

Brak pieniędzy, brak ludzi



BUNT

PODCHORAŻYCH

W toku gorącej dyskusji o strajku rezydentów, którzy rzucili wyzwanie obecnej władzy niczym podchorążowie carowi w 1830 r., ujawnia się kilka ważnych dla dyskursu problemów. Pierwszym są obiektywne braki zasobów finansowych i ludzkich, drugim – bezgraniczna niewiedza i cynizm polityków proponujących trucizny zamiast leków, trzecim – pomysły prowadzące do zwiększenia niezbędnego potencjału. Czwartym problemem są sami rezydenci – ich wynagrodzenia, ale też organizacja kształcenia.

Braki zasobów

Często porównuje się nakłady na zdrowie w różnych państwach jako przeznaczony na nie procent PKB, co ma wskazywać na różnice w finansowaniu. Tymczasem należy to modyfikować o wartość tego PKB liczonego na mieszkańca oraz uwzględnić nakłady publiczne i prywatne. W takim kontekście nakłady na zdrowie w Polsce wynosiły w 2015 r. wg OECD 6,4% PKB (ok. 4,5% nakładów publicznych), a zarazem 1530 USD *per capita*. Dla porównania w Niemczech jest to 11% PKB (blisko 10% nakładów publicznych) i 4819 USD *per capita*, czyli nie dwukrotnie, ale przeszło trzykrotnie więcej. W bliskich nam Czechach, które często przyjmujemy za punkt odniesienia przy wielu porównaniach, jest to 7,1% PKB (ok. 6% publicznych) i 2040 USD *per capita*. Średnie nakłady dla wszystkich krajów OECD wyniosły w 2015 r. 8,9% PKB (ok. 6,5% nakładów publicznych) i 3453 USD na głowę. Te liczby wskazują, jak daleko nam nie tylko do krajów rozwiniętych, choć Polska niedawno została do nich zaliczona, lecz także do większości krajów rozwijających się.

Podobne dysproporcje dotyczą liczby specjalistów medycznych. W przypadku czynnych lekarzy w roku 2013 ich liczba w Polsce, wg raportu OECD (podważanego przez Ministerstwo Zdrowia), wynosiła 2,2/1000 mieszkańców, przy 4,1 w Niemczech, 3,7 w Czechach i średniej 3,3 dla wszystkich krajów podlegających ocenie. Podobne braki dotyczą pielęgniarek i w coraz większym stopniu innych pracowników medycznych. Jeżeli dodać jeszcze lukę pokoleniową, szczególnie widoczną w przypadku lekarzy i pielęgniarek, widać nadchodzącą katastrofę, w której nie tylko nie będzie za co leczyć, ale także nie będzie kim leczyć.

Jaki podstawowy wniosek płynie z tych ponurych danych? Jeżeli nawet zwiększylibyśmy nakłady na zdrowie w sposób bardziej zdecydowany niż to proponują rządzący, to i tak ze względu na narastający brak specjalistów medycznych będziemy w długoletnim kryzysie. Nawet znaczny wzrost wynagrodzeń nie spowoduje sklonowania lekarzy i pielęgniarek. Być może jakaś ich część zechce przedłużyć swoją pracę mimo uzyskania wieku emerytalnego, może zaktywizuje się jakiś margines tych, którzy porzucili zawód. Może zmniejszy się emigracja (która, dodajmy, jest znacznie przeszacowywana). Reasumując – przy obecnej organizacji systemu nawet zwiększenie nakładów nie sprawi, że lekarze i pielęgniarki będą pracować mniej niż do tej pory. Na to trzeba poczekać lata, aż wykształcą się większą ich liczbę. Zatem pierwszy postulat młodych lekarzy, dotyczący ograniczenia czasu pracy, można uznać za obiektywnie mało realny w dotychczasowych realiach systemu. Chyba że zdecydujemy się zamknąć dużą część szpitali i przychodni, co z kolei jest nierealne z wielu innych przyczyn.

RZĄDZĄCY CHWAŁĄ SIĘ DODATKOWYMI

MILIARDAMI Z BUDŻETU NA OCHRONĘ ZDROWIA.

GDZIE ONE SĄ?

