

**200 tysięcy zgonów nadmiarowych z nieznannej przyczyny  
i żadnej publicznej dyskusji na ten temat.**

**Dlaczego???**

# Szczepienia przeciw COVID-19. Biała księga pandemii koronawirusa – konferencja Ordo Medicus



1 grudnia godz. 18:00 ▪ Dom Technika NOT ul. Tadeusza Czackiego 3/5 w Warszawie

1 grudnia (czwartek) o godz. 18:00 w Warszawie w Domu Technika NOT na ul. Czackiego 3/5 odbędzie się konferencja na temat **szczepień dorosłych i grup ryzyka przeciw COVID-19**. Wydamy również oświadczenie i uzasadnienie naukowo-medycznego dotyczące tej kwestii.

## 1 grudnia godz. 18:00 ▪ Dom Technika NOT ul. Tadeusza Czackiego 3/5 w Warszawie

1 grudnia (czwartek) o godz. 18:00 w Warszawie w Domu Technika NOT na ul. Czackiego 3/5 odbędzie się konferencja na temat **szczepień dorosłych i grup ryzyka przeciw COVID-19**. Wydamy również oświadczenie i uzasadnienie naukowo-medycznego dotyczące tej kwestii.

W konferencji wezmą udział:

prof. n. med. Grzegorz Raczak

dr. n. med. Zbigniew Martyka

dr n. med. Piotr Witczak

lek. Paweł Basiukiewicz

lek. Anna Martynowska

lek. Jerzy Milewski

lek. Tomasz Wołoszyn

dr Mariusz Błochowiak

Konferencję będziemy również transmitować na naszym kanale na Facebooku, Twitterze i na naszej stronie internetowej, a ponadto na wielu innych zaprzyjaźnionych kanałach.

# Zawieszenie planowych zabiegów to więcej ofiar

Rozmowa

Z prof. dr n.med. Grzegorzem Raczakiem, kierownikiem Kliniki Kardiologii i Elektroterapii Serca UCK w Gdańsku rozmawia Dorota Abramowicz

**NFZ zalecił szpitalom zawiesić z powodu covid-19 zabiegi planowe, m.in. zabiegi naczyniowe na aorcie brzusznej i piersiowej i pomostowanie naczyń wieńcowych. Jakże mogą być skutki tej decyzji?**

Zawieszenie plastyk wieńcowych może skutkować zawałami serca i zwiększeniem liczby zgonów z powodów kardiologicznych, nie zawsze rejestrowanych. Zmiany w naczyniach wieńcowych czasem są łagodne i mogą poczekać, a czasem wymagają szybkiej interwencji. Zdarza się, że pacjent umiera w domu i prawie nikt tego nie łączy z faktem, że miał zwężenia naczyń wieńcowych, czekał na koronoplastykę i nie doczekał. Mówimy zresztą o sytuacji, która już się dzieje. Liczba zgonów w Polsce wzrosła z 418,1 tysięcy w roku 2019, do 485 tysięcy w roku 2020. Wzrost liczby zgonów o 67 tysięcy to poważny problem. Budzi pytanie, z czego to wynika.

**Pewne koronawirus. To nie jest odpowiedź?**

Wiadomo, że w części powodem może być pandemia, z którą walczy cały świat, w tym także i Polska. Drugim, ważniejszym, jest istotne ograniczenie dostępu do systemu opieki zdrowotnej chorých na inne choroby niż Covid, takie jak niewydolność serca, niewydolność naczyń

mózgowych czy migotanie przedsionków. Czy pani wie, że ilość porad w poradniach kardiologicznych spadła w ciągu roku o 500 tysięcy? W POZ nadal królują teleporady, których wartość, zwłaszcza w odniesieniu do tzw. pierwszych wizyt, wydaje się być mocno ograniczona. Pacjenci straszeni przez media i niektórych lekarzy, boją się zgłaszać do szpitali. I do tego, jak już pani zauważyła, dyrektorzy szpitali, ogarnięci „obłędem covidowym”, wstrzymują przyjęcia planowe, na rzecz ewentualnych pacjentów z wirusem, co zresztą wynika z zarządzenia NFZ.

**Jak wobec tego wygląda praca oddziałów kardiologicznych?**

Są ogolane są ze specjalistów, którzy idą na oddziały covidowe. Ordynatorzy oddziałów specjalistycznych zmuszani są do podejmowania ryzykownych decyzji restrykcyjnych, a dyrektorzy szpitali, organizatorzy opieki zdrowotnej i politycy chwalać się wszędzie, jakie mają dobre wyniki w walce z covidem. Jednak moje sumienie lekarskie nakazuje protestować, kiedy z powodu covidowego zamieszania administracyjnymi decyzjami pozabawia się ciężko chorych ludzi opieki specjalistycznej. Zresztą nie jest to tylko moje prywatne stanowisko. Jest ono zgodne ze stanowiskiem konsultanta krajowego ds. kardiologii i Zarządu Głównego Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego.

