

Katarzyna Bielińska

Od równego dostępu do sprawiedliwości zdrowotnej*

Streszczenie: W artykule prześlędzono przemiany rozumienia sprawiedliwości w zdrowiu od utożsamiania jej ze sprawiedliwą dystrybucją opieki zdrowotnej do koncepcji sprawiedliwości zdrowotnej. Nakreślono koncepcję sprawiedliwego dostępu do opieki zdrowotnej, wskazując na trudności, które napotyka realizacja tej koncepcji w warunkach utowarowienia opieki zdrowotnej. Omówiono znaczenie, jakie dla przemian w myśleniu o sprawiedliwości w zdrowiu miało pojawienie się koncepcji społecznych determinant zdrowia oraz pojęcia gradientu społecznego w zdrowiu. Wskazano na teoretyczne ugruntowanie tych koncepcji w podejściu zdolnościowym, w którym zdrowiu przypisuje się wartość wewnętrzną i uznaje się je za nieodzowny składnik pełnego rozkwitu człowieka. Rozważono ograniczony charakter recepcji koncepcji społecznych determinant zdrowia i gradientu społecznego w dokumentach z zakresu polityki zdrowotnej.

Słowa kluczowe: opieka zdrowotna, zdrowie, równy dostęp, sprawiedliwość w zdrowiu, sprawiedliwość zdrowotna.

1. Wprowadzenie

Pojęcie sprawiedliwości zdrowotnej budzi coraz większe zainteresowanie. Choć bywa ono utożsamiane z pojęciem sprawiedliwości w opiece zdrowotnej rozumianej

Dr Katarzyna Bielińska, Uniwersytet Warszawski, Wydział Filozofii, Centrum Bioetyki i Bioprawa, Krakowskie Przedmieście 3, 00-047 Warszawa, e-mail: katarzyna.bielinska@uw.edu.pl, ORCID: 0000-0002-3555-3276.

* Artykuł został przygotowany w ramach projektu „Opieka zdrowotna jako przestrzeń publiczna: integracja i różnorodność społeczna w kontekście dostępu do opieki zdrowotnej w Europie” (HERA.2.029) wspieranego finansowo przez Wspólny Program Badawczy HERA (www.heranet.info) w ramach programu HERA Przestrzeń publiczna: kultura i integracja w Europie, który jest współfinansowany przez Federalne Ministerstwo Edukacji i Badań Naukowych Niemiec (BMBF), Narodowe Centrum Nauki, Polska (nr projektu 2018/28/Z/HS1/00554), Chorwacką Akademię Nauk i Sztuk, Słoweńskie Ministerstwo Edukacji, Nauki i Sportu oraz Komisję Europejską z Programu Horyzont 2020 (umowa nr 769478).



Utwór dostępny jest na licencji Creative Commons Uznanie autorstwa 4.0 Międzynarodowe.
[Creative Commons CC BY 4.0.](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/)

przede wszystkim jako sprawiedliwy dostęp do dóbr i świadczeń z tego obszaru, coraz więcej badaczy_{ek} wskazuje, że jest to pojęcie znacznie szersze, a kwestia dystrybucji opieki zdrowotnej stanowi tylko jeden, choć bardzo ważny, jego aspekt. Celem tego tekstu było prześledzenie przemian pojęciowych w tym obszarze. Zmiany te nie mają charakteru równomiernego, ponieważ na to, jak rozumiemy dane pojęcie, ma wpływ moment historyczny i warunki społeczno-ekonomiczne, w których żyjemy.

W literaturze anglojęzycznej autorzy_{rki} piszący o sprawiedliwości zdrowotnej posługują się dwoma pojęciami: *justice* (*health justice, justice in health*) oraz *equity* (*health equity, equity in health*). Tłumaczenie pierwszego z nich raczej nie nastrocza trudności – to „sprawiedliwość”. Słowo *equity* stwarza zaś pewne kłopoty. *Equity* to bowiem „słuszność”, grecka *epieikeia* i łacińska *aequitas* (Dziedziak 2011) odróżniona od *aequalitas*. Oprócz języka angielskiego rozróżnienie to zgrabnie oddają francuski (*équité* i *égalité*) czy hiszpański (*equidad* i *igualdad*), po polsku jednak takiego rozróżnienia brak. Na tę sprawę zwróciła uwagę Margaret Whitehead, jedna z czołowych badaczek społecznych determinant zdrowia, w swoim klasycznym już tekście *The concepts and principles of equity and health* (1991) przygotowanym dla Światowej Organizacji Zdrowia (World Health Organization – WHO): „istnieje problem przekładu w pewnych językach, w których jest dostępne tylko jedno słowo na oznaczenie «inequality» i «inequity»” (Whitehead 1991, s. 219)¹. Polscy badacze_{czki} skłaniają się raczej do tego, żeby przekładać *equity* jako sprawiedliwość (Galewicz 2018, s. 346, przyp. 256; Cianciara 2015, s. 435; Włodarczyk 2011, s. 15; 1999, s. 66) i tym tropem będą podążać w tym tekście.

