

<http://www.luju.ro/genocid-cu-premeditare-sub-pretextul-pandemiei-regimul-iohannis-citu-arafat-blocheaza-din-nou-pe-30-de-zile-internarile-si-interventiile-chirurgicale-in-spitalele-de-stat-pentru-cazurile-non-urgente-ca-in-starea-de-urgenta-comandantul-actiunii-raed-arafat>



GENOCID CU PREMEDITARE – Sub pretextul pandemiei, regimul Iohannis-Citu-Arafat blocheaza din nou pe 30 de zile internarile si interventiile chirurgicale in spitalele de stat pentru cazurile non-urgente, ca in starea de urgenta. „Comandantul actiunii” Raed Arafat a anuntat criminalul ordin comun DSU-MS: „Managerii unitatilor sanitare publice cu puteri dispun masuri pentru suspendarea internarilor, a interventiilor chirurgicale si a altor tratamente si investigatii ce pot fi reprogramate” (Video)

Scris de Valentin BUSUIOC | Data: 05.10.2021 12:59



Regimul Iohannis-Citu-Arafat se deda pur si simplu la genocid impotriva poporului roman. In seara zilei de Luni, 4 octombrie 2021, „comandantul actiunii” **Raed Arafat (foto)** a anuntat ca Departamentul pentru Situatii de Urgenta (pe care il conduce) si Ministerul Sanatatii au adoptat un ordin comun a carui principala prevedere se refera la suspendarea timp de 30 de zile a internarilor si a interventiilor chirurgicale in cazurile care nu sunt urgente si care nu vizeaza tratamente pentru boli cronice (tratamente oncologice, cu dializa etc.).

Iar ca si cum nu ar fi fost de ajuns, cazurile urgente vor fi stabilite de catre fiecare director de spital in parte. **Asadar, se creeaza o uriasa zona de arbitrar si, bineinteles, riscul ca pacienti cu probleme cu adevarat urgente sa fie lasati pe dinafara.**

Inainte de a va lasa sa cititi declaratia lui Raed Arafat, amintim ca o masura asemanatoare a luat presedintele Klaus Iohannis in martie si in aprilie 2020, cand a emis decretele de instituire, respectiv de prelungire a starii de

urgenta.

lata mai intai ce prevedea ultima parte a anexei 2 din fiecare decret presidential din 2020 (textul este identic; difera doar numerotarea articolelor):

„Limitarea activitatii spitalelor publice la internarea si rezolvarea cazurilor urgente:

(i) urgente de ordin I - pacienti internati prin unitati de primiri urgente/compartimente de primiri urgente care isi pot pierde viata in 24 de ore;

(ii) urgente de ordin II - pacienti care trebuie tratati in cadrul aceleiasi internari (odata diagnosticati nu pot fi externati);

(iii) pacientii infectati cu virusul SARS-CoV-2, respectiv diagnosticati cu COVID-19”.

Redam si afirmatia lui Raed Arafat (vezi video):

„Eu o sa vin cu doua informatii, care nu au legatura directa cu sedinta de Guvern, dar cu problema cu care ne confruntam – si anume: presiunea care exista la acest moment asupra sectorului de urgenta si sectorului sanitar din cauza SARS-COV-2 sau al COVID-19. Dupa cum stiti, dupa cum ati vazut, cifrele continua sa creasca. Astazi, comparativ cu luna trecuta, avem aproape o cifra dubla. Ieri, fata de duminica trecuta, cifra aproape ca s-a dublat din nou.

Nu vedem inca o tendinta de plafonare sau o tendinta de scadere, motiv pentru care (si dupa discutiile, bineintele, cu colegii de la Ministerul Sanatatii, analizele facute la Centrul National de Comanda si Coordonare a Interventiei, discutii cu mai multi manageri de spitale) suntem nevoiti sa emitem un ordin de 30 de zile, care prevede ca incepand cu data emiterii acestuia, managerii unitatilor sanitare publice cu paturi dispun masuri pentru suspendarea internarilor pentru interventii chirurgicale si pentru alte tratamente si investigatii medicale care nu reprezinta urgenta si care pot fi reprogramate. Vor face acest lucru managerii unitatilor sanitare publice.

Articolul 2: prevederile de la articolul 1 nu se aplica urgentelor femeilor insarcinate care necesita controale obligatorii, pacientilor cu afectiuni oncologice cronice sau care necesita proceduri de dializa, care trebuie sa se prezinte periodic pentru monitorizare, investigatii sau tratament, astfel de proceduri medicale urmand sa fie realizate in continuare in unitatile medicale publice.

