Image not found or type unknown

# Epidemii dzień siódmy- w którym punkcie jesteśmy?

20 marca 2020r. godz. 10:40

- I. Co wiemy o tej pandemii w kontekście naszego bezpieczeństwa?

  1. Wszystko wskazuje na to, że w warunkach narażenia na zachorowanie COVID-19 będziemy żyć dość długo.

  2. Niestety, nie ma pewności, że przechorowanie Covid19 uodparnia na następne zachorowanie (są wręcz doniesienia o ponownych zachorowaniach)

  3. Wobec powyższego, rekomendacje i standardy organizacyjne muszą być opracowane **dla różnych faz obecności wirusa w populacji.**

  4. Nie możemy być obojętni na doniesienia o kiepskiej miejscami subordynacji osób kwarantannowanych. Istnieje poważna obawa, że powodowani chęcią ulżenia silnym dolegliwościom bólowym pacjenci, którzy kontaktowali się z pacjentami zarażonymi, kwarantannowanymi , mającymi w rodzinie osoby z objawami sugerującymi możliwość zarażenia SARS lub wręcz pacjenci kwarantannowani (łamiąc zakaz) nieświadomie, lub świadomie narażą nas na zarażenie. W sytuacji, kiedy kwarantannie w szczytowym okresie podlegać ma 100 tys osób , a liczbe zachorowań na COVID-19 Minister Zdrowia szacuje na 20% populacji – takie obawy przestają być obawami, a są stwierdzeniem realnego zagrożenia.

- II.Dlaczego ważne jest zabranie głosu przez MZ?

  1. Wraz z przyrostem liczby osób zarażonych, zagrożenie zarażeniem wzrasta- to oczywiste. Ze stopniem zagrożenia ,jaki mamy dziś spotkamy się zapewne ponownie, kiedy krzywa zachorowalności będzie opadać, więc **podjęte dziś wiążące rekomendacje**

**będziemy siłą rzeczy stosować również wówczas. Nie wiemy tylko, kiedy (za ile tygodni) znów znajdziemy się w tym punkcie.**

2. Dane, o których mowa w pkt 1 (długość przejścia przez szczyt zachorowań do liczby osób stanowiących potencjalne zagrożenie podobnej, jaka jest w dniu dzisiejszym) są -zapewne w dużym przybliżeniu – w posiadaniu Ministerstwa Zdrowia. Wielokrotnie w wypowiedziach, Minister Zdrowia powołuje się na „modele prognostyczne", które są zapewne owocem profesjonalnych obliczeń opartych na specjalistycznych algorytmach i danych (częściowo zapewne niejawnych). Również danych dotyczących planowanego zaopatrzenia (patrz pkt II.3) nie sposób wytworzyć bez posiadania danych o zapasach i rezerwach państwowych oraz bez znajomości planów rządu co do wprowadzenia obostrzeń w handlu wyrobami medycznymi (art.85a Prawa farmaceutycznego). ,

- III. Nasze rekomendacje i działania

1. Na dzień 13 marca rekomendacja zawieszenia przyjęć planowych i pozostawienie do uznania lekarzy dentystów zakresu świadczonej pomocy doraźnej **była rekomendacją racjonalną**. W tym czasie:

a) wystąpiliśmy niezwłocznie (15 marca) o zorganizowanie pomocy doraźnej, w której możliwe byłoby bezpieczne dla wszystkich przyjęcie pacjenta;

b) wystąpiliśmy do 16 Centrów Zarządzania Kryzysowego o podanie listy gabinetów stm mogących bezpiecznie udzielić pomocy doraźnej , a w braku takiego zabezpieczenia - o jego niezwłoczne zorganizowanie;

c) przeprowadziliśmy konsultacje z towarzystwami naukowymi i Konsultantami Krajowymi ;

2. Czekamy na pilne stanowisko Ministerstwa Zdrowia ws sposobów zabezpieczenia pomocy doraźnej w najbliższych tygodniach. Z powodów opisanych w pkt.II.2. (wiedza zastrzeżona dla MZ) **głos Ministerstwa jest tu nieodzowny**.

- IV. Czy istnieje sprzeczność pomiędzy jakimkolwiek stanowiskiem KS NRL a wydanymi przez różne Towarzystwa rekomendacjami?

Sprzeczność nie istnieje i nie ma zadnego konfliktu. Izba nie jest towarzystwem naukowym i nie ma narzędzi do weryfikacji różnych

opinii i różnic w standardach. Towarzystwa z kolei opierają się na nauce i nie "negocjują" swoich opinii pod kątem ich wykonalności. Powinnością Izb lekarskich jest jednak wskazanie, że jeśli np piszemy , że standardem jest taki a nie inny typ maski i fartuch jednorazowy, to zadaniem Izby jest powiedzieć, że tego typu masek nie ma w sprzedaży, fartuchów nie ma, a sprzęt ten- jeśli jest- ma zaporową cenę i szukać z organizatorami opieki zdrowotnej (MZ, NFZ) dróg zaradzenia temu. **Ale Ministerstwo musi z nami rozmawiać , tymczasem kwestię całej (nie tylko stomatologicznej) opieki ambulatoryjnej pozostawiono poza głównym nurtem zainteresowania władz.** I na to nie ma juz skutecznej i prostej rady. **Nie oznacza to zwolnienia Izb z obowiązku działania i nikt tego nie deklaruje. po prostu walka o właściwe znalezienie się w nowej sytuacji jest trudniejsza.**

- V. sprawy zabezpieczenia bytu naszych praktyk i podmiotów:

  1. Od początku podnosimy, że zamknięcie praktyki stomatologicznej musi mieć status umożliwiający uzyskanie rekompensaty na równi z przedsiębiorstwami ,które musiały zawiesić działalność na mocy rozporządzenia lub nakazu wojewody.
  2. Czekamy na pakiet osłonowy -nie wiemy, czy 25 marca zbierze się Sejm i w jakim stopniu przedstawiciele strony społecznej będą mogli brać udział w nanoszeniu poprawek na propozycje rządowe.
  3. W kontekście terminu , o którym mowa w pkt II.1. - nie wiemy jaka będzie w tym momencie możliwość zakupu wyrobów medycznych , co stanowić będzie niezbędny warunek wznowienia działalności . Oczywiście będziemy upominać się o sprawiedliwy i skuteczny rozdział tego co będzie do dyspozycji w kraju.
  4. 1/12 kontraktu , jaką mają możliwość uzyskać podmioty współpracujące z NFZ co miesiąc jest rodzajem „kredytu z gwarancją zamówienia na jego odpracowanie” . Jednak przy dłuższym okresie zawieszenia planowych przyjęć , mogą wystąpić trudności w odpracowaniu tego „kredytu”. Z najbliższego nam okresu „przesilenia” możemy wyjść słabsi i fizycznie **i psychicznie**. Może okazać się trudne nagle zwiększyć liczbę porad, w szczególności, że reżim sanitarny wymagał będzie **dużo wolniejszego tempa przyjęć**. Z tego względu, NFZ powinien rozważyć nałożenie na wykonane świadczenia współczynnika korygującego, gdyż odpracowanie do 31 grudnia br. niewykonanych świadczeń w

proporcji 1:1 może okazać się niewykonalne.