

Ks. Andrzej Muszala (PAT, Kraków)

Medycyna luksusowa w ujęciu etyczno-społecznym

Charakterystyka medycyny luksusowej

Niezwykły rozwój technik terapeutycznych, jaki medycyna odnotowuje od kilkadziesiąt lat, coraz częściej implikuje pytania o granice ingerencji w ludzki organizm, ulepszania jego komponentów, czy też przedłużania jego egzystencji za pomocą nieraz bardzo drogich, rzadko stosowanych, „nadzwyczajnych” środków leczniczych. W ostatnich latach mówi się o powstaniu nowej odmiany medycyny – tzw. „medycyny luksusowej”, która w przeciwieństwie do dotychczas rozumianej, nie ogranicza się do ratowania ludzkiego życia, lecz spełniania pewnych projektów i aspiracji poszczególnych jednostek. Można ją określić poprzez kilka cech, które odróżniają ją od medycyny podstawowej:

- ma charakter nie terapeutyczny;
- ponoszone przez nią koszty są niewspółmierne do osiągniętych lub spodziewanych efektów klinicznych;
- niektóre okoliczności powodują, że nawet zabiegi z zakresu medycyny podstawowej stają się działaniami medycyny luksusowej.

Cecha pierwsza:

nie terapeutyczny charakter medycyny luksusowej

Jeszcze do niedawna medycyna miała na celu ratowanie ludzkiego życia lub troskę o zdrowie człowieka. Według definicji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) „zdrowie to stan całkowitego zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego, a nie tylko brak choroby czy kalectwo” Medycyna, troszcząc się o tak pojęte zdro-

wie, czyniła wysiłki w celu przywrócenia pacjentowi stanu pełnej sprawności fizycznej i wyeliminowania jakichkolwiek zaburzeń czy dolegliwości. Taki model medycyny obowiązuje do dziś. Jednakże z drugiej strony nowe odkrycia w dziedzinie nauk biomedycznych otwały pole do tzw. ingerencji nie terapeutycznych, które służą ulepszeniu funkcjonowania ludzkiego organizmu lub spełnianiu nie-raz różnych życzeń osób, zamawiających konkretne usługi. Przykładem może tu być chociażby sterydowa kuracja sportowców, czy rozmaite życzenia określonych par, dotyczące projektowania ich potomstwa.

Jako przykład można tu podać wydarzenie, jakie miało miejsce w roku 2004. W jednej z pomorskich gazet, w rubryce „Dam pracę” pojawiło się wówczas ogłoszenie, które informowało, że bezdzietne małżeństwo poszukuje kobiety, która donosi ich własny embrion. Wynajęta matka zastępcza miała poddać się zabiegowi wprowadzenia embrionu do macicy, „stworzonego” na drodze zapłodnienia pozaustrojowego z komórek płciowych rodziców genetycznych i donosić tak powstałą ciążę. Pozostawiając na boku kwestię etyczną tego zabiegu, należy dodać, że w tym przypadku nie chodziło o jakieś kliniczne wskazanie w kierunku zastosowania macierzyństwa zastępczego, jak to ma miejsce w wyniku niemożności donoszenia ciąży (np. w wyniku wcześniej przebytej hysterotomii), lecz o zwykłą usługę, ponieważ genetyczni rodzice tak dalece zaangażowani byli w działalność zawodową, iż doszli do wniosku, że nie mają na tyle czasu, aby jeszcze go poświęcać na trud opieki nad dzieckiem w trakcie jego życia płodowego oraz narodzin. W konsekwencji zatem ekonomicznie korzystniejszym byłoby skorzystanie z usługi matki zastępczej. Powyższy przypadek ilustruje nie terapeutyczny charakter usługi medycznej, co kwalifikuje go do sfery medycyny luksusowej.

