

Aksjologia zdrowia: między pułapką optymalizacji a etyką wystarczalności w świetle książki *Bad Influence* Deborah Cohen



AUTOR

Fundacja Dobre Państwo

STRESZCZENIE / ABSTRACT

Tekst analizuje filozoficzne i etyczne aspekty definiowania zdrowia, przeciwstawiając model statystycznej optymalizacji koncepcji zdolności adaptacyjnych. Autor odwołuje się do normatywności Canguilhema oraz capability approach Sena i Nussbaum, argumentując, że zdrowie nie powinno być rozumiane jako stan pełnego dobrostanu (według WHO), lecz jako elastyczność organizmu w radzeniu sobie z niedoskonałościami. W artykule podkreślono napięcie między autonomią jednostki a paternalizmem systemowym oraz rolę sprawiedliwości społecznej w dostępie do zasobów zdrowotnych. Zdrowie zostaje przedstawione nie jako cel sam w sobie, lecz jako kluczowy zasób wolności i możliwości, który chroni realną przestrzeń życiową człowieka przed ograniczeniami biologicznymi i systemowymi.

The text analyzes the philosophical and ethical aspects of defining health, contrasting the model of statistical optimization with the concept of adaptive capacities. The author refers to Canguilhem's normativity and the capability approach of Sen and Nussbaum, arguing that health should not be understood as a state of complete well-being (according to the WHO), but as the organism's flexibility in dealing with imperfections. The article emphasizes the tension between individual autonomy and systemic paternalism, as well as the role of social justice in access to health resources. Health is presented not as an end in itself, but as a key resource for freedom and opportunity that protects a person's real living space from biological and systemic constraints.

Artykuł stanowi krytyczną analizę współczesnego paradygmatu zdrowia, który pod wpływem technologii i rynku przesunął się z leczenia chorób w stronę nieskończonej biologicznej optymalizacji. Autor stawia tezę, że medycyna nie powinna dążyć do osiągnięcia teoretycznego ideału wydajności organizmu (perfekcjonizmu), lecz skupić się na aksjologii wystarczalności. Zdrowie zostaje tu zdefiniowane nie jako statystyczna norma czy brak defektów, lecz jako zasób wolności i zdolność adaptacji, która ma umożliwić człowiekowi realizację wartości pozamedycznych. Tekst ostrzega przed „kolonizacją życia” przez technologię – procesem, w którym permanentny monitoring i nadrozpoznanawanie zmieniają zdrowych ludzi w wiecznych pacjentów. Proponując model „sprawczości kalibrowanej” oraz przywrócenie domniemania zdrowia, autor argumentuje, że sukcesem nowoczesnej medycyny nie jest maksymalizacja parametrów biologicznych, lecz przywrócenie ciała jego „przezroczystości”, tak aby człowiek mógł przestać myśleć o swojej biologii i po prostu żyć.

SŁOWA KLUCZOWE

aksjologia zdrowia

etyka wystarczalności

pułapka optymalizacji

capability approach

sufficientarianism

relational autonomy

quantified self

normatywność Canguilhema

bioetyka cyfrowa

domniemanie zdrowia

nierówności biologiczne

geroprotekcja

asymetria podatności

imperatyw odpowiedzialności Hansa Jonasa

medycyna prosumencka

Zdrowie jako zasób wolności i zdolność adaptacji

Aksjologia zdrowia – między dobrostanem, wolnością, sprawiedliwością a granicą optymalizacji

Dotychczasowy wywód prowadził od technologii do instytucji, od nich do sprawczości, a wreszcie do problemu granic odpowiedzialności. Na tym etapie analiza wymaga jednak głębszej warstwy, gdyż żaden system medyczny, algorytm czy procedura regulacyjna nie są neutralne aksjologicznie. Zawsze zakładają one odpowiedź na pytanie o to, co właściwie należy chronić, maksymalizować, rozdzielać, tolerować bądź ograniczać. Zdrowie może być traktowane jako dobro samoistne, środek do realizacji innych wartości, element sprawiedliwości społecznej, warunek autonomii lub przedmiot indywidualnej odpowiedzialności. Każda z tych interpretacji determinuje inną politykę, inną medycynę i inny model człowieka.

Aksjologia zdrowia nie może być sprowadzona do prostego przeciwstawienia „zdrowe–niezdrowe”. Jej właściwą strukturą jest architektura wartości pozostających w napięciu. Autonomia może kolidować z bezpieczeństwem, sprawiedliwość z efektywnością, dobroczynność z prawem do odmowy, a innowacja z ostrożnością czy długowieczność z jakością życia.

Prewencja ściera się tu z prawem do niebycia pacjentem, a wiedza z prawem do niewiedzy. To właśnie te konflikty, a nie jednoznaczne hierarchie, stanowią materię współczesnej bioetyki. Klasyczny principlism Beauchampa i Childressa porządkuje tę dziedzinę wokół czterech zasad: szacunku dla autonomii, dobroczynności, nieszkodzenia i sprawiedliwości. Siła tego podejścia nie polega na automatycznym rozwiązywaniu sporów, lecz na zmuszeniu do ujawnienia konkurujących racji moralnych w konkretnym przypadku. W kontekście analizowanego ekosystemu zdrowia kluczowa staje się właśnie ich wzajemna kolizyjność. System wellness może powoływać się na autonomię konsumenta, jednocześnie naruszając zasadę nieszkodzenia poprzez nieuzasadnione testowanie. Państwo może chronić obywatela przed ryzykiem, lecz ograniczać jego autonomię paternalistycznym zakazem. Płatnik zaś może maksymalizować efektywność, pogłębiając tym samym nierówności w dostępie do świadczeń.

Pierwszy poziom aksjologii dotyczy wartości zdrowia samego w sobie. W tradycyjnym modelu rozumiano je jako stan poprawnego funkcjonowania organizmu. Canguilhem podważa jednak możliwość prostego utożsamienia zdrowia z normalnością statystyczną. Jego analiza dowodzi, że „normalne” może oznaczać zarówno to, co częste, jak i to, co pożądane – a przejście między tymi znaczeniami zawiera już ukryty sąd wartościujący. Właśnie dlatego nie istnieje czysto laboratoryjna Aksjologia zdrowia.

Wybór progu interwencji, zakresu referencyjnego czy definicji ryzyka jest zawsze w części wyborem normatywnym. Canguilhemowska normatywność pozwala odejść od perfekcjonizmu biologicznego: zdrowie nie musi oznaczać optymalizacji każdej mierzalnej funkcji, lecz zdolność organizmu do tworzenia nowych norm działania, adaptacji, kompensacji i funkcjonowania w zmiennym środowisku. Model ten jest szczególnie istotny w epoce quantified self, gdyż chroni przed przekształceniem biologicznej zmienności w katalog defektów. Jeśli zdrowie jest elastycznością, nie każda fluktuacja wymaga korekty – część zmienności jest znakiem życia. Stoi to w sprzeczności z klasyczną definicją WHO, wedle której zdrowie jest stanem pełnego dobrostanu fizycznego, psychicznego i społecznego. Krytycy zauważają, że tak ambitny standard czyni niemal każdego człowieka pacjentem przez znaczną część życia, gdyż „pełny dobrostan” pozostaje celem nieosiągalnym.

Huber i współautorzy proponowali przesunięcie akcentu na zdolność adaptowania się i samodzielnego zarządzania wyzwaniami fizycznymi, psychicznymi i społecznymi. Z perspektywy

aksjologicznej zmiana ta jest fundamentalna: zdrowie przestaje być stanem doskonałości, a staje się zdolnością podmiotu do życia pomimo niedoskonałości. Nie można jednak bezkrytycznie utożsamiać zdrowia z samą adaptacją. W niesprawiedliwym społeczeństwie wymaganie od jednostki „adaptacji” do złych warunków może przenosić odpowiedzialność z instytucji na człowieka. Krytycy dynamicznej definicji podkreślają, że możliwości adaptacyjne są ograniczone przez determinanty społeczne, na które jednostka nie ma wpływu. Fakt, że człowiek potrafi radzić sobie z ubóstwem czy zanieczyszczeniem środowiska, nie zwalnia społeczeństwa z obowiązku usuwania tych przyczyn.

W tym miejscu do architektury aksjologicznej wchodzi sprawiedliwość. Norman Daniels, rozwijając Rawlowską teorię sprawiedliwości w obszarze ochrony zdrowia, argumentuje, że zdrowie ma szczególną wagę moralną, ponieważ chroni zakres możliwości dostępnych człowiekowi. Choroba ogranicza nie tylko dobrostan, ale i zdolność do pracy, uczestnictwa społecznego, edukacji czy realizacji planów życiowych. Zdrowie staje się zatem wartością nie tylko dlatego, że pozwala „dobrze się czuć”, lecz ponieważ wpływa na realną przestrzeń wolności. To zbliża Daniela do capability approach Sena i Nussbaum.

W tym ujęciu kluczowe jest pytanie nie o to, jakie dobra człowiek formalnie posiada, lecz co faktycznie może dzięki nim zrobić. Ten sam dostęp do informacji nie tworzy bowiem takiej samej możliwości działania u osób różniących się dochodem, wykształceniem, miejscem zamieszkania, sprawnością czy kompetencjami cyfrowymi.

Zdrowie jako zasób do życia, a nie cel sam w sobie

Analizy capability approach w ochronie zdrowia podkreślają potrzebę uwzględniania nie tylko osiągniętego funkcjonowania, lecz także zasobów, czynników konwersji i sprawczości. Na tym poziomie wartość zdrowia zostaje wpisana w szerszy projekt dobrego życia. Zdrowie nie jest jedynym dobrem; stanowi raczej jeden z warunków pozwalających człowiekowi realizować pozostałe wartości. To rozróżnienie ma zasadnicze znaczenie dla problemu optymalizacji, gdyż gdyby zdrowie stało się wartością absolutną, wszystkie inne dobra mogłyby zostać mu podporządkowane.

