

SOLIDARNOŚĆ WE WSPÓŁCZESNEJ BIOETYCE – KLASYCZNE PROBLEMY, NOWE WYZWANIA

– Aleksandra Głos –

Artykuł powstał w ramach projektu badawczego „Sprawiedliwość w opiece zdrowotnej” nr 2013/08/A/HS1/00079 finansowanego przez Narodowe Centrum Nauki.

Abstrakt. Zasada solidarności jest podstawą większości europejskich systemów zdrowotnych. Klasycznie wyróżnia się trzy rodzaje solidarności w tej dziedzinie – solidarność ryzyka, solidarność wieku i solidarność dochodu. Celem solidarności jest stworzenie wspólnoty ryzyka, w ramach której ludzie ponoszą pewne ciężary i obowiązki na korzyść innych członków, w szczególności tych cierpiących, mających problemy i społecznie upośledzonych. Postępująca prywatyzacja służby zdrowia i indywidualizacja ryzyka w ubezpieczeniach zdrowotnych czyni zasadnym coraz częściej zadawane pytanie o przyszłość solidarności wielu europejskich systemach zdrowotnych. Jednocześnie postęp technologiczny – rozwój predykcyjnej diagnostyki genetycznej, genetyki populacyjnej, nowoczesnej farmakologii – zmieniają oblicze medycyny i służby zdrowia. Nadzieje i obawy związane z tymi przemianami, spowodowały renesans dyskusji na temat roli solidarności i nową walkę o solidarność. Dyskusje etyczne, aktywność społeczna i wprowadzone rozwiązania legislacyjne podkreślają trwałość i niezmienną wartość solidarności w zmienionych warunkach społecznych.

Słowa kluczowe: solidarność, opieka zdrowotna, prywatyzacja w służbie zdrowia, indywidualna odpowiedzialność za zdrowie, dyskryminacja genetyczna, R. Ter Meulen, A. Buyx, B. Prainsack, J. Kornai, I. van Hoyweghen.

I. Wprowadzenie

We współczesnej literaturze bioetycznej można zaobserwować paradoksalne zjawisko: liczba publikacji poświęconych zasadzie solidarności rośnie, mimo coraz donośniejszych głosów wieszczących kres jej obowiązywania. Różni autorzy stawiają sprzeczne ze sobą tezy. Niektórzy, jak H. Maarse i R. Ter Meulen¹, wyrażają troskę o trwałość zasady solidarności we współczesnym systemie opieki zdrowotnej (*Is solidarity losing ground?*), podczas gdy inni, w tym m.in. B. Prainsack i A. Buyx², uważają solidarność za nowy, dopiero wyłaniający się paradygmat bioetyczny (*Solidarity: reflections on an emerging concept in bioethics*).

¹ Ter Meulen, Maarse [2008].

² Buyx, Prainsack [2011].

Na tę dwuznaczną sytuację składa się wiele czynników. Ideowe fundamenty państwa opiekuńczego, wśród których poczesne miejsce zajmuje zasada solidarności, od co najmniej kilkunastu lat poddawane są nieustannej krytyce. Reformy systemów zdrowotnych dokonane w ostatniej dekadzie (reforma systemu holenderskiego w 2006 r., zmiany systemie w irlandzkim z 2004 i niemieckim z 2007 r. oraz przekształcenia brytyjskiego NHS w 2012 – żeby wymienić tylko te najważniejsze), których wspólnym mianownikiem jest prywatyzacja i indywidualizacja ryzyka, czynią troskę o przyszłość zasady solidarności, rozumianej jako gotowość do podjęcia pewnych ciężarów i obowiązków, mających prowadzić do „uwspólnienia ryzyka”³, coraz bardziej zasadną.

Tej pesymistycznej tezie można przeciwstawić pogląd I. van Hoyweghen oraz K. Horstman⁴, głoszący, że niektóre zjawiska, interpretowane jako zagrożenie dla tradycyjnie rozumianej solidarności, takie jak rozwój badań genetycznych (wzbudzający m.in. obawę przed dyskryminacją genetyczną) stały się czynnikiem wzbudzającym (*key catalyst*) powstanie nowych form solidarności i nową walkę o solidarność (*new struggles of solidarity*). W obliczu powyższej kontrowersji warto zadać pytanie: czy mamy zatem do czynienia z kryzysem czy może renesansem idei solidarności we współczesnej bioetyce?

II. Definicje solidarności

Pojęcie solidarności wywołuje wiele kontrowersji we współczesnej literaturze bioetycznej. Różne koncepcje solidarności uzasadniają przeciwstawne tezy, jak dzieje się to np. na gruncie omawianej w rozdziale III debaty na temat ujawniania wyników predykcyjnych testów genetycznych dla celów ubezpieczeniowych, w której zarówno zwolennicy, jak i przeciwnicy tego stanowiska, odwołują się do zasady solidarności. Wspólnym mianownikiem odmiennych koncepcji jest pojęcie odpowiedzialności za członków wspólnoty, z którą coś nas łączy, różne są natomiast uzasadnienia, zakres i rodzaj owej odpowiedzialności.

1. TRZON SOLIDARNOŚCI – WSPÓŁPRACA I WSPÓŁODPOWIEDZIALNOŚĆ

R. Jaeggi w tekście „*Solidarity and indifference*”⁵, stosując metodę analizy języka potocznego, odróżnia solidarność od przyjaźni, koalicji interesów, lojalności, współczucia i pomocy humanitarnej⁶. Autorka definiuje solidarność jako formę

³ Lach [2011].

⁴ Horstman, Van Hoyweghen [2010].

⁵ Jaeggi [2001].

⁶ Por. Houtepen, ter Meulen [2001].

nieinstrumentalnego współdziałania (*“non-instrumental cooperation based on identification with a common cause”*⁷). R. Jaeggi zwraca szczególną uwagę na nieinstrumentalność tej współpracy, podkreślając, że jej źródłem nie jest dążenie do osiągnięcia osobistych korzyści, nawet rozumianych w sposób „oświecony” (*enlightened self-interest*), lecz wspólnota celów, w ramach której interesów własnych nie sposób nawet pomyśleć jako oddzielonych od interesów innych ludzi. Filozoficznym uzasadnieniem takiej wspólnoty jest koncepcja podmiotu jako *zoon politikon* oraz wizja społeczeństwa jako zbioru jednostek wzajemnie od siebie zależnych i dzielących wspólny los. Autorzy raportu NCoB na temat biopaliw wyrazili to obrazowo:

Solidarity focuses on the importance of protecting individuals as members of groups or populations. It is the idea that we are all ‘fellow travellers’ and that we have duties to support and help each other and, in particular, those who cannot readily support themselves⁸.

Podobne koncepcje solidarności dominują w polskiej literaturze filozoficzno-prawnej. J. Jończyk⁹ jest autorem tezy, że „[z]agadnienie solidarności dotyczy obowiązku, ciężaru, indywidualnego wkładu, wspólnego wysiłku, a nie podziału świadczeń pieniężnych lub rzeczowych”. Obligacyjną stronę solidarności podkreśla także D.E. Lach¹⁰, odwołując się przy tym do myśli niemieckiej. Za U. Volkmanem¹¹ uważa on solidarność za obowiązek podstawowy (*Grundpflicht*), którego treścią jest podejmowanie przez wspólnotę (np. beneficjentów systemu opieki zdrowotnej) pewnych obowiązków, które prowadzą do społecznego wyrównania w ramach tej wspólnoty, a więc stworzenia wspólnoty ryzyka. J. Kornai tak definiuje główny obowiązek solidarności: „Pomagajcie cierpiącym, mającym problemy i społecznie upośledzonym”¹².

2. SPORY O ZAKRES SOLIDARNOŚCI

2.1. Komunalność v. konstytutywność

Rozróżnienie na instrumentalność i nieinstrumentalność współpracy, przywołuje na myśl inne, uczynione przez J. Hustedę¹³ – na solidarność komunal-

⁷ Por. Häyry [2005].

⁸ NCoB [2011].

⁹ Jończyk [2001].

¹⁰ Lach [2001].

¹¹ Volkman [1998].

¹² Kornai [2002].

¹³ Husted [1999].

ną (*communal solidarity*) i konstytutywną (*constitutive solidarity*)¹⁴. Solidarność komunalna dotyczy grupy ludzi, którą jednoczy wspólna sprawa. Pobudką dla takiej solidarności jest przekonanie o uniwersalności ludzkiej natury i wspólnej nam wszystkim wrażliwości (*shared vulnerability*), która rodzi wspólną humanitarną odpowiedzialność – wyrazistym przykładem tego rodzaju solidarności jest bezinteresowna pomoc humanitarna, udzielana w sytuacji klęsk żywiołowych czy napięć społecznych. Solidarność konstytutywna łączy natomiast grupę ludzi, którzy robią wspólne interesy. W takim przypadku ludzie – zwykle na mocy umowy – współpracują ze sobą, aby czerpać zyski z kooperatywnego działania, jak dzieje się to przy okazji działalności związków zawodowych czy stowarzyszeń. Podstawą dla takiego działania nie jest więź emocjonalna, lecz roztropność (*prudence*) i szeroko pojęty interes własny (tzw. *enlightened self-interest*).

