

KACPER GÓRSKI (ORCID: 0000-0001-6879-5282)
IZABELA LEWIŃSKA (ORCID: 0000-0002-9018-4960)

Ryzyka komercjalizacji testów autodiagnostycznych w kontekście filozoficznych koncepcji zdrowia

Artykuł podejmuje zagadnienie testów autodiagnostycznych, które poprzez szybkie oznaczenie i interpretację parametrów zdrowotnych umożliwiają skrócenie diagnostyki pacjenta. Testy są głównie wykorzystywane przez personel medyczny, lecz są także coraz częściej dostępne do samodzielnego zakupu w aptekach i sieciach sklepów. Autorzy stawiają tezę, że włączenie testów autodiagnostycznych w system rynkowy prowadzi do odejścia od fenomenologicznego ujmowania zdrowia jako pewnego ogólnego dobrostanu psychofizycznego. Zdrowie zaczyna być interpretowane jako zbiór luźno powiązanych ze sobą parametrów biologicznych, o których ważności decyduje rynek.

Słowa kluczowe: testy autodiagnostyczne, filozofia zdrowia, gospodarka rynkowa, Havi Carel

Wstęp

Celem niniejszego artykułu jest przybliżenie zagadnienia testów autodiagnostycznych, które w ostatnich latach są jednym z najintensywniej rozwijanych obszarów w dziedzinie chemii i medycyny. Testy te pozwalają na szybkie oznaczenie i interpretację różnego rodzaju parametrów zdrowotnych, dzięki czemu możliwe jest skrócenie diagnostyki, a w konsekwencji – wcześniejsze rozpoczęcie terapii odpowiedniej dla danego pacjenta. Mimo że początkowo były rozwijane jako narzędzia diagnostyczne wykorzystywane przez personel medyczny, to w ostatnim czasie coraz częściej można je samodzielnie kupić w aptekach lub popularnych sieciach sklepów w Polsce i na świecie. W artykule stawiana jest teza, że nieuregulowana komercjalizacja testów autodiagnostycznych wytwarza potrzebę autodiagnozy, a zdrowie przestaje być ujmowane fenomenologicznie jako doświadczany w danym momencie ogólny dobrostan psychofizyczny, lecz jest interpretowane jako pewien zbiór luźno powiązanych ze sobą parametrów biologicznych, o których ważności decyduje rynek.

Klasyyczna diagnostyka kliniczna i jej ograniczenia

W tradycyjnym modelu diagnozowania stanów zdrowotnych pacjent w pierwszym kroku udaje się do lekarza. Przeprowadzany jest wywiad z pacjentem, w następstwie którego lekarz może skierować pacjenta na badania laboratoryjne. W takim wypadku pacjent korzysta z usług laboratorium klinicznego, gdzie albo pobierana jest od niego próbka krwi, albo przyjmowana jest do analizy próbka, na przykład moczu, pobrana przez niego samodzielnie. W dostarczonym materiale sprawdzane są poziomy odpowiednich czynników fizjologicznych. Wynik takiego pomiaru jest następnie przesyłany do pacjenta i lekarza. Na samym końcu tego procesu pacjent ponownie konsultuje się z lekarzem w celu interpretacji uzyskanego wyniku, uzyskania skierowania na kolejne badania lub wdrożenia odpowiedniego leczenia.

Taki system funkcjonuje w większości miejsc na świecie, w szczególności w tzw. krajach rozwiniętych. Należy jednak wskazać na jego wady i potencjalne zagrożenia. Po pierwsze, jest to model czasochłonny, co jest szczególnie istotne dla pacjenta, który w trakcie diagnostyki musi kilkakrotnie udać się do lekarza lub laboratorium. Konsekwencją tego stanu rzeczy jest wydłużenie czasu oczekiwania na wizytę lekarską dla wszystkich pacjentów. Po drugie, może spowodować znie-

chęć pacjenta do leczenia lub dalszej diagnostyki na którymś z etapów procedury. Przykładowo, pacjent zaczyna czuć się lepiej, więc nie robi badań laboratoryjnych; zdaniem pacjenta wynik jest dobry, więc nie przychodzi na kolejną wizytę do lekarza. I wreszcie – utrzymanie takiego modelu jest niezwykle kosztowne (Florkowski et al. 2017).

Z uwagi na wymienione niedogodności naukowcy i lekarze od kilku dekad szukają sposobów usprawnienia diagnostyki klinicznej. Jedną z możliwości jest zastosowanie mobilnej diagnostyki w miejscu przebywania pacjenta (ang. *point-of-care testing*). Do najpopularniejszych przykładów tego typu diagnostyki należą testy ciążowe, glukometry czy produkt pandemii COVID-19 – szybkie testy antygenowe. Celem takich testów jest dostarczenie żądanej odpowiedzi w czasie i miejscu, w którym jest ona potrzebna. Czasami, na przykład w przypadku testów ciążowych, ta odpowiedź jest typu „tak/nie”. W innych przypadkach test może podawać zmierzoną wartość jakiegoś parametru, jak na przykład stężenie glukozy we krwi. Działanie testu jest determinowane przez naturę mierzonego parametru, na przykład dla testów ciążowych wystarczającą jest odpowiedź „jest ciąża” albo „nie ma ciąży”, podczas gdy w pomiarach glukozy we krwi potrzebny jest precyzyjny pomiar stężenia tego związku.

Spektrum stanów, które można diagnozować i monitorować w ten sposób jest oczywiście dużo szersze niż ciąża, cukrzyca czy COVID. W popularnych sieciach aptek, drogerii, a nawet sklepów spożywczych można kupić testy pozwalające na diagnozę stanu zapalnego, infekcji dróg moczowych, białkomoczu, raka prostaty, anginy, płodności mężczyzn i kobiet, boreliozy, celiakii, i wiele więcej. Szacuje się, że wielkość rynku testów diagnostycznych to około 38 miliardów USD, a do 2029 roku powinien się on niemal podwoić, osiągając wartość 74 miliardów USD (Heraldkeepers 2022). Co więcej, opracowywanie tego rodzaju testów jest obecnie bardzo popularnym i dobrze finansowanym obszarem badań, a naukowcy prześcigają się w opracowywaniu testów na kolejne dolegliwości¹.

