

Cezary Włodarczyk

*Instytut Zdrowia Publicznego,
Uniwersytet Jagielloński*

Zdrowie a wykluczenia społeczne. Z problemów europejskiej polityki zdrowotnej

Analiza wzajemnych relacji między zdrowiem a wykluczeniami społecznymi warta jest podjęcia z dwóch co najmniej powodów. Pierwszy dotyczy koncepcji wykluczeń jako konstrukcji teoretycznej i jest wynikiem wiary, iż warto poszukiwać inspiracji w międzynarodowych doświadczeniach, aby lepiej opisywać i wyjaśniać ważne problemy społeczne. Pojęcie wykluczeń z pewnością należy do jednego z najważniejszych – i najciekawszych – jakie są współcześnie stosowane w europejskiej nauce polityki społecznej. Drugi powód ma charakter praktyczny. W procesie jednoczenia Europy dojdzie do sformułowania zbioru wymogów akcesyjnych – standardów – dotyczących polityki zdrowotnej. Dotychczas, także w ramach starej Unii, koordynacja tej polityki dotyczyła niemal wyłącznie niektórych kwestii zdrowia publicznego, pomijając sprawy opieki zdrowotnej (Joffe 1996: 21–22). Jednak bliska perspektywa swobodnego przepływu pacjentów i pracowników służby zdrowia oraz świadczeń zdrowotnych musi doprowadzić do zmiany tej sytuacji. Oznacza to, że niektóre dotychczasowe doświadczenia krajów zachodnich staną się podstawą budowania standardów. Istnieją przesłanki, by sądzić, że kategoria „wykluczeń” będzie w tym procesie odgrywać ważną rolę.

Analizując teoretyczne aspekty problemu i przechodząc następnie do jego wymiarów empirycznych, wykorzystywać będę nie tylko publikowane opracowania, ale także opracowania „szarego” obiegu oraz sprawozdania z realizacji European Social Charter, przedkładane Radzie Europy przez kraje członkowskie¹.

¹ Do źródeł tych uzyskałem dostęp przygotowując opracowanie „Western Europe Thematic Health

Problemy teoretyczne

Pojęcie wykluczenia społecznego można potraktować jako charakterystyczne dla języka europejskiej polityki społecznej ostatniego dziesięciolecia². Język ten to język dokumentów przygotowywanych w ramach prac prowadzonych głównie przez Unię Europejską (Wspólnoty Europejskie) oraz Radę Europy³. Niektóre spośród tych dokumentów mają charakter badawczych raportów i analiz, ale niektóre są normami prawa międzynarodowego. Jako rzecz niezwykłą traktować można sytuacje, w których pewne koncepcje teoretyczne są rozwijane w ten sposób.

Wczesne definicje

W jednym z wczesnych dokumentów nie tylko stwierdzono, że „zwalczanie wykluczeń społecznych jest ważną częścią społecznego wymiaru wspólnego rynku”, ale zidentyfikowano najważniejsze formy dóbr i świadczeń, do których dostęp jest realizacją tej walki⁴. Pośrednio przyjęto zatem, że wykluczenie jest stanem, w którym jednostka lub grupa są pozbawione możliwości korzystania z możliwości otwartych dla innych. Wśród ważnych dóbr i świadczeń wskazano edukację, trening zawodowy, zatrudnienie, mieszkanie, opiekuńcze świadczenia udzielane na poziomie lokalnym i opiekę medyczną. Wszystkie te dziedziny powinny być poddawane celowym oddziaływaniom eliminującym bariery dostępności.

Również z politycznego dokumentu pochodzi koncepcja uwarunkowań stanu określanego jako wykluczenie (*Towards a Europe...*, 1980). Wśród czynników do niego prowadzących wymieniono bezrobocie, szczególnie bezrobocie długotrwałe, wpływ zmian w technologiach przemysłowych na nisko kwalifikowanych pracowników, ewolucję struktur rodziny i tradycyjnych form solidarności, rozprzestrzenienie się indywidualizmu, słabnięcie tradycyjnych instytucji reprezentujących różne grupy społeczne, nowe zjawiska przemieszczania się ludności, zwłaszcza migracji nielegalnej. Wiele spośród tych czynników nakłada się na tradycyjne przyczyny upośledzenia społecznego, które koncentrują się na ubogich obszarach, pozbawionych szans rozwojowych.

W kolejnym dokumencie zauważono, iż układ czynników sprawczych powoduje groźbę wykluczania osób napotykających trudności w „normalnym” funkcjonowaniu społecznym: niepełnosprawnych, migrujących, dzieci i młodzież, osób starszych, kobiet. Nawet legalni rezydenci krajów spoza Unii są pozbawieni uprawnień dotyczących

Report” w ramach programu The Human Dignity and Social Exclusion Initiative, Council of Europe, Strasbourg, 1997, z którego wątki i fragmenty wykorzystuję w tym tekście (*The Human...*, 1997).

² Tak twierdził G. Rodgers (1994: 3), ale także wielu innych autorów.

³ Nie oznacza to jednak, że problemy związane z wykluczeniami nie są analizowane poza tymi instytucjami i poza kontekstem europejskim, por. Mahler 1996. Autor przypomina prace dotyczące marginalizacji w krajach Trzeciego Świata.

⁴ Resolution of the Council and of the Ministers of Social Affairs Meetings within the Council of 29th September 1989, OJ No C 277, 31 października 1989.

swobody przemieszczania się lub udziału w życiu politycznym. Grupy reprezentujące kulturę mniejszości stale odczuwają presję grup większościowych. Biorąc pod uwagę realia Europy, najważniejsze formy społecznych wykluczeń dotyczą braku pracy i mieszkania. Biorąc te różne kryteria pod uwagę liczbę osób społecznie wykluczonych, żyjących w krajach Unii oceniano w połowie lat 90. na 52 mln (Working on European..., 1996: 18–20). Trudno weryfikować tę wielkość, ale warto zauważyć, że przy jej ustalaniu zastosowano kryteria odmienne niż te, które służyły definiowaniu pojęcia wykluczeń we wcześniejszych opracowaniach. Akcent został wyraźnie przesunięty z problemu dostępu do dóbr na problem uczestnictwa w życiu społecznym.

W niektórych dokumentach można znaleźć uwagi, że wprowadzenie pojęcia wykluczeń nie jest odkryciem nowych zjawisk występujących w społeczeństwie – gnębiącym jego członków – ale raczej nowym rozłożeniem akcentów w analizie spraw dobrze już znanych. „Obecnie należy położyć nacisk na strukturalną naturę procesu, który pozbawia część populacji szans uczestniczenia w życiu ekonomicznym i społecznym. Problem polega nie tylko na różnicach występujących między wysokim i niskim miejscem w społecznej hierarchii, ale także na różnicach między tymi, którzy mają swoje miejsce w społeczeństwie, i tymi, którzy ze społeczeństwa są wykluczeni” (*European Social Policy...*, 1993: 20). Niektórzy badacze wyrażają to stosowaniem słów „w” i „poza”, w miejsce używanych wcześniej „niżej” i „wyżej”⁵. W ten sposób stary układ relacji stratyfikacyjnych – niższych i wyższych klas społecznych – jest zastępowany określaniem relacji między centrum i peryferiami: w centrum toczą się główne nurty życia społecznego, a im od niego dalej w kierunku peryferii, tym uczestnictwo w tych nurtach jest słabsze, aż do całkowitego zerwania. To spychanie na margines nie może być tolerowane ze względu na zasady europejskiej polityki społecznej: solidarność i godność jednostki (*Council Recommendation...*, 1992).

Znaczenie, jakie przypisuje się problemom wykluczeń, może zilustrować fakt, że w ramach Wspólnot Europejskich powołano instytucjonalną formę „Obserwatorium”, którego zadaniem było analizowanie polityki nastawionej na zwalczanie wykluczeń społecznych, realizowanych w krajach członkowskich. W jego pracach posługiwano się definicją, w której uwzględniano trzy płaszczyzny (*Social Europe* 1993: 59). Po pierwsze, płaszczyznę praw społecznych, gwarantujących dostęp do takich dóbr, jak zatrudnienie, gwarantowany dochód, edukacja i trening zawodowy, mieszkania i ochrona środowiska, opieka zdrowotna i świadczenia społeczne. Po drugie, wymiar dotyczący realizacji formalnie gwarantowanych praw, przy uchwyceniu występujących barier. Po trzecie, konsekwencje, do jakich doprowadza nieprzestrzeganie praw socjalnych, zwłaszcza z punktu widzenia ograniczeń uczestnictwa w społecznych instytucjach. Stawianie

⁵ Koncepcja A. Touraine'a z pracy „Inegalite de la societe industrielle, referowane przez Katherine Duffy w raporcie „Social Exclusion and Human Dignity in Europe: Background report for the proposed initiative by the Council of Europe, Strasbourg, August 1995.

problemu wykluczeń – i przeciwdziałającej im integracji – w kategoriach praw obywatelskich było często traktowane jak charakterystyczne dla polityki społecznej realizowanej w ramach Unii (*For Europe...*, 1996: 24–27).

Rozwinięcie koncepcji

Równoległe z wrastaniem pojęcia wykluczeń w terminologię stosowaną w dokumentach polityki społecznej było ono wzbogacane teoretycznie. W literaturze pojawiła się koncepcja, że o wykluczeniach można zasadnie mówić tylko w stosunku do obszarów potencjalnego uczestnictwa i wyróżniono trzy takie obszary: państwo, rynek i społeczeństwo obywatelskie⁶. Każdy z nich może służyć jako teren integrowania jednostki czy grupy ze społeczeństwem, co oznacza, że tworzy również możliwość wykluczenia. Każdy zasługuje też na krótką choćby charakterystykę.

W działaniu państwa najbardziej dostrzegalnym środkiem kształtowania relacji z obywatelami jest sprawowanie władzy. Decyzje polityczne, także te podejmowane w imieniu członków wspólnoty politycznej przez wybieranych reprezentantów, oraz decyzje administracyjne wpływające wprost na położenie obywateli, tworzą układ uprawnień i zobowiązań jednostek i grup. Należy jednak podkreślić, że w systemie demokratycznym wszyscy obywatele mają możliwość wypowiedzenia swojej opinii o sprawujących władzę – przez system wyborczy. Warunkiem, który umożliwia tę formę uczestnictwa, jest obywatelstwo i ono jest traktowane jako podstawowa forma więzi między jednostką a państwem. Osoby nie posiadające obywatelstwa są tej możliwości integracji z definicji pozbawione. Istnieje jednak także możliwość uczestniczenia w procesach decyzyjnych, także w aktach wyborczych, realizowanych na poziomie pośrednich i lokalnych wspólnot politycznych⁷. Ich rola zależy od stopnia decentralizacji układu władzy w danym kraju, ale współczesne tendencje wyraźnie zmiernają do rozszerzenia lokalnej samodzielności. Możliwe jest także, że w lokalnym życiu politycznym uczestniczy osoba nie posiadająca obywatelstwa danego kraju⁸. Pamiętać jednak należy, że funkcjonowanie wspólnoty państwowej to nie tylko wybory, ale także korzystanie z usług jej administracji świadczącej. Oznacza to konieczność stykania się z miejscową biurokracją, która jest narzędziem publicznego działania w sferze zaspokajania wielu potrzeb (Widmaier 1995). W tej dziedzinie na sposób traktowania jednostek wpływają na także cechy zajmowanej przez nią pozycji społecznej. Jeśli jest ona „mocna”, zgodnie z obowiązującymi regułami, położenie jednostki jest bardziej korzystne, co umożliwia jej łatwiejsze funkcjonowanie. Jeśli jednak pozycja zostaje osłabiona, nawet bez zmiany formalnego statusu, powstaje niebezpieczeństwo wykluczenia. Tak więc, nie tylko osoby

⁶ Jest to koncepcja P. Abrahamsona (1994) rozwinięta przez Katherine Duffy (1997: 5–14).

