

DOROTA GARDIAS

Dialog – niesmaczne lekarstwo na problemy polskiego systemu ochrony zdrowia

Kampania wyborcza dobiegła końca. Prezydentem Rzeczypospolitej Polskiej po raz drugi został Pan Andrzej Duda. Wielu dziennikarzy, zaraz po ogłoszeniu wyników *late poll*, pytało mnie – co reelekcja Andrzeja Dudy przyniesie w kontekście praw pracowniczych, dialogu i ochrony zdrowia? Ogromna część opinii publicznej wciąż wierzy, że kampanie wyborcze to okres cudów i cudownych zmian. Wracając do zadawanego przez redaktorów rozmaitych redakcji pytania – reelekcja Andrzeja Dudy niczego nie przyniesie. Niewiele zmieniłoby się, gdyby prezydentem został główny kontrkandydat urzędującego prezydenta, Rafał Trzaskowski. Mówiąc o cudownych zmianach nie mam na myśli tylko kwestii wizerunkowych, partyjnych czy ideologicznych. Dla mnie jako dla wieloletniej działaczki związkowej realna, namacalna zmiana powinna opierać się nie tyle na personaliach, co na redefinicji wartości wpływających z naszej kultury społeczno-politycznej.

Aktualnie przebywamy na jednym wielkim polu bitwy. Demokracja jest dla nas narzędziem podboju. Jedno środowisko – obóz polityczny pokonuje drugi – słabszy, zmęczony rządzeniem, aferami, wewnętrznymi konfliktami. Po odbiciu strategicznych obszarów rozpoczyna się realizacja własnej agendy. Zasada jest mniej więcej taka sama – skoro wygraliśmy wybory, to będziemy rządzić, jak nam się podoba. Reszta ma się dostosować. Gdy tak się nie dzieje, do gry wkracza znana nam bardzo dobrze polaryzacja. Cytując „ostry cień mgły” – my, oni, oni, wy. Wcześniej czy później na wspomnianym polu pojawiają się dwie Polski, dwie koncepcje, dwie różne odpowiedzi. I tak dzieje się, odkąd pamiętam.

W jaki sposób rozwiązujemy nasze problemy? Każda władza, każdy partner społeczny powie, że poprzez dialog. Wcześniej czy później kompletnie pozbawiona możliwości współdecydowania grupa zawodowa wychodzi na ulicę. Przecież dialog nie polega wyłącznie na słuchaniu i robieniu po swojemu, a na umożliwianiu drugiej stronie uczestnictwa we współtworzeniu rozwiązań dotyczących nas wszystkich. Dążenie do konsensusu ma swoją cenę. Jak na razie żaden obóz polityczny nie chciał jej zapłacić. Mowa tu o rezygnacji z doraźnych korzyści politycznych. Te z kolei przynosi polaryzacja. Najłatwiej jest podzielić społeczeństwo, a następnie na kanwie takiego podziału wskazać mistyczne, a zarazem pozorne centrum. O wiele trudniej wziąć odpowiedzialność za umowę społeczną, która nie dość, że wymaga odejścia od bieżącej

walki politycznej, to nade wszystko jest łatwo weryfikowalna, a nigdzie nie pływa się lepiej niż w mętnej wodzie pełnej wzajemnych oskarżeń i patetyzmów. W głębi serca wie to każdy polityk wywodzący się ze znanego nam polskiego establishmentu.

Nie napisałam jeszcze ani słowa o polskim systemie ochrony zdrowia? Niekoniecznie. W pewnym sensie napisałam już wszystko o stanie faktycznym, tj. o miejscu, do którego zmierzaliśmy od 1989 r. Tak długo okładaliśmy się czym popadnie, że kompletnie nie wzięliśmy pod uwagę ewentualności takich jak nadejście nowej choroby, w tym przypadku wirusa SARS-CoV-2. Fakt, trudno było przewidzieć pandemię koronawirusa. W naszym przypadku wprowadzenie stanu epidemicznego uwypukliło wszelkie systemowe dysfunkcje. A to dopiero początek zupełnie nowego rozdziału dla medyków, polityków i całego społeczeństwa. Nie ukrywam, że miałam nadzieję... Jeszcze na początku kwietnia 2020 r. byłam gotowa zaryzykować tezę, że jest szansa na zmianę naszego paradygmatu społeczno-politycznego. Pomyliłam się, jak każdy kto ma w sobie choć odrobinę z państwowca. Forma komunikacji społecznej w trakcie niekończącej się kampanii wyborczej wyeksponowała ostrość zakrętu, który pokonuje system ochrony zdrowia. Z politykami za kierownicą.

