

Ks. Bogusław Wójcik

Wydział Teologiczny PAT, Tarnów

PRAWO POZYTYWNE A ROZWÓJ BIOMEDYCYNY

I. MEDYCYNĄ XXI WIEKU A BIOETYKA

Na przełomie tysiącleci byliśmy świadkami formułowania opinii dotyczących przyszłości wielu istotnych dziedzin ludzkiego życia. W zasięgu tych projektów znalazła się również medycyna, która przeżywa szczególny rozwój w związku z postępem w naukach biologicznych i zastosowaniach nowych technologii. Medycyna, która już w wieku XX weszła w zupełnie nową fazę rozwoju, w XXI wieku ma podlegać dalszej ewolucji. W większym stopniu będzie to medycyna racjonalna, ścisła, skuteczna, uwzględniająca indywidualne cechy pacjentów i nastawiona na prewencję.¹

Rozwój medycyny warunkowany jest jednak nie tylko przez działania ściśle naukowe, lecz pozostaje uzależniony czynnikami społecznymi. Tam gdzie pojawiają się nowe możliwości automatycznie napotykamy nowe niewiadome. Ponieważ dotyczą one osoby, wymagają uregulowań gwarantujących nienaruszalność jej praw. Zakres tych praw musi być z kolei ustalany w odniesieniu do nieznanych z wcześniejszej praktyki przypadków. Sam postęp wiedzy medycznej generuje zatem nowe problemy wymagające ujęć legislacyjnych, kształt zaś przepisów prawa państwowego, międzynarodowych konwencji biomedycznych, czy kodeksów etyki lekarskiej, wyznacza możliwości zastosowania środków lub podjęcia działań, które pozostają w gestii lekarzy.

Pomiędzy praktycznymi zastosowaniami współczesnej wiedzy medycznej, a normami prawnymi istnieje zatem rodzaj sprzężenia zwrotnego, które z punktu widzenia naukowców bywa nieraz określone, jako hamulec rozwoju, z punktu widzenia zaś instytucji państwowych i międzynarodowych, jako wyraz troski o dobro i przyszłość ludzkości.

Świadectwem wagi a zarazem złożenia problemów rodzących się na styku praktyki medycznej, prawa i etyki jest spontaniczne powstanie nowej i przeżywającej szybki rozkwit dziedziny badawczej – bioetyki. Artykuł V.R. Pottera *Bioethics: The Science of Survival*, który dostarczył samej nazwy

¹ J. B e r n a r d, *Nadzieje medycyny*, Warszawa: Wydawnictwo W.A.B. 1997, s. 10.

bioetyka i jej pierwszej definicji, ukazał się zaledwie w 1970 roku, a już dziś bioetyka jest obecna na większości uniwersytetów w świecie². Zagadnienia, dyskutowane wcześniej w obrębie etyki, teologii i deontologii lekarskiej, obecnie podejmuje się w zespołach interdyscyplinarnych, w których skład wchodzi specjaliści związani z medycyną, filozofowie, prawnicy i duchowni.

Pamiętać jednak trzeba, iż powstanie bioetyki wymusiły te środowiska i ośrodki medyczne, w których postęp wywołał nowy rodzaj dylematów etycznych. Ponieważ ich rozwiązań poszukiwano w kontekście właściwych dla tych społeczności uwarunkowań etycznych, prawnych i społecznych, mają one takie, a nie inne zabarwienie. Jedną z takich determinant był ruch na rzecz praw jednostki w Stanach Zjednoczonych w latach sześćdziesiątych ubiegłego stulecia, który stawiając sobie za cel zapewnienie praw i autonomii jednostce, przyczynił się również do tego, że bioetyka w jej obecnie dominującym, anglosaskim wydaniu „nie tylko odrzuca hipokratejski paternalizm, lecz co więcej, za swą naczelną zasadę uznaje w praktyce tzw. *zasadę autonomii pacjenta*”³.