Głupota, która aż tak bardzo boli

Śródtytuł został zaczerpnięty z piosenki Andrzeja Sikorowskiego „Nie przenoście nam stolicy do Krakowa”. Poziom nieprawd i dezinformacji serwowanych nam przez polityków zarówno partii rządzącej, jak i opozycji (z przewagą tych ostatnich) ma uzasadnienie o tyle, o ile wiedza o konstrukcji i finansowaniu systemu nie jest wiedzą powszechną dla Polaków, mimo że podobno wszyscy się znają na polityce i zdrowiu. Ale jednocześnie – biorąc pod uwagę przywołany wcześniej poziom półprawd, manipulacji, a czasem wręcz ordynarnych kłamstw – można mówić albo o braku wiedzy polityków na temat systemu, albo o ich nieprawdopodobnym wręcz cynizmie. Skąd takie ostre słowa?

Rządzący chwalać się dodatkowymi miliardami z budżetu na ochronę zdrowia. Gdzie one są? Dodatkowe środki, za które trzeba chwalić rządzących, to finansowanie leków dla seniorów, finansowanie dodatkowych miejsc kształcenia studentów na uczelniach i większej liczby rezydentur niż w latach ubiegłych. No i oczywiście inwestycje ze specustawy, które jeszcze nie zostały zrealizowane. Tyle że te wszystkie środki w sumie to maksimum jeden miliard złotych. To na pewno nie są głośno obiecywane trzy miliardy, a zwłaszcza osiem miliardów, bo i taka kwota padła z trybuny sejmowej. Cały wzrost finansowania to zwiększony wpływ składki zdrowotnej bądź – jak to było w lipcu 2017 r. – uruchomienie funduszu zapasowego NFZ, stanowiącego oszczędności, a w zasadzie niewydane środki z lat ubiegłych. Jest w pewnym zakresie zasługą rządzących większy wpływ składki zdrowotnej – dzięki pobudzeniu gospodarki czy podwyższeniu płacy minimalnej. Jednak nie były to w znakomitej większości dodatkowe środki z budżetu państwa, co starają się nam wtłaczać w głowy politycy PiS. Zwłaszcza że w międzyczasie zapadły decyzje zmniejszające wysokość ściąganej składki zdrowotnej, np. o podwyższeniu kwoty wolnej od podatku. Pozostaje nadzieja, że do ukazania się tego artykułu w druku jakieś dodatkowe pieniądze z budżetu państwa rzeczywiście się pojawią.

To i tak nic przy tym, co serwują nam politycy opozycji, zwłaszcza jeszcze niedawno odpowiadający za system opieki zdrowotnej politycy PO. Słyszymy, że to dzięki nim nakłady na ochronę zdrowia wzrosły o kilkadziesiąt procent. To znowu jest manipulacja, bo jakkolwiek wzrost nakładów związany był wyłącznie ze wzrostem ściąganości składki zdrowotnej wyni-



WIĘKSZYM PROBLEMEM NIŻ POZIOM

WYNAGRODZEŃ REZYDENTÓW JEST SPOSÓB

ICH KSZTAŁCENIA

kającym z umiarkowanego w tamtych latach spadku bezrobocia i wzrostu wynagrodzeń. Nie dość, że nie było żadnych decyzji o zwiększeniu finansowania systemu, to w dodatku wielokrotnie podejmowano decyzje przeciwnie. Wystarczy przypomnieć wycofanie się z pomysłu prof. Religi, który obarczył ubezpieczycieli obowiązkiem finansowania leczenia ofiar wypadków komunikacyjnych. Taką decyzję podjęła Ewa Kopacz, mimo że przynosiło to systemowi ponad miliard złotych rocznie, czyli mniej więcej tyle, ile obecnie budżet łoży na wynagrodzenia rezydentów. Drugim mechanizmem, szeroko wykorzystywanym przez ministrów z PO, było przerzucanie na NFZ finansowania świadczeń, za które wcześniej płaciło Ministerstwo Zdrowia, czyli budżet. Dotyczyło to chociażby większości procedur transplantologicznych. Jeżeli dolożymy do tego np. efekty wprowadzenia ustawy refundacyjnej, która – obok rozwiązań korzystnych – przyniosła też na pierwszym etapie przerzucenie dużej części kosztów refundacji leków z NFZ na pacjentów, to widzimy, jak bardzo poprzednicy starali się wspomagać system i pacjentów dodatkowymi środkami. Rezydentom radzę się zapoznać, ile miejsc finansowano w latach 2008–2015 i jak to się ma do liczby rezydentur z lat 2016 i 2017.

