

WŁODZIMIERZ PIĄTKOWSKI
Uniwersytet Marii Curie-Skłodowskiej*
LUIZA NOWAKOWSKA
Uniwersytet Medyczny w Lublinie**

SYSTEM MEDYCZNY W POLSCE WOBEC WYZWAŃ XXI W. PERSPEKTYWA KRYTYCZNEJ SOCJOLOGII ZDROWIA I CHOROBY

Streszczenie

Celem rozważań jest ocena wybranych aspektów funkcjonowania polskiego systemu ochrony zdrowia w zakresie możliwości reagowania na współczesne dynamiczne przemiany społeczne, ekonomiczne oraz epidemiologiczne (m.in. upowszechnianie się chorób przewlekłych, starzenie się populacji czy kryzys rodziny w zakresie pełnienia funkcji opiekuńczych i pielęgnacyjnych wobec osób chorych). Analiza tak sformułowanego problemu została dokonana w oparciu o krytycznie zorientowaną perspektywę rozwijaną w ramach socjologii zdrowia i choroby.

W tekście zwrócono szczególną uwagę na problem pogłębiających się nierówności społecznych, które można uznać za jeden z najważniejszych czynników utrudniających dostęp do świadczeń medycznych oraz warunkujących gorszy stan zdrowia. Wskazano w tym kontekście m.in. na mechanizm „oszczędzania na zdrowiu” oraz zadłużania się w celu zaspokajania potrzeb zdrowotnych. Dokonano także próby oceny efektywności programów promujących zdrowie w naszym kraju, potencjalnie najskuteczniejszego sposobu podnoszenia poziomu zdrowia społecznego. Podjęto także problem społecznego zaufania do instytucji służby zdrowia oraz aprobaty kierunku

* Zakład Socjologii Medycyny i Rodziny, Instytut Socjologii, Uniwersytet Medyczny w Lublinie, Samodzielna Pracownia Socjologii Medycyny, Katedra Nauk Humanistycznych, e-mail: piatk@bg.umlub.pl

** Samodzielna Pracownia Socjologii Medycyny, Katedra Nauk Humanistycznych, e-mail: luizanowakowska@gmail.com

podejmowanych prób reformowania systemu medycznego w naszym kraju. Osobna część rozważań została poświęcona krytyce idei redukcji roli państwa w sektorze zdrowia.

Słowa kluczowe: system medyczny, socjologia krytyczna, nierówności zdrowotne, promocja zdrowia

UWAGI WPROWADZAJĄCE

System medyczny stanowi klasyczny obszar zainteresowań socjologii zdrowia i choroby. U podstaw prowadzonych na tym obszarze badań leży m.in. teoria strukturalno-funkcjonalna Talcotta Parsona, która na długo wyznaczyła sposoby myślenia o mechanizmach funkcjonowania instytucji medycznych, wzorach interakcji lekarz-pacjent oraz zinstytucjonalizowanych formach komunikacji między nimi. Perspektywa ta wpłynęła także na sposób definiowania praw i obowiązków pacjentów oraz interpretacji ich zachowań w sytuacji zdrowia i choroby [Duch-Krzystoszek 2009: 261–262; Moskalewicz 2009: 211–214]. W świetle teorii strukturalno-funkcjonalnej, medycyna i jej instytucje stanowią integralną część systemu społecznego oraz pozostają we wzajemnych relacjach z innymi podsystemami pełniącymi określone funkcje na rzecz utrzymania równowagi, efektywności i trwałości większej całości [Parsons 2009: 320–323]. Przyjmując ten punkt widzenia można zdefiniować system medyczny jako „[...] zinstytucjonalizowany mechanizm przekształcający lub zmieniający ogólne nakłady [...] na wyspecjalizowane wytwory czyli usługi mające znaczenie dla społecznych problemów zdrowotnych” [Field 1976: 134; Stevens 2010: 439–440]. Usługi te mają charakter „użyteczności zewnętrznej” wobec otoczenia społecznego – są nimi: zapobieganie, diagnoza, leczenie oraz rehabilitacja, ale system medyczny spełnia także funkcje „wewnętrzne” dotyczące kształcenia kadr medycznych oraz prowadzenia badań rozwijających wiedzę medyczną [Field 1976: 142–143]. T. Parsons zwraca również uwagę m.in. na mechanizm reagowania systemu w przypadku, gdy określony jego element przestaje spełniać swoją funkcję i staje się zagrożeniem dla trwania całego „układu”. W odniesieniu do systemu medycznego chodzi o reakcję w sytuacji, gdy jednostka w wyniku urazu lub choroby nie jest w stanie pełnić oczekiwanych i sformalizowanych ról społecznych. Podejście systemowe akcentuje konsekwencje utraty zdrowia dla całego społeczeństwa, w mniejszym zaś stopniu koncentruje się na wpływie choroby na życie poszczególnych jednostek (tzw. podejście biograficzne). Z tej perspektywy choroba stanowi rodzaj dewiacji, czyli stanu niepożądanego z punktu widzenia trwania i spójności

systemu społecznego, który obliguje chorych do natychmiastowego wdrożenia właściwych, instytucjonalnie przewidzianych procedur, mających przywrócić równowagę (zdrowie) [Field 1976: 133–136; Moskaiewicz 2009: 219].

Podejście strukturalno-funkcjonalne w badaniach nad systemem medycznym oraz koncepcja „racjonalnie działającego chorego” stanowi z pewnością najwcześniejszy oraz wywierający największy wpływ sposób interpretowania opisywanej problematyki. Chociaż teoria Parsonsa jest ważnym źródłem inspiracji także dla współczesnych socjologów medycyny [Shilling 2008: 733–755], aktualnie nie jest to jedyny uprawniony sposób analizowania funkcjonalności systemu medycznego. Wielu badaczy zaczęło przyjmować nieco bardziej „dynamiczne” podejście do systemu medycznego, a także uwzględniać subiektywną perspektywę w analizach problematyki zdrowia, choroby i medycyny oraz instytucji i zawodów medycznych, co znacznie wzbogaciło wcześniejsze eksploracje tych obszarów. Poszerzenie, pogłębienie i reinterpretacja tej perspektywy pozwoliło m.in. na badanie wzorów korzystania z usług zdrowotnych w sytuacji innej niż choroba oraz odmienną interpretację zachowań w zdrowiu i chorobie, a także eksplorację obszaru leczenia niemedycznego, w tym ocenę roli samolecznictwa [Tobiasz-Adamczyk 2005: 27–37; Duch-Krzyszczek 2009].

PRÓBA OCENY FUNKCJONALNOŚCI POLSKIEGO SYSTEMU OCHRONY ZDROWIA – WYBRANE ASPEKTY

Jedną z ważniejszych cech systemu medycznego winna być jego funkcjonalność, czyli efektywne i optymalne realizowanie zadań, do których został powołany, a także zdolność adaptacji do zmieniających się warunków i pokonywania systemowych dysfunkcji oraz odpowiadania na realne potrzeby odbiorców [Bizoń 1976: 107–108; Coronna 2011: 255–256]. Ewaluacji efektywności działania systemu medycznego można dokonać w wielu wymiarach, warto jednak zwrócić szczególną uwagę na jego umiejętności reagowania na ważniejsze (strukturalne) zmiany społeczno-ekonomiczne oraz epidemiologiczne, takie jak np. upowszechnianie się „chorób funkcjonalnych” (bez wyraźnego tła organicznego), starzenie się populacji, rozpad więzi społecznych oraz kryzys rodziny w zakresie pełnienia funkcji opiekuńczych i pielęgnacyjnych wobec chorych przewlekle, niepełnosprawnych i starszych wiekiem. Wyzwaniem dla współczesnych systemów medycznych są także pogłębiające się i utrwalające nierówności społeczne, które można uznać za jeden z najważniejszych czynników utrudniających dostęp do

świadczeń medycznych oraz warunkujących gorszy stan zdrowia [Lewis, Parent 2001: 307–310; Bielecki 2007: 7–12].

