

Cezary Włodarczyk
Katarzyna Badora-Musiał

Instytut Zdrowia Publicznego, Wydział Nauk o Zdrowiu
Uniwersytet Jagielloński Collegium Medicum¹

Trwałość niektórych wyobrażeń. Niespełnione obietnice profesjonalizmu²

Streszczenie

Artykuł przedstawia koncepcję profesjonalizmu jako odpowiedź na ważne pytanie polityki zdrowotnej o metodę organizowania społecznych relacji, w tym stosunków władzy. Przedstawione zostały zmiany, jakie dokonały się w podejściu do profesjonalistów medycznych, poczynając od tradycyjnej koncepcji wychwalającej profesjonalizm, dalej jej krytykę, przez uznanie profesjonalizmu za narzędzie regulujące stosunki społeczne i organizacyjne, a także za ideologię, a następnie ideę opieki zarządzanej i konsumeryzm medyczny, kończąc na kryzysie profesjonalizmu i jego odrodzeniu, w postaci nowego profesjonalizmu. Pokazano wpływ na zmiany relacji lekarz–pacjent, gdzie w miejsce biernego pacjenta pojawił się aktywny klient, a pozycja lekarzy jako niezależnej profesji uległa osłabieniu.

Słowa kluczowe: profesjonalizm, konsumeryzm, polityka zdrowotna, relacja lekarz–pacjent, opieka zarządzana

¹ Instytut Zdrowia Publicznego UJ, ul. Grzegórzecka 20, 31-531 Kraków; adresy elektroniczne autorów: kasia.badora@uj.edu.pl, cwłodarczyk@poczta.onet.pl.

² Skrócona wersja tekstu została wygłoszona na XVI Ogólnopolskim Zjeździe Socjologicznym w Gdańsku w 2016 r.

Wprowadzenie

Ważne pytanie stawiane w polityce zdrowotnej dotyczy kwestii znalezienia dobrej — skutecznej, efektywnej — metody organizowania społecznych relacji, w tym stosunków władzy, w sprawach dotyczących zdrowia³. Chodzi o ustalenie, kto podejmuje decyzje i w jakich sprawach, kto kogo kontroluje, kto płaci, kto korzysta i kto za co odpowiada.

Jedną z możliwych odpowiedzi była koncepcja profesjonalizmu, której przesłanie można sprowadzić do jednego hasła: Cała władza w ręce profesjonalistów. Realizacja tego hasła wiązała się z obietnicą najbardziej efektywnego rozwiązywania ewentualnych problemów zdrowotnych. Nietrudno jednak zauważyć, że nie jest ono dostatecznie jednoznaczne, gdy się pamięta, że profesjonalizm może być, i był, traktowany jako charakterystyka jednostki (profesjonalisty) jako osoby, że może odnosić się do opisu międzyludzkich relacji na poziomie mikro (zwłaszcza profesjonalisty z pacjentem), ale także do charakteryzowania położenia różnych grup społecznych na poziomie makro, w tym w sferze polityki (Hodges et al. 2011). Ponadto mogło chodzić o sposób organizowania pracy (Muzio, Kirkpatrick 2011), o możliwość sprawowania władzy (Zeigler, Kehoe, Reismorl 1983) albo ideologię.

Apologia profesjonalizmu i jego wczesna krytyka

Dla kształtowania koncepcji profesjonalizmu, zwłaszcza w odniesieniu do zdrowia, istotne znaczenie miał klasyczny artykuł Talcotta Parsonsa poświęcony temu tematowi (Parsons 1939). Postawiono tam tezę, że w nowoczesnych społeczeństwach, wykonywanie ważnych zadań powierza się grupom, o których można sądzić, że są do tego przygotowane. Dobre przygotowanie oznacza posiadanie nie tylko kompetencji intelektualnych i wykonawczych, zdobytych dzięki długotrwałemu kształceniu, ale także kompetencji moralnych, których pochodzenie nie jest ustalone, ale fakt ich istnienia jest bezsporny. Profesjonalista służy swojemu klientowi czy pacjentowi, kierując się wyższymi wartościami, podporządkowuje im własne korzyści materialne, które — odmiennie niż w biznesie — nie motywują go do działania. Wyróżnikiem profesji miała być fundamentalna odmienność motywacji, w porównaniu z motywacjami kierującymi aktywnościami innych uczestników życia społecznego. Jednak uznanie, jakim cieszą się profesjonaliści, doprowadziło do sytuacji, w której w większości krajów rozwiniętych grupa profesjonalistów korzysta z ponadprzeciętnie dobrej sytuacji materialnej.

Wielu badaczy twierdziło, że w procesie kształtowania sytuacji, w jakiej funkcjonowali profesjonaliści, dochodziło do wytworzenia zespołu specyficznych cech postawy, która była przypisywana tej właśnie grupie. Przedstawił ją m.in. Richard Hall, odwołując się

³ Można mówić o „systemie zdrowotnym” rozumianym jako „ogół instytucji publicznych i organizacji prywatnych oraz posiadanych przez nie zasobów mających mandat poprawiania i przywracania zdrowia”, w skład którego wchodzi także „działania podejmowane na rzecz zdrowia jednostek i zbiorowości, a także te wpływające na politykę oraz aktywności realizowane przez inne sektory w celu kształtowania społecznych, środowiskowych i ekonomicznych determinantów zdrowia” (Tallinn Charter 2008).

do medycyny, czyli profesji uważanej za najbardziej dojrzałą (Hall 1968, s. 93). Były to następujące cechy:

- wiara w sens służby na rzecz społeczeństwa,
- przekonanie o znaczeniu i wartości świadczeń dla innych, ich postrzeganie jako źródła satysfakcji, zarówno dla ludzi, jak i dla profesjonalisty,
- idea samoregulacji jako najlepsza metoda ustalania reguł wykonywania zawodu i funkcjonowania grupy. Zgoda i docenianie wewnętrznej kontroli przez kolegów, przy odrzuceniu jakiegokolwiek ingerencji z zewnątrz,
- traktowanie pracy jako powołania zawodowego i przekonanie, że jego realizacja jest ważniejsza niż ewentualne korzyści materialne,
- przekonanie, że organizacja profesjonalna jest głównym punktem odniesienia w relacjach zawodowych, zarówno w sensie formalnej reprezentacji i obrony wspólnych interesów, jak i nieformalnych źródeł idei i wartości oraz towarzyskich powiązań.

W trakcie lektury wczesnych analiz sytuacji profesjonalistów czytelnik mógł mieć wątpliwości, czy tego rodzaju charakterystyka jest odtwarzaniem rzeczywistości, czy raczej weberowską konstrukcją w rodzaju typu idealnego.

Po rozważaniach nawiązujących do koncepcji Parsonsa, w których wyidealizowany obraz profesji, zwłaszcza lekarzy, był przedstawiany jako opis rzeczywistości, tego, co faktycznie we współczesnym systemie ma miejsce (Light, Levine 1988), zaczęły pojawiać się stanowiska krytyczne. Tę zupełnie inną pozycję oceniającą można było zauważyć zwłaszcza w książkach Eliota Freidsona. Tytuł jednej z nich — *Dominacja profesjonalna* — stał się emblematem odmiennego podejścia do problemu profesji (Freidson 1970a, 1970b). Jego analiza pozostawała w związku z panującymi wówczas nastrojami stopniowej erozji zaufania, jakim wcześniej darzono ekspertów i profesjonalistów, określanej jako fala antyprofesjonalna (Illich, Zola, McKnight, Caplan, Shaiken 1977). W jej nurcie można wskazać krytykę pojęcia medykalizacji przypisywaną I. Zoli (Zola 1972), a więc procesu rozszerzania zakresu problemów objętych „jurysdykcją” medyczną (Słońska, Misiuna 1993, s. 21). Ivan Illich rozszerzył pojęcie jatrogeny (której tradycyjne znaczenie było ograniczone do ubocznych, niekorzystnych następstw w leczeniu indywidualnego pacjenta) na ogół negatywnych następstw — w stosunku do osób leczonych, w relacjach społecznych, a nawet na poziomie wartości — wszelkich działań podejmowanych przez systemy medyczne (Illich 1976). W konsekwencji — im aktywniej działająca opieka medyczna, tym gorszy, jego zdaniem, miał być stan zdrowia. W warstwie mentalnej złe skutki to wzrastająca zależność ludzi od instytucji opieki medycznej.

