

*Monika Dobska*

Uniwersytet Ekonomiczny w Poznaniu  
Instytut Marketingu

Katedra Badań Rynku i Usług

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8406-1710>

## Konsumeryzm medyczny – reorientacja pozycji pacjenta

---

### Streszczenie

Konsumeryzm medyczny łączy w sobie różnorodne nurty: od pomocy pacjentom w dokonywaniu właściwych wyborów, przełamaniu modelu paternistycznego, do ruchów reformatorskich na rzecz działań profilaktycznych propagujących nowy, zdrowy styl życia we współpracy z lokalnymi społecznościami i rządami oraz najważniejszy postulat – zwiększenie uczestnictwa pacjentów w podejmowaniu medycznych decyzji, współudział i współkreacja. Rozważania podjęte w artykule upoważniają do zaproponowania zmian w wymiarze podmiotowym i stosunków międzyludzkich. Podjęty dyskurs w Wielkiej Brytanii i Stanach Zjednoczonych oraz obecne raporty w zakresie adherencji wskazują na pilność wdrożenia rozwiązań przeciwdziałających zagrożeniom. Podjęta w pracy problematyka wymaga prowadzenia interdyscyplinarnych badań w zakresie oceny stopnia włączenia pacjenta w kreację polityki zdrowotnej.

**Słowa kluczowe:** pacjent, konsument, prosument, konsumeryzm, usługi medyczne, świadczenie usług  
**Kody klasyfikacji JEL:** M2

---

## 1. Wprowadzenie

Silne pragnienie wyleczenia, wiecznej młodości, niewyczerpywalnej energii oraz brak wiedzy medycznej to przesłanki tego, że godzimy się na wszelkie metody leczenia, a każdy kontakt z lekarzem traktujemy jako akt łaski, zbawienia, a nie zawsze jako naturalną metodę obsługi klienta. Podjęcie problematyki konsumeryzmu medycznego wynika z rozwoju światowych trendów w zakresie przywracania symetryczności w relacjach profesjonalista – pacjent i włączenia tego ostatniego w proces projektowania usługi. Zasadniczym celem badań jest zaprezentowanie nowego podejścia do roli pacjenta w procesie świadczenia usługi medycznej. Proponowana reorientacja zakłada konieczność uwzględnienia roli pacjenta w budowaniu nowej pozycji oraz kanałów komunikacji. Złożoność badanego zjawiska przekłada się na sposób ujęcia problemu w zakresie teoretycznym i opisowo-diagnostycznym. Rozpoznanie powyższych uwarunkowań stało się podstawą do sformułowania hipotezy, iż **radikalna zmiana podejścia do pacjenta spowoduje wypracowanie wspólnej wartości i konieczności zarządzania nią**. Osiągnięcie wymiaru konceptualno-przewidywanego stało się możliwe dzięki krytycznej analizie literatury przedmiotu i identyfikacji trendów w Wielkiej Brytanii oraz Stanach Zjednoczonych z możliwością ich implementacji na gruncie polskim. Wybór tych krajów był zdeterminowany pionierskim pojawieniem się w nich trendów konsumeryzmu. Szerokie spektrum problemów uwzględnionych w niniejszym artykule spowodowało, że konieczne były rozległe studia literaturowe.

## 2. Przesłanki powstania ruchu konsumenckiego

Pacjenci z pełną wiarą podchodzili do stosowanych zabiegów medycznych. Jedni widzieli w lekarzach szarlatanów, znachorów, naciągaczy czy oszustów, inni – profesjonalistów, zbawców, autorytety w dziedzinach medycznych. Być może tak dwustronne myślenie wynika z tego, że zanim medycyna osiągnęła obecną skuteczność, chybionych metod leczenia było co niemiara. Przykładem może być lobotomia stosowana u pacjentów psychiatrycznych. Pierwsze zabiegi polegały na wywiercaniu otworu w mózgu pacjentów, a następnie wstrzykiwany był czysty etanol w celu spowodowania obumarcia części płata czołowego. Z czasem zaczęto używać leukotomu, który poprzez żelazną pętlę mieszał pacjentowi w głowie, a dokładniej w mózgu. Kiedy narzędzie się złamało, zamieniono je na wąski nóż, którym dostawano się do mózgu przez otwory w skroniach. Mimo że zabieg nie kończył się sukcesem, lekarze nie tylko nie poddawali się, a wręcz przeciwnie – leczyli nowymi metodami. Dr Freeman wykonywał lobotomię szpikulcem do lodu [Kang, Pedersen, 2019, s. 158–159].

Pozycja pacjenta, zwłaszcza w dojrzałym społeczeństwie amerykańskim, zaczęła rosnąć w latach sześćdziesiątych XX w. Ruch pacjentów psychiatrycznych w coraz silniejszy sposób lobbował na rzecz nie tylko przestrzegania praw pacjenta, ale także właściwej jego obsługi.

W 1961 r. Goffman w swojej pracy *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates* [1961] zwrócił uwagę na sytuację więźniów i osób psychicznie chorych w zakresie organizacji dla nich opieki zdrowotnej. Znaczącym opracowaniem była publikacja Titmussa [1970] odnosząca się do funkcjonowania krwiodawstwa i tworzenia polityki społecznej zatytułowana *The Gift Relationship. From Human Blood to Social Policy*. Nie tylko sprowokowała liczne polemiki na temat funkcjonowania opieki społecznej, ale także była impulsem do prowadzenia badań w tym zakresie. W 1980 r. z niechęcią opublikowano raport komisji rządowej *Inequalities in Health*, który potwierdzał nie tylko nierówność w dostępie do usług, a tym samym wpływ na przeżywalność niektórych grup w społeczeństwie, ale także wyrażał zaniepokojenie wydajnością i funkcjonowaniem ówczesnego systemu [Black, 1980]. Znaczące dla kolejnych prac było opracowanie Enthovena [1988], który sugerował wprowadzenie mechanizmów konkurencji do publicznego systemu opieki zdrowotnej (co dało impuls do tworzenia rynku wewnętrznego) [Dobska, 2013, s. 25].

