



Grzech pierworodny polityki kadrowej w opiece zdrowotnej

Podpisanie przez ministra zdrowia kolejnego porozumienia, tym razem z przedstawicielami pielęgniarek i położnych, jest następnym dowodem na brak wyobraźni zarządzających opieką zdrowotną w Polsce. Trawestując znany skecz Zenona Laskowika sprzed lat – jeżeli system stał na skraju przepaści, to uczyniliśmy znaczący krok naprzód.

To absolutnie nie jest tekst wymierzony w grupę zawodową pielęgniarek i położnych. Doskonale zdają sobie sprawę, że jest to grupa głównie kobiet, dość zaawansowanych wiekowo, wykonujących odpowiedzialną pracę, bez których system opieki zdrowotnej praktycznie nie może istnieć. Ciągle pamiętam także, jak przed blisko 20 laty były one masowo zwalniane z pracy pod hasłem ekonomizacji systemu w ramach reformy opieki zdrowotnej wprowadzanej przez rząd Jerzego Buzka. Niemniej obecnie pielęgniarki, które mają silną reprezentację związkową i nie wahają się podejmować drastycznych form protestu, takich jak grupowe udawanie się na zwolnienia lekarskie, doprowadziły do podpisania porozumienia z Ministerstwem Zdrowia. Porozumienie to może się jednak okazać ostatnim kamieniem uruchamiającym lawinę, która zburzy nasz system opieki zdrowotnej.

Wynagrodzenia – pięta achillesowa systemu

Doktor Krzysztof Bukiel użył kiedyś określenia, że system opieki zdrowotnej w Polsce opiera się na „nie-

wolniczej pracy” zatrudnionych. Pomijając typową dla autora poetykę, nie sposób odmówić temu określeniu racji. Po prostu – niezależnie od kwalifikacji i miejsca w systemie większość pracowników zarabia mało. I to nie tylko w porównaniu z ich odpowiednikami w krajach na zachód i południe od Polski, lecz także w porównaniu z innymi pracownikami w Polsce. Na dodatek z uwagi na braki zasobów ludzkich pracują oni w dużej części w wymiarze znacznie przekraczającym przyjęte normy czasu pracy. Nie jest to bynajmniej wina obecnie rządzących, ale następstwo wielu, wielu lat zaniedbań, ciągnących się aż od PRL-u.

To właśnie niskie wynagrodzenia, które powodowały emigrację zarobkową, ale także inne odejścia z pracy, przy niedostatecznej liczbie kształconych nowych pracowników są powodem, że obecnie zaczyna ich drastycznie brakować w całym systemie. Na dodatek wysoki przeciętny wiek obecnie pracujących może w najbliższych latach doprowadzić do krachu, którego nie załagodzą nawet wysokie podwyżki wynagrodzeń. Wszystko zaczęło się właśnie od niskich nakładów na system, ale po kolei.

„Grzechem pierwotnym było obcięcie finansowania systemu na starcie, czyli w 1999 r. Ten punkt nigdy nie został skorygowany”

Katastrofa finansowa na początek

Warto zacząć od tego, że opieka zdrowotna była zawsze marginalizowana przez rządzących. Nawet jeżeli nie uwzględnimy dawno minionych czasów poprzedniego ustroju, to warto przypomnieć, że opieka zdrowotna czekała na swoją reformę przez 10 lat. W latach 1989–1998 funkcjonowała ona praktycznie na tych samych zasadach co za „komuny”.

