

Mieczysław Gałuszka*

MEDYCYNĄ I ZDROWIE W SPOŁECZEŃSTWIE KONSUMPCYJNYM: MAKDONALDYZACJA OPIEKI ZDROWOTNEJ *VERSUS* RYZYKO ZDROWOTNE

Abstrakt. Reforma opieki zdrowotnej w Polsce zmierza do ustanowienia nowego ładu zdrowotnego. Zauważalne są tendencje przerzucenia odpowiedzialności za stan zdrowia społeczeństwa i jakość usług medycznych z instytucji medycznych na obywatela. Procesy restrukturyzacji, komercjalizacji i prywatyzacji zakładów opieki zdrowotnej wprowadzają do publicznego sektora zdrowotnego elementy modelu wolnorynkowego. Zdrowie staje się towarem, który podlega takim samym mechanizmom rynkowym, jak inne produkty. Opieka zdrowotna przeobraża się w system konsumpcyjny: pacjent staje się klientem, a lekarz dostarczycielem usługi medycznej. Rynkowe podejście do zdrowia prowadzi do makdonaldyzacji opieki zdrowotnej. W nawiązaniu do koncepcji Georga Ritzera, w artykule przedstawione są paradoksy makdonaldyzacyjne medycyny i opieki zdrowotnej: efektywności, przewidywalności, kalkulacyjności, automatyzacji. Analizowane jest ryzyko zdrowotne wynikające z nowych zjawisk związanych z ekonomizacją medycyny.

Słowa kluczowe: system opieki zdrowotnej, makdonaldyzacja opieki zdrowotnej, McLekarz, McPacjent, ekonomia w ochronie zdrowia.

1. Opieka zdrowotna w ujęciu daru lub towaru

Współczesne systemy opieki zdrowotnej działają według różnych modeli i rozwiązań prawno-administracyjnych, często traktowane są jako uprzywilejowany sektor gospodarczy. Można stwierdzić, że przechodzą nieustający proces reformowania dostosowując się do zmieniających się warunków ekonomicznych i politycznych, w różnym stopniu odpowiadając na potrzeby ludzi (Włodarczyk 2003). W Polsce toczy się dyskurs publiczny, na ile opieka zdrowotna ma być domeną publiczną i państwa, a na ile stać się przedsięwzięciem prywatnym i komercyjnym podobnym do innych sektorów gospodarki rynkowej.

* Dr hab. n. hum., prof. nadzw. UM, Zakład Socjologii, Katedra Nauk Humanistycznych, Wydział Nauk o Zdrowiu, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, ul. Lindleya 6, 90-131 Łódź.

Doświadczenia innych krajów pokazują, że ochrona zdrowia oparta na wolnych siłach rynkowych nie zaspokaja w pełni potrzeb zdrowotnych obywateli. Przykładem państwa o najbardziej rozbudowanych formach rynkowej opieki zdrowotnej jest USA, gdzie komplementarnie funkcjonują różne formy płatności i ubezpieczeń zdrowotnych. Najbardziej znanym programom rządowym i federalnym – Medicare oraz Medicaid – zarzuca się rozbudowaną biurokrację oraz niewydolność organizacyjną, „prowadzące do chronicznego braku środków finansowych, pomimo ciągłych subwencji stanowych i rządowych” (F e d o r o w s k i 2002: 68). Mimo że Stany Zjednoczone wydają na opiekę zdrowotną 15,2% PKB (ponad 1,6 bln USD), ciągle rosnące koszty ochrony zdrowia nie zaspokajają potrzeb obywateli. Pierwszym krytykiem rynkowego ujęcia opieki zdrowotnej był J. K. A r r o w (1963, 1979), który zwrócił uwagę na to, że podstawową cechą ochrony zdrowia jest niepewność i ryzyko związane zarówno z częstością i stopniem zachorowania, jak i efektywnością leczenia. Według niego pacjenci nie postępują tak samo, jak konsumenci innych dóbr, a lekarze nie zachowują się, jak przedsiębiorstwa. Jako pacjenci nie umiemy przewidzieć, kiedy będziemy potrzebowali porady lekarskiej i jakie koszty poniesiemy. Nawet w przypadku złagodzenia elementu niepewności przez różnorodne ubezpieczenia nie do końca możemy kontrolować sytuację, zaś wykupienie kosztownej polisy może wywołać efekt tzw. hazardu moralnego, zwiększającego motywację do nadmiernego korzystania z usług medycznych.

W polityce zdrowotnej coraz śміielej używamy pojęcia rynku świadczeń zdrowotnych, chociaż dla większości społeczeństwa sprowadzenie usług zdrowotnych do transakcji kupna – sprzedaży nie jest możliwe do zaakceptowania. Próby wprowadzenia w polskim systemie ochrony zdrowia elementu rynkowego trwają już od pewnego czasu. Kolejne ustawy wprowadzają możliwość restrukturyzacji, komercjalizacji oraz prywatyzacji zakładów opieki zdrowotnej funkcjonujących dotychczas w systemie publicznej opieki zdrowotnej. Ostatnia próba modernizacji systemu opieki zdrowotnej związana jest z pakietem ustaw rządowych z końca 2010 r. Resort zdrowia pracował nad 17 projektami ustaw, z których Rada Ministrów zaakceptowała 7, a Sejm uchwalił 6 (G a ł u s z k a 2010). Opinia publiczna jest podzielona, co do skuteczności proponowanych reform, a komercjalizowanie szpitali nie we wszystkich przypadkach spełniło zadania usprawnienia dystrybucji usług zdrowotnych. Podstawowa sprzeczność, jaka ogranicza możliwość reformowania opieki zdrowotnej według modelu rynkowo-komercyjnego tkwi w samych ludziach. Większość ludzi nie może pogodzić się z faktem, że porada medyczna lub leczenie jest takim samym towarem, jak inne produkty i usługi dostępne za określoną cenę dla tych, którzy mają środki finansowe na ich nabycie, a niedostępne dla tych, którzy nie mają środków finansowych, ubezpieczenia lub innych gwarancji prywatnych. Przekonanie o egalitaryzmie

w dostępie do usług zdrowotnych jest mocno zinternalizowane wśród Polaków, a także występuje w dokumentach urzędowych, a przede wszystkim w *Konstytucji...* (1997). Niezrozumiała jest też zasada odprowadzania składek na powszechne ubezpieczenie społeczne oraz funkcje ubezpieczeń prywatnych w kontekście racjonowania usług zdrowotnych przez NFZ.

