

Tomasz Ferenc*

SZPITAL KLINICZNY JAKO MIEJSCE REALIZOWANIA KORPORACYJNEJ BIOPOLITYKI. KAZUS PROGRAMÓW TESTUJĄCYCH SZCZEPIENIA

Abstrakt. W artykule skoncentrowano się na zjawisku obecności korporacji zajmujących się produkowaniem leków na terenie publicznych szpitali klinicznych. Od strony teoretycznej tekst oparty jest na publikacjach M. Foucaulta (głównie dotyczących reform szpitalnictwa i wyłonienia się kliniki) oraz na uwagach Z. Bauman, diagnozującego upadek idei państwa opiekuńczego. Druga część tekstu opiera się na wywiadach przeprowadzonych z uczestnikiem programu testowania szczepionki oraz z „prowadzącym” jego przypadek lekarzem. W obu przypadkach kluczowe stało się ukazanie wątków biograficznych, które doprowadziły do spotkania chorego z lekarzem w tej szczególnej sytuacji. Zestawiając ze sobą uwagi teoretyków oraz wyniki badań terenowych, ukazano, że współczesne państwo znajdujące się w stanie kryzysu rezygnuje w pewnych obszarach swojej aktywności z prowadzenia działań o charakterze biopolitycznym. Miejsca te przejmowane są przez korporacje o globalnym zasięgu, które wykorzystują struktury instytucji państwowych/publicznych do realizacji własnych celów – korporacyjnych biopolityk, np. prowadzonych na masową skalę programów testowania leków.

Słowa kluczowe: szpital, klinika, biopolityka, programy testowania leków, korporacja, kryzys państwa opiekuńczego.

1. Wstęp

Koncepcja szpitali klinicznych pojawiła się w określonym momencie historii nowoczesnej medycyny. Od samego początku przypisywano im specjalne zadania badawcze. Kolejne transformacje szpitalnej architektury odzwierciedlają proces postępującej medykalizacji, oznaczającej systematyczne kolonizowanie kolejnych obszarów życia społecznego i włączanie ich pod jurysdykcję medycyny (Sokołowska 1986: 224–225). Warto zgodnie z sugestią Michela Foucaulta oraz Swena-Olova Wallensteina, zastanowić się, czy szpitale kliniczne

* Dr hab, Katedra Socjologii Sztuki, Instytut Socjologii, Wydział Ekonomiczno-Socjologiczny, Uniwersytet Łódzki, ul. Rewolucji 1905 r. 41/43, 90-214 Łódź.

wciąż znajdują się w centrum współczesnej biopolityki sterowanej już nie tyle przez instytucje państwowe, co raczej przez koncerny medyczne o globalnym zasięgu i wpływach. Aby przyjrzeć się temu zjawisku nieco bliżej z perspektywy empirycznej, przeprowadzono badanie wśród osób uczestniczących w programie testowania szczepionek w jednym z łódzkich szpitali klinicznych.

2. Kilka uwag na temat architektury szpitali

Swen-Olov Wallenstein dowodzi, że „medykalizacja przestrzeni przyjęła się jako powszechna wartość i stała się jedną z podstawowych cech charakterystycznych biopolitycznej struktury architektury” (Wallenstein 2009: 15). Początek tego procesu wiąże się z upadkiem teorii tworzenia budynków, inspirowanej dziełem starożytnego architekta Witruwiusza. W swoim traktacie wskazał on trzy główne zasady architektury: trwałość, użyteczność i piękno. Zmiana zaczynająca się wraz z początkiem nowoczesności oznacza transformację architektury, która miała odzwierciedlać porządek, w architekturę, która staje się narzędziem, dyscyplinowania i zarządzania przestrzenią. Według Wallensteina możemy wyróżnić trzy instytucjonalne obszary, w których nastąpiło zredefiniowanie roli architektury. Pierwszy to XVIII-wieczne traktaty naukowe pisane przez architektów. Drugi – dyskurs techniczno-inżynierski rozwijany na uniwersytetach i wydziałach politechnicznych. Trzeci – kluczowy dla perspektywy przyjętej przez Foucault, w którym nowoczesna architektura splata się z techniką zarządzania i administrowania ludzkim życiem, czyli pojawienie się szpitala jako laboratorium testującego nowe rozwiązania oraz idee aplikowane na całą przestrzeń miejską (Wallenstein 2009: 31). Przykładem takiego naukowego traktatu, który wpłynął na myślenie o architekturze, jest praca Jeana-Nicolasa-Louisa Duranda (1805). W latach 1802–1805 wydał on swoje najbardziej znane dzieło: *Precis des leçons d'architecture données à l'école polytechnique*. Durand był zwolennikiem prostoty, powtarzalności planów i elewacji, optował za wykorzystaniem w dekoracji budynków naturalnych właściwości materiałów budowlanych. Inżynierowie pod koniec XVIII w. zyskują dominującą pozycję w planowaniu architektonicznym. Opanowanie nowych technologii opartych na żelazie, stali, betonie i szkłe umożliwiło tworzenie spektakularnych konstrukcji, takich jak mosty, akwedukty, hale fabryczne, dworce kolejowe, zdolne pomieścić pod stalowymi dachami całe składy pociągów. „Filozofia inżynierów była zaprzeczeniem wszystkiego, o co od zawsze zabiegali architekci” (Botton de 2010: 46). Względę piękna zastąpione zostały względami funkcjonalności, kluczowe stało się minimalizowanie czasu oraz kosztów realizacji projektu. Użyteczność, praktyczność oraz funkcjonalność stały się głównymi kryteriami przydatności projektów dla absolwentów paryskiej École Polytechnique lub też Akademii Inżynieryjnej w Dreźnie. Ci budowniczowie dróg, mostów, wiaduktów, linii kolejowych, dworców, nowych szpitali

i fortyfikacji odmienili przestrzeń Europy końca XVIII w. To nie architekci, ale inżynierowie oraz technicy przekształcili trzy decydujące czynniki zmienne – terytorium, komunikację i szybkość (Foucault 1984: 244). Wreszcie w drugiej połowie XVIII w. nastąpił gwałtowny rozwój wiedzy medycznej i wzrost lekarskiego autorytetu. Na poziomie instytucjonalnym objawia się to powołaniem do życia nowoczesnych szpitali.

Szpital stał się miejscem, gdzie pacjenci mogli zostać podani badaniom w izolacji od siebie i gdzie mogły być stosowane nowe rodzaje wiedzy medycznej i techniki leczenia, wymagające gruntownej indywidualizacji i racjonalizacji. W szpitalu możemy zobaczyć, w jaki sposób przestrzenna organizacja, porządkując wiedzę i władzę, osiąga nowy poziom i staje się paradygmatem wszechogarniającej medykalizacji całej przestrzeni społecznej (Wallenstein 2009: 31).