W samym pojęciu Freidsonowskiej „profesjonalnej dominacji” była zawarta krytyka sytuacji, w której dominacja jednej grupy jest równoznaczna z upośledzeniem innych. Krytyka obejmowała zarówno dominację wobec pacjentów i otoczenia zewnętrznego, jak i innych grup zawodowych wewnątrz sektora zdrowotnego. Warto odnotować, że o ile różne elementy fali antyprofesjonalnej mają dziś znaczenie raczej historyczne, to analizy Freidsona pozostają w znacznym stopniu aktualne.

Profesjonalizm jako narzędzie i ideologia

W dorobku Freidsona warto jednak dostrzec dwa wątki przedstawione w książce z 2001 r. (Freidson 2001). Po pierwsze, profesjonalizm, przy przyjęciu, że jest to typ idealny, jest tam potraktowany jako jedna z metod regulowania stosunków społecznych i organizacyjnych, obok rynku w koncepcji Adama Smitha i biurokracji Maxa Webera. Wszystkie trzy mogą być traktowane jako odpowiedź na pytanie, jak opisywać albo jak kształtować wzajemne relacje obszarów kompetencji, zwierzchności, podporządkowania i uprawnień kontrolnych. O ile w działaniach rynku funkcja regulacyjna przypada jego „niewidzialnej ręce”, a w biurokracji jest to decyzja formalnego przełożonego, o tyle w profesjonalizmie jest to fachowa wiedza, której depozytariuszami są profesjonalisci. Opcja profesjonalna jest najlepszym rozwiązaniem, jeśli zadania, które są wykonywane, mają nierutynową postać, nie mogą być opisane standardem i z trudem stają się przedmiotem wymiany handlowej (*commodified*), a w związku z tym ich realizacja wymaga wiedzy zdobywanej w toku długotrwałego uczenia się i treningu. Dodajmy, że wskazane cechy nie muszą przynależeć zadaniom w sposób obiektywny, ale wystarczy, że osoby kształtujące relacje społeczne są o tym przekonane.

Odwołanie się do świadomości działających podmiotów kieruje uwagę ku drugiemu wątkowi, czyli twierdzeniu, że profesjonalizm można traktować jako ideologię. Autor wskazuje, że elementy obecne w przesłaniu profesjonalizmu, takie jak roszczenia związane z dominującą pozycją, wartości i idee stanowiące podstawę porządku, w jakim mają funkcjonować profesjonalisci, dostarczają argumentów uzasadniających stosowanie pojęcia ideologii. W rozdziale powoływanej książki zatytułowanym „Ideologia” znajduje się wprost twierdzenie, że uprzywilejowana pozycja profesjonalistów i będąca jej składnikiem autonomia jest oczywistym postulatem ideologicznym (Freidson 2001). Apologetyczny obraz profesji, który został przedstawiony powyżej, wiąże go ze stanowiskiem Parsonsa i stanowi oczywisty składnik profesjonalizmu jako ideologii, co jest — przynajmniej częściowo — niezależne od tego, że zasada profesjonalizmu służy jako reguła organizowania relacji społecznych. Moralny walor autonomii profesjonalnej bywa wzmocniany argumentem, że w samej werbalnej warstwie pojęcia profesji kryje się obietnica służenia społeczeństwu lub bogu (Hashimoto 2006).

Nie ma wątpliwości, że kluczowym składnikiem profesjonalizmu jako ideologii był — i chyba pozostaje — postulat autonomii. Był konsekwencją przyznawania profesjonalistom wyjątkowych kompetencji — nikt spoza grupy nie miał podstaw do oceniania działań profesjonalnych ani interweniowania w nie. Jego realizacja — albo brak realizacji — miała bezpośredni wpływ na kształtowanie relacji z państwem i władzami państwowymi. Efektem maksymalizowania autonomii było bowiem wyłączenie profesji spod kontroli władz politycznych, instytucjonalnych i administracyjnych, natomiast regulowanie zasad kształcenia, uznawania kompetencji i organizacji pracy miały być pozostawiane samej profesji. Jedynym podmiotem zachowującym uprawnienia kontrolne były sądy, ale one podejmowały działania tylko w wypadku złamania prawa. Jeśli tak, to postulat autonomii miał uzasadnienie racjonalne i pragmatyczne — nikt nie mógł służyć zdrowiu lepiej niż sami profesjonalisci (Polder, Jochemsen 2000). Dzięki przestrzeganiu tej zasady społeczeństwo

otrzymywało to, na co czekało, a profesjoniści mogli odnosić różnorodne korzyści, jak ubieganie się o prestiż, niekiedy sławę i poklask, ale częściej chodziło o kwestie znacznie bardziej przyziemne: dobrą pracę i duże pieniądze. Władza też wchodziła w grę.

Czynnikiem wzmacniającym i legitymizującym postulat autonomii była aktywność Światowego Stowarzyszenia Lekarzy (World Medical Association — WMA), które zostało powołane do życia w 1947 r., aby „zapewnić lekarzom niezależność” (*to ensure the independence of physicians*) (World Medical Association 2017). Wprawdzie w deklaracji była także mowa o trosce o najwyższe standardy etyczne i opieki sprawowanej przez lekarzy, jednak prymat autonomii był oczywisty. Świadczy o tym uwaga, jaką poświęcono problemowi autonomii, przyjmując kolejne dokumenty poświęcone temu zagadnieniu⁴. W tytule przyjętej deklaracji jest mowa o „regulacji wywodzonej z wiedzy profesjonalnej”, a indywidualnie działającemu lekarzowi przyznaje się prawo leczenia pacjenta na podstawie własnej wiedzy, bez zewnętrznej ingerencji (*WMA Declaration of Madrid on Professionally-led Regulation* 2009).

Konsekwencją funkcjonowania profesjonalizmu jako ideologii może być definiowanie sytuacji w kategoriach umowy społecznej. Metafora, że między grupą profesjonalną i społeczeństwem jest zawierana swoista umowa, w której są określone zobowiązania i uprawnienia każdej ze stron, jest niejednokrotnie wykorzystywana w opisie sytuacji profesjonalistów (Packer, Burke 2003). Społeczeństwo oczekuje profesjonalistów, którzy są technicznie kompetentni w sprawach dotyczących zdrowia i choroby, i chce ich obdarzać pełnym zaufaniem, że będą używać swojej wiedzy i umiejętności dla dobra i korzyści pacjentów (Ottesen, Møller 2016). Jak napisała jedna z autorek: „Profesjonalizm wymaga od profesjonalistów, by byli godni zaufania, że będą traktować klientów jako najważniejszych i nigdy nie użyją wiedzy do niegodnych celów, a w zamian społeczeństwo uzna ich autorytet, przywileje i wysoki status” (Evetts 2012, s. 2). Poślugiwanie się koncepcją umowy społecznej wpisuje się z kolei w ideologię demokratycznego systemu. W umowie jest również miejsce na zagwarantowanie monopolu profesji uprawnionej jako jedyna do świadczenia usług określonego rodzaju. Odebranie wszystkim niebędącym uznanymi profesjonalistami prawa udzielania świadczeń medycznych/zdrowotnych jest bardzo znaczącym przywilejem zyskiwanym przez grupę. Niektórzy badacze twierdzą, że fakt przyznania monopolu jest bardzo przydatną cechą pozwalającą definiować profesję (Saks 2012).

