

Aleksandra Głos

Solidarność w opiece zdrowotnej. Perspektywa filozoficzno-prawna

Abstrakt

Celem doktoratu jest filozoficzna analiza pojęcia solidarności, zbudowanie kooperatywnego modelu solidarności w państwie prawa oraz operacjonalizacja tego modelu w dziedzinie opieki zdrowotnej.

Odpowiednio do celów rozprawy, dzieli się ona na trzy części, z których każda charakteryzuje się odmienną metodologią. Pierwsza część, poświęcona analizie pojęcia solidarności, ma charakter filozoficzny. Korzysta ona z dorobku filozofii analitycznej oraz fenomenologii. Narzędzia analityczne umożliwiają semantyczną analizę pojęcia solidarności, wiodąca od jej znaczeń potocznych i zawartych w nich presupozycji, po klasyczne i współczesne teorie solidarności. Uzupełnieniem analiz semantycznych i teoretycznych jest analiza fenomenu solidarności. Wybór takiej metody spowodowany jest rozmyciem pojęcia solidarności i jego 'socjalistyczną' dewaluacją, która wymaga odgruzowania znaczenia tego pojęcia i śladem fenomenologów powrotu '*zurück zu den Sachen selbst*'. Fenomenem, poddawanym szczególnej analizie, jest 'cud' polskiego ruchu Solidarność. Polska 'Solidarność' jest fenomenem interesującym z kilku względów. Po pierwsze dlatego, że był to ruch powstały w kraju przywiązany do solidarności w jej utopijnym, socjalistycznym rozumieniu i jako taki dobitnie ujawnił liberalne oblicze tego pojęcia; po drugie dlatego, że jest to fenomen nieodległy w czasie i jako taki może być uznany za *experience-near concept*¹ (a bliskie doświadczeniu pojęcia najłatwiej opisać i zrozumieć); po trzecie, dlatego, że praktyka solidarności oraz jej założenia teoretyczne można uznać za efektywne (zakończone historycznym sukcesem w postaci eksplozji artystycznej, ożywienia społecznego, i wreszcie transformacji politycznej kraju) narzędzia solidarności oraz, odwołując się do tezy I. Krzemińskiego, 'niedokończony projekt'² wart badania i kontynuacji.

Druga część rozprawy, poświęcona zbudowaniu modelu prawnego solidarności posługuje się klasycznymi metodami filozofii prawa. Solidarność, odwołując się do klasycznej koncepcji polityki jako poli-etyki, a więc sposobu publicznego ścierania się i uzgadniania różnych wizji

¹ Taylor [2001] – Taylor [2001] – Ch. Taylor, *Źródła podmiotowości. Narodziny tożsamości nowoczesnej*, PWN, Warszawa 2001.

² Krzemiński [2013] – I. Krzemiński, *Solidarność. niespełniony projekt polskiej demokracji*, Europejskie Centrum Solidarności, Gdańsk 2013.

etycznych w duchu dbałości o wspólne dobro, jest pojęciem etyczno-politycznym. Fenomen solidarności jest zatem analizowany w świetle etycznej teorii społeczeństwa przyzwoitego „*Decent society*”³, na podstawie której sformułowano etyczne warunki zaistnienia solidarnej wspólnoty politycznej oraz współczesnych koncepcji sprawiedliwości, na podstawie której sformułowano jej warunki prawne. Ta część rozprawy jest podzielona na kolejne części: część krytyczną: krytykę ‘solidarystycznego’, czy też welfarystycznego, ujęcia solidarności oraz część konstruktywną, w ramach której zostaje przedstawiony kooperatywny model solidarności w państwie prawa. Tradycyjne ujęcie zasady solidarności wypływa z założeń państwa opiekuńczego. Welfarystyczny model solidarności opiera się na dwóch błędnych przesłankach: pierwszą z nich jest redukcja solidarności do obowiązku pomocy i dobroczynności; drugą: obarczenie wypełnianiem solidarnych obowiązków instytucji państwa. W związku z tym w części konstruktywnej, zostały postawione dwie alternatywne tezy: pierwsza z nich dotyczy konieczności istotnej modyfikacji welfarystycznej definicji solidarności. Solidarność wyrasta z instytucji prawa rzymskiego *obligatio in solidum*, która zakładała radykalną odpowiedzialność każdego z dłużników za całość zobowiązania. Prawnicze źródła zasady solidarności podkreślają fakt, że zobowiązanie do pomocy jest wtórne w stosunku do zobowiązania do wzajemnej współpracy (przyjaźni obywatelskiej) i współodpowiedzialności, pomijanego w koncepcji solidarystycznej/welfarystycznej w jej standardowej postaci. Druga teza dotyczy modelu funkcjonowania zasady solidarności w państwie prawa. Solidarność jako fenomen z pogranicza sfery publicznej i prywatnej na gruncie prawnym wymaga rozgraniczenia dwóch zakresów: minimalnego, w ramach którego okrojone obowiązki solidarności mogą być egzekwowane przez państwo środkami przymusu oraz maksymalnego, który jest kantowskim ideałem regulatywnym, do którego odpowiednie środki prawne mogą jedynie przybliżyć.