⁷ Jednym z możliwych rozwiązań jest przygotowywanie „paktu społecznego”, co staje się szczególnie atrakcyjne w warunkach postrzeganego w wielu krajach, kryzysu instytucji przedstawicielskich, por. Hehe (1995: 23–30).

⁸ Niedawno opisywane były doświadczenia Polaka, który nie miał szwedzkiego obywatelstwa, ale miał prawa polityczne w Sztokholmie.

migrujące są zagrożone zerwaniem – czy nienawiązaniem tych więzi – ale także byli skazani, przedstawiciele mniejszości seksualnych, samotne matki i wszyscy, którzy mogą być traktowani jako „inni” czy „obcy”.

Wiele cech i funkcji rynku sprawia, że jest on miejscem społecznej integracji, ale też zagrożeń i wykluczeń⁹. Na rynku ludzie występują zarówno jako nabywcy dóbr oraz jako ich producenci. Aby być nabywcą, konieczne są zasoby finansowe do swobodnego zagospodarowania – i biorąc pod uwagę realia krajów rozwiniętych – są one zwykle otrzymywane jako wynagrodzenie za pracę. Stąd najczęściej obecność na drugim rynku – producentów – jest warunkiem funkcjonowania na rynku nabywców. Jest to też forma zdobywania środków materialnych bardziej ceniona niż życie z zasiłków pomocy społecznej, choć nie brak opinii, że łatwość ich otrzymywania doprowadziła do wzmacniania postaw wyuczonej zależności. Stąd dla producentów-pracobiorców zakotwiczenie na rynku pracy ma znaczenie ekonomiczne, ale również bardzo istotne znaczenie społeczne. Z reguły bowiem instytucje obecne na rynku, poprzez samo swoje funkcjonowanie, pełnią rolę integracyjną (Lipset 1995). Stąd wszyscy mający trudności ze znalezieniem i utrzymaniem pracy będą napotykali trudności integracyjne. Niskie wykształcenie, zły stan zdrowia, trudności adaptacyjne, to przykłady czynników prowadzących do wykluczeń z rynku pracy. Ważne też jest kulturowo uwarunkowane znaczenie wiązane z faktem posiadania pracy i zdobywania środków utrzymania tą drogą. Poczucie bycia poza społecznością w razie utraty pracy są zwykle silniejsze w tych kręgach kulturowych, w których etos pracy jest szczególnie rozwinięty.

W społeczeństwie obywatelskim – niezależnie od trudności w bardziej dokładnym określeniu jego natury – najważniejszą siłą jednoczącą jest solidarność (Szacki 1997: 5–62). Jednostki i grupy tutaj działające występują jako osoby prywatne, ale ich aktywność ma zwykle skutki społeczne, a motywacje także dotyczą sfery publicznej. Stąd częste określanie społeczeństwa obywatelskiego jako „trzeciego sektora” po sektorze władzy i sektorze rynku. Powinien być traktowany jako uzupełnienie tamtych, choć w przeszłości był chętnie im przeciwstawiany, zwłaszcza państwu. Podstawowe struktury tutaj występujące to małe grupy pierwotne, takie jak rodzina i kręgi przyjacielskie, społeczności lokalne i grupy dobrowolnego uczestnictwa (Putnam 1995). Tradycja spójności rodziny, albo małej społeczności lokalnej, jest czynnikiem silnego zakorzenienia w tej sferze i tworzy naturalny krąg społecznego wsparcia. Sieroctwo, brak rodzeństwa, ale także miejsce zamieszkania w słabo zaludnionej okolicy stanowią naturalne bariery w tworzeniu więzi. Także wszelkie formy zachowania, traktowane jako antyspołeczne tworzą przeszkody w silnej integracji jednostki, nawet wtedy, gdy – przejściowo – tworzą złudę silnego powiązania emocjonalnego z grupą.

Pojęcie uczestnictwa – jako zaprzeczenie wykluczenia – zawiera element uczestnictwa we wszystkich trzech wskazanych wyżej obszarach. Z pewnością, w normatywnej wizji

⁹ Zwolennicy libertarianizmu będą twierdzili, że wymiana rynkowa jest najważniejszą „naturalną” formą społecznego uczestnictwa, w jakimś sensie ważniejszą niż państwo, którego wiele działań jest zamachem na naturalne wolności jednostek, por. Ryan (1998: 380–406).

kształtowania relacji społecznej jednostka powinna nawiązywać i utrzymywać więzi zarówno z państwem, jak i rynkiem, instytucją zatrudniającą, rodziną i aktywnie działającym kręgiem przyjacielsko-sąsiedzkim. Jednak w rzeczywistości, w spontanicznym kształtowaniu tych więzi, poszczególne obszary pełnią wobec siebie funkcje kompensacyjne. Osoby słabo identyfikujące się z państwem tworzą organizacje rodzinnego wsparcia, posuwając się aż do przekroczenia granic legalności. Osoby ponoszące porażki w życiu publicznym szukają pomocy w środowisku przyjaciół. Młodzież odrzucana przez oficjalne instytucje edukacyjne znajduje oparcie w grupach rówieśniczych. Poczucie bycia poza społecznością w razie utraty pracy, szczególnie silne w tych kręgach kulturowych, w których etos pracy jest szczególnie rozwinięty – tradycja protestancka – mogą na ogół liczyć na pomoc silnych grup parafialnych. Ponadto, w krajach europejskich problem społecznego uczestnictwa od dawna nie jest pozostawiany spontanicznemu rozwojowi. Państwo i jego agendy interweniują w przebieg naturalnych procesów rozwijając mechanizmy zabezpieczenia społecznego, które miały chronić ludzi przed skutkami szczególnie niebezpiecznych zdarzeń, ale także integrować ich ze społeczeństwem¹⁰.

We wcześniejszych fazach dyskusji o wykluczeniach były one lokowane bardzo blisko problemów ubóstwa, co prowadziło niekiedy do traktowania ich jako synonimów (Veit-Wilson 1996). Przynajmniej część inicjatyw praktycznych i badawczych była następstwem jednego z programów dotyczących zwalczania obszarów nędzy (Poverty 3) (Flynn 1993). Jednak z czasem pojawiła się wyraźna tendencja do kreślenia bardziej wyraźnej granicy między tymi pojęciami.

Podstawowa różnica między ubóstwem i wykluczeniem społecznym polega na niewystarczającym – lub niesprawiedliwie nierównym – dostępie do dóbr materialnych, a niewystarczającym – lub niesprawiedliwie nierównym – udziale w życiu społecznym. Ubóstwo pociąga za sobą wykluczenie z udziału w społeczeństwie konsumującym, co jest tylko częścią uczestnictwa poprzez rynek – zgodnie z wprowadzonymi wcześniej rozróżnieniami – podczas gdy udział w różnych formach społecznej kooperacji zostaje zachowany. Wykluczenia społeczne dotyczą szerszego wymiaru uczestnictwa w różnego rodzaju wspólnotach, w których zwykle jednostka współcześnie uczestniczy. Osoba biedna może zachować wiele powiązań społecznych, może aktywnie uczestniczyć w wielu przejawach życia wspólnotowego. Wykluczenie nie jest więc koniecznym następstwem biedy, choć statystycznie prawdopodobieństwo współwystępowania ubóstwa i wykluczeń jest zwykle bardzo duże.

Wykluczenia i zdrowie

Problem związków między zdrowiem a wykluczeniami społecznymi jest bardziej złożony, niż ma to miejsce w odniesieniu do wielu innych problemów socjalnych.

¹⁰ Choć podkreślić należy, że na problem integracji robotników z resztą społeczeństwa zwracano uwagę już w starych koncepcjach polityki społecznej (Piotrowski 1996).

Związki te wpisują się w trzy różne łańcuchy przyczynowo-skutkowe. Warto je odróżnić, bo każdy z nich jest odmiennie interpretowany teoretycznie, i ich znaczenie dla polityki społecznej i zdrowotnej jest niejednakowe.

W pierwszym łańcuchu wykluczenie jest równoznaczne z brakiem dostępu do świadczeń zdrowotnych. Jest to nawiązanie do wczesnych definicji wykluczeń, o których była mowa wyżej. W takim podejściu nic nie mówi się o zdrowiu, chociaż milcząco jest przyjmowana przesłanka, że niemożność korzystania ze świadczeń wpływa negatywnie na stan zdrowia.

W drugim łańcuchu różne czynniki sytuacji społecznej, współwystępujące z jakąś postacią wykluczenia są traktowane jako przyczyny złego stanu zdrowia. Czynniki te to przede wszystkim ubóstwo, ale także brak wykształcenia, bezrobocie, patologie życia rodzinnego. Mówiąc inaczej, przy tej interpretacji stan zdrowia członków grupy społecznej jest zły, ponieważ grupa ta jest wykluczona.

W trzecim łańcuchu zdrowie, a raczej zły stan zdrowia, jest traktowane jako siła sprawcza ekskluzji. Ludzie dlatego podlegają wykluczeniu, że stan ich zdrowia jest zły, a więc nie mogą podjąć się odgrywania oczekiwanych od nich ról, nie mogą nawiązać odpowiednich więzi społecznych albo zrywają te istniejące. W efekcie są odrzucani bądź to formalnie – jak przy odmowie zatrudnienia – bądź nieformalnie – przez ostracyzm grupy większościowej.

Pierwszy sposób postrzegania problemu, wyraźnie eksponowany we wczesnych koncepcjach wykluczeń, ma stosunkowo krótką historię. Pojawił się wraz z rozwojem współczesnej medycyny i upowszechnianiem się poglądów, że dostęp do jej świadczeń jest uprawnieniem niezależnym od sytuacji materialnej pacjenta, co nastąpiło w drugiej połowie XIX w. Wcześniej korzystanie z pomocy medycznej było przywilejem bogaczy – o tyle wątpliwym, że środki wówczas stosowane często pogarszały stan pacjenta, zamiast mu pomagać. Ubezpieczenia chorobowe Bismarcka, ustawa o brytyjskiej Narodowej Służbie Zdrowia i publiczne programy amerykańskie z połowy lat 60., to najbardziej znane przykłady rozwiązania problemu barier w dostępie do świadczeń. Z czasem zdawano sobie sprawę, że ważny jest nie tylko brak barier formalnych, a nawet nie tylko formalna bezpłatność usług, co ich rzeczywista dostępność, związana z wieloma czynnikami materialnymi, psychologicznymi i kulturowymi¹¹.