Cecha druga:

ponoszone koszty są niewspółmierne do osiągniętych lub spodziewanych efektów klinicznych

Medycyna luksusowa charakteryzuje się także (z reguły) niewspółmiernie wysokimi kosztami do spodziewanych lub osiągniętych rezultatów. Z tego względu niektóre zabiegi, nawet ratujące ludzkie

życie, należałoby poddać etycznej refleksji. Chodzi tu np. o tzw. uporczywą terapię w stanach terminalnych, kiedy wysiłki lekarzy mogłyby przedłużyć życie pacjenta o pewien krótki czas (o kilka dni), lecz odbywałoby się to na drodze zabiegów niezwykle kosztownych, uciążliwych i niezbyt skutecznych. Analogiczna sytuacja miałaby miejsce w przypadku utrzymywania życia wegetatywnego u osoby znajdującej się w stanie tzw. śpiączki nieodwracalnej, której towarzyszy brak reakcji na bodźce zewnętrzne, brak ruchów ciała i spontanicznych odruchów oraz brak funkcji pnia mózgu. Sytuacje takie stają się coraz częstsze, ponieważ współczesna medycyna dysponuje środkami, które mogą bardzo wydłużyć ludzkie życie, nawet w formie czysto wegetatywnej, w związku z czym coraz więcej jest pacjentów, których życie podtrzymywane jest dzięki wysokospecjalistycznej aparaturze. Na temat granic stosowania uporczywej terapii wypowiadał się już papież Pius XII, odpowiadając na pytanie włoskich lekarzy o kryteria oceny etycznej w takich sytuacjach. Zasady te są obecnie przyjmowane przez etykę personalistyczno-chrześcijańską:

- Należy zawsze stosować środki „proporcjonalne” (ogólnodostępne, powszechnie stosowane itp.).
- Zaprzeszanie zabiegów medycznych kosztownych, ryzykownych, nadzwyczajnych może być uprawnione – jest to odmowa tzw. „uporczywej terapii” Nie trzeba stosować środków „nieproporcjonalnych”, tzn. bardzo kosztownych, trudno dostępnych i których użycie nie przynosi znacznej poprawy chorego. Jednakże niedopuszczalne jest takie zaniechanie celem bezpośredniego zadania śmierci – byłoby to równe zastosowaniu eutanazji.
- Gdy zagraża śmierć, której nie da się uniknąć, wolno w sumieniu podjąć zamiar nie korzystania z leczenia. Człowiek ma prawo do śmierci we własnym domu, otoczony gronem najbliższej rodziny¹.

Najpiękniejszym przykładem rezygnacji z uporczywej terapii w ostatnim czasie było umieranie papieża Jana Pawła II, który świa-

¹ Pius XII, *Przemówienie do międzynarodowego zgromadzenia lekarzy* (24.02.1957), AAS 49(1957) 147; por. także Kongregacja Nauki Wiary, *Deklaracja o eutanazji „Iura et bona”*, nr 4, [w:] *W trosce o życie. Wybrane dokumenty Stolicy Apostolskiej*, red. K. Szczygieł, Tarnów 1998, s. 337–339.

domą decyzją nie skorzystał z możliwości pobytu w szpitalu i zastosowania wobec niego skomplikowanej aparatury, która być może przedłużyłaby jego ziemską egzystencję o kilka dni. Nie można jednak mówić o analogicznej sytuacji w przypadku Terry Schiavo, którą w marcu 2005 roku, decyzją sądu stanowego Florydy odłączono od aparatury dostarczającej pokarm, co spowodowało jej śmierć przez zagłodzenie po kilkunastu dniach. Kobieta ta od 1990 roku pozostawała w tzw. „przewlekłym stanie wegetatywnym”, który charakteryzuje się m.in. samodzielną akcją serca oraz spontanicznym własnym oddechem. Przez 14 lat stosowano względem niej zwykle dożywianie przy pomocy rurki i aplikowanie leków podstawowych – a zatem był to klasyczny przykład terapii za pomocą tzw. „proporcjonalnych środków leczenia”, a nie działania z zakresu medycyny luksusowej. Terry Schiavo nie znajdowała się w stanie nieodwracalnej śpiączki, który jest równoznaczny ze śmiercią mózgu, a zatem nie potrzebowała sztucznego, wymuszonego oddychania oraz zewnętrznych impulsów do podtrzymania akcji serca. Co więcej, reagowała na dotyk i słowa, co świadczyło o jej życiu z minimalną świadomością. Medycyna zna przypadki, gdy ludzie w podobnym stanie „budzili się” z powrotem do świadomego życia, nawet po kilkunastu latach. Decyzja zaprzestania podawania jej pokarmu była przykładem zastosowania wobec niej eutanazji, co wydaje się tym bardziej zdumiewające, że prawo amerykańskie (poza stanem Oregon) zakazuje tego typu praktyk.