1 Prawie 6000 nowych prac na ten temat w 2021 roku według bazy artykułów naukowych Scopus: zob. np.: praca demonstrująca wykrywanie wirusa SARS-CoV-2 w ślinie za pomocą zmodyfikowanego glukometru (Singh et al. 2021), opracowanie testu pozwalającego na szybkie wykrycie posocznicy u dzieci (Sheini 2021) czy artykuł opisujący wytworzenie testu do wykrywania markerów choroby Alzheimera przy użyciu telefonu komórkowego (Supraja et al. 2021).

Szybkie testy szansą na zwiększenie dostępności i przyspieszenie diagnostyki

Rozwijane obecnie testy diagnostyczne cechuje względnie niski jednostkowy koszt produkcji, a także brak konieczności wykorzystania specjalistycznego sprzętu lub zaangażowania wykwalifikowanego personelu. Te zalety umożliwiły poprawienie dostępności diagnostyki klinicznej w krajach rozwijających się i w miejscach odseparowanych geograficznie.

Rozwijane obecnie testy diagnostyczne cechuje względnie niski jednostkowy koszt produkcji, a także brak konieczności wykorzystania specjalistycznego sprzętu lub zaangażowania wykwalifikowanego personelu. Te zalety umożliwiły poprawienie dostępności diagnostyki klinicznej w krajach rozwijających się i w miejscach odseparowanych geograficznie, czego przykładem są opisywane poniżej projekty skupiające się na poprawie wykrywalności kiły czy zakażenia wirusem HIV.

Kiła u kobiety w trakcie ciąży jest dużym zagrożeniem dla płodu – powoduje ponad pół miliona martwych urodzeń i śmierci niemowlęcych rocznie. Spośród wielu przyczyn śmierci niemowląt można bardzo łatwo zapobiec, gdyż wystarczy przed trzecim trymestrem ciąży podać pacjentce penicylinę (Schmid et al. 2007). Wdrożenie odpowiedniego leczenia jest poprzedzone rozpoznaniem kiły u pacjentki. W większości krajów badanie to jest przeprowadzane przesiewowo, jednak w krajach Afryki Subsaharyjskiej (ale też w innych obszarach globalnego Południa) odsetek przebadanych w ten sposób kobiet jest bardzo niski. Klasyczna diagnostyka zakażenia kiłą wymaga nie tylko wykorzystania specjalistycznego sprzętu, ale również przechowywania próbek w odpowiedniej temperaturze, co wiąże się z koniecznością zapewnienia stałych dostaw prądu. Z tego względu w wielu regionach świata tego typu badania są zbyt drogie albo zupełnie niemożliwe do przeprowadzenia. W dużym projekcie mającym na celu poprawę dostępności diagnostyki kiły w uboższych regionach badacze wprowadzili szybkie testy na kiłę i przeszkolili podstawowy personel medyczny (położne, pielęgniarki) z ich obsługi. Poskutkowało to ogromnym wzrostem w odsetku przebadanych ciężarnych. Przykładowo, w regionie Geita w Tanzanii przed wprowadzeniem szybkich testów na kiłę diagnozowanych w tym kierunku było jedynie 17,8% kobiet, natomiast po wprowadzeniu testów – 100%. Podobne rezultaty otrzymano w pięciu innych krajach: Brazylii, Peru, Chinach, Kenii i Ugandzie. Największym sukcesem projektu jest to, że niemal wszystkie kobiety, u których wykryto zakażenie, zostały wyleczone. Ponadto decydenci wprowadzili testy na kiłę typu *point-of-care* jako standardową procedurę testowania ciężarnych (Mabey et al. 2012).

Kolejnym sztandarowym przykładem dowodzącym przydatności szybkich testów diagnostycznych jest ich zastosowanie do wykrywania zakażenia wirusem HIV. Obecnie, dzięki nowoczesnym lekom antyretrowirusowym, przeżywalność ludzi zakażonych wirusem HIV jest porównywalna z ludźmi niezakażonymi. Terapia antyretrowirusowa jest

kosztowna, ale w pierwszej dekadzie XXI wieku wiele fundacji i rządów rozpoczęło finansowanie tego typu leków pacjentom z krajów globalnego Południa. Niestety, badania pokazują, że w tych krajach znaczący odsetek osób (45%), u których zdiagnozowano zakażenie HIV nie wraca do kliniki, żeby poznać wynik testu i rozpocząć ewentualne leczenie. Za przyczynę takiego stanu rzeczy uważa się znaczną odległość od kliniki oraz brak informacji, w jaki sposób otrzymać odpowiednie leki. Z tego powodu głównym celem wprowadzenia szybkich testów typu *point-of-care* do diagnostyki zakażenia HIV nie była diagnostyka sama w sobie, ale zmniejszenie odsetka pacjentów HIV-pozytywnych nieotrzymujących leczenia. Okazało się, że gdy zaczęto stosować szybkie testy do diagnozy zakażenia HIV, znacząco wzrosła liczba pacjentów, których monitorowano i leczono. Autorzy korelują ten fakt ze znacznym skróceniem czasu potrzebnego na ocenę zasadności wdrożenia leczenia – z jednego miesiąca w przypadku konwencjonalnej diagnostyki do jedynie trzech dni przy zastosowaniu szybkich testów diagnostycznych. Dzięki skróceniu tego czasu spodziewany jest spadek śmiertelności z powodu zakażenia HIV, ponieważ im szybciej wdrażane jest leczenie, tym bardziej jest ono efektywne (Jani et al. 2011). Niestety samo opracowanie czy nawet bezpłatne rozpowszechnianie testów diagnostycznych nie wyeliminuje zachorowań na AIDS, ponieważ kluczowy jest powszechny i bezpłatny dostęp do opieki medycznej. Jest to jednak duży krok naprzód, pokazujący, że niewielkie i niekoniecznie kosztowne zmiany w systemie opieki zdrowotnej mogą korzystnie wpłynąć na jej dostępność.