**Co z pacjentami?**

Pacjenci leżący na oddziałach specjalistycznych mają



Prof. Grzegorz Raczak

gorszą opiekę, bo jest mniej personelu i mniej wykonuje się procedur. To wszystko przekłada się na późniejsze rozpoznania i gorsze leczenie. Liczba wykonanych w szpitalach procedur zmniejszyła się w okresie kolejnych fal pandemii o około 30 proc. i później została odrobiona w stopniu niewystarczającym. W 2019 roku w Polsce wszczepiono 8,5 tys. kardioverterów-defibrylatorów (ICD) i 4 tys. CRTD, czyli defibrylatorów do stymulacji resynchronizującej serca. W roku 2020 wszczepiono już o 10 proc. mniej tych urządzeń. A co to oznacza? Aż 1200 osób zagrożonych nagłą śmiercią sercową nie zostało zabezpieczonych!

**Co się z nimi stanie?**

Wielu z nich umrze. Kiedy jednak umrą w ciągu najbliższych miesięcy, pewnie uzna się, że ze starości albo z powodu chorób modnie nazywanych współlistniejącymi. Ilu chorych zmarło na zawał w domu? Tego nikt nie wie. Ile na niewydolność serca, a ile na udar - także nie wiadomo. Kto ma ich krew na rękach? Do tego jeszcze dojdą zgoni zbyt późno rozpoznanych nowotworów, trzeba trochę na to poczekać, ale to

nieuniknione. Co ciekawe, całościowe dane liczbowe dotyczące tych wszystkich procedur nie są powszechnie dostępne. Ich fragmentaryczność i często niepewna wartość też budzi niepokój. Trudno merytorycznie dyskutować jakkolwiek problem, gdy brak jest danych.

**Jedynie dane to te, że w ub. roku Covid był przyczyną śmierci 28,5 tys. osób. Jeśli odejmiemy tę liczbę od 67 tys. dodatkowych zgonów, pozostaje nam ponad 38 tysięcy Polaków, którzy zmarli „przy okazji” pandemii. Czy ktoś to już przeanalizował?**

Nie znalazłem żadnych analiz. Niepokój też budzi fakt, że przyrost liczby zgonów ogółem w naszym kraju jest najwyższy spośród wszystkich krajów europejskich. Słyszała pani jakieś dyskusje na ten temat? Nie. Dlaczego? Bo światowym problemem jest Covid. Trzeba wierzyć, że nasi politycy i osoby zarządzające organizacją ochrony zdrowia to pierwszorzędni fachowcy, którym możemy i musimy ufać. Ponoszą przecież odpowiedzialność za swoje działania, ale uczucie głębokiej niepewności pozostaje. Absolutnie rozumiem, że musimy wszyscy solidarnie walczyć z epidemią. Ale musi ktoś tym rozsądnie kierować. Jestem człowiekiem, który sam ciężko chorował i otarł się o śmierć. Powróciłem na szczęście do pełnej sprawności, ale problem śmierci jest mi stale szczególnie bliski i dlatego o nim mówię i piszę. Chcę ratować ludzi - to chyba zdrowy odruch lekarski?

## Dziennik Bałtycki

### 15 marzec 2021

Zawsze Pomorze  
20-26.01.22

Dorota Abramowicz  
abramowicz@zawszepamorze.pl

# Do końca a nie rozumiem, dlaczego mimo pandemii, liczba hospitalizacji spadła w Polsce aż o dwa miliony

**ZDROWIE //** Populacja w naszym kraju w czasie pandemii zmniejsza się. Ludzie umierali głównie z powodu bałaganu w służbie zdrowia

Ekspert przewidują, że w ciągu najbliższych tygodni z powodu zakażenia wirusem Omikron może umrzeć nawet 30 tys. osób. A co z tymi wszystkimi ofiarami pandemii, które nie zachorowały na Covid-19, ale straciły życie z powodu braku pomocy medycznej?

Jeśli już mówimy o danych, to zaczynamy od sposobu ich zbierania. Jeżeli prawdziwa jest teza, że COVID-19 jest chorobą wysoce zakaźną i śmiertelną, to liczba hospitalizacji musiałaby dramatycznie wzrosnąć i powinniśmy mieć bardzo duży wzrost zachorowań i zgonów.

## A tak nie jest?

Oficjalnie podawane dane mówią, że liczba hospitalizacji w Polsce w roku 2020 w stosunku do roku 2019 spadła o 30 proc. To znaczy, że do szpitali zamiast 7 milionów trafiło 5 milionów pacjentów. Myśląc logicznie liczba ta powinna wzrosnąć do 9 albo 11 milionów. I to właśnie ci pacjenci, którzy do szpitali nie zostali przyjęci, znaleźli się w tej nadwyżce nadumieralności. Dane są wstrząsające – populacja w naszym kraju w czasie pandemii zmniejszyła się o 200 tys. osób. Z tego jedynie 30 tys. to spadek liczby urodzin. Pozostaje 170 tysięcy osób, które zmarły „nadprogramowo”.

Czy ktoś oficjalnie porównał liczby zgonów z powodu Covid-19 (według Ministerstwa Zdrowia jest ich ponad 102 tys.) ze zgonami „niecovidowymi”?