Przebywając długie tygodnie w zafundowanej przez samą siebie izolacji, zastanawiałam się, jak wyglądałby system ochrony zdrowia, w jakiej byłby kondycji, gdybyśmy przez ostatnie 30 lat prowadzili go razem – rząd z partnerami społecznymi? Czy w trakcie najgorszego momentu trwania pandemii oglądalibyśmy w telewizji te same obrazy? Czy klaszczący medykom politycy wyglądaliby na bardziej wiarygodnych? Czy pielęgniarki i położne musiałyby pracować po 400 godzin w miesiącu, by zarobić na godne minimum? Czy medycy umieraliby z przemęczenia na dyżurach? Nie twierdzę, że stać by nas było na idealny system ochrony zdrowia. Co jednak można było zrobić lepiej, mądrzej, bardziej efektywnie?

Cofnijmy się do lat 90. Nie bez pardonu to właśnie w tej dekadzie narodził się Ogólnopolski Związek Pielęgniarek i Położnych – organizacja pełna młodych, aktywnych, ideowych kobiet, które postanowiły o siebie zawalczyć. OZZPiP wcale nie był emanacją rozpadających się struktur NSZZ „Solidarność”. Wiele ogólnopolskich związków zawodowych rzeczywiście powstało w wyniku wyodrębnienia się z „S”. Ich liderzy nie widzieli w tej organizacji przyszłości – stawiali na działalność propracowniczą, a nie polityczne układanki. Lata 90. to był idealny moment na rozmyślanie o Polsce w wymiarze długofalowym. Wiadomo, że lepiej późno niż wcale, jednak w tamtym okresie można było podjąć tę niesamowicie ważną decyzję. Już wtedy związkowcy mówili do poszczególnych rządów – uwolnijcie system ochrony zdrowia od kadencyjności! Tego się nie da zrobić w cztery lata! To była prawda, choć bardzo niewygodna. Po prawie sześciu dekadach centralnego sterowania wszystkimi obszarami życia społecznego i publicznego poprzedzonych ogólnopolskim konfliktem trudno jest coś naprawić w 48 miesięcy. To była (i nadal jest) niewykonalna misja.

Reformę systemu ochrony zdrowia powinno realizować się w oparciu o minimum 10-letnią strategię. Na jakich fundamentach należało budować w latach 90.? Najważniejsza kwestia to określenie ról i zasad finansowania systemu. Skoro obraliśmy drogę budowania gospodarki wolnorynkowej, często bardzo radykalnie realizowanej, opierając się jednocześnie na aktywach i infrastrukturze z czasów PRL, należało od początku dążyć do konsensusu. System ochrony zdrowia musi być mieszany (publiczny i prywatny) oraz odpowiadać strukturze alokacji kapitału. Spór ideologiczny toczony

pomiędzy narratorami dwóch opowieści o roli usług publicznych już dawno powinien zakończyć się niespotykanie trudnym kompromisem. Niemożliwym jest bowiem realizowanie polityki związanej z systemem ochrony zdrowia, mając z tyłu głowy państwa skandynawskie. Nie jest to możliwe nawet teraz, a co dopiero 20 lat temu! Narody państw skandynawskich wywodzą się z innego kręgu kulturowego, o wiele bardziej egalitarnego, z dłuższym rodowodem kapitalistycznym, bez tak spektakularnie destrukcyjnych traum wojennych, komunistycznych i innych. Te państwa budowały swój dobrobyt w sposób linearny, prowadzą zasadniczo inny styl życia, ich struktura społeczna nie jest dotknięta tak wysokimi nierównościami. Mówimy o społeczeństwach bogatych w wymiarze kapitału społecznego, o wiele bardziej ufających instytucjom państwa niż my, Polki i Polacy.