Nie pretendując do odtworzenia historycznych procesów kształtowania się lekarskich grup profesjonalnych, co w różnych krajach przebiegało odmiennie, można pokusić się

⁴ Deklaracja Światowego Stowarzyszenia Lekarzy o autonomii zawodowej i samoregulacji (*WMA Declaration of Madrid on Professional Autonomy and Self-Regulation*) została przyjęta przez 39. Światowe Zgromadzenie Medyczne w Madrycie (Hiszpania) w październiku 1987 r., następnie edytorsko zmieniona na 170. Sesji Rady w Divonne-les-Bains (Francja) w maju 2005 r., dalej uchylona i archiwizowana przez Zgromadzenie Ogólne WMA w New Delhi (Indie) w październiku 2009 r. Dokument ten został zastąpiony przez Deklarację o autonomii zawodowej i klinicznej niezależności z Seulu w 2008 r. (*Declaration of Seoul on Professional Autonomy and Clinical Independence*) i napisaną od nowa Deklarację o regulacji wywodzonej z wiedzy profesjonalnej z Madrytu w 2009 r. (*Declaration of Madrid on Professionally-led Regulation*).

o rekonstrukcję modelu tych wydarzeń (Light 2005). Warto wyróżnić dwie fazy zdobywania autonomii. Pierwsza z nich polega zwykle na manifestowaniu poglądu, że przedstawiciele zawodu wykonują godną zaufania i wartościową dla społeczeństwa pracę. W tej fazie wprowadza się wymogi edukacyjne, reguły dopuszczenia do zawodu i prawa jego wykonywania, przygotowuje się projekt kodeksu etyki zawodowej, przedstawia propozycję powołania do życia profesjonalnego stowarzyszenia i stawia się problem samodzielnej kontroli sprawowanej przez środowisko zawodowe. Druga faza procesu polega na przyznawaniu niezależności. Dzieje się to w dwóch strumieniach zdarzeń. Po pierwsze, na poziomie wykonywania technicznych czynności, co wiąże się z wprowadzaniem nowych technologii, których zastosowanie w sensie pojęciowym staje się ekskluzywną sferą dostępną tylko profesjonalistom. Po drugie, na poziomie procesu politycznego, co jest związane z przekształcaniem zespołu pojęć opisujących położenie i rolę profesjonalistów, wykształconych i propagowanych w pierwszej fazie, w normy prawne. Na poziomie relacji między grupą profesjonalną a resztą społeczeństwa dochodzi do zawarcia swoistej umowy. Umowa zostaje oprzyrządowana za pomocą norm prawnych, które regulują różne aspekty funkcjonowania profesji, te, które zostały już przedstawione. Takie aspekty, jak formalizacja wymogów związanych z wykształceniem, przyznawanie uprawnień do wykonywania zawodu, monopolizacja prawa do diagnozowania i leczenia czy zasady sprawowania kontroli, to zwykle najważniejsze elementy ustalone w porządku prawnym. Porządek normatywny wiąże się zwykle — choć z pewnością nie zawsze — ze wzrastającym znaczeniem ekonomicznym grupy zawodowej, a niekiedy także ze znaczącymi wpływami jako siły politycznej, w tym także reprezentacji grupy profesjonalnej. Choć może to zostać ułatwione przez instytucje i działania edukacyjne i inne siły, które ujawniły się w pierwszej fazie procesu, jednak kluczowym elementem zmian jest przyznanie niezależności przez decyzję prawną. Bez prawnego ukoronowania procesu (bez decyzji zwykle na poziomie ustawy) grupa zawodowa, nawet posiadając wiele atrybutów profesji, w porządku formalnym pozostaje nadal poza nią. Oznacza to, że o ile w pierwszej fazie działań prowadzących do samodzielności wiele decyzji i przedsięwzięć może wynikać z samodzielnych inicjatyw grupy zawodowej, o tyle w drugiej — decydującej — zasadnicze rozstrzygnięcia są w dyspozycji ciał zewnętrznych. To zewnętrzne uznanie, wymuszone przez grupę profesjonalną, zostaje wyrażone w postaci decyzji prawnej, co przesądza ostatecznie o nadaniu grupie zawodowej pozycji profesji⁵.

Opieka zarządzana i standardy postępowania

Występowanie nieprzewidywalności i złożoności problemów zdrowotnych było skutecznie wykorzystywane do uzasadniania wielu postulatów autonomii i samodzielnego organizowania pracy. Przydatność tradycyjnych narzędzi zarządzania z podziałem zadań, sformalizowaną kontrolą, planowaniem zadań i detaliczną kontrolą były rzeczywiście całko-

⁵ W Deklaracji Madryckiej stwierdzono, że „lekarze w każdym kraju są zobowiązani do ustanowienia, utrzymywania i aktywnego uczestniczenia w systemie regulacji wywodzonej z wiedzy profesjonalnej. Ta dedykacja ma docelowo zapewnić pełną niezależność w podejmowaniu decyzji klinicznych w opiece nad pacjentem” (*WMA Declaration of Madrid on Professionally-led Regulation 2009*).

wicie nieprzydatne do organizowania procesu udzielania świadczeń. Jedyny, dostępny w przeszłości, sposób ich zastąpienia prowadził do samoorganizacji i samokontroli. Jeśli dopuszczano aktywność menadżerską, to jedynie w postaci wspierającej aktywności profesjonalistów — a nie odwrotnie. Uznawano, że w przypadku konfliktu racji zarządczych i racji profesjonalnych te pierwsze zawsze powinny ustępować tym drugim. Jedną z konsekwencji takiego stanowiska było długo trwająca rezygnacja z jawnego stosowania bodźców finansowych, szczególnie w systemach publicznych. W sektorach prywatnych grupy profesjonalne bardzo skutecznie zabiegały o swoją pozycję materialną (dobrym przykładem są tutaj Stany Zjednoczone).

Jak wspomniano, nieprzewidywalność i niepowtarzalność zdarzeń medycznych i sposobów medycznego reagowania były traktowane jako uzasadnienie opcji profesjonalnej. Jednak konsekwencją była faktyczna zgoda na dowolność, co prowadziło do niemożności kontroli wydatków i wzrostu kosztów (Herrick 2010). Zdecydowana większość badaczy, a także polityków, doszła do przekonania, że bardziej racjonalne wydawanie pieniędzy jest jednym z najważniejszych wyzwań stojących przed polityką zdrowotną (OECD 2010). W licznych przedsięwzięciach reformatorskich (Oxley, MacFarlan 1995) i opracowaniach eksperckich proponowano i analizowano różne scenariusze pozwalające na unikanie niepotrzebnych wydatków i strat oraz maksymalizowanie efektu zdrowotnego (Emanuel, Sharfstein, Spiro, O'Toole 2016).

Jednym z dostępnych rozwiązań była idea opieki zarządzanej (*managed care*), której zaletą była weryfikacja w praktyce w instytucjach Health Maintenance Organizations (Sekhri 2000). Rozwiązania tego typu opierały się na przesłance, że w procesach planowania i finansowania, ale także świadczenia usług możliwe jest stosowanie standardów postępowania medycznego i organizacyjnego. Zakładano, że standardy te miały pierwszeństwo przed indywidualnie konstruowanymi metodami postępowania oraz diagnozowania i leczenia. Akceptacja standardów była oczywistym odstępstwem od ideologii profesjonalnej i proponowanych przez nią rozwiązań.

Drugą ważną cechą HMO — a więc opieki zarządzanej — była rezygnacja z instytucjonalnego rozdziału świadczeniodawcy i płatnika (*purchaser-provider split*), który był jednym z modelowych rozwiązań wykorzystywanych od lat dziewięćdziesiątych w reformowaniu opieki zdrowotnej (Figueras, Robinson, Jakubowski 2005). HMO łączyła funkcje ubezpieczyciela, a więc płatnika i świadczeniodawcy, co miało znaczące konsekwencje. O ile rozdział płatnik–świadczeniodawca opierał się na wyraźnym rozgraniczeniu profesjonalnych działań medycznych, jako zadania stojącego przed wykonawcą świadczeń, od działań zarządczych czy administracyjnych, wykonywanych przez zakupującego, to rezygnacja z tego rozróżnienia skutkowałą nieuchronnie zniesieniem granicy między dwiema rolami. Oczywiście, sytuacja nie była krystalicznie czysta i w czasie stosowania zasady *purchaser-provider split* od płatnika oczekiwano, by kontraktował świadczenia potrzebne z punktu widzenia potrzeb ludzi, które powinny być rozpoznane przed zakontraktowaniem świadczeń. Po zawarciu kontraktu od lekarza oczekiwano decyzji na tyle rozważnych, by szanować limity finansowe, co wykluczało szanse działania na rzecz pacjenta za wszelką cenę, a zatem mogło prowadzić do sprzeniewierzenia się etyce profesjonalnej. Niemniej

w nowej sytuacji troska o optymalizowanie wydatków miała przenikać cały proces diagnozowania i zaspokajania potrzeb zdrowotnych.

