

Katarzyna Kowalik

Uniwersytet w Białymstoku

ORCID: 0000-0003-4578-8965

NORMA SPOŁECZNA I PRAWNA OBOWIĄZKU SZCZEPIEŃ W ASPEKcie PROCESÓW BIOPOLITYKI, MEDYKALIZACJI I PRAWA JAKO SOCJOTECHNIKI

Wprowadzenie

Pierwsze udane szczepienie przeciwko ospie prawdziwej zostało przeprowadzone w 1796 r.¹ Z biegiem lat doskonalono tę metodę oraz wprowadzono ją jako obowiązek prawny. Pionierem ustanowienia szczepień obowiązkowych była Bawaria w 1807 r.² Na ziemiach polskich obowiązek szczepień obowiązywał już pod zaborami, jednak pierwszą polską ustawą zawierającą obowiązek szczepień była ta z 1921 r. o zwalczaniu chorób zakaźnych³. Istnienie normy prawnej nakazującej szczepienia nie zawsze wiązało się z bezwzględną akceptacją tego obowiązku. Duży wpływ na społeczną akceptację tej metody miały procesy normalizacji. Zważając na rolę, jaką odegrały procesy społeczne w kształtowaniu normy społecznej i prawnej szczepień, należy pogłębić te analizy. Przegląd takich procesów społecznych, jak biopolityka, medykalizacja oraz prawo-socjotechnika, jako procedur umacniających normę społeczną i prawną szczepień to próba holistycznego ujęcia tematu. Szczepienia nie są jedynie iniekcją regulowaną przepisami prawa medycznego, lecz integralną częścią szerszego kontekstu społecznego. Prawo jest faktem społecznym, zatem analiza prawa w tej dziedzinie musi uwzględniać społeczne uwarunkowania dotyczące szczepień. Dzięki tym analizom będzie możliwa odpowiedź na pytania badawcze: Jak wybrane procesy społeczne wpływały na istnienie normy społecznej i prawnej szczepień oraz na świadomość społeczną? Dlaczego we współczesnych społeczeństwach szczepienia są regulowane

¹ E. Jenner, *An inquiry into the causes and effects of the variolae vaccinae ; Jenner on the cow pox; a disease discovered in some of the western counties of England, particularly Gloucestershire, and known by the name of the cow pox*, London 1798.

² Bawarska ustawa o szczepieniach z 1807 r., Bayerisches Impfgesetz von 1807, eingeführt durch König Maximilian I. Joseph.

³ Ustawa z dnia 16 lutego 1921 r. o zwalczaniu chorób zakaźnych (Dz.U. 1921, nr 15, poz. 85).

przez przepisy prawa? Czy celowe w świetle przedstawionych procesów społecznych byłoby postulowanie zmian w przepisach dotyczących szczepień obywatelskich?

Poprzez użycie metody aksjologicznego badania prawa możliwa stała się odpowiedź na pytania badawcze. Prawo jako kulturowy system norm i wartości odgrywa istotną rolę w strukturze społeczeństwa. Podczas badania prawa należy uwzględniać wartości, które są powiązane z normami moralnymi, obyczajowymi i prawnymi. Aksjologiczna metoda badania prawa pozwala zgłębić społecznie istotne wartości i jest ona użyteczna zwłaszcza w przypadku obowiązku szczepień. Poprzez użycie metody analizy i krytyki piśmiennictwa oraz metody monograficznej możliwa stała się nie tylko identyfikacja powiązań pomiędzy wspomnianymi procesami społecznymi, lecz także ujawnienie zależności między nimi i ustanowieniem szczepień obywatelskich⁴.

Biopolityka a społeczna i prawna norma obowiązku szczepień

Biopolityka to długo istniejący proces społeczny, który kształtuje postawy społeczne i ma wpływ na jednostki. Stanowi część umowy społecznej tworzącej państwo, realizując potrzeby społeczeństwa dotyczące bezpieczeństwa i życia biologicznego. To zarządzanie życiem obywateli na terytorium państwowym regulujące kwestie narodzin, śmierci, obowiązków medycznych, higieny oraz instytucji publicznych i prywatnych. Biopolityka nie tylko formuje te obszary prawa, ale także propaguje określoną ideologię, uzasadniając decyzje władzy poprzez autoritet nauki medycznej.

Wielu filozofów i socjologów badało biopolitykę, w tym R. Esposito, T. Lemke, N. Ross i M. Foucault. Lemke definiuje ją jako „administracyjne i prawne procesy regulacyjne, które określają podstawy i granice ingerencji biotechnologicznej”⁵. Ujęcia biopolityki rozważane przez Lemkego i innych autorów wyznaczają trzy główne nurty: naturalistyczny, polityczny oraz relacyjno-historyczny. Naturalistyczne ujęcie koncentruje się na interpretowaniu polityki przez pryzmat biologii, co widoczne jest w teoriach dotyczących natury ludzkiej, takich jak teoria ras. W przeciwieństwie do tego, ujęcie polityczne zakłada, że polityka reguluje życie, wykraczając poza jego biologiczne aspekty. W tym nurcie rozróżnia się biopolitykę ekologiczną (stosującą zarządzanie dla ochrony środowiska) oraz biopolitykę technocentryczną (stosującą technologie do poprawy możliwości jednostek). Relacyjno-historyczne podejście, propagowane przez Foucaulta i innych, analizuje

⁴ T. Barankiewicz, *Metody myślenia, badania prawa i systematyzacji wiedzy w naukach prawnych* [w:] *Metodologia dysertacji doktorskiej dla prawników teoria i praktyka*, red. H. Izdebski, A. Łazarska, Warszawa 2022, s. 117.

⁵ T. Lemke, *Biopolityka*, Warszawa 2010, s. 7.

życie jako obszar poddany politycznej regulacji, gdzie normy i standardy są wyznaczane na poziomie populacyjnym, oddzielając życie od jednostki i jej doświadczeń⁶. Te trzy nurty ujawniają rozbudowany związek między polityką a biologią, a ujęcie relacyjno-historyczne⁷ stanowi główny obszar analizy, w szczególności w kontekście zastosowania filozofii Foucaulta do tematów związanych ze szczepieniami i medycyną.

Przedmiotem analizy w pierwszej kolejności będzie filozofia Foucaulta odnosząca się do biopolityki i biowładzy. Jak wskazuje Lemke, pojmowanie przez Foucaulta biowładzy nie jest jednolite i ulega przesunięciom. Lemke wyróżnia trzy ujęcia w filozofii Foucaulta. W pierwszym skupia się on na połączeniu semantycznym biopolityki z cenzurą historyczną. Foucault cenzurę tę upatruje w myśleniu i działaniu politycznym, przez co relatywizuje i przeformułowuje pojęcie suwerennej władzy. Kolejne ujęcie to przypisanie przez Foucaulta mechanizmom biopolitycznym roli tworzenia się nowoczesnego rasizmu. Trzecie ujęcie biopolityki to próba określenia przez Foucaulta sztuki rządzenia pojawiającej się razem z liberalnymi technikami kierowania. Lemke zauważa też, że Foucault wprowadza termin *biowładza*, który raz stosuje jako osobne pojęcie, a innym razem zamiennie z pojęciem *biopolityka*⁸.

Foucault w ramach rozważań nad wolą wiedzy, użytkiem z przyjemności i troską o siebie ukazuje czytelnikowi swój punkt widzenia biopolityki. Rozpoczynając od wymienienia niektórych regulacji rzymskiego prawa rodzinnego, odnajduje początek legalnego zarządzania życiem i śmiercią. Przypomina, że w starożytnym Rzymie istniało prawo, według którego ojciec rodu mógł rozporządzać życiem swoich dzieci i niewolników, więc mógł je też odebrać. W odniesieniu do suwerennej władzy istniała podobna zależność – w przypadku gdyby władza króla/zarządcy była zagrożona, mógł on zgodnie z pewnymi przesłankami poprowadzić swój lud na wojnę. W obronie państwa zatem władca miał prawo egzekwować od swoich poddanych narażenie swojego życia. Foucault upatruje tu, iż w wystawianiu życia swoich obywateli na niebezpieczeństwo dochodziło do pośredniego, legalnego dysponowania ich życiem i śmiercią. Podobnie gdyby jeden z poddanych nieudolnie targnął się na życie władcy, dozwolone i adekwatne było skazanie go na śmierć. Konsekwencja w postaci wykonania wyroku śmierci na zamachowcu miała na celu obronę i przetrwanie suwerena. Foucault zauważa, że prawo nad życiem i śmiercią działa niesymetrycznie z uwagi na to, że prawo do życia realizowane jest poprzez suwerena, który dokona lub zaniecha prawomocnego zabójstwa. Władzę nad życiem, jaką posiada, realizuje poprzez śmierć,

⁶ *Ibidem*, s. 10–34.

⁷ Za prekursora tego podejścia uznawany jest M. Foucault, a kontynuatorami są G. Agamben, M. Hardt, A. Nigriego, N. Rose. Lemkego uznaje się również za zwolennika tego rozumienia biopolityki.

⁸ T. Lemke, *Biopolityka*, s. 43–44.

której ma prawo się domagać. Foucault wyjaśnia, że skazywanie na śmierć i pozostawianie przy życiu jest orzekaniem o życiu i śmierci. Zauważa też, że cel wspólnoty, władzy i państwa zmienił się na przestrzeni wieków. Wcześniej budowanie państwa opierało się o pobieranie danin, kontrolowaniu, hamowaniu obcych i wrogich sił. Z podejścia polegającego na tamowaniu i ujarzmianiu sił przeszło to w model zakładający ich rozwijanie, wzmacnianie i porządkowanie. Następuje pewne przekształcenie – prawo do śmierci przemieszcza się, idzie za potrzebą, ustępuje potrzebie społecznej do zachowania i rozwijania własnego życia. Celem wojen nie jest już obrona suwerena, a obrona życia danej populacji. Foucault zauważa, że dane populacje są tresowane do tego, aby wzajemnie potrafiły się wybić pod pretekstem ich życiowej konieczności. Zagrożonym istnieniem staje się więc biologiczna ciągłość populacji. Ludobójstwo ma miejsce dzięki sprawowaniu władzy na poziomie życia, gatunku, rasy i zjawisk ludnościowych. Interesującym przykładem, jaki podaje Foucault, jest też kara śmierci sprawowana na zbrodniarzu i tłumaczona jako moralna z uwagi na wynaturzenie tego zbrodniarza, który jest dla innych ludzi w populacji potencjalnym biologicznym zagrożeniem⁹.

