

Rola firm farmaceutycznych w udostępnianiu tanich leków dobrej jakości w krajach rozwijających się

Marta Soniewicka

Katedra Filozofii Prawa i Etyki Prawniczej
Uniwersytet Jagielloński
marta.soniewicka@gmail.com

Summary

The Role of Pharmaceutical Companies in Making Accessible and Affordable Medicines of Good Quality in Developing Countries

Using the example of a global pharmaceutical industry, I examine the role of private companies in fulfilling social aims. I address the problem of aid in the context of availability of affordable and safe medicines in developing countries, which is one aspect of fulfilling the right to health. Are the mechanisms of free market and philanthropic actions of pharmaceutical companies sufficient to guarantee essential medicines to the most vulnerable inhabitants of the world? Are international pharmaceutical concerns obliged to guarantee human rights only or to deliver human rights, in particular the right to health, as well? The article presents the conflict of interests between profit-driven pharmaceutical industry and ethically-driven public health, which can be fully addressed only by certain legal regulations. The thesis

argued in the article is that free market itself cannot solve its failures (such as undersupply of innovations, undersupply of non-beneficial medicines, monopolistic policies and pricing); to solve the problem it is required to set up public institutions and legal regulations of both local and global scope. Neither free market, nor benevolent aid actions of pharmaceutical companies can address the problem of health care in developing countries, where the lack of medicines is a small aspect of a much broader and intricate problem of poverty and the weakness of state institutions which are not responsive to the basic needs of its citizens.

Key words: pharmaceutical industry, Pharma, medicines, drugs, right to health, affordable medicines, clinical trials, intellectual property rights, free trade, global aid, global justice, multinational corporations, globally neglected diseases, healthcare, free market

Wprowadzenie

Odwieczny problem „kto komu, jak i dlaczego” powinien pomagać, nabiera w dzisiejszym świecie innych znaczeń. Dzieje się tak ze względu na powstawanie nowych sieci powiązań, jak również nowych, potężnych aktorów, których władza nie jest przed nikim rozliczana i których działania nie są kontrolowane przez państwa. Do tych aktorów można zaliczyć takie instytucje jak Międzynarodowy Fundusz Walutowy (IMF), Bank Światowy czy Międzynarodowa Organizacja Handlu (WTO)¹, oraz wielonarodowe korporacje, których roczne dochody przewyższają budżety wielu państw². Aktorzy ci nie prezentują narodowych ani globalnych interesów, a jedynie interesy swojego sektora. Mamy do czynienia z potężnymi anonimowymi siłami, które współkształtują współczesny świat. Zjawisko to Joseph Stiglitz określa mianem „globalnego rządzenia bez globalnego rządu” (Stiglitz 2004: 35). Innymi słowy, można tu mówić o rządach nikogo, co nie jest wcale równoznaczne z anarchią, tj. z sytuacją, gdy nikt nie rządzi. „Rządy nikogo” mogą być dużo bardziej niebezpieczne – są najgorszą tyranią, jak pisze Hannah Arendt, bo jest to rządzenie, za które nikt nie ponosi odpowiedzialności (Arendt 1999: 50). Aby temu zjawisku przeciwdziałać, tacy myśliciele jak Onora O’Neill proponują,

¹ Piszę o tym m.in. Joseph Stiglitz w jednej ze swych książek (2004: 28 i nast., 197 i nast).

² Patrz: roczny ranking największych korporacji sporządzony przez magazyn FORTUNE (<http://money.cnn.com/magazines/fortune/global500/2011/>); lista największych firm farmaceutycznych w 2010 roku sporządzona według rankingu sprzedaży (IMS 2011; patrz także: http://www.contractpharma.com/issues/2010-07/view_features/2010-top-20-pharmaceutical-companies-report/); PKB państw podane jest na stronie Banku Światowego (<http://site-resources.worldbank.org/DATASTATISTICS/Resources/GDP.pdf>). Z danych tych wynika, że PKB Polski w roku 2010 niewiele przewyższa roczny dochód firmy Wal-Mart; że firma Shell ma roczny dochód dziesięć razy większy od PKB Litwy, sto razy większy od Andory i tysiąc razy większy od Tonga. Firma farmaceutyczna Pfizer ma zaś obroty wielkości rocznego PKB Tunezji i czterokrotnie większe od PKB Afganistanu czy Kambodży. „Łączny dochód ze sprzedaży największych 200 korporacji wynosi 27,5 procent globalnej aktywności ekonomicznej (gdy korporacje zatrudniają mniej niż 1 procent globalnej siły roboczej) i są większe niż łączne gospodarki wszystkich krajów poza dziesięcioma największymi”. W roku 2002 było 191 krajów i ponad 60 tysięcy korporacji (z 800 tysiącami oddziałów), [zob. Kuper 2005: 363].

by uznać istnienie pluralizmu podmiotów sprawiedliwości na świecie i obciążyć obowiązkiem dystrybucji dóbr również aktorów niebędących państwami. Innymi słowy, również korporacje miałyby nie tylko obowiązek przestrzegania praw człowieka, ale i obowiązek dostarczania prawa człowieka (dotychczas realizowany przez państwa i organizacje międzynarodowe czy pozarządowe) społecznościom lokalnym, w których prowadzą działania. Jak zauważa George Annas, „transnarodowe korporacje zasługują na naszą uwagę ze względu na ich niewyobrażalny potencjał do zarówno pomagania, jak i krzywdzenia naszej planety i jej mieszkańców. (...) Jest zbyt wcześnie, by stwierdzić, że globalna recesja, która zmusiła rządy do ratowania zarówno wielkich korporacji, jak i banków, doprowadzi do nowego rozpoznania współzależności rządów i korporacji, a przez to do rozpoznania ich uzupełniających się zobowiązań wobec mieszkańców świata” (Annas 2010: 198).

W niniejszym artykule rozważę problem roli, jaką mogą odgrywać przedsiębiorstwa w realizowaniu celów społecznych na przykładzie globalnego przemysłu farmaceutycznego. Skoncentruję się na pytaniu, czy odpowiednie mechanizmy wolnego rynku oraz działania filantropijne firm farmaceutycznych wystarczą, by zagwarantować najbardziej potrzebującym mieszkańcom świata pomoc w zakresie niezbędnych do życia leków.

1. Przemysł farmaceutyczny i jego szczególny charakter

Przemysł farmaceutyczny zasługuje na szczególną uwagę z dwóch względów. Po pierwsze, globalny rynek farmaceutyczny należy do jednego z najpotężniejszych na świecie (obok bankowości i rynku petrochemicznego), którego roczne obroty szacuje się na blisko 856 mld dolarów rocznie³. Po drugie, rynek farmaceutyczny różni się od innych

³ Źródło danych: IMS 2011: 3–6. Wszystkie liczby w artykule podane w dolarach dotyczą dolarów amerykańskich. Wszystkie dane liczbowe podane w tym akapicie są szacunkowymi danymi na rok 2010, chyba że zaznaczono inaczej.

rynków z uwagi na szczególnie charakter towaru, będącego przedmiotem obrotu. Zacznę od bliższego naświetlenia pierwszego z tych aspektów, by drugi omówić w kolejnym punkcie.

