

Niepewność, korupcja i granice podmiotowości w medykalizującym się świecie z perspektywy teorii władzy Michela Croziera i Erharda Friedberga

Maciej Gurtowski¹

Streszczenie

Tekst otwiera rekonstrukcja koncepcji władzy Michela Croziera i Erharda Friedberga. Zdaniem francuskich socjologów ograniczenia instytucjonalne są bardziej korzystne dla niektórych aktorów, a mniej korzystne dla innych. Owa różnica związana jest z różnym zasięgiem kontroli obszarów niepewności. Im większy zakres niepewności kontroluje dany aktor, tym większą ma on władzę. W tym kontekście korupcja pełni funkcję redukującą niepewność wpisaną w dany ład organizacyjny, zaś obszary niepewności w organizacji są jednocześnie czynnikami korupcjogennymi. W drugiej części wywodu scharakteryzowana zostaje medykalizacja, rozumiana jako proces poszerzania granic stosowności medycyny na kolejne obszary życia społecznego. Jej konsekwencją jest powierzenie kadry medycznej kontroli nad coraz większymi obszarami niepewności. Polska służba zdrowia, w świetle dostępnych badań, postrzegana jest jako obszar szczególnego nasilenia korupcji. Uważa się także, że w relacjach lekarz-pacjent ten drugi traktowany jest przedmiotowo. Fenomen ten tłumaczy teoria Croziera i Friedberga pokazująca, że korupcja jest konsekwencją dążenia pacjentów do upodmiotowienia się poprzez próbę wpływania na pozostające poza ich kontrolą obszary niepewności.

Słowa kluczowe:

niepewność, korupcja, granice, medykalizacja, podmiotowość

Link do artykułu:

http://www.pogranicze.uni.opole.pl/biblioteka/docs/tom4/gurtowski_t4n2.pdf

Standard cytowania (APA):

Gurtowski, M. (2016). Niepewność, korupcja i granice podmiotowości w medykalizującym się świecie z perspektywy teorii władzy Michela Croziera i Erharda Friedberga. *Pogranicze. Polish Borderlands Studies*, t. 4, nr 2, s. 193-214.

Znany francuski socjolog Michel Crozier, badając w połowie XX w. rozrastającą się w jego kraju biurokrację (Crozier 1967), niespodziewanie odkrył pewną uniwersalną formułę władzy. Określić można ją skrótowo w ten sposób, że tym większą ktoś ma władzę im bardziej rozmyte są ograniczenia możliwości jego działania, czyli im większą ma on/ona kontrolę nad sferą niepewności. I *vice*

1 Dr Maciej Gurtowski - asystent w Zakładzie Interesów Grupowych, Instytut Socjologii UMK w Toruniu (urtowski@gmail.com).

versa, tym bardziej ktoś jest władzy podporządkowany, w im większym stopniu możliwości jego działania są sztywno ograniczone. Systematycznemu wykładowi tejsze koncepcji władzy Crozier poświęcił napisaną wraz z Erhardem Friedbergiem książkę *Człowiek i system. O ograniczeniach działania zbiorowego*. Celem niniejszego tekstu jest zademonstrowanie, jak trafna i aktualna jest teoria Croziera i Friedberga w tłumaczeniu zjawiska korupcji jako reakcji na ograniczenia podmiotowości jednostki we współczesnym, coraz bardziej medykalizującym się świecie. Proces medykalizacji polega na rozszerzaniu granic stosowalności medycyny na kolejne obszary życia społecznego, do tej pory zajmowane przez inne dziedziny, np. przez politykę, religię czy filozofię. Będziemy dążyć do uzasadnienia tezy, że korupcja jest przejawem próby odzyskania przez jednostkę podmiotowości w dążeniu do kontrolowania tak istotnego dla niej obszaru niepewności, jakim jest życie i zdrowie. Rozpocniemy od zrekonstruowania części wywodu z *Człowieka i systemu*, aby lepiej zrozumieć znaczenie relacji między władzą, niepewnością i korupcją, zaś celem będzie odniesienie tych kategorii i relacji między nimi do sytuacji w świecie społecznym coraz bardziej regulowanym przez medycynę.

Crozier i Friedberg (1982: 21) rozpoczynają swój wywód pytaniem: w jakich warunkach i za jaką cenę możliwe jest zorganizowane współdziałanie ludzi? Uprzedzając nieco wywód, od razu odpowiemy, że ową ceną jest między innymi korupcja, niewolnictwo, jazda na gapę, czy nierówności społeczne. Ludzie łączą się w grupy w celu rozwiązania jakiegoś problemu naturalnego (np. głodu, potrzeby schronienia, choroby itd.), ponieważ grupa ludzi może zdziałać więcej niż jednostka (zob. Heinrich i Heinrich 2007). Działanie zbiorowe ludzi to swoista koalicja przeciw naturze. Zdaniem francuskich autorów, każdy problem naturalny, rozwiązywany grupowo, nie ma obiektywnie najlepszego rozwiązania. Zanalizujmy poniżej konsekwencje tego faktu.

Miara powodzenia w rozwiązywaniu problemu jest zawsze zrelatywizowana do subiektywnego interesu osób biorących w nim udział. Coś, co „obiektywnie” wydaje się powodzeniem, z punktu widzenia dobra grupy, nie musi być sukcesem poszczególnych jej członków. Rozważmy następujący przykład: „udane” polowanie, dzięki któremu zbiorowość zapewniła sobie żywność, jest sukcesem wyłącznie dla tych jej członków, w których osobistym interesie jest ogólna sytość. A tak być nie musi. Zaspokojenie głodu całej grupy podtrzymuje jej *status quo*, które nigdy nie jest jednakowo satysfakcjonujące dla jej członków. Klęska głodu i dziesiątkowanie grupy, hipotetycznie leży w osobistym interesie mniej atrakcyjnego seksualnie członka grupy, którego wartość wzrosła w sytuacji mniejszej konkurencji. Obserwator zewnętrzny może oceniać rozwiązanie naturalnego problemu przez współdziałającą grupę jako najlepsze,

tylko pod kątem arbitralnie przypisanego przez siebie grupie interesowi. A co, jeśli każdy członek grupy szczerze optuje za tym samym rozwiązaniem? Przecież taka sytuacja także jest możliwa i raczej nierzadka. Crozier i Friedberg, nieco aforystycznie odpowiadają: jeżeli dany problem ma jedno powszechnie akceptowane rozwiązanie, to nie jest to problem (tamże: 29).

Konkretny przejaw zorganizowanego współdziałania, zdaniem autorów *Człowieka i systemu*, nie jest ani „obiektywnie” najlepszy, ani konieczny. Ów brak konieczności oznacza potrzebę odrzucenia przekonania o specyficznym rozumianym zdeterminowaniu form działania zbiorowego, a w konsekwencji np. struktury instytucji, przez jakieś transcendentne, uniwersalne i determinujące prawa. Zdaniem francuskich socjologów, nie ma żadnej pojedynczej i koniecznej ewolucji form społecznego współdziałania, choć od siebie musimy dodać, że nie może tu być także mowy o zupełnej dowolności. Dane rozwiązania organizacyjne są zawsze arbitralne, ukształtowane historycznie. Organizacja utrwała się poprzez wąską instytucjonalizację i poprzez szersze wpisanie w system kulturowy (tradycja, zwyczaj, etyka) oraz na późniejszym etapie – przez formalizację prawną (tamże: 22; por. uwagi na temat funkcji formalizacji w: Zybortowicz 2012: 37). Wybór rozwiązania jakiegoś problemu ma zawsze genezę społeczną, historyczną, kontyngentną (jak lubili to określać postmoderniści); zaś korzyści z przyjęcia danego sposobu zbiorowego rozwiązywania problemów z konieczności są dla aktorów nierówne.

