

Gender i opieka w reformie systemu ochrony zdrowia. Perspektywa pielęgniarek i położnych.

Seminarium organizowane przez Fundację Tomka Byry / Think Tank Feministyczny  
Wrocław, 8-9 września, 2009.

Ewa Charkiewicz, Think Tank Feministyczny

## ‘Gender’ i opieka w reformie systemu ochrony zdrowia

### Ekonomia opieki a ochrona zdrowia

W Polsce i w innych krajach przez lata panował system opieki zdrowotnej, który opierał się na autorytecie i decyzyjnej mocy zawodów medycznych, w tym szczególnie lekarzy. W tych ramach mieliśmy do czynienia z hierarchicznie zorganizowanym podziałem wiedzy i pracy według płci. Na szczycie medycznych hierarchii znajdowali się lekarze, a zwłaszcza profesorowie medycyny i ordynatorzy w szpitalach. Pacjent, pacjentka oddawał się w ręce lekarza i powierzał swoje zdrowie jego opiece. Lekarz decydował o życiu czy śmierci pacjenta. Niżej w społecznie konstruowanych hierarchiach zawodowych znajdował się personel średniego szczebla, w tym pielęgniarki, które pośredniczyły między pacjentem a lekarzem, a na dole personel pomocniczy (salowe). Te hierarchie zawodowe korespondowały z podziałem pracy i płac według płci, zgodnie z którym praca opiekuńcza była traktowana jako pomocnicza, niżej płatna i wykonywana przez kobiety. Praca opiekuńcza pielęgniarek ma szczególny status. Z jednej strony jest zawodem, a z drugiej obowiązkiem. (Nie bez kozery prawodawca w Finlandii odebrał pielęgniarkom prawo do strajku<sup>1</sup>). Takie właśnie relacje płci i władzy oraz podział uprawnień i obowiązków znajdujemy u podstaw rzymskiego prawa, gdzie ojciec rodziny miał obwarowane pewnymi warunkami prawo do odebrania życia potomstwu, które spłodził (patria potestas), a na kobiety prawodawca nałożył obowiązek opieki (cura materna), (Litewski, 1995). Od czasu profesjonalizacji zawodu w XIX wieku, pielęgniarki odgrywały rolę publicznych sióstr i matek, a jednocześnie walczyły o zmianę statusu zawodu poprzez podwyższenie i ujednolicenie

---

<sup>1</sup> W odpowiedzi na złożenie wypowiedzeń przez 16 tys. pielęgniarek w Finlandii wprowadzono zakaz opuszczenia pracy przez pracowników służby zdrowia bez zgody pracodawcy. PAP. *Finlandia zakazała strajków w służbie zdrowia*. URL <http://wiadomosci.onet.pl/1643040,12,item.html>. PAP 2007-11-16

standardów wykształcenia, czego przykładem pierwsze protesty pielęgniarek w Zjednoczonym Królestwie w 1923 roku<sup>2</sup>, czy Konwencja MOP w sprawie Personelu Pielęgniarskiego (C149) z 1977, ratyfikowana przez Polskę w 1980 roku. Obydwa dokumenty odzwierciedlają strategię podwyższania pozycji zawodu przez zapewnianie pielęgniarstwu statusu wiedzy eksperckiej.

