

Mieczysław Gałuszka*

KOMERCJALIZACJA CIAŁA LUDZKIEGO W SPOŁECZEŃSTWIE RYZYKA BIOMEDYCZNEGO

Abstrakt. Autor artykułu omawia przemianę modelu medycyny naprawczej w medycynę spełniania pragnień. Zasadnicza część ludzkich pragnień związana jest z funkcjonowaniem ciała, jego ekspozycją, odczuwaniem i postrzeganiem. Medycyna dostosowuje się do potrzeb społeczeństwa konsumpcyjnego i odpowiada na zapotrzebowanie „ciała kulturowego”. Syndromem współczesności jest ekspansja czynników kulturowych, ingerujących w cechy biologiczne, które poddaje się opresywnym zabiegom doskonalącym i upiększającym. Ciało ludzkie jest komercjalizowane, zarówno wtedy, gdy zostaje biorcą, jak i wtedy, gdy staje się dawcą narządów, tkanek, produktów biomedycznych i farmaceutycznych. Komercjalizacja ciała, rozumiana jako proces zakończony wymianą handlową, zostanie przedstawiona przez pryzmat analizy problemów takich subdyscyplin biomedycznych, jak: transplantologia, medycyna wspomaganego rozrodu, medycyna estetyczna, inżynieria genetyczna. Autor stara się odpowiedzieć na pytanie, czy nowe technologie i medycyna spełniania pragnień wpisują się w projekt „cywilizowania ciała”, czy raczej wywołują efekt kultury strachu i tworzą nowe problemy etyczne w społeczeństwie ryzyka biomedycznego.

Słowa kluczowe: komercjalizacja ciała, medycyna ludzkich pragnień, handel ludzkimi narządami, medycyna estetyczna, społeczeństwo ryzyka.

1. Komercjalizacja w społeczeństwie ryzyka

Pojęcie „komercjalizacja” w ekonomii i zarządzaniu najczęściej jest definiowane jako proces urynkwienia, czyli wprowadzenia produktu bądź usługi do obrotu handlowego. Różne definicje i modele komercjalizacji podkreślają wagę wprowadzania nowej technologii lub produktu na rynek gospodarczy. Szczególnie innowacyjne projekty badawczo-rozwojowe wymagają wielu działań prawnych, administracyjnych i księgowo-podatkowych, prowadzących do sprzedaży ich wyników (G w a r d a - G r u s z c z y ń s k a 2013). Pojęcie to, jakiś czas temu, weszło na stałe do różnych nieekonomicznych obszarów naszego życia politycznego, społecznego, kulturalnego i zaczęło tworzyć nowy kod semantyczny interpretacji

* Dr hab., prof. nadzw., Zakład Socjologii, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, al. Kościuszki 4, 90-419 Łódź; e-mail: socjologia@umed.lodz.pl.

działań ludzkich. W rozumieniu instytucjonalnym przeciwstawia się to, co jest publiczne, temu, co jest komercyjne. Mamy więc np. szkolnictwo publiczne i komercyjne, komercyjne usługi medyczne wobec publicznej opieki zdrowotnej, media publiczne i komercyjne. Następuje proces, który można nazwać rozciąganiem znaczenia „komercyjny” na większość dziedzin życia jednostki i społeczeństwa. „Komerccjalizacja wszystkiego”, czyli urynkowienie i uczynienie przedmiotem obrotu handlowego, stała się zwrotem kluczowym dla charakterystyki przemian współczesności. Według J. Rifkina, w gospodarce elektronicznej nowym towarem stały się także wszystkie doznania i relacje międzyludzkie, związane z cielesnością. „Komercyjne sieci wszelkiego rodzaju snują pajęczynę wokół całego życia ludzkiego, redukując każdy przeżywany moment do statusu towaru na sprzedaż” (Rifkin 2003: 105). We współczesnym kapitalizmie, opartym na neoliberalnej ideologii, propagowane jest przekonanie, że wszystko da się przeliczyć na pieniądze.

Handel ciałem ludzkim nie jest wymysłem współczesności, różne jego formy towarzyszą człowiekowi od dawien dawna – od prostytucji, poprzez niewolnictwo, po usługi matek. W naszych czasach handel ciałem związany jest również z rynkiem zdrowia, rozwojem wiedzy i badań naukowych. Do rozwoju niektórych subdyscyplin medycznych, prowadzenia badań naukowych, a także procedur klinicznych potrzebne są elementy ciała ludzkiego, które zazwyczaj pozyskiwano w ramach dawstwa narządów, honorowego dawstwa krwi, altruistycznego dawstwa szpiku kostnego. Lekarze i badacze kierują się normą, że samo życie i zdrowie jest nadrzędnym dobrem społecznym. Chodzi zarówno o ocalenie życia i zdrowia jednostek, jak i o polepszenie bytu społeczeństwa, podniesienie ogólnej jakości życia. Rozwój transplantologii, medycyny rozrodu czy niektórych badań, wykorzystujących elementy ciała ludzkiego, zależy w dużym stopniu od dobroczynności uczestników, którzy bezinteresownie oddają narządy i ponoszą związane z tym ryzyko. Komisje bioetyczne rozważają potencjalne korzyści i ryzyko szkód uczestników badań i eksperymentów. Pomimo tego, że wszystko ma się odbywać w zgodzie z prawem i zasadami bioetyki, istnieje pokusa interpretacji przepisów zgodnie z interesem instytucji, a ryzyko i rozmiar szkody dla jednostki są nie do końca przewidywalne. Typologia szkód pokazuje skalę zjawiska – wymienia się szkody fizyczne, psychiczne, społeczne, prawne i godnościowe (National Bioethics Advisory Commission, USA 2011). Ryzyko dotyczy też innych osób, nie biorących bezpośrednio udziału w procedurze badawczo-medycznej: rodzin, bliskich, grup społecznych, a nawet całych społeczeństw. W dobie ogólnej komercjalizacji wszystkiego, okoliczności społeczno-medyczne, takie jak brak altruistycznych dawców narządów, spowodowały, że powstał nielegalny obrót narządami i „produktami biologicznymi” pochodzenia ludzkiego. W niektórych państwach istnieją też próby zalegalizowania obrotu handlowego ciałem ludzkim lub jego częściami dla potrzeb pacjentów i badań naukowych w biomedycynie. Można więc stwierdzić, że komercjalizacja dotyczy wszystkiego, co związane jest ze zdrowiem: usług medycznych, badań medycznych, ciała ludzkiego i jego części, prokreacji i śmierci.

Współcześnie komercjalizacja ciała rozumiana jest w dwóch znaczeniach. Węższe mieści się w biomedycznym modelu tzw. medycyny naprawczej i obejmuje procesy instrumentalizacji ciała, związane z transakcjami handlowymi częściami lub całością ciała, a jest związane głównie z dystrybucją narządów do przeszczepów w ramach zapotrzebowań medycyny transplantacyjnej. Ponieważ inne modele pozyskiwania narządów do przeszczepów nie zaspokajają zapotrzebowania, rozważane są komercyjne metody ich pozyskiwania. Szersze znaczenie dotyczy różnych aspektów zachowania zdrowia i zaspokajania potrzeb ludzkich, poprzez rozwój innowacji i nowych technologii dotyczących ciała. Istnieje zapotrzebowanie na ekonomizację ciała lub jego części w związku z rozwojem inżynierii genetycznej, wspomaganymi technikami rozrodu, medycyny estetycznej. Powstają nowe technologie życia (*technologies of life itself*), które wykraczają poza chorobę, obejmują zdrowie i życie oraz zarządzanie ryzykiem. Przenoszenie pomysłów dotyczących modyfikacji ciała z laboratoriów badawczych na rynek jest w istocie procesem komercjalizacji, np. patentowanie linii komórek macierzystych, patentowanie sekwencji DNA pochodzących od człowieka, obrót embrionami ludzkimi. Organizacje międzynarodowe i państwa regulują prawnie zasady prowadzenia eksperymentów badawczych z udziałem człowieka i wykorzystaniem ciała ludzkiego (Europejska Konwencja Bioetyczna, Oviedo 1997). Spornych kwestii jest wiele, np. dotyczą dopuszczalności patentowania wynalazków stanowiących element wyizolowany z ciała ludzkiego (Żakowska-Henzler 2006). Dyskusja bioetyków i lekarzy wokół badań z udziałem człowieka ma bogatą literaturę, w której rozważane są również problemy związane z motywacją udziału w badaniach medycznych. Obok motywów moralnych i altruistycznych rozważane są również bodźce finansowe, które nie powinny jednak stanowić „nadmiernej zachęty” (Galewicz 2011: 42–44). Ludzie godzą się na uczestniczenie w badaniach medycznych, ponieważ traktują je również jako „powinność związaną z interesem własnym” (Heyd 2011: 370), co w konsekwencji ma poprawić ich zdrowie i jakość życia. Niewątpliwie pozyskiwanie komercyjne komórek, tkanek i narządów ułatwia prowadzenie biznesu dotyczącego nowych technologii życia i zdrowia. Pojawiają się też interpretacje, że technologie ulepszania i poprawiania ciała (*enhancement technologies*), wykorzystują osiągnięcia medycyny głównie do rozwiązywania społecznych i kulturowych problemów człowieka. Medycyna orientuje się na rozwiązywanie problemów egzystencjalnych społeczeństw bogatych, stając się po części medycyną spełniania pragnień ludzi zamożnych. Przecież kupić i sprzedać można prawie wszystko, co jest związane z obsługą i przyjemnościami ciała w wymiarze biologicznym, społecznym i kulturowym.