Zanim przybliżymy problematykę związaną z funkcjonalnością polskiego systemu medycznego, warto podkreślić, że jednym z warunków jego sprawności i efektywności jest pewien stopień społecznej aprobaty. Zaufanie społeczne do instytucji służby zdrowia opiera się na percepcji świadczonych usług jako „pożądanych i właściwie wykonywanych” [Field 1976: 144]. Prowadzone systematycznie badania nad tym zagadnieniem wskazują, że system ochrony zdrowia od lat jest najgorzej ocenianą sferą życia publicznego w naszym kraju. Z badań sondażowych (2010) wynika m.in., że jedynie 2% respondentów jest „zdecydowanie zadowolonych” z funkcjonowania opieki zdrowotnej i uważa, że nie wymaga ona zmian. Równocześnie, odsetek „raczej niezadowolonych” i „zdecydowanie niezadowolonych” wynosi odpowiednio 39% i 36%. W zestawieniu z porównywalnym sondażem z roku 2009 niezadowolenie ze służby zdrowia wzrosło aż o 12% [Wądołowska 2010: 1–6]. Zatem, pomimo rosnących od wielu lat nakładów, w powszechnej opinii obywateli, system medyczny w Polsce nie gwarantuje powszechnego i równego dostępu do usług zdrowotnych. Negatywny stosunek społeczeństwa do służby zdrowia potwierdzają także inne badania. W świetle raportu *Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia* (2009) (*Euro Health Consumer Index*) polska służba zdrowia jawi się jako jeden z najgorzej ocenianych europejskich systemów tego typu: na 33 badane kraje Polska uzyskała 26 pozycję z 565 punktami (na 1000 możliwych), uzyskując gorszy bilans niż np. Macedonia, ponadto nasz kraj znalazł się w jednej grupie m.in. z Albanią, Rumunią i Bułgarią. Najgorszą punktację odnotowano właśnie w przypadku Bułgarii (448 punktów), najlepiej zaś oceniono holenderską służbę zdrowia (863 punktów). Polacy szczególnie negatywnie odnosili się m.in. do „okresu oczekiwania na poważne, nie nagłe zabiegi operacyjne”, „internetowej lub całodobowej informacji telefonicznej dotyczącej opieki zdrowotnej”, „efektywnego leczenia nowotworów – liczby zgonów w proporcji do zdiagnozowanych przypadków”, „utraconych potencjalnych lata życia”, „wskaźnika spadku ilości samobójstw”, „przeszczepów nerek na milion mieszkańców”, „wskaźnika przeprowadzonych badań mammograficznych” oraz „tempa wprowadzania nowych leków przeciw nowotworom”. Niskie oceny polskiego systemu zdrowotnego można tłumaczyć niewielkimi wydatkami na opieką zdrowotną *per capita* w porównaniu z innymi krajami europejskimi (pod tym względem Polska zajęła odległe 26 miejsce wśród badanych krajów). Jednak aspekt finansowy nie tłumaczy całości problemu – z przedstawionych badań wynika, że państwa o podobnej sytuacji ekonomicznej zajmowały wyższe pozycje w rankingu. Holandia, mimo że uzyskała najlepsze

oceny, w strukturze wydatków na sektor zdrowia zajęła dopiero 4 pozycję. Autorzy raportu stawiają tezę, że źródłem dysfunkcyjności systemu medycznego w Polsce jest przede wszystkim zła organizacja oraz nieprawidłowa dystrybucja finansów i usług, a w dalszej kolejności brak funduszy [Bjornberg, Garrofe, Lindblad 2009: 3–4, 19–26; Słońska 2010b: 78–80].

Sposób, w jaki opinia publiczna postrzega system medyczny i ocenia świadczone usługi zdrowotne ma fundamentalne znaczenie społeczne, tym bardziej, że obywatele występują tu w potrójnej roli – pacjentów, płatników, a także wyborców. Z tego powodu ta realna reprezentacja społeczna winna być postrzegana jako znacząca siła oraz partner w dyskusjach nad jakością i kształtem systemu zdrowotnego. Wydaje się jednak, że w polskich realiach opinia publiczna jest w tym zakresie instrumentalizowana oraz marginalizowana – jest bardziej niemyym świadkiem niż podmiotem rzeczywistych zmian [Włodarczyk 2002: 213]. Społeczna percepcja polskiego systemu medycznego, niezdołnego do zaspokajania elementarnych potrzeb zdrowotnych obywateli stawia z jednej strony pod znakiem zapytania kwestię solidarności i sprawiedliwości społecznej, a z drugiej akcentuje problem pogłębiania się i utrwalania nierówności zdrowotnych w naszym kraju [Senior, Vivas 1998: 12–19].

Można sformułować tezę, że to właśnie nierówne szanse w dostępie do usług i instytucji medycznych są najbardziej drastycznym skutkiem dysfunkcyjności polskiego systemu medycznego. W świetle ustaleń i rekomendacji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) oraz dokumentów UE (np. strategii lizbońskiej), przeciwdziałanie powstawaniu i pogłębianiu się nierówności zdrowotnych uznano za priorytetowe działanie współczesnej polityki zdrowotnej. Zależność między niższą pozycją społeczną a gorszymi wskaźnikami zdrowia potwierdzają liczne badania epidemiologiczne oraz socjologiczne [Nettleton 2006: 169–173]. Wskazują one, że trudna sytuacja materialna wpływa na nierówny, niesprawiedliwy i dyskryminujący liczną grupę najbiedniejszych, gorszy dostęp do świadczeń medycznych, rzutuje także na złe warunki mieszkaniowe, większą ekspozycję na czynniki szkodliwe, także w środowisku pracy, mniej wartościowy sposób odżywiania etc. Niekorzystna sytuacja materialna wraz z niskim wykształceniem oraz „specyficzną socjalizacją” warunkującą zachowania antyzdrowotne zdecydowanie niekorzystnie oddziałuje na poziom zdrowia [Ostrowska 2010: 23–34].