Pojęcie *equity* ma szczególnie ładunek normatywny (Włodarczyk 2018, s. 41): „Sprawiedliwość [*equity*] w zdrowiu implikuje to, że idealnie każdy powinien mieć szansę [*a fair opportunity*], aby osiągnąć swój pełny potencjał zdrowotny, a bardziej pragmatycznie, że nikt nie powinien być pozbawiony możliwości realizacji tego potencjału, jeżeli można tego uniknąć” (WHO 1986, za: Whitehead 1991, s. 220) – deklarowała w latach 80. XX stulecia WHO. Za niesprawiedliwe uznano więc m.in. różnice w poziomie zdrowia wynikające z warunków, w jakich ludzie żyją i pracują, oraz „nieadekwatnego” dostępu do usług publicznych, w tym do ochrony zdrowia (Whitehead 1991, s. 219).

2. Sprawiedliwy dostęp do opieki zdrowotnej

Zagadnienie dostępu do opieki zdrowotnej zajmowało i zajmuje badaczy_{czki} od dziesięcioleci (Daniels 1985), a sprawiedliwy dostęp bywa po dziś dzień

¹ Jeżeli nie zaznaczono inaczej, przekłady na język polski pochodzą od autorki.

utożsamiany ze sprawiedliwością zdrowotną (Schramme 2018, s. IX). W tym obszarze występowały i nadal występują istotne różnice między krajami. W Europie powszechny dostęp do opieki zdrowotnej był zdobyczą społeczną, po II wojnie światowej stał się standardem, a w wielu krajach, w tym w Polsce, do czasów obecnych ma rangę gwarancji konstytucyjnej (Sześciło 2017). W innych obszarach globu (np. w Związku Radzieckim, Chinach, krajach postkolonialnych) w toku rewolucyjnych przemian również na różne sposoby próbowano zapewnić prawo do opieki zdrowotnej (Gaffney 2018, s. 117–162). Szczególne znaczenie dla tych dążeń miała konferencja w Alma-Acie (1978) poświęcona podstawowej opiece zdrowotnej (Gaffney 2018, s. 117–162). Kres tym dążeniom położyła ofensywa neoliberalizmu (Gaffney 2018, s. 164–215).

Inaczej sytuacja wyglądała w Stanach Zjednoczonych. Gdy w Wielkiej Brytanii wprowadzano w latach 40. XX w. National Health Service (NHS), w USA podobną inicjatywę storpedowała potężna kampania lobbingsowa, w której połączyły siły środowisko lekarskie i biznes, w tym przedsiębiorstwa farmaceutyczne, a bardzo istotną rolę odegrało American Medical Association i jego czasopismo *JAMA* (Gaffney 2018, s. 124–134). W kampanii tej intensywnie wykorzystano *red-baiting*, czyli prezentowano projekt powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej jako przedsięwzięcie socjalistyczne, rodem wprost ze Związku Radzieckiego (Gaffney 2018, s. 124–134). Kampania ta wywarła istotny wpływ na kształt amerykańskiej debaty o opiece zdrowotnej trwającej do dnia dzisiejszego (Onge 2015). Toczy się ona w obrębie spektrum, którego krańce wyznaczają z jednej strony koncepcje libertariańskie, a z drugiej tzw. welfarystyczne (Galewicz 2015). W tak skonstruowanej debacie wartości i zasady sformułowane w dokumentach praw człowieka, czyli „prawo każdego do korzystania z najwyższego osiągalnego poziomu ochrony zdrowia fizycznego i psychicznego” czy zobowiązanie państw do „stworzenia warunków, które zapewniłyby wszystkim pomoc i opiekę lekarską na wypadek choroby” (Pakt 1977, art. 12) zostają zredukowane tylko do jednego – i to w dodatku skrajnego – punktu widzenia.

Adam Gaffney wskazuje, że rozwój urzędzeń społecznych zapewniających sprawiedliwy dostęp do opieki zdrowotnej przebiegał względnie niezależnie od swoich normatywnych konceptualizacji i proponuje, aby historię sprawiedliwego dostępu, zarówno na poziomie praktyk, jak i pojęciowym, śledzić z perspektywy dialektyki prawo–towar. Uznawanie opieki zdrowotnej za towar wyklucza bowiem traktowanie jej jako prawa i w konsekwencji uniemożliwia skonstruowanie systemu, który zapewniłby sprawiedliwy do niej dostęp (Gaffney 2018, s. 3).

Aspekt ten – choć nie tak określony – odślania się w rozważaniach Włodzimierza Galewicza nad konstytucyjną gwarancją równego dostępu „do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych” (Konstytucja 1997). Równy