Człowiek mógłby wówczas zrezygnować z przyjemności, relacji, podróży, spontaniczności czy części wolności tylko po to, by maksymalizować prawdopodobieństwo długowieczności. Capability approach przypomina jednak, że sens zdrowia polega właśnie na poszerzaniu możliwości życia, a nie na kolonizowaniu życia przez projekt zdrowotny. Stąd wynika aksjologiczna zasada, którą można nazwać instrumentalnym pierwszeństwem zdrowia bez jego absolutyzacji. Zdrowie ma wysoką wartość, ponieważ umożliwia realizację wielu innych wartości, ale nie posiada

nieskończonej wartości krańcowej. Człowiek może racjonalnie uznać, że niewielka dodatkowa redukcja ryzyka nie jest warta ogromnego kosztu psychicznego, ekonomicznego albo utraty autonomii. Właśnie dlatego decyzje dotyczące końca życia, intensywności leczenia czy prewencji nie mogą być rozstrzygane wyłącznie przez pryzmat maksymalizacji biologicznego przeżycia.

Tę granicę dobrze obrazuje konflikt pomiędzy sufficientarianism a perfekcjonizmem. Perfekcjonistyczna medycyna dążyłaby do maksymalizowania zdrowia tak długo, jak istnieje jakakolwiek możliwość poprawy dowolnego parametru. Sufficientarianizm pyta natomiast, czy człowiek przekroczył wystarczający próg umożliwiający godne i autonomiczne funkcjonowanie. Literatura z zakresu teorii sprawiedliwości w zdrowiu wskazuje sufficientarianism jako jedną z koncepcji dystrybucyjnych konkurencyjnych wobec egalitaryzmu i luck egalitarianism. W kontekście całego artykułu sufficientarianism posiada niezwykle wartość, gdyż dostarcza filozoficznego narzędzia do obrony "wystarczająco dobrego zdrowia". Nie oznacza ono przeciętności ani rezygnacji z leczenia, lecz możliwość uznania, że po osiągnięciu odpowiedniego poziomu funkcjonowania kolejne jednostki poprawy biologicznej mają malejącą wartość moralną. Człowiek nie musi posiadać idealnej glikemii, maksymalnego VO₂max, najwyższego poziomu energii i minimalnego ryzyka każdej choroby, aby jego życie było aksjologicznie pełne.

To podejście zderza się bezpośrednio z logiką rynku optymalizacji, który nie operuje pojęciem wystarczalności. Ekonomicznie korzystniejszy jest ideał nieskończonej poprawy: zawsze można spać lepiej, ważyć mniej, mieć niższy wiek biologiczny, wyższą wydolność i bardziej "optymalny" profil hormonalny. Jeśli brak optimum zostanie zdefiniowany jako problem, nie istnieje naturalny moment zakończenia konsumpcji. W tym sensie aksjologia wystarczalności może pełnić funkcję antidotum na medyczny perfekcjonizm. Pozwala stwierdzić, że medycyna ma obowiązek leczyć cierpienie, przywracać funkcje i zapobiegać istotnym szkodom, ale nie ma obowiązku zapewniać maksymalnej biologicznej wydajności każdemu człowiekowi.

Nie oznacza to jednak, że sama wystarczalność rozwiąże problem sprawiedliwości. Jeśli próg zostanie ustawiony zbyt nisko, można usprawiedliwić rażące nierówności ponad minimum. Rawlsowski i danielsowski nacisk na fair equality of opportunity przypomina, że zdrowie jest powiązane z realną zdolnością korzystania z szans życiowych, a nierówności wynikające ze społecznie kontrolowanych determinantów mogą być niesprawiedliwe właśnie dlatego, że ograniczają tę zdolność. W tej perspektywie nie wystarczy stwierdzić, że każdy obywatel ma "minimalny dostęp" do systemu. Należy pytać, czy różnice regionalne, ekonomiczne i edukacyjne nie powodują systematycznie różnego zakresu rzeczywistych możliwości zdrowotnych. Właśnie dlatego cyfrowa równość dostępu do IKP nie neutralizuje nierówności w zdolności wykorzystania

danych. Capability approach pozwala zauważyć, że równość zasobu nie oznacza równości sprawczości.

Autonomia relacyjna i etyka odpowiedzialności w medycynie

Drugim podstawowym wymiarem aksjologii jest autonomia. W klasycznej bioetyce jej znaczenie ukształtowało się częściowo jako sprzeciw wobec paternalizmu. Jednak indywidualistyczna wizja autonomii, oparta na obrazie całkowicie niezależnego podmiotu, została później zakwestionowana przez etykę feministyczną oraz ethics of care. Relational autonomy podkreśla, że decyzje człowieka zawsze zapadają w sieci relacji, zależności oraz struktur społecznych i ekonomicznych. Ma to kluczowe znaczenie dla medycyny prosumenckiej: konsument może formalnie swobodnie zakupić badanie, suplement czy konsultację, jednak jego pragnienie bywa kształtowane przez reklamę, algorytm, presję estetyczną lub lęk.

Autonomia relacyjna nie oznacza, że decyzja przestaje być „jego”. Wskazuje raczej, że ocena autonomii wymaga analizy warunków, w których powstała dana preferencja. Prowadzi to do napięcia pomiędzy autonomią a opieką. Ethics of care krytykuje idealizację niezależności, przypominając, że człowiek jest konstytutywnie zależny od innych na różnych etapach życia. Pacjent często potrzebuje wsparcia i interpretacji, a nie jedynie formalnej zgody. Autonomia nie znika w tym ujęciu; zostaje osadzona w strukturze troski, co nabiera szczególnego znaczenia w epoce AI.

System może dostarczyć poprawną informację, ale nie ponosi odpowiedzialności w taki sposób jak profesjonalista i nie uczestniczy w relacji moralnej na tych samych zasadach. Etyka opieki przypomina, że medycyna nie jest wyłącznie transferem danych czy optymalizacją decyzji, lecz praktyką wobec istoty podatnej na cierpienie i zależność. To właśnie pojęcie vulnerability powinno zostać włączone do architektury aksjologicznej jako osobna wartość. Współczesna bioetyka zauważa, że podatność na krzywdę nie jest jedynie cechą „specjalnych grup”, lecz uniwersalnym składnikiem ludzkiej kondycji, choć jej formy i intensywność różnią się społecznie. Człowiek chory staje się szczególnie podatny na wpływ, gdyż niepewność, lęk i zależność od wiedzy innych obniżają jego zdolność do obrony przed manipulacją.

Właśnie dlatego rynek zdrowia nie może być regulowany tak samo jak rynek dóbr estetycznych. Konsument wybierający kolor butów i człowiek podejrzewający u siebie raka formalnie zawierają umowę jako osoby dorosłe, lecz ich pozycja psychologiczna wobec perswazji jest radykalnie różna.

Aksjologia ochrony zdrowia musi uwzględniać asymetrię podatności, nie traktując jej jednak jako pretekstu do odbierania ludziom sprawstwa. Tutaj pojawia się klasyczny konflikt pomiędzy paternalizmem twardym a miękkim. Twardy paternalizm ogranicza wybór kompetentnej osoby dla jej własnego dobra. Miękki dopuszcza interwencję przede wszystkim wtedy, gdy decyzja nie jest w pełni dobrowolna, poinformowana lub powstaje pod wpływem poważnego błędu. W medycynie cyfrowej to właśnie miękki paternalizm może uzasadniać obowiązkowy disclosure, ograniczanie dark patterns czy wymóg dodatkowego potwierdzenia przed decyzją wysokiego ryzyka. Nie chodzi o zakazanie ryzykownych wyborów, lecz o upewnienie się, że wybór rzeczywiście należy do pacjenta.

Ochrona autonomii i ograniczenie manipulacji nie są wartościami przeciwstawnymi; ta druga może być warunkiem pierwszej. Kolejną osią są zasady dobroczynności i nieszkodzenia. Choć mogą wydawać się banalne, w nowoczesnej medycynie konflikt między nimi staje się coraz bardziej złożony. Intensywne testowanie pozwala wykryć chorobę wcześniej, ale jednocześnie generuje ryzyko nadrozpoznania.

Leki z grupy GLP-1 mogą znacząco zmniejszać ryzyko w określonej populacji, lecz nie będą proporcjonalną interwencją u osoby bez wskazań. Rapamycyna może posiadać wiarygodny mechanizm geroprotekcyjny i nadal nie mieć wystarczającego bilansu dowodów do rutynowego stosowania u zdrowych. *Primum non nocere* nie oznacza zatem całkowitego zakazu ryzyka, gdyż każda skuteczna medycyna niesie ze sobą koszt i potencjalną szkodę. Nieszkodzenie wymaga proporcjonalności, a nie absolutnej sterylności działania: im mniejsza oczekiwana korzyść, tym niższe ryzyko szkody możemy moralnie zaakceptować. Dlatego *threshold of evidence* powinien rosnać w miarę przejścia od leczenia choroby ku *enhancement* zdrowej osoby. Mechanizm ten można opisać jako aksjologiczną asymetrię profilaktyki.

Lecząc ciężką chorobę, podejmujemy ryzyko, aby usunąć istniejącą szkodę. Interweniując u zdrowego człowieka, możemy stworzyć szkodę tam, gdzie wcześniej jej nie było. Nie oznacza to zakazu prewencji, lecz wyższy obowiązek dowodowy. Prowadzi to do zasady ostrożności, która znajduje swój filozoficzny odpowiednik w etyce odpowiedzialności Hansa Jonasa. Jonas argumentował, że technologiczna moc współczesnego człowieka stworzyła nową skalę odpowiedzialności, obejmującą konsekwencje dla przyszłych pokoleń i warunków dalszego ludzkiego życia. W medycynie jego intuicja jest szczególnie cenna tam, gdzie technologia ma szeroki zasięg, efekt jest trudno odwracalny, a pełna wiedza o konsekwencjach jeszcze nie istnieje. Jonasowski imperatyw odpowiedzialności nie powinien jednak prowadzić do generalnego konserwatyzmu technologicznego, gdyż zaniechanie również niesie konsekwencje – niewprowadzenie skutecznej terapii może kosztować życie.