Drugi sposób postrzegania problemu, odmiennie niż pierwszy, ma długą i jednoznaczną tradycję. Od bardzo dawna ludzie zdawali sobie sprawę z wpływu sytuacji społecznej na stan zdrowia. Trudno ustalić, od kiedy w świadomości potocznej pojawiła się wiedza o nim. Z pewnością można stwierdzić, że wybitni lekarze już w pierwszej połowie XIX w. opisywali różne jednostki chorobowe jako bezpośrednio wynikające z nędzy. Z pewnością też można przywołać stare badania, w których wskazywano wpływ złych warunków życia na zły stan zdrowia. Odwołując się do tej wiedzy, postulaty walki z nędzą uzasadniano powołaniem się na konieczność poprawy stanu zdrowia. Bieda była też od dawna postrzegana jako czynnik utrudniający

¹¹ Por. fragment mojej książki (1996), zatytułowany „Dostępność jako cel” (polityki społecznej).

korzystanie z opieki zdrowotnej. Stąd w licznych programach głoszonych przez reformatorów społecznych pojawiał się postulat zniesienia finansowych barier dostępności świadczeń.

Trzeci sposób postrzegania problemu podlegał specyficznej ewolucji. Były czasy, kiedy choroba czy dolegliwość stawały się podstawą podjęcia pewnej roli społecznej, jaką w średniowieczu była rola kaleki-żebraka. Już w epoce nowożytnej istniało angielskie prawo ubogich, które dawało ludziom chorym i niezdolnym do pracy specjalne przywileje. W XIX w., kiedy źródłem utrzymania większości ludzi stała się praca najemna, stan zdrowia na tyle zły, że uniemożliwiający jej wykonywanie, został w pełni dostrzeżony jako czynnik prowadzący do nędzy. Dlatego żądanie utworzenia ubezpieczeń chorobowych i wypadkowych stało się powszechne. Ale także wtedy, kiedy problemy nędzy zostały rozwiązane, było oczywiste, że stan zdrowia może utrudniać, a niekiedy uniemożliwiać korzystanie z wielu form aktywności społecznej. Znoszenie barier architektonicznych jest dowodem dostrzeżenia tej kwestii i dobrym przykładem jak problem może być rozwiązywany. W najnowszych czasach niektóre choroby stały się przyczyną „etykietyzowania”. Do takiego celu były kiedyś wykorzystywane choroby psychiczne, ostatnio podobnie funkcjonuje AIDS, i efektem etykietyzacji jest wykluczenie jednostki, a niekiedy całych grup z niektórych obszarów życia społecznego.

Wyróżnione w poprzednim akapicie trzy obszary uczestnictwa i wykluczeń w odmienny sposób włączają się w trzy łańcuchy przyczynowo-skutkowe. Dla formalnej dostępności świadczeń najważniejsze znaczenie ma związek z państwem: obywatelstwo jest kluczem otwierającym możliwości korzystania z nich. Między obywatelem i osobą z nim zrównaną, a nieobywatelem istnieje pod tym względem różnica na tyle zasadnicza, że pozwala wyodrębnić kategorię „swoich” i „obcych”. Dostępność rzeczywista i korzystanie zależą natomiast w decydującym stopniu od społecznej pozycji jednostki, a więc także od jej położenia na rynku i w układzie nieformalnym (społeczeństwie obywatelskim). Natomiast na stan zdrowia związek z państwem ma wpływ jedynie pośredni, a na plan pierwszy wysuwają się pozostałe układy, choć konsekwencje podziału na swoich i obcych nadal się utrzymują. Natomiast zły stan zdrowia może prowadzić do wykluczeń we wszystkich trzech obszarach, przy czym powiązania z państwem są bardziej odporne na destrukcję niż układy pozostałe.

Przedstawiony wywód pozwala na uzasadnienie struktury dalszej części analizy prowadzonej w tym opracowaniu. Będzie ona podporządkowana następującym problemom: formalne uprawnienia do świadczeń, dyskusja wokół formalnych uprawnień, rzeczywiste korzystanie, związki między pozycją społeczną a zdrowiem. W związku z tym konieczna jest pewna uwaga terminologiczna. W wykorzystywanej literaturze używane są powszechnie dwie kategorie: sprawiedliwość (*equity*) i równość/nierówność (*equality/inequality*). Sprawiedliwość w dostępie i korzystaniu z opieki zdrowotnej jest rozumiana, zgodnie ze starą arystotelesowską tradycją, jako równe traktowanie tych, którzy znajdują się w tej samej sytuacji zdrowotnej, i nierównego traktowania tych, których sytuacja jest zróżnicowana (Williams 1994: 829–842). Natomiast nierówność

w zdrowiu oznacza, że stan zdrowia osób należących do różnych grup, których członkowie powinni być w tej samej sytuacji zdrowotnej, jest odmienny – jak to się dzieje wśród ludzi w tym samym wieku i tej samej płci, ale należących do różnych klas społecznych (Kunst, Mackenbach 1995). To właśnie sytuacje niesprawiedliwości i nierówności będą traktowane jako wiążące się z wykluczeniami.

Formalne uprawnienia

Charakterystyczną cechą europejskiej polityki zdrowotnej, zwłaszcza w opozycji do polityki amerykańskiej, jest deklarowane powszechne prawo do zdrowia i do opieki zdrowotnej (Abel-Smith i in. 1995). Oznacza to, że państwo bierze na siebie odpowiedzialność za jego realizację. Jednak prawna formuła wprowadzenia w życie tego prawa jest bardzo różna w różnych krajach i trudno wyjaśnić dlaczego poszczególne formuły są przyjmowane. Ogólnie wydaje się, że to specyficzna tradycja i historia budowania polityki zdrowotnej przesądza o tym, jaka formuła jest stosowana. W przybliżeniu jedynie stwierdzić można, że w krajach mających nowsze konstytucje, takich jak Holandia, Hiszpania czy Portugalia, prawo to jest zapisane w konstytucji. Można jednak wskazać wyjątki. Konstytucja Irlandii już w roku 1937 formułowała prawo do opieki zdrowotnej.

W większości krajów prawo do zdrowia i opieki zdrowotnej ustalano na poziomie ustaw. W systemach ubezpieczeniowych (Austria, Belgia, Niemcy, Islandia, Szwajcaria) prawo to jest definiowane poprzez ustawy o ubezpieczeniach zdrowotnych. W krajach nawiązujących do systemu NHS prawo to jest formułowane w ustawach dotyczących ochrony zdrowia (Szwecja, Finlandia) [Leenen i in. 1986].

Uprawnienia dla swoich

Klasycznym europejskim rozwiązaniem, które daje uprawnienia wszystkim „swoim”, jest model NHS w Wielkiej Brytanii, w którym stosuje się zasadę powszechnego dostępu wszystkich obywateli. Na drugim biegunie europejskich rozwiązań jest model niemiecki przymusowego ubezpieczenia dla większości grup nie osiągających dochodów powyżej przyjmowanego ustawowo minimum. Oprócz tego stosowana jest cała gama różnorodnych rozwiązań, które odzwierciedlają specyficzną drogę, jaką w toku rozwoju przebyły ich systemy zdrowotne.

W Danii świadczenia zdrowotne w szerokim zakresie (prewencja i leczenie, opieka ambulatoryjna i opieka szpitalna oraz odrębne programy, jak opieka nad matką i dzieckiem, opieka dentyścyczna nad młodzieżą, wizytacje pielęgniarek, badania dzieci, medycyna szkolna, opieka nad młodzieżą) są dostępne wszystkim obywatelom (The Government of Denmark..., 1996: 35). W Grecji cała ludność korzysta z uprawnień do świadczeń zdrowotnych (The Government of Greece..., 1996: 34–35, 42). Zwraca się uwagę, aby bariera finansowa nie utrudniała dostępu do świadczeń w przypadkach

szczególnie groźnych chorób (nowotwory, cukrzyca, hemofilia, choroby nerek), a także w świadczeniach dla matek i dzieci. Obywatele Malty mają gwarancje powszechnego dostępu, ale na podstawie Social Security Act, w którym stosuje się tzw. *means test* (The Government of Malta..., 1995: 8). W Norwegii różne szczeble administracji (*county councils, local councils*) są zobowiązane do takiego organizowania opieki zdrowotnej, aby była ona dostępna równo, w zależności od potrzeb, wszystkim obywatelom, bez związku z ich dochodami (The Government of Norway..., 1995: 15–17). We Francji większość mieszkańców korzysta z opieki zdrowotnej na podstawie ubezpieczenia. Korzysta wtedy z szerokim uprawnień dotyczących swobodnego wyboru lekarza i placówki zdrowotnej (The Government of France..., 1995: 22). Osoby nieubezpieczone mają możliwość korzystania z opieki medycznej na podstawie regulacji dotyczącej pomocy społecznej (*minimum integration income*) (s. 39). Uprawnienia są zwykle związane z pewnymi warunkami, takimi jak wymagany okres stałego zamieszkania. W Belgii w ramach powszechnego i przymusowego ubezpieczenia pacjenci mają prawo do szerokiej gamy świadczeń leczniczych. Osoby nie mające tytułu ubezpieczeniowego, bo są zbyt biedni, by opłacać składkę, albo sytuacja ubezpieczonego nie jest formalnie w pełni uregulowana, mogą występować o przyznanie im środków z pomocy społecznej w lokalnej społeczności, w której żyją (The Government of Belgium..., 1995: 140). Dostęp do świadczeń zapobiegawczych podlega innym regułom. Niektóre spośród nich – świadczenia w przypadkach gruźlicy, z zakresu zdrowia psychicznego, opieka nad matką i dzieckiem, medycyna szkolna – są udostępniane bezpłatnie, niezależnie od innych uprawnień. W Hiszpanii ogólne prawo do opieki zdrowotnej jest zawarte w Konstytucji z roku 1978 (The Government of Spain..., 1995: 213). Zostało ono powtórzone w Ogólnym Akcie Zdrowotnym z roku 1986. Ale dopiero ustawa budżetowa na rok 1989 alokowała środki niezbędne na zapewnienie obywatelom możliwości korzystania z tego prawa. Zgodnie z prawem hiszpańskim osoby niepełnosprawne, a także osoby nie posiadające wystarczających dochodów mają specjalne uprawnienia do bezpłatnej pomocy medycznej. Jeśli ich stopień inwalidztwa przekracza 33%, mają także uprawnienia do bezpłatnych leków (s. 209). Osoby ubiegające się o uprawnienia z tego tytułu muszą udowodnić potrzebę. Na Cyprze stosowane są dwa kryteria dostępności. Po pierwsze, kryterium dochodu: osoby i rodziny uzyskujące roczne dochody poniżej pewnego minimalnego poziomu otrzymują świadczenia bezpłatnie, a osoby i rodziny powyżej tego poziomu płacą połowę kosztów (The Government of Cyprus..., 1996: 10). Po drugie, kryterium rodzaju świadczeń, zgodnie z tradycyjnym podejściem zdrowia publicznego. Bezpłatne są więc świadczenia dla chorych na gruźlicę i choroby psychiczne, a także świadczenia dla matek i dzieci i młodzieży w szkołach oraz pracowników państwowych, policjantów i żołnierzy.

