется не тем, насколько эффективно он использует свои огра-

⁷ Поскольку это государственная политика, направленная на сохранение правовых отношений, она не распространяется на агентов, стоящих перед индивидуальным выбором, таким как «проблема вагонетки».

misation of life-years without turning his philosophy inside out. We each have a right to life by virtue of our humanity, which Kant describes as the right to act freely (MS, AA 06, pp. 237-238; Kant, 1996b, pp. 393-394). However, there is no right to additional life-years, or no right for one person to have their freedom for longer than others. Kant's ethical theory cannot be injected into the conversation either. Shaping public policy by appealing to the duty of beneficence, for example, is both misplaced and unable to justify a commitment to life-years. Triage and vaccine distribution guidelines contain rules to follow, just like the law, and a person's motives for following the rules — whether for the sake of duty or not — are irrelevant. Thus triaging and distributing vaccines, at least insofar as they are done by organisations that are following public policies and applicable laws, are not moral acts. And even if beneficence were applicable to the individuals who are making these decisions, there is no moral demand to maximise happiness. Kant is no consequentialist: “a good will is not good because of what it effects or accomplishes” (GMS, AA 04, p. 394; Kant, 1996a, p. 50). Although a more charitable person is more virtuous, their level of charitableness is not measured by how efficiently they use their limited resources but by their character: as Allen Wood (1999, p. 328) puts it, “there is not more merit *per se* in making two people happy rather than one, or in making one person twice as pleased as you might have.” In short, Kant's ethics (as opposed to his theory of right) neither gives us the tools to evaluate public policies around allocation decisions, nor, even if it was applicable, would it enjoin us to have a consequentialist concern for life-years as a measure of medical utility.

ниченные ресурсы, а его характером: как выразился Аллен Вуд, «если сделать счастливыми двух человек вместо одного или подарить одному человеку вдвое больше счастья, чем считается в ваших силах, это само по себе еще не увеличит ваши заслуги» (Wood, 1999, p. 328). Коротко говоря, этика Канта (в отличие от его теории права) не дает нам инструментов для оценки государственной политики, связанной с решениями о распределении ресурсов, и даже если бы она была применима, она бы не предписывала нам проявлять консеквенциалистскую заботу о годах жизни как мере медицинской полезности.

Ценность продолжительности жизни

Одно из различий между утилитаризмом и кантовской этикой заключается в том, что Кант видит источник ситуаций в людях, в то время как Бентам и Милль ценят положения дел сами по себе. Это распространенная критика утилитаризма: если один человек может обрести много счастья и оно будет больше, чем сумма из малых порций счастья для многих людей, то первая ситуация предпочтительнее. По словам Джона Ролза, утилитариста интересует только сумма произведенных благ, а не справедливость их распределения (Ролз, 2010, с. 36). Что касается решений о триаже, то тридцатилетний пациент, который имеет такие же шансы, как сорокалетний, будет в приоритете с точки зрения утилитариста просто потому, что он моложе и (возможно) ему осталось жить больше лет. Опубликованная в начале пандемии рекомендация Итальянского общества анестезии, аналгезии реанимации и интенсивной терапии (SIAARTI) об установлении возрастного ограничения для поступления в реанимацию независимо от сопутствующих заболеваний или вероятности выживания (Vergano, Bertolini, Giannini, 2020) многими оценивалась как несправедливый принцип распределения, поскольку она не рассматривала жизнь всех людей как одинаково ценную (см., например: Cesari, Proietti, 2020; Rosenbaum, 2020, p. 3). Это был

Valuing Life-Years

One difference between utilitarianism and Kantian ethics is that, for Kant, we owe things to persons, while Bentham and Mill value states of affairs. This is a common criticism of utilitarianism: if a large amount of happiness could be experienced by one person, and it would be more than a small amount of happiness for many people, added together, then the former situation is preferable. As John Rawls (1999, p. 23) puts it, the utilitarian is concerned only with the sum of advantages produced and not whether there is a just distribution. With regard to triage decisions, a thirty-year-old who has equivalent prospects as a forty-year-old would be prioritised by the utilitarian simply because they are younger and (probably) have more years to live. The early recommendation by the Italian Society of Anesthesia, Analgesia, Reanimation and Intensive Care (SIAARTI) that there be an age limit for admission to intensive care, regardless of comorbidities or likelihood of survival (Vergano *et al.*, 2020), was viewed by many as an unjust allocation principle because it did not treat all people's lives as equally valuable (see, e. g., Cesari and Proietti, 2020; Rosenbaum, 2020, p. 3). It was ageist. But if such a discriminatory policy would, all things being equal, produce more good by maximising life-years, then the utilitarian would approve of it.

Kant's ethics seems well equipped to guard against such biases. If something becomes good by my setting it as an end to be pursued, then the capacity to set ends has absolute worth. As opposed to non-rational things, which have relative value that is comparable to, and interchangeable with, other things, the inner worth that people have by virtue of their humanity

эйджизм. Но если такая дискриминационная политика при прочих равных условиях принесет больше пользы, максимизируя продолжительность жизни, то утилитарист одобрит ее.

Этика Канта выглядит достаточно развитой для защиты от подобных предубеждений. Если что-то становится благом, когда я определяю это как цель, к которой следует стремиться, то способность определять цели имеет абсолютную ценность. В отличие от неразумных существ, которые имеют относительную ценность, которые можно сравнивать и обменивать на другие существа, та внутренняя ценность, которой обладают люди в силу своей человечности, придает им достоинство (AA 04, S. 434–435; Кант, 1997, с. 187). И если все разумные существа обладают способностью выбирать, то система законов должна защищать нашу свободу выбора при условии, что она может сосуществовать со свободой других (AA 06, S. 230; Кант, 2014, с. 89). С точки зрения Канта, в отличие от утилитаристов, нельзя приписывать жизням людей разную ценность, например в зависимости от их вклада в общество или важности для других. Именно это многие сочли предвзвешенным в первом этическом комитете (прозванном «Комитетом Бога»), который в начале 1960-х гг. распределял аппараты для диализа, только недавно изобретенные и оттого бывшие в дефиците. Среди прочих критериев отбора члены комитета ранжировали людей на основании их «социальной ценности», включая семейное положение, род занятий, доход, чистый капитал и уровень образования, что лишь усиливало культурные предубеждения членов комитета (Alexander, 1962; Blagg, 1998).

