

Godność osoby, zasady autonomii i solidarności w kontekście stanu epidemii

Streszczenie: Życie i zdrowie jako dobra fundamentalne są ważnym przedmiotem troski każdego człowieka. Powinien on cieszyć się w tym pomocą ze strony społeczności, w której żyje. Jeśli fundamentem życia społecznego jest zasada personalistyczna, uznanie pierwszeństwa godności osoby wśród innych wartości, budowane jest ono według reguł pomocniczości i solidarności. Zadaniem instytucji ochrony zdrowia jest stworzenie takich warunków, w których dostępne będą możliwie bezpieczne i skuteczne metody terapii i prewencji, a jednostka w sposób świadomy będzie mogła wybrać to, co w największym stopniu realizuje jej dobro, w zgodzie z uznaną przez siebie hierarchią wartości, przyjętym światopoglądem i życiowymi celami. Celem artykułu jest analiza relacji między społecznością i jednostką w dziedzinie ochrony zdrowia w stanie normalnym i podczas epidemii. Istnienie szczególnych zagrożeń może sugerować, że dopuszczalne są wyjątki od stosowania fundamentalnych reguł życia społecznego: autonomii, pomocniczości i solidarności społecznej. Uznanie jednak podstawowej wartości, jaką jest godność osoby, nakazuje stosowanie przez społeczność tych samych reguł, co w czasie zwykłym, jakkolwiek wiele działań instytucji publicznych jest w czasie większego zagrożenia intensyfikowanych.

Słowa kluczowe: autonomia osoby, epidemia, ochrona zdrowia, zasada pomocniczości, zasada solidarności

Human Dignity, Principles of Autonomy and Solidarity in the Context of Epidemic Conditions

Abstract: Life and health, as fundamental good things, are an important concern of every person. Everyone should enjoy the help of the community of which he is a member. If the personalistic principle is the foundation of social life, the recognition of the priority of a person's dignity of a person among other values, the principles of subsidiarity and solidarity should be the framework of social life. The task of health care institutions is to create conditions in which the safest and most effective methods of therapy and prevention are available, and the individual is able to consciously choose what best serves his or her best interest, in accordance with the hierarchy of values recognized by him or her, the adopted worldview and life goals. The aim of the article is to analyse the relationship between the community and the individual in the field of health care in normal conditions and during an epidemic. The existence of specific threats

may suggest that exceptions to the application of the fundamental rules of social life, autonomy, subsidiarity and social solidarity, are permissible. However, the recognition of the basic value of the dignity of a person requires the community to apply the same rules as in ordinary times, although many activities of public institutions are intensified in time of greater threat.

Keywords: autonomy of the person, epidemic, health care, subsidiarity, solidarity

Wprowadzenie

Życie współczesnych społeczeństw Zachodu oparte jest na idei godności osoby ludzkiej; do niej odnoszą się liczne międzynarodowe deklaracje i konwencje, a także konstytucje wielu państw. Afirmacja godności osoby pociąga za sobą uznanie jej niezbywalnych praw ograniczających ingerencję innych osób, a zwłaszcza instytucji społecznych w życie jednostki. Ograniczenia te dotyczą również sfery ochrony życia i zdrowia: każdy ma prawo decydowania o podejmowanych czynnościach diagnostycznych, profilaktycznych i terapeutycznych. Z drugiej strony decyzje poszczególnych osób powinny uwzględniać prawa innych, stąd postępowaniem w dziedzinie troski o zdrowie kierować powinna nie tylko zasada autonomii, lecz także odpowiedzialności za innych czy też solidarności. Zadaniem instytucji publicznych jest – zgodnie z zasadą pomocniczości – wspieranie obywateli w dbałości o ich zdrowie i życie.

Celem artykułu jest analiza relacji między społecznością i jednostką w dziedzinie ochrony zdrowia w stanie normalnym i podczas epidemii. W pierwszej części uwaga skupiona będzie na obowiązkach poszczególnych osób wobec siebie i wobec innych; druga część poświęcona będzie zadaniom społeczności i granicom jej ingerencji w życie obywateli – w tym, co odnosi się do troski o zdrowie. W trzeciej przeanalizowana zostanie szczególna dla ochrony sytuacja: zagrożenie wielkiej liczby osób chorobą zakaźną, czyli stan epidemii i ewentualne rozszerzenie uprawnień państwa w jej kontekście.

1. Zdrowie i życie w kontekście godności osoby – odpowiedzialność i solidarność

Życie jest dobrem, które spontanicznie rozpoznawane jest przez człowieka jako fundamentalne i warte zachowania; świadczy o tym okrzyk jednego z bohaterów powieści Aleksandra Dumasa *Karol Szalony*: „Niech mi wszystko zabiorą, sprzęty, srebra, domy! Niech wszystko rzucą na pastwę temu ludowi, ale niech mi życie zostawią!... (...) ja chcę żyć!” (Dumas 1910, 91). Doświadczenie uczy też, że choć podobnie jak Bétisac, wypowiadający powyższe słowa, ludzie gotowi są oddać wiele, by swoje życie ratować, to nie jest ono dobrem

najwyższym. Istnieje szereg dóbr w obronie których – zależnie od swego światopoglądu – ludzie są gotowi zaryzykować utratę życia; z szacunkiem wspominamy tych, którzy je poświęcili broniąc swego kraju, trwając w wyznawanej wierze albo ratując innych w czasie katastrof, epidemii lub wojen. Dlatego należy określić życie – i związane z nim zdrowie – nie tyle jako dobro najwyższe, ale fundamentalne, będące warunkiem osiągania przez człowieka innych dóbr, nawiązywania relacji społecznych, tworzenia kultury materialnej i duchowej.