Powyższe przykłady ukazują, że niejednokrotnie trudno jest określić, kiedy stosuje się leczenie podstawowe, a kiedy wkracza się na teren medycyny luksusowej. Dlatego postuluje się stworzenie komitetów bioetycznych przy szpitalach i klinikach, które składałyby się np. z lekarza, prawnika, etyka, bioetyka, kapelana szpitalnego i dokonywałyby oceny poszczególnych przypadków. W Polsce takie komitety właściwie nie istnieją, gdy tymczasem np. we Włoszech są bardzo rozpowszechnione.

Cecha trzecia:

niektóre okoliczności powodują, że nawet zabiegi z zakresu medycyny podstawowej stają się działaniami medycyny luksusowej

Przykładem tego kryterium mogą być działania z zakresu operacji plastycznych. Niektóre z nich mają charakter pozytywny, jak np. operacje o charakterze rekonstrukcyjnym, które podejmowane są w celu naprawy zniekształceń ciała, jakie nastąpiły wskutek wypadków, chorób czy też wad wrodzonych; inne są etycznie „obojętne” (np. operacje o charakterze estetycznym, które mają na celu poprawę wyglądu estetycznego pacjenta na jego życzenie). Specyficzne okoliczności sprawiają jednak, że tego typu zabiegi wkraczają na obszar zbędnego luksusu, trudnego do etycznego zaakceptowania. Dzieje się to np., gdy człowiek nie akceptuje swojego statusu i za wszelką cenę chce go zmienić (np. zmiana koloru skóry, czy nawet płci).

Dylematy etyczno-społeczne medycyny luksusowej

Pojawienie się i upowszechnienie różnych technik zaliczanych do medycyny luksusowej implikuje powstanie poważnych napięć społecznych w dziedzinie służby zdrowia. Wykażemy je na dwóch przykładach.

Napięcie na linii „dziecko na życzenie” – przerywanie ciąży

Pierwszy z nich dotyczy wspomnianych wcześniej nowych możliwości związanych z ludzką prokreacją, a szczególnie z praktyką sztucznego zapłodnienia, które w świecie wykonuje się od roku 1978, a w Polsce – od 1987. Statystycznie w naszym kraju rodzi się rocznie kilka tysięcy „dzieci z probówki”, a ich poczęcia dokonuje się w około 30 klinikach (6 państwowych i ponad dwudziestu prywatnych).

Zastanović się najpierw należy, czy tego typu usługa medyczna ma charakter terapeutyczny. Zdania w tej kwestii są podzielone. Niektórzy uważają, że tak, gdyż jest to sposób leczenia niepłodności i uzyskania upragnionego potomstwa, które byłoby niemożliwe bez tejże ingerencji. Inni są zdania przeciwnego, sądząc, że zabieg *in vitro*