Biomedycyna traktuje ciało przede wszystkim jako źródło wiedzy, informacji i przedmiot badań. Redukcjonizm naukowy czyni ciało przedmiotem badań i narzędziem nauki, tym samym pozbawia je ujęcia w kategoriach *sacrum*, które jest charakterystyczne dla stanowisk teistycznych. W związku z tym łatwiej jest w medycynie zaakceptować pomysły prowadzące do komercjalizacji ciała.

Stworzenie modelu opieki zdrowotnej i projektów badawczo-rozwojowych, opartych na zasadach komercyjnych, prowadzi również do komercjalizacji zawodu lekarskiego i badań naukowych. Sami lekarze i badacze zaczęli postrzegać się jako uczestnicy wolnej gry rynkowej. Usługi medyczne stały się towarem takim samym jak inne towary, a system medyczny został poddany mechanizmom wolnego rynku. Komercjalizacja i prywatyzacja medycyny wpływa na zmianę widzenia zdrowia i ciała jednostki poprzez uświadomienie, że posiadają one wartość ekonomiczną. Najwyraźniej odczuwają to chorzy, którzy odbierają relację lekarz – pacjent jako relację sprzedawca – klient: kupując usługę medyczną, płacą za wiedzę lekarza, jakość usługi, badania diagnostyczne. Mechanizmy tego typu pojawiają się w sektorze prywatnym oraz w ramach publicznej opieki zdrowotnej, gdzie lekarz jest zmuszony do przestrzegania limitów związanych z kontraktami. Lekarz działający zgodnie z logiką rynku w większym stopniu będzie przestrzegał zasad ekonomicznych prowadzenia biznesu i reguł prawnych, których nieprzestrzeganie jest kosztowne. Natomiast normy etyczne i etos zawodu zdają się przechodzić na drugi plan, sprzyjający w większym stopniu budowaniu marki i reklamowaniu działalności usługowej oraz podtrzymaniu lojalności klienta.

Medycyna została włączona w projekt „ciałokracji”, interpretowany jako władza ciała, któremu mają być podporządkowane wszelkie działania, mające sprawić, by ciało było zdrowe, sprawne i piękne. Ciało staje się projektem, nad którym należy pracować, bowiem jego atrakcyjna postać przynosi sukcesy towarzyskie i zawodowe, skutkuje wyższymi zarobkami (Giddens 2006: 142). Zgodnie z historyczną tendencją cywilizowania ciała, jego higienizacji, psychologizacji i racjonalizacji, o której pisał N. Elias (2011), obecnie przechodzimy proces jego medykalizacji i genetyzacji, prowadzący do polepszenia życia i maksymalizacji ludzkich możliwości (Domaradzki 2012; Nowakowski 2015). Używając metafory, dzięki nauce możemy już tworzyć życie i poddawać je modyfikacjom inżynierii genetycznej, zabawić się w „Naturę bądź Boga”, w zależności od prezentowanego światopoglądu. W „tworzenie ciała” jako przedmiotu i podmiotu konsumpcji zaangażowane są różne dyscypliny naukowe, ideologie, marketing, reklama. Ciało ludzkie podlega procesowi reifikacji, traktujemy je jako towar, który można kupić i sprzedać, wymaga opakowania i reklamy (Wójtewicz 2014). Ponadto domaga się dla siebie usług i towarów, które zaspokajają jego potrzeby, czynią je nośnikiem wartości ekonomicznej i pozycji społecznej. W rozwijanej przez socjologów koncepcji społeczeństwa ryzyka, to człowiek odpowiada za współczesne typy ryzyka, związane z niepewnością, jaką sami stwarzamy w procesie rozwoju społecznego oraz poprzez postęp nauki i techniki. Cechą ponowoczesnego ryzyka jest: a) rozwój w stanie utajnienia; b) trudności z rozpoznawaniem, niedostrzeganie ich wystąpienia; c) ambiwalencja w ustalaniu odpowiedzialności; d) globalizacja i dyfuzja na wszelkie obszary życia ludzi (Beck 2005; Giddens 2001). Ryzyko związane ze zdrowiem i medycyną wymaga szczególnego namysłu, związanego z nowym etapem postępu

techniczno-ekonomicznego, nazwanego przez badaczy „modernizacją refleksywną” (Beck 2009).

Ryzyko biomedyczne należy rozumieć jako niepewność, nieodłącznie związaną z działalnością ludzi, instytucji medycyny oraz ze zmianami biologicznymi i epidemiologicznymi, zachodzącymi w świecie. Ryzyko jest immanentne dla świata materialno-biologicznego, równocześnie ludzie podejmując badania i interwencje w ramach np. biologii molekularnej, inżynierii genetycznej, wspomaganego rozrodu, także sami współuczestniczą w tworzeniu nowego typu ryzyka. Ryzyko w opiece zdrowotnej interpretowane jest jako prawdopodobieństwo wystąpienia określonej choroby, wypadku lub zgonu. W aspekcie globalnym, według WHO, pojęcie to służy do określenia epidemiologicznych współczynników zapadalności na choroby. Społeczeństwo ryzyka biomedycznego obejmuje różnego typu ryzyka, związane z medycyną jako nauką i praktyką leczniczą (Gałuszka, Legiędź-Gałuszka 2008). Komerccjalizacja ciała ludzkiego w medycynie i badaniach naukowych jest nowym obszarem tworzenia ryzyka, którego skutków nie jesteśmy w stanie antycypować. Punktem wyjścia różnych analiz na temat komercjalizacji ciała są następujące stwierdzenia:

– Komerccjalizacja ciała w medycynie nie jest tylko związana z rozwojem transplantologii, dotyczy również innych dyscyplin, takich jak chirurgia estetyczna, medycyna rozrodu, genetyka.

– W dyskursie bioetycznym rozważany jest normatywny status ciała ludzkiego: czy obejmuje ciało ludzkie jako całość, czy przysługuje również komórkom, tkankom, narządom, które zostały wyizolowane z organizmu.

– Ciało ludzkie jest cenionym surowcem, wykorzystywanym w przemyśle farmaceutycznym i biotechnologicznym – w tym kontekście stanowi przedmiot transakcji handlowych.

– Według standardów prawnych, obowiązujących w Polsce, nie można handlować ciałem ani jego częściami, tzn. czerpać korzyści majątkowych ze sprzedaży, kupna i pośrednictwa w zbywaniu lub nabyciu narządów, tkanek i komórek.

– Istnieje nielegalny rynek: narządów, komórek jajowych i plemników, tkanek embrionalnych i płodowych, którego penalizacja jest niezwykle trudna.