Dane działanie konkretnego aktora społecznego może być postrzegane jako swoisty kompromis, zawierany każdorazowo unikalnie, między jego celami a kontekstem sytuacji. Wyznacza on szanse, które aktor stara się wykorzystać i zagrożenia, których będzie unikał. Zdaniem Croziera i Friedberga, cele aktora zwykle są krótkoterminowe i zmienne, dlatego działanie człowieka powinno być analizowane jako racjonalne tylko w kontekście danej sytuacji (Crozier i Friedberg 1982: 57-58). Autorzy ci przytaczają za Jean-Paul Sartrem ciekawy przykład – człowieka, który w obliczu zagrożenia traci przytomność. Utrata świadomości pozornie wydaje się nieracjonalna, ponieważ uniemożliwia podjęcie działań zmierzających do przeciwstawienia się niebezpieczeństwu. Stawiając sprawę w taki sposób, zewnętrzny obserwator ponownie arbitralnie i niesłusznie (bo nie stoi za tym żadna „obiektywna” racja) imputuje obserwowanemu podmiotowi interes. Racjonalność utraty przytomności polega na tym, że człowiek, nie mogąc poradzić sobie z dyskomfortem psychicznym, spowodowanym poczuciem zagrożenia, „wybiera” zerwanie kontaktu z jego źródłem. Warto tu wskazać, że podobny efekt wywołuje się współcześnie poprzez zażywanie antydepresantów – poczucie zagrożenia i deprywacji względnej najczęściej powodowane przez umiejscowienie

w dołach hierarchii społecznej (Wilkinson i Pickett 2011) jest zagłuszane przez leki blokujące wydzielanie hormonów „odpowiedzialnych” za nieprzyjemne odczucia (Gurtowski 2014).

Funkcjonowanie każdej organizacji generuje skutki niezamierzone i aktorzy społeczni w niej działający podejmują indywidualne działania najczęściej traktowane jako sytuacyjnie racjonalne. Natomiast ich wypadkowy skutek bywa przez nich często nieoczekiwany i niepożądany. Sytuacja ta bywa współcześnie określana jako działanie „niewidzialnej ręki” (zob. Nozick 1994) i nie chodzi tu tylko o mechanizm rynkowy. Rozważmy następujący przykład: funkcjonariusze pewnej instytucji angażują się w transakcję korupcyjną, w celu uzyskania określonej nienależnej korzyści. Efektem skorumpowania funkcjonariuszy instytucji może być jej nefunkcjonalność, choć żaden z aktorów nie dążył wprost do jej spowodowania. Wchodzący w transakcje korupcyjne raczej działają dla własnego, subiektywnie postrzeganego zysku, a nie z motywacji mizantropijnych. Podobnie kłopoty finansowe w służbie zdrowia nie leżą w interesie lekarzy i pacjentów. Jedni i drudzy, angażując się w wymiany łapówkowe, przyczyniają się do zmiany efektywności systemu ochrony zdrowia. Zdaniem Croziera i Friedberga, to właśnie pojawienie się niezamierzonych efektów jest głównym problemem działania zbiorowego (Crozier, Friedberg 1982: 23). W podobnym tonie Karl Rajmund Popper postulował, aby stały się one głównym zainteresowaniem nauk społecznych (Popper 1992: 17).

Jak przekonują Crozier i Friedberg, każda instytucja działa ograniczająco na dowolność działań aktorów (por. North 1992), jednak przymus nie jest całkowity. Warto tu przywołać spostrzeżenia Ervinga Goffmana (1981), który analizując zachowania więźniów obozów koncentracyjnych i pacjentów szpitala psychiatrycznego, stwierdził, że mimo maksymalizacji kontroli, zachowali oni pewną autonomię działań. Regulacje organizacyjne wyznaczają pole działania, generując szanse i zagrożenia, zaś człowiek zazwyczaj posługuje się kalkulacją, oraz ma zdolność adaptacji do najróżniejszych warunków. Co więcej, aktor społeczny twórczo wykorzystuje ograniczenia instytucji dla własnych celów, a także modyfikuje swoje cele pod wpływem tychże ograniczeń (Crozier i Friedberg 1982: 45-58). W tym kontekście korupcja jawi się jako „twórcze” wykorzystanie ram instytucji dla partykularnych celów. Formalne ramy organizacyjne instytucji wyznaczają możliwe obszary aktywności nieformalnych, nie tylko i nie głównie na zasadzie opozycji np.: wykorzystanie luki prawnej.

Anonimowy pamiętnikarz z Litwy, na początku XX wieku pisał, że „chciwość (w kontekście korupcji – przyp. aut.) jest odwetem urzędników niższej rangi wobec ich zwierzchników” (cyt. za Chwalba 2006: 206). W warunkach silnie

zhierarchizowanego systemu społecznego podziału pracy, który formalnie lokuje pewnych aktorów w sytuacji korzystniejszej niż innych, ci drudzy mogą szukać właśnie nieformalnych źródeł rekompensaty.

Niepewność i władza

Współpracując ludzie dzielą między siebie różne zadania. Problem trwały lub powracający cyklicznie, stymuluje utrwalenie podobnego sposobu rozwiązywania go. W efekcie powstają instytucje i różne w nich funkcje sprawowane przez ludzi. Odmienne umiejscowienie w organizacji stawia jej członków w różnej relacji do problemu. Skutkuje to powstaniem różnic w możliwości wpływania na jego rozwiązanie. W konsekwencji każde zorganizowane (czyli z podziałem funkcji) działanie ludzi, generuje relacje władzy.

I tu przechodzimy do sedna teorii władzy francuskich socjologów. Autorzy *Człowieka i systemu* twierdzą, że każde współdziałanie ludzi związane jest z niepewnością. Crozier i Friedberg definiują ją jako stopień nie-zdeterminowania konkretnych rozwiązań problemu (Crozier i Friedberg 1982: 29). Niepewność z perspektywy problemu oznacza władzę z punktu widzenia aktorów. Różni aktorzy znajdują się w odmiennej relacji względem stopnia nie-zdeterminowania efektów działań. Najprostszy przejaw takiej sytuacji jest przewaga wiedzy. Pewne funkcje w organizacji dają większy wpływ na rozwiązanie problemów niż inne. Pozwalają na różny stopień kontroli niepewności. Im większy obszar niepewności kontrolowany przez aktora, tym większa jego władza w danej relacji (tamże: 27-30).

System opieki zdrowotnej to zorganizowany sposób rozwiązywania problemu, np. chorób i uszkodzeń ciała. Problem ten zostaje społecznie zdefiniowany w ten sposób, że dysfunkcje zdrowotne mają swoje przyczyny i uwarunkowania, które można poznać, a ich kontrolowanie pozwala na wyleczenie. Owo zdefiniowanie nie jest jedynym obowiązującym, bo możliwe są i alternatywne, takie jak: choroby są karą za grzechy, a wyleczyć je można dobrym prowadzeniem się lub pokutą. Funkcja lekarza daje duży wpływ na kontrolę niepewności związanej z chorobą. Asymetria tego wpływu nie wynika już wyłącznie z wiedzy lub doświadczenia, ale jest także utrwalona przez sankcje formalne (np: prawo wykonywania zawodu). Lekarz w relacji do pacjenta (w toku kooperacji w celu rozwiązania problemu) ma władzę. Nie powinna być ona traktowana jako trwale przypisana podmiotowi. Jest ona atrybutem relacji między jednostkami. Przykładowo: chory może być królem, a lekarz jego poddanym.

Crozier i Friedberg określają władzę jako swoisty stosunek wymiany, której zawsze towarzyszą negocjacje. I jest to bardzo istotne założenie, dlatego

zwróćmy uwagę, że francuskim socjologom chodzi tu o negocjacje w szerokim rozumieniu, a nie jako procedurę negocjacyjną właściwą dla współczesnej kultury korporacyjnej. Negocjacje, o których tu mowa, trafnie byłoby przyrównać do procesu osiągnięcia konsensusu.

