

Rozprawa doktorska

**Urszula Marcinkowska**

**Między konfliktem a dialogiem- funkcjonowanie  
ochrony zdrowia w województwie śląskim wyrażone  
w opiniach partnerów społecznych**

Promotor:  
**Prof. dr hab. Jacek Wódz**

Katowice-Kraków 2010



## *Wstęp*

Opieka zdrowotna stanowi jeden z najistotniejszych elementów funkcjonowania każdego państwa. Zazwyczaj bywa traktowana priorytetowo, aczkolwiek w Polsce założenie tego typu okazuje się nie mieć zastosowania praktycznego. O ile bowiem podczas kampanii wyborczych proponuje się rozwiązania mające na celu usprawnienie ochrony zdrowia, to w trakcie działania danego parlamentu czy rządu kwestiami związanymi ze zdrowiem decydenci zajmują się wtedy, gdy wymaga tego potrzeba chwili, czyli niestety najczęściej w sytuacji konfliktu i strajku.

Czy w ochronie zdrowia mamy do czynienia ze współpracą czy też jest ona areną nieustających konfliktów zażegnanych na krótki czas? Przez współpracę rozumie się takie działanie grup i instytucji w ochronie zdrowia, które przynoszą wymierny efekt w postaci sprawnego i efektywnego systemu świadczeń zdrowotnych, przyczyniają się do satysfakcjonującego dla personelu medycznego wykonywania pracy oraz do poprawy stanu zdrowotności ogółu populacji danego miasta, województwa, kraju. Pojęcie współpracy, które jest postulowane jako podstawowy wyznacznik charakteryzujący ochronę zdrowia podkreśla jej interakcyjny charakter- o poprawę jakości zdrowia pacjenta dba cały sztab osób, począwszy od białego personelu medycznego, poprzez administrację a skończywszy na personelu obsługującym. Zatem podkreślenie współpracy jako naczelnej zasady funkcjonowania ochrony zdrowia wydaje się bardzo zasadne.

Lecz współpraca nie jest jedynym znakiem rozpoznawczym polskiej ochrony zdrowia- obok niej poczesne miejsce zajmują konflikty, które dezorganizują funkcjonowanie systemu. Konflikty mogą mieć różnorodną postać- sprzeczności interpersonalnych, grupowych- między pracownikami a pracodawcami, mogą także istnieć między pacjentami a świadczeniodawcami. Wszystko to powoduje, że ochrona zdrowia stanowi skomplikowany układ zależności, które przy braku skutecznego działania, powodować mogą występowanie konfliktów społecznych wychodzących poza poszczególne placówki medyczne a nawet obejmujące swym zasięgiem województwa czy cały kraj.

Zainteresowanie problemami funkcjonowania ochrony zdrowia w kontekście konfliktów w niej występujących oraz dialogu społecznego w wymiarze branżowym nie jest przypadkowa. Zagadnienia, które zamierzam poruszyć w pracy doktorskiej wymagają uwagi i zaangażowania ze strony środowiska akademickiego. Obszary te nie

są zbyt popularne w analizach naukowych czego dowodem są nieliczne publikacje na ten temat. Dialog jako metoda osiągnięcia porozumień na różnych płaszczyznach ochrony zdrowia nie stanowi istotnego elementu jej funkcjonowania. Efektem takiego stanu rzeczy jest wzrastające niezadowolenie środowiska medycznego, którego problemy są mało interesujące dla socjologów, politologów czy decydentów politycznych.

Branżowy dialog społeczny wymaga uwagi ze względu na jego istotną rolę w systemowych warunkach ochrony zdrowia. Trudne do rozwiązania problemy, wielość stron biorących udział w negocjacjach, ograniczone zasoby finansowe, zaniedbania organizacyjne- wszystko to powoduje, że dialog powinien być podstawowym sposobem uzdrawiania kulejącej w wielu przypadkach, szczególnie publicznej ochrony zdrowia. Czy tak się jednak dzieje? Na to i wiele innych pytań najwyższy czas odpowiedzieć. Nauka pełni wiele funkcji- w przypadku badań dotyczących ochrony zdrowia, obok podstawowej funkcji opisowej, istotna wydaje się funkcja eksplanacyjna i prognostyczna- rezultatem badań nie będą jedynie suche fakty ale i analiza zjawiska, która przyczynić się może do praktycznych zmian w działalności placówek medycznych.

Ponieważ obecnie trudno jest analizować zjawiska społeczne, a takimi bez wątpienia są zarówno konflikty, jak i dialog społeczny, jedynie pod kątem jednej perspektywy badawczej wynikającej z przyjęcia określonej dziedziny nauki jako dominującej, zamierzam w swej dysertacji przedstawić interdyscyplinarne ujęcie problemu-uwzględniające aspekty: socjologiczny, politologiczny ( polityka zdrowotna) oraz socjologiczno- medyczny ( socjologia medycyny).

Dlatego też postanowiłam przeanalizować dialog branżowy i konflikty w ochronie zdrowia w województwie śląskim.

Wybór miejsca badań również z nie jest przypadkowy. Województwo śląskie stanowi dużą aglomerację, mającą skomplikowaną strukturę także jeśli chodzi o ochronę zdrowia. Wielość podmiotów będących właścicielami publicznych placówek służby zdrowia, duża ilość zakładów publicznych i niepublicznych świadczących usługi medyczne, obecność renomowanych i znanych nie tylko w Polsce ale i na świecie klinik oraz wiele podejmowanie wielu inicjatyw mających na celu polepszenie funkcjonowania całego systemu, powodują, że województwo śląskie stanowi doskonały teren do przeprowadzenia badań. Nie bez znaczenia dla zawężenia terenu badań jest także fakt, iż to właśnie na Śląsku jest dobrze rozwinięty dialog branżowy w restrukturyzowanych gałęziach gospodarki tzn. w górnictwie, hutnictwie, energetyce. Ochrona zdrowia również jest dziedziną restrukturyzowaną. Stąd też warto przyjrzeć się dialogowi

branżowemu w zdrowiu właśnie na Śląsku, po to, by określić kształt i stopień zaawansowania dialogu społecznego w jego konkretnym, terytorialnie określonym wymiarze.

Konflikty są nieodłącznym elementem życia społecznego. Mogą mieć społeczne, ekonomiczne, polityczne czy kulturowe uwarunkowania, choć często bywa, że przyczyny tkwią we wszystkich wymienionych częściach składowych rzeczywistości społecznej. Konflikty występują we wszystkich dziedzinach życia, począwszy od relacji interpersonalnych, poprzez stosunki międzygrupowe a na relacjach systemowych skończywszy, dlatego tak ważną rolę odgrywają w prawidłowym działaniu struktury społecznej.

Codzienna praca w ochronie zdrowia to nieustanne pokonywanie rozmaitych przeszkód, działanie pod wpływem presji czasu i wymogów sytuacji. Ochrona zdrowia wymaga nieustannego doskonalenia się kadry medycznej oraz zarządzających, co podyktowane jest szybko dokonującym się postępem w naukach medycznych. Działania podejmowane w ochronie zdrowia są zdeterminowane przez relacyjność: między podwładnym a przełożonym, między poszczególnymi grupami zawodowymi, między kadrą zarządzającą a personelem medycznym czy wreszcie między pacjentem a personelem placówki. Gdy dodamy do tego specyfikę polskiej sytuacji czyli wielość organów założycielskich oraz niedofinansowanie otrzymujemy pełen obraz sytuacji, w których wybuch konfliktu jest bardzo prawdopodobny.

W pracy postaram się przedstawić teoretyczne aspekty konfliktu oraz jego praktyczny wymiar w ochronie zdrowia na terenie województwa śląskiego. Będzie to próba zrozumienia konfliktu, gdyż będąc zjawiskiem złożonym jest trudny do jednoznacznego i pełnego wyjaśnienia. Sytuacje konfliktowe posłużą mi do wyjaśnienia i zrozumienia mechanizmów rządzących dialogiem branżowym w ochronie zdrowia w województwie śląskim, albowiem z jednej strony konflikty powodują a często wymuszają dialog a z drugiej strony dialog jako działanie planowe i cyklicznie podejmowane skutecznie przyczynia się do minimalizowania skali występowania nieporozumień, niedomówień i zapobiegać może skutecznie konfliktom.

Konflikty w części teoretycznej analizowane będą w znacznej mierze poprzez pryzmat teorii konfliktu Mortona Deutscha. Badacz ten będący czołowym teoretykiem konfliktów współczesnych zwraca uwagę na kwestie współpracy i rywalizacji jako relacji w bezpośredni sposób związanych z konfliktem, podkreśla znaczenie pozytywnej roli konfliktów jako mechanizmów regulujących życie społeczne a także w swoich pracach

sporo uwagi poświęca znaczeniu tzw. trzeciej strony w konflikcie. Zwłaszcza ten ostatni aspekt znajduje zastosowanie w pracach dotyczących dialogu jako sposobu rozwiązywania konfliktów- dzięki uczestnictwu trzeciej strony w postaci mediatora, arbitra czy zwykłego obserwatora konflikt przybiera zdecydowanie inną postać niż w przypadku, gdy toczy się jedynie z udziałem stron bezpośrednio w nich zaangażowanych. Teoria stworzona przez Deutscha powstała kilkadziesiąt lat temu, ale jako jedna z nielicznych wydaje się być aktualna- jej psychologiczno- socjologiczny wymiar powoduje możliwość zastosowania w wyjaśnianiu zjawisk konfliktowych zarówno indywidualnych, jak i grupowych, co warto jest podkreślić. Koncepcja ta jest zatem odpowiednia także do wyjaśniania zjawiska konfliktu w ochronie zdrowia. Poza tą teorią w pracy zostaną zaprezentowane wybrane elementy teorii współczesnych teoretyków konfliktu oraz przedstawione badania dotyczące sytuacji konfliktowych, zwłaszcza uwzględniające ich znaczenia dla stosunków pracy, głównie w ochronie zdrowia.

Polska praktyka społeczna w zakresie zawierania paktów społecznych, będących emanacją dialogu społecznego ma stosunkowo krótką tradycję. Jej początki sięgają lat 80-tych a więc można powiedzieć, że rodziła się wraz z pierwszymi mechanizmami oddolnej inicjatywy społecznej w postaci ruchu „Solidarność”. W późniejszych latach aż do chwili obecnej obserwujemy jej rozwój, jednak wciąż pojawiają się krytyczne opinie co do mocy sprawczej i znaczenia umów społecznych dla ogółu stosunków pracy w Polsce. Szczególnie słabość dialogu dostrzegana jest w dziedzinach usytuowanych poza przemysłem ciężkim. Mimo konieczności wprowadzania przekształceń i dostosowywania do standardów europejskich decydenci nie dostrzegają roli zbiorowych układów pracy czy też dobrych praktyk jeśli chodzi o zawieranie porozumień w sprawie współpracy w kwestiach restrukturyzacyjnych dla poszczególnych branż czy zakładów.

O tym jak ważny jest dialog społeczny wiedzą zarówno rządzący, jak i przedstawiciele pracodawców czy związki zawodowe. Najczęściej przybiera on postać negocjacji dotyczących sytuacji płacowej w danym zakładzie pracy ale coraz częściej mówi się o potrzebie prowadzenia dialogu branżowego w całej służbie zdrowia na danym terenie. Tylko takie gremium jest w stanie poprzez efektywne dyskusje przyczynić się do zmiany obecnej sytuacji, pełnej napięć i nieporozumień, grożących wciąż wybuchem strajków.

Gremium takie istnieje na terenie województwa śląskiego w postaci Wojewódzkiej Komisji Dialogu Społecznego. Posiada ona w swej strukturze organizacyjnej komórkę do spraw ochrony zdrowia- zespół roboczy ds. ochrony zdrowia, działający od 2003r. Celem

pracy będzie także zanalizowanie działalności tegoż zespołu pod kątem jego prac na rzecz dialogu w ochronie zdrowia na Śląsku oraz ocena funkcjonowania struktury dokonana przez osoby tworzące zespół.

Dokonując przeglądu działań związanych z prowadzeniem dialogu należy przyrzeć się bliżej partnerom dialogu. W ochronie zdrowia sytuacja jest dość skomplikowana, co wynika z wielości podmiotów, które poczuwają się do uczestniczenia w rozmowach na różnych szczeblach organizacyjnych. Zgodnie z zapisami w ustawie o Komisji Trójstronnej i Wojewódzkich Komisjach Dialogu Społecznego oraz uregulowaniach dotyczących Rad Społecznych w placówkach służby zdrowia czy wreszcie w zapisach z zakresu prawa pracy, istnieje pewien katalog stron ustawowo uprawnionych do brania udziału w dialogu- są to tzw. związki reprezentatywne. Jednak, jak dowodzi społeczna praktyka, także organizacje nie będące reprezentatywnymi stają się partnerami, z którymi należy się liczyć w trakcie negocjacji, przykładem mogą być działania Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Lekarzy podczas ostatnio mających miejsce akcji protestacyjnych. Co prawda niektóre związki nie mające reprezentatywności wśród załogi danego zakładu wymuszają niejako swoje uczestnictwo w rozmowach, niemniej jednak aby dialog był rzeczywisty należy uwzględniać ich głos przynajmniej na zasadzie opinii doradczej. Dlatego też w mojej dysertacji nie ograniczam się do zbadania uczestnictwa w dialogu branżowym jedynie związków reprezentatywnych lecz będę się starała dotrzeć do liczących się w ochronie zdrowia związków zawodowych, by poznać ich stosunek do przemian, jakie mają miejsce w ochronie zdrowia.

Ponadto warto zwrócić uwagę na działania związków zawodowych. Po pierwsze są one właściwie jedyną siłą tak naprawdę będącą najbliżej pracownika a więc tego podmiotu, którego w największym stopniu dotyczą zmiany restrukturyzacyjne a z drugiej strony od kilku lat popularna jest opinia o zmierzchu związków zawodowych, co wyraża się poprzez zmniejszanie zaufania do samych związków, ale jest również elementem spadku zaufania do organizacji społecznych, stając się pośrednio wskaźnikiem poziomu zorganizowania społeczeństwa obywatelskiego.

Podsumowując:

- Dysertacja złożona będzie z części teoretycznej i praktycznej- opartej na przeprowadzonych badaniach empirycznych,
- Badania empiryczne będą badaniami jakościowymi w postaci wywiadów swobodnych,

- Badania empiryczne obejmą grupę osób bezpośrednio zaangażowanych w tworzenie dialogu branżowego w ochronie zdrowia na Śląsku więc przedstawicieli związków zawodowych ( reprezentatywnych i niereprezentatywnych), przedstawicieli organów założycielskich dla placówek medycznych różnego szczebla, przedstawicieli samorządów medycznych oraz kadry zarządzającej w zakładach opieki zdrowotnej. Ponadto wywiady zostaną przeprowadzone z członkami zespołu roboczego ds. ochrony zdrowia, działającego w WKDS



## Część pierwsza

### Rozdział I. Konflikt jako zjawisko społeczne- charakterystyka

Najprościej mówiąc konflikt powstaje w momencie, gdy jest jakieś dobro, które nie może być w posiadaniu wszystkich stron, które chcą je mieć. Dobro to może mieć postać zarówno rzeczy, stanowiska, władzy ale także racji czy czegoś innego. Jednak niekoniecznie prawdziwe jest tu twierdzenie, że dobro owe musi być niepodzielne- okazuje się, że sytuacja taka może być jedynie wyobrażona przez osoby a i w takiej sytuacji mamy do czynienia z konfliktem.<sup>1</sup>

Opinie na temat roli konfliktów w życiu społecznym są różne, choć powiedziec można, że dominują dwa zasadnicze podejścia- konflikt traktowany jest negatywnie lub negatywnie. Nie budzi jednak wątpliwości wśród badaczy, że konflikty są istotnym i nieodłącznym elementem pejzażu życia społecznego. „Konflikt jest formą związku społecznego, co oznacza, iż żadna grupa nie może być w pełni zharmonizowana, gdyż musiałaby być pozbawiona procesu i struktury”<sup>2</sup>, stąd jest traktowany przez wielu badaczy jako nieodzowny element życia społecznego, istniejący we wszystkich grupach społecznych. W rezultacie, „w socjologii współczesnej mamy do czynienia z bardzo silnym naciskiem położonym na analizę konfliktu. Konflikt uważany jest, m.in. chyba dzięki Dahrendorfowi, za absolutnie naturalne zjawisko, któremu nie ma się co dziwić, i które trzeba po prostu badać.”<sup>3</sup> Dzieje się tak ponieważ konflikty społeczne są zjawiskami:

- ✓ Normalnymi a więc są rezultatem różnych sprzeczności, jakie występują w społeczeństwie nie zaś jedynie następstwem stanów patologicznych,
- ✓ Wszechobecnymi i ciągłymi- są nieodzowne dla struktur społecznych, nie udało się nigdzie przezwyciężyć konfliktów, by zniknęły one raz na zawsze,
- ✓ Użytecznymi- ukazują istotne dla struktury społecznej sprzeczności i mankamenty, stając się przyczynkiem do przeobrażeń i innowacji.<sup>4</sup>

Konflikt można rozpatrywać jako walkę, pozostającą w opozycji do świata spoczynku(pokoju). Jak pisze A. Żuk, w świecie konfliktu, a więc walki nie ma miejsca na refleksję, gdyż im więcej snuje się refleksji, tym bardziej prawdopodobna jest

---

<sup>1</sup> J. Reykowski, *Logika władzy* [w:] B. Pasierb (red.) *Sprzeczności i konflikty społeczne oraz ich skutki polityczne*, Warszawa 1989, s. 101.

<sup>2</sup> L. Coser, *The Functions of Social Conflict* za: J. Mucha, *Konflikt i społeczeństwo*, Warszawa 1978, s. 135

<sup>3</sup> P. Wróblewski, *Teorie i konflikty. Wywiad z Januszem Muchą* [w:] „Opcje”, nr 3/2002

<sup>4</sup> J. Sztumski, *Konflikt społeczny*, Katowice 1987, s.11

przegrana . W świecie walki jeśli człowiek chce przetrwać musi opierać swe działania na intuicji i instynkcie nie zaś na myśleniu, które zakłada również poddawanie w wątpliwość a więc odbiera pewność siebie i wole walki, które często decydują o powodzeniu danego działania.<sup>5</sup>

Świat walki rządzony jest przez zmienność, rzeczywistość społeczna ciągle się staje, jest nieprzewidywalna, przez co wydaje się bardziej atrakcyjna. Stąd też uzasadnieniem dla konfliktów wg A. Żuk może być także walka rozumiana jako sposób na zwalczenia nudy, którą powoduje stabilna, sztywna i schematyczna rzeczywistość świata pokoju. Stąd też można nawet pokusić się o tezę, że nawet gdyby możliwy był świat bez walki, to i tak ludzie będą ze sobą walczyć choćby po to, by nie doświadczać nudy. „Świat etyki spoczynku cechuje wiedza, pewność, stałość, konieczność, rachuby na sprawiedliwość. Z kolei przymiotami świata walki jest niewiedza, niepewność, zmienność. Sprawuje tu swe rządy przypadek, a dotyczy on i tego, co sprawiedliwe.”<sup>6</sup>

W kontekście etyki walki pojawia się pytanie o jej powiązania z dialogiem- czy możliwy jest dialog? Okazuje się, że dialog przynależy do etyki spoczynku, w którym dominuje ład, porządek zaś popędy i wola walki są minimalne. Z walka natomiast wiąże się samotność. Natomiast „Poczucie Ja- ty i Ja- My powraca, gdy walka przybiera postać zbiorowej przemocy. Wtedy to samotne , znękanie indywidualną walką indywiduum zatapia swą duszę w atmosferze wspólnego działania. Zjawisko to wyjaśnia nam, dlaczego w sytuacji nędzy, która izoluje jednostki skazując je na samotną walkę o przeżycie, zbiorowa przemoc, w tym także i wojna, może być atrakcyjną”<sup>7</sup>

W. Ury <sup>8</sup>twierdzi, że to, co nazywamy historią można nazwać „Czasem Siły”, gdyż przemoc była dominującym sposobem stosowanym do rozwiązywania sporów międzyludzkich. Antropolog twierdzi, że ten okres zbliża się ku końcowi, ponieważ ludzie zaczęli zdawać sobie sprawę z tego, że przemoc nie jest dobrym rozwiązaniem. Jeśli chodzi o konflikty współczesne można przyjąć dwie tezy: nawiązująca do poprzedniego stwierdzenia, tzn. głosząca, że pojawia się nowa logika konfliktów, która zmusza ludzi do nauczenia się nowych, pokojowych sposobów rozwiązywania konfliktów (będzie się tak dziać na skutek obserwacji, że zaostrzające się konflikty doprowadzić mogą do niekorzystnych i nieodwracalnych społecznie zmian, będących efektem postępu technologicznego) oraz teza przeciwstawna, mówiąca, że jeśli chodzi

---

<sup>5</sup> A. Żuk, *Filozofia walki*, Lublin 1996, s. 157 i n.

<sup>6</sup> tamże, s. 159

<sup>7</sup> tamże s, 161

<sup>8</sup> W. L. Ury, *Dochodząc do zgody*, Taszów 2006, s.126 i n.

o konflikty to nic nie ulegnie zmianie. Ury przejawia optymizm jeśli chodzi o konflikty, twierdząc, że dawniej to ziemia była przedmiotem sporów, ponieważ jako dobro pożądane cechowała ją niepodzielność, natomiast obecnie w społeczeństwie wiedzy, są cenione wartości intelektualne, których nie można podbić zaś aby je osiągnąć należy współpracować i dzielić się wiedzą.

Konflikty społeczne, będące głównym przedmiotem zainteresowania niniejszego opracowania charakteryzują się pewnymi prawidłowościami, które można sprowadzić do następujących cech:

- Wywierają trwały wpływ na życie społeczne
- Krystalizują się wokół interesów społecznych, ekonomicznych, dotyczy też kwestii podziału władzy i prestiżu
- Dotyczą społeczności ponadlokalnych<sup>9</sup>
- Polegają na gwałtownej polaryzacji danej zbiorowości, co jest wywołane przez sprzeczne interesy,
- Zazwyczaj typowym zabiegiem towarzyszącym wybuchowi konfliktów jest realna możliwość użycia przez przynajmniej jedną ze stron siły jako mechanizmu nakłaniającego do ustępstw,
- Przedmiotem sporów są sprawy, które mają zasadnicze znaczenie dla członków danej zbiorowości,
- Nie są to chwilowe zatargi ale konflikty społeczne są długotrwałymi procesami rozciągniętymi w czasie, można w ich trwaniu wyodrębnić poszczególne etapy; zdarzenia te nie są przypadkowe, ale stanowią przyczynowo- skutkowo powiązany ciąg.
- Sporne kwestie mają społeczne podłoże, ale konflikt może się przekształcić w konflikt także o charakterze politycznym i ekonomicznym, chociaż z praktyki społecznej wynika, że są to dziedziny ze sobą ściśle powiązane i zmiana w jednej z nich pociągają zmiany w pozostałych,
- Często wybuchowi niezadowolenia społecznego towarzyszy ujawnianie opinii publicznej kompromitujących faktów z życia dotychczasowych decydentów, czemu towarzyszą żądania ich osądzenia i ukarania,<sup>10</sup>

---

<sup>9</sup> teza ta jest jednak dyskusyjna; nie jest bowiem jasne co rozumiemy pod pojęciem ponadlokalność- czy jest to obszar poza miastem, regionem.

<sup>10</sup> J. Królikowska, *Struktura procesu konfliktowego* [w:]K. Piątek, *Konflikty społeczne w procesie transformacji systemowej*, Toruń 1996, s. 16 i n.

- Uczestnicy konfliktu zachowują się w określony sposób: każdy, kto w jakiś sposób utożsamia się z postulatami przystępuje do konfliktu, ponieważ ważna jest solidarność międzyludzka, dzięki której konflikt jest legitymizowany.

Do powyższej charakterystyki dodać można pewne właściwości, które mają znaczenie dla występowania sytuacji konfliktowych w okresie transformacji ustrojowej. Mimo, że miała ona miejsce kilkanaście lat temu to jej skutki odczuwamy do dziś, także jeśli chodzi o konflikty- sposób ujawniania kwestii spornych ( media, wolność słowa), rozwoju sytuacji konfliktowych ( trwanie, etapy konfliktu) oraz mechanizmy rozwiązywania konfliktów ( nowoczesne zarządzanie konfliktem, popularyzacja technik negocjacji). Zmiany w podejściu do sprzeczności i konfliktów społecznych są ogromne jeśli chodzi o okresy sprzed i po 1989r. , jednakże historyczne rozpatrywanie zjawiska konfliktu nie jest przedmiotem niniejszej pracy, stąd jedynie marginalne nawiązanie. Niemniej jednak, zwrócenie uwagi na pewne jakościowe zmiany w odniesieniu do konfliktu wydaje się zasadne.

K. Podolski zwraca uwagę na następujące kwestie, które nabrały dużego znaczenia po 1989r. : tendencja do zdobycia i utrzymania władzy nie tylko przez partie polityczne ale i przez różnego rodzaju grupy i organizacje społeczne, ujawnianie się sprzeczności pomiędzy poszczególnymi właścicielami przedsiębiorstw a pracownikami w nich zatrudnionymi oraz między grupami zatrudnionymi w danych przedsiębiorstwach, sprzeczności między producentami a konsumentami żywności czego podłożem są ceny, sprzeczności interesów zatrudnionych i bezrobotnych. Ponadto autor zwraca uwagę na sprzeczności, które są wynikiem różnego traktowania interesu społecznego przez różne podmioty sprawujące władze i kierujące różnego typu instytucjami, także gospodarczymi. Efektem tych sprzeczności są częste afery, nadużycia, ponieważ wiele grup dąży do zdobycia władzy za wszelką cenę.<sup>11</sup>

Nie bez znaczenia jeśli chodzi o specyfikę tych współczesnych konfliktów społecznych, które legitymują się spuścizną historyczną, jest fakt, że sytuacja społeczno-ekonomiczna oraz co się z tym wiąże zmiana pozycji społecznej wielu osób uległa pogorszeniu. Wynika to ze zmiany realiów polityczno- gospodarczych do których trudno się było przystosować wielu osobom. To bez wątpienia jest także czynnik konfliktotwórczy, jeśli weźmie się pod uwagę to, iż zmiany w stanie posiadania

---

<sup>11</sup> K. Podolski, *Specyfika sprzeczności i konfliktów w okresie transformacji systemowej w Polsce* [w:] K. Piątek, *Konflikty społeczne* , op.cit.,s. 33

określonych dóbr pogłębiają się, co zresztą jest prawidłowością w krajach rozwiniętych gdzie dysproporcje między biednymi a bogatymi są duże i trudne do zniwelowania. Tu właśnie ujawniają się polityczne przyczyny konfliktów społecznych, polegające na:

- Sprzeciwie wobec podejmowaniu decyzji przez władze, które są w oderwaniu od rzeczywistych potrzeb społeczeństwa. Często sytuacja taka występuje w przypadku, gdy o losach bardzo ważnych dla danej społeczności decyduje władza, bez społecznych konsultacji. Przykładami mogą być zmiany prywatyzacyjne czy przekształcenia w służbie zdrowia i edukacji ( cztery reformy),
- Zawiedzionych nadziejach społeczeństwa i utrata wiary w możliwość poprawy sytuacji, które były zapowiadane przez polityków, zwłaszcza jeśli miały miejsce po okresie wyrzeczeń.
- Narastającej dysproporcji między oczekiwaniami społeczeństwa a realnymi możliwościami ich realizacji, ograniczanymi przez władzę.<sup>12</sup>

Można także powiedzieć, że konflikty o charakterze społecznym są wynikiem pewnej destabilizacji struktury społecznej. K. i G.E. Langowie<sup>13</sup> skategoryzowali w 5 zasadniczych grup elementy destabilizujące życie społeczne, a więc mogące wywołać konflikty. Sytuacjami zwiększającymi prawdopodobieństwo wystąpienia konfliktu są sytuacje:

- *wyboru*, w których istnieją alternatywy i możliwości wyboru lecz brak jest powszechnie akceptowanego kryterium jego dokonania;
- *nowości* - gdy pojawiają się nieznane dotąd okoliczności;
- *kryzysu* - występują w momentach, gdy załamuje się system dotychczasowej koordynacji i kontroli społecznej;
- *tarcia* - zbiorowości ludzkie nie są w stanie podjąć efektywnych działań by przezwyciężyć istniejące trudności, gdyż zaczynają dominować postawy fatalistyczne i apatia;
- *konkurencji konfliktu* - polegające na wytwarzaniu się błędnego koła wzajemnych kontrakcji, które pogłębiają istniejącą już destabilizację.

---

<sup>12</sup> D. Długosz, A. Garbacik, Podstawy zarządzania konfliktami społecznymi, Poznań 2000, s. 19-20

<sup>13</sup> K.Lang, E.G.Lang, Colective Responses to the Threat of Disaster [w:] G.H.Grosser, H.Wechsler, M.Greenblatt(red.), The Threat of Impending Disaster, Cambridge, Massachusetts 1964, za: H. Pietrzak, *Agresja, konflikt, społeczeństwo*, Tyczyn 2000, s.144.

Bez wątplenia, wszystkie te sytuacje powodują destabilizację stosunków społecznych, prowadząc do konfliktów. Podobny wymiar mają założenia poczynione przez N. Smelsera<sup>14</sup>, który wskazuje na sekwencję działań zbiorowych, mających miejsce, gdy ludzie zaczynają dostrzegać, że ich obecna sytuacja jest niekorzystna i należy ją zmienić. Pojawia się wówczas sekwencja czynników prowadzących do zmiany. Ma ona następującą postać: na początku wystąpić musi tzw. *strukturalna drożność*, czyli zdolność struktury społecznej do umożliwienia pojawienia się zachowań niekonwencjonalnych, odbiegających od dotychczasowych, następnie pojawia się *napięcie strukturalne* pomiędzy poszczególnymi elementami systemu prowadzące do zakłóceń w jego funkcjonowaniu, kolejnym etapem jest wzrastająca liczba i upowszechnianie się *zgeneralizowanych przekonań*, że należy ową sytuację zmienić, później zazwyczaj występują czynniki przyspieszające przebieg wydarzeń i stymulujące zachowania zbiorowe. Ostatnim etapem jest *mobilizacja uczestników* do działania przybierająca najczęściej formę agitacji. Na te czynniki nakłada się kontrola społeczna przeciwdziałająca występowaniu zachowań zbiorowych.

Analiza Smelsera jest o tyle istotna, że uwzględnia czynniki społeczne, a więc napięcia struktury społecznej oraz czynniki psychologiczne, dotyczące zachowań poszczególnych jednostek.

Niestety samo pojęcie konfliktu nie jest jednoznaczne, istnieje wiele różnych definicji (por. wyżej), co utrudnia analizę. W związku z tym, należy odróżnić od konfliktu sytuacje, które bywają traktowane często jako synonimy konfliktu, ale dla badacza nimi nie są. I tak w relacjach międzyludzkich, np. według J. Galtunga, istnieją:

- ✓ spory, czyli sytuacje między dwiema osobami dążącymi do tego samego celu, a której rezultatem jest zranienie kogoś,
- ✓ dylematy - to problemy jednostki, które przejawiają się w tym, że osoba chce osiągnąć dwa sprzeczne ze sobą cele,
- ✓ sprzeczności - czyli sytuacje, w których określone cele nie mogą być zrealizowane w danym systemie społecznym, i wreszcie

---

<sup>14</sup> H. Pietrzak, *Agresja, konflikt, społeczeństwo*, Tyczyn 2000, s.146-147

- ✓ konflikty traktowane jako wypadkowe postaw, zachowań oraz sprzeczności; jest uzewnętrzniany poprzez zachowania, ale u jego podłoża leżą postawy i przekonania.<sup>15</sup>

Natomiast D. Dana<sup>16</sup> twierdzi, że nie tyle mamy do czynienia z różnymi rodzajami konfliktowych relacji co z poziomami konfliktów. I tak na poziomie pierwszym znajdują się *sprzeczki*, czyli nieporozumienia w życiu codziennym, od których nie możemy uciec. Nie są one jednak groźne, ponieważ nie powodują rozpadu więzi i nie zakłócają zaspokajania ludzkich potrzeb. Kolejnym poziomem są *starcia* a więc powtarzające się kłótnie, trwające przez dłuższy okres dotyczące poszarzającego się zakresu spraw. Starcia osłabiają wzajemne zaufanie i powodują wzrost agresji. Ostatni poziom tworzą *kryzysy*, podczas trwania których osoby dotychczas bliskie oddalają się od siebie a różnice między nimi są bardzo głębokie. Kryzysy są zazwyczaj niebezpieczne, gdyż zmuszają do dokonywania wyboru między dwiema negatywnymi opcjami: zerwaniem dotychczasowych relacji lub tkwieniem w nich bez szans na polepszenie.

W rozważaniach, zarówno teoretycznych, jak i badaniach empirycznych, z ostatnich kilkudziesięciu lat, dominowały głównie dwa podejścia do konfliktów: socjo-afektywne oraz poznawczo-celowe<sup>17</sup>. Pierwsza grupa analiz koncentrowała się na relacjach pomiędzy członkami grupy lub grup, na końcowych celach, a zwłaszcza na niezgodnościach pomiędzy jednostkami w grupach, związanymi z napięciami, wzajemnymi animozjami oraz agresją. Natomiast badacze skupieni na poznawczo-celowej stronie konfliktów akcentowali niezgodności pomiędzy członkami grupy co do zawartości decyzji, rozkładu odpowiedzialności oraz różnicach w punktach widzenia, ideach, opiniach.

Z powyższym rozróżnieniem na dwie podstawowe grupy teorii konfliktu koresponduje podział na teorie realistyczne konfliktów oraz na teorie kategoryzacji społecznej<sup>18</sup>. Są one głównie rozpowszechnione w psychologii społecznej, jednakże

---

<sup>15</sup> J.Galtung, *Peace by Peaceful Means. Peace and Conflict. Development and Civilization*. London 1996, s. 71, za: A.Adamus- Matuszyńska, *Współczesne teorie konfliktu społecznego*, Katowice 1998, s. 37

<sup>16</sup> D. Dana, *Rozwiązywanie konfliktów*, Warszawa 1993, s. 52-59

<sup>17</sup> M.Vodosek, *Intragroup conflicts as a mediator between cultural diversity and work group outcomes*[w:] "International Journal of Conflicts Menagement" vol 18, no 4/2007, s. 346

<sup>18</sup> K. Skarżyńska, *Czym jest konflikt, od czego zależy jego przebieg i sposób rozwiązywania* [w:]K. Skarżyńska, U. Jakubowska, J. Wasilewski (red.), *Konflikty międzygrupowe. Przejawy, źródła i metody rozwiązywania*, Warszawa 2007, s. 12-13

z powodzeniem znajdują zastosowanie w pozostałych naukach społecznych, zwłaszcza socjologii.

*Teorie realistyczne konfliktów* zakładają, że podstawą konfliktu jest pewna obiektywna sprzeczność interesów, więc jest on interpretowany jako konsekwencja istnienia współzależności między stronami weń zaangażowanymi. Natomiast *teorie kategoryzacji społecznej (tożsamościowe)* podkreślają charakterystyczny dla człowieka proces poznawczy polegający na porządkowaniu obiektów i tworzeniu z nich szerszych kategorii. Obiekty, które jednostka rozpoznaje jako podobne do niej są oceniane lepiej, zaś odróżniające się od niej są oceniane jako gorsze, dalekie, co w konsekwencji prowadzi do dychotomii: my - obcy, gdzie swoich się faworyzuje, a obcych deprecjonuje.

Rezultatem wspomnianego podziału jest również przyjęcie założenia, że konflikty podzielić można na realistyczne i nierealistyczne<sup>19</sup>. Tam, gdzie u podstaw konfliktów leżą obiektywne przesłanki, mierzalne różnice, dające się zopercjonalizować, stopniowalne i negocjowalne interesy, mamy do czynienia z konfliktami realistycznymi, natomiast w sytuacjach, gdy do głosu dochodzą negatywne emocje często bezpodstawne, wartościowanie, przypisywanie złych intencji, pojawiają się konflikty nierealistyczne. Niestety konflikty nierealistyczne są znacznie trwalsze od realistycznych, uruchamiają bowiem więcej procesów psychologicznych przez co przekształcają się w konflikty destrukcyjne, czyli takie, w których nie ważne są koszty, ale liczy się tu tylko pokonanie przeciwnika. Dlatego też konflikty interesów są łatwiejsze do opanowania i rozwiązania.

Stosunkowo niedawno, bo w latach 90-tych zaczęto zajmować się trzecią grupą koncepcji intragrupowych, która dotyczyła procesualności konfliktów, etapów dochodzenia do określonych celów. W związku z tym uwypuklano różnice pomiędzy tym podejściem a konfliktami kognitywno-celowymi, twierdząc, że skupiały się one na końcowej niezgodności w osiągniętych celach, zamiast na przeciwnościach jakie pojawiają się w trakcie ich realizacji.

Według koncepcji, w której konflikt pojmowany jest jako proces, należy w celu poznania konfliktu skoncentrować się na jego wewnętrznej dynamice, czyli na identyfikacji poszczególnych stadiów przez jakie przechodzi konflikt i określeniu wpływu jednego stadium na drugie. Konflikt jest tu postrzegany jako ciągły proces, pewne następstwo zdarzeń, przy czym każda faza uwarunkowana jest poprzednią a jednocześnie będzie wpływać na następną. Tego typu założenia są przydatne głównie

---

<sup>19</sup> tamże



od strony jednostkowej, psychologicznej, ponieważ pozwalają na poznanie skutków, jakie zachowania jednej strony wywołują u strony drugiej, a w efekcie umożliwiają skuteczne kierowanie zachowaniem własnym tak, by uzyskać pozytywne rezultaty w sporze.

Najbardziej znaną koncepcją podejścia procesualnego jest teoria K. Thomasa<sup>20</sup>, zgodnie z którą konflikt polega na występowaniu cyklu następujących po sobie zachowań i zdarzeń. Cykl dzieli się na następujące etapy:

- I. frustrację odczuwaną przez co najmniej jedną ze stron; u jej podłoża znajdują się może odczucie lub przekonanie, że druga strona uniemożliwia, blokuje czy utrudnia rywalizację celu, który strona pierwsza uważa za istotny,
- II. konceptualizację konfliktu, czyli jego przemyślenie, zdefiniowanie sytuacji i dokonanie wyboru: działać czy nie, jeśli tak, to co należy zrobić, jakie działania podjąć by niekorzystną sytuację przezwyciężyć,
- III. zachowanie w sytuacji konfliktu złożone z postawy, celów strategicznych oraz taktyk działania,
- IV. interakcję, czyli reakcję drugiej strony na inicjatora konfliktu, która spowoduje zakończenie, uśpienie lub eskalację konfliktu.

Powyższa teoria wskazuje zatem na pewien schemat w powstawaniu konfliktu - najpierw pojawia się frustracja, później jednostka uświadamia sobie istotę sporu, następnie podejmuje działania prowadzące do przeciwdziałania pojawieniu się przeszkody w dążeniu do celu. Etapy zaproponowane przez Thomasa są przydatne zarówno w wyjaśnianiu konfliktów interpersonalnych, jak i grupowych.

W odniesieniu do perspektywy teoretycznej warto zwrócić uwagę na pewną nieścisłość - mieszanie teorii konfliktu z teoriami konfliktowymi. Trafnie owe zjawisko puentuje J. Mucha, twierdząc: „Wydaje mi się, że dobrze jest odróżnić od siebie teorie konfliktu i teorie konfliktowe. Teorie konfliktu byłyby to socjologiczne czy politologiczne, czy czasem psychospołeczne wyjaśnienia konfliktu jako pewnego realnie występującego zjawiska społecznego. Obserwujemy więc rozmaite przejawy konfliktu w życiu społecznym i budujemy teorię tych zjawisk, czyli właśnie teorię konfliktu. Zwróćmy uwagę na to, że teoria konfliktu może zakładać, iż konflikty są czymś ważnym i właściwie nieprzemijającym, ale może też zakładać, że są one jedynie zjawiskiem

---

<sup>20</sup> A. Pietrzyk, *Negocjacja i mediacja jako sposoby kierowania konfliktami*[w:] „Przegląd Psychologiczny” nr 3-4/1996, s.76

znajdującym się na powierzchni życia społecznego, a u ich podstaw leży jakaś forma wspólnoty aksjonormatywanej. Byłaby to więc teoria konfliktu jako pewnego realnego zjawiska społecznego. Z drugiej strony, możemy mówić o teorii konfliktowej. Teoria konfliktowa byłaby to teoria, która poprzez nawiązanie do konfliktu wyjaśnia rozmaite zjawiska społeczne. Nawet nie zajmując się powszechnie dostrzeganymi zjawiskami, kładzie nacisk na ich podskórne powiązania z problematyką konfliktu. Analizuje rozmaite zjawiska społeczne i wyjaśniając je, odwołuje się do tego, że w życiu społecznym występują sprzeczności interesów, napięcia, konflikty, które traktowane są jako coś normalnego, naturalnego. W teorii tej przyjmuje się założenie, że życie społeczne jest dynamiczne i dynamika ta ma charakter konfliktowy. Osobiście znacznie bardziej niż teorie konfliktu interesują mnie teorie konfliktowe, a więc te, które oparte są na czymś, co można by nazwać konfliktowym modelem społeczeństwa. Ten konfliktowy model społeczeństwa byłby pewnym zbiorem założeń o społeczeństwie, w którym to zbiorze eksponuje się takie zjawiska jak sprzeczności interesów, ale także konflikty polegające na faktycznej walce rozmaitego typu. I wreszcie byłby to model, który eksponuje rozmaite zjawiska związane z występującymi pomiędzy ludźmi napięciami psychicznymi oraz dynamikę społeczną.”<sup>21</sup>

### **1.1.1. Typologie konfliktów**

W celu ułatwienia prowadzenia dalszych analiz przydatne wydają się typologie konfliktów, porządkujące ich rodzaje, przyczyny i skutki.

I tak wyróżnić można typy konfliktów uwzględniając podział na ich przedmiot:

- konflikty interesów - powstają na skutek konkurencji o określone dobra społeczne, materialne i niematerialne (władza, prestiż, wartości kulturowe i ideologiczne),
- konflikty adaptacyjne - tworzą się podczas przystosowywania się ludzi do siebie w procesie działania. Mogą dotyczyć jednego z trzech obszarów: motywacji (niechęć do akceptacji celów i wartości innych osób lub grup), organizacji (niechęć do współpracy) oraz informacji (nieprawidłowa komunikacja),

---

<sup>21</sup> P. Wróblewski, *Teorie i konflikty. Wywiad z Januszem Muchą*, op. cit.,

- konflikty postaw - powstają w wyniku różnych kryteriów ocen moralnych zdarzeń i zachowań.<sup>22</sup>

Jednak znacznie bardziej wyczerpujące typologie konfliktów stworzył M. Deutsch. Uwzględnił w nich zarówno podmioty konfliktów i relacje między nimi oraz rodzaje konfliktów wyodrębnione na podstawie przyczyn sporów. Zostały one przedstawione poniżej także ze względu na fakt, iż koncepcja Deutscha przyjęta została z niniejszym opracowaniu za wiodącą.

<i>Stosunki między podmiotami</i>			
<i>Podmioty konfliktogene</i>	<i>równości</i>	<i>nadrzędności- podrzędności</i>	<i>całości- części</i>
1. Role (konflikty ról)	Konflikty między dwoma realizatorami ról zajmującymi identyczne pozycje społeczne (np. między dwoma robotnikami)	Konflikty między dwoma realizatorami ról zajmującymi różne pozycje społeczne (np. między mistrzem a robotnikiem)	Konflikty między dwoma rolami realizowanymi przez te samą osobę
2. Grupy pierwotne (konflikty grupowe)	Konflikty między grupami zajmującymi identyczne lub równe pozycje społeczne	Konflikty między grupami zajmującymi nierówne pozycje społeczne	Konflikty między grupą a podgrupą
3. Organizacje (konflikty organizacyjne)	Konflikty między organizacjami zajmującymi identyczne lub równe pozycje	Konflikty między organizacjami zajmującymi różne, lecz zależne od siebie pozycje	Konflikty między organizacją a grupą wchodzącą w jej skład
4. Grupy wtórne nie będące organizacjami (np. konflikty etniczne)	Konflikty między równoprawnymi grupami etnicznymi	Konflikty między nierównoprawnymi grupami etnicznymi	Konflikty między grupą jako całością a jej częścią
5. Klasy i warstwy społeczne (konflikty klasowe)	Konflikty między klasami nieantagonistycznymi	Konflikty między klasami antagonistycznymi	Konflikty między klasą a wchodzącą w jej skład warstwą społeczną
6. Państwa narodowe (konflikty międzynarodowe)	Konflikty między narodami suwerennymi	Konflikty między narodami panującymi a zależnymi (np. koloniami państw kol.)	Konflikty między państwem a grupą etniczną walczącą o autonomię
7. Bloki państw (np. konflikty międzyustrojowe)	Konflikty między niezależnymi od siebie blokami państw	Konflikty między blokami dominującymi i podporządkowanymi	Konflikty między blokiem państw a państwem, które jest członkiem tego bloku

**Tabela 1. Rodzaje konfliktów wg M.Deutscha [w:]** M.Deutsch, *The Resolution of conflicts*, New Haven and London 1973, s.12 za: M.Białyszewski, *Teoretyczne problemy*, op.cit. s.4

<sup>22</sup> H. Białyszewski, *Teoretyczne problemy sprzeczności i konfliktów społecznych*, Warszawa 1983, s. 44.

<i>Typy konfliktów (ze względu na formy przejawienia się ich)</i>	<i>Obiektywne przyczyny konfliktów</i>	<i>Uświadomienie przyczyn</i>	<i>Podmioty (strony konfliktu)</i>	<i>Przedmiot konfliktu</i>	<i>Alternatywy konfliktu</i>
1.Konflikt realny (verdical conflict)	tak	tak	nie	nie	nie
2.Konflikt częściowo realny (contingent conflict)	tak	tak	nie	nie	tak
3.Konflikt przemieszczony ze względu na przedmiot (displaced conflict)	tak	tak	nie	tak	nie
4.Konflikt przemieszczony ze względu na podmiot (misattributed conflict)	tak	nie	tak	nie	nie
5.Konflikt utajony (latent conflict)	tak	nie	-	-	-
6.Konflikt fałszywy (false conflict)	nie	tak	tak	tak	tak

**Tabela 2. Rodzaje konfliktów wg M.Deutscha cd.[w:] M.Deutsch, *The Resolution of conflicts*, New Haven and London 1973, s.12 za: M.Białyszewski, *Teoretyczne problemy*, op.cit.** Przy czym, *konfliktem realnym* jest konflikt u którego podłoża leżą obiektywne przyczyny, możliwe do zidentyfikowania przez strony - każda z nich wie o co i dlaczego walczy; *konfliktem częściowo realnym* nazywamy spór, który posiada obiektywne przyczyny, ale także obiektywne przesłanki do rozwiązania konfliktu, jednak strony nie chcą z nich korzystać, ponieważ nie chcą pójść na kompromis; *konfliktem przemieszczonym ze względu na przedmiot* nazywamy taki konflikt, w którym są realne przyczyny i strony wiedzą o nich ale nie przyjmują ich do wiadomości szukając dla uzasadnienia zastępczych źródeł oraz przenosząc konflikt na inną płaszczyznę wzajemnych stosunków; *konflikt przemieszczony ze względu na podmiot* jest wywołany stanem niezadowolenia z istniejącego stanu rzeczy, ale rozgrywa się pomiędzy niewłaściwymi ze względu na przyczyny obiektywne partnerami społecznymi i dotyczy często ważnych kwestii z punktu widzenia obiektywnych interesów stron walczących; *konfliktem utajonym* jest konflikt o obiektywnych przesłankach, ale nie są one ujawniane w otwartej walce; *konfliktem fałszywym* określa się spór przejawiający się w otwartej walce, ale nie posiadający obiektywnych przesłanek, a tylko podstawy psychologiczne (konflikt iluzoryczny). Wszystkie te typy konfliktów są z reguły rozłączne, chociaż mogą się ze sobą łączyć oraz wzajemnie zastępować.<sup>23</sup>

<sup>23</sup> M. Białyszewski, *Teoretyczne problemy*, op. cit., s.46

### 1.1.2. Funkcje konfliktów społecznych

Opisując prawidłowości rządzące konfliktami społecznymi nie sposób pominąć funkcji jakie pełnią one wobec jednostek, grup czy społeczeństwa jako całości. Często, zwłaszcza w potocznym odbiorze konflikty oceniane są negatywnie, jednak w opracowaniach naukowych występuje tendencja do ukazywania zarówno niekorzystnych, jak i korzystnych funkcji.

Zgodnie z koncepcją niniejszej pracy i w nawiązaniu do wcześniejszych ustaleń, autorka zwraca uwagę zwłaszcza na pozytywne aspekty konfliktów. Ponieważ jednak każda sprzeczność w zależności od specyfiki sporu, może prowadzić do odmiennych konsekwencji, stąd zanim zostaną przedstawione pozytywne funkcje konfliktów, należy wskazać na specyficzne skutki jakie powodują konflikty. J. Sztumski<sup>24</sup> wyróżnia następujące funkcje, przedstawione na zasadzie dychotomii:

- różnicująca vs identyfikacyjna wobec odmiennych punktów widzenia, opinii racji. Bierne lub czynne zaangażowanie w obronę swego stanowiska, poparcie dla określonych poglądów powoduje integracje z osobami, które je głoszą.
- integracyjna vs dezintegracyjna będące rezultatem określonych opinii - na ich podłożu kształtują się określone zachowania i wytwarza się struktura organizacyjna. Osoby jednoczą się, zwierają szeregi, umacnia się grupowa solidarność, ale również mogą powstawać frakcje, kliki, wrogie obozy jako rezultat konfliktu,
- demaskatorska vs maskująca - konflikty odsłaniają niedomagania organizacji, grupy, aktywizują opinię publiczną. Mówi się także, że konflikty pełnią rolę swoistego wentylu bezpieczeństwa, czyli że w danej społeczności istnieją pewne zwyczaje i obyczaje umożliwiające ujście nagromadzonej wrogości, dopuszczając tym samym konflikty w określonej postaci,
- progresywna vs regresywna, ponieważ konflikt rozkładając czy likwidując trudności powoduje przekształcenia struktur podmiotów, których dotyczy. Przeobrażenia te mogą mieć postępowy lub wsteczny charakter, zwłaszcza gdy konflikt charakteryzuje się gwałtownym przebiegiem,
- pozytywna vs negatywna (por.niżej).

---

<sup>24</sup> J. Sztumski, *Konflikt społeczny*, op. cit., s. 66-71

Szczególne miejsce w analizie funkcji konfliktów, zwłaszcza jego pozytywnych aspektów, zajmuje koncepcja L.A.Cosera<sup>25</sup>, który w pewnych elementach zawiera podobne do Deutscha argumenty. Konflikty według Cosera mają swe przyczyny w zachowaniach jednostek oraz są uwarunkowane przyczynowo - skutkowo. Coser podkreślając psychologiczne podłoże konfliktów, uważa, że ich geneza tkwi jednak nie w samych jednostkach lecz pierwotnie w sferze społecznej, co przekłada się na sprzeczności w podziale dóbr. Zdaniem badacza, najbardziej upośledzeni członkowie systemu społecznego w największym stopniu będą kwestionować istniejący system rozdziału dóbr rzadkich i jest bardzo prawdopodobne, że to właśnie oni inicjować będą konflikty. Zatem pierwszym warunkiem wybuchu konfliktu jest zakwestionowanie prawomocności podziału dóbr. Nie jest to jednak warunek wystarczający, bowiem musi nastąpić także tzw. pobudzenie emocjonalne, będące przeciwieństwem dla innych stanów psychicznych, tj. apatia czy rezygnacja. Pobudzenie emocjonalne prowadzi do konfliktu w sytuacji, gdy jednostki zaczynają uważać, że ich oczekiwania są postrzegane jako niemożliwe do realizacji w danych warunkach. Ponadto na stan pobudzenia wpływają czynniki tj.: zaangażowanie w istniejący system społeczny, zależne od stopnia internalizacji struktury potrzeb oraz od rodzaju i natężenia kontroli społecznej. Konflikt, który jest spowodowany pobudzeniem emocjonalnym u jednej lub niewielkiej liczby osób nie jest zbyt silny, dopiero przekonanie większej liczby osób, że zostaje zagrożony ich interes prowadzi do postania silnego, zorganizowanego konfliktu.

Koncepcja Cosera jest zaliczana do nurtu funkcjonalistycznego, jednakże Coser w większej mierze podkreśla, w odróżnieniu od pozostałych funkcjonalistów, pozytywne wymiary konfliktu. Akcentuje zwłaszcza jego funkcje integracyjne i adaptacyjne. Konflikt, nawet gwałtowny i otwarty przyczynia się do podtrzymywania żywotności i elastyczności systemu społecznego.

Niemniej jednak, co zauważa H. Pietrzak<sup>26</sup>, funkcjonalne koncepcje konfliktu, a więc i koncepcja Cosera ujmują konflikt raczej jednostronnie, traktując go jako zło konieczne, które dobrze jest poznać, by móc nad nim zapanować. Pewnym ograniczeniem tychże koncepcji jest teoretyczna analiza czynników psychologicznych,

---

<sup>25</sup> L.A.Coser, *The Functions of social Conflicts*, Free Press of Glencoe, London 1956, za: H.Pietrzak, *Agresja, konflikt, społeczeństwo*, Tyczyn 2000, s. 86 i n.

<sup>26</sup> H. Pietrzak, *Agresja, konflikt, społeczeństwo*, op. cit., s. 88

bez uwzględniania badań z zakresu psychologii społecznej oraz wyjaśnienia dynamiki konfliktu.

L. Coser, jak wspomniano, jako jeden z nielicznych teoretyków konfliktu społecznego, dostrzega jego pozytywne i negatywne efekty<sup>27</sup>, podobnie zresztą czynią M. Gluckman czy klasyk socjologii G. Simmel, skupiając się przede wszystkim na pozytywnych aspektach konfliktowej sytuacji, które oznaczają dla nich możliwość podtrzymywania stabilności systemu społecznego.

Za pozytywne uznaje te rezultaty, które sprzyjają jednoczeniu grupy, przy czym ważne są dwie rzeczy: czego dotyczył spór oraz jaka jest struktura społeczna zbiorowości, w której problem miał miejsce. Założenie dotyczące wpływu struktury społecznej na pozytywne znaczenie konfliktu polega na tym, iż konflikty z reguły są korzystne dla struktur społecznych gdy po pierwsze są one wewnątrzstrukturalne, a po drugie gdy ich przedmiotem są interesy, wartości czy cele, które są różne ale nie pozostają w sprzeczności z założeniami leżącymi u podstaw owych stosunków społecznych.

Pozytywne aspekty konfliktów polegają zatem na tym, że:

- rozładowują napięcie między stronami konfliktu,
- budują i wzmacniają już istniejące więzi społeczne,
- umożliwiają natychmiastową i bezpośrednią artykulację konkurencyjnych żądań,
- są katalizatorami niezadowolenia społecznego,
- stabilizują strukturę społeczną, pod warunkiem jednak wzajemnej tolerancji stron i istnienia określonych ram instytucjonalnych i proceduralnych łagodzenia konfliktów,
- konflikty wewnątrzgrupowe przyczyniają się do utrzymywania lub przekształcania stanu równowagi sił, gdyż pozwalają na ocenianie sił antagonistycznych interesów w ramach danej struktury,
- ze względu na to, że proces konfliktowy wymaga zawierania różnego rodzaju paktów i koalicji, konflikty zmniejszają izolację społeczną jednostek i grup i przyczyniają się do powstawania często nowych rodzajów więzi, które w sytuacji bezkonfliktowej nie mogły być zostać nawiązane; ponadto wielość zawieranych sojuszków powoduje, że są one bardzo zróżnicowane, przez co zapobiegają tworzeniu się sojuszy przebiegających wzdłuż jednej tylko linii podziału.

---

<sup>27</sup> L. Coser, *Spoleczne funkcje konfliktu* [w:] W. Derczyński, A. Jasińska-Kania, J. Szacki, *Elementy teorii socjologicznych*, Warszawa 1975, s. 199 i n.

Również, jak podaje R. Walton<sup>28</sup>, konflikt może mieć pozytywne znaczenie dla samej jednostki, ponieważ może powodować wzrost motywacji i energii, które pozwolą na realizację zadań wyznaczanych przez system społeczny, może również sprzyjać innowacyjności jednostek oraz systemu, gdyż pojawiają się w jego trakcie różne punkty widzenia oraz potrzeba dokonywania ulepszeń. Ponadto pozytywnym wymiarem konfliktów jest krystalizacja poglądów danej jednostki - zaczyna ona lepiej rozumieć własne stanowisko, gdy zostaje niejako zmuszona do formułowania własnych poglądów i tworzenia argumentów służących poparciu określonego stanowiska. Oprócz tego każda ze stron może osiągnąć lepszą świadomość swej tożsamości, a także konflikty zewnętrzne mogą się przyczynić do uporania się z konfliktami wewnętrznymi jednostki.

Kontynuując wątek korzystnego wpływu konfliktów na jednostki czy grupy, zauważyć trzeba, że rozwiązywanie konfliktów przynosi wymierne rezultaty w sensie polityczno-społecznym - pomaga efektywnie uczestniczyć różnorodnym podmiotom w procesach demokratycznych. Istotą demokracji jest bowiem prowadzenie sporów, w których strony wyrażają swe racje, bronią ich i próbują znaleźć wspólne punkty i dochodzą do porozumienia. Takie podejście do konfliktu powoduje, że eksponowane są jego pozytywne funkcje: wzmacnia procedury demokratyczne, rozwija myślenie twórcze, rozwija umysł, kształtuje bardziej złożone myślenie moralne, buduje poczucie skuteczności, wzmacnia zaufanie do ludzi czy daje poczucie satysfakcji gdy uda się osiągnąć porozumienie.<sup>29</sup>

Wszystkie powyższe pozytywne aspekty konfliktów są możliwe, choć potrzebny jest do spełnienia jeden warunek: grupa, w której jest konflikt, nie powinna mieć zbyt ścisłej wewnętrznej więzi, która powoduje, że uczucia wzajemnej niechęci, nie mogąc zostać ujawnionymi, kumulują się, przyczyniając się do intensyfikacji konfliktu i wzrostu jego gwałtowności. Podobnie rzecz wygląda z konfliktami zewnętrznymi - jeśli biorą w nich udział grupy luźno ustruktrowane, otwarte, wtedy konflikt przyczynia się do rozładowania napięcia między stronami.

Zatem, posługując się słowami J. Muchy należy przyjąć założenie o pozytywnych funkcjach konfliktów. Gdyby bowiem stwierdzić, że konflikty pełnią wyłącznie funkcję

---

<sup>28</sup> za: A.J.DuBrin, *Praktyczna psychologia zarządzania*, Warszawa 1979, s. 381

<sup>29</sup> K. Skarżyńska, *Czym jest konflikt, op.cit.*, s. 11



negatywną, ponieważ powodują rozbijanie systemu społecznego, to trudno byłoby znaleźć uzasadnienie dla trwających systemów.<sup>30</sup>

### 1.1.3. Przyczyny konfliktów społecznych.

Generalnie przyczyny konfliktów można podzielić na obiektywne i subiektywne. Do przyczyn subiektywnych zalicza się te czynniki, które zależą od wiedzy i stanu emocji jednostki na którą mają wpływ uwarunkowania społeczne, choć często nie jest to uświadomione. Natomiast do czynników obiektywnych zaliczamy wszelkie mierzalne, możliwe do porównania wskaźniki, których zastosowanie pozwala przedstawić podłoże sporów.

Spośród subiektywnych przyczyn konfliktów na uwagę wyróżnić należy zwłaszcza te, które są właściwe dla większej liczby osób w społeczeństwie. Są nimi stereotypy, czyli uproszczone, bo dokonane na podstawie generalizacji i kategoryzacji, obrazy rzeczywistości. Najprościej mówiąc, stereotypy generują konflikty, ponieważ system stereotypów formuje pseudośrodowisko, w którym ludzie są zamknięci i oddzieleni od innych pseudośrodowisk, więc reakcje ludzkie nie są rzeczywistymi reakcjami na rzeczywistą sytuację lecz są odzwierciedleniem na zniekształcone pod wpływem stereotypów obrazy tkwiące w ludzkiej świadomości. Obrazy te są bardzo odporne na zmiany, jednostronne i sztywne. Nie bez znaczenia jest fakt, iż stereotypy wyznaczone są przez wartości stąd mają oceniający charakter.<sup>31</sup> Idąc dalej, można wskazać na prawidłowość, która cechuje wszelkie stereotypy. Jest nią selektywność czworakiego rodzaju: selektywność informacji (bierze się pod uwagę tylko potwierdzające się przypadki), selektywność interpretacji (zrozumienie obserwacji odbywa się przez pryzmat stereotypów), selektywną identyfikację (osoby i zjawiska ocenia się poprzez znane schematy) oraz selektywne wyjątki (to, co nie jest zgodne z obowiązującym schematem, postrzegane jest jako odstępstwo od normalności).<sup>32</sup>

Inną przyczyną konfliktów są potrzeby. Istnieje wiele różnych teorii dotyczących potrzeb ludzkich, ale w kontekście konfliktu badacze właściwie nie kwestionują wpływu jaki wywierają potrzeby na przyczyny konfliktów. Potrzeby mają biologiczne podłoże, są

---

<sup>30</sup> J. Mucha, *Konflikt i społeczeństwo: z problematyki konfliktu społecznego we współczesnych teoriach zachodnich*, Warszawa 1978, s. 30

<sup>31</sup> A. Adamus- Matuszyńska, *Współczesne teorie konfliktu społecznego*, Katowice 1998, s. 22 i n

<sup>32</sup> tamże, s. 26

wrodzonymi elementami, rodzajem podłoża, na którym kształtuje się osobowość człowieka. Nie ulega wątpliwości, że brak możliwości realizacji kluczowych dla jednostki potrzeb nasila agresję, przyczynia się do nieprawidłowego rozwoju, a także do powstawania poczucia krzywdy i niesprawiedliwości, prowadząc tym samym do konfliktów. Gdy potrzeby większej grupy osób nie mogą być realizowane wówczas może wystąpić konflikt społeczny o szerszym zasięgu. Stąd, jak twierdzi J. Burton, realizacja potrzeb jest istotnym elementem rozwoju jednostki, natomiast zaspokajanie potrzeb w społeczeństwie jest warunkiem harmonijnego rozwoju społecznego<sup>33</sup>.

Podobnie, bo podkreślając w wyjaśnianiu potrzeb jako uzasadnienia dla konfliktu ujmuje zagadnienie Johan Galtung, który zwraca uwagę na rolę podstawowych potrzeb jako niezbędnego składnika w rozwoju studiów nad konfliktami. Dla niego potrzebami podstawowymi, będącymi jedną z zasadniczych przyczyn konfliktów są takie potrzeby, które stanowią warunek konieczny, by dany podmiot funkcjonował jako istota ludzka. W przypadku, gdy osoba nie może zaspokoić owych potrzeb pojawia się dezorganizacja w jej funkcjonowaniu. I choć potrzeba ma wymiar jednostkowy, to niemożność jej realizacji powoduje skutki społeczne - mogą one przybrać dwie postaci: apatię, wycofanie z życia społecznego lub otwarty bunt, rewoltę. Tak więc niemożność zaspokojenia potrzeb jednostkowych jest miernikiem niewystarczającego poziomu zaspokojenia podstawowych potrzeb jednostek w danej sytuacji społecznej i historycznej.<sup>34</sup>

Powyższe wyliczenie nie jest wyczerpujące, niemniej porządkuje w pewien sposób motywy ludzkiego działania prowadzące do konfliktów. Poniżej zostanie zaprezentowana koncepcja M.Deutscha, która dotyczy współczesnego postrzegania konfliktów, z uwzględnieniem ich rodzajów, funkcji oraz obiektywnych i subiektywnych przyczyn.

---

<sup>33</sup> J.W. Burton, *Deviance. Terrorism and War: The Process of Solving Unsolved Social and Political Problems*, Oxford 1979, s. 79 i n za: <sup>33</sup> A.Adamus- Matuszyńska, *Współczesne teorie konfliktu społecznego*, Katowice 1998, s. 30

<sup>34</sup> tamże, s.33-34

## 1.2. Mortona Deutscha teoria współpracy i rywalizacji.

M. Deutsch jest cenionym badaczem konfliktów, emerytowanym profesorem Columbia University. Praktyczna realizacja poglądów Deutscha ma miejsce przede wszystkim w International Center for Cooperation and Conflict Resolution (ICCCR). Właściwie cała działalność naukowa Deutscha dotyczyła zagadnienia konfliktów, analizowanych z różnych płaszczyzn, z uwzględnieniem zwłaszcza współczesnych ich aspektów. Ustalenia Deutscha można zastosować do wyjaśniania wielu zjawisk konfliktowych we współczesnym świecie, także do ochrony zdrowia. Dlatego też warto je przybliżyć.

Teoria rywalizacji i współpracy tego znanego amerykańskiego psychologa, posiada dwa podstawowe założenia.

Po pierwsze dotyczy rodzajów wzajemnej zależności jakie mogą występować między dwoma celami - zależność może mieć wymiar pozytywny (co oznacza, że osiągnięcie określonego celu przez jedną osobę jest powiązane pozytywnie z celem drugiej osoby, czyli cel zostaje tu osiągnięty przez obie osoby), oraz negatywny, gdzie występuje negatywne połączenie - jeśli jedna osoba osiągnie cel, to nie osiągnie go druga osoba.

Po drugie kładzie nacisk na rodzaj działań podjętych przez osoby zaangażowane w osiągnięcie celu. Autor wyróżnia tu dwa rodzaje działań: skuteczne, czyli podnoszące szanse jednostki na osiągnięcie określonego celu oraz działania zmniejszające skuteczność osiągnięcia danego celu.<sup>35</sup>

Powyższe założenia dotyczą sytuacji, w której powiązane są cele różnych osób. Jednak warto zwrócić uwagę na fakt, że możliwe są również sytuacje, gdy nie istnieje powiązanie między osobami i ich dążeniami - osoby pozostają wówczas niezależne. Jest to o tyle istotne dla zagadnienia konfliktu, że nie powstają one wtedy, gdy nie występuje żadna forma współzależności między jednostkami czy grupami, jeśli mówimy o konflikcie międzygrupowym.

Deutsch wyjaśnia także w swej koncepcji mechanizm powstawania konfliktów, jako rezultat mechanizmów współpracy i rywalizacji. Twierdzi on, że aby doszło do wystąpienia powyższych mechanizmów łączyć się one muszą z trzema podstawowymi procesami społeczno-psychologicznymi: możliwością zastąpienia, postawą oraz możliwością nakłonienia.

---

<sup>35</sup>M. Deutsch, Współpraca i rywalizacja[w:] M. Deutsch, P.T. Coleman (red.), *Rozwiązywanie konfliktów*, op. cit., s.22.

Pokrótkie można powiedzieć, że mechanizm zastąpienia polega na tym, że inne osoby mogą z powodzeniem zrealizować cel jednostki zamiast niej samej, co jest podstawą funkcjonowania instytucji społecznych, społecznego podziału pracy oraz specjalizacji ról społecznych. Mechanizm ten zezwala na zaakceptowanie działań innych osób w zaspokajaniu własnych potrzeb jednostki.

Jeśli chodzi o postawę, to Deutsch definiuje ją jako pewną predyspozycję do reagowania w sposób wartościujący pozytywnie lub nieprzychylnie, na aspekty środowiska lub samego siebie. Człowiek posiada wrodzone predyspozycje do działania pozytywnego wobec korzystnych reakcji w stosunku do niego oraz negatywnego w przypadku wystąpienia sytuacji szkodliwych i niepożądanych. Oba rodzaje postaw prowadzą do współpracy lub do rywalizacji.

Trzecim elementem jest możliwość wywierania wpływu. Rozróżnić należy pozytywną i negatywną możliwość wywierania wpływu. Pierwsza z nich odnosi się do sytuacji, gdy akceptujemy wpływ innych osób, dzięki któremu modyfikują one nasze działania. Natomiast wpływ negatywny oznacza zachowania, w których osoba odrzuca lub przeszkadza w realizacji zamierzonych działań innym osobom lub osobie.<sup>36</sup>

Gdy już mamy do czynienia z sytuacją konfliktową może nastąpić jej eskalacja.

Deutsch wskazuje pewną grupę czynników wpływających na intensyfikację konfliktów: racjonalizacja post facto - angażujemy się w konflikty tylko dlatego, że już jesteśmy w nie uwikłani. Walczące strony ponoszą straty więc stosują coraz bardziej drastyczne metody walki, co jednak powoduje brak rzetelnej i bezstronnej oceny sytuacji - strony wyrażają mylne przekonanie, że zwycięstwo jest blisko, wystarczy tylko jeszcze jeden wysiłek by je osiągnąć, stąd nie rezygnuje z walki tylko chce się odegrać,

- redukcja dysonansu poznawczego - ludzie dążą do redukcji dysonansu wywołanego cierpieniem, stąd też cenią rzeczy, dla których ponieśli ofiary. Trudno jest odmawiać uzasadnienia dla sprawy, dla której poniosło się wiele wyrzeczeń i kosztów,
- „błędne koło strachu” - zakłada intensyfikację zagrożenia oraz przebiegu konfliktu poprzez następującą sekwencję zdarzeń: zagrożenie - skuteczna obrona - załamanie się skutecznej obrony - ponowne pojawienie się zagrożenia, gdzie każdy nowy cykl zagrożenia powoduje konieczność intensyfikacji obrony, a przez to eskalację działań konfliktowych,

---

<sup>36</sup> tamże, s. 22-23.

- „pułapka sytuacyjna” - spowodowana jest mylnym przekonaniem, że podjęcie radykalnego kroku opartego na wzmożonej formie agresji spowoduje wycofanie się przeciwnika. Nie bierze się pod uwagę, że przeciwnik także może nasilić agresję lub, że konflikt wymknie się spod kontroli i wywoła nieprzewidziane skutki<sup>37</sup>.

W koncepcji współpracy i rywalizacji pojawia się także rozróżnienie na rywalizację konstruktywną i destrukcyjną, gdzie podczas pierwszej z nich omawiane są różnice poglądów po to, aby je wyjaśnić, znaleźć odpowiednie rozwiązanie, zaś w przypadku drugiej zawsze musi istnieć wygrany i przegrany, nie ma integracji pomysłów, ocenia się i tworzy hierarchię osób w zależności od tego, jak podchodzą do wykonania określonych zadań.<sup>38</sup>

Podział na współpracę destrukcyjną i konstruktywną, a co za tym idzie podział na konflikty o tych samych wyznacznikach, jest nieostry, ponadto każdy konflikt zawiera elementy jednego i drugiego typu konfliktów. Niemniej jednak za konflikt konstruktywny uznaje się taki spór, „który zmniejsza lub likwiduje istniejące uprzednio sprzeczności i napięcia społeczne, a więc wpływa na wzrost efektywności współdziałania osób w nim uczestniczących, wzrost zaspokojenia ich konkretnych potrzeb bądź też doprowadza do bardziej racjonalnej i sprawiedliwej dystrybucji dóbr, uprawnień lub obowiązków w grupie społecznej.”<sup>39</sup>

Za H. Assael można wskazać najważniejsze cechy konstytutywne konfliktu konstruktywnego:

- jest on efektem krytycznych nieprawidłowości tkwiących w określonej sytuacji,
- tworzy bazę dla formułowania racjonalnych programów, za jego pomocą krystalizują się interesy,
- prowadzi do sprawiedliwego podziału dóbr i wyrównania szans dla różnych stron biorących udział w sporze,
- uruchamia lub prowadzi do ulepszenia mechanizmów kontroli społecznej oraz przyczynia się do rozładowania napięć społecznych,

---

<sup>37</sup> M. Deutsch, *The Resolution of conflict*, op.cit., s.356, za: M. Białyszewski, *Teoretyczne problemy*, op.cit., s. 78-79

<sup>38</sup> J.w. s, 27-28

<sup>39</sup> H. Białyszewski, *Teoretyczne problemy sprzeczności i konfliktów społecznych*, Warszawa 1983, s. 47

- doprowadza do wykształcenia się sytuacji nowej równowagi w systemie społecznym.<sup>40</sup>

Deutsch proponuje również w odniesieniu do konstruktywnego sposobu rozwiązywania konfliktów, następujące wartości, które przyczyniają się do tego, by osiągnąć porozumienie mimo znacznych różnic poglądów. Zasadami tymi są:

- wzajemność - w przypadku sytuacji konfliktowej, oznacza ona, że należy stronę przeciwną traktować uczciwie i z szacunkiem, tak, jak samemu chciałoby się być traktowanym. Jest to normatywna reguła, sankcjonowana przez kulturę, zakładająca unikanie nieodpowiedzialności, nieuczciwości, przemocy;
- równość - zakłada, że wszystkie strony konfliktu powinny być traktowane sprawiedliwie i z szacunkiem oraz przy uwzględnieniu potrzeb drugiej strony. Zasada równości oznacza także prawo do wyrażania własnych poglądów, wolność sumienia czy wolność do swobodnego podejmowania decyzji;
- wspólnota społeczna - polega na konieczności uświadomienia sobie, że należymy do pewnej szerszej społeczności, która także posiada swe cele i prawidłowości funkcjonowania i musi istnieć mimo oczywistych różnic między jej członkami;
- prawo do mylności - mówi ono, że strony zaangażowane w konflikt powinny być rozsądne w swym postępowaniu. Z kolei rozsądek oznacza w tym przypadku uświadomienie sobie, że wyrażane przez nas sądy i wydawane opinie mogą być mylne co jest rezultatem odmiennych światopoglądów;
- niestosowanie przemocy - najkrócej mówiąc polega na rezygnacji z wymuszania w celu osiągnięcia określonego założenia.<sup>41</sup>

W swych rozważaniach Deutsch analizuje także przyczyny sporów i wskazuje na następujące typy spraw konfliktowych:

- kontrola nad zasobami materialnymi, jak i niematerialnymi - sytuacji, gdy dobrami są zainteresowane różne strony, a jedna ze stron dąży do wyłącznego posiadania danego dobra lub chce zagarnąć znaczną część dóbr, które są cenione także przez inne strony, wybuchnąć może konflikt,

---

<sup>40</sup>H. Assael, Constructive Role of Interorganizational Conflict {w;} Administrative Science Quarterly, nr 14/1969 za: H. Białyszewski, Teoretyczne problemy sprzeczności i konfliktów społecznych, Warszawa 1983, s. 47-48.

<sup>41</sup> M. Deutsch, op.cit., 34-35

- preferencje i niechęci - konflikt w tym przypadku może być wywołany przez odmienne upodobania, zamięłowania, gusta; zazwyczaj dochodzą w tej sytuacji do głosu także emocje,
- wartości - mamy tu do czynienia z sytuacją, gdy strony mają odmienne poglądy na temat tego, jak być powinno,
- wiara i przekonania - spory dotyczyć mogą odmiennych sposobów widzenia rzeczywistości, faktów, informacji czy przekonań z nią związanych.
- natura związków między stronami - partnerzy pozostający w związku mogą mieć różne oczekiwania i poglądy co do charakteru ich związku.<sup>42</sup>

Ponadto jeśli chodzi o relacje międzygrupowe, Deutsch dostrzega przyczyny konfliktów w częstych kontaktach grup przy jednoczesnych widocznych różnicach między grupami. Czynnikiem konfliktotwórczym jest także rywalizacja międzygrupowa oraz procesy zmian. Jest to o tyle istotne, że zmiana dla badacza jest przyczyną destabilizacji układów interesów, a także wywołuje zakłócenia w strukturze władzy i pozycji jednostek, a więc znacząco przyczynia się do wystąpienia konfliktu.<sup>43</sup>

Uwarunkowaniami (powstanie, przebieg, zakończenie) konfliktu wg Deutscha są następujące czynniki:

- ✓ charakterystyki osobowościowe uczestników konfliktu, w ich skład wchodzi zarówno możliwości intelektualne, psychiczne, aspiracje, motywacje, jak i umiejętności społeczne czy wyznawany system wartości,
- ✓ rodzaj relacji między stronami - wzajemna percepcja, oczekiwania, oceny, bliskość emocjonalna.

Istotna jest także natura spraw leżących u podłoża konfliktu czyli jak duże znaczenie ma przedmiot sporu dla stron konfliktu.

Na uwarunkowania konfliktu wpływa też otoczenie społeczne, a zwłaszcza normy społeczne, które w bezpośredni sposób wpływają na uczestników, a tym samym na przebieg konfliktu. Ważne jest także czy w danym społeczeństwie istnieją instytucjonalne formy regulacji konfliktów.

Ważną rolę odgrywają także widzowie - koncepcja trzeciej strony<sup>44</sup> (por. niżej).

---

<sup>42</sup> K.Balawajder, *Komunikacja, konflikty*, op.cit., ,s.94

<sup>43</sup> tamże, s.96

<sup>44</sup> tamże, ,s.103-104

Precyzując natomiast pojęcie konfliktu destrukcyjnego należy zwrócić uwagę na to, iż jego cechą charakterystyczną jest zakotwiczenie owego konfliktu w specyficznym stanie umysłu człowieka, który polega na tym, że jednostka jest nastawiona na walkę.

Można wskazać pewne specyficzne stany umysłu właściwe dla sytuacji konfliktu destrukcyjnego.<sup>45</sup>

Po pierwsze - osoby zaangażowane w konflikt destrukcyjny niezachwianie wierzą we własne racje i własną nieomyłność. Występuje tu wzajemne umacnianie się w jedynie słusznej ideologii, następuje autogloryfikacja własnej osoby lub grupy, jeżeli mamy do czynienia z konfliktem grupowym, natomiast oponenti są albo pomijani i ignorowani, jako ci, którzy nic nie wiedzą lub też stara się ich przekonać do własnych, jedynie poprawnych racji.

Po drugie - konfliktowi destrukcyjnemu towarzyszy określony sposób postrzegania przeciwników, polegający głównie na wrogim nastawieniu do nich. Nie występują tu choćby próby zrozumienia przeciwnika, ponieważ wychodzi się z założenia, że nie mają oni po prostu żadnej racji. Są to obcy, nie przynależący do naszej grupy, przekupieni, omamieni przez różnego rodzaju podżegaczy. Wrogości wobec oponentów towarzyszy także przekonanie o tym, że są oni nosicielami gorszych zasad moralnych, a często przeświadczenie, że ich w ogóle nie posiadają. W skrajnych przypadkach konflikt powoduje dehumanizację przeciwnika, którego po pozbawieniu cech ludzkich można bezwzględnie zwalczać, odmawiać mu wszelkich praw.

Po trzecie - zmianie ulega stosunek do siebie i swoich. Wyraża się on poprzez gotowość do poświęceń wobec osób wyznających te same poglądy. Nie obawiamy się ofiar, które mogą się pojawić w sytuacji zaostrzenia konfliktu, nawet odczuwana jest duma z tego, że podejmowane są działania zagrażające zdrowiu i życiu.

Po czwarte - nie uznaje się kompromisów czy stanowisk pośrednich. Jest to rezultatem postrzegania oponentów jako wrogów - skoro nimi są, nie mogą mieć dobrych intencji, więc ich cele są podejrzane. Jeśli jednak uwierzymy w ich dobrą wolę to i wówczas może się pojawić przekonanie o naiwności strony przeciwnej, która nie dostrzega realnego wymiaru sytuacji. Niechęć do zawierania kompromisów wynika w dużej mierze z tego, że osoby zaangażowane w konflikt chętniej sięgają po przemoc i czynny atak niż rzeczowe dyskusje. Uproszczeniu ulega też sytuacja, w której znajdują się zwaśnione strony. Stan rzeczy, jakiego domagają się przeciwnicy jest zły i nie można go naprawić,

---

<sup>45</sup> J. Reykowski, *Logika władzy*, op. cit., s. 104-106.



więc trzeba go zniszczyć lub udaremnić jego stworzenie. W sytuacjach tego typu występuje zazwyczaj również zubożenie intelektualne, polegające na niezdolności do konstruktywnego myślenia.

Ważne wydaje się w tym momencie podsumowanie J. Rejkowskiego: "Wszystkie opisane tu procesy nie zachodzą u obcych, dalekich nam ludzi- w innych krajach, w innych epokach, lecz dzieją się wokół nas i w każdym z nas"<sup>46</sup>. Stąd nie można powiedzieć, że konflikt dotyczy jedynie osób nieokrzesanych, niekulturalnych, tych którzy nie radzą sobie w trudnych sytuacjach bez użycia siły. Nie jest to prawdą i choć nie u wszystkich natężenie wrogości ma jednakowy wymiar, to nie można zaprzeczyć, że istnieje będąc przyczyną do wielu niepotrzebnych form walki.

Kontynuując wątek konfliktu destruktywnego należy zwrócić uwagę także na jego inne niż wymienione powyżej konsekwencje. Otóż konflikt destruktywny zazwyczaj bardzo szybko się rozprzestrzenia. Dzieje się tak na skutek tego, że najczęściej u jego podstaw tkwią nieracjonalne przesłanki, oparte na emocjonalnych, a nie rzeczowych racjach.

Nie bez znaczenia jest też fakt, że konflikt destruktywny rzadko zostaje rozwiązany w całości, ale przygasa na pewien czas i wybucha znowu, często przenosi się z płaszczyzny realnej na symboliczną<sup>47</sup>, co powoduje, że w sprzyjających okolicznościach może się przerodzić z powrotem w czynną walkę.

Konflikt destruktywny, jak wspomniano, musi posiadać strony wygrane i zwyciężone. Jest to sytuacja niekorzystna jeśli chodzi o rokowania na przyszłość. Zwycięzcy są traktowani z niechęcią, podejrzliwie jak ci, którzy sprzeciwiali się głoszonym przez zwycięzcom hasłom. Grupy będące po przeciwnych stronach konfliktu polaryzują się i wzajemnie oskarżają i ignorują. Nie potrafią się ze sobą porozumieć co grozi kolejnym wybuchem konfliktu.

---

<sup>46</sup> tamże, s. 106

<sup>47</sup> tamże, s. 107

### 1.3. Koncepcja trzeciej strony w konfliktach

Nawiązując do ustaleń zawartych w poprzednim podrozdziale, stwierdzić należy, że rozwiązywanie konfliktu może przybrać różną postać. Z pewnością czynnikiem różnicującym jest możliwość użycia siły, jako oręża w rozwiązywaniu sporów lub negocjacji, jako pokojowej metody. Z konfliktu można się także wycofać, uciec lub zaakceptować sytuację konfliktową co oznacza po prostu przyzwyczajenie się do konfliktu.. Najczęstszą formą rozwiązania konfliktu niegdyś było zniszczenie czy podbicie przeciwnika, natomiast współcześnie promowane są proceduralne rozwiązania.

Do rozwiązań proceduralnych za Bouldingiem, zaliczyć możemy 3 formy: pojednanie, kompromis oraz przyznanie racji jednej ze stron. Gdy przedmiotem sporu nie są jakieś szczególnie istotne dla funkcjonowania danej zbiorowości kwestie, pojednanie jest najkorzystniejszą metodą rozwiązania. Kompromis natomiast według tego badacza, uzyskać można poprzez przetarg, który stawia na korzystnej pozycji słabsza siłę, która nie posiadając dużej siły przetargowej, niczym nie ryzykuje właśnie w trakcie przetargów. Ostatnim mechanizmem pokojowego rozwiązania sporu jest mediacja z udziałem trzeciej strony.<sup>48</sup>

Termin „trzecia strona” jest używany na określenie tych uczestników konfliktu, którzy nie są jego głównymi podmiotami. Jak wynika z praktyki społecznej trzecia strona może pozytywnie wpływać na konflikt, nakłaniając uczestników do osiągnięcia porozumienia poprzez aktywne wskazywanie możliwych rozwiązań lub poprzez bycie życzliwym obserwatorem, który obiektywnie patrzy na przedmiot sporu.

Niestety jest możliwa także destruktywna rola trzeciej strony, gdy mamy do czynienia ze świadkiem, który podsyca konflikt jawnie lub dzięki zastosowaniu subtelnych metod, manipulacji czy pozorowanej chęci udzielenia pomocy skonfliktowanym stronom. Zazwyczaj właśnie w takich momentach trzecia strona nie występując otwarcie jako podmiot konfliktu zamierza osiągnąć jakiś własny, partykularny cel kosztem innych w myśl powiedzenia” gdzie dwóch się bije, tam trzeci korzysta”.

Powyższe tezy znajdują swoje potwierdzenie w badaniach empirycznych.<sup>49</sup> J. Bernard zaobserwowała, że bardzo rzadko konflikt ogranicza się jedynie do dwóch głównych, obserwowalnych stron konfliktu. Prawie zawsze pojawia się, jak wspomniano „trzeci ktoś”, kto nie ponosząc kosztów walki realizuje własne interesy. Mamy do czynienia z sytuacjami, gdy trzecia strona prowokuje konflikt, może go także zaostrzać

---

<sup>48</sup> J. Mucha, *Konflikt i społeczeństwo*, s. 169 i n.

<sup>49</sup> J. Królikowska, „Trzecia strona” konfliktu społecznego[w:] „Studia socjologiczne” 2/1993

i przedłużać. Trzecia strona przyjmuje rolę demonicznego prowokatora czerpiącego korzyści z unicestwienia lub osłabienia stron konfliktu.

Innym badaczem zajmującym się wpływem trzeciej strony na przebieg konfliktu był T. Caplow, który uważał, że pomijanie w analizach widzów czy obserwatorów sporu jest poważnym błędem, gdyż to właśnie te podmioty powodują przekształcanie sytuacji konfliktowej, stając się czymś zwolennikiem lub przeciwnikiem, co bez wątpienia wprowadza zmiany do procesu konfliktu.

J. Królikowska, posługując się wynikami badań empirycznych, prezentuje także pewne cechy charakterystyczne trzeciej strony gdy jest ona uczestnikiem procesu konfliktowego. Dostrzeżono następujące prawidłowości<sup>50</sup>:

- udział trzeciej strony w konflikcie nie jest przypadkowy, o uczestnictwie decydują cechy danej osoby, grupy. Cechy te są istotne z punktu widzenia stron konfliktu i jeśli nastąpi sytuacja, w której wytypowana trzecia strona nie wykaże zadawalających predyspozycji, to wówczas adwersarze nie zgadzają się na jej udział i nawet gdyby konflikt się przeciągnął i zaostrzył nie zgadzają się na uczestnictwo instytucji mniej sprawnej niż oni sami,
- podstawowym czynnikiem doboru trzeciej strony jest przekonanie, że posiada ona większą wiedzę na temat toczącego się konfliktu niż pozostałe strony. Dodatkowym atutem mogą się okazać udane interwencje z minionych konfliktów,
- gratyfikacja obiecywana trzeciej stronie za udział w postępowaniu nie jest dla niej czymś niezbędnym, mimo, że może przynieść jej pewne korzyści. Dlatego też istotne jest by nie kierować do trzeciej strony grózb czy obiecywać zbyt dużych korzyści, gdyż tak naprawdę tym, co powinno skłaniać osoby do występowania jako trzecia strona jest działanie na rzecz wspólnego, nadrzędnego dobra, które w przypadku nierozwiązania konfliktu może być zagrożone,
- trzecia strona powinna być bezwarunkowo bezstronna, jednakowo lojalna wobec wszystkich uczestników sporu. Może być jednak zwolenniczką jakiegoś stanowiska, gdyż nie jest wskazane by była obojętną wobec przebiegu i rezultatu konfliktu. Wymaga się także lojalności, prawdomówności i szczerości intencji oraz sprecyzowanej wizji optymalnego rozwiązania sporu - w takim przypadku strony wiedzą ile mogą zyskać a ile stracić gdy zastosują się do rad trzeciej strony,

---

<sup>50</sup> tamże,

- trzecia strona musi się legitymować określoną siłą, jednak nie o materialnym wymiarze lecz siłą autorytetu, dzięki której będzie potrafiła pobudzić lub powstrzymać strony od działania przy pomocy jedynie słownych argumentów. Powinna przeciwstawiać się skutecznie eskalacji wrogości i ewentualności wzajemnego wyniszczenia stron,
- podstawą funkcjonowania trzeciej strony jest wyraźne określenie przez nią swej tożsamości - musi mieć jasne i wyraźnie określone zasady moralne i posiadać stabilny system wartości dający się zauważyć poza sytuacją konfliktową. Cechy te przenoszone są później na proces konfliktowy co polega na tym, że trzecia strona traktowana jest jako podmiot godny zaufania, stając się substytutem pożądaných wartości, które mogą być przenoszone na przeciwnika w konflikcie,
- możliwe są trzy rodzaje interwencji podejmowanych przez trzecią stronę: merytoryczna (sprecyzowanie przedmiotu sporu i określenie relacji występujących między jego uczestnikami), proceduralna (wybór i prezentacja technik negocjacji oraz dbałość o ich prawidłowy przebieg),
- interwencja trzeciej strony nie ma miejsca od początku trwania konfliktu lecz włącza się ona w konflikt w jego początkowej fazie, gdy nie doszło jeszcze do eskalacji sporu, czyli nie zaczęła się walka.

Nawiązując do ustaleń z rozdziału 1.2. zasadnym wydaje się przyjęcie założenia, że udział *trzeciej strony* jest ponadto sposobem na rozwiązanie konfliktu w sposób konstruktywny. Według Rejkowskiego<sup>51</sup>, trzecia strona, jeśli posiada prestiż i cieszy się powszechnym zaufaniem oraz jeśli jej autorytet jest uznawany przez strony konfliktu może być dobrą siłą służącą rozwiązaniu konfliktu. Trzecia strona jest powszechna i z powodzeniem stosowana obecnie na przykład w mediacjach i arbitrażu, co dowodzi słuszności tezy Deutscha sprzed kilkadziesiąt lat. Przy czym warto poczynić jedno zastrzeżenie. Jak słusznie zauważa J. Rejkowski, trzecia strona to nie jest trzecia siła. Trzecią siłą jest bowiem ktoś, kto realizuje własne cele w sytuacji, gdy adwersarze są zaangażowani w konflikt, nie jest też kimś, kto ocenia strony. Kluczową funkcją trzeciej strony jest pomoc w odnajdywaniu płaszczyzn, które pozwolą dojść do satysfakcjonujących strony uwikłane w konflikt.

---

<sup>51</sup> J. Rejkowski, *Logika władzy* op. cit., s. 114.

Trzecia strona podejmować może dwojakiego rodzaju działania: interweniować na zasadzie osądu, które to podejście zmierza do stłumienia różnic między uczestnikami sporu oraz na zasadzie, która polega na dociekaniu przyczyn tkwiących u podłoża konfliktu. Tak więc podstawową rolą trzeciej strony jest zachęcanie stron by odważnie wyrażały swe poglądy wobec sytuacji konfliktowej zamiast skupiać się na wygładzaniu powierzchownych różnic.<sup>52</sup>

Współczesne opracowania dotyczące charakterystyki konfliktu jako zjawiska społecznego oraz prezentujące sposoby jego najbardziej optymalnego rozwiązania zawierają w większości odniesienia do koncepcji trzeciej strony. Zagadnienie to dość szczegółowo analizuje W. L. Ury w popularnym poradniku „Dochodząc do zgody”<sup>53</sup>. Publikacja ta w znacznej mierze jest poświęcona rozwiązywaniu konfliktów właśnie przy udziale trzeciej strony. Pokrótce można przedstawić najważniejsze tezy tegoż opracowania.

Po pierwsze Ury będąc antropologiem wychodzi z założenia, że żaden spór nie występuje w społecznej próżni, zawsze znajdują się jacyś obserwatorzy czy to w postaci członków rodziny, znajomych, sąsiadów, sojuszników czy przeciwników. Jest to spostrzeżenie oczywiste, jednak często pomijane w dywagacjach dotyczących stron konfliktu. Dzieje się tak głównie na skutek powszechnego przekonania, że angażowanie się w spór, którego przedmiot bezpośrednio nas nie dotyczy, jest zwykłym wtrącaniem się w nie swoje sprawy.

Po drugie, co jest konsekwencją powyżej przyjętego założenia, Ury twierdzi, że konflikt, niezależnie od jego rodzaju, istnieje w społeczności, która jest trzecią stroną konfliktu. Otaczająca nas społeczność jest dla niego rodzajem naczynia, którego rola jest znacząca, gdyż rozgrywa się w nim konflikt, a bez społecznego udziału może się ów konflikt przekształcić w destrukcyjną siłę.

Po trzecie, można sprecyzować zakres podmiotowy trzeciej strony. I tak trzecią stroną nazywać należy ludzi z danej społeczności, którzy posługują się pewnym rodzajem siły osób o równym statusie. Siła ta wykorzystywana jest z perspektywy wspólnego interesu i polega na wspieraniu procesu dialogu, niestosowaniu przemocy oraz na staraniach by zrealizować określony cel jakim jest potójna wygrana.

Po czwarte, trzecia strona nie jest osobą czy instytucją, która dominuje nad pozostałymi stronami konfliktu. Jest ona bardziej pojawiającą się wolą członków określonej

---

<sup>52</sup> A.J.DuBrin, *Praktyczna psychologia zarządzania*, op.cit., s.392-393

<sup>53</sup> W.L. Ury, *Dochodząc do zgody*, op .cit., s. 36 i n.

wspólnoty, nie zaś wolą jakiegoś odgórnego gremium. Jej uprawomocnieniem jest siła osób, którzy ją tworzą, co jest spowodowane tym, że posiadają one równy status społeczny.

Po piąte, jak wspomniano, trzecia siła rezygnuje z użycia przemocy zastępując ją siłą perswazji. Odwołuje się tylko do norm obowiązujących w danej społeczności i uwidacznia argumenty naświetlające wspólne interesy.

Po szóste, niewątpliwą zaletą trzeciej strony jest fakt, że poszerza perspektywę, nadając nowe spojrzenia na dany problem. Zazwyczaj przedmiot sporu ograniczany jest do stanowisk adwersarzy w konflikcie, prezentujących jedynie argumenty za i przeciw. A perspektywa trzeciej strony poszerza ilość punktów widzenia, kładzie nacisk na wspólne interesy, które w ostatecznym rezultacie okazują się być ważniejsze niż różnice.

Po siódme, ważne jest kto tworzy trzecią stronę. Najskuteczniejszą konfiguracją wydaje się wariant, gdy trzecią stroną jest para osób reprezentująca obie strony zaangażowane w konflikt. Gdyby występowały osobno nie byłyby postrzegane jako neutralne, zaś w przypadku gdy występują razem wydają się lepiej zrównoważeni. Poza tym osoby te pochodzą z wewnątrz konfliktu, co powoduje że znają jego przebieg i zakres. Stąd też zwiększa się prawdopodobieństwo, że będą się starały doprowadzić do ostatecznego rozwiązania konfliktu.

Jak wynika z powyższych założeń, tylko udział trzeciej strony zapewnić może konstruktywne rozwiązanie konfliktu. Wszystkie powyższe reguły są ważne, choć na jedną z nich należy zwrócić szczególną uwagę - na zasadę dotyczącą wspólnoty społecznej. Z praktyki społecznej wynika bowiem, że najczęściej spory rozwiązuje się uwzględniając jedynie strony konfliktu, pomijając jego społeczny kontekst. Tymczasem ważne jest podejście systemowe, dostrzegające wzajemne relacje między elementami tworzącymi pewną całość. Stąd też istotna wydaje się kwestia dostrzeżenia ogólnospołecznego dobra, choć pojecie to jest nieostre i zauważa się oczywiste trudności z jego opercjonalizacją.

Koncepcja trzeciej strony nie jest postrzegana jednakowo pozytywnie przez wszystkich badaczy. Szczególne wątpliwości budzi odwoływanie się do woli wspólnego zwierzchnika jako trzeciej strony. Strategia ta polega na zastosowaniu werdyktu zwierzchnika w jakiejś organizacji, który decyduje kto ma rację. Mechanizm ten jest rodzajem narzucania woli przez trzecią stronę, która jest neutralna w sporze. Jednak, jak zauważa A. Du Brin, „Gdy wspólny zwierzchnik podejmie decyzję, strona która przegrała w konflikcie, może uważać, że decyzja ta do niczego jej nie zobowiązuje, bo jest błędna.

Taki sposób rozwiązywania konfliktów niewiele różni się od decydowania przez rodziców, kto ma rację, gdy dwoje dzieci walczy o posiadanie tej samej zabawki. Żadna strona niczego nie uczy się z takiego rozwiązania konfliktu(...) <sup>54</sup>,

W odniesieniu do strategii rozwiązywania konfliktów warto rozważyć także pojęcie konstruktywnego sporu, który prowadzi do kreatywnego rozwiązywania problemu. Konstruktywny spór jest formą dyskusji na temat wad i zalet proponowanych rozwiązań i ma prowadzić do osiągnięcia porozumienia. Jest on zazwyczaj przedstawiany w perspektywie porównawczej do takich sposobów rozwiązywania sporów jak: debata, poszukiwanie zgodności czy procesy indywidualistyczne. Wydaje się, że jedynie konstruktywny spór jest w stanie zapewnić odpowiedni poziom dialogu między partnerami, ponieważ w debacie mamy do czynienia z dwiema przeciwstawnymi stronami, przedstawiającymi swe stanowiska zaś później to sędzia typuje spośród nich zwycięzcę, w mechanizmie poszukiwania zgodności podmioty powstrzymują się od dyskusji by uniknąć kłótni, konfliktów; członkowie grupy za wszelką cenę pragną zachować harmonijne stosunki, unikając tym samym realistycznej oceny alternatywnych idei i działań, natomiast tendencje indywidualistyczne polegają na tym, iż osoby pracują same, bez wchodzenia we wzajemne relacje, w sytuacjach, gdy ich własne cele nie są związane z celami pozostałych członków grupy. <sup>55</sup>

---

<sup>54</sup> A.J.DuBrin, *Praktyczna psychologia zarządzania*, op.cit., s.389

<sup>55</sup> D.V.Johnson, R.T.Johnson, D.Tjosvold, *Konstruktywny spór. Wartość intelektualnej opozycji* [w:] M.Deutsch (red.), op .cit., s. 66,68

<b>Konstruktywny spór</b>	<b>Debata</b>	<b>Poszukiwanie zgodności</b>	<b>Procesy indywidualistyczne</b>
Klasyfikowanie i organizowanie informacji w celu wyciągnięcia wniosków.	Klasyfikowanie i organizowanie informacji w celu wyciągnięcia wniosków.	Klasyfikowanie i organizowanie informacji w celu wyciągnięcia wniosków.	Klasyfikowanie i organizowanie informacji w celu wyciągnięcia wniosków.
Prezentowanie, popieranie, dopracowanie stanowiska i racjonalnych uzasadnień.	Prezentowanie, popieranie, dopracowanie stanowiska i racjonalnych uzasadnień.	Prezentowanie, popieranie, dopracowanie stanowiska i racjonalnych uzasadnień.	Brak ustnego określenia stanowiska.
Zakwestionowanie przez przeciwne stanowisko, prowadzące do konfliktu konceptualnego i niepewności co do prawidłowości własnych przekonań.	Zakwestionowanie przez przeciwne stanowisko, prowadzące do konfliktu konceptualnego i niepewności co do prawidłowości własnych przekonań.	Zakwestionowanie przez przeciwne stanowisko, prowadzące do konfliktu konceptualnego i niepewności co do prawidłowości własnych przekonań.	Obecność tylko jednego punktu widzenia prowadząca do wysokiej pewności co do prawidłowości własnego stanowiska.
Ciekawość poznawcza, motywująca aktywne poszukiwanie nowych informacji perspektyw.	Odrzucenie przeciwnych informacji i perspektyw z powodu braku otwartości.	Uświadomienie sobie różnic i spowodowane brakiem otwartości przywiązanie do własnego punktu widzenia.	Kontynuacja wysokiej pewności na temat własnego stanowiska.
Przeformułowanie, synteza, integracja.	Spowodowane brakiem otwartości przewiązanie do własnego punktu widzenia.	Szybki kompromis przyjmujący dominujący pogląd.	Przywiązanie do własnego punktu widzenia.
Wysokie osiągnięcia, pozytywne relacje, zdrowie psychiczne.	Umiarkowanie osiągnięcia, relacje, zdrowie psychiczne.	Niskie osiągnięcia, pozytywne relacje, zdrowie psychiczne.	Niskie osiągnięcia, pozytywne relacje, zdrowie psychiczne.

**Tabela 3. Rodzaje konfliktu intelektualnego**, za: D.V.Johnson, R.T.Johnson, D.Tjosvold, Konstruktywny spór. Wartość intelektualnej opozycji [w:] M.Deutsch (red.), op.cit., s. 67

Rozwiązanie konfliktu powinno powodować zmianę w danej sytuacji. Przy czym zmiana ta może dotyczyć różnych aspektów przedmiotu określonego konfliktu. Definiując zmianę jako przekształcenie sytuacji, spowodowanie, że coś stanie się inne, będzie miało inną formę, inny kształt, wskazać można na to, iż w kontekście konfliktu jest ona rezultatem zarówno konstruktywnego, jak i destrukcyjnego konfliktu.

Szczególnie przydatna w prezentacji zmian wynikających z konfliktu, wydaje się być klasyczna koncepcja procesu zmiany autorstwa K. Lewina. Autor ów zakłada linearny sposób przeprowadzania zmiany, przebiegające wg schematu rozmrożenie -



wprowadzenie zmiany - ponowne zamrożenie. Rozmrożenie, jest tu rozumiane jako początkowy etap w procesie zmiany. Polega na przygotowaniu się do zmiany, wykształceniu gotowości do niej, rozwijaniu świadomości potrzeby zmiany. Następnym krokiem jest wprowadzenie zmiany, czyli powzięcie danego działania, które przenosi system społeczny na nowy poziom. Ostatnim elementem całego procesu jest ponowne zamrożenie, polegające na podejmowaniu działań, które spowodują, że nowe zachowania i postawy przyjmą się w systemie i zostaną spopularyzowane.<sup>56</sup>

Jednak przy omawianiu koncepcji zmiany Lewina, nie należy zapominać, że nie jest ona jedynie prostym procesem, który jest możliwy do przeprowadzenia bez znajomości kontekstu społecznego. Mechanizm zmiany w tym znaczeniu może być pobudzany przez siły napędowe oraz spowalniany przez siły hamujące działające na system społeczny. Aby szybciej i skuteczniej wprowadzić pożądane zmiany należy minimalizować siły hamujące, które bronią istniejącego stanu rzeczy.

Stąd też przy omawianiu sił spowalniających lub przyspieszających mechanizm zmian, należy zwrócić uwagę na kwestię motywacji i zaangażowania w zmiany. Motywacje są tu o tyle istotne, że konflikt jest wyrazem rozbieżności między stanem obecnym a przyszłym, pożądanym, gdzie pierwotny schemat działania nie jest już korzystny, a nie ma jeszcze wypracowanego schematu przyszłego, adekwatnego do nowej sytuacji. Poza tym nie należy pomijać utrudnień związanych z oporem, jaki pojawia się przeciwko zmianie i jest naturalnym elementem procesu wprowadzania czegoś nowego do systemu.

M. Sherif, psycholog społeczny, sformułował najmniej kwestionowaną bodajże tezę, że rozwiązanie konfliktu jest możliwe głównie dzięki zaistnieniu sytuacji, w której dla obu przeciwstawnych sobie stron pojawi się wspólny, ważny cel, niemożliwy do osiągnięcia siłami jednej tylko strony.<sup>57</sup>

Oczywistym sprecyzowaniem powyższego stwierdzenia dla wielu będzie przyjęcie założenia, że wspólnym celem może być wspólny wróg, zagrożenie, które dotyczy obu stron konfliktu. Jednak okazuje się w rzeczywistości, że podejście takie koliduje zazwyczaj z normami moralnymi powszechnie obowiązującymi i nie stanowi konstruktywnego rozwiązania.

---

<sup>56</sup> E. C. Marcus, *Konflikt i proces zmiany* [w:] M. Deutsch, P.T. Coleman, op.cit., s. 363 i n.

<sup>57</sup> J. Reykowski, *Logika władzy*, op. cit., s. 112

Stąd też istotne jest przyjęcie stanowiska, że mianem ważnego celu dla stron konfliktu określać będziemy cel, który: rzeczywiście jest ważny, czyli jest wysoko ceniony; jest wyraźny, co oznacza że jest łatwo dostrzegalny; jest aktualny, czyli wymagający podjęcia natychmiastowych działań. Ponadto, co wydaje się szczególnie ważne, powinno istnieć przekonanie, że ów cel można osiągnąć jedynie wspólnymi siłami.<sup>58</sup> Dopiero bowiem, gdy strony konfliktu zaakceptują konieczność wspólnego wypracowywania kompromisu, jest możliwe dojście do zgody.

#### 1.4. Strategie rozwiązywania konfliktów

Dlaczego tak trudno rozwiązuje się konflikty? Pytanie to dla wielu pozostaje wciąż bez odpowiedzi. Dzieje się tak być może dlatego, że wciąż popularne są stereotypowe przekonania dotyczące konfliktów. Do najczęściej przytaczanych należą stwierdzenia:

- „W sytuacjach kryzysowych nie ma innego sposobu” - w przypadku wystąpienia niezgody nie ma innego sposobu na rozwiązanie patowej sytuacji jak tylko walczyć lub poddać się. Walka, nieistotne za pomocą jakich narzędzi będzie toczona, stanowi ostateczną instancję rozstrzygającą;
- „Poza tym taka jest ludzka natura. Ludzie zawsze walczyli i zawsze będą to robić” - życie sprowadza się do walki, przemoc jako sposób rozwiązywania konfliktów jest wpisana w naturę człowieka więc nie da się jej uniknąć;
- „Jeden człowiek i tak nie może niczego zrobić” - lepiej nie angażować się w konflikt nas nie dotyczący, pozostając z boku nie zaszkodzimy sobie.<sup>59</sup>

Ponadto, wracając do specyfiki potransformacyjnej konfliktów w Polsce trzeba także wspomnieć o metodach, a raczej ich braku w rozwiązywaniu sporów w polskiej praktyce politycznej. Okazuje się bowiem, że o ile stosunkowo łatwo jest określić przedmiot konfliktu i zidentyfikować jego aktorów, to jeśli chodzi o mechanizm rozwiązywania sporów następuje on wiele trudności. Przyczyn takiego stanu rzeczy jest kilka:

---

<sup>58</sup> tamże, s. 113.

<sup>59</sup> W. L. Ury, *Dochodząc do zgody*, op. cit. s. 22

- nie wypracowano skutecznych technik rozwiązywania sporów, owszem sięga się po metody negocjacyjne właściwe dla instytucji gospodarczych, ale często nie są one odpowiednie i nie sprawdzają się w odniesieniu do sytuacji społecznych,
- instytucje mające propagować dialog społeczny nie są popularne w społeczeństwie,
- nie istnieje tradycja rozwiązywania sporów na szerszym społecznym forum z udziałem wielu partnerów społecznych,
- istnieją pewne przeszkody natury mentalnej, świadomościowej - nie należy wtrącać się w sprawy, które nas bezpośrednio nie dotyczą.

Jeśli dodamy do powyższych także cechy takie jak: brak kompetencji, przekonanie o własnej misji, a co się z tym wiąże, nieliczenie się z innymi osobami przy podejmowaniu decyzji, duży wpływ czynników osobistych, które przeważają nad argumentami merytorycznymi oraz przypadkowość kształtowania się elit politycznych na różnych szczeblach władzy<sup>60</sup>, otrzymamy polski model rozwiązywania konfliktów.

Zazwyczaj osoby zajmujące się rozwiązywaniem konfliktów prezentują techniki prowadzące do zażegnania sporów i pogodzenia stron. Jednak należy także się przyjrzeć metodom często stosowanym, lecz nie przynoszącym wymiernych rezultatów, a jedynie doraźne, chwilowe korzyści. Są to tzw. pseudorozwiązania konfliktów.

Nazwa pseudostrategie oznacza, że konflikt nie jest rozwiązany w sposób satysfakcjonujący dla jego uczestników, ale zostaje chwilowo opanowany, zażegnany na jakiś czas, do określonego momentu, gdy znów wybuchnie. Ich podstawowym celem jest redukcja napięcia występującego w trakcie sporu.

S. Chełpa i T. Witkowski dokonali przeglądu technik pseudorozwiązujących konflikty<sup>61</sup>. Należą do nich:

**Ignorowanie**, polegające na przemilczaniu problemu. U jego podstaw leży przekonanie, że mniejszy konflikt spowoduje brak jakichkolwiek decyzji niż odrzucenie żądań. Zwykle konflikt jest ignorowany przez jedną tylko stronę. Ignorowanie najczęściej przybiera postać ciągłego powtarzania własnych racji i unikania wymiany poglądów. Jeśli ignorowanie odbywa się na poziomie publicznego podejmowania decyzji, np. w polityce, wówczas sposobem na ignorowanie przeciwnika jest delegowanie do

---

<sup>60</sup> K. Podolski, *Specyfika sprzeczności i konfliktów w okresie transformacji systemowej w Polsce*, op. cit., s. 34

<sup>61</sup> S. Chełpa, T. Witkowski, *Psychologia konfliktów*, Warszawa 2004, s. 106-138

rozmów, które choćby dla zachowania pozorów należy prowadzić, osób o małych kompetencjach i nie dawanie im odpowiednich pełnomocnictw.

Strona ignorowana czuje się lekceważona, usztywnia swe stanowisko w negocjacjach, czego efektem jest eskalacja konfliktu. Ignorancja ze strony partnera dyskusji powodować może również stan tzw. wyuczony bezradności, czyli przekonania o własnej nieskuteczności i braku wpływu na rzeczywistość.

**Odwlekanie**, czyli metoda odraczania działania, której podstawowym założeniem jest pogląd, że najlepiej jest przeczekać konfliktową sytuację, gdyż mogą nastąpić jakieś zmiany, nieprzewidziane zdarzenia, które wpłyną na spór. Konflikt dzięki tej strategii nie ulega jednak osłabieniu, zaś strony stają się weń coraz bardziej zaangażowane, z większą siłą bronią swych racji oraz formalizują swe poglądy. Zmianie ulega także sposób postrzegania przedmiotu sporu - schodzi on na drugi plan, ponieważ strony konfliktu skupiają się na podejmowaniu działań symbolicznych mających na celu obronę własnej godności, honoru. Zazwyczaj odwlekanie powoduje zablokowanie konfliktu, jest bardziej męczące i powoduje większe koszty psychologiczne niż zdecydowane rozwiązanie konfliktu.

Często technika ta występuje wspólnie w ignorowaniu.

**Pokojowe współistnienie** - angażuje wszystkie strony konfliktu. Podkreślane są dobre stosunki i współpraca, choć w rzeczywistości mają one pozorny charakter. Strony postępują pragmatycznie udając, że konflikt nie istnieje, ignorując przyczyny sporów, współpracują ze sobą by osiągnąć określone korzyści. W relacjach między stronami dominuje podejrzliwość o nieuczciwe zamiary, istnieją wzajemne podejrzania, co powoduje, że kontakty mają postać gry.

Jest to strategia, na którą warto szczególnie zwrócić uwagę w kontekście niniejszego opracowania. Pokojowe współistnienie jest częstym sposobem funkcjonowania związków zawodowych w relacjach z pracodawcami. Często mamy tu do czynienia z nieoficjalnymi uregulowaniami, nieformalnymi spotkaniami, które zapewniają pozorny spokój w przedsiębiorstwie. Obie strony nie są w pełni zadowolone z istniejącego stanu rzeczy, ale żadna z nich nie przyznaje się otwarcie do istniejącego problemu. Pokojowe współistnienie jest nieskutecznym sposobem rozwiązywania sporów, gdyż w rzeczywistości odsuwa w czasie możliwy wybuch konfliktu oraz co istotniejsze, przekierowuje konflikt na zastępcze tematy. Strony pokojowego współistnienia kierują się zasadą: lepszy stary wróg niż nowy, ponieważ stary przeciwnik jest w miarę

przewidywalny i znany, a czynniki te wydają się być istotnymi podczas ewentualnej walki.

**Deprecjonowanie**, czyli pozbawianie przeciwnika wartości, cech ludzkich. Łatwiej jest uczestniczyć w konflikcie, w którym przeciwnik posiada cechy właściwe przedmiotom a także, gdy mają one zabarwienie jednoznacznie negatywne. Deprecjonowanie może przybrać dwie zasadnicze formy: dehumanizacji, czyli pozbawienia człowieka jego ludzkich cech oraz etykietowania, polegającego na nadaniu mu takich przymiotów, które spowodują jego odczłowieczanie i umniejszenie jego wartości.

Deprecjonowanie polegać może także na umniejszaniu wartości przedmiotu konfliktu.

**Reorientacja**, to często stosowana strategia polegająca na wskazaniu tzw. kozła ofiarnego, co ma na celu odwrócenie uwagi od rzeczywistej przyczyny konfliktu, od istoty problemu. Zabieg ten to forma obwiniania za przyczyny konfliktu jednostki lub grupy. Reorientacja pozwala na skierowanie uwagi i siły na wskazanego uprzednio winnego zaistniałej sytuacji. Stosowany jest po to, by uspokoić, choćby na jakiś czas niezadowoloną opinię publiczną. Nie ma reguły jeśli chodzi o wyznaczenie grupy jako kozła ofiarnego, gdyż możliwe jest zarówno obarczenie odpowiedzialnością grupy słabszej, mniejszościowej, która nie będzie w stanie skutecznie się bronić przed atakami, jak i grupy silnej, elitarnej, której rolę kozła ofiarnego przypisuje się ze względu na jej silną pozycję finansową, intelektualną lub narodową. W roli jednostkowego kozła ofiarnego często pojawia się obecnie rzecznik prasowy.

Jest to doraźny sposób tłumienia konfliktu, bazujący na emocjach i zasadach rządzących postępowaniem tłumu, który gdy zdemaskuje np. rzecznika prasowego jako składającego obietnice bez pokrycia, natychmiast powoduje wybuch konfliktu, często ze zdwojoną siłą.

Formą reorientacji może być również stworzenie lub ujawnienie wspólnego zagrożenia, które skutecznie odwraca uwagę od faktycznego przedmiotu sporu.

**Separacja** to usunięcie strony konfliktu z określonego obszaru. Niestety zazwyczaj między stroną pozostającą a usuniętą istnieje określony rodzaj zależności, stąd pozbycie się jednej ze stron powoduje utratę pewnych wartości, zasobów, będących niemożliwymi do utworzenia jedynie przez jedną ze stron.

**Kompromis**, u którego podstaw przyjmowania jako skutecznego sposobu rozwiązania konfliktu leży przeświadczenie o tym, że konflikty są niemożliwe do rozwiązania w taki sposób by wszystkie strony były maksymalnie zadowolone. Trzeba więc dążyć do porozumienia, które w tym przypadku oznacza połowiczny sukces, gdyż każda ze stron

zadowala się częściową realizacją swych dążeń. Niestety kompromis jako metoda okazuje się nieskuteczny w perspektywie czasowej, odracza bowiem moment nieuchronnej konfrontacji i rzeczywistego określenia własnych praw i interesów. Częściowe spełnienie zadań jest ukrytym powodem do wybuchu konfliktu, gdy zaistnieją odpowiednie warunki.