Pierwsza poważna przymiarka do reformy to uchwalona w 1997 r., tuż przed wyborami, przez koalicję SLD-PSL ustawa o powszechnym ubezpieczeniu zdrowotnym. Ustawa pilotowana przez ministra Żochowskiego zakładała przejście z finansowania budżetowego na składkowe, przy czym składka zdrowotna miała wynosić 11% wynagrodzenia, w całości odliczanego od podatku. Pomijam takie dodatkowe „drobne fakty”, że ustawa zakładała współpłacenie przez pacjentów, chociażby w postaci pokrywania tzw. kosztów hotelowych pobytu w szpitalu. Jak każdy akt prawny wprowadzany przed przegranymi wyborami, ustawa została poddana totalnej krytyce. Podstawowym zarzutem było, że jest to „bomba podłożona pod finanse publiczne”. Nowa koalicja AWS-UW zmieniła w niej wiele ważnych rzeczy. Usunięcie współpłacenia przez związkowców z AWS zlikwidowało nieśmiałą próbę wprowadzenia jakiegokolwiek partycypacji pacjentów w procesie leczenia. Ale największy prezent sprawił ówczesny minister finansów, tak uwielbiany przez wielu prof. Leszek Balcerowicz, który przeforsował obniżenie składki zdrowotnej z 11% do 7,5%, czyli o jedną trzecią. Zakładając, że SLD chciało utrzymać władzę, można się spodziewać, że kalkulacje przeprowadzone w celu ustalenia wysokości składki opierały się na rzeczywistej wysokości nakładów potrzebnych do funkcjonowania systemu. Ale SLD „splukała” powódź z 1997 r., a następcy drastycznie obcięli nakłady i w zamian wprowadzili określenie „uszczelnianie systemu”, które towarzyszy nam do dziś.

Chociaż minęło już blisko 20 lat, to chyba wszyscy przypominamy sobie, jaką katastrofą była w pierwszych latach reforma opieki zdrowotnej. Reforma przeprowadzona gwałtownie przez nieprzygotowane na to samorządy, które stały się w większości organami założycielskimi, a finansowana przez powołane na chyb-

cika kasy chorych, które same ustalały sobie sposoby zapłaty za świadczenia zdrowotne. To się nie mogło udać i się nie udało. Wobec gwałtownego zadłużania się szpitali i samych kas oraz burzliwych protestów pracowniczych podejmowano szereg chaotycznych ruchów. Podniesiono składkę z 7,5% do 7,75%, ale wzrost ten przeznaczono na tzw. ustawę 203/171, która jeszcze pogłębiła kryzys. A wszystko przecież zaczęło się od balcerowiczowskiego cięcia, które miało uzdrowić służbę zdrowia, podobnie jak gospodarce miał uzdrowić jego pakiet z 1989 r. Tylko że terapia szokowa, która wcześniej krwawo, bo krwawo, ale zmieniła gospodarce, w przypadku opieki zdrowotnej nie zadziałała. Tymczasem prof. Balcerowicz razem z całą Unią Wolności wyszedł z koalicji, a AWS pozostał przed wyborami z rozgrzebanymi czterema reformami i „dziurą Bauca”, czyli potężnym deficytem finansów publicznych.

Strzyżenie chudej owcy

Ponowny powrót do władzy koalicji SLD-PSL nie wiązał się z przywróceniem propozycji ministra Żochowskiego. Tkwiąca w głębokim kryzysie finansowym Polska nie chciała dokładać do swojego systemu opieki zdrowotnej. Mało tego, nowy minister finansów Marek Belka wprowadził kolejne ustawy ograniczające wsparcie systemu w części bezpośrednio finansowanej przez budżet. Jednym z przykładów było wprowadzenie wówczas zasady, że jeżeli choć jedna osoba pracuje w rodzinie, to jej ubezpieczenie rozciąga się na wszystkich domowników. Równocześnie cichaczem przenoszono finansowanie świadczeń dotychczas opłacanych przez Ministerstwo Zdrowia na kasy chorych, a następnie NFZ. Kto pomyślał, że operacje kardiochirurgiczne i zabiegi kardiologii interwencyjnej były kiedyś finansowane odrębnie przez Ministerstwo Zdrowia, podobnie jak wiele innych świadczeń? Ta metoda dokładania do systemu nie pieniędzy, ale nowych zadań także ma się dobrze do dzisiaj. Wspomnę choćby ostatnie zapewnienie bezlimitowych świadczeń dla osób niepełnosprawnych, których koszt szacowany jest na ok. 1 mld zł rocznie.

Także SLD w swojej kadencji przysłużyło się wprowadzeniem nowej zasady reformowania systemu dla samej reformy. Najlepszym przykładem takiego postępowania była likwidacja kas chorych i wprowadzenie w zamian Narodowego Funduszu Zdrowia. Czy centralizacja przysłużyła się systemowi? A może należało pozwolić kasom chorych okrzepnąć? Pytanie jest retoryczne, bo nie sposób dzisiaj odpowiedzieć, co by było, gdyby. Jednak taki rodzaj aktywności kolejnych ministrów zdrowia okazał się trwały – z jednym wyjątkiem, ale o tym napiszę w dalszej części.

