



Medycyna poza granicami powinności i ograniczenia poznania socjologicznego Wnioski z ponownej lektury Społecznych i kulturowych powinności medycyny

RAFAŁ MIELCZAREK

recenzja książki

Mieczysław Gałuszka

Społeczne i kulturowe powinności medycyny.

Tożsamość zawodowa i atrofia moralna

Wrocławskie Towarzystwo Naukowe, Wrocław, 2003

Teksty poświęcone medycynie i zawodom medycznym zawsze budzą zrozumiałe zainteresowanie, bowiem pośród wszystkich działań społecznych te, które orientują się na ratowanie życia i zdrowia oraz minimalizowanie cierpienia, bodaj najlepiej charakteryzują dwoistą kondycję zwierzęcia politycznego – istoty wolnej lecz ograniczonej czasem, jednocześnie organizmu biologicznego, którego prawdziwej natury nie kształtuje instynkt lecz zawieszenie w sieci znaczeń. Książka autorstwa profesora Mieczysława Gałuszki pt. *Społeczne i kulturowe powinności medycyny. Tożsamość zawodowa i atrofia moralna*, opublikowana w 2003 roku, uzupełniała

ówczesny zasób wiedzy o szereg aktualnych informacji o funkcjonowaniu medycyny, służby zdrowia oraz zawodów medycznych. Socjologiczną analizę problemów z zakresu socjologii medycyny zawartą w opracowaniu kształtowała perspektywa socjologii kultury, w jakiej autor, uczeń profesor Antoniny Kłoskowskiej, dojrzał intelektualnie. Takie spojrzenie pozwalało głębiej spenetrować rozpatrywane kwestie. Dzięki temu, między innymi, wnioski wyciągnięte z analizowanych zagadnień miały walor wiedzy przekraczającej granice lakonicznych konkluzji podsumowujących suche zestawienia danych. Dziś opracowanie, które nie zdezaktualizowało

się całkowicie, stanowi wartościowy materiał historyczny dla badaczy społecznych zajmujących się tematyką ochrony zdrowia. Nie oznacza to jednak, że powrót do lektury tekstu sprzed bez mała piętnastu laty ma wyłącznie charakter reminiscencji. Bowiem – jak zauważał Stanisław Ossowski, pisząc o znaczeniu historii myśli społecznej – historyczna wiedza o określonym zakresie jest równocześnie wiedzą o „ideach społecznych”, które nie dezaktualizują się tak jak dane empiryczne (1983, s. 239). Clifford Geertz wskazywał zaś, że symboliczne osądy myśli minionych stanowią najbardziej rzeczywisty przedmiot odniesień myśli in statu nascendi (2005)¹.

Badania opisane w książce prowadzone były po ponad dekadzie transformacji systemowej, co pozwalało stawiać pierwsze hipotezy odnoszące się do wpływu nowych warunków społecznych na medycynę. Kwestie zgrupowane w analizie stworzyły obraz ówczesnej świadomości zbiorowej skonfrontowanej z dużą dynamiką zmiany społecznej. Ów obraz ukazywał w obszarze organizacji ochrony zdrowia zasadniczy konflikt występujący między wartościami dwóch silnie oddziałujących na siebie formacji historycznych – realnego socjalizmu, zamkniętego formalnie², lecz obecnego we wciąż żywym dziedzictwie kulturowym, oraz implementowanej na polski grunt formacji kapitalistycznej, w jej neoliberalnej formie. Co dla niniejszego wywodu istotniejsze, to fakt, iż wspomniany konflikt, modelując społeczne myślenie, nie ominął także jego wysublimowanych form, odciskając ślad w koncepcjach naukowych. Z perspektywy czasu praca profesora Gałuszki nabrała więc dodatkowego, ważnego waloru – stała się inspirującym przyczynkiem do refleksji socjologicznej o socjolo-

gii, czyli refleksji o samej konstrukcji poznania życia społecznego³.