W naszym myśleniu o zdrowiu i obowiązkach wobec niego akcent położony jest w większym stopniu na traktowanie opieki zdrowotnej jako daru, wynikającego z miłosierdzia i cudzej solidarności, współczucia, niesienia bezinteresownej pomocy bądź obowiązku przypisanego pracy zawodowej lekarzy. Koncepcja daru tkwi u podstaw organizacji i funkcjonowania społeczeństw; była analizowana przez antropologów i socjologów, których szczególnie interesowała zasada obowiązkowego odwzajemniania rzeczy lub usługi (M a u s s 2001; G o d e l i e r 2010). W Polsce, w publicznej opiece zdrowotnej, prezenty dawane lekarzom w ramach odwzajemnienia się za dobrą opiekę traktowane są często w kategoriach daru. Granica między „darem” a łapówką wręczaną lekarzowi przez pacjenta lub firmę farmaceutyczną jest płynna, co ilustrują doniesienia medialne o spektakularnych zatrzymaniach skorumpowanych lekarzy (P o l a k 2011). Kategoria daru w pewnym sensie tłumaczy również roszczeniowe oczekiwania względem instytucji świadczących usługi zdrowotne oraz reprezentantów zawodów medycznych. Przypomnijmy, że przysięga Hipokratesa postulowała dostosowanie wysokości honorarium do zamożności pacjenta, a więc nie wykluczała jego finansowania. Tak więc nie wszyscy Polacy pogodzili się z tym, że muszą odprowadzać składki na powszechne ubezpieczenie zdrowotne, a większość nie chce przyjąć do wiadomości, że nie wystarczą one na pokrycie w pewnych sytuacjach naszych potrzeb zdrowotnych i konieczna jest dalsza zaradność w tym obszarze potrzeb medycznych. Dyskusje bioetyków o konieczności racjonowania ograniczonych środków medycznych nie przekonują opinii społecznej (S z e w c z y k 2005; H o ł ó w k a 2005). Ludzie oczekują pomocy medycznej zgodnie z chronologią własnej trajektorii czasowej choroby, a nie w perspektywie kilku miesięcy uzyskania usługi proponowanej przez zakłady opieki zdrowotnej. Oburzamy się, gdy proponowany termin zabiegu wyznaczony jest za kilka miesięcy, a nawet kilka lat, ponieważ nie chcemy uznać kolejek jako jednego ze sposobów reglamentacji i ograniczania dostępu do środków medycznych. Zasygnalizowany powyżej problem najkrócej można wyrazić pytaniami: czy usługi medyczne są darem, czy towarem (P a y n e 2001; M o r r i s, D e v l i n, P a r k i n 2011); czy medycyna jest wyłącznie przedsięwzięciem ekonomicznym, czy również działalnością moralną? I wreszcie kluczowe pytanie, na które staram się w artykule odpowiedzieć: w jaki sposób procesy makdonaldyzacji zmieniają współczesną organizację opieki zdrowotnej?

Tabela 1. Konotacje medycyny i opieki zdrowotnej jako daru i towaru

Opieka zdrowotna jako dar	Opieka zdrowotna jako towar
– dar przyjmujemy (nie marudzimy) – porada/diagnoza/leczenie – pacjent uległy lub roszczeniowy – posłuszeństwo faktom biologicznym – lekarz wie najlepiej / wiedza naukowa – związki między osobami / personalizacja – powszechne ubezpieczenie zdrowotne – ograniczanie popytu / racjonowanie – dominacja publicznej opieki zdrowotnej	– towar kupujemy (możemy wybrzydząć) – usługa medyczna / produkt / sprzedaż – klient / konsument produktów medycznych – posłuszeństwo regułom / zasadom rynku – marketing / ekonomia określa, co się opłaca – związki między kupującymi / reifikacja – prywatne/komercyjne ubezpieczenie zdrowotne – kreowanie popytu przez podaż / konsumeryzm – komercjalizacja/prywatyzacja opieki zdrowotnej

Źródło: opracowanie własne.

2. Medycyna i usługi zdrowotne w aureoli makdonaldyzacji

M. Weber wyróżnił idealne typy racjonalności, które posłużyły mu do analizy porządku gospodarczego i interpretacji działania ludzkiego. Zwłaszcza racjonalność formalna, będąca wytworem cywilizacji rynkowej, poprzez reguły prawne i przepisy biurokratyczne narzuca sposób zorganizowania instytucji i determinuje decyzje dotyczące osiągania określonych celów w życiu człowieka¹. Przestrzeń rzeczywistości społecznej podlega według niego procesom dehumanizacji, stając się przestrzenią ekonomiczną i polityczną, w której dominują zasady przepisów i struktur biurokratycznych (Weber 2002). Według G. Ritzera (2009: 53) Webera niepokoiła zarówno „nieracjonalność systemów formalnie racjonalnych”, jak i „żelazna klatka racjonalności”, które pozbawiają człowieka elementarnego człowieczeństwa i podmiotowości. G. Ritzer, powołując się na weberowską teorię racjonalności, poszukuje biurokratycznych zasad w funkcjonowaniu różnych instytucji współczesnego świata, które określił jako społeczeństwo zmakdonaldyzowane. W najbardziej lapidarnej definicji makdonaldyzacji stwierdza się, że jest to proces ekspansji i dominacji zasad działania baru szybkiej obsługi na nowe sektory społeczeństwa i gospodarki światowej (Ritzer 2009). Ekspansja *fast food*-ów nazywana też upowszechnianiem „kultury hamburgera”, w publicznym dyskursie była wielokrotnie krytykowana jako symbol niezdrowego pożywie-

¹ M. Weber wyróżnia ponadto: racjonalność celową (teleologiczną – *Zweckrationalität*), umożliwiającą ludziom osiągnięcie zamierzonego celu przy jednoczesnym wyeliminowaniu działań afektywnych; racjonalność teoretyczną, kognitywną (w odniesieniu do wartości – *Wertrationalität*), umożliwiającą poznawanie i interpretowanie rzeczywistości za pomocą coraz bardziej wysublimowanych i abstrakcyjnych pojęć socjologicznych; racjonalność materialną (*materiale Rationalität*), ułatwiającą wybór środków adekwatnych do osiągnięcia celu, w kontekście wartościujących postulatów, wraz z uwzględnieniem etycznych kryteriów (Weber 2002, s. 15–16, 60, 64).

nia, czegoś syntetycznego, bez wyrazu kulinarnego i smaku. Z kolei marketing McDonalda przytaczał dowody świadczące o tym, że ich produkty są zdrowe, odtłuszczone, sporządzone w sterylnych warunkach i kontrolowanym rygorze technologicznym. W globalnej gospodarce dominacja wielkich korporacji, marek, sieci handlowych wymusza standaryzację produktów i usług. Wprowadzenie jednolitych norm i ujednolicenie stanowiło warunek ich wejścia na rozległe rynki międzynarodowe. W jakim stopniu podstawowa teza książki *Makdonaldyzacja społeczeństwa* ma zastosowanie do medycyny i opieki zdrowotnej? Sam autor włącza sektor ochrony zdrowia do procesów makdonaldyzacji, wskazując różne jego przykłady. W kolejnych wydaniach książki rozbudowuje rozdział poświęcony problemom makdonaldyzowania narodzin, umierania i śmierci człowieka, tym samym włącza się w dyskurs bioetyczny, czego dowodem mogą być polemiki różnych badaczy.