Nigdzie nie wydaje się tyle pieniędzy na leki, co w Stanach Zjednoczonych (ok. 310 mld dolarów rocznie)⁴. Drugie miejsce należy do Japonii (ok. 96 mld dolarów rocznie), trzecie miejsce należy do tzw. pięciu najważniejszych krajów europejskich, do których zaliczają się Niemcy, Francja, Włochy, Hiszpania, Wielka Brytania (w sumie ok. 147 mld dolarów rocznie). Znaczy to, że w krajach, których populacja stanowi 11 procent światowej populacji, konsumuje się blisko 80 procent farmaceutyków produkowanych na świecie. Wśród krajów europejskich największym konsumentem lekarstw są Niemcy (40 mld dolarów rocznie). 82 mln Niemców wydaje na leki tyle samo, co 1,4 mld Chińczyków oraz cztery razy więcej niż 1,2 mld Hindusów. Polska jest szóstym co do wielkości rynkiem farmaceutycznym w Europie.

Rynek jest kontrolowany przez farmaceutyczne giganty, wśród których dominują międzynarodowe koncerny z siedzibą w USA bądź Europie. Wysoki poziom ryzyka, odłożone w czasie zyski oraz duży koszt wyprodukowania nowego leku stanowią jedną z przyczyn koncentracji przemysłu farmaceutycznego w rękach bogatych międzynarodowych firm. Powstanie leku jest długim, niepewnym i kosztownym procesem, składającym się z trzech etapów: badań naukowych; testów klinicznych; produkcji. Badania naukowe przeprowadzane są najczęściej w laboratoriach akademickich bądź prywatnych, ale często sponsorowanych z pieniędzy publicznych. Firmy farmaceutyczne wkraczają w momencie, w którym naukowcy wynajdą jakąś potencjalnie obiecującą substancję, by wykupić do niej prawa autorskie i zrealizować pozostałe etapy wytworzenia lekarstwa. Testy kliniczne, które muszą zostać przeprowadzone, by można było leki zarejestrować i wprowadzić na rynek, są najbardziej ryzykownym i najdroższym etapem powstawania medykamentu. Produkcja środków medycznych jest najczęściej przekazywana przez firmy far-

⁴ Źródło danych (tych i następnyc w akapicie): IMS 2011: 24.

maceutyczne podwykonawcom. Gdy preparat medyczny już powstanie i jest zarejestrowany, następuje procedura wprowadzenia go na rynek (marketing), na co firmy farmaceutyczne wydają więcej niż na samo wytworzenie leku (w USA blisko 9,4 mld dolarów rocznie), w co wlicza się koszty konferencji, reklam, planów strategicznych, przedstawicieli handlowych itp. (Holland, Lazo 2004:11; Hira 2009: 88). Szacuje się, że powstanie nowego lekarstwa i wprowadzenie go na rynek wynosi średnio 1,4 mld dolarów. Zgodnie z raportami przemysłu farmaceutycznego, jedynie 30 procent leków, które pojawiają się na rynku, pokrywa koszty (wraz z podatkami) swego powstania i zaledwie 10 procent wszystkich medykamentów jest odpowiedzialnych za 55 procent zysków całego rynku farmaceutycznego (Hira 2009: 88 [dane dotyczą 2003 roku]). Ponadto lekarstwa należą do produktów, które choć niezwykle trudno wytworzyć po raz pierwszy, stosunkowo łatwo odtworzyć i produkować na dużą skalę. Gdy oryginalny preparat został już wprowadzony na rynek, stworzenie jego generycznej wersji (odpowiednika biochemicznego) i wprowadzenie do obrotu jest dużo krótszym, mniej ryzykownym i tańszym procesem. Aby więc zagwarantować firmom farmaceutycznym zwrot wydatków oraz zyski zachęcające do dalszych inwestycji, stworzono system ochrony prawa intelektualnych, który gwarantuje około 20-letnią wyłączność (ochrona patentowa) producenta na obrót lekiem. Ochronę tę zaczęto w niektórych krajach (np. UE) rozszerzać na dodatkowy okres ochrony danych (*data exclusivity*), uzyskanych w trakcie kosztownych badań klinicznych. Produkcja leków generycznych była dotychczas tania, gdyż nie trzeba było ponownie przeprowadzać testów klinicznych, ale wystarczyło wykazać ich biochemiczną ekwiwalencję do istniejących już, zatwierdzonych substancji, które owe badania miały. W sytuacji wprowadzenia ochrony danych, twórcy generyków nie mogą skorzystać z istniejących badań klinicznych, a że nie stać ich na przeprowadzenie własnych, są zmuszeni czekać z produkcją preparatu przez dodatkowy okres.

2. Opieka zdrowotna: podstawowe prawo czy towar

Szczególny charakter rynku farmaceutycznego wiąże się również ze szczególnym dla człowieka znaczeniem produktów przez ten rynek wytwarzanych. Medykamenty różnią się od innych towarów tym, że w znaczący sposób oddziałują na jakość i długość ludzkiego życia. Niektóre z nich są wręcz konieczne do utrzymania człowieka przy życiu, dlatego też stanowią podstawowe dobra i kreują podstawowe potrzeby ludzi. Ludzie są często zmuszeni do zakupu farmaceutyków, by ratować życie, co odróżnia lekarstwa od towarów będących przedmiotem luksusu czy stanowiącym zwykłe ułatwienie życia. Specyficzny charakter środków medycznych sprawia, że trudno ustalić ich wartość rynkową. Ich wartość nie zawsze poddaje się ekonomicznej analizie zysków i strat. Dobra, które lek mają gwarantować, zdrowie i życie, nie są wymierne finansowo, zawsze będzie na nie zapotrzebowanie, są to dobra same w sobie i zarazem instrumentalne (aby móc korzystać z jakichkolwiek innych dóbr, trzeba być najpierw żywym i zdrowym). Z tego względu, w wielu krajach uznaje się prawo do ochrony zdrowia⁵. Celem ochrony zdrowia publicznego, realizowanym przez instytucje państwowe, międzynarodowe i pozarządowe, jest jak najpełniejsza możliwa gwarancja tego prawa (w tym umożliwienie dostępu do odpowiednich środków medycznych). Rozwój medycyny i farmakologii, jak również powszechna dostępność i dobra jakość leków leżą w interesie publicznym. Celem firm farmaceutycznych, wprowadzających na rynek lekarstwa, czyli dobra niezbędne dla opieki zdrowotnej, jest przede wszystkim maksymalizowanie zysków. W ich interesie jest, by na medykamenty zawsze istniał popyt, by sprzedawać ich coraz więcej oraz by wytwarzać takie leki, za które ludzie są w stanie zapłacić najwięcej. Kierowana zasadami etycznymi ochrona zdrowia publicznego oraz kierowany zyskami finansowymi rynek farmaceutyczny zmierza-

⁵ Art. 68 Konstytucji RP; Art. 12 Międzynarodowego Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych ONZ z 1966 roku, ratyfikowany przez Polskę w roku 1977 (DzU z 1977 r. Nr 38, poz. 169). Na temat społecznych i ekonomicznych praw oraz ich relacji do potrzeb, patrz: Osiatyński 2011: 174–228.

ją do tego samego – dostarczenia ludziom preparatów leczniczych – choć z różnych względów. Ich odmienne cele, będące motorem działań w osiągnięciu efektu końcowego, mogą jednak wchodzić ze sobą w konflikt. W kolejnym punkcie przyjrzę się strategiom, służącym temu, by owe cele ze sobą pogodzić za pomocą wykorzystania mechanizmów wolnorynkowych.