Osią rozważań zawartych w książce jest obserwacja postępującej alienacji kulturowej i społecznej medycyny oraz towarzyszącej jej atrofii moralnej. Zjawisko alienacji kulturowej nie jest czymś nowym. Zwracał na nią uwagę Max Weber, pisząc o postępującym odczarowaniu racjonalizującego się świata. W Polsce powojennej impet tego procesu był spowalniany przez utopijny charakter panującej ideologii komunistycznej, a w szczególności przez jej antyindywidualistyczną orientację. To wewnętrzne napięcie dało o sobie znać siłą reakcji po 1989 roku, która zaowocowała bezdyskusyjnym popadnięciem społeczeństwa w drugą skrajność – zradykalizowany i bezrefleksyjny indywidualizm. To przeorientowanie oznaczało dla medycyny, że obok deontologii czynnikiem determinującym jej funkcjonowanie stał się rozum instrumentalny zredukowany do swej wąskiej ekonomicznej formy. Dehumanizacja medycyny w Polsce po przełomie 89 roku nie dokonywała się więc na skutek postępującej nierównowagi wewnątrz medycznej technê, konsekwentnie uprzywilejowującej rozwój jej instrumentarium kosztem sztuki podmiotowego postępowania z chorym. Dehumanizacja dokonywała się poprzez uwalnianie „zdrowego egoizmu” jednostek. Znamienna jest w tym kontekście cytowana w książce wypowiedź Leszka Sikorskiego, ministra zdrowia w rządzie Leszka Millera, który w wywiadzie telewizyjnym stwierdził, iż „nie jest św. Mikołajem i nie

przynosi prezentów”. Moment wypowiedzi był zapewne przypadkowy (padła w przeddzień świąt Bożego Narodzenia), można zatem odrzucić przypuszczenie, że był wybrany świadomie z tradycyjnie lewicowej niechęci do religii. O wiele ważniejsze wydaje się w tym zjawisku to, że minister lewicowego rządu odżegnywał się w ten metaforyczny sposób od jednego z filarów lewicowej polityki społecznej. Sytuując rzecz w kontekście „socjologii socjologii” najbardziej znaczący jest pełen zrezygnowania ton komentarza, jakim autor opatrzył słowa ministra. Jego zdaniem wypowiedź pokazywała „smutną prawdę [podkreślenie moje – R.M.] o ubóstwie państwa, które nie jest w stanie zapewnić wszystkim najwyższych standardów leczenia” i tym samym implikowała nową strategię dbałości o zdrowie, która składała większość odpowiedzialności za stan zdrowia na barki każdego obywatela z osobna. Książka jest więc socjologicznym raportem opisującym funkcjonowanie medycyny w tej samej pułapce bezalternatywności, która uwięziła myślenie o transformacji systemowej w Polsce po 89 roku. Odnotowane obserwacje ilustrują istnienie tego stanu na wszystkich poziomach życia społecznego. Jednocześnie uwagi i wnioski autora pokazują jak próba zrozumienia zjawisk społecznych wpisuje się w aktualną samowiedzę społeczeństwa.

Transformacja całego systemu społecznego wymusiła przeprowadzenie reformy opieki zdrowotnej. Książka pokazuje, że źródła późniejszych trudności i wielu porażek znajdowały się na aksjologicznym poziomie założeń wyznaczających kierunki reformowania. Wybór celów strategicznych odsłaniał konflikt między szeregiem moralnych powinności ściśle związanych z wciąż silną tradycją myślenia o praktyce medycznej w kategoriach służby zorientowanej na dobro jednostki a finansową filozofią „taniego państwa” ukierunkowaną na utrzymanie równowagi budżetowej. Gwoli prawdy, posiłkując się licznymi dziś