II. REGULACJE PRAWNE UMOŻLIWIAJĄCE NOWE ZABIEGI MEDYCZNE

Przykładem przełomowej zmiany związanej z prawną akceptacją dla nowej interpretacji zjawiska, z którym medycyna miała do czynienia od zawsze, pozostaje wprowadzenie nowego kryterium śmierci pod koniec lat sześćdziesiątych XX wieku. Ponieważ do lat pięćdziesiątych XX stulecia nie znano sztucznego oddychania oraz masażu serca, kryterium pozwalającym na stwierdzenie śmierci były zatrzymanie akcji serca, krążenia i oddychania. Zastosowanie respiratorów uświadomiło jednak środowisku medycznemu, iż pojawił się nowy rodzaj „pacjentów”, w których mózgach nastąpiły nieodwracalne zmiany, podtrzymywani byli jednak przy „życiu” za pomocą sztucznego oddychania.

Uzupełnieniem dotychczasowego kryterium śmierci stało się, wypracowane w 1968 r. w Harvard Medical School, kryterium śmierci mózgowej. Nowe kryterium określało śmierć, jako brak jakiegokolwiek uchwytnego czynności mózgu (płaskie EEG), oznaczający ustanie czynności kory mózgowej oraz pnia mózgu. Zastąpienie kryterium śmierci dostępnego do publicznego

² Por. W. B o ł o z, *Życie w ludzkich rękach*, Warszawa: Wydawnictwo ATK 1997, s. 27.

³ K. S z e w c z y k, *Lęk, nicość i respirator. Wzorce śmierci nowożytnej cywilizacji Zachodu*, w: red. M. Gałuszka, K. Szewczyk, *Umieranie bez lęku. Wstęp do bioetyki kulturowej*, Warszawa-Łódź: PWN 1996, s. 43.

osądu kryterium, którego zastosowanie ograniczone zostało tylko dla elity medycznej, stanowiło wielki społeczny wstrząs.⁴

Rozwój transplantologii i ogromne zapotrzebowanie społeczne na organy *ex cadavere* stały się dodatkowymi czynnikami towarzyszącymi dyskusjom nad usankcjonowaniem nowego kryterium śmierci mózgowej. Do roku 1988 w Stanach Zjednoczonych 44 stany przyjęło wypracowane w tym względzie rozwiązania prawne. Sytuacja w świecie jest jednak zróżnicowana. W Japonii pojęcie śmierci mózgowej legalnie zaakceptowano dopiero w roku 1997, a w wielu krajach europejskich kryteria medyczno-diagnostyczne śmierci, w odróżnieniu od rozwiązań amerykańskich, koncentruje się wyłącznie na pniu mózgu.⁵

W polskich warunkach pobieranie komórek, tkanek i narządów do przeszczepów jest dopuszczalne po stwierdzeniu trwałego i nieodwracalnego ustania funkcji pnia mózgu (jest to tak zwana definicja nowa zmodyfikowana). Kryterium śmierci mózgowej zostało ustalone w wytycznych Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej z 1990 roku oraz w ustawie z dnia 26 października 1995 r. (Dz.U. 138, poz. 682).

Artykuł 33 Kodeksu Etyki Lekarskiej stanowi ponadto, że lekarz po stwierdzeniu śmierci mózgowej winien podtrzymywać funkcjonowanie tkanek i narządów, jeżeli mają być one przeszczepione. Śmierć mózgową stwierdza jednomyślnie komisja złożona z trzech lekarzy, w tym co najmniej jednego specjalisty w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii oraz jednego specjalisty w dziedzinie neurologii lub neurochirurgii. Lekarze ci nie mogą brać udziału w postępowaniu obejmującym przeszczepienie komórek, tkanek i narządów od osoby zmarłej, u której stwierdzili śmierć mózgową. Ma to zapobiec ewentualnym nadużyciom.⁶

Pomijając szerszy aspekt społeczno-filozoficzny,⁷ czy też problemy powstające na poziomie prawnych zapisów związanych z kryterium śmierci mózgowej,⁸ należy stwierdzić, iż bez precyzyjnych ujęć prawodawcy, lekarze

⁴ J. Mahoney, *Bioethics and Belief. Religion and Medicine in Dialogue*, London: Sheed & Ward 1992, s. 39.

⁵ Por. G. A. Van Norman, *A Matter of Life and Death: What Every Anesthesiologist Should Know about the Medical, Legal, and Ethical Aspects of Declaring Brain Death*, *Anesthesiology*, Volume 91(1), July 1999, ss. 257-287.

⁶ M. Nestorowicz, *Prawo Medyczne*, Toruń: Towarzystwo Naukowe. Dom Organizatora 1996.