Конечно, утилитаризм стремится к беспристрастности — «каждый должен считаться за одного, и никто не может претендовать на большее» (Милль, 2013, с. 231) — и поэтому он предполагает своего рода принцип равенства. Цель максимизации совокупного счастья не ставит ни одного конкретного человека в привилегированное положение по отношению к другому. В этом заключается нейтральность по отноше-

gives them dignity (GMS, AA 04, pp. 434-435; Kant, 1996a, p. 84). And, if all rational beings have the capacity to choose, then a system of laws ought to protect our freedom of choice, provided that can coexist with others' freedom (MS, AA 06, p. 230; Kant, 1996b, p. 387). For Kant, as opposed to the utilitarian, the value of lives cannot be compared, with one greater than the other by virtue of, say, their contributions to society or their importance to others. This was what many people found objectionable about the first ethics committee (nicknamed the "God Committee") that allocated the few, newly invented dialysis machines in the early 1960s. Among other selection criteria, they ranked people based on their "social value" — including their marital status, occupation, income, net worth and educational background — which merely reinforced committee members' cultural biases (Alexander, 1962; Blagg, 1998).

Of course, utilitarianism is committed to impartiality — "everybody to count for one, nobody for more than one" (Mill, 2001, p. 60) — and thus it assumes a kind of equality principle. The goal of maximising aggregate happiness does not privilege any particular individual over another. This is the way in which it is agent-neutral: each person has equal standing to have their interests considered in the felicific calculus, and I cannot give my preferences more weight in my own calculations than I give to yours (Mill, 2001, p. 16). However, this is very different from what is entailed by Kant's formula of humanity. The implications of holding the utilitarian's principle of impartiality or equal consideration results in different treatment since different people have different social value, different capacities for happiness and different experiential outcomes even in the

нию к агентам: каждый человек имеет равные права на то, чтобы его интересы учитывались при оценке объема счастья, и я не могу придать своим предпочтениям больший вес в своих расчетах, чем вашим (Милль, 2013, с. 65). Однако это сильно отличается от того, что подразумевает формула гуманности Канта. Соблюдение утилитаристского принципа беспристрастности или равного рассмотрения приводит к различному отношению, поскольку разные люди имеют разную социальную ценность, разные возможности для достижения счастья и разный опыт жизни даже в одних и тех же обстоятельствах. Действительно, по словам Милля, «считается, что все люди имеют *право* на то, чтобы с ними одинаково обращались, *кроме случаев, когда общественная польза вполне очевидно требует противоположного*» (Милль, 2013, с. 233–235, курсив мой. — М. А.). Именно в таком ключе должны приниматься решения в комиссиях по триажу. Хотя никто не обладает большим или меньшим *достоинством*, определяющим получение лечения от COVID, все же усилия по спасению некоторых людей более *целесообразны*, потому что в дальнейшем они, скорее всего, спасут больше жизней или больше лет жизни.

В условиях дефицита «социальная целесообразность требует» неравного отношения к людям. В частности, людям, которые вряд ли проживут более пяти лет после выписки — в основном людям с сопутствующими заболеваниями, влияющими на выживаемость, — в большинстве существующих схем распределения отдается наименьший приоритет. Идея заключается в том, что смерть — это, без сомнения, негативный феномен. При прочих равных условиях люди, которые живут дольше, смогут удовлетворить больше обдуманных предпочтений, чем люди, которые умрут раньше. Не дать людям, у которых есть желания на будущее, того, что им нужно для продолжения жизни (тем самым прекратив их жизнь), означает навредить им или, по крайней мере, лишить их помощи. Жизнь — это не только средство для получения удовольствия, она желательна и сама по

same circumstances. Indeed, Mill (2001, pp. 61-62) says that “all persons are deemed to have a *right* to equality of treatment, *except when some recognized social expediency requires the reverse*” (latter emphasis M. A.). This is exactly the sort of reasoning that triage committees must engage in. Although no one is more *worthy* of getting treatment for COVID, the efforts to save some people are more *worthwhile* because they are likely to save more lives or more life-years.

In times of scarcity, “social expediency requires” that people be treated unequally. Specifically, people who are unlikely to live more than five years after discharge — mainly people with comorbid conditions that impact survival — are deprioritised in most existing allocation schemes. The idea is that death is typically a bad thing. All things being equal, people who live longer will be able to satisfy more considered preferences than people who die sooner. For people who have desires for the future, not giving them what they need to continue living (thus ending their lives) is a way of harming them, or at least not helping them. Living is not only a means to pleasurable experiences but is also desirable in itself; that is, most people prefer to live, and to live longer.⁷ In maximising life-years (or, more specifically, quality-adjusted life-years), we will maximise happiness. Thus, the utilitarian focuses on a patient’s long-term prognosis in any allocation scheme.

By contrast, utilitarianism is ill-equipped to value whole lives. All things

⁷ There are exceptions, of course, including terminally ill patients who would prefer physician-assisted dying over continuing to live with debilitating illnesses. If such patients have advance directives in which they refuse life-saving treatment, they would not be given treatment under existing triage guidelines, so they need not be considered in the prioritisation schemes.

себе; то есть большинство людей предпочитают жить, и желательно дольше⁸. Максимизируя количество лет жизни (или, более конкретно, количество лет жизни с поправкой на качество), мы максимизируем счастье. Таким образом, при любом распределении помощи утилитарист ориентируется на долгосрочный прогноз пациента.

Для предпочтения ценности целых жизней утилитаризм, напротив, подходит мало. При прочих равных условиях — например, без учета того, как старение влияет на членов семьи и на удовлетворение предпочтений, — один более молодой человек, который проживет шестьдесят лет при условии лечения, должен иметь преимущество перед пятью пожилыми людьми, которые проживут по десять лет при условии лечения. Опять же, важна общая сумма произведенного счастья, а не его распределение. Чтобы доказать ценность целой жизни, утилитаризму придется вывернуть себя наизнанку. Например, можно заявить, что предпочтение жить весомее, чем удовлетворение предпочтений в жизни — но почему и насколько удовлетворение предпочтений может перевесить? Является ли это попыткой сформировать приверженность человеческому достоинству независимо от того, сколько счастья будет достигнуто? Утилитаристы могли бы провести более сложный расчет, в котором равное обращение (в отличие от беспристрастного обращения) выражало бы общее уважение к человеческой жизни, и это присвоение равной ценности способствовало бы нашему общему счастью. Возможно, социальная сплоченность будет выше, если люди не будут чувствовать, что они соревнуются с другими, чтобы выжить. Доверие к тому, что мой врач будет заботиться обо

⁸ Конечно, существуют исключения, включая неизлечимо больных пациентов, которые предпочитают смерть с помощью врача продолжению жизни с изнурительными болезнями. Если такие пациенты в своих предварительных пожеланиях отказываются от жизненно важного лечения, то, согласно существующим правилам триажа, им не будет оказана помощь, поэтому их не нужно учитывать в схемах расстановки приоритетов.

being equal — for example, excluding how family members are affected and how the satisfaction of preferences is affected by aging — one younger person who would live sixty years with treatment should be privileged over five older people who would each live ten years with treatment. Again, what matters is the sum total of happiness produced, not the distribution. To make a case for the value of whole lives, utilitarianism would have to turn itself inside out. For example, it could say that the preference to live is greater than the satisfaction of preferences in life — but why, and how much satisfaction of preferences could outweigh it? Is this an attempt to generate a commitment to human dignity regardless of how much happiness is produced? Utilitarians could perform a more complex calculus in which equal treatment (as opposed to equitable treatment) would convey a general respect for human life, and that assignment of equal value would positively impact our overall happiness. There may be greater social cohesion if people do not feel like they are competing with others in order to live. Trusting that my physician will care for me as an individual (to act in my best interest and respect my autonomy), rather than as a data point in assessing community health, could have far-reaching impacts on healthcare behaviour. Utilitarians could even argue that we ought to repay older people's years-long social investment — in improving society and contributing to its functioning — with greater access to treatment. Expressing our gratitude in this way may benefit the community by incentivising people to contribute to society for longer.