Perspektywą, w której właściwie określić można miejsce życia w hierarchii dóbr, jest perspektywa antropologiczna, całościowy pogląd na człowieka, jego metafizyczną strukturę i status moralny. W niniejszej pracy przyjęta została personalistyczna koncepcja osoby ludzkiej jako jedności psychofizycznej i nośnika wrodzonej i niezbywalnej wartości, jaką jest osobowa godność. Życie i zdrowie ciała są cenne i powinny być przedmiotem ochrony, ponieważ ciało nie jest przedmiotem, który osoba „ma”, jak posiadać można wiele przedmiotów, lecz „jest” nim, przez nie wyraża siebie, działa i komunikuje się z innymi. Ciało, będące istotnym elementem struktury osobowego bytu, uczestniczy w godności osoby i nie może być dowolnie traktowane. Także i sam podmiot nie może swobodnie dysponować swoim ciałem (Morciniec 2020, 76).

Uznanie miejsca ciała w strukturze bytu ludzkiego pozwoliło wprowadzić do systemu ochrony praw człowieka nakaz szacunku dla tego fundamentalnego dobra. Szereg deklaracji, paktów i konwencji o zasięgu światowym lub regionalnym z *Powszechną Deklaracją Praw Człowieka* na czele potwierdza prawo każdej osoby do zachowania życia. To ogólne uprawnienie można rozłożyć na szereg bardziej szczegółowych: od bycia niepozbawionym życia, przez zachowanie integralności i nienaruszalności ciała po zagwarantowanie takich warunków, które będą służyły prawidłowemu rozwojowi i zachowaniu zdrowia. Warunki te rozumieć należy szeroko, zarówno co do przebywania w środowisku sprzyjającym zdrowiu i rozwojowi, jak i co do funkcjonowania instytucji społecznych wspomagających realizację prawa do życia – z aparatem bezpieczeństwa, systemem ochrony zdrowia i międzynarodowymi działaniami na rzecz trwałego pokoju i ochrony środowiska naturalnego (Skorowski 1996, 67-69; Jasionek 2005, 17-31; Tabaszewski 2016).

Uprawnienie rodzi zobowiązania: skoro jeden podmiot ma prawo do otrzymania lub zachowania jakiegoś dobra, inne podmioty nie powinny mu utrudniać realizacji tego prawa (na zasadzie wzajemności), zaś zadaniem społeczności jest stwarzanie warunków umożliwiających wszystkim jej członkom realizację ich celów. Jednak ze względu na relację łączącą osobę z jej ciałem pierwszym podmiotem zobowiązanym do troski o własne ciało jest sam człowiek. Właśnie on sam przez swój tryb życia, sposób odżywiania, zachowywanie higieny, uprawianie sportu czy stosowanie używek ma zasadniczy wpływ na stan własnego zdrowia.

Wybór tego, co sprzyja podtrzymywaniu życia i zachowaniu zdrowia, jest zobowiązaniem natury moralnej, które św. Tomasz z Akwinu wyprowadza z jednej z naturalnych inklinacji bytu – dążenia do zachowania własnego istnienia (Sylwestrzak 2019, 463).

Podejmowany jest on w wolności i powinien być odniesiony do szerszego kontekstu życia i fundamentalnych wyborów. Wolność ta bowiem może być ograniczona warunkami życia: kondycją środowiska w miejscu codziennego przebywania, stanem mieszkania lub innymi niezależnymi od podmiotu okolicznościami. Niesprzyjająca zdrowiu może być praca konieczna dla społeczności albo dieta ułożona według nakazów wyznawanej religii (Brown 2013, Kluz 2016, 56-58; Wikler 2002).

Prawo do życia uznawane jest z jedno z praw solidarnościowych, ponieważ jego realizacja niemożliwa jest bez wielopłaszczyznowego współdziałania jednostek i grup ludzkich. Nie wystarczy tu powierzchowne współczucie wobec czyjejś krzywdy lub słowne deklaracje dotyczące zaangażowania na rzecz wspólnego dobra. Potrzebny jest realny wysiłek każdego: powstrzymanie się od tego, co życie i zdrowie niszczy (bezpośredni zamach, ale i zatrucie środowiska, niedbałość o bezpieczeństwo pracy, podejmowanie ryzykownych zachowań, wchodzenie w nałogi...) i dbałość o poprawianie warunków życia własnego i innych, podejmowanie działań profilaktycznych (zachowanie higieny, badania okresowe i przesiewowe, szczepienia), nabywanie umiejętności postępowania w sytuacji zagrożenia życia, krwiodawstwo i gotowość pośmiertnego przekazania przeszczepów (Skorowski 1996, 64-67; Tabaszewski 2016). Działania niezbędne dla ochrony zdrowia i życia wykraczają jednak daleko poza możliwości jednostek czy lokalnych społeczności. Konieczna jest w tej sferze interwencja państwa.