Crozier i Friedberg, charakteryzując władzę, wychodzą od klasycznej definicji Roberta A. Dahla, która głosi, że władza to „zdolność osoby A do spowodowania, aby osoba B zrobiła coś, czego bez interwencji A nie zrobiłaby”. Koncepcja Dahla, wywodząca się z paradygmatu behawioralnego może dziś sprawiać wrażenie silnie redukcjonistycznej i budzić uzasadnione reakcje krytyczne, co nie zmienia faktu, że posłużyła ona jako punkt wyjścia dla ważnej części wyводу Croziera i Friedberga, którzy uzupełniają ją następującymi cechami:

- instrumentalność – cel aktora motywuje go do zaangażowania swoich zasobów w wymianę z innymi,
- nieprzechodniość – jeżeli X ma władzę nad Y, a Y ma władzę nad Z, to nie oznacza to, że X ma władzę nad Z (choć jest to prawdopodobne),
- wzajemność – relacji władzy towarzyszą negocjacje i wymiana; jeżeli X nie angażuje żadnych zasobów w relacje z Y, a Y wywiera wpływ na X, to X nabiera statusu rzeczy, czyli w tym ujęciu nie występuje tu stosunek władzy, ale raczej manipulacja obiektem (tamże: 67-70).

Wymianę inicjuje bodziec chęci osiągnięcia celu, czyli odniesienia korzyści lub uniknięcia straty. Stopień kontroli obszaru niepewności, który dotyczy partnera wymiany, ma wpływ na negocjacje lepszych warunków transakcji. Jeżeli nie jest adekwatny dla danej relacji, nie może on być atutem w negocjacjach. Im pewniejsze (czyli mniej obciążone niepewnością) jest działanie partnera wymiany, tym mniejsze są towarzyszące jej koszty transakcyjne. Przykładowo: przywódca musi zaangażować więcej zasobów w uzyskanie posłuszeństwa ze strony poddanych o podejrzaną (obciążoną niepewnością) lojalność. Podobnie, jeśli sprzedawca wie, że klient bardzo pożąda towaru (duża pewność sprzedaży), może zażądać wyższą cenę.

Im bardziej istotna jest dana sfera niepewności kontrolowana przez określonego aktora dla organizacji, tym większą ma on w niej władzę. Crozier i Friedberg zaproponowali następującą typologię źródeł władzy w organizacji (tamże: 82-88). Obejmuje ona następujące kategorie:

- władza eksperta – wynika z opanowania rzadkich i cennych kompetencji; im trudniejsze do zastąpienia i bardziej niezbędne dla funkcjonowania organizacji są zasoby eksperta, tym lepsze może negocjować dla siebie przywileje i uprawnienia;

- władza łącznika „zewnętrzny” – wynika z kontroli powiązań organizacji z otoczeniem; to także władza mediów, które pośredniczą w dystrybucji informacji;
- władza łącznika „wewnętrzny” – wynika z kontroli przepływu informacji i kapitału wewnątrz organizacji i źródłem władzy jest tu pozycja w strukturze instytucji²;
- władza kontrolującego przepisy – ponieważ reguły funkcjonowania każdej organizacji określają kluczowe dla niej źródła niepewności, możliwość manipulowania nimi daje władzę; nie tylko sama możliwość zmiany reguł, ale również nadzór nad ich wypełnianiem stawia aktora w lepszej pozycji do negocjacji korzyści.

Autorzy podają ciekawy przejaw władzy czwartego typu, który polega na tolerowaniu przez osobę kierującą instytucją nieprawidłowości w działaniach jej personelu. „Kierownik” dzięki wstrzymaniu sankcji i zachowaniu możliwości jej późniejszego zastosowania, zyskuje dodatkowy atut w negocjacjach z podwładnymi (tamże: 87-88). Podobną sytuację opisał amerykański badacz wywiadu Angello Codevilla, który twierdził, że Panama i Syria były reżimami, w których tolerowana przez władze korupcja elit, była dla reżimu gwarancją ich lojalności (Codevilla 1992: 408).

Korupcja jako relacja władzy

Korupcję można rozumieć jako swoisty stosunek wymiany i jeśli konsekwentnie zastosujemy ujęcie Croziera i Friedberga, to powinniśmy zwrócić uwagę na towarzyszący korupcyjnej wymianie proces negocjacji. Parafrazując przytoczoną powyżej definicję władzy Dahla, korupcja będzie się jawić następująco: podmiot A udziela korzyści podmiotowi B, w zamian za nadużycie przez B powierzonych uprawnień, czego bez interwencji A podmiot B nie zrobiłby. Tak naszkicowaną charakterystykę relacji korupcyjnej można również uzupełnić, podobnie jak w przypadku ujęcia przez Crozier i Friedberga koncepcji władzy, o następujące cechy:

- instrumentalność – nie korumpuje się dla samego korumpowania³; cel motywuje aktora do zaangażowania się w nielegalną transakcję;
- nieprzechodniość – jeżeli X korumpuje Y, a Y korumpuje Z, to nie oznacza to, że X korumpuje Z;

2 Każdy student wie, jak istotny dla załatwienia sprawy jest dobry kontakt z *panią z dziekanatu*, która sama formalnie nie ma kompetencji do podejmowania wiążących decyzji.

3 Jako wyjątek wskażmy tu przykład tzw. kontrolowanego przekazania łapówki w ramach prowokacji policyjnej.

- wzajemność – relacji korupcyjnej zawsze towarzyszą negocjacje i wymiana. Wymiana korupcyjna zachodzi wtedy, gdy jest ona postrzegana przez zaangażowanych jako korzystna dla obu stron. Nawet jeśli urzędnika próbuje się korumpować przy pomocy szantażu, przykładowo, porywając jego rodzinę, to w tej sytuacji nadużycie uprawnień jest dla niego mniejszą wartością, niż utrata bliskich. Podobnie, zdaniem Taryn Vian, amerykańskiej badaczki z Boston University, korupcja jest „przestępstwem kalkulacji” (Robinson 2006: 59). Analizy ekspertów Banku Światowego, Międzynarodowego Funduszu Walutowego i OECD potwierdziły, że decyzja o uczestnictwie w transakcji korupcyjnej podlega racjonalnej kalkulacji w oparciu o szacowany zysk, ryzyko wykrycia oraz potencjalną karę (zob. Paliwoda 2004: 98-99, Lambsdorff 2007: 109).

Niepewność a korupcja

Możliwości korupcyjne można powiązać z kontrolą źródeł niepewności. Poziom nie-zdeterminowania konkretnych rozwiązań problemu stwarza możliwość manipulowania wynikiem działań. Ujęcie korupcji jako relacji władzy pozwala na wyróżnienie podobnych typów źródeł potencjału korupcyjnego:

- potencjał korupcyjny eksperta – dzięki ekskluzywnym kompetencjom specjalista ma wpływ na podejmowanie wiążących decyzji, które jednym opłacają się bardziej, a innym mniej; dodatkowo – opinię eksperta trudno jest poddać kontroli bez odwołania się do opinii innych ekspertów, np: lekarze decydujący o przyznaniu renty;
- potencjał korupcyjny łącznika „zewnątrznego” – wynika z pośrednictwa w powiązaniach organizacji z jej otoczeniem; taki łącznik ma kontakt z różnymi grupami społecznymi;
- potencjał korupcyjny łącznika „wewnętrznego” – wynika z kontroli przepływu informacji i kapitału wewnątrz organizacji;
- potencjał korupcyjny kontrolującego przepisy – ponieważ reguły funkcjonowania każdej organizacji określają kluczowe dla niej źródła niepewności, możliwość manipulowania nimi rodzi potencjał korupcyjny; nie tylko sama zdolność zmiany reguł, ale również nadzór nad ich wypełnianiem, stawia aktora w korzystnej pozycji.

Granice niepewności i potencjał korupcyjny

Na pierwszy rzut oka konceptualizacja korupcji w kategoriach władzy nad obszarem niepewności w organizacji może wydawać się ogólnikowa

i abstrakcyjna. W tym miejscu spróbujemy jednak pokazać, że może mieć ona bardziej konkretny, praktyczny wymiar.

