

ETYKA 60, NR 1/2021

Wybrane spory bioetyczne w polskiej przestrzeni publicznej. Analiza logiczno-retoryczna¹

DOI: <https://doi.org/10.14394/etyka.1327>

 Jan Hartman, Uniwersytet Jagielloński, Collegium Medicum

Debata bioetyczna w polskiej przestrzeni publicznej podporządkowana jest walce ideologicznej toczzonej pomiędzy środowiskami konserwatywnymi, skupionymi wokół Kościoła katolickiego a środowiskami liberalnymi, domagającymi się wprowadzenia w Polsce regulacji i praw podobnych do tych, jakie obowiązują w Europie Zachodniej. W artykule dokonano przeglądu i analizy wypowiedzi publicystycznych i politycznych w przykładowych trzech obszarach: aborcji, obowiązkowych szczepień oraz prawa do strajku personelu medycznego. Uderzającą cechą publicznych sporów bioetycznych w Polsce jest prawie całkowity brak świadomości istnienia bioetyki jako dyscypliny akademickiej dostarczającej wiedzy i ekspertyzy w tego rodzaju kwestiach.

Słowa kluczowe: bioetyka, aborcja, szczepienia

Selected bioethical discussions in Polish public space. Logic-rhetorical analysis

The bioethical debate in the Polish public space is subordinated to the ideological struggle between conservative circles, centered around the Catholic Church, and liberal circles, demanding the introduction of regulations and laws in Poland similar to those in force in Western Europe. The article reviews and analyzes journalistic and political statements in three exemplary areas: abortion, compulsory vaccinations and the right to strike of medical personnel. A striking feature of public bioethical disputes in Poland is the almost complete lack of awareness of the existence of bioethics as an academic discipline that provides knowledge and expertise on such issues.

Keywords: bioethics, abortion, vaccinations

1 Publikacja finansowana w ramach programu Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego pod nazwą „Narodowy Program Rozwoju Humanistyki” w latach 2016–2019, powstała w ramach projektu „Rozwój bioetyki partycypacyjnej”, nr 0185/NPRH4/H2b/83/2016, kierownik projektu: prof. dr hab. Paweł Łuków.



Celem niniejszego opracowania jest rozpoznanie statusu intelektualnego i retorycznego wypowiedzi publicznych leżących w obszarze zainteresowań bioetyki, przy czym będziemy mieli na uwadze polską przestrzeń publiczną i wybrane, najbardziej aktualne tematy dotyczące medycyny: usuwanie ciąży, obowiązek szczepień i strajki personelu medycznego. Są to kwestie bardzo od siebie odległe i w różny sposób kształtuje się związek każdej z nich – jako przedmiotu debaty publicznej – z akademicką bioetyką. Odmienna też jest w każdym przypadku świadomość ich etycznego charakteru. W odniesieniu do aborcji świadomość etycznej natury związanych z tym tematem kontrowersji jest bardzo silna i powszechna. W kwestii szczepień poczucie, że autonomia rodziców odnośnie do zaszczepiania dzieci wiąże się z pewnym konfliktem moralnym, stanowi pewne „odkrycie” dla uczestników sporu, podobnie jak w przypadku strajków personelu medycznego. Każde z tych zagadnień ma bardzo znaczący kontekst polityczny i faktycznie w każdym przypadku, gdy na nowo odżywa w realiach życia politycznego, nieodmiennie stanowi przedmiot propagandowej i politycznej rozgrywki.

Jakkolwiek polityczny wymiar moralnie drażliwych zagadnień zdrowia publicznego oraz medycyny w ogólności sam w sobie jest bardzo poważnym wyzwaniem dla racjonalnego i proceduralnie prawidłowego podejmowania decyzji regulacyjnych, w tym opracowaniu nie będziemy zajmować się polityką, lecz retoryką wypowiedzi publicznych. Będą to wypowiedzi prasowe oraz publiczne wypowiedzi osób zaangażowanych w procesy legislacyjne, takich jak posłowie i działacze społeczni. Niestety, nie możemy uwzględnić tak typowych dla innych krajów zachodniego kręgu kulturowego raportów i protokołów posiedzeń narodowych ciał bioetycznych, skupiających bioetyków oraz innych specjalistów i wydających miarodajne opinie, brane pod uwagę przez rządy i parlamenty w ich działalności prawotwórczej i regulacyjnej. Tylko raz, w ciągu roku 2008 i wyłącznie w zakresie noweli ustawowej odnośnie do procedur zapłodnienia pozaustrojowego, działał przy polskim rządzie zespół ds. bioetyki, powołany przez premiera. Jego raport, niejednoznaczny w swych konkluzjach, nie odegrał istotnej roli w procesie legislacyjnym. Na niższym szczeblu, tj. w ramach Ministerstwa Zdrowia, w latach 2013–2015 działał Zespół ds. Etyki w Ochronie Zdrowia, który zdążył (zanim został rozwiązany) stworzyć opracowanie pt. *Konflikt interesów w praktyce zawodów medycznych* (nie weszło ono do obiegu instytucjonalnego). Poza tymi dwoma przypadkami efemerycznego działania opiniodawczych ciał kolegialnych przy rządzie nie można mówić o funkcjonowaniu instytucji *stricte* bioetycznych w przestrzeni

instytucjonalnej państwa. W obszarze akademickim (uniwersytety oraz Polska Akademia Nauk) istnieją podmioty fachowe, które jednakowoż w zasadzie nie biorą bezpośredniego udziału w debacie publicznej (przez krótki czas, w latach 2012–2014, tego rodzaju próby podejmował Komitet Bioetyki PAN).

W porównaniu z krajami Europy Zachodniej polskie debaty bioetyczne z pewnością są dość ubogie i zawężone. Są również w bardzo dużym stopniu spolaryzowane światopoglądowo i toczą się w dużej mierze pod presją rywalizacji politycznej i w atmosferze zdominowanej przez emocje związane z życiem religijnym. Uczestnicy krajowych dyskusji najczęściej nie są świadomi istnienia bioetyki jako dziedziny fachowej, instynktownie przyznając rolę autorytetu w kwestiach etycznych lekarzom lub księżom. Dominuje bowiem przekonanie, iż to, jak powinno się postępować z pacjentami, stosować procedury medyczne i dbać o zdrowie publiczne, stanowi kompetencję medyków, a w razie jakichś wątpliwości natury moralnej pomocy należy szukać w Kościele jako instytucji w założeniu swym predestynowanej do wykładni zagadnień moralnych.