Uważam, że zarówno Główny Inspektorat Sanitarny, Państwowy Zakład Higieny jak i Ministerstwo Zdrowia zachowują się tak, jakby nie dysponowały wiarygodnymi narzędziami, pozwalającymi na ocenę tego zjawiska, czyli ustaleniem liczby zgonów i zachorowań na Covid-19. Dowodem na to są liczne rozbieżności w pandemicznych raportach z poszczególnych województw, gdzie dzieli się przyczyną zgonu na spowodowane tylko

i wyłącznie wirusem oraz na te łączące covid z chorobami współistniejącymi. Okazało się, że niektórzy lekarze, w razie stwierdzenia zakażenia „nie widzą”, że przyczyną choroby nie był koronawirus, ale zawał, udar itp. Sam dodatni wynik badania PCR oznacza zakażenie, a nie zachorowanie na Covid-19, do tego trzeba mieć objawy choroby. Paradoksalnie może być nawet tak, że zrobi pan test PCR, otrzyma pani wynik dodatni, a na ulicy wpadnie pani pod samochód. Czy to oznacza, że jako przyczynę śmierci trzeba wpisać Covid-19? Czy jeśli ktoś ma chorobę wieńcową, nadciśnienie, cukrzycę, jest w terminalnym stadium choroby nowotworowej i w badaniach wyjdzie mu test dodatni, to nie znaczy, że umarł z powodu choroby wywołanej zakażeniem wirusem SARS-CoV-2.

Wobec tego za ile z tych nadmiarowych zgonów odpowiada Covid-19?

Nie zgadzam się z tezą, że większość z tych zgonów została spowodowana covidem. Ludzie umierali głównie z powodu bałaganu w służbie zdrowia i administracyjnego blokowania chorem „niecovidowym” dostępu do lekarzy. Chciałbym podkreślić, że nie kwestionuję wirusa i konieczności walki z nim, ale nie zgadzam się, by odbywało się to kosztem pacjentów cierpiących na inne choroby. Dlatego jak najszybciej trzeba ocenić koszty zdrowotne społeczeństwa, które ponosimy walcząc z pandemią.

Czy wiadomo już w jakim stopniu ograniczono dostęp do leczenia w okresie pandemii?

Wyraźnie widać to w analizach, przeprowadzonych przez dr. Marka Sobolewskiego z Politechniki Rzeszowskiej. W przypadku nietypowego wirusowego zapalenia płuc liczba hospitalizacji w porównaniu z 2019 r. spadła o 16 tys., czyli o 29 proc. Aż 48 tys. mniej pacjentów z POChP (68 proc.) trafiło

do szpitali. Nowotwory układu oddechowego leczyło w szpitalach o 23 tys. osób mniej, czyli 29 proc. Proszę się zastanowić, jaki skutek zdrowotny przyniosło niewykonanie jednej trzeciej hospitalizacji w grupie chorych z nowotworem układu oddechowego? Łatwo się domyślić, że wielu z nich już umarło lub wkrótce umrze. Wykonano też o 13 tys. mniej koronaroplastyk w ostrych zespołach wieńcowych. Czy oznacza to, że ludzie przestali chorować na zawały, czy też kogoś, kto miał zawał, pozbawiono szansy na zabieg ratujący życie?

## Dlaczego tak się stało?

Przyczyn było wiele. Począwszy od organizacyjnych problemów służby zdrowia, po działania w Podstawowej Opiece Zdrowotnej, udzielającej porad zdalnych. Przejdźmy do mojej ulubionej działości, czyli poważnych zaburzeń rytmu serca. Tu liczba hospitalizowanych pacjentów spadła o 24 tysiące, czyli o 47 proc.

Jaki był skutek braku hospitalizacji u prawie co drugiego chorego?

Nie jestem Duchem Świętym, ale wiem, że przy braku leczenia śmiertelność w tej grupie jest duża. Z kolei u pacjentów z mniej poważnymi zaburzeniami rytmu serca liczba hospitalizowanych spadła o 48 procent. Kto decyduje o tym, czy i w jakim stopniu ograniczać przyjęcia mniej i cięższych chorych? Przecież tu nie ma żadnej różnicy! To jest wzorzec chaosu panującego w systemie opieki zdrowotnej. Wróćmy jeszcze do danych dotyczących liczby hospitalizacji. Każdy szpital ma przyjęcia ostrodyżurowe i planowe. Jedne i drugie zostały znacznie zahamowane. To mogło spowodować u każdego potencjalnego pacjenta poczucie grozy. I przyznam się, że do końca nie rozumiem, dlaczego liczba hospitalizacji spadła w Polsce aż o dwa miliony. To bzdura zdziwienie i niepokój lekarzy.



Fot. Kamil Wesołowski

Ludzie umierali głównie z powodu bałaganu w służbie zdrowia i administracyjnego blokowania chorem „niecovidowym” dostępu do lekarzy – uważa prof. Grzegorz Raczak

To jasne, trzeba było przygotować miejsca dla zakażonych pacjentów.

Tak? Z danych Ministerstwa Zdrowia wynika, że liczba hospitalizacji osób z rozpoznaniem COVID-19 wyniosła 235 tys. To stanowi zaledwie 4,6 proc. wszystkich przyjęć. Warto sprawdzić, czy szpitale w czasie pandemii nie były wręcz nadmierne puste. Tymczasem nadal gwałtownie zwiększa się liczba miejsc w szpitalach na rzecz walki z covidem, nie patrząc na to, że w imię owej walki wymierają wielokrotnie więcej ludzi.

Zbliża się piąta fala pandemii, spowodowana przez wariant Omikron. Minister zdrowia ostrzega, że możemy potrzebować aż 60 tys. łóżek szpitalnych. Co stanie się z niezakażonymi pacjentami, dla których zabraknie miejsc?

