



Raport Think Tanku Feministycznego 3/2009

Pielęgniarki

Protesty pielęgniarek i położnych w kontekście reform ochrony zdrowia

Julia Kubisa

z wprowadzeniem do raportu Ewy Charkiewicz

Ewa Charkiewicz

Pielęgniarki: permanentny kryzys finansowy od 20 lat

Wprowadzenie do raportu

Protesty pielęgniarek w obronie ich praw pracowniczych i o poprawę warunków pracy w szpitalach, zorganizowanie się w kobiece związki zawodowe, 'strażnicze' interwencje w naprawę kolejnych projektów uchwał i rozporządzeń dotyczących reform ochrony zdrowia - podejmowane z solidarnej perspektywy pracowniczek ochrony zdrowia i pacjentów - zasługują, z wielu powodów, na szczególną uwagę i uznanie. Raport Think Tanku Feministyczny napisany przez Julię Kubisę powstał w celu udokumentowania i przemyślenia przyczyn i doświadczeń z protestów pielęgniarek i położnych. We wprowadzeniu do Raportu odnoszę się do szerszego kontekstu reform ochrony zdrowia, które trwają w Polsce od ponad 20 lat, oraz do przyczyn protestów pielęgniarek w innych krajach. Doświadczenia te wskazują, że neoliberalne reformy zdrowia, które stawiają nacisk na redukcję kosztów opieki i skupiają się na wycenach usług medycznych, a główną ramą jest przeobrażanie ochrony zdrowia w rynek usług medycznych pogarszają zarówno jakość ochrony zdrowia jak i warunki pracy personelu medycznego, w tym szczególnie pielęgniarek i położnych.

Co się stało?

Na początku lat 1990, w okresie kryzysu transformacyjnego, pielęgniarki, podobnie jak wiele innych grup zawodowych, zaczęły tracić pracę. Galopująca inflacja już wcześniej zmniejszyła wartość wynagrodzeń i zdolność zaspokojenia potrzeb bytowych swoich i rodziny. W 1990 roku, po raz pierwszy od powojennych lat, zatrudnienie pielęgniarek zaczęło spadać. W odpowiedzi na kryzys państwo ograniczyło wydatki na sferę społeczną, w tym na ochronę zdrowia, finansowaną wówczas z budżetu państwa, a szpitale i inne placówki ochrony zdrowia szukały rozwiązań między innymi w zwolnieniach pracowników. O ile jednak z upływem czasu sytuacja niektórych grup zawodowych związanych z sektorem finansów publicznych (pracownicy sądownictwa, policji, średniego i wyższego szczebla administracji publicznej, lekarze, nauczyciele z dłuższym stażem w zawodzie) oraz kobiet w tych grupach zaczęła się poprawiać, to do niedawna większość pielęgniarek żyła w biedzie, zaliczając się tym samym do kategorii pracujących biedaków. Pozyskanie dochodów niezbędnych na przeżycie odbywało się i nadal odbywa się kosztem dodatkowego zatrudnienia, zdrowia i jakości życia, w tym nie pozwala na godzenie życia zawodowego i prywatnego.

Wraz z kolejnymi reformami ochrony zdrowia i naciskiem na obniżkę kosztów pogarszały się warunki zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Pierwsze redukcje dotyczyły salowych, a sprzątanie czy dostarczanie posiłków zlecono zewnętrznym firmom. Kolejne redukcje dotyczyły pielęgniarek. Umowy o pracę zastępowane są przez kontrakty cywilno-prawne, które nie dają możliwości analogicznych uprawnień socjalnych i oszczędzania na godziwej emeryturze. Pod presją cięcia kosztów pracodawcy ograniczają liczbę personelu, w tym wymuszają przejście na samozatrudnienie¹.

¹W szpitalu w Chorzowie wymuszono na pielęgniarkach przejście na kontrakty. Osiem pielęgniarek, (z ponad stu) nie wyraziło na to zgody. Zostały w szpitalu, ale jako archiwistki, podczas gdy wcześniej, zgodnie z

Zmniejszenie zatrudnienia wiąże się z intensyfikacją pracy pozostałych pracowniczek, co skutkuje wyczerpaniem i stresem z powodu niemożności właściwego wykonywania obowiązków. Jednocześnie niskie płace wymagają podejmowania dodatkowego zatrudnienia. Julia Kubisa opisuje to w raporcie cytując wywiady, jakie przeprowadziła latem 2009 z pielęgniarkami i położnymi zaangażowanymi w OZZPiP.

Wprowadzane w ciągu ostatnich 20 lat reformy ustawicznie zmieniały wymagania wobec pielęgniarek i położnych i zasady ich zatrudnienia, wymagały wielokrotnego dostosowania z ich strony, w tym inwestycji własnych środków na edukację, czy własną działalność gospodarczą, aby móc wykonywać ten zawód. Kiedy ustawodawca po raz kolejny zmienia przepisy, jak na przykład z pielęgniarkami zatrudnionymi w domach pomocy społecznej, którym w 2008 umożliwiono zawieranie kontraktów z NFZ, aby w 2009 tę możliwość zlikwidować, koszty dostosowania, na przykład czas na szkolenia, wzięte kredyty na własną działalność, czy zwolnienia i powrót do pracy na gorszych warunkach ponoszą jednostki. O wielu pielęgniarkach można więc powiedzieć, że dla nich transformacyjny kryzys nigdy się nie skończył, wprost przeciwnie jest stałym elementem życia zawodowego i codziennego od dwudziestu lat.

Reformy ochrony zdrowia

Przemiany społecznej pozycji i warunków pracy pielęgniarek są ściśle związane z założeniami i metodami reform ochrony zdrowia. Celem „*głębokich zmian w polskim systemie ochrony zdrowia ... powinno być zrównoważenie finansowe oraz istotna poprawa zarządzania, w kierunku systemu skutecznego medycznie i efektywnego kosztowo*”². Takie ujęcie celów reform wskazuje na przyjmowanie punktu widzenia neoliberalnego państwa, zainteresowanego potaniem kosztów ochrony zdrowia, aby zrealizować cele polityki makroekonomicznej, a nie punktu widzenia chorych ludzi czy placówek ochrony zdrowia. Pokazuje to także ujmowanie zdrowia jako kategorii ekonomicznej, a nie jako kategorii niepodzielnych i uniwersalnych praw człowieka. Ochrona zdrowia nie jest już prawem, ale kosztem dla budżetu. Życie i zdrowie ma być dostępne na indywidualną subskrypcję (ze składek). Jak pokazują protesty pielęgniarek, potanie ochrony zdrowia prowadzi do pogarszania jej jakości. Jednocześnie należy dodać, że redukcja dotyczy wydatków na opiekę, ograniczany jest dostęp do świadczeń ratujących życie (tzw. wysokospecjalistycznych procedur medycznych), a na przykład udział kosztów refundacji leków w Polsce jest jednym z najwyższych w Europie i ciągle rośnie, a próby ograniczenia wzrostu kosztów leków budzą sprzeciw ze strony prywatnych grup interesów.

W reformach w niewielkim stopniu chodzi o pielęgniarki czy o pacjentów. Nikt nigdy nie przygotował projektu reform z perspektywy oceny stanu zasobów służby zdrowia i potrzeb ludzi. Od 1989 dokumenty dotyczące reform (raporty, ustawy) konstruują ochronę zdrowia jako problem finansowania. Pierwszy projekt reformy, który powstał w ślad za ustaleniami Okrągłego Stołu zakładał finansowanie przez fundusz ubezpieczeniowy, gdzie składki mieli wносить pracodawcy (ale nie pracownicy) oraz współfinansowanie z budżetu państwa³. Od początku transformacji podejmowano różne rozwiązania, które zmieniały warunki funkcjonowania służby zdrowia.

kwalfikacjami, pracowały na oddziale intensywnej terapii (OIOM). URL
<http://www.pielegniarki.info.pl/article/view/id/3375>

²Stanisława Golinowska z udziałem Adama Kozierkiewicz i Christoph'a Sowady. Trzeci etap reform. Pożądane kierunki zmiany systemu ochrony zdrowia w Polsce. Między racjonalizacją a racjonowaniem. Warszawa: CASE. 2004, str. 6)

W 1990 roku powołano nowe instytucje i rozdzielono zarządzanie służbą zdrowia od jej finansowania, oraz uprawomocniono funkcjonowanie prywatnej opieki zdrowotnej, równoległe do systemu publicznego. Zdecentralizowano także zarząd szpitali i uprawnienia właścicielskie do samorządów lokalnych, ale nie zapewniono im odpowiedniego finansowania, co wymuszało obniżanie kosztów, oraz prowadziło do kolejnych zadłużeń szpitali. Zarazem, wraz z redukcją personelu jakość opieki się pogarszała. Niektórzy komentatorzy uważają, iż ten rodzaj fikcyjnej decentralizacji nie tyle służy subsydiarności i efektywnemu przeniesieniu pełnomocnictw zarządczych na szczebel lokalny, ale celem jest wymuszenie zmniejszania kosztów, aby móc zmniejszyć podatki⁴. Na samorządy lokalne przenoszono odpowiedzialność, ale placówkami ochrony zdrowia nadal sterowano centralnie, za pomocą reguł finansowania i ograniczania przepływu środków.

W 1997 roku, za rządów SLD-PSL Sejm uchwalił pierwszą reformę ochrony zdrowia, która wprowadzała system ubezpieczeniowy. Reformę tę, z radykalizującymi rynkowymi korektami i przy zmniejszonych składkach wdrażał rząd AWS-UW w 1999 roku. Stworzono regionalne kasy powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego i ich rejonowe oddziały, które miały ogłaszać konkursy na udzielanie świadczeń medycznych. Reforma nie prywatyzowała szpitali, ale wprowadzała quasi rynek i metody zarządzania właściwe dla prywatnych firm produkcyjnych czy handlowych do lecznictwa publicznego. Placówki ochrony zdrowia poddawano więc marketyzacji. Prywatyzacja przez komercjalizację, partnerstwa publiczno-prywatne czy przez leasing publicznych szpitali miała zacząć się później.

Po kolejnych wyborach i powrocie do rządzenia państwem SLD zlikwidował kasy chorych i wprowadził Narodowy Fundusz Zdrowia z szesnastoma oddziałami. Po skardze rzecznika praw obywatelskich, Trybunał Konstytucyjny uznał, że ustawodawca powinien ściśle określić, co się obywatelom należy, czyli ustalić zasady wdrażania konstytucyjnego uprawnienia do ochrony zdrowia. Reforma wróciła do Sejmu. Warunki dostępu i zakres świadczeń zostały określone w ustawie z sierpnia 2004 o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych. W 2005 zaczęto tworzyć koszyk usług podstawowych. Za rządów kolejnej koalicji PO-PSL, w latach 2008 i 2009 w systemie ochrony zdrowia nadal trwała permanentna rewolucja. Jej twarzą jest mianowany na podsekretarza stanu w ministerstwie zdrowia bankier inwestycyjny, który nie miał żadnych wcześniejszych zawodowych doświadczeń czy wykształcenia związanego z ochroną zdrowia i opieką. Ale za to wie jak redukować koszty i maksymalizować zyski⁵. Podobnie jak minister zdrowia, obydwójce są posłami PO. W coraz mniejszym stopniu chodzi o ochronę zdrowia, w coraz większym o zarządzanie przepływem pieniądza. Kilkakrotnie nowelizowano i rozbudowywano ustawę o świadczeniach finansowanych ze środków publicznych. W ubiegłym roku, kolejne zamieszanie wprowadził nowy system rozliczania kosztów, oparty na tak zwanych jednolitych grupach pacjentów (JPG).

Oprócz NFZ (rozliczanego przez Sejm wyłącznie z przestrzegania reżimu budżetowego) szczególną moc decyzyjną w ochronie zdrowia zyskała nowa instytucja, pozostająca poza zasięgiem

³Thomas Bossert i Cezary Włodarczyk. Unpredictable politics. Policy Process of Health Reform in Poland. Harvard School of Public Health. 2004.

⁴John Church i Tom Noseworthy. „Fiscal austerity through decentralization”. W: Health Reform. Public Success, Private Failure. Routledge. Londyn i Nowy York. 1999 ss 186-203

⁵Sekretarzem stanu (pierwszym wiceministrem) w ministerstwie ochrony zdrowia jest bankier inwestycyjny i poseł PO Jakub Szulc <http://www.jszuc.pl/index.php?kat=01&side=01>

demokratycznego nadzoru, Agencja Oceny Technologii Medycznych, która wycenia i podejmuje ostateczne decyzje o leczeniu bądź zaniechaniu leczenia, co w większości wypadków tzw. wysokospecjalistycznych procedur medycznych oznacza decyzję o życiu lub śmierci. Polityczne i społeczne stawki w funkcjonowaniu tej instytucji nie są przedmiotem publicznej debaty. Racją istnienia tej instytucji nie jest opieka, czy powszechne prawo do opieki zdrowotnej – AOTM, podobnie jak NFZ, kieruje się przede wszystkim racjonalnością ekonomiczną, jest swoistym państwem w państwie i nie musi składać raportów ze swojej działalności organom władzy wybieralnej. Problemem jest nie tylko AOTM, ale przede wszystkim kontekst i cel wdraża, to jest przeobrażenie ochrony zdrowia w rynek usług medycznych.

Reformy nie mają końca. Obecnie intensyfikowane są prace nad informatyzacją systemu ochrony zdrowia i centralizacją baz danych (medycznych, finansowych, pesel, nip). W kontekście ograniczonych środków konieczność sfinansowania informatyzacji zwiększy presję na oszczędności w opiece. Jednocześnie informatyzacja przyczyni się do standaryzacji i finansowego monitoringu czasu pracy lekarzy i pielęgniarek, co będzie skutkowało dalszym wypychaniem opieki z ochrony zdrowia przeobrażonej w rynek usług medycznych. Opieka nie poddaje się standaryzacji. Ile na przykład minut trzymania za rękę umierającej pacjentki Instytut Medycyny Pracy w Łodzi czy prywatni konsultanci uznają za normę i jak przeliczą to na punkty?

Trwają także zmiany właścicielskie. O ile od 1990 podstawowa opieka zdrowotna w przeważającej mierze została już sprywatyzowana, bądź świadczą ją nowozałożone firmy prywatne, to obecnie coraz więcej szpitali przekształcanych jest w spółki i partnerstwa prywatno-publiczne, co otwiera ścieżkę do pełnej prywatyzacji publicznej służby zdrowia i zakończy przeobrażenia służby zdrowia w rynek usług medycznych. Ochrona zdrowia finansowana ze środków publicznych jest jednym z najbardziej korzystnych obszarów inwestycji, ryzyko dla biznesu jest znikome, nie trzeba tworzyć rynku na nowe produkty czy starać się o klientów, systematyczny dopływ dochodów (płatności NFZ za świadczenia) jest gwarantowany przez państwo, a ludzie nie przestaną chorować. Prywatyzacja i utowarowienie sektorów publicznych (ubezpieczenia emerytalne, ochrona zdrowia, edukacja, usługi komunalne) to nowe eldorado czy „złota gorączka” inwestorów.

Przerzucanie kosztów reform na pacjentów i pielęgniarki i reprivatyzacja opieki

Zarówno wprowadzanie kas chorych, powrót do centralnego funduszu, czy wprowadzanie nowych systemów obliczania kosztów i rozliczeń ze placówkami ochrony zdrowia wiązało się z zamieszczeniem organizacyjnym, czego koszty ponosili pacjenci (nazywani już klientami usług medycznych) jak i pracownicy. Na końcu kija zawsze była marchewka: neoliberalne sieci perswazji kreowały dyskurs o reformach, które racjonalizują wydatki publiczne, aby poprawić jakość i dostęp do świadczeń. Czy rzeczywiście poprawiły jakość świadczeń i warunki pracy? Organizacyjno-prawne zamieszczenie jakie trwa w ochronie zdrowia od 20 lat ma swoją ciągłość i logikę przeobrażania służby zdrowia w rynek usług medycznych, gdzie osoba potrzebująca opieki medycznej czy pracowniczki opieki są tzw. nośnikami kosztów⁶, a choroba jest towarem, który jest opisany (diagnoza medyczna) i wyceniony,

⁶Tak sprawę stawia prawodawca. „Patrząc z punktu widzenia kryterium ekonomicznego, procedurą medyczną jest taki element procesu diagnostyczno-terapeutycznego, który może stać się przedmiotem obrotu, swoistym towarem zamawianym przez lekarza lub pacjenta, ale finansowanym przez ubezpieczyciela (NFZ)”. Załącznik nr 1. do Umowy (z NFZ). Metodyka wyceny świadczeń opieki zdrowotnej. Zasady ewidencji i rozliczania kosztów świadczeń medycznych w zakładach opieki zdrowotnej oraz zakres danych kosztowych i statystyk.
www.archiwum.aotm.gov.pl/.../Metodyka_wyceny_swadczen_opieki_zdrowotnej.doc

przy czym diagnoza finansowa jest ważniejsza od diagnozy medycznej, która już sama w sobie nie przesądza o ratowaniu życia i zdrowia.

Narzędziem procesu marketingu i ufinansowania ochrony zdrowia były kolejne projekty wyceny usług medycznych, gdzie stosowano różne metodologie, od kapitalizacji (koszt przeliczany na głowę pacjentki czy pacjenta, co nadal stosowane jest w podstawowej opiece medycznej), wycena kosztu pobytu w szpitalu (osobodzień), wyceny kosztów procedur, czy obliczanie kosztów według jednolitych grup diagnostycznych. Na podstawie danych demograficznych i epidemiologicznych opracowywano plany ochrony zdrowia (zapotrzebowanie na leczenie), po czym kasy chorych czy później oddziały NFZ kierując się poziomem wydatków z poprzednich lat planowały wydatki oraz jakie usługi medyczne i w jakiej ilości będą finansowane na kolejny rynek, a potem ogłaszały konkursy na oferty. Oprócz publicznych placówek oferty mogły składać także placówki niepubliczne czy na przykład samozatrudniające się położne lub pielęgniarki. Ten tryb decydowania o świadczeniach medycznych, oparty na konkurencji w ramach ograniczaniu środków wymuszał obniżanie kosztów, co odbywało się kosztem jakości opieki. Proporcjonalnie do PKB wydatki na ochronę zdrowia prawie nie wzrastały, a w niektórych okresach się zmniejszały, przy czym wraz z wejściem prywatnych placówek do gry o kontrakty z NFZ koszty świadczenia usług wzrosły. Rosły także koszty refundacji leków, w Polsce i np. na Słowacji o wiele wyższe niż w krajach „starej Europy”, co zwiększało nacisk na obniżenie kosztów (potanianie) opieki.

Z perspektywy przychodni czy szpitala oznaczało to, że placówki muszą się utrzymać, a w przypadku placówek prywatnych wygenerować zyski z kontraktów z NFZ i z dodatkowych usług świadczonych pacjentom za bezpośrednią odpłatnością. W każdym wypadku oznaczało to presję na obniżanie kosztów, co odbywało się kosztem personelu, a także kosztem jakości usług. (Nie bez kozery prywatni pracodawcy ochrony zdrowia płacą pielęgniarkom niższe wynagrodzenia – szukają marginesów zysków w ograniczaniu płac pracowników⁷). Znaczną część czynności opiekuńczych w szpitalach przerzucono na rodziny, czyli w większości wypadków na kobiety jako matki czy córki. Wzrost efektywności, na przykład przez skrócenie pobytu pacjentów w szpitalu zwiększał presję na opiekuńczą pracę w domu, którą wykonują przede wszystkim kobiety, a więc kreuje nieefektywność społeczną. Dla pracodawców służby zdrowia tańsze okazały się formy zatrudnienia personelu na umowy zlecenie czy przechodzenia na samozatrudnienia, co przerzucało koszty pracy związanej z opieką na pracowniczki opieki (pielęgniarki i sanitariuszki) oraz na rodziny. Ponadto, w wycenach kontraktów nie uwzględniano kosztów amortyzacji zakładając, iż wymiana sprzętu czy remonty miały być finansowane przez instytucje założycielskie, które, z wyjątkiem bogatych metropolii nie miały na to środków. Zużyty sprzęt nie był wymieniany, szpitale nie regulowały płatności dostawcom, zalegały z płatnościami do ZUS i popadały w długi.

Marketingu (wprowadzenie rynkowych reguł gry do służby zdrowia) i konkurencja o ograniczone środki wewnątrz szpitali skutkowałą naciskiem na obniżanie kosztów pracy, szczególnie pielęgniarek, które nie miały takiej siły przebicia jak lekarze oraz obniżeniem jakości i reglamentacją usług, skutkującą uprzywilejowaniem tych, którzy są w stanie ponieść dodatkowe koszty, co od początku transformacji umożliwiały szpitale tworząc uprzywilejowaną ścieżkę dostępu.

Koszty ochrony zdrowia były przerzucane do gospodarstw domowych i reprivatyzowane (podejmowanie przez rodziny pracy opiekuńczej w szpitalach, skracanie pobytu w szpitalach, które skutkowało zwiększeniem zapotrzebowania na opiekę w domu, represyjne wyceny pracy opiekuńczej pielęgniarek). Reformy nie przynosiły zasadniczej poprawy w jakości świadczeń i warunków pracy –

⁷GUS o płacach w ochronie zdrowia. Kurier 2009. Ibid.

racjonalizowały przepływ pieniądza przez organizacje związane z opieką. Jak zostało skodyfikowane w kolejnych ustawach z ochroną zdrowia w tytule, chodzi nie tylko o ratowanie życia, ale także o efektywność ekonomiczną, przy czym racjonalność ekonomiczna jest instytucjonalnie zabezpieczona (np. mocą ustaw, zarządzaniem przepływem pieniądza, czy przez instytucje takie jak NFZ czy AOTM), a ochrona zdrowia jest celem niższej rangi.

Presje na obniżanie kosztów wynikały nie tylko z przyjęcia modelu rynkowego do ochrony zdrowia. SLD-owska ustawa z 1997 zakładała, że na składki będzie przeznaczane 10 % podatków od indywidualnych dochodów będących podstawą opodatkowania. Kiedy ustawa była wdrażana zmniejszono tę kwotę odpisywaną z sumy podatków na składki do 7.5 % - bo należało uzdrowić budżet państwa a nie ludzi. Oznaczało to mniejsze przychody kas chorych czy NFZ, podczas gdy zapotrzebowanie na pomoc medyczną i jej koszty (przede wszystkim koszt leków) rosły. Obecnie składka wynosi 9 % . Na całym świecie, zarówno w USA jak i w „starej” Europie budżet państwa dofinansowuje ochronę zdrowia. Ochrona zdrowia jest dobrem wspólnym i prawem człowieka, a więc jej koszty powinny być solidarnie dzielone między przedsiębiorstwa (których dochody wiążą się z wkładem pracy, a więc regeneracją zdolności do pracy pracowników) a gospodarstwami domowymi, w czym powinno pośredniczyć państwo. W Polsce od drugiej połowy lat 1990. stawki podatkowe, zarówno od dochodów indywidualnych jak i od biznesu (PIT i CIT) systematycznie obniżano. Jednocześnie państwo (gdzie ministrowie finansów są efektywnie głównymi decydentami) zadłużało się, ponosząc coraz większe koszty obsługi długu publicznego. W budżecie państwa znajdowano środki na stadiony (10 % budżetu NFZ w 2009), na finansowanie wojny i nowych skorumpowanych reżimów (Irak, Afganistan), na 48 myśliwców F16 za 3 mld dolarów, na zdalnie sterowane samoloty szpiegowskie, ale nie ma ich na ochronę zdrowia.

Aby rzeczywiste stawki polityczne i stawki życia ludzi nie zostały nazwane, potrzebny był maskujący czy zastępczy dyskurs. Tak jak Naomi Klein pisała w *Doktrynie Szoku*, mamy więc dyskurs o katastrofalnej niewydolności, korupcji i nadużyciach w służbie zdrowia. Służba zdrowia jest wydolna, tylko jest niedofinansowana. Połączony z naiwną wiarą w sprawczą moc rynku dyskurs o korupcji maskuje rzeczywiste, systemowe, związane z przyjętym kształtem reform przyczyny, które przeobrażały domenę opieki w rynek usług medycznych. Na każdym etapie reform argumenty i uwarunkowania finansowe, wycena kosztów usług medycznych, czy stan finansów publicznych i logika zgodnie z którą dokonywano ich podziału przesądzały o tym że diagnoza finansowa miała wyższą rangę od diagnozy medycznej.

Cele i kierunki reform, to jest „*zrównoważenie finansowe, poprawa zarządzania w kierunku systemu skutecznego medycznie i efektywnego kosztowo*” jak je artykułował CASE⁸ były systematycznie wdrażane. Czy jednak takie założenia reform są korzystne dla pacjentów i pielęgniarek? W celach tych zawierała się sprzeczność. Kolejne reformy dążyły do potaniania opieki, ale nie poprawiały jakości opieki i przenosiły zakres obowiązków do gospodarstw domowych, lub potanianie odbywało się kosztem intensyfikacji pracy pielęgniarek.

Z perspektywy zapewniania powszechnej i dobrej jakościowo opieki należy powiedzieć, że wprowadzenie mechanizmu rynkowego i reorganizacja reguł funkcjonowania publicznej ochrony zdrowia i przeobrażenia ochrony zdrowia w rynek usług medycznych i uzależnienie zdrowia i życia od

⁸Stanisława Golinowska z udziałem Adama Kozierkiewicz i Christoph'a Sowady. Trzeci etap reform. Pożądane kierunki zmiany systemu ochrony zdrowia w Polsce. Między racjonalizacją a racjonowaniem. Warszawa: CASE. 2004, str. 6)

wycen finansowych – nie zdało egzaminu. Prywatny rynek usług medycznych może istnieć równoległe i zaspokajać potrzeby zamożnych obywateli. Publiczna służba zdrowia nie powinna być poddana regułom mechanizmu rynkowego.

Rynek, w wyobraźni polityków ujmowany naiwnie, jako zestaw sprawczych atrybutów jak efektywność, konkurencyjność, doskonała równowaga i optymalna alokacja zasobów – nie jest właściwym modelem do zapewniania powszechnej ochrony zdrowia. Po pierwsze taki rynek nie istnieje w rzeczywistości, rynki są konstruowane społecznie. Mechanizm rynkowy z teorii neoklasycznej i neoliberalnych legend o wolnym rynku tak się ma do gospodarki jak płęć kulturowa do płci biologicznej. Po drugie, produkcja zdrowia różni się od produkcji butów, usług turystycznych czy samochodów. Samochód czy inne towary są dobrem prywatnym, ochrona zdrowia jest dobrem publicznym i wiąże się z prawem do życia. Bez samochodu można się obejść, brak dobrej jakościowo i powszechnie dostępnej ochrony zdrowia skraca życie bądź skutkuje śmiercią. W ochronie zdrowia potrzebna jest analiza kosztów, ale rynek nie może być celem samym w sobie, a diagnoza finansowa nie może być ważniejsza od diagnozy medycznej. Prywatne placówki świadczące usługi medyczne dla zamożnych osób mogą istnieć równoległe, ale oprócz tego powinien funkcjonować sprawny, publiczny system opieki zdrowotnej, który zapewni dobrej jakości opiekę medyczną dla wszystkich, przy utrzymaniu godziwych wynagrodzeń i warunków pracy dla pracowniczek i pracowników opieki.