Najkrócej rzecz ujmując, „We the People” nie mieliśmy tyle szczęścia. W latach 90-tych musieliśmy się mierzyć z wyzwaniem, których państwa skandynawskie nigdy nie musiały doświadczać. Na pewno nie w takiej skali. Trzeba sobie to powiedzieć otwarcie – państwo nie mogło wtedy zasysać wystarczających środków w postaci danin i podatków do budżetu, które załatałyby pokomunistyczną dziurę i jednocześnie pozwoliłyby na publiczną ochronę zdrowia w wersji *all inclusive*. W sumie to nie było nawet cienia szansy na zbudowanie takiej perspektywy, biorąc pod uwagę, że znakomita część polskiej klasy politycznej piała na cześć niewidzialnej ręki wolnego rynku. Choćby ze względu na opisaną dychotomię poznawczą, już na samym początku naszej nowej drogi, można było się umówić, że państwo co prawda gra na głównej scenie, ale sektor prywatny ma dożywotni kontrakt na *support*. Nie dogadaliśmy się w tej sprawie ani w tamtym czasie, ani już nigdy później. Jeszcze niedawno – w 2019 r. przy stole Rady Dialogu Społecznego strony spierały się o systemowy kierunek reform. Niestety, wciąż jest to jeden z podstawowych problemów.

Drugim fundamentem do modelu zarządzania ochroną zdrowia przez państwo polskie. Nomen omen w momencie, w którym pracuję nad tym tekstem, rząd Rzeczypospolitej Polskiej przygotowuje się do kolejnej zmiany na stanowisku ministra zdrowia. Co prawda nie wiadomo jeszcze, kto zastąpi Pana Łukasza Szumowskiego, możemy się jednak spodziewać premiery kolejnego odcinka serialu o systemowych eksperymentach. Czeka nas kolejny cykl wydarzeń, które niczym w czasoprzestrzennej pętli po prostu muszą się wydarzyć. Przy ulicy Miodowej w Warszawie swoje rządy rozpocznie nowy minister, odbędzie serie spotkań, tu załata, tam doklei, *business as usual*. Nie będzie mowy o polityce kontynuacji, chyba że za swoiste kontinuum uznamy powtarzający się od niespełna 30 lat wielki wybuch, czytaj: rozpoczynamy od początku, ale wedle starej zasady, która sprowadza się jedynie do przemodelowania narracji. Wszystkie drogi i tak doprowadzą do przedwczesnego odejścia ze stanowiska. To oczywiście brzmi trochę jak utyskiwanie na niesprzyjający los i być może jest oznaką pewnego rodzaju frustracji. W gruncie rzeczy tak to właśnie wygląda, niczym choinka ustrojona przez małe dzieci. Minister zdrowia może sobie przestawiać bombki i łańcuchy tu i tam. Ostatecznie nie ma on zbyt dużej władzy, bezpośrednio nie zarządza pieniędzmi. Pieczę nad kasą trzyma Narodowy Fundusz Zdrowia, minister finansów, Prezes Rady Ministrów, samorządowcy pochodzący z różnych opcji politycznych. Dlatego tak bardzo cieszyłam się, gdy w 2015 r. PiS zapowiadał likwidację Narodowego Funduszu Zdrowia, a także wprowadzenie tzw. sieci szpitali publicznych. Finalnie nic z tego nie wyszło oprócz „sieci oddziałów zamkniętych”. Dałam się nabrać dwa razy – podobnym językiem PiS operował podczas kampanii

w 2005 r. Pamiętam również czasy rządów lewicy, która miewała ciekawe przebieżki. Z kolei w trakcie pierwszych rządów koalicji PO-PSL organizowałam w Sejmie ogromny panel pt. „Wszyscy jesteśmy pacjentami”. Efekt? Brak woli politycznej. Nad ministrami zdrowia, podobnie jak nad prezesami czy dyrektorami szpitali, zawsze stoją premierzy, marszałkowie województw, starostowie, wpływowi senatorowie, szefowie partii. To oni decydują, co komu wolno. I to jest kluczowy powód, dla którego jestem przeciwniczką decentralizacji modelu zarządzania.