Uprawnienia dla obcych

W Danii kategoria rezydentów posiadających pełne uprawnienia do świadczeń obejmuje wiele grup cudzoziemców legalnie przebywających w kraju (imigrantów, uchodźców i bezpaństwowców). Należy podkreślić, że w tym kraju nawet osoby

przebywające nielegalnie mają prawo do bezpłatnego korzystania ze świadczeń szpitalnych w przypadku nagłej choroby, pogorszenia się stanu w chorobie przewlekłej, a także świadczeń z tytułu macierzyństwa (The Government of Denmark..., 1996: 35). W Norwegii, gdzie wszystkie osoby mające prawo pobytu korzystają z pełnego zakresu świadczeń (The Government of Norway..., 1995: 27). Jednak prawa innych cudzoziemców, w tym osób ubiegających się o azyl polityczny, są ograniczone. Osoby dorosłe poszukujące azylu w Szwecji mają uprawnienia jedynie do pomocy doraźnej (The Government of Sweden..., 1995: 36). Za inne formy pomocy muszą płacić specjalną opłatę. Natomiast ich dzieci mają prawo do korzystania ze świadczeń zdrowotnych i medycznych na tych samych zasadach, jak dzieci szwedzkie. Za leki płacą dopłatę, podobnie jak obywatele Szwecji. W Wielkiej Brytanii obywatele wszystkich krajów, z którymi podpisano umowy o świadczeniach zdrowotnych, mają możliwość skorzystania z pomocy medycznej. Niezależnie od tego z pomocy korzystają obywatele krajów, które przystąpiły do Europejskiej Karty Społecznej, nawet jeśli nie mają stosownych umów¹². Te same zasady stosuje się we Francji (The Government of France..., 1995: 196).

Bardziej restrykcyjne są regulacje obowiązujące w innych krajach. Na Malcie uprawnienia mają tylko sygnatariusze Europejskiej Konwencji o Społecznej i Medycznej Pomocy z 1953 r. (European Convention on Social and Medical Assistance) albo kraje-sygnatariusze dwustronnych umów (The Government of Malta..., 1995: 9). Belgia, która jest stroną tej konwencji od roku 1956 zastrzegła sobie jej niepełne stosowanie (The Government of Belgium..., 1996: 14–16). W efekcie obywatele państw-stron konwencji nie mają tam uprawnień do świadczeń. Pełne uprawnienia są przyznane tylko dla obywateli krajów UE, a częściowe uprawnienia dla osób uwzględnionych przez Convention on the Status of Stateless Persons i uchodźców, według definicji prawa belgijskiego. W Austrii prawa cudzoziemców są regulowane odmiennie w różnych prowincjach: w niektórych z nich mają oni prawa równe obywatelom austriackim (w ramach uprawnień wynikających z pomocy społecznej, a nie z tytułów ubezpieczeniowych), ale gdzie indziej uprawnienia te są znacznie ograniczone (The Government of Austria..., 1995: 166). Na Cyprze cudzoziemcy (*non residents*) mogą korzystać bezpłatnie tylko z pomocy doraźnej (The Government of Cyprus..., 1996: 10).

W Hiszpanii uchodźcy mający prawo pobytu i pozwolenie na pracę otrzymują świadczenia w takim samym zakresie, z jakiego korzystają obywatele (The Government of Spain..., 1995: 212). Inni uchodźcy otrzymują pomoc w zakresie ograniczonym.

Osoby przybywające do Wielkiej Brytanii są poddawane przeglądowym badaniom¹³. Także osoby podlegające deportacji mają uprawnienia do korzystania do świadczeń medycznych oferowanych przez pomoc doraźną. Niekiedy można mieć wątpliwości, czy tego rodzaju badania są organizowane ze względu na dobro osób przybywających czy

¹² Wśród krajów tych jest Turcja i Cypr, o który wprost pytał Komitet Niezależnych Ekspertów.

¹³ Są podstawy by sądzić, że chodzi głównie o wykrycie gruźlicy i innych chorób zakaźnych, por. The Government of United Kingdom..., 1995: 9).

raczej dla korzyści społeczności przyjmującej. Również w Holandii dostępne są podobne badania imigrantów, mające na celu wykrycie gruźlicy. Każda osoba przybywająca na czas dłuższy niż trzy miesiące jest obowiązana poddać się takiemu badaniu. Jeśli przybysz nie chce poddać się badaniu, albo nie chce współdziałać przy leczeniu wykrytej choroby, władze mogą odmówić prawa wjazdu lub prawa pobytu (The Government of Netherland..., 1993: 30). Bywa, że zły stan zdrowia jest wykorzystywany jako przyczyna deportacji¹⁴.

Najczęściej sprawy cudzoziemców i ich uprawnienia do opieki zdrowotnej są w kompetencji administracji lokalnej, która zajmuje się pomocą społeczną. Niekiedy jednak tworzy się administrację wyspecjalizowaną. I tak we Włoszech powołany został specjalny urząd, którego celem jest pomoc dla przybyszów z krajów spoza UE (Council and Service for the Problems of Non-Community Migrant Workers and their Families). Wśród zadań realizowanych przez ten urząd jest również troska o ich stan zdrowia (The Government of Italy..., 1995: 76).

Ogólnie można stwierdzić, że wiele grup osób migrujących ma znacząco mniejsze uprawnienia niż obywatele państw przyjmujących (Bollini, Siem 1995: 819–828).

Medyczne wykluczenia vs integracja medyczna

Zdarza się, że stan zdrowia staje się przyczyną zupełnie dosłownego wykluczenia osoby z życia zbiorowości. W przeszłości dochodziło do tworzenia miejsc odosobnienia dla ludzi dotkniętych niektórymi chorobami, czego najbardziej znanym przykładem były osiedla dla trędowatych. Współcześnie największa groźba wykluczeń wiąże się najczęściej z problemami AIDS. Szeroko postrzegane jest niebezpieczeństwo niedopuszczania do pracy nosicieli wirusa HIV, które niekiedy staje się faktem. Normy międzynarodowe tworzą w tej dziedzinie pewne zabezpieczenia, ale nie ulega wątpliwości, że jądro problemu tkwi w świadomości ludzi. Jednak warto dostrzec, że w przypadku AIDS nie tylko bariery w więziach społecznych są problemem. Bardzo często sama służba zdrowia tworzy dodatkowe bariery. Lęk pracowników medycznych, którzy lecząc nosicieli sami stają się grupą podwyższonego ryzyka, często utrudnia dostęp do świadczeń ludziom, którzy ich szczególnie potrzebują. Znane są sytuacje amerykańskie, w których pacjenci-nosiciele mają utrudniony dostęp do świadczeń. Warto więc rozpoznać rozwiązania tego problemu przyjmowane w różnych krajach europejskich.

W Hiszpanii świadczenia dla nosicieli HIV są oferowane przez centra podstawowej opieki zdrowotnej (The Government of Spain..., 1995: 176). Odmienne podejście zostało przyjęte w Austrii, gdzie tworzy się wyspecjalizowane w leczeniu AIDS oddziały szpitalne (The Government of Austria..., 1995: 62). Warto jednak odnotować, że w tym kraju bardzo ważną rolę w zwalczaniu AIDS odgrywają nie tylko masowe kampanie edukacyjne, ale także indywidualne i poradnictwo, które prowadzone są przy prze-

¹⁴ Takie przypadki wystąpiły w Hiszpanii, choć były „rzadko” stosowane, w porównaniu z innymi państwami (The Governments of Spain... 1995: 290).

strzeganiu zasady anonimowości. W Norwegii nowe prawo dotyczące chorób zakaźnych, także AIDS, weszło w życie na początku lat 90. Wprowadzono wzmożone zasady profesjonalnej tajemnicy, ale także wprowadzono różne obowiązki osób zainfekowanych. Mają one obowiązek poddawania się badaniom lekarskim, a także ujawniania źródeł zakażenia. W skrajnych przypadkach możliwe jest stosowanie przymusu (The Government of Norway..., 1995: 20).

Dyskusje wokół dostępności

Na poziomie politycznych deklaracji sprawiedliwość w zdrowiu i opiece zdrowotnej pozostaje w wielu krajach celem strategii zdrowotnych. Istotną rolę odgrywają tu inspiracje międzynarodowe. Dobrze znany program „Zdrowie dla wszystkich” lansowany od końca lat 70. przez Międzynarodową Organizację Zdrowia (WHO), kładzie bardzo wyraźny nacisk na ten problem¹⁵. Można więc postawić tezę, że w perspektywie międzynarodowej poparcie *equity* jest manifestacją swoistej politycznej poprawności.

Tendencja ta jest przenoszona na politykę zdrowotną wielu krajów, w których sprawiedliwość jest definiowana jako cel polityczny najwyższej rangi. Podejście takie jest wyraźne w krajach skandynawskich. W Finlandii i Norwegii jest to *explicite* formułowany cel (Salmela 1993; Grytten i in. 1995), a w Szwecji, która radykalnie reformowała sektor zdrowotny, podkreślono, że zmiany te muszą być zgodne z zasadą sprawiedliwości (Hakansson 1994). Ten sposób stawiania problemu jest stosowany także w innych krajach. We Włoszech znaczenie tego celu akcentowano zwłaszcza w związku z wdrażanym planem zmian decentralizujących uprawnienia decyzyjne w systemie opieki zdrowotnej (Neroni, Sargentini 1994). W Holandii udało się osiągnąć ugodę między partiami opozycyjnymi i partiami koalicji rządowej w sprawie uznania sprawiedliwości w zdrowiu jako wspólnego celu (Mackenbach 1994). W Niemczech w ramach reformy wprowadzono mechanizm kompensujący różnice w strukturze ryzyka poszczególnych kas chorych, aby – w imię sprawiedliwości – wyrównać ich sytuację finansową (Files, Murray 1995: 300–309).