Nawet rzecznicy tego modelu reform poddawali krytyce rozwiązania, które sztucznie kreowały rynki na usługi medyczne. „...[G]łówna motywacja reformy 1999 r. dotyczyła wprowadzenia do systemu ochrony zdrowia elementów mechanizmu rynkowego. Rynek miał być czynnikiem poprawy efektywności i jakości, tworzył nadzieję na wyższe środki w systemie oraz na wzrost swobody decyzyjnej podstawowych podmiotów, a przede wszystkim świadczeniodawców...Rozumienie mechanizmu rynkowego, jego ograniczonych możliwości oraz zawodności w systemie ochrony zdrowia nie było dostateczne - pisała profesor Golinowska w raporcie CASE⁹”.

Hiperkonkurencyjne rynki wprowadzają model wojny wszystkich ze wszystkimi, gdzie stawką dla jednych jest przeżycie, dla innych maksymalizacja zysków. Problemy pielęgniarstwa, w tym niskie płace i intensyfikacja pracy są skutkiem tak zaprojektowanego systemu ochrony zdrowia. Adam Leszczyński (Gazeta Wyborcza i Krytyka Polityczna), który niedawno opublikował kolejny artykuł sankcjonujący finansową reglamentację dostępu do ochrony zdrowia, a więc prawo do życia pod kątem siły nabywczej, a ograniczenie finansowania traktuje jako niekwestionowaną oczywistość¹⁰, czy inni mający podobne poglądy przedstawiciele klasy politycznej jako jednostki nie chcą doprowadzać pacjentów do śmierci czy pielęgniarek do wycieńczenia, ale jednak pracują one ponad siły, i większość z nich nadal za grosze. Kiedy patrzy się z góry, tak, jak patrzy neoliberalne państwo i jego rzecznicy¹¹, to cierpień ludzi czy pracy pielęgniarek nie widać, z łatwością przychodzi więc skazywanie ludzi na śmierć, oraz przrzucanie odpowiedzialności za opiekę na barki kobiet, co szczególnie obciąża kobiety z nisko i średnio-dochodowych gospodarstw domowych.

⁹Stanisława Golinowska. Trzeci etap reform. Pożądane kierunki zmiany systemu ochrony zdrowia w Polsce. Między racjonowaniem a racjonalizacją. CASE. Warszawa 2004:13

¹⁰Adam Leszczyński. „Ile kosztuje ludzkie życie”. Gazeta Wyborcza 4 stycznia, 2010.

¹¹James C. Scott, Seeing like a State. How Certain Schemes to Improve the Human Condition Have Failed. New Heaven, Londyn: Yale University Press. 1998

W patriarchalnej kulturze, w ramach której żyjemy, społeczne instytucje takie jak rodzina, państwo, prawo, rynek opierają się na założeniu, iż praca opiekuńcza to nie jest praca tylko prywatny obowiązek kobiet. Na tych założeniach opiera się i czerpie z nich korzyści rynek usług medycznych. Problem jakości i dostępności opieki i warunków pracy w ochronie zdrowia jest więc systemowy i wiąże się z tym jak wartościowana jest opieka i ludzkie życie. To nie jest kwestia jednostkowych problemów, które można rozwiązać przy pomocy kosmetycznych napraw.

Związana z samozatrudnieniem konieczność administracyjno-finansowej obsługi kontraktu przenosi pracę ze szpitala do domu, który staje się miejscem pracy. Przestrzeń prywatna, miejsce życia osobistego i regeneracji po pracy jest zajmowana przez związaną ze sferą publiczną działalnością zarobkową. Jednocześnie potaniecie kosztów ochrony zdrowia osiągnięte jest przez reprivatyzację, czyli przenoszenie odpowiedzialności za opiekę do gospodarstw domowych (np. gdy skracany jest czas pobytu w szpitalu po skomplikowanych operacjach). Paradoksalnie, należałoby dzisiaj uzupełnić feministyczny 'bojowy slogan' prywatne jest publiczne, o nowy slogan: oddajcie nam naszą prywatność. Pielęgniarki (i wszyscy pracownicy) powinny otrzymywać godziwe wynagrodzenie z jednej pracy w trybie przeliczanym na 8 godzin pracy dziennie przez 5 dni w tygodniu. Powinny mieć prawo do czasu dla siebie, dla rodziny, do wypoczynku.

Należy szukać innych rozwiązań niż marketyzacja i reprivatyzacja opieki do gospodarstw domowych i na barki kobiet. Zarządzanie przez finanse, wielorakie presje na zmniejszanie kosztów skutkują intensyfikacją pracy i wycieńczeniem pielęgniarek, oraz pogorszeniem jakości przy efektywnym ograniczeniu dostępu do ochrony zdrowia. Ustawa z 2008 roku daje uprawnienia do świadczeń z NFZ między innymi członkom rad nadzorczych, podczas gdy coraz liczniejsza rzesza ludzi, którzy pracują za grosze na zasadzie prekariatu, powracających migrantek i migrantów nie ma uprawnień do opieki zdrowotnej. Obywatele mający uprawnienia do ochrony zdrowia, stali się klientkami i klientami, kategoryzowanymi teraz pod kątem siły nabywczej, jako zysk (podatki) albo koszt dla budżetu. Znieczulenie przy porodzie mogą sobie kupić te kobiety, które na to stać, inne muszą rodzić w bólu. Nic dziwnego, że jedyna forma podmiotowości dostępna ludziom w dyskursie publicznym to neoliberalna formuła płacę podatki, więc wymagam. Pacjenci wymagają od pielęgniarek i lekarzy – ale nie wymagają od państwa, które wprowadza - mieczem prawa – społecznie szkodliwe regulacje, które rekonstruują ochronę zdrowia jako rynek, a obywateli i obywatelki z uprawnieniami jako klientów rekateryzowanych pod kątem siły nabywczej. Utracie obywatelstwa towarzyszy systematyczna redukcja wpływu związków zawodowych.

Przyczyny protestów pielęgniarek i taktyki oporu w Polsce i na świecie.

Protesty polskich pielęgniarek wiążą się z podobnymi protestami w innych krajach. Belgia, Wielka Brytania, Zimbabwe, Finlandia, Kamerun, Indie, Stany Zjednoczone, Australia – z tych protestów rozrysować można mapę świata. Wspólną przyczyną protestów w Polsce i na świecie jest niedofinansowanie ochrony zdrowia i neoliberalne reformy, które reglamentują dostęp i wprowadzają metody związane z zarządzaniem pracownikami z okresu industrializacji i masowej „taśmowej” produkcji (standardyzacja, pomiary, monitoring i kontrola) jak i jednocześnie nowe zarządzanie wartością (value management), co zastępuje paradygmat opieki i ochrony zdrowia jako dobra publicznego. Oba typy restrukturyzacji zarządzania pracą opiekuńczą wprowadzane są jednocześnie, co między innymi wymaga ustawicznych adaptacji od pracowniczek opieki.

Za takimi reformami tkwi neoliberalne założenie, iż rynek jest doskonałym uniwersalnym regulatywnym ideałem, toteż sfera społeczna (ochrona zdrowia, edukacja, zabezpieczenia społeczne)

a także administracja publiczna będą funkcjonować dobrze tylko wtedy, kiedy będą funkcjonować na tych samych zasadach co przedsiębiorstwa. Ideologia ta pozwala ograniczać podatki, przekierować publiczne środki finansowe na przynoszące ekonomiczne korzyści inwestycje. Feministyczne badaczki podejmowały krytyki tych reform i zwracały uwagę, iż skutkują one reprivatyzacją opieki do gospodarstw domowych i większym obciążeniem kobiet¹² Osobnym torem toczyły się dyskusje na temat reorganizacji zatrudnienia (upłynnienie, deformalizacja) i wpływu neoliberalnych reform na warunki pracy, w tym w ochronie zdrowia.

Jedną z autorek, która podejmuje temat przeobrażeń pracy pielęgniarek jest Suzanne Gordon. W 2005 roku ukazała się jej książka „Nursing Against the Odds”¹³. Suzanne Gordon odnosi się przede wszystkim do Stanów Zjednoczonych, gdzie począwszy od lat 80. ubiegłego wieku zaczęto wprowadzać zmiany w funkcjonowaniu szpitali i w relacjach między ubezpieczycielami (protestującymi przeciwko rosnącym kosztom) a dostawcami opieki zdrowotnej. Strategii redukcji kosztów towarzyszyło wprowadzenie do szpitali konsultantów od zarządzania, w tym z wielkich firm takich jak Ernst & Young, Arthur Andersen i innych, które wprowadzały restrukturyzację zatrudnienia w przemyśle i usługach i przenieśli metody z biznesu do ochrony zdrowia. Konsultanci zdefiniowali choroby cierpiących ludzi jako ustandaryzowane, przewidywalne jednostki produkcji i narzucili rozwiązania w jednym formacie dla wszystkich. Stało się to między innymi za pomocą wprowadzania norm pracy i nowych metod wyceny usług medycznych, a zwłaszcza przez zastąpienie wyceny procedur przez standardyzację kosztów według tzw. jednolitych grup pacjentów (które wprowadzono także w Polsce). Z racji na ich liczebność wynagrodzenia pielęgniarek stanowiły najwyższą pozycję w funduszu płac firm medycznych czy publicznych szpitali, toteż redukcję kosztów zaczęto wprowadzać poczynając od pielęgniarek.

Podobnie jak nieco później w Polsce, pojawił się nowy język, który w Stanach Zjednoczonych zastąpił zarządzanie szpitalem organizowane z perspektywy tworzenia warunków do pracy zespołowej i inwestycji w personel, nowymi metodami zarządzania szpitalami pod kątem kosztów (value management). Konsultanci zdefiniowali pielęgniarki i pacjentów jako „ośrodek kosztów”, lekarzy natomiast jako „ośrodek zysków”. Jak pisze Gordon pielęgniarki były „łatwym” celem redukcji z racji na utrwalone przeświadczenia o niższej randze pracy opiekuńczej i z racji na słabe uzwiązkowienie. Tylko 17 % pielęgniarek należy do związków zawodowych (w Polsce ponad połowa). Konsultanci mierzyli zadania i czas pracy pielęgniarek, tworzyli komputerowe programy, które potem sprzedawali szpitalom do zarządzania personelem, gdzie diagnoza przy przyjęciu pacjentki czy pacjenta do placówki wiązana była z przewidywanym zapotrzebowaniem na pracę pielęgniarek, które wzywano do pracy „na telefon”. Takie rozwiązania sprzyjały deformalizacji i upłynnieniu zatrudnienia (zatrudnianiu przyjezdnych pielęgniarek czy pielęgniarek na godziny, na wezwanie i tymczasowe kontrakty). W kalkulacjach czasu pracy konsultanci rejestrowali to co wymierne, kierowali się tendencją do standardyzacji elementów pracy, co zamazywało różnice między pacjentami, szukali rezerw czasu (jak pewne czynności wykonywać szybciej), a jednocześnie usuwali opiekę jako nadmiar

¹²Zob. na przykład: Christine Ewig. „Reprodukcja społeczna i zreorganizowane państwo. Feministki a neoliberalne reformy zdrowia w Chile”. Tłum. Małgorzata Chmiel, oraz Janine Brodie. „Polityka na granicach. Restrukturyzacja i ruch kobiet w Kanadzie”. Tłum. Ewa Charkiewicz i Agata Czarnacka. W: Gender i ekonomia opieki, Ewa Charkiewicz i Anna Zachorowska Mazurkiewicz, red. Warszawa: Fundacja Tomka Byry Ekologia i Sztuka. 2009.

¹³Suzanne Gordon. Nursing Against the Odds. How Health Care Cost Cutting, Media Stereotypes and Medical Hubris Undermine Nurses and Patient Care. Ithaca, NY: CorbellUniversity Press. 2005

zakłócający efektywność pracy, co później skutkowało zmniejszenie zatrudnienia i fluktuacją personelu, intensyfikacją pracy pozostałych pielęgniarek i miało negatywny wpływ na jakość opieki. Konsultanci ustalali wskaźniki zatrudnienia pielęgniarek w odniesieniu do liczby pacjentów, a ten szpital, który osiągał najniższe wskaźniki zatrudnienia pielęgniarek konstruował normę wymaganą od innych szpitali.

Wobec pielęgniarek, jak pisze Gordon, stosowano metodę kija i marchewki. Kijem było zwolnienie z pracy, marchewką obietnicę podwyższenia standardów profesjonalnego uznania zawodu, bądź objęcie funkcji zarządczych nad pracą pielęgniarek. Prowadziło to do podziałów między pielęgniarkami na wysoko-wykwalifikowane pracowniczki technicznej medycyny i nisko-płatne wykonawczynie czynności opiekuńczych.

Kolejne generacje konsultantów przychodziły do szpitali z nowymi pomysłami. „*Nie chodziło już tylko o zwiększanie i łączenie kwalifikacji, ale o eliminację pielęgniarek i salowych*”, pisze Gordon. Pielęgniarki, i inni pracownicy szpitali, którzy kwestionowali tezy konsultantów byli określani jako osoby niezdolne do współpracy, czy od razu zwalniane z pracy. „Po prostu następnego dnia już ich nie było, znikali”. Intensyfikacja pracy pielęgniarek, centralizacja, indywidualizacja i standardyzacja zarządzania pracą, która zastąpiła budowanie zespołów (line teams), skutkowałą pogorszeniem jakości pracy pielęgniarek i jakości opieki. Konsultanci wprowadzili chaos do ochrony zdrowia, pisze Suzanne Gordon. Podobny bałagan powodują reformy w Polsce.

Suzanne Gordon cytuje Paula Duke'a, pielęgniarsza na oddziale intensywnej pomocy, który w artykule w Newsweeku opisał swoją pracę w ten sposób: „*Przeciętnego dnia mam od 10 do 12 pacjentów. Któregoś dnia miałem 22 pacjentów. Nie dawałem sobie rady i poszedłem do siostry oddziałowej z prośbą o pomoc. Ale ona była tak samo zajęta jak ja, powiedziała, żebym wybrał pięciu najbardziej zagrożonych pacjentów i resztą zajął się jak będę mógł*”. Paul Duke postawił czytelnikom pytanie: „*czy chcesz być jedną z pięciu osób, która dostaje pomoc natychmiast, czy jedną z tych, które będą czekać sześć czy dziesięć godzin, aż ktoś przyjdzie z pomocą*.” Paul Duke podkreślał wysokie kwalifikacje personelu na OIOMie, ich wytrwałość i oddanie pracy. „*Ale jeśli ma się dwudziestu pacjentów, kiedy można się zająć sześcioma, to kwalifikacje na nic się nie zdają*”. Inna cytowana przez autorkę pielęgniarka, opowiada, jak stała przy łóżku pacjentki, która wiedziała, że umiera. Musiała na siłę odrywać rękę pacjentki – żeby biec do innych pacjentów. Po takim dyżurze zdecydowała się na odejście z pracy. Takich pytań czy dylematów, cytowany powyżej Adam Leszczyński, rzecznik finansowego reglamentowania dostępu do opieki medycznej nie stawia.

Podobne skutki opisuje Nils Böhlke, w artykule na temat zmiany warunków pracy w czasie prywatyzacji Szpitali Państwowych w Hamburgu (LBK Hamburg). Wprawdzie w referendum mieszkańcy wypowiedzieli się przeciwko prywatyzacji, to jednak w 2005, samorząd sprzedał większość udziałów firmie Asklepios Königstein/Taunus, założonej w 1984, w Hesji, która wcześniej prowadziła sieć małych wiejskich szpitali, a obecnie jest firmą ponadnarodową, z obrotami ponad 2 mld euro w 2006 roku. Firma inwestuje także w Polsce. Rok przed prywatyzacją, w szpitalu wprowadzono metody rozliczeń według wyceny dla jednolitych grup pacjentów, które standardyzują możliwości leczenia pacjentów, włączając sytuacje, kiedy pacjentka czy pacjent ma nietypową kombinację schorzeń, czy też jest „ponadnormatywny” (podobny system JGP wprowadzono w Polsce w 2009 roku). Nowe metody rozliczeń i prywatyzacja miały zwiększyć efektywność i ograniczyć koszty. W trakcie prywatyzacji lekarze wynegocjowali lepsze warunki. Jedną z największych zmian w warunkach pracy pielęgniarek dotyczyła wprowadzenia, w ramach trzymianowej pracy, systemu 3 – 2 – 1, co oznaczało trzy pielęgniarki (w tym uczące się zawodu stażystki lub stażystki) na pierwszej

zmianie, dwie na drugiej zmianie, jedną na nocnej zmianie. Ta ostatnia zmiana była najgorsza, jedna z pielęgniarek mówiła: *„Nigdy nie mogłam wyjść z pracy z czystym sumieniem... to było fizycznie niemożliwe, żeby móc właściwie pomóc wszystkim pacjentom. Na innych zmianach też pielęgniarki narzekały, że nie mają czasu karmić pacjentów czy właściwie ich pielęgnować, z racji na intensywność pracy¹⁴.*

W książce do której odwoływałam się powyżej Suzanne Gordon cytuje badania, które wskazują, że nawet z czysto ekonomicznego punktu widzenia redukcja zatrudnienia pielęgniarek nie jest efektywna, bo brak odpowiedniej opieki zwiększa komplikacje i zachorowalność, co skutkuje większymi kosztami leczenia.

W opublikowanym przez Gazetę Pielęgniarek i Położnych artykule (sygnowanym mm) czytamy:

„Raport Agencji Badań dla Ochrony Zdrowia i Jakości przy Departamencie Zdrowia i Usług Społecznych w USA (Agency for Healthcare Research and Quality, U.S. Department of Health and Human Services, www.ahrq.gov), sporządzony w marcu 2007 r. wskazuje, iż każdy dodatkowy pacjent na jedną pielęgniarkę w przypadku, gdy sprawuje ona opiekę nad czterema pacjentami w oddziale chirurgicznym to: 1) 7% wzrost prawdopodobieństwa zgonu w okresie 30 dni od chwili przyjęcia, 2) 7% wzrost zakończonej niepowodzeniem akcji reanimacyjnej, 3) w przypadku pacjentów z AIDS pozyskanie dodatkowej pielęgniarki na osobodzień powodowało 50% spadek śmiertelności w ciągu 30 dni ich pobytu. Natomiast wyższa proporcja godzin i wyższa liczba pielęgniarek, a tym samym zwiększenie stopnia opieki na osobodzień, to niższe współczynniki: zakażeń dróg moczowych, krwawień z górnego odcinka przewodu pokarmowego, zapaleń płuc, wstrząsów i zatrzymań akcji serca. Badania, które objęły ponad 700 szpitali i ponad 43 tys. pielęgniarek pokazały, że tam, gdzie przypada większa liczba pacjentów na jedną pielęgniarkę, tam też istnieje większa śmiertelność i zachorowalność, więcej błędów w sztuce i niekorzystnych zdarzeń, włączając w to infekcje dróg moczowych, stanowiących 40% wszystkich zakażeń szpitalnych. Od 11% do 13% hospitalizowanych pacjentów cierpiało z powodu odleżyn, których leczenie kosztowało od 40 do 70 tys. dolarów za każdego pacjenta. Wysoka liczba personelu pielęgniarskiego związana była ze zmniejszeniem od 2% do 25 % zdarzeń niepożądanych, wynikających z procesu leczenia. W innym badaniu wykazano zależność między liczbą pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę a czasem pobytu w szpitalu. W przypadku oddziału Intensywnej Opieki badania wykazały zależność między małą liczbą pielęgniarek opiekujących się pacjentami a zdarzeniami niepożądanymi. W przypadku, gdy na oddziale na jedną pielęgniarkę przypadał jeden lub dwóch pacjentów, w tym oddziale występowało znacznie mniej komplikacji niż w oddziałach, gdzie na jedną pielęgniarkę przypadało trzech lub czterech pacjentów. Badania te wskazują jednoznacznie kierunek, w jakim powinny być podejmowane działania przez zarządzających ochroną zdrowia”.

W tym samym artykule cytuję z informacji z portalu TVN24.pl, który w dniu 8 sierpnia br. doniósł:

„Od stycznia do lipca w Zakładzie Opiekuńczo- Leczniczym w Dzierżąźnie pod Kartuzami zmarło 39 pacjentów. To więcej niż przez cały ubiegły rok. Pacjenci umierają, bo w placówce

¹⁴Nils Böhlke. „The impact of hospital privatization on industrial relations and employees. The case of the Hamburg hospitals” Work Organization, Labour and Globalization. Vol. 2 No 2, Autumn 2008, str. 119-130; Specjalne wydanie: The new goldrush: the new multinationals and commodification of public sector work”. Analytica Publications/Merlin Press

*brakuje personelu. Można mówić o 50-procentowej nadumieralności - twierdzi prof. Leszek Bieniaszewski z Akademii Medycznej w Gdańsku lekarz, który nie mógł pogodzić się z redukcjami i zrezygnował z funkcji konsultanta medycznego w Dzierżynie. Od początku roku z oddziału odeszła ponad połowa pielęgniarek. Gdańskie Centrum Rehabilitacji ma poważne problemy finansowe - kontrakt z NFZ jest mniejszy o 40 proc. niż w zeszłym roku. W ZOL leczą się osoby niepełnosprawne, po wylewach i amputacjach. To osoby po prostu skazane na opiekę pielęgniacyjną. Tymczasem na 76 łóżek (na dwóch oddziałach) przypadają zaledwie dwie pielęgniarki, pełniące 12-godzinne dyżury. Inne odeszły. Warunki, w których egzystują pacjenci są tragiczne - wszyscy mają założone pampersy, bo nie ma komu wozić ich do toalet”.*¹⁵

Przykład ten wskazuje, jak zarządzanie pod kątem kosztów i redukcja personelu wpływa na jakość ochrony zdrowia. W Polsce od 20 lat trwają bezustanne reformy, które metodą kolejnych kroków przeobrażają służbę zdrowia w rynek usług medycznych. W Stanach Zjednoczonych zmiany te (wprowadzane za prezydentury Clintona) nosiły nazwę zarządzanej opieki (managed care). Suzanne Gordon cytuje właściciela jednej z firm doradczych, Portera-O'Grady, który w artykule w *American Journal of Nursing* z 1994 proklamował „nową erę ochrony zdrowia”, gdzie zasady zmian nie są do negocjacji, ponieważ „główną siłą sprawczą stojącą za reorganizacją pracy jest ekonomika”. Podobnie myślą polscy decydenci tudzież znaczna część medycznego establishmentu. Suzanne Gordon i wielu innych krytyków, pacjentów i pracowników opieki w medycynie urynkowanej się z tymi założeniami nie zgadza. Gordon pisze, że rynek zastosowany jako model do rozwiązywania skomplikowanych problemów cierpiących ludzi ma wiele wad. Szpital jest miejscem gdzie ludzie cierpią i umierają, nie zawsze są w stanie zachowywać się jak racjonalni doskonali konsumenci opieki zdrowotnej. Cytuje odnoszącego się do przeobrażeń ochrony zdrowia w Stanach Zjednoczonych Sidneya Wolfe'a, który mówił, że ekscesy finansowania świadczeń medycznych zorganizowanych wcześniej na zasadzie opłat za procedury zostały zastąpione systemem gdzie płaci się za brak usług. Podobnie z deszczu pod rynnę weszliśmy w Polsce.

Analiza przyczyn protestu pielęgniarek w Polsce i na świecie uwiadcza bezosobową przemoc neoliberalnego, techno-ekonomicznego dyskursu reform. Pokazuje także nieefektywność społeczną reform nastawionych na urynkowanie ochrony zdrowia. O rozwiązaniach w ochronie zdrowia powinniśmy zacząć mówić inaczej, przede wszystkim językiem uniwersalnych i niepodzielnych praw człowieka, w tym praw socjalnych i pracowniczych. Zarówno warunki pracy i pozycja zawodowa pielęgniarek, jak i dostęp i jakość w opiece zdrowotnej nie ulegną poprawie, jeśli nie będziemy wartościować opieki. Opieka to nie tylko opieka nad dziećmi, sprzątanie i gotowanie posiłków, opieka to zarówno płatna i bezpłatna praca opiekuńcza i reprodukcyjna, oraz instytucje, które podtrzymują życie ludzi. Z nieodpłatnej czy nisko wynagradzanych pracy opiekuńczej korzysta zarówno rynek jak państwo czy społeczeństwa. Koszt opieki należy się więc dzielić między rynek a gospodarstwa domowe, a nie reprivatyzować czyli przerzucać je tak jak teraz do rodzin i na barki kobiet. Niepodzielne uniwersalne prawa człowieka, w tym prawa kobiet, a przede wszystkim prawo do życia i perspektywa opieki są podstawowymi normami, na których powinno się opierać przeprojektowanie reformy ochrony zdrowia.

¹⁵„Fakty i mity – normy zatrudnienia pielęgniarek i położnych”. (Artykuł sygnowany mm) *Gazeta Pielęgniarek i Położnych*. 2009, dostępna na portalu www.pielęgniarki.info.pl

Pielęgniarki.