Trzecia część rozprawy, poświęcona zastosowaniu założeń kooperatywnego modelu solidarności do szczegółowych problemów opieki zdrowotnej, posługuje się klasyczną analizą dogmatyczno-prawną oraz porównawczo-prawną, poszerzoną o filozoficzną krytykę. W tej części przedstawiona została, po pierwsze, ogólna problematyka solidarności w dziedzinie opieki zdrowotnej i bioetyki, a w szczególności zagadnienia, z jakimi musi się zmierzyć współczesna teoria solidarności, związane m.in. z postępem technologicznym, rozwojem predykcyjnej diagnostyki genetycznej, genetyki populacyjnej i nowoczesnej farmakologii. Najbardziej klasycznym problemem związanym z teorią solidarności w opiece zdrowotnej jest

³ Margalit [1996] – A. Margalit, *The Decent Society*, Cambridge: Harvard University Press, 1996.

jej postępująca prywatyzacja, dotycząca m.in. dziedziny ubezpieczeń zdrowotnych. Sednem zasady solidarności w ubezpieczeniach zdrowotnych jest podział ryzyka wewnątrz danej wspólnoty osób ubezpieczonych, a więc uniezależnienie wysokości składki ubezpieczeniowej od indywidualnego ryzyka zdrowotnego, które koliduje z interesami prywatnych firm ubezpieczeniowych działających *for-profit*. Dlatego, po drugie, w tej części rozprawy przedstawiono analizę zagadnienia ubezpieczeń prywatnych w kontekście solidarności w opiece zdrowotnej oraz komparatystyczny zarys holenderskiej opieki zdrowotnej, który może być uznany za wzorcowy sposób połączenia zasady solidarności z zasadą wolnej konkurencji i interesów prywatnych ubezpieczycieli, a na jego podstawie sformułowano propozycję *de lege ferenda* dla polskiego systemu opieki zdrowotnej. Trzecim obszarem analizy w tej części rozprawy jest fenomen zaufania, będący tkanką solidarności pojętej jako forma nieinstrumentalnego współdziałania. Zaufanie, choć jest fenomenem ulotnym i kruchym, jest jednocześnie, jak przekonywająco dowodzi współczesna socjologia, formą kapitału społecznego⁴, miękkim kapitałem międzyludzkich relacji i powiązań obywatelskich, który przyczynia się do ‘bogacenia narodów’ w stopniu niejednokrotnie większym niż twarde zasoby materialne czy instytucjonalne⁵. Zawarta w tej części rozprawy operacjonalizacja kooperatywnego modelu solidarności kończy się przedstawieniem katalogu ‘dobrych praktyk solidarności’ w kontekście opieki zdrowotnej na przykładzie opieki zdrowotnej nad osobami chorymi na demencję. Demencja, ze względu na swoje rozpowszechnienie, koszty oraz wzrastającą liczbę zachorowań, staje się katalizatorem przemian w opiece zdrowotnej, zarówno w wymiarze codziennej praktyki służby zdrowia, jak i filozoficznej refleksji nad jej zasadami i strukturą. Praktyka opieki nad osobami chorymi na demencję doprowadziła do wypracowania koncepcji autonomii relacyjnej i innowacyjnego modelu opieki ‘*supportive care*’, który może służyć za realizację założeń kooperatywnego modelu solidarności. Rozwiązania wypracowane w tej i innych dziedzinach opieki zdrowotnej, mogą przyczynić się do upowszechnienia kooperatywnego modelu solidarności w innych dziedzinach prawa oraz, dzięki kreatywnej funkcji prawa, wzrostu współpracy i zaufania w życiu społecznym.