Kompromis stanowi rozwiązanie zakładające, że rezultatem działań społecznych jest wynik należący do gry o sumie zerowej, co oznacza, że gdy jedna strona wygrywa, druga musi przegrać. Tymczasem większość sytuacji społecznych z konfliktem włącznie, nie należy do gry o sumie zerowej, gdyż mamy w niej do czynienia także z sytuacją wygrany- wygrany oraz przegrany- przegrany. Istotne jest jednak, by umieć traktować konflikt właśnie w kategoriach gry o niezerowej sumie, co w rezultacie powoduje satysfakcjonujące rozwiązania.

**Eskalacja**, polega na wzroście nagromadzonej frustracji oraz polaryzacji konfliktu, czyli jego zwiększeniu i wyjaskrawieniu. Eskalacja może przybrać dwie formy: eskalacji spontanicznej (prowadzi ona do wyolbrzymiania konfliktu, występuje tu mechanizm łączenia faktów z emocjami dotyczącymi zagrożenia samooceny; następuje atakowanie przeciwnika, dążenie do uzyskania nad nim dominacji, pojawiają się wymuszenia, oskarżenia, rywalizacja, rezultatem jest ograniczenia kontaktów przy nierozwiązanym sporze) oraz eskalacji strategicznej (polega ona na świadomym dążeniu jednej ze stron do wzrostu napięcia, by poprzez nie zakończyć spór w sposób satysfakcjonujący obie strony, w tym przypadku eskalacja konfliktu oznacza jego ujawnienia, zmusza się stronę unikającą konfliktu, by przystąpiła do niego).

Skutecznym sposobem na eskalacje konfliktu jest poszerzenie lub zmiana przedmiotu sporu. Pojawiają się więc nowe wątki, nowe osoby zaangażowane w konflikt, tematy zastępcze, dąży się przede wszystkim do ujawnienia i podkreślenia różnic między stronami, czego rezultatem jest powstanie podziału na swoich i obcych.

**Walka** – polega na przyjęciu nieprzejednanej postawy wobec strony przeciwnej, którą należy zniszczyć i zwyciężyć. Paradoksalnie również w walce może chodzić o to, by poprzez jej wywołanie zostać przegrany, gdyż jest ważny silny element przetargowy, polegający najczęściej na życzliwym odbiorze przez opinię publiczną przez co zyskuje się jej poparcie, które w wielu sytuacjach jest cenniejsze niż racje w postaci faktów i argumentów merytorycznych czy nawet przewagi siłowej.

Nie zawsze powyższe rozwiązania nie przynoszą pożądanego rezultatu. Jeśli chcemy osiągnąć choć chwilowe obniżenie poziomu negatywnych emocji nagromadzonych w uczestnikach sporu, odraczenie może być skutecznym wyjściem.

Powyższą prezentację pseudotechnik rozwiązywania konfliktów uzupełnić należy o unikanie i represjonowanie związane z nieuchronnym istnieniem różnic w danej organizacji, zespole, systemie. W żadnym systemie społecznym nie mamy do czynienia z osobami podobnymi do siebie pod wszystkimi względami. Oczywiście konstruując dany zespół można dobrać osoby w taki sposób aby miały one zbieżne poglądy, zainteresowania czy cele. Jednak w praktyce trudno uzyskać idealnie homogeniczną grupę. Dlatego też spotkać można sytuacje, w których dyrektorzy czy menadżerowie stosują zabiegi mające na celu niwelowanie różnic w zespole i zapobieganie dzięki temu konfliktom.

Najprostszym rozwiązaniem wydaje się **unikanie** różnic, polegające na takim doborze osób do grupy, by byli oni do siebie jak najbardziej podobni. Jest to jednak trudne do zrealizowania. W praktyce dyrektorzy często starają się nie dopuścić do wykrywania się różnic między pracownikami, co można osiągnąć izolując od siebie pracowników lub unikając drażliwych tematów. Dlatego też zabiegi tego typu zaliczyć należy do pseudorozwiązań - nie rozwiązują konfliktu, ale powodując powielenie pewnych niekorzystnych schematów, będą umacniać stan względnego spokoju.

Podobnie działa mechanizm polegający na **represjonowaniu** pojawiających się różnic. Pracownicy są konsekwentnie nagradzani jeśli prezentują postawy proorganizacyjne, natomiast tłumione są wyrażanie poglądów sprzecznych z oficjalną polityką organizacji. Powoduje to ujawnianie emocji przez pracowników w pośredni sposób, co w praktyce oznacza spadek efektywności wykonywanej pracy. Różnice i skrywane emocje krystalizują się z czasem, ujawniając się zazwyczaj w najmniej oczekiwanym momencie.<sup>62</sup>

Podczas prowadzonych na początku lat 90-tych badań Neale i Bazerman<sup>63</sup>, zidentyfikowali siedem najczęściej występujących uprzedzeń dotyczących podejmowania decyzji, pozostających w sprzeczności z racjonalnymi negocjacjami i powodujących, że konflikt często pozostaje nierozwiązany:

---

<sup>62</sup> szerzej: W.H.Schmidt, R.Tannenbaum, *Zarządzanie różnicami [w:]Negocjacje i rozwiązywanie konfliktów*, Gliwice 2005, s.16 i n.

<sup>63</sup> M. A. Neale, M.H. Bazerman, Negotiator cognition and rationality: a behavioral decision theory perspective za:E.Weitzman, P.Weitzman, *Rozwiązywanie problemów i podejmowanie decyzji w rozwiązywaniu konfliktów [w:] M.Deutsch, op.cit., s. 200 i n.*

- nieracjonalną eskalację zaangażowania, powstającą wtedy, gdy liczy się jedynie wygrana, zaś pierwotny cel schodzi na dalszy plan;
- mityczność niepodzielnego tortu, czyli przyjęcie założenia, że niemożliwe jest osiągnięcie kompromisu, a zysk jednej ze stron musi oznaczać stratę dla strony drugiej;
- zakotwiczenie i dostosowanie, opierające się na zatrzymywaniu się na nieistotnych kwestiach, propozycjach, które pojawiły się w początkowym etapie negocjacji;
- znajdowanie się w negocjacjach pod nadmiernym wpływem sposobu prezentowania informacji;
- poleganie w zbyt dużym stopniu na łatwo dostępnych informacjach oraz ignorowanie innych, często ważniejszych informacji;
- przekleństwo zwycięzcy, polegające na tym, że nie uwzględnia się punktu widzenia drugiej strony;
- nadmierną pewność negocjatora, polegającą najczęściej na upieraniu się przy własnej propozycji wstępnej i ignorowaniu informacji z nią sprzecznych.

Jednakże, różnice pojawiające się we wzajemnych relacjach, można wykorzystać do rozwiązywania problemów. W tym celu należy przyjąć następujące założenia:

- uznać, że występowanie różnic jest nieodzowne w zespole, ale jednocześnie korzystne dla niego - wymiana poglądów sprzyja twórczemu myśleniu, ogranicza możliwość wystąpienia otwartego konfliktu, którego rezultatem będzie zwycięstwo lub porażka,
- słuchać ze zrozumieniem i nie oceniać oponentów,
- starać się wyjaśnić naturę konfliktu, co powinno polegać na jasnym określeniu jakich faktów, metod, celów i wartości dotyczy spór,
- rozpoznać i zaakceptować emocje stron - każda ze stron jest przekonana, że prezentuje obiektywne podejście do sprawy, stąd konflikt zostaje zaostroszony poprzez krytykowanie emocji oponentów, którzy stają się zagrożeni i atakowani, przez co usztywniają swe stanowiska,
- wyznaczyć kogoś do podjęcia decyzji - czasem w gorącej dyskusji biorą udział głównie osoby, które nie kontrolują przebiegu omawianych kwestii. W sytuacji, gdy strony mają różne wyobrażenia na temat odpowiedzialności za bieg



wydarzeń, dyrektor lub menadżer powinien wskazać, kto podejmuje decyzje, co powoduje, że zbędne dyskusje ustają,

- zaproponować sposób i zasady rozwiązania konfliktu, po uprzednim określeniu przedmiotu sporu - czy dotyczy on wartości, celów czy faktów.
- położyć nacisk na ochronę dobrych relacji między stronami sporu, ponieważ często konflikt skutkuje pogorszeniem relacji międzyludzkich, gdyż strony zwracają wyłącznie uwagę na to, kto wygra,
- stworzyć warunki zachęcające strony do otwartej komunikacji,
- stworzyć warunki do bezstronnego oceniania pomysłów, czyli oddzielania propozycji od osób, które je wysuwają.<sup>64</sup>

W przebiegu sytuacji konfliktowej ważna jest postawa dyrektora czy menadżera w organizacji. Jest to możliwe zwłaszcza w sytuacjach, gdy przyjmuje on którąś z następujących postaw (kilka lub wszystkie): otacza się pochlebcami, skrupulatnie wykonującymi jego polecenia, wielokrotnie podkreśla, że najbardziej pożądane są lojalność i współpraca negując jednocześnie nieporozumienia jako zachowania nielojalne oraz nieposłuszeństwo, zaostrza konflikt, gdy ujawniają się różnice poglądów, milczy w kwestii istotnych różnic by utrzymać złudne często poczucie harmonii, pomija sedno konfliktu i akceptuje połowiczne rozwiązania, które pozwalają każdej ze stron myśleć, że ma rację, wykorzystuje różnice między pracownikami do wzmocnienia własnej pozycji kosztem skłóconych osób<sup>65</sup>.

Po uwzględnieniu powyższych uwag, przejść należy do prezentacji właściwych sposobów rozwiązywania sporów. Ponieważ opracowanie poświęcone jest kwestiom związanym z funkcjonowaniem ochrony zdrowia oraz dialogowi, toteż prezentacja sposobów rozwiązywania sporów zostanie ograniczona do metod rozwiązywania sporów zbiorowych.

Spory z zakresu prawa pracy mogą mieć indywidualny lub zbiorowy charakter. Natomiast rozwiązywanie sporów zbiorowych przybierać może postać metod zażegnania sporu na drodze sądowej i pozasądowej. Niestety w Polsce w sporach indywidualnych między pracownikiem a pracodawcą pozasądowe sposoby rozstrzygnięcia należą do rzadkości.

---

<sup>64</sup> W.H.Schmidt, R.Tannenbaum, *Zarządzanie różnicami*, op. cit., s.22-26

<sup>65</sup> tamże, s.27.

Jeśli chodzi o spory zbiorowe, to prawo do ich wszczęcia przysługuje na mocy ustawy o rozwiązywaniu sporów zbiorowych związkom zawodowym choć Konstytucja RP uznaje to prawo dla obu grup podmiotów, tzn. dla pracowników, jak i pracodawców, jednakże takie rozwiązania prawne budzą pewne zastrzeżenia.<sup>66</sup>

Do metod pozasądowych, których celem jest osiągnięcie porozumienia lub ugody, zalicza się mediacje, koncyliacje oraz arbitraż i rokowania.

**Mediacja**- stanowi najbardziej rozpowszechnioną drogę polubownego załatwiania sporów. Mediacja polega na włączeniu do procesu wypracowania porozumienia trzeciej strony, która jest niezależna od stron sporu, a także od innych instytucji, najczęściej pośrednio zaangażowanych w spór, np. grup nacisku, lobby, partii politycznych, regionalnych lub ogólnokrajowych centrali związkowych.

Zadania mediatora polegają na:

- zachęcaniu stron do aktywnego poszukiwania najbardziej korzystnego rozwiązania sporu,
- pomocy w skoncentrowaniu się na obecnym problemie nie zaś na dzielących strony dotychczas różnicach,
- organizowaniu spotkań stron,
- uzgadnianiu procedur prowadzenia spotkań związanych np. z czasem czy miejscem odbywania spotkań, a w trakcie trwania rozmów dbanie o ich porządek,
- pomocy stronom w wyrażaniu swoich emocji, oczekiwań oraz formułowaniu i swobodnym wypowiedzeniu propozycji rozwiązań.<sup>67</sup>

W konsekwencji tak pojętych obowiązków stojących przed mediatorem, nie może on podejmować następujących czynności:

- rozstrzygać sporów
- wydawać opinii, nawet na prośbę stron,
- reprezentować stron,
- być świadkiem w danej sprawie<sup>68</sup>

Ch. Moore.<sup>69</sup> prezentuje 12 etapów mediacji, zgodnie z którymi mediator powinien postępować w swojej pracy.

---

<sup>66</sup> M. Seweryński, *Wybrane zagadnienia rozwiązywania sporów zbiorowych w Polsce*[w:]

G.Goździewicz(red.), *Mediacja i arbitraż w prawie pracy*, Lublin 2005, s. 49

<sup>67</sup> K.Bargiel-Matusiewicz, *Negocjacje i mediacje*, Warszawa 2007, s. 81-82

<sup>68</sup> tamże, s. 82

<sup>69</sup> Ch. W. Moore, *The mediation process. Practical strategies for resolving conflict*, San Francisco 1996 za:

H.Przybyła-Basista, *Proces mediacji rodzinnych- od teorii do praktyki*, na <http://www.psychologia.edu.pl/index.php?dz=czytelnia&op=opis&id=125>

- I. **„Nawiązanie kontaktu ze stronami sporu** (zainicjowanie wstępnych kontaktów, budowanie wiarygodności, wyjaśnienie stronom istoty procesu, zmotywowanie stron do podjęcia mediacji - zwiększenie zaangażowania w procedurę mediacji, podtrzymywanie kontaktu).
- II. **Wybór strategii prowadzenia mediacji** (pomoc stronom w ocenie różnych sposobów rozwiązania konfliktu i dokonaniu wyboru potrzebnego im sposobu rozwiązania).
- III. **Zbieranie i analizowanie podstawowych informacji** (gromadzenie i analizowanie istotnych informacji o osobach uczestniczących w konflikcie, dynamice i istocie konfliktu; weryfikowanie dokładności danych; minimalizowanie wpływu nieścisłych i niedostępnych danych).
- IV. **Sporządzenie szczegółowego planu mediacji** (ustalenie strategii i wynikających z nich typowych posunięć, które umożliwią stronom zmierzanie w kierunku porozumienia; ustalenie ewentualnych nietypowych interwencji odpowiadających specyfice konfliktu).
- V. **Budowanie zaufania i współpracy** (psychologiczne przygotowanie stron do udziału w negocjacjach na zasadnicze tematy, kierowanie silnymi emocjami stron, sprawdzenie percepcji i minimalizowanie wpływu stereotypów, budowanie zaufania i uznawania racji stron, wyjaśnianie, klaryfikacja wypowiedzi).
- VI. **Rozpoczęcie sesji mediacyjnej** (otwarcie negocjacji pomiędzy stronami, stworzenie pozytywnej i otwartej atmosfery, ustalenie podstawowych „reguł gry” i zasad zachowania, pomoc stronom w wentylacji emocji, nakreślenie obszarów tematycznych i spraw do dyskusji).
- VII. **Zdefiniowanie spraw i ustalenie planu** (ustalenie szerokiego obszaru tematów interesujących obie strony, uzyskanie zgody stron na podjęcie określonych tematów w dyskusji, rozstrzygnięcie kolejności omawiania poszczególnych spraw).
- VIII. **Odkrywanie ukrytych interesów stron** (ustalenie rzeczywistych, proceduralnych i psychologicznych interesów stron, uświadomienie stronom ich wzajemnych interesów).
- IX. **Generowanie opcji rozwiązań** (rozwijanie świadomości stron dotyczącej potrzeby tworzenia różnorodnych pomysłów rozwiązań, zmniejszenie przywiązania stron do swoich stanowisk i jedynych pomysłów rozwiązań,

tworzenie rozwiązań przy użyciu przetargu biorącego pod uwagę stanowiska, jak również interesy stron).

- X. **Ocena możliwości rozwiązań** (przeгляд interesów stron; ocena, na ile interesy stron mogą być zaspokojone w ramach dostępnych możliwości rozwiązań; ocena kosztów i korzyści płynących z wybrania określonych opcji).
- XI. **Przetarg końcowy** (osiąganie porozumienia w drodze negocjacji poprzez stopniowe zbliżenie stanowisk, przejście do rozwiązań końcowych łączących uzgodnienia szczegółowe, uzgodnienie proceduralnych środków osiągnięcia porozumienia w kwestiach merytorycznych, wypracowanie zasad akceptowanych przez obie strony)
- XII. **Osiągnięcie formalnego porozumienia** (ustalenie proceduralnych kroków pozwalających na formalizowanie porozumienia, ustalenie procedury pozwalającej na ocenę i kontrolę zawartego porozumienia, sformalizowanie porozumienia i stworzenie mechanizmu zapewniającego wprowadzenie go w życie, ustalenie zasad gwarancji).”

Mediatorem może być zarówno osoba fizyczna, jak i podmiot zbiorowy w postaci komisji pojednawczej. Komisję (kolegium) pojednawcze powołuje się zgodnie z zasadą parytetu, w której strony delegują swych przedstawicieli do określonego organu. Powoduje to jednak pewne ograniczenie bezstronności w porównaniu z osobą fizyczną w roli mediatora.<sup>70</sup>Mówiąc o komisjach pojednawczych zwrócić uwagę należy na kilka kwestii. Mianowicie są one powoływane przez pracodawcę i pracowników wspólnie. Aby komisja zaczęła działać tylko pracownik może wystąpić z inicjatywą o rozpatrzenie sporu oraz, co również jest istotne, w związku z nieangażowaniem sądu znaczącemu ograniczeniu ulegają koszty. Ponadto w zamierzeniu ustawodawcy mediacja służyć ma szybkiemu zakończeniu sporu, które odbywa się w zakładzie pracy, w stosunkowo krótkim czasie i z udziałem osób, które znają bieżące problemy zakładu i cieszą się autorytetem. Komisja jest ciałem o charakterze społecznym, wykluczone są z jej składu osoby ściśle związane i współpracujące z pracodawcą. Członkowie wykonują swe obowiązki w komisji bezpłatnie jednak zachowują prawo do wynagrodzenia za nieprzepracowany czas w związku z udziałem w posiedzeniach.<sup>71</sup>

---

<sup>70</sup> G. Goździewicz, *Mediacja i arbitraż w polskim prawie pracy* [w:] G. Goździewicz (red.), *Arbitraż i mediacja w prawie pracy*, Lublin 2005, s. 10

<sup>71</sup> tamże, s. 12-13

Przy czym najważniejszym zadaniem komisji pojednawczej nie jest rozstrzygnięcie sporu czy też załatwienie sprawy, ale pośredniczenie w rozwiązywaniu spornego problemu i dążenie do zawarcia ugody.<sup>72</sup>

Jak wspomniano powyżej polubowne załatwianie sporów jest w Polsce stosunkowo rzadkie, gdyż znacznie bardziej cenione są sądowe sposoby ochrony praw pracowniczych. Bez wątpienia jest to spowodowane pewnymi zaszłościami historycznymi, zgodnie z którymi za sądem stoi państwo<sup>73</sup>, zaś mediacja i arbitraż kojarzy się z procedurami społecznymi, a więc z nieskutecznością. Pracodawcy niechętnie z takich form korzystają, ponieważ narażeni są dzięki temu na dodatkowe koszty związane z funkcjonowaniem komisji, a poza tym niekorzystne z ich punktu widzenia jest pertraktowanie z pojedynczymi pracownikami zamiast z całością czy też częścią załogi. Natomiast sami pracownicy obawiając się o swoje stanowiska pracy rzadko w ogóle w korzystają ze środków ochrony praw pracowniczych, obojętnie czy to sądowych czy pozasądowych.<sup>74</sup> Nie bez znaczenia jest także fakt, iż w przypadku postępowania przed sądem, jeśli nie rozstrzygnie on sprawy polubownie, to stosunkowo szybko wyda wiążący wyrok, a więc przyczyni się do rozwiązania sprawy - procedura pozasądowa nie przewiduje takiego usprawnienia procedur.

Pewne ograniczenia w stosowaniu mediacji wynikają również ze stosunkowo niewielkiej mocy sprawczej mediatora. Pełni on w zasadzie funkcje doradcze i organizacyjne<sup>75</sup>, zaś uczestniczące w procesie mediacji strony niekoniecznie muszą liczyć się z jego opinią, choć mediator może nakłaniać je do przyjęcia określonego rozwiązania i zawarcia umowy.

Czas trwania postępowania mediacyjnego nie jest określony, czyli trwa dopóki spór nie zostanie rozstrzygnięty, choć możliwe są sytuacje, że postępowanie toczy się długo, ale nie wypracowuje się żadnego porozumienia. Jeśli strony reprezentujące pracowników uważają, że mediacje nie przyniosą zamierzonego skutku, mogą w trakcie ich trwania zorganizować strajk ostrzegawczy, który nie może trwać więcej niż 2 godziny w ciągu jednego dnia.

Końcowym rezultatem mediacji jest osiągnięcie lub nieosiągnięcie porozumienia. W przypadku zawarcia porozumienia podpisują je strony konfliktu w obecności mediatora. Ponieważ jednak przepisy z zakresu prawa pracy nie precyzują co powinno

---

<sup>72</sup> L. Florek, T. Zieliński, *Prawo pracy*, Warszawa 2004, s. 280

<sup>73</sup> <sup>73</sup> G. Goździewicz, *Mediacja i arbitraż*, op. cit., s. 15

<sup>74</sup> tamże, s. 15

<sup>75</sup> zob. także: W. Masewicz, *Zbiorowy zatarg pracy*, Bydgoszcz 1994, s. 134 i n.

być zawarte w treści dokumentu zbieżności, to od samych stron zależy, co w porozumieniu jest napisane. Stąd jeśli są w nim bardzo ogólne wytyczne, mogą się one okazać niewystarczające i nie zażegnają sporu. Natomiast w sytuacji, gdy strony nie osiągną porozumienia także musi być spisany dokument zawierający sprzeczny obszar - tzw. *protokół rozbieżności*. Rezultatem mediacji bez osiągnięcia porozumienia może być strajk, choć nie jest on koniecznym następstwem nieskutecznej mediacji.

Z punktu widzenia skuteczności prowadzonego postępowania mediacyjnego niewątpliwie znaczenie ma fakt czy mediacja została podjęta przez strony dobrowolnie czy też jest wynikiem decyzji nakazowej sądu. Możemy zatem wyróżnić dwa systemy<sup>76</sup>. Pierwszy odnosi się do osób, które same zgłaszają się do mediatora na zasadzie w pełni dobrowolnych zgłoszeń (*voluntary mediation*) i noszą nazwę *mediacji dobrowolnych*. Drugi rodzaj dotyczy osób, które są kierowane na mediacje przez sąd (*mandatory mediation*) i nazywane są *mediacjami obligatoryjnymi*.

Jednak nazwy te mogą być mylące w odniesieniu do kwestii dobrowolności udziału w mediacjach, dlatego też należy odróżnić tryb zgłaszania się klientów na mediacje od decyzji uczestniczenia w procesie mediacyjnym. Sam udział w mediacjach jest dobrowolny, natomiast zgłaszanie stron na mediacje będzie je różnicowało na przykład pod względem początkowej motywacji, czy rodzaju tematów podejmowanych w dyskusji. W mediacjach obligatoryjnych w niektórych krajach sąd ma prawo kierować strony na mediacje oczekując wypracowania warunków porozumienia. Oznacza to, że w tych przypadkach procedura sądowa najpierw przewiduje skierowanie sprawy do mediatora i podjęcie próby mediacji, a dopiero potem dalsze etapy procesu sądowego. Jeśli strony nie zgodzą się na takie rozwiązanie, to wtedy sprawą zajmuje się sędzia, który rozstrzyga sprawę. W Polsce mediacje obligatoryjne wprowadzono do rozstrzygania spraw z zakresu prawa rodzinnego i opiekuńczego i zwłaszcza w tej materii są stosowane.

Wszystkie powyższe zasady prowadzenia mediacji wydają się jednak przemawiać za jej stosunkowo małą skutecznością. Mediacja mogłaby się stać ważnym instrumentem rozwiązywania sporów, jednak, jak zauważa M. Seweryński, mediacja powinna stać się procedurą obowiązkową, aby nie można było sięgać zbyt łatwo po środki radykalne, np. strajk. Ponadto pozycja mediatora powinna ulec wzmocnieniu tak, aby mógł stronom

---

<sup>76</sup> H.Przybyła-Basista, Proces mediacji rodzinnych- od teorii do praktyki na: <http://www.psychologia.edu.pl/index.php?dz=czytelnia&op=opis&id=125>

proponować rozwiązania sporu, z których strony będą mogły wybrać te dla nich satysfakcjonujące. Wreszcie, porozumienie kończące mediację powinno być rejestrowane i poddane kontroli legalności tak, jak to ma miejsca przy układzie zbiorowym pracy.<sup>77</sup>

Natomiast **arbitraż** jest procedurą rozstrzygnięcia sporów polegającą na zaangażowaniu w rozstrzygnięcie trzeciej strony w postaci jednej osoby lub instytucji, które wydają orzeczenie. Arbitraż może być dobrowolny, gdzie jedna ze stron lub wszystkie strony dobrowolnie poddają konflikt pod osąd lub też może mieć charakter przymusowy, gdzie system prawny obliguje zwaśnione strony do stosowania tego typu postępowania.

Jeśli strony dobrowolnie zgadzają się na arbitraż, to orzeczenie wydane przez arbitra jest dla nich prawnie wiążące. Przy czym podmioty wykonujące procedury arbitrażowe nie są zaliczane do organów wymiaru sprawiedliwości oraz, co ważne, w momencie wszczęcia arbitrażu strony sporu przestają być gospodarzami zatargu i nie mają wpływu na wydane orzeczenie<sup>78</sup>

Obok wyżej wymienionych, cechami charakterystycznymi dla arbitrażu są:

- fakultatywność polegająca na tym, iż przysługuje wyłącznie podmiotowi, który reprezentuje interesy pracownicze, a więc w praktyce związkowi zawodowemu,
- społeczny charakter arbitrażu - spór rozstrzyga kolegium (kolegia powoływane są przy sądach okręgowych, w których istnieją sądy pracy - dla sporu zakładowego oraz przy Sądzie Najwyższym - dla sporu wielozakładowego, sektorowego),
- parytetowy skład kolegium polegający na tym, że każda ze stron deleguje po 3 przedstawicieli zaś przewodniczącym jest sędzia zawodowy, wyznaczony przez prezesa sądu; przedstawiciele reprezentujący strony powinni być bezstronni czyli bezpośrednio niezainteresowani sposobem rozstrzygnięcia sporu,
- orzeczenie kolegium jest wiążące w sytuacji gdy żadna ze stron nie postanowi inaczej, więc brak zgody jednej ze stron powoduje, że orzeczenie jest wobec niej bezskuteczne; konsekwencją takich uregulowań jest fakt, że jeśli związek zawodowy zgodził się na akceptację orzeczenia wydanego przez kolegium to jeśli będzie ono dla związku niekorzystne wówczas związek nie może ogłosić strajku<sup>79</sup>

---

<sup>77</sup>M. Seweryński, *Wybrane zagadnienia rozwiązywania sporów zbiorowych w Polsce*, op.cit., s. 51

<sup>78</sup>G. Goździewicz, *Mediacja i arbitraż*, op. cit., s.11

<sup>79</sup> tamże s. 21-24

Przedstawione metody rozwiązywania sporów znajdują zastosowanie zarówno w prawie pracy, jak i innych rodzajach konfliktów. W dialogu społecznym także są wykorzystywane. Z pewnością za pozytywny uznać należy fakt, iż powstają ośrodki szkolące z zakresu mediacji, która z kolei stosowana jest na szerszą skalę. Niestety w odniesieniu do sektora usług publicznych, wciąż brakuje osób, które w profesjonalny sposób zajmowałyby się rozwiązywaniem różnego rodzaju sporów. Przypuszczać należy jednak, że w odniesieniu do ochrony zdrowia procedury konstruktywnego rozwiązywania sporów z czasem staną się bardziej popularne, ponieważ w momencie wkraczania wolnego rynku do sektora usług zdrowotnych konieczne będzie prowadzenie rozmów i osiąganie porozumień, scalających system.



### **1.5. Konflikty w ochronie zdrowia - złożoność jako cecha charakterystyczna**

Inne osobowości pracowników ochrony zdrowia, różne temperamenty, odmienne doświadczenia, cele, do tego regulaminy pracy oraz warunki pracy a także pacjenci, domagający się natychmiastowej porady - tak wygląda rzeczywistość w typowej placówce medycznej. O konflikt w takiej sytuacji nie jest trudno.

Komponentem konfliktu, świadczącym o jego złożoności jest m.in. wieloznaczność sytuacji. Polega ona na wprowadzeniu do obiegu informacji, które mogą być interpretowane w różny sposób, w zależności od wiedzy jaką posiadają osoby, od ich systemu wartości czy doświadczenia życiowego. Gdy wyłączymy najistotniejsze wiadomości, a pozostałe zakomunikujemy różnym osobom powstaną niedomówienia i niepewność. A to jest doskonały sposób wywołania konfliktu, a jeśli już konflikt istnieje, to skutecznie można go zaognić.

Kolejnym elementem przyczyniającym się do powstania sytuacji konfliktowej jest z pewnością złożoność sytuacji, z którą mamy do czynienia w placówkach medycznych. Polega ona na tym, że w określonej sytuacji, w sposób bezpośredni uczestniczy wiele osób: personel medyczny, personel pomocniczy oraz pacjenci, a także na przebieg wydarzeń wpływają w pośredni sposób zarządzający placówką, instytucje finansujące czy politycy ustalający strategie dla polityki zdrowotnej. Choć najczęściej dana decyzja jest podejmowana przez konkretną osobę, która jest za nią odpowiedzialna, to w dużej mierze jej autorami są także inni uwikłani w system. Pojawia się tu także pojęcie odpowiedzialności za decyzję, której podjęcie następcza często sporych trudności - istnieją przecież rozmaite ograniczenia, najczęściej finansowe, które uniemożliwiają zapewnienie pacjentowi najwyższego standardu świadczonych usług.

Sytuacje konfliktowe w ochronie zdrowia są wzmagane poprzez ocenianie i konkurencję, pojawiającą się na wszystkich szczeblach leczenia. Konkuruje ze sobą specjalności medyczne, lekarze w ramach tej samej specjalności, poszczególne szpitale. Dochodzi do tego różny status, prestiż czy siła wywierania wpływu. Również standardy oceniania mogą tworzyć konflikty - wyśrubowane normy jakości, standardy, których spełnienie wymaga dodatkowej pracy i środków wpływają na sytuacje konfliktowe. Brak przejrzystego systemu oceniania pracy rodzić będzie podejrzenia i nieuczciwą konkurencję, od których już tylko krótka droga do sporu.

W opiece zdrowotnej mamy do czynienia z presją czasu - każda chwila może okazać się ważną. Czynnikiem czasu ma charakter determinujący i najważniejsza jest synchronizacja

działań. W sytuacji, gdy działania są związane ze ścisłą współpracą, opóźnienie jednej tylko osoby może spowodować niemożność wykonania pracy przez cały zespół. Z czasem związany jest stres, który stanowi nieodłączny element pracy w opiece zdrowotnej. Wiadomo, że działanie pod wpływem stresu obarczone być może błędem - niewłaściwą diagnozą czy niewłaściwym przeprowadzeniem czynności. Zazwyczaj popełnione błędy można naprawić, jednak w sytuacji gdy stawką jest zdrowie czy życie człowieka, rehabilitacja może być utrudniona czy wręcz niemożliwa. Pracownik zestresowany nie jest w takim stopniu efektywny jak osoba wypoczęta i zrelaksowana. Stres prowadzi do napięć i w rezultacie do konfliktów interpersonalnych.

Na relacje w poszczególnych placówkach nakładają się reformy i zmiany systemowe. Środowisko medyczne reaguje na nie w dwojaki sposób. Albo przyjmuje jako konieczność albo neguje jako działania niepotrzebne. W sytuacji dosyć dużej hierarchizacji profesji medycznych, każda zmiana może oznaczać przetasowania pozycji, komfortu pracy czy wpływów.<sup>80</sup>

Nie bez znaczenia jest także systemowy charakter świadczenia usług medycznych - jeśli niedomaga jeden element, szwankuje całość. Ważnym aspektem jest także wyeksponowanie polityki zdrowotnej spośród innych elementów polityki społecznej.

W związku z powyższymi uwarunkowaniami konfliktów pojawiają się dylematy polityki zdrowotnej - przyczyny nierównowagi w opiece zdrowotnej:

- konieczność zastosowania poważnej wiedzy technicznej powoduje wykluczenie konsumentów, administracji czy specjalistów polityki zdrowotnej z rzeczywistego podejmowania decyzji, ponieważ to lekarz decyduje, co w danej sytuacji jest potrzebne pacjentowi,
- utrudnione jest niezawodne i jednoznaczne określenie jaka jest jakość udzielanych świadczeń i opieki,
- usługi medyczne mają skomplikowane mechanizmy finansowania oraz są kosztowne,
- ubezpieczyciele działają jako pośrednicy, izolując niejako świadczeniobiorców i świadczeniodawców od funkcjonowania w rzeczywistych mechanizmach rynkowych,

---

<sup>80</sup> L.J. Marcus(red.) *Renegocjowanie opieki zdrowotnej. Rozwiązywanie konfliktów poprzez budowanie współpracy*, Kraków 2000, s. 25-28

- istnienie moralnego wymiaru działań medycznych, poprzez który opieka zdrowotna nie jest tożsamą z innymi podobnymi dziedzinami.<sup>81</sup>

Wszystko to powoduje, że w systemie ochrony zdrowia mamy do czynienia z napięciami, które z kolei generują powstanie konfliktów. Napięcia te pojawiają się głównie w następujących wymiarach:

- finansowanie publiczne a finansowanie prywatne - napięcia wynikają z faktu, iż rozwija się dosyć szybko sektor prywatny, ale ma to miejsce w sytuacji nieokreślonego zakresu finansowania publicznego,
- płatnik a świadczeniodawcy,
- płatnik - organ założycielski, napięcia polegają na tym, iż właściciel jednostki ochrony zdrowia nie ma podstaw ani motywacji by tworzyć racjonalną w skali kraju strukturę placówek ani dbać o wzrost liczby i jakości inwestycji - właściciele tłumaczą, że nie mają na nie środków, natomiast płatnik nie finansuje inwestycji ze względu na ograniczenia prawne,
- POZ a opieka specjalistyczna i stacjonarna - obserwuje się tendencje do przesuwania pacjentów z POZ do innych placówek specjalistycznych, lekarze POZ nie zawsze dobrze wypełniają powierzone im zadanie odźwiernego (gate keeper) w stosunku do relacji pacjent - instytucja ochrony zdrowia; poza tym obserwuje się zmniejszenie liczby lekarzy kształcących się na specjalistów medycyny rodzinnej,
- ograniczonych nakładach na kształcenie personelu medycznego, polegających głównie na zaniedbaniach w kształceniu personelu medycznego, zwłaszcza pielęgniarek oraz pokrywaniu kosztów związanych ze zdobywaniem specjalizacji przez samych lekarzy,
- usługi lecznicze a usługi pielęgnacyjne i opiekuńcze - wszystkie te rodzaje usług najczęściej są świadczone w zakładach opieki zdrowotnej, gdyż w systemie brak jest mechanizmów zapewniających sprawne działanie świadczeń pielęgnacyjnych i paliatywnych,
- wydatki bieżące a inwestycyjne - nie łączą się ze sobą bezpośrednio, brak jest długofalowych planów działania dla poszczególnych jednostek, wydatki bieżące pochłaniają gros środków, tak, że na inwestycje zostaje bardzo niewiele,

---

<sup>81</sup> L.J. Marcus(red.) Renegocjowanie opieki zdrowotnej,op.cit.,s.124

- wydatki na leki i nowe technologie a inne koszty -często brak jest sprawnej kontroli ordynacji leków, występują problemy z refundacją oraz trudności we wprowadzaniu standardów leczenia farmakologicznego.<sup>82</sup>

Ochrona zdrowia jest łakomym kąskiem dla osób, które chcą zrobić dobry interes gdy tylko nadarzy się okazja. A okazja zdarza się często, zwłaszcza gdy chodzi o ludzkie zdrowie i życie wtedy wszelkie wątpliwości co do ceny usługi schodzą na dalszy plan. Więc dzięki opiece zdrowotnej robi się spektakularne kariery, zdobywa się prestiż i społeczne uznanie i osiąga zyski. To wszystko powoduje, że trudno jest tu wprowadzić zmiany, które są często blokowane przez środowisko medyczne szczególnie, jeśli ma ono dobrą pozycję, a boi się jej stracić. Poza tym oczekujemy zwrotu kosztów, które ponieśliśmy, niezależnie od tego czy to są koszty osobowe czy całej placówki - typowym działaniem jest ,żeby jeśli poniosło się wyrzeczenia, po jakimś czasie powstał zysk.

Konflikty dotyczą różnych kwestii. Niemniej jednak istnieją podobne sposoby reagowania osób, które uważają, że w środowisku pracy są traktowane niesprawiedliwie. Są trzy najbardziej typowe rodzaje reakcji obecne również w ochronie zdrowia, które aby były bardziej obrazowe można omówić na przykładzie dobrze znanym, a mianowicie poprzez analogię sytuacji górnik na kopalni( co może zostać źle odebrane przez środowisko medyczne sic!). Gdy są oni niezadowoleni ze swej sytuacji mogą przedsięwziąć następujące środki: spróbować przedstawić problem swemu brygadziście, co jednak w opiniach górników nie jest dobrym posunięciem, gdyż brygadziści rzadko reagują na tego typu skargi. Można złożyć formalna skargę do związku, co jednak powoduje, że cała sprawa ulega zagmatwaniu, wydłuża się bowiem czas jej załatwiania poprzez wprowadzenie procedur prawniczych. Trzecią opcje stanowi strajk, po który sięga się najczęściej, ponieważ jest najłatwiejszym rozwiązaniem i przynosi poczucie sprawstwa nawet jeśli postulaty nie zostaną spełnione. Dzieje się tak dlatego, że pracownicy mają poczucie zadowolenia, że choć w jakimś stopniu zaszkadzili przedsiębiorstwu, które ich niesprawiedliwie traktuje. Istnieje jednak jeszcze czwarta droga osiągnięcia porozumienia: uleczenie nadwerężonych relacji, która polega na

---

<sup>82</sup> S. Golinowska, *Nierównowaga ekonomiczna w systemie ochrony zdrowia* [w:] J. Mujżel (red.)System ochrony zdrowia, op. cit, s.230-231(stenograficzny zapis dyskusji na sympozjum RSSG z dn23.01.2004r.nt. „Poszukiwania i propozycje naprawy systemu ochrony zdrowia”)

naprawieniu stosunków między uczestnikami sporu, na likwidowaniu wzajemnej nieufności i szukaniu platformy porozumienia.<sup>83</sup>

To założenie jest o tyle ważne, że przedmiotem konfliktu może być jak wymieniono w niniejszym opracowaniu, sprzeczność interesów, konflikt władzy oraz nieprawidłowości w funkcjonowaniu różnego rodzaju praw. Jednak w wielu przypadkach u podłoża konfliktu leżą niewłaściwe relacje międzyludzkie, które należy zmienić.

Ostatnimi czasy stosunkowo często środowisko medyczne sięgało po protest społeczny jako formę walki o interesy.

Protest to publicznie zmanifestowana dezaprobatą wobec kogoś lub czegoś wyrażona przez grupę osób, które w danej sytuacji społecznej nie są w stanie podjąć bezpośredniej i skutecznej walki z konkurencyjnymi grupami interesów. Najczęściej protest ma postać manifestacji niezadowolenia oraz charakteryzuje się następującymi cechami:

- protestujący wyrażają aktywny sprzeciw wobec temu, co uważają za niesprawiedliwe lub nieprawidłowe,
- protestujące osoby nie są w stanie zmienić niekorzystnej dla nich sytuacji w bezkonfliktowy sposób,
- celem działań protestacyjnych jest zwrócenie uwagi na nieprawidłową sytuację protestującego środowiska przez osoby, które są władne zmienić owa sytuację na lepszą,
- protestujący nie stawiają sobie za cel zmiany zasad funkcjonowania porządku społecznego lecz domagają się jedynie ich dopracowania tak, by były zgodne z ich interesami lub interesami, które są uważane za społecznie depriwowane<sup>84</sup>,
- protestujący często liczą na poparcie ze strony innych grup społecznych znajdujących się w podobnej sytuacji oraz oczekują poparcia ze strony społeczeństwa stąd zazwyczaj zabiegają o medialne nagłośnienie przeprowadzanych przez siebie akcji.

Analizując sytuacje protestu można wskazać kilka typowych okoliczności sprzyjających pojawieniu się protestu jako metody manifestowania niezadowolenia. I tak protesty najczęściej mają miejsce w momencie, gdy: zaistnieją okoliczności, które spowodują drastyczne pogorszenie sytuacji życiowej danej grupy lub nadmierny wzrost wymagań wobec tejże grupy, nastąpi rozdźwięk pomiędzy oczekiwaniami ludzi

---

<sup>83</sup> W. L. Ury, *Dochodząc do zgody*, op.cit., s. 205-206

<sup>84</sup> M. Białydzewski, *Teoretyczne problemy*, op.cit.s.132-133

a warunkami, od których zależy spełnienie oczekiwań, oczekiwania rosną szybciej niż warunki, które gwarantują ich realizację, sytuacja danej grupy społecznej ulega pogorszeniu w porównaniu do innych grup stanowiących punkt odniesienia, wobec danej grupy inne osoby podejmują szkodliwe działania.<sup>85</sup>

W zamierzeniach protestujących jest zmiana sytuacji niekorzystnej z punktu widzenia danej grupy społecznej. W Polsce protesty mają wymiar przede wszystkim polityczny, a ich zasadniczym celem jest zwrócenie uwagi polityków na określone problemy.

Protestujący zazwyczaj dbają o to, by ich działania były jak najmniej uciążliwe dla osób postronnych, np. oflagowanie, głodówki czy okupacja budynków, jednak zdarzają się także protesty bardzo dotkliwe dla niezaangażowanych osób np. blokady najbardziej uczęszczanych dróg jak to miało miejsce podczas sporu o budowę obwodnicy w Dolinie Rozpudy.

Często działania protestujących znamionuje postawa wyrażająca się w haśle: jesteśmy pokrzywdzeni, ale walczymy o dobro wspólne. Jednakże ta zasada nie ma uniwersalnego wymiaru, gdyż im niższy status społeczny protestujących, tym bardziej wypada im kierować się egoistycznymi pobudkami, natomiast im status społeczny jest wyższy, tym częściej należy podnosić kwestie ideowe i ogólnospołeczne. Nie zmienia to jednak faktu, że protesty obecnej i poprzednich dekad zdominowane są przez presję siły – wygrywają najsilniejsi, najbardziej hałaśliwi, najbardziej bezkompromisowi i zdecydowani.<sup>86</sup>

M. Gramlewicz<sup>87</sup> przeprowadził ankietowe badania dotyczące konfliktów mających miejsce w ochronie zdrowia, uzyskując przy tym interesujące wnioski. Badając grupy zawodowe lekarzy i pielęgniarek, poczynionych zostało kilka ciekawych obserwacji. Po pierwsze, obie badane grupy zawodowe, stwierdziły, że w ochronie zdrowia mamy do czynienia z konfliktami występującymi w miejscach pracy - wskaźnik wynosi ponad 60 %. Po drugie, konflikty mają raczej zespołowy charakter, co oznacza, że nie toczą się jedynie pomiędzy dwiema zaangażowanymi stronami, ale wciągnięci zostają niejako pozostali pracownicy. Po trzecie, jako główne przyczyny występowania konfliktów wskazywano kwestie finansowe (zarobki), sprawy dotyczące organizacji pracy (dyżury, urlopy) oraz sprawy czysto medyczne, rzadziej spory dotyczyły kwestii „damsko- męskich” oraz poleceń wydawanych pielęgniarkom przez

---

<sup>85</sup> tamże

<sup>86</sup> H. Pietrzak, *Agresja, konflikt, społeczeństwo*, op.cit.,s.163

<sup>87</sup> M. Gramlewicz, *Oblicza kryzysu w polskiej służbie zdrowia*, Katowice 2007, s. 246-249

lekarzy. Po czwarte, o istniejących konfliktach w miejscu pracy świadczyły takie symptomy jak zła, napięta atmosfera, kłótnie, plotki. W niektórych przypadkach nerwowa atmosfera powodowała przenoszenie się konfliktu na wykonywane obowiązki zawodowe. Po piąte, biorąc pod uwagę długość trwania konfliktu, respondenci wskazywali na ich głównie krótkotrwały charakter, gdyż najczęściej konflikty trwały kilka dni. Po szóste istotną wartość eksplanacyjną mają odpowiedzi lekarzy wskazujących na fakt, iż dla przeważającej liczby respondentów(57,1%) podstawowym sposobem rozwiązywania konfliktów, jest wyjaśnienie spornych kwestii wewnątrz własnego środowiska, bez odwoływania się do angażowania w spór innych stron takich jak administracja czy związki zawodowe (tę drogę rozwiązywania konfliktów wskazało 8,1% lekarzy) czy Izbę Lekarską(4.8% wskazań)

Badania te wskazują na istnienie konfliktu w ochronie zdrowia, przynajmniej w wymiarze interpersonalnym. W części badawczej niniejszego opracowania zawarte zostaną wyniki badań szerzej traktujące konflikty. Przeanalizowane zostaną przesłanki konfliktów oraz ich wymiary, ponieważ jak wynika chociażby z przytoczonych powyżej badań, ochrona zdrowia jest terenem, na którym konflikty się rozgrywają, co powoduje osłabienie systemu oraz wpływać może na jakość usług zdrowotnych.

Kolejny rozdział zawierać będzie natomiast teoretyczne rozważania na temat dialogu w ogóle, a dialogu społecznego w szczególności jako metod zapobiegania i zażegnania konfliktów. Uwzględnione zostaną także kwestie takie jak: dialog obywatelski, kompromis jako konieczny element życia społecznego oraz otwarta metoda koordynacji, która ostatnimi czasy zyskuje sporą popularność w krajach członkowskich Wspólnoty Europejskiej. Są to mechanizmy od niedawna obecne w procesach decyzyjnych, jednak posiadają szereg cech charakterystycznych, którym warto się przyjrzeć uważniej ze względu na społeczną użyteczność.

## Rozdział II. Dialog społeczny- analiza zjawiska w śląskiej ochronie zdrowia

*Silna demokracja „...nie jest władzą nad „ludźmi” czy „masami”...masy hałasują, obywatele rozważają; masy zachowują się, obywatele działają; masy „zderzają się”, obywatele angażują się, uczestniczą i wnoszą wkład. W momencie, kiedy masy zaczynają rozważać, działać, uczestniczyć i wnosić wkład przestają być nimi a stają się obywatelami. Tylko wtedy oni uczestniczą...”<sup>88</sup>*

Podział dochodu narodowego z pewnością stanowi istotny przyczynę do wybuchu konfliktów społecznych, a w konsekwencji także do niepokojów i strajków. Ochrona zdrowia należąc sektora publicznego pozostaje często za pozostałymi działami gospodarki, zwłaszcza o charakterze prywatnym. Niemniej jednak procesy transformacyjne gospodarki polskiej nie mogą zostać zatrzymane, stąd też konieczne wydają się przesunięcia w dochodzie narodowym. Problemem jest jednak fakt, iż nie będą się one mogły dokonać bez wyrzeczeń niektórych grup społecznych. Brzmi to, można powiedzieć, złowieszczo i kojarzy się z ubożeniem jednych grup społecznych oraz bogaceniem innych, jednak przegrupowania środków powinno mieć taki kształt, by umożliwić przyspieszony rozwój.<sup>89</sup>

### 2.1.1. Pojęcie dialogu, charakterystyka zjawiska.

Dialog społeczny pojawił się pierwotnie jako platforma pokojowego rozwiązywania sporów w zbiorowych stosunkach pracy. Jednak, jak pisze K. W. Frieske, z czasem zakres dialogu zmienił się i poszerzył. Praktyka społeczna dowiodła, że w nowoczesnych społeczeństwach wzajemnie powiązane interesy społeczne nie dają się sprowadzić do jednego tylko wymiaru stosunków pracy. W Polsce te przemiany także miały miejsce- decentralizacja państwa zrodziła tendencje do autonomizacji interesów lokalnych i okazało się, że scentralizowane przetargi zbiorowe nie zdają egzaminu jako efektywne sposoby likwidowania napięć społecznych.<sup>90</sup>

---

<sup>88</sup> B. Barber, Strong democracy: *Participatory Politics for a New Age*, Uniwersytety of California Press 1984, za:K.W. Frieske, dialog społeczny a demokracja [w:] D.Zalewski(red.) *Dialog społeczny na poziomie regionalnym. Ocena szans rozwoju*, Warszawa 2005, s.44.

<sup>89</sup> Por. T.Kowalik, Czy umowa społeczna jest utopią?[w:] T.Kowalik (red.), *Negocjacje drogą do paktu społecznego. Doświadczenia, treść, partnerzy, formy*, Warszawa 1995, s. 239 -240

<sup>90</sup> K.W. Frieske, Dialog społeczny a demokracja [w:] D.Zalewski(red.) *Dialog społeczny op.cit.*,s.47.



Rozważania na temat dialogu należy rozpocząć od wyjaśnienia samego pojęcia dialogu w ogóle jako rodzaju relacji międzyludzkiej.

Dialog jest relacją interpersonalną, więc rozgrywa się pomiędzy osobami ( najczęściej dwiema). Jak twierdzi J. Kieniewicz<sup>91</sup>, nie można nazwać dialogiem relacji między systemami- religie, kultury, społeczności nie dialogują. Jest to stwierdzenie o tyle kontrowersyjne, że często mówi się o dialogu międzykulturowym, międzyreligijnym.

Generalnie rzecz ujmując, dialog jest relacją komunikacyjną pomiędzy dwiema lub większą ilością stron. Jednak posiada on pewne specyficzne cechy, odróżniające ten rodzaj komunikowania od pozostałych. Na wstępie należy zwrócić uwagę na to, iż dialogiem można nazwać tylko taką komunikację, której podłożem są wolne decyzje osób biorących w niej udział. Poza tym dialog wykracza poza sferę czysto słowną- jest określeniem postawy.

Za J. Kieniewiczem, podać można współczesne rozumienie słowa dialog. Dialog to: "spełnienie zdolności osoby do udzielania siebie drugiej osobie za pomocą słowa. Zarazem jest to relacja dawania i przyjmowania, nie tylko mówienia i słuchania. Jest to zatem taka postać komunikacji, która stwarza więź między ludźmi. Dialog wzmacnia sieć powiązań, być może trzeba mówić o jego znaczeniu kumulatywnym."<sup>92</sup> Ponadto dialog należy ciągle wybierać i kształtować, nie jest bowiem trwałym szablonem, który można dostosować uniwersalnie do każdej sytuacji. Wynika to z przyjęcia założenia, że nośnikiem dialogu jest człowiek, zaś każdy człowiek jest inny i niepowtarzalny. Skoro więc dialog, jak wspomniano, jest postawą ku innej osobie, musimy wciąż go tworzyć i doskonalić, gdyż sposób w jaki kontaktujemy się z jedną osobą jest nieodpowiedni w stosunku do innej.

Dialog bywa też utożsamiany z pewnym poziomem kultury politycznej, polegającej na umiejętności zawierania porozumień w szerokim spektrum zagadnień społecznych. Praktyka tak pojmowanego dialogu trwa w Europie Zachodniej przez ostatnie siedemdziesiąt lat czy, jak w przypadku niektórych krajów skandynawskich, grubo ponad sto lat. Praktyka ta przechodziła różne koleje, jednak prowadziła do tak solidnej instytucjonalizacji dialogu, że stał się on składnikiem kultury politycznej(...)"<sup>93</sup>

---

<sup>91</sup> J. Kieniewicz, *Perspektywy polskiego dialogu [w:] Jak poprawić dialog Polaków? , Wartości i Rozwój nr 4, s. 16*

<sup>92</sup> tamże, s. 17

<sup>93</sup> J. Gardawski, *Dialog społeczny- od praw cechowych do dyrektyw unijnych*[w:] Dialog , maj 2006

Jeszcze inne wyjaśnienie istoty dialogu podaje P.Kozłowski, którego zdaniem, „dialog dotyczy wartości, czyli wyobrażenia o świecie, w którym chcielibyśmy i możemy żyć. Przy powstawaniu nowej Rzeczypospolitej były dwa łącznie traktowane cele: budowa społeczeństwa demokratycznego oraz gospodarki rynkowej, a nie wolnorynkowej. Chodzi o budowę takiego społeczeństwa, w którym większość uczestniczy w owocach wzrostu gospodarczego”<sup>94</sup>

Kontynuując rozważania, wyjaśnić należy także czym jest dialog społeczny jako specyficzny rodzaj dialogu odnoszący się do stosunków pracy, aczkolwiek pojawiają się opinie, że dialog jest wartością samą w sobie, związaną ze słowem lub, że raczej droga do dialogu wiedzie przez słowo. W tym kontekście, jak twierdzi J. Kiniewicz pewnym nadużyciem jest mówienie o dialogu społecznym, gdyż dialog społeczny wykracza poza słowo stając się elementem kontraktu.<sup>95</sup>

Niemniej są to poglądy wypowiedziane stosunkowo rzadko, stąd dialog społeczny jest często wyjaśniany nie tylko poprzez podanie znaczenia, ale także w kontekście innych zjawisk społecznych właśnie z obszaru rynku pracy. Przykładowo dialog społeczny łączony bywa z korporatyzmem, który z kolei może występować w dwóch formach: w postaci korporatyzmu państwowego ( autorytarnego), gdzie możliwości zrzeszania się są ograniczone oraz korporatyzmu społecznego(liberalnego). Z punktu widzenia dialogu społecznego, korporatyzm liberalny często bywa utożsamiany z dialogiem określanym mianem neokorporatyzmu. W neokorporatyzmie grupy interesu wpływają na proces podejmowania decyzji, we wszystkich jego fazach-od formułowania projektów aż do ich realizacji.<sup>96</sup>

Rezultatem powyższych rozważań dotyczących istoty dialogu społecznego jest także przyjęcie przez ważne instytucje zajmujące się stosunkami pracy, definicji dialogu społecznego, które weszły do powszechnego użycia.

Bez wątplenia istotną instytucją zajmującą się stosunkami pracy jest ILO(Międzynarodowa Organizacja Pracy ), będąca agendą ONZ. Według przyjętej przez ILO definicji dialogiem społecznym nazywane są wszelkiego rodzaju negocjacje, konsultacje lub zwykła wymiana informacji pomiędzy reprezentantami rządu, pracodawców i pracowników, dotyczące różnorodnych kwestii w obrębie polityki

---

<sup>94</sup> J.Czarzasty, A.Kulpa-Ogdowska(red.), *Związki zawodowe*, op. cit., s. 26

<sup>95</sup> J. Kieniewicz, *Perspektywy polskiego dialogu* op. cit., s.22

<sup>96</sup> K.von Boyme, *Współczesne teorie polityczne*, Warszawa 2005, s. 246

gospodarczej i społecznej.<sup>97</sup> Przy czym wg ILO, by dialog miał miejsce muszą zaistnieć następujące warunki konieczne:

- Silne, niezależne organizacje pracowników i pracodawców, wyposażone w techniczne możliwości dostępu do ważnych dla partycypacji informacji,
- Wola i zgoda polityczna na istnienie dialogu oraz zaangażowanie wszystkich stron politycznych,
- Respektowanie podstawowych praw i wolności,
- Odpowiednie wsparcie instytucjonalne.<sup>98</sup>

Równie ważną, w kontekście rynku pracy a zarazem integracji Polski z Unią Europejską, jest definicja Komisji Europejskiej określająca dialog społeczny jako “proces stałej interakcji między partnerami społecznymi, w celu osiągnięcia porozumienia dotyczącego kontroli niektórych zmiennych gospodarczych i społecznych, na poziomie makro- i mikro-ekonomicznym”<sup>99</sup>

Koncepcja dialogu społecznego realizowanego w UE i w konsekwencji w Polsce zakłada silną pozycję rządu, który ma być jego gospodarzem, inicjatorem i stroną regulującą. Jest to rozumienie dialogu proponowane w modelu neokorporacyjnym. Przyjmując takie założenia, dialog społeczny powoduje większe uspołecznienie mechanizmów podejmowania decyzji by uwzględnić różne punkty widzenia partnerów społecznych, równowagę społecznych interesów w celu zagwarantowania powszechności dobra publicznego, efektywniejszych rozwiązań z zakresu polityki społecznej i gospodarczej, lepsze przygotowanie partnerów społecznych i społeczeństwa do realizacji programów publicznych, zwiększenie kontroli społecznej oraz sprzyja umacnianiu pokoju społecznego.<sup>100</sup>

Dialog jest zatem forum artykulacji interesów i potrzeb poszczególnych osób i grup społecznych, poprzez co możliwe jest znalezienie takiego rozwiązania, które jak najlepiej pozwoli zaspokoić potrzeby wszystkich stron.

Tak rozumiany dialog społeczny jest zjawiskiem stosunkowo nowym w polskiej praktyce politycznej, co bez wątpienia spowodowane jest uwarunkowaniami historycznymi.

---

<sup>97</sup> *What is Social Dialogue?* na: <http://www.ilo.org/public/english/dialogue/ifpdial/areas/social.htm>

<sup>98</sup> *The Enabling Conditions of Social Dialogue* na:

<http://www.ilo.org/public/english/dialogue/ifpdial/areas/social.htm>

<sup>99</sup> Komisja Europejska 2000r. za N. Pruszanowski, Dialog społeczny, podobnie definiowany jest dialog społeczny w *Industrial relations glossaries* (Głosariusze stosunków pracy), Foundation for the Improvement of Living and working Condition, 1993 za: S.K.Anderson, *Dialog społeczny a europejskie tradycje pastwowe*, Phare PL2000, działanie 1.2.e, 2002, s.2

<sup>100</sup> T. Schimanek, *Dialog obywatelski Polska 2007*, Warszawa 2007, s. 11

Niemniej jednak warto przyrzeć się przemianom dialogu, jakie miały miejsce w Europie w XX wieku.

J. Gardawski<sup>101</sup> wyróżnia 4 okresy w istnieniu dialogu społecznego po drugiej wojnie światowej:

- 1) Okres do 1973r. (pierwszy kryzys naftowy)- charakteryzujący się industrializmem, keynesizmem oraz rozkwitem koncepcji welfare state. Wiązała się z tym silna pozycja związków zawodowych, które uczestniczyły w negocjowaniu paktów społecznych, chroniących silną klasę robotniczą,
- 2) Okres od 1974r. do końca lat 80. – był to czas kryzysu gospodarczego, postępującej globalizacji, dekoncentracji przemysłu. Wszystko to wpływało na znaczne osłabienie państwa opiekuńczego. Związki zawodowe zaczęły tracić swą pozycję z wyjątkiem jedynie Skandynawii, gdzie były mocno zaangażowane w społeczno- gospodarcze przeobrażenia. Choć nastąpiło zahamowanie powstawania paktów społecznych, to jednak dialog społeczny nie przestał istnieć,
- 3) Lata 90. – okres odradzania się mechanizmów dialogowych i paktów społecznych. Miały one jednak inne oblicze- zawierano je po pierwsze w krajach, gdzie nie istniały silne związki zawodowe, po wtóre natomiast miały na celu sprostanie międzynarodowej konkurencji, będącej efektem globalizacji. Zmianie uległy też mechanizmy negocjacji- rezygnowano z dokonywania wymiany( ustępstwa związków w zamian za jakieś korzyści dla nich) na rzecz wypracowywania wspólnych projektów, które mogły pomóc pracownikom. Mówi się także, że dialog społeczny był w tamtym okresie siłą, która pozwalała realizować partykularne interesy państw UE, które przeciwstawiały się Brukseli, tłumacząc się naciskami partnerów społecznych,
- 4) Okres po roku 2000. –znowu nastąpiło zahamowanie w negocjowaniu paktów przy jednocześnie wciąż dużej roli dialogu społecznego. Związki zawodowe zdają się tracić swą podstawową funkcję- obronę interesów pracowniczych. Pozycji związków i dialogowi społecznemu nie sprzyja także unijne ustawodawstwo, które jest mało restrykcyjne i nie zawiera obligatoryjnych przepisów, pozostawiając raczej decyzje w gestii państw członkowskich.

Przy czym, istotną cechą okresu współczesnego jest rozwój w większym stopniu dialogu obywatelskiego niż społecznego.

---

<sup>101</sup> J.Gardawski, *Dialog społeczny- od praw cechowych do dyrektyw unijnych* , op. cit.

Przedstawione w zarysie przemiany dialogu w Europie Zachodniej miały inny przebieg niż w Polsce. Praktycznie bowiem wyprzedzają dialog w naszym kraju o prawie pół wieku, niemniej jednak doświadczenia pochodzące z zagranicy są przydatne w formowaniu rodzimego modelu dialogu.

Obecnie prace nad nadaniem dialogowi odpowiedniego, tzn. dostosowanego do sytuacji gospodarczej kształtu, a zarazem przywrócenie mu należnego miejsca w stosunkach pracy, powoli się intensyfikują. Jednak by zrozumieć dzisiejsze mechanizmy funkcjonowania dialogu i należy poznać prawidłowości jego kształtowania się.

Właściwie jako bezsporne uznaje się za początek dialogu społecznego wydarzenia z lat 80. Niebagatelną rolę odegrały porozumienie sierpniowe oraz Okrągły Stół. Były to pierwsze na tak szeroką skalę w Polsce przeprowadzone negocjacje, w dodatku zakończone osiągnięciem kompromisu z udziałem przedstawicieli strony rządowej i strony społecznej (użycie pojęcia strony wydaje się zasadne, gdyż trudno mówić, że obóz rządzący postrzegał związki jako partnerów społecznych).

Co prawda zarzucano ówczesnym twórcom dialogu, że negocjacje inicjowane były odgórnie, więc trudno mówić o rzeczywistym dialogu, jednak nie można kwestionować faktu, że pewien model rozwiązywania spornych kwestii został zapoczątkowany.

Początek lat 90-tych to reaktywowanie idei dialogu w rozumieniu dzisiejszym, dialogu dwu i trójstronnego. W tym znaczeniu dialog społeczny jest postrzegany w perspektywie demokracji konsensualnej i swym zasięgiem wykracza poza ramy stosunków pracy, obejmując całe społeczeństwo a zwłaszcza aktywnych jego aktorów.

Mówiąc o dialogu społecznym możemy się posłużyć kilkoma jego cechami charakterystycznymi. Są nimi:

- Aktorzy rekrutujący się ze środowiska pracy (związki branżowe, ogólnopolskie centrale związkowe, zakładowe związki zawodowe), związki pracodawców (zakładowe, branżowe, ogólnopolskie), strona rządowa (szczebla wojewódzkiego lub państwowego),
- Umowa społeczna będąca podstawową zasadą regulującą dialog społeczny,
- Konsensus(kompromis) jako rezultat ostateczny prowadzonego dialogu,
- Negocjacje będące narzędziem osiągnięcia kompromisu.

Ponadto wskazać można na **funkcje charakterystyczne dla dialogu społecznego**. Jak twierdzi L. Gilejko, „dialog społeczny spełnia nie tylko funkcje stabilizacyjne, podnosi poziom funkcjonalności i zdolności adaptacyjnych systemów społecznych, ale jest

ważnym czynnikiem dynamiki rozwoju społecznego. Samo jego kształtowanie jest zresztą miarą rozwoju, jeśli do repertuaru tych miar zalicza się zwykle poziom integracji społeczeństwa czy sposób rozwiązywania konfliktów społecznych<sup>102</sup>.”

Tak więc dialog społeczny jest związany z możliwością artykulacji interesów i dążeń poszczególnych grup w ramach zbiorowych stosunków pracy. Ale ponadto często przyjmuje się także za dialog pewien proces- kontinuum interakcji, ciągłej wymiany informacji między partnerami społecznymi.

Na dialog można spojrzeć także jako na stały mechanizm godzenia przeciwstawnych interesów w stosunkach społeczno- gospodarczych oraz formę wyrażania aprobaty lub dezaprobaty dla decyzji podejmowanych przez władze państwowe.<sup>103</sup>

Uwzględniając zakres przedmiotowy wskazać należy coraz szersze zastosowanie procedur dialogowych, które obejmują nie tylko tradycyjne stosunki przemysłowe, ale także inne zagadnienia z zakresu polityki gospodarczej, społecznej, a nawet finansowej i zagranicznej.

Dialog społeczny powinien posiadać również określoną **strukturę**. Prawidłowo przebiegający dialog musi mieć następujące elementy<sup>104</sup>:

*Orientację na dobro wspólne.* Dialog nie może więc być identyfikowany z interesami politycznymi i nie może przebiegać wyłącznie w miejscach kojarzonych z rozgrywkami politycznymi. Dobro wspólne, jako pojęcie nieostre, należy definiować w konkretnych debatach. Ważna jest także możliwość nieskrępowanego głoszenia poglądów przez uczestników debat bez obawy, że są one niezgodne z idea dobra wspólnego. Jest to o tyle istotne, że często główni rozgrywający w dyskusjach uzurpują sobie prawo do występowania w imieniu dobra wszystkich, gdy tymczasem bronią swych partykularnych interesów.

*Możliwie równy dostęp do dyskusji partnerów społecznych, którzy legitymują się różną pozycją społeczną.* Typowym zjawiskiem jest, że ci, którzy mają większą władzę posiadają większą siłę przetargową- jeśli by jej nie mieli, to by próbowano znaleźć nieformalne sposoby wpływania na podejmowane decyzje, co bez wątpienia prowadziłoby do osłabienia dialogu. Jednak zgodnie z zasadą równego dostępu ważne jest, by istniała możliwość uczestniczenia w dyskusjach także tych stron, które nie są uprzywilejowane. Jest to postulat o tyle trudny do zrealizowania, że jak słusznie zauważa

---

<sup>102</sup> L. Gilejko, *Dialog społeczny*, op. cit., s. 13.

<sup>103</sup> J. Męcina, *Dialog społeczny w Polsce a integracja z Unią Europejską*, Warszawa 2005, s. 14

<sup>104</sup> T. Zarycki, *O dwoistej naturze struktur dialogu społecznego [w:] Jak poprawić dialog Polaków*, op.cit.,s.38 i n.

Zarycki, każde zachwianie odpowiednio dobranych proporcji podczas tworzenia gremium do dyskusji skutkować może przekształcenie dialogu w monolog. Zagadnienie doboru aktorów do dialogu w ogóle wydaje się być zagadnieniem problematycznym. Najczęściej przyjmuje się, że w dyskusjach uczestniczą reprezentanci określonej grupy społecznej, zawodowej itd., jednak czasem trudności nastręczają np. proporcje, według których dokonuje się selekcji. A i samo określenie proporcji nie gwarantuje sukcesu, ponieważ należy jeszcze wskazać odpowiednie osoby, które mają reprezentować daną organizację. Zadanie to może też być niełatwe- w dialogu zasiadają później osoby, które niezbyt są zorientowane w jego przedmiocie, co skutkuje niską wartością merytoryczną prowadzonych rozmów.

*Odpowiednie przeprowadzanie debaty.* Chodzi tu zwłaszcza o techniczne rozwiązania w przebiegu debaty, czyli regulacje dotyczące zabierania głosu przez poszczególnych uczestników dyskusji. Struktura systemu debaty wymaga sprecyzowania jaka jest kolejność wypowiedzi, ile one trwają, kto wygłasza podsumowania a także zakres tematyczny dyskusji. Pewnym problemem w dyskusjach różnego rodzaju może być także uczestnictwo osób posługujących się tzw. żargonem środowiskowym np. inne terminy stosują osoby z wykształceniem technicznym, a inne z humanistycznym. I te kwestie także należy wziąć pod uwagę dobierając dyskutantów.

Ponadto, mówiąc o strukturze nie należy zapominać o stronach dialogu jako elemencie koniecznym i oczywistym. Jednak konieczny jest odpowiedni dobór uczestników debaty, gdyż w przypadku jego braku debata nie będzie merytorycznie właściwa lub też zamiast dyskusji powstanie kłótnia. Obok wspomnianych powyżej technicznych zabiegów dotyczących naboru do dyskusji, należy też zwrócić uwagę na kwestie świadomościowe uczestników. Otóż aktorzy społeczni powinni być grupami lub reprezentantami grup, których członkowie są połączeni więzią społeczną i posiadają świadomość jej istnienia. W przeciwnej sytuacji uzgodnienia, które zapadną podczas debaty będą w niewielkim stopniu odzwierciedlać to, co w rzeczywistości dzieje się w społeczeństwie.

W Polsce właśnie ten element struktury zdaje się być niedostatecznie podkreślany a tymczasem „W naszym kraju ludzie utożsamiają się głównie z poziomem najbardziej szczegółowym- rodziny lub najbardziej ogólnym- państwa lub Kościoła. Na tych poziomach trudno jest prowadzić dialog społeczny, ponieważ jest tych grup zbyt dużo (rodziny) lub wszyscy praktycznie należą do jednej grupy. Utożsamianie się ze średnim poziomem jest wśród Polaków stosunkowo słabe. Potencjalne grupy średniego poziomu

oparte na wspólnocie lokalnej, zawodowej, wiekowej lub na przykład wspólnocie wartości czy interesów są stosunkowo słabe. A to takie właśnie grupy tworzą zwykle tkankę społeczną, która sprawia, że społeczeństwo na drodze dialogu potrafi się rozwijać.<sup>105</sup>,

Nie każda sytuacja społeczna sprzyja prowadzeniu dialogu, zatem istnieć powinny określone warunki skutecznego dialogu społecznego.

Aby istniał skuteczny i prawdziwy dialog powinny wystąpić pewne okoliczności zewnętrzne, tworzące klimat sprzyjający debacie.

Ponadto jakość dialogu zależy od podmiotów biorących w nim udział. Jeśli chodzi o zachowania, jakie powinny być udziałem podmiotów dialogu, to należy tu wskazać m. in.:

- *Niezależność*, która polega na tym, że przedstawiciele pracowników i pracodawców włączani w proces decyzyjny, nie podlegają wpływom organów władzy,
- *Odpowiednia struktura organizacyjna* umożliwiająca transmisję ustaleń, które podjęto na szczeblu rządowym, na niższe poziomy organizacyjne,
- *Legitymizacja społeczna* do prowadzenia dialogu- dialog przede wszystkim służy obywatelom a nie ich przedstawicielom, dlatego nie można zapominać o społecznej akceptacji dla stron dialogu<sup>106</sup>. W dialogu dojrzałym, ugruntowanym, organizacje reprezentujące określone grupy społeczne akceptują w pełni prawo innych uczestników do uczestniczenia w dyskusjach. By jednak sytuacja taka miała miejsce strony powinny spełnić *dwa zasadnicze warunki reprezentatywności: warunek prawomocności*, obejmujący historyczne i formalne kryteria uprawniające do reprezentowania interesów szerszych grup społecznych oraz *warunek regulacyjnej skuteczności*, oznaczający zdolność do efektywnego kontrolowania napięć powstających w danych układach stosunków pracy<sup>107</sup>.

Kolejną kwestią, jeśli chodzi o ogólne warunki dobrego dialogu, jest rodzaj relacji występujących między partnerami. Jest to zagadnienie, które wymaga głębszego zastanowienia. Najkrócej zasady te sprowadza się do wzajemnego zaufania, równości

---

<sup>105</sup> A. Nowak, *Dialog a konflikt* [w:] *Jak poprawić dialog Polaków*, op. cit., s. 26

<sup>106</sup> L. Gilejko (red.), *Związki zawodowe a restrukturyzacja. Bariery czy kompromis*, Warszawa 2003, s.78.

<sup>107</sup> R. Towalski, *Dialog społeczny- próba definicji* [w:] R. Towalski (red.), *Dialog społeczny. Najnowsze dyskusje i koncepcje*, Warszawa 2007, s.28-29



stron, działań na rzecz dobra wspólnego. Ale równie istotne są: elastyczność, wola i gotowość do wspólnych działań czy przyjęcie zobowiązania do przestrzegania przyjętych ustaleń.<sup>108</sup>

Wreszcie dla istnienia dialogu ważne są także:

- Istnienie otwartej materii do negocjacji- czyli zagadnień, które nie zostały uregulowane jednostronnie przez państwo w ramach kompetencji centralnych,
- Odpowiedni podział kompetencji na te, które podlegają pod ustalenia partnerów społecznych i te, które są regulowane bez udziału stron społecznych,
- Określone i dopracowane zasady działania zarówno struktur organizacyjnych, jak i sposobu prowadzenia rozmów.<sup>109</sup>

Przy czym mówiąc o kompetencjach zwrócić uwagę należy także na posiadanie przez strony odpowiedniej wiedzy i informacji na temat prowadzonych rozmów, metod negocjacji oraz pozostałych partnerów. Odpowiednie kompetencje to również wiedza dotycząca otoczenia społecznego dialogu: znajomość prawa (nie tylko prawa pracy), głównych wskaźników mikro i makroekonomicznych, sytuacji politycznej oraz nastrojów opinii publicznej związanych z przedmiotem prowadzonego dialogu.<sup>110</sup>

---

<sup>108</sup> tamże, s. 78

<sup>109</sup> tamże, s. 79

<sup>110</sup> R.Towalski, *Dialog społeczny- próba definicji*, op.cit., s. 28

### 2.1.2. Dialog społeczny a modele rynku pracy.

Z pojęciem dialogu społecznego wiążą się zagadnienia dotyczące modeli rynków pracy. Ukształtowały się one pod wpływem określonych warunków politycznych, historycznych, instytucjonalnych czy kulturalnych, powodując głębokie zakorzenienie w określonych państwach

Za C. Crouchem<sup>111</sup> wyróżnić można 3 zasadnicze modele rynku pracy: pluralistyczny, etatystyczny oraz (neo)korporacyjny.

*Model pluralistyczny* zakłada zasadę nieinterweniowania i bierności państwa w odniesieniu do stosunków pracy. W rezultacie regulacje państwowe są bardzo skromne i ograniczają się jedynie do tworzenia podstawowych zasad prawnych, stosowanych przy zawieraniu umów przez osoby fizyczne i prawne. Powoduje to, że system pracy oparty jest na zasadzie woluntaryzmu. Relacje między pracodawcami a pracownikami są oparte na systemie wartości przeciwstawnych, określić je zatem można jako „podzielone negocjacje/dialog”, w których proces negocjacji to gra o sumie zerowej, gdzie zyski jednej ze stron oznaczają straty drugiej. Struktura związków zawodowych, zarówno pracowników, jak i pracodawców jest rozdrobniona, zaś koordynacja na szczeblu centralnym jest niewielka lub brak jej w ogóle.

Model ten w klasycznym wydaniu funkcjonuje w Wielkiej Brytanii.

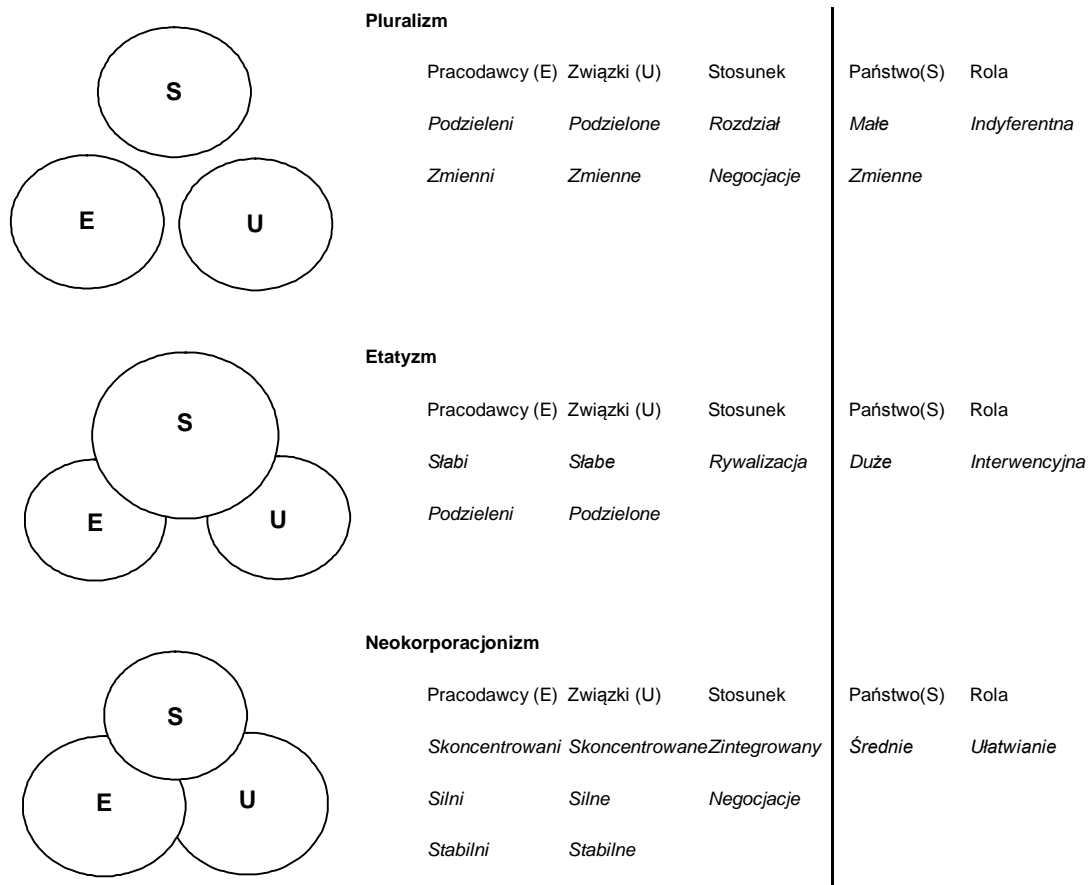
Z kolei działanie *modelu etatystycznego* polega na tym, że między pracodawcami a związkami zawodowymi stosunki są ograniczone i występują częste konflikty. Wzajemne uznanie jest niewielkie, występuje współzawodnictwo, często partnerzy kwestionują podstawy prawne, według których działa druga strona. Wewnętrzna dyscyplina i wola współpracy wśród różnych związków zawodowych pracowników i pracodawców są słabe. W efekcie państwo często jest zmuszone interweniować w stosunki pracy. Przykładem państwa etatystycznego jest Francja.

Natomiast trzeci *model neokorporacjonistyczny* charakteryzuje się interwencjami państwa w stosunki pracy. Lecz dokonują się one na drodze konsultacji i porozumień z partnerami społecznymi. Związki zawodowe są dobrze zorganizowane, nadzorują i stosują w praktyce różne formy dialogu społecznego, często poprzez główne organizacje krajowe. Organizacje partnerów społecznych posiadają duży wpływ na kształt stosunków pracy, działają w oparciu o podobne dla pozostałych partnerów

---

<sup>111</sup> Crouch, C. *Industrial Relations and European State Traditions*. Oxford 1993: Clarendon Press za: S.K.Anderson, Dialog społeczny..., op.cit.,

systemy wartości. Negocjacje i dialog są zintegrowane- toczą się na zasadzie gry, w której ogólny wynik jest dodatni, czyli obie negocjujące strony osiągają korzyści. Państwo nie dominuje nad pozostałymi stronami lecz jego zadaniem jest usprawnienie procesów regulacyjnych. Krajem, w którym model neokorporacjonistyczny występuje w niemalże modelowym wymiarze są Niemcy.



**Rys.1 Modele rynku pracy-schemat**, J. Visser, "Traditions and transitions in industrial relations: a European view" in J.V. Ruysseveldt & J. Visser (eds) *Industrial Relations in Europe*. London 1996, za: S.K. Anderson, *Dialog społeczny* op. cit., s.4

### 2.1.3. Dialog a kompromis

Zazwyczaj łączy się dialog z kompromisem. Jednak nie dla wszystkich badaczy dialogu powiązania tego typu są możliwe do przyjęcia. Na przykład J. Kiniewicz<sup>112</sup> uważa, że dialogu nie należy łączyć z kompromisem, gdyż jest on powszechnie stosowany a zarazem konieczny w życiu społecznym, więc utożsamia się go z pożądaną społecznie wartością. Kompromis jest konsekwencją prowadzenia sporu i zawiera się go po to aby osiągnąć określony cel. Natomiast w dialogu celem nie jest szukanie kompromisu, choć nieraz jest on osiągnięty ale jako cel dodatkowy.

Dodatkowo, wspomniany powyżej autor zwraca uwagę na różnicę pomiędzy kompromisem za zgodą, która to ujawnia się właśnie w kontekście dialogu. Jak się bowiem okazuje dialogicznemu myśleniu bliższa jest koncepcja zgody, jako zasady społecznej. Zgoda w odróżnieniu od kompromisu nie zakłada przyjęcia wzajemnych ustępstw, które nie zawsze są symetryczne, ale opiera się na przyznaniu racji stronie przeciwnej i ustępstwie wobec niej. Kiniewicz twierdzi, że dialog jest sposobem na osiągnięcie zgody zaś kompromisowi może jedynie sprzyjać.

Czym jest konsensus? Określenie to bywa naprzemiennie używane z pojęciem kompromisu, zgody, ugody, porozumienia. Jednak jeśli chodziło by o zakres pojęcia konsensusu to należało by pod nim rozumieć po pierwsze- formę uzgadniania oraz respektowania przez określone podmioty wartości i celów odnoszących się do danego wycinka rzeczywistości, po drugie- sposób efektywnego rozwiązywania sporów, po trzecie wreszcie- legitymizacja władzy zarówno na płaszczyźnie wewnętrznej, jak i zewnętrznej ( jest to ujęcie kompromisu w skali makro)<sup>113</sup>

W. Małachowski<sup>114</sup> wyróżnia następujące rodzaje konsensusu: sytuacyjny, strukturalny, celowy, permanentny, ograniczony i powszechny. Poza tym wymienia pewne sprzyjające elementy dla występowania konsensusu. Są nimi np. :świadomość społeczna, wzory zachowań najczęściej występujące w społeczeństwie, kultura polityczna doświadczenia polityczne oraz jakość elit i ich rola, jaką pełnią w społeczeństwie.

---

<sup>112</sup> J. Kieniewicz, *Perspektywy polskiego dialogu* op. cit., s.21

<sup>113</sup> W. Małachowski, *Dialog, kompromis i konsensus społeczny w procesie transformacji* [w:]E. Nowicka-Włodarczyk(red.) *Kompromis w życiu społecznym*, Kraków 1998, s. 73

<sup>114</sup> tamże, s.74-75

Wydaje się także, że istotnym czynnikiem jest pewna tradycja rozwiązywania sporów w danym społeczeństwie, która wykształca się w ciągu wieloletniej praktyki- jeśli istnieje wówczas znacznie łatwiej osiągnąć konsensus i jest on bardziej trwał.

#### **2.1.4. Dialog społeczny formą demokracji deliberatywnej**

Dialog społeczny stanowi formę demokracji deliberatywnej. W celu usystematyzowania wiedzy dotyczącej demokracji deliberatywnej a jednocześnie wskazania na pewne cechy charakterystyczne dialogu społecznego przedstawić należy następujące prawidłowości właściwe dla obu systemów podejmowania decyzji<sup>115</sup>:

Punktem wyjścia jest rozumienie pojęcia władzy- dla zwolenników demokracji deliberatywnej pojęcie to obejmuje współpracę i harmonię, jako zbiorowy potencjał, jest sprawowana wraz z innymi nie zaś nad innymi, stąd też znacznie różni się od tradycyjnego weberowskiego rozumienia stosunków władzy.

Kolejnym założeniem deliberatystów jest postulat, by decyzje podejmowane były bezpośrednio przez obywateli poprzez ich udział w powtarzalnej i swobodnej debacie, która choć nie zawsze będzie prowadzi do konsensusu, ale z pewnością przyczyni się do zbliżenia stanowisk. W tym kontekście mówi się o tzw. ekonomizowaniu moralnej niezgody polegającym na minimalizowaniu różnic między oponentami i poszukiwaniu takich obszarów, na których będzie możliwa współpraca. Ponadto wysuwany jest pogląd, że sam proces debaty sprzyja koncyliacji i ogólnemu zbliżaniu stanowiska, co jest widoczne zwłaszcza w obszarach, które nie budzą zasadniczych kontrowersji moralnych.

Demokracja deliberatywna zakłada możliwość prezentowania swoich racji oraz wysłuchiwanie racji innych, w sposób co najmniej życzliwy i nieuprzedzony. Zatem w debacie nie ma miejsca na powoływanie się na stanowisko, zajmowaną pozycję społeczną, posiadany majątek, wszyscy uczestnicy mają równy status. Poza tym uczestnicy debaty są wobec siebie równi, zwłaszcza w dostępie do informacji, które mają pomóc w wyrobieniu sobie zdania na dany temat.

Nie bez znaczenia jest fakt, który podkreślają zwolennicy deliberacji, że w demokracji przedstawicielskiej, decyzje podejmowane są w sposób zindywidualizowany- głosując na danego kandydata a w rzeczywistości na partię, kierujemy się własnym indywidualnym interesem i wybieramy ten program polityczny,

---

<sup>115</sup> J. Wasilewski, *Czy demokracja deliberatywna naprawi współczesną demokrację?* [w:] J. Reykowski(red.), *Konflikt i porozumienie. Psychologiczne podstawy demokracji deliberatywnej*, Warszawa 2007, s. 14 i n.

który nam jako jednostkom najbardziej odpowiada. W rezultacie partia rządząca dysponuje mandatem uzyskanym w wyniku prostej agregacji interesów i opinii poszczególnych jednostek. Decyzje te nie są decyzjami zbiorowymi, ponieważ poszczególni wyborcy nie dysponują wzajemnymi więziami społecznymi, relacjami, zaś decyzje nie są konsultowane, a podejmowane jednostkowo. Stąd też deliberatyści opowiadają się za uspołecznieniem podejmowanych decyzji, tak by miały one charakter zbiorowych a nie indywidualnych wyborów.

Zatem, w konsekwencji, demokracja deliberatywna wzmacnia debatę, ponieważ dzięki niej możliwe jest wieloaspektowe i dogłębne rozpatrzenie danego problemu, wzrasta poziom legitymizacji decyzji zbiorowych, upowszechnia się grupowa perspektywa patrzenia na sprawy publiczne oraz możliwe staje się poznanie pozornie odmiennych punktów widzenia.<sup>116</sup>

W celu systematyzacji, różnice między deliberacją a dialogiem społecznym rozumianym w tradycyjnym ujęciu przedstawiono poniżej:

<b>Dialog korporacyjny</b>	<b>Deliberacja</b>
„Elitarna” reprezentacja	Bezpośrednie uczestnictwo
Przetarg interesów	Orientacja na dobro nadrzędne
Konfrontacja, manipulacja	Perswazja, argumentacja
Utajnianie obrad	Obrady otwarte
Państwo jako strona korporacyjnych sporów	Władza publiczna jako strona reprezentująca aparat wykonawczy

**Tabela 4. Główne różnice pomiędzy tradycyjnym(korporacyjnym)dialogiem społecznym a deliberacją** [w:] J. Sroka, *Dialog obywatelski w Wojewódzkich Komisjach Dialogu Społecznego- na przykładzie Dolnośląskiej WKDS* [w:]M. Rymusza(red.) *Organizacje pozarządowe. Dialog obywatelski. Polityka państwa*, Warszawa 2007, s. 231

<sup>116</sup> Tamże, s. 17-18

## 2.2. Dialog społeczny vs dialog obywatelski

Zazwyczaj mówiąc o dialogu konkretyzuje się obszar na jakim obowiązuje dodając przymiotnik obywatelski bądź społeczny.

Warto zauważyć, że dosyć często dialog społeczny w różnorodnych opracowaniach występuje wraz z dialogiem obywatelskim (także występują jako zamienniki, co jednak nie jest prawidłowe). Idea obu typów konsultacji jest podobna, jednak zarówno pod względem przedmiotowym, jak i podmiotowym, różnią się one między sobą. Mianem **dialogu obywatelskiego** określane są wszelkie konsultacje i negocjacje występujące pomiędzy organizacjami społecznymi, najczęściej organizacjami pozarządowymi, a przedstawicielami władzy różnego szczebla. Ideą tak pojmowanego dialogu jest wyrażanie interesów różnych grup społecznych.

Według K.Frieske<sup>117</sup>, dialog społeczny jest węższym zakresowo pojęciem niż dialog obywatelski- dialog społeczny jest szczególną postacią dialogu obywatelskiego, którego stronami pozostają podmioty stosunków pracy. Przy czym owa szczególność przejawia się w tym, że jest on w jakiś sposób uprzywilejowany, rozpoznawany i legitymizowany w systemie politycznym. Tak rozumiany dialog spełnia dwie podstawowe funkcje: uspołecznienie procesów decyzyjnych oraz przeciwdziałania procesom marginalizacji rozmaitych interesów społecznych, które uzyskiwane jest dzięki kooptacji wąskich interesów grupowych do instytucjonalnych struktur tak, by uzyskać poparcie dla ważnych spraw publicznych niepopularnych społecznie.<sup>118</sup>

Aby wyjaśnić oba pojęcia należy rozpatrywać je łącznie. I tak, dialog społeczny bywa rozumiany na kilka sposobów (por. powyżej). Generalnie jest to taki rodzaj relacji między wyodrębnionymi grupami, nazywanymi aktorami społecznymi lub partnerami społecznymi, z udziałem państwa jako partnera dialogu lub jego inspiratora i gwaranta<sup>119</sup>. W tym kontekście mówimy o dialogu społecznym jako określającym stosunki pracy. Coraz częściej dialog społeczny jest także utożsamiany z dialogiem obywatelskim, który „należy rozumieć jako sposób komunikowania się między władzą państwową a różnymi partnerami społecznymi, przejawiający się we wzajemnym przekazywaniu sobie opinii, informacji czy ustaleń dotyczących celów, instrumentów i strategii wdrażania polityki publicznej. Istotą dialogu obywatelskiego jest stanowienie

---

<sup>117</sup> K.W.Frieske, *Instytucje dialogu społecznego w demokratycznym procesie politycznym* [w:] Balcerzak-Paradowska, s. 368

<sup>118</sup> tamże, s. 369

<sup>119</sup> L. Gilejko, *Dialog społeczny jako czynnik rozwoju* {w:]D. Zalewski (red.), *Dialog społeczny na poziomie regionalnym. Ocena szans rozwoju*, Warszawa 2005, s.13.

forum dla reprezentacji interesów między poszczególnymi jego uczestnikami, w tym między partnerami społecznymi(organizacje pozarządowe, społeczne) a odpowiednimi organami władzy publicznej(...) Dialog obywatelski obejmuje różnorodne formy komunikowania się władz publicznych z prawnie określonymi formami organizowania się społeczeństwa wyodrębnionymi na różnej płaszczyźnie społecznej, ekonomicznej, światopoglądowej, zawodowej, terytorialnej i innych grup społecznych. Nie dotyczy zatem wyłącznie miejsca pracy (zakładu, branży, sektora gospodarki), ale całokształtu miejsca grup obywateli w państwie i społeczeństwie.”<sup>120</sup>

Inną cechą, która jest uwzględniana, jest stopień regulacji prawnych dotyczących zjawiska. Zarówno dialog społeczny, jak i obywatelski posiadają umocowanie prawne. W literaturze wyróżnia się:

- *dialog uregulowany prawnie*: wtedy zazwyczaj wskazane są podmioty uprawnione do prowadzenia dialogu społecznego, procedury jego przebiegu oraz zakres podejmowanych zagadnień. W świetle ustawy z 6 lipca 2001 „o Trójstronnej Komisji do Spraw Społeczno-Gospodarczych i wojewódzkich komisjach dialogu społecznego” celem dialogu społecznego jest godzenie interesów pracowników, pracodawców oraz dobra wspólnego (Art. 1.1).

- *dialog obywatelski, zwany też cywilnym*: niesformalizowany ustawowo, ale założony np. przez Konstytucję RP (zob. Preambuła oraz art. 20); w tym przypadku ani strony, ani formy przebiegu dialogu społecznego nie są z góry określone — mogą w nim uczestniczyć wszystkie legalnie działające (niezależnie od stopnia sformalizowania) podmioty indywidualne i zbiorowe.<sup>121</sup>

Idąc dalej, z art. 20 Konstytucji wyprowadza się także następujące prawidłowości regulujące działanie społeczeństwa obywatelskiego:

- Podstawą systemu społecznej gospodarki rynkowej jest solidarność, dialog i współpraca partnerów społecznych,
- Gospodarka ta powinna sprzyjać ochronie konsumentów, nie zaś skupiać się wyłącznie na ochronie interesów stosunku pracy,
- Zasada dialogu sprzyjać powinna harmonizowaniu stosunków ekonomicznych i społecznych oraz łagodzić istniejące konflikty,

---

<sup>120</sup> *Zasady dialogu społecznego. Dokument programowy rządu*, Rada Ministrów, Warszawa, 22 października 2002r.,s16

<sup>121</sup> *Rozwój dialogu społecznego na poziomie regionalnym w Polsce- nowe uregulowania prawne*, cz I, Przedstawicielstwo Narodów Zjednoczonych w Polsce, Warszawa 2002, s. 14



- Dialogu społecznego nie można narzucić społecznym partnerom, nie jest również możliwe by partnerzy społeczni kierowali się interesem ogólnospołecznym nie zaś własnym, partykularnym,<sup>122</sup>

Natomiast aktem prawnym regulującym najściślej funkcjonowanie obu rodzajów dialogów jest rządowy dokument *Zasady dialogu społecznego* (ZDS) określający cele, zasady, priorytety i formy dialogu społecznego, a także obowiązki przedstawicieli rządu w tym obszarze. „W załącznikach do dokumentu przedstawione są podstawowe idee i pojęcia dialogu społecznego, ramy prawne oraz swoisty bilans otwarcia - opis stanu relacji między rządem i partnerami społecznymi. ZDS są klarowną i przejrzystą próbą uporządkowania relacji rządu i partnerów społecznych oraz deklaracją chęci współpracy rządu z partnerami społecznymi na publicznie jawnych, jednakowych dla wszystkich zasadach. Z tych dwóch powodów należy oceniać ten dokument pozytywnie, jako krok w stronę demokratyzacji i uspołecznienia życia publicznego. Dokument wprowadza także istotną zmianę jakościową poszerzając pojęcie dialogu społecznego o dialog obywatelski (ze stowarzyszeniami, fundacjami i innymi organizacjami społecznymi) oraz dialog z przedstawicielami samorządów (terytorialnych i zawodowych).”<sup>123</sup>

Ponadto „pojawienie się dialogu obywatelskiego w dokumencie rządowym jest z jednej strony próbą dostosowania instytucji dialogu społecznego do zmian, jakie w tym zakresie nastąpiły w ostatnich latach w Unii Europejskiej, z drugiej naturalną konsekwencją zapisów dotyczących współpracy z organizacjami społecznymi znajdujących się w ustawie o działach administracji rządowej. Może też stać się podstawą partnerstwa w procesie programowania i absorpcji funduszy strukturalnych, który to proces zgodnie z regulacjami Unii Europejskiej wymaga akceptacji decyzji rządu przez partnerów społecznych, w tym organizacje pozarządowe

---

<sup>122</sup> D. Długosz, *W kierunku debaty publicznej? Nowe rozwiązania partycypacyjne a pożądane zmiany w systemie dialogu społecznego i obywatelskiego w Polsce* [w:] „Trzeci sektor”, nr 4/2005

<sup>123</sup> T. Schimanek, *Dialog społeczny: wyzwania dla rządu i organizacji pozarządowych* [w:] „Analizy i Opinie” nr 5/2003, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa, s. 2-3

### 2.3. Rodzaje dialogu społecznego

W literaturze funkcjonuje kilka typologii dialogu społecznego. Tworzy się je w oparciu o kryterium liczby podmiotów biorących udział w dyskusji. Na tej podstawie wyróżnia się dialog dwu- i trójstronny. Czym one się różnią zostanie przedstawione poniżej.

	<b>Uczestnicy</b>	<b>Procesy</b>	<b>Rezultaty</b>
<b>Szczebel narodowy</b>	Rząd –organizacje pracowników- organizacje pracodawców	Zinstytucjonalizowane (prowadzone w ramach specjalnie do tego → powołanej rady /komisji) zharmonizowane działania trójstronne  Incydentalne (poza kontaktami → zinstytucjonalizowanym, ich celem jest rozwiązanie ważnych w określonym czasie problemów dotyczących funkcjonowania państwa) zharmonizowane działania trójstronne	Umowy formalne stanowiące punkt odniesienia dla porozumień na niższych szczeblach  Pakty społeczne
<b>Szczebel branżowy/ regionalny</b>	Organizacje pracowników i Pracodawców; rząd opcjonalnie w przypadku sektora publicznego	Negocjacje zbiorowe	Branżowe/ regionalne układy zbiorowe
<b>Szczebel zakładu/ lokalny</b>	Organizacje pracowników i pracowników	Negocjacje zbiorowe	Zakładowe / lokalne układy zbiorowe

**Tabela 5. Rodzaje dialogu społecznego**, za: R. Towalski, *Dialog społeczny próba definicji* [w:] R. Towalski (red.), *Dialog społeczny. Najnowsze dyskusje i koncepcje*, Warszawa 2007, s. 20-21

**Dialog trójstronny**-są to wszelkie kontakty pomiędzy centralnymi organami władzy państwa i partnerami społecznymi, prowadzone na szczeblu centralnym. Ich przedmiotem są zwykle konsultacje dotyczące aktów prawnych.

„O trójstronności mówimy wtedy, gdy rola państwa jako trzeciej strony zaczyna być w zbiorowych stosunkach pracy znacząca.(...)Udział rządu w relacjach trójstronnych nie musi być jednakowy. Może on uczestniczyć w nich bezpośrednio lub tylko pośrednio, wykorzystując wyniki autonomicznych ustaleń i rekomendacje uczestników procesu. Jego głównym celem jest budowa porozumienia społecznego w ważkich sprawach z zakresu polityki społeczno- gospodarczej. Trójstronność jest sprawdzianem zdolności partnerów społecznych do integrowania różnych grup interesu wokół tego kompromisu, który w ich imieniu negocjują.”<sup>124</sup>

Początkowo trójstronne zespoły branżowe nie działały na podstawie określonej podstawy prawnej lecz dzięki decyzjom poszczególnych, kolejnych ministrów pracy. Jednakże nie można stwierdzić by struktury te działały w sposób przypadkowy- miały one własne regulaminy organizacyjne i harmonogramy spotkań, posiadały również pewne struktury organizacyjne np. prezydium czy grupy robocze.<sup>125</sup>

W 2002r. Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej ujednoliciło kształt organizacyjny zespołów trójstronnych działających w różnych branżach oraz zaproponowało wzorcowy regulamin prac.<sup>126</sup>

Jak się jednak okazuje dialog trójstronny ma ograniczony zasięg działania: „Dotychczasowe doświadczenia wskazują też, że zasadne jest funkcjonowanie sektorowego zespołu trójstronnego dopóty, dopóki realizowany jest program restrukturyzacji spełniający określone warunki. Po jego zakończeniu lub sprywatyzowaniu sektora rola zespołu branżowego traci na znaczeniu; zespół może się przerodzić w forum roszczeniowe, a nie współdecydujące. Dobrym rozwiązaniem w takim przypadku może być przekształcenie w zespół autonomiczny, w którym partnerzy społeczni będą pracowali w układzie dwustronnym.”<sup>127</sup>

---

<sup>124</sup> L.Gilejko (red.), *Związki zawodowe a restrukturyzacja. Bariery czy kompromis*, Warszawa 2003, s.79.

<sup>125</sup> tamże, s.81

<sup>126</sup> tamże

<sup>127</sup> L.Gilejko (red.), *Związki zawodowe...op. cit.*, , s.85

Mówiąc o dialogu trójstronnym nie sposób nie wymienić strony rządowej, która pełni kilka istotnych funkcji z punktu widzenia mechanizmu negocjacji zbiorowych. Do organów władzy i administracji publicznej zaliczane są następujące podmioty: Prezydent RP, Rada Ministrów, sądy i trybunały, wojewodowie oraz organy samorządu terytorialnego.

W dialogu trójstronnym rząd występuje jako strona negocjacji lecz udział państwa jest znacznie szerszy, gdyż także dla pozostałych rodzajów dialogu społecznego wyznacza podstawowe reguły działania. Państwo określa podstawowe zasady działania indywidualnych i zbiorowych stosunków pracy, natomiast istotą ustawodawstwa jest regulowanie, wspieranie i ograniczanie wpływu zarówno pracodawców, jak i związków zawodowych.<sup>128</sup> Szczególna rola państwa w odniesieniu do dialogu społecznego wyraża się w tym, że państwo stoi na straży zasady sprawiedliwości społecznej, czego efektem jest fakt, iż dialog pracodawców z pracownikami nie może się toczyć jedynie pod wpływem praw rynku i rzeczywistego układu sił między partnerami. W odniesieniu do tego założenia państwo musi zapewnić stronom równość i autonomię.<sup>129</sup> Niemniej jednak, państwo w dziedzinie zbiorowych stosunków pracy nie występuje w roli monopolisty, ponieważ negocjacyjnej metodzie ich kształtowania przyznano pierwszeństwo.<sup>130</sup> Mówi o tym przede wszystkim kodeks pracy<sup>131</sup> w art. 9, w którym widnieje zapis, że przepisami prawa pracy są zarówno akty powszechnie obowiązujące a więc np. ustawy czy rozporządzenia, jak i akty powstające w wyniku negocjacji zbiorowych np. w formie układów zbiorowych czy na szczeblu zakładu, regulaminów pracy.

Zatem podmioty te biorąc udział w negocjacjach pełnić mogą trzy zasadnicze funkcje:

- Inicjatorów powstania aktów prawnych regulujących obszar negocjacji zbiorowych, poprzez prezentowanie pozostałym partnerom społecznym projektów aktów prawnych zanim zostaną one uchwalone,
- Reprezentantów tzw. dominium państwowego tj. właścicielskiej działalności państwa, gdzie państwo realizuje działalność gospodarczą, pełni rolę pracodawcy oraz podejmuje czynności zapewniające zachowanie równowagi pomiędzy pracą a kapitałem,

---

<sup>128</sup> E.Wronikowska, *Rola państwa w dialogu społecznym w Polsce* [w:] Balcerzak –Paradowska, s.376

<sup>129</sup> tamże, s. 377-378

<sup>130</sup> tamże, s.376

<sup>131</sup> Kodeks pracy, tekst jednolity z 23 grudnia 1998r., DzU 1998/21/94 z późn. zm.

- Mediatorów, kontrolerów czy arbitrów wobec innych partnerów negocjacji zbiorowych, gdzie organy władzy i administracji publicznej kontrolują, rejestrują układy zbiorowe pracy oraz biorą udział w rozwiązywaniu sporów zbiorowych.<sup>132</sup>

Zgodnie z zapisami kodeksu pracy ponadzakładowe układy zbiorowe a więc akty powstające w drodze negocjacji zbiorowych, mogą zawrzeć jako pracodawcy: właściwy minister ( w imieniu pracodawców zatrudniających pracowników państwowych jednostek sfery budżetowej) orz przewodniczący zarządu gminy ( w imieniu pracodawców zatrudniających pracowników samorządowych sfery budżetowej)<sup>133</sup>

**Dialog dwustronny( autonomiczny)**- biorą w nim udział strony społeczne w postaci przedstawicieli pracodawców i związki zawodowe. W przypadku, gdy nie bierze w nim udziału strona rządowa nazywany jest również dialogiem autonomicznym. Dialog społeczny może odbywać się na szczeblu: zakładowym, branżowym, regionalnym oraz centralnym.

Dialog dwustronny będący formą zbiorowych stosunków pracy stanowi bardzo ważny element stosunków pracy. Są one ważne z kilku powodów. Po pierwsze precyzują warunki, jak powinny wyglądać stosunki pracy w poszczególnych branżach lub zakładach, po drugie, ich ustalenia zazwyczaj są korzystniejsze, co częściej pojawia się w opiniach działaczy związkowych, niż uregulowania zawarte w Kodeksie Pracy (co jest zresztą zrozumiałe, gdyż Kodeks Pracy reguluje całość stosunków pracy w kraju nie uwzględniając specyfiki danej branży ), po trzecie i najważniejsze, uregulowania dialogu dwustronnego, są wcielane w życie zawierając regulacje obligatoryjne.

Jak wynika z przeprowadzonych badań (Badanie przeprowadzone przez SGH z 2000r., dotyczące restrukturyzacji problemowych działów gospodarki 2000)<sup>134</sup>, jeśli chodzi o branżowe układy pracy regulują one w poszczególnych branżach stosunki pracy lecz nie są oceniane przez strony społeczne jako szczególnie istotne uregulowania.

Wynika to zapewne z pewnego rodzaju globalnego myślenia, przyjmującego za podstawę układu pewne wytyczne dla całego sektora, nie skupiając się na jednostkowej sytuacji danego przedsiębiorstwa, która może być diametralnie odmienna od sytuacji pozostałych. Konsekwencją takiego stanu jest przywiązywanie z kolei dużej wagi do zbiorowych układów pracy, stworzonych na potrzeby danego przedsiębiorstwa. Przytaczane powyżej

---

<sup>132</sup> R. Jurkowski, *Negocjacje zbiorowe. Kiedy, o czym i jak rozmawia pracodawca z przedstawicielstwem pracowników*, Warszawa 2000, s. 42

<sup>133</sup> tamże, s. 43

<sup>134</sup> za: L. Gilejko (red.), *Związki zawodowe ...op. cit.*, s.86 i n.. Badaniem objęto następujące branże: PKP, górnictwo, hutnictwo, przemysł zbrojeniowy, energetykę.

badania dowiodły, że spełniają rolę regulatora oraz stanowią podstawę do dalszego dialogu w danej jednostce.

#### **2.4. WKDS platforma dialogu czy instytucjonalny bubel?**

Wojewódzkie Komisje Dialogu Społecznego stanowią bodajże jedyną instytucjonalną formę dialogu społecznego na poziomie województwa samorządowego. Jako twory niby niezależne a faktycznie quasi polityczne często stanowią przedmiot negatywnych opinii. Na podstawie działania WKDS często mówi się o kształcie całego dialogu i wydaje się to być nawet słuszne, gdy uświadomiony sobie, że poza forum WKDS rzadko kiedy partnerzy społeczni mają szansę, by się spotkać i zwyczajnie ze sobą porozmawiać.

WKDS na podstawie ustawy z lipca 2001r., która ją powołała do życia dysponowała stosunkowo wąskimi i niejednoznacznie określonymi uprawnieniami, co powodowało niewielką aktywność działających zespołów. Dopiero nowelizacja ustawy z 2003r. poszerzyła zakres uprawnień wprowadzając zapis o możliwości wyrażania opinii przez Komisje w sprawach powodujących ważne konflikty pomiędzy pracownikami a pracodawcami, jeśli są one istotne dla zachowania pokoju społecznego. Natomiast kolejne uzupełnienie zakresu działań komisji zawarte zostało w nowelizacji z 2004r., gdzie zapisano, iż Komisja posiada uprawnienia do:

- Zawierania wzajemnych porozumień, których przedmiotem mogą być zobowiązania stron w sprawach objętych ich zakresem działań,
- Rozpatrywania spraw o zasięgu wojewódzkim, należących do kompetencji WKDS a przekazanych przez Komisje Trójstronna,
- Opiniowania strategii rozwoju przedstawianych przez marszałka wojewódzka o ile z taka inicjatywa wystąpią strony społeczne zasiadające w komisji<sup>135</sup>

Komisja obraduje na posiedzeniach, pracami kieruje Prezydium ( na wzór Komisji Trójstronnej, złożone z przedstawicieli wszystkich stron zasiadających w Komisji. Posiedzenia zwoływane są w zależności od potrzeb ale nie rzadziej niż raz na 3 miesiące (§ 8.1 i 2 Rozporządzenia)

Tak, jak w Komisji Trójstronnej, w wojewódzkich komisjach prace odbywają się w zespołach roboczych, których liczba zależy od uregulowań przyjętych przez poszczególne Komisje.

---

<sup>135</sup> J. Męcina, *Dialog społeczny w Polsce a integracja z Unia Europejska*, Warszawa 2005, s.60-61

WKDS-y są strukturami, których podstawowym celem jest wyrażanie opinii w sprawach należących do kompetencji związków zawodowych lub organizacji pracodawców, które znajdują się w gestii administracji samorządowej i rządowej z terenu województwa. Na podkreślenie zasługuje w tym momencie fakt, że rola Komisji jest właściwie niewielka, biorąc pod uwagę jest uprawnienia, jak wcześniej wspomniano, ograniczające się jedynie do funkcji doradczej ( art. 17 ustawy o Trójstronnej Komisji do Spraw Społeczno- Gospodarczych i wojewódzkich komisjach dialogu społecznego)<sup>136</sup>. Jest to o tyle ważne, że do przyjęcia danej opinii i tak potrzeba zgody wszystkich stron biorących w dyskusji. Niemniej jednak rola wojewódzkich Komisji jest zauważalna, ze względu na jej opiniotwórczy i doradczy charakter, mimo braku wiążącego skutku dla późniejszych ustaleń.

Ponadto rola WKDS- ów polega na tym, że w znaczący sposób wpływają one na sposób i jakość zawieranych na poziomie województwa porozumień, są niejako miernikiem stopnia decentralizacji państwa oraz świadectwem dojrzałości lokalnych elit politycznych i społeczno- ekonomicznych<sup>137</sup>.

J. Sroka<sup>138</sup> wyróżnia następujące modele funkcjonowania WKDS, dzieląc je ze względu na pozycję jaką zajmują poszczególne strony w negocjacjach:

- silna przewaga władz wojewódzkich,
- umiarkowana przewaga władz wojewódzkich,
- względna przewaga władz wojewódzkich z zaznaczającym się wpływem związków zawodowych lub organizacji pracodawców lub strony samorządowe
- względna równowaga,
- odmienna konfiguracja relacji wynikająca ze specyfiki regionu.

W większości posiedzenia WKDS koncentrują się wokół aktualnych problemów regionalnych. Działalność komisji polega na przedyskutowaniu tych kwestii w gronie partnerów społecznych i wytyczeniu ewentualnych kierunków działań, stwarzających możliwość zapobiegania oraz przeciwdziałania pojawiającym się problemom. Najczęściej omawiana na forum WKDS tematyka to: sytuacja w usługach publicznych szczebla regionalnego i lokalnego, tj. służbie zdrowia, oświacie, transporcie kolejowym

---

<sup>136</sup> Ustawa o Trójstronnej Komisji do spraw Społeczno- Gospodarczych i wojewódzkich komisjach dialogu społecznego z dn 6.07.2001r. , Dz.U. nr 100, poz 1080)

<sup>137</sup> D. Długosz, *Zdecentralizowany dialog społeczny- nowe instytucje w systemie politycznym Polski* [w:] D. Zalewski, *Dialog społeczny na poziomie regionalnym*, s. 23

<sup>138</sup> J. Sroka, *Dialog społeczny w Polsce* [w:] J. Sroka (red.) *Ewolucja stosunków przemysłowych w Europie Środkowo-Wschodniej*, Wrocław 2003, s. 37 i n.

i samochodowym, ograniczenie bezrobocia i możliwości zatrudnienia na terenie regionu, sytuacja w prywatyzowanych, restrukturyzowanych lub likwidowanych zakładach z terenu województwa oraz możliwości rozwoju przedsiębiorczości czy problemy braku wypłaty wynagrodzeń w przedsiębiorstwach regionu.<sup>139</sup>

Trudno jest przeceniać znaczenie WKDS w rozwiązywaniu sporów społecznych i osiąganiu porozumień między różnymi aktorami, lecz warto zwrócić uwagę na funkcje, jakie obok najbardziej oczywistej, czyli opiniotwórczej, pełnią komisje.

Z obserwacji poczynionych przez D. Długosza<sup>140</sup> wynika, że WKDS zajmowały się także następującymi kategoriami zagadnień:

- Kwestiami dotyczącymi stosunku pracy, zwłaszcza przestrzeganiem prawa pracy, wynagrodzeniami,
- Rynkiem pracy, głównie w kontekście bezrobocia, funkcjonowania lokalnych rynków pracy,
- Restrukturyzacją gospodarki, prywatyzacją majątku publicznego,
- Zagadnieniami polityki społecznej, głównie służbą zdrowia, edukacją, pomocą społeczną,
- Polityką regionalną,
- Rolnictwem, dialogiem społecznym, konfliktami i napięciami społecznymi.

Mówiąc o dialogu wskazać można na pewne trendy w jego przebiegu w zależności od kraju czy regionu świata. Trudno enumeratywnie wyliczać obszary w jakich dialog odgrywa rolę (por. powyżej), co jednak wcale nie oznacza, że zakres stosowalności dialogu nie poszerza się. Biorąc pod uwagę globalne uwarunkowania, dialog odgrywa coraz większą rolę w kwestiach, które zdawałyby się nie mieć z dialogiem wiele wspólnego. Jednak w niektórych obszarach polityki, nie tylko ściśle związanej ze stosunkami pracy, dialog pojawia się od lat 90-tych coraz częściej.

Wskazać można co najmniej kilka obszarów, w których dialog społeczny pomaga budować partnerstwa społeczne w odniesieniu nie tylko do polityki zatrudnieniowej i rynku pracy.

---

<sup>139</sup> D. Długosz, *System dialogu społecznego w latach 2001-2003. Analiza uczestnika*, cz. II [w:] „Polityka społeczna” nr 5/2005

<sup>140</sup> D. Długosz, *Zdecentralizowany dialog społeczny*, op. cit., s. 25-26



Być może nieco zaskakujący wydaje się fakt, iż dzięki dialogowi społecznemu następuje redukcja ubóstwa, jednak jest to znacząca metoda stosowana w tej materii w świecie. Szczególnie proces ten rozwinął się w dekadzie 1980-1990, kiedy to międzynarodowe instytucje finansowe zaczęły dostrzegać, iż ubóstwo jest jednym z najważniejszych problemów globalnych. W 1999r. Bank Światowy i Międzynarodowy Fundusz Walutowy uzgodniły, iż nastąpi redukcja długów krajów rozwijających się o 80%. Państwa objęte programem pomocy poprzez redukcję długów tworzyć mają krajowe Strategie Redukcji Ubóstwa (Poverty Reduction Strategy Paper-PRSP), zawierając w nich charakterystyki sytuacji gospodarczej oraz polityczne wytyczne zmian. W trakcie przygotowań owych strategii okazało się, że partnerzy społeczni są często wykluczani a nawet nie są informowani o przedsięwzięciach. Konieczna była interwencja Międzynarodowej Organizacji Pracy, dzięki której w konsultacjach uczestniczyli nie tylko politycy ale także partnerzy społeczni, co znacznie podniosło efektywność tworzonych strategii. W rezultacie wypracowane porozumienia krajowe były wykorzystywane np. przez OECD, która bazując na nich udziela najbiedniejszym państwom pomocy.

Kolejnymi obszarami, w których dialog społeczny bywa wykorzystywany, jest planowanie i kierowanie zmianami. Bez wątplenia realizowane zmiany są efektywniejsze, gdy w kraju jest dojrzały system stosunków przemysłowych i silni, reprezentatywni partnerzy społeczni. W wielu europejskich państwach, np. we Włoszech, Hiszpanii, Portugalii, Finlandii czy Holandii w latach 90-tych przygotowano szereg paktów społecznych. I choć warunki społeczno- ekonomiczne w tych krajach były różne, to łączyło je podobieństwo celów: budowa konsensusu społecznego pomiędzy rządem a partnerami społecznymi w odniesieniu do założeń makroekonomicznych i rynku pracy z uwzględnieniem niezbędnych reform instytucjonalnych. Na efekty paktów społecznych nie trzeba było długo czekać- państwa te w znacznie mniejszym stopniu odczuły kryzys gospodarczy w 2002r.