3. Problem realizacji celów zdrowia publicznego za pomocą mechanizmów wolnorynkowych

3.1. Innowacje farmaceutyczne i polityka cenowa

Kosztowny, długotrwały i ryzykowny proces wytwarzania nowych leków oraz znacznie tańszy, krótszy i mniej ryzykowny proces ich odtwarzania stanowią znakomitą ilustrację tzw. problemu *gapowicza* (*free rider*). Gdyby firmy farmaceutyczne wytwarzające oryginalny preparat nie były w żaden sposób chronione przed dopuszczaniem do obrotu ich generycznych zamienników, wówczas żadnej firmie nie opłacałoby się inwestować w proces wytwarzania środka leczniczego. Każda firma czekałaby, aż inna wytworzy lek, który można by odtworzyć, i doszłoby do sytuacji, w której nowe medykamenty w ogóle by nie powstawały. Istnieją co najmniej dwa klasyczne sposoby poradzenia sobie z tą wadą wolnego rynku. Pierwszy sposób polega na tym, że instytucje publiczne (rządy, instytucje międzynarodowe itp.) wezmą na siebie ciężar wytwarzania nowych farmaceutyków, pozostawiając mechanizmom konkurencji i wolnego rynku jedynie proces produkcji oraz obrotu lekami. Drugie rozwiązanie, które zwyciężyło w gospodarce światowej, polega na tym, że instytucje publiczne wytwarzają odpowiedni system ochrony pomiotów inwestujących w wytworzenie nowych lekarstw, gwarantując im wyłączne prawa czerpania zeń zysków przez określony czas⁶. Strategia ta ma na celu nie tylko uleczenie wol-

⁶ Porozumienie w Sprawie Handlowych Aspektów Praw Własności Intelktualnych (TRIPS), przyjęte w 1994 roku i ratyfikowane przez Polskę (DzU z 1996 r. Nr 32 poz. 143). Jest ono również częścią prawa europejskiego (Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej L 336/214); Dy-

nego rynku, ale i realizację celu zdrowia publicznego – gwarancji rozwoju medycyny. Jakkolwiek strategia ta pozwala na usunięcie jednej wady wolnego rynku, kreuje ona jednocześnie inne wady, hamujące realizację celów zdrowia publicznego, takie jak: (1) niedobór nowych leków; (2) monopolistyczne praktyki cenowe.

Pierwszy z wymienionych problemów może mieć różne oblicza. Jednym z nich jest pojawienie się na rynku tzw. leków „ja też” (*me-too drugs*)⁷. Środki te różnią się, w przeciwieństwie do generyków, w niewielkim stopniu składem biochemicznym od substancji oryginalnych, istniejących na rynku. Przynoszą one niewielką lub żadną dodatkową korzyść terapeutyczną dla istniejącego już leczenia danej choroby⁸. Firmom farmaceutycznym bardziej opłaca się wytworzyć preparat medyczny podobny do istniejącego, niż ponosić ryzyko i większe koszty stworzenia całkiem nowego. Mamy tu ponownie do czynienia z problemem gapowicza. Przeciwdziałanie temu zjawisku za pomocą instrumentów prawnych odbywa się jednak w nieco inny sposób. O ile problem gapowicza na pierwszym poziomie rozwiązuje się metodą pozytywnej zachęty (wykorzystywanie pobudek ekonomicznych), o tyle na drugim poziomie wykorzystuje się metodę negatywnego zniechęcania (np. poprzez regulacje prawne ograniczające możliwość przeprowadzania badań klinicznych w danym kraju, gdy celem nie jest stworzenie nowej lub skuteczniejszej metody leczenia). Innym, znacznie poważniejszym problemem, związanym z niedoborem nowych leków, jest zjawisko chorób lekceważonych. Warto w tym miejscu wprowadzić rozróżnienie chorób lokalnych (dotyczących określonego kraju, regionu i dłań specyficznymi) i globalnych (dotyczących wszystkich). Do tych ostatnich zaliczymy takie choroby jak HIV/AIDS, SARS, świń-

rektywa 2001/83/EC przeciw fałszowaniu produktów leczniczych (Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej L 311, 28/11/2001), gwarantująca wspomnianą wyżej wyłączność danych uzyskanych z badań klinicznych.

⁷ Zarówno w USA, jak i w Europie odnotowuje się malejącą ilość rejestracji całkowicie nowych leków, przy jednoczesnym wzroście rejestracji leków udoskonalających już istniejące (Holland, Lazo 2004: 9).

⁸ Petryna 2009: 20; Holland, Lazo 2004: 1–2.

ska grypa itp. Do tych pierwszych zaliczymy choroby związane np. z klimatem (choroby tropikalne), z genetycznym profilem danej grupy etnicznej (np. choroba Tay-Sachsa występująca częściej u Żydów aszkenazyjskich niż w innych populacjach) czy z warunkami społecznymi (np. choroby związane z ubóstwem, wynikające z niedożywienia, braku wody pitnej, braku opieki zdrowotnej czy środków higieny, np. gruźlica). Problem lekceważenia, o którym tu mowa, dotyczy przede wszystkim chorób lokalnych, które stanowią zagrożenie jedynie dla określonych regionów świata czy określonych warstw społecznych. Polega on na tym, że firmy farmaceutyczne nie mają wystarczających pobudek ekonomicznych, by inwestować w wytwarzanie środków przeciw chorobom, które dotykają najbiedniejszych. Inwestycja w wytworzenie leku dla tych, których nie stać na jego zakup, nie gwarantuje zwrotu kosztów ani tym bardziej oczekiwanych zysków, nawet gdy środek ów miałby ratować życie. Zdecydowanie bardziej opłaca się firmom farmaceutycznym inwestować w wytwarzanie kosztownych preparatów, na które jest zapotrzebowanie w krajach zamożnych. Z punktu widzenia koncernów nie ma znaczenia, czy produkowane farmaceutyki ratują życie, byleby przynosiły zyski. Stąd też inwestycje w tzw. leki life-style'owe (przeciw impotencji, łysieniu, zmarszczkom, grzybicy) czy lekarstwa dla zwierząt domowych, które przynoszą milionowe zyski (Silverstein 1999). Problem chorób lekceważonych nie jest tylko problemem rynku farmaceutycznego, ale także polityki państw, inwestujących w badania naukowe i prowadzących programy ochrony zdrowia publicznego. Jak czytamy w raportach organizacji pozarządowych, „tylko 10 procent globalnych badań w dziedzinie zdrowia jest poświęcone chorobom, które stanowią 90 procent globalnego zagrożenia chorobami”. Zjawisko to jest określane mianem „luki 10/90” (*10/90 gap*)⁹, w którą wpadają choroby lekceważone, których, z ekonomicznego punktu widzenia, nie opłaca się leczyć. „Z 1393 nowych leków, zatwierdzonych między 1975 rokiem a 1999, tylko 13 było przeznaczonych przeciw chorobom tropikalnym i z nich, 5 było