Drugi aspekt polityki zdrowia, zarówno w państwie socjalistycznym jak i w wielu państwach opiekuńczego dobrobytu [welfare state], na przykład w Europie Zachodniej czy w Kanadzie wiąże się z tym, iż systemy ochrony zdrowia organizowane były zgodnie z logiką zabezpieczania potrzeb na opiekę zdrowotną. Powszechne uprawnienia do opieki medycznej były i są gwarantowane w konstytucjach, w tym w nowej polskiej Konstytucji z 1997 roku. Państwo dzieliło się z gospodarstwami domowymi kosztami szeroko rozumianej opieki nad życiem obywateli (ochrony zdrowia, edukacji, rodzenia i wychowaniu dzieci, opieki nad starszymi i niesprawnymi obywatelkami i obywatelami) za pomocą systemów zabezpieczeń społecznych. Za tym rozwiązaniem kryje się danina z krwi. Publiczną opiekę zdrowotną czy dostęp do edukacji zapewniano obywatelom po wojennych hekatombach, czego przykładem Beveridge Act o powszechnej opiece zdrowotnej w Wielkiej Brytanii czy GI Joe Act o bezpłatnej edukacji dla demobilizowanych żołnierzy, uchwalone pod koniec II wojny światowej (Foucault, 1988). Państwo odgrywało rolę publicznego ojca i męża, który skazywał na śmierć i dysponował życiem, a zarazem użytecznie wzmacniał życie żołnierzy i pracowników (siły roboczej i siły wojennej) jako środków swojego trwania i potęgi. Opieka nie była wyłącznie sprawą prywatną gospodarstw domowych. Część odpowiedzialności za opiekę ponoszona była ze środków wspólnych (publicznych) i zarządzana przez państwo.

Domena opieki odgrywa fundamentalną rolę także w tym jak zorganizowany jest rynek. Pojęcia fundamentalna używam tu w podwójnym znaczeniu. Fundamentów budynków nie widać, są ukryte, a jednak dom czy fabryka nie może być bez nich zbudowana. Podobnie w ekonomicznej teorii i praktyce opieka i praca opiekuńcza, w przeważającej mierze wykonywana przez kobiety jest ukryta i uniewidaczniana. Zarówno gospodarka socjalistyczna jak i tzw. wolnorynkowa oparte są na podziale na pracę produktywną i nieproduktywną. Praca produktywna to praca sprzedawana na rynku, która według ekonomistów jest zasobem przyczyniającym się do wzrostu gospodarczego. Praca opiekuńcza

---

<sup>2</sup> The British Journal of Nursing, Lipiec 1923, URL <http://rcnarchive.rcn.org.uk/data/VOLUME070-1923/page392-volume70-23rdjune1923.pdf>. Ten list protestacyjny odzwierciedla dążenie do profesjonalizacji zawodu, a zarazem postuluje ograniczenie dostępu do jego wykonywania kobietom, które nie mają popartych wykształceniem uprawnień.

jest traktowana jako wewnętrzna, prywatna sprawa gospodarstw domowych, albo przenoszona do rynku (np. produkcja żywności, pralnie, jadłodajnie), z tym że także w ramach gospodarki rynkowej czy socjalistycznej była to praca niżej płatna i nadal wykonywana przez kobiety, a jeśli przez mężczyzn to na kobiecych warunkach. Praca opiekuńcza, która służy podtrzymaniu życia ludzi i społeczności, w tym ludzi jako obywateli, podatników, pracowników czy konsumentów jest przez większość ekonomistów traktowana jako wewnętrzna, prywatna sprawa gospodarstw domowych.

Aby uwidocznic pracę opiekuńczą i jej związki z instytucjami takimi jak państwo, rynek czy rodzina/gospodarstwo domowe feministyczne badaczki, ekonomistki, socjolożki, politolożki analizują pracę opiekuńczą i opiekę w kilku ujęciach:

**(1) Praca domowa i praca opiekuńcza.** Praca to nie tylko płatna praca na rynku czy na rzecz państwa, praca domowa to także praca. W tej debacie mamy do czynienia z prostą identyfikacją czynności i podziałem pracy w gospodarstwach domowych według płci. Jak wynika z międzynarodowych badań, od 60 do 70 proc. pracy opiekuńczej i pracy na własne potrzeby gospodarstwa domowego wykonują kobiety. (Mädorin, 2008, Razavi et al, 2009). W neoliberalnym kontekście politycznym praca domowa jest ujmowana jako problem jednostek i gospodarstw domowych. Jako rozwiązanie kryzysu opieki postulowany jest równy podziału obowiązków w domu między kobietami i mężczyznami.