Właściwą interpretacją jest zatem odpowiedzialność symetryczna za działanie i zaniechanie. Aksjologia innowacji nie może zakładać, że status quo jest moralnie neutralne. Jest to kluczowe w dyskusji o AI: nadmierna ostrożność może opóźnić wdrożenie narzędzi poprawiających diagnostykę, podczas gdy zbyt szybkie wprowadzenie technologii może zwiększyć skalę błędów. Wartością nie jest więc ani sama innowacja, ani samo bezpieczeństwo, lecz odpowiedzialne zarządzanie niepewnością. Kolejna oś dotyczy sprawiedliwości międzypokoleniowej.

Ryzyko powstania nowych nierówności biologicznych

Longevity medicine może w przyszłości zmienić strukturę demograficzną i wydłużyć okres aktywności człowieka, jednak dostęp do tych technologii może okazać się nierówny. Jeśli jedna grupa społeczna będzie mogła wykupić dodatkowe lata sprawnego życia, podczas gdy inni nadal będą je tracić przez choroby możliwe do zapobieżenia, powstanie nowa forma nierówności biologicznej. Aksjologia zdrowia musi zatem pytać nie tylko o to, czy potrafimy wydłużyć życie, lecz komu, za jaką cenę i kosztem czego.

Konflikt między prywatną optymalizacją a sprawiedliwością zasobów

Rawlowska intuicja sprawiedliwości nakazuje skupić się na pozycji najsłabiej sytuowanych. Norman Daniels przenosi tę logikę na grunt zdrowia, wskazując, że ograniczenia zdrowotne realnie zawężają zakres szans życiowych. Z tej perspektywy przeznaczanie ogromnych zasobów na marginalne wydłużenie healthspan osób najbardziej uprzywilejowanych jest trudniejsze do uzasadnienia niż inwestycje w interwencje niwelujące podstawowe nierówności zdrowotne. Nie oznacza to jednak, że prywatne wydatki powinny zostać całkowicie podporządkowane egalitaryzmowi; aksjologia liberalnego społeczeństwa pozostawia obywatelowi szeroką przestrzeń do dysponowania własnymi środkami. Problem pojawia się w momencie, gdy prywatna optymalizacja zaczyna konsumować ograniczone zasoby publiczne, deficytowy personel lub wpływa na normy społeczne, zwiększając presję wobec innych. Sprawiedliwość wymaga zatem wyraźnego rozróżnienia pomiędzy wolnością prywatnej innowacji i publiczną odpowiedzialnością za jej skutki zewnętrzne. To klasyczny język ekonomii zewnętrzności, lecz jego znaczenie aksjologiczne jest znacznie szersze: decyzja jednostki może być prywatna, ale koszty diagnostyczne, środowiskowe, epidemiologiczne czy systemowe mogą zostać uspołecznione. W tym punkcie architektura aksjologiczna spotyka się z filozofią odpowiedzialności.

Liberalna autonomia nie może być rozumiana jako prawo do dowolnego przerzucania kosztów na innych. Analogicznie – solidarność nie może oznaczać całkowitego podporządkowania jednostki kolektywnemu rachunkowi efektywności. System zdrowia pozostaje zatem obszarem permanentnego napięcia między indywidualnym roszczeniem a wspólną pulą zasobów. Norman Daniels proponuje w tym kontekście ideę **accountability for reasonableness**: skoro nie wszystkie potrzeby mogą zostać zaspokojone, decyzje o limitach powinny zapadać w procesie przejrzystym, relewantnym, możliwym do zakwestionowania i egzekwowalnym. Jest to kluczowe z punktu widzenia aksjologii, gdyż w warunkach trwałego pluralizmu wartości nie zawsze da się osiągnąć konsensus co do jednej „prawidłowej” dystrybucji. Można natomiast wymagać sprawiedliwości procedury. Takie podejście przesuwając ciężar uwagi z samego wyniku na legitymację procesu. Jeśli państwo nie refunduje danej terapii, obywatel powinien mieć jasność, jakie kryteria zastosowano, jakie dowody oceniono i czy decyzję można zrewidować. Sprawiedliwość proceduralna staje się szczególnie istotna wtedy, gdy żadna teoria moralna nie dostarcza jednoznacznej hierarchii konkurujących potrzeb. Kolejną wartością wymagającą rehabilitacji jest godność.

Godność i system wzajemnego temperowania wartości jako ochrona przed kolonizacją życia

W debacie technologicznej termin ten bywa nadużywany retorycznie, choć może pełnić precyzyjną funkcję. Godność oznacza, że człowiek nie może być traktowany jedynie jako nośnik danych, obiekt optymalizacji, źródło przychodu czy jednostka statystyczna. Jego dobro nie wyczerpuje się w efektywności biologicznej. Tradycja kantowska ujmuje człowieka jako cel sam w sobie, a nie wyłącznie środek. W medycynie cyfrowej zasada ta oznacza, że dane pacjenta nie powinny być traktowane jedynie jako surowiec, a architektura systemu nie może optymalizować zachowań człowieka wyłącznie pod kątem interesu platformy. Nawet skuteczna manipulacja pozostaje moralnie problematyczna, jeśli omija zdolność do refleksyjnego wyboru.

Godność chroni również przed redukcjonizmem biomedycznym. Człowiek nie jest sumą biomarkerów, nawet jeśli te bardzo trafnie przewidują ryzyko. Właśnie dlatego najwyższy poziom predykcji nie daje systemowi prawa do definiowania, jakie życie pacjent powinien uznać za wartościowe. W tym punkcie teoria capability spotyka się z personalizmem, bez konieczności przyjmowania jego metafizyki. W obu ujęciach zdrowie ma sens jako element szerszej ludzkiej zdolności do działania, relacji i samookreślenia. Z tego względu technologia zdrowotna powinna być oceniana nie tylko przez pryzmat poprawy parametrów, ale przez to, czy zwiększa zakres

sensownych możliwości człowieka. Na tej podstawie autor proponuje aksjologiczną zasadę nadrzędną: medycyna jest usprawiedliwiona wtedy, gdy jej interwencje zwiększają ludzką zdolność do życia, nie podporządkowując życia samej medycynie. Jest to synteza myśli Canguilhema, capability approach, relational autonomy oraz etyki odpowiedzialności. Tak sformułowana zasada pozwala rozwiązać część wcześniejszych napięć.

Wearable jest wartościowy, jeśli zwiększa samowiedzę i zdolność działania; staje się problemem, gdy wymusza permanentną samoocenę. Screening jest wartościowy, jeśli realnie zmniejsza chorobowość; staje się problemem, gdy produkuje nadrozpoznanie bez proporcjonalnej korzyści. HRT jest wartościowa, gdy redukuje cierpienie u właściwie dobranej osoby; staje się problemem, gdy naturalne starzenie zostaje zdefiniowane jako niedopuszczalny brak optimum. AI jest wartościowa, gdy zwiększa epistemiczną agency; staje się problemem, gdy w sposób niewidoczny produkuje preferencje. Pojawia się zatem kluczowe rozróżnienie pomiędzy medycyną emancypacyjną i medycyną kolonizującą. Pierwsza przywraca człowiekowi możliwości odebrane przez chorobę. Druga rozszerza swój zakres na coraz większą część normalnego życia, definiując nowe obszary jako wymagające profesjonalnej lub technologicznej korekty. Granica ta nie jest stała.

Aparat słuchowy może być emancypacyjny, podobnie jak chirurgia rekonstrukcyjna czy antykoncepcja, która radykalnie zwiększa sprawczość. Jednocześnie te same technologie mogą uczestniczyć w presji normalizacyjnej. Aksjologia musi więc oceniać funkcję interwencji w konkretnym kontekście, a nie samą kategorię technologii. Tutaj właśnie ujawnia się znaczenie etyki troski. Care ethics przypomina, że człowiek nie jest wyłącznie autonomicznym podmiotem wybierającym ani zbiorem preferencji. Jest również istotą zależną, podatną na słabość, wymagającą obecności, ciągłości i opieki. Medycyna całkowicie zredukowana do cyfrowej samoobsługi mogłaby zwiększyć formalną niezależność, jednocześnie osłabiając realne poczucie bezpieczeństwa i ciągłość relacji. Etyka troski koryguje zatem liberalne rozumienie autonomii, lecz sama wymaga ograniczenia przez tę autonomię, by nie stać się paternalistyczna. Najlepszym modelem nie jest więc prymat jednej wartości, lecz wzajemne temperowanie wartości. Autonomia ogranicza opiekę, aby nie przeobraziła się w kontrolę. Opieka ogranicza autonomię rozumianą zbyt atomistycznie, by nie stała się porzuceniem człowieka. Analogicznie sprawiedliwość temperuje efektywność, a efektywność temperuje nieskończone roszczenia dystrybucyjne. Innowacja temperuje ostrożność, a ostrożność temperuje technologiczną euforię.

Godność temperuje predykcję, a dowody temperują życzeniową koncepcję godności oderwaną od skutków biologicznych. Tę strukturę można opisać jako aksjologiczny system checks and balances. Wcześniej autor proponował epistemiczny konstytucjonalizm, w którym lekarz, pacjent, regulator i algorytm wzajemnie kontrolują własne ograniczenia. Teraz ideę tę można rozszerzyć na wartości:

żadna pojedyncza wartość nie powinna posiadać absolutnej zwierzchności. Absolutyzowanie autonomii może prowadzić do akceptacji manipulacji ukrytej pod pozorem wyboru. Absolutyzowanie bezpieczeństwa skutkuje paternalizmem. Absolutyzowanie dobroczynności sprawia, że lekarz zaczyna decydować za pacjenta. Absolutyzowanie sprawiedliwości egalitarnej może osłabić wolność i innowację. Absolutyzowanie efektywności prowadzi do poświęcenia potrzeb małych grup. Wreszcie absolutyzowanie długowieczności sprawia, że życie staje się instrumentem biologicznego przetrwania.