Wybór pacjenta jako wybór indywidualny, promocja rynku wewnętrznego – pojęcia wprowadzone przez Instytut Spraw Gospodarczych stały się początkiem reform w Wielkiej Brytanii za czasów M. Thatcher, a później J. Majora. Trendy zapoczątkowane w latach 1960 i 1970 polegały nie tyle na podkreśleniu praw jednostki, ile na współudziale i stałej kontroli świadczenia usług. Dyskusja w tym zakresie odbywa się w trzech płaszczyznach: 1) rosnąca zbiorowa weryfikacja niedociągnięć w zakresie zarządzania i organizacji w opiece zdrowotnej kierowanej przez państwo, 2) potrzeba ogólnej reformy opieki zdrowotnej, 3) wezwanie do uczestnictwa wspólnotowych rad zdrowia (CHC) jako społeczny wariant pomysłów konsumenckich na tle kształtowania polityki zdrowotnej.

Szerokie dyskusje na temat włączenia pacjenta w system podejmowane były w Wielkiej Brytanii. Le Grand [2007] postulował umożliwienie pacjentom dokonywania indywidualnych wyborów w zakresie wskazania świadczeniodawcy i sposobu leczenia. Doszedł jednak do wniosku, że ze względu na brak wiedzy medycznej pacjenta, należałoby dać choremu przewodnika pomagającego podjąć decyzję. Dyskusje takie są z jednej strony zrozumiałe, natomiast z drugiej zniekształcone, ponieważ wynikają z zakorzenionych uprzedzeń. Samo pojęcie „konsument” w stosunku do „chorego” było do niedawna odrzucane. Wywodzi się ono z języka ekonomii rynku, ponieważ klient, dokonując wyborów ze względu na zaspokajanie potrzeb, ma zdolność płatniczą. Sama koncepcja konsumeryzmu była szeroko krytykowana m.in. przez Williamsa [1976], który pisał, z niechęcią neomarksistowską, że taki trend jest iluzją i zachęca do zakupu niepotrzebnych usług. Jak zauważa jednak O’Hara [2012], głównym problemem w toczących się debatach jest niebranie pod uwagę samego pojęcia „wybór”. Konsumeryzm nie musi być w opinii ekonomistów konceptualizowany w kategoriach neoliberalnych. I tak Maynard przypisywał pacjentowi kluczową rolę w utrzymaniu jego dobrostanu, a Webb uważał, że partycypacyjna forma konsumeryzmu powstała we wspólnocie i z całą pewnością zostanie wyparta przez konsumeryzm państwowy [Trentman, 2006, s. 22–23, 32, 46–47; Vincent, 2006, s. 44–45]. Hilton [2003] natomiast uważa, że takie grupy jak *Consumer Association* okazują się paradoksalnie skuteczniejsze niż wybory indywidualnych klientów.

Kraje nordyckie np. ustanowiły rady konsumentckie jako gremia doradcze, ale w zakresie opieki zdrowotnej – utożsamiane są one bardziej z celami opieki społecznej i troską państwa w tym zakresie. Grupy nacisku konsumentów w ramach opieki zdrowotnej działają często w imieniu osób cierpiących na jedną chorobę lub grupy chorób współistniejących, natomiast w mniejszym stopniu na rzecz zmiany polityki zdrowotnej w określonych aspektach. Clarke z zespołem głosili tezę, że neoliberalne nowe zarządzanie w sferze publicznej dało w latach osiemdziesiątych XX w. więcej władzy lekarzom niż pacjentom w sferze polityki zdrowotnej. Prawdopodobnie dlatego w ramach państw opiekuńczych konsumeryzm przejawiał się w kontekście egzekwowania wspólnych standardów, zapobiegając nadużyciom zawodowym oraz wyrażając prawo do decyzji synoptycznych. Przeciwnicy władzy lekarskiej na początku mieli jedynie wyobrażenie, że sukcesem będzie przełamanie bariery asymetrii, a problemem jest brak wystarczającej asertywności pacjentów. Pod koniec XX w. zaczęto więc z powrotem przedkładać problemy zdrowotne na jednostkę [Clarke i in., 2006].

### 3. Konsumeryzm medyczny – od komunikacji do współpracy

Niezależnie od podejmowanych dyskusji istotny jest fakt, że rozpoczyna się działalność na rzecz ochrony konsumentów i reprezentacji ich interesów wobec świadczeniodawców – konsumeryzm medyczny. Łączy on różnorodne nurty: od pomocy pacjentom w dokonywaniu właściwych wyborów, przełamaniu modelu paternistycznego, do ruchów reformatorskich na rzecz działań profilaktycznych propagujących nowy, zdrowy styl życia we współpracy z lokalnymi społecznościami i rządami oraz najważniejszy postulat – zwiększenie uczestnictwa pacjentów w podejmowaniu medycznych decyzji, współdziałanie i współkreacja. Konsumeryzm jest więc nurtem konceptualizowanym na wiele sposobów: jako ruch społeczny – zbiorowy kolektywizm, sposób życia czy też ideologia współpracy. Hogg [1991] podkreśla, że zmiany ideologiczne i polityczne są możliwe dzięki fundamentalnym grupom nacisku – stowarzyszeniom pacjentów, które poprzez debaty na temat praw pacjenta oraz fora dyskusyjne dla określonych społeczności mogą wskazywać na konieczność tworzenia programów konsumentckich. Nic jednak według Cootera [1995] nie może się znajdować poza kontekstem społecznym, politycznym i ideologicznym, w którym prowadzony jest dyskurs.