Pomimo społecznej i politycznej rangi problemu, w Polsce nie prowadzi się systematycznych badań nad naturą i skalą nierówności zdrowotnych np. w relacji do statusu społecznego i miejsca w strukturze społecznej. Dostępne dane ewaluacyjne dotyczące zdrowia z podziałem na wiek, płeć czy rozmieszczenie terytorialne, dają ograniczone możliwości interpretacji i oceny problemu nierów-

ności zdrowotnych w naszym kraju. Z kolei badania epidemiologiczne niestety nie posługują się w wystarczającym stopniu wskaźnikami pozycji społecznej. Wobec powyższego, można postawić tezę, że problematyka nierówności znajduje się na marginesie zainteresowania centralnych władz resortu zdrowia, nie jest też w pełni znana polskiej opinii publicznej. Tymczasem, jak sugerują wyniki badań socjologicznych, w Polsce zróżnicowanie stanu zdrowia poszczególnych warstw społecznych, podejmowanych zachowań zdrowotnych oraz dostępności usług medycznych są coraz większe. Pozycja społeczna wpływa m.in. na częstość profilaktycznych badań kontrolnych, kontakt ze służbą zdrowia w przypadku niepokojących objawów oraz subiektywną ocenę stopnia zaspokojenia, lub deprivacji, przez system medyczny potrzeb zdrowotnych. Określona, niska lub wysoka, pozycja społeczna warunkuje także kontakty ze specjalistami, korzystanie z opieki stomatologicznej, konsumpcję leków oraz decyzje o rezygnacji z leczenia z powodów finansowych. We wszystkich wymienionych obszarach, sytuacja osób z niższych warstw społecznych jest wyraźnie gorsza [Ostrowska 2010: 40–42].

Trudności związane z korzystaniem z usług zdrowotnych potęgują także bariery biurokratyczne oraz utrudniony dostęp do informacji, co przekłada się z kolei na ograniczenia w zakresie egzekwowania praw pacjenta [Ostrowska 2010: 42]. Jest to szczególnie bulwersujące, gdyż dotyczy podstawowego prawa człowieka, jakim jest prawo do skutecznej ochrony zdrowia. Dysfunkcje systemu medycznego w tym zakresie sprowadzają się m.in. do „sztywności” struktur sektora zdrowia (braku zdolności do elastycznego oraz szybkiego reagowania na pojawiające się problemy i wyzwania), zakłóceń komunikacyjnych między pacjentami a personelem medycznym, ale także między samymi instytucjami w ramach systemu oraz poszczególnymi szczeblami tej hierarchicznej, spetryfikowanej struktury. Jako kolejny czynnik dysfunkcjonalności systemu wskazuje się nadmierny formalizm relacji międzyludzkich oraz depersonalizację i uprzedmiotowienie pacjenta (reifikację). Wymieniana jest również w tym kontekście zbyt daleko posunięta centralizacja decyzji, co prowadzi w istocie do izolacji systemu od rzeczywistych oczekiwań i potrzeb zdrowotnych obywateli [Synowiec-Piłat 2002a: 139; Barański 2002: 162–167].

Badania porównawcze dowodzą również, że w przypadku osób o niższej pozycji społecznej konsultacje lekarskie trwają krócej i są bardziej powierzchowne, ponadto ich podejście takich osób do zdrowia można określić jako negatywne – zdrowie jest wyczerpującym się w naturalny sposób zasobem, na co człowiek nie ma większego wpływu. Obserwuje się tu także większą tolerancję na niepokojące objawy oraz większy lęk przed chorobą, słabszą wiedzę o profilaktyce chorób, a także rzadziej poddaje się dzieci szczepieniom okresowym. Z kolei jednostki

o wyższej pozycji postrzegają zdrowie jak kategorię, która jest przedmiotem aktywnych działań, częściej także kontaktują się ze służbą zdrowia i rzadziej jest sytuacja wymagająca nagłej pomocy medycznej [Włodarczyk 2006: 16; Bowling 2007: 21; Taranowicz 2002: 71; Synowiec-Piłat 2002b: 93; Wszędryówny 2002: 223–234]. Taki wzór tłumaczy się długoterminowym i zorientowanym na osiąganie pozytywnych rezultatów kształtowaniem się zachowań zdrowotnych, które mogą pojawić w dłuższym okresie (umiejętność „odraczania korzyści”). Osoby o niższej pozycji socjoekonomicznej natomiast reagują „na bieżąco”, czyli podejmują działania dopiero w momencie pojawienia się określonych problemów zdrowotnych (konsekwencją jest m.in. niechęć do zmiany ryzykowanych zachowań oraz brak działań profilaktycznych) [Wszędryówny 2002: 223–234]. Nierówności przejawiają się oczywiście nie tylko w zakresie dostępu do świadczeń medycznych oraz określonych instytucji i specjalistów (w cytowanym raporcie *Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia* Polska spośród 33 badanych krajów dysponuje, obok Albanii i Rumunii, najmniejszą liczbą lekarzy na 100 000 mieszkańców – Bjornberg, Garrofe, Lindblad 2009: 11), ale także w odniesieniu do relacji z personelem medycznym. Pacjenci o podobnej do lekarza pozycji łatwiej wyrażają swe oczekiwania oraz częściej podejmują negocjacje z lekarzem z pozycji partnera oraz posiadają większą wiedzę medyczną, co zdecydowanie ułatwia komunikację ze specjalistami [Ostrowska 2010: 42].

Należy przypuszczać, że w obliczu nasilającego się kryzysu gospodarczego i finansowego rosnące obciążenia budżetów domowych i wzrastające bezrobocie będą stanowić istotny czynnik dalszego pogłębiania się nierówności zdrowotnych. Diagnozy społeczne wskazują, że np. w Stanach Zjednoczonych oraz niektórych krajach europejskich w ciągu ostatniego roku wiele gospodarstw domowych stanęło przed koniecznością ograniczania wydatków na leczenie oraz kontaktów ze służbą zdrowia [Survey 2011: 4]. Polskie badania socjomedyczne od lat potwierdzają także narastanie problemów finansowych znacznej części rodzin: z *Diagnozy społecznej* opublikowanej w 2011 r. wynika, że 72% gospodarstw domowych zgłaszało większe lub mniejsze trudności z „wiązaniami końca z końcem”, a poniżej granicy niedostatku (według ujęcia subiektywnego) żyje prawie 37% polskich gospodarstw domowych. Niekorzystna sytuacja materialna prowadzi przeważnie do „syndromu oszczędzania na zdrowiu”: w roku 2011 z powodów finansowych z zakupu leków zrezygnowało nieco ponad 18% gospodarstw domowych korzystających z usług medycznych, ponad 17% z leczenia stomatologicznego, 14% zrezygnowało z usług lekarza oraz badań medycznych (7,5%). Rezygnacje dotyczyły przede wszystkim gospodarstw utrzymujących się z niezarobkowych źródeł, rencistów, rodzin niepełnych oraz gospodarstw

nierodzinnych jedno- i wieloosobowych [Czapiński, Panek 2011: 56, 122–123, 329]. Badania monitorujące od 2003 r. rosnący poziom wydatków na świadczenia związane z chorobą i rehabilitacją wskazują ponadto na zjawisko konieczności zaciągania pożyczek w komercyjnych bankach na pokrycie kosztów leczenia i świadczeń rehabilitacyjnych – w roku 2003 3,9% gospodarstw domowych zostało zmuszonych do tej formy finansowania świadczeń [dane GUS, listopad 2003].