Pomimo ograniczonej społecznej świadomości istnienia bądź nawet tylko potrzeby zaistnienia względnie neutralnej aksjologicznie przestrzeni wolnej dyskusji publicznej, w której strony sporu negocjują swoje interesy i konfrontują ze sobą racje moralne, poszukując kompromisu, założeniem, które tu przyjmujemy, jest funkcjonowanie w przestrzeni publicznej każdego społeczeństwa struktury symbolicznej, którą nazywamy *kulturą bioetyczną*. Rozpoznanie charakteru używanych w debacie publicznej argumentów, a zwłaszcza ich powiązania czy „kompatybilności” ze stanowiskami i argumentacją, z jaką spotykamy się w fachowej dyskusji bioetycznej na gruncie akademickim, pozwala ocenić jakość i poziom owej kultury bioetycznej, która istnieje nawet tam, gdzie liberalna demokracja i typowe dla niej formuły wolnej debaty publicznej nie są silnie zakorzenione. Nie ulega wątpliwości, że również w Polsce, jakkolwiek bioetyka instytucjonalno-regulacyjna ma nader ograniczony zakres, a opinia publiczna i elity mają niewielką styczność z bioetyką profesjonalną, zachodzi ogromny postęp w sposobie funkcjonowania medycznej sfery instytucjonalnej oraz stylów zachowania profesjonalistów medycznych pod względem respektu dla godności i autonomii pacjenta. Kultura bioetyczna nowego typu, a więc liberalna i partnerska (w odróżnieniu od paternalistycznej i autorytarnej kultury medycznej) wyraźnie się w Polsce umacnia, jakkolwiek dzieje się tak raczej przez dyfuzję wzorców przenikających bądź świadomie adaptowanych z Zachodu niż dzięki aktywności bioetyków. Niemniej jednak w pewnym momencie dalszy postęp w tej sferze nie będzie już możliwy bez upowszechniania wśród lekarzy,

a do pewnego stopnia również wśród pacjentów, pewnej wiedzy bioetycznej, a także, co za tym idzie, zdolności identyfikowania i artykułowania problemów etycznych w medycynie, jak również dostępnych możliwości ich łagodzenia lub rozwiązywania. Wypowiedzi publiczne osób w różnej mierze i na różne sposoby zaangażowanych w spory bioetyczne (niezależnie od tego, czy identyfikują je właśnie jako bioetyczne) są świadectwem stopnia utrwalenia kultury bioetycznej oraz jej deficytów. Odnosząc się do przykładów takich wypowiedzi, zwracamy się ku zjawiskom typowym (odrzucając zarówno wypowiedzi zupełnie niekompetentne, jak również wypowiedzi bioetyków), porównując je z pewnym wzorcem, który stanowi elementarne bioetyczne rozeznanie zagadnienia. Dlatego, omawiając kolejno trzy wzmiankowane na początku tematy, rozpoczniemy od przypomnienia natury wchodzącego w grę sporu, by następnie uchwycić pewne cechy typowe w retoryce i topice argumentów formułowanych w wypowiedziach nieprofesjonalnych.

Kwestia zmiany prawa aborcyjnego

W bioetyce problem terminacji ciąży dotyczy przede wszystkim uregulowania sposobu podejmowania decyzji o aborcji w kontekście instytucjonalnym. Chodzi zwłaszcza o to, w jaki sposób instytucje i profesjonaliści medyczni powinni odnosić się do żądania wykonania aborcji, gdy nie ma do niej jednoznacznych wskazań medycznych. Zachodzi tu wiele możliwych przypadków i możliwości proceduralnych, przetestowanych w różnych krajach. Dyskusje na ten temat prowadzi się z uwzględnieniem dwóch powszechnie przyjmowanych założeń. Pierwsze z nich stanowi, że terminacja ciąży jest procedurą, której należy unikać, a w wymiarze społecznym – należy dążyć do tego, aby aborcji przeprowadzało się coraz mniej. Drugie założenie dotyczy statusu prawnego zarodka i płodu, który w czasie trwania ciąży rozwija się, staje się stopniowo coraz bardziej odrębny od organizmu matki, uzyskując w miarę tego procesu coraz większą podmiotowość, co powinno znajdować odzwierciedlenie w przyznawaniu mu rosnących praw. Odnosnie do samego czynu, jakim jest przerwanie ciąży, istnieją i rywalizują ze sobą w społeczeństwie bardzo odmienne przekonania etyczne – od daleko idącego przyzwolenia i zrozumienia dla takiego postępowania aż do jego bezwzględnego potępienia. Bioetycy również spierają się o status osobowy zarodka i płodu, o prawo kobiety do samostanowienia, o prawo płodu do życia i prawo kobiety do decydowania o urodzeniu bądź nieurodzeniu dziecka. Mimo to, jako

że bioetyka służy społeczeństwu takiemu, jakie jest, a więc pluralistycznemu, również pod względem przekonań moralnych, rekomendowane rozwiązania regulacyjne siłą rzeczy muszą opierać się na tej podstawie moralnej, którą dysponuje społeczeństwo jako całość. A jest nią właśnie prawie powszechne przekonanie, iż należy dążyć do minimalizowania zjawiska aborcji – niezależnie od tego, jak ocenia się prawo kobiety do jej dokonania. Dlatego bioetyka, choć zajmuje się problemem moralnej oceny samej aborcji, to jednak w sferze regulacyjnej skupia się przede wszystkim na środkach jej skutecznego ograniczania, w tym zaś również za pomocą przepisów prawa. Bioetyce patronuje pytanie, co należy uczynić w zakresie prawa, polityki społecznej i edukacji, aby w jak najrzadziej dochodziło do niechcianych ciąży i aborcji – co nie znaczy, że nie interesuje się zagadnieniem wolności prokreacyjnej i jej kolizją z prawami płodu. W tym kontekście analizuje się również skuteczność zakazów i konsekwencje rozwiązań liberalnych. Istnieją tu rozbieżne stanowiska, niemniej jednak najczęściej przyjmuje się, że nie ma możliwości realnego wpływania na częstość występowania i bezpieczeństwo aborcji bez stosownych regulacji, które ze swej natury nie polegają na całkowitym zakazie ani na całkowitym przyzwoleniu, lecz na przyzwoleniu warunkowym.

Bioetyka traktuje regulacje prawne i zawodowe jako narzędzie, za pomocą którego można zwalczać najbardziej niepożądane zjawiska, jednocześnie wspierając realizowanie wartości, które przez praktykę medyczną mogą być zagrożone, takie jak bezpieczeństwo, sprawiedliwość czy autonomia jednostki. Tym samym prawo nie może być prostą kodyfikacją przekonań moralnych, nakazujących dobro i zakazujących złego; ewentualny zakaz niepożądanych praktyk musi mieć znacznie głębsze uzasadnienie niż samo uznanie danej praktyki za naganną. W przypadku aborcji i nakładanych na nią w wielu krajach restrykcji prawnych bierze się na przykład pod uwagę niską wykrywalność penalizowanej aborcji oraz niebezpieczeństwa związane z powstaniem podziemia aborcyjnego. Generalnie problem konfrontacji prawa płodu do zachowania życia z prawem kobiety do kontroli własnej płodności i rozrodczości nie ma żadnego prostego i jednoznacznego rozwiązania i nie rokuje stworzenia żadnej trwałej i powszechnie uznawanej doktryny – dlatego też regulacje i polityki społeczne powstające z udziałem bioetyków koncentrują się na efektywności w zmniejszaniu liczby dokonywanych terminacji ciąży. Spory nie toczą się pomiędzy „zwolennikami aborcji” i „przeciwnikami aborcji”, lecz między zwolennikami i przeciwnikami różnych rozwiązań i polityk z punktu widzenia ich skuteczności w ograniczaniu aborcji i wspieraniu bezpieczeństwa kobiet. Generalnie jednak, niezależnie

od wciąż toczących się dyskusji na temat statusu płodu, „prawa wyboru” itd., przyjmuje się za ustalone, iż największą rolę w ograniczeniu zjawiska aborcji odgrywa dostępność taniej antykoncepcji, dobra edukacja seksualna w szkołach i pomoc publiczna dla kobiet ciężarnych w trudnej sytuacji życiowej. Jako że liczba dokonywanych aborcji w krajach rozwiniętych bardzo spada, w miarę tego, jak rośnie świadomość prokreacyjna i autonomia kobiet, problem aborcji nie jest już kwestią „gorącą”.