Nowoczesna medycyna rodzi się wraz z nową koncepcją wiedzy medycznej, a zadaniem architektura ma być jak najdokładniejsze odzwierciedlenie nowych form diagnozowania oraz określania zdrowia (separowanie pacjentów, nadzór, cyrkulacja, klasyfikowanie przypadków, tworzenie kartotek i archiwów itp.). Pożar paryskiego Hôtel-Dieu w 1772 r. dał początek nowemu dyskursowi na temat miejskiej przestrzeni. Dyskusja, która zaczęła się po zniszczeniu szpitala nie tyczyła jedynie możliwej rekonstrukcji tego konkretnego miejsca, ale szerzej budynków użyteczności publicznej jako takich. Dlatego zdaniem Wallensteina szpital stał się swoistym laboratorium rozwijania i testowania nowych idei architektonicznych. Chore ciało miało zostać wpisane w nowoczesną siatkę organizacji przestrzennej, a nowe zasady wkrótce zostały zaadoptowane także do innych budynków użyteczności publicznej. Reorganizacja szpitala stała się wzorem przekształcenia całej przestrzeni miejskiej. W szpitalu każdy przypadek zostaje udokumentowany, panuje tam surowy reżim czasu i przestrzeni. W wyniku dyskusji wokół odbudowy Hôtel-Dieu projekt architektoniczny przestaje być rozumiany jedynie w kontekście historycznej tradycji, a zaczyna być umiejscawiany w podwójnym imperatywie funkcji, jaką ma spełnić: technologicznej racjonalizacji i skuteczności w regulowaniu problemów dyscypliny, ekonomii oraz władzy (Wallenstein 2009: 34). Jest to moment narodzin nowoczesnego funkcjonalizmu w architekturze.

Nowoczesny model architektoniczny miał umożliwić obserwacje wszystkiego z jednego punktu i skrócić do minimum czas potrzebny na dotarcie z jednego miejsca w drugie. Pomysł ten w formie „wzorcowej” został opisanym przez Jeremiego Benthama w koncepcji Panoptikonu. Maksymalna kontrola populacji przy użyciu minimalnej siły. Współcześnie centralna funkcja kontrolna nowej architektury (uosobiona koncepcją wieży panoptycznej) przybrała postać różnorodnych lokalnych i elastycznych monitorujących instancji, a uniwersalna, modelująca struktura zastąpiła sztywną formę (Wallenstein 2009: 37). Wszystko to może generować pewną nostalgię za czasami, gdy władza była scentralizowana, widzialna i łatwa do zlokalizowania.

Dawne działanie dyscyplinujące, które przemieszczały ludzi z jednego zamkniętego segmentu przestrzeni do kolejnego – ze szkoły do fabryki, z fabryki do szpitala, więzienia i tak dalej – wkroczyły w stan kryzysu, zastąpione przez nowe, płynne działania (Wallenstein 2009: 37).

Kontrola wykracza poza zamkniętą strukturę, lokując się w niemal nieograniczonej otwartej przestrzeni, np. w formie elektronicznej bransolety zakładanej warunkowo uwalnianemu skazańcowi. Podczas gdy system więzienny opierała się o twardą strukturę niezależnych, ale analogicznych zbiorów i podzbiorów, dzisiejsza kontrola jest wzajemnie połączonym systemem numerycznym (Wallenstein 2009: 37). Nie oznacza to jednak, że szpital i laboratorium straciły swoją dawną pozycję. Ich biopolityczna władza przejawia się naciskiem na medycynę prewencyjną, wysiłkami systemu opieki zdrowotnej zmierzającymi do zidentyfikowania potencjalnych chorób i przerzuceniu odpowiedzialności na pacjenta. Według Wallensteina proces transmisji odpowiedzialności jest swoistą kontynuacją panoptycznego projektu relokującego przymus wprost w „obiekcie”, który internalizuje dyscyplinę i skwapliwie przyjmuje ją za swoją własną fundamentalną strukturę, przenikającą każde najdrobniejsze włókna naszych ciał i pożądań (Wallenstein 2009: 38). Uformowanie szpitala jako swego rodzaju laboratorium, stanowiło próg, w którym ujawniła się nowoczesna architektura, rozumiana w kategoriach „biopolitycznej maszyny”, w której życie i człowiek ujawniają się razem w procesie produkcji. Architektura stała się jednym z instrumentów stwarzania takiego życia, które poddane jest nowemu porządkowi. Sam szpital na przestrzeni kilkudziesięciu lat uległ głębokim przekształceniom.

Obecnie jest głównym miejscem działań leczniczych, centralną instytucją w praktyce lekarskiej. Ponadto wiele szpitali jest miejscem szkolenia i kształcenia lekarzy, pielęgniarów i innych pracowników służby zdrowia, a także warsztatem badań naukowych (Sokolowski 1986: 109).

I te właśnie szpitale najbardziej będą interesować nas w dalszej części tekstu.

3. Szpital kliniczny, jako miejsce zawierania transakcji między chorym z lekarzem

Spojrzenie lekarza przynosi wymierne oszczędności w ekonomicznym rachunku świata liberalnego (Foucault 1999: 118).

Specyfikę kliniki doskonale opisał M. Foucault. Zwrócił on uwagę na to, że:

kształcenie kliniczne zostało najpierw zorganizowane w szpitalach wojskowych; artykuł XIII regulaminu szpitalnego z roku 1775 głosi, że każdy roku studiów powinien obejmować „praktyczny i kliniczny wykład dotyczący głównych chorób rozpowszechnionych w oddziałach armii i garnizonów” (Foucault 1999: 84).

Regulamin ten został opracowany na rozkaz króla, jednak, co podkreśla Foucault, o konieczności nauki medycyny przez praktykę postulowano już w starożytności. Na czym zatem polegała nowość i znaczenie instytucji klinicznych w XVIII w.? Klinika od szpitala miała różnić się swoją funkcją naukowo-pedagogiczną, dlatego sugerowano, aby przyjmować do niej jedynie przypadki najbardziej „instruktarzowe” w liczbie nie więcej niż 30.

W szpitalu ma się do czynienia z pacjentami, którzy są nosicielami takiej czy innej choroby, rola lekarza szpitalnego zaś polega na odkryciu choroby w chorym, w którym jest ona często skryta, ukryta niczym kryptogram. Natomiast w klinice ma się do czynienia z chorobami, których nosicielowi nie przypisuje się żadnego znaczenia: obecna jest tylko sama choroba w należącym do niej ciele, które nie jest ciałem chorego, lecz prawdy o nim (Foucault 1999: 86).

