



## **Głos w dyskusji wokół *Stanowiska Komitetu Bioetyki przy Prezydium PAN w sprawie preimplantacyjnej diagnostyki genetycznej, z uwzględnieniem zdań odrębnych jego członków***

**Kazimierz Szewczyk**

W tekście odniosę się przede wszystkim do rekomendacji pomieszczonej w punkcie 14. dokumentu oraz do części zagadnień zakwalifikowanych w nim do „etycznych aspektów diagnostyki preimplantacyjnej”<sup>1</sup>. Omawiając zasygnalizowane problemy, nawiązywał będę także do zdań odrębnych wyrażonych przez czterech członków Komitetu. Przy tej okazji wspomnę o kwestiach moim zdaniem kluczowych dla uprawiania bioetyki, choć bezpośrednio nie poruszanych w *Stanowisku*.

1. Czy etycznie usprawiedliwiona jest rekomendacja niedopuszczająca diagnostyki preimplantacyjnej antygenów zgodności tkankowej i chorób późnobjawiających się?

W rekomendacji umieszczonej w punkcie 14 (s. 7) redaktorzy *Stanowiska* stwierdzają, że ich zdaniem metoda preimplantacyjnej diagnostyki genetycznej (PDG) „nie powinna być dopuszczalna ze wskazań innych niż zdrowotne (medyczne), a zwłaszcza nie powinna być stosowana:

---

<sup>1</sup> *Stanowisko Komitetu Bioetyki przy Prezydium Pan nr 2/2012;*

<http://www.bioetyka.pan.pl/images/stories/Pliki/stanowisk%20kb%20nr%202-2012.pdf>

- w celu ustalenia płci i innych cech fizjologicznych;
- w celu testowania HLA i doprowadzenia do urodzenia dziecka zgodnego tkankowo, które mogłoby być dawcą tkanek w celu ratowania rodzeństwa dotkniętego chorobą genetyczną (jak np. anemia Fankoniego i białaczka);
- rozpoznania choroby, która pojawia się dopiero w wieku późniejszym (np. choroba Alzheimera)”.

Pierwsza kategoria nie nasuwa wątpliwości. Samo ustalenie płci czy innych cech fizjologicznych nie można zakwalifikować do wskazań zdrowotnych (medycznych), mimo chronicznej nieostrości tego kryterium.

Natomiast zakaz PDG w przypadkach wymienionych w dwu kolejnych kategoriach budzi mój sprzeciw. Po pierwsze, nie rozumiem powodów ich wyłączenia z obszaru wskazań zdrowotnych i to jeszcze tak bardzo jednoznacznego o czym świadczy użycie zwrotu „a zwłaszcza”.

Jest to wątpliwość podobna do tej, jaką wyraża w *Zdaniu odrębnym* Włodzimierz Galewicz, nazywając ją „istotną obiekcją” (s. 1)<sup>2</sup>. Jego zdaniem wyłączenie omawianych dwu grup (szczególnie trzeciej) sugeruje, że wskazań zdrowotnych nie utożsamia się w *Stanowisku* „z powodami związanymi z chorobą i zdrowiem, lecz rozumie się je w jakimś innym, normatywnie zacieśnionym znaczeniu (s. 2)”.

Wskazówki rozjaśniającej do pewnego stopnia rozumienie świadczeń zdrowotnych przez większość członków Komitetu dostarcza wyrażony przez nich pogląd (s. 2), zgodnie z którym „nadrzędnym celem prowadzenia testów preimplantacyjnych jest znaczne zmniejszenie lub wyeliminowanie ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą [...]”.

### 1.1. Wyłączenie z PDG chorób późnobjawiających się

Przywołane ujęcie wyłącza diagnostykę antygenów zgodności tkankowej (HLA), a jeżeli odczytamy literalnie to zdanie, wówczas przynajmniej w części będzie ono potwierdzeniem intuicji W. Galewicza. Przy dosłownym odczytaniu PDG usuwa lub

---

<sup>2</sup> W. Galewicz, *Zdanie odrębne*;  
[http://www.ptb.org.pl/pdf/galewicz\\_preimplantacja2\\_1.pdf](http://www.ptb.org.pl/pdf/galewicz_preimplantacja2_1.pdf)

zmniejsza ryzyko urodzenia dziecka już chorego (lub u którego choroba rozwinie się w dzieciństwie), a nie nosiciela genów schorzeń ujawniających się w jego późniejszym wieku, jak choroba Alzheimera czy płasawica Huntingtona.

Jest to niewątpliwe „normatywne zacieśnienie” kryterium wskazań zdrowotnych. Jego uzasadnieniem jest odróżnienie chorób ciężkich, (a nawet letalnych) i wczesnie ujawniających się, od schorzeń ujawniających się dopiero po osiągnięciu przez pacjenta dorosłości<sup>3</sup>. W tym podziale kryterium wieku staje się zasadniczym pryncypium etycznym klasyfikacji ciężkości choroby, decydując zarazem o normatywnym zawężeniu wskazań zdrowotnych.

Nie wiem, czy to właśnie kryterium legło u podstaw wstrzymania przez Komitet rekomendacji dla PDG chorób późnoujawniających się. Skazany jestem wyłącznie na przypuszczenia i domysły. A tak nie powinno być w dokumentach tego rodzaju. Racje przemawiające za takim lub innym rozwiązaniem powinny być jasno sformułowane.

Stawianie w diagnostyce preimplantacyjnej progów ciężkości defektów genetycznych spotyka się z krytyką, którą w większości podzielam. Zarzuca mu się między innymi:

- arbitralność w ocenie schorzeń,
- możliwość stygmatyzacji bądź nawet dyskryminacji osób obciążonych ciężkimi wadami,
- doprowadzenie do automatyzmu decyzji rodziców, eliminującego refleksję etyczną nad dokonywanym wyborem. Ciężkość choroby może sugerować, że zawsze czynią one życie tak obciążone brzemieniem bólu i cierpienia, że aż niewarte przeżycia. Stąd jedyną słuszną decyzją nieodmiennie będzie postanowienie usunięcia zarodka z taką wadą.

---

<sup>3</sup> Por.: T. Krah, *Preimplantation Genetic Diagnosis: Does Age of Onset Matter (Anymore)?*, "Medicine, Health Care & Philosophy" 2009, nr 2, s. 187-202; <http://www.noveltecheethics.ca/files/pdf/280.pdf>

J.A. Robertson, *Extending Preimplantation Genetic Diagnosis: The Ethical Debate*, "Human Reproduction" 2003, nr 3; <http://humrep.oxfordjournals.org/content/18/3/465.full>

Z wymienionych powodów skuteczniejsze i etycznie bardziej wskazane w porównaniu z progami, jest rozwiązanie prawno-instytucjonalne. Polega ono na powołaniu instytucji kierujących PDG o kompetencjach regulowanych prawem oraz na utworzeniu niewielkiej liczby licencjonowanych centrów diagnostycznych. Ich pracy powinna towarzyszyć ciągła debata bioetyczna o zasięgu społecznym, także w bioetycznych ciałach zbiorowych różnego szczebla.