Protesty pielęgniarek i położnych w kontekście reform ochrony zdrowia

Julia Kubisa

Spis treści

1. Wstęp
2. O zawodzie pielęgniarki i położnej
3. Metodologia
4. Skrócony przebieg przemian w ochronie zdrowia, reforma
5. Przemiany pracy pielęgniarek i położnych
 - Czas pracy
 - Warunki płacowe
 - Praca dodatkowa
 - Kontrakty
 - Podstawowa Opieka Zdrowotna POZ
 - Specyfika pracy położnych
 - Starzenie się grupy zawodowej i deficyt opieki
 - Wykształcenie, nowe wymogi i migracje
 - Normy zatrudnienia
 - Praca opiekuńcza pracą zawodową
6. Protesty pielęgniarek i położnych
 - Pielęgniarki i położne w związkach zawodowych
 - Protesty pielęgniarek i położnych
 - Akcje protestacyjne w trakcie wprowadzania reformy systemu ochrony zdrowia
 - „Ustawa 203” i jej konsekwencje
 - Przeciw restrukturyzacji: w obronie szpitala Rydygiera we Wrocławiu lata 2000 - 2004
 - Ustawa „wedłowska” i Białe Miasteczko
 - Po Białym Miasteczku – strajki w sprawie należnych podwyżek
 - Strajk w Łodzi 2008 rok – proces sądowy za akcją strajkową
 - Strajk w Lublinie 2008 rok – udana okupacja
 - Wycena pracy opiekuńczej – strajk w zakładach opieki długoterminowej w 2008 roku
 - Strajk w Radomiu 2009 rok – różnice w zarobkach lekarzy i pielęgniarek
 - Specyfika protestów
7. Dziel i rządź czyli relacje między pielęgniarkami i położnymi a lekarzami oraz pacjentami
8. Miejsce pielęgniarek i położnych w sferze publicznej
9. Podsumowanie

1. Wstęp

Celem niniejszego raportu jest przedstawienie przemian w warunkach pracy i płacy pielęgniarek i położnych w Polsce, a także historii ich protestów, odnoszących się do skutków reformy ochrony zdrowia dla tych dwóch grup zawodowych. W obu zawodach zatrudnione są przede wszystkim kobiety. W obronie swoich praw pracowniczych obie grupy podejmują charakterystyczne formy protestów oraz samodzielnie organizują się poza dwiema głównymi centralami związkowymi NSZZ „Solidarność” i OPZZ. Centrale te, co prawda, zrzeszają pielęgniarki i położne, jednak nie prowadziły działań nakierowanych na poprawę warunków pracy tych właśnie grup.¹⁶ W 1991 roku pielęgniarki i położne założyły własny związek zawodowy - Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych. Pomimo, iż bez wkładu ich pracy szpitale czy przychodnie nie mogłyby funkcjonować, a pielęgniarki i położne stanowią blisko 1/3 wszystkich pracowników ochrony zdrowia¹⁷, ich głos i warunki pracy były pomijane zarówno w polityce państwa, jak i na poziomie placówek ochrony zdrowia. Można to interpretować w kategoriach miejsca pracy opiekuńczej i pielęgnacyjnej w hierarchii zawodów medycznych oraz pozycji pielęgniarek i położnych w relacjach władzy w systemie ochrony zdrowia. Sfeminizowanie zawodu, przekłada się na jego niższą pozycję wynikającą z patriarchalnego charakteru instytucji ochrony zdrowia czy innych instytucji publicznych.

2. O zawodzie pielęgniarki i położnej

Jak pokazuje porównanie danych z różnych źródeł, dotyczących liczebności pielęgniarek i położnych w Polsce duża liczba pielęgniarek odeszła z zawodu, zatrudnienie pielęgniarek systematycznie się zmniejsza. Zgodnie z danymi prezentowanymi przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych, liczba zarejestrowanych pielęgniarek (czyli także tych nie pracujących zawodowo, ale posiadających uprawnienia) w Polsce wynosi obecnie ok. 268 000 i z roku na rok się zmniejsza, podobnie w przypadku położnych, których jest ok. 30 000. Natomiast dane GUS dotyczą osób pracujących w zawodzie bezpośrednio z pacjentem, bez osób, dla których głównym miejscem pracy jest uczelnia, jednostka administracji państwowej lub terytorialnej lub NFZ¹⁸.

Rok	1989	1990	1991	1995	1999	2000
Pielęgniarki	197 880	207 767	204 004	211 603	197 153	189 632
Położne	22457	24016	23763	24440	22683	21997

Rok	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007
Pielęgniarki	186 491	185 892	181 291	177 501	178 790	178 781	181 895
Położne	21843	21743	21129	21090	20832	20919	21445

¹⁶Obecnie w Ogólnopolskim Związku Zawodowym Pielęgniarek i Położnych zrzeszonych jest 79 000 członkiń i członków, podczas gdy w OPZZ niewiele ponad 5000.

¹⁷ Mały Rocznik Statystyczny 2009 Główny Urząd Statystyczny

¹⁸ Rocznik Statystyczny GUS roczniki 1990, 1992, 1997, 2001, 2003, 2005, 2007, 2008

Od początku lat 90-tych zmniejsza się liczba pielęgniarek pracujących w zawodzie, co szczególnie widać w latach po wprowadzeniu reformy systemu ochrony zdrowia. Podwyższa się także średnia wieku pielęgniarek i położnych. Wśród pielęgniarek jest to 43 lat, a wśród położnych 42 lata¹⁹. Zawód ten wykonuje obecnie 2/3 uprawnionych. Liczba pracujących pielęgniarek na 10 tys. mieszkańców wynosiła w latach 2003–2006 średnio 47,2, a położnych 5,6 – przy znacznym zróżnicowaniu między województwami.(CF:86) Według Eurostat wskaźniki te są jedne z najniższych w Europie. Dotyczy to nie tylko pielęgniarek, ale i lekarzy²⁰.

Zawód pielęgniarki i położnej regulowany jest ustawą o zawodzie z 1996 roku i wielokrotnie nowelizowanej. Oba zawody są samodzielne. Zgodnie z ustawą pielęgniarki oferują świadczenia zdrowotne, a w szczególności pielęgnacyjne, zapobiegawcze, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz z zakresu promocji zdrowia. Położne oferują świadczenia pielęgnacyjne, zapobiegawcze, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz zajmują się promocją zdrowia, w zakresie opieki nad kobietą, kobietą ciężarną, rodzącą i położnicą oraz noworodkiem. Mogą prowadzić fizjologiczną ciążę oraz fizjologiczny poród, działalność edukacyjno-zdrowotną w zakresie przygotowania młodzieży do życia w rodzinie oraz metod planowania rodziny, ochrony macierzyństwa i ojcostwa. Zarówno pielęgniarki jak i położne mogą także nauczać zawodu, prowadzić badania oraz kierować zespołem pielęgniarek czy położnych.²¹

Pielęgniarki pracują w Zakładach Opieki Zdrowotnej: w szpitalach – na oddziale, w rejestracji, na bloku operacyjnym – tu także jako instrumentariuszki, czyli pielęgniarki zajmujące się operacyjnymi instrumentami i nie mające kontaktu z pacjentem, kierując zespołem jako pielęgniarki oddziałowe i naczelne; w przychodniach; w zakładach pielęgnacyjno – opiekuńczych; w domach pacjentów jako pielęgniarki środowiskowe. Pielęgniarki pracują także w Domach Pomocy Społecznej, w żłobkach (podlegających Ministerstwu Zdrowia) i przedszkolach oraz szkołach. Położne pracują zarówno na bloku porodowym jak i na oddziale położniczym i neonatologicznym w szpitalu, w przychodni ginekologicznej i pediatrycznej, jako położne rodzinne w domach pacjentek.

Obecnie pielęgniarki i położne mogą się kształcić jedynie na poziomie studiów wyższych. Zlikwidowano popularne kiedyś licea pielęgniarские. W Europie porozumienie dotyczące wyższego wykształcenia pielęgniarek zawarto już w 1967 roku, jednak Polska ratyfikowała je dopiero w 1996, przesuując realizację porozumienia na 2000 rok z powodów ekonomicznych.²²

Zawód pielęgniarki, a jeszcze bardziej położnej to zawody silnie sfeminizowane. Według danych Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, pod koniec 2008 roku zarejestrowanych było ok. 263 000 kobiet – pielęgniarek i 4756 pielęgniarzy, oraz 32429 kobiet - położnych i 45 mężczyzn – położnych.²³ Te ostatnie dane mogą mieć przyczynę w zwyczajowym odradzaniu mężczyznom wyboru tego zawodu, co zmieniło się dopiero w ostatnich latach.

¹⁹ Dane Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych <http://www.izbapiel.org.pl/upload/Analiza%20wieku%201.3.pdf>

²⁰ Eurostat <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal>

²¹ Ustawa z dnia 5 lipca 1996 r o zawodzie pielęgniarki i położnej (Dz. U. Nr 91, poz. 410)

²² Krystyna Łukasz – Paluch, Grażyna Anna Franek „Ruch zawodowy i przemiany w kształceniu podstawowym pielęgniarek na przełomie wieków” *Problemy Pielęgniarstwa* 2008 16 (1-2) 173 – 180

²³ Dane Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych http://www.izbapiel.org.pl/index.php?id=186&n_id=1912

3. Metodologia

W tekście przedstawię najważniejsze tematy związane ze zmieniającymi się warunkami pracy oraz staraniami o poprawę statusu zawodu podejmowanymi między innymi przez Ogólnopolski Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych. Materiałem badawczym, na którym się opieram są 25 wywiadów, jakie przeprowadziłam z działaczkami OZZPiP szczebla zakładowego, międzyzakładowego i regionalnego (17 wywiadów – region mazowiecki, region łódzki, region lubelski, region śląski, region dolnośląski, region opolski, pierwsza przewodnicząca), 3 wywiady z byłymi działaczkami, (2 wywiady we Wrocławiu, jeden w Chorzowie), 2 wywiady z pielęgniarkami niezrzeszonymi, wywiad z wiceprzewodniczącą Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, wywiad z emerytowaną pielęgniarką oraz wywiad z archiwistką Polskiego Towarzystwa Pielęgniarskiego. Obraną metodą był wywiad swobodny z dyspozycjami²⁴, a rozmowy trwały od 1 do ponad 3 godzin i zostały przeprowadzone od czerwca do października 2009 roku. Drugim istotnym źródłem informacji były dyskusje między działaczkami związkowymi, badaczkami, academiczkami i członkiniami organizacji pozarządowych przeprowadzone podczas warsztatu „*Gender i opieka w kontekście reformy ochrony zdrowia. Perspektywa pielęgniarek i położnych*” zorganizowanego przez Think Tank Feministyczny we Wrocławiu w dniach 8-9 września 2009r.

4. Skrócony przebieg przemian w ochronie zdrowia

Reforma ochrony zdrowia uznawana była za konieczność jeszcze za czasów „pierwszej Solidarności”. W trakcie dyskusji nad kolejnymi projektami reform, ścierały się dwa modele finansowania ochrony zdrowia, solidarystyczny z budżetu i ubezpieczeniowy. Decentralizacja bez przekazania środków finansowych, regionalne zróżnicowanie dochodów samorządów, oraz zasady kontraktowania sprawiły, że szpitale zmuszone były się zadłużać. Proces decentralizacji miał zdecydowany wpływ na kształtowanie się warunków pracy i płacy pielęgniarek i położnych. W literaturze wskazuje się również na takie niewłaściwe efekty jak ograniczenie dostępu do leczenia, odpłatność za lekarstwa czy korupcja środowisk medycznych. Jednocześnie środowiska medyczne podkreślały malejące nakłady na ochronę zdrowia, przez co rzetelna opieka nad pacjentami stawała się niemożliwa, a zarobki spadały w porównaniu z inflacją²⁵.

Na podstawie ustawy budżetowej z 1991 roku szpitale i inne jednostki ochrony zdrowia rozpoczęły pobieranie opłat od pacjentów spoza ich rejonu. Ponadto, w kontekście kryzysu w finansach publicznych, instytucje szpitalne rozpoczęły wywieranie presji na pacjentów i ich rodziny, aby nabywali „cegiełki na szpital”, przeznaczane na potrzeby jednostki. Zmiany te doprowadziły do podwyższenia wydatkowania z prywatnej kieszeni pacjentów na usługi w sektorze publicznym, bez wzrostu jakości opieki²⁶.

²⁴Konecki Krzysztof *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*, PWN, 2000

²⁵Kozek Wiesława „*Liberalisation, privatisation and regulation in the Polish health care sector/ hospitals in the Polish healthcare sector/hospitals 2007*” raport krajowy na temat procesów liberalizacji i prywatyzacji oraz form regulacji dla projektu *Privatisation of Public Services and the Impact on Quality, Employment and Productivity*”, European Commission’s 6th Framework programme, listopad 2006
http://www.pique.at/reports/pubs/PIQUE_CountryReports_Health_Poland_November2006.pdf

²⁶Tamże

Przygotowana przez rządy SLD -PSL w 1997 roku i potem modyfikowanej i wdrażanej przez rząd AWS – UW reforma finansowania ochrony zdrowia wprowadziła system oparty na funduszach ubezpieczeniowych. Jej celem było zastąpienie finansowania z budżetu finansowaniem ze składek, pobieranych w ramach należności podatkowych. Wojewódzkie (i jedna branżowa) Kasy Chorych (a od 2003 roku Narodowy Fundusz Zdrowia i jego oddziały) kontraktowały usługi medyczne i kontrolowały ich wykonanie. Należy podkreślić, że kasy chorych nie zapewniały finansowania szpitalom, a tylko kupowały określone usługi – leczenie, operacje, pobyty pacjentów w szpitalu. Za podział środków na wynagrodzenia oraz za naprawy, zakup sprzętu odpowiedzialne były dyrekcje SPOZów, którym z kolei na to nie przyznawano środków, bądź przyznawano je w ograniczonym zakresie. To była zasadnicza zmiana, która spotkała się z silnym sprzeciwem i krytyką ze strony środowisk zawodowych w ochronie zdrowia. Menadżerowie szpitali wskazywali, że ten system prowadzi z powrotem do szpitalnych długów oraz że szpitale otrzymują niewystarczające środki na opiekę nad pacjentami, tak że pracownicy nie są w stanie sprostać przyjętym medycznym standardom.²⁷

Jak podkreślają Hardy i Stenning²⁸ sednem reformy zdrowia, podobnie jak w pozostałych reformach sektorów publicznych (edukacja, emerytury, pomoc społeczna) była decentralizacja, racjonalizacja i wprowadzenie mechanizmów rynkowych do publicznych instytucji. Menadżerowie funduszy zdrowia podpisywali odnawialne kontrakty z dostawcami usług (czyli szpitalami, przychodniami, lekarzami) którzy pod presją wykonania kontraktu mieli oferować wyższą jakość i niższe koszty usług zdrowotnych. To rozwiązanie wprowadziło nowe zjawisko – menadżerializm i rachunek kosztów w dostarczaniu i organizacji ochrony zdrowia, wprowadzając mechanizmy rynkowe do zarządzania i finansowania ochrony zdrowia. Wprowadzenie mechanizmu opartego na wzorcach przeniesionych z biznesu, oznaczało rywalizację na poziomie kosztów między ubiegającymi się o wygraną przetargu placówkami ochrony zdrowia. Jak przekonały się pielęgniarki, koszty obniżano kosztem zwolnień i utrzymania płac na niskim poziomie.

5. Przemiany pracy pielęgniarek i położnych

Reforma ochrony zdrowia przeprowadzona w latach 1999 – 2000 oznaczała restrukturyzację zatrudnienia – w wielu szpitalach pracę traciło ok. 1/3 personelu, także pielęgniarek. Jako że pacjentów nie ubywało, pielęgniarki które zostały na stanowiskach zostały skonfrontowane z nowym zjawiskiem – zbyt dużego obciążenia pracą. Pod ich opieką znajduje się coraz więcej pacjentów, w przeliczeniu na jedną pielęgniarkę – dochodzi do niebezpiecznych sytuacji jak dwie pielęgniarki na trzydzieścioro dzieci na oddziale pediatrycznym. Zwiększenie intensywności pracy nie ma proporcjonalnego przełożenia na zwiększenie zarobków, co jest zresztą znaną zasadą zarządzania od czasów wprowadzenia naukowego zarządzania, które stało się podstawą funkcjonowania fordowskiej gospodarki²⁹, i zgodnie z którym normy pracy zwiększano o ponad 100 procent, a wynagrodzenie o

²⁷ tamże

²⁸ Hardy Jane , Stenning Allison "Public Sector Reform and Women's Work in Poland: 'Working for Juice, Coffee and Cheap Cosmetics!'" w *Gender, Work and Organization* vol. 12 issue 6, 2005

²⁹F.W. Taylor "Badanie czasu pracy, praca akordowa I pracujący robotnik" w *Twórcy naukowych podstaw organizacji* red. J. Kurnal Państwowe Wydawnictwo Ekonomiczne Warszawa 1972 r. Gospodarka fordowska opiera się na postępującym podziale pracy na mniejsze czynności, które mogą być wykonywane przez osoby o niższych kwalifikacjach, oraz na produkcji masowej.

1/3. Jednocześnie pielęgniarek brakuje na tyle, że potrzebne jest zatrudnianie ich z zewnątrz. Dyrektorzy postawieni między koniecznością oszczędności a brakami personelu, decydują się na działania połowiczne – nie tworzą nowych etatów, lecz ściągają pielęgniarki z innych zakładów zatrudniając je na umowy zlecenie, bo ta forma zatrudnienia jest dla nich tańsza. I tak np. w Łodzi czy w Chorzowie pielęgniarki pracują na pełnym etacie po czym w czasie wolnym pracują w innych szpitalach i przychodniach w wymiarze czasem dochodzącym również do pełnego etatu. Jak podkreślają rozmówczynie, to rozwiązanie podważa możliwości rzetelnego wypełniania obowiązków pielęgniarskich. Pielęgniarki nie są w stanie nawiązać relacji z pacjentem, nie mogą zajmować się profilaktyką zdrowia z uwagi na brak czasu, a wraz z przemęczeniem towarzyszy im stres, że w pewnym momencie pomylą lekarstwa. Statystyki prezentowane przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych – wyliczenia dotyczące liczby pacjentów przypadających na jedną pielęgniarkę w różnych krajach dają obraz przeciążenia polskich pracownic. Wynika z nich, iż wskaźnik zatrudnionych pielęgniarek i położnych na 1000 mieszkańców w wybranych krajach Unii Europejskiej przedstawia się następująco: Czechy: 8.1, Francja: 7,5, Niemcy 9,6, Węgry 8,6, Wielka Brytania 9.2, Polska 5,0³⁰. W konkretnych przypadkach oznacza to jedną pielęgniarkę na czterdziestoosobowym oddziale, dwie pielęgniarki na trzydzieścioro dzieci na oddziale pediatrycznym, W przełożeniu na realia pracy pielęgniarek oznacza to np. jedną pielęgniarkę na czterdziestoosobowym oddziale lub dwie pielęgniarki na trzydziestoosobowym oddziale pediatrycznym, sytuacje gdy podczas nocnych operacji „brudną” instrumentariuszkę³¹, zastępuje³² sanitariuszka³³ Podobna sytuacja ma miejsce w zakładach pielęgnacyjno – opiekuńczych, gdzie na dyżurze nocnym pacjentami obłożnie chorymi i w podeszłym wieku opiekuje się jedna pielęgniarka. Cięcia wynikające z dążenia do efektywności ekonomicznej i zmniejszania kosztów mogą skutkować poważnym zagrożeniem dla życia i zdrowia pacjentów.

Czas pracy

Pielęgniarki i położne w szpitalach pracują zwykle w systemie 12/24 czyli po 12 godzinnym dyżurze mają 24 godziny przerwy, natomiast w przychodniach w systemie 8 godzinnym. Zwraca uwagę, że ten system nie jest kwestionowany mimo, że z racji swojej niestandardowości (praca w nocy lub przez cały dzień, konieczność zapewnienia opieki nad domem przez inne osoby) może nie pasować do rozkładu dnia innych domowników³⁴. Jednak pielęgniarki i położne, identyfikując się z zasadami pracy szpitala, który jest czynny na okrągło, akceptują ten rozkład godzin – co więcej, jak opowiada jedna z rozmówczyń (Siedlce), zmiana systemu pracy z 12h na trzy razy 8 godzin była narzędziem prześladowania i podporządkowania pielęgniarek przez dyrektor szpitala, która utworzyła specjalny zespół pielęgniarek, do którego trafiały te bardziej buntowniczo nastawione oraz te wracające po urlopiach macierzyńskich – system 3 razy 8 jest znacznie bardziej niszczący dla organizacji życia

³⁰Dane Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych za 2004r dostępne na stronie http://www.izbapiel.org.pl/index.php?id=186&n_id=1812

³¹Instrumentariuszka: wykwalifikowana pielęgniarka, która wyspecjalizowała się w pracy na bloku operacyjnym; „brudna instrumentariuszka” – asystuje przy zabiegu operacyjnym bez zachowania wymogów aseptyki. Osoba ta nie jest ubrana w sterylne fartuch i nie ma bezpośredniego styku z pacjentem. Stanowisko w dyskusji zajęła między innymi Krajowa Konsultantka w Dziedzinie Pielęgniarstwa (02.07.2008) stwierdzając, że przy operacji asystują dwie pielęgniarki - czysta i brudna - i zastępowanie jednej z nich niewykwalifikowaną osobą nie powinno mieć miejsca. Źródło: <http://www.prawoizdrowie.pl>

³² Historia szpitala im. Matki Teresy z Kalkuty w Drawsku Pomorskim źródło: <http://www.gazeta.pielegniarki.info.pl/article/view/id/2823>

³³ osoba wykonująca proste czynności nie zarezerwowane dla innych zawodów medycznych, która ukończyła 6 miesięczny kurs dla sanitariuszy wymagany przez Ministerstwo Zdrowia, zakres czynności podobny do salowej.

³⁴ Wraz z rozwojem sektora usług coraz więcej osób pracuje w ten sposób.

prywatnego, rodzinnego, odpoczynku ponieważ jedna ze zmian wypada w środku nocy. Jak mówią pielęgniarki, „*wolę już posiedzieć 4 godziny dłużej i potem iść do domu na dłużej*”.

Co więcej, część pielęgniarek – matek małych dzieci chwali sobie takie rozwiązanie: „*Odpowiada mi ten system pracy, ponieważ możemy z mężem stosować naprzemienną opiekę nad córką - mąż pracuje w podobnym systemie (nie w służbie zdrowia). W przyszłości planuję zmianę posady na taką, w której będę pracowała po osiem godzin, z wolnymi Świątami. Ale to już jak dzieci pójdą do przedszkola czy szkoły*”.

Dwunastogodzinny tryb zmian ma też wpływ na relacje w rodzinie i podział obowiązków domowych. „*Dziecko szybciej staje się samodzielne, wcześniej niż w innych rodzinach zostawia się dziecko samo na noc. Dzwoni się itp. Trzeba mieć dużą dozę zaufania do siebie, takich jak ja matek samotnie wychowujących dziecko nie ma tak wiele. Jak jest tatuś to się zajmie. Kiedyś co druga to była matka polka, wszystko robiły same w domu, teraz nie ma problemu, faceci się genialnie angażują, fajnie się sprawdzają.*”

„*Wygodniej jest na 12 godzin, bo rzadziej się chodzi do pracy, można lepiej rozplanować miesiąc, przy 3 zmianowej byłybyśmy zarżnięte totalnie, nie ma możliwości dorobić sobie. Postanowiliśmy się sprzeciwić, trzeba było szukać prawników, nauczyć się przepisów prawnych i tak założyliśmy związek zawodowy, to było w 1997r.*”

System dwunastogodzinny odbija się jednak na zdrowiu w dłuższej perspektywie – nawet rozmówczynie, które od dłuższego czasu są na etatach związkowych i nie pracują w zawodzie zwracały uwagę na problemy ze snem, wynikające z wielu lat pracy w systemie na noc. Co więcej, wiele pielęgniarek skarży się, że pracują w wymiarze nieco większym niż dwunastogodzinny dyżur – często muszą przyjść wcześniej, wyjść później (co ma związek z intensyfikacją pracy), a nie dostają wynagrodzenia za nadgodziny. W jednym ze szpitali (Zabrze) próby zmiany czasu pracy z dwunastogodzinnego na 8 godzinny doprowadziły do zainteresowania się prawami pracowniczymi i w konsekwencji: założenia związku zawodowego.

Warunki płacowe

Zarobki pielęgniarek i położnych zarówno przed reformą jak i w jej trakcie były palącą kwestią. Jak wynika z badań o zatrudnieniu pielęgniarek, prowadzonych przez Hardy i Stenning³⁵ tuż po wprowadzeniu reformy w Krakowie, Wrocławiu i Warszawie, wynagrodzenie nie pozwalało na samodzielne życie. W sektorze ochrony zdrowia reforma spowodowała poważne rozwarstwienie w dochodach. Podczas gdy dyrektor regionalnej kasy chorych zarabiał ok. 8000 zł miesięcznie, dyrektor szpitala zarabiał 2000 zł, a pielęgniarka z 20-letnim doświadczeniem – 900 zł. W rezultacie wręcz niemożliwością było życie w oparciu o pensję pielęgniarki – stałe opłaty pochłaniały większość wynagrodzenia. Młodsze pielęgniarki podejmowały prace w charakterze sprzątaczek na 2-4 godziny na dzień by związać koniec z końcem. Starsze pielęgniarki były zależne od swoich mężów, a młodsze od rodziców. Ta zależność została podsumowana przez jedną z pielęgniarek „*nie możesz się rozwieść z mężem i musisz mieć nadzieję, że on nie umrze, inaczej nie przetrwasz*”. Niskie wynagrodzenia przekładają się na niskie emerytury – w wysokości 600 zł. Dlatego kobiety oficjalnie przechodziły na

³⁵Hardy Jane, Stenning Allison “Public Sector Reform and Women's Work in Poland: 'Working for Juice, Coffee and Cheap Cosmetics!’” w *Gender, Work and Organization* vol. 12 issue 6, 2005

emeryturę i podejmowały inną pracę czy też szukały możliwości dorobienia w szarej strefie. W większości przypadków przetrwanie oznaczało konieczność domowej kreatywnej księgowości, oraz mobilizowania wszystkich członków rodziny do wykorzystywania każdej nadarzającej się okazji zarobkowania (również praca w nadgodzinach, wyjazdy zagranicę do pracy, praca w szarej strefie). W przypadku Polski jest to jednak doświadczenie wielu kobiet, nie tylko tych pracujących w ochronie zdrowia.

W roku 2009 w zarobkach pielęgniarek i położnych widać przede wszystkim duże rozwarstwienie. Od 2000 roku, kiedy negocjacje płacowe przeszły na poziom zakładów opieki zdrowotnej (ponieważ kontrakt zawierany przez zakład opieki zdrowotnej z NFZ oznacza jedną kwotę, która dyrekcja zoz-u dzieli na wydatki na procedury, wynagrodzenia, inwestycje w sprzęt i remonty), wysokość wynagrodzenia zależy od różnych czynników. Kształtuje się w zależności od poziomu wynagrodzeń na lokalnym rynku pracy³⁶, polityki dyrekcji (niektórzy dyrektorzy wolą inwestować w sprzęt, inni w ludzi), reprezentacji strony pracowniczej – czy prowadzi się negocjacje, kto je prowadzi, jakie są relacje między poszczególnymi związkami zawodowymi – czy prezentują wspólne stanowisko czy ubiegają się o podwyżki oddzielnie. W grupie zawodowej pielęgniarek istotną kwestią są decyzje pielęgniarki oddziałowej, która decyduje o przyznaniu premii wynikającej z dobrze wykonanego kontraktu – zasady ich przyznawania są niejasne i nie regulowane w żaden sposób.

Zdecydowane różnice wynagrodzeń zależą również od charakteru placówki – w szpitalach klinicznych, gdzie oferuje się specjalistyczne procedury w oparciu o nowe technologie, stawki oferowane przez NFZ, a zatem wynagrodzenia pielęgniarek obsługujących nowoczesne urządzenia są wyższe, niż w przypadku zakładów opiekuńczo – leczniczych, gdzie pielęgniarki opiekują się pacjentami przewlekle chorymi i w podeszłym wieku. Pielęgniarki ze specjalistycznego instytutu w Warszawie zarabiają ok. 2800 zł netto (4 000 brutto), natomiast w zakładach opiekuńczo – leczniczych w województwie śląskim, przed strajkami w 2008, pielęgniarki zarabiały co najwyżej 1500 zł netto (2000 zł brutto).