Aksjologia wystarczalności jako ochrona wolności od medycyny

Dojrzała medycyna wymaga pluralizmu aksjologicznego. Nie chodzi tu o relatywizm, w którym każda wartość jest równoważna, lecz o uznanie, że dobra ludzkie są wielowymiarowe i nie dają się sprowadzić do jednej funkcji celu. Jest to kwestia kluczowa w kontekście AI, gdyż algorytm z natury wymaga funkcji optymalizacyjnej, podczas gdy społeczeństwo nie posiada jednej, uniwersalnej funkcji moralnej. Można optymalizować śmiertelność, koszty, czas oczekiwania, wskaźniki satysfakcji czy liczbę lat życia skorygowanych o jakość (QALY), jednak żadna z tych miar nie wyczerpuje pełni wartości. Problem algorytmicznej medycyny jest zatem w istocie problemem niekompresowalności aksjologii do jednej liczby. Nie oznacza to, że należy zrezygnować z QALY, scoringów czy modeli predykcyjnych – są one niezbędnymi narzędziami. Należy jednak pamiętać, że każde narzędzie pomiarowe jest jedynie projekcją wielowymiarowej rzeczywistości na uproszczoną skalę. Tak jak sleep score nie jest samym snem, tak QALY nie definiuje całego znaczenia życia, a ryzyko względne nie stanowi pełnej decyzji moralnej.

W tym miejscu warto powrócić do koncepcji wellness industrial complex, który autor opisuje jako system monetyzowania niepewności i przekształcania zdrowych konsumentów w trwałych odbiorców interwencji. Choć określenie „drapieżny kompleks” może brzmieć zbyt publicystycznie, jeśli traktować je jako tezę o skoordynowanym zamiarze, to jako diagnoza struktury bodźców aksjologicznych pozostaje niezwykle trafna: rynek naturalnie dąży do wartościowania „więcej, wcześniej i intensywniej”, gdyż każda nowa kategoria niedoskonałości staje się potencjalnym popytem. Regulator, lekarz i społeczeństwo potrzebują zatem wartości, której rynek sam z siebie nie generuje: wystarczalności. Wystarczalność to zdolność do zakończenia procesu optymalizacji w momencie, gdy dalsza interwencja nie zwiększa istotnie możliwości dobrego życia. Może to być najważniejszy aksjologiczny kontrapunkt całego wywodu. Medycyna nie powinna bez końca pytać,

czy człowieka można jeszcze ulepszyć; powinna również umieć stwierdzić: to jest już wystarczająco dobre, abyś mógł wrócić do życia poza medycyną.

Zdrowie w takim ujęciu staje się wartością paradoksalną. Realizuje się najpełniej nie wtedy, gdy człowiek nieustannie o nim myśli, lecz gdy pozwala mu przestać o nim myśleć. Człowiek zdrowy w sensie egzystencjalnym korzysta z ciała bez konieczności jego ciągłego audytu; biologiczność staje się tłem działania, a nie centralnym projektem zarządczym. W tym punkcie aksjologia Canguilhema spotyka się z fenomenologią.

Ciało doświadczane jako zdrowe jest dla świadomości „przezroczyste” – funkcjonuje bez potrzeby permanentnego skupienia na jego procesach. Choroba przerywa tę przezroczystość, czyniąc ciało problemem. Paradoks permanentnego self-trackingu polega na tym, że może on problematyzować ciało jeszcze przed pojawieniem się choroby, utrzymując świadomość w stanie nieustannego monitorowania. Jeśli medycyna ma służyć wolności, nie może czynić człowieka więźniem własnej biomedycznej samoświadomości. Jej sukcesem powinno być czasem właśnie przywrócenie możliwości zapomnienia o biologii.

Pozwala to sformułować hierarchię aksjologiczną odmienną od rynkowej logiki optymalizacji. Pierwszeństwo powinno mieć redukcja istotnego cierpienia i zapobieganie poważnej szkodzi, następnie przywracanie funkcji i zdolności działania, a potem zwiększanie bezpieczeństwa oraz realnej autonomii. Dopiero na końcu znajduje się poprawianie parametrów, które nie mają jasnego przełożenia na jakość życia. Nie jest to lista absolutnych nakazów, lecz porządek ciężaru uzasadnienia: im bardziej oddalamy się od leczenia szkody w stronę enhancementu, tym silniejszych argumentów wymagamy dla interwencji. Strukturę tę można nazwać aksjologią proporcjonalnej medykalizacji. Intensywność ingerencji powinna być proporcjonalna do skali cierpienia, ryzyka, utraty funkcji i dowiedzionych korzyści. Oznacza to sprzeciw zarówno wobec niedoleczania, jak i nadmiernej patologizacji.

W tym modelu człowiek ma prawo do leczenia, ale także do zdrowia bez ciągłego leczenia; prawo do informacji, lecz również do rozsądnie wybranej niewiedzy; prawo do innowacji, ale nie obowiązek jej stosowania; prawo do długowieczności jako celu, ale i prawo do innej hierarchii dobrego życia. Architektura aksjologiczna medycyny przyszłości musi być zatem otwarta na pluralizm koncepcji dobra, pozostając jednocześnie opartą na twardych ograniczeniach chroniących przed krzywdą, manipulacją i niesprawiedliwością. Liberalna autonomia wyznacza przestrzeń różnicowania celów, zasada nieszkodzenia określa granice eksperymentu, a sprawiedliwość pilnuje dystrybucji możliwości. Care ethics przypomina o zależności, capability approach pyta o realne możliwości działania, a Canguilhem chroni zmienność organizmu przed tyranią średniej.

Medycyna jako fundament dla wartości pozamedycznych

Jonas rozszerza odpowiedzialność na długofalowe konsekwencje technologii. Te teorie nie składają się w jedną, harmonijną doktrynę – i właśnie dlatego są użyteczne. Ich zderzenie pozwala dostrzec momenty, w których jedna intuicja moralna staje się niebezpieczna bez przeciwwagi drugiej. Autonomia bez opieki może stać się porzuceniem, a opieka bez autonomii – paternalizmem. Sprawiedliwość bez efektywności staje się niewykonalnym roszczeniem, podczas gdy efektywność bez sprawiedliwości prowadzi do społecznego darwinizmu. Ostrożność bez innowacji oznacza stagnację, lecz innowacja bez ostrożności jest eksperymentem na społeczeństwie. Zdrowie bez wystarczalności staje się obsesją, natomiast wystarczalność bez ambicji może usprawiedliwiać niedoleczanie.

Dojrzałość aksjologiczna nie polega więc na odnalezieniu jednej zasady nadrzędnej, lecz na zdolności do utrzymywania proporcji między wartościami. To właśnie jest być może ostateczne znaczenie sprawczości kalibrowanej: człowiek nie tylko kalibruje własną pewność względem dowodu, ale również kalibruje wagę zdrowia wobec innych dóbr życia. Potrafi uznać chorobę za ważny problem, lecz nie pozwala, by całkowicie zdefiniowała ona jego tożsamość. Korzysta z prewencji, ale nie zmienia całej egzystencji w projekt unikania śmierci. Używa technologii, zachowując jednocześnie prawo do ich wyłączenia.

Architektura aksjologiczna tekstu prowadzi zatem do najważniejszej tezy: celem medycyny nie powinien być człowiek maksymalnie zoptymalizowany, lecz człowiek posiadający dostatecznie zdrowia i wolności, aby móc realizować wartości, które nie są już medyczne. Zdrowie jest wtedy fundamentem, nie religią; środkiem, a nie całym sensem; dobrem podstawowym, lecz nie absolutnym. Dopiero z tej perspektywy można właściwie domknąć paradoks zawarty w tytule całego wywodu.

Domniemanie zdrowia jako ochrona przed kolonizacją życia

Człowiek nie powinien być uznawany za "chorego, dopóki nie udowodni zdrowia", gdyż taki porządek aksjologiczny czyni medycynę domyślnym właścicielem całej biologicznej niepewności. W wolnym społeczeństwie domniemanie powinno iść w przeciwnym kierunku: biologiczna zmienność należy do człowieka, a medycyna musi mieć proporcjonalny powód, by przekształcić ją

w problem wymagający interwencji. Nie każda odmienność jest defektem, nie każde ryzyko chorobą.

Nie każdy biomarker stanowi moralny obowiązek działania i nie każda możliwość poprawy tworzy wskazanie medyczne. Dopiero gdy te granice zostaną utrzymane, innowacja może służyć emancypacji, a nie niekończącej się kolonizacji ludzkiego życia przez medyczny język niedoskonałości. Nadszedł moment, by złożyć w jedną teorię mechanizmy takie jak "Zbieg Zmian", "Słowa rodzące choroby", "Pula Objawów", "Odyseja Diagnostyczna" czy "Pułapka Optymalizacji", a także kwestie GLP-1, hormonów, femtechu, longevity, polskiego e-zdrowia, człowieka algorytmicznego, sprawczości kalibrowanej i aksjologii wystarczającego zdrowia. Celem jest, aby końcowa teza nie była publicystycznym sloganem, lecz logiczną konsekwencją całej zbudowanej architektury naukowej. Autor książki opisuje tu jeden wielki proces przesunięcia cywilizacyjnego: medycyna przestaje być przede wszystkim instytucją uruchamianą przez pojawienie się choroby, a staje się środowiskiem permanentnej interpretacji biologicznego ryzyka.