## 1.2. Preimplantacyjna diagnostyka antygenów zgodności tkankowej (PDHLA)

Wykluczenie PDHLA z katalogu dopuszczalnych badań genetycznych W. Galewiczowi „wydaje się sporne”. Podzielam ten pogląd. Co więcej, skłonny jestem pójść dalej i uznać tę decyzję Komitetu za poważny błąd (niekonsekwencji). Uzasadniając wyrażone zdanie, posłużę się dwoma przypadkami genetycznej diagnostyki preimplantacyjnej, mianowicie kazusami Zaina Hashmi i Charliego Whitakera. W Anglii na początku bieżącego wieku były one przedmiotem rozpraw sądowych i ożywionej dyskusji. Ich efektem była zmiana stanowiska Urzędu ds. Ludzkiej Płodności i Embriologii (*Human Fertility and Embryology Authority*) w kwestii dopuszczalności PDHLA i doprowadzenia do narodzin tzw. „zbawczego rodzeństwa” (*saviour siblings*) – dawców krwi pępowinowej (jako źródła komórek macierzystych) dla chorego brata bądź siostry.

Oba przypadki szczegółowo opisywałem i komentowałem w innym miejscu<sup>4</sup>. Obecnie ograniczę się do powtórzenia wybranych faktów i ustaleń niezbędnych do uprawdopodobnienia przywołanego przed chwilą zdania o błędności rozstrzygnięcia Komitetu w sprawie wykluczenia PDHLA.

Zain urodził się z beta talasemią major – genetycznie warunkowaną ciężką postacią niedokrwistości. Rodzice chłopca byli nosicielami genów talasemii.

---

<sup>4</sup> K. Szewczyk, opracowanie, *Kazus Zaina Hashmi*, Interdyscyplinarne Centrum Etyki, Bioetyka/etyka medyczna – Spis kasusów;

<http://www.incet.uj.edu.pl/dzialy.php?l=pl&p=31&i=3&m=27&n=1&z=&kk=284&k=126> ;

tenże, opracowanie, *Kazus Charliego Whitakera*, Interdyscyplinarne Centrum Etyki, Bioetyka/etyka medyczna – Spis kasusów;

<http://www.incet.uj.edu.pl/dzialy.php?l=pl&p=31&i=3&m=27&n=1&z=&kk=284&k=127> ;

Prawdopodobieństwo urodzenia się dziecka z tą chorobą wynosi 50%. Państwo Hashmi zwrócili się do Urzędu o zezwolenie na łączną diagnostykę preimplantacyjną w kierunku nosicielstwa przez zarodek genów niedokrwistości oraz antygenów zgodności tkankowej. Od zdrowego i zgodnego antygenowo dziecka zamierzali pobrać krew pępowinową dla Zainiego. Urząd wyraził zgodę na wykonanie „zapłodnienia *in vitro* łącznie z PDG dla beta talasemii i oznaczania HLA dla pacjentów znanych jako pan i pani H.”.

Zasadniczymi warunkami udzielenia zgody były: ciężkość schorzenia przyszłego dziecka oraz zagrożenie zarodków ryzykiem stanu dotykającego dziecko. Diagnostyka HLA była świadczeniem wykonywanym niejako przy okazji spełnienia tych ograniczeń.

Charlie – w odróżnieniu od Zaina – cierpiał na anemię Diamonda-Blackfana. Odmienne niż beta talasemia, niedokrwistość ta należy raczej do chorób sporadycznych aniżeli przekazywanych dziedzicznie, gdyż tylko w części przypadków udaje się potwierdzić jej genetyczne podłoże. Oznacza to, że szanse rodziców Charliego na potomka obarczonego tą samą chorobą nie są większe niż ryzyko anemii w ogólnej populacji – pięć do siedmiu przypadków na milion zdrowych narodzin. Był to zasadniczy powód, dla którego Urząd nie wydał zezwolenia na diagnostykę przedimplantacyjną antygenów zgodności. Ich oznaczanie – stwierdzał – byłoby prowadzone wyłącznie dla dobra Charliego i nie miałyby nic wspólnego z interesem zarodka i przyszłego dziecka.

W krytycznych analizach obu decyzji prowadzonych w literaturze bioetycznej najczęściej przywoływano trzy argumenty:

- z racji posiadania potomstwa,
- równi pochylej,
- z dobra dziecka (zarodka).

O wymienionych argumentach wspomnę pobieżnie, po szczegóły odsyłając do *Komentarza do przypadku Zaina Hashmi*<sup>5</sup>.

---

<sup>5</sup> Zob.: K. Szewczyk, *Komentarz do przypadku Zaina Hashmi*, Interdyscyplinarne Centrum Etyki, Bioetyka/etyka medyczna – spis kasusów;

<http://www.incet.uj.edu.pl/dzialy.php?l=pl&p=31&i=3&m=27&n=2&z=&kk=284&k=126>

Odwołując się do pierwszego argumentu przeciwnicy PDHLA zazwyczaj korzystają z następującego sformułowania Kantowskiego imperatywu kategorycznego: „Postępuj zawsze tak, abyś człowieczeństwa tak w twojej osobie, jako też w osobie każdego innego używał zawsze zarazem jako celu, nigdy tylko jako środka”. Według nich powołując do życia w innym celu, niż dla niego samego, traktujemy je jako środek, a nie cel, czyli reifikujemy, degradując ich człowieczeństwo do poziomu rzeczy; rodzice zbawczego rodzeństwa powołują do istnienia potomka z intencją ratowania chorego dziecka. Jest to racja naruszająca imperatyw, a więc niegodna moralnej aprobaty.

Zwolennicy omawianej metody diagnostycznej odrzucają ten argument słusznie zarzucając przeciwnikom błędne odczytanie imperatywu. Właściwa interpretacja brzmi: Człowieczeństwa należy używać *zarazem* jako, nigdy *tylko* (=wyłącznie) jako środka do jakiegoś celu. Wybrany do implantacji zarodek i urodzone dziecko może być przez rodziców kochane dla niego samego i, użyczając zarazem krwi pępowninowej choremu bratu bądź siostrze, służyć jako „zbawczy środek” do ratowania ich życia. Tak właśnie było w przypadku Zaina, Charliego i wielu innych dzieci zbawczych.

Równia pochyła nazywana jest też argumentem ze strasznych skutków etycznie niedających się zaakceptować. W przypadku PDHLA byłoby to przede wszystkim niebezpieczeństwo pojawienia się „dzieci z projektu”. Testowanie antygenów zgodności tkankowej jest pierwszym krokiem na tej równi, gdyż stanowi selekcję zarodków pod względem cech korzystnych nie dla nich lecz dla innych – rodzeństwa, rodziców, rodziny.

Krytycy argumentu, do których i ja się zaliczam, wskazują, że jego moc jest pozorna i nie może służyć jako racja definitywnego odrzucenia PDHLA. Po pierwsze, nie da się z wystarczającym statystycznym prawdopodobieństwem ustalić łańcucha związków przyczynowych prowadzących od wyjściowego zdarzenia do końcowego skutku. Przejścia między kolejnymi elementami opierają się na analogii i

zazwyczaj są „czystą spekulacją”<sup>6</sup>. Argument równi nie ma zatem praktycznie żadnej „zdolności prospektywnej”. Po drugie, zakłada on i to bez wystarczającego empirycznego usprawiedliwienia, przewagę praw potencjalnych ofiar proponowanego rozwiązania nad dobrem osób pilnie go potrzebujących; w analizowanej procedurze potrzebującym jest chore rodzeństwo (jego rodzice i rodziny jako wspólnoty).