Oczywiście korzyści ze stosowania szybkich testów diagnostycznych nie ograniczają się do krajów z utrudnionym dostępem do opieki zdrowotnej, bowiem równie dobrze sprawdzają się one w izbach przyjęć i gabinetach lekarskich w krajach o zaawansowanym systemie opieki zdrowotnej. Jednym z wyzwań dla personelu pracującego na szpitalnych oddziałach ratunkowych jest odpowiednie zakwalifikowanie pacjenta i podjęcie decyzji, czy należy go wysłać do domu czy przyjąć na oddział. W przypadku pacjentów zgłaszających się z bólem w klatce piersiowej i dusznościami kluczowa jest ocena, czy istnieje ryzyko rozwoju ostrego zespołu wieńcowego oraz czy taki incydent jest niegroźny dla zdrowia pacjenta. Jednym z kryteriów tej oceny jest poziom troponin sercowych. W tradycyjnym modelu diagnostyki laboratoryjnej uzyskanie wyniku pomiaru stężenia troponin trwa około 50 minut, co w przypadku zagrożenia życia pacjenta stanowi niebezpiecznie długi czas oczekiwania. Badania wskazują, że zastosowanie szybkich testów do pomiaru stężenia troponin skróciło ten czas aż o 29 minut, czyli o ponad połowę. Co więcej, dzięki temu, że pacjenci, których zdrowiu nie zagrażało niebez-

pieczeństwo, byli znacznie szybciej wypisywani do domu, autorzy szacują, że oszczędzano średnio 25 USD na pacjenta (Hight et al. 2021).

Ostatnim przywołanym tu przykładem korzyści z zastosowania szybkich testów diagnostycznych będzie diagnostyka i kontrola cukrzycy. Chorzy na tę chorobę, poza regularnym monitorowaniem poziomu glukozy we krwi, powinni również raz na jakiś czas (2–4 razy do roku) sprawdzać poziom glikolowanej hemoglobiny (HbA1c). Niestety, wielu pacjentów nie przestrzega tych zaleceń. Badania pokazują, że kiedy taki pomiar jest przeprowadzany w trakcie wizyty lekarskiej za pomocą szybkiego testu diagnostycznego, prawie czterokrotnie spada ryzyko nieregularnego oznaczania HbA1c. Ponadto dzięki temu, że test jest przeprowadzany w trakcie wizyty, w przypadku wyniku sugerującego zaostrzenie choroby możliwa jest natychmiastowa modyfikacja dotychczasowego leczenia (Crocker et al. 2021).

Oczywiście należy również spojrzeć na problem testów diagnostycznych z perspektywy lekarza, który je przeprowadza lub korzysta z dostarczonych przez nie informacji. Wyniki uzyskane na podstawie odpowiedzi na ankiety przez pracowników ochrony zdrowia różnych specjalności wskazują, że lekarze szczególnie doceniają tego typu testy za upewnianie ich w postawionej diagnozie oraz pozwalają na bardziej spersonalizowane prowadzenie pacjenta. Obawami, które zgłaszała większość lekarzy, jest ryzyko nadmiernego testowania oraz wysokie koszty niektórych testów diagnostycznych (Teebagy et al. 2022).

Prowadzone w tej dziedzinie intensywne badania, których wyniki są chętnie komercjalizowane, doprowadziły do wytworzenia osobnej podkategorii tego typu urządzeń – szybkich testów autodiagnostycznych. Jak sama nazwa wskazuje, w tym wypadku osobą przeprowadzającą taki test jest sam pacjent.

Komercjalizacja testów autodiagnostycznych

Szybkie testy diagnostyczne odniosły niewątpliwy sukces na wielu polach, przede wszystkim jednak w rozszerzeniu dostępności diagnostyki laboratoryjnej w krajach uboższych oraz w przyspieszeniu uzyskiwania wyników testów w sytuacjach zagrożenia życia czy kontroli chorób przewlekłych. Co więcej, wydaje się, że nie znamy obecnie doskonalszego narzędzia do tych celów. Prowadzone w tej dziedzinie intensywne badania, których wyniki są chętnie komercjalizowane, doprowadziły do wytworzenia osobnej podkategorii tego typu urządzeń – szybkich testów autodiagnostycznych. Jak sama nazwa wskazuje, w tym wypadku osobą przeprowadzającą taki test jest sam pacjent. Najpopularniejszym przykładem testu autodiagnostycznego jest test ciążowy, choć w ostatnich latach można spotkać w aptekach czy popularnych sieciach sklepów testy autodiagnostyczne pozwalające na określenie poziomu witaminy D, żelaza, białka C-reaktywnego (a więc diagnozę stanów zapalnych), TSH oraz wiele innych.

W polskim kontekście obecność tego typu testów w sprzedaży można odczytywać jako symptom braku zaufania lub braku dostępu do systemu opieki zdrowotnej jako takiej. Długie kolejki do gabinetów, odległe terminy zabiegów, niedobory kadrowe – to wszystko może prowadzić do przekonania, że o swoje zdrowie lepiej zatroszczyć się samemu. Pacjenci sięgają zatem do Internetu, sprawdzają, z jakimi chorobami powiązane są występujące u nich objawy, a gdy to nie wystarcza, mogą się dowiedzieć, co należy zrobić w celu dokładnej diagnozy. Właśnie w tych przypadkach sprawdzają się testy autodiagnostyczne: można zbadać się natychmiast po wystąpieniu objawów, a dopiero w razie niepożądanych rezultatów skierować się do lekarza na pogłębioną diagnostykę pod kątem podejrzewanej choroby. Tego typu postępowanie może zauważalnie skrócić proces rozpoznania lekarskiego, co w dodatku ogranicza okres nieproduktywności związany z ewentualną rekonwalescencją. Niewykluczone też, że wobec utrudnionej dostępności publicznej opieki zdrowotnej oraz zaporowych cen w prywatnym sektorze medycznym, szybkie testy autodiagnostyczne mogą stać się jedną z przystępniejszych finansowo możliwości, by osoby niezamożne lub mieszkające w większym oddaleniu od najbliższej placówki medycznej mogły wykonać podstawowe badania.