Zmiana ta nie wynika z pojedynczego odkrycia, sektora gospodarki czy technologii. Jest rezultatem splotu procesów społecznych, ekonomicznych, psychologicznych i technicznych: cyfryzacji informacji, upowszechnienia smartfonów, rozwoju telemedycyny, popularyzacji self-trackingu, rosnącej dostępności badań laboratoryjnych, kryzysów w opiece zdrowotnej, osłabienia profesjonalnego monopolu informacyjnego, ekspansji mediów społecznościowych oraz powstania rynku zdolnego przekształcać biologiczną niepewność w produkt konsumencki. Autor książki ujmując ten proces jako "zbieg zmian", wskazując na przejście od biernego pacjenta do prosumenta, który sam wyszukuje informacje, porównuje rozpoznania, współtworzy narracje zdrowotne i przychodzi do gabinetu z gotowymi hipotezami. Z perspektywy socjologii wiedzy nie jest to wyłącznie demokratyzacja informacji, lecz zmiana sposobu społecznego konstruowania autorytetu. W klasycznej medycynie autorytet wynikał przede wszystkim z pozycji instytucjonalnej, długiego procesu kształcenia i kontroli zawodowej.

Pułapki poznawcze i systemowe nadrozpoznavania

W środowisku cyfrowym do tych kryteriów dołączają widzialność, częstotliwość kontaktu, relacyjność, atrakcyjność narracji i zdolność budowania bliskości parasocjalnej. Autor książki trafnie przeciwstawia probabilistyczny, ostrożny język medycyny opartej na dowodach (EBM) storytellingowi i pewności charakterystycznej dla wielu popularnych przekazów zdrowotnych. Nie należy jednak interpretować tego zestawienia jako wojny między prawdą reprezentowaną przez instytucje a fałszem internetu.

Instytucje również popełniają błędy, a społeczności pacjentów niejednokrotnie ujawniają doświadczenia, których profesjonalny system nie dostrzega. Istotą zmiany jest raczej pluralizacja centrów wytwarzania wiarygodności, która utrudnia obywatelowi odpowiedź na pytanie, komu i w jakiej sprawie powinien zaufać. Psychologia poznawcza wyjaśnia, dlaczego ta pluralizacja nie prowadzi automatycznie do racjonalnego rynku idei. Ludzki umysł nie dokonuje ciągłej metaanalizy konkurencyjnych źródeł; posługuje się raczej heurystykami dostępności, autorytetu, społecznego dowodu słuszności, znajomości oraz spójności narracyjnej. Często powtarzana informacja staje się poznawczo łatwiejsza do przetworzenia, a tę łatwość mylimy z prawdopodobieństwem prawdziwości. Obraz działa szybciej niż abstrakcyjny mianownik, a osobista historia zakotwicza się w pamięci łatwiej niż statystyczny rozkład ryzyka w populacji.

Właśnie dlatego materialna dostępność informacji jest tylko pierwszym etapem emancypacji. Drugim, trudniejszym krokiem musi być kompetencja rozpoznawania jakości dowodu oraz świadomość własnych ograniczeń poznawczych. W tym kontekście "Słowa rodzą choroby" należy rozumieć nie jako metafizyczne twierdzenie o zdolności języka do tworzenia organicznej patologii z niczego, lecz jako opis udokumentowanych mechanizmów, poprzez które oczekiwanie, uwaga, interpretacja i społeczne uczenie się wpływają na realne odczuwanie ciała. Autor przywołuje efekt nocebo, transmisję funkcjonalnych objawów oraz cyfrowe wzmacnianie określonych repertuarów symptomów. Interocepcja, predictive processing i teorie bayesowskie mózgu dostarczają tu mechanistycznego wyjaśnienia: układ nerwowy nie odbiera sygnałów z ciała biernie, lecz interpretuje je w świetle wcześniejszych oczekiwań, nadając im określony stopień znaczenia. Informacja może zatem zmieniać nie tyle samą obecność sygnału, co wagę, jaką ten sygnał otrzymuje w modelu własnego organizmu.

Z socjologicznego punktu widzenia prowadzi to do powstania "Puli Objawów" – społecznie dostępnego repertuaru kategorii pozwalających nazwać własne doświadczenie. Rozwój języka diagnostycznego ma dwojakie znaczenie. Z jednej strony może zmniejszać cierpienie wynikające z wieloletniego braku diagnozy, pomagać osobom wcześniej pominiętym i umożliwiać budowanie wspólnot doświadczenia. Z drugiej – może zwiększać skłonność do klasyfikowania szerokiego zakresu codziennych trudności jako przejawów konkretnego zaburzenia. Teoria medykalizacji Petera Conrada, looping effects Iana Hackinga i koncepcja concept creep pokazują, że kategorie diagnostyczne nie są biernymi etykietami. Wchodzą one do języka społecznego, zmieniają narracje autobiograficzne i wpływają na to, jak ludzie rozpoznają u siebie cechy wcześniej traktowane jako element temperamentu, sytuacji życiowej lub zwykłej zmienności.

Nie oznacza to jednak, że wzrost liczby diagnoz jest automatycznie dowodem nadmiernej medykalizacji. W jednej populacji mogą jednocześnie występować niedodiagnozowanie jednych

grup i nadrozpoznanie innych. To właśnie tutaj niezbędny okazuje się język epidemiologii. Czułość i swoistość nie są moralnymi przeciwieństwami, lecz konkurującymi własnościami systemu klasyfikacyjnego.

Podniesienie czułości może zmniejszyć liczbę przeoczonych przypadków kosztem wzrostu wyników fałszywie dodatnich. Zmiana progu diagnostycznego może otworzyć drzwi osobom realnie cierpiącym, ale jednocześnie objąć interwencją ludzi, u których oczekiwana korzyść z leczenia jest minimalna. Nauka nie uwalnia nas więc od konieczności wyboru progu; pozwala jedynie widzieć cenę tego wyboru. W "Odysei Diagnostycznej" tę samą strukturę problemu ujawniła matematyka Bayesa. Wynik testu nie ma stałego znaczenia – zależy on od populacji i prawdopodobieństwa a priori. Im szerzej badamy osoby o niskim ryzyku konkretnej choroby, tym większe znaczenie zyskują wyniki fałszywie dodatnie, przypadkowe znaleziska i kaskady diagnostyczne. Dlatego różnica między diagnostyką a screeniem nie jest wyłącznie kwestią organizacyjną. Screening interweniuje w populacji bezobjawowej i musi udowodnić, że korzyść z wcześniejszego wykrycia przewyższa szkody związane z fałszywymi alarmami, nadrozpoznaniami i leczeniem zmian, które nigdy nie stałyby się klinicznie istotne. Problem nadrozpoznania wprowadza tu kluczowe filozoficzne rozróżnienie: diagnoza może być biologicznie prawdziwa i klinicznie niepotrzebna. Nie każda wykrywalna anomalia jest chorobą, której wykrycie poprawi życie. To właśnie w tym punkcie epidemiologia spotyka się z myślą Canguilhema.

Pułapka optymalizacji i zamiana mapy na terytorium

Statystyczna odmiennność nie jest jeszcze patologią, a organizm biologiczny nie jest systemem wymagającym idealnej zgodności z jedną normą. Zdrowie można rozumieć raczej jako zdolność do adaptacji, kompensacji i tworzenia nowych norm funkcjonowania, niż jako utrzymywanie wszystkich parametrów w centrum referencyjnego rozkładu. Takie podejście staje się szczególnie istotne w "Pułapce Optymalizacji". Quantified self, ciągły monitoring glukozy, trackery snu, HRV i kompozytowe readiness scores wprowadzają do codzienności cybernetyczną strukturę sprzężenia zwrotnego. Człowiek widzi wynik, porównuje go z celem, modyfikuje zachowanie i ponownie mierzy efekt. W wielu przypadkach jest to skuteczne: feedback może zwiększać aktywność, ułatwiać przestrzeganie zaleceń i pozwalać dostrzegać wcześniej niewidoczne wzorce. Pułapka zaczyna się jednak wtedy, gdy wskaźnik przejmuje funkcję celu, a narzędzie stworzone do wspierania życia zaczyna organizować życie wokół własnych metryk. Prawo Goodharta, teoria kontroli, ekonomia behawioralna i psychologia perfekcjonizmu pozwalają opisać ten proces wspólnym językiem.

Proxy jest użyteczne dopóty, dopóki zachowuje stabilną relację z celem. Gdy zachowanie zaczynamy optymalizować bezpośrednio pod kątem proxy, relacja ta może ulec zniekształceniu. Można poprawiać liczbę kroków, nie zwiększając całokształtu sprawności; spłaszczać krzywą glukozy kosztem jakości żywieniowej; podnosić sleep score kosztem spontaniczności lub redukować masę ciała kosztem siły i dobrostanu.

Problemem nie jest zatem sam pomiar, lecz zamiana mapy na terytorium. Farmakoterapia otyłości ukazała jeszcze trudniejszą wersję tego zjawiska, gdyż mamy tu do czynienia z technologią bezdyskusyjnie skuteczną w prawidłowo dobranych populacjach. Semaglutyd i tirzepatyd obalają prostą, moralistyczną teorię otyłości jako efektu braku silnej woli – ich działanie dowodzi, jak głęboko zachowania żywieniowe zależą od biologicznych układów regulacyjnych. Równocześnie ta skuteczność umożliwia wtórną translację terapii choroby do kultury aspiracyjnej. Im silniejszy lek, tym większa zdolność rynku do przesunięcia społecznego standardu sylwetki i przekształcenia możliwości leczenia w narzędzie konkurowania o pozycję estetyczną.

To samo napięcie ujawniła "Recepta hormonalna". Hormon jest jednocześnie fizjologiczną cząsteczką i kulturowym symbolem młodości, seksualności, energii oraz tożsamości płciowej. Leczenie potwierdzonego hipogonadyzmu albo objawów menopauzy może znacząco poprawić jakość życia. Jednak przejście od replacement ku enhancement zmienia aksjologiczną strukturę decyzji. Gdy celem jest korekta stanu powodującego cierpienie, można zaakceptować określony poziom ryzyka. Jeśli jednak interweniujemy w prawidłowo funkcjonujący organizm, by przesunąć jakąś cechę w stronę pożądanego maksimum, próg dowodowy powinien wzrosnąć. Nie dlatego, że enhancement jest moralnie zakazany, lecz ponieważ mniejsza oczekiwana korzyść zmienia proporcję między dobroczynnością a nieszkodzeniem.