Warto wspomnieć, że w tym czasie nastąpiło drgnięcie w postaci stopniowego zwiększania składki zdrowotnej z 7,75% do 9%. Jednak po pierwsze – nie jest to składka odliczana od podatku, więc stanowi

zwiększenie opodatkowania ludności. Po drugie – składkę zwiększono na wniosek opozycji, a konkretnie należącego do PiS Bolesława Piechy.

Wyjątkiem wśród ministrów był nieodżałowany prof. Zbigniew Religa. W trakcie swojej krótkiej, dwuletniej kadencji przeforsował bezpośrednie finansowanie z budżetu ratownictwa medycznego (przedszpitalnego), a także ustawę o obciążeniu ubezpieczycieli kosztami leczenia ofiar wypadków komunikacyjnych. Ale co z tego, skoro Ewa Kopacz to źródło finansowania systemu zlikwidowała. Był to dobry okres dla gospodarki. Po wejściu do UE szybko rosło zatrudnienie i wynagrodzenia, a przez to środki z niezmienną się składki zdrowotnej, więc można było zadowolić ubezpieczycieli. Tyle że przyszedł kryzys finansowy i wpływy do NFZ ponownie ostro wyhamowały. A tych pieniędzy i samej zasady – żal.

Podwyżki „od ministra”

Kolejnym sposobem postępowania powtarzającym od lat i demolującym za każdym razem system były akty prawne nakazujące zwiększać wynagrodzenia pracownikom. Zaczęło się w grudniu 2000 r. od tzw. ustawy 203/171, która nakazywała podwyższyć wynagrodzenia pracownicze niezależnie od stanowiska o 203 zł od 1 stycznia 2001 r. i kolejne 171 zł od 1 stycznia 2002 r. Pieniądze na te podwyżki miały pochodzić ze wspomnianego wyżej wzrostu składki z 7,5% do 7,75%. Ponieważ jednak redystrybucja dodatkowych środków w systemie w żaden sposób nie chciała zgodzić się z przeliczeniami ustawodawców, dla większości szpitali oznaczało to dodatkowy dramat finansowy. Z tego też powodu w wielu z nich tej podwyżki po prostu nie wypłacono. Ten akt prawny dostarczył zresztą dużo pracy sądom orzekającym na rzecz pracowników, ale też Trybunałowi Konstytucyjnemu, który uznał tę dziwną ustawę za zgodną z Konstytucją.

Mogłoby się wydawać, że po spektakularnej kłapie ustawy 203/171 nikt nie będzie próbował po raz kolejny ustawowo regulować wynagrodzeń w szpitalach i przychodniach. Próżne nadzieje – 22 lipca 2006 r. po raz kolejny posłowie pochylił się nad niskimi wynagrodzeniami pracowników ochrony zdrowia. Niestety, zamiast zwiększyć strumień pieniędzy, wpadli na kopernikański pomysł, aby dodatkowe pieniądze, które będą się pojawiać w systemie w sztywnej części, obowiązkowo przeznaczać na wzrost wynagrodzeń. Także i ta ustawa, od daty ogłoszenia zwana „wedłowską”, nie poprawiła uposażeń, za to namieszała w systemie rozliczeń i skłóciła pracowników, po czym po cichu się z niej wycofano.

Czy było do trzech razy sztuka? Tak – było, ale o tym za chwilę. Wynagrodzenia można przecież regulować nie tylko ustawowo, lecz także przez rozporządzenia. W 2015 r. (przed wyborami parlamentarnymi) ówczesny minister zdrowia prof. Marian Zembala,



któremu przy okazji życzę wiele, wiele zdrowia, ugiął się przed narastającymi w całym kraju protestami pielęgniarek. Podjęto wówczas decyzję, aby sprawy nie regulować ustawowo, ale drogą rozporządzenia zmieniającego ogólne warunki umów z NFZ przyznano pielęgniarkom corocznie zwiększaną podwyżkę. Ponieważ ustawa zobowiązuje fundusz do finansowania świadczeń zdrowotnych, stworzono zupełnie nowy produkt dotyczący świadczeń realizowanych przez pielęgniarki, choć w samych umowach nazwano je kosztami wynikającymi z rozporządzenia zmieniającego OWU – taka figura retoryczna. W ten sposób powstało tzw. zembalowe.