Niezależnie od konsekwencji dla całego systemu opieki zdrowotnej należy podkreślić, że tego typu narzędzia diagnostyczne z perspektywy rynku są traktowane jako jeszcze jeden możliwy do kupienia produkt, a zatem podlegają ekonomicznej regule maksymalizacji zysku dla właściciela kapitału. Z punktu widzenia konsumenta są to jednak wyroby szczególnego rodzaju, gdyż są bezpośrednio związane z dziedziną zdrowia. Dziedziną, którą ze względu na przypisywane jej społecznie znaczenie, przynajmniej deklaratywnie, próbuje wyodrębnić się z logiki rynkowej, czego przykładem są regulacje prawne dotyczące reklamowania leków (bardziej restrykcyjne od regulacji dotyczących innych produktów) lub wydawanie znacznej części preparatów wyłącznie na receptę². Naszym

2 W Polsce takie regulacje obejmują m. in.: zakaz wykorzystywania wizerunku znanych osób (celebrytów, lekarzy, farmaceutów), zakaz sugerowania, że spożycie leku zastąpi wizytę lekarską lub poprawi samopoczucie zdrowego człowieka, zakaz zapewniania, iż przyjmowanie danego leku gwarantuje pożądane efekty, że nie ma skutków ubocznych, oraz że dana terapia jest bardziej skuteczna od innej. Poza tym nie można reklamować leków wydawanych na receptę, zawartych w wykazie leków refundowanych oraz zawierających środki psychotropowe. Ustawodawca dopuszcza jednak reklamę leku na receptę skierowaną do osoby, która taki lek może przepisać (wolno wręczyć do 5 próbek leku opatrzonych odpowiednimi symbolami oraz dokumentację medyczną pozwalającą na ocenę działania leku) (Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 listopada 2008 r. w sprawie reklamy

Tego typu narzędzia diagnostyczne z perspektywy rynku są traktowane jako jeszcze jeden możliwy do kupienia produkt, a zatem podlegają ekonomicznej regule maksymalizacji zysku dla właściciela kapitału. Z punktu widzenia konsumenta są to jednak wyroby szczególnego rodzaju, gdyż są bezpośrednio związane z dziedziną zdrowia. Dziedziną, którą ze względu na przypisywane jej społecznie znaczenie, przynajmniej deklaratywnie, próbuje wyodrębnić się z logiki rynkowej.

zdaniem włączanie artykułów tak silnie związanych ze zdrowiem w obieg rynkowy, czego szczególnym przykładem są testy autodiagnostyczne, prowadzi do pojmowania zdrowia jako takiego w kategoriach podtrzymywania produktywności jednostki oraz do odejścia od fenomenologicznych ujęć własnego stanu zdrowia na rzecz pewnego zbioru luźno powiązanych ze sobą parametrów biologicznych, o których ważności decyduje rynek.

Chory jako konsument

Na współczesny system wymiany rynkowej można spojrzeć jak na foucaultowską instytucję, której funkcjonowanie opiera się na zdobywaniu informacji o jednostkach i wykorzystywaniu tej wiedzy do zarządzania społeczeństwem. Władza tego typu instytucji polega na uogólnianiu jednostkowych doświadczeń i przekształcanie ich w normy postępowania obowiązujące całe populacje. Proces ten, który Foucault nazywa normalizacją, jest oparty na racjonalnych przesłankach: normy obowiązujące całe społeczeństwa mają być ustanowione na drodze analiz statystycznych. W rzeczywistości jednak są arbitralnymi postanowieniami, uprzywilejowującymi pewne rozkłady zmiennych kosztem innych (Foucault 2010, 81–82). W ten sposób zachowują się między innymi opisywani w *Narodzinach kliniki* praktycy medyczni, którzy w analizie poszczególnych przypadków zbierali tak naprawdę dane kliniczne o charakterze statystycznym (częstość występowania poszczególnych objawów, korelacje między stosowaniem określonych substancji a tempem leczenia), abstrahując od unikalnego doświadczenia choroby danego pacjenta (Foucault 1999, 193). Zebrane dane umożliwiały poznanie choroby w sensie analitycznym oraz wyznaczenie zakresów poszczególnych parametrów zdrowotnych uważanych za normalne. Zdaniem Foucaulta chory był traktowany wyłącznie jako obiekt badawczy potwierdzający daną regułę.

W analogiczny sposób można rozpatrzyć rynek wyrobów medycznych, który monitoruje poziomy sprzedaży poszczególnych produktów po to, by w działaniach marketingowych skupiać się na tych, które pozwolą maksymalizować zyski. Pomimo różnic prawnych i demograficznych między poszczególnymi krajami, reguła postępowania pozostaje ta sama: jednostkowa perspektywa pacjenta-konsumenta jest pomijana, a każdy z nich jest traktowany jako obserwacja statystyczna, wskazująca kiedy należy rozpocząć promocję leków danego rodzaju. W szczególno-

produktów leczniczych, Dz.U. 2008 nr 210 poz. 137).