Najciekawszym materiałem do analizy polskiej debaty publicznej na temat aborcji są materiały posiedzenia komisji sejmowej obradującej nad społeczną inicjatywą ustawodawczą, której celem jest wprowadzenie zakazu terminacji ciąży ze względu na ciężkie i nieodwracalne uszkodzenie płodu. Pełnomocniczka Komitetu Inicjatywy Ustawodawczej „Zatrzymaj aborcję” Kaja Godek w swoim wystąpieniu przed sejmową Komisją Sprawiedliwości i Praw Człowieka 19 marca 2018 r. oparła swój argument za zakazem aborcji w przypadku ciężkiego uszkodzenia płodu na przyjmowanej tu jako oczywistej paraleli między obciążonym wadami genetycznymi płodem a niepełnosprawną osobą. Zaczęła od powołania się na solidarność osób niepełnosprawnych z zagrożonymi zarodkami. Niepełnosprawni i ich rodziny oraz przyjaciele mają bacznie obserwować, co dzieje się w sejmie, „i na to, w jaki sposób rozmawia się o nich i o ich prawach”. Nie wiadomo, czy wśród osób z niepełnosprawnościami idea zaostrzenia prawa aborcyjnego ma większe poparcie niż wśród osób zdrowych, niemniej jednak możliwe, że tak jest w istocie. Z pewnością jednak ta mało popularna w polskim społeczeństwie idea² nie ma większości także wśród niepełnosprawnych. Chwył retoryczny Kai Godek ma jednakże swoje odzwierciedlenie w argumentacji bioetycznej na rzecz zwiększonej ochrony zarodków³. Jednakże status „istoty niepełnosprawnej” i jej „prawo do życia” nie są wcale jednoznaczne. Niepełnosprawność wspiera ochronę płodu pod warunkiem uznania go za osobę (co trudno uzyskać w skali powszechnej, skoro nie ma cech osoby i nie działa jak osoba, lecz jest nią wyłącznie potencjalnie), lecz w przeciwnym razie bynajmniej. A prawo do życia można przeciwstawić prawo do nieurodzenia się, wynikające z tragicznego losu dziecka w razie poniesienia śmierci go w życiu płodowym. Nazywanie przez Kaję Godek zarodków

2 Obrady Komisji zakończyły się opinią pozytywną i skierowaniem projektu do dalszych prac. Tydzień później na zlecenie stacji TVN pracownia Kantar Millward Brown przeprowadziła sondaż, z którego wynikało, że ok. 3/4 społeczeństwa jest przeciwna zaostrzeniu prawa aborcyjnego.

3 Zob. np. pisaną z pozycji katolickich pracę Ch. Kaczora (2010). W książce S. D. Schwarza (2012) zebrano w formie obszernych cytatów i streszczeń wszystkie najważniejsze argumenty za liberalnymi (resp. restrykcyjnymi) rozwiązaniami prawnymi kwestii aborcji i przeciw nim.

i płodów „ludźmi niepełnosprawnymi” wychodzi daleko poza semantykę języka potocznego i zwykle intuicje językowe, nosząc cechy dość nachalnej perswazji i nadużycia językowego. W profesjonalnej dyskusji bioetycznej to nie pomaga, niemiej jednak trzeba dla porządku zauważyć, że tak silnie perswazyjny zwrot jak „pro-life” (sugerujący, że osoby opowiadające się za liberalnym prawem aborcyjnym są jakimiś „przeciwnikami życia” albo że restrykcje prawne nakładane na aborcje automatycznie prowadzą do zmniejszenia liczby dokonywanych terminacji ciąży) używany jest nie tylko w publicystyce i w debacie politycznej, lecz również w literaturze bioetycznej.

W dalszej części swojej wypowiedzi Godek podnosi tezy, które często spotykamy w prawniczej (katolickiej) publicystyce, lecz zupełnie nieznanne w dyskursie bioetycznym. Jak mówi:

Aborcja jest nieludzką zbrodnią dokonywaną w Polsce na niewinnych dzieciach tylko dlatego, że są podejrzewane o chorobę lub niepełnosprawność. Aborcje eugeniczne dokonuje się między innymi przez wywoływanie przedwczesnego porodu, który wiele dzieci przeżywa, a następnie umiera pozbawione pomocy medycznej [...] To skrajna forma dyskryminacji. Polacy, którzy przetrwali ludobójczą politykę dwóch największych totalitarnych reżimów ubiegłego wieku, są szczególnie wyczuleni na kwestię ochrony prawa do życia osób słabszych.

Tego rodzaju dyskurs nazywa się czasem „holokaustyzacją aborcji” – w przestrzeni publicznej Zachodu uznawany jest on za niedopuszczalny. Inaczej jest w Polsce, gdzie nie budzi poważniejszych sprzeciwów. A powinien – choćby z uwagi na sprawę dla prawicy niebagatelną, jaką jest dobre imię narodu. Jeśli kilkaset legalnie dokonywanych aborcji jest hańbą i budzi sprzeciw narodu wyczulonego na kwestie ochrony praw do życia, to jak świadczy w tym kontekście o tym samym narodzie fakt, że co trzecia dorosła kobieta w Polsce poddała się aborcji⁴? Mimo wszystko jest w wypowiedzi Kai Godek racjonalne jądro. Chodzi o zrównanie statusu moralnego i prawnego zarodka i urodzonego dziecka (oraz osoby dorosłej). To, co w bioetyce jest pytaniem, a mianowicie jak się ma status zarodka i płodu do statusu człowieka urodzonego, tutaj traktowane jest jako oczywistość. Oczywistość jest odwrotna – praktycznie nikt nie traktuje

4 To są oczywiście wyłącznie szacunki. Oporają się one na założeniu, że nie mniej niż 100 tys. kobiet każdego roku poddaje się aborcji, robi to raz w życiu i przeżywa od daty dokonania zabiegu jeszcze 50 lat. Są to bardzo liberalne warunki brzegowe, których przyjęcie daje wynik 5 mln, czyli właśnie 1/3 dorosłych kobiet. Szacunki te potwierdziło badanie CBOS z 2013 r.

zarodka jak obywatela i nie domaga się najwyższych kar za aborcję. Jest to jednakże tylko pewien fakt społeczny – uzasadnienie przypisywania zarodkom pełni praw (jako potencjalnym osobom), podobnie jak odmawianie im takich praw (z tego samego powodu – jako *tylko* potencjalnym osobom) jest właściwie niemożliwe. Dyskurs bioetyczny zderza się tutaj z faktem arbitralności atrybucji praw w przestrzeni moralnej. Niemiej jednak, skoro tendencją naszej cywilizacji jest poszerzanie tych praw (objęto nimi np. niewolników), trzeba uznać, że status „potencjalnej osoby” jest silnym ogranicznikiem dla swobody aborcji.

Poseł Monika Wielichowska zabrała głos zaraz po Godek, wskazując na tragiczność i beznadziejność niektórych letalnych wad genetycznych (rybia łuska, cyklopia). Koresponduje to z biotycznym „argumentem z okrucieństwa” – nakazanie urodzenia tak chorego dziecka jest krzywdą zarówno dla niego, jak dla matki, która chciała dokonać aborcji, lecz jej na to nie pozwolono. Posłanka przywołała też niezwykle nawet w polskiej przestrzeni publicznej argument teokratyczny, którego użył Jarosław Kaczyński, mówiący o konieczności urodzenia dziecka skazanego na zgon wynikającej z potrzeby ochrzczenia go. Na szczęście chrzest nie jest jeszcze przymusowy, więc argument nie jest logiczny. Natomiast argument z okrucieństwa jest rzeczywiście decydujący. W żadnym kraju, gdzie bioetyka ma głos, nie zakazuje się aborcji w przypadku wad letalnych płodu.

