



Zmarł Andrzej Janusz Fortuna

W czwartek, 26 kwietnia w godzinach popołudniowych, zmarł Andrzej Janusz Fortuna, wiceprezes Naczelnej Rady Lekarskiej (w II i III kadencji i ponownie w obecnej V), współzałożyciel odrodzonego samorządu lekarskiego, pierwszy przewodniczący Komisji Stomatologicznej NRL (założonej w 1993 roku), wieloletni działacz Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie, założyciel i szef Delegatury OIL w Nowym Sączu (przez cztery kadencje), b. dyrektor i założyciel Wojewódzkiej Przychodni Stomatologicznej w Nowym Sączu, a także w trudnych latach 80. przez całą dekadę dyrektor Wojewódzkiego Szpitala Specjalistycznego im. J. Śniadeckiego. Wyliczenie funkcji, które sprawował Andrzej Janusz jest niemożliwe w tym krótkim wspomnieniu, pisany nocą od serca, w kilka godzin po jego śmierci, na stronie „Biuletynu” wstrzymanego w trakcie druku.

Andrzej Janusz Fortuna urodził się 3 sierpnia 1936 roku w Nowym Sączu, w rodzinie urzędniczej (ojciec pracował w Urzędzie Skarbowym, matka była przedszkolanką). Studia w Krakowie odbywał w gorących latach przełomu październikowego. Ukończył je w 1960 roku. W życie społeczne wkroczył w 1972 roku jako Rejonowy Inspektor Stomatologii, skąd przeszedł na stanowisko szefa Specjalistycznej Przychodni Stomatologicznej w Nowym Sączu, rekomendowany przez dr Zbigniewa Żaka, z którym przyjaźnił się potem przez całe życie. Gdy w 1975 roku powstawały nowe województwa, przekształcił ją w Wojewódzką Przychodnię. Stworzył wtedy całą sieć powiatowych przychodni, po prostu zbudował zręby systemu opieki stomatologicznej w regionie. W 1980 roku był cenionym organizatorem ochrony zdrowia i gdy nadeszły lata stanu wojennego, jako bezpartyjny okazał się jedynym kandydatem możliwym do przyjęcia przez środowisko lekarskie na stanowisko dyrektora miejscowego Szpitala. W 1989 roku zaangażował się bez reszty w reaktywowanie samorządu lekarskiego. Mam tę satysfakcję, że na pierwszym Krajowym Zjeździe Lekarzy, zgłosiłem osobiście jego kandydaturę do władz, co często mi przypominał.

A potem stał się sztandarową postacią polskiej stomatologii, zawsze wierny idei przekształcenia naszej specjalności w wolny zawód. Był dumny, że jako stomatolodzy osiągnęliśmy ten status pierwsi w polskiej medycynie. Miał w tym swój znaczący udział. I walczył niezłomnie o nakłady finansowe, o spójny system organizacyjny, o właściwe drogi specjalizacji. To było jego życie do tego stopnia, że w połowie lat 90. zostawił gabinet i przychodnię, a poświęcił się kreowaniu systemu.

To co pisać przekładało się na dziesiątki konkretnych inicjatyw. Był m.in. inicjatorem naszych rocznych ogólnopolskich spotkań stomatologicznych w Rytrze. Uczestniczył w negocjacjach traktatu akcesyjnego do UE w zakresie stomatologii. Aktywnie redagował latami strony stomatologiczne w „Gazecie Lekarskiej”. Przyczynił się waleń do ukształtowania autonomii stomatologów w ramach samorządu lekarskiego. Jego nieobecność będzie w samorządzie dotkliwą stratą.

A poza tym Andrzej Janusz był postacią urokliwą, pełną wdzięku, obdarzoną błyskotliwym poczuciem humoru, powszechnie lubianą. Niezrównany gawędziarz, dusza towarzysstwa, kapitalny kompan „do bitki i do wypitki”. Przyjaciół, na którego można było liczyć.

Osierocił żonę Basię, dwójkę synów: Tomasza i Maćka oraz wnuka (studenta stomatologii). To była i jest prawdziwie stomatologiczna rodzina, z którą łączymy się w jej bólu.

Andrzeju, dziękujemy Ci że byłeś. I obiecujemy, że będziesz nadal w naszych sercach i pamięci, pokaż i my nie pójdziemy Twoim śladem.