Articolul 3: prevederile la articolul 1 se refera la asistenta spitaliceasca acordata in unitati sanitare publice cu paturi, definite conform art. 163 din Legea 95/2006 privind reforma in domeniul sanatatii, republicata, cu modificarile si completarile ulterioare. Masurile prevazute sunt aplicabile pe baza analizei medicului curant de specialitate. Adica fiecare caz este analizat de medicul care trateaza cazul respectiv si decide daca cazul poate fi reprogramat, poate fi amanat sau daca trebuie neaparat sa fie tratat in aceasta perioada, in unitatea respectiva, care argumenteaza in foaia de observatie care este motivatia medicala care impune necesitatea internarii pacientilor care nu reprezinta urgente si care nu sunt pacienti COVID.

Articolul 4: avand in vedere prevederile de la articolul 19 din OUG 20/2021, managerii unitatilor publice cu paturi distribuie personalul care devine disponibil dupa aplicarea masurilor prevazute din prezentul ordin catre structurile care trateaza pacientii COVID-pozitivi; sau daca nu exista astfel de structuri in unitate proprie, raporteaza catre directiile de sanatate publica in vederea detasarii la nevoie a personalului respectiv catre alte unitati medicale.

Stim ca problema noastra este dubla. Una este a spatiului si a locurilor cu oxigen, locurilor de terapie intensiva; si doi: este a resursei umane. Si aceasta masura de 30 de zile este ca sa se incerce sa se rezolve partial ambele probleme.

Articolul 5 (si acesta este iarasi un articol care prevede o modificare importanta acolo unde este nevoie): pentru unitatile spitalicesti la care permanenta nu se poate asigura doar prin intermediul liniilor de garda, managerii implementeaza masura asigurarii permanentei prin ture de 12 ore pentru intregul personal deficitar, astfel incat personalul respectiv sa nu se mai prezinte zilnic la unitate, ci doar in turele in care este programat.

Acum, in mare parte unitatile functioneaza asa: ai patru medici, vin toti dimineata, stau pana pe la ora unsprezece, unu, dupa care ramane un singur medic de garda pana a doua zi. Presiunea este foarte mare pe un medic incepand cu ora unu pana a doua zi, iar medicii, ceilalti trei, au plecat acasa si bineintele raman acasa si vin a doua zi din nou toti medicii si din nou se reia treaba aceasta. Acolo unde este deficit, se lucreaza in ture, insemna ca vine un medic 12 ore si aceasta este recomandarea, de 12 ore, pentru ca este foarte greu sa stai 24 de ore. Sta 12 ore, pleaca, se odihneste 24 de ore, mai vine 12 ore, mai face o pauza si asa mai departe. Este la indemana managerilor sa organizeze acest lucru, dar iarasi: din discutii cu mai multi manageri, ar fi o solutie temporara buna

pentru acoperirea nevoilor pentru preluarea pacientilor care sunt in unitatile de primiri urgente si crearea unor spatii suplimentare.

Ordinul este avizat si de Ministerul Sanatatii, de domnul ministru Cseke, deci este discutat cu dansii si vreau sa spun ca am dorit chiar sa explic in noaptea asta aceasta masura, pentru ca se va incerca sa se prezinte informatii trunchiate, dezinformari, manipulari, ca noi lasam bolnavii netratati, ca nu vor fi tratati bolnavii. Nu asta este situatia. Trebuie sa gestionam o situatie de urgenta, de dezastru, unde avem resurse mai limitate fata de necesar, dar bineinteles este una din solutiile care s-au aplicat in foarte multe tari cand au fost probleme serioase si cand au trecut prin valuri grele, cum este valul prin care trecem in acest moment.

Al doilea ordin vine in completare, este ordinul care stabileste ca toti rezidentii de anestezie, terapie intensiva, de medicina de urgenta urmeaza sa fie preluati la stagiul de baza, adica la unitatile de primiri urgente.

Sunt multi rezidenti in stagii in diferite sectii. Urmeaza sa fie preluati la UPU pentru completarea personalului, iar la nivelul Ministerului Sanatatii, se discuta la acest moment si pentru rezidentii de ATI pentru anumite masuri, care urmeaza sa fie aplicate, ca sa putem sa mobilizam un numar mai mare de rezidenti.