2. Rola państwa w ochronie zdrowia

Mając na uwadze naturę zdrowia i życia jako dóbr podstawowych, ich ochronę i promocję można włączyć w zakres „dobra wspólnego”, gdyż należy do całokształtu warunków i instytucji umożliwiających rozwój każdego człowieka, pełne poszanowanie jego osobowej godności. Dlatego dbałość o życie i zdrowie każdego obywatela staje się naturalną częścią obowiązków państwa, którego celem jest dobro wspólne jego obywateli (Bartkowiak 2014; Marton-Gadoś 2014, 49; Zamelski 2012, 190). Aktywność instytucji społecznych na tym polu można nazwać „realizacją prawa do zdrowia”. Co prawda uprawnienie takie explicite w żadnym z aktów systemu ochrony praw człowieka się nie pojawia (samo to sformułowanie jest z wielu powodów dyskusyjne), ale wymienione są w nich inne dobra, mające bezpośredni związek ze stanem zdrowia (Galewicz 2014; Tabaszewski 2016). Państwom swoich działaniach powinno się kierować zasadami dobra wspólnego i pomocniczości, z poszanowaniem godności każdej osoby, w tym jej autonomii.

2.1. Zasada pomocniczości i dobra wspólnego

Jako punkt wyjścia przedstawić można dwa skrajne modele, według których mogą układać się relacje państwo – obywatel, także w sferze opieki zdrowotnej. Model libertariański, uznając podstawową wartość wolności jednostek i równość szans w dostępie do różnych dóbr, postuluje minimalizację ingerencji państwa we wszystkie dziedziny życia obywateli, również w ochronę zdrowia. Sfera ta jest pozostawiona swobodnym wyborom jednostek i ich inicjatywie, zarówno w sferze osobistych wyborów co do troski o zdrowie, jak i tworzenia zakładów leczniczych i ubezpieczeniowych. Pole świadczeń zdrowotnych jest tu pozostawione działaniu praw rynkowych, zadaniem ingerencji ze strony państwa jest zapewnienie swobody i równości działania podmiotów na tym rynku (Juzaszek 2014; Lewandowski 2013, 219; Nieszporska 2014, 82; O’Hara 2013).

Model kolektywistyczny widzi jednostkę nie jako wolne indywiduum, które z własnej inicjatywy troszczyć się będzie o zaspokojenie różnych potrzeb. Człowiek jest z konieczności częścią społeczności, której dobru podporządkowane są działania wszystkich jej członków. Państwo jest więc tym podmiotem, który wyznacza cele do osiągnięcia i wybiera właściwą do tego drogę, państwo organizuje życie swych obywateli przejmując odpowiedzialność za wiele jego elementów ograniczając tym samym wolność jednostek i tłumiąc ich inicjatywę. W dziedzinie ochrony zdrowia wyraża się to przez stworzenie publicznego, monopolistycznego i obowiązkowego systemu ubezpieczeń, który ma realizować zasadę solidarności wszystkich obywateli. Państwo nakłada także na jednostki liczne obowiązki, jak poddawanie się badaniom okresowym lub szczepieniom; może także zmuszać do leczenia zarówno te osoby, których stan zagraża innym, jak i wyłącznie im samym (przymus leczenia chorób w początkowych stadiach, tak by nie dopuścić do znacznego pogorszenia stanu zdrowia, niezdolności do pracy itp.), ponieważ przynosi to szkodę społeczności jako całości (Kowalczyk 1996, 108-117; O’Hara 2013; Skrzydlewski 2012, 163-169).

Odrzucając oba skrajne modele (które, jak się wydaje, w praktyce nigdzie nie są realizowane), wskazać można na model personalistyczny, respektujący godność osoby, wyważający prawa i odpowiedzialność obywateli i państwa, w celu zapewnienia jak najlepszej ochrony wszystkich dóbr, w tym życia i zdrowia.

W modelu tym nie odbiera się jednostkom ich podstawowych praw, nie znosi wolności i nie zdejmuje z nich ciężaru odpowiedzialności ani za nie same, ani za innych. Prawa te są wyraźnie potwierdzone, a wszyscy członkowie społeczności zachęceni do działania dla dobra wspólnego (Galewicz 2014, 68-69). Model ten opiera się na uznaniu godności każdego człowieka jako wartości podstawowej. Afirmacja osoby, a więc bezwzględny szacunek dla tej wartości, traktowanie jej wyłącznie jako cel, przyjęcie każdej osoby i umożliwienie jej pełnego – na miarę jej możliwości – rozwoju, to zasadnicza treść normy personalistycznej. Zasada ta wyznacza cel społeczności, jej dobro wspólne, które powstaje dzięki zaangażowaniu wszystkich jej członków (Majka 1982, 167-172; Styczeń i Szostek 1974; Szostek 1995, 79-81).

Obok zasady dobra wspólnego działanie państwa regulowane powinno być zasadą pomocniczości. Według niej społeczność nie powinna przejmować zadań, które mogą być wykonane przez jej członków z własnej inicjatywy i własnymi siłami. Zaangażowanie wyższych struktur powinno być ograniczone tylko do tych sytuacji, w których siły jednostek i małych grup są niewystarczające. Nadmierna ingerencja większych całości byłaby ograniczeniem wolności osób przez nakładanie na nie rozmaitych strukturalnych zależności, hamowanie ich inicjatywy i swobody wyboru celów i metod działania. Przestrzeganie zasady pomocniczości potwierdza służebny charakter społeczności względem jej członków: celem wspólnoty jest dobro jej uczestników. Życie współczesnych społeczeństw jest jednak tak bogate i skomplikowane, że wiele działań podejmowanych być musi na poziomie szerokich struktur; wydaje się, że ochrona zdrowia i życia obywateli jest jednym z takich zadań. Realizują je – na miarę swoich możliwości – samorządy lokalne, w pewnej zaś części władze centralne (Łuczka 2006, 317; Jurkowska i Owsiak 2010, 117-188; Talone 2008).