Oprócz PO i PiS są jednak jeszcze inne partie. Wzruszenie wywołują propozycje PSL zwiększenia wysokości składki zdrowotnej, którą mają płacić inni, bo rolnicy praktycznie jej nie płacą (1 zł od hektara), a koszty ich leczenia są mniej więcej trzykrotnie wyższe niż środki przekazywane NFZ przez KRUS. W rozdaniu nieswojego swoisty rekord pobił Paweł Kukiz, postulujący przekazanie na zdrowie subwencji dla partii politycznych. Abstrahując od potrzeby finansowania partii politycznych, niewiele ponad 100 mln zł rocznie (w 2016 r. 112,9 mln zł) to dla zdrowia „wielkie nic”, ale jedynym ugrupowaniem nieotrzymującym subwen-

cji jest Kukiz 15'. Nowoczesna z kolei postuluje „przejście budżetu na lata 2017 i 2018” i znalezienie tam środków na podwyższenie wynagrodzeń rezydentów. Jakby nie wiedzieli, że nie chodzi tu o jednorazowe zastrzyki na pojedyncze cele, które na dodatek mogą spowodować eskalację oczekiwań płacowych innych pracowników, ale o systemowe zwiększenie finansowania. Wszystkich jednak i tak pobił Janusz Korwin-Mikke, który w odpowiedzi na strajk rezydentów wezwał do likwidacji „państwowej służby zdrowia”, czyli czegoś, co nie istnieje, poza nielicznymi instytutami i zakładami podległymi Ministerstwu Zdrowia.

Smutkiem napawa to, że „wybrańcy narodu” wykazują się taką ignorancją, a istniejący spór wykorzystują głównie w celu autokreacji na potrzeby kolejnych wyborów parlamentarnych czy samorządowych.

W poszukiwaniu lekarstwa na przyszłość

Odpowiedzią na strajk była propozycja premier Beaty Szydło powołania specjalnego zespołu z udziałem strajkujących, który do 15 grudnia miał wypracować rozwiązania spełniające postulaty rezydentów. Propozycja została przyjęta z głęboką nieufnością, a później odrzucona praktycznie przez wszystkich, czemu tak naprawdę nie można się za bardzo dziwić. Wystarczy sobie przypomnieć nie tylko zespoły Konstantego Radziwiłła z 2016 r., ale chociażby „biały szczyt” z 2008 r. Dotychczas żadne publicznie tworzone fora nie przyniosły konkretnych rozwiązań realizowanych następnie przez rządzących, ale były wyłącznie swoistymi teatrami i grą na czas. Kto wie, może gdyby zaproponowano specjalną komisję sejmową, która przy udziale ekspertów oraz organizacji związkowych i korporacyjnych miałaby zaproponować rozwiązania „ponad podziałami”, wzbudziłoby to większe zaufanie społeczne. Ale z drugiej strony nie jestem sobie w stanie wyobrazić współpracy przedstawicieli partii tak skłóconych jak obecnie.

Zresztą, czy trzeba tworzyć jakiegokolwiek zespoły? Przecież wiadomo, co należy zrobić. Trzeba przeznaczyć większe środki i kształcić więcej pracowników. Aby było więcej środków, wystarczy zwiększyć składkę zdrowotną. Skoro to ma być finansowanie z budżetu, to składka powinna być odliczana od podatku. Ponieważ obciążenia powinny być solidarne, składkę należy upowszechnić i obciążyć nią w taki sam sposób wszystkich – pracujących na umowę o pracę, samozatrudnionych, ale też rolników. Wzorem wszystkich państw europejskich częścią składki należy obciążyć pracodawców.