We Wrocławiu gdzie w czasie wprowadzania reformy pielęgniarki zarabiały ok. 900 – 1000 zł netto, obecnie zarabiają 1700 - 2000 zł netto plus dodatki. Przykładowe zarobki w innych miejscach to Zabrze 2600 brutto, Łódź 2300 brutto, Katowice 2900 brutto, Opole 2200 netto, a w niektórych szpitalach klinicznych aż do 4 tysięcy złotych.

Postulatem OZZPiP było wynagrodzenie na poziomie 3200 zł brutto płacy zasadniczej plus dodatki (np. za dyżury nocne). Pielęgniarkom zależy przede wszystkim, by ich wynagrodzenia przewyższały średnie krajowe wynagrodzenie, jednak z nielicznymi wyjątkami jest to postulat niezrealizowany. Zarobki części pielęgniarek obecnie są wyższe niż były w roku 2000, jednak cały czas są to zarobki niewystarczające. Tym pielęgniarkom, które dostały podwyżki obecne zarobki pozwalają zapewnić podstawowe potrzeby, ale już nie pozwalają na aktywny wypoczynek czy uczestniczenie w życiu społecznym. *„Lubię tańczyć i chciałabym, żeby mnie było stać na kurs tańca. Żeby mnie było stać na rozwijanie swoich pasji. Nie chodzi tylko o to, żeby mi starczyło do pierwszego, tylko żebym mogła prowadzić życie na odpowiednim poziomie”.*

Nie istnieją jednolite regulacje dotyczące poziomu wynagrodzeń ze względu na staż pracy i poziom wykształcenia. Jest to wynikiem deregulacji systemu i przeniesienia decyzji o wysokości wynagrodzeń i taryfikacji na poziom zakładów opieki zdrowotnej. Jednakże na poziomie szpitali również często

³⁶ tamże

nie ma uporządkowanego taryfikatora wynagrodzeń, z uwzględnieniem stażu pracy i wykształcenia. Uporządkowanie kwestii wynagrodzeń jest powtarzającym się postulatem negocjacyjnym i strajkowym grupy zawodowej pielęgniarek i położnych.

Tak jak w przypadku wywiadów prowadzonych w latach 1999 – 2001 przez Hardy i Stenning, także w 2009 pielęgniarki zwracają uwagę na wielką różnicę między mężatkami a niezamężnymi. Osobom samotnym jest się bardzo trudno utrzymać z jednej pensji, w przypadku samotnych matek oznacza to zwykle ciągłe pożyczanie. Sytuacja mężatek jest różna. W jednym z łódzkich szpitali podczas sporu zbiorowego, którego tematem były podwyżki: „[...]dyrektor powiedział że *powinnyśmy pracować za pół darmo i mężowie powinni nas utrzymywać. Nie to, że jestem skrajną feministką, ale znam poczucie własnej wartości i nie znoszę zależności, mąż dziś jest a jutro go nie będzie, muszę być osobą niezależną. Powiedział też, że lekarze i pielęgniarki powinni oddać czastkę siebie*”.

W województwie lubelskim, gdzie jest wyższe bezrobocie, niejednokrotnie pielęgniarki utrzymują bezrobotnych mężów. Jak opowiada pielęgniarka z Lublina: „*Koleżanki pracują na dwa etaty, tak układają życie rodzinne. Jest mało miejsc pracy, u nas około 20 proc pielęgniarek sama utrzymuje rodziny bo mężowie potracili pracę. Jak ona ma możliwość pracować na jeden etat i jeszcze na ¾ etatu to pracuje, a domem zajmuje się mąż. Zostają tylko godziny na sen, żeby przyjść do pracy. Nie pamiętam, żeby było tak kiedyś, żeby pracować w drugim miejscu a teraz jest to powszechne*”.

Osoby prowadzące samodzielnie gospodarstwo domowe są często skazane na pracę na pełnych dwóch etatach zawodowych: „*Mam koleżankę młodą, która po to, żeby kupić mieszkanie na kredyt, codziennie pracuje w szpitalu na pełny etat jako instrumentariuszka na 8 h dziennie i potem pracuje resztę dnia i weekendy u chirurga plastycznego prywatnie*”.

Wydarzenia w Bogatyni³⁷, gdzie pielęgniarki złożyły podania o pracę w charakterze sprzątaczk w urzędzie miasta, pokazują gdzie jest nadal sytuowany zawód pielęgniarki. Protestujące zwracają uwagę na fakt, iż zarobki w obu zawodach są porównywalne – 1700 zł netto, natomiast poziom odpowiedzialności zdecydowanie inny.

O ile wcześniej zarówno zarobki pielęgniarek i jak i lekarek były poniżej średniej krajowej, w 2008 r. zarobki lekarzy zaczęły szybciej wzrastać niż zarobki pielęgniarek. Dziennik Polska podaje, że w 2009 roku w Łodzi specjalista chirurg lub anestezjolog zarabia ponad 9 tys. zł miesięcznie, z dyżurami. Lekarz w bez dyżurów dostaje od ok. 3,6 do 4,9 tys. zł. Od 3,7 do 5 tys. zł zarabiają lekarze w przychodni. Pielęgniarki zarabiają od 2,7 tys. 3 tys. zł brutto. Średnio o tysiąc złotych więcej razem z dodatkami mają pielęgniarki naczelne w przychodniach. Średnio zarabiają ok. 4 tys. zł. Pielęgniarki w szpitalach od 2,7 tys. zł do 3,4 tys. zł brutto

Praca dodatkowa

Niskie wynagrodzenia wymuszają szukanie dodatkowej pracy. Możliwości zdobycia dodatkowego zarobku zmieniły się w porównaniu do roku 2000 i badań Stenning i Hardy. Ich rozmówczynie wymieniały głównie sprzątanie. Obecnie, w wyniku likwidacji etatów podczas reformy, zmniejszania liczby pielęgniarek, liczniejszych przejść na emeryturę niż nowo-zatrudnianych praca jest – ale w

³⁷ <http://www.pielengniarki.info.pl/article/view/id/3199>

niepełnym wymiarze godzin. We wszystkich regionach gdzie przeprowadzałam wywiady pielęgniarki pracują w więcej niż jednym miejscu pracy. W zależności od oferty lokalnego rynku pracy podejmują zatrudnienie w opiece domowej (uważanej za pracę lżejszą – pacjent jest jeden, jak mówią opolskie pielęgniarki – ich praca ogranicza się czasem do zrobienia zakupów i wypicia z pacjentem kawy), w przychodniach publicznych i prywatnych, w innych szpitalach, również na oddziałach wymagających dobrego zintegrowania z zespołem. I tak np. we dużym mieście wojewódzkim nowy szpital akademicki ma podpisane umowy o pracę tylko z trzema pielęgniarkami na oddziale neurochirurgicznym. Reszta pielęgniarek pracuje na umowy – zlecenie, w swoim czasie wolnym po pracy w innych szpitalach. Dyrektorzy często tłumaczą ten stan niedoborami pielęgniarek na lokalnym rynku pracy, jednak nie tworzą etatów, nie podwyższają pensji, a jedynie tworzą możliwości częściowego zatrudnienia, co pozwala im zmniejszyć koszty pracy. Jak zauważa jedna z wrocławskich rozmówczyń, między dyrektorami szpitali nie ma tendencji do podkupywania sobie nawzajem pielęgniarek oferując im wyższe pensje. Jest to ważna kwestia, ponieważ kilka lat temu, w obliczu niedoboru anestezjologów, szpitale podkupowały lekarzy z tą specjalizacją oferując im wyższe wynagrodzenie. Co więcej, w niektórych przypadkach korzystają z tańszej siły roboczej spoza miasta – w Łodzi dyrektorzy szpitali zamiast oferować lepsze wynagrodzenie swoim pracownikom, które są zintegrowane ze szpitalem i mają wyższe kwalifikacje, wolą zatrudniać młodsze i mniej doświadczone (szczególnie w przypadku oddziałów specjalistycznych) pielęgniarki z Pabianic czy Tomaszowa. Zarobki łódzkie w porównaniu do pabianickich są znacznie lepsze, zatem musi upłynąć trochę czasu zanim nowozatrudnione pielęgniarki podliczą, że biorąc pod uwagę intensyfikację i wymagania pracy i opłaty za dojazd należałoby im się coś więcej. Migracje z mniejszych miejscowości do większych miast powodują rzecz jasna również animozje w obrębie samego środowiska zawodowego w myśl zasady „tańszy pracownik zabiera pracę”, co nie sprzyja budowaniu diagnozy problemów, które są wspólne dla całej grupy.

Możliwość dodatkowego zarobku dają także badania komercyjne, testy leków prowadzone w szpitalu. Nie wszystkie pielęgniarki otrzymują z tego tytułu wynagrodzenie – niektóre po prostu mają więcej obowiązków na zwykłym etacie. Jak opowiada pracownica jednego ze szpitali akademickich: *„W związku z tym że jesteśmy placówką naukową, jest dużo badań komercyjnych – ogromne pieniądze, dzielą ludzi. Podpisują umowy z lekarzami, w większości klinik jest część pielęgniarek, które też podpisują umowy, to akurat wywalczyłyśmy. Ale nikt nie jest doskonały, lekarze wymagają od pielęgniarek, nie informują, że to badania komercyjne a zlecają jako zwykłe badanie z NFZ”*.

W województwie śląskim powstały agencje pielęgniarek i położnych, świadczące prywatne usługi głównie związane z opieką domową. Jak jednak zauważa rozmówczyni prowadząca agencję, obecnie pacjenci i ich rodziny szukają raczej informacji na temat bezpłatnej opieki domowej niż korzystają z wynajętych prywatnie pielęgniarek, zatem agencja pełni zwykle rolę punktu informacyjnego. Rozważania na temat wysokości opłat pobieranych przez prywatną pielęgniarkę środowiskową są częstym tematem dyskusji na portalu internetowym dla pielęgniarek i położnych (www.pielęgniarki.info.pl). Dyskutantki zwracają uwagę na fakt, iż z racji tego, że ich praca ma charakter opiekuńczy, pacjenci są zdziwieni iż podlega ona jakiegokolwiek wycenieniu.

Kontrakty

Kolejnym istotnym zjawiskiem w zatrudnieniu pielęgniarek jest przechodzenie na kontrakty (jendoosobowa działalność gospodarcza). Zjawisko nie jest powszechne, jednak warte odnotowania. Dla pracodawcy jest to korzystne, bo oznacza to niższe koszty pracy. Niekoniecznie musi się wiązać z

prywatyzacją szpitala, tak jak ma to miejsce w chorzowskim szpitalu pediatrycznym. Oferowane wynagrodzenie prezentowano jako wyższe na kontraktach niż na etatach, a rozwiązanie wprowadzono stopniowo, osobom niezainteresowanym oferując przejście na oddziały nie objęte zmianami.

„Opłacamy najniższe składki ZUS i ubezpieczenie, przy dobrej księgowej wychodzimy dobrze ale żadne lata pracy nam nie pomogą jeśli jesteśmy ubezpieczone najniższej, starsze koleżanki mają staż pracy. To nie są takie pieniądze pozwalające na 3 filar, lokatę – za małe stawki, to jest 26,50 na godzinę na działalności gospodarczej 180h miesięcznie, 4800 zł, wystawiamy fakturę i dostajemy do ręki. Rozwiązał w ten sposób dla dyrektora problem związków zawodowych. Ale odłożone koszty, wszystkie mamy tę świadomość, że trzeba się jakoś jeszcze zabezpieczyć”.

Zwracają tu uwagę dwa aspekty – przede wszystkim konieczność obniżenia składki emerytalnej do minimum, by rzeczywiście zarabiać więcej niż na etacie – co jest odroczonym kosztem, który może być bardzo znaczący. Poza tym rozwiązanie związku zawodowego „w białych rękawiczkach”, co jeszcze bardziej zmniejsza możliwości dochodzenia swoich praw przez już nie pracowników, tylko kontraktorów. Na podobne sytuacje już jest odpowiedź – pojawiają się takie inicjatywy jak Związek Pracodawców Pielęgniarek i Położnych Warmii i Mazur lub Związek Pielęgniarek Kontraktowych, zrzeszający osoby pracujące na kontraktach – ta formuła, uzupełniona pełnomocnictwami umożliwia zbiorowe negocjowanie warunków kontraktów, zatem znosi indywidualistyczny charakter umów cywilnych.

Co ciekawe, o ile związki zawodowe jak i samorząd zawodowy są zgodne, że sytuacja w której pielęgniarki pracują na prawie dwa etaty jest niebezpieczna i niekorzystna dla samych pielęgniarek, środowisko zawodowe nie jest aż tak temu przeciwne, niekoniecznie popierając dążenia działaczek do zahamowania tego procesu. Wiele rozmówczyń mówi, że spotykają się z zarzutami, że wszystko psują – *w końcu możemy sobie dorobić, a wy wszystko psujecie, chcecie zabronić*. Wskazują, że odchowawszy dzieci mogą teraz bardziej skoncentrować się na pracy. Jak wskazują działaczki związkowe, pielęgniarki powinny być godziwie wynagradzane za pracę na jednym etacie, tak by mogły się na niej koncentrować by móc wykorzystać czas wolny na wypoczynek czy życie rodzinne, a nie dodatkową pracę. Pracując na dwóch etatach nie mogą się angażować w działalność związkową zatem ich interesy pozostają rozproszone, co ułatwia pracodawcom utrzymanie status quo.

Podstawowa Opieka Zdrowotna POZ

Pielęgniarki pracują także w podstawowej opiece zdrowotnej czyli POZ. Świadczą usługi pielęgniarskie w domu pacjenta – gdy ten jest obłożnie czy przewlekle chory i nie może np. dotrzeć do przychodni. Aby pracować w ramach POZ, pielęgniarki mogą zatrudnić się u lekarza, który prowadzi podstawową opiekę zdrowotną, ale tam często oprócz pracy zawodowej wykonują np. zadania recepcjonistki czy sprzątaczk, bądź stworzyć własną praktykę – założyć działalność gospodarczą i podpisać umowę z NFZ. W 2008 roku NFZ w zarządzeniu nr 105³⁸ rozszerzył wymagania dotyczące pielęgniarek środowiskowych (rodzinnych) – nowe wymogi wobec pielęgniarskich POZ to utworzenie własnych gabinetów zabiegowych, czynnych w godz. od 8 do 18. NFZ argumentuje, że wielu pacjentów korzystających z usług pielęgniarek środowiskowych nie potrzebuje opieki w domu.

³⁸ <http://www.moipip.org.pl/aktualnosci.htm> Małopolska Izba Pielęgniarek i Położnych za „Dziennik Polski” 7 maja 2009r

Problem w tym, że wraz z wprowadzaniem zarządzenia NFZ nie podniósł stawek na kontrakty z pielęgniarkami środowiskowymi, dzięki którym mogłyby wynająć lokal na gabinet i zatrudnić tam dodatkową osobę. Tego rodzaju polityka oznacza pozbawianie dostępu do opieki osób, które jednak nie są w stanie samodzielnie dotrzeć do przychodni czy gabinetu, ponieważ nowe wymogi oznaczają, że wiele pielęgniarek środowiskowych po prostu wycofa się z zawodu.

Specyfika pracy położnych

Położne mają większe problemy ze znalezieniem pracy po rozwiązaniu zakładu czy restrukturyzacji, niż pielęgniarki, z racji węższej specjalizacji. Pojawiają się jednak nowe rozwiązania, jeszcze kilka lat temu mało popularne. Jak opowiada położna rodzinna (Warszawa), jej zawód ma wielką przyszłość z racji coraz większego zwracania uwagi na profilaktykę i rolę położnej w życiu kobiety – położna rodzinna może zajmować się zarówno położnicą, jak i kobietą w wieku przekwitania. Ciekawe jest, że w sytuacji gdy niektóre szkoły postanawiają organizować lekcje z edukacji seksualnej, nie mają zbyt wielkiego wyboru wśród nauczycieli tego przedmiotu (choćby w związku z zanikającym w Polsce kształceniem w dziedzinie seksuologii), odpowiedzią na ten problem jest właśnie położna rodzinna, która może w prosty sposób przybliżyć młodzieży kwestie związane z seksualnością a jednocześnie wzbudza zaufanie jako praktyczka.

Co więcej, położne w większych miastach stykają się z komercyjnymi ofertami firm farmaceutycznych i kosmetycznych, które szukając wsparcia dla reklamy swoich produktów odwołują się do położnych jako autorytetów w dziedzinie pielęgnacji dzieci, prawidłowej laktacji i problemów młodego macierzyństwa.

Nową możliwością usamodzielnienia się położnych, nad którą obecnie pracuje NFZ to refundacja porodów domowych. Do tej pory położnych świadczących usługę przyjmowania porodu w domu było bardzo niewiele, a jedyny w Warszawie prywatny Dom Narodzin utrzymał się zaledwie kilka lat. W momencie gdy ta usługa będzie kontraktowana przez NFZ, jest szansa na rozwój samodzielności położnych.

Problem natomiast jest w przypadku szkół rodzenia, które mogą być miejscem usamodzielnienia się położnych poprzez kontrakty z NFZ. Jak zauważa moja rozmówczyni, która przez kilka lat prowadziła szkołę rodzenia na Śląsku, o ile jeszcze w latach 90 można było zauważyć rozkwit szkół rodzenia, o tyle od kilku lat NFZ kontraktuje ich coraz mniej. Niektóre samorządy same fundują mieszkankom i mieszkańcom kurs szkoły rodzenia, jak np. Warszawa, jednak finansowanie jest przerywane z powodu wyczerpania się środków na dany rok – konieczność ponoszenia opłat za kurs rzędu 300- 400 zł w sytuacji, gdy przyszłych rodziców czeka wiele wydatków, sprawia, że szkoła rodzenia staje się dobrem luksusowym. To kolejny przykład na wyciąganie z kieszeni obywateli i obywaterek pieniędzy na opiekę, którą powinno gwarantować państwo.

Nowym rozwiązaniem, przy którym można postawić pytanie o granice między prywatną a publiczną ochroną zdrowia, jest zjawisko wynajmowania położnych, do pomocy przy noworodku w domu i do porodu. O ile pomoc w domu może być traktowana jako prywatna umowa między położną a położnicą, o tyle zapewnienie prywatnej położnej przy porodzie w publicznym szpitalu nie jest tak jasną sytuacją. W większości województw zjawisko to jest niezbadane, nieoficjalne, a położne które się tym zajmują, nie chcą mówić o swoich wynagrodzeniach, które można oszacować na kilkaset złotych. W niektórych szpitalach zjawisko jest tępione. Tymczasem w Warszawie proceder ten jest już

zinstytucjonalizowany w formie fundacji, które działają przy szpitalach. Niemalże każdy szpital położniczy w Warszawie ma swój oficjalny cennik, z pozycjami takimi jak wynajęcie położnej czy wynajęcie lekarza położnika. W sytuacji gdy stołeczne szpitale borykają się z nadmiarem rodzących, prywatna położna (która jest zatrudniona w szpitalu) może swojej klientce zarezerwować salę na bloku porodowym. Przez to kobiety, których nie stać na prywatną położną lub które po prostu nie chcą korzystać z takiego rozwiązania często są wożone po stołecznych szpitalach w poszukiwaniu miejsca, czasem muszą wręcz wyjechać poza Warszawę. Pierwotnym zamierzeniem wynajmu prywatnej położnej była chęć „rodzenia po ludzku”, w spokojnej i godnej atmosferze, gdzie położna dokłada starań by kobieta urodziła tak jak chce. W sytuacji baby boomu w Warszawie prywatna położna staje się gwarancją dostania się do szpitala. Rozwiązanie to przyczynia się do dyskryminacji i narusza publiczny charakter państwowych szpitali.

Starzenie się grupy zawodowej i deficyt opieki

Pielęgniarki i położne należą do grup zawodowych, którym w 2008 roku cofnięto uprawnienia do wcześniejszych emerytur – oznacza to, że będą pracować do 60 roku życia. Podczas spotkań Komisji Trójstronnej, w której uczestniczyły też przedstawicielki Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych (jako, że ich związek należy do centrali związkowej Forum Związków Zawodowych), konfrontowano dwa rodzaje argumentacji. Jak opowiada uczestniczka spotkania, strona grupy zawodowej przedstawiała szkodliwe warunki pracy, przeciążenie pracą wynikające z nieprzestrzegania norm zatrudnienia oraz odpowiedzialność za życie i zdrowie pacjenta, której może nie sprostać 59 letnia pielęgniarka. Strona rządowa i strona pracodawców podkreślały natomiast ogromne doświadczenie pielęgniarek w wieku przedemerytalnym, posiłkując się też badaniami CIOF (Centralny Instytut Ochrony Pracy), który nie kwalifikuje pracy pielęgniarek do kategorii prac szkodliwych. Co ciekawe, same pielęgniarki zauważają następujące zjawisko:

„Pielęgniarki nie leczą się u lekarzy tak jak inni pacjenci. Skutek naszego trybu życia – pracuję w w szpitalu, biorę receptę. Nie biegną do lekarza na wizytę. Nie badają się, tylko proszą, żeby im wypisać recepty. Nie leczymy się w sposób systematyczny. Proszę zapisz mi coś na kręgosłup, bo dźwigam pacjentów. I wychodzi, że pielęgniarki są najgorszą grupą w udokumentowaniu problemów zdrowotnych – czego wymaga ustawa o pracy w szkodliwych warunkach.. Mówimy, że kręgosłupy chore, zylaki, odpowiedź, że każdemu się starzeje kręgosłup. A przecież podnosimy pacjentki i pacjentów. Gdy jedna z pielęgniarek poprosiła 500 koleżanek o zdjęcia kręgosłupów, w przeciągu 5 lat – dostała 100 zdjęć.

Choroby zawodowe pielęgniarek nie są uznawane – choroby kręgosłupa, zylaków. Jest oddział chorób zawodowych. Wśród pacjentów było tam 2 proc. pielęgniarek. W szpitalu po koleżeńsku się pyta lekarzy, nie jesteśmy zwyczajnie chorować i nie ma statystyk. Dźwiganie, chodzenie, praca stojąca skutkują chorobami zawodowymi, opiekujemy się pacjentami cierpiącymi na choroby zakaźne – natomiast z racji na praktykę wymyka to się danym statystycznym, a więc utrata zdrowia związana z pracą nie jest uznawana za choroby zawodowe”. Argumenty o doświadczeniu zawodowym starzejącej się grupy zawodowej świadczą nie tyle o szacunku do jej pracy, a raczej o chęci łatania dziur w zatrudnieniu bez przyznania otwarcie, że z zatrudnieniem pielęgniarek i położnych w Polsce jest problem, który będzie dramatycznie narastał.

W Polsce zawód pielęgniarki i położnej się nie odnawia. Zgodnie z danymi prezentowanymi przez Naczelną Izbę Pielęgniarek i Położnych, już teraz państwo polskie jest na minusie jeśli chodzi o relację

między odejściami na emerytury a przychodzeniem do zawodu absolwentek studiów licencjackich i magisterskich.

Liczba pielęgniarek, które przejdą na emeryturę do roku 2020, w porównaniu do liczby osób wchodzących do systemu³⁹

	Liczba pielęgniarek przechodzących na emeryturę	Rok przejścia na emeryturę	Liczba pielęgniarek wchodzących do systemu/ średnia z ostatnich 5 lat	różnica
	3255	2008	1487	- 1768
	3496	2009	1487	- 2009
	3981	2010	1487	- 2494
	4961	2011	1487	- 3474
	7043	2012	1487	- 5556
	6092	2013	1487	- 4065
	6437	2014	1487	- 4950
	7171	2015	1487	- 5684
	7631	2016	1487	- 6144
	8267	2017	1487	- 6780
	9446	2018	1487	- 7959
	9796	2019	1487	- 8309
	9695	2020	1487	- 8208
SUMA	87 271		19 334	- 67 937

Do najważniejszych skutków nieodnawiania się zawodu związanych z decyzjami podjętymi w czasie wprowadzania reformy, a dotyczącymi restrukturyzacji zatrudnienia pielęgniarek i położnych, można zaliczyć większą intensyfikację pracy, która jest niebezpieczna dla zdrowia i życia pacjentów, niskie pensje oraz konieczność podejmowania dodatkowego zatrudnienia w innych placówkach opieki zdrowotnej, co odbija się na jakości wykonywanej przez pielęgniarki pracy i powoduje niemożność nawiązania indywidualnego kontaktu z pacjentem. Dodatkowo, likwidacja wcześniejszych emerytur sprawia, że pielęgniarki będą pracowały do 60 roku życia, co w sytuacji nie odnawiania się zawodu oznacza, że ich praca będzie jeszcze intensywniejsza i cięższa.

Należy zauważyć, że deficyt opieki jest zjawiskiem odnotowywanym w wielu krajach. Jak wynika z obliczeń Międzynarodowej Rady Pielęgniarek, w wielu krajach średnia wieku pielęgniarek przekracza 40 lat (Kanada 44,6; Holandia 43,8, Irlandia - 41,4, Wielka Brytania 42) a wiek przejścia na emeryturę w tych krajach wynosi co najmniej 60 lat⁴⁰. Międzynarodowa Rada Pielęgniarek wskazuje, że w systemie ochrony zdrowia powinno wdrażać się odpowiednie programy odpowiadające pielęgniarkom bardziej zaawansowanym wiekiem – umożliwiać elastyczne warunki pracy z mniejszym

³⁹„Analiza liczby pielęgniarek i położnych odchodzących na emeryturę oraz pielęgniarek i położnych wchodzących do systemu” Naczelna Rada Pielęgniarek i Położnych, Warszawa listopad 2008 http://www.izbapiel.org.pl/uploadf/raporty/Analiza_emerytura.pdf

⁴⁰„An Ageing Nursing Workforce” raport International Council of Nurses, styczeń 2008, http://www.icn.ch/matters_ageing_Workforce.ht

obciążeniem pracą i krótszymi godzinami pracy, kulturę organizacyjną, która promuje uczestnictwo w podejmowaniu decyzji i autonomię oraz wsparcie technologiczne.

Niemniej jednak, w przypadku polskiej ochrony zdrowia nie widać żadnych programów mających na celu polepszenie warunków pracy całej grupy zawodowej i dostosowanie wymagań do możliwości i chęci pielęgniarek po 50 roku życia.