W kontekście cytowanego już poglądu autorów *Stanowiska*, podkreślającego, że „nadrzędnym celem prowadzenia testów preimplantacyjnych jest znaczne zmniejszenie lub wyeliminowanie ryzyka urodzenia dziecka dotkniętego chorobą” szczególnej wagi nabiera argument z dobra dziecka (zarodka).

Przywołane zdanie można odczytywać dwojako:

- po pierwsze, jako bardzo wąskie ujęcie dobrostanu dziecka, zredukowane do jego dobrostanu zdrowotnego,

- po drugie, jako realizację obowiązku zapobiegania wprowadzaniu w świat ludzi nieszczęśliwych; nieszczęściem jest tu (ciężkie) schorzenie genetyczne.

Rozważania zacznę od pierwszego odczytania. Ułatwia ono krytykę analizowanego argumentu jako normatywnej racji wykluczającej PDHLA. Zdiagnozowanie w teście preimplantacyjnym wady genetycznej zapobiega implantacji zarodka, a zatem narodzinom dziecka w ogóle, w tym również chorego. I na odwrót – negatywny wynik testu decyduje o wprowadzeniu embriona do dróg rodnych kobiety i w konsekwencji o życiu zdrowego potomka.

Poszukując dawców krwi pępowinowej dla starszego rodzeństwa, wybieramy do implantacji zarodki zdrowe i zgodne antygenowo z chorym bratem bądź siostrą. Takie embriony, a następnie dzieci, będą żyć. Eliminowane są (uproścmy rzecz) zarodki zdrowe i pobawione zgodnych HLA.

Rozumowanie to pokazuje, jak sędzę, że rację mają Sally Sheldon i Susan Wilkinson, że zarówno diagnostyka preimplantacyjna wad genetycznych, jak i określanie antygenów zgodności tkankowej nie służy dobru zdrowotnemu „tego

---

<sup>6</sup> T.L. Beauchamp, J.F. Childress, *Zasady etyki medycznej*, tłum. W. Jacórzyński, KiW, Warszawa 1996, s. 245.

oto” embriona, gdyż jest to metoda diagnostyczna, a nie terapia, która leczy i daje zdrowe formy prenatalne do implantacji.

Zarodki obarczone genetyczną skazą nie są leczone, lecz niszczone. Stąd jeżeli w ogóle jest jakaś korzyść, to tylko dla „zdrowego embriona, jeśli uznamy, że jest nią dobro istnienia”. Jego wyborem kieruje maksyma: „lepiej jest istnieć, aniżeli nie istnieć”, a nie zasada: „lepiej być zdrowym, niż mieć genetyczną chorobę”. Podobne reguły przyświecają samodzielnej diagnostyce antygenów zgodności tkankowej. Także i ona nie przyczynia się do dobrostanu zdrowotnego zarodka<sup>7</sup>.

Jeśli – odkładając na bok skomplikowaną filozoficznie dyskusję o przewagach istnienia nad niebyciem – przyjmiemy, że lepiej jest istnieć, niż nie być do życia powołanym, to zarówno diagnostyka genetyczna, jak i oznaczanie antygenów zgodności przyczyniają się do realizacji tego celu i odwoływanie się do zasady dobra dziecka (bądź szerzej – zysku netto), nawet jeśli jest prawdziwe, nie może stanowić podbudowy dla wytyczania między nimi etycznie znaczącej granicy.

Gwoli pełni obrazu dodam, że dobro dziecka ujmuje się zazwyczaj w sposób szerszy, jako fizyczny i psychiczny zdrowotny dobrostan dziecka. Szacuje się go najczęściej ważąc ryzyko związane z danym działaniem, np. PDG, z korzyściami z niego płynącymi, czyli tzw. zysku bądź dobra netto.

Wszystkie dotychczasowe dane (przywołane w *Komentarzu do przypadku Zaina Hashmi*) pokazują, że nie obniża tego dobra zarówno sama procedura diagnostyczna (biopsja blastomerów), jak i życie dziecka zbawczego w rodzinie nie jest obarczone cierpieniem psychicznym. Dane te, pospołu z (częściowo tu referowaną) dyskusją wokół przypadków Zaina i Charliego, były – powtórzę – decydującym powodem, dla którego Urząd ds. Płodności i Embriologii odstąpił od zakazu PDHLA.

Po zasygnalizowaniu nierozstrzygającego charakteru wąskiego odczytania dobra dziecka, przejdę do krótkiego omówienia drugiego możliwego rozumienia analizowanego nakazu. Przypomnę, jest nim realizacja obowiązku zapobiegania wprowadzaniu w świat ludzi nieszczęśliwych – dotkniętych (ciężkim) schorzeniem genetycznym.

---

<sup>7</sup> S. Sheldon, S. Wilkinson, *Should Selecting Saviour Siblings Be Banned?*, „Journal of Medical Ethics” 2004, nr 6, s. 533-37.



Najbardziej znanym przykładem regulacji wdrażających ten obowiązek jest dopuszczenie aborcji ze względów embriopatologicznych (ciężkiego i nieodwracalnego uszkodzenia płodu). Omawiany nakaz bywa usprawiedliwiany na dwa sposoby:

- tym, że zmniejsza sumę nieszczęścia i cierpienia poprzez zahamowanie urodzin ludzi z negatywną jakością życia,
- że umożliwia zastępowanie mniej szczęśliwych przyszłych ludzi, jednostkami bardziej szczęśliwymi.

Pierwsze usprawiedliwienie, zdaniem S. Sheldon, S. Wilkinson, należy odrzucić, gdyż w świetle dostępnych danych jest „skrajnie nieprawdopodobne”, aby można go było używać do zakazywania preimplantacyjnej diagnostyki HLA.

Natomiast drugi sposób jest całkowicie nieprzydatny w usprawiedliwianiu zakazu ZHLA. Zahamowanie tej procedury nie umożliwi zastępowania zbawczych dzieci bardziej szczęśliwymi ludźmi, gdyż nie dopuści w ogóle do ich narodzin. Nie ma tu analogii między np. usunięciem płodu obarczonego wadą genetyczną, na które zdecydowali się rodzice powodowani zamiarem spłodzenia drugiego dziecka wolnego od niej i – przynajmniej w obszarze dobrostanu zdrowotnego – bardziej od poprzednika szczęśliwego.

Przywołane analizy pokazują, jak sędzę, sporny charakter a nawet błędność zakazu PDHLA, przy jednoczesnej aprobach dla diagnostyki genetycznej (ciężkich wczesnoobjawowych) chorób. Zatem skoro Urząd ds. Ludzkiej Płodności i Embriologii zezwolił na łączną diagnostykę genetyczną i HLA w kazusie Zaina – logicznie rzecz ujmując – powinien tak samo postąpić w przypadku Charliego.