Pewnie trzeba by wprowadzać to stopniowo i przynajmniej w okresie przejściowym spowodowałyby to zwiększenie obciążeń indywidualnych niektórych grup społecznych. Ale przecież gdyby to były pieniądze z budżetu, to z nieba by się nie wzięły, ale też pochodziłyby z naszych podatków. Można się zatem spodziewać

krzyku neoliberalnych gardel, że rządzący „dobierają się do naszych kieszeni”, a przecież oni nie chorują, jeśli zaś chorują, to leczą się prywatnie, a jeśli trafią do szpitala, to tam brakuje lekarzy i pielęgniarek. A jak ma być inaczej, skoro nie płacą przynależnej, niezbędnej daniny? Przecież to jest kwintesencja powiedzenia „mieć ciastko i zjeść ciastko”.

Reasumując – większe pieniądze dla systemu to większe obciążenia dla społeczeństwa, które musimy ponieść. Czy przez wzrost podatków, czy przez inne ich rozłożenie, czy też przez inną redystrybucję tych już ściąganych. Te pieniądze są niezbędne, aby zatrzymać już pracujących w zawodzie, ale też wykształcić i dobrze opłacić kolejnych. Boję się jednak, że politycy będą chcieli uniknąć tych decyzji i sprawdzonym wzorem będą konfabulować o kolejnym „uszczelnianiu” systemu, co będzie miało przynieść fantastyczne efekty.

Rzeczywisty problem rezydentur

Wszystkim użalającym się nad ciężką dolą rezydentów należy się także nieco inne spojrzenie. Oczywiście jest, że lekarze rezydenci to jeden z najważniejszych kapitałów ludzkich systemu. Powinni oni być dobrze opłacani i mieć jak najlepsze warunki do kształcenia.

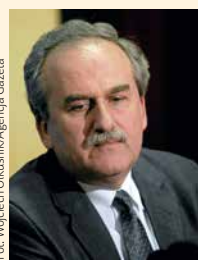
Oczywiste jest także, że ani jedno, ani drugie nie jest zadowalające. Omówmy zatem oba te oczekiwania.

Po pierwsze – wynagrodzenia rezydentów. Obecnie wynoszą one od 3300 do 3900 zł brutto na miesiąc i rzeczywiście należy je uznać za dość niskie. Jest to jednak wynagrodzenie za pracę 7 godz. 35 min dziennie. Za dyżury, na których nadmierną liczbę się żalą, otrzymują dodatkowe wynagrodzenie, często w wysokości kilkudziesięciu, a nawet 100 zł za godzinę. Rzeczywiście wynagrodzenie rezydentów to nie tylko te pieniądze, które płaci Ministerstwo Zdrowia.

W odpowiedzi na pytanie, ile powinno ono wynosić, radziłbym spojrzeć na wynagrodzenia aplikantów radcowskich czy młodych architektów. To także wysoko oceniane zawody, ale w okresie „czeladnikowania” opłacane bardzo nisko. Zresztą ta reguła obowiązuje na całym świecie. Innym jednak problemem jest to, że rezydenci nie są wynagradzani przez swoich pracodawców, lecz są swoistymi „stypendystami” budżetu państwa. No to spójrzmy, ile państwo płaci innym swoim stypendystom, np. doktorantom. Jeszcze mniej niż rezydentom. Czy fizyk, który być może jest przyszłością nauki polskiej, jest mniej warty od lekarza rezydenta? Zresztą nauka polska to w ogóle bardzo ciekawy kontrapunkt. Obecnie procedowana nowa

Adam Fronczak

kierownik Zakładu Zdrowia Publicznego
Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego



Fot. Wojciech Calkowski/Agencja Gazeta

Autor ma dużą wiedzę na temat funkcjonowania ochrony zdrowia i w wielu sprawach ma rację.