⁹ Drugs for Neglected Diseases Working Group, cyt. za: Pogge 2007: 7–8.

produktami ubocznymi badań weterynaryjnych, a dwa były stworzone przez wojsko¹⁰, jak zauważa Thomas Pogge. Interesy państw zachodnich w prowadzeniu badań nad lekami na choroby tropikalne wiązały się z historycznym aspektem kolonizacji i wojen. Dopóki żołnierze państw zachodnich przebywali w krajach tropikalnych, inwestowano w badania chorób, na które byli podatni. Choć 50 lat temu wydawało się, iż malaria zostanie zlikwidowana (jak np. czarna ospa), zaprzestano dalszych badań i choroba istnieje do dziś, zabijając ok. 40 mln mieszkańców samej Afryki. Rządy lokalne są zbyt biedne, by inwestować w badania, a rządy państw zachodnich nie mają w tym żadnego interesu. Innymi słowy, w sytuacji chorób lekceważonych zawodzi nie tylko wolny rynek, ale i strategia zdrowia publicznego, realizowana przez lokalne instytucje publiczne. Wymagana jest tu ingerencja światowych instytucji publicznych. W tym celu Pogge proponuje przeprowadzenie reformy światowych badań medycznych, sugerując, by badania farmaceutyczne były nagradzane w proporcji do oddziaływania choroby na świat, liczonej wielkością zagrożonej populacji (Pogge 2007: 7–8). Do tego celu trzeba by stworzyć globalny fundusz finansowany z podatków mieszkańców krajów zamożnych (szacunkowo potrzeba by na ten fundusz ok. 0,6 procent PKB rocznie), jak sugerują tacy ekonomiści jak Stiglitz czy Jeffrey Sachs (Stiglitz 2006; Sachs 2000. Por. także Cook-Deegan, Dedeurwaerdere 2006: 299–317). Reforma miałaby dotyczyć jedynie leków koniecznych dla ratowania życia, pozostawiając badania nad pozostałymi lekami na obecnych zasadach. Wyniki tych badań miałyby być powszechnie dostępne dla wszystkich, chcących je wytwarzać. Pozostawałby jednak problem dalszych kosztów wytworzenia farmaceutyku, które również musiałyby w pewnej części zostać przeniesione na światowe instytucje publiczne, przynajmniej w przypadku śmiertelnych chorób, zagrażających największej liczbie mieszkańców świata.

¹⁰ Pogge 2007: 7–8. Dane zostały zebrane na podstawie medycznej bazy danych Medline, bazy danych Amerykańskiej Agencji ds. Żywności i Leków (US Food and Drug Administration) oraz Europejskiej Agencji ds. Oceny Leków i Produktów Medycznych (European Agency for the Evaluation of Medicinal Products) czyli dzisiejszej Europejskiej Agencji Leków.

Drugi z wymienionych wyżej problemów wolnego rynku stanowią monopolistyczne praktyki firm farmaceutycznych, dyktujących wygórowane ceny na leki w okresie ich ochrony patentowej. Przykładowo, roczne koszty leczenia pacjenta na wirusa HIV w pierwszej fazie szacowano na 15 000 dolarów w 2000 roku. Ta sama terapia kosztowała już tylko 67 dolarów w roku 2010 (Oxfam 2011: 8). Są co najmniej dwie strategie przeciwdziałania monopolowi dyktowania cen. Pierwsza jest strategią wolnorynkową, polegającą na różnicowaniu cen w zależności od grupy odbiorców. Strategia ta jest stosowana wobec klientów prywatnych i komercyjnych na rynku telekomunikacyjnym, komputerowym, w bankowości itd. Dostosowuje się wówczas ceny do siły przetargowej grupy odbiorców. Na światowym rynku farmaceutycznym strategia ta przejawia się w różnicowaniu cen na te same leki w zależności od kraju. Problem ze stosowaniem tej strategii polega jednak na tym, że w dobie globalizacji, gdy środki farmaceutyczne można zamawiać w wirtualnych aptekach internetowych, istnieje ryzyko, że wszyscy będą sprowadzać je z krajów, w których są one najtańsze. Rodzi to również zagrożenie przemytu i tworzenie się drugiego obiegu medykamentów. Wreszcie strategia ta może prowadzić do zakłócenia na wolnym rynku, gdy instytucje publiczne (rządy państw) negocjują ceny leków z firmami farmaceutycznymi, by ograniczyć własne wydatki na opiekę zdrowotną (jeśli obejmuje ona refundację leków, jak jest w większości krajów europejskich)¹¹. Druga strategia przeciwdziałania monopolistycznym praktykom cenowym jest strategią zdrowia publicznego. Polega ona na wprowadzeniu odpowiednich regulacji prawnych, umożliwiających dostępność cenową leków dla najbardziej potrzebujących. Metoda ta może być realizowana na różne sposoby, od rządowej polityki refundacji leków (która nie jest wolna od wpływu firm farmaceutycznych, stosujących nieformalny lobbying

¹¹ Wyjątkiem są Stany Zjednoczone, które nie prowadzą negocjacji z firmami farmaceutycznymi, co wiąże się z odmiennym od europejskiego modelem opieki medycznej, funkcjonującej w oparciu o prywatne ubezpieczenia zdrowotne. W związku z reformą opieki zdrowotnej (The Patient Protection and Affordable Care Act PPACA, nieformalnie zwany Obamacare), kwestia ta zaczęła być teraz także dyskutowana w USA.

wobec rządów) [zob.: Ozierański, McKee i King 2011], po polityki tzw. przymusowych licencji (tj. wyjęcie lekarstwa spod ochrony patentowej przed czasem) na środki lecznicze pilnie potrzebne w stanie wyjątkowego zagrożenia dla zdrowia publicznego (np. epidemia)¹². Tego typu instrumenty pozostają jednak nieskuteczne w odniesieniu do chorób lokalnych, które dotyczą osoby biedne, nie wywołując stanu epidemii. Przykładem może być gruźlica, na którą istnieje obecnie prawie całkowicie skuteczny lek, a która mimo to zabija miliony ludzi rocznie. To samo dotyczy chorób globalnych, które choć dotyczą na równi biednych i bogatych (np. HIV/AIDS), zbierają największe żniwo wśród najbiedniejszych. Podobnie jak w przypadku chorób lekceważonych, wydaje się konieczna globalna strategia zdrowia publicznego, która realizowałaby ochronę interesów mieszkańców najbiedniejszych krajów, o czym była mowa wyżej.