Filozof opisuje, jak od XVII w. władza nad życiem rozwijała się pod dwoma głównymi biegunami: ciało jako maszyna oraz ciało jako gatunek. Pierwszy biegun to władza oparta na widzeniu ciała jako maszyny, wykorzystująca techniki dyscyplinujące do kontrolowania ciała. Drugi, rozwinięty później, skupia się na ciele jako gatunku, poddając je mechanizmom życia i regulacjom, aby kontrolować procesy biologiczne. Według tego ujęcia ciało ma służyć za podłoże procesów biologicznych, a co za tym idzie – poddaje się je kontroli i regulacjom, by opanować procesy, tj. rozmnażanie, narodziny, umieralność, stan zdrowia, długowieczność, ciągłość życia. Filozof wywodzi, że miejsce władzy suwerennej, posługującej się polityką śmierci, zajęła władza administrująca ciałem i zarządzająca życiem, stanowiąca element rozwoju kapitalizmu. Człowiek Zachodu nabiera wiedzy na temat tego, jak to jest być żywym gatunkiem, posiadać ciało, perspektywy na przyszłość, warunki do egzystencji, zdrowie jednostkowe i zbiorowe, a sam fakt życia podlega teraz kontroli i interwencji władzy, która nie skupia się już tylko na śmierci, lecz na opanowywaniu życia, dzięki czemu następuje odzwierciedlenie pierwiastka biologicznego w polityce. Foucault widzi rosnące znaczenie norm prawnych w erze biopolityki. Prawo, dawniej oparte na groźbie kary, teraz bardziej funkcjonuje jako norma. Foucault zauważa, że śmierć stanowiąca niegdyś wartość do rozporządzania w walce o suwerenność ustępuje miejsca przenikającemu do świadomości społecznej autorytetowi życia jako wartości i pożytkowi, co przynosi nowe mechanizmy kontroli. Biowładza, oddzielając suwerena od nie-suwerena, działa przez pryzmat normy prawnej, a instytucje jurydyczne coraz bardziej spajają się z aparatami państwowymi pełniącymi funkcje

⁹ M. Foucault, *Historia seksualności*, Gdańsk 2010, s. 118–121.

regulatywne, takimi jak służba zdrowia czy też administracja. Zauważa, że społeczeństwo nie czeka na historyczne zemsty za losy przodków – uzyskanie sprawiedliwości, odgórne zbawienie, oczekuje raczej rewindykacji, jego celem jest otrzymanie możliwości podstawowych potrzeb życiowych, możliwości wykorzystania funkcji życiowych, wyzyskanie zdolności esencji człowieka. Nowe metody władzy wykraczające poza tradycyjne prawo suwerenne spowodowały, że życie stało się politycznym symbolem walki o prawa do własnej tożsamości, zdrowia, szczęścia i spełnienia potrzeb, co nie mieści się w ramach klasycznej jurysdykcji¹⁰.

Biopolityka niejednokrotnie była łączona semantycznie z ideologiami nazistowskimi i rasizmem. W czasie II wojny światowej Niemcy usprawiedliwiali Holokaust, traktując Żydów jako chorobę, co pozwalało na uzasadnienie ich eksterminacji jako ochrony dla narodu. Wykorzystanie autorytetu medycznego legitymizowało te działania. Przesadne stosowanie metafor biologicznych w polityce pokazuje, jak politycy wykorzystywali zasady medycyny do uzasadniania swoich działań. Niemieckie badania medyczne, chociaż zaawansowane, zostały wykorzystane do prowadzenia pogrążającej kampanii przeciw Żydom, co jest mrocznym przykładem, jak biopolityka może zdominować społeczeństwo, prowadząc je ku moralnemu upadkowi¹¹. Wiadomość, jaką przekazywały władze niemieckie swoim obywatelom, brzmiała: „wszystkie nasze zabójstwa są zabójstwami medycznymi, podyktowanymi względami medycznymi i wykonywanymi przez lekarzy”¹². Takie wykorzystanie idei biopolityki powinno stanowić ostrzeżenie przed popełnianiem podobnych błędów w przyszłości.

Z biopolityką tamtego okresu ściśle łączy się pojęcie *eugenika*. Jak wyjaśnia A. Kaniuk, wywodzi się je z języka greckiego i oznacza osobę dobrze urodzoną. Natomiast po analizie jej znaczenia w języku łacińskim dochodzi się do słowa *cultura* oznaczającego uprawę, zatem eugenika miała zajmować się uprawą ludzi¹³. A. Strządała określa eugenikę w czasach nazistowskich pseudonauką i narzędziem w rękach morderców¹⁴. Kaniuk zauważa, że sortowanie genetyczne na lepszych i gorszych miało miejsce już w czasach starożytnych, np. w Sparcie to starszyzna dokonywała decyzji odnośnie do nowo narodzonego dziecka, czy czeka je życie, czy też śmierć. Dokonywano selekcji, czy dziecko jest zdrowe i będzie użyteczne

¹⁰ *Ibidem*, s. 121–125.

¹¹ Zob. więcej: P. Madajczyk, *Marzenie o narodzie doskonałym: między biopolityką a etnopolityką*, Warszawa 2017, s. 18–102; T. Lemke, *Biopolityka*, s. 49–55; R. Esposito, *Pojęcia polityczne: wspólnota, immunizacja, biopolityka*, Kraków 2015, s. 125–169.

¹² R.J. Lifton, *The Nazi Doctors: Medical Killing and the Psychology of Genocide*, New York 1986, s. 139.

¹³ A. Kaniuk, *Eugenika w doktrynie nazizmu*, „Acta Universitatis Lodziensis Folia Historica” 2013, nr 90, s. 155.

¹⁴ A. Strządała, *Od Galtona do Watsona. Przemiany pojmowania eugeniki w XIX i w XX wieku*, Opole 2010, s. 7.

dla państwa¹⁵. K. Dąbrowski wywodzi, iż eugenika ma związek z pojęciem *higiena psychiczna*, ponieważ ma ona za zadanie ochraniać osoby „normalne” przed patologiami umysłowymi. W swoim jednak założeniu higiena psychiczna (niekiedy nazywana, niekiedy nienazywana nauką) nawiązuje do eugeniki z uwagi na to, że skupia się również na aspekcie ludzkiej prokreacji¹⁶. S. Kasperek zauważa, iż Niemcy, posługując się eugeniką, uelastycznili etykę, bo poprzez przyjęcie założeń ideologii eugenicznej wyciągnęli dalszą analogię utwierdzającą ich w przekonaniu, że są lepsi od innych narodów¹⁷. Z kolei J. Grygieńć zauważa, że eugenika jest obecnie wyklętą nauką, bo postrzegana jest jako zideologizowany zbiór teorii, który opiera się na rasizmie, który to z kolei daje bodziec do praktyk ludobójczych. Dlatego też często eugenika kojarzona jest (Grygieńć mówi nawet o tendencji do utożsamiania) z moralnie ułonnymi nazistowskimi oficerami i ich zwolennikami¹⁸.

Natomiast w odniesieniu do szczepień pojawia się obawa, że przy kształtowaniu przepisów w tym zakresie może dojść do błędu, którego skutkiem będzie uchwalenie prawa krzywdzącego ludzi w danym społeczeństwie. Porównywanie Holocaustu do ustanawiania prawa dotyczącego szczepień może nie jest adekwatne, jednak przykład historii ukazuje, że bardzo złą praktyką jest dzielenie ludzi na Żydów i Niemców, zaszczepionych i niezaszczepionych, noszących maseczki i nienoszących. Oczywiście użyta metafora jest drastyczna, a współczesna medycyna opowiada się za szczepieniami jako najskuteczniejszą metodą zapobiegania chorobom (w dodatku w grę wchodzi zdrowie publiczne), natomiast sam podział, sama narracja polityczna może wyrządzić szkody na innych poziomach niż poziom wyszczepialności zbiorowej (który oczywiście jest ważną medycznie i zdrowotnie kwestią). Prowadzona polityka, a w tym konkretnym przypadku biopolityka, może (choć oczywiście nie musi i nie powinna) być przyczyną poważnych konfliktów społecznych, które niełatwo rozwiązać i które mogą być początkiem historii, jakiej społeczeństwa nie powinny powtarzać.

N. Rose w swoim podejściu do biopolityki odchodzi od eugeniki nazistowskiej. Opiera się na twierdzeniu, że obecnie ważniejszymi kategoriami dla biopolityki jest zdrowie i indywidualna jakość życia, nie populacja bądź rasa. Według wcześniejszej koncepcji biopolityki zdrowie pojmowano jako dobrą kondycję i łączono je z kondycją narodowej populacji rozważanej w sposób masowy i konkurujący z innymi populacjami. Według Rose’a współcześnie vitalność populacji

¹⁵ A. Kaniuk, *Eugenika w doktrynie...*, s. 156.

¹⁶ K. Dąbrowski, *Higiena psychiczna zagranicą i u nas. Jej najbliższe potrzeby i próby ich realizacji*, Warszawa 1933, s. 3.

¹⁷ S. Kasperek, *Sterylizacje ze wskazań eugenicznych w latach 1934–1944 na Śląsku Opolskim*, „Przegląd Lekarski” 1968, nr 1, s. 40.

¹⁸ J. Grygieńć, „Okrucieństwo miłosierdzia”. *O źródłach popularności projektów eugenicznych w krajach anglosaskich u progu XX wieku*, „Dialogi Polityczne” 2008, nr 10, s. 56.

gatunku coraz rzadziej staje się przesłanką bądź sposobem legitymizacji przymusowych interwencji w jednostkowe życia, a zainteresowanie zdrowiem populacji wynika bardziej z ekonomicznych aspektów, takich jak koszty absencji w pracy czy wzrost składek ubezpieczeniowych. Poza tym istnieje motywacja moralna do redukcji nierówności zdrowotnych. Rose odchodzi od pojmowania biopolityki w kategoriach eliminacji patologii zagrażających zdrowej tkance społeczeństwa. Według niego w chęci bycia zdrowym nie chodzi tylko o unikanie chorób, lecz o osiągnięcie piękna, szczęścia, spełnioną seksualność. Taka wizja zdrowia została wzmocniona przez reklamę i marketing, rozszerzając rynek zdrowia o nowe możliwości, m.in. leki bez recepty, ubezpieczenia zdrowotne, suplementy czy prywatną służbę zdrowia¹⁹.

Charakterystycznymi pojęciami, jakimi posługuje się Rose przy próbie wyjaśnienia różnicy pomiędzy niegdysiejszym pojmowaniem biopolityki a obecnym, są terminy *bios* i *zoe*. *Zoe* to życie biologiczne jednostki, a *bios* – życie społeczne, indywidualne. Przez Rose’a ujmowane są one nieco inaczej. Zauważa on, że współcześnie do praktyk, którymi zajmowała się biopolityka, doszły kolejne aspekty ingerowania w *zoe*, takie jak operacje plastyczne, leki psychotropowe, terapie. Życie może zostać poddane optymalizacji, a vitalność ludzka oddziaływaniom mającym ją ulepszać. Rose wywodzi, iż tożsamość jednostki staje się w coraz większym stopniu somatyczna²⁰. Zdaniem naukowca współczesna biopolityka skupia się na życiu i zdrowiu, nie na umieraniu i patologii rozumianym jako odstępstwo od normy.