W skali globalnej, dialog wykorzystywany jest także jako narzędzie do minimalizowania kryzysu w zarządzaniu. Dobrą ilustracją jest tu przykład Irlandii<sup>141</sup>,

---

<sup>141</sup> Irlandzki Programme for National Recover (PNR) zawarty w 1987 roku przez Irlandzki Kongres Związków Zawodowych, Zjednoczony Związek Pracodawców i rząd. Przyjęto 2,5-procentowy poziom wzrostu płac, zmiany w czasie pracy i perspektywy dochodzenia do standardów europejskich. Realizacja paktu przyczyniła się do przeprowadzenia reform finansowo-monetarnych. Spowodowało to wzrost gospodarczy. Wprowadzony został bardziej sprawiedliwy system podatkowy. Zwiększyła się liczba miejsc pracy. Obecnie Irlandia jest jednym z najzamożniejszych państw UE, choć jeszcze pod koniec lat

która w latach 80-tych borykała się z głębokim kryzysem gospodarczym, przejawem którego było bardzo wysokie bezrobocie i katastrofalna sytuacja finansowa kraju. Podobna sytuacja miała miejsce na Barbadosie czy w Republice Korei. W tym ostatnim państwie w 1998r. partnerzy społeczni wraz z Międzynarodowym Funduszem Walutowym podpisali pakt reform, mimo, że nie było tradycji prowadzenia dialogu społecznego. Niestety po zażegnaniu kryzysu wrócono w Korei do poprzednich praktyk, czyli wzajemnej nieufności partnerów społecznych i rządu.<sup>142</sup>

Dlatego też stwierdzić można, że sytuacja kryzysowa jest pewnego rodzaju miarą skuteczności dialogu, choć nie jego trwałości. Do oceny przydatności dialogu przyczyniają się różnego rodzaju kryzysy gospodarcze a właściwie ich zażegnywanie. Ukazują one czy rząd jako główny inicjator potrafi zachęcić pozostałych partnerów do porozumień i budować zaufanie pomiędzy nimi. Jednak z drugiej strony często sukces, jak to miało miejsce w Korei, ma wymiar połowiczny- strony pod presją czasu i niezadowolenia społecznego gotowi są się ze sobą dogadać lecz, gdy kryzys mija wraca brak zaufania i niewiara w procedury negocjacji społecznych.

Niemniej jednak, powyższe przykłady dowodzą, że dialog społeczny znacznie wkracza poza wąskie ramy stosunków pracy znajdując tym samym zastosowanie w szerokim spektrum problemów społecznych. Nie bez znaczenia jest także to, iż jak powyżej wskazano, tam, gdzie procedury dialogu mają miejsce prędzej czy później udaje się przywrócić pokój społeczny oraz równowagę w gospodarce narodowej.

Na gruncie polskim w odniesieniu do WKDS, na podstawie badań przeprowadzonych przez zespół kierowany przez prof. K. Frieske na przełomie 2002/2003r.<sup>143</sup>, wyróżnić można następujące funkcje Komisji Wojewódzkich ds. Dialogu:

- Komisja jako platforma dyskusyjna. Zadanie to nie budziło w zasadzie sprzecznych opinii wśród ankietowanych. Twierdzili oni, że komisje są miejscem, w którym spotykają się osoby pełniące w danym regionie ważne funkcje. Podczas

---

80., bezrobocie wynosiło tam 17 proc., a dług publiczny - 125 proc. PKB, Ł. Guza, *Rząd nie prowadzi dialogu ze związkami i pracodawcami*, „Gazeta Prawna”, nr 164/2007r.

<sup>142</sup> P.O'Donovan, *Social dialogue:Trends and Issues*[w:] A.Sivananthiran,C. Venkata Ratnam (edt.), *Best Practice in Social dialogue* na :

<http://www.ilo.org/public/english/dialogue/ifpdial/downloads/papers/bestprac.pdf>

<sup>143</sup> M. Pielnińska, *Modelowe sposoby myślenia o funkcjach Wojewódzkich Komisji Dialogu Społecznego a przedmiotowy zakres ich działania* [w:] D. Zalewski (red.) *Dialog społeczny na poziomie regionalnym*, op.cit., s. 49 i n.

spotkań wymieniane są poglądy na różne kwestie. Respondenci podkreślali także, co istotne, że osoby uczestniczące w obradach komisji postrzegają ją jako platformę dialogu społecznego, a nie jako agorę do załatwiania własnych interesów. Mówiono także, iż "To jest praktycznie jedyny szczebel, na którym taka rozmowa się toczy. Ona toczy się na komisji, toczy się często w kuluarach, przed komisją, po komisji."<sup>144</sup> Oprócz tak rozumianej funkcji scalającej lokalne organizacje, WKDS stanowi również dość szerokie forum artykulacji interesów grupowych. Jak bowiem dowodzi praktyka, komisja może zapraszać na posiedzenia zainteresowane problematyką danego spotkania osoby, co powoduje, że jej charakter nie ogranicza się jedynie do dialogu społecznego ale także przybiera postać dialogu obywatelskiego, ponieważ zapraszani są przedstawiciele różnych organizacji, eksperci, konsultanci. O istotnej społecznie roli świadczy także fakt, że komisja zajmuje się sprawami, które dotyczą całego regionu, będąc reprezentantem szeroko rozumianej społeczności regionalnej.

- Komisja jako strażak, wentyl bezpieczeństwa. Podstawą tej funkcji jest postrzeganie komisji jako mechanizmu łagodzącego konflikty i zapobiegającego im. WKDS pełni tu funkcje swoistego katalizatora. Ważną kwestią jest to, iż zadaniem komisji jest monitoring stosunków społecznych na danym terenie- komisja nie tylko rozwiązuje konflikty ale dzięki niej mogą być rozładowywane napięcia społeczne.
- Komisja jako rodzaj "ucha". Funkcja ta polega na rozpoznawaniu problemów i potencjalnych sytuacji, które mogą do tych problemów prowadzić. Również uwidacznia się w tym momencie kwestia związana z możliwością wysłuchania opinii pochodzących nie tylko od przedstawicieli aktorów dialogu ale też od członków innych organizacji społecznych.
- Komisja jako tuba, służąca nagłaśnianiu problemów, które w innym wypadku pozostałyby poza oficjalnym dyskursem. WKDS jest w tej sytuacji areną służącą nagłośnieniu określonego problemu.

Oczywiście z punktu widzenia pomysłodawców WKDS poszerzenie liczby pełnionych przez nią funkcji, obok ustawowo zapisanej opiniodawczej, wydaje się być zjawiskiem bardzo korzystnym. Jak bowiem się okazuje osoby biorące udział w posiedzeniach dostrzegają szerszą społeczną rolę jaką pełnią komisje. Niemniej jednak

---

<sup>144</sup> Tamże, s. 54

ci sami uczestnicy posiedzeń WKDS wskazują na pewne mankamenty, które występują w związku z działalnością komisji.

Badani wskazywali na ograniczenia komisji, które polegają na przykład na tym, że:

- Komisje mogą być traktowane jako pewne fasadowe struktury, które pełnią znikome społecznie funkcje, a właściwie ich rola ogranicza się do uzyskania świętego spokoju, „Święty spokój jest, jakiś pozorny dialog. Każdy może przychodzić, przedstawić swoje problemy, stanowiska.”<sup>145</sup>
- Brak jest konkretnych, natychmiastowych rozwiązań w postaci wcielenia w życie osiągniętych ustaleń.
- Często prowadzi się luźne rozmowy, które nie prowadzą do konkretnych rezultatów. Przyczyny takiego stanu rzeczy można szukać w tym, że jak twierdzą badani, ludzie zasiadający w komisji sami nie do końca się orientują, w jakim celu komisja działa i jaka jest ich rola w niej.
- Zawężanie przedmiotu dyskusji jedynie do stosunków pracy bywa postrzegane jako sztuczne i rygorystyczne, natomiast próby poszerzania tematyki powodują, że „komisja próbuje w sposób mało udolny albo nieudolny zastępować inne instytucje. Tylko to jest bardzo płytkie, takie dotykane tematu, niczym się niekończące.”
- Brak jest określonych kryteriów według których dobierane by były tematy obradnie istnieją określone strategie, które pozwoliły by sklasyfikować różne sprawy zgodnie w kryterium ważności dla danego regionu.
- Wypracowane przez komisje ustalenia bywają lekceważone przez instytucje i organizacje, do których się je adresuje.
- Komisje nie są znane szerszemu społecznemu gronu, przez co również jest postrzegany ich brak prestiżu oraz niezbyt mocna pozycja.<sup>146</sup>

J. Sroka twierdzi wręcz, że: ”Mamy zatem do czynienia z hybrydą w obrębie polskiego dialogu społecznego. Można więc stwierdzić, że na poziomie WKDS wyłania się kombinacja etatyzmu, ułomnego korporatyzmu, strategii konfrontacyjnych oraz klientelizmu i nepotyzmu. Nie sposób twierdzić inaczej, jak tylko, iż jest to „mikstura” niecodzienna i dość niebezpieczna, a skuteczne zarządzanie nią wymaga sięgania po

---

<sup>145</sup> M. Pielnińska, *Modelowe sposoby myślenia*, op. cit., s. 57

<sup>146</sup> tamże, s. 57 i n.

techniki oraz strategii typowe dla nepotyzmu i klientelizmu. Obserwacja i badanie tych praktyk jest ze zrozumiałych przyczyn utrudnione.”<sup>147</sup>

Wydawać by się mogło, że na powyższe problemy antidotum byłoby uściślenie procedur i nadanie komisjom dodatkowych, władczych uprawnień. Jednak takie rozwiązanie też może budzić zastrzeżenia. Mianowicie zbyt duża formalizacja może utrudnić rozmowy, a nawet do nich nie dopuścić. Jak pisze M. Pilelińska, „to może doprowadzić do nadmiernego upolitycznienia komisji, wprowadzania podziałów i napięć między stronami uczestniczącymi w dialogu regionalnym”<sup>148</sup>. Ponadto stworzenie sformalizowanych procedur mogłoby spowodować w rzeczywistości utworzenie kolejnej struktury, której kompetencje nakładałyby się na uprawnienia już istniejące. Nie można także wykluczyć, że szersze i bardziej sformalizowane kompetencje skomplikować mogą i tak jeszcze niezbyt rozwinięty dialog.

---

<sup>147</sup> J. Sroka, *Polityka organizacji pracodawców i przedsiębiorców*, Wrocław 2004, s. 173

<sup>148</sup> M. Pilelińska, op. cit., s. 58

## 2.5. Stan dialogu.

W nawiązaniu do powyższego rozdziału i w celu jego uzupełnienia, należy określić stan dialogu. By przeprowadzić badania nad stanem dialogu i ujednoczyć wyniki posłużyć można się pewnymi skalami mierzącymi poziom dialogu. W konstruowaniu takich skal należy uwzględnić mierniki, za pomocą których możliwa staje się ocena stanu i dojrzałość dialogu. Do mierników tych należą:

- Społeczny zakres dialogu, czyli określenie jakie organizacje biorą udział w dialogu,
- Wzajemne zaufanie uczestników dialogu- od minimalnego poziomu zaufania między partnerami do poziomów wyższych,
- Formy dialogu, gdzie najniższą formą będzie istnienie wzajemnego komunikowania i informowania; kolejnym poziomem jest opiniowanie i konsultowanie, zaś najwyższym negocjacje prowadzące do podpisania porozumień i paktów,
- Motywy leżące u podstaw inicjowania i prowadzenia dialogu, gdzie najniższą wartością będzie chęć naśladowania rozwiązań, które wprowadziły inne kraje, do grona których dany kraj aspiruje. Wyższą formą w tym przypadku stanowi chęć powstrzymywania konfliktów społecznych, natomiast najwyższym stopniem jest rozwijanie dialogu jako wartości samej w sobie,
- Stopień reprezentywności i kompletności podmiotów uczestniczących w negocjacjach, przy czym, najwyższe wartości skali będą zajmowały takie organizacje, które zrzeszają jak najszersze spektrum społeczne grup, które reprezentują w dialogu,
- Stopień społecznego autorytetu, jaki posiadają organizacje uczestniczące w dialogu,
- Istnienie wspólnych wartości podzielanych przez uczestników prowadzących dialog, gdzie za wartości takie mogą uchodzić np. świadomość istnienia ogólnospołecznego interesu,
- Stopień uznawania wzajemnej legitymizacji uczestników dialogu, czyli uznawanie, że dana organizacja jest reprezentatywna,
- Gotowość i zdolność do zawierania kompromisów i porozumień.<sup>149</sup>

---

<sup>149</sup> J. Gardawski, *Między negocjacjami a dialogiem społecznym* [w:] P. Żuk, *Demokracja spektaklu?*, Warszawa 2006, s. 113-114

Bazując na powyższych miernikach dialogu społecznego, J. Gardawski<sup>150</sup> ocenił stan dialogu w Polsce. Stwierdził, że jeśli chodzi o zakres prowadzonego dialogu, to przeważają tradycyjne mechanizmy, angażujące strony mające do czynienia z konfliktami przemysłowymi, choć coraz częściej w dialog włączają się organizacje pozarządowe. Kolejną kwestią poddaną analizie są formy dialogu- w Polsce dominują negocjacje dwustronne oraz podejmowane są próby, najczęściej bezskuteczne, wypracowania paktów społecznych. Powoli rozwija się także w naszym kraju pewna kultura dialogu. Jeśli chodzi o poziom reprezentatywności organizacji oraz autorytetu, jakim organizacje cieszą się wśród społeczeństwa, nie są one wysokie. Korzystną cechą polskiego dialogu społecznego jest natomiast wysoki poziom wzajemnej legalizacji organizacji- organizacje nie starają się zbyt często odsunąć partnerów od toczących się negocjacji.

Inni badacze<sup>151</sup> również zajmowali się określaniem kształtu polskiego dialogu bazując na doświadczeniach WKDS- ów. Wyniki przedstawiono w tabeli:

<b>Cecha</b>	<b>Charakterystyka</b>
Liczba aktorów biorących udział w posiedzeniach WKDS	9 podmiotów głównych (ustawowo określona: 8 podmiotów reprezentujących stronę społeczną oraz strona rządowa) z przewagą przedstawiciela administracji rządowej. Podmioty zbiorowe często mają nieprecyzyjnie określone cele, które chcą osiągnąć w trakcie posiedzeń, zazwyczaj konkretyzują się one w wyniku prowadzonych dyskusji, konsultacji czy negocjacji. Ponadto dużą rolę odgrywają indywidualne strategie przedstawicieli partnerów społecznych zorientowane na obsadzanie innych, często równoległych stanowisk, ale i na pomnażanie własnych zasobów.
Wewnętrzna spójność WKDS	Najsilniejszą pozycję zajmuje wojewoda lub jego przedstawiciele, koalicje słabe, zdroworozsądkowe ukonstytuowane w dwóch obozach- pracodawców i związkowców
Dostęp do uczestnictwa w Komisji	Uwarunkowany ustawowo, stosuje się kryterium reprezentatywności. Na posiedzenia partnerzy społeczni zapraszać mogą ekspertów oraz przedstawicieli tych środowisk, których głos powinien być słyszalny na poziomie regionu.

<sup>150</sup> tamże, s. 115-116

<sup>151</sup> J.Sroka, R.Herbut, P.Sula, badania przeprowadzone nad ośmioma WKDS, Instytut Politologii Uniwersytetu wrocławskiego; wyniki badań zawarte np. w J. Sroka, *Polityka organizacji pracodawców i przedsiębiorców*, Wrocław 2004, s.152 i n..

Kontekst polityczny i społeczny	Ograniczony choć widoczny wpływ aktualnego kształtu sceny politycznej, tworzone są doraźne koalicje między partiami a organizacjami reprezentującymi określone grupy interesów.
Rodzaj przywództwa	Formalny autorytet, przywództwo po stronie rządowej, co uwarunkowane jest w przeważającej mierze przepisami prawa. Wojewoda, jako przewodniczący WKDS pełni często 2 role tzw. <i>podwójnego agenta</i> - przekazuje partnerom informacje płynące w centrum a także z drugiej strony dostarcza ośrodkom administracji rządowej informacje o lokalnych układach i konfliktach oraz rolę <i>sternika</i> , polegającą na tym, że może czuwać nad koordynacją interesów w wymiarze regionalnym i promować przyjęte rozwiązania na poziomie centralnym.
Przydatne zasoby oraz koszty zarządzania	Stosunkowo niskie zaangażowanie zasobów oraz niskie koszty przy niskiej lub umiarkowanej skuteczności, które powodują powstawanie poczucia braku lub niejednoznaczność zysków

**Tabela 6. Cechy funkcjonowania WKDS w wybranych miastach polskich** za: J. Sroka, *Polityka organizacji pracodawców i przedsiębiorców*, Wrocław 2004, s. 153 i n.

Jak wynika z powyższych analiz, za słabą stronę dialogu społecznego uznaje się jego upolitycznienie. Jednak nie do końca argument ten jest słuszny- nie można uwolnić całkowicie dyskusji od polityki, gdyż stanowi ona istotny aspekt życia społecznego i jest nieodzownym elementem kształtowania się interesów w społeczeństwie. Problem pojawia się wówczas, gdy jednostkowe interesy zaczynają przesłaniać dobro wspólne, a także gdy elity polityczne monopolizują dyskusje i wywierają nacisk na pozostałych uczestników. Stąd też w tym kontekście wydaje się istotne, by polityczne elementy i uwarunkowania nie kryły się pod przykrywką apolityczności. Pożądanym kierunkiem jest taki, który trafnie ujmuje T. Zarycki „polityczność nie może bowiem ukrywać się pod płaszczykiem bezinteresowności, ponadpartyjności i wzniosłych haseł o dobru wspólnym”<sup>152</sup>.

W podobnym tonie wypowiada się B. Fedyszak- Radziejowska, twierdząc, że zabiegiem fałszującym rzeczywisty obraz debaty i odbierającym wiarygodność jej uczestnikom jest tworzenie za wszelką cenę fałszywego w rzeczywistości, wizerunku apolityczności i neutralności uczestników debaty. Autorka proponuje w związku z powyższym pewne wskazania jeśli chodzi o relacje debata- polityka:

<sup>152</sup> T. Zarycki, O dwoistej naturze struktur dialogu społecznego [w:] Jak poprawić dialog Polaków, op.cit., s. 38-39



- Nie należy uciekać od polityki w sytuacjach, gdy jest to niemożliwe,
- Nie należy manipulować opinią publiczną zapewnieniami o apolityczności ekspertów,
- Warto poszerzać debatujące gremia o przedstawicieli różnych organizacji społecznych nie wymuszając jednocześnie na tychże osobach by musiały ukrywać swoje poglądy polityczne czy wymuszać opowiedzenie się za jakąś opcją nawet jeśli nie opowiadały się wcześniej za żadnym ugrupowaniem politycznym,
- Przyciągnąć publiczność, która mogłaby się przysłuchać toczącym się dyskusjom,
- Poszerzyć krąg uczestników debat o lokalnych liderów, gdyż debaty odbywające się na łamach mediów zazwyczaj dotyczą spraw ogólnopaństwowych.<sup>153</sup>

Co prawda powyższe zalecenia mają postać teoretyczną ale wydaje się, że ich wartość praktyczna byłaby duża w przypadku, gdyby postulaty wcielono w życie i gdyby na stałe weszły do praktyki dialogu.

W odniesieniu do stanu dialogu niepokojące prawidłowości zauważają nie tylko naukowcy, ale i praktycy biorący udział w posiedzeniach gremiów dialogu. I tak przykładowo związkowcy zwracają uwagę na wiele niedociągnięć w dialogu społecznym.. T. Wójcik, członek Komisji Krajowej Solidarności na VII Europejskiej Regionalnej Konferencji Pracy pt. Problem pracy w Europie po przystąpieniu do UE, która odbyła się w Budapeszcie w 2005r., stwierdził:

„(...) polscy pracownicy wyrażają ogromne zaniepokojenie o przyszłość dialogu społecznego.

Wzywamy MOP do bacznej obserwacji rozwoju sytuacji w krajach, które przystąpiły do UE. Oto kilka faktów, które uzasadniają nasz niepokój.

1. Bezrobocie w Polsce po przystąpieniu nie zmniejszyło się, a w UE ciągle wzrasta. Wbrew przewidywaniom nie obserwujemy masowej emigracji za pracą z Polski do krajów „starej” UE.

2. Strategia Lizbońska nie odniosła sukcesu i nie widać szans jej powodzenia.

3. Powszechnym zjawiskiem jest praktyka antyzwiązkowa prowadząca do ciągle zmniejszającego się stopnia uzwiązkowienia. Pracownicy boją się przystąpić do związku w obawie utraty pracy.

4. Praktyka nie płacenia należnych wynagrodzeń za pracę stała się powszechna. W corocznym Sprawozdaniu Państwowej Inspekcji Pracy opublikowanym w roku 2004,

---

<sup>153</sup> B. Fedyszak- Radziejowska, *O debatach i społeczeństwie obywatelskim*[w:] Jak poprawić dialog Polaków?, op.cit., s.34

naruszenia prawa w związku z wypłatami w 2001-2003 wynosiły odpowiednio w 62%, 68% i 62% badanych zakładów. Przeliczając to na liczbę poszkodowanych pracowników wynosi to odpowiednio 43%, 48.7% i 47.7% .

5. Trójstronność ma charakter formalny i fasadowy.

6. Umowy społeczne dotyczące gwarancji zatrudnienia, podpisane w kilku zakładach i sektorach między związkami zawodowymi, a przedsiębiorcami spotkały się z publicznym atakiem władz jako niemoralne.

7. Deklaracje i zobowiązania podjęte podczas wizyty DG w Polsce w październiku 2004 nie mają odbicia w praktyce.

8. Pracownicy służby zdrowia rozpoczynają protest głodowy przeciwko legalizacji nie wypłacania należnego im wynagrodzenia. Chciałbym przypomnieć, że Polska ratyfikowała Konwencję Nr 95. Dzisiaj jest to 5. dzień protestu.

9. Coraz więcej ujawnianych jest faktów długotrwałych naruszeń nie tylko praw pracowniczych, ale również praw człowieka w firmach międzynarodowych jak np. Biedronka czy Frito-Lay factory.

10. Słynny i niezwykle ważny raport Światowej Komisji ds. Społecznego Wymiaru Globalizacji *Sprawiedliwa Globalizacja* nie jest w Polsce ani przetłumaczony, ani znany, ani dyskutowany.”<sup>154</sup>

Wymienione powyżej opinie oraz badania dotyczące dialogu w Polsce nie napawają optymizmem. Stan dialogu nie jest zadawalający właściwie dla żadnej ze stron w nim uczestniczących choć partnerzy społeczni nie negują idei dialogu. Być może uskutecznienie procedur przyczyniłoby się do poprawy dialogu, jednak na chwilę obecną nie ma żadnego podmiotu, który wyraziłby wolę podjęcia się tego zadania.

---

<sup>154</sup> na: <http://www.mop.pl/doc/pdf/inne/TWpolVIIREKP.pdf>

### 2.5.1. Słabość dialogu.

Już pod koniec lat 90-tych a więc zaledwie po kilku latach działania dialogu społecznego, aczkolwiek niesformalizowanego – nie istniał jeszcze wówczas rządowy dokument Zasady dialogu społecznego, B. Gąciarz i W. Pańków, dostrzegali pewne ograniczenia dialogu w Polsce. Zaliczyli do nich<sup>155</sup>:

**Polityzację**, a właściwie swoistą etatyzację dialogu związaną z uczestnictwem partnerów społecznych w ugrupowaniach politycznych, a nawet instytucjach państwowych. Cecha ta szczególnie źle jest oceniana przez pracodawców, którzy spotykają swoich partnerów raz w roli związkowców, innym razem zaś- w roli członków lub koalicjantów strony rządzącej.

**Instrumentalność** w traktowaniu regulacji prawnych określających zasady prowadzenia dialogu społecznego. Efektem takiej opinii jest dokumentacja gromadzona przez OPZZ w postaci opracowania pt. *Czarna Księga dialogu społecznego w Polsce*.

**Słabą instytucjonalizację** dialogu, i to na różnych poziomach, związaną z brakiem jego umocowania ustawowego, niedorozwojem organizacyjnych partnerów, brakiem bądź niedorozwojem struktur instytucjonalnych, słabością bądź nieobecnością porozumień podlegających egzekucji.

**Personalizację** czy też personifikację dialogu społecznego, oznaczające nadmierne uczestnictwo indywidualnych, a nie instytucjonalnych aktorów, szczególnie ze strony państwa i pracodawców.

**Fragmentaryzację** dialogu społecznego, oznaczającą ograniczenie jego form do kontaktów i stosunków bilateralnych, zarówno między instytucjami państwowymi i pracownikami, jak między pracownikami i pracodawcami.

**Pozorność dialogu**, polegającą na spełnianiu przez niego funkcji instrumentalnych (wzajemne legitymizowanie się), a nie merytorycznych, bądź na ograniczaniu się wyłącznie do „słabych” form dialogu; przejawem takiej pozorności jest brak alternatywnych propozycji przedstawianych przez któregoś z uczestników dialogu, najczęściej zaś przez stronę rządową.

**Ideologizację dialogu**, czyli odwoływanie się do symboli i wartości, wzajemnym bądź jednostronnym oskarżaniem się o minione czyny lub zaniechania, wyrażaniu takich czy innych emocji i resentymentów, głównie o charakterze negatywnym.

---

<sup>155</sup> B.Gąciarz, W.Pańków, *Dialog społeczny po polsku-fikcja czy szansa*, Warszawa 2001,s.132-133.

**Ekskluzywność dialogu**, polegającą na dobieraniu sobie, szczególnie przez stronę rządową, „swoich” czy też uprzywilejowanych partnerów zarówno do negocjacji, jak i do zawierania porozumień;

**Zawężaniu dialogu** do problemów niejako wtórnych, których rozwiązanie jest niemożliwe z uwagi na ograniczenia stwarzane przez wybory i rozstrzygnięcia dotyczące parametrów „wyższego rzędu”, a podejmowane i przyjmowane przez instytucje czy aktorów znajdujących się poza zasięgiem instytucji dialogu społecznego.

**Braku tzw. zaplecza intelektualno-eksperskiego** uczestników dialogu społecznego, a szczególnie partnerów społecznych. Choć sukcesy najbardziej znanych aktów historycznych tego dialogu, takich jak porozumienia sierpniowe czy porozumienia „okrągłego stołu”, zostały osiągnięte właśnie dzięki aktywności tego zaplecza, a w ostatnich latach partnerzy społeczni nie przywiązywali wielkiej wagi do jego rozwijania. Również strona rządowa jest zaskakiwana pojawieniem się takich np. problemów, jak nadmierny wzrost bezrobocia, choć dysponuje licznymi- acz nieskutecznymi- zespołami tzw. ekspertów.

W taki sposób oceniano dialog prawie 10 lat temu. Analizując przemiany dokonujące się w kolejnych latach, wnioski także nie są optymistyczne. Bazując na przytoczonych w poprzednim rozdziale niniejszej dysertacji badaniach dotyczących stanu funkcjonowania dialogu społecznego w Polsce, stwierdzić można, że wciąż posiada on znacznie więcej wad niż zalet. Precyzując to zagadnienie, przeanalizować należy przejawy owych słabości oraz zdiagnozować przyczyny. M. Spławski i A. Zybertowicz zaproponowali 3 sytuacje, dzięki którym można wyjaśnić bariery we wcielaniu w życie skutecznego dialogu społecznego<sup>156</sup>:

*Po pierwsze*, autorzy rozważyli sytuacje, w której dialog jest odrzucany jako instytucja regulująca spory społeczne. Optymistycznym wnioskiem będzie stwierdzenie, że Polska jako demokratyczny kraj, będący w europejskich strukturach, nie może sobie pozwolić i nie stosuje faktycznie otwartego, szerokiego i konsekwentnego odrzucania instytucji dialogu. Niemniej jednak stosowane są działania służące minimalizowaniu znaczenia dialogu.

---

<sup>156</sup> M. Spławski, A. Zybertowicz, *Dialog społeczny jako ciało obce w tkance polskiego życia społecznego. Analiza wstępna* [w:] D. Zalewski (red.) *Dialog społeczny na poziomie regionalnym*, Warszawa 2005, s. 85 i n.

*Po drugie*, zwrócono uwagę na przedefiniowywanie i rozmontowywanie roli dialogu społecznego. Przejawów owych procesów, doszukiwać można się wśród takich mechanizmów jak: *rytualizacja dialogu*- polegać ma ona na przekonaniu, że w rzeczywistości decyzje o sprawach istotnych publicznie są podejmowane głównie zakulisowo a nie przy otwartej kurtynie z zachowaniem reguł dialogowych. Rytualizacja polegać może także na pewnej obłudzie osób biorących udział w dyskusjach. Jak dowodzą badania, uczestnicy WKDS postrzegają komisje jako fasadowe spotkania, które do niczego nie prowadzą i działają na zasadzie klubów dyskusyjnych, a mimo to deklarują chęć dalszego uczestnictwa w obradach. Badacze wysnuli wniosek, że dla członków komisji są one sposobem na gromadzenie kapitału kontaktów środowiskowych przydatnych do realizacji własnych celów. O takim pragmatyzmie świadczy fakt, że wielu członków WKDS wykonuje szereg innych funkcji, a zasiadanie w komisji jest tylko jedną z nich i w dodatku jest ona postrzegana jako bardzo czasochłonna.

Ponadto zwrócono uwagę na dwie kwestie: na niską sterowność systemu społecznego w porównaniu z wyzwaniami ( wiąże się to z organizacją grup interesu, które poprzez swoje zhierarchizowanie utrudniają przepływ zasobów społecznych umożliwiających administracji rządowej skuteczne działanie na rzecz dobra wspólnego) oraz na słabe społeczeństwo obywatelskie i niski poziom kapitału społecznego.

*Po trzecie*, dostrzeżono związek między dialogiem a zabiegami w celu jego neutralizacji. Otóż autorzy zauważyli, że występuje pewna enklawizacja dialogu- jest on bardzo mało popularny w społeczeństwie, także wśród członków WKDS jest postrzegany jako instytucja o nikłych uprawnieniach.

Jako uzupełnienie powyższych analiz, Splawski i Zybortowicz, prezentują cechy charakterystyczne otoczenia społecznego z uwzględnieniem kontekstu kulturowo-instytucjonalnego. Autorzy ci zwracają uwagę na takie kwestie jak:

- Dualizm życia społecznego ujmowany szczególnie w aspekcie polityczno-instytucjonalnym, polegający na istnieniu oficjalnej fasady i kulis, co skutkuje nieprawidłowym odczytywaniem za wiążące decyzji podejmowanych na oficjalnych spotkaniach, które w rzeczywistości służą jako kamuflaż dla zakulisowych dyskusji,
- Nieformalność a czasem nawet nielegalność procedur rozstrzygania problemów
- Rzadkość podejmowania przez obywateli otwartej konfrontacji z przedstawicielami władzy, gdyż postawy tego typu są niepopularne i bywają

traktowane jako właściwe osobom niedoświadczonym niż świadomym i aktywnym obywatelom

- Występowanie tendencji, zwłaszcza wśród osób zsocjalizowanych politycznie w minionym okresie, do posługiwania się wyłącznie nieoficjalnymi kanałami komunikacyjnymi,
- Negowanie instytucji publicznych działających przejrzyście, szanujących dialog i symetrię we wzajemnych relacjach jako niedopasowane i niesubordynowane.<sup>157</sup>

Słabość dialogu społecznego w Polsce polega także na tym, że nie ma on pewnej czytelnej dla wszystkich struktury, której niedobór powoduje, że dialog nie spełnia poważniejszej społecznie roli. Pod pojęciem struktury, za T. Zaryckim rozumieć można „ogólnie przyjęte w danym kraju zasady funkcjonowania poszczególnych forów debaty publicznej, a przede wszystkim ich hierarchię( ważności, prestiżu itp.), istnienie powszechnie uznawanych, wspólnych dla całego systemu dialogu autorytetów, najważniejszych wartości czy podstawowej wiedzy o przeszłości i terażniejszości danej społeczności”<sup>158</sup>

Powyższa definicja wydaje się o tyle istotna w kontekście dialogu społecznego, że mówi o słabym zorganizowaniu różnych podmiotów debaty publicznej. Jak się bowiem okazuje w wielu przypadkach mamy do czynienia z niedostateczną integracją aktorów dialogu z ogólną strukturą dialogu. Gdy tej struktury nie ma dialog będzie pozorny, ponieważ będzie chaotyczną, nic nie znaczącą dyskusją w małych grupkach, które nie posiadają żadnego realnego wpływu na to, co się dzieje w szerszym społecznym otoczeniu. Jednak zbyt duże ustrukturalizowanie pól dialogu też może być ograniczeniem- co prawda debaty publiczne nabierają wówczas znaczenia, ale dialog jest często zdominowany przez uprzywilejowane elity.<sup>159</sup>

Dialog społeczny jest dla wielu sposobem na uspołecznienie władzy lokalnej ( jeśli oczywiście dotyczy kwestii regionalnych). Jeśli patrzymy na dialog pod tym kątem, to rzeczywiście są pewne rezultaty pozytywne- do głosu dochodzą nowe osoby. Jednak jeśli instytucje dialogu służyć mają tylko w pewnej mierze minimalizowaniu deficytu demokracji i słabości społeczeństwa obywatelskiego, to procedury polegające jedynie na pojawieniu się nowych twarzy mogą się okazać niewystarczające. Ten argument także

---

<sup>157</sup> tamże, s.89-90

<sup>158</sup> T. Zarycki, *O dwoistej naturze struktur dialogu ...op .cit.*, s. 36

<sup>159</sup> tamże

przemawia za fasadowością dialogu- podejmowane są pewne zmiany o kosmetycznym charakterze a zasadnicza część pozostaje bez zmian.

Także jako słabość dialogu społecznego w wydaniu WKDS uznać można za K. Frieske, fakt, że tak naprawdę komisje realizują politykę grup interesów a nie demokratyczne ideały. Jest to spowodowane według tego autora co najmniej kilkoma powodami: po pierwsze- zróżnicowanie wśród grup interesu powoduje, że grupy te mają nierówny udział w podejmowaniu decyzji w sprawach publicznych, po drugie- sprzeczne dążenia grup interesu paraliżują działania administracji publicznej, po wtóre-działania grup interesu często prowadzi do strat społecznego dobrobytu. Stąd też wydaje się, że WKDS działają zgodnie z przeznaczeniem o tyle tylko o ile są jedną z płaszczyzn publicznej debaty, w której interesy grupowe przeplatają się z merytorycznymi racjami.

Dialog społeczny coraz częściej jest przedmiotem badań naukowych i jest on analizowany głównie pod kątem faktycznych sukcesów i porażek społecznych negocjacji. Ostatnimi czasy powstał raport przedstawiający wybrane zagadnienia funkcjonowania dialogu społecznego i obywatelskiego w Polsce w latach 2001-2005<sup>160</sup>. Jest to opracowanie o tyle warte przytoczenia, że po pierwsze prezentuje dynamikę rozwoju dialogu na przełomie kilku lat, po wtóre zaś ukazuje słabości polskiego dialogu. Zasadnicze wnioski przedstawione w powyższym Raporcie<sup>161</sup> sprowadzają się do następujących tez:

- Prowadzony w Polsce dialog ma stosunkowo niską przydatność jeśli chodzi o zastosowanie go do realizacji polityk publicznych i jest nieefektywny jako narzędzie wdrażania tychże polityk;
- Mimo podstaw prawnych dialog wciąż nie prowadzi do kompromisowych uzgodnień, nie przeciwdziała blokowaniu rozmów, czego przyczyn upatruje się w niewłaściwej organizacji dialogu ( brakuje jasnych reguł doboru osób do konsultacji oraz samego prowadzenia konsultacji, występują trudności z oddzielaniem gremiów formalnych od nieformalnych w dialogu- dużą rolę odgrywają względy personalne);

---

<sup>160</sup> Raport jest częścią projektu „Democratization, Capture of the State and New Forms of Governance in CEE countries” realizowanego przez Instytut spraw Publicznych pod kierunkiem L. Kolarskiej –Bobińskiej w ramach konsorcjum badawczego „New Modes of Governance, kierowanego przez Europejski Instytut Uniwersytecki we Florencji

<sup>161</sup> M. Fałkowski, T.G. Grosse, O. Napiontek, Dialog społeczny i obywatelski w Polsce 2002-2005, Warszawa 2006, s. 9-12

- W przypadku strony rządowej często negocjacje są wyznaczane przez ukryte cele polityczne lub kompensują słabości rządu (chodzi tu zwłaszcza o słabą pozycję zaplecza parlamentarnego, co utrudnia forsowanie rządowych projektów);
- Na kształt dialogu wpływa niska kultura dialogu, przejawiająca się w tym, że administracja rządowa jest niechętna konsultacjom społecznym, organizacje społeczne często traktuje instrumentalnie, poza tym brak jest przejrzystości działań administracji;
- Dialog jest silnie upolityczniony, o czym obok wykorzystywania ciał dialogu w bieżącej polityce, świadczy także przenoszenie rywalizacji politycznej na poziom działania Komisji Trójstronnej;
- Brak jest ciągłości w pracach administracji i kolejnych ekip rządzących;
- Dialog jest wykorzystywany przez polityków instrumentalnie także jeśli chodzi o kwestie związane z integracją europejską- w związku z przystąpieniem Polski do UE konieczne było dostosowanie prawa polskiego do unijnego, które w niektórych wymiarach było bardziej liberalne niż polskie (np. w sprawach praw pracowniczych) i trzeba było je przyjąć szybko bez uwzględniania polskich realiów. W związku z tym dialog był świadomie ograniczany;

Obok opracowań naukowych, nielicznych, ale obecnych, warto zaprezentować kilka uwag na temat przebiegu dialogu społecznego, wyrażonych przez osoby uczestniczące w różnego rodzaju posiedzeniach gremiów dialogu. Niestety i tu widoczne są słabe punkty systemu konsultacji społecznych.

I tak strona społeczna wskazuje przykładowo na lekceważenie gremium dialogu przez urzędników rządowych: „Dialog społeczny w ostatnim czasie ograniczał się do rzadkich spotkań w grupach roboczych. Spotkania te zazwyczaj do niczego nie prowadziły, bo stronę rządową reprezentowali nie ministrowie, tylko np. ich asystenci polityczni” – mówi w wywiadzie dla Gazety Prawnej Wiesław Siewierski<sup>162</sup>. W konsekwencji, jak podaje Gazeta, partnerzy społeczni chcą się dogadać ze sobą bez udziału strony rządowej, która mimo oficjalnych zapewnień nie podejmuje działań intensyfikujących rozmowy: „Dodatkowo wobec niestabilnej sytuacji politycznej, możliwości wcześniejszych wyborów parlamentarnych i zmiany rządu pracodawcy

---

<sup>162</sup> Ł. Guza, *Rząd nie prowadzi dialogu ze związkami i pracodawcami*, „Gazeta Prawna”, nr 164/2007r.



i związkowcy postanowili zmienić zasady negocjacji paktu społecznego. Partnerzy społeczni chcą kontynuować prace nad umową, ale już bez udziału rządu, w formie autonomicznego dialogu dwóch stron - pracodawców i przedstawicieli związków. Przygotowane w ten sposób rozwiązania partnerzy społeczni przedstawią do akceptacji rządowi, który będzie wówczas sprawował władzę.”<sup>163</sup>

W odpowiedzi na powyższe zarzuty przedstawiciel ministerstwa odpowiada: „W obecnej sytuacji politycznej nikt nie jest w stanie określić terminu zawarcia umowy społecznej. W najbliższym czasie będzie to temat rozmów kierownictwa MPiPS. Prace w zespołach roboczych trwają i w niektórych - np. w zespole prawa pracy - szybko idą naprzód, a w niektórych, zwłaszcza ze względu na urlopy - znacznie wolniej. Nie jest to jednak wina rządu. Ostatnio np. w trakcie posiedzenia jednego z zespołów do dyskusji przygotowani byli tylko przedstawiciele OPZZ oraz BCC. Jeśli partnerzy społeczni chcą prowadzić dialog autonomiczny, to mają do tego pełne prawo i uważam, że jest to dobre rozwiązanie, często stosowane np. w krajach zachodnioeuropejskich. Zwłaszcza że dziś pracodawcy i związkowcy za bardzo polegają na rządzie i przedstawianych przez niego projektach, a sami, niestety, często ograniczają się do ich niekonstruktywnej krytyki”<sup>164</sup>.

Także opinie Związku Pracodawców Polskich nie są pozytywne. Według J.Mordasewicza z PKPP Lewiatan, istnieją co najmniej trzy elementy, które utrudniają dialog: ”Po pierwsze reprezentatywność, po drugie korzystanie z ekspertyz, po trzecie umiejętność prowadzenia dyskusji, to jest poczucie odpowiedzialności za słowo i dotrzymywanie zobowiązań w ramach takich debat.”<sup>165</sup>

Również strona związkowa krytycznie ocenia stan dialogu, dostrzegając zarazem, co cenne, poczynania strony związkowej jak utrudniającej dialog: „Inny bardzo ważny element, którego nie można bagatelizować, to pewna autentyczna rywalizacja międzyzwiązkowa. Funkcjonujemy jakby na tym samym rynku i istnieje między nami pewna konkurencja. Zabiegamy o ten sam, nazwę to elektorat, czy klientelę. A liczba

---

<sup>163</sup> tamże

<sup>164</sup> Marek Wałęskiewicz, dyrektor Departamentu dialogu i partnerstwa społecznego Ministerstwa Pracy i Polityki Społecznej na <http://Rz%20nie%20prowadzi%20dialogu%20ze%20zwi%20zkami%20pracodawcami%20-%20Gazeta%20Prawna%20-%20najwi%20kszy%20dziennik%20gospodarczy.htm>

<sup>165</sup> J.Czarzasty, A.Kulpa-Ogdowska(red.), *Związki zawodowe...*, op.cit., s. 25

pracowników jest dokładnie określona i to właśnie z tego grona pochodzą potencjalni członkowie "Solidarności", OPZZ czy Forum. W naturalny sposób staramy się zabiegać o tych samych ludzi, zachęcać ich do przystępowania do naszej centrali, nie do konkurencji. Myślę, że wielka sztuka polega na tym, aby ta konkurencja odbywała się w sposób przyzwoity, elegancki i nie schodziła poniżej pewnego poziomu, a i tak się przecież niekiedy zdarza. Z całą pewnością jest to element, który utrudnia dialog i realizację wspólnych celów." -J.Śniadek, przewodniczący NSZZ" Solidarność"<sup>166</sup>

Niemniej jednak obie strony społeczne zdają sobie sprawę z istoty dialogu i przywiązują wagę do jego prawidłowego działania: „Dodam jeszcze, że moim zdaniem każda manifestacja, każdy protest, każdy strajk jest niczym innym, jak porażką nas wszystkich. Jest to porażka dialogu społecznego, porażka związków zawodowych, porażka pracodawców, oraz porażka rządu. Powinniśmy robić wszystko, żeby do tego nie dopuścić.(...) Chociaż trzeba zauważyć, że kolejne ekipy rządowe często traktują ruch zawodowy w taki sposób, jakby chciały mu wręczyć zaproszenie do „dialogu na ulicy”. Czym innym jest bowiem uzgodnienie z przedstawicielami trzech central związkowych na spotkaniu z premierem dotyczące systemowych rozwiązań w ochronie zdrowia? A potem raptem my, „Forum”, którego 100 tys. członków jest pracownikami ochrony zdrowia, słyszymy, że podpisano porozumienie tylko z jedną grupą zawodową. Nie oceniam ich, ani tego, do czego zmierzają. Natomiast wydaje mi się, że te działania powinniśmy prowadzić razem.”- powiedział przewodniczący W. Siewierski z Forum Związków Zawodowych<sup>167</sup>

Zaprezentowane ograniczenia zastosowania dialogu społecznego w praktyce świadczą zarówno o niedoskonałych procedurach jego prowadzenia ale i poziomie kultury politycznej i stanie świadomości obywatelskiej. W dalszej części zostaną przedstawione wyniki badań własnych w odniesieniu do praktycznych działania w kwestii dialogu na gruncie ochrony zdrowia. Niestety wnioski są podobne.

---

<sup>166</sup> tamże, s.52

<sup>167</sup> tamże, s. 49-50

## Rozdział III. Negocjacje zbiorowe formą dialogu społecznego

### 3.1. Negocjacje zbiorowe-podstawowe założenia.

„Jeśli chcemy pójść drogą najnowszych doświadczeń modernizacyjnych, musimy dokonać znacznych przesunięć w podziale dochodu narodowego. Możliwe, że będzie się to wiązało z wyrzeczeniami niektórych grup społecznych. Chodzi jednak nie o takie wyrzeczenia, na które skazane było społeczeństwo dotychczas- bogacenie się jednych kosztem ubożenia innych grup. Chodzi tu o takie przegrupowanie sił i środków, które umożliwi przyspieszony rozwój gospodarczy( a więc nie tylko wzrost), a tym samym i przyspieszenie cywilizacyjne.”<sup>168</sup>

Negocjacje zbiorowe są jednym z rodzajów negocjacji, jako procesu osiągnięcia założonych celów poprzez prowadzenie rozmów, pertraktacji. Odbywają się one zgodnie z uregulowaniami prawnymi.

Zgodnie z zasadami prawa konstytucyjnego do aktów prawa powszechnie obowiązującego a regulującego kwestie związane z negocjacjami zbiorowymi, należą: Konstytucja RP, umowy międzynarodowe ratyfikowane przez Polskę oraz ustawy i rozporządzenia wydane przez naczelną władzę.

Najważniejsze akty prawne dotyczące sposobu prowadzenia negocjacji zbiorowych znajdują się w międzynarodowych uregulowaniach ratyfikowanych przez Polskę.

Podstawowymi organizacjami wydającymi akty prawne dotyczące stosunków pracy są: Międzynarodowa Organizacja Pracy (MOP), Organizacja Narodów Zjednoczonych(ONZ) oraz Wspólnoty Europejskie.

Jeśli chodzi o ONZ, to podstawowe regulacje zawarte są w Międzynarodowym Pakcie Praw Obywatelskich i Politycznych z 1966r. oraz w Międzynarodowym Pakcie Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych z 1966r., ratyfikowanymi przez Polskę w 1977r. Zgodnie z zapisami Paktów, po pierwsze każdy człowiek ma prawo do swobody zrzeszania się, a więc i tworzenia związków pracowniczych zapewniających ochronę interesów pracowniczych (art. 22 Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych), po wtóre zaś do przynależności do dowolnego związku działającego w ramach obowiązującego w danym państwie prawa, prawa do strajku a także do tworzenia

---

<sup>168</sup> T. Kowalik, *Czy umowa społeczna jest utopią?* [w:] T. Kowalik, (red.), *Negocjacje droga do paktu społecznego. Doświadczenia, treść, partnerzy, formy*, Warszawa 1995, s. 239

przez związki zawodowe federacji związkowych (art. 8 Paktu Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych).

W ramach europejskich uregulowań dotyczących negocjacji zbiorowych do najważniejszych aktów prawnych zaliczyć należy: Europejską Kartę Społeczną z 1961r, zrewidowaną w 1996r. a ratyfikowaną przez Polskę w 1997., oraz Europejską Kartę Praw Socjalnych z 1989r., która została włączona w 1991r. do Traktatu z Maastricht.

W art. 5 zrewidowanej Europejskiej Karty Społecznej zawarte jest prawo do organizowania się, zgodnie z którym „w celu zapewnienia lub popierania swobody pracowników i pracodawców tworzenia lokalnych, krajowych lub międzynarodowych organizacji dla ochrony ich interesów ekonomicznych i społecznych oraz wstępowania do tych organizacji, Strony zobowiązują się, że ustawodawstwo krajowe nie będzie naruszać, ani też nie będzie stosowane w sposób, który naruszałby tę swobodę. Zakres, w jakim gwarancje przewidziane w niniejszym artykule będą miały zastosowanie do policji, zostanie określony przez ustawodawstwo krajowe. Zasada dotycząca stosowania tych gwarancji do członków sił zbrojnych i zakres, w jakim będą one miały zastosowanie do tej grupy osób, zostaną również określone przez ustawodawstwo krajowe”<sup>169</sup>.

Ponadto zgodnie z konwencją nr 154 MOP ( konwencja nie jest ratyfikowana przez Polskę) dotyczącą popierania rokowań zbiorowych procedura rokowań zbiorowych ma zastosowanie do wszystkich dziedzin działalności gospodarczej (art. 1) zaś miano rokowań zbiorowych dotyczy wszystkich negocjacji, które następują między pracodawcą, grupą pracodawców albo co najmniej jedną organizacją pracodawców z jednej strony i co najmniej jedną organizacją pracowników z drugiej, w celu:

- a)określenia warunków pracy i zatrudnienia: i/lub
- b)uregulowania stosunków między pracodawcami a pracownikami; i/lub
- c)uregulowania stosunków między pracodawcami lub ich organizacjami a organizacją lub organizacjami pracowników( art. 2)<sup>170</sup>

W uzupełnieniu podać należy zalecenie nr 163 MOP dotyczące popierania rokowań zbiorowych, stanowiące konkretyzację zalecenia uzupełniającego Konwencję dotyczącą rokowań zbiorowych, z 1981 r. W art. 2 czytamy: „Należy podjąć, w takim stopniu, w jakim jest to niezbędne: środki dostosowane do warunków krajowych, w celu ułatwienia tworzenia i rozwoju, na zasadach dobrowolności, wolnych, niezależnych

---

<sup>169</sup> <http://kprm.gov.pl/karta.pdf>

<sup>170</sup> <http://www.mop.pl/doc/html/konwencje/k154.html>

i reprezentatywnych organizacji pracodawców i pracowników” Kolejne artykuły odnoszą się do kwestii reprezentatywności: „Należy podjąć, jeśli jest to właściwe i niezbędne, środki dostosowane do krajowych warunków, w celu zapewnienia, by:

a) reprezentatywne organizacje pracodawców i pracowników były uznawane dla celów rokowań zbiorowych;

b) w krajach, w których właściwe władze stosują postępowanie w sprawie określenia, którym organizacjom należy przyznać prawa do rokowań zbiorowych, decyzja w tej sprawie była oparta na obiektywnych kryteriach w zakresie reprezentatywnego charakteru tych organizacji, ustalonych wcześniej w konsultacji z reprezentatywnymi organizacjami pracodawców i pracowników” oraz wprowadzenia rokowań zbiorowych do każdej z dziedzin gospodarki: „Należy podjąć, jeśli jest to niezbędne, środki dostosowane do krajowych warunków, w celu umożliwienia wprowadzenia rokowań zbiorowych na każdym szczeblu, w tym także na szczeblu zakładu pracy, przedsiębiorstwa, gałęzi działalności, przemysłu, regionu lub kraju.

2) W krajach, w których rokowania zbiorowe odbywają się na kilku szczeblach, strony rokowań powinny dążyć do zapewnienia koordynacji między tymi szczeblami”. Istotną kwestią jest prawo do ubiegania się stron prowadzących negocjacje o informacje dotyczące kondycji przedsiębiorstwa- art. 7 a i 7b określa, że publiczni i prywatni pracodawcy powinni, na żądanie organizacji pracowników, dostarczać takich informacji na temat ekonomicznej i socjalnej sytuacji negocjującej jednostki lub przedsiębiorstwa jako całości, jakie są niezbędne do prowadzenia rokowań z pełną znajomością rzeczy(...)władze publiczne powinny dostarczyć niezbędnych informacji na temat ogólnej sytuacji gospodarczej i społecznej kraju i odpowiedniej gałęzi działalności, jeśli ujawnienie tych informacji nie szkodzi interesom narodowym.<sup>171</sup>

Negocjacje różnią się od innych rodzajów negocjacji tym, iż ich przedmiotem są szeroko pojęte stosunki pracy. Wiąże się z tym również występowanie w nich określonych podmiotów zbiorowych, które mogą być zarówno zorganizowane w postaci związków pracowników czy pracodawców, różnego rodzaju rad czy organizacji społecznych, jak i niezorganizowane- mówimy wówczas o grupach społecznych o charakterze nieformalnym.

W tym momencie, sprecyzowania wymaga pojęcie „*stosunku pracy*”- oznacza on taki stosunek społeczny, który zachodzi podczas świadczenia pracy podporządkowanej

---

<sup>171</sup> <http://www.mop.pl/doc/html/zalecenia/z163.html>

między podmiotami uczestniczącymi w procesie pracy. Jego istotą jest fakt, że przez jego nawiązanie pracownik zobowiązuje się świadczyć określony rodzaj pracy na rzecz pracodawcy, zaś pracodawca zobowiązuje się zatrudnić pracownika za wynagrodzeniem. Istotne wydaje się przy tym, iż nie liczy się rodzaj umowy zawartej między pracownikiem a pracodawcą.<sup>172</sup>

W kontekście niniejszego opracowania najważniejszym rodzajem stosunków pracy są zbiorowe stosunki pracy, które obejmują relacje między organizacjami pracodawców i pracowników. Szczegółowo zbiorowe stosunki pracy dotyczą następujących zagadnień:

- Funkcjonowania organizacji pracodawców i pracowników,
- Rodzajów i sposobów zawierania zbiorowych umów pracy,
- Sporów zbiorowych i ich form.

Możliwe jest wskazanie cech charakterystycznych negocjacji zbiorowych, które odróżniają je od innych form negocjacji:

- *Ciągłość*- strony pozostają ze sobą w stałym kontakcie, w relacji, która trwa tak długo, jak długo te strony istnieją. Strony są od siebie zależne, ponieważ sukces jednej strony jest uzależniony od sukcesu strony drugiej,
- *Przymusowość*- oznacza ona, że negocjacje zbiorowe mogą się odbywać pod presją strajku, stąd też są jednostronnie przymusowe. Pracodawca lub inny podmiot roszczeń pracowniczych nie może uchylić się od negocjacji, gdyż groziłoby to powstaniem sporu zbiorowego. Stosunkowo rzadko występującą sytuacją są przypadki, aby to pracodawca przymuszał organizacje pracownicze do rozmów by spełniły jego roszczenia, więc przymusowość jednostronna stosowana jest ze strony organizacji pracowniczych. Sytuacja przymusowości znajduje swoje uregulowanie w ustawie o rozwiązywaniu sporów zbiorowych<sup>173</sup>, która precyzuje, że spór zbiorowy powstaje w momencie, gdy pracodawca nie realizuje wszystkich zadań podmiotu reprezentującego zadania pracownicze<sup>174</sup>
- *Kształtowanie klimatu i spokoju społecznego* w skali mikro i makro, ponieważ są często bazą dla porównań sytuacji warunków pracy

---

<sup>172</sup> R. Jurkowski, *Negocjacje zbiorowe. Kiedy, o czym i jak rozmawia pracodawca z przedstawicielstwem pracowników*, Warszawa 2000, s. 18-19

<sup>173</sup> Dz.U.1991/55/236- ustawa o rozwiązywaniu sporów zbiorowych art. 7 ust 1

<sup>174</sup> R. Jurkowski, *op. cit.*, s. 26-27

w danym zakładzie w stosunku do innych przedsiębiorstw oraz wpływają na ocenę trafności polityki gospodarczej państwa.<sup>175</sup>

### 3.2. Funkcje negocjacji zbiorowych.

W obecnych zwłaszcza czasach ciągle pojawia się pytanie w jaki sposób pogodzić zakorzenione w tradycji europejskiej wartości solidarności z wymogami konkurencyjności gospodarczej. W powiązaniu z zasadami dialogu społecznego, kwestia ta zakładałaby takie rozwiązania, które dzięki negocjacjom i przyjmowaniu pewnych samoograniczeń zwiększałyby konkurencyjność i efektywność w stosunku do innych modeli społecznych, zakładających z głównej mierze konkurencję grup interesów. Stąd w efekcie, model dialogowy wymaga od partnerów społecznych przede wszystkim racjonalnej świadomości oraz akceptacji dla wspólnych wartości o charakterze strategicznym i gotowości do zawierania kompromisów.<sup>176</sup>

Przy przyjęciu powyższego założenia, jeśli chodzi o pracowników, negocjacje zbiorowe pełnią następujące funkcje<sup>177</sup>:

- Ochronną, która polega na istnieniu zabezpieczenia interesów pracowników, poprzez istnienie form organizacyjnych – związków zawodowych oraz narzędzi przymusu w postaci strajku
- Dystrybucyjną, gdy jako element polityki społecznej, negocjacje przyczyniają się do rozdysponowywania sum przeznaczonych na płace, świadczenia socjalne itp.,
- Partycypacyjną, polegającą na zapewnieniu pracodawcom udziału w podejmowaniu decyzji w zakładzie pracy.

Natomiast w odniesieniu do pracodawców, funkcje negocjacji przedstawiają się następująco<sup>178</sup>:

- Negocjacje wpływają na proces podejmowania decyzji, gdyż poprzez udział w nich pracodawca może bezpośrednio poznać opinie organizacji pracowniczych na temat proponowanych do wprowadzenia zmian w przedsiębiorstwie,

---

<sup>175</sup> S. Borkowska, *Negocjacje zbiorowe*, Warszawa 1997, s. 21

<sup>176</sup> J.Gardawski, *Między negocjacjami a dialogiem społecznym*, [w:] P.Żuk(red.), *Demokracja spektaklu?*, Warszawa 2004, s. 99-100

<sup>177</sup> za R. :Jurkowski, op.cit., s. 27-28

<sup>178</sup> tamże

- Są elementem zapewniającym spokój społeczny w przedsiębiorstwie, jeśli zostaną przeprowadzone zanim organizacje pracowników wejdą z pracodawcą w spór zbiorowy,
- Mogą wpływać na wyeliminowanie konkurencji, zwłaszcza płacowej, między przedsiębiorcami( tzw. kartele)

Zważywszy, że negocjacje zbiorowe zakładają partycypację pracowniczą, wskazać można pewne obszary w funkcjonowaniu przedsiębiorstw, w których partycypacja pracownicza przynosi wymierne korzyści. Są nimi:

- **Poprawa wyników ekonomicznych przedsiębiorstwa:** partycypacja pracownicza stanowić może ważną przesłankę do podniesienia efektywności przedsiębiorstwa i wzrostu jego przewagi konkurencyjnej na rynku. Dzieje się tak dlatego, że partycypacja wyzwała przedsiębiorczość i kreatywność pracowniczą. Zdaniem pracodawców japońskich, którzy mają w tym zakresie bogate doświadczenia, w pracownikach drzemią olbrzymie nie wykorzystane możliwości- wystarczy tylko znaleźć sposób na ich wykorzystanie. Można to osiągnąć poprzez określone formy partycypacji. W ten sposób pracownicy uzyskują wrażenie „pracy u siebie” z wszystkimi tego konsekwencjami. Partycypacja daje również możliwość ujawniania talentów organizacyjnych wśród pracowników. Wszystko to powoduje, że kierownictwo ma ułatwiony wybór najbardziej utalentowanych jednostek i inwestowanie w ich dalszy rozwój (kierowanie ich na szkolenia, studia podyplomowe itp.).

- **Rosnąca integracja pracowników z przedsiębiorstwem:** wzrostowi uprawnień pracowniczych, prowadzącemu najogólniej do wzrostu ich udziału w podejmowaniu decyzji, towarzyszy zawsze wzrost odpowiedzialności pracowników za te decyzje. W rezultacie pracownicy czują się bardziej związani z przedsiębiorstwem, starają się lepiej wywiązać ze swoich obowiązków, wykorzystywać istniejące okazje i możliwości. Utożsamianie się z pracą zachęca osoby do pozostawania w zakładzie nawet gdy pojawia się oferta korzystniejsza posada. Pracownicy regularnie informowani o sytuacji zakładu są skłonni do udzielenia mu pomocy w trudnych sytuacjach, do poświęceń na rzecz zakładu itp. (godzą się np. na okresowe obniżenie płac, rezygnują z premii itp.).

- **Powstawanie partnerskich stosunków w zakładzie:** współuczestnictwo pracowników może zaowocować stworzeniem partnerskich stosunków między pracownikami i kierownictwem. Określone formy partycypacji prowadzą do upodmiotowienia pracowników w miejscu pracy, przynosząc w ten sposób zamianę istniejących stosunków podległości na rzecz stosunków partnerskich. Są one korzystne dla kierownictwa, które



może z pracownikami konsultować podejmowane decyzje, prosić ich o wyrażenie opinii oraz angażować w rozwiązywanie powstających problemów. Stosunki partnerskie decydują zwykle o powstawaniu sprzyjającej atmosfery do pracy, o rozwiązywaniu trudnych kwestii bez uciekania się do protestów czy strajków.

• **Tworzenie kanałów do artykulacji poglądów pracowniczych:** Tworzenie takich kanałów jest szczególnie istotne w sytuacji braku związków zawodowych w zakładzie. Formy partycypacji pracowniczej dostarczają mogą skutecznych sposobów komunikacji między partnerami społecznymi. Są one wykorzystywane do sygnalizowania pojawiających się problemów już w ich początkowej fazie. Jest wtedy czas na ich wyjaśnianie czy ich rozwiązywanie. Kierownictwo nie jest zaskakiwane ujawnianiem się już bardzo nabrzmiałych problemów, których rozwiązanie jest trudne bądź niemożliwe.

• **Partycypacja pośrednia ułatwia wprowadzenie nowych form organizacji pracy opartych na poszerzonym zakresie autonomii.** Chodzi tu głównie o tzw. zespołowe formy organizacji pracy i towarzyszący im efekt synergii, który w istotny sposób przyczyniać się może do wzrastających sukcesów firmy. Obecność tych form sprzyja również angażowaniu się pracowników w rozwiązywanie problemów zakładowych.<sup>179</sup>

Jednak wskazać również można na negatywne efekty partycypacji pracowniczej, ale zaznaczyć należy, że występują one raczej rzadko, zaś ich konsekwencje nie są bardzo uciążliwe. Do negatywnych skutków partycypacji zalicza się zatem:

- Wydłużanie się procesu podejmowania decyzji (wynika to z konieczności ich konsultacji z pracownikami, przygotowywania ich uzasadnienia bądź argumentacji, dostarczania informacji itp.)
- Wzrost biurokracji
- Niebezpieczeństwo ujawniania poufnych informacji
- Przedkładanie przez przedstawicieli pracowników interesu załogi nad interes zakładu (zatrudnienie, płace, restrukturyzacja itp.)<sup>180</sup>

I właśnie, najprawdopodobniej ze względu na powyższe ograniczenia płynące z partycypacji pracowniczej, pracodawcy dosyć sceptycznie traktują pośrednie (przedstawicielskich) form partycypacji, głównie ze względu na ich polityczny bądź

---

<sup>179</sup> S.Rudolf, *Partycypacja pracownicza- szanse dla przedsiębiorstw i pracodawców* [w:] I. Dryll (red.), *Partycypacja w formie konsultacji i informacji: zagrożenia czy szanse?*, Warszawa 2006, s. 10-11

<sup>180</sup> tamże, s. 11

ideologiczny charakter. Godzą się na nie z dużymi oporami, zwykle po długiej dyskusji i uwzględnieniu zgłaszanych przez nich poprawek.<sup>181</sup>

### 3.3. Zasady negocjacji (zbiorowych)

Zasady prawidłowo prowadzonych negocjacji sprowadzić można do następujących ogólnych prawidłowości:

Dla fazy przygotowań do negocjacji są nimi: określenie celu, zorientowanie się w faktycznej sytuacji, zdefiniowanie problemu, ustalenie stanowiska, wypracowanie strategii postępowania, rozważenie dostępnych rozwiązań, ustalenie porządku obrad<sup>182</sup>;

Dla fazy negocjowania: proces negocjacji rozpoczynać należy od kwestii, co do których strony mają zbliżone stanowiska, ponadto strony powinny mieć odpowiednie merytoryczne przygotowanie do rozmów, nie powinny targować się o drobiazgi w sytuacji, gdy ustępstwa niewiele kosztują. Później konieczne jest: śledzenie z uwagą przebiegu rozmów, by trafnie odczytać intencje partnerów oraz by wybrać odpowiedni moment, w którym można zabrać głos, nauczenie się sztuki milczenia z pełnym zainteresowaniem czy umiejętności wczuwania się w sytuację rozmówcy, a także być przygotowanym na zmęczenie, nieprzygotowanie, nieuprzejmość czy niekompetencje współdyskutanta.<sup>183</sup> Ponadto ważne jest by znać zasady prawidłowej komunikacji oraz być dobrym obserwatorem i elastycznym negocjatorem, w trakcie negocjacji stawiać pytania i nie bać się pytań stawianych przez stronę przeciwną, nie ferować wyroków przed zakończeniem dyskusji.<sup>184</sup>

Dla fazy impasu: korzystanie z tzw. trzeciej strony np. mediatora

Dla fazy porozumienia: upewnienie się, że negocjacje obejmują wszystkie ważne kwestie, podsumowanie tego, co zostało osiągnięte, sprawdzenie czy strony dobrze zrozumiały swe propozycje, skłonienie drugiej strony do zawarcia ostatecznej zgody;

Po ostatecznym uzgodnieniu: spotkanie się z drugą stroną na obiedzie, bankiecie, na towarzyskim gruncie, co może być przydatne w prowadzeniu przyszłych negocjacji.<sup>185</sup>

Także z punktu widzenia podmiotów podejmujących decyzje publiczne, polityczne, negocjacje są przydatnym elementem, ponieważ: służą pozyskaniu poparcia dla decyzji

---

<sup>181</sup> tamże, s. 10

<sup>182</sup> A. Pietrzyk, *Negocjacja i mediacja jako sposoby kierowania konfliktami*, op. cit., s. 83

<sup>183</sup> J. Perenc (red.) *Negocjacje partnerskie*, Szczecin 2001, s.13-14

<sup>184</sup> szerzej: S. Borkowska, *Negocjacje zbiorowe*, Warszawa 1997, s. 224- 227

<sup>185</sup> A. Pietrzyk, *Negocjacja i mediacja jako sposoby kierowania konfliktami*, op. cit., s. 83

organów publicznych oraz samych osób podejmujących decyzje, pełniąc poprzez to funkcje legitymizacyjną.

### **3.4. Otwarta metoda koordynacji szczególnym rodzajem negocjacji zbiorowych<sup>186</sup>**

Najkrótszą definicją władzy jest stwierdzenie, że oznacza ona stosunek społeczny polegający na możliwości wywierania wpływu oraz zakładający istnienie dwóch stron: wydającej i wykonującej polecenia. Kwestie definicyjne na ogół nie wzbudzają kontrowersji i zazwyczaj władza rozumiana jest jak powyżej, natomiast w obecnych zwłaszcza czasach powstaje pytanie: co powoduje, że ludzie są skłonni podporządkować się stronie nadrzędnej? Od wieków władza, a co się z nią wiąże, możliwość wydawania rozkazów i stosowania przymusu, wynikała z siły oraz autorytetu. Obecnie uległość wobec siły wydaje się zachowaniem naturalnym a wręcz rozsądnym w sytuacjach, gdy siła jest znaczna i posiada znaczną przewagę, natomiast z pewnością siła przestaje być argumentem uzasadniającym podległość władzy w ogóle. Autorytet zaś jako motyw skłaniający do uległości zdaje się mieć decydujące znaczenie- ludzie podlegają władzy ze względu na to, że rządzący posiadają odpowiednie kompetencje i we właściwy sposób regulują stosunki społeczne. Jednak analizując poszczególne wyniki z badań opinii publicznej, wnioskować można także, że posłuch dla władzy wynika z pewnego społecznego przyzwyczajenia, zakładającego nieidentyfikowanie się z władzą i postrzeganie jej przez pryzmat realizacji, bądź nie, populistycznych, nie zaś strategicznych celów społecznych.

Konsekwencją powyższej argumentacji jest przyjęcie założenia, że nie jest możliwe także sprawowanie władzy w tradycyjny sposób. Procesy globalizacji, postępu technologicznego oraz wzrastającej świadomości obywatelskiej to najważniejsze przyczyny przemian, jakie wprowadzają zmiany jakościowe do sprawowania władzy. Jak twierdzi J. Staniszkis, konieczna jest zmiana postrzegania władzy jako stosunku społecznego opartego na relacyjności a więc zakładającego jasno określone prawa i obowiązki oraz hierarchię na władzę rozumianą jako właściwość systemową<sup>187</sup> - wynika stąd nowa prawidłowość współczesnej władzy- trudno jest jednoznacznie wyodrębnić

---

<sup>186</sup> Tekst podrozdziału autorka zamieściła w publikacji pt.: "Współczesne państwo. Wybrane problemy" pod red. S. Wróbla (w druku)

<sup>187</sup> Por. J. Staniszkis, *O władzy i bezsilności*, Kraków 2006, s.219

podmioty, które narzucają swą wolę innym podmiotom. Z praktyki życia społecznego wynika brak konieczność współdziałania wszystkich ze wszystkimi, ponieważ nigdy nie wiadomo kto zdobędzie władzę i trudno przewidzieć kto akurat będzie sojusznikiem a kto przeciwnikiem- władza jak nigdy dotąd musi być podyktowana pragmatyzmem. Wracając natomiast do władzy jako systemowego działania, zwrócić należy uwagę na fakt, iż w tym kontekście pojawia się rozumienie władzy nie jako właściwości ale jako umiejętności. Władza jest utożsamiana z rządzeniem, czyli umiejętnościami zarządzania, kierowania, koordynowania, łączenia różnorodnych podsystemów społecznych, lobby, aktorów społecznych. Władza musi być elastyczna, by po pierwsze sprawnie manewrować między sprzecznymi interesami wielu grup społecznych, po wtóre natomiast, by dostosowywać się do zmieniających się właściwości - dziś władza musi starać się zadowalać wszystkie strony społeczne, przynajmniej ta władza, która jest identyfikowalna, istniejąca realnie, namacalnie nie zaś jak władza międzynarodowych korporacji, która jest często wirtualna. Wreszcie, last but not least, rządzący muszą być coraz częściej wodzirejami dla elektoratu- stosować show, skandal, manipulację.

Skoro więc dokonuje się zmiana jakościowa w sprawowaniu władzy konieczne wydają się nowe, odmienne jakościowo metody podejmowania decyzji. Dlatego też celem niniejszego artykułu jest charakterystyka otwartej metody koordynacji, jako nowego sposobu podejmowania decyzji nie tylko na szczeblu Unii Europejskiej ale i krajowym w odniesieniu do tradycyjnych, ugruntowanych w praktyce metod decyzyjnych. Temat wydaje się o tyle istotny, że mimo, iż otwarta metoda koordynacji znajduje zastosowanie w wielu wymiarach życia politycznego, to wciąż postrzegana jest jako jeden z etapów przejściowych prowadzących do wydania wiążącego aktu prawnego nie jest natomiast traktowana jako odrębny i skuteczny sposób podejmowania ustaleń.

Najczęściej stosowaną obecnie tradycyjną, bo ugruntowaną przez wieloletnie doświadczenia integracyjne, metodą zarządzania jest tzw. *metoda wspólnotowa*. Zakłada ona przede wszystkim stosowanie formalnych procedur, unifikację i narzucanie prawa oraz istnienie sankcji w razie jego nierespektowania. Co prawda metoda wspólnotowa nie ma precyzyjnie określonego mechanizmu czy schematu postępowania, lecz posiada charakterystyczne prawidłowości: po pierwsze, najistotniejszą rolę odgrywają w niej instytucje technokratyczne, zwłaszcza Komisja Europejska dysponująca dużymi uprawnieniami w zakresie prawotwórstwa i wypracowywania polityk unijnych; po wtóre, choć oficjalnie decyzje są podejmowane na szczeblu urzędniczym, to faktycznie istnieją liczne sieci nieformalnych grup lobbystycznych, reprezentujących własne,

partykularne interesy<sup>188</sup> - istnieje więc często tzw. podwójne życie organizacji ograniczające w istotny sposób demokratyczne procedury.

Wspomniana powyżej metoda wspólnotowa niewiele ma wspólnego z rzeczywistością, czyli polegającą na realnej możliwości wywierania wpływu na podejmowane decyzje<sup>189</sup>, partycypacją obywatelską. Obywatele i organizacje społeczne niekoniecznie mają możliwość uczestniczenia w procesach decyzyjnych. Coraz częściej mówi się o deficycie demokratycznym w Unii Europejskiej.

Od początku obecnego stulecia pojawiają się pomysły na usprawnienie procesu podejmowania decyzji, by były one odzwierciedleniem jak najszerszego spektrum interesów społecznych a jednocześnie przyczyniały się do efektywnego rozwiązywania faktycznych problemów społecznych. Warto się bliżej przyjrzeć w tym kontekście dwóm inicjatywom: po pierwsze próbie włączenia obywateli w proces decyzyjny, po drugie natomiast tzw. miękkim metodom osiągnięcia wspólnych celów.

Mówiąc o aktywizowaniu obywateli pod kątem uczestnictwa w procesie decyzyjnym na uwagę zasługuje zwłaszcza *Plan D* (nazwa jest skrótem od pierwszych liter trzech kluczowych dla komunikacji wewnątrzunijnej pojęć: demokracji, debaty oraz dialogu), sformułowany przez Komisję Europejską w 2005r.

Geneza planu D związana jest z referendum konstytucyjnymi mającymi miejsce we Francji oraz Holandii, które zakończyły się niepomyślnie dla projektu europejskiej ustawy zasadniczej. Na szczęblu Komisji Europejskiej postanowiono ustalić harmonogram działań, który pozwoliłby upowszechnić idee zjednoczonej Europy wśród obywateli starego kontynentu, gdyż właśnie ten mankament świadomościowy postrzegany był jako główna przyczyna niepowodzenia referendum. Plan D miał zainicjować tzw. okres refleksji, którego głównym celem jest przeprowadzenie na szeroką skalę intensywnej dyskusji prowadzącej do zrozumienia potrzeb i oczekiwań obywateli w stosunku do struktur europejskich i ich działań. Zrozumiano bowiem, że kluczowym dla funkcjonowania Wspólnoty jest zaangażowanie obywateli z jednoczesnym przyznaniem im prawa głosu. Co prawda obywatele mogą wybierać swych przedstawicieli do Parlamentu Europejskiego a pośrednio także mogą wpływać na

---

<sup>188</sup> T.G.Grosse, *Nowe metody zarządzania zadaniami publicznymi w Unii europejskiej i w Polsce*, „Studia Polityczne”, nr 17, s. 275

<sup>189</sup> J.Mączyński, *Partycypacja w podejmowaniu decyzji*, Warszawa 1996, s. 48

obsadę personalną pozostałych instytucji unijnych ale najczęściej na tym kończy się wpływ obywateli na kształt polityk unijnych.<sup>190</sup>

Plan D nie odbił się jednak szerokim echem w europejskiej opinii publicznej, niemniej zainicjował publiczną debatę nad kształtem instytucji unijnych, dając niejako zielone światło dla partycypacji obywatelskiej w administracji, będącej konsekwencją tzw. państwa uczestniczącego, otwartego rządu, kolektywnego mechanizmu podejmowanie decyzji, stanowiących przejawy protestu wobec wspomnianej wcześniej zbyt silnej pozycji hierarchii biurokratycznej i technokracji. Owa obywatelska administracja jest elementem demokracji dyskursywnej (deliberatywnej), predestynującej do stania się nową, konkurencyjną formą demokracji dla tradycyjnej pośredniej i bezpośredniej. Demokracja deliberatywna oznaczać ma w praktyce poszerzenie demokracji o referendum, stowarzyszenie, a także wykorzystanie nowoczesnych środków informacyjnych, gdyż coraz częściej pojawiają się opinie, że tradycyjna demokracja utraciła zdolność do przekładania interesów i potrzeb społeczeństwa na działania publiczne. Instytucje władzy powinny więc być bliżej obywatela, czyli brać pod uwagę argumenty zwykłych obywateli, a nie tylko ekspertów.<sup>191</sup>

Obok inicjatyw mających na celu mobilizację organizacji obywatelskich, intensyfikowane są prace nad tzw. miękkimi sposobami podejmowania decyzji. W odróżnieniu od twardego prawa, miękkie prawo nie zawiera negatywnych konsekwencji w przypadkach niestosowania, nie zawiera norm prawnie wiążących. Najczęściej miękkie prawo przybiera postać rezolucji, wytycznych, komunikatów czy porozumień zawieranych głównie na szczeblu międzypaństwowym. Wydawało by się, że taki rodzaj uregulowań prawnych niewiele ma wspólnego z efektywnością decyzyjną, skoro nie istnieje realna groźba kary, jednak nie należy zapominać o dwóch podstawowych kwestiach. Po pierwsze, zazwyczaj miękkie prawo poprzedza inne, wiążące akty prawne i sygnalizuje zamierzenia instytucji unijnych, zwłaszcza Komisji Europejskiej, po wtóre natomiast miękkie metody stanowią formy dopingowania wzajemnego krajów w realizacji określonych celów. Często skuteczność miękkich metod

---

<sup>190</sup> Komunikat Komisji do Rady Europejskiej, Parlamentu Europejskiego, Komitetu Społeczno-Ekonomicznego oraz Komitetu Regionów: Wkład Komisji w okres refleksji i plany na przyszłość: *Plan D na rzecz demokracji, dialogu, debaty*, Bruksela, dn. 12.10.2005, COM(2005) 494 końcowy

<sup>191</sup> D. Długosz, J.J. Wygnański, *Obywatele współdecydują. Przewodnik po partycypacji społecznej*, Stowarzyszenie na rzecz Forum Inicjatyw Pozarządowych, Warszawa 2005, s.10-11(maszynopis)

wynika po prostu z „zawstydzania”<sup>192</sup> kraju wobec partnerów w środowisku międzynarodowym, co w wielu wypadkach jest zabiegiem wystarczającym.

Zabiegi podejmowane są z różną intensywnością ale pewien trend został zapoczątkowany. Jacquesa Delors stwierdził kilka lat wstecz: „*Europa narodziła się jako projekt elit, które wierzyły, że wszystko czego potrzeba, to przekonanie decydentów. Ta faza łagodnego despotyzmu jest już za nami*”<sup>193</sup>. Problem w tym, żeby zapoczątkowane działania miały wymiar głębokich zmian a nie jedynie kosmetycznych korekt. Nowe, odmienne od dotychczas stosowanych metody zarządzania i podejmowania decyzji wprowadzone na szczebel unijny mają szansę zmienić postrzeganie Wspólnoty jako bezdusznej maszyny administracyjnej. Mają w tym pomóc przede wszystkim decentralizacja oraz otwarta metoda koordynacji.

Zasadniczo, mówiąc o decentralizacji usług publicznych jako metodzie usprawniania procesu decyzyjnego, możemy rozróżnić jej dwa podstawowe rodzaje: decentralizację administracji oraz finansów publicznych. Z decentralizacją fiskalną wiąże się przekazanie całkowitej odpowiedzialności za finansowanie usług społecznych władzom niższych szczebli. Natomiast decentralizacja administracyjna, polega na finansowaniu z budżetu centralnego realizacji zadań, których sposób realizacji pozostaje w gestii władz lokalnych. Niestety decentralizacja nie jest procesem zupełnie bez wad- powoduje bowiem tworzenie wielu nowych struktur, które niekoniecznie wydają się być potrebnymi, a na pewno powodują rozmycie odpowiedzialności. Dodatkowe struktury utrudniają podejmowanie decyzji, ponieważ często występują konflikty co do podziału kompetencji. Więc zamiast czynić proces decyzyjny bardziej przejrzystym i korzystniejszym dla obywateli, maszyna biurokratyczna się zacieśnia. Na poziomie wspólnotowym tendencja ta jest doskonale widoczna- o ile w 1968r. personel administracyjny liczył 9 tyś. osób, to obecnie wzrósł do ponad 30 tyś osób<sup>194</sup>. Oczywiście zmiany te podyktowane są coraz większą liczbą państw członkowskich, ale należy przecież wziąć pod uwagę rozwój technologii informacyjnych, nowoczesne techniki zarządzania personelem i inne zmiany organizacyjne przyczyniające się do zwiększania wydajności pracy urzędniczej- w efekcie przyrost kadry urzędniczej nie wydaje się zupełnie racjonalny.

---

<sup>192</sup> J. Ciechański, *Otwarta metoda koordynacji w Unii Europejskiej, wpływa na politykę społeczną i zatrudnienia nowych państw członkowskich*, Warszawa 2003, s. 10

<sup>193</sup> Za: J. Mankes, *Karta Praw Podstawowych Unii Europejskiej a konstytucja Europy*, „*Studia Europejskie*” 2/2001

<sup>194</sup> E. Małuszynska, B. Gruchman (red.), *Kompendium wiedzy o Unii Europejskiej*, Warszawa 2006, s. 62

Dodatkowo ujawnia się tu istotna rola państwa- jego nowym zadaniem jest tworzenie regulacji wzmocniających współpracę na niższych szczeblach władzy, gdyż jak stwierdza OECD współczesne państwa muszą zarządzać wolnością i autonomią podmiotów, co jest znacznie trudniejsze niż zarządzanie bezpośrednio. Powoduje to pewien paradoks: prawidłowo przeprowadzony proces decentralizacji wiązać powinien się ze zwróceniem uwagi na poczynania niższych szczebli, co wymaga jednak podjęcia przez rząd centralny dodatkowych działań: zatrudnienia wykwalifikowanych pod tym kątem fachowców, tworzenia z wyprzedzeniem odpowiednich regulacji, sterowania nimi czy wprowadzenia efektywnego monitoringu.<sup>195</sup> Co więcej, przekształcenia decentralizacyjne wiążą się bezpośrednio z koniecznością wypracowania długofalowych, wieloletnich planów działania dla poszczególnych rodzajów polityki oraz przyjęciu tzw. credible commitment, czyli wiarygodnych i niezmiennych przesłanek. Procedury tego rodzaju są stosowane na szeroką skalę w polityce finansowej, gdzie uprawnienia zarządcze przekazuje się niezależnym ekspertom i instytucjom związanym z bankiem centralnym, mającym przede wszystkim merytoryczne kompetencje i nie będących uzależnionymi od bieżącej polityki rządowej<sup>196</sup>. Depolityzacja stanowi istotną przesłankę dla podejmowania działań decentralizacyjnych. Administracja przekształcać powinna się w niezależną od struktur władzy i cykli wyborczych, grupą zawodowych urzędników.

Podobne przesłanki przyświecają zwolennikom otwartej metody koordynacji, stającej się coraz popularniejszym rodzajem, obok wspomnianej powyżej decentralizacji i depolityzacji, składnikiem procesu podejmowania decyzji.

Otwarta metoda koordynacji OMK (ang. OMC-open method of co-ordination) zaliczana jest do miękkiego prawa. Za początkową datę przyjęcia OMK jako sposobu podejmowania decyzji przyjmuje się Szczyt Lizboński z 2000r. aczkolwiek sama metoda stosowana była wcześniej, bo już w latach 60 i 70-tych. Geneza jej wprowadzenia do uregulowań traktatowych wiąże się z chęcią rozciągnięcia struktur integracyjnych na takie jak: wykluczenie i marginalizacja społeczna, bezrobocie, zabezpieczenie społeczne, obszary polityki społecznej.

Nowe metody zarządzania, których założenia przedstawione zostały w Białej Księdze ds. Zarządzania<sup>197</sup> bywają zwane często zarządzaniem sieciowym lub nowym architektonicznie zarządzaniem ze względu na szeroko zakładane uczestnictwo partnerów

---

<sup>195</sup> S. Golinowska, *Decentralizacja- inny wymiar polityki społecznej* [w:] L.Dziewięcka- Bokun, K.Zamorska, *Polityka społeczna: wybór tekstów*, Wrocław 2003 s.59

<sup>196</sup> T. G. Grosse, *Nowe metody zarządzania zadaniami publicznymi op. cit.*, s.266

<sup>197</sup> por.European Governance- a White Paper, Com(2001), 428 końcowy, 287/2001



społecznych. Nowe metody zarządzania powstają w opozycji do zarządzania opartego na autorytecie i hierarchiczności oraz pozwalają na wyrażanie różnorodnych poglądów przez aktorów społecznych. Różnorodność ta jest następnie transmitowana na dokonywane wybory polityczne, dzięki temu, że istnieje możliwość artykulacji interesów oraz realizację woli partnerów społecznych. Podkreśla się również, że nowe metody, w odróżnieniu od tradycyjnych, pozwalają na uzyskanie szerszej zgody w debacie publicznej, służą „dzieleniu się władzą”, koordynują wiele poziomów, na których podejmowane są decyzje.<sup>198</sup>

OMK nazywana bywa trzecią drogą, zakładającą modernizację procedur demokratycznych na szczeblu Wspólnoty w celu osiągnięcia sprawiedliwości społecznej i celów centrolewicowych. To także gwarancja realizacji zasady subsydiarności w praktyce dzięki włączaniu w proces decyzyjny wielu podmiotów.<sup>199</sup>

Uwzględniając powyższe założenia, wskazać można, iż skuteczność i nowatorstwo OMK mają polegać na:

- ustaleniu wytycznych (guidelines) Unii wraz z odpowiednimi ramami czasowymi osiągnięcia wyznaczonych celów w perspektywie krótko-, średnio- i długoterminowej;
- zastosowaniu jakościowych i ilościowych wskaźników (indicators) oraz punktów odniesienia (benchmarks);
- późniejszym przełożeniu tych wytycznych na polityki narodowe i regionalne;
- okresowej obserwacji, przeglądzie i ocenie (peer review).<sup>200</sup>

zaś praktycznemu wykonaniu tych wytycznych sprzyjać mają następujące zasady:

- pomocniczość poprzez ustanowienie równowagi pomiędzy celami UE jako całości a indywidualną możliwością ich realizacji na poziomach krajowych,
- zbieżność, czyli wspólnota celów- każde państwo członkowskie przyczynia się do podniesienia unijnej średniej,

---

<sup>198</sup> T.Idema, R.D.Kelemen, *New modes of governance, the open method of co-ordination and other fashionable red herring*, w: „Perspectives of European politics and society”, Vol.7, no 1, May 2006, s. 110-111

<sup>199</sup> T.Blair, *The Third Way : New Ways of Politics for the New Century*, London, 1998, za: I Hartwig, H.O.Meyer, *Towards Deliberative Network Governance? Theorising Socio- Economic Policy Coordination in The European Union*, s.2-3, [http:// www.govector.org](http://www.govector.org),

<sup>200</sup> A. Gruszcak, *Elementy otwartej koordynacji w obszarze wolności, bezpieczeństwa i sprawiedliwości Unii Europejskiej*, w: „Studia Europejskie 4/2006, s. 14-15

- zarządzanie przez cele- istnieją sprecyzowane wskaźniki o charakterze ilościowym i jakościowym, pozwalające na dokonywanie porównań międzynarodowych oraz podlegające ocenie publicznej,
- obserwowanie każdego kraju będące rezultatem konieczności składania okresowych raportów z postępów w działaniu; dzięki temu kraje mogą wzajemnie się od siebie uczyć i poprawiać efektywność działań,
- kompleksowość- wymusza koordynacje działań wielu działów administracji krajowej i zaangażowanie całego rządu.<sup>201</sup>

Jak wcześniej wspomniano, otwarta metoda koordynacji jest jednym z rodzajów miękkiego prawa. Warto więc również zwrócić uwagę na jej zastosowanie w kwestiach, w których bywa traktowana jako korzystniejsze rozwiązanie niż tradycyjne, twarde prawo.

Na gruncie współpracy między państwami wewnątrz Unii Europejskiej możliwa jest tzw. aktywna i pasywna integracja.<sup>202</sup> Mówiąc o integracji biernej najczęściej przytaczana jest harmonizacja jako eliminacja barier, najczęściej o charakterze prawnym, natomiast integracja aktywna polega na działaniu i zaangażowaniu państw także w pozaprawne cele.

W praktyce oba wymiary integracji często występują wspólnie, bądź też jeden poprzedza drugi, jednakże, jeśli chodzi o zastosowanie otwartej metody koordynacji, to w kilku przypadkach jest ona skuteczniejszym narzędziem osiągnięcia porozumienia niż harmonizacja. Zwłaszcza w obszarach takich jak: po pierwsze w obszarach spornych tj. polityka społeczna<sup>203</sup>, będąca od początku istnienia Wspólnoty Europejskiej „kością niezgody” a jednocześnie manifestacją stopnia niezależności poszczególnych państw wobec obszarów integracji, po drugie w kwestiach politycznych, które podłożem często są czysto ambicjonalne przesłanki przyświecające, po trzecie w obszarach, które są nierozzerwalnie związane w tożsamością narodową i suwerennością państwową oraz po czwarte w kwestiach wymagających elastycznego i twórczego podejścia do problemu zamiast posługiwania się utartym szablonem negocjacji.

W celu lepszego zilustrowania kierunku przechodzenia od twardej do miękkiej koordynacji przedstawiono charakterystykę w tabeli

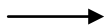
---

<sup>201</sup> J. Ciechański, *Otwarta metoda koordynacji op .cit.*, , s. 6

<sup>202</sup> tamże, s. 8

<sup>203</sup> por. np.: M. Grewiński, *Integracja socjalna Wspólnot Europejskich* cz.1[ w:] „Studia Europejskie” 2/2000, oraz cz.2 w: „Studia Europejskie” 3/2000

Twarda koordynacja



Miękka koordynacja

Rodzaje polityk szczegółowych	Polityka finansowa	Polityka makroekonomiczna	Polityka zatrudnienia	Polityka socjalna
Instrumenty	Pakt Stabilizacji i Wzrostu (od 1997r.)	Szeroko pojmowane wytyczne ekonomiczne(od 1992r.)	Proces luksemburski (od 1997r.)	Włączenie i integracja społeczna (od 2000r.)
Cele polityczne	Silna wspólna waluta poprzez m.in. ustalenie poziomu dopuszczalnego deficytu budżetowego	Podtrzymywanie i koordynacja celów zawartych w założeniach Unii Monetarno-Walutowej	Działania na rzecz zmniejszenia bezrobocia, aktywna polityka zatrudnieniowa	Walka z ubóstwem i wykluczeniem społecznym
Podstawa traktatowa	Art. 104 Traktatu z Maastricht, protokoły dodatkowe 1466/97 oraz 1467/97	Art. 99 Traktatu z Maastricht, szczyt Rady Europejskiej w Helsinkach w 1999r.	Art. 128 traktatu z Maastricht, szczyt Rady Europejskiej z Luksemburga w 1997r.	Art. 1360137 Traktatu z Maastricht, szczyt Rady Europejskiej w Lizbonie i Nicei
Sankcje w przypadku niezrealizowania ustaleń	Wywieranie nacisku, indywidualne reprimendy oraz kary pieniężne dla państw nie przestrzegających dyscypliny budżetowej	Wywieranie nacisku, reprimendy, zwłaszcza dotyczące nieprawidłowości w polityce fiskalnej	Wywieranie nacisku, indywidualne nagany, niekorzystne rankingi	Wywieranie nacisku
Cele, wytyczne, wzorce	Średniookresowe cele budżetowe, narodowe, narodowe ilościowe cele, stabilizacyjne i konwergencyjne, według ilościowo ustalonych progów	Zależne od poszczególnych polityk szczegółowych, jakościowe wytyczne oraz ilościowe cele dla całej Wspólnoty oraz dla poszczególnych krajów, krajowe raporty	Jakościowe wytyczne, ilościowe cele, podobne wskaźniki dla wszystkich krajów, narodowe plany działania, różnorodne narodowe wytyczne	Na poziomie wspólnotowym-szeroko rozumiane jakościowe wytyczne, kraje członkowskie-narodowe plany działania zawierające różne ilościowe wskaźniki ustalone w danym kraju
Rola Parlamentu Europejskiego i Komisji Europejskiej	Realizacja celów monitorowana przez Ecofin (komitet ministrów finansów krajów członkowskich)	Monitoring przez Ecofin, Parlament jest informowany ex-post	Monitoring prowadzony przez ministrów ds. zatrudnienia, Parlament konsultuje	Komisja i Rada przygotowują zbiorczy raport z narodowych planów działań, Parlament konsultuje
Procedury głosowania i przekazywania informacji	Cykliczne, coroczne raporty, o nadmiernym deficycie Rada Europejska jest powiadamiana obowiązkowo;	Cykliczne, coroczne raporty, Ecofin podejmuje decyzje kwalifikowaną większością głosów	Cykliczne, coroczne raporty, wielostronny nadzór i partnerstwo; Komisja ds. Zatrudnienia podejmuje decyzje kwalifikowaną	Raporty co dwa lata

	Fcofin podejmuje decyzje kwalifikowaną większością głosów		większością głosów	
Udział partnerów pozarządowych	Za pośrednictwem podmiotów publicznych	Za pośrednictwem instytucji makroekonomicznych na zasadzie dialogu	Bezpośredni udział partnerów społecznych	Bezpośredni za pomocą programów aktywizujących

**Tabela 7. Typologia metod koordynacji**, za: I Hartwig, H.O.Meyer, Towards Deliberative Network Governance? Theorising Socio- Economic Policy Coordination in The European Union, <http://www.govector.org>

Jak każdy sposób podejmowania decyzji otwarta metoda koordynacji budzi mieszane odczucia, jeśli chodzi o skuteczność zastosowania. Odwołując się do znanej socjologicznej koncepcji R.K.Mertona funkcji jawnych i ukrytych jakie są pełnione przez struktury społeczne stwierdzić można, że także jeśli chodzi o mechanizmy decyzyjne w Unii Europejskiej to są powodowane niekoniecznie jednoznacznymi przesłankami. Biorąc pod uwagę otwartą metodę koordynacji stwierdzić bez wątplenia należy, że jest ona skutecznym narzędziem jeśli nie podejmowania wiążących decyzji, to z pewnością zbliżania stanowisk. Zaletami OMK są w szczególności: uwzględnianie zróżnicowanych podejść i możliwości, oddolność i elastyczność, ustalanie nie szczegółowych procedur, które mogły by być trudne do osiągnięcia lecz warunki brzegowe, niwelacja deficytu demokratyczny, zwiększanie przejrzystości podejmowanych decyzji, możliwość podejmowania decyzji tam, gdzie brak jest formalnych kompetencji.

Jednak pojawiają się pewne wątpliwości co do faktycznych powodów jej stosowania. OMK opiera się na perswazji, argumentach a nie na kontroli i nakazach, co wywoływać może zniechęcenie u partnerów i poczucie niemocy sprawczej- decyzje nie są wiążące formalnie więc mogą nie być respektowane. Ponadto, jeśli w zamierzeniu, o czym wspomniano powyżej, służyć miała decentralizacji w podejmowaniu decyzji oraz nadaniu ludzkiej twarzy biurokracji brukselskiej ( funkcje jawne), to w efekcie często stosowana bywa jak przykrywka dla wciąż rozrastającej się biurokracji, pełniąc tym samym funkcje ukryte, polegające na działaniach niekorzystnych by nie powiedzieć patologicznych. Istotnym ograniczeniem wydaje się brak centrum decyzyjnego- wypracowanie porozumienia ma charakter szerokiego gremium ale wielość stron nie sprzyja często merytorycznemu prowadzeniu dyskusji, pojawiają się grupy nieformalne, konflikty i rozbieżności interesów niemożliwe do pogodzenia. Nie bez znaczenia jest

także fakt, iż w tego typu przedsięwzięciach mamy do czynienia z brakiem odpowiedzialności, wynikającym z niemożności wskazania jednego lub kilku głównych podmiotów odpowiadających.

Także biorąc pod uwagę podział kompetencji ocena OMK nie jest jednoznacznie pozytywna: „Otwarta metoda koordynacji jest zatem kolejnym przejawem hybrydowej integracji w ramach Unii Europejskiej. Zawierając pierwiastki zarówno ponadnarodowe, charakterystyczne dla wielopoziomowego zarządzania, jak i typowo państwocentryczne, swoiste dla liberalnego podejścia międzyrządowego, metoda ta prowadzi do niejasnego rozdziału kompetencji pomiędzy instytucje i organy UE odpowiedzialne za jej stosowanie w praktyce procesu integracji europejskiej”.<sup>204</sup>

Do istotnych ograniczeń otwartej metody koordynacji zaliczyć należy również pewnego rodzaju manipulację ze strony władzy. Wynika ona po pierwsze z faktu, że często OMK nie prowadzi do podjęcia decyzji prawnie wiążących a stanowi jedynie formę odwlekania rozwiązania problemu w czasie, po wtóre natomiast z samych ograniczeń procesu negocjacyjnego- jak bowiem zauważa D. Rancew- Sikora- negocjacje powodują pewnego rodzaju niwelowanie negatywnych nastrojów społecznych, ponieważ grupy społeczne, nawet jeśli nie mają realnie dużego społecznego poparcia, chcą uczestniczyć w podejmowaniu decyzji. Władza organizuje częstokroć dyskusje pozorne, reżyserowane, dzięki którym następuje dzielenie się władzą oraz wzmaga poczucie odpowiedzialności za podejmowane działania- grupy włączane do rozmów przyjmują ją jako efekt podpisanych porozumień; jednocześnie słabnie radykalne nastawienie tychże grup wobec władzy.<sup>205</sup>

W rezultacie wszystkie niedoskonałości OMK i innych miękkich metod podejmowania decyzji powodują, że kraje europejskie stosują je raczej sporadycznie i podchodzą do nich z ostrożnością. W Niemczech OMK jest raczej limitowana, w Holandii przypomina biurokratyczne praktyki, W Wielkiej Brytanii i Włoszech stanowi incydentalną praktykę decyzyjną niż rzeczywista agendę porozumienia<sup>206</sup>

\*\*\*

---

<sup>204</sup> A. Gruszcak, *Elementy otwartej koordynacji*, op. cit., s. 17

<sup>205</sup> D. Rancew- Sikora, *Negocjacje polityczne: między działaniem jednostek a relacjami strukturalnymi* [w] „*Studia socjologiczne*” nr 1/2005, s.83

<sup>206</sup> T.Idema, R.D.Kelemen, *New modes of governance, the open method of co-ordination and other fashionable red herring*, op.cit., s.110

Powyżej przedstawione zostały zasady i założenia otwartej metody koordynacji będącej stosunkowo nowym, aczkolwiek coraz częściej stosowanym sposobem podejmowania decyzji. Celem artykułu nie była dogłębna analiza przebiegu OMK jako procesu decyzyjnego lecz wskazanie pewnych wytycznych w jej stosowaniu, pewnych europejskich trendów w zarządzaniu. Być może z biegiem czasu miękkie prawo przeniknie również na stałe do praktyki podejmowania decyzji w krajach członkowskich. Co prawda istnieje już np. w prawodawstwie polskim obowiązek przeprowadzania konsultacji społecznych oraz uregulowania dotyczące dialogu społecznego, które są chyba w największym stopniu zbliżone do OMK jednak wciąż nie są one zbyt popularne.

Wydaje się jednak, że OMK może mieć w przyszłości dużo większe znaczenie niż obecnie ma to miejsce. Coraz częściej na wspólnotowym forum mówi się o poszerzeniu zastosowania OMK na dziedziny związane z polityką zagraniczną czy bezpieczeństwem. Nie będzie to z pewnością krok wstecz w procesie integracji- czasem już możliwość spotkania i porozmawiania z drugą stroną jako z równym partnerem oznacza sukces. A właśnie ta możliwość stworzenia sytuacji rozmowy jest jednym z najistotniejszych elementów otwartej metody koordynacji.

## **Rozdział IV. Śląski wymiar ochrony zdrowia**

Niniejszy rozdział zawiera ogólną charakterystykę ochrony zdrowia w wymiarze wojewódzkim oraz prezentuje wspólne dla całej Polski elementy działania systemu zdrowotnego. Ponieważ rozprawa dotyczy przede wszystkim konfliktów i dialogu widzianych z perspektywy regionalnych aktorów nie sposób pominąć pewne właściwe tylko dla regionu śląskiego prawidłowości. Równocześnie przyjęto jednak założenie, że istnieje wiele opracowań dotyczących zasad funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce, dlatego poniżej przedstawione zostaną jedynie najważniejsze zasady działania, widziane zwłaszcza z perspektywy regionu (województwa samorządowego).

Zarówno w tytule rozprawy, jak i obecnego rozdziału pojawiają się dwa określenia: województwo śląskie oraz ochrona zdrowia, nad którymi należałoby się zastanowić.

Po pierwsze, obecnie mówimy o ochronie zdrowia, jako zorganizowanym zbiorze czynników politycznych, ekonomicznych, społecznych, medycznych, technologicznych itd., które przyczyniają się do poprawy kondycji zdrowotnej społeczeństwa. W dawnej nomenklaturze funkcjonowało określenie służby zdrowia, które obecnie nie wyszło jeszcze całkiem z użycia. Jednak przyjąć należy, że służba zdrowia nawiązuje do państwowej, hierarchicznej, podporządkowanej władzy centralnej organizacji działań na rzecz zdrowia sprzed 1989r. Zakładała ona obok najbardziej oczywistej centralizacji w podejmowaniu decyzji także: finansowanie bezpośrednio z budżetu państwa, ZOZ jako podstawowa jednostkę organizacyjną, traktowanie lekarza jako funkcjonariusza publicznego oraz monopolistyczna pozycję państwa w odniesieniu do polityki lekowej i sprzętowej.<sup>207</sup>

Natomiast pojecie ochrony zdrowia, jest bardziej neutralne i ma zdecydowanie bardziej eksponowany walor obywatelski. Świadczenia zdrowotne stanowiące podstawowy element ochrony zdrowia przysługują obywatelom na mocy Konstytucji, a władze, szczególnie samorządowe, mają obowiązek zapewniania ich realizacji. Ponadto w odniesieniu do nazwy ochrona zdrowia, stwierdzić należy, że jest ona bardzo pojemna, ponieważ jej elementami, obok wymienionych świadczeń zdrowotnych, są także promocja zdrowia, profilaktyka, edukacja zdrowotna oraz epidemiologia.

Wszystkie wymienione elementy składają się na uporządkowany zbiór służący jednemu celowi- zdrowiu obywateli, tworzą zatem system ochrony zdrowia. Tak pojmowany system będzie przedmiotem rozważań w dalszej części opracowania.

---

<sup>207</sup> M.Dercz, T.Rek, *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz*, Warszawa 2007, s. 30

Kolejnym zagadnieniem wymagającym charakterystyki jest ochrona zdrowia realizowana w konkretnym wymiarze- w przypadku niniejszego opracowania- na obszarze województwa śląskiego.

Region śląski posiada swą specyficzną strukturę. Niezależnie od tego, jaki problem będzie poddany analizie, uwzględnić należy kontekst społeczno- gospodarczy, z jakim mamy do czynienia w województwie śląskim. Celem niniejszego opracowania nie jest analizowanie tożsamości Śląska czy ukazywanie jego wyjątkowości i odmienności w stosunku do pozostałych województw, jednak bez uwzględnienia pewnych cech dynamiki regionalnej, nie jest możliwe uchwycenie zachodzących przemian, także w ochronie zdrowia.

Po reformie administracyjnej z 1999r. na województwo śląskie składają się 4 podregiony: centralny(dawne województwo katowickie), region rybnicko- jastrzębski, północny (dawne województwo częstochowskie) oraz południowy (byłe województwo bielskie). W odniesieniu do problemów zdrowotnych największe znaczenie miał przemysłowy charakter byłego województwa katowickiego, co w znacznym stopniu wpłynęło na kształt ówczesnej służby zdrowia lecz również odnosi się do obecnych warunków zdrowotnych. Są one istotne nie tylko dla terenów centralnych ale i dla pozostałych podregionów.

Po okresie transformacji region śląski postrzegany był jako katastroficzny i skansenowy<sup>208</sup> obszar na mapie Polski. Określenia rodzaju pojawiają się w opracowaniach naukowych i dyskursie nie bez powodu, ponieważ po upadku socjalizmu w Polsce okazało się, że to właśnie województwo katowickie najboleśniej odczuło skutki istnienia tego ustroju oraz efekty jego upadku. Najważniejszym negatywnym skutkiem jest bez wątpienia stan środowiska naturalnego, który bezpośrednio wpływa na stan krajobrazu i zagospodarowanie przestrzenne ale przede wszystkim wciąż wywiera negatywny wpływ na zdrowie mieszkańców województwa.

Wyróżnia się trzy obszary ekologicznego zagrożenia: górnośląski (emisja do atmosfery, odpady przemysłowe, uszkodzenie lasów) oraz rybnicki (odpady przemysłowe, uszkodzenie lasów) i częstochowski (uszkodzenie lasów). Zasięg i intensywność przekształceń są tak duże, że – mimo znacznego zmniejszenia emisji od

---

<sup>208</sup> określenia używane w pracach A .Kuklińskiego z lat 1989-1990, cyt. za: M.S.Szczepański, Regionalizm górnośląski: między plemiennością a systemem globalnym [w:]*Śląsk- Polska-Europa. Zmieniające się społeczeństwo w perspektywie lokalnej i globalnej. X Ogólnopolskiego Zjazdu Socjologicznego*, red.A.Sulek, M. S. Szczepański, Katowice 1998, s. 31



1990 r. wskutek ograniczenia i zaniechania produkcji w górnictwie i hutnictwie przywrócenie równowagi ekologicznej może trwać kilka dziesięcioleci.<sup>209</sup>

Rezultatem jest zwiększona w stosunku do innych regionów zachorowalności na różne choroby, o czym będzie mowa poniżej.

Poza tym spuścizną minionego okresu jest wciąż obecne przekonanie, że województwo katowickie stanowiło zaplecze gospodarcze dla Polski i było eksploatowany ponad miarę a jednocześnie władze centralne w Warszawie nie doceniały wkładu regionu w gospodarkę ogólnopolską. Opinie tego typu do dziś są obecne w dyskursie na poziomie regionalnym, pojawiają się podczas mniej lub bardziej oficjalnych spotkań, zwłaszcza w odniesieniu do idei autonomii województwa. *Pamiętam doskonale, a jeszcze lepiej pamiętają o tym sami mieszkańcy, że dzięki autonomii Śląsk należał do najbogatszych polskich prowincji. Większość wypracowanych pieniędzy pozostawała na miejscu. Budowano za nie przemysł, miasta, drogi, obiekty komunalne, finansowano kulturę. W okresie powojennym Centrala rozpoczęła nadmierną eksploatację tej ziemi. Nie da się ukryć – panuje niesłychana ignorancja dążeń Ślązaków do samostanowienia, lekceważenie raportów o stanie zagrożeń, począwszy od ekologii, na społecznych kończąc. Jeśli się to nie zmieni, Śląsk może stać się ogniskiem niepokoju, promieniującym na cały kraj. Trzeba nieustająco przypominać Warszawie, że nie ucieknie przed tym nabrzmiałym problemem.*<sup>210</sup>

Powyższa opinia nie jest jedyną tego rodzaju, pojawia się rozgoryczenie a jednocześnie brak perspektyw na szybką poprawę sytuacji, ponieważ mimo upływu lat wciąż istnieją wzajemne animozje województwo śląskie- Warszawa. I nie jest tu istotne, że region śląski to nie tylko Śląsk, ale i Zagłębie, Bielsko oraz Częstochowa. Mieszkańcy regionu krytycznie oceniają politykę władz centralnych, a raczej jej brak, wobec problemów województwa. W perspektywie ogromnej skali transformacyjnych kosztów społecznych i ekonomicznych, krytyce podlega brak zrozumienia ze strony stolicy dla problemów województwa oraz brak konkretnego wsparcia politycznego, koncepcyjnego i finansowego. Bez nich nawet najbardziej wytrwale działania społeczności regionalnej skazane są na niepowodzenie.<sup>211</sup> Kazimierz Kutz skonstruował to przeświadczenie stwierdzeniem: „nieszczęściem naszego kraju jest, że rządzą nim ludzie z „księstwa

---

<sup>209</sup> K.Gawlikowska- Hueckel(red.), *Regiony Polski. Województwo śląskie*, Instytut Badań nad Gospodarką Rynkową, Gdańsk- Warszawa 2000, s. 3

<sup>210</sup> G.Grabowska, *Śląsk w granicach Polski- dyskusja* [w:] „Śląsk”, nr 6/2007

<sup>211</sup> M.S.Szczepański, M.Lipok- Bierwiaczonek, T.Nawrocki, *Górny Śląsk jako region pogranicza- atuty i obciążenia* [w:]M.S.Szczepański (red.), *Górny Śląsk – na moście Europy*, Katowice 1994, s. 97-98

*mazowieckiego*”, *odpychając Śląsk, Wielkopolskę, Galicję – krainy gospodarne, oszczędne...*”<sup>212</sup> Rezultatem są pojawiające się co jakiś czas, głównie w okresach kampanii wyborczych, postulaty za wspomnianą autonomią Śląska. „Kwestia regionalna, której pojawienie się można obserwować na Śląsku, rodzi się z rozczarowania, niezadowolenia, gniewu wreszcie. Te uczucia niechęci są skupione przede wszystkim na strukturach państwa narodowego, które w coraz mniejszym stopniu mogą zaspokajać potrzeby zróżnicowanego społeczeństwa obywatelskiego. Państwo narodowe jest zbyt duże, aby wszyscy mieszkańcy danego terytorium mogli się z nim w pełni utożsamiać, i równocześnie zbyt małe, aby go rozwiązywać problemy gospodarcze i odpowiadać na wyzwania geopolityczne.”<sup>213</sup>

Obok wymienionych pozostałości po okresie Polski Ludowej, zwrócić uwagę należy również na monokulturowość gospodarki śląskiej i jej skoncentrowanie na przemyśle ciężkim. W efekcie obecnie trudno go przekształcić tak, by przynosił zyski (problem nierentownych kopalni) oraz zachęcić robotników, zwłaszcza niewykwalifikowanych do przekwalifikowania. Ponadto ważną pozostałością historyczną o negatywnym charakterze jest rodzaj i stan infrastruktury architektonicznej śląskich miast. Miasta tworzono bez planów zagospodarowania przestrzennego, chaotycznie, co współcześnie znacznie utrudnia ich rewitalizację.<sup>214</sup>

Podsumowując, na specyfikę sytuacji województwa śląskiego składają się następujące aspekty regionalnej dynamiki wewnętrznej:

- Subregion centralny przez wiele lat miał podstawowe znaczenie dla gospodarki całego kraju: „Województwo katowickie przez lata wytwarzało ponad 20% produktu narodowego i produkcji przemysłowej kraju i wchłaniało podobną część nakładów wytwórczości, dramatycznego wzrostu bezrobocia i konieczności głębokiej restrukturyzacji niemal całej tkanki przemysłowej(...)”<sup>215</sup>, często jednak nie wynikały z tego korzyści dla regionu;
- Istniała i właściwie istnieje do dziś złożona sytuacja narodowościowa, wynikająca z dużej liczby ludności napływowej, przybywającej zwłaszcza do Zagłębia.

---

<sup>212</sup> *Perła w niejednej koronie*, rozmowa z dr A. Rożanowiczem [w:] „Śląsk”, nr 6/2008

<sup>213</sup> B. Jałowiecki, *Śląsk jako problem europejski* [w:] *Śląsk- Polska-Europa. Zmieniające się społeczeństwo w perspektywie lokalnej i globalnej*, op.cit., s. 49

<sup>214</sup> M.S. Szczepański, *Regionalizm górnośląski: między plemiennością a systemem globalnym*, op. cit., s. 31-32

<sup>215</sup> G. Gorzelak, B. Jałowiecki, *Restrukturyzacja Górnego Śląska: konieczność dziejowa czy błąd reformy?* [w:] M.S. Szczepański (red.), *Górny Śląsk – na moście Europy op.cit.*, s. 76

Ponieważ władze (centralne ale i wojewódzkie) nie dbały i nie dbają o integrację całego województwa pod tym względem, wciąż utrzymuje się podział na Śląsk i Zagłębie, którego efekty możemy obserwować w oficjalnych sytuacjach ( Górnośląski Związek Metropolitalny bez kilku zagłębiowskich miast), jak i w życiu codziennym mieszkańców( bójki pseudokibiców drużyn śląskich i zagłębiowskich),

- Pod kątem struktury społecznej, szczególnie w kwestii wykształcenia występowała niedoreprezentacja inteligencka ( za wyjątkiem inteligencji technicznej), które mogły by wskazywać nowe trendy rozwojowe,
- Lokalne elity były nieliczne i właściwie stan ten był podtrzymywany przez obowiązujący system oświaty oraz politykę wojewódzkiej biurokracji partyjnej,
- W sposób odmienny niż w pozostałych województwach sprawowane była władza przez aparat wojewódzki. Polegała ona na daleko posuniętym woluntaryzmie oraz na dopuszczaniu zastosowania wąskiego wachlarza zachowań politycznych, społecznych i kulturalnych. Efektem było bardziej niż w innych regionach upaństwowione społeczeństwo, nie przejawiające żadnej aktywności społecznej.<sup>216</sup>

#### **4.1. Posttransformacyjne implikacje dla ochrony zdrowia**

Zdecydowana większość spośród przedstawionych powyżej cech regionu górnośląskiego wpływa w mniejszym lub większym stopniu na funkcjonowanie polityki społecznej, a więc i polityki zdrowotnej. Przeobrażenia systemowe wciąż rzucają cień na ochronę zdrowia powodując, że wprowadzane zmiany często napotykają na duży opór, zarówno ze strony pacjentów, jak i świadczeniodawców. W pewnych sytuacjach konieczne jest wprowadzenie mechanizmów rynkowych do ochrony zdrowia, co szczególnie bywa przedmiotem protestów. Stosunkowo mała reformowalność systemu opieki medycznej spowodowana jest także postawami roszczeniowymi, ugruntowanymi w minionym okresie. Gdy przyjmie się, że wszystko nam się należy, trudno jest zaakceptować ewentualne kolejki, dopłaty czy konieczność indywidualnej profilaktyki zdrowotnej, która jest najskuteczniejszym sposobem na polepszenie stanu zdrowotnego ludności.

---

<sup>216</sup> M.S.Szczepański, M.Lipok- Bierwiazzonek, T.Nawrocki, *Górny Śląsk jako region pogranicza- atuty i obciążenia*, op.cit., s. 96

Nawiązując do przypadkowej struktury przestrzennej, okazuje się, że jej piętno odciska się również na placówkach medycznych. Ich lokalizacja była w dużej mierze chaotyczna, szpitale skoncentrowane były w pobliżu siebie. Nie bez znaczenia zwłaszcza dla obecnego stanu technicznego placówek, była ich branżowość. Większość szpitali tworzona była w oparciu o zasadę branżowości, co oznacza, że górnictwo posiadało swoje szpitale, tzw. szpitale górnicze, hutnictwo – swoje itd. Niestety w konsekwencji przekształceń gospodarczych zakłady, które utrzymywały szpitale, upadały, pozostawiając najczęściej zadłużone i zdewastowane pod względem techniczny obiekty. Zostały one przejęte przez Urząd Marszałkowski, jednak ich kondycja finansowa była bardzo zła, czego efekty widać także obecnie- szpitale te należą do najbardziej zadłużonych.

Istniejące szpitale, w dużej ilości mające rachityczną strukturę architektoniczną, są trudne do zmodernizowania, ponieważ wymagają wprowadzenia wielu rozwiązań technicznych, na które brakuje pieniędzy. Często jedynym ratunkiem są fundusze europejskie, jednak nie są one powszechnie dostępne, ponieważ najpierw należy napisać stosowny wniosek, za który trzeba wcześniej zapłacić firmie konsultingowej. Tu znów pojawia się kwestia finansowa i koło się zamyka.

