



Drodzy Czytelnicy!

Właśnie kończą się wakacje i choć lato jeszcze trwa, to w ogromnej większości o urlopach tylko wspominamy. Jednak to lato będzie zapamiętane jako czas zaskakującej nas wszystkich przeceny naszych procedur. Cóż, dyskutowaliśmy merytorycznie z Ministerstwem Zdrowia oraz Agencją Oceny Technologii Medycznych i Taryfikacji (AOTMiT), a Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ) po prostu nas zaskoczył redukcją wycen procedur kardiologii interwencyjnej. W przybliżeniu jest to połowa z redukcji zapowiadanej na przełomie maja i czerwca bieżącego roku, co do której ostro polemizowaliśmy z Ministerstwem Zdrowia i AOTMiT. Pewnie nie odkrywam Ameryki, ale po części na skutek naszych działań postanowiono przeprowadzić „rozpoznanie bojem”. Wszyscy, którzy mieli zajęcia w Studium Wojskowym Uczelni Medycznych, wiedzą, o czym piszę...

Oczywiście pozostaje pytanie: co dalej? I zapewne znowu nie odkrywam Ameryki, przyjmując za pewnik, że jeśli jako branża przeżyjemy w niezłej kondycji, to zostanie wdrożona druga część przeceny, jeśli natomiast system zacznie gorzej funkcjonować, to pewnie przecena będzie mniejsza. Bo to, że będzie, to nie mam najmniejszej wątpliwości. Skala potrzeb na różne programy pomocowe jest ogromna i to, czy polska kardiologia interwencyjna będzie w pierwszej czy ostatniej trójce wśród krajów europejskich, nie odgrywa praktycznie żadnej roli.

Oczywiście jako wieczny optymista staram się nie upadać na duchu. Wierzę, że dyrekcje szpitali nie będą gremialnie zwalniać ludzi, obniżać wynagrodzeń, czy wymuszać redukcji cen u producentów sprzętu jednorazowego. To najprostsza droga do samozagłady. To jest właściwie zgoda na nią! Chwilowa poprawa wyniku finansowego spowoduje kolejną przecenę. Ciekaw jestem, co wówczas takie dyrekcje wymyślą... Żeby zakończyć ten wątek, powiem tak: dla nas najważniejsi powinni być nasi chorzy. W tym trudnym czasie trzeba zapomnieć o dobrych i przyjemnych czasach, a powinniśmy skupić się na własnej edukacji. Nie możemy odstawać od tego, co się robi w świecie. Uwierzcie, że dobry fachowiec (nie tylko hydraulik, który jechał do Francji) zawsze i wszędzie sobie poradzi. A że po nocy przychodzi dzień, a po deszczu słońce, to pozostaje wierzyć, że po latach tłustych przychodzą chude, które nie będą trwały wiecznie. Ważne, abyśmy działali wspólnie w ramach naszej Asocjacji i częściej myśleli o naszej branży jako wspólnym dobru. Niech dowodem

zrozumienia tej nowej sytuacji będzie wyższa frekwencja na Walnych Zebraniach AISN PTK.

Zgodnie z obietnicą „Kardiologia Inwazyjna” stale się rozwija. Zaczął funkcjonować elektroniczny system przyjmowania prac, które podlegają automatycznie recenzji. Oczywiście uczyliśmy się tych nowinek, ale wierzę, że do końca roku osiągniemy pełną skuteczność.

Zapewniam, że, czytając czwarty już w 2016 roku numer „Kardiologii Inwazyjnej”, nie poczujecie się rozczarowani. W obecnym numerze znajdziecie artykuły większości naszych działów; wspomnę tylko o kilku. Dział informacyjny przynosi jak zwykle garść ważnych dla naszego środowiska wiadomości, ale ja szczególnie namawiam do zapoznania się z tekstem naszego Przewodniczącego AISN PTK. To, co Jacek Legutko postuluje od dłuższego czasu, czyli odbudowę etosu polskiego kardiologa interwencyjnego, ja wspieram z głębokim przekonaniem. Jak pisałem wcześniej, w obecnej chwili nic lepszego dla siebie zrobić nie możemy.

Tym razem debiutuje Marek Gierlotka, prowadzący Dział Intensywnej Terapii Kardiologicznej i Resuscytacji. W tym numerze przedstawia ważny problem kliniczny, jakim jest rola walwuloplastyki aortalnej jako pomostu w leczeniu ostrej niewydolności serca (J. Waćławski i wsp.).

Bardzo prężny Dział Kardiochirurgii przedstawia pierwsze w świecie doniesienie o jednoczasowym pomostowaniu tętnic wieńcowych oraz zamknięciu uszka lewego przedsionka metodą torakoskopową (z rekonstrukcją obrazów 3D).

W moim przekonaniu każdy z działów ma się czym pochwalić i nie chcę odnosić się do każdego z nich, ale pozwolę sobie zarekomendować jeszcze jeden artykuł, w który zresztą jestem bardzo zaangażowany, a przede wszystkim w zaprezentowane w nim idee. Chodzi o stworzenie w naszym kraju systemowego leczenia ostrego udaru ośrodkowego układu nerwowego. Wspólnie z prof. Krzysztofem Ziąją postulujemy, aby w tworzonej właśnie systemie przewidzieć miejsce dla odpowiednio wyedukowanych kardiologów interwencyjnych, chirurgów naczyniowych oraz angiologów. I nie chodzi o to, żeby konkurować, „ścigać się”, kto więcej i lepiej wykona stosownych zabiegów, tylko żeby wyko-

rzystać lokalny potencjał sprzętowy i ludzki, po to, aby umożliwić często bardzo młodym ludziom skuteczne leczenie. Uznajemy przy tym rolę neurologa, który powinien być niejako gospodarzem takiego ośrodka, jak i radiologa, umożliwiającego skorzystanie z właściwej diagnostyki obrazowej. Przykład sukcesu, jaki został osiągnięty w Czechach (kierujący prof. Petr Widimsky), gdzie wszystko jest oparte na współpracy neurologa z kardiologiem interwencyjnym, powinien zadziałać stymulująco. Chciałbym przypomnieć, zwłaszcza niedowiarkom, że podobną sytuację mieliśmy w erze tworzenia systemu leczenia OZW w Polsce. Wtedy też słyszeliśmy, że się nie da, że za drogo, że gdzie nam się mierzyć z małym krajem o dobrej quasi-niemieckiej infrastrukturze... Na 100% damy radę, tylko niech

nam dadzą szansę! Artykuł ten ukazuje się w Dziale Problemy Chirurgii Naczyniowej kierowanym przez prof. Krzysztofa Ziaję. Niejako na deser proponujemy, by jednak nie rezygnować z chwili odpoczynku i tym razem zapraszamy do Wenecji.

Życząc ciekawej lektury, zapraszam do kontaktu z Redakcją „Kardiologii Inwazyjnej”. Z ogromnym zadowoleniem, obok regularnych prac, zamieścimy polemiki czy komentarze do poszczególnych artykułów. Wierzę, że staniemy się żywym forum dla ciekawych problemów i wątpliwości naszego środowiska.

Jeszcze raz życzę udanej lektury.
Prof. dr hab. n. med. Robert J. Gil