K. Gregorczyk podkreśla zmiany w rządzeniu na Zachodzie, porównując biopolitykę tradycyjną i nowoczesną. Biopolityka tradycyjna skupiała się na władzy państwa nad populacją na danym terytorium, gromadząc dane demograficzne i epidemiologiczne dla rozwoju gospodarki. Nowoczesna biopolityka kładzie nacisk na współpracę międzynarodowych ośrodków rządzenia, takich jak organizacje międzynarodowe czy korporacje, wykorzystując bardziej efektywne mechanizmy – dekorporalizację, informatyzację i molekularyzację. Współcześnie coraz większe znaczenie ma uniwersalny *bios* obejmujący wszystkie elementy biologiczne, a rozwój technologii informatycznych przekształcił strukturę ciała populacji w bardziej zdekomponowaną i zdecentralizowaną²¹. Z kolei M. Łońska, wyjaśniając pojęcie *biopolityka*, tłumaczy, że jest ona rodzajem władzy będącej społeczno-polityczną realizacją życia ludzkiego, obejmującego w szczególności jego biologiczny aspekt. Dodaje, że nie jest ona kontynuacją totalitaryzmów,

¹⁹ N. Rose, *Polityka życia samego*, „Praktyka Teoretyczna” 2011, nr 2–3, s. 191–201.

²⁰ N. Rose, *The Politics of Life Itself – Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*, Princeton 2007, s. 109–113.

²¹ K. Gregorczyk, *Biopolityczne horyzonty – między biopolityką tradycyjną a biopolityką nowoczesną*, „Acta Universitatis Wratislaviensis, Przegląd Prawa i Administracji” 2020, CXXII, No 3994, s. 183.

mimo że biopolityka była obecna w założeniach totalistycznych. Zauważa, że intencje biopolityki mają się skupiać na dobru człowieka, jednak dobro to jest postrzegane przez biopolitykę nierzadko w zawężony sposób²².

W kontekście szczepień ujęcie zaproponowane przez Rose'a nie jest jednowymiarowe. Nie można uznać, że narracja społeczeństwa jako organizmu żywego, który należy chronić przed patologiami, całkowicie odeszła (szczególnie przez pryzmat pandemii SARS-Cov-2). Podejście Rose'a jest jak najbardziej trafne. Medycyna coraz ściślej zaczęła zająć się z ekonomią i polityką. Procesy, o których pisał Rose, wiążą się z pojęciem medykalizacji. Ujęcie biopolityki, jakie przedstawia, ma odzwierciedlenie w polityce szczepień (istnieniu normy prawnej szczepień obowiązkowych) – państwu nie opłaca się, by obywatele chorowali na choroby zakaźne z uwagi na koszty, sprawność działania państwa, ale też względy etyczno-moralne. Sam rynek sprzedaży szczepień również wpisuje się w przedstawiony przez Rose'a charakter ekonomiczny biopolityki. W mojej ocenie można uznać, że idea szczepień (w znaczeniu istnienia normy społecznej i prawnej) ewoluje wraz z rozwijającym się pojmowaniem biopolityki, ale jednocześnie jest wielowymiarowa i wielowątkowa, wpisuje się zarówno w rozumienie biopolityki przedstawione przez pierwszych przedstawicieli relacyjnego i historycznego ujęcia biopolityki, jak i kolejnych zwolenników tego podejścia włączających do dogmatyki urynkwioną biopolitykę, a także obejmuje procesy medykalizacji. To, że biopolityka obejmuje coraz większe części życia społecznego i fizjologii, nie oznacza, że jej pierwotne założenia się zmieniają. Szczepienia obecne w życiu społecznym od dawna wpisują się w jej kontekst, a konkretnie – odkąd zostały wprowadzone do medycyny jako metoda zwalczania chorób. Ponadto zmieniająca się sytuacja epidemiczna ukazuje, że ich funkcja i charakter nie tyle ewoluuje, ile spełnia przesłanki z różnych okresów pojmowania biopolityki. Warto też zauważyć, że jednostka zostaje poddana wielu aspektom biopolityki, których nie wyszczególnia jako biopolitycznych; są one dla niej naturalne (w kontekście odruchowości) i słuszne (np. konieczność opłacenia ubezpieczenia). Szczepienia obowiązkowe (również jako element działań biopolitycznych), obecne od wielu lat w systemie prawa jako norma społeczna i prawna, umacniane są poprzez procesy biopolityki w świadomości społecznej jako słuszne działanie władzy. Jednostka nie zastanawia się nad tym, dlaczego w prawie istnieje norma szczepień, jest – niezależnie od swojej woli – podmiotem tego obowiązku. Narracja konieczności istnienia w systemie prawnym obowiązkowych szczepień ochronnych jest nie tylko przekonaniem, jakie odgórnie narzucane jest jednostkom, ale również zdanie przeciwne utożsamiane jest z pewnym wyłamaniem się z obowiązujących zasad społecznych i prawnych. Dla pełniejszej analizy warto też zgłębić znaczenie medykalizacji w przedmiocie umacniania normy społecznej i prawnej szczepień obowiązkowych w świadomości społecznej.

²² M. Łońska, *Wokół zagadnienia biopolityki: koncepcje, cechy, perspektywy*, „Seminare. Poszukiwania naukowe” 2014, nr 35(3), s. 83.

Wpływ medykalizacji na społeczne postrzeganie prawnego obowiązku szczepień

Z. Słońska i M. Misiuna definiują medykalizację jako „proces podporządkowujący jurysdykcji medycyny rozległe obszary życia, poczynając od kontroli zwykłych funkcji ludzkiego organizmu, a skończywszy na problemach politycznych, moralnych i społecznych”²³. M. Nowakowski i I. Nowakowska, przedstawiając ewolucję medycyny, wskazują na formułowanie definicji, skutków, symptomów i objawów nowych chorób, przez co ma miejsce przekształcenie wartości medycyny w społeczeństwie, która przybiera coraz większe znaczenie społeczne. Ewolucja ta nosi miano medykalizacji i odnosi się do przekształceń semantycznych na płaszczyźnie formułowania niemedycznych problemów jako chorób bądź zaburzeń. Nowakowski i Nowakowska zwracają uwagę również na krytykę przemedykalizowania sfer życia człowieka, co łączy się z nurtami antypsychiatrii²⁴. Jak podają za T. Szaszem²⁵, terminu *antypsychiatria* po raz pierwszy użył psychoanalityk D. Cooper w 1967 r. do określenia zbioru krytycznych poglądów odnoszących się do psychiatrii zajmującej się leczeniem szpitalnym. W szerszym znaczeniu był to ruch społeczny oponujący przeciw przetrzymywaniu w szpitalach i przymusowemu leczeniu przez psychiatrów pacjentów z zaburzeniami psychicznymi, jak również sprzeciwiający się „medykalizacji szaleństwa”, kwestionując przez to istnienie chorób natury psychicznej. Nowakowski i Nowakowska przytaczają pogląd Szasza, który stanowczo twierdzi, że choroby psychiczne to nie choroby, lecz sposób doświadczania świata przez emocje i myśli. Psychiatria, starając się naśladować medycynę, myli pewne często problematyczne dla społeczeństwa zachowania z chorobą, a są one wynikiem różnic indywidualnych²⁶. Przywołani autorzy podkreślają jednak, że do rozwoju antypsychiatrii przyczynili się również socjolodzy. Wyróżniają tu E. Goffmana, który za funkcję szpitali psychiatrycznych przyjął pranie mózgów jednostkom uciążliwym społeczeństwu. Wiąże się to z teorią socjologiczną, jaką jest teoria stygmatyzacji (*labeling theory*), a za przedstawicieli tego nurtu uznaje się m.in. E. Lemerta, H.S. Beckera, M. Davida, F. Sacka. Zwolennicy antypsychiatrii często czerpali z prac M. Foucaulta, który kwestionuje obiektywność stwierdzania patologii umysłowej. Nowakowski i Nowakowska podkreślają, że medyczne rozumienie problemów psychicznych to tylko część procesu medykalizacji. Wyróżniają postać I. Illicha jako pierwszego, który opisał granice odpowiedzialności medycyny za zdrowie, a ta idea znalazła kontynuację w myśli P. Conrada. Conrad

²³ Z. Słońska, M. Misiuna, *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*, Warszawa 1933, s. 21.

²⁴ M. Nowakowski, I. Nowakowska, *Medykalizacja starości: dylematy i zagrożenia* [w:] *Jakość życia seniorów w XXI wieku. Ku aktywności*, red. P. Szukalski, D. Kałuża, Łódź 2010, s. 207–208.

²⁵ T. Szasz, *Debunking Antipsychiatry: Laing, Law, and Largactil*, „Current Psychology: Research and Reviews” 2008, no. 27(2), s. 89–101.

²⁶ M. Nowakowski, I. Nowakowska, *Medykalizacja starości...*, s. 208.

wskazuje na zmianę roli lekarzy – medykalizacja przestała być kontrolowana przez nich i stała się narzędziem dla rynku i firm komercyjnych²⁷. Conrad uznaje medykalizację za proces polegający na tym, że niemedyczne problemy zaczynają być definiowane i traktowane jako problemy medyczne, zazwyczaj jako choroby lub zaburzenia²⁸. W Polsce prekursorką nurtu krytycznego w stosunku do medykalizacji, jak wskazują Nowakowski i Nowakowska, jest M. Sokołowska, która definiuje medykazliację, opierając się na globalnej koncepcji choroby i według której jest to poszerzanie katalogu zachowań ujmowanych jako choroba, które leczy się za pomocą medycyny. U. Domańska zauważa, że walka z chorobami zwiększyła zaufanie społeczne do medycyny, nadając jej status obiektywnej nauki i prestiżu. Medycyna także złamała religijne przekonania o chorobie jako karze za grzechy lub złe postępowanie²⁹. Jak wskazują Nowakowski i Nowakowska, zdrowie przestało być nakazem biologicznym, a utrzymanie zdrowia nie jest wartością samą w sobie; stało się ono manifestacją statusu społecznego, pozycji i prestiżu³⁰.

Medykalizację Nowakowski zdefiniował jako proces stawiania się czegoś niemedycznego czymś medycznym. Aby dana wartość uzyskała moc medyczną, konieczne jest zdefiniowanie problemu w kategoriach medycznych, następnie użycie języka medycznego do opisu problemu, po czym zastosowanie ramy medycznej do rozumienia problemu, a następnie użycie procedur medycznych do rozwiązania tego problemu. Nowakowski wyróżnił trzy formy, jakie przyjmuje medykalizacja. Pierwszą z nich jest patologizacja, czyli przekształcenie w chorobę ludzkich stanów uważanych wcześniej za normalne. Mianem choroby tytułuje się m.in. alkoholizm, zakupoholizm, strach, smutek, bezsenność, zespół jelita drażliwego i wiele innych stanów psychicznych czy zachowań jednostki. Drugim rodzajem medykalizacji jest asystowanie, które polega na poddawaniu procesom medycznym naturalnych etapów życia człowieka. Za przykład może tu posłużyć znieczulenie przy porodzie, metody planowania rodziny, takie jak *in vitro*, antykoncepcja, macierzyństwo, ale również starzenie się, umieranie oraz śmierć. Trzecią formą medykalizacji jest ulepszanie rozumiane jako polepszanie jakości życia ludzi zdrowych. W tym przypadku interwencja medyczna ma na celu maksymalizację ludzkich możliwości, nie jest podejmowana w odpowiedzi na problem chorobowy. Do przykładów tego rodzaju medykalizacji można zaliczyć operacje plastyczne, przyjmowanie hormonów na wzrost masy ciała, ostrykiwanie botoksem, preparaty zagęszczające włosy³¹.