**(2) Polityczna ekonomia pracy domowej** (Gardiner, 1997, Luxton, 2006). Założenia ekonomii politycznej, czyli całościowego oglądu społeczeństwa, państwa i rynku pozwalają ująć pracę opiekuńczą w szerokiej społeczno-politycznej perspektywie i pokazać związki między poziomem mikro (doświadczenia jednostek i grup społecznych) a makro (państwo, rynek). Praca domowa przyczynia się do odtworzenia siły roboczej czy inaczej zdolności do pracy. Pracownicy wracają do domu wyczerpani pracą, oni/one same muszą zregenerować swoją zdolność do pracy, a w tym celu muszą jeść, spać, odpoczywać, zrobić zakupy czy wyprodukować bądź przetworzyć produkty żywnościowe, zorganizować życie domowe, utrzymać zdrowie. Za większość tej emocjonalnej, fizycznej i umysłowej pracy odpowiadają kobiety. Nie wystarczy jednak dodać pracy domowej do analizy ekonomicznej, trzeba pokazać relację między pracą domową, a pracą produkcyjną. Produkcja towarów i usług oraz produkcja życia są częścią tego samego procesu (Picchio, 1992 cyt. w Luxton, 2006).

**(3) Reprodukacja społeczna.** Polityczna ekonomia reprodukcji społecznej zwraca uwagę na przeobrażenia warunków na jakich działają instytucje związane z opieką. Reprodukacja społeczna w tym ujęciu odnosi się do biologicznej reprodukcji gatunku, reprodukcji siły roboczej, oraz procesów związanych z tworzeniem i podtrzymaniem życia społeczności (Bakker i Gill 2006). W skład pracy reprodukcyjnej wchodzi zarówno fizyczna, emocjonalna jak i intelektualna praca na rzecz międzypokoleniowego odtworzenia i podtrzymania życia ludzi. Zakres opieki formy odpowiedzialności określany jest historycznie i społecznie (Luxton, 2006). Inne autorki (Truong, 2006) poszerzają pojęcia reprodukcji społecznej i pracy reprodukcyjnej o podział na płatną i bezpłatną pracę reprodukcyjną. Praca służących; praca w przemyśle rozrywki, w przemyśle seksualnym to płatna praca reprodukcyjna. Isabella Bakker i Stephen Gill (2003) odnoszą się do sprzeczności i konfliktu między globalną akumulacją kapitału a dostarczaniem stabilnych warunków do reprodukcji społecznej. Warunki te są kodyfikowane za pomocą prawa (w tym przez zmiany konstytucjonalne) w ten sposób, aby zapewnić przesunięcie kosztów opieki z państwa do jednostek i gospodarstw domowych i przekierować dopływ środków finansowych na nowe inwestycje bezpośrednio służące pomnażaniu zysków. Feministyczne badaczki, jak Lise Isaksen (2009), Rachel Kurian (2007) czy Brigitte Young (2009) piszą o tym, iż wraz z przeobrażeniami na rynku pracy awans niektórych kobiet spowodował zapotrzebowanie na tanią pracę opiekuńczą innych kobiet. W globalnych łańcuchach pracy opiekuńczej mamy zarówno panie jak i służące (the mistress and the maid). Służące pochodzą przeważnie z krajów globalnego Południa, w tym z krajów postsocjalistycznych, albo jak Czarne Amerykanki, z grup podporządkowanych w danym kraju.