## 2. Etyczne aspekty diagnostyki preimplantacyjnej

Autorzy *Stanowiska* stwierdzają, że „Niepodobna raz na zawsze rozstrzygnąć sporu o moralną dopuszczalność lub niedopuszczalność stosowania preimplantacyjnej diagnostyki genetycznej” (s. 4). Moim zdaniem jest to słuszna konstatacja. Można zasadnie zakładać, że stanowi ona podstawę poglądu sformułowanego w następnym zdaniu, zaakcentowanym pogrubioną czcionką:

„Wyrażając stanowisko w sprawie preimplantacyjnej diagnostyki genetycznej, Komitet Bioetyki powinien więc kierować się zasadą szacunku dla pluralizmu wartości i światopoglądów, która stanowi fundament prawdziwie demokratycznego i liberalnego państwa”.

Pogląd ten również uważam za ze wszech miar słuszny i godny aprobaty. Jednakże według mnie przejście między tymi zdaniem-tezami ukazujące wynikanie drugiego z pierwszego jest zbyt skrótowe i rozproszone w pozostałych punktach partii dokumentu ukazującej etyczne aspekty omawianej metody diagnostycznej. Być może enigmatyczność powiązania i rozproszenie argumentacji jest powodem krytyki tej części *Stanowiska* wyrażanej szczególnie wyraźnie przez dwóch autorów *Zdań odmiennych*.

I tak Włodzimierz Galewicz zastrzega, że dobre racje moralne przytaczane w dokumencie na rzecz PDG są dobre „jedynie dla tych, którzy zajmują określone stanowisko w kwestii statusu ludzkiego embrionu, lub też przynajmniej *nie wyznają* jednego z możliwych w tej sprawie stanowisk – poglądu, zgodnie z którym wczesny ludzki zarodek jest już pełnoprawną osobą” (s. 3).

Andrzej Paszewski stawia autorom analizowanych rekomendacji w gruncie rzeczy podobny zarzut stronniczości i nieusprawiedliwionego preferowania jednej opcji etycznej. Jego bowiem zdaniem, są co prawda w *Stanowisku* przedstawione zasadnicze poglądy etyczne dotyczące statusu moralnego wczesnych form prenatalnych życia ludzkiego, to jednak rekomendacje dokument „opiera na jednym z nich, bez wyraźnego zaznaczenia, że jest ono jednym z możliwych, akurat podzielanym przez większość członków Komitetu” (s. 2).

W. Galewicz korektę tej skazy stronniczości widzi w „wyraźnym zaznaczeniu” – w imię „szacunku dla pluralizmu wartości i światopoglądów”, deklarowanego w dokumencie – faktu, że dobre racje dla większości autorów *Stanowiska*, dla reprezentantów innych opcji już „nie będą tak dobre” (s. 2). Jest to, jak można przypuszczać program minimum. Optymalnie bezstronnym rozwiązaniem byłaby pełna prezentacja poglądów etycznych dotyczących statusu moralnego zarodka ludzkiego.

Czy jest to jedyne możliwe rozwiązanie? Czy zawsze musimy pozostawać na poziomie - rzeczywiście nierozstrzygalnych - sporów światopoglądowych? Przerzucać się, jak to ujęła Barbara Chyrowicz do „lekkiego znudzenia” tymi samymi argumentami, powtarzać te same dwa „niewzruszone” przeciwstawne stanowiska: „zgodnie z pierwszym ludzki zarodek ma od momentu powstania status normatywny, drugie stanowisko przesuwając w czasie moment uznania normatywnego charakteru ludzkiego organizmu”<sup>8</sup>.

Czy komitety (komisje) *bioetyczne* - podkreślam przymiotnik *bioetyczne* - muszą być skazane na taki „lekkie nudzący” i dodam: bezproduktywny typ bezstronności, czy też istnieją jakieś dobre powody, dla których mogą, a nawet powinny, formułować rekomendacje związane z jednym, wyraźnie określonym światopoglądem? A jeśli tak - to z jakim?

W dalszej części tekstu będę rysował próbę podania takich racji, z braku miejsca czyniąc to bardzo skrótowo i mając nadzieję, że nieuniknione w takiej sytuacji niejasności i wątpliwości ewentualnie rozjaśnią (i rozproszą?) kolejne głosy w debacie.

## 2.1. Neutralność światopoglądowa demokratycznego państwa i rekomendacje zbiorowych ciał bioetycznych

Terminy „neutralność” i „bezstronność światopoglądowa” będę w tekście traktował jak synonimy<sup>9</sup>. Tak właśnie - „synonimicznie” - należy odczytywać art. 25 ust. 2 *Konstytucji R.P.*, zgodnie z którym „Władze publiczne w Rzeczypospolitej Polskiej zachowują bezstronność w sprawach przekonań religijnych, światopoglądowych i filozoficznych, zapewniając swobodę ich wyrażania w życiu publicznym”.

---

<sup>8</sup> B. Chyrowicz, *Bioetyka: powracające pytania...*, Polskie Towarzystwo Bioetyczne, Debata: *Wokół diagnostyki preimplantacyjnej*, 20.03 - 3.04.2009, s. 1-2; [http://www.ptb.org.pl/pdf/chyrowicz\\_preimplantacja\\_1.pdf](http://www.ptb.org.pl/pdf/chyrowicz_preimplantacja_1.pdf)

<sup>9</sup> Por.: W. Brzozowski, *Bezstronność światopoglądowa władz publicznych w Konstytucji RP*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011, s. 46. W omawianiu neutralności światopoglądowej korzystam z tego opracowania, odsyłając w nawiasie do odpowiedniej strony. Tam też bogata literatura przedmiotu.

Przypomnę, że etyka normatywna jest integralną częścią filozofii. Stąd też neutralność „w sprawach przekonań filozoficznych” jest zarazem neutralnością w sprawach etycznych (=normatywnych, aksjologicznych). Przyjmuję też, że przekonania religijne i filozoficzne są składnikami światopoglądu. Inaczej mówiąc, ich wyliczenie w przywołanym przepisie „nie ma charakteru rozłącznego”, a „Jedynym uzasadnieniem dla takiego zabiegu może być wyraźne postawienie tamy przez ustawodawcę konstytucyjnego w stosunku do potencjalnych zabiegów zawężających interpretację pojęcia ‘światopogląd’” (s. 27). Nie będzie zatem błędem używanie sformułowania „przekonania światopoglądowe” w odniesieniu do poglądów etycznych (systemów wartości moralnych) afirmowanych przez poszczególnych obywateli.

Tak zinterpretowany art. 25 ust. 2 *Konstytucji* można włączyć do „katalogu podstawowych zasad ustroju Rzeczypospolitej” (s. 21). Wówczas jako zasada bezstronności światopoglądowej władz publicznych uzyska status „elementu charakterystyki polskiej państwowości” (s. 26).

Przeprowadzone rozumowanie pokazuje, że zasada bezstronności światopoglądowej sama *nie jest i nie może być* światopoglądowo bezstronna (s. 144). Będąc bowiem składnikiem charakterystyki naszej państwowości, stanowi wyraz fundamentalnego wyboru moralnego, jakim było opowiedzenie się (większości) Polaków za demokracją i odrzucenie przez nich ustrojowych „modeli paternalistycznych”.