Nie podejmuję się prorokować, z chorobami zakaźnymi może być różnie. Warto jednak znaleźć odpowiedź na pytanie, czy znowu nie okaże się, że walka z covidem nie będzie prowadzona kosztem pozostałych chorych.

Jestem z daleka od kwestii zarządzania zdrowiem i polityki, lecz ludzi. I zwyczajnie martwię się, że zbyt wielu z nich umiera. Brakuje mi też poważnej, publicznej dyskusji na temat nadumieralności w Polsce. Brakuje dialogu. Ktoś wprawdzie podaje jakieś tezy, ale mnie, jako naukowcowi, brakuje informacji. Jak to zostało stwierdzone, na jak dużej grupie, jakie były kryteria badań. Rzeczka naukowca jest wątpić we wszystko, póki nie otrzyma konkretnych danych.

Czy w pańskim szpitalu już przygotowuje się kosztem poszczególnych klinik, miejsca dla chorych na covid?

Z około tysiąca łóżek w UCK mniej więcej co dziesiąte jest przeznaczony na ten cel. Nie wiem, czy to dużo, czy mało. Trzeba wziąć jednak pod uwagę, że zbudowany za ogromne pieniądze wielki, nowoczesny szpital, który powinien wykonywać wielospecjalistyczne procedury, w całości stoi czekając na pacjentów covidowych. Równocześnie przyjęcia planowe zostały u nas poważnie ograniczone.

I trudno obwiniać oto dyrekcję, która musi wykonać polecenie z góry.

Co pan, jako kardiolog, może zrobić zagrożeniemu potrzebującym pomocy pacjentom?

Niewykluczone, że zanim trafią do szpitala, wielu z nich umrze. Wiele z nas zaskończyło się w ostatnich czasach z próbą zdobycia jakiegokolwiek porady i analizy. Jeśli znam pacjenta od 20 lat, jestem przynajmniej w stanie z pewnym prawdopodobieństwem zdalnie postawić diagnozę. Inaczej, gdy człowieka w ogóle na oczy nie widziałem. W takiej sytuacji jest ryzyko, że nawet wybitny lekarz popełni błąd. W dodatku ludzie boją się dziś zgłaszać do lekarzy. Widzę poważne ryzyko, że ten kompletny obłęd na punkcie pandemii zabija ludzi, którzy mogliby żyć. To wszystko jest skutkiem bałaganu, braku informacji oraz dyskusji publicznej, co i jak można zmienić.

Kto powinien zainicjować taką dyskusję? Politycy?

Politycy kierują się głównie notowaniami w sondażach. Pacjentami nieco mniej.

Co wobec tego należałoby zmienić, by powstrzymać kolejną falę niepotrzebnych zgonów?

Nie powinniśmy zapominać o wszystkich pozostałych chorych. Potrzebne jest prowadzenie dokładniejszej diagnostyki. Ale przede wszystkim nie możemy zamykać przyjęć ostrodyżurowych. Mówimy o chorych z zagrożeniem życia. Nieprzyjęcie takiego chorego jest stwarzaniem dla niego dużego ryzyka. Dlatego uważam, że niezależnie od pandemii powinniśmy wrócić do leczenia wszystkich chorych, a na covidzie wyodrębnić odrębną działkę. Czekam też na poważną, publiczną dyskusję na temat przyczyn tych wszystkich nadmiarowych zgonów.

WIDZĘ POWAŻNE RYZYKO, ŻE TEN KOMPLETNY OBLĘD NA PUNKCIE PANDEMII ZABIA LUDZI, KTÓRZY MOGLIBY ŻYĆ



Prof. dr hab. med. Grzegorz Raczak jest kierownikiem Kliniki Kardiologii i Elektroterapii Serca, II Katedry Kardiologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

# Kto ma pozbawić opiekę

POLSKA // Nadumieralność w ok. faktem. W Polsce panuje komp

**Derota Abramowicz**  
d.abramowicz@zawszepomocze.pl

Przed rokami przewidywał pan: „Moje to ogłosić jako czarne proroctwo, ale dramatyczne skutki pandemii – prawdziwą rzęsę – odwołamy dopiero za dwa lata”. Czy drżnia, gdy ogłoszono koniec epidemii, optymistycznej patrzy Pan w przyszłość?

Pytałem też, kto ma na rękach krew ludzi podobnych w czasie epidemii opieki specjalistycznej. I do tej pory nie dostałem na to pytanie odpowiedzi. Kompletnie nic nie zostało w tym zakresie wyjaśnione. Na początku tego roku w rozmowie z tygodnikiem i portalem „Zawsze Pomocze” przypomniałem, że nadumieralność w okresie pandemii wyniosła 200 tysięcy osób. Co to oznacza? Chodzi o stosunek liczby zgonów w danym roku do średniej liczby zgonów z analogicznego okresu we wcześniejszych latach. W minionym roku – w porównaniu do milion mieszkańców – najniższy drapie miejsce wśród krajów OECD drapie miejsce pod względem, szacuje się na Mekykim.

**Polacy częściej zapadali na Covid-19, niż mieszkańcy innych krajów?**

Akurat nie. Moim zdaniem za tak dramatyczną sytuację odpowiadało blokowanie chorzy, głównie kardiologiczne, dostępu do opieki specjalistycznej decyzjami administracyjnymi. Nie chcieli dochodzić, czy rola to wojewoda, minister, zastępcy ministra. Aż tak biegły w obserwacji procesów decyzyjnych już nie jestem. Jedno jest pewne – liczba hospitalizacji spadła w 2020 roku o 30 procent, z 7 do 5 milionów. I to przy ataku wirusa, który miał na lewo i prawo mordować ludzi.