Niesłuchanie interesujący argument sformułował zwolennik pełnego zakazu aborcji poseł Marek Jurek. Gdyby jakakolwiek z naszych przodkiń dokonała aborcji, my sami byśmy nie istnieli. Zakaz aborcji byłby więc następstwem przywiązania nas samych do życia i solidarności z kobietami, które na aborcję się nie zdecydowały. To bardzo interesujące stanowisko, jakkolwiek nieco egoistyczne, bo przecież każda zmiana w decyzjach prokreacyjnych naszych prababek i pradziadów mogłaby skutkować tym, że na naszym miejscu pojawiłby się ktoś inny. Tak czy inaczej, argument Jurka jest zupełnie niemerytoryczny, bo dzieci z ciężkimi wadami wrodzonymi nie stają się w przyszłości matkami i ojcami – nie jesteśmy potomkami ocalonych od aborcji osób z wrodzonymi wadami letalnymi.

Wystąpienie poseł Kamili Gasiuk-Pihowicz generalnie referowało ogólnie znane argumenty etyczne i prawne za prawem do usunięcia ciąży w przypadku letalnych wad płodu. Jeden z nich, obok argumentu z okrucieństwa, ma bardzo duże znaczenie w debacie publicznej, a także na gruncie bioetycznym. Chodzi o stygmatyzację badań prenatalnych w przypadku pełnego zakazu aborcji. Tymczasem badania prenatalne prowadzą nie tylko do aborcji uszkodzonych płodów, lecz również umożliwiają terapię przedurodzeniową. Ponadto Gasiuk-Pihowicz

podniosła kwestię, która podobnie jak status „potencjalnej osoby” ma w debacie o aborcji znaczenie dwuznaczne. Mówiła bowiem o prawie do prywatności i wolności sumienia, co oznacza w tym kontekście (przenosząc się na grunt dyskusji bioetycznych), że kwestia winy w związku z aborcją jest kwestią osobistą, w którą władza nie powinna ingerować, gdyż ingerencja taka narusza właśnie prawo do wewnętrznego życia moralnego, do działania zgodnie z sumieniem. Jednocześnie zwolennicy skrajnie restrykcyjnych rozwiązań prawnych też powołują się na sumienie – tyle że sumienie prawodawcy. Kolidują tych dwóch „głosów sumienia” – kobiety i prawodawcy nie jest w dyskursie publicznym rozpoznawana, niemniej jednak stanowi ona bardzo ważny i ciekawy czynnik rozeznania kwestii aborcji.

W jednej z kolejnych wypowiedzi pojawia się sformułowanie przywołujące bardzo popularny argument publicystyczny i polityczny przeciwko legalności aborcji. Jerzy Kwaśniewski z Instytutu na Rzecz Kultury Prawnej Ordo Iuris mówi mianowicie o „przepisach eugenicznych”. Ta retoryka pojawia się nieustannie w prasie katolickiej oraz wypowiedziach polityków. W zasadzie nie napotyka sprzeciwu na gruncie krajowej publicystyki – wyjątkiem jest artykuł Damiana Leszczyńskiego z portalu OKO.press (por. Leszczyński 2018). Co więcej, metafora eugeniczna przybiera czasami postać rozbudowanego dyskursu, sugerującego, że usunięcie ciąży w przypadku wady letalnej jest wyrazem „darwinizmu społecznego”⁵.

Terminy w rodzaju „aborcja eugeniczna” czy „przepisy eugeniczne” mają wzbudzać niechęć do prawa legalizującego aborcję z powodu ciężkiego uszkodzenia płodu przez negatywne skojarzenia, jakie budzi słowo „eugenika”, wiązane często z ludobójstwem nazistowskim. Jest to jednakże nadużycie retoryczne i manipulacja semantyczna dość łatwa do zdemaskowania. Eugenika dotyczy działań zmierzających do uwolnienia populacji od chorób dziedzicznych. Usunięcie płodu z wadą letalną nie ma żadnego wpływu na zdrowie genetyczne populacji, gdyż płód taki nie ma szans na stanie się w przyszłości dorosłą osobą posiadającą dzieci, nie mówiąc już o tym, że motywacja matki poddającej się aborcji nie ma w tym przypadku nic wspólnego z dbałością o zdrowie populacyjne. Niestety, w debacie publicznej w Polsce prawie nie spotyka się sprostowań takiej nieuczciwej retoryki, podobnie jak w przypadku używania terminu

5 Por. wypowiedzi profesora genetyki A. Kochańskiego oraz abp. J. Hosera, przewodniczącego Zespołu Ekspertów ds. Bioetycznych Konferencji Episkopatu Polski, omówione w depeszy Katolickiej Agencji Informacyjnej i na portalu pch24.pl (<https://www.pch24.pl/genetyk-pan--aborcja-eugeniczna-godzi-wartosc-zycia-ludzkiego,57309,i.html>).

„obrońcy życia”, zawierającego sugestię, że zwolennicy liberalnych regulacji są „wrogami życia”. Wynika to prawdopodobnie z podstawowego mankamentu publicznej dyskusji na temat aborcji, jakim jest nieodróżnianie kwestii oceny samej aborcji od poglądów na temat właściwego jej uregulowania w prawie⁶. Szczególnie rzadko stawiane jest wprost pytanie o znaczenie środków prawnych w polityce zmierzającej do minimalizacji zjawiska aborcji oraz po prostu o to, jaka polityka realnie tej minimalizacji sprzyja.

Dyskusja publiczna dopuszcza znacznie więcej środków perswazji i znacznie bogatszą retorykę niż dyskusja akademicka. Prowadzić to może do akceptacji zwodniczych metafor i nacechowanej emocjonalnie terminologii⁷; ma jednakowoż tę zaletę, że uwypukla rzeczywiste podłoże kulturowe i światopoglądowe prezentowanych stanowisk. Ekscentryczna retoryka w szczególności sposobu charakteryzuje stronę konserwatywną. Jeśli raz już dokona się zniesienia różnicy między „potencjalną osobą” a „osobą” i uzna, że płód jest człowiekiem po prostu, nie ma żadnych przeszkód, aby – jak uczyniła to Godek w swojej drugiej wypowiedzi podczas posiedzenia sejmowej komisji – określić aborcję mianem brutalnego morderstwa, a zupełny zakaz aborcji uznać za złagodzenie prawa, które wszak daje szansę na życie osobom zagrożonym legalnym zabójstwem. W bioetyce ewentualność całkowitego zrównania w prawach zarodka i dziecka urodzonego nie jest w praktyce brana pod uwagę, co nie znaczy jednak, że problem tożsamości tego, co potencjalnie jest czymś, czym jeszcze nie jest aktualnie, ma jakieś autorytatywne rozwiązanie. Jest to bowiem odwieczna