Stowarzyszenie konsumentckie założone w Wielkiej Brytanii początkowo zajmowało się lobbowaniem na rzecz interesów swoich członków, pozostając jeszcze daleko od założeń polityki zdrowotnej. W 1983 r. w Wielkiej Brytanii został powołany College of Health [Young, 1983], który zajmował się problematyką przywrócenia symetryczności relacji między lekarzem a pacjentem. Publiczne kampanie informacyjne oraz czasopismo „Self Help” stały się narzędziami do omawiania kwestii problemów pacjentów na forum opinii publicznej.

W 1963 r. Mills i Cartwright założyli Instytut Badawczy, który zaczął prowadzić badania ogólnej praktyki lekarskiej i opinii na jej temat z punktu widzenia konsumenta. Chociaż, jak wskazują opracowane raporty z badań, nie do końca pacjent, jako osoba chora, to konsument,

który dokonuje wyboru. Takie decyzje w opinii autorów mogą podejmować: podatnik, obywatel, społeczeństwo i konsument.

W tym samym czasie magazyn „Consumer Association” rozpoczął badania jakości opieki nad pacjentami w Wielkiej Brytanii w zakresie leczenia zamkniętego. W swoich artykułach w 1966 r. podjął dyskusje na temat standardów opieki medycznej, wskazując grupy błędów, jednak nie ujawnił szpitali, które otrzymały negatywną ocenę. W 1972 r., kontynuując tematykę, magazyn zaapelował o przekazanie szerokich uprawnień w zakresie komunikacji grupom konsumentów [National Archives of the United Kingdom, 1972]. Tak naprawdę mało który rząd podejmował działania interwencyjne ze względu na brak informacji na temat oceny poziomu obsługi pacjentów. Brakowało badań w zakresie kategoryzacji skarg, aby mieć pogląd na temat faktycznej sytuacji w opiece zdrowotnej. Konsekwencją takiego stanu było przeprowadzenie w 1973 r. szeroko zakrojonego badania, którego celem miało być zweryfikowanie oczekiwań i problemów oraz możliwych konsekwencji dla innych obszarów zabezpieczenia społecznego. Powojenny optymizm w zakresie skuteczności opieki zdrowotnej został zastąpiony sceptycyzmem i wątpliwościami. Skandale lekowe (na przykład w 1962 r. w zakresie skuteczności talidomidu) oraz rewelacje zamieszczone w raporcie Pappoatha *Human Guinea Pigs: A Warning* na temat eksperymentów lekarzy, wywołały ostre reakcje. B. Robb napisała list zatytułowany *Sans Everything*, który w drastyczny sposób opisywał opiekę pielęgniarską nad osobami starszymi. Eksplozja weryfikacji służby zdrowia dotknęła także opieki psychiatrycznej i nadużyć w tej dziedzinie. Symbolem w tym zakresie stał się ośrodek w miejscowości Ely niedaleko Cardiff, w którym odkryto urągające człowieczeństwu warunki obsługi pacjentów. Od nazwy miejscowości kampanię informacyjną nazwano aferą Ely. Po tym kazusie w Wielkiej Brytanii rozpoczęto badania społeczne na terenie całego kraju w celu oszacowania faktycznego stanu obsługi pacjentów, ze szczególnym uwzględnieniem osób upośledzonych. Inną reakcją na Ely było konsumpcyjne spojrzenie na procedurę zgłaszania skarg. Okazało się, że nie jest to łatwe, zwłaszcza, że w niektórych aspektach dopiero sytuacja wykrytych zaniedbań (*malpractice*) czy też praktyk przestępczych mogła być zgłaszana, a w innych można było mówić o subiektywizmie oceny (na przykład jak zgłosić złe zachowanie lekarza pierwszego kontaktu i jaka byłaby konsekwencja takiego zgłoszenia). Rozgorzała więc dyskusja nad określeniem niewłaściwego zachowania i pojawiły się pytania, czy w nawiązaniu do niego można wszcząć procedurę zawieszenia w wykonywaniu obowiązku zawodowego, a jeśli nie, to stwierdzano, że bezkarność zachowania została usankcjonowana prawnie. Praca Jonsona [1977] *Patients: Receivers or Participants?* (Pacjent: odbiorca czy uczestnik) przytacza przykład sędziego sądu najwyższego Daviesa. Poproszony o zbadanie skarg w szpitalach zalecił czteroetapowy proces, w którym każdy z etapów podlegał apelacji i obejmował rosnącą liczbę ekspertyz zewnętrznych (trzeba przyznać, że British Medical Association BMA sprzeciwiała się takim pomysłem sędziego Daviesa). Kampania utrudniania przez urzędników dochodzenia skarg miała podtekst silnego lobbowania ze strony korporacji lekarskich.

Usługa medyczna stała się niedoskonałym środkiem do osiągnięcia celu, który już nie jest towarem, a mianowicie zdrowia. Gusmano, Mascchke i Solomon [2018] wskazują, że środowisko medyczne dopuszcza i zaleca opiekę skoncentrowaną na pacjencie, natomiast wyraźnie wetuje traktowanie pacjenta jako konsumenta.