²⁷ *Ibidem*, s. 208–209.

²⁸ P. Conrad, *Medicalization and Social Control*, „Annual Review of Sociology” 1992, vol. 18, s. 209–232.

²⁹ U. Domańska, *Medykalizacja i demedykalizacja macierzyństwa* [w:] *Zdrowie i choroba: perspektywa socjologiczna*, red. W. Piątkowski, W.A. Brodniak, Tarczyn 2005, s. 311–322.

³⁰ M. Nowakowski, I. Nowakowska, *Medykalizacja starości...*, s. 210.

³¹ M. Nowakowski, *Medykalizacja i demedykalizacja, zdrowie i choroba w czasach kapitalizmu zdeorganizowanego*, Lublin 2015, s. 15–21.

Wspomniany autor w innej swojej pracy, podczas opisywania kształtowania się procesów medykalizacji, dochodzi do wniosku, że prywatyzacja systemów opieki zdrowotnej jest także przejawem medykalizacji. Sferę publiczną i prywatną w ochronie zdrowia łączy kapitał – co dla jednej strony jest kosztem interwencji medycznej, dla drugiej staje się okazją do zarobku. Wraz ze wzrostem liczby podmiotów prywatnych zwiększa się konkurencja na rynku usług medycznych. Praca lekarzy zaczyna być oceniana według kryterium zysku. Nowakowski używa również pojęcia *medycyna nadzoru* rozumianego jako pozostające w opozycji do medycyny szpitalnej, nakierowanej na leczenie chorego, medycyny skomputeryzowanej, posiadającej bazy danych, stosującej narzędzia statystyczne oraz obejmującej swoim zasięgiem całą populację³². Warto w tym miejscu przywołać pojęcie wprowadzone przez zespół Clarke³³, czyli biomedykalizację, która w swej nazwie ma za zadanie podkreślić, iż na skutek rozwoju medycyny, technologii informatycznych oraz licznych przemian społecznych, kulturowych i politycznych proces medykalizacji jest na kolejnym poziomie³⁴.

M. Wróblewski, opisując procesy biomedykalizacji, charakteryzuje proces, w którym logika medyczna obejmuje coraz szersze obszary życia społecznego. Oprócz lekarzy i instytucji zdrowia zaangażowani są naukowcy, firmy farmaceutyczne, a także przedstawiciele organizacji pozarządowych. To zjawisko napędzane jest rozwojem technologicznym, szczególnie w genetyce, neuronauce i komputerach. Biomedykalizacja łączy się z ekonomizacją społeczeństwa, nowymi formami rządzenia i wszechobecną mediatyzacją codzienności. Proces ten to nie tylko rozwój medycznego dyskursu, ale także powstawanie nowych rynków dla farmaceutycznych produktów. Wróblewski zwraca uwagę na wzrost zainteresowania władz biologicznym stanem obywateli oraz na łamanie monopolu eksperckiej wiedzy poprzez powszechny dostęp do informacji. Biomedykalizacja to także zarządzanie ryzykiem i tworzenie nowych obszarów niepewności³⁵.

Proces medykalizacji/biomedykalizacji, związany z rozwojem cyfrowych baz danych, umożliwia prostszy monitoring zdrowia pacjentów i integruje sferę publiczną i prywatną opieki zdrowotnej. Dzięki nowym technologiom powstają portale medyczne, np. takie, gdzie pacjenci recenzują świadczenia lekarskie. Wzrosła ocena

³² M. Nowakowski, *Medykalizacja we współczesnych społeczeństwach. Studium literatury przedmiotu*, Lublin 2013 s. 107–116.

³³ Zespół Clarke to grupa badaczy kierowana przez A.E. Clarke, amerykańską socjolożkę z Uniwersytetu Kalifornijskiego w San Francisco (UCSF). Wraz z innymi współautorami (m.in. J.K. Shim, L. Mamo, J.R. Fosket, J.R. Fishman) Clarke wprowadziła i rozwijała koncepcję biomedykalizacji. Zob. więcej: A.E. Clarke, J.K. Shim, L. Mamo, J.R. Fosket, J.R. Fishman, *Biomedicalization: Technoscientific transformations of health, illness, and U.S. biomedicine*, „American Sociological Review” 2003, no. 68(2), s. 161–194.

³⁴ M. Nowakowski, *Medykalizacja i demedykalizacja...*, s. 53

³⁵ M. Wróblewski, *Wyzwanie biomedykalizacji. Socjologia medycyny oraz socjologia zdrowia i choroby „podszyte” teorią aktora-sieci*, „Przegląd Kulturoznawczy” 2013, nr 1(15), s. 74.

społeczna otrzymywanych usług lekarskich, wraz z tym zaczęły mieć znaczenie usługi dodatkowe. Luksus gwarantowany przez prywatne gabinety stał się podstawą wyboru usługi. Przejście do cyfrowego systemu zarządzania pacjentami jest widoczne np. poprzez Internetowe Konto Pacjenta, które weszło do powszechnego użycia w 2019 r. W ramach tego konta wyświetla się m.in. lista szczepień i liczba dawek, które zostały przyjęte przez pacjenta. To narzędzie stanowi wynik rozwoju medykalizacji, umożliwiając kontrolę nad stanem zdrowia pacjenta. Tworzenie takich struktur zarządzania nie tylko zapewnia posłuszeństwo, ale również wpływa na efektywność opieki i przenikanie standardów prywatnej służby zdrowia do publicznej. Jednocześnie wzrasta potrzeba zbierania stałych informacji statystycznych w zakresie zapotrzebowania na określone medykamenty, upodobań jednostek co do danych środków medycznych. Pacjent staje się konsumentem, wobec którego przeprowadza się badania rynku, aby dopasować potrzeby do oferowanych środków i usług.

Pokłosem medykalizacji jest więc coraz większa konkurencja na medycznym rynku usług, a także rywalizacja podmiotów prywatnych. Jak zauważa P. Brzozowski (podając przykład prawa we Włoszech), ma miejsce konkurencja pomiędzy podmiotami spółek państwowych a podmiotami prywatnymi. Zazwyczaj to podmioty prywatne konkurują ze sobą o lepszą pozycję na rynku, w tym zaś przypadku gmina może wejść na miejsce podmiotu prywatnego, posiadając w określonych przypadkach prawo pierwokupu aptek prywatnych³⁶.

E. Zierkiewicz analizuje medykalizację, zauważając jej wpływ na społeczeństwo i postrzeganie zdrowia. Wskazuje, że zdrowie można mieć praktycznie od ręki, bo wystarczy często jeden zabieg, jedna operacja lub jeden cykl leczenia, by odzyskać sprawność organizmu. W obliczu zaawansowanej technologii medycznej zdrowie stało się produktem komercyjnym. Zierkiewicz zauważa, że od lat 70. XX w. nasila się zjawisko *wellness*. Poza pojmowaniem choroby w kategorii *illness*, jako zapobiegania/zwalczania *desease* (patologii, choroby), do pojmowania zdrowia i choroby weszło znaczenie *wellness*, czyli psychofizycznego dobrostanu, jaki można osiągnąć własną pracą. *Wellness* m.in. skupia się na trosce o własny organizm, uprawianiu sportów, dbaniu o własną psychikę. Rola medycyny rozszerza się od narodzin do śmierci, a zachowania, które dawniej uznawano za moralne słabości, są teraz diagnozowane jako choroby. Polityka zdrowotna coraz bardziej skupia się na jednostkach, a biopolityka sprzyja temu trendowi. Media, polityka i lekarze skupiają uwagę na ryzyku zdrowotnym, co sprawia, że jednostki regularnie kontrolują swoje zdrowie. Medykalizacja wpływa na skupienie się świadomości społecznej na temacie zdrowia. Zierkiewicz podkreśla tendencję przeleczenia społeczeństw Zachodu, co prowadzi do obsesji na punkcie chorób. Wskazuje na aktywne uczestnictwo jednostek w leczeniu, a także na powszechny strach przed chorobami mimo

³⁶ P. Brzozowski, *The competition between local government and entrepreneurs from the perspective of Pierre Bourdieu's concept of capitals*, „Corvinus Journal of Sociology and Social Policy” 2021, vol. 13(1), s. 143.

rozwiniętych metod ich wykrywania. Tożsamość ludzi współczesnych kształtuje się wobec lęku przed chorobami, co staje się elementem ich życia. Zierkiewicz zauważa powstawanie nowych grup osób identyfikujących się z kondycją zdrowotną, co jest efektem wszechobecności medycyny i technologii lekarskich³⁷. Normalizowanie dbałości o zdrowie, przykładanie coraz większej wagi do maksymalizacji możliwości własnego organizmu czy też bycie podmiotem kontroli (jako jednostka w teleinformatycznym systemie) możliwe jest nie tylko dzięki biopolityce, ale również medykalizacji.

W miejscu po analizie medykalizacji, w mojej ocenie, zachodzi pewne przekształcenie znaczeniowe dotyczące omawianego tematu, bo do tej pory w rozważaniach szczepienia były częścią systemu biopolityki, jednym z jej elementów. Co jednak zauważył już N. Rose, biopolityka zaczęła się stopniowo przekształcać, *bios* stało się *zoe*. Dlatego w tym miejscu analiz pragnę zauważyć, że szczepienia przestały mieć jedynie funkcje oddziałujące na *zoe*. Dzięki biopolityce norma społeczna i prawna szczepień była systematycznie umacniana, natomiast medykalizacja nadała szczepieniom obowiązkowy dodatkowy kontekst w świadomości społecznej. Biopolityka umożliwia ustanawianie i modyfikację prawa dotyczącego szczepień, kontrolowanie zachorowań oraz wprowadzanie przymusu pośredniego, natomiast poprzez medykalizację dostępne jest zwiększanie społecznego poparcia dla takich działań (oczywiście opór również ma miejsce). Problem szczepień nabrał wymiaru społecznego, przeniknął do debaty publicznej i stał się także elementem procesu medykalizacji.