Oprócz tego wywodząca się z minionego okresu historycznego infrastruktura szpitalna nie pokrywa się z wymogami demograficzno- epidemiologicznymi. Wciąż brakuje miejsc na oddziałach kardiologicznych, w jedynym w województwie Instytucie Onkologii w Gliwicach tygodniami a nawet miesiącami trzeba czekać na leczenie. Trudna jest także sytuacja osób starszych. Pomimo, że w Katowicach działa jedyny Szpital Geriatryczny, będąc jedyną tego typu placówką w kraju, a województwo ma najwięcej łóżek geriatrycznych i największy odsetek geriatrów w Polsce - ponad 20 (są też województwa, np. dolnośląskie, w których nie pracuje ani jeden), sytuacja nie jest korzystna biorąc pod uwagę wzrastającą liczbę osób starszych. Sytuacja nieprędko ulegnie poprawie, ponieważ "(...) Problemu starszych nie dostrzegają też Ministerstwo Zdrowia i NFZ. Ministerstwo mimo próśb geriatrów od lat nie daje im pozwolenia choćby na przepisywanie balkoników ułatwiających chodzenie. Fundusz przeznaczona na leczenie coraz liczniejszej rzeszy starszych ludzi zaledwie ułamek procentu ze swego budżetu (w śląskim oddziale NFZ- etu to nieco ponad jeden promil ogólnej kwoty na leczenie). Nie ma dość pieniędzy na rehabilitację potrzebną starszym ludziom, a leczenia odleżyny, które kosztuje średnio 5 tys. zł, w ogóle nie ma w katalogu

Ponadto, w związku z istniejącym w regionie licznymi zakładami przemysłowymi rozwinął się ruch związkowy. Na bazie tych doświadczeń powstawały związki zawodowe w innych branżach, także w ochronie zdrowia. Zgodnie z najnowszym Raportem CBOS <sup>218</sup>, uzwiązkowanie w Polsce jest niskie i wynosi około 16%, lecz jednocześnie branżami o najwyższym uzwiązkowaniu są: oświata, nauka i ochrona zdrowia ( 25% członków wszystkich związków). Uzwiązkowanie jest najwyższe w zakładach państwowych, zatrudniających powyżej 250 pracowników. Zatem bardzo istnieją bardzo duże szanse na to, by właśnie w placówkach medycznych funkcjonowały struktury związkowe. I jest tak faktycznie- w województwie występuje nagromadzenie struktur związkowych, w ochronie zdrowia zwłaszcza, wpływając na jej działanie.

Niemale znaczenie dla funkcjonowania ochrony zdrowia miała zasygnalizowana powyżej reforma administracyjna wprowadzona w 1999r. Jej efektem jest fakt, iż województwo śląskie nie ma jednolitej struktury demograficzno-przestrzennej. Korzystny z punktu widzenia zdrowotności jest fakt, że obecnie województwo śląskie nie jest typowo przemysłowe lecz ma charakter przemysłowo-rolniczo- leśny(warto podkreślić, że aż 30% powierzchni zajmują lasy). Jednak, mimo połączenia 3 zróżnicowanych pod względem miejsca zamieszkania, regionów, województwo ma charakter aglomeracyjny- wskaźnik urbanizacji wynosił wg GUS w 2007r. 78,4%. Przy czym wskaźnik ten jest najwyższy w części centralnej, obejmującej GOP i ROW, natomiast w pozostałych częściach urbanizacja jest niewielka: subregion północny- 18,4% (3/5 mieszkańców mieszka w Częstochowie), w subregionie południowym również zdecydowana większość mieszkańców mieszka na wsi.<sup>219</sup>

Rezultatem są dysproporcje, także w dostępie do usług zdrowotnych. W części centralnej województwa, w miastach nagromadzonych jest wiele placówek, podczas gdy w pozostałych częściach szpitali jest znacznie mniej

Mówiąc o reformie administracyjnej z 1999r. nie sposób nie zauważyć, że także w tym samym czasie przeprowadzona została reforma ochrony zdrowia, zatem na kształt

---

<sup>217</sup> J. Watoła, *Pamiętaj, że też będziesz kiedyś stary*, Gazeta Wyborcza, Katowice, 20.11.2007

<sup>218</sup> *Członkostwo w związkach zawodowych. Naruszenie praw pracowniczych i „szara strefa” w zatrudnieniu*, komunikat z badań nr 4071, CBOS, Warszawa 2009

<sup>219</sup> D. Czakon, *Województwo katowickie i śląskie oraz ich mieszkańcy w procesie zmian. Społeczne koszty transformacji*, Częstochowa 2003, s. 179 i n.

obecnej ochrony zdrowia wpływ miały nie jedna, lecz dwie poważne zmiany systemowo-organizacyjne.

Przejdźmy do aspektów prawno-organizacyjnych w ochronie zdrowia, które w istotny sposób wpływają na jej wojewódzki czy szerzej, regionalny kształt.

Ogólnie rzecz biorąc, reformy zdrowotne w Polsce z końca lat 90-tych oraz lat 2001, 2002 zmierzały do wprowadzenia mechanizmów wolnorynkowych do ochrony zdrowia, czyli na uruchomieniu obok funkcjonujących do tej pory publicznych zakładów opieki zdrowotnej, placówek niepublicznych, których założycielem mógł być teoretycznie każdy, aczkolwiek w praktyce zazwyczaj podmiotami rejestrującymi - y byli ludzie związani bezpośrednio ze środowiskiem medycznym. Płatnikiem za usługi medyczne przestało być państwo a fundusze pochodzą od ubezpieczonych osób. Niewątpliwą zmianą jakościową było przekazanie znacznych uprawnień w stosunku do zakładów opieki zdrowotnej jednostkom samorządu terytorialnego, które miały zastąpić funkcjonujący jeszcze od czasów minionej epoki monopol państwa w zdrowiu.

Przeprowadzone reformy przeprowadzone zostały w oparciu o następujące zasady:

- Solidarność społeczną, polegającą na opłacaniu przez wszystkich ubezpieczonych składek liczonych jako określony procent od dochodu ubezpieczonych,
- Samorządność- poprzez utworzenie kas chorych z osobowością prawną a w późniejszym okresie wprowadzeniu na ich miejsce Narodowego Funduszu Zdrowia, przy czym, w przypadku NFZ samorządność jest znacznie bardziej ograniczona- samo utworzenie jednej instytucji w miejsce kilkunastu regionalnych kas świadczy o powrocie do praktyk centralizacyjnych,
- Samofinansowanie, polegającego na oddzieleniu płatnika usług medycznych od zakładów opieki zdrowotnej. Podstawowym narzędziem finansowania jest kontrakt zawarty między kasą chorych (NFZ) a świadczeniodawcą, który musi zadbać o zachowanie swej równowagi budżetowej,
- Prawo do wolnego wyboru lekarza i płatnika przez pacjenta, co jednak często jest krytykowane jako nierealizowalne w praktyce,
- Równy dostęp do świadczeń zdrowotnych, czyli zapewnienie pacjentom jednakowego leczenia i traktowania w publicznych zakładach opieki zdrowotnej bez względu na wysokość płaconej przez niego składki na ubezpieczenie zdrowotne,
- Non profit, gdzie płatnik nie ma prawa prowadzić działalności nastawionej na zysk oraz być właścicielem zoz-ów,

- Celowości i gospodarności jako kryteriów oceniania działalności podmiotów, które są zobowiązane do nieprzekraczania ustalonych limitów, tak, by utrzymać równowagę finansową.<sup>220</sup>

Tak ukształtowany system działa w oparciu o „umowę międzypokoleniową”, w której młodzi, zdrowi, zarabiający ponoszą koszty opieki zdrowotnej osób starszych, chorych, niepełnosprawnych czy ubogich. Zakłada się bowiem, że bezwzględna wysokość składki nie będzie wpływać na dostępność do świadczeń, czego gwarantem ma być państwo.<sup>221</sup>

Niestety, przeprowadzone reformy, dotyczące zwłaszcza szczebla centralnego trudno określić mianem zakończonych sukcesem. Przemiany w ochronie zdrowia na poziomie centralnym trafnie określa M. Dercz<sup>222</sup>: „Podejmowane przez władze publiczne działania, choć nazywane niekiedy reformami ochrony zdrowia, doprowadziły w efekcie jedynie do zmiany sposobu jej finansowania po stronie płatnika: z działających w tym zakresie do 1998 roku wojewodów na kasy chorych, a następnie Narodowy Fundusz Zdrowia (dalej NFZ).”

Między innymi w związku z powyższym, istnieje kilka powodów bardzo trudnej sytuacji większości zakładów opieki zdrowotnej. Zaliczyć do nich należy:

- „niedostosowanie dotychczasowego zakresu i ilości usług do potrzeb rynku;
- brak woli przekształceń dostosowawczych wśród niektórych przedstawicieli środowiska służby zdrowia, szczególnie wśród osób mających poczucie odsunięcia od współudziału w procesie reformy;
- zbyt wiele niewydolnych organów nadzoru;
- samorząd terytorialny w roli organu założycielskiego, bez środków na inwestycje i remonty;
- rada społeczna, organ doradczy, często z członkami z klucza pozamerytorycznego(politycznego);

---

<sup>220 220</sup> V.Korporowicz, M.Godlewski, *Przemiany instytucjonalne w ochronie zdrowia w Polsce w dobie reformy* [w:]V.Korporowicz,9red.) op .cit., s.152-153

<sup>221</sup> A. Frąckiewicz- Wronka, *Reforma systemu opieki zdrowotnej w perspektywie integracji Polski z Unią Europejską. Wybrane aspekty zachodzących zmian*, Katowice 2001, s. 105

<sup>222</sup> S.5

- Kasa Chorych, w ciągłych „przepychankach” z dostawcami świadczeń, o pieniądze, podlegająca zdecydowanym naciskom politycznym, zmieniająca zbyt często reguły rozliczeń”.<sup>223</sup>

Polityka zdrowotna podlegała procesom decentralizacji, ale nie zakończyły się one sukcesem, ponieważ wciąż mimo nowym obowiązków nakładanych ustawowo na samorządy terytorialne, nie wiążą się z nimi realne uprawnienia władcze do wykonywania zadań zdrowotnych na określonym obszarze.

W odniesieniu do polityki społecznej a więc i ochrony zdrowia widoczne są wzajemne powiązania wielu podmiotów odpowiadających za jej działanie. W tym jednak względzie ujawniają się pewne zakłócenia. A.Kurzynowski i P.Błędowski uznają wśród nich za najistotniejsze: niedostateczną decentralizację kompetencji decyzyjnych władz centralnych oraz brak decentralizacji finansów publicznych, co właściwie prowadzi do paraliżu działań władz samorządowych, które otrzymując zadania nie dostają na nie odpowiednich środków finansowych a także brak harmonijnej współpracy pomiędzy poszczególnymi szczeblami administracji publicznej.<sup>224</sup>

W takich właśnie warunkach działać ma województwo jako jeden ze szczebli systemu ochrony zdrowia. Przypomnijmy, system ochrony zdrowia to społeczny, złożony, dynamiczny i funkcjonalny system, który tworzony jest i używany przez społeczeństwo w celu stworzenia medycznych i społecznych środków dla ochrony i poprawy zdrowia oraz ciągłego kumulowania i przekazywania wiedzy medycznej.<sup>225</sup>, będący elementem składowym polityki społecznej, jest realizowany w Polsce na trzech poziomach: centralnym, wojewódzkim oraz powiatowo- gminnym.

Generalnie, niezależnie od poziomu samorządu terytorialnego, jego zadania sprowadzić można do 3 zadań:

- ✓ Tworzenia ogólnych strategii i planów dotyczących ochrony zdrowia na danym terenie,
- ✓ Podejmowanie działań dotyczących zdrowia publicznego,
- ✓ Podejmowanie działań z zakresu promocji zdrowia.<sup>226</sup>

---

<sup>223</sup> K.Rymuza, *Prywatyzacja jako szansa rozwoju szpitala. Studium przypadku*[w:]J. Mujżel (red.)*System ochrony zdrowia. Poszukiwania i propozycje naprawy*, Warszawa 2004, s. 299-300

<sup>224</sup> A.Kurzynowski, P.Błędowski, *Polityka społeczna centralna, regionalna i lokalna* [w:] A.Kurzynowski (red.), *Polityka społeczna*, Warszawa 2001, s. 304-305

<sup>225</sup> S. Poździejch, *Zdrowie publiczne*, Kraków 1996, s. 101

<sup>226</sup> A.Fraćkiewicz- Wronka, J.Jasłowski, *Samorządowa polityka społeczna*, op. cit., s. 66



Biorąc pod uwagę uprawnienia, jakie wynikają z pełnionych przez samorząd terytorialny funkcji wobec jednostek ochrony zdrowia, najważniejszymi są kompetencje związane z samorządem jako organem założycielskim dla samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Wobec tych jednostek jednostka samorządowa posiada następujące kompetencje, wynikające bezpośrednio z ustawy z 31 sierpnia 1991r. o zakładach opieki zdrowotnej<sup>227</sup>:

- Możliwość tworzenia, przekształcania oraz likwidowania publicznych zakładów opieki zdrowotnej( art.36)
- Zatwierdzania statutu zakładu opieki zdrowotnej (art. 39, pkt.2)
- Wyrażanie zgody na zakup aparatury medycznej ( art.42)
- Nawiązanie stosunku pracy z kierownikiem jednostki medycznej poprzez mianowanie osoby na to stanowisko lub zatrudnienie jej na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej (art.44, pkt.4)
- Delegowanie swych członków jako przedstawicieli do rady społecznej zakładów (art. 45)
- Decydowanie o kształcie majątku jednostki poprzez wydawanie decyzji dotyczących dzierżawy, wynajmu oraz pozbawienie zakładu nabytego majątku (art. 53)
- Sprawowanie nadzoru<sup>228</sup> nad jednostką oraz możliwość nakładania dodatkowych zadań w przypadku wystąpienie takiej konieczność np. w sytuacji klęski żywiołowej (art. 67)

Jednak, co ważne, choć dana jednostka sama gospodaruje środkami finansowymi i we własnym zakresie pokrywa ujemne saldo finansowe. Ale w przypadku, gdy celów i zadań zakładu nie może przejąć inna jednostka, gdyż groziłoby to zaprzestaniem świadczenia stałej opieki medycznej nad mieszkańcami danej jednostki terytorialnej a zakład ma nie ma zbilansowanego budżetu, wówczas jak wynika z art. 60 ustawy o zakładach opieki zdrowotnej, organ założycielski pokrywa ujemny wynik finansowy ze środków publicznych.

Zadania przydzielono ustawowo, lecz wciąż i w tym obszarze istnieje wiele luk wymagających uzupełnienia lub doprecyzowania

---

<sup>227</sup> Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z dn. 31 sierpnia 1991r. Dz.U.1991/91/408

<sup>228</sup> Nadzór finansowy sprawowany jest pod względem legalności, gospodarności, celowości i rzetelności działań jednostki. Dokonywany jest na podstawie kwartalnych sprawozdań o przychodach, kosztach i wyniku finansowym, rocznego sprawozdania rzeczowo- finansowego jednostki oraz planu rzeczowo- finansowego jednostki.

M. Dercz<sup>229</sup> wskazuje na szereg niedociągnięć występujących w samorządowym modelu ochrony zdrowia, które powodują, że nie działa on efektywnie a co się z tym wiąże rodzi konflikty. Najbardziej znanym przykładem ilustrującym działanie samorządowego modelu zdrowia były problemy z tak zwaną ustawą 203 zł, gdzie skonfliktowane ze sobą były główne podmiotów tworzących system ochrony zdrowia: administracja rządowa, publiczny płatnik, świadczeniodawcy, samorzady terytorialne oraz pacjenci. Chaos spowodowany był brakiem jednoznacznego i precyzyjnego ustalenia zakresów odpowiedzialności i wzajemnych relacji między podmiotami. Sytuacja ta praktycznie nie jest uregulowana do dziś, gdyż zakresy odpowiedzialności ponoszonej przez różne organy władzy publicznej nadal krzyżują się, a znaczna część zadań nie została prawnie przyporządkowana żadnemu podmiotowi publicznemu.

Następnie, Dercz wskazuje kolejny przykład „próżni” kompetencyjnej- opiekę zdrowotną nad dziećmi w wieku szkolnym.

Częsta jest także praktyka przerzucania wzajemnie na siebie przez podmioty publiczne odpowiedzialności za realizację zobowiązań wobec pracowników publicznych zakładów opieki zdrowotnej. Samorzady terytorialne, dysponujące jedynie ograniczonymi instrumentami prawnymi i raczej niewielkimi środkami finansowymi, realizują co najwyżej te zadania z zakresu ochrony zdrowia, które wyraźnie nakładają na nie akty prawne. Natomiast podejmowanie zadań fakultatywnych zależy wyłącznie od ich dobrej woli, co powoduje zróżnicowanie terytorialne aktywności samorządów w tym zakresie.

Ponadto, występują liczne konflikty interesów pomiędzy poszczególnymi jednostkami samorządowymi, co przy braku określenia formalnych mechanizmów koordynacji może sprawiać, że polityka prowadzona przez samorzady nie jest spójna. W rezultacie, brak jest efektywnej koordynacji działania między trzema głównymi instytucjami: samorządami (właściciel zoz-ów), organami centralnej administracji rządowej (funkcje strategiczne i kontrolne) oraz NFZ (funkcje płatnicze).

Kolejnym mankamentem, zdaniem Dercza, jest realizowanie funkcji koordynacyjnych i kontrolnych przez jakiś podmiot publiczny, specjalnie do tego upoważniony. W przypadku Polski jest to minister zdrowia ale faktycznie głównym decydem jest NFZ.

---

<sup>229</sup> M.Dercz, *Samorządowy model systemu ochrony zdrowia. Kompromis polityczny i alternatywa dla centralizacji. Materiały do dyskusji*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2005, s. 8 i n.

Natomiast w kwestii wypełniania funkcji właścicielskich przez samorzady terytorialne w stosunku do zakładów opieki zdrowotnej istotne konsekwencje rodzi wprowadzona przez ustawodawcę zasada tak zwanej samodzielności zakładów, która nie daje możliwości ogłoszenia ich upadłości. Samodzielne publiczne zakłady opieki zdrowotnej, szpizy nie dysponują także niezależnością organizacyjną i finansową, jak chociażby przedsiębiorstwa państwowe; są jednak tworem bardziej samodzielnym od zakładów budżetowych. Tego rodzaju uregulowania zmuszają samorzady do wnikliwej analizy kondycji finansowej własnych zakładów, przy jednoczesnym braku skutecznych instrumentów wpływania na stan zbilansowania ich budżetów.

Wszystkie powyższe ograniczenia funkcjonowania samorządowej polityki zdrowotnej występują na terenie całego kraju. Istnienie aż tylu usterek systemowych w odniesieniu do jednego tylko rodzaju podmiotu odpowiadającego za politykę zdrowotną budzi wątpliwości. Są one tym większe gdy uzmysłowimy sobie fakt, że w świetle obowiązujących uregulowań, samorząd terytorialny jest podmiotem realizującym zadania ochrony zdrowia będąc:

- Organizatorem i płatnikiem, choć w ograniczonym zakresie,
- Właścicielem publicznych zakładów opieki zdrowotnej,
- Nadzorcą publicznych zakładów opieki zdrowotnej,
- Zarządcą publicznych zakładów opieki zdrowotnej.<sup>230</sup>

Dodatkowo sytuację komplikuje fakt, że w województwie śląskim zwłaszcza, istnienia wielu podmiotów właścicielskich. Na mocy artykułu ustawy o zakładach opieki zdrowotnej z 1991r.<sup>231</sup> zakład opieki zdrowotnej może być utworzony przez dosyć sporą kategorię podmiotów, będących zarazem właścicielami utworzonej jednostki. I tak właścicielem publicznego zakładu opieki zdrowotnej może być:

- ✓ Minister lub centralny organ administracji rządowej,
- ✓ Wojewoda,
- ✓ Jednostka samorządu terytorialnego
- ✓ Państwowa uczelnia medyczna.

Natomiast niepubliczny zakład opieki zdrowotnej utworzyć mogą następujące instytucje:

- ✓ Kościół lub związek wyznaniowy,
- ✓ Pracodawca,

---

<sup>230</sup> A. Frączkiewicz- Wronka, B. Owcorz- Cydzik, *Samorząd jako podmiot polityki ochrony zdrowia* [w:] A. Frączkiewicz- Wronka, J. Jasłowski, B. Owcorz- Cydzik, D. Sobusik, *Samorządowa polityka zdrowotna*, Katowice 2004, s. 66

<sup>231</sup> Dz.U. nr 91/1991, poz.408 ze zm

- ✓ Fundacja, stowarzyszenie, związek zawodowy oraz samorząd zawodowy,
- ✓ Spółka nie posiadająca osobowości prawnej.

Na terenie województwa śląskiego prawie wszystkie wymienione powyżej instytucje są właścicielami placówek medycznych.

Nadzór nad zakładem sprawuje podmiot, który go utworzył, głównie pod kątem celowości i gospodarności. Natomiast w kwestiach medycznych kontrole sprawuje minister zdrowia lub wojewoda. Kontrole odbywają się poprzez konsultantów krajowych lub wojewódzkich z danej dziedziny. Niestety konsultanci nie współpracują ze sobą, są niezależni w swych działaniach. Za organ wykonujący nadzór nad usługami medycznymi, poprzez regulacje dotyczące zasad wykonywania zawodów medycznych.

Nie przytaczając kompetencji poszczególnych podmiotów, zauważyć należy jednak, że ich wielość powodować może występowanie konfliktów. Województwo śląskie stanowi pod tym względem charakterystyczny punkt na mapie Polski. Co prawda w innych województwach sytuacja jest podobna- tzn. istnieją różne instytucje właścicielskie, jednak w regionie śląskim występuje duża ich koncentracja.

Są miejsca w województwie, powiaty lub miasta, gdzie istnieje kilka różnych placówek, mających różnych właścicieli. Najlepszym przykładem są Katowice, na terenie których działało pod koniec lat 90-tych 15 szpitali! Jednostki są niezależne w wykonywaniu swych działań, co często prowadzi do sytuacji, że w niedalekiej odległości istnieją szpitale o podobnym profilu, oferujące leczenie na tych samych oddziałach. Jednakże nie istnieją narzędzia, które pozwoliły by przekształcać placówki zgodnie z faktycznym zapotrzebowaniem na świadczone usługi. Nie ma też specjalnie woli działania w tym kierunku. Sytuacje tego rodzaju nie są właściwe jedynie Katowicom, podobnie działa ochrona zdrowia w Częstochowie czy Bielsku- Białej. Ewidentnie są to pozostałości po podziale administracyjnym sprzed 1999r. zgodnie z którym miasta te były stolicami województw. Po reformie administracyjnej struktura podziału terytorialnego uległa zmianie lecz nic nie zmieniło się pod względem ilości placówek. Okazuje się jednak, że podobnie wygląda sytuacja w innych śląskich miastach, najczęściej tych większych, na prawach powiatu- one również posiadają na swym terenie po kilka szpitali.

Uczestnicy systemu doskonale zdają sobie sprawę z sytuacji w systemie, w którym pracują. Dostyc często pojawia się opinia, że specyfika śląskiej ochrony zdrowia uwarunkowana jest pewną niechęcią decydentów w Warszawie i w innych

województwach. Regionalni działacze mówią otwarcie, że województwo jest dyskryminowane, gdy chodzi o podział ogólnokrajowych środków. Kilka lat temu głośnym problemem była kwestia niesprawiedliwego dla regionu algorytmu, powodującego, że za tą samą procedurę wyceniano różnie w różnych województwach, przy czym w województwie śląskim wyceniano je najniżej. Ponieważ pacjenci z innych regionów Polski chętnie wybierają szpitale na terenie województwa śląskiego, zaczęły pojawiać się problemy finansowe. Mimo dużej liczby pacjentów budżety szpitali malały, co było skutkiem nie płacenia za procedury przez kasy chorych z innych województwa. Efekty tej sytuacji pozostały do dziś- wiele szpitali powiększyło dzięki temu swe zadłużenie. „U nas na jednego pacjenta przypada 80 łóżek, a więc dwa razy więcej niż w kraju. Na dzień dzisiejszy utrzymujemy finansowanie 93 szpitali publicznych i 113 niepublicznych, ale warto dodać, że kosztują one tylko 8 proc. budżetu. Mieszkańcy naszego województwa chodzą średnio rocznie 3,5 raza do specjalisty i 3 razy korzystają z usług podstawowej opieki zdrowotnej. Potencjał mamy o wiele większy niż inne województwa. Dostępność do usług medycznych tak samo.(...) Najlepsze kliniki przyjmują po 20 – 30 proc. pacjentów spoza województwa. To też najdrożsi pacjenci. Mówiąc brzydko, to oni „zjadają” środki przeznaczone dla Ślązaków i wydłużają kolejki, bo za ich leczenie pieniędzy praktycznie nie dostajemy. Śląskie kliniki pracują na 75 – 80 proc. możliwości, a za nadwykonania dostajemy 60 proc. pieniędzy”<sup>232</sup>

Mówiąc o śląskim wymiarze ochrony zdrowia wspomnieć należy także o polityce regionalnej, korespondującej z samorządowym modelem ochrony zdrowia. Może ona mieć różne oblicza w zależności od obszaru, na którym się rozgrywa. Może występować na poziomie państwa lub też na szczeblu międzypaństwowym. Niezależnie jednak od formy, regionalna polityka, także w postaci ochrony zdrowia, realizowana jest według określonych zasad. Wśród nich wymienić należy:

- Zasadę koncentracji środków, polegającą na przeznaczaniu dużej ilości funduszy strukturalnych na niewielką liczbę precyzyjnie określonych celów. Na poziomie Unii Europejskiej zasada ta oznacza skupianie pomocy w regionach najuboższych;
- Zasada programowania wskazuje, że finansowane są projekty kompleksowe nie zaś pojedyncze;

---

<sup>232</sup> *Śląsk walczy o swoje-debata* [w:] Dziennik Zachodni z dn.16.06.2006r.

- Zasada partnerstwa zakłada obowiązek uzgadniania przeprowadzania projektów między poszczególnymi podmiotami władzy a partnerami społecznymi;
- Zasada dodawalności oznacza, że środki przeznaczone na pomoc nie mogą zastępować środków przeznaczanych na dane przedsięwzięcie a ich powiększanie;
- Zasada komplementarności, zakładająca spójność działań, poprzez ich uzupełnianie lub wspieranie;
- Zasada subsydiarności, mówiąca, że kwestie z zakresu rozwoju regionalnego pozostają w gestii władz regionu, natomiast organy Wspólnotowe lub państwowe ingerują w sposób pomocniczy;
- Zasada koordynacji<sup>233</sup>

Tak pojmowane zasady służyc mają właściwie jednemu celowi głównemu- rozwojowi społecznemu i ekonomicznemu regionu oraz rozwojowi kapitału ludzkiego. Natomiast w wymiarze ochrony zdrowia ich realizacja pozostawia wiele do życzenia. Przyczyna takiego stanu jest zwłaszcza brak istnienia jednolitej polityki zdrowotnej dla całego województwa. Polityka regionalna istnieje, liczne podmioty korzystają ze środków wspólnotowych lecz w ochronie zdrowia wykorzystywane są one w nikłym stopniu, głównie na modernizację budynków i sprzętu.

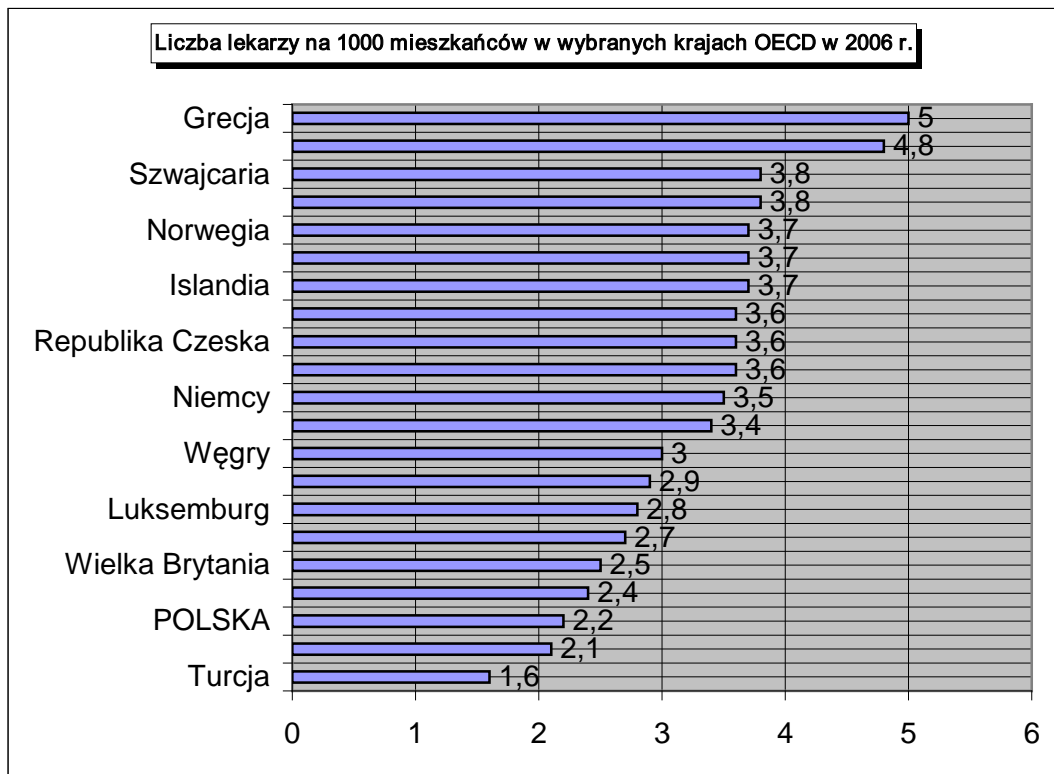
Dlatego w celu ukazania praktycznego wymiaru ochrony zdrowia w regionie, bardziej miarodajnymi są wskaźniki dotyczące zasobów ludzkich i infrastrukturalnych. Są one istotne, gdyż dzięki nim możliwa jest do ukazania specyfika śląskiej ochrony zdrowia, widoczna właśnie w perspektywie porównawczej z innymi województwami w skali kraju. W województwie śląskim w jednostkach udzielających świadczeń medycznych jest zatrudnionych - według stanu na dzień 31 XII 2007 r. - ponad 10 000 lekarzy, w tym ponad 8 500 lekarzy specjalistów, ponad 1500 lekarzy dentystów oraz ponad 27 500 pielęgniarek i położnych. Na 10 000 mieszkańców województwa śląskiego przypada:

- ok. 22 lekarzy (średnia krajowa wynosi 20,3)
- ponad 3 lekarzy dentystów
- ok. 54 pielęgniarki (średnia krajowa wynosi 46,9)
- ponad 5 położnych

W skali kraju są to najwyższe wyniki, natomiast jeśli weźmiemy pod uwagę porównania międzynarodowe, sytuacja nie jest zbyt optymistyczna(por. tabela poniżej)

---

<sup>233</sup> A. Frączkiewicz- Wronka(red.)*Ochrona zdrowia w regionie. Aspekty organizacyjne i prawne*, Katowice 2006, s. 53-54



Źródło: opracowanie własne na podstawie danych OECD

Ponadto, zasoby stacjonarnej opieki zdrowotnej w województwie śląskim (stan w dniu 31 XII 2007) stanowią:

- 115 szpitali ogólnych, w których na pacjentów czeka 26 218 łóżek,
- 54 zakłady opieki długoterminowej i 3078 miejsc,
- 19 zakładów opieki psychiatrycznej z 3233 łózkami.

W przeliczeniu na 10 000 ludności wskaźnik ( najwyższy w kraju) zaopatrzenia w łóżka wynosi:

- w szpitalach ogólnych – 56,3
- w zakładach opieki długoterminowej – 6,6
- w zakładach opieki psychiatrycznej – 6,9

Biorąc pod uwagę powyższe wskaźniki, zauważyć należy, że w śląskiej ochronie zdrowia mamy do czynienia z następującymi przemianami dotyczącymi funkcjonowania stacjonarnej opieki zdrowotnej:

- ✓ systematycznie zmniejsza się liczba łóżek,
- ✓ skróceniu ulega średni czas pobytu pacjenta i zwiększanie wartości wskaźników przelotowości (liczba leczonych na 1 łóżko w ciągu roku),

- ✓ utrzymują się wysokie wskaźniki średniego wykorzystania łóżek, oscylujące w granicach 70 %.

Podobne dane zawarte są w Strategii Rozwoju Województwa Śląskiego na lata 2000-2020. Do powyższych wskaźników, posługując się Strategią, dodać należy następujące fakty:

- Województwo śląskie posiada 5 sanatoriów rehabilitacyjnych, 4 ośrodki leczenia odwykowego, 8 ośrodków rehabilitacyjnych dla narkomanów, 21 zakładów pielęgnacyjno- opiekuńczych, 19 zakładów opiekuńczo- leczniczych, 5 szpitali uzdrowiskowych, 7 sanatoriów uzdrowiskowych, 1 szpital geriatryczny (40 łóżek), jedna klinika geriatryczna (18 łóżek), trzy szpitalne oddziały geriatryczne (Chorzów, Tychy, Sosnowiec o łącznej liczbie 71 łóżek) oraz 3 hospicja (Mysłowice, Gliwice i Katowice).
- Na Śląsku istnieje wyższy niż w innych regionach wskaźnik liczby lekarzy ze specjalizacją geriatry na 10 tys. ludności powyżej 75. roku życia wynoszący (0,98 lekarzy), małopolskie (0,97 lekarzy), lubelskie (0,93 lekarzy). Najniższy wskaźnik posiada natomiast opolskie (0,21 lekarzy) i warmińsko- -mazurskie (0,13 lekarzy).
- Województwo posiada również dobrze rozwiniętą sieć placówek leczenia otwartego (ambulatoryjna opieka zdrowotna), na którą składają się przychodnie, ośrodki zdrowia i praktyki lekarskie. W województwie funkcjonuje 1.867 zakładów opieki zdrowotnej (422 publiczne), 185 ośrodków zdrowia oraz 791 praktyk lekarskich. W zakresie porad udzielonych na 1 mieszkańca w ramach publicznej ambulatoryjnej opieki zdrowotnej pierwsze miejsce wśród wszystkich województw zajmuje województwo śląskie. W roku 2003 na 1 mieszkańca udzielonych zostało średnio 6,6 porad lekarskich (kraj 5,9) i 0,8 stomatologicznych (kraj 0,7 porad). Na 1 ambulatoryjny zakład opieki zdrowotnej przypada w regionie 1.685 osób, co pod względem obciążenia placówek plasuje województwo na 6. pozycji w kraju (średnia krajowa wynosi 1.926 osób).<sup>234</sup>

Niestety, obok powyższych danych w Strategii pod hasłem ochrona zdrowia nie znajduje się żadna informacja, żaden plan dotyczący kierunku jej przekształceń.

Na koniec 2007r. w województwie śląskim łącznie istniało 105 szpitali, spośród 748 działających na terenie całego kraju. W tej liczbie mieściło się 20 szpitali

---

<sup>234</sup>Strategia Rozwoju Województwa Śląskiego na lata 2000- 2020, Katowice 2005, na: [http://bip.silesia-region.pl/STRATEGIA/strategia\\_07\\_05.pdf](http://bip.silesia-region.pl/STRATEGIA/strategia_07_05.pdf) s., 27 i n.



niepublicznych na 170 wszystkich placówek tego typu w Polsce. Pod względem ilości szpitali województwo zajmuje pierwsze miejsce wśród wszystkich województw.<sup>235</sup>

Także pod względem ilości łóżek (ponad 26 tyś.) region zajmuje czołowe miejsce. Natomiast jeśli weźmie się pod uwagę ich wykorzystanie, to zajmujemy dopiero 11 miejsce<sup>236</sup>. Zatem argumenty, że ilości miejsc w szpitalach są niewystarczające budzą pewne zastrzeżenia, choć podana liczba i ranking nie uwzględniają rozbitcia na poszczególne typy szpitali ani też na oddziały. Dlatego może się okazać, co zresztą jest częste w praktyce, że niektóre oddziały są przepełnione i obowiązują kolejki aby się na nich znaleźć, inne natomiast posiadają dużo wolnych miejsc.

Nie bez znaczenia w odniesieniu do powyższych cech charakterystycznych pozostają rozbieżności wewnątrz regionalne. Różnie kształtuje się dostępność do szpitali ogólnych. Dla całego województwa w 2004r. średnia wynosiła 172 osoby przypadające na 1 łóżko. Tymczasem widoczne są znaczne dysproporcje pomiędzy podregionami w województwie. O ile bowiem w Katowicach wskaźnik ten wynosi 89, to w powiecie bielskim kształtuje się na poziomie 216, w Rybniku 206, w powiecie wodzisławskim 161, natomiast najtrudniejsza sytuacja jest w powiecie częstochowskim, gdzie na 1 łóżko przypada aż 761.<sup>237</sup> W rezultacie ochrona w regionie jest bardzo zróżnicowana, zaś różnice te generują różnego rodzaju konflikty, ponieważ np. szpitale wojewódzkie znajdują się w kilku podregionach, przy czym ich koncentracja jest w regionie centralnym. W momencie spotkań problem ten zdaje się nie być dostrzegany

Charakteryzując system ochrony zdrowia zarówno w kraju, jak i w województwie nie sposób pominąć kwestii finansowej. Generalnie na tle porównań międzynarodowych, dokonywanych przez OECD, finansowanie w skali całego państwa odbiega od średniej (por. poniżej).

---

<sup>235</sup> Dane za: Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2008, Warszawa 2008, s. 43

<sup>236</sup> tamże, s.44

<sup>237</sup> *Podstawowe dane w zakresie ochrony zdrowia i pomocy społecznej w województwie śląskim w latach 2000-2004, op. cit., s.21*

Państwo	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Czechy	6,4	6,1	6,0	6,0	5,9	5,9	6,0	6,4	6,7	6,5	6,4
Francja	7,7	7,7	7,6	7,6	7,6	7,5	7,6	7,9	8,6	8,7	8,9
Niemcy	8,2	8,5	8,3	8,2	8,2	8,2	8,3	8,4	8,5	8,1	8,2
Grecja	3,9	3,9	3,9	3,8	4,0	4,1	4,7	4,6	4,7	4,3	4,3
Węgry	6,1	5,7	5,5	5,3	5,2	4,9	4,9	5,3	5,9	5,7	-
Irlandia	4,8	4,6	4,7	4,6	4,6	4,6	5,1	5,4	5,6	5,8	5,8
Włochy	5,1	5,2	5,4	5,4	5,5	5,8	6,1	6,2	6,2	6,6	6,8
Polska	4,0	4,3	4,0	3,9	4,1	3,9	4,2	4,5	4,4	4,3	4,3
Szwajcaria	5,2	5,5	5,6	5,7	5,8	5,8	6,2	6,5	6,7	6,8	6,9
Turcja	2,4	2,7	3,0	3,5	3,9	4,2	5,1	5,2	5,4	5,6	5,4
Wielka Brytania	5,8	5,8	5,5	5,5	5,8	5,9	6,2	6,4	6,7	6,9	7,2
Stany Zjednoczone	6,0	6,0	5,9	5,7	5,7	5,8	6,2	6,6	6,7	6,8	6,9

Zestawienie 1. Wydatki publiczne na zdrowie w krajach OECD (w % PKB), źródło: [www.ec.europa.eu/health](http://www.ec.europa.eu/health)

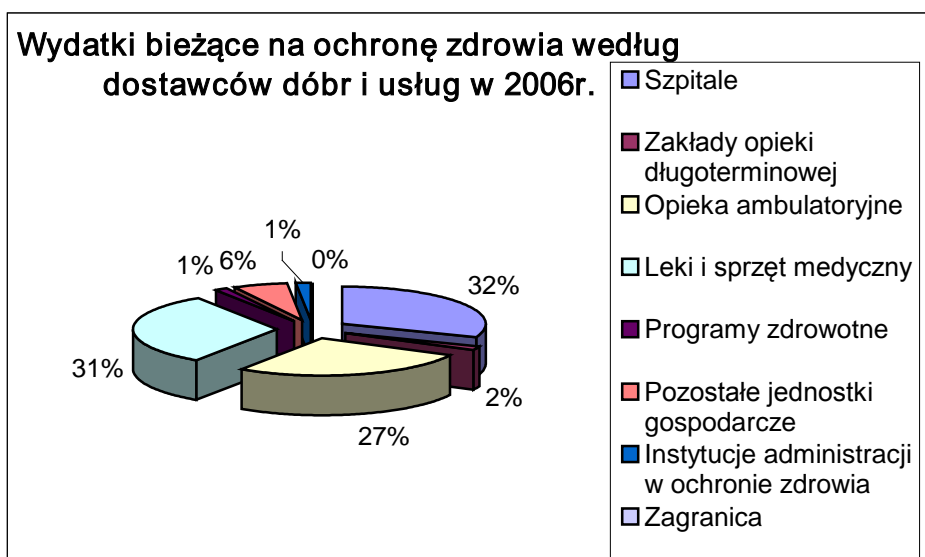
Państwo	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Czechy	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,6	0,7	0,7	0,8	0,8	0,8
Francja	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1	2,2	2,3	2,2
Niemcy	1,9	1,9	2,0	2,0	2,1	2,1	2,2	2,2	2,3	2,4	2,5
Grecja	3,6	3,5	3,5	3,5	3,5	5,2	5,2	5,2	5,4	5,3	5,8
Węgry	1,2	1,3	1,3	1,8	2,0	2,0	2,2	2,3	2,4	2,4	-
Irlandia	1,9	1,9	1,7	1,7	1,7	1,7	1,8	1,7	1,7	1,6	1,7
Włochy	2,1	2,2	2,2	2,3	2,3	2,2	2,1	2,1	2,1	2,1	2,1
Polska	1,5	1,6	1,6	2,0	1,7	1,7	1,6	1,8	1,9	1,9	1,9
Szwajcaria	4,5	4,6	4,6	4,7	4,7	4,6	4,7	4,7	4,8	4,8	4,7
Turcja	1,0	1,2	1,2	1,4	2,5	2,5	2,4	2,2	2,2	2,1	2,2
Wielka Brytania	1,1	1,2	1,3	1,4	1,4	1,4	1,3	1,3	1,1	1,1	1,1
Stany Zjednoczone	7,2	7,2	7,2	7,3	7,4	7,4	7,7	8,1	8,4	8,4	8,4

Zestawienie 2. Wydatki prywatne na zdrowie w krajach OECD (w % PKB), źródło: [www.ec.europa.eu/health](http://www.ec.europa.eu/health)

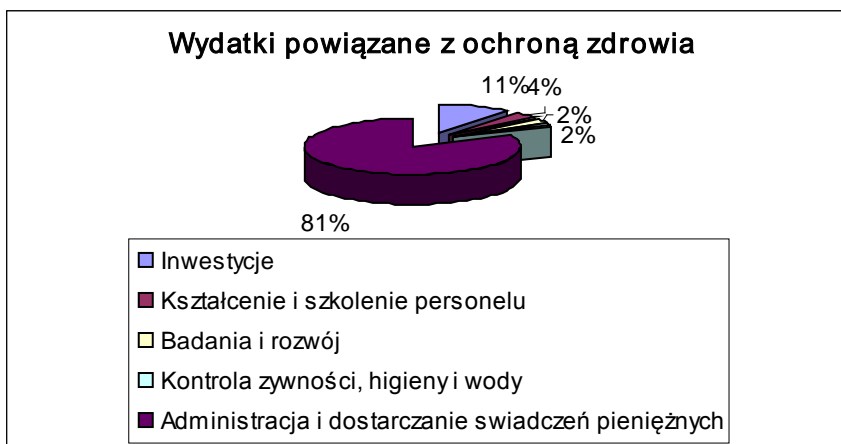
Biorąc pod uwagę źródła finansowania funkcjonującej ochrony zdrowia w kraju, w 2007r. 87% wydatków publicznych pokrywanych było ze środków pochodzących z powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego, 9% stanowiły środki pochodzące z budżetu a jedynie 4% środków było wydatkami samorządów terytorialnych. Zatem choćby z tej perspektywy, stwierdzić należy, że samorzady nie mają największego

wpływu na ochronę zdrowia, gdyż faktycznie steruje nią NFZ, zarządzający składkami zdrowotnymi obywateli.

W 2006r. spośród całości wydatków w skali kraju na ochronę zdrowia aż 94,4% przeznaczono na wydatki bieżące (tabela poniżej).



Źródło: Narodowy Rachunek Zdrowia 2006, na [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl), oprac. własne



Źródło: Narodowy Rachunek Zdrowia 2006, na [www.stat.gov.pl](http://www.stat.gov.pl), oprac. własne

Natomiast w kontekście regionalnej ochrony zdrowia nie jest możliwe przedstawienie globalnych wydatków, ponieważ istnieje wiele podmiotów właścicielskich dysponujących wieloma placówkami, zaś opracowania, jakie powstają mają charakter zbiorczy. Niemniej bardzo ważny jest stan finansowy szpitali

wojewódzkich, ponieważ wykonują one najwięcej procedur wysokospecjalistycznych i generują najwięcej długów. Ich właścicielem jest samorząd województwa i można powiedzieć, że jednostki te spełniają kluczową rolę w regionalnej ochronie zdrowia.

„Samorząd wojewódzki jest właścicielem aż 56 placówek ochrony zdrowia w regionie. Plan rządu ma zapobiec zadłużaniu się szpitali. Obecnie długi wszystkich placówek, których właścicielem jest samorząd województwa wynoszą 96 mln zł, ale w tym długi dziewięciu Wojewódzkich Szpitali Specjalistycznych wynoszą aż 82 mln złotych.”<sup>238</sup>

Zadłużenie jak widać jest znaczne, ale samorząd stopniowo je zmniejsza, najczęściej jednak na zasadzie spłacania istniejących długów, których powodem jest najczęściej niewłaściwe zarządzanie. I tak w 2008r. udało się spłacić 25 mln długów szpitali.<sup>239</sup>

W ciągu ostatnich trzech lat zadłużenie szpitali wzrosło o 20 proc. i wynosi w skali całego kraju 4 mld zł. „Rząd zapowiada pomoc dla placówek, które nie radzą sobie z restrukturyzacją, a zatem dla najgorszych. W najbliższym czasie do 208 wybranych szpitali ma trafić 150 mln zł.”<sup>240</sup>

Niestety, biorąc pod uwagę placówki działające w regionie, rząd przeznaczył na ten cel dla szpitali w 2009 r. jedynie 2,7 mld złotych. Jeśli uwzględnimy fakt, o którym mówi marszałek województwa B. Śmigielski: „Jako właściciele 56 placówek ochrony zdrowia potrzebowalibyśmy 1,5 mld złotych, by dostosować szpitale do wymogów rozporządzenia ministra. Majątek wszystkich zakładów wynosi 1 mld 300 mln złotych, a zyski za ten rok wraz z amortyzacją wynoszą 97 mln zł. Przy takich zyskach potrzebowalibyśmy 17 lat, by doprowadzić do zmian”<sup>241</sup>, nieprędko sytuacja ulegnie poprawie. Mimo tego już przygotowuje się szpitale do komercjalizacji. Komercjalizacja ma jednak pociągać za sobą likwidację w placówkach 400 łóżek. Powstać ma też w regionie sieć szpitali strategicznych, które będą musiały utrzymać zakres usług medycznych, zabezpieczających potrzeby zdrowotne mieszkańców.<sup>242</sup>

Jak wynika z powyższych danych ochrona zdrowia stanowi kosztowny element polityki społecznej. Wiele placówek jest zadłużonych, zaś podejmowane zmiany są raczej kosmetyczne niż przynoszące rzeczywistą poprawę. Niezależnie od regionu istnieją uniwersalne problemy ochrony zdrowia. Samorządowy model polityki

---

<sup>238</sup> A. Pustułka, *Rząd postanowił ratować szpitale* [w:] Dziennik Zachodni, wydanie z dn 17.02.2009

<sup>239</sup> tamże

<sup>240</sup> A.Pustułka, *Lekarze w polskich szpitalach zarabiają krocie*, Dziennik Zachodni, 28.08.2008

<sup>241</sup> A.Pustułka, *Rząd postanowił*, op.cit.,

<sup>242</sup> tamże

zdrowotnej wciąż jest niedoskonała a zbyt mało wysiłku wnosi się w jego ulepszenie. W rezultacie w całym kraju wciąż realna jest możliwość wybuchania kolejnych protestów. Śląska ochrona zdrowia posiada dobrą bazę w postaci budynków, sprzętu, kadry medycznej. Niestety chroniczne niedofinansowanie prowadzi do swoistej degradacji tych zasobów. Konflikty i zatargi polityczne nie pomagają w naprawie sytuacji. Lecz wciąż brak jest instytucji, która zajęła by się ochroną zdrowia kompleksowo i podjęła by się trudnego acz nie niemożliwego zadania jej zreformowania.

Wyszczególnienie	Ogółem		Ogólnodostępne		Służby med. pracy	
	Liczby bezwzględne	Procentowo	Liczby bezwzględne	Procentowo	Liczby bezwzględne	Procentowo
Ogółem	1879	100	1753	100	126	100
Minister lub centralny organ admin. rządowej	3	0,2	3	0,2	-	
Państwowa uczelnia medyczna /państwowa uczelnia medyczna prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych	10	0,5	10	0,6	-	
Wojewoda	1	0,1	1	0,1	-	
Samorząd terytorialny	369	19,6	357	20,4	12	9,5
Pracodawca	76	4,0	16	0,9	60	47,6
Fundacja, związek zawodowy, kościół, związek wyznaniowy, stowarzyszenie	63	3,4	62	3,5	1	0,8
Spółka nie mająca osobowości prawnej	374	19,9	362	20,6	12	9,5
Krajowa lub zagraniczna osoba prawna, osoba fizyczna	983	52,3	942	53,7	41	32,6

**Tabela 8. Zakłady ambulatoryjnej opieki zdrowotnej (wg organu założycielskiego w 2004r.),** źródło: *Podstawowe dane w zakresie ochrony zdrowia i pomocy społecznej w województwie śląskim w latach 2000-2004*, GUS, Katowice 2005

## 4.2. Stan zdrowia mieszkańców województwa

Sytuacja w śląskiej ochronie zdrowia różni się w niektórych kwestiach od pozostałych województw. Różnice te można podzielić na wskaźniki pozytywne i negatywne. Do pierwszych zaliczyć należy wszelkie dane, które są wyższe od średniej krajowej, natomiast do wskaźników negatywnych włączyć trzeba te, które dowodzą, że zarówno pod względem zdrowotnym, jak i demograficznym czy infrastrukturalnym region śląski odbiega od pozostałych województw.

Natomiast wskaźniki negatywne dotyczą w głównej mierze stanu zdrowotnego mieszkańców województwa. O ile bowiem, jak wspomniano powyżej, sytuacja infrastrukturalna jest dobra a w niektórych wymiarach bardzo dobra, to biorąc pod uwagę stan zdrowotny populacji mamy do czynienia z utrzymującą się od wielu zwiększoną zachorowalnością na niektóre choroby oraz z niekorzystnymi charakterystykami demograficznymi.

Ogólnie rzecz biorąc na specyfikę sytuacji zdrowotnej mieszkańców regionu śląskiego wpływ mają następujące czynniki:

- Bogactwo genetyczne, będące rezultatem dużej liczby ludności napływowej,
- Zagrożenie środowiska naturalnego,
- Niekorzystne dla zdrowia wzory zachowań zdrowotnych,
- Długotrwały (od kilku do kilkunastu lat) okres ujawniania się pewnych rodzajów chorób (zwłaszcza tych związanych z kumulacją w organizmie metali ciężkich),
- Nadmiar łóżek w leczeniu krótkoterminowym w porównaniu do leczenia długoterminowego,
- Dobra infrastruktura w ochronie zdrowia,
- Dobre zaplecze edukacyjne w postaci szkół i uniwersytetu kształcących kadry medyczne na poziomie średnim i wyższym,
- Praca w warunkach zagrożenia.<sup>243</sup>

Jednak powyższe prawidłowości niewiele wnoszą do charakterystyki regionu. Dlatego też należy przedstawić wskaźniki, które w sposób bardziej szczegółowy ilustrują stan zdrowia mieszkańców województwa, który bez wątpienia koresponduje ze śląskim wymiarem ochrony zdrowia.

---

<sup>243</sup> L.Frąckiewicz, *Stan zdrowia ludności województwa śląskiego* [w:] Z. Pisz (red.), *Obraz społeczny Śląska na przełomie wieków*, Opole 2004, s. 71-72

**1.** Wskaźnikiem, który w najbardziej obrazowy sposób traktuje o stanie zdrowia ludności jest przeciętne trwanie życia. Wg danych GUS- u w 2007r. przeciętnie Polacy żyli 71 lat. W województwie wskaźnik ten odbiega od średniej krajowej i wynosi dla mężczyzn 70,7 roku, co nie stanowi znaczącej różnicy od średniej krajowej. Inaczej sytuacja wygląda w odniesieniu do kobiet. Przeciętne trwanie życia Polek wynosi 79,7 roku, natomiast w regionie śląskim osiąga wartość 78,8 roku, co daje przedostatnie miejsce wśród województw.

**2.** w województwie śląskim występuje najwyższy w kraju odsetek osób chorujących na choroby układu krążenia. Pod względem przyczyn zgonów choroby te również zajmują pierwsze miejsce.

**3.** Umieralności niemowląt.

Wyróżnia się umieralność wczesną niemowląt (0-27 dni po porodzie) oraz umieralność późną ( 28-364 dni od urodzenia). Wśród czynników powodujących umieralność wczesną niemowląt dominują uwarunkowania endogeniczne: genetyczne, związane ze stanem zdrowia rodziców, zwłaszcza matki oraz warunki życia rodziny. Skutkami natomiast są: niedotlenienie, urazy okołoporodowe, wady rozwojowe oraz niska masa urodzeniowa. Umieralność wczesna jest wyższa w województwie śląskim w porównaniu do pozostałych województw, dysproporcje widoczne są przede wszystkim w odniesieniu do odsetka noworodków z niską wagą ciała- o ile w Polsce wskaźnik ten kształtuje się w przedziale 7,6- 7,8%, to w regionie śląskim osiąga wartość 8-16%.

Biorąc pod uwagę umieralność późną noworodków, czynnikami ją powodującymi są uwarunkowania egzogenne, związane głównie z warunkami higienicznymi i bytowymi. Współczynnik tej umieralności w województwie jest zbliżony do średniej krajowej.<sup>244</sup>

Jak wynika z powyższego zestawienia, pod względem warunków bytowo- higienicznych wpływających na stan zdrowia, województwo śląskie nie różni się od pozostałych województw. Różnice są i to znaczne, gdy pojawiają się dolegliwości związane w sposób pośredni lub bezpośredni ze stanem środowiska naturalnego.

**4.** Zapadalność na choroby układu oddechowego- współczynnik najwyższy w Polsce. W regionie istnieją wszystkie możliwe problemy ekologiczne, które wskazuje się w opracowaniach z ochrony środowiska, jednak niektóre z nich są bardzo widoczne, należą do nich: zanieczyszczenie wód, zwłaszcza powierzchniowych, ilość

---

<sup>244</sup> L. Frąckiewicz, *Stan zdrowia ludności Śląska* [w:] L. Frąckiewicz (red.), *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Przeobrażenia społeczno- demograficzne i ich konsekwencje dla województwa śląskiego*, Katowice 2003, s. 84

wytwarzanych ścieków komunalnych, odpadów przemysłowych, wysoki poziom hałasu oraz emisja pyłów i gazów. Obecny stan jest konsekwencją minionych dziesięcioleci - na składowiskach, zwałowiskach i hałdach nagromadzonych jest 38,4% ogółu odpadów krajowych<sup>245</sup>, ale i obecną świadomością mieszkańców województwa, którzy nie podejmują zbyt wielu działań indywidualnych by poprawić stan środowiska. Rezultatem są piętrzące się wszędzie śmieci: "Na terenie województwa śląskiego zbiera się rocznie około 1,4 mln (2003 r.) ton odpadów komunalnych (13,6% komunalnych odpadów krajowych), z tego składowanych jest 96,8%. Kompostowaniem objętych jest około 1% odpadów wywiezionych ogółem. Najwięcej odpadów komunalnych w regionie zebranych zostało w subregionie środkowym (897,3 tys. ton), prawie 5-krotnie więcej niż w subregionie zachodnim (181,1 tys. ton), 6-krotnie więcej niż w północnym (146,6 tys. ton) i 7-krotnie niż w południowym (128.3 tys. ton)."<sup>246</sup>

**5. Odsetek dzieci z upośledzeniem umysłowym.** Mówiąc o stanie zdrowia dzieci i młodzieży nie można pominąć liczby osób upośledzonych umysłowo. Dzieci i młodzież z terenu województwa upośledzone w różnym stopniu stanowią aż 8,3% ogółu dzieci z tego typu defektami w kraju, dając jednocześnie najwyższy wskaźnik w Polsce.<sup>247</sup>

**6. Najwyższy w kraju odsetek zachorowań na choroby zawodowe.**<sup>248</sup>

Jest on największy w skali całego kraju a wiąże się oczywiście ze strukturą zatrudnienia. Ilustrację przedstawiono poniżej.

---

<sup>245</sup> *Strategia Rozwoju województwa Śląskiego*, op. cit, s. 43

<sup>246</sup> tamże

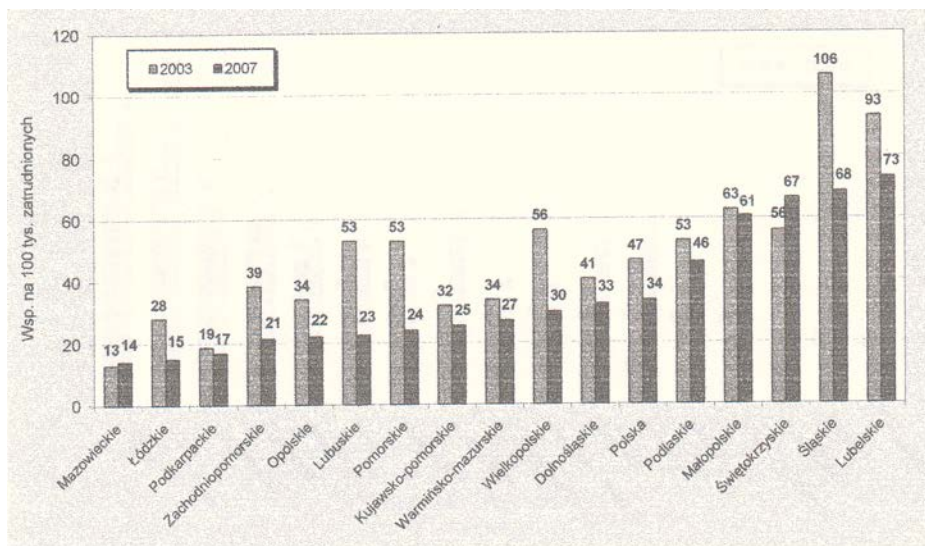
<sup>247</sup> za: *Stan oświaty w województwie katowickim*, Kuratorium Oświaty w Katowicach, maj 1997

<sup>248</sup> PZH podaje, że „1. W 2006 r. odnotowano 3285 zachorowań na choroby zawodowe oraz zarejestrowano 116 tys. osób poszkodowanych w wyniku wypadków przy pracy, w tym 616 ofiar śmiertelnych. Zarówno w przypadku chorób zawodowych jak i częstości występowania wypadków przy pracy od szeregu lat obserwuje się trend spadkowy, który jednak ulega zahamowaniu w ostatnich latach.

2. Do najczęściej występujących chorób zawodowych należą w przypadku mężczyzn pylice (35%), choroby zakaźne i pasożytnicze (20%), ubytek słuchu (13%) oraz choroby narządu głosu (6%); a w przypadku kobiet choroby narządu głosu (49%), choroby zakaźne i pasożytnicze (21%) oraz przewlekłe choroby obwodowego układu nerwowego (9%). Przy ogólnym dużym spadku zagrożenia chorobami zawodowymi bardzo nieznacznie zmniejsza się ono w przypadku pylic oraz chorób zakaźnych i pasożytniczych.

3. Największe zagrożenie chorobami zawodowymi występuje wśród osób pracujących w województwach: lubelskim, śląskim, świętokrzyskim i małopolskim.”, za: B. Wojtyniak, P. Goryński (red.), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, Narodowy Instytut Zdrowia Publicznego- Państwowy Zakład Higieny, Warszawa 2008, s. 162

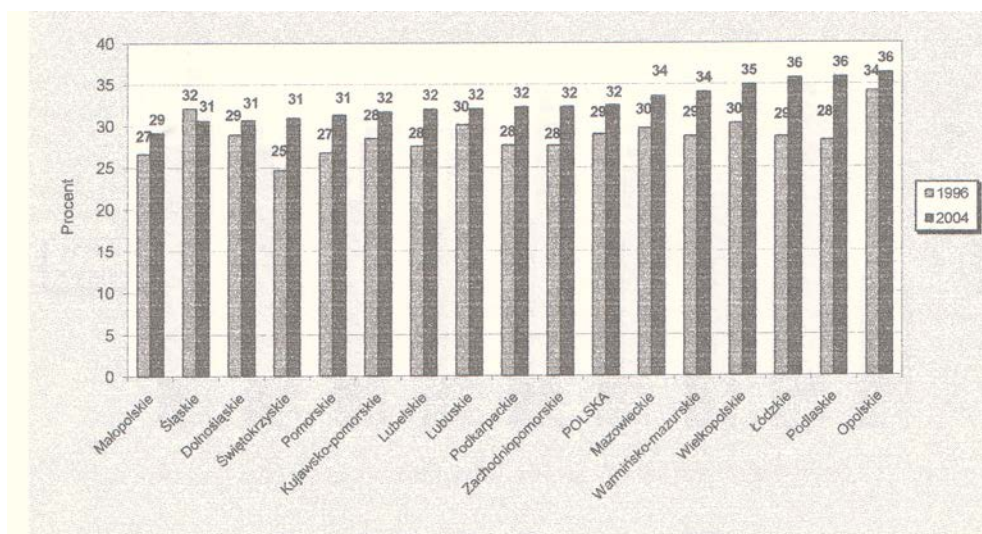




Wykres 1. Choroby zawodowe w Polsce wg województw w 2003 i 2007r.,

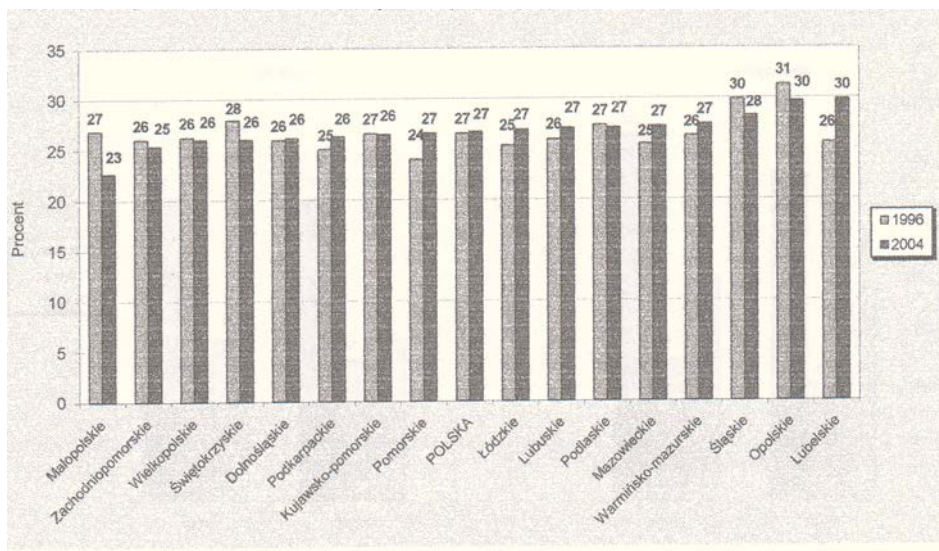
źródło: *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, op. cit., s.162

7. Wzrastająca liczba osób z nadwagą i otyłością, tendencja ta jest obserwowalna zwłaszcza wśród kobiet.



Wykres 2. Odsetek mężczyzn z nadwagą lub otyłością wg województw w 1996 i 2004r.,

źródło: *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, op. cit., s.196



**Wykres 3. Odsetek kobiet z nadwagą lub otyłością wg województw w 1996 i 2004r.,**

źródło: *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, op. cit., s.197

Wymienione uwarunkowania sytuacji zdrowotnej mieszkańców regionu śląskiego nie stanowią zamkniętego katalogu, niemniej przedstawione wskaźniki obrazują rodzaj i skalę zagrożeń zdrowotnych. Trudno mówić, że przyczyniają się one do powstawania konfliktów w systemie ochrony zdrowia czy wpływają na kształt dialogu, jednak dzięki nim możliwa jest do uchwycenia specyfika śląskiej ochrony zdrowia.

Powyższe uwagi stanowią wprowadzenie do zaprezentowania istniejących w śląskiej ochronie zdrowia stosunków. Wiele kwestii z wcześniej wymienionych prawidłowości, rzutuje na dialog i generuje konflikty. Umiejscowienie terytorialne nie jest czynnikiem marginalnym, zwłaszcza dla analiz systemowych. Dlatego też perspektywa województwa znajduje odzwierciedlenie w odpowiedziach respondentów.

## Część druga

### Rozdział V. Metodologia badań własnych

#### 5.1. Cel i przedmiot badań

Przyjęty temat opracowania, brzmiący: „Między konfliktem a dialogiem. Funkcjonowanie ochrony zdrowia w województwie śląskim” wynika z osobistych zainteresowań autorki dotyczących zarówno dialogu społecznego, jak i ochrony zdrowia. Wyznaczony w ten sposób obszar badawczy wymaga sprecyzowania i wyznaczenia celów badawczych.

Celem badań społecznych jest poznanie rzeczywistości społecznej, która w wypadku niniejszej pracy obejmuje wzajemne relacje między podmiotami tworzącymi ochronę zdrowia w województwie śląskim ukazane w perspektywie konfliktu oraz w kontekście sytuacji dialogicznej. Jest to cel podstawowy i najbardziej ogólny przeprowadzonych badań. Przyjęty cel ogólny wymaga konkretyzacji. By ją osiągnąć sformułowano cele szczegółowe.

Na **cele szczegółowe** opracowania składać się będą następujące zadania:

- ✓ Przedstawienie i analiza zjawiska konfliktu w ochronie zdrowia i jego wpływu na stan i funkcjonowanie ochrony zdrowia. Opinie zebrane w trakcie badań pozwolą na weryfikację tezy, że ochrona zdrowia jest obszarem konfliktogennym i konflikty występują w niej zarówno w wymiarze pojedynczych placówek, jak i w perspektywie systemowej. Ponadto weryfikacji poddana zostanie powszechnie funkcjonująca w opinii publicznej opinia mówiąca, że teren ochrony zdrowia jest jednym z najbardziej skonfliktowanych obszarów w obrębie polityki społecznej. Zidentyfikowani zostaną główni aktorzy podejmujący decyzję w ochronie zdrowia, wskazany zostanie faktyczny zakres władzy dyrektora placówki medycznej. Analizie poddane zostanie także funkcjonowanie NFZ jako jednego z najważniejszych elementów systemu opieki zdrowotnej.
- ✓ Określenie stanu, jakości i zaawansowania dialogu branżowego w ochronie zdrowia na Śląsku. Po pierwsze celem badań jest udzielenie odpowiedzi na pytanie: czy w województwie śląskim w ochronie zdrowia występuje rzeczywisty czy też fasadowy dialog społeczny? Dzięki uwzględnieniu opinii członków WKDS oraz osób biorących udział w posiedzeniach komisji zdrowia czy rad społecznych nakreślony zostanie obraz dialogu branżowego w ochronie zdrowia

i weryfikacji poddane zostanie przypuszczenie wynikające z obserwacji autorki, że na gruncie polityki społecznej, szczególnie zdrowotnej dialog jest słaby.

- ✓ Określenie wzajemnych relacji między konfliktami a dialogiem społecznym. Ponieważ istnieje wiele sposobów rozwiązywania sporów w obrębie zakładów pracy lub też w obszarze określonej branży, ważne jest by wskazać, które z nich są praktykowane i z jakim skutkiem. Dysertacja ma odpowiedzieć na pytanie o wzajemne powiązania konfliktów i dialogu społecznego, będącego jedną z najprostszych a zarazem jedną ze skuteczniejszych metod zapobiegania podziałom zawodowym. Sprawdzeniu podlegać będzie także przypuszczenie, iż na gruncie stosunków pracy, zatem i w ochronie zdrowia istnieje triada: konflikty- dialog społeczny- strajki oddziałujące ze sobą na zasadzie sprzężenia zwrotnego.
- ✓ Analiza działania związków zawodowych w ochronie zdrowia.
- ✓ Celem badań jest odpowiedź na pytanie czy i w jakim stopniu związki zawodowe ulegają przemianom na przełomie ostatnich lat? Weryfikacji ulegnie również teza, iż mamy obecnie do czynienia a modelem korporacyjnym związków działających w ochronie zdrowia, przy czym z ich rosnącą pozycją wiąże się słabnąca rola związków tradycyjnych: NSZZ Solidarność i OPZZ.
- ✓ Analiza instytucjonalnej formy działalności dialogu społecznego w postaci śląskiej WKDS pod kątem jej zaangażowania w rozwiązywanie problemów z zakresu polityki zdrowotnej. Opisowi i analizie poddana zostanie działalność WKDS w odniesieniu do ochrony zdrowia.

Celem dysertacji jest również wyjaśnienie przypuszczenia w wpływie czynników politycznych i istnieniu grup nacisku, które oddziałują na kształt po pierwsze ochrony zdrowia, a po drugie działania WKDS.

Ponadto usystematyzowane zostaną informacje dotyczące sposobu pracy WKDS, efektów jej działań oraz przedstawiona zostanie ocena funkcjonowania komisji z perspektywy osób uczestniczących w jej posiedzeniach oraz obserwatorów spoza niej.

Aby założone cele mogły zostać zrealizowane należy skonstruować pytania badawcze, które pozwalają na precyzyjne zakreślenie obszaru poddanego badaniu naukowemu. W pracy znajdują zastosowanie pytania badawcze o charakterze opisowym i wyjaśniającym. Przypomnijmy, że pytania badawcze dotyczące właściwości zjawisk

społecznych nazywamy *opisowymi*, natomiast pytania badawcze opisujące zależności między zjawiskami społecznymi w literaturze występują pod nazwą *wyjaśniających*.<sup>249</sup>

**Pytania badawcze** pracy dotyczą następując zagadnień:

1. Czy w ochronie zdrowia mamy do czynienia z konfliktami społecznymi i jakie przybierają one formy?
2. Jakie podmioty można zidentyfikować w występujących sytuacjach konfliktowych?
3. W jaki sposób rodzaj konfliktów oraz sposoby ich rozwiązywania wpływają na funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej?
4. Czy występuje związek między konfliktem a dialogiem społecznym w obszarze ochrony zdrowia?
5. Czy uzasadnione jest przyjmowanie założenia, że dialog jest skutecznym sposobem przeciwdziałania i rozwiązywania konfliktów w ochronie zdrowia?
6. W jaki sposób struktura pozycji społecznych poszczególnych grup zawodowych w ochronie zdrowia wpływa na dialog i jego stan?
7. Jaka jest pozycja związków zawodowych w dialogu społecznym?
8. Czy w ochronie zdrowia mamy do czynienia z przekształceniem tradycyjnych związków zawodowych w związki o charakterze korporacyjnym?
9. Czy istnieją i jaką postać przybierają instytucjonalne formy dialogu społecznego w województwie śląskim?
10. W jaki sposób Wojewódzka Komisja Dialogu Społecznego wpływa na kształt dialogu społecznego w województwie śląskim?

## **5.2. Dobór próby badawczej i charakterystyka respondentów.**

Dobór próby miał charakter celowy<sup>250</sup>, osoby uczestniczące w badaniu zostały dobrane w sposób subiektywny, zgodnie ze stanem wiedzy posiadanej przez badającą.

Wywiady nie mają charakteru reprezentatywnego, aczkolwiek biorąc pod uwagę związki zawodowe brano pod uwagę kryterium reprezentatywności określone w ustawie o związkach zawodowych i rozmawiano najczęściej z przedstawicielami związków reprezentatywnych.

---

<sup>249</sup> R. Mayntz, P. Holm, P. Hubner, *Wprowadzenie do metod socjologii empirycznej*, Warszawa 1985, s. 37

<sup>250</sup> E. Babbie, *Badanie społeczne w praktyce*, Warszawa 2004, s. 205 i n.

Respondenci byli na tyle różni, że informacje dostarczone przez nich są szerokie i wieloaspektowe. Respondenci mają status „kluczowych informatorów”, „ekspertów”.

Przyjęcie koncepcji oparcia badań o opinie ekspertów podyktowane jest celami badawczymi przyjętymi w dysertacji. Eksperci będąc członkami danej organizacji, instytucji znają dobrze jej problemy. Osoby te potrafią przyjąć niejako rolę tłumacza mechanizmów funkcjonowania, pracy, społecznych relacji panujących w organizacji czy grupie.<sup>251</sup>

Ponadto ekspert, będąc osobą niejako z założenia, ze swego usytuowania społecznego, faktycznie posiadającą więcej informacji oczekiwanych czy żądanych, aniżeli posiadają je inne osoby,<sup>252</sup> jest w stanie prawdziwie i rzetelnie wyjaśnić wątpliwości pytającego.

W niektórych przypadkach dobór próby miał również charakter tzw. kuli śnieżnej- respondenci polecali badającej osoby, z którymi warto porozmawiać, ponieważ są komunikatywne i kompetentne w wyjaśnianiu problemu. Kilkakrotnie skorzystano z tej metody, zwłaszcza w odniesieniu do przedstawicieli mniejszych związków zawodowych. Związkowcy reprezentujący stosunkowo nieliczne profesje medyczne są trudno uchwytni- nie mają stałej siedziby, w której urzędują, nie dysponują również stronami internetowymi, gdzie widniałyby dane kontaktowe. W rezultacie trudno dotrzeć do związkowców i potrzebna jest pomoc innych działaczy.

Ogółem przeprowadzono **44 wywiady swobodne, pogłębione** w przedstawicielami środowisk medycznych działających w ochronie zdrowia w województwie śląskim.

#### **Wywiady przeprowadzono z :**

##### **A. Przedstawicielami organów założycielskich:**

- Starostwa powiatowego w Bielsku- Białej
- Urzędu Miasta w Katowicach
- Urzędu Miasta w Sosnowcu
- Urzędu Marszałkowski w Katowicach
- Urzędu Wojewódzki w Katowicach

##### **B. Przedstawicielami samorządów medycznych:**

- Śląskiej Izby Lekarskiej

---

<sup>251</sup> Por. K. Konecki, *Studia z metodologii badań jakościowych. Teoria ugruntowana*, Warszawa 2000, s. 172

<sup>252</sup> S. Nurek, J. Wódz, *Metodologia monograficznych badań dezintegracji społecznej*. [w:] J. Wódz, *Ład społeczny w starej dzielnicy mieszkaniowej. Zagadnienia organizacji i dezorganizacji społecznej*, Katowice 1986, s. 19

- Śląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarskiej
  - Śląskiej Izby Aptekarskiej
- C.** Wykładowcą akademickim: Wydział Lekarski w Katowicach
- D.** Śląskim Centrum Zdrowia Publicznego w Katowicach
- E.** Dyrektorami szpitali publicznych:
- w Będzinie
  - w Katowicach
  - w Sosnowcu
  - w Rudzie Śląskiej
  - w Mikołowie
- F.** Dyrektorami szpitali prywatnych:
- w Chorzowie
  - w Bielsku- Białej
- G.** Przedstawicielami związków zawodowych:
- Związku Zawodowego Pielęgniarek i Położnych (Forum Związków Zawodowych) Region Śląski
  - Związku Zawodowego Lekarzy Region Śląski
  - Związku Zawodowego Anestezjologów Region Śląski
  - NSZZ Solidarność, Sekcja Ochrony Zdrowia, Region Śląski
  - OPZZ Region Śląski
  - Ogólnopolskiego Związku Zawodowego Techników Radioterapii
  - Związku Zawodowego Techników Elektroradiologii o/Katowice
  - Federacji Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej, Rada Województwa Śląskiego
  - Międzyzakładowego Związku Zawodowego Rehabilitacji i Analizy Medycznej
  - Międzyzakładowego Związku Zawodowego Techników Elektroradiologii
  - Związku Zawodowego Porozumienie Zielonogórskie
  - Związek Zawodowy Pracowników Ratownictwa Medycznego o/Katowice
- H.** Ordynatorem szpitala publicznego

Skład próby badawczej gwarantuje różnorodność opinii i punktów widzenia, uwzględnia bowiem osoby związane z ochroną zdrowia na co dzień, praktyków, którzy muszą się często borykać z wieloma problemami.

Gdyby przyjąć, że kryterium doboru próby powinno być powiązane ze składem działającego w ramach WKDS zespołu roboczego ds. zdrowia, spośród osób ankietowanych winny się znaleźć jedynie te, które uczestniczą w posiedzeniach Komisji. Przyjęcie takiego założenia wydaje się jednak błędne, ponieważ na temat konfliktów czy dialogu w ochronie zdrowia równie merytorycznie wypowiadać się mogą inne podmioty działające w ochronie zdrowia. Przykładem praktycznej realizacji takiego poglądu jest obecność w próbie badanej samorządów: lekarskiego i pielęgniarskiego oraz związków zawodowych nie zasiadających w Komisji, a mających sporo do powiedzenia na temat ochrony zdrowia w województwie będąc jej aktywnymi uczestnicy.

Jeśli chodzi o cechy demograficzne respondentów, zwrócić uwagę w mniemaniu badającej, należy jedynie na posiadane wykształcenie, gdyż mogło ono mieć wpływ na udzielane odpowiedzi. W tym kontekście stwierdzić należy, że respondenci w zdecydowanej większości legitymowali się wykształceniem wyższym- w około 90%. Pozostałe cechy społeczno- demograficzne tj. np. płeć praktycznie nie miały znaczenia dla przeprowadzonych rozmów, niemniej jednak starano się dobrać w równych proporcjach respondentów uwzględniając kryterium płci.

### 5.3. Metody i techniki badań zastosowane w badaniach

Wskazując na teoretyczne podstawy postępowania badawczego trzeba zwrócić uwagę na metody, jak i techniki badawcze. Metody są ogólnie zalecanymi (postulowanymi) sposobami rozwiązania problemów, a techniki bardziej szczegółowymi strategiami postępowania i są faktycznie stosowane w nauce. Metody są zespołem ogólnych założeń dotyczących celowych czynności i środków przydatnych w rozwiązaniu określonych problemów badawczych, zaś techniki badawcze są bliżej skonkretyzowanymi sposobami postępowania badawczego, są uszczegółowieniem metod, którym są podporządkowane. Upraszczać wskazać należy, iż:

**metodą badań** nazywamy powtarzalne i systematyczne uporządkowane sposoby postępowania, umożliwiające realizację zamierzonego celu. W znaczeniu szerokim to ogólny charakter i zakres danych badań, zaś w znaczeniu węższym to szczegółowe zagadnienia dotyczące zbierania danych- określenie metody bywa wówczas stosowane zamiennie z pojęciem **technika**.<sup>253</sup>

---

<sup>253</sup> J. Sztumski: *Wstęp do metod i technik badań społecznych*, Katowice 1999, s.74.



Wyróżniamy następujące rodzaje metod badawczych: badania surveyowe, badania panelowe i badania pollingowe. Ze względu niniejszej pracy przyjrzeć należy się baczniej badaniom surveyowym.

**Badania surveyowe** – to systematyczne studium życia zbiorowego oparte na ilościowej charakterystyce badań społecznych oraz na interrogatywnym (poprzez zadawanie pytań) zbieraniu informacji od wytypowanych w tym celu jednostek (respondentów)<sup>254</sup>. Zaliczamy do nich badania ankietowe i wywiady. Współczesne badania surveyowe nastawione są głównie na analizę zależności między cechami, a zwłaszcza identyfikacji związków przyczynowych.

W literaturze wyróżniane są następujące cechy wspólne badań surveyowych:

- ✓ polegają na systematycznym gromadzeniu informacji dotyczących pewnych zbiorów społecznych,
- ✓ mogą mieć charakter wyczerpujący (badanie całej populacji lub wybranych celowo jednostek) lub reprezentatywny (badanie wylosowanej grupy),
- ✓ informacje pochodzą głównie z wypowiedzi badanych na stawiane im pytania i mogą być zbierane dzięki zastosowaniu kwestionariusza w formie odpowiednich technik ankietowych lub wywiadu,
- ✓ mogą opierać się na pewnych cechach schematów eksperymentalnych,
- ✓ zbierane informacje są zasadniczo jednorazowe, ale badanie może mieć także charakter wielokrotny,
- ✓ respondenci są przepytani w sprawie zachowań, postaw, opinii, przekonań,
- ✓ podstawą są metody ilościowe<sup>255</sup>

Jedną z podstawowych technik surveyu jest **wywiad**, czyli spotkanie którego celem jest zebranie danych, w czasie którego jedna osoba (ankieter, badacz, moderator), zadaje pytania drugiej (respondentowi). Jest to jedna z metod wybranych przez mnie do przeprowadzenia badań.

J. Sztumski wyróżnia (w zależności od formy wypowiedziania się respondentów, sposobu przeprowadzania wywiadu oraz ilości uczestników) następujące rodzaje wywiadów:

- *ustny i pisemny* (obok tradycyjnych ustnych istnieją także wywiady pisemne, w których pytania są zadawane na piśmie, podobnie jak odpowiedzi),
- *skategoryzowany i nieskategoryzowany*; wywiad skategoryzowany jest przeprowadzany ściśle wg. wcześniej przygotowanego kwestionariusza, pytający nie może zmieniać

---

<sup>254</sup> H. Ogryzko-Wiewiórowski: *Wprowadzenie do metod badawczych w socjologii*, Lublin 1986, s.89.

<sup>255</sup> *ibidem*, s.137.

kolejności pytań a nawet słów użytych w pytaniach, gdyż celem jest uchwycenie wszystkich możliwych szczegółów wypowiedzi i zachowań respondenta. Istnieją także wywiady *częściowo skategoryzowane*, w których badający posiada wykaz problemów, które powinien poruszyć w czasie wywiadu. Natomiast *wywiad nieskategoryzowany* to wywiad swobodny, w którym badacz związany jest jedynie celem badań zaś sposób prowadzenia rozmowy i stawiania pytań jest dowolny,

- *jawny i ukryty*; wywiad jawny ma miejsce gdy respondent jest poinformowany o tym, że prowadzi się z nim wywiad i w jakim celu, natomiast w sytuacjach, w których zbierane informacje dotyczą spraw intymnych czy drażliwych wywiad ma formę ukrytą. Może wystąpić także wywiad jawny nieformalny, zachodzący w sytuacji, gdy osoba została co prawda poinformowana, że przeprowadza się z nią wywiad lecz nie podaje się jej jaką rolę pełni faktycznie badający ani jaki jest cel badań,
- *indywidualny* (przeprowadzany z jedną osobą) i *zbiorowy*,
- *panelowy*; występuje w dwóch formach: 1) kilku badających zadaje pytania jednemu respondentowi podczas co najmniej dwóch kolejnych spotkań, 2) jeden badający zadaje pytania kilku respondentom na co najmniej dwóch kolejnych spotkaniach. Głównym celem tego typu badań jest stwierdzenie jaki wpływ na postawy i poglądy ma upływ czasu.<sup>256</sup>

Zjawisk takich, jakimi są konflikty oraz dialog społeczny nie można zbadać dogłębnie za pomocą metod ilościowych. Owszem zawierają one dużą ilość danych oraz możliwe są do przeprowadzenia na dużej grupie badawczej, jednak nie pozwalają na rzetelną i wyczerpującą analizę badanego problemu oraz nie ukazują szerszego społecznego kontekstu. Ochrona zdrowia stanowi system, zatem należy poznać wzajemne powiązania pomiędzy jego poszczególnymi elementami, co umożliwia jedynie badanie jakościowe w postaci wywiadu. Ponadto system zdrowotny należy do szerszego systemu polityki społecznej zależąc przy tym od innych elementów- dzięki wywiadam można zauważyć niedostrzegalne z pozoru relacje.

W pracy wykorzystano wywiad swobodny, pogłębiony. Jego cechami charakterystycznymi są: dostarczanie idei, opinii nie zaś faktów oraz umożliwienie respondentom spontanicznej, swobodnej wypowiedzi. Zadający pytania powinien do minimum ograniczyć w związku z tym swą rolę i unikać naprowadzania respondenta. Mówi się, że ankieter powinien być świetnym obserwatorem, powinien mieć tzw. trzecie ucho, czyli zdolność do wychwytywania wszelkich informacji, które nie zostały wypowiedziane wprost, rejestrować luki i wahania odpowiadającego, które również mogą być istotną formą komunikacji.<sup>257</sup> Ponadto ankieter powinien mieć odpowiednie nastawienie do respondenta, co oznacza powstrzymanie się

---

<sup>256</sup> J. Sztumski, op.cit. s.131-135.

<sup>257</sup> Więcej wskazówek dotyczących przeprowadzania wywiadów pogłębionych znajduje się w opracowaniu A.N.Oppenheima, *Kwestionariusze, wywiady, pomiary postaw*, Poznań 2004, s. 86 i n.

od krytykowania odpowiedzi, które nie mieszczą się w schemacie, powinien wykazywać się cierpliwością, nie popędzać respondenta, tak, by swobodnie, bez pośpiechu mógł się zastanowić nad udzielaną odpowiedzią.

Zatem, „wywiad powinien przechodzić płynnie od jednej kwestii do następnej i utrzymywać się w konwencji interesującej rozmowy”<sup>258</sup>.

Biorąc pod uwagę organizacyjno- techniczne kwestie związane z przeprowadzaniem wywiadów swobodnych, konieczne jest oczywiście zapewnienie odpowiedniego miejsca do ich przeprowadzenia oraz nagrywanie rozmowy, co umożliwi rejestrowanie całości wypowiedzi oraz późniejsze wielokrotne analizowanie zgromadzonego materiału.

Wywiad zaliczany jest zarówno do kategorii badań ilościowych, głównie, gdy mamy do czynienia z wywiadem skategoryzowanym, natomiast w przypadku wywiadu swobodnego mówi się o badaniach jakościowych. Trudno jest podać cechy idealnie przeprowadzonego wywiadu swobodnego, jednak o wysokiej jakości wywiadu świadczą następujące jego cechy:

- Duży zakres spontanicznych, bogatych treściowo, konkretnych i stosownych odpowiedzi uzyskanych od osoby udzielającej odpowiedzi,
- Długie wypowiedzi respondenta w stosunku do krótkich pytań prowadzącego wywiad,
- Duży stopień wnikania w sensy wypowiedzi respondenta przez pytającego,
- Interpretowanie uzyskanych informacji już w trakcie zadawania pytań,
- Odpowiedzi osób pytanym komunikują same przez siebie i nie wymagają dodatkowych opisów i wyjaśnień.<sup>259</sup>

#### 5.4. Klimat badań

Badania zostały przeprowadzone **od września 2007r do marca 2008r**. Pierwotny termin rozpoczęcia badań, zaplanowany na lipiec, sierpień 2007r. został przesunięty z powodu trudnej sytuacji w wielu placówkach spowodowanych akcją protestacyjną oraz późniejszym Białym Szczytem.

Rozmowy przeprowadziła osobiście autorka dysertacji, gdyż jeśli w technice wywiadu pomiędzy badaczem a respondentem pojawiają się osoba trzecia, czyli ankieter, łańcuch komunikacyjny ulega wydłużeniu zaś wnioski mogą ulec zniekształceniu. Zdarzyć tak się

---

<sup>258</sup> tamże

<sup>259</sup> S.Kvale, *Interviews. Wprowadzenie do jakościowego wywiadu badawczego*, Białystok 2004, s. 150

może zwłaszcza w sytuacji wywiadu swobodnego, gdyż osoba zadająca pytania tworzy atmosferę rozmowy i znacząco może wywierać wpływ na jej przebieg.<sup>260</sup>

Rozmówcy wypowiadali się na ogół chętnie, choć pojawiały się często opinie dotyczące szerszego kontekstu działania ochrony zdrowia i ogólne relacje między partnerami społecznymi. W konsekwencji, mimo wyraźnego zaznaczenia na początku każdego wywiadu przez osobę przeprowadzającą rozmowy, że przedmiotem zainteresowania jest obszar województwa śląskiego i reguły występujące na tym obszarze, niektórzy rozmówcy woleli mówić o problemach ogólnokrajowych, centralnych. Wiele osób, zwłaszcza związkowców, podawało liczne szczegóły dotyczące funkcjonowania dialogu w ich zakładzie pracy i opisywało relacje między nimi a zarządzającymi zakładem.

Pojawiały się osoby analizujące poruszane kwestie nie w oparciu o własne doświadczenia, ale doświadczenia innych osób, poprzez przytaczanie zasłyszanych sytuacji, znanych z opowiadań. Problem ten dotyczył zwłaszcza pytania o istnienie systemu ordynatorskiego. Osoby spoza środowiska lekarskiego mówiły, że owszem system taki istnieje ale dodawały, że wiedzą o tym ze słyszenia.

Spośród wszystkich przeprowadzonych wywiadów, 43 przeprowadzone były w formie ustnej, jeden natomiast w formie pisemnej- po dostarczeniu przez badającą pytań, osoba odpowiedziała na nie pisemnie.

W jednym przypadku respondenta nie zezwolił na nagrywanie rozmowy, tłumacząc swą odmowę obawą przed represjami ze strony pracodawcy. Dotyczyło to reprezentanta jednego ze związków zawodowych. Kilka osób, także związkowców umawiało się na spotkanie poza zakładem pracy. Ta pozornie nieistotna kwestia świadczy jednak o rzeczywistych stosunkach panujących między kierującymi placówkami a związkami.

Respondenci chętnie dzielili się swoimi spostrzeżeniami, przy czym przy umawianiu się na wywiady z niektórymi, napotkano na trudności. Kilka osób odmówiło udzielenia wywiadu, nie podając jednocześnie powodu odmowy. Mimo usilnych, kilkakrotnych próśb telefonicznych, mailowych i bezpośrednich spotkań nie udało się porozmawiać z byłym prezesem śląskiego oddziału NFZ, przewodniczącą sekcji ochrony zdrowia „Solidarności”, przewodniczącym Związku Zawodowego Lekarzy oraz dyrektorem szpitala w Jaworznie.

---

<sup>260</sup> L.A. Gruszczyński, *Elementy metod i technik badań socjologicznych*, Tychy 2002, s. 58-59

Nie mały wpływ na przeprowadzane badania miała aktualna sytuacja w ochronie zdrowia- protesty dotyczące podwyżek wynagrodzeń. Z jednej strony warunki niejako zewnętrzne spowodowały, że osoby chętniej odpowiadały na pytania, podając konkretniejsze wyjaśnienia i aktualniejsze dane. Nie bez znaczenia pozostawał ten fakt zwłaszcza jeśli chodzi o stronę związkową. Natomiast w pewnych sytuacjach strajki spowodowały, że niektóre osoby udzielały odpowiedzi uwzględniając wyłącznie aktualny kontekst społeczny przez co utraciły szerszy porównawczy wymiar.

Cechami znanymi dla przeprowadzonych badań były zaangażowanie i aktywność respondentów. Większość z nich dopytywała się o cel badania, nie poprzestając na informacjach od prowadzącej rozmowę. Pytano o przedmiot pracy, jej przebieg oraz sposób opracowania wyników. Wiele osób wyrażało zainteresowanie poruszaną problematyką twierdząc, że niewiele się mówi o problemach ochrony zdrowia w jej praktycznym wymiarze, nadmiernie koncentrując się na finansach.

## Rozdział VI. Oblicza konfliktów w ochronie zdrowia w województwie śląskim

### 6.1. Konflikty w ochronie zdrowia- mechanizmy powstawania, uczestnicy, skutki

Konflikty w ochronie zdrowia są permanentnym i nieodzownym elementem jej funkcjonowania. Wszyscy respondenci dostrzegają ich występowanie, żaden nie wskazał placówki czy szerzej- dziedziny ochrony zdrowia, które wolna by były od sporów.

Wszystkie przebadane osoby dostrzegały przede wszystkim finansowy wymiar konfliktów. Przy czym aspekt niewystarczających kwot przeznaczonych na służbę zdrowia pojmowany był dwójako- jako element obecnej sytuacji w ochronie zdrowia, gdy finanse są niewystarczające i rodzą konflikty, ale i w wymiarze historycznym- jako efekt chronicznego niedofinansowania i braku rozwiązań systemowych po 1989r.

Obok finansowego wymiaru konfliktów ankietowani wskazywali również na konflikty interpersonalne, a w zasadzie grupowe występujące pomiędzy poszczególnymi grupami pracowniczymi oraz między różnymi grupami tworzącymi system ochrony zdrowia: kadrami zarządzającą, personelem medycznym, organem założycielskim i ubezpieczycielem.

Z pewnością podstawową przyczyną napięć w ochronie zdrowia są niewystarczające środki finansowe, jakimi dysponują osoby zarządzające placówkami a w konsekwencji także pracownicy: *Trudno mi mówić, czy są konflikty, ale na pewno mamy napięcia w systemie jako takim. Tłem tych napięć są środki finansowe przeznaczone na ochronę zdrowia. Jeśli pojawiają się konflikty, są to najczęściej konflikty interpersonalne między zarządzającym placówką a jego personelem medycznym, druga płaszczyzna nieświadomości to jest między menadżerami a płatnikiem, czyli NFZ. I wiemy, że te konflikty tu zawsze będą bez względu na to czy jest jeden ubezpieczyciel czy wielu, dlatego że menadżer zawsze będzie chciał wywalczyć jak największą pulę. Podłożem konfliktów jest być może niewystarczająca ilość środków w systemie, mówię być może, bo tak naprawdę **nikt nie pokusił się o to by wycenić rzeczywistą wartość procedur**. Ja obserwowałam jak wyglądają procedury wycenienia danej usługi medycznej na poziomie różnych zakładów opieki zdrowotnej – są wytyczne co w danej procedurze wyceniamy, ale nigdy nie bierze się pod kątem wyceny procedury wkładu pracy. Nikt nie ocenia ile powinno zapłacić się lekarzowi za wykonanie takiej usługi, pielęgniarce za wykonanie innej usługi. Wszystkie procedury wycenia się na podstawie tego, co się da wyliczyć, czyli ile zużyto gazików, strzykawek, igieł, ile poszło płynów, ile pacjent przebywa dob w szpitalu- jest wyliczona*

*dość hotelowa dla każdego szpitala inna. Wydaje mi się, że nikt nigdy nie policzył tych rzeczywistych kosztów, a z drugiej strony myślę, że nie do końca działa system weryfikacji tych kosztów tzn. czy faktycznie tych środków jest za mało? Podejrzewam, że tak, bo służba zdrowia jest takim ogniwem zapalnym, bo to jest taka działka, że każda suma pieniędzy jaka zostanie wpompowana w ten system, zostanie przez niego skonsumowana. A wynika to po prostu z rozwoju technologii medycznych.(A.C.)*

*Od strony pracowniczej na konflikty wpływa niewystarczająca wysokość wynagrodzeń, która uwydatniła się zwłaszcza obecnie, w momencie likwidacji ograniczeń w podejmowaniu pracy zagranicą: *Jeśli chodzi o konflikty to na pewno są duże oczekiwania pracowników. Na to mają wpływ dwie rzeczy: jedna rzecz to jest na pewno to, co słyszy się w mediach czyli wzrost gospodarczy, pewne decyzje polityków, którzy lekką ręką przesuwają środki z podatków każdego obywatela na pomoc społeczną. Ogólnie rzecz biorąc, do tej pory, w przeciągu ostatnich dobrych kilku lat, od 1999r., kiedy weszła ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zwrotnym, wszystko się rozmywało. Pracownicy chcą po prostu godnie żyć. Druga rzecz to jest otwarcie na UE i przepływ informacji, grup zawodowych i uświadomienie sobie, że praktycznie niedaleko stąd można za normalnie wykonywaną pracę, dostawać normalne wynagrodzenie.(M.E.)**

*Respondenci dostrzegają także szersze, społeczne uwarunkowania konfliktów, które mimo, iż występują od wielu lat, to obecnie są spowodowane nieco innymi czynnikami: **Mamy do czynienia z permanentnymi konfliktami w ochronie zdrowia od 1989r.,** konflikty towarzyszą każdej organizacji, więc nie ma organizacji bez konfliktów. (...) myślę, że dlatego one teraz są tak naprężone, ponieważ ten system rynkowy powoli wchodzi i zaczyna docierać do ochrony zdrowia. Konflikty mają wymiar ekonomiczny spowodowany dostępem do technologii medycznych, których nie było w Polsce przed 15 laty, znacznie większa świadomość gospodarki i ekonomii szeregowych pracowników medycznych, procesy społeczne w postaci starzenia się społeczeństwa, migracji i globalizacji czyli wejścia na polski rynek koncernów z dużymi zasobami kapitałów. To wszystko powoduje, że możemy żyć coraz dłużej, ale żyjemy za coraz droższe pieniądze i dostęp nie jest dla wszystkich. A my jesteśmy obdarzeni takim prezentem ideologicznym-wszystko dla wszystkich. To jest nieprawda i tego nie zrealizuje żaden rząd pod żadną szerokością geograficzną. W związku z tym zwłaszcza politycy nie chcą o tym powiedzieć, blokują urynkowanie systemu ochrony zdrowia, bo to im gwarantuje spokojne trwanie. Mamy do czynienia z konfliktami ze względu na to, że ochrona zdrowia stała się kartą przetargową polityków. W poprzedniej rzeczywistości jak się coś działo, to się mówiło, że*

*służba zdrowia zawala i handel- handel odpadł, została służba zdrowia, ładnie nazywana w dzisiejszej rzeczywistości ochroną zdrowia. (O.A.)*

Uważni obserwatorzy sytuacji w ochronie zdrowia zwracając uwagę na uwarunkowania społeczno- polityczne dostrzegają ukryty wymiar napięć, sugerując tym samym, że najbardziej zauważalny i najłatwiej mierzalny jest wymiar finansowy, ale sytuacja jest o wiele bardziej złożona i tak naprawdę to skutki konfliktów nie dotyczą jedynie środowiska medycznego ale całego społeczeństwa. Podobnie zresztą jest z przyczynami sporów: *Niedofinansowanie systemu publicznej ochrony zdrowia w Polsce jest podstawowym powodem konfliktów, które obserwujemy. **Natomiast problemy są bardziej złożone.** W tym systemie, który wygenerował wiele zjawisk patologicznych, lekarze, co jest zrozumiałe i bardzo ludzkie nauczyli się funkcjonować. I kiedy pani minister Kopacz na prezentowane dosyć agresywnie postulaty lekarzy, odpowiedziała, że gotowa jest rozmawiać o dwóch, trzech średnich krajowych w zamian za zgodę lekarza pracy w jednym miejscu, to ta propozycja nie została podjęta. W tym nieuporządkowaniu jednostki bardziej zaradne, sprytnie świetnie sobie radzą, dobrze funkcjonują. Natomiast kolejnym problemem specyficznym polskim są echa dawnego systemu, w którym żyliśmy wiele lat. Lansowano w świadomości społecznej hasła typu „Wszyscy mamy jednakowe żołądki”, „Podwyżki należą się wszystkim”. I niestety dotyczy to też bardzo niedawnych czasów, gdzie funkcjonowaliśmy już w systemie demokratycznym, przykładem jest słynna ustawa 203- jeden z największych bublek prawnych, sankcjonował u pracowników ochrony zdrowia poczucie, że wszyscy są równi. W myśl tej ustawy, czyli dokumentu najwyższej rangi, tej samej wysokości podwyżka należała się sprzątacze, co lekarzowi specjaliście, jednemu i drugiemu należało się 203 zł. To ustaliło poczucie w szerokich grupach zawodowych, że podwyżki należą się wszystkim. Kiedy dzisiaj dochodzimy do sytuacji, gdy pielęgniarka, fizjoterapeuta czy technik radiologii, osoby ze średnim wykształceniem zawodowym osiągają zarobki porównywalne do zarobków górników, nauczycieli, to wypadaloby powiedzieć, że jak na warunki polskie to są dobre zarobki. A lekarze w wielu szpitalach zarabiają tylko 20%, 50% więcej niż pielęgniarce. (D.L.)*

Na tak postrzeganą sytuację pracowników medycznych w Polsce nakładają się kwestie związane z **zachowaniem odpowiedniego statusu społeczno- materialnego**, co podkreślane jest zwłaszcza przez lekarzy: *Mówi się tak, dlatego że wymiar ekonomiczny jest najbardziej mierzalny. Powiedział pan marszałek Dorn ostatnio: pokaż lekarzu co*



masz w garażu. Ja się nie wstydzę tego, że mam 3 samochody, są to stare samochody – każdy ma więcej niż 5 lat a jeden ma 10 lat nawet. Mam kolegów, którzy mają samochody bardzo nowe, bardzo drogie, ale mam kolegów, którzy mają samochody dużo tańsze, bardziej zniszczone od mojego- to jest kwestia naszego statusu materialnego. Nigdzie nie ma żadnej recepty, żadnej reguły jaki ma być status materialny danej grupy zawodowej. I żeby to zilustrować: mam kolegę, który jest standardowym lekarzem tzn. pracuje tylko i wyłącznie jako lekarz i pracuje w różnych miejscach, ostatnio rozważał on skomplikowaną kwestię- czy ma sobie kupić nowy samochód terenowy, drogi, za ponad 100.000zł. Zastanawiał się i ostatecznie go kupił. Pytanie: jak on może chcieć podwyżek, skoro stać go na taki samochód? Jest jedno bardzo proste wytłumaczenie: on ten samochód kupił, bo dobrze zarabia- kilka tysięcy złotych miesięcznie, czyli znacznie więcej niżby wynikało ze średnich zarobków w naszym kraju. Tylko jest jeden problem- on to zarabia pracując ponad 400 godzin w miesiącu. Pytanie: czy on musi tyle pracować? Nie, nie musi, ale on chce żyć na wysokim poziomie. **I to jest właśnie problem, jaki mamy jako lekarze w Polsce- chcemy żyć na wysokim poziomie, czujemy się zawodem elitarnym, uczymy się długo, poświęcamy naszą młodość, nasze życie rodzinne, później zakładamy rodziny w związku z tym spodziewamy się jakiś profitów, po to idziemy na medycynę.** Niekoniecznie bym się zgadzał z tym, że to jest jakieś powołanie – każdy zawód to jest jakieś powołanie: nauczyciel, strażak, policjant to też są jakieś powołania. Ja mogę wypełniać swoje powołanie jako lekarz, ale chcę za to dostawać godziwe pieniądze. Godziwe – to jest kwestia mojej oceny, jaki jest stosunek mojego nakładu pracy i ponoszonej odpowiedzialności do tego, co dostaje za tą pracę. Mówię w imieniu lekarzy: uważamy, że my ponosimy ostateczną odpowiedzialność za to, co się dzieje z pacjentem, to zależy od nas, to my podejmujemy decyzje, i to my czujemy się odpowiedzialni za to, czy ten pacjent ostatecznie czuje się lepiej, czy czuje się gorzej. W związku z tym uważamy, że inne zawody medyczne są to zawody około medyczne, ci ludzie współpracują z nami, ale ponieważ to my ponosimy ostateczną odpowiedzialność, oni muszą się podporządkowywać naszym decyzjom. To buduje pewnego rodzaju hierarchizację, która jest widoczna w strukturze zatrudnieni i w strukturze podejmowania decyzji.(A.B.)

Z tak pojmowanymi argumentami lekarzy jednak nie do końca zgadza się dyrektor jednego ze szpitali, także lekarz: *Lekarze chcą mniej pracować i więcej zarabiać. Jest to racjonalne do momentu, natomiast w sytuacji, kiedy w konkretnym zakładzie pracy egzekwowane roszczenia (zgłaszane to jeszcze nie to samo co egzekwowane), czyli*

*podpisywanie porozumień i domaganie się wypłat w wysokości środków przewyższających np. budżet szpitala czy kontrakt z NFZ, to jest patologia i to jest niestety zjawisko powszechne. W związku z tym, że jest powszechne, jest prezentowane przez ludzi dojrzałych intelektualnie, emocjonalnie, wykształconych. Nie należy się tutaj doszukiwać jakiegoś błędu, to jest metodologicznie tak właśnie założone, będziemy domagać się realizacji naszych należnych świadczeń finansowych, wiedząc, że są one nie do przyjęcia z punktu widzenia funkcjonowania zakładu, czyli są działaniem na szkodę.(D.L.)* Pojawiają się sprzeczne oczekiwania, inna wizja tej samej sytuacji zawodowej, nawet w obrębie tego samego zawodu, zależnie od zajmowanego stanowiska.

Konflikty przejawiają się również w relacjach między poszczególnymi profesjami działającymi w ochronie zdrowia. Potocznie pojawiają się opinie, że główna oś podziałów w obrębie personelu medycznego przebiega pomiędzy personelem białym a resztą załogi. Jednak rozmawiając z przedstawicielami poszczególnych zawodów w obrębie pracowników danej jednostki szpitalnej, zauważyć można inne wymiary konfliktów. Nierzadko występują **konflikty pomiędzy średnim personelem medycznym, na poziomie pielęgniarka- technik, pielęgniarka- laborant**. Nie są to spory wyłącznie o wymiarze interpersonalnym, ale raczej o charakterze świadomościowym, także stereotypowym: *Jest duży konflikt, ponieważ pielęgniarka uważa, że to ona jest tylko głównie przy pacjencie i się jej więcej należy; nie potrafi zrozumieć, że są pewne grupy zawodowe, które nie muszą mieć bezpośredniego związku z pacjentem, ale mają dużą odpowiedzialność za badania i to, co robią jest bardzo ważne. Nie- uważają, że to one są te najważniejsze i tutaj jest duży konflikt. (...) np. tutaj w tym szpitalu, pielęgniarki powiedziały, że salowym się nie należy podwyżka, albo się podwyżka nie należy personelowi ekonomicznemu, ponieważ nie mają w ogóle do czynienia z pacjentem, nie są personelem białym; i to jest duży ból.(K.W.).*

Z powyższej opinii, wyrażonej przez techników pracujących w jednym ze szpitali wynika, są oni traktowani gorzej, ponieważ sądzi się, że skoro nie pracują przez cały czas z pacjentem, to ich praca jest mniej istotna dla procesu leczenia. Podobne kryterium oceniania przyjmuje się wobec pozostałych grup zawodowych- potrzebni są ci, którzy biorą udział w procesie leczenia przez cały czas.

Jednak, co istotne, finansowe podłoże nieporozumień nie zawsze wywołuje spory. Często grupy są niezadowolone ze swej kondycji materialnej lecz wiedząc, że pozostali

pracownicy znajdują się w podobnej sytuacji, funkcjonują pozornie prawidłowo. **Sytuacja zaognia się natychmiast, gdy jedna lub kilka z wielu grup otrzyma dodatkowe fundusze:** *W momencie, gdy pojawia się jakaś podwyżka, pojawia się konflikt. Już każdy patrzy wilkiem na drugiego, bo znowu obsługa dostanie mniej, pielęgniarki mają dostać więcej a lekarze jeszcze więcej i wtedy widać konflikt, bo tak to każdy jakoś tę biedę klepie, bo pracować trzeba.(K.S.).* Wiedza o tego typu prawidłowościach może stać się bardzo przydatna dla dyrektora, który ma możliwość wygrywania pracowników przeciwko sobie, co najczęściej robione jest dwoma metodami: za pomocą odpowiedniego manewrowania związkami zawodowymi oraz ograniczenia dostępu do istotnych z punktu widzenia pracowników, informacji.

Kolejną, obok finansowej, przyczyną nieporozumień wewnątrz środowiska medycznego, jest **kwestia mentalnościowa**. Wciąż w ochronie zdrowia mamy do czynienia ze **stereotypowym ujmowaniem pewnych profesji**. Mimo upływu czasu, zmieniających się warunków społeczno- ekonomicznych, pokutują w społeczeństwie pewne stereotypy, które ujawniają się także na gruncie medycznym. Niektóre z nich związane są z równouprawnieniem mężczyzn i kobiet, inne z dostępem do wykształcenia i tytułów zawodowych. Na konflikty te zwracały najczęściej uwagę kobiety- pielęgniarki, które mimo wyższego wykształcenia, nie są w ich odczuciu traktowane adekwatnie do niego: *Konflikt się coraz bardziej stwarza dlatego, że środowisko pielęgniarskie jest coraz bardziej wykształcone- coraz więcej jest osób, które robią studia podyplomowe z zarządzania, z promocji, socjologii, natomiast nie jest to odzwierciedlone w placówkach. Nadal jest to taki układ: ordynator, oddziałowa i cała reszta.(K.Z.). Jest konflikt między personelem wyższym lekarskim a niższym. Wynika on z wielu powodów, przede wszystkim z płacowych, bo jeżeli w tej chwili lekarz ma 1000 zł za dyżur niedzielny czy sobotni a pielęgniarka ma 1700zł zasadniczego wynagrodzenia, a lekarz za jeden dzień dostaje 1000, to jest to przyczyna niezadowolenia. Lekarze czasem trochę lekceważąco podchodzą do pielęgniarek: no to walczcie. Więc one przez to czują się nakręcone do tej walki i zapominają, że świadczenie zdrowotne to jest przede wszystkim lekarz.(D.A.)*

Znana śląska działaczka środowiska pielęgniarskiego dodaje: *Z innymi grupami zawodowymi, przynajmniej ja nie obserwuję konfliktów. Są to raczej dobre, poprawne stosunki pracownik- pracownik, ponieważ ci ludzi muszą ciągle ze sobą współpracować. Najbardziej iskrzy na polu lekarz- pielęgniarka. Jest tu też kolejna kwestia, która jest trudna do zaakceptowania dla środowiska lekarskiego- jeśli pielęgniarka kształci się na*

*tej samej uczelni, co kolega lekarz, to te stosunki też muszą się zmienić. Trudno wówczas mówić pobłaźliwie „siostrzyczko”, bo to przecież jest osoba ze statusem ukończenia wyższej szkoły. I lekarze muszą zaakceptować, że zmianie musi ulec układ z pozycji podporządkowanej na płaszczyznę partnerstwa. Ale jednocześnie koleżanki pielęgniarce muszą swoją postawą pokazać, że ja nie tuję dla pokazania, że jestem pani magister, tylko ja mam wiedzę i umiejętności do bycia partnerem. Dzisiaj niestety lekarze nie przyjmują tego do wiadomości, pielęgniarka jest po prostu pielęgniarką. Zaś za 5-10 lat będą tylko pielęgniarki po studiach, a lekarze traktują zawód pielęgniarki jako zawód dla siebie pomocniczy, którego istotą jest pielęgnowanie chorych. Zaś istotą zawodu lekarza jest leczenie chorych, co jednak nie zmienia faktu, że efektem ich działania jest zdrowie pacjenta.(A.O.)*

Wraz z napięciami spowodowanymi wykształceniem pojawiają się również na tym podłożu **konflikty kompetencyjne** pomiędzy poszczególnymi grupami zawodowymi. Najbardziej oczywistymi wydają się niesnaski między lekarzami a pielęgniarkami, co nie oznacza bynajmniej, że pomiędzy pozostałymi grupami niejasności co do zakresu odpowiedzialności za pacjenta one nie występują: *Zauważam problemy zawodowe ale innego typu, nie dlatego, że ktoś nas traktuje pogardliwie, czy coś podobnego, ale jest konflikt na punkcie wykształcenia. My jesteśmy technikami radiologii i mamy umieć zasady ochrony radiologicznej i zasady fizyki, ta fizyka jest w naszym zawodzie bardzo ważna. Obawiam się, że lekarze nie do końca zdają sobie sprawę z ochrony radiologicznej, bardzo często na tym punkcie są konflikty. Bardzo często się mówi: wyślijmy pacjenta do rentgena, może tam coś wyjdzie. A nie można pacjenta wysyłać na badanie radiologiczne, bo może coś tam wyjdzie. Badania radiologiczne można wykonywać tylko wtedy gdy inne badania zawodzą i nie dają pełnego obrazu choroby. Tak samo często się to zdarza, że pacjenci są wysyłani na badania tomograficzne i jakby mogli lekarze to od czubka włosów na głowie po paznokcie u nóg zrobili by TK. Tylko oni nie zdają sobie sprawy, że pacjenci muszą odczekać od jednego badania do drugiego, bo możemy takiemu pacjentowi wygenerować białaczkę. My możemy doradzić lekarzowi, by nie robić mu badania, bo po co skoro ma rentgen klatki piersiowej, to po co na drugi dzień badanie TK. Jeśli próbujemy zwrócić uwagę to zaraz jest, że on jest lekarzem i tu decyduje, tylko jak pacjenci przychodzą później i kłócą się i mają żal do osób, które wykonują badanie, a nie do lekarza. (K.M.)*

Inny rozmówca dodaje: *Dzisiaj konflikt ma przede wszystkim podłoże ekonomiczne, ale gdyby się cofnąć wstecz to przede wszystkim jakieś **ambicjonalne sprawy**, role*

zawodowe, co kto może, co komu nie wolno. Na styku środowiska lekarsko-farmaceutycznego, to jest historyczny już konflikt opisywany od dnia kiedy rozdzielono medycynę od farmacji. Lekarz leczył i robił leki, a przyszły tzw. konstytucje sycylijskie i obie dziedziny rozdzielono i od wtedy datuje się zawód farmaceuty lub aptekarza. Od tej pory **jeden zawód drugiemu zazdrości**, ale też pilnuje, żeby za dużo kompetencji nie było zabranych. A z kolei cały świat dąży do tego, by to wszystko było jak najprostsze, zaś każdy z tych zawodów walczy o jak największe swoje kompetencje. Teraz może w Polsce aż takich wielkich starć nie było, ale farmaceuci cały czas dążyli, by wprowadzić do apteki opiekę farmaceutyczną i tu już lekarze zaczęli się zastanawiać czym ci aptekarze chcą się opiekować, bo oni mają wydać lek, który my przepisujemy i koniec. A aptekarze chcą analizować jakie pacjent bierze leki, żeby mu doradzić. Bo jeśli do apteki przychodzi pacjent i leczy się u 3 lekarzy, którzy nie wiedzą często o sobie, to w aptece się kończy się ścieżka leczenia 3 różnymi rodzajami leków. I to aptekarz wie czy te leki można ze sobą brać. Ale to się znowu lekarzom nie podoba. (...) tu się zazębiają i kompetencje i pieniądze. Nigdy nie uda się tych napięć i konfliktów rozładować, gdyż dzisiaj w Polsce ochrona zdrowia stoi jedną nogą w finansach a jedną nogą w prawdziwej ochronie zdrowia, a tego się nie da pogodzić. (P.K.)

Zasygnalizowana powyżej kwestia wykształcenia, które dla wielu osób jest czynnikiem wyznaczającym pozycję społeczną, a tym samym miejsce w hierarchii zawodowej, jest motywem pojawiającym się dosyć często w wypowiedziach osób badanych.