Czy minister zdrowia mógł zainterweniować, gdy kilka lat temu w śluskim szpitalu planowano masowe zwolnienia pielęgniarek? Nie, gdyż nie ma on żadnego wpływu na marszałka województwa, któremu podlega prezes zarządu skomercjalizowanego szpitala. Przykładów niemocy szefa tego nieszczęsnego resortu jest znacząco więcej niż lista jego realnych możliwości. Ile to razy państwo polskie przyznawało pulę na podwyżki dla personelu medycznego, z których na końcu skorzystała tylko jedna grupa zawodowa? Straciliśmy przerażająco dużo czasu na negocjacje, walkę, strajki, kontrole, protesty, pikiety tylko dlatego, że ostatecznie o wszystkim decyduje rozbudowana grupa polityków, bardzo często o rozbieżnych interesach. Znam wielu bardzo dobrych menadżerów ochrony zdrowia. Nie wszyscy uzyskali możliwość kierowania szpitalami. Nie byli dobrze postrzegani politycznie. Kiedy pełniłam funkcję Przewodniczącej Ogólnopolskiego Związku Pielęgniarek i Położnych, ogromnie dużo czasu poświęcałam na wyjazdy do szpitali. Pomagałam zakładowym organizacjom związkowym w negocjacjach. W pewnym momencie zrozumiałam, że kluczową informacją na temat danego dyrektora są jego powiązania polityczne, przychylność tej czy innej formacji. To zasadniczo pomagało coś wywalczyć.

Zakładam, że każdy, kto poddał się lekturze tego rozdziału, wie, czym dla pielęgniarskiej i położniczej Polski było „Białe Miasteczko”. Media do dziś wspominają ten protest jako polityczny, wymierzony w Prawo i Sprawiedliwość, a nawet w osobę prezesa partii. Nic bardziej mylnego. To PiS zrobił wszystko, by nasza okupacja i uzyskanie od koleżanek wsparcie uzyskało status politycznego. Nam chodziło o godność zawodu pielęgniarek i położnych, ich warunki pracy i płacy. Do głowy by mi nie przyszło, żeby związkowymi rękoma przewracać scenę polityczną do góry nogami. Gdyby Jarosław Kaczyński dał śp. profesorowi Zbigniewowi Relidze nawet nie zielone, a żółte światło do budowania z nami konsensusu, nie byłoby żadnego miasteczka. Prezes jednak powiedział „nie” i powtarzał to „nie” tak długo, aż wszystkie mosty zostały doszczętnie spalone. „Zamieszkałyśmy” w KPRM tylko dlatego, że w politycznej percepcji ówczesnej władzy nie było miejsca na dialog. Uznano, że granica polaryzacji nie istnieje i to właśnie my, pielęgniarki i położne, po prostu odpuścimy – ze strachu, wycieńczenia, w wyniku nadrzędnego poczucia misji oraz wrodzonej empatii. My też powiedziałyśmy „nie”. Postanowiłyśmy zagrać na tym samym boisku, wedle ustalonych reguł, zgodnie z polską kulturą rozwiązywania społecznych problemów.

„Białe Miasteczko” było pierwszym objawem chronicznej niestrawności systemu ochrony zdrowia, sygnałem ostrzegającym, że bez zdefiniowania horyzontalnych celów niezadowolenie społeczne będzie rosnąć, zaufanie do instytucji państwa spadać, pustki kadrowe będą się powiększać. Analizując anatomię naszego protestu, chcę wyraźnie podkreślić, że tak naprawdę nie ma znaczenia, za rządów której partii do niego doszło. Nie chodzi tu bowiem o odpowiedź na pytanie – kto rządził? Właściwe pytanie brzmi – dlaczego doszło do eskalacji tego konfliktu? Odpowiadam – dlatego, że nie zabezpie-

czyliśmy systemu w momencie, w którym kilkanaście lat wcześniej planowaliśmy jego przebudowę. Próbuję w ten sposób uświadomić Państwu, że polski system ochrony zdrowia, jak każdy inny obszar funkcjonowania państwa, jest elementem nieskończonego łańcucha przyczynowo-skutkowego. Wydzielanie z niego wąskiego przedziału czasowego zawsze będzie dawać nam niewłaściwy obraz, na podstawie którego nie uzyskamy odpowiedniej diagnozy.