dostęp do opieki zdrowotnej, w ujęciu Galewicza, to w wąskim rozumieniu zapewnienie danego świadczenia wszystkim osobom, które go w takim samym stopniu potrzebują. W szerokim zaś rozumieniu to zapewnienie wszystkim osobom mającym równe, lecz często różne potrzeby zdrowotne, takich, często odmiennych, świadczeń, które są im potrzebne (Galewicz 2018, s. 354–355). Galewicz wykazuje przy tym, że „równoległe finansowanie”, czyli prywatne sprzedawanie i kupowanie świadczeń takich samych jak te, które są finansowane ze środków publicznych, skutkuje naruszeniem zasady równości ze względu na interferencje pomiędzy sektorem prywatnym a publicznym (Galewicz 2018, s. 357–365). W praktyce bowiem pacjenci_tki, których_e stać na opłacenie np. prywatnej wizyty u specjalisty, uzyskują szybszy dostęp nie tylko do tego konkretnego świadczenia, lecz także do świadczeń finansowanych ze środków publicznych, np. leczenia szpitalnego, dlatego że dzięki „strategicznemu korzystaniu z prywatnej opieki zdrowotnej” skracają sobie łączny czas oczekiwania (Galewicz 2018, s. 363). Ponadto sektor prywatny odbiera profesjonalistów_tki medycznych_e sektorowi publicznemu, co oznacza wydłużenie kolejek dla pacjentów_ek korzystających wyłącznie z tego ostatniego (Galewicz 2018, s. 365). „Równoległy system prywatnego finansowania wprowadza do opieki zdrowotnej pewną niezaprzeczną nierówność. Każe on bowiem traktować w różny sposób ludzi mających takie same lub równe potrzeby zdrowotne i dzieli ich – chociażby jako dostarczycieli środków niezbędnych do prosperowania opieki zdrowotnej – na lepszych i gorszych, stojących wyżej i stojących niżej”, pisze Galewicz (2018, s. 365).

Prywatyzacja i utowarowienie opieki zdrowotnej popadają więc w kolizję z zasadą sprawiedliwego dostępu, która jest zapisana w licznych aktach normatywnych w Europie, zarówno na poziomie unijnym, jak i krajowym, choć w praktyce jej stosowanie doznało znacznego uszczerbku w dobie reform neoliberalnych i polityki oszczędności². Tradycja powszechnego i równego dostępu do opieki zdrowotnej nadal jednak mocno odróżnia Europę od Stanów Zjednoczonych, gdzie przed reformą systemu ochrony zdrowia, która miała zapewnić obywatelom_kom równy dostęp do opieki zdrowotnej, tzw. *Obamacare*, ubezpieczenia zdrowotnego pozabawionych było ponad 16% Amerykanów_ek (Badora-Musiał, Kowalska-Bobko, Zabdyr-Jamróż 2017; DeNavas-Walt, Proctor, Smith 2010). W 2021 r. było to 8,3%, czyli wciąż znaczący odsetek (Keisler-Starkey, Bunch 2022). Ponadto zestaw świadczeń, do których ma dostęp osoba ubezpieczona, nie jest w tym kraju jednolity dla wszystkich, lecz zróżnicowany ze względu na rodzaj posiadanego ubezpieczenia (Badora-Musiał, Kowalska-Bobko, Zabdyr-Jamróż 2017).

² Zob. np. (Doetsch i in. 2023), gdzie przeprowadzono metaanalizę dotyczącą skutków polityki *austerity* wprowadzonej w UE po kryzysie światowym 2008 r.

3. Społeczne determinanty zdrowia

Pod koniec XX w. zaczęto zwracać baczniejszą uwagę na to, że sam sprawiedliwy dostęp do opieki zdrowotnej, choć niezbędny, nie jest wystarczający, aby zapewnić sprawiedliwość w zdrowiu. Rozwój tego podejścia jest ściśle związany z rozwojem koncepcji społecznych determinant zdrowia. „Nawet w najbogatszych krajach ludzie, którzy są w gorszej sytuacji materialnej, mają istotnie krótszą oczekiwaną długość życia i więcej chorób niż bogaci” – tak Michael Marmot i Richard Wilkinson zacytowali raport *Social Determinants of Health: The Solid Facts* dla WHO, w którym przedstawiali „nową wiedzę” o społecznych determinantach zdrowia (Wilkinson, Marmot [red.] 2003, s. 7). Warto podkreślić, że nurt reprezentowany przez wspomnianych autorów wywodzi się z doświadczenia Wielkiej Brytanii, gdzie ludność cieszyła się powszechnym dostępem do opieki zdrowotnej zapewnianym przez NHS.

W swoim raporcie Marmot i Wilkinson do kluczowych społecznych determinant wpływających negatywnie na zdrowie zaliczyli (Wilkinson, Marmot [red.] 2003, s. 12–29):

- stres wywołany „ciągłą niepewnością, brakiem bezpieczeństwa, niską samooceną, izolacją społeczną, brakiem kontroli nad pracą i życiem osobistym”;
- warunki społeczno-ekonomiczne, w jakich żyje osoba w ciąży, a następnie dziecko;
- wykluczenie społeczne, ubóstwo, dyskryminację;
- stres w środowisku pracy, w szczególności związany z brakiem kontroli nad wykonywaną pracą i nieadekwatnym wynagradzaniem, zarówno w pieniądzu, jak i w statusie i samoocenie;
- bezrobocie;
- brak wsparcia społecznego i więzi, niską spójność społeczną, którą osłabiają nierówności;
- uzależnienia, wskazując, że używki są traktowane jako środek złagodzenia cierpienia wywołanych niskim statusem społeczno-ekonomicznym, a samo uzależnienie ten status pogarsza;
- brak bezpieczeństwa żywnościowego, nieprawidłowe odżywianie polegające na nadmiernej konsumpcji produktów wysoko przetworzonych o wysokiej zawartości tłuszczu i węglowodanów (tańszych) zamiast świeżych (droższych);
- transport samochodowy zamiast publicznego (brak ruchu, wypadki, zanieczyszczenie, brak integracji w przestrzeni publicznej).