6 I tu jednak bywają wyjątki. Generalnie w środowiskach konserwatywnych obowiązuje zasada wspierania wszelkich inicjatyw na rzecz zaostrzenia prawa aborcyjnego, nawet jeśli nie są to całkowite i bezwyjątkowe zakazy, których generalnie domaga się Kościół rzymskokatolicki. Tymczasem protestancki Kościół norweski doszedł do przekonania, że jakkolwiek sprzeciwia się aborcji, to należy poprzeć liberalne regulacje prawne w tym względzie. Por. materiał z portalu tygodnika „Do Rzeczy” z 5.03.2019 r. „*Aborcja to promocja kobiecego zdrowia i bezpieczeństwa*” (<https://dorzeczy.pl/95706/Norweski-Kosciol-Aborcja-to-promocja-kobiecego-zdrowia-i-bezpieczenstwa.html>). Czytamy tam cytaty z oświadczenia norweskiego Kościoła luterańskiego: „Kiedy prawo do aborcji zostało ustalone w 1970 roku, Kościół był jednoznacznym przeciwnikiem tych zmian. Duchowni byli silni i przejrzyści w krytyce tego prawa i w celu ochrony życia nienarodzonego. [...] Dzisiaj zdajemy sobie sprawę, że taka argumentacja Kościoła nie służyła dobremu dialogowi. Czas na utworzenie nowego klimatu w tej debacie. Chcemy się do tego przyczynić”; „Społeczeństwo z legalnym dostępem do aborcji to lepsze niż społeczeństwo, które tego dostępu nie ma. Legalizacja zapobiega nielegalnym aborcjom i promuje kobiece zdrowie i bezpieczeństwo [...] na arenie międzynarodowej widać, jak związki wyznaniowe wciąż zwiększają brzemię ciężarnych kobiet, będących w trudnej sytuacji”. Co ciekawe, wyłącznie tytuł materiału z „Do Rzeczy” sugeruje dezaprobatę, odwołując się do negacji (świadomej lub nie) rozróżnienia między oceną aborcji i oceną przepisów prawa regulujących przerywanie ciąży.

7 W prasie katolickiej spotykamy takie zwroty jak „cywilizacja śmierci” (*versus* katolicka „cywilizacja życia”), „kultura odrzucenia”, „zabijanie dzieci”. Można je znaleźć np. w publikacjach portali pch24.pl i Radia Maryja.

aporia metafizyczna, która nie ma szans na żadne przełomowe rozstrzygnięcie akurat w bioetyce. Dlatego właśnie w bioetyce unika się budowania argumentów na silnych założeniach ontologicznych – w debacie publicznej można to robić, gdyż opinia publiczna nie jest świadoma filozoficznych zawłości wchodzących w grę zagadnień.

Obowiązek szczepień

Kwestie związane z przymusem w medycynie i zdrowiu publicznym mają w bioetyce szczególny status. To bowiem właśnie naruszenia autonomii pacjentów oraz powiązane z tym rozmaite formy opresji i niesprawiedliwości legły niegdyś u podstaw procesu przekształcenia dawnej etyki lekarskiej w nowoczesną bioetykę. Zdarzały się też w przeszłości nadużycia związane z niedobrowolnymi szczepieniami i niebezpiecznymi eksperymentami medycznymi, polegającymi na podawaniu pacjentom zakażonej surowicy. Być może pamięć tych nadużyć sprzed wielu dekad odżywa dzisiaj w ruchu antyszczepionkowym. Być może również dawne obawy i uprzedzenia wyrażane ze stanowiska religijnego mają jakiś współczesny rezonans. Tak czy inaczej, argumenty, którymi posługują się przeciwnicy przymusu szczepień, jeśli nawet są z nauką sprzeczne, odwołują się dziś do jedyne go uniwersalnego autorytetu, jakim jest nauka, oraz do uniwersalnych praw i swobód konstytucyjnych.

W odróżnieniu od problemu właściwych procedur związanych z przymusową hospitalizacją pacjentów psychiatrycznych czy też zagadnienia szacunku dla autonomii dzieci kwestia budowania odporności zbiorowiskowej za pomocą szczepień obowiązkowych nie budzi wielkich kontrowersji wśród bioetyków. Jest to bowiem zagadnienie medyczne i epidemiologiczne. Kontrolowanie niebezpiecznych chorób za pomocą masowych szczepień w wymiarze populacyjnym pozwala ratować liczbę istnień ludzkich wielokrotnie przewyższającą liczbę zgonów związanych z powikłaniami poszczepiennymi. Szczepienie daje korzyść zarówno na poziomie populacji, jak i na poziomie indywidualnym, a uchylanie się od szczepienia obowiązkowego prowadzi do korzystania przez daną osobę z odporności populacyjnej kosztem pozostałych, obowiązkowo zaszczepionych członków społeczności, co narusza zasadę sprawiedliwości. Zwiększanie się liczby osób pragnących uzyskać odporność na zakażenie bez ponoszenia minimalnego ryzyka związanego z zaszczepieniem się prowadzi do zmniejszenia, a w konsekwencji do zniweczenia odporności populacji. Kwestie szczegółowe,

dotyczące tego, w jaki sposób, w jakim wieku i przeciwko jakim chorobom należy dzieci szczepić – nawet jeśli są dyskusyjne – pozostają kompetencją nauk medycznych. Generalnie, w bioetyce i w środowiskach odpowiedzialnych za prowadzenie polityki społecznej w zakresie epidemiologii i promocji zdrowia panuje zgoda co do tego, że konieczne jest przedsięwzięcie wszelkich środków pozwalających na osiągnięcie jak największego poziomu wyszczepienia, a jeśli nie da się tego celu osiągnąć w inny sposób, trzeba odwoływać się do obowiązku prawnego⁸. W krajach, gdzie takiego obowiązku nie ma, osób uchylających się od szczepienia swych dzieci jest na tyle mało, że nie zagraża to ochronie populacji – jeśli takiej dyscypliny brakuje, wprowadza się szczepienia obowiązkowe lub w inny sposób wywiera się presję na rodziców. Dyskusyjne jest natomiast to, w jaki sposób należy karać za uchylanie się od obowiązku zaszczepienia dziecka, a więc na przykład, czy stosowanie utrudnień w przyjęciu do przedszkola nie stanowi dyskryminacji. Co do zasady jednakże raczej nie podważa się tego, że w przypadku szczepień żywotny interes, jakim jest bezpieczeństwo fizyczne populacji, usprawiedliwia ograniczenie autonomii jednostki.

Wśród ekspertów tzw. ruch antyszczepionkowy budzi gniew i irytację. Doskonałą ilustracją poziomu tej irytacji są stenogramy posiedzenia Komisji Polityki Społecznej i Rodziny wraz z Komisją Zdrowia, które miało miejsce 8 listopada 2018 r. Posiedzenie było związane ze obywatelską inicjatywą ustawodawczą organizacji Stop NOP, która wniosła do sejmu projekt Ustawy o zmianie ustawy o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi, postulując dobrowolność szczepień. Posiedzenie komisji miało bardzo chaotyczny przebieg i nastawione było na jak najszybsze doprowadzenie do głosowania wniosku o odrzucenie projektu w całości, co też się stało. Głosowanie poprzedzone było wypowiedziami ekspertów wyjaśniających konieczność przeprowadzania obowiązkowych szczepień, niemniej były to wypowiedzi bardzo krótkie, formułowane pod presją czasu i niekompletne. Strona społeczna w zasadzie nie miała ekspertów, którzy mogliby poprzeć

8 Na stronach Państwowego Zakładu Higieny (Narodowego Instytutu Zdrowia Publicznego) znajdziemy przegląd zasad szczepienia dzieci stosowanych w różnych krajach europejskich: <http://szczepienia.pzh.gov.pl/faq/wyglada-obowiazek-szczepien-roznych-krajach/>. Opozycja obowiązek – dobrowolność nie jest w pełni ścisła, bo oprócz kar stosowane bywają pozakarne restrykcje (np. ograniczony dostęp niezaszczepionych dzieci do żłobków i przedszkoli) bądź zachęty. Dobrowolne szczepienia są możliwe w krajach o wysokiej świadomości społecznej w zakresie wymogów związanych ze zdrowiem pod warunkiem, że nie narasta tam „ruch antyszczepionkowy”, którego postulatem w krajach, gdzie szczepienia są obowiązkowe, jest właśnie zniesienie tego przymusu, tak aby jak najwięcej dzieci (tj. dzieci rodziców popierających tezy „antyszczepionkowców”) mogło pozostać niezaszczepionych. Ryzyko związane z zachorowaniem dziecka niezaszczepionego rośnie wraz ze wzrostem odsetka populacji, jaki stanowią osoby (dzieci) niezaszczepione.