мне как о личности (действовать в моих интересах и уважать мою автономию), а не как о точке отсчета в оценке здоровья общества, может оказать далеко идущее воздействие на практику обращения с пациентами в сфере здравоохранения. Утилитаристы могли бы даже утверждать, что мы должны вознаградить пожилых людей за их многолетние социальные инвестиции — в улучшение общества и вклад в его функционирование — более широким доступом к лечению. Выражение благодарности таким образом может принести пользу обществу, стимулируя людей дольше вносить свой вклад в жизнь общества.

Если бы хоть одно из этих обоснований было убедительным, то, возможно, мы бы отдавали предпочтение пожилым людям при принятии решений о триаже, или, по крайней мере, уравняли ценность и пришли к системе лотереи или другой эгалитарной системе, такой как «первым пришел — первым обслужен». Такие рассуждения перевернут мнимо очевидные утилитарные расчеты, которые сейчас приняты в организациях здравоохранения. Тогда в некоторых случаях мы бы отдавали предпочтение пожилым людям в лечении, а молодым — в вакцинации, даже если это не приведет к максимизации количества спасенных жизней или лет жизни. Следование такому правилу означало бы скорее возведение правил в культ, нежели максимизацию счастья (Smart, 1956). То есть мы бы следовали правилу уважения к автономии и достоинству личности, которое максимизирует полезность во времена достатка, хотя обстоятельства изменились таким образом, что исключения из этого общего правила — в частности, приоритет одних пациентов над другими во время действия кризисных стандартов оказания помощи — приводят к лучшим последствиям.

Равное и неравное лечение

В обычное время этика Канта хорошо объясняет и обосновывает наши моральные обязанности в сфере медицины. Строгий запрет на

If any of these rationales were conclusive, then perhaps we would prioritise the elderly in our triage decisions, or at least even things out and arrive at a lottery system or some other egalitarian system such as first-come, first-served. Such reasoning would up-end the seemingly obvious utilitarian calculations that public health organisations are making now. In some cases, we would prioritise older people for treatment and younger people for vaccines, even though it would not maximise whole lives or life-years saved. Following such a rule would amount to rule-worship rather than the maximisation of happiness (Smart, 1956). That is, we would be following a rule — respect for individual autonomy and dignity — that maximises utility in times of plenty, even though circumstances have changed in a way that making exceptions to that general rule — specifically, prioritising some patients over others during crisis standards of care — produces better consequences.

Equal and Unequal Treatment

In normal times, Kant's ethics does a good job of explaining and justifying the moral obligations we have in a medical context. The strict prohibition on using people merely as means guards against sacrificing some of them for the sake of others in experimental settings. The recognition of people's dignity places a high demand on doctors to respect patient autonomy (e.g. by allowing them to choose among the treatment options) and on the public to sustain people's health, so that they can have the basic conditions necessary to set and pursue ends (e.g. by providing them with basic healthcare). Focusing on people's humanity entails that race, age and gender are morally irrelevant, so Kant is opposed in principle to unequal access

использование людей как только средств предохраняет от принесения в жертву одних ради других в экспериментальных целях. Признание достоинства людей предъявляет высокие требования к врачам в отношении уважения автономии пациентов (например, позволяя им выбирать между вариантами лечения) и к обществу в отношении поддержания здоровья людей, чтобы у них были основные условия, необходимые для постановки и достижения целей (например, предоставляя им базовое медицинское обслуживание). Ориентация на человечность людей подразумевает, что раса, возраст и пол не имеют морального значения, поэтому Кант в принципе выступает против того, чтобы доступ к основным медицинским услугам был неравным по причине расизма, эйджизма или сексизма.

Этот подход остается полезным, когда обстоятельства меняются и ресурсы ограничены, но его недостаточно. Во время пандемии коронавируса спрос на койки в отделениях интенсивной терапии и вакцины был настолько велик, что нам пришлось отдавать предпочтение одним людям перед другими, а это означает, что, несмотря на беспристрастное применение схем распределения, люди подвергаются неравному обращению. Почти для всех специалистов по медицинской этике, комитетов по триажу и чиновников общественного здравоохранения кажется очевидным, что во времена дефицита прогностически значимые обстоятельства людей — сопутствующие заболевания, возраст и так далее — имеют моральное значение и что этой позиции можно придерживаться наряду с верой в равную ценность любой человеческой жизни.

Утилитарист, напротив, может понять смысл максимизации счастья в терминах дополнительных лет жизни, но само по себе это приводит к морально проблематичным последствиям. Философы часто возражают против утилитаризма, потому что он инструментализирует людей: например, по нему мировой судья может вынести решение о казни невинного человека, чтобы успокоить угрожающую толпу (Foot, 1967, p. 8), или врач может лишить жизни одно-

to basic medical services due to racism, ageism or sexism.

This approach is still useful when circumstances change and resources are scarce, but it is insufficient. During the coronavirus pandemic, the demand for ICU beds and vaccines has been so great that we have had to prioritise some people over others, which means that, although distribution schemes are applied impartially, people are subject to unequal treatment. It seems obvious to nearly all medical ethicists, triage committees and public health officials that, in times of scarcity, people's prognostically relevant circumstances — comorbidities, age and so on — are morally relevant, and that this position can be held alongside the belief in the equal value of all human life.