wcale nie usuwa określonej przeszkody (np. przy zrostach jajowodów u kobiety lub przy tzw. azoospermii u mężczyzny); w takim przypadku nieprawidłowość pozostaje nadal, jednak omija się ją na drodze pobrania gamet i zapłodnienia w retorcie. Gdyby przyjąć założenie pierwsze w odniesieniu do jednego z rodziców, to jednak pozostaje poważna wątpliwość dotycząca terapeutycznego charakteru w odniesieniu do poczętego dziecka. Nie można bowiem zapomnieć, iż uzyskanie klinicznego „sukcesu”, jakim jest poczęcie i rozwój nowego człowieka okupione jest zamrożeniem lub uśmierceniem tzw. „nadliczbowych embrionów” albo też ich zniszczeniem wskutek wcześniejszych nieudanych prób implantacji zarodka. Problemem medycznym i etycznym jest powstawania tzw. „banków zygot”, w których embriony poddane kriokonserwacji w temperaturze ciekłego azotu przetrzymuje się przez dłuższy czas, nawet kilka lat. Ich ilość zwiększa się z roku na rok, co spowodowało, że np. w Anglii prawne rozstrzygnięto tę kwestię, wyznaczając górną granicę 5 lat ich przechowywania, po czym mają one zostać zniszczone. Uwzględniając te i inne fakty, oblicza się statystycznie, że na urodzenie jednego „dziecka z próbki” przypada zniszczenie około 90 embrionów ludzkich. Taki skutek trudno nazwać terapeutycznym. Niepłodność jest oczywiście wielkim dramatem małżonków, którzy nie mogą zrealizować jednego ze swoich największych marzeń, jakim jest przedłużenie swej miłości na upragnione potomstwo, niemniej jednak uwzględnić należy także prawo do życia i integralności cielesnej najmniejszych istot ludzkich w pierwszych stadiach istnienia.

Sytuacja komplikuje się jeszcze bardziej, kiedy uwzględni się niewspółmiernie wysokie koszty zabiegów sztucznego zapłodnienia. Zastosowanie diagnostyki, długiej terapii hormonalnej w celu stymulacji jajników oraz sam zabieg wspomaganego rozrodu, przy jednorazowej „kuracji” stanowi wydatek minimum około 20–30 tys. złotych. Samo roczne utrzymywanie zamrożonych embrionów kosztuje przynajmniej 500 zł. Z powyższego widać, że przeciętnej polskiej rodziny, która boryka się z dramatem niepłodności po prostu nie stać na „luksus” posiadania dziecka otrzymanego wskutek zastosowania technik wspomaganego rozrodu. Stąd pojawiły się postulaty refundowania tych zabiegów, a przynajmniej samej terapii

hormonalnej Menogonem. Postulat taki pojawił się w tekście *Ustawy o świadomym rodzicielstwie*², przygotowanym przez SLD i koła feministyczne, który miał się znaleźć na wokandzie sejmowej pod koniec lutego 2005 roku (ostatecznie projekt w ogóle nie został przyjęty do dyskusji). Z drugiej strony w tej samej ustawie proponowano pełną dobrowolność przerwania ciąży podczas pierwszych 12 tygodni, [a nawet w późniejszych stadiach, gdy 1) kontynuowanie ciąży zagraża życiu kobiety lub może wpłynąć na pogorszenie stanu jej zdrowia; 2) występuje prawdopodobieństwo ciężkiego upośledzenia płodu albo nieuleczalnej choroby zagrażającej jego życiu; 3) ciąża jest następstwem czynu zabronionego]. Postulowano także refundowanie zabiegów przerywania ciąży z zakresu ubezpieczenia społecznego³. Zestawienie tych dwóch faktów ukazuje wielkie niebezpieczeństwo, jakie staje przed medycyną, uwikłania się w spełnianie usług nie terapeutycznych (a nieraz wręcz niszczących ludzkie życie), niezwykle kosztownych, obciążających budżet społeczny, które wchodzą w zakres medycyny luksusowej. Paradoksem jest wówczas, że z jednej strony podejmuje się niezwykle mozolne wysiłki w celu uzyskania poczęcia nowego życia, a z drugiej – to samo życie niszczy się,

² „Osoby objęte ubezpieczeniem społecznym lub uprawnione do bezpłatnej opieki medycznej na podstawie odrębnych przepisów mają prawo do nieodpłatnego skorzystania w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej lub w zakładzie o zakontraktowanych usługach ginekologiczno-położniczych ze świadczeń medycznych z zakresu wspomaganej prokreacji. Uprawnienie, o którym mowa w ust. 2 przysługuje z ograniczeniem do trzech cykli leczenia” – projekt ustawy o świadomym rodzicielstwie, art. 8.