Przytoczone dane wskazują, że system medyczny w Polsce ze względu na niedostosowanie świadczonych usług i standardów leczenia do potrzeb osób o niższym statusie społecznym wyklucza lub drastycznie ogranicza prawo do zdrowia znacznej części obywateli oraz powiększa i utrwała nierówności zdrowotne. Wysiłek ograniczania nierówności zdrowotnych powinien być ukierunkowany na diagnozę źródeł i skutków nierówności społecznych w zdrowiu i chorobie. Strategie współczesnej polityki społecznej czynią przewyżnianie tych nierówności swoim priorytetem [Ostrowska 2010: 23–42]. Można w tym kontekście postawić pytanie, czy w sytuacji rosnących i utrwalających się nierówności społecznych i zdrowotnych planowana prywatyzacja i komercjalizacja służby zdrowia jest rozwiązaniem efektywnym i celowym oraz dostosowanym do możliwości ekonomicznych Polaków oraz czy przyczyni się do rzeczywistej poprawy funkcjonalności systemu medycznego. Według badań sondażowych, komercjalizację i prywatyzację szpitali popiera „decydowanie” i „raczej” ogółem 28% respondentów, równocześnie jest temu przeciwna 56% badanych. Większość respondentów wyraziła obawy, że przekształcenie szpitali w spółki prawa handlowego spowoduje, że „zmniejszy się dostęp do usług medycznych”, „samorządy będą sprzedawać szpitale prywatnym inwestorom”, „utrudnione będzie uzyskanie pomocy w szpitalu w nagłych przypadkach”, a także, że „szpitale będą likwidowane i w ich miejscu będzie prowadzona inna, bardziej dochodowa działalność”. Ankietowani sądzą także, że na prywatyzacji najbardziej skorzystają prywatni inwestorzy (71% badanych) oraz lekarze (65%), a najbardziej stracą sami pacjenci (z taką opinią zgadza się 52% badanych) [Roguska 2008: 2, 5–6].

Idea redukcji roli zaangażowania państwa w sferę zdrowia, czego konsekwencją są wprowadzane zmiany oraz tendencja do wycofywania się instytucji rządowych z odpowiedzialności za zdrowie obywateli winna być traktowana przez władze ze szczególną rozważą i odpowiedzialnością za skutki tych przekształceń. Zdrowie stanowi centralną i szczególnie „wrażliwą” kwestią społeczną – w prowadzonych systematycznie badaniach opinii publicznej zdrowie okazuje się być jedną trzech najważniejszych kategorii (obok pracy i warunków materialnych) będących przedmiotem obaw i trosk [Feliński 2008: 2–4; Roguska 2005: 2–4], równolegle prawie 60% Polaków wskazuje, że zdrowie jest „jedną z najważ-

niejszych wartości codziennego życia” [Boguszewski 2007: 1]. Bycie zdrowym określa szanse i możliwości zdobywania i korzystania z określonych cennych społecznie dóbr, wpływa na poziom i jakość życia. W konsekwencji, zdrowie nie może być traktowane jak kolejny element „neoliberalnych strategii rynkowych”, bowiem ta sfera ze swej natury wymaga stabilności, przewidywalności oraz odpowiedzialności ze strony państwa. Przeprowadzane w polskim systemie medycznym liczne zmiany, począwszy od strukturalnej reformy służby zdrowia z roku 1999, ewoluują w kierunku odwrotnym – obserwujemy stopniowe przenoszenie licznych zadań i obowiązków związanych z opieką zdrowotną na niższe szczeble administracji samorządowej, za czym nie idzie wzrost funkcji regulacyjnych i kontrolnych na szczeblach wyższych, co z kolei sprzyja „rozmywaniu się” odpowiedzialności. Niejednoznaczność w tym zakresie przejawia się m.in. w braku precyzyjnie określonych granic odpowiedzialności poszczególnych podmiotów. Są także takie obszary w sektorze zdrowia, które pozostają poza zobowiązaniami jakichkolwiek partnerów, wobec czego interesy pacjentów, a także realizacja jednej z ważniejszych funkcji państwa – ochrona zdrowia są poważnie zagrożone. A zatem, wraz z pojawieniem się licznych podmiotów, które miałyby odpowiadać za kwestie zdrowia obywateli „[...] powstała sytuacja odpowiedzialności ponoszonej wspólnie, co jednak nigdy nie zostało przedstawione jako wspólna koncepcja odnosząca się do sektora zdrowotnego, choć pojawiała się jako idea związana z polityką zdrowotną realizowaną w społeczeństwie demokratycznym” [Włodarczyk 2002: 219]. Należy raz jeszcze podkreślić, że udział wielu podmiotów w ponoszeniu odpowiedzialności za zdrowie nie jest w istocie czymś nagannym czy nieprawidłowym, chodzi tutaj raczej o problem swoistego „samoograniczania się” instytucji centralnych państwa w tym zakresie i przeniesienie tego obowiązku na szczeble niższe, co oznacza w istocie systematyczne pozbywanie się tego obowiązku. Przejawem tej tendencji jest chociażby przyznanie samorządom terytorialnym na mocy Ustawy z 1999 r. praw własności do zakładów opieki zdrowotnej przy braku dostępu do środków, które umożliwiłyby efektywną realizację tych uprawnień. Podobny kierunek myślenia o organizacji opieki zdrowotnej widać także we wspomnianych działaniach zmierzających do prywatyzacji i komercjalizacji usług medycznych – mogą one doprowadzić do, przynajmniej częściowego, obciążenia pacjentów kosztami leczenia. Należy ponadto podkreślić fakt, że kolejne korekty i modyfikacje systemu medycznego podejmowane są zwykle z pominięciem diagnozy społecznej oraz oceny „kosztów ludzkich” wprowadzanych zmian, a także ignoruje poziom ich akceptacji społecznej. Szczególnie niepokojące jest to, że obrany kierunek zmian w systemie zdrowia, jest procesem w dużej mierze niejawnym, rozciągniętym w czasie. Są to

zmiany, które najczęściej wprowadzane są pod hasłem decentralizacji, która ma zapewnić lepszą efektywność systemu, zdecydowanie rzadziej mają one charakter oficjalnego i wyraźnego postulatu ograniczenia odpowiedzialności państwa. Efektem tych „cichych” przemian jest niewielki opór społeczny oraz niska świadomość opinii publicznej, że może dochodzić tym samym do naruszenia zapisów Konstytucji w zakresie realizacji obowiązku władz publicznych zapewnienia wszystkim obywatelom równego dostępu do opieki zdrowotnej [Włodarczyk 2002: 219–221; Brenner 1995: 214–221]. Co więcej, obrany kierunek reform w obliczu kryzysu gospodarczego i finansowego może pociągać za sobą rosnące koszty społeczne oraz pogłębiać i tak znaczne nierówności zdrowotne.