W opiece zarządzanej znoszono zasadę swobodnego wyboru świadczeniodawcy. Osoba zainteresowana, przyszły pacjent, wybierała całą instytucję, a nie indywidualnych świadczeniodawców. Raz wybrał instytucję — HMO — ubezpieczony pacjent powierzał wybór poszczególnych świadczeniodawców — nie tylko osoby, ale i rodzaj świadczeń — decydemtom działającym wewnątrz instytucji. Pracownicy medyczni, mający zróżnicowane kompetencje, decydowali o tym, jakie świadczenie ma być udzielone pacjentowi w określonej fazie postępowania medycznego. W wielu sytuacjach udzielenie określonego świadczenia specjalistycznego mogło być uwarunkowane wcześniejszym skorzystaniem z innego świadczenia, zgodnie z zasadami *gate-keepingu*. Sekwencyjność i kolejność udzielania świadczeń była uzależniona od przyjętych i stosowanych standardów postępowania. W opiece zarządzanej — także wbrew wymogom ideologii profesjonalnej — wykorzystywanie standardów odbywało się na bardzo szerokiej skali. Była to wyraźna zmiana w stosunku do tradycyjnie stosowanych metod planowania i zaspokajania potrzeb zdrowotnych.

Wzrastająca świadomość przydatności standardów w racjonalizowaniu działań systemów zdrowotnych skłaniała do aktywności zarówno podmioty zarządzające, jak i inicjatywy przedsiębrane przez wykonawców. Przykładem pierwszego może być powołanie do życia The National Institute for Health and Care Excellence w brytyjskiej NHS. Hasło umieszczone na stronie Instytutu „Doskonalenie opieki zdrowotnej i społecznej przez protokoły oparte na faktach” (*Improving health and social care through evidence-based guidance*) jednoznacznie wyjaśnia jego funkcje (National Institute for Health and Care Excellence 2017). Szukając przykładów oddolnych inicjatyw, wskazać można doświadczenia zdobyte w Klinice Mayo, gdzie jest stosowany swoisty model opieki zarządzanej (Mayo Clinic Model of Care 2014). W klinice zespoły pracowników medycznych — w trakcie leczenia między innymi stawu biodrowego — posługiwały się standaryzowanymi algorytmami postępowania i protokołami, które były oparte na najnowszych dowodach naukowych (Smith 2007).

Konsumeryzm medyczny

Postawy profesjonalne, a zwłaszcza ich społeczne i instytucjonalne konsekwencje w postaci odmowy uznawania kompetencji świadczeniobiorców, mogą znaleźć się w konflikcie z dążeniami wyrażanymi przez ruchy konsumenckie (Yiuchi 1997). Dla zewnętrznego obserwatora nie było do końca jasne, czy zmiana polegała jedynie na wprowadzeniu nowego nazewnictwa, czy była sygnałem głębszego przekształcenia na poziomie postaw i zachowań (Wen 2013). Jeśli w grę miałyby wchodzić wymiar behawioralny, to nietrudno zauważyć, że we współczesnych doświadczeniach kontaktów z służbą zdrowia ludzie zachowują się zarówno jak pacjenci, poddając się decyzjom profesjonalistów, jak i jako konsumenci, optymalizując wydatki i korzyści (Pearl 2015).

Warto jednak dostrzec, że próby zastąpienia „pacjenta” „klientem” muszą wiązać się z istotną reinterpretacją relacji lekarz — pacjent. W miejsce osoby biernie czekającej

na opiekę pojawia się aktywny decydujący o sobie nabywca. Przyznanie nabywcy prawa decydowania o sobie i o należnych mu świadczeniach musi być poprzedzone uznaniem jego w tej dziedzinie kwalifikacji. Obejmowałyby one zdolności rozeznania cech produktu — świadczenia zdrowotnego — przesądzających o jego nabyciu, a także o umiejętności oceny jego jakości i przydatności. W ramach relacji typu służba zdrowia–klient podstawowe założenia o kompetencyjnej przewadze lekarza muszą być bezpowrotnie odrzucone. Natomiast przesłanki o moralnej doskonałości lekarza stają się w dużej mierze bezprzedmiotowe. W tradycyjnym profesjonalizmie szczególnie wysokie wymagania moralne były pochodną jego dominacji kompetencyjnej. Pacjent dlatego musiał mieć pełne zaufanie do lekarza — a lekarz nie mógł tego zaufania zawieść — ponieważ pacjent nie miał możliwości oceny racjonalności przedstawianej mu decyzji i proponowanego postępowania (Jayanth 2015). Od chwili, w której świadczeniobiorca staje się kompetentnym partnerem świadczeniodawcy, wymóg nadzwyczajnej spolegliwości lekarza po prostu przestaje pełnić swoją funkcję.

Jest prawdopodobne, że dylemat pacjent vs konsument ma inne znaczenie w sektorze publicznym i inne w sektorze prywatnym (Bishop, Barlow, Coghlan, Lee, Lewith 2011). Zwykle jest tak, że zakres swobodnego wyboru dokonywanego przez pacjenta jest w sektorze prywatnym większy, a niekiedy nawet znacznie większy, niż w sektorze publicznym. Już sama decyzja skorzystania z prywatnego świadczenia jest rezultatem wyboru wynikającego albo z dążenia do skrócenia czasu oczekiwania, albo poszukiwania wyższego poziomu komfortu⁶. W niektórych sytuacjach sektor prywatny oferuje świadczenia niedostępne w publicznej służbie zdrowia. Nie można też wykluczyć względów prestiżowych, przy zachowaniu także innych, wspomnianych wcześniej korzyści (Prestige Health Plans 2014).

W ramach medycznego konsumeryzmu wspierano ideę samodzielnego wyboru lekarza, aktywnego udziału w przedstawianiu problemu zdrowotnego, zdobywania wiedzy o lekach i ich działaniu (Owens 2007). Jednocześnie zachęcano do świadomego wyboru stylu życia sprzyjającego zdrowiu. Świadome wybory klientów miały być ułatwione przez przygotowywane przez organizacje konsumenckie rankingi, w których są oceniane różne parametry funkcjonowania szpitali, także takie jak odsetek powikłań, reoperacje czy infekcje wewnątrzszpitalne (Consumer Reports 2012). Oczywiście, nie we wszystkich krajach ruchy konsumenckie są na tyle silne, by być wyzwaniem dla profesjonalistów, ale niezgodność punktów widzenia i interesów wydaje się znaczna. Niektórzy autorzy stoją na stanowisku, że perspektywa jej złagodzenia jest uzależniona od stopnia akceptacji przez środowiska profesjonalne postulatu uwzględniania kryteriów efektywności ekonomicznej i społecznej. Jeśli pojawi się aprobata, by brać pod uwagę wielkość korzyści zdrowotnej, także ponadjednostkowej, w konfrontacji z wydatkami ponoszonymi na jej uzyskanie, napięcie nie musi prowadzić do eskalacji konfliktu.

⁶ Na przykład 66% polskich pacjentów swoją decyzję korzystania z prywatnych świadczeń uzasadniało krótszym czasem oczekiwania na wizytę, a 22% tym, że lekarze bardziej się starają (*Polacy o państwowej i prywatnej opiece zdrowotnej* 2012).

Erozja profesjonalizmu

Historycznie rzecz biorąc, podstawą wyjątkowej, dominującej pozycji lekarzy była unikalna i rozbudowana wiedza. Z czasem jednak sytuacja zaczęła się zmieniać. Z jednej strony wszyscy, niezależnie od rodzaju wykształcenia, uzyskiwali dostęp do informacji medycznej za pomocą internetu (Lee 2008). Z drugiej strony, z powodów innych niż wprowadzanie opieki zarządzanej i standardów oraz zmian zachodzących w funkcjonowaniu systemów zdrowotnych, pozycja lekarzy jako niezależnej profesji ulegała osłabieniu (Stoeckle 1988). Była to szybko postępująca instytucjonalizacja (*competitive corporatization*) działań medycznych, w związku z malejącą liczbą indywidualnych praktyk i łączenia ich w sieci, co dotyczyło także szpitali, oraz wzrastające użycie nowych technologii, a szczególnie w dziedzinie dostarczania informacji dotyczących zdrowia i świadczeń zdrowotnych, ich utrwalania i przekazywania (Walter, Lopez 2008).