Zawsze było jakoś tak, że między lekarzami a pielęgniarkami nigdy za dobrze się nie układało. Teraz też różnie to bywa- jak przychodzą młodzi lekarze. Zawsze był pewien dystans ze strony lekarzy. Mówię szczerze- traktuje się pielęgniarki tak jakby z góry. Owszem kiedyś było mało tych pań, które miały magisterium z pielęgniarstwa ale teraz jest ich coraz więcej, oprócz tego dziewczyny kształcą się też w innych kierunkach i to nie tylko dlatego żeby zmienić pracę, ale by poszerzyć sobie horyzonty. To lekarzom przeszkadza. Sama byłam świadkiem takiej rozmowy gdzie lekarz bardzo dziwił się, że pielęgniarka mogła pojechać za swoją pensję 800 zł. na Wyspy Kanaryjskie- jest pewien status społeczny i nie powinno się go przekraczać. (K.R.).

Jak więc wynika z powyższych wypowiedzi wciąż obecny jest pogląd o zachowaniu pewnej **hierarchii w placówkach medycznych**, obok hierarchii wewnątrz danej profesji, występuje także kategoryzacja pracowników według zawodów bardziej i mniej prestiżowych. Zgodnie z nią na czele personelu medycznego stoi lekarz, który

jednocześnie posiada najwyższą pozycję społeczną, która w znacznym stopniu wynika z otrzymanego wykształcenia.

Podobnie rzecz się ma jeśli chodzi o **środowisko lekarskie**. Także i w nim występują rozbieżności jeśli chodzi o wykształcenie. Co prawda wszyscy lekarze kończą te same studia medyczne lecz czynnikiem różnicującym staje się wybór późniejszej specjalizacji. Najbardziej oś podziału uwidacznia się pomiędzy specjalnościami operacyjnymi, chirurgicznymi a pozostałymi: *Nie ma dialogu nawet w samym środowisku [lekarskim, środowisko nie może zrozumieć pewnych rzeczy, mechanizmów. Mogę powiedzieć, na przykładzie własnego szpitala, że ludzie nie cenią niczyjej wiedzy, umiejętności, doświadczenia, bo wszyscy są czystym komunizmem. Tzn. w moim szpitalu postanowiono, że każdy lekarz będzie zarabiał dokładnie tyle samo jeśli ma pierwszy stopień specjalizacji. We mnie się po prostu flaki przewracają, jeśli sobie uświadamiam, że chirurg naczyniowy, który operuje pacjenta prawie umarłego, ale robi wszystko żeby temu człowiekowi pomóc, a operacja trwa 8 godzin i zaangażowane są w to ogromne środki finansowe, techniczne oraz fizyczny wysiłek tego człowieka, ponieważ ma 5 dyżurów to 5 razy w miesiącu ma szanse operować. Później on będzie otrzymywał dokładnie te same pieniądze, co otrzymuje kolega dermatolog, którego praca polega na popatrzeniu i na wypisaniu ewentualnej recepty. To o czym my mówimy? **Wszyscy uznali, że wszyscy mają dostać tyle samo pieniędzy, bo wszyscy mają takie same dyplomy** - pytam czy my w tym kraju płacimy za dyplom czy za pracę, doświadczenie, wiedzę, umiejętności? W tym kraju nie ma dialogu, bo uczestnicy dialogu nie rozumieją, że istnieje różnorodność. Mamy klasyczne polskie piekło- nikt nie może być wyżej jak się ktoś wejdzie szczebelek wyżej, to trzeba go pociągnąć w dół. Powoduje to konflikty, a największe konflikty powstają wtedy, gdy się tym ludziom powie prawdę, to zaczyna się święte oburzenie, tak święte, że mówi się: ten człowiek stracił nasze zaufanie. Jest wyrugowanie ze środowiska. (A.N.)*

Pod innym kątem analizuje konflikt wewnątrz środowiska lekarskiego osoba spoza tego środowiska: (...) kiedyś na NFZ byłem i już widać samo **starcie lekarzy między sobą**. Fundusz Zdrowia analizował co można zrobić taniej i zauważyli, że jak się wchodzi przez jakąś żyłę i bada serce, to przy okazji jeśli w żyłę są cholesterolowe odkłady, to by można przy jednej okazji pacjentowi to zrobić, a nie leczyć serce i wziąć za to pieniądze. Bo wyciągając całą aparaturę można i żyłę uleczyć, bo za chwilę się okaże, że żyła się zatyka i znów inna grupa lekarzy będzie leczyła to naczynie krwionośne. To lekarze między sobą walczyli, że tym od serca nie wolno leczyć naczyń, chodziło o pieniądze. Na pewno

pieniądze no i kompetencje- nikt nie chce wpuścić drugiej grupy, która by mogła dublować czyjeś umiejętności. (P.K.)

Niestety występowanie konfliktów wiąże się z **niedopracowanymi standardami kształcenia kadr medycznych**: *Uważam, że nie bez znaczenia jest tu kształcenie, 10-20 lat temu metody kształcenia były lepsze, ponieważ w szkołach pielęgniarskich był nauczyciel- mistrz. Zmiana kształcenia w tej chwili, czyli już nie nauka zawodu a studiowanie, to są 2 różne rzeczy. Uczelnia wyższa nie ma możliwości wypracowania pewnych cech u studenta, istotnych w tym zawodzie. Kiedyś był nauczyciel praktycznej nauki zawodu, który dawał przykład swoim ubiorem, swoim zachowaniem. Dziś młoda osoba studiuje i właśnie te cechy istotne takie jak empatia, pokora wobec człowieka chorego ulegają minimalizacji. Nasz zawód wymaga pokory wobec śmierci, cierpienia, dramatu i te rzeczy kształtowało się kiedyś w szkole. Dziś studiujemy pielęgniarstwo, a za 5-10 lat okaże się jak pacjenci będą oceniać nasze działania. Uważam, że na dzień dzisiejszy są duże niedociągnięcia w kształceniu pielęgniarek i lekarzy, które polegają na polykaniu tomów książek, natomiast osoby uczą się dopiero wtedy, kiedy idą do szpitala, a tak nie powinno być. Pewne zachowania wynosi się z praktycznego uczenia się zawodu, a praktyki u nas wyglądają wiadomo jak. W przypadku pielęgniarki jej praca to rzemiosło Jeżeli przenieśliśmy w tym zawodzie kształcenie od razu na półkę studiowania, to gdzie czas na naukę rzemiosła?(A.O.)*

Konflikty **łączą się także z niedoskonałościami prawnymi**. Przykładowo w danej jednostce medycznej pracują obok siebie pielęgniarki z różnym stopniem wykształcenia, choć w rzeczywistości mające ten sam zasób wiedzy i umiejętności, jeśli chodzi o opiekę nad pacjentem. To również wywołuje napięcia pracownicze, które mogą być także wzmacniane przez zarządzających placówką: *Tak naprawdę to w niektórych zakładach pracy mamy do czynienia z konfliktem pielęgniarka-pielęgniarka, czego powodem jest zamieszanie związane z przeniesieniem kształcenia na poziom wyższy- są pielęgniarki po szkole średniej medycznej, po studium pomaturalnym i po studiach pomostowych, choć tak naprawdę wszystkie jesteśmy pielęgniarkami, niezależnie od wykształcenia. Myśmy zatrzymali proceder różnicowania wynagrodzeń w zakresie wykształcenia dość ostrym wystąpieniem do Państwowej Inspekcji Pracy i do ministra pracy. Obie instytucje uznały, że jest to niezgodne z kodeksem i to się trochę zatrzymało. Ale pracodawcy w niektórych zakładach potrafią ładnie podgrzewać **konflikt pielęgniarka -pielęgniarka-** ja pani daję ileś złotych więcej, bo pani skończyła*

*studia. Moim zdaniem są to konflikty wywoływane skutecznie przez kadrę kierowniczą, wyznającą zasadę „dziel i rządź”(A.D.)*

Obok przyczyn związanych z kwestiami edukacji, respondentki dostrzegają również innego rodzaju przyczyny konfliktów między lekarzami a pielęgniarkami: pierwszą grupę stanowią **czynniki systemowe**, o podłożu historycznym: *Transformacja społeczna i gospodarcza nie bez echa przeszła przez służbę zdrowia w sensie zmian zachowań, zmiany interesów grup zawodowych. Nałożyła się na to reforma służby zdrowia, możliwość prywatyzacji, przejęcia właścicielskiego zakładu pracy, gdzie pielęgniarki były dość pasywne, Natomiast lekarze byli bardziej otwarci, umieli brać sprawy w swoje ręce. W środowisku pielęgniarek był opór, miało to różne przyczyny: inaczej uposażone grupy zawodowe, przewaga kobiet itd. W 1998r. przeprowadzona reforma dotknęła głównie w sensie negatywnym środowisko pielęgniarek- nastąpiła bardzo duża ilość zwolnień grupowych. Wtedy był czas do aktywności, przedsiębiorczości- w kraju pielęgniarki przejęły dużo zakładów podstawowej opieki medycznej, a w naszym regionie nie za bardzo. Przyczyn takiego stanu rzeczy było wiele, ale za najważniejszą uznałabym fakt, że ówczesna kasa chorych i jej szef stali na stanowisku, że z pielęgniarkami nie będą podpisywać umów na świadczenia zdrowotne. Złożyliśmy skargę do urzędu antymonopolowego i w rezultacie wygraliśmy, ale dopiero po 3 latach, ale już było za późno. Dziś nasze środowisko jest krok za naszymi kolegami lekarzami, co nie jest bardzo negatywne, ale powoduje sytuację, że dziś środowisko pielęgniarskie jest sfrustrowane- koledzy lekarze są właścicielami NZOZ-ów i prowadzą swoje przedsiębiorstwa, zaś my musimy się odnaleźć w nowej sytuacji jako pracownik u prywatnego przedsiębiorcy. I powstają tutaj sytuacje dość konfliktowe w sensie stosunku pracownik-pracodawca.(A.O.). Natomiast drugą grupę czynników powodujących napięcia na linii pielęgniarka- lekarz stanowią niejasne uregulowania prawne: Konflikty lekarz- pielęgniarka mają swe źródło w nieuporządkowanej służbie zdrowia, w prawodawstwie. Pielęgniarkę się określa jako zawód samodzielny, odpowiedzialny za pewne czynności, zabiegi i pacjenta, natomiast dalej i lekarze i środowisko pacjentów, uważa, że ona jest wykonawcą zleceń. Ja tu zawsze powtarzam, że zlecenie nie jest dla pielęgniarki, bo one się zmieniają, zlecenie jest dla pacjenta, a pielęgniarka odpowiada za to, czy dobrze je wykona, czy zgodnie z procedurą i za powikłania, które mogą wystąpić w wyniku nieprawidłowo wykonanego zabiegu. U nas się tego nie widzi, dalej jesteśmy podwykonawcą. A dziewczyny przychodzą obecnie dobrze wykształcone, chcą sobie*



wykształcić indywidualność zawodu, wywalczyć ją czasami. Są konflikty, gdy środowisko lekarskie nie przyjmuje do wiadomości, że to jest samodzielny zawód (...)(K.Z.)

Nawiązując do napięć między personelem medycznym, wskazać należy jeszcze jedną cechę systemu ochrony zdrowia w Polsce i na Śląsku- brak personelu medycznego: *W szpitalach gdzie jest najwięcej personelu medycznego też stosunki nie są zbyt poprawne, co wynika głównie z małej ilości zatrudnianych osób. Jeżeli chodzi o pielęgniarki to dyrektorzy zapominają, że są to osoby, które muszą być cały czas przy pacjencie. Lekarz przyjdzie, wyjdzie i jest tylko wzywany, natomiast pielęgniarki muszą być cały czas. Obciążenie pracą pielęgniarek z racji ilości zatrudnienia powoduje frustrację, w pewnym sensie agresję w stosunku do innych grup zawodowych. Pojawia się opinia: „bo ja tu muszę być, a pan doktor śpi na dyżurze”. To wszystko powoduje taką niedobłą atmosferę. Mamy do czynienia z przerostem kadry lekarskiej w szpitalach, przede wszystkim w szpitalach klinicznych- taka jest ocena pielęgniarek, ale w ocenie ordynatorów nie mamy do czynienia z przerostem, ponieważ na oddziałach są zarówno stażyści, jak i etatowi pracownicy. Pielęgniarki nie identyfikują stopnia lekarza, ale postrzegają go jako pracownika. Często są sytuacje, gdy na dyżurze są 2 pielęgniarki i grono 5, 10 lekarzy, którzy chcą mieć zrealizowane swoje zlecenia- powoduje to zachowania negatywne pielęgniarek. (A.O.)*

Nie bez znaczenia jest także stwierdzenie jednej z działaczek związkowych, że konflikty personalne nie pozostają bez wpływu na ogólną atmosferę w placówce oraz mogą się również wiązać z wydajnością i jakością świadczonych usług: *Konflikt w służbie zdrowia polega na tym, że są różne grupy interesów. Nie ma takiej świadomości, jeśli chodzi o pracowników służby zdrowia, że my stanowimy coś wyjątkowego, że my stanowimy grupę. Ta grupa nie może funkcjonować bez określonego stanowiska, **ale tu każdy chce być ważniejszy**: lekarz, bo on jest dobrze wykształcony i musi dużo zarabiać, pielęgniarka, bo ona ciężko pracuje i ma takie niskie zarobki(...) a przecież jest to pewien zespół. Do tej pory problemy służby zdrowia były tłamszone wewnątrz i nikt o nich nie mówił, ale jak wybuchły te strajki o podwyżki wynagrodzeń, to dopiero się to uwidoczniło. Z tym, że my jako związki zawodowe ten problem dostrzegamy od zawsze(...) Jak konflikty wybuchają, stronę ma przełożony, kierownik, rzadko kiedy racja jest po stronie pracowników. A pracownicy nie mają odwagi, żeby powiedzieć, że są niesprawiedliwie oceniani. To się kotłuje wewnątrz i to się przenosi na ogólną atmosferę zakładu. (K.C.)*

Wraz z istnieniem wielu różnych interesów pojawia się również zmniejszająca się wewnętrzna integracja środowiska. Kolejną przyczyną konfliktów wewnętrznych powiedziałabym jest tak nie do końca identyfikowanie się ze swoim miejscem pracy, co też jest przyczyną wielu nieprzyjemnych rozmów. (A.D.)

Rozmówcy mówiąc o konfliktach, starali się wskazywać ich **przyczyny**. Najczęściej mówiono o **podłożu finansowym napięć** w ochronie zdrowia, a co się z tym wiąże zwracano także uwagę na **konflikty interesów**.

*Konflikt jest sytuacją, w której ujawniają się niezgodności określonych grup, dotyczące interesów, dotyczące potrzeb i możliwości ich realizacji. I jeśli dotyczy to szerszych grup społecznych czy pracowniczych, czyli grup w wymiarze więcej niż dwie osoby, wtedy możemy mówić o konflikcie społecznym. Najczęściej jest on ograniczony terytorialnie, organizacyjnie, np. do jednego zakładu pracy. Konflikt dotyczy konkretnej grupy zawodowej, lekarzy, pielęgniarek, bądź obszaru aktywności gospodarczej, pracowników ochrony zdrowia.*(D.L.)

*Konflikty wynikają z sytuacji finansowej ogólnie systemu ochrony zdrowia, a po drugie z wyobrażeń grup zawodowych, chęci osiągania odpowiednich wynagrodzeń nieadekwatnych do sytuacji. Uważam, że w po pierwsze nie ma uregulowań systemowych, które umożliwiłyby finansowanie działalności publicznych zakładów ze źródeł innych niż należności za wykonywane świadczenia. W momencie gdy świadczenia te są pokrywane ze składek świadczeniobiorców żądanie dodatkowych środków powoduje, że żąda się nie od rządu, tylko żąda się od świadczeniobiorców, bo zwiększenie składki to nie jest decyzja mająca wpływa na budżet, ale na kieszeń każdego ubezpieczonego.*(A.E.)

*Proszę zauważyć, że konflikty płacowe, które powstają są najpierw na górze, natomiast potem, w sposób bardzo delikatny, przekazuje się te problemy na doły, natomiast my jako właściciele nie mamy możliwości dania tych pieniędzy na podwyżki.* (A.G.)

Niektórzy rozmówcy starali się szczegółowo wyjaśnić przyczyny konfliktów w ochronie zdrowia, przedstawiając szersze spojrzenie na problemy, wprowadzając perspektywę systemową oraz kontekst historyczny do wypowiedzi: *Konflikt oczywiście jest widoczny gołym okiem. Natomiast pojawiają się bardzo różne oceny przyczyn tego konfliktu i różne sposoby opisywania go. Przyjmuje się za podstawowe problemy finansowe i pewnie tak jest. Z tym problemem finansowym wiąże się dwojaki konflikt. Po pierwsze, braki finansowe, o których wszyscy mówią, dotyczą tego, że*

w rozwiniętych społeczeństwach, państwach poziom opieki medycznej jest zawsze poniżej oczekiwań grupy społecznej, do której jest adresowany. W związku z rozwojem nowych technologii medycznych chcemy być coraz zdrowsi, coraz piękniejsi, żyć coraz dłużej, technika nam na to pozwala, bądź też określone lobby technologiczne, farmaceutyczne, sprzętowe przekonuje nas, że technika na to pozwala. W związku z tym rodzą się potrzeby, których wcześniej nie było po stronie pacjentów, wynikające z tego, że skoro ktoś opłacał składkę zdrowotną przez 40 lat, to na emeryturze wszystko mu się należy. Np. świadczenia z usług chirurgii kosmetycznej należą się pani czy panu po sześćdziesiątce. I tu konflikt jest nieunikniony, ponieważ pieniędzy w systemie na wszystko nie wystarczy. Natomiast drugi konflikt, który w tej chwili przesunął się na plan pierwszy polega na tym, że jest ograniczona ilość środków, która w systemie jest zawsze ograniczona. W przypadku Polski to ograniczenie wynika z niskiego wskaźnika nakładów procentu PKB na ochronę zdrowia. Ta ograniczona ilość środków jest dystrybuowana w sposób, który budzi społeczny sprzeciw. Manifestacja tego sprzeciwu, która obecnie ma miejsce, racjonalnie nie daje się pogodzić, ponieważ interesy grup społecznych są całkowicie sprzeczne. Pacjenci oczekują lepszej opieki i większej ilości świadczeń. Pracownicy, zwłaszcza lekarze oczekują wyższych zarobków bez zwiększania nakładów pracy. Sytuacja, bardzo jaskrawa w związku wejściem w życie unijnych norm dotyczących czasu pracy pracowników medycznych, pokazuje, że oczekiwania np. lekarzy są takie jak były do tej pory i one są stale rosnące. Oczekiwania zdefiniowane jako trzy średnie krajowe zakładają w podtekście totalny wzrost tych wynagrodzeń, bo średnia zawsze będzie rosła (pomijam kwestie kryzysu, gdzie paradoksalnie średnia też będzie rosła, bo inflacja jest przejawem kryzysu a nie zarobków). I te wyższe oczekiwania płacowe wypowiedane są jednym tchem z żądaniem mniejszego nakładu pracy. (D.L.)

Lecz niewystarczające finansowanie dla wnikliwszych obserwatorów sytuacji w ochronie zdrowia jest niewystarczającym a nawet **zastępczym wyjaśnieniem**: Nie zgodziłabym się, że jedyną przyczyną konfliktów jest zła sytuacja ekonomiczna, bo zbyt dużo środków przecieka nam między palcami. Chcielibyśmy mieć płace jak w kapitalizmie, natomiast nie bardzo chcemy pracować jak w kapitalizmie. Wiele szpitali publicznych nie zrobiło restrukturyzacji zatrudnienia a na dodatek mamy sądy pracy. Nie kwestionuję niezawisłości sądów, tylko nie bardzo mogę zrozumieć wyroki sądów. To dotyczy restrukturyzacji zatrudnienia- cały czas mam wątpliwości czy to jest sąd czy obrońca? (...) Dalej, jeśli chodzi o restrukturyzację zatrudnienia, to pierwsza ustawa, jaką się sejm powinien zająć, to jest ustawa o wyjściu z zakładu pracy związków

zawodowych. Jeżeli tego nie zrobimy, to nigdy nie będziemy mogli pracować normalnie. (D.C.)

Wraz z problemami finansowymi występują też **wadliwe uregulowania prawne**, utrudniające działanie zwłaszcza organom założycielskim. Najkrócej powiedzieć można, że ustawodawca nakłada nowe obowiązki, natomiast nie są one poparte większymi środkami finansowymi: *Mamy do czynienia z konfliktami, które biorą się z tego, że z ochroną zdrowia zawsze był problem i większość ekip zarządzających naszym krajem nie miało pomysłu na ochronę zdrowia. Co ekipa przychodzi, to ma jakiś pomysł, ale do końca go nie doprowadza, co powoduje rozgoryczenie wśród personelu medycznego w szczególności. A z rozgoryczenia powstają roszczenia płacowe, niezadowolenie, w związku z czym my jako właściciele zakładów mamy z tym problemy, a zarazem problemy mają dyrektorzy. Natomiast na szczeblu centralnym wprowadza się pewne rozwiązania, jak np. tzw. ustawa 203, która wprowadziła więcej złego niż dobrego, bo zadłużyła placówki służby zdrowia a ich oddłużenie nastąpiło dopiero w tym i zeszłym roku poprzez udzielenie z budżetu państwa pożyczek. Ale niestety te pożyczki nie wystarczały na wszystko i my jako właściciele tych jednostek musieliśmy do tego interesu dołożyć, zamiast inwestować w te placówki, zamiast je doposażyć, bo taka jest nasza rola. Tworząc samorzady w 1999r. i przekazując zadania właścicielskie nikt nie pomyślał, że za tym powinny pójść pieniądze na te cele, bo np. zabezpieczono pieniądze na oświatę w formie subwencji, pieniądze na inne zadania rządowe, natomiast stwierdzono, że pieniądze na ochronę zdrowia da kasa chorych uprzednio a teraz fundusz, a zapomniano, że w cenie wykupienia powinny być również pieniądze na odtworzenie, czego nie ma. Na dzień dzisiejszy fundusz płaci za usługę medyczną, ale nie daje pieniędzy na odtworzenie sprzętu, który jest bardzo drogi, i nie daje pieniędzy na dostosowanie pomieszczeń. Więc regulacje ustawowe się wprowadza, nakłada się pewne obowiązki i to później powoduje konflikty na poziomach samorząd- dyrektorzy. Domagają się oni środków od właścicieli, bo w końcu od kogo mają się domagać, a my jako właściciele nie wyposażeni w narzędzie finansowe mamy problem, by te pieniądze wyasygnować. My np. nadzorujemy 5 różnych placówek, m.in. centrum onkologii, gdzie aparatura, żeby ją dostosować, zmodernizować, odtworzyć, to potrzeba na to 50 milionów złotych, natomiast nasz budżet powiatu to jest 50 milionów. (A.G.)*

*W naszych szpitalach i w innych też, przetrzymuje się wszystko, jest taka cisza, nikt się nie odzywa, nic się nie dzieje i każdy myślę, że problem się sam rozwiąże, on się sam nie rozwiąże,, tylko będzie się nakładał i w końcu ze zdwojoną siłą wybuchnie. A wtedy*

wybuchu konfliktu, tylko żeby go załagodzić to trzeba bardzo dużo dobrej woli i dużo stron.(A.G.)

*Konflikt wewnętrzny, ale wynikający z czynników zewnętrznych- przepisy znowelizowanej ustawy o ZOZ-ach to kolejny, bardzo płonny akt prawny, który zrodził wiele niejasności i pojawiają się różne interpretacje. Więc jest to konflikt wynikający z nieudolności ustawodawcy, który został przeniesiony do nas. Niechęć do zrozumienia przepisów i do zmiany przyzwyczajęń powoduje konflikty odnośnie czasu pracy.(D.A.)*

W rezultacie, grupą, która najbardziej odczuwa nieprawidłowo skonstruowane przepisy prawne są dyrektorzy placówek, w największym stopniu odpowiedzialni za ich respektowanie: *Konflikty w służbie zdrowia zrzucano na barki dyrektorów zamiast rozwiązań systemowych, gdzie dyrektor nie rozwiąże żadnego konfliktu bez zadłużenia szpitala. Procedury są źle wycenione i już- lobby, które było u koryta ma dobrze wycenione procedury. Ilość pieniędzy jest za mała a ilość personelu jest za duża. Są oddziały, gdzie jest 28 łóżek za zatrudnionych jest 32 lekarzy, a na dermatologii zatrudnionych jest 5 lekarzy- a cóż oni tam mają do roboty w 5 osób na całym etacie?(A.N.)*

Inną kategorią przyczyn leżących u podstaw konfliktów są uwarunkowania polityczne. Sygnalizując je jedynie, należy stwierdzić, że: *Pierwszy konflikt, który w ogóle istnieje to jest sprzeczność interesów między organem założycielskim a wykonawcami, czyli zarządem ogólnie rzecz biorąc szpitala. A wynika to z tego, że tak powiem kolokwialnie, że pewne decyzje są uwarunkowane politycznie, a nie wynikają z pobudek czysto ekonomicznych. Trzeba podejmować takie decyzje, które nie są dla mnie jako ekonomisty zgodne z moją filozofią działania, ale, że tak powiem **pod dyktando pewnych opcji politycznych, trzeba pewne decyzje podejmować.** Nieciągłość w zarządzie, ciągłe zmiany powodują, że te konflikty narastają, a zmiana na szczeblu dyrektorskim nie jest związana bezpośrednio z tym, że chcemy żeby było coś lepiej, ale wynika to przeważnie z układów czysto politycznych- oczywiście to nie jest nigdzie wprost powiedziane, tylko występują pewne argumenty „poprawne i obiektywne”, które zawsze można znaleźć i wytłumaczyć. Natomiast, jeśli chodzi o to wewnątrz szpitala, to wydaje mi się, że może bezpośrednio tych konfliktów tak szerzej nie widać i nie przekładają się one na to, co widzimy w mediach, ale ostatnie akcje związane np. z podwyżkami w służbie zdrowia powodują, że jest podzielony personel na lepszy i gorszy: są ci wybrani, czyli lekarze, którzy się praktycznie nie liczą z innymi grupami pracowniczymi, w tej grupie są jeszcze super wybrani, czyli anestezjologowie, którzy w ogóle mają się za nadludzi.*

*I oprócz tego schodzimy niżej, czyli mamy napięcia między pielęgniarkami a lekarzami, bo jak lekarze dostali, to dlaczego nie dostały pielęgniarki. Salowe, personel administracji są traktowane ewidentnie z boku. (D.E.)*

Mówiąc o konfliktach należy także zasygnalizować **napięcia pojawiające się między podmiotami publicznymi a niepublicznymi**. Wynikają one z uregulowań prawnych przede wszystkim, ale i wydaje się, że nie bez znaczenia jest pewne nastawienie negatywne w stosunku do podmiotów niepublicznych ze strony publicznych. Popularne jest twierdzenie, że podmioty niepubliczne zajmują się leczeniem przypadków lżejszych, łatwiejszych do zdiagnozowania i wyleczenia, natomiast nie zajmują się skomplikowanymi przypadkami chorobowymi. Obecny jest także pogląd, że jednostki niepubliczne nie leczą powikłań, podsyłając je do ośrodków publicznych, jako że wymagają większych nakładów pieniężnych.

*Pewne zgrzyty są bardziej na linii świadczeniodawca- NFZ, czyli publiczne a niepubliczne ośrodki a NFZ, bo muszę powiedzieć, że nie ma jasnych kryteriów, w ramach których przydzielane są środki finansowe zarówno w procesie kontraktowania, jak i w procesie renegotjowania umowy. (D.B.)*

Wzajemnych relacji nie poprawia często występująca zawiść, zaznaczająca się między wszystkimi praktycznie rodzajami podmiotów tworzących system ochrony zdrowia: *Tu[w tym środowisku] jest ogromna zawiść. Ja kiedyś organizowałam taką akcję- pośród lekarzy poradni wymieniałam wszystko, czego szpitale państwowe nie są w stanie zrobić. Oczywiście gros rzeczy była komercyjna, ale lekarze z terenu powinni wiedzieć, że jest taka alternatywa. No to jest bardzo znikomy ułamek, jakaś niechęć. A dziwię się, bo jakby lekarz skierował pacjenta do naszej jednostki byłoby leczenie z powodzeniem, to przecież pacjent będzie wdzięczny temu lekarzowi, który go skierował, a tu jest jakaś inna mentalność w tym środowisku. (...)Nie współpracujemy z ośrodkami publicznymi, ani z prywatnymi. Być może u nas istnieje ta pewna konkurencja. Dobrze nam się wszystkim wiedzie i każdy nie bardzo chce sprzedawać swoje kruczki, swoje pomysły. Ja nawet nie widzę takiej potrzeby, bo każdy ma jakąś swoją politykę, wizję działania. (D.P.)*

Prawie wszyscy **ankietowani zwracali uwagę na negatywne aspekty konfliktów**, podkreślając ich destrukcyjny wpływ na załogę i sytuacje placówek w szerszym wymiarze systemowym. Tylko jedna osoba uwzględniła w swej wypowiedzi pozytywną rolę jaką mogą pełnić konflikty: *Konflikt to bardzo szerokie wyrażenie, to szeroki problem pomiędzy dwoma stronami. Są sytuacje kiedy konflikt może być twórczy*

*i przynosi pozytywne rezultaty, ale możemy mieć do czynienia również z konfliktem destrukcyjnym, który zazwyczaj powoduje okopywanie się dwóch stron na swoich pozycjach i nie prowadzi do osiągnięcia kompromisu. Spór najczęściej dotyczy interesów, gdzie strony chcą się przekonać czy mają rację i nie zawsze dążą do kompromisu. Należę do osób, które często są w konflikcie z innymi organizacjami, natomiast często odbieram te konflikty jako pozytywne, przykładem może być mój kontakt z Komisją Europejską, gdzie przedstawialiśmy swoje racje, ale potrafimy się i rozmawiać. Doszliśmy do pozytywnych rozwiązań, choć cała procedura polegająca na często ostrej wymianie korespondencji, trwała 3 lata. Komisja widziała, że druga strona jest przygotowana i ma argumenty i nie działamy na zasadzie „bo my się nie zgadzamy i koniec”. Bywałam w konflikcie z dyrektorami szpitali, gdzie podmiotem sporu były przepisy dotyczące minimalnego zatrudnienia pielęgniarek, ale z czasem okazywało się, że były rozumiane moje racje i skutkowało to wypracowaniem działań na korzyść zespołu pielęgniarskiego. O tym czy konflikt ma charakter pozytywny decydują osoby biorące w nim udział, decydujące znaczenie ma ich charakter- ilość i jakość nagromadzonych w nich emocji. Nie można być ciągle skonfliktowanym, trzeba pamiętać o momencie, który wywołał konflikt między organizacjami, osobami- zawsze jest to jakiś interes- mniejszy większy, personalny czy grupy zawodowej. Niemniej jednak może to być pozytywne dla stron konfliktu.(A.O.).*

Jak wynika z powyższej wypowiedzi, konflikty mogą przyczyniać się do zauważenia problemu, a także jego rozwiązania. Problemem okazują się jednak negatywne emocje towarzyszące sporom. Od osób zaangażowanych w konflikt zależy czy będzie on szybko i satysfakcjonująco rozwiązany. Niestety **żaden respondent nie wspomniał**, że uczestniczył w warsztatach dotyczących konstruktywnego rozwiązania sporów. Owszem partnerzy społeczni, najczęściej przedstawiciele dużych związków zawodowych uczestniczą w szkoleniach dotyczących negocjacji. Efektem jest lepsze przygotowanie do rozmów, co zauważane jest przez pozostałych uczestników negocjacji. (por. rozdział dot. partnerów społecznych niniejszego opracowania). Wydaje się jednak, że przygotowanie negocjacyjne ograniczało się do znajomości technik negocjacyjnych i przebiegu negocjacji, bez poznania szerszego społecznego wymiaru będącego podłożem konfliktów.

## 6.2. Finanse i NFZ jako główne obszary konfliktogenne w ochronie zdrowia

Bez wątpienia NFZ jest nieprzejednanym, twardym partnerem, stosującym taktykę przełamania, polegającą na silnej ofensywie, której celem jest narzucenie partnerowi własnej oferty.<sup>261</sup> W celu nakłonienia dyrektora placówki do podpisania umowy, zazwyczaj stosowana jest tzw. *propozycja nie do odrzucenia*, polegająca na tym, że zadanie jest poparte jednym, ciężkim argumentem, najczęściej w postaci argumentu siły, a nie o charakterze merytorycznym. Strona atakująca stosuje także presję czasu uniemożliwiającą przemyślenie sytuacji. Atakujący nie reaguje na kontrargumenty a także nie odstępuje od początkowej oferty ani w najdrobniejszym szczególe. W celu zwiększenia skuteczności w przełamaniu oporu drugiej strony szczegółowymi technikami, jakie często stosują przedstawiciele NFZ, są:

- *Szokująca oferta*, czyli oferowanie wysokości kontraktu po zdecydowanie zaniżonej wartości, którą dyrektorzy, jako słabsi partnerzy w większości akceptują. Procedura ta stanowi swego rodzaju prowokację i służy poznaniu pozycji przetargowej partnera,
- *Technika "wóz albo przewóz"*, zakładająca przedstawienie oferty przy jednoczesnym wykluczeniu możliwości dokonania jakiegokolwiek jej korekty. Partner jest niejako zmuszany do jej akceptacji oraz pozbawiony możliwości wypowiedzenia swego stanowiska,
- *Technika "rosyjski front"*, polegająca na przedstawieniu dwóch równie niekorzystnych rozwiązań danej sytuacji w analogii do rosyjskiego frontu, na którym nie chcieli walczyć żołnierze niemieccy, prosząc o wysłanie na jakikolwiek front poza rosyjskim. W negocjacjach z zastosowaniem tejże taktyki, stronie słabszej przedstawia się dwie oferty, z których jedna wydaje się zdecydowanie korzystniejsza, ale to są pozory, gdyż alternatywa ma charakter zaporowy, najczęściej w postaci argumentu, że nie przedstawicielom NFZ nie bardzo zależy na podpisaniu kontraktu.<sup>262</sup>

Z przeprowadzonych wywiadów wynika, że kwestie finansowe stanowią istotny element funkcjonowania ochrony zdrowia w regionie śląskim ale w i całej Polsce. Wszystkie osoby badane odnosiły się w swoich wypowiedziach do wymiaru

---

<sup>261</sup> G. Myśliwiec, *Negocjacje w ochronie zdrowia*[w:]V. Korporowicz (red.), *Zdrowie i jego ochrona. Między teorią a praktyką*, Warszawa 2006, s. 245

<sup>262</sup> tamże, s. 246-247



finansowego, nawet wówczas, gdy pytania dotyczyły innych obszarów. Respondenci poruszali problemy funkcjonowania NFZ jako głównego płatnika i relacje tej instytucji ze świadczeniodawcami, mówiono również o prywatyzacji ochrony zdrowia, niektórzy respondenci wypowiedzieli się również na temat współpłacenia. Dlatego też całość rozdziału została podzielona na węższe części odpowiadające poruszonym przez respondentów problemom.

Brak, czy jak twierdzili niektórzy respondenci, niewystarczająca ilość środków w systemie stanowi podstawową przyczynę złej sytuacji ochrony zdrowia. Jednak istnieją w niej także pewne mechanizmy w pośredni sposób wpływające na kondycję finansową świadczeniodawców. Badani wspominali o nieprawidłowo dokonywanych wycenach usług medycznych, które kumulują się i w rezultacie generują długi placówek: *Kilkanaście lat temu wyceniałam zabieg z położnictwa i ginekologii- wycenialiśmy go dokładnie- ile gazików, wacików, centymetrów nici jest potrzebnych do zabiegu oraz czy zabieg wykonuje ordynator z asystentem pierwszego czy drugiego stopnia specjalizacji- czyli zabiegi tak naprawdę są wycenione, czyli dyrektor wie, że dany zabieg kosztuje 3000 a płatnik mu płaci 1000, więc już na jednym zabiegu jest 2000 stratny, a mimo wszystko go wykonuje. Np. poród jest wyceniony na 950 zł, a kosztuje 1500, więc dyrektor podpisując kontrakt świadomie szpital zadłuża.(A.U.)*

Zaskakujące jest spostrzeżenie jednej z respondentek, **iż wycena procedur uzależniona jest od pewnych lobby**, które mając odpowiednio duże wpływy kształtują poziom cen: *Jak wprowadzano obecny katalog świadczeń, on zmieniał się przed konkursowo i zmiana wyceny danej procedury wynikała- wystarczyło się i popatrzeć bardzo dokładnie przeanalizować- od razu można było wyczytać, który zespół konsultantów miał siłę przebicia. Większość naszych polityków jest powyżej 45-50 lat i na dodatek mężczyźni, czyli narażeni na dolegliwości urologiczne i kardiologiczne- i to ma świetne odbicie w katalogu obecnie obowiązującym. Nie słychać o długach ośrodków kardiologicznych, bo oni jeszcze mają na dodatek programy ministerialne. Kwestia okulistyki, przepraszam, ale ona jest przeszacowana, a najlepiej gdyby oddział okulistyczny zajmował się wszczepianiem soczewek, to będzie przynosił takie dochody szpitalowi jak nie wiem. (D.C.)*

Problemy finansowe generowane są przez nieprawidłowo skonstruowane przepisy a także brak uregulowań w pewnych kwestiach. Zaliczyć do nich należy:

Po pierwsze, finanse przeznaczane na działalność placówek nie uwzględniają inflacji odnoszącej się do płac pracowników ale i mediów oraz leków: *Szpital nie jest fabryka śrubek. Przychodzi dwóch pacjentów chorych na tę samą chorobę, ale koszty leczenia są diametralnie różne, bo na jednego dobrze zadziała witamina C za 5 złotych a na drugiego antybiotyk za 50. a strona rządowa, NFZ chce by szpitale przynosiły zyski, nie umiem tego zrozumieć. Są pieniądze i szpital nie powinien popadać w zadłużenie, ale to też nie jest tak do końca możliwe. Składka na zdrowie rośnie w tempie 0,25% rocznie, więc i kontrakt rośnie w niewielkim stopniu, zmienia się podział pieniędzy. Najpierw był koszt hospitalizacji, teraz są punkty i w kontrakcie zawartym między NZF a dawną kasa chorych a szpitalem nigdy nie było uwzględniane, że media rosną niewspółmiernie do kosztów na jakie opiewa kontrakt. I dopóki to nie będzie w sposób jakiś normalny uregulowane, że kontrakt jest zawarty z dniem 1 stycznia 2008 roku, gdy kilowat kosztuje założymy 30 groszy, a gdy w połowie roku okazuje się, że kilowat kosztuje już 35 groszy, to o tyle powinien wzrosnąć kontrakt. Bo to są koszty ponoszone przez zakład, niezawinione przez dyrektora. Wszystko, co jest, to właśnie spada na dyrektorów, że nie umieją zarządzać, bo zadłużają szpital, a to nie jest do końca prawda. Dyrektorzy na pewno są winni, ale winna jest też druga strona, bo nie są policzone rzeczywiste koszty samego funkcjonowania szpitala, bez leków, tylko same media.(...) Pieniądze miały iść za pacjentem. Na każdego założymy przypada 100 zł i jeżeli ja położę się w Gdańsku, to ileś z tych 100 zł wezmą i prześlą do Gdańska. I wtedy mogłaby być zdrowa konkurencja, bo szpitale walczyłyby o tego pacjenta, niepolitycznie byłoby zamykać zakłady opieki zdrowotnej, ale podejrzewam, że pacjenci sami by je wyrugowali, bo po co jechać gdzieś do szpitala, który nie cieszy się renomą i tam być niepewnym profilaktyki i leczenia, jeśli mam przekonanie, że tu zostaną wyleczeni w sposób prawidłowy, szybki i skuteczny. Tu było by jakieś samorozwiązanie, ale nie ma jakiejś woli politycznej, ani społecznej żeby coś takiego zrobić. (M.B.)*

Ponadto, **wycena procedur jest nie do końca racjonalna** w wielu przypadkach: *Ja wiem, że w tych komisjach dotyczących liczenia kosztów, na pewno pracowały mądre głowy, ale może tam było zbyt mało praktyków. Jeden ze znajomych chirurgów mówił mi, że w poprzednim katalogu szpitalnym, taką samą wycenę punktową miała amputacja nogi na wysokości uda oraz zabieg Wippla stosowany przy nowotworach trzustki. Zabieg amputacji uda trwa pół godziny i robią go najczęściej chirurdzy bez specjalnego stażu, dla tzw. wprawy, bo tam nie ma czego zniszczyć. I jeśli wszystko jest w porządku, pacjent idzie w 3 lub 4 dobie do domu. Zabieg Wippla wprawny chirurg robi w 10 godzin*

*z całym zespołem a pacjent przebywa w szpitalu nawet dwa tygodnie a często trzeba go otwierać ponownie. (...) obojętnie ile szpital wyda dostaje to, co jest przypisane z kontraktu, czyli np. 150 punktów, gdzie za punkt jest 10,50 gr., obojętnie ile pacjent będzie przebywał w szpitalu. (...) **Za powikłania NFZ nie płaci, to jest w ryzyku ośrodka leczącego.** (A.C.)*

Po drugie, często zadłużenie placówek wynika z postępu medycyny, który dokonuje się szybciej niż rośnie stawka ubezpieczenia zdrowotnego płacona przez świadczeniobiorców: *W systemie jest pieniędzy niewiele więcej, bo to, że wzrasta nasza stawka na ubezpieczenie, to ona nie pokrywa kosztów, które szpitale faktycznie ponoszą, po pierwsze jeśli chodzi o koszt podstawowego świadczenia, a po drugie w funkcjonowaniu szpitali istnieje część świadczeń, które finansuje NFZ a część takich, które są finansowane z budżetu- są to wysokospecjalistyczne procedury. I praktycznie co jakiś czas się zdarza, że część tych procedur przechodzi do kontraktowania z NFZ, ale bez pieniędzy i my to pokrywamy z naszych składek, a w związku z tym, że te świadczenia są drogie, my je zaczynamy płacić, budżet państwa płaci coraz mniej. Tych świadczeń finansowanych z NFZ jest coraz więcej, więc nie ma zwiększenia środków w systemie, bo te pieniądze zawsze są przez coś zżerane. Jeśli nam zwiększają o 0,25 wysokość składki, to powiedzmy, że wrzucają jakąś onkologiczną procedurę i ta procedura już to zjada i na te działania, które zawsze były finansowane nie ma nic więcej.* (A.E.)

Po trzecie, kontrakty zawierane na stosunkowo krótki czas- na rok lub 3 lata, co uniemożliwia zaplanowanie większych inwestycji, zarówno w placówkach publicznych, jak i prywatnych. Przy czym placówki prywatne ową niepewność odczuwają dotkliwiej: *(...) druga sytuacja, która nie jest dla mnie komfortowa, to jest dla mnie to, że kontrakty powinny być moim zdaniem co najmniej 5-letnie. Bo jeżeli podpisuje się kontrakt na rok to co się zbuduje w tym czasie, zainwestuje w sprzęt, w lokal? Nic się nie zrobi, bo nie wiadomo co będzie za rok, nie weźmie się kredytu, bo mamy znany przykład, że kupiliśmy za dyrektora Sośnierza laser za 80 tys. euro i przyszedł dyrektor Kurek i nam obciął o 75% kontrakt i muszę powiedzieć, że to był horror i przetrwaliśmy tylko dzięki temu, że brat dokładał dla podtrzymania naszej działalności ze swoich zabiegów prywatnych. Gdyby tak nie było, to ogłosilibyśmy upadłość, bo jesteśmy spółką z.o.o. Tak jak wcześniej wspomniałem, tymi prywatnymi nikt się nie przejmuje, bo przecież gdyby ktoś obciął kontrakt szpitalowi wojewódzkiemu kontrakt o 75%, to jest nie do pomyślenia, bo by głowy poleciały, a tutaj po prostu nie było litości żadnej. Więc kontrakty powinny być*

*zawierana na 5 lat, bo to daje możliwość inwestowania pieniędzy z zysku w sprzęt, budynki.(D.B.)*

Po czwarte, brak jednolitych, spójnych wytycznych dotyczących **wyposażenia placówek**, zwłaszcza w sprzęt wysokospecjalistyczny, czego efektem jest dublowanie się tych urządzeń w szpitalach położonych blisko siebie: *Jak była filozofia reformy, kiedy pacjent miał wybierać najlepszego usługodawcę i pieniądze miały za tym iść, to wszyscy liczyli na naturalny ruch wśród jednostek, że niektóre z nich będą wygasać. Tak się nie stało, jednostki dalej funkcjonują. Pewnym rozwiązaniem miała być ustawa o sieci szpitali, która miała powoływać takie ciało, radę wojewódzką ds. szpitali, która miałaby koordynować pewne działania, np. zakupy sprzętu. Bo w tej chwili każdy szpital na poziomie swego samorządu się rozwija samodzielnie i dyrektorzy nie mają praktycznie z nikim obowiązku konsultować zakupu sprzętu np. wysokospecjalistycznego tomografu. Zdarza się, że w jednym mieście niedaleko siebie funkcjonują dwa tomografy do południa, po południu stoją bezużytecznie, czyli mamy niewykorzystanie tego kosztownego sprzętu właśnie m.in. z braku tej koordynacji. (A.J.)*

Po piąte, szwankujący **system informatyczny**, nie rejestrujący na bieżąco wszystkich zmian: *Prace lekarzy w wielu placówkach zaczyna pomału regulować NFZ- w systemie jedno nazwisko jeśli jest wiele razy wpisane, to system je wylapuje i jest odrzucane. Bo się okazuje że lekarz ma na przejechanie z jednego miejsca pracy do drugiego minutę. (A.U.)*

Po szóste, **łączenie leczenia w placówkach z dobą hotelową** w wymiarze finansowym: *Jestem oburzona tym, że w stawce hospitalizacyjnej mamy stawkę żywieniową, hotelową. A często do szpitala rodzina przynosi całe wałówki a jedzenie szpitalne jest wyrzucane, a na to idzie ogrom pieniędzy. W bogatej Europie Zachodniej pacjent wychodząc ze szpitala dostaje rachunek do zapłacenia. Oczywiście jest grupa, której na to nie stać, ale od tego są ośrodki pomocy społecznej, by za te osoby płacić. (A.U.)*

Po siódme, nie istnieją jasno sprecyzowane algorytmy postępowania medycznego, co najczęściej powoduje dublowanie badań u pacjentów: *W naszym kraju nie ma algorytmów postępowania. Nie ma tak, że jeśli mamy pacjenta z podejrzeniem takiej czy innej choroby to postępowanie u niego jest zgodne z algorytmem i robimy mu takie a takie badania. Nie oznacza to jednak przyszywania łatki każdemu pacjentowi, bo algorytm nie jest jedynym właściwym sposobem postępowania, ale to pozwoliłoby uniknięcia niepotrzebnej diagnostyki. W tym kraju nie można było kiedyś zrobić rezonansu magnetycznego jeśli ktoś nie miał tomografii. A wszyscy wiedzą, że tomograf*

*jest świetną diagnostyką, ale do innej diagnostyki niż rezonans. (...) Lekarz prowadzący wie, że jest to wyrzucenie pieniędzy w błoto, ale ze względu na to, że jest to badanie wysokospecjalistyczne musi być poprzedzone innym badaniem. Czasem ośrodek już nie stać na to badanie wyższe, bo już wszystkie środki wydane na tą diagnostykę na niższym poziomie, która nic nie powiedziała. Gdyby były jakieś zasady dobrej diagnostyki, to ograniczyłyby to na pewno odpływ pieniędzy. (A.C.)*

Korzystnej sytuacji finansowej nie sprzyja również **niedookreślona odpowiedzialność finansowa dyrektorów**, bo jak przyznaje jeden z zarządzających placówką: *Najgorzej jest zrobić pierwszy dług, tak jak w domu, a później jak się wpadnie w tę spiralę, to tak jak kulka śniegowa to się wszystko toczy. (D.A.)*

Kolejnym obszarem, którego znaczenie dla konfliktów jest bezsporne stanowi **Narodowy Fundusz Zdrowia**.

Kilku respondentów wypowiedziało się krytycznie o działaniach NFZ w odniesieniu do praktycznej działalności funduszu- wyceny procedur medycznych. Zwłaszcza krytyki nie szczędzili tu dyrektorzy szpitali, zarówno publicznych, jak i prywatnych. Negowano przede wszystkim **niejasne kryteria towarzyszące przyznawaniu wysokości kontraktów**:

*Nasz szpital jest po modernizacji, mamy wdrożony system zarządzania jakością ISO od 2004r., w ubiegłym roku zdobyliśmy status szpitala akredytowanego. W 2006 r. byliśmy w rankingu Rzeczypospolitej na 100 miejscu w 2007 na 36 miejscu- dostaliśmy wyróżnienie za największy awans w kraju, więc efekt jest taki że pacjentów mamy coraz więcej. Tylko fundusz tego nie zauważa i traktuje te szpitale, które się starają tak samo jak szpitale mierne. (...) Przez dłuższy okres czasu kredytuje się działania funduszu i podejmuje się ryzyko: zapłacą albo nie zapłacą. Przy podziale punktów i pieniędzy NFZ nie patrzy na stan szpitala, na wykonanie, na jego opinie i osiągnięcia, tylko wszystkich traktują na dzień dzisiejszy równo. (D.A.)*

Od lat poszukuje się sposobów na minimalizowanie kosztów. Zdecydowana większość placówek została zrestrukturyzowana, ale samo **proces restrukturyzacji** budzi wiele zastrzeżeń. Z pewnością najważniejszym jest ten, że w rzeczywistości obowiązek restrukturyzacji spoczywa na zarządzającym zakładem, on też ponosi negatywne konsekwencje przekształceń, zwłaszcza jeśli chodzi o niezadowolenie

pracowników czy pacjentów. Stąd też jak twierdzili badani, restrukturyzacja nie jest zabiegiem prostym, a i niekoniecznie przynosi wymierne efekty. *Największym czynnikiem kosztowym jest wynagrodzenie z funduszu płacy, jeśli się nie zrestrukturyzuje i nie dostosuje do potrzeb to ten problem będzie. Jak przyszedłam do szpitala w 2002r., to niestety zaczęłam od zwalniania pracowników. W latach 1999-2001 dr Sośnierz, który był dyrektorem kasy chorych preferował niepubliczne zakłady i z tych dużych zakładów ZOZ-ów zaczęły się wydzielać POZ, specjalistka i zabierali lekarze kontrakt i ewentualnie swój bezpośredni personel, natomiast w ZOZ-ie zostawała administracja, cała diagnostyka, bo laboratoria dostosowane były do ogromnej działalności, natomiast laboratorium takiej specjalistce czy POZ nie były potrzebne, i zostawała obsługa. Wszystko to zostawało. I ja to zastałam tutaj jak przyszedłam, więc zaczynałam od zwalniania obsługi, administracji, rejestratorek. (D.A.)*

Dla stanu finansów ochrony zdrowia ogromne znaczenie ma kwestia regulacji ogólnopństwowych, czyli ustaleń na poziomie centrali NFZ w Warszawie. Uregulowania te są dla wielu badanych nieprawidłowe, a wręcz są postrzegane jako niesprawiedliwe i krzywdzące.

Po pierwsze, w przeważającej liczbie wywiadów pojawiały się opinie o korzystnej sytuacji, gdy funkcjonowały **regionalne kasy chorych**, choć nie był to długi okres: *Jak patrzemy na system, gdy funkcjonowały kasy chorych przez dwa lata pod rządami premiera Buzka, to był taki okres, kiedy wszyscy się uczyli nowego systemu. Potem za rządów ministra Łapińskiego wszyscy się spodziewali, że nowa ekipa ten system dopracuje, bo system miał wiele ułomności i wszyscy, którzy w nim funkcjonowali doskonale o tym wiedzieli. I ekipa Łapińskiego zamiast system korygować, ona ten system kas chorych, które były samodzielne, mocno samorządowe, bo funkcjonowały w obrębie poszczególnych województw, to ta ekipa w moim przekonaniu system rozwalila. Wprowadziła scentralizowany fundusz zdrowia, niekorzystne dla leczenia specjalistycznego przeliczniki punktów. I tak naprawdę przy NFZ myśmy się cofali w rozwiązaniach systemowych. (A.J.)*

Ponadto, co istotne, niemal wszyscy respondenci przywoływali w swych wypowiedziach prezesa śląskiej kasy chorych a późniejszego prezesa NFZ **Andrzeja Sośnierza**. Jego osoba postrzegana jest korzystnie i kojarzona z istnieniem regionalnych kas chorych, które w odczuciu badanych były dobrym rozwiązaniem dla funkcjonowania ochrony zdrowia na poziomie wojewódzkim: *Dziś się stała rzecz fatalna, bo z NFZ się fajnie rozmawiało, jak był pan Sośnierz i jak te fundusze były podzielone, a dziś jest centrala*

*i co my chcemy rozmawiać z funduszem tutaj, to oni mówią: my bez centrali nie zadecydujemy. Więc my już z tymi nie rozmawiamy w ogóle, w takich drobnostkach wyjaśniamy sobie coś tam. Tu sam dyrektor[oddziału regionalnego NFZ] mówi, że jeśli chcecie coś załatwić to piszcie do centrali, bo my mamy prikaz z centrali i sami nie zadecydujemy. Więc my próbujemy do centrali. Jak był w niej do niedawna Sośnierz, to się udawało, a teraz jest kamień w wodę- my piszemy pisma a tam nikt na nie odpowiada. Mam tam znajomego w Funduszu i on mówi, że tam nie ma ludzi kompetentnych, co chwila zatrudniają kogoś nowego, młodych, ci starzy, którzy jakieś doświadczenie złapią, odchodzą, bo ich w firmach farmaceutycznych lepiej oplacają i przychodzą ludzie, którzy się na niczym nie znają. Albo przychodzi kolejna partia i robi czystkę i wywala tych co byli i wprowadza swoich nieudaczników, którzy od początku zaczynają się uczyć. I co 4 lata następuje zmiana. (P.K.).*

Respondenci wskazywali osobę Sośnierza zwłaszcza w kontekście decentralizacji i obecnej centralizacji działalności NFZ: *To, co się stało, jak minister Łapiński scentralizował służbę zdrowia, to było bardzo źle posunięcie. Nie mówię, że kasy chorych były panaceum na wszystko, ale był to system, który szedł w dobrym kierunku- środki finansowe z danych województw były generalnie rozdzielane na tym poziomie, oczywiście były fundusze pomostowe między kasami, ale było to dobre rozwiązanie, ponieważ centralizacja nigdy się nie przysłuży dobrze, tym bardziej służbie zdrowia, bo co decydent w Warszawie mogą powiedzieć na temat potrzeb szpitali w Krośnie? Rozumiem, że jest jakiś przepływ informacji poprzez dyrektorów oddziałów wojewódzkich, ale środki powinny być rozdzielane na poziomie województw i powinna powstać konkurencyjna kasa chorych ale nie na zasadzie jak się mówi konkurencyjnego ubezpieczenia dobrowolnego, tylko alternatywa dla ZUS- u. Gdyby był konkurencyjny mechanizm, czyli deklarujemy, że nie chcemy odprowadzać składek przez ZUS do NFZ tylko do kasy X, to naturalną kolejną rzeczą wymusiłoby to konkurencję na NFZ, który jako monopolista może pozwolić sobie na wiele posunięć. (D.B.).*

NFZ jako monopolista również jest niekorzystnie postrzegany. Pojawiają się bowiem problemy z komunikacją i załatwianiem spraw najprostszych wobec których ośrodki regionalne NFZ są właściwie bezradne. ***Nie ma decentralizacji w służbie zdrowia. Jest centrala funduszu w Warszawie, są oddziały, które nie są umocowane prawnie, więc one czekają na decyzje centrali. Żeby decyzja w centrali była wydana też upływa czas, więc nawet jak się coś dzieje niedobrego i my czekamy żeby się fundusz ustosunkował, to oddział sam decyzji nie podejmie. (...) Nikt nie konsultuje pewnych decyzji, zapadają one***

na szczeblu centralnym w formie ustawy. Mieliśmy np. taką sytuację, decyzję podjętą na szczeblu centralnym o likwidacji ambulatoriów w pogotowiach, które uzupełniały nam usługi wykonywane w ramach izby przyjęć urazowej; tam byli zaopatrywani pacjenci, kiedy POZ przestawały funkcjonować. My oprotestowaliśmy decyzję funduszu jako samorząd i poinformowano nas, najpierw z Katowic, że oni są tylko oddziałem i właściwie to mogą wykonywać tylko decyzje, które dostaną z góry. Więc jako że jest decentralizacja, odwołaliśmy się do instancji wyższej, czyli do centrali funduszu, także do ministra zdrowia ale oni powiedzieli, że się z tego nie wycofają. Więc jaka to jest decentralizacja, jeżeli tu nawet nie ma konsultacji pewnych decyzji z samorządami, na które się ceduje decyzje i działaniu służby zdrowia na danym terenie. Więc z jednej strony mamy ustawową odpowiedzialność a z drugiej nie mamy nic do powiedzenia, gdy te decyzje strategiczne na górze zapadają. Dalej się to dzieje na szczeblu centralnym a my się dowiadujemy po fakcie, że mamy pewne obowiązki.(...) (A.G.)

NFZ- można mówić, napisać, można dzwonić, można prosić, ale nie ma szans- oni po prostu przychodzą i stwierdzają, że mają taki a taki budżet i dostali wytyczne z Warszawy. (K.R.)

Po trzecie w opinii badanych **decydenci w Warszawie zdają się nie dostrzegać specyfiki województwa śląskiego**: Śląsk jest specyficznym regionem jeśli np. w opolskim jest 5 dużych szpitali, to tu jest dużych szpitali 120, a łącznie z prywatnymi klinikami to jest ich 220 podmiotów, skala też jest duża- tam jest milion mieszkańców, tu jest 4,5, tam nie jest jeszcze jedna trzecia mieszkańców obecna, bo pracuje poza granicami kraju, więc tam pieniądze zostają. W konsekwencji dyrektor NFZ może sobie pozwolić na 15 złotych za punkt. My aby zapewnić minimalny budżet musimy dać 10 zł. Ale jeszcze wiele osób do nas przyjeżdża z tego opolskiego, bo tam nie ma tych specjalności, zaś my kiedyś, może za pół roku będziemy mieć za nich zapłacone. W sumie na Śląsk przyjeżdża dodatkowo ok. 200-250 tys. ludzi, wyjeżdża ze Śląska w granicach 70- 90 tys. (A.H.)

Wśród respondentów sposób działania NFZ wzbudzał liczne kontrowersje. Zwłaszcza w odniesieniu do mechanizmów decyzyjnych stosowanych przez Fundusz. W opinii publicznej funkcjonuje określenie "negocjacje" pomiędzy świadczeniodawcami a płatnikiem, jednak w rzeczywistości niewiele wspólnego mają owe targi z zasadami negocjacji: *Oczywiście, ubezpieczenia dodatkowe też są potrzebne, tak samo jak koszyk podstawowych świadczeń zdrowotnych. Jesteśmy przed wyborami i są populistyczne*



hasła, że wszystkim się wszystko należy. Żadna gospodarka na świecie, mechanizm rynkowy, państwo dużo bogatsze niż Polska nie jest w stanie udźwignąć całości leczenia.(...) Proszę popatrzeć na ten okres między 1999 rokiem a chwilą obecną- przecież w 1999r. kiedy była wprowadzana reforma to wszystkie szpitale zostały oddłużone, generalnie wchodziły bez długów w tą reformę, gdy były tworzone kasy chorych. I przez te kilka lat doszło do sytuacji, że wiele z nich ma nieprawdopodobne długi. W momencie, gdy dyrektorem był pan Sośnierz, można było mówić o negocjacjach, a teraz to w ogóle nie przypomina negocjacji. Przedtem zespół negocjacyjny z NFZ miał pewne widełki i mógł się między nimi poruszać, **a teraz jak się przyjeżdża, to jest już wszystko podzielone i albo się bierze albo nie.** Kiedy te negocjacje były negocjacjami, przygotowywałem się pod kątem merytorycznym, ekonomicznym, żeby udowodnić, że w niektórych przypadkach to, co oni za daną procedurę płacą, jest za mało, starałem się wytłumaczyć, że pod kątem ekonomicznym niektóre zabiegi są nieoszacowane.(D.B.) Dyrektor innej placówki precyzuje: Nie ma negocjacji, to są **pseudonegocjacje.** Ci, którzy siedzą po drugiej stronie dyspozycje mają od dyrektora – tyle ci wolno dać i koniec. Np. dany oddział wykonuje 25% więcej świadczeń niż oni chcą kupić, co roku tak jest i te oddziały przynoszą co roku 25% nadwykonań i oni dalej tego nie kupują, po prostu to idzie w straty zakładu. Co roku były dotąd takie praktyki, że zawierano ugodę na koniec roku i np. mieliśmy nadwykonań na milion złotych i fundusz nam mówi- my wam proponujemy, że zapłacimy na poziomie 20 % czyli 200 tys.- jeżeli się zgadzacie to podpisujemy ugodę, a jeżeli nie- to możecie nas sądzić. (D.O.)

Niektórzy respondenci argumentowali, że Fundusz nie dysponuje jasnymi kryteriami, według których są przyznawane kontrakty, gdyż mimo modernizacji placówek wysokość kontraktów nie ulega zmianie: *W NFZ dają nam umowy do podpisania, mnie się nie zdarzyło odmówić. Ale w trakcie trwania umowy można argumentować, że jest to za mało, pokazywać, że jest kolejka długa, pokazywać, że nie mogę zrobić zabiegu, który wykonują 3 ośrodki w województwie, że ci pacjenci wypływają poza obszar śląskiego NFZ, co nie jest dobre dla NFZ. A gdybyśmy dostali większe środki to moglibyśmy tego więcej zrobić. Oczywiście, że denerwuje mnie gdy kontrakty dostają w mojej dziedzinie NZOZ -y, które operują w zatęchłym bloku na dole, uważam, że takie jednostki jak chcą, to niech robią prywatnie, ale NFZ nie powinien refundować takiego leczenia. W tej chwili na szczęście są jawne kontrakty, ale kiedyś zadałam pytanie: jakie są kategorie, kwalifikacje do kontraktu, gdy zobaczyłam w Internecie, że jeden z NZOZ- ów na początku działania dostał podaje na przykład,*

6.800 a w lipcu ponad 30.000. Zapytałam i praktycznie nie dostałam odpowiedzi. **Nie ma jasnych reguł**, to jest bzdura, co oni mówią, że jeśli wykonujecie całość z katalogu świadczeń, które my jako NFZ możemy kupić, to macie preferencje. Muszę przyznać, że u mnie za wyjątkiem dwóch lekarek, to są wszyscy doktorzy nauk, byli adiunkci, my mamy magistrów pielęgniarstwa, ale to ich nie obchodzi. Nie wiem jak to jest przyznawane, podejrzewam, że rodzinie. (D.P.)

Ciągnie się praktycznie nam kontrakt jaki dostaliśmy na początku, i to, co miałam niewiele mi zwiększają na początku roku jak dostaję negocjacje. Tak, że co komu przyklejone, jeśli kto tam nie ma jakiś wejść. Nieważne, że my kupiliśmy drogi sprzęt, którego chyba nie ma żaden szpital prywatny. NFZ nie interesuje, że pacjent ma świetne zabezpieczenie, że mamy najnowszy sprzęt. To tak samo jak w samochodach, że maluch mercedesowi nie jest równy, tak jest w aparaturze- my pracujemy na najlepszej jakości maszynach na świecie i to nikogo nie interesuje(...) Poza tym ja nie rzucam pacjentami, że oni mają przyjść z wynikami badań, bo pacjent do mnie przychodzi, sami mu krew pobieramy, EKG robimy, sami robimy konsultacje internistyczną, a wiem, że w wielu ośrodkach mojej dziedziny pacjent musi to wszystko przynieść. I na to nikt nie patrzy. Ja zaprosiłam pana dyrektora żeby zobaczył, bo na papierze to można różne rzeczy pisać, ale żeby fizycznie zobaczył jak wygląda sala, jak wygląda sprzęt, bo my to mamy w standardzie europejskim. Trzeba zabiegać o spotkanie, nie ma w tej chwili jasnych reguł co komu. Nie ma negocjacji, jak to było za czasów kasy chorych.(...) W moim szpitalu 1/3 to są pieniądze z NFZ a reszta to pieniądze prywatne, które pozyskujemy różnie- przede wszystkim nie oszczędzamy na sprzęcie- mamy najnowszy, lekarzy wysyłamy na kongresy, za które lekarze nie płacą, prowadzimy prenumeratę fachowych czasopism żeby nasi lekarze byli na bieżąco.(D.P.)

**Negocjacje to jest tylko hasło, a NFZ to dyktat.** Nie ma narzędzi, które pozwalałyby precyzyjnie określić, co jest w jakiej ilości do sprzedania przez Fundusz. W zasadzie to się wszystko opiera na historii; było sprzedane tyle, więc teraz nie ma powodów żeby zwiększyć ilość. Natomiast jeśli przybywa świadczeniodawców, to ten „torcik”, który był na całą dziedzinę trzeba podzielić na więcej kawalków. Z tym, że sytuacja dyrektora niepublicznego ZOZu jest o tyle łatwiejsza, że to czego nie zarobi na Funduszu, może zarobić u pacjenta. Bezpośredniego powiązania nie ma. Co innego jest płatnik, a co innego ten, który reguluje sprawy związane z systemem ochrony zdrowia.(D.W.)

Lecz nie tylko pod względem negocjacyjnym, w opiniach badanych Fundusz nie realizuje wyznaczonych mu zadań, ale również pod względem technicznym, informatycznym działa nieprawidłowo: *Fundusz jest dla mnie instytucją w tej chwili niewydolną. Unieważniono konkursy, myśmy się napracowali, trzy tygodnie ludzie pracowali w soboty i niedziele żeby zdążyć wprowadzić wszystko do systemu. A system jest niewydolny informatycznie, pęka już w tej chwili. I myśmy złożyli im ofertę i nagle się unieważnia konkurs i się pisze, że zbyt dużo błędów zawierały oferty, żeby je rozpatrywać. To cześć prawdy. Prawda jest taka: **to Fundusz nie był w stanie otworzyć tych wszystkich ofert, sprawdzić ich, wprowadzić do systemu i zakontraktować.** Po prostu oni nie dali rady, więc unieważnili konkurs.* (D.O.)

*Fundusz jest dziś dla mnie jedynie przekąźnikiem finansowym, ustawowo ma zabezpieczyć ciągłość i dostępność świadczeń, i wykonywać cele polityczne decydentów- to są trzy takie główne rzeczy, którymi się para fundusz i to jest wg mnie bardzo skostniała struktura, bardzo zła i miałem nadzieję, że zostanie ona zlikwidowana, ale tak się nie stało, bo łatwiej jest trwać niż zmieniać, co jest oczywiste. Tylko trwanie to prowadzi do katastrofy w ochronie zdrowia w Polsce.* (M.E.)

W podobnym tonie wypowiadają się związkowcy. Jeden z nich pyta retorycznie: przed kim tak naprawdę odpowiada NFZ, gdyż jego zdaniem mechanizmy kontroli wobec tej instytucji pozostawiają wiele do życzenia: (...) *od czasu reformy powstała śląska kasa chorych, nie tylko śląska ale w obrębie całej Polski. Przedłużeniem tego jest Narodowy Fundusz Zdrowia, który nic nie wnosi oprócz tego, że nas tu, że tak powiem, szykanuje pod wpływem tak zwanej punktacji. Praktycznie rzecz biorąc NFZ służy do ograniczenia nam środków i możliwości, natomiast cały czas mam jedno notoryczne pytanie: **kto wreszcie skontroluje Narodowy Fundusz Zdrowia?** Gdzie pieniądze przeciekają, po co się robi takie oszczędności na naszym jeszcze żywym organizmie? Z każdym rokiem tych środków na służbę zdrowia jest coraz mniej. One są z premedytacją zmniejszane, z tego co słyszałem to dalsze ograniczenia, powiedzmy zmiana punktacji – da się tym manipulować, żeby poczynić oszczędności na skalę ogólnopolską. To są olbrzymie oszczędności, ale czym kosztem, naszym? My wszyscy płacimy składki, ja nie zawsze bywam lekarzem, coraz częściej bywam też pacjentem. I praktycznie nie można robić na żywym organizmie takiego typu czynności, a potem mówić, że my- biały personel jesteśmy nieudolni.* (M.D.)

Kilka osób zwróciło uwagę na ich zdaniem, marnotrawienie pieniędzy składkowych, publicznych na wysokie pensje urzędników i personelu obsługi pracujących w Funduszu: *Pewne organy w ochronie zdrowia się powielają nie mając żadnej mocy sprawczej, bo czy to się będzie nazywało kasa chorych czy fundusz to jest praktycznie instytucja decyzyjna trwonienia pieniędzy, bo inaczej tego nie mogę nazwać. Bo jeśli słyszę, że przeciętny urzędnik NFZ zarabia średnio 4,5 tyś, a cały czas pan Sośnierz mówił, że on stoi na straży pieniędzy podatników. Kto ich wreszcie skontroluje, żeby nasze ciężko zarobione pieniądze na właściwy cel poszły? Niestety tych urzędników przybywa, powiększa się struktura urzędnicza. (M.D.)*

*Prezes Sośnierz mówił na ostatnim spotkaniu w Warszawie, że teraz będziemy mieli system rozliczeń brytyjski, natomiast zapytaliśmy go czy pieniądze też będziemy mieli brytyjskie. A szczerze mówiąc to te systemy też nas kosztują duże pieniądze a zmienia się je co roku, wchodzi nowe oprogramowanie, za to wszystko płaci się z pieniędzy służby zdrowia, a może te pieniądze lepiej by przeznaczono na pacjenta i raz dobry program wymyślono żeby funkcjonował kilkanaście lat. A tu się okazuje, że wszystko się zmienia kosztem pieniędzy, które powinny pójść na świadczenia.(K.S.)*

### **6.2.1. Prywatyzacja i współpłacenie sposobami na poprawę kondycji finansowej ochrony zdrowia**

*Ochrona zdrowia jest bardzo intratnym sektorem, gdzie można jeszcze inwestować, jest to chyba jeden z ostatnich sektorów, gdzie można inwestować- górnictwo jest urynkowane w części, PKP urynkowały mnóstwo spółek, które prowadzą swoją politykę, przemysł stoczniowy zwinął się. Służba zdrowia to jest największy publiczny zakład pracy w Polsce i on teraz podlega procesowi prywatyzacji. I jak się obserwuje polityków, którzy powinni to korygować, to będzie tak jak było z bankami- zostanie 99% prywatnych banków. (O.A.)*

Ordynator z jednego ze szpitali, wyraził w kontekście prywatyzacji oryginalne spostrzeżenie, że wobec zabiegów prywatyzacyjnych dużą rolę, na zasadzie przeciwwagi, mogą odegrać związki zawodowe. Broniąc praw pracowniczych i kwestii socjalnych, będą oni czymś na kształt ludzkiego wymiaru biznesu: (...) *Etap związkowców i tych działań branżowych jest szalenie potrzebny zwłaszcza teraz, kiedy mamy udziałowców kapitałowych, którzy chcą bardzo intensywnie w tej puli majątku państwowego znaleźć coś dla siebie. W ochronie zdrowia jest szczególne miejsce dla reprezentantów związków, ponieważ oni są głosem większości pracowników i rady społecznej. Własność i kapitał stają się podstawą ustroju, natomiast nie pokryjemy nimi wszystkich potrzeb wszystkich grup społecznych. (O.A.)*

Zwrócono także uwagę na fakt, iż przekształcenia własnościowe w ochronie zdrowia mogą prowadzić do nieuczciwych praktyk, bogacenia się pewnych grup kosztem innych, najczęściej tych, którzy nie mają siły przebicia. *W tej chwili zaczynamy prywatyzować służbę zdrowia i jest to bardzo łakomy kąsek, jest się o co bić. Te placówki, które są w tej chwili publiczne, generują jakieś koszty, przychody, nieliczne mają mikrozyski, ale raczej balansują na poziomie zera. Jeśli staną się prywatnymi jednostkami, zmienią profil, to zyski wzrosną 30 – 40 razy. Mało kto o tym wie- ludzie, którzy funkcjonują w systemach, gdzie jest prywatna ochrona zdrowia wiedzą o tym i ten kapitał, który chce placówki pozyskać jest szalenie agresywny. (...) U nas prywatyzacja odbywa się po cichu, bokiem, w oparciu o kanty, za cichutkim przyzwoleniem polityków. (O.A.).*

Powstaje więc obawa o to kto i za jakie pieniądze będzie leczył osoby ubogie, których nie stać na opłacenie składki. Ponadto zadawane są pytania o zasady według jakich prywatyzacja powinna się odbywać: *Ja nie wiem co znaczy prywatyzacja. Jeżeli to*

*ma być uwłaszczenie majątku, który teraz jest, bez dania konkretnych propozycji co się pacjentom należy w ramach ubezpieczenia, to jestem przeciwna. Bo w prywatnej służbie zdrowia nie ma zlituj się, tam na ile jest pieniędzy- przyjmują i odsyłają do publicznych jeśli pieniędzy nie ma.(K.S.). W rzeczywistości zasady nie są do końca określone i nie powstał do tej pory spójny program przeprowadzania prywatyzacji. Zresztą kolejne ekipy rządzące odzęgnują się od planów prywatyzacyjnych, bo są one niepopularne społecznie, a także jak wskazują badania, wśród osób działających w ochronie zdrowia cieszą się niewielkim zainteresowaniem.*

*Zgodnie z opiniami, jakie można usłyszeć podczas debat publicznych i audycji w mediach, prywatyzacja jest postrzegana jako korzystne rozwiązanie przez środowisko lekarskie( także związek zawodowy lekarzy) oraz instytucje właścicielskie, samorządy, które najkrócej mówiąc chętnie pozbywają się przynoszących straty i zadłużonych placówek. Natomiast z rezerwą a nawet niechęcią odbierane są przez pozostałych partnerów, zwłaszcza związkowych. Lekarze twierdzą, że: *Prywatyzacja- uważam, że jest to bardzo dobre rozwiązanie, które ma szansę uzdrowić ten system, przy przyjęciu jednego założenia: zdrowie jest towarem jak bardzo wiele innych towarów, czyli ktoś może kupić lepsze zdrowie, lepsze lekarstwa, technologie, a ktoś inny nie. (...) istnieje od tego pewien wyjątek- tzn. profilaktyka, promocja, klęski żywiołowe, zagrożenia o charakterze masowym pozostają pod nadzorem publicznym. Powinniśmy dążyć w tym kierunku, wtedy opór społeczny zacznie zanikać, a ludzie zaczną racjonalnie podchodzić do własnego zdrowia. (A.B.)**

*W opinii osób pracujących w organach założycielskich a zarazem właścicielskich prywatyzacja służby zdrowia jest niewątpliwie zjawiskiem korzystnym, a przy obecnej formule finansowania publicznego systemu służby zdrowia, **wydaje się wręcz jedyną alternatywą chroniącą przed całkowitą zapaścią:** *Warunkiem prywatyzacji jest oczywiście zastosowanie mechanizmów gwarantujących ciągłość udzielania świadczeń zdrowotnych i bezpieczeństwo pacjentów, które można wprowadzić. Podmiot prywatny jest zazwyczaj lepiej zarządzany, bardziej elastycznie reaguje na zmiany na rynku i zapotrzebowania pacjentów, a dzięki temu znacznie lepiej wykorzystuje posiadane zasoby. Ma również większe możliwości pozyskiwania środków i dywersyfikacji źródeł przychodów.(...)Na terenie Katowic, pomimo obaw i protestów, po dokonaniu przekształceń w obszarze lecznictwa ambulatoryjnego nie odnotowano skarg czy zastrzeżeń pod adresem sprywatyzowanych placówek. Widoczna natomiast jest poprawa**

stanu technicznego budynków, w których mieszczą się sprywatyzowane przychodnie, wzrost standardu wyposażenia i świadczonych usług.

W ostatnim okresie można także zaobserwować wyraźny wzrost zainteresowania rynkiem usług medycznych ze strony kapitału prywatnego. Wkracza on nawet na obszary rynku medycznego, które tradycyjnie są uznawane za niedochodowe (ratownictwo medyczne, intensywna opieka medyczna etc.). Placówki prywatne zdają sobie sprawę ze znaczenia kompleksowości usług w tej branży. Dlatego inwestują nawet w oddziały czy poradnie nierentowne, mające jednak określone miejsce w strukturze placówki i procesie diagnostyczno- leczniczym, w celu pozyskania i utrzymania pacjenta. Jest to kolejny argument na korzyść prywatyzacji, obalający mit jakoby prywatna służba zdrowia realizowała jedynie dochodowe, wysoko płatne lub komercyjne usługi, przy równoczesnym ograniczaniu dostępności do świadczeń podstawowych i mniej "atrakcyjnych" dla świadczeniodawcy. (B.K.)

O tym, że prywatyzacja nie jest taka straszna przekonuje także przedstawiciel Porozumienia Zielonogórskiego: **Prywatyzacja to jest powstanie spółek prawa handlowego, a nie sprzedawanie sprzętów, budynków itd.** To jest to, czego decydenci nie potrafią w większości zrozumieć, obojętnie z jakiej są opcji politycznej. Prywatyzacja polega na tym, że w budynkach, założymy miejskich, tych, które są pod kontrolą marszałka, wojewody, powstają spółki prawa handlowego, które zatrudniają menadżerów, którzy są rozliczani za efektywność swoich działań. Wtedy byśmy mieli do czynienia z taką sytuacją, że wynik finansowy decydowałby o tym, czy dana osoba będzie cały czas tym menadżerem, dyrektorem zakładu czy nie. A przecież spółka prawa handlowego nie oznacza, że cały kapitał ma być w rękach prywatnych- znam takie gminy w Polsce, gdzie radni się odważyli na założenie spółek prawa handlowego i gmina ma np. 51% udziałów plus radę nadzorczą większościową. **To jest sytuacja, która zweryfikuje menadżerów**, ale żeby to tego doszło to potrzebna jest konkurencja między firmami ubezpieczeniowymi, bo inaczej cały czas będziemy mieć dyktaturę. Życzę kolegom dyrektorom, by udało im się stworzyć tak skuteczną organizację jak Porozumienie Zielonogórskie, by mogli skutecznie negocjować warunki finansowej prawne umów na następne lata. Tam [wśród dyrektorów zakładów publicznych] niestety nie ma tej konsolidacji, dyrektorzy starali się stworzyć różnego rodzaju grupy większe, mniejsze, ale mnie się wydaje, że te wpływy polityczne powodują, że oni do końca nie są w stanie prezentować swojej linii obranej np. przez zarząd. To jest myślę największy problem, na pewno nie jest to powodem, że oni są złymi menadżerami, im trzeba dać po

*prostu możliwości wykazywania się. Ale wykazywanie się to też jest oszacowanie usług medycznych. My powinniśmy sobie wyraźnie powiedzieć, że jeżeli nas stać na 500000 porad ginekologicznych w Polsce w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, to 500 001 musi być zrobiona odpłatnie, i nie może być tak, że zrobimy 750 000 i obniżymy cenę o 1/3, a lekarze i tak to zrobią, a dyrektorzy i tak wezmą te kontrakty. Bo tego typu decyzje zabijają system, ale winni są wszyscy- ci, którzy myślą, że te pieniądze wystarczą, ci, którzy biorą kontrakty i ci, którzy je wykonują czyli lekarze, tu nie jest winny tylko płatnik, ministerstwo, dyrektor. W ogóle nie da się podzielić medycyny na jakieś systemy: POZ czy specjalistykę. To jest wszystko robione, ale to jest sztuczny podział, dlatego że pacjent wciąż przenika. My mamy większe problemy- nie kontrolujemy tego pacjenta, nie wiemy co się z nim dzieje i nie mamy możliwości kontroli wydawania pieniędzy.(M.E.)*

Natomiast strona związkowa dostrzega między innymi dwojakiego rodzaju **ograniczenia prywatyzacji**. Po pierwsze, zdrowie nie może być towarem wolnorynkowym: *Ja uważam, że służba zdrowia nie powinna być wolnorynkowa, ponieważ według mnie można opowiadać o wolnym rynku klienta, który zna się na produkcie. W ochronie zdrowia odbiorca nie zna się na tym, co mu się robi(K.Z.) Prywatyzacja to jest magiczne słowo- klucz do dobroci. A tak wcale nie jest- prywatyzacja po pierwsze, to jest upadłość. (M.Z.)*

Po drugie zaś, istnieje złe nastawienie społeczeństwa do komercjalizacji usług medycznych: *Prywatyzacja w Polsce na dzień dzisiejszy –nie. Mentalność ludzi w Polsce jest trudna. Nie jesteśmy przygotowani do pełnej prywatyzacji i jako pracownicy i jako społeczeństwo. Jako społeczeństwo nie potrafimy zrozumieć, że coś jest droższe (...) niektóre badania same z siebie są tak drogie, że powinniśmy coś z siebie dopłacić. Jako pracownicy- byłoby dużo osób do zwolnienia i na to nie jesteśmy przygotowani. (K.W.)*

Niewątpliwie jednak prywatyzacja wzbudza wiele kontrowersji i skoro tak się dzieje, to badani próbowali podać inne rozwiązania na poprawę sytuacji finansowej placówek ochrony zdrowia. Najczęściej podawanym sposobem było współpłacenie za wykonane usługi. *Dla nas dobrym rozwiązaniem byłoby współpłacenie- Czesi się już przyzwyczaili, bogata Austria, Niemcy też współpracą. Ważne jest by ludzie bardziej o siebie dbali- jak wychodzę z Instytutu Onkologii, wiedzę jak pacjenci leczeni za grube pieniądze przed wejściem palą papierosy. Pacjenci powinni dostawać rachunki by wiedzieli tak naprawdę ile ich leczenie kosztowało.(A.U.)*



Przy czym, jak widać, do ponoszenia dodatkowych kosztów zobowiązani byłiby pacjenci, którzy jawnie lekceważą podstawowe zasady zdrowego stylu życia.

Przytaczano argumenty, że w sąsiadujących z Polską krajach zasada ta się sprawdziła, zaś opór społeczny obecny na początku po kilku miesiącach ustąpił. Ponadto zarówno pośród lekarzy, jak i związkowców pojawiały się opinie, że nie zgadzają się oni z zasadą solidaryzmu społecznego w takiej postaci z jaką mamy obecnie do czynienia. *Jeżeli chcemy się koniecznie posługiwać pojęciem solidaryzmu społecznego, z którym ciężko się nie zgodzić mnie jako lekarzowi i jako człowiekowi przede wszystkim, w dziedzinie zdrowia i życia, to uważam, że solidaryzm powinien obowiązywać ale od góry, czyli solidarni powinniśmy być i powinniśmy się wspierać w sytuacjach, które są poza naszym zasięgiem. Jeśli ktoś potrzebuje przeszczepu wątroby, płuc, skomplikowanej operacji serca, to powinniśmy to współfinansować, czyli płacić na wspólne ubezpieczenia a potem z tego wspólnego ubezpieczenia leczyć tego, który jest najgorzej potraktowany przez los. Natomiast jeśli chodzi o rzeczy, które są w naszym zasięgu, czyli np. wizyty u lekarza rodzinnego, operacje kolana czy wyrostka robaczkowego, powinniśmy za to płacić sami, po to aby wiedzieć, że to wymaga bardzo dużego poszanowania, nie tylko w kategoriach pracy ludzi, którzy to wykonują, ale również w kategorii urzędzeń i rzeczy, które kosztują. Teraz mamy wybitnie oddolny solidaryzm- wszyscy płacimy za wszystkich, bez względu na to, jakie zachowania ktoś z nas przejawia: iluś z nas pali a my płacimy za leczenia tych ludzi, iluś pije, iluś ryzykowanie jeździ samochodem i nam ciężko jest zaakceptować żeby część OC przekazywane było na leczenia ofiar wypadków. Dlaczego nie ma wyższego ubezpieczenia dla osób palących czy pijących albo jeżdżących niezdrowo albo nie uprawiających sportu amatorsko, który wiadomo, że jest zdrowy? Jest pewnego rodzaju urawniłowka, która nie pojawia się w innych dziedzinach naszego życia. Jabłka, chlebek, lalki barbie, samochody każdy kupuje takie, na jakie go stać i to się powszechnie akceptuje.(...) Jeżeli zdrowie jest najcenniejsze, to dlaczego większość z nas bardzo chętnie płaci koszarne wysokie ubezpieczenie za samochody a nie zapłaci za ubezpieczenia własnego zdrowia, tylko domaga się, żeby to było przez kogoś gwarantowane?(A.U.)*

### 6.3. Ochrona zdrowia a polityka- wzajemne powiązania

Polityka w ogromnym stopniu wpływa na ochronę zdrowia. Powiedzieć wręcz można, że zdrowie jest uzależnione od polityki. Obie dziedziny są ze sobą ściśle powiązane, co ma niekorzystny wpływ na funkcjonowanie ochrony zdrowia, gdyż staje się ono kartą przetargową.

T.G.Grosse wymieniał główne zagrożenia płynące dla państwa ze strony polityki i polityków. W kontekście niniejszej pracy analizy Grosse wydają się także przydatne, ponieważ polityka wpływa w istotny sposób na funkcjonowanie ochrony zdrowia. Chodzi tu przede wszystkim o takie kwestie jak realizowanie przez polityków własnych interesów, a nie kierowanie się dobrem wspólnym oraz o praktyki korupcyjne, ujawniane w coraz to nowych aferach. Ponadto sposób prowadzenia polityki ogranicza się często do propagandy nastawionej na doraźne efekty wyborcze, nie zaś rozwiązania systemowe. Nie bez znaczenia, zwłaszcza dla ochrony zdrowia, jest także brak ciągłości rządu-wraz ze zmianą ekipy rządzącej często diametralnie zmienia się podejście do określonych reform- niechlubną tradycją polskiej sceny politycznej jest odrzucanie przez kolejne ekipy rządzące wszystkiego, co poprzedni rząd starał się wprowadzić.<sup>263</sup>

Bez wątplenia polityka wpływa na działanie instytucji ochrony zdrowia: *życie partyjne przekłada się bezpośrednio na funkcjonowanie wszystkich organów od szczebla najwyższego do najniższego(K.S.)*

Niestety uzależnienie zdrowia od zmian politycznych powoduje, że liczy się głównie medialny odbiór polityków, nie zaś rzeczywista chęć do rozwiązywania istniejących problemów: *w tej chwili sytuacja jest taka, że co zmiana ekipy rządzącej, to nam się zmieniają dyrektorzy, więc wygląda to w ten sposób, że nawet ten, kto ma dobrą koncepcję nie do końca ją może zrealizować, bo go zmieniają (K.Z.)* Ponadto ochrona zdrowia traktowana jest niczym kukułcze jajo, uciążliwy element polityki społecznej państwa: *nikt jeszcze nie wziął się za służbę zdrowia, jest ona spychana przez jeden rząd na drugi, na następną kadencję. Trzeba by radykalnych cięć, radykalnych zmian, ale na to nikt się nie chce odważyć. (K.R.)*

Zmiany w systemie ochrony zdrowia mają postać kosmetycznych korekcyjnie nie zaś systemowych przekształceń. Środowisko medyczne przestało liczyć w tej materii na

---

<sup>263</sup> Grosse Tomasz Grzegorz, *Silne państwo, czyli jakie?* [w:] „Analizy i Opinie” nr 59/2006, Warszawa, Instytut Spraw Publicznych, s. 8

zaangażowanie za strony polityków. Pojawia się niewiara w możliwości podejmowania racjonalnych i merytorycznych decyzji przez gremia polityczne. Środowisko medyczne w związku z tym samo chce aktywnie wpływać na politykę zdrowotną, co znajduje odzwierciedlenie w słowach ordynatora jednego z szpitali powiatowych: *Polityka zdrowotna w Polsce polegała na tym, że robiono, co trzeba było zrobić, a raczej nie robiono nic. Bardzo wolne przez ostatnie kilkanaście lat było reformowanie, co spowodowane było obawami polityków, więc myślę, że raczej tymi motorami zmian nie będą politycy, tylko będzie nimi środowisko medyczne, rosnąca jego świadomość i determinacja. I jeśli teraz to, co się rozpoczęło, czyli proces dochodzenia do pewnych standardów, nie zostanie załatwiony w jakiś bezpieczny sposób, może dojść do burzliwego reformowania ochrony zdrowia. (O.A.)*

Sytuację komplikuje fakt, iż politycy nie są jedynymi rządzącymi, co oznacza, że zauważane są różnego rodzaju relacje między światem polityki a np. światem biznesu, co powoduje, że tworzą się grupy nacisku, lobby. Faktycznie to te podmioty kształtują stan ochrony zdrowia, natomiast wpływy polityków schodzą na plan dalszy: (...) *Jest bardzo dużo takich miejsc, gdzie widać, że te pieniądze wypływają w kierunku grup hobbyistycznych. Czyli słabość polityków i brak odwagi do faktycznego powiedzenia społeczeństwu co nas czeka i że to jest nasz wspólny interes, powoduje, że to miejsce zapelniają bardzo sprytni ludzie dysponujący dużym kapitałem wygrywają albo dopłaty do 45 leku z tej samej grupy albo wygrywają dostęp do świadczeń, których nie było w Polsce a które pojawiają się w takim zakresie, że jesteśmy lepsi niż Japonia czy Szwajcaria- przykładem może być kardiochirurgia. To są grupy, które mogą się rozwijać tylko dlatego, że mamy słabo realizowaną politykę centralną. Nie było takiego ministra zdrowia, który miałby program na całą kadencję, niestety to nie minister zdrowia ale premierzy rządu korygują politykę ministerstw. (...) minister powinien odchodzić na zasadzie: odejdę, bo nie zrealizowałem swojego programu. (O.A.)*

Decydenci zajęci sprawami zwłaszcza finansowymi zdają się nie dostrzegać innych, niemniej ważnych problemów ochrony zdrowia. Jednym z nich jest niedobór pewnych kategorii specjalistów. Są specjalizacje popularne, wręcz oblegane, są również specjalizacje deficytowe, do których zrobienia aspiruje niewielu studentów. Konsekwencją tych prawidłowości jest niedobór określonych specjalistów. Jest to oczywiście bardzo uciążliwe dla pacjentów, ponieważ tworzą się kolejki. Jednak w równie dużym stopniu prawidłowości te dotyczą także dyrektorów placówek medycznych. Są oni niejako uzależnieni od lekarzy rzadkich specjalności- chcąc

zrealizować kontrakt specjalista musi być w placówce, więc może negocjować dużo większe stawki wynagrodzenia, skoro przykładowo jest jedynym specjalistą w okolicy. Jak twierdzi dyrektor jednego ze średniej wielkości szpitali: *Nasz system to horror, bo niestety są zbyt duże wpływy różnych lobby i te wszystkie przepisy są praktycznie w interesie czyims. Np. jeśli chodzi o wymagania funduszu, to w 2006r. jak powstał u nas oddział rehabilitacji neurologicznej, to w warunkach konkursu było, że ordynatorem może być lekarz albo ze specjalizacją z rehabilitacji medycznej albo neurolog. Wyloniliśmy ordynatora w konkursie- został nim neurolog dlatego, że lekarzy ze specjalnością z rehabilitacji jest niewielu(...) a od 2008r. są inne warunki konkursu z NFZ i tam w wymaganiach jest napisane, że ordynatorem może być lekarz ze specjalizacją z rehabilitacji. Więc ordynatora, który jest wyloniony z drożdze konkursu, zatrudniony na 6 lat, traci możliwość pracy. Wynika to właśnie z lobby rehabilitantów (...) bo jest ich tak mało i chcą ograniczyć rynek. I tego typu założenia są przenoszone do warunków konkursu. Tak samo jest z gastrologią. Do tej pory mogli w poradniach gastrologicznych pracować lekarze interniści, a w tym roku lekarze z tak wąską specjalnością jaką jest gastrologia. (D.A.)*

Wpływy grup lobbystycznych uwidaczniają się nie tylko w skali mikro, na poziomie jednostki szpitalnej, ale również w skali makro, na terenie województwa czy nawet kraju. Natomiast niedopatrzienia na szczeblu ministerialnym powodują utrudnione działania na szczeblu konkretnych jednostek. W efekcie dyrektorzy mają utrudnione zarządzanie jednostkami ochrony zdrowia, gdyż: *Decyzję muszę uzgadniać z organem założycielskim, z wizją organu założycielskiego zmienia się w zależności od potrzeby politycznej. (D.C.)*

Wpływ polityki na ochronę zdrowia jest negatywny zwłaszcza w kontekście zmian, które są rozłożone w czasie. Wielu rozmówców zwracało uwagę na **brak ciągłości we wprowadzaniu zmian**. Niekonsekwencja w działaniu a zarazem dość duża konsekwencja w odcinaniu się nowych ekip rządzących w odniesieniu do reform poprzedników wprowadza wyjątkowy chaos do ochrony zdrowia: *Co jest ekipa rządowa, co parlament, to się coś proponuje, wprowadza się coś, potem się okazuje, że następna ekipa burzy to wszystko a przecież to jest żywy organizm, jeszcze placówki służby zdrowia, gdzie się ratuje życie ludzkie- uważam, że eksperymentowanie na tym organizmie jest niemoralne. Politycy wciąż nie mają pomysłu jaka ta służba zdrowia ma być(...)(A.G.)*

W odniesieniu do zmian pojawia się jeszcze jedna kwestia- blokowanie ich poprzez istnienie mniej lub bardziej sformalizowanych relacji partyjno- politycznych. Dlatego

też, jak zauważa jedna z przedstawicielek administracji rządowej, najlepiej jest wprowadzać zmiany natychmiast po objęciu stanowisk przez nowych rząd. Nie zdążyły się wówczas wytworzyć sieci wzajemnych powiązań, które istotnie utrudniają przekształcenia: *Jeśli te zmiany były by ustanowione natychmiast po wprowadzeniu nowego rządu, to przez 4 lata jak ten rząd funkcjonuje on ma szansę je wprowadzić, ale wcale nie jest powiedziane, czy następcą tego nie zmieni. Moim zdaniem zasada regionalnych kas chorych była bardzo dobra, jeśli w tej kasie był dobry menadżer to on te kasę utrzymywał i poziom świadczeń w danym województwie był przyzwoity i tak było u nas na Śląsku. I tego inni nam zazdrościli, bo mamy bardzo dobrą bazę, dobrych fachowców i pan Sośnierz ma talent menedżerski. Ale tak nam dokładnie zazdrościli, że spaprali to, co było dobre i niestety u nas jest to podstawa funkcjonowania- spieprzyć to co inni zrobili. (A.E.)*

Kontynuując powyższy wątek, można powiedzieć również, że nie tylko decyzje na poziomie rządowym są odkładane na bliżej nieokreśloną przyszłość, ale również w lokalnych strukturach władzy istnieje duży opór w podejmowaniu niepopularnych uzgodnień: *U nas jest jeszcze oprócz naszego, drugi szpital miejski i już miały być jakieś przemiany, że nasz szpital miał przejść ich kontrakt z interny i pediatrii, a tam miał powstać zakład długoterminowej opieki, co jest naprawdę szalenie potrzebne, bo społeczeństwo się starzeje. I nie powstał. Projekty szumne były, ale ludzie zaczęli krzyczeć, bo przywykli, bo im tak jest dobrze, bo lubią, kochają ten szpital a żaden polityk nie powie: ten szpital jest bez sensu, bo pochłania pieniądze, bo jest tu druga interna, która mogłaby działać tylko w wojewódzkim szpitalu. **Żaden polityk miejscowy nie powie, że to ma być koniec.** Za 5 lat się okaże, że faktycznie tak ma być, ale po co polityk teraz ma to mówić, jak go na drugą kadencję nie wybiorą. Sieć szpitali też nigdy nie przejdzie, to jest tylko puste gadanie. (M.S.) (...) Na sferę administracji publicznej należy nałożyć dążenia polityczne, dlatego, że problematyka ochrony zdrowia jest bardzo dobrą platformą do rozgrywania czy inaczej mówiąc prowadzenia utarczek politycznych. (A.B.)*

Proceder uzależniania ochrony zdrowia na poziomie regionalnym od aktualnej sytuacji politycznej a właściwie od wynikających z niej relacji towarzyskich ilustruje wypowiedź jednego z dyrektorów szpitala: (...) *zupełnie inny jest na poziomie regionów, województw, powiatów. Często w mieście, powiecie, gminie szpital jest największym zakładem pracy. Burmistrz czy starosta zostaje wybrany i nagle ma taki kąsek typu szpital i 600 miejsc pracy. Nawet gdy nie wyrzucił wszystkich i nie zatrudnił swoich, to z samej demografii wynika, że w tej 600 osobowej załodze ileś osób w danym roku*

przejdzie na emeryturę, ileś wyjedzie za granicę, ileś umrze niestety, zachoruje na choroby przewlekłe, kobiety wychodzą za mąż, rodzą dzieci i 3 lata ich nie ma, w związku z czym dla takiego starosty czy burmistrza w takim szpitalu jest do zagospodarowania w ciągu roku 30, 40 etatów dla różnych swoich znajomych, krewnych. Każdy z tych, co dostanie pracę ma rodzina 4-osobową. Przemnożmy 40 miejsc pracy przez 4-osobową rodzinę przez 4 lata. Mamy 800 i teraz przełożmy to na kampanię wyborczą. Żeby to realizować, to starosta czy burmistrz czy ostatnio marszałek Szpyrka zaczyna od tego, że wyrzuca dyrektorów, o których wie, że go wyśmieją, jak z taką propozycją wystąpi, że obsadza swoimi znajomymi szpitale, buduje imperium polityczne dla siebie. Tego przyjmiesz do pracy, tego wyleczysz poza kolejnością, tam rezonans prywatny zrobimy, ale umówmy się, że nie zapłaci, to, tamto. Potem w każdym szpitalu jest bar, pralnia, można to prywatyzować. Firma prowadzi bar, zrobi plakat na kampanię wyborczą i to jest problem polityczny. Gdyby były szpitale prywatne nie ma prawa się to zdarzyć. Oczywiście właściciel prywatnego szpitala może sponsorować kampanię polityka, to są jego pieniądze i jego ryzyko. **Natomiast tutaj przepływy pieniężne są takie, że ktoś kogoś powołał po linii politycznej a on mu po linii politycznej da środki finansowe. Jest to głęboka patologia (D.L.)**

Inny dyrektor dodaje uwagę na temat dużych szpitali, podlegających pod Urząd Marszałkowski: *Marszałek ma szpitale, trochę duże, politycznie urządzone. Są to duże molochy, w których wykonuje się dużo procedur nierentownych, no i jest presja: duży szpital górniczy- jak może upaść? Ja to nawet wiedzę jak rozmawiam z dostawcami- jestem średnim szpitalem, który ma jakieś tam zadłużenie. Ja tej firmie jestem winien pieniądze, dla mnie jest ona w rankingu w pierwszej trójce, a w firmie dostawczej mówią; spokojnie, w szpitalu wojewódzkim są 10 razy bardziej zadłużeni. Jest to **kwestia medialne**, mówi się, że się odłączy gaz, wodę, ale się tego nigdy nie robi. Oczywiście gdzieś tam wyłączali prąd ale zaczynali od pomieszczeń administracyjnych- to są tylko pokazówki.(D.E.)*

W związku z powyższym, wniosek nasuwa się właściwie jeden: **W służbie zdrowia rządzi stagnacja, to jest temat, którego politycy boją się ruszyć, bo trzeba uzmysłwić ludziom, że nie będą mieć wszystkiego, że szpital czy poradnia nie jest miejscem, do którego się przychodzi tylko dlatego, że ktoś się nudzi. Po jest to naprawdę plaga poradni, gdy ci biedni emeryci, którzy nie mają się do kogo odezwać, z każdą głupotą przychodzi.** (M.S.)

Obok merytorycznego przygotowania osób podejmujących decyzje, także ich **postawa etyczna** czasem budzi sprzeciw. Przykładem mogą być słowa ministra L. Dorna, które wypowiedział podczas akcji strajkowej. Wywołały one oburzenie w środowisku lekarskim, co jest zrozumiałe, lecz również zostały negatywnie ocenione przez inne osoby, także spoza środowiska. Przewodniczący dużej centrali związkowej stwierdził w tym kontekście: *Uważam, że argumenty typu Marszałka Dorna „pokaż lekarzu co masz w garażu” uważam za niesmaczne i po prostu wulgarne w stosunku do tych ludzi, którzy są wykształceni i doskonale obeznani ze swoim zawodem i ciężko pracują. (M.C.)* Ponadto poddawana jest w wątpliwości **uczciwość polityków**: *Każdy ma poglądy polityczne, a wyciąganie poglądów politycznych i uzależnianie strajków od opcji politycznej to demagogia. Lekarze strajkują, bo mają interes, system nie wytrzyma długo, mamy za dużo szpitali, za dużo lekarzy. Problem jest taki- jak przejąć i zagospodarować tę część szpitali, którą trzeba zamknąć. Lekarze wiedzą, że czas na strajki i wymuszenie likwidacji przez strajki jest dobry- projekt sieci szpitali określa zestandaryzowane wymogi odnośnie kadry, a nie wszyscy lekarze posiadają odpowiednie kwalifikacje, pielęgniarki również. Jeśli będzie sieć, to poza nią pozostanie dużo jednostek, z którymi coś trzeba zrobić- upadły szpital to możliwość jego sprywatyzowania poza siecią. Każdy polityk, niezależnie z jakiej opcji się wywodzi, który przyjdzie do rządu widzi, że jest za dużo szpitali. Dla pacjentów to lepiej, ale tego w Europie nie ma, bo trzeba je utrzymać a są kapitałochłonne. Kadra w szpitalu straszy pacjentów, że teraz będą jeździć dalej, ale nikt im tego nie tłumaczy, łatwiej jest nastraszyć pacjentów niż wyjaśnić im, że będą mieć te same warunki, tego samego lekarza tylko 2 przystanki dalej. Z pewnością pacjent by się zgodził. Ale u nas jest sposobem nakręcanie konfliktów. Bądźmy uczciwi- to są nasze podatki, najłatwiej powiedzieć, że NFZ jest zły niż analizować rzeczywiste problemy zdrowotne-należy stworzyć też po linii medycznej instytucje o profilu nastawionym np. na starzejące się społeczeństwo. (A.O.)*

Każdy z badanych wskazywał na wzajemne powiązania polityki z ochroną zdrowia, dopatrując się negatywnych skutków tych relacji w odniesieniu dla polityki zdrowotnej. Mówiono o niekompetencji decydentów politycznych, istnieniu układów blokujących postępowe zmiany systemowe oraz traktowaniu ochrony zdrowia jako karty przetargowej. Niestety trudno jest wskazać rozwiązanie, które zmieniłoby te patologiczne praktyki. Jeden z rozmówców skonstatował, że gdyby o ochronie zdrowia decydowali lekarze, sytuacja uległa by poprawie: *Kiedyś minister zdrowia niewiele musiał potrafić, dziś to stanowisko jest naprawdę trudne, bo to nie są laury. Na szczęście ludzie, którzy*

*stają się ministrami zdrowia bądź wiceministrami, to nie są ludzie, dla których kierowca, samochód służbowy i komórka i trochę tego blichtru, który jest, przesłaniają obraz rzeczywistości; są to ludzie, którzy zdają sobie sprawę, że wychodzą na pole minowe, gdzie mogą stracić całą swoją reputację. Przykładem jest profesor Religa, który gdyby nie jego choroba, to jego odbiór po kadencji byłby bardzo zły. Szczęście w nieszczęściu, bo choroba jest bardzo poważna w rokowaniu z tego, co wiemy, podjął się potężnego wyzwania. Ale w życiu nie zawsze to wychodzi, bo często jest tak, że politycy nie mający pojęcia o ochronie zdrowia starają się wpłynąć; nawet jeśli są mądrzy ludzie w ministerstwie zdrowia i funduszu, to popełniają grzech zaniechania, za co mają odpowiedzialność politycy, ale nie związani z ochroną zdrowia, nie lekarze. Gwarantuję, że gdyby tu przy stole usiedli politycy, obecni parlamentarzyści i gdyby to było spotkanie nierozgłoszone medialnie, to byłby konsensus. Natomiast dzisiaj jeden poseł w parlamencie nie znaczy nic, on może znaczyć coś w takim mieście jak Knurów, Rybnik, Zabrze, natomiast tam to jest tylko osoba, która ma podnieść rękę. Decydują dwie trzy osoby w partii a czasem jedna. I to jest największy problem. Gdybym został parlamentarzystą, to popełniłbym największy błąd. Polityka jest bardzo zła, politycy są bezwzględni i często dla nich to jest jedyna możliwość funkcjonowania. (...) Są osoby, które są fundamentem organizacji i jest dużym ryzykiem pozwolenie tych organizacji na dostanie się tych osób do parlamentu, bo oni tam nic nie będą znaczyć jako osoby, natomiast organizacja bardzo dużo wtedy straci. (...) to jest różnica między Polską a Zachodem, gdzie lekarze nie bawią się w politykę a są proszeni o zajęcie stanowisk, jeśli są menadżerami zabierają jakieś tam zdanie, natomiast u nas jest często tak, że lekarze wchodzą w politykę i nie zdają sobie sprawy z konsekwencji zawodowych, bo ucieka się na ileś lat z medycyny. (M.E.)*

Być może proponowane rozwiązanie było by korzystne lecz jak nawet zauważa respondent, będąc lekarzem należy stronić od polityki. Z drugiej jednak strony, nasuwa się refleksja- skoro w sejmie zasiada tak wielu lekarzy to dlaczego nie potrafią oni skutecznie wpłynąć na kształt reform zdrowotnych? Konstatacja jest w miarę oczywista- polityka wciąga i zmienia człowieka, czyniąc z idealisty pragmatyka, zaś układy partyjne powodują, że pojedyncze głosy praktycznie są bez znaczenia.



#### 6.4. Wpływ zarządzania placówkami na sytuacje konfliktowe

Bycie dyrektorem w placówce ochrony zdrowia nie należy do zadań łatwych, choć zdarzają się menadżerowie, którzy pełnią tę funkcję w dużej mierze po to, by podwyższyć swój status społeczno- ekonomiczny. Niemniej jednak, abstrahując od jednostkowych motywów, powiedzieć należy, że zarządzanie w ochronie zdrowia jest utrudnione ze względu na mankamenty systemowe, presję mediów i opinii publicznej, naciski polityczne oraz mnogość coraz bardziej aktywnych związków zawodowych.

Wszystko to sprawia, że na terenie województwa śląskiego według opinii respondentów nie mamy zbyt wielu dobrych menadżerów: *My nie mamy w opiece zdrowotnej menadżerów do zarządzania. To są przypadkowe osoby, które zajmują stanowisko dyrektora szpitala, nie będąc do tego przygotowanym. Najczęściej są to lekarze, którzy uczą się w trakcie pełnienia tej funkcji, zarządzania. Brakuje na pewno w wielu przypadkach dyrektorom szpitali umiejętności komunikowania się z pracownikiem. W dalszym ciągu jest ten styl: wydałem, poleciłem i należy wykonać. Ale teraz mamy inne czasy. Brak dobrej komunikacji powoduje sytuacje niepewności, a z tej niepewności do strachu czy leku i konfliktu jest łatwa droga. Mamy przykład w Gliwicach, gdzie dyrektor spotkał się z pracownikami i powiedział, że nie ma pieniędzy i będą zwolnienia. Nie wyjaśnił jednak sytuacji, a każdy może wstać i powiedzieć, że mamy złą sytuację finansową, bo słyszymy to od 10 lat- zaczęły się więc plotki, powodujące napiętą atmosferę w placówce. Uważam, że ważną rolę odgrywa tu też organ założycielski, który jako likwidator szpitala powinien przedstawić załodze zasady przekształcenia placówki- jeśli tego nie zrobi to wywołuje niepotrzebny konflikt w całej załodze. W wielu miastach powymieniano dyrektorów i wszędzie mamy konflikt, wywołany nie tylko żądaniem płacowymi ale również podsycany informacjami, że ludzie stracą pracę. Moim zdaniem nieumiejętna rozmowa, nieumiejętna komunikacja pracodawca- pracownik jest przyczyną wielu konfliktów. Uważam, że dobór na stanowiska kierownicze jest przypadkowy i nieprzemyślany. W Europie są to osoby przygotowane do zarządzania w służbie zdrowia, to są menadżerowie. To jest bowiem bardzo specyficzna działka- szpital nie będzie przynosił zysków, nie może przynosić zysków, ale należy się starać by był zbilansowany finansowo. Nie można od kilku lat rozwiązać konfliktów- one się wyciszają i narastają, od 1998r. ciągle jest nieuregulowana sytuacja. Gdzieś wprowadzając ustawę, wprowadzano błąd, który się kontynuuje. Nie ma prawidłowej komunikacji, bo pracownik widzi, że są remonty,*

modernizacje sal, a pracownikom ciągle się tłumaczy, że nie ma dla nich pieniędzy na podwyżki.(A.O.)

Niektórzy respondenci twierdzą wręcz, że dyrektor w równym stopniu może utrudniać zmiany w placówkach, co związki zawodowe: *Silą hamującą są związki i dyrektorzy. Dyrektor, który się boi, że utraci swoje stanowisko, podburza związki. Są to dwie różne strony, ale w pewnym momencie one się schodzą, najczęściej w sytuacji, gdy chcemy coś z czymś łączyć. (A.U.)*

Jednocześnie respondenci starali się wskazać przyczyny takiego stanu rzeczy, niejako usprawiedliwiając zarządzających. Przedstawicielka administracji samorządowej zauważyła: *Na rynku nie ma zbyt dużo menadżerów, którzy znają się na służbie zdrowia, zresztą to zawsze była specyficzna, trudna działka, właśnie przez to, że nie ma systemowych rozwiązań, nie ma modelu prawnego, który by umożliwił prawidłowe funkcjonowanie tych placówek.(...) Są osoby przypadkowe na stanowiskach menadżerów, bo powiem ze swojego doświadczenia, że nie ma ludzi zainteresowanych zarządzaniem w ochronie zdrowia. Problemów jest bardzo dużo a pieniądze, które ci ludzie dostają też nie są wielkie, nawet jeśli się kontrakty menedżerskie wprowadza, to też są kwoty, których nie można przekroczyć, bo jest ustawa, która określa granice wynagrodzeń. To też powoduje, że takich naprawdę prawdziwych menadżerów jest kilku w kraju. (A.G.)*

W podobnym tonie wypowiada się dyrektor placówki prywatnej: *Nie mogę powiedzieć, że dyrektorzy publicznych ośrodków są złymi menadżerami, bo oni borykają się z wieloma problemami. Na pewno powinno być wymagane od kogoś, kto zarządza publiczną służbą zdrowia nie tylko to, że powiedzmy on jest tylko lekarzem, bo z tego generalnie nic nie wynika. Tak się utarło, że dyrektorem szpitala musi być lekarz, a przecież on może mieć zastępcę ds. medycznych, który mu w kwestiach merytorycznych doradza. Zarządzanie szpitalem porównałbym do zarządzania przedsiębiorstwem, do czego muszą być podstawy ekonomiczne, zarządzania strategicznego i operacyjnego niż znajomość jak się wykonuje jakiś zabieg chirurgiczny. Jestem absolwentem Instytutu Zdrowia Publicznego przy Kolegium Medicum U i myślę, że każdy dyrektor, który zarządza szpitalem z nie ma do tego podstaw profesjonalnych, wiedzy teoretycznej, powinien takie studia podyplomowe skończyć.*

*Trudno mi się wypowiadać o kompetencjach dyrektorów publicznej służby zdrowia, bo przychody z NFZ są takie jakie są, koszty też, jest bardzo duży opór wśród ludzi, żeby cokolwiek zmienić, bo niestety wszyscy patrzą przez pryzmat chcemy, żeby było lepiej, ale*

*nikt nie chce ponieść konsekwencji, więc co ten biedny człowiek ma zrobić. **To nie jest prosta sytuacja i chylę czoła przed tymi ludźmi, którzy potrafili z niej wybrnąć i zminimalizować te długi i szpital zaczął przynosić jakieś tam zyski.** (D.B.)*

Zdecydowana większość badanych stwierdziła, że w pełnieniu funkcji zarządzającego placówką ochrony zdrowia przeszkadzają czynniki polityczne: *My- Polacy powinniśmy się nauczyć, że dyrektor powinien być neutralny a politykę zostawić politykom.* (A.G.) (por. rozdział polityka a zdrowie – wzajemne powiązania) oraz relacje towarzysko-koleżeńskie. Respondenci dostrzegają te zjawiska i traktują je jako prawidłowości- dyrektorzy są w mniejszym lub większym stopniu powiązani z decydentami politycznymi, a także z grupami zawodowymi, z których się wywodzą. Na mianowanie dyrektorów ogromny wpływ mają uwarunkowania polityczne, wraz ze zmianą ekipy rządzącej zmieniają się zarządzający, częściej według uznania i opcji politycznej niż merytorycznego przygotowania (...) *co chwilę zmieniające się władze samorządowe i co chwila jest zmiana, wyrzucanie lekarzy- dyrektorów, odwoływanie, podgryzanie się- to jest choroba naszej ochrony zdrowia* (M.C.)

*Co 4 lata albo teraz co 2 następuje zmiana na stanowiskach dyrektorów i bierze się: mierny ale wierny. Nic się nie zmieniło od PRL-u, tego starego PRL-u i leninowskie powiedzenie, że o wszystkim decydują kadry jest aktualne, własne kadry trzeba dodać. Generalnie mówię, że służba zdrowia jest źle zarządzana, przyczyn jest wiele ale generalnie nie ma ciągłości decyzyjnej, jak i również wizji, że w jakimś kierunku zmierzamy czy przyjdzie ta ekipa czy ta, ale jest ten program wytyczony i jest na niego zgoda społeczna partnerów społecznych. Zmienia się władza co 4 lata a teraz co dwa i znowu zostają wszyscy wymiecieni i co jest w stanie zrobić dyrektor w ciągu półtora roku? Bo jeszcze pół roku upłynie zanim znajdą następcę. Zdarzają się też przypadki, że **mianują dyrektora, który nie ma uprawnień**- wtedy się robi bardzo fajny wymyk- p.o. dyrektora- pełniący obowiązki i on może pełnić obowiązki w nieskończoność, nie ma ograniczenia.(...) Powiedziałem już dawno o tym, że nieszczęście polega na tym, że ryba psuje się od głowy a skrobią ją od ogona.* (M.C.)

*Zdarza się, że dyrektor-lekarz jest doskonałym menadżerem, ale to są wyjątki. Organ założycielski, np. marszałek województwa ma jakieś szpitale i jak się zmienia ekipa, to przychodzą i odwołują dyrektorów czy on jest dobry czy jest zły, czy ma jakieś sukcesy czy nie, odwołują, bo tam musi być nasz. **A szkoła i służba zdrowia powinny być wyłączone spod reguł czysto politycznych*** (K.C.)