**(4) Ekonomia opieki.** Ten dyskurs wywodzi się z feministycznej ekonomii, która wyłoniła się jako odrębna debata w latach 1990, czerpiąc z interdyscyplinarnego zaplecza ekonomii, filozofii, socjologii i nauk politycznych. Feministyczne ekonomistki, jak Julie Nelson (1997) czy Lourdes Beneria (2007), zakwestionowały założenia, na jakich opiera się naukowa wiedza ekonomiczna oraz pojęcia i koncepcje jakimi się ta dziedzina wiedzy (ekonomia neoklasyczna) posługuje. Rynek to nie tylko ekonomia monetarnej wymiany między gospodarstwami domowymi a firmami (praca dla firm za pieniądze wydawane na towary i usługi kupowane od firm), ale także ekonomia opieki, która obejmuje podtrzymanie życia ludzi. Bez tej pracy rynek, podobnie jak państwo nie mógłby funkcjonować. W ciągu jednego pokolenia znikłoby społeczeństwo. Pojęcia ekonomii opieki było wykorzystywane do uwidoczniania przyczyn i skutków polityki ekonomicznej, w tym restrukturyzacji

w krajach uprzemysłowionych czy programów strukturalnego dostosowanie w krajach Trzeciego Świata. Feministyczne krytyczne badaczki pokazywały że neoliberalne reformy wiążą się z porzuceniem przez państwo pośrednictwa w dzieleniu się kosztami opieki czy reprodukcji społecznej i jej prywatyzacją do gospodarstw domowych, co dzieje się w kontekście zwiększenie zatrudnienia kobiet i skutkuje ich podwójnym obciążeniem (Beneria, 2007). Zarówno zderegulowany rynek pracy, jak i rosące potrzeby opieki ze strony członków rodziny, w kontekście gdy jest ona reprivatyzowana do gospodarstw domowych wymagają zwiększania czasu kobiet na pracę zawodową i na opiekę (Brodie, 2008, Elson, 2007, Young 2009). Ekonomia opieki traktowana jako nieskończenie elastyczna strefa buforowa, gdzie zrzucone są społeczne koszty programów strukturalnego dostosowania, restrukturyzacji czy transformacji. Zastosowanie takich narzędzi poznawczych jak gender (relacje płci), klasa i rasa pozwala zobaczyć zróznicowanie między kobietami w zakresie obciążenia pracą opiekuńczą.

Wszystkie wymienione wyżej podejścia uwidaczniają pracę opiekuńczą i w różnym zakresie pokazują, jak rynek i państwo czy organizacja instytucji związanych z opieką zależne są od opiekuńczej czy reprodukcyjnej pracy kobiet. W pracy pielęgniarek, położnych i salowych spotykają się dwa wymiary opieki, publiczny i prywatny. Żaden system ochrony zdrowia nie może istnieć bez pracy opiekuńczej pielęgniarek czy salowych, a z drugiej strony praca ta traktowana jest jako kobiecy obowiązek i dewaloryzowana. Historycznie ukształtowane hierarchie płci i władzy zapewniają, że pielęgniarki są włączane do systemu opieki społecznej na zasadzie podporządkowania, a ich czas jest traktowany jako nieskończenie elastyczny. W praktyce wymusza to na pielęgniarkach dyspozycyjność i dostarczanie pracy opiekuńczej bez odpowiedniego wynagrodzenia, co odbywa się kosztem ich zdolności do reprodukcji własnego życia.

### **Reforma systemu ochrony zdrowia i jej założenia**

W drugiej połowie XIX wieku zaczęły zachodzić zasadnicze przeobrażenia państwa i rynku, które zmieniły warunki i zasady na jakich podejmowana jest opieka, w tym opieka zdrowotna.