Stąd w większości współczesnych państw publiczne instytucje zapewniają dostęp do usług medycznych: profilaktyki (badań przesiewowych i okresowych, szczepień), leczenia, zaopatrzenia w leki i sprzęt medyczny oraz rehabilitacji. Państwo tworzy także zasady finansowania tych usług, czy to ze środków publicznych (z podatków lub ubezpieczeń społecznych), czy przez system prywatnych ubezpieczeń zdrowotnych. Finansowanie usług medycznych ze środków publicznych ma charakter bardziej solidarnościowy: poziom świadczonych usług nie zależy od wysokości płaconego podatku lub składki, a pomoc niezbędną dla ratowania życia otrzymują także osoby nie wnoszące swego wkładu do systemu. Z drugiej strony państwo nakłada na obywateli obowiązki i ograniczenia. Dotyczyć one mogą ochrony zdrowia bezpośrednio, jak obowiązek poddawania się okresowym badaniom czy przymus leczenia niektórych chorób, lub pośrednio, jak regulowanie obrotu żywnością czy ustanawianie zasad bezpieczeństwa pracy i ruchu drogowego (Kowalewski i Kowalewska 2014, 250-253; Łuczka 2006, 317; Jurkowska i Owsiak 2010, 117-188; Talone 2008).

2.2. Autonomia osoby w systemie ochrony zdrowia

Ważnym elementem personalistycznego modelu relacji jednostka – społeczność jest szacunek dla autonomii poszczególnych osób. W kontekście troski o zdrowie realizuje się to przez pozostawienie swobodnego wyboru co do podejmowanych czynności diagnostycznych i terapeutycznych.

Nie wchodząc w historię sporów terminologicznych powiedzieć można, że wybór ten dokonuje się na dwóch poziomach. Poziom obiektywny wiąże się z aktualnym stanem wiedzy i techniki medycznej; odróżnia się tu o proporcjonalne i nieproporcjonalne środki terapeutyczne. Ocena proporcjonalności opiera się na rozpoznaniu dostępnych środków

lecniczych i możliwości ich zastosowania w sytuacji konkretnego chorego, ryzyko z nimi związane oraz prawdopodobieństwo wystąpienia niekorzystnych skutków ubocznych, możliwość zastosowania procedur alternatywnych, wreszcie dystrybucję rozpatrywanych środków w systemie opieki. Rozwój medycyny sprawia, że konkretne terapie, dawniej uważane za nieproporcjonalne, na przykład ze względu na zbyt małą liczbę urządzeń potrzebnych do ich przeprowadzenia, po stopniowej poprawie wyposażenia szpitali zostały uznane za proporcjonalne; z drugiej strony odkrycie nieznanego dotąd ryzyka wystąpienia skutków niepożądanych może sprawić, że dana procedura staje się nieproporcjonalną. Oceny proporcjonalności dokonuje zespół terapeutyczny; opiera się ona na postawionej wcześniej diagnozie i uznaniu adekwatności środków do osiągnięcia zamierzonego medycznego celu; jej wynik zostaje przedstawiony pacjentowi (Ferdynus 2021, 73-74).

Pacjent zaś dokonuje własnego oszacowania przedstawionych mu możliwości leczniczych, uwzględniając uznawaną przez siebie hierarchię wartości, porządek życiowych celów czy możliwość realizacji przyjętych zobowiązań. Zwyczajność lub nadzwyczajność środka medycznego szacuje na podstawie przewidywanego wysiłku związanego z jego zdobyciem i stosowaniem, możliwego niepoddającego się uśmierzeniu bólu, kosztów, własnego strachu lub niechęci co do proponowanej terapii oraz przewidywanej skuteczności w odniesieniu do własnych oczekiwań, a także zgodności z przekonaniami moralnymi czy religijnymi. Jest to ocena subiektywna: jeden pacjent może podjąć ryzyko stosowania eksperymentalnej terapii o nie do końca znanej efektywności i skutkach ubocznych, inny – wyczerpany dotychczasowymi procedurami – może nie zgodzić się na podjęcie kolejnej próby, choćby ta nie wiązała się z jakimś poważnym ryzykiem (Ferdynus 2021, 74-75; Wróbel 1999, 412-414).

Dysponując odpowiednią wiedzą, mając wsparcie w osobach, które darzy zaufaniem, każdy pacjent podejmuje w kontekście swoich poglądów moralnych, wiary religijnej, przyjętych celów decyzje co do samego leczenia i wyboru niezbędnych środków. Powinny być to środki proporcjonalne (stosowanie nieproporcjonalnych jest medycznie niecelowe); jeśli są one również zwyczajne, można mówić i o obowiązku moralnym ich użycia ze względu na wartość zdrowia i życia; jeśli są nadzwyczajne – może je przyjąć lub z nich zrezygnować.

Należy tu dodać, że idealny ten model w praktyce zakłócany bywa przez brak wystarczających umiejętności komunikacji ze strony lekarza, a nawet niechęć do wchodzenia w osobową relację z pacjentem; problemem być tu może systemowy brak wsparcia lekarza przez psychologa. Z drugiej strony pacjent często nie ma wiedzy potrzebnej do zrozumienia zagadnień medycznych, jest w silnym stresie, poddaje się lękowi, naciskany też bywa przez swoich bliskich.