Wykształcenie, nowe wymagania i migracje

Coraz mniej kobiet (i mężczyzn) decyduje się na zawód pielęgniarki i położnej. Dopóki istniały licea pielęgniarskie, przyływ nowych kadr był w miarę stały, jako że jak mówi jedna z respondentek, licea były w każdej gminie. Obecnie pielęgniarstwo to jeden z kierunków studiów. Co więcej, pielęgniarstwo nie oznacza już pracy w uznawanej za bezpieczną sferze budżetowej, ale coraz częściej w placówkach, które mogą zostać sprywatyzowane lub chociażby poddane restrukturyzacji – biorąc pod uwagę wielkie obciążenie pracą oraz nie tak dobre zarobki, młode kobiety rzadziej wybierają ten kierunek, a te które wybrały często deklarują w badaniach publikowanych cyklicznie w czasopiśmie naukowym „Problemy pielęgniarstwa”, że zamierzają wyjechać od razu po ukończeniu studiów. Te, które podejmują pracę w Polsce często po prostu odchodzą od zawodu uznając, że nie są w stanie wykonywać tak obciążającej pracy. To budzi pewne skojarzenia z uwagami Titkow⁴¹ na temat menadżerskiego matriarchatu i konieczności/umiejętności „radzenia sobie” ze wszystkim. Zdaniem Titkow kobietom w menadżerskim matriarchacie wystarczą gratyfikacje symboliczne, którymi otoczenie wynagradza ich poświęcenie, co zastępuje wynagrodzenie materialne. Absolwentki pielęgniarstwa nie chcą „radzić sobie”, łączyć 12godzinnych dyżurów z pracą w innych placówkach co często jest udziałem pielęgniarek, za ciężką pracę chcą wyższych pensji, a nie symbolicznego szacunku dla ich poświęcenia. Jak opowiada absolwentka studiów pielęgniarskich, „*dd pracy zniechęciły nas częściowo studia. Naprawdę było ciężko, zajęcia często trwały od 7.30 do 18.00 godziny. Na kolejne zajęcia trzeba było się przygotować. Musiałam zrezygnować z pracy w weekendy, bo zasypiałam (dosłownie) na zajęciach, skutkiem czego nadal spłacam kredyt studencki. W wakacje nie było odpoczynku, musiałyśmy wypracować 550 godzin praktyk, oczywiście bezpłatnych*”. Zatem zawód nie odnawia się tak jakby tego potrzebował system ochrony zdrowia.

Odpowiedzialność za szkolenia i podnoszenia kwalifikacji została przeniesiona na pracowników. W ochronie zdrowia nie było prawie pieniędzy na profesjonalne podręczniki, pisma branżowe czy szkolenia. Dwudniowe szkolenie kosztowało 1200 zł co było prawie równowartością dwumiesięcznej płacy. W jednym szpitalu pielęgniarki musiały wyłożyć własne pieniądze na wyposażenie biblioteki⁴²

Wykształcenie jest obecnie przepustką do pracy zagranicą. Polska jako jedyny kraj nie postarała się o uznanie kwalifikacji wszystkich pielęgniarek z prawem wykonywania zawodu w Unii Europejskiej – automatycznie prawo dostają jedynie osoby z wyższym wykształceniem, natomiast absolwentki liceów pielęgniarskich muszą uzupełnić wykształcenie na tzw „pomostówkach”. Zdobywanie wyższego wykształcenia podczas pracy w zawodzie nie jest proste – część dyrektorów udziela urlopów szkoleniowych a nawet współfinansuje studia, obecnie wiele uczelni korzysta z

⁴¹Titkow Anna „Kobiety pod presją? Proces kształtowania się podstaw nowoczesnej tożsamości” w *Tożsamość polskich kobiet. Ciągłość, zmiana, konteksty* wyd IFiS PAN Warszawa 2007

⁴²Hardy Jane , Stenning Allison “Public Sector Reform and Women's Work in Poland: 'Working for Juice, Coffee and Cheap Cosmetics!’” w *Gender, Work and Organization* vol. 12 issue 6, 2005

europejskiego dofinansowania. Jednak część pielęgniarek musi wykorzystywać urlop wypoczynkowy na zjazdy i wydawać nawet kilka tysięcy złotych. Można się tu zastanowić, czy wprowadzenie rozwiązania utrudniającego wyjazd starszym pielęgniarkom nie miało na celu odsunięcia problemu braku kadry pielęgniarskiej w Polsce.

Zmiana systemu kształcenia z poziomu średniego na wyższy zmienia pozycję pielęgniarki a przynajmniej stawia pytania o tę pozycję. Dopóki pielęgniarki kończyły licea pielęgniarskie a lekarze 6 letnie studia, różnica między tymi dwoma zawodami była wyraźna. Co jednak w sytuacji, gdy pielęgniarki mają obowiązkowo tytuł licencjata a wiele z nich tytuł magistra, wsparte specjalizacjami? Postulaty pielęgniarek dotyczące poprawy warunków pracy i płacy często były kwitowane przez dyrektorów i ich doradców zdaniem „*trzeba było się kształcić na lekarza*”. Dla moich rozmówczyń takie stwierdzenie jest oburzające. Wskazują na wyjątkowość zawodu, który nie każdy może wykonywać. Na niezwykle połączenie opieki i troski z profesjonalną wiedzą. W przypadku gdy pielęgniarką zostaje się po ukończeniu studiów licencjackich czy magisterskich, zarzut o przypadkowości wyboru zawodu, który podjęto się z niemożności zostania lekarzem jest słabszy.

Obserwujemy zatem teraz w pielęgniarstwie podział pod kątem wieku. W szpitalach pracują zarówno pielęgniarki w wieku przedemerytalnym, które akceptują sytuację podporządkowania, i nie dążą do uzyskania większej samodzielności, oraz młodsze pielęgniarki, które porównują oferty pracy i wybierają tę, gdzie obciążenie pracą jest niższe a zarobki wyższe.

Młodych pielęgniarek w szpitalach jest niewiele. Jak mówi jedna z rozmówczyń, „*w naszym regionie co roku szkoły opuszcza 120 absolwentów to 20 podejmuje pracę, reszta wyjeżdża albo podejmuje inny zawód*”.

Trudno jest oszacować ile pielęgniarek wyjeżdża zagranicę do pracy. Jak piszą autorki opracowania o migracjach polskich pielęgniarek⁴³, monitorowanie emigracji nowej fali jest utrudnione, bo są to w dużej mierze wyjazdy sezonowe lub wahadłowe, o nie zawsze legalnym statusie. Skalę tego zjawiska ocenia się na podstawie analizy uruchomionych procedur przygotowawczych przez zainteresowane pielęgniarki czy lekarzy lub liczby wydanych zaświadczeń o zgodności kwalifikacji. I tak na przykład w 2008 roku wg danych Naczelnej Izby Pielęgniarek i Położnych, wydano razem 1500 zaświadczeń o kwalifikacjach⁴⁴.

Jak piszą Wójcik, Sienkiewicz i Wrońska, twierdzenie, że migracja jest głównym zagrożeniem niedoboru pielęgniarek w Polsce jest mylące – to 1-2 proc. ubytku, natomiast na przestrzeni ostatnich 20 lat obserwuje się znacznie wyższy procent młodych pielęgniarek, które po uzyskaniu kwalifikacji nie podejmują pracy w zawodzie, lub po okresie krótkiego zatrudnienia rezygnują z jego wykonywania (migracja do innych sektorów). Pielęgniarki nie migrują również w obrębie Polski, tak więc na jednych obszarach istnieje duże zapotrzebowanie na pracę pielęgniarek, w innych natomiast można mówić o zupełnym braku ofert pracy dla pielęgniarek na lokalnych rynkach pracy.

⁴³Wójcik Grażyna, Zofia Sienkiewicz, Irena Wrońska „Migracja zawodowa personelu pielęgniarskiego jako nowe wyzwanie dla systemów ochrony zdrowia” w *Problemy Pielęgniarstwa* 2007 15 2-3 120 – 127

⁴⁴http://www.izbapiel.org.pl/index.php?id=197&n_id=1920

Normy zatrudnienia

Gdyby dyrektorzy rzeczywiście chcieli zatrudniać tylko i wyłącznie na nowych etatach szybko okazałoby się, że pielęgniarek po prostu nie ma. O ile częściowo można łątać braki w zatrudnieniu ściągając np. do miasta pielęgniarki z położonych niedaleko miasteczek, jest to niewystarczające. Zdaniem rozmówczyń nikt się nie kwapi do tego, by policzyć ile rzeczywiście pielęgniarek pracuje, Państwowa Inspekcja Pracy ani NFZ ani ministerstwo nie sprawdzają na ile nazwiska na listach zatrudnionych pokrywają się. Zdaniem badanych jest to temat tabu w Polsce, ponieważ tego rodzaju wyliczenie byłoby niewygodną prawdą dla rządzących. Tę problematyczną kwestię rozwiązywałyby normy zatrudnienia.

Już w 2002 w wywiadzie dla czasopisma medycznego „Służba Zdrowia” przewodnicząca samorządu zawodowego opowiadała:⁴⁵

„Skutek jest taki, że bardzo często na dyżurach popołudniowych i nocnych na oddziałach trzydziesto- bądź czterdziestołóżkowych pracuje tylko jedna pielęgniarka. Trudno jest mówić o opiece pielęgniarskiej z prawdziwego zdarzenia a tym bardziej o jej jakości [...] Dociera do nas wiele niepokojących sygnałów z niepublicznych zakładów opieki zdrowotnej. Pielęgniarki i położne wykonują tam czynności rejestratorek, pracują w gabinetach zabiegowych, sprzątają, a po godzinach pracy – spełniają obowiązki pielęgniarki środowiskowej. Niestety, brak możliwości nadzoru nad ich pracą powoduje, że nie wiemy do końca, w jaki sposób wypełniają swoje zadania”.

Mechanizm obliczania norm zatrudnienia, czyli proporcji liczby pielęgniarek do liczby pacjentów został wprowadzony przez minister zdrowia Franciszkę Cegielską w 1999r. Jest to skomplikowany algorytm, wymagający półrocznej obserwacji pracy, rotacji personelu i natężenia pacjentów. Jak opowiadają badane, w sytuacji wielkiego obciążenia pracą prowadzenie obliczeń (do których nie ma programu komputerowego) jest trudne do wykonania. Jednocześnie wymóg minimalnego zatrudnienia pielęgniarek w kontraktach NFZ nie jest przestrzegany przez szpitale, podczas gdy warunkiem niezbędnym dla podpisania kontraktu jest zagwarantowanie określonej liczby lekarzy o określonych specjalizacjach przez dyrekcję szpitala. Niedostateczna liczba zatrudnionych pielęgniarek stwarza zagrożenie dla życia i zdrowia pacjentów, ale również oznacza przerzucenie obowiązku opieki na rodziny.

To co ma pomagać nam w tym, żeby praca w dobrych warunkach i płaca odpowiednia – muszą być przestrzegane normy opieki pielęgniarskiej. Kiedyś był standard na OIOMie – 2 pielęgniarki na 1,2 pacjenta. U nas tego nie ma, dziewczyny pracują na 40 osób, na oddziałach pojedynczo, pojedyncze oddziały nocne i to na dwóch piętrach. Wpisanie tego w kontraktowaniu, żeby przekonać prezesa NFZ i minister zdrowia, żeby zawrzeć zatrudnienie w określonych oddziałach w określonej ilości. Żeby nie było sytuacji, że pielęgniarka odpowiada za 40 pacjentów, chodzi o bezpieczeństwo pacjentów. Jeśli jej się coś stanie to nikt jej nie pomoże, jak pacjenci się zatrzymają na raz a ona nie ma możliwości powiadomienia to będzie jej odpowiedzialność.

Można postawić też pytanie – jak to się dzieje, że wykształcone pielęgniarki i położne nie są atrakcyjną konkurencją dla droższych lekarzy, skoro mogą wykonywać wiele czynności, przy których

⁴⁵wywiad „Etyka, odpowiedzialność czy kompetencje” w czasopiśmie *Służba Zdrowia* nr 34/37 (3131 – 3134) nr 13 maja 2002

lekarze nie są niezbędni – czy to wypisywanie recept na środki opatrunkowe i higieniczne w przypadku osób przewlekle chorych, czy to w przypadku prowadzenia fizjologicznej ciąży, a podwyżki dla nich nie kosztują tyle co podwyżki lekarskie. Mechanizmy rynkowe i rachunek kosztów zdają się nie dotyczyć kosztu pracy pielęgniarek i lekarzy. Po wprowadzeniu dyrektywy unijnej⁴⁶ dotyczącej czasu pracy lekarzy szpitale wydają dużą część swoich budżetów na wynagrodzenia za dyżury lekarskie i okrajają etaty pielęgniarskie. Czy zatem jest coś silniejszego w neoliberalnej gospodarce niż dążenie do zysków i cięcie kosztów? Wygląda na to, że silniejsze są jednak patriarchalne przekonania na temat rangi i wartości pracy lekarzy, znacznie wyższej sytuowanej niż praca pielęgniarek. Władza przypisana do zawodu lekarza, przekłada się również na przekonanie, że lekarz w szpitalu jest wszystkim.

Wskutek porządku płci w ochronie zdrowia i relacji władzy, gdzie stroną dominującą są lekarze powstaje błędne koło – lekarze oficjalnie nie chcą podzielić się kompetencjami związanymi z opieką i pielęgnacją (nie leczeniem), ale nieoficjalnie pielęgniarki wykonują za nich wiele czynności, przez co nie mają czasu na staranne wykonywanie przypisywanych im zadań związanych z profilaktyką i promocją zdrowia.

Piotr Ostrowski w artykule „Deregulacja rynkowa w procesie reformy zdrowia a protesty pielęgniarek i położnych”⁴⁷ zwraca uwagę na niską siłę przetargową pielęgniarek i położnych w negocjowaniu pozycji tych grup zawodowych w ochronie zdrowia po reformie z uwagi na brak statusu grupy profesjonalnej, którą wyróżnia (za Greenwoodem)⁴⁸ pięć kluczowych czynników wpływających na władzę i pozycję profesjonalistów. Są to: posługiwanie się teorią w działaniu, dbanie o autorytet zawodowy w oczach innych grup społecznych, istnienie w środowisku formalnych i nieformalnych sankcji, utrudniających dostęp do tej grupy, istnienie kodeksu etycznego grupy profesjonalistów oraz charakterystyczne podkultury profesjonalne (stowarzyszenia zawodowe, ustalanie standardów profesji, wydawanie broszur, publikacji, zwoływanie konferencji).

Pielęgniarki i położne muszą obecnie legitymować się wyższym wykształceniem, od początku lat 90-tych mają samorząd zawodowy, do którego przynależność jest obligatoryjna i który posiada możliwość sankcji wobec osób łamiących kodeks postępowania. Środowisko pielęgniarskie ma swoje pisma, także naukowe, działa również Polskie Towarzystwo Pielęgniarskie, organizacja o charakterze naukowym. Zdaniem Ostrowskiego do uzyskania statusu grupy profesjonalnej brakuje pielęgniarkom i położnym uznania tego statusu przez innych – dopóki zaś inne środowiska zawodowe, przede wszystkim lekarze, postrzegają pielęgniarki jako personel pomocniczy, mogą one mieć jedynie status grupy półprofesjonalnej. A status grupy profesjonalnej przesądza o jej sile. Ostrowski podaje przykład lekarzy anestezjologów, którzy w wyniku protestów uzyskali 150 mln z rezerwy budżetowej na

⁴⁶ Dyrektywa Unii Europejskiej 93/104/EC z 1993 r. ustanawiała maksymalny tygodniowy wymiar czasu pracy na poziomie 48 godzin, jednak z możliwością wyłączenia tego ograniczenia za zgodą pracownika (tzw. klauzula *opt-out*). Dyrektywa ogranicza dotychczasowy czas pracy lekarzy, co sprawia, że lekarzy w szpitalach jest za mało. Szpitale decydują się na podpisywanie dodatkowych kontraktów na dyżury lekarskie, oferując wysokie stawki.

⁴⁷Piotr Ostrowski „Deregulacja rynkowa w procesie reformy ochrony zdrowia a protesty pielęgniarek i położnych” w *Instytucjonalizacja stosunków pracy w Polsce* red. W. Kozek, Wyd. Naukowe SCHOLAR Warszawa 2003

⁴⁸Greenwood E. „Attributes of Profession”, *Social Work* 1957 nr2.

dofinansowanie usług medycznych⁴⁹. Anestezjolodzy jako grupa dość nieliczna i legitymująca się specyficznymi i pożądanymi umiejętnościami dającymi jej status profesjonalny, mają znacznie większe możliwości udanych negocjacji.

Wydaje się jednak, że w przypadku pielęgniarek ważne jest uzupełnienie rozważań o kilka innych wymiarów. Jak zauważa Armstrong⁵⁰, przy rozważaniach na temat sposobów uzyskiwania statusu profesjonalnego warto przyrzeć się nie tylko samym atrybutom pracy, ale również kwestii klasy, uwarunkowań historycznych, walki i płci. Za Johnsonem⁵¹ podkreśla wagę uwarunkowań historycznych, w których dostęp do uniwersyteckiego wykształcenia był nie tylko sposobem uzyskania zawodu profesjonalnego, ale też narzędziem wykluczenia klasowego. Wygrana walka lekarzy o dominację w opiece zdrowotnej oznaczała ich decydujący wpływ na podział pracy i hierarchię wartości w tej branży. Armstrong zwraca uwagę na wymiar relacji płci, który stoi za relacją lekarze – pielęgniarki. Określając kształt systemu opieki zdrowotnej lekarze sprawili, iż *medycyna stała się naukowym paradygmatem, z listą specjalizacji, zorganizowanych w sposób hierarchiczny z lekarzami na szczycie, skoncentrowanym głównie na leczeniu a nie opiece*⁵² oraz *medycynę zaczęto widzieć jako zmaskulinizowaną profesję, dystansującą się od nieortodoksyjnych praktyk kobiet w zakresie medycyny domowej*.

Praca opiekuńcza pracą zawodową

Wiele czynności opiekuńczych i pielęgnacyjnych wykonywanych przez pielęgniarki jest przełożeniem na sytuację zawodową obowiązków domowych – mycia, karmienia, dbania o porządek. Domowa praca opiekuńcza nie jest społecznie doceniana. Jak wskazuje Bradley⁵³, na rynku pracy te zawody, które wykonują prace będące przełożeniem obowiązków domowych wykonywanych (tradycyjnie) przez kobiety mają niskie poważanie społeczne, jako że obowiązki domowe też się poważaniem nie cieszą.

„To jest przede wszystkim brak świadomości ludzi na czym polega praca pielęgniarska. Wykonując czynności zabiegowe, opatrunki jednak wyprasza się rodzinę. Społeczeństwo odbiera nas jako te od

⁴⁹Piotr Ostrowski „Deregulacja rynkowa w procesie reformy ochrony zdrowia a protesty pielęgniarek i położnych” w *Instytucjonalizacja stosunków pracy w Polsce* red. W. Kozek, Wyd. Naukowe SCHOLAR Warszawa 2003. s 48

⁵⁰Armstrong Pat „Professions, Unions, or What? Learning from Nurses” w Briskin Linda i McDermott Patricia *Women Challenging Unions* University of Toronto Press, 1993, Mackay Leslie „Nursing: Just Another Job?” w Abbott Patricia *Sociology of caring professions* Routledge 1998, Group Thetis i Roberts Joan *Feminism and Nursing: An Historical Perspective on Power, Status, and Political Activism in the Nursing Profession* Praeger 1995

⁵¹ Johnson T. *Professions and Power* Palgrave Macmillan 1972

⁵²Armstrong Pat „Professions, Unions, or What? Learning from Nurses” w Briskin Linda i McDermott Patricia *Women Challenging Unions* University of Toronto Press, 1993, Mackay Leslie „Nursing: Just Another Job?” w Abbott Patricia *Sociology of caring professions* Routledge 1998, Group Thetis i Roberts Joan *Feminism and Nursing: An Historical Perspective on Power, Status, and Political Activism in the Nursing Profession* Praeger 1995

⁵³ Bradley Harriet *Men’s Work, Women’s work. A Sociological History of the Sexual Division of Labour in Employment* University of Minnesota Press, Minneapolis 1989

mycia, pomagania, karmienia, nie mając świadomości, że praca pielęgniarki nie tylko na tym polega. Pacjent nie wie ile zależy od pielęgniarek na sali operacyjnej, OIOMie, czynności higienicznej, dobrego usytuowania wenflonu. Nie wiedzą, że źle zrobiona toaleta i profilaktyka prowadzą do ran na ciele. Są to czynności, których mężczyzna raczej nie robi. Zawód jest na tyle źle opłacany, że nie ma mężczyzn, Pielęgniarze są natomiast na psychiatrii i tam mówi się do nich doktorze. Może to nasza wina, że nie chcemy mówić o tym, ale ludzie też nie chcą słuchać o pielęgniarstwie. Pacjenci są zainteresowani, gdy już ich dotyczy jakaś choroba. Ludzie nie wiedzą jak ważna jest promocja zdrowia. Pielęgniarki teraz nie mają czasu, lekarze chcą przyjąć jak najwięcej pacjentów, żeby mieć płatność za świadczenie, a to jest domena pielęgniarek”.

Ma to odzwierciedlenie w wartościowaniu pracy, gdzie praca fizyczna wykonywana przez pielęgniarkę wyceniana jest niżej niż praca fizyczna polegająca na dźwiganiu i przenoszeniu przedmiotów⁵⁴.

„Przenośniki, ślizgacze – w świecie nowych technologii pielęgniarka nie może mieć tylko rąk. A jednak u nas stoi super urządzenie kliniczne⁵⁵, a pielęgniarka ma tylko ręce, bo w jej pracę się nie inwestuje. Naprawdę połowa sukcesu to pielęgnacja”.

Pielęgniarki i położne⁵⁶ zwracają uwagę na niekorzystny dla nich rozdział wydatków na inwestycje w szpitalne urządzenia. O ile szpitale chętnie kupują skomplikowaną i drogą aparaturę diagnostyczną, o tyle rzadko zdarzają się inwestycje w sprzęt wspierający pracę pielęgniarek - podnośniki, dźwignie, rotory, który zastąpiłyby pracę mięśni pielęgniarek. Jak zauważa jedna z warszawskich rozmówczyń:

„[Nasz] wkład pracy przy pacjencie w zarobieniu pieniędzy (realizację kontraktu przyp. JK) jest nieporównywalnie większy. I tu nie ma dyskusji. Praca obsługi maszyny nie może być cenniejsza niż praca przy człowieku – co jest ważniejsze, czy umiejętność naciśnięcia guzika czy praca z człowiekiem chorym, w ciężkim kryzysie. A u nas cały czas tak jest, że technik ważniejszy bo obsługuje cenną maszynę. A od pielęgniarki zależy jak pacjent z tego wyjdzie i jak się potem odnajdzie w życiu.

⁵⁴A. Geske Dijkstra, J. Plantega „Porównywalna wartość pracy i działania na rzecz równej płacy w Unii Europejskiej” w *Ekonomia i płeć* Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne, Gdańsk 2003

⁵⁵ Raport Najwyższej Izby Kontroli „NIK o wykorzystaniu aparatury medycznej” z 2010r dowodzi, że w wielu placówkach drogi sprzęt diagnostyczny nie był używany. Źródło: <http://nik.gov.pl/news.php?cod=2622>

⁵⁶ Faraj M. „Wobec reformy” w *Służba zdrowia* nr 34-37 (3131-3134); 2-13 maja 2002

6. Protesty pielęgniarek i położnych

Pielęgniarki i położne w związkach zawodowych

Istotnym aktorem w rokowaniach ze stroną rządową czy dyrektorami NZOZów są związki zawodowe. Szczególną uwagę zwraca działalność Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, powołanego w 1991 roku wyłącznie przez przedstawicielki obu grup zawodowych. Obecnie liczy blisko 79 tysięcy członkiń i członków na ok. 250 000 pielęgniarek i ok. 30 tysięcy położnych zarejestrowanych w Polsce. Pielęgniarki i położne zrzeszone są również w Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej (OPZZ) – obecnie ponad 5100 zrzeszonych pielęgniarek i położnych oraz w Sekcji Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność”, a także w mniejszych związkach jak np. Sierpień 80, który nie podaje liczby swoich członków.

Aby zrozumieć kontekst powstania OZZPiP należy przyrzeć się sytuacji związków zawodowych na początku lat 90. Cechą dominującą która zaważyła na całych latach 90 było upolitycznienie związków, politycznymi współtworzenie partii politycznych⁵⁷ Po 1989 Solidarność przejęła rządy i roztoczyła tak zwany parasol ochronny nad reformami rządu Mazowieckiego. W tym czasie OPZZ, odsunięty na boczny tor z racji PRL-owskiego pochodzenia, rozpoczął współpracę z SDRP przy budowie nowej formacji politycznej – Sojuszu Lewicy Demokratycznej. Od tej pory te dwie największe centrale związkowe wymiennie wpływały na kolejne rządy – lewicowe w przypadku OPZZ, prawicowe w przypadku Solidarności, która zresztą w 1997 rękami Mariana Krzaklewskiego zintegrowała rozproszone partie prawicowe tworząc Akcję Wyborczą Solidarność, która wygrała wybory i wprowadziła cztery znamienne reformy – administracji, edukacji, ochrony zdrowia i emerytalną. Wątek upolitycznienia, upartyjnienia związku zawodowego oraz możliwości zaistnienia w polityce bez konieczności wiązania się z konkretnym ugrupowaniem jest ważnym, powtarzającym się tematem wypowiedzi moich rozmówczyń.

Jednocześnie inną ważną cechą central związkowych – OPZZ i NSZZ „S” była i jest wielobranżowość. Związki te skupiają przeróżne grupy zawodowe, w większości z sektora publicznego, skupione w sekcjach (NSZZ S) i związkach zawodowych i federacjach (które są zrzeszone w OPZZ – Ogólnopolskim Porozumieniu Związków Zawodowych). Zaletą takich formacji jest większy zakres wpływu i możliwości negocjacji, wynikające z dużej ilości członków, lepsza znajomość problemów dotyczących różne grupy zawodowe. Wskazuje się też wady takiego rozwiązania – w przypadku skupienia wielu grup zawodowych mają miejsce konflikty interesów oraz gra o władzę i wpływy. Duża organizacją jest organizacją hierarchiczną i informacje, które docierają na szczyt do zarządu są filtrowane przez osobiste (czy nawet grupowe) interesy osób na średnich szczeblach.