Ochrona zdrowia jest jednym z najtrudniejszych obszarów funkcjonowania władzy publicznej. Od blisko 30 lat każda zmiana polityczna wiąże się z mniejszymi lub większymi reformami w opiece medycznej. Raz jest więcej „rynku”, innym razem więcej „publicznego” charakteru służby zdrowia. Reformatorzy z reguły twierdzą, że jest to niezbędne dla dobra pacjenta. Obiecują, że po wygraniu wyborów dokonają cudownych zmian. Nikt nie mówi o fachowych pracownikach służby zdrowia. Nikt ich nie pyta o zdanie! Oni nie mają wpływu na podejmowane decyzje. Politycy wiedzą, że zdrowie wymaga dużych nakładów i kompleksowych rozwiązań. Ale ich niestety nie ma. Takie decyzje są niezmiernie trudne. Łatwiej jest od czasu do czasu łagodzić protesty wybranych grup zawodowych poprzez sektorowe podwyżki płac niż opracowywać kompleksowe rozwiązania. Takie działania nasilają antagonizmy pomiędzy różnymi grupami zawodowymi i zaburzają ich harmonijną współpracę. Nikt nie stworzył tzw. mapy drogowej w ochronie zdrowia, która w sposób

kompleksowy pokazałaby drogi dochodzenia do normalności. Dyskusja na ten temat powinna przebiegać ponad podziałami politycznymi. Każdy kolejny rząd powinien realizować następane etapy zmian, a nie wywracać wszystko do góry nogami i zaczynać od nowa. Mamy prawie 2 razy mniej lekarzy niż Niemcy. Polski lekarz przyjmuje 2 razy więcej pacjentów, często w kilku miejscach pracy. Gdzie jest miejsce na podmiotowość pacjenta, o której tyle się mówi? Lekarze przez ostatnie lata stali się dodatkowo pracownikami NFZ, ponieważ wykonują mnóstwo biurokratycznych procedur dla tej instytucji. Ścieżka kariery jest bardzo zawiła i wyboista. W ciągu ostatnich kilkunastu lat systematycznie podnoszono poprzeczkę w obszarze kształcenia, nie łącząc tego z odpowiednim wynagrodzeniem. U wielu pracowników służby zdrowia widać permanentne zmęczenie, wypalenie i zniechęcenie, które są efektem przepracowania i braku perspektyw. Dyrektywa unijna dotycząca czasu pracy służy lekarzom w innych krajach, ale nie w Polsce. Fachowi pracownicy służby zdrowia patrzą z niepokojem w przyszłość. Oczekują kompleksowych rozwiązań finansowo-organizacyjnych, których płace są tylko jednym z elementów. Oczekują jasnej wizji przyszłości funkcjonowania ochrony zdrowia w Polsce potwierdzonej w odpowiednich dokumentach wysokiej rangi. Jest to duży wysiłek intelektualno-organizacyjny, bez którego nie zbudujemy efektywnego i przyjaznego systemu ochrony zdrowia zarówno dla pacjentów, jak i tych, którzy im służą pomocą.

ILE POWINNO WYNOŚĆ WYNAGRODZENIE

REZYDENTÓW? RADZIŁBYM SPOJRZEĆ

NA WYNAGRODZENIA APLIKANTÓW

RADCOWSKICH CZY MŁODYCH ARCHITEKTÓW

ustawa o szkolnictwie wyższym ma przynieść podwyżki wynagrodzeń pracowników naukowych. Według tej ustawy miesięczne wynagrodzenie zasadnicze profesora uczelni nie będzie mogło być niższe niż 2,5-krotność wynagrodzenia – ale nie średniego, tylko minimalnego. Czyli profesor uniwersytetu (w tym medycznego) za rok może będzie zarabiał 5500 zł na miesiąc, a może nie, jeżeli ustawa nie przejdzie w proponowanej treści. I w takim kontekście też należy spojrzeć na wynagrodzenia rezydentów.

Poza tym mamy kalekę, bo kalekę, ale ustawę o minimalnych wynagrodzeniach pracowników systemu. Ustawa ta, dzięki jednemu zapisowi włączającemu do podwyżek skutki wcześniejszej podwyżki dla pielęgniarek, zaczęła powoli uzdrawiać hierarchię wynagrodzeń w poszczególnych szpitalach i przychodniach. Jeżeli teraz radykalnie podwyższymy wynagrodzenia rezydentów, to cała ta ustawa idzie do kosza i trzeba będzie dodatkowo regulować wynagrodzenia innych pracowników. Zresztą z tego właśnie powodu strajk rezydentów jest popierany przez inne organizacje związkowe.