Podwyżka 4×400 zł wcale nie jest banalna, bo corocznie pochłania znaczną część wzrostu przychodów i odpowiednio kosztów NFZ. Skutkiem wprowadzenia „zembalowego” było istotne ograniczenie możliwości zakupu przez NFZ dodatkowej liczby świadczeń, ale przede wszystkim rozwarstwienie wynagrodzeń w szpitalach. Wobec braku istotnych dodatkowych pieniędzy, oprócz znaczonych środków na podwyżki dla pielęgniarek, pensje pozostałych pracowników zostały w dużej mierze zamrożone. Wyjątkiem były podwyżki wymuszone przez akty wyższego rzędu, o których także za chwilę. Obecnie, jeszcze przed skonsumowaniem porozumienia ministra Szumowskiego z pielęgniarkami, wynagrodzenia pielęgniarek zazwyczaj istotnie przewyższają wynagrodzenia wielu pracowników z wyższym wykształceniem: diagnostów laboratoryjnych czy magistrów rehabilitacji, nie mówiąc już o pracownikach niemedycznych. To wywołuje duże napięcie pomiędzy pracodawcami a pracownikami oraz pomiędzy samymi pracownikami.

Wróćmy jednak do ustawowego regulowania wynagrodzeń. Kolejnym aktem jest ustawa o wynagrodzeniu minimalnym jeszcze z 2002 r., chociaż nie dotyczy ona bezpośrednio pracowników ochrony zdrowia. Ustawa ta obejmuje wszystkie podmioty gospodarcze

„Trzeba zwiększyć finansowanie systemu w sposób skokowy znacznie szybciej i wyżej, niż przewiduje to mapa drogowa dojścia do 6% PKB. Jeżeli tego nie zrobimy, to liczba pracowników będzie się dalej zmniejszała nie tylko poniżej poziomu pozwalającego na utrzymanie istniejących szpitali i przychodni, ale poniżej poziomu zapewniającego bezpieczeństwo zdrowotne Polaków”

zatrudniające pracowników, ale szczególnie dotkliwie zaczęła oddziaływać na szpitale w ostatnich latach. Wzrost nakładów na system w latach 2009–2015 z uwagi na kryzys gospodarczy był stosunkowo skromny, a od 2016 r. był w dużej mierze konsumowany przez wspomniane „zembalowe”. Ponieważ w związku z polityką społeczno-gospodarczą PiS wynagrodzenia minimalne intensywnie rosły – z 1750 zł w 2015 r. do 2100 zł w 2018 r., czyli o 20% w ciągu 3 lat, zaczęły one obejmować coraz większą grupę zatrudnionych. I to już wcale nie są pracownicy o najniższych kwalifikacjach. Z jednej strony po raz kolejny burzy to hierarchię wynagrodzeń, podobnie jak „zembalowe”, z drugiej – podwyżki te są realizowane bez zmiany wyceny świadczeń, czyli ze stałym pogarszaniem rentowności szpitali.

Ostatnim do tej pory aktem o randze ustawy jest ustawa o ustalaniu minimalnego wynagrodzenia zasadniczego pracowników medycznych z 8 czerwca 2017 r., zresztą już nowelizowana. Celem tej ustawy było z kolei stworzenie czegoś w rodzaju ogólnopolskiego taryfikatora przywracającego hierarchię wynagrodzeń. Miała ona jednak wiele wad, których obecna nowelizacja nie eliminuje. Po pierwsze nie odnosi się do znacznej liczby pracowników niemedycznych, którzy także są ważną częścią systemu, choć dają dyrektorom delegację do ustalenia ich wynagrodzeń (wskaźników) w porozumieniu ze związkami zawodowymi. Po drugie ustala te wynagrodzenia na dość niskim poziomie, wiążąc je z kwotą bazową w wysokości 3900 zł brutto, niezmienną do końca 2019 r. Po trzecie wreszcie, nie przeznaczają na ten wzrost wynagrodzeń żadnych dodat-

kowych środków. O ile jeszcze w 2017 r. prezes NFZ Andrzej Jacyna podniósł swoją decyzją wartość punktu rozliczeniowego w niektórych umowach o 2–4%, co częściowo pokrywało koszty ustawy, to w roku obecnym nikt nie przewiduje takiego rozwiązania. W zeszłym roku podnosiliśmy płace o 10% różnicy pomiędzy wynagrodzeniem obecnym a wynagrodzeniem docelowym, obecnie zaś podnosimy je o 20% tej różnicy. Efekt dla finansów wielu szpitali jest oczywisty.