W szpitalu chory jest „podmiotem” swojej choroby, w klinice zaś jest swego rodzaju nośnikiem tekstu, który lekarz-badacz stara się odczytać. Jak zaznacza Foucault w metodzie klinicznej, nie tyle chodzi o „badania”, ale o „rozszyfrowanie”, o adekwatne nazwanie schorzenia. Nazwa zawiera w sobie podwójną prawdę: ukrytą, ale już określoną prawdę o chorobie oraz prawdę o wyzdrowieniu, kuracji, medykamentach (Foucault 1999: 87). XVIII-wieczne kliniki powołano do życia po to, aby przekształcić zasady poznania medycznego. Jak pisze Foucault, klinika „rozwija i organizuje pewną formę dyskursu medycznego, ale nie tworzy nowej całości dyskursu i praktyk” (Foucault 1999: 89). Aby mógł rozwinąć się nowoczesny dyskurs medyczny, potrzebna była jeszcze jedna lekcja, którą Foucault nazywa „lekcją szpitali”. W szpitalach spotyka się spojrzenie doświadczonego lekarza ze spojrzeniem nowicjusza: „dla obu istnieje tylko jeden język: język szpitala, w którym usystematyzowana wielość badanych chorych tworzy szkołę” (Foucault 1999: 97). W przeciwieństwie do XVIII-wiecznej kliniki, gdzie sumowano ukształtowane już doświadczenia medyczne, w szpitalu chodziło o nowy układ odkrywania prawdy. Chodziło o stworzenie systemu kształtowania wiedzy medycznej oraz o nowy system nauczania, w którym „studenci będą mogli «posługiwać chorym» w szpitalu” (Foucault 1999: 100). Ambicją nowego szpitala klinicznego jest poznanie nie tylko choroby i metody leczenia, ale także ukazanie zależności między życiem społecznym, materialnymi warunkami egzystencji, a stanem zdrowia obywatela. Tak rozumiana klinika staje się zatem źródłem wiedzy o człowieku funkcjonującym w społeczeństwie. Dawne projekty medyczne musiały wydawać się przy takich założeniach niezwykle skromne, zawężone jedynie do pola bezpośredniej obserwacji chorego. Aby klinika mogła spełniać swoje zadanie, musi dojść do zawarcia niepisanego, ale i nieodzownego sojuszu między lekarzem a chorym. Pacjent zawiera lekarzowi w nadziei na wyzdrowienie lub chociaż polepszenie stanu zdrowia, lekarz ze swojej strony stara się zrobić wszystko, aby tak się stało. **Jednak chory staje się jednocze-**

śnie obiektem nauki. Na tym gruncie wzajemnej zależności bogatemu (państwu, prywatnym koncernom farmakologicznym) opłaca się wspierać biednego.

Takie są warunki kontraktu, który bogactwo i bieda wnoszą do organizacji eksperymentu klinicznego. W ten sposób szpital znajduje w systemie swobody ekonomicznej możliwość zainteresowania bogatego, klinika pozwala bowiem drugiej stronie – biednemu – stopniowo odwzajemniać się bogatemu i spłacać mu procenty od kapitału ulokowanego przez niego w szpitalu; korzyść jest podwójna, ponieważ w tym akcie wynagrodzenia chodzi zarówno o obiektywny interes nauki, jak i o życiowy interes bogatego (F o u c a u l t 1999: 117)¹.

W dalszej części tekstu zawarte zostały wyniki niewielkiego, pilotażowego badania przeprowadzonego w 2012 r. Kolejno przedstawione będą jego trzy etapy. Pierwszy, bazujący na wywiadzie z uczestnikiem programu testowania szczepionek, drugi, będący analizą umowy zawieranej między pacjentem a lekarzem prowadzącym badanie, i trzeci, w którym przeprowadzony został wywiad swobodny z lekarzem pilotującym badanie leku.

4. Program testowania szczepionki: wywiad z pacjentem

Przyglądając się współczesnym szpitalom klinicznym, warto zadać pytanie: jakie badania są w nich prowadzone i czemu mają one służyć? Obok wielu rozmaitych prac badawczych w tego typu placówkach, na masową skalę testowane są szczepionki. W 2012 r. przeprowadzono wywiad swobodny w elementami wywiadu narracyjnego z jednym z pacjentów biorących udział w programie².

Respondent jest osobą od wczesnego dzieciństwa zmagającą się z silnym odczynnem alergicznym, wywoływanym przez pylenie roślin. W praktyce oznacza to, że od końca maja do przełomu lipca i sierpnia jego normalne funkcjonowanie jest wysoce kłopotliwe. Będąc już wielokrotnie odczulany w roku 2009, postanowił powrócić do leczenia, polegającego na przyjmowaniu szczepienia zamiast stosowanej przez wiele lat doraźnej kuracji przeciwalergicznego opartej na lekach przeciwhistaminowych, które nie zawsze są skuteczne, wywołują także skutki uboczne w postaci zmęczenia, rozkojarzenia, senności itp. Za radą lekarza pierwszego kontaktu zdecydował się na poradnię w szpitalu klinicznym specjalizującą

¹ Zjawisko to dogłębnie opisuje G. Chamayou. Ryzyko podejmowane przez pacjenta kliniki jest jego ewentualną zapłatą za opiekę lekarską. „Płaci się dosłownie swoją osobą, narażając się na niebezpieczeństwo związane z leczeniem ze względu na jego eksperymentalny charakter lub niedoświadczenie lekarza. Zgodnie z tą logiką bycie pacjentem staje się pracą, dzięki której możliwe jest spłacenie długu społecznego, jaki zaciąga się na leczenie” (C h a m a y o u 2012: 141).

² Respondent to mężczyzna, w wieku ok. 40 lat, z wyższym wykształceniem, mieszkający na terenie Łodzi, „zrekrutowany” do badania w poradni alergicznej, w której leczy się także autor tekstu. Badanie ma charakter pilotażowy, a sam temat z pewnością wymaga pogłębienia i przeprowadzenia dalszych wywiadów zarówno z pacjentami, jaki i lekarzami.