The utilitarian, by contrast, can make sense of maximising happiness in terms of additional life-years, but, on its own, this leads to morally problematic consequences. Philosophers often object to utilitarianism because it instrumentalises people: for example, it would have a magistrate frame and execute an innocent person to calm a threatening mob (Foot, 1967, p. 8), or it would have a doctor kill one healthy person and distribute organs to five other people who need transplants (Thomson, 1985, p. 1396). Regarding the distribution of scarce medical resources during the coronavirus pandemic, utilitarianism could have us deprioritise poor people for treatment because they tend to have worse outcomes (Ogedegbe *et al.*, 2020), or it could have us vaccinate people with more “social value” — usually straight, rich, white churchgoers — ahead of others (Alexander, 1962). On a strictly utilitarian view, younger people would be valued over older people because they have more life-years left or they have greater prospects for happiness, not because age is a prognostically relevant indica-

го здорового человека и раздать органы пяти другим людям, нуждающимся в трансплантации (Thomson, 1985, p. 1396). Что касается распределения скудных медицинских ресурсов во время пандемии коронавируса, то утилитаризм может заставить нас не уделять первоочередного внимания лечению бедных людей, потому что у них обычно хуже результаты (Ogedegbe, Ravenell, Adhikari et al., 2020), или же он может заставить нас вакцинировать людей с большей «социальной ценностью» — обычно цисгендерных, богатых, белых прихожан — раньше других (Alexander, 1962). С точки зрения строгого утилитаризма молодые люди будут цениться выше пожилых, потому что у них осталось больше лет жизни или у них больше перспектив на счастье, а не потому, что возраст является прогностически значимым показателем вероятности выживания. Утилитаризм вызывает у многих людей моральные возражения, поскольку он не признает равного права каждого человека на жизнь⁹. Это широко распространенная моральная интуиция, поэтому существующие руководства по распределению ограниченных медицинских ресурсов оценивают целые жизни в дополнение к годам жизни и не учитывают социальную ценность человека при определении его приоритетности для лечения.

Одно возможное возражение

Прежде чем подвести итоги, я должен изложить ограничение моего анализа. В данной работе я не рассматриваю вопрос о том, действительно ли в мире бывают времена достат-

⁹ Чтобы исключить эйджизм и защититься от этого проявления утилитаризма, руководства по триажу устанавливают конкретный период для определения долгосрочных перспектив. Исследователи из Питтсбургского университета (White, Katz, Luce et al., 2020), например, определяют долгосрочные перспективы как вероятность выживания через пять лет после выписки. Они не учитывают дополнительные годы после этого, поэтому пожилой человек, который, скорее всего, проживет еще пять лет, по количеству лет жизни равен молодому человеку, который, скорее всего, проживет еще пятьдесят лет.

tor of the likelihood of survival.⁸ Utilitarianism strikes many people as morally objectionable because it does not recognise everyone's equal right to life. This is a widely held moral intuition, so existing guidelines for the distribution of scarce medical resources value whole lives in addition to life-years and do not consider a person's social value in determining their priority for treatment.

One Possible Objection

Before concluding, I must acknowledge a limitation of my analysis. One issue that I am not addressing in this paper is whether there ever really are times of plenty. Within a given country, the poor consistently struggle to claim healthcare resources and the wealthy resist putting sufficient public support behind making such resources available to the underserved. More broadly, globally rich nations have tended not to sufficiently support international programmes of medical prevention and treatment (of malaria, HIV, tuberculosis, measles and more). Under the circumstances, one could question whether we are using the principle of utility properly when we focus on maximising the life-years of our fellow citizens.

One of the advantages of utilitarianism is its impartiality and global scope. A utilitarian may well say that people in the developed world are relatively wealthy and healthy, and that they are less likely to die than people in

⁸ To rule out ageism and guard against this implication of utilitarianism, triage guidelines establish a set period to define long-term prospects. The University of Pittsburgh (White, Katz et al., 2020), for example, defines long-term prospects as the likelihood of survival five years after discharge. They do not consider additional years beyond that, so an elderly person who is likely to live five more years is, in terms of life-years, equal to a young person who is likely to live fifty more years.

ка. В пределах одной страны бедные постоянно борются за ресурсы здравоохранения, а богатые сопротивляются тому, чтобы общественность оказывала достаточную поддержку в обеспечении доступности таких ресурсов для малообеспеченных слоев населения. В более широком смысле глобально богатые страны, как правило, недостаточно поддерживают международные программы медицинской профилактики и лечения (малярии, ВИЧ, туберкулеза, кори и т. д.). В этих обстоятельствах можно задаться вопросом, правильно ли мы используем принцип полезности, когда фокусируемся на максимизации количества лет жизни наших сограждан.

Одним из преимуществ утилитаризма является его беспристрастность и глобальный масштаб. Утилитарист вполне может сказать, что люди в развитых странах мира относительно богаты и здоровы и у них меньше шансов умереть, чем у людей в развивающихся странах. Поэтому США и другие западные промышленно развитые страны — любая страна, граждане которой имеют доступ к адекватной больничной помощи, — должны отправлять все свои вакцины в эти другие страны, где они принесут больше пользы¹⁰. Что касается конкретно национальных приоритетов, Кант может иметь объяснительное преимущество, учитывая его концепцию справедливости в государстве и тех обязанностей, которые государство несет перед своими гражданами.

Однако полезность философии Канта имеет и другие ограничения. Многие страны исторически считали бедных, больных, инвалидов и мигрантов финансовым бременем для ценного населения — евгеническая идея, которую часто оправдывали ссылками на утилитаризм. Однако в научных кругах продолжают споры о том, можно ли использовать акцент Канта на уважении к личности для преодоления таких предрассудков или же он, наоборот, усиливает их (см., например: Mills, 2005; Allais, 2016).

¹⁰ Беспристрастное отношение утилитариста наиболее четко выражено Питером Сингером в известной статье «Голод, достаток и нравственность» (Singer, 1972).

the developing world. Therefore, the U.S. and other Western industrialised countries — any country whose citizens have access to adequate hospital care — should send all their vaccines to these other countries, where they would do more good.⁹ With regard to national priorities specifically, Kant may have an explanatory advantage, given his conception of justice within a state and the duties that a state has to its citizens.

The usefulness of Kant's philosophy has different limitations, however. Many countries have historically understood the poor, the sick, the disabled and migrants to be financial burdens on the valuable population — a eugenicist idea often justified with reference to utilitarianism. But there is ongoing scholarly debate about whether Kant's emphasis on respect for persons can be used to overcome, or instead reinforces, such prejudices (see, e.g., Mills, 2005; Allais, 2016). The Kantian principle of vulnerability, according to which other people being at increased risk of harm is morally salient, has been politicised to position the "socially valuable" as vulnerable to financial burdens by those who are socially not-valued/marginalised — and whose medical vulnerabilities are then denied or disavowed. All of this sets up a zero-sum game in which there is never a time of plenty, in which resources spent caring for the medically vulnerable may be seen as harming (that is, detracting from the freedom or well-being of) those who are socially valued.

Although these are important problems to address, they go beyond the scope of this paper. I am evaluating existing triage and distribution guidelines against the Kantian and

⁹ The utilitarian's attitude of impartiality is expressed most clearly and famously by Peter Singer in "Famine, Affluence, and Morality" (1972).