Femtech ujawnił z kolei, że sprawczość nie może być rozumiana wyłącznie jako liczba opcji dostępnych konsumentowi. Relational autonomy, capability approach i feministyczna epistemologia pokazują, że realna autonomia zależy od warunków społecznych, jakości informacji i możliwości skutecznego działania. Aplikacja zwiększa sprawczość wtedy, gdy dostarcza zwalidowanej wiedzy i umożliwia rozsądny wybór. Może ją natomiast zmniejszać, jeśli probabilistyczny wynik przedstawia jako pewność, przenosi odpowiedzialność za błąd na użytkowniczkę lub wykorzystuje intymne dane jako niewidzialne źródło wartości gospodarczej. Cyfrowa emancypacja nie eliminuje zatem asymetrii władzy; może ją jedynie przesunąć z gabinetu lekarskiego na platformę.

Sprawczość kalibrowana jako alternatywa dla paternalizmu i radykalnej samowystarczalności

Medycyna długowieczności (longevity medicine) rozciągnęła tę logikę na całe życie. Geroscience opiera się na solidnych podstawach biologicznych i w przyszłości może przynieść ogromne korzyści, opóźniając wielochorobowość oraz utratę funkcji organizmu. Jednocześnie właśnie dlatego, że operuje na granicy nauki, tworzy szczególnie atrakcyjne pole komercjalizacji hipotez przed ich pełną walidacją.

Hallmarks of Aging stanowią mapę mechanizmów, a nie gotową receptę terapeutyczną; biomarker biologicznego wieku może przewidywać ryzyko, lecz jego poprawa nie jest automatycznie równoważna wydłużeniu życia; z kolei obiecujące działanie rapamycyny czy metforminy nie oznacza jeszcze, że zdrowy człowiek powinien przyjmować je przez dekady. Im wcześniej interweniujemy, zanim pojawi się choroba, tym mniejsza może być bezwzględna korzyść dla pojedynczego pacjenta i tym kluczowe staje się długoterminowe bezpieczeństwo. Polski przypadek pokazuje, że procesy te nie zachodzą w abstrakcyjnej cyberprzestrzeni, lecz są zanurzone w realnej organizacji ochrony zdrowia. Cyfryzacja może radykalnie skrócić czas dostępu do dokumentu, ale nie skraca w tym samym stopniu czasu oczekiwania na jego profesjonalną interpretację.

Właśnie z tej rozbieżności rodzi się silna presja na samodzielne poszukiwanie odpowiedzi. Człowiek nie staje się prosumentem wyłącznie dlatego, że kultura promuje autonomię; dzieje się tak częściowo dlatego, że system instytucjonalny deleguje na niego pracę organizacyjną i poznawczą, której sam nie wykonuje wystarczająco sprawnie. Teoria inverse care law, koncepcja kapitałów Bourdieu oraz capability approach pokazują, że sprawczość zdrowotna pozostaje rozłożona nierówno. Dostęp do internetu jest niemal powszechny, jednak zdolność rozumienia informacji, znalezienia specjalisty, wykupienia szybszej konsultacji, wzięcia wolnego dnia czy uzyskania drugiej opinii zależy od posiadanych zasobów. Nowa nierówność medyczna nie musi więc przyjmować formy prostego podziału na tych, którzy mają lekarza i tych, którzy go nie mają. Może ona przejawiać się jako różnica w szybkości i jakości konwersji informacji w działanie.

Na tym tle figura człowieka algorytmicznego staje się konsekwencją, a nie futurystyczną fantazją. Człowiek nadal dokonuje wyborów, ale jego pole wyboru jest coraz częściej selekcjonowane przez systemy rekomendacyjne, rankingi, interfejsy i predykcje. Teoria nudgingu, bounded rationality oraz automation bias dowodzą, że decyzja nie powstaje niezależnie od architektury środowiska. AI może zwiększać sprawczość (agency), upraszczając wiedzę i pomagając w jej rozumieniu, ale może również zawężać zakres tego, co użytkownik w ogóle uznaje za opcję wartą rozważenia.

Dlatego jako alternatywę dla paternalizmu i radykalnej samowystarczalności zaproponowano koncepcję sprawczości kalibrowanej. Człowiek nie musi samodzielnie rozumieć każdego aspektu medycyny, aby pozostać autonomicznym. Musi natomiast rozumieć komu deleguje, w jakim zakresie i na jakiej podstawie. Dojrzała autonomia obejmuje prawo do delegacji, podobnie jak prawo do sprzeciwu. Wiedza eksperta, doświadczenie pacjenta i możliwości algorytmu powinny uzupełniać się poprzez system wzajemnego korygowania, zamiast walczyć o status pojedynczego epistemicznego suwerena.

Aksjologia wystarczalności i instytucjonalne mechanizmy kalibracji

Architektura aksjologiczna pozwoliła nadać tej konstrukcji normatywne granice. Autonomia, dobroczynność, nieszkodzenie, sprawiedliwość, godność, troska, innowacja i bezpieczeństwo nie układają się w prostą hierarchię; ich znaczenie polega raczej na wzajemnym ograniczaniu własnych patologii. Autonomia bez troski może stać się porzuceniem, troska bez autonomii paternalizmem, innowacja pozbawiona ostrożności eksperymentem na społeczeństwie, a nadmierna ostrożność bez innowacji utrwalaniem niepotrzebnego cierpienia. Zdrowie bez pojęcia wystarczalności może natomiast przejść w projekt biologicznego perfekcjonizmu, w którym człowiek nigdy nie osiąga stanu pozwalającego mu uznać, że jest po prostu dostatecznie zdrowy.

Autor książki postuluje przywrócenie kategorii wystarczalności jako jednej z najważniejszych wartości medycyny przyszłości. Sufficientarianism nie wymaga rezygnacji z ambicji ani zatrzymania postępu; przypomina jedynie, że dobra posiadają malejącą wartość krańcową, a poprawa biologiczna nie jest jedynym dobrem życia. Po osiągnięciu odpowiedniego poziomu zdrowia kolejne jednostki kontroli mogą kosztować więcej wolności, czasu, pieniędzy i uwagi, niż przynoszą realnej korzyści.

Koncepcja „wystarczająco dobrego zdrowia” stanowi aksjologiczny odpowiednik clinical stopping rule. Diagnostyka potrzebuje momentu, w którym dalsze testowanie przestaje być racjonalne. Terapia wymaga punktu, w którym korzyść z intensyfikacji staje się nieproporcjonalna. Człowiek potrzebuje analogicznego momentu w projekcie własnego zdrowia.

Bez reguły zatrzymania optymalizacja staje się procesem nieskończonym. Z ekonomicznego punktu widzenia rynek rzadko będzie skłonny dostarczyć taką regułę samodzielnie. Popyt kończący się po osiągnięciu wystarczalności jest mniej atrakcyjny niż ten wynikający z permanentnego braku optimum. Nie wymaga to jednak przypisywania przedsiębiorstwom spisku – wystarczy analiza

struktury bodźców. Jeżeli przychód rośnie wraz z częstotliwością pomiarów, kolejnymi testami i stałą subskrypcją, firma ma naturalną motywację do rozwijania produktu w kierunku zwiększania zaangażowania użytkownika.

Teoria principal-agent i ekonomia instytucjonalna uczą, że nie trzeba analizować moralnego charakteru przedsiębiorcy, aby przewidywać skutki systemu. Bodźce organizacyjne mogą generować określone zachowania nawet wtedy, gdy uczestnicy osobiście mają dobre intencje. Dlatego odpowiedzialność systemowa polega na projektowaniu instytucji, które sprawiają, że interes ekonomiczny jest możliwie mocno skorelowany z wartością zdrowotną, a nie z samą intensywnością konsumpcji medycyny. Właśnie po to potrzebne są instytucje kalibrujące. HTA, regulacja produktów, post-market surveillance, standardy reklamy, audytowalność algorytmów i możliwość zakwestionowania rekomendacji nie są biurokratycznymi dodatkami do „prawdziwej” innowacji. Są elementami infrastruktury epistemicznej, dzięki której społeczeństwo potrafi odróżniać innowację od nowości. Ich zadaniem nie jest obrona człowieka przed technologią, lecz utrzymywanie proporcji między tempem wdrożenia a tempem zdobywania wiedzy o skutkach. Najbardziej dojrzały model medycyny nie będzie zatem ani czysto profesjonalny, ani konsumencki, ani algorytmiczny.

Będzie on systemem rozproszonej odpowiedzialności i rozproszonej czujności, w którym poszczególni aktorzy kontrolują własne ograniczenia oraz ograniczenia pozostałych. Pacjent wnosi cele, doświadczenie i prawo do decydowania o swoim życiu. Lekarz zapewnia kliniczną interpretację i zawodową odpowiedzialność. Algorytm dostarcza zdolność przetwarzania wielkiej liczby danych. Regulator określa minimalne standardy bezpieczeństwa. Nauka testuje twierdzenia. Instytucje płatnicze oceniają koszt alternatywny, a społeczeństwo politycznie rozstrzyga, jakie wartości chce chronić przy podziale wspólnych zasobów.

Systemowa emergencja medykalizacji i potrzeba ochrony biologicznej nieokreśloności

Tak rozumiany system jest bliższy teorii złożonych układów adaptacyjnych niż klasycznej hierarchii. Medycyna nie posiada jednego centrum sterowania, gdyż informacje i kompetencje są w niej rozproszone. W teorii złożoności zachowanie systemu wynika z interakcji wielu aktorów i sprzężeń zwrotnych, przez co lokalnie racjonalne działania mogą generować globalnie niepożądane rezultaty.

Lekarz zamawia kolejne badanie dla bezpieczeństwa konkretnego pacjenta, pacjent interpretuje dodatkową diagnostykę jako dowód wysokiego zagrożenia, system ponosi koszt kolejnej procedury, a kultura utrwała przekonanie, że odpowiedzialna medycyna zawsze oznacza więcej testowania. Nikt nie musi planować medykalizacji; może ona wyłonić się emergentnie z racjonalnych lokalnych decyzji.