3.2. Jakość leków – testy kliniczne oraz walka z podróbkami

Gwarancja jakości leków jest realizowana za pomocą dwóch strategii regulacyjnych: (1) wymogu badań klinicznych; (2) przeciwdziałaniu praktykom podrabiania farmaceutyków.

Przeprowadzanie testów klinicznych wymaga odpowiednich regulacji prawnych i kontroli ze strony instytucji publicznych, gdyż może prowadzić do licznych nadużyć etycznych. Szczególnie niebezpieczeństwo zachodzi, gdy badania przeprowadzane są na grupach osób najbardziej podatnych na wykorzystanie (np. członków grup mniejszościowych, osób niewykształconych, niepiśmiennych, dzieci, osób dotkniętych epidemią, osób walczących o życie itp.). Przykładem takich nadużyć może być fakt, że do 1970 roku 90 procent wszystkich

¹² Rozporządzenie (WE) nr 816/2006 Parlamentu Europejskiego i Rady z dnia 17 maja 2006 r. w sprawie udzielania licencji przymusowych na patenty dotyczące wytwarzania produktów farmaceutycznych przeznaczonych na wywóz do krajów, w których występują problemy związane ze zdrowiem publicznym (*Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej* L 157, 09/06/2006). Art. 8, 27 i 31 Porozumienia w sprawie Handlowych Aspektów Praw Własności Intelektualnej (TRIPS) Światowej Organizacji Handlu, potwierdzone w Deklaracji z Doha Declaration (14 listopada, 2001, WT/MIN(01)/DEC/2).

leków, które uzyskały licencję w USA, było testowanych na więźniach (Petryna 2009: 21). Gdy w 1980 roku amerykański Instytut Zdrowia Publicznego zakazał uczestnictwa więźniów w testach klinicznych, firmy farmaceutyczne straciły główne źródło ochotników. Od lat 90. XX wieku, przemysł farmaceutyczny uległ globalizacji i medyczne eksperymenty oraz testy kliniczne „zaczęły podróżować”, jak pisze Adriana Petryna (2009: 21). Zasadniczym problemem jest to, że wraz z globalizacją rynku farmaceutycznego nie doszło do globalizacji struktur prawnoinstytucjonalnych, chroniących pacjentów i realizujących cele zdrowia publicznego na świecie. Dobrą ilustracją tego problemu może być skandal, który wybuchł w 1996 roku wokół testowania przez amerykański koncern farmaceutyczny Pfizer leku Trovan w miejscowości Kano w Nigerii. Testy kliniczne spowodowały wówczas śmierć 11 dzieci, a wielu innym przyniosły uszkodzenie mózgowie, paraliż, ślepotę, głuchotę (Annas 2010:192; Petryna 2009: 33, zob. również: Werner, Weiss 2009: 97–128). Rynek testów klinicznych jest szacowany na ok. 10 mld dolarów rocznie i stale rośnie. Nie ma żadnych oficjalnych danych, co do tego, ile badań przeprowadza się obecnie na świecie i gdzie (szacuje się, że około 12 000 testów ma miejsce rocznie w około 178 krajach) [Buncombe, Lakhani 2011]. W 2004 roku z inicjatywy Światowej Organizacji Zdrowia, uruchomiono International Clinical Trials Registry Platform jako pierwszy globalny bank danych, zbierający informację o przeprowadzanych testach klinicznych. Raportowanie badań pozostaje dobrowolne, a firmy farmaceutyczne unikają rejestracji testów, zasłaniając się tajemnicą producenta. Efektem jest całkowity brak transparentności, etyczne nadużycia, kontrowersje wokół udzielania świadomej zgody przez pacjentów, brak kontroli i monitoringu, brak odpowiedzialności i nierozliczalność firm farmaceutycznych z ich nadużyć. Problem ten dotyczy w szczególności krajów, w których istnieje słabo rozwinięty system opieki zdrowotnej oraz słabe regulacje prawne i niska egzekwowalność prawa. Trudno mówić o w pełni swobodnej decyzji, gdy na eksperymentalne leczenie decydują się zdesperowani chorzy, niemający dostępu do istniejącego leczenia nieeksperymentalnego. Niezbędną strategią w zwalczaniu tego problemu jest wpro-

wadzenie światowych standardów prawnych dla testów klinicznych oraz powołanie odpowiednich instytucji publicznych, które mogłyby egzekwować odpowiedzialność za nadużycia firm w przeprowadzaniu eksperymentów medycznych i testów klinicznych w różnych zakątkach globu. Jeśli zaś chodzi o działalność firm farmaceutycznych, należałoby wyrzucić presję za pomocą odpowiednich regulacji prawnych, by przeprowadzanie testów klinicznych wiązało się z gwarancją długoterminowego leczenia dla uczestników programu eksperymentalnego, gwarancją preferencyjnych cen testowanych leków w kraju, gdzie przeprowadzano eksperymenty itp. W ten sposób firmy farmaceutyczne zostałyby zmuszone do kierowania się nie tylko krótkoterminowymi zyskami, ale też brania pod uwagę długoterminowy rozwój opieki zdrowotnej kraju, w którym prowadzą badania. Chodzi o to, by zwiększyć odpowiedzialność firm za pacjentów, zwiększyć powiązania pomiędzy firmą a społecznością lokalną, wreszcie, by wykorzystać firmy do lokalnego rozwoju infrastruktury medycznej, kształcenia personelu medycznego itp.