ści próbuje się prognozować, kiedy rozpocznie się i jak długo potrwa sezon zachorowań na gripę, gdyż jest to okres zwiększonych zarobków firm farmaceutycznych (Woleben i Gibney 2019). Tym samym rynek w pewien sposób sugeruje jednostce, na co w danym okresie roku może być chora oraz wytwarza reguły postępowania, zgodnie z którymi po zaobserwowaniu pewnego objawu należy przyjąć określony specyfik. Zebrane informacje na temat sprzedaży są wykorzystywane do kreowania percepcji danej choroby lub do sugerowania właściwego stylu jej przeżywania. Innymi słowy, rynek przedkłada własną ocenę „normalnego” postępowania w razie dolegliwości nad doświadczenie chorego i próbuje zastąpić osąd chorej jednostki gotowymi wzorcami postępowania. Z racji że obserwujemy takie zjawiska w przypadku marketingu leków dostępnych bez recepty lub suplementów medycznych, można przypuszczać, że słabo uregulowany rynek testów autodiagnostycznych³ będzie w podobny sposób starał się dotrzeć do konsumenta.

Choroba a chorowanie

W tym kontekście warto zwrócić uwagę na relację między fenomenologiczną analizą własnego stanu zdrowia, dostępną jedynie z perspektywy pierwszoosobowej, a perspektywą ekspercką – z założenia trzecioosobową. Więcej o tej relacji pisała Havi Carel, filozofka specjalizująca się w obszarze filozofii zdrowia. W swojej książce *Phenomenology of Illness* odróżnia pojęcie choroby (*disease*) od chorowania (*illness*). To pierwsze jest analitycznym terminem medycznym, który każde schorzenie traktuje jako pewien patologiczny stan o swojej unikalnej etiologii. To drugie zaś jest pojęciem bardziej ogólnym, związanym z przeżywaniem choroby jako takiej, doświadczeniem zmiany, jaką choroba wprowadza w codziennej rutynie (Carel 2016, 16–17). W ujęciu nauk empirycznych choroba jest analizowana jako możliwy do zmierzenia i ustandaryzowania obiekt, podczas gdy chorowanie dotyczy ogólnego dobrostanu jednostki. Carel dostrzega złożoność relacji między dostępem pierwszo- a trzecioosobowym. Zdarza się bowiem, że pomimo dobrego samopoczucia badania wykazują poważny uszczerbek na zdrowiu. Ta sama zasada działa także

3 Warto zaznaczyć, że zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady UE 2017/746 z dnia 5 kwietnia 2017 r. w sprawie wyrobów medycznych do diagnostyki in vitro oraz uchylecia dyrektywy 98/79/WE i decyzji Komisji 2010/227/UE (adres dostępu: <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/PL/TXT/PDF/?uri=CELEX:32017R0746&from=PT>) od maja 2022 zastrzony zostanie proces certyfikacji takich testów.

Rynek przedkłada własną ocenę „normalnego” postępowania w razie dolegliwości nad doświadczenie chorego i próbuje zastąpić osąd chorej jednostki gotowymi wzorcami postępowania. Z racji że obserwujemy takie zjawiska w przypadku marketingu leków dostępnych bez recepty lub suplementów medycznych, można przypuszczać, że słabo uregulowany rynek testów autodiagnostycznych będzie w podobny sposób starał się dotrzeć do konsumenta.

w drugą stronę: osoba sygnalizuje lekarzowi ból w konkretnych partiach ciała, ale żadne badanie nie potwierdza wystąpienia stanu patologicznego. Mówiąc ogólniej, nie musi zachodzić korelacja między objawami choroby a doświadczeniem chorowania (Carel 2016, 48). W takich sytuacjach powstaje pewnego rodzaju luka komunikacyjna, gdyż pacjent nie jest w stanie przetłumaczyć swojego unikalnego doświadczenia bólu na język zrozumiały przez lekarza, czyli język tego, co mierzalne oraz możliwe do zestawienia z innymi, podobnymi przypadkami. Ta luka świadczy też o odmiennym rozumieniu pojęcia zdrowia przez lekarza i pacjenta. Ten pierwszy pojmuje zdrowie jako przywrócenie parametrów klinicznych chorego do tak zwanego stanu normalnego, odpowiadającego diagnostycznemu ustandaryzowaniu. Temu drugiemu natomiast chodzi o koniec chorowania, czyli ustanie pewnego negatywnego doświadczenia. Dlatego właśnie Carel, przyjmując perspektywę pierwszoosobową jako nadrzędną w analizie tego, czym jest zdrowie, podąża za tradycjami fenomenologicznymi i opisuje je jako stan, w którym własne ciało jest dla jednostki czymś przezroczystym (Carel 2016, 51). Oznacza to, że osoba jest świadoma możliwości i ograniczeń swojego ciała i bierze je za pewnik w momencie wykonywania dowolnych czynności. Nie musi się więc zastanawiać, czy jej koordynacja ruchowa i zapas sił umożliwią wykonanie jakiejś czynności, lecz po prostu ją wykonuje (Carel 2016, 55). Takie rozumienie zdrowia wiąże się ściśle z motorycznością, poprzez którą zdaniem Maurice'a Merleau-Ponty'ego wyraża się intencjonalność (Merleau-Ponty 2001, 157). Mając wiedzę na temat funkcjonowania własnego ciała, a także wypracowując pewne „przyzwyczajenia motoryczne”, chorobę można zatem określić jako zaburzenie motorycznych, a więc jednocześnie intencjonalnych możliwości jednostki. Niemniej jednak w trakcie wizyty u lekarza doświadczenie pacjenta służy jedynie do orientacyjnego określenia miejsca bólu: prymat nadawany jest diagnozie lekarskiej, opartej na wynikach ustandaryzowanych procedur medycznych. Innymi słowy, działanie szpitala jako instytucji polega na przeprowadzaniu procedur oceny stanu zdrowia pacjentów w sposób, w którym doświadczenie choroby przez pacjenta jest czymś, od czego się abstrahuje, a ostateczna diagnoza jest stawiana wyżej od introspekcyjnego wglądu w pacjenta.