Кантианский принцип уязвимости, согласно которому морально значимым является повышенный риск причинения вреда другим людям, был политизирован, чтобы позиционировать «социально ценных» как уязвимых для финансового бремени со стороны тех, кто социально не ценится / маргинализован и чья медицинская уязвимость затем отрицается или дезавуируется. Все это создает игру с нулевой суммой, в которой никогда не бывает времени достатка, в которой ресурсы, потраченные на заботу о медицински уязвимых, могут рассматриваться как убытки или ущерб (то, что ущемляет свободу или благополучие) тем, кто социально значим.

Хотя это важные проблемы, требующие решения, они выходят за рамки данной работы. Я оцениваю существующие руководства по триажу и распределению на предмет соответствия кантовским и утилитарным принципам, к которым явно или неявно апеллируют государственные политики. Такая политика стремится отдавать предпочтение населению своей страны, даже если моральные обязанности выходят за пределы границ этой страны. Она также отражает, как правило, общие предрассудки и политическое давление, которые определяют применение обществом обязанностей справедливости.

Заключение: плюралистические интуиции

Во времена достатка теория права Канта и утилитаризм имеют довольно схожие следствия, так что не требуется делать выбор между ними. Но во времена дефицита они ведут в разных направлениях. Ни теория права Канта, ни утилитаризм Милля сами по себе не могут вместить этические обязательства, которые закреплены в большинстве существующих руководств по распределению лечения среди заболевших COVID-19 и по распределению вакцин среди здоровых.

utilitarian principles to which public policy-makers appeal, whether implicitly or explicitly. Such policies tend to privilege a country's own population, even though moral obligations extend beyond a country's borders. They also tend to reflect common prejudices and political pressures that shape a community's application of duties of justice.

Conclusion: Pluralistic Intuitions

In times of plenty, Kant's theory of right and utilitarianism have similar enough implications that a choice does not need to be made between them. But in times of scarcity, they lead in different directions. Neither Kant's theory of right nor Mill's utilitarianism can, on its own, accommodate the ethical commitments that are enshrined in most of the existing guidelines for distributing treatment to those who are infected with COVID-19 and for distributing vaccines to those who are at risk of infection.

The deliberative process by which we evaluate our existing guidelines for triage and vaccine distribution, and the principles that underlie them, is an example of the community undergoing a process of wide reflective equilibrium. In public policy discussions about what to do when the state declares crisis standards of care, we are not only testing moral beliefs against other beliefs and bedrock principles (narrow reflective equilibrium), but we are also testing general principles against our moral intuitions. In ethics, sometimes a compelling moral theory ought to correct our intuitions, and, if the theory is wrong or inadequate on its own, sometimes our moral intuitions ought to correct the theory. If we as a community value both whole lives and life-years, and if I am right that Kant and Mill cannot accommodate both commitments, then *either* we ought to re-

Совещательный процесс, в ходе которого мы оцениваем существующие руководства по триажу и распределению вакцин, а также принципы, лежащие в их основе, является примером того, как сообщество находится в поиске широкого рефлексивного равновесия. В публичной политической дискуссии о том, как следует поступать, когда государство объявляет кризисные стандарты оказания медицинской помощи, мы не только проверяем моральные убеждения в соотношении с другими убеждениями и основополагающими принципами (узкое рефлексивное равновесие), но и тестируем общие принципы в соотношении с нашей нравственной интуицией. В этике иногда убедительная моральная теория должна скорректировать нашу интуицию, а если теория сама по себе неверна или неадекватна, то иногда наши нравственные интуиции должны исправить теорию. Если мы как общество ценим как целые жизни, так и годы жизни и если я прав в том, что Кант и Милль не могут согласовать оба обязательства, тогда *либо* нам следует отказаться от наших нравственных интуиций относительно распределения скудных медицинских ресурсов и, вместе с Кантом или Миллем, ценить только целые жизни или годы жизни, *либо* мы должны попытаться как-то синтезировать эти две позиции, чтобы они отражали принятые нами ценности, принципы и наш нравственный опыт. Если существующие руководства по триажу и протоколы вакцинации являются точными индикаторами наших нравственных интуиций и если эти интуиции особенно сильны, то можно сделать вывод, что та ценность, которую мы придаем как целым жизням, так и сроку жизни, означает, что ни этика Канта, ни утилитаризм сами по себе не являются достаточными.

Недавнее эмпирическое исследование Марго Куйлен и соавторов (Kuylen, Kim, Keene, Owen, 2021) подтверждает идею о том, что наши интуиции именно таковы. На основе серии «совещательных семинаров» они пришли к выводу о том, что у людей есть «триада» нравственных

subject our moral intuitions regarding the distribution of scarce medical resources and, along with Kant or Mill, value only whole lives or life-years; *or* we should try to synthesise the two positions somehow so that they reflect our considered values, principles and moral experiences. If existing triage guidelines and vaccine protocols are accurate indicators of our moral intuitions, and if those intuitions are especially strong, then the value given to both whole lives and life-years seems to imply that neither Kant's ethics nor utilitarianism is sufficient on its own.

A recent empirical study by Margot Kuylen *et al.* (2021) supports the idea that this is where our intuitions lie. Based on a series of “deliberative workshops,” they conclude that people have a “triad” of moral commitments: an “equality principle” that respects all people's equal worth, an “efficiency principle” that values saving the most lives and a “vulnerability principle” that protects people who are socially disadvantaged. Although the researchers do not phrase it like this, people seem to be committed to utilitarian reasoning with Kantian guardrails in place to protect people's equal intrinsic value. These three principles also map closely onto the four principles of Beauchamp and Childress: autonomy involves an equal respect for people's personhood, beneficence and nonmaleficence are concerned with promoting happiness and avoiding harm, and justice is meant to protect against unfair treatment.

Bringing our moral intuitions to bear on traditional theories gives some sense of the values and obligations that any successful practical philosophy would have to justify. Providers have a personal obligation not to discriminate and communities have a collective obligation to treat people impartially. When necessary,

ориентиров: «принцип равенства», который уважает равную ценность всех людей; «принцип эффективности», который ценит спасение наибольшего количества жизней; «принцип уязвимости», который защищает людей, находящихся в социально неблагоприятном положении. Хотя исследователи не формулируют это таким образом, люди, похоже, привержены утилитарному мышлению с кантианскими ограничениями, защищающими равную внутреннюю ценность людей. Эти три принципа также тесно связаны с четырьмя принципами Бичампа и Чилдресса: автономия подразумевает равное уважение к личности людей, благотворность и непричинение вреда направлены на содействие счастью и предотвращение вреда, а справедливость призвана защитить от нечестного обращения.