Dbanie o siebie w myśl medykalizacji to już nie tylko spełnianie podstawowych konieczności związanych z zachowaniem higieny, ale także ulepszanie swoich możliwości w ramach szeroko pojmowanego *wellness*. Tu pojawia się pytanie, jak szczepienia mają wpisać się w kategorię *wellness*, skoro zapobiegają *illness*. Po pierwsze, manifestuje się to poprzez szeroką dostępność szczepionek przeciwko różnym chorobom, m.in. szczepień zalecanych. Dzięki postępującym procesom medykalizacji i zgodzie w świadomości władz, lekarzy i współobywateli na samodzielne rozporządzanie kwestią udoskonalania swojej odporności pacjent ma autonomię w podejmowaniu decyzji o przyjęciu szczepień zgodnie z rekomendacjami lub spoza nich (oraz pokrywa koszt preparatu). Po drugie, takiej zgody społecznej bądź specjalistycznej/medycznej nie ma, gdy ów obywatel chciałby zarazić się chorobą samodzielnie. Co istotne, autorytet medycyny kładzie na swoje barki odpowiedzialność moralną za „bezpieczne zarażenie” (zaszczepienie), jednocześnie nie przyzwalając na samodzielne zarażanie się chorobą³⁸. Właśnie w tej intencji –

³⁷ E. Zierkiewicz, *Patografia jako zjawisko kulturowe i jako narzędzie nadawania znaczeń chorobie przez współczesnych pacjentów*, „Teraźniejszość – Człowiek – Edukacja: kwartalnik myśli społeczno-pedagogicznej” 2012, nr 1(57), s. 50–52.

³⁸ Nowoczesne szczepionki nie opierają się na kontrolowanym zakażeniu osłabionym patogenem. Autorce zależało na podkreśleniu faktu, że pacjent nie otrzymuje dawki szczepienia do samodzielnego użytku. Słowa użyte w tekście to metaforyczne nawiązanie do porównania użytego

zapewnienia warunków i bezpieczeństwa przy nabywaniu odporności – pojawia się kwestia *wellness*. Oczywiście wspomniany proces jest także częścią zapobiegania *illnes*. Trzeba zauważyć, że działania samodzielnego zarażania się chorobą byłyby niekontrolowane, możliwe niebezpieczne, oznaczałyby potencjalne rozprzestrzenienie się choroby i brak nadzoru nad zachorowaniami. Przykładowo nie przyzwala się na tzw. ospa party³⁹ z obawy przed roznieceniem choroby. Przytoczony aspekt jest zatem jednocześnie kwestią *wellness* i *illnes*. Po trzecie, kwestią *wellness* szczepień są wymogi sanitarne, jakie zostały uregulowane w przepisach prawa. I tak jak w przypadku samodzielnego niepochwalanego celowego zarażenia wątek zapobiegania *illness* miał miejsce, tak w tym przypadku odnajduję nacisk na *wellness*. Dla kwestii odporności zbiorowej nie ma znaczenia, czy szczepienie zostanie wykonane w odpowiednich warunkach, natomiast dla samego komfortu i bezpieczeństwa danej jednostki już tak. Przyobleczenie jednostki w prawa pacjenta, takie jak prawo do wyrażenia zgody na szczepienie, prawo do dokumentacji medycznej, prawo do udzielenia świadczenia zdrowotnego, jest przejawem elementu *wellness* w trosce o zdrowie. Wspominana troska o charakterze *wellnes* nie jest decyzją samej jednostki, a odbywa się na szczeblu zarządzania, ustanawiania prawa i kontroli. Swoiste „zaopiekowanie się” jednostką poprzez wyposażenie jej w dodatkowe prawa uzewnętrznia postępujące kierunki *wellness* w zajmowaniu się zdrowiem publicznym. Dodatkowo prewencja przeciw niepożądanym odczynom poszczepiennym (w znaczeniu ustalania norm prawnych i medycznych określających udzielanie szczepień) ma podwójną naturę – jednocześnie gwarantuje jednostce jak najlepiej wykonane świadczenie medyczne, ale też ma za zadanie chronić lekarza, szpital, państwo przed potencjalnym pociągnięciem do odpowiedzialności w przypadku, gdyby jednostka doznała szkody na zdrowiu. Zatem odnaleźć należy tu również wątek ekonomiczny, który ściśle łączy się z pojęciem medykalizacji.

Prawo jako socjotechnika a obowiązek szczepień

Inżynieria społeczna, inaczej zwana inżynierią socjalną, socjotechniką bądź architekturą społeczną, według nauk politologicznych, socjologicznych i marketingowych jest zespołem technik manipulacyjnych w celu osiągnięcia porządnego rezultatu. Socjotechnika ma na celu takie manipulowanie, aby osoba, którą się

przez R. Esposito. Odwołując się do działania szczepionek, Esposito analizuje, że wstrzykując pacjentowi dawkę choroby możliwą do udźwignięcia przez jego organizm, uodparnia się go na daną chorobę, co odzwierciedla paradoks: ratując życie, podaje się mu fragment śmierci. R. Esposito, *Pojęcia polityczne...*, s.100–104.

³⁹ Spotkania organizowane przez rodziców dzieci w celu kontaktu tych dzieci z zarażonym ospą dzieckiem. Intencją rodziców jest zarażenie się ich potomstwa w młodym wieku, aby poprzez zainfekowanie dziecko mogło przejść chorobę i odpornić się bez użycia szczepionki.

manipuluje, podjęła określone działania, niekoniecznie zgodne z jej interesami. Ch. Hadnagy zauważa, że socjotechnika nie jest jednoaspektowo niemoralna lub moralna; uznaje ją za narzędzie o wielu zastosowaniach⁴⁰. P. Pawełczyk i D. Piontek wskazują, że socjotechnika polityczna to z kolei podzbiór szerszego obszaru oddziaływania społecznego. Zauważają, że socjotechnika polityczna związana jest z podziałem na rządzonych i rządzących. Cechą, jaką można tu wyróżnić, jest nieświadomość podatności rządzonych na perswazje polityczne, społeczne i ekonomiczne rządzących⁴¹. Jako cele socjotechniki politycznej Pawełczyk i Piontek wyróżniają kilka aspektów. Rządzący dzięki użyciu tych technik mogą wzmocnić swoją pozycję utrzymywania i zdobywania ponownie władzy. Jednocześnie socjotechniki polityczne maksymalizują efekty rządzenia. Ponadto sprzyjają wykształceniu się podstaw, iż to rządzący posiada wyższą świadomość i autorytet, dzięki któremu przedmiotowo traktuje adresatów swojego przekazu. Kolejnym celem jest uzyskanie przez rządzących pomyślnego stanu oglądu na rzeczywistość, co nie oznacza, że stan ten ma być zgodny z interesami systemu sterowanego. Celem użycia socjotechnik politycznych jest również rozpowszechnianie informacji o podstawowych regułach, których znajomość może sprawić, że widz stanie się aktorem sceny politycznej. System sterujący staje się w takim przypadku reżyserem, którego wpływ istnieje, ale ma być niezauważalny. Ważną rolę pełni zdobycie najpierw akceptacji widzów sceny politycznej⁴².

L. Morawski analizuje prawo jako (socio)technikę, przytaczając genezę tego pojęcia, kluczowe punkty jego charakterystyki oraz jego słabe strony. Zauważa transformację, jaka zaszła w pojmowaniu prawa. Spór o wyższość prawa pozytywnego nad naturalnym lub odwrotnie stracił na znaczeniu, gdyż wartości obu nurtów zostały zintegrowane we współczesnym prawie liberalnym. Prawo liberalnych państw przyswaja postulaty zarówno prawa naturalnego (np. podstawowe prawa człowieka), jak i prawa pozytywnego (np. konstytucjonalizacja praw człowieka). Współczesne prawo łączy te doktryny, uzasadniając prawo naturalne poprzez racjonalne i empiryczne tezy akceptowane przez prawo pozytywne. Morawski wskazuje na dwie współczesne alternatywy dla tradycyjnych doktryn: prawo jako technika społeczna i prawo jako rozmowa. Prawo jako technika społeczna ewoluje od tradycyjnej regulacji behawioralnej do regulacji poprzez bodźce. Prawo jako rozmowa funkcjonuje w dwóch wariantach: systemowym i komunikacyjnym. W wariancie systemowym prawo jest instrumentem skutecznego oddziaływania na rzeczywistość, natomiast w wariancie komunikacyjnym ma uzasadnienie aksjologiczne i traktowane jest jako dialog, a nie monolog⁴³.

⁴⁰ Ch. Hadnagy, *Socjotechnika. Sztuka zdobywania władzy nad umysłami*, Gliwice 2011, s. 17.

⁴¹ P. Pawełczyk, D. Piontek, *Socjotechnika w komunikowaniu politycznym*, Poznań 1999, s. 61–62.

⁴² *Ibidem*, s. 73–75.

⁴³ L. Morawski, *Główne problemy współczesnej filozofii prawa. Prawo w toku przemian*, Warszawa 1999, s. 39–42.

Jak wskazuje Morawski, XX w. uświadomił, że prawo jako ramy instytucjonalne nie wystarcza do rozwiązywania problemów społecznych. Funkcją koncepcji prawa jako techniki miało stać się więc kontrolowanie pewnych skłonności mogących w przyszłości spowodować negatywne skutki społeczne bądź gospodarcze. Za prekursorów koncepcji prawa jako techniki społecznej uznawani są M. Weber, O. Holmes, K. Llewellyn, R. Pound oraz L. Petrażycki. Prawo jako socjotechnika kontroluje skłonności, które mogą prowadzić do negatywnych skutków społecznych lub gospodarczych. Przekształciło się z narzędzia strażnika porządku publicznego w aktywne narzędzie sterujące procesami społecznymi. Tekst prawny jako zespół norm może posiadać programy warunkowe, celowe i proceduralne. Programy warunkowe określają jedynie warunki ramowe, programy celowe określają cele lub środki działania, a programy proceduralne uzgadniają warunki, cele i środki z adresatami. Technologiczna wizja prawa operuje głównie programami celowymi i jest podporządkowana imperatywom racjonalności oraz skutecznej kontroli rzeczywistości⁴⁴.

Morawski opisuje dwa sposoby kontroli zachowań przez prawo: warunki ramowe i sterowanie. Warunki ramowe to określenie przez normodawcę warunków, które adresat musi spełnić, działając swobodnie w ich ramach. Jest to typ kontroli charakterystyczny dla prawa liberalnego. Sterowanie polega na określeniu przez normodawcę nie tylko warunków, ale także celów i środków do ich osiągnięcia. Sterowanie może być wertykalne (górne-dolne), horyzontalne (równoległe), twarde (nakazy/zakazy) lub miękkie (incentywy/pobudki). Sterowanie wertykalne polega na narzuceniu norm, podczas gdy horyzontalne zakłada, że obie strony są decydentami i adresatami. Sterowanie twarde używa nakazów lub zakazów, a miękkie – bodźców do kształtowania zachowań. Opisane aspekty odzwierciedlają przekształcenie roli prawa od strażnika do regulatora polityki społecznej⁴⁵.