Jedynie ten ostatni punkt nie wiąże się ściśle z położeniem społeczno-ekonomicznym. Wszystkie pozostałe można w zasadzie streścić następująco: im nasze środowisko pracy jest mniej bezpieczne i przyjazne, nasze poczucie sprawczości bardziej ograniczone, a dochody niższe w porównaniu do innych współobywateli_ek,

tym nasze zdrowie jest gorsze od ich zdrowia. Pozornie może się wydawać, że nie dokonano tu żadnego odkrycia – przecież to wiedza potoczna – jednakże stanowiło to przełom w zdrowiu publicznym (Włodarczyk 2018, s. 40).

Wśród determinant zdrowia można wskazać takie, które nie mają niesprawiedliwego charakteru – jak zwracała uwagę już Whitehead. Będą to cechy biologiczne lub zachowania szkodliwe dla zdrowia, które jednostka_i podejmują w wyniku autonomicznej decyzji. Jednak to dość ograniczona klasa zachowań – Whitehead wymienia tu tylko „pewne sporty czy rozrywki” (Whitehead 1991, s. 219). Wiele bowiem z zachowań szkodliwych dla zdrowia często uchodzących za wynik autonomicznych decyzji jest w zasadniczy sposób zdeterminowanych społecznie – tak jak choćby palenie tytoniu czy używanie innych substancji (Wilkinson, Marmot [red.] 2003, s. 7). Whitehead również wskazuje, że niesprawiedliwe są różnice wynikające z niezdrowego stylu życia w sytuacji, gdy możliwość podejmowania autonomicznych decyzji w tym obszarze przez jednostkę jest ograniczona (Whitehead 1991, s. 219).

4. Gradient społeczny w zdrowiu

W raporcie Marmota i Wilkinsona wprowadzono pojęcie gradientu społecznego. Jak wyjaśnia Marmot w innym miejscu, nawet niewielkie różnice w statusie między osobami niebiednymi, mającymi pracę i przyzwoite mieszkanie, przekładają się na różnice w stanie zdrowia: „im wyższy status w porządku dziobania, tym prawdopodobnie będą zdrowsi. Innymi słowy, zdrowie podąża za gradientem społecznym. Nazywam to syndromem statusowym” (Marmot 2015, s. 1). Po raz pierwszy zjawisko to zaobserwował w badaniach z udziałem pracowników_c brytyjskiej służby cywilnej pod koniec lat 70. XX w. Okazało się, że wbrew potocznym przekonaniom, osób na wyższych stanowiskach – pomimo stresu związanego z pracą – wcale nie cechuje gorsze zdrowie. Przeciwnie – im ktoś jest wyżej w hierarchii, tym lepszym cieszy się zdrowiem (Marmot 2015, s. 24). Marmot przyznawał, że zrozumiał, na czym polega to zjawisko (Marmot 2023, s. 209), dzięki lekturze książki *Nierówność. Dalsze rozważania*, w której Amartya Sen stwierdził, że „[w]zględny niedostatek w przestrzeni dochodów może rodzić bezwzględne upośledzenie w obszarze zdolności” (Sen 2000, s. 139 – w cytacie pominięto wyróżnienia z oryg.). Nie chodzi więc tylko o jakieś szczególne osoby czy grupy: ani o takie, które ze względu na swoje cechy, jak płeć, rasa lub pochodzenie etniczne doświadczają dyskryminacji, ani o takie o niskim statusie społeczno-ekonomicznym, doświadczające ubóstwa czy wykluczenia społecznego, pomimo tego, że różnice we wskaźnikach zdrowotności pomiędzy tymi osobami a osobami niedoświadczającymi dyskryminacji i należącymi do wyższych klas społecznych mogą być jaskrawe. Nie jest bowiem tak, że

„luka zdrowotna ogranicza się do słabego zdrowia osób defaworyzowanych, «ich», i dobrego zdrowia dla wszystkich innych, «nas»” (Marmot 2015, s. 4). Marmot podkreśla, że takie pojęcia, jak „ubóstwo, wykluczenie społeczne, klasa niższa, osoby nieuprzywilejowane, *haves and have-nots*” zakładają podział „my–oni”, „ubodzy i nieubodzy”. Tymczasem, jak pisze, „[t]aki podział nie opisuje naszego problemu. Mnie chodzi o gradient: to dotyka nie «ich», lecz wszystkich «nas»” (Marmot 2015, s. 4). Osoby o niskim statusie społeczno-ekonomicznym znajdują się po prostu na krańcach tego spektrum, ale problem dotyczy społeczeństwa jako całości.

Problemem staje się więc sama hierarchia, sam sposób urządzenia społeczeństwa, które powinno być tak zorganizowane, aby stworzyć warunki, w których ludzkie zdolności będą mogły się rozwijać – Marmot odwołuje się wprost do Marthy Nussbaum i Sena, z którym współpracował w Komisji WHO ds. społecznych determinantów zdrowia. Komisja ta przygotowała raport *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health* (CSDH 2008).