Сопоставление наших нравственных интуиций с традиционными теориями дает некоторое представление о ценностях и обязанностях, которые должна обосновать любая успешная практическая философия. Медики имеют личное обязательство не допускать дискриминации, а сообщества — коллективное обязательство относиться к людям беспристрастно. В случае необходимости, например в условиях дефицита, должен существовать способ отдать предпочтение одним людям перед другими. Расстановка приоритетов должна максимизировать положительные результаты, как целые жизни, так и удовлетворение предпочтений, и приводить к справедливому распределению благ. Кантианство лучше обосновывает равное обращение, ценность целой жизни и заботу о том, что может потребоваться отдельным людям. Утилитаризм лучше подходит для обоснования неравного обращения (наряду с равным учетом интересов), ценности счастья и эффективного использования общественных ресурсов. Очевидно, что мы ценим все эти принципы в нашей борьбе с пандемией, поэтому наша нравственная интуиция поддерживает и кантианство, и утилитаризм. Таким образом, вов-

as in times of scarcity, there must be a way to prioritise some people over others. Prioritisation should maximise positive outcomes, both whole lives and the satisfaction of preferences, and it should result in a just distribution of goods. Kantianism is better equipped to justify equal treatment, the value of whole lives and a concern for what is owed to individuals. Utilitarianism is better equipped to justify unequal treatment (alongside equal consideration of interests), the value of happiness and the efficient use of public resources. Clearly, we value all these principles in our pandemic response, so our moral intuitions support both Kantianism and utilitarianism. Subjecting these theories to the process of reflective equilibrium thus supports the idea that neither theory is sufficient, both are necessary, and we need to combine them somehow.

Several philosophers have attempted to synthesise Kantianism and utilitarianism in developing their own moral theories. Beauchamp and Childress's principlism is only one model for how to combine our personal obligation to help, not to harm and to respect individual autonomy with our collective commitment to promote justice. Of course, principlism may not be right,¹⁰ but, as I have argued in this paper, it takes us in the right direction. There is reason to believe that we will make more philosophical progress if we soften our commitment to theoretical purity and pay more

¹⁰ Among other things, principlism has been criticised for being insufficiently systematic because its appeal to common sense lacks a unified theoretical basis and thus leads to contradictory conclusions (Clouser and Gert, 1990). This is a risk with any form of moral pluralism. Beauchamp and Childress (2019, p. 385) themselves hesitate to call principlism a moral theory: "We present an organised system of principles and engage in systematic reflection and argument; but we present only some elements of a general moral theory."

лечение этих теорий в процесс рефлексивно-го равновесия позволяет сделать вывод, что ни одна из них не является достаточной, обе необходимы и требуется их некоторое сочетание.

Некоторые философы пытались синтезировать кантианство и утилитаризм при разработке собственных моральных теорий. Принципиализм Бичампа и Чилдресса — это лишь одна из моделей того, как совместить нашу личную обязанность оказывать помощь, не вредить и уважать индивидуальную автономию с нашей коллективной обязанностью содействовать справедливости. Конечно, правота принципализма не доказана¹¹, но, как я продемонстрировал выше, он ведет нас в правильном направлении. Есть основания полагать, что мы добьемся большего философского прогресса, если смягчим нашу приверженность теоретической чистоте и уделим больше внимания принципам, которые мы действительно воплощаем при решении наших моральных проблем, включая особые проблемы, с которыми мы сталкиваемся во время пандемии коронавируса.

Благодарности. Статья подготовлена на основе доклада, представленного на Второй конференции лаборатории «Кантианская рациональность» «Кантианская рациональность в этике: основания, применения, вызовы» в мае 2021 г. Я выражаю благодарность организаторам и участникам конференции, особенно Мартину Штикеру и Томасу Штурму, за их замечания и предложения. Кроме того, я благодарен Синтии Коу за ценные комментарии во время доработки статьи.

¹¹ Помимо прочего, принципализм критикуют за недостаточную систематичность, поскольку его апелляция к здравому смыслу не имеет единой теоретической основы и, таким образом, приводит к противоречивым выводам (Clouser, Gert, 1990). Это риск для любой формы морального плюрализма. Бичамп и Чилдресс сами не решаются называть принципализм теорией морали: «Мы представляем упорядоченную систему принципов и занимаемся систематической рефлексией и разбором доводов; но мы представляем лишь некоторые элементы общей теории морали» (Beauchamp, Childress, 2019, p. 385).

attention to the principles we actually use in addressing our moral challenges, including the special challenges we face during the coronavirus pandemic.

Acknowledgments. A version of this paper was presented at the Second Kantian Rationality Lab Conference on “Kantian Rationality in Ethics: Foundations, Applications, Challenges” in May 2021. I would like to thank the conference organizers and participants, especially Martin Sticker and Thomas Sturm, for their notes and suggestions. Cynthia Coe also provided helpful comments as I revised the paper.

References

- Afroogh, S., Kazemi, A. and Seyedkazemi, A., 2021. COVID-19, Scarce Resources and Priority Ethics: Why Should Maximizers Be More Conservative? *Ethics, Medicine and Public Health*, 18, September, 100698. <https://doi.org/10.1016/j.jemep.2021.100698>
- Alexander, S., 1962. They Decide Who Lives, Who Dies: Medical Miracle Puts Moral Burden on Small Committee. *Life*, 53(19), pp. 102-125.
- Allais, L., 2016. Kant's Racism. *Philosophical Papers*, 45(1-2), pp. 1-36.
- Altman, M. C., 2011. *Kant and Applied Ethics: The Uses and Limits of Kant's Practical Philosophy*. Malden, MA: Wiley Blackwell.
- Altman, M. C., 2021. A Consequentialist Argument for Considering Age in Triage Decisions during the Coronavirus Pandemic. *Bioethics*, 35(4), pp. 356-365.
- Beauchamp, T. L., Childress, J. F., 1994. *Principles of Biomedical Ethics. Fourth Edition*. Oxford: Oxford University Press.
- Beauchamp, T. L., Childress, J. F., 2001. *Principles of Biomedical Ethics. Fifth Edition*. Oxford: Oxford University Press.
- Beauchamp, T. L., Childress, J. F., 2019. *Principles of Biomedical Ethics. Eighth Edition*. New York: Oxford University Press.
- Blagg, C. R., 1998. Development of Ethical Concepts in Dialysis: Seattle in the 1960s. *Nephrology*, 4(4), pp. 235-238.