Francuski filozof, Michel Foucault analizował te przekształcenia z perspektywy biopolityki – wiedzy o życiu i władzy regulującej życie ludzi. Foucault (2005) zwrócił uwagę na teorie ekonomiczne z połowy

ubiegłego wieku (tzw. Chicago school of economics), a później praktykę polityczną, które rozszerzyły racjonalność ekonomiczną na domeny życia, takie jak polityka pracy, zdrowia, edukacji, rodzina, które wcześniej nie wchodziły w skład rynku czy polityki gospodarczej. Przeobrażenia te odbywały się poprzez zastosowanie modelu przedsiębiorstwa i logiki kosztów i korzyści do przekształcania instytucji takich jak szpital, szkoła czy rodzina. Idealny model rynku (taki rynek nie istnieje w rzeczywistości) funkcjonował, jak mówił Foucault jako permanentny trybunał ekonomiczny, który wydaje wyroki (ciągle za mało rynku) i wymaga ustawicznego dostosowania. (Foucault, 2004)

W Polsce w drugiej połowie lat 1990 pojawił się nowy język o leczeniu, który reorganizował wyobraźnię społeczną i reformy służby zdrowia pod kątem środków finansowych. O ile wcześniej o zdrowiu mówiono w ujęciu zaspokajania potrzeb na ochronę zdrowia i w kontekście uwarunkowań społecznych i jakości życia, obecnie ochrona zdrowia stała się problemem finansowym. Konceptualne i polityczne przeobrażenia służby ochrony zdrowia w rynek usług medycznych odbywa się za pomocą wprowadzania pojęć z ekonomii neoklasycznej do zarządzania ochroną zdrowia. Szpital czy przychodnia są reorganizowane jako przedsiębiorstwa, a obywatele z uprawnieniami do opieki zdrowotnej przeobrażani są w klientów, kategoryzowanych pod kątem ich siły nabywczej. Jak wiele wieków temu konstatował Adam Smith, rzeźnik nie jest po to, żeby zabezpieczyć nasze potrzeby na jedzenie, ale po to, żeby maksymalizować zyski. Dzisiaj w tym duchu służba zdrowia przeobrażana jest w rynek usług medycznych.

W świetle reformy, podstawowym zadaniem szpitali nie jest leczenie, ale dostarczanie usług medycznych w ramach zawartych kontraktów. Każda choroba musi mieć swoją etykietę i wycenę. Mówi się przede wszystkim o kosztach, np. o kapitacji (stawka na jednego pacjenta, pacjentkę), jednolitych grupach pacjentów (ang. DRG, taki sam koszt na pacjentkę/pacjenta w jednej grupie diagnostycznej). Pacjentka czy pacjent nie są leczeni dlatego, że są chorzy, ale dlatego, że jej/jego choroba jest odnotowana i wyceniona w rejestrze usług medycznych, oraz jest włączona do kontraktu między firmą medyczną a ubezpieczycielem. Stąd motywowane finansowo odmowy szpitali podejmowania się leczenia chorób czy urazów, które nie są objęte kontraktem z Płatnikiem (NFZ). Nie lekarka czy pielęgniarka, ale ekonomistka, księgowy i prawnik tudzież inwestorzy i firmy farmaceutyczne, a w przyszłości także firmy ubezpieczeniowe i banki sterują decyzjami o leczeniu.

Reforma służby zdrowia nie zaczęła się od oszacowania zasobów placówek medycznych i potrzeb na leczenie, tak aby móc skutecznie i efektywnie odpowiedzieć na potrzeby ludności. Reforma zaczęła się od ustalenia nowej normy, to jest od założenia, że ochrona zdrowia powinna funkcjonować jako rynek usług medycznych, wydatki na ochronę zdrowia należy zamknąć w ramach składek, a udział z budżetu państwa należy zminimalizować. W imię uzdrawiania finansów publicznych redukowane są wydatki na ochronę zdrowia, a koszty opieki przenoszone do rodzin i gospodarstw domowych, czyli do ekonomii opieki. Według neoliberalnych reformatorów, zarówno prywatne jak i publiczne placówki służby zdrowia obowiązują efektywność ekonomiczną, a także jak każdą inną firmę, zdolność do generowania i maksymalizacji zysków z leczenia chorób. Placówki, które nie spełniają kryteriów ekonomicznych muszą być zlikwidowane. Należy rozwijać prywatne firmy medyczne i ubezpieczeniowe. Tylko te usługi, które są nieopłacalne dla prywatnych firm powinny być finansowane ze środków publicznych, mówią neoliberalni ekonomiści i politycy. Presja na zmniejszanie kosztów nie obejmuje refundacji leków, które stale rosną. (Charkiewicz, 2007)