5. Sprawiedliwość zdrowotna

Dla Sena, Nussbaum i innych zwolenników_czek tzw. podejścia zdolnościowego (*capabilities approach*) zdrowie nie jest jedynie wartością instrumentalną czy zasobem, który stanowiłby warunek możliwości realizacji naszych planów życiowych (Schramme 2018, s. 23–26; Daniels 1985), lecz posiada wewnętrzną wartość moralną (Ruger 2004a; 2004b). Stanowi nieodzowny element pełnego rozkwitu człowieka (Ruger 2004b). Sen podkreśla, że sprawiedliwość zdrowotna (*health equity*) to istotna część sprawiedliwości społecznej jako takiej (*social justice*) i kategoria o wielu wymiarach, której w żadnym razie nie można redukować do kwestii dystrybucji zdrowia ani tym bardziej dystrybucji opieki zdrowotnej (Sen 2004). Do tych wymiarów zalicza on „osiągnięcie zdrowia” (*health achievement*) oraz odróżnioną od samego „osiągnięcia” „zdolność do osiągnięcia dobrego zdrowia”, lecz także „bezstronność procesów” (*fairness*) i związaną z tym „niedyskryminację w dostarczaniu opieki zdrowotnej” (Sen 2004, s. 31). Podkreśla też znaczenie zasobów i urządzeń społecznych (Sen 2004, s. 31).

Kontynuatorka Sena, Jennifer P. Ruger, dostrzega dużą przewagę tego podejścia nad perspektywą egalitariańską, wywodzącą się od Johna Rawlsa (2009), a w kwestiach dotyczących zdrowia rozwiniętą przez Normana Danielsa (1985). Zdaniem Ruger egalitarianie skupiają się na samej dystrybucji zasobów, takich jak dochód czy opieka zdrowotna. Podejście zdolnościowe jest natomiast szersze, mocniej koncentruje się na jednostkach i ich różnorodności, a także ich sprawczości (*agency*). „Zmniejszanie nierówności [*inequalities*] w zdrowiu wymaga więcej niż «spłaszczenia gradientu socjoekonomicznego», wymaga poprawy warunków,

w których jednostki będą miały swobodę wyboru zdrowszych strategii i warunków zdrowotnych dla siebie i przyszłych pokoleń” (Ruger 2004a).

Marmot oczywiście dostrzega rolę, jaką w kształtowaniu się nierówności w zdrowiu odgrywa dyskryminacja ze względu na płeć, rasę, pochodzenie etniczne czy inne cechy, a także szczególnie trudną sytuację osób w bardzo złym położeniu społeczno-ekonomicznym. Według tego badacza przeciwdziałanie gradientowi w zdrowiu wymaga jednak działania adresowanego do całego społeczeństwa. W raporcie przygotowanym dla brytyjskiego sekretarza stanu ds. zdrowia *Fair Society, Healthy Lives. Marmot Review* Marmot proponuje podejście nazwane przez niego „uniwersalizmem proporcjonalnym”, zgodnie z którym „[w]iększa intensywność działania będzie prawdopodobnie potrzebna w stosunku do tych, którzy są w bardziej niekorzystnym położeniu społecznym i politycznym, ale skupianie się tylko na tych, którzy są w najgorszym położeniu nie zredukuje gradientu społecznego i będzie podjęciem tylko niewielkiej części problemu” (Marmot 2010, s. 16).

6. Recepja koncepcji społecznych determinant zdrowia na poziomie instytucji

Koncepcja społecznych determinant zdrowia wywarła wpływ na język dokumentów dotyczących polityki zdrowotnej w Unii Europejskiej (UE) i w Stanach Zjednoczonych. Widać to w Konkluzjach Rady w sprawie wspólnych wartości i zasad systemów opieki zdrowotnej Unii Europejskiej (2006), gdzie sformułowano wartości, na których opierać mają się te systemy. Są to: „powszechność, dostęp do wysokiej jakości opieki, sprawiedliwość oraz solidarność” (Rada Unii Europejskiej 2006). Ta przedostatnia jest opisana następująco:

sprawiedliwość [*equity* – dop. K.B.] wiąże się z równym, stosownym do potrzeb, dostępem [do opieki zdrowotnej – uzup. K.B.] bez względu na pochodzenie etniczne, płeć, wiek, status społeczny czy zdolność do zapłaty. Systemy opieki zdrowotnej UE zmierzają również do zmniejszenia występujących różnic pod względem stanu zdrowia, które są przedmiotem troski państw członkowskich UE; ściśle z tym związane są prace w ramach systemów państw członkowskich dotyczące zapobiegania chorobom i dolegliwościom, między innymi poprzez propagowanie zdrowego stylu życia (Rada Unii Europejskiej 2006).