Najwyższa Izba Kontroli wypracowała na swoje potrzeby zalecenia metodyczne dotyczące rozpoznawanych przez jej inspektorów mechanizmów korupcjogennych (Myrta 2003). Ważne jest to, że mimo iż koncepcja Croziera i Friedberga powstała w trybie dedukcyjno-spekulatywnym, to daje się pogodzić wynikające z niej twierdzenia na temat czynników sprzyjających korupcji z wnioskami wynikającymi z praktycznych doświadczeń polskiego urzędu kontrolnego.

Płaszczyzną odniesienia są tutaj pewne rozwiązania organizacyjne, zapewniające kontrolę niepewności określonym pozycjom w instytucji. Wszystkie wymienione poniżej wskaźniki łączy wspólna funkcja utrudniania podmiotowi zewnętrznemu stosowania praktyk z zakresu kontroli społecznej. Najwyższa Izba Kontroli wyróżnia następujące mechanizmy korupcjogenne (tamże: 6-7):

- nadmiar kompetencji w ręku jednego podmiotu – opanowanie wielu źródeł niepewności w danej organizacji, przez jedną osobę umożliwia zdobycie jej dominującej pozycji w procesach negocjacji z pozostałymi podmiotami; zwłaszcza łączenie różnych funkcji, czyli kontrola odmiennych źródeł niepewności, stwarza okazję do nadużyć; współpracujący i rywalizujący aktorzy powinni równoważyć swoje działania i kontrolować nawzajem;
- dowolność w podejmowaniu decyzji – działania funkcjonariusza publicznego opłacają się pewnym jednostkom i grupom bardziej niż innym; może on działać na rzecz lub wbrew interesowi publicznemu; jeśli wybór jednej z tych opcji jest dowolny, może dojść do korupcji; dowolność, to po prostu większy obszar niepewności, bo rozwiązania problemu są bardziej niezdeterminowane; kontrola zawsze polega na stwierdzeniu niezgodności z jakąś normą; brak zdefiniowania normy lub niemożność stwierdzenia odstępstwa od niej, uniemożliwiają zastosowanie sankcji;
- brak lub lekceważenie sprawozdawczości – braki w dokumentacji utrudniają rozstrzygnięcie, czy w działaniu funkcjonariusza nastąpiły nieprawidłowości; brak utrwalenia w dokumentacji kreuje większy obszar niepewności w zakresie odtwarzania stanów przeszłych; w praktyce sprowadza się to do zwiększenia stopnia uznaniowości decyzji; praca urzędnika najczęściej polega także na tym, że definiuje on ograniczenia możliwości działania petentów;
- tajność – im bardziej niejawnie są działania aktora społecznego dla otoczenia, tym większy obszar niepewności jest przez niego kontrolowany;

- izolacja – izolacja sprzyja tajności; dodatkowo, pomaga w powstaniu syndromu myślenia grupowego, który zwiększa poczucie bezkarności (Szmatka 2002: 179); izolacja to nic innego jak wyjątkowo silnie zarysowana granica; wg Mariana Cichosza (byłego wiceprezesa NIK), korupcja jest szczególnie rozpowszechniona właśnie w ramach takich silnie odgraniczonych mniejszości, np. Chinatown (Jarosz 2004: 219);

- brak kontroli – sytuacja ta czyni decyzje i działania funkcjonariusza praktycznie dowolnymi, co zwiększa kontrolowany przez niego obszar niepewności w organizacji;

- niedookreślenie przepisów – regulacje prawno-administracyjne wyznaczają granice dopuszczalności możliwych działań dla jednostki; przykładowo: budowa domu (problem naturalny) zostaje podporządkowana rozległej sieci ograniczeń dowolności; niejasność przepisów sztucznie (nienaturalnie) daje władzę urzędnikowi, w którego gestii leży wydanie wiążącej decyzji, czyli zarządzanie niepewnością;

- brak jasnego zdefiniowania zadań – ów stan sprawia, że urzędnik sam ustala zakres swoich zadań, dookreśla on swoją funkcję w organizacji, manipuluje zakresem obowiązków; możliwość manipulowania granicami kompetencji urzędniczych sprzyja uznaniowości;

- brak rotacji kadr – dzięki zmianie pracownika na danej posadzie możliwe jest ujawnienie nieprawidłowości powziętych i tuszowanych przez poprzednika; jeżeli w danej organizacji, przez odpowiednio długi czas, nie zmieniają się współpracujący razem ludzie, łatwo o powstanie trwałych relacji nieformalnych; rotacja kadr to nic innego jak zmniejszenie stopnia kontroli stanu niepewności przez danego urzędnika; wiedzą o tym przedstawiciele świata dyplomacji, gdzie standardem jest cykliczne zmienianie placówki przez ambasadorów.

Powyższe wyróżnione przez NIK mechanizmy pomagają określić obszary źródeł niepewności w organizacji, które, (jak staraliśmy się pokazać) pokrywają się z obszarami sprzyjającymi korupcji. Dotyczą one możliwych pól nadużyć, przypisanych do pozycji w strukturze organizacyjnej. Im więcej ich tam występuje, tym większe ryzyko wystąpienia korupcji. Źródła niepewności są przypisane do ram organizacyjnych instytucji i wynikają z nakładanych przez nie ograniczeń.

Medykalizacja życia społecznego

Specyfika nadużyć w systemie opieki zdrowia wynika ze szczególnej roli medycyny we współczesnym świecie. Zanim przejdziemy do szczegółowego

omówienia problemu korupcji w polskim kontekście, przyjrzyjmy się pokrótce trendom na poziomie makro. Antoni i Bartłomiej Kamiński przekonują, że właśnie procesy globalne mogą mieć bezpośredni wpływ na lokalne uwarunkowania korupcji (Kamiński i Kamiński 2004: 27).

Według polskiej socjolog zdrowia Barbary Uramowskiej-Żyto, medykalizacja przejawia się we wchodzeniu medycyny na tereny do tej pory zajmowane przez nauki społeczne (Uramowska-Żyto 1980: 93; por. Gałuszka 2012: 122). Przyczyną tego procesu są coraz większe społeczne implikacje opieki medycznej. Objawia się to także nadaniem wielkiej swobody w działaniu oraz obdarzeniem „ślepych zaufaniem” ludzi związanych z medycyną. Podobnie według austriackiego filozofa Ivana Illicha, medykalizacja życia społecznego przybiera wiele form i jedną z nich jest postępujące uzależnienie ludzi od usług medycznych. Człowiek rodzi się w asyście medyka, przez całe życie poddany jest jego kontroli oraz umiera w jego obecności. W obręb wiedzy popularnej weszło już zjawisko hipochondrii, które objawia się irracjonalnym przekonaniem o zaistnieniu jakiejś dolegliwości u całkowicie zdrowej osoby, co świadczy o rozpowszechnianiu się określonych nadmiarowych potrzeb medycznych. Zaobserwować można rosnące zapotrzebowanie u ludzi niewymagających opieki na ciągłe badania, kuracje, zabiegi i kontrole. Rosnący zakres możliwości interwencji medycznej pociąga za sobą konieczność przygotowania ludzi do pełnienia roli chorego (Illich 1980: 94). Zjawisku temu towarzyszy także wzrost konsumpcji leków farmakologicznych. Prawdopodobnie część pacjentów przychodzących do lekarza cierpi na problemy natury „społecznej”, które nie podlegają kompetencji lekarza ogólnego. Mimo to, już przepisanie jakiegokolwiek leku, czy przeprowadzenie elementów badania lekarskiego, może powodować wzrost komfortu psychicznego u pacjenta. Co ciekawe, częste wizyty u lekarza powodują wzrost specjalistycznej wiedzy pacjenta na temat chorób i tym samym wyczulają jego percepcję na kolejne dolegliwości; wzmacnia to potrzebę korzystania z kolejnych środków leczniczych (tamże: 94-95). Według Illicha, medykalizacja wiąże się z niebezpieczeństwem rozszerzenia zawodowej kontroli nad zdrowymi ludźmi pod hasłem „profilaktyki”. Ludzie nie będący chorymi i całe ich grupy mogą być nad miarę naznaczani rolą pacjenta.