Specyfika Ogólnopolskiego Związku Pielęgniarek i Położnych

Związek powstał z potrzeby zajęcia się sprawami położnych i pielęgniarek i z poczucia, że duże wielobranżowe związki zawodowe nie wywiązują się z tej roli. Organizację założyła Bożena Banachowicz w szpitalu we Włocławku w 1991 roku, nie napotykając większych trudności ze strony innych grup zawodowych, za to spotykając się od razu z wielkim entuzjazmem swojego środowiska

⁵⁷Gardawski J., Gąciarz B., Mokrzyzewski A., Pańków W., *Rozpad Bastionu?: Związki zawodowe w gospodarce prywatyzowanej* Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 1999

zawodowego. Jak opowiada założycielka i pierwsza przewodnicząca związku: *Po prostu któregoś razu zdenerwowałyśmy się jako pielęgniarki oddziałowe, że stać nas na to, żeby założyć własny związek na terenie szpitala. Tam reprezentowane były wszystkie grupy zawodowe, a pielęgniarki nie. Bo ich jest dużo, dużo kosztują, zawsze było mniej dla nich, zawsze dostawały mniej bo ich dużo. Taki pomysł się stworzył, że można stworzyć coś – to była końcówka 1991 roku, zaczęłam pisanie statutu, wtedy już powstał samorząd zawodowy, była już ustawa o związkach zawodowych. Chciałam żeby pielęgniarki same stanowiły o swoich sprawach bo nikt nam nic nie załatwi. Na terenie szpitala, były osoby które podporządkowały się woli lekarskiej – podległa pielęgniarka, najważniejszą postacią to był i jest lekarz, potem pacjent, potem długo długo nic i pielęgniarka. Mnie i kilka koleżanek to nurtowało, uważałyśmy, że powinnyśmy coś znaczyć, dla pacjenta mamy wiedzę i doświadczenie, ale musimy szanować się jako zawód i osoby, nie powinnyśmy ulegać zawodowi lekarskiemu, musimy traktować się z szacunkiem i partnersko.*

W 1995 związek przekształcił się w organizację ogólnopolską. Co jest charakterystyczne dla funkcjonowania OZZPiP to niewielka liczba etatów związkowych mimo dość dużego uzwiązkowienia środowiska zawodowego. Większość działaczek na poziomie zakładowym (przychodnia, szpital) wykonuje prace związkowe w czasie wolny, pracując na pełen etat na stanowisku pielęgniarki czy położnej, dzieje się tak również w przypadku znaczącej części przewodniczących regionów, które pracują np. na pół etatu w miejscu pracy i pół etatu dla związku zawodowego, część pracuje wyłącznie na etacie związkowym. Działaczki pracujące w zawodzie podkreślają, że chcą mieć kontakt z bieżącymi problemami swojego środowiska i uczestniczyć w jego życiu, a także z rozwojem samego zawodu. W porównaniu do innych związków zawodowych jest to zauważalna różnica. Ciekawe jest również to, że OZZPiP jest tworzony w dużej mierze przez osoby, dla których jest to pierwsze doświadczenie działalności organizacyjnej i szeroko pojętej działalności politycznej – nie należały wcześniej do żadnych innych związków ani partii politycznych. Formuła działalności OZZPiP jest cały czas w procesie tworzenia się, w oparciu o indywidualne doświadczenia samych członków.

Protesty pielęgniarek i położnych

Pielęgniarki i położne od początku lat 90 uczestniczyły w protestach organizowanych przez centrale związkowe oraz samorządy zawodowe. Już w marcu 1992 roku⁵⁸ pielęgniarki i położne z Regionu Mazowsze NSZZ Solidarność i warszawsko – skierniewicką okręgową izbę pielęgniarek i położnych maszerowały pod Ministerstwo Zdrowia by nagłośnić problemy finansowe swojego środowiska zawodowego i domagać się reformy systemu ochrony zdrowia. Przechodniom rozdawały ulotki w formie recepty, na której widniała diagnoza choroby środowiska zawodowego – skrajna nędza, oraz wyliczenia zarobków pielęgniarek i obowiązkowych wydatków, po których na życie zostawały niewielkie sumy.

W przypadku Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych, we Włocławku akcje nagłaśniania problemów środowiska zawodowego oraz całej ochrony zdrowia miały miejsce od początku funkcjonowania związku, a po utworzeniu organizacji ogólnopolskiej miały miejsce marsze protestacyjne w Poznaniu, na Pomorzu i w Łodzi.

⁵⁸Życie Warszawy 22.03.1992 r.

Pielęgniarki i położne, tak jak inni pracownicy ochrony zdrowia protestujący w 1996 roku domagały się zwiększenia nakładów na służbę zdrowia, wypłaty zaległych wynagrodzeń z 1991 i 1992 r i rozwiązania kwestii odpłatności za opiekę szpitalną.

Intensywny okres powstawania nowych organizacji zakładowych to lata 1997 – 1998, kiedy zaczęły pojawiać się projekty przygotowywanej reformie systemu ochrony zdrowia (choć dyskusje o konieczności zreformowania systemu ochrony zdrowia trwały od początku lat 90). W owym czasie wynagrodzenia pielęgniarek kształtowały się na poziomie 900 brutto (500 – 600 zł na rękę), przy średniej krajowej brutto ok. 1900 zł.

Zarówno OZZPiP jak i związki zawodowe zrzeszone w OPZZ oraz Sekcja Ochrony Zdrowia NSZZ „S” apelowały o reformę ochrony zdrowia tak, by pracownicy byli odpowiednio wynagradzani a jednocześnie by podnieść standard opieki, zadbać o wyposażenie szpitali oraz skonstruować system zarządzania opieką zdrowotną tak, by zapewnić efektywny przepływ środków. Optowano za wprowadzeniem składki ubezpieczeniowej.

Reformę ochrony zdrowia wprowadzał rząd koalicyjny AWS – UW. Pierwsza z partii czyli Akcja Wyborcza Solidarność to koalicja partii prawicowych prowadzonych przez wieloletniego przewodniczącego NSZZ „Solidarność” Mariana Krzaklewskiego. Jak wynika z „Kroniki ‘Solidarności’ Służby Zdrowia”⁵⁹, zdaniem NSZZ „S” głównym hamulcowym pozytywnych efektów reformy był wicepremier Leszek Balcerowicz, który nie dopuszczał do podniesienia składki ubezpieczenia do 10% co było postulatem zarówno NSZZ „S” jak i OZZPiP. Wskazywanie na Leszka Balcerowicza, personalizowanie „winnego” rozmyślało systemowy charakter problemu i stojącą za nim neoliberalną ideologię.

Początkowo wszystkie związki zawodowe w ochronie zdrowia zgadzały się co do formy sprzeciwu wobec kształtu reformy, jednak NSZZ „S” szybko wycofała się z aktywnych protestów. Co więcej, ówczesna przewodnicząca sekcji ochrony zdrowia Jagoda Greger negatywnie wypowiadała się o protestujących pielęgniarkach⁶⁰.

Akcje protestacyjne w trakcie wprowadzania reformy systemu ochrony zdrowia

OZZPiP natomiast podejmował akcje protestacyjne od samego początku wprowadzania reformy zauważając, że niedostatecznie wysoka składka odbije się negatywnie zarówno na pensjach jak i standardach opieki. Środowisko pielęgniarek i położnych zdawało sobie sprawę, że rząd przygotowuje reformę nie mając odpowiednich środków, obniżając składkę oraz nie dysponując aktami wykonawczymi. Jak opowiadają badane, po nocy 31 grudnia – 1 stycznia 1999 ? wszyscy obudzili się w innej rzeczywistości. Zakłady opieki zdrowotnej zaczęły być samodzielne i zdane na dobre zarządzanie dyrektora. Wynagrodzenia były niepewne, a przez zmianę z państwowego na samodzielny pracownicy stracili trzynastą pensję. Padało też hasło restrukturyzacji zatrudnienia, co przede wszystkim negatywnie odbijało się na pielęgniarkach i położnych, których w szpitalach było zatrudnionych wiele. Marsze protestacyjne (w tym lipcowy, który zgromadził 28 tysięcy osób) i negocjacje trwały cały rok 1999, wtedy też w maju odbyły się pierwsze okupacje ministerstw – najpierw ministerstwa zdrowia, potem ministerstwa pracy. „Pozostała duża grupa koleżanek, z każdego regionu jedna koleżanka, pod ministerstwem utworzyło się miasteczko namiotowe”.

⁵⁹Grzonkowski St., Szkiela W. (2006) *Kronika „Solidarności” Służby Zdrowia 1980 – 2005* Inicjatywa Wydawnicza PULS SOLIDARNOŚCI Sekretariat Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność” Warszawa s. 519

⁶⁰„Strajk siostr” Piotr Pacewicz Gazeta Wyborcza 13/12/2000,

W całym kraju pielęgniarki i położne okupowały kasy chorych, pod ministerstwem pracy na Brackiej koczowało namiotowe miasteczko jednak te formy nacisku nie przyniosły efektów. Żądania podwyżek o 500 zł miesięcznie dla dwóch grup zawodowych spotykały się ze zrozumieniem, jako że zarobki pielęgniarek i położnych wówczas były bardzo niskie, jednak strona rządowa wskazywała na niemożność zrealizowania tego postulatu.⁶¹ By wyrzucić większy nacisk w szpitalach w całej Polsce związek zawodowy wchodził w spory zbiorowe, by uzyskać podwyżki na poziomie samodzielnego zakładu ochrony zdrowia.

Jesienią postanowiono, że każdy region podejmie swoją akcję. Zdecydowano się na różnorodne formy protestu – na Dolnym Śląsku od łóżek pacjentów odeszło ok. 80% pielęgniarek, w Zabrze pracujące pielęgniarki podjęły głódówkę, w Warszawie rozpoczęła się okupacja Ministerstwa Zdrowia.

Dolnośląskie szpitale w szczególności zagrożone były restrukturyzacją i zamknięciami, jako że autorzy reformy uważali, iż jest ich na terenie województwa zbyt wiele.⁶² Pielęgniarki skorzystały ze strajkowego prawa do zbiorowego powstrzymywania się od wykonywania pracy, gwarantowanego w ustawie o sporach zbiorowych i odeszły od łóżek pacjentów, pozostawiając ich pod opieką wyznaczonych grup dyżurujących i lekarzy. Protest trwał 31 dni i dla środowiska był wycieńczający. Decyzja o takiej formie strajku była bardzo dużym wyzwaniem dla morale pielęgniarek, ponadto nie uzyskały wynagrodzenia za ten okres. Był to pierwszy protest środowiska pielęgniarek i położnych polegający na odejściu od łóżek pacjentów. Do tej pory przyjmowano, że w ochronie zdrowia nie powinno się strajkować w sposób zagrażający pacjentom, a tak można był odczytywać formę odejścia od łóżek. Obawiano się, że ta forma strajku mocno podkopie zaufanie społeczeństwa do pielęgniarek. Jak wspomina jedna z uczestniczek, najtrudniejsze było przekonywanie siebie nawzajem, że warto jest podejmować tak drastyczne środki ponieważ stawką jest możliwość wykonywania pracy dobrej jakości, a to może być uzyskane tylko dzięki odpowiednim wynagrodzeniom i właściwej organizacji pracy, która nie będzie zrzucać na barki pielęgniarek zbyt wielu obciążeń. Niemniej w trakcie 31 dni strajku wiele pielęgniarek chciało wracać do pacjentów, odwołując się przede wszystkim do etosu pracy, zatem zdecydowano, iż reguła strajkowa będzie czasowo luzowana, by szpitale mogły funkcjonować.

W Zabrze w szpitalu pielęgniarki pracowały i jednocześnie głodowały, co jest kolejnym charakterystycznym dla związku protestem. *„W 2000 roku udało się utrzymać jedność grupy w proteście, podjęliśmy kilka form protestu nie odchodząc od łóżek – okupowaliśmy szpital, prowadziliśmy głódówkę i pracowaliśmy jednocześnie. Problem był w tym, że głodowało 200 osób. Te, które słabły kładły się do łóżek w tym samym szpitalu. Na koniec brakowało 69 pielęgniarek, co sprawiło, że nie można było prowadzić działalności leczniczej – plus urlopy, zwolnienia L4, to był duży problem”.*

W Katowicach protesty trwały cały 1999 rok - *Czarne marsze, blokowanie Katowic, urzędu marszałkowskiego, u nas w szpitalu 3 dni całkowite odejście od łóżek. Zabezpieczyliśmy anestezjologię, noworodki, miałyśmy czerwony telefon alarmowy na zapleczu – świadczyłyśmy pracę w momencie wezwania, ale na oddziale były tylko pielęgniarki oddziałowe.*

⁶¹ „Strajk na całego” Gazeta Wyborcza 08/12/2000

⁶² Hardy J. , Stenning A. “Public Sector Reform and Women's Work in Poland: 'Working for Juice, Coffee and Cheap Cosmetics!’” w *Gender, Work and Organization* vol. 12 issue 6, 2005

W Warszawie pielęgniarki z regionu mazowieckiego postanowiły wejść do ministerstwa zdrowia i je okupować – trwało to od listopada do końca grudnia. Decyzję o takiej formie protestu podjęły po wizycie na Dolnym Śląsku – zdecydowały, że konieczne jest podjęcie widowiskowej akcji, która będzie wsparciem dla trudnego strajku w regionie dolnośląskim. Z całego regionu udział w okupacji wzięło 650, pod koniec było 190 osób. Było to bardzo ciężkie przeżycie, wyniszczające psychicznie – w trakcie okupacji były Święta Bożego Narodzenia, co dla wielu kobiet mających rodziny i dzieci było bardzo trudnym, a wręcz traumatycznym doświadczeniem.

„Ustawa 203” i jej konsekwencje

W wyniku akcji protestacyjnych w Warszawie, na Dolnym Śląsku, okupacji kas chorych i szpitali oraz blokad i pikiet w całej Polsce (pielęgniarki blokowały kluczowe przejścia w miastach, tory kolejowe i przejścia graniczne co przed wejściem do strefy Schengen było poważnym utrudnieniem) w styczniu 2000r. powstała tzw. „ustawa 203”, gwarantująca podwyżkę o 203 zł pracownikom ochrony zdrowia. Pomimo założeń reformy, która decentralizowała ochronę zdrowia tak, że wysokość płac miała być ustalana na poziomie jednostki nzo, rząd i parlament zdecydowały o ustawie podwyżkowej – jednakże nie przeznaczając na nią dodatkowych pieniędzy z budżetu państwa. Ustawa ta stała się problemem zarówno dla grupy zawodowej jak i dla dyrektorów, ponieważ uchwalono ustawę bez dofinansowania, zatem podwyżka nie była wypłacana. Protesty OZZPiP krytykowała NSZZ „Solidarność” zarzucając działanie na szkodę reformy⁶³, pozostałe związki zawodowe (lekarzy, pracowników technicznych) częściowo uczestniczyły w protestach odbywających się w szpitalach, niemniej jednak główny ciężar protestów, szczególnie tych poza szpitalami, okupacji, blokad spoczywał na członkiniach OZZPiP. Szczególnie zarzut o nieodpowiedzialność i działanie na szkodę był bolesny dla uczestniczek protestów, ponieważ podkreślały, że ich perspektywa jest szersza i nie ogranicza się do samej wysokości zarobków. Zależało im przede wszystkim na możliwości wykonywania dobrej jakościowo pracy – opieki, na której skorzysta całe społeczeństwo. W związku z reformą całość negocjacji, protestów i spraw w sądzie przeniosła się na poziom szpitali, co bardzo rozproszyło możliwości wywierania nacisku. Co ważne, w sytuacji niskiego zorganizowania strony pracodawców, niemożliwe jest podjęcie negocjacji na poziomie ponadzakładowym, wynegocjowanie branżowego układu zbiorowego ponieważ związki zawodowe nie mają właściwie partnera do rozmów.⁶⁴ Jednocześnie dyrektorzy nie mieli możliwości wypłaty z racji okrojonych budżetów i tak dług wobec pielęgniarek narastał, sprawy kończyły się w sądach – dopiero po 3-4 latach od uchwalenia ustawy pielęgniarki (i to nie wszystkie) uzyskały należne im pieniądze.

Przeciw restrukturyzacji: w obronie szpitala Rydygiera we Wrocławiu lata 2000 – 2004

Skutki reformy, a szczególnie decyzji o restrukturyzacji, doskonale ilustruje historia protestu w szpitalu Rydygiera we Wrocławiu. W 2000 roku podjęto decyzję o stopniowej restrukturyzacji i likwidacji czterech starych szpitali we Wrocławiu, argumentując to przerostami zatrudnienia oraz koniecznością podniesienia efektywności. Mieszczący się w śródmieściu szpital Rydygiera o stuletniej historii, traktowany jak szpital miejski, od lat przyjmował osoby nieubezpieczone (np. bezdomni), oraz funkcjonował jako ostry dyżur. W 2000 roku podjęto decyzję o restrukturyzacji zatrudnienia. Najbardziej dotknięte redukcją zatrudnienia były – kuchnia, personel sprząający, technicy radiologii,

⁶³ „Strajk siostr” P. Pacewicz *Gazeta Wyborcza* nr 290, wydanie z dnia 13/12/2000

⁶⁴P. Ostrowski „Deregulacja rynkowa w procesie reformy ochrony zdrowia a protesty pielęgniarek i położnych” w *Instytucjonalizacja stosunków pracy w Polsce* red. W. Kozek, Wyd. Naukowe SCHOLAR Warszawa 2003

ponieważ dyrekcja zdecydowała o zleceniu tych usług na zewnątrz. Także lekarze i pielęgniarki kwalifikujący się do przejścia na emeryturę bądź uprawnieni do świadczeń przedemerytalnych odeszli ze szpitala. Jednocześnie po wielkiej powodzi w 1997 dyrekcja zainwestowała 7 milionów złotych w odnowę i poprawę standardów szpitalnych. Sytuację szpitala pogarszało roszczenie zakonu siostr boromeuszek o zwrot budynków, mienia przejętego przez państwo po wojnie. Szpital był poważnie zadłużony, lecz nie był w tym przypadku wyjątkiem. Jednak po ogłoszeniu planów likwidacyjnych okazało się, że dyrekcja nie ma środków na zapłatę wynagrodzeń pracownikom. Sytuacja ta trwała rok i zmobilizowała pracowników do aktywnego protestu przeciw zamknięciu szpitala. Przede wszystkim został powołany komitet obrony szpitala, z początku liczący 11 osób, z czego do końca zostało 4. Jak wspomina jedna z członkiń komitetu *„Dyrektor na początku zdziwiony komitetem i mówił: dzieci, dzieci co wy robicie. Zarzucano nam że zbiłyśmy kapitał polityczny, że mamy inne dążenia, a nam chodziło o to żeby utrzymać szpital”*.

Wszystkie związki zawodowe działające na terenie szpitala aktywne uczestniczyły w proteście i udzieliły komitetowi wszelkich pełnomocnictw do reprezentowania ich interesów. Komitet składał się z trzech pielęgniarek i lekarki. Protest rozpoczął się okupacją szpitala – załoga szpitala liczyła wtedy 450 osób, pod koniec zostało 300 osób. Okupacja nie przyniosła żadnego efektu i można uznać, że została niezauważona. Personel medyczny zdecydował się na odejście od łóżek pacjentów na kilka godzin, choć w przypadku, gdy potrzebna była natychmiastowa pomoc przy operacji wyznaczona grupa wróciła do pacjenta. Odejście od łóżek realizowane było tak jak w innych szpitalach – przy pacjentach dyżurowali lekarze i pielęgniarki jednak w znacznie mniejszej liczbie niż zwykle. Pracownicy szpitala z komitetem na czele cały czas informowali lokalne media oraz mieszkańców o planowanej likwidacji oraz niepłaceniu pensji. Uznawszy, że odejście od łóżek nie dało również efektów, zdecydowano się na rotacyjną głódówkę, która trwała razem ok. 80 dni. W tym samym czasie pracownicy wyszli na ulicę Pomorską by w akcie protestu zablokować przejście dla pieszych. Mimo iż poinformowali o swoich planach urząd miejski i policję, demonstracja została brutalnie stłumiona przez policję już po kwadransie. Policja użyła siły do rozpędzenia siedzących na ziemi ludzi, złapane osoby niosła za ręce i nogi i wrzucała do radiowozów. Uczestnikom demonstracji wsparcia udzielali okoliczni mieszkańcy, obrzucając policję warzywami i jajkami, członkowie Federacji Anarchistycznej oraz przede wszystkim pacjenci. Aresztowanym osobom grożono sądem grodzkim, jednak skończyło się polubownie – być może policja miała świadomość tego, że przekroczyła swoje uprawnienia. Protest trwał nadal i mimo zawirowań ze statusem prawnym decyzji o likwidacji nic się nie zmieniało na korzyść szpitala – a pracownicy nadal nie dostawali wynagrodzeń. Ze szpitala odchodziły kolejne osoby szukając zatrudnienia w innych szpitalach, przychodniach i na rynku prywatnych usług medycznych. Ci, którzy zostali zdecydowali się na kolejne akcje poza szpitalem. Urządzili demonstrację pod hasłem „pogrzebu służby zdrowia” niosąc trumnę, którą zostawili w urzędzie wojewódzkim. Na wrocławskim rynku zebrali o pieniądze, z zawieszonymi na szyi wielkimi tablicami z napisem informującym, że muszą zebrać bo szpital nie wypłaca im pensji. Z tymi właśnie tablicami ok. 60 osób udało się do urzędu wojewódzkiego oddać dowody osobiste, deklarując, że *„nie chcemy być obywatelkami tego kraju bo tu nie szanuje się ludzi, nie płaci się im”*.

Po tej akcji protestujący kontaktowali się z konsulatami Szwecji i Austrii i prosili o azyl. Z pomocą wrocławskich restauratorów zorganizowali stypę na rynku. Jednemu z bardziej aroganckich przedstawicieli samorządu, który lekceważąco wyrażał się o protestach i nie podejmował żadnych konstruktywnych decyzji, wręczyli „kaczkę” (czyli basen do oddawania moczu) pomalowaną na złoto, na czerwonej poduszce. Wreszcie, przedstawicielki komitetu obrony szpitala udały się do urzędu marszałkowskiego i zostały tam – okupacja pomieszczeń trwała 8 dni. W wyniku rozmów

prowadzonych z marszałkiem a także innymi przedstawicielami instytucji odpowiedzialnymi za stan szpitala i jego likwidację doszło do porozumienia. Komitet zaakceptował konieczność likwidacji szpitala ale uratował zatrudnienie – osoby, które zostały w Rydygierze miały zostać przeniesione do innego szpitala. Tam też później otrzymały zwrot zaległych pensji. Przedstawicielka komitetu wywalczyła również zwrot niepłaconego przez szpital funduszu socjalnego w wysokości 900 000zł. Komitet ustalił również z marszałkiem, iż likwidatorem szpitala zostanie jedna z członkiń komitetu. Ta decyzja wzbudziła pewną konsternację – część lokalnych polityków podważała kwalifikacje pielęgniarki do zajęcia stanowiska likwidatora szpitala (szczególnie, że szpital już miał likwidatora). Można uznać, że likwidacja przeszła po myśli pracowników. Choć na początku miało nie być dla nich pracy, to przeniesiono ich do innego szpitala (wraz z częścią szpitalnego sprzętu, który zablokowali przed komornikiem. Ale np. pielęgniarki pracowały na portierni, niektóre też musiały się przekwalifikować i zająć sprawami administracyjnymi). Sama likwidatorka nie znalazła zatrudnienia w nowym szpitalu, ale nadal pracuje w ochronie zdrowia.

Pracownicy Rydygiera przez rok nie otrzymywali wynagrodzeń. Wielu z nich miało dzieci, wiele kobiet to samotne matki. Wynagrodzenia pielęgniarek w szpitalu wynosiły w granicach 1000 zł netto, sanitariuszki ok. 600 zł netto, podobnie pracownicy kuchni. Szpital raz na jakiś czas płacił np. 200 zł. Pracownicy utrzymywali się przede wszystkim z pożyczek – jak opowiadają uczestniczki, wszyscy mieli debety, zaciągali kredyty konsumpcyjne (wysoko oprocentowane), pożyczali od rodziny. Rodziny także dosłownie dożywiały pracowników i ich dzieci.

„Dziewczyny jeździły na gapę bo nie miały pensji a chodziły do pracy codziennie, to były dramatyczne wybory co kupić dziecku, co włożyć do garnka. Raczej nie korzystały z pomocy społecznej, najpierw pomoc rodziny, znajomych. Moja sąsiadka pracowała jako sanitariuszka i ja ją wspierałam jedzeniem, inna sąsiadka codziennie gotowała zupę i jej niosła.

Życie bez pensji to było życie z deбетów, pożyczki, jeden drugiego wspierał, kto co miał to się dzielił. Jak w czasie wojny.”

Zapomogą pieniężną służyły izby zawodowe (lekarska i pielęgniarek i położnych), związki zawodowe. Wsparcie finansowe przesłał również potomek patrona szpitala, Ludwika Rydygiera mieszkający w Kanadzie. W szpitalu cały czas byli pacjenci, których trzeba było wykarmić mimo, iż w kuchni brakowało jedzenia – pracownicy jeździli na targ i prosili rolników o warzywa.

Jak zawsze w przypadku podobnych protestów, angażowali się również politycy – pomoc w mediacjach obiecywała Barbara Labuda, wówczas minister w kancelarii prezydenta. Głodujących odwiedzał raz po raz Andrzej Lepper mówiąc na przykład „zorganizujcie pikietę, którą ja poprowadzę”. Samoobrona – związek zawodowy rolników odegrała też pewną rolę pod koniec protestu, kiedy w wyniku przeniesienia do innego szpitala należało rozwiązać związek zawodowy pielęgniarek i położnych z Rydygiera, ponieważ w nowym szpitalu już istniał taki. Członkinie komitetu potrzebowały organizacji związkowej, która by kontynuowała prowadzone sprawy związane z odzyskaniem wynagrodzeń i funduszu socjalnego z Rydygiera. Zdecydowały się zarejestrować związek zawodowy Samoobrona, dzięki któremu przeprowadziły do końca postępowanie prawne, później już nie rozwijały tej organizacji i nikt się do niej nie zapisywał. Natomiast likwidatorka szpitala przez jakiś czas aktywnie działała w Samoobronie. Jeden z lokalnych polityków tej partii Rafał Kubacki (bardziej rozpoznawany jako utytułowany sportowiec i społecznik) służył radą i wsparciem podczas okupacji urzędu marszałkowskiego.

Wsparcia udzielał także region dolnośląski OZZPiP, natomiast zarząd krajowy przesłał wsparcie faxem. Jak wspominają działaczki z zarządu krajowego, był to pierwszy protest związkowy na tę skalę i same nie wiedziały, jak udzielać wsparcia, na ile się angażować.

Przez kolejne lata protesty przeniosły się na poziom szpitali i w przypadku miejsc pracy większości moich rozmówczyń dochodziło co najmniej do sporu zbiorowego. Jak opowiadają zakładowe przewodniczące, pomysł protestu jest zawsze oddolny. To szeregowie członkinie związku sygnalizują problemy, mówią że mają dość i „tak dalej być nie może”. Przewodnicząca nie robi protestu sama, jest głównym zapleczem środowiska zawodowego bo zna przepisy, ma kontakt z prawnikiem, uczestniczyła w szkoleniach dotyczących negocjacji, jednak sam protest polega przede wszystkim na zaangażowaniu samych członkiń, zatem żeby w ogóle się odbył, to właśnie członkinie związku muszą go chcieć. Przewodniczące deklarują, że nie przekonują do strajku. Każdy strajk musi poprzedzić referendum strajkowe, które jest odzwierciedleniem chęci protestu w grupie zawodowej.