W uzasadnieniach wskazanych wyżej zmian na ogół nie było bezpośrednich ataków na profesjonalizm medyczny, ale wdrażane mechanizmy nieuchronnie musiały opierać się na ideach sprzecznych z przekonaniem o bezwzględnej przewadze wiedzy profesjonalistów nad kompetencjami pozostałych. Interesujące jest jednak to, że odmowa uznania roszczeń profesjonalnych nie odbywała się w otwartej polemice i przedstawieniu dowodu, w którym wykazywałoby się ich bezzasadność, ale polegała na tworzeniu faktów dokonanych, zorientowanych przede wszystkim na oszczędność i kontrolę wydatków. Sytuacja wyłaniająca się w wyniku wprowadzania opieki zarządzanej została porównana przez Davida Mechanica do przeciągania liny między zwolennikami starego i nowego porządku (Mechanic 2000). Zwolennicy tradycyjnej koncepcji profesjonalnej nie chcieli godzić się na przyjęcie roli jednego z członków złożonej struktury dążącej wspólnie do wspólnego celu. Inni badacze formułowali bardziej radykalny pogląd, twierdząc, że przywiązanie do tradycyjnej koncepcji profesjonalizmu stawało się narzędziem walki z tymi propozycjami zmian, które mogły podminować zasadność starych przekonań (Blumenthal 1994). Zauważmy, że nie chodziło o teoretyczny spór, ale o zmiany faktycznie wprowadzane do praktyki, w czego wyniku kwestionowano walory przeszłości. David Blumenthal wskazywał na przywiązanie do przekonania, że altruizm jest w stanie rozwiązywać konflikty między lekarzem a pacjentem, że lekarze mają naturalną skłonność do wzbogacania wiedzy oraz że wzajemna kontrola równych sobie profesjonalistów jest wystarczającym narzędziem utrzymania fachowego i moralnego poziomu. W dzisiejszej perspektywie nie ma wątpliwości, że żadne ze wskazanych roszczeń nie było zasadne.

Złożoność i niepowtarzalność problemów zdrowotnych to cechy stopniowalne. Z pewnością są przypadki bardzo do siebie podobne, i wtedy stosowanie standardowych metod postępowania może przynosić znaczne korzyści — także zdrowotne. Są jednak także przypadki wyjątkowe, w których wielość nietypowych objawów występuje w unikalnych konfiguracjach, które są na tyle rzadkie, że nie znalazły żadnego z góry przewidywanego rozwiązania. Pytanie, jakie są proporcje między liczebnościami tych dwóch rodzajów problemów zdrowotnych, ma postać empiryczną i tam gdzie standard jest zasadny, powinien być stosowany. Doświadczenia reformatorskie potwierdziły natomiast istnienie trwałego

konfliktu między postawą profesjonalną, w której zdrowie indywidualnego pacjenta ma wartość jednoznacznie nadrzędną, a postawą zarządczą czy biurokratyczną, w której takie parametry jako korzyści społeczne oraz wielkość wydatków muszą być brane pod uwagę.

Jedną z bardzo ważnych przyczyn prowadzących do erozji zaufania, jakim w przeszłości darzono profesjonalistów, była seria skandali ujawniających wysoce niewłaściwe zachowania lekarzy. Należy dostrzegać niezwykle szkodliwe konsekwencje wywoływane tymi wydarzeniami. Jest oczywiste, że każdy błąd popełniony w trakcie pełnienia obowiązków zawodowych jest zachowaniem nagannym, ale niewłaściwe postępowanie, zarówno w sensie technicznym, jak i moralnym, ma znaczenie zupełnie wyjątkowe. Punktem odniesienia nie jest wtedy standard przeciętnego, rzetelnego działania, ale traktowany jako ideał profesjonalista, obdarzany zaufaniem szczególnie intensywnym.

W jednym z opracowań przedstawiono listę przypadków, w których doszło do drastycznego naruszenia profesjonalnych standardów (tab. 1). Lista obejmowała wyłącznie sytuacje, do których doszło w brytyjskiej NHS (Dixon-Woods, Yeung, Bosk 2011).

Tabela 1. Kompromitacje profesjonalizmu: skandaliczne zdarzenia w NHS

Sprawca	Sytuacja
Harold Shipman, GP	pozbawił życia około 240 pacjentów
Clifford Ayling, GP i ginekolog	napastujący seksualnie pacjentki
William Kerr and Michael Haslam, psychiatrzy	napastujący seksualnie pacjentki
Oeter Green, GP	oskarżony o agresywne zachowania
Richard Van Velzen, patolog w szpitalu dziecięcym	pobierał bez zgody rodziców organy do przeszczepów
Richard Neale, ginekolog	w 34 sytuacjach popełnił błędy w diagnozowaniu i leczeniu
Rodney Ledward, ginekolog konsultant	popełnił bardzo dużą liczbę błędów w diagnozowaniu i leczeniu
szpital w Bristolu	30 dających się uniknąć zgonów operowanych dzieci

Źródło: opracowanie własne na podstawie Dixon-Woods et al. 2011, s. 2–3.

Istotą skandalu — czy serii skandali — były nie tylko stwierdzone błędy, ale przede wszystkim niewłaściwe reakcje Brytyjskiej Rady Medycznej (General Medical Council — GMC), odpowiedzialnej za sprawy związane z właściwym postępowaniem lekarzy. Zgodnie z postulatem autonomii profesjonalnej, pierwszym podmiotem zobowiązanym do podjęcia działań w przypadku zaistnienia niepożądanych zdarzeń medycznych był organ profesjonalny — GMC (Baker 2005). Prawie we wszystkich wskazanych przypadkach aktywności były spóźnione, niekiedy nieoczekiwane łagodne w stosunku do wagi zdarzenia,

a tylko wyjątkowo GMC reagowała radykalnie. Jak napisano w jednym z zacytowanych tekstów, pozbywanie się „chorych jabłek” (*bad apples*) następowało bardzo nieskutecznie. W mediach krytyka złego i nieskutecznego funkcjonowania systemu miała bardzo radykalny charakter (Coleman 2014).

Można więc stwierdzić, że wiedza o tym, iż konflikt między zdolnością i skłonnością profesji do dbania o własne interesy a jej obowiązkiem bezinteresownej służby społeczeństwu jest często rozstrzygany na korzyść racji egoistycznych, przedostała się do opinii publicznej (Cruess, Cruess, Johnston 2000). Konflikt ten stał się jej utrwalonym elementem. Dawny, odtwarzany przez Parsonsa ideał profesji należy już do bezpowrotnej przeszłości.

Znamiona zmiany bywają także widoczne w samych postawach profesjonalistów. Jeśli za reprezentatywne dla bardziej ogólnej sytuacji uznać wyniki badań przeprowadzonych w Norwegii, to okazuje się, że autonomia nie jest już uznawana za wartość szczególnie cenną (Mastekaasa 2011, s. 43). Wprawdzie lekarze cenią sobie niezależność bardziej (3,947) niż inni profesjonaliści (3,85), ale mniej niż ogół ludności (4,01). Dla grupy, która przyznawała sobie wyższość nad innymi, nie jest to dobry znak.

Problem profesjonalizmu w Polsce

Fundamentem uznania grupy za profesję jest zaufanie do wysoce moralnych postaw profesjonalistów, którego podstawą jest dostatecznie ugruntowane wśród znaczących grup społecznych przekonanie, że profesjonaliści rzeczywiście zachowują się wysoce moralnie. W płaszczyźnie koncepcyjnej jest to oczywiste, ale w sferze rzeczywistości było prawdopodobnie tak, że w warunkach względnie niezakłóconego rozwoju lekarzom udawało się pozyskać wysoki kredyt zaufania i doprowadzić do przyznania im szerokiej samodzielności. Jednak nie wszystkie kraje i nie wszystkie społeczeństwa miały pod tym względem dostatecznie dużo szczęścia. Zdarzało się w historii — Polska jest tylko jednym z przykładów — że rozwój był zakłócony przez dramatyczne wydarzenia. Jeżeli wprowadzano reguły ustrojowe, w których zasadniczo nie było zgody na samodzielność podmiotów niepodporządkowanych wprost wiodącej sile politycznej, to o tworzeniu niezależnej i samokontrolującej się profesji nie mogło być mowy⁷. Można zatem twierdzić, biorąc pod uwagę historyczne i społeczne realia, że skuteczne przekonanie społeczeństwa o fachowych i moralnych zaletach grupy prowadzi do jej oficjalnego uznania za profesję tylko w sprzyjających okolicznościach. Jeśli pojawi się argument, najczęściej polityczny, że roszczenia do bycia niezależną profesją są nieuzasadnione, to do uznania nie dojdzie.

⁷ Jest to wartość średniej arytmetycznej dla badanej grupy.