Iliffe i Mathorpe [2020] wskazują na trzy etapy dochodzenia do konsumeryzmu medycznego. Pierwszym z nich było zakwestionowanie autorytetu zawodowego i przeniesienie usługi z lecznictwa zamkniętego do domów (np. porody w domach). Potrzeba konkurowania o pacjenta wprowadziła nowe możliwości świadczenia usług. I tak przykładowo w Wielkiej Brytanii w 1956 r. utworzono Natural Childbirth Association, późniejsze National Childbirth Association, które na rzecz „swojskości” (*homeliness*) propagowało porody domowe. Drugi etap według autorów to forma utowarowienia nie tyle klienta, co jego zdolności nabywczej. Trzeci polega na włączeniu pacjenta w mechanizmy rynkowe. Klient zaczyna pomagać nie tylko w ograniczeniu kosztów i zwiększeniu wydajności rynku, ale pojawiają się trzy istotne płaszczyzny zagadnień: udane starzenie się, samozarządzanie i forma prosumeryzmu (połączenia świadczenia z konsumpcją).

Pierwsza generacja konsumeryzmu medycznego przedstawia problem relacji pomiędzy lekarzem a pacjentem. Model paternistyczny ukazuje wadliwą komunikację, niesatysfakcjonującą żadnej ze stron. Pacjent przedstawia problem medyczny, a lekarz w ciezurze czasowej podejmuje decyzje i zleca leczenie. Zniekształcone relacje i manipulacja komunikacyjna zmieniają potrzebny dialog w monolog, a ocena jakościowa może się koncentrować na rezultacie końcowym i bezpieczeństwie klinicznym. Według Łukowa [2005, s. 112–113] akty paternalizmu należy zdefiniować szerzej niż w definicji Dworkina czy Beauchampa i McCullougha: jest to działanie dla cudzego dobra, na podstawie przekonań o dobru, które nie pochodzą od beneficjenta tego działania, to jest od osoby, dla której dobra zostaje ono podjęte.

Model paternalistyczny może występować w odmianach: słaby, mocny i pozorny. Słaby paternalizm polega na ograniczeniu autonomii jednostki, która utraciła (trwale lub czasowo) zdolność decydowania o sobie. Paternalizm mocny polega natomiast na ograniczeniu czyjejś autonomii zarówno w sytuacji, gdy jednostka ma zdolność decydowania o sobie, jak i wówczas, gdy ją utraciła. Pozorny występuje, gdy lekarz odstępuje „od ustalenia dobra pacjenta wraz z pacjentem, w sytuacji, gdy dobro to zostało ustalone wcześniej lub jest znane z innych źródeł” [Łuków 2005, s. 109].

Informacja nie jest dialogiem, ale konsumenci należący do pierwszej generacji domagają się informacji, a nie włączenia w proces decyzyjny. To już ma być zadaniem profesjonalisty – lekarza. Pilnick i Dingwall [2011] piszą o niezwyklej trwałości asymetrii w interakcji lekarz – pacjent, której podstawy leżą nie tylko w braku kształcenia w zakresie przełamania tych relacji, ale także u podstaw działania organizacji świadczących usługi medyczne. Przykładem podjęcia decyzji za pacjenta jest głośna sprawa Charliego Garda z 2017 r. opisana w Polsce przez Gierak-Gnoszko [2017]. Dziecko z chorobą mitochondrialną o podłożu genetycznym cierpiało na ataki epilepsji, miało uszkodzone serce, wątrobę i nerki. Lekarze stwierdzili u niego ciężkie i nieodwracalne uszkodzenie mózgu. Szpital GOSH złożył wniosek do



sądu o zaprzestanie uporczywej terapii i rozpoczęcie leczenia paliatywnego. Sąd się do tego przychylił: „W najlepszym interesie Charliego jest pozwolić mu spokojnie odejść, nie zadawać mu więcej bólu i nie kazać mu znosić kolejnych cierpień”. Trzy sądy w Wielkiej Brytanii i Europejski Trybunał Praw Człowieka poparły argument szpitala, że dalsze leczenie nie leży w interesie chłopca. Charlie zmarł przed ukończeniem roku. Pierwszy etap konsumeryzmu pokazuje, jak istotne jest przywracanie symetrii w relacjach, wspieranie pacjentów i oferowanie im w miarę możliwości alternatywnych terapii. Przedstawiany problem pierwszej generacji jest bardziej problemem systemowym niż indywidualnym.

Na blogu Rogozińskiego [<http://usluga.edu.pl>] można się zapoznać z niezwykle ciekawym artykułem pod znaczącym tytułem *Służba nie drużba*. Autor analizuje m.in. służebność jako podporządkowanie. Na analizowanym pojęciu ciąży nie tylko skaza semantyczna (sługa, służący), frazeologiczna („zawsze do usług”), ale także negatywny kontekst historyczny. Jego starożytną genezę potwierdzają takie słowa jak: *servus*, *ancilla*, *doula* (greckie słowo *doula* wraca dziś do łask jako osoba ofiarująca/dająca wsparcie psychiczne oczekującej na poród pierwiastce). Rogoziński pisze: „Średniowiecze przejmuje instytucję służby – chciałoby się rzec: z całym dobrodziejstwem i podłością inwentarza, a system feudalny petryfikuje ją na całe stulecia, iż wraz z pojęciem wierności pojawia się nowy kontekst znaczeniowy, w którym służebność analizowana jest w odniesieniu do postawy, cech osobowych, cnót, wrażliwości emocjonalnej... A to pozwala sformułować kontrowersyjną tezę – pytanie: a jeżeli świat, świat prawdziwie ludzki, kształtuje jedynie ORDO CORDIS (ład serca), to czy my – jako ludzkość – nie pobłędziliśmy, uznając podbój, ekspansję, dominację wyniszczającą konkurencyjność... za kierunki osiowe rozwoju?”. Pointą niechaj będzie nawiązanie do wykładni talmudycznej: „Służyć nie znaczy być poddanym, ale dzielić się” [Heschel, 2001].