**Lnie da się ukryć, miedowal.**

Zawsze mówiono, że z covidem trzeba walczyć. Było nie kosztom pacjentów kardiologicznych. Udalo mi się dotrzeć do danych na temat stanu kłóek szpitalnych w Polsce na dzień 31 grudnia 2020 roku. Tamtego dnia mieliśmy 34 741 tzw. kłóek covidowych. Pacjenci zakażeni SARS-CoV-2 zajmowali 16 763 kłóki, a 17 978 kłóki stały wolne. Pozwoliłem sobie na dokonanie krótkich obliczeń. Średni czas hospitalizacji pacjenta kardiologicznego wynosi 4,1 doby. Oznacza to, że jedno kłóko kardiologiczne „obsługuje” 19 pacjentów w ciągu roku. Jeśli teraz pomnożymy liczbę wolnych kłóek covidowych czekających na pacjenta przez 19, otrzymamy wynik 1,6 mil.

**Czyli?**

Czyli możemy przypuszczać, że przez odcięcie dostępu do szeregowanych miejsc w szpitalach aż 1,6 miliona chorych kardiologicznie nie zostało przypiętych na oddziały szpitalne! Na umieszczenie kamieni rólkowych można poczekać nawet rok, ale wśród nasy planowych chorych kardiologicznie co kilka tygodni taki pacjent umiera. Być „planowym” w kolejce do zabiegu nie oznacza, że chorey może czekać. Zabłokowanie ponad półtora miliona przyjęć przekłada się na setki tysięcy pogrzebów. Mam otwarte pytanie do wszystkich: kto ponosi odpowiedzialność, nie tylko polityczną, ale i karną za zamknięcie pacjentom niecovidowym dostępu do diagnostyki i leczenia medycznego? Zadaję to pytanie jako lekarz, który ma do czynienia z powolnie chorującymi pacjentami. W sytuacji, gdy umiera 200 tysięcy ludzi, ich śmierć dotyczy nawet milion osób, członków najbliższej rodziny. Dlatego w imieniu miliona tych, którzy stracili kogoś bliskiego, pozwalam sobie spytać

# na rękach krew ludzi onych w czasie epidemii ecjalistycznej

esie pandemii wyniosła 200 tysięcy osób. Zastanawia mnie kompletny brak dyskusji nad tym letna cisza, wszyscy udają, że było pięknie – prof. dr hab. med. Grzegorz Raczak.



Tenai covidu został odwołany, zapominamy. Zarówno przez obió rządzący, jak i spręję. To były tie czasy, które nigdy – słyszmy

o tych, którzy powinni odpowiadać kamie za swoje decyzje.

**Jest pan przekonany, że skutki urzędniczych decyzji podejmowanych w czasie pandemii zostaną ocenione sądem?**

Zdecydowanie tak. Każda decyzja z ostatnich dwóch lat bezwzględnie wymaga rozliczenia.

**Czy może wskazać pan urzędnika, który powinien stanąć przed sądem?**

Nigdy w życiu. Jako lekarz, a nie prokurator, nigdy nie odważę się wskazać konkretnej osoby. Niech zbada to ktoś kompetentny. Zastanawia mnie jednak kompletny brak dyskusji nad faktem, że umarło 200 tysięcy osób! Powinny być powołane jakiejś stałej ekspertów, którzy prowadzają to, co stało się przez ostatnie dwa lata. Politycy konury, wycofują wnioski, przedstawiają je społeczeństwu. W Polsce panuje kompletna cisza, wszyscy udają, że było pięknie. Zarzwałyła pani może jeszcze jedno – przyszła wojna Rosji z Ukrainą i momentalnie

zakochyła się epidemia. Do Polski przybyły trzy miliony uchodźców, nieskończony nacisk na systemy, i nie się nie zawahał. Nawet wojnę, temat covidu został głośno odwołany, zapominamy. Zarówno przez obió rządzący, jak i spręję. To były tie czasy, które nigdy – słyszmy. A te setki tysięcy ludzi agnię nie są warte tego, by o nich mówić? Konieczna jest publiczna dyskusja. Szum powinien być wzdłuż Miłczania, jakie w tej sprawie zapadło, zwycięstwo niepokoi.

**Zapewne usłyszmy, że epidemia była „cią wycięta”, decyzje podejmowano pod presją czasu i w sytuacji, gdy tak naprawdę niewiele wiedzieliśmy o szerszym wirusie.**

I to ma być wieloletni śmieć dwustu tysięcy osób i dramat ich rodzin? Do mnie to nie przemawia.