W warstwie aksjologicznej norma bezstronności jest emanacją „wizji moralności” zbiorowej afirmującej takie wartości jak:

- wolność jednostek (światopoglądowa właśnie, czyli wolność wyboru religijnego i filozoficznego),
- tolerancja,
- liberalizm światopoglądowy (afirmacja różnicowania światopoglądowego obywateli, która dla demokracji nie jest wadą a zaletą),
- poszanowanie prawa stanowionego,
- oraz możliwie pełnego zainteresowania i uczestnictwa obywateli w procesach decyzyjnych (zasada partycypacji).

Jednak ta wizja państwa, jak zauważa Wojciech Brzozowski, „opiera się na wartości kompromisu” (s. 16). Demokracja wymaga od obywateli dla prawidłowego funkcjonowania chęci kompromisu i umiejętności osiągnięcia go. Model moralności zbiorowej, budujący aksjologiczne podstawy demokracji nazwę dla wygody światopoglądem demokratycznym

Bioetykę można – moim zdaniem: powinno się – traktować jak aksjologiczny wyraz demokracji i jednocześnie odpowiedź na normatywne wyzwania w obszarze systemów opieki zdrowotnej. Wyzwania te są przede wszystkim następstwem zasygnalizowanych wyżej wymogów etycznych demokracji i postępu naukowo-technologicznego w (bio)medycynie.

Bioetyka jest stosunkowo młodą emanacją „antypaternalistycznego ustroju” i takiej – antypaternalistycznej – medycyny. Jej status metodologiczny jest wciąż jeszcze dyskutowany<sup>10</sup>. Moim zdaniem z wymogami demokracji najbardziej zgadza się następująca definicja: „bioetyka jest działalnością identyfikującą i krytycznie analizującą moralne aspekty podejmowania decyzji w systemie opieki zdrowotnej światopoglądowo zróżnicowanego państwa prawnego”<sup>11</sup>.

Instytucjonalizacją bioetyki są bioetyczne ciała zbiorowe różnych szczebli<sup>12</sup>. Ich skład powinien umożliwiać realizację wymogu partycypacji i demokratyzację prac danego ciała. Komitet Bioetyki przy Prezydium PAN jest, jak sądzę, przykładem takiego właśnie ciała.

Ważnym, choć nie jedynym, zadaniem komisji (komitetów) jest opracowywanie reguł ułatwiających proces decyzyjny w systemie opieki zdrowotnej. Ich skład, oraz sposób procedowania (o którym kilka słów w dalszych częściach tekstu), umożliwia

---

<sup>10</sup> Zob.: Polskie Towarzystwo Bioetyczne, *Edukacja bioetyczna w Polsce*, Debata, 09.11-16.11. 2009; [http://www.ptb.org.pl/opinie\\_educacja.html](http://www.ptb.org.pl/opinie_educacja.html)

<sup>11</sup> K. Szewczyk, *Edukacja bioetyczna w Polsce – analiza problemu, opis trudności i propozycja zadań na przyszłość*, „Diametros” 2009, nr 22, s. 198. W przywołanej definicji zmieniłem sformułowanie „interdyscyplinarną dziedziną nauki” na „działalnością”, w celu uniknięcia ewentualnych nieporozumień metodologicznych; <http://www.diametros.iphils.uj.edu.pl/pdf/diam22szewczyken.PDF>

<sup>12</sup> K. Szewczyk, *Szpitalne komisje etyczne jako składnik systemu opieki zdrowotnej w krajach demokratycznych*, Polskie Towarzystwo Bioetyczne, Debata, *Konflikt między opinią lekarza i wolą pacjenta – czy są nam potrzebne szpitalne komisje etyczne?* 26.09.2009; [http://www.ptb.org.pl/pdf/szewczyk\\_konflikt\\_1.pdf](http://www.ptb.org.pl/pdf/szewczyk_konflikt_1.pdf)

tym samym demokratyzację tego procesu. Należytej efektywności regulacyjnych prac komisji nie zagwarantuje wspomniane już, „lekkie nudne” wyliczanie konkurencyjnych poglądów w danej normatywnej kwestii.

Niezbędne jest natomiast uznanie wartości kompromisu (bądź lepiej – konsensusu) oraz poszanowanie dla zasygnalizowanych wartości demokratycznego państwa prawnego. Przypomnę, że dwie z nich – pluralizm wartości i światopoglądów – explicite wymienione są w *Stanowisku*. Do ich katalogu dodałbym jeszcze jedną – tradycję kulturową naszego kraju. Regulacje bioetyczne powinny ją uwzględniać. W jakim uczynią to stopniu – pozostaje do dyskusji (i konsensusu). W pracach komitetów bioetycznych ważne jest też uwzględnianie przez ich członków osiągnięć nauki i technologii medycznej.

Reasumując: *regulacje bioetyczne powinny mieć formę i treść, co najmniej, możliwą do moralnej aprobaty przez obywateli dobrej woli kierujących się poszanowaniem wartości państwa demokratycznego, szacunkiem dla tradycji kulturowej, uwzględniających osiągnięcia nauki i poszukujących konsensusu w sprawach światopoglądowych*. Nie muszę dodawać, że te same przymioty charakteru winny cechować członków bioetycznych ciał zbiorowych.

Regulacje wypracowane przez komisje bioetyczne nie mają statusu pryncypiów odzwierciedlających prawdy moralne. Są one jedynie wskazówkami kierującymi procesem podejmowania decyzji w systemie opieki zdrowotnej (lub innymi działaniami na jego obszarze, np. edukacyjnymi). W anglosaskiej literaturze przedmiotu popularne jest nazywanie ich „regułami kciuka” (*rules of thumb*).

W oficjalnych opracowaniach ciał bioetycznych często w stosunku do reguł kciuka pojawia się nazwa „rekomendacje”, używana także w *Stanowisku*. Pierwszym z brzegu przykładem jest dokument Komisji Bioetycznej Nuffielda (w którym „Grupa Robocza rekomenduje”, s. XVIII)<sup>13</sup>. Mam nadzieję, że do takiego właśnie rozumienia rekomendacji odwołuje się Komitet, że nie są one – jak obawia się

---

<sup>13</sup> [Nuffield Council on Bioethics, \*Critical Care Decisions in Fetal and Neonatal Medicine: Ethical Issues\*, London 2006;](http://www.nuffieldbioethics.org/neonatal-medicine)  
<http://www.nuffieldbioethics.org/neonatal-medicine>

Tadeusz Tołłoczko - rekomendowanymi „zasadami moralnymi” w znaczeniu odkrywanych prawd moralnych (s. 4)<sup>14</sup>.

Jeśli tak jest rzeczywiście, wówczas nie ma podstaw zarzut autora, że członkowie Komitetu popełniają coś w rodzaju grzechu etycznej pychy, uzurpując sobie „patent na doskonałość”. Niekoniecznie też musimy - jak postuluje - przekazywać społeczeństwu „nie *Stanowisko* czy rekomendacje lecz opinie, lub jak zaproponował W. Galewicz - racje”.