się w leczeniu alergii. Już podczas pierwszej wizyty wykonano testy, potwierdzające wysoki odczyn alergiczny. Przepisano mu potrzebne leki oraz umówiono harmonogram kolejnych wizyt. Po kilku dniach otrzymał telefon od lekarza alergologa z propozycją uczestniczenia w programie testowania szczepionki. Na kolejnym spotkaniu przedstawiono warunki uczestniczenia w programie oraz to, jakie ryzyko jest z tym związane, jakie są zyski oraz obowiązki. Zyski obejmowały wiele bezpłatnych badań oraz nieodpłatny dostęp do leków. W praktyce oznaczało to: stałą opiekę lekarza, systematyczne badania spirometryczne, badania morfologiczne, gratisowe leki przez cały okres trwania programu, gratyfikację finansową, określaną jako pokrycie kosztów dojazdów, oraz pełną opłatę szczepienia dla pacjentów, którzy znaleźli się w grupie kontrolnej, co zostanie wyjaśnione poniżej. Udział w programie badawczym oznaczał także przyjęcie pewnych obowiązków: przychodzenie na kolejne zastrzyki, poddawanie się badaniom, wypełnianie dzienników i ankiet w okresie pylenia oraz dostarczanie ich do szpitala. Niewypełnienie któregoś ze zobowiązań oznaczało usunięcie pacjenta z programu. Według zapewnień lekarza testowanie tej szczepionki nie wiązało się z żadnym ryzykiem zdrowotnym. Badani zostali podzieleni na dwie grupy: testową pobierającą realną szczepionkę oraz grupę placebo. Według wyjaśnień lekarza jedynie producent wiedział, kto znalazł się w jakiej grupie. A zatem lekarz nie mógł udzielić nikomu takiej informacji lub też do nieudzielania jej został zobowiązany.

Po roku brania szczepionki respondent, nie czując żadnej poprawy stanu zdrowia, zyskał podejrzenie, że znalazł się w grupie kontrolnej, i pobiera jedynie placebo. Było ono jednak tak przygotowane, aby pacjent odczuwał charakterystyczne objawy tuż po przyjęciu szczepienia. W tym czasie, mając już niemal pewności, co do tego, że nie otrzymuje leku odczulającego w czasie wypełniania dzienników pacjenta zaobserwował u siebie, to co socjologowie nazywają efekt ankietera. Zamiast codziennie i skrupulatnie odnotowywać wszelkie objawy choroby, robił to raz na kilka dni, czasami raz na tydzień, co w oczywisty sposób musiało wpływać na rzetelność danych.

Po dwóch latach nastąpiło tzw. rozszczepienie, czyli poinformowanie uczestników programu, kto był w jakiej grupie. Osoby będące w grupie placebo musiały jednak już to wiedzieć, chyba że testowano lek zupełnie nieskuteczny. Po pewnym czasie pacjenci faktycznie otrzymali nieodpłatnie, prawdziwe i sprawdzone już szczepionki obecne na rynku leków antyalergicznym. Na pytanie o powody wyrażenia zgody na udział w testowaniu szczepienia respondent wskazał na następujące przyczyny: 1) kontakt z alergologiem nie limitowany czasem przyjęć w klinice, 2) bezpłatne leki w dowolnej potrzebnej ilości, 3) regularne badania oraz, co może jest najważniejsze, 4) nadzieja, że znajdzie się w grupie przyjmującej prawdziwy lek, a nie placebo.

Mamy tu zatem do czynienia z opisaną przez Foucaulta transakcją między chorym a lekarzem. Jak wiemy francuski filozof pisał o układzie między

biednym a bogatym, którym nie jest rzecz jasna w tym przypadku lekarz, ale koncern farmaceutyczny. Tylko w taki sposób producent leków może uzyskać dostęp do odpowiednich chorych (wiek, rodzaj schorzenia) oraz niezbędne zaplecze medyczne, wiedzę lekarską, opiekę nad pacjentem, możliwość laboratoryjnych badań *etc.* W praktyce okazało się, że lekarz bardzo skrupulatnie zabiegał o zdyscyplinowane uczestniczenie respondenta w programie szczepienia. Za każdym razem otrzymywał on informację/przypomnienie o zbliżającym się terminie wizyty w szpitalu. Przez cały czas trwania programu respondent nigdy nie był proszony o okazanie jakiegokolwiek dokumentu potwierdzającego jego ubezpieczenie zdrowotne. Przez dwa lata nie pobierał karty pacjenta, unikając tym samym czekania w zazwyczaj długich kolejkach. Z reguły szybko otrzymywał szczepienie, ponieważ nie musiał, tak jak inni pacjenci, czekać na tzw. kwalifikację, czyli badanie poprzedzające iniekcję, polegające na wywiadzie przeprowadzanym przez lekarza mającego dyżur w gabinecie szczepień.

Aktualnie respondent pobiera już „prawdziwą” szczepionkę. Podobnie jak pozostali pacjenci, posiada kartę szczepień, oczekuje w kolejce pod gabinetem itd. Innymi słowy stracił uprzywilejowany status „testera” i stał się ponownie „zwykłym” pacjentem kliniki, którego wartość ekonomiczna oraz poznawcza spadła do niezbędnego minimum. Od samego początku został zobowiązany do potwierdzenia tego, że jest ubezpieczony i odpowiednie zaświadczenie musiał okazywać przy każdej kolejnej wizycie.

Aby lepiej zrozumieć istotę działania programów testowania szczepień, w dalszej części badania poddano analizie umowy zawierane między lekarzem reprezentującym (przynajmniej w oczach pacjenta) koncern farmakologiczny a testującym szczepienie pacjentem.

5. Analiza umowy dotyczącej uczestnictwa w badaniu klinicznym

AL0704rP

Każda osoba biorąca udział w badaniu podpisuje umowę, pisemnie wyrażając zgodę na dobrowolne uczestnictwo w projekcie oraz potwierdzając pełne zrozumienie zawartych w niej treści. Dokument sygnowany jest także przez lekarza, który potwierdza, że wyjaśnił pacjentowi charakter umowy. Firma zlecająca badania określana jest mianem sponsora. Słownikowo, za Władysławem Kopalińskim, pod pojęciem „sponsor” rozumiemy organizację lub osobę, która płaci (dla Kopalińskiego – były to rozgłoszenie RTV) za program, pod warunkiem, że część czasu zajęta zostanie przez reklamę jakiegoś towaru lub usług (Kopaliński 1985: 396). Wydaje się, że obecnie pojęcie to wymaga głębokiego przededefiniowania oraz rozpoznania sposobów używania go w innych sferach życia społecznego. Sponsor tego typu badania klinicznego, niczego nie chce reklamować, choć

pokrywa koszty przedsięwzięcia. Marketingowym celem działania sponsora jest promowanie siebie, swoich usług lub swoich produktów. W tym przypadku firma *de facto* nic nie sponsoruje, a raczej wynajmuje lekarza, ten zaś rekrutuje ochotników do testowania leku. Zysk tak rozumianego sponsora nie polega na promocji, ale na przejściu kolejnego etapu badań, niezbędnych do wprowadzenia leku na rynek. Prawdziwy zysk pojawia się zatem później, gdy lek znajduje się już w obiegu. W przypadku tego programu sponsorem była niemiecka firma Allergopharma Joachim Ganzer KG. Istotną częścią tego „wewnętrznego” dokumentu jest tytuł umowy. Już sam nagłówek dowodzi, że w przypadku umowy dotyczącej badania klinicznego, tekst pozostaje w znacznym stopniu w pełni zrozumiały jedynie dla specjalistów³.