Czy pojęcie adherencji będzie wystarczające do złamania paradygmatu modelu paternistycznego? W czerwcu 2001 r. na posiedzeniu WHO Adherence zdefiniowano to pojęcie jako „zakres, w jakim pacjent postępuje zgodnie z instrukcjami medycznymi” [WHO 2003, s. 10]. Taką definicję można by uznać za punkt wyjścia do dalszych rozważań. Nie jest ona jednak wystarczająca ze względu na to, że pacjent w takiej relacji staje się pasywnym odbiorcą porady, a nie aktywnym współkreatorem w procesie leczenia. Jakość relacji leczenia jest istotną determinantą przestrzegania zaleceń. Omówienie alternatywnych środków terapeutycznych staje się podstawą do planowania dalszych działań. Dlatego też w odniesieniu do terapii długoterminowej przyjęto definicję Haynesa i Randa: „*adherence* jest to zakres, w jakim zachowanie danej osoby – przyjmowanie leków, przestrzeganie diety i/lub wprowadzenie zmian stylu życia, odpowiada uzgodnionym zaleceniom opieki zdrowotnej” [Dobska 2020].

Leventhal i Cameron [1987] przedstawili historyczny pogląd na badania nad *adherence*. Obejmuje on pięć ogólnych teoretycznych perspektyw:

- *biomedical perspective* – biomedyczna perspektywa – podejście to polega na tym, że pacjenci są mniej lub bardziej biernymi zwolennikami poleceń lekarza, po diagnozie i przepisanych lekach. Na stopień stosowania się do zaleceń wpływają cechy osobowości pacjenta,

- *behavioural perspective* – behawioralna – uczenia się, podkreśla znaczenie wzmocnienia pozytywnego i negatywnego mechanizmu dla wpływania na zachowanie się pacjentów,
- *communication perspective* – komunikacyjna – perspektywa spopularyzowana w latach siedemdziesiątych XX w. zachęciła pracowników służby zdrowia do komunikowania się z pacjentami. Podkreśla, jak istotna jest relacja między profesjonalistami a chorymi. Właściwy, miły styl komunikacji z pacjentem jest konieczny, ale okazało się, że nie jest wystarczający do zmiany zachowań w zakresie *adherence*,
- *cognitive perspective* – perspektywa poznawcza – obejmuje model przekonań zdrowotnych [Becker, Maimam, 1979], teorię społeczno-poznawczą [Bandura, Simon, 1977], teorię planowanego zachowania [Ajzer, Fishbein, 1980] oraz teorię ochrony i motywacji [Rogers, Prentice – Dunn 1997],
- *self-regulatory perspective* – perspektywa samoregulacji.

W raporcie *Współodpowiedzialność w procesie leczniczym. Stan obecny i rekomendacje dla Polski* [2019] autorzy starali się przedstawić pojęcie *adherence* jako podstawę współodpowiedzialności za proces terapeutyczny.

Brak równości w zakresie wiedzy nie oznacza braku wzajemności w relacjach. Złamanie paradygmatu maszyny zapoczątkowanego u Schweitzera możliwe jest przez właściwą interpretację pojęcia „profesjonalista”. Zdaniem Rogozińskiego profesjonalistą staje się dopiero taki lekarz, dla którego naturalna podatność organizmu na zapadanie w chorobę nie jest jedynym i wystarczającym uzasadnieniem wykonywanej profesji. Warunkami, które muszą być spełnione, aby być profesjonalistą, są wysokie (najwyższe z możliwych) kwalifikacje zawodowe, których posiadanie potwierdzone zostało dyplomem akademickim. W odróżnieniu od innych zawodów usługowych wprowadzony zostaje obowiązek zrzeszania się, tzn. profesjonalista musi być członkiem organizacji samorządu zawodowego (korporacji). Usługi profesjonalne są zorientowane przede wszystkim – co nie znaczy, że wyłącznie – na obsługę sfery biznesu, z czego wyciąga się błędny wniosek o braku ich związku z sektorem publicznym. Świadczenie usługi przez profesjonalistę oznacza rozwiązywanie bardzo ważnego dla usługobiorcy problemu, stąd ogromne znaczenie zaufania, jakim obdarza on wykonawcę. Dlatego zawód staje się swego rodzaju powołaniem, tzn. wykonywaniem szczególnie społecznie wyróżnionej funkcji, dlatego etos profesjonalisty nie może być zdominowany przez biznes. Uzasadnieniem dla wysokiego etosu jest odpowiedzialność za sferę publiczną, spełniana i gwarantowana przez korporacyjny nadzór [Rogoziński 2009, s. 23–24, 32, 40–41].

Rogoziński, omawiając kwestie komunikacji, wyróżnia jej trzy rodzaje [Rogoziński 2009, s. 193]:

- *komunikacja behawioralna* – została tak nazwana z powodu wykorzystania prostego Skinnerowskiego modelu: S – R, w którym impuls/bodziec wysłany przez jedną osobę wywołuje reakcje u jakiejś innej osoby, a przestrzeń między nimi to przepastna otchłań,
- *komunikacja interakcyjna albo cybernetyczna* – dostrzeżona zostaje teraz reakcja zwrotna, owo cybernetyczne sprzężenie zwrotne, co pozwala sądzić, że zamiast pojedynczo wziętej akcji zaistniała teraz interakcja,



- *komunikacja relacyjna* – komunikacja refleksyjna. Od tego dopiero momentu pojawia się możliwość dostrzeżenia walorów rozmowy. A więc najpierw przekształcająca się w spotkanie relacja pozwala dostrzec, kto jest uczestnikiem dialogu. A ponieważ można założyć wielość spotkań, każda ponownie nawiązana rozmowa pozwala dostrzec zmianę w tożsamości mówcy.