2. Komerccjalizacja ciała: dylematy transplantologii

Regulacje prawne poszczególnych państw oraz międzynarodowych organizacji (Parlament Europejski, Rada Europy, Światowa Organizacja Zdrowia) dotyczące przeszczepiania narządów i tkanek oraz kodeks etyczny Światowego Towarzystwa Transplantacyjnego podejmują wszystkie aspekty procesu transplantacji, które mogą wywoływać kontrowersje społeczne i moralne. Dąży się przede wszystkim do zapewnienia bezpieczeństwa zdrowotnego, sprawiedliwości i transparentności całego procesu. W dokumentach podkreśla się, że należy

bezwzględnie przeciwstawić się handlowi ludzkimi narządami i tkankami. Spośród różnych dokumentów UE warto przytoczyć *Rezolucję legislacyjną Parlamentu Europejskiego z dnia 22 kwietnia 2008 roku w sprawie dawstwa i przeszczepiania narządów: działania polityczne na poziomie UE*, w której znajdują się punkty podkreślające: niekomercyjność dawstwa organów; przyjęcia i utrzymywania surowych przepisów prawa; wezwania do zwalczania handlu narządami i tkankami pochodzącymi od osób nieletnich, więźniów, upośledzonych; ściągania osób odpowiedzialnych za handel narządami. W dokumencie tym w pkt. 49. traktuje się oddanie narządów, motywowane względami finansowymi, jako pogwałcenie ludzkiej godności i sprowadzenie daru organu do funkcji towaru. Europejska Konwencja Bioetyczna w art. 21. głosi, że „ciało ludzkie i jego części nie mogą, same w sobie, stanowić źródła zysku”. W Polsce, ustawa o pobieraniu, przechowywaniu i przeszczepianiu komórek, tkanek i narządów stanowi, że „za pobrane od dawcy komórki, tkanki lub narządy nie można żądać ani przyjmować zapłaty lub innej korzyści majątkowej” (Dz. U. nr 169, poz. 1411).

Należy odróżnić procedury pobierania narządów od tzw. dawców altruistycznych, w ramach dobrowolnej zgody wprost, która może dotyczyć oddania narządów za życia i po śmierci oraz od zmarłych, w systemie zgody domniemanej (brak sprzeciwu wyrażanego za życia). Trzeci sposób (nazywany rynkowo-komercyjnym) pozyskiwania narządów do przeszczepów związany jest z transakcjami handlowymi. Bioetyk K. Sze w c z y k (2009: 134) przeprowadził klasyfikację modeli pozyskiwania narządów, w której wyróżnił: a) model rutynowego pozyskiwania; b) model dawstwa opartego na rzeczywistej zgodzie; c) model rynkowy; d) model dawstwa wynagradzanego. Oficjalnie potępia się handel organami i zabrania się go, choć wszyscy wiedzą, że istnieje „czarny rynek” nielegalnego handlu organami pobranymi od osób zmarłych, ale także od żywych dawców (C a p l a n i in. 2009). Ogłoszenia o sprzedaży organów można znaleźć w Internecie, a ceny narządów kształtują mechanizmy popytu i podaży oraz pośrednicy zajmujący się organizowaniem transakcji. Handel organami budzi wiele kontrowersji natury prawnej, etycznej i społecznej. Jednakże w związku z dużym popytem na organy potrzebne do przeszczepów, w ostatnich latach coraz częściej przedstawia się argumenty na rzecz oficjalnego jego urynkowienia. Dyskutowana jest forma pośredniego wynagradzania (model dawstwa wynagradzanego) w postaci różnych zachęt finansowych dla oddających narząd lub dla ich rodzin. Przedstawiane są też argumenty za legalizacją sprzedaży bezpośredniej i utworzeniem kontrolowanego instytucjonalnie rynku narządów. Lekarze od dawna twierdzą, że podstawowym problemem medycyny transplantacyjnej jest brak narządów, a liczba oczekujących stale rośnie. Dlatego też dopuszczają udzielanie rekompensat finansowych jako zwrotu „rzeczywistych kosztów wykonywanych badań, hospitalizacji, a nawet wyrównania utraconych zarobków” (R o w i ń s k i 2006: 49).

W dyskursie prawnobioetycznym można wyróżnić kilka wątków, dotyczących komercjalizacji i legalizacji rynku narządów pobieranych od dawców żywych,

a także omawiane są zasady pozyskiwania narządów po śmierci, uwzględniające szeroki kontekst kulturowy i społeczny. Głównym problemem oceny moralnej jest zjawisko komodyfikacji (*commodification*), polegające na przekształceniu w towar ciała ludzkiego lub jego części, które stają się wtedy dobrem w sensie ekonomicznym (Nowacka 2003; Lasocik, Wiśniewski [red.] 2006; Szewczyk 2009). W odpowiedzi na pytanie o wartość ekonomiczną ciała przywoływane są różne wyliczenia, w zależności od instytucji podejmującej się takiego zadania oraz celów, jakemu wyliczenie ma służyć.

1. Podejście liberalne zwraca uwagę na silnie zinternalizowaną, zwłaszcza w cywilizacji zachodniej, normę wolności i autonomii człowieka. Podmiotowi ludzkiemu przypisywana jest autonomia, a więc także możliwość rozporządzania własnym ciałem i jego organami. Uznaje się, że ciało jest naszą własnością i możemy nią swobodnie dysponować. Zarówno altruistyczne podarowanie organu, jak i jego komercjalizacja powinny zależeć od samodzielnej decyzji jednostki. Ponieważ ryzyko przeszczepu jest niezależne od tego, czy dawstwo narządu ma charakter altruistyczny czy komercyjny, zakaz praktyk komercyjnych jest traktowany, według przedstawicieli stanowiska liberalnego, jako rodzaj paternalizmu społecznego (Kishore 2005). Warunkiem *sine qua non* jest sprzedaż organu, która nie szkodzi sprzedającemu ani innym. Inwazyjne uszkodzenie organizmu ludzkiego niesie duże ryzyko, którego konsekwencji nie da się do końca przewidzieć, a więc osoba decydująca się na taki czyn powinna być świadoma konsekwencji zdrowotnych. Niestety, większość sprzedających np. nerkę nie dysponuje wiedzą na temat ryzyka bądź otrzymuje informacje na ten temat w specjalistycznym języku, którego nie rozumie.

2. Argumentacja odwołująca się do godności człowieka, eksponowana szczególnie przez etyki religijne, powołuje się na zakaz moralny traktowania organizmu ludzkiego jako banku części zamiennych, którymi można w dowolny sposób dysponować i handlować. Różne religie aprobują transplantację jako metodę ratowania życia, jednak oddanie narządu osobie bliskiej, emocjonalnie spokrewnionej (współmałżonek) lub osobie spokrewnionej genetycznie (rodzice, rodzeństwo) powinno być dowodem altruizmu i traktowane jest jako „dar serca”, za który nie należy oczekiwać rekompensaty materialnej. Legalizacja komercjalizacji narządów prowadzi do instrumentalizacji człowieka, traktowania go jako przedmiotu, a nie podmiotu relacji międzyludzkich i pozbawia go godności.

3. Etyki odwołujące się do idei sprawiedliwości społecznej twierdzą, że komercjalizacja narządów ludzkich narusza zasady współzycia ludzi, takie jak solidarność społeczna, altruizm, bezinteresowność. Merkantylizacja rynku narządów jest sprzeczna z egalitarnym modelem opieki zdrowotnej, prowadzi do atrofii moralnej, zaniku wrażliwości i pogłębiania się nierówności społecznych i rasowych. Zgodnie ze stanowiskiem komunitariańskim, praktyki komercjalizacji ciała naruszają zarówno integralność cielesną, jak i społeczną, mogą stanowić zagrożenie dla zasad współzycia społecznego (Callahan 2003). Transfer narządów

przebiega zazwyczaj od mieszkańców biednych krajów do potrzebujących w bogatych krajach. Handel narządami jest aktem wyzysku, wykorzystaniem biedy i niesprawiedliwości.

4. Podejście eklektyczno-konsekwencjalistyczne: teorie moralne i prawo wykorzystywane są wybiórczo do przeprowadzenia analizy normatywnej dla potrzeb instytucjonalnych, przemysłu biotechnologicznego lub celem zaprezentowania poglądów własnych. Poddaje się refleksji problemy pojawiające się w związku z legalnym dawstwem oraz komercyjnym handlem komórkami, tkankami i narządami. Rozważane są argumenty konsekwencjalistyczne, zarówno za, jak i przeciw komercjalizacji. Przykładem praktycznym ewolucji poglądów etycznych i prawnych mogą być medyczne modyfikacje definicji śmierci, wynikające z postępu wiedzy, ale też wywołane potrzebami technologii transplantacyjnych (Szczęsna 1996). Poszerzenie kręgów komercjalizacji ciała ludzkiego zostało usankcjonowane poprzez wprowadzanie takich pojęć, jak np. „materiał biologiczny pochodzenia ludzkiego” lub „surowiec farmaceutyczny”. W ten sposób próbuje się omijać niejasności prawne, wynikające z niewiedzy, czy mamy do czynienia z ciałem osoby ludzkiej, czy częściami ciała ludzkiego, funkcjonującego już autonomicznie, którymi wolno handlować. Prawo farmaceutyczne dopuszcza komercjalizację komórek lub tkanek ludzkich jako surowca przemysłowego. Jak słusznie się zauważa w odniesieniu do przepisu art. 2, ust. 1, punkt c rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady Europy (nr 1394/2007), może on „usprawiedliwiać twardą kryminalizację ciała, [...] dopuszczać w pełni legalną przemysłową eksploatację” (Bosek 2015: 6).