³ „Organy administracji rządowej i samorządu terytorialnego właściwe do spraw zdrowia i polityki społecznej zapewniają dostępność metod i środków zapobiegania ciąży. Organy samorządu terytorialnego właściwe do spraw polityki społecznej zapewniają osobom korzystającym z pomocy społecznej środki, o których mowa w ust. 1, nieodpłatnie” – tamże, art. 7; „Osoba objęta ubezpieczeniem społecznym lub uprawniona do bezpłatnej opieki medycznej na podstawie odrębnych przepisów ma prawo do bezpłatnego przerwania ciąży w publicznym zakładzie opieki zdrowotnej lub w zakładzie o zakontraktowanych usługach ginekologiczno-położniczych. Wykonanie świadczenia przerwania ciąży zapewnia kierownik zakładu opieki zdrowotnej, o którym mowa w ust. 1” – tamże, art. 10.

nierzaz w tym samym budynku, na innym piętrze; a czasem wykonuje to nawet ta sama ekipa lekarska.

Ponadto, uwzględniając trzeci postulat medycyny luksusowej, jakim jest wystąpienie specyficznych okoliczności, nie można pominąć faktu, iż samo zapłodnienie pozaustrojowe staje się obecnie jedną z naczelných form realizacji luksusowego kierunku medycyny. Chodzi tu mianowicie o możliwość dokonania tzw. diagnostyki preimplantacyjnej, która polega na pobraniu jednej z komórek rozwijającego się embrionu w stadium blastocysty jeszcze przed implantacją do dróg rodnych kobiety i poddaniu jej testom genetycznym, które mają za zadanie ustalić główne cechy przyszłego dziecka, jego ewentualne genetyczne schorzenia, skłonności itp. Dzięki temu badaniu rodzice mogą wybrać taki embrion, który im najbardziej odpowiada – chłopca lub dziewczynkę, z takimi lub innymi oczyma itp. Nie dziwi więc fakt, iż raz po raz pojawiają się informacje, że do zabiegu sztucznego zapłodnienia uciekają się już nie tylko pary mające problemy z poczęciem dziecka, ale i takie, które nie cierpią pod tym względem na żadne nieprawidłowości, lecz jedynie pragną „zaprogramować” swoje potomstwo, i które na to stać. Na tej samej zasadzie pary dobrze sytuowane mogą zamawiać usługi „matki zastępczej” (o której była mowa na wstępie), proponując odpowiednią zapłatę. Cały proces traktowany jest wówczas jak umowa o dzieło, w którym matka-nosicielka zobowiązana jest klauzulami wynajmu łona, jak: obowiązek zrzeczenia się prawa do zachowania jednego dziecka na wypadek urodzenia bliźniaków, wytyczne dotyczące stylu życia, odżywiania i pracy, zobowiązanie do przerwania ciąży, gdyby w trakcie badań prenatalnych dziecko okazało się upośledzone. Po spełnieniu usługi następuje „wydanie dziecka-towaru” i uiszczenie zapłaty.

Przytoczony przykład ukazuje zagrożenia komercjalizacji medycyny, która doprowadza do instrumentalizacji ludzkiego życia oraz do jeszcze głębszego podziału społeczeństwa, w którym uprzywilejowani mogliby korzystać z nadkonsumpcyjnych zabiegów, podczas gdy pozostała większość z trudem miałaby dostęp do podstawowej formy opieki medycznej.

Wspomniany podział widoczny jest także w drugim napięciu, jaki ostatnio pojawił się w biomedycynie, a który dokonuje się na linii medycyna–farmacja. Widoczny jest on szczególnie w naszym kraju (choć nie tylko), w którym cały system społecznej opieki szpitalnej znajduje się niemal na krawędzi bankructwa, podczas gdy z drugiej strony następuje niezwykle rozwój farmacji, stającej się współcześnie – obok motoryzacji, rozrywki czy energetyki – jedną z najbardziej dochodowych gałęzi przemysłu. Dokonuje się to najczęściej kosztem pacjentów, którzy skazani są na przeznaczanie coraz większych sum na coraz droższe leki. Wymownym jest fakt, że spośród krajów Unii Europejskiej ceny leków w Polsce są najwyższe po Łotwie (np. na insulinę przeciętny pacjent wydaje dwa razy więcej niż w Wielkiej Brytanii). Sprawia to, że statystycznie co czwarty pacjent nie wykupuje recept.