Drugi etap konsumeryzmu wg Iliffe'a i Mathorpe'a to ukształtowanie się drugiej generacji pacjentów. Dbałość o ciało, budowanie tożsamości stają się nowym trendem, zwłaszcza wśród kobiet. Możliwość doskonalenia poprzez interwencje chirurgiczne (chirurgia plastyczna), farmakologiczne (leki poprawiające nastrój, samopoczucie), genetyczne (inżynieria genetyczna) i cybernetyczne są środkami do osiągnięcia wiecznej młodości i idealnego piękna. Opublikowana w latach siedemdziesiątych XX w. książka Baudrillarda [2017], skupiająca się na procesie i znaczeniu konsumpcji we współczesnej kulturze, wskazuje wyraźnie na wpływ środków masowego przekazu zwłaszcza na zamożną część społeczeństwa. Autor pisze, że „system potrzeb jest produktem systemu produkcji. Codzienne życie zmienia się poprzez kuszące techniczne rozwiązania problemów cielesnych, a produkcja stwarza potrzebę, karmiąc kulturę wad cielesnych obietnicami poprawy”. W takiej sytuacji profesjonalista – lekarz spotyka się z żądaniem konsumenta, mając trzy możliwości rozwiązania: zgodzić się na żądania pacjenta lub też, powołując się na wiedzę medyczną, stanowczo stwierdzić, że nie można wykonać zabiegu albo że nie jest to możliwe w danym przypadku, oraz trzecia możliwość – wskazać, iż sumienie lekarza nie pozwala na wykonanie usługi. Brak zgody na świadczenie rozpoczyna proces turystyki medycznej, pacjent często nie rezygnuje, a jedynie szuka innego usługodawcy.

Trzecia generacja klientów tworzących nurt konsumeryzmu to pacjenci/obywatele odpowiedzialni, racjonalni w podejmowaniu decyzji, świadomi i proaktywni. Droga od pacjenta do konsumenta jest długa i nakłada odpowiedzialność za wspólne podejmowanie decyzji. Robinson [2005] wskazuje na konieczność wprowadzenia „zarządzanego konsumeryzmu”, który połączy na rynku z jednej strony opiekę skoncentrowaną na pacjencie, z drugiej zaś konkurencyjność dostawców usług. Natomiast Calnan i Gabe [2001], opisując wpływ konsumeryzmu na brytyjską służbę zdrowia, zmian upatrują w tworzeniu quasi-ryнку, a polityka zdrowotna ich zdaniem powinna być oparta na stworzeniu stanowiska nowego menedżera i nowych struktur organizacyjnych, aby doprowadzić do partnerstwa w relacjach usługodawca i usługobiorca, biorąc pod uwagę prawa obywatelskie tych ostatnich. Williams i Dickinson [2015] uważają, że w pełni zaangażowane społeczeństwo to w pełni zaangażowany obywatel, odpowiedzialny za własne zdrowie, działający profilaktycznie, który angażuje się w udane starzenie się, samodzielnie zarządza środowiskiem, w którym żyje, i korzysta z usług jako prosument.

Zajęcie się działaniami profilaktycznymi w stosunku do osób starszych jest wyzwaniem niejednego rządu. Warto zwrócić uwagę na reformę wprowadzoną przez Baracka Obamę w 2010 r. Odnosiła się ona do opieki długoterminowej i zwiększenia nadzoru nad osobami starszymi w ramach opieki domowej. Jak donosi „Healthline” w artykule *Seniors*

*in the United States Less Healthy Than in Other Countries* [healthline.com] (dd.15.12.2020)] do 2060 r. co czwarty Amerykanin będzie miał 65 lat i więcej. Starzenie się społeczeństwa wymaga wzmocnienia systemu opieki zdrowotnej zarówno w zakresie organizacji, jak i finansowania. Z badań *Commonwealth Fund 2017* „Older Adults in US Sicker Than Those in Other Countries” [commonwealthfund.org (dd.15.12.2020)] wynika, że tylko w Stanach Zjednoczonych prawie jedna czwarta pacjentów (23%) pomija zalecane badania, nie wykupuje recept, pomija dawki leków lub też nie odwiedza lekarza ze względu na koszty. Rowe i Kahn [1997] wskazują, że udane starzenie się jest pojęciem wielowymiarowym i obejmuje unikanie chorób i niepełnosprawności, utrzymanie funkcji fizycznych oraz działania profilaktyczne.

Samozarządzanie to kolejne podejście w ramach konsumeryzmu. Chęć pacjenta do podejmowania działań na rzecz poprawy zdrowia wydaje się tylko pozornie oczywista. Odchodzi się od edukacji pacjenta w kierunku uczenia/nauczania, zachęcania do zdrowych zachowań i wspierania strategii zarządzania objawami. I. Silver wskazuje, że tematyka zarządzania swoim stanem została wprowadzona w Wielkiej Brytanii w 1990 r. W 2002 r. Departament Zdrowia Anglii (DH) wprowadził do NHS program samozarządzania chorobami przewlekłymi oraz podstawowy program dla pacjentów ekspertów (PPE). Program dla samozarządzania został wprowadzony przez Uniwersytet Stanforda w Kalifornii i ma na celu zapewnienie pacjentom umiejętności samokontroli, pewności siebie oraz dostarczenia wiedzy, aby lepiej zarządzać swoim stanem na co dzień i poprawiać jakość życia. Ham w 2017 r. opisywał program „Perspektywa pięciu lat naprzód”, w którym lokalne społeczności są zaangażowane w aktywne podejmowanie decyzji i to, w jaki sposób usługi mają być dostarczane. Idea zaangażowanego społeczeństwa jest tak samo ważna jak idea zaangażowanego pacjenta. Rząd Wielkiej Brytanii zaczął realizować we współpracy z Nesta Health Foundation program „Realizacja wartości” [*Realising the Value. Empowering People Engaging Communities*]. Przedstawiono w nim taki model opieki, w którym pacjent i społeczeństwo znajdują się w centrum zdrowia i centrum dobrostanu [<https://www.nesta.org.uk/project/realising-value/> (dd. 15.12.2020)]. Wynikiem trwającego przez 18 miesięcy programu było wskazanie zaleceń do tworzenia wspólnej wartości: skoncentrowanie na pacjentach i społeczeństwie poprzez wzmocnienie sektora wolontariatu, społeczności i przedsiębiorstw, które miałyby stworzyć klaster porozumienia między obywatelami, rodzinami, społecznościami i systemem opieki zdrowotnej. Społeczny system zdrowia ma łączyć w sobie opiekę kliniczną z trwałym wsparciem społecznym.