Sytuacja dodatkowo się komplikuje, gdy uwzględnione zostaną również mechanizmy rynkowe. O ile można przyjąć, że jeszcze do niedawna w relacji chory-rynek to jednostka najpierw sama musiała się zidentyfikować jako osoba cierpiąca na pewną dolegliwość, by sięgnąć po leki i inne wyroby medyczne podsuwane przez rynek jako odpowiednie do danego schorzenia, o tyle testy autodiagnostyczne są pro-

duktami jednoznacznie ukazującymi, czy dany parametr fizjologiczny mieści się w normie, czyli stanowią quasi-diagnozy lekarskie. Pomimo wymienionych wcześniej zalet w likwidowaniu wąskich gardeł w diagnostyce laboratoryjnej, wydaje się, że w komercjalizacji tego typu testów, a co za tym idzie, w orzekaniu o zdrowiu jednostki przez rynek, nie chodzi o diagnostykę chorób, lecz o wyróżnienie chorych jako odrębnej grupy konsumenckiej. Zjawisko to przewidywał Georges Canguilhem w *Normalnym i patologicznym*, gdzie odróżnił „chorobę”, będącą pojęciem analitycznym, od „chorego”, czyli terminu wartościującego, będącego swoistym naznaczeniem jednostki, piętnem (Canguilhem 2000, 92). Naznaczenie przez rynek ma służyć tylko jednemu: sprzedaży kolejnych produktów i usług, które są skierowane dla osób cierpiących na dane schorzenie. W tym ujęciu testy autodiagnostyczne okazują się narzędziem służącym do dokładniejszej segmentacji konsumentów, dodatkową porcją informacji pozwalającą na bardziej precyzyjne sprofilowanie danej jednostki jako konsumenta, by później sprzedać jej kolejne produkty i usługi.

Tak rozumiane testy autodiagnostyczne okazują się czymś podobnym do zyskujących na popularności urządzeń śledzących aktywność, jakimi są krokomierze lub opaski sportowe, których połączenie z aplikacją umożliwia ciągłe monitorowanie aktywności danej jednostki i natychmiastową informację zwrotną w przypadku odchylenia od normy. Odchylenia te z kolei są okazją do zaproponowania skuteczniejszych diet, bardziej efektywnych programów ćwiczeń. Podobne łączenia ofert można zacząć dostrzegać w przypadku testów autodiagnostycznych, czego przykładem są usługi polegające na wysyłce testów do domu pacjenta, a po uzyskaniu wyników proponowane są dodatkowo płatne konsultacje lekarskie⁴.

Testowanie jako troska o produktywność

W trakcie pracy nad niniejszym artykułem w polskich sieciach sklepów oprócz testów na COVID-19 zaczęły się pojawiać testy sprawdzające między innymi poziom witaminy D, żelaza lub hormonów tarczycy. Oferta ta jest promowana hasłami, zgodnie z którymi warto dbać o swoje zdrowie i profilaktycznie się badać. Dlaczego jednak dostępne w ofercie testy sprawdzają właśnie te, a nie inne parametry zdrowotne? Czy poprawne określenie swojego stanu zdrowia w ramach profilaktyki

4 Na przykład diagnoseathome.com, healthy.io/services/kidney, everlywell.com.

wymaga przeprowadzenia wszystkich testów z oferty? W przeciwieństwie do lekarza, który w ograniczonym stopniu, ale jednak opiera się na doświadczeniu danego pacjenta, rynek jest ślepy. Nie jest w stanie przepisać odpowiedniego testu na przypadłość danej jednostki, więc postępuje zgodnie z kapitalistycznym paradygmatem: sam proponuje jej to, czego może ona chcieć. Mogą to być produkty gwarantujące stałą stopę zysku, ze względu na wysoką częstotliwość diagnozowania danego schorzenia. Równie dobrze mogą to być testy diagnozujące choroby występujące stosunkowo rzadko, ale ich produkcja jest już dość tania. Inaczej mówiąc, niektóre testy sprzedaje się nie tylko dlatego, że diagnozowane schorzenie jest jedną z chorób typowych dla danej populacji, lecz również dlatego, że istnieje technologia, która umożliwiła badanie właśnie takiego schorzenia.

Argumentem przekonującym do zakupu ma być profilaktyka. Przekaz marketingowy głosi, że warto się testować, by wiedzieć, czy jest się zdrowym i aby jak najdłużej utrzymywać własny organizm w dobrej kondycji. Nie wymaga się od kupującego specjalistycznej wiedzy, ułatwiającej dobór właściwego produktu. Zamiast tego zaleca się regularne badanie danego parametru, co z kolei wymaga powtarzalnych nakładów pieniężnych. Chcącego zatroszczyć się o swoje zdrowie konsumenta stawia się w paradoksalnej sytuacji: choć nie wie, co wybrać, ma czuć, że powinien coś kupić. W komercjalizacji testów nie chodzi więc o to, by trafić z odpowiednim testem do danego pacjenta, lecz przede wszystkim o to, by maksymalizować zysk producenta. Tego typu produkty rozdrabniają nasze rozumienie zdrowia na niepowiązane ze sobą parametry, a działania reklamowe mają wywołać w człowieku pewną obcość w doświadczaniu własnego ciała, skutkując ignorowaniem jego sygnałów i zawierzeniem temu, co jest dostępne w rynkowej ofercie.