Morawski zauważa, że wizja prawa jako techniki społecznej ewoluowała od modelu zamkniętego, kontrolującego dokładnie i precyzyjnie swoich adresatów, do modelu otwartego, pozostawiającego adresatom fragment przestrzeni na swobodę działania. W swoich rozważaniach na temat prawa jako techniki społecznej podaje on dylemat socjotechnika: niezależnie od tego, jak dokładnie i na jakim szerokim materiale empirycznym opierane są twierdzenia, które dotyczą prawidłowości ludzkich zachowań, ludzie zawsze mogą przestać zachowywać się zgodnie z brzmieniem tych twierdzeń⁴⁶. Obywatele nie są jedynie przedmiotami na scenie politycznej, a aktorami, dlatego mogą w nieprzewidywalny sposób przestać grać swoją rolę wynikającą z socjotechnicznego scenariusza. Z tego powodu nie można wykluczyć, że w sferze społecznej prognozy sformułowane w oparciu

⁴⁴ *Ibidem*, s. 42–51.

⁴⁵ *Ibidem*, s. 52–57.

⁴⁶ L. Morawski, *Argumentacje, racjonalność prawa i postępowanie dowodowe*, Toruń 1988, s. 44.

o prawdziwe hipotezy okazać się fałszywe, w momencie gdy ludzie podejmą działania zaradcze mające konsekwencje w postaci zapobieżenia realizacji prognozowanych hipotez. To samo tyczy się hipotez fałszywych prognoz, które mogą okazać się prawdziwe, gdy ludzie uwierzą w nie i podejmą działania, by je urzeczywistnić. Co za tym idzie, kryzys skuteczności prawa ukazał, że sterujące według logiki bodziec–reakcja prawo jest nierzadko bezsilne w spotkaniu ze spontanicznością procesów społecznych⁴⁷.

Nie dziwi więc fakt, że mimo iż prawo jest techniką inżynierii społecznej i ma w swoim wachlarzu wiele narzędzi do kontroli społeczeństwa, to dobór ich i zastosowanie w określonym momencie procesu społecznego może okazać się nieskuteczne. W przypadku szczepień w tej części rozważań istotne było ukazanie, że prawem można regulować społecznie ważne kwestie. Prawem (jako najwyższą formą sprawowania władzy i kontroli) można regulować różne kwestie dotyczące życia i zdrowia obywateli, w tym ustanowić szczepienia obowiązkowe i zalecane.

Obecnie w polskim systemie prawnym szczepienia⁴⁸ regulowane są przepisami ustawy z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi⁴⁹. Sama definicja szczepień wybrzmiewa w art. 2 pkt 26 u.z.ch., zgodnie z którą celem szczepienia jest sztuczne uodpornienie (osoby) przed chorobą zakaźną. Wspomnianej ustawie towarzyszy szereg aktów wykonawczych, w tym liczne rozporządzenia, m.in. to „najpopularniejsze” ostatnimi czasy, czyli rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych. Zgodnie z regulacjami uprawnień z art. 4 u.z.ch. Rada Ministrów posiada upoważnienie do wydawania rozporządzeń w postaci programów zapobiegania i zwalczania zakażeń/chorób wynikających z sytuacji epidemiologicznej w kraju. Do niedawna Program Szczepień Ochronnych był wydawany jako Komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego, natomiast Program Szczepień Obowiązkowych stanowił załącznik do rozporządzenia, który publikowano w Dzienniku Urzędowym Ministra Zdrowia. Artykuł 17 ust. 11 u.z.ch. stosowano jako podstawę do wydania wyżej wspomnianego komunikatu. Jak wspomniałam w ramach swojej innej publikacji, Program Szczepień Obowiązkowych jest załącznikiem do rozporządzenia, dlatego też należy go stosować jako rozporządzenie⁵⁰. Inny pogląd przyjął jednak Trybunał Konstytucyjny w swoim wyroku z dnia 9 maja 2023 r.⁵¹, w którym uznał, że termin wymagalności obowiązkowych szczepień ochronnych i liczba dawek poszczególnych

⁴⁷ L. Morawski, *Główne problemy...*, s. 65.

⁴⁸ Szczegółowe rozważania na temat aspektu prawnego szczepień dostępne są w monografii: K. Kowalik, *Dopuszczalność szczepień obowiązkowych w świetle Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*, Białystok 2021.

⁴⁹ Ustawa z dnia 5 grudnia 2008 r. o zapobieganiu oraz zwalczaniu zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi (Dz.U. 2008, nr 234, poz. 1570), dalej: u.z.ch.

⁵⁰ K. Kowalik, *Dopuszczalność szczepień...*

⁵¹ Wyrok TK z dnia 9 maja 2023 r., sygn. SK 81/19.

obowiązkowych szczepień ochronnych, które określone są w Programie Szczepień Ochronnych na dany rok ogłaszanych przez Głównego Inspektora Sanitarnego w formie komunikatu, a nie przez ministra właściwego ds. zdrowia w drodze rozporządzenia, jest niezgodny z art. 47 w zw. z art. 31 ust. 3 w zw. z art. 87 Konstytucji RP.

Nie jestem jednak odosobniona ze swoimi poglądami, bo jeszcze zanim Trybunał wydał swój wyrok, wpłynęło do niego pismo od Ministra Zdrowia⁵², pismo od Prokuratora Generalnego⁵³, jak również pismo od Sejmu RP⁵⁴, w których jednogłośnie stoją oni na stanowisku, że § 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 18 sierpnia 2011 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych jest zgodny z art. 2 Konstytucji RP i art. 47 Konstytucji RP w zw. z art. 31 ust. 3 Konstytucji RP. Prokurator Generalny w swoim stanowisku, odnosząc się do tej kwestii, przedstawił pogląd, że obowiązek poddania się szczepieniu ochronnemu jest obowiązkiem wynikającym jednoznacznie z ustawy i nie zmienia tego faktu okoliczność, iż Główny Inspektor Sanitarny ogłasza w formie komunikatu Program Szczepień Ochronnych na dany rok. Dodał również, że w komunikacie tym zawarte są specjalistyczne informacje z zakresu medycyny dotyczące technicznych kwestii wykonania obowiązku szczepienia, ale nie można z Programu Szczepień Ochronnych wywieść dodatkowych norm niż te wynikające z ustawy i rozporządzeń. Minister Zdrowia w swoim stanowisku również rozwija ten temat. Swoje rozważania wieńczy przybliżeniem hierarchii aktów prawnych uregulowanych Konstytucją RP. Co istotne, dodaje, że komunikat Głównego Inspektora Sanitarnego z uwagi na swoją formę redakcji i sposób formułowania informacji nie zawiera wypowiedzi generalnych i abstrakcyjnych. Minister Zdrowia podkreśla, że postanowienia komunikatu nie zawierają autonomicznych, unikatowych dyrektyw postępowania wiążących podmioty prawa. Uznaje, że nie można uznać komunikatu za spełniający warunki normatywności. Podkreśla, że zarówno czas stosowania danej szczepionki, jak i pozostałe jej elementy są konsekwencją wydanego rozporządzenia i obowiązku nałożonego przez ustawę. Dodaje, że komunikat stanowi rodzaj ogłoszenia (informacji) i jest pozbawiony samoistnych walorów normatywnych. Dlatego też za nieuzasadniony uznaje zarzut naruszenia art. 87 Konstytucji RP. Ponadto uznaje, iż ogłaszany w formie komunikatu Program Szczepień Ochronnych nie jest źródłem prawa powszechnie obowiązującego, jego postanowienia nie mogą być traktowane jako mające charakter prawotwórczy, co za tym idzie – tego rodzaju akt nie może być traktowany jako jedno ze źródeł prawa w zakresie szczepień obowiązkowych. Program Szczepień Obowiązkowych

⁵² Stanowisko Ministra Zdrowia z dnia 13 grudnia 2019 r., PRWL.025.6.2019.MR, sygn. SK 81/19.

⁵³ Stanowisko Prokuratora Generalnego z dnia 21 czerwca 2021 r., PK VIII TK 129.2019, sygn. SK 81119.

⁵⁴ Stanowisko Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 18 czerwca 2020 r., BAS-WAKU-52/19, sygn. SK 81/19.

jest więc w pewien sposób przedłużeniem rozporządzenia, a zawarte w nim informacje mają charakter specjalistycznej wiedzy z zakresu medycyny i dotyczą technicznych kwestii wykonania obowiązku szczepienia. Stanowisko Sejmu RP jest też podobne. Ponadto powołuje się on na celowość takiej konstrukcji prawnej, w szczególności z uwagi na to, iż dzięki temu, że Główny Inspektor Sanitarny corocznie ma obowiązek ogłosić Program Szczepień Ochronnych na dany rok, uwzględnia on szczegółowe wymagania dotyczące stosowania poszczególnych szczepionek i jest zawsze zobowiązany kierować się najnowszymi wskazaniami wynikającymi z aktualnej sytuacji epidemiologicznej.

Zgadzam się ze stanowiskami Prokuratora Generalnego Ministra Zdrowia oraz Sejmu RP wydanymi we wspomnianym zakresie. Skutkiem wniesionej skargi⁵⁵ były również rozważania na temat legalności szczepień. Trybunał Konstytucyjny rozstrzygnął je, umarzając postępowanie w tym zakresie, natomiast Prokurator Generalny, Minister Zdrowia i Sejm RP wypowiedzieli się w tej kwestii w swoich stanowiskach i przedstawili argumentację pozwalającą stwierdzić legalność obowiązku szczepień. W tym przedmiocie także się zgadzam, że obowiązek szczepień jest zgodny z Konstytucją RP i zostanie legalny tak długo, jak długo szczepienia pozostaną najskuteczniejszą metodą zwalczania zakażeń i chorób zakaźnych u ludzi⁵⁶.

Istotne przy analizie prawa dotyczącego szczepień jest wspomnienie o prawie pacjenta do wyrażenia zgody na udzielenie świadczenia zdrowotnego wyrażone w art. 16 ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta⁵⁷, która stanowi akt równorzędny do u.z.ch. Szczepienia zatem posiadają dualistyczną naturę – ma tu miejsce zarówno prawo do wyrażenia zgody na to świadczenie, jak i obowiązek administracyjnoprawny. W pierwszej kolejności pacjent ma prawo wyrazić zgodę na szczepienie bądź go nie wyrazić (w przypadku zasadnych medycznie przesłanek); dopiero gdy zgoda została niewyrażona, a brak jest podstawy medycznej, by ją uznać, ma miejsce obowiązek. Ponadto samo powiązanie szczepień obowiązkowych z u.p.p. pozwala pacjentowi na korzystanie z pełnej palety praw pacjenta (o korzyściach i celowości wspomniano w części odnoszącej się do *weelness* i *illness* szczepień).

Niezależnie od tego, czy Program Szczepień Ochronnych znajdzie się w rozporządzeniu, czy jest załącznikiem do rozporządzenia, celem istnienia w prawie obowiązku szczepień zawsze była maksymalizacja odporności zbiorowej. Pytanie, czy teraźniejsze regulacje spełniają swoją funkcję? W mojej ocenie obecny kształt przepisów (czyli to, że obowiązek szczepień został bezpośrednio wyrażony w u.z.ch., a prawo do wyrażenia zgody na szczepienie pośrednio w u.p.p.) jest odpowiednio sformułowany. Dzięki takiej konstrukcji przepisów szczepienia obowiązkowe

⁵⁵ Skarga do TK z dnia 19 lipca 2019 r., sygn. Ts 92/19.