Opis makdonaldyzacji Ritzera zawiera cztery podstawowe składniki systemu racjonalnego wywiedzione z zasad funkcjonowania barów szybkiej obsługi: 1) „sprawność” – efektywność; 2) „wymierność” – kalkulacyjność; 3) „przewidywalność” – pewność; 4) „sterowanie” – automatyzacja. Krytycznej analizie poddaje również piąty składnik nazywany „nieracjonalnością racjonalności” określony przez niego jako paradoks systemów racjonalnych (Ritzer 2003; 2009: 37). W niniejszych analizach posłużę się pojęciem paradoksu, aby podkreślić, że wszystkie wymienione przez Ritzera zasady tworzą w opiece zdrowotnej i medycynie sprzeczność, prowadzącą do konieczności weryfikacji dominującego klasycznego biomedycznego modelu medycyny i opieki zdrowotnej. Wprowadzenie do systemu opieki zdrowotnej analizy ekonomicznej mającej przyczynić się do racjonalizacji zasobów medycznych i efektywności leczenia prowadzi nieuchronnie do tworzenia opieki zdrowotnej, funkcjonującej według zasad rynkowych. Pacjent zostaje konsumentem zestandaryzowanych produktów medycznych i farmaceutycznych w sektorze przemysłu medycznego i farmaceutycznego. Przedsiębiorstwa medyczne wzorem McDonald’sa będą „oferować tanią, skuteczną i łatwo dostępną opiekę zdrowotną [...], gdzie będzie się leczyć według tych samych zasad” (Ritzer 2012: 45).

Paradoks efektywności w opiece zdrowotnej wynika ze sprzeczności pomiędzy celami systemu zdrowotnego a indywidualnymi potrzebami zdrowotnymi pacjenta. Funkcjonalność i sprawność systemu zdrowotnego nie zawsze jest synchroniczna z interesem i dobrem pacjenta. Sytuacje takie ewidencjonują wybory pomiędzy moralnym a ekonomicznym ujęciem medycyny, pracy lekarza i innego personelu. W systemie opieki zdrowotnej wprowadzono pojęcie medycyny efektywnej, która oparta jest na analizie kosztów i efektów, czyli przeliczeniu wyników klinicznych na wskaźniki ekonomiczne. U podstaw takiego rozumowania leży przekonanie, że można leczyć chorych w sposób efektywny zarówno pod względem medycznym, jak i ekonomicznym. Stosuje się w tym celu różne miary, np. QALY (*quality – adjusted life years*). Od lekarza oczekuje się z jednej strony przestrzegania zasad etyki zawodowej, troski o pacjenta i realizacji

jego dobra, z drugiej zaś – wymaga się efektywności i kalkulatoryjności. Przyjęcie określonej jednostki czasu na jednego pacjenta (np. 15 min), zmusza lekarza do standaryzacji pacjentów o różnych schorzeniach, wymagających indywidualnego podejścia. Etaty bądź kontrakty są tak skalkulowane, żeby uzyskać pozytywny wynik ekonomiczny w ergonomicznym czasie pracy lekarzy. Zatracona zostaje idea spersonalizowanego i bezpośredniego kontaktu lekarza z pacjentem na rzecz „segmentacji rynku klientów indywidualnych” i sprzedaży „produktów opieki zdrowotnej” (Kotler, Shalowitz, Stevens 2011). Prowadzi to do instrumentalizacji kontaktu lekarz – pacjent w marketingowym modelu opieki zdrowotnej; potrzeba zdrowotna pacjenta zamienia się na kreowanie popytu poprzez zakłady opieki zdrowotnej. Przeniesienie koncepcji marketingowych wypracowanych w warunkach rynku usług zdrowotnych do polskiego systemu opieki jest niezwykle trudne i bolesne dla pacjentów i personelu medycznego. Nowe pojęcia, takie jak np.: „marketing partnerski”, „efektywność działań w zakresie jakości”, „budowanie lojalności pacjentów”, zarówno dla lekarza, jak i pacjenta, mają bardzo różne znaczenie, stanowią nierozpoznany semantycznie i kulturowo element modernizacji systemu opieki zdrowotnej (Hołub 2002: 113–136).

Paradoks kalkulatoryjności pokazuje sprzeczność, jaka pojawia się pomiędzy organizacją usług zdrowotnych, wyceną finansową procedur medycznych, kontraktami zawartymi przez podmioty wykonujące usługi medyczne, a rzeczywistymi kosztami ponoszonymi przez szpitale i inne placówki oraz potrzebami zdrowotnymi pacjentów. Zapewnienie bezpieczeństwa zdrowotnego jest trudne do realizacji w sytuacjach ograniczonego dostępu do lekarzy i nowoczesnej aparatury diagnostycznej, wielomiesięcznych kolejek do specjalistów, odmów udzielania świadczeń zdrowotnych, podważania zasadności przepisanych leków. W ekonomice zdrowia zwraca się uwagę na to, że w warunkach asymetrii informacji szczególnie wyraźnie widać rozbieżność celów pacjenta i ubezpieczonego, płatnika i producentów świadczeń (Sowada 2005). Szpitale, aby wykonywać zadania lecznicze zadłużają się w bankach, co stwarza realne zagrożenie dla ich funkcjonowania. Analizy opłacalności dotyczą stosowania różnych procedur, technologii medycznych, lekarstw mających wpływ na koszty leczenia. Uzasadnione medycznie zastosowanie określonego leku nie jest tożsame z jego refundacją przez NFZ, który przewidział w przypadku tej choroby tańszy farmaceutyk. Limity zakontraktowanych przez NFZ usług kończą się po kilku miesiącach, wykonane ponad zakontraktowane procedury obciążają szpitale. NFZ nie chce zwracać kosztów takich usług, natomiast szpitale i lekarze zobowiązani są do udzielania pomocy medycznej w stanach ratujących życie, odsuwając tym samym operacje planowane. Dyrektorzy szpitali oskarżają NFZ o „kreatywną rozliczeniowość”, której skutkiem jest ograniczanie planowanych zabiegów, mające katastrofalne skutki dla szpitali i pacjentów. Charakterystyczna jest wypowiedź jednego z dyrektorów szpitali dla prasy: „Będziemy się zadłużać [...]. Za ubiegły rok mamy nieopłacone nadwykonania na 10 mln zł. Wskutek manipulacji NFZ do sądu mogą iść

tylko po 1 mln” (C z e r w i ń s k i 2013: 4). Istnieją również sytuacje nadmiernego stosowania pewnych zabiegów, których kosztochłonność została przeszacowana i szpitalom opłaca się ich jak najwięcej wykonać. Dla zarządzających szpitalami najważniejsze są kontrakty na oddziałach kardiologicznych, których pacjentów się po prostu opłaca leczyć, a zyski mogą być przeznaczone na dofinansowanie oddziałów deficytowych.