W pewnym sensie jako usprawiedliwienie brzmi teza, że dyrektorzy faktycznie wywodzą się z rozmaitych lobby, ale i tak nie ma to zbyt dużego znaczenia, gdyż nie są swobodni w podejmowanych decyzjach i tak naprawdę niewiele mają do powiedzenia:

*W szpitalach nie zasiadają przypadkowe osoby, to są ludzie z układów. Jeśli dyrektor X jest dyrektorem już w trzecim szpitalu, to na pewno nie jest to taki dobry menadżer tylko jest to jakiś układ prawdopodobnie. (...) w tej sytuacji kogo by nie dali[na stanowisko dyrektora], to na czym to ma polegać jego praca- jednemu ma odebrać 2 złote, a drugiemu dać, to jest miernota tu taka, najlepszy menadżer nic mądrego z tego nie zrobi. (M.S.)*

Osoby badane zwracały uwagę na fakt, że dyrektor- lekarz może „trzymać stronę” kolegów lekarzy, robiąc to nawet podświadomie, skoro wcześniej pracował z tymi osobami na oddziale: *Generalnie dyrektorzy powinni wywodzić się z innej placówki, bo wytwarzają się zależności i współzależności. To jest kolega i z nim nie wypada się kłócić ząb za ząb przy stole negocjacyjnym, bo pewne rzeczy nie uchodzą. Często jest tak, że osoba awansowała, przechodziła poszczególne szczeble i wszyscy ją znają i nie ma już takiego autorytetu. Ktoś, kto przychodzi z zewnątrz nie ma tych powiązań. Nie mówię, że one są patologiczne, ale są czasami towarzyskie i to już wystarczy, bo jak powiedzieć koledze, z którym się pracowało albo jest się na „ty”, że tak dłużej być nie może. To jest trudna sytuacja. Później, gdy dyrektor jest zbyt ostry, to się sięga do środowiska[lekarzkiego] poprzez Izby Lekarskie, są naciski i tutaj dobrze by było, gdyby byli rzeczywiście menadżerowie niepowiązani. Ale jak przychodzą ludzie z zewnątrz, którzy nie mają bladego pojęcia o funkcjonowaniu służby zdrowia w placówce, a traktują ją jako zakład produkcyjny, to tutaj też można wylać dziecko z kąpielą. Nie można patrzeć tu w kategoriach stricte ekonomicznych, bo są jeszcze inne względy- moralne, odpowiedzialności za pacjenta, więc jest to bardzo skomplikowane. I z kolei taką sytuację, gdy idzie ordynator i mówi, że potrzebuje leku, który działa na pacjenta, ale go nie ma w wykazie obowiązkowym, to wtedy dyrektor-lekarz go zrozumie. (K.S.)* Dlatego też niektórzy sugerują, że sposobem na uniknięcie powyższych związków, jest zatrudnienie dyrektora spoza załogi, co wydaje się najkorzystniejszym rozwiązaniem: *Ja generalnie wychodzę z założenia, że ten główny dyrektor- lekarz, to nie jest dobra sprawa. Najważniejszym dyrektorem powinien być dyrektor, który nie jest lekarzem. Ma to znaczenie, zwłaszcza wtedy, gdy się wywodzi z danego szpitala- to jest bardzo duże nieporozumienie, bo nie idzie odciąć pępowiny, nie da się nie myśleć o tych*

*ludziach, z których się wywodzi, już nie mówię o środowisku lekarskim ale o własnym oddziale. Jest bardzo trudno się odciąć i jest to dla mnie duże nieporozumienie(K.W.)*

Sami dyrektorzy również dostrzegają tego typu sytuacje. Jeden z dyrektorów twierdzi wręcz, iż dzięki temu, że pochodzi z innego miasta, niż to, w którym znajduje się miejsce pracy, gwarantuje mu prawidłowo merytorycznie pracę, gdyż nie jest osobą powiązaną towarzysko z żadną grupą zawodową czy lobbystyczną: ***Ja nie jestem osobą powiązana towarzysko z nikim***, w związku z tym podejmowane przez mnie decyzje mają tylko podłoże racjonalne, ekonomiczne. *Dzisiaj po jakimś czasie jak jestem dyrektorem trudniej by było podjąć decyzję o zwolnieniach, niż to było na początku. Wiadomo, że w zakładzie jak się nie przeprowadzi w ciągu roku tego, co się chce, to później jest coraz trudniej.(D.A.)*

Niekorzystnie oceniane jest także przez respondentów- niemenadżerów, tworzenie kilku stanowisk dyrektorskich i mianowanie przez dyrektora głównego zastępców, co generuje dodatkowe koszty: (...) *Myśmy mieli 26 milionów długu, częściowo ten zakład został oddłużony i dług co nieco zmniejszył się, ale to my musimy z tej chwili wyprowadzić zakład swoją katorżniczą pracą. Dla nas nie ma żadnych podwyżek, co się tłumaczy tym, że zakład jest w dramatycznej sytuacji. Ja się pytam- czy to myśmy doprowadzili do upadłości tego zakładu? Jaki wpływ miał szeregowy pracownik na postępującą upadłość? Żadną, natomiast mieli kolosalny wpływ menadżerowie tego zakładu, którzy w dalszym ciągu pozostają nimi. Oni topią ten zakład, nie ponosząc za to konsekwencji. Rewelacyjnie- nic nie robić tylko być menadżerem i nie odpowiadać za nic. U nas jest 3 dyrektorów- dlaczego? Ano dlatego, że jest np. dyrektor ds. lecznictwa, który nawiasem mówiąc pracuje na 5 etatów, jest dyrektorem ds. lecznictwa, ponieważ jest lekarzem. Musi być zastępca dyrektora ds. lecznictwa, skoro pielęgniarka jest naczelnym a nie jest lekarzem. Więc dlaczego na czele zakładu postawiło się pielęgniarkę, zamiast dać lekarza i oszczędzałoby się na zastępcy ds. lecznictwa, który nie musiałby być. Po co zatrudniać dyrektora nie będącego lekarzem- żeby zatrudnił sobie zastępcę, który też bierze pensje menażerską. A trzeci z pensją menażerską to jest główny księgowy, który zapragnął, gdy zakład był w największym zadłużeniu, dolku finansowym, być dyrektorem ds. finansów. (...) on powiedział, że jedynym ratunkiem dla tego zakładu jest zejście, jak on to malowniczo, nazwał, z zatrudnienia, czyli zwolnienie około 50 % pracowników. Kogo zwolnili- biały personel. Najlepsi lekarze od nas odeszli, najlepsze pielęgniarki, czyli ci ludzie, którzy wypracowywali kontrakt w danym roku. W tej poradni pracowało 4 chirurgów na pełnym etacie i wszyscy mieliśmy co robić, dzisiaj zostałem sam i walczę*

*z tłumem. To zejście z zatrudnienia miało zmienić sytuację zakładu, miało być na podwyżki i wyprowadzenie zakładu z długu. A jest wręcz przeciwnie- nie dość, że zakład nie został wyprowadzony z długów, to wpadł dopiero w depresję finansową, do upadłości włącznie. Natomiast autor planu ma się dobrze, bo został dyrektorem. (...) O tej sytuacji wiedzą wszystkie związki, ale żaden się nie wychyli, bo dostanie nie powiem w co(...).(M.D.)*

Podobne wątki pojawiały się w innych wypowiedziach. Zwłaszcza kwestie odpowiedzialności menadżerów za prowadzone przez siebie zakłady budzą zastrzeżenia. Przepisy prawne są w tej materii dosyć niejasne, a właściwie łagodne, gdyż za zadłużenie placówki odpowiada organ prowadzący nie zaś osoba zarządzająca. Powoduje to szereg nieprawidłowości finansowych i chroniczne zadłużenie niektórych jednostek: *Dyrektor z ustawy o ZOZach niby ma jakieś kompetencje, ale on ma kompetencje wynikające z zarządzania i nadzorowania działalności i z tego organ założycielski go może go sprawdzać, natomiast on nie jest w pełni odpowiedzialny za to, co w tym szpitalu robi, nie ma takich przepisów. Cały czas się mówi o tym, żeby do ustawy o zakładach opieki zdrowotnej wprowadzić pewne zasady funkcjonowania menadżera czy dyrektora z ustawy o przedsiębiorstwie państwowym, bo tam menadżer czy dyrektor ponosi konkretne konsekwencje w momencie gdy coś się dzieje a w szpitalu tego nie ma. I z jednej strony ten rynek jest i wszystko idzie w stronę tego rynku, a z drugiej strony istnieje bariera żeby nie wszystko z tego rynku do szpitala weszło- to są kwestie kontroli, upadłości. Gdy źle funkcjonuje- upada ale w przypadku szpitala to nie jest takie proste. (A.E.)*

Dyrektor jednego ze szpitali szczerze przyznaje: *W naszym publicznym zakładzie, jeśli dyrektor doprowadza do trudnej sytuacji finansowej placówki, to właściwie odpowiada właściciel. Bo jeżeli nastąpiłaby likwidacja placówki, bo tylko taka decyzja może być, ale trzeba wtedy wskazać tego, kto przejmie świadczenia likwidowanego zakładu, więc nasza odpowiedzialność jest bardzo duża. Gdy podejmujemy decyzje i znajdujemy kogoś, kto to świadczenie przejmie, to musimy pokryć wszystkie zobowiązania w przypadku likwidacji. Kiedy się ma jedną placówkę to jeszcze można coś zrobić, ale w przypadku gdy się ma 5 placówek, z których każda ma inny profil, inne potrzeby, każda ma inne problemy, które nie są podobne, działalność nie jest jednoimienna, żeby je np. połączyć, to jest bardzo trudne. Myślę, że trzymając te 5 placówek, to od 1999r. to są największe problemy tego powiatu. Cały czas nam brakuje pieniędzy, cały czas musimy je skądś pozyskiwać, jak nie poręczać kredyty, to szukać wsparcia zewnętrznego, np. unijnego, żeby te placówki wesprzeć. (A.G.)*

Kwestia odpowiedzialności za prawidłowe funkcjonowanie placówki medycznej w świetle działań podejmowanych przez dyrektora może być rozpatrywana w powiązaniu z podziałem na szpitale publiczne i prywatne. Dyrektorzy jednostek publicznych nie dostrzegali tego typu uwarunkowań, natomiast dyrektorzy szpitali prywatnych podkreślali specyfikę swych stanowisk w odróżnieniu od stanowisk menadżerów publicznych: *Ja wiem o wszystkim, począwszy od tego ile jako kosztuje na jajecznicę, a skończywszy na tym, co się na sali operacyjnej dzieje- ile się zużywa jakiś medykamentów, ja to skrupulatnie sprawdzam, żeby przecieków nie było, chociaż ich nie ma. Ja nad tym czuwam, czuwam nad tym, żeby komputery pohasłować, żeby mi nikt godzinami po nocach na komputerze nie siedział- tu są te oszczędności i moja głowa w tym, żeby nad tym wszystkim zapanować. Ja jestem 24 godziny do dyspozycji i personel wie, że ja muszę o wszystkim wiedzieć.* (D.P.)

Po czym pani dyrektor dodaje, że uzasadnione jest, by menadżerowie zarabiali dużo: *Nie wiem czy w publicznej ochronie są dobrzy czy źle menadżerowie, ale może mają czymś związane ręce. Byłam bardzo zdziwiona, gdy się ostatnio dowiedziałam, że menadżerowie dużych jednostek nie mogą zarabiać więcej niż, podobno niż 4-krotna średnia krajowa.(...) a jak on będzie miał ograniczony zarobek, to czy on zrobi dochód czy nie, to takie same pieniądze dostanie. Ja jeśli nie zrobię dochodu, to pójdę bez pensji. U mnie ja mam podpisaną odpowiedzialność materialną i ja dbam o najdrobniejszy szczegół od pojemników na waciki począwszy a skończywszy na podłogach, których nie można niszczyć.* (D.P.)

Z powyższymi uwagami zgadza się również pracownica administracji rządowej: *Zupełnie inaczej się pracuje będąc dyrektorem niepublicznego podmiotu, który powstał z własnej nieprzymuszonej inicjatywy, na własnej bazie lokalowej, gdzie skrzyknęło się kilku chętnych, którzy zakupili coś, robią coś powolutku, małymi kroczkami idą do przodu. Pracują na swoim, wkładają wkład własny, wiedzą w co inwestują, wiedzą, że inwestują w niepewny rynek, bo nie wiedzą czy dostaną kontrakt czy nie. Inna jest sytuacja w przypadku publicznego zakładu- [menadżer] musi zarządzać tym podmiotem ale zarządzać w sposób kontrolowany, bo on podlega jednostce samorządu terytorialnego i to nigdy nie jest samodzielna praca. Są różne naciski polityczne, niepolityczne, regionalna, to jest ciężki kawałek chleba. I dodatkowo jest bicz- dostajesz środki z NFZ- u ale nie wolno ci dorobić na dodatkowych procedurach.* (A.C.)

Respondenci, nie będący menadżerami, a także nie będący lekarzami zwracali uwagę na niekorzystną w ich mniemaniu praktykę sprawowania funkcji dyrektora placówki przez lekarzy: *Wydaje mi się, że szpitale, które zostały przekształcone w samodzielne publiczne zakłady do ok. 1995r. miały przyzwoity start i dobrego zarządzającego w nich nie ma problemów(...) generalnie wszystko zależy jaki był start do funkcjonowania w nowych warunkach i potem to narastało. Np. szpital dziecięcy w Ligocie zaczął funkcjonować z ogromnymi długami, bo wszystkie koszty wyposażenia szpitala już były wliczone nie w koszt inwestycji, tylko w koszt funkcjonowania szpitala, więc jak oni zaczęli mieli już miliony długów. Oni mają takie długi, że praktycznie nie da się nic zrobić, ale jest takie rozwiązanie, tam po cichutku czasami się o tym mówi, ale nie przed wyborami-tym rozwiązaniem jest sprzedaż długów. Z tym, że była już taka propozycja wobec szpitala dziecięcego z Ligoty- jedna z instytucji finansowych na Śląsku miałaby sfinansować, kupić te ich długi, oni mieli by czyste konto ale warunkiem było udostępnienie dokumentacji finansowej i wprowadzenie jednej osoby, obserwatora zarządzającego do dyrekcji, ale szpital się na to nie zgodził. Ja myślę, że tu jest bariera mentalna, z jednej strony dyrektorzy chcieli by mieć rynek, ale z drugiej strony w momencie gdy te instrumenty rynkowe starają się jakoś wejść w ten szpital to nie mogą, bo oni są samodzielni. **Ja czasami wygłaszam agresywne poglądy, ale lekarze nie powinni być menadżerami, są pojedyncze przypadki kiedy tacy lekarze sobie dają radę, ale to nie dotyczy takich szpitali wielospecjalnościowych.** Lekarz nie wszystko łapie, nie ma takiego szerokiego spojrzenia, bo szpital jednospecjalistyczny to jest praktycznie jak duży oddział szpitalny, a w momencie gdy jest dużo specjalności to już to wygląda zupełnie inaczej. (A.E.)*

Niektórzy związkowcy wypowiadają się w podobnym tonie: *Do dyskusji na temat funkcjonowania ochrony zdrowia jestem przygotowana, ale mam wrażenie, że po drugiej stronie, dyrektorów, mam wrażenie, że oni nie są. Spotykam się z takimi typowymi uwarunkowaniami solidarności zawodowej, że lekarz jest jednak dyrektorem i się utożsamia z lekarzami, ja to rozumiem, ale wydaje mi się, że jak się podejmuje wyzwanie bycia dyrektorem szpitala, to jest się dyrektorem dla wszystkich. (K.Z.)*

Niemniej jednak pozostali respondenci byli zdania, że fakt czy dyrektor jest z wykształcenia lekarzem czy też nie, nie ma znaczenia jeśli chodzi o pełnienie funkcji zarządzającego. Liczy się także oprócz przygotowania merytorycznego i zacięcia ekonomicznego umiejętność traktowania szpitala jako systemu, całości, a pracowników



jako zespołu. Niestety te ostatnie predyspozycje są stosunkowo rzadkie i ujawniać się mogą częściej właśnie w sytuacji, gdy dyrektorem jest lekarz. Nie jest to jednak regułą: *Za mojej kadencji było 5 dyrektorów, którzy byli lekarzami z wykształcenia. Wydaje mi się, że wykształcenie niekoniecznie wpływa na pełnienie funkcji ale podejście osoby na stanowisku dyrektora. Mieliliśmy dyrektora, który był lekarzem, z nim można było rozmawiać, uzgadniać i patrzył przez pryzmat dobra wszystkich i był to jeden jedyny dyrektor, który zwiedził szpital w zasadzie od dachu do piwnic- on wiedział czym zarządza. Inni dyrektorzy tego nie czynili. Można odnieść takie wrażenie z perspektywy czasu z tego, co tu się działo, że te oddziały pomocnicze były traktowane po macoszemu- zawsze był hołubiony personel biały a ten czarny, jak my tu w żargonie nazywamy, jak drugi garnitur. (M.B.)*

*Nie ma znaczenia czy dyrektorem szpitala jest lekarz, bo dyrektor szpitala ma do spełnienia określone funkcje. Wykształcenie medyczne jest mu z jednej strony bardzo pomocne, bo rozumie szereg zjawisk, pod warunkiem jednak, że rozumie na czym polega zarządzanie. I uzupełni niedobory swojej wiedzy i umiejętności np. swoimi zastępcami, pełnomocnikami czy doradcami. To samo musi zrobić zarządzający ekonomista. Jeśli potraktujemy szpital jak zwyczajną fabrykę, zwyczajne przedsiębiorstwo to znaczy, że zarządzać nim może ekonomista, który ma osiągnąć zysk bez względu na to, co się tam będzie działo. Jeśli jednak uzna się, że szpital nie jest przedsiębiorstwem, bo życie jest największą wartością, to wtedy musimy uznać, że samo czyste zarządzanie, czysta ekonomia nie wystarcza, potrzebna jest etyka. (A.B.)*

Wspomniane wcześniej osobiste predyspozycje do efektywnego zarządzania, nie zawsze są uwzględniane, co prowadzi do sytuacji, że osobą zarządzającą zostaje osoba "spoza branży", nie mająca pojęcia o istocie funkcjonowania placówki ochrony zdrowia: *Wszystko zależy od relacji pracownik- dyrektor czy zarząd danej jednostki. Jeżeli jest to dyrektor z nadania politycznego, bo tak to się dzieje, to na pewno zawsze będą niesnaski. Żeby tylko dyrektor chciał rozmawiać z pracownikami- jeśli się przychodzi na rady społeczne, to jest takie ciało opiniotwórcze, to dyrektor mówi, że związki nie mają prawa tam być. On nie zna podstawowych zasad. Teraz organizujemy szkolenie dla dyrektorów i jeśli on- dyrektor dużego szpitala nie wie, że trzeba podać NIP i Regon do wystawienia faktury, to o czym będziemy mówić? Ale nauczyciele, górnicy, ludzie z miernym wykształceniem są dyrektorami szpitali, a nie słyszałem, żeby lekarz był dyrektorem szkoły. A nauczyciele są menadżerami w służbie zdrowia- to jest abstrakcja. Jest przypadek, że górnik został dyrektorem jednego z dużych szpitali na Śląsku, bo ma być*

*menadżerem. Jest jego zastępca ds. medycznych, tylko pan dyrektor wyleciał już z kilku zakładów, gdzie nie zrobił nic. Tylko u nas w Polsce jest coś takiego jak ktoś ma glejt dyrektora, to on nie ma żadnego zawodu, tylko zawód dyrektor i przechodzi z jednego krzeselka na tym samym poziomie. Teraz jest jeszcze gorzej niż kiedyś, bo kiedyś to było po linii politycznej, a nawet było łatwiej, bo był pierwszy sekretarz i przedstawiało się tu problem a on chociażby z tego powodu, żeby pokazać, że on może coś załatwić, on to załatwił. A teraz jest gorzej, bo my jesteśmy solidarni, dla pracowników dbamy o czas pracy i pieniądze, a związkowi gorzej jest coś załatwić, bo oni szukają jakiegoś podtekstu, a człowiek jest niby z tej samej strony. A najgorsze jest to, że osoby, które wyszły kiedyś z Solidarności, tacy starzy działacze, to są teraz główni wrogowie Solidarności. (M.Z.)*

Jak wynika z powyższych opinii dobry dyrektor jest cennym nabytkiem dla placówki. Powinien zręcznie manewrować między związkami, organem założycielskim, który go powołał oraz NFZ, od którego zależy kontrakt. Nie jest to łatwa funkcja do spełnienia ze względu na konieczność łączenia ekonomicznego podejścia z dobrem pacjenta a nie zawsze da się je pogodzić. Choć kompetencje menadżerów pozostawiają wiele do życzenia, widać postęp. Coraz częściej chcą się kształcić, doskonalić, uczestniczyć w zjazdach. Z dialogiem jest gorzej- wciąż trudno przełamać stereotypowe myślenie, że ktoś inny może pomóc i nie stanowi konkurencji, przynajmniej w czysto ekonomicznym rozumieniu. Miejmy jednak nadzieję, że z czasem i taki sposób myślenia ulegnie zmianie.

## 6.5. Podsumowanie

Występowanie konfliktów w ochronie zdrowia nie budzi wątpliwości, choć dopóki nie nastąpiły masowe protesty rzadko się o nich mówiło na szerszym forum. I mimo, że czasem trudno je zidentyfikować ze względu na pewne zamknięcie środowiska medycznego, bazując na praktyce badawczej uznać należy, że wiele osób chce, by mówiono o problemach ochrony zdrowia widząc dzięki temu sposób na ich rozwiązanie. Stąd respondenci nie unikali odpowiadania na być może drażliwe pytania dotyczące ich miejsca pracy i chętnie podawali swe spostrzeżenia na temat konfliktów istniejących w wymiarze całego systemu.

Jeśli chodzi o rodzaje konfliktów, bez wątplenia najczęściej wymienianym były spory finansowe. Pojawiały się opinie na temat konfliktów interpersonalnych między poszczególnymi podmiotami środowiska pracy. Przy czym dużą rolę w generowaniu ale i łagodzeniu konfliktów przypisywano dyrektorom placówek.

Najczęściej rozmówcy skupiali się na wyjaśnieniu przyczyn powstających konfliktów. Ujmowano je w pewne szersze kategorie systematyzujące. I tak dużą rolę przypisywano rozwiązaniom systemowym w ochronie zdrowia. Za szczególny bubel prawny uznano ustawę 203, która krytykowali związkowcy za niemożność jej zrealizowania a także dyrektorzy za obarczenie dodatkowymi kosztami szpitali poprzez co następowało ich zadłużanie się.

Ustawa 203 stanowiła także pretekst do uwag o kondycji całego systemu. Ponieważ była ona uchwalona w odniesieniu do wszystkich pracowników pracujących w szpitalach, pojawiał się zarzut o równym traktowaniu podmiotów, niezależnie od posiadanych kwalifikacji i wykonywanej pracy. Owa równość wbrew pozorom generuje podziały rodzi poczucie niesprawiedliwości, szczególnie w odczuciu lekarzy.

Nawiązując do przytaczanego powyżej pojęcia równości, okazuje się, że w środowisku zwłaszcza lekarskim, wciąż utrzymuje się podział na specjalności operacyjne i nieoperacyjne, przy czym za zniesieniem zasad równego wynagradzania opowiadały się, co zrozumiałe, lekarze operujący. Jeden z respondentów był oburzony, że w jego szpitalu tak samo wynagradzani są lekarze z I stopniem specjalizacji, niezależnie od tego jaka to specjalizacja.

Podłożem konfliktów jest również zazębienie się kompetencji poszczególnych grup zawodowych. W niektórych sytuacjach praca lekarza i pielęgniarki czy lekarza i farmaceuty nie uzupełnia się lecz nachodzą one na siebie. Jest to rezultatem niejasnego

podziału kompetencji. Dużą wagę do tego zagadnienia przywiązują pielęgniarki, twierdząc, że z uregulowań prawnych wynika, że stanowią one samodzielny zawód, podczas gdy przez pozostały personel medyczny, a także pacjentów traktowane są jako personel pomocniczy. Rodzi to bez wątpienia konflikty interpersonalne i negatywnie wpływa na pracę całego zespołu.

Kilka osób wskazało jako przyczynę konfliktów brak identyfikacji z miejscem pracy. Mówiono, że biały personel pracując w kilku miejscach jednocześnie, nie utożsamia się z jedną placówką, ograniczając jej znaczenie do wysokości wynagrodzenia. Jednak nie była to popularna teza. Przedstawiciele białego personelu nie zgadzali się z takim stwierdzeniem. Owszem pracują w kilku placówkach właśnie ze względu na niewystarczające wynagrodzenie, ale i na komfort pracy. Pielęgniarki i lekarze skarżyli się, że w publicznych placówkach mają do czynienia z brakiem podstawowego sprzętu medycznego.

Jak wspomniano powyżej znaczna część konfliktów w ochronie zdrowia ma podłoże finansowe. Wszyscy respondenci zgodzili się z tym stwierdzeniem, choć wskazywali różne przyczyny takiej sytuacji: chroniczne niedofinansowanie, nieprawidłowe wykorzystanie środków, złe zarządzanie. Problemem jest przykładowo wykorzystanie sprzętu medycznego, co nie jest kontrolowane. Niemniej kluczową rolę w problemach finansowych przypisywano NFZ. Fundusz przez znakomitą większość respondentów postrzegany jest jako monopolistyczna instytucja nie realizująca w efektywny sposób zadań stojących przed systemem zdrowotnym województwa i kraju.

NFZ dla badanych jest instytucją trwoniącą fundusze publiczne, nie podlegającą żadnemu organowi kontrolnemu. Mówiono o tym, że jedyna funkcja NFZ powinna polegać na przekazywaniu środków finansowych od świadczeniobiorców do świadczeniodawców, tymczasem zaś Fundusz jest faktycznym kreatorem polityki zdrowotnej. Dzieje się tak, ponieważ uchwalone akty prawne i projekty dotyczące zmian w ochronie zdrowia nierzadko natrafiają na barierę w postaci niewystarczających finansów.

Prawie wszyscy badani negatywnie wypowiedzieli się o teraźniejszym kształcie organizacyjnym Funduszu, polegającym na centralizacji struktur. Z pewnym rozrzewnieniem wspominali czasy, gdy istniały regionalne kasy chorych i na czele śląskiej stał A. Sośnierz. Twierdzono, że dobrze zarządzał budżetem przeznaczonym na zdrowie w województwie. W przeciwieństwie do sytuacji, która jest obecnie za dyrektora

Sośnierz, można było mówić o negocjacjach z funduszem. Ponadto pewne rzeczy można było załatwić na miejscu w Katowicach, podczas gdy obecnie w prawie każdej sprawie trzeba pisać lub jechać osobiście do siedziby Funduszu w Warszawie.

Negocjacje także wzbudzały kontrowersje wśród badanych. Po pierwsze w ogóle odżegnywano się od określenia negocjacje, posługując się pojęciami: pseudonegotjacje i dyktat. Po wtóre żaden rozmówca nie wskazał pozytywnych stron przyznawania kontraktów i wyceniania procedur. Twierdzono, że są one obliczane bez żadnych przejrzystych zasad, że nie uwzględnia się wyposażenia sprzętowego czy stanu zmodernizowania budynku oraz wzrostu cen kosztów ich utrzymania. Ponadto, co szczególnie przeszkadza w zarządzaniu placówkami prywatnymi, mówiono o kontraktach przyznawanych na krótki kilkuletni okres uniemożliwiający zaplanowanie długotrwałych inwestycji.

Co zrozumiałe duży sprzeciw budzi już samo kontraktowanie usług, natomiast szczególnie dotkliwie dla szpitali wydaje się być przekroczenie kontraktu i renegotjacje z Funduszem. W takiej sytuacji nie ma gwarancji, że jednostce zostanie zwrócona całość poniesionych wydatków a nawet jeśli, to następuje ona z kilkumiesięcznym opóźnieniem, które niekorzystnie wpływa na kondycję finansową zakładu. W tej materii bardzo często padał zarzut z ust przedstawicieli publicznej służby zdrowia, że mamy do czynienia z nierównym traktowaniem podmiotów. W sytuacji, gdy wysokość zakontraktowanych usług się skończy ośrodki prywatne czy niepubliczne mogą pobierać opłaty od pacjentów, natomiast w placówkach publicznych jest to zabronione. Z finansami wiąże się sposób wynagradzania. Kilku respondentów wskazało, że zasady przyznawania podwyżek są przyczyną konfliktów. W niektórych szpitalach dyrekcja przyznając podwyżki wybranym grupom zawodowym konfliktuje załogę, zwłaszcza, że podwyżki te nie wynikają z wkładu pracy tylko przyznawane są całej grupie. Rodzi to opór i poczucie niesprawiedliwości u pozostałych.

Sterowanie konfliktami przypisuje się także związkom zawodowym. Zjawiska tego rodzaju dostrzegło kilka osób. Według nich przewodniczący związków muszą dzięki czemuś zaistnieć, toteż strajki, protesty i niezadowolenie załogi są dla nich okazją, by się wykazać. Twierdzono, że akcje protestacyjne były najdłużej prowadzone w szpitalach, w których swe siedziby mają władze związkowe.

W związku z powyższym pojawia się kwestia zarządzania. Z wypowiedzi wynika, że w wielu placówkach dyrekcja specjalnie wywołuje spory, by związki zawodowe nie

były jednomyślne. W takiej sytuacji dyrektor nie musi liczyć się z opinią związków tworząc regulaminy wewnętrzne i zasady postępowania.

Wątek zarządzania w placówkach okazał się dosyć istotnym dla wyjaśnienia mechanizmów konfliktowych. Wielu respondentów nie-dyrektorów stwierdziło, że zarządzanie nie jest prawidłowe, gdyż osoby nie mają merytorycznego przygotowania. Kwestia czy dyrektorem powinien być lekarz czy nie, też budziła wątpliwości i nie została jednoznacznie rozstrzygnięta. W rezultacie stwierdzić można, że to jednostkowe predyspozycje i umiejętności do kierowania placówką ochrony zdrowia są najważniejsze, nie zaś wyuczony czy wykonywany wcześniej zawód.

Konflikty w ochronie zdrowia występowały, występują i zapewne występować będą. Ochrona zdrowia nie stanowi tu wyjątku jeśli chodzi o pewien system organizacyjny. Problem pojawia się w przypadku, gdy o istniejących sporach się nie mówi, gdy są one tłumione, nie dopuszcza się obserwatorów z zewnątrz. Tak właśnie wygląda sytuacja w ochronie zdrowia. Co jakiś czas ujawniane są przez media kontrowersyjne przypadki, afery, ale na co dzień o ochronie zdrowia się nie mówi. Niestety w przypadku ochrony zdrowia mamy do czynienia z konfliktami destrukcyjnymi, burzącymi wzajemne relacje i powiązania. Nie tylko szkodzi to pracownikom ale przede wszystkim pacjentom, ale mało kto o tym pamięta.

Niewiele podejmuje się prób rozwiązywania sporów zanim jeszcze ulegną zaostrzeniu. Choć faktycznie wielu z nich można by było uniknąć stosując proste mechanizmy w postaci zwyczajnej rozmowy.

## **Rozdział VII. Praktyczna realizacja zasad dialogu społecznego w ochronie zdrowia w województwie śląskim**

### **7.1. Czym jest dialog dla partnerów społecznych?**

*Wydaje mi się, że właśnie w ochronie zdrowia dialog jest bardzo słaby. Funkcjonowanie służby zdrowia wymaga dialogu, bo wyczerpały się pewne zasoby, rezerwy dalszego funkcjonowania w tym kształcie. Te rezerwy polegały na jakimś społecznym zaufaniu, prestiżu społecznym, że jednak społeczeństwo czuło się bezpieczne, że można było być leczonym w szpitalu, a w tej chwili tego bezpieczeństwa nie ma. Nie wszyscy wiedzą, ale jeśli z wyliczeń wynika, że na jednego obywatela rocznie przypada około tysiąca złotych ze środków przeznaczonych na zdrowie a tysiąc złotych to są 3,4 dni w szpitalu, więc nie można mówić, że te pieniądze są wystarczające. (A.D.)*

W celu wyjaśnienia prawidłowości rządzących śląskim dialogiem społecznym, zapytano badanych czym dla nich jest dialog, jak rozumieją to pojęcie.

Odpowiedź na tak postawione pytania nie nastręczała trudności, respondenci odpowiadali, że dla nich dialog to przede wszystkim rozmowa prowadząca do osiągnięcia porozumienia. Najczęściej wskazywano na następujące rozumienie pojęcia dialog:

*Dialog jest to przede wszystkim **rozmową**. Przez dialog i przez rozmowę, dogadanie się i wypracowanie pewnych standardów, z których nie każdy musi być zadowolony do końca, tzn. musi być zadowolony ale nie w 100%. Bo dialog to coś takiego, że my rozmawiając dochodzimy do pewnych postanowień, to dochodzenie do pewnego środka. Dialog polega na tym, że my rozmawiamy, ale nie musimy się zgadzać i staramy się wypracować środek. (K.W.)*

*Ten prawdziwy dialog to jest **rozmowa na argumenty**- nie można mówić nie, bo nie, tylko powiedzieć dlaczego nie. Siadając do dialogu trzeba się pozbyć jakiś emocji. Nie może być tak, że obrażamy kogokolwiek, po to się spotykamy, by porozmawiać na dany temat.(...) Czasem człowiek patrzy na coś z jakiejś perspektywy i nawet nie wpadnie na to, że można patrzeć z innej. Pewne sprawy są do załatwienia na poziomie regionu, to dlaczego tego nie zrobić taką spokojną rozmową na argumenty. (K.R.)*

*Dialog jest możliwością, umiejętnością czy też **plaszczyną wypracowania kompromisu** czyli zażegnania konfliktu. (A.B.)*

*Dialog jest dochodzeniem do osiągnięcia celu przez dwie lub kilka stron, które chcą rozwiązać problem, chcą zmiany i chcą ją osiągnąć poprzez prowadzenie rozmów mniej lub bardziej konstruktywnych. Doprowadzają do zmiany lub ustalają punkty rozbieżności. Dla mnie dialog to ciągła komunikacja dwóch lub więcej stron- bo problem społeczny może dotyczyć wiele grup i one wszystkie powinny brać w nim udział. To dochodzenie poprzez współpracę, rozmowy do celu. (A.O.)*

Pojęcie dialogu było również eksplikowane poprzez wskazanie **funkcji** jakie dialog pełni w społeczeństwie: *Dla mnie jako dla człowieka, dialog jest platformą porozumiewania się, natomiast gdybym patrzyła na siebie jako na osobę zarządzającą jakimś problemem zdrowia, to dialog jest narzędziem zarządzania. Wydaje mi się, że w trakcie każdego dialogu można podzielić się informacjami a jest to ważne, bo często my nie umiemy się porozumieć, bo nie znamy siebie nawzajem, a dokładnie nie znamy nawet problemu, o którym będziemy rozmawiać. Czyli dialog daje możliwość podzielenia się informacjami dotyczącymi problemu. Następnie dialog jest to taka fajna platforma do propagowania dobrych praktyk, czyli mamy osobę, która ma bardzo poważny problem, który przechodzi w kryzys, a okazuje się, że wcale niedaleko ktoś, kto już sobie świetnie z tym radzi, czyli jest to taka płaszczyzna do podzielenia się możliwościami rozwiązania problemu bez wywoływania konfliktu. Następnie można wspólnie reagować na jakieś proponowane inicjatywy rządowe czy nawet unijne(...) możemy wspólnie reagować na nowe proponowane prawo a im wcześniej będziemy reagować i wprowadzać możliwe zmiany, to mamy szansę zaistnieć w tym, co dla nas będzie ważne. Więc jak widać, ja inaczej patrzę na dialog- ja go nie widzę jako forum, które się zwołuje w momencie, jak straż pożarna, gdy się coś pali, to trzeba to ugasić. Wtedy jest już najczęściej za późno. Ja rozumiem dialog na co dzień jako narzędzie, które pozwala pracować i rozwiązywać konflikty na co dzień. (A.D.)*

Niektórzy pojmują dialog w jeszcze inny sposób-szerzej, utożsamiając go z pojęciem **współpracy**: *Ja bym postawił znak równości między dialogiem a współpracą. Bo najpierw rozmowy się toczą i to jest dialog a później działanie to jest współpraca, czyli najpierw rozmawiamy, przyjmujemy kierunki działania i działamy. (M.B).*

**Następnie skupiono się na stanie dialogu w ochronie zdrowia w województwie śląskim.**

Z wypowiedzi respondentów wynika, że dialog jest pozorny i jeśli się odbywa to powodem spotkań może być...moda: *Próbowaliśmy w tym okresie przed takimi*



*radikalnymi zmianami w ochronie zdrowia zorganizować taki okrągły stół z panem prezydentem. Oni przedstawia swoje argumenty, my swoje, bo my znamy sytuację od kuchni, a oni to są biurokraci, wszystko robią zza biurka. Do żadnego spotkania nie doszło. A jak byliśmy na spotkaniu z prezydentem, to jest bardzo ciekawe. Pan prezydent zaczął spotkanie z nami od słów: „służba zdrowia się zadłuża, placówki się zadłużają i ja muszę z tym coś zrobić, bo wszyscy dookoła się ze mnie śmieją”.* (K.C.)

Niektórzy związkowcy z żalem mówili, że ich obecność w zakładach jest traktowana jako zło konieczne, zaś przewodniczący są niereformowalni i działają w podobny sposób i podobnymi metodami jak 20, 30 lat temu: *Nikt nas nie chce słuchać, nikt nie chce z nami rozmawiać. Uważają, że my jesteśmy beton, że chcemy utrzymać status quo, że jeśli jest związkowiec funkcyjny to chce ten swój stołek utrzymać. A my naprawdę jesteśmy ludźmi świadomymi, zdajemy sobie sprawę w jakim systemie żyjemy, jakie możliwości ma państwo ale też widzimy niegospodarność, złe wydawane środki, złe zarządzanie i o tym chcielibyśmy rozmawiać ale nie ma drugiej strony.*

*Dialog jest pozorny. Decydenci uważają, że mają najlepsze rozwiązania, że najwięcej na ten temat wiedza i sami chcą decydować i niżej przesyłają gotowe decyzje już do zaakceptowania, nie do dyskusji ale do zaakceptowania.* (K.C.)

Dialog bywa też postrzegany jako karta przetargowa- w okresie przedwyborczym politycy starają się spotykać z różnymi organizacjami społecznymi by zyskać ich poparcie. Rozmowy nie można nazywać jednak w tym wypadku prawdziwym dialogiem: *Dialog występuje, bo my rozmawiamy, tylko on utknął na poziomie rządowym, gdzie rząd się zaparł i powiedział nie, bo nie. Przez 4 miesiące nie było żadnych pieniędzy i nagle przed wyborami znajdują się pieniądze, tak, że jest to granie nami przed wyborami. Obiecuje się coś, pieniądze są, tylko nie ma dobrej woli.* (M.S.)

*Z władzami miasta bardzo ciężko jest się spotkać, a jak już się spotka to ma minutę albo dwie minuty czasu.* (M.A.)

Zawansowanie dialogu (kwestia ta jest także poruszana w dalszej części opracowania) oceniane jest negatywnie ze względu na wielość podmiotów biorących udział w rozmowach, które nie potrafią wypracować wspólnego stanowiska w sytuacji, gdy jest ono niezbędne do podjęcia wiążących i istotnych decyzji z punktu widzenia placówki: *Jeśli chodzi o dialog pomiędzy pracodawcą a związkami zawodowymi, to go nie ma, nie istnieje. Raz ze względu na ilość związków zawodowych, posiłkując się na przykład naszym zakładem, u nas istnieje przecież pięć związków zawodowych. To znaczy związek zawodowy ochrony pracowników ochrony zdrowia, związek zawodowy*

*pielęgniarek i położnych, związek pracowników elektrokardiografii i techników rentgenowskich, związek zawodowy „Solidarność” i związek zawodowy lekarzy. Na czym polega ten dialog? Na wypracowaniu wspólnego stanowiska pomiędzy związkami żeby można było zaproponować cokolwiek pracodawcy. Jeśli nie są w stanie związki zawodowe ukazywać wspólnego stanowiska, przeważnie tam, gdzie chodzi o pieniądze nie są, w związku z tym pracodawca wchodzi klinem ze swoją koncepcją. (M.D.)*

Badani wymieniali **wiele wad**, jakie są udziałem dialogu w ochronie zdrowia. Niezależnie od tego, jakie środowisko reprezentują badani, wskazują na podobne słabości mechanizmów dialogu, zarówno instytucjonalnego jak i nieformalnego.

Wskazać można na pewne cechy wspólne decydujące o poziomie prowadzonych rozmów.

Po pierwsze, stronom trudno jest wyjść poza własny, partykularno- grupowy interes:

*Z tego, co ja wiem to te strony dialogu niewiele robią, i też tam są konflikty, że każdy chce na swoją stronę, każdy chce dla siebie. To powinno być ukrócone, że każdy dla siebie, ale przede wszystkim powinno być na korzyść służby zdrowia.*

*Przede wszystkim wadą jest to, że ludzie nie chcą się dogadać, czyli wypracować środka. Każdy chce jak najwięcej dla siebie i zrywa się dialog. W tym roku, podczas rozmów z ministrem został zerwany dialog, więc mamy przykład, że ludzie się nie chcą dogadać. (K.W.)*

*Ludzie nie potrafią rozmawiać, często dochodzi do tego, że od razu się denerwują, od razu krzyczą. (K.W.)*

Po drugie, istnieje niedobór informacyjny, nieodróżnienie kanałów przepływu informacji, który generuje niedoinformowanie i wzajemną nieufność stron: *Myszę, że w ochronie zdrowia nie mamy do czynienia z dialogiem. Myszę, że podstawą wielu konfliktów jest brak informacji, choć może nie brak informacji, ale ich niewłaściwy przepływ i to nie tylko w ochronie zdrowia. Nie wiem czy jest to świadome czy nie świadome, czy wynika z pośpiechu, ale nie wszędzie jest dialog. (A.C.) (...) jest takie zabezpieczanie się każdej z tych stron, że ona nie powie nic, nie zgodzi się tak do końca, bo potem będą ją za to ciągać, taka ostrożność jest wielka. Ja uważam, że uwarunkowania w naszym kraju są takie, że demokracja jest tak słaba, marna i ma nikłe podstawy i jest podatna na różne wpływy. Ja jestem zwolenniczką istnienia takiej instytucji, organu, kto zadecyduje i przyjmie odpowiedzialność za to[za dialog] – nie ma czegoś takiego(...) Ja tego dialogu*

*u góry w ogóle nie widzę, na dole tak, chociaż trudno powiedzieć o dialogu, bo to są kłótnie.* (A.E.)

Zarządzający placówkami także zauważają w swych jednostkach brak przepływu informacji: *Przykładowo ja organizuję zebrania z wykonania budżetu, to początkowo zapraszałem ordynatorów, teraz zapraszam też oddziałowe. I to jakoś funkcjonuje, tylko **informacja nie idzie niżej**. To wygląda tak: ordynator dostaje jakąś informację, ale nie przekazuje jej dalej; czasem pytam jakiegoś znajomego lekarza czy on coś wie jak jego oddział funkcjonuje, ale on odpowiada, że nie wie.* (D.E.)

Czasem dzieje się tak, że bariery informacyjne wynikają z przepisów prawnych: *Kompetencje wojewody bardzo często ograniczają nasze możliwości dowiadywania się o cokolwiek czy wdawania się w ten konflikt. Dopiero gdy jest bardzo zastrzony możemy wkroczyć, ale to nasze wkroczenie jest jak gaszenie pożaru w Częstochowie- cały czas stronami są dyrektor –załoga, albo dyrektor wspomagany przez organ założycielski, dlatego trudno jest nam powiedzieć, jak to się zaczęło i kto jest bardziej chętny do dialogu.* (A.E.)

Bariery informacyjne tkwią także w regulacjach wewnątrzurzędowych: *Przepływ informacji jest trochę słaby między jednostkami, informacje jeśli mamy to są one drogą mniej służbową, bardziej koleżeńską. Droga służbowa jest bardzo długa. Jeśli my telefonu nie wykonamy i nie ponaglmy, to nie idzie to automatycznie.* (A.U.)

Po trzecie, brak jest partnerów, którzy chcieli by i potrafili prowadzić efektywny dialog: *Do dialogu trzeba, jak się dobrze orientuję, co najmniej dwóch stron, a ja tej drugiej strony nie widzę. Od góry biorąc, od ministerstwa, to widać na co dzień jak nas traktowali z jaką arogancją- to są najwyższe władze, od prezydenta, poprzez premiera po ministerstwo zdrowia. Tym bardziej, że u nas jest dwuwładza, czego nie może być- ministerstwo sobie swoje edykty wydaje a NFZ swoje, poza tym NFZ trzyma kasę, a ministerstwo nie ma na nią żadnego wpływu.* (M.D.)

Strony dialogu nie traktują się wzajemnie z szacunkiem, także po stronie inicjatorów dialogu występują niedociągnięcia: (...) *nie ma dialogu, co obserwowaliśmy przy początkowej fazie strajków lekarzy- jedna strona przyjeżdżała, druga nie przyjeżdżała, zrywała, wybierano do rozmów miejsca, które były niepoważne albo były dyktatem ze strony rządowej i natychmiast ta druga strona była usztywniona i nie było dialogu.* (A.D.)

Niektórzy badani twierdzili wręcz, że istnieją pewne kategorie partnerów społecznych, które nie chcą, by osiągnięto porozumienie, dbając przede wszystkim o własną popularność: *W służbie zdrowia jest dialog, ale są jednostki, które z tego stwierdzenia*

*należy wyłączyć. Najczęściej tam, gdzie siedziby mają związki zawodowe, ponieważ odnoszę takie wrażenie, że przewodniczący związków zawodowych, władze związków zawodowych, to jest takie moje osobiste zdanie, że oni od czasu do czasu chcą zaistnieć. I nawet jeśli jest jakaś propozycja ze strony pracodawcy, to związkowcy starają się uzyskać populistyczne poparcie i trudno z nimi rozmawiać. Tam, gdzie są organizacje związkowe, ale nie ma władz związku, wydaje mi się, że jest łatwiej. Mam wrażenie, że władze związku chcą pokazać swoje zaciętrzewienie, bo z mojego punktu widzenia, oni nie są tacy żyjący w innym świecie, że nie widzą jakie pieniądze w tym systemie są- przecież kontrakty zawierane przez szpitale są wszędzie dostępne. (A.E.)*

*Podobnie jest odbierana strona rządowa: Rządzący nie chcą dialogu, ci, którzy chcą dialogu nie mają partnera do dialogu, bo tamci nie chcą, natomiast, jeżeli zaczynamy mówić o różnorodności, to jeśli to godzi w czyjkolwiek interes, natychmiast zainteresowani uznają to za atak i nie chcą rozmawiać o merytorycznych rzeczach. W tym kraju z tego co obserwuje, a jestem starym już człowiekiem, gadano o fikcjach a nie o rzeczach konkretnych. Nie mówiono o żadnych rzeczach w sposób merytoryczny- nie ma, że 2+2 jest 4, tylko każdy chce z tego zrobić 5.(A.N.)*

Po czwarte, ograniczenia wynikają z istnienia określonej kultury politycznej. Polacy nie wykazują zbytnej chęci do dogadania się, do prowadzenia merytorycznych rozmów: *Pierwsza przyczyna- osoby- w wielu przypadkach nie są przygotowane do dialogu- wiele słów a nie merytoryczne argumenty. Powinniśmy się przygotować.(A.O.).* Osoby wolą się spierać i udowadniać wzajemnie swe racje nie dążąc przy tym do porozumienia. Jeden z badanych zauważył te prawidłowości uczestniczą w spotkaniach związkowych – członkowie związku nie chcą wypowiadać się na oficjalnym, szerokim forum, podczas gdy często wyrażają swe niezadowolenie nie wprost, lecz nieformalnymi kanałami: *Dialog to rozmowa, konsensem. Powiem tak: łatwiej jest się kłócić niż godzić, Polacy mają taką mentalność. (...) Polacy są otwarci w domu, między sobą, ale wystarczy na zebraniu związkowym zapytać się o coś- 20 osób jest cicho. Jak się zebranie skończy, to jest szum, każdy ma coś do powiedzenia. Potem mówią, że przewodniczący coś powiedział, a przecież on się wcześniej pytał, co ma powiedzieć. Każdy, kto jest najniżej, powie, że źle robią na górze, a jak będzie wyżej, to będzie patrzył tylko do góry, a na dół już się nie wróci. Każdy rozmawia w domu, ale na forum- nie. Ci, którzy jadą na jakieś rozmowy mają wyrobione zdanie. Tylko czasem jak ich słucham to się zastanawiam, czy oni przeczytali to, na jaki temat dyskutują. Przeczytał coś i uczył się jednego słówka. Każdy chce zaistnieć, bo potem są te stenogramy i jest, że ten powiedział coś, ale mówił.*

*Dialog nie przynosi końcowych efektów takich, jakie powinien przynieść dialog. (M.Z.)(...)Inny rozmówca dodaje: Już się okazuje się, że wspólne wcześniejsze stanowisko doprowadzi do zakończenia jakiegoś sporu, jakiejś sprawy do finału i naraz, ni stąd ni zowąd ktoś wyskakuje z propozycją, która bulwersuje pozostałych dyskutantów i dialogu nie ma.(M.B.) Natomiast dyrektor jednego ze szpitali twierdzi wręcz, że związkowcy nie biorą pod uwagę żadnych argumentów: To się nazywa dialog, ale tak naprawdę to są monologi stron, dlatego, że strona społeczna, reprezentowana przez organy związkowe często jest głucha na argumenty. W tych wszystkich rozmowach płacowych nie przyjmowali żadnych argumentów, że jesteśmy szpitalem powiatowym, że mamy taki kontrakt, że sytuacja finansowa jest taka- to nie były argumenty dla nich, ale praktycznie są to argumenty dla każdego zdrowo myślącego człowieka. Argumenty, które były z drugiej strony[związkowej] były następujące: o proszę tu w gazecie napisali, że w tamtym szpitalu lekarze zarabiają tyle, to jeżeli oni mają tyle, to dlaczego my nie mamy też tak zarabiać? **Strona związkowa ma bardzo mało argumentów, które przemawiały by do pracodawcy, bo najczęstszym argumentem jest: bo tam gdzieś tak jest.**(D.A.)*

Po piąte, sygnalizowany także w pozostałych częściach niniejszego opracowania problem upolitycznienia dialogu: *Jak na spotkaniu zespołu z ministrem pytaliśmy go o pieniądze dla Śląska, żeby ten współczynnik był bardziej korzystny dla naszego województwa, to powiedział: to nie leczyć i wykonywać pracę tylko w ramach kontraktu. My pytamy; a jak pacjent przyjdzie? A minister odpowiada: to nie wolno mu odmówić. Więc my nie jesteśmy w stanie zrozumieć, co mamy robić. (...) **Dialog w zależności od opcji politycznej różnie jest sterowany przez stronę rządową – raz są bardziej otwarci na coś tam, a później pewnych tematów nie należy poruszać. My możemy na tym zespole podejmować jakieś tam uchwały, wnioski zgłaszać i one gdzieś giną, bo są np. niepoprawne politycznie.**(K.S.)*

*Jeżeli się rozmawia, to się rozmawia w gremiach własnych- własnej korporacji zawodowej, własnej grupy specjalistów. Rozmawia się i to jest tylko gadanie. Dialog społeczny ograniczył się wyłącznie do obrony interesów klasy rządzącej, to, co jest dla nich wygodne w danym momencie, jest nazywane dialogiem.(A.N.)*

Problem upolitycznienia dialogu jest także istotny ze względu na to, iż osoby badane uważały, że przykład i inicjatywa prowadzenia dialogu powinny iść z góry. Tymczasem jakość prowadzonej debaty na szczeblu centralnym budzi zastrzeżenia, powodując w efekcie zły stan dialogu na niższych poziomach: *Na szczeblu rządowym nie wypracowano zasad, kanonu a stamtąd powinien być wzór, który schodziłoby na poziom*

województwa, samorządu. który schodziłyby na dół. **Od kogo my mamy się uczyć jeśli chodzi o dialog?** Ja nic takiego nie widzę, żadnego przykładu. Jest coś w literaturze i to jeszcze niepolskiej. A przykład jest z góry, bo my jesteśmy jeszcze zakodowani, że ważne jest to, co robi władza, po okresie komunistycznego uprawiania mózgu. Jest decyzja i niczego nie można zrobić bez decyzji. **Tego pozytywnego przykładu nie ma od polityków, gdyż oni mają parcie na ekran. Jakaś choroba. Gdzieś dyskusja się przeniosła do mediów, a nie umiemy siąść do stołu.** Nieważne powinno być, czy się lubimy, jaka jest opcja, ale jesteśmy tu i teraz i mamy problem do rozwiązania. I w mediach wychodzą jakieś najgłupsze przywary, najwięcej szkody daje potok bzdurnych epitetów, lepiej milczeć niż używać wyzwisk. Jest wyścig na zwroty i epitety, ale dewaluuują one debatę polityczną, i nie mówimy o programach, co należy zrobić, poprawić, ale pokazujemy najgorsze wady, przywary. Myślę, że potrzebne jest opamiętanie- ludzie pójdą do wyborów, bo ludzie są co 4 lata mądrzejsi, a władza traktuje nas niepoważnie. Nie ma debaty przy stole, ale w mediach trwa wojna na krótkie wypowiedzi, które nie służą sprawie.(A.O.)

Wpływ polityki na kształt dialogu zdaje się przeszkadzać wszystkim partnerom społecznym, działaczka związkowa twierdzi wręcz, że: *Życie partyjne przekłada się bezpośrednio na funkcjonowanie wszystkich organów od szczebla najwyższego do najniższego(...)* Stan dialogu w woj. śląskim- na początku te komisje spotykały się częściej, teraz to jest jakby marginalizowane, (K.S.)

Po szóste, nie do końca czytelna jest idea dialogu, brakuje jej trwałości, ciągłości i precyzji, polegającej na tym, że strony wiedzą do czego dążą i co w wyniku dyskusji ma zostać osiągnięte: **Myślę, że brakuje jakiegoś założenia co w wyniku dialogu, który chcemy osiągnąć.** Trzeba by zacząć od koncepcji ochrony zdrowia, a potem dopiero wchodzić w dialog. Najpierw ci zarządzający czy politycy powinni wiedzieć co chcą w tej ochronie zdrowia, mieć pewne propozycje, a potem występować o dialog z tymi grupami, które mają wpływ na wdrożenie tych propozycji. No i ewentualnie, jeśli się coś zaczyna, to się to doprowadza do końca. Bo wiele dialogów było, spotykano się jeśli chodzi o projekty ustaw, ale ten dialog pozostawał nie zakończony. **Brakuje i konsekwencji w prowadzeniu dialogu, i wzajemnego dobrego nastawienia obu stron,** żeby doprowadzić sytuację do ostatecznego rozwiązania. Myślę, że dialog był, ale do końca nie został doprowadzony. Bo każdy dialog czy negocjacje po coś są i mają się zakończyć jakimś efektem. A tak to coś tam zrobiliśmy, jakieś działania kosmetyczne, przedłużyliśmy podwyżkę, którą wcześniej dano, zmieniliśmy wskaźnik naliczania

podwyżki dla szpitali, ale tak do końca problemy placowe pozostały nierozwiązane, zeszły na dół i na tym się skończyło.(...) Nie do końca wypełniliśmy formułę dialogu. (A.G.)

Dialog, zwłaszcza w ochronie zdrowia charakteryzuje się brakiem spójności ze względu na wielu partnerów społecznych zarówno występujących po stronie związkowej, jak i po stronie organów założycielskich, które uniemożliwiają prowadzenie jednolitej gospodarki usługami zdrowotnymi na terenie np. jednego miasta: *Ja myślę, że dialog w ochronie zdrowia był cały czas, ale jakby ten dialog nie znalazł wspólnego mianownika, ponieważ licznik był dość rozległy, począwszy od grupy organizacji lekarskich, pielęgniarskich i innych pośrednich. Mianownik powinien być jeden, ale też był trochę zbyt rozległy- ministerstwo zdrowia, NFZ, marszałek, prezydent- można powiedzieć, że nie ma wspólnego mianownika. Trzeba mieć świadomość, że wszyscy idziemy w tym samym kierunku i mieć odwagę powiedzieć – ja w moim szpitalu powiatowym likwiduję dwa oddziały, a pan marszałek powie: ja likwiduję 6 oddziałów, bo to nam starczy dla zabezpieczenia zdrowia pacjentów na naszym terenie.(...) Dialog istnieje, ale brak jest spójności w nim. Pan prezydent miasta rozmawia sam ze swoim szpitalem, pan marszałek tak samo, minister rozmawia ze swoim szpitalem- nie ma tu wspólnej płaszczyzny czego byśmy wszyscy chcieli.(...) nie ma jednej wspólnej instytucji, która odpowiadałaby za zdrowie na danym terenie- każdy na swoim terenie próbuje sobie coś tam robić. Trzeba dążyć do tego, by powstała jedna instytucja żeby te szpitale były pod jednym zarządcą. Na razie jednak nie dostrzegam takich prób.(A.H.)*

Po siódme, kilka osób stwierdziło, że dialog jest celowo ograniczany, a strony nie mają możliwości swobodnego wypowiedzenia swoich poglądów: *Słabości dialogu- to chyba zależą od zachowania dyrektora. Generalnie wszyscy ludzie tu pracujący są zastraszeni. (...) Funkcjonuje sieć donosicieli. (...) Czasem w porywach gniewu dyrektor mówi, że on ma swoją policję i tak się dowie. Tak jest w każdym szpitalu. (K.M.)*

Po ósme, słabości wynikają z generalnie wciąż słabej demokracji w Polsce, co znajduje wyraz w stwierdzeniu: *Polacy nie potrafią ze sobą rozmawiać, bo nie chcą. Polak musi mieć wroga, wtedy można odwrócić sytuację, czy skierować tok myślenia na inny tor. Zajmijcie się tamtym, a my sobie tu będziemy dalej robić- tak jest w szpitalu- trzeba zająć się sprzętaczkami, trzeba je sprzedać, to będzie zysk, ale nikt nie mówi, że działalność szpitala przynosi straty. Dyrektor jest od tego, by tych strat nie było ale on woli mieć spokój z panem ordynatorem(...) zawsze zaczyna się od tego najbiedniejszego żeby go wyautować. Rozmawia się z ludźmi na swoim poziomie, a z tymi niżej się nie rozmawia. Oddziałowa nakazuje pracę taką i taką, ordynator też nakazuje wszystkim w dół, dyrektor*

trzyma wszystko i mówi: będziesz miał spokój u siebie, to ja będę miał spokój z tobą. Więc po co rozmawiać? (M.Z.)

Po dziewiąte, pojawiają się czasem różnego rodzaju naciski zniekształcające przebieg dyskusji: *Anestezjolodzy* zawsze negocjują osobno, nie ma tu specjalnych dyskusji, że może by tak razem z innymi lekarzami itd. Jest to także niewygodne z punktu widzenia zarządzania, bo wszyscy wiedzą, że anestezjologia jest droga, praca anestezjologa jest przeważnie nie-zadaniowa, co powoduje, że działa to demotywująco na kierowników oddziałów zabiegowych, którzy jak jest klasyczne budżetowanie w szpitalu, widzą, że nie mają wpływu na pewne koszty. A ta grupa[anestezjologów] stawia niekiedy sprawę tak, że albo negocjujemy ściśle wskazane warunki, albo nie macie państwo obsady anestezjologicznej, czyli nie macie państwo szpitala. Tutaj grają tym argumentem bardzo mocno i nie ukrywam, że to komplikuje bardzo mocno później pogodzenie się. Nie widziałem, żeby później[anestezjolodzy] przy wspólnym stole siadali z innymi lekarzami.(D.E.)

W efekcie, niektóre osoby pytane o stan dialogu, twierdziły, że procedury, z którymi mają do czynienia nie mogą być nazywane dialogiem: *Nie ma dialogu w Polsce. Jedyne dialog to jest przymus, ale rządowy, ustawowy- Komisja Trójstronna.* (M.Z.) *W polskim dialogu nie widzę zalet, z definicji zaletą dialogu jest to, że pozwala on eliminować konflikty i pozwala osiągać przedyskutowane, przyjęte i założone cele.* (A.B.) *Na naszym podwórku jest konflikt między stroną społeczną a włodarzami miasta. (...) miasto przesyła nam informacje do zaopiniowania projekt uchwały o sprzedaniu takiej czy innej przychodni. My to opiniujemy negatywnie, ale z naszym zdaniem, słowem nikt się nie liczy. To jest tylko prowadzone w kwestii formalnej żeby w papierach była informacja, wobec jakiegoś dostarczenia do wojewody uchwały, prezydent mógł przedstawić, że cała dokumentacja jest zebrana i wszystko działa lege artis* (M.A.)

Analizując słabe punkty dialogu społecznego w ochronie zdrowia w województwie śląskim, respondenci starali się także przedstawić własne **sposoby na uskutecznienie procedur dialogowych.**

Zwrócono uwagę na następujące kwestie:

- konieczność wzajemnego poszanowania przez strony nawzajem i wyzbycie się czasem nonsensownych animozji, tkwiących najczęściej w przeszłości: *Osoby prowadzące dialog powinny się wyzbyć napadów na pozostałych współdyskutantów, po prostu*



*animozje, urazy wewnętrzne powinny zostać zamknięte, schowane do torby. Jest problem, więc dyskutujemy, my się możemy nie lubić, ale wspólnie działać. Co ułatwia dialog? To zależy od samych uczestników. Przede wszystkim umiejętność słuchania, analizowania i nie należy być w gorącej wodzie kapany- zanim się coś- wypowie dwa razy pomyśleć. Z innych czynników zewnętrznych to sytuacja, która kładzie się nożem na gardle, czyli ma być zamknięte zakład i wtenczas rany Boga, co się dzieje, kto popełnił błąd- wtedy wszyscy się zlepiają i już nikt nie patrzy jaki to związek, wszyscy stają razem, ale musi to być sytuacja rzeczywiście podbramkowa. M.B.*

*- zanim zasiądzie się do dialogu, należy jasno sprecyzować co w jego wyniku zostanie osiągnięte, kto wprowadzi uzgodnienia w życie, kto podejmie decyzje i kto będzie za nie odpowiadał? My nie chcemy prowadzić dialogu- nie wiemy kto powinien go prowadzić- kto powinien być inicjatorem- strona rządowa czy strona społeczna? Uważam, że działania powinny iść dwutorowo obie strony powinny się angażować. Bez dialogu są strajki, okupacje. (A.O.)*

*Podobnie uważają związkowcy: Rozmowy prowadzone w stylu: kiedy lekarz w Polsce będzie zarabiał 7,5 tyś to jest studnia bez dna. Oczywiście składki trzeba podwyższyć w stosunku do PKB, wszystko, ale to jest rozmowa z kompetentnymi ludźmi, z ekspertami na miesiąc. To trzeba miesiąc siedzieć i rozwiązać ten problem, pokazać ten problem premierowi i premier musi wyrazić zgodę, bo on decyduje. Idzie do niego minister zdrowia, prezes funduszu i przedstawiciel dużej organizacji, którzy nie bawią się w żadną politykę i mówią: tak ustaliliśmy, będzie to bolało przez 3 miesiące, przez pół roku, ale jaki będzie pan miał efekt przed następnymi wyborami i polityk w to uwierzy, jeśli to będzie oparte o fundamenty ekonomiczne, społeczne(...) Ja uważam, że bardzo wiele dokonali koledzy lekarze ze szpitala, że w ogóle odezwali się o swoje, nie mieli innej możliwości, bo są członkami związku pracowniczego. Nie mieli jednak przemysłanego protestu i to podkreślam- brak konstruktywnego przemyślenia co dalej, quo vadis? Będzie to powodowało jakieś zachwiania organizacji, czego im nie życzę, bo jestem żywo zainteresowany, żeby był partner po stronie szpitali. Jak ten partner wejdzie, żebyśmy rozmawiali o pewnych rzeczach a nie tylko o wynagrodzeniach, bo nas rozmowa o wynagrodzeniach nie interesuje. Interesuje nas partner, który chce pewnych zmian, które z jednej strony przerwą nić korupcji, przerwą taki bezwład w ochronie zdrowia, nonsensowne rzeczy. My mamy tego partnera w ministerstwie, w NFZ ale brakuje nam tego partnera po stronie szpitali. Natomiast pozostałe związki- ciężko jest ustalić coś*

w 3 osoby, w 6 jeszcze można, ale w 10? To nie jest dialog, wtedy mamy deklamacje oczekiwania i pochwał poszczególnych organizacji. (M.E.)

- dialog, by był skuteczny powinien odbywać się regularnie, cyklicznie, a nie wówczas, gdy strony są już na tyle skłócone, że niemożliwa jest konstruktywna dyskusja, nie mówiąc nawet o porozumieniu. Powinny w nim uczestniczyć wszystkie zainteresowane strony: *Spotkania z personelem należy robić w miarę cyklicznie, bo kwestie dotyczące przekształceń są nowe i ludzie nic nie wiedzą, bo cóż może wiedzieć pielęgniarka czy lekarz o przekształceniu, ale najwięcej krzyczą ci, którzy mogą najwięcej stracić i dyskusja przestaje się toczyć.* (A.O.)

- strony muszą być przygotowane do dyskusji i znać się na temacie, nie mogą to być osoby przypadkowe: (...) *Drugą przyczyną jest brak wiedzy i umiejętności prowadzenia spokojnej rozmowy. Wielokrotnie patrzymy na osobę, a nie na argumenty, nie skupiamy się na tym co powinniśmy rozwiązać. Nie potrafimy się słuchać. Na wielu spotkaniach więcej jest pokazywania siebie niż proponowania rozwiązań. Wielu z nas prezentuje postawę „muszę coś powiedzieć” niekoniecznie na temat. Nieprzygotowanie- ja to obserwuję w kontaktach z członkami ministerstwa zdrowia. Już sam fakt, że osoba jest urzędnikiem powoduje, że nie jest przygotowana, a potem kiedy 2 strona jest przygotowana to z tej strony jest agresja. Często występuje sytuacja, że 2 strona czuje się urażona a to psuje kontakty i psuje dialog.*

*W dialogu potrzebny jest wzajemny szacunek, a zdarzają się sytuacje gdy jest godz. 23 zamykamy się w pomieszczeniu i prowadzimy dyskusję. Należy być rzetelnym, bez podkopywania przeciwnika. Brakuje informacji w mediach na czym polega dobry dialog, nie pokazuje się korzyści z niego płynących. Dialog kojarzy się źle- „poteoretyzowały dwie kobietki” i koniec. Dialog powinien być w każdym demokratycznym społeczeństwie rzeczą naturalną. W dialogu powinny być te strony, które są zainteresowane w sprawie- trudno w dyskusjach nad reformą służby zdrowia nie brać pod uwagę pacjenta. W dyskusjach nad służbą zdrowia nie ma pacjentów. A system ma służyć przede wszystkim pacjentowi. Pacjentowi ma być lepiej a nie nam.* (A.O.)

- jedna z rozmówczyń stwierdziła, że potrzebna jest debata nad debatą, swoista akcja edukacyjna, czyli dopracowanie formuły dialogu: *Nie powinno tak być, bo gdy chcemy prowadzić dialog, to nie ważne jest jaka opcja rządzi. Ale nie ma kanonu dialogu- siadamy wszyscy, którzy są zainteresowani, niezależnie od opcji politycznej. My strasznie lubimy chować pod dywan różne kwestie, i ważne jest żeby nie zaczepić o ten dywan. Boimy się zmierzyć z problemem. Takim problemem jest kwestia nieustalonych*

kwalifikacji pielęgniarek- od 2002r. Od rządów Buzka nie jest to uregulowane, każdy chce mieć spokój. Gdyby ktoś w tych ekipach był choć trochę uczciwy i zaproponował pielęgniarkom rozmowy na ten temat, a tak to się wciąż ciągnie ten problem. Ale to nie jest tak, że z nami nikt nie rozmawiał- ministrowie siadali z nami do rozmów, ale strona rządowa nie była przygotowana do rozmowy- ciągle zadawano nam pytania: skąd to panie macie takie dane, itp. .Myślę, że istniała także obawa wśród rządzących w randze sekretarzy przed załatwieniem rzeczy, które nie zostały ustalone wyżej- na szczeblu rządowym. Brak jest wciąż samodzielności działania- dyrektor departamentu nie zobowiązuje się do podejmowania decyzji bez konsultacji z ministrem czy premierem. **Całym problemem jest ten niższy szczebel ministerialny-** ministrowie się zmieniają, a ci urzędnicy pozostają. Ale niestety brakuje nam dobrze wykwalifikowanych służb cywilnych. To samo dzieje się w urzędzie marszałkowskim- z marszałkiem przychodzi nowa ekipa. Osoby te muszą się uczyć wszystkiego od początku. W dobrze zorganizowanych demokratycznych krajach służby cywilne są stałe, działającą według swoich określonych procedur, niezależnie od opcji politycznej. Więc nie ma takiego strachu jak u nas, że przyjdzie następna ekipa i mnie wymieni. Nie tworzy się więc pewnej kultury, także debaty- ciągle urzędnicy uczą się, kto jest kim w stronie społecznej.(A.O.)

Inna rozmówczyni zwraca uwagę na fakt, że w ochronie zdrowia potrzebna jest debata publiczna z udziałem społeczeństwa nad tym, jaki kształt powinny przybrać reformy: Dialog nie pomoże, jeśli nie będzie woli rozwiązania problemu, będzie tylko czczą rozmową. Jest wiele mitów i zbyt dużo czasu poświęciliśmy na to, że jakoś będzie w służbie zdrowia i nie da się teraz w ciągu jednego roku, kilku miesięcy wszystkiego zmienić. To wszystko wymaga czasu. Nie można się cieszyć, że sama ustawa wszystko załatwi, na to trzeba miesiące a nawet lata. Mało tego pozwoliliśmy wierzyć ludziom, że im się wszystko należy- czy jestem ubezpieczony czy nie, że ja mam być pierwszy w kolejce, że mnie się należy by-passy- to jest po prostu niemożliwe, bo za co? Ale każda z władz się bała tego powiedzieć, że strachu nie rozwiązuje się tych problemów, bo by mogły zaszkodzić. (...)W ochronie zdrowia brak jest dalekosiężnych wytycznych i upartości jakiegokolwiek rządu, ludzi, którzy wytłumaczą i poprowadzą dialog szerzej nie w komisjach, nie w zakładach. Potrzebny jest ktoś, kto pójdzie i wyraźnie powie: kochani rodacy nie jest tak, że wam się wszystko należy, bo nie ma tyle pieniędzy ale musimy zrobić to i to ale to będzie długo trwało. Kto to zaryzykuje? (A.D.)

Pojawiały się nawet opinie, że odpolitycznienie byłoby gwarantem na pełny i efektywny dialog: *Słabości dialogu wynikają na pewno z upolitycznienia, z dużego wpływu polityki na ochronę zdrowia, z tych decyzji narzuconych z góry przez ludzi, którzy praktycznie nie znają tematu a otaczają się ekspertami, którzy są specjalistami w wąskich dziedzinach, nie potrafią retrospektywnie spojrzeć na problem. Dla mnie dialog istnieje w środowisku medycznym- gdyby w tym pomieszczeniu usiedli lekarze, związki pracownicze i pracodawców a nie było by w tym polityki, to mielibyśmy do czynienia z pełnym dialogiem i pełnym kompromisem. (M.E.)*

*Dialog powinny prowadzić te strony bezpośrednio zaangażowane w rozwiązanie czegoś i nikt inny, natomiast jest to nie do końca możliwe, ponieważ w momencie kiedy dyrektor mówi: nie mam pieniędzy, to ta druga strona uderza do rządu, a rząd mówi: ale to nie jest moje i ja nie mogę dać pieniędzy. W związku z tym ten system nie określa dokładnie, kto rzeczywiście powinien za co odpowiadać.(...) są takie zakłady, gdzie występują akredytacje i tam wprawdzie pewne czynności wykonuje dyrektor ale pozostałe, czyli dostosowanie zakładu do standardów, które są bardzo wysokie, należy do pracowników. W momencie, gdy zakład zdobędzie akredytacje i generalnie staje w rankingu wyżej więc jest szansa, że dostanie coś więcej w związku z czym tam jest dialog, bo musi chcieć i dyrektor i cała załoga, bo tam się zaczyna od palacza, od sprzątaczk i jest ponad 200 punktów, które trzeba spełnić. Zakład musi w 75 % spełniać te wymagania i jeżeli tutaj nie będzie dialogu, to oni tego nie zrobią. Więc dialog jest ale chyba nie tam, gdzie chodzi o pieniądze. W tej chwili jeśli chodzi o akredytacje to jest 12 szpitali z akredytacją na 80 w województwie, bo to jest ciężka rzecz. (A.E.)*

Reasumując, dialog w ochronie zdrowia na poziomie wojewódzkim nie ma zbyt dużego znaczenia. Cechuje go doraźność, brak jasnych zasad, chaos organizacyjny. Dla respondentów często jest to tylko medialna formułka, która w rzeczywistości niewiele znaczy. W efekcie wiele osób nie dąży do dialogu, sądząc, że jest to nieprzydatna, bo nieskuteczna forma uzgadniania sprzeczności: *Nie spotykamy się z innymi stronami, nie nawet takiej potrzeby. Jak powstają takie problemy na styku różnych środowisk wynikają, ale w czysto zawodowe, bo wychodzi nowe rozporządzenie np. o receptach i lekarze nie wiedzą jak wypisywać, to my robimy takie opracowania do izb z prośbą by wśród lekarzy rozpowszechniono.(...) myśmy się rozjechali, nie ma jakiejś potrzeby współpracy, choć potrzeba współpracy by była. I patrząc na kraje Europy Zachodniej współpraca na linii aptekarz –lekarz jest duża w opiece farmaceutycznej. W Anglii lekarze korzystają*

*z wiedzy farmaceutów, bo nie ma się co oszukiwać- nie mają takiej wiedzy w większości, natomiast w Polsce jest taka mentalność, że nikt się nie przyzna żeby zapytać kogoś drugiego. (...) z dyrektorami szpitali w ogóle nie mamy kontaktów, jest kontakt tylko przez farmaceutów szpitalnych i jak oni mają jakieś problemy to je wyjaśniamy, ale nie w relacjach w dyrektorami szpitali. (P.K.)*

O wynikach dialogu praktycznie żaden z badanych nie wypowiedział się pozytywnie. Niektóre posiedzenia dialogu w postaci np. Białego Szczytu zostały wykpiwane jako niepotrzebne marnowanie czasu i pieniędzy podatników:” *Biały szczyt czy zielony(śmiech) po co się zebrał? Żeby uchwalić kartę praw pacjenta, która już jest. Ja nie znam niczego, co by Biały Szczyt uchwalił. (D.C.)*

Pojawiały się też zaskakujące opinie, że dialog nie jest środkiem do osiągnięcia porozumienia ale jednym z narzędzi negocjacyjnych, wypaczenie idei dialogu jest ewidentne: *Ostatnio byłem na spotkaniu dyrektorów pt. jak się nie dać zrobić w kolejne podwyżki lekarzy, to raczej nie jest forma dialogu, ale jak oni[ związki] się potrafią zorganizować to dyrektorzy też powinni to umie zrobić. (D.E.)*

Świadczy to o niedojrzałości stron prowadzących dialog ale również o wciąż słabej demokracji: *W czasach kiedy była pisana ustawa, czyli pod koniec lat 80-tych demokracja była raczkująca, ustawa weszła w życie w 1991r. – niedawno, więc my nie dorośliśmy jeszcze do dialogu. Mało kto wówczas rozumiał istotę dialogu. Samorząd pielęgniarek może brać udział we współtworzeniu, kształtowaniu polityki społecznej kraju i województwa, na którym działa, natomiast jeśli chodzi o faktyczne współtworzenie, to niestety decydenci w naszym województwie i kraju nie mają wiedzy i chęci współpracy pozytywnej z nami i tworzenia atmosfery dialogu. W spotkaniach dotyczących problemów zdrowia nie uczestniczą samorządy- albo się zapomina, bo stroną społeczną w ocenie władz to są tylko związki zawodowe albo zupełnie unika się korporacji zawodowych. Jednak wszystko zależy od ludzi są bowiem decydenci, którzy chętnie korzystają z naszej pomocy, lecz są także tacy, którzy uważają że nie mają ustawowego obowiązku i nie widzą potrzeby zapraszania izby. My staramy się pukać do drzwi, że powinniśmy zabrać głos, ale różnie bywa z naszym udziałem w komisjach Sejmiku Wojewódzkiego czy poszczególnych gmin. (A.O.)*

W świetle powyższych wypowiedzi stwierdzić należy, że dialog w ochronie zdrowia jest słaby. Często nie jest dialogiem merytorycznie poprawnym, ale ogranicza się do personalnych ataków. W niektórych kwestiach koncentruje się wyłącznie na kwestiach płacowych nie uwzględniając systemowości ochrony zdrowia. Niestety nie daje się

zauważyć podmiotu czy grupy podmiotów, którzy starają się zmienić tę niekorzystną sytuację. Dialog nadal służy gaszeniu problemów w sytuacji, gdy pokłady wzajemnego zaufania społecznego uległy zniszczeniu nie zaś niwelowaniu sprzeczności, gdy jeszcze są możliwe do polubownego rozwiązania.

## **7.2. Ocena funkcjonowania śląskiej WKDS ze szczególnym uwzględnieniem Zespołu Roboczego ds. Zdrowia**

*WKDS jest to ciało, które przede wszystkim spełnia rolę studzenia nastrojów społecznych, takich radykalnych. Dlatego, że jeśli wybucha gdzieś jakiś protest, to przecież nie jest tak, że ludzie strajkują, bo lubią. To jest gest rozpacz. Strajkujemy, bo nikt nie chce z nami rozmawiać i rzeczywiście czasem jest tak, że dyrektor nie rozmawia, starosta nie rozmawia i wtedy ta instancja WKDS jest takim wentylem bezpieczeństwa, zawsze prasa napisze, gdy coś jest przedmiotem obrad WKDS-u. Tam zasiada wojewoda, o on jest ministrem rządu w terenie, w związku z tym taki pracownik czy ich grupa ma poczucie, że rozmawia z rządem o swoich prawach. To nobilituje tych ludzi, pozwala studzić emocje, daje nadzieje, że ktoś ich wysłucha, że ktoś próbuje znaleźć rozwiązanie. Natomiast ci wszyscy, którzy dążą do tego żeby przebić się ze swoim problemem na forum WKDSu potem przeżywają rozczarowanie, bo tam okazuje się, że zasiadają ci sami ludzie, szefowie wielkich central, gdzie interesy poszczególnych zakładów pracy są naprawdę mniej znaczące niż jakieś akty zawierane np. na rzecz górnictwa, hutnictwa, kolei.(D.L.)*

Pierwszą kwestią, na którą należy zwrócić uwagę przy omawianiu działania WKDS jest jej skład i zasady doboru członków. **Reprezentatywność** w WKDS jest sprawą problematyczną i budzącą negatywne odczucia zwłaszcza wśród związkowców. Ochrona zdrowia skupia wiele różnych grup zawodowych. Kryterium zapraszania partnerów na posiedzenia Komisji jest reprezentatywność w rozumieniu ustawy o związkach zawodowych i WKDS. Zgodnie z tymi przepisami w posiedzeniach Komisji winni brać udział jedynie przedstawiciele NSZZ Solidarność, OPZZ, Forum Związków Zawodowych, natomiast faktycznie reprezentujące grupy zawodowe związki nie są zapraszane, gdyż nie spełniają kryterium reprezentatywności. Niewielkie liczebnie związki, których członkostwo jest odzwierciedleniem liczby pracujących

w placówkach pracowników danej specjalności nie zaś przynależnością do związku, są często rozgoryczone, że nie zaprasza się ich na posiedzenia gremiów debatujących nad ochroną zdrowia: *Zaprasza się główne centrale. Pozostałe centrale, jak mają swoich ludzi w tych głównych, innych związków, gdzie nas poinformują, to się idzie. Jak się człowiek dowiadyuje, że jest coś takiego, to się idzie, bo w wielu przypadkach, mimo, że jesteśmy zarejestrowani, mimo, że w jakiś tam sposób jesteśmy znani, nie zaprasza się małych związków. Nie wiem czym to jest spowodowane- chyba tym żeby było jak najmniej ludzi, bo zawsze jest łatwiej prowadzić dialog, gdy jest mniej osób. Czasem jest tak, że ktoś może nie wiedzieć, że jest ten mały związek- my mamy zmienioną siedzibę już 3 raz, bo jak jest nowy przewodniczący, to się zmienia siedzibę.*(K.W.)

Także o Komisji Trójstronnej związkowcy wypowiadają się negatywnie ze względu na wielość podmiotów uczestniczących w posiedzeniach, także tych, którzy nie są bezpośrednio związani z ochroną zdrowia: *Kiedyś na liście ministerialnej dotyczącej składu Komisji Trójstronnej było 3-5 podmiotów, teraz jest 81 podmiotów, łącznie z episkopatem. Ale u nas jest coś takiego- jak się uszczypnie coś służbie zdrowia na pewno się odezwie ten związek, którego grupy zawodowej to dotyczy. Tylko, że oni nie wszystko wiedzą, bo nie czytają ustawy a potem się zaczyna lawina.*(M.Z.) Inna osoba dodaje: *W Warszawie, co jest w ogóle bez sensu, jest jakaś Komisja Trójstronna, w której nie ma żadnego lekarza. **Solidarność i jeszcze jakieś trzy związki decydują w naszych sprawach tylko dlatego, że ich jest więcej.** Bo wiadomo, że w szpitalu na 1000 iluś zatrudnionych niecałe 10 % to lekarze, ale to wcale nie znaczy, że mają cicho siedzieć i nie decydować o niczym, bo reszta jest personelem pomocniczym. Fachowcami w szpitalu, którzy decydują o kształcie szpitala, o opinii o nim, o fachowości są lekarze. Mamy też innych fachowców- to są informatycy, ale oni nie decydują o kształcie szpitala. Elektrycy są, ale ten elektryk tak samo będzie naprawiał światło w szpitalu, jak i w przedszkolu i gdziekolwiek. A lekarz jest bezpośrednio ze szpitalem związany.*(M.S.)

Jak wynika z powyższych wypowiedzi w dialogu mamy do czynienia z **pułapką reprezentatywności**. Podmioty, które chciały by uczestniczyć w posiedzeniach, gdyż czują się przedstawicielami określonej grupy zawodowej nie mogą w nich uczestniczyć, natomiast podmioty, które nie są uznawane przez całe środowisko medyczne są zapraszane na obrady.

Ale są również podmioty, które nie są zapraszane do udziału w posiedzeniach, ale mimo, że są dużymi organizacjami, nie aspirują do Komisji, postrzegając ją jako instytucję niepotrzebną: *Z Komisją Trójstronną to jest nieporozumienie- stworzenie*

*instytucji dialogu- komisji, trzeba zostawić to wszystko, nie nazywać tego. Trzeba powołać ekspertów, ludzi, którzy na tym się znają. Nie należy formalizować tego do końca, bo Polacy jak coś jest sformalizowane to reagują okrutnie, bo każdy w tym wierzy, że ktoś inny będzie miał więcej władzy. (...) Trzeba nie więcej niż 3-4 organizacje do dialogu, nie więcej, bo tak naprawdę organizacja pracownicza to jedna wystarczy, bo oni i tak będą tam krzyczeć o pensje i wynagrodzenia. A tu nie ma o czym mówić, bo my nie żyjemy w państwie socjalistycznym, gdzie minister zdrowia, albo prezes funduszu albo premier ustala wynagrodzenie dla pielęgniarki bądź lekarza. Jeżeli mamy w takie rzeczy się bawić, to już za 5 lat tu nie będzie nikogo. Bo jeśli premier dziś powie, że lekarz zarabia 7 tys, a pielęgniarka 3, to za rok powiedzą, że 10 i 5 tys. chcemy. Potrzebna jest grupa ludzi, która pójdzie z dokumentem do premiera, ale nie 50 stronicowym, bo premier musi mieć 5 stron, żeby on to przeczytał- kierunki, krótki opis za czym jesteśmy. (M.E.)*

*Strona związkowa wyraża zdziwienie, że skład komisji jest uwarunkowany politycznymi konfiguracjami; Dla mnie jest czymś dziwnym, że jeden z członków Zespołu, był dyrektorem NFZ a teraz jest po stronie pracodawców, więc ma szerszą wiedzę niż mamy my i pewne rzeczy torpeduje i chciałby coś ugrać dla siebie. Strona rządowa mówi, że generalnie to nie można tego zrobić, bo teraz nie jest odpowiednia pora. I jest taka sytuacja patowa, czasami odnosimy wrażenie, że powstał twór [komisja] żeby tych na dole usatysfakcjonować, że ktokolwiek się z nimi liczy, ale to jest nieprawdą. Ja jestem praktycznie od początku jak powstał ten Zespół i jakiś wymiernych korzyści z tego wszystkiego nie było. Bo to jest przekładane wszystko na warszawkę jeśli już idzie, bo samo województwo jest zależne od tego, co otrzyma. Ta komisja jest tworem dla zaspokojenia jakiś dyrektyw, jak muszą być to niech będą. (K.S.)*

*Inna działaczka związkowa dodaje: **Tam [do Komisji] jest bardzo ciężko się dostać- dlatego to ja nie mam zielonego pojęcia, bo pieniędzy z tego nie ma ani prestiżu.** (K.R.)*

*Także przedstawiciel Izby Lekarskiej nie potrafi wyjaśnić dlaczego Izby nie bierze udziału w posiedzeniach komisji: *Dlaczego samorząd lekarski nie zasiada w komisji dialogu społecznego? Nie mam pojęcia(...)* Mam wrażenie, że lobby lekarskie jest za silne i dlatego nie może być obecne w komisji. To, co się dzieje z samorządami w ostatnim czasie to jest próba osłabienia ich roli, posądzenia o kształtowanie jakiegoś tam zamkniętego rynku i tak dalej, co generalnie zmierza do osłabienia, najchętniej rozwiązania samorządu. Mamy problem, z którym nie wiemy jak sobie poradzić, to zrobmy tak, żeby przestał istnieć. (A.B.)*



Na pytanie: dlaczego nie ma Izby [Pielęgniarskiej] w WKDS?, jej przedstawicielka bezradnie rozłożyła ręce i odpowiedziała: *Politycy uznali. Jeśli decydent jest na tyle otwarty, że nas zaprosi wtedy jesteśmy. Mamy mentalność- zapis. Więc skoro nie zapisali, to nie trzeba zapraszać. A powinno się zapraszać osoby z klucza, powiązane z danym zagadnieniem. Są rzeczy, które powinny być naturalne- nie ma zapisu ale powinny być organizacje związane z problemem. Albo samemu człowiek się wkręci i zostaje. (A.O.)*

W konsekwencji respondenci uważają, że Komisja jest ciałem korzystnym jeśli chodzi o jej zakres działania, natomiast **skład Komisji** budzi zastrzeżenia i negatywnie wpływa na przebieg obrad: *WKDS jest to dobra instytucja, ale nie w pełni zrzeszająca podmioty, które powinny się wypowiadać. Byłem dwa razy na takim spotkaniu- i coś siedzą tam ludzie z różnych opcji, związków zawodowych, ale znowu nie ma drugiej strony- nie widziałem tam przedstawicieli wiodących z poziomu niepublicznych zakładów, z poziomu powiatu, województwa i normalnej gminy. Mnie jako przewodniczącego Komisji Zdrowia [Sejmiku Wojewódzkiego] zaprosił jeden z członków nie przewodniczący. Pan wojewoda, co uważam, że jest błędem, bo powinienem być na każdym spotkaniu, żeby wysłuchać, co inni mają do powiedzenia. Nie jesteśmy w ogóle zapraszani, więc komunikatywność między szczeblami władzy jest w naszym regionie bardzo zaburzona. A nie może być odrębności- Komisja Zdrowia coś robi sobie, a WKDS coś innego, Sejmik jeszcze coś innego- to jest nieporozumienie. Bo coś z tego, że ci panowie przyjdą i zrobią spotkanie, jeśli ja widzę, że za stołami siedzą sami dyrektorzy wojewódzkich szpitali i nikogo innego- a co z powiatowymi, gminnymi szpitalami?(A.H.)*

Uczestniczka posiedzeń komisji z ramienia wojewody dodaje: (...). *Druga rzecz jest taka, że nie można się skutecznie zaangażować w dialog, jeśli się nie ma na to czasu. Trzeba temu poświęcić nie tylko serce ale trochę czasu. A ja obserwuję taką rzecz, że mamy jeszcze taki dualizm jeśli chodzi o taką działalność- z jednej strony nakłada się pewne obowiązki na wojewodę, z drugiej strony tego wojewodę się instruuje: proszę zwalniać, wszelkie przerosty pracowników są źle widziane. Nie ma dodatkowych środków, nie będzie podwyżek- pracownicy odchodzą a zadania zostają. Są zadania ważne i ważniejsze. Dla wojewody dialog jest ważny, ale, powiem jak czuję- jeśli nie odbędzie się posiedzenie komisji roboczej to tak naprawdę nie zostanie omówiony jakiś temat, ale jeśli my nie będziemy na bieżąco prowadzić rejestru, to zakłady pozostaną bez kontraktu. O ile rejestr trzeba zrobić w sposób terminowy, o tyle niestety, rozmowę można przesunąć na inny termin. Niestety przesunięcie rozmowy na zupełnie inny termin przesuwa ją w zupełnie inny układ i ta rozmowa nie ma już czasem zupełnie sensu.*

*Dialog byłby jak mówię świetnym narzędziem, ale ktoś musiałby się nim zająć nie z doskoku, a ktoś musiałby się tym po prostu zajmować, spotykać, rozmawiać nie tylko z członkami komisji roboczej, gdzie obradujemy nad jakimś tematem.(...) musiałby być ktoś, kto nad tym czuwa, kto chce to robić i nie może to dla mnie być osoba wyrwana od innej pracy, dorywczo, bo pani coś wie na ten temat to proszę tam iść. Uważam, że osoba powinna być niejako przypisana do dialogu, będąca w stałej łączności z zadaniami merytorycznymi wojewody, ale oddelegowana tylko i wyłącznie do dialogu. Osoba taka wie jakie mamy bolączki, bo chodzi i rozmawia z nami, ale jest w stałym kontakcie z tymi zewnętrznymi ugrupowaniami, odbiorcami, którzy chcą pracować w dialogu. Mam takie odczucia dlatego, że zostałam wytypowana do dialogu w momencie, gdy powołano mnie na stanowisko zastępcy dyrektora ds. leczenia. Będąc tym zastępcą miałam pod sobą swój oddział, podlegały także mi pozostałe osoby z leczenia i wiedziałam na bieżąco co się dzieje we wszystkich jednostkach podległych wojewodzie. Stanowisko zostało zlikwidowane, a ja wróciłam na poprzednie stanowisko i nie mam teraz bieżącej wiedzy w pozostałych oddziałach. Mam zadania do wykonania wynikające ze stanowiska i mam inne obowiązki, jeżdżę na różne spotkania, sympozja, jestem w 6 radach społecznych z jednej strony to poszerza moje horyzonty, ale to nie są rzeczy, które się potem dzieją na dialogu. W związku z tym jak idę na taką komisję roboczą trudno mi tam jest zająć stanowisko ogólne, bo musiałabym się do tego przygotować w sposób należyty, a nie zawsze mam na to czas.(A.C.)*

Podstawowym mankamentem działającej Śląskiej Komisji Dialogu Społecznego jest jej **nieskuteczność**. Prawie wszyscy uczestnicy spotkań tego gremium wypowiadali się negatywnie o możliwościach wywierania realnego wpływu na podejmowane decyzje przez WKDS: *Tak szczerze to nie wiem, po co my tam jeździmy i jeszcze nikt mi za to nie zwraca, ale to można pominąć. Spotykamy się i mam wrażenie, że po prostu marnujemy czas. Bo ja rozumiem, że iść gdzieś i porozmawiać, ale coś z tego wyniknie, jakiejś danej sprawie zostanie nadany bieg. Wiem, że muszę poczekać tydzień, dwa, miesiąc, ale ze będzie na to odpowiedź. A te nasze wnioski po prostu giną. (K.R.)*

*Kiedyś proponowaliśmy tematykę sami, jako członkowie zespołu, i trzeba było tę tematykę przygotować. Ja byłam przekonana, że jeśli są osoby ze strony rządowej czy samorządowej województwa, że te osoby będą nam przybliżać tę tematykę – bo jak ja jestem reprezentantem tu z dołu, to chciałabym mieć wiedzę z góry. Chodziło wtedy o tematykę dostosowania obiektów do wymogów unijnych, zrobiłam wtedy wycenę*

z miasta, na terenie którego działam i ten **temat utknął, bo skąd wziąć na to pieniądze.** (K.S.).

Zatem można powiedzieć, że nieskuteczność Komisji polega także na tym, iż nie tylko nie może wydawać wiążących aktów prawnych, ale również dysponować środkami finansowymi umożliwiającymi realizację powziętych wytycznych czy też wpływać na podmioty mające środki pieniężne. *Przy wszystkich ciałach konsultacyjnych, które nie mają mocy sprawczej pozostaje niedosyt działania- bo np. pokazujemy na WKDS problemy psychiatrii dziecięcej, której mamy mało w województwie, potem idzie korespondencja do ministerstwa i my wskazujemy te problemy, ale nie ma wyraźnych działań.* (A.J.)

W efekcie są na terenie województwa śląskiego organizacje, które nie chcą uczestniczyć w posiedzeniach, gdyż dla ich przedstawicieli jest to strata czasu i pieniędzy składkowych: *Brak Porozumienia w WKDS- my uczestniczymy we wszystkim tym, co daje jakieś efekty. Uważamy, że wszelkie rozmowy, które nie prowadzą do niczego, nie ma następstw tych rozmów, bo polegają tylko na wypiciu kawy, są marnotrawstwem pieniędzy składkowych naszych kolegów, co wyraźnie podkreślam, naszego czasu i czasu naszych rodzin, którym powinniśmy go poświęcić. Ja twierdzę, że teraz nie ma możliwości, by się porozumieć w różnych płaszczyznach, jeśli chodzi o związki pracownicze, pracodawców, szpitale, POZ. My i tak bardzo pełzającym ruchem wciągamy poszczególne dziedziny medycyny w całej Polsce, to nie jest z miesiąca na miesiąc* (M.E.)

Idąc dalej, jedna z uczestniczek spotkań komisyjnych stwierdza, że Komisja nie będzie działać dobrze, dopóki osoby w niej biorące udział będą to robić **pod przymusem, z doskoku** trakcie wykonywania innych obowiązków służbowych: *Nie wyobrażam sobie, że dialogiem zajmuje się ktoś społecznie, bo nie ukrywajmy to jest ciężki kawałek chleba, związany z dużą dyspozycyjnością, z dużym wkładem pracy własnej, więc nie wyobrażam sobie, że ktoś się tym zajmuje po godzinach pracy, gdy pracuje gdzie indziej i wpada na chwilę, by zająć się dialogiem.* (A.C.)

Poza tym, nierzadko mimo uzgodnień na szczeblu regionalnym konieczne jest zatwierdzenie ich na szczeblu centralnym, co wzmaga poczucie nieskuteczności wśród członków Zespołu: *Te związki, które reprezentują załogi, mają przeciwko sobie pracodawców i stronę rządową, więc czasami jest to taka walka z wiatrakami. Jak mówię, stworzyło się jakieś tam ciało, bo taka była potrzeba i takie są wymogi, natomiast*

*nie dać się rozbrykać temu.(...) Czekamy na centralne dyrektywy, jest taka ogólna niemożność. (K.S.)*

Owa niemoc instytucjonalna spowodowana jest głównie tym, że Komisja w opinii badanych działa w oparciu o **uwarunkowania polityczne**. Opinie i zalecenia tworzone na posiedzeniach czy to całego WKDS czy tylko Zespołu Roboczego ds. Ochrony Zdrowia, rzadko mają przełożenie na później podejmowane decyzje: *WKDS nie ukrywajmy, ma podłoże polityczne, nie jest oderwana od tego co się wokół dzieje. Myślę, że jedną z barier mogą być złe relacje między osobą, która rządzi, czyli wojewodą jako stroną dominującą, bo to ona organizuje dialog, może narzucić formułę postępowania, prowadzenia rozmowy, a pozostałymi stronami. Jeśli strona rządowa i samorządowa są w konflikcie albo są z innej partii politycznej, jeżeli związki są w opozycji do strony rządzącej, to raczej nie należy się spodziewać przyjaznej atmosfery, chyba że przeważy dobro problemu, ale ludzie są tylko ludźmi i nie zawsze się to udaje. Dobrze by było, żeby strona organizująca była inną stroną, nie rządową czy samorządową. Mogłaby to prowadzić np. organizacja pozarządowa, można by wyprowadzić komisje z urzędu wojewódzkiego, ze struktur rządowych.(A.D.)* Inny uczestnik posiedzeń dostrzega podobne uwarunkowania: *Ten dialog, nie do końca mnie satysfakcjonuje, bo w zależności od tego, kto jest u władzy i jaki ma interes swój własny partykularny czy partyjny, który jest najczęściej, to nie zawsze decyzja z Zespołu Roboczego ds. Zdrowia ma przełożenie na decyzje, nie idzie do góry. Wiele rzeczy gdzieś tam utyka, bo były to rzecz niepoprawnie politycznie, albo nie ma na to pieniędzy, zawsze było jakieś "ale", dla którego nie można było czegoś przepchnąć. (K.S.)*

*Działanie Zespołu Roboczego ds. Ochrony Zdrowia oceniam negatywnie, bo uważam, że jest chaotyczne. Działania forów, w których odbywa się dialog, w szczególności dialog społeczny to jest próba wygrywania, uzyskiwania własnych celów politycznych, również nie definiowanych jako osiągnięcie czegoś dla dobra społeczności tylko do osiągnięcia władzy, bo takie jest dziewięćdziesiąt kilka procent celów politycznych, jakie wiedzę w naszym otoczeniu. (A.B.)*

Niestety **przebieg posiedzeń** również nie jest oceniany zbyt dobrze. Uczestnicy posiedzeń mają jednak różne oczekiwania wobec Komisji. Są osoby, które chciałyby poruszyć bardziej szczegółowe kwestie dotyczące funkcjonowania wybranego obszaru ochrony zdrowia: *Jak działa Zespół? W ubiegłym roku zgłosiłam wniosek, żeby ktoś*

udostępnił takie statystyki[dotyczące kształcenia lekarzy w poszczególnych specjalizacjach], miałam uzyskać je w styczniu, kiedy miało być zwołanie tej Komisji ale do kwietnia nie mieliśmy posiedzenia, zmienili panią przewodniczącą i sprawa się rozmyła.(K.S.) Inni natomiast nie widzą sensu, by Komisja debatowała nad konkretnym problemem, lecz chcą by poruszała bardziej ogólne zagadnienia: WKDS jest ważnym forum wymiany opinii, tylko dla tak obszernego województwa i tak zróżnicowanego województwa jest tym forum za małym. Tak naprawdę by mówić o skutecznym działaniu takiego forum, to powinny być takie WKDS- y w 4 subregionach. Bo np. ostatni WKDS zdominował temat szpitala Św. Barbary w Sosnowcu, a gości zaproszonych z Bielska czy z Rybnika ten szpital nie interesuje. **Więc jest to forum potrzebne do problemów bardziej ogólnych, bo przy szczegółowych to jest tym forum niewystarczającym.**(A.J.)

Dla mnie dialog społeczny to jest szczerze mówiąc strata czasu. Odsiedziałem wiele godzin w zespole roboczym ds. zdrowia na WKDS. **Jest to przerzucanie się argumentami co do niczego nie prowadzi.** Gdyby chcieć wypracować konsensus to trzeba było by to założyć. Widziałem jak wygląda dialog w Europie Zachodniej a jak wygląda dialog polski. Dialog polski wygląda trochę na udowadnianiu sobie, że to ja mam rację, zaś dialog w Europie Zachodniej, taki jaki jest prowadzony na szczeblu WHO, zakłada, że najpierw dyskutujemy nad pewnym celem a potem jeśli się zgodzimy co do celu, dyskutujemy jak go osiągnąć. A my niespecjalnie dyskutujemy nad tym, jaki cel chcemy osiągnąć, po prostu udowadniamy sobie, że każdy z nas ma rację albo raczej sobie udowadniamy, że ten drugi nie ma racji. Uważam, że dialog społeczny to jest tylko narzędzie do osiągnięcia porozumienia, które oznacza osiągnięcie pewnego celu. Ten cel najpierw trzeba zdefiniować. Myślę, że wadą instytucji dialogu społecznego jest to, że nie jest definiowany cel, który ma być osiągnięty, ponieważ lekceważone są zasady opierania wiedzy na faktach. Mówi się o konflikcie, o nieporozumieniach, o służbie zdrowia, ale nigdzie na ten temat nie piszą nic racjonalnego. Tworzone są enuncjacje, każdy wypluwa z siebie całe masy poglądów, które nie dają się w żaden sposób usystematyzować i nikt nie podejmuje tego trudu. Gdyby komisja dialogu społecznego na jakimkolwiek szczeblu mówiły: naukowcy udowodnili, że mamy do osiągnięcia taki a taki cel, najpierw zagłosujemy, który cel jest ważniejszy; większość opowiedziała się za celem a więc dyskutujemy jak go osiągnąć. Jeśli nie wiemy, to nie próbujemy wytrząsać z rękawa jakiś myszy, tylko sięgamy po wiedzę opartą na faktach. (A.B.)

Czyli dialog to jest stopniowe, uszeregowane zgadzanie się co do celu ogólnego, a potem celów szczegółowych. Przy czym zakładam, że zakładane cele są możliwe do osiągnięcia.

*Jeśli przyjmujemy cel rzeczywisty, to narzędzia do osiągnięcia tego celu są dla nas znane.(A.B.)*

Ponadto, okazuje się, że **osoby zasiadające w Komisji nie zachowują się tak jak powinny**: *Idziemy na ten Zespół i są ludzie różnych zawodów- i ten nie słucha, ten ma gdzieś, ciągle odbierają telefony. Po prostu nie umiemy szanować drugiego człowieka, uczymy się tego.(K.R.) WKDS- wtedy gdy na nim byłam, było zdominowane przez jeden temat i to jest tak chyba wszędzie, **ponieważ jest to ciało społeczne nikomu nie można odebrać głosu**. Ja uważam, że demokracja jest bardzo dobra, ale nie do końca, bo są jakieś nawiedzone wypowiedzi zupełnie bez sensu. Wiadomo, że pewne sprawy można załatwić w określonym miejscu i mówienie ciągle na ten sam temat w miejscu do tego nie odpowiednim, czyli takim, gdzie to jest sprawa nie do rozstrzygnięcia, mnie zawsze denerwuje(...) Odnoszę wrażenie, że dobrze, że to jest bo zawsze można pokazać, że jest dialog w województwie, ale to nie jest to miejsce gdzie pewne sprawy można załatwić. A o tym, że te konflikty istnieją to każda osoba wie nie spotykając się tam. Może nie mam racji, ale to trochę na siłę jest robienie tej Wojewódzkiej Komisji.(A.E.)*

Zastrzeżenia budzi również **organizacja posiedzeń**. Z pewnością jest ona bardzo istotnym elementem, gdyż regulacje ustawowe nie zawierają żadnych szczegółowych wytycznych co do kształtu posiedzeń, więc zależą one od strony zwołującej i organizującej, która po pierwsze zaprasza strony a po wtóre ustala plan obrad: *Każde posiedzenie Komisji musi być przygotowane, tego nie da się zrobić byle jak. Od tego w jaki sposób sekretarz i jego pomocnik przygotowuje spotkanie, zależy jego przebieg(...) Od tego jacy fachowcy pracowali w Komisji od tego zależał dialog. (...) strona, która wnioskowała o posiedzenie była zawsze bardzo dobrze przygotowana, natomiast te strony, które nie siedzą w temacie, co wynika z konstrukcji Komisji, nie są w stanie do końca się przygotować, bo to jest niemożliwe, ale właśnie na tym polega Komisja, i na tym polega sprawozdawca, że on ma przedstawić o co chodzi, jaki jest problem, jakie są strony, czyli na tej Komisji człowiek się dowiaduje. Natomiast zdarzało się i to było dla mnie bardzo zabawne, że widziałam, że strona przyszła nastawiona bojowo a w miarę jak szło posiedzenie WKDS, to widziałam, że stronie już na niczym nie zależy, tylko żeby z honorem stamtąd wyjść. (A.D.)*

Zatem pojawia się wątpliwość: *Pytanie polega na tym, czy jest zgoda na prawdziwy dialog? Pytanie: czy jest teraz miejsce na dialog? Bo jeżeli wszędzie tak wygląda, przynajmniej w wojewódzkich komisjach, że stroną prowadzącą, organizującą, inicjującą*

*te komisje jest strona rządowa, a jeżeli ze strony rządowej nie ma zgody na prawdziwy dialog, to jest pytanie. (A.D.)*

Od **technicznej organizacji posiedzeń** zależy jakość posiedzenia poprzez przygotowanie lub nieprzygotowanie merytorycznie stron do rozmów. Zdarzają się sytuacje, że członkowie WKDS powiadamiani są w ostatniej chwili o posiedzeniu: *Czasami jestem poinformowana na dzień wcześniej, czasami materiały też dostają jako nowe. (...) wie pani, to jest wszystko takie do niczego, powierzchowne, to są dla mnie pozorne ruchy. (A.C.)*

*Te spotkania mogą mieć charakter roboczy, ale one muszą być odpowiednio moderowane, musi być moderator czuwający nad tym, żeby wypracować stanowisko, żeby zebrać to do kupy. I to nie może być osoba, która jest tam z przypadku, z musu, która robi to niechętnie, bo ją to w ogóle nie interesuje, ale kazali mi to zrobić, więc jestem, macie państwo jakieś uwagi, to spisujemy je i spotykamy się w bliżej nieokreślonym terminie. Tak może być. Ostatnie spotkanie robocze było dla mnie przygotowane w sposób tak nieprofesjonalny, dlatego, że **nagle się okazało, że będzie robiony duży WKDS, bo przyjeżdża pan minister**. I nagle się okazało, że urodziło się gdzieś tam- jak to, to minister przyjeżdża w tym tygodniu, a nie w następnym więc się okazało, że trzeba szybko robocze spotkanie zrobić Komisji Roboczej ds. Zdrowia. Było to przygotowane w ciągu dwóch dni, wszyscy przyjechali, każdy przyjechał z czym innym, nikt nic nie wiedział. Spotkaliśmy się i właściwie nie wiedzieliśmy o czym właściwie mamy rozmawiać. Bo był taki wymóg, by przed dużym WKDS odbyła się komisja robocza. I ja pani powiem: starta czasu dla wszystkich.(A.C.)*

Osoby nie współpracują ze sobą poza posiedzeniami, nie spotykają się, nie mają żadnego kontaktu ze sobą: *Nie mam kontaktu z pozostałymi członkami komisji, spotykamy się tylko na posiedzeniach, czasem przychodzi do mnie członek zespołu jako dyrektor placówki, by załatwić formalności związane z kontraktem, ale nie rozmawiamy o dialogu.(A.C.)*

**Brakuje więc ciągłości prac**, nieformalnych nawet kontaktów między uczestnikami posiedzeń: *W momencie jak WKDS wyciągnięto nam tu z wydziału, przeniesiono do biura Dyrektora Generalnego, my nie mamy żadnego kontaktu z tymi ludźmi, to nie jest żadna stała współpraca. Ja mogę powiedzieć, że nie mam żadnej współpracy- ja dostaję informacje o posiedzeniach. Na pewno pani usłyszała, że jak jeszcze była poprzednia dyrektorka nadzorująca prace Komisji, to żeśmy się spotykali, było jakieś forum zrobione, spotykaliśmy się raz na kwartał, ustalało się proponowane tematy. Ten*

*sekretariat, który był przy pani dyrektor pilnował tego. Przygotowywane to było w sposób planowy a nie na lapu capu.(A.C.)*

Idea istnienia WKDS budzi mieszane odczucia. Z jednej strony, jak wspomniano, zarzucana jest jej nieskuteczność i proceduralna niemoc, z drugiej jednak strony, partnerzy społeczni dostrzegają rolę jaką odgrywa Komisja właśnie w wymianie doświadczeń i polepszaniu przepływu informacji między poszczególnymi podmiotami: ***Komisja jest jedyną instytucją, gdzie możemy się spotykać, powymieniać poglądy i dowiedzieć się jak to jest w innych szpitalach, jaki ktoś ma problem; czasem ktoś się czegoś od siebie nauczyć.*** Pod tym względem jest to fajne, ale żeby jeszcze coś z tego wynikało, żebyśmy nie tracili czasu, bo przyjeżdżają ludzie, którzy mogliby w tym czasie dużo dobrego zrobić. Osoby się przygotowują, poopowiadają, a potem to i tak nic z tego, bo ktoś się nie zgodzi lub powie, że tak nie może być.(K.R.) Tak mówi przedstawiciel związków zawodowych, ale również pracownik administracji rządowej dostrzega fakt, iż: *Biorąc pod uwagę idee tej struktury[WKDS] jest ona potrzebna. Mogłaby być fajnym narzędziem przede wszystkim do pozyskania informacji. (...) ja myślę, że dialog jest formalnym sposobem do uzyskania nieformalnych informacji, do tego, by można było zaobserwować jakie są nastroje, bo na piśmie się tego nie zaobserwuje. Sama idea może byłaby słuszną, ale ja uważam, że jeśli chcemy prowadzić dialog to osoby, które chcą to prowadzić muszą się przygotować, nie będzie to sprawnie działało, jeśli nie będzie odpowiedniej organizacji(A.C.)*

*Myśmy nawet proponowali- wszystkie związki, jak byliśmy w takim dużym konflikcie, jedną siłą powołać, coś na kształt okrągłego stołu. Raz się taki okrągły stół odbył i to było wszystko.(M.A.)*

W ochronie zdrowia istnieją także **inne gremia dialogu społecznego**, o których warto powiedzieć kilka zdań. Na poziomie zakładu pracy są to rady społeczne, a także komisje problemowe działające przy urzędach, które przez niektórych rozmówców są uznawane za gremia dialogu. Jednak ich działanie też pozostawia wiele do życzenia: *Ja myślę, że dialog jest, ale im niżej tym gorzej. Weźmy rady społeczne.(...) My możemy zabrać sobie głos taki czy inny. Przychodzimy na posiedzenia rady społecznej a tam już są przygotowane uchwały żeby było szybciej to jest 15 minut – kto jest „za”, kto „przeciw” i do widzenia. Potem to idzie na posiedzenie rady miasta, gdzie mówi się, że rada społeczna zaopiniowała tak czy inaczej. Tak, że na tym niskim poziomie nie ma dialogu. Jeszcze walczyliśmy o to aby przynajmniej ten przedstawiciel związków był*



podczas przetargów, bo było tak, że mógł być, ale tylko do momentu otwarcia ofert a potem już w konkretnych rozmowach nie. (M.A.)

(...) Myślę, że rady społeczne musiałyby zmienić swój kształt funkcjonowania, będąc radami nadzorczymi, ale znajdującymi się na ekonomii, **natomiast do tej pory najczęściej członkiem rady jest to osoba polityczna albo taka, żeby się stało faktowi zadość.** Były to osoby wysyłane a wręcz zsyłane na obecność na radzie społecznej, nie mieli z tego środków, nie byli wynagradzani, jeździli na 5 rad społecznych w ciągu miesiąca, na których słyszeli po raz czterdziesty jak szpital jest zadłużony. Rada społeczna w wielu przypadkach nie pomaga dyrektorowi lub co najwyżej wymienia dyrektora na następnego z dobrej opcji politycznej.(...) **Rada nie jest miejscem dialogu, jest miejscem gdzie się stempluje funkcjonowanie nowotworu prawnego jakim jest SPZOZ, niedostosowany do warunków rynkowych- ogra go szewc, który założy małą klinikę obok. Rady lepią chorą ranę, która ropieje, to nie jest na poziom rady do załatwienia.**(O.A.)

W komisjach problemowych działających przy organach samorządu terytorialnego różnego szczebla, dialog również nie jest prawidłowo prowadzony: W Sejmiku, w Komisji Zdrowia i Polityki Społecznej jest wielu lekarzy, paru dyrektorów szpitali czy przychodni, to dobrze z jednej strony a z drugiej to trochę taki partykularyzm, jak to tak odbieram, że w Komisji Zdrowia i Polityki Społecznej nie może się przebić polityka społeczna, bo problem ze służbą zdrowia jest tak duży, że nie może się przebić. (M.C.)

Jeśli natomiast przyjąć, że komisje problemowe działające na różnych szczeblach władzy samorządowej, pełnią również funkcje podobne do tych jakie pełnią rady społeczne czy Zespół Roboczy ds. Zdrowia przy WKDS, to związkowcy również twierdzą, że nie są partnerem, którego argumenty są przekształcane w projekty aktów prawnych: Często dzieje się tak niestety, że nasze wnioski trafiają tam, gdzie trafiają czyli rozbijają się w próżni i nic z tego nie wychodzi. My możemy opiniować, wzywać marszałka, wice marszałka i cóż z tego jak oni nie przychodzą na posiedzenie takiej [Zdrowia i Polityki Społecznej Urzędu Marszałkowskiego] Komisji. Po drugie przysyła się jakiegoś pracownika z Wydziału Zdrowia z ostatniej ławki, który przychodzi i ma tam na kartce jakieś dane napisane i nic więcej nie potrafi powiedzieć. Jednym słowem nie ma wizji co dalej. Działa się z dnia na dzień, od problemu do problemu, natomiast nikt nie umie powiedzieć dzisiaj w jakim kierunku my zmierzamy- czy zmierzamy do prywatyzacji służby zdrowia, czy do spółek pracowniczych, choć ostatnio to pojęcie już nie funkcjonuje tylko spółki prawa handlowego. (M.C.)

*Dlatego uważam, że osoby do komisji nie powinny być wytypowane odgórnie, po linii takiej, że jak pełnisz funkcje dyrektora to musisz być przewodniczącą, bo to się nie sprawdzi, musi to być osoba, która będzie to robić z pasji, która po pierwsze widzi sens tej pracy a nawet jeśli jej efekty są nijakie to widzi, że się w tym sprawdzi. Że może na razie się tego nie wykorzystuje ale jakby ktoś chciał sięgnąć to jest tu baza danych wiedzy wszelakiej z każdej strony plus indywidualne, prywatne opinie na temat.(A.C.)*

Jednak dokonanie założenia, że wszystkie fora dyskusyjne w postaci komisji problemowych nie przynoszą efektów, byłoby nieprawdziwe. Wiele zależy od świadomości organizatorów a zarazem zapraszających na posiedzenia. Przykładowo w starostwie bielskim istnieje niepisana tradycja zapraszania na posiedzenie komisji wszystkich stron społecznych: *Nasze komisje zdrowia, jeśli są to współpracują z innymi komisjami, to po pierwsze, Często jest tak, że zapraszamy przedstawicieli izby lekarskiej i pielęgniarskiej. Jeśli jest posiedzenie komisji zdrowia poświęcone problemom ochrony zdrowia w naszych placówkach to często zapraszamy ich przedstawicieli. Oni przychodzą i jeśli nawet się nie wypowiadają to mogą posłuchać co się dzieje, nie jest to dla nich tajemnica, nie są zaskakiwani, wiedzą co się dzieje w placówkach z pracownikami. (...) Często z szefem korzystamy z takich sytuacji, że organizujemy spotkania z załogą w placówkach, w których też uczestniczy dyrektor jeżeli mamy jakieś konfliktowe sprawy, to wyjeżdżamy i rozmawiamy. Jest to inaczej odbierane, postrzegane przez pracowników im się wtedy wydaje, że są ważni, że się nimi interesują, że się dostrzega ich problemy, chociaż niekiedy nie zaproponowane im nic konkretnego, ale oni czują się bezpiecznie- ktoś wie, że jest problem, ktoś go analizuje, przyjechał, żeby nas wysłuchać, i to już jest ważne. (A.G.)* Tak więc kształt dialogu zależy w dużej mierze od woli politycznej i świadomości decydentów.