analizami krytycznymi⁴ omawiającymi ówczesne wybory ekonomiczne, należy wspomnieć, iż alternatywny wybór, choć teoretycznie możliwy, był mało prawdopodobny. Na przeszkodzie stała niemal powszechna w końcu PRL świadomość systemowej porażki tzw. realnego socjalizmu. Jego osiągnięcia cywilizacyjne wyłaniały się dopiero na poziomie makrosyntezy, czyli poza horyzontem myśli przeciętnego człowieka. Widoczna na pierwszy rzut oka była zaś niegospodarność, często ocierająca się o absurd⁵ i potęgowana przez polityczną opresję ucieleśnianą w autorytarnym państwie. Permanentne problemy gospodarcze identyfikowane z działalnością państwa stały się dodatkowym czynnikiem, który utrwalił i tak głęboko zakorzenioną w społeczeństwie nieufność wobec państwa. Stąd też późniejsza ostra krytyka interwencjonizmu związana była z ugruntowanym przekonaniem, że dobrodziejstwa planowania gospodarczego na poziomie państwa stanowią jedynie ideologiczną fasadę arbitralnych oraz w istocie irracjonalnych i co za tym szło szkodliwych społecznie decyzji wyalienowanej kasty uprzywilejowanych urzędników. W efekcie, w 1989 roku wybrano koncepcję gospodarczą z istoty niezwykle bliską zdroworozsądkowej praktyce gospodarczej, skutecznej na mikroekonomicznym poziomie gospodarstw domowych, koncepcję programowo ignorującą szereg elementów makroekonomicznego potencjału państwa. To społeczny zdrowy rozsądek był glebą, na której wyrastał późniejszy doktrynalny antyetatyzm. Ponadto nie wolno pominąć faktu, iż neoliberalizm, bo o nim tu mowa, święcił swój światowy triumf pod koniec lat 80. W praktyce recepty dla społeczeństw biednych i rozwijających się sprowadzały się często

1 Szczególnie zawarty w rozdziale I tomu esej, Opis gęsty: w poszukiwaniu interpretatywnej teorii kultury.

2 Za symboliczny znak graniczny można przyjąć znaną wypowiedź Joanny Szczepkowskiej o końcu komunizmu, który miał miejsce 4 czerwca 1989 roku.

3 Patrz: Jakub Karpiński, Socjologiczne i metodologiczne spojrzenie na socjologię, „Studia Socjologiczne” 1963, nr 4. Nota bene zdaniem Włodzimierza Piątkowskiego refleksja w dziedzinie polskiej socjologii medycyny jest niemożliwa bez rozważenia problemu „socjologii socjologii”, to znaczy w tym wypadku „socjologii socjologii medycyny”. Idem, Społeczeństwo i zdrowie: szkic o społecznej i poznawczej tożsamości socjologii medycyny, „Miscellanea Anthropologica et Sociologica”, 2013, nr 14/2.

4 Warto tu przywołać książkę Rafała Wosia pod znamienym tytułem „Dziecięca choroba liberalizmu”.

5 Tzw. bareizmy, język potoczny wypracowany na potrzeby satyry, doskonale oddają stopień absurdu, z którym stykał się na co dzień zwykły człowiek.

do postulatu „zaciskania pasa” oraz anatem rzucanych na tych, którzy sugerowali „przejadanie majątku” i „rozdawnictwo”. Przywoływane przez autora „zmniejszanie wydatków społecznych i indywidualnych na zdrowie”, nawet jeśli wpisane razem z „sprawiedliwym rozdziałem finansowych obciążeń” stanowiło odmianę owego propagowanego zaciskania pasa. Trzeba było sporo czasu i doświadczeń w rodzaju silnego społecznego oporu, jaki wzbudził plan likwidacji Patient Protection and Affordable Care Act (popularnie tzw. Obamacare) wysunięty przez prezydenta Donalda Trumpa⁶, by ponownie uświadomić sobie, że usługi medyczne – analogicznie do usług edukacyjnych – należą do klasy niewralgicznych usług społecznych, zasadniczo odmiennych od usług służących konsumpcji, które są realizowane efektywnie na zasadzie prostego rachunku ekonomicznego.