Tworzy się pewnego rodzaju presja badania się, by w profilaktycznej trosce z odpowiednim wyprzedzeniem zidentyfikować objawy jakiegokolwiek schorzenia, co w praktyce jest jeszcze jednym urzeczywistnieniem reżimu kontroli, o którym obszernie pisał Gilles Deleuze (Deleuze 2007, 185). Po przywoływanej przez francuskiego filozofa figurę nieograniczonego odwleczenia sięgał również Mark Fisher w *Realizmie kapitalistycznym*, by opisać proces niekończącej się edukacji. Wydaje się, że z powodzeniem można zastosować to pojęcie także przy analizie środowiska medycznego i rozwijającego się skomercjalizowanego testowania. Podczas gdy u Franza Kafki, do którego nawiązywali później Deleuze i Fisher, chodziło o ciągłe odwlekanie ogłoszenia ostatecznego wyroku, Fisher dokonuje recepcji tej metafory ludzkiego uwikłania w system, przenosząc ją na popularne postulaty rozwoju osobistego: szkoleń, które trwają całe

W komercjalizacji testów nie chodzi więc o to, by trafić z odpowiednim testem do danego pacjenta, lecz przede wszystkim o to, by maksymalizować zysk producenta. Tego typu produkty rozdrabniają nasze rozumienie zdrowia na niepowiązane ze sobą parametry, a działania reklamowe mają wywołać w człowieku pewną obcość w doświadczaniu własnego ciała, skutkując ignorowaniem jego sygnałów i zawierzeniem temu, co jest dostępne w rynkowej ofercie.

życie zawodowe, certyfikatów, których nigdy nie posiada się w wystarczającej ilości. Ze względu na taką konstrukcję systemu pracownik nigdy nie czuje się w pełni dopasowany do swojego stanowiska, zawsze istnieje ryzyko zwolnienia ze względu na niewystarczające kompetencje (Fisher 2020, 38–39). W przypadku testowania można natomiast, analogicznie, powiedzieć, że zdrowym jest się tylko w momencie wykonania testu oraz wyłącznie w zakresie badanego parametru.

Testowanie zawsze więc będzie niewystarczające, czy to ze względu na niepokrycie wszystkich parametrów zdrowotnych, czy też przez zbyt rzadką częstotliwość samego testowania. W takiej konstrukcji systemu, zarówno w przypadku przewleczonej edukacji oraz medycyny, chodzi jednak przede wszystkim o podtrzymanie wysokiej produktywności jednostki, czy to na drodze wytwarzania poczucia niewystarczających kompetencji, czy to poprzez ograniczanie do minimum okresów nieproduktywności, związanych z leczeniem. Działania te mają oczywiście też swoją drugą stronę: niekończący się strumień dochodów płynących do instytucji wydających certyfikaty lub firm produkujących testy. W obu tych ujęciach niekwestionowanym zwyczajem pozostaje kapitał. By spełnić systemowe wymagania związane z wydajnością, pracownik decyduje się przeznaczyć część swojego majątku na instrumenty poświadczające o jego produktywności. Innymi słowy, jednostka wydaje swoje pieniądze po to, by móc ciężiej pracować.

Podsumowanie

Testy diagnostyczne są obecnie jedną z najszybciej rozwijających się technologii, a opisane w artykule przykłady zakończonych sukcesem wdrożeń świadczą o tym, że mogą istotnie przyczynić się do likwidacji wąskich gardeł w diagnostyce laboratoryjnej. Ograniczenie liczby wizyt u lekarza lub możliwość niemal natychmiastowego uzyskania wyników to jedne z wielu korzyści, które dają tego typu narzędzia, a w przypadku regionów uboższych lub takich, gdzie system opieki zdrowotnej nie jest dobrze rozwinięty, tego typu testy mogą być jedyną szansą na szybką i skuteczną diagnostykę pacjenta.

Należy zauważyć, że powyższe zalety dotyczą również testów auto-diagnostycznych, dostępnych w zasadzie bez ograniczeń w aptekach, drogeriach i popularnych sieciach sklepów. Mając jednak na uwadze opisywane w niniejszym artykule zagrożenia związane z agresywnym marketingiem tego typu produktów, konieczne jest wprowadzenie regulacji prawnych podobnych do tych, którymi objęte są leki na receptę

oraz ścisła kontrola pod względem naukowym i etycznym badań klinicznych i procesów certyfikacji takich testów.

Wykaz literatury:

- Canguilhem, Georges. 2000. *Normalne i patologiczne*. Tłum. Paweł Pieniążek. Gdańsk: słowo/obraz terytoria.
- Carel, Havi. 2016. *Phenomenology of Illness*. New York: Oxford University Press.
- Crocker, Joseph Benjamin, Stephen H. Lynch, Anthony J. Guarino, i Kent Lewandrowski. 2021. "The Impact of Point-of-Care Hemoglobin A1c Testing on Population Health-Based Onsite Testing Adherence: A Primary-Care Quality Improvement Study." *J Diabetes Sci Technol*. 15: 561–567. <https://doi.org/10.1177/1932296820972751>
- Deleuze, Gilles. 2007. *Negocjacje: 1972–1990*. Tłum. Michał Herer. Wrocław: Wydawnictwo Naukowe Dolnośląskiej Wyższej Szkoły Edukacji TWP.
- Fisher, Mark. 2020. *Realizm kapitalistyczny: czy nie ma alternatywy?* Tłum. Andrzej Karalus. Warszawa: Instytut Wydawniczy Książka i Prasa.
- Florkowski, Christopher, Andrew Don-Wauchope, Nuria Gimenez, Karina Rodriguez-Capote, Julien Wils, i Annalise Zemlin. 2017. „Point-of-Care Testing (POCT) and Evidence-Based Laboratory Medicine (EBLM) – Does It Leverage Any Advantage in Clinical Decision Making?” *Crit Rev Clin Lab Sciences* 54: 471–494. <https://doi.org/10.1080/10408363.2017.1399336>
- Foucault, Michel. 1999. *Narodziny kliniki*. Tłum. Paweł Pieniążek. Warszawa: Wydawnictwo KR.
- Foucault, Michel. 2010. *Bezpieczeństwo, terytorium, populacja: wykłady w Collège de France 1977–1978*. Tłum. Michał Herer. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Heraldkeepers. 2022. „Rapid Diagnostic Tests (RDT) Market Growth, Share, Trend, Business Opportunities, Manufacturers and Research Methodology by 2029.” <https://www.marketwatch.com/press-release/rapid-diagnostic-tests-rdt-market-growth-share-trend-business-opportunities-manufacturers-and-research-methodology-by-2029-2022-02-04>
- Hight, Michael, Kasey Conklin, Benjamin Archer, Jared Sutherland, Brandi Sakai, i Dylan Arnold. 2021. "Implementing Point-of-Care

