

# N(I)EGOCJACJE



PRZEMYSŁAW  
KOZANECKI

W czasie gdy istniał jeszcze ZSSR, ministra Andrzeja Gromykę nazywano w gronie dyplomatów pan „Niet”, ponieważ była to jedyna dopuszczalna przez niego odpowiedź na wszelkie propozycje – bez względu na ich wartość merytoryczną. Takie samo kołysanie wyrobionych kolein polityki w stosunku do naszego zawodu, niestety, mimo upływu lat, nie mija. Darowane nam łaskawie przez panią minister Inflanty („rząd ZGADZA SIĘ” na mniejszy, unijnie

wprowadzony zakaz pracy w ponadnormatywnym wymiarze, mimo piskliwej próby wyartykułowania owego „niet”, z jakże polską chęcią zakombinowania przesunięciem terminu wprowadzenia dyrektywy) wpisują się w to doskonale.

Nadchodzi jednak 1 stycznia 2008 r. i jedyny dotychczas w historii oporu przeciwko wyzyskowi białych fartuchów moment – niepowtarzalny przez następnych wiele lat. Nie ma odwrotu od twardego postawienia, że niezbędne jest ustalenie godziwych warunków pracy. Twardego, co nie oznacza irracjonalnego oślego uporu w myśl postępowania wspomnianego Gromyki, ale zgodnie z ustaleniami dotyczącymi relacji zarobków lekarza do średniej krajowej płacy. Rozumiejąc, że istotą postępowania dyrekcji szpitali jest konieczność zapewnienia stałego 24-godzinnego nadzoru i leczenia pacjentów, istnieje kilka sposobów rozwiązania tego problemu. Jedno jest pewne – nie ma i nie będzie zgody na system zmianowy, takie też jest

stanowisko Izby Lekarskiej, uzgodnione na Konwencji Prezesów Izb Lekarskich. Pozostałe rozwiązania są operacjami na żywym i nieznieczulonym ciele, a konsekwencje są na tyle poważne, że każdy powinien rozpatrzyć i oszacować rachunek ryzyka potencjalnych strat oraz oczekiwanych zysków. Praca na kontraktach, czyli umowach cywilnoprawnych, jest powszechnym, dość chętnie stosowanym rozwiązaniem.

Wygodna forma rachunku ekonomicznego nie powinna przesłaniać jednak faktu, że to oznacza utratę praw pracowniczych, czyli dorobku XIX i XX wieku. Skala wyrównania finansowego owej utraty – czyli ubezpieczenie na wypadek utraty możliwości wykonywania zawodu, składka emerytalna, którą mogłyby przejąć dzieci – w moim przekonaniu nie jest adekwatna; nie wspominam tu o składce na ubezpieczenie wykonywania zawodu, bo to implikuje inny problem – a mianowicie czas wykonywania pracy lekarza; w założeniu dyrektywy o czasie pracy leży przekonanie, że człowiek musi być wypoczęty, aby pracował dobrze i bezpiecznie dla siebie i innych. Innymi słowy, stachanowskie normy wykonywania zawodu lekarza – jeśli będą przekraczane, to wszystko będzie dobrze do pierwszej wpadki, jak np. niepowodzenie terapeutyczne. Wtedy zaczną się schody: szpital umyje ręce, bo przecież zlecił wykonanie zadań innej firmie, czyli lekarzowi; ubezpieczyciel lekarza stwierdzi, że owszem, ubezpieczył, ale przecież w granicach prawa, a ono zostało naruszone, ponieważ INTENCJĄ USTAWODAWCY o czasie pracy była przesłanka, aby NIKT nie pracował powyżej stanowionej granicy bezpieczeństwa; sprawa ostatecznie wyląduje w sądzie. Nie wiem, jak ten orzecze, ale przypuszczam, że pociągnie dalej powyższy ciąg myślowy – z wiadomym skutkiem. Jaka więc powinna być stawka godziny kontraktowej, aby poopłacać wszelkie możliwe klauzule

i doubezpieczenia wraz z polisami dla rodziny? Wniosek izby na wspomnianym zebraniu prezesów, by minimalna stawka wynosiła 40 zł za godzinę kontraktu, w świetle tych rozważań wydaje się zdecydowanie za delikatny.