Illich zwraca także uwagę na zjawisko „medykalizacji oczekiwań”. Objawia się ona poprzez wiarę w konieczność i nieuniknioną interwencji medycznej. Medycyna, oprócz swej funkcji czysto technicznej pełni również funkcje symboliczne: religijną i magiczną. Działania medyczne mogą być postrzegane jako forma pewnego rytuału. Kadra lekarska dysponuje swoistymi symbolami magicznymi takimi jak: białe kitle, czerwony krzyż, stetoskop itp. (tamże: 95-96).

W ogólnym ujęciu medykalizacja „(...) oznacza proces ekspansji, który coraz więcej i więcej dziedzin życia podporządkowuje jurysdykcji medycyny” (Sokołowska 1986: 224-225). Owa ekspansja objawia się w zastępowaniu prawa i religii w środkach i sposobach społecznej kontroli. Kategoria dewiacji zostaje zastąpiona kategorią choroby, a właściwą sankcją społeczną pozostaje leczenie. Kluczowa dla takiego ujęcia zjawiska medykalizacji jest teza o przemianie świadomości społecznej na temat poprawy jakości życia wskutek postępu w biotechnologii. Rosnące możliwości medycyny można potraktować jako wzrost pewnej podaży, która pociąga za sobą nasilenie się popytu w postaci rosnącej liczby pacjentów (tamże: 227). Podobnie Cezary Włodarczyk (1989) twierdzi, że zjawisko medykalizacji wiąże się „nie tyle z technologią medyczną, co z kształtem systemów organizacyjnych i systemów motywacyjnych, w ramach których technologia medyczna jest stosowana”. Czyli proces ten nie jest zależny wprost od samego postępu w nauce. Istnieje także pierwiastek intencjonalny, wskazujący na pewną podmiotowość procesu medykalizacji (tamże: 172). W tym kontekście Ivan Illich pisze o „jatrogenezie społecznej” – szkodliwej działalności uprawianej przez „biurokrację medyczną” w celu stworzenia sztucznej zależności i zapotrzebowania na swoje usługi (Illich 1980: 126; por. Sokołowska 1986: 227). Należy to interpretować jako skutek uboczny naturalnego dla biurokracji dążenia poszerzania granic kontrolowanych obszarów niepewności.

Wracając do spostrzeżeń z początku niniejszego wywodu należy zauważyć, że z perspektywy koncepcji autorów *Człowieka i systemu* podstawowe znaczenie procesu medykalizacji sprowadza się do tego prostego faktu, że różne problemy, jak i ich rozwiązania coraz częściej definiowane są w kategoriach medycznych. Kluczowe znaczenie ma to, że współczesny system publicznej opieki zdrowotnej cierpi na wszystkie wady charakterystyczne dla struktur biurokratycznych. Na czele tych wad znajduje się korupcja.

Korupcja w służbie zdrowia

Dekadę temu (słowa te pisane są w grudniu 2016 roku) w badaniach z cyklu „Barometr korupcji” zaobserwowano zaskakującą sytuację. Polacy za najbardziej skorumpowaną dziedzinę życia społecznego uznali wtedy służbę zdrowia, która wyprzedziła lidera wszystkich poprzednich edycji badania – politykę (Kubiak 2006: 7). Być może nastąpił wtedy jakiś przełom w postępie procesu medykalizacji w naszym kraju, gdyż obserwacji potocznej ankietowanych towarzyszyło pojawienie się innych wydawnictw eksperckich (zob. *Poradnik Pacjenta* 2006; *Robinson* 2006). Kluczowe są tutaj dwie okoliczności. Po pierwsze, obszar polityki, czy też władzy w ogóle naturalnie łączony jest z problemem korupcji. Ale ważniejsza

w kontekście badania ankietowego wydaje się inna okoliczność – to, że obywatele wiedzę o korupcji w polityce czerpią raczej z mediów, zaś z łapownictwem w szpitalach stykają się osobiście (zob. Gurtowski 2011). Zdaje się to potwierdzać fakt, że we wszystkich sondażach z omawianego cyklu, realizowanych w latach 2000-2006, respondenci przyznający się do wręczenia łapówki, jako jej biorców wskazywali najczęściej pracowników służby zdrowia (Kubiak 2006: 23).

Zwróćmy tu uwagę na spostrzeżenie amerykańskiego badacza korupcji Michaela Johnstona, według którego dyskurs badawczy na jej temat ulega niebezpiecznej unifikacji. Według niego, remedia na korupcję wypracowane przez badaczy „z Zachodu” mają zastosowanie tylko w ramach wolnego rynku i nowoczesnej demokracji liberalnej⁴ (Johnston 2005: 1-2). Mimo to nie należy rezygnować z powoływania się na ogólne uwarunkowania korupcji w służbie zdrowia analizując kontekst polski. Można założyć, że społeczeństwo polskie podlega procesom medykalizacji w stopniu niemniejszym niż „zachodnie”.

Wracając do głównego wątku niniejszych rozważań, warto wspomnieć, że na pewne uniwersalne przyczyny korupcji w systemie ochrony zdrowia wskazała Transparency International w specjalnym raporcie poświęconym tej tematyce (za: Robinson 2006: 10-11). Są to:

- złożoność systemu opieki zdrowotnej – jest on silnie zbiurokratyzowany i nieprzejrzysty;
- asymetria dostępu do informacji – kadra medyczna stoi na pozycji uprzywilejowanej w stosunku do pacjentów; co więcej, instytucje kontrolujące rynek usług medycznych mogą nie mieć kompetencji, aby niezależnie go kontrolować;
- niepewność rynkowa sektora zdrowotnego – sam naturalny problem chorób charakteryzuje się dużą niepewnością.

Należy zwrócić szczególną uwagę, że wszystkie trzy wyżej wymienione, stwierdzone przez TI, uniwersalne źródła korupcji w służbie zdrowia związane są z funkcjonowaniem obszarów niepewności w organizacji systemu służby zdrowia, co wprost odpowiada elementom koncepcji Croziera i Friedberga oraz mechanizmom identyfikowanym przez Najwyższą Izbę Kontroli.

W służbie zdrowia zjawisko korupcji nie jest ograniczone wyłącznie do nadużyć funkcjonariuszy publicznych. Oprócz łapówkarstwa funkcjonariuszy państwowych i lekarzy, obejmuje takie zjawiska, jak: manipulowanie informacjami na temat badań nad lekami, niegospodarność, nieprawidłowości

4 Do podobnych wniosków doszedł Grzegorz Makowski analizując dyskurs korupcyjny w polskiej publicystyce (Makowski 2008).

dotyczące zamówień oraz wystawianie zawyżonych rachunków firmom ubezpieczeniowym. Szefowie placówek medycznych, lekarze, firmy ubezpieczeniowe i koncerny, formalnie nie łamiąc prawa, mogą odnosić nienależne korzyści wielkich rozmiarów kosztem dobra publicznego.

Medycyna jawi się tu jako system trudno poddający się zewnętrznej kontroli. Ratowanie zdrowia i życia, są tak cenionymi wartościami, że każda próba ingerencji w system, napotyka na twardy opór. Dlatego potencjalna reforma, obojętnie: słuszna czy nie, może spotkać się z uzasadnionym oskarżeniem o zakłócenie ciągłości świadczenia usług medycznych.

System ograniczonej podmiotowości pacjenta

Socjolog Paulina Polak, zajmująca się badaniami nad korupcją w polskiej służbie zdrowia (Polak 2011), podzieliła tę ostatnią na trzy obszary: na zachodzącą między firmami farmaceutycznymi i lekarzami, między zamawiającymi wyposażenie dla placówek medycznych (głównie szpitali) i firmami je zaopatrującymi, między personelem medycznym (najczęściej lekarzami) a pacjentami (Polak 2007: 226). Nas w niniejszych rozważaniach interesuje przede wszystkim ta ostatnia relacja. Ale w mocy pozostaje wskazana przez nas zależność między potencjałem korupcyjnym a kontrolą obszarów niepewności także w pozostałych dwóch obszarach.