⁵⁶ Zob. K. Kowalik, *Dopuszczalność szczepień...*

⁵⁷ Ustawa z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz.U. 2009, nr 52, poz. 417), dalej: u.p.p.

zapewniają zapobieganie *illness*, ale również dają pacjentowi komfort w znaczeniu *wellness*. Co prawda istnieją w Polsce osoby z poglądami przeciwko szczepieniom obowiązkowym, i to zwykle ich temat rozpoczyna dyskusję o niewystarczalności obecnych regulacji. Warto zadać więc pytanie, czy przyczyną nieszczepienia się są nieodpowiednio skonstruowane przepisy, czy problem leży głębiej. Moim zdaniem skoro procesy opisane w artykule miały wpływ i sprzyjały społecznemu umacnianiu szczepień obowiązkowych jako normy społecznej, a później prawnej, to również te same procesy miały wpływ na postawy przeciwne szczepieniom – choćby samo rozumienie *wellness* w sposób odmienny od większości, czyli jako odejście od medycyny konwencjonalnej i zaufanie do innych metod leczenia, ponadto przekonanie, że zachowaniem zdrowia będzie nienarażanie organizmu na działanie stuków szczepień. Takie myślenie jest efektem (ale i odłamem procedur) medykalizacji i *weelness* oraz wynika z troski o swoje zdrowie. Warto jednak zauważyć, że samo skupienie się na ulepszaniu organizmu i interesowanie się metodami leczenia jest ubocznym wynikiem procesów biopolityki i medykalizacji. Czy zatem jest możliwe maksymalizowanie wyszczepialności zbiorowej za pomocą jeszcze bardziej socjotechnicznego prawa? Skoro procesy społeczne, których pokłosem okazało się istnienie prawnego obowiązku szczepień, co prawda przekonały większość społeczeństwa do zaszczepienia, ale mimo to nie dały 100-procentowej wyszczepialności, to czy na pewno problem stanowi zbyt pobłażliwe sformułowanie przepisów? W mojej ocenie obecny kształt przepisów jest idealną mieszanką liberalizmu i socjotechnik (co prawda inny naukowiec może uznać, że przepisy te powinny być jeszcze bardziej restrykcyjne). Przekroczenie pewnej granicy liberalizmu może powodować nie tylko pewne niezręczności prawne czy większą niechęć społeczną, ale również problemy na gruncie naruszenia zasady wyrażenia zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych (a w myśl ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej szczepienia niewątpliwie stanowią świadczenie zdrowotne). Jeśli z kolei zmiany w regulacjach dotyczących szczepień miałyby także nastąpić w postaci odarcia pacjenta z prawa wyrażenia zgody na to świadczenie, byłoby to działaniem nieetycznym i uważam, że jego współcześnie rozumiana celowość uległaby zmianie. W erze wysoko postępującej medykalizacji i konkurencji podmiotów leczniczych między sobą o jak najlepszy poziom świadczenia usług celem szczepień dla pacjenta jest nie tylko dobro społeczne (wyszczepialność zbiorowa), ale także ulepszenie jego organizmu poprzez indywidualną odporność na choroby. Jak wspomniano wcześniej, szczepienia obowiązkowe to nie tylko zapobieganie *illness*, ale też zagwarantowanie *wellness* pacjenta.

Zatem czy celowe w świetle przedstawionych procesów społecznych byłoby postulowanie zmian w przepisach dotyczących szczepień obowiązkowych? Obecny kształt przepisów wydaje się być nieidealny, ale wystarczający. Pomocne z pewnością mogą stać się schematy socjotechnicznych działań, takie jak programy edukacyjne skierowane już do najmłodszych dzieci, zwiększanie świadomości

wśród społeczeństwa w zakresie medycznej wartości szczepień i popularyzacja nauki. Ewentualna zmiana prawa dotycząca obowiązku szczepień musi iść w parze ze zmianą świadomości społecznej. Prawem co prawda można kontrolować, nakazywać i zobowiązywać, ale jeśli nie idzie to w parze z innymi działaniami (uświadamiającymi), to nigdy nie będzie wystarczająco skuteczne. Być może działania zmierzające do edukacji społeczeństwa w tym zakresie spowodują brak konieczności zmiany przepisów.

Zgodnie z badaniami European Quality of Life Survey z 2016 r. średnia ocen systemu ochrony zdrowia na 9-stopniowej skali wyniosła dla Unii Europejskiej 6,7, natomiast dla Polski 5,4, co lokuje nasz kraj na czwartym miejscu od końca⁵⁸. Z kolei badania firmy YouGov z maja 2020 r. wykazały, że Polska jest jedynym krajem, gdzie respondenci częściej deklarowali, że bardziej ufają rodzinie i znajomym odnośnie do informacji na temat sytuacji z koronawirusem (81%) niż profesjonalistom ze służby zdrowia (72%)⁵⁹. Z badań przeprowadzonych przez Eurofund w 2020 r. wynika, że Polacy pod względem zaufania do systemu opieki zdrowotnej plasują się na trzecim miejscu od końca w Unii Europejskiej. Tutaj średnia ocen na 7-stopniowej skali wyniosła w naszym kraju 4,1 (gdzie dla Unii Europejskiej było to 6,41)⁶⁰. Skoro w Polsce zaufanie do przedstawicieli opieki medycznej nie jest na wysokim poziomie, to może to wpływać na tendencje przeciwne szczepieniom. Swoją rolę w tej sytuacji odgrywają również politycy. Jak zaznacza P. Marczewski (również analizując wskazane wyżej wyniki badań), postrzeganie przez społeczeństwo w ten sposób służby zdrowia nie jest wynikiem działań samych lekarzy, ale jest również powiązane z niskim zaufaniem do polityków i samego systemu opieki zdrowotnej kształtowanego w sposób mało transparentny⁶¹.

Można wnioskować, że rosnące zaufanie do systemu zdrowia bezpośrednio przełoży się także na zaufanie do szczepień. Być może remedium na problem stanie się próba sięgnięcia po najwyższy poziom wyszczepialności zbiorowej nie poprzez przepisy, a starania złagodzenia konfliktu dotyczącego szczepień, które (opierając się na kole konfliktu Ch. Moore'a) mogą stanowić konflikt wartości, relacji, danych, interesów i strukturalny. Zmiany w świadomości to co prawda dłuższy proces niż proces legislacyjny, ale z pewnością w dalszym ciągu bardzo potrzebny.

⁵⁸ *European Quality of Life Survey 2016: Overview Report*, Eurofund 2017, s. 54, https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1733en.pdf (20.02.2024).

⁵⁹ <https://yougov.co.uk/topics/international/articles-reports/2020/05/18/international-covid-19-tracker-update18-may> (22.02.2024).

⁶⁰ *Living, working and COVID-19*, Eurofund 2020, s. 4, <https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2020/living-working-and-covid-19-first-findings-april-2020> (23.02.2024).

⁶¹ P. Marszczewski, *Epidemia nieufności. Zaufanie społeczne w czasie kryzysu zdrowotnego*, Warszawa 2020, s. 6, <https://www.batory.org.pl/wp-content/uploads/2020/08/Epidemia-nieufnosc.pdf> (23.02.2024).

Podsumowanie

Powyższe analizy umożliwiają sformułowanie odpowiedzi na pytania badawcze: Jak wybrane procesy społeczne wpływały na istnienie normy społecznej i prawnej szczepień oraz na świadomość społeczną? Analizy wykazały synergię procesów biopolityki i medykalizacji, jak również możliwości, jakie niesie ze sobą stosowanie prawa jako narzędzia socjotechnicznego. Biopolityka przyzwyczaiła społeczeństwa do tego, że kwestie zdrowotne mogą być regulowane przez odgórne interwencje władzy. Analiza medykalizacji ujawniła natomiast, jak wiele aspektów życia podlega postępującemu umedycznieniu, co wiąże się zarówno z rozwojem technologicznym, jak i wzmożoną kontrolą zdrowotną. Dodatkowo procesy *wellness* podkreśliły znaczenie, jakie jednostki przypisują optymalizacji zdrowia w kontekście fizjologicznym i psychologicznym. Wszystkie te procesy odegrały kluczową rolę w umacnianiu norm społecznych i prawnych dotyczących szczepień. Normalizacja troski o zdrowie oraz potrzeba jego monitorowania przyczyniły się do wzrostu akceptacji społecznej dla szczepień jako środka zapewniającego zdrowie zarówno jednostce, jak i społeczeństwu. Biopolityka i medykalizacja pozytywnie wpłynęły na rozwój norm prawnych i społecznych związanych ze szczepieniami – wyrażanie sprzeciwu wobec szczepień obowiązkowych nie jest społecznie aprobowane, a szczepienie traktowane jest jako wyraz troski o zdrowie własne i dobro wspólne. Tym samym szczepienia jako metoda zapobiegania chorobom stały się istotnym elementem polityki zdrowia publicznego.

Kolejnym pytaniem badawczym jest: Dlaczego we współczesnych społeczeństwach szczepienia są regulowane przez przepisy prawa? Najlepszym narzędziem do egzekwowania doniosłych dla społeczeństwa kwestii jest ich formalizacja taki w sposób, by każdy obywatel był zobowiązany do przestrzegania danego aspektu. Skoro uznano szczepienia za niezbędne dla zdrowia każdej z jednostek i całego społeczeństwa, to przeniesiono tę rzeczywistość w sztywne ramy prawa. Według koncepcji prawa jako inżynierii społecznej prawem można kontrolować społeczeństwo i kierować jego zachowaniami, dzięki prawu realne było zabezpieczenie wspólnego dobra, jakim jest zdrowie publiczne i wyegzekwowanie posłuszeństwa od osób, które nie zgodziłyby się z większością. Jedną z cech prawa jako techniki społecznej jest opieranie się na autorytecie innej dziedziny wiedzy – w tym przypadku medycyny. Poparcie przez lekarzy idei szczepień umożliwiło istnienie obowiązku medycznego zobowiązującego każdego obywatela do poddania się szczepieniu. Warto podkreślić, że mimo iż od ustanowienia obowiązkowych szczepień w Polsce minęły 103 lata (nie wliczając okresu, gdy obowiązek szczepień obowiązywał na ziemiach polskich pod zaborami), to dalej jest on uważany za potrzebny i słuszny, by istniał jako norma prawna. Opisane procesy, takie jak biopolityka i medykalizacja, wzmacniały to przekonanie w społeczeństwie. Obecnie w dyskursie naukowym i społecznym rozważa się, czy regulacje dotyczące szczepień obowiązkowych powinny być bardziej rygorystyczne.