⁷ Por. B. Wójcik, *Kryterium śmierci mózgowej we współczesnym kontekście filozoficzno – społecznym*, w: red. T. Biesaga SDB, *Podstawy i zastosowania bioetyki*, Kraków: WN PAT 2001, ss. 155-170.

⁸ Z. Marek, M. Kłysz, *Opiniowanie sądowo – lekarskie i toksykologiczne*, Kraków: Zakamycze 1998, rozdz. X, ss. 205-214.

nie mogliby podjąć działań, które np. w przypadku przeszczepu serca ratują rocznie życie ok. 4 tys. ludzi.

III. NOWE DYLEMATY PRAWNE

Możliwości współczesnej biomedycyny domagają się coraz bardziej skomplikowanych działań legislacyjnych mających na celu usankcjonowanie lub zakazanie określonych praktyk klinicznych bądź badawczych. Problematyka ta wiąże się przede wszystkim z biologią molekularną i inżynierią genetyczną, które na bieżąco dostarczają materiału do prawnych uregulowań. Dynamika tych dziedzin sprawia, że konstrukcja norm o charakterze generalnym jest wprost niemożliwa, co nieco modyfikuje przekonanie, że dobre prawo powinno nie tylko normalizować porządek zastany, ale miernikiem jego adekwatności pozostaje przewidywanie nowych sytuacji⁹.

Istotnymi dla każdego pozostają bowiem rozstrzygnięcia prawne gwarantujące, iż właścicielami informacji zawartej w genomie są poszczególne ludzkie indywidua, a nie np. pracodawcy czy kompanie ubezpieczeniowe. Podobne emocje dotyczą możliwości patentowania fragmentów genomu, ksenotransplantów, hybryd genetycznych i wykorzystania implantów.

Ponadto wspomagana medycznie prokreacja, która wiąże się z zapłodnieniem *in vitro* przy wykorzystaniu materiału genetycznego od dawców z poza związku małżeńskiego lub przy wykorzystaniu „usług” matki zastępczej, prowadzi do sytuacji, gdy „konkurencyjne stały się wobec siebie pojęcia rodzicielstwa w znaczeniu prawnym, biologicznym i socjologicznym”¹⁰.

Koncepcja układów rodzinnych staje się coraz mniej wyraźna również ze względów, jakimi są działania ustawodawcze, które zrównują prawa osób żyjących w związkach pozamałżeńskich z prawami małżonków. Przykładem w tym względzie pozostaje Cywilny Pakt Solidarności (PACS) uchwalony

⁹ „Trzeba zdawać sobie sprawę z tego, że często krytykowana bezradność prawa (ale i tradycyjnych zasad deontologicznych) wobec szybko zmieniającej się rzeczywistości nie wynika z niedoskonałości owego prawa i deontologii lekarskiej, które – jak się często powiada – nie nadążają za dynamicznym rozwojem nauki. Nie jest to także wina „nieporadnych jurystów”, którzy nie potrafią się uporać z dylematami współczesnego świata i zaproponować prawidłowych, a przede wszystkim koherentnych rozwiązań legislacyjnych. Ten stan ma znacznie głębsze przyczyny. W sensie technicznym skonstruowanie wewnętrznie spójnych, precyzyjnych i jednoznacznych reguł nie jest bowiem zabiegiem przerastającym możliwości współczesnego legislatora. Zasadnicze trudności wynikają natomiast stąd, że brak jest jasności co do kierunku, w jakim mają podążać przyszłe rozwiązania, zależy on bowiem od akceptacji określonych założeń aksjologicznych, przyjmowanych koncepcji filozoficznych i uznawanej w konsekwencji hierarchii wartości. Tymczasem jesteśmy odlegli od osiągnięcia konsensu w tej dziedzinie”. M. Safjan, *Prawo i medycyna*, Warszawa: Oficyna Sądowa 1998, s. 10.

¹⁰ Tamże, s. 12.

przez Zgromadzenie Narodowe we Francji w 1999 r, który dopuszcza m.in. uznanie związków homoseksualnych za małżeństwa oraz zrównuje „wolne związki” z małżeństwami.