Po drugie – większym problemem niż poziom wynagrodzeń rezydentów jest sposób ich kształcenia. Twórcy systemu niefrasobliwie ustalili, że będziemy kształcić lekarzy w ilościach i specjalnościach określanych przez wojewodów przy współudziale konsultantów wojewódzkich, ale bez żadnego związku z potrzebami zakładów pracy. Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego przyznało liczbę miejsc uprawnionych do kształcenia rezydentów na podstawie liczby zatrudnionych lekarzy specjalistów i w efekcie wielkie szpitale mają prawo do kształcenia setek rezydentów, mimo że nie potrzebują ich do własnej pracy w kolejnych latach. I to jest największy błąd w kształceniu.

Od lat medycyna opierała się na relacji mistrza i ucznia. Młody lekarz jak czeladnik nabierał umiejętności pod kierownictwem swojego medycznego mentora. Lekarze specjalizacji zachowawczych uczyli się właściwego diagnozowania i terapii, młodzi zabiegowcy najpierw asystowali, a następnie pod okiem mistrza wykonywali operacje samodzielnie. Tam, gdzie są setki „czeladników”, taki model w ogóle nie działa.

W 2017 r. w obu naborach: wiosennym i jesiennym, przyznano blisko 6000 miejsc rezydenckich. Czysto statystycznie byłoby to ok. 10 nowych rezydentów w każdym szpitalu. Jednak, jak w latach ubiegłych, w ogromnej większości pojawiają się oni w wielkich szpi-

talach, gdzie noszą przysłowiowe teczki i są gremialnie kierowani na dyżury na SOR-ach. W większości przypadków o dopuszczeniu na szerszą skalę do stołu operacyjnego czy do złożonych urządzeń diagnostycznych mogą sobie jedynie pomarzyć. Tymczasem w mniejszych szpitalach pojawią się tylko pojedyncze osoby, chociaż właśnie tam młodzi lekarze są najbardziej potrzebni. I to należałoby jak najszybciej zmienić dla dobra systemu, ale też ich samych. Musimy kształcić nowych lekarzy, aby zastępowali i uzupełniali kadre we wszystkich jednostkach. Rozwiązaniem godnym rozważenia byłoby, aby rezydentury (środki na zatrudnienie lekarza w trakcie specjalizacji) otrzymywały szpitale, zaś lekarze do tych miejsc by konkurowali. Omówmy zatem ten model.

Wszystkie szpitale składałyby do urzędu wojewódzkiego informację o swoich potrzebach kadrowych w zakresie oddziałów, które posiadają akredytację CMKP do prowadzenia szkoleń specjalizacyjnych. Zgłoszenia te byłyby analizowane i ustalana byłaby ich kolejność w zależności od niezbędności uzupełniania kadry lekarskiej w poszczególnych specjalnościach. Jeżeli w kolejnym naborze przyznano by na terenie województwa np. 6 miejsc chirurgii ogólnej, to lekarze, którzy przecież wcześniej zdają egzamin, dokonywaliby wyboru spośród istniejących miejsc w kolejności zależnej od uzyskanego wyniku. Rezydentura to nie jest obowiązek państwa spełniania wszystkich życzeń młodych lekarzy. To grant, który państwo płaci, choć może w niewystarczającej wysokości, lekarzom chcącym się specjalizować w takim zakresie, jaki państwo uznaje za systemowo potrzebny. Teraz należałoby dodać: „i w takim miejscu”.

Jakie byłyby z tego korzyści? Przede wszystkim, związanie rezydenta z miejscem, w którym się kształci. Kilka lat rezydentury sprawi, że młody lekarz w tym miejscu, kolokwialnie rzecz ujmując, zapuści korzenie. Kupi dom lub mieszkanie, może zawrze związek małżeński, urodzą mu się dzieci. Ponadto, specjalizując się w mniejszych zespołach, nabędzie znacznie więcej praktyki, a nikt mu przecież nie odbiera obowiązkowych staży na oddziałach specjalistycznych. I prawdopodobnie w tym szpitalu zostanie już na lata. Obecnie młodzi lekarze pozostają w wielkich miastach i duża ich część po zakończeniu rezydentur dopiero musi sobie szukać miejsca pracy i miejsca do życia. Mają do wyboru: dojeżdżać do pracy, podejmować pracę w lecznictwie ambulatoryjnym, w skrajnym przypadku emigrować. I to jest największe zło.