projekt. Argumenty na rzecz proponowanej ustawy nie wybrzmiały podczas posiedzenia. Natomiast z całą mocą, i to w efektownej oprawie krasomówczej, doszły one do głosu w przemówieniu sejmowych wygłoszonym przez Justynę Sochę, reprezentującą stronę wnoszącą projekt ustawy podczas jego pierwszego czytania 3 października 2018 r.⁹ Zdaniem mówczynie obowiązkowe szczepienia prowadzone są bez uzasadnienia wyłącznie na dzieciach, a dzieje się to ze względu na interes ekonomiczny i lobbying producentów szczepionek. Socha zadała pytanie, dlaczego szczepi się tylko 25% populacji, czyli dzieci, i jak można w takim razie mówić o odporności zbiorowiskowej. Odpowiedź na to pytanie jest dość oczywista – skoro szczepienie ma dawać odporność na całe życie, to lepiej zacząć się chronić w dzieciństwie – w przeciwnym razie zawsze jakaś znacząca część społeczeństwa byłaby jeszcze niezaszczepiona i efekt odporności zbiorowiskowej by nie miał miejsca.

W internecie znaleźć można wiele materiałów, najczęściej filmowych, obrazujących nieszczęścia związane z niepożądanymi odczynami poszczepiennymi (NOP) bądź przynajmniej hipotetycznie wiążące ciężkie zachorowania dzieci z działaniem szczepionki¹⁰. Generalna wymowa tych materiałów sprowadza się do twierdzenia, że skoro występują groźne powikłania poszczepienne oraz przypadki zgonów w wyniku zaszczepienia, to rodzice powinni mieć wybór, czy szczepić swoje dzieci. Wprawdzie nikt nie przeczy, że tragiczne wypadki się zdarzają (jakkolwiek działacze antyszczepionkowi podają w wątpliwość oficjalne statystyki, które uważają za zmanipulowane i zaniżone), niemniej jednak nie ulega wątpliwości, że ciężko chorych dzieci oraz zgonów w wyniku chorób zakaźnych byłoby bez porównania więcej, gdyby obowiązkowych szczepień zaniechano, a także wtedy, gdyby dobrowolnie swoje dzieci szczepiła tylko jakaś część rodziców, niewystarczająca dla zapewnienia ochrony zbiorowiskowej, którą uzyskuje się przy wyszczepieniach znacznie przekraczających 90% populacji. Nieustannie powtarzana przez specjalistów informacja o niepozostawiających wątpliwości korzyściach epidemiologicznych płynących z powszechnych szczepień nie dociera do części społeczeństwa i nie przekonuje antyszczepionkowych aktywistów. Twierdzą oni bowiem, że na rzecz perspektywy statystycznej, epidemiologicznej, porzuca się punkt widzenia konkretnej osoby, cierpiącego w wyniku NOP-u dziecka. Trudno pojąć, że argument, iż rezygnacja z obowiązkowych

9 Zapis filmowy wystąpienia J. Sochy zamieszczono na portalu YouTube: Niewygodne Fakty 2018.

10 Por. np. kanał YouTube *Szczepienia – niewygodne fakty*: <https://www.youtube.com/channel/UCYl1FrR-r6LxvrMo8Ut-ZmvA/videos?fbclid=IwARzialmaKnlTEof-KGS3FtzAlkKrBWA8wPaA8iU2vI5YihyRWvIX6EUHWk>.

szczepień doprowadziłyby do zachorowań i śmierci wielu dzieci, do niektórych nie przemawia. Zapewne wiąże się to z ograniczoną zdolnością do pojmowania informacji statystycznych, mówiących o prawdopodobieństwie. Ryzyko związane z niezaszczepieniem dziecka przeciwko ospie jest znacznie większe niż ryzyko wynikające z przyjęcia szczepionki, a w przypadku braku odporności zbiorowskiej, wynikającej z dobrowolności szczepień, byłoby ono jeszcze znacznie większe. Jednak pojęcie ryzyka i prawdopodobieństwa są dla części ludzi zbyt abstrakcyjne i niewystarczająco zrozumiałe.

Argument na rzecz wolności decyzji rodziców, jakim jest istnienie poważnych powikłań, a nawet przypadków zgonów w wyniku szczepień, miałby sens, gdyby istniały poważne racjonalne przesłanki – wynikające z szacowania ryzyka – dla podjęcia przez rodziców decyzji o powstrzymaniu się od zaszczepienia dziecka. Tymczasem takich przesłanek nauka nie dostarcza, a wręcz przeciwnie – jednoznacznie potwierdza, że zaszczepienie dziecka jest probabilistycznie korzystne dla niego i dla całej populacji. Gdyby więc pozostawić rodzicom możliwość wyboru, oznaczałoby to akceptację dla sytuacji, w której wybierają nieracjonalnie i ze szkodą dla swoich dzieci.

Dezinformacja w kwestii szczepień jest wyjątkowo złośliwa i szkodliwa. Koronnym jej przykładem są rzekome dowody na powiązanie szczepień z autyzmem. Głębokie przekonanie wielu ludzi o szkodliwości szczepień skłania ich w przypadku wystąpienia ciężkich chorób u ich dzieci do interpretowania ich jako następstwo szczepienia. Tego rodzaju postawy, oparte na lęku i nieufności, bardzo trudno zmienić. Niesprawdzone informacje, fałszywe interpretacje zdarzeń i pomówienia mają w społeczeństwie znaczny posłuch – nie tylko gdy chodzi o medycynę.

Wśród specjalistów panuje zgoda, że należy dążyć do tego, by wszystkie bądź prawie wszystkie dzieci były zaszczepione przeciwko niebezpiecznym chorobom. Nie znaczy to jednak, że nie można i nie należy dyskutować nad tym, jak ten cel osiągnąć i jaka jest w tym rola prawnego przymusu. W wielu krajach okazał się on zbędny, lecz rosnąca nieufność do szczepień powoduje, że przepisy się zaostrza. Przymus, jak już wspomnieliśmy, może też mieć różne formy – od kar finansowych po ograniczenia w dostępie do żłobków i przedszkoli dla niezaszczepionych dzieci. Kwestią do dyskusji jest kształt nadzoru i sposób monitorowania szczepień ochronnych, a także leczenia i pomocy prawnej dla rodzin dotkniętych wypadkami ciężkich NOP-ów. Poza tym mogą pośród specjalistów występować różnice zdań odnośnie do szczepionek, jakie powinny być stosowane, oraz terminów szczepień. Jeśli jednak za wolnością wyboru,

interpretowaną przez działaczy postulujących dobrowolność szczepień jako pochodna praw człowieka i wolności konstytucyjnych, stoi zamiar odwołania rodziców od szczepienia swoich dzieci, a więc zła woła, to trudno uznać to za wartość podlegającą ochronie. Wolność i autonomia, gwarantowane konstytucyjnie i szczególnie chronione w kontekście medycyny i badań klinicznych, z pewnością obejmują prawo każdego obywatela do wybierania również tego, co dla niego jest szkodliwe. Nie obejmują jednak dokonywania wyborów przynoszących szkody innym ludziom, a zwłaszcza dzieciom. Prawo rodziców do decydowania o swoich dzieciach ograniczone jest do tego, co może budzić racjonalne kontrowersje, gdy chodzi o ustalenie, co jest dla dziecka najlepsze – szczepienia z pewnością, pomimo niewielkiego ryzyka NOP, takich kontrowersji nie budzą.