Podobne kompleksowe rozwiązania, które zostały wypracowane na najwyższym poziomie władzy ustawodawczej dotyczą usankcjonowaniu eutanazji w Holandii w listopadzie 2000 roku oraz decyzji zezwalających na wykorzystanie ludzkich embrionów w celach badawczych w Wielkiej Brytanii. Nowe podejście do ludzkiego życia u jego początków i kresu uwarunkowane zostało długim procesem, w którym tradycyjne kryterium świętości ludzkiego życia zostało zastąpione tzw. kryterium jakości życia. Bycie człowiekiem nie gwarantuje już dłużej nienaruszalności życia, konieczna staje się dodatkowo odpowiednia jego jakość, którą wyznacza demokratyczna reprezentacja wyborców.

O skali zachodzących procesów świadczy również fakt, że w czasie ostatnich lat jesteśmy coraz częściej świadkami regulacji prawnych, od których uzależnione bywają działania medyczne określane jako bezprecedensowe. W przypadkach tych ogólne normy wydają się być niewystarczające do podjęcia działań satysfakcjonujących lekarzy lub pacjenta. Chodzi o taką grupę zagadnień jak: podtrzymywanie pacjentów w stanie nieodwracalnej śpiączki, kontynuowania dializy w sytuacji, gdy pacjent domaga się jej przerwania, czy sposób traktowanie tzw. testamentów *living will*.

W grupie tej mieszczą się przypadki rozdzielenia bliźniaczek Jodie i Mary oraz casus brytyjskiej pacjentki – Pani B. W obu tych przypadkach prawnicy odnosząc się ostatecznie do jurydycznej interpretacji faktów, choć przy uwzględnieniu specjalistycznej wiedzy medycznej, wskazali czy i jakie procedury medyczne mogą być zastosowane lub pominięte.

Bliźnięta syjamskie Jodie i Mary, które rozdzielono w listopadzie 2000 r. posiadały wspólny układ krwionośny, z tym, że tylko Jodie miała serce. W konsekwencji niedokrwienia mózgu, jakie nastąpiło u Mary lekarze uznali, że kwalifikuje się ona jako tzw. bezmózgowiec. Uznając, jak się wydaje na podstawie kryterium śmierci mózgowej, że w tym przypadku już nie mamy do czynienia z dwoma osobami, tylko z jedną, zezwolono na rozdzielenie dziewczynek, które dla jednej z nich oznaczało pewną śmierć.

W drugim ze wskazanych przypadków w marcu 2002 r. brytyjski sąd uznał prawo 43 letniej pacjentki – pani B – do odłączenia, zgodnie z jej wolą, aparatury podtrzymującej jej życie. W argumentacji sądu znalazło się stwierdzenie, że „są osoby ciężko upośledzone, dla których życie może być cięższe od śmierci”

Omówione dotychczas zagadnienia podkreślają rosnące znaczenie prawa pozytywnego dla funkcjonowania biomedycyny. Pojawiające się regulacje prawne wydają się być nie tylko następstwem rozwoju medycyny i związanych

z nią technik leczniczych. Tego typu działania pozostawałyby świadectwem nadążania prawa za życiem. Połączenie nowych standardów wiedzy medycznej z przemianami natury aksjologicznej, skutkuje jednak także postulatami domagającymi się wyznaczenia przez prawo pozytywne takich możliwości działania, które nie mieszczą się w ramach dotychczasowej praktyki.

IV. PRAWO POZYTYWNE A PRAWO NATURALNE

Interpretacja faktów empirycznych, które mają miejsce w ramach biomedycyny, przestaje być interpretacją zdarzeń neutralnych etycznie w momencie, kiedy łączą się one bezpośrednio lub pośrednio z dobrem człowieka. W ten sposób bioetyka, jako etyka racjonalna, opisuje naukowo zdarzenia biologiczne i medyczne oraz określa racjonalnie godziwość interwencji medycznych podejmowanych względem człowieka. Konkluzje, które pozostają wynikiem tego typu działania są jednak uzależnione w punkcie wyjścia od nastawienia, którego składowymi są uznawana antropologia i przyjmowany system aksjologiczny.

Wspomniane nastawienie stanowi rodzaj tła warunkującego osadzenie rozumienia określonych zjawisk w akceptowanym obrazie rzeczywistości. Koloryt tego tła mogą wyznaczać utylitaryzm i pragmatyzm, poglądy filozoficzne proponujące konkretne rozumienie funkcjonowania społeczności ludzkich i wskazujące metodę definiowania występujących w nich zjawisk. Stanowiskiem filozoficznym określane bywa także przyjmowanie istnienia prawa naturalnego, jako obiektywnego porządku moralnego wpisanego w rozumnej naturze człowieka.