Czas porozumień

Tę nową formę uzgodnień pomiędzy Ministerstwem Zdrowia a pojedynczymi grupami zawodowymi zapoczątkował minister Zembala, dogadując się z pielęgniarkami w 2015 r. Ale prawdziwy jej rozkwit rozpoczął się niedawno. Rok temu podpisano porozumienie z ratownikami gwarantujące im (?) 400 zł dodatku od 1 stycznia 2017 r. i kolejne 400 zł od 1 stycznia 2018 r. Ponieważ porozumienie to długo nie przekształcało się w jakikolwiek akt prawny, wielu dyrektorów uważało je za nieistniejące i podwyżek nie realizowało. Do analiz ministerialnej bezradności przeszło pismo do dyrektorów szpitali określające porozumienie honorowym i proszące o jego realizację. Koniec końców – ostatnio minister przygotował rozporządzenie na wzór rozporządzenia z 2015 r., które ratownikom to wynagrodzenie przyznaje i nakazuje wypłacić je wstecznie, a NFZ zobowiązuje do stworzenia kolejnego „ratowniczego” produktu rozliczeniowego. Zdaje się, że z porozumienia i tak niewiele wyjdzie, bo ratownicy wyraźnie mówią, że takie rozwiązania satysfakcjonowały ich rok temu, ale teraz już nie, zwłaszcza po porozumieniach z rezydentami i pielęgniarkami.

Porozumienie z rezydentami zawarte w styczniu 2018 r. było następstwem ich protestu ciągnącego się od jesieni 2017 r. Po rekonstrukcji gabinetu i zamianie Konstantego Radziwiłła na Łukasza Szumowskiego porozumienie to miało być sukcesem nowego ministra zdrowia. Może wizerunkowo tak, ale efekty nie były takie różowe, jak się na początku wydawało. Podwyższenie wynagrodzeń rezydentów spowodowało, że zaczęli oni zarabiać na poziomie specjalistów, a często więcej niż uczący ich specjaliści zatrudnieni na etatach uczelnianych. Aby usunąć tę dysproporcję, podniesiono wynagrodzenia specjalistom, ale zatrudnionym na podstawie umowy o pracę i niewykonującym tzw. tożsamyh świadczeń w innych podmiotach leczniczych. Z powodu tej klauzuli w wielu małych szpitalach zaczęły brakować lekarzy do obsady dyżurów, co już wielokrotnie podnoszono. Oczywiście wzrost tych wynagrodzeń nie znajduje pokrycia w środkach przekazywanych przez NFZ. Planuje się zrekomensowanie przez kolejny produkt wynagrodzeń zasadniczych, przerzucając na szpitale wszystkie pochodne kosztów pracy, ale też koszty dyżurów. W dodatku całkowicie pominięto lekarzy na umowach cywilnoprawnych, któ-

rzy już gremialnie zwracają się do swoich dyrektorów o wzrost stawki godzinowej.

Jeszcze bardziej nieodpowiedzialne jest porozumienie zawarte przez ministra z połączoną reprezentacją pielęgniarek. Zamiana dodatku „zembalowego” na podwyższenie wynagrodzenia zasadniczego o 1100 zł jest przede wszystkim nieekwiwalentna, tzn. jest to wzrost kosztów pracy znacznie wyższy niż 1600 zł na miesiąc na osobę, szacowany na 1900–2000 zł, którą to różnicę po raz kolejny mają pokryć szpitale. A są to koszty idące w miliony złotych rocznie. Następnym punktem porozumienia jest przyspieszone wprowadzenie norm zatrudnienia przeliczanych na łóżka. Jak ponury żart brzmi stanowisko ministerstwa, że w polskich szpitalach jest o 2,5 tys. więcej pielęgniarek, niż wynika z wprowadzanych norm. Nie bierze się pod uwagę ani ich specjalizacji, ani miejsc zamieszkania, ani najważniejszego – wieku. Wkrótce będzie ich ogółem znacznie mniej, a w poszczególnych specjalnościach i miejscowościach po prostu ich zabraknie, żeby utrzymać pojedyncze oddziały i całe szpitale. Ciekawe, jak wtedy zwalniani pracownicy podziękują ministrowi i przywódczyniom związkowym. Nie mówiąc już o pacjentach.