Operowanie wąskimi wycinkami zdarzeń w dyskusjach na temat ochrony zdrowia to jedna z nadrzędnych przyczyn średniej wydolności instytucji dialogu, w której związki zawodowe, organizacje pracodawców i decydenci dyskutują o losach pacjentów i personelu medycznego. Mamy w Polsce Radę Dialogu Społecznego, jej wojewódzkie odpowiedniki, Trójstronny Zespół Branżowy ds. Ochrony Zdrowia i wiele innych gremiów, w których ścierają się poglądy rozmaitych środowisk związanych z medycyną. „To jak to jest, Pani przewodnicząca – to jest ten dialog, czy go nie ma?” – to najczęściej zadawane przez dziennikarzy zajmujących informowaniem Polek i Polaków o poczynaniach partnerów społecznych i rządu pytanie. To trochę tak jak z pytaniem o pogodę. Pogoda, podobnie jak dialog, występuje zawsze. Ocenie podlega jego jakość, zaangażowanie stron, wola do porozumienia się w danej sprawie. To niezwykle istotne, by w dyskusji o dialogu pomiędzy medykami a rządem czy pracodawcami uchwycić przyczynę, dla której próbuje się go prowadzić w sposób wzmożony. W Polsce wielką pracę włożono w zbudowanie iluzji obrazującej zawody medyczne jako rozszczeniowe, wiecznie goniące za kasą, wydzierające rządowi pieniądze ze skarbcza, szantażujące emocjonalnie interesem pacjenta. Polskie społeczeństwo zostało przyzwyczajone do tego, że w sposób pozbawiony wszelkiej kultury ma pozorne prawo do „eksperyckich” wywodów na temat zarobków poszczególnych grup zawodowych, szczególnie jeśli środki przeznaczone na wynagrodzenia pochodzą pośrednio lub bezpośrednio z budżetu państwa. Nam, medykom przecież ciągle jest za mało.

Tytaniczny wysiłek polityków włożony w to, by regularnie dyskredytować poszczególne zawody medyczne, dał im mandat do paraliżowania dyskusji o systemie płac w ochronie zdrowia. Podwyżki dla pielęgniarek, położnych i innych pod naporem narracyjnej maszyny kolejnych rządów przestały przekładać się na wyborcze zyski. Tylko pogratulować strategicznego myślenia! A tak na poważnie, przyjęty model komunikacyjny ma jedną, zasadniczą wadę. „Nie ma pieniędzy na podwyżki” tym samym oznacza, że nie ma możliwości prowadzenia dialogu o innych problemach. System płac jest nieodłącznym elementem systemu kształcenia, emerytalnego, kwestii norm zatrudnienia. Bez niego nie da się np. wdrożyć nawet najlepiej skonstruowanej mapy zdrowotnej Polek i Polaków. Jeśli wspólnie nie wypracujemy modelu wynagradzania, to nie zwyciężymy z żadną pandemią.

A więc jest ten dialog, czy go nie ma? W sprawie płac personelu medycznego można mówić jedynie o dialogu pozorowanym. Owszem, minister Marian Zembala w 2015 r. przełamał lody i w drodze rozporządzenia przyznał pielęgniarkom i położnym podwyżki znane jako „4x400”. Platforma Obywatelska potrzebowała pielęgniarek i położnych przy urnach wyborczych. To w żaden sposób nie umniejsza skali wdrożonego projektu, pokazuje jedynie, że trzeba było znaleźć się pod wyborczą ścianą, by uruchomić środki na podwyżki dla grupy zawodowej, której jeszcze kilka lat wcześniej kolanem wepchnięto kontrakty i komercjalizację szpitali. Złoty most okazał się jednak zbyt krótki. Morał z tej historii jest zgoła inny od lekcji, którą wyciągnęli następcy

profesora Zembali. Wizerunek partnera w dialogu społecznym buduje się latami. Nie da się go odbudować jedną, nawet najlepszą decyzją, w szczególności, gdy podejmuje się ją w trakcie kampanii wyborczej. Tego typu posunięcia zawsze będą konsumowane komunikacyjnie jako polityczny łup, a nie inwestycje w kapitał społeczny. Związki zawodowe do perfekcji opanowały zarządzanie politycznym timingiem.

Uważam, że w narzuconej przez budowniczych III RP kulturze społeczno-politycznej nie było innego, bardziej odpowiedzialnego wyjścia. Ideowy lider związkowy poprzez swoją działalność chce osiągnąć cel o masowym zasięgu. Kiedy siadałam do stołu negocjacyjnego, nie myślałam o zysku PR-owym. Zawsze chodziło mi o ludzi w zakładach pracy. Liderki i liderzy organizacji pracowniczych prowadząc rozmowy z ministrem Zembalą, też myśleli w pierwszej kolejności o tych, którzy od poniedziałku do czwartku pracują non stop. Ruch związkowy w swojej filozofii działania staje się coraz bardziej reakcyjny nie dlatego, że jest jałowy.