Bioetyka personalistyczna nie dopuszcza jakichkolwiek redukcji rozumienia człowieka i wszystkiego, co go dotyka, do poziomu zjawisk biologicznych i społecznych. Z punktu widzenia tego podejścia ostatecznym odniesieniem pozwalającym ująć istotę człowieka i w związku z tym zakreślić ramy dopuszczalnych i zakazanych interwencji medycznych wobec niego, jest Bóg oraz poznawalny racjonalnie zamysł Boży utrwalony na poziomie natury.

Nie można się zatem zgodzić, że uznanie wartości podstawowych, które obejmują również godność każdej osoby ludzkiej, ma charakter tymczasowy i zmienny zależąc od „większości” demokratycznej lub opinii publicznej. Jak podkreśla Jan Paweł II w *Evangelium vitae* podstawą tych wartości pozostaje „wyłącznie uznanie obiektywnego prawa moralnego, które jako «prawo

naturalne» wpisane w serce człowieka, jest normatywnym punktem odniesienia także dla prawa cywilnego”¹¹.

Wykorzystanie tzw. argumentu prawnonaturalnego przez samo prawo jest wpisane w jego historię. Bez przyjęcia istnienia wyższego porządku w stosunku do norm stanowionych przez legalną władzę państwową szerzącą totalitaryzm, nie można by np. osądzić zbrodni hitlerowskich i stalinowskich. Sensowność stanowiska prawnonaturalnego jest jednak podważana przede wszystkim ze względu na założenie, iż istnieje jakiś porządek nadrzędny w stosunku do prawa pozytywnego. Może być to porządek, który wyznaczają sumienie ludzkie, uniwersalne zasady moralne lub uznawane prawdy religijne¹².

Trudna do utrzymania, z punktu widzenia prawa pozytywnego, jest szczególnie możliwość wystąpienia sprzeczności pomiędzy prawem pozytywnym i prawem naturalnym. W sytuacji jej zaistnienia zwolennicy prawa naturalnego przyjmują, iż prawo podrzędne, czyli pozytywne, nie obowiązuje i jest prawem złym. Podobna możność zewnętrznego podważenia prawa pozytywnego niszczy jednak, zdaniem jego obrońców, „pewność stosunków prawnych oraz podważa legalność, czyli ważną współcześnie wartość, w oparciu o którą ocenia się działania państwa”¹³.

Ograniczając zakres ciągle aktualnej dyskusji pomiędzy zwolennikami i przeciwnikami prawa naturalnego, do omawianego w niniejszym artykule zagadnienia¹⁴, należy stwierdzić, iż mamy do czynienia z próbami wypracowania podstaw etyki biomedycznej, w których odniesienie do prawa naturalnego jest nieobecne. Przykładem takiego podejścia mogą być *Zasady etyki medycznej* T.L. Beauchampa i J.F. Childressa,¹⁵ w której to pozycji autorzy odwołują się do obowiązującej współcześnie moralności potocznej, jako źródła norm.

Podobnie H. Tristram Engelhardt, na pewnym etapie rozwoju swoich poglądów, podkreślał, że bioetyka świecka z reguły nie zajmuje się podtrzymywaniem ugruntowanych religijnie lub metafizycznie przekonań. Jej zadaniem pozostaje bowiem poddawanie rewizji prawa i polityki społecznej obowiązujących w medycynie, czego możliwość ujawnia się wtedy, jeżeli społeczeństwo

¹¹ *Evangelium vitae*, nr 70.

¹² Por. M. Z i r k – S a d o w s k i, *Wprowadzenie do filozofii prawa*, Kraków: Zakamycze 2000, s. 152.

¹³ Tamże, s. 156.

¹⁴ Por. Ethos, Nr 45-46, 1999, *Prawo naturalne a prawo stanowione*.

¹⁵ Warszawa: Książka i Wiedza 1996.

świeckie nie posiada „ogólnych racjonalnych argumentów wskazujących, że pewne działania są złe”¹⁶.