Następnym trendem w ramach trzeciej generacji jest prosumeryzm. Wprowadzone przez Tofflera [1980] w książce *Trzecia fala* pojęcie łączy konsumenta kreującego wartość poprzez współtworzenie z procesem konsumpcji usług.

Wytworzenie symetrii relacji między profesjonalistą a pacjentem jest możliwe, choć będzie trudne do osiągnięcia ze względu na ciągły postęp, który wymaga edukacji personelu, a dopiero później pacjenta. Domaganie się informacji, przekładanie i tłumaczenie jej pacjentom to nieustanna praca zaczynająca się od nowa wraz z nowymi metodami leczenia i pielęgnacji.

Pacjent trzeciej generacji na trzeciej fali. Świadomy, zdecydowany, oszczędny, współpracujący i współtworzący. Partner w systemie opieki zdrowotnej, który poprzez skuteczne starzenie się, samozarządzanie i prosumeryzm staje się świeckim ekspertem od systemu opieki zdrowotnej.

Zainteresowanie polityków i urzędników współudziałem pacjenta pojawiło się dopiero za sprawą nie tyle nagłośnienia medialnego, co kontekstu finansowego. Zachęcanie do udziału we wzmacnianiu własnego zdrowia, grupy samopomocy tworzone przez alkoholików, organizacje charytatywne zajmujące się zdrowiem psychicznym nie tylko współdzielą odpowiedzialność, ale w dużej mierze umniejszają koszty społeczne. Za retoryką dbania o pacjenta pojawia się rachunek ekonomiczny. Okólniki o nowych zadaniach menedżerów, reprezentowaniu wspólnoty i wspólnych interesach, są uzupełnieniem zespołów do spraw zarządzania.

## 4. Podsumowanie

Pojęcie pacjenta jako konsumenta jest wielowątkowe. Dotyczy nie tylko asertywnych zachowań, ale badań społecznych, zbiorowych kampanii i udziału w kształtowaniu sfery publicznej. Podejmowane inicjatywy partycypacyjne w sferze życia polskich realiów opieki zdrowotnej nie zmieniły sfery politycznej. Niewątpliwie poczyniono postępy, zwłaszcza w odniesieniu do szczebli lokalnych, ale nie zmieniły się chociażby rzeczywiste wpływy i relacje z lekarzami pierwszego kontaktu.

Rozważania podjęte w artykule upoważniają do zaproponowania zmian w wymiarze podmiotowym i stosunków międzyludzkich polegających na wyraźnym wsparciu dla konsumentów oraz stworzeniu symetrii relacji, która staje się fundamentem gwarantującym tworzenie wartości. W niniejszej pracy uznano, że można sięgnąć po rozwiązania i doświadczenia zaczerpnięte z systemów opieki zdrowotnej Wielkiej Brytanii i Stanów Zjednoczonych. Społeczna reakcja na konieczność zmian oraz upodmiotowienie pacjenta powinny się stać inspiracją do dalszych badań i poszukiwań.

## Bibliografia

1. Ajzen I, Fishbein M. [1980], *Understanding Attitudes and Predicting Social Behavior*, Englewood Cliffs, NY, Prentice Hall.
2. Baudrillard J. [2017], *The Consumer Society: Myths and Structures*, Sage, London.
3. Becker M, Maiman L. [1979], *Patient Perceptions and Compliance; Recent Studies of the Health Belief Model*, w: Haynes R.B., Taylor D.W., Sackett D.L. (eds.) *Compliance in Health Care*, Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press.
4. Black, D. (ed.) [1980], *Inequalities in Health*, Report of a Research Working Group, Department of Health & Social Services, London.