Konflikt na poziomie aksjologii przeniósł się też na poziom konkretnych rozwiązań organizacyjnych. Projekt Systemu Kas Chorych, przygotowany przez rząd Jerzego Buzka w ramach wdrażania programu czterech reform, przesuwał akcenty z gwarancji zabezpieczenia potrzeb zdrowotnych społeczeństwa (wciąż dając tej gwarancji prymat wśród celów organizacyjnych wskazanych do realizacji) na optymalizację działań, poddaną racjonalności ekonomicznej i rygorom mechaniki wolnorynkowej. Oznaczało to, że działania stricte medyczne zostają podporządkowane ekonomii. Także same gwarancje – racja bytu systemu ochrony zdrowia – zaczynały wiązać się z kalkulacją ekonomiczną, co obniżało ich i tak nie najwyższą społeczną rangę, co autor

trafnie zauważał, odnotowując, że gwarancje zapisane w Konstytucji mają charakter „metafory języka polityki”. Ponadto na poziomie indywidualnych działań projekt zapewniał ubezpieczonemu – zgodnie z wcześniejszym założeniem poddania działań instytucjonalnych Kas reżymowi wolnorynkowemu – prawo do wolnego wyboru Kasy Chorych. Opisując rozwiązanie metaforycznie, przywilej ten – jeśli wziąć pod uwagę ówczesne realia społeczne – był gwarancją mieszania herbaty, w której nie ma cukru. Choć implementowana ideologia zapewniała poprawę jakości usług i podnoszenie jakości towarów dzięki wykorzystaniu konkurencji jako mechanizmu mobilizacji, to w praktyce świadczeń medycznych była rezygnacją z podnoszenia poziomu tych świadczeń na rzecz iluzorycznego wyboru najmniejszego zła, czyli najlepszego wśród złych świadczeniodawców. Analogiczny problem z analogicznym przesuwaniem odpowiedzialności na jednostki funkcjonuje obecnie w obszarze globalnej polityki ekologicznej i przybiera postać propagowania ekologicznego stylu życia. Pozorność takiego działania w dziedzinie ochrony środowiska pokazują statystyki, według których rozmiar zanieczyszczeń wynikających z działalności jednostek i gospodarstw domowych jest o wiele mniejszy od rozmiaru zanieczyszczeń wytwarzanych w ramach działalności przemysłowej. W związku z czym zmiana nawyków jednostek nie powstrzyma wzrostu zanieczyszczenia środowiska naturalnego. W tym kontekście znamienne jest zestawienie przywołane przez autora, według którego na szczycie listy czynników determinujących zdrowie znajduje się styl życia (udział 50% do 60%) uzależniony od działań jednostki, na dole zaś działania służby zdrowia (udział 10% do 15%). Opisany system miał jeszcze jedną poważną wadę strukturalną. Dodatkowo wybór był nie tylko ograniczony, ale miał też strukturalną tendencję do dalszego zawężania dostępnych alternatyw. Badacz zwracał uwagę, że ubogie

finansowanie to w efekcie ubogie i z czasem coraz uboższe świadczenia. Oczywiście mowa jest tu o sytuacji, w której rozwijająca się technologia sprzężona ściśle z mechaniką wolnego rynku pochłania coraz większe środki, co przypadku biednego i stagnacyjnego zasobu środków musi przełożyć się na sukcesywne ograniczanie dostępnych świadczeń⁷.

Słabość tego rozwiązania pokazywała krytyka padająca ze strony rozmaitych środowisk zainteresowanych funkcjonowaniem Kas Chorych. Autor odnotował liczne problemy, na jakie wskazywano. Wśród nich kłopoty finansowe, które wynikały zarówno ze słabej i nieterminowej ściągłości składek ubezpieczeniowych przez ZUS (efekt taniego państwa), ale także ze złej kondycji finansowej większości placówek opieki zdrowotnej (przypuszczalnie brak doświadczenia w funkcjonowaniu na wolnym rynku). Ponadto wskazywano chaos organizacyjny (niewykształcona nowoczesna kultura organizacyjna) oraz związany z nim egoizm instytucjonalny, który w nie tak rzadkich – według autora – przypadkach przybierał niehumanitarną formę, w jakiej trwanie instytucji stawało ponad dobrem pacjenta (dysfunkcja systemowa wynikająca z niekontrolowanej decentralizacji, która przybiera postać sfeudalizowania struktury). Wreszcie ograniczone środki, ale także brak należytej znajomości problemu, sprawiły, że polski system ochrony zdrowia miał niewłaściwą, anachroniczną strukturę wydatków. Gałuszka odnotował, że większość środków była przeznaczana na medycynę naprawczą (leczenie), a niewiele na prewencję (programy profilaktyczne).