2.2. Partykularyzm v. uniwersalizm

Pokrewne, choć niezależne zakresowo, rozróżnienie dotyczy podziału na solidarność partykularną i uniwersalną. Ta pierwsza ograniczona jest do konkretnej ludzkiej zbiorowości np. grupy zawodowej czy mniejszości etnicznej, którą łączą pobudki zarówno te bardziej szlachetne (wspólne cele i wartości), jak i mniej szlachetne (obustronne korzyści), a ponadto zwykle towarzyszy im poczucie wspólnotowości. Jej przeciwieństwem jest solidarność uniwersalna, zbudowana wokół postulatu jedności czy braterstwa wszystkich ludzi. Zdaniem D. Gunsona¹⁵, partykularne definicje solidarności mają charakter ekskluzywistyczny, toteż badacz określa je mianem „agonistycznych” (*agonistic*). W celu uczynienia solidarności wartością uniwersalną proponuje on ustalić jej minimalną treść (*weak solidarity*), która polega na gotowości do przyjęcia perspektywy drugiego. Zdaniem D. Gunsona, wyrazem tak rozumianej solidarności jest *Universal Declaration on Bioethics and Human Rights*, w której rządy różnych, często antagonizujących krajów, podjęły próbę ustalenia wspólnego horyzontu aksjologicznego.

2.3. Normatywność v. deskryptywność

Spór o normatywny wymiar solidarności dał o sobie znać w dyskusji wokół koncepcji tego pojęcia, którą stworzyły A. Buyx i B. Prainsack¹⁶. Autorki definiują solidarność jako pojęcie deskryptywne – zbiór praktyk, wyrażających kolektywną gotowość do ponoszenia kosztów pomocy innym (*“shared practices reflecting a collective commitment to carry ‘costs’ (financial, social, emotional, or otherwise) to assist*

¹⁴ Por. m.in. Chadwick [2001].

¹⁵ Gunson [2009].

¹⁶ Prainsack, Buyx [2011].

others”) i wyróżniają jej trzy poziomy – międzyosobowy, społeczny i prawny. A. Dawson i M. Verweij¹⁷ w artykule *Solidarity: a Moral Concept in Need of Clarification* zarzucają autorkom zawężenie koncepcji solidarności do wymiaru czysto deskryptywnego – solidarność jako kategoria socjologiczna miałyby wyjaśniać, dlaczego ludzie czasami *chcą* ponosić koszty pomocy innym. Takie ujęcie pomija normatywną stronę solidarności, która – jako ideał moralny – niejednokrotnie pociągała ludzi do altruistycznych działań, podejmowanych niekiedy wbrew sobie i z poświęceniem siebie samego. Jako przykłady takich działań autorzy wymieniają m.in. heroiczne postawy ludzi, gotowych nieść pomoc innym w czasie pandemii. Co ciekawe, na gruncie koncepcji Buyx kategoria solidarności nie znajduje zastosowania w tej kwestii, ponieważ pandemia jest zjawiskiem na zbyt szeroka skalę, aby można było mówić o międzyludzkim podobieństwie („*shared sameness*”), które, zdaniem autorek, jest warunkiem solidarności.

III. Klasyczne problemy

Za J. Kornaim¹⁸, można wyróżnić trzy podstawowe rodzaje solidarności w opiece zdrowotnej. Pierwszym z nich jest solidarność ryzyka, związana z nierównością ludzkich szans na zdrowie (niektórzy ludzie wszak rodzą się z upośledzeniem lub słabą odpornością). Specyficzną postacią solidarności ryzyka jest solidarność wieku, będąca odpowiedzią na wzrost prawdopodobieństwa zachorowalności na różne choroby w miarę upływu lat. Oprócz solidarności związanej z nierównomiernym rozłożeniem ryzyka kosztów opieki zdrowotnej, wyróżnia się solidarność dochodów, która umożliwia finansowanie świadczeń dla osób, niezdolnych wpłacić minimalnej składki na cele zdrowotne, ze składek osób zamożniejszych.

Solidarność dotyczy zatem sfery relacji międzyludzkich i wzajemnej odpowiedzialności, a nie wiązki roszczeń, wysuwanych wobec państwa (to błędne przeświadczenie, wedle którego to państwo powinno być solidarne, możemy, za J. Zajadło¹⁹ określić mianem solidaryzmu). Wydaje się, że właśnie ów błąd – pomieszanie solidarności z solidaryzmem – leży u źródeł kryzysu współczesnego państwa dobrobytu. Zdaniem A. Cambell i S. Jones²⁰, instytucjonalizacja odpowiedzialności doprowadziła do powstania kultury zależności, pasywnej i roszczeniowej postawy obywateli wobec państwa. Reakcją na ten stan rzeczy jest ponow-

¹⁷ Dawson, Verweij [2012].

¹⁸ Kornai [2002].

¹⁹ Zajadło [2012].

²⁰ Cambell, Jones [2001].

na delegacja odpowiedzialności w stronę jednostek, która przejawia się m.in. w podkreśleniu kategorii indywidualnej odpowiedzialności za zdrowie oraz w przemianach w systemie ubezpieczeń zdrowotnych. Powstaje pytanie, na ile te zjawiska są zagrożeniem dla solidarności w systemie opieki zdrowotnej.

1. INDYWIDUALNA ODPOWIEDZIALNOŚĆ ZA ZDROWIE

Warto przyjrzeć się, w jaki sposób *Gesetz zur Stärkung des Wettbewerbs in der gesetzlichen Krankenversicherung* (GKV-WSG) zwiększyła rolę indywidualnej odpowiedzialności za zdrowie w niemieckiej służbie zdrowia²¹. Na mocy tej ustawy wprowadzono m.in. zasadę, że osoby ubezpieczone nie mogą ubiegać się o bezpłatne świadczenia, jeżeli ich problemy zdrowotne są konsekwencją wyboru niezdrowego stylu życia, a ponadto tzw. bonusy *no claim* dla osób ubezpieczonych, które co najmniej przez ostatni rok nie wymagały hospitalizacji ani nie zostały im przepisane leki.

Rosnąca popularność kryterium odpowiedzialności za własne zdrowie spowodowana jest zjawiskiem „transferu solidarności” między pokoleniami²². Zgodnie z danymi prezentowanymi przez *European Observatory on Health Systems and Policies*, postępujące starzenie się europejskich społeczeństw jest jednym z głównych powodów stale wzrastających kosztów opieki zdrowotnej²³. Kryterium odpowiedzialności za własne zdrowie jest racjonalną przeciwwagą dla rosnącego znaczenia solidarności wieku. Argumenty na rzecz tej zasady powołują się na jego skuteczność w redukcji kosztów oraz promocji profilaktyki²⁴.

Główna linia argumentacyjna przeciwko tej koncepcji odwołuje się do problemu przyczynowości i rosnącej wiedzy na temat wieloczynnikowego podłoża wielu chorób, także tych związanych ze stylem życia. Czy uznamy daną osobę za odpowiedzialną za swoją nadwagę, jeżeli okaże się, że ma ona genetyczne predyspozycje do tycia? – pytają L. Epstein i współpracownicy²⁵. Zdaniem H. Schmidta objęcie publiczną opieką zdrowotną jedynie wąskiego katalogu zachowań, do których na gruncie niemieckiego art. 52 GKV należą wyłącznie „tatuże, piercing, chirurgia kosmetyczna”, jest spowodowane trudnościami z ustaleniem związku przyczynowo-skutkowego. Jak stwierdza Schmidt, zaliczenie do tego katalogu nadużywania alkoholu, nikotyny lub niezdrowego jedzenia, choć zgodne z *ratio legis* tej ustawy, budzi większe kontrowersje z powodu niemożli-

²¹ Schmidt [2007].

²² Ter Meulen, Maarse [2008].

²³ European Observatory on Health Systems and Policies [2009].

²⁴ Por. Schmidt [2008]; Buyx [2008]; Bishop and Brodkey [2009]; Steinbrook [2006].

²⁵ Epstein et al. [2007].

wości ustalenia bezpośredniego związku przyczynowego między tymi zachowaniami a chorobami, za które mogą być odpowiedzialne także inne np. genetyczne czynniki.

Na tle tego problemu pojawiają się dwa rodzaje argumentacji, odwołujące się do zasady solidarności. Przeciwniczki tego kryterium A. Buyx i B. Prainsac głoszą, że kauzalnie nieuzasadniona stratyfikacja ryzyka jest niezgodna z solidarnością. Natomiast R. ter Meulen i H. Maarse²⁶ podnoszą zdroworozsądkowy argument, że prowadzenie niezdrowego trybu życia jest naruszeniem wzajemnych obowiązków solidarności i jako takie nie zasługuje na ochronę. Warto zauważyć ponadto, że kwestionowanie wpływu ludzi na ich własne zdrowie, przyczynia się do utrzymania kultury nieodpowiedzialności, która jest źródłem kryzysu współczesnych państw opiekuńczych.