W 2009 r. Komisja Europejska przedstawiła komunikat „Solidarność w zdrowiu”, w którym zidentyfikowała potrzebę przeciwdziałania nierównościom (*inequalities*) zdrowotnym w UE. Posłużono się w nim pojęciem gradientu społecznego: „W całej UE występuje gradient społeczny w stanie zdrowia; osoby słabiej wykształcone, wykonujące gorszą pracę lub mniej zarabiające umierają w młodszy

wieku i częściej chorują na najpowszechniejsze choroby” (KE 2009). Kluczowy dla Marmota wymiar gradientu, czyli to, że dotyczy on całego społeczeństwa, nie jest jednak uwypuklony. W dalszej części dokumentu pada sformułowanie: „Skuteczne przeciwdziałanie nierównościami w zdrowiu wymaga polityk, które obejmą zarówno działania mające na celu przeciwdziałanie gradientowi w zdrowiu w całym społeczeństwie, jak również działania specyficznie adresowane do grup szczególnie podatnych na skrzywdzenie i wykorzystanie” (EC 2009)³. Sformułowanie to umieszczone jest we fragmencie zatytułowanym „Wychodzenie naprzeciw grupom w trudnej sytuacji społecznej”, który w całości poświęcony jest potrzebom osób ubogich, należących do mniejszości etnicznych, z niepełnosprawnościami, migrantów_ek czy seniorów_ek, czyli osób tradycyjnie wyróżnianych jako „oni_e”, „te, w szczególnej sytuacji” i przeciwstawianych wolnym i zdrowym podmiotom cieszącym się pełnią równych szans w społeczeństwie.

W Stanach Zjednoczonych również zaadaptowano tę koncepcję – społeczne determinanty zdrowia definiując jako „warunki środowiska społecznego, w których ludzie rodzą się, żyją, uczą, pracują i bawią, które wpływają na szeroki zakres wyników i ryzyk dotyczących zdrowia, funkcjonowania i jakości życia” – i wdrożono ją w ramach krajowej strategii na rzecz profilaktyki chorób i promocji zdrowia Healthy People (Singh i in. 2017, s. 140). Podobnie jak w UE, choć uznaje się tu specyfikę koncepcji społecznych determinant zdrowia i jej całościową perspektywę, to jednak w praktyce w centrum uwagi pozostają osoby i grupy lokujące się na krańcach spektrum nierówności – chodzi o „różnorodne, podatne na skrzywdzenie i wykorzystanie i nieuprzywilejowane społecznie populacje Ameryki” (Singh i in. 2017, s. 159). Przyczyn nierówności upatruje się w czynnikach takich jak rasa, pochodzenie etniczne, położenie społeczno-ekonomiczne czy warunki mieszkaniowe, określonych jako „cechy” tych jednostek czy grup (Singh i in. 2017, s. 141).

7. Strukturalna niesprawiedliwość zdrowotna

Tymczasem to nie jakaś cecha, jak rasa czy płeć jako taka jest determinantą, ale system jest tak skonstruowany, że dyskryminuje pewne osoby czy grupy. Z tej perspektywy koncepcję społecznych determinant zdrowia w formie przyjętej w USA krytykuje badaczka Ruqaiyah Yearby, proponując taką modyfikację tego modelu, w której ujęto by dyskryminację strukturalną jako przyczynę pierwotną niesprawiedliwości zdrowotnych, a także uwzględniono sprzężenie zwrotne działające pomiędzy nią a systemem prawnym (Yearby 2020). Sam system bowiem tworzy

³ Tłumaczenie własne, gdyż w polskim przekładzie pominięto termin gradient. Słowo *vulnerable* przetłumaczono wg propozycji Joanny Różyńskiej (2016, s. 214).

warunki, w jakich ludzie żyją i pracują, i które wywierają wpływ na ich zdrowie. Żeby przeciwdziałać niesprawiedliwości w zdrowiu, należałoby więc zakwestionować „istniejące struktury społeczne”, które „zbudowano tak, aby ograniczać równy dostęp mniejszości rasowych i etnicznych do edukacji, zatrudnienia, mieszkalnictwa i opieki zdrowotnej” (Yearby 2020, s. 521).

Yearby przytacza przykład wyższego odsetka zachorowań i zgonów na COVID-19 wśród *persons of color* niż wśród białej ludności USA. Kluczowej przyczyny tego zjawiska upatruje w braku prawa do płatnych zwolnień lekarskich (*paid sick leave*) dla osób niebiałych, które pozwalałoby nie przychodzić do pracy podczas choroby. Brak takiego prawa sprawił, że przymus ekonomiczny uniemożliwiał zachowanie odpowiednich środków bezpieczeństwa i skłaniał do przychodzenia do pracy. Jest to dziedzictwo rasistowskich przepisów, które albo wykluczały pracowników *of color* z układów zbiorowych, albo pozwalały związkom zawodowym na ich dyskryminację (Yearby 2020, s. 518). „[O]dpowiedź systemu zdrowia publicznego – pisze Yearby – obejmująca nakazy pozostania w domu i rekomendowanie zachowania dystansu społecznego nie odnosiła się do doświadczenia życiowego mniejszości rasowych i etnicznych, które w nieproporcjonalnym stopniu stanowią pracownicy_e kluczowi_e, pozbawieni_one płatnych zwolnień” (Yearby 2020, s. 520).