Według mnie najporęczniejszym terminem są właśnie „rekomendacje” lub „wytyczne”, w znaczeniu wyżej wyłożonym. Gwoli ścisłości, W. Galewicz nie proponował używania słowa „racje”. W jego wypowiedzi jest ono cytatem ze *Stanowiska* zaczerpniętym z rekomendacji umieszczonej w punkcie 12 na stronie 6.

W konkluzji rozważań tego podpunktu mogę, jak sądzę, przyjąć, że Komitet w dokumencie mógł dać rekomendacje zgodne ze światopoglądem demokratycznym. Niestety zbyt szybkie przejście do wyliczania w punkcie 12 (s. 6) „dobrych racji moralnych na rzecz akceptacji” genetycznej diagnostyki preimplantacyjnej naraziło *Stanowisko* na krytykę za jednostronność perspektywy aksjologicznej przeprowadzoną przez W. Galewicza (s. 2).

## 2.2. Istota ludzka, osoba i modele statusu moralnego zarodka

B. Chyrowicz przypomina, że dyskusja wokół diagnostyki preimplantacyjnej i metod wspomaganey prokreacji, jako techniki warunkującej tę diagnostykę, jest bardzo uwikłana w „antropologiczne pryncypia” (s. 2)<sup>15</sup>. Autorka ma na myśli tzw. antropologię filozoficzną, czyli mieszczącą się w obszarze światopoglądu zdefiniowanego w poprzednim punkcie. W kontekście toczonej obecnie debaty, chodzi o filozoficzne racje przypisywania lub odmawiania zarodkom tzw. „statusu normatywnego (moralnego)”.

---

<sup>14</sup> T. Tołłoczko, *Zdanie odrębne – uzasadnienie*;  
[http://www.ptb.org.pl/pdf/tolloczko\\_preimplantacja2\\_1.pdf](http://www.ptb.org.pl/pdf/tolloczko_preimplantacja2_1.pdf)

<sup>15</sup> B. Chyrowicz, *Zdanie odrębne – uzasadnienie*;  
[http://www.ptb.org.pl/pdf/chyrowicz\\_preimplantacja2\\_1.pdf](http://www.ptb.org.pl/pdf/chyrowicz_preimplantacja2_1.pdf)

W bioetycznych regulacjach, a także literaturze, wyróżnić można trzy modele oceny takiego statusu:

a. model osobowy przyjmowany w nauczaniu Kościoła katolickiego. Zgodnie z nim, już od momentu zapłodnienia zygota staje się moralną osobą, mającą określone prawa z prawem do życia na czele.

b. Model przedmiotowy, obecny np. u Petera Singera. Jego zwolennicy nie przypisują fazom prenatalnym rozwoju człowieka żadnego statusu moralnego i w tym znaczeniu zrównują je z przedmiotem pozbawionym wewnętrznej nieinstrumentalnej wartości.

c. Model poszanowania zarodka, już tej fazie rozwoju prenatalnego przyznający nieinstrumentalną wewnętrzną wartość, różniącą go od rzeczy. Wartość ta decyduje o godności embriona. Stąd model ten można nazwać także godnościowym<sup>16</sup>. Łagodzi on skrajności obu poprzednich ujęć. Dlatego też może być dogodnym punktem wyjścia do dyskusji nad statutem moralnym form prenatalnych.

Dzięki tej koncyliarności jest on często wykorzystywany w wielu regulacjach bioetycznych. Posługuje się nim również fundamentalna dla europejskiego bioprawa i bioetyki *Konwencja o ochronie praw człowieka i godności istoty ludzkiej wobec zastosowań biologii i medycyny* (potocznie: *Konwencja bioetyczna*, lub *Konwencja z Oviedo*). Czyni to jednak w sposób specyficzny, wymagający komentarza.

Już w samym jej tytule mamy rozróżnienie na „ochronę praw człowieka” i „godności istoty ludzkiej”. Powtórzenie i rozbudowanie tego rozróżnienia znajduje się w artykule 1 dokumentu: „Strony niniejszej *Konwencji* chronią godność i tożsamość istoty ludzkiej i gwarantują każdej osobie, bez dyskryminacji, poszanowanie dla jej integralności oraz innych podstawowych praw i wolności wobec zastosowań biologii i medycyny”.

W angielskim oryginale przepis ten brzmi: “Parties to this Convention shall protect the dignity and identity of all human beings and guarantee everyone, without discrimination, respect for their integrity and other rights and fundamental

---

<sup>16</sup> Zob.: G. Rager, *Drei Ethikmodelle für den Umgang mit dem menschlichen Embryo: Sachmodell, Respektmodell, Personmodell*, „Zeitschrift für Medizinische Ethik“ 2008, nr 2, s. 307- 313;  
[http://www.kath.ch/news/upload\\_agbioethik/01\\_rager\\_zfme04\\_2008.pdf](http://www.kath.ch/news/upload_agbioethik/01_rager_zfme04_2008.pdf)



freedoms with regard to the application of biology and medicine. Each Party shall take in its internal law the necessary measures to give effect to the provisions of this Convention”<sup>17</sup>.

W myśl artykułu 1. Państwa sygnatariusze *Konwencji* zobowiązują się do ochrony godności i tożsamości istoty ludzkiej (po angielsku – all human beings) oraz do zagwarantowania każdej osobie (po angielsku – everyone) poszanowania dla jej integralności i innych podstawowych praw i wolności.

W odniesieniu do istoty ludzkiej dokument mówi o godności i tożsamości, natomiast w stosunku do każdej osoby („każdego”) i o integralności i – co ważne – o podstawowych prawach i wolnościach, o których nie wspomina przy okazji all human beings. Można zatem powiedzieć, że w stosunku do istoty ludzkiej *Konwencja* posługuje się modelem godnościowym, a do „każdego” ujęciem osobowym, nie definiując jednakże pojęcia „osoby” („każdego”).

Na powody braku definicji, skutkującego podziałem, rzuca światło w punktach 18. i 19., *Protokół wyjaśniający* omawiany dokument<sup>18</sup>:

“18. The Convention does not define the term "everyone" (in French "toute personne"). These two terms are equivalent and found in the English and French versions of the European Convention on Human Rights, which however does not define them. In the absence of a unanimous agreement on the definition of these terms among member States of the Council of Europe, it was decided to allow domestic law to define them for the purposes of the application of the present Convention.

19. The Convention also uses the expression "human being" to state the necessity to protect the dignity and identity of all human beings. It was acknowledged that it was a generally accepted principle that human dignity and the identity of the human being had to be respected as soon as life began”.

Powodem niezdefiniowania „każdego/każdej osoby” jest brak jednomyślnej zgody krajów członkowskich Rady Europy, co do definicji tego pojęcia. Stąd też *Konwencja* definiowanie osoby dla celów tego dokumentu pozostawia w gestii prawa

---

<sup>17</sup> <http://conventions.coe.int/Treaty/en/Treaties/Html/164.htm>

<sup>18</sup> <http://www.conventions.coe.int/Treaty/en/Reports/Html/164.htm>

krajowego. Teoretycznie rzecz ujmując, ustawodawca krajowy może zdecydować, że definicja osoby obejmie także zarodek, że będą mu przyznane prawa i podstawowe wolności. Nie można więc powiedzieć, że omawiany dokument normatywnie różnicuje rozwój osobniczy człowieka, niejako automatycznie na fazę prenatalną i postnatalną.