W tym ujęciu efektywność ekonomiczna nie jest narzędziem, ale jest celem samym w sobie, a placówki medyczne, zmuszane do przeobrażeń przy pomocy dyscyplin finansowych, przeobrażane są w maszyny do generacji zysku. Zdrowie staje się towarem na prywatną subskrypcję, dla tych jednostek, które mogą zapłacić składki na ubezpieczenia. Efektywność ekonomiczna powoduje nieefektywność społeczną. Dążenie do maksymalizacji korzyści i konkurencyjność powodują nacisk na obniżanie kosztów. Jak pisze Brigitte Young cytując Elson i Cagatay:

Wywieranie nacisku na opiekę odbywa się kilkoma kanałami: „zwiększenie czasu, który kobiety i mężczyźni przeznaczają na odpłatną pracę ogranicza nieodpłatny czas przeznaczany na opiekę; cięcia wydatków publicznych podejmowane pod wpływem międzynarodowych czynników ekonomicznych ograniczają zapewnianie publicznych świadczeń w zakresie opieki; oraz nacisk na jakość usług w dziedzinie opieki świadczonych przez sektor prywatny co jest skutkiem konkurencyjnego obniżania kosztów” (Grown et al. 2000 w Young 2009)). Te działania mające na celu ograniczenie kosztów mogą w krótkim okresie zwiększyć konkurencyjność krajów obniżając cenę pracy i pomagając wzmocnić krajowy budżet. Jednakże w długim okresie erozja edukacji, usług opieki zdrowotnej i innych dóbr publicznych może prowadzić ... do mniejszego wzrostu gospodarczego i ograniczenia możliwości produkcyjnych kraju jako całości. (Young, 2009).

A także do pogorszenia jakości i skrócenia ludzkiego życia.

Decyzje o leczeniu, czyli o życiu i śmierci pacjentki czy pacjenta nie są już podejmowane na podstawie diagnozy medycznej, ale na podstawie diagnozy finansowej wobec której diagnoza medyczna jest wtórna. Służba zdrowia przekształcona jest w rynek chorób, gdzie popyt na choroby i podaż leczenia regulowany jest przez finanse państwa, czy stawki i marginesy zysku firm ubezpieczeniowych oraz farmaceutycznych. Praca opiekuńcza nie znika. Nastawienie na efektywność i redukcję kosztów powoduje dwa przesunięcia tej pracy, do pielęgniarek w szpitalach i w zakładach opiekuńczych, oraz do kobiet, odpowiedzialnych za opiekę w gospodarstwach domowych. (Na przykład krótszy pobyt w szpitalu powoduje zapotrzebowanie na opiekę w domu, w tym na indywidualne kształcenie w tym zakresie). Reforma systemu ochrony zdrowia przenosi koszty do gospodarstw domowych, gdzie za pracę opiekuńczą odpowiadają przede wszystkim kobiety.

### **Co z tego wynika dla pielęgniarek?**

Grupa zawodowa poddawana jest podwójnemu zestawowi dyscyplin, z konserwatywnego i z neoliberalnego „dekalogu” jednocześnie. Pielęgniarki mają obowiązek dostarczania opieki, a zarazem muszą być użyteczne ekonomicznie.