Warto przy tym przypomnieć, że w USA, inaczej niż w Europie, znacząca część obywateli_lek nadal nie ma dostępu do opieki zdrowotnej, a dla tych, którzy_e mają, nie jest to dostęp równy. Inna jest bowiem sytuacja osób, które w warunkach równego dostępu do opieki zdrowotnej cechują się gorszym stanem zdrowia niż osoby zajmujące czasami tylko nieco wyższą pozycję w stratyfikacji społecznej, a inna osób, dla których sam dostęp do opieki zdrowotnej pełni funkcję bardzo istotnej determinanty, określanej uprzednio przez status społeczno-ekonomiczny, czyli możliwość wykupienia lub uzyskania ubezpieczenia.

Jak widać Yearby, podobnie jak Marmot – choć z innej perspektywy – źródłowych przyczyn niesprawiedliwości zdrowotnych poszukuje w samym systemie, a nie jedynie w jakichś jego lokalnych niedomaganiach w odniesieniu do pewnych grup. Nie chodzi więc o to, żeby pewne niesprawiedliwości wyrównać, a społeczeństwo pozostawić takie, jakim ono jest, bo – w opinii badacza i badaczki – jest niesprawiedliwe. Jak pisze Marmot, „nierówności zdrowotne, których można uniknąć rozsądnymi środkami, są niesprawiedliwe [*unfair*]. Naprawa ich to kwestia sprawiedliwości społecznej [*justice*]” (Marmot 2010, s. 16).

8. Podsumowanie

„«Niesprawiedliwość społeczna zabija na wielką skalę» – to jest mój przekaz dla polityków” podkreśla Marmot (2023, s. 210). Zdrowie zaczyna odgrywać jedną

z kluczowych ról w koncepcjach sprawiedliwości społecznej. Sprawiedliwy dostęp do opieki zdrowotnej ma tu nadal ogromne znaczenie, zwłaszcza w sytuacji, w której ogromna część mieszkańców_ek naszej planety jest go pozbawiona. Dlatego badacze_czki angażują się w działania na rzecz wprowadzenia powszechnego dostępu do opieki zdrowotnej na całym globie (Sen 2015). Ale stawką nie jest tu tylko dostęp do opieki zdrowotnej ani zdrowie jako warunek równych szans czy możliwości realizacji normalnych planów życiowych, co miał na myśli Daniels i inni egalitarianie. Przeciwnie: Marmot podkreśla, że teoria równych szans jest dalece niewystarczająca – chodzi o zdrowie po prostu, jako nieodzowny element pełnego rozwoju ludzkich zdolności (Marmot 2023, s. 210–211).

Jak twierdzi Marmot, „aby poprawić zdrowie, musimy poprawić społeczeństwo, a nie tylko zwiększać dochód narodowy” (Marmot 2023, s. 208), i – dodajmy wprost – nie tylko pudrować najbardziej skrajne przypadki niesprawiedliwości zdrowotnych, akceptując niesprawiedliwość o charakterze strukturalnym.

Bibliografia

- Badora-Musiał K., Kowalska-Bobko I., Zabdyr-Jamróż M. (2017). Systemowe reformy zdrowotne w Stanach Zjednoczonych. Obamacare versus Trumpcare. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 15 (3), 219–231. DOI:10.4467/20842627OZ.17.021.7801.
- Cianciara D. (2015). Przyczyny i przyczyny przyczyn nierówności w zdrowiu. *Hygieia Public Health*, 50 (3), 435–440.
- CSDH [Commission on Social Determinants of Health] (2008). *Closing the Gap in a Generation: Health Equity through Action on the Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization.
- Daniels N. (1985). *Just Health Care*. Cambridge: Cambridge University Press.
- DeNavas-Walt C., Proctor B.D., Smith J.C. (2010). *Income, Poverty, and Health Insurance Coverage in the United States: 2009*. U.S. Census Bureau. Current Population Reports, P60-238. Washington DC: U.S. Government Printing Office.
- Doetsch J.N., Schlösser C., Barros H., Shaw D., Krafft T., Pilot E. (2023). A scoping review on the impact of austerity on healthcare access in the European Union: Rethinking austerity for the most vulnerable. *International Journal of Equity in Health*, 22 (1). DOI:10.1186/s12939-022-01806-1.
- Dziedziak W. (2011). Słuszność jako wartość prawa. *Studia Iuridica Lublinensia*, 15, 71–81.
- EC [European Commission] (2009). Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. Solidarity in health: Reducing health inequalities in the EU. COM(2009) 567 final. Brussels: European Commission.
- Gaffney A. (2018). *To Heal Humankind. The Right to Health in History*. New York: Routledge.
- Galewicz W. (2018). *Dobro i sprawiedliwość w opiece zdrowotnej*. Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego.