Nowe tendencje

Nawet jeśli uznać, że polityczna akceptacja idei sprawiedliwości stanowi solidną bazę polityki zdrowotnej państw europejskich, to w ostatnich latach w bazie tej pojawiły się wyraźne rysy. Było to związane ze wzrastającymi wpływami neoliberalizmu, nasilaniem się tendencji indywidualistycznych i kryzysem *welfare state* (Lindbladh i in. 1998). Wielu autorów akcentując rolę wolnego rynku krytykowało mechanizmy publicznej interwencji w proces alokacji zasobów, bez której zasada *equity* w zdrowiu i opiece zdrowotnej nie

¹⁵ Zob. *Targets for Health...*, 1991 i kolejną modyfikację dokonaną w roku 1998, w której potwierdzono zasadę sprawiedliwości.

da się praktycznie urzeczywistnić. Krytyka braku efektywności działań podejmowanych przez państwo opiekuńcze – nieraz określane jako „wady rządu” (*government's failers*), przeciwstawiane eksponowanym dawniej „wadom rynku” (*market failers*) – prowadziła do odrzucania publicznych zobowiązań także w sferze zdrowia, co także musiało prowadzić do rezygnacji z idei sprawiedliwości. W płaszczyźnie bardziej specyficznej dla sektora zdrowotnego w wielu krajach europejskich rozważano wprowadzenie reform, które wzmacniając działanie mechanizmów rynkowych godziły się, *explicite* lub *implicit*, na osłabianie mechanizmów broniących zasady sprawiedliwości. Historycznie bowiem sytuacja ukształtowała się w taki sposób, że zasada sprawiedliwości była na ogół realizowana przez publiczne systemy opieki zdrowotnej, które były zarządzane przez ciała administracyjne i stąd nie uczestniczyły w grze rynkowej (Vagero 1994). Osłabienie kontroli administracyjnej i zastąpienie jej oddziaływaniem rynku wyglądało na odejście od tej zasady. Częste i wyraźne podkreślanie walorów konkurencji jako użytecznej w poprawianiu działania opieki zdrowotnej i nacisk na ekonomiczne rozumienia pojęcia *efficiency*, zmieniało społeczny klimat, w którym stawiano problem sprawiedliwości. Nawet jeśli w decyzjach reformatorskich nie dochodziło wprost do rezygnacji z samej zasady, to powstawało wrażenie, że w przyszłości rezygnacja taka jest możliwa.

Dyskusja dotycząca tych problemów była szczególnie intensywna w Wielkiej Brytanii. Jej przebieg – a zwłaszcza finał¹⁶ – mogą być pouczające dla wielu innych krajów, jeśli zważy się, że to właśnie tam zasada sprawiedliwości była przez wiele lat eksponowana ze szczególną siłą. Od samego początku swojego istnienia Brytyjska Narodowa Służba Zdrowia (NHS) była oparta na zasadzie sprawiedliwości, która została sformułowana w powołującym ją do życia akcie prawnym (Challis, Henwood 1994). Tymczasem w wielu dyskusjach prowadzonych w latach 90. zasady te zaczęły być podawane w wątpliwość. Niektórzy pisarze twierdzili, że sprawiedliwość jest koncepcją „staroświecką, utopijną i nieosiągalną”, która nie powinna być stosowana w polityce zdrowotnej (Bradshaw, Bradshaw 1995). W wielu przypadkach krytyka tradycyjnych zasad NHS była oparta nie tyle na empirycznych argumentach, ile przede wszystkim na argumentach wywodzonych z neoliberalnej filozofii społecznej (Royce 1995). Nie brakło także głosów, że w pierwszych fazach reformy debata o sprawiedliwości jest przedwczesna, bowiem wprowadzenie rynku wewnętrznego nie musiało być jednoznaczne z akceptacją nierówności. Podkreślano, że w chwili wprowadzania reformy nabywcy świadczeń – administracja publiczna – pozostawali odpowiedzialni za ocenę zdrowotnych potrzeb ludności, czego integralną częścią musiała pozostawać ocena sprawiedliwości w dostępie i korzystaniu (Majeed i in. 1994).

Proces politycznych przemian w Wielkiej Brytanii dopisał pointę do toczonych w pierwszej połowie lat 90. sporów. Kiedy Partia Pracy objęła władzę w 1997 r. zapowiedziała rewizję zasad wprowadzonej wcześniej reformy. Zamierzenia nowej ekipy zostały przedstawione w grudniu tego samego roku w dokumencie (*White*

¹⁶ Podkreślić należy, że jest to finał relatywny, znamieny dla kolejnego etapu nie kończącego się procesu tworzenia i wdrażania polityki zdrowotnej.

Paper) zatytułowanym „Nowa NHS: nowoczesna i niezawodna” (The New National..., 1997). Jednym z punktów szczególnie mocno krytykowanych było wprowadzenie wewnętrznego rynku, który poprzez mechanizm konkurencji między świadczeniodawcami wymuszał różnicowanie warunków udzielania świadczeń. Także powierzenie lekarzom rodzinnym budżetu przeznaczonego na opłacanie świadczeń specjalistycznych udzielanych ich pacjentom spowodowało negatywne konsekwencje. Konsekwencje te dotyczyły, z jednej strony, przesunięcia uwagi lekarzy na sprawy finansowe, a z drugiej postawienia specjalistów i szpitali wobec faktu powstania dwóch kategorii pacjentów, za których ich lekarze rodzinni opłacali usługi, oraz pozostałych. Nie ulega wątpliwości, że obie te kwestie wpływały negatywnie na problemy związane ze sprawiedliwością i – wobec ideologicznego nastawienia „nowej partii pracy” taki stan rzeczy nie mógł być tolerowany. To jednak, co zwracało uwagę w dokumencie i co dostrzegali komentatorzy, to słabość empirycznego dowodu, który uzasadniał krytykę polityczną (Powell 1998). Tak jak poprzednio chwalono rynek wewnętrzny bez nadmiernej troski o społeczne konsekwencje jego wprowadzenia, tak kilka lat później odrzucono jego mechanizm, bez dokładnego zbadania jego rzeczywistego wpływu.

Jednak niezależnie od sporów na temat empirycznych walorów rynkowych rozwiązań klimat społeczny wokół nich ulega w ostatnich latach przemianom. W powszechnej świadomości krajów europejskich pojawia się na nowo tęsknota do silniejszej interwencji opiekuńczego państwa. Jest to często związane z postrzeganiem dziedziczeniem pozycji społecznej, zwłaszcza tej upośledzonej, czego jednostka działając w pojedynkę nie jest w stanie przełamać (Evans 1997).

Problem racjonowania

Bardzo ważnym wątkiem dyskusji o reformie i sprawiedliwości był problem racjonowania. Dla naszych analiz jest to sprawa o fundamentalnym znaczeniu, racjonowanie oznacza bowiem, że osobie potrzebującej odmawia się pomocy: jest ona odrzucona i wykluczona. Racjonalnym argumentem uzasadniającym wykluczenie jest twierdzenie, że osoba ta nie może odnieść dostatecznie dużej korzyści z oferowanego jej świadczenia. Podstawy odrzucenia mogą być różne¹⁷; wiek (osobie starszej nie wszczepia się protezy biodra, stan zdrowia (u osoby chorej na nowotwór nie przeprowadza się operacji oka), zachowania (osobie palącej odmawia się operacji serca).

Z teoretycznego punktu widzenia nie jest to problem nowy. Już od dawna zauważono, że kiedy wola korzystania ze świadczeń przewyższa zdolności wytwarzania tych świadczeń – a nie działa rynek i cena nie jest barierą w dostępie – konieczne jest konstruowanie jakiegoś mechanizmu regulacyjnego (Foster 1983). Sytuacja ta ujawniała się w sposób trywialny w postaci kolejek przed gabinetem lekarza, albo w sposób bardziej dramatyczny w postaci konkurencji o korzystanie z dializy. Ad-

¹⁷ Oczywiście pomijam tu podstawową kwestię, jaką jest posiadanie uprawnień do korzystania; osoba ich nie posiadająca jest wykluczona *a priori*, ale nie jest to sprawa związana z racjonowaniem.

administratorzy opieki zdrowotnej akceptowali wówczas mechanizmy ukrytego racjonowania, pozostawiając lekarzom dokonywanie trudnych wyborów. Jednak z czasem, a zwłaszcza z rozwojem technologii medycznych, okazało się, że nadmiar oczekiwań wobec możliwości ich zaspokojenia jest stałą, chciałoby się powiedzieć: strukturalną, cechą współczesnej opieki zdrowotnej. Stare metody kontroli dostępności okazują się niewystarczające i stąd niektórzy badacze traktują racjonowanie jako najważniejszy problem polityki zdrowotnej.

Klasycznym przykładem wprowadzenia jawnego racjonowania jest doświadczenia amerykańskiego stanu Oregon (Kirk 1993: 13–23). Lokalna legislatura zainicjowała przygotowanie listy świadczeń dostępnych pacjentom korzystającym z programu o nazwie Medicaid. Zadanie to zrealizowano budując specyficzną listę rankingową, na której różne procedury terapeutyczne zostały uporządkowane według kryterium wielkości uzyskiwanego efektu zdrowotnego, a na pierwszych miejscach znalazły się procedury ratujące życie. Lista została podzielona na dwie części i pacjentom *explicite* odmówiono dostępu do świadczeń znajdujących się w drugiej części listy. Faktem jest jednak, że dzięki oszczędnościom uzyskanym dzięki ograniczeniu zakresu świadczeń możliwe było zwiększenie liczby osób uprawnionych do korzystania. Należy pamiętać, że program Medicaid jest dla ludzi poniżej linii ubóstwa i wprowadzona zmiana zmniejszyła liczbę tych, którzy byli wykluczeni z programu. Tak więc wykluczenia w jednej dziedzinie były rekompensowane włączeniem w innej. Należy jednak także pamiętać, że restrykcje wynikające z jawnego racjonowania dotyczyły tylko ludzi biednych, zmuszonych do korzystania z Medicaid. Ludzie bogaci, mający dobre ubezpieczenia, nie stawali przed koniecznością rezygnacji z żadnych świadczeń.

Doświadczenie oregońskie wywarło bardzo silny wpływ na wzrost zainteresowania problemami racjonowania w krajach europejskich. Ujawniano fakty rzeczywistego racjonowania w sytuacjach, w których opinia publiczna nie zdawała sobie sprawy, że ograniczenia mają miejsce. Ujawniano przede wszystkim rolę list oczekujących jako podstawową metodę racjonowania (Malek 1994). Wskazywano, że wiek znacznie częściej niż powszechnie sądzono staje się czynnikiem zmniejszającym dostęp do świadczenia i to w krajach o tradycjach równego dostępu, takich jak Wielka Brytania (Ebrahi 1995) i Szwecja (Nilstun, Ohlsson 1995).

Najważniejszy problem wynika ze zmieniającego się podejścia do sprawy racjonowania. Z dyskusji prowadzonych w wielu krajach wyłania się wzrastająca świadomość nieuchronności stosowania tego mechanizmu. Wydaje się, że polityka zdrowotna staje przed dylematem: albo stosować mechanizmy rynkowe, które nieuchronnie dyskryminują biednych, albo stosować jawne racjonowanie, w którym można stosować takie kryteria wykluczenia, które zyskują większą społeczną aprobatę (*Priorities in Health Care...*, 1995).

Korzystanie z opieki zdrowotnej

Ogólnie można stwierdzić, że korzystanie z opieki zdrowotnej grup społecznie upośledzonych jest gorsze niż grup mających wyższy status. Trudności w rozwinięciu tego twierdzenia wiążą się z interpretacją określenia „gorsze korzystanie”. Sama intensywność korzystania, a więc liczba wizyt u lekarza, albo liczba badań czy testów, nie jest bowiem dobrą miarą adekwatności korzystania. Struktura i intensywność korzystania musi być odnoszona do stanu zdrowia albo – jak niektórzy mówią – do potrzeby zdrowotnej. „Dobre” czy „odpowiednie” korzystanie powinno być intensywne, jeśli tego wymaga potrzeba, ale w innych sytuacjach korzystanie ilościowo identyczne byłoby skutkiem zachowań hipochondrycznych. Sprawę komplikuje również wpływ narodowych wzorów korzystania. Jest faktem powszechnie znanym, że Niemcy i Włosi chodzą do lekarzy znacznie częściej niż mieszkańcy krajów skandynawskich, i – oczywiście – nie jest to dowodem, że Szwedzi są upośledzeni w dostępie do opieki zdrowotnej. Wszystko to sprawia, że porównywanie danych liczbowych dotyczących korzystania musi być dokonywane z dużą ostrożnością.