Paradoks przewidywalności eksponuje sprzeczność pomiędzy dążeniem do ujednolicenia procedur medycznych, aby przynosiły taki sam efekt o każdej porze i w każdym miejscu, a niepewnością wyników leczenia. W przypadku produktów medycznych kupuje się proces świadczenia usługi, a nie końcowy efekt, którego nie można do końca przewidzieć. Kliniki nie do końca opanowały umiejętność radzenia sobie w sytuacjach ryzykownych i niepewnych. W medycynie pojęcie ryzyka i nieprzewidywalności zdarzeń występuje m.in. w kontekście pracy lekarza, procedur medycznych, procesu terapeutycznego, błędów jatrogennych. Wśród różnego rodzaju ryzyka medycznego wymienia się ryzyko w: diagnostyce, postępowaniu profilaktycznym i terapeutycznym, terapii chirurgicznej, terapii farmakologicznej, działaniach operacyjnych itp. (G a ł u s z k a, L e g i ę d ź-G a ł u s z k a 2008). Według P. Zaborowskiego pojęcie ryzyka w medycynie „dotyczy zawsze niepewności wyników działań lekarzy i możliwości wyrządzenia pacjentowi szeroko rozumianej krzywdy” (Z a b o r o w s k i 1990: 185).

Niepewność dotyczy również prawnej i etycznej strony pracy lekarzy, którzy muszą podejmować decyzje w sytuacjach konfliktów i dylematów moralnych. Wprawdzie w podręcznikach medycznych, opisie procedur i praktyk klinicznych wprowadzane są standardy, jednak żaden lekarz nie może dać gwarancji wyleczenia pacjenta. Edukacja w zawodach medycznych oparta jest na uznanych ramach kwalifikacyjnych i standardach międzynarodowych, jednak w obliczu globalnego rynku pracy dla absolwentów uczelni medycznych kontekst kulturowy, prawny, etyczny i polityczny odgrywa istotną rolę ograniczającą bądź intensyfikującą obszar niepewności udzielania świadczeń zdrowotnych. W medycynie i pielęgniarstwie wielokulturowym podkreśla się kulturowe i społeczne odmienności w interpretacji podstawowych pojęć medycznych (np. zdrowie, choroba), oczekiwaniach pacjentów oraz zgodności procedur medycznych z prawnymi i organizacyjnymi warunkami lokalnymi. Przewidywalność typu McDonald być może byłaby korzystna dla pacjenta, jednak nie jest w pełni możliwa w polskim systemie medycznym, biorąc pod uwagę często rozbieżne interesy płatnika, świadczeniodawcy i pacjenta. W krajach, w których istnieje przewaga wolnorynkowego modelu opieki zdrowotnej, dążeniem właścicieli przedsiębiorstw medycznych jest budowanie marki przedsiębiorstwa w ramach zintegrowanego systemu komunikacji marketingowej.

Paradoks automatyzacji eksponuje sprzeczność, jaka istnieje między wewnętrznym celem medycyny i pierwotną sytuacją kontaktu twarzą w twarz lekarza z pacjentem, a robotyzacją i technicyzacją medycyny i opieki zdrowotnej. Ograniczenie kontaktu bezpośredniego na rzecz pośrednich form komunikowania

staje się podstawą nowych tendencji w opiece zdrowotnej i medycynie. Automatyzacja pracy lekarzy występuje we wszystkich specjalnościach, a roboty wyręczają lekarzy w skomplikowanych badaniach i procedurach klinicznych. Antycypacje futurologiczne pokazują, że w przyszłości nie będzie konieczny bezpośredni kontakt lekarza z pacjentem, wszystko będzie odbywać się niejako w wirtualnej rzeczywistości. W nowoczesnej opiece zdrowotnej systemy informacyjne wykorzystywane są do obsługi medycznej, administracyjnej, finansowej. W elektronicznej ochronie zdrowia występuje także aspekt kliniczny, który dotyczy m.in.: koordynacji opieki medycznej, obiegu dokumentacji medycznej, podejmowania decyzji przez zespoły wielodyscyplinarne, przeprowadzania konsultacji eksperckich, wykorzystania aplikacji i matryc badań klinicznych. Wraz z rozwojem infrastruktury informatycznej w opiece zdrowotnej dynamicznie rozwija się telemedycyna, w ramach której proponowane są różne rozwiązania i aplikacje ułatwiające funkcjonowanie medycyny i opieki zdrowotnej. Nowe zjawiska, takie jak *e-health*, e-lekarz, e-pacjent znalazły praktyczne uzasadnienie w drugiej połowie lat 90. XX w. wraz z wykorzystaniem Internetu do realizowania usług medycznych (Gałuszka 2012). Aplikacje internetowe aktywizują pacjentów, którzy wyręczają w stawianiu diagnozy i przeprowadzeniu niektórych badań lekarzy. Samodzielnie diagnozować można niektóre popularne dolegliwości według instrukcji „Pierwsza pomoc”, „Zdrowe zatoki”, „Pokonaj grypę”, ale także internetowa pomoc jest przydatna w monitorowaniu chorób przewlekłych, takich jak np.: cukrzyca, choroby płuc, nadciśnienie tętnicze. Intensywnie rozwija się rynek osobistych urządzeń medycznych współpracujących z iPhonami, smartfonami i innymi wynalazkami telekomunikacyjnymi, dzięki którym możemy dokonać pomiaru tętna, ciśnienia krwi, a wkrótce przeprowadzić badanie morfologiczne lub immunochemiczne. Wszystkie zasygnalizowane nowe obszary działania opieki zdrowotnej opartej na systemach elektronicznych wymagają spełniania kryteriów produktów zorganizowanych według zasad przedsiębiorstwa makdonaldyzowanego. Piątym, ukrytym elementem krytyki makdonaldyzacji według Ritzera jest „nieracjonalność racjonalności”, którą sprowadza do trzech aspektów: złudzenie, koszty zewnętrzne, dehumanizacja (Ritzer 2009: 212). Wspomniane powyżej paradoksy wskazują, że nieracjonalność opieki zdrowotnej nie stanowi tylko problemu wiedzy zdroworozsądkowej i odbioru publicznego dysfunkcjonalności systemu medycznego, lecz jest problemem wiedzy naukowej, w której paradoksy są zagadkami logicznymi wymagającymi namysłu epistemologicznego (Popper 1977).