Robert Stępień



Koleżanki i Koledzy Lekarze Dentyści

- Mamy w tym numerze – zamykającym klamrą pierwszy rok wydawania własnego pisma stomatologicznego – niemałą przyjemność z debiutowania pod nowym tytułem „Galicyskiej Gazety Lekarza Dentysty”. Słowo „biuletyn”, o powielaczowym rodowodzie, odkładamy do historii samorządu sprzed siedemnastu lat, czyli czasy niemowlęctwa mamy za sobą. Z nową nazwą wiążemy nowe plany i ambicje, nie ukrywając aspiracji do pełnienia roli lidera w środowisku czasopiśmiennictwa stomatologicznego.
- Z innej beczki. W dniach 8-10 marca odbyły się w Krakowie 15. Targi Stomatologiczne KRAK-DENT, którym poświęciłem swój felieton w poprzednim wydaniu, tutaj zatem krótko tylko pewna osobista refleksja. Płynie ona z faktu powierzenia mi obowiązków „kierownika naukowego” (tak to określono w Katalogu) jednego

z kursów organizowanych przy okazji Targów. Oto obok implantologii, chirurgii, nowych metod diagnostycznych, nowych materiałów czy instrumentów, pojawiła się ergonomia i... zlecona mi „sztuka porozumiewania się z pacjentem”. Nie przeceniłbym moich talentów negocjacyjnych, ani dokonań naukowych, natomiast bliska mi jest ideologia wiary zawarta w przesłaniu tego kursu, w „słowa, które leczą”.

To dobrze, że stomatologia nie tylko odchodzi od straszenia pacjentów (choć jeszcze niecała), ale zaczyna analizować w sferze świadomościowej korzyści płynące z poprawy relacji pacjent-dentysta. Przez całe stulecia byliśmy symbolem bólu doświadczanego przez pacjenta w kontakcie z medycyną. Dziś wreszcie zaczynamy burzyć ten mur lęku, poświęcamy temu wręcz seminaria naukowe. Pewnie z czasem doczekamy się stosownej katedry.

Lek. dent. Robert Stępień
wiceprzewodniczący ORL w Krakowie

Posiedzenie Komisji Stomatologicznej ORL
23 maja • godz. 11.00
Siedziba OIL, ul. Krupnicza 11a

ROZMAITOŚCI

Kalendarium „stomatologiczne” do końca czerwca 2007

25–27 maja • Augustów
Podlaskie Spotkania Stomatologiczne

31 maja – 3 czerwca • Ryto
XXXII Ogólnopolska Konferencja Lekarzy Stomatologów (poświęcona problematyce interdyscyplinarnego spojrzenia na współczesną stomatologię).

Konferencja zbiega się z Jubileuszem 45-lecia Koła Terenowego PTS w Nowym Sączu. W jej ramach przewidziano 5 sesji wykładowych oraz doskonalące kursy praktyczne. Miejscem obrad będzie tradycyjnie hotel „Perła Południa”.

1–2 czerwca • Sopot
IV Kongres „Art Oral”
(poświęcony zagadnieniom estetyki w stomatologii)

14–16 czerwca • Gdańsk
BALTDENTICA 2007

VI Gdańskie Forum Stomatologiczne
VI Bałtycka Wystawa Materiałów i Sprzętu Stomatologicznego

23–24 czerwca • Wrocław

„Co nowego w pedodoncji? Procedury pracy w pedodoncji. Leczenie endodontyczne zębów mlecznych i stałych w wieku rozwojowym. Zastosowanie sedacji wziewnej w pedodoncji”

Wykład prof. Monty Duggal’a (tłumaczony symultanicznie)

28 czerwca – 1 lipca • Katowice

I Międzynarodowa Konferencja „Old baby boomers, a challenge for dentists”
(poświęcona specyfice przebiegu chorób jamy ustnej i zębów oraz terapii pacjentów w starszym wieku)

Jaką mamy stomatologię?

Rozmowa z prof. dr hab. Marią Chomyszyn-Gajewską
kierownikiem Katedry Periodontologii i Klinicznej Patologii Jamy Ustnej
Instytutu Stomatologii Collegium Medicum UJ

Redakcja: Pani Profesor, jaką mamy stomatologię w Polsce, powiedzmy, na tle europejskim?