5. Stanowisko pragmatyczno-instytucjonalne – może w konsekwencji doprowadzić do zmiany prawa, umożliwiając komercjalizację ciała ludzkiego i handel narządami (*organ trafficking*). Punktem wyjścia jest potrzeba uporządkowania i uregulowania nielegalnego handlu narządami i nadania mu instytucjonalnych ram (prawnych, technicznych, medycznych). Innym argumentem są lepsze medyczne wyniki transplantacji nerek od dawców żywych, niekoniecznie spokrewnionych. Niektóre państwa nie stosują sankcji lub penalizacji za wykonanie przeszczepu komercyjnie nabytej nerki (np. Holandia, Austria, Szwajcaria, Norwegia). Regulacje prawne poszczególnych państw oraz międzynarodowych organizacji (Parlament Europejski, Rada Europy, Światowa Organizacja Zdrowia), dotyczące przeszczepiania narządów i tkanek, oraz kodeks etyczny Światowego Towarzystwa Transplantacyjnego proponują poszerzenie kategorii dawców żywych o osoby, które otrzymują w zamian jakieś rekompensaty rzeczowe, finansowe, podatkowe.

Poglądy na temat handlu narządami polaryzują się w dwóch kierunkach. Pierwszy podkreśla bezwzględne odrzucenie mechanizmów rynkowych, komercjalizujących dawstwo narządów. Upowszechnienie dawstwa ekonomicznego, wynikające z przymusu ekonomicznego traktowane jest jako niebezpieczny kierunek rozwoju cywilizacji ludzkiej, wykorzystującej nierówności społeczne i biedę

dla poprawy jakości życia bogatych społeczeństw. Zazwyczaj dawcy ekonomiczni nie mają świadomości zagrożeń i ryzyka zdrowotnego. Podkreśla się również sytuację personelu medycznego zaangażowanego w procedurę, która narusza elementarne zasady etyki lekarskiej, takie jak: *primum non nocere* i zasadę dobroczynienia, co może skutkować utratą zaufania do lekarzy (Kwiatkowski 2014).

Drugi kierunek liberalizuje zasady pozyskiwania narządów do przeszczepów, dopuszczając również model rynkowy: ekonomiczne dawstwo lub sprzedaż narządów. Zgłaszany jest postulat opanowania żywiolowo rozwijającego się rynku nielegalnego handlu narządami poprzez zorganizowanie rynku kontrolowanej sprzedaży, oddzielającej sprzedaż od jej dystrybucji. Zorganizowanie instytucji skupiającej narządy i zajmującej się dystrybucją pomija bezpośrednie handlowanie i niweluje czynniki zagrażające godności i autonomii darczyńcy (Erin, Harris 2003: 137; Szewczyk 2009: 169). Przykładem częściowego rozwiązania problemu komercjalizacji narządów do przeszczepów jest Iran, który od 1988 r. realizuje program wypłacania rekompensat dawcom nerek, zarejestrowanym w pośredniczącej, licencjonowanej agencji (LURD – *living-unrelated donor renal transplantation*). Wprawdzie dzięki temu programowi zlikwidowano kolejki czekających na przeszczep, jednak lokalne środowisko medyczne zgłasza różnego typu zastrzeżenia, m.in. niska cena za nerkę, przenoszenie negocjacji na czarny rynek, niesprawiedliwość i wyzysk, towarzyszące komercjalizacji – biedniejsze rodziny wchodzi w mechanizm tymczasowego rozwiązywania problemów finansowych poprzez sprzedaż kolejnej nerki pozyskiwanej od innego członka rodziny.

Niezależnie od tego, w jakim kierunku rozwijać się będzie idea transplantacyjnego dawstwa narządów, mechanizmy rynkowe zaczną odgrywać znaczącą rolę. Poszukiwanie prawnie i etycznie uprawnionych rozstrzygnięć jest utrudnione ze względu na medyczną naturę takiego zabiegu, który niesie duży poziom ryzyka. Nie można też wykluczyć, że nastąpi nasilenie narracji lęku, związanej z transplantologią, co zdarza się w lokalnych przestrzeniach społecznych. Przykładem skrajnym takiego stanowiska w Polsce są poglądy filozofa B. Wolniacza (1988), który transplantację traktuje jako „współczesny kanibalizm”, mający swój udział w usankcjonowanej społecznie amoralności. Również środowisko lekarzy dostarcza argumentów na rzecz społecznych lęków transplantologicznych. Utrata zaufania do lekarzy i szpitali, wyrażana w badaniach opinii społecznej, przekłada się również na ambiwalentną ocenę transplantologii jako procedury kosztownej i niosącej duże ryzyko. Zawsze pozostaje problem decyzji dotyczących kwalifikacji pacjentów do przeszczepów i finansowania operacji. Opinia publiczna szybko reaguje na nieprawidłowości w procedurach oraz ujawniane przez media masowe kazusy ekonomizacji transplantologii. Ekspozowana przez media kryminologiczna wersja zachowania transplantologa dr. G. przyczyniła się do zmiany postaw społecznych względem dawstwa narządów, również pozyskiwanych z ciał zmarłych, co skutkowało zmniejszeniem się liczby przeprowadzonych zabiegów.

3. Medycyna estetyczna – ulepszanie ciała i nowy etap rozwoju ryzyka

Komercjalizacja ciała jest bezpośrednio związana z procesem, który został przez Ch. Shillinga (2005: 187) nazwany technologicznym ulepszaniem ciała (*enhancement technologies*). Proces ten można nazwać synergią ciała i technologii w postaci: 1) fizycznego zastępowania ciała (*physical substitution*); 2) jego fizycznego wzmocnienia (*physical extension/enhancement*). Poprawianie ciała to wszystkie praktyki medyczne, które prowadzą do zmiany jakości życia ludzi i polepszenia ich samopoczucia. Zalicza się do nich interwencje kosmetyczne, genetyczne i neurologiczne. Efektywność medycznych interwencji dotyczących ciała przede wszystkim jest uzależniona od stanu wiedzy i nowych technologii medycznych oraz umiejętności lekarzy. Punktem wyjścia chirurgii plastycznej było naprawianie defektów formy lub funkcji ciała, które uległo zmianom patologicznym i deformacjom z różnych przyczyn, np. na skutek wypadków drogowych, awarii technicznych, katastrof, ataków terrorystycznych czy wojen. Ten zakres praktyk terapeutycznych zalicza się do paradygmatu medycyny naprawczej, związanej z biomedycznym modelem zdrowia. Kolejnym etapem jest poszerzenie znaczenia chirurgii plastycznej poprzez stworzenie pojęć „medycyny estetycznej” i „chirurgii kosmetycznej”, oddających dążenie do poprawienia wyglądu ciała i tworzenie różnych usług obejmujących upiększającą modyfikację ciała. Popyt na dobre samopoczucie i wspaniały wygląd klientów gabinetów medycyny estetycznej wpływa na dynamiczny rozwój całej branży przemysłu ciała. Odwołanie się do estetyki jest zarazem włączeniem kategorii piękna jako kryterium oceny ciała, stanowiącego już nie tylko dzieło natury, ale skalpela i innych zabiegów lekarzy, kosmetologów, dietetyków, trenerów fitness, wizażystów¹. Światowy sukces medycyny estetycznej jest związany z przemianami stosunku do ciała w społeczeństwie ponowoczesnym. Jednostka dostała instrukcję, że ciało należy kształtować, co wymaga pracy i modelowania zgodnie z panującymi kulturowymi modami i standardami. Badania z zakresu socjologii ciała pokazują, w jaki sposób interpretacje kulturowe ciała tworzą dominujące znaczenia oraz jak ciało jest dyscyplinowane, kontrolowane i reprodukowane w procesie społecznej percepcji (Turner 2008; Shilling 2010; Jakubowska 2009). Ciało jako towar zostaje włączone w proces konsumpcji, będąc zarazem jego przedmiotem i podmiotem: powinno być piękne, sprawne i zdrowe. Efekt końcowy zależy od inwestycji poczynionych dla ciała, aby zaspokoić jego i duszy pragnienia. W kulturze popularnej i mediach masowych pojawia się też obietnica, że wysiłek włożony