Problem całego analizowanego ekosystemu nie powinien być opisywany językiem spisku. Znacznie bardziej użyteczna jest teoria emergencji instytucjonalnej. Farmaceutyka, platformy, kliniki, pacjenci, lekarze, regulatorzy i influencerzy działają według własnych funkcji celu. Ich działania przecinają się, wytwarzając wynik, którego żaden pojedynczy podmiot nie musiał planować. Wellness industrial complex jest zatem trafniejszą metaforą struktury bodźców niż opisem skoordynowanego centrum władzy.

Podobnie algorytmy nie muszą posiadać „złego zamiaru”, aby zwiększać widzialność treści przesadnych – wystarczy funkcja celu premiująca engagement. Klinika nie musi chcieć nadrozpoznawać, by model wynagradzający liczbę procedur przesuwał zachowania w tym kierunku. Pacjent nie musi cierpieć na irracjonalny lęk, aby przy łatwej dostępności badań wybierać kolejne testy.

W złożonym systemie funkcja celu może mieć większe znaczenie niż deklarowana intencja aktora.

Przyszła etyka zdrowia musi stać się jednocześnie etyką projektowania instytucji. Moralne wezwanie „pacjencie, bądź rozsądny” jest niewystarczające, jeśli środowisko systematycznie premiuje działanie przeciwne. Podobnie nie wystarczy apelować do lekarzy o powściągliwość, gdy struktura płatności premiuje aktywność proceduralną. Dobra instytucja to taka, która czyni zachowanie zgodne z wartością zdrowotną łatwiejszym, a konflikt interesu widocznym. Na tym tle szczególnie ważne staje się prawo do niebycia nieustannie pacjentem. Medycyna tradycyjnie broniła prawa chorego do otrzymania opieki. Medycyna przyszłości może potrzebować również prawa zdrowego człowieka do zachowania biologicznej nieokreśloności, o ile nie istnieją wystarczająco silne przesłanki uzasadniające ingerencję. W społeczeństwie zdolnym zmierzyć niemal wszystko niewykonanie pomiaru przestaje być wyłącznie brakiem technologicznej możliwości; staje się potencjalnie świadomą decyzją aksjologiczną.

Domniemanie zdrowia jako tarcza przed dyktatem danych

Prawo do niewiedzy funkcjonuje już w bioetyce genetycznej, gdyż informacja o predyspozycjach może nieść trwale konsekwencje psychologiczne, rodzinne i społeczne. Ta intuicja powinna zostać rozszerzona na inne obszary biologicznej predykcji. Nie każdy chce znać swój wiek biologiczny, wszystkie warianty ryzyka, przypadkowe znaleziska czy codzienny rozkład glukozy. Brak wiedzy może być nieracjonalny w jednej sytuacji, a w innej – całkowicie rozumny.

Obnaża to słabość prostego hasła: „więcej danych to więcej sprawczości”. Czasem sprawczość polega na uzyskaniu informacji, a czasem na świadomym wyborze, że określona informacja nie poprawi decyzji, lecz zwiększy jedynie ciężar jej noszenia. Filozofia informacji medycznej powinna zatem odróżnić wiedzę umożliwiającą działanie od tej, która zwiększa jedynie obserwowalność biologii.

W ten sposób powracamy do figury człowieka chorego „póki nie udowodnimy zdrowia”. W epoce nieograniczonego pomiaru taki dowód jest logicznie niemożliwy; nie da się bowiem wykluczyć wszystkich możliwych patologii, wariantów ryzyka i przyszłych schorzeń. Im bardziej rozdzielcza technologia, tym większe prawdopodobieństwo znalezienia odstępstwa. Jeśli zdrowie definiujemy jako całkowity brak odchyłeń, cała populacja stanie się zbiorem mniej lub bardziej szczegółowo niedodiagnozowanych pacjentów. Stąd konieczność przywrócenia domniemania zdrowia – nie w naiwnym sensie ignorowania zagrożeń, lecz jako uznanie, że biologiczna odmienność, ryzyko czy wynik poza wybraną normą nie tworzą automatycznie obowiązku interwencji. Ciężar uzasadnienia spoczywa na wykazaniu, że dalsze działanie posiada rozsądny stosunek korzyści do szkód i rzeczywiście zwiększa ludzkie możliwości (capability). Takie domniemanie stanowiłoby epistemiczny odpowiednik zasady proporcjonalności znanej z prawa. Sama możliwość ingerencji nie wystarcza do jej uzasadnienia; niezbędny jest istotny cel, odpowiedni środek oraz korzystna relacja kosztów do efektów.

Medycyna również potrzebuje proporcjonalności, ponieważ jej potencjał technologiczny rośnie szybciej niż naturalne granice tego, co można zmodyfikować. Paradoksalnie, im skuteczniejsza stanie się przyszła medycyna, tym ważniejsze będzie pytanie, kiedy nie powinna używać swojej skuteczności. Słaba technologia sama ogranicza swój zakres; potężna wymaga natomiast ograniczenia aksjologicznego. To jeden z najgłębszych wniosków płynących z historii GLP-1, hormonów, diagnostyki obrazowej i potencjalnych terapii longevity.

Problem etyczny nie pojawia się tylko wtedy, gdy technologia jest oszustwem. Najtrudniejszy moment następuje wtedy, gdy ona działa. Dopiero skuteczne narzędzie może bowiem radykalnie przesuwając normy kulturowe, zakres odpowiedzialności i społeczne oczekiwania wobec człowieka. Antybiotyk zmienił znaczenie infekcji, antykoncepcja – płodności, a GLP-1 – masy ciała.

Przyszłe geroprotektory mogą zmienić znaczenie wieku, a AI – sens profesjonalnej ekspertyzy. W każdym z tych przypadków technologia modyfikuje nie tylko ciało, lecz i kategorię tego, czego społeczeństwo zaczyna od ciała oczekiwać. Medycyna jest zatem również instytucją antropologiczną. Mówi ludziom nie tylko, co mogą zrobić ze swoim organizmem, ale pośrednio wskazuje, jakie formy organizmu są uznawane za wymagające działania. Każdy nowy zakres interwencji może więc przekształcać pojęcie normalności.

Canguilhem pozostaje aktualny w epoce AI. Jego pytanie o normę nie jest jedynie historyczną refleksją z filozofii medycyny, lecz jednym z kluczowych pytań technologicznych naszych czasów. Czy norma pochodzi z rozkładu statystycznego, funkcjonalności, ryzyka, preferencji pacjenta, funkcji celu algorytmu czy modelu biznesowego platformy? W zależności od odpowiedzi ta sama cecha biologiczna może zostać uznana za różnorodność, ryzyko, chorobę albo niewykorzystany potencjał optymalizacyjny. Nie można zbudować neutralnego algorytmu zdrowia, dopóki nie odpowiemy na pytanie, czym zdrowie jest w istocie. Możemy tworzyć modele predykcyjne, lecz wybór tego, co predykować i jaki błąd uznać za bardziej kosztowny, pozostaje kwestią normatywną. Optymalizacja parametrów zawsze zawiera w sobie wizję dobrego życia.

Architektura przyszłej medycyny powinna więc rozpoczynać się od aksjologii, a nie od technologii. Technologia odpowiada na pytanie: co możemy zrobić? Nauka mówi: co prawdopodobnie się stanie, jeśli to zrobimy? Ekonomia pyta: ile to kosztuje i co tracimy, wybierając tę opcję?

Prawo określa, co wolno. Bioetyka i filozofia muszą jednak odpowiedzieć na pytanie kluczowe: dlaczego właściwie mielibyśmy to zrobić? Dopiero synteza tych poziomów tworzy racjonalną decyzję. Bez nauki etyka staje się życzeniowa; bez etyki nauka może służyć optymalizacji celu, którego społeczeństwo nigdy świadomie nie wybrało. Bez ekonomii ignorujemy koszt alternatywny, a bez prawa wartości pozostają jedynie deklaracjami. Z kolei bez psychologii możemy przeceniać realną autonomię człowieka poddawanego presji informacyjnej.

Najbardziej odpowiedzialna medycyna przyszłości będzie więc musiała być interdyscyplinarna nie z dekoracyjnej potrzeby erudycji, lecz dlatego, że sam przedmiot jest interdyscyplinarny. Zdrowie istnieje bowiem jednocześnie jako stan biologiczny, doświadczenie psychologiczne, rola społeczna, dobro ekonomiczne, kategoria prawna, przedmiot polityki publicznej, źródło danych i wartość moralna.

Medycyna jako narzędzie przywracania wolności od biologii

Redukowanie człowieka do jednej z tych warstw prowadzi nieuchronnie do błędu. Biologia bez socjologii nie dostrzeże struktury nierówności, natomiast socjologia pozbawiona biologii może sprowadzić realną patologię do poziomu konstruktu. Ekonomia bez etyki ryzykuje maksymalizację zdrowia statystycznego kosztem mniejszych grup, a etyka bez teorii decyzji może ignorować prawdopodobieństwo. Psychologia bez analizy instytucjonalnej grozi zrzucając winę na jednostkę winy za zachowania produkowane przez system, zaś informatyka bez filozofii może optymalizować proxy, nie rozumiejąc, że nie jest ono celem samym w sobie. Dojrzałość medycyny XXI wieku będzie zatem zależeć od zdolności łączenia tych perspektyw bez redukcji jednej do drugiej. Największym wyzwaniem nie jest więc brak danych, lecz integracja wiedzy heterogenicznej.

Można zatem sformułować główną tezę autora: współczesna medycyna wchodzi w epokę, w której największym zagrożeniem nie będzie wyłącznie niewiedza o chorobie, lecz nadmiar informacji pozbawionych hierarchii znaczenia. Najważniejszą funkcją profesjonalisty, instytucji i przyszłych systemów AI nie będzie zatem samo dostarczanie kolejnych danych, lecz ich właściwa selekcja, kontekstualizacja i kalibracja do potrzeb człowieka.