W dalszej części umowa gwarantuje ochronę danych osobowych oraz dokładnie opisuje przebieg całego procesu badawczego, obejmującego obowiązkowe szczepienia, przeprowadzenie testów prowokacji do spożycia, pobranie próbki krwi oraz wywiad z pacjentem. W umowie informuje się także o wariantach zakończenia/kontynuowania badania. Osoby będące w grupie placebo objęte zostaną w przyszłości leczeniem dostępną na rynku szczepionką „wyprodukowaną przez sponsora niniejszego badania klinicznego”, z pokryciem kosztów przez tegoż sponsora. Zgodnie z umową każdy pacjent może uzyskać dalsze informacje od lekarza prowadzącego badanie. Umowa zawiera schematy przebiegu leczenia dla osób będących w grupie placebo, pacjentów rezygnujących z udziału w badaniu, oraz dla przyjmujących badanych lek. Lekarz, z którym przeprowadzono wywiad udostępnił także „Informacje dla pacjenta i formularz świadomej zgody” z innego programu testowania leku. Jest to bardzo szczegółowo przygotowany opis całej procedury badawczej, zasad kontaktowania się z lekarzem oraz charakterystyka samego preparatu, w tym przypadku leku wziewnego stosowanego przy leczeniu przewlekłej obstrukcyjnej choroby płuc. Choroba ta jest niezwykle poważna, postępująca, może być związana ze wcześniejszą umieralnością osób dotkniętych tym schorzeniem.

6. Program testowania szczepionki: wywiad z lekarzem

Wywiad z lekarzem przeprowadzony został zgodnie z listą przygotowanych pytań, sformułowanych na podstawie uprzednich obserwacji własnych doświadczeń, wcześniejszego wywiadu z pacjentem oraz analiz literaturowych. Pytania

³ Tytuł: *Wieloośrodkowe, wielonarodowe, randomizowane kluczowe badanie kliniczne kontrolowane placebo z podwójnie ślełą próbą, celem oceny bezpieczeństwa i skuteczności immunoterapii swoistej koktajlem rekombinowanych alergenów głównych pyłku tymotki (*Phleum pratense*), adsorbowanych na wodorotlenku glinu u pacjentów z IgE-zależnym alergicznym zapaleniem błony śluzowej nosa i spojówek z/bez kontrolowanej astmy oskrzelowej (AMETHYST).*

dotyczyły m.in.: zasad doboru pacjentów do poszczególnych badań, zysków, jakie szpital czerpie z udziału w programie (finansowych i naukowych), tego, czy udział lekarzy w koordynowaniu badań przekłada się na rozwój ich wiedzy, ewentualnych niebezpieczeństw, z jakimi może spotkać się pacjent w czasie przyjmowania testowanego leku. Poniżej przedstawione zostaną kluczowe informacje uzyskane na tym etapie badania.

1. Każdemu programowi testowania leków towarzyszą ściśle wytyczne określające zasady doboru pacjentów.

Do każdego programu są bardzo ściśle zasady doboru pacjentów, tak zwane kryteria włączania i wyłączenia. Pacjent musi a priori spełnić wszystkie kryteria włączenia i nie spełniać żadnego kryterium wyłączenia i na tej podstawie selekcjonuje się pacjentów z całej dużej puli pacjentów. Zwykle to jest tak, że część pacjentów zgłasza się na wizyty i im proponujemy zapoznanie się z historią, a czasami jest tak, że są tutaj bazy pacjentów i wiemy np., że ktoś choruje na nieżyt nosa i jest uczulony na trawy, to możemy mu taki program zaproponować i dlatego dzwoniśmy do domu i się pytamy, czy ktoś taki jest zainteresowany. To jest później weryfikowane przez laboratorium centralne, ponieważ jest pobierana krew i w krwi są oznaczane wszystkie przeciwciała i na tej podstawie wydawana jest opinia, czy ktoś może uczestniczyć w tym programie, bo musi być dominujące uczulenie na ten konkretny alergen.

Równie ważne są też inne wymogi. Pacjent nie może mieć choroby nowotworowej ani zaburzeń psychicznych, musi „współpracować” („spełniać polecenia”), musi być w stanie przyjeżdżać do szpitala na kolejne wizyty. Istotna jest także kwestia wieku. W tym konkretnym szpitalu, minimalny wiek to 18 lat, a maksymalny – 65 lat. Chodzi o pełnoletniość z jednej strony i o zdolność do współpracy osób starszych – z drugiej. Jeśli pacjenci są młodszy, oprócz zgody ich samych konieczna jest zgoda rodziców. Idealny „bezproblemowy” pacjent musi być zatem w odpowiednim wieku, o konkretnym „punktowym” schorzeniu, gotowy do współpracy, zdyscyplinowany i mobilny. Dobór jest bardzo ścisły, rekrutacja odbywa się albo w drodze bezpośredniego kontaktu lekarz – pacjent, albo też poprzez analizę baz danych zgromadzonych w szpitalu. Ujawnia się tu ciekawa rola archiwum, którego organizacja w nowoczesnych placówkach medycznych staje się zagadnieniem absolutnie centralnym. Kończąc kwestię rekrutacji należy podkreślić, że pacjent zawsze ma prawo odmówienia udziału w badaniu lub też wycofania się z niego już w czasie trwania. Przypadki odmowy są dość częste.

Pacjenci odmawiają bardzo często. To znaczy najczęściej jest tak, że nie wiedzą, kto dzwoni, nawet jeśli się przedstawi lub dzwonię w imieniu kolegi, to są nieufni, myślą, że to jest czasami żart. Wielu pacjentów odmawia, bo się boi [...]. Część rezygnuje z braku czasu. Ale najczęściej dlatego, że się boją, nie wiedzą co ich czeka [...].

W pewnych, skrajnych okolicznościach, lekarz decyduje się na przekonywanie pacjentów, co do tego, że udział w programie może być dla nich jedynym skutecznym ratunkiem.

Zdarzało się też tak, powiem panu szczerze, że ja sam namawiałem pacjentów do udziału. Miałem kilku takich pacjentów, z którymi [...] nie wiadomo było, co robić. Po prostu doszliśmy do ściany i tam zostały już tylko bardzo wysokie dawki chemioterapeutyków, żeby pomóc im cokolwiek. I ja odbyłem z nimi rozmowę, powiedziałem, że mogą spróbować, a w każdej chwili mogą się wycofać, ale jeżeli będą mieli poprawę to przynajmniej przez rok będą tę poprawę mieli, w sensie, że będą przez rok funkcjonowali. I z tych czterech osób, trzy przyznały mi rację później. I powiedziały, że się czuły naprawdę bardzo dobrze [...].