⁸ W 1921 r. Sejm RP uchwalił ustawę o wykonywaniu praktyki lekarskiej i o izbach lekarskich (Dziennik Ustaw — rok 1921, nr 105, poz. 763). Następnie nowa ustawa została uchwalona w 1934 r. (ustawa z dnia 15 marca 1934 r. o izbach lekarskich, Dziennik Ustaw n. P. z 1934 r. Nr 31, poz. 275). W 1939 r. Niemcy zlikwidowali samorząd lekarski, w 1945 r. podjęto próbę jego odrodzenia. W 1950 r. Sejm uchwalił ustawę o likwidacji izb lekarskich (Ustawa z dnia 18 lipca 1950 o likwidacji izb lekarskich i lekarsko dentystycznych, Dziennik Ustaw Nr 36, Poz. 326).

Okoliczności historyczne nie są niezmiennie. Wprawdzie niektórzy autorzy dostrzegają tendencje do deprofesjonalizacji — przynajmniej w sensie osłabiania władzy profesjonalistów — to może dochodzić także do renesansu ideologii profesjonalnej. Sądzymy, że sytuacja taka pojawiła się w schyłkowej fazie panowania idei realnego socjalizmu. Warto podkreślić, że postulaty reaktywacji samorządu lekarskiego były przedstawiane przed politycznym przełomem roku 1989, wraz z powstaniem Solidarności. Żądania środowiska lekarskiego (Polskie Towarzystwo Lekarskie) i dyskusje prowadzone w komisjach sejmowych doprowadziły do powołania podkomisji ds. samorządu lekarskiego, która spowodowała wystąpienie z poselską inicjatywą ustawodawczą prowadzącą do opracowania projektu stosownej ustawy. We wrześniu 1988 r. wszystkie kluby reprezentowane wówczas w Sejmie poparły projekt (Kordel 2012). Idea odtworzenia izb lekarskich zyskała polityczne uznanie w Porozumieniach Okrągłego Stołu (Protokół końcowy Podzespołu ds. Zdrowia 1989), a stosowna ustawa została uchwalona w maju 1989 r. (Ustawa 1989). Stwierdzono w niej, po pierwsze, że „Samorząd lekarzy jest niezależny w wykonywaniu swych zadań i podlega tylko przepisom ustawy”, po drugie, że jego zadaniem jest „sprawowanie pieczy i nadzoru nad należyтым i sumiennym wykonywaniem zawodu lekarza” oraz, po trzecie, że jego zadaniem jest „występowanie w obronie interesów indywidualnych i zbiorowych członków samorządu lekarzy”.

Pierwsze sformułowanie jest potwierdzeniem kierunkowej deklaracji dotyczącej autonomii. Powołanie do życia funkcjonującego samodzielnie podmiotu, ograniczonego wyłącznie przepisami ustawy i w ramach przyznanych kompetencji niepodlegającego zewnętrznej kontroli, jest jak najbardziej zgodne z zasadami profesjonalnej ideologii. Drugie sformułowanie jest odzwierciedleniem tego obrazu profesji, który jest zwykle przedstawiany opinii publicznej w celach perswazyjnych. Wpisuje się w ciąg argumentów wskazujących zbędność zewnętrznej kontroli, a nawet interwencji, ponieważ grupa zawodowa jawnie oznajmia, że sama zadba o należyte spełnianie swoich zobowiązań wobec społeczeństwa. Jest to — zgodne z ideologią — potwierdzenie prawa do suwerenności i autonomii. W trzecim sformułowaniu pojawia się element szczerości. Samorząd zawodowy oświadcza, że się podejmie, czy raczej zobowiązuje się do podjęcia, obrony swoich członków, a także całej grupy zawodowej i jej interesów. Naturalnie, samo zadeklarowanie gotowości reprezentowania obrony indywidualnych i grupowych interesów swojego środowiska nie jest niczym nagannym, można to wręcz uznać za kamień węgielny demokratycznego porządku. Problem i wątpliwości mogą powstać wtedy, gdy pojawia się pytanie o proporcje między angażowaniem się w zadania wynikające z drugiego i trzeciego przytoczonego sformułowania. Wysoce wskazana jest równowaga i koncentracja na obronie interesów, z konieczności kosztem angażowania się w sprawy powiązane z dobrem wspólnym. Przypomnieć należy, że zagrożenie to pojawia się w warunkach obligatoryjnego uczestniczenia w organizacji profesjonalnej, co wiąże się z obowiązkiem wpłacania odpowiedniej daniny.

Szanse na przyszłość

Wątpliwości prowadzące do erozji profesjonalizmu koncentrowały się wokół problemu utraty społecznego zaufania. Niektórzy przynajmniej przedstawiciele profesji zdają sobie z tego sprawę. W opracowaniu przygotowanym przez Królewskie Towarzystwo Lekarskie (Royal College of Physicians) stwierdzono, że profesjonalizm medyczny to „zbiór wartości, zachowań i relacji podbudowujących zaufanie, jakim są obdarzani lekarze” (Royal College of Physicians 2005). Wymienione w definicji wartości obejmowały elementy tradycyjnie wskazywane w rozważaniach nad profesjonalizmem, takie jak integralność, współczucie, altruizm, stałe dążenie do doskonalenia umiejętności i wiedzy, perfekcja jako cel działań, a także — niewzględniana wcześniej — umiejętność pracy zespołowej w partnerstwie z członkami większego zespołu świadczącego usługi zdrowotne. W innym miejscu można znaleźć przypomniane sformułowanie, że istotą profesjonalizmu jest służenie społeczeństwu.

Jakąś nową szansą mogą być wspólne kodeksy etyczne adresowane do przedstawicieli różnych zawodów medycznych. Przykładem może być amerykańskie doświadczenie, kiedy to po opracowaniu przez amerykański Instytut Medyczny raportu na temat błędów popełnianych w instytucjach opieki zdrowotnej (Kohn, Corrigan, Donaldson 2000) została przedstawiona propozycja wdrażania kodeksów profesjonalnego zachowania, które byłyby adresowane do przedstawicieli wszystkich profesji (Capitulo 2009). Było to radykalne odstępstwo od wielowiekowej tradycji, zgodnie z którą kodeks stanowił wyłączną własność lekarzy i służył podkreśleniu ekskluzywnego charakteru ich zawodu, stanowiąc barierę w nawiązywaniu kontaktów z otoczeniem. Tym, co wyróżniało nową propozycję od dawnych doświadczeń, miało być powołanie do życia międzyprofesjonalnego zespołu (komitetu), który czuwałby nad przestrzeganiem reguł kodeksowych.

Wydaje się jednak, że największych szans można upatrywać w lansowanej koncepcji „nowego profesjonalizmu”. Wprawdzie hasło czegoś nowego można uznawać za zabieg marketingowy — wydaje się, że nowe zdrowie publiczne jest właśnie taką konstrukcją — to uporczywość powtarzania nowego profesjonalizmu może zapowiadać coś więcej. Prawdopodobieństwo wzrasta, gdy weźmie się pod uwagę, że inne profesje, poza medyczną, także o tym przypominają. Na przykład architekci podkreślili wagę etycznego postępowania, integralnej osobowości, a także harmonijnego łączenia teorii i praktyki⁹.

Dla nas ważniejsze jednak było to, co dotyczyło profesji medycznych. W „Lancecie” została przeprowadzona dyskusja pod hasłem „Nowy profesjonalizm w XXI wieku”, w której wiele miejsca poświęcono problemom wartości i kwestii zaufania (Braithwaite et al. 2006). Jedna z autorek, zajmująca się tym problemem, twierdziła, że nowy profesjonalizm będzie połączeniem elementów kontynuacji w stosunku do tradycyjnego profesjonalizmu (Evetts 2011). Zestawienie tego, co nowe i co stare, jest przedstawione w tabeli 2.

⁹ „Aby przetrwać [...] specjaliści i ich instytucje muszą stać się prawdziwie etyczni, utrzymywać intensywne debaty na temat zrównoważonego rozwoju, przyznawać się do tego, czego nie wiedzą, i zobowiązać się do nauki w miejscu pracy. Podstawowe umiejętności będą obejmować integrację, generalizm — studiowanie wielu różnych rzeczy zamiast jednego tematu, wypełnianie luk pomiędzy teorią a praktyką oraz zdolność do inicjowania i zarządzania zmianami transformacji” (Bordass, Leaman 2012).