Korzystanie „swoich”

Wyniki badań korzystania przez „swoich” dostarczają obrazu bardzo zróżnicowanego. Prawie zawsze, kiedy rozporządzamy dostatecznie dużą liczbą badań, można odkryć zjawiska zarówno pozytywne, jak i negatywne. Z jednej strony nie ulega wątpliwości, że wszędzie można znaleźć jakieś przejawy niesprawiedliwego korzystania (przy uwzględnieniu tych samych potrzeb), ale jednocześnie prawie wszędzie można znaleźć przykłady sprawiedliwego dostępu i korzystania. Bywa, że to bardzo specyficzny wskaźnik – np. typ świadczeń – różnicuje sytuację. Jeśli zatem jakiś kraj dostarcza obrazu mało zróżnicowanego – taka sytuacja dotyczy Hiszpanii (Navarro-Rubio i in. 1995) – to jest prawdopodobne, że wynika to z braku wystarczającej informacji o badaniach, a nie istnieniu negatywnych jedynie trendów.

Komplikacje dotyczące interpretacji różnic w korzystaniu dobrze ilustruje przypadek Włoch. Z jednej strony można znaleźć badania, z których wynika, że opieka zdrowotna nie jest konsumowana jednakowo intensywnie przez ludzi o tym samym poziomie potrzeb (Paci, Wagstaff 1993). Różnice w częstotliwości wizyt u lekarza ogólnego między grupą o wysokim i niskim wykształceniu pozostawały w stosunku jak 1 do 1,96, ale różnice korzystania z profilaktycznych badań ginekologicznych jak 1 do 0,47 (Costa, Faggiano 1993). Badacze mieli podstawy, by stwierdzać, że liczne nierówności w korzystaniu między mieszkańcami północnych i południowych Włoch wynikały z różnic w dostępie do służby zdrowia (Vineis, Paci 1995). Jednocześnie okazało się, że grupy ekonomicznie słabsze częściej korzystają z pomocy medycznej, niekiedy ponad potrzeby wynikające ze stanu ich zdrowia (Mapelli 1993). Pamiętać jednak należy, że „potrzeby” nie są obiektywnym wyznacznikiem intensywności korzystania. Ważny jest też czynnik zmienności w czasie. Przed epoką *welfare state* korzystanie grup słabszych

było wyraźnie niższe niż innych grup, ale ten aspekt upośledzenia był z czasem wyrównywany. We Włoszech stwierdzono, że liczba dzieci nie zaszczepionych urodzonych po roku 1968 niż dzieci urodzonych przed tym czasem (D'Amelio i in. 1993).

Równie niejednoznaczne wyniki pochodzą z Norwegii. Z jednej strony okazało się, że zamieszkiwanie na terenach o wysokim nasyceniu kadrami lekarską i placówkami udzielającymi świadczenia specjalistyczne zwiększa prawdopodobieństwo otrzymania takiego świadczenia (Fylkesnes 1993). Prawdopodobieństwo to było również wyższe dla osób posiadających wyższe wykształcenie. Z drugiej stwierdzono, że dochodowa elastyczność korzystania była bliska zeru, co potwierdzało hipotezę o braku wpływu pozycji dochodowej na szanse otrzymania świadczenia (Grytten i in. 1995). Dostępne są także wyniki badań, które wskazują, że miejsce zamieszkania nie ma wpływu na dostęp i korzystanie z podstawowej opieki zdrowotnej, nawet jeśli jest ona zarządzana w sposób zdecentralizowany (Sorensen i in. 1997). W istocie miejsce zamieszkania, poziom dochodu i poziom wykształcenia to różne wymiary położenia społecznego, które mogą wpływać na korzystanie w sposób niezależny od siebie. Ponadto korzystanie z opieki podstawowej może podlegać innym prawidłowościom niż korzystanie z opieki specjalistycznej. Tak więc przedstawione niezgodne wyniki mogą być traktowane jako komplementarne, wzbogacające wiedzę o zachodzących procesach. Ważne jest jednak, że nie dochodzi do kumulacji różnych czynników upośledzających korzystanie.

Podobnie niejednoznaczny obraz powstaje na podstawie wyników badań prowadzonych w Wielkiej Brytanii. Wśród zjawisk negatywnych stwierdzono, że mimo zasadniczego zwiększenia się liczby dzieci objętych szczepieniami różnice między biednymi i bogatymi obszarami utrzymały się, a nawet uległy powiększeniu (Reading i in. 1994). Stwierdzono także wyraźne różnice między regionami w korzystaniu ze świadczeń chirurgicznych w chorobach serca (Michaels i in. 1994). Ogólnie można by zatem stwierdzić, że w Wielkiej Brytanii występują liczne nierówności w korzystaniu z opieki podstawowej i specjalistycznej (Majeed i in. 1994). Problem jest jednak bardziej skomplikowany. O ile bowiem osoby należące do kwartyła najbiedniejszych rzadziej otrzymywali potrzebne świadczenia chirurgiczne, to częściej korzystali ze świadczeń lekarza ogólnego (Chaturvedi, Ben-Shlomo 1995). W innych badaniach stwierdzono, że chociaż niski dochód utrudniał korzystanie z niektórych świadczeń, to w przypadku wylewów decydujące było kryterium potrzeby (de Haan i in. 1993). Znalaziono również dowody, że wprowadzane programy prewencyjne zwiększają szanse sprawiedliwego korzystania (Orbell i in. 1995).

Pozytywne zjawiska można znaleźć w Finlandii. Z prowadzonych tam badań wynika, iż biorąc pod uwagę potrzeby, przedstawiciele niższych grup społecznych korzystają ze świadczeń szpitalnych na równi z innymi grupami (Keskimaki i in. 1995). Jednocześnie można było znaleźć dowody, że międzyregionalne nierówności w korzystaniu utrzymują się przez lata na nie zmienionym poziomie (Salmela 1993).

Korzystanie „obcych”

O ile charakterystyczną cechą korzystania przez „swoich” była niejednoznaczność wniosków wynikająca z braku dostatecznie precyzyjnych badań, o tyle w odniesieniu do „obcych” konkluzje są właściwie jednoznaczne. Ogólny wniosek jest bowiem taki, że praktycznie we wszystkich krajach przybysze mają ograniczony dostęp do świadczeń z powodów politycznych, administracyjnych i kulturowych (Bollini, Siem 1995). Dzieje się tak nawet wtedy, gdy formalne problemy dostępu są rozwiązane, co w niektórych krajach nie jest regułą, i kiedy brak określenia placówki udzielającej świadczenia jest dla przedstawicieli mniejszości dodatkową barierą (Bartman i in. 1997).

Niewiele jest badań dotyczących omawianego problemu. W Wielkiej Brytanii, nawet gdy ogólny poziom korzystania na poziomie opieki podstawowej nie odbiegał ilościowo od korzystania przez inne grupy społeczne, pojawiały się specyficzne różnice: mniej świadczeń prewencyjnych i mniej świadczeń specjalistycznych (Smaje, Grand 1997). Pojawiały się specyficzne uwarunkowania kulturowe – Chińczycy korzystali rzadziej ze świadczeń niż inne grupy, ale powszechnie stwierdzano, iż potrzeby kobiet w tych środowiskach pozostawały z reguły niezaspokojone (Lambert 1995). Badania prowadzone w Szwecji wykazały niski poziom korzystania ze świadczeń stomatologicznych; w populacji uchodźców mniej niż 40% osób odbyło wizytę u dentysty – co w tym kraju jest zachowaniem rutynowym (Zimmerman i in. 1995).

Stan zdrowia

Stara idea zależności między pozycją społeczną a zdrowiem, o której była mowa na wstępie, została zapomniana na początku XX w. Jej przypomnienie nastąpiło dopiero w latach 80., głównie dzięki opublikowanemu w Wielkiej Brytanii Raportowi Blacka (*The Black Report*, 1982). Od tego czasu trwa wzmożone zainteresowanie tą problematyką, czego dowodem są liczne badania prowadzone w różnych krajach i próby syntez. W efekcie świadomość istnienia tych zależności stawała się udziałem nie tylko badaczy, ale także polityków i administratorów – o czym świadczą także przedstawione wcześniej dokumenty europejskiej polityki społecznej.

Pewnym problemem – ważnym także dla interpretacji zjawiska wykluczeń – jest kierunek zależności przyczynowych między zdrowiem i położeniem społecznym. Na poziomie zagregowanych wyników problem ten nie może być rozstrzygnięty, w więc zasadne jest orzekanie jedynie o współwystępowaniu złej sytuacji społecznej i złego stanu zdrowia.

Zróznicowane szanse obywateli

Przy szerokim interpretowaniu zasady solidarności szanse ludzi w osiągnięciu dobrego zdrowia nie powinny być uzależnione od faktu bycia obywatelem określonego kraju.

Innymi słowy, zasada sprawiedliwości wymaga, aby stan zdrowia mieszkańców krajów należących do pewnej wspólnoty, członków Unii Europejskiej czy członków Rady Europy, nie był nadmiernie zróżnicowany.

Trudny problem wiąże się nie tyle z faktem występowania różnic, ile z mechanizmem ich powstawania. Powszechnie akceptowana jest teza o związku między bogactwem kraju a zdrowiem jego mieszkańców. Na ogół bogatsi żyją dłużej i cieszą się lepszym zdrowiem. Teza ta wymaga jednak pewnego uściślenia. Jest faktem, że przy niskich dochodach każde ich zwiększenie powoduje znaczną poprawę stanu zdrowia. Jednak przy wyższych dochodach wpływ ten nie jest tak wyraźny. Niektórzy autorzy twierdzą, że przy poziomie GDP powyżej 5000 dolarów na głowę (w cenach z początku lat 90.) związek ten przestaje być widoczny (Power 1994). Istnieje coraz więcej dowodów, że w krajach, w których poziom dochodu jest dostatecznie wysoki, czynnikiem, który najsilniej oddziałuje na zdrowie, jest rozpiętość dochodów pomiędzy bogatszymi i biedniejszymi grupami społecznymi. Społeczeństwa o mniejsze rozpiętości dochodów, szczególnie zapewniające grupom najgorzej sytuowanym większy udział w rzeczywistych dochodach, miały szansę być zdrowsze (Pond 1993: 195). Nie tylko rozpiętość odgrywa ważną rolę, ale także kierunek zmian tej rozpiętości: jej wzrost wpływa na pogarszanie się stanu zdrowia, podczas gdy zmniejszanie się przynosi efekty pozytywne¹⁸.