Nie oznacza to odwrotu od technologii, lecz jej dojrzałe podporządkowanie funkcjom medycyny. Im więcej potrafimy zmierzyć, tym bardziej musimy rozumieć, czego nie warto mierzyć. Im więcej potrafimy wykryć, tym precyzyjniej musimy wiedzieć, czego nie trzeba leczyć. Im silniej potrafimy zmodyfikować ciało, tym poważniej musimy pytać, czy modyfikacja ta zwiększa możliwość dobrego życia. Właśnie dlatego ostatecznym miernikiem postępu nie może być liczba sensorów, recept, diagnoz, markerów ani nawet lat życia. Miernikiem powinno być to, czy dzięki medycynie ludzie zyskują więcej realnych możliwości działania, mniej istotnego cierpienia, większą zdolność adaptacji i większą swobodę prowadzenia życia według wartości, których sami są współautorami. Zdrowie osiąga wówczas pełną wartość nie jako permanentna koncentracja na biologii, lecz jako warunek pozwalający uwagę od niej odwrócić. Dobrze działające serce nie musi być przez człowieka cały dzień obserwowane, dobry sen nie wymaga codziennego udowadniania w aplikacji, a wystarczająco zdrowe ciało nie powinno wymagać nieustannego certyfikowania własnej normalności. Paradoksalnym celem dobrej medycyny jest zatem uczynić siebie mniej potrzebną w świadomości człowieka. Ma przywracać ciało życiu, a nie życie ciału.

Dopiero wtedy domyka się opozycja pomiędzy paternalistycznym pacjentem, prosumentem a człowiekiem algorytmicznym. Dojrzały podmiot nie jest żadnym z nich w czystej postaci. Potrafi czasem zaufać ekspertowi, czasem samodzielnie wyszukać wiedzę, wykorzystać algorytm, a czasem

świadomie wyłączyć urządzenie. Jego sprawczość polega nie na konieczności ciągłego wybierania, lecz na zdolności decydowania, kiedy wybór wymaga jego pełnej uwagi, a kiedy może bezpiecznie wrócić do życia, które nie jest już projektem medycznym. Taki człowiek pozostaje podatny na chorobę, starzenie i śmierć – medycyna nie usuwa jego kondycji biologicznej, ale może sprawić, że ograniczenia tej kondycji nie zabiorą mu więcej wolności, niż jest to konieczne.

W tym miejscu nauka spotyka aksjologię. Nie dlatego, że przestaje obowiązywać, lecz dlatego, że dopiero dobrze rozpoznane fakty pozwalają odpowiedzialnie wybrać wartości, którym technologia ma służyć. Medycyna staje się wtedy nie systemem produkowania nieśmiertelnych organizmów ani aparatem nieustannej korekty, lecz jedną z najważniejszych cywilizacyjnych praktyk ochrony ludzkiej możliwości życia. W świecie, w którym prawie każdą biologiczną różnicę można zmierzyć, a coraz większą ich część zmodyfikować, najtrudniejszym osiągnięciem może okazać się nie kolejna technologia, ale mądrość pozwalająca rozpoznać moment, w którym człowiek jest już wystarczająco zdrowy, aby medycyna mogła zejść z pierwszego planu. To właśnie tam powinien znajdować się kres odysei diagnostycznej, pułapki optymalizacji i permanentnej przedchorobowości: nie w ignorancji, lecz w świadomie uzasadnionej wystarczalności; nie w odrzuceniu nauki, lecz w nauce wystarczająco dojrzałej, aby znać granice własnej interwencji; nie w powrocie do paternalizmu, lecz w sprawczości człowieka, który potrafi korzystać z wiedzy bez przekształcania całego życia w jej nieskończone zastosowanie.

W świecie, w którym niemal każdą biologiczną różnicę można zmierzyć i zmodyfikować, największym wyzwaniem nie będzie kolejna innowacja, lecz mądrość rozpoznania momentu, w którym jesteśmy już wystarczająco zdrowi. Czy potrafimy zaakceptować medycynę, której ostatecznym celem jest uczynienie siebie mniej potrzebną w naszej świadomości? Prawdziwa wolność zaczyna się tam, gdzie kończy się dyktat danych, a ciało przestaje być projektem zarządczym, stając się ponownie tłem dla życia.

Inspiracje

[1]



"Bad Influence" Deborah Cohen

Simon and Schuster | ISBN: 9780861549894

Dr **Deborah Cohen** (ur. 1976) jest brytyjską dziennikarką śledczą, prezenterką radiową i lekarzem z wykształceniem medycznym. Jest profesorem wizytującym w LSE Health w London School of Economics and Political Science. Specjalizując się w polityce zdrowotnej, dezinformacji medycznej oraz powiązaniach opieki zdrowotnej z handlem, Cohen uzyskała tytuł doktora medycyny na Uniwersytecie w Manchesterze, po czym zajęła się dziennikarstwem śledczym. Założyła i kierowała przełomowym działem śledczym w czasopiśmie The BMJ, prowadząc badania o dużym wpływie, które zmieniły wytyczne kliniczne, przepisy dotyczące opieki zdrowotnej i politykę publiczną na całym świecie. Cohen później pełniła funkcję redaktora naukowego w ITV News oraz korespondenta ds. Wielkiej Brytanii i zdrowia w BBC Newsnight, kierując relacjami i reportażami na temat COVID-19 dla BBC Panorama i Channel 4 Dispatches. W swojej pracy krytycznie analizuje wpływ kultury cyfrowej i bodźców komercyjnych na globalne zdrowie publiczne.

Dr. Deborah Cohen (born 1976) is a British investigative journalist, broadcaster, and medically trained physician. She serves as a Visiting Senior Fellow at LSE Health at the London School of Economics and Political Science. Specializing in health policy, medical misinformation, and the intersection of healthcare and commerce, Cohen earned her medical degree from the University of Manchester before transitioning into investigative journalism. She established and directed the groundbreaking investigations unit at The BMJ, leading high-impact inquiries that reshaped clinical guidelines, healthcare regulations, and public policy worldwide. Cohen later served as Science Editor for ITV News and UK and Health Correspondent for BBC Newsnight, spearheading its COVID-19 coverage and reporting for BBC Panorama and Channel 4 Dispatches. Her work critically examines the influence of digital culture and commercial incentives on global public health.

London School of Economics and Political Science

Literatura uzupełniająca

Książki

Książki autora i dzieła przywołane w tekście:



[1] "Last Call at the Hotel Imperial"

Deborah Cohen

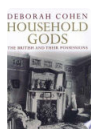
2022 | Random House | ISBN: 9780525511205



[2] "Family Secrets"

Deborah Cohen

2013 | Oxford University Press | ISBN: 9780199985630



[3] "Household Gods"

Deborah Cohen

2006 | Yale University Press | ISBN: 9780300112139



[4] "The War Come Home"

Deborah Cohen

2001 | Univ of California Press | ISBN: 9780520220089



[5] "A Big Fat Crisis"

Deborah Cohen

2013 | Hachette UK | ISBN: 9781568589657



[6] "Lilith's Ark"

Deborah Bodin Cohen

2010 | Jewish Publication Society | ISBN: 9780827610248

Książki autorów przywoływanych i literatura pokrewna:



[7] "The Imperative of Responsibility"

Hans Jonas

University of Chicago Press | ISBN: 9780226405971

Artykuły naukowe

Prace autorów przywoływanych w tekście:

[1] "Spheres of Justice: A Defense of Pluralism and Equality."

Norman Daniels, Michael Walzer

1985 | The Philosophical Review | DOI: 10.2307/2184729

[Źródło](#)

[2] "Just Health Care"

Norman Daniels

1985 | Cambridge University Press eBooks | DOI: 10.1017/cb09780511624971

[Źródło](#)

[3] "Wide Reflective Equilibrium and Theory Acceptance in Ethics"

Norman Daniels

1979 | The Journal of Philosophy | DOI: 10.2307/2025881

[Źródło](#)

[4] "From Chance to Choice"

Allen E. Buchanan, Dan W. Brock, Norman Daniels, Daniel I. Wikler

2000 | Cambridge University Press eBooks | DOI: 10.1017/cb09780511806940

[Źródło](#)

[5] "The Imperative of Responsibility: In Search of an Ethics in the Technological Age"

Millett Granger Morgan, Hans Jonas

1985 | Journal of Policy Analysis and Management | DOI: 10.2307/3324683

[Źródło](#)

[6] "The Imperative of Responsibility: In Search of an Ethics for the Technological Age"

Hans Jonas

1985 | DigitalGeorgetown (Georgetown University Library)

[Źródło](#)

[7] "The Phenomenon of Life: Toward a Philosophical Biology."

Philip Merlan, Hans Jonas

1967 | Philosophy and Phenomenological Research | DOI: 10.2307/2105293

[Źródło](#)

[8] "Philosophical Essays: From Ancient Creed to Technological Man."

Daniel Sommer Robinson, Hans Jonas

1974 | Philosophy and Phenomenological Research | DOI: 10.2307/2106643

[Źródło](#)

[9] "Medicalization and Social Control"

Peter Conrad

1992 | Annual Review of Sociology | DOI: 10.1146/annurev.so.18.080192.001233

[Źródło](#)

[10] "Deviance and Medicalization: From Badness to Sickness"

Nigel Goldie, Peter Conrad, Joseph W. Schneider

1982 | British Journal of Sociology | DOI: 10.2307/589347

[Źródło](#)

[11] "The Shifting Engines of Medicalization"

Peter Conrad

2005 | Journal of Health and Social Behavior | DOI: 10.1177/002214650504600102

[Źródło](#)

[12] "Handbook of medical sociology"

Chloe E. Bird, Peter Conrad, Allen M. Fremont, Stefan Timmermans

1972

[Źródło](#)



Treść tworzy Fundacja Dobre Państwo.

Redaguje i publikuje APA ONE, autorski system redakcyjny Fundacji oparty na AI.

APA ONE Publishing System

Fundacja Dobre Państwo © 2026

Article ID: 8a29eoad-1d3a-466a-907a-d2f7a38826cc