Utrwalaniu chaosu sprzyjało upartyjnienie działań reformatorskich. W tym punkcie warto

odnotować, iż badacz przypominał w tekście starą i wówczas zgodnie ignorowaną prawdę, że „zdrowie społeczeństwa” (dziś można dodać, że uwaga dotyczy także „zdrowia jednostki”) jest „również kategorią polityczną”. To „również” wydobywało z cienia przemilczane i ogólnie niekwestionowane założenie ekonomiczności realiów życia zbiorowego. Jednocześnie to założenie implikowało jego zdaniem „podatność na interesy władzy”. Ogląd realiów wdrażania reform pokazuje, że kategoria „polityczności” zastosowana do opisu, odkrywała de facto głównie chaos wynikający z rywalizacji partyjnych partykularizmów. Naskórkowość kultury demokratycznej polityki oraz powszechna akceptacja słabości państwa, często traktowanej wręcz jako zaleta istniejących warunków, sprzyjały wradzeniu się aktywności partyjnej w mechanikę rywalizujących klik, miast w transparentne uzgadnianie rozbieżnych interesów. Brak gruntownej wiedzy sprawiał, że rozwiązania nie dotykały istoty funkcjonowania reformowanych instytucji i miały charakter doraźny, nierzadko markujący zmianę. Zmiana dostrzegalna związana była z tzw. karuzelą kadrową, w trakcie której naprawa nierzadko kończyła się na rytualnym zdezawuowaniu działań poprzedników na danym stanowisku. Zarysowana wyżej sytuacja to kolejny przyczynek do krytyki interwencjonizmu państwowego, który poprzez przypadki takiej wcale nie marginalnej patologii administrowania był utożsamiany powszechnie z obsadzaniem stanowisk stronnikiem partii, często bez wymaganych kompetencji. Kolejne reformy również musiały mierzyć się z podobnymi problemami. Autor przywołał przykład z okresu wprowadzania Narodowego Funduszu Zdrowia przez rządy SLD/PSL, kiedy to wraz ze zmianą na stanowisku ministra (Mariusza Łapińskiego zastąpił Marek Balicki) stanowisko szefa NFZ obsadzono, wbrew opinii nowego ministra, osobą zastępcy Łapińskiego, Aleksandra Naumana, którego

6 Przykład amerykańskiej batalii o zachowanie rządowego programu ochrony zdrowia jest w tym wypadku szczególnie interesujący, gdyż dotyczy kultury bardzo zindywidualizowanej i wysokorozwiniętego państwa bez uniwersalnego dostępu do usług medycznych, w którym dominują dobrowolne ubezpieczenia zdrowotne.

7 Jaskrawym, bo skrajnym przypadkiem takiego procesu była podwyżka o 5000% ceny leku stosowanego w terapii AIDS oraz w leczeniu niektórych nowotworów wprowadzona przez Turing Pharmaceuticals w 2015. Jej echa miały globalny zasięg.

zdemisjonowano w niedługo potem na skutek podejrzeń o działalność korupcyjną. Wreszcie wszystkie rządy napotykały na inny zasadniczy problem ściśle związany z zapóźnieniem cywilizacyjnym i ubóstwem materialnym społeczeństwa polskiego. Była nim powszechna, wręcz irracjonalna niechęć do płacenia podatków. W tej sytuacji, żaden z rządów, który chciał utrzymać się przy władzy, nie mógł pozwolić sobie na krok zdawałoby się oczywisty i podnieść podatki na finansowanie służby zdrowia. To nastawienie nie zmieniło się zasadniczo do dziś. Niemal trzydziestoletnia historia III RP pokazuje, że społeczeństwo polskie wciąż jeszcze nie wzbogaciło się wystarczająco, by zacząć dzielić wypracowane bogactwo i nie dojrzało także jeszcze do sprawiedliwego podziału istniejącej biedy.