Jednym z ważniejszych narzędzi ograniczania nierówności zdrowotnych jest także „społecznie ukierunkowana” promocja zdrowia, która uznana została za istotny element tzw. nowego zdrowia publicznego (*new public health*). Promocja zdrowia obejmuje działania ukierunkowane na wszystkie poddające się zmianom czynniki warunkujące zdrowie – elementy związane z zachowaniami zdrowotnymi oraz te, które wpływają na wysokość dochodu, poziom wykształcenia, zatrudnienie, warunki pracy czy dostęp do instytucji i usług medycznych, a także środowisko fizyczne. Miarą efektywności promocji zdrowia jest trwała współpraca międzysektorowa na rzecz zdrowia [Słońska 2008: 83–84, 2010a: 213–225; Korzeniowska 2008: 95]. Podejście to jest zasadniczo odmienne od celów i sposobów działania komercyjnej medycyny naprawczej, która w oparciu o rozbudowaną sieć instytucji oraz rozwinięte struktury biurokratyczne, koncentruje się na „administrowaniu” rosnącym obszarem zdrowia obywateli. Jednak wobec narastających problemów związanych z tzw. chorobami cywilizacyjnymi (o charakterze chronicznym, przewlekłym, funkcjonalnym) oraz postępującym starzeniem się społeczeństw, potrzeba oddziaływania na szereg pozamedycznych czynników ryzyka stała się oczywista, niezbędna i pilna [Cockerham 2004: 25–29; *WHO Global Report* 2005: 48; Blaxter 2009: 172; Nettleton 1996: 12; Słońska 2009: 283–285]. Sposób myślenia o zdrowiu jak o zasobie (kapitale), które powinno być wspierane nie tylko w instytucjach medycznych, wyraża znany raport M. Lalonde’a (1974), gdzie koncepcja „pól zdrowia” stała się inspiracją dla prób oszacowania realnego wpływu systemu medycznego oraz czynników pozamedycznych na stan zdrowia populacji – w *Narodowym Programie Zdrowia* na lata 2007–2015 stwierdzono, że zdrowie człowieka zależy w około 50% od stylu życia, natomiast działania służby zdrowia oszacowano na około 10% [*Narodowy Program Zdrowia* 2007: 10].

Wobec przytoczonych danych, promocja zdrowia, wykorzystująca dorobek nauk o zachowaniu, okazuje się potencjalnie najskuteczniejszym sposobem

podnoszenia poziomu zdrowia społecznego (jeśli np. nowoczesna profilaktyka to bilans 15% kosztów i 85% korzyści, to w przypadku szacunkowej oceny stosowania leczenia specjalistycznego proporcje są odwrotne – 85% kosztów i tylko 15% korzyści – dane Państwowego Zakładu Higieny dotyczące raportu prof. M. Miller z 2002 – maszynopis w posiadaniu autorów). Tymczasem podstawowa zasada promocji zdrowia – współpraca międzysektorowa na rzecz zdrowia – chociaż określana w Narodowym Programie Zdrowia jako kluczowa, napotyka w Polsce na liczne trudności i bariery systemowe. Zwraca się uwagę na niską efektywność zmedykalizowanych programów promocji zdrowia. Chodzi o sytuację, w której „[...] dominacja medycyny naprawczej znajdująca wyraz m.in. w niskim statusie zdrowia publicznego, tradycyjnym sposobie jego definiowania, a także koncentracji reformy systemu zdrowia na opiece medycznej, prowadzi do pojawienia się zjawiska medykalizacji w samym systemie zdrowia” [Słońska 2008: 85; Nettleton, Bunton 1999: 41–58]. Zmedykalizowana i podporządkowana orientacji biomedycznej promocja zdrowia pomija szersze, socjoekologiczne jego uwarunkowania. Swoistym paradoksem staje się fakt, że promocja zdrowia, z ideą wychodzenia poza wąski paradygmat medycyny naprawczej, sama stała się przedmiotem jej dominacji. Sytuacja „zagrożenia medykalizacją” oraz marginalizacja promocji zdrowia trwa, z różnym nasileniem, od początku wdrażania rozmaitych jej programów w Polsce. Specyfiką podejścia do promowania zdrowia w naszym kraju jest, oprócz wspomnianej ograniczonej współpracy międzysektorowej, m.in. niewielka świadomość roli czynników społeczno-ekonomicznych warunkujących zdrowie, zarówno wśród polityków, służby zdrowia, jak i samego społeczeństwa, niski status promocji zdrowia w systemie ochrony zdrowia, eksponowanie zmedykalizowanej wersji edukacji zdrowotnej, kontraktowanie usług medycznych (np. badań przesiewowych, poradnictwa medycznego), stanowiących działania rzekomo należące do promocji zdrowia, a tym samym redukcja tej idei do wąsko pojmowanej profilaktyki chorób. Wiele programów biomedycznych opiera się ponadto na prostym modelu zmiany behawioralnej, z pominięciem złożonego kulturowego i strukturalnego kontekstu działań społecznych. Medykalizację i w konsekwencji marginalizację promocji zdrowia wywołuje również fakt, że środowisko lekarskie, zorientowane na priorytety medycyny naprawczej, ma w sektorze zdrowia decydujący głos przy podejmowaniu decyzji systemowych. W rezultacie promocja zdrowia w Polsce stanowi margines sektora zdrowia – odczuwalny jest zwłaszcza deficyt środków finansowych, infrastrukturalnych oraz brak skutecznych rozwiązań prawnych. W tym miejscu warto raz jeszcze odwołać się do *Narodowego Programu Zdrowia*, który w założeniu miał odegrać kluczową rolę w zakresie wdrażania interdyscyplinarnych i wielosektorowych

działań promujących zdrowie oraz tworzyć formalne podstawy nowoczesnego systemu ochrony zdrowia i jego promocji. Jednak niedoprecyzowanie jego statusu, brak synergii z innymi programami, a także ograniczenie finansowania z budżetu centralnego spowodowały, że idea funkcjonalnej współpracy międzysektorowej nie została wdrożona. Ostatecznie konsekwencją braku systemowych rozwiązań z zakresu promocji zdrowia jest dalsze niebezpieczne pogłębianie się i utrwalanie nierówności zdrowotnych w naszym kraju [Słońska 2008: 85–93].

KOMENTARZ PODSUMOWUJĄCY

Przedstawiona w tekście problematyka funkcjonalności/dysfunkcjonalności polskiego systemu medycznego stanowi rodzaj wprowadzenia do dalszych dyskusji w tym zakresie. Postawiono tu pytania istotne nie tylko z punktu widzenia socjologii będącej nauką humanistyczną, lecz także z perspektywy obecnej i przyszłej polityki społecznej (w tym również polityki zdrowotnej) w końcu pierwszej dekady XXI w. W prezentowanym ujęciu dotyczącym jednego z najważniejszych obszarów życia społecznego i jednostkowego, wyznaczonych przez pojęcia: zdrowie – choroba – medycyna, jest zapewne więcej znaków zapytania i elementów o charakterze diagnostycznym niż gotowych odpowiedzi.

System ochrony zdrowia jest w nowoczesnych rozwiniętych społeczeństwach obywatelskich obszarem szczególnego zainteresowania polityków społecznych i strategów rozwoju ekonomicznego. Od dawna wiadomo, że dobry stan zdrowia populacji jest znaczącym czynnikiem prorozwojowym, i na odwrót, złe wskaźniki zdrowotne decydują o gorszej kondycji gospodarczej danego kraju. Dlatego w warunkach prognozowanego dalszego pogarszania się wskaźników makroekonomicznych warto zadbać o stymulowanie i monitorowanie procesu polepszania się stanu zdrowia Polaków. Jest to szczególnie ważna dyrektywa dla socjologii, bowiem poziom zdrowia interesującej nas populacji zależy przede wszystkim od elementów społeczno-kulturowych i czynników socjoekonomicznych. Społeczne uwarunkowania zdrowia stały się również, co najmniej od dekady, osią debaty publicznej w takich rozwiniętych krajach Zachodu jak Niemcy, Francja czy Stany Zjednoczone. Głównym tematem dyskusji i gorących sporów politycznych są tam ścierające się, konkurencyjne programy sanacji systemu opieki zdrowotnej. Warto jeszcze raz przypomnieć, że z perspektywy socjologii polityki i zasad komunikacji społecznej sprawy zdrowia stanowią kluczową kwestię pozwalającą partiom i ugrupowaniom politycznym zyskać (lub stracić) poparcie społeczne, wiadomo bowiem, że oceniany przez obywateli standard ochrony zdrowia wpływa na ich