3. McLekarz

Umieszczenie przedrostka Mc przed pojęciem lekarz niesie, przynajmniej nominalne, zmiany jego tradycyjnego znaczenia. W jakim stopniu jest to modelowe ujęcie, a w jakim odpowiada praktykom medycznym? Przypomnę, że w modelu

biomedycznym pozycja lekarza określana jest przede wszystkim poprzez wieloletnie studia, kolejne stopnie i specjalizacje oraz ciągłą aktualizację wiedzy niezbędnej do wykonywania praktyki zawodowej. Lekarz w tym ujęciu powinien mieć zawodową wiedzę (np. wiem jak leczyć, potrafię postawić diagnozę), zawodowe umiejętności (np. umiem wykonać zabieg), zawodowe kwalifikacje (np. znam podstawy prawne mojej pracy). Czas pracy dzielony jest na pacjentów, prace administracyjne, doskonalenie zawodowe, środowisko zawodowe, instytucjonalne wymogi zakładów opieki zdrowotnej. Warto też podkreślić, że pomimo powszechnie krytykowanej paternalistycznej relacji z pacjentem, ramą pracy lekarza są etyczne powinności formułowane w kodeksach zawodowych oraz obowiązujące normy prawne. Najciekawszą analizę pracy zawodowej lekarza przeprowadził E. F r e i d s o n (2004) w znanej socjologicznej teorii profesji. Koncepcja Freidsona oparta była na analizie społecznej organizacji rynków pracy; podlegała ewolucji, od uznania za podstawę profesjonalizmu osądu własnego oraz autonomii decyzyjnej rozumianej jako niezależność oceny i wolność działania, po kontrolę rynku pracy przez korporację zawodową lekarzy. W analizowanym modelu profesji lekarskiej wyróżnił elementy stałe, do których zaliczył: 1) zasób oficjalnie uznanej wiedzy i umiejętności; 2) podział pracy kontrolowany przez profesję; 3) kontrolę rynku pracy na podstawie systemu uwierzytelniającego; 4) system szkolenia; 5) nadrzędną ideologię profesjonalizmu. Elementy zmienne wynikają z procesualnych zmian dotyczących: organizacji i polityki rządowych agencji, organizacji zawodowych, ideologii zrelatywizowanej do danego miejsca i czasu, treści oraz zasobów wiedzy i umiejętności określanych czasem wykonywania zawodu. Socjolog zwrócił uwagę na to, że jego model pełni także funkcje heurystyczne, bowiem okoliczności i warunki zmienne mogą wpłynąć na to, że lekarze utracą większość cech charakterystycznych dla profesji, „stając się tylko albo zwykłą siłą roboczą na rynku kontrolowanym przez konsumentów, albo też najemnymi pracownikami w miejscach zarządzanych przez kadrę kierowniczą” (F r e i d s o n 2004: 7).

Zmiana określana tutaj metaforycznie jako przejście na pozycję McLe-karza powoduje odstępianie od atrybutów profesji i nabywanie innych kompetencji i kwalifikacji. Podkreślane są one szczególnie w monografiach z zakresu zarządzania opieką zdrowotną (D o b s k a, R o g o z i ń s k i 2008). Niewątpliwie można je nazwać zmianą paradygmatyczną obejmującą wszystkie trzy wymiary pracy lekarza: 1) poznawczy (wyspecjalizowana wiedza medyczna, umiejętności i kompetencje kliniczne, formalna edukacja); 2) normatywny (prawo medyczne, wartości i normy etyki zawodowej, bioetyka, kontekst kulturowy norm); 3) społeczny (kapitał zaufania społecznego, pozycja społeczna, prestiż zawodowy). W literaturze tematu pisze się o kryzysie profesji lekarskiej i potrzebie redefinicji tradycyjnej roli lekarza (S t u d z i ń s k a-P a s i e k a 2009). Tendencję powyższą można określić jako utratę przez lekarzy autorytetu epistemologiczno-klinicznego na rzecz zdobywania autorytetu menadżersko-rynkowego. Nowe definicje ról

lekarzy będą musiały odejść od katalogu celów formułowanych na podstawie przysięgi Hipokratesa i zmierzyć się z rynkowym mechanizmem formułowania celów. W jednym z modeli marketingowych pisze się, że celem zachowań lekarzy jest: 1) „Optymalizacja własnego dochodu poprzez kreację sztucznego popytu, 2) Minimalizacja nakładów własnych (pracy)” (S o w a d a 2005: 70). Pojawiają się więc nowe zadania skierowane wobec lekarza jako pracownika najemnego, który występuje w nowych rolach jako:

1) lekarz–kontroler: zadaniem lekarza pierwszego kontaktu jest kontrola dostępu do specjalistycznych i kosztownych procedur medycznych,

2) lekarz–dyspozytor: zadaniem lekarza jest sprawdzić, czy pacjent ma uprawnienia do leczenia (ubezpieczenie, finansowanie) i w takich przypadkach przepisać recepty, wydać skierowania do innych specjalistów oraz laboratoriów diagnostycznych,

3) lekarz–analityk komputerowy: zadaniem lekarza jest wykorzystanie różnych programów komputerowych i zgromadzonych danych o pacjencie oraz porównanie ich z matrycami chorób, wystawienie diagnozy oraz zaproponowanie terapii (całą pracę może wykonać komputer),

4) lekarz zmanipulowany: zadaniem lekarza jest branie pod uwagę, a często wręcz reprezentowanie interesów innych podmiotów gospodarczych biorących udział w rynku zdrowotnym (firmy farmaceutyczne, ubezpieczyciele, menedżerowie zdrowia, marketing medyczny). Wskazane firmy prowadzą aktywne kampanie lojalnościowe wobec lekarzy, sponsorują ich wyjazdy na konferencje, wręczają prezenty, zapraszają na szkolenia w atrakcyjnych miejscach z dużym pakietem rozrywkowym.

Uwzględnienie składnika rynkowego w systemie ochrony zdrowia powoduje przeorientowanie się zawodu lekarza na pracownika najemnego lub przedsiębiorcę. W większym stopniu zainteresowany jest oceną pracodawcy bądź wynikami ekonomicznymi przedsiębiorstwa medycznego, a dopiero dalszej kolejności zadowoleniem klienta–pacjenta. Wprowadzenie kategorii ekonomicznych do oceny pracy lekarza wymusza redefinicję klasycznie pojmowanej roli zawodowej lekarza i relacji z pacjentem. Tradycyjne modele relacji lekarz – pacjent zakładały, że lekarz poświęci pacjentowi relatywnie dużo czasu, aby postawić adekwatną do stanu wiedzy medycznej diagnozę i podjąć skuteczne leczenie. Oparte były na zaufaniu, które w bezpośrednim kontakcie twarzą w twarz, szczególnie było wyeksponowane. Obie strony uczestniczyły w czymś istotnym i ważnym, a niesymetryczność relacji pokonywana była otoczką egzystencjalnych i moralnych zobowiązań. Paternalizm i pozycja lekarza pochodna była wiedzy medycznej potwierdzonej dyplomami uczelni medycznych i tytułami naukowymi. Odwołując się do M. Webera, można stwierdzić, że lekarz posiadał tajemną wiedzę magiczną wynikającą z autorytetu, charyzmy i tradycji. Dopiero w społeczeństwie nowoczesnym według Webera następuje proces „odczarowywania świata”, co w przy-