Związkowcy są skazani na taki model funkcjonowania, na jaki mogą sobie pozwolić wobec drugiej strony dialogu społecznego. To nie reprezentatywne centrale związkowe wybierają rządy. Jeśli nie będziemy głosować na ludzi gotowych do osiągania konsensusów, zdolnych do zawierania i wywiązywania się z umów społecznych, to musimy się liczyć z niekończącym się serialem niepokojów społecznych. W wieczornych dziennikach telewizyjnych nie zobaczymy relacji z dwunastego posiedzenia podzespołu Rady Dialogu Społecznego ds. zdrowia dotyczącego wskaźników wynagrodzeń poszczególnych zawodów medycznych.

Możemy jedynie zobaczyć efekt tych rozmów, czyli protestujących pod którymiś z urzędów medyków, słusznie domagających się swoich praw. Nie oczekuję od komercyjnych mediów zainteresowania tematami nieklikalnymi (media publiczne to zupełnie inna bajka). Natomiast śmiem twierdzić, że związki zawodowe nie są skore do osławionego palenia opon. Ulica, chodnik to są ostatnie miejsca, w których pracownice i pracownicy chcą dyskutować o swojej przyszłości. W większości przypadków zawierane porozumienia mają charakter doraźny, a nie systemowy. Po drugie – każdy protest odbija się na relacji państwo – obywatel. Konflikt tego rodzaju jest w systemie demokratycznym czymś normalnym, jednak nie powinien być głównym instrumentem rozwiązywania problemów społeczno-gospodarczych. Obywatele muszą mieć prawo do manifestowania swoich poglądów, ale jeśli „spacerowanie” z transparentami staje się nieodłącznym elementem krajobrazu politycznego, to oznacza, że strona rządowa nie chce rozmawiać albo prowadzi dialog wyłącznie z wybranymi grupami. Stosowanie metody polegającej na tym, że ustala się coś tylko z niektórymi, nazywam „dialogiem oligarchicznym”. Na podwórku medycznym ta metoda stosowana jest od zawsze. Zresztą, można ją sklasyfikować jako kolejny rodzaj polaryzacji.

A gdyby tak nie polaryzować? Pytam, gdyż przez ostatnie 25 lat wielokrotnie wychodziłam przed szereg, stawiając się w roli osoby walczącej o rozwiązania dla ochrony zdrowia, które byłyby realizowane ponad wszelkimi podziałami. Postulowałam wydzielenie kosztów pracy z kosztów procedury medycznej. Wówczas środki przeznaczone na płace byłyby transferowane do poszczególnych zawodów medycznych w sposób bardziej efektywny. Dzięki temu grupy słabiej zarabiające miałyby krótszą drogę do podwyżek. W tym miejscu można napisać wiele o rozwarstwieniu płac pomiędzy poszczególnymi środowiskami. Żeby było jasne, nie chodzi o zagładanie do lekarskich kieszeni. Nie sztuką jest zabrać jednym, żeby dać innym.

Lekarze bezapelacyjnie zasługują na wysokie pensje, podobnie jak pielęgniarki, położne, ratownicy medyczni, elektroradiolodzy, diagności i fizjoterapeuci. Zmniejszenie dysproporcji wynagrodzeń w placówkach medycznych nie stanie się powszechne tak długo, jak środki przeznaczane na wynagrodzenia będą przedmiotem walki pomiędzy medykami w danym zakładzie pracy. Propozycja, o której wspominam, zakończyłaby wiele konfliktów toczonych pomiędzy medycznymi związkami zawodowymi. W podobnym duchu utrzymany jest drugi postulat, który wносиłam na związkowe sztachy. Do dnia dzisiejszego uważam, że należy wprowadzić system wynagrodzeń oparty o wartościowanie stanowisk pracy. Notabene, obydwie pomysły są względem siebie synergiczne. Zarówno pierwszy, jak i drugi nie znalazł się na agendzie żadnej ekipy rządzącej. Nie dlatego, że to koncepcje kompletnie oderwane od rzeczywistości. Standaryzacja wymagałaby odejścia od reakcyjnego modelu zarządzania systemem ochrony zdrowia. Woda przestałaby być mętna. Związki zawodowe zyskałyby wizerunkowo. To o wiele trudniejsze niż doprowadzenie do wybuchu pożaru społecznego tylko po to, by bohaterstwo gasić go w świetle jupiterów. Przecież nie może być tak, że pielęgniarki będą mówić rządzącym, jak mają rządzić. Ponadto, konsensusy osiągnane w Radzie Dialogu Społecznego mają sens wyłącznie wtedy, gdy ich beneficjentem jest strona rządowa. Broń Boże związkowcy czy organizacje pracodawców.