M. Chomyszyn-Gajewska: Myślę, że dobrą, naprawdę na dobrym poziomie. I to nie tylko w ostatnich latach. W polskiej stomatologii zawsze kładziono nacisk na ogólne spojrzenie i leczenie pacjenta jako całości, a nie tylko na naprawę bolącego zęba. Jama ustna, to część człowieka, u którego wiele chorób objawia się właśnie w tym miejscu. Stomatolog, w tym sensie, urasta niemal do roli lekarza pierwszego kontaktu...

Redakcja: Tymczasem z zapisów traktatu akcesyjnego do Unii Europejskiej w zakresie wyższego szkolnictwa medycznego wynika, że powinniśmy nieco wyodrębnić stomatologię od uczelni medycznych, na wzór modelu zachodniego, w którym istnieją samodzielne szkoły dentystyczne.

M. Chomyszyn-Gajewska: Z zapisów Traktatu żaden taki obowiązek izolacji nie wynika. Owszem, zostały ograniczone w programie godziny nauczania pewnych przedmiotów na studiach dentystycznych, ale...

Redakcja: I to właśnie przedmioty lekarskie...

M. Chomyszyn-Gajewska: ...ale to wcale nie znaczy, że lekarz dentysta ma się ograniczać w zakresie poznawania medycyny. Izolacja nastąpiła raczej na papierze. Są pewne standardy, od których nie odступujemy. Każda uczelnia ma pewną autonomię w sferze programu – i my nadal kładziemy większy nacisk na przedmioty lekarskie, niż się to dzieje na Zachodzie.

Redakcja: Jeśli dobrze rozumiem dyrektywę UE, to formalne (a nie zwyczajowe) określenie „lekarz stomatolog”, dotyczy dzisiaj na Zachodzie lekarza, który skończył ogólne stu-



dia medyczne i uzyskał ponadto specjalizację stomatologiczną, tak jak to dotyczy np. specjalizacji internistycznej. Natomiast „dentysta” może o medycynie ogólnej wiedzieć niewiele...

M. Chomyszyn-Gajewska: Nie jest tak do końca. W niektórych krajach UE studenci nadal mają dużo przedmiotów medycznych. Różnica, w porównaniu z naszym programem, polegała na większej ilości praktycznych zajęć stomatologicznych. Jeśli zaś chodzi o sam tytuł, to wydaje mi się to jałowym darcie szat. Uważam, że przyjęty u nas tytuł: „lekarz dentysta” odzwierciedla realnie zakres nauczania.

Redakcja: A jak przedstawia się stomatologia w Polsce? Mam tu na myśli stan lecznictwa...

M. Chomyszyn-Gajewska: Jest niezłe. Może nieco gorzej jest ze sprzętem, ale i to ulega poprawie. W sferze lecznictwa nie wszystko zależy od lekarzy. Nie każdego pacjenta stać na leczenie w gabinetach prywatnych. Dla tej mniej zamożnej większości nie są dopracowane przepisy prawne. Szczególnie dotyczy to osób młodych. Uważam, że dzieci i młodzież powinny mieć opiekę bezpłatną. Dla pozostałych powinna być otwarta możliwość ubezpieczenia dodatkowego.



Redakcja: Może więc nie we wszystkim poszliśmy do przodu. Wydaje się, że w dziedzinie medycyny szkolnej wręcz do tyłu?

M. Chomyszyn-Gajewska: Tu się z Panem zgadzam. W ogóle nie ma medycyny szkolnej, została kompletnie zniszczona. Gabinety przy-szkolne były świetnym rozwiązaniem. Myślę, że moje własne zęby zachowałam w niezłym stanie dzięki gabinetowi przyszkolnemu. Dziś słyszę historie, że rodzice składają się na wyposażenie takich gabinetów.

Redakcja: Czy w Pani ocenie kontrakty NFZ zabezpieczają opiekę stomatologiczną przynajmniej w 50% populacji osób dorosłych?

M. Chomyszyn-Gajewska: Myślę, że to jest mniej niż 50%. U źródeł tego stanu rzeczy stoi zbyt mały nacisk na profilaktykę. Ona i tak jest ograniczona do próchnicowej, natomiast choroby przyzębia i błon śluzowych są w ogóle pomijane. Przyjmujemy setki pacjentów, jeśli chodzi o ten rodzaj chorób, i dostajemy za to gro-sze.