2. Kolejne zagadnienie wywiadu dotyczyło zysków, jakie szpital czerpie z udziału w programach testowania leków. Jak się okazuje, prowadzenie tego typu działalności jest dla szpitali źródłem dochodów.

Szpital z każdego projektu ma udział w zyskach. Dawniej było tak, że była to umowa dwustronna. To znaczy była podpisywana umowa między głównym badaczem, głównym badaczem jest zwykle kierownik kliniki i sponsorem badań. Obecnie są to umowy trójstronne, czyli szpital podpisuje umowę oddzielną ze sponsorem i badacz podpisuje umowę oddzielną ze sponsorem i z każdego badania szpital dostaje jakąś część. [...] To się waha w różnych programach, od ok. 10 do 25 procent pieniędzy przesyłanych do szpitala.

Pełne dane dotyczące poszczególnych badań posiada kierownik projektu i pewnie także dyrekcja szpitala. Jednak kwestia ekonomiczna wydaje się istotnym czynnikiem motywującym klinikę do prowadzenia tych programów.

3. Obok zysku ekonomicznego, testowanie szczepionek daje także lekarzom pewien zysk poznawczy. Uczestnicząc w badaniach zdobywają oni wiedzę o nowoczesnych lekach, a w pewnych okolicznościach zyskują także szanse na zaproponowanie chorym terapii lekami niedostępnymi na polskim rynku.

Wiem, jak ta szczepionka jest skonstruowana, wiem jak będzie działała u pozostałych pacjentów i na przykład wiem, jak będzie wyglądało bezpieczeństwo tej szczepionki [...]. W innych badaniach mamy kontakt z lekami, z którymi przez długi czas nie będziemy mieli kontaktu w Polsce.

Dotyczy to np. leków stosowanych w bardzo ciężkich przypadkach astmy. W jednym z takich przypadków zaproponowano lek ciężko chorym na to schorzenie. Skutkiem jego przyjmowania okazała się znacząca poprawa jakości ich życia. Pacjenci mogli np. redukować dawki swoich leków i czuli się znacznie lepiej. Jednak leku wciąż nie ma na rynku, a zatem poprawa mogła być jedynie okresowa. „To jest duży problem tego typu programów, bo się daje ludziom marchewkę, a później się zabiera [...]”. W praktyce oznacza to, że pacjent otrzymuje lek np. przez rok, a poprawa może utrzymać się jeszcze potem przez kilka miesięcy. Pacjenci są informowani, że lek jest w trzeciej fazie badań klinicznych, a zatem na jego dostępność na rynku trzeba będzie czekać. Po zakończeniu testowania leku pacjent zmuszony jest wrócić do standardowej, mniej skutecznej kuracji. Często lek, który jest już w pełni dostępny dla chorych w USA, musi przejść testy kliniczne przed dopuszczeniem go do dystrybucji w Europie.

W badaniach testujących w różnych okresach uczestniczy od 50 do 3000 tys. pacjentów w całej Europie. Lekarze zaś mają obowiązek raportowania o wszelkich zdarzeniach niepożądanych. Stopień ryzyka jest różny w poszczególnych programach. W jednym z dokumentów (informacja dla pacjenta oraz formularz świadomej zgody, które otrzymałem od lekarza) znajdujemy następujący fragment:

Badanie to jest prowadzone „metodą zdarzeniową”, co oznacza, że badanie nie kończy się, dopóki nie wystąpi pewna liczba zdarzeń. Zdarzeniami, które liczymy w tym badaniu, są zdarzenia niepożądane prowadzące do zgonu (z informacji dla pacjenta).

W przypadku wystąpienia ciężkich zdarzeń niepożądanych, takich jak konieczność hospitalizacji, udar lub zgon, lekarz prowadzący badanie jest zobowiązany do zaraportowania w ciągu 24 godz. W takiej sytuacji centrala, czyli sponsor badania podejmuje decyzję, jeśli liczna zdarzeń niepożądanych jest zbyt duża, wówczas następuje przerwanie testów. Sam lekarz także może przerwać testowanie leku na konkretnym pacjencie, jeśli wystąpią przeciwwskazania, które ujawnią się w czasie badania. Zdarza się też zawieszenie badania leku jeszcze przed rozpoczęciem testów. Lekarze otrzymują wtedy informację o wstrzymaniu programu, ale zazwyczaj bez pełnego wyjaśnienia przyczyn. Wydaje się, że ta informacja dobrze oddaje stosunek sponsorów do lekarzy. W badaniu są oni traktowani jako wysokiej klasy specjaliści odpowiedzialni za rekrutację grupy do testowania oraz za raportowanie, nie są jednak równoprawnymi partnerami. „Po prostu dostajemy informację, że badanie się nie zaczyna. My tak troszeczkę tu pracujemy, tak jak mrówki, czyli jak szef podpisuje umowę na badanie, to my to realizujemy [...]”. O przyczynach czasami poinformowany zostaje kierownik badania lub też, jak wyjaśnił to lekarz, dowiadują się oni „własnymi kanałami”. Czasami nawet firma pośrednicząca nie wie, dlaczego program zostaje zastopowany. Globalne zakończenie badania jest zawsze wyłączną decyzją sponsora.

4. Firmy produkujące leki nie mogą testować swoich produktów bez pośrednictwa szpitali, a tym samym bez udziału pacjentów tychże placówek.

Firma może testować tylko do pierwszej, drugiej fazy. Pierwsza faza jest na zwierzętach i w laboratorium, druga faza na zdrowych ochotnikach. To może zrobić, bo może zrekrutować sama i powiedzieć: czeka was to, że może być wstrząs, może mieć to lub tamto, bo nie wiadomo, jak to działa. Wtedy płacą tym osobom, ochotnikom [...]. Ale do trzeciej, czwartej fazy i do wielu badań drugiej fazy potrzebny jest lekarz. Firma nie może założyć własnego szpitala, poza tym takie badania miałyby niską wartość, bo jeżeli firma ma swoje badanie, swoje ośrodki, to nie jest obiektywne.

Oznacza to, że sponsor wynajmuje firmę zewnętrzną monitorującą, a same badania realizują ośrodki kliniczne. Firma monitorująca porównuje wyniki badań placebo z lekiem i przekazuje te wyniki firmie produkującej szczepienie. Przy okazji warto także wyjaśnić kwestię próby placebo oraz tego, czy jest ona fak-

tycznie całkowicie obojętna dla przyjmującego tę substancję pacjenta. W jednym z dokumentów przeznaczonych dla uczestników badania leku wziewnego zdefiniowano placebo⁴.