Zdaniem Polak, problem łapówek wręczanych przez pacjentów personelowi medycznemu dotyczy głównie oddziałów zabiegowych. Tam lekarz w największym stopniu ma fizyczny, w pewnym sensie „intymny” kontakt z chorym. Polak pisze, że: „(...) w normalnej sytuacji chory musi się zdać w pełni na lekarza, nie mając wyboru, kto będzie się nim zajmował oraz na jakim oddziale i którego szpitala będzie zmuszony leżeć” (Polak 2007: 228). Polak (2007: 227) zwraca uwagę, że w polskim kontekście kulturowym nie należy porównywać „poważnej” łapówki oferowanej przez pacjenta lekarzowi z zamiarem przekupienia go, ze zwyczajowymi, drobnymi formami „odwdzięczenia się” personelowi medycznemu w postaci prezentów, takich jak np. luksusowy alkohol. Z punktu widzenia naszych rozważań różnica między tymi dwiema formami łapownictwa zaciera się, gdyż zarówno poważna suma pieniędzy, jak i drobny prezencik pełnią podobną funkcję – sprawiają, że relacja lekarz-pacjent nabiera bardziej osobistego charakteru.

Polak (2007: 230) opisuje także, jak formalna struktura organizacyjna szpitala i jego oddziałów współorganizuje także obecne w nim nieformalne hierarchie związane z szansą partycypacji personelu medycznego w pobieraniu

nienależnych korzyści z łapówek. Polak określa tę zależność jako „podwójną strukturę” oraz „szpitalną szarą strefę”. Zauważmy, że odpowiada ona bardziej uniwersalnym zasadom wskazanym przez Croziera i Friedberga – kontrolowanie większych obszarów niepewności (np. ordynator oddziału szpitalnego) oznacza większe możliwości korupcyjne, mniejszy zakres kontroli niepewności daje mniejsze możliwości (specjaliści, położne), zaś znikomy zakres kontroli obszarów niepewności niemal wyłącza z szansy na udział w nielegalnych zyskach (Polak wskazuje tu na salowe). Podsumowując część swoich badań, Polak stwierdziła, że „Niewątpliwie możemy w szpitalnej szarej strefie dostrzec wyraźne elementy przemocy – istnieją one wszędzie tam, gdzie wolność jednostek jest ograniczona. Dotyczy to więc zarówno pacjentów, jak i lekarzy. Pacjenci bowiem czują się zmuszeni do ‘posmarowania’ – w celu przyspieszenia lub polepszenia terapii, bądź dla uzyskania lepszego i bliższego – bo osobistego kontaktu z lekarzem lub pielęgniarką” (Polak 2007: 234-235). Zwróćmy szczególną uwagę na ten ostatni wątek – funkcją korupcji, zdaniem Polak, nie jest jedynie przełamanie inercji, ale przedefiniowanie natury relacji lekarz-pacjent z instrumentalnej w osobową.

W podobnym tonie o funkcjonowaniu modelu relacji lekarz-pacjent wyraża się Anna Zembala, nazywając go modelem paternalistycznym, w którym: „dominuje autorytarne podejście lekarza do pacjenta. Decyzje o wyborze najlepszego sposobu leczenia podejmuje lekarz, a zdanie chorego jest bardzo ograniczone lub nie ma go wcale. Pacjent przyjmuje postawę bierną. Choroba jest ukazana przez pryzmat biologii. Nacisk kładzie się głównie na czynniki instrumentalne” (Zembala 2015: 37).

Znany polski socjolog zajmujący się badaniami nad społecznymi uwarunkowaniami medycyny i zdrowia, Mieczysław Gałuszka (2012), rozważając wpływ nowych technologii na relacje między pacjentem i lekarzem także stwierdza, że stosunek między nimi jest mocno asymetryczny na korzyść tego drugiego. Gałuszka wyraża przy tym nadzieję, że właśnie dzięki zastosowaniu pośrednictwa nowych technologii komunikacyjnych pacjentowi uda się odzyskać w relacji z lekarzem nieco więcej autonomii i podmiotowości (por. Skrzypek 2015).

Gałuszka wskazuje ponadto, że w biomedycznym modelu zdrowia, który zdaje się wciąż dominować, „wpływ na relacje między lekarzem a pacjentem wywiera rozwój nauk biomedycznych i technologii medycznych (...). Leczenie przebiegało [w tym modelu – przyp. aut.] w ramach wąskich specjalizacji, które koncentrują się na chorobie, a nie na pacjencie traktowanym jak integralna osoba (...). Podejmowane przez pozamedyczne środowiska dyskursy o instrumentalnym traktowaniu pacjenta w szpitalach spotykają się z zainteresowaniem lekarzy, lecz nie zmieniają zasadniczego nastawienia biomedycznego” (Gałuszka 2012: 121).

Gałużka zwraca też uwagę, że lekarzowi władzę nad pacjentem daje specyficzna aura tajemniczości towarzysząca medycynie, co interpretowalibyśmy w kategoriach z konceptualizacji Croziera i Friedberga jako przejaw przewagi wynikającej z władzy eksperta. Warto odwołać się w tym miejscu do koncepcji innego wybitnego francuskiego myśliciela Michela Foucaulta, którego zdaniem medycyna w ogóle, jako instytucja społeczna, „to wiedza-władza, która dotyczy jednocześnie ciała i populacji, organizmu i procesów biologicznych, i która zatem będzie miała skutki dyscyplinarne i regulacyjne” (Foucault 1998: 250). Należy dodać, że w koncepcji Foucaulta wpływ ten miał charakter przejmujący, a to z dwóch powodów. Po pierwsze, był on w istotnym stopniu nieuświadomiany i powszechny, gdyż podkreślmy – dotyczył całych populacji. I po drugie, był wprzęgnięty w sam rdzeń hierarchii władzy, co oznacza, że dyscyplinująca dla pojedynczych osób funkcja wiedzy-władzy medycyny była w interesie władcy (Foucault 1999). Jak wskazuje znawczyni myśli Foucaulta Ewa Bińczyk (2002: 181), samo zainteresowanie francuskiego filozofa tą tematyką wynikało ze względów etycznych, za którymi stał jego sprzeciw, czy też niezgoda na ograniczanie autonomii jednostki.

Foucault, mimo iż odcinał się od strukturalizmu (Foucault 1977), zwykł często posługiwać się ilustracjami językowymi w swoich analizach. Nawiązując do tego warto wspomnieć, że w polskim kontekście wciąż jeszcze obserwowalnym przejawem stanu odpersonalizowania pacjenta jest zwracanie się do niego przez personel medyczny, zwłaszcza w trybie rozkazującym, w sposób bezosobowy, np. „Pacjent podpisze!”, „Rozbierze się!”

Upodmiotawiająca moc łąpówki

Współczesny biurokratyzowany system opieki zdrowotnej jest tak zdefiniowany, że lekarz, osobiście i bezpośrednio „daje” pacjentowi coś ważnego i cennego, a pacjent płaci abstrakcyjną składkę na ubezpieczenie. Dając łąpówkę pacjent postępuje racjonalnie, gdyż stara się zmniejszyć ryzyko nieprzewidywalności następstw choroby. Łagodzi dyskomfort psychiczny, spowodowany niepokojącym pytaniem: czy zrobiłem wszystko, aby ratować zdrowie? Powszechna i sformalizowana opieka zdrowotna sprawia, że pacjent „traci” indywidualność. Chory usiłuje nabrać podmiotowości w relacji z lekarzem za pomocą płatności nieformalnej. Stara się wejść w nim w negocjacje. Proces leczenia, pozbawiony czynnika konsultowania wzajemnych korzyści i ich wymiany, czyni pacjenta wyłącznie obiektem. łąpówka to próba zaangażowania się w grę na bardziej partnerskich zasadach.