2. SOLIDARNOŚĆ W SYSTEMIE UBEZPIECZEŃ ZDROWOTNYCH

Problem stratyfikacji ryzyka staje się szczególnie wyrazisty na gruncie refleksji nad systemem ubezpieczeń zdrowotnych. Jak zauważa D.E. Lach, sednem idei solidarności jest „uwspólnienie” („odindywidualizowanie”) ryzyka, przejawiające się przede wszystkim w opłacaniu składki uzależnionej od dochodu, a nie indywidualnego ryzyka lub potrzeby (wyrównanie interpersonalne)²⁷. Prywatny system ubezpieczeń zdrowotnych oparty jest na innych zasadach. Ubezpieczyciele działający *for-profit* są zmuszeni konkurować ze sobą m.in. wysokością składek, jakością oferowanych usług i typem polisy. Konieczność zabezpieczenia zysku może powodować zjawisko selekcji ryzyka, czyli wyboru osób o najniższym prawdopodobieństwie zachorowalności (*cherry-picking*). Jak zauważa J. Kornai²⁸, niesolidarny system ubezpieczeń zdrowotnych powodowałby, że ludzie poważnie chorzy lub starsi musieliby płacić wyższe składki zdrowotne niż ich zdrowi i sprawni koledzy. Autor wyraził nawet obawę, że ludzie mogliby nie być w stanie kupić ubezpieczenia zdrowotnego po przekroczeniu pewnego wieku.

T. Kimmo Lehtonen i J. Liukko²⁹ w artykule *The Forms and Limits of Insurance Solidarity* określają system ubezpieczeń zdrowotnych mianem technologii solidarności. Co ciekawe, określenie to odnosi się nie tylko do systemu finansowanego publicznie – zdaniem autorów, każdy system ubezpieczeń zdrowotnych jest z gruntu solidarny. Aby zrozumieć tę ideę, należy przyjrzeć się bliżej dwóm ro-

²⁶ Ter Meulen, Maarse [2008].

²⁷ Lach [2011].

²⁸ Kornai [2002].

²⁹ Kimmo Lehtonen, Liukko [2012].

dzajom solidarności, które wyróżniają autorzy. Pierwszym i bardziej ogólnym, jest solidarność szans (*chance solidarity*), odnosząca się do zasady podziału ryzyka (*risk-sharing*), która jest fundamentem systemu ubezpieczeń w ogóle. Ubezpieczenie dotyczy z definicji wydarzeń przyszłych i niepewnych, których prawdopodobieństwo obliczane jest na podstawie częstotliwości podobnych wydarzeń, które już miały miejsce w przeszłości. Z punktu widzenia logiki ubezpieczeniowej sprawiedliwe jest, aby każda ubezpieczająca się osoba dokonywała wpłaty proporcjonalnej do jej indywidualnego czy osobistego prawdopodobieństwa nadwyrężenia całego funduszu. Zdaniem P. S. Harpera³⁰ owa proporcjonalność nie wynika jednak z zasady solidarności, ale sprawiedliwości ubezpieczeniowej (*actuarial fairness, risk equity*). Tak rozumiana solidarność jest pojęciem głębszym, wyrażającym podstawową zasadę wnoszenia wspólnego wkładu i współdzielenia strat, natomiast wymóg proporcjonalności uczestnictwa w kosztach do klasy ryzyka byłby konsekwencją zasady sprawiedliwości. Autorzy wyróżniają jednak drugą – bardziej szczegółową zasadę solidarności, określaną mianem solidarności subsydiowanej (*subsidizing solidarity*), w dwóch wspomnianych wcześniej odsłonach – solidarności ryzyka i solidarności dochodu. Nie leży ona w naturalnej logice ubezpieczeniowej, ale jest konsekwencją celowego działania rządów różnych państw i dokonywanej przez nie korekty procesu dystrybucji dóbr. Związana jest też z innym niż ‘ubezpieczeniowy’ rodzajem sprawiedliwości – sprawiedliwością dystrybucyjną czy społeczną. Niewątpliwie takie rozumienie solidarności jest bliższe temu, z którym dziś potocznie kojarzymy to pojęcie. Niemniej powyższe rozróżnienie czyni wyraźnym dwa sensy solidarności – pierwszy, ogólny, który możemy określić „horyzontalnym”, wyrażający zasadę równości i proporcjonalności oraz drugi, bardziej szczegółowy i „wertykalny”, zorientowany na pomoc osobom potrzebującym. Ponadto artykuł zwraca naszą uwagę na bezpośredni charakter związku idei solidarności i sprawiedliwości, ukazując, że przyjmowane pojęcie solidarności zawsze zakłada „ukrytą” teorię sprawiedliwości.

Czy to oznacza, że postępująca prywatyzacja systemu ubezpieczeń zdrowotnych da się pogodzić z solidarnością? F. Paolucci, A. den Exter i W. van de Ven³¹ w artykule *Solidarity in competitive health insurance markets: analysing the relevant EC legal framework* odpowiadają na to pytanie twierdząco. Ich zdaniem, prywatat solidarności subsydiowanej – solidarności ryzyka i dochodu, można utrzymać dzięki odpowiedniej regulacji rynku prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Fakt, że coraz większa liczba państw wprowadza różnorodne formy ubezpieczeń pry-

³⁰ Harper [1993].

³¹ Paolucci, den Exter, van de Ven [2006].

watnych, przynosi korzyść beneficjentom systemu opieki zdrowotnej, ponieważ konkurencja prywatnych ubezpieczycieli wpływa pośrednio na zwiększenie konkurencyjności usługodawców, z którymi ubezpieczyciele zawierają umowy. W świetle tego założenia, autorzy zadają interesujące pytanie o najlepszą – z ekonomicznego punktu widzenia – strategię utrzymania odpowiedniego poziomu solidarności w systemie konkurencyjnych ubezpieczeń zdrowotnych. Wyróżniają oni 4 strategie ochrony solidarności w tej dziedzinie: 1) prawne ograniczenia wolności konkurencji 2) system kompensacji/wyrównania ryzyka 3) system kompensacji składki 4) system kompensacji strat. F. Paolucci i współpracownicy odrzucają prawne ograniczenia wolności konkurencji – takie jak m.in. limity wysokości składki ubezpieczeniowej, zasadę ogólnego dostępu (*open enrolment*) lub standaryzację koszyka usług, które nie tylko są mało efektywne ekonomicznie, ale i zagrażają samej solidarności. Dzieje się tak dlatego, że straty ponoszone na skutek ubezpieczania osób o wysokim poziomie ryzyka, pociągają za sobą konieczność dokonywania oszczędności w innych obszarach. W konsekwencji ubezpieczyciele mogą używać bardziej subtelnych form selekcji ryzyka np. zawierając umowy z najtańszymi usługodawcami zajmującymi się leczeniem tych ‘najmniej opłacalnych’ – chronicznie chorych pacjentów, co odbija się na jakości usług oferowanych osobom najbardziej potrzebującym. Strategie 3–4, mimo skuteczności w utrzymaniu prymatu solidarności, są jednak mniej efektywne ekonomicznie niż strategia 2, ponieważ oferują bezpośrednie subsydia ubezpieczycielom, zmniejszając przez to ich ryzyko, co negatywnie odbija się na ich potencjale konkurencyjnym. Model drugi, polegający na wyrównaniu ryzyka poprzez udzielanie subsydiów osobom o wysokim poziomie ryzyka, jest zatem metodą najskuteczniejszą zarówno z punktu widzenia efektywności ekonomicznej, jak i ochrony zasady solidarności.

R. ter Meulen i H. Maarse³² udzielają ostrożniejszej odpowiedzi na wyżej postawione pytanie. Autorzy dokonują analizy przemian w holenderskim systemie opieki zdrowotnej w świetle solidarności. Punktem odniesienia dla ich rozumienia tego pojęcia jest teoria sprawiedliwości J. Rawlsa³³. Publiczno-prywatny system dwóch koszyków (tzw. *two-tier system*) zróżnicował możliwości dostępu do opieki zdrowotnej, zapewniając osobom zamożniejszym dostęp szerszy (uzupełniony o świadczenia z koszyka prywatnego) oraz niejednokrotnie lepszy jakościowo. W myśl rawlsowskiej zasady zróżnicowania owe nierówności mogą być zaakceptowane o tyle, o ile powodowałyby jednoczesną korzyść dla osób znajdu-

³² Ter Meulen, Maarse [2008].