Sytuacja ta ma miejsce wskutek istnienia potężnego lobby farmaceutycznego, które ma na celu pozyskiwanie lekarzy, aby z kolei ci przepisywali leki coraz droższe, co nie znaczy lepsze. Część z tych leków jest refundowana przez państwo w ramach ubezpieczeń społecznych. Np. z szacunkowych danych NFZ wynika, że pod hasłem „inwalida wojenny” otrzymuje bezpłatne leki 300 tys. osób rocznie, co pochłania 8% budżetu funduszu. Ciekawym przypadkiem był np. inwalida z Gorzowa Wlkp., który jako uprawniony otrzymał bezpłatnie 879 tabletek viagry, wartych 170 tys. zł.

Podsumowanie

Czy istnieją jakieś światła dla medycyny i kierunki wyjścia w obecnej sytuacji społeczno-ekonomicznej? Jak przezwyciężyć przepaść pomiędzy działaniami medycyny luksusowej a poważnymi niedomaganiem medycyny podstawowej.

Wdrożenie w życie zasady solidarności i ogólnego braterstwa

Wydaje się, że po pierwsze, niemożliwe jest wyjście z tej sytuacji bez uświadomienia sobie zwykłej międzyludzkiej solidarności. Zasada ta, będąca jednym z pryncypiów katolickiej nauki społecznej po-

stuluje wzajemne wspieranie się członków społeczeństwa i podejmowanie wzajemnej odpowiedzialności *in solidum*, czyli – jak stwierdza Jan Paweł II – poszukiwania „dobra każdego i wszystkich, wszyscy bowiem jesteśmy odpowiedzialni za wszystkich” (SRS 38). Idea solidarności jest bezpośrednim wymogiem braterstwa ludzkiego i zawarta jest m.in. w art. 1. *Powszechnej Deklaracji Praw Człowieka*. Także katolicka nauka społeczna czyni z tej idei jedną z fundamentalnych zasad koncepcji społeczeństwa, przy czym – w odróżnieniu od *Deklaracji ONZ* – ideę braterstwa zasadza na głębokiej prawdzie o posiadaniu wspólnego Ojca. Implikacją tego jest myślenie o całej ludzkości jako o jednej wielkiej rodzinie braci i sióstr i wzajemnym duchowym pokrewieństwie.

W takiej perspektywie wspomniane wyżej napięcia między medycyną luksusową a podstawową zanikają, gdyż znajdują bardzo logiczne i proste rozwiązania. Np. w odniesieniu do problemu niepłodności postuluje się – w myśl zasady solidarności i powszechnego braterstwa – uproszczenie procedur adopcyjnych i rozwój świadomości adopcyjnej. To pole społecznej aktywności jest rozwinięte bardzo słabo, czego dowodem są niezwykle trudności, jakie piętrzą się przed rodzinami, chcącymi przyjąć dzieci. W porównaniu z innymi krajami, w Polsce bardzo nieliczny odsetek małżeństw adoptuje dzieci opuszczone, porzucone czy sieroty, podczas gdy np. w Anglii niejednokrotnie istnieją uproszczone procedury adopcji dzieci z Trzeciego Świata (np. ostatnio ofiar tsunami) i nieraz zdarza się, że mieszkańcy Londynu wychowują afrykańskie czy hinduskie dzieci. W Polsce możliwości takie są bardzo ograniczone. Wydaje się, że niezbędna jest także przemiana mentalności społecznej, która – niestety – dziecko adoptowane (a zwłaszcza z innego kraju, np. zza wschodniej granicy) uważa za „nie w pełni nasze”, może „gorsze” i nie „to wymarzone”. Wydaje się, że właśnie chrześcijanie powinni tworzyć nowy typ myślenia ogólnospołecznego, oparty na duchowym pokrewieństwie, zakładający taką samą wartość każdego dziecka, niezależnie czy jest ono genetycznie pochodne od rodziców, czy nie.