aspiracje, oceny partii rządzących, plany życiowe, jakość życia, i wreszcie, jest ważnym czynnikiem decydującym na kogo ludzie oddadzą głos w najbliższych wyborach parlamentarnych. W starzejącym się społeczeństwie z wysokim odsetkiem emerytów i rencistów problemy te znajdują się w centrum uwagi milionów Polaków. Wszystkie przytoczone fakty winny skłaniać polityków z kolejnych ekip rządzących do traktowania sfery ochrony zdrowia z jej społecznymi uwarunkowaniami jako niepodlegającego dyskusji priorytetu. Niestety, w rzeczywistości tak się nie dzieje (osobnym, ciekawym polem dyskusji politologicznych mogą być powody długotrwałych zaniechań na tym polu).

Równocześnie, odnosząc się do ważnego wątku sporów wokół programów naprawczych mających podnieść funkcjonalność systemu zdrowotnego, warto zauważyć, że dogmatyczne stosowanie reguł rachunku ekonomicznego jako podstawowej zasady „definiującej” rynek medyczny niekoniecznie i nie zawsze musi być optymalnym rozwiązaniem. W rozwiniętych krajach zachodnich całe obszary tego typu usług są celowo wyjęte z reguł gospodarki rynkowej, głównie po to, by nie wyłączać znacznej części biedniejszych obywateli z dostępu do świadczeń zdrowotnych i nie łamać zapisów legislacyjnych gwarantujących ludziom w krajach UE pełnego dostępu do standardowych usług zdrowotnych i tym samym gwarantować im konstytucyjne prawo do „bycia zdrowymi”. Dodajmy, że polskie doświadczenia roku 2011 pokazują, że prywatyzacja i komercjalizacja nie wszędzie była optymalnym rozwiązaniem umożliwiającym sanację ekonomiczną zadłużonych (wcześniej publicznych) instytucji i placówek ochrony zdrowia [Brenner 1995: 215–216; zob. zwłaszcza podrozdział *Direct SES – Health Mechanisms*].

W tradycji polskiej i europejskiej socjologii ważną rolę odgrywa funkcja krytyczna i kontrolna tej dyscypliny [Mucha 2002: 69 i nast.]. J. Mucha zauważa, że: „Otwarte uprawianie radykalnej socjologii krytycznej oznacza więc m.in., że w danym społeczeństwie istnieje znaczna wolność słowa i badań” [Mucha 2002: 69]. Jeśli zatem uważać próbę budowania lepszej rzeczywistości społecznej za misję socjologii, to bez tej funkcji zadanie nie może być zrealizowane. Najczęściej wspomnianą funkcją krytyczną była traktowana w kategoriach kompleksowej, pogłębionej diagnozy, mającej za zadanie nie tylko zrealizowanie powinności poznawczych danej nauki, lecz także naprawę ważnej sfery życia publicznego. Klasycznym przykładem takiego rozumienia misji nauk społecznych była krytyka amerykańskiej socjologii „głównego nurtu” m.in. za brak refleksji nad deformacją i destrukcją demokracji w tym kraju dokonana przez C.W. Millsa w jego pracy *The Sociological Imagination* (1959). Z kolei za eksponenta podobnego podej-

ścia w europejskiej socjologii należy bez wątpienia uznać kontynuatora „szkoły frankfurckiej” J. Habermasa [Mucha 2002: 70].

Wydaje się, że praktyczna aplikacja dyrektyw „socjologii krytycznej” opierających się na solidnych podstawach empirycznych jest strategią mogącą przynieść nieocenione korzyści poznawcze m.in. w postaci demystyfikacji stereotypów społecznych i artefaktów oraz odsłaniania, niekiedy głęboko ukrytych, mechanizmów sprawowania władzy (ekonomicznej, politycznej, ideologicznej, a także medialnej), podejście to może również wzbogacić wiedzę o rzeczywistym funkcjonowaniu zbiorowości ludzkich, chronić i wzmacniać demokrację, upowszechniać idee aktywności społecznej i obywatelskiej, partycypacji w życiu publicznym etc. Klasyczne analizy „socjologii krytycznej” skupiały się m.in. na władzy, rzeczywistym wpływie na życie polityczne wielkich korporacji i oligopolii oraz zjawiskach skrywanego, niejawnego, nielegalnego lobbowania na rzecz własnych interesów (dodajmy, że wydarzeniem bez precedensu były publicznie wyrażone opinie konstytucyjnego ministra R.P. B. Arłukowicza – w grudniu 2011 r. – iż wielokrotnie i systematycznie koncerny farmaceutyczne usiłowały niejawnie wpływać na strategiczne decyzje podejmowane w ramach kierowanego przez niego resortu ingerując m.in. w przygotowywaną listę leków refundowanych). Z drugiej strony podejście „socjologii krytycznej” pozwala odkryć skrywane przez oficjalną propagandę obszary biedy, wykluczenia społecznego, deprywacji i marginalizacji. Badacze identyfikujący się z tą orientacją usiłowali utożsamiać się z interesami niższych klas społecznych i z tej pozycji dokonywać analizy tworzenia się społeczeństwa oligarchicznego, opartego na niedemokratycznych mechanizmach korupcji politycznej oraz klientelizmu, z zachowaniem pozorów „fasadowej demokracji”.

Koncentrowanie uwagi na istotnych dysfunkcjach współczesnego neoliberalnego kapitalizmu, zwłaszcza na obszarze tak ważnym dla poczucia sprawiedliwości społecznej i godności osobistej jednostki, jakim jest obszar zdrowia, wydaje się szczególnie powinnością „krytycznej socjologii zdrowia i choroby”, zwłaszcza w okresie trwania długiego oraz nieprzewidywalnego kryzysu społecznego i ekonomicznego. Należy także podkreślić, że myślenie krytyczne nie powinno być marginalizowane, lekceważone lub „wypchnięte” poza obszar debaty publicznej jest ono również nieodzowne dla rozwoju socjologii „głównego nurtu”. Należy zgodzić się z twierdzeniem A. Giddensa, iż podejście krytyczne jest istotą zaangażowanego uprawiania socjologii [Giddens 2004: 696; 1998: 23–33, rozdz. *Wyobrażenia socjologiczne: socjologia jako krytyka*].