Bez stabilnych fundamentów system nie mógł normalnie działać. Dysfunkcje pojawiały się więc także na jego niższych poziomach. Znamionowały je zarówno kłopoty organizacyjne jak też problemy tożsamościowe. Na poziomie funkcjonowania konkretnych jednostek ochrony zdrowia, takich jak szpitale, problemy objawiały się zdaniem badacza w organizacji pracy, którą cechował wyraźny „paternalizm kliniczny” i charakteryzująca go relacja autorytet-uległość, podporządkowująca pacjenta lekarzowi. Należy tu zaznaczyć, iż „paternalizm kliniczny”, mimo potencjalnych i naturalnie nasuwających się skojarzeń, nie łączy się ani w opinii badacza, ani piszącego te słowa, z sygnalizowanym wcześniej sfeudalizowaniem struktury systemu ochrony zdrowia. Dla badacza władza lekarza nad pacjentem wynikała z głębszego formalnego zagnieżdżenia lekarza w instytucji i związanych z nim licznych uprawnień, których pozbawiony był pacjent (choć oczywiście to jego obecność stanowiła moralną rację istnienia instytucji ochrony zdrowia). Pacjent podporządkowany arbitralnej „ojcowskiej” władzy lekarza ulegał uprzedmiotowieniu. Z czasem sytuacja zaczęła

ulegać zmianie na korzyść pacjenta i jego prawa do podmiotowego traktowania. Warto uwagi jest to, że upodmiotowienie pacjenta niesie ze sobą swoiste skutki uboczne, które wzmocniło upowszechnienie się Internetu. Obecnie pojawia się nierzadko ze strony pacjenta lub jego bliskich nie tylko zrozumiałe oczekiwanie rzetelnej i gruntownej informacji, ale także próby wchodzenia w dialog na płaszczyźnie profesjonalnej, w oparciu o „profesjonalną wiedzę” zaczerpniętą z Internetu. Jako ramę komunikacyjną bierze się implicite demokratyczne równouprawnienie opinii, które są błędnie utożsamiane z wiedzą ekspercką. Innymi słowy pacjent uzbrojony w dostęp do Internetu bywa przekonany, że jest takim samym ekspertem. Tzw. ruch antyszczepionkowy bazuje w dużej mierze na tego rodzaju oświeconej ignorancji.

Kryzys towarzyszący transformacji był odczuwalny najsilniej w relacjach międzyludzkich. To tam atrofia więzi i problemy tożsamościowe były doświadczane bezpośrednio. Zaburzeniu ulegały i tak delikatne relacje lekarz – pacjent. Zdefiniowanie pacjenta jako klienta osłabiało jego pozycję społeczną. Wspomniana wyżej swoboda wyboru na rynku usług medycznych nie rekompensowała tej negatywnej zmiany. Oferując tę pozorną wartość, składano de facto na barki osoby cierpiącej, ale też tych, którzy jej w tym cierpieniu towarzyszyli z racji bliskości, ciężar „racjonalnego optymalizowania” swoich szans na wyzdrowienie, a nawet przeżycie. Niekorzystną sytuację pacjenta pogarszały dodatkowo patologie w zawodzie lekarza, które nasilały się w warunkach anomii. Zaistniała sytuacja rodziła pytanie zasadnicze, które wybrzmiało także w książce. Dlaczego zawiodła zawodowa moralność lekarzy?