- Galewicz W. (2015). Dyskusje wokół prawa do opieki zdrowotnej. W: W. Galewicz (red.). *Sprawiedliwość w medycynie. Cz. 1: Wokół prawa do opieki zdrowotnej* (s. 9–45). Kraków: Universitas.
- KE [Komisja Europejska] (2009). Komunikat Komisji do Parlamentu Europejskiego, Rady, Europejskiego Komitetu Ekonomiczno-Społecznego i Komitetu Regionów. Solidarność w zdrowiu. Zmniejszanie nierówności zdrowotnych w UE. KOM(2009) 567 wersja ostateczna. Bruksela: Komisja Europejska.
- Keisler-Starkey K., Bunch L.N. (2022). *Health Insurance Coverage in the United States: 2021*. U.S. Census Bureau. Current Population Reports, P60-278. Washington, DC: U.S. Government Publishing Office.
- Konstytucja (1997). Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. (Dz.U. 1997 nr 78, poz. 483 z późn. zm.).
- Marmot M. (2023). Capabilities and health inequalities. W: S. Venkatapuram, A. Broadbent (red.). *The Routledge Handbook of Philosophy of Public Health* (s. 205–222). London–New York: Routledge.
- Marmot M. (2015). *Status Syndrome: How Your Place on the Social Gradient Directly Affects Your Health*. London–Oxford–New York–Delhi–Sydney: Bloomsbury.
- Marmot M. (2010). *Fair Society, Healthy Lives: Marmot Review: Strategic Review of Health Inequalities in England Post-2010*.
- Onge J.S. (2015). Health care reform as “socialized medicine”: The formative years of a political myth. *Western Journal of Communication*, 79 (3), 348–366. DOI:10.1080/10570314.2015.1041650.
- Pakt (1977). Międzynarodowy Pakt Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych otwarty do podpisu w Nowym Jorku dnia 19 grudnia 1966 r. (Dz.U. 1977 nr 38 poz. 169).
- Rada Unii Europejskiej (2006). Konkluzje Rady w sprawie wspólnych wartości i zasad systemów opieki zdrowotnej Unii Europejskiej. *Dziennik Urzędowy Unii Europejskiej*, C 146, 1–3.
- Rawls J. (2009). *Teoria sprawiedliwości*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Różyńska J. (2016). Etyka i ryzyko w „nieterapeutycznych” badaniach biomedycznych. *Przegląd Filozoficzny. Nowa Seria*, 98 (2), 213–226.
- Ruger J.P. (2004a). Ethics of social determinants of health. *The Lancet*, 364 (9439), 1092–1097. DOI:10.1016/S0140-6736(04)17067-0.
- Ruger J.P. (2004b). Health and social justice. *The Lancet*, 364 (9439), 1075–1080. DOI:10.1016/S0140-6736(04)17064-5.
- Schramme T. (2018). *Theories of Health Justice: Just Enough Health*. Lanham, Maryland: Rowman & Littlefield Publishers.
- Sen A. (2015). Universal health care: The affordable dream. *Harvard Public Health Review*, 5, 1–8.
- Sen A. (2004). Why health equity? W: S. Anand, F. Peter, A. Sen (red.). *Public Health, Ethics and Equity* (s. 21–33). New York: Oxford University Press.
- Sen A. (2000). *Nierówności. Dalsze rozważania*. Kraków: Społeczny Instytut Wydawniczy Znak. Warszawa: Fundacja im. Stefana Batorego.

- Singh G.K., Daus G.P., Allender M., Ramey C.T., Martin E.K., Perry C., De Los Reyes A.A., Vedamuthu I.P. (2017). Social determinants of health in the United States: Addressing major health inequality trends for the nation, 1935–2016. *International Journal of MCH and AIDS*, 6 (2), 139–164. DOI:10.21106/ijma.236.
- Sześciło D. (2017). Is the equity of access to healthcare a European constitutional standard? A comparative review. *European Journal of Health Law*, 24 (4), 445–462. DOI:10.1163/15718093-12341428.
- Whitehead M. (1991). The concepts and principles of equity and health. *Health Promotion International*, 6 (3), 217–228.
- Wilkinson R., Marmot M. (red.) (2003). *Social Determinants of Health: The Solid Facts. 2nd Edition*. Copenhagen: World Health Organization.
- Włodarczyk W.C. (2018). Dylematy współczesnej polityki zdrowotnej. Sugestie Profesora Szuberta. W: M. Paluszkiwicz, M. Włodarczyk (red.). *Polityka społeczna a prawo pracy. Wybrane problemy* (s. 25–46). Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Włodarczyk W.C. (2011). Problemy nierówności w zdrowiu. Perspektywa Unii Europejskiej. *Zdrowie Publiczne i Zarządzanie*, 9 (2), 5–21. DOI:10.4467/20842627OZ.12.013.0550.
- Włodarczyk W.C. (1999). Zdrowie a wykluczenia społeczne. Z problemów europejskiej polityki zdrowotnej. *Problemy polityki społecznej. Studia i dyskusje*, 1, 59–87.
- Yearby R. (2020). Structural racism and health disparities: Reconfiguring the social determinants of health framework to include the root cause. *The Journal of Law, Medicine & Ethics*, 48, 518–526. DOI:10.1177/1073110520958.

From Equal Access to Health Equity

Abstract: The paper traces changes in understanding justice in health from identifying it with the just distribution of healthcare to the concept of health equity. The concept of equitable access to healthcare was outlined and difficulties faced by its realisation in conditions of the commodification of healthcare were indicated. The impact of the conception of social determinants of health and social gradient in health on thinking about health justice was discussed. The theoretical grounding of those ideas in the capability approach, which assigns intrinsic value to health and perceives health as an essential element of full human flourishing, was shown. The limited reception of the conception of social determinants of health and social gradient in health policy documents was considered.

Keywords: healthcare, health, equal access, health equity, health justice.