Redakcja: Mimo to wielu lekarzy dentystów chwali sobie status „wolnego zawodu” wynikający z prywatyzacji, która się dokonała w dentystyce.

M. Chomyszyn-Gajewska: Nie do końca. W praktyce „wisimy” jako grupa zawodowa w znacznym stopniu na kontraktach NFZ, a ponadto lekarz dentysta podlega pewnym przepisom prawnym i podatkowym, niekoniecznie korzystnym.

Redakcja: Może byłoby lepiej, gdyby było was mniej. Według norm WHO na jednego

dentystę powinno przypadać 2.200 pacjentów. Tymczasem z oficjalnych wyliczeń podanych m.in. przez wiceprzewodniczącego NRL dr Andrzeja Fortunę wynika, że na jednego dentystę w Polsce przypada zaledwie ok. 570 pacjentów.

M. Chomyszyn-Gajewska: Obecne wyliczenia mówią, że na jednego stomatologa jest około 1500 pacjentów.

Redakcja: Pierwszy raz słyszę...

M. Chomyszyn-Gajewska: W styczniu w Finlandii proszono mnie o podanie takich informacji i te dane ściągałam z NIL. Wydają mi się wielce prawdopodobne. Zresztą część lekarzy dentystów nie pracuje w zawodzie...

Redakcja: 1500 pacjentów to i tak o jedną trzecią za mało.

M. Chomyszyn-Gajewska: Nabór na stomatologię jest obecnie mniejszy. W ostatnich latach sięgał 100 studentów, w tym roku przyjęliśmy około 60. Nie wydaje mi się, żebyśmy kształcili za dużo stomatologów. Ponadto po wejściu do UE mnóstwo stomatologów wyjechało. Nadwyżki zatem maleją.

Redakcja: Żadne mnóstwo, około 5 procent, a ja jako podatnik, zadaję sobie pytanie, czy jestem zainteresowany kształceniem lekarzy, którzy wyjeżdżają za granicę.

M. Chomyszyn-Gajewska: Nie możemy tak myśleć. Jesteśmy w Europie i z nią również tworzymy jedno ciało.

Redakcja: I tu ma Pani rację, bo przecież czerpiemy z Unii w dziesiątkach spraw, więc zobowiązani jesteśmy także czymś świadczyć na jej rzecz. Pani Profesor, porozmawialiśmy w wymiarze ogólnym, przejdźmy teraz na bardziej szczegółowy. Proszę nieco przybliżyć obraz własnej Katedry i Kliniki. Macie państwo własne łóżka?

M. Chomyszyn-Gajewska: Tylko chirurgia szczękowa, która jest zlokalizowana w Szpitalu Rydygiera i musi mieć własną łóżkową bazę medyczną. Moja katedra nosi nazwę Periodontologii i Klinicznej Patologii Jamy Ustnej i działa na bazie Uniwersyteckiej Kliniki Stomato-

logicznej. Zatrudnionych jest 7 pracowników naukowo-dydaktycznych z II stopniem specjalizacji, z których część jest po doktoratach, część w trakcie ich zdobywania. Rezydentów nie mamy. Mamy stażystów. W sensie materialnym rozporządzamy jednym obszernym gabinetem wyposażonym w 9 stanowisk, w którym udzielane są świadczenia finansowane przez NFZ oraz komercyjne, tutaj też kształceni są studenci.

Redakcja: Ilu przyjmujecie Państwo pacjentów rocznie?

M. Chomyszyn-Gajewska: W skali rocznej ok. 5 tysięcy pacjentów.

Redakcja: Czy kontrakt z NFZ jest wystarczający?

M. Chomyszyn-Gajewska: Jeśli chodzi o błony śluzowe, to jest za nisko wyceniony. Udzielamy specjalistycznej opieki pacjentom z całego regionu Małopolski i poza nią, a kontrakt jest niewystarczający.

Redakcja: Katedra prowadzi również zajęcia dydaktyczne?

M. Chomyszyn-Gajewska: Od trzech lat wdrażamy nowy program studiów. Kształcimy około 60-70 osób na jednym roku, co się przekłada na ok. 200 godzin nauczania przedmiotu. Prowadzimy też propedeutykę stomatologii dla lekarzy, kształcimy podyplomowo, a także studentów ze studiów doktoranckich, bierzemy udział w kursach doskonalących.

Redakcja: A w sferze nauki. Macie państwo jakieś granty?