Sięgając do klasycznej koncepcji Roberta K. Mertona⁸, badacz wskazywał na daleko

⁸ Mieczysław Gałuszka, op. cit., Rozdział VII, Atrofia więzi moralnej w służbie zdrowia.

idące podobieństwo między sytuacją opisaną przez amerykańskiego socjologa a warunkami pierwszej dekady przemian po 1989 roku. Anomia w III RP rodziła się w wyniku coraz wyraźniejszego rozbratu między nowymi celami kulturowymi a możliwościami ich realizacji. Takie anomijne pęknięcie sprzyjało powstawaniu nowych, ale też utrwalaniu już obecnych form adaptacji, które klóciły się zasadniczo z wymogami narzucanymi przez tradycyjny etos lekarski. Etos społeczny stanowi rodzaj gleby, w której zakorzenia się indywidualna egzystencja. Etos zawodowy zaś, stanowiąc integralną część tego pierwszego, kształtuje w określonym obszarze działań reguły służące dobru wspólnemu. Kryzys transformacyjny osłabił tę zależność. Autor wyraził opinię, że choć wychowywanie lekarzy wydaje się nadal sprawą bezdyskusyjną, to problemem stała się wielość nie zawsze zgodnych ze sobą modeli etycznych. W efekcie „chaos aksjologiczny i labilność zasad deontologicznych sprzyja rozwojowi argumentacji na rzecz relatywizmu w etyce medycznej”. W takich warunkach nasilał się wieloaspektowy kryzys tożsamości zawodowej lekarzy i pojawiały się patologie, których doświadczali też sami lekarze. Gałuszka odnotowywał, że protekcja połączona z korupcją, która wcześniej dotykała jedynie pacjentów, zaczęła uderzać także w personel medyczny, nawet lekarzy. Osłabieniu uległa bowiem solidarność zawodowa, która wcześniej nie pozwalała przyjmować łapówek od kolegów po fachu.

Wreszcie negatywny wpływ na problemy tożsamościowe w środowisku medycznym oraz zaufanie do personelu medycznego miały także media, które poszukując zbytu na swoje usługi przekazywały treści mające coraz mniej wspólnego z informacjami, a coraz więcej ze spektaklem. Służba zdrowia stała się – ponownie poprzez swoją specyfikę i przypisaną jej rangę społeczną – źródłem patologii, które w tym przypadku pojawiały się na płaszczyźnie

komunikacji społecznej. Autor przywołuje jedną z zasad medialnego przyciągania uwagi odbiorców – „co krwawi, to ciekawi”. W przekazach medialnych dramatycznym wydarzeniom związanym z rutyną ratowania życia i zdrowia nie tylko przydawano jeszcze spektakularności, ale co gorsza dokonywano manipulacji, generalizując incydentalne sytuacje nieprawidłowości w służbie zdrowia⁹.

Książka profesora Gałuszki daje obraz jednego z funkcjonalnych podsystemów społecznych, który przechodzi kryzys związany transformacją całego społeczeństwa. Ten obraz nie musiał budzić pesymizmu, co można powtórzyć także dziś z odpowiedniego i krytycznego dystansu poznawczego. Rejestrowane wówczas fluktuacje były w gruncie rzeczy czymś naturalnym, a bogaty zasób doświadczeń nauk społecznych pozwala tonować obawy. Kryzys jest bowiem czymś nieodłącznym dla zamiany formacji na arenie historii. Problemem był namysł, który razem z całym systemem znalazł się w ruchu i w kryzysie. Myśl, szukając punktu odniesienia, przyłgnęła zbyt mocno do nowych idei i straciła poznawczy dystans. Choć sprawiedliwa medycyna – jak napisał autor – staje się mitem, to właśnie ta konstatacja staje mimowolnie wskazówką dla socjologii, że nawet w czasie kryzysu, a może właśnie szczególnie wtedy, istnieją sfery antropologicznej stabilności, które przechodzą także istotną wiedzę o społeczeństwie. Mit jest taką sferą. 🗨️

Bibliografia

- Ossowski, S. (1983). O osobliwościach nauk społecznych. Warszawa: PWN.
Geertz, C. (2005). Interpretacja kultur. Wybrane eseje. Kraków: Wydawnictwo UJ.

⁹ Autor opisuje bodaj najstraszniejszy taki przypadek w Polsce po 1989 roku, a mianowicie przypadek uśmiercania chorych przez pracowników pogotowia ratunkowego w Łodzi.