Pozwalam sobie na ironię tylko ze względu na szacunek do wszystkich, którzy od wielu lat próbują głową przebić ten betonowy mur. Z perspektywy czasu trudno jest traktować poważnie grę, w której interes społeczeństwa nie jest traktowany nawet „pół żartem, pół serio”. System ochrony zdrowia to jeden z najbardziej wrażliwych składowych portfela usług publicznych. Powtarzam – publicznych! W ostatnich miesiącach dobitnie przekonał się, jak wielką rolę państwo ma tej kwestii do odegrania. Mam na myśli cały aparat władzy – legislacyjnej, instytucjonalnej, strukturalnej, kapitałowej. Po 30 latach walki o szeroko pojęty dobrobyt doczekaliśmy się momentu, w którym po wprowadzeniu stanu epidemicznego Państwo Polskie nakłada na pielęgniarki i położne nakaz pracy, w jawny sposób naruszając fundamentalne wartości, o Konstytucji RP czy konwencjach Międzynarodowej Organizacji Pracy nie wspominając. Kładę na to niezwykle przykre wydarzenie ogromny nacisk – ono w realny sposób odzwierciedla filozofię uprawiania polityki rozumianej jako utrzymywanie porządku w czasach głębokiego kryzysu. Sposób traktowania równych wobec prawa obywateli, w dodatku stojących na pierwszej linii frontu walki z nieznaną chorobą, polegający na uruchamianiu instrumentów przymusu przy jednoczesnej rezygnacji z prowadzenia konsultacji wskazuje na absolutnie kompletne zaburzenie równowagi pomiędzy poszczególnymi stronami dialogu społecznego. Zwracam na to uwagę, tym bardziej że ten sam aparat wydał gigantyczne pieniądze na transfery społeczne, dzięki którym Polki i Polacy uzyskali większy dostęp do usług medycznych. Nie zamierzam krytykować któregośkolwiek programu „plus”. Pragnę jedynie zadać pytanie o pojęcie siły i sprawności państwa polskiego. Co jest tą siłą – czy jest nią wprowadzenie nakazu pracy dla pielęgniarek i położnych, u podstaw którego leży lęk przed niepokojami społecznymi? Czy silne państwo polskie to takie, które abdykuje wobec ciężaru reform w systemie ochrony zdrowia, więc pod postacią polityki prodemograficznej uruchamia gigantyczne środki, by Polki i Polacy korzystali z prywatnej opieki zdrowotnej?

„Trzeba coś zmienić” – marketing polityczny bardzo lubi to wyrażenie. Osobiście uważam, że nic nie trzeba. Wręcz przeciwnie – trzeba przestać mówić o tym co trzeba,

co musimy, co powinniśmy. Moim wielkim marzeniem jest system ochrony zdrowia zbudowany na „chęć”. Marzę o decydentach, którzy chcą rozmawiać, poznawać, uczyć się, słuchać, negocjować naprawę. Dla których polityka jest czymś więcej niż zdobywaniem i utrzymywaniem władzy. Chciałabym, żebyśmy w końcu wyszli z mentalnego więzienia, budowali system oparty na zasadach, w których zdolność do dialogu jest oznaką siły, nie odwrotnie. System ochrony zdrowia wymaga terapii.

My utknęliśmy w rzeczywistości nieustannie targanej kolejnymi doktrynami szkodowymi. Możemy zmieniać przepisy, nowelizować ustawy, zasiadać i wstawać od negocjacyjnych stołów. Nawet najlepszy plan, najlepsza formuła komunikacji pomiędzy pracownikami, pracodawcami i rządem nie wypali, jeśli za tym stołem będą siadać ludzie bez poczucia, że istnieje jakaś racja stanu. Zdrowie człowieka jest bezcenne. Możemy się różnić w każdej możliwej sprawie. Kłóćmy się jednak w dobrym zdrowiu.