Jeszcze radykalniejsze jest stanowiska P. Singera, który uważa, że etyka tradycyjna wprost nie radzi sobie z nowymi dylematami etycznymi i musi być zastąpiona przez etykę relatywistyczną. Zastąpienie „wrytey w kamieniu etyki” polegać ma zdaniem Singera m.in. na nieustającym myśleniu, „wszak można coś przemyśleć więcej, niż raz”¹⁷.

Mechanizm zastępowania norm absolutnych literą prawa pozytywnego bardzo szybko ujawnia jednak swoją prowizoryczność. Tam, gdzie bowiem nie ma jednoznacznych i jasnych dookreśleń, a zmienna umowa społeczna uzależnia od swojej interpretacji prawo do życia lub śmierci istoty ludzkiej, dochodzimy do poziomu relatywizmu skazanego na *regressus ad infinitum*.

Przykładem takiej sytuacji jest np. ocena wartości biologicznej życia poczętego, w przypadku, gdy badania prenatalne ustaliły uszkodzenie genetyczne płodu. Technologia genetyczna sprowadza się bowiem często w takim razie do zaoferowania rodzicom jedynie wyboru aborcji terapeutycznej. Zwolennicy podobnych procedur stają jednak przed problemem określenia stopnia uszkodzenia genetycznego warunkującego zastosowanie aborcji, co może prowadzić do rozwiązań, w których „przerzywa się ciążę, ponieważ płód ma geny, które predestynują do cukrzycy”¹⁸.

V. KU NIEPEWNEJ PRZYSZŁOŚCI

Poszerzające się zastosowania nowych technologii, którymi posługuje się biomedycyna szczególnie w genetyce, pozwala przypuszczać, iż wybory etyczne w tym obrębie będą jednym z zasadniczych przedmiotów decyzji podejmowanych przez społeczeństwa. Sformalizowaniem tych wyborów będą określone normy prawne, które określać będą przestrzeń dopuszczalnego wykorzystania wiedzy technicznej. Czy człowiek nie zostanie w pewnym momencie uprzedmiotowiony i nie ztraci swojej inności, pojmowanej jako wyróżnik w stosunku do reszty rzeczywistości, zależy w dużej mierze od konstruowanych definicji prawnych¹⁹.

¹⁶ H. Tristram Engelhardt, *The Foundations of Bioethics*, New York, Oxford: Oxford University Press 1986, s. 12.

¹⁷ Por. P. Singer, *O życiu i śmierci. Upadek etyki tradycyjnej*, Warszawa: PIW 1997, s. 208.

¹⁸ S. Jones, *Język genów. Biologia, historia i przyszłość ewolucji*, Warszawa: Książka i Wiedza 1998, s. 288.

¹⁹ Bioetyka personalistyczna podkreśla, że w relacji osoby do medycyny, każda ingerencja dotycząca organizmu jest ingerencją dotykającą całej osoby. „[N]a mocy substancjalnego zjednoczenia z duszą rozumną, ciało ludzkie nie może być uważane tylko za zespół tkanek,

Rozwój bioetyki pozostaje świadectwem zdrowego rozsądku ludzkości i wskazuje, iż potencjalne zagrożenia powstające na styku techniki i etyki są zagrożeniami realnymi. Deklaracje prawne takie jak Europejska Konwencja Bioetyczna z 1997 r., która gwarantuje ochronę praw pacjenta, zabrania dyskryminacji ludzi na podstawie materiału genetycznego i hodowli embrionów w celach naukowo-badawczych, stanowią rodzaj zabezpieczenia przed nieprzewidywalnymi skutkami ryzykownych działań.

Przyjęty 1 marca 2001 r. protokół w sprawie zakazu klonowania ludzi uzupełniający wspomnianą Konwencję, potwierdza postawioną tezę, iż bardzo szybko pojawia się konieczność wprowadzania dodatkowych norm regulujących nowe dziedziny zastosowań wiedzy biomedycznej. W tym przypadku Protokół jednoznacznie, nie przewidując żadnych wyjątków i określając sankcje prawne, zakazuje wszelkich działań, mających na celu stworzenie istoty ludzkiej, która byłaby identyczna z żyjącym lub martwym człowiekiem.