Należy ponadto w umowach określić maksymalny czas wykonywania jednostkowo świadczeń medycznych (np. 24 godziny) i koniecznie ustalić maksymalny czas do wypracowania w miesiącu. Na podstawie naszych, szpitalnych analiz dokonanych wraz z OZZL-em wynika, że zakres maksymalny godzin powinien wynosić 250-280 godzin miesięcznie, jakkolwiek można zawrzeć klauzulę o większej liczbie godzin – o ile ktoś sobie tego życzy.

Zastępstwa na czas nieobecności – jeśli miałyby być to zastępstwo wirtualne i jest na to obopólna zgoda (tzn. dyrekcji szpitali), to nie ma o co kruszyć kopii. Jeśli jednak zastępstwo ma być osobowe (osoba za osobę), to lepiej zawrzeć w umowie prawo do „nieświadczenia” usług poprzez szczegółowe zestawienie godzin świadczenia usług (wspomniane wyżej maksima godzinowe). Obawa, że kontrakty zostaną potraktowane jako obejście prawa pracy istnieje, ale są słowa wytrychy w nich stosowane, np.: „strony ustaliły, że... w tych miejscach, gdzie wzmiankowana jest zależność od innych lekarzy – ordynatorów, czasie pracy etc., co stanowi balans, ale legalny w zakresie polskiego, bardzo dziurawego prawa”.

Propozycja pracy w wydłużonym czasie, tzw. opt-out. Jeżeli ta propozycja zostałaaby przyjęta, istnieje ryzyko powstania politycznego uzusu, który ten stan spetryfikuje na zawsze, mimo że klauzule te są czasowe (na 3 miesiące) z założenia. Rozważmy fakt, że klauzula opt-out funkcjonuje w systemie brytyjskim – ale za jakie stawki! Do Wielkiej Brytanii wyjeżdżają przecież także lekarze niemieccy (robiąc

miejsce polskim...), zapewne nie z powodów zbyt małych zarobków – ale mniejszych. A skoro praca w Niemczech dla polskiego lekarza jest finansowo atrakcyjna, oczekiwany logicznie poziom stawki w Polsce przy wprowadzeniu opt-out wydaje się abstrakcyjny na tyle, że nie będę go tu rozważał. Tych obietnic nikt nie zrealizuje, no chyba że nastąpi półgębkiem niedawno wspomniany, polityczny cud...

Praca na etacie w zakresie norm unijnych i w ramach stosunku pracy do 48 godzin na tydzień, natomiast dyżury w ramach kontraktów z innym, niezależnym NZOZ-em, który będzie świadczył usługi na rzecz naszego pracodawcy. Dyrektor ma z głowy problem z przerwą w pracy wymaganą przez prawo i z limitem godzin, lekarz ma korzyści z prowadzenia działalności gospodarczej. Pytanie, ile kosztuje go dzielenie się wypracowanym zyskiem z owym NZOZ-em, prowadzonym przez innego lekarza – tu powinna kłaniać się etyka zawodowa, poczucie elementarnej przyzwoitości, ostatecznie należy założyć własny NZOZ.

Uwagi co do czasu pracy, odpowiedzialności – jak w uwagach do kontraktów. I na koniec. Znowu pojawią się próby przrzucenia odpowiedzialności za zapaść opieki zdrowotnej na barki lekarzy, gromkie okrzyki o etyce, moralnym szantażu, oratorskie połajanki i knajackie wypowiedzi „elyt” oraz oburzonych widzów, czytelników itp. Trudno. Musi dojść do realizacji złożonych wymówień przez lekarzy lub niepodpisania niekorzystnych klauzul i kontraktów, jeśli nie będzie odpowiedzi czynników zarządzających nie swoimi – bo naszymi, wszystkich obowiązkowo ubezpieczonych – pieniędzmi. Mamy ten obowiązek wykonać – dla nas i dla następnych pokoleń lekarzy, którzy nie darując nam zmarnowanego, historycznego momentu – wyjadą.