W zbiurokratyzowanym systemie opieki zdrowotnej, w którym relacje, modelowo rzecz ujmując, powinny być zdepersonalizowane, możliwość podmiotowego oddziaływania pacjenta na personel medyczny jest silnie ograniczona. W jaki sposób może pacjent wejść w negocjacje z personelem? Zawsze może próbować oddziaływać emocjonalnie – grać zakresem okazywanej uprzejmości. Ale to bardzo mało wartościowy zasób w negocjacjach i wymianie, w której stawką może być zdrowie i życie. Pacjent w strukturach zbiurokratyzowanego systemu opieki zdrowia ma niewielką możliwość wpływania na to gdzie, jak i przez kogo będzie leczony. Przypomnijmy tu, co Crozier i Friedberg pisali o roli wzajemności w kontekście cech władzy – jeżeli jedna ze stron stosunku władzy nie może wejść w proces negocjacji dotyczący wymiany, to nabiera ona statusu rzeczy, czyli traci podmiotowość.

Posiadanie, utrzymywanie, zdobywanie i odzyskiwanie zakresu podmiotowości to pewien makroproces ogólnokulturowy (szerzej na ten temat zob. Gurtowski 2015). Jak się wydaje istotną rolę w utrzymywaniu pozycji podmiotu, któremu daje się przywilej podejmowania autonomicznych decyzji, np. na temat swojego zdrowia i życia, przez wieki zapewniało posiadanie statusu osoby ludzkiej. Jednakże w ostatnich dwóch-trzech dekadach owo założenie (jeden z fundamentów cywilizacji judeo-chrześcijańskiej) jest podważane, także na skutek postępów w medycynie (tamże).

Jak uczą nas Crozier i Friedberg, uzyskanie czy odzyskanie podmiotowości wymaga wejścia w proces negocjacji i wymiany. Jak to uczynić? Aby do negocjacji poprzedzających wymianę mogło dojść potrzebna jest wspólna płaszczyzna komunikacji. Współczesna medycyna jej nie zapewnia. Oferuje ją korupcja.

W klasycznym dla antropologii państwa tekście z 1995 roku zatytułowanym *Blurred Boundaries: The Discourse of Corruption, the Culture of Politics, and the Imagined State* (Rozmyte granice: dyskurs korupcyjny, kultura polityczna i państwo wyobrażone) Akhil Gupta z University of California stwierdził, że „Dyskurs korupcyjny okazuje się być kluczową przestrzenią (arena), poprzez którą państwo, obywatele oraz inne organizacje i zrzeszenia mogą być wyobrażone. Zamiast traktować korupcję w aspekcie dysfunkcyjności organizacji państwowych, postrzegam ją jako mechanizm, poprzez który ‘państwo’ konstryuuje się dyskursywnie” (Gupta 1995: 376). Biorąc w nawias nieco przebrzmiały, postmodernistyczny styl tej narracji należy zwrócić uwagę na kilka wskazanych przez Gupta właściwości korupcji: jej funkcjonalność, jej potencjał komunikacyjny, jej upodmiotawiającą moc oraz jej zdolność do przekraczania barier między sferami normalnie odizolowanymi od siebie. W ujęciu

Gupty, korupcja jawi się jako pewien uniwersalny język, jako przestrzeń komunikacyjna, dzięki której odseparowane konteksty społeczne mogą wejść w interakcje za pomocą wspólnego systemu komunikacji. Przy czym nie chodzi tu wyłącznie o samą komunikację. Funkcja korupcji jest tu bardziej fundamentalna, gdyż zdaniem Gupty, dzięki niej państwo i jego relacje z obywatelami i instytucjami mogą być w ogóle pomyślane.

W tym ujęciu korupcja jawi się jako dostępny pacjentowi sposób przełamywania granic krępujących jego podmiotowość w relacjach z personelem medycznym. Fenomen łapówki kryje w sobie głęboki socjologiczny sens. Społeczny system definiowania i organizowania opieki zdrowotnej stawia kadre medyczną w pozycji dominującej w negocjacjach ze świadczeniobiorcami. W tym świetle łapówka to próba zaangażowania w wymianę zasobu, który wyrównałby tę relację. System dehumanizuje, uprzedmiotawia pacjenta. Łapówka to próba upodmiotowienia się.

Podsumowanie

W niniejszym eseju zaproponowaliśmy skonceptualizowanie problematyki korupcji poprzez wskazanie na jej związek z zakresem kontroli obszarów niepewności. Im większy zakres kontroli posiada dana osoba, tym większą ma ona podmiotowość, ale i tym większy jest jej korupcyjny potencjał.

Jeśli zaproponowana w niniejszym wywodzie konceptualizacja jest trafna, to korupcji w polskiej publicznej służbie zdrowia raczej nie wyeliminuje podwyżka wynagrodzeń personelu medycznego, czy też twarda represyjna polityka „zero przyzwolenia dla korupcji”. Przyczyny, dla których pacjenci uciekają się do korumpowania lekarzy mają bardziej fundamentalny charakter i tkwią raczej w założeniach, na jakich opiera się system publicznej opieki zdrowotnej. Jest on tak zorganizowany, że obszar niepewności, który może kontrolować pacjent jest silnie ograniczony. Uciekając się do korupcji, pacjent podejmuje próbę emancypacji siebie z sytuacji deprywującej.

Współczesna zbiurokratyzowana medycyna nie zapewnia pacjentowi w wystarczającym stopniu formalnej możliwości negocjowania z personelem medycznym i wejścia z nim w stosunek wymiany. Chcąc walczyć z korupcją w służbie zdrowia należy zwrócić uwagę na potrzebę przywracania podmiotowości pacjentowi, która jest zmienną stopniowalną. Kłopot w tym, że wskutek postępującego procesu medykalizacji granice obszaru niepewności kontrolowanego przez procedury i personel medyczny poszerzają się. Bez podjęcia próby reform problem ten będzie się raczej pogłębiał.

Ograniczenie podmiotowości pacjenta we współczesnej medycynie generuje powstawanie niepokojących kontrtendencji. Pewnym wytłumaczeniem stale powracającego zainteresowania medycyną niekonwencjonalną oraz leczeniem niemedycznym (Nowakowska 2012: 258) jest fakt, że w tych ostatnich, w przeciwieństwie do publicznego systemu opieki zdrowotnej, pacjent w większym stopniu czuje się traktowany osobowo (tamże: 259; por. Gałuszka 2012: 122). Zwróćmy uwagę, że w tym przypadku potrzeba posiadania poczucia kontroli sytuacji poprzez bardziej partnerski udział w procesie „leczenia” potrafi być tak silna, że u wielu osób zanikają odruchy nieufności wobec praktyk z pogranicza magii.

Na potrzebę poczucia podmiotowości i osobowego traktowania pacjenta przez lekarza zwracał uwagę Michał Skrzypek (2015), pisząc o zjawisku „depersonalizacji opieki medycznej”, „dehumanizacji podejścia do pacjenta” czy „alienacji chorego” (tamże: 27). Zauważa on z pewną nadzieją, że współcześnie szeroko dyskutuje się alternatywne podejścia określane mianem medycyny „spersonalizowanej”, „narracyjnej”, „skoncentrowanej na relacjach lekarz-pacjent”. Przy czym Skrzypek trzeźwo zauważa, że „Odrębnej, krytycznej refleksji wymaga rzeczywista możliwość aplikowania tych tez w praktyce klinicznej” (tamże). Trzeba tu na końcu odważnie przyznać – realizacja tych, skądinąd obiecujących, zmian w podejściach jest poza zasięgiem pacjenta. W dążeniu do zyskania podmiotowości w relacji z lekarzem pozostaje mu poleganie na zasobach, które są mu dostępne. Jednym z nich jest korupcja.