Natomiast w *Konwencji* zdecydowano się na użycie terminu „istota ludzka”, gdyż uznano, że „konieczność ochrony jej godności i integralności tak wcześnie jak zaczyna się życie jest ogólnie przyjętą zasadą”. W odniesieniu do istot ludzkich uznajemy, że należy chronić ich godność i integralność, tak jak w modelu godnościowym. Można więc założyć, że również ogólnie przyjęte wśród krajów członkowskich Rady Europy jest przyznawanie już formom prenatalnym nieinstrumentalnej wartości wewnętrznej, a zatem i pewnego statusu moralnego, choć innego niż status osoby, której oprócz godności przysługują także prawa i podstawowe wolności. Inaczej mówiąc, poszanowanie dla godności i integralności wszystkich istot ludzkich jest minimalną i ogólnie akceptowaną zasadą normatywną.

Podzielam pogląd, że omówione rozwiązanie zastosowane w dokumencie jest trafne, przede wszystkim dlatego, że oddanie sprawy definiowania „każdego” (osoby) „w ręce państw-stron pozwala na dostosowanie ich systemów prawnych do specyfiki kulturowej ich społeczeństw i dominujących w nich poglądów moralnych na kontrowersyjne zagadnienia dotyczące początków biologicznego życia ludzkiego”<sup>19</sup>.

W świetle tekstu *Konwencji bioetycznej* i ustaleń *Protokołu wyjaśniającego* wyraźnie widać błąd, jaki popełnia A. Paszewski wykorzystując jego punkt 18. do skrytykowania i odrzucenia dokonanego w *Stanowisku „wyróżnienia w rozwoju człowieka przedosobowej i osobowej fazy”* jako zabiegu „arbitralnego” i pozostającego w sprzeczności z *Konwencją* (s. 1).

---

<sup>19</sup> P. Łuków, *Europejska Konwencja bioetyczna*, w: *Zdrowie publiczne*, t. drugi, red. J. Opolski, Szkoła Zdrowia Publicznego CMKP, Warszawa 2011, s. 17;  
[http://www.cmkp.edu.pl/dok\\_eu/CMKP\\_Zdrowie\\_Publiczne\\_T\\_2.pdf](http://www.cmkp.edu.pl/dok_eu/CMKP_Zdrowie_Publiczne_T_2.pdf)

Tymczasem można przyjąć, że również autorzy *Stanowiska* odwołują się do modelu godnościowego w opisie statusu moralnego zarodka. Jak piszą, nawet przyjęcie poglądu, że „zarodek nie jest jeszcze człowiekiem w sensie opisowym – nie jest jeszcze organizmem należącym do gatunku *Homo sapiens*” nie musi prowadzić do akceptacji modelu przedmiotowego, aprobaty założenia, że powinien być „traktowany jedynie jako materiał biologiczny niewymagający żadnej ochrony. Przekonanie o szczególnej wartości świadomego, osobowego życia człowieka można wiązać z szacunkiem dla symbolicznej wartości życia ludzkiego w jego przed-jednostkowej i przed-osobowej fazie rozwoju” (punkt 6, s. 4).

Przyjęcie takiego, godnościowego, modelu statusu moralnego zarodka nie pozostaje zatem w sprzeczności z *Konwencją bioetyczną*. Mogłoby być niezgodne z prawem krajowym, gdyby ustawodawca przyjął definicję osoby obejmującą „życie od poczęcia”. Wówczas państwo mogłoby – teoretycznie rzecz ujmując – nie tylko znacznie odgranaczyć zakres wykonywania PDG wszystkich rodzajów, ale nawet całkowicie jej zakazać.

Takie restrykcyjne prawo byłoby jednak sprzeczne z pryncypiami demokracji. Nadto można też argumentować, że ograniczenie dostępu do dyskutowanych badań stanowiłoby naruszenie praw i wolności osób, chronionych przez *Konwencję*<sup>20</sup>. Stąd szacunek dla zarodka ludzkiego powinien wyrażać się przede wszystkim w unormowaniach prawnych (i rekomendacjach etycznych) powołujących nieliczne i licencjonowane centra uprawnione do diagnostyki preimplantacyjnej i sprawujących kontrolę nad ich pracą. Regulacje te winny służyć powiększaniu swobody prokreacyjnej obywateli, chroniąc jednocześnie przed jej nadużywaniem. Właściwie opracowane będą się też przyczyniać do wzrostu wrażliwości społecznej związanej z poszanowaniem życia i odpowiedzialnością rodzicielską o wiele bardziej skutecznie niż rygorystyczne zakazy tej procedury.

### 2.3. Konsensus czy głosowanie?

---

<sup>20</sup> O. Nawrot, *Ludzka biogeneza w standardach bioetycznych Rady Europy*, Wolters Kluwer, Warszawa 2011, s. 276.

T. Tołłoczko wyrażając przekonanie, że zasad moralnych nie „można przyjmować na zasadzie głosowania” (s. 4), porusza bardzo ciekawy problem „technologii” dochodzenia do rekomendacji w bioetycznych ciałach zbiorowych, mianowicie czy ich wytyczne powinny być głosowane, czy też przyjmowane w rezultacie innych procedur. Moim zdaniem głosowania nie należy a priori odrzucać. Przypomnę bowiem, że nie mają one statusu (odkrywanych) ostatecznych prawd moralnych, lecz są regułami kciuka. Pod tym względem przypominają wspomniane w tekście przywołanego autora umowy społeczne, mające charakter etyczny.

Jednakże ze względu na ten etyczny status rekomendacji zalecaną metodą proceduralną jest pełen konsensus – pełna zgoda wszystkich członków komisji na przyjęcie danej rekomendacji<sup>21</sup>. Jest to jedna z ważnych proceduralnych różnic między parlamentami głosującymi przepisy prawne i bioetycznymi ciałami ustalającymi reguły kciuka. W komisjach konsensus jest często stosowany z powodzeniem. Przykładem mogą być wspomniane już wytyczne Komisji Bioetycznej Nuffielda. Ich autorzy piszą, że „byli zdolni do zgody w wielu treściowych konkluzjach i rekomendacjach wynikających z etycznych analiz” mimo, że „nie zawsze zgadzali się w kwestii [etycznych] podstaw dochodzenia do nich”<sup>22</sup>.

Aby odwoływać się do konsensusu w pracach komisji należy spełnić kilka warunków. Wymienię trzy zasadnicze. Po pierwsze, i być może najłatwiejsze do spełnienia, trzeba właściwie rozumieć sam konsensus. Nie jest to ani kompromis stron (tzw. konsensus polityczny), ani modus vivendi – chwilowe taktyczne ustępstwo na rzecz aktualnie silniejszej (np. liczebnie czy politycznie) strony.

Kompromis jest najpopularniejszą metodą procedowania parlamentów. Gremia te uciekają się też do modus vivendi. Według mnie jego rezultatem jest obecna *Ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach przerywania ciąży*.