Z kolei lekarz w taki oto sposób charakteryzuje ten rodzaj substancji:

Placebo jako placebo z założenia nie powinno działać na organizm pacjenta. [...] Takim placebo w inhalatorach areozolowych jest zwykła woda, czyli mgiełka powstaje po naciśnięciu i chory nie jest w stanie odróżnić, czy to jest lek, czy nie. W antybiotykach jest na przykład sól fizjologiczna. [...] W szczepionkach to zwykle jest tak, że oni stosują rozpuszczalnik, czyli to w czym jest ta szczepionka najczęściej zawarta, czyli jest to najczęściej sól fizjologiczna. [...] czasami, żeby pacjent nie wiedział, czy dostaje szczepionkę, czy nie, może być dodawana niewielka ilość histaminy po to, żeby miejscowy odczyn był niewielki, nie powodował żadnych objawów niepożądanych ogólnoustrojowych, ale żeby pacjent myślał, że bierze szczepionkę.

A zatem placebo nie zawsze jest substancją całkowicie neutralną i dla zachowania odpowiedniego „wrażania”, jakie ma odnieść pacjent, bywa ono zamieniane w substancję czynną. Wydaje się to być drobny, ale jednak dość istotny szczegół charakteryzujący logikę prowadzenia badań testowych.

5. Pozostaje jeszcze kwestia prywatnych motywacji lekarzy biorących udział w takich programach badawczych. Aby adekwatnie odpowiedzieć na to pytanie, należałoby zdecydowanie poszerzyć krąg respondentów. Jednak omawiane badanie ma charakter wstępny, jest swego rodzaju studium przypadku, a wywiad ma cechy wywiadu eksperymentalnego. Wynika z niego jasno, że główne przyczyny angażowania się lekarzy w programy testowania leków są czysto finansowe. Zdaniem rozmówcy, dla większości lekarzy udział w badaniach klinicznych testujących szczepionki jest dodatkową pracą pozwalającą im zarobić.

Powiem panu szczerze, że ja do tej pory robiłem badania, żeby utrzymać rodzinę, bo już trochę nie wytrzymałem na dyżurach. [...] To się wiąże z tym, że weekendy spędzam przy badaniach. Widzę po sobie i moi koledzy też tak robią albo badania, albo dyżury, albo wyjazd. [...] Na Zachodzie to nie jest to kwestia finansowa, jeśli są stawki, to one są takie same dla nich, jak i dla nas, bo to jest UE, dla nas jednak są to stawki o wiele wyższe, a dla nich to są stawki takie, że oni niekoniecznie chcą się w to bawić, bo lekarz dostaje dużo większą pensję. [...] Dla nas [lekarzy – T. F.] to jest często kwestia być albo nie być. Albo ci, którzy nie robią takich badań, bo nie jest to obowiązkowe, to biorą dyżury, jeżdżą za granicę, żeby dyżurować. Znam lekarzy, którzy biorą weekendowe dyżury, chociażby w Anglii, albo Piotrków, czy Pabianice, czy Łask, żeby dorobić po prostu. [...] Jadą w piątek wieczorem w sobotę dyżurują w niedzielę wracają.

Polscy lekarze oraz ich pacjenci obok lekarzy i chorych z państw wschodnich, takich jak Ukraina, stanowią doskonałe zaplecze badawcze dla producentów leków. Udział procentowy pacjentów z krajów Europy Środkowo-Wschodniej jest

⁴ Placebo wygląda jak prawdziwy lek, ale nie zawiera składników czynnych i nie ma bezpośredniego wpływu na Pana/Pani stan zdrowia.

dużo wyższy niż z krajów zachodnich, a lekarze na Zachodzie znacznie rzadziej proponują swoim pacjentom udział w programach testowych. Aktualnie liczebnie w europejskiej skali tego rodzaju badań dominuje Ukraina.

7. Podsumowanie

Przechodząc do próby sformułowania wniosków, ponownie należy odwołać się zarówno do prac Michela Foucaulta, jak i do diagnoz stawianych przez Zygmunta Bauman, zwłaszcza do tych zawartych w książce *Życie na przemiał* (Bauman 2004). W swoich rozważaniach Bauman dowodzi, że współczesne państwo przestaje zajmować kluczowe miejsce „w dręczącym obywateli poczuciu bezradności i niepewności” (Bauman 2004: 83). Wyrzekając się odpowiedzialności za obywatela, systematycznie likwiduje ograniczenia nakładane na wolną grę rynkową. Jednostka musi sama troszczyć się o siebie, w tym także o swoje zdrowie. Uległość wobec państwa miała być rekompensowana polisą ubezpieczeniową od następstw nieszczęśliwych wypadków, tragedii życiowych i niepowodzeń na rynku pracy. Jednak zadaniem Baumana ta forma władzy politycznej aktualnie zanika. To, co nazwano państwem opiekuńczym, znajduje się w regresie, a nawet w odwrocie. „Nowoczesne państwa nie mogą obiecać w sposób wiarygodny, że odmienią los «niezamierzonych, lecz nieuniknionych ofiar» postępu gospodarczego, które znalazły się teraz w rękach nieuchwytnych globalnych sił gospodarczych” (Bauman 2004: 141). Opiekuńcze funkcje państwa są redukowane do minimum (podczas gdy zobowiązania obywatela pozostają te same, a nawet rosną). „Państwo przestaje zajmować się bezbronnością i niepewnością wynikająca z logiki (lub nielogiczności) wolnego runku” (Bauman 2004: 83). Zamiast tego, władza wzmacnia poczucie niepewności stwarzane przez rynek i w tym działaniu znajduje nowy, skuteczny sposób legitymizowania swojej władzy. Bauman posuwa się nawet dalej, odwołując się do Henry’ego A. Girouxa, twierdząc, że współczesne państwo zajmują się aktualnie ochroną globalnych, międzynarodowych konsorcjów przy jednoczesnym zaostrzeniu kursu względem własnych obywateli. Wątek ten socjolog podejmuje także w kolejnej książce.

To, co nazywamy dziś błędnie „państwem opiekuńczym”, jest już tylko mechanizmem, który pozwala radzić sobie z tą resztkową grupą jednostek, które z powodu braku środków nie potrafią zapewnić sobie przetrwania. Jest to instytucja służąca rejestrowaniu, izolowaniu i trwałemu wykluczaniu takich ludzi z „normalnego” społeczeństwa (Bauman 2010: 67).

Poszerzający się zakres wolności jednostki oznacza także konieczność brania na siebie coraz większej odpowiedzialności, także w tych obszarach, które kiedyś należały do zadań państwa. Upadek idei państwa socjalnego, wielokrotnie poczucie lęku towarzyszące współczesnemu człowiekowi. Groźba wykluczenia zaczyna być realna dla każdego z nas. „Lękamy się, że nie zdołamy sprostać wy-

zwaniom, że zostaniemy wzgardzeni, odarci z godności i upokorzeni” (Bauman 2010: 115).