¹ Warto przypomnieć, że estetyka, z gr. *aisthētikòs* – to odnoszący się do spostrzegania zmysłowego, a także wrażliwy. Ciało jest obiektem spostrzegania zmysłowego, a zarazem odbiorcą wrażeń. Estetyzacja ciała we współczesnej kulturze prowadzi do ekspozycji różnych form cielesności, budowania wizerunku i gotowości do dostarczania bodźców.

w kształtowanie ciała będzie wynagrodzony absorpcją przyjemności: sympatią otoczenia, wyższym wynagrodzeniem, seksualnym pożądaniem (Buczowski 2005). Ideologia sukcesu towarzyskiego i zawodowego wraz z budowaniem nowych tożsamości skrojonych wedle mód i potrzeb rynkowych skłania do ryzykownych operacji plastycznych i zabiegów kosmetycznych. Obecnie zabiegi medycyny estetycznej podyktowane są w coraz większym stopniu potrzebami kulturowymi i społecznymi, a nie zdrowotnymi. Medyczne rozwiązywanie potrzeb psychicznych i problemów społecznych stało się motorem napędowym medycyny estetycznej jako medycyny spełniania pragnień. Modelowanie ciała wedle panującej mody, reklamy, dyktatu celebrytów i idoli *show businessu* jest aspiracją wielu ludzi, a przez udoskonalane możliwości technologii medycznych i działanie mechanizmów marketingowych jest dostępne także dla klienta klasy średniej. W roku 2014 wykonano na świecie ponad 25 mln operacji i zastrzyków upiększających; znacząca ich część została zrealizowana w systemie komercyjnym. Jak łatwo zauważyć, medycyna spełniania pragnień dotyczy w pierwszej kolejności kobiet i ludzi zamożnych, jednak nacisk społeczny jest tak duży, że niektóre państwa wprowadzają usługi chirurgii kosmetycznej do systemu refundowanej opieki medycznej (np. w Argentynie i Hiszpanii).

Z. Bauman w rozmowie z południowoamerykańską socjolożką Citlali Ravirosa-Madrazo podkreśla, że w zgodzie z duchem płynnej nowoczesności medycyna kosmetyczna, podobnie jak inżynieria genetyczna, została włączona do procesu autokreacji człowieka, który zdobył środki, by „uczynić się kimś na miarę swoich marzeń, sprostać wyobrażeniom o sobie” (Bauman 2010: 252). Marzenia *homo consumens* o przekształcaniu ciała zgodnie z własnymi aspiracjami i fantazjami są bez ograniczeń realizowane w sektorze luksusowej opieki medycznej.

Zabiegi w ramach komercyjnej medycyny estetycznej pokazują, że lekarze wykonują coraz bardziej ryzykowne procedury, na które popyt kreują media masowe i reklama. Chirurgia plastyczna jest traktowana przez prawników jako dziedzina o podwyższonym ryzyku dla zainteresowanych, którzy chcą osiągnąć „dobrostan” poprawiający funkcjonowanie w świecie społecznym (Kubiak 2012). Również inne zabiegi kosmetyczne oraz rozliczne formy modyfikacji i zdobienia ciała, takie jak tatuaże, mikropigmentacja chirurgiczna, *body piercing* stanowią działania obarczone ryzykiem (Broniarczyk-Dyła, Kmiec 2009). W ofercie gabinetów medycyny estetycznej można zrealizować wymyślne marzenia dotyczące zmiany ciała, np. modelowanie policzków (500–2000 euro), plastyka powiek (2000 euro za powiekę), transplantacja włosów na klatce piersiowej (raczej u mężczyzn, 2000–10 000 euro), ujędrnianie pośladków/implanty (1600–7000 euro), korekta penisa (6000–7000 euro), skracanie palców u nóg (1500–2000 euro za palec). Osoby poddane różnym korektom ciała są z tych zabiegów częściowo zadowolone. Liczne badania pokazują, że istnieją grupy ryzyka pacjentów, negatywnie oceniających efekt podjętych operacji i zabiegów. Wśród czynników powodujących brak satysfakcji z wykonanego zabiegu wymienia się: a) zaburzenia

psychologiczne, takie jak: depresja, dysmorfofobia, zaburzenia osobowości; b) zaburzenia fizyczno-somatyczne, jak np.: blizny, zniekształcenie twarzy, impotencja, cukrzyca, rak; c) dyskomfort estetyczny, np.: niespełnienie oczekiwań, pogorszenie wyglądu, tiki, pułapka chirurgicznego uśmiechu. Głównym elementem ryzyka jest jednak utrata dobrego samopoczucia, związana z koniecznością ponawiania w coraz krótszym cyklu czasowym zabiegów, które pogłębiają depriację somatyczną organizmu (H o n i g m a n i in. 2004). Rynek medyczny oraz firmy ubezpieczeniowe kierują się oceną ryzyka zdrowotnego (*health risk assessment* – HRA); w ten sposób chcą się zabezpieczyć na wypadek niezadowolenia klienta. W żargonie prawniczym brzmi to następująco: lekarzowi można przypisać winę wówczas, gdy „ryzyko nie pozostaje w rozsądnej proporcji do oczekiwanego polepszenia wyglądu i samopoczucia pacjenta w wyniku usunięcia «błędu piękności»” (N e s t o r o w i c z 1981: 430). Zwraca się uwagę, że zabieg musi być przeprowadzony w celu kosmetycznym, z zadaniem usunięcia wad urody zainteresowanego. Przekroczenie granic przeciętnego ryzyka traktowane jest jako błąd medyczny i obarcza odpowiedzialnością lekarza.

4. Hipermarket genetyczny

Rozwój inżynierii genetycznej człowieka jest raczej niekwestionowany, zwłaszcza gdy przywołuje się sukcesy medycyny stosującej terapie genetyczne. Pozostają natomiast kontrowersje moralne, rozważane przez bioetyków oraz świadomość permanentnego dostosowywania prawa do nowych odkryć inżynierii genetycznej. Wprawdzie według koncepcji L a l o n d e 'a (1974), przytaczanej w wielu podręcznikach zdrowia publicznego (2007), geny odpowiadają tylko w 16% za nasze zdrowie, to jednocześnie mówi się o wzmożonej genetyzacji społeczeństwa, wskazując na ekspansję technologii genetycznych w różnych dziedzinach życia (D o m a r a d z k i 2012). Formuły „polityka genetyczna” i „polityka molekularna” wskazują przekroczenie postawy anatomicznej względem ciała i skupienie się na genetycznych zasobach jednostki jako reprezentanta tzw. „puli genowej”. Ciało ludzkie, traktowane jako „materiał biologiczny”, występuje m.in. w postaci:

- linii komórkowych komórek macierzystych, plemników, jajeczek, embrionów;
- organów, szpiku kostnego, krwi itp., wykorzystanych w operacjach, transplantacjach, transfuzjach do podtrzymania życia innych ludzi;
- jako zmagazynowana informacja w bazach danych szpitali i laboratoriów biotechnologicznych.

Wyjaśnianie chorób somatycznych i psychicznych, różnych zachowań i różnic między jednostkami, potencjału intelektualnego w kategoriach genetycznych prowadzi do nowych metod kontroli przez firmy ubezpieczeniowe, wojsko,