Zdrowie „swoich”

Wiele nowych badań potwierdza utrzymywanie się, a niekiedy nawet powiększanie się, różnic w stanie zdrowia między ludźmi z różnych klas społecznych, zawodowych i ekonomicznych. Stwierdzono, że we wszystkich krajach skandynawskich pracownicy fizyczni znacznie częściej niż pracownicy umysłowi skarżą się na dolegliwości zdrowotne, a spośród wszystkich porównywanych grup społecznych mężczyźni z klasy wyższej cieszą się najlepszym stanem zdrowia (Rahkonen i in. 1993). Kiedy badano bardziej specyficzne problemy ludzi starszych odkryto, że klasa społeczna jest zmienną najsilniej interweniującą (Thorslund, Lundberg 1994). Porównanie sytuacji w Wielkiej Brytanii i Finlandii ujawniło w obu krajach silny związek między przynależnością do grupy społeczno-zawodowej i stanem zdrowia, i słaby związek między klasą, do której należeli rodzice, i stanem zdrowia dzieci (Rahkonen i in. 1995). Wiele dowodów na istnienie nierówności z zdrowiu znaleziono we Włoszech (Paci, Wagstaff 1993). Dokonana tam ocena stanu zdrowia osób należących do różnych grup społecznych wykazała wyraźną zależność: im niższa klasa, tym gorszy stan zdrowia (Mapelli 1993). Badania prowadzone w Holandii ujawniły, że sytuacja życiowa przynajmniej częściowo wyjaśnia różnice w stanie zdrowia (Lucht, Groothoff

¹⁸ W literaturze jako jeden z dowodów przedstawia się przykład różnic w rozwoju sytuacji zdrowotnej w Wielkiej Brytanii i Japonii. Na początku lat 70. oczekiwane trwanie życia w obydwu krajach było niemal jednakowe, a także rozkład dochodów był zbliżony. W miarę upływu czasu sytuacja zdrowotna Japonii poprawiała się coraz bardziej. Jednocześnie rozkład dochodów pozostawał tam bardzo egalitarny, podczas gdy Wielka Brytania, realizująca politykę neoliberalną, akceptowała zwiększające się różnice dochodowe różnych grup ludności.

1995). Badania prowadzone w Wielkiej Brytanii wykazały, że poziom funkcjonalnej sprawności osób starszych zależy od pozycji zajmowanej przez nich wcześniej na rynku pracy (Arber, Ginn 1993).

Różnice w stanie zdrowia są w bardzo dużym stopniu powiązane z miejscem zamieszkania. Wiele dowodów potwierdzających tę zależność pochodzi z krajów basenu Morza Śródziemnego. Szereg badań prowadzonych we Włoszech wykazało uporczywe występowanie różnic wielu wskaźników zdrowotnych między północnymi i południowymi regionami kraju (Vineis, Paci 1995). W Hiszpanii w okresie 1975–1986 przestrzenne zróżnicowanie umieralności okołoporodowej wzrosło o blisko 80% (Vazquez-Vizoso i in 1993). Na drugim krańcu Europy w Finlandii i Norwegii stwierdzono, że w ciągu ostatnich 20 lat regionalne różnice w stanie zdrowia pozostały w zasadzie nie zmienione (Salmela 1993). Wiele dowodów pochodzi także z Wielkiej Brytanii. Dostrzeżono tam, że poprawa ogólnokrajowych wskaźników stanu zdrowia została osiągnięta kosztem zwiększenia się różnic międzyregionalnych (Bryce i in. 1994). Wiele bardziej szczegółowych miar potwierdzały tę ogólną tendencję. Dotyczyło to takich wskaźników, jak niska waga urodzeniowa (Reading i in. 1993), niedokrwienna choroba serca (Ben-Shlomo, Chaturvedi 1995), ogólny stan zdrowia dzieci (Reading i in. 1994a), stan jamy ustnej u dzieci (Elley, Langford 1993).

Dalsze potwierdzenie znalazła od lat sprawdzana hipoteza o wpływie poziomu edukacji na zdrowie. W Finlandii i Wielkiej Brytanii edukacja była czynnikiem najlepiej wyjaśniającym różnice w stanie zdrowia młodych dorosłych (Rahkonen i in. 1995). We Włoszech różnice wartości wskaźników umieralności ogólnej między grupą o najwyższym i najniższym poziomie wykształcenia (mężczyźni w wieku 18–54) układały się jak 58 do 155, a wskaźniki umieralności niemowląt plasowały się w przedziale 7,1 do 13,8 w zależności od wykształcenia matek (Costa, Faggiano 1993). Ale w Holandii, kraju o wyraźnych tradycjach egalitarystycznych, edukacja okazała się słabiej związana ze stanem zdrowia niż dochód i pozycja materialna (Stronks i in. 1997). Nie ulega jednak wątpliwości, i rosnąca liczba badań potwierdza tę zależność, że osiągnięte położenie społeczne ma decydujący wpływ na zdrowie, większe niż sytuacja rodziców, sytuacja rodzinna w dzieciństwie, a nawet wczesne powodzenia szkolne (Marmott i in. 1997). Stosunkowo nikły wpływ doświadczeń z dzieciństwa na stan zdrowia dorosłych znajduje poparcie także w innych badaniach, które były zrealizowane w Szwecji (Lundberg 1997). Natomiast własna historia zawodowa – i związana z tym pozycja majątkowa – wywierają bezpośredni wpływ na zdrowie ludzi starszych i to niezależnie od realizowanej polityki w zakresie świadczeń emerytalnych, która zmierzałaby do wyrównywania nierówności dochodowych (Dahl, Birkelund 1997).

Zdrowie „obcych”

Ostatnio badacze poświęcają uwagę problemom mniejszości etnicznych i imigrantów. Dzięki temu problemy, które w Stanach Zjednoczonych już od dawna stanowiły jeden z ważnych wątków analiz polityki społecznej, zostały uznane za ważne także

w Europie. Był on badany ze szczególną intensywnością w Szwecji. W toku tych badań stwierdzono, że bycie imigrantem tworzy ryzyko zdrowotne porównywalne z ryzykiem prowadzenia antyzdrowotnego stylu życia (Sundquist 1995). Zmienną, która najsilniej wpływała na zły stan zdrowia, był fakt bycia uchodźcą z Ameryki Południowej. Także w innych krajach wyraźne były widoczne różnice w stanie zdrowia na niekorzyść grup etnicznych (Benzeval i in. 1995). Dotyczyło to wielu wskaźników stanu zdrowia: umieralności okołoporodowej, umieralności powypadkowej, poziomu sprawności (Bolini, Siem 1995).

Wnioski

Przeprowadzona analiza pozwala na wyciągnięcie dwóch wniosków odnoszących się wprost do racji uzasadniających jej podjęcie, o których była mowa we wstępie.

Wniosek pierwszy dotyczy przydatności stosowania pojęcia wykluczenia społecznego w rozważaniu zdrowotnych aspektów sytuacji społecznej jednostki i grup. Z pewnością jego stosowanie pozwala zwrócić uwagę na nowe aspekty problemu, które przy stosowaniu tradycyjnej terminologii sprawiedliwości i równości pozostawały niedocenione. Zdrowie jako warunek uczestnictwa i zdrowie jako ofiara wykluczeń – to bardzo ważna problematyka polityki społecznej.

Jednocześnie warto dostrzec pewne dodatkowe implikacje stosowania tego pojęcia. W dążeniu do zastąpienia kategorii ubóstwa kategorią wykluczenia niektórzy autorzy dostrzegli także element gry politycznej. Rzecz w tym, że dla wielu rządów wygodniej jest posługiwać się wieloaspektowym i trudno mierzalnym pojęciem wykluczeń aniżeli statystycznie weryfikowanym pojęciem ubóstwa¹⁹. Z tego punktu widzenia płynność zakresu pojęcia wykluczenia jest jego zaletą, także ze względu na trudności w ustaleniu politycznej odpowiedzialności, które doprowadziły do rozległych, ale niedookreślonych skutków społecznych. Można przy tej okazji postawić pytanie o przyczyny popularności i atrakcyjności pojęcia wykluczenia, które bezpośrednio nie jest stopniowalne, podczas gdy pojęcie marginalizacji, lepiej oddające gradacyjność procesów prowadzących ostatecznie do wykluczeń, traci na popularności. Posługując się pojęciem wykluczeń warto więc sprawdzać jego rzeczywistą przydatność w stawianiu i rozwiązywaniu problemów polityki społecznej.

Wniosek drugi dotyczy doświadczeń krajów należących od Unii jako ewentualnej podstawy budowania standardów polityki zdrowotnej, które w przyszłości byłyby stosowane także przez nowych członków. Wbrew stereotypowym oczekiwaniom doświadczenie to tylko częściowo potwierdza przekonanie, że w Europie powszechnie rozwija się otwartą i antydyskryminacyjną politykę, zmierzającą do eliminacji wykluczeń. Mimo podejmowanych wysiłków wciąż jest zaskakująco dużo niesprawiedliwo-

¹⁹ Formułując to twierdzenie autor powoływał się na wywiady prowadzone z członkami Komisji Europejskiej. Por. Veit-Wilson 1996: 25.

ści i nierówności, podział na swoich i obcych trwa i – co gorsze – nie jest pewne, czy działania służące zmianie tego stanu rzeczy będą kontynuowane.

Możliwości wykluczeń pojawiają się już na poziomie uprawnień formalnych. Wprawdzie w niektórych krajach norma prawna daje wszystkim równe uprawnienia, ale są także kraje, w których zakres dostępnych świadczeń jest uzależniony od specjalnych tytułów albo specjalnych okoliczności. Wprawdzie zasada obywatelstwa pozwala przewyżać różne ograniczenia i zmniejsza groźbę wykluczeń, ale formalne zróżnicowanie obywateli jest faktem w wielu krajach. Natomiast znalezienie się poza własnym krajem w większości przypadków wydatnie pogarsza sytuację osoby potrzebującej, pomijając oczywiście tych, którzy są dostatecznie bogaci, aby łatwo przewyżać bariery uprawnień i dostępności. Warto natomiast zauważyć, że różne choroby są raczej – przynajmniej formalnie – źródłem dodatkowych uprawnień, a nie stają się dodatkowymi przyczynami wykluczeń. Także w dziedzinie AIDS widać wysiłki zmierzające do integrowania nosicieli i chorych.

Nie budzi wątpliwości istnienie silnych związków między pozycją społeczną i zdrowiem. Bycie imigrantem lub członkiem mniejszości etnicznej, ale także brak wykształcenia, niska pozycja zawodowa, niskie dochody, zamieszkiwanie na terenach ekonomicznie mniej rozwiniętych – to czynniki wpływające na zły stan zdrowia. Związki te istnieją praktycznie we wszystkich krajach. Są dowody na to, że w niektórych przepaść zdrowotna między tymi, którym się powodzi lepiej, i tymi, którym powodzi się gorzej, stale się powiększa. Warto też pamiętać, że istnieje wyraźna przepaść zdrowotna między różnymi regionami i krajami Europy. Może być więc tak, że w jakimś sensie całe narody stają się przedmiotem wykluczenia.