Niestety również inne potencjalne gremia, które służyć mogłyby dialogowi nie przyczyniają się do jego skutecznienia: *Jest Związek Pracodawców Ochrony Zdrowia w województwie śląskim, który dwa razy w roku robi spotkania, natomiast muszę powiedzieć, że tak jak wcześniej jeździłam, tak w tej chwili coraz mniej jeżdżę, bo to jest bicie piany. Pierwszego dnia kilku dyrektorów chwali się swoimi osiągnięciami albo porusza się kwestie w formie wykładów co jest dobre jako forma wymiany doświadczeń. Natomiast drugiego dnia jest podsumowanie, czyli leczenie kaca, czyli to jest bez sensu. Dawniej jednak jak był lekarz wojewódzki jeszcze w systemie budżetowym były spotkania dyrektorów, które miały określony program. W tej chwili to jeździmy na szkolenia i tam się jedynie wymieniamy doświadczeniami. Nieformalny dialog istnieje, bo konsultujemy*

*rzeczy, które są nowe, porównujemy się, szczególnie jak ktoś chce wprowadzić coś nowego.(D.A.)*

Podsumowując, zarówno istnienie WKSD, jak i pozainstytucjonalnych form dialogu w postaci komisji problemowych czy rad społecznych, jako gremiów dialogu nie budzi wątpliwości. Intencje poświęcające pomysłodawcom a zarazem idee, według jakich mają one działać są akceptowane. Przykładowo doceniana jest idea funkcjonowania WKDS: *WKDS została powołana jako instytucja po to, by różni przedstawiciele organizacji doszli do konsensusu w ramach ochrony zdrowia. Dobrze by było, żeby był efekt wymierny tego dialogu, czyli żebyśmy byli w stanie przelać na rzeczywistość to, o czym mówimy. Niestety tak się nie dzieje. Sama idea jest słuszna, ja bardzo to popieram, zresztą dlatego tam jestem. Bardzo chętnie wymieniam się doświadczeniami i tak samo wymieniają się obecni w tej komisji. (...)(D.B.)*

*Spotkania WKDS są dla mnie ciekawe z racji tego, że dowiaduje się różnych rzeczy, mam wgląd do zestawień, które dyrektor NFZ przygotowuje, widzę jaki jest sprzęt w jaka stronę idziemy, słyszę co się dzieje w publicznych ośrodkach, ale nie jestem do końca przekonany, że głosy, które tam są podnoszone są brane pod uwagę. Bo myślę, że to bardziej decyzje polityczne kierują tym wszystkim.(...) My mamy generalnie jako komisja mały wpływ na to co dalej się dzieje(...)Jest to dobra forma że żeby jeszcze z tego coś wyniknęło. Bo jeśli na ostatnim posiedzeniu są przedstawiciele związków zawodowych szpitala św. Barbary w Sosnowcu i oni bija piana na temat likwidacji oddziału ginekologii czy były czy nie było tam racjonalnych przesłanek. Ale nie temu to posiedzenie służy, można o tym powiedzieć, ale oni[związkowcy] skorzystali z tego i swoje żale wylali i na dobra sprawę zły adres wybrali, bo co minister ma do tego?(...)Komisja de facto nie ma wpływu na to, co się dzieje w śląskim oddziale NFZ. Cenię sobie byłą przewodniczącą, bo mówiła ważne rzeczy, ale czasem jak przyjeżdżają osoby z centrali NFZ lub z ministerstwa, to oceniam, że to, co oni mówią jest w ogóle oderwane od rzeczywistości- być może jest takie spojrzenie w Warszawie. (...)uczestniczenie w posiedzeniach ma sens, bo przynajmniej wiadomo, co się dzieje, natomiast nie sądzę by to miało jakieś głębsze przełożenie na funkcjonowanie ochrony zdrowia w województwie śląskim. Z takich spotkań mało wynika, bo decyzje strategiczne są podejmowane w Warszawie. I to jest duży mankament, komisja miałaby dużo do powiedzenia gdyby środki były dzielone na poziomie województwa(...)Wydaje mi się, że powinna być większa waga przywiązywana przez tych ludzi, bo mam takie wrażenie, że spotykamy się i komisja jest, bo jest, ale czy ona jest akurat potrzebna? Może ona jest po*

*to aby ktoś komuś nie zarzucił, że nie ma ciała, gdzie są skupieni przedstawiciele różnych stron i wymieniają poglądy.(D.B.)*

*Niemniej jednak, Dialog jest dialogiem o tyle, na ile pozwalają pewne przepisy prawne. Bo każdy poziom samorządu kieruje się interesem własnej jednostki. Dialog, który jest prowadzony między podmiotami jest zdeterminowany w dużej mierze kto tak naprawdę posiada jednostkę. Każdy samorząd zwraca uwagę na własne jednostki, chociaż są wyłomy, bo np. sejmik tej kadencji przeznaczają środki na jednostki niewładne. Czyli tu możemy mówić o dialogu ponad samorządowym, kiedy partnerzy samorządowi- powiat Cieszyna i samorząd województwa śląskiego, doszli do wniosku, że mimo iż w Cieszynie jest szpital powiatowy, to sejmik przekazuje środki na jego rozbudowę. Uważają bowiem, że jest to szpital strategiczny w tym terenie, nie zawęża się wyłącznie do sieci własnych jednostek. I mimo, że to nie wynika bezpośrednio z ustawy. Dialog jest podejmowany w obliczu decyzji strategicznych.*

*Na pewno gremia, które koordynowałyby opiekę zdrowotną na danym terenie, gdzie skupione są różne jednostki powinny powstać. Moim zdaniem powinny powstać dla subregionów: Katowic, Rybnika, Bielska, Częstochowy. Zawsze byłem zwolennikiem powoływania gremiów, tylko, że w przypadku gremium, które nie ma umocowania ustawowego, to jest potrzeba dużo dobrej woli ze strony wszystkich potencjalnych partnerów.(A.J.)*

Zatem, WKDSy nie będą działały zgodnie z intencjami pomysłodawców komisji, jeśli nie będzie woli by traktować je poważnie i wykorzystywać jako forum mogące realnie kształtować politykę społeczną ale nie tylko. Jednak jak dotąd, co zresztą znajduje potwierdzenie w niniejszych badaniach, **dialog jest niechcianym dzieckiem, którym trzeba się zająć, ale już się tak nie kocha.**(A.C.)

### 7.3. Partnerzy dialogu- wzajemne relacje i oczekiwania

Stwierdzenie, że jakość dialogu zależy w dużej mierze od partnerów społecznych nie powinno budzić zastrzeżeń. Nawet najlepiej skonstruowane przepisy dotyczące ram dialogu mogą się okazać niewystarczające w sytuacji, gdy strony nie będą się chciały porozumieć. Choć dialog społeczny zakłada dążenie do osiągnięcia porozumienia to czasem wydaje się ono nie do zrealizowania- **strony traktują się wzajemnie nie jak partnerzy ale jako adwersarze**, co prowadzi do pogłębiania różnic.

Przedstawiciele administracji publicznej zarzucają związkom populizm i krótkowzroczność: *Konflikty mają wymiar wyłącznie ekonomiczny, nie ma walki o poprawę warunków pracy czy coś podobnego. I to jest myślenie związków zawodowych bardzo krótkie. Oni argumentują, że dyrektor w sąsiednim szpitalu dał podwyżkę, a dlaczego ich dyrektor nie daje.(A.U.)* Ponadto zwracają uwagę na nierealność wysuwanych żądań, które powinny być bardziej dostosowane do aktualnej sytuacji finansowej zakładu pracy: *To są za duże roszczenia na od razu, bo dyrektorzy, którzy nie zgodzili się na podwyżki od razu, nie mówią, że nie dadzą w ogóle, tylko niech to idzie powoli, a nie od razu skok o 200%.(A.U.)* Związki zawodowe są potrzebne bo reprezentują pracowników, którzy nie mogą się spotkać ze mną wszyscy, bo jest ich 800. *Jeżeli ja się spotkam z 7 przedstawicielami związków zawodowych, to oni reprezentują każdą grupę pracowniczą i pewne problemy przenoszą na to spotkanie i rozwiązujemy je w takim gronie, a w grupie 800-osobowej nie da się tego zrobić. Negatywnie oceniam natomiast, że związki nie patrzą na to, że jeżeli spełnię ich żądania, to zakład może stanąć, to ich nie interesuje, byleby załatwić coś dla pracownika; nie patrzą dalekowzrocznie, tylko żyją chwilą dzisiejszą.(D.O.)*

Kwestia przygotowania partnerów do rozmów jest, jak wynika z powyższych wypowiedzi postrzegana dosyć negatywnie, jednak co dostrzegła przedstawicielka Urzędu Marszałkowskiego, nie wszystkie związki zawodowe prezentują ten model działania. Według niej odmiennie postępuje Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, który jako jedyny zwraca się do Urzędu Marszałkowskiego jako do organu założycielskiego z prośbą o udzielenie informacji dotyczących sytuacji finansowej placówek: *Parokrotnie był u nas Związek Pielęgniarek i Położnych, rzeczywiście te panie są perfekcyjnie przygotowane i one nas się pytają o sytuację finansową szpitali, o bilanse, a potem się konsultują ze swoimi księgowymi, to co sprawdzą u nas. Ale np.*

*Związek Zawodowy Lekarzy czy np. Sierpień 80- o nic nie pytają, oni po prostu chcą i nie ma zmiłuj.(A.U.)*

*Siłą hamującą są związki i dyrektorzy. Dyrektor, który się boi, że utraci swoje stanowisko, podburza związki. Są to dwie różne strony, ale w pewnym momencie one się schodzą, najczęściej w sytuacji, gdy chcemy coś z czymś łączyć. (A.U.)*

Przygotowanie stron pod względem merytorycznym wzbudza sporo kontrowersji. Podejmowane rozmowy są różnie oceniane przez uczestników.

Często pojawiają się wzajemne zarzuty o niezrozumienie i merytoryczne nieprzygotowanie. Dyrektorzy zarzucają związkowcom postawę nieprzejednania i dostosowywanie się za wszelką cenę do zaleceń władz związkowych z poziomu regionalnego lub/i krajowego, bez zwracania uwagi na sytuację w danej placówce. Jeden z dyrektorów twierdzi, że „Związkowcy nie są przygotowani, to jest tego typu akcja pt. góra kazala dwie średnie krajowe i my negocjujemy dwie średnie krajowe. I każdy związkowiec później za szczyt swoich ambicji to uznaje i nie patrzy tak na sytuację szpitala, czyli dyrektor jest zakładnikiem w tym momencie chorego systemu, a z drugiej strony i mediów, które straszą, że będzie ewakuacja szpitala- trzy dni, dwa dni do ewakuacji i dyrektor później nie wytrzyma i musi, łamiąc ustawę o finansach publicznych, dawać te środki. I tak się to w kółko nakręca. (D.E.) Dodaje również: Jest duża nieufność, później trzeba się przed wszystkimi grupami tłumaczyć. (D.E.)

Przedstawicielka administracji samorządowej twierdzi, że nieprzejednana postawa dominuje zwłaszcza wśród związkowców działających w OZZL: *Lekarze przychodzą na negocjacje i mówią, że chcą 8 tyś na rękę i nic ich więcej nie interesuje, tylko przedstawiają postulaty placowe. Kiedyś widziałam, że jak pielęgniarki pisały do dyrektora postulaty, to postulaty placowe były chyba na 8.miejscu, wcześniej były wymienione inne rzeczy. Natomiast lekarskie postulaty dotyczyły tylko plac- byłam na negocjacjach w Tychach. (...) Pracowałam z lekarzami i wiem, że oni uważają się za kogoś lepszego, za panów życia i śmierci. (A.U.)*

Przedstawicielka administracji rządowej także nie ma dobrej opinii o związkowcach: *Stronę związkową postrzegam jako tupiącą nogą i mającą takie argumenty niehumanitarne za sobą, bo w momencie, gdy lekarze lub pielęgniarki odchodzą od łóżka pacjenta to oni szantażują- my go zostawimy to on umrze, będzie afery medialna. Rozumiem te konflikty, bo jeśli od lekarza wymaga się pracy na wyższym poziomie, udzielania bardzo skomplikowanych świadczeń przy użyciu bardziej skomplikowanej aparatury, to on ma się prawo domagać wyższego wynagrodzenia.*

*Natomiast dotychczas jedynym posunięciem to było takie, że albo dyrektorzy szpitali gdzieś tam brali kredyty w związku z czym obciążali jeszcze bardziej zakłady, albo zwiększano składkę. A nie ma żadnych rozwiązań systemowych, które powodowałyby, że te pieniądze są inaczej wykorzystywane. Jest tak, że ile się pieniędzy przy takim systemie w tą służbę zdrowia ładuje, to ona zużyje, ale to niewiele da. (A.E.)*

Wyjątkiem zdaje się być po raz kolejny Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, który jak twierdzi przedstawicielka administracji publicznej korzystają z porad profesjonalistów, którzy uczą związkowczyń efektywnej prezentacji i zasad skutecznej argumentacji: *Związkowcy są perfekcyjnie przygotowani. Przedstawicielka Związku Pielęgniarek i Położnych przychodzi do nas na posiedzenia Komisji Zdrowia. Te panie są perfekcyjnie przygotowane, dokładnie wiedzą o co się mają pytać, jak się mają pytać i jakiej odpowiedzi mogą oczekiwać. One same się przyznały, że są przygotowywane przez tych samych prawników czy psychologów, którzy szkolą pracowników firm farmaceutycznych, czyli wiedzą jak należy zadać pytanie, żeby rozmówca musiał udzielić odpowiedzi. Te panie są bardzo dobrze merytorycznie przygotowane do rozmów, to był jedyny związek, który przyszedł się zapytać o stan finansowy swojej jednostki. (A.U.)*

Wzajemna niechęć związana jest także z **przynależnością do danego związku**. Z przeprowadzonych rozmów wnioskować można, że najbardziej kontrowersyjnym związkiem jest OZZL. Przez większość respondentów jego działalność postrzegana jest negatywnie. Członkowie innych związków działających w ochronie zdrowia oceniają działania lekarzy niekorzystnie: *Lekarze nie chcą się przyłączyć do żadnej z dużych central, bo mają manię wielkości, manierę wyższości, uważają się za elitę w służbie zdrowia, od nich wszystko zależy. Pielęgniarki nieświadomie zrobiły dobrze lekarzom podczas protestów, bo z samymi lekarzami nikt by nie rozmawiał gdyby nie pielęgniarki.(...) Do diabła jest lekarzy w parlamencie tylko pilnują swoich interesów a nie całej służby zdrowia. (M.C.)*

Nieliczni wypowiadają się pochlebnie o OZZL, oceniając go głównie przez pryzmat dużych zmian organizacyjnych w związku oraz jego skuteczności: *Myślę, że jeśli chodzi o efekty działania związków, to się rozwijają i to zupełnie nieźle. Np. związki zawodowe lekarzy 10 lat temu były nieobecne, natomiast teraz się upodmiotowiły, nabrały wiary w efekty dziabania. Mają na pewno trudnych liderów, którzy są nieprzekonywalni, ale myślę, że to jest w tej chwili najsilniejszy motor zmian. Natomiast związki też mogą*

zaszkodzić upierając się przy braku podejścia rynkowego, przy trwaniu za wszelką cenę w tym kształcie, który był do tej pory blokują zmiany.(O.A.)

Sami lekarze natomiast w następujący sposób uzasadniali konieczność utworzenia odrębnego związku zawodowego: *Myśmy jeszcze w ubiegłym roku szli razem z innymi grupami, ale każda grupa ma inny zakres działania, inną odpowiedzialność. No i trudno żeby wypowiadał się jak kiedyś w kwestii czy mamy strajkować czy nie, portier, który w ogóle nie wie na czym polega praca lekarza. Dla przykładu: na lotnisku pracuje bardzo mała grupa ludzi, to są kontrolerzy lotu. I oni też sami strajkują, nie strajkują z całym lotniskiem, bo oni mają swoją specyfikę pracy. Jeżeli oni uważają, że są obciążani, to sami strajkują i te kilka osób potrafi unieruchomić całe lotnisko. **My jesteśmy tą grupą, dzięki której szpital ma kontrakt. NFZ ma pewne wymagania: żeby oddział mógł mieć kontrakt musi być ordynator i dwie osoby z drugim stopniem specjalizacji i nikt nas w tym wypadku nie zastąpi, bo nie ma wymagań wobec innych osób w szpitalu.(...)Solidarność się podszywa pod reprezentację lekarzy, ale proszę spojrzeć kto jest w Solidarności: szczerkawo pielęgniarki a głównie administracja i dział techniczny. Z tego co ja wiem, to kiedyś dwóch lekarzy było w Solidarności, nie wiem jak to jest teraz, proszę się nie opierać, że to są jakieś dane. Lekarze są zrzeszeni w Związku Zawodowym Lekarzy, reprezentującym pewną grupę fachowców, która jest grupą niezastąpioną. Tak, że Solidarność tutaj dużo mówi, ale nie jest reprezentantem służby zdrowia, tego białego personelu. **Reprezentantem białego personelu jest wybitnie ZZL i Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych.** (M.S.) Podobnie o konsolidacji środowiska lekarskiego myśli inny związkowiec, twierdząc, że związki wielobranżowe nie reprezentują medyków: *Solidarność, OPZZ- a co to w ogóle jest? Ja nie słyszałem o takich w ochronie zdrowia.*(M.E.)***

Nie wszyscy ankietowani nie-związkowcy oceniali związkowców wyłącznie przez pryzmat ich działalności związkowej. Ordynator jednego ze szpitali powiatowych dostrzega w związkowcach osoby o szczególnych predyspozycjach: *Ja uważam, że reprezentanci związków jakichkolwiek, to są szczególnego typu ludzie. To są ludzie, którzy reprezentując tych, którzy zostali często postawieni w trudnej sytuacji biorą na siebie odium walki z przeciwnikiem, tego wyzwania. Nie każdy to potrafi. Jeśli się popatrzy na cechy dobrych menadżerów a cechy dobrych związkowców, to myślę, że dobry związkowiec to człowiek, który lubi stres, którego nie poraża stres, bo oni żyją w permanentnym stresie; to jest człowiek do walki, który chce dać dowód tego, że walcząc w tej słusznej sprawie reprezentuje interesy tych ludzi, którzy mu zaufali- to nie*



potrafi każdy. (O.A.) Wspomniany rozmówca postrzega także związki jako jedną z nielicznych grup mogącą się przeciwstawić coraz większej ekspansji kapitalizmu w ochronie zdrowia: (...) *Etap związkowców i tych działań branżowych jest szalenie potrzebny zwłaszcza teraz, kiedy mamy udziałowców kapitałowych, którzy chcą bardzo intensywnie w tej puli majątku państwowego znaleźć coś dla siebie. W ochronie zdrowia jest szczególne miejsce dla reprezentantów związków, ponieważ oni są głosem większości pracowników i rady społecznej. Własność i kapitał stają się podstawą ustroju, natomiast nie pokryjemy nimi wszystkich potrzeb wszystkich grup społecznych.* (O.A.)

Według cytowanego ordynatora związkowcy mogliby spełniać również istotną funkcję informatorów społecznych- poprzez ich działania pewne sprawy zostają ujawnione, opinia publiczna może się o nich dowiedzieć: *Związki nie wchodzi w dialogi na poziomie powiatów, tylko anonsują swoją obecność. Mają wysoką pozycję społeczną, której nie zajmują, nie wykorzystują, a są przecież interpelacje, otwarte listy do redakcji paru gazet, które sygnowane by były podpisami lidera związku i jego pozycja urośnie- politycy mają kłopot, dziennikarze śledczy mają robotę.* (O.A.)

Ciekawie przedstawiają się opinie na temat pewnych typów działaczy związkowych. Niektórzy respondenci pokusili się o dokonanie takiej **typologii związkowców**.

Po pierwsze, najczęściej pojawiał się podział na związkowców bezkompromisowych i tych, którzy idą na ugodę z dyrektorem. *Jeśli chodzi o typologię związkowców to są związkowcy gotowi pójść na kompromis i tacy są najbardziej pożądanymi przez wszystkich, bo oni potrafią wygrać dla przeciwników pewne rzeczy, a w momencie, gdy jest podpisywane porozumienie oni się z nim zgadzają, uznają, że to jest ich sukces. Lecz są i takie osoby wśród związkowców, które w momencie podpisywania porozumienia zgadzają się na nie, bo nie mają innego wyjścia, ale wewnętrznie uznają, że ponieśli porażkę. Powoduje to, że np. nie są w stanie pożegnać się z zespołem, podać rękę tylko wychodzą obrażeni i pogniwani i najczęściej na drugi dzień po podpisaniu porozumienia zaczynają prace od środka by gdzieś zaczęto kwestionować, że porozumienia jest niewłaściwe.* (A.J.)

W opinii działacza OZZL bycie związkowcem nie daje tylko wymiernych korzyści, często niesie za sobą koszty finansowe a bycie związkowcem może wpływać na przebieg kariery zawodowej: *Sam przeciwko sobie bym działał, ale ja zawsze miałem takie pojęcie, że związkowcem to jest ktoś taki, komu się robić nie chce, że jest to zły fachowiec i idzie w kierunku działania związków zawodowych i to jest jego ucieczka, dobre zadekowanie, takie zawsze miałem pojęcie. Mam wrażenie, że tak jest na kopalniach*

*i w wielu innych miejscach, gdzie związkowcom zależy na wywoływaniu niepokojów, strajków, bo on będzie wybrany na następną kadencję i ma spokojnie swoją pensję. U nas nie ma tego, bo u nas bycie związkowcem jest jeszcze dodatkowym utrudnieniem czasowym i nawet finansowym. W związkach nie widzę żeby tu byli karierowicze, bo to raczej może przeszkodzić w karierze- taka osoba się zawsze komuś narazi. Jeśli ktoś chce robić karierę w ujęciu medycznym, to raczej osoba potulna, która będzie przytakiwać. Jednak każdy pracodawca się zastanowi zanim przyjmie związkowca., bo będzie szumował. Związkowcem musi być osoba, która wzbudzi zaufanie u ludzi i jest zdecydowana, nie może się wahać, musi mieć kręgosłup. (...) U nas jest trudna sytuacja, bo jesteśmy rozproszonym środowiskiem, nie da się nas zwołać, wiecu zrobić. Nawet jak się robi zebrania bardzo mało osób przychodzi. Kiedy już jest sytuacja gorąca i kiedy jest 1/3 pracowników szpitala, to my wiemy, że bardzo dużo przyszło. (M.S.)*

Po drugie, zastanawiano się nad tzw. powołaniem związkowców: *Myślę, że przewodniczący związków są z powołania- jakoś ich tak środowisko wykreowało. Bo myślę, że jest tak, że związkowcy powołując organizację związkową znajdują się wzajemnie na tyle, że potrafią na przewodniczącego wystawić osobę, która w ich imieniu będzie pertraktowała najlepiej, czyli załatwi te wszystkie trudne sprawy. Ja się spotykałem z dość zdecydowanymi związkowcami. W tych sytuacjach, w których uczestniczyłem, to oni podkreślali brak dialogu, rozmowy ze stroną dyrekcji. I byli bardzo zadowoleni, gdy ktoś z zewnątrz przychodził i po pierwsze chciał wysłuchać, co oni mają do powiedzenia, a mają bardzo dużo, bo to są argumenty natury głównie systemowej- nie spotykałem w tych strajkach bardzo personalnych zarzutów wobec samego dyrektora, że nie podoba im się zarządzanie jednostką, że nie podoba się to co się w niej dzieje, jakiś układ kadrowo- personalny. Tylko mówili o systemie, że mało zarabiają. (A.J.)*

Jednak to, co przez stronę nie-związkową jest traktowane jak atut- chodzi tu zwłaszcza o umiejętność pójścia na kompromis, przez samych związkowców bywa postrzegane nierzadko negatywnie. Były działacz związkowy twierdzi wręcz, że **współpraca z dyrekcją jest naganna**, bo prowadzi do osiągnięcia partykularnych jednostkowych interesów: *Taki, który zaraz po wyborach zaczyna kolaborować z dyrekcją i pod koniec swojej kadencji może zapewnić sobie ciepłą posadkę kierowniczą jak nie dyrektorską. Lub taki, który broniąc pracowników naraża się, że jak mu się skończy kadencja to mu się powie, że się do niczego nie nadaje. Więc jeden jest nawiedzony, który ponosi wszelkiego rodzaju konsekwencje. Więcej jest tych, którzy związek traktują jako trampolinę do własnej kariery, bo inaczej by jej nie osiągnęli,*

gdyby nie przeszli przez związki. Nie ma związkowców- społeczników. Myślałem, że jak skończę kadencję to oddam funkcje młodszym i niech oni się biją i walczą a każdy młodszy kolega przychodzi, patrzy na mnie jak na wariata i pyta się: za ile?- to jest pierwsze pytanie. Ja mówię mu, że to jest praca za darmo, stricte społeczna, to patrzy na mnie jak na psychicznego.(M.D.)

Kolejną kwestią poruszaną podczas wywiadów była **pozycja związków zawodowych**. Generalnie rzecz ujmując: Związki mają silne przełożenie w zakresie przepisów BHP, ale już w pozostałych działaniach ich rola jest coraz mniejsza. Np. jeśli chodzi o zwolnienie pracownika- pracodawca informuje związki zawodowe, że zamierza rozwiązać umowę o pracę i związki mają na ustosunkowanie się 5 dni. Jeżeli pracodawca jest przebiegły, to wzywa przewodniczącego w piątek o godzinie 14 i wręcza mu decyzję o zwolnieniu pracownika, więc upływa sobota i niedziela i zostają 3 dni na ustosunkowanie się do zamiaru zwolnienia. (...)Dyrektor dostaje negatywną opinię dotyczącą zwolnienia ale i tak podejmuje sam decyzję, czyli cały wysiłek związku zawodowego jest zmarnowany. Jedynie działacze związkowi są dosyć mocno chronieni, ponieważ ustawa o związkach zawodowych zakłada, że pracodawca w czasie trwania kadencji i rok po nie może zwolnić osób, które zostały objęte ochroną związku zawodowego. (...) wszystko zależy od umiejętności manewrowania związków wśród przepisów prawnych, bo jeden przepis mówi tak, ale z drugiej strony można go obejść i wyjść na swoje.(M.B.)

Niestety w odniesieniu do pozostałych aspektów działań związkowych respondenci nie wypowiedali się zbyt optymistycznie. Wiele osób zgadzało się z tezą, że mamy do czynienia z **kryzysem związków zawodowych**. Jest to zauważalny trend, spowodowany najkrócej mówiąc spadkiem zaufania do wszelkich form organizacyjnych. W ochronie zdrowia kryzys jest spowodowany wewnętrznym rozbiciem organizacyjnym i mnogością istniejących związków: Kiedy w organizacji było 6 szpitali i 21 przychodni, to była siła, natomiast teraz poszczególne szpitale przechodzą na samodzielność, więc oni chcą mieć ewentualnie własną organizację zakładową, bo od czasu odcięcia od budżetówki przestali mieć interes wspólny z władzami związku tylko swój własny. Tak się dzieje w szpitalach ale i w przychodniach- każda przychodnia prywatyzowana zyskuje nowe kierownictwo, i każdy pracodawca mówi głośno ale nieoficjalnie, że nie życzy sobie związków zawodowych w swojej placówce. (...) w ten sposób śmiercią naturalną umierają związki.(M.D.)

Co istotne kwestia **mnogości istniejących organizacji** związkowych jest także źle odbierana przez samych związkowców. Jeden z nich twierdzi wręcz, że: (...) *nie wolno wprowadzać do zakładu 13, 14 związków, bo się robi, przepraszam, ale burdel. Co ma zrobić dyrektor jak ma 12 albo 13 związków zawodowych na jednym zakładzie pracy? I jeszcze ich liderzy nie potrafią ze sobą rozmawiać i trzeba z każdym oddzielnie rozmawiać. Więc dyrektor nie ma czasu na pracę merytoryczną i na zarządzanie przedsiębiorstwem czy organizacją. Albo nie rozmawia i są wtedy skutki bardzo oplakane dla wszystkich.*(...) *Robi się tak w naszym kochanym kraju, że są dwa związki w zakładzie pracy, które się dogadują, bo w wielu zakładach są tylko dwa związki OPZZ i Solidarność- one się dogadują ze sobą bo wiedzą, że trzeba mieć wspólną opinię a cel jest wspólny, to pan dyrektor wskazuje na ludzi i tworzy sobie trzeci związek, który się nie zgadza z pozostałymi. Skoro więc nie ma konsensusu między związkami, to dyrektor sam podejmuje sam decyzje. Mało tego, jak pana dyrektora wyrzucą to on natychmiast się ujawnia i okazuje się, że jest tam w papierach i jest pod ochroną w tym związku.*(M.C.)

Niektórzy dostrzegają jednak w nieporozumieniach na poziomie zakładowym drugie dno- być może związki dogadywałyby się ze sobą gdyby nie pewne spory ideologiczne pochodzące z minionej epoki: **Są pewne animozje między związkami, ale są one robione przez centrale związkowe**, bo wiadomo, że nie zawsze Solidarność zgadza się z linią działania Forum Związków Zawodowych czy OPZZ. To najeżenie przenosi się do szczebla zakładowego. Nie zawsze udaje się nawiązać współpracę z innymi związkami zawodowymi, zresztą ambicje przewodniczących związków zawodowych są też nie bez racji w powstawaniu tych zatargów. Tu u nas są związki zawodowe, które nie mają reprezentatywności. Jak związki zawodowe przystępują do opracowania jakiegoś regulaminu, czy to socjalnego, czy pracy, czy wynagrodzenia, to te struktury, które tutaj siedzą skaczą sobie do oczu, bo inni nie mogą tego dostać, bo my się nie zgadzamy. (...) **Totalna wieża Babel, wszyscy gadają i nic nie rozumieją.** Liczebność związków zawodowych w zakładzie pracy jest pewnym utrudnieniem, gdy chodzi o wypracowanie wspólnego stanowiska, bo rzeczywiście trzeba się dobrze nagimnastykować, dobrze przekonywać żeby powstało jakiegokolwiek wspólne stanowisko.(M.B.)

Ponadto **wiele związków nie potrafi wypracować nowoczesnej struktury organizacyjnej**, która charakteryzowałaby związek we współczesnej rzeczywistości społeczno- politycznej: *Mnóstwo osób się wypisuje, ale to nie chodzi o to, że jest brak skuteczności, tylko o całkowity paraliż, bo to jest tak rachityczna organizacja, jeśli chodzi o każdy związek.*(M.D.)

Aczkolwiek są związki, które dostosowują się do obecnych wymogów. Przykładem może być wspomniany wcześniej OZZL, który: *W ciągu ostatniego roku OZZL wyedukował się mocno, już przywódcy wiedzą o czym mówią, nauczyli się ustaw i dobrze wiedzą, że tak naprawdę nie działają zgodnie z prawem, ale ktoś się zawahał powiedzieć im tego u góry wprost, że oni nielegalnie robili strajki, więc to im nadęło wiatru w żagle. Politycy boją się lekarzy, boją się również pacjentów, bo jak dotąd nie słyszałem, żeby społeczeństwo powiedziało zdecydowanie: dość tych łobuzerskich zachowań lekarzy, wracajcie do pracy. Nadal społeczne poparcie jest, jak długo tego nie wiadomo. (M.C.)*

Inne związki też próbują nadażyć za zmianami organizacyjnymi. Przedstawicielka administracji samorządowej dostrzega **pozytywne zmiany**: *Związki zawodowe bardzo się zmieniły w stosunku do tych związków, które były kiedyś. Przedstawiciele związków też są szkoleni, znają prawo, wiedzą co do nich należy, wiedzą kiedy się mogą włączać i ich działanie można oceniać pozytywnie. Bo jeżeli są dobre związki w placówce i utożsamiają się z tą placówką i chcą żeby ona dobrze funkcjonowała, to raczej nie wprowadzają destrukcji, tylko starają się rozmawiać z dyrektorem, argumentować różne rzeczy.(...)Myślę, że związki się bardzo zmieniły i dość konstruktywnie wpływają swymi opiniami na funkcjonowanie placówki. (A.G.)*

Również sami związkowcy zdają sobie sprawę z wagi merytorycznej dyskusji: *My jako Porozumienie Zielonogórskie negocjujemy bardzo merytorycznie w tej chwili, bo jest bardo duża metamorfoza tej organizacji, która funkcjonowała na zasadzie protestów społecznych środowiska medycznego, która chciała udzielać świadczeń zdrowotnych po wygaśnięciu umowy. Staliśmy się organizacją znaczącą, wciąż walczymy o prawa pracodawcy a przez to i o prawa pracownika. Porozumienie przekształciło się w prężnie działającą, merytoryczną organizację, przygotowaną do trudnych negocjacji, z wyśmienitą obsługą prawną i z wyśmienitymi ludźmi, którzy robią naprawdę ciężką robotę dla kolegów w całej Polsce, którzy nawet nie są naszymi członkami. (...) My jako organizacja zmieniliśmy tyle w materiałach ogólnych i szczegółowych[dotyczących funkcjonowania NZOZ-ów] na następny rok i się tym nie chwalimy, bo my już jako organizacja nie potrzebujemy być na nagłówkach pierwszych stron gazet, nie potrzebujemy żeby o nas w tej chwili mówiono, czy dobrze czy źle. OZZL jest początkującym związkiem, utworzonym na bazie dwóch protestów. Ma wiele mankamentów jak większość związków pracowniczych- jest lider, są wiceliderzy, ale nie ma żadnej konsolidacji, nie ma planu działania na 5, 10, 15, 20 lat. I mówienie przez*

*główne osoby tych organizacji, że poprzez parlament będziemy zmieniać prawo, to jest wielki błąd. Stworzenie bardzo silnej organizacji ale nie tylko, że ona powie, że nie będzie leczyć pacjentów, bo to jest najprościej, tak będziemy straszyć- to ma być organizacja, która posługuje się groźbą i prośbą, czyli jest stabilna, ma potężny fundament, za ta organizacje są pracownicy i pracodawcy zdecydowani na wiele rzeczy. (M.E.)*

Mimo pewnych pozytywnych zmian, wskazać należy kolejne mankamenty działających organizacji związkowych, które sprowadzić można do następujących problemów:

- braku młodych osób, które chciały by się zapisać do związku: *Związek jest stary, mało młodych ludzi się zapisuje, no bo cóż ja mogę zaproponować młodemu człowiekowi?(M.A.)*
- niewystarczające zaplecze finansowe organizacji związkowych: *Członkowie płaca składki- to jest 1%wynagrodzenia brutto. Z tego my odprowadzamy do regionu prawie 50%. My jesteśmy chyba jedyną organizacją, która ma taki zasilek, gdy ludzie przechodzą na emeryturę- może nie jest to dużo, bo to 150 zł, ale jak w miesiącu odchodzi 6-7 osób, to jest bardzo dużo. Składki są małe, bo pensje są bardzo niskie w ochronie zdrowia. Nie ma nikogo na etacie związkowym, bo z czego mu to płacić? (M.A.)]*
- trudności organizacyjne, polegające na utrudnionym przepływie informacji; *Nasza działalność jest bardzo trudna organizacyjnie, bardzo szwankuje przekazywanie wiadomości, bo to są przychodnie w całym mieście, a nie mamy samochodu. Nie mamy komputera, choć dyrektorka ma nam jeden starszy dać. Naszą największą bolączką jest brak komunikacji, brak informacji.(...)Na zebranie przychodzi kilka osób, bo reszta jest w pracy. Informacje mamy wywieszane w gablotce, ale na 6.piętrze, więc często ludziom nie chce się wjechać aby je przeczytać. Przychodzą wtedy, gdy jest już czasami za późno. Poza tym dominuje strach- ludzie mówią: nie mogę się wypowiedzieć, bo boję się pracodawcy a nóż zwolni mnie z pracy. (...) Mówię ludziom, że mają porady prawne, prawników, ale dla nich nie jest to wymierne finansowo. (M.A.)*
- brak przejrzystości jeśli chodzi o przepływ finansów: *My nasz związek budowaliśmy kilka lat(...) natomiast koledzy z OZZL są od dwóch lat, oni de facto byli martwi, byli jak cichy agent, praktycznie nic nie robili i nagle ruszyli to*

*środowisko do protestu, tylko nie pokazali im tego światła w tunelu, bo niestety to światło było zwolnieniem z pracy. Każdy ruch musi być przewidziany, nie może być tak, że wymyślimy, że będziemy kontraktować świadczeń na rok 2008- jeżeli byśmy tak zrobili, to musimy powiedzieć co będziemy robili do 2010r. bo ludzie muszą to wiedzieć i wtedy ludzie ufają. Następna sprawa: nasza struktura ma na plecach odpowiedzialność finansową każdego z członków- jeśli poradnia nie będzie przyjmowała, to z czego będzie żył lekarz, z czego będzie spłacał dłużników, bo wiadomo, że każdy zakład jest zadłużony? A w związkach zawodowych nie ma odpowiedzialności za pracowników. (M.E.)*

Trudno wskazywać sposoby na polepszenie wizerunku związków zawodowych w społeczeństwie, by tak jak kilkanaście lat wstecz stanowiły realną siłę, natomiast jak zauważa jeden ze związkowców możliwe są pewne przekształcenia związków, by stawały się one bardziej efektywne: *Nasz statut związkowy federacji jest oparty na statucie UE. W federacji nie ma przewodniczącego, np. dlatego, żeby nikogo nie można było ustrzelić, bo ustrzelić jedną osobę to nie jest problem ale 6 osób w sekretariacie trudniej, bo jest zawsze osoba, która przejmie rolę dowodzącą. A przede wszystkim jest to bardzo demokratyczne, czego nie ma w związkach zawodowych pracowników, bo wybiera się przewodniczącego, który dostaje pensję, część lekarzy już bokiem na to patrzy, a ja uważam, że powinien dostać dwa razy więcej, bo ciężko pracuje dla kolegów, oczywiście muszą być efekty. Nie jestem za społeczną funkcją. (...) Fundamentem powstanie federacji były czyste, przejrzyste zasady funkcjonowania tej organizacji. Gdzieś tam w oddali jest to praca społeczna, bo poświęca się swój czas, ale żeby to było czyste, żeby nie było korupcjogenne, tak musi być. Ja nigdy nie byłem na negocjacjach w firmie, w której mam udziały. (M.E.)*

Przedstawiciel OZZL prognozuje nawet, że może w przyszłości wystąpić sytuacja, że związki zawodowe przestaną istnieć, jeśli w ochronie zdrowia powstaną konsorcja zawodowe: *Związek zawodowy w normalnych warunkach wolnego zawodu straciłby rację bytu, ponieważ powstają konsorcja lekarzy, które negocjują kontrakty z kasami chorych. My na to jesteśmy przygotowani i czekamy na taki moment, że kiedyś związek nie będzie potrzebny. (...) Konsorcja będą rozmawiały tylko o pieniądzach, bo nie będzie już rozmów o standardach, bo one są europejskie i gdy lekarz przychodzi do pracy to się nie będzie bił, że czegoś nie ma, bo to powinno być i koniec. ja chcę mieć tylko odpowiednie warunki płacowe do moich umiejętności. (...) w tej chwili jest tak, że jest na*

oddziale fachowiec, za nim przychodzą pacjenci i za nim nie idą pieniądze – jest kontrakt i 10 000 punktów trzeba wyrobić na miesiąc. To się wyrabia je i koniec, a można by było swą fachowość wykazać, więcej pacjentów, wysokopłatne procedury wykonać. Tego się nie robi bo po co- po przekroczeniu 10. 000 punktów na naszym oddziale już nam nikt za to nie zapłaci, czyli my sobie tak pracujemy dla własnej satysfakcji jeszcze dodatkowo obciążając szpital – bo za pacjentów nikt nie płaci a oni pochłaniają pieniądze. A w normalnych warunkach pracodawca mówi: jesteś cenionym pracownikiem i cię potrzebuję i z nim negocjuje płacę. Jeśli jest byle jakim pracownikiem, to na siłę szuka pracy, wtedy osoba musi się starać. Obowiązuje stara zasada: czy się stoi czy się leży... Ja nie mam na naszym oddziale żadnej motywacji np. żeby operować, bo ja nie mam z tego nic więcej. Jak się będę wymigiwał od roboty, załatwiał mniej pacjentów, to dostanę identyczną pensję jak druga osoba, która się urobi po łokcie. **Nie ma zupełnie systemu motywacyjnego** a nawet nie ma premii- jest ustawowa premia w wysokości 5%, która każdy dostaje. Dla przykładu: ja pracuję jeszcze w prywatnym NZOZ-ie i przychodzę do tej poradni i mnie kompletnie nic nie interesuje. Mówię, że mi się kończą strzykawki, to za tydzień przychodzę i mam je w szufladzie, kończą mi się recepty, to nie ja jadę do Katowic i załatwiam w NFZ, ale zarządzający je załatwia. Ja tam nic zbędnego nie wykonuję, bo jeśli ja tam jestem 3 godziny, to ja muszę zrobić wszystkie swoje rzeczy związane z leczeniem. (M.S.)



#### 7.4. System ordynatorski jako czynnik (de)stabilizujący system ochrony zdrowia

*Hierarchia jest usankcjonowana przez obowiązujący system prawny i wkomponowuje się w istniejące zwyczaje. (A.J.)*

Pytanie o system ordynatorski<sup>264</sup> a w związku z jego występowaniem, także o istnienie hierarchii w placówkach ochrony zdrowia zostało postawione ze względu na określenie struktury dialogu. Zakładając, że strony są sobie równe i od siebie niezależne, co zresztą jest zgodne z zasadami dialogu, wprowadzenie stosunku nadrzędności i podrzędności powoduje, że dialog może napotykać na pewne bariery.

Pytanie zadano wszystkim osobom, jednak wśród badanych lekarzy odpowiedzi nie były wyczerpujące i można z nich wywnioskować, iż aprobują oni ten system. Natomiast pozostałe osoby dostrzegały istnienie hierarchii, zwłaszcza jeśli chodzi o grupę zawodową lekarzy (jedynie kilka osób zwróciło uwagę na hierarchię wśród pielęgniarek), traktując to jako typowe zjawisko w ochronie zdrowia i właściwie nie widząc w tym siły utrudniającej dialog.

Z pewnością wciąż mamy do czynienia w placówkach ochrony zdrowia z systemem ordynatorskim, którego mechanizm działania dogłębnie i szczegółowo w odniesieniu do pracy oddziału oraz całego szpitala, wyjaśnił jeden z dyrektorów( także będący lekarzem): *Mówi się o istnieniu lobby ordynatorsko- profesorskiego, to polega na tym, że decyzje medyczne są związane z decyzjami administracyjnymi i personalnymi. I to wygląda następująco: znowu pewna tradycja święcona od czasów przedwojennych plus silna struktura korporacyjna Izby Lekarskiej petryfikują taki model, że ordynator odpowiada za leczenie (ordynator oddziału zabiegowego na przykład). Jest on wszechwładny w zakresie wykonywania operacji i rozpisywania lekarzy do operacji. I teraz jest taka sytuacja: chirurg, zdolny z doświadczeniem chce pracować uczciwie, otwiera gabinet prywatny i przyjmuje tam pacjentów. Natomiast w tym gabinecie nie jest on w stanie operować pacjentów, więc również uczciwie kieruje ich do szpitala. W tym szpitalu pacjent trafia na ordynatora, który na przykład do zabiegu przez tydzień złośliwie rozpisuje wszystkich lekarzy tylko nie do tego wcześniej wspomnianego. Ten lekarz w oczach pacjentów traci wszystko. Jest niewiarygodny, niekompetentny. Jest*

---

<sup>264</sup> por. R. Goleński, *Ordynator czy konsultanci*[w:] „Panaceum” nr 10/2006; K. Krajewski Siuda, P. Romaniuk *System ordynatorski vs. system konsultancki* [w:] „Zdrowie publiczne”, 118(2)/2008

prosty przekaz- ordynator nie ufa temu lekarzowi, więc pewnie nie jest taki dobry i przekaz poboczny- lekarz nie potrafi sobie załatwić tego, żeby mnie zoperować, widocznie jest niewiele wart – idę od razu do ordynatora. Tworzy się sytuacja, w której pacjenci są w cudzysłowie „wychowywani”. Tak naprawdę najważniejszy jest ordynator. Ten mechanizm w zasadzie tłumi zdrowe ruchy rynkowe, bo nawet jeśli ten pacjent trafi do jakiegoś lekarza, to potem i tak przejmuje go ordynator – albo do swojego prywatnego gabinetu, jeśli posiada, albo wchodzi takie pacjent w „system kopertowy”. To jest głęboka patologia. Ta patologia jest zwielokrotniana, ponieważ lekarze otwierają gabinety prywatne za zgodą ordynatora, odprowadzają mu działkę jak we włoskiej mafii od każdego pacjenta. Jeśli ktoś próbuje inaczej, ucziwie, to za rok albo plajtuję, albo się zwalnia, albo wyjeżdża za granicę. **Ordynatorzy nie są zainteresowani dialogiem, dlatego że chcą być barierą między dyrektorem a lekarzami.** Na zasadzie takiej, że ordynator jest jedyny, który kontaktuje się z dyrektorem i jedyny, który kontaktuje się z lekarzami. Ordynatorzy robią wszystko, aby uniemożliwić dialog dyrektora z pracownikami. Jeśli dyrektor chciałby się spotkać z lekarzami, to ordynator w najlepszym razie uzna to za nietakt, a może posłużyć się bardziej finezyjnymi metodami i jest czasem tak, że ordynatorzy jeżdżą na polowanie, imprezują, czy są na spotkaniu ze starostą czy z prezydentem i zawsze takiego dyrektora może jeszcze zdyscyplinować. To są te powiązania nieformalne. Natomiast taki ordynator, który nie pozwala lekarzom na to, by się kształcili, nie pozwala im operować, bardzo pilnuje żeby nikt nie wyrósł ponad niego, bo do następnego konkursu może przystąpić taki młody lekarz i go wygrać, więc na wszelki wypadek każdemu ktokolwiek więcej się nauczy składa propozycję, żeby sobie poszedł do innego szpitala. Tu już na pewno nie będzie operował, bo jest za mocny, za dobry, stanowi zagrożenie. W czasie fali strajkowej w ubiegłym roku nastąpiło pierwsze, poważne załamanie tego systemu, dlatego że powstały grupy lekarzy, którzy strajkowali mimo tego, że ordynatorzy im tego zabraniali. Lekarze buntowali się również przeciwko ordynatorowi, ten strajk był o godne życie (plakietki z napisami „nie biorę”, „chcę ucziwie pracować”). Natomiast ordynatorzy to nie jest banda głupców. To są ludzie doświadczeni przez życie, bardzo sprawni w pewnych gierkach, są to beneficjenci systemu. W związku z tym ordynatorzy też podejmowali różne działania żeby utrzymać się na fali. I kiedy okazało się, że akcja strajkowa tym razem przebiera szeroki zasięg, duża grupa ordynatorów albo zezwalała na to żeby lekarze strajkowali na zasadzie, że ja mam kasę ja mam pacjentów, a im ma zapłacić dyrektor nie wiadomo z czego. Dysproporcja między lekarzem a ordynatorem była nieznaczna(...) w tej chwili te zarobki są na

poziomie 3, a 4 tyś- ja mówię o sytuacji sprzed dwóch lat. W skrajnie patologicznych przypadkach ordynatorzy stali na czele strajku. Tu patologia polega na tym, że ordynator jednak należy do kierownictwa zakładu, tu już przekraczamy granice absurdu. Dopiero po tej fali strajków, ci ordynatorzy doszli do wniosku, że za chwilę ta fala buntu lekarzy ich zmiecie. Zaczęli zabiegać wtedy o dialog, potrafili przychodzić i prosić czy by może jakieś podwyżki dla lekarzy się znalazły, że to trzeba jakoś rozwiązać. To wszystko było za późno, nie było szczere, tylko dla ratowania własnego siedzenia. Efekt porażenia w tym wypadku wychodzi, gdy sobie to spokojnie uświadomimy. My żyjemy w tym wszyscy, jak żona alkoholika okłamując się, codziennie wstając z łóżka, mówimy sobie, że tak naprawdę panujemy nad sytuacją. Niestety poziom patologii przekroczył granice bezpieczeństwa w tej chwili. (D.L.)

Jednak mimo istnienia lobby ordynatorskiego w placówce, które może ograniczać podejmowanie strategicznie ważnych decyzji przez dyrektora, jeden z dyrektorów stwierdził, że dla jego pracy system ten jest korzystnym rozwiązaniem, gdyż ułatwia zarządzanie personelem: *Mamy nadal do czynienia z systemem ordynatorskim całkowicie i ja jestem za. Tak naprawdę ja nie wiem jak ma funkcjonować system konsultancki, nie wiem kto będzie w nim odpowiadał za koszt prowadzenia oddziału. W tej chwili do zdyscyplinowania ma jednego ordynatora i jego mogą rozliczać, jeśli będą konsultanci, którzy będą prowadzić pacjentów to nie wiem jak to będzie wyglądać. Jeżeli pielęgniarka nie będzie partnerem dla lekarza to wszystko nie ma sensu. Na zachodzie pielęgniarki są równe, bo mają wyższe wykształcenie i rzeczywiście współuczestniczą w procesie leczenia a u nas pielęgniarka wykonuje tylko polecenia lekarza i jej zakres samodzielnej opieki nad pacjentem jest bardzo ograniczony i wymaga akceptacji, bo wykonuje praktycznie zalecenia lekarza. Dlatego przy zarządzaniu na dzień dzisiejszy jest łatwiejszy ten system ordynatorski. Jednak nie eliminuje on całkiem konfliktów- mogą one głównie powstawać na oddziałach zabiegowych, bo do kompetencji ordynatora należy kwalifikacja pacjenta do operacji i ustalanie zespołu operacyjnego.* (D.A.)

Z doświadczeń jednego z przedstawicieli administracji samorządowej wynika także, że ordynatorzy mogą wpływać na ilość i jakość wykonywanych zabiegów, niwelując tym samym wytyczne mówiące o stopniach referencyjności, co w konsekwencji powoduje zyski pewnych rodzajów placówek, kosztem innych.: *Nie ma praktycznej realizacji wykonywania zabiegów wg stopnia referencyjności- zabiegi są wykonywane*

*i w klinikach i w szpitalach miejskich czy powiatowych, bo ktoś z kliniki przychodzi na ordynaturę, jest wyszkolony, ma swój zespół i wykonuje zabiegi, które niby podlegają klinice.(A.U.)* Rezultatem są nierzadkie sytuacje, gdy trudne i skomplikowane operacje wykonuje się w nieprzystosowanych sprzętowo jednostkach lub też, że proste zabiegi przeprowadzane są w specjalistycznych klinikach.

*Jeśli ordynator jest silną osobowością i szczególnie, gdy przychodzi z kliniki, to uważa, że jest najważniejszy i tworzy ze swego oddziału grupę nacisku na dyrektora, żeby jego oddział był faworyzowany.(A.U.)*

Jednak, jak wynika z obserwacji jednego z urzędników, następują powolne, aczkolwiek już zauważalne zmiany w hierarchii wśród lekarzy: *Muszę przyznać, że środowisko lekarskie kiedyś było bardzo zwarte i trzymało to w sobie, natomiast teraz się tak dzieje, że jeden ordynator skarży na drugiego. Lub też zdarza się tak, że jest ordynator i załoga, która jest przeciw niemu, że dyrektorowi nie pozostaje nic niego jak odwołać ordynatora ze stanowiska, pomimo, że ordynatora powołuje się na 6 lat, ale teraz dyrektorzy robią sobie klauzulę o dwutygodniowym okresie wypowiedzenia, niezależnie od okresu, na jaki został powołany. Dawniej to było święte, ordynator wygrywał konkurs i był nie do ruszenia, natomiast teraz jest różnie. Może się także zdarzyć, że wygrywa konkurs osoba, która nie odpowiada dyrektorowi i z uporem maniaka nie chce go zatrudnić. Kilka lat temu to było tak zamknięte środowisko, że nawet największą łamagę bronili, natomiast teraz potrafią bardzo siebie szkalować i podważać swój autorytet.(A.U.).*

Inna osoba dodaje, że zdarzają się sytuacje, gdy lekarze chcąc rozpocząć własną praktykę, coraz częściej potrafią się przeciwstawić ordynatorowi: (...) *nie znam w szczególności, tylko w takich dyskusjach, że w środowisku lekarskim nastąpił bardzo duży rozdźwięk między grupą tych, którzy piastowali bardzo ważne stanowiska w klinikach jako ordynatorzy, mógłbym powiedzieć nawet bogowie katedr, zakładów czy oddziałów a szarym personelem. Szary personel chciał się prywatyzować, a ci lekarze ciągnęli wielkie zyski, choć będąc ordynatorami wcale nie musieli tego mieć, bo to było państwowe i wyznaczali komu jakie łóżko ma być dane. I po co ten ordynator miał to kupować niewiedomo za jakie pieniądze? Moim zdaniem to grupa profesorska, zresztą to każdy lekarz powie, zablokowała całkowicie prywatyzację. **Ordynatorzy to grupa, która powiedziałbym, na państwowym robi prywatę, czyli nic nie musi zainwestować a zyski ciągnie, dziś już coraz trudniej ale jest.**(P.K.)*

Niemniej jednak, choć powyższe przemiany zdają się być korzystne dla systemu, to mogą prowadzić do zakłóceń w jego funkcjonowaniu: *Środowisko lekarskie się rozwala, zespoły się rozwalają w szpitalach, zarówno lekarze na lekarzy nadają, tak samo pielęgniarki na lekarzy i odwrotnie- każdy ciągnie kołderkę w swoją stronę. Nawet sami dyrektorzy teraz mówią, że dawniej jeśli lekarz wyszedł z dyżuru, to pielęgniarki go kryły, teraz nie- oficjalnie mówią; nie było, spał, a dawniej to było nie do pomyślenia. A jak jest zespół skonfliktowany, to traci na tym przede wszystkim pacjent. Jest przepychanie, mówienie: to nie jest w moich kompetencjach, a pacjent musi czekać. (A.U.)*

**System ordynatorski negatywnie wpływa na pracę zarządzającego placówką,** stając się przeciwwagą dla zmian zgodnych z zasadami nowoczesnego zarządzania w ochronie zdrowia. Badani dyrektorzy dostrzegali ten problem, twierdząc, że w niektórych kwestiach są nieformalnie zobligowani do konsultowania swoich, z punktu widzenia prawa autonomicznych decyzji, z ordynatorami. (...) *system ordynatorski przeszkadza we wprowadzaniu bardziej elastycznych form możliwości finansowania, bo wszystko przechodzi przez ordynatora. I obecnie gdy mamy wprowadzony system zrównoważonego czasu pracy, który wymaga dużej obsługi lekarskiej, a z drugiej strony jest ordynator, który się ciągle kontaktuje z pacjentem, to nie ma tu możliwości sterowania. Wydaje mi się też, że wielu ordynatorów nie widzi potrzeby nowoczesnego podejścia do zarządzania, czyli nie patrzy pod kątem rozwoju potencjału ludzkiego, wprowadzania nowych usług, tylko traktuje to jak swoje królestwo, które w żaden sposób nie może być zagrożone. (D.E.)*

Inny dyrektor dodał, że ordynatorzy zawiązują swe obowiązki tylko do kwestii medycznych, gdy tymczasem mają być zarządzającymi na swych oddziałach i pośrednikami między dyrektorem a grupą zawodową lekarzy. I choć dyrektorzy chętnie widzieli by w ordynatorach swych „zastępców w terenie” czyli na oddziałach: *Według mnie w publicznej ochronie zdrowia trzeba by dać większą samodzielność każdemu oddziałowi i zrobić zamiast ordynatora menadżera takiego oddziału.(D.P.),* to możliwości by tego typu system stał się prawidłowością są ograniczone: *Dyrektorzy i ordynatorzy szpitali niechętnie wchodzi w rolę osób zarządzających. Stary system, w którym funkcjonowaliśmy- budżetowy, polegał na tym, że rolą dyrektora było wykonywanie naznaczonych czynności administracyjnych a rolą ordynatora było leczenie i nie martwienie się jaki to ma wymiar ekonomiczny, zarządczy, jakikolwiek inny. W tej chwili wszystko się zmienia, tzn. dyrektor przestał być dyrektorem administracyjnym a ma zarządzać szpitalem. Duża część tej odpowiedzialności jest cedowana na dół, na*

ordynatora. *I ordynator to nie jest w tej chwili człowiek, który ma tylko leczyć ale ma zarządzać swoim środowiskiem, czyli kilkunastoma, kilkudziesięcioma czasem osobami. I tu się pojawia problem, tu się pojawia niedobór wiedzy i przede wszystkim niechęć do przelamania pewnych standardów myślenia. (A.B.)*

Dyrektor jednego ze szpitali miejskich uściślając problem, dodaje: *Jestem zdecydowanym zwolennikiem wprowadzenia zarządzających na działach zamiast ordynatorów, bo panowie ordynatorzy bardzo chętnie są ordynatorami, przy czym wszystkie trudności na oddziale to najlepiej żeby rozwiązywał dyrektor. Gdy miała wejść unijna dyrektywa od 1 stycznia dotycząca czasu pracy, to prosiłam ordynatorów od września, żeby zebrali swoje zespoły, przedyskutowali sprawę i przedstawili mi ją. Panowie ordynatorzy mieli to gdzieś a w grudniu przysłali mi 10 osobowy organ związkowy do negocjacji. Problem pojawił się już 10 stycznia, kiedy ordynatorzy zaczęli dzwonić, że nie mogą już pracować po cztery dni na 30-łóżkowym oddziale. (D.C.)*

Ponadto, system wzmacniający pozycje ordynatorów oporny jest na zmiany. Ordynatorzy podtrzymują pewne negatywne cechy systemu ochrony zdrowia, chodzi tu zwłaszcza o dostęp do specjalizacji wśród młodych lekarzy, co w rezultacie powoduje brak niektórych specjalności lekarskich na rynku usług medycznych: *Likwidacja oddziału oznacza likwidację stanowiska ordynatora. Niestety my mamy jeżeli chodzi o szpitale to mamy szpitale ordynatorów. W moim przekonaniu mamy głębokie przerysowanie, zbyt wiele zależy od ordynatorów. Hierarchia jest cały czas obecna. W zasadzie restrukturyzację nawet w pojedynczym szpitalu można robić wtedy, gdy ordynator idzie na emeryturę albo kończy się mu kadencja. Jest wtedy możliwość na nieogłaszanie konkursu. To jest na pewno bardzo poważnym elementem hamującym. Najbardziej zainteresowani byliby lekarze stażyści, ale od nich to najmniej zależy, więc wolą wyjechać z kraju, niż tutaj przecierać ślady i czekać na swoją kolejkę. Bardzo istotną rolę w procesach z powoływaniem ordynatorów ma Izba Lekarska, która w dużym stopniu decyduje kto zostaje ordynatorem. (D.W.)*

Pomimo powyższych uwag i istnienia zastrzeżeń co do chęci i umiejętności występowania ordynatorów w roli zarządzających oddziałem, kompetencje medyczne lekarzy i posądzanie ich o działanie w złej wierze, nie znalazły potwierdzenia w przeprowadzonych wywiadach: *Nie podejrzewam, żeby którykolwiek szpital, którykolwiek ordynator na oddziale pozwolił sobie na bylejakość, zrzucając ją na brak środków finansowych. To jest ciągła walka między dyrektorem a ordynatorem, dyrektor trzyma kasę a ordynator chciałby leczyć na poziomie światowym, o każdą ampulkę*

*drogiego leku jest walka- dlaczego, po co, uzasadnienie- to są dylematy takie, że uważam, że nie powinny występować. (A.C.)*

Z wypowiedzi badanych wynika, że choć następują powolne zmiany, widoczne w ostatnich miesiącach a spowodowane strajkami w ochronie zdrowia, to system ordynatorski wciąż istnieje. Ankietowani nie potrafili wskazać przyczyn takiego stanu rzeczy: *System lenny w służbie zdrowia w Polsce jest dalej- jest ordynator, który jest Bogiem i jest reszta i w zależności od tego, czy ten ordynator jest ludzki czy nie, czy można nawiązać z nim kontakt, czy nie- tak jest na każdym oddziale. Jeśli jego męczono przez 20 lat to on teraz pokaże jak to było. Związki nie mają nic do tego, chyba że ktoś zgłosi mobbing. Ja słyszałem o kilku sprawach.(M.Z.), jednak dostrzegali **rolę izb lekarskich wzmacniających system**: *W środowisku lekarskim to znowu od lekarzy wiem, że izby lekarskie zawsze są przechwytywane przez jakąś tam grupę profesorsko-rządzącą i oni reprezentują swoje interesy i ci mali lekarze, którzy by chcieli by izba walczyła w sejmie czy gdzieś o całkiem inne przepisy nie umieją się do tego dobić, bo ordynatorzy i profesorowie walczą o swoje, to są całkiem inne grupy interesów.(P.K.)**

## 7.5. Podsumowanie

Jakość dialogu nie zależy od ilości uczestników ale od ich jakości, choć być może określenie nie jest zbyt taktowne, to dobrze obrazuje istotę gremiów dialogu. Nie jest korzystną sytuacją, gdy kilka osób reprezentujących daną grupę społeczną próbuje zakrzyczeć pozostałych tylko dlatego, że są przedstawicielami bardziej liczebnych organizacji. Nie ma to nic wspólnego z zasadami dialogu, a jest często stosowana.

Partnerzy dialogu odbywającego się w ochronie zdrowia w województwie śląskim zapominają, że choć spotkania odbywają się rzadko, to istnieją później w świadomości ich uczestników, co oznacza, że wypowiedziane niebacznie zdanie staje się podłożem wzajemnej nieufności. Jest ona istotną cechą, jaką posiadają uczestnicy dialogu. Trudno jest im się wyzbyć wzajemnych uprzedzeń. Niektóre z nich mają podłoże historyczne, wynikają z wyznawanych poglądów politycznych. Niestety obok tych wydawałoby się ważnych przesłanek nieufności, występują także animozje osobiste i spory o zasługi- kto i kiedy zrobił więcej. Wszystko to jest skwapliwie przechowywane w pamięci, po to by w sprzyjających okolicznościach mogło się ujawnić i przekształcić w zarzut o „nic nie robienie”

W tej kwestii partnerzy dialogu wykazują duże umiejętności ale i czujność- nie tyle zwracają uwagę na własny udział w dyskusji, ale na działania pozostałych stron. Nie bez znaczenia pozostaje tu fakt, co podkreślono wcześniej, że merytoryczna strona dyskusji jest na dalszym miejscu, podczas gdy liczy się pewna pokazowość posiedzeń.

Stronom czasem trudno jest oddzielić osobiste cechy od zbiorowych interesów.

Bezspornym faktem jest zmiana funkcjonowania związków zawodowych. Właściwie teza ta była podkreślana przez prawie wszystkich respondentów. Zauważają oni zmianę jakościową w wypełnianiu funkcji związkowych. Co prawda nadal wśród związkowców są krzyczący i nawołujący do strajków ale większość z nich zanim do strajku dojdzie próbuje negocjować z dyrektorem czy organem właścicielskim. Żaden respondent nie wspomniał, by strajk odbył się zanim przystąpiono do rozmów.

Dialog społeczny nie będzie prawidłowo realizowany, jeśli jego uczestnicy nie będą rozumieć idei dialogu. Z odpowiedzią na pytanie o rozumienie pojęcia dialogu respondenci nie mieli zasadniczo problemów. Odpowiedzi najczęściej powtarzające się utożsamiały dialog z rozmową i wymianą argumentów. Niektórzy wskazywali, że pojęcie to ma szersze znaczenie i kryje się pod nim sposób, droga do uzgadniania określonego celu. Dla respondentów synonimami dialogu obok rozmowy są także pojęcia takie jak:



współpraca, kompromis czy porozumienia. Te intuicyjne wyjaśnienia (respondenci nie wspominali by zapoznawali się z opracowaniami teoretycznymi dotyczącymi dialogu) są prawidłowe. Respondenci trafnie wskazywali też zasady dialog ale nie wprost je nazywając tylko opisując praktyczne sytuacje, w których uczestniczyli, lub o których słyszeli ilustrujące nieprawidłowości w przebiegu dialogu.

Najwięcej badani mieli do powiedzenia właśnie w odniesieniu do kwestii jaką są słabości dialogu społecznego w ochronie zdrowia. Według badanych jest ich bardzo wiele i właściwie żadne forum dialogu, żaden jego poziom nie jest od nich wolny. Żaden z badanych nie wskazał na formę dialogu, która byłaby zupełnie bez wad.

Do najważniejszych słabości dialogu, traktowanego w kategoriach ogólnych a więc pewnej idei, przybranej w różne formy organizacyjne, respondenci zaliczyli:

- Brak szerszej perspektywy w traktowaniu problemów ochrony zdrowia, co w głównej mierze polega na trzymaniu się kurczowo jednego stanowiska i reprezentowaniu określonego środowiska przy nieuwzględnianiu dobra wspólnego, systemowego lub też odmiennych racji,
- Nieumiejętność dzielenia się informacjami; nawet w obszarach, w których rywalizacja nie jest zjawiskiem naturalnym i uzasadnionym, brak jest współpracy. Podmioty, które nie konkurują ze sobą, nie wymieniają doświadczeń, nie konsultują się, nie ma zwyczaju spotykania się w szerszym gremium, którego zresztą nie ma. Organizacje, które zajmowałyby się konsolidacją podmiotów publicznych ochrony zdrowia wokół określonych problemów nie występują w województwie śląskim. Natomiast gremia, które zajmują się ochroną zdrowia robią to sporadycznie, w razie konfliktu czy innej newralgicznej sytuacji, przykładem może być Związek Powiatów Polskich. Nieco inaczej wygląda sytuacja podmiotów prywatnych, które także nie współpracują ze sobą, co jest poniekąd zrozumiałe ze względu na konkurencję w prowadzonej działalności, jednak dosyć prężnie działa organizacja zrzeszająca te podmioty- jest to Ogólnopolskie Stowarzyszenie Szpitali Niepublicznych. Powstają też, na zasadzie organizacji non profit, organizacje mogące pogłębiać współpracę i sprzyjać wymianie informacji i postulować zmiany systemowe. Na takiej zasadzie działa Stowarzyszenie Menadżerów Ochrony Zdrowia. Organizacje te mają swoje oddziały w województwie śląskim a także zrzeszają śląskie placówki. Niestety organizacji tego typu wciąż jest niewiele. Przy czym co istotne, niewielu

respondentów wspomniało o tych organizacjach, gdy pytano ich o gremia dialogu. Najczęściej wymieniano rady społeczne oraz WKDS.

- Nierównomierny rozkład realizacji idei w praktyce, czyli inaczej mówiąc nie wszystkie strony są zainteresowane prowadzeniem dialogu. Na podstawie przeprowadzonych rozmów, wydaje się, że najbardziej zależy na spotykaniu się i dyskutowaniu stronie społecznej, czyli związkom zawodowym. Wynika to zapewne z charakteru pracy związkowej. Natomiast w przypadku pozostałych podmiotów nie obserwuje się szczególnego zaangażowania w inicjowanie dialogu. Dyrektor zaledwie jednej placówki potwierdził, że odbywa cotygodniowe spotkania ze związkami zawodowymi, gdzie na bieżąco informuje je o sytuacji szpitala. Nie występuje jednak w tym przypadku zjawisko „siedzenia związkowców w kieszeni dyrektora”, jak to określiła jedna z respondentek, wręcz przeciwnie- nie obeszło się bez akcji protestacyjnej. Jednak przewodnicząca związku zawodowego działającego w placówce wypowiadała się o swym dyrektorze z szacunkiem. Widać tu więc prawdziwą realizację dialogu- strony nie rezygnują ze swych interesów, jednak potrafią o nich dyskutować i widzą sens spotkań.
- Brak jasnego sprecyzowania, kto powinien być inicjatorem dialogu. Wciąż obecna jest opinia, pochodząca z minionego okresu politycznego, że dialog powinien być inicjowany odgórnie, przykład powinien iść z góry, czyli ze strony dyrekcji, czy szerszej - ze strony samorządu terytorialnego lub rządu.
- Chęć zrealizowania na forum dialogu własnych jednostkowych interesów, podniesienie jednostkowego prestiżu. Kilku respondentów zwróciło uwagę na te kwestie w odniesieniu do WKDS. Twierdzili, że osoby chcąc zaistnieć w środowisku chcą się pokazać, wypowiedzieć, gdyż z posiedzeń są stenogramy. W trakcie dyskusji używa się mało argumentów, nierzadko występują populistyczne hasła.
- Nieprzygotowanie do rozmów. Dyskutanci często przychodzą na spotkania bez wcześniejszego przygotowania, licząc zapewne na to, iż jakoś dyskusja się potoczy. Zapominają jednak, że dialog społeczny nie jest formą towarzyskiego spotkania, choć i takie funkcje spełnia. Zawijazywanie relacji towarzyskich jest z pewnością istotne, ale podstawową rolą dialogu jest kształtowanie współpracy i porozumienia. Nie bez znaczenia w tym przypadku jest organizacja dialogu,

która praktycznie nie istnieje, za wyjątkiem sporadycznych działań osób z biura wojewody, które zajmują się przygotowaniem posiedzeń WKDS. Tu także ujawnia się kolejna wada regionalnego dialogu- inicjatywa oczekiwana jest od strony rządowej, jako że przewodniczącym Komisji jest wojewoda.

- Przymus, społeczne wymagania, nie zaś dobrowolne uczestnictwo. Kilku respondentów stwierdziło, że uczestniczy w spotkaniach dialogu, ponieważ zostali oddelegowani do tego gremium. Niekoniecznie jednak utożsamiają się z tą rolą. Skoro takie sytuacje mają miejsce rzutują na sposób prowadzenia dialogu- jeśli ktoś idzie na posiedzenie bez przekonania, nie będzie aktywnie w nim uczestniczył. Jeśli dodamy ‘powołanie’ w ostatniej chwili, otrzymujemy sztuczną rozmowę nie autentyczny dialog. Nie bez znaczenia pozostaje także przekonanie o istotności przedsięwzięcia, w którym się uczestniczy. Zdecydowana większość badanych docenia rolę dialogu społecznego, ale bagatelizuje jej znaczenie w wymiarze instytucjonalnym. Znamienne jest, że żaden z respondentów nie wypowiedział się pozytywnie w działaniu WKDS. Głównie zarzucano jej najczęściej brak sprawstwa i niemoc decyzyjną.

Przedstawione powyżej zastrzeżenia wobec dialogu w obrębie ochrony zdrowia występują powszechnie, choć w odbiorze społecznym zawężane są do dialogu instytucjonalnego w postaci WKDS- u. Dialog społeczny wciąż pozostaje niedocenianą formą kontaktów między różnymi podmiotami, zważywszy, że faktycznie jest ich wiele w ochronie zdrowia, ponadto na terenie województwa śląskiego warto zintensyfikować działania mające na celu nadanie dialogowi właściwej mu rangi. Abstrahując jednak od samej idei dialogu, bardzo ważna dla ochrony zdrowia jest możliwość spotkania. Ponadto, co dowodzi praktyka krajów zachodnich dialog jest skutecznym sposobem rozwiązywania konfliktów już istniejących i zapobiegania potencjalnym. Problem polega na tym, że w Polsce a więc i w województwie śląskim, nie stanowiącym pod tym względem wyjątku, wiele spraw się bagatelizuje do czasu, gdy nie staną się poważnym problemem społecznym angażującym opinię publiczną lub chowa się je pod dywan dla kolejnej ekipy rządzącej. Ochrona zdrowia ze względu na to, że jakiegokolwiek zmiany w niej są bacznie obserwowane przez społeczeństwo, stanowi drażliwy i niewygodny obszar dla polityków. Tak właściwie jest od kilkunastu lat i nic nie wskazuje, by sytuacja miała ulec zmianie, gdyż wszystkie zmiany mają kosmetyczny charakter. W związku z tym należy prowadzić aktywny dialog na różnych szczeblach, także uwzględniając

pacjentów, by minimalizować negatywne skutki braku zdecydowanych przekształceń systemowych.

## **Rozdział VIII. Teoretyczne koncepcje konfliktu i dialogu w świetle badań własnych**

Rolą niniejszego opracowania, obok prezentacji wybranych koncepcji teoretycznych dotyczących dialogu społecznego i konfliktów społecznych oraz przedstawienia badań własnych dotyczących oblicza ochrony zdrowia w kontekście konfliktu i dialogu, jest również uwzględnienie wzajemnych relacji między nimi.

Jak stwierdzono we wstępie niniejszej rozprawy, konflikty stanowią istotny element otaczającej nas rzeczywistości. Niezależnie od nurtu filozoficznego, który przyjmujemy dla wyjaśnienia natury człowieka a zarazem natury sprzeczności międzyludzkich, zastrzeżeń nie budzi fakt, że nieustannie w praktyce społecznej mamy do czynienia z różnymi konfliktami.

Dorobek naukowy dotyczący problematyki konfliktów jest dosyć obszerny<sup>265</sup>. Wielu badaczy zajmuje się zjawiskami konfliktogennymi, gdyż sytuacja zarówno wewnątrzpaństwowa, jak i międzynarodowa sprzyja powstawaniu sporów i właściwie powiedzieć można, że brak jest obszarów działań ludzkich wolnych od nich.

O ile jednak w starszych opracowaniach analizowano głównie konflikty poprzez pryzmat sprzeczności ideologicznych i ekonomicznych, bazując głównie na teorii walki klas Marksa, to współcześnie nacisk jest kładziony na wyjaśnianie mechanizmów działania konfliktów interpersonalnych.

I tak, dla klasyka teorii konfliktu, Dahrendorfa ma on postać walki o władzę, dla Marksa o dobra. Uwidacznia się u tych badaczy zwłaszcza rola obiektywnych czynników. Natomiast z perspektywy najnowszych rozważań przyjąć można założenie, że bardziej niż przesłanki obiektywne naturę konfliktów kształtują przesłanki subiektywne.

Jeśli przyjmowano, że u podłoża konfliktów znajdują się obiektywne przesłanki, mające wymiar głównie ekonomiczny, to stosunkowo łatwo można było zidentyfikować strony sporu. Przedmiot sporu też stosunkowo jednoznacznie dał się określić. Zatem konflikty były dosyć łatwe do opisanego i analizowania. Biorąc natomiast pod uwagę konflikty współczesne brak jest tej jednoznaczności. Doskonale widać to na przykładzie ochrony zdrowia.

Po pierwsze, funkcjonuje w niej wiele podmiotów. Często trudno je wskazać, ponieważ tworzą je różnego rodzaju lobby.

---

<sup>265</sup> Ponieważ w niniejszym rozdziale znajdują się odwołania do części teoretycznej i zawartych w niej koncepcji w celu uniknięcia powtórzeń nie będą stosowane przypisy, chyba, że opracowanie pojawia się po raz pierwszy.

Po drugie, obok oficjalnych, istnieją też zakulisowe pertraktacje. W ochronie zdrowia do głosu zbyt często dochodzi polityka zamiast racjonalnych racji.

Po trzecie, wciąż podłożem konfliktów są emocjonalne przesłanki- chęć udowodnienia, kto ma rację, kto jest ważniejszy w systemie, nadal dużą rolę odgrywają stereotypy.

Dlatego też w rozważaniach teoretycznych jako podstawę przyjęto koncepcję konfliktu autorstwa M. Deutscha. Jak kilkakrotnie wspomniano, prezentuje on odmienne jakościowo od tradycyjnych ujęć, podejście do konfliktu, dostrzegające szereg nieuwzględnianych przez innych badaczy czynników, które klarownie wyjaśniają naturę konfliktów współczesnych.

W odróżnieniu od klasyków teorii konfliktowych, jak wspomniano powyżej, Deutsch kładzie nacisk na subiektywne przeszkody uniemożliwiające osiągnięcie stronom porozumienia. Do połowy XX wieku zwracano uwagę na czynniki obiektywne, ogólnospołeczne tkwiące u podstaw sporów. Ekonomia, prawo, polityka, ideologia, wokół nich koncentrowały się teorie wyjaśniające etiologię konfliktów. Konflikt oznaczał walkę, czynny spór, straty osobowe i materialne. Obecnie mamy do czynienia z rywalizacją nie z użyciem siły, walką, ale o charakterze słownym, bardziej subtelną, ale równie szkodliwą.

Jak sytuacja wygląda obecnie? Bazując na pewnym wycinku rzeczywistości społecznej jaką stanowi ochrona zdrowia widzimy pewne przemiany.

Ochrona zdrowia niewątpliwie jest terenem różnego rodzaju starć. Mieszają się w niej wielorakie interesy, ale raczej nie racje. Zatem o ile mamy do czynienia z konfliktami o podłożu ekonomicznym, co wielokrotnie zostało podkreślone w niniejszej pracy, to ideologiczne przesłanki nie są ważne. Owszem co jakiś czas pojawiają się różne koncepcje mające na celu uzdrowienie istniejącej sytuacji, ale nie są one podbudowane ideologicznie. Zarówno opcje prawicowe, lewicowe czy centrowe nie proponują radykalnie różniących się od siebie postulatów. Dyskutowane zmiany sprowadzają się do propozycji legislacyjno- finansowych, rzadko odnosząc się do klasycznych modeli polityki społecznej. Spory raczej nie zawierają treści, które powodują dewaluację czyichś poglądów. Nie są wolne od ocen, dominują negatywne oceny istniejącego stanu rzeczy, ale respondenci rzadko wysuwają personalne zarzuty wobec konkretnych osób. Dlatego też trudno mówić o ideologicznym podłożu istniejących konfliktów.

Uprawnione wydają się także analizy czy w ogóle mamy do czynienia z konfliktami czy są to tylko spory, sprzeczki? A może w ochronie zdrowia występuje kryzys?

M. Gramlewicz<sup>266</sup> twierdzi, że właśnie kryzys jest pojęciem adekwatnym do istniejącej sytuacji. Posługując się jednak wyjaśnieniem D. Dany, który za kryzys uznaje takie różnice, które mimo regularnych sytuacji porozumiewania się, nie są możliwe do przewyższenia, sytuacja w ochronie zdrowia w województwie śląskim kryzysowa nie jest.

Z pewnością mamy do czynienia ze sporami, sprzeczkami, konfliktami, ale kryzys jest pojęciem najsilniejszym, obrazującym pracę całego systemu. Jeśli by przyjąć, że kryzys jest pojęciem najlepiej określającym sytuację w ochronie zdrowia, to byłaby ona sparaliżowana, zaś jej działanie byłoby w znacznym stopniu utrudnione. Kryzys powoduje bowiem, że funkcje, które muszą być realizowane, nie są wypełniane wcale lub są przeprowadzane nienależycie. Tymczasem można mówić jedynie o trudnościach z wypełnianiem przez poszczególne placówki ochrony zdrowia ich misji. Uprawnione wydaje się także stwierdzenie, że system niedomaga, jest niedofinansowany, ale przynajmniej na okres, w jakim przypadały badania trudno posługiwać się określeniem kryzysu. Bo choć przez szpitale w regionie przetoczyła się fala strajków, to pacjenci w szczególnie dotkliwy sposób nie odczuli skutków protestów. Co prawda odwoływano niektóre zabiegi i wydłużały się kolejki do lekarzy specjalistów lecz żaden pacjent nie ucierpiał poważnie. Szpitale specjalistyczne straciły część swych dochodów, ponieważ nie wykonywano wszystkich zakontraktowanych procedur, ale z kolei inne placówki, powiatowe czy miejskie odczuły przyływ pacjentów. Toteż protesty mimo swej uciążliwości nie spowodowały w placówkach braku realizacji podstawowego zadania jakim jest zapewnienie opieki zdrowotnej mieszkańcom danego obszaru. W związku z tym mówienie, że w ochronie zdrowia jest kryzys wydaje się określeniem zbyt mocnym, sugerującym totalną niemoc.

Miarą natężenia konfliktów współczesnych nie jest liczba ginących osób, rannych czy zagarniętego mienia. O sile dzisiejszych konfliktów świadczy ich mediatyzacja. Dobrą ilustracją był okres strajków. Wszystkie media podawały na bieżąco informacje z miejsc protestów, „na żywo” relacjonowano przebieg protestu pod siedzibą Rady Ministrów w Warszawie oraz działania w Białym Miasteczku. Co jednak charakterystyczne,

---

<sup>266</sup> Por. M.Gramlewicz, *Oblicza kryzysu społecznego...*, op. cit., s. 80 i n.

wszystkie wiadomości zdominowane były przez kwestie finansowe, przez co w opinii publicznej powstał obraz chciwych medyków żądających podwyżek. Tymczasem przedstawiciele związków, choć faktycznie ich zasadniczym postulatem były podwyżki, przedstawiali też żądania dotyczące naprawy całego systemu. Domagano się polepszenia warunków pracy, lepszego wyposażenia placówek, nowych uregulowań prawnych dotyczących przyznawania kontraktów. Niestety te informacje, ponieważ pozbawione były dramatyzmu, rzadko kiedy były prezentowane przez media.

Ponadto mediatyzacja konfliktów powoduje, że są one utożsamiane z aferami, nadużyciami, nieuczciwymi interesami. Często mają miejsce sytuacje, w których ujawnione przez media nieprawidłowości są powodem wybuchającego konfliktu. Niestety w takich przypadkach trudno jest zidentyfikować rzeczywiste przesłanki i reguły rządzące konfliktem, ponieważ do głosu dochodzą emocje. Dzieje się tak zwłaszcza w ochronie zdrowia, gdzie zdrowie jako jedna z wartości podstawowych jest traktowana przez opinię publiczną ze szczególną uwagą. Wszelkie nadużycia, błędy lekarskie czy odmowy finansowania leczenia niektórych dolegliwości są monitorowane przez opinię publiczną bardzo wnikliwie. Środowisko medyczne jest na cenzurowanym, co także rodzi konflikty między personelem medycznym a pacjentami, co z kolei skutkuje zmniejszeniem zaufania do kadr medycznych. Media sprzyjają takim zjawiskom nagłaśniając je. Oczywiście na tym polega ich rola, by informować społeczeństwo o nieprawidłowościach i patologiach systemu lecz zazwyczaj przekaz dotyczący dowolnej kwestii związanej z ochroną zdrowia jest nacechowany emocjonalnie i pozbawiony obiektywizmu. Nierzadko po wyjaśnieniu danego przypadku nie podaje się sprostowania lub jest ono niewspółmiernie krótsze niż pierwotny komunikat. W rezultacie w społeczeństwie dominuje przekonanie, że ochrona zdrowia jest sferą skorumpowaną i niczego nie da się osiągnąć nie wręczyszy uprzednio łapówki. Lekarze postrzegani są jako rządni pieniędzy karierowicze, pielęgniarki jako słabe kobiety pijące kawę i objadające się czekoladkami otrzymanymi od pacjentów w ramach podzelowania, zaś dyrektorzy placówek to towarzysko uwikłani osobnicy mający za sobą polityczne poparcie. Z pewnością wśród pracowników ochrony zdrowia znajdują się tego typu postaci, ale jest to marginalna liczba. Wielu Polaków wciąż powtarza tego rodzaju opinie mające stereotypowy charakter, który w dużej mierze powoduje konflikty interpersonalne i negatywne opinie o środowisku medycznym.

Niestety niewiele działań jest podejmowanych by zmienić istniejące stereotypy. Media nie widzą w tej kwestii dla siebie miejsca, skoro sensacja, afery i skandal



sprzedają się znacznie lepiej niż porozumienie, układ, współpraca. Społeczeństwo nie domaga się zmiany wizerunku ochrony zdrowia, owszem poprawy jakości wykonywanych usług i dostępności do nich jak najbardziej, ale już wymagania co do standardów etycznych pozostają niedostrzegalne. Samo środowisko też wydaje się nie uznawać za istotne, by zająć się nadszarpniętym przez różnego rodzaju zdarzenia, wizerunkiem, przedstawiciele samorządów medycznych rzadko zabierają głos w dyskusjach publicznych. W rezultacie nieprędko nastąpi przełom jeśli chodzi o społeczny odbiór ochrony zdrowia. Nawet znaczące w medycynie wydarzenia, przeszczepy, zabiegi, nowoczesne terapie nie posiadają należytej im rangi ważności. Wiele kwestii postrzeganych jest przez pryzmat afer, przecieków, oszustw oraz ciągle powtarzanych opinii o słabościach polskiej ochrony zdrowia. Rzadko kto natomiast przedstawia faktyczny stan opieki medycznej w krajach Europy Zachodniej czy USA, do których tak usilnie aspirujemy. Stereotypy i powiedzieć można niechęć do poszukiwania nowych rozwiązań, powodują samo nakręcającą się machinę wzajemnej nieufności i sporów.

Analizując przekładalność teoretycznych twierdzeń dotyczących mechanizmów rządzących konfliktami na praktyczną ich realizację należy zwrócić uwagę na rodzaje konfliktów. Typologii jest wiele, jak wskazano w części teoretycznej niniejszego opracowania (por. rozdz. pierwszy), wiele z nich znajduje zastosowanie w otaczającej nas rzeczywistości. Ochrona zdrowia, jak wspomiano jest obszarem pozwalającym prowadzić szeroko zakrojone analizy, ponieważ mamy w niej do czynienia z wielością podmiotów, wielością interesów, poglądów oraz skomplikowanymi w większości mechanizmami funkcjonowania. Konfliktów jest w związku z tym wiele. Niektóre z nich widoczne są „gołym okiem” a ich ujawnianie odbywa się bardzo często przez media. Inne natomiast dzieją się na co dzień, ale dopiero wnikliwa obserwacja pozwala na ich identyfikację.

Odnosząc wyniki badań własnych do teoretycznych typologii konfliktów, stwierdzić należy, że w ochronie zdrowia mamy do czynienia z następującymi rodzajami sporów:

- jeśli chodzi o podmioty konfliktów: interpersonalnymi, intergrupowymi,
- jeśli chodzi o przedmiot konfliktu: realistycznymi, utajonymi, konfliktami interesów

Bez wątplenia najczęściej występującymi konfliktami w ochronie zdrowia są konflikty interpersonalne. Ujawniają się one w środowisku pracy. Przyczyn jest kilka, do najczęstszych zaliczyć należy: złą organizację pracy, związaną z pomijaniem

w placówkach kwestii związanych z zarządzaniem personelem, brak sprecyzowanego zakresu obowiązków dla poszczególnych grup zawodowych, niewystarczające uzasadnienie dla sposobu finansowania procedur, co skutkuje brakiem legitymizacji dla posunięć kadry zarządzającej a także nieistniejące lub zablokowane kanały informacyjne wewnątrz placówek, powodujące stan dezinformacji.

W związku z wieloma niedopracowanymi uregulowaniami prawnymi w ochronie zdrowia pojawiają się także konflikty międzygrupowe. Łączy się one najczęściej ze sprzecznymi interesami poszczególnych grup zawodowych. W praktyce życia codziennego, typowych obowiązków zawodowych konflikty te zbyt często nie występują. Niezgodności mają raczej postać sprzeczek, sporów, rzadko kiedy możemy mówić o konfliktach. Konflikty pojawiają się najczęściej w sytuacjach zmian, głównie o charakterze finansowym. Wówczas w skutek niedoinformowania stron, które często jest także inspirowane przez kadre zarządzającą, grupy zawodowe nieoficjalnymi kanałami dowiadują się o planowanych zwolnieniach lub otrzymanych podwyżkach. Istniejący system nie sprzyja transparentności działań. Nie ma wprowadzonego motywacyjnego systemu pracy, a mimo upływu lat służba zdrowia nadal powielą socjalistyczny model stosunków pracy, zakładający niezależnie od wykonanej pracy określony poziom wynagrodzenia. Przemiany w tej kwestii są bardzo powolne, czemu zresztą sprzyja fakt, że ochrony zdrowia tak naprawdę nie da się w pełni nigdy urynkować i będzie pozostawać jedną z form tworzących sektor publiczny.

W ochronie zdrowia istnieją także konflikty związane ze stosunkami pracy, lecz nie wydaje się, by miały one odmienny charakter o tych, które występują w innych strukturach gospodarki. Logiczne jest, że pracodawca czy właściciel dąży do maksymalizacji zysku przy minimalizacji kosztów a pracownik domaga się odpowiednio wysokiej pensji. Jednak w ochronie zdrowia sytuacji nieco się komplikuje, gdyż pracodawcą nie jest właścicielem, a właściciel nie zarządza funduszami przeznaczonymi na wynagrodzenia pracownicze. Konflikty, jeśli mają miejsce nie są więc łatwe do zażegnania. Stąd stwierdzić można, że kolejną cechą charakterystyczną konfliktów w ochronie zdrowia jest ich procesualność i temporalność. Rzadko kiedy konflikt zaczyna się i kończy w określonym czasie. Zazwyczaj sytuacja konfliktowa ciągnie się przez kilka miesięcy a nawet lat, przybierając formę konfliktu ukrytego, o którym mowa będzie poniżej.

Kolejnymi rodzajami konfliktów, które dostrzec należy jako mające miejsce w ochronie zdrowia są konflikty wyodrębniane ze względu na przedmiot sporu.

Podczas analizy wypowiedzi badanych osób wyłania się realistyczny obraz konfliktów. Osoby w większości świetnie zdają sobie sprawę z tego, o co walczą. Formułują cele strategiczne i dążą do ich realizacji. Osoby wiedzą również jakie środki należy przedsięwziąć, by te cele osiągnąć. Ochronę zdrowia cechuje coraz większa profesjonalizacja w tym aspekcie. Wynajmowani są doradcy, organizuje się szkolenia, konsultacje, aczkolwiek nie są to działania stosowane często. Z pewnością jednak widać zmiany zwłaszcza w funkcjonowaniu związków zawodowych pod tym kątem. Tu uwidacznia się największy postęp. Związkowcy zdają sobie sprawę z faktu, iż tylko profesjonalne przygotowanie do negocjacji jest gwarancją sukcesu, że straszenie protestem może okazać się nieskuteczne, podobnie jak okupacja placówki połączona z głodówką. Świadomość mechanizmów rządzących negocjacjami posiadają również dyrektorzy czy pracownicy NFZ. Wszystkie te zabiegi sprawiają, że konflikty mają realistyczny wymiar, nie są podbudowane sentymentami, celami niemożliwymi do zrealizowania. Rzadko występują wartościowanie oraz negatywne (wrogie) emocje towarzyszące stronom konfliktu. Zwłaszcza strona związkowa podkreślała w wielu przypadkach, że rozumie poczynania dyrektora, który nie może zwiększyć puli na wynagrodzenia. Także ten fakt przemawia to za tezą o istnieniu konfliktów o charakterze realistycznym.

Dosyć popularną typologią konfliktów jest ich rozróżnienie na konflikty jawne i ukryte. Odwołując się to wyjaśnienia dokonane np. przez Deutscha, stwierdzić można, że oba rodzaje są obecne w śląskiej ochronie zdrowia.

O konfliktach jawnych mówimy, gdy strony w nich uczestniczące mają świadomość ich występowania oraz gdy znany jest im przedmiot sporu. Tak rozumiane konflikty mają oczywiście miejsce w ochronie zdrowia. Niemniej, znacznie ważniejsze jest istnienie konfliktów ukrytych. Są one ważne ze względu na fakt, iż w sprzyjających warunkach przekształcają się w jawne spory szkodząc zazwyczaj wszystkim stronom weń zaangażowanym. Dzieje się tak ponieważ wiele nierozwiązanych kwestii nawarstwia się i kumuluje. Jedna z respondentek słusznie zauważyła, że problemy ochrony zdrowia są „zamiatane pod dywan”. Dotyczy to codziennych problemów z jakimi borykają się poszczególne placówki, jak i kwestii właściwych dla wszystkich podmiotów, a więc obecnych w całym systemie. Ze względu na duże powiązania świata polityki i służby zdrowia, problemy personelu i placówek medycznych stanowią rodzaj tabu, którego nie powinno się poruszać, jeśli nie chce się utracić społecznej legitymizacji.

Znamienne jest, że postulaty dotyczące zmian w systemie zdrowia stanowią marginalną część podczas kampanii wyborczych. Społeczeństwo nie posiada merytorycznych informacji dotyczących ewentualnych przekształceń, obywatele straszy się brakiem miejsc w szpitalach, zamykaniem placówek i odpłatnością za leczenie czy leki. Podobnie rzecz wygląda w przypadku personelu medycznego, często dowiaduje się on jako ostatni o posunięciach ministerstwa zdrowia czy NFZ.

Również w przypadku pojedynczych placówek występują konflikty ukryte. Na pewne tematy nie rozmawia się otwarcie, konsultacje prowadzone są ze względu na wymogi prawne, bez przekonania o ich skuteczności. W momencie restrukturyzacji, często przebiegającej z redukcją zatrudnienia pracownicy dowiadują się o niej jako ostatni.

Poza tym konfliktem ukrytym sprzyja specyficzny układ relacji interpersonalnych, uwarunkowany wciąż obecną hierarchizacją środowiska. W momencie, gdy nadal o wielu sprawach decyduje dyrekcja wraz z ordynatorami czy oddziałowymi, szeregowi pracownicy mogą kryć swoje niezadowolenie. System ordynatorski sprzyja utajnieniu sporów, gdyż lekarze, zwłaszcza młodzi obawiając się o dostęp do specjalizacji, unikają bezpośredniej konfrontacji. Przypuszczać można, że w niejednym przypadku, rezultatem istnienia konfliktów ukrytych były wyjazdy zagranicę, szczególnie lekarzy-stażystów.

Posługując się typologią Deutscha wskazać można jeszcze jeden rodzaj konfliktu występujący w ochronie zdrowia- przeniesiony ze względu na podmiot. Jak wspomniano, system sprzyja niedomówieniom i wątpliwościom, zaś niektóre przepisy powodują brak sprecyzowanych zasad odpowiedzialności. W sytuacji budzących wątpliwości najczęściej zarzuty kierowane są wobec osób będących najbliżej, a więc dyrekcji. Uwidacznia się to zwłaszcza w trakcie strajków, podczas których najpierw postulaty, ale i niechęć okazywano najpierw zarządzającym, a dopiero później zgłaszano pretensje wobec organu założycielskiego. Często też padały oskarżenia pod adresem menadżerów, podczas gdy w rzeczywistości współdecydem w sprawach finansowych jest płatnik.

Kolejną kwestią teoretyczną, która znalazła odzwierciedlenie w badaniach własnych są funkcje, jakie pełnią konflikty w życiu społecznym a konkretnie w funkcjonowaniu ochrony zdrowia. Odwołując się do typologii Sztumskiego, zauważamy, że istniejące konflikty, szczególnie te nagłośnione medialnie, pełnią funkcje demaskatorską. Istniejące problemy ochrony zdrowia w wymiarze wojewódzkim, jak wspomniano wyżej, są często ignorowane. Dlatego też dopiero w momencie wybuchu niezadowolenia pracowników uwidocznione są opinii publicznej nieprawidłowości systemowe. Jednak nie tylko na tym polega funkcja demaskatorska. Jest ona również miarą poparcia funkcjonującego

systemu, działających placówek oraz pracującego personelu. Przykładowo, gdy wybuchały strajki i działało Białe Miasteczko, przeprowadzane były sondaże opinii społecznej i na ich podstawie można było stwierdzić, że postulowane rozwiązania przez protestujących znajdowały zrozumienie u obywateli. Zatem funkcja demaskatorska nie ujawnia tylko negatywnych aspektów działania danego mechanizmu, ale pozwala śledzić poparcie dla niego.

Ponadto, analizując funkcje konfliktów, dostrzegane są funkcje integrująca i dezintegrująca. Integracja odbywa się w stanie napięcia, gdy strony dążą do mobilizacji środków. Środowisko medyczne jest dosyć sfragmentaryzowane, ale właśnie w sytuacjach wymagających jednomyślności osoby potrafią się zjednoczyć, przynajmniej na użytek opinii publicznej. Jeśli natomiast uwzględni się cały system ochrony zdrowia, to bardziej uwidacznia się dezintegrująca strona konfliktów. Rozbieżność interesów jest duża, co skutkuje rozbiem całego systemu.

Prezentując dokonania teoretyczne dotyczące konfliktów, wskazano na różnego rodzaju strategie rozwiązywania sporów. W ochronie zdrowia widoczne są w tej materii pewne przemiany. Z pewnością, najważniejszą zmianą jakościową prowadzonych sporów jest wprowadzenie do procesu konfliktowego trzeciej strony. W konfliktach z zakresu prawa pracy strony sporu coraz częściej korzystają z doświadczeń mediatorów. W trakcie protestów mediatorami były znaczące osoby w środowisku. Nie korzystano z usług zawodowych rozjemców ale zapraszano na dyskusje przedstawicieli świata nauki oraz osoby znające się na problemach ochrony zdrowia, ale nie będące bezpośrednio zaangażowanymi w konflikt. Zastosowanie procedur mediacyjnych podyktowane było co najmniej dwiema przesłankami. Po pierwsze prowadzone rozmowy były bardzo burzliwe a obecność osoby spoza łagodziła sytuację, po wtóre natomiast był to sposób na zmanifestowanie dużej rangi poruszanych problemów, by otoczenie zdało sobie sprawę z wagi problemu.

Niestety, obok profesjonalizacji konfliktów oraz wprowadzania do nich procedur dialogowych, w codziennej praktyce wciąż dominują pseudostrategie rozwiązywania konfliktów. Do najczęściej stosowanych zaliczyć trzeba ignorowanie oraz odwlekanie. Ignorowanie wiąże się bezpośrednio ze wspomnianym powyżej "zamiataniem pod dywan" problemów ochrony zdrowia. Bagatelizuje się często wagę problemu, twierdząc, że jakoś to będzie, że coś samo się rozwiąże. Decydenci nie chcą zajmować się służbą zdrowia, brak jest kompleksowych posunięć naprawczych. Z procedurą ignorowania związek ma strategia odwlekania. Żadna z dotychczasowych reform ochrony zdrowia nie

została sfinalizowana i zakończona sukcesem. Wprowadzane zmiany nie są realizowane do końca, gdyż po jakimś czasie wprowadza się poprawki nie wynikające z przesłanek merytorycznych ale politycznych. Ochrona zdrowia funkcjonuje z dnia na dzień, brak jest strategii jej rozwoju, zapisanej i konsekwentnie realizowanej przez co najmniej kilka lat. Te same kwestie wracają jak bumerang co jakiś czas. Nie ma planu, strategii, w jakim kierunku ochrona zdrowia powinna zmierzać. W strategiach rozwoju miast są zawarte fragmenty dotyczące ochrony zdrowia, ale są one fragmentaryczne i ogólnikowe. Dodatkowym utrudnieniem jest fakt, że dotyczą określonego obszaru- miasta, w którym często działają placówki mające różne organy założycielskie, na które więc miasto nie musi mieć wpływu. W województwie śląskim nie powstała dotąd strategia dotycząca ochrony zdrowia na całym obszarze, choć z praktyki wielu krajów europejskich wynika, że region stanowi podstawową jednostkę organizacyjną dla funkcjonowania ochrony zdrowia.

Doskonałym przykładem pseudorozwiązań konfliktów są również pseudonegocjacje prowadzone przez NFZ z świadczeniodawcami.

\*\*\*

W badaniach dokonano także praktycznego zastosowania koncepcji dialogu społecznego. Ponieważ w części teoretycznej nie zostały przedstawione koncepcje filozoficzne a bardziej teoretyczne zasady i wartości pozwalające na organizację dialogu społecznego, poniżej zaprezentowane zostaną wybrane zagadnienia praktycznego wykorzystania założeń dialogu.

Na początku rozważań stwierdzić należy, że dialog społeczny w Polsce jest zjawiskiem obecnym w procesie podejmowania decyzji. Niestety głównie ze względu na stosunkowo krótką praktykę, dialog jest raczej słaby.

Z pewnością dialog społeczny stanowi rezultat decentralizacji negocjacji zbiorowych, bo jak twierdzi K. Frieske uregulowania dotyczące stosunków pracy podejmowane jedynie na szczeblu centralnym nie przynosiłyby rezultatów. Teza ta jest bezsprzeczna, niemniej warto zastanowić się w jakim stopniu owa decentralizacja występuje.

Ochrona zdrowia, jak wielokrotnie podkreślano w niniejszym opracowaniu, jest dziedziną z pogranicza gospodarki wolnorynkowej i interwencjonizmu państwowego, co znajduje swe odzwierciedlenie także w kształcie dialogu. Decentralizacja dialogu ma miejsce, ale nie we wszystkich wymiarach. Pewne sprawy są tylko i wyłącznie regulowane na poziomie centralnym. Wynika to m.in. z zapisów konstytucyjnych gwarantujących obywatelom ze strony państwa równy dostęp do opieki zdrowotnej.

W rezultacie tam, gdzie rozbieżne interesy różnych grup społecznych mogłyby zakłócić realizację wcześniej wspomnianej zasady, państwo samo podejmuje decyzje, rzadko konsultując swe poczynania z grupami interesów. Także na poziomie lokalnym dialog w tym wymiarze jest ograniczony. Władze samorządowe rzadko pytają o zdanie przedstawicieli zainteresowanych grup społecznych czy obywateli jeśli chodzi o przekształcenie czy likwidację danej placówki. Z jednej strony poczynania tego typu są logiczne- można być pewnym, że opinia obywateli będzie negatywna, gdy zapytani zostaną czy dana placówka ma przestać istnieć, ale z drugiej strony świadczą o ograniczonym zakresie stosowalności dialogu. Dialog społeczny lub obywatelski jest zatem sporadycznie stosowany jeśli chodzi o ochronę zdrowia. Skupia się właściwie wokół kwestii związanych z prawem pracy sensu stricto, czyli wynagrodzeniami, czasem pracy, warunkami pracy i pozostałymi sprawami przewidzianymi w kodeksie pracy, natomiast jeśli chodzi o zastosowanie dialogu do tworzenia ram systemowych funkcjonowania służby zdrowia, praktycznie nie występuje. Przyczyny takiego stanu rzeczy mogą być dwójakiego rodzaju: wspomniane powyżej połączenie wolnego rynku i centralizmu oraz poziom kultury politycznej.

Dialog społeczny bywa używany jako miernik czy określnik poziomu kultury politycznej lub też traktowany jest jako jeden z jej elementów. Kultura polityczna stanowi pewien zespół pożądaných zachowań i wartości dotyczących działań politycznych. Być może zestawienie dialogu społecznego z działaniem politycznym jest nieco sporne, ale skoro dialog społeczny jest formą podejmowania decyzji, także o charakterze politycznym i trudno jest wyraźnie oddzielić dialog od polityki, można zaliczyć dialog do kategorii działań politycznych, zaznaczając jednocześnie, że dialog społeczny jest jednak pojęciem szerszym od działania li tylko politycznego, gdyż uwzględnia również mechanizmy niepolityczne kształtowania stosunków społecznych. Kultura polityczna jest pojęciem wieloznacznym, gdyż składa się na nią niejednoznaczne pojęcie kultury i równie niesprecyzowane pojęcie polityki, w celu ujednoczenia i opercjonalizacji, bardziej przydatnym do analizy wydaje się pojęcie kultury działania politycznego. Jest ono bardziej adekwatne do sytuacji, w jakiej funkcjonują mechanizmy dialogu społecznego w ochronie zdrowia oraz pozwala nieco zawęzić zastosowanie pojęcia kultura polityczna. Za kulturę działania politycznego uważa się taki stan przygotowania subiektywnego podmiotów polityki, w którym potrafią określić warunki,

w jakich dochodzi do ujawnienia określonej potrzeby politycznej a zarazem potrafią dopasować do tych warunków adekwatne sposoby działania<sup>267</sup>.

Skoro dialog społeczny jest związany z kulturą polityczną w świetle niniejszego opracowania warto zadać pytanie o wzajemne relacje dialogu społecznego i kultury politycznej w ochronie zdrowia. Na podstawie przeprowadzonych badań wnioskować można, że poziom kultury działania politycznego nie jest zbyt wysoki. Świadczy o tym kilka czynników. Po pierwsze, wola prowadzenia dialogu. Jest ona dosyć ograniczona, bez zaplecza instytucjonalnego można przypuszczać, że dialog nie byłby w ogóle prowadzony. Nie ma zwyczaju spotykania się i rozmawiania, trudności powoduje konieczność dzielenia się trudnościami i wspólne poszukiwanie rozwiązań, wreszcie dominuje nieufność i traktowanie osób o odmiennych poglądach jako wrogów. Po drugie dialog jest stosunkowo młodą formą negocjacji i nie zostały wypracowane sprawne mechanizmy jego działania. Po trzecie, strony nie bardzo są zorientowane na dialog, raczej na ostrą wymianę argumentów i obronę własnych interesów, często za wszelką cenę. Kultura działania politycznego wymaga adekwatnego reagowania na określoną sytuację i zdolność racjonalnej oceny sytuacji, a tymczasem w ochronie zdrowia mamy jeszcze często do czynienia z emocjonalnym traktowaniem problemów.

Podobnie jak działanie polityczne, dialog społeczny ma określoną strukturę, stanowi zbiór działań, które nie mogą odznaczać się przypadkowością.

Jako strukturę, przypomnijmy traktować należy istnienie określonych zasad i reguł, organizacyjno- merytorycznych według jakich dialog ma się odbywać. Pod tym kątem dialog w województwie śląskim nie budzi zastrzeżeń. Jeśli mówimy o dialogu instytucjonalnym, zasady istnieją, wypracowano je na szczeblu centralnym w dokumencie Rady Ministrów z 2002r. i właściwie nie było potrzeby by je uzupełniać i dostosowywać do poziomu szczebla wojewódzkiego. Dialog pozainstytucjonalny, niesformalizowany odbywa się według reguł jakie określą strony biorące w nim udział. Jednak struktura dialogu obejmuje także większą ilość elementów: orientację na dobro wspólne oraz istnienie kanałów przekazujących informacje. Z badań wynika, że zarówno w przypadku WKDS, jak i pozainstytucjonalnych form dialogu społecznego, z praktyczną realizacją wspomnianych elementów bywa różnie.

Okazuje się, bardzo trudno jest zrezygnować z własnych, często wąsko rozumianych interesów grupowych. Dobro wspólne nie jest określeniem precyzyjnym, ale choćby

---

<sup>267</sup> W. Milanowski, *Kultura działania politycznego* [w:] *Prawo i polityka*, Warszawa 1988, s. 271



intuicyjnie wiadomo, że oznacza taki rodzaj działania, które nie powoduje szkody dla innych podmiotów. Ponadto, jeśli dobro ogólne nie jest zdefiniowane, aktorzy społeczni w toku wzajemnych interakcji mogą je sami określić. W ochronie zdrowia istnieją pewne trudności w tej materii. Z pewnością wartością naczelną jest dobro pacjenta, ale w pozostałych przypadkach wartości nie są już tak klarowne. Nawiązując do koncepcji Deutscha, przywoływanej powyżej, mamy do czynienia z rywalizacją w ochronie zdrowia. Rywalizacja nie wyklucza współpracy, ale utrudnia definiowanie dobra wspólnego. W przypadku ograniczonych zasobów finansowych interesy pozostają częściej rozbieżne niż wspólne, częściej pojawiają się konflikty. Ponadto nie istnieje siła jednocząca wszystkie podmioty wokół jednego celu głównego. NFZ, choć pozostaje w relacjach, bezpośrednich lub pośrednich, ze wszystkimi uczestnikami systemu, takiej roli nie pełni ani też do niej nie pretenduje. Nie istnieje podmiot, który definiowałby a następnie dbałby o dobro wspólne. W rezultacie struktura dialogu społecznego jest niepełna.

Struktura dialogu zakłada także istnienie kanałów przekazywania informacji. Informacje muszą być dostarczane zarówno do wszystkich uczestników rozmów ale swoim zasięgiem obejmować powinny podmioty, o losach których dane gremium decyduje, a którzy nie uczestniczą w posiedzeniach. Z realizacją tego wymogu bywają problemy. Osoby uczestniczące w badaniach zwracały uwagę na brak informacji. Przekazywane wiadomości docierały do adresatów w ostatniej chwili lub wcale, więc toczący się dialog nie był pełny. Jeśli przyjąć, że o wynikach dialogu powinny być poinformowane wszystkie zainteresowane strony, to przekaz musi być płynny i aktualny. Tymczasem mimo toczących się rozmów, osoby, które w nich nie uczestniczą a o których losie się rozmawia, dowiadują się jako ostatnie o podjętych decyzjach. Nierzadkie są sytuacje, gdy pośrednikiem są media. Działa tu też nieoficjalny obieg informacji, który osłabia działanie dialogu, a i może podważać jego ustalenia. Problemy tego rodzaju są obecne w ochronie zdrowia i żadna ze stron nie podejmuje starań, by zmienić tę sytuację.

Istnienie struktur dialogu nie świadczy o jego skuteczności. Rozmowy mogą być prowadzone, ale gdy uczestnicy nie przywiązują do nich wagi lub też społeczny odbiór podejmowanych decyzji jest obojętny czy lekceważący, dialog równie dobrze mógłby się nie odbywać. Przypomnijmy, że najważniejszymi warunkami skutecznego prowadzenia dialogu są: niezależność stron oraz legitymizacja ich udziału w debacie.

Niezależność stron biorących udział w dialogu generalnie nie budzi wątpliwości. Zdarzają się naciski, spowodowane wielokrotnie podkreślanym wszechobecnym wpływem czynników politycznych, niemniej w samej debacie nie odgrywają znaczącej roli. Natomiast wątpliwości budzi legitymizacja stron do prowadzenia dialogu. Chodzi tu o respektowanie prawa by określone podmioty uczestniczyły w dialogu. Najwięcej zastrzeżeń powoduje uczestnictwo związków zawodowych w posiedzeniach gremiów dialogu. Reprezentatywność jest jedynym kryterium, które pozwala na uczestnictwo w obradach. W ochronie zdrowia ze względu na duże rozdrobnienie związków, pewne z nich choć niewielkie, są reprezentatywne, ponieważ reprezentują nieliczne grupy pracownicze. Natomiast organizacje, które faktycznie odgrywają dużą rolę w procesie podejmowania decyzji ważnych dla służby zdrowia, nie uczestniczą w instytucjonalnych formach dialogu, a w innych rozmowach występują jako obserwatorzy lub eksperci lecz nie posiadający możliwości głosowania.

Z reprezentatywnością oraz szerzej z rolą związków zawodowych jako grup interesów wiąże się konieczność dokonania kolejnej analizy, dotyczącej natężenia występującego neokorporatywizmu. Ten pozaparlamentarny układ stosunków politycznych występuje w ochronie zdrowia w Polsce, ponieważ, posługując się cechami liberalnego korporatywizmu przedstawionymi przez R. Herbuta <sup>268</sup>, biorą w nim udział duże organizacje, czyli grupy interesu, dysponujące monopolem na reprezentowanie interesów poszczególnych grup aktywnych na scenie politycznej, organizacje te realizują głównie oczekiwania ekonomiczne tych grup społecznych, grupy interesu mają zhierarchizowaną strukturę. W ochronie zdrowia mamy do czynienia z korporatywizmem nie zaś z pluralizmem, korporatywizm jest jednak na tym polu umiarkowany lub też słaby, w zależności od poziomu, na jakim ma miejsce artykulacja interesów. Korporatywizm z pewnością nie jest w Polskiej ochronie zdrowia silny, zresztą także w pozostałych dziedzinach życia publicznego, nie jest rozbudowany i znaczący. Organizacje społeczne nie posiadają zbyt wielu delegowanych uprawnień przez władzę centralną, ani też nie mają silnej pozycji w systemie podejmowania decyzji. Jednak neokorporatywizm występuje i na szczeblu centralnym jeśli chodzi o sprawy związane z kształtem prawa pracy, ma umiarkowany charakter. Świadczą o tym konsultacje central związkowych z przedstawicielami administracji rządowej dotyczących kwestii płacowych, czasu pracy, ubezpieczeń czy warunków emerytalnych. Niestety na tym poziomie partnerstwo

---

<sup>268</sup> A. Antoszewski, R. Herbut (red.), *Leksykon politologii*, Wrocław 2002, s. 194-195

socjalne nie przewiduje uczestnictwa mniejszych związków zawodowych, rzadko też w przetargach uczestniczą przedstawiciele administracji samorządowej. Formy współpracy nie mają trwałego charakteru, niektóre z nich są zagwarantowane prawnie i tylko dzięki temu negocjacje ze stroną społeczną odbywają się. Na szczeblu wojewódzkim partnerstwo ma jeszcze bardziej luźny charakter. Grupy interesu są bardzo sfragmentaryzowane, procedury mają podstawę ustawową, ale nie są obowiązkowe tylko opcjonalne, co skutkuje sporadyczną współpracą nie zaś stałymi interakcjami. Nie istnieje podmiot, który koordynowałby działanie ochrony zdrowia na terenie województwa i dbałby o szeroką reprezentację interesów grup społecznych. Efektem jest stosunkowo niski poziom korporatywizmu.

Wreszcie, kończąc dywagacje łączące teoretyczne koncepcje z ich praktyczną realizacją, należy zwrócić uwagę zasady zgodnie z jakimi każdy dialog powinien się odbywać.

Zasady są liczne i zawierają je zarówno opracowania z zakresu komunikacji interpersonalnej, dialogu filozoficznego jak i rządowe dokumenty regulujące funkcjonowanie dialogu społecznego na różnych poziomach. Rozważania dotyczące przestrzegania lub nie respektowania tychże zasad znalazły swe miejsce w wielu fragmentach niniejszego opracowania. Jednak na dwie z nich należy szczególnie zwrócić uwagę: na wolę odbywania dialogu i wzajemny szacunek. Zasady te wydają się oczywiste i proste do realizacji, jednak w praktyce okazuje się, że nie jest tak do końca. Omawianie tychże zasad nie przynależy do niniejszego opracowania, bardziej powinni się nimi zająć filozofowie czy etycy. Natomiast z perspektywy socjologa, uwzględnić powinno się fakt, że właśnie wola prowadzenia rozmowy i szacunek do partnera stanowią elementy niezbędne do budowania i wzmacniania sieci wzajemnych powiązań, które w społecznej rzeczywistości są ogromnie ważne. Dialog z jednej strony jest odzwierciedleniem istniejących powiązań społecznych i w pewnym sensie miarą zaufania i kapitału społecznego, z drugiej strony zaś prowadzi do wytworzenia więzi społecznych. By dialog był efektywny strony muszą się ze sobą spotykać, lecz nie powinny to być spotkania przypadkowe, zarówno pod względem osób biorących w nich udział, jak i poruszanych problemów. Ważną do regularności i stałości spotkań przywiązuje wiele instytucji zajmujących się dialogiem, bardzo ważną spośród nich w krzewieniu idei dialogu jest Komisja Europejska, która, przypomnijmy, definiuje dialog jako proces stałej interakcji między partnerami społecznymi. W polskim dialogu brak jest tego jakże

istotnego czynnika. W śląskiej ochronie zdrowia także stałość interakcji nie występuje. Ta kluczowa dla dialogu kwestia obrazuje rozbieżność między teorią a praktyką.

\*\*\*

Uwzględniając wszystkie powyższe zagadnienia a także wnioski zawarte w badaniach własnych stwierdzić należy, że ochrona zdrowia jest obszarem skonfliktowanym, przy jednocześnie niezbyt rozbudowanych strukturach dialogu społecznego.

Przyczyny takiego stanu rzeczy są różnorakie i zostały przedstawione w pozostałych rozdziałach. Pozostaje jednak pytanie: co należy zrobić jakie środki przedsięwziąć by sytuacja uległa zmianie?