pracodawców, korporacje biznesowe, a także w bliskich relacjach interpersonalnych (genetyczna diagnoza przedmałżeńska). Rynek usług związany z poradnictwem genetycznym dynamicznie rośnie, a nacisk na profilaktyczne badania genetyczne staje się niemal obowiązkiem kontroli ryzyka. Pojawia się również zapotrzebowanie na „dobrej jakości ludzki materiał genetyczny”, m.in. dotyczy to hodowli narządów i medycyny rozrodu. Badacze oraz inwestorzy skupieni są głównie na tym, jak zwiększyć popyt na usługi genetyczne i jak rozwijać dyscyplinę w kierunku *shopping in the genetic supermarket* (Habermaś 2003: 83). Biznes w branży genetycznej będzie rozwiązywał dylematy moralne zgodnie z interesem rozwoju firmy i potencjalnymi zyskami – wystarczy zmienić definicję problemu zgodnie z interesami komercyjnymi firmy. Przykładem może być Advanced Cell Technology w stanie Massachusetts, która zleciła komisji etycznej rozważenie moralnych aspektów klonowania terapeutycznego i reprodukcyjnego (www.Sciam.com/exploration/2001/11240lezzwll.; Gałuszka 2008: 89–90). Wśród pytań skierowanych do komisji było następujące: „Czy organizm stworzony w wyniku klonowania jest takim samym bytem jak powstały w sposób naturalny?” W stanowisku przeciwników klonowania podkreślono, że jest to taki sam organizm jak ludzki embrion, któremu przynależą wszelkie prawa do szacunku i godności. W stanowisku zwolenników klonowania stwierdzono, że jest to nowy rodzaj bytu biologicznego – „aktywna komórka jajowa”, co prowadzi do odrzucenia wątpliwości moralnych. W argumentacji podano również, że już istnieje rynek ludzkich komórek jajowych, wykorzystywanych do celów badawczo-poznawczych. W sprawie zakazu klonowania reprodukcyjnego istnieją przepisy na szczeblu międzynarodowym zakazujące, a nawet penalizujące tę technikę. Równocześnie bierze się pod uwagę różne argumenty przemawiające za tym, aby dopuścić możliwość klonowania reprodukcyjnego, np. pozwolić bezpłodnym kobietom i mężczyznom przekazać swoje geny następnym pokoleniom, umożliwić tworzenie dzieci posiadających określone cechy, „zastępowanie” klonem dziecka zmarłego, prawo do wolności reprodukcyjnej (www.who.int/ethics/topics/cloning/en). Oczywiście klonowanie reprodukcyjne ma swoich zagorzałych przeciwników, którzy przedstawiają argumenty natury medycznej, religijnej, kulturowej. Spory bioetyków pokazują, że etap dyskursu prawno-etycznego poprzedza niejako lub synchronicznie odpowiada etapowi komercjalizacji procedur i technologii. Na przykład najmniejsze wątpliwości etyczne związane są z pobieraniem komórek macierzystych z embrionów, które nie mają potencjału stania się osobą ludzką i podlegają zniszczeniu. Jak pokazywał przykład wcześniejszy, firmy biotechnologiczne same powołują komisje bioetyczne, które mają dochodzić do konkluzji zgodnych z interesem firmy.

Intensywnie rozwija się biznes w dziedzinie hodowli narządów i medycyny rozrodu. Coraz częściej przez media masowe ujawniane są patologie pokazujące, jak na styku medycyna–przedsiębiorstwo przegrywa etyka na rzecz osiągnięcia zysku. Przykładem negatywnym jest organizacja Planned Parenthood, która skupia

ponad 80 organizacji posiadających 800 placówek w USA. Jest traktowana jako jedna z najważniejszych organizacji amerykańskiej lewicy, hojnie dotowanych przez państwo (528 mln dolarów w 2014 r.). Poza działalnością dotyczącą promocji zdrowia reprodukcyjnego, zajmuje się edukacją seksualną, profilaktyką chorób kobiecych itp., a także wykonywaniem aborcji (zgodnie z obowiązującym prawem). Problem w tym, że handlowano narządami pozyskiwanymi z ludzkich płodów w trakcie aborcji. Ujawnione taśmy z nagrań „negocjacji handlowych” zbulwersowały opinię publiczną drastycznością opisu sprzedaży części ciała w kwocie od 30 do 100 dolarów za sztukę, np. tkanki, nogi, serca, wątroby (Zabrowski 2015). Cały proceder, w wyniku którego kliniki wzbogacały się na sprzedaży firmom biotechnologicznym organów płodów, ma – poza oceną moralną – także wymiar polityczny, medyczny i społeczny. Proceder wpisuje się w dyskurs pomiędzy „obrońcami życia” (*pro-life*), a zwolennikami wyboru (*pro-choice*), buduje zdecydowanie niekorzystny obraz liberalnych obrońców wolnego wyboru decyzji aborcyjnych kobiet (Rudy 1996; Gałuszka 2002).

Duże wątpliwości prawne i moralne są związane z medycyną rozrodu, która wykorzystuje nowe techniki zapłodnienia pozaustrojowego. Pozyskiwanie gamet od anonimowych dawców oraz dysponowanie tzw. nadliczbowymi zarodkami, powstałymi w wyniku zapłodnienia *in vitro*, może być bezinteresowne bądź podlegać transakcjom handlowym. Nawet jeśli prawo zabrania handlowania komórkami rozrodczymi, w praktyce zakaz ten jest obchodzony. Dawcom nasienia lub dawczyniom oocytów wypłaca się tzw. honoraria rekompensujące, np. za zakwalifikowanie do banku nasienia i procedury przygotowawcze. Przypomnijmy, że w Polsce obrót komórkami, organami i tkankami pochodzenia ludzkiego jest zabroniony, lecz np. dopuszczalny jest zwrot kosztów związanych z dawstwem (Dz. U. nr 169, poz. 1411 z późn. zm). Embriony przekazywane są innym parom do „adopcji” bądź przeznaczone do badań naukowych, jeśli prawo danego państwa na to zezwala. Wskazane przykładowo transakcje częściami ludzkiego ciała dokonywane są poprzez nowoczesne formy prowadzenia handlu, również takie, które przypominają markety. Można w systemie sprzedaży wysyłkowej zamówić m.in. nasienie, jajeczka, embriony, zarodki. Firmy w USA oferują „materiał genetyczny” przez Internet, również ceny podlegają negocjacjom w zależności od „jakości” dawcy, np. koloru skóry, wykształcenia, wieku; płaci się od 1 tys. do 15 tys. dolarów.

Medycyna współczesna poszukuje swojej tożsamości w związku z dynamicznym rozwojem nowych technologii w biologii i elektronice. Zastosowanie w medycynie inżynierii genetycznej w połączeniu z postępem rewolucji technologii informacyjnych stworzyło nowy model innowacyjnych projektów badawczych, których efektem są eksperymentalne leki, niestandardowe terapie i procedury kliniczne. Zanim technologie medyczne zostaną wprowadzone do obiegu publicznego, poddawane są ocenie (HTA) w analizach: efektywności klinicznej, efektywności ekonomicznej, określa się ich wpływ na system opieki zdrowotnej

(Bochenek 2013). Wprowadzenie do powszechnego stosowania i finansowania danej procedury leczenia wymaga wszechstronnej analizy w kontekście skutków społecznych, prawa i etyki. Powoływane do takiej oceny krajowe agencje biorą pod uwagę nie tylko medyczną skuteczność technologii, lecz także konsekwencje finansowe dla płatnika, regionalny rozwój przemysłu medycznego, polityczne i aksjologiczne uwarunkowania decyzji wprowadzenia technologii (Williams, Cookson 2006). Warto podkreślić, że uwzględnienie interesów wszystkich zainteresowanych stron jest bardzo trudne. W Polsce nie możemy osiągnąć konsensusu w różnych kwestiach funkcjonowania systemu medycznego i wprowadzania nowoczesnych technologii życia, np. ustalenia koszyka świadczeń gwarantowanych, finansowania ze środków publicznych i leczenia chorób rzadkich, inżynierii genetycznej, zasad bioetycznych. Decyzje w tych sprawach są przedmiotem dyskursu publicznego, a różne instytucje i podmioty zajmujące stanowisko w sprawie kontrowersyjnych procedur medycznych budują swoją pozycję w społeczeństwie.

5. Medycyna spełniania pragnień w komercyjnym systemie zdrowotnym

Stare porzekadło mówi, że lepiej być „pięknym, młodym i bogatym” niż „brzydkim, starym i biednym”. Stanowi to kwintesencję współczesnych oczekiwań wobec medycyny, która zarówno w wersji medycyny naprawczej, jak i medycyny spełniania pragnień ma wspomagać funkcjonowanie organizmu ludzkiego, aby poprawić jego jakość życia. Klient (nie pacjent) oczekuje od medycyny i przemysłu farmaceutycznego tabletek na zdrowie, wspomagających jego witalność, inteligencję i urodę. Zgodnie z ideologią zdrowego stylu życia i estetyką przyjemności, wypracowaną głównie w mediach masowych i stymulującą konsumpcyjne oczekiwania ludzi, zmieniają się też oczekiwania wobec medycyny. Czy dochodzi do redefinicji celów medycyny? Czy może nie chodzi już o leczenie osób chorych, a raczej o poprawianie zdrowia poprzez ulepszanie kondycji osób zdrowych? Być może takie postawienie sprawy jest zbyt radykalne, jednak istnieją dowody na to, że coraz częściej takie zadania stawiają przed medycyną bogate jednostki i zasobne społeczeństwa. Cele medycyny instytucjonalnej, opartej na paradygmacie biomedycznym są różnie artykułowane w polityce zdrowotnej poszczególnych państw. Odpowiada im obiektywne definiowanie choroby (*disease*), potwierdzone w badaniach lekarskich i laboratoryjnych. Większość systemów medycznych odwołuje się do aksjologii Instytutu Hastings, w którym opisano podstawowe cele medycyny. Zalicza się do nich: 1) zapobieganie chorobom i urazom oraz promocję zdrowia; 2) przynoszenie ulgi w bólu i cierpieniu wywołanym przez choroby; 3) leczenie i opiekę nad chorymi z różnymi dolegliwościami oraz opiekę nad tymi, których wyleczyć się nie da; 4) zapobieganie przedwczesnej śmierci