Tabela 2. Elementy kontynuacji i zmian w interpretacji profesjonalizmu jako wartość pracy w zawodach usługowych

Elementy kontynuacji	Elementy zmiany
Autorytet	Rządzenie (<i>governance</i>)
Legitymizowanie	Zarządzanie
Prestiż, status, władza, dominacja	Zewnętrzna regulacja
Wiedza, kompetencje	Audyt i ocenianie
Samoidentyfikacja, kultura grupowa	Cele i wskaźniki
Dyskrecjonalne uprawnienia do rozwiązywania złożonych problemów, szacunek, zaufanie	Standardy, kontrola finansowa
Kolegialna organizacja i uprawnienia rozwiązywania konfliktów (<i>jurisdictional competitions</i>)	Konkurencja, stratyfikacja
Zróźnicowania genderowe w budowaniu kariery i strategii	Kontrola organizacyjna w odniesieniu do priorytetów
Uprawnienia wyspecjalizowanych zespołów	Procedury narzucane przez instytucję

Źródło: Evetts 2011, s. 414.

Niezależnie od mozaikowego bogactwa wskazanego przez Julię Evetts, stwierdzić można, że kluczową cechą ugruntowanego etycznie nowego profesjonalizmu ma być umiejętność pracy w zespole. Dobra komunikacja, szczególnie między lekarzami a przedstawicielami innych zawodów medycznych, jest warunkiem współpracy, w której obszary autonomicznych kompetencji są dobrze wyznaczone. Równoległe musi się rozwijać komunikacja z pacjentami i instytucjonalnym otoczeniem. Uznając możliwości laików do częściowego przynajmniej rozumienia problemów zdrowia, przedstawiciele profesji medycznych muszą pogodzić się także z postulatami osłabienia nieskrywanej arbitralności decyzji i dopuszczenia laików do ich uzasadnień — w sposób dostosowany do możliwości pacjentów lub ich rodzin. Profesjonalista nie ma być tylko szlachetną osobą samotnie i bezinteresownie niosącą pomoc potrzebującym, ale podmiotem będącym członkiem instytucji, bo sposób jej zorganizowania wywiera przemożny wpływ na uzyskiwane — lub nieuzyskiwane — efekty zdrowotne. Lekarz nie jest już więc jedyną instancją odpowiedzialną za zdrowie ludzi, bowiem brzemień i przywilej odpowiedzialności za zdrowie ma być udziałem całego zespołu.

Uwaga kończąca

Nie ma wątpliwości, że stary profesjonalizm dopuszczający czy wręcz postulujący ekskluzję laików odszedł do przeszłości. Nie spełnił obietnicy efektywności, skompromitował się moralnie i stracił zaufanie. Jednocześnie można odnieść wrażenie, że nie został zastąpiony żadną konstruktywną propozycją, która zdobyłaby sobie szersze uznanie i która mogłaby okazać się dobrym narzędziem do budowania relacji wokół problemów zdrowia. Wydaje się, że niezbywalną cechą ludzkich oczekiwań — przynajmniej w naszej kulturze — jest, by człowiek chory i cierpiący został po ludzku potraktowany przez kogoś, kto może mu pomóc. W związku z tym jakaś postać profesjonalizmu — ideologii profesjonalnej, w sensownie przeformułowanej wersji — jest chyba potrzebna.

Bibliografia

- Baker, R. (2005). Placing principle before expediency: the Shipman Inquiry. *Lancet*, March, vol. 365, s. 919–921, DOI: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)71059-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(05)71059-X) [dostęp 9.01.2017].
- Bishop, F.L., Barlow, F., Coghlan, B., Lee, P., Lewith, G.T. (2011). Patients as healthcare consumers in the public and private sectors: a qualitative study of acupuncture in the UK. *BMC Health Services Research*, May. Pobrano z: <http://bmchealthservres.biomed-central.com/articles/10.1186/1472-6963-11-129> [dostęp 9.01.2017].
- Blumenthal, D. (1994). The vital role of professionalism in health care reform. *Health Affairs*, vol. 13, no. 1, s. 252–256.
- Bordass, B., Leaman, A. (2012). A new professionalism: remedy or fantasy? *Building Research & Information*, December, vol. 41, no. 1, s. 1–7. Pobrano z: <http://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/09613218.2012.750572?needAccess=true> [dostęp 9.01.2017].
- Braithwaite, J. et al. (2006). New professionalism in the 21st century. *Lancet*, February, vol. 367, no. 9511, s. 645–649.
- Capitulo, K.L. (2009). Addressing disruptive behavior by implementing a code of professionalism to transform hospital culture. *Nurse Leader*, April, vol. 7, no. 2, s. 38–43, DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.mnl.2009.01.009> [dostęp 9.01.2017].
- Coleman, V. (2014). Meet the bloated, useless General Medical Council. *The Spectator*, October. Pobrano z: <http://www.spectator.co.uk/2014/10/get-rid-of-the-gmc/> [dostęp 9.01.2017].
- Consumer Reports (2012). How safe is your hospital? Our new Ratings find that some are riskier than others. *Consumer Reports Magazine*, August. Pobrano z: <http://www.consumerreports.org/cro/magazine/2012/08/how-safe-is-your-hospital/index.htm> [dostęp 9.01.2017].
- Cruess, R.L., Cruess, S.R., Johnston, S.E. (2000). Professionalism: an ideal to be sustained. *Lancet*, July, vol. 356, s.156–159 DOI: 10,1016 / S0140-6736 (00) 02458-2 [dostęp 9.01.2017].
- Dixon-Woods, M., Yeung, K., Bosk, Ch.L. (2011). Why is UK medicine no longer a self-regulating profession? The role of scandals involving „bad apple” doctors. *Social Science & Medicine*, November, vol. 73, no. 10, s. 1452–1459, DOI:10.1016/j.socsci-med.2011.08.031 [dostęp 9.01.2017].
- Emanuel, Z., Sharfstein, J., Spiro, T., O’Toole, M. (2016). State options to control health care costs and improve quality. *Center for American Progress*, April. Pobrano z: <https://cdn.americanprogress.org/wp-content/uploads/2016/04/07050836/CostContainment-report.pdf> [dostęp 9.01.2017].
- Evetts, J. (2011). A new professionalism? Challenges and opportunities. *Current Sociology*, July, vol. 59, no. 4, s. 406–422.
- Evetts, J. (2012). Professionalism: Value and ideology. *Sociopedia.isa*, DOI: 10.1177/205684601231. Pobrano z: <http://www.sagepub.net/isa/resources/pdf/Professionalism.pdf> [dostęp 9.01.2017].

- Figueras, J., Robinson, R., Jakubowski, E. (red.). (2005). Purchasing to improve health systems performance. *European Observatory on Health Systems and Policies series*. Open University Press. Pobrano z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/98428/E86300.pdf?ua=1 [dostęp 9.01.2017].
- Freidson, E. (1970a). *Professional dominance: The social structure of medical care*. New York: Atherton Press.
- Freidson, E. (1970b). *Profession of medicine: A study in the sociology of applied knowledge*. New York: Dodd, Mead.
- Freidson, E. (2001). *Professionalism: the third logic. On the practice of knowledge*. Chicago: University of Chicago Press.
- Hall, R.H. (1968). Professionalism and bureaucratization. *American Sociological Review*, February, vol. 33, no. 1, s. 92–104.
- Hashimoto, N. (2006). Professional autonomy. *Japan Medical Association Journal*, March, vol. 49, no. 3. Pobrano z: http://www.med.or.jp/english/pdf/2006_03/125_127.pdf [dostęp 9.01.2017].
- Herrick, D. (2010). Why health costs are still rising. *National center for policy analysis*, November, vol. 18, no. 731. Pobrano z: <http://www.ncpa.org/pdfs/ba731.pdf> [dostęp 9.01.2017].
- Hodges, B.D. et al. (2011). Assessment of professionalism: Recommendations from the Ottawa 2010 Conference. *Medical Teacher*, 25 April, vol. 33, no. 5, s. 354–363.
- Illich, I. (1976). *Medical nemesis: The expropriation of health*. New York: A Division of Random House.
- Illich, I., Zola, I.K., McKnight, J., Caplan, J., Shaiken, H. (1977). *Disabling professions*. London: Marion Boyars.
- Jayanth, A. (2015). Consumers vs. patients: Healthcare's biggest misunderstanding. *Health Information Technology*, February. Pobrano z: <http://www.beckershospitalreview.com/healthcare-information-technology/consumers-vs-patients-healthcare-s-biggest-misunderstanding.html> [dostęp 9.01.2017].
- Kohn, L.T., Corrigan, J.M., Donaldson, M.S. (red.) (2000). *To err is human: Building a better health care system*. Washington: National Academy Press. Pobrano z: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25077248> [dostęp 9.01.2017].
- Kordel, P. (2012). *Geneza, struktura i funkcjonowanie samorządu lekarskiego w Polsce w latach 1989–2009*. Rozprawa doktorska. Poznań: Uniwersytet Medyczny. Pobrano z: <http://www.wbc.poznan.pl/Content/249327/index.pdf> [dostęp 9.01.2017].
- Lee, C.J. (2008). Does the Internet displace health professionals? *Journal of Health Communication*, vol. 13, no. 5, s. 450–464.
- Light, D., Levine, S. (1988). The changing character of the medical profession: A theoretical overview. *The Milbank Quarterly*, vol. 66, supplement 2: The Changing Character of the Medical Profession, s. 10–32.
- Light, D. (2005). Countervailing powers. A framework for professions in transition. W: T. Johnson, G. Larkin, M. Saks (red.), *Health professions and the state in Europe*. London: Routledge, s. 14–23.