Metodą drobnych kroków oraz przede wszystkim ciągłego uczenia się, szkoleń w negocjacjach i zapisach prawnych, w wielu miejscach udało się wywalczyć podwyżki i polepszenie warunków pracy. Niekiedy w tym celu zawiązywano koalicje z innymi związkami zawodowymi jak na przykład w województwie lubelskim, gdzie wspólne akcje protestacyjne prowadziły wszystkie związki zawodowe a negocjacje z NFZ toczyły się we współpracy między związkami zawodowymi a dyrektorami szpitali, czasem jednak dla podkreślenia wagi swoich problemów i interesów związek walczył sam. Stosowane metody strajkowe były różne – okupacje pomieszczeń szpitalnych (najlepiej dobrze wyeksponowanych), głódówka, odejście od łóżek. W ostatnich latach zaczęto też stosować metodę składania wypowiedzeń. Wszystkie działaczki mówią, że o ile w latach 90 błędy były po obu stronach bo zarówno związek jak i dyrekcje dopiero uczyli się swoich ról, o tyle po 2000 r nie można sobie na nie pozwolić. Jak zauważa jedna z rozmówczyń, mieszkanka Zabrze: *„teraz rynek pracy się skurczył, mimo że brakuje pielęgniarek to nikt nie robi poszerzenia etatów na rzecz pielęgniarek – to nie jest tak że zaraz się znajdzie pracę. To powstrzymuje przed strajkiem”*.

Istnieją zatem poważne regionalne różnice w możliwościach dochodzenia swoich praw – o ile w województwie wielkopolskim pielęgniarki i położne używały przez ostatnie lata argumentu złożenia wypowiedzeń z pracy, ponieważ lokalne rynki pracy oferują alternatywne zatrudnienie, o tyle w katowickiej aglomeracji pomimo niedoborów pracowników nie ma nowych etatów, co sprawia, że siła przetargowa strajku jest niższa. Badane podkreślają, że po 2001 roku nauczyły się przede wszystkim sztuki negocjacji.

Ustawa „wedłowska” i Białe Miasteczko

Kolejna odsłona protestów pielęgniarek i położnych zaczęła się w 2006 roku od tzw ustawy wedłowskiej z dnia 22 lipca o przekazaniu środków finansowych świadczeniodawcom na wzrost wynagrodzeń osób pracujących w ochronie zdrowia. To pierwszy moment od czasów ustawy 203 kiedy strona rządowa zdecydowała się przeznaczyć specjalną pulę pieniędzy wyłącznie na wynagrodzenia. Pielęgniarki i położne wskazywały, że działanie ustawy kończyło się 1 stycznia 2008 kiedy pensje wracałyby do stanu poprzedniego. Rozmowy z rządem nie dały rezultatów a propozycja kroczącego systemu podwyżek – 40 proc., 20 proc., 15 proc. nie wzbudziła zainteresowania. 19 czerwca zorganizowano marsz służby zdrowia, gdzie reprezentowane były cztery główne związki zawodowe – NSZZ S, OPZZ, OZZL i OZZPiP. Marsz zakończył się pod siedzibą Rady Ministrów, do której weszła reprezentacja wszystkich związków z petycją do premiera. Premier ani delegacji ani petycji nie

chciał przyjąć. Delegacja OZZPiP postanowiła zostać i poczekać. Na zewnątrz na wyjście przewodniczących czekała grupa ok. 30 członkiń związku. Czekwały na środku Alej Ujazdowskich całą noc, a o 6 rano zostały zepchnięte przez policję. Już w trakcie nocy do grupy koczującej przychodzili mieszkańcy Warszawy z herbatą, kawą i kanapkami, jednak po medialnej transmisji zepchnięcia pielęgniarek (kobiet w średnim wieku o matczynym wyglądzie) przez policję (młodych mężczyzn prawie pokolenie młodszych) odzew społeczny zaczął się nasilać – rano na miejsce przybyły rodziny koczujących kobiet, pojawiało się coraz więcej osób, pierwsze namioty.

Działaczki w obozowisku, później nazwanym Białym Miasteczkiem oraz Kaczogrodem, nie mogły skontaktować się ze swoimi przewodniczącymi, które cały czas czekały na rozmowę z premierem w środku. Te zaś usytuowano w takiej części budynku, gdzie nie mogły widzieć ani słyszeć co się dzieje w Alejach Jerozolimskich.

Do koczowiska wprowadzono porządek – namioty ustawiono według planu, podzielono role organizacyjne. Dzięki współpracy ze środowiskami lewicowymi i feministycznymi organizowany Biały Uniwersytet, wydawano Biuletyn i Kurier Białego Miasteczka, organizowano Biały Weekend z darmowymi badaniami dla mieszkańców Warszawy. Pięć pielęgniarek podjęło głodówkę by wywrzeć nacisk na przyspieszenie rozmów w URM. Jest to forma protestu w Polsce znana i rozumiana jako strajk godnościowy. Odbywa się zwykle w okupowanych pomieszczeniach, gdzie głodujący leżą na materacach, są pod opieką lekarzy i przyjmują wodę i soki oraz glukozę. W przypadku głodówki w Białym Miasteczku mówimy o kobietach w średnim wieku, które po prawie tygodniu nocowania w cienkich namiotach, spania na karimatach na ziemi, w niemalże nieustającym deszczu zdecydowały się jeszcze bardziej poświęcić. Ta decyzja wzbudziła wielkie emocje w środowisku, oraz wielki stres gdy pierwszą głodującą odesłano do szpitala – na jej miejsce weszła następna. Natomiast w Urzędzie Rady Ministrów stroną rządząca nie wykazywała chęci spotkania, jednak wysyłała przedstawicieli o każdej porze dnia i nocy. W pomieszczeniu przykręcano klimatyzację tak, by było bardzo chłodno a rozmowy najprawdopodobniej podsłuchiowano. Cztery działaczki zdołały „urządzić się” śpiąc na krzesłach i na podłodze, przykrywając się papierami. W pewnym momencie medialną sensacją stała się sprawa długich negocjacji z posłanką Szczypińską o przyniesienie podpasek – nigdy wcześniej tego rodzaju tematy nie występowały razem z protestem związkowym – można powiedzieć, że kobieca formuła protestu tu się dopełniła. Wobec patowej sytuacji, działaczki zdecydowały się na głodówkę, wyłączając przewodniczącą związku chorą na cukrzycę. Premier skwitował tę decyzję „niezjedzenie kolacji to nie głodówka” co wywołało oburzenie społeczności pielęgniarek i położnych.

Jednakże decyzja o podjęciu głodówki sprawiła, że obie strony doszły do wstępnego porozumienia – premier zdecydował się podjąć rozmowy a działaczki – opuścić budynek. Jako że nie miały żadnego prawie kontaktu z koleżankami z Białego Miasteczka, opuszczając URM były zaskoczone, widząc rozmach całego przedsięwzięcia. Protest trwał, przewodniczące negocjowały postulaty. Z biegiem dni widać było, iż rozmowy ze stroną rządową mogą ciągnąć się jeszcze długo, podczas gdy Białe Miasteczko zaczynało słabnąć – uczestniczące w proteście pielęgniarki i położne wykorzystywały już możliwości urlopowe by przyjechać do Warszawy, całe środowisko było już bardzo zmęczone trybem protest/praca bez odpoczynku. Ponadto obozowisko było najprawdopodobniej regularnie inwigilowane przez agentki przebrane za pielęgniarki, co przywódczyni odbierały jako pewnego rodzaju zagrożenie. Po przedyskutowaniu i realnej ocenie szans rząd krajowy zdecydował się na zamknięcie Białego Miasteczka, które odbyło się w formie uroczystej imprezy i koncertu.

Patrząc z perspektywy dwóch lat, Białe Miasteczko nadal trudno jednoznacznie ocenić. Nie był to pierwszy protest pielęgniarek i położnych oparty na formule obozowiska, nie był to pierwszy tak długo trwający protest – ale jako pierwszy wzbudził tak wielkie zainteresowanie i sympatię społeczną. Wydaje się, że udało się przekroczyć granicę dzielącą związek zawodowy od społeczeństwa, co w przypadku neoliberalnie nastawionych mediów, od lat uprawiających antyzwiązkową politykę⁶⁵, było dużym osiągnięciem. Być może oprócz wybitnie anti-PiSowskich nastrojów społecznych zaważyła także forma protestu, który nie był strajkiem – jednocześnie przecież trwały strajki lekarzy, które w kilku wypadkach zakończyły się ewakuacją szpitali i nie cieszyły się aż taką sympatią. Często przywoływanym przez odwiedzających Białe Miasteczko warszawiaków a także artystów i intelektualistów biorących udział w Białym Uniwersytecie⁶⁶, powodem była specyfika zawodu pielęgniarek i położnych – podkreślano, że są najbliższymi pacjenta. Co ciekawe można było odnieść wrażenie, że konkretne postulaty pielęgniarek i położnych, związane chociażby z niedoborami zatrudnienia, nie są rozpoznawane przez wspierających je. O ile wskazywano na bliskość pielęgniarek, niesienie ulgi w cierpieniu i pracę, która powinna być lepiej wynagradzana, nie zastanawiano się nad przekształceniami w ochronie zdrowia, na których cierpią te dwie grupy zawodowe.

Niemniej jednak oceniając Białe Miasteczko z perspektywy czasu działaczki zauważają, że głównym beneficjentem tego protestu była Platforma Obywatelska, która na społecznym sprzeciwie wobec stylu rządów Jarosława Kaczyńskiego wygrała dobry wynik w przyspieszonych wyborach parlamentarnych jesienią 2007. Ocena formy protestu przez środowisko pielęgniarskie jest różna – osoby uczestniczące w proteście podkreślają jego wyjątkowość, możliwość dotarcia ze swoimi problemami do społeczeństwa, które tłumnie odwiedzało Białe Miasteczko, oraz integrację samego środowiska. Im dalej od „rdzenia” protestu, tym oceny bardziej zróżnicowane – osoby, które nie brały udziału w proteście oceniają go jako naiwny (na zasadzie „można to było zrobić inaczej”), oraz upokarzający dla zawodu pielęgniarek i położnych: „*Nie po to jesteśmy wykształconymi pielęgniarkami, żeby spać na gołej ziemi*”.

Po Białym Miasteczku – strajki w sprawie należnych podwyżek

We wrześniu 2007 uchwalono ustawę zobowiązującą zakłady opieki zdrowotnej do przeznaczania co najmniej 40 % z kontraktów z NFZ na wzrost wynagrodzeń osób zatrudnionych. Okazało się to zwycięstwem co najmniej połowicznym. Lekarze podczas swojego strajku, który trwał od wiosny do jesieni 2007 wywalczyli podwyżki i dodatkowo skorzystali na dobrze płatnych dyżurach, które pojawiły się po ratyfikowaniu dyrektywy o czasie pracy lekarzy. Tymczasem pielęgniarki, po raz kolejny mimo gwarantowanej ustawowo podwyżki musiały organizować strajki w szpitalach, by wywalczyć należne im pieniądze. I tak w 2008 roku w wielu szpitalach miały miejsce akcje strajkowe.

Strajk w Łodzi 2008 rok – proces sądowy za akcję strajkową

Część środowiska walczyła nie tylko o gwarantowaną podwyżkę, ale też o uporządkowanie wysokości wynagrodzeń w zależności chociażby od stażu pracy – taka sytuacja miała miejsce w Łodzi i zakończyła się zwolnieniem dyscyplinarnym przewodniczącej związku oraz oskarżeniem o narażenie szpitala na straty rzędu 1 miliona złotych. Należy zauważyć, że strajkujące w szpitalu pielęgniarki

⁶⁵Kozek W. „Destrukcyjny obraz związków zawodowych w tygodnikach politycznych w Polsce” w *Instytucjonalizacja stosunków pracy w Polsce* red. W. Kozek, Wyd. Naukowe SCHOLAR Warszawa 2003

⁶⁶ „Kurier Białego Miasteczka” wydawany przez Krytykę Polityczną i Zarząd Krajowy OZZPiP

domagały się między innymi klarownej siatki płac, rozpisanej na staż pracy, wykształcenie, tak aby osoby zainteresowane pracą w tym właśnie szpitalu mogły zapoznać się z informacją np. na stronie internetowej.

Strajk polegał na odejściu od łóżek i podjęciu okupacji pod gabinetem dyrektora. Protestujące pielęgniarki, po nieudanych rozmowach z dyrekcją (pomimo udziału mediatora) zdecydowały się wywiesić swoje paski wynagrodzeń by pokazać, ile pieniędzy naprawdę trafia do nich co miesiąc i że są to znacząco niższe kwoty od tych deklarowanych przez dyrektora. *„Pierwsze dwie godziny był strajk ostrzegawczy, oczekiwaliśmy na rozmowy i dyrektor ich nie podjął. W naszej ocenie jeśli pracodawca ma na względzie dobro pracowników i pacjentów, to powinien zacząć rozmawiać. Wyłączyliśmy ze strajku oddziały wysokiego ryzyka – intensywna opieka medyczna, dializy, izba przyjęć, Szpitalny Oddział Ratunkowy, dzieci, tam gdzie mogło dojść do stanu zagrożenia zdrowia i życia choć pielęgniarki nie odpowiadają za zdrowie i życie, tylko za pielęgnację. Minimum dla pacjentów zostało zagwarantowane, choć dyrektor zarzucał, że spowodowałyśmy zagrożenie życia i zdrowia pacjentów. Po 11 dniach strajk został zawieszony, pod presją dyrektora, że strajk jest nielegalny, że będą sankcje karne, to przeważały szalę i porozumienie zostało podpisane ale nie jest realizowane”.*

W trakcie strajku odłączyły się dwa oddziały – jeden z racji na ciężkie warunki pracy, sprawiające, że oddział nie mógł funkcjonować w okrojonym składzie pielęgniarskim (neurochirurgia), jednak pielęgniarki przychodziły okupować w dniach wolnych. Drugi oddział odłączył się po rozmowach z dyrektorem – według prowadzącej strajk być może miała miejsce sytuacja, w której protestujące miały do wyboru albo przynależność związkową albo pracę. Przyczyną niepowodzenia wskazywaną przez przywódczynię strajku było zastraszenie protestujących – powoływanie się dyrektora na możliwość założenia sprawy w sądzie, oskarżanie o nielegalność strajku, oraz o narażanie życia i zdrowia pacjentów. Dla pielęgniarek oskarżenia te są tym bardziej dotkliwe, ponieważ wiedzą, że szpital na co dzień nie funkcjonuje zgodnie ze wszystkimi normami. Jak opowiada jedna z uczestniczek strajku: *„NFZ nie prowadzi w ogóle sprawdzania poziomu jakości prowadzenia usług. U nas gdyby skontrolowali to by im wyszło, że mamy trzech pacjentów na jedno łóżko. Tego nikt nie kontroluje, pożyczania łóżek, wypychania pacjentów do domu przed operacją. Pacjenci podczas strajku byli bezpieczni, u nas szpital funkcjonuje w sposób niebezpieczny. W kontraktach wykazuje się lekarzy, którzy już tu nie pracują, nie ma czasem specjalistów, z którymi można by skonsultować. Za mało lekarzy jest na dyżurach nocnych, na kilku oddziałach plus izba przyjęć. I wszystko spada na pielęgniarki. To bardzo niebezpieczne więc jakie zagrożenie podczas strajku?*

Finał sprawy w sądzie pokazuje nowy rozdział w relacjach związek zawodowy – dyrekcja. Dyrektorzy szpitali zaczynają korzystać z doświadczeń z sektora prywatnego, gdzie przewodniczących związku zwalnia się mimo sprzeczności tej decyzji z prawem. Wydarzeniem bez precedensu jest wyrok sądu ogłoszony w grudniu 2010r⁶⁷ – sąd uznał, że pielęgniarki są winne organizacji nielegalnego strajku, jednak odstąpił od wymierzenia kary, niemniej nakazał zapłacie rekompensatę za szkody poniesione przez szpital, od 1,5 tysiąca do 4 tysięcy złotych. Podstawą do uznania, iż strajk był nielegalny był fakt, że pielęgniarki nie uzyskały w referendum strajkowym zgody ponad połowy wszystkich pracowników na zorganizowanie strajku. Organizatorki przeprowadziły dwa referenda – jedno w swojej grupie zawodowej, która chciała strajku, jedno dla wszystkich pozostałych, które cieszyło się małym zainteresowaniem. Pielęgniarki uznały, że skoro w poprzednich latach strajki

⁶⁷ Czerwiński Adam „Bez kary za strajk pielęgniarek” Gazeta Wyborcza dodatek Łódź 14.12.2009r

lekarzy opierały się wyłącznie na referendach ich grupy zawodowej, one też mogą poprzestać na wyniku referendum wśród samych pielęgniarek. Lekarzom nikt nie stawiał zarzutów nielegalności strajku, natomiast pielęgniarki zostały zwolnione z pracy, sprawą zajmowały się policja i prokuratura, po czym znalazły się w sądzie jako oskarżone.

Jednocześnie warto zwrócić uwagę na szerszy kontekst działalności związkowej w obliczu przekształceń placówek ochrony zdrowia – działaczki związkowe często wskazują na fakt, iż po przekształceniu szpitala w spółkę, kiedy pracodawca podpisuje z pracownikami nowe umowy, dla aktywnych działaczek związkowych nie ma miejsca w nowej pracy, trudno jest im znaleźć zatrudnienie.

Strajk w Lublinie 2008 rok – udana okupacja

Walka o realizację zapisów artykułu 59a toczyła się w wielu szpitalach w całej Polsce. W Lubelskim szpitalu wojskowym strajk trwał dwie doby i odbywał się w formie odejścia od łóżek pacjentów. Dla środowiska pielęgniarek była to bardzo trudna decyzja. *Tydzień przed podjęciem decyzji nie wyobrażałyśmy sobie że do tego dojdzie, że pracodawca doceni naszą pracę i kiedy przyszedł ten moment to było bardzo ciężko. Ale doszliśmy do wniosku, że nie ma wyjścia i że trzeba się sprężyć i dobrze przygotować. Byłyśmy w ogromnym stresie, jedne koleżanki przychodziły bo tak trzeba, inne miały rozterki, co będzie, co nam zrobią. Ale to była konieczna desperacja. W proteście wzięły udział również koleżanki które nie są w związku, mimo że mogły mieć nieprzyjemności. Później się pozapisywały.* Protestujące pielęgniarki przychodziły do pracy i zamiast iść na swój oddział, przychodziły do sali konferencyjnej i tam spędzały 12 godzinny dyżur. Na szpitalnych oddziałach pozostał zespół reanimacyjny i zespół nagłej pomocy. W sali omawiały problemy pracy, przygotowywały do ewentualnych kolejnych kroków i innych form strajku w razie gdyby obrona przez nie droga zawiodła. Nie tylko w przypadku lubelskiego strajku, w większości protestów okupacja jest okazją do pogłębienia wiedzy na temat praw pracowniczych, praw związanych z wykonywaniem zawodu – w tym sensie można uznać, że protesty zdecydowanie uczą. Po dwóch dobach zostało podpisane porozumienie, nie satysfakcjonujące w pełni protestujących ale też na tyle dobre, że mogły uznać decyzję o strajku za właściwą.

Wycena pracy opiekuńczej – strajk w zakładach opieki długoterminowej w 2008 roku

Mimo, iż większość protestów miała miejsce w szpitalach, gdzie pracują największe liczbowo grupy zawodowe, przykładem udanego strajku, w efekcie którego podwyższono standardy opieki był strajk w zakładzie opieki długoterminowej w Rajczy i szpitalu w Katowicach w 2008r. Jak opowiada jedna z działaczek wspierających: *„Strajk polegał na odejściu od łóżek pacjentów, a w ostatniej fazie zakończył się złożeniem wypowiedzeń. Postulaty dotyczyły problemów pielęgniarek w tym typie zakładów, niskich wynagrodzeń i wysokiego obciążenia pracą. Protestujące zwracały uwagę na fakt, iż wysokość wynagrodzeń zależy od świadczeń – w szpitalach są wysokospecjalistycznie, dobrze wyceniane przez NFZ procedury i przez to zupełnie inne kontrakty”. W zakładach opieki osobodzień na pacjenta nie jest wysoki a dodatkowo pacjent współuczestniczy w kosztach płacąc z emerytury czy renty 75% na zakład za część hotelową (bo często przebywają w zakładzie do końca życia) – żywienie, noclegi, pranie. Resztę płaci Fundusz, niemniej przy niskich emeryturach pacjentów Fundusz płaci zatem również za różnicę między wkładem pacjenta a kosztem noclegu, żywienia, prania. „Wszystko razem tworzyło bardzo nędzny budżet zakładów co przekładało się na bardzo niskie zarobki. Strajk, szczególnie w ostatniej fazie wypowiedzeń, naświetlił problem z którym borykają się wszystkie*

zakłady w Polsce”. W jego efekcie prezes NFZ podpisał nową ustawę o zmianie finansowania zakładów opieki długoterminowej, dzięki której zaczęto wyżej wyceniać świadczenia – dla pielęgniarek oznaczało to zmianę z wynagrodzenia zasadniczego w wysokości 1300zł na 2000zł.

Niemniej jednak zdobycze tego protestu mogą zostać ograniczone – w sierpniu 2009 NFZ zdecydował o zmniejszeniu finansowania świadczeń w zakładach opiekuńczo-leczniczych (ZOL)⁶⁸. Ważne jest uzasadnienie: Fundusz zdecydował, że pacjent karmiony łyżeczką jest tańszy w utrzymaniu od chorego podłączonego do sondy. Z tego powodu stawka za tzw. osobodzień ma się zmniejszyć ze 198 zł do 71 zł. Autorzy tej decyzji argumentują, że karmienie łyżeczką może się odbywać z pomocą rodziny pacjenta, co oznacza przerzucanie kosztów ochrony zdrowia na pacjentów oraz traktowanie darmowej opieki rodzinnej jako zasobu, z którego może korzystać państwo zatem ma on jakąś wartość, tylko że państwo korzysta nie płacąc a wręcz przeciwnie. Co więcej, z powodu podwyższenia standardów dotyczących opieki długoterminowej dyrektorzy zakładów musieli poczynić inwestycje i zatrudnić więcej personelu medycznego – a jednocześnie świadczenia mogą się zmniejszyć, co negatywnie odbije się na opiece nad pacjentami. Zjawiska związane z zakładami opiekuńczo – pielęgnacyjnymi, opieką długoterminową są bardzo ważnym aspektem związanym z warunkami pracy pielęgniarek. W warunkach starzenia się społeczeństwa oczywiste jest, że tego rodzaju placówek będzie przybywać – w tym kierunku też idą praktyki na pomostowych studiach pielęgniarstwie, gdzie zdobywające wyższe wykształcenie pielęgniarki z wieloletnim stażem muszą odbyć praktyki na geriatricznym ponieważ w czasach gdy się kształciły w liceach pielęgniarstwie tego rodzaju doświadczenie nie było potrzebne. Szukanie oszczędności właśnie w takich placówkach i przerzucanie kosztów na rodziny jest potwierdzeniem tezy o niedowartościowaniu opieki. Pomimo opisanych wyżej protestów pielęgniarek zajmowanie się pacjentami, którzy są kwalifikowani jako najciężej chorzy w skali Barthela⁶⁹ jest uznawane za źródło oszczędności – NFZ argumentuje to następująco : „*Centrala NFZ twierdzi, że te zmiany są konieczne, aby zachować racjonalność w wydawaniu pieniędzy publicznych*”.⁷⁰

Strajk w Radomiu w 2009 roku – różnica w zarobkach między lekarzami a pielęgniarkami

W lipcu i sierpniu 2009 roku miał miejsce strajk w szpitalu specjalistycznym w Radomiu zorganizowany przez komisję zakładową OZZPiP. Protestujące domagały się podwyżek wskazując głęboką dysproporcję między zarobkami lekarzy i pielęgniarek w szpitalu. W wyniku artykułu 59a od 2007 roku lekarze dostawali znaczne podwyżki, których odmawiano pielęgniarkom, tym drugim podając argument zadłużenia szpitala. Przywódczyni strajku wskazywała, że podczas jednego weekendowego dyżuru lekarz zarabia tyle, co pielęgniarka przez miesiąc. Pielęgniarki powstrzymały się od wykonywania pracy, zostawiając zespoły dyżurujące, w ostatniej fazie strajku okupowały gabinet dyrektora i podjęły głodówkę. Do Radomia przyjechało ok. 800 pielęgniarek z całej Polski by

⁶⁸ „NFZ obcina finansowanie świadczeń w zakładach opiekuńczo-leczniczych” Dziennik Zachodni/Rynek Zdrowia 18.08.2009.