Możemy jednak odnieść się również do innych trendów charakteryzujących relacje na styku prawa i medycyny. Według T.S. Josta przykładem takiego zjawiska pozostaje globalizacja prawa zdrowotnego. Już w tym momencie specyfika regulacji lokalnych jest ujednociana dzięki takim zabiegom jak telemedycyna i farmacja internetowa, co wskazuje na możliwości praktyki lekarskiej nieograniczonej granicami państwowymi²⁰. Istotną kwestią pozostaje oczywiście kierunek tych ujednocień, mogą one bowiem polegać właśnie na preferowaniu antyhipokratejskiej wizji medycyny.

Trudno również nie zauważyć coraz silniejszego związku ekonomii z medycyną. Potężne, ponadpaństwowe koncerny farmaceutyczne stanowią konkretną grupę nacisku, która jest w stanie stosować skuteczny lobbying umożliwiający przeforsowanie na poziomie ustawodawczym korzystnych dla siebie zapisów prawnych. Przyjęcie w ustawodawstwie amerykańskim możliwości patentowania fragmentów genomu ludzkiego, których znajomość warunkuje konkretne działania terapeutyczne, pozostaje dobrym przykładem istnienia podobnych mechanizmów.

Komisje Bioetyczne działające przy Okręgowych Izbach Lekarskich, od niedawna także w Polsce, stanowią jedną z form zabezpieczenia praw pacjentów i lekarzy w stosunku do podobnych grup interesu. Dbają one również o pozostanie na takim poziomie badań eksperymentalnych, które nie naruszają godności osoby ludzkiej.

narządów i funkcji; nie może być oceniane na równi z ciałem zwierząt, jest bowiem częścią istotną osoby ludzkiej, która poprzez ciało objawia się i wyraża [...]". *Donum Vitae*, nr 3.

²⁰ Por. T. S. J o s t, *The Globalization of Health Law: The Case of Permissibility of Placebo based Research*, *American Journal of Law & Medicine*, 26, no. 2&3 (2000): ss. 17-58.

Wysiłki służące uregulowaniu nowych możliwości i ich zastosowania w biomedycynie będą jednak nieskuteczne, o ile zakwestionuje się prawdę, iż w systemie wartości ogólnoludzkich życie jest na pierwszym miejscu. Zdaniem M. Safjana oznacza to, że „jakości życia nie możemy przeciwstawiać samemu życiu. To nie są wartości równorzędne”²¹.

Podobne stwierdzenia autorytetów prawnych wskazują, iż odejście od niepodważalnych priorytetów w określaniu prawnie dopuszczalnych działań stymulujących rozwój biomedycyny i pozwalających na pełne wykorzystanie jej możliwości, może prowadzić do relatywizacji, które stanowiąc będą podłoże zachowań, nie mających nic wspólnego z klasycznie pojętym duchem medycyny.

Uzasadniona wydaje się zatem konkluzja, iż to określona interpretacja danych psychologicznych, biologicznych i medycznych prowadzi do etycznych relatywizacji. Dzieje się tak szczególnie w przypadku preferowania empirycznych metod w porządkowaniu faktów o życiu, przy równoczesnym lekceważeniu innych form naszej codziennej aktywności. Ujawniające się trendy redukcjonistyczne obecne w biomedycynie i na poziomie zapisów prawa pozytywnego potwierdzają ostatecznie, że część lekarzy, naukowców i prawników zapomina, iż „praktyka kliniczna to nie tylko nauka stosowana, lecz, że wszelkie decyzje kliniczne zawsze odwołują się do sądów wartościujących”²².

LAW AND THE PROGRESS OF BIOMEDICINE

S u m m a r y

There is a strong relationship connecting the practice of medicine (or biomedicine) and law. One can even talk about some kind of feedback between these two disciplines. Without law specifications the new medical activities, for example the transplantations of human heart, could not be put into practice. On the other hand, given the pressure of progress, only legal decision seem to guarantee the preservations of the human dignity in the new kind therapies and experiments taking advantage of contemporary technological knowledge, especially in the genetics field.

In this situation it seems especially important, that lawyers, doctors, and specialist in bioethics accept a set of objective moral values that may serve as a kind background knowledge against which all the hard questions may be posed and discussed.

²¹ M. S a f j a n – *Nowy wspaniały człowiek*, Wywiad z „Gazety Wyborczej” 15-16 kwietnia 2000.

²² H. R. W u l f f, S. A. P e d e r s e n, R. R o s e n b e r g, *Filozofia medycyny*, Warszawa: PWN 1993, s. 28.