Wątpliwości wzbudza jeszcze jeden element porozumienia, tzn. corocznie 6 dni dodatkowego urlopu szkoleniowego dla tej grupy zawodowej. Po pierwsze różnicuje on pracowników, bo takich uprawnień nie mają ani lekarze, ani farmaceuci, ani diagnosty. Po drugie jest to kolejny dodatkowy koszt, którego nikt nie ma zamiaru pokryć.

Smętne perspektywy

Powyżej opisałem w przybliżeniu całą radosną twórczość organów państwowych, która sprawia, że system działa tak, jak działa. Podstawową przyczyną jest „grzech pierworodny”, czyli obcięcie finansowania systemu na starcie, w 1999 r. Ten punkt nigdy nie został skorygowany, a w trudnych sytuacjach budżetowych często obarczano system dodatkowymi zadaniami bądź po cichu przycinano finansowanie ze źródeł innych niż składka zdrowotna.

Największym problemem są będące skutkiem niskiego finansowania ogółem niskie wynagrodzenia pracowników wraz z pochodnymi, które stanowią w zależności od profilu jednostki 50–90% kosztów. Aby istotnie poprawić wynagrodzenia, trzeba zwiększyć finansowanie systemu w sposób skokowy, znacznie szybciej i wyżej, niż przewiduje to „mapa drogowa” dojścia do 6% PKB. Jeżeli tego nie zrobimy, liczba pracowników będzie się dalej kurczyć nie tylko poniżej poziomu pozwalającego na utrzymanie istniejących szpitali i przychodni, ale poniżej poziomu zapewniającego bezpieczeństwo zdrowotne Polaków. Utrzymanie szpitali klinicznych i wojewódzkich kosztem zasobów ludzkich i finansowych mniejszych szpitali tego bezpieczeństwa nie zapewni, a wręcz je naruszy.



Wydaje się, że podpisanie porozumienia z pielęgniarkami to symboliczne przekroczenie „cienkiej czerwonej linii”. Skumulowało się w nim stworzenie zobowiązań, których nie pokryją ani istniejące zasoby finansowe, ani ludzkie. Ostatecznemu rozerwaniu uległa też elementarna solidarność pomiędzy pracownikami systemu. Nic dziwnego, że zaprotestowały przeciw niemu organizacje pracodawców i organizacje związkowe.

Miarą upadku systemu jest reakcja Ministerstwa Zdrowia i OZZPiP. Pielęgniarki zarzuciły wszystkim krytykującym porozumienie „nakręcanie spirali nienawiści” i dość cynicznie zaproponowały, żeby wszyscy, którzy zazdroszczą, zatrudniali się jako pielęgniarki. Minister Szumowski zapowiedział zaś, że będzie rozmawiał z innymi grupami zawodowymi i w miarę możliwości podpisywał z nimi kolejne porozumienia.

Po drugiej stronie pozostali zarządzający szpitalami, którzy muszą utrzymać ich działalność, aby zapewnić pacjentom bezpieczeństwo, a pracownikom warunki pracy i wynagrodzenia. Czy ktoś się dziwi, że Ogólnopolski Związek Pracodawców Szpitali Powiatowych zapowiedział wypowiedzenie umów z NFZ? Szpitale powiatowych jest ponad 300, w samym OZPSP 130. Może system sobie bez nich poradzi? A może minister podpisze z nimi kolejne porozumienie? W końcu jak ze wszystkimi, to ze wszystkimi. Dyrektorzy i prezesi to przecież też grupa zawodowa.

Czy ktoś w końcu zrozumie, że bez większych pieniędzy się nie obędzie? Czy dalej będziemy karmieni opowieściami o „uszczelnianiu systemu” bądź kolejnymi ogólnokrajowymi debatami? Zresztą za „nieszczelność” nie odpowiadają szpitale czy licho wynagradzani pracownicy. Za mechanizmy powodujące marnotrawstwo odpowiedzialni są głównie organizatorzy systemu. Ale to już temat na inny artykuł.

Maciej Biardzki