padku wiedzy i praktyki lekarskiej prowadzi do jej racjonalności, kodyfikacji i instytucjonalnej legitymizacji. Medycyna oparta na faktach klinicznych odwołuje się do paradygmatu biomedycznego, z którego wynikają standardy i procedury obowiązujące w postępowaniu lekarzy. Wiedza medyczna gromadzona według standardów metodologicznych nauk biologicznych powinna dawać rozwiązania problemów klinicznych w sposób przewidywalny, policzalny i powtarzalny. Można przytoczyć podręcznikowe procedury postępowania w określonych chorobach, schematyczne ich ujęcie pokazuje, że lekarze niechętnie odchodzą od procedury, odwołują się do wzoru ustalonych procedur. Postępowanie takie przypomina typ „fordowskiego społeczeństwa” opartego na masowej produkcji zestandaryzowanych towarów wedle reguł tzw. naukowego zarządzania. Wyrażane jest przekonanie, że szpitale i inne placówki medyczne, aby sprawnie realizować swe funkcje, powinny działać niczym przedsiębiorstwa sprawnie zarządzane wedle racjonalności biurokratycznej. Takie oczekiwania zgłaszane są przez polityków, samorządowców, menedżerów zdrowia, którym wydaje się, że zastosowanie zasad racjonalności ekonomicznej rozwiąże problemy organizacji systemu ochrony zdrowia. Czy zgłaszają je również pacjenci i lekarze?

4. McPacjent

Istnieją co najmniej trzy główne rozumienia pojęcia „pacjent”: 1) osoba, która otrzymuje opiekę medyczną ponieważ jest chora; 2) osoba korzystająca ze świadczeń opieki zdrowotnej niezależnie od tego, czy jest zdrowa, czy chora; 3) klient korzystający z systemu usług zdrowotnych i wykonujących tam zawody medyczne lekarzy, stomatologów, pielęgniarek. Wskazywane powyżej procesy makdonaldyzacji opieki zdrowotnej dotyczą także pacjenta, który – najogólniej rzecz ujmując – zdobywa nowy status klienta systemu opieki zdrowotnej. W takim konsumerycznym modelu opieki zdrowotnej: „za zdrowie, chorobę i leczenie odpowiada jednostka”, pacjent definiuje własne potrzeby i bierze odpowiedzialność oraz ma być usatysfakcjonowany usługą medyczną (S a l m o n 2002: 25). We wszystkich modelach opieki zdrowotnej cele zdrowotne pacjenta, wynikające bezpośrednio z zachowań lekarzy, są podobne: zahamowanie postępu choroby, powrót do zdrowia, utrzymanie dobrego zdrowia. Pytania, które najczęściej zadają pacjenci: za pomocą jakich środków uda się zrealizować satysfakcjonujące wyniki zdrowotne, jaki jest czas oczekiwania na świadczenia podstawowe i specjalistyczne, czy uzyskane świadczenie jest wysokiej jakości i czy stosowane są nowoczesne metody leczenia, czy dostęp do instytucji medycznej i lekarza jest łatwy (O s t r o w s k a 2002). Pozytywnie na te pytania odpowiadają firmy medyczne zorganizowane według receptury makdonaldyzacyjnej. McPacjent powinien mieć dostęp do ujednoliconych i wysokiej jakości usług medycznych,

powinien być szybko obsłużony, a jego potrzeby zdrowotne zrealizowane według standardów i instrukcji podręcznikowych. Warto wspomnieć, że w USA działają sieciowe przedsiębiorstwa usług zdrowotnych oferujące skuteczną i szybką pomoc medyczną. Według marketingu medycznego wprowadzenie responsywnej opieki zdrowotnej, czyli odpowiadającej na potrzeby medyczne i pozamedyczne pacjentów, jest oparte na automatyzacji, technicyzacji biurokratyzacji, które mają równocześnie stać na straży interesów płatnika i producenta świadczeń zdrowotnych. Czy faktycznie korzysta na tych zabiegach również pacjent? W kontekście tych rozważań staje się istotne pytanie o podmiotowość pacjenta. Głównym zarzutem stawianym biomedycznym modelom opieki zdrowotnej opartym na paternalistycznej dominacji lekarza jest uprzedmiotowienie pacjenta. Czy McPacjent będzie bardziej autonomiczny i będzie miał większe poczucie podmiotowości? Instrumentalne traktowanie pacjentów przejawia się również w procesach komunikowania. Język medycyny uznawany jest za „techniczny żargon” pełniący funkcje kryptologiczne, służące m.in. do „utrzymania władzy przez część lekarzy, jaką daje im niepodzielana wiedza” (B a y l o n, M i g n o t 2008: 342). Podział na laików–pacjentów i profesjonalistów–lekarzy wskazuje, że w komunikacji lekarza z pacjentem to lekarz występuje w roli eksperta posiadającego wiedzę–władzę, którą nie chce dzielić się z pacjentem (S t e f a n i a k 2011). Według najnowszych tendencji w organizacji usług medycznych w Polsce, wszelkie formy gromadzenia danych, standaryzacji procedur i numerowania pacjentów mają usprawnić przebieg kontaktu z instytucjami medycznymi oraz dać poczucie bezpieczeństwa instytucji i pacjentowi. Od 2012 r. zaczęto w niektórych szpitalach i przychodniach stosować w izbach przyjęć metodę opaskową polegającą na przydzielaniu pacjentom opasek: czerwona – potrzeba szybkiej interwencji medycznej; żółta – pacjent o średniej potrzebie pomocy lekarskiej; zielona – pacjent może poczekać. Kolejnym etapem wprowadzanym od 2013 r. jest zakładanie opaski z kodem kreskowym zawierającym podstawowe dane o pacjencie lub z kodem zawierającym wszystkie dane o chorobie pacjenta. Można stwierdzić, że następuje proces redukcji tożsamości pacjenta do wymiernych i kwantyfikowanych danych. Najważniejsze są oczywiście dane dotyczące potwierdzenia pokrycia kosztów zabiegów przez ubezpieczyciela. Jeszcze do niedawna szpital miał obowiązek codziennego sprawdzenia w systemie eWUŚ (elektroniczna weryfikacja uprawnień świadczeniobiorców), czy pacjent ma ubezpieczenie upoważniające go do pobytu w szpitalu. Absurdalność sytuacji jest oczywista; codzienne wykonanie biurokratycznej weryfikacji uprawnień pacjenta wobec wstrzymania zaplanowanej operacji. W retoryce polityków i urzędników odpowiedzialnych za opiekę zdrowotną, a także w niektórych sytuacjach protestacyjnych lekarzy, kluczowe staje się sformułowanie: „robimy to dla dobra pacjenta”. W bioetyce od dawna toczy się spór o to, jak należy definiować dobro pacjenta i kto ma do tego uprawnienia medyczne i moralne. Przejęcie uprawnień od medycyny zorientowanej paternalistycznie do medycyny zorientowanej komercyjnie jest przyznaniem, że „dobro” pacjenta

definiowane będzie w większym stopniu zgodnie z procesami rynkowymi, a nie interesami pacjenta.