Odpowiedź nie jest prosta ani oczywista. Najłatwiej byłoby stwierdzić, że dialog społeczny jest słaby, ponieważ regulują go niedopracowane przepisy prawne. Wiele zarzutów dotyczy także niewiążącego charakteru decyzji podejmowanych podczas obrad gremium dialogu. Bez wątplenia są to cechy dialogu, które powodują, że nie jest on cenionym sposobem rozwiązywania problemów. By zatem zmienić tę niekorzystną sytuację wystarczy poprawić prawo- taki argument pojawia się najczęściej. Tymczasem jest to tylko częściowe rozwiązanie. Bazując na przykładzie śląskiej WKDS, zauważyć można pewną istotną prawidłowość- dopóki pracami kierowała pani dyrektor Wydziału Polityki Społecznej, odbywały się one w miarę regularnie, były dobrze przygotowane pod względem organizacyjnym. Później wraz ze zmianą komórki zajmującej się dialogiem, nastąpiła w nim przerwa.

Do dialogu trzeba dorosnąć. Gdy zatem brak jest pewnej kultury politycznej związanej z umiejętnością rozwiązywania problemów a aktorzy społeczni nie wykazują chęci by ze sobą szczerze i otwarcie rozmawiać, potrzebny jest ktoś, kto zadba o zorganizowanie i przebieg dialogu. Takich wytycznych w prawie polskim nie ma, a powinny być. Należy wskazać osobę lub instytucję, która ponosiłaby odpowiedzialność za przeprowadzenie posiedzeń, ale nie za ich wynik.

Obok zmian natury prawno-organizacyjnej warto by także wprowadzić zmiany do systemu szkolnictwa, zwłaszcza wyższego. W praktyce okazuje się, że rzadko mówi się studentom o istnieniu mechanizmów dialogu społecznego, pomija się rolę WKDS-ów i Komisji Trójstronnej. Coraz częściej do programów nauczania wprowadzane są elementy związane ze społeczeństwem obywatelskim. Tyle, że są one zawężane do aktywności obywatelskiej w formie dialogu obywatelskiego a nie mówi się o dialogu

społecznym. Ponadto warto zadbać o edukację z zakresu rozwiązywania sporów. W powszechnej opinii panuje pogląd, że konflikty są zjawiskiem niepożądanym i prowadzącym do destrukcji danego systemu. Opinie tego rodzaju są też właściwe wielu naukowcom. Tymczasem jak wykazano w części teoretycznej konflikty mogą być także konstruktywne, służące zmianie. Ponieważ konflikty są nieuniknione przydałaby się na ich temat profesjonalna wiedza, dotycząca także mechanizmów ich rozwiązywania.

Trudno jest wskazywać co powinno być zmienione w ochronie zdrowia, by działała lepiej. Pytanie to od wielu lat właściwie pozostaje bez odpowiedzi. Na pewno dialog społeczny jest jednym ze skuteczniejszych narzędzi osiągnięcia pozytywnych zmian, szkoda tylko, że decydenci tak rzadko po niego sięgają. Na razie pozostaje opisywanie i analizowanie istniejącej sytuacji, gdyż woli, by ją zmienić nie ma.

## **Rozdział IX. Ogólnopolskie problemy w regionalnej perspektywie**

Ochrona zdrowia jak wielokrotnie podkreślano, stanowi szczególną dziedzinę aktywności państwa i samorządu terytorialnego. Jest przedmiotem troski ze stron władz publicznych, gdyż zdrowie obywateli coraz częściej traktuje się jako znaczący element kapitału społecznego. Mimo wielu słabych punktów istniejącego systemu (o których będzie mowa poniżej), jego stan nie odbiega znacząco od sytuacji w innych państwach europejskich, które również borykają się z wieloma problemami.

Jednym z celów, dla których powstała niniejsza dysertacja była próba charakterystyki ochrony zdrowia z punktu widzenia lokalnych, śląskich działaczy. Biorąc pod uwagę powyższe zamierzenie, zostało ono zrealizowane, jednak nie jest możliwe jednoznaczne stwierdzenie, że sytuacja w województwie śląskim jest na tyle specyficzna, że wywołuje właściwe jedynie dla regionu skutki. Są bowiem problemy, które rzeczywiście występują w województwie śląskim, ale nie oznacza to jednak, że w pozostałych regionach nie ma ich w ogóle – są, lecz inna jest skala ich nasilenia.

Owszem istnieje kilka specyficznie śląskich cech ochrony zdrowia. Jak wskazano w rozdziale III tegoż opracowania w regionie śląskim, obok województwa mazowieckiego, funkcjonuje najwięcej różnego rodzaju placówek, zatrudniona jest największa liczba personelu, udziela się najwięcej porad i przeprowadza najwięcej zabiegów. W związku z powyższym środki przeznaczane na funkcjonowanie systemu muszą być odpowiednio wysokie.

W efekcie, zwiększa się konkurencja między placówkami o fundusze na leczenie, pojawia się rywalizacja, która z pewnością nie jest tak bardzo widoczna w pozostałych województwach.

Ponadto placówek jest dużo, często znajdują się niedaleko siebie. Lecz ze względu na fakt, iż podlegają pod różne organy założycielskie, nie występuje między nimi koordynacja działań i następuje dublowanie oddziałów.

W województwie nie istnieje system monitorujący i koordynujący poczynania świadczeniodawców. Właściwie jedynym organem bacznie przyglądającym się funkcjonowaniu całego systemu jest minister zdrowia prowadzący stały monitoring sytuacji w szpitalach na terenie całego kraju. Kluczową rolę odgrywają tutaj wojewodowie z uwagi na fakt, że zgodnie z art. 10 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych to właśnie do zadań wojewody w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki

zdrowotnej należy w szczególności ocena zabezpieczenia opieki zdrowotnej na terenie województwa oraz ocena realizacji zadań z zakresu administracji rządowej realizowanych przez jednostki samorządu terytorialnego. Informacje zbierane – z inicjatywy Ministra Zdrowia – przez urzędy wojewódzkie pozwalają wojewodom, jako organom odpowiedzialnym za zapewnienie współdziałania wszystkich jednostek organizacyjnych administracji rządowej i samorządowej działających na obszarze województwa oraz kierującym ich działalnością w zakresie zapobiegania zagrożeniu zdrowia i życia, na zidentyfikowanie potencjalnych zagrożeń w zakresie ciągłości udzielania świadczeń zdrowotnych oraz podjęcie działań przygotowawczych na poziomie województwa na wypadek znacznych zakłóceń w funkcjonowaniu szpitali (np. czasowego zaprzestania działania szpitalnych oddziałów).<sup>269</sup>W rezultacie każdy podmiot działa na własną rękę, niekoniecznie patrząc na poczynania placówki znajdującej się w najbliższym otoczeniu.

Wśród respondentów pojawiały się także niejednokrotnie opinie dotyczące niesprawiedliwego traktowania oddziału śląskiego NFZ przez centralę w Warszawie. Twierdzono, że mimo rozbudowanej infrastruktury oraz wysokiego poziomu leczenia ochrona zdrowia w województwie jest niedofinansowana. Mówiono także, że trudno jest uzyskać poparcie finansowe dla ważnych przedsięwzięć z centrali w Warszawie. Na podstawie takich opinii wnioskować należy, że śląski oddział NFZ spełnia jedynie funkcję reprezentacyjną a w niewielkim stopniu jest kreatorem polityki zdrowotnej na terenie regionu.

Województwo śląskie, biorąc pod uwagę strukturę organizacyjną ma, jak wspomniano dobre zaplecze. Świadczone usługi są na dobrym poziomie, ale mogłyby być jeszcze lepsze, służąc mieszkańcom województwa, ale i mieszkańcom innych województw. Korzystają oni bowiem chętnie ze śląskich placówek. Niestety polityka finansowa NFZ jest krótkowzroczna. Przykładem przypadkowości działań NFZ jest geriatryka. W województwie śląskim istnieje Szpital Geriatryczny i mamy kilkunastu lekarzy-geriatrów. Nie jest to wybitny wynik, ale są województwa gdzie nie istnieje żadna placówka lecząca wyłącznie osoby starsze.

”Problemu starszych nie dostrzegają też Ministerstwo Zdrowia i NFZ. Ministerstwo mimo próśb geriatrów od lat nie daje im pozwolenia choćby na przepisywanie balkoników ułatwiających chodzenie. Fundusz przeznacza na leczenie coraz liczniejszej

---

<sup>269</sup> Informacja Rządu na temat obecnej sytuacji ochrony zdrowia w Polsce z dn. 22.01.2008r, na: [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl)

rzeszy starszych ludzi zaledwie ułamek procentu ze swego budżetu (w śląskim oddziale NFZ-etu to nieco ponad jeden promil ogólnej kwoty na leczenie). Nie ma dość pieniędzy na rehabilitację potrzebną starszym ludziom, a leczenia odleżyny, które kosztuje średnio 5 tys. zł, w ogóle nie ma w katalogu kontraktowanych świadczeń.”<sup>270</sup>Działania NFZ budzą zastrzeżenia zwłaszcza obecnie, w dobie starzejącego się społeczeństwa.

Następną rzeczą, która ukazuje wojewódzki wymiar krajowych problemów są zaniedbania w kształceniu kadr pielęgniarskich. Mimo nagłaśniania problemu przez Izbę Pielęgniarską i Związek Zawodowy Pielęgniarek i Położnych, w **2007r. w województwie śląskim wiek emerytalny osiągnęło 2,7 tysiąca pielęgniarek a prawo wykonywania zawodu zdobyło zaledwie 7.** <sup>271</sup>nie powinna więc nikogo zdziwić sytuacja, gdy za kilka lat w szpitalach zabraknie pielęgniarek.

Nie bez znaczenia, zwłaszcza w odniesieniu do tematu dotyczącego konfliktów i dialogu, jest fakt, że w związku z istnieniem dużej liczby personelu, na terenie regionu działają liczne związki zawodowe. Jest to zjawisko typowe dla naszego województwa. Istnieją tu organizacje pracownicze o zasięgu zakładowym, międzyzakładowym, wojewódzkim a nawet ogólnopolskim. Związki stosunkowo mało liczne, jeśli mają strukturę ogólnopolską, w zdecydowanej większości posiadają swe oddziały na terenie województwa, przykładem może być Związek Fizjoterapeutów czy Ratownictwa Medycznego. Wielość istniejących związków wpływa na działanie całego systemu ochrony zdrowia w województwie, ponieważ reprezentują one różne interesy i jak pokazały strajki w 2007r. dysponują realnymi możliwościami wywierania wpływu. Zatem związki w coraz większym stopniu kształtują politykę zdrowotną, szczególnie w regionie śląskim.

Pozostałe kwestie, które obrazują sytuację w ochronie zdrowia na obszarze województwa śląskiego znajdują się w poniższych rozdziałach.

---

<sup>270</sup> J.Watoła, *Pamiętaj, że też będziesz kiedyś stary*, Gazeta wyborcza, Katowice, 20.11.2007

<sup>271</sup> J.Watoła, *Tysiące pielęgniarek odeszło od łóżek*, Gazeta Wyborcza, Katowice, 21.01.2008



## 9.1. Słabości systemu ochrony zdrowia

Zgodnie z analizami przeprowadzonymi przez Ministerstwo Zdrowia w 2008r. ochrona zdrowia w Polsce boryka się z następującymi dysfunkcjami<sup>272</sup>:

- a) długim okresem oczekiwania na świadczenia opieki zdrowotnej o charakterze podstawowym;
- b) nieracjonalnym wydatkowaniem środków publicznych – zbyt niskie finansowanie profilaktyki i diagnostyki (pacjent trafia do lekarza specjalisty zbyt późno, co znacznie podraża koszt leczenia);
- c) niedostosowaniem struktury szpitali do potrzeb zdrowotnych populacji;
- d) niedostosowaniem liczby specjalistów w wielu dziedzinach medycyny do potrzeb zdrowotnych obywateli;
- e) niedostosowaniem liczby pielęgniarek i położnych do potrzeb w zakresie opieki pielęgniarskiej w systemie ochrony zdrowia (znaczne obniżenie liczby nowych kadr w zakresie pielęgniarstwa i położnictwa spowodowane zostało radykalną zmianą systemu kształcenia, odchodzenie na emerytury pielęgniarek i położnych, migracja zawodowa, zmiana zawodu).
- f) brakiem od wielu lat strategii w zakresie wynagradzania pielęgniarek i położnej (podstawowego) oraz wzrostu wynagrodzeń powiązanych z podnoszeniem kwalifikacji zawodowych np. specjalistek.
- g) niezrozumiałą polityką lekową, brakiem jasnych kryteriów tworzenia list leków refundowanych;
- h) znacznym opóźnieniem w procesie uzupełniania dokumentacji produktów leczniczych, zgodnie z wymogami UE, co może skutkować od 1 stycznia 2009 r. wycofaniem z obrotu znaczącej liczby produktów;
- i) zaległościami w wydawaniu aktów wykonawczych (32 rozporządzenia);
- j) brakiem zabezpieczenia pilnych potrzeb zdrowotnych niektórych grup chorych (np. brak środków finansowych na czynniki krzepnięcia krwi);
- k) nierozstrzygniętym przetargiem na śmigłowce dla Lotniczego Pogotowia Ratunkowego - mimo uchwalenia ustawy jeszcze w roku 2005 r., istnieje realne zagrożenie dla pacjentów, wynikające z faktu, iż większość helikopterów powinna już dziś być wycofana z użytku;

---

<sup>272</sup> Informacja Rządu na temat obecnej sytuacji ochrony zdrowia w Polsce z dn. 22.01.2008r, na: [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl)

- l)** brakiem systemu informatycznego umożliwiającego pełną identyfikację i kontrolę faktycznie wykonywanych świadczeń zdrowotnych;
- m)** ograniczeniami administracyjnymi związane z wykonywaniem zawodu lekarza (oczekiwanie na termin LEP po zakończeniu stażu podyplomowego bez możliwości wykonywania zawodu lekarza);
- n)** brakiem pełnego dostosowania prawa polskiego w dziedzinie ochrony zdrowia do prawa Unii Europejskiej;
- o)** brakiem regulacji ustawowych zasad wykonywania wielu zawodów medycznych;
- p)** występowaniem w systemie prawa regulującego ochronę zdrowia szeregu przepisów nieadekwatnych do obowiązującego stanu prawnego, na przykład:
  - art. 18c ust. 6 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej dotyczący zasad działania Rady Akredytacyjnej – w obecnym stanie prawnym upoważnienie jest niekonstytucyjne z uwagi na brak wytycznych i wydanie rozporządzenia nie jest możliwe, a tym samym nie może funkcjonować zinstytucjonalizowany system akredytacji w ochronie zdrowia;
  - art. 62 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej dotyczący szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej – w obecnym stanie prawnym upoważnienie jest niekonstytucyjne z uwagi na brak wytycznych;
  - art. 40 ust. 1 ustawy z dnia 30 sierpnia 1991 r. o zakładach opieki zdrowotnej dotyczący kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach stanowisk pracy w publicznych zakładach opieki zdrowotnej – z uwagi na transformację systemu kształcenia w zawodach medycznych, określone w taryfikatorze kwalifikacyjnym kwalifikacje wymagane na poszczególnych stanowiskach pracy wymagają aktualizacji.

Powyższe problemy są właściwe praktycznie wszystkim województwom, niezależnie od wielkości i struktury organizacyjnej ochrony zdrowia. Pewne kwestie widoczne są jednak lepiej z regionalnej perspektywy.

Respondenci z terenu województwa śląskiego wskazywali słabości systemu, zarówno w wymiarze regionu, jak i całego kraju, bez wahania. Praktycznie nie było osoby, która nie potrafiłaby wymienić choć jednego mankamentu rozwiązań systemowych. Najczęściej jednak wskazywano usterki systemu jednym ciągiem, podkreślając wielość i niemoc, zwłaszcza prawną w ich niwelowaniu.

Biorąc pod uwagę aspekty poza medyczne a więc przykładowo organizacyjne, pojawiają się problemy zwłaszcza z obsadzeniem stanowisk w szpitalach wysoko

wykwalfikowaną kadra. Osoby nie chcą tu pracować ze względu na niskie wynagrodzenie, podczas, gdy w prywatnych firmach za pracę na podobnym stanowisku zarobią kilkakrotnie więcej: (...) *Teraz widać, że powoduje to erozję zasobów ludzkich- czyli wygląda to tak, że nie jesteśmy w stanie na kluczowych stanowiskach typu informatyk, pracownik techniczny zatrudnić ludzi na wysokim poziomie, bo nikt nie chce pracować za nieduże pieniądze. (D.E.).* Zjawisko to spowodowane jest powszechnym poglądem, że w szpitalu najwięcej powinni zarabiać lekarze, ewentualnie dyrekcja. Stąd też i pozostały personel medyczny skarży się na złe traktowanie zarówno w kwestii wynagradzania, ale i w odniesieniu do spraw związanych z zarządzaniem i organizacją pracy: *Bardzo trudno jest nam wywalczyć swoją integralność. Są stanowiska zastępcy dyrektora ds. administracji, gdzie osoby zatrudnione w administracji stanowią około 50 osób w dużym szpitalu, a pielęgniarki najczęściej funkcjonują jako naczelnie pielęgniarki i nie stawia ich się, lub bardzo rzadko, na stanowisku dyrektora ds. pielęgniarskich. Wiele koleżanek będących pielęgniarkami naczelnymi, mówi, że nie mają integralności w zarządzaniu tym środowiskiem, bo jest zastępca dyrektora ds. lekarskich, który sobie usurpuje jeszcze pośrednictwo pomiędzy pielęgniarkami a naczelnym dyrektorem. A trzeba zwrócić uwagę, że pielęgniarki naczelnie mają pod swoim zarządzaniem w dużych szpitalach po 700 osób. Mają największą kadrę do zarządzania, a samodzielności mało.(K.Z.)*

Istnieniu problemów, sprzyjających w rezultacie także konfliktom sprzyja niesprecyzowanie obowiązków należących do poszczególnych grup pracowniczych: *Sytuacja jest taka, że nie ma jasnego podziału obowiązków, co klasycznie występuje w krajach Europy Zachodniej, gdzie salowa robi to, co powinna robić salowa, pielęgniarka to, co pielęgniarka a lekarz to, co lekarz. A u nas jest tak, że to, co powinna robić salowa to robi częściowo pielęgniarka, a to, co powinien robić lekarz to robi czasami pielęgniarka. I to powoduje kolejne konflikty. Dochodzą do tego jeszcze stereotypy trochę konformistyczne tzn. tak było, jest i będzie i po co będziemy coś tu zmieniać. Nie jest to konflikt zauważalny wprost ale jak się poprzebywa w takim towarzystwie, to zdecydowanie widać, że taka sytuacja ma miejsce. (D.E.)*

W ramach uzupełnienia, stwierdzić należy, że w powiązaniu z rozplanowaniem obowiązków, w niektórych placówkach wciąż brak jest racjonalnego wykorzystania zasobów ludzkich, co osiągnęte jest dzięki restrukturyzacji. Ze względu na fakt, iż wciąż związki zawodowe mają w tej sprawie dużo do powiedzenia, przekształcenia w zatrudnieniu są utrudnione: *Nie zgodziłabym się, że jedyną przyczyną konfliktów jest*

*zła sytuacja ekonomiczna, bo zbyt dużo środków przecieka nam między palcami. Chcielibyśmy mieć płace jak w kapitalizmie, natomiast nie bardzo chcemy pracować jak w kapitalizmie. Wiele szpitali publicznych nie zrobiło restrukturyzacji zatrudnienia a na dodatek mamy sądy pracy. Nie kwestionuję niezawisłości sądów, tylko nie bardzo mogę zrozumieć wyroki sądów. To dotyczy restrukturyzacji zatrudnienia- cały czas mam wątpliwości czy to jest sąd czy obrońca? (...) Dalej jeśli chodzi o restrukturyzację zatrudnienia, to pierwsza ustawa, jaka się Sejm powinien zająć, to jest ustawa o wyjściu z zakładu pracy związków zawodowych. Jeżeli tego nie zrobimy, to nigdy nie będziemy mogli pracować normalnie. (D.C.)*

Restrukturyzacja wzbudza kontrowersje, gdyż do jej przeprowadzenia dyrektorzy są zobligowani odgórnie, ustawowo, niestety nie wiąże się ona z przekształceniami całego systemu przez co efekt odbiega od założeń: *Od czasu do czasu wchodzi restrukturyzacja ale jest to najczęściej restrukturyzacja finansowa, która wymusza na dyrektorach pewne działania organizacyjne i to gdzieś tam jest. Natomiast od wielu lat są próby utworzenia sieci szpitali, jak to zwał tak zwał, ale jest to określenie rozsądnej struktury organizacyjnej szpitali na jakimś terenie. Nie wiem na jakich danych opierał się twórca projektu, który w tej chwili istnieje, nie wiem skąd były brane dane, bo na ten temat po prostu nie ma informacji, nie wiem czy tu był jakikolwiek dialog, czy te dane były z NFZ czy np. ze Śląskiego Centrum Zdrowia Publicznego. Skąd oni wzięli potrzeby społeczeństwa w tym zakresie, bo bierze się pod uwagę stan wykorzystania łóżek i wysokość kontraktu, a wiemy przecież, że są kolejki. Więc co to jest za sieć szpitali, gdzie tu jest dialog, kto się wypowiadał na ten temat?(A.E.)*

Inna rozmówczyni zgadza się z powyższym zdaniem, że system nie funkcjonuje dobrze, gdyż panują w nim pewne zwyczaje z minionego okresu powodujące, że wykonana praca w zakładzie opieki zdrowotnej była oceniana inaczej niż w pozostałych branżach; *U nas system jest błędny, bo on nie preferuje pracy, a preferuje, że się jest w pracy a to są zasadnicze różnice, a to już dziś nie jest tak, że jak się jest w pracy to pieniądze się należą, bo je trzeba wypracować. (A.H.)*

Lecz mamy także do czynienia z nieprawidłowościami jeśli chodzi o zasady wynagradzania pracowników, zwłaszcza lekarzy: *Pojawiają się problemy z zasadami wynagradzania lekarzy. Kiedyś był taryfikator, były widelki od prawa do lewa i to było policzalne, porównywalne. Dziś są z tym problemy, bo jeden lekarz jest zatrudniony na kontrakcie, drugi na umowie o dzieło, trzeci na umowie –zlecenie, a czwarty podskakujący jest zatrudniony na umowie na czas określony( wtedy wybieg dyrektora jest*

rewelacyjny, bo mówi, ja tego lekarza nie zwolniłem tylko mu umowa wygasła). Jeśli chodzi o kontrakt to można powiedzieć dziś na jutro- to my już panu dziękujemy i nie podawać żadnej przyczyny. To powoduje, że różnica między dwoma porównywalnymi lekarzami jest rzędu od kilku do kilkunastu tysięcy. Więc zasadą wynagradzania jest brak zasady. Wynagrodzenia są wg uznania dyrektora. Mało tego, to teraz w dobie ustawy o ochronie danych osobowych związku nie mogą się dowiedzieć na co idą te pieniądze- bo czy ja mam 3 czy 133 pacjentów dziennie, to ja nawet grosza więcej nie zarabiam. Dlatego, że mam premię regulowaną, ustalaną związkowo na poziomie 10%, która może być większa gdyby zakład był w dobrej sytuacji finansowej, a do tego nigdy nie dojdzie.(M.D.)

Problemem dla funkcjonującej ochrony zdrowia jest nienadążające za postępem medycyny i technologii medycznej prawa oraz niedostosowanie profilów szpitalni do wymagań społecznych. Na terenie województwa śląskiego jest zaledwie kilka szpitali o profilu geriatrycznym, co zaspokaja potrzeby społeczne jedynie w części: *Brakło nam przed kilkunastu laty porządných ustaw zdrowotnych, które by mówiły ile i jakich jednostek szpitalnych jest potrzebnych w skali kraju, województwa czy powiatu. W związku z czym powstawanie nowych jednostek zależy od woli władz centralnych funduszu. Powstają nowe działki: chirurgie krótkoterminowe, stacje dializ, kliniki chirurgiczne jednego dnia i zakłady radiodiagnostyki, które robią rewelacyjne pieniądze. Niedofinansowana jest opieka długoterminowa(...)(O.A.)*

Ważną kwestią wydaje się niedookreślona prawnie działalność samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej, tzw. szpocz- ów.: (...) **ale największym zagrożeniem jakie widzę jest niedofinansowanie i spadek jakości w szpitalach powiatowych.** O ile opieka podstawowa znalazła swoje miejsce, ale jakość świadczeń nie jest najlepsza, jest sztamkowa, opiera się o zlecenie morfologii, elektrolitów, kreatyniny w moczu, a często kończy się szpitalem nawet w błahych problemach. Nie spełniła opieka podstawowa celów, które były zakładane: badania endoskopowe, prowadzenie dzieci, opieka ginekologiczna- zbyt szeroki zakres. Brakuje szkoleń dla lekarzy rodzinnych, które były by odpowiedzią na potrzeby demograficzne- lekarze nie są przygotowani np. do pracy ze starymi ludźmi. Są szkoleni przez firmy farmaceutyczne, które pokazują jakie leki mają przepisywać, a pozycja lekarz rodzinnego rośnie, bo od niego zależy skierowanie do szpitala, zrobienie badań, jak długo go będzie trzymał u siebie i kiedy go skieruje do specjalisty. Natomiast nie przekłada się to na jakość rozpoznań, skuteczność

leczenia, na ograniczenie nadmiaru leków. Mnie najbardziej boli niezauważenie tego najtrudniejszego miejsca, czyli szpitala powiatowego, normalnego szpitala, który pełni dyżury, zabezpiecza w świątek piątek zawały, zapalenia płuc, toksykację. Te szpitale tkwią przez miniony okres 10 lat w zadłużeniu, niedofinansowaniu, braku remontów, a w tej chwili zapaści moralnej kadry- ci ludzie już nie chcą walczyć i właściwie ci sprawniejsi myślą o wyjeździe. Na pewno są jakieś dobre szpitale, ale one zostały zaniedbane. Myślę, że organ założycielski sam sobie nie poradzi, a rady społeczne to jedno wielkie nieporozumienie- tam nie ma osób, które by pomagały w sposób rynkowy zarządzać szpitalem. Poza tym nie ma ustawodawstwa, które by pomagało samodzielnemu niepublicznemu zakładowi funkcjonować rynkowo. Jako podmioty szpitale te mają tyle ograniczeń i tyle obowiązków, że są skazane z góry na niepowodzenia ekonomiczne. Są poddane wielu kontrolom, myślę, że jest to pożywką dla wszystkiego rodzaju kontrolerów- inspekcja sanitarna, ochrona pip, ochrona środowiska. Mamy programy dostosowawcze, ale już dziś wiadomo, że połowa ich nie zrealizuje. Formuła SPZOZ jest tak nieaktualna, że każdy niepubliczny zakład, który powstanie w pobliżu, jest w stanie wykończyć ten szpital w ciągu 2-3 lat. Ludzie o tym wiedzą- szpitale zaczynają obrastać NZOZ- y za cichym przyzwoleniem dyrekcji zbierając śmietankę z kontraktów, albo jak to było wcześniej- SPZOZ- y były pożywką dla fundacji.(O.A.)

Kontynuując wątek rodzajów zakładów opieki zdrowotnej, pojawiła się wypowiedź jednej z dyrektorek szpitala dotycząca różnic w funkcjonowaniu poszczególnych elementów systemu. W systemie istnieje tzw. spychologia, oznaczająca, że niewymagające specjalistycznego leczenia przypadki są kierowane do specjalistów, mimo, że mogli by być leczeni w ramach opieki podstawowej. Generuje to np. kolejki do specjalistów: (...) Następna sprawa- inne były założenia reformy. Miał być lekarz podstawowego leczenia i on miał prowadzić pacjenta a wysłać do specjalisty do konsultacji, ale nie do leczenia. Kardiolog powinien prowadzić tylko specjalne przypadki, a dziś każdy bierze pacjenta do siebie stąd są kolejki. Kiedyś wymagało się, że lekarz podstawowej opieki, nazwany dziś szumnie lekarzem rodzinnym, nie ośmieliliby wysłać np. podejrzenie nadczynności tarczycy nie wykonując podstawowych badań. (...) mimo, że jest napisane, że pacjent, który przychodzi do szpitala powinien przynosić rzeczy, które udowadniają jego chorobę.(...) Izba przyjęć- zgłasza mi się tu całe mnóstwo bez skierowań, bo przechodził koło szpitala albo go odesłali z podstawowego leczenia, przychodzi ze zropiała rana. Jak się okazuje nie ma ubezpieczenia, więc najlepiej go

*przysłać do szpitala. A z drugiej strony lekarz odsyłający pacjenta musi mieć dupochron, bo w medycynie nigdy dwa plus dwa nigdy nie jest cztery- pacjent może wyjść za teren szpitala i padnie. Lekarz musi mieć uzasadnienie dlaczego go odesłał, jeszcze przy dzisiejszym nastawieniu mediów. (D.C.)*

Zamiast podsumowania wskazać można najważniejsze problemy ochrony zdrowia na terenie dowolnej jednostki terytorialnej, prezentowane z punktu widzenia urzędników miejskich. Ich opinia nie jest jednak odosobniona, zaś przedstawione nieprawidłowości stanowią trafne podsumowanie niniejszego rozdziału, nie ograniczają się bowiem jedynie do poziomu miasta lecz dotyczą wszystkich organów założycielskich. Zaliczyć do nich należy:

- 1) Niedofinansowanie świadczeń realizowanych przez ZOZ- y i związane z tym trudności z zachowaniem płynności finansowej i uniknięciem zadłużania się placówek.*
- 2) Złożona sytuacja własnościowa nieruchomości, w których zlokalizowane są niektóre z ZOZ- ów.*
- 3) Brak systemowych rozwiązań prawnych wprowadzonych na szczeblu centralnym, a dotyczących organizacji i finansowania systemu ochrony zdrowia oraz przekształceń w tym obszarze.*
- 4) Kwestia dostosowania obiektów do wymogów sanitarnych i fachowych wynikających z obowiązujących przepisów, przy równoczesnych uwzględnieniu wieku części budynków(nadzór konserwatorski), braku niezbędnych środków, których placówki nie są w stanie samodzielnie wypracować lub pozyskać(,,)*
- 5) Spory dotyczące przekształceń własnościowych i zamian organizacyjnych w obszarze ochrony zdrowia. Dotyczy to w szczególności działań pewnych grup interesów, którzy przy udziale niektórych mediów przedstawiają te zagadnienia jako działania wymierzone „przeciw pacjentom” i „pozbawiające ich dostępu do właściwej opieki zdrowotnej”, a tym samym wprowadzają opinie publiczna w błąd i tworzą „klimat” niesprzyjający jakimkolwiek działaniom restrukturyzacyjnym i sanacyjnym.(B.K.)*

## 9.2. Perspektywy działania ochrony zdrowia

Każda nauka pełnić ma trzy podstawowe funkcje: opisową, wyjaśniającą oraz prognostyczną. W niniejszej dysertacji starano się zrealizować każdą z tych funkcji, choć nie w równym stopniu. Bez wątplenia najpełniej wypełniono rolę dotyczącą opisu danego fragmentu rzeczywistości społecznej. Respondenci podawali wiele informacji, które w zasadniczy sposób ukazują prawdziwe oblicze ochrony zdrowia w województwie śląskim. Ważne jest to, iż udzielane odpowiedzi nie dotyczyły zazwyczaj jedynie sytuacji we własnym zakładzie pracy, we własnej instytucji czy organizacji ale wskazywano na szerszy kontekst. Dzięki temu uzyskano opis szczegółowy, ale i nie pozbawiony szerszej perspektywy.

Podstawowym celem pracy była identyfikacja i wyjaśnienie relacji między poszczególnymi podmiotami systemu ochrony zdrowia analizowane z dwóch perspektyw: konfliktowej i dialogicznej.

Ponieważ powyższe części opracowania zakończone zostały podsumowaniami w tym rozdziale przedstawione będą generalne uwagi dotyczące funkcjonowania ochrony zdrowia zarówno z perspektywie regionalnej, jak i ogólnopolskiej w odniesieniu do celów szczegółowych niniejszej dysertacji.

W części dotyczącej konfliktów w ochronie zdrowia opisano i zanalizowano istniejące relacje konfliktowe. Na podstawie przeprowadzonych badań stwierdzić można, że ochrona zdrowia jest obszarem wysoce skonfliktowanym. Spory są elementem życia codziennego każdej placówki medycznej, jednak nie stanowią one zagrożenia dla misji instytucji. Konflikty interpersonalne także występują w systemie ale nie są zjawiskiem nowym, występującym od niedawna. Wciąż utrzymuje się podział na personel biały i czarny, lecz co istotne zaczyna się umacniać świadomość zawodowa wśród poszczególnych profesji białego personelu. Sprzyja temu zjawisku szereg uwarunkowań. Do najważniejszych, powtórzmy, zaliczyć należy:

- Kształcenie kadr pracujących w ochronie zdrowia
- Migracje, zwłaszcza poza granice Polski
- Możliwości zarobkowe
- Brak rozwiązań systemowych



- Niekompetentna kadra zarządzająca
- Wzrost znaczenia organizacji społecznych działających w ochronie zdrowia i ich rosnąca lub utrzymująca się na określonym dosyć wysokim poziomie pozycja

Możliwość podnoszenia kwalifikacji zawodowych przez pielęgniarki i położne, często na uniwersytetach i akademiach medycznych, zarówno na poziomie licencjata, studiów magisterskich czy podyplomowych, powoduje wzrost aspiracji życiowych i zawodowych środowiska pielęgniarskiego. Zmiany te niekoniecznie są pozytywnie postrzegane przez lekarzy, którzy wciąż postrzegają personel pielęgniarski w kategoriach pomocniczych. Także równie mało entuzjastycznie reagują te pielęgniarki, które pracując kilkanaście lub kilkadziesiąt lat w zawodzie nie widzą potrzeby potwierdzania swych kwalifikacji kolejnym dyplomem.

Ponadto pojawiają się problemy ambicjonalne między lekarzami a dotyczącymi dostępności do specjalizacji oraz możliwości awansu zawodowego, gdyż nierzadką sytuacją jest blokowanie ich przez kadre ordynatorsko- profesorską. Z perspektywy przeprowadzonych rozmów kwestia ta dotycząca systemu ordynatorskiego wydaje się być najważniejszym jego mankamentem, inne problemy, które można by przypuszczać występują a więc np. blokowanie zmian systemowych, wymuszanie niekorzystnych dla placówki decyzji na menadżerach są sporadyczne i ankietowani nie postrzegali ich jako istotnych w perspektywie analizowanego tematu pracy. Żaden z nich nie wspomniał o roli lobby ordynatorskiego, które wpływałoby na strukturę dialogu branżowego, choć hierarchia silnie zaznaczająca się w środowisku medycznym jest uważana za czynnik utrudniający dialog. Niesnaski pojawiają się także na linii lekarz- farmaceuta, których źródeł należy upatrywać w możliwości zakładania własnych biznesów w formie aptek w latach 90-tych przez farmaceutów i pozbawienie tej możliwości lekarzy. Znamienne jest jednak, że żaden z lekarzy nie wspomniał o tej kwestii w trakcie rozmów.

Na poziomie placówek medycznych czynnikiem konfliktogennym są osoby zarządzające. Dzieje się tak ponieważ funkcja dyrektora- menadżera jest stosunkowo nowa w polskim systemie. Obecnie dyrektor obok stania na czele placówki i reprezentowania jej w relacjach z organem założycielskim czy NFZ musi umieć zarządzać zespołem ludzkim. Problemy pojawiają się tu na kilku płaszczyznach. Z pewnością rzeczą trudną jest zarządzanie jednostką medyczną, gdy za sukces uważa się zbilansowanie budżetu i nie spowodowanie zadłużenia szpitala. Kolejną kwestią jest kształcenie kadr menedżerskich. Samo ukończenie studiów podyplomowych z zarządzania nie gwarantuje sukcesu na tym stanowisku, natomiast uczelni kształcących

menadżerów ochrony zdrowia jest wciąż niewiele, choć biorąc pod uwagę ich liczbę sprzed kilku lat i tak odnotować trzeba znaczny postęp. Dyrektor placówki medycznej powinien ponadto jak wcześniej wspomniano kierować zespołem ludzkim. Winien dbać o wszystkich pracowników, integrować ich, nie zaś powodować skłócenie załogi, które w opiniach respondentów nieraz ma miejsce, gdy na czele szpitala stoi dyrektor-lekarz faworyzujący innych lekarzy. Żaden z ankietowanych dyrektorów- lekarzy nie doksztalał się w kierunku zarządzania personelem, a przecież niektórzy z nich kierują kilkuset czy nawet tysięczną załogą. Niestety niewiele osób dostrzega w tym fakcie przyczynę rodzących się konfliktów czy czynnik zakłócający dialog.

Nie bez znaczenia dla występowania konfliktów są aktywne działania samorządów medycznych oraz związków zawodnych. Oba rodzaje organizacji konsolidujących środowisko medyczne realizują swe cele statutowe, chcąc jednocześnie pozyskać jak największą część środowiska. Samorzady mają ułatwione zadanie, gdyż każdy lekarz czy pielęgniarka obligatoryjnie należeć muszą do tej organizacji, natomiast związki wciąż muszą podejmować działania, nazwijmy je agitacyjnymi, zachęcające do członkostwa w związku. Bezsownie związki przeszły w ostatnich latach ogromną metamorfozę- z organizacji wąsko pojmowanych praw pracowniczych stają się wyrazicielami interesów profesji, zgodnie z trendami nowoczesnego zarządzania. Dla samych związków przeobrażenia te są korzystne, natomiast z perspektywy całego personelu lub kierownictwa placówki nie stanowią najlepszego rozwiązania. Mnogość związków jest korzystną cechą z punktu widzenia mechanizmów demokratycznych, ponieważ dowodzi zdolności partycypacyjnych. Jednakże biorąc pod uwagę funkcjonowanie placówki medycznej, komisji zdrowia w określonej jednostce samorządowej czy posiedzenie WKDS, powodują zamieszanie organizacyjne a nawet paraliż decyzyjny. Ponadto, związki nie potrafią dojść między sobą do porozumienia stając się łakomym kaskiem dla zakulisowych posunięć.

Usterki systemowe są widoczne na każdym niemal kroku. Zazwyczaj przybierają formę błędnie skonstruowanych przepisów prawa lub też przepisów wywołujących frustrację. Przykłady można mnożyć ale chociażby w zwykłych negocjacjach z NFZ procedury są wyceniane z uwzględnieniem ilości lekarzy ze specjalizacją II stopnia, pomijając zupełnie pozostałych. Powoduje to nieporozumienia, działają demotywująco, stając się źródłem konfliktów personalnych, które rzutują na ogólną atmosferę placówki.

W odniesieniu do wspomnianych specjalizacji istnieje co najmniej kilka wątpliwości. Po pierwsze, o ich liczbie decyduje ministerstwo zdrowia, określając limit na poszczególne specjalizacje dla każdego województwa, lecz niekoniecznie wiadomo skąd właśnie takie a nie inne ilości są proponowane. W rezultacie w niektórych specjalizacjach podstawowych tj. anestezjologia, urologia, ortopedia, ginekologia czy chirurgia ogólna, mimo zwiększania limitów brakuje specjalistów, a jeszcze bardziej dramatyczna sytuacja jest w specjalizacjach szczegółowych, takich jak onkologia dziecięca, geriatryka, endokrynologia czy epidemiologia. Najbardziej widocznym efektem takiej polityki są kolejki i zapisy do lekarzy tych specjalności. Po wtóre zaś system przeprowadzania postępowania specjalizacyjnego budzi zastrzeżenia, gdyż już samo jego rozpoczęcie jest błędne. Listy z ilością miejsc przyznanych na poszczególne specjalizacje (określające ilość miejsc rezydentur) ogłaszane są przez ministerstwo zdrowia na kilka dni przed rozpoczęciem postępowania kwalifikacyjnego. Zatem młodzi lekarze mają niewiele czasu na podjęcie decyzji, która waży na ich dalszej karierze. Działając pod presją czasu wybierają to, co jest modne lub to, co jest najmniej popularne, bo wtedy jest większa szansa na zakwalifikowanie się. Jednak nie tylko to powoduje frustrację. Dodatkowo przeprowadzane egzaminy specjalizacyjne nie są jawne, co rodzi podejrzenia, a w efekcie może powodować konflikty.

Powyższe prawidłowości są kolejnym dowodem nieudolności polskiego systemu opieki zdrowotnej. Brak list miejsc specjalizacyjnych świadczy o braku perspektywicznego podejścia do problemu kształcenia a w szerszym kontekście o braku pomysłu na ochronę zdrowia za kilka czy kilkanaście lat!

W szpitalach działających na terenie województwa śląskiego rzadko mamy do czynienia z nowoczesnym zarządzaniem uwzględniającym rzeczywisty wkład pracy wnoszony przez pracownika do ogólnych wyników zakładu pracy. Personel nie jest wynagradzany po uwzględnieniu ilości i jakości wykonanych zabiegów i udzielonych porad ale na podstawie ich ilości a najczęściej na podstawie ilości przepracowanych godzin. Nie jest jednak brane pod uwagę czy przykładowo lekarz wykonywał skomplikowany zabieg czy udzielał porady pacjentowi. Zasady te także nie sprzyjają rzeczywistej wydajności pracy i działają demotywująco. Lekarze, jak to określił jeden z respondentów, czują się skrępowani systemem, który niewiele im oferuje a wiele wymaga. W związku z tym wiele osób należących do białego personelu wyjechało zagranicę, co nie bez znaczenia pozostało dla polskich placówek. Dyrektor jednego z dużych szpitali określił te sytuacje mianem *negatywnej selekcji*. Być może są to zbyt

mocne słowa, niemniej w wielu przypadkach wyjechali właśnie dobrzy specjaliści, którzy nie będąc docenianymi w kraju robią kariery zagranicą. Polscy medycy są bowiem cenieni na Zachodzie jako bardzo dobrze wykształceni fachowcy.

W związku z tym to właśnie lekarze są grupą zawodową najbardziej domagającą się chociażby częściowego urynkowania ochrony zdrowia, na początek w formie spółek prawa handlowego. Nowe przepisy wymogłyby konkurencję między świadczeniodawcami, gdyż dotychczas jest to konkurencja pozorna a jeśli występowała to np. w momencie strajków gdy to mniejsze szpitale powiatowe przeprowadzały zabiegi zarezerwowane dla szpitali specjalistycznych, które strajkując ich nie wykonywały.

Uregulowania systemowe powodują w wielu przypadkach rozmycie odpowiedzialności. Tak rzecz wygląda jeśli chodzi o opiekę nad dzieckiem, podobnie sytuacja się przedstawia z uprawnieniami ministra zdrowia- niby są one znaczne ale w sytuacjach wymagających podjęcia konkretnej decyzji minister ma skrupowane ręce przez NFZ czy ministra finansów.

Wciąż respondenci uznają NFZ za najistotniejszy element systemu ochrony zdrowia, zarówno na terenie województwa, powiatu czy miasta, jak i na poziomie centralnym. Nie dostrzega się roli pozostałych podmiotów w aktywnym kształtowaniu polityki zdrowotnej świadczeniodawców. Faktyczni kreatorzy funkcjonującego systemu, minimalizują swoją rolę lub wręcz twierdzą, że od nich nic nie zależy, ponieważ zdrowie finansowane jest przez NFZ i to on dyktuje warunki.

Za prawdziwością powyższej tezy przemawia także fakt, iż wciąż dla wielu aktorów działających w ochronie zdrowia jedynym decydującym, zdolnym cokolwiek działać w kwestiach związanych z funkcjonowaniem ochrony zdrowia, jest minister zdrowia lub premier. Te osoby są przez zdecydowaną większość respondentów postrzegane za sprawców tego, co w ochronie zdrowia się dzieje. Sytuacja strajkowa zresztą również dobrze owo przekonanie ilustruje- po symbolicznych i kosmetycznych, można powiedzieć, protestach przed urzędami marszałkowskimi czy wojewódzkimi, protest szybko przeniósł się do stolicy pod siedzibę rządu i ministerstwa zdrowia. Zatem, mimo, iż powinien być realizowany samorządowy model ochrony zdrowia, w opinii społecznej obecny jest schemat, iż o zdrowiu decyduje Warszawa, zaś lokalne struktury są jedynie wykonawcami poleceń centralnych.

W pracy starano się wykazać związki ochrony zdrowia z polityką. Powiązania te są ogromne i niestety wpływają destabilizująco na działania poszczególnych podmiotów ochrony zdrowia. Mimo szeregu tworzonych projektów aktów prawnych mających na

celu uzdrowienie sytuacji w ochronie zdrowia, nie zostały one zakończone sukcesem. Obawa o poparcie wyborców- pacjentów jest zbyt silną by ekipa rządząca zdecydowała się na przeprowadzenie głębszych niż tylko kosmetyczne zmiany.

Tymczasem prawie wszystkie organizacje działające w zdrowiu na terenie województwa zarówno struktury regionalne, jak i ogólnopolskie dysponują gotowymi projektami aktów prawnych. Niestety, o czym z nieukrywanym rozgoryczeniem mówili ankietowani owe projekty są składowane w Warszawie, w ministerstwie zdrowia i czekają na lepsze czasy, które zdaje się nie nadejdą. Rozmówcy nie ukrywali, że rzadko kiedy ktoś z decydentów chce z nimi rozmawiać. Zatem projekty przygotowane przez praktyków na co dzień mających do czynienia z problemami ochrony zdrowia nie są w ogóle brane pod uwagę.

Jako jeden z celów szczegółowych niniejszej dysertacji założono wykazanie związków między polityką i ochroną zdrowia. Bez wątpienia związki tego rodzaju mają miejsce w województwie śląskim zaś ich wpływ na ochronę zdrowia jest negatywny. Jednakże wpływ polityki na WKDS nie jest zupełnie jednoznaczny. Przynajmniej tak wynika z opinii wypowiedzianych przez działaczy związkowych odżegnujących się od politycznej protekcji. Z pewnością brak tym opiniom obiektywizmu lecz biorąc pod uwagę nowy korporacyjny model związków zawodowych założyć można, że politycy tracą swój elektorat w związkach zawodowych przynajmniej tych nowych, zrzeszających konkretne profesje lekarzy czy pielęgniarki.

Obok powyżej wymienionych obszarów i przyczyn konfliktów w ochronie zdrowia, podczas badań ujawniony został jeszcze jeden rodzaj konfliktów- między publiczną a prywatną ochroną zdrowia. W niemal każdej wypowiedzi osób pracujących w publicznych placówkach pojawiały się odniesienia do działań prywatnych jednostek. W zdecydowanej większości miały one charakter negatywny, związany z wykonywaniem procedur i dbaniem o pacjenta. Dla pracowników publicznych jednostek zabiegi są wykonywane należycie, ale sam sposób funkcjonowania klinik jednego dnia budzi zastrzeżenia, zwłaszcza za brak odpowiedzialności w razie powikłań pooperacyjnych. Dyrektorzy placówek prywatnych odpierali zarzuty, zaś tym, co krytykowali najbardziej w publicznej służbie zdrowia było złe zarządzanie i nieumiejętne wykorzystanie pieniędzy.

Mimo decentralizacji władzy wciąż mamy do czynienia z centralizacją ochrony zdrowia. Samorządy terytorialne mają do spełnienia niewątpliwie ważną misję

polegającą na dbaniu o stan zdrowia mieszkańców danego terenu. Problemem jednak są finanse- coraz to nowe zadania nakładane na samorządy idą w parze ze scentralizowanym finansowaniem ochrony zdrowia przez NFZ.

Sytuacja jest na tyle kuriozalna, że nawet instytucja taka jak WKDS a przynajmniej zespół roboczy ds. zdrowia działa pod dyktando Warszawy. Otóż w 2007r. w sytuacji fali strajków, jaka przeszła przez nasze województwo chciano zorganizować posiedzenie plenarne całej WKDS. Odkładano jego zwołanie o kilka tygodni do czasu aż ówczesny minister zdrowia, prof. Religa mógł na nie przyjechać. Posiedzenie się odbyło, lecz jego merytoryczna wartość była żadna- nie uzgodniono niczego. Przebieg posiedzenia zdominowany był przez bezowocne utarczki słowne związkowców i ministra, który na większość pytań odpowiadał formułką: to nie należy do moich kompetencji, musicie się państwo zwrócić z tym problemem do organu założycielskiego”. Argumenty tego typu często pojawiają się po stronie rządowej. Dlatego też dialog w ochronie zdrowia w wymiarze instytucjonalnym na poziomie wojewódzkim jest bardzo słaby i niedojrzały. Zresztą sami uczestnicy posiedzeń niekoniecznie korzystnie postrzegają swą rolę w Komisji. Skarżą się na niemoc sprawczą, długość posiedzeń, nieprzemysłanie organizacyjne posiedzeń. Zaskakuje jednak fakt, że mimo zarzutów członków Komisji o zbytnią ogólnosc posiedzeń, podczas gdy posiedzenie poświęcone było problemom konkretnej jednostki, Szpitalowi Św. Barbary w Sosnowcu, nie wykazywano się zbytnią aktywnością. Posiedzenia zdominowały związki zawodowe działające w tymże szpitalu, zresztą na ich wniosek zwołano posiedzenie, natomiast pozostali członkowie komisji nie zabierali głosu. Powstaje pytanie: czego tak naprawdę uczestnicy posiedzeń oczekują od ich przebiegu, jakiego rodzaju rezultaty mają powstać po posiedzeniu? Na razie kwestie te pozostają nieokreślone.

Jak działa dialog społeczny w województwie śląskim stwierdzić można analizując dokumenty obrazujące działania instytucji dialogu a więc WKDS. Podczas tworzenia metodologii badań wśród metod badawczych uwzględniano dwa rodzaje badań jakościowych: wywiad oraz analizę dokumentów. W trakcie czynności badawczych okazało się, że należy materiał do analizy pozyskiwać jedynie dzięki wywiadam, gdyż analiza dokumentów zespołu roboczego ds. zdrowia działającego w WKDS jest ograniczona ze względu na niewielką ilość stenogramów o ograniczonej przydatności badawczej. Posiedzenia tegoż zespołu są sporadyczne zaś pozostałości w postaci dokumentów nie pozwalają na wysnucie wniosków, oprócz ewidentnego, że zespół ds.

zdrowia nie działa regularnie. Toteż w rezultacie mimo dostępu do owych dokumentów zrezygnowano z ich analizy.

Problemy ochrony zdrowia są powszechnie znane, jednak jest to wiedza potoczna, opierająca się na uproszczonych opiniach i ograniczająca do wymiaru finansowego. Celem pracy było usystematyzowanie i pogłębienie istniejącego stanu wiedzy oraz uzupełnienie go o nowe informacje i zależności.

Tworząc zarys dysertacji założono, iż respondenci będą reprezentować całe środowisko ochrony zdrowia a więc i także nie-medyków. Badania przeprowadzone jedynie wśród kadry medycznej znacznie uprościły by przedstawiana sytuację i być może przyczyniły by się do pominięcia istotnych z punktu widzenia całego systemu społeczno-organizacyjnego, faktów.

Po przeprowadzeniu badań i ich opracowaniu nasuwa się jeszcze jedna refleksja. Uzyskane informacje są cenne ze względu na ich prawdziwość. Problemy są znane środowisku ochrony zdrowia, natomiast rzadko się o nich mówi na szerszym forum. Ponadto respondenci ujawniali pewne fakty dotyczące ich praktyki zawodowej, demaskując łamanie prawa, ujawniając wzajemne zatargi, niechęć. Przeprowadzając badania niejednokrotnie miała wrażenie, iż jej praca nie jest pracą o podłożu naukowym ale ma charakter pracy dziennikarza śledczego tropiącego nieprawidłowości. Z tego względu praca zyskuje dodatkowy wymiar- obnaża rzeczywistość, która nierzadko jest ukrywana.

Ochrona zdrowia stojąc wobec starych, jak i nowych problemów, często kosztowniejszych jednostek chorobowych musi być nieustannie modernizowana, chodzi tu zwłaszcza o technologie i procedury medyczne oraz terapie lekowe. Nienadążanie za zmianami w tym wymiarze jest szkodliwe nie tylko dla kadry medycznej czy placówek ale przede wszystkim dla pacjentów. W świetle nowych wyzwań konieczne wydaje się uporanie ze starymi kłopotami, wciąż obecnymi a zamiatanymi pod dywan przez kolejne ekipy rządzące. Niestety nie stanie się to za pośrednictwem dialogu ale walki i rywalizacji. Dialog społeczny w wymiarze branżowym jest słaby, jak wielokrotnie wspomniano w niniejszej pracy, ale niewiele działań jest podejmowanych by przeciwdziałać tym słabościom. Rozmowy prowadzone są w sytuacjach newralgicznych, często pod presją sytuacji, mediów i rozłoszczonych pacjentów. Trudno w takiej sytuacji mówić o dialogu, który zakłada dobrowolne uczestnictwo a jednocześnie dobrą wolę jeśli chodzi o rozwiązanie problemu. Dialog odbywany pod przymusem traci swe znaczenie stając się niezobowiązującą wymianą poglądów, często przeradzającą się

w kłótnię i prowadzącą do niechęci. Kwestie płacowe, kadrowe czy związane z zarządzaniem placówkami powracają jak bumerang co jakiś czas, zwyczajowo w praktyce polskiej z nastaniem nowego roku i podpisywania kontraktów z NFZ. Brak jest ponadto woli współpracy i rozmowy, zarówno na szczeblu wojewódzkim, jak krajowym.

Kontynuując rozważania o dialogu stwierdzić należy, że zdecydowana większość rozmówców uważa, że dialog nie spełnia pokładanych w nim nadziei- byłby dobrym narzędziem kształtowania polityki zdrowotnej regionu ale niemoc prawno- organizacyjna powoduje, że WKDS działa od czasu do czasu, bez żadnych wymiernych efektów. Podobnie rzecz wygląda jeśli chodzi o rady społeczny szpitali- zasiadają w nich osoby merytorycznie nieprzygotowane, powiązane różnymi układami towarzyskimi. Nadal Komisja działa na zasadzie węża strażackiego gaszącego pożar, nie jest natomiast gremium spotykającym się regularnie w celu omówienia bieżących spraw, wymiany doświadczeń czy zapoznania się z nowymi rozwiązaniami. Niepokojący w tej sytuacji wydaje się fakt, iż WKDS-y działają ponad 6 lat, zaś ich poziom organizacyjny nie ulega zmianie. W ochronie zdrowia dialog jest szczególnie utrudniony. W innych branżach wypracowano już pewne zasady dobrej współpracy, a właściwe owocnej dyskusji, natomiast w zdrowiu nadal dominuje postrzeganie innej jednostki jako konkurencyjnej czy innego lekarza jako zagrożenie dla kariery. Czynnikiem sprzyjającym temu jest kilka, system ordynatorski nie wydaje się jednak być najistotniejszą przyczyną rywalizacji. O wiele bardziej na wzajemną nieufność potęgują mechanizmy stosowane przez NFZ rodzące niejasności i podejrzenia co do przydzielanych kontraktów. Bo jeśli brak jest przejrzystych zasad kontraktowania rodzi podmioty postrzegają się jako potencjalnie rywale. Ponadto reguły stosowane przez NFZ często hamują pozytywne zmiany- po co bowiem modernizować placówkę jeśli nie jest to brane pod uwagę przy wielkości kontraktu. Również zaufanie pacjentów wyrażające się w dużej ilości wizyt nie przekłada się na realną wysokość kontraktu i co roku, zazwyczaj w tych samych placówkach, w listopadzie i grudniu kończą się limity.

Wojewódzki poziom analizy systemu ochrony zdrowia pozwala na interesujące uzyskanie i zestawienie danych. Zazwyczaj bowiem terytorialna jednostka badawcza jest konkretna jednostka medyczna traktowana jako całość lub też państwo jako szeroki system organizacyjny. Tymczasem jak kilkakrotnie wspomniano w pracy w Europie dominuje tendencja by analizować ochronę zdrowia w perspektywie regionalnej. W Polsce dąży się do tego modelu, aczkolwiek są to przemiany bardzo powolne.



Pierwszym etapem powinno być opracowanie regionalnej koncepcji ochrony zdrowia, która swym zasięgiem obejmowałaby wszystkie działające podmioty. Pomijając jednak stan zaawansowania prac nad regionalnym aktem prawnym scalającym ochronę zdrowia, który ma zaledwie załączkowa formę, badanie wzajemnych relacji pod kątem województwa wydaje się jak najbardziej celowe i miarodajne. Na poziomie wojewódzkim łączą się zakresy działania wielu podmiotów medycznych, jednostek organizacyjnych i społecznych a także istnieje regionalny oddział NFZ, który mimo licznych uwag krytycznych w jakiś sposób kreuje politykę zdrowotną. Ponadto właściwie jedynym gremium, w którym zetknąć mogą się drogi i interesy wielu aktorów społecznych jest WKDS. Wiele osób działając na poziomie instytucji lokalnych gminnych czy powiatowych aktywizuje się też na poziomie województwa. Biorąc to wszystko pod uwagę stwierdzić należy, że to właśnie poziom wojewódzki powinien stanowić właściwe ramy terytorialne dla funkcjonowania ochrony zdrowia. Niestety w chwili obecnej nie można wyodrębnić jednostki czy urzędu, które chciałyby odpowiadać za kształtowanie regionalnego wymiaru zdrowia. Ze względu na wielość organów założycielskich pojawia się obawa przed zawłaszczeniem kompetencji innego podmiotu i w rezultacie dominuje stagnacja w tej materii.

\*\*\*

Jak wspomniano powyżej, nauka powinna pełnić także funkcje prognostyczną, zatem wskazać należy perspektywy dla ochrony zdrowia w województwie śląskim.

Na wstępie stwierdzić trzeba, że trudno będzie wypracować model wojewódzkiej ochrony zdrowia, co po części wynika ze słabości województwa samorządowego w tej materii a także z braku inicjatyw dla tego rodzaju uregulowań, które mogłyby zapoczątkować zmiany prawno- organizacyjne.

Niełatwą jest także odpowiedź dotycząca kierunku zmian w funkcjonowaniu dialogu i minimalizowaniu liczby występujących konfliktów w ochronie zdrowia. Postulatów pojawia się wiele, ale z ich realizacją napotyka na liczne trudności. Zazwyczaj mają one postać hasłową, bez dopracowanych szczegółów prawnych. Jednak w przypadku, gdy przepisy prawa istnieją brak jest woli ich realizacji. Najlepszą ilustracją jest w tym przypadku WKDS- uregulowania prawne są, ale nie wystarczają by skutecznie prowadzić dialog.

Obok nowych przepisów potrzebne są pieniądze. Tak przynajmniej się mówi. Tymczasem, na co kilku respondentów zwróciło uwagę, tak naprawdę nikt nie wie jakimi

zasobami system ochrony zdrowia powinien dysponować, by mógł prawidłowo działać. Kwoty minimalne czy maksymalne nie zostały oszacowane dla żadnej jednostki podziału terytorialnego, zatem i województwo samorządowe, jako właściciel największych jednostek, nie posiada wyliczeń kosztów. Decydenci w tej materii błędzą, drogę wskazuje im NFZ ale czy wyceny funduszu są adekwatne do praktycznych wydatków? Z tego, co obserwujemy z nastaniem każdego nowego roku kontraktowego, wnioskować należy, że wciąż istnieje nieugaszony spór na linii NFZ- placówka(dyrektor)-pracownicy. W tym gronie nie pojawia się pacjent, ale rzecz można: do czasu.

Od lat istnieje nierozwiązana kwestia w tej materii- skąd wziąć dodatkowe fundusze na zdrowie? Pomysły są, nawet respondenci bez wykształcenia ekonomicznego, je wskazywali. Lekarstwa mogą być różne, począwszy od podniesienia składki ubezpieczenia zdrowotnego (pomysł kontrowersyjny, gdyż grozi spadkiem poparcia społecznego dla ekipy go wprowadzającej) a skończywszy na modnej ostatnio prywatyzacji, lansowanej głównie przez lekarzy. Tylko czy zmiany tego rodzaju są potrzebne, czy nie wystarczy zwyczajnie uszczelnić systemu, zatrzymać marnotrawienie pieniędzy, zrezygnować z ZUS-u jako niepotrzebnego pośrednika pochłaniającego część pieniędzy. Być może wystarczy prawnie wymóc obsadzanie stanowisk przez zarządzających z prawdziwego zdarzenia. Rozwiązania są ale woli by je wprowadzić w życie brak. Toteż póki co w grudniu i styczniu mamy do czynienia z protestami pracowniczymi obawiającymi się o wysokość wynagrodzenia oraz martwiącymi się dyrektorami zastanawiającymi się jaki w nowym roku będą mieć kontrakt. Wydaje się jednak, że są to bezpodstawne obawy, gdyż mimo kolejnych zadłużeń szpitali, co jakiś czas pojawia się ustawa oddłużeniowa anulująca w części lub całości zobowiązania szpitali, które nie mogą przecież ogłosić upadłości. Dzięki takim właśnie rozwiązaniom system jakoś działa, tylko czy określenie jakoś jest w stanie zapewnić opiekę medyczną obywatelom?

Ponadto, potrzebne są zmiany mentalnościowe i świadomościowe, rzeczywiste przekonanie, że konfliktów da się uniknąć dzięki rozmowie, że współpraca, zwłaszcza w ochronie zdrowia jest cenniejsza niż sztuczna rywalizacja. Skąd sztuczność rywalizacji? Publiczna ochrona zdrowia tworzy system, poza tym trudno oczekiwać zysków w tej formie działalności publicznej, zatem konkurencja nie jest pożądana, przynajmniej w czysto ekonomicznym rozumieniu. Konkurencja i owszem ale uczciwa, etyczna, gdyż dobrem naczelnym jest zdrowie pacjenta nie zaś zysk.

Ponadto, w kontekście wypowiedzi badanych wysnuć można wydaje się, że obecnie mamy do czynienia ze stagnacją w obrębie dialogu społecznego. Ta niewesoła konstatacja stanowić może obraz przemian naszego społeczeństwa. Są one bardzo powolne oraz nie obejmują wszystkich zachowań właściwych dla dojrzałej demokracji. Formą tychże zachowań jest bez wątpienia wola i umiejętność prowadzenia debat publicznych, zwłaszcza w sprawach istotnych z punktu widzenia całego społeczeństwa. Tymczasem wątpliwa jakość debat jest ewidentna – dominują bezsensowne spory, o podłożu ideowym nie merytorycznym, porozumienie jest zazwyczaj niepełne i okupione wrogością.

W ochronie zdrowia sytuacja nie odbiega znacząco od pewnej ogólnopolskiej normy, dlatego, że do jej problemów włącza się polityka. Natomiast nie można powiedzieć, że nic nie ulega zmianie. Ważną siłą inicjującą zmiany mogą być związki zawodowe. W ochronie zdrowia związki przeobrażają się ze związków tradycyjnych w związki korporacyjne. Z perspektywy dialogu społecznego jest to korzystne zjawisko, ponieważ polskie tradycyjne związki w dużym stopniu związane były z uwarunkowaniami politycznymi. Natomiast OZZL czy OZPiP bardziej skupiają się na merytorycznych zagadnieniach związanych z prawem pracy niż na ideologicznych sporach, co widać jeszcze nieraz w przypadku NSZZ Solidarność czy OPZZ.

\*\*\*

Niniejsze opracowanie nie stanowi kompleksowej i wyczerpującej analizy funkcjonowania ochrony zdrowia w naszym województwie. Z pewnością jednak może się przyczynić do pogłębiania wiedzy dotyczącej tego obszaru otaczającej nas rzeczywistości. Rzeczywistość ta nie jest oczywista, możliwa do przewidzenia więc może tworzyć interesujący przedmiot badań naukowych. Warto kontynuować analizę przedstawionych w dysertacji problemów ze względu na ich złożoność. Ponadto, mimo istotności kwestii jaką jest zdrowie dla człowieka, rzadko podejmuje się jego temat w perspektywie interdyscyplinarnej, której przyjęcie umożliwiłoby uchwycenie systemowości ochrony zdrowia. Mając na uwadze powyższe kwestie mam nadzieję, iż w przyszłości będę miała możliwość rozwijać swe zainteresowania badawcze związane z socjologią medycyny w powiązaniu z polityką społeczną.

## Bibliografia:

### Źródła:

- Biuletyn Statystyczny Ministerstwa Zdrowia 2008, Warszawa 2008
- European Governance- a White Paper, Com(2001), 428 końcowy, 287/2001
- Komunikat Komisji do Rady Europejskiej, Parlamentu Europejskiego, Komitetu Społeczno- Ekonomicznego oraz Komitetu Regionów: Wkład Komisji w okres refleksji i plany na przyszłość: *Plan D na rzecz demokracji, dialogu, debaty*, Bruksela, dn. 12.10.2005, COM(2005) 494 końcowy
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z dn. 17. 10. 1997r.
- Strategia Rozwoju Województwa Śląskiego na lata 2000- 2020, Katowice 2005
- Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z dn. 31 sierpnia 1991r. Dz.U.1991/91/408
- Ustawa z dnia 6 lipca 2001r. o Trójstronnej Komisji do Spraw Społeczno-Gospodarczych i Wojewódzkich Komisjach Dialogu Społecznego
- Ustawa z dnia 23.05.1991r. o związkach zawodowych
- Ustawa z dnia 23.05.1991 o rozwiązywaniu sporów zbiorowych
- Ustawa z dnia 5.06.1998r. o samorządzie wojewódzkim
- Zasady Dialogu Społecznego, dokument programowy rządu z dn. 22 października 2002;

### Opracowania zwarte:

- Adamus- Matuszyńska A., *Współczesne teorie konfliktu społecznego*, Katowice 1998
- Anderson S.K., *Dialog społeczny a europejskie tradycje państwowe*, Phare PL2000, działanie 1.2.e, 2002
- Balawajder K., *Komunikacja, konflikty, negocjacje w organizacji*, Katowice 1998
- Bargieł-Matusiewicz K., *Negocjacje i mediacje*, Warszawa 2007
- Białyszewski H., *Teoretyczne problemy sprzeczności i konfliktów społecznych*, Warszawa 1983
- Borkowska S., *Negocjacje zbiorowe*, Warszawa 1997,
- Boyme K.von, *Współczesne teorie polityczne*, Warszawa 2005
- Ciechański J., *Otwarta metoda koordynacji w Unii Europejskiej, wpływa na politykę społeczną i zatrudnienia nowych państw członkowskich*, Warszawa 2003
- Crouch, C. *Industrial Relations and European State Traditions*. Oxford 1993
- Dana D., *Rozwiązywanie konfliktów*, Warszawa 1993

Dercz M., *Samorządowy model systemu ochrony zdrowia. Kompromis polityczny i alternatywa dla centralizacji. Materiały do dyskusji*, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa 2005

DuBrin A.J., *Praktyczna psychologia zarządzania*, Warszawa 1979

Frieske K., *Dialog społeczny: zasady, procedury i instytucje w odniesieniu do podstawowych kwestii społecznych*, Warszawa 1999

Gramlewicz M., *Oblicza kryzysu w polskiej służbie zdrowia*, Katowice 2007

Jurkowski R., *Negocjacje zbiorowe. Kiedy, o czym i jak rozmawia pracodawca z przedstawicielstwem pracowników*, Warszawa 2000

Masewicz W., *Zbiorowy zatarg pracy*, Bydgoszcz 1994

Mączyński J., *Partycypacja w podejmowaniu decyzji*, Warszawa 1996

Męcina J., *Dialog społeczny w Polsce a integracja z Unią Europejską*, Warszawa 2005

Pietrzak H., *Agresja, konflikt, społeczeństwo*, Tyczyn 2000

Schimanek T., *Dialog obywatelski Polska 2007*, Warszawa 2007

Sroka J., *Polityka organizacji pracodawców i przedsiębiorców*, Wrocław 2004

Staniszki J., *O władzy i bezsilności*, Kraków 2006

Sztumski J., *Konflikt społeczny*, Katowice 1987

Ury W.L., *Dochodząc do zgody*, Taszów 2006

Wódz J., *Ład społeczny w starej dzielnicy mieszkaniowej. Zagadnienia organizacji i dezorganizacji społecznej*, Katowice 1986

Żuk A., *Filozofia walki*, Lublin 1996

#### **Artykuły i opracowania:**

Antoszewski A., Herbut R., (red.), *Leksykon politologii*, Wrocław 2002

Chelpa S., Witkowski T., *Psychologia konfliktów*, Warszawa 2004

Coser J., *The Functions of Social Conflict* za: J. Mucha, *Konflikt i społeczeństwo*, Warszawa 1978

Coser L., *Spoleczne funkcje konfliktu* [w:] W. Derczyński, A. Jasińska-Kania, J. Szacki, *Elementy teorii socjologicznych*, Warszawa 1975

*Członkostwo w związkach zawodowych. Naruszanie praw pracowniczych i „szara strefa” w zatrudnieniu*, komunikat z badań nr 4071, CBOS, Warszawa 2009

Dercz M., Rek T., *Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej. Komentarz*, Warszawa 2007

Długosz D., Garbacik A., *Podstawy zarządzania konfliktami społecznymi*, Poznań 2000

- Długosz D., *System dialogu społecznego w latach 2001-2003. Analiza uczestnika, cz. II* [w:] „Polityka społeczna” nr 5/2005
- Długosz D., *W kierunku debaty publicznej? Nowe rozwiązania partycypacyjne a pożądane zmiany w systemie dialogu społecznego i obywatelskiego w Polsce* [w:] „Trzeci sektor”, nr 4/2005
- Długosz D., Wygnański J.J., *Obywatele współdecydują. Przewodnik po partycypacji społecznej*, Stowarzyszenie na rzecz Forum Inicjatyw Pozarządowych, Warszawa 2005
- Dryll I., (red.), *Partycypacja w formie konsultacji i informacji: zagrożenia czy szanse?*, Warszawa 2006
- Fałkowski M., Grosse T.G., Napiontek O., *Dialog społeczny i obywatelski w Polsce 2002-2005*, Warszawa 2006,
- Florek L., Zielński T., *Prawo pracy*, Warszawa 2004
- Frąckiewicz L., *Stan zdrowia ludności Śląska* [w:] Frąckiewicz L. (red.), *Polska a Europa. Procesy demograficzne u progu XXI wieku. Przeobrażenia społeczno-demograficzne i ich konsekwencje dla województwa śląskiego*, Katowice 2003
- Frąckiewicz- Wronka A.(red.)*Ochrona zdrowia w regionie. Aspekty organizacyjne i prawne*, Katowice 2006
- Frąckiewicz- Wronka A., *Reforma systemu opieki zdrowotnej w perspektywie integracji Polski z Unią Europejską. Wybrane aspekty zachodzących zmian*, Katowice 2001
- Frąckiewicz- Wronka A., Jasłowski J., Owcorz- Cydzik B., Sobusik D., *Samorządowa polityka zdrowotna*, Katowice 2004
- Frieske K.W., *Dialog społeczny a demokracja* [w:] D. Zalewski (red.) *Dialog społeczny na poziomie regionalnym. Ocena szans rozwoju*, Warszawa 2005
- Frieske K.W., *Instytucje dialogu społecznego w demokratycznym procesie politycznym* [w:] Balcerzak- Paradowska *Polityka społeczna: wybrane problemy, wybór artykułów z lat 1999-2005*, Warszawa 2005
- Galtung J., *Peace by Peaceful Means. Peace and Conflict. Development and Civilization*. London 1996
- Gardawski J., *Dialog społeczny- od praw cechowych do dyrektyw unijnych* [w:] „Dialog’ , maj 2006
- Grabowska G., *Śląsk w granicach Polski- dyskusja* {w:] „Śląsk”, nr 6/2007
- Informacja dla Sejmu RP o sytuacji w ochronie zdrowia*, Rada Ministrów, Warszawa 2006

- Gardawski J., *Między negocjacjami a dialogiem społecznym* [w:] P. Żuk, *Demokracja spektaklu?*, Warszawa 2006
- Gardawski, *Dialog społeczny- od praw cechowych do dyrektyw unijnych* [w:] „Dialog” maj 2006
- Gąciarz B., Pańków W., *Dialog społeczny po polsku-fikcja czy szansa*, Warszawa 2001
- Gilejko L. (red.), *Związki zawodowe a restrukturyzacja. Bariery czy kompromis*, Warszawa 2003
- Gilejko L., *Dialog społeczny jako czynnik rozwoju* {w:]D. Zalewski (red.), *Dialog społeczny na poziomie regionalnym. Ocena szans rozwoju*, Warszawa 2005
- Goleński R., *Ordynator czy konsultanci*[w:] „Panaceum” nr 10/2006
- Golinowska S., *Decentralizacja- inny wymiar polityki społecznej* [w:] L. Dziewięcka-Bokun, K.Zamorska, *Polityka społeczna: wybór tekstów*, Wrocław 2003
- Golinowska S., *Nierównowaga ekonomiczna w systemie ochrony zdrowia*[w:] J. Mujżel (red.) *System ochrony zdrowia, poszukiwania i propozycje naprawy*, Warszawa 2004
- Grewiński M., *Integracja socjalna Wspólnot Europejskich* cz.1, w: „Studia Europejskie” nr 2/2000, oraz cz.2 w: „Studia Europejskie” nr 3/2000
- Grosse T.G., *Nowe metody zarządzania zadaniami publicznymi w Unii europejskiej i w Polsce* [w:] „Studia Polityczne”, nr 17
- Gruszczak A., *Elementy otwartej koordynacji w obszarze wolności, bezpieczeństwa i sprawiedliwości Unii Europejskiej*, w: „Studia Europejskie 4/2006
- Guza Ł., *Rząd nie prowadzi dialogu ze związkami i pracodawcami*[w:] „Gazeta Prawna”, nr 164/2007
- Idema T., Kelemen R.D., *New modes of governance, the open method of co-ordination and other fashionable red herring* [w:] “Perspectives of European politics and society”, Vol.7, no 1, May 2006
- Kieniewicz J., *Perspektywy polskiego dialogu* [w:] *Jak poprawić dialog Polaków?*, „Wartości i Rozwój” nr 4
- Konflikty, sprzeczne racje, dialog, współpraca* [w:] J. Jankowski, H. Marchel (oprac. i red.), *Konfederacja Pracodawców Polskich 2001-2005*, Warszawa 2005
- Kowalik T., *Czy umowa społeczna jest utopią?*[w:] T.Kowalik (red.), *Negocjacje drogą do paktu społecznego. Doświadczenia, treść, partnerzy, formy*, Warszawa 1995
- Krajewski Siuda K., Romaniuk P., *System ordynatorski vs. system konsultancki* [w:] „Zdrowie publiczne”, 118(2)/2008
- Królikowska J., „*Trzecia strona*” konfliktu społecznego[w:] „Studia socjologiczne” 2/1993

Królikowska J., *Struktura procesu konfliktowego* [w:]K. Piątek, *Konflikty społeczne w procesie transformacji systemowej*, Toruń 1996

Lang K., Lang E.G., *Collective Responses to the Threat of Disaster* [w:] G.H.Grosser, H.Wechsler, M.Greenblatt(red.), *The Threat of Impending Disaster*, Cambridge, Massachusett 1964

Małachowski W., *Dialog, kompromis i konsensus społeczny w procesie transformacji* [w:]E. Nowicka- Włodarczyk (red.)*Kompromis w życiu społecznym*, Kraków 1998

Marcus L.J.(red.) *Renegocjowanie opieki zdrowotnej. Rozwiązywanie konfliktów poprzez budowanie współpracy*, Kraków 2000

Milanowski W., *Kultura działania politycznego* [w:] *Prawo i polityka*, Warszawa 1988

Mucha J., *Konflikt i społeczeństwo: z problematyki konfliktu społecznego we współczesnych teoriach zachodnich*, Warszawa 1978

Myśliwiec G., *Negocjacje w ochronie zdrowia*[w:]V. Korporowicz (red.), *Zdrowie i jego ochrona. Między teorią a praktyką*, Warszawa 2006

Pietrzyk A., *Negocjacja i mediacja jako sposoby kierowania konfliktami*[w:] „Przegląd Psychologiczny” nr 3-4/1996

Podolski K., *Specyfika sprzeczności i konfliktów w okresie transformacji systemowej w Polsce* [w:]K. Piątek, *Konflikty społeczne w procesie transformacji systemowej*, Toruń 1996

Pruszanowski N., Hordejuk J.J., *Dialog społeczny, polityka zatrudnienia oraz uznawanie kwalifikacji zawodowych w Unii Europejskiej*, Związek Rzemiosła Polskiego 2005

Pustułka A., *Rząd postanowił ratować szpitale* [w:] *Dziennik Zachodni*, wydanie z dn. 17.02.2009

Rancew- Sikora D., *Negocjacje polityczne: między działaniem jednostek a relacjami strukturalnymi*, w: ”*Studia Socjologiczne*” nr 1/2005,

Reykowski J., *Logika władzy* [w:]B. Pasierb (red.) *Sprzeczności i konflikty społeczne oraz ich skutki polityczne*, Warszawa 1989

*Rozwiązywanie sporów zbiorowych. Informator 2006-2007*, Ministerstwo Pracy i Polityki Społecznej, Warszawa 2008

*Rozwój dialogu społecznego na poziomie regionalnym w Polsce- nowe uregulowania prawne*, cz. I, Przedstawicielstwo Narodów Zjednoczonych w Polsce, Warszawa 2002,

Rudolf S., *Partycypacja pracownicza- szanse dla przedsiębiorstw i pracodawców* [w:] I. Dryll (red.), *Partycypacja w formie konsultacji i informacji: zagrożenia czy szanse?*, Warszawa 2006



Schimanek T., *Dialog społeczny: wyzwania dla rządu i organizacji pozarządowych* [w:] „Analizy i Opinie” nr 5/2003, Instytut Spraw Publicznych, Warszawa

Schimanek, *Dialog obywatelski Polska 2007*, Warszawa 2007

Schmidt W.H., Tannenbaum R., *Zarządzanie różnicami* [w:] *Negocjacje i rozwiązywanie konfliktów*, Gliwice 2005,

Seweryński M., *Wybrane zagadnienia rozwiązywania sporów zbiorowych w Polsce* [w:] Goździewicz G.(red.), *Mediacja i arbitraż w prawie pracy*, Lublin 2005,

Skarżyńska K., Czym jest konflikt, od czego zależy jego przebieg i sposób rozwiązywania [w:] K. Skarżyńska, U. Jakubowska, J. Wasilewski (red.), *Konflikty międzygrupowe. Przejawy, źródła i metody rozwiązywania*, Warszawa 2007

Sroka J., *Dialog obywatelski w Wojewódzkich Komisjach Dialogu Społecznego- na przykładzie Dolnośląskiej WKDS* [w:] M. Rymsza(red.) *Organizacje pozarządowe. Dialog obywatelski. Polityka państwa*, Warszawa 2007

Sroka J., Dialog społeczny w Polsce [w:] J. Sroka (red.) *Ewolucja stosunków przemysłowych w Europie Środkowo-Wschodniej*, Wrocław 2003

Szczepański M. S(red.), *Jaki Region? Jaka Polska? Jaka Europa?*, Katowice 2001

Szczepański M.S. (red.), *Górny Śląsk – na moście Europy*, Katowice 1994

*Śląsk- Polska-Europa. Zmieniające się społeczeństwo w perspektywie lokalnej i globalnej. X Ogólnopolskiego Zjazdu Socjologicznego*, red. A. Sułek, M. S. Szczepański, Katowice 1998

*The sectoral social dialogue in Europe*, European Commission, Luxemburg 2003

Towalski R., *Dialog społeczny- próba definicji* [w:] R. Towalski (red.), *Dialog społeczny. Najnowsze dyskusje i koncepcje*, Warszawa 2007

Wasilewski J., *Czy demokracja deliberatywna naprawi współczesną demokrację?* [w:] Reykowski J.(red.), *Konflikt i porozumienie. Psychologiczne podstawy demokracji deliberatywnej*, Warszawa 2007

Sztumski J., Wódz J., *Z problematyki konfliktów społecznych: na przykładzie badań empirycznych w Polsce Południowej*, Wrocław 1984

Wilmot W.W.Hocker J.L., *Interpersonal conflict*, New York, 2007

Wronikowska E., *Rola państwa w dialogu społecznym w Polsce* [w:] Balcerzak – Paradowska, *Polityka społeczna: wybrane problemy, wybór artykułów z lat 1999-2005*, Warszawa 2005

Wratny J., *Doświadczenia polskie w zakresie umów społecznych* [w:] J. Wratny(red.), *Umowa społeczna: gospodarka, praca, rodzina, dialog*, Warszawa 2006

Wróblewski P., *Teorie i konflikty. Wywiad z Januszem Muchą* [w:] „Opcje”, nr 3/2002  
Wódcz K., Wódcz J., *Dimension of Silesian identity*, Katowice 2006  
Wódcz K., Wódcz J., *Dynamika budowania społeczeństwa obywatelskiego- refleksja z badań empirycznych* [w:] „Przegląd Socjologiczny” t. 54/2005  
Wódcz K.(red.), *Negocjowana demokracja, czyli europejskie governance po polsku*, Warszawa 2007  
Zalewska- Powler A., *ADR- techniki polubownego rozstrzygnięcia sporów* [w:] „Palestra” nr 9-10/2000  
Zarycki T., *O dwoistej naturze struktur dialogu społecznego* [w:] *Jak poprawić dialog Polaków*, Wartości i Rozwój nr 4

#### **Źródła internetowe:**

Blair T., *The Third Way : New Ways of Politics for the New Century*, London, 1998, za: I Hartwig, H.O.Meyer, *Towards Deliberative Network Governance? Theorising Socio-Economic Policy Coordination in The European Union*, s.2-3, [http:// www.govecor.org](http://www.govecor.org), Informacja Rządu na temat obecnej sytuacji ochrony zdrowia w Polsce z dn. 22.01.2008r, na: [www.mz.gov.pl](http://www.mz.gov.pl)

Moore Ch.W, *The mediation process. Practical strategies for resolving conflict*, San Francisco 1996 za: H. Przybyła-Basista, *Proces mediacji rodzinnych- od teorii do praktyki*, na <http://www.psychologia.edu.pl/index.php?dz=czytelnia&op=opis&id=125>

O'Donovan P, *Social dialogue:Trends and Issues*[w:] A.Sivananthiran,C. Venkata Ratnam (edt.), *Best Practice in Social dialogue* na:

<http://www.ilo.org/public/english/dialogue/ifpdial/downloads/papers/bestprac.pdf>

Vodosek A., *Intragroup conflicts as a mediator between cultural diversity and work group outcomes*[w:] “*International Journal of Conflicts Menagement*”vol 18, no 4/2007  
*The Enabling Conditions of Social Dialogue* na:  
<http://www.ilo.org/public/english/dialogue/ifpdial/areas/social.htm>

What is Social Dialogue? na:

<http://www.ilo.org/public/english/dialogue/ifpdial/areas/social.htm>

#### **Strony internetowe**

[http:// www.govecor.org](http://www.govecor.org),

[http:// www.silesia-region.pl](http://www.silesia-region.pl)

[http:// www.ilo.org](http://www.ilo.org)

[http:// mz.gov.pl](http://mz.gov.pl)

<http://stat.gov.pl>

## ANEKS

### Transkrypcja wywiadu swobodnego(przykład)

**Pani Maria Brzezińska, przewodnicząca Izby Pielęgniarek i Położnych  
w Katowicach<sup>273</sup>**

#### ***Co Pani rozumie pod pojęciem konfliktu?***

Konflikt to bardzo szerokie wyrażenie, to szeroki problem pomiędzy dwoma stronami. Są sytuacje kiedy konflikt może być twórczy i przynosi pozytywne rezultaty, ale możemy mieć do czynienia również z konfliktem destrukcyjnym, który zazwyczaj powoduje okopywanie się dwóch stron na swoich pozycjach i nie prowadzi do osiągnięcia kompromisu. Spór najczęściej dotyczy interesów, gdzie strony chcą się przekonać czy mają rację i nie zawsze dążą do kompromisu. Należę do osób, które często są w konflikcie z innymi organizacjami, natomiast często odbieram te konflikty jako pozytywne, gdzie w trakcie całego procesu- przykładem może być mój kontakt z Komisją Europejską gdzie przedstawialiśmy swoje racje, ale potrafimy się usiąść i rozmawiać. Doszliśmy do pozytywnych rozwiązań choć cała procedura polegająca na często ostrej wymianie korespondencji trwała 3 lata. Komisja widziała, że druga strona jest przygotowana i ma argumenty i nie działamy na zasadzie „bo my się nie zgadzamy i koniec”. Bywałam w konflikcie z dyrektorami szpitali gdzie podmiotem sporu były przepisy dotyczące minimalnego zatrudnienia pielęgniarek, ale z czasem okazywało się, że były rozumiane moje racje i skutkowało to wypracowaniem działań na korzyść zespołu pielęgniarskiego. O tym czy konflikt ma charakter pozytywny decydują osoby biorące w nim udział, decydujące znaczenie ma ich charakter- ilość i jakość nagromadzonych w nich emocji. Nie można być ciągle skonfliktowanym, trzeba pamiętać o momencie, który wywołał konflikt między organizacjami, osobami- zawsze jest to jakiś interes- mniejszy większy, personalny czy grupy zawodowej. Nie mniej jednak może to być pozytywne dla stron konfliktu.

#### ***Czy w służbie zdrowia mamy do czynienia z konfliktami?***

Myślę, że tak. Transformacja społeczna i gospodarcza nie bez echa przeszła przez służbę zdrowia w sensie zmian zachowań, zmiany interesów grup zawodowych. Nałożyła się na

---

<sup>273</sup> Pani Maria Brzezińska, jako jedyna respondentka zażyczyła sobie autoryzacji wywiadu. Z tego powodu możliwe jest podanie danych personalnych Pani Przewodniczącej

to reforma służby zdrowia, możliwość prywatyzacji, przejęcia właścicielskiego zakładu pracy, gdzie pielęgniarki były dość pasywne, Natomiast lekarze byli bardziej otwarci, umieli brać sprawy w swoje ręce. W środowisku pielęgniarek był opór, miało to różne przyczyny: inaczej uposażone grupy zawodowe, przewaga kobiet itd. W 1998r. przeprowadzona reforma dotknęła głównie w sensie negatywnym środowisko pielęgniarek- nastąpiła bardzo duża ilość zwolnień grupowych. Wtedy był czas do aktywności, przedsiębiorczości- w kraju pielęgniarki przejęły dużo zakładów podstawowej opieki medycznej, a w naszym regionie nie za bardzo. Przyczyn takiego stanu rzeczy było wiele ale za najważniejszą uznałabym fakt, że ówczesna kasa chorych i jej szef stali na stanowisku, że z pielęgniarkami nie będą podpisywać umów na świadczenia zdrowotne. Złożyliśmy skargę do urzędu antymonopolowego i w rezultacie wygraliśmy, ale dopiero po 3 latach, ale już było za późno. Dziś nasze środowisko jest krok za naszymi kolegami lekarzami, co nie jest bardzo negatywne, ale powoduje sytuację, że dziś środowisko pielęgniarskie jest sfrustrowane- koledzy lekarze są właścicielami NZOZów i prowadzą swoje przedsiębiorstwa, zaś my musimy się odnaleźć w nowej sytuacji jako pracownik u prywatnego przedsiębiorcy. I powstają tutaj sytuacje dość konfliktowe w sensie stosunku pracownik- pracodawca.

W szpitalach gdzie jest najwięcej personelu medycznego tez stosunki nie są zbyt poprawne, co wynika głównie z małej ilości zatrudnianych osób. Jeżeli chodzi o pielęgniarki to dyrektorzy zapominają, że są to osoby, które muszą być cały czas przy pacjencie. Lekarz przyjdzie, wyjdzie i jest tylko wzywany, natomiast pielęgniarki muszą być cały czas. Obciążenie pracą pielęgniarek z racji ilości zatrudnienia powoduje frustrację, w pewnym sensie agresję w stosunku do innych grup zawodowych. Pojawia się opinia: „bo ja tu muszę być, a pan doktor śpi na dyżurze”. To wszystko powodują taką niedobłą atmosferę. Mamy do czynienia z przerostem kadry lekarskiej w szpitalach, przede wszystkim w szpitalach klinicznych- taka jest ocena pielęgniarek, ale w ocenie ordynatorów nie mamy do czynienia z przerostem, ponieważ na oddziałach są zarówno stażyści, jak i etatowi pracownicy. Pielęgniarki nie identyfikują stopnia lekarza, ale postrzegają go jako pracownika. Często są sytuacje gdy na dyżurze są 2 pielęgniarki i grono 5, 10 lekarzy, którzy chcą mieć zrealizowane swoje zlecenia- powoduje to zachowania negatywne.

Nie bez znaczenia jest też kwestia świadomości pacjentów. Mówi się tak brzydko, że pacjenci są roszczeniowi. Moim zdaniem pacjenci nie są roszczeniowi- domagają się tego co im się należy. 10 lat temu nie było takiej sytuacji, dziś pacjent się ubezpiecza

i oczekuje od nas, od personelu medycznego załatwienia problemu jakim jest choroba. Ja uważam, że pielęgniarki, lekarze zapominają, że wybrali taki zawód, żeby służyć choremu. Naszym obowiązkiem jest przekazywać to, czego nauczyliśmy się, człowiekowi mamy służyć, bo taki jest nasz zawód. Istoty zawodu pielęgniarki czy lekarza nie zmienimy ani demonstracjami ani strajkami czy okupacjami. Teraz mamy taki trudny czas, który wpływa na zachowania lekarzy i pielęgniarek. Rezultatem takiego stanu są opinie pacjentów, którzy mówią, że personel jest arogancki. Zaś personel mówi, że jest przepracowany. Gdzieś tu zatraciliśmy się wszyscy, na pewno zaś zwłaszcza my jako personel. Mało mówi się o zasadach etyki, machamy kodeksami wtedy, kiedy wypada, a na co dzień nawet nie znamy zasad etycznych i łamiemy równo, to co powinniśmy przestrzegać, co naturalnie powinno z nas wypływać. Można przymrużyć oko w przypadku innych zawodów, jeżeli chodzi o etykę, ale w przypadku zawodów zaufania publicznego, to etyka powinna być na pierwszym miejscu.

Uważam, że nie bez znaczenia jest tu kształcenie, 10-20 lat temu metody kształcenia były lepsze, ponieważ w szkołach pielęgniarskich był nauczyciel- mistrz. Zmiana kształcenia w tej chwili, czyli już nie nauka zawodu a studiowanie to są 2 różne rzeczy. Uczelnia wyższa nie ma możliwości wypracowania pewnych cech u studenta, istotnych w tym zawodzie. Kiedyś był nauczyciel praktycznej nauki zawodu, który dawał przykład swoim ubiorem, swoim zachowaniem. Dziś młoda osoba studiuje i właśnie te cechy istotne takie jak empatia, pokora wobec człowieka chorego ulegają minimalizacji. Nasz zawód wymaga pokory wobec śmierci, cierpienia, dramatu i te rzeczy kształtowało się kiedyś w szkole. Dziś studiujemy pielęgniarstwo, a za 5-10 lat okaże się jak pacjenci będą oceniać nasze działania. Uważam, że na dzień dzisiejszy są duże niedociągnięcia w kształceniu pielęgniarek i lekarzy, które polegają na połykaniu tomów książek, natomiast osoby uczą się dopiero wtedy, kiedy idą do szpitala, a tak nie powinno być. Pewne zachowania wynosi się z praktycznego uczenia się z wodu, a praktyki u nas wyglądają wiadomo jak. W przypadku pielęgniarki jej praca to rzemiosło. Jeżeli przenieśliśmy w tym zawodzie kształcenie od razu na półkę studiowania to gdzie czas na naukę rzemiosła?

### ***Z jakimi wymiarami konfliktu mamy do czynienia w służbie zdrowia?***

Tak naprawdę to w niektórych zakładach pracy mamy do czynienia z konfliktem pielęgniarka- pielęgniarka, czego powodem jest zamieszanie związane z przeniesieniem kształcenia na poziom wyższy- są pielęgniarki po szkole średniej medycznej, po studium pomaturalnym i po studiach pomostowych i tak naprawdę wszystkie jesteśmy

pielęgniarkami niezależnie od wykształcenia. Myśmy zatrzymali proceder różnicowania wynagrodzeń w zakresie wykształcenia dość ostrym wystąpieniem do Państwowej Inspekcji Pracy i do ministra pracy. Obie instytucje uznały, że jest to niezgodne z kodeksem i to się trochę zatrzymało. Ale pracodawcy w niektórych zakładach potrafią ładnie podgrzewać konflikt pielęgniarka -pielęgniarka- ja pani daję ileś złotych więcej bo pani skończyła studia. Moim zdaniem są to konflikty wywoływane skutecznie przez kadrę kierowniczą, wyznająca zasadę „dziel i rządź”. Z innymi grupami zawodowymi, przynajmniej ja nie obserwuję konfliktów. Są to raczej dobre, poprawne stosunki pracownik- pracownik, ponieważ ci ludzi muszą ciągle ze sobą współpracować. Najbardziej iskrzy na polu lekarz- pielęgniarka. Jest tu też kolejna kwestia, która jest trudna do zaakceptowania dla środowiska lekarskiego- jeśli pielęgniarka kształci się na tej samej uczelni, co kolega lekarz to te stosunki też muszą się zmienić. Trudno wówczas mówić pobłaźliwie „siostrzyczko”, bo to przecież jest osoba ze statusem ukończenia wyższej szkoły. I lekarze muszą zaakceptować, że zmiana musi ulec układ z pozycji podporządkowanej na płaszczyznę partnerstwa. Ale jednocześnie koleżanki pielęgniarki muszą swoją postawą pokazać, że ja nie tuję dla pokazania, że jestem pani magister, tylko ja mam wiedzę i umiejętności do bycia partnerem. Dzisiaj niestety lekarze nie przyjmują tego do wiadomości.- jest po prostu pielęgniarka. Zaś za 5-10 lat będą tylko pielęgniarki po studiach a lekarze traktują zawód pielęgniarki jako zawód dla siebie pomocniczy, którego istotą jest pielęgnowanie chorych. Zaś istotą zawodu lekarza jest leczenie chorych, co jednak nie zmienia faktu że efektem ich działania jest zdrowie pacjenta.

### ***Jak wyglądają relacje między personelem medycznym a kadrą zarządzającą?***

My nie mamy w opiece zdrowotnej menadżerów do zarządzania. To są przypadkowe osoby, które zajmują stanowisko dyrektora szpitala, nie będąc do tego przygotowanym. Najczęściej są to lekarze, którzy uczą się w trakcie pełnienia tej funkcji zarządzania. Brakuje na pewno w wielu przypadkach dyrektorom szpitali umiejętności komunikowania się z pracownikiem. W dalszym ciągu jest ten styl: wydałem, poleciłem i należy wykonać. Ale teraz mamy inne czasy. Brak dobrej komunikacji powoduje sytuacje niepewności, a z tej niepewności do strachu czy leku i konfliktu jest łatwa droga. Mamy przykład w Gliwicach, gdzie dyrektor spotkał się z pracownikami i powiedział, że nie ma pieniędzy i będą zwolnienia. Nie wyjaśnił jednak sytuacji, a każdy może wstać i powiedzieć, że mamy złą sytuacje finansową bo słyszymy to od 10 lat- zaczęły się wiec plotki, powodujące napiętą atmosferę w placówce. Uważam, że ważną rolę odgrywa tu

tez organ założycielski, który jako likwidator szpitala powinien przedstawić załodze zasady przekształcenia placówki- jeśli tego nie zrobi to wywołuje niepotrzebny konflikt w całej załodze. W wielu miastach powymieniano dyrektorów i wszędzie mamy konflikt, wywołany nie tylko żądaniami płacowymi ale również podsycany informacjami, że ludzie tracą prace. Moim zdaniem nieumiejętna rozmowa, nieumiejętna komunikacja pracodawca- pracownik jest przyczyną wielu konfliktów. Uważam, że dobór na stanowiska kierownicze jest przypadkowy i nieprzemyślany. W Europie są to osoby przygotowane do zarządzania w służbie zdrowia, to są menadżerowie. To jest bowiem bardzo specyficzna działka- szpital nie będzie przynosił zysków, nie może przynosić zysków, ale należy się starać by był zbilansowany finansowo. Nie można od kilku lat rozwiązać konfliktów- one się wyciszają i narastają, od 1998r. ciągle jest nieuregulowana sytuacja. Gdzieś wprowadzając ustawę 1998 wprowadzono błąd, który się kontynuuje. Nie ma prawidłowej komunikacji, bo pracownik widzi, że są remonty, modernizacje sal a pracownikom ciągle się tłumaczy, że nie ma dla nich pieniędzy na podwyżki.

#### ***Jaka jest rola w konfliktach NFZ?***

Konflikty są i będą , bo NFZ jest płatnikiem i występuje z pozycji nadrzędnej. Jeśli ktoś ma pieniądze ma pozycję dominującą. Nie ma możliwości negocjowania, bo NFZ ma monopol i występuje z pozycji siły. Nie robi wszystkiego źle, ale należałoby zmienić sytuację poprzez decentralizację, by była możliwość konkurencji. Nie jest to zbyt szczęśliwa instytucja, ale w Europie jest dużo podobnych- tam istnieją one 60 lat a u nas zaledwie 10 lat i jeszcze z załamaniem kasa chorych – na fundusz, i nie wypracowano sobie dobrych rozwiązań. Co się wynegocjuje w Warszawie to zostaje zapisane w regionie– rola korporacji jest, ale w Warszawie jest tez gra interesów. Więc musi być twarda postawa szefów centrali NFZ, bo środki są ograniczone a każdy chce cos ugrać dla siebie. Obywatele powinni mieć wybór, do którego funduszu chcą się zapisać, ale nie mają takiej możliwości- pytanie czy jest to zgodne z konstytucją? Jest dużo niedociągnięć- należy wprowadzić czytelne procedury, dopracować zasady przyznawania kontraktów.

#### ***Jakie Pani zdaniem jest podłoże konfliktów?***

W środowisku pielęgniarek- przede wszystkim ekonomiczne, bo były one od zawsze słabo uposażone. 20 lat temu nie było dużych rozbieżności w wynagrodzeniach lekarzy i pielęgniarek- obie grupy miały mało. Ale teraz się to zmieniało- w związku z prywatyzacją- lekarze mieli możliwość uzyskania większych pensji. Dzisiaj jest to

różnica zdecydowana, bo nie chodzi tylko o pracę w szpitalu ale o możliwość dodatkowego zarobku

Też istotne są względy społeczne. Do szkół pielęgniarskich trafiały dziewczyny z biednych rodzin. Kiedyś pielęgniarki przyjeżdżały na Śląsk z różnych miejsc, rodzin, nadrabiały wszystko by dorównać miejscowym. Ważna jest kwestia z jakich środowisk pochodzą, z jakim nastawieniem pracują. Obecnie jest pogoń za pieniądzem, ale ważna jest również motywacja do ich posiadania np. dzieci uczące się, czy sytuacja domowa- jako podłoże wyjazdów zagranicę.

Duży wpływ na konflikty mają warunki pracy- duży stres, wysiłek fizyczny. Dziś trzeba wszystkiego szukać, nie ma wyposażenia, pielęgniarki mówią, że muszą wcześniej przed dyżurem nabrać do kieszeni strzykawek, rękawiczek by miały dla pacjentów. Walczą między sobą o podstawowy sprzęt i powstaje stresogenna sytuacja. Na Zachodzie wyjeżdżające pielęgniarki mają komfort pracy i nie pracując nawet w zawodzie są zadowolone, bo godziwie zarabiają i mają dobre warunki pracy co wydaje się nawet ważniejsze.

Gdy wyeliminujemy względy finansowe to konflikty będą- nie ma granicy stanu posiadania, człowiek ciągle dąży do tego by mieć więcej ale ważny jest zdrowy rozsądek- bo praca to satysfakcja, uśmiech pacjenta. Należy wrócić do wartości ważnych etycznych zadań sobie pytanie: dlaczego to robię. Jako pielęgniarka mogę zrobić pacjentowi dużo szkody- nie widzę sytuacji że lekarze i pielęgniarki odchodzą od łóżek, to niedopuszczalne!

### ***W jaki sposób polityka wpływa na konflikty i sytuacje w ochronie zdrowia?***

Każdy ma poglądy polityczne, a wyciąganie poglądów politycznych i uzależnianie strajków od opcji politycznej to demagogia. Lekarze strajkują bo mają interes, system nie wytrzyma długo, mamy za dużo szpitali, za dużo lekarzy. Problem jest taki- jak przejąć i zagospodarować tę część szpitali, którą trzeba zamknąć. Lekarze wiedzą, że czas na strajki i wymuszenie likwidacji przez strajki jest dobry- projekt sieci szpitali określa zestandaryzowane wymogi odnośnie kadry, a nie wszyscy lekarze posiadają odpowiednie kwalifikacje, pielęgniarki również. Jeśli będzie sieć to poza nią pozostanie dużo jednostek, z którymi coś trzeba zrobić- upadły szpital to możliwość jego sprywatyzowania poza siecią. Każdy polityk, niezależnie z jakiej opcji się wywodzi, który przyjdzie do rządu widzi, że jest za dużo szpitali. Dla pacjentów to lepiej, ale tego w Europie nie ma, bo trzeba utrzymać a są kapitałochłonne. Kadra w szpitalu straszy pacjentów, że teraz będą jeździć dalej, ale nikt im tego nie tłumaczy, łatwiej jest



nastraszyć pacjentów niż wyjaśnić im, że będą mieć te same warunki, tego samego lekarza tylko 2 przystanki dalej, z pewnością pacjent by się zgodził. Ale u nas jest sposobem nakręcanie konfliktów. Bądźmy uczciwi- to są nasze podatki, najłatwiej powiedzieć, że NFZ jest zły niż analizować rzeczywiste problemy zdrowotne-należy stworzyć też po linii medycznej instytucje o profilu nastawionym np. na starzejące się społeczeństwo.

Ważne jest by być elastycznym ale osoby w wieku przedemerytalnym nie chcą nic zmienić- narasta agresja, brak argumentów i nakręca się sytuacja konfliktowa.

Spotkania z personelem należy robić w miarę cyklicznie bo kwestie dotyczące przekształceń są nowe i ludzie nic nie wiedzą, bo cóż może wiedzieć pielęgniarka czy lekarz o przekształceniu, ale najczęściej krzyczą ci, którzy mogą najczęściej stracić i dyskusja przestaje się toczyć.

Na szczeblu rządowym nie wypracowano zasad, kanonu z stamtąd powinien być wzór, który schodziłoby na poziom województwa, samorządu. który schodziłyby na dół. Od kogo my mamy się uczyć jeśli chodzi o dialog. Ja nic takiego nie widzę, żadnego przykładu. Jest coś w literaturze i to jeszcze niepolskiej. A przykład jest z góry, bo my jesteśmy jeszcze zakodowani, że ważne jest to, co robi władza, po okresie komunistycznego uprawiania mózgu. Jest decyzja i niczego nie można zrobić bez decyzji. Tego pozytywnego przykładu nie ma od polityków, gdyż oni mają parcie na ekran. Jakaś choroba. Gdzieś dyskusja się przeniosła do mediów, a nie umiemy się do stołu. Nieważne powinno być czy się lubimy, jaka jest opcja, ale jesteśmy tu i teraz i mamy problem do rozwiązania. I w mediach wychodzą jakieś najgłupsze przywary, najczęściej szkody daje potok bzdurnych epitetów, lepiej milczeć niż używać wyzwisk. Jest wyścig na zwroty i epitety, ale dewaluują one debatę polityczną, i nie mówimy o programach, co należy zrobić, poprawić, ale pokazujemy najgorsze wady, przywary. Myślę, że potrzebne jest opamiętanie- ludzie pójną do wyborów bo ludzie są co 4 lata mądrzejsi a władza traktuje nas niepoważnie. Nie ma debaty przy stole, ale w mediach trwa wojna na krótkie wypowiedzi, które nie służą sprawie.

### ***Czym dla Pani jest dialog?***

Dochodzeniem do osiągnięcia celu przez dwie lub kilka stron, które chcą rozwiązać problem, chcą zmiany i chcą ją osiągnąć poprzez prowadzenie rozmów mniej lub bardziej konstruktywnych. Doprowadzają do zmiany lub ustalają do ustalenia punktów rozbieżności. Dla mnie dialog to ciągła komunikacja dwóch lub więcej stron- bo problem

społeczny może dotyczyć wiele grup i one wszystkie powinny brać w nim udział. To dochodzenie poprzez współpracę, rozmowy do celu.

### ***Jak Pani ocenia stan dialogu społecznego w Polsce?***

W czasach kiedy była pisana ustawa czyli pod koniec lat 80-tych demokracja była raczkująca, ustawa weszła w życie w 1991r. – niedawno, więc my nie dorośliśmy jeszcze do dialogu. Mało kto wówczas rozumiał istotę dialogu. Samorząd pielęgniarek może brać udział we współtworzeniu, kształtowaniu polityki społecznej kraju i województwa na którym działa, natomiast jeśli chodzi o faktyczne współtworzenie to niestety decydenci w naszym województwie i kraju nie mają wiedzy i chęci współpracy pozytywnej z nami i tworzenia atmosfery dialogu. W spotkaniach dotyczących problemów zdrowia nie uczestniczą samorządy- albo się zapomina, bo stroną społeczną w ocenie władz to są tylko związki zawodowe albo zupełnie unika się korporacji zawodowych.

Jednak wszystko zależy od ludzi są bowiem decydenci, którzy chętnie korzystają z naszej pomocy, lecz są także tacy, którzy uważają że nie mają ustawowego obowiązku i nie widzą potrzeby zapraszania izby. My staramy się pukać o drzwi, że powinniśmy zabrać głos, ale różnie bywa z naszym udziałem w komisjach Sejmiku Wojewódzkiego czy poszczególnych gmin.

### ***Jakie dostrzega Pani słabości polskiego dialogu?***

Pierwsza przyczyna- osoby w wielu przypadkach nie są przygotowane do dialogu- wiele słów a nie merytoryczne argumenty. Powinniśmy się przygotować.

Drugą przyczyną jest brak wiedzy i umiejętności prowadzenia spokojnej rozmowy. Wielokrotnie patrzymy na osobę a nie na argumenty, nie skupiamy się na tym co powinniśmy rozwiązać. Nie potrafimy się słuchać. Na wielu spotkaniach więcej jest pokazywania siebie niż proponowania rozwiązań. Wielu z nas prezentuje postawę „musze coś powiedzieć” niekoniecznie na temat. Nieprzygotowanie- ja to obserwuję w kontaktach z członkami ministerstwa zdrowia. Już sam fakt, że osoba jest urzędnikiem powoduje, że nie jest przygotowana a potem kiedy 2 str. jest przygotowana to z tej strony jest agresja. Często występuje sytuacja, że 2 str. czuje się urażona a to psuje kontakty i psuje dialog.

My nie chcemy prowadzić dialogu- nie wiemy kto powinien go prowadzić- kto powinien być inicjatorem- str. rządowa czy str. społeczna? Uważam, że działania powinny iść dwutorowo obie str. powinny się angażować. Bez dialogu są strajki, okupacje .

W dialogu potrzebny jest wzajemny szacunek, a zdarzają się sytuacje gdy jest godz. 23 zamykamy się w pomieszczeniu i prowadzimy dyskusję. Należy być rzetelnym, bez podkopywania przeciwnika. Brakuje informacji w mediach na czym polega dobry dialog, nie pokazuje się korzyści z niego płynących. Dialog kojarzy się źle- „poteoretyzowały dwie kobietki” i koniec. Dialog powinien być w każdym demokratycznym społeczeństwie rzeczą naturalną. W dialogu powinny być te strony, które są zainteresowane w sprawie- trudno w dyskusjach nad reformą służby zdrowia nie brać pod uwagę pacjenta. W dyskusjach nad służbą zdrowia nie ma pacjentów. A system ma służyć przede wszystkim pacjentowi. Pacjentowi ma być lepiej a nie nam.

### ***Dlaczego nie ma izby w WKDS?***

Politycy uznali. Jeśli decydent jest na tyle otwarty, że nas zaprosi wtedy jesteśmy. Mamy mentalność- zapis. Więc skoro nie zapisali to nie trzeba zapraszać. A powinno się zapraszać osoby z klucza, powiązane z danym zagadnieniem. Są rzeczy, które powinny być naturalne- nie ma zapisu ale powinny być organizacje związane z problemem. Albo samemu człowiek się wkręci i zostaje.

Nie powinno tak być, bo gdy chcemy prowadzić dialog to nie ważne jest jaka opcja rządzi. Ale nie ma kanonu dialogu- siadamy wszyscy, którzy są zainteresowani, niezależnie od opcji politycznej. My strasznie lubimy chować pod dywan różne kwestie, i ważne jest żeby nie zaczepić od ten dywan. Boimy się zmierzyć z problemem. Takim problemem jest kwestia nieustalonych kwalifikacji pielęgniarek- od 2002r. Od rządów Buzka nie jest to uregulowane, każdy chce mieć spokój. Gdyby ktoś w tych ekipach był choć trochę uczciwy i zaproponował pielęgniarce rozmowy na ten temat a tak to się wciąż ciągnie ten problem. Ale to nie jest tak, że z nami nikt nie rozmawiał- ministrowie siadali z nami do rozmów, ale strona rządowa nie była przygotowana do rozmowy- ciągle zadawano nam pytania: skąd to panie macie takie dane, itp. .Myślę, że istniała także obawa wśród rządzących w randze sekretarzy przed załatwieniem rzeczy, które nie zostały ustalone wyżej- na szczeblu rządowym. Brak jest wciąż samodzielności działania- dyrektor departamentu nie zobowiązuje się do podejmowania decyzji bez konsultacji z ministrem czy premierem. Całym problemem jest ten niższy szczebel ministerialny- ministrowie się zmieniają a ci urzędnicy pozostają. Ale niestety brakuje nam dobrze wykwalifikowanych służb cywilnych. To samo dzieje się w urzędzie marszałkowskim- z marszałkiem przychodzi nowa ekipa. Osoby te muszą się uczyć wszystkiego od początku. W dobrze zorganizowanych demokratycznych krajach służby cywilne są stałe, działającą według swoich określonych procedur, niezależnie od opcji

politycznej. Więc nie ma takiego strachu jak u nas, że przyjdzie następna ekipa i mnie wymieni. Nie tworzy się więc pewnej kultury, także debaty- ciągle urzędnicy uczą się kto jest kim w stronie społecznej.

***Jak by Pani określiła rolę Izby pielęgniarek i położnych w ochronie zdrowia?***

Samorząd pielęgniarstwa to taka instytucja, która w świetle uregulowań europejskich musi się zmienić. Ja jako przewodnicząca izby położyłam nacisk w swojej pracy na kształcenie permanentne pielęgniarek i położnych i to nie tylko w aspekcie czysto medycznym. Organizujemy szkolenia z zakresu psychologii, komunikacji, negocjacji, ponieważ dzisiaj pielęgniarka powinna być dobrym negocjatorem i negocjować pewne rzeczy z pacjentem czy lekarzem. Uważam, że potrzebne są także szkolenia z zakresu prawa pracy, gdyż obecnie jest to bardzo ważne, w zawodzie pielęgniarki szczególnie. W trakcie takich kursów miękkich szkolimy corocznie 8-10 tys pielęgniarek. Istotne dla mnie są także wszelkie działania przekazujące pielęgniarkom wiedzę z zakresu etyki. Kolejną rzeczą w działalności jest świadczenie wzajemnej pomocy koleżankom pielęgniarkom, które znajdują się w trudnej sytuacji życiowej, rodzinnej. Naszym zadaniem jest także uczestniczenie z zespołach opiniotwórczych w zakresie tworzenia prawa- moim zdaniem samorząd powinien uczestniczyć w tego typu spotkaniach i wskazywać że to co zostało wypracowane na dole jest wartościowe dla naszego regionu i nie tylko.

## Spis treści:

<i>Wstęp</i> .....	1
Rozdział I. Konflikt jako zjawisko społeczne- charakterystyka .....	7
1.1.1. Typologie konfliktów .....	16
1.1.2. Funkcje konfliktów społecznych.....	19
1.1.3. Przyczyny konfliktów społecznych.....	23
1.2. Mortona Deutscha teoria współpracy i rywalizacji.....	25
1.3. Koncepcja trzeciej strony w konfliktach.....	32
1.4. Strategie rozwiązywania konfliktów .....	40
1.5. Konflikty w ochronie zdrowia - złożoność jako cecha charakterystyczna .....	55
Rozdział II. Dialog społeczny- analiza zjawiska w śląskiej ochronie zdrowia.....	62
2.1.1. Pojęcie dialogu, charakterystyka zjawiska.....	62
2.1.2. Dialog społeczny a modele rynku pracy. ....	72
2.1.3. Dialog a kompromis .....	74
2.1.4. Dialog społeczny formą demokracji deliberatywnej.....	75
2.2. Dialog społeczny vs dialog obywatelski .....	77
2.3. Rodzaje dialogu społecznego .....	80
2.4. WKDS platforma dialogu czy instytucjonalny bubel?.....	84
2.5. Stan dialogu.....	92
2.5.1. Słabość dialogu. ....	97
Rozdział III. Negocjacje zbiorowe formą dialogu społecznego.....	105
3.1. Negocjacje zbiorowe- podstawowe założenia.....	105
3.2. Funkcje negocjacji zbiorowych.....	109
3.3. Zasady negocjacji (zbiorowych) .....	112
3.4. Otwarta metoda koordynacji szczególnym rodzajem negocjacji zbiorowych .....	113
Rozdział IV. Śląski wymiar ochrony zdrowia .....	125
4.1. Posttransformacyjne implikacje dla ochrony zdrowia .....	129
4.2. Stan zdrowia mieszkańców województwa .....	148
Rozdział V. Metodologia badań własnych.....	153
5.1. Cel i przedmiot badań .....	153
5.2. Dobór próby badawczej i charakterystyka respondentów.....	155
5.3. Metody i techniki badań zastosowane w badaniach.....	158
5.4. Klimat badań .....	161
Rozdział VI. Oblicza konfliktów w ochronie zdrowia w województwie śląskim .....	164
6.1. Konflikty w ochronie zdrowia- mechanizmy powstawania, uczestnicy, skutki .....	164
6.2. Finanse i NFZ jako główne obszary konfliktogene w ochronie zdrowia.....	182
6.2.1. Prywatyzacja i współpłacenie sposobami na poprawę kondycji finansowej ochrony zdrowia .....	195
6.3. Ochrona zdrowia a polityka- wzajemne powiązania.....	200
6.4. Wpływ zarządzania placówkami na sytuacje konfliktowe.....	207
6.5. Podsumowanie .....	217

Rozdział VII. Praktyczna realizacja zasad dialogu społecznego w ochronie zdrowia w województwie śląskim .....	221
7.1. Czym jest dialog dla partnerów społecznych? .....	221
7.2. Ocena funkcjonowania śląskiej WKDS ze szczególnym uwzględnieniem Zespołu Roboczego ds. Zdrowia.....	236
7.3. Partnerzy dialogu- wzajemne relacje i oczekiwania .....	251
7.4. System ordynatorski jako czynnik (de)stabilizujący system ochrony zdrowia.....	263
7.5. Podsumowanie .....	270
Rozdział VIII. Teoretyczne koncepcje konfliktu i dialogu w świetle badań własnych .....	275
Rozdział IX. Ogólnopolskie problemy w regionalnej perspektywie .....	292
9.1. Słabości systemu ochrony zdrowia .....	295
9.2. Perspektywy działania ochrony zdrowia.....	302
Bibliografia: .....	314
ANEKS.....	321