Można by jeszcze rozważyć przywrócenie dwustopniowej specjalizacji, w której specjalizacje szczegółowe uzyskiwałoby się po wcześniejszym szkoleniu w zakresie specjalizacji podstawowych. Przecież stworzyliśmy największą liczbę specjalizacji w Europie, a często kardiolog czy nefrolog nie ma pełnej wiedzy z chorób wewnętrznych i posiłkuje się konsultacjami innego



For: gettyimages.com/Gary Waters

**REZYDENTURA TO NIE JEST OBOWIĄZEK
PAŃSTWA SPEŁNIANIA WSZYSTKICH ŻYCZEŃ**

**MŁODYCH LEKARZY. TO GRANT,
KTÓRY PAŃSTWO IM PŁACI**

lekarza. Na temat samego kształcenia i możliwości jego zmiany można napisać jeszcze wiele, a niedawne wypowiedzi Konstantego Radziwiłła wskazują na to, że rządzący też już dojrżeli do przebudowy jego zasad.

Pokaż, rezydencie, na Facebooku zdjęcie

Charakterystyczną cechą obecnego sporu jest ponadnormatywne jego nasycenie propagandą i manipulacją. Nie mniej osądzać, czy rezydenci byli w jakikolwiek sposób inspirowani politycznie. Faktem jest natomiast, że zostali natychmiast poparci przez „totalną opozycję” i środowiska będące w sporze z obecnym rządem. Obecność polityków, aktorów czy celebrytów znanych z wcześniejszych protestów ulicznych zaczęła rezydentów pozycjonować politycznie, pomimo ich nieśmiały prób dystansowania się. Nieroztropnością wydaje się też ostatni apel NRL o wsparcie protestu do międzynarodowych organizacji lekarskich. To oczywiście wywołało natychmiastowe komentarze polityków partii rządzącej, umieszczających protest rezydentów w nurcie polityki „ulica i zagranica”. Podobnie zachowały się media. Te opozycyjne, które jeszcze kilka lat temu wylewały na lekarzy wiadra pomijając spory z ministrami PO, raptem zaczęły wyrażać głębokie zrozumienie dla ich oczekiwań. Te rządowe zaczęły z kolei odsądzać ich od czci i wiary. Do kanonu „śmieciowego dziennikarstwa” przejdą informacje TVP Info o „kanapkach z kawiozem” czy umieszczanie facebookowych zdjęć przywódców protestu. Oczywiście wywołało to reakcje w mediach społecznościowych, gdzie obustronne negatywne emocje zaczęły osiągać krytyczne poziomy. Jest taka teoria, że jeżeli chce się przeciwnika

ostatecznie pokonać, to trzeba go pozbawić godności. I niestety takie próby były w stosunku do rezydentów podejmowane. Wydaje się jednak, że miały efekt przeciwny do oczekiwanego.

Nie są mi znane aktualne losy sporu. W dniu pisania artykułu Porozumienie Zawodów Medycznych ogłosiło przyłączenie się do protestu rezydentów. Co się okaże jutro, pojutrze czy za tydzień – czas pokaże. Oby to były konstruktywne posunięcia w duchu kompromisu uwzględniającego zarówno aspiracje interesariuszy systemu, jak i możliwości finansowe państwa. Oby spór nie zakończył się drobnymi czy większymi ustępstwami na rzecz pracowników, bez fundamentalnych zmian systemowych.

Artykuł nazwałem „Bunt podchorążych”, traktując rezydentów jako przyszłych oficerów systemu. Dopiero w trakcie pisania przyszło mi głowy zupełnie inne skojarzenie. Podchorążowie rozpoczęli powstanie listopadowe, a następnie oddali jego stery w ręce starych generałów. Powstanie zakończyło się klęską i Wielką Emigracją, a jedynym jego sukcesem było przepędzenie w pierwszym dniu z Belwederu wielkiego księcia (nomen omen) Konstantego. Oby zakończenie sporu nie korespondowało w żaden sposób z historią.

*Maciej Biardzki
Autor jest ekspertem ochrony zdrowia.*