³³ Rawls [1970].

jących się w najgorszym położeniu. R. ter Meulen i H. Maarse zwracają uwagę na dwa rodzaje zagrożeń dla osób najuboższych, z którymi wiąże się system publiczno-prywatny. Pierwsze z nich polega na przenoszeniu wielu usług zdrowotnych z katalogu świadczeń podstawowych do koszyka prywatnego – może to być wykorzystywane przez rząd jako skuteczny mechanizm dokonywania oszczędności w służbie zdrowia. W oczywisty sposób wiąże się to z uszczupleniem dostępu do usług zdrowotnych osób ubogich, które nie mają wystarczających środków finansowych, by korzystać z prywatnej służby zdrowia. Drugim zagrożeniem jest potencjalna erozja jakości publicznej służby zdrowia. Skutek ten jest mniej oczywisty. Można bowiem zetknąć się z argumentem, głoszącym, że dzięki rozdzieleniu świadczeń na dwa koszyki, publiczna służba zdrowia zostanie odciążona, na czym skorzystają osoby najbardziej potrzebujące, których nie stać na zakup świadczeń prywatnych. R. ter Meulen i H. Maarse obserwują jednak tendencję przeciwną, polegającą na drenażu personelu (szczególnie w obliczu migracji kadr medycznych) i sprzętu, co powoduje pogorszenie jakości usług zdrowotnych i dodatkowe wydłużenie kolejek. Ofiarami tego rodzaju cięć i redukcji padają w pierwszym rzędzie ludzie niezdolni do podjęcia indywidualnej odpowiedzialności za własne zdrowie – osoby chore psychicznie, upośledzone, dotknięte demencją. Autorzy postulują, by rządy otoczyły opieką osoby znajdujące się w najgorszym położeniu: chore, starsze, upośledzone psychicznie, stosując jednak środki bardziej wyrafinowane niż prawne obostrzenia wolnej konkurencji.

IV. Nowe wyzwania

Rozwój technologiczny nie pozostaje bez wpływu na świat społeczny. Nowoczesne technologie stwarzają nieznane dotąd możliwości, stawiają nowe pytania i budzą dawno ucichłe dyskusje, doprowadzając tym samym do sformułowania nowych poglądów i nowej, jak dowodzą prowadzone w różnych częściach świata społeczne protesty przed dyskryminacją genetyczną oraz niesprawiedliwą dystrybucją leków, nie tylko teoretycznej, ale i praktycznej walki o solidarność.

1. GENETYKA I WSPÓŁCZESNA TROSKA O SOLIDARNOŚĆ

Rozwój nowych technologii genetycznych potwierdza wartość zasady solidarności w sposób 'nie-wprost': ograniczony dostęp do niektórych z tych technologii oraz niebezpieczeństwo dyskryminacji genetycznej mogą grozić zawężeniem zakresu solidarności, jednak spowodowana powyższymi zagrożeniami debata wokół treści tej zasady potwierdza jej doniosłość i obowiązywanie.

Źródłem obaw związanych z rozwojem genetyki jest przekonanie o wyjątkowym charakterze informacji genetycznej, czyli tzw. genetyczna wyjątkowość (*genetic exceptionalism*). Wyjątkowość tej informacji wynika m.in. z dokładniejszego

(opartego na rachunku prawdopodobieństwa, nieraz graniczącego z pewnością) charakteru diagnozy, związku z dobrami osobistymi i tzw. wrażliwymi danymi (*sensitive data*) oraz niezależności od ludzkiej woli (nieprzypadkowo, wzrost znaczenia kryterium odpowiedzialności za własne zdrowie bywa interpretowany jako reakcja na „genetyczny determinizm”³⁴). Przekonaniu temu niejednokrotnie towarzyszy lęk przed deterministyczną naturą genetyki (tzw. genizmem), ostatecznym „wyrokującym” charakterem testów genetycznych (równie jednoznacznym, jak w przypadku płasawicy Huntingtona), a także eugenetyką³⁵.

Przekonanie o wyjątkowym charakterze informacji genetycznej (*genetic exceptionalism*) zrodziło obawę przed genetyczną dyskryminacją. Przybiera ona dwie formy – lęku przed dyskryminacją irracjonalną – nieuzasadnioną ani względami społecznymi, ani logiką ubezpieczeniową, porównywalną z nadużyciami, jakie miały miejsce w latach 80 i 90 w związku z udostępnieniem testów na nosicielstwo wirusa HIV oraz dyskryminacją racjonalną, a więc dokonywaną zgodnie z zasadami tzw. sprawiedliwości ubezpieczeniowej (*actuarial fairness*), ale niesprawiedliwej społecznie³⁶. Ujawnienie ubezpieczycielom informacji genetycznej powodowałoby, że ludzie, będący nosicielami mutacji predysponującej do określonej choroby, płaciliby wyższe składki ubezpieczeniowe lub – w przypadku niektórych schorzeń, jak np. płasawica Huntingtona, powodowanych wyłącznie czynnikami genetycznymi – mogliby nawet zostać całkowicie pozbawieni możliwości ubezpieczenia. Taka konsekwencja jest niezgodna z zasadą solidarności ryzyka, która wymaga troski o osoby najbardziej potrzebujące, do których niewątpliwie można zaliczyć takie, u których wykryto ciężkie i nieuleczalne schorzenia³⁷.

Genetyka jest płaszczyzną ścierania się różnych definicji solidarności. Warto zwrócić uwagę, że zasada solidarności jest argumentem, do którego odwołują się również zwolennicy ujawniania predykcyjnych testów genetycznych dla celów ubezpieczeniowych. Solidarność konstytutywna w rozumieniu J. Hustedę³⁸, dla której centralną kategorią jest pojęcie interesu własnego, wymaga proporcjonalności wysokości składki ubezpieczeniowej do wnoszonego ryzyka, tak by zabezpieczone były interesy obu stron – ubezpieczanego i ubezpieczyciela. J. Husted argumentuje, że zasada solidarności ryzyka mogła obowiązywać jedynie „pod zasłoną niewiedzy”, a więc w sytuacji, kiedy nie można precyzyjnie określić ryzy-

³⁴ Van Hoyweghen [2005].

³⁵ Lemke [2005]; Fox-Keller [1996, 2002]; Nelkin and Lindee [2004].

³⁶ Joly, Braker, Le Huynh [2010].

³⁷ O’Neill [1997]; Daniels [2004]; Ashcroft [2007].

³⁸ Husted [1998].

ka zachorowalności na dane choroby. Pojawienie się diagnostyki prognostycznej sprawia, że tak rozumiana solidarność ryzyka traci moc. Przedstawiciele firm ubezpieczeniowych podnoszą dodatkowy argument z niebezpieczeństwa odwrotnej selekcji (*adverse selection*), czyli zjawiska wykorzystywania wiedzy o wysokim ryzyku zachorowalności na określone choroby przez samych zainteresowanych (dla których zarezerwowana jest ta wiedza) i ubezpieczaniu się na wysokie sumy, co może doprowadzić do załamania się rynku ubezpieczeń. Inny rodzaj argumentacji na rzecz jawności informacji genetycznej odwołuje się do nieostrości definicji tego pojęcia (oraz pojęcia testów genetycznych). Zwraca się uwagę³⁹, że prawdopodobieństwo zachorowalności na daną chorobę można ustalić na podstawie innych niż testy genetyczne badań medycznych (np. historii chorób rodzinnych). W tym kontekście I. Van Hoyweghen⁴⁰ formułuje argument „z równi pochyłej”, głoszący, że zakaz wykorzystywania genetycznych testów predykcyjnych może doprowadzić do zakazu wykorzystywania testów prognozujących (*predictive testing*) w ogóle (tzw. *generic exceptionalism*), co pozbawiłoby system ubezpieczeń jego fundamentów.

Mimo przedstawionych powyżej zastrzeżeń, obawa przed dyskryminacją genetyczną skłoniła rządy wielu państw do wprowadzenia regulacji zakazujących dyskryminacji genetycznej, nazwanych zbiorczo przez I. Van Hoyweghen *Genetic Non-Discrimination Acts* (GNDAs). Y. Joly, M. Braker i M. Le Huynh w artykule *Genetic discrimination in private insurance: global perspectives* analizują różne typy (międzynarodowe, regionalne i krajowe) tych ustawodawstw. W prawie międzynarodowym dominuje argumentacja z praw człowieka (*human rights approach*), czego najdobitniejszym wyrazem jest ograniczenie możliwości wykonywania prognozujących testów genetycznych dla celów zdrowotnych lub badań naukowych związanych z celami zdrowotnymi, przyjęte w Konwencji o Prawach Człowieka i Biomedycynie (art.12). Wyjątkiem od tej zasady jest deklaracja UNESCO; Międzynarodowa deklaracja w sprawie danych genetycznych człowieka (*Human Genetic Data* 2003), która *explicite* wprowadziła zakaz ujawniania informacji genetycznych stronom trzecim w tym ubezpieczycielom (*prohibitive approach*). Wiele innych polityk regionalnych i krajowych m.in. polityka sprawiedliwych granic (*fair limit approach*) przyjęta m.in. przez rząd Irlandii (Ireland's Disability Act 2005), dobrowolne umowy ubezpieczycieli o niewymaganiu testów genetycznych (*moratorium approach*), zawarte m.in. w Finlandii i Niemczech, świadczy o doniosłym znaczeniu zasady solidarności dla wielu porządków prawnych.