---

<sup>21</sup> K. Szewczyk, *Szpitalne komisje etyczne jako składnik systemu opieki zdrowotnej w krajach demokratycznych*, op. cit., s. 18 i n.

[http://www.ptb.org.pl/pdf/szewczyk\\_konflikt\\_1.pdf](http://www.ptb.org.pl/pdf/szewczyk_konflikt_1.pdf)

<sup>22</sup> *Nuffield Council on Bioethics, Critical Care Decisions in Fetal and Neonatal Medicine*, op. cit., s. 10.

<http://www.nuffieldbioethics.org/neonatal-medicine>

Poważniejsza zmiana konfiguracji politycznej w naszym kraju zapewne pociągnęłaby jej zmianę na bardziej bądź mniej restrykcyjną w kwestii aborcji.

Podręcznikowym przykładem konsensusu jest akceptacja normy poszanowania autonomii pacjenta. Może ją zaaprobować zarówno członek komisji katolik, kantysta i niewierzący utilitarysta. Pierwszy w uzasadnianiu tej reguły niewykluczone, że będzie odwoływał się do idei nieśmiertelnej duszy, wolnej woli i podobieństwa człowieka do Boga. Drugi poszanowanie osoby wywiedzie z szacunku dla stanowionego przez nią prawa moralnego. Utilitarysta – z obowiązku respektowania wolności jednostki i jej prawa do samostanowienia.

Nawiasem mówiąc, ze *Zdania odrębnego* złożonego przez T. Tołłoczkę można wywnioskować, że utilitaryzm nie jest systemem etycznym: stwierdza on np. „Tok myślenia prezentowany w *Stanowisku Komitetu* jest typowym przykładem myślenia utilitarystycznego omijającego zasady moralne” (s. 1). Odwoływanie się do niego doprowadziło do „większości zbrodni wobec człowieka” (s. 2). Czyli T. Tołłoczko suponuje, iż J. Bentham bądź J.S. Mill jeśli nie byli zbrodniarzami, to – co najmniej – zbrodni tych są współwinni (sic!).

Po drugie, komisje bioetyczne w pracach regulacyjnych w poszukiwaniu konsensusu powinny kierować się przede wszystkim wymogami demokratycznego państwa prawnego, z uwzględnieniem specyfiki kulturowej danego kraju. Wymóg ten szczególnie dotyczy ciał o zasięgu narodowym. Na marginesie, *Konwencja bioetyczna*, wbrew tej skrótowej nazwie, nie jest dokumentem bioetycznym sensu stricto, lecz prawnym („jurydycznym”)<sup>23</sup>. Gremium ją uchwalające nie było więc zbiorowym ciałem bioetycznym.

Następujący fragment wywiadu udzielonego swego czasu przez A. Paszewskiego posłuży mi jako ilustracja absurdu, do jakiego może doprowadzić lekceważenie tego warunku: „Mogę kogoś przekonać do moich poglądów ale nie możemy osiągnąć co do nich consensusu. Jeżeli uważam, że płodu nie można zabijać, a ktoś inny jest zdania, że do trzeciego miesiąca można, to nie dojdziemy

---

<sup>23</sup> L. Kubicki, *Prawo medyczne – próba ustalenia zakresu*, „Prawo i Medycyna” 2000, nr 5, s. 21.

przecież do wspólnego, kompromisowego przekonania, że zabijać można do szóstego tygodnia”<sup>24</sup>.

Jeśli w miejsce „zabicie płodu” podstawimy „aborcja” oraz uwzględnimy omawiany warunek, wówczas zniknie ten, celowy zapewne, absurd. Kompromis można będzie – być może – osiągnąć co do tak brzmiącej reguły kciuka: „Rekomendujemy ustawodawcy prawną dopuszczalność aborcji – także ze wskazań społecznych – w ciągu pierwszego trymestru ciąży. Ze względu na specyfikę kulturową naszego kraju, czas ten ustawodawca może skrócić, ewentualnie wprowadzić dodatkowe proceduralne wymogi (np. konsultacje)”.

Podstawowym uzasadnieniem etycznym rekomendacji jest pryncypium neutralności światopoglądowej państwa. A jak pisałem w punkcie 2.2. problem statusu moralnego form prenatalnych należy do obszaru światopoglądu, w który władze, bez należytego uzasadnienia, nie powinny ingerować, pozostawiając swobodę obywatelom. Stąd:

Po trzecie i zapewne najtrudniejsze – osoby poszukujące konsensusu powinny charakteryzować wymieniane już cechy, że tak się wyrażę „modelowego” czy też „idealnego” członka bioetycznego ciała zbiorowego, a więc: poszanowanie wartości państwa demokratycznego, w tym szacunku dla prawa stanowionego, tradycji kulturowej, uwzględnianie osiągnięć nauki i dobra wola w poszukiwaniu konsensusu w sprawach światopoglądowych. Jedną bowiem „nieugięta (*obdurate*) osoba potrafi zburzyć ważność stającego się konsensusu”<sup>25</sup>.

Szacunku dla prawa stanowionego i dobrej woli nie dostrzegam w wypowiedzi T. Tołłoczki. Zamiast nich wyraźnie brzmi w niej ton moralnego egoizmu korporacyjnego. Jego sformalizowanym przejawem jest kuriozalny i antydemokratyczny art. 5 *Kodeksu etyki lekarskiej*: „Izba lekarska jest obowiązana do [...] starań, aby przepisy prawa nie naruszały zasad etyki lekarskiej”.

---

<sup>24</sup> A. Paszewski, T. Wiśnicki, *Majstrowanie przy człowieku (rozmowa)*, „Więź” 2003, nr 6;  
[http://www.wiez.pl/miesiecznik/s,miesiecznik\\_szczegoly,id,55,art,778](http://www.wiez.pl/miesiecznik/s,miesiecznik_szczegoly,id,55,art,778)

<sup>25</sup> D.J. Casarett, F. Daskal, J. Lantos, *Expert in Ethics? The Authority of the Clinical Ethicist*, “Hastings Center Report” 1998, nr 6 s. 9.

Jedna grupa profesjonalna, nawet tak zacna jak lekarze, nie może sobie rościć prerogatywy kontrolowania prawa stanowionego przez wszystkich obywateli. Na stronie, przestrzeganie prawa jest moralnym obowiązkiem, a nie przywilejem, co zaświadczył własnym życiem Sokrates, wcale przecież nie demokrata, ani tym bardziej zwolennik liberalizmu światopoglądowego.

Trudność w realizacji tego warunku wynika z faktu, że szukając konsensusu (lecz nie za wszelką cenę, gdyż celem prac komisji nie jest konsensus, a rozjaśnienie etycznie problematycznej sytuacji i w optymalnych okolicznościach – sformułowanie rekomendacji) czasem trzeba pewne przekonania osłabić. Ceną jaką się płaci za „niezłomne” trwanie nawet przy marginaliach etycznych jest osłabianie etycznych fundamentów demokracji.

W sytuacjach mniej „modelowych” w krajach „przejścia” budujących demokrację – takich jak nasz – dopuszczalne jest, jak sądzę, głosowanie rekomendacji, przy jednoczesnym zamieszczeniu zdań odrębnych.