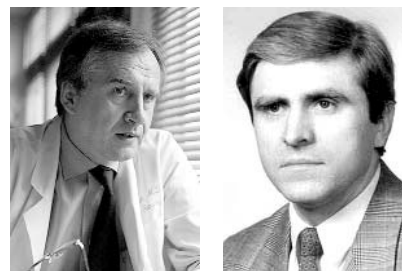


Od redakcji

Marian Zembala, Tadeusz Orłowski

Zabrze – Warszawa

Kardiologia i Torakochirurgia Polska 2008; 5 (2): 103–104



W dniach 12–14 czerwca 2008 r. w Warszawie obradował IV Kongres Polskiego Towarzystwa Kardio-Torakochirurgów. Chcielibyśmy podziękować organizatorom za interesujący program kongresu, a uczestnikom za prezentacje najlepszych prac, żywe dyskusje i debaty. Wzorem dobrych europejskich rozwiązań, 15 zgłoszonych na ten Kongres prac z zakresu kardiologii i torakochirurgii, najlepiej ocenionych przez Komitet Naukowy, zostanie opublikowanych na łamach „Kardiologii i Torakochirurgii Polskiej” z zaznaczeniem wyróżnienia pracy.

Z perspektywy naszego kongresu, ale także prestiżowych międzynarodowych spotkań naszego środowiska, takich jak: Kongres AATS w San Diego, ISHLT w Bostonie czy ESCVS w Barcelonie, cieszy rosnąca aktywność naukowa polskich kardiologów, torakochirurgów, anestezyjologów czy transplantologów. To dobry znak, że się rozwijamy. Przed nami kolejne ważne wydarzenia międzynarodowe i krajowe: spotkanie silnej europejskiej kardiologii (Kongres ESC, Monachium, 1–3.09.2008 r.), kardiologii i torakochirurgii (Kongres EACTS, Lizbona, 15–17.09.2008 r.) i Kongres Polskiego Towarzystwa Kardiologicznego (Poznań, 25–27.09.2008 r.).

Świadectwem aktywności kardiologicznej w Polsce jest przedstawiony w bieżącym zeszycie, z konieczności skrócony, raport *Kardiologia Polska 2007*. Z raportu wynika, że kardiologia w Polsce zwiększyła swoją aktywność w roku minionym, o czym świadczą 21 815 operacji serca w krążeniu pozaustrojowym, w tym szczególnie wzrost widoczny w liczbie operowanych wad nabytych serca (3641), mało inwazyjnych operacji wieńcowych (5323), operacji skojarzonych obejmujących wadę serca i pomostowanie aortalno-wieńcowe (1778), w trudnych operacjach tętniaków aorty (993) czy chirurgicznej ablacji w migotaniu przedsionków (421). Spadek liczby transplantacji serca (73) w Polsce był spowodowany w dużej mierze wydarzeniami medialnymi, w których negatywnymi bohaterami byli częściej politycy niż lekarze.

Nasze środowisko dokumentując w raporcie wyniki leczenia kardiologicznego w roku ubiegłym, zarówno pod względem jakościowym, jak i ilościowym, dowodziło nie tylko samym zainteresowaniem, ale także i opinii publicznej, że medialna dezinformacja była i jest czyniona głównie z przyczyn pozamedycznych, wszystko jedno, czy problem dotyczy transplantacji narządów czy operacji dzieci poza granicami

kraju. Dotyczy to również programu transplantacji płuc, który dynamicznie rozwija się w Zabrzu, mechanicznego wspomaganie krążenia (Warszawa, Zabrze, Gdańsk), jak i rozwoju ilościowego i jakościowego operacji hypoplazji lewego serca, wykonywanych z wielkim powodzeniem w kraju zarówno w Łodzi, jak i Krakowie.

Oddajemy naszym Czytelnikom nowy zeszyt „Kardiologii i Torakochirurgii Polskiej”. Lekturę proponujemy rozpocząć od *Forum Ekspertów* i artykułu o przyszłości kardiologii, napisanego przez uznanego i kreatywnego kardiologa – prof. J. Bonattiego z Innsbrucka, Austria.

Oczywiste jest, że przyszłość nie tylko kardiologii czy torakochirurgii, ale całej medycyny w każdym kraju zależy od wielu uwarunkowań, między innymi medycznych, ekonomicznych, organizacyjnych i prawnych. Nie zmienia to faktu, że decydującą rolę w procesie przemian odgrywają i zawsze będą odgrywać ludzie. To w największym stopniu od nas zależy przygotowanie naszych zespołów do nowych zadań i wyzwań.

Dlatego na łamach kwartalnika wznawiamy dyskusję nad przyszłością i rozwojem programu naszej specjalności. Dobrym punktem odniesienia w tej dyskusji może być sprawdzony, opublikowany w niniejszym zeszycie model kanadyjski, uważany obecnie za najbardziej nowoczesny, obok brytyjskiego i amerykańskiego. W roku 2009 zamierzamy wprowadzić w Polsce nowy rozszerzony program naszej specjalizacji, który lepiej niż obecny przygotuje młodego, zdolnego i pracowitego rezydenta, specjalizującego się w kardiologii, torakochirurgii, do nowych zadań i coraz trudniejszego pacjenta.