³⁹ Malpas [2008].

⁴⁰ Van Hoyweghen [2010b].

Chociaż zagadnienie dyskryminacji genetycznej wysunęło się na pierwszy plan w debatach na temat związku solidarności i genetyki, nie mniej istotną kwestią jest zagadnienie dostępu do nowych technologii genetycznych. E. Aarden, I. Van Hoyweghen i K. Horstman w artykule *Solidarity in practices of provision: distributing access to genetic technologies in health care in Germany, the Netherlands and the United Kingdom*⁴¹ podkreślają, że solidarność nie jest raz na zawsze określonym ideałem dystrybucyjnym, ale wartością, której treść nadaje praktyka świadczenia usług zdrowotnych. Autorzy analizują zakres dostępu do wybranych technologii diagnostycznych (genetycznej diagnostyki preimplantacyjnej, genetyki klinicznej raka piersi oraz diagnostyki i terapii **hipercholesterolemii rodzinnej**) w Niemczech, Holandii i Wielkiej Brytanii przez pryzmat solidarności. Analiza ta prowadzi do wniosku, że odmienne praktyki powyższych krajów powodują różny zakres solidarności (*unit of solidarity*): w Niemczech dotyczy ona tylko osób, którym omawiane badania przepisał uprawniony lekarz (*contractarian access*), w Holandii obejmuje w szczególności grupy ryzyka, które określa specjalna komisja (*communitarian access*), a w UK rozciąga się na całą populację (*utilitarian access*).

2. BIOBANKOWANIE – EWOLUCJA ETYKI BADAN NAUKOWYCH

Działalność biobanków zapoczątkowała ewolucję paradygmatu biomedycznego. Rozwój współczesnej biotechnologii otwiera przed medycyną nowe perspektywy naukowe i kliniczne. Innowacyjny wpływ działalności biobanków dotyczy, po pierwsze, sfery poznawczej: zgromadzony materiał genetyczny pozwala śledzić zmiany genetyczne w kolejnych pokoleniach, umożliwiając poznanie wpływu czynników genetycznych i środowiskowych na rozwój chorób dziedzicznych, ich wzajemnych relacji oraz patomechanizmów, prowadzących do zachorowalności na te choroby. Po drugie, uzyskiwana dzięki temu wiedza na temat genetycznego podłoża wielu chorób otwiera nieznaną dotąd możliwości kliniczne: pozwala na udoskonalenia badań wykrywających wiele chorób, umożliwia nowoczesną profilaktykę oraz zindywidualizowaną, dostosowaną do indywidualnych cech genetycznych pacjenta terapię, a także bardziej skuteczną farmakologię. Nie ma wątpliwości, że genetyka i genomika zmieniają oblicze współczesnej medycyny, czyniąc ją bardziej spersonalizowaną (*personal medicine*), co powoduje udoskonalenia w zakresie zdrowia publicznego i opieki zdrowotnej („*smart health care*”⁴²).

⁴¹ Aarden, van Hoyweghen, Horstman [2010].

⁴² Chadwick, Berg [2001].

Ewolucja medycyny i opieki zdrowotnej z konieczności rodzi nowe pytania w dziedzinie etyki i prawodawstwa. Sukces działalności biobanków uzależniony jest od ludzkiej gotowości, by przekazać próbkę swojego DNA na potrzeby badań naukowych. Sytuacja dawcy różni się jednak od sytuacji uczestnika tradycyjnych eksperymentów medycznych – nie bierze on osobistego udziału w badaniach, lecz udostępnia swój materiał genetyczny do potencjalnie wielokrotnego użytku. Zmusza to do przemyślenia kwestii modelu zgody odpowiedniego w tej sytuacji. Restrykcyjnie pojęta zasada świadomej zgody pociągałaby za sobą znaczne koszty ponawiania zgody (*re-consenting*) na każde powtórne wykorzystywanie próbek i danych. Z kolei inne formy zgody (m.in. blankietowa, rozszerzona, specyficzna) mogą naruszać zasadę autonomii uczestnika. Przykładowo – jak argumentuje R. Chadwick⁴³ – ktoś, kto zgłosił swój akces w badaniu nad przyczynami chorób serca, może nie wyrażać zgody na wykorzystanie swoich próbek w badaniu nad przyczynami alkoholizmu. Z kolei udostępnianie wyników badań może naruszać prawo uczestników do niewiedzy (wyrażone m.in. w art. 10 Europejskiej Konwencji Bioetycznej⁴⁴), którego zasadność potwierdzają empiryczne badania dowodzące przeszacowywania ryzyka rozwoju chorób przez laików. Ponadto działalność biobanków może wywoływać obawę przed dyskryminacją genetyczną, nie tylko na płaszczyźnie indywidualnej (w postaci omawianego powyżej ryzyka dyskryminacji w dziedzinie ubezpieczeń i pracy), ale zbiorowej – ryzyko dyskryminacji ze względu na dziedzictwo genetyczne, które może prowadzić do stygmatyzacji niektórych grup etnicznych, a nawet dostarczać uzasadnień dla teorii rasistowskich.

Przewodnicząca Komisji Etycznej Projektu Poznania Genomu Ludzkiego (HUGO), uwieńczonego w 2003 r. sukcesem w postaci zsekwencjonowania genomu ludzkiego w całości, Ruth Chadwick, po przeanalizowaniu wyżej zarysowanych korzyści i zagrożeń związanych z instytucją biobankowania, postuluje wprowadzenie modelu opartego na zasadzie solidarności⁴⁵. Zasada solidarności znajduje tu zastosowanie, ponieważ korzyści związane z działalnością biobanków nie dotyczą bezpośrednio dawców materiału genetycznego – badania populacyjne są długotrwałe i może się zdarzyć, że związany z nimi postęp medyczny poprawi kondycję zdrowotną ludzi nie wcześniej niż w przyszłym pokoleniu⁴⁶. Istota mo-

⁴³ Tamże.

⁴⁴ „Każdy ma prawo zapoznania się z wszelkimi informacjami zebranymi o jego zdrowiu. Należy jednak respektować życzenia osób, które nie chcą zapoznać się z tymi informacjami”.

⁴⁵ Knoppers, Chadwick [2005].

⁴⁶ Stjernschantz, Forsberg, Hansson, Eriksson [2009].

delu opartego na ideale solidarności polega na uzupełnieniu zasady poszanowania autonomii o kategorię obowiązku. Zobowiązanie to dotyczy udziału w badaniach naukowych, które mogłyby przynieść korzyść zdrowotną innym ludziom („*It could be argued that one has a duty to facilitate research progress and to provide knowledge that could be crucial to the health of others*”). Naczelne uzasadnienie dla obowiązków solidarności ma charakter pragmatyczny. Gdyby te kilka żyjących na świecie rodzin, które zostały dotknięte rzadkimi chorobami genetycznymi, odmówiło udziału w badaniach – argumentuje Chadwick – postęp poznawczy i terapeutyczny byłby całkowicie wstrzymany. Inny argument, jaki przytacza autorka, dotyczy uniwersalnego charakteru ludzkiego genomu. Fakt, że kod genetyczny wszystkich ludzi jest w 99,99% taki sam (mimo znaczących, rzecz jasna, różnic we fragmentach regulacyjnych genomu), doprowadził do uznania go za wspólne dziedzictwo ludzkości, co zostało wyrażone m.in. w Deklaracji o Genomie i Prawach Człowieka. W ten sposób uniwersalizm solidarności nabral bardziej konkretnego charakteru: filozoficzna kategoria wspólnej natury ludzkiej (*shared humanity*) została wzmocniona o argument faktyczny – posiadanie tego samego genomu przez wszystkich ludzi, niezależnie od narodowości, kultury i rasy.