Zarządzenie lękiem, o którym pisze Bauman, będącym głównym źródłem siły państwa i naszej uległości, Foucault upatruje w rodzącym się na przestrzeni XVIII i XIX liberalizmie.

W XIX wieku pojawia się cała edukacja, cała kultura zagrożenia, które jest czymś całkiem innym niż owe wielkie rojenia o Apokalipsie w postaci zarazy, śmierci czy wojny, którymi karmiła się polityczna i kosmologiczna wyobraźnia średniowiecza i które odnajdujemy jeszcze w wieku XVII. Znikają jeźdźcy apokalipsy, a na ich miejsce wkraczają, za całą gwałtownością, codzienne, stale się odnawiające niebezpieczeństwa, wprawione w ruch za sprawą czegoś, co można by nazwać dziewiętnastowieczną kulturą polityczną zagrożenia (Foucault 2011: 90).

Kultura ta objawiła się jednocześnie w kilku obszarach: 1) XIX-wiecznych kampanii, dotyczących kas oszczędnościowych; 2) pojawieniem się powieści kryminalnych i dziennikarstwa, zajmującego się opisywaniem zbrodni; 3) kampaniami na rzecz higieny i zdrowia. Lęk, zdaniem Foucault, stanowi konieczny warunek, kulturowy i psychologiczny korelat liberalizmu. „Nie ma liberalizmu bez kultury zagrożenia” (Foucault 2011: 91). Ale to tylko jeden ze skutków pojawienia się liberalnej sztuki rządzenia. Drugi, na który wskazuje filozof, to powołanie ogromnej ilości procedur kontroli, przymusu i zniewolenia, które miały stanowić przeciwwagę dla przyznanej jednostce wolności. Epoka rozwoju swobód zbiega się dokładnie z nastaniem epoki wszechobecných technik kontrolowania. W tym momencie swojego wywodu Foucault przypomina, że pod koniec swojego życia Jeremy Bentham sugerował stosowanie panoptycznych narzędzi kontroli już nie tylko do zwiększenia produktywności w fabrykach i kontroli w więzieniach, ale jako właściwą, pożądaną i ogólną formułę wszelkich rządów liberalnych (Foucault 2011: 91). W dalszych wykładach Foucault wraca do XIX-wiecznych przekształceń doktryny liberalnej. Otóż, do tej pory istotą rynku była wymiana, państwo miało zaś zapewnić sprawne funkcjonowanie tych mechanizmów. Jednak pod koniec XIX stulecia istotą rynku przestaje być wymiana, a staje się konkurencja mająca stać się gwarantem ekonomicznej racjonalności (Foucault 2011: 138).

Zestawiając ze sobą powyżej przedstawione uwagi M. Foucault oraz diagnozy Z. Baumana na temat współczesnego państwa, można zaproponować następującą tezę: dzisiejsze państwa znajdujące się w stanie kryzysu rezygnują w pewnych obszarach z prowadzenia działań o charakterze biopolitycznym. Przestrzenie te przejmowane są przez korporacje o globalnym zasięgu (koncerny spożywcze, energetyczne, paliwowe, militarne, medyczne). Te z kolei wykorzystują strukturę państwa do realizacji własnych celów – korporacyjnych biopolityk. Skromny, ale dość transparentny przykład programu testowania szczepionek ukazuje to, jak w przyszłości może rozwijać się technika „zarządzania lękiem”, która powoli przestaje być domeną państwa, a systematycznie zostaje przejmowana przez

ponadnarodowe korporacyjne organizmy. Organizmy, które sukcesywnie wchłaniają także instytucje, które zostały powołane do życia przez państwa, i utrzymywane są z publicznych pieniędzy.

Bibliografia

- B a u m a n Z. (2004), *Życie na przemiał*, Wydawnictwo Literackie, Kraków.
- B a u m a n Z. (2010), *Żyjąc w czasie pożyczonym. Rozmowy z Citlali Rovirosa-Madrado*, Wydawnictwo Literackie, Kraków.
- B o t t o n A. de (2010), *Architektura szczęścia*, Czuły Barbarzyńca, Warszawa.
- C h a m a y o u G. (2012), *Podle ciała. Eksperymenty na ludziach w XVIII i XIX wieku*, Wydawnictwo słowo/obraz terytoria, Gdańsk.
- D u r a n d J.-N.-L. (1805), *Precis des leçons d'architecture données à l'école polytechnique*, http://books.google.pl/books?id=658aAAAAYAAJ&printsec=frontcover&hl=pl&source=gbs_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false, <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k5762681g/f7.image>, 8.11.2013.
- F o u c a u l t M (1984), *Space, Power and Knowledge*, [w:] *The Foucault Reader*, F. Rabinow (ed.), Pantheon Books, New York, 239–256.
- F o u c a u l t M. (1999), *Narodziny kliniki*, Wydawnictwo KR, Warszawa.
- F o u c a u l t M. (2011), *Narodziny biopolityki*, PWN, Warszawa.
- K o p a l i Ń s k i W. (1985), *Słownik wyrazów obcych i zwrotów obcojęzycznych*, Wiedza Powszechna, Warszawa.
- S o k o ł o w s k a M. (1986), *Socjologia medycyny*, PZWL, Warszawa.
- W a l l e n s t e i n S. O. (2009), *Bio-politics and the emergence of modern architecture*, Buell Center/FORuM Project, Princeton Architectural Press, Princeton.

Tomasz Ferenc

UNIVERSITY HOSPITAL AS A PLACE OF REALIZATION OF CORPORATIVE BIOPOLITICS. CASE OF TESTING PROGRAMS OF VACCINATION

Summary. The article focuses on the phenomenon of presence of the corporations involved in producing medicine within public clinics. The theoretical side of the text is based on the works of M. Foucault (mainly concerning reform of the hospitals and the emergence of the modern clinic) and Z. Bauman comments on the collapse of the welfare state ideas. The second part of the text is based on interviews conducted with the participant of vaccine testing program, and with the doctor, who was leading his case. In both cases, the key issue was to show biographical threads, which led to the meeting of the patient with the doctor in this particular situation. Putting together comments from theoretician and the results of the field research shows that modern state, which is under crisis, resigns in certain areas from its biopolitical activities. These places are taken over by global corporations, which use the structure of state/public institutions to implement their own purposes: corporative biopolitics, for example medicine testing programs carried out on a massive scale.

Keywords: hospital, clinic, biopolitics, medicine testing programs, corporation, the welfare state crisis.