Na bazie tej samej zasady można by także przewyciężyć impas w kwestii praktyk przerywania tzw. „niechcianej” ciąży (np. ze wskazań lekarskich). Wzorem mogłaby tu być chociażby francuska

Fundacja Jerome Lejeune, która zajmuje się towarzyszeniem kobiecie (małżeństwu), które uzyskało niepomyślny wynik diagnozy prenatalnej, ujawniający genetyczne schorzenie Downa. W takim przypadku kobieta ma do wyboru nie tylko alternatywę: aborcja lub osamotnione zmaganie się z przygnębiającą informacją, lecz otoczona jest całym sztabem wolontariuszy *Fundacji*, którzy wspierają ją psychicznie i materialnie w dalszym przebiegu ciąży, pomagając w pozytywnym jej rozwiązaniu. Po urodzeniu dziecka matka ciągle otaczana jest ludzką życzliwością, a w ostateczności ma możliwość oddania dziecka do adopcji, gdyby nie chciała lub nie była w stanie go wychowywać⁴.

Powrót medycyny do zasad etyki hipokratejskiej

Drugim sposobem wyjścia z napięcia na linii medycyna luksusowa – medycyna podstawowa jest powrót lekarzy i pracowników służby zdrowia do principów hipokratejskich. Niebezpieczeństwo uwikłania się medycyny w zależności ekonomiczne dostrzegł już starożytny lekarz z wyspy Kos, któremu przypisuje się tekst przysięgi składanej przez adeptów nauk medycznych na zakończenie studiów. Mówił on m.in.:

Mistrza mego w tej sztuce będę szanował na równi z rodzicami, będę się dzielił z nim mieniem i na żądanie zaspokajał jego potrzeby: synów jego będę uważał za swoich braci i będę uczył ich swej sztuki, gdyby zapragnęli się w niej kształcić, bez wynagrodzenia i żadnego zobowiązania z ich strony. Do jakiegokolwiek wejść domu, wejść doń dla pożytku chorych, nie po to, żeby świadomie wyrządzać krzywdę lub szkodzić w inny sposób, wolny od pożądań zmysłowych tak wobec niewiast jak i mężczyzn, wobec wolnych i niewolników. Nikomu, nawet na żądanie, nie dam śmiertelnej trucizny ani nikomu nie będę jej doradzał, podobnie też nie dam nigdy niewieście środka poronnego. W czystości i niewinności zachowam życie swoje i sztukę swoją⁵.

Tekst ten zwraca uwagę na dobro pacjenta i bezinteresowność posługi medycznej. Postulaty te zniknęły w nowej formule przysięgi

⁴ Patrz więcej: www.fondationlejeune.org

⁵ T. Brzeziński, *Etyka lekarska*, Warszawa 2002, s. 22–23.

– tzw. *Deklaracji Genewskiej*⁶, ogłoszonej w 1948 r., która zasadniczo zmieniła etos medycyny, kładąc nacisk na kategorie „dobra ludzkości” oraz usuwając postulat bezinteresowności. Nietrudno zatem zrozumieć, że takie przesunięcie akcentów powoduje niebezpieczny rozdział na chorych lepszej i gorszej kategorii. Ten swoisty „zabieg” na mentalności środowiska lekarskiego dokonał się w sposób niewidoczny i niewielu w ogóle zdaje sobie z niego sprawę. Uwzględniając coraz większe upowszechnianie się różnych zabiegów nie terapeutycznych z zakresu medycyny luksusowej, należałoby postawić postulat powrotu do źródeł hipokratejskich medycyny, która według modelu wypracowanego w starożytnej Grecji i ubogaconego przez chrześcijaństwo etosem samarytańskim, przez 20 wieków wyznaczała normy postępowania służby zdrowia wobec chorych, najbardziej pokrzywdzonych i szczególnie narażonych na dyskryminację. W podobny sposób należałoby zweryfikować kodeks farmaceutyczny, który bez złożeń personalistycznych wystawia cały przemysł farmaceutyczny na niekontrolowany nurt zależności ekonomicznych i marketingowych.