**Dziś za to słyszmy o pilotażu sieci kardiologicznej, którego celem jest nadrobienie długa zdrowotnego, do którego doprowadziła epidemia.**

**Ostatnio pilotaż został już potępiony o kolejne województwa, w tym Pomorskie. Jemielony w stanie odrobic za ległości w leczeniu?**

Po pierwsze chciałbym spytać, czy o, którzy już umarli, zostaną w jakiś sposób opamiętani? Minister ich wskazał, będą być w pełni zdrowi! Czytalem wywiad z prezydentem ministra zdrowia, który zapomniał, że Krajowa Sieć Kardiologiczna jest elementem odbudowy zdrowia Polaków. Niech pani powie to lekarzowi. Kiedy przychodzi do mnie chorey człowiek, to wiem, że będzie on jeszcze odwiedzał lekarza pięć, dziesięć – a jak będzie miał opiekę i trypił się lat, swoim umiem. Ale nby przypuścił do mnie chorey pacjent i wyszedł zdrowy – to już jest duża radość. Chorobę można powstrzymać, stosować różne metody, by miała łagodniejszy przebieg. Jednak plan nadzwyczajny Polaków uważam za lekko demagogiczne rozwiązanie. Podjęwaniem, że takie słowa padły z ust ministra zdrowia dlatego, że nie jest on lekarzem.

**Może chodzi tu o szerszą profilaktykę i lepszą diagnostykę, pozwalającą na szybsze wykrycie choroby?**

Zeby nie ograniczać się wyłącznie do krytyki, muszę powiedzieć, że ogólna idea Krajowej Sieci Kardiologicznej jest bardzo piękna. Główną przyczyną zgonów w naszym społeczeństwie pozostają choroby kardiologiczne – 43 proc. ludzi ginie z tego powodu. Jeśli mamy tak dużą odsetek osób umierających z powodu chorób serca, aż się proszą, by ogarnąć to systemem. W maju ub. roku zostało wydane rozporządzenie ministra zdrowia w sprawie programu pilotażowego Krajowej Sieci Kardiologicznej, na tej podstawie we wrześniu 2021 prezes NFZ wydał swoje rozporządzenie. To są dwa oficjalne dokumenty. Czytamy

w nich o budowie systemu, diagnostyce od poziomu POZ, przez Ambulatoryjną Opiekę Specjalistyczną, wiat, szpitali wszystkich szczebli. Ogólnie brzmiało to bardzo dobrze i cieszę się, że od takiego ma powstać. Tylko nie mam pełnego zaufania, czy rzeczywiście powstaną.

**Skąd ten brak zaufania?**

Za czwóć, bożkiej służby, i z doświadczenia. My, lekarze, czujemy się jak kierowcy jadący autostradą, na której właśnie pozostawiały tykad. Gdy czas jedziemy do kasa.

**Czy pilotaż oznacza zmiany w kierowanej przez pana klinice?**

Jeszcze nie wiem. Zauważę języka w tej sprawie i ludzie albo nie wiedzą, albo udają, że nie wiedzą. Nawet kolędy i Wierszawy. Na razie mam przed sobą dwa rozporządzenia. Zaproponowany jest system, który ma objąć bardzo wąską grupę chorych kardiologicznie, by ci nie umierali. Idea jest piękna, ale uczągdy nie są znane. A jak poważenie wiadomo, diabeł tkwi w szczegółach.

**Może jednak warto mieć nadzieję, że wprowadzony obecnie system zmniejszy liczbę Polaków przed śmiercią bądź niezdolnością do życia?**

Trudno powiedzieć. Musiałbym być bardzo kitem kardiologicznym, gdybym miał być precyzyjnie zmapowany wiek i staną głównym zabójcą, czyli chorobami ser. Tylko nie rozmawiamy na wyekspoz po moim życiu.

**Czyha, że wróci pandemia i znów czynią się problemy.**

Oświadczam, że w pandemii nie ma. Za dużo uczepionek wyprodukowało. Kiedyś nie stały się potrzebne.

II Klinika Kardiologii  
i Elektroterapii Serca  
Kierownik / Sekretariat



Prof. Karol Nowak / „Zawsze Pomorze”

31.05.22

## „Kto ma krew na rękach?” – pytał prof. Grzegorz Raczak. W dniu publikacji artykułu ogłoszono konkurs na jego stanowisko

POMORZE // Czy ogłoszenie konkursu na stanowisko kierownika kliniki kardiologii ma związek z wywiadem, jakiego udzielił portalowi i tygodnikowi „Zawsze Pomorze” prof. dr hab. n. med. Grzegorz Raczak? Znany gdański kardiolog zażądał rozliczenia przed sądem decydentów, którzy w czasie pandemii mieli doprowadzić do tysięcy ponadmiarowych zgonów.

Urszula Abramowicz // 31.05.2022 / 14:43

„W pandemii zmarło 200 tys. osób więcej. Kto ma krew na rękach?” – pytał w wywiadzie, opublikowanym w piątek, 20 maja na łamach tygodnika „Zawsze Pomorze” prof. dr hab. n. med. Grzegorz Raczak, kierownik Kliniki Kardiologii i Elektroterapii Serca II Katedry Kardiologii Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego.