B. Praisnack i A. Buyx⁴⁷ w artykule *A solidarity-based approach to the governance of research biobanks* uzupełniają uzasadnienie tego modelu o argument empiryczny, co pozostaje w zgodzie z ich deskryptywnym podejściem do solidarności. Zdaniem autorek, model oparty na zasadzie solidarności jest bardziej odpowiedni dla zarządzania działalnością biobanków, ponieważ – jak dowodzą badania empiryczne⁴⁸ – ludzie, oddając swój materiał genetyczny do biobanków, rzeczywiście motywowani są pobudkami altruistycznymi. Dodatkową, oprócz trafności w opisie psychologicznej motywacji uczestników badań, zaletą tego modelu jest jego efektywność kosztowa. Środki finansowe, które dotąd były przekazywane na skomplikowane procesy zawiadamiania, informowania i ponownego uzyskiwania zgody od dawców, mogłyby zostać przeznaczone na doskonalenie badań. Celem artykułu B. Praisnack i A. Buyx nie jest jednak mnożenie uzasadnień dla solidarności, ale szczegółowe przedstawienie rozwiązań prawnych i organizacyjnych, które miałyby być urzeczywistnieniem tej zasady. Autorki proponują, po pierwsze, zastąpienie modelu świadomej zgody – zgodą rozszerzoną. Ich zdaniem, obowiązywanie modelu świadomej zgody, bardziej niż ze skuteczności tego narzędzia w minimalizowaniu ryzyka szkody, wynika z przesłanek symbolicznych (jest ona odpowiedzią na nadużycia w dziedzinie eksperymentów medycznych

⁴⁷ Praisnack, Buyx [2013].

⁴⁸ Johnson et al. [2010].

z okresu II wojny światowej). Wprowadzenie modelu zgody rozszerzonej nie udaremnia bynajmniej obowiązywania zasady autonomii. Zgoda rozszerzona wymaga bowiem udzielenia wyczerpujących informacji m.in. odnośnie do zasad działalności biobanków, ze szczególnym uwzględnieniem celów badawczych i wartości etycznych (*mission statement*), a także badań możliwych w przyszłości (*statement of future use*), listy przewidywanych korzyści i prawdopodobnych zagrożeń, na jakie naraża się uczestnik, zasad ponownego kontaktu i dostępu do informacji (*recontacting and feedback*), a także metod finansowania i praw własności w stosunku do zgromadzonych zasobów. Powyższe informacje, udzielone w sposób jak najbardziej szczegółowy i zrozumiały, umożliwiają potencjalnemu uczestnikowi podjęcie dobrowolnej decyzji o udziale w badaniu. Decyzja ta polega na udzieleniu świadomej i dobrowolnej zgody na ponoszenie kosztów pomocy innym, która obejmuje zgodę na ponowne wykorzystanie próbek i danych, o ile nowe badanie będzie zgodne z celami i wartościami, które dawca zaakceptował, podpisując umowę uczestnictwa (*participation agreement*). Dlatego nie można powiedzieć, że niepewność co do przyszłego wykorzystania próbek narusza zasadę autonomii – jest ona kosztem, który świadomie i dobrowolnie ponosimy na rzecz innych. Po drugie, model oparty na solidarności polegałby na ewentualnym zmniejszaniu szkód (*harm mitigation*) przez ustanowione przy biobankach specjalne fundusze, co, zdaniem autorek, byłoby skuteczniejszym narzędziem minimalizacji ryzyka niż model prewencji poprzez każdorazowo uzyskiwaną świadomą zgodę. Kolejną konsekwencją zarządzania opartego na zasadzie solidarności jest postulat wolnego dostępu do danych (*data-sharing*). Zdaniem autorek model solidarnościowy nie przesądza jednak konkretnych rozwiązań w dziedzinie własności intelektualnej.

3. SOLIDARNOŚĆ PARTYKULARNA CZY GLOBALNA?

Olbrzymie nierówności zdrowotne między krajami ubogimi a zamożnymi (por. np. oczekiwana długość życia w Malawi wynosi 47 lat, podczas gdy w Japonii są to 83 lata, śmiertelność okołoporodowa matek w Afganistanie grozi 1 na 11, w Irlandii 1 na 17 800 kobiet⁴⁹) zwracają uwagę na nagłą potrzebę międzynarodowej solidarności w dziedzinie opieki zdrowotnej. Wśród głównych przyczyn tych nierówności T. Pogge⁵⁰ wskazuje m.in. na ograniczony dostęp do leków, powodowany restrykcyjnym prawem patentowym oraz włą infrastrukturę medyczną, związaną z emigracją lekarzy i pielęgniarek do krajów zamożniejszych.

⁴⁹ WHO [2011].

⁵⁰ Pogge [2010].

Artykuł H. Kluga „*Campaigning for life. Buiding a new transnational solidarity in the face of HIV/AIDS and TRIPS*”⁵¹ zdaje relację z rozwoju prawa własności intelektualnej w odniesieniu do patentowania leków. Autor stawia tezę, że stopniowa liberalizacja Porozumienia w sprawie Handlowych Aspektów Praw Własności Intelektualnej (TRIPS) w tej dziedzinie, jest wynikiem solidarnego działania różnych międzynarodowych organizacji pozarządowych np. MSF (Lekarze bez granic) w Europie, Act-Up lub Consumer Project in Technology w USA lub Treatment Action Campaign (TAC) w Afryce Południowej. Efektem tej ponadnarodowej społecznej aktywności są m.in. deklaracja z Doha (2001), zezwalająca w przypadku zagrożenia zdrowia publicznego na wydawanie „obowiązkowych licencji” (*compulsory licensing*) na produkcję niemarkowych leków bez zgody właściciela patentu oraz rezolucja WTO (z 30 sierpnia 2003), będąca odpowiedzią na tzw. *capacity problem*, czyli brak możliwości produkcyjnych niektórych państw, dla których przewidziano specjalny „mechanizm paragrafu 6”, stwarzający możliwość importu leków wyprodukowanych na mocy obowiązkowej licencji w innych państwach. Niestety jednak mechanizm ten jest mało efektywny w praktyce np. próba eksportu leków z Kanady do Rwandy napotkała nie tylko na wewnętrzne bariery legislacyjne, lecz także na opór koncernów farmaceutycznych powołujących się na obowiązujące Kanadę porozumienie NAFTA⁵².

Opór wobec liberalizacji porozumienia TRIPS pokazuje jak trudnym przedsięwzięciem jest, skądinąd pilnie pożądana, globalizacja solidarności w opiece zdrowotnej. Przyczyn tego zjawiska należy szukać nie tylko w lokalnych interesach poszczególnych państw, lecz także w partykularnym potencjale samej solidarności. Potencjał ten eksponują przede wszystkim zwolennicy modelu dawstwa organów opartego na zasadzie solidarności. Osią artykułu B. Saundersa *Altruism or solidarity? Two motives for organ donation*⁵³ jest przeciwstawienie pojęć altruizmu i solidarności oraz ich konsekwencji dla etyki transplantacji. Altruizm jest rozumiany jako bezinteresowna, wymagająca samopoświęcenia, forma pomocy innym. Autor odwołuje się do koncepcji T. Nagela⁵⁴, w ramach której prawdziwy altruizm wyklucza pragnienia podmiotu (osoba, która pomaga innym, ponieważ sprawia jej to przyjemność, nie jest w pełni altruistyczna). Solidarność natomiast wypływa z uczucia przywiązania do wspólnoty lub dzielenia z nią wspólnego projektu czy interesu. Tak rozumiana solidarność jest węższa pod względem zakresu, lecz sil-

⁵¹ Klug [2005].

⁵² Por. Rimmer [2008].

⁵³ Saunders [2012].

⁵⁴ Nagel [1970].

niejsza pod względem motywacji – wykorzystuje ona uczucie wspólnotowości, które wiąże nas tylko z ograniczoną liczbą ludzi. Saunders proponuje wykorzystać tę motywacyjną siłę solidarności jako pobudkę zachęcającą do dawstwa organów. Pierwszą propozycją, jaką autor ocenia w świetle solidarności, jest wprowadzenie priorytetu dla zarejestrowanych dawców. Rozwiązanie polegające na tym, że osoby, które zgodziły się oddać swoje narządy, zyskiwałyby pierwszeństwo na liście oczekujących na przeszczep przed osobami, które takiej zgody nie wyraziły – sprzeczne z altruistycznym wymogiem bezinteresownego poświęcenia – mogłoby jednak być przyjęte w modelu solidarnościowym na mocy normy wzajemności⁵⁵. Saunders odrzuca jednak tę propozycję na mocy argumentu, że wzajemność nie wymaga świadczeń tego samego rodzaju – zgoda na dawstwo organów jest tylko jednym ze sposobów zasłużenia się dla społeczeństwa, dlatego nie można twierdzić, że zarejestrowani dawcy przejawiają większy poziom solidarności niż np. działacze organizacji charytatywnych. Drugą propozycją, którą rozważa Saunders, jest dawstwo z bezpośrednim wskazaniem (*direct donation*). W tej sytuacji zwiększanie gotowości dawstwa organów miałyby miejsce za cenę dyskryminacji niektórych grup społecznych lub etnicznych. Autor uważa je jednak za wartę rozważenia, co uzasadnia zasadą różnicowania Rawlsa, argumentując, że proponowane rozwiązanie może tak znacznie zwiększyć zasoby banku organów, że skorzystają na tym również osoby wykluczone. Ta kontrowersyjna argumentacja zwraca uwagę nie tylko na partykularny potencjał wąsko pojętej solidarności grupowej, ale także wysoką cenę zgody na ów partykularyzm, którą jest ekskluzywizm i dyskryminacja.