Inicjatywy indywidualne

Uwzględniając powyższe postulaty, nie sposób jednak stwierdzić, że powyższego problemu nie da się rozwiązać tylko w sposób instytucjonalno-prawny. Medycyna podstawowa na ogół była usługą niedochodową. Dlatego przykładanie do niej norm czysto ekonomicznych skazane jest z góry na niepowodzenie. Potrzeba zmiany mentalności pojedynczych ludzi jak i całego społeczeństwa. Dokonać się to może przez różne oddolne inicjatywy poszczególnych obywateli. Przykładem mogą tu być chociażby społeczne zbiórki organizowane przez niektóre parafie w celu zakupienia karet pogotowia, jak to miało miejsce np. w Nowym Targu czy Limanowej. Wobec poważnych kłopotów szpitali i służby zdrowia nie można pozostać tylko w postawie narzekającej, lecz należy podjąć takie działania, które mogłyby przynieść konkretną pomoc w obszarach najpilniejszych potrzeb. Na podobną uwagę zasługuje coraz bardziej upo-

⁶ Tamże, s. 317–318.

wszechniające się zaangażowanie wolontariuszy oraz rozwój idei hospicyjnej. Takie postawy i zaangażowania winny być ze wszech miar popierane i upowszechniane. I tylko dzięki nim możliwe jest przezwyciężenie kryzysu, w jakim znalazła się współczesna medycyna.

Czy medycyna luksusowa jest zła? Niekoniecznie. To prawda, że niektóre działania (może większość) z jej zakresu są niemożliwe do etycznego zaakceptowania, jak to wykazaliśmy na przykładzie selekcji ludzkich embrionów czy instytucji matki zastępczej. Jednakże istnieją i takie zabiegi, które stanowiąc pewnego rodzaju „luksus” w globalnym spojrzeniu, niekoniecznie muszą być osądzone jako niemoralne czy podejrzane. Sam fakt wysokich kosztów czy nie terapeutycznego charakteru jakiejś medycznej ingerencji nie skazuje jej z góry na negatywną ocenę. W społeczeństwie zawsze istniały i będą istnieć różnice w finansowym statusie obywateli i niektórzy będą mogli sobie pozwolić na zabiegi nie wykonywane w ramach medycyny podstawowej. Tak samo byłoby utopijnym postulatem całkowite odseparowanie służby zdrowia czy farmacji od finansowych uzależnień. Wydaje się zatem, że wszystko zależy od koncepcji społeczeństwa. Jeżeli za principium przyjmie się dobro każdej osoby ludzkiej, niezależnie od jej stadium rozwojowego czy finansowego statusu; jej niezbywalne prawo do życia i ochrony zdrowia, to medycyna może na nowo stać się formą powszechnego braterstwa i terenem świadczenia zwykłej międzyludzkiej miłości, pomocy i życzliwości.

Luxury Medicine in Ethical and Social Approach

Summary

A new brand of medicine, the so called "luxury medicine" is said to have developed in recent years. As opposed to the medicine in its traditional meaning it is not limited to saving human life, but it carries out certain projects and aspirations of individual people. It can be defined by a few features which distinguish it from the basic medicine: it is not therapeutic in character, its costs far exceed the achieved or expected clinical results; some circumstances make even basic surgical procedures luxury medicine.

Is luxury medicine wrong? Not necessarily. It is true that some of its procedures (possibly the majority) are impossible to be accepted from the ethical point of view, for example, the selection of human embryos, or the notion of a supplementary mother. However, there are also procedures, which – though they constitute a certain "luxury" in a global view – do not have to be regarded as immoral or suspect. The sheer fact of high costs or non-therapeutic nature of some medical procedures do not mean that they should automatically be assessed in a negative light. In human society there have always been differences in the financial status of citizens and some people will be able to afford medical procedures that are beyond basic medicine. Similarly, it would be a utopian idea to totally separate health care or pharmaceuticals from financial dependencies. It seems, therefore, that everything depends on the general idea of society. If the good of every individual human being is the most important goal, regardless of developmental or financial status, the unquestionable right to live and have one's health taken care of, then medicine has grounds to become a means of common brotherhood and an arena of simple human love, help and kindness.