CAŁY WYWIAD Z PROF. GRZEGORZEM RACZAKIEM PRZECZYTAJ TUTAJ: W pandemii zmarło 200 tys. osób

Zawsze Pomorze  
31.05.22

Jego Magnificencja  
prof. dr hab. Marcin Gruchała, Rektor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

poprzez

Radę Wydziału Lekarskiego  
oraz  
Senat Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

**WNIOSEK Z POSIEDZENIA OGOLNOUCZELNIANEJ KOMISJI KONKURSOWEJ DS. KIEROWNIKOW JEDNOSTEK ORGANIZACYJNYCH GUMed W SPRAWIE WYBORU KANDYDATA NA STANOWISKO KIEROWNIKA KLINIKI KARDIOLOGII I ELEKTROTERAPII SERCA**

Informacje podstawowe	
Wnioskujący: Dziekan Wydziału Lekarskiego na podstawie decyzji Rektora	Nazwa funkcji, której dotyczy konkurs: Kierownik Kliniki Kardiologii i Elektroterapii Serca
Miejsca publikacji ogłoszenia konkursowego: strona internetowa GUMed oraz portalu prace.pl	Jednostka organizacyjna stanowiska, którego dotyczy konkurs: Klinika Kardiologii i Elektroterapii Serca
<p>Warunki konkursu : do konkursu mogą przystąpić osoby, które spełniają warunki określone w art. 113 ustawy z dnia 20.07.2018r Prawo o szkolnictwie wyższym i nauce (Dz.U. z 2018r poz. 1868, z późn.zm) i posiadają:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• tytułu zawodowego lekarza i prawa wykonywania zawodu,</li> <li>• tytułu specjalisty lub posiadanej specjalizacji II stopnia z kardiologii,</li> <li>• stopnia naukowego doktora habilitowanego lub uprawnienia nadanego zgodnie z art. 226 ustawy lub tytułu profesora w dziedzinie nauk medycznych i nauk o zdrowiu lub tytułu profesora w dziedzinie nauk medycznych,</li> <li>• znacznego dorobku naukowego w zakresie wymaganej dyscypliny i specjalności lub pokrewnego z dyscypliną i specjalnością reprezentowaną przez jednostkę organizacyjną, której dotyczy niniejszy konkurs,</li> <li>• doświadczenia dydaktycznego,</li> <li>• znajomości języka angielskiego na poziomie min. C1.</li> </ul>	<p>Skład komisji konkursowej ds. kierowników jednostek organizacyjnych:</p> <p>Przewodniczący komisji prof. dr hab. Jacek Bigda prof. dr hab. Edyta Szurowska, prof. dr hab. Radosław Owczuk, prof. dr hab. Alicja Dębska-Ślizien, prof. dr hab. Wojciech Karmysz, dr hab. Tomasz Smiatacz, prof. dr hab. Wiesław Sawicki oraz prof. dr hab. Jędrzej Antosiewicz.</p> <p>prof. dr hab. Przemysław Rutkowski, dr hab. Ewelina Król, prof. UG byli nieobecni</p>

Dyskusja członków komisji:	<p>Członkowie Komisji opowiedzieli się za potrzebą zmian w jednostce, wskazując jako podstawową przyczynę, odstawanie jednostki od średniej, nie tylko krajowej, ale i wojewódzkiej w zakresie świadczonych usług. Członkowie Komisji podkreślili potrzebę przywrócenia najlepszych tradycji usługowych oraz uspokojenia spraw wewnątrz jednostki. Członkowie Komisji zwrócili uwagę na to, iż do konkursu przystąpili bardzo mocni Kandydaci z osiągnięciami na polu klinicznym, naukowym i badawczym. Część z Członków Komisji poparło Panią Profesor Ludmiłę Damiłowicz-Szymanowicz - jako odpowiednią Kandydatkę na funkcję Kierownika jednostki - w kontekście spraw wewnętrznych, rozwoju jednostki, współpracy z kierownikami i pracownikami jednostek sąsiadujących, jednocześnie doceniając jej odpowiedni poziom naukowy, bardzo dobry poziom organizacyjny oraz jej doświadczenie i osiągnięcia na funkcji Zastępcy Kierownika ds. Ekonomizacji. Oczekiwania Członków Komisji względem nowego Kierownika Kliniki jest taki rozdział kontraktu, żeby Klinika mogła wykonywać procedury wysokospecjalistyczne i mieścić się w przewidzianym budżecie.</p> <p>Przewodniczący Komisji - Prof. dr hab. Jacek Bigda omówił zasady głosowania na kandydatów przy obecnej ilości Członków Komisji podczas posiedzenia. Przekazał informację o uruchomieniu głosowania tajnego w terminie 30.05.2022 r. do godziny 13:00, na podstawie którego przekazana zostanie informacja Kandydatom oraz członkom Komisji.</p>
----------------------------	---



Jego Magnificencja  
prof. dr hab. Marcin Gruchała, Rektor Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

poprzez

Radę Wydziału Lekarskiego  
oraz  
Senat Gdańskiego Uniwersytetu Medycznego

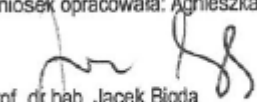
## WNIOSEK Z POSIEDZENIA OGOLNOUCZELNIANEJ KOMISJI KONKURSOWEJ DS. KIEROWNIKOW JEDNOSTEK ORGANIZACYJNYCH GUMed W SPRAWIE WYBORU KANDYDATA NA STANOWISKO KIEROWNIKA KLINIKI KARDIOLOGII I ELEKTROTERAPII SERCA

.....

Członkowie Komisji opowiedzieli się za potrzebą zmian w jednostce, wskazując jako podstawową przyczynę, odstąpienie jednostki od średniej, nie tylko krajowej, ale i wojewódzkiej w zakresie świadczonych usług. Członkowie Komisji podkreślili potrzebę przywrócenia najlepszych tradycji usługowych oraz uspokojenia spraw wewnątrz jednostki. Członkowie Komisji zwrócili uwagę na to, iż do konkursu przystąpili bardzo mocni Kandydaci z osiągnięciami na polu klinicznym, naukowym i

.....