Interesującą propozycją przezwyciężenia tego partykularyzmu jest artykuł L. Eckenwiller, Ch. Straehle i R. Chung⁵⁶ *Global solidarity, migration and global health inequity*. Autorki z niepokojem przyglądają się problemowi migracji kadr medycznych z krajów rozwijających się do krajów rozwiniętych. Na tle tego problemu zostają postawione pytania: jak zmobilizować społeczność międzynarodową do ograniczenia globalnych nierówności zdrowotnych? Do jakiej formy solidarności należy apelować, aby znaleźć skuteczne rozwiązanie? L. Eryckenwiller, Ch. Straehle i R. Chung odrzucają pojęcie solidarności opartej na więzi uczuciowej (*affective affinity*), ze względu na jego nieprzystawalność do struktury dzisiejszych pluralistycznych społeczeństw. Zamiast tego proponują koncepcję solidarności zróżnicowanej (*differentiated solidarity*), autorstwa I.M. Young⁵⁷, której podstawą

⁵⁵ Gubernatis [1997].

⁵⁶ Eckenwiller, Straehle, Chung [2012].

⁵⁷ Young [1990].

jest wspólnota i współodpowiedzialność. Jak argumentują autorki, fakt wspólnego zamieszkiwania (*dwelling together*) tworzy sieć wzajemnych relacji, wspólnych problemów i skomplikowanych zależności, które mogą przyczynić się do wytworzenia porządku niesprawiedliwości, za który odpowiedzialni są wszyscy członkowie takiej społeczności („*Solidarity then follows neither national lines nor sentiment, but the specific interconnected contexts in which we find ourselves dwelling with others and through which we define ourselves*”). Uzasadnieniem dla takiego ujęcia solidarności jest ekologiczna koncepcja podmiotu, głosząca, że tożsamość jednostki kształtuje się przez jej współżycie z ludźmi (zarówno akty dobrej woli w stosunku do innych, jak i wyrządzone im krzywdy). Tak pojęta wizja ludzkiej natury i międzyludzkich relacji dostarcza narzędzi do analizy przyczyn i konsekwencji problemu migracji kadr medycznych. Niedorozwój ekonomiczny krajów światowego południa, polityka krajów przyjmujących, działalność agencji rekrutujących pracowników oraz szereg czynników kulturowych, prowadzi do migracji personelu medycznego, której efektem jest wspólne zamieszkiwanie ludzi różnych kultur i narodów, a w konsekwencji współodpowiedzialność za niesprawiedliwość, powstałą w wyniku niedoboru kadr medycznych w krajach ubogich. Świadome narodowych przeszkód w zaprowadzeniu globalizacji solidarności, autorki stawiają sobie cel minimalny – apelują do solidarności konstytutywnej, a więc wspólnych interesów państw przyjmujących i wysyłających np. poziomu kwalifikacji pracowników służby zdrowia. L. Eryckenwiller, Ch. Straehle i R. Chung wyrażają nadzieję, że nawiązana dzięki temu pragmatyczna współpraca może przyczynić się do stopniowego niwelowania nierówności zdrowotnych i przygotowywać fundamenty dla zaprowadzenia globalnego porządku solidarności.

V. PODSUMOWANIE

Szczegółowe różnice i podziały wewnątrz teorii solidarności wynikają z bardziej ogólnych założeń antropologicznych i socjologicznych. Koncepcja solidarności konstytutywnej, której osią jest pojęcie interesu własnego, wyrasta z wizji człowieka jako jednostki egoistycznej, określanej nieraz wymownym mianem *homo oeconomicus*. Solidarność komunalna podkreśla natomiast moralną stronę ludzkiej natury, wzywając nas nie tylko do pragmatycznej współpracy, lecz i bardziej szlachetnych, altruistycznych działań. Obie koncepcje solidarności nie są nowe – już wcześniej pojawiały się one pod różnymi postaciami w myśli socjologicznej. Warto przywołać choćby klasyczne rozróżnienie Durkheima⁵⁸ na solidarność automatyczną – spontaniczną i bezrefleksyjną gotowość do wspierania in-

⁵⁸ Durkheim [1893].

nych, charakteryzującą niewielkie zbiorowości, powiązane wspólnym systemem wartości i więzami afektywnymi (porównywalną z solidarnością komunalną czy solidarnością afektywną w rozumieniu Young), oraz solidarność organiczną, wynikającą z podziału i specjalizacji pracy, która powoduje, że w pluralistycznych społeczeństwach ludzie potrzebują się nawzajem, nawiązują współpracę i prowadzą wspólne interesy (przypominającą solidarność konstytutywną lub solidarność zróżnicowaną).

Podobnie jak współczesne teorie solidarności zanurzone są w wielowiekowej tradycji filozoficznej, tak stawiane obecnie pytania są kontynuacją klasycznych problemów. Obawa przed dyskryminacją genetyczną jest częścią szerszego sporu o kształt solidarności ryzyka, a zagadnienie granic autonomii w badaniach naukowych jest postacią odwiecznego pytania o relację indywidualizmu i solidarności. Spór o zakres solidarności nie milknie, lecz staje się w obliczu zjawiska globalizacji coraz bardziej doniosły, na co zwracały uwagę autorki L. Eryckenwiller, Ch. Straehle i R. Chung. Mimo niesłabnącego zainteresowania solidarnością, wiele pytań pozostaje nierozstrzygniętych. Czy solidarność w sposób konieczny wiąże się z partykularyzmem? E. Banfield⁵⁹ określał taki rodzaj solidarności mianem „amoralnego familializmu”, który scala różne przestępcze czy wręcz mafijne struktury – czy rzeczywiście taka stronnicza solidarność nie jest *contradicto in se*? Jeżeli tak, to czy to nieuchronnie oznacza pozbawienie solidarności siły motywującej ludzkie zachowania i sprowadzenie jej do wzniosłego imperatywu, któremu, podobnie jak temu kantowskiemu, zarzuca się czysty formalizm? Czy w takim przypadku solidarność staje się jedynie kolejnym określeniem dla sprawiedliwości? I wreszcie, jak wygląda bliżej ta głęboka i intymna relacja między sprawiedliwością i solidarnością: czy możliwa jest jedna bez drugiej i jak dalece ‘ukryta’ teoria sprawiedliwości wyznacza nasz sposób rozumienia solidarności? Pozostaje mieć nadzieję, że renesans dyskusji nad solidarnością, przybliży nas do odpowiedzi przynajmniej na niektóre z tych i wielu innych podobnych pytań.

Bibliografia

- Aarden, Van Hoyweghen, Horstman [2010] – E. Aarden, I. Van Hoyweghen, K. Horstman, *Solidarity in practices of provision: distributing access to genetic technologies in health care in Germany, the Netherlands and the United Kingdom*, „New Genetics and Society” 29 (4) 2010, s. 369–388.
- Ashcroft [2007] – R. Ashcroft, *Should genetic information be disclosed to insurers?*, „British Medical Journal” (334) 2007, s. 1197–1212.

⁵⁹ Banfield [1967].