Drugi problem związany z gwarancją dobrej jakości leków stanowi walka z niebezpiecznymi falsyfikatami i podróbkami, które mogą być szkodliwe dla zdrowia. Strategią obroną przez państwa zachodnie do walki z tym problemem jest zaostrzenie regulacji prawnych, egzekwujących rozszerzoną ochronę praw intelektualnych. Metoda ta, wprowadzona w UE¹³, stała się przyczyną wielu kontrowersji. Efektem stosowania tej strategii przez państwa unijne były wielokrotne zatrzymania transportów leków generycznych przez europejskie urzędy celne. Zatrzymane środki medyczne były całkowicie legalne w kraju pochodzenia (Indie) oraz kraju, do którego miały zostać docelowo dostarczone (Brazylia, Kolumbia, Peru, Meksyk, Ekwador, Nigeria). Były one jednak nielegalne na terenie UE (w miejscu tranzytu), z uwa-

¹³ Rozporządzenie Rady (WE) Nr 1383/2003 z dnia 22 lipca 2003 dotyczące działań organów celnych skierowanych przeciwko towarom podejrzanym o naruszenie niektórych praw własności intelektualnej oraz środków podejmowanych w odniesieniu do towarów, co do których stwierdzono, że naruszyły takie prawa, Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej L 196/7, 2.8.2003. Patrz na ten temat: Oxfam 2011: 29–30.

gi na ostrzejsze przepisy ochrony praw intelektualnych. Urzędnicy, po czasowym przetrzymaniu transportu, odsyłali farmaceutyki do kraju pochodzenia, w wyniku czego miliony ludzi w Ameryce Południowej i Afryce zostało pozbawionych niezbędnych medykamentów. Tego typu polityka jest krytykowana, gdyż jak można przeczytać w raporcie OXFAM, służy jedynie interesom zachodnich firm farmaceutycznych, a nie interesom zdrowia publicznego (Oxfam 2011). Regulacje zaostrzające ochronę praw intelektualnych, wśród nich Umowa handlowa dotycząca zwalczania obrotu towarami podrobionymi (ACTA)¹⁴, jak i regulacje unijne¹⁵ bardzo szeroko definiują pojęcie „towaru podrobionego”, co prowadzi do pomieszania bezpiecznych generyków dobrej jakości z niebezpiecznymi podróbkami gorszej jakości, nieprawidłowo oznakowanymi, pirackimi (Oxfam 2011: 3 i nast.). Prowadzona w ten sposób polityka ogranicza rynek dostępności bezpiecznych i tanich leków generycznych, co w efekcie powoduje powstanie czarnego rynku niebezpiecznych substancji sfałszowanych, podrabiających lekarstwa. W walce o bezpieczeństwo leków powinna być raczej stosowana strategia zdrowia publicznego, polegająca na stworzeniu odpowiedniej infrastruktury opieki zdrowotnej, obejmującej również monitoring środków medycznych dostępnych na rynku, odpowiednie procedury rejestracji farmaceutyków, mechanizmy kontroli ich jakości, odpowiednio wyszkolony personel medyczno-farmaceutyczny itd. Metoda ta jest realizowana w krajach rozwiniętych wymaga jednak uzupełnia-

¹⁴ Umowa handlowa dotycząca zwalczania obrotu towarami podrobionymi między Unią Europejską i jej państwami członkowskimi, Australią, Kanadą, Japonią, Republiką Korei, Meksykańskimi Stanami Zjednoczonymi, Królestwem Marokańskim, Nową Zelandią, Republiką Singapuru, Konfederacją Szwajcarską i Stanami Zjednoczonymi Ameryki (Anti-Counterfeiting Trade Agreement), dostępna na stronie rządowej: <http://www.mkidn.gov.pl/pages/strona-glowna/ministerstwo/ochrona-praw-autorskich-i-praw-pokrewnych.php>), została podpisana w 2011 roku, m.in. przez Polskę, ale na skutek licznych kontrowersji wokół niej nie została jeszcze ratyfikowana i nie weszła w życie. Komisja Europejska skierowała wniosek do Europejskiego Trybunału Sprawiedliwości o opinię w sprawie zgodności ACTA z podstawowymi prawami człowieka, gwarantowanymi przez UE. Informacje na ten temat dostępne na oficjalnej stronie Komisji Europejskiej (<http://ec.europa.eu/trade/tackling-unfair-trade/acta/>)

¹⁵ Rozporządzenie Rady (WE) Nr 1383/2003 z dnia 22 lipca 2003 (zob.: przypisy 13).

nia globalną polityką ochrony zdrowia publicznego, która miałaby na celu ogólnosięwiatową koordynację mechanizmów kontroli jakości leków będących w obrocie, zwłaszcza w krajach rozwijających się.

4. Problem realizacji celów zdrowia publicznego za pomocą dobrowolnych działań firm farmaceutycznych

Z powyższych rozważań wynika, że mechanizmy wolnego rynku same z siebie nie są w stanie zagwarantować celów zdrowia publicznego. Zaś koncerny farmaceutyczne wymagają także innych niż ekonomiczne pobudek, by je realizować. W wyżej omówionych problemach wskazywałam na konieczność zastosowania odpowiednich strategii zdrowia publicznego, realizowanych przez lokalne i globalne instytucje publiczne za pomocą regulacji prawnych, których zadaniem powinna być odpowiednia stymulacja działań aktorów rynku oraz uzupełnienie ich w sferach, w których wolny rynek zawodzi. Zastosowanie metody pomocy publicznej w wymiarze ogólnosięwiatowym wymaga dodatkowo obciążenia finansowego mieszkańców krajów wysoko rozwiniętych, którzy mieliby ponieść te koszty w imię solidarności ze wszystkimi mieszkańcami globu. Należałoby postawić pytanie, czy filantropijna działalność firm farmaceutycznych nie byłaby wystarczającą strategią uzupełniającą wady wolnego rynku, zgodnie z ideą Roberta Nozicka, który sprowadza kwestię pomocy do dobrowolnego wspomaganie innych (Nozick 1999: 309–313). Autor twierdzi, że zwolennicy redystrybucji dóbr („przymusowej filantropii”) odrzucają akcje pomocy filantropijnej w oparciu o dwa niesłuszne, jego zdaniem, twierdzenia: argument kropli w morzu; argument wolnego strzelca (fajera). Argument kropli w morzu mówi, że indywidualna pomoc jest mniej istotna niż pomoc zbiorowa. Nozick obala ten zarzut, twierdząc, że proporcja zmniejszenia zła nie ma znaczenia dla ważności moralnej działania. Argument wolnego strzelca mówi, że filantropia jest bardziej kosztowna dla ofiarodawcy niż powszechna redystrybucja, gdyż zmniejszenie ubóstwa polega na interakcji działań, a nie na pojedynczym działaniu (czyli na wsparciu nie tylko beneficjenta X, ale także tych, z którymi

beneficjent wchodzi w interakcje). Nozick odpiera ten zarzut, sugerując skoordynowanie działań dobrowolnych (filantropijnych). Wydaje się, że w omawianym kontekście zarówno argument kropli w morzu, jak i wolnego strzelca można przedstawić w nieco inny sposób, który nie da się już tak łatwo obalić. Do tego celu posłużę się dwoma przykładami filantropijnych działań firm farmaceutycznych.