Czy te dość oczywiste rozeznania etyczne mają szansę funkcjonować jako trwałe elementy wiedzy publicznej? Niestety, sądząc po liczbie materiałów na temat rzekomych niebezpieczeństw związanych ze szczepieniami dzieci, te argumenty zdają się być nazbyt złożone i abstrakcyjne. Dominuje obraz i emocje, jakie obraz – obraz chorego dziecka – wzbudza. Do tego dołącza się zła sława firm farmaceutycznych, a w rezultacie mamy dramatycznie spadające zaufanie do systemu szczepień i wzrost liczby zachorowań na choroby zakaźne w wielu krajach, również w Polsce.

Strajki personelu medycznego

Polska medycyna znajduje się w ciągłym procesie reform, podlegając od czasu do czasu poważniejszym kryzysom. Większość z nich powiązana jest z niezadowoleniem społecznym spowodowanym niedostatecznym dostępem ubezpieczonych do należnych im świadczeń oraz protestami profesjonalistów medycznych (najczęściej pielęgniarek i lekarzy), domagających się podwyżek wynagrodzeń i poprawy warunków pracy. Normą jest stosowanie przez protestujących, grożących strajkiem bądź strajkujących medyków retoryki odwołującej się do interesu pacjentów – żądania podwyżek prawie zawsze skorelowane są z innymi żądaniami, które da się powiązać z interesem pacjentów, np. z żądaniem zwiększenia nakładów na ochronę zdrowia. Rzecz jasna, cele społeczne towarzyszące strajkom płacowym nie są mniej realne i mniej wiarygodne z powodu występowania w tym powiązaniu. Nie ma tu żadnej ani logicznej, ani psychologicznej konieczności, niemniej jednak nieufna opinia publiczna bardzo często niedowierza czystości intencji strajkujących, zwłaszcza

strajkujących lekarzy. Protesty medyków mają różną skuteczność – generalnie lekarze z reguły uzyskują znaczące podwyżki, natomiast pielęgniarki i pozostały personel – minimalne¹¹. Oprócz podwyżek osiągnane bywają również porozumienia doskonalące i doposażające któryś ze składników systemu ochrony zdrowia.

Strajkom medyków towarzyszy atmosfera presji moralnej związanej z tabu, jakim jest zakaz porzucenia pacjenta przez lekarza. Jego naruszenie nazywane jest w debacie publicznej „odejściem od łóżka chorego”. W bioetyce kwestia ta rozpatrywana jest w kontekście praw pacjenta oraz praw i obowiązków lekarza, a więc w obszarze relacji pacjent – lekarz – placówka lecznicza – ubezpieczyciel. Nie istnieje w bioetyce żadne tabu „odstąpienia od łóżka chorego”, jakkolwiek bardzo starannie bada się warunki, w których świadczenia należne pacjentowi z racji ubezpieczenia bądź z racji jego stanu zagrożenia zdrowia i życia mogą być czasowo ograniczone w stosunku do przyjętych standardów. Prawo do uzyskania świadczeń wchodzi w kolizję z prawem lekarza do właściwego wynagrodzenia i należytych warunków wykonywania pracy.

Przegląd materiałów prasowych związanych ze strajkami personelu medycznego pokazuje dużą zbieżność sposobu traktowania prawa do strajku w medycynie przez uczestników debaty publicznej, łącznie z dziennikarzami, oraz przez bioetyków. Niemniej jednak, gdy chodzi o retorykę, jaką posługują się politycy, tabu „odchodzenia od łóżka chorego” jest przywoływane bardzo często, zapewne w przekonaniu, że znaczna część społeczeństwa z zasady sprzeciwia się takim formom strajków personelu medycznego, które mogłyby pogorszyć sytuację pacjentów w szpitalach i przychodniach. I tak na przykład marszałek senatu, Stanisław Karczewski, z zawodu lekarz, tak komentował strajk lekarzy w Dziecięcym Szpitalu Klinicznym w Warszawie w listopadzie 2017 r.: „Jestem lekarzem i będę lekarzem do końca życia. Zawsze uważałam, że lekarz powinien ofiarnie pracować na rzecz chorego. Nie mogę nigdy zrozumieć odejścia lekarza od łóżka chorego. [...] Prosiłbym o odpowiedzialność i realizowanie przysięgi lekarskiej, którą wszyscy składamy”¹². Marszałek dodał jeszcze, że jeśli lekarze

11 Serwis Medexpress (2016) opublikował zestawienie najbardziej efektywnych protestów w sektorze ochrony zdrowia w latach 1989–2016. Do tej listy należy dopisać protest prowadzony przez lekarzy rezydentów w latach 2017–2018.

12 Cytowane wypowiedzi można znaleźć m.in. pod adresem: <https://www.termedia.pl/mz/Karczewski-do-rezydentow-Lekarze-nie-powinni-nigdy-odchodzic-od-lozek-chorych-opamietajcie-sie,28149.html>. Środowisko lekarskie było szczególnie zbulwersowane tą wypowiedzią nie tylko z powodu jej potępiającego i protekcyjnego tonu, lecz również z racji kontekstu. W danym przypadku lekarze nie odmawiali świadczenia pracy, lecz kontynuowania umów zwanych „opt out”, pozwalających przedłużać czas ich pracy ponad normy kodeksu pracy (powyżej 48 godzin tygodniowo), w czym zresztą otrzymali poparcie Izby Lekarskiej. Jeśli chodzi zaś o przyrzeczenie lekarskie, to w żaden sposób nie określa ono warunków rozwiązywania bądź

chcą coś zmienić w systemie, to przecież mogą się starać o stanowiska ministrów i marszałków. Trudno sobie wyobrazić, aby tego rodzaju dyskredytujące wypowiedzi mogły paść wobec strajkujących w innych branżach. Protekcyjny ton jest spuścizną medycyny skorporalizowanej i paternalistycznej. Protesty lekarzy rezydentów w 2017 r., a zwłaszcza ich strajk głodowy, zmieniły sytuację. Udział młodszego pokolenia w zarządzaniu systemem ochrony zdrowia i korporacją lekarską znacząco wzrósł od czasu tamtych protestów i dziś zapewne marszałek Karczewski nie mógłby sobie pozwolić na podobną wypowiedź. Na protekcyjny i pouczający ton odpowiedzią młodych lekarzy było zaostrezenie retoryki. Przewodniczący Porozumienia Rezydentów Marcin Sobotka, komentując zabieg rządu, który za podstawę dla podniesienia nakładów na ochronę zdrowia z 4,5% do 6,8% przyjął budżet sprzed dwóch lat, powiedział, że jest to „perfidne robienie z nas idiotów” (Kowalska 2019).