5. Bogusławski S., Czech M. (red.) [2019], *Współodpowiedzialność w procesie leczniczym. Stan obecny i rekomendacje dla Polski*, PTE, Warszawa.
6. Calnan M., Gabe J. [2001], *From Consumerism to Partnership? Britain's National Health Services at the Turn of the Century*, "Ont J Health Serv", vol. 31, no. 1.
7. Clarke See J., Newman J.E., Smith N., Vidler E., Westmarland L. [2006], *Creating Citizen-Consumers*, London: Sage.
8. Cooter R. [1995], *The Resistible Rise of Medical Ethics*, "Social History of Medicine", vol. 8, no. 2.
9. Dobska M. [2013], *Reorientacja w zarządzaniu przekształconym podmiotem leczniczym*, Wydawnictwo UEP, Poznań.
10. Dobska M. [2020], *Adherencja. Współodpowiedzialność i współdziałanie w procesie leczenia*, Wydawnictwo PTE, Poznań.
11. Enthoven A.C. [1988], *Theory and Practice of Managed Competition in Health Care Finance*, North Holland Press, Amsterdam.
12. Goerak-Onoszko J. [2017], *Sprawa Charliego Gardy. Krzyczy się o prawie do życia, ale nie wolno myśleć o prawie do śmierci*, „Polityka”, 8.07.
13. Goffman E. [1961], *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates*, Penguin, London.
14. Gusmano M.K., Mascchke K.J., Solomon M.Z. [2019], *Patient-Centered Care, Yes; Patients as Consumers, No*, "Health Aff", no. 38.
15. Ham C. [2017], *Next Steps on the NHS Five Year forward View*, "BMJ", no. 357.
16. Harrison S., McDonald R. [2008], *The Politics of Healthcare in Britain*, Sage, London.
17. Heschel A. [2001], *Człowiek nie jest sam*, Znak, Kraków.
18. Hilton M. [2003], *Consumerism in Twentieth-century Britain: The Search for a Historical Movement*, Cambridge University Press, Cambridge.
19. Hogg C. [1991], *Healthy Change: Towards Equality in Health*, Socialist Health Association, London.
20. <http://usluga.edu.pl> (dd. 15.12.2020).
21. <https://www.nesta.org.uk/project/realising-value/> (dd. 15.12.2020).
22. Iliffe S., Mathorpe J. [2020], *Medical Consumerism and the Modern Patient: Successful Ageing, Self-management and the Fantastic Prosumer*, "Journal of the Royal Society of Medicine", vol. 113, no. 9.
23. Instytut Badań nad Sprawami Konsumentckimi [1963], *Praktyka ogólna: Komentarz konsumentcki*, RICA, Londyn.
24. Johnson M.J. [1977], *Patients: Receivers or Participants?*, w: K. Barnard, K. Lee (eds.), *Conflicts in the National Health Service*, Croom Helm, London.
25. Kang L., Pedersen N. [2019], *Szarlatani*, Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, Kraków.
26. Le Grand J. [2007], *The Other Invisible Hand: Delivering Public Services Through Choice and Competition*, Princeton University Press, Princeton.
27. Levenson T. [red.] 1996, *Asthma Deaths Confounded by Substance Abuse. An Assessment of Fatal Asthma*, "Chest", no. 110.

28. Leventhal H., and Cameron L., [1987] *Behavioral theories and the problem of compliance*, "Patient Education and Counseling", 10, 117–138.
29. Łuków P. [2005], *Granice zgody. Autonomia zasad i dobro pacjenta*, Scholar, Warszawa.
30. Murray R., Gilbert J., Goffey A. [2015], *Post-post-fordism in the Era of Platforms*, Lawrence and Wishart.
31. National Archives of the United Kingdom [1972], Kew, Londyn MH 159/419, Dodds to Gedling, 16.10.
32. O'Hara G. [2012], *The Complexities of 'Consumerism': Choice, Collectivism and Participation within Britain's National Health Service, c.1961 – c.1979*, "Social History of Medicine", vol. 26, no. 2.
33. Pilnick A., Dingwall R. [2011], *On the Remarkable Persistence of Asymmetry in Doctoral/patient Interaction: A Critical Review*, "Social Science and Medicine", no. 72.
34. Robb B. [1967], *Sans Everything: A Case to Answer*, AEGIS.
35. Robinson J.C. [2005], *Managed Consumerism in Health Care*, "Health Aff", Nov – Dec. 24, no. 6.
36. Rogoziński K. [2009], *Zarządzanie profesjonalną praktyką medyczną*, Wydawnictwo Wolters Kluwer, Warszawa.
37. Rowe J.W., Kahn R.L. [1997], *Successful Aging*, "The Gerontologist", no. 8.
38. Shaw I., Aldridge A. [2003], *Consumerism, Health and Social Order*, "Social Policy and Society", vol. 2, no. 1.
39. Silver I. [2018], *Bridging the Gap: Person Centred, Place-based Self-management Support*, "Future Healthc J", vol. 5, no. 3.
40. Thane P. [2005], *Michael Young and Welfare*, "Contemporary British History", vol. 19, no. 3.
41. Titmuss, R. [1970], *The Gift Relationship. From Human Blood to Social Policy*, George Allen & Unwin, London.
42. Toffler A. [1980], *The Third Wave*, Morrow, New York.
43. Trentmann F. [2006], *The Modern Genealogy of the Consumer: Meanings, Identities and Political Synapses*, w: J. Brewer, F. Trentmann (eds.), *Consuming Cultures, Global Perspectives: Historical Trajectories, Transnational Exchanges*, Berg, Oxford.
44. Williams I., Dickinson H. [2015], *Going it Alone or Playing to the Crowd? A Critique of Individual Budgets and the Personalization of Health Care in the English National Health Services*, "Austral J Public Admin", no. 75.
45. Williams R. [1976], *Keywords: A Vocabulary of Culture and Society*, Fontana, London.
46. Vincent J. [2006], *The Moral Expertise of the British Consumer, A Debate Between the Christian Social Union and the Webbs*, w: A. Chatriot, M.-E. Chessel, M. Hilton (eds.), *The Expert Consumer: Associations and Professionals in Consumer Society*, Ashgate, Aldershot.
47. Young M. [1983], *The Four Purposes and Six Methods*, "Self Health", no. 1.

---

## Medical Consumerism: Changing Patient's Position

---

### Abstract

Medical consumerism brings together diverse threads: from helping patients to make good choices through overcoming the paternalistic model up to reformist grassroot movements advocating prevention, healthy lifestyle in cooperation with local communities and governments, and the most important postulate: increasing patient engagement in making medical decisions, co-participation and co-creation. Considerations discussed in this paper have led to putting forward changes that address stakeholders and human relations. The discourse that has been going on in the UK and in the United States and current reports on adherence highlight the urgency with which solutions that counteract threats should be put in place. The subject taken up in this paper calls for interdisciplinary studies that would allow to assess the degree of patient's engagement in the development of medical policy.

**Keywords:** patient, consumer, prosumer, consumerism, medical services, rendering services

**JEL classification code:** M2

---