Główna teza doktoratu głosi, że solidarność, mimo aneksji tego pojęcia przez myśl socjalistyczną oraz wciąż dominującej we współczesnej myśli politycznej solidarności welfarystycznej, solidarność jest źródłowo i nieredukowalnie fenomenem liberalnym, a więc

⁴ Putnam [1994] – R.D. Putnam, *Making Democracy Work: Civic Traditions in Modern Italy*, Princeton University Press, Princeton 1994.

⁵ Knack, Zak [2001] – S. Knack, P. Zak, “Trust and Growth”, w: *Economic Journal* 111/2001, s. 295-321.

ufundowanym na wolności i pomnażającym wolność. Filozoficzna argumentacja na rzecz tej tezy przebiegała wieloetapowo. Z analizy tradycji antycznej wyłania się obraz solidarności jako formy przyjaźni obywatelskiej. Obraz ten dopełniała analiza rzymskiej instytucji *obligatio in solidum* jako relacji opartej na głębokim zaufaniu oraz radykalnej odpowiedzialności („jeden za wszystkich, wszyscy za jednego”). Tradycja Judeo-chrześcijańska wprowadza w myślenie o solidarności radykalną krytykę władzy oraz kontemplatywne, a więc indywidualistyczne, rozumienie wolności (w odróżnieniu do antyku, wolność nie musi być potwierdzana w przestrzeni publicznej, w panowaniu nad wrogiem, ale wydarza się w augustiańskim solilokwium lub w intelektualnym bądź artystycznym akcie twórczym). Analiza swoistego *case study*, jakim jest działalność polskiego ruchu ‘Solidarność’, potwierdza obraz solidarności jako fenomenu liberalnego. Na podstawie przedstawionych rozważań sformułowano definicję solidarności jako nieinstrumentalnego współdziałania, opartego na zaufaniu oraz wzajemnej, radykalnej odpowiedzialności.

Z taką definicją solidarności wiąże się kluczowa filozoficzno-prawna teza rozprawy, głosząca, że solidarność pojęta jako rodzaj dobrowolnej i odpowiedzialnej współpracy, a więc solidarność kooperatywna, jest najwłaściwiej realizowana w państwie, które umożliwia, promuje i koordynuje współpracę obywatelską, redukując instytucje ‘administracyjnej dobroczynności’ do niezbędnego minimum. Zasada solidarności nie może być sprowadzana wyłącznie do „zobowiązania do pomocy cierpiącym, mającym problemy i społecznie upośledzonym”⁶ (*ergo*: nie można utożsamiać solidarności z zobowiązaniami państwa opiekuńczego), lecz oznacza przede wszystkim zobowiązanie do twórczej współpracy, zarówno w relacjach międzyosobowych, obywatelskich (solidarność społeczna), jak i relacjach między instytucjami a obywatelami (partnerstwo publiczno-prawne), a także relacjach międzyinstytucjonalnych. Środki prawne mogą a) bezpośrednio kształtować solidarność na poziomie instytucjonalnym (minimalny wymiar solidarności) oraz b) pośrednio – na poziomie społecznym (maksymalny wymiar solidarności), dlatego proponowany model solidarności został określony minimalno-maksymalnym. Maksymalny wymiar solidarności odnosi się do ideału społecznej współpracy. Współpraca społeczna jest ‘kruchym dobrem’, fenomenem oddolnym i spontanicznym, uzależnionym od indywidualnych, dobrowolnych decyzji jednostek. Instytucje jednak mogą ułatwiać podejmowanie takich solidarnych decyzji poprzez

⁶ Kornai [2001] – J. Kornai, K. Eggleston, *Welfare, Choice, and Solidarity in Transition Welfare. Reforming the Health Sector in Eastern Europe*, Cambridge University Press, Cambridge 2001.

stworzenie dla nich odpowiednich ram prawnych oraz infrastrukturalnych np. koordynację działań podmiotów prywatnych (*legal framing*) lub wspieranie ‘dobrych praktyk’ solidarności społecznej np. ulgi podatkowe dla pracodawców, którzy umożliwiają swoim pracownikom sprawowanie opieki nad chorymi bliskimi⁷, dofinansowanie dla prywatnych fundacji, promowanie kultury wolontariatu i zaangażowania społecznego.