- Troponin Testing in the Emergency Department: Impact on Time to Result.” *Journal of Emergency Nursing* 2(47): 299–304. <https://doi.org/10.1016/j.jen.2020.06.014>
- Jani, Ilesh V., Nádia E. Siteo, Eunice R. Alfai, Patrina L. Chongo, Jorge I. Quevedo, Beatriz M. Rocha, Jonathan D. Lehe, i Trevor F. Peter. 2011. “Effect of Point-of-Care CD4 Cell Count Tests on Retention of Patients and Rates of Antiretroviral Therapy Initiation in Primary Health Clinics: An Observational Cohort Study.” *The Lancet* 378(9802): 1572–1579. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)61052-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61052-0)
- Mabey, David C., Kimberly A. Sollis, Helen A. Kelly, Adele S. Benzaken, Edward Bitarakwate, John Chagalucha, Xiang-Sheng Chen, Yue-Ping Yin, Patricia J. Garcia, Susan Strasser, Namwinga Chintu, Tikki Pang, Fern Terris-Prestholt, Sedona Sweeney, i Rosanna W. Peeling. 2021. “Point-of-Care Tests to Strengthen Health Systems and Save Newborn Lives: The Case of Syphilis.” *PLoS Medicine* 9: e1001233. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001233>
- Merleau-Ponty, Maurice. 2001. *Fenomenologia percepcji*. Tłum. Małgorzata Kowalska, Jacek Migasiński. Warszawa: Fundacja Aletheia.
- Schmid, George P., Bradley P. Stoner, Sarah Hawkes, i Nathalie Broutet. 2007. “The Need and Plan for Global Elimination of Congenital Syphilis.” *Sexually Transmitted Diseases* 7(34): 5–10. <https://doi.org/10.1097/01.olq.0000261456.09797.1b>
- Sheini, Azarmidokht. 2021. “A Point-of-Care Testing Sensor Based on Fluorescent Nanoclusters for Rapid Detection of Septicemia in Children.” *Sensors and Actuators B: Chemical* 1(328): 129029. <https://doi.org/10.1016/j.snb.2020.129029>
- Singh, Naveen K., Partha Ray, Aaron F. Carlin, Celestine Magallanes, Sydney C. Morgan, Louise C. Laurent, Eliah S. Aronoff-Spencer, i Drew A. Hall. 2021. “Hitting the Diagnostic Sweet Spot: Point-of-Care SARS-CoV-2 Salivary Antigen Testing with an off-the-Shelf Glucometer.” *Biosensors and Bioelectronics* 180: 113111. <https://doi.org/10.1016/j.bios.2021.113111>
- Supraja, Patta, Suryasnata Tripathy, Ranjana Singh, Vikrant Singh, Gajendranath Chaudhury, i Shiv Govind Singh. 2021. “Towards Point-of-Care Diagnosis of Alzheimer’s Disease: Multi-Analyte Based Portable Chemiresistive Platform for Simultaneous Detection of β -amyloid (1-40) and (1-42) in Plasma.” *Biosensors and Bioelectronics* 186: 113294. <https://doi.org/10.1016/j.bios.2021.113294>
- Teebago, Sean, Ziyue Wang, Denise Dunlap, Connor Saleeba, Danielle DiMezza, JoAnn Crain, Craig M. Lilly, Bryan Buchholz, David D.

- McManus, i Nathaniel Hafer. 2022. "Understanding Healthcare Professionals' Perspectives on Point-of-Care Testing." *Diagnostics* 2(12): 533. <https://doi.org/10.3390/diagnostics12020533>
- Woleben, Jason, i Michael Gibney. 2019. "Seasonality of Cold, Flu Offers Predictability of Over-the-Counter Pharma Sales." <https://www.spglobal.com/marketintelligence/en/news-insights/latest-news-headlines/seasonality-of-cold-flu-offers-predictability-of-over-the-counter-pharma-sales-51625806>

KACPER GÓRSKI – ukończył filozofię na Uniwersytecie Warszawskim, magister nauk ekonomicznych. Zawodowo pracuje jako analityk danych. Naukowo zajmuje się historią systemów ekonomicznych oraz filozofią pracy.

email: kacpertomaszgorski@gmail.com

IZABELA LEWIŃSKA – ukończyła chemię na Uniwersytecie Warszawskim, obecnie studentka studiów doktoranckich w Szkole Doktorskiej Nauk Ścisłych i Przyrodniczych Uniwersytetu Warszawskiego. Naukowo zajmuje się opracowywaniem szybkich testów diagnostycznych do wykrywania i kontroli chorób nerek.

email: i.lewinska@uw.edu.pl

Cytowanie:

Górski, Kacper, i Izabela Lewińska. 2022. „Ryzyka komercjalizacji testów autodiagnostycznych w kontekście filozoficznych koncepcji zdrowia.” *Praktyka Teoretyczna* 3(45): 291–307.

DOI: 10.19195/prt.2022.3.12

Authors: Kacper Górski, Izabela Lewińska

Title: Commercialisation Risks of Self-Diagnostic Tests in the Context of Philosophical Concepts of Health

Abstract: The article covers the issue of self-diagnostic tests, which, thanks to fast indication and interpretation of health parameters, shorten patient diagnosis. These tests are mainly used by healthcare professionals, but are also increasingly available for purchase in pharmacies and chain stores. The paper claims that the integration of self-diagnostic tests into the market system leads to a shift from the phenomenological account of health, conceived as general psychophysical well-being. Health begins to be interpreted as a set of loosely related biological parameters whose importance is determined by the market.

Keywords: self-diagnostic tests, philosophy of health, free market, Havi Carel