W Polsce makdonaldyzację opieki zdrowotnej łączy się z procesami prywatyzacji. Przeciwnicy prywatyzacji spotkali się na II „Europejskiej konferencji w obronie publicznej służby zdrowia” w Katowicach. Przedstawione na konferencji przykłady komercjalizacji i prywatyzacji systemów opieki zdrowotnej były argumentem na rzecz ochrony publicznej opieki zdrowotnej. Przedstawiciele różnych środowisk medycznych (lekarze, pielęgniarki, ratownicy medyczni) zgodnie uznali, że „makdonaldyzacja służby zdrowia nie służy nikomu poza właścicielami prywatnych placówek”².

5. Makdonaldyzacja uniwersytetów medycznych

Makdonaldyzacja obejmuje również system szkolnictwa wyższego. Według Ritzera w większości uczelni na całym świecie biurokracja przejęła funkcję kontrolną procesów dydaktycznych i produktów edukacyjnych. W Polsce koncepcja marketingowego zarządzania uczelniami wyższymi ma swoich zwolenników zwłaszcza we władzach ministerialnych, a działalność urzędników wydających przepisy, dokumenty i rozporządzenia do obligatoryjnego zastosowania przez nauczycieli akademickich jest długa. Funkcjonowanie uczelni medycznych potwierdza tę ogólną tendencję do standaryzacji i kalkulacji. Warto przypomnieć, że jeszcze do niedawna lekarzy kształciły Akademie Medyczne, obecnie większość z nich uzyskała status Uniwersytetów Medycznych. Czy wraz ze zmianą nazwy dokonano jakościowej zmiany w dydaktyce i badaniach naukowych? Przypomnę, że europejska idea uniwersytecka kształtowała się przez wiele stuleci, a jej głównym zadaniem było krzewienie kultury intelektualnej, dyskursu akademickiego, edukowania ku wolności i prowadzenie na wysokim poziomie merytorycznym badań naukowych. Niezależnie od zawirowań historycznych i ideologicznych presji uniwersytety stanowiły ostoję wolności myśli, poszukiwania prawdy i uczenia tolerancji. Procesy makdonaldyzacyjne w uczelniach wyższych spłaszczyły horyzonty intelektualne, a nauczanie poddały procesom homogenizacji. Obecnie jesteśmy na etapie przemiany Uniwersytetów Medycznych w przedsiębiorstwa edukacyjno-badawcze. W niektórych przypadkach akcent położony jest na badania, w innych zaś na edukację w uniwersytecie zawodowym, który ewoluuje w kierunku szkoły zawodowej. Władze poszczególnych uczelni, a wraz z nimi społeczność akademicka, zostały zmuszone do stawania w rankingach, akredytacjach, parametryzacjach, ewaluacjach. Nauczyciele akademicy z pokorą przyjmują kolejną wersję ram kwalifikacyjnych, efektów kształcenia,

² *Nie dla makdonaldyzacji służby zdrowia* [2010], <http://www.stefczyk.info/wiadomosci/polska/nie-dla-prywatyzacji->, 19.11.2011.

syllabusów, opisów przedmiotów, macierzy efektów i wielu innych wymogów biurokratycznych. W karierze akademickiej ważne jest to, co jest policzalne: zdobycie grantu, opublikowanie w wysoko punktowanym czasopiśmie artykułu lub uzyskanie patentu. Wśród młodej kadry naukowo-badawczej krążą powiedzenia: „planuj, karierę, zbieraj punkty albo poszukaj innej pracy” oraz „już nie piszemy artykułów, zbieramy tylko punkty”. Polskie uczelnie mają ambicje wejścia na międzynarodowy rynek badawczy oraz zwiększenie potencjału własnego kapitału intelektualnego.

Szkoła wyższa jako przedsiębiorstwo edukacyjno-badawcze musi osiągać zyski albo przynajmniej nie mieć długów, co wiąże się z zarządaniem komisyjnym, a w dalszej kolejności upadłością i likwidacją. W pierwszej kolejności doświadczają tego uczelnie komercyjne, niewolne są również od tych problemów uczelnie publiczne. W zarządzaniu przedsiębiorstwem, jakim staje się uczelnia, pojawiły się takie kategorie, jak zysk, koszty uzyskania przychodu, bilans. Nauczyciel akademicki to pracownik najemny, a student to klient, za którego płaci ministerstwo, podatnik lub osobisty inwestor. Poprawa jakości kształcenia odbywa się m.in. poprzez realizację wewnętrznego systemu oceny jakości kształcenia, do którego posiadania każda uczelnia jest zobowiązana. Kluczowym dokumentem są coroczne sprawozdania z działalności różnych podmiotów dokonujących ewaluacji kształcenia. W większości uczelni zestandaryzowano proces dydaktyczny, wprowadzono nowoczesne środki techniczne przekazu wiedzy w postaci prezentacji multimedialnych, dokonuje się permanentny proces ewaluacji zajęć. Student nie posiada już indeksu, a oceny może poznać w indeksie elektronicznym, po zalogowaniu się według uzyskanego klucza dostępu. Nawiązując do rozważań C. L e v i-S t r a u s - s a (1969: 39) można stwierdzić, że dzięki audiowizualnym metodom dydaktycznym i sieciom komputerowym następuje zamiana profesora–akademika na *bricoleur*-a. Naukowiec operuje pojęciami, zaś *bricoleur* znakami, które wykorzystuje, aby przekazać wiadomości w pewnym sensie przekazane już uprzednio. Wykorzystując środki cyfrowe, współczesny nauczyciel, niczym człowiek kultur archaicznych, tworzy z istniejącej wiedzy nowe wykłady w systemie obrazowym. Słowo i pojęcia zamieniają się na obrazy, wykresy, grafikę, zdjęcia. Ikoniczność ma gwarantować nowoczesność wykładu, skrótowość, przejrzystość struktury.

Bibliografia

- Arrow J. K. (1963), *Uncertainty and the welfare economics of medical care*, „The American Economic Review”, No. 53, s. 941–973.
- Arrow J. K. (1979), *Eseje z teorii ryzyka*, PWN, Warszawa.
- Baylon Ch., Mignot X. (2008), *Komunikacja*, Wydawnictwo FLAIR, Kraków.
- Czerwiński A. (2013), *Kreatywny NFZ*, „Gazeta Wyborcza”, 01.02.2008, nr 27, s. 4.
- Dobbska M., Rogoziński K. (2008), *Podstawy zarządzania zakładem opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.