Ostatnie pytanie na jakie należy odpowiedzieć to: Czy celowe w świetle przedstawionych procesów społecznych byłoby postulowanie zmian w przepisach dotyczących szczepień obowiązkowych? Uważam, że obecny kształt przepisów gwarantuje poszanowanie praw pacjenta, jak również zobowiązuje obywatela do poddania się obowiązkowi szczepień. Dzięki takiej konstrukcji zapewniana jest walka z *illness* oraz zachowywane są najwyższe standardy w kontekście *wellness* pacjenta. W świetle analizowanych procesów społecznych rysuje się tendencja do tego, że aby zmiana była trwała, a obowiązek medyczny uznany za ważny i konieczny do spełnienia, nie jest wystarczające istnienie twardego prawa, ale idącego obok prawa silnego przekonania o jego słuszności w świadomości obywateli. Obecne regulacje odnoszące się do obowiązkowych szczepień nie są nieskuteczne – w 2022 r. zaszczepiono⁶² w Polsce 94% dzieci przeciw błonicy i krztuścowi, 94,1% przeciw polio, 97,3% przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, 97,7% przeciw gruźlicy i 93,9% – odrze⁶³. W mojej ocenie wyszczepialność zbiorową w pierwszej kolejności należałoby próbować podwyższyć poprzez działania zmierzające do zmian w świadomości społecznej, takie jak np. popularyzacja nauki, nie jest więc konieczne zaostrzanie przepisów. Skoro to procesy społeczne spowodowały, że większość społeczeństwa uznała szczepienia za normę społeczną i prawną, to są one na tyle silne, by to przekonanie umacniać i zwiększać.

Bibliografia

- Barankiewicz T., *Metody myślenia, badania prawa i systematyzacji wiedzy w naukach prawnych* [w:] *Metodologia dysertacji doktorskiej dla prawników teoria i praktyka*, red. H. Izdebski, A. Łazarska, Warszawa 2022.
- Brzozowski P., *The competition between local government and entrepreneurs from the perspective of Pierre Bourdieu's concept of capitals*, „Corvinus Journal of Sociology and Social Policy” 2021, vol. 13(1).
- Conrad P., *Medicalization and Social Control*, „Annual Review of Sociology” 1992, vol. 18.

⁶² Próg procentowy wyszczepialności zbiorowej powinien minimalnie wynosić między 90% a 95% populacji odpornej. Każda z chorób ma swój indywidualny próg procentowy: błonica 75–80%, krztusiec 90–94%, odra 91–94%, polio 80–86% (P. Plans-Rubió, *Evaluation of the establishment of herd immunity in the population by means of serological surveys and vaccination coverage*, „Human Vaccines & Immunotherapeutics” 2012, vol. 8, issue 2, s. 184–188), przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B 84,47% (Y. Wang, L.-L. Lu, D. Wang, Ch. Qu, *Herd Immunity Conferred By Hepatitis B Vaccination Increases the Protection Efficacy against Hepatitis B Virus Infection*, „Vaccination Research” 2016, vol. 1, issue 1, s. 11), przeciwko gruźlicy 63% – mają również wpływ specyficzne warunki demograficzne oraz społeczne (E.H. Elbasha, A.B. Gumel, *Vaccination and herd immunity thresholds in heterogeneous populations*, „Journal of Mathematical Biology” 2012, vol. 83, article 73).

⁶³ Informacje udostępnione przez Dyrektora Departamentu Zdrowia Publicznego w Ministerstwie Zdrowia Mariusza Poznańskiego, <https://www.senat.gov.pl/aktualnoscilista/legislacja/art,15596,prace-w-komisjach-senackich-5-czerwca-2023-r-.html> (23.01.2023).

- Dąbrowski K., *Higiena psychiczna zagranicą i u nas. Jej najbliższe potrzeby i próby ich realizacji*, Warszawa 1933.
- Domańska U., *Medykalizacja i demedykalizacja macierzyństwa* [w:] *Zdrowie i choroba: perspektywa socjologiczna*, red. W. Piątkowski, W.A. Brodniak, Tyczyn 2005.
- Elbasha E.H., Gumel A.B., *Vaccination and herd immunity thresholds in heterogeneous populations*, „Journal of Mathematical Biology” 2021, vol. 83, article 73.
- European Quality of Life Survey 2016: Overview Report*, Eurofund 2017, https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef1733en.pdf (20.02.2024).
- Foucault M., *Historia seksualności*, Gdańsk 2010.
- Gregorczyk K., *Biopolityczne horyzonty – między biopolityką tradycyjną a biopolityką nowoczesną*, „Acta Universitatis Wratislaviensis, Przegląd Prawa i Administracji” 2020, CXXII, No 3994.
- Grygień J., „Okrucieństwo miłosierdzia”. *O źródłach popularności projektów eugenicznych w krajach anglosaskich u progu XX wieku*, „Dialogi Polityczne” 2008, nr 10.
- Hadnagy Ch., *Socjotechnika. Sztuka zdobywania władzy nad umysłami*, Gliwice 2011.
- Jenner E., *An inquiry into the causes and effects of the variolae vaccinae; Jenner on the cow pox; a disease discovered in some of the western counties of England, particularly Gloucestershire, and known by the name of the cow pox*, London 1798.
- Kaniuk A., *Eugenika w doktrynie nazizmu*, „Acta Universitatis Lodzianensis Folia Historica” 2013, nr 90.
- Kasperek S., *Steryliczacje ze wskazań eugenicznych w latach 1934–1944 na Śląsku Opolskim*, „Przegląd Lekarski” 1968, nr 1.
- Kowalik K., *Dopuszczalność szczepień obowiązkowych w świetle Konstytucji Rzeczypospolitej Polskiej*, Białystok 2021.
- Lemke T., *Biopolityka*, Warszawa 2010.
- Lifton R.J., *The Nazi Doctors: Medical Killing and the Psychology of Genocide*, New York 1986.
- Living, working and COVID-19*, Eurofund 2020, <https://www.eurofound.europa.eu/publications/report/2020/living-working-and-covid-19-first-findings-april-2020> (23.02.2024).
- Łońska M., *Wokół zagadnienia biopolityki: koncepcje, cechy, perspektywy*, „Seminare. Poszukiwania naukowe” 2014, nr 35(3).
- Madajczyk P., *Marzenie o narodzie doskonałym: między biopolityką a etnopolityką*, Warszawa 2017.
- Marszczewski P., *Epidemia nieufności. Zaufanie społeczne w czasie kryzysu zdrowotnego*, Warszawa 2020, <https://www.batory.org.pl/wp-content/uploads/2020/08/Epidemia-nieufnosci.pdf> (23.02.2024).
- Morawski L., *Argumentacje, racjonalność prawa i postępowanie dowodowe*, Toruń 1988.
- Morawski L., *Główne problemy współczesnej filozofii prawa. Prawo w toku przemian*, Warszawa 1999.
- Nowakowski M., *Medykalizacja i demedykalizacja zdrowie i choroba w czasach kapitalizmu zdeзорganizowanego*, Lublin 2015.
- Nowakowski M., *Medykalizacja we współczesnych społeczeństwach. Studium literatury przedmiotu*, Lublin 2013.
- Nowakowski M., Nowakowska I., *Medykalizacja starości: dylematy i zagrożenia* [w:] *Jakość życia seniorów w XXI wieku. Ku aktywności*, red. P. Szukalski, D. Kałuża, Łódź 2010.
- Pawelczyk P., Piontek D., *Socjotechnika w komunikowaniu politycznym*, Poznań 1999.
- Plans-Rubio P., *Evaluation of the establishment of herd immunity in the population by means of serological surveys and vaccination coverage*, „Human Vaccines & Immunotherapeutics” 2012, vol. 8, issue 2.
- Rose N., *Polityka życia samego*, „Praktyka Teoretyczna” 2011, nr 2–3.
- Rose N., *The Politics of Life Itself – Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*, Princeton 2007.
- Ślowska Z., Misiuna M., *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*, Warszawa 1993.
- Strzdała A., *Od Galtona do Watsona. Przemiany pojmowania eugeniki w XIX i w XX wieku*, Opole 2010.

- Szasz T., *Debunking Antipsychiatry: Laing, Law, and Largactil*, „Current Psychology: Research and Reviews” 2008, no. 27(2).
- Wang Y., Lu L.-L., Wang D., Qu Ch., *Herd Immunity Conferred By Hepatitis B Vaccination Increases the Protection Efficacy against Hepatitis B Virus Infection*, „Vaccination Research” 2016, vol. 1, issue 1.
- Wróblewski M., *Wyzwanie biomedycyzacji. Socjologia medycyny oraz socjologia zdrowia i choroby „podszycie” teorii aktora-sieci*, „Przegląd Kulturoznawczy” 2013, nr 1(15).
- Zierkiewicz E., *Patografia jako zjawisko kulturowe i jako narzędzie nadawania znaczeń chorobie przez współczesnych pacjentów*, „Teraźniejszość – Człowiek – Edukacja: kwartalnik myśli społeczno-pedagogicznej” 2012, nr 1(57).

Streszczenie

Spośród licznych obowiązków nałożonych na jednostkę przez państwowszczepienia stanowią szczególnie interesujący obszar badań ze względu na ścisły związek z biologicznymi aspektami życia jednostki. Medyczne przesłanki obowiązku szczepień – związane z ochroną zdrowia publicznego – nie budzą wątpliwości co do zasadności ich istnienia w prawie jako zobowiązania do poddania się iniekcji. Artykuł podejmuje analizę procesu umacniania w świadomości społecznej normy szczepień oraz społecznego poparcia dla jej umocowania prawnego. Przeanalizowano wpływ biopolityki i medycyzacji na kształtowanie obowiązkowych szczepień, ukazując, w jaki sposób prawo, jako narzędzie socjotechniczne, wzmacnia społeczną i prawną akceptację dla szczepień, opierając się na autorytecie wiedzy medycznej oraz praktykach zdrowotnych. W artykule podjęto także refleksję nad potencjalnym zaostrzeniem przepisów w tym zakresie, uwzględniając obecny kształt regulacji.

Słowa kluczowe: obowiązek szczepień, norma prawna szczepień, norma społeczna szczepień, biopolityka, medycyzacja

SOCIAL AND LEGAL NORMS OF VACCINATION IN THE CONTEXT OF BIOPOLITICAL PROCESSES, MEDICALIZATION, AND LAW AS SOCIAL ENGINEERING

Summary

Among the numerous duties imposed on individuals by the state, vaccinations constitute a particularly intriguing area of study due to their close connection with the biological aspects of individual life. The medical rationale behind the vaccination duty – related to public health protection – raises little doubt regarding its legitimacy in law as an obligation to undergo injection. This article analyzes the process of strengthening the social norm of vaccination within public consciousness, as well as the societal support for its legal enforcement. The influence of biopolitics and medicalization on the shaping of mandatory vaccinations is examined, showing how law, as a tool of social engineering, reinforces social and legal acceptance of vaccinations, relying on the authority of medical knowledge and health practices. The article also reflects on the potential tightening of regulations in this area, taking into account the current framework of legislation.

Keywords: vaccination duty, legal norm of vaccination, social norm of vaccination, biopolitics, medicalization