

W lotnictwie stosujemy najwyższe kryteria bezpieczeństwa, w ochronie zdrowia nie

Strefa bezpiecznego lądowania



fot. iStockphoto

Przy sprzyjającej pogodzie, sprawnym statkiem powietrznym, z przygotowaną załogą, kompetentnym personelem naziemnym i bez kruszącego się betonu na pasach startowych komunikacja lotnicza przebiega zasadniczo płynnie. Poza startem i końcową fazą lądowania przelot odbywa się głównie za pomocą autopilota. Tym, co różni światowy transport lotniczy od ochrony zdrowia w polskim wydaniu, są zachowania w sytuacjach kryzysowych.

W lotnictwie sprawa jest jasna. Mamy konwencję chicagowską, regulacje unijne, narodowe prawo lotnicze i tych zasad się trzymamy. Jeśli ze względu na załamanie pogody czy inne zdarzenia na lotnisku docelowym samoloty nie mogą natychmiast lądować, wszyscy ustawiają się w holdingu (strefie oczekiwania), czekają na swoją kolej lub odlatują na lotnisko zapasowe.

Prostota i solidarność

System jest prosty i solidarny. Samoloty duże i małe, przewoźników krajowych i zagranicznych, a nawet

komunikacyjne i sportowe na równych zasadach czekają na zgodę na lądowanie. Choć wydawałoby się, że duży samolot, z wieloma pasażerami na pokładzie, zużywający tony paliwa na godzinę, powinien uzyskać pierwszeństwo przed małym, nikt nie wrywa się do przodu. Żadnemu z kontrolerów ruchu lotniczego nie przychodzi także do głowy myśl, aby dużym nadać wyższy priorytet niż małym. Każdy ma swoje miejsce w systemie i swoje zadania. Wyjątek czyni się tylko dla nielicznych maszyn wykonujących loty ratunkowe lub z głową państwa na pokładzie – to zrozumiałe.

Zapętlenie i egoizm

W Polsce w ochronie zdrowia mamy sytuację odmienną. To, że w chwilach kryzysu przechodzimy na ręczne sterowanie, samo w sobie nie jest naganne. Tak samo czynią piloci, stosując się do rygorystycznych procedur bezpieczeństwa. Gorzej, gdy nie postępujemy zgodnie z nadrzędnym prawem. Najgorzej jednak, gdy posługując się szczytnym hasłem bezpieczeństwa zdrowotnego ludności, zmieniamy legislację według własnego uznania, wierząc, że mamy prawo to czynić, gdyż kierujemy się wyższym dobrem. Strach pomyśleć, jakich scen bylibyśmy świadkami na lotnisku Chopina w Warszawie, gdyby w warunkach nadchodzącego frontu burzowego duże samoloty uzyskały pierwszeństwo lądowania przed małymi, a kontrolerzy mieli swobodę kreowania w tym zakresie własnej polityki. Tu każdy musi wylądować bezpiecznie! W ochronie zdrowia – niekoniecznie. Szczegółowo opisuje ten stan projekt ustawy o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych z funduszy publicznych z 4 lipca 2013 r.

Po pierwsze, posługując się szczególną definicją ciągłości, sortujemy rynek usługodawców tak, aby nikt nowy nie uzyskał zgody na lądowanie w Warszawie (art. 1 ust. 1 lit. a). Po drugie, definiujemy kompleksowość jako świadczenia zgodne ze strukturą. Nie wiemy, czym ta struktura ma być, ale nie przeszkadza to nam nadać sobie takie prawo (art. 1 ust. 1 lit. b). Piloci dowiedzą się, czy ich przewoźnicy mieszczą się w dopuszczalnej strukturze przewozów przed lądowaniem. Po trzecie, dla tych, którzy mimo braku zezwolenia nadal podejmowaliby uporczywą próbę lądowania, wnosząc odwołanie, też przygotowaliśmy rozwiązanie – likwidujemy dwuinstancyjność postępowania administracyjnego i wprowadzamy wniosek o ponowne rozpoznanie sprawy (art. 1 pkt. 5 lit. a i lit. b).

Opieka koordynowana

A co z transportem koordynowanym, lotami z przeładką, które powinny pozostać w grafiku lotów? Przewidzieliśmy takie sytuacje. Zezwalamy na lądowanie tylko samolotom skomunikowanym z tego samego lotniska. Brzmi rozsądnie? Niekoniecznie. Decyzja ta wyklucza podmioty, które choć prowadzą poradnię AOS pod innym adresem niż szpital, tworzą z nim funkcjonalną całość (art. 1. ust. 1 lit. c). Czyli podróżnym lądującym na lotnisku Chopina i kontynuującym lot z lotniska Modlin dziękujemy. Jakby tego nie było dość, nadajemy kontrolerom ruchu lotniczego nadzwyczajne uprawnienie: mogą przez najbliższe dwa lata swobodnie decydować, nie podając merytorycznego uzasadnienia, komu przedłużą zezwolenie na lądowania w Warszawie, a komu nie (art. 2 ust. 1). Co prawda dotyczy to wszystkich świadczeniodawców w danym zakresie, ale od czego mamy regiony świadczeń?

Rozumiem powody, dla których Ministerstwo Zdrowia szuka pomysłów na czas kryzysu, ale naruszanie zasad

„ Najgorzej jest, gdy posługując się szczytnym hasłem bezpieczeństwa zdrowotnego ludności, zmieniamy legislację według własnego uznania, wierząc, że możemy to czynić, gdyż kierujemy się wyższym dobrem ”



fol. 123RF

„ Ministerstwo Zdrowia szuka pomysłów na czas kryzysu, ale naruszanie zasad demokratycznego państwa prawa, przyzwoitej legislacji, stabilności prawa czy wreszcie kultury gospodarczej – to droga donikąd ”

demokratycznego państwa prawa, przyzwoitej legislacji, stabilności prawa czy wreszcie kultury gospodarczej – to droga donikąd. Nie wierzę, że dzięki omawianej noweli poprawi się los pacjentów. Będą mieli dalej do poradni specjalistycznej. Nie poddadzą się operacji w pobliskim szpitalu sztytm na miarę ich potrzeb. O jakości nie wspominał, bo akurat tę definicję projektodawca ustawy pominął. Kto wygra w tym starciu? Tylko ci, którzy wiedzą, że nie muszą dbać o planowanie lotu, zapas paliwa i lotniska zapasowe. Zawsze ktoś na ziemi przygotowuje im miejsce bezpiecznego lądowania.

Robert Mołdach
Autor jest prezesem Instytutu Zdrowia i Demokracji