W wywiadzie, który Agnieszka Urazińska przeprowadziła z Damianem Pateckim, rzecznikiem Porozumienia Rezydentów i członkiem Naczelnej Rady Lekarskiej, opublikowanym pod tytułem *Wypaleni. Światło w oczach gaśnie* w „Magazynie Świątecznym Gazety Wyborczej” 1 czerwca 2019 r., dr Patecki, odpowiadając na pytanie o protesty lekarzy, wyraził się w sposób bardzo charakterystyczny: „Sytuacja jest tak zła, że trzeba podejmować jakieś kroki, bo są słuszne moralnie. Nawet jeśli nie przyniosą rezultatów. Jeśli nic nie zrobimy, to na pewno poszkodowane będzie całe społeczeństwo” (Urazińska 2019). W wypowiedzi tej streszcza się kluczowy dyskurs legitymizujący protesty personelu medycznego, łącznie z lekarskimi. Według tej narracji budzą one kontrowersje moralne i wymagają moralnego uzasadnienia. Jest nim stan wyższej konieczności, zagrożenie zapaścią systemu ochrony zdrowia, z tragicznymi tego konsekwencjami dla pacjentów. Kasandryczny ton i odwoływanie się do figury sytuacji nadzwyczajnej jest samoobronną odpowiedzią na niepokój społeczny związany ze strajkami profesjonalistów medycznych. Mówią oni „Nie mamy wyjścia”, dodając: „Robimy to nie tylko dla siebie, lecz również dla dobra pacjenta”.

W bioetyce prawo do protestów w medycynie traktowane jest o wiele bardziej naturalnie, niemniej jednak przyjmuje się, że nikt, kto ma prawo liczyć na pomoc lekarską i pielęgnarską, nie powinien doznać uszczerbku na zdrowiu

ograniczania kontraktu terapeutycznego między lekarzem a pacjentem, nie mówi niczego o warunkach pracy lekarza ani prawie lekarzy do strajków.

z powodu strajków. W grę wchodzi jedynie pewne uciążliwości i opóźnienia – podobnie jak w przypadku strajków w innych branżach.

Publiczna debata na tematy bioetyczne toczy się w naszym kraju niejako poza przestrzenią samej bioetyki. Nie licząc rzadkich przypadków, gdy dziennikarze zwracają się z prośbą o komentarze bioetyków, bioetyka wydaje się jej zaledwie „ukrytym udziałowcem”. Owszem, w debacie pojawiają się argumenty w pełni racjonalne i wynikające z wiedzy, którą słusznie i skutecznie przeciwstawia się ignorancji, manipulacji i niewiedzy, lecz dzieje się to spontanicznie i nie polega na odwołaniu się do bioetyki jako dziedziny akademickiej i eksperckiej, cieszącej się społecznym autorytetem.

Kultura bioetyczna z pewnością czyni w Polsce postępy, jednakowoż proces ten odbywa się nie na gruncie świadomie podejmowanej bioetycznej debaty, w której wszystkie strony przyjmują za warunek wstępny szacunek dla swobód i wolności obywatelskich i osobistych, będących fundamentem demokratycznego społeczeństwa i państwa prawnego, lecz raczej na gruncie polityczno-legislacyjnym, gdzie dochodzi do konfrontacji sił i grup interesów (z udziałem ekspertów jako doradców stron), a celem jest osiągnięcie kompromisu będącego wypadkową tychże sił¹³. Nie jest to właściwy *modus operandi* bioetyki, niemniej jednak należy się cieszyć, że w ogóle istnieje przestrzeń dla argumentów merytorycznych i wiedzy fachowej. Niemniej jednak właściwa przestrzeń debaty bioetycznej, z jej liberalną i konstytucyjną aksjologią, jeszcze się w Polsce nie wyodrębniła, podobnie jak nie została w polskim życiu publicznym ugruntowana świadomość istnienia wiedzy eksperckiej związanej z nazwą „bioetyka”, wiedzy nietożsamej z wiedzą profesjonalistów medycznych. Przekonanie, bardzo silnie ugruntowane w kulturze korporacyjnej lekarzy, iż problemy etyczne medycyny są niejako wewnętrznymi problemami branży i tylko lekarze mają kompetencje, by się nimi zajmować, wciąż traktowane jest w sferze publicznej jako oczywistość. Panujące stosunki nie stwarzają dobrego klimatu dla upowszechniania się w kręgach osób mających wpływ na stanowione prawo medyczne i inne regulacje, a także na codzienną praktykę nawyku odwoływania się do wiedzy i opinii zawodowych bioetyków. Jak pokazują analizowane przykłady, skutkuje to trudnościami z odróżnieniem zagadnień związanych z oceną moralną pewnych praktyk od zagadnień związanych z ich prawnym uregulowaniem. Brakuje też

13 Artykuły P. Łukowa pokazują jak duże obciążenie dla debaty bioetycznej stanowi postrzeganie jej jako terytorium sporu ideologicznego („bioetyki katolickiej” i „liberalnej”) bądź jako procesu, w którym dąży się do kompromisu, w którym strony uzyskują „coś” i z czegoś „rezygnują”, kosztem spójności uzyskanego rozwiązania; zob. Paweł Łuków 2017 i 2018.

świadomości, iż dostępna jest bioetyczna wiedza o następstwach wprowadzenia różnych możliwych rozwiązań regulacyjnych w różnych krajach.

Bibliografia

- Kaczor, Ch. 2010. *The Ethics of Abortion: Women`s Right, Human Life and the Question of Justice*. Routledge.
- Kowalska, K. 2019. „Kolejny protest lekarzy rezydentów w maju 2019.” *Rzeczpospolita*. Marzec 11, 2019. <https://www.rp.pl/Lekarze-i-pielegniarki/190319875-Kolejny-protest-lekarzy-rezydentow-w-maju-2019.html>.
- Leszczyński, A. 2018. „Aborcja eugeniczna. Kto wymyślił tę nazwę i dlaczego to manipulacja”. *OKO.press*. Styczeń 13, 2018. <https://oko.press/aborcja-eugeniczna/>.
- Łuków, P. 2017. „Non-adjectival bioethics.” *Ethics, Medicine and Public Health*, 3: 401–409.
- Łuków, P. 2018. „Bioethics, policy compromise, and religious pluralism.” *Ethics, Medicine and Public Health*, 5: 99–109.
- Medexpress. 2016. „5 najbardziej medialnych protestów w ochronie zdrowia po '89 roku”. Wrzesień 21, 2016. <https://www.medexpress.pl/5-najbardziej-medialnych-protestow-w-ochronie-zdrowia-po-89-roku/65016>.
- Niewygodne Fakty. „SEJM - Obywatelski projekt ustawy o dobrowolności szczepień - 03.10.2018”. Październik 4, 2018. https://www.youtube.com/watch?v=-VrSyLc9_uk.
- Różyńska J., Chańska W., Łuków P., Zielińska E., Chyrowicz B., Karkowska D., Hartman J. 2021. Konflikt interesów w praktyce zawodów medycznych – Rekomendacje Komisji do spraw etyki w ochronie zdrowia (2013–2016). *Przegląd Prawa Medycznego*, 3(1–2): 5–39.
- Schwarz, S.D. 2012. *From Mixed Feelings to Rational Thought*. Legington Books.
- Urazińska, A. 2019. „Wypaleni: najlepszym lekarzom światło w oczach gaśnie”. *Wyborcza.pl*. Czerwiec 1, 2019. <http://wyborcza.pl/magazyn/7,124059,24850255,wypaleni-na-najlepszym-lekarzom-swiatlo-w-oczach-gasnie.html>.

Nota biograficzna / Biographical Note

Jan Hartman kieruje Zakładem Filozofii i Bioetyki na Wydziale Nauk o Zdrowiu Collegium Medicum Uniwersytetu Jagiellońskiego w Krakowie. Jest autorem ponad 20 książek, w tym kilku z zakresu filozofii politycznej, antropologii oraz etyki.

Jan Hartman is Chair of the Department of Philosophy and Bioethics at the Faculty of Health Sciences, Jagiellonian University, Krakow, Poland. He is an author of more than 20 books, including works in political philosophy, philosophical anthropology and ethics.