Список литературы

- Кант И. Метафизика нравов // Соч. на нем. и рус. яз. М. : Канон+, 2014. Т. 5, ч. 1.
- Кант И. Основоположение к метафизике нравов // Соч. на нем. и рус. яз. М. : Московский философский фонд, 1997. Т. 3. С. 39–275.
- Милль Дж. С. Утилитаризм / пер. А. С. Земерова. Ростов н/Д : Донской издательский дом, 2013.
- Ролз Дж. Теория справедливости / пер. В. В. Целищева. 2-е изд. М. : ЛКИ, 2010.
- Afroogh S., Kazemi A., Seyedkazemi A. COVID-19, Scarce Resources and Priority Ethics: Why Should Maximizers Be More Conservative? // *Ethics, Medicine and Public Health*. 2021. № 18. September, 100698. doi: 10.1016/j.jemep.2021.100698.
- Alexander S. They Decide Who Lives, Who Dies: Medical Miracle Puts Moral Burden on Small Committee // *Life*. 1962. № 53. P. 102–125.
- Allais L. Kant's Racism // *Philosophical Papers*. 2016. Vol. 45, № 1-2. P. 1–36.
- Altman M. C. Kant and Applied Ethics: The Uses and Limits of Kant's Practical Philosophy. Malden, MA : Wiley Blackwell, 2011.
- Altman M. C. A Consequentialist Argument for Considering Age in Triage Decisions during the Coronavirus Pandemic // *Bioethics*. 2021. Vol. 35, № 4. P. 356–365.
- Bauchamp T. L., Childress J. F. Principles of Biomedical Ethics. 4th ed. Oxford : Oxford University Press, 1994.
- Bauchamp T. L., Childress J. F. Principles of Biomedical Ethics. 5th ed. Oxford : Oxford University Press, 2001.
- Bauchamp T. L., Childress J. F. Principles of Biomedical Ethics. 8th ed. N. Y. : Oxford University Press, 2019.
- Blagg C. R. Development of Ethical Concepts in Dialysis: Seattle in the 1960s // *Nephrology*. 1998. Vol. 4, № 4. P. 235–238.
- Cesari M., Proietti M. COVID-19 in Italy: Ageism and Decision Making in a Pandemic // *JAMDA*. 2020. Vol. 21, № 5. P. 576–577.
- Childress J. F., Faden R. R., Gaare R. D. et al. Public Health Ethics: Mapping the Terrain // *Journal of Law, Medicine and Ethics*. 2002. Vol. 30, № 2. P. 170–178.
- Chu Q., Correa R., Henry T. L. et al. Reallocating Ventilators during the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: Is It Ethical? // *Surgery*. 2020. Vol. 168, № 3. P. 388–391.
- Clouser K. D., Gert B. A Critique of Principlism // *Journal of Medicine and Philosophy*. 1990. Vol. 15, № 2. P. 219–236.
- Cesari, M. and Proietti, M., 2020. COVID-19 in Italy: Ageism and Decision Making in a Pandemic. *JAMDA*, 21(5), pp. 576-577.
- Childress, J. F., Faden, R. R., Gaare, R. D. et al., 2002. Public Health Ethics: Mapping the Terrain. *Journal of Law, Medicine and Ethics*, 30(2), pp. 170-178.
- Chu, Q., Correa R., Henry T. L. et al., 2020. Reallocating Ventilators during the Coronavirus Disease 2019 Pandemic: Is It Ethical? *Surgery*, 168(3), pp. 388-391.
- Clouser, K. D. and Gert, B., 1990. A Critique of Principlism. *Journal of Medicine and Philosophy*, 15(2), pp. 219-236.
- Emanuel, E. J., Persad, G., Upshur, R. et al., 2020. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19. *New England Journal of Medicine*, 382, pp. 2049-2055. <https://doi.org/10.1056/NEJMs2005114>
- Foot, P. 1967. The Problem of Abortion and the Doctrine of the Double Effect. *Oxford Review*, 5, pp. 5-15.
- Goldberg, N., 2021. You Think Vaccine Mandates Are Controversial? What If the Police Pinned You Down and Injected You? *Los Angeles Times*, 29 Sep., [online]. Available at: <<https://www.latimes.com/opinion/story/2021-09-29/forced-vaccinations-china-ethics-covid>> [Accessed on 19 October 2021].
- Gostin, L., 2006. Public Health Strategies for Pandemic Influenza: Ethics and the Law. *JAMA*, 295(14), pp. 1700-1704. <https://doi.org/10.1001/jama.295.14.1700>
- Kant, I., 1996a. *Groundwork of the Metaphysics of Morals*. In: I. Kant, 1996. *Practical Philosophy*. Translated and edited by M. J. Gregor. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 41-108.
- Kant, I., 1996b. *The Metaphysics of Morals*. In: I. Kant, 1996. *Practical Philosophy*. Translated and edited by M. J. Gregor. Cambridge: Cambridge University Press, pp. 363-602.
- Kuylen, M. N. I., Kim, S. Y., Keene, A. R. and Owen G. S., 2021. Should Age Matter in COVID-19 Triage? A Deliberative Study. *Journal of Medical Ethics*, 47(5), pp. 291-295.
- Mill, J. S., 2001. *Utilitarianism*. Second Edition. Edited by George Sher. Indianapolis, IN: Hackett.
- Mills, Ch., 2005. Kant's *Untermenschen*. In: A. Valls, eds. 2005. *Race and Racism in Modern Philosophy*. Ithaca, NY: Cornell University Press, pp. 169-193.

Emanuel E. J., Persad G., Upshur R. et al. Fair Allocation of Scarce Medical Resources in the Time of Covid-19 // *New England Journal of Medicine*. 2020. Vol. 382. P. 2049–2055. doi: 10.1056/NEJMs2005114.

Foot P. The Problem of Abortion and the Doctrine of the Double Effect // *Oxford Review*. 1967. № 5. P. 5–15.

Goldberg N. You Think Vaccine Mandates Are Controversial? What If the Police Pinned You Down and Injected You? // *Los Angeles Times*. 2021. September 29. URL: <https://www.latimes.com/opinion/story/2021-09-29/forced-vaccinations-china-ethics-covid> (дата обращения: 19.10.2021).

Gostin L. Public Health Strategies for Pandemic Influenza: Ethics and the Law // *JAMA*. 2006. Vol. 295, № 14. P. 1700–1704.

Kuylen M. N. I., Kim S. Y., Keene A. R., Owen G. S. Should Age Matter in COVID-19 Triage? A Deliberative Study // *Journal of Medical Ethics*. 2021. Vol. 47, № 5. P. 291–295.

Mills Ch. Kant's Untermenschen // *Race and Racism in Modern Philosophy* / ed. by A. Valls. Ithaca, NY : Cornell University Press, 2005. P. 169–193.

New York State Task Force on Life and the Law. Ventilator Allocation Guidelines. (November 2015). Albany, NY : New York State Department of Health, 2015. URL: https://www.health.ny.gov/regulations/task_force/reports_publications/docs/ventilator_guidelines.pdf (дата обращения: 19.10.2021).

Ogedegbe G., Ravenell J., Adhikari S. et al. Assessment of Racial / Ethnic Disparities in Hospitalization and Mortality in Patients with COVID-19 in New York City // *JAMA Network Open*. 2020. Vol. 3, № 12. e2026881. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.26881.