Wniosek opracowała: Agnieszka Buraczek

  
Prof. dr hab. Jacek Bigda  
Przewodniczący komisji

**Wielce szanowny Panie Rektorze,**

**Piszę do Pana w ten sposób, ponieważ praktycznie na żaden mój list jaki do pana wysłałem w ostatnim czasie**

**pan nie odpowiedział.** Ogłoszono konkurs, nie wiadomo dlaczego, nie wiadomo na jakich oparto kryteriach, nie wiadomo też jaki jest jego pełny, ostateczny wynik.

**W związku z powyższym, proszę odpowiedzieć na następujące pytania:**

1. **Po co odbył konkurs na stanowisko kierownika mojej kliniki?** Klinika działa dobrze, ma dobre wyniki w zakresie badań naukowych i dydaktyki. Dobre wyniki jako jednostka szpitalna lecząca chorych ludzi. **Za osiem miesięcy osiągam wiek emerytalny.** Wielu profesorów przechodziło na emeryturę w ostatnich latach, ale chyba po raz pierwszy w historii naszej uczelni wykonano taki ruch jak w odniesieniu do mnie - zmuszono mnie do konkurencji z pięcioma doktorami habilitowanymi którzy uzyskali swoje tytuły w czasie kiedy byłem jej kierownikiem.

2. Wybierano kierownika pionu naukowo-badawczego. Mój dorobek naukowy był najwyższy spośród wszystkich kandydatów. Liczba cytowań moich prac była prawdopodobnie wyższa niż wszystkich moich konkurentów razem wziętych. Na przesłuchanie każdego z kandydatów poświęcono 30 minut, potem odbyła się narada komisji która trwała 30-40 minut i ogłoszono nieprzychylny dla mnie wynik. **Czy nie ma żadnych zastrzeżeń władz uczelni do formalnej strony przeprowadzenia konkursu?**

3. Po pozbawieniu mnie w powyższym postępowaniu stanowiska kierownika kliniki, a nawet dzień wcześniej. JM Rektor pozbawił mnie stanowiska kierownika katedry, przy nominacji którą posiadałem do roku 2024. **Dlaczego taki pośpiech?**

**4. Dlaczego konkurs na stanowisko kierownika Kliniki ogłoszono dokładnie tego samego dnia w którym ukazał się w prasie (Gazeta Zawsze Pomorze) mój znany dość powszechnie artykuł zatytułowany „Kto ma ich krew na rękach” dotyczących zgonów nadmiarowych spowodowanych błędami w organizacji opieki zdrowotnej w naszym kraju w trakcie trwania pandemii COVID-19?.**

**5. Co Pan, będąc Rektorem GUMed, a więc organem założycielskim UCK, a więc okresowym właścicielem tego szpitala, uczynił aby uchronić chorych kardiologicznych przed ograniczeniami narzuconymi przez władze w celu walki z mitycznym zagrożeniem jakim wydaje się być pandemia COVID-19?.**

6. Rząd działa na podstawie danych od ekspertów. Pan jako szef KRAUMu jest takim ekspertem. **Co Pan zrobił, jako taki ekspert i jeszcze do tego kardiolog aby poinformować polityków, że skutkiem narzuconych przez władze w trakcie Pandemii COVID-19 restrykcji może być wzrost umieralności chorych kardiologicznych.**



**7. Czy otrzymywał Pan jakieś informacje jakie działania podjął pomorski Konsultant wojewódzki ds. kardiologii prof. Marcin Fijałkowski w walce z nadmiarowymi zgonami**, jakich było prawdopodobnie w naszym województwie bardzo dużo. Prof. Fijałkowski jest Pana pracownikiem więc macie prawdopodobnie stały kontakt?

8. Przeczytałem 4 stronicowy **wniosek z posiedzenia komisji konkursowej**. W imieniu Rektora podpisał go prof. Jacek Bigda-przewodniczący komisji konkursowej. **We wniosku tym na stronie trzeciej padają zdania że powodem ogłoszenia konkursu było odstawanie jednostki od średniej krajowej a nawet średniej wojewódzkiej w zakresie wykonywanych procedur.** Moim zdaniem to nieprawda. W ripocie mogę zdeklarować, że nie mogliśmy odstawać od żadnych średnich. Można łatwo sprawdzić jaką kwotę przyznanego nam na ryczałtu w kolejnych latach 2021, 2020,2019 klinika wykonała. Jest to 100-120% przyznanej nam kwoty. Regularnie przekraczamy przyznany ryczałt i odstajemy od średnich? To niemożliwe. Ponieważ zarzut stanowiący część dokumentacji konkursowej jest wyjątkowo nieprzyjemny, a w moim odczuciu nawet obrzydliwy proszę o rozwinięcie podanej w cytowanym wniosku myśli. **O jakich średnich komisja rozmawiała?. Skąd otrzymała te informacje?. Kto je firmował jako wiarygodne?** Jeżeli stanowią one główny argument dyskredytowania mojej osoby jako szefa jednostki ja muszę znać odpowiedzi na zawarte w tym punkcie pytania.

Pozdrawiam uprzejmie  
Prof. dr hab. Grzegorz Raczak