Bardziej skomplikowane i mniej jednoznaczne zależności istnieją między pozycją społeczną a korzystaniem z opieki zdrowotnej. Wprawdzie bycie imigrantem i brak wykształcenia bardzo istotnie upośledzają korzystanie, ale już poziom dochodu albo miejsce zamieszkania mają – przynajmniej w niektórych krajach – mniejsze znaczenie. Wydaje się, że konsekwentna polityka zdrowotna niektórych krajów zmierzająca do zmniejszenia nierówności w tej dziedzinie doprowadziła do sukcesów. Ich doświadczenia warte są ze wszech miar poznania, ale budowanie standardów polityki społecznej redukującej i eliminującej wykluczenia wiążące się ze zdrowiem pozostaje problemem niezwykle trudnym.

Literatura

- Abel-Smith, B., J. Figueras, W. Holland, M. McKee, E. Mossialos (1995) *Choices in Health Policy. An Agenda for the European Union*, Office for Official Publications of the EC: Dartmouth.
- Abrahamson, P. (1994) *Welfare Pluralism: Towards a New Consensus for an European Social Policy*, w: *Poverty and Social Politics: The Changing of Social Europe*, Samiko Project: Copenhagen.

- Arber, S., J. Ginn (1993) *Gender and Inequalities in Health in Later Life*, „Social Science & Medicine”, 36(1).
- Bartman, B.A., E. Moy, L.J. D'Angelo (1997) *Access to Ambulatory Care for Adolescents: the Role of a Usual Source of Care*, „Journal of Health Care for the Poor & Underserved”, 8(2).
- Ben-Shlomo, Y., N. Chaturvedi (1995) *Assessing Equity in Access to Health Care Provision in the UK: does where you Live Affect your Chances of Getting a Coronary Artery Bypass Graft?*, „Journal Epidemiology Community Health”, 49(2).
- Benzeval, M., K. Judge, C. Smaje (1995) *Beyond Class, Race, and Ethnicity: Deprivation and Health in Britain*, „Health Services Research”, 30(1 Pt 2).
- Bollini, P., H. Siem (1995) *No Real Progress Towards Equity: Health of Migrants and Ethnic Minorities on the Eve of the Year 2000*. „Social Science Medicine”, 41(6).
- Bradshaw, G., P.L. Bradshaw (1995) *The Equity Debate Within the British National Health Service*, „Journal Nursing Manag.”, 3(4).
- Bryce, C., S. Curtis, J. Mohan (1994) *Coronary Heart Disease: Trends in Spatial Inequalities and Implications for Health Care Planning in England*, „Social Science & Medicine”, 38(5).
- Challis, L., M. Henwood (1994) *Equity in Community Care*, „BMJ”, 308(6942), 4 czerwca.
- Chaturvedi, N, Y. Ben-Shlomo (1995) *From the Surgery to the Surgeon: does Deprivation Influence Consultation and Operation Rates?*, „Br-J-Gen-Pract.”, 45(392).
- Costa, G., F. Faggiano (1993) *Equity in Health and in Health Care in Italy in the 80's*, „Abstr-Int-Soc-Technol-Assess-Health-Care.”, 9.
- Council Recommendation of 24 June 1992 on common criteria concerning sufficient resources and social assistance in social protection systems (92/441/EEC) OJ No L 245/46, 26 sierpnia.
- D'Amelio, R., T. Stroffolini, M. Wirz, R. Biselli, P.M. Matricardi, G. Gentili, C. Collotti, P. Pasquini (1993) *Tetanus Immunity Among Italians Born After the Introduction of Mandatory Vaccination of Children*, „Vaccine”, 11(9).
- Dahl, E., G.E. Birkelund (1997) *Health Inequalities in Later Life in a Social Democratic Welfare State*, „Social Science & Medicine.”, 44(6).
- De-Haan, R., M. Limburg, J. van-der-Meulen, G.A. van-den-Bos (1993) *Use of Health Care Services after Stroke*, „Qual-Health-Care”, 2(4).
- Duffy, K. (1997) *Opportunity and Risk: A Report on the Risks of Social Exclusion in Countries of Central and Eastern Europe*, Council of Europe (Initiative on Human Dignity and Social Exclusion).
- Ebrahi, S. (1995) *Public Health Implications of Ageing*, The Milroy Lecture, J-R-Coll-Physicians-Lond., 29(3).
- Elley, K.M., J.W. Langford (1993) *The Use of a Classification of Residential Neighbourhoods (ACORN) to Demonstrate Differences in Dental Health of Children Resident within the South Birmingham Health District and of Different Socio-economic Backgrounds*, „Community Dentistry Health”, 10(2).

- European Social Policy. Green Paper. Options for the Union* (1993) Directorate-General for Employment, Industrial Relations and Social Affairs, Brussels.
- Evans, G. (1997) *Political Ideology and Popular Beliefs About Class and Opportunity: Evidence from a Survey Experiment* (1997), „British Journal of Sociology”, 48(3).
- Files, A., M. Murray (1995) *German Risk Structure Compensation: Enhancing Equity and Effectiveness*, „Inquiry”, 32(3).
- Flynn, P. (1993) *Preface, Social Europe*, Supplement.
- For Europe of Civic and Social Rights* (1995–1996) Report by the Comité des Sages, Brussels, październik–luty.
- Foster, P. (1983) *Access to Welfare. An Introduction to Welfare Rationing*, Macmillan Press Ltd: London.
- Fylkesnes, K. (1993) *Determinants of Health Care Utilization-Visits and Referrals*, „Scandinavian Journal of Primary Health Care”, 21(1).
- Grytten, J., G. Rongen, R. Sorensen (1995) *Can a Public Health Care System Achieve Equity? The Norwegian Experience*, „Med-Care” 33(9), September.
- Hakansson, S. (1994) *New Ways of Financing and Organizing Health Care in Sweden*, „Int-J-Health-Plann-Manage” 9(1), January–March.
- Hehe, A. (1995) *Pakt społeczny i uprawnienia partnerów socjalnych*, w: *Negocjacje, droga do paktu społecznego*, PTPS i IPiSS, Warszawa.
- Joffe, M. (1996) *Health and Other European Policy Areas*, „Eurohealth”, 2(2).
- Keskimaki, I., M. Salinto, S. Aro (1995) *Socioeconomic Equity in Finnish Hospital Care in Relation to Need*, „SO: Social Science & Medicine”, 41(3).
- Kirk, E.P. (1993) *The Oregon Experience*, w: M. Tunbridge (red.), *Rationing of health care in medicine*, Royal College of Physicians: London.
- Kunst, A.E., J.P. Mackenbach (1995) *Measuring Socioeconomic Inequalities in Health*, WHO, Regional Office for Europe, Copenhagen.
- Lambert, M.I. (1995) *Migrant and Seasonal Farm Worker Women*, „Journal of Obstetric Gynecologic, and Neonatal Nursing”, 24(3).
- Leenen, H.J.J., G. Pinet, A.V. Prims (1986) *Trends in Health Legislation in Europe*, Masson: Paris–New York.
- Lindbladh, E., Ch. Lyttkens, B.S. Hanson (1998) *Ostergren PO. Equity is Out of Fashion? An Essay on Autonomy and Health Policy in the Individualized Society*, „Social Science & Medicine”, 46(8).
- Lipset, S.M. (1995) *Społeczne podstawy polityki*, PWN: Warszawa.
- Lundberg, O (1997) *Childhood Conditions, Sense of Coherence, Social Class and Adult ill Health: Exploring their Teoretical and Empirical Relations*, „Social Science & Medicine”, 44(6).
- Mackenbach, J.P. (1994) *Socioeconomic Inequalities in Health in The Netherlands: Impact of a Five Year Research Programme*, „BMJ”, 309(6967), 3 grudnia.
- Mahler, F. (1996) *Maldevelopment and Marginality*, w: J. Danecki (red.), *Insight into Maldevelopment. Reconsidering the Idea of Progress*, The University of Warsaw: Warsaw.

- The Government of Greece (1996) Seventh Report on the Implementation of European Social Charter.
- The Government of Italy (1995) Sixteenth Report on the Implementation of European Social Charter.
- The Government of Malta (1995) Fourth Report on the Implementation of European Social Charter.
- The Government of the Netherland (1995) Ninth Report on the Implementation of European Social Charter.
- The Government of Norway (1995) Sixteenth Report on the Implementation of European Social Charter.
- The Government of Spain (1995) Ninth Report on the Implementation of European Social Charter.
- The Government of Sweden (1995) Sixteenth Report on the Implementation of European Social Charter.
- The Government of the United Kingdom (1995) Sixteenth Report on the Implementation of European Social Charter.
- The New National Health Service: *Modern, Dependable, Secretary of State for Health* (1997) „HMSO”, Londyn, grudzień.
- Thorslund, M. O. Lundberg (1994) *Health and Inequalities Among the Oldest Old*, „J-Aging-Health”, 6(1).
- Towards a Europe of Solidarity. Intensifying the Fight against Social Exclusion, Fostering Integration. Communication from the Commission* (1992) Bruksela, grudzień.
- Townsend, P., N. Davidson (red.) (1982) *The Black Report. Inequalities in Health*, Penguin Books: Harmondworth.
- Widmaier, H.P. (1995) *O ładzie społecznym. Demokratyczna polityka społeczna. Logika biurokracji*, Friedrich Ebert Stiftung: Warszawa.
- Williams, A. (1994) *Economics, Society and Health Care Ethics*, w: R. Gillon (red.), *Principles of Health Care Ethics*, John Wiley & Sons: Chichester.
- Włodarczyk, C. (1996) *Polityka zdrowotna w społeczeństwie demokratycznym*, Łódź-Kraków-Warszawa.
- Working on European Social Policy: a Report on the Forum* (1996) Directorate-General V, European Social Policy Forum, Bruksela, 27–30 marca.
- World Development Report* (1993) Investing in Health, Published for World Bank Oxford University Press: Oxford.
- Vagero, D. (1994) *Equity and Efficiency in Health Reform. A European View*, „Social Science and Medicine”, 39(9).
- Van-der-Lucht, F., J. Groothoff (1995) *Social Inequalities and Health Among Children Aged 10–11 in The Netherlands: Causes and Consequences*, „Social Science & Medicine”, 40(9).
- Vazquez-Vizoso, F., J. Castilla, M. Pollan, G. Lopez-Abente (1993) *Assessment of Trends in Geographical Inequalities in Infant Mortality*, „Social Science & Medicine”, 37(3).

- Veit-Wilson, J. (1996) *Current Problems of Poverty Discourses – Issues for the Design and Operation of Governmental Minimum Standards*, w: S. Golinowska (red.), *Social Policy towards Poverty. Comparative Approach*, Warsaw.
- Vineis, P., E. Paci (1995) *Epidemiology and the Italian National Health Service*, „J.-Epidemiol.-Community-Health”, 49(6).
- Zimmerman, M., R. Bornstein, T. Martinsson (1995) *Utilization of Dental Services in Refugees in Sweden 1975–1985*, „Community-Dent-Oral-Epidemiol.”, 23(2).