i stworzenie warunków do spokojnej śmierci (Hastings Center 1996). Nowe cele są pochodną wielu zjawisk w rozwoju instytucjonalnej wiedzy medycznej i dynamice wzrostu wynalazków technicznych, powstaniu różnych subdyscyplin medycznych opartych na osiągnięciach nowych technologii oraz biotechnologii, a przede wszystkim – zmianach cywilizacyjnych, definiowanych w kategoriach społeczeństwa konsumpcyjnego i społeczeństwa ryzyka. Przystajemy na postęp w medycynie, który wymaga coraz bardziej ryzykownych procedur klinicznych i eksperymentów badawczych. Prowadzenie badań w medycynie musi spełniać wiele skomplikowanych procedur metodologicznych oraz kryteriów etycznych (Watała i in. 2011). Zwrot w definiowaniu celów medycyny jest też implikowany zmianami dotyczącymi organizacji i zarządzania usługami medycznymi, których wyrazistym przykładem jest marketingowe tworzenie popytu na wysokiej jakości procedury kliniczne i ambulatoryjne. Rozwój komercyjnych usług medycznych, głównie prywatnych, finansowanych z własnych środków lub z ubezpieczeń indywidualnych, przyczynia się do artykułowania nowych oczekiwań wobec medycyny. W większym stopniu związane są z subiektywnym poczuciem choroby, w którym najważniejsze znaczenie ma samopoczucie człowieka, jego dobrostan i spełnianie pragnień.

Możliwości usprawniania i ulepszania ludzkiego organizmu zaczynają się na etapie komórkowym. Punktem wyjścia jest prewencja dotycząca chorób przenoszonych drogą genetyczną, możliwa w procedurze zapłodnienia pozaustrojowego. Obecnie dzięki procedurze nazwanej przedimplantacyjną diagnostyką haplotypową (*preimplantation genetic haplotyping* – PGH) można wykryć do kilku tysięcy wad genetycznych u embrionów w fazie przedimplantacyjnej. Kontrowersje etyczne i ograniczenia w ustawodawstwie poszczególnych państw, dotyczące stosowania modyfikacji genetycznych na ludzkich embrionach spowodowało rozwój komercyjnych wyjazdów w ramach tzw. turystyki reprodukcyjnej. Popyt na usługi związane z prokreacją czy doskonaleniem ciała i umysłu będzie rósł w tempie proporcjonalnym do rozwoju nowoczesnych technologii biomedycznych. Zadaniem uczonych, medyków, prawników i polityków jest rozważanie konsekwencji moralnych i materialnych podejmowanego ryzyka biomedycznego. Wielu badaczy podkreśla istnienie sygnalizowanej zmiany celów medycyny, „która z działalności zmierzającej do leczenia chorób i łagodzenia bólu przekształca się w instancję normatywną, biowładzę, która panuje nad życiem i wpływa na dziedzictwo genetyczne” (Terenzi 2008: 203). Zaakceptowaliśmy także spowodowaną rozwojem medycyny estetycznej wersję zmiany celów. Nowy paradygmat medycyny ludzkich pragnień (Muszala 2006; Morciniak 2015) charakteryzuje się: a) koncentracją na zdrowiu i pełnym dobrostanie subiektywnie pojmowanej jakości życia; b) nieterapeutycznymi zadaniami, podyktowanymi priorytetami kulturowymi; c) artykułowaniem i spełnianiem pragnień; d) rozwiązywaniem za pomocą medycyny problemów tożsamości i relacji międzyludzkich; e) małą efektywnością kliniczną przy wysokich kosztach; f) biznesowymi zasadami

i nadaniem wymiaru finansowego relacji lekarz–klient. Pacjenci – zmieniając się w konsumentów usług medycznych, przemysłu biotechnologicznego i farmaceutycznego – oczekują, że ich pragnienia będą realizowane od etapu powstania życia wspomaganego technikami reprodukcyjnymi i genetycznymi, poprzez realizację aspiracji i marzeń dotyczących wyjątkowości urody oraz inteligencji, po aktywne życie seksualnie seniora. Medycyna współczesna, dzięki technologiom życia i ciała, wpisuje się w postmodernistyczną wizję człowieka jako projektu w pełni wykorzystującego wolność kreowania własnej tożsamości.

6. Podsumowanie

Niewątpliwie należy zgodzić się ze stwierdzeniem, że ciało ludzkie jest integralnie związane z godnością i tożsamością osoby. Wątpliwości zaczynają się wtedy, kiedy ciało staje się magazynem zasobów narządów, tkanek, komórek, wartościowanych jako materiał biologiczny, który można poddać rynkowym procesom ekonomicznym. Traktowanie ciała ludzkiego jako źródła zysku narusza podstawy aksjologii człowieczeństwa. Niestety, aktualne tendencje są takie, że – wbrew przepisom prawa – handel ciałem ludzkim dla potrzeb biomedycyny realizującej pragnienia ludzi staje się faktem. Potrzeba dyskursu etyczno-prawnego jest koniecznością, bowiem obiecany „raj genetyczny” niesie nieprzewidywalne konsekwencje dla jednostek i populacji. Postulat, który swego czasu zgłosił Jan Paweł II w przemówieniu w UNESCO w Paryżu, że: „Trzeba się przekonać do pierwszeństwa etyki przed techniką, prymatu osoby w stosunku do rzeczy, wyższości ducha nad materią” (Jan Paweł II 1980: 64), w obliczu wzmożonych procesów „komerccjalizacji wszystkiego”, jest ciągle aktualny.

Bibliografia

- Baum an Z. (2010), *Żyjąc w czasie pożyczonym. Rozmowy z Citlali Rovirosą-Madrazo*, Wydawnictwo Literackie, Kraków.
- Beck U. (2005), *Władza i przeciwwładza w epoce globalnej. Nowa ekonomia polityki światowej*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- Beck U. (2009), *Ponowne odkrycie polityki: przyczynek do teorii modernizacji refleksywnej*, [w:] U. Beck, A. Giddens, S. Lash, *Modernizacja refleksyjna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 11–78.
- Bochenek T. (2013), *Etyka w ocenie technologii medycznych*, [w:] J. Hartman, Z. Zalewski (red.), *Etyczne problemy zarządzania w ochronie zdrowia*, ABC a Wolters Kluwer Business, Warszawa, s. 132–149.
- Bosek L. (2015), *Problem komercjalizacji ciała ludzkiego w świetle konwencji o biomedycynie*, www.diametros.iphils.uj.edu.pl/serwis (10.09.2015).
- Buczkowski A. (2005), *Spoleczne tworzenie ciała. Pleć kulturowa i pleć biologiczna*, Universitas, Kraków.