- Banfield [1967] – E.C. Banfield, *The moral basis of backward society*, Free Press, New York, 1967.
- Buyx, Prainsack [2011] – A. Buyx, B. Prainsack, *Solidarity: reflections on an emerging concept in bioethics*, The Nuffield Council on Bioethics 2011.
- Buyx [2008] – A. Buyx, *Personal responsibility for health as a rationing criterion: why we don't like it and why maybe we should*, „Journal of Medical Ethics” (34) 2008, s. 871–874.
- Campbell, Jones [2001] – A. Campbell, S. Jones, *The historical and philosophical backgrounds of 'solidarity' in UK social welfare*, [w:] R. ter Meulen, W. Arts, R. Muffels, *Solidarity in health and social care in Europe*, Springer Science Business Media, Dordrecht 2001, s. 298–413.
- Chadwick, Berg [2001] – R. Chadwick, K. Berg, *Solidarity and equity: New ethical frameworks for genetic databases*, „Nature Reviews Genetics” (2/4) 2001, s. 318–321.
- Daniels [2004] – N. Daniels, *The functions of insurance and the fairness of genetic underwriting*, [w:] M.A. Rothstein (red.), *Genetics and life insurance: medical underwriting and social policy*, MIT Press, Cambridge, MA 2004, s. 119–145.
- Dawson, Verweij [2012] – A. Dawson, M. Verweij, *Solidarity: a Moral Concept in Need of Clarification*, „Public health ethics” 5 (1) 2012.
- Durkheim [1893] – E. Durkheim, *O podziale pracy społecznej*, tłum. K. Wakar, PWN, Warszawa 1999.
- Eckenwiler, Straehle, Chung [2012] – L. Eckenwiler, Ch. Straehle, R. Chung, *Global solidarity, migration and global health inequity*, „Bioethics” 26 (7) 2012, s. 382–390.
- Epstein [2007] – L.H. Epstein (et al.), *Food reinforcement, the dopamine D2 receptor genotype, and energy intake in obese and nonobese humans*, „Behavioral Neuroscience” 121 (5) 2007, s. 877–886.
- European Observatory on Health Systems and Policies [2009] – S. Thomson, T. Foubister, E. Mossialos, *Financing health care in the European Union*, European Observatory on Health Systems and Policies 2009, dostępne na: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/98307/E92469.pdf.
- Fox-Keller [2002] – E. Fox-Keller, *Making sense of life: explaining biological development with models, metaphors and machines*, Harvard University Press, Cambridge 2002.
- Gubernatis [1997] – G. Gubernatis, *Solidarity model of nonmonetary incentive could increase organ donation and justice in organ allocation at the same time*, „Transplantation Proceedings” 1997, s. 3264–3266.
- Gubernatis, Kliemt [2000] – G. Gubernatis, H. Kliemt, *Solidarity model: A way to cope with rationing problems in organ transplantation*, „Transplant International” 2000 (13), s. 607–608.
- Gunson [2009] – D. Gunson, *Solidarity and the universal declaration on bioethics and human rights*, „Journal of Medicine and Philosophy” 34 (3) 2009, s. 241–260.
- Harper [1993] – P.S. Harper, *Insurance and genetic testing*, „Lancet” (341) 1993, s. 224–227.
- Häyry [2005] – M. Häyry, *Precaution and solidarity*, „Cambridge Quarterly of Healthcare Ethics” (14/2) 2005, s. 199–206.
- Houtepen, ter Meulen [2001] – R. Houtepen, R. ter Meulen, *Solidarity, justice, reflexivity and participatory citizenship*, [w:] R. ter Meulen, W. Arts, R. Muffels, *Solidarity in health*

- and social care in Europe*, Springer Science Business Media, Dordrecht 2001, s. 451–463.
- Husted [1999] – J. Husted, *Insurance, genetics and solidarity*, [w:] T. McGleenan, U. Wiesing, F. Ewald (red.), *Genetics and Insurance*, BIOS, Oxford 1999, s. 1–16.
- Jaeggi [2001] – R. Jaeggi, *Solidarity and indifference*, [w:] R. ter Meulen, W. Arts, R. Muffels, *Solidarity in health and social care in Europe*, Springer Science Business Media, Dordrecht 2001, s. 287–307.
- Johnsson [2010] – J. Johnson et al., *Hypothetical and Factual Willingness to Participate in Biobank Research*, „*European Journal of Human Genetics*” 18 (11) 2010, s. 1261–1264.
- Joly, Braker, Le Huynh [2010] – Y. Joly, M. Braker, M. Le Huynh, *Genetic discrimination in private insurance: global Perspectives*, „*New Genetics and Society*” 29 (4) 2010, s. 351–368.
- Jończyk [2001] – J. Jończyk, *Prawo zabezpieczenia społecznego*, Wolters Kluwer, Kraków 2001.
- Kornai [2002] – J. Kornai, *Solidarność w procesie transformacji*, tłum. M. Awdziej, Wydawnictwo Wyższej Szkoły Przedsiębiorczości i Zarządzania, Warszawa 2002.
- Klug [2005] – H. Klug, *Campaigning for life. Buiding a new transnational solidarity in the face of HIV/AIDS and TRIPS*, [w:] B. de Sousa Santos, C. Rodríguez-Garavito (red.), *Law and Counter-Hegemonic Globalization: Toward a Subaltern Cosmopolitan Legality*, Cambridge University Press 2005, s. 118–139.
- Knoppers, Chadwick [2005] – B.M. Knoppers, R. Chadwick, *Human genetic research: Emerging trends in ethics*, „*Nature Reviews Genetics*” (6/1) 2005, s. 75–79.
- Lach [2011] – D.E. Lach, *Zasada równego dostępu do opieki zdrowotnej*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011.
- Lemke [2005] – T. Lemke, *Beyond genetic discrimination: problems and perspectives of a contested notion*, „*Genomics, Society and Policy*” 1 (3) 2005, s. 22–40.
- Liukko [2010] – J. Liukko, *Genetic discrimination, insurance, and solidarity: an analysis of the argumentation for fair risk classification*, „*New Genetics & Society*” (29/4) 2010, s. 457–475.
- Maarse, ter Meulen [2008] – H. Maarse, R. ter Meulen, *Increasing individual responsibility in Dutch health care: is solidarity losing ground*, „*The Journal of Medicine and Philosophy*” 33 (3) 2008, s. 262–279.
- Malpas [2008] – P.J. Malpas, *Is genetic information relevantly different from other kinds of non-genetic information in the life insurance context?*, „*Journal of Medical Ethics*” (34) 2008, s. 548–551.
- Nagel [1970] – T. Nagel, *The possibility of altruism*, Clarendon Press, Oxford 1970.
- NCoB [2011] – NCoB, *Biofuels: ethical issues: xxiv*, dostępne na: http://www.nuffieldbioethics.org/sites/default/files/Biofuels_ethical_issues_FULL%20REPORT_0.pdf.
- Nelkin, Lindee [2004] – D. Nelkin, M.S. Linde, *The DNA mystique: the gene as a cultural icon*, University of Michigan Press, Ann Arbor 2004.

- O'Neill, [1997] – O. O'Neill, *Genetic information and insurance: some ethical issues*, *Philosophical Transactions of the Royal Society London, „Biological Sciences”* (352) 1997, s. 1087–1093.
- Paolucci, den Exter, van de Ven [2006] – F. Paolucci, A. den Exter, W. van de Ven, *Solidarity in competitive health insurance markets: analysing the relevant EC legal framework*, „*Health Economics, Policy and Law*” 2006, s. 107–126.
- Pawlikowski [2013] – J. Pawlikowski, *Biobankowanie ludzkiego materiału genetycznego dla celów naukowych – aspekty organizacyjne, etyczne, prawne i społeczne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Medycznego w Lublinie, Lublin 2013.
- Pogge [2010] – T. Pogge, M. Rimmer, K. Rubinstein (red.), *Incentives for global public health. Patent Law and Access to Essential Medicines*, Cambridge University Press, New York 2010.
- Prainsack, Buyx [2013] – B. Prainsack, A. Buyx, *A solidarity-based approach to the governance of research biobanks*, „*Medical Law Review*” (21) 2013, s. 71–91.
- Rawls [1971] – J. Rawls, *Teoria sprawiedliwości*, tłum. M. Panufnik, J. Pasek, A. Romaniuk, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa 2013.
- Rimmer [2008] – M. Rimmer, *Race Against Time: The Export of Essential Medicines to Rwanda*, „*Public Health Ethics*” 1 (2) 2008, s. 89–103.
- Saunders [2012] – B. Saunders, *Altruism or solidarity? Two motives for organ donation and two proposals*, „*Bioethics*” (26–27) 2012, s. 376–381.
- Schmidt [2007] – H. Schmidt, *Personal Responsibility for Health: Developments Under the German Healthcare Reform*, „*European Journal of Health Law*” (14) 2007, s. 241–250.
- Stjernschantz Forsberg, Hansson, Eriksson [2009] – J. Stjernschantz Forsberg, M.G. Hansson, S. Eriksson, *Changing perspectives in biobank research: from individual rights to concerns about public health regarding the return of results*, „*European Journal of Human Genetics*” (17) 2009, s. 1544–1549.
- Van Hoyweghen, Horstman, Schepers [2005] – I. van Hoyweghen, K. Horstman, R. Schepers, *Genetics is not the issue: insurers on genetics and life insurance*, „*New Genetics and Society*” 24 (1) 2005, s. 79–98.
- Van Hoyweghen, Horstman [2010a] – I. Van Hoyweghen, K. Horstman, *Solidarity matters: embedding genetic technologies in private and social insurance arrangements*, „*New Genetics and Society*” 29 (4) 2010, s. 343–350.
- Van Hoyweghen [2010b] – I. van Hoyweghen, *Taming the wild life of genes by law? Genes reconfiguring solidarity in private insurance*, „*New Genetics & Society*” (19/4) 2010, s. 431–455.
- Volkman [1998] – U. Volkman, *Solidarität. Programm und Prinzip der Verfassung*, Mohr Siebeck Tübingen 1998.
- WHO [2011] – *10 facts on health inequities and their causes*, WHO 2011, dostępne na: http://www.who.int/features/factfiles/health_inequities/en/.
- Young, [1990] – I.M. Young, *Justice and the Politics of Difference*, Princeton University Press, Princeton 1990.
- Zajdało [2012] – J. Zajdało, *Idea solidarności we współczesnej filozofii prawa i filozofii polityki*, [w:] A. Łabno (red.), *Idea solidaryzmu we współczesnej filozofii prawa i polityki*, Wydawnictwo Sejmowe, Warszawa 2012.