2.3. Ograniczenia autonomii osoby w kontekście ochrony zdrowia

Realizacja modelu personalistycznego w kontekście zdrowia i życia, uwzględniająca zasady pomocniczości, solidarności i autonomii, polega więc na tym, że każdy podejmuje odpowiedzialność za swoje życie i zdrowie zgodnie z przyjętą przez siebie hierarchią wartości i obranym życiowym celem; korzysta przy tym z pomocy społeczności, w której żyje: zarówno przez udział w systemie ubezpieczeń zdrowotnych i świadczeń medycznych, jak i przez zdobywanie wiedzy potrzebnej do dokonywania świadomych wyborów. Jednocześnie dba także o zachowanie tych dóbr dla innych. Wyraża się to w powstrzymywaniu się od bezpośredniego szkodenia, zapobieganiu zakażeniom, wypadkom czy zatruciom, trosce o środowisko naturalne. Znakiem solidarności jest też propagowanie rzetelnej wiedzy medycznej i pomoc w podejmowaniu decyzji związanych z profilaktyką i leczeniem (Garus-Pakowska i Pakowski 2011).

Zgodnie z zasadą personalistyczną ingerencja państwa w troskę obywatela o samego siebie jest bardzo ograniczona. Wobec niemożności przymuszenia do zastosowania jakiegokolwiek procedury medycznej społeczność przez różnorodną edukację prozdrowotną może kształtować jego poglądy, budować postawę odpowiedzialności za siebie i innych oraz zachęcać do podejmowania działań profilaktycznych (Schain 1980). Jednak w warunkach życia wspólnego, gdzie wolność jednej osoby stanowi granicę wolności innych i gdzie mogą powstawać konflikty interesów poszczególnych osób i grup państwo ma prawo ingerencji, której celem jest takie określenie granic wolności, by szanowane były prawa wszystkich, zwłaszcza najsłabszych. Działanie państwa dotyczyć winno przede wszystkim tych sytuacji, w których działanie lub zaniechanie jednych stwarza bezpośrednie zagrożenie dla zdrowia i życia innych. Pojawiają się one nie tylko w medycynie; można tu wymienić choćby unormowanie ruchu drogowego czy ochrony przeciwpożarowej. Jednocześnie w przestrzeni publicznej może trwać dyskusja nad tym, które obostrzenia są niezbędne, a które stanowią nieprzynoszące oczekiwanych efektów obciążenie. Dotyczyć to może na przykład dopuszczenia do obrotu substancji psychoaktywnych lub obowiązku korzystania z pasów bezpieczeństwa. W dziedzinie medycyny ingerencja państwa dotyczyć może sytuacji, w których stan zdrowia jednej osoby stwarza realne zagrożenie dla innych: chorób zakaźnych i niektórych sytuacji w sferze zdrowia psychicznego. W stanie bezpośredniego zagrożenia rozprzestrzenianiem się choroby lub agresją (autoagresją) podstawowym ograniczeniem jest izolacja chorego w bezpiecznych dla niego i otoczenia warunkach. W niektórych systemach wprowadza się tu także obowiązek leczenia, lecz zwolennicy bardziej liberalnego modelu społeczności podkreślają możliwość niewyrażenia przez chorego – o ile jest kompetentny – zgody na tę procedurę; wystarczające jest zapewnienie bezpieczeństwa otoczeniu chorego. Dalej idące regulacje mają charakter prewencyjny i dotyczą zagrożonych chorobami zakaźnymi. Mowa tu o innych niż izolacja formach nadzoru epidemiologicznego, badaniach przesiewowych, różnych zabiegach sanitarnych,

a także szczepieniach ochronnych. Konieczne być może także szczególne postępowanie z ciałami osób zmarłych (Garus-Pakowska i Pakowski. 2011; Meller 2021, 2-23; Rogowska 2019, 215).

Jednak, podobnie, jak w przypadku zabiegów medycznych zazwyczaj stosowanych, tak i wśród środków możliwych do narzucenia obywatelowi przez instytucje publiczne należy oddzielić proporcjonalne od nieproporcjonalnych. Dla ich rozróżnienia przyjęć należy te same kryteria, co w sytuacji autonomicznego wyboru przez pacjenta: medycznej skuteczności, dostępności, oceny możliwych skutków ubocznych. Możliwie obiektywna ocena działań medycznych jako proporcjonalnych jest niezmiennym warunkiem godziwości ich wykorzystania. Stosowanie przymusu państwowego ogranicza istotnie tylko subiektywną stronę decyzji medycznych – odnoszącą się do zwyczajności: ocena dokonywana przez pacjenta zostaje tu zastąpiona decyzją uprawnionej władzy, która w opisywanych warunkach może nie brać pod uwagę opinii i przekonań zainteresowanych osób. Przejęcie – na mocy zasady pomocniczości – odpowiedzialności za ochronę zdrowia i życia obywateli daje państwu prawo nakładania zobowiązań, także pod groźbą kary lub zastosowania przymusu bezpośredniego. Za godziwe jednak można uznać jedynie te, które mają charakter środków proporcjonalnych i – w miarę możliwości – zwyczajnych, zarówno w dziedzinie profilaktyki, jak i terapii; ważne jest także, aby obywatele w jakiejś formie uprawnienia państwa zatwierdzili i dzięki działaniom edukacyjnym stawali się świadomymi współpracownikami instytucji publicznych dla dobra wspólnego (Meller 2021, 23).