- Broniarczyk-Dyła G., Kmieć M. L. (2009), *Metody upiększania ciała – motywacje psychologiczne oraz możliwości powikłań*, „Dermatologia Estetyczna”, nr 2, s. 123–124.
- Callahan D. (2003), *Principlism and communitarianism*, “Journal Medical Ethics”, No. 29, s. 287–291.
- Caplan A., Dominguez-Gil B., Matesanz R., Pirior C. (2009), *Trafficking in organs, tissues and cells and trafficking in human beings for the purpose of the removal of organs. Joint Council of Europe/united Nation study*, Directorate General of Human Rights and Legal Affairs, Council of Europe.
- Domaradzki J. (2012), *Genetyzacja społeczeństwa. Społeczne konsekwencje nowej genetyki*, „Studia Socjologiczne”, nr 2, s. 7–26.
- Elias N. (2011), *O procesie cywilizacji*, Wydawnictwo W.A.B., Warszawa.
- Erin Ch. A., Harris J. (2003), *An ethical market in human organs*, “Journal of Medical Ethics”, No. 29, s. 137–138.
- Galewicz W. (2011), *Etyczne aspekty badań z udziałem ludzi*, [w:] W. Galewicz (red.), *Badania z udziałem ludzi*, Universitas, Kraków, s. 9–47.
- Gałuszka M. (2002), *Obraz aborcji w mediach oraz badaniach opinii społecznej*, [w:] M. Gałuszka, K. Szewczyk, *Narodziny i śmierć. Bioetyka kulturowa wobec stanów granicznych życia ludzkiego*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 110–154.
- Gałuszka M., Legiędz-Gałuszka M. (2008), *Medycyna i zdrowie w społeczeństwie ryzyka*, [w:] M. Gałuszka (red.), *Zdrowie i choroba w społeczeństwie ryzyka biomedycznego*, Biuro Promocji i Wydawnictw Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Łódź, s. 54–106.
- Giddens A. (2006), *Nowoczesność i tożsamość. „Ja” i społeczeństwo w epoce późnej nowoczesności*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Gwarda-Gruszecka E. (2013), *Modele procesu komercjalizacji nowych technologii w przedsiębiorstwach. Uwarunkowania wyboru-kluczowe obszary decyzyjne*, Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego, Łódź.
- Habermas J. (2003), *Przyszłość natury ludzkiej. Czy zmierzamy do eugeniki liberalnej?*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.
- Heyd D. (2011), *Eksperymenty poddane próbie: dlaczego należy brać udział w badaniach medycznych*, [w:] W. Galewicz (red.), *Badania z udziałem ludzi*, Universitas, Kraków, s. 355–370.
- Honigman R. J., Phillips K. A., Castle D. J. (2004), *A review of psychosocial outcomes for patients seeking cosmetics surgery*, “Plastic and Reconstructive Surgery”, Vol. 1, No. 113, s. 47–54.
- Jan Paweł II (1980), *Przemówienie wygłoszone w siedzibie Unesco*, <https://pl.scribd.com/.../Jan-Pawel-II-Przemowienie-w-siedzibie-Unesco> (10.09.2015)
- Jakubowska H. (2009), *Socjologia ciała*, Wydawnictwo Naukowe UAM, Poznań.
- Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej w dziedzinie zastosowania biologii i medycyny*; inna nazwa: *Europejska Konwencja Bioetyczna*, <http://conventions.coe.int/treaty/en/Treaties/Html/164.html> (5.06.2010).
- Kishore R. R. (2005), *Human organs, scarcities, and sale: morality revisited*, “Journal Medical Ethics”, No. 31, s. 362–365.
- Kubiak R. (2012), *Odpowiedzialność karna za wykonywanie zabiegów kosmetycznych. Zagadnienia teorii i praktyki*, Medycyna Praktyczna, Kraków.
- Kwiatkowski W. (2014), *Etyczne dylematy transplantologii*, [w:] i d e m, *Ethos i medycyna. Hermeneutyczne rozważania o sztuce leczenia – interpretacja wybranych zagadnień etyki medycznej*, Wydawnictwo Rolewski, Nowa Wieś k. Torunia, s. 189–238.
- Lalonde M. (1974), *A New Perspective on the Health of Canadians: a working document*, Canada Information, Ottawa.
- Lasocik Z., Wiśniewski M. (red.) (2006), *Handel narządami ludzkimi. Etyka, prawo i praktyka*, Ośrodek Studiów Handlu Ludźmi, Warszawa.

- Morciniec P. (2010), *Medycyna ludzkich pragnień z perspektywy bioetycznej*, www.rtso.uni.opole.pl/pdf/30%20(2010)2010_29-Spis%20treści.pdf. (10.09.2015).
- Muszala A. (2015), *Medycyna luksusowa – ocena etyczna nieterapeutycznych usług medycznych*, www.mp.pl/etyka/podstawy_etyki_lekarskiej/show.html?id (10.09.2015).
- Narodowa Doradcza Komisja Bioetyczna (USA) (2011), *Ryzyko szkód i potencjalne korzyści dla uczestników badań i dla społeczeństwa*, [w:] W. Galewicz (red.), *Badania z udziałem ludzi*, Universitas, Kraków, s. 129–147.
- Nestorowicz M. (1981), *Glosa do wyroku SN z dnia 5 września 1980 r.*, sygn. akt II CR 280/80 OSPiKA 10, poz. 170, <https://www.google.pl/search?q=nesterowicz,+Glosa+do+wYROKU> (10.09.2015).
- Nowacka M. (2003), *Etyka a transplantacje*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Nowakowski M. (2015), *Medykalizacja i demedykalizacja. Zdrowie i choroba w czasach kapitalizmu zdeorganizowanego*, Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej, Lublin.
- Rifkin J. (2003), *Wiek dostępu. Nowa kultura hiperkapitalizmu, w której płaci się za każdą chwilę życia*, Wydawnictwo Dolnośląskie, Wrocław.
- Rowiński W. (2006), *Czy w Polsce możliwy jest handel narządami?*, [w:] W. Lasocik, M. Wiśniewski (red.), *Handel narządami ludzkimi. Etyka, prawo i praktyka*, Ośrodek Studiów Handlu Ludźmi, Warszawa, s. 45–51.
- Woynarowska B. (2007), *Edukacja zdrowotna*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Rudy K. (1996), *Beyond Pro-Life and Pro-Choice. Moral Diversity in the Abortion Debate*, Beacon Press, Boston.
- Shilling Ch. (2005), *Body in culture, technology and society*, Sage Publications, London.
- Shilling Ch. (2010), *Socjologia ciała*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Szewczyk K. (2009), *Etyka transplantacji*, [w:] idem, *Bioetyka. Pacjent w systemie opieki zdrowotnej*, t. 2, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Szczęsna A. (1996), *Wokół medycznej definicji śmierci*, [w:] M. Gałuszka, K. Szewczyk, *Umierać bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa, s. 63–96.
- Terenzi P. (2008), *Nowe granice socjologii ciała*, „Ethos”, nr 82–83, s. 191–205.
- Turner B. (2008), *The body and society: explorations in social theory*, Sage Publications, London.
- Watała C., Różalski P., Bancler M., Kaźmierczak P. (2011), *Badania i publikacje w naukach biomedycznych*, a-medica press, Łódź.
- Williams A. H., Cookson R. A. (2006), *Equity-efficiency trade-offs in health technology assessment*, “International Journal of Technology Assessment in Health Care”, Vol. 22, No. 2, s. 1–9.
- Wolniewicz B. (1998), *Neokanibalizm*, [w:] idem, *Filozofia i wartości*, t. 1–2, Wydział Filozofii i Socjologii Uniwersytetu Warszawskiego, Warszawa.
- Wójtewicz A. (2014), *Ciało w kulturze konsumpcji*, Wydawnictwo Naukowe Uniwersytetu Mikołaja Kopernika, Toruń.
- www.Sciam.com/exploration/2001/11240lezzwll (20.01.2008).
- Zaborowski J. (2015), *Za drzwiami kliniki aborcyjnej*, „Rzeczpospolita”, nr 178, magazyn „Plus Minus” 31, s. 30–32.
- Zimny T. (2013) *Komerccjalizacja ludzkiego ciała*, [w:] J. Różyńska, W. Chańska (red.), *Bioetyka*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa, s. 233–247.
- Żakowska-Henzler H. (2006), *Wynalazek biotechnologiczny. Przedmiot patentu*, Wydawnictwo Naukowe Scholar, Warszawa.

Mieczysław Gałuszka

COMMERCIALIZATION OF HUMAN BODY IN A SOCIETY OF BIOMEDICAL RISK

Summary. The paper discusses transformation of medicine from the discipline that is aimed at repairing to the discipline aimed at fulfilling the desires. The main part of human desires is related to functioning of a body, its exposition, feeling and perception. Medicine adjusts itself to the needs of consumption society and addresses the need for a “cultural body”. Expansion of cultural factors into biological features, which are subject to oppressive measures to make a body more attractive, is a syndrome of modernity. Human body is commercialized both when it becomes organ recipient and donor. Commercialization of a body, understood as a process finalized with commercial exchange, is discussed through the analysis of problems of such biomedical subdisciplines as transplantology, assisted reproductive medicine, aesthetic medicine, genetic engineering. The paper aims at answering the question whether new technologies and medicine of human desires can be classified as elements of a project of “civilizing the body” or rather they cause effect of culture of fear and generate new ethical problems in a society of biomedical risk.

Keywords: commercialization of a body, medicine of human desires, trafficking in human organs, aesthetic medicine, risk society.