W polskiej socjologii medycyny prekursorem „podejścia krytycznego” była Magdalena Sokołowska (1922–1989) – jej wszechstronne wykształcenie:

pielęgniarka, lekarz, działacz społeczny, reformator zdrowia publicznego, socjolog oraz cechy charakteru: upór, dociekliwość, przekora oraz temperament polemiczny, szczególnie predestynowały ją do „bycia socjologiem krytycznym” świadczą o tym dobitnie jej książki – *Granice medycyny* (1980) oraz *Socjologia medycyny* (1986). W pierwszej z nich dokonuje krytycznej analizy dysfunkcyjności kapitalistycznego, nastawionego na zysk systemu medycznego (patrz rozdział: *Medycyna zagrożeniem?*) oraz postuluje konieczność kontroli społecznej i swoistego nadzoru obywatelskiego nad tą kosztowną biurokracją finansowaną głównie z funduszy publicznych. Zastanawia się także nad genezą zachodnich instytucji medycznych (nie tracąc przy tym podziwu dla imponującego postępu technologicznego biomedycyny). Efektów kryzysu zaufania pacjentów do zachodnich lekarzy upatruje w rozwoju metod i technik leczenia niemedycznego (patrz rozdział: *Istota powodzenia uzdrowicieli tradycyjnych*). W drugiej ze wspomnianych pozycji, podręczniku „Socjologia medycyny”, Sokołowska skupia się głównie na nierówności społecznych w zdrowiu i chorobie oraz analizuje, po raz pierwszy z takiej perspektywy, problem narastających błędów lekarskich, które w jej opinii są również symptomem kryzysu biotechnicznej medycyny (patrz rozdział: *Jatrogeniza*). Osobno rozważa także zagadnienia deprywacji w odniesieniu do usług i świadczeń medycznych.

Kilka lat temu, zainspirowani tym podejściem, próbowaliśmy zaznaczyć, pogłębić i rozwinąć taką dyrektywę badawczą w ogólnopolskiej monografii socjomedycznej pt. *Zdrowie – choroba – społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny* [Piątkowski 2004: 13–14]. Praca ta stanowiła próbę ukazania m.in. dysfunkcyjności ówczesnego systemu ochrony zdrowia, zasygnalizowania problemu nielegalnego lobbingu koncernów farmaceutycznych i ich wpływu na decyzje podejmowane przez instytucje resortu zdrowia, a także ukazania znaczenia niskiego statusu socjoekonomicznego jako czynnika wpływającego na etiologię chorób cywilizacyjnych w Polsce etc. Pisaliśmy wówczas, że są to obszary swoistego „społecznego świata nieprzedstawionego”, którego eksploatacją winna się zajmować także socjologia medycyny. Zagrożenia wywoływane i generowane przez współczesny system medyczny powinny być klasycznym przykładem aplikacji funkcji oceniającej naszej subdyscypliny, warto bowiem, zwłaszcza w czasach kryzysu i „społeczeństwa ryzyka”, podtrzymywać tradycję „krytycznej i kontestującej socjologii zdrowia i choroby”. Wybór „neutralnego” lub co gorsza „apologetycznego” sposobu uprawiania tej nauki nie służy ani jej samej, ani tym bardziej nie zbliża nas do ideałów dyscypliny „społecznie wrażliwej”, a więc wzoru który propagowała Magdalena Sokołowska. Antonina Ostrowska uczennica, współpracowniczka i kontynuatorka „polskiej szkoły

socjologii medycyny” pisała: „Owe zagrożenia społeczne płynące ze strony medycyny wyzwoliły [...] nowy trend refleksji i badań w socjologii medycyny [...] warto jednak także wskazać, że ma on kontestacyjny charakter w stosunku do medycznego establishmentu [...]. Nurt ten, z założenia reformatorski, obrócony jest przeciwko systemowi medycznemu, a jego siłą wspierającą stanowi ruch konsumencki i organizacje pozarządowe [...]” [Ostrowska 2004: 35].

Szczególnie interesujące z punktu widzenia „socjologii socjologii” jest pytanie, dlaczego budowa zrębów społeczeństwa obywatelskiego, transformacja systemowa oraz tworzenie struktur demokratycznych (w tym zniesienie cenzury) nie zachęciło polskich socjologów medycyny do planowania i realizacji systematycznych projektów badawczych analogicznych do prac badaczy zachodnich mających na celu diagnozę, w duchu „socjologii krytycznej”, głównych mechanizmów społecznych decydujących o niesprawności polskiego systemu ochrony zdrowia. Naczelnym założeniem takich zamierzeń, normalnych w społeczeństwie demokratycznym, winno być dążenie do eliminacji lub redukcji tych dotkliwych dla obywateli, strukturalnych dysfunkcjonalności tkwiących w systemie medycznym.

BIBLIOGRAFIA

- Barański J. [2002], *Niektóre aspekty komunikowania się lekarza z pacjentem*, [w:] J. Barański, W. Piątkowski (red.), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT, Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe.
- Barański J., Piątkowski W. (red.) [2002], *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT, Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe.
- Bielecki W.J. [2007], *Przedmowa*, [w:] W.J. Bielecki, *Syndrom choroby funkcjonalnej: socjologiczny mit czy rzeczywistość?*, Łódź: Wydawnictwo Uniwersytetu Łódzkiego.
- Bizoń Z. [1976], *Wzorce adaptacji systemu medycznego do zmian społecznych*, [w:] M. Sołowska, J. Hołówka, A. Ostrowska (red.), *Socjologia a zdrowie*, Warszawa: PWN.
- Bjornberg A., Garrofe B.C., Lindblad S. [2009], *Europejski Konsumencki Indeks Zdrowia* (Health Consumer Powerhouse), Warszawa: AB.
- Blaxter M. [2009], *Zdrowie*, Warszawa: Wydawnictwo Sic!
- Boguszewski R. (oprac.) [2007], *Zdrowie i zdrowy styl życia w Polsce*, Komunikat z badań CBOS, Warszawa, wrzesień.
- Bowling A. [2007], *Research methods in health. Investigating health and health services*, New York: Open University Press.
- Brenner M.H. [1995], *Political Economy and Health*, [w:] B.C. Amil, S. Levine, A.R. Tarlov, D. Walsh (eds.), *Society and Health*, New York, Oxford: Oxford University Press.
- Cockerham W.C. [2004], *Medical Sociology*, Upper Saddle River, NJ: Pearson Prentice Hall.

Coronna C.A. [2011], *Clash of Logics, Crisis of Trust: Entering the Era for Profit Health Care?*, [w:] B.A. Pescosolido et. al. (eds.), *Handbook of the Sociology of Health, Illness and Healing*, New York: A Blueprint for the 21st Century, Springer.

Czapliński J., Panek T. (red.) [2011], *Diagnoza społeczna 2011. Warunki i jakość życia Polaków*, Warszawa: Rada Monitoringu Społecznego.

Duch-Krzyszoszek D. [2009], *Korzystanie ze służby zdrowia. Uwarunkowania mikrostrukturalne i makrostrukturalne*, [w:] A. Ostrowska (red.), *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*, Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.

Feliksiaak M. (oprac.) [2008], *Nadzieje i obawy związane z rokiem 2008*, Komunikat z badań CBOS, Warszawa, styczeń.

Field M.G. [1976], *System zdrowia a system społeczny*, [w:] M. Sokołowska, J. Hołowska, A. Ostrowska (red.), *Socjologia a zdrowie*, Warszawa: PWN.

Giddens A. [1998], *Socjologia. Zwięzłe lecz krytyczne wprowadzenie*, Poznań: Zysk i S-ka.

Giddens A. [2004], *Demokracja i sfera publiczna – Habermas*, [w:] A. Giddens, *Socjologia*, Warszawa: Wyd. Naukowe PWN.

Korzeniowska E., *Promocja zdrowia w Polsce. Socjologiczna Analiza procesu innowacji*, [w:] W. Piątkowski, B. Plonka-Syroka (red.), *Socjologia i antropologia medycyny w działaniu*, Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum.