A doua problema este problema activarii Mecanismului de Protectie Civila. Stiu ca au fost multe discutii pe aceasta tema. Maine urmeaza sa fie activat mecanismul la cererea Ministerului Sanatatii. Astazi am avut discutii si cu domnul ministru Cseke, bineinteles s-a discutat cu domnul prim-ministru, pentru medicamentul Tocilizumab. Este un medicament al carui furnizor nu poate sa ofere toate cantitatile necesare. Am inteles de la colegii de la Ministerul Sanatatii ca la acest moment avem cantitati suficiente pentru inca 2-3 saptamani, motiv pentru care vom activa mecanismul, sa vedem in tarile in care nu se confrunta cu un val serios in acest moment, daca putem lua de la ei medicamentul si sa-l aducem in tara in anumite cantitati. Ministerul Sanatatii, maine, urmeaza sa ne spuna care este cantitatea necesara pe care o s-o anuntam.

Un alt aspect legat de Mecanismul de Protectie Civila este posibilitatea, si analizam acest lucru, sa solicitam anumite echipamente, in mod deosebit oxigenatoare individuale, sa suplimentam ce avem si ce achizitionam, pentru a facilita cresterea numarului de paturi cu oxigen in spitalele care au paturi libere, dar care nu sunt conectate la oxigen.

Al treilea lucru si ultimul lucru pe care vreau sa-l stabilesc, pe linia Mecanismului de Protectie Civila: noi am auzit foarte multe intrebari de ce nu transferam pacientii afara. Cei care ne intreaba cred ca unii dintre ei poate nu stiu ce inseamna logistica, acest aspect privind pacientii cu COVID in mod deosebit. Acest lucru poate sa fie realizat eventual la granita, la distante limitate, cum s-a intamplat in alte tari, cu spitale din vecinatate, care sa preia un numar de pacienti la un anumit moment. Noi avem foarte multi pacienti, care se cumuleaza in fiecare zi, le gasim locul, a doua zi se repeta povestea si, de exemplu, astazi au fost la un moment 50 de pacienti, care necesitau terapie intensiva si pentru care s-a lucrat pentru gasirea de locuri pentru ei in tara. Este imposibil sa transporti pe zi atatia pacienti cu avionul. Va dau cateva exemple. Un pacient pe CPAP (n.r. continuous positive airway pressure – presiune pozitiva continua in cailor aeriene) sau pe oxigen cu flux foarte mare nu poti sa-l duci cu avionul, pentru ca acest lucru inseamna sa dai oxigenul la maxim si oxigenul este in atmosfera avionului in interior. Ce face din avion chiar riscul de explozie sau riscul de incendiu in avion il face foarte mare astfel de procedura, cand ai 6-7-8 pacienti de acest gen. Doi: pacientii intubati, unii dintre ei nu suporta transportul cu avionul si necesita bineinteles gasirea unor locuri pentru ei in zonele in care sunt sau daca suporta transportul, suporta pentru o ora sau o ora jumata, dar nu pentru patru-cinci ore de transport. Un avion militar transporta sase pacienti de terapie intensiva, maximum opt. Asta inseamna, daca folosim, sa zicem, doua avioane si incepem sa plecam cu bolnavii ca maximum pe zi se pot transporta sase, opt bolnavi. Si cum alegem bolnavii? Pe cine trimiti? Astea toate sunt aspecte logistice de discutat. Normal ca nu se exclud unele solutii punctuale de transfer in zonele de granita care pot sa aiba loc, daca bineinteles sunt locuri in spitalele din tarile vecine care pot sa ii primeasca. De transferat afara este o solutie care poate fi discutata, dar nu poate sa fie solutia magica care rezolva problema, pentru ca problema trebuie rezolvata prin cresterea capacitatii si, eventual, prin cresterea numarului personalului.

Deci se poate ajunge, la un moment dat, sa solicitam echipe medicale din strainatate: cum am plecat noi la altii, sa vina altii sa ne ajute, daca va fi nevoie de acest lucru. Cam asta este ce discutam cu Mecanismul de Protectie Civila Europeana. Suntem in legatura cu colegii de la Bruxelles tot timpul si astazi s-a discutat, iar maine va fi o prima activare pentru medicamentul Tocilizumab, care este foarte important si care stim ca in doua-trei saptamani s-ar putea sa avem o problema de livrare de la furnizor si atunci vom merge pe solicitarea din partea membrilor mecanismului”.