⁶⁹ Skala Barthela pozwala ocenić sprawność chorego - jakie czynności pacjent może wykonać sam lub z pomocą, albo nie może wykonać sam lub z pomocą, albo nie może wykonać ich wcale. Wg skali Barthela maksymalnie pacjent może otrzymać 100 pkt, a minimalnie 0 pkt. Według skali Barthela pacjentów można podzielić na trzy grupy w zależności od ich stanu psychoruchowego: I grupa - pacjent lekki - 85-100 pkt, II grupa – pacjent średniociężki - 20-85 pkt, III grupa - pacjent ciężki - 0-25 pkt za: http://www.psmpl/fidelis_skala.php

⁷⁰ „NFZ obcina finansowanie świadczeń w zakładach opiekuńczo-leczniczych” Dziennik Zachodni/Rynek Zdrowia 18.08.2009.

wyrazić poparcie. Żądania protestujących – podwyżki w wysokości kilkuset złotych, a także taryfikatora, który uporządkowałby wysokość wynagrodzeń na konkretnych stanowiskach, norm zatrudnienia i ustalenia zasad zatrudniania firm zewnętrznych⁷¹ odczytywano jako nowy rozdział w historii pielęgniarskich protestów. Pielęgniarki w Radomiu nie otrzymywały „głodowych pensji” jednak rażąco mniej niż lekarze, co jest doświadczeniem wielu pielęgniarek w Polsce. Co ważne, szpital specjalistyczny nie był restrukturyzowany zatem jednym z koronnych argumentów strony przeciwnej podwyżkom pielęgniarskim było, że jest to zbyt liczna grupa w szpitalu – 600 pielęgniarek na 600 łóżek. Jak wskazują uczestniczki warsztatu „Gender i opieka w kontekście reformy ochrony zdrowia. Perspektywa pielęgniarek i położnych” reprezentujące OZZPiP, *600 pielęgniarek pracuje na cztery zmiany. Jeśli odejmiemy pielęgniarki pracujące tylko na ranną zmianę, na 600 łóżek zostaje 100 pielęgniarek zmianowych, a ponieważ każdy pracownik ma prawo do urlopu czy zwolnienia chorobowe, to jest ich jeszcze mniej. Mówi się o przeliczeniu na łóżka, a powinno mówić się o przeliczeniu na pacjenta. Obecnie jest wiele procedur jednodniowych, a do każdego pacjenta jest mnóstwo pracy biurowej. Przeliczenie na pacjenta a nie na łóżko lepiej pokazuje pracochłonność i czasochłonność.*

Strajk zakończył się podpisaniem niezbyt satysfakcjonującego porozumienia. Strony uznały, że jeżeli przyjdą dodatkowe środki za nadwykonania, to pieniądze do podziału zostaną rozdysponowane między pielęgniarkami. Podwyżki mają zatem charakter jednorazowy, ponadto wcale nie jest pewne, że w ogóle będą ponieważ obecnie NFZ ma problem z wypłatą środków za nadwykonania. Kwestie związane z wprowadzeniem norm zatrudnienia wymagają rozwiązań systemowych, jednak strona rządząca przenosi je na poziom szpitala i indywidualizuje problem – jak powiedział premier Donald Tusk, *wszystko wskazuje na to, że kilka lat zmarnowano w tym szpitalu, jeśli chodzi o restrukturyzację i oszczędności, bo pielęgniarki powinny więcej zarabiać. Natomiast struktura zatrudnienia, podział obowiązków powinny być lepiej zorganizowane.*⁷²

Specyfika protestów

Przyglądając się historii protestów pielęgniarek i położnych można zadać sobie pytanie – jak to się stało, że grupa zawodowa, której przypisuje się pokorę, i która ma się kierować powołaniem, powołała do życia tak bojowy związek zawodowy. Okupacje, głodówki, obozowiska w namiotach – to wszystko formy wymagające wielkiego poświęcenia. W przypadku ochrony zdrowia te formy były już wcześniej stosowane – okupowano i głodowano podczas pierwszej „Solidarności” oraz w czasie stanu wojennego. Te formy protestu były jednak poszukiwaniem takiego rozwiązania, które pozwoliłoby na pokazanie sprzeciwu w warunkach niemożności prowadzenia strajku. W przypadku zawodu, który uczy poświęcenia i upartości w dążeniu do celu (jakim zwykle jest życie i zdrowie pacjenta) umiejętności potrzebne do prowadzenia strajku już były. Wydaje się, że to co przez innych nie jest doceniane – praca opiekuńcza – pielęgniarkom i położnym dodaje siły i jest źródłem inspiracji, sprawia, że czują się wyjątkowe. Jak mówią – *w jakim innym zawodzie można słyszeć płacz nowonarodzonego dziecka i pomagać przechodzić na drugą stronę.* Ciekawe, że liderki związkowe często wywodzą się z najcięższych oddziałów – OIOM, anestezjologia. Jak mówią, tam decyzje trzeba podejmować w ułamku sekundy i bardzo liczy się samodzielność oraz umiejętność pracy w grupie. *wystarczy spojrzeć na siebie i już wiemy, która co robi.* Co więcej, podstawą pracy wszystkich pielęgniarek jest obserwacja pacjenta, na podstawie której często szybko trzeba podjąć decyzję, i tę

⁷¹ Gazeta Wyborcza Radom „Szpital już nie przyjmuje chorych” 14.07.2009

⁷² Gazeta Wyborcza Radom „Zaczęła się okupacja” 14.08.2009

umiejętność przenoszą na sytuację protestu – obserwują sytuację i działają. Decyzje o okupacji podejmowane są błyskawicznie, co wielu obserwatorów bierze za akty spontaniczne i impulsywne, nie biorąc pod uwagę wieloletniego doświadczenia w sytuacjach z pogranicza życia i śmierci. Okupacje pielęgniarek i położnych mają kobiecy charakter – często odbywają się w systemie zmianowym, tak by zawsze grupa zajmowała pomieszczenie, lecz by można było np. odebrać dziecko z przedszkola, zając się nim jeśli ma problemy w szkole. OZZPiP wyróżnia się na tle innych związków, że nie daje zwyczajowych paczek świątecznych, składki zbiera na fundusz strajkowy. Dzięki temu w sytuacji, gdy dyrektor nie chce zapłacić strajkującym kobietom (a wiele z nich to samotne matki), związek wyrównuje ich straty.

7. Dziel i rządź czyli relacje między pielęgniarkami i położnymi a lekarzami oraz pacjentami

Istotnym partnerem i punktem odniesienia dla sytuacji i możliwości pielęgniarek i położnych jest grupa zawodowa lekarzy. Lekarze⁷³ i pielęgniarki oraz położne są od siebie nawzajem zależni a jednocześnie toczy się między nimi gra o kształt relacji władzy. Jak zauważają autorzy zajmujący się zagadnieniem profesjonalizacji zawodów, zwykle uważa się, że to pielęgniarki są podległe lekarzom⁷⁴, co ma oznaczać, że ich zakres wiedzy medycznej jest mniejszy. Rządziej zwraca się uwagę na nieodzowność pracy pielęgniarek do wykonania jakiegokolwiek zalecenia lekarskiego. Grupa zawodowa lekarzy jest głównym punktem odniesienia dla pielęgniarek – zwracają uwagę na proporcję wysokości zarobków, traktowanie strajków prowadzonych przez obie grupy przez dyrekcje szpitali, oraz przede wszystkim na normy zatrudnienia, wymagane w przypadku lekarzy przez NFZ.

Jedna z rozmówczyń podkreśliła, że ważną kwestią w relacjach między związkami zawodowymi reprezentującymi obie grupy jest wymiar klasowy. Ogólnopolski Związek Zawodowy Lekarzy jest zwolennikiem prywatyzacji uważając, że rynek wszystko wyreguluje, zapewni dobre płace i wysoką jakość, natomiast OZZPiP jest nastawiony sceptycznie, wskazując na niższe dochody pielęgniarek w sprywatyzowanych placówkach oraz, kierowaną rynkową logiką, możliwość likwidacji oddziałów, które nie przynoszą wysokich zysków. Rozmówczyni wskazała, że związki reprezentują odrębne grupy zawodowe, za którymi stoją zupełnie inne grupy społeczne dysponujące różnymi możliwościami. Jej zdaniem pielęgniarki reprezentują mniej zasobną część społeczeństwa, która może być poszkodowana w sytuacji prywatyzacyjnych przekształceń.

Przyglądając się historii zawodów medycznych można łatwo zauważyć klasową różnicę – lekarze to warstwa wyższa, wykształcona – rozwój studiów medycznych w Europie w dobie Oświecenia wiązał się rozpowszechnianiem przekonania o akuszerkach i babkach jako „brudnych i ciemnych wieśniaczkach”⁷⁵. Wzrost znaczenia jednej grupy wiązał się z obniżeniem statusu drugiej. Wraz z upowszechnieniem się szpitali i postępującą medykacją życia i zdrowia wzmocniła się rola lekarzy i zakres ich władzy jako, że zwiększyła się populacja, którą obejmowali leczeniem – dotychczas warstwy biedniejsze nie miały aż tak szerokiego dostępu do pomocy lekarskiej i częściej radziły sobie za pomocą domowych środków czy opieki miejscowej „babki” czy znachorki. Upowszechnienie się

⁷³ O ile zawód pielęgniarki i położnej jest w Polsce bardzo sfeminizowany, rozkład płci w zawodzie lekarskim rozkłada się mniej więcej po równo – wg danych Naczelnej Izby Lekarskiej, obecnie zawód lekarza wykonuje 52769 mężczyzn i 67150 kobiet. Źródło: Centralny Rejestr Lekarzy <http://www.nil.org.pl/xml/nil/rejlek/infstat>

⁷⁴ Abbott Andrew “The System of Professions. An Essay on the Division of Expert Labor”, University of Chicago Press, 1988

⁷⁵ Barbara Ehrenreich i Deidre English „Witches, Midwives and Nurses. A History of Woman Healers” The Feminist Press at the University of New York 1973

opieki szpitalnej wiązało się z równoczesnym upowszechnieniem się przekonania o zaoferowaniu z zachorów i babek, których praca wręcz zagraża zdrowiu i życiu. Co ciekawe, pozycją lekarzy nie zachwiała nawet epidemia gorączki połogowej, która dziesiątkowała kobiety rodzące w szpitalach, gdzie z powodu braku wiedzy o bakteriach nie zachowywano podstawowej higieny. Zdaniem Johnsona⁷⁶ lekarze - mężczyźni nie tylko ustalali, gdzie i jak kobiety mogły uczestniczyć w ochronie zdrowia, ustanowili również podstawy całego systemu ochrony zdrowia. Medycyna stała się zatem naukowym paradygmatem, z listą specjalizacji, zorganizowanych w sposób hierarchiczny z lekarzami na szczycie, skoncentrowanej głównie na leczeniu a nie opiece.

Ten historyczny podział jest nadal utrzymywany systemowo. Istnienie konfliktu między grupami zawodowymi pozwala zamazać rzeczywiste źródło problemów jakim jest niedoinwestowanie ochrony zdrowia, traktowanie zdrowia w kategoriach biznesowych wyliczeń, w których każda procedura medyczna ma swoją wartość pieniężną. Rozwiązania prawne takie jak artykuł 59a pozwalają np. dyrekcji szpitali wykorzystywać nierówności relacjach władzy między lekarzami a pielęgniarkami i położnymi, podczas rozdysponowania środków na podwyżki. Tak samo działa też NFZ, domagając się od podpisujących kontrakty placówek ochrony zdrowia wyłącznie określonej liczby lekarzy specjalistów, nie wspominając o normach zatrudnienia pielęgniarek i położnych. Realizacja polityki typu „dziel i rządź” w oparciu o historyczną różnicę klasową i odmienne postrzeganie statusu zawodowego lekarzy i pielęgniarek, wspartej różnicą płci, na której tracą sfeminizowane zawody, nie pozwala zobaczyć wspólnego interesu obu grupom zawodowym.

Trzecim aktorem w ochronie zdrowia jest zawsze pacjent, na którym/ której odbijają się wszelkie problemy pracowników i pracownic ochrony zdrowia związane z warunkami pracy i płacy. Jednak jak widać nawet po prowadzonej w grudniu 2009 akcji Gazety Wyborczej „Leczyć po ludzku”⁷⁷, dotyczącej respektowania praw pacjentów, wymiar warunków pracy pielęgniarek i położnych nie jest brany pod uwagę. W listach nadsyłanych z okazji tej i innych akcji („Rodzić po ludzku”, raport o warunkach na oddziałach pediatrycznych prowadzony przez Politykę w 2009r.), pielęgniarkom i położnym często zarzuca się, że swoje obowiązki zrzucają na pacjentów i ich rodziny, nie angażują się w indywidualną opiekę a wręcz przesiadują w pokoju pielęgniarskim poświęcając czas kanapkom i kawie, a nie pacjentom. Pacjenci i ich rodziny rzadko zwracają uwagę na drastyczne niedobory personelu, które przekładają się na złą opiekę pielęgniarską. Jeśli dochodzi do skrajnych nadużyć, w wyniku których następuje zagrożenie zdrowia bądź życia, karana jest dyrekcja szpitala czy zakładu opieki długoterminowej⁷⁸ jednak dyskusja medialna nigdy nie przenosi się na poziom rozwiązań systemowych, np. dotyczących zmian w formułowaniu wymagań kontraktów z NFZ dotyczących norm zatrudnienia, i pozostaje wierna formule „gaszenia pożarów” w konkretnych placówkach ochrony zdrowia. Zatem czwarty aktor, czyli NFZ oraz polityka państwa wobec zatrudnienia pielęgniarek i położnych jest właściwie nieobecny co sprawia, że wszystkie akcje mające teoretycznie na celu usprawnienie opieki i leczenia oraz nadanie im godnej formy, zatrzymują się na etapie rytualnych wzajemnych połajanek ze strony lekarzy, pielęgniarek i położnych oraz pacjentów, po których następuje obietnica poprawy, głównie w zakresie „godnego traktowania pacjentów” (która, w sytuacji obecnych warunków pracy pielęgniarek jest bardzo trudna do spełnienia z uwagi na intensyfikację pracy i pracę w kilku miejscach).

⁷⁶Johnson T. *Professions and Power* Palgrave Macmillan 1972

⁷⁷ <http://wyborcza.pl/leczyz/0,0.html>

⁷⁸ <http://www.rynekzdrowia.pl/Finanse-i-zarzadzanie/Co-sie-dzieje-gdy-w-szpitalu-brakuje-ludzi-do-pracy,979,1.html>

8. Miejsce pielęgniarek i położnych w sferze publicznej

Działaczki OZZPiP funkcjonują w rzeczywistości społecznej, w której działalność związkowa wiąże się z określonymi wyobrazeniami. Narastająca od lat 90-tych niechęć do związków zawodowych w głównie nurtowych neoliberalnych mediach przeobraziła wizerunek związkowca od heroicznego działacza pierwszej „Solidarności” do destruktora i podżegacza, nastawionego na konflikt i palenie opon⁷⁹. Pisząc o działaniach związkowych, dziennikarze przywołują obraz działacza jako osoby roszczeniowej, skoncentrowanej wyłącznie na swoim interesie (a nie na interesie np. całego zakładu pracy), odrzucającej dialog, w przypadku liderów związkowych chętnie pisze się o ich wysokich zarobkach, oderwaniu od realiów pracy. W relacjach z protestów dominują zdjęcia palonych opon i kukieł, agresywnego tłumu. Co więcej, bardzo wiele protestów jest kompletnie niewidocznych przez brak zainteresowania ze strony mediów.

Tworząc organizację związkową od podstaw oraz w oparciu o osoby, które w większości nie miały doświadczenia związkowego, kobiety z OZZPiP starały się stworzyć własną formułę działania. Opowiadając o prowadzonych strajkach i protestach podkreślają, że nie chcą nigdy prowokować zadym ani burd, nie chcą niszczyć ani zachowywać się agresywnie. Podkreślają, że protestują *kobieco*, oraz *jak pielęgniarki* – ponieważ są odpowiedzialne, opiekuńcze i schludne. Konstruuje dość esencjalistyczny wizerunek „kobiecości” nastawionej na kooperację, spokojnej, nieagresywnej. Jednak sama forma protestów podejmowanych przez OZZPiP trochę temu przeczy – blokady miejskich arterii i przejść granicznych utrudniały życie kierowcom, podczas blokad ulic w Warszawie wchodziły w bezpośrednią konfrontację z policją. Podkreślana „kobiecość” jest sposobem na obejście ośmieszzonego wizerunku związkowca – zadymiarza, ale także strategią ustrzeżenia swoich interesów przed rozpląnięciem się w masie „związkowych roszczeń”, których nikt nie słucha, ponieważ treść zastępowana jest formą zdjęcia palonej opony. Kobiety z OZZPiP podejmując działalność związkową wchodziły do sfery publicznej, w której obowiązują ustalone role – i starają się te role negocjować i zmieniać. Punktem oparcia do konstruowania nowego wizerunku i nowej roli działaczki związkowej jest dla nich funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia. Mówiąc o konieczności poprawy sytuacji własnych grup zawodowych wskazują, że istnieje bezpośredni związek między dobrostanem pacjentów a dobrymi warunkami pracy pielęgniarek i położnych, co osłabia argument o „roszczeniowości”, zwykle kierowany przeciw związkowcom.

Duży udział w kreowaniu miejsca pielęgniarek i położnych w sferze publicznej mają media. Informując bądź nie informując o podejmowanych przez nie protestach nadają ważność określonym wydarzeniom, inne zaś klasyfikują jako błahe i taki komunikat wysyłają widzom czy czytelnikom. Dającym dużo do myślenia przykładem jest medialny los konferencji „Wszyscy jesteśmy pacjentami” zorganizowanej przez OZZPiP 9 grudnia 2009 roku w Sali Kolumnowej w Sejmie. Podczas konferencji, w trzech panelach dyskusyjnych omawiano problemy systemu ochrony zdrowia i obawy związane z przekształceniami szpitali w spółki prawa handlowego, nowe rozwiązania związane z ustawą o prawach pacjenta oraz problemy środowiska zawodowego pielęgniarek i położnych ze szczególnym uwzględnieniem norm zatrudnienia. Dokładnie dziesięć lat po okupacji Ministerstwa Zdrowia, pielęgniarki i położne zorganizowały dyskusję zachęcając decydentów politycznych do utworzenia

⁷⁹ Kozek W. „Destruktozy. Tendencyjny obraz związków zawodowych w tygodnikach politycznych w Polsce” w *Instytucjonalizacja stosunków pracy w Polsce* red. W. Kozek, Wyd. Naukowe SCHOLAR Warszawa 2003

okrągłego stołu na rzecz ochrony zdrowia. Informacja o konferencji nie stała się ważnym newsem w żadnym liczącym się medium, propozycje, które padły podczas dyskusji nie przyczyniły się do powstania dziennikarskich komentarzy. Wydaje się, że gdyby zamiast dyskutować pielęgniarki i położne zdecydowały się okupować Salę Kolumnową, zainteresowanie medialne byłoby znacznie większe.

9. Podsumowanie

Pozostaje pytanie o to, dlaczego mimo dużego wysiłku organizacyjnego i poparcia społecznego dla protestów problemy pielęgniarek i położnych pozostają nierozwiązane. Jedną z przyczyn jest hegemoniczna rola neoliberalnego dyskursu, który dotyczy między innymi reform systemów ochrony zdrowia, o czym piszą w książce „Gender i ekonomia opieki” Charkiewicz⁸⁰, Ewig⁸¹ Isaksen⁸². Siła przetargowa związków zawodowych w Polsce również nie jest mocna - do organizacji związkowych należy ok. 16% pracowników⁸³, głównie w sektorze publicznym, natomiast np. w komercjalizowanych szpitalach związki zawodowe napotykają szereg trudności organizacyjnych⁸⁴, co jest zresztą charakterystyczne dla polskiego sektora prywatnego⁸⁵. Co więcej, jako że środowisko pielęgniarek i położnych wyróżnia się dużym sfeminizowaniem, w negocjacjach w Komisji Trójstronnej czy z Ministerstwem Zdrowia działaczki związku i samorządu zawodowego zwracają uwagę na gorsze traktowanie i mniejszą skłonność do zainteresowania się problemami środowiska ze strony publicznych instytucji. W sytuacji politycznej pielęgniarek i położnych przecina się kwestia płci i opieki, zatem doświadczają one podwójnego wykluczenia w patriarchalnym systemie. Z racji wykonywania pracy opiekuńczej, która jest niedowartościowana, nie dysponują taką władzą jak lekarze, którzy swoją pozycję budują na specjalistycznym profesjonalizmie. Sfeminizowanie zawodu przekłada się na jego niższy status i gorsze wynagrodzenia⁸⁶.

Jednocześnie protesty pielęgniarek i położnych przyczyniły się do rozpoznania wielu problemów środowiska przez szersze otoczenie. OZZPiP stworzył nowy wzorzec kobiecego organizowania się, opartego nie tylko na wspólnocie interesów grup zawodowych, ale też solidarności wobec pacjentów i podkreślaniu idei jakościowo dobrej, zindywidualizowanej opieki. Działalność pielęgniarek i położnych to również nowy zasób wiedzy krytycznej o reformach i kobiece doświadczenie polityczne, które może być utrwalane i rozpowszechniane.

⁸⁰ Charkiewicz E. „Ekonomia opieki i reforma systemu ochrony zdrowia” w *Gender i ekonomia opieki* red. Zachorowska – Mazurkiewicz A. i Charkiewicz E. wyd. Fundacja Tomka Byry 2009

⁸¹ Ewig Ch. „Feministki a neoliberalne reformy zdrowia w Chile” w *Gender i ekonomia opieki* red. Zachorowska – Mazurkiewicz A. i Charkiewicz E. wyd. Fundacja Tomka Byry 2009

⁸² Isaksen L. „Dynamika globalnego handlu opieką: Pielęgniarki imigrantki w Norwegii” w *Gender i ekonomia opieki* red. Zachorowska – Mazurkiewicz A. i Charkiewicz E. wyd. Fundacja Tomka Byry 2009

⁸³ CBOS komunikat z badań „Członkostwo w związkach zawodowych, naruszenia praw pracowniczych i „szara strefa” w zatrudnieniu” styczeń 2009 r.

⁸⁴ Sutowski M. „Komercjalizacja służby zdrowia a przestrzeganie praw pracowniczych. Przegląd sytuacji pielęgniarek i położnych w wybranych placówkach przekształconych w latach 2005-2009” wstępny raport Krytyki Politycznej i wystąpienie na seminarium „Gender i opieka w kontekście reformy ochrony zdrowia. Perspektywa pielęgniarek i położnych” wrzesień 2009. Dostępny http://www.ekologiasztuka.pl/pielengniarki/readarticle.php?article_id=19

⁸⁵ Ostrowski P. *Powstawanie związków zawodowych w sektorze prywatnym w Polsce* Wyd. CH Beck 2009

⁸⁶ Acker J. „Gendering organizational theory” w Mills A. i Tancred P. *Gendering analyses* Sage Publications 1992

Aneks

Podsumowanie dyskusji na seminarium 8 – 9 września 2009 we Wrocławiu, pt.: „Gender i opieka w kontekście reformy ochrony zdrowia. Perspektywa pielęgniarek i położnych” z udziałem przedstawicielek Ogólnopolskiego Związku zawodowego Pielęgniarek i Położnych, zorganizowanym przez Think Tank Feministyczny, Fundację Tomka Byry Ekologia i Sztuka przy wsparciu Norweskiego Mechanizmu Finansowego oraz grantu Mama Cash.

Podsumowanie problemów, z jakimi stykają się pielęgniarki i położne

1. Łamanie praw pracowniczych.
2. Niedostateczna liczba pielęgniarek w relacji do liczby pacjentów, nie ma norm zatrudnienia, co skutkuje intensyfikacją pracy, zwiększaniem zakresu obowiązków i przeciążeniem zatrudnionych.
3. Odbieranie uprawnień do wcześniejszej emerytury (praca w szczególnych warunkach).
4. Samozatrudnienie w zakładach opieki zdrowotnej jako obejście prawa pracy i zamach na wykonywanie czynności pielęgniarskiej i pracy położnych w odpowiedniej jakości; skutkuje to świadczeniem dłuższego czasu pracy za niższe zarobki, utratą świadczeń, odpowiedzialnością cywilną, obciążeniem pracą administracyjną .
5. Wpływ samozatrudnienia na działalność związkową – nie ma możliwości przynależenia do związku zawodowego.
6. Obniżenie prestiżu zawodu przez powyższe trendy.
7. Brak młodych w zawodzie – przez niższy prestiż, niższe zarobki.
8. Pielęgniarki i położne narażone na ryzyko – zarażenie wirusem, kontakt z nosicielami chorób zakaźnych (gruźlica).
9. Utrwalanie dyskryminacji pielęgniarek i położnych przez lekarzy.
10. Działaczki związkowe mają problem ze znalezieniem zatrudnienia, naznaczenie działania związkowego, szczególnie przy przekształceniach w spółkę i zatrudnianiu na nowo pracowników.
11. Praca związkowa codziennie 12h a w okresie strajków praca non stop, wypalenie zawodowe – branie odpowiedzialności wobec koleżanek, za to jak funkcjonuje opieka zdrowotna, jak funkcjonuje szpital, społeczna odpowiedzialność a osobiste koszty.
12. Związek zawodowy mówi prawdę o systemie ochrony zdrowia (upolitycznienie i nadużycia), którą inni boją się ujawnić i pokazuje iż faktyczne często ma miejsce bezprawie.
13. Nasz głos się nie przebija bo jesteśmy kobietami
14. Problem politycznej reprezentacji. Głos lekarza traktowany jako głos eksperta, głos pielęgniarki nie jest tak traktowany. Lekarze traktowani jako eksperci w kwestiach pielęgniarskich, mimo że zawód pielęgniarki i zawód położnej są zawodami samodzielnymi, w szkołach pielęgniarskich zawodu uczą eksperci pielęgniarstwa, mistrzyni w zawodzie.
16. Media – problem z widzialnością problemów środowiska, obciążanie pielęgniarek odpowiedzialnością za zły stan finansowy szpitali i inne problemy ochrony zdrowia.
17. Brak świadomości społecznej na temat problemów środowiska zawodowego.

b. Plany polityczne – co można zmienić

1. Walka o prawa pracownicze, które są łamane bądź odbierane za pomocą prawa.
2. Należy uwidocznic problem braku woli politycznej decydentów: mimo że są odpowiedzialni za ochronę zdrowia gwarantowaną konstytucją, brak odpowiedzialności za ochronę zdrowia, przyjmowane są rozwiązania pod określone lobby; efektywnie wydatki z budżetu państwa na ochronę zdrowia zmniejszają się (w 1995 20 mld, w 2009 - 6 mld)
3. Potrzebne są systemowe rozwiązania, Inny kształt reformy zdrowia - nie ma wizji opieki zdrowotnej; jest natomiast duża rozbieżność między programem ochrony zdrowia 2007 – 2013, a wdrażanymi rozwiązaniami
4. Nie jesteśmy przeciw prywatnym zakładom opieki zdrowotnej, ale przy zabezpieczeniu publicznej ochrony zdrowia, prawa do ochrony zdrowia, potrzeb i interesów pacjentów
5. Potrzebna jest krytyka dyskursu neoliberalnego, ideologii, które reorganizują opiekę zdrowotną głównie pod kątem finansowym i redukcji kosztów.
6. Oczekiwania wobec ruchu kobiecego, feministycznego – łączenie pielęgniarek z różnymi środowiskami, informowanie o problemach, pisanie o swoich problemach; konkretna współpraca między organizacjami, wykorzystanie potencjału intelektualnego, szkolenia z pozyskiwania środków na projekty, pokazywanie problemu dyskryminacji środowiska pielęgniarek i położnych

Jak zaangażowani badacze i badaczki mogą zmieniać sytuację

10. Wspólna dokumentacja protestów – herstory – jej historia protestów
11. Analiza skutków wprowadzenia reformy – nie tylko pracowniczych dla grupy zawodowej, ale i społecznych n.p. ograniczanie dostępu do leczenia. Takie analizy powinny być oparte o konkretne przypadki, a także podjęte w krytycznych ramach teoretycznych.
12. Badania etnograficzne warunków pracy, aby udokumentować ile pracy faktycznie codzienne wykonują pielęgniarki – kilogramy, kilometry - aby mieć porównanie z badaniami Instytutu Medycyny Pracy, (które służą jako uzasadnienia dla redukcji personelu)
13. Podejmować temat opieki i postępującego deficytu opieki
14. Norwegia – walka o płacę rodzinną (family wage) przez pielęgniarki; należy podkreślać związek między opieką a jakością życia, cywilizowane społeczeństwo można ocenić na podstawie tego czy zapewnia dobrą jakość życia