Lewis B.L., Parent F.D. [2001], *Healthcare Equity*, [w:] H.B. Rebach, J.G. Bruhn (eds.), *Handbook of Clinical Sociology*, wyd. II, New York: Kluwer Academic.

Moskałewicz B. [2009], *Medycyna jako system społeczny*, [w:] A. Ostrowska (red.), *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie analizy*, Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.

Mucha J. [2002], hasło *Socjologia krytyczna*, [w:] Z. Bokszański i in. (red.), *Encyklopedia socjologii*, t. 4, Warszawa: Oficyna Naukowa.

Narodowy Program Zdrowia [2007], *Narodowy Program Zdrowia na lata 2007–2015*, Załącznik do Uchwały Rady Ministrów z dn. 15 maja 2007, nr 90.

Nettleton S. [1996], *The Sociology of Health and Illness*, Cambridge: Polity Press.

Nettleton S. [2006], *Social Inequalities and Health Status*, [w:] S. Nettleton, *The Sociology of Health and Illness*, Cambridge: Polity Press.

Nettleton S., Bunton R. [1999], *Sociological critiques of health promotion*, [w:] R. Bunton, S. Nettleton, R. Burrows, *The Sociology of Health Promotion. Critical Analyses of Consumption Lifestyle and Risk*, London: Routledge.

Ostrowska A [2004], *Polska socjologia na tle zachodniej*, [w:] W. Piątkowski (red.), *Zdrowie – choroba – społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny*, Lublin: Wyd. UMCS.

Ostrowska A. [2010], *Zróżnicowania społeczne i nierówności w zdrowiu*, [w:] W. Piątkowski (red.), *Socjologia z medycyną. W kręgu myśli naukowej Magdaleny Sokołowskiej*, Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.

Parsons T. [2009], *System społeczny*, Kraków: Zakład Wydawniczy NOMOS.

Piåtkowski W. [2004], *Wstęp*, [w:] W. Piåtkowski (red.), *Zdrowie – choroba – społeczeństwo. Studia z socjologii medycyny*, Lublin: Wydawnictwo UMCS.

Roguska B. (oprac.) [2005], *Rok 2005 – nadzieje i obawy*, Komunikat z badań CBOS, Warszawa, luty.

Roguska B. (oprac.) [2008], *Opinie o komercjalizacji szpitali*, Komunikat z badań CBOS, Warszawa, wrzesień.

Senior M., Vivas B. [1998], *Health and Illness*, London: Palgrave – Macmillan.

Shilling Ch. [2008], *Kultura, „rola chorego” i konsumpcja zdrowia*, [w:] P. Sztompka, M. Bogunia-Borowska (red.), *Socjologia codzienności*, Kraków: Wydawnictwo Znak.

Słóńska Z. [2008], *Nowe oblicze medykalizacji: redefinicja i marginalizacja promocji zdrowia*, [w:] W. Piątkowski, B. Płonka-Syroka (red.), *Socjologia i antropologia medycyny w działaniu*, Wrocław: Oficyna Wydawnicza Arboretum.

Słóńska Z. [2009], *Socjologia a promocja zdrowia*, [w:] A. Ostrowska (red.), *Socjologia medycyny. Podejmowane problemy, kategorie, analizy*, Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.

Słóńska Z. [2010a], *Rozwój i stan pojęcia „promocja zdrowia” w perspektywie socjologicznej*, [w:] K. Popielski, M. Skrzypek, E. Albińska (red.), *Zdrowie i choroba w kontekście psychospołecznym*, Lublin: Wydawnictwo KUL.

Słóńska Z. [2010b], *Spoleczna natura zdrowia: teoria i praktyka*, [w:] W. Piątkowski (red.), *Socjologia z medycyną. W kręgu myśli naukowej Magdaleny Sokołowskiej*, Warszawa: Wydawnictwo IFiS PAN.

Stevens F. [2010], *The Convergence and Divergence of Modern Health Care Systems*, [w:] W.C. Cockerham (ed.), *The New Blackwell Companion to Medical Sociology*, Oxford: Blackwell.

Survey [2011], *Survey of Health Care Consumers Global Report: Key Findings, Strategic Implications*. Produced by the Deloitte Center for Health Solutions.

Synowiec-Piłat M. [2002a], *Funkcjonalność i dysfunkcjonalność instytucji medycznych*, [w:] J. Barański, W. Piątkowski (red.), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT, Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe.

Synowiec-Piłat M. [2002b], *Zróżnicowania i nierówności społeczne a zdrowie*, [w:] J. Barański, W. Piątkowski (red.), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT, Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe.

Taranowicz I. [2002], *Zachowania w zdrowiu i chorobie*, [w:] J. Barański, W. Piątkowski (red.), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT, Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe.

Tobiasz-Adamczyk B. [2005], *Kilka uwag o socjologii choroby*, [w:] W. Piątkowski, W.A. Brodniak (red.), *Zdrowie i choroba. Perspektywa socjologiczna*, Tyczyn: Wydawnictwo WSSG.

Wądołowska K. (oprac.) [2010], *Opinie o opiece zdrowotnej*, Warszawa: Komunikat z badań CBOS, luty.

WHO Global Report [2005], *WHO Global Report Preventing chronic disease: a vital investment*, Geneva: WHO.

Włodarczyk W.C. [2002], *Reforma opieki zdrowotnej – w poszukiwaniu nowych funkcji*, [w:] J. Barański, W. Piątkowski (red.), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT, Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe.

Włodarczyk W.C. [2006], *Polityka zdrowotna Unii Europejskiej: nierówności w zdrowiu*, „Zeszyty Naukowe Ochrony Zdrowia. Zdrowie Publiczne i Zarządzanie” IV, nr 2.

Wsędźrówny M., *Zachowania zdrowotne w warunkach biedy*, [w:] J. Barański, W. Piątkowski (red.), *Zdrowie i choroba. Wybrane problemy socjologii medycyny*, Wrocław: Oficyna Wydawnicza ATUT, Wrocławskie Wydawnictwo Oświatowe.

Włodzimierz Piątkowski
Luiza Nowakowska

**MEDICAL SYSTEM IN POLAND IN THE FACE OF XXI CENTURY
CHALLENGES THE PERSPECTIVE OF THE CRITICAL SOCIOLOGY
OF HEALTH AND DISEASE**

Abstract

The purpose of the discussion is to evaluate certain aspects of the Polish health care system – its ability to respond to contemporary dynamic social, economic and epidemiological changes (including the spread of chronic diseases, aging population or family crisis – its possibilities for providing care of the sick). The analysis of such a problem was based on a critically-oriented perspective that is developed in the field of the sociology of health and illness.

The text pays particular attention to the problem of deepening social inequalities, which can be considered as one of the major factors that hinder access to health care and influence poorer health condition. In this context the mechanism of “saving health” and borrowing in order to satisfy the health needs in the face of financial difficulties was mentioned. Moreover, the text includes the attempt to evaluate the effectiveness of health promotion programs in our country as potentially the most effective way of raising the level of public health. There is also the issue of public confidence in health care institutions and the approval of attempts towards reforming the medical system in our country. A separate part of the discussion was devoted to criticism of the idea of reducing the role of the state in the health care sector.

Keywords: the medical system, critical sociology, health inequalities, health promotion