- Mastekaasa, A. (2011). How important is autonomy to professional workers? *Professions and Professionalism (P&P)*, vol. 1, no. 1, s. 36–51.
- Mayo Clinic Model of Care (2014). *Mayo Foundation for Medical Education*. Pobrano z: <http://www.mayo.edu/pmts/mc4200-mc4299/mc4270.pdf> [dostęp 9.01.2017].
- Mechanic, D. (2000). Managed care and the imperative for a new professional ethic. *Health Affairs*, vol. 19, no. 5, s. 100–111.
- Muzio, D., Kirkpatrick, I. (2011). Introduction: Professions and organizations — a conceptual framework. *Current Sociology*, vol. 59, no. 4, s. 389–405.
- National Institute for Health and Care Excellence (2017). Pobrano z: <https://www.nice.org.uk> [dostęp 9.01.2017].
- OECD (2010). Health care systems: Getting more value for money. *OECD Economics Department Policy Notes*, no. 2. Pobrano z: <https://www.oecd.org/eco/growth/46508904.pdf> [dostęp 9.01.2017].
- Ottesen, E., Møller, J. (2016). Organisational routines — the interplay of legal standards and professional discretion. *European Educational Research Journal*, vol. 15, no. 4, s. 428–446.
- Owens, J. (2007). Supporting Medical Consumerism. W: *Leading practices for employee health management, Partnership for Prevention*. Pobrano z: <https://www.bcbsnd.com/documents/10472/6484748/step1-leadingbyexample.pdf/24e97569-cf0c-4354-bce5-e01a4f7ecc4d> [dostęp 9.01.2017].
- Oxley, H., MacFarlan, M. (1995). Health care reform: controlling spending and increasing efficiency. *OECD Economic Studies*, no. 24. Pobrano z: <https://www.oecd.org/eco/growth/33717721.pdf> [dostęp 9.01.2017].
- Packer, S., Burke, M.P. (2003). Professionalism: Questions, old and new. *American Journal of Ophthalmology*, November, vol. 136, no. 5, s. 921–924.
- Parsons, T. (1939). Professions and social structure. *Social Forces*, May, vol. 17, no. 4, s. 457–467.
- Pearl, R. (2015). Are you a patient or a healthcare consumer? *Pharma & Healthcare*, October. Pobrano z: <http://www.forbes.com/sites/robertpearl/2015/10/15/are-you-a-patient-or-a-health-care-consumer-why-it-matters/#3d016c065c3a> [dostęp 9.01.2017].
- Polacy o państwowej i prywatnej opiece zdrowotnej* (2012). Raport CBOS, Warszawa. Pobrano z: http://www.cbos.pl/SPISKOM.POL/2012/K_047_12.PDF [dostęp 9.01.2017].
- Polder, J.J., Jochemsen, H. (2000). Professional autonomy in the health care system. *Theoretical Medicine and Bioethics*, September, vol. 21, no. 5, s. 477–491.
- Protokół końcowy Podzespołu ds. Zdrowia* (1989). Porozumienia okrągłego stołu: Warszawa 6 lutego — 5 kwietnia 1989 r., s. 117–132. Pobrano z: <http://ofop.eu/sites/ofop.eu/files/biblioteka-pliki/porozumienia-okraglego-stolu.pdf> [dostęp 9.01.2017].
- Prestige Health Plans* (2014). Private Medical Insurance. Pobrano z: <http://www.prestige-healthplans.co.uk/private-medical.php> [dostęp 9.01.2017].
- Royal College of Physicians (2005). *Doctors in society: Medical professionalism in a changing world, Report of a Working Party*, December. Pobrano z: <https://cdn.shopify.com/s/>

- files/1/0924/4392/files/doctors_in_society_reportweb.pdf?15745311214883953343 [dostęp 9.01.2017].
- Saks, M. (2012). Defining a profession: The role of knowledge and expertise. *Professions and Professionalism* (P&P), vol. 2, no 1, s. 1–10.
- Sekhri, N.K. (2000). Managed care: the US experience. *Bulletin of the World Health Organization*, vo. 78, no. 6. Pobrano z: [http://www.who.int/bulletin/archives/78\(6\)830.pdf](http://www.who.int/bulletin/archives/78(6)830.pdf) [dostęp 9.01.2017].
- Słońska, Z., Misiuna, M. (1993). *Promocja zdrowia. Słownik podstawowych terminów*. Warszawa: Agencja Promo-Lider.
- Smith, S.D. (2007). Physician autonomy in the age of accountability. *Minnesota Medicine*, October, vol. 90, no. 10, s. 20.
- Stoeckle, J.D. (1988). Reflections on modern doctoring. *The Milbank Quarterly*, vol. 66, supplement 2: The Changing Character of the Medical Profession, s. 76–91.
- Tallinn Charter (2008). *Health systems for health and wealth*. Pobrano z: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf [dostęp 9.01.2017].
- Ustawa z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich. Dz.U. 1989 nr 30 poz. 158. Pobrano z: <http://isap.sejm.gov.pl/DetailsServlet?id=WDU19890300158> [dostęp 09.01.2017].
- Walter, Z., Lopez, M.S. (2008). Physician acceptance of information technologies: Role of perceived threat to professional autonomy. *Decision Support Systems*, no. 46, s. 206–215. Pobrano z: <http://217.219.239.137/~towhidkxah/MI/DSS/Clinical%20DSS%202008.pdf> [dostęp 9.01.2017].
- Wen, L. (2013). Should you be a „patient” or „healthcare consumer”? *Psychology Today*, May. Pobrano z: <https://www.psychologytoday.com/blog/the-doctor-is-listening/201305/should-you-be-patient-or-healthcare-consumer> [dostęp 9.01.2017].
- WMA Declaration of Madrid on Professionally-led Regulation (2009). Pobrano z: <http://www.wma.net/en/30publications/10policies/r4/index.html> [dostęp 9.01.2017].
- World Medical Association (2017). Pobrano z: <http://www.wma.net/en/10home/index.html>, [dostęp 9.01.2017].
- Yiuchi, I. (1997). Professionalism and consumerism: Can they grow together? Editorial. *International Journal for Quality in Health Care*, vol. 9, no. 6, s. 395–97.
- Zeigler, H., Kehoe, E., Reismorl, J. (1983). *The political power of professionalism: A study of school superintendents and city managers*. Eugene: Oregon University, Center for Educational Policy and Management. Pobrano z: <http://files.eric.ed.gov/fulltext/ED242051.pdf> [dostęp 9.01.2017].
- Zola, I. (1972). Medicine as an Institution of Social Control. *Sociological Review*, vol. 20, s. 487–504.

Summary

This article presents the concept of professionalization as the response to important questions of health policy on methods of organizing social relations, including the relations of political power. The author presented changes in the attitude of medical professionals, starting with the traditional conceptions, which extolled professionalism. Then the author presented their criticism, including considering professionalism to be the tool regulating social and organizational relations, ideology and medical consumerism, ending with the crisis of professionalism and its rebirth in the form of a new professionalism. Finally the author discussed the impact of changing relations between doctors and patients; a passive patient was replaced by an active client and the doctor's position as an independent professional decreased.

Key words: professionalism, consumerism, health policy, doctor–patient relationship, managed care

Cytowanie

Cezary Włodarczyk, Katarzyna Badora-Musiał (2017), *Trwałość niektórych wyobrażeń. Niespełnione obietnice profesjonalizmu*, „Problemy Polityki Społecznej. Studia i Dyskusje” nr 36(1), s. 43–62. Dostępny w Internecie na www.problemy polityki społecznej.pl [dostęp: dzień, miesiąc, rok]