- System utrzymywany jest kosztem ich niskich płac, przy czym należy zwrócić uwagę na zróżnicowanie płac i podział na pracę pielęgniarską wymagającą wiedzy eksperckiej i wkładu technologii oraz na pracę opiekuńczą.
- Intensyfikacja pracy wszystkich pielęgniarek (kosztem reprodukcji własnego życia).
- Zamaskowana prywatyzacja przez spychanie w samozatrudnienie, z czym wiąże się ryzyko utraty środków do życia, ubezpieczeń zdrowotnych i ubezpieczenia na starsze lata, co oznacza, iż część kosztów pracy ponoszona przez pracodawców i ze środków publicznych przerzucana jest na jednostki.
- Koszty dopasowania (praca „na dwa etaty”, edukacja na poziomie licencjatu i studiów uniwersyteckich, oraz uzupełnianie wykształcenia) przerzucane na jednostki.

Kumulacja tych czynników powoduje, iż reforma systemu ochrony zdrowia odbywa się kosztem



pielęgniarek (więcej w rozdziale na temat protestów pielęgniarek i położnych, rozdział napisany przez Julię Kubisę), a także, jak argumentowałam powyżej kosztem pacjentek i pacjentów, których dostęp do usług i ich jakość są regulowany przez finanse, oraz kosztem kobiet w gospodarstwach domowych, gdzie zwiększa się zapotrzebowanie na opiekę, kiedy np. w imię efektywności ekonomicznej skracany jest czas pobytu pacjentki czy pacjenta w szpitalu.

## **Wnioski**

Opisywany na początku tego tekstu hierarchiczny model wiedzy i praktyki medycznej został przekształcony, diagnoza medyczna stała się wtórna wobec diagnozy finansowej, ale relacje płci i fundacyjna zasada podporządkowania pracy opiekuńczej nie uległy zmianom, a tylko podporządkowanie przybrało nieco inną formę: niskie płace, intensyfikacja pracy, koszty reprodukcji społecznej/odtworzenia życia ludzi jako pracowników, obywateli czy podatników przetrucane do gospodarstw domowych, gdzie za większość prac opiekuńczych odpowiadają kobiety. Przesunięte zostały granice między tym, co publiczne a tym, co prywatne, między sferą produkcji i reprodukcji. Głównym agentem tych zmian (w sensie Bruno Latoura) jest państwo, które jednocześnie przekształca siebie zgodnie z logiką przedsiębiorstwa (Foucault, 2004). Koszty opieki przetrucane są do gospodarstw domowych, gdzie odpowiedzialność za podtrzymanie życia w przeważającej mierze spoczywa na kobietach, z tym, że niektóre kobiety są w stanie zakupić opiekuńczą pracę innych kobiet.

W protestach pielęgniarek, jakie mają miejsce na całym świecie, chodzi nie tylko o podwyżki płac czy poprawę warunków pracy, ale także o wspólny interes pacjentów i pielęgniarek, aby instytucje opieki, w tym opieki medycznej nie podlegały logice maksymalizacji zysków, ale logice uniwersalnych i niepodzielnych praw człowieka, w tym praw kobiet, oraz solidarnego zabezpieczania potrzeb na ochronę zdrowia i opiekę.

## **Bibliografia**

Bakker, Isabella i Stephen Gill, red. *Power, Production and Social Reproduction*. Nowy Jork: Palgrave Macmillan, 2003.

Barker, Drucilla K. "Economists, Social Reformers, and Prophets. A Feminist Critique of Economic Efficiency." W: *Feminist Economics*. 1(3), 1995: 26-39.

Beneria, Lourdes. *Globalizacja i człowiek z Davos*. Biblioteka Online Think Tanku Feministycznego, 2007.

Bezanson, Kate i Meg Luxton, red. *Social Reproduction*. Montreal: McGill-Queens University Press, 2006.

Brodie, Janine. *Restrukturyzacja i ruch kobiet w Kanadzie*. Tłum. Ewa Charkiewicz i Agata Czarnacka. Biblioteka Online Think Tanku Feministycznego, 2008.

Budlender, Debbie. *The statistical evidence on care and care work across six countries*. Genewa: UNRISD, 2008.