3. Stan epidemii – czy państwu wolno więcej?

Dotychczasowe rozważania odnosiły się do sytuacji zwykłych, gdy poziom zagrożenia zdrowia i życia nie przekracza poziomu „normalnego” czyli takiego, na który odpowiednie służby są zazwyczaj przygotowane. Zdarzają się jednak sytuacje czy dłuższe okresy, w których zdrowie i życie ludzi jest zagrożone w wyższym stopniu: wojna, nasilone migracje, klęski żywiołowe, awarie systemów zaopatrzenia w wodę lub usuwania odpadów. Utrudnione jest wówczas zachowanie podstawowych nawet zasad higieny, łatwo o skażenie źródeł wody i żywności, utrudniona jest kontrola sanitarna, a działanie instytucji ochrony zdrowia zaburzone. W takich sytuacjach może dojść do łatwego i niekontrolowanego rozprzestrzenienia się niektórych chorób, do znacznie większej niż w normalnych warunkach liczby zachorowań na jakimś terenie, czyli do epidemii.

W zależności od stopnia zakaźności choroby, czasu jej trwania, odsetka przypadków wymagających hospitalizacji i użycia specjalistycznego sprzętu, możliwych powikłań, wreszcie jej śmiertelności zależy, jak poważnym zagrożeniem dla społeczności jest epidemia. Rozpoznanie wielkości tego zagrożenia i jego rodzaju jest zadaniem instytucji publicznych; podejmowane działania powinny być proporcjonalnie do stwierdzonego niebezpieczeństwa.

Należy jednak podkreślić zobowiązania i odpowiedzialność poszczególnych osób. Przyjmując informacje o rodzaju i wielkości zagrożenia podejmują one konkretne decyzje, które bezpośrednio wpływają na przebieg wydarzeń, przede wszystkim na rozprzestrzenianie się choroby.

Można postawić pytanie, czy wobec poważnego zagrożenia, jakim jest epidemia państwo i jego instytucje mogą uzyskać szczególne uprawnienia. Polegałyby one na możliwości czasowego ograniczenia swobody działania obywateli w celu zapewnienia bezpieczeństwa całej społeczności. Szukając odpowiedzi na to pytanie nie można jednak zapomnieć, że nawet

stan nawet wielkiego zagrożenia epidemicznego nie znosi pierwszeństwa godności osoby jako dobra, które przede wszystkim powinno podlegać ochronie, zarówno ze strony jednostek, jak i społeczności. Podtrzymać więc należy wymóg szacunku dla autonomii każdej jednostki i zobowiązanie władz do tworzenia takich warunków, w których znajdzie ona odpowiednie warunki dla swego bezpieczeństwa i rozwoju. Podobnie więc, jak w warunkach normalnych, w stanie epidemii państwo pełni rolę pomocniczą wypełniając te zadania, których poszczególne jednostki czy małe ich stowarzyszenia zrealizować nie są w stanie.

Stan epidemii nie znosi także warunku godziwości stosowania środków ochrony zdrowia, jakim jest ich proporcjonalność. Żadna sytuacja nie usprawiedliwia bowiem korzystania ze zbyt ryzykownych, nieskutecznych w danych warunkach czy obciążonych nadmiernymi skutkami niepożądanymi metod leczenia lub prewencji. Drugi warunek – zwyczajność środków – jest związany z subiektywnymi poglądami i odczuciami pacjenta. Zwłaszcza w czasie epidemii instytucje ochrony zdrowia powinny uczynić wszystko, by członkowie zagrożonej społeczności zaakceptowali rozmaite ograniczenia i poddali się niezbędnym procedurom. Oddziaływanie władz nie może jednak być manipulacją, a opartym na prawdzie przekonywaniem związanym z tworzeniem takich warunków, w których poszczególne osoby z jednej strony będą czuły się bezpiecznie, z drugiej zaś przyjmą osobistą odpowiedzialność za wspólne dobro.

Zastosowanie tych reguł jest łatwiejsze, gdy znana jest natura choroby: czynnik ją wywołujący, stopień zakaźności, przebieg, odsetek przypadków ciężkich i zagrażających życiu, także możliwe do zastosowania środki prewencyjne i lecznicze. Wprowadza się bowiem w takich sytuacjach wypracowane wcześniej procedury wykorzystujące dostępne i odpowiednio skuteczne środki prewencji i leczenia. Podkreślić jednak należy, że instytucje państwowe mogą nakładać obowiązek podporządkowania się tym procedurom jedynie dla ochrony dobra wspólnego. Jeśli osoba chora lub zagrożona odmawia zastosowania się do narzuconych zasad, środki przymusu (także przymusu bezpośredniego) zastosować można jedynie w celu zapewnienia bezpieczeństwa innym.

Sytuacją szczególną jest pojawienie się zagrożenia nowego, o nieznanym do końca naturze. Takim był zidentyfikowany w 1981 r. wirus HIV (Barasa 2011), powstała w 2009 r. w wyniku mutacji znanych wirusów „świńska grypa” (Enserink i Cohen 2009) lub ciężki

ostry zespół oddechowy, wywoływany przez koronawirus SARS-CoV-2, którego pierwsze przypadki zanotowano w Chinach pod koniec 2019 r. Brak jest wówczas wystarczająco potwierdzonych informacji dotyczących natury zagrożenia, które mogłyby stanowić podstawę do podejmowania działań chroniących życie i zdrowie obywateli.

Wydaje się, że w tych warunkach, uznając odpowiedzialność instytucji publicznych za dobro wspólne, jakim jest ochrona zdrowia, można by dopuścić nałożenie na obywateli ograniczeń surowszych, zakładających istnienie większego (spośród możliwych wariantów) niebezpieczeństwa, tak by nie dopuścić do rozprzestrzenienia się choroby. Jednak w miarę uzyskiwania pewnych danych naukowych regulacje te należy niezwłocznie dostosowywać do stanu faktycznego. Niezbędna jest tu stała i otwarta komunikacja instytucji ze społeczeństwem; umiejętność jasnego przedstawiania celów przyjętych działań, rezygnacji z bieżącej, często krótkowzrocznej kalkulacji politycznej, a także przyznania, że – z różnych względów – nie ma możliwości wykonania przez władze tego, co jest w danej sytuacji korzystne lub nawet niezbędne.