Wielką pomocą w poprawie jakości uzyskiwanych w Polsce wyników leczenia w zakresie kardiologii, torakochirurgii, transplantologii, intensywnej terapii, kardiologii i kardiologii doświadczalnej jest cykl prac oryginalnych, które publikowane są w obecnym zeszycie „Kardiologii i Torakochirurgii Polskiej” i które gorąco polecamy naszym Czytelnikom. Korzystajmy z tych doświadczeń, komentujmy je na łamach naszego czasopisma, stymulujmy się wzajemnie do lepszych rozwiązań, krótko mówiąc, działajmy jeszcze aktywniej, skuteczniej, lepiej.

Przed nami kolejny krok w rozwoju – od 1 lipca 2008 r. zostanie wprowadzony przez Narodowy Fundusz Zdrowia

nowy sposób rozliczania świadczeń poprzez tzw. jednorodną grupę pacjentów (JGP). System ten kraje Europy Zachodniej i USA wprowadziły znacznie wcześniej, bo już w latach 90. ubiegłego wieku, systematycznie i metodycznie go modyfikując. System JGP w Polsce wzorowany jest najbardziej na brytyjskim. Pozwala dużo precyzyjniej zdefiniować naszego pacjenta wg międzynarodowych kodów rozpoznania (ICD-10), lepiej niż dotychczas dokumentować współistniejące obciążenia, istotnie utrudniające proces leczenia i wpływające na jego koszty oraz wykonane przez świadczeniodawcę konkretne procedury medyczne (wg ICD-9), uznając je za „produkt” (chorego przepraszamy za przyjęte określenie ekonomiczne), za który płatnik będzie płacił.

Zwracamy uwagę, że system ten po poprawkach naniezionych dwu-, trzykrotnie w okresie minionych kilku miesięcy przez poszczególnych ekspertów, także tych reprezentujących nasze środowisko, po analizie pilotażowej prowadzonej systematycznie i dokładnie nie tylko w szpitalach, na oddziałach realizujących świadczenia, ale także w skali kraju (Ministerstwo Zdrowia, centrala NFZ) i regionu (oddziały NFZ) może przyczynić się do poprawy efektywności leczenia. Jeżeli jednak pozostawimy wprowadzanie nowego systemu JGP tylko dyrektorom szpitali, bez codziennego systemowego włączania leczących, wówczas dużo trudniej będzie o korzystne rozwiązania, zwłaszcza w szpitalach publicznych, gdzie w świadomości wielu osób funkcjonuje mocno zakorzeniony archaiczny model podziału na „my” i „oni”. Zdecydowanie zachęcamy do zmiany takiej postawy, wówczas dużo szybciej nie tylko chory, ale i szpital, oddział, zespół leczący staną się beneficjentami nowego systemu.

Od kilkudziesięciu lat czerwiec każdego roku to dla większości z nas – kardiologów, kardiochirurgów – obowiązkowy udział w Konferencji Kardiologicznej we Włocławku, czyli odwiedziny prof. dra hab. Stanisława Sterkowicza. Z całą pewnością Konferencje Kardiologiczne we Włocławku, organizowane co roku w latach 1981–2007 z pomocą Włocławskiego Towarzystwa Naukowego, należą do bardzo potrzebnych. Podczas tych konferencji spotykaliśmy się z lekarzami klinicystami, naukowcami, ale praktykami zarazem. Razem dyskutowaliśmy o nowościach w medycynie, wysłuchując jednocześnie uwag słuchaczy, praktyków. Przyjeżdżaliśmy z całej Polski, aby dzielić się wzajemnym doświadczeniem, wspólnie wypełniać naszą zawodową misję. Przy okazji poznawaliśmy lepiej, pełniej osobowość, działalność medyczną, społeczną, literacką i wielką pasję samego Gospodarza – prof. dra hab. n. med. Stanisława Sterkowicza.

Te spotkania wzbogacały nas wewnętrznie, czyniły lepszymi, bardziej wrażliwymi społecznie, uczyły nie tylko medycyny, ale znacznie szerszej wiedzy o człowieku w jego dziejowych i historycznych uwarunkowaniach. Uczyliśmy się tu na nowo tolerancji i wybaczenia. Osobowość prof. Sterkowicza przywracała nam wiarę w pamięć, tradycje i wielkie możliwości, także pojedynczego człowieka. Dlatego polecam artykuł naszego Profesora z Włocławka, z ducha światłego Europejczyka, który pomimo ukończenia w dniu 21 marca 85 lat pozostaje dla nas wzorem lekarza, nauczyciela akademickiego, społecznika, który pomaga nam przełamywać polskie mity i uprzedzenia. Kochamy go wszyscy za to, że jest, za to, że stale przywraca wartość zawodu lekarza. Dziękujemy Profesorze! *Ad multos annos.*