Niemiecki koncern Boehringer Ingelheim, produkujący nawirapinę, lek zapobiegający przeniesieniu zakażenia wirusem HIV z matki ciężarnej na dziecko, udostępnił ten środek mieszkańcom RPA za darmo na okres pięciu lat (Annas 2004: 60–67). Mimo to, lek pozostał praktycznie niedostępny dla mieszkańców kraju, z wyjątkiem pacjentów kilku szpitali, realizujących rządowy program pilotażowy stosowania leku. W związku z tym Treatment Action Campaign¹⁶ złożyła pozew przeciwko rządowi RPA. Przedstawiciele organizacji twierdzili, że ograniczenia rządowe w udostępnieniu leku oraz brak odpowiedniego planu opieki zdrowotnej, uwzględniającego powszechne leczenie tym lekiem, stanowiły naruszenie prawa do zdrowia, gwarantowanego przez konstytucję RPA. Rząd ograniczył dostęp do nawirapiny, twierdząc, że prawdziwe koszty leczenia tym lekiem są znacznie wyższe niż koszt samego leku. Skuteczne leczenie wymaga bowiem inwestycji w odpowiednią infrastrukturę opieki zdrowotnej, która gwarantowałaby przeprowadzanie testów wykrywających HIV, konsultacje medyczne, gwarancję odpowiedniej diety, przeszkolenie w przyjmowaniu leków, stałą opiekę medyczną dla pacjentów, odpowiednią edukację itd. Innymi słowy, skuteczny program leczenia HIV/AIDS wymaga pełnego pakietu społeczno-medycznego, a nie tylko samych leków. Drugą ilustracją podobnego problemu, może być sprawa leku iwermektyna (Silverstein 1999; Singer 2010: 138–139). Lek ten był pierwotnie używany w weterynarii, dopóki pakistański naukowiec, pracujący dla amerykańskiego koncernu farmaceutycznego Merck, nie odkrył, że może on być również zastosowany w leczeniu

¹⁶ Koalicja południowoafrykańskich organizacji walczących z AIDS, powołana w 1998 roku, by promować dostępność leczenia dla wszystkich ludzi z wirusem HIV i chorych na AIDS.

ślepoty rzecznej (ciężkiej choroby tropikalnej, stanowiącej zagrożenie dla blisko 18 mln ludzi w zachodniej Afryce). Jako że jest to choroba nękająca ubogich mieszkańców tropików, firma Merck zdawała sobie sprawę, iż sprzedaż leku nie przyniesie jej żadnych korzyści i zdecydowała przekazać wyprodukowany lek Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). Minęły jednak lata nim lek dotarł do mieszkańców zachodniej Afryki, gdyż WHO nie miała dostatecznej ilości funduszy na pokrycie kosztów dystrybucji leku wśród potrzebujących (owa dystrybucja wymagała również odpowiedniego personelu medycznego, badań itp.).

Przykłady te pokazują, że problem pomocy biednym, w tym omawiany tu problem dostarczenia tanich leków dobrej jakości, należy rozpatrywać z uwzględnieniem szerszego kontekstu, jakim jest zjawisko skrajnego ubóstwa. Skrajne ubóstwo jest zaś problemem społecznym i strukturalnym. Zawiera się w tym odpowiedź, dlaczego filantropijna pomoc indywidualna będzie kroplą w morzu, która niczego nie zmieni, jak również dlaczego działanie wolnego strzelca jest mniej wydajne w pomocy niż działanie systemowe (powszechne). Nie chodzi tu bynajmniej o wagę moralną naszych działań ani o samą efektywność, ale o naturę problemu, który rozpatrujemy. Każdy choruje i umiera indywidualnie, niezależnie od tego, czy pada ofiarą pojedynczego wypadku, czy też epidemii, obejmującej swym zasięgiem miliony ludzi. Jednakże problem zwalczania wysokiej śmiertelności i występowania chorób jest już zjawiskiem społecznym, dotyczącym zdrowia publicznego (zdrowia populacji, a nie indywidualnego człowieka). Działania filantropijne mogą pomóc konkretnym ludziom i nie należy tego bagatelizować, bo jeśli ratuje się jedno życie ludzkie to tak, jakby się ratowało cały świat, jak naucza Talmud (2012 [2a, 37a]: 155). Jeśli jednak chcemy mówić o poprawie warunków zdrowotnych w danej społeczności (np. walka z epidemią HIV/AIDS, z malarią), to musimy przedsięwziąć strategie publiczne, których nawet skoordynowane działania indywidualne nie są w stanie zastąpić. Dostarczanie leków, sprzętu medycznego czy środków finansowych do części świata, w których nie ma odpowiednich szpitali i personelu medycznego, nic nie pomoże.

Zbudowanie infrastruktury opieki zdrowotnej, jak i innych instytucji, jest zadaniem lokalnym. Do tego niezbędna może być pomoc i zachęta ze strony instytucji zagranicznych czy międzynarodowych, ale samych instytucji nie można importować z krajów rozwiniętych, trzeba je wraz z wykształceniem odpowiedniej kultury budować na miejscu. Raporty ONZ podają, że umieralność w krajach rozwijających się jest w 50 procent spowodowana przyczynami całkowicie uleczalnymi w krajach rozwiniętych (UNDP 2005: 3–25). Nawet jednak, gdyby przedstawiciele koncernów farmaceutycznych dostarczali leki biednym za darmo, nie rozwiązałoby to wcale problemu wysokiej śmiertelności i zachorowań. Rozwiązaniem problemu nie byłoby również przekazywanie przez bogate koncerny środków finansowych na rzecz najuboższych krajów, bo nie można inwestować w infrastrukturę medyczną, która nie istnieje. Brak odpowiednich leków czy pieniędzy jest bowiem jedynie elementem znacznie szerszego problemu. Pełen obraz tego problemu obejmuje przede wszystkim brak: infrastruktury medycznej, regulacji prawnych, instytucji, wykształcenia, równouprawnienia, żywienia, czystej wody, urządzeń sanitarnych itd. Te, niezwykle złożone, problemy nie mogą zostać rozwiązane jedynie za pomocą akcji filantropijnych, jakkolwiek ich działalność jest trudna do przecenienia. Do ich rozwiązania potrzebne jest stworzenie globalnych strategii zdrowia publicznego – instytucji realizujących cele społeczne na skalę światową i dbających o potrzeby najbardziej zagrożonych i najmniej uprzywilejowanych. Prywatna filantropia nie zastąpi praw człowieka, których gwarancję i dostarczenie spoczywa na instytucjach publicznych, a ich zakres powinien być rozszerzony na cały świat wraz z rozszerzającym się zakresem działań ekonomicznych. Do realizacji tego celu potrzebne są przede wszystkim odpowiednie polityki i mechanizmy prawne. Niewątpliwie, przy ich realizacji współpraca z firmami farmaceutycznymi jest konieczna, a ich współudział finansowy w pomocy publicznej pożądany.

Podsumowanie

Ani mechanizmy wolnego rynku, ani filantropijna działalność podmiotów prywatnych nie rozwiążą problemu pomocy w aspekcie uzyskania leków niezbędnych do życia w krajach rozwijających się. W tym celu konieczne są globalne i lokalne strategie zdrowia publicznego. Ścisła współpraca sektora prywatnego i publicznego w zakresie ochrony i realizacji praw człowieka na świecie pozostaje tu jednak kwestią kluczową.