Ważnym zagadnieniem jest także możliwość zastosowania w sytuacji nowego zagrożenia metod leczniczych lub profilaktycznych o nie do końca potwierdzonej skuteczności. Zazwyczaj chodzi tu nie o środki zupełnie nowe lecz znane już i o potwierdzonym bezpieczeństwie, choć nieznaną skuteczności wobec aktualnego zagrożenia. Przy ich wprowadzaniu bezwzględnie należy stosować reguły dotyczące eksperymentów terapeutycznych, zwłaszcza zasadę świadomej zgody pacjenta i pierwszeństwo jego bezpieczeństwa przed możliwym postępowaniem w terapii (Krzyżewska. 2016). Te same normy należy stosować poszukując nowych środków leczniczych czy zapobiegawczych; działanie pod presją czasu nie może usprawiedliwiać naruszenia godności osób: zarówno biorących udział w fazie eksperymentalnej, jak i tych, które przyjmują środki medyczne lub poddają się nowym procedurom bezpośrednio po ich zatwierdzeniu. Niedopuszczalne jest stosowanie przez władze przymusu korzystania z jakiegokolwiek formy terapii; konieczne wydaje się też wprowadzenie odpowiednich form zadośćuczynienia osobom poszkodowanym w związku ze stosowaniem nowych leków, szczepionek lub zabiegów.

Podsumowując zauważyć należy, że istotą epidemii jest zmiana ilościowa, nie zaś jakościowa, w porównaniu ze stanem normalnym: zwiększenie liczby zachorowań na jakimś obszarze. Nie ma więc powodów, by dokonywać istotnych zmian w uprawnieniach państwa wobec obywateli. Instytucje publiczne zintensyfikują swoje działania, lecz. możliwość poszerzonych ingerencji w życie obywateli powinna być dopuszczona tylko w wyjątkowych sytuacjach, za ich zgodą i na określony czas. Godność osoby powinna niezmiennie pozostawać dobrem najwyższym i przedmiotem jak najdalej idącej ochrony.

Podsumowanie

Dbłość o zachowanie życia i zdrowia jest obowiązkiem każdego człowieka, są to bowiem dobra podstawowe, umożliwiające osiągnięcie innych. W tej trosce jednostka z jednej strony potrzebuje pomocy, z drugiej zaś jest odpowiedzialna za zdrowie innych. W obu aspektach współpracuje z całą społecznością, reprezentowaną przez instytucje publiczne. Spośród możliwych modeli relacji między państwem a jednostką najwłaściwszy wydaje się personalistyczny, w którym godność osoby, jej autonomia i rozwój, są dobrami najważniejszymi. Państwo, zgodnie z zasadą pomocniczości wspiera jednostkę przez organizację systemu opieki zdrowotnej i określa reguły pozwalające solidarnie chronić dobro każdego obywatela, uznając jednocześnie autonomię jednostki w decydowaniu o tym, co dotyczy jej samej. Model ten pozostaje wzorcowy zarówno w czasie zwykłym, jak i w okresie szczególnego zagrożenia zdrowia i życia wielu osób, jakim jest epidemia. Ewentualne ograniczenia nakładane w tym czasie przez państwo na obywateli także muszą pozostawać w zgodzie z szacunkiem dla ludzkiej godności i być proporcjonalne do aktualnego niebezpieczeństwa. Odnosi się to zwłaszcza do wolności wobec podejmowania terapii; państwo może stosować wobec jednostek przymus wyłącznie w tym, co odnosi się do bezpieczeństwa innych osób.

Literatura

- Barasa, S. S. 2011. True story about HIV: theory of viral sequestration i reserve infection. *HIV/AIDS: Research i Palliative Care* 3, 125–133. <https://doi.org/10.2147/HIV.S26578>.
- Bartkowiak, L. 2014. Czy zdrowie jest dobrem wspólnym?. *Medyczna Wokanda* 6.6, 175–183.
- Brown, R. C. H. 2013. Moral responsibility for (un)healthy behaviour. *Journal of Medical Ethics* 39, 695–698. <https://doi.org/10.1136/medethics-2012-100774>.
- Dumas, A. 1910. *Karol Szalony*. Warszawa: Gebertner i Wolf.
- Enserink, M., Cohen, J. 2009. The Novel H1N1 Influenza. *Science* 5960, 1607. <https://doi.org/10.1126/science.326.5960.1607>.
- Ferdynus, M. 2021. O uprzejmej terapii oraz środkach zwyczajnych i nadzwyczajnych w polskim kontekście bioetycznym. Na marginesie dwóch debat Polskiego Towarzystwa Bioetycznego. *Roczniki Filozoficzne* 2, 65–81. <https://doi.org/10.18290/rf21692-3>.
- Galewicz, W. 2014. Zdrowie jako prawo człowieka. *Diametros* 42, 57–82. <https://doi.org/10.13153/diam.42.2014.682>.
- Garus-Pakowska, A, Pakowski, M. 2011. Elementy przymusu państwowego w służbie zdrowia publicznego — wybrane zagadnienia. *Medycyna Pracy* 1, 67–72.
- Jasionek, S. 2005. *Prawa człowieka*. Kraków: Wydawnictwo WAM.