Charkiewicz, Ewa. *Jesteś kapitałą. Feministyczna analiza reformy systemu ochrony zdrowia*. Raport Think Tanku Feministycznego No 1, 2008. <http://www.ekologiasztuka.pl/pdf/fe0028charkiewicz.pdf>

Elson, Diane. *Male Bias in Development Process*. Manchester: Manchester University Press, 1991.

Elson, Diane. *Ekonomia i płęć. Trzy poziomy analizy ekonomicznej*. Tłum. Barbara Erbel. Biblioteka Online Think Tanku Feministycznego, 2007.

Foucault, Michel. "Technologies of the Self. The Political Technology of Individuals." W *Technologies of the Self. Seminar with Michel Foucault*, Luther H. Martin, Huck Gutman, Patrick Hutton, red.. Amherst: MIT Press, 1988.

Foucault Michel. *The Birth of Biopolitics. Lectures at the Collège de France 1978-1979*. Tłum Graham Burchell. Nowy Jork, Londyn: Palgrave i MacMillan, 2008.

Gardiner, Jean. *Gender, Care and Economics*. Houndmills i Londyn: MacMillan Press, 1997.

Isaksen, Lise Widding, Sambasivan Uma Devi, Arlie Russel Hochschild. „A Global Care Crisis: A Problem of Capital, Care Chain or Commons.” *American Behavioural Scientist*, 52(405), 2008.

Kurian, Rachel. "Globalizacja pracy opiekuńczej." Tłum. Małgorzata Maciejewska i Marcin Marszałek, 2007. Biblioteka Online Think Tanku Feministycznego, <http://www.ekologiasztuka.pl/pdf/fe0033kurian.pdf>

Litewski, Wiesław. *Rzymskie prawo prywatnej*. Warszawa: Wydawnictwa Prawnicze PWN, 1995.

Luxton, Meg. "Feminist political economy in Canada and the politics of social reproduction". W Bezanson i Luxton, red., 2006: 11-44.

Madörin, Mascha. "Economy and social policy: new patterns of thinking and old perspectives." Referat wygłoszony na konferencji "Better business – Creating a Gender Equal Europe". FAN Frauekademie, Monachium, 29 – 20 października, 2004.

Międzynarodowa Organizacja Pracy. Konwencja w sprawie personelu pielęgniarskiego. [The Nursing personnel Convention] (C 149), oraz Rekomendacje (R 157). 1977, 2007 Zob. ILO Health Services [www.ilo.org/sector](http://www.ilo.org/sector)

Nelson, Julie. *Feminism, Objectivity, Economics*. Londyn: Routledge, 1996.

Peterson, Spike V. *Ekonomia polityczna (w ujęciu globalnym) jako trzy ekonomie: reprodukcyjna, produkcyjna i wirtualna. Analiza w duchu foucaultowskim*. Tłum. Agata Czarnacka. Biblioteka Online Think Tanku Feministycznego, 2007.

Razavi, Shara. The political and social economy of care in a development context. Conceptual issues, research questions and policy options. *Gender and Development Program paper no 3*. Genewa: UNRISD, 2007.

Truong, Thanh-dam, Saskia Wieringa, Amrita Chhachhi, red. *Engendering Human Security. Feminist Perspectives*. New Delhi: Women Unlimited, 2006.

Young, Brigitte. *Kryzysy finansowe a społeczna reprodukcja*. Tłum. Anna Zachorowska Mazurkiewicz. Biblioteka Online Think Tanku Feministycznego, [2008] 2009.

---

© Fundacja Tomka Byry Ekologia i Sztuka

Źródło: Ewa Charkiewicz. Gender i opieka w reformie systemu ochrony zdrowia. Referat na seminarium „Gender i opieka w reformie systemu ochrony zdrowia. Perspektywa pielęgniarek i położnych”, zorganizowanym przez Fundację Tomka Byry Ekologia i Sztuka/Think Tank Feministyczny 9 – 10 września, 2009 we Wrocławiu.