Przemysł farmaceutyczny jest przemysłem kierującym się zyskiem. Musimy jednak pamiętać, że jednocześnie „stanowi on istotną część międzynarodowych wysiłków, by zagwarantować prawdziwe potrzeby opieki zdrowotnej” (Weber 2003: 2025). Globalizacji rynku powinna towarzyszyć globalizacja standardów etycznych oraz prawnych mechanizmów ich egzekwowania. Oprócz aspektu odpowiedzialności negatywnej (głównie odszkodowawczej) za łamanie praw człowieka, należałoby zachęcać za pomocą odpowiednich polityk i regulacji prawnych przedsiębiorstwa, zwłaszcza te o zasięgu ogólnosiwiatowym do przyjęcia na siebie także odpowiedzialności o charakterze pozytywnym. Przez tę ostatnią należałoby rozumieć realizację interesów własnych z uwzględnieniem interesu publicznego, w tym przede wszystkim interesu wspólnoty lokalnej, na którą działania przedsiębiorstwa wpływają. Odpowiedzialność pozytywna przedsiębiorstw polegałaby na wzięciu odpowiedzialności również za tych, na których wywiera ono największy wpływ. Biorąc pod uwagę omawiany w tym artykule przykład firm farmaceutycznych, można by zasugerować takie działania, jak np. zagwarantowanie preferencyjnych cen leków i długoterminowego leczenia w krajach czy społecznościach, w których odbywały się testy kliniczne na dany lek. Chodzi tu głównie o to, by testowane leki po wykazaniu skuteczności i wejściu na rynek wciąż były dostępne osobom, u których rozpoczęto leczenie. Firmy mogłyby też, w ramach przeprowadzanych badań klinicznych, pomagać w rozwoju lokalnych infrastruktur medycznych poprzez dofinansowywanie personelu medycznego, kształcenia lekarzy czy zakupu sprzętu medycznego. Nie

znaczy to jednak, że od firm farmaceutycznych należy wymagać, by realizowały cele społeczne i charytatywne poza tymi, które można uznać za wynikające z ich odpowiedzialności za prowadzoną działalność i za osoby oraz wspólnoty, na których ta działalność w istotnym względzie oddziałuje. Innymi słowy, firmy farmaceutyczne powinny ponosić odpowiedzialność za przestrzeganie praw człowieka i powinno być to od nich egzekwowane za pomocą efektywnych mechanizmów prawnych stosowanych na skalę światową. Dostarczanie praw człowieka (w tym realizacja idei pomocy najuboższym i najmniej uprzywilejowanym w tworzeniu odpowiednich infrastruktur opieki zdrowotnej i instytucji społecznych walczących z przyczynami ubóstwa) jest zaś ideą, którą powinny realizować instytucje publiczne, również na skalę globalną.

BIBLIOGRAFIA

- Annas G.J. 2004. *American Bioethics. Crossing Human Rights and Health Law Boundaries*. Oxford: Oxford University Press.
- Annas G.J. 2010. *Worst Case Bioethics. Death, Disaster, and Public Health*. Oxford: Oxford University Press.
- Arendt H. 1999. *O przemocy. Niepostuszeństwo obywatelskie*. Przeł. A. Łagodzka, W. Madej. Warszawa: Fundacja ALETHEIA.
- Buncombe A., Lakhani N. 2011. *Without consent: how drugs companies exploit Indian 'guinea pigs'*. „The Independent”, 14 listopada 2011. (dostępne online: <http://www.independent.co.uk/news/world/asia/without-consent-how-drugs-companies-exploit-indian-guinea-pigs-6261919.html>).
- Cook-Deegan R., T. Dedeurwaerdere. 2006. *The Science Commons in Life Science Research: Structure, Function, and Value of Access to Genetic Diversity*. „International Social Science Journal”, 58: 299–317.
- Hira A. 2009. *The political economy of the global pharmaceutical industry. Why the poor lack access to medicine and what might be done about it*. „International Journal of Development”, 8: 84–101.
- Holland S., Bátiz-Lazo B. 2004. *The Global Pharmaceutical Industry*. „General Economics and Teaching” 0405002(EconWPA): 1–24.
- IMS Health Market Prognosis. Marzec 2011 (dane na rok 2010). NJ. (dostępne online: www.theimsinstitute.org).
- Kuper A. 2005. *Redistributing Responsibilities – The UN Global Compact with Corporations*. A. Follesdal, T. Pogge (eds.). *Real World Justice. Grounds, Principles, Human Rights, and Social Institutions*. Dordrecht: Springer.

- Nozick R. 1999. *Anarchia, państwo, utopia*. Przeł. M. Maciejko i M. Szczubińska. Warszawa: Fundacja ALETHEIA.
- O'Neill O. 2005. *Agents of Justice*. A. Kuper (red.). *Global Responsibilities: Who Must Deliver on Human Rights?*. New York – London: Routledge.
- Osiatyński W. 2011. *Prawa człowieka i ich granice*. Przeł. S. Kowalski. Kraków: Znak.
- OXFAM. 2011. *Eye on the Ball. Medicine regulation – not IP enforcement – can Best deliver quality medicines*. „Oxfam Briefing Paper”, 2 lutego 2011 (dostępne online: www.oxfam.org).
- Ozierański P., McKee M., King L. 2011. *Pharmaceutical lobbying under postcommunism: universal or country-specific methods of securing state drug reimbursement in Poland?* „Health Economics, Policy and Law”, 7: 175–195.
- Petryna A. 2009. *When Experiments Travel. Clinical Trials and the Global Search for Human Subjects*. Princeton and Oxford: Princeton University Press.
- Pogge T. 2007. *Could Globalization Be Good For World Health?* „Global Justice: Theory Practice Rhetoric”, 1:1–10.
- Sachs J.D. et al. 2000. *Macroeconomics and Health Investing in Health for Economic Development*. WHO: Geneva.
- Silverstein K. 1999. *Millions for Viagra, Pennies for Diseases for the Poor*. „The Nation”, 19 lipca. (dostępne online <http://www.thenation.com/article/millions-viagra-pennies-diseases-poor>).
- Singer P. 2010. *Życie które możesz ocalić*. Przeł. E. de Lazari. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
- Stiglitz J. 2004. *Globalizacja*. Przeł. H. Siembierowicz. Warszawa: PWN.
- Stiglitz J. 2006. *Scrooge and Intellectual Property Rights*. „British Medical Journal” 333: 1279.
- Talmud. 2012. *Mas. Sanhedrin (Court of Justice). Soncino Babylonian Talmud*. Przeł. Canon Danby <http://www.halakhah.com>
- UNDP (United Nations Development Programme). 2005. *Human Development Report 2005*. New York.
- Weber L. J. 2003. *Pharmaceutical Industry*, w: S. G. Post (red.), *Encyclopedia of Bioethics*, t. 4. MacMillan Reference Books.
- Werner K., Weiss H. 2009. *Czarna Lista Firm. Intrygi światowych koncernów*. Przeł. J.E. Franek. Wydawnictwo Hidari.