- Jurkowska, A., Owsiak, K. 2010. Realizacja zasady pomocniczości w warunkach polskich - wybrane przykłady. *Zeszyty Naukowe Uniwersytetu Ekonomicznego w Krakowie* 840, 107-128.
- Juzaszek, M. 2014. Sprawiedliwość w opiece zdrowotnej z perspektywy różnych koncepcji liberalnego egalitaryzmu. *Diametros* 42, 106–123 <https://doi.org/10.13153/diam.42.2014.684>.
- Kluz, M. 2016. Troska o dar ludzkiego zdrowia. Odpowiedzialność osobista czy społeczna? *Teologia i Człowiek* 1, 47-62.
- Kowalczyk, S. 1996. *Człowiek a społeczność*. Lublin: Redakcja Wydawnictw KUL.
- Kowalewski, T., Kowalewska, J. K. 2014. Od solidarności do dobra wspólnego – koherentność zasad życia społecznego. *Myśl Ekonomiczna i Polityczna* 4, 245-255.
- Krzyżewska, B. 2016. Kodeks Norymberski a autonomia jednostki. *Studia Ecologiae et Bioethicae* 3, 171-191. <https://doi.org/10.21697/seb.2016.14.3.09>.
- Lewandowski, R. 2013. Perspective of control in the light of professional i managerial role within health care organisations. *Przedsiębiorczość i Zarządzanie* 10, part 1, 215–227.
- Łuczka, K. 2006. Zasada pomocniczości jako fundament nowoczesnego państwa. *Resovia Sacra* 13, 311-321.
- Majka, J. 1982. *Filozofia społeczna*. Wrocław: Wydawnictwo Wrocławskiej Księgarni Archidiecezjalnej.
- Marton-Gadoś, K. 2014. Dobra wspólne – metodologia badania zjawiska. *Myśl Ekonomiczna i Polityczna* 4, 40-73.
- Meller, J. (2021). State's Authority Concerning Health Protection in Ordinary Times and During Epidemics. *Studia Ecologiae et Bioethicae*, 4, 17–26. <https://doi.org/10.21697/seb.2021.19.4.02>.
- Morciniec, P. 2020. Status filozoficznomoralny i teologicznomoralny ludzkiego ciała, zwłok, komórek, tkanek i narządów w kontekście badań nad ludzkim materiałem biologicznym. W: J. Pawlikowski (red.), *Ciało ludzkie w badaniach naukowych i praktyce medycznej*. Warszawa: PZWL Wydawnictwo Lekarskie, 75-90.
- Nieszporska, S. 2014. Polityka państwa a sektor ochrony zdrowia w Polsce. *Ekonomiczne Problemy Usług* 113, 81-91.
- O'Hara, G. 2013. The Complexities of 'Consumerism': Choice, Collectivism i Participation within Britain's National Health Service, c.1961–c.1979. *Social History of Medicine* 2, 288–304. <https://doi.org/10.1093/shm/hks062>.
- Rogowska, K. 2019. Ochrona zdrowia jako strategiczny obszar zarządzania państwa. *Nierówności Społeczne a Wzrost Gospodarczy* 3, 212-225.
- Schain, W. S. 1980. Patients' rights in decision making: the case for personalism versus paternalism in health care. *Cancer* 46.S4: 1035-1041. [https://doi.org/10.1002/1097-0142\(19800815\)46:4+<1035::AID-CNCR2820461329>3.0.CO;2-H](https://doi.org/10.1002/1097-0142(19800815)46:4+<1035::AID-CNCR2820461329>3.0.CO;2-H).
- Skorowski, H. 1996. *Problematyka praw człowieka*. Warszawa: ATK.

- Skrzydlewski, P. 2012. Kolektywizm, indywidualizm a osobowa wizja człowieka. W: P. S. Mazur (red.), *Spór o osobę w świetle klasycznej koncepcji człowieka*. Kraków: Akademia Ignatianum Wydawnictwo WAM, 123-176.
- Styczeń, T., Szostek, A. 1974. Uwagi o istocie moralności. *Roczniki Filozoficzne* 2, 21-33.
- Sylwestrzak, A. 2019. Prawo natury w metodologii Akwinaty, *Studia Elbląskie* 20, 455-474.
- Tabaszewski, R. 2016. *Prawo do zdrowia w systemach ochrony praw człowieka*. Lublin: Wydawnictwo KUL.
- Talone, P. 2008. Principle of Subsidiarity: Challenges i Opportunities in Today's Health Care Environment. <https://www.chausa.org/publications/health-care-ethics-usa/article/spring-2008/principle-of-subsidiarity-challenges-and-opportunities-in-today's-health-care-environment> (dostęp: 09.10.2021).
- Wikler, D. 2002. Personal i Social Responsibility for Health. *Ethics & International Affairs* 2, 47-55. <https://doi.org/10.1111/J.1747-7093.2002.TB00396.X>.
- Wróbel, J. 1999. *Człowiek i medycyna. Teologicznomoralne podstawy ingerencji medycznych*. Kraków: Wydawnictwo Księży Sercanów.
- Zamelski, P. 2012. Wybrane koncepcje dobra wspólnego w ujęciu prawnonaturalnym i normatywnym. W: J. Jaskiernia (red.), *Efektywność europejskiego systemu ochrony praw człowieka. Ewolucja i warunkowania europejskiego systemu ochrony praw człowieka*. Toruń: Wydawnictwo Adam Marszałek, 180-206.