- Fedorowski J. (2002), *Zintegrowana opieka zdrowotna i system opieki zdrowotnej w USA*, [w:] J. Fedorowski, R. Niżankowski, *Ekonomia medycyny*, Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa, s. 65–76.
- Freidson E. (2004), *Professionalism. The Third Logic*, Polity Press, Chicago.
- Gałuszka M. (2010), *Modernizacja system opieki zdrowotnej w Polsce a problem komercjalizacji szpitali przez samorządy terytorialne*, [w:] M. Gałuszka (red.), *Modernizacja biomedyczna społeczeństwa a ryzyko zdrowotne*, Biuro Promocji i Wydawnictw Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Łódź, s. 129–157.
- Gałuszka M. (2012), *Nowe zjawiska w relacji lekarz – pacjent w kontekście rozwoju Internetu*, „Przegląd Socjologiczny”, vol. LXI, nr 2, s. 119–154.
- Gałuszka M., Legiędź-Gałuszka M. (2008), *Medycyna i zdrowie w społeczeństwie ryzyka*, [w:] M. Gałuszka (red.), *Zdrowie i choroba w społeczeństwie ryzyka biomedycznego*, Biuro Promocji i Wydawnictw Uniwersytetu Medycznego w Łodzi, Łódź, s. 54–106.
- Godelier M. (2010), *Zagadka daru*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Goodman J. C., Musgrave G. L., Herrick D. M. (2008), *Jak uzdrowić służbę zdrowia. Raport o światowych systemach opieki zdrowotnej*, Fijoor Publishing, Chicago–Warszawa.
- Hołowska J. (2005), *Racjonowanie świadczeń medycznych czy profilowanie oferty?*, „Diametros”, nr 5, s. 207–216.
- Hołub J. (2002), *Strategia konkurencji jakości na rynku usług medycznych*, [w:] B. Nogalski, J. M. Rybicki (red.), *Nowoczesne zarządzanie zakładem opieki zdrowotnej*, Wydawnictwo Dom Organizatora, Toruń, s. 113–137.
- Kokolus A., *Wywiad Nowej Politologii z prof. Georgem Ritzerem*, <http://www.nowapolitologia.pl>, 10.02.2013.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dnia 2 kwietnia 1997 r. uchwalona przez Zgromadzenie Narodowe w dniu 2 kwietnia 1997 r., przyjęta przez Naród w referendum konstytucyjnym w dniu 25 maja 1997 r., podpisana przez Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej w dniu 16 lipca 1997 r.* (1997), DzU, nr 78, poz. 483.
- Kotler P., Shalowitz J., Stevens R. J. (2011), *Marketing strategiczny w opiece zdrowotnej*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa.
- Levi-Strauss C. (1969), *Mysł nieoswojona*, PWN, Warszawa.
- Mauss M. (2001), *Szkic o darze. Forma i podstawa wymiany w społeczeństwach archaicznych*, [w:] M. Mauss, *Socjologia i antropologia*, Wydawnictwo KR, Warszawa, s. 108–168.
- Morris S., Devlin N., Parkin D. (2011), *Ekonomia w ochronie zdrowia*, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa.
- Nie dla makdonaldyzacji służby zdrowia* [2010], <http://www.stefczyk.info/wiadomosci/polska/nie-dla-prywatyizacji->, 19.11.2011.
- Ostrowska A. (2002), *Oczekiwania i realizacja wyrażanych potrzeb zdrowotnych pacjentów w świetle rozwiązań ustawowych*, Uniwersyteckie Wydawnictwo Medyczne „Vesalius”, Kraków.
- Payne J. (2001), *Czy usługi medyczne mają być darem, czy towarem?*, [w:] A. Alichniewicz, A. Szczesna, *Dylematy bioetyki*, Zakład Etyki i Filozofii Medycyny Akademii Medycznej w Łodzi, Łódź, s. 227–236.
- Polak P. (2011), *Nowe formy korupcji. Analiza socjologiczna sektora farmaceutycznego w Polsce*, Zakład Wydawniczy Nomos, Kraków.
- Popper K. R. (1977), *Logika odkrycia naukowego*, PWN, Warszawa.
- Ritzer G. (2003), *The Globalization of Nothing*, SAIS Review, „ProQuest Social Science Journals”, Summer, Vol. 23, No. 2, s. 189–200.
- Ritzer G. (2009), *Makdonaldyzacja społeczeństwa*, Warszawskie Wydawnictwo Literackie MUZA, Warszawa.

- Ritzer G. (2012), *Magiczny świat konsumpcji*, Warszawskie Wydawnictwo Literackie MUZA, Warszawa.
- Salmon P. (2002), *Psychologia w medycynie wspomaga współpracę z pacjentem i proces leczenia*, Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk.
- Sowa Ch. (2005), *Wpływ metod finansowania na zachowanie lekarzy – aspekty ekonomiczne, zdrowotne i społeczne*, „Zdrowie Publiczne i Zarządzanie”, vol. III, nr 1, s. 65–79.
- Stefaniak K. (2011), *Władza i tożsamość w komunikacji lekarz – pacjent*, Oficyna Wydawnicza ATUT, Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe, Wrocław.
- Studzńska-Pasieka K. (2009), *Paradygmat profesji w doświadczeniach zawodowych lekarzy i opiniach studentów medycyny. Analiza na przykładzie łódzkiego środowiska medycznego*, Uniwersytet Medyczny w Łodzi, Łódź, (rozprawa doktorska).
- Szewczyk K. (2005), *Zgoda i sprzeciw*, „Diametros”, nr 5, s. 239–248.
- Weber M. (2002), *Gospodarka i społeczeństwo*, Wydawnictwo Naukowe PWN, Warszawa.
- Włodarczyk C. (2003), *Reformy zdrowotne uniwersalny kłopot*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
- Zaborowski P. (1990), *Filozofia postępowania lekarskiego*, PZWL, Warszawa.

Mieczysław Gałuszka

**MEDICINE AND HEALTH IN CONSUMPTION SOCIETY:
THE MCDONALDIZATION OF HEALTH CARE SYSTEM
VERSUS HEALTH RISK**

Summary. The system of health care in Poland aims at creation of new health order. There are visible tendencies to shift the responsibility for health of Polish society and the quality of health services from the medical institutions to the citizens. The processes of reorganization, commercialization and privatization of health care institutions introduce the free-market elements into the public health sector. Health becomes a product which is subject to the same mechanisms as all the other commodities. Health care system transforms into consumption system: a patient becomes a client, a doctor becomes a supplier of services. The market-based approach towards the health leads to mcdonaldization of health care system. The article refers to George Ritzer's concept of mcdonaldization and related paradoxes of medicine and health care: effectiveness, foreseeability, calculability and automation. The health risk emerging from the new phenomena related to economization of medicine is being analyzed.

Keywords: health care system, the McDonaldization of health care system, McDoctor, McPatient, economics of health care.