Założenia tego modelu są operacjonalizowane przez odniesienie do praktyki opieki zdrowotnej. Komparatystyczna analiza funkcjonowania systemów zdrowotnych poszczególnych państw⁸ dowodzi, że najbardziej efektywne ekonomicznie, najlepiej oceniane społecznie oraz najbardziej zaawansowane jakościowo są systemy zdrowotne zbudowane na zasadzie solidarności kooperatywnej. Jednym z najbardziej dobitnych przykładów realizacji zasady solidarności kooperatywnej jest system holenderski, określany jako ‘*solidarity-state mix*’⁹, który łączy zasadę konkurencji na prywatnym rynku ubezpieczeń zdrowotnych z państwowymi gwarancjami solidarności. Za słuszością i możliwością wprowadzenia kooperatywnego modelu solidarności w opiece zdrowotnej przemawiają nie tylko twarde dane finansowe i systemowe, ale doświadczenia praktyki szeregów obszarów służby zdrowia. Jednym z efektywnych przykładów takiego modelu jest model ‘*supportive care*’ dla osób chorych na demencję, nastawiony na podtrzymywanie samodzielności chorych, a w szczególności podtrzymywanie dobrostanu ich nieformalnych opiekunów, oraz budowę współpracy między różnymi podmiotami, sprawującymi opiekę (m.in. opieką społeczną, medyczną, pielęgniarską i nieformalną). Przykład demencji, współczesnej epidemii powodującej gigantyczne koszty finansowe i społeczne, dowodzi, że zmiana paradygmat z welfarystycznego na kooperatywny jest nie tylko kwestią akademickiej debaty, ale, podyktowaną praktyką, koniecznością.

Tezą, która przewijała się przez wszystkie zawarte w rozprawie rozważania, jest przekonanie o odradzaniu się solidarności i wyłanianiu się nowego jej modelu, mimo towarzyszącego temu procesowi okresu przejściowej anomii. Specyfikę procesu odradzania się solidarności najlepiej zdiagnozował i opisał Durkheim, który w dobie XIX-wiecznych przemian społecznych, obserwował przekształcanie solidarności mechanicznej, opartej na sumieniu kolektywnym, w solidarność organiczną, opartą na podziale pracy¹⁰. Współczesne przemiany w strukturze

⁷ Colombo et al. [2011] – F. Colombo, A. Llana-Nozal, J. Mercier, F. Tjadens, *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*, OECD Publishing 2011, s. 121-159.

⁸ Por. np. Björnberg [2015] – A. Björnberg, *EuroHealth Consumer Index 2015*, Health Consumer Powerhouse 2015.

⁹ Sowada [2013] – C. Sowada, *Łączenie solidaryzmu z wolnością w ubezpieczeniach zdrowotnych*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa 2013.

¹⁰ Durkheim [1999] – É. Durkheim, *O podziale pracy społecznej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 1999.

solidarności stwarzają szanse na nowe, głębsze zrozumienie tego pojęcia i zbudowanie jego modelu prawnego na innych, bardziej kooperatywnych podstawach. Studium Durkheima pozwala również zachować optymizm co do 'nowych wyłaniających się'¹¹ form solidarności: współczesny kryzys solidarności nie oznacza jej zmięczenia, ale twórczą pracę wolności, która może doprowadzić do pojawienia się nowych solidarnych 'cudów'.

Dietmar Glas

2017-06-14

¹¹ Buyx, Preinsack [2011] – A. Buyx, B. Prainsack, *Solidarity: Reflections on an Emerging Concept in Bioethics*, The Nuffield Council on Bioethics, 2011.