Rosenbaum L. Facing Covid-19 in Italy – Ethics, Logistics, and Therapeutics on the Epidemic's Front Line // *New England Journal of Medicine*. 2020. Vol. 382, № 18. P. 1–3.

Ross W. D. *The Right and the Good*. Edited by Philip Stratton-Lake. Oxford : Clarendon, 2002.

Singer P. *Famine, Affluence, and Morality* // *Philosophy & Public Affairs*. 1972. Vol. 1, № 3. P. 229–243.

Smart J. J. C. Extreme and Restricted Utilitarianism // *Philosophical Quarterly*. 1956. Vol. 6, № 25. P. 344–354.

Thomson J. J. The Trolley Problem // *Yale Law Journal*. 1985. Vol. 94, № 6. P. 1395–1415.

Vergano M., Bertolini G., Giannini A. Clinical Ethics Recommendations for the Allocation of Intensive Care Treatments, in Exceptional, Resource-Limited Circumstances. Version n. 1. (March 16, 2020) / Italian Society of Anesthesia, Analgesia, Resuscitation, and Intensive Care (SIAARTI). URL: <https://www.mentice.com/hubfs/COVID-19/White%20paper%202020%20-%20SIAARTI%20-%20Covid-19%20-%20Clinical%20Ethics%20Reccomendations.pdf> (дата обращения: 07.05.2021).

New York State Task Force on Life and the Law, 2015. Ventilator Allocation Guidelines. (November 2015). Albany, NY: New York State Department of Health. Available at: https://www.health.ny.gov/regulations/task_force/reports_publications/docs/ventilator_guidelines.pdf [Accessed on 19 October 2021].

Ogedegbe, G., Ravenell, J., Adhikari, S. et al., 2020. Assessment of Racial/Ethnic Disparities in Hospitalization and Mortality in Patients with COVID-19 in New York City. *JAMA Network Open*, 3(12), e2026881. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.26881>

Rawls, J., 1999. *A Theory of Justice. Revised Edition*. Cambridge, Mass.: The Belknap Press of Harvard University Press.

Rosenbaum, L., 2020. Facing Covid-19 in Italy – Ethics, Logistics, and Therapeutics on the Epidemic's Front Line. *New England Journal of Medicine*. 382(18), pp. 1-3.

Ross, W. D., 2002. *The Right and the Good*. Edited by P. Stratton-Lake. Oxford: Clarendon.

Singer, P., 1972. Famine, Affluence, and Morality. *Philosophy & Public Affairs*, 1(3), pp. 229-243.

Smart, J. J. C., 1956. Extreme and Restricted Utilitarianism. *Philosophical Quarterly*, 6(25), pp. 344–354.

Thomson, J. J., 1985. The Trolley Problem. *Yale Law Journal*, 94(6), pp. 1395-1415.

Vergano, M., Bertolini, G., Giannini, A. et al., 2020. *Clinical Ethics Recommendations for the Allocation of Intensive Care Treatments, in Exceptional, Resource-Limited Circumstances. Version n. 1*. Posted on March 16th, 2020 by Italian Society of Anesthesia, Analgesia, Resuscitation and Intensive Care (SIAARTI). Available at: <https://www.mentice.com/hubfs/COVID-19/White%20paper%202020%20-%20SIAARTI%20-%20Covid-19%20-%20Clinical%20Ethics%20Reccomendations.pdf> [Accessed on 7 Mai 2021].

White, D. B., Katz, M., Luce, J., Lo, B. et al., 2020. *Allocation of Scarce Critical Care Resources during a Public Health Emergency*. Posted by University of Pittsburgh, Department of Critical Care Medicine, April 15, 2020. Available at: https://ccm.pitt.edu/sites/default/files/UnivPittsburgh_ModelHospitalResourcePolicy_2020_04_15.pdf [Accessed on 15 March 2021].

Wood, A. W., 1999. *Kant's Ethical Thought*. Cambridge: Cambridge University Press.

White D. B., Katz M., Luce J. et al. Allocation of Scarce Critical Care Resources during a Public Health Emergency / University of Pittsburgh, Department of Critical Care Medicine. 2020, April 15. URL: https://ccm.pitt.edu/sites/default/files/UnivPittsburgh_ModelHospitalResource-Policy_2020_04_15.pdf (дата обращения: 15.03.2021).

Wood A. W. Kant's Ethical Thought. Cambridge : Cambridge University Press, 1999.

Zhou F., Yu T., Du R. et al. Clinical Course and Risk Factors for Mortality of Adult Inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: A Retrospective Cohort Study // *Lancet*. 2020. Vol. 395, № 10229. P. 1054–1062. doi: 10.1016/S0140-6736(20)30566-3.

Об авторе

Мэтью С. Альтман, доктор философии, профессор, Центральный Вашингтонский университет, Элленсбург, США.

E-mail: matthew.altman@cwu.edu

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8807-6015>

О переводчике

Андрей Сергеевич Зильбер, кандидат философских наук, Балтийский федеральный университет им. И. Канта, Калининград, Россия.

E-mail: azilber@kantiana.ru

Для цитирования:

Альтман М. С. Кант во времена COVID // Кантовский сборник. 2022. Т. 41, № 1. С. 89–117.

doi: 10.5922/0207-6918-2022-1-4

© Альтман М. С., 2022.

Zhou, F., Yu, T., Du, R. et al., 2020. Clinical Course and Risk Factors for Mortality of Adult Inpatients with COVID-19 in Wuhan, China: A Retrospective Cohort Study. *Lancet*, 395(10229), pp. 1054-1062. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30566-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30566-3)

The author

Prof. Dr Matthew C. Altman, Central Washington University, Ellensburg, USA.

E-mail: matthew.altman@cwu.edu

ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8807-6015>

To cite this article:

Altman, M. C., 2022. Kant in the Time of COVID. *Kantian Journal*, 41(1), pp. 89-117.

<http://dx.doi.org/10.5922/0207-6918-2022-1-4>

© Altman M. C., 2022.



ПРЕДСТАВЛЕНО ДЛЯ ВОЗМОЖНОЙ ПУБЛИКАЦИИ В ОТКРЫТОМ ДОСТУПЕ В СООТВЕТСТВИИ С УСЛОВИЯМИ ЛИЦЕНЗИИ CREATIVE COMMONS ATTRIBUTION (CC BY) ([HTTP://CREATIVECOMMONS.ORG/LICENSES/BY/4.0/](http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/))



SUBMITTED FOR POSSIBLE OPEN ACCESS PUBLICATION UNDER THE TERMS AND CONDITIONS OF THE CREATIVE COMMONS ATTRIBUTION (CC BY) LICENSE ([HTTP://CREATIVECOMMONS.ORG/LICENSES/BY/4.0/](http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/))