Literatura

- Bielecki, Z. (2004). Zagrożenie korupcją w Polsce. W: tenże, M. Zajder (red.), *Korupcja. Materiały pokonferencyjne*. Szczytno: Wyższa Szkoła Policji.
- Bińczyk, E. (2002). Nieklasyczna socjologia medycyny Michela Foucault: praktyki medykacji jako praktyki władzy. W: W. Piątkowski i A. Titkow (red.), *W stronę socjologii zdrowia*. Lublin: Wydawnictwo UMCS, s. 181-193.
- Codevilla, A. (1992). *Informing Statecraft. Intelligence for a new century*. New York: The Free Press.
- Crozier, M. (1967). *Biurokracja: anatomia zjawiska*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne.
- Crozier, M., Friedberg, E. (1982). *Człowiek i system: ograniczenia działania zespołowego*. Warszawa: Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne.
- Illich, I. 1980. Wywłaszczenie zdrowia, W: H. Bortnowska (red.), *Sens choroby, sens życia, sens śmierci*. Kraków: Znak.
- Foucault, M. (1977). *Archeologia wiedzy*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.

- Foucault, M. (1998). *Trzeba bronić społeczeństwa: wykłady w College de France*. Warszawa: Wydawnictwo KR.
- Foucault, M. (1999). *Narodziny kliniki*. Warszawa: Wydawnictwo KR.
- Gałuszka, M. (2012). Nowe zjawiska w relacji lekarz-pacjent w kontekście rozwoju Internetu. *Przegląd Socjologiczny*, nr 61(2), s. 119-154.
- Goffman, E. (1981). *Człowiek w teatrze życia codziennego*. Warszawa: Państwowy Instytut Wydawniczy.
- Gupta, A. (1995). Blurred boundaries: the discourse of corruption, the culture of politics, and the imagined state. *American ethnologist*, nr 22(2), s. 375-402.
- Gurtowski, M. (2011). Defining and detecting areas vulnerable to corruption. The case of the hospital department head's management system. W: S. Burdziej, J. Szalacha (red.), *Conflict of Interest in Central and Eastern Europe*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka, s. 53-70.
- Gurtowski, M. (2014). Farmakokracja. *Nowa Konfederacja*, nr 32, s. 3-6. Dostępne: <http://www.nowakonfederacja.pl/wp-content/uploads/2014/05/NK-32.pdf> ostatni dostęp: 29.09.2016.
- Gurtowski, M. (2015). Wizja natury ludzkiej w filozofii Oświecenia, neuronauce i teorii socjologicznej. W: A. Zybertowicz, M. Gurtowski, K. Tamborska, M. Trawiński i J. Waszewski, *Samobójstwo Oświecenia. Jak neuronauka i nowe technologie pustoszą ludzki świat*. Wydawnictwo Kasper, s. 105-187.
- Heinrich, J., Heinrich, N. (2007). *Why Humans Cooperate. A Cultural and Evolutionary Explanation*. Nowy Jork: Oxford University Press.
- Jarosz, M. (2004). *Władza, przywileje, korupcja*. Warszawa: PWN.
- Johnston, M. (2005). *Syndromes of Corruption. Wealth, Power and Democracy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Kamiński, A., Z., Kamiński, B. (2004). *Korupcja rządów. Państwa pokomunistyczne w dobie globalizacji*. Warszawa: Wydawnictwo TRIO.
- Kubiak, A. (2006). *Codziennie doświadczenia korupcyjne Polaków. Barometr korupcji 2006. Raport z badań*. Fundacja im. Stefana Batorego.
- Lambsdorff, J., G. (2007). *Institutional Economics of Corruption and Reform. Theory, Evidence and Policy*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Makowski, G. (2008). *Korupcja jako problem społeczny*. Warszawa: Wydawnictwo TRIO.
- Myrta, J., A. (2003). *Zagrożenie korupcją w świetle badań kontrolnych Najwyższej Izby Kontroli*. Wrocław: Najwyższa Izba Kontroli, Delegatura we Wrocławiu.
- North, D. C. (1992). *Transaction costs, institutions, and economic performance*. San Francisco: ICS Press.
- Nowakowska, L. (2012). W stronę socjologii lecznictwa niemedyckiego – zarys przedmiotu badań. *Hygeia Public Health* 47(3), s. 258-263.

- Nozick, R. (1994). Invisible-hand explanations. *The American Economic Review*, 84(2), s. 314-318.
- Paliwoda, J. (2004). Kryminologiczne aspekty korupcji. W: Z. Bielecki, M. Zajder, (red.), *Korupcja. Materiały pokonferencyjne*. Szczytno: Wyższa Szkoła Policji.
- Polak, A., P. (2007). Korupcja w służbie zdrowia – przymus czy wolny wybór? W: R. Sojak (red.), *Szara strefa przemocy – szara strefa transformacji? Przestrzenie przymusu*. Toruń: Wydawnictwo Uniwersytetu Mikołaja Kopernika.
- Polak, P. (2011). *Nowe formy korupcji. Analiza socjologiczna sektora farmaceutycznego w Polsce*. Kraków: Wydawnictwo NOMOS.
- Popper, K., R. (1992). *Spółczesność otwarte i jego wrogowie. Tom 2. Wysoka fala procytów*. Warszawa: Wydawnictwo Naukowe PWN.
- Poradnik Pacjenta. (2006). Korupcja nie wyjdzie nam na zdrowie. Poradnik pacjenta. Warszawa: Ministerstwo Zdrowia (http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/poradnik_korup_pop_15122006.pdf dostęp: IX 2016).
- Robinson, M. (2006). Globalny Raport Korupcji 2006. Wydanie specjalne: korupcja w systemie ochrony zdrowia. Transparency International (http://www.wsap.edu.pl/pub/Biblioteka_@ntykorupcyjna/Korupcja%20w%20systemie%20zdrowia%202006%20-%20Transparency%20International.pdf dostęp IX 2016).
- Skrzypek, M. (2015). Biotechnologiczna orientacja współczesnej medycyny a sposoby doświadczania choroby i relacje lekarz–pacjent. *European Journal of Medical Technologies nr 6(1)*, s. 24-32.
- Sokołowska, M. (1986). *Socjologia medycyny*. Warszawa: PZWL.
- Szmatka, J. (2002). Procesy i reguły działania struktur socjometrycznych. W: I. Machaj, *Małe struktury społeczne*. Lublin: Wydawnictwo Uniwersytetu Marii Curie-Skłodowskiej.
- Uramowska-Żyto, B. (1980). *Medycyna jako wiedza i system działań*. Wrocław: Ossolineum.
- Wilkinson, R., Pickett, K. (2011). *Duch równości: tam, gdzie panuje równość, wszystkim żyje się lepiej*. Warszawa: Wydawnictwo Czarna Owca.
- Włodarczyk, C. (1989). Eskapizm zamiast ekspansji. W: M. Sokołowska, *Socjologia zdrowia i medycyny*. Warszawa: Wydawnictwo Polskiej Akademii Nauk, s. 171-176.
- Zembala, A. (2015). Modele komunikacyjne w relacjach lekarz-pacjent. *Zeszyty Naukowe Towarzystwa Doktorantów UJ Nauki Ścisłe nr 11(2)*, s. 35-50.
- Zybertowicz, A. (2012). Dynamika nieformalnych grup interesów: perspektywa teorii wyboru publicznego – wprowadzenie. W: K. Pietrowicz, P. Stankiewicz (red.), *Za kulisami. Szkice o władzy, interesach i bezpieczeństwie*. Poznań: Wydawnictwo Zysk i S-ka, s. 19-69.

Uncertainty, corruption and the boundaries of agency in the medicalised world from the perspective of the theory of power of Michel Crozier and Erhard Friedberg.

Abstract

This paper begins with the conceptualization of corruption from the perspective of the theory of power of Michel Crozier and Erhard Friedberg. It is assumed that both power and corruption depends on the level of uncertainty that one is able to manage and control. Medicalisation is defined as a process of expanding the limits of applicability of medicine on further areas of social life. A medicine increases its level of control of uncertainty in social world thereby decreasing a level of individual patient's agency. Corruption is thus considered as a means of reduction of the level of uncertainty as a patient is not able to influence this uncertainty by other means.

Keywords:

agency, control, corruption, medicalisation, negotiations , power, uncertainty

Podziękowania autora :

Chciałbym wyrazić wdzięczność dwojgu anonimowym recenzentom za trafne, konstruktywne i inspirujące uwagi do wcześniejszej wersji niniejszego tekstu.