M. Chomyszyn-Gajewska: Jeśli chodzi o naukę, wykonujemy prace badawcze teoretyczne i kliniczne. Prowadziliśmy badania epidemiologiczne chorób błony śluzowej jamy ustnej i przyzębia u osób starszych populacji Krakowa i regionu. Grantów praktycznie zleonych nie mamy, ale i tak w ramach wewnętrznych programów naukowych zajmujemy się zagadnieniami wpływów i zależności między chorobami w jamie ustnej, a chorobami ogólnymi, np. wpływem chorób przyzębia na stan organizmu. Prowadzimy badania kliniczne nad syntetycznym hydroksyapatytem do leczenia



ubytków kostnych w chorobach przyzębia. Prowadzimy też badania w zakresie cukrzycy i miażdżycy. Sprawdzamy, jakie są czynniki prozapalne u osób, które mają cukrzycę typu II. Leczymy zmiany w błonie śluzowej jamy ustnej w chorobach ogólnych, takich jak dermatyza, pęcherzyca, liszaj płaski. Leczymy też zmiany endo-perio, ubytki kostne różnymi materiałami regeneracyjnymi, afte przy użyciu lasera. Dokonujemy ocen białka CRP w chorobach przyzębia, ocen markerów prozapalnych u chorych na cukrzycę i liszaj płaski, ocen przepływu krwi w tkankach przyzębia. Mamy doktorantów, którzy część prac poświęcają zagadnieniom teoretycznym. Zajmujemy się też problematyką lęku w stomatologii.

W zeszłym roku (2006) w ramach Association for Dental Education in Europe, czyli międzynarodowej organizacji edukacji stomatologicznej, byliśmy w Krakowie organizatorem Kongresu ADEE. Tematem kongresu była etyka i nauczanie przez internet. Etyka w relacjach: lekarz – pacjent, lekarz – firma, lekarz – służba zdrowia i NFZ, lekarz – lekarz, lekarz – student. W Kongresie wzięło udział kilkaset osób, dziekani wielu wydziałów stomatologicznych z uniwersytetów europejskich, myślę że Kongres był faktycznie sukcesem.

Redakcja: To trochę kalambur słowny, ale czy w stomatologii „zachowawczej” może być coś „nowego”?

M. Chomyszyn-Gajewska: Zawsze nowe może być diagnozowanie, nowe mogą być ma-

teriały, nowa jest medycyna molekularna. Także o bakteriach wiemy coraz więcej. Na pewno kiedyś będą nowe techniki leczenia...

Redakcja: A czy ból w stomatologii zachowawczej nadal pozostaje ważnym elementem rozpoznania schorzenia?

M. Chomyszyn-Gajewska: Tak, ból, jego charakter pozostaje ważny dla diagnostyki, jest jednym z objawów schorzenia. Jeśli przychodzi pacjent, by go wyleczyć, trzeba go zdiagnozować definiując charakter bólu. Ale już na studiach uczy się studentów eliminacji bólu. O bólu mówiło się zawsze. Może nie jest to zbyt eksponowany temat, ale zawsze o nim uczymy. Ból służy do diagnostyki, ale dalsze leczenie wcale nie musi boleć.

Redakcja: A jak ocenia Pani klimat towarzyszący dzisiaj zawodowi lekarza?

M. Chomyszyn-Gajewska: Ma pan zapewne na myśli media. Te problemy występowały zawsze, a w tej chwili jest o tym po prostu za głośno w stosunku do rangi problemu. Coś, co kiedyś odbywało się normalnie, teraz jest rozdmuchiwane i to w dziwny sposób. Najpierw się o czymś mówi i pisze, a potem zapada cisza. Nie wiadomo, czy zjawisko było godne potępienia, czy też komuś należą się rehabilitacja i przeprosiny. Nie chciałabym jednak uchodzić tutaj za eksperta od mediów...

Redakcja: Rozumiem. Nie kończę tego wywiadu, chciałbym bowiem porozmawiać jeszcze o Pani. Czy ktoś z Pani rodziny pochodził z medycznej rodziny? Skąd ten wybór stomatologii?

M. Chomyszyn-Gajewska: Miałam iść na rozmaite kierunki, myślałam o anglistyce, chemii, archeologii, a utknęłam na stomatologii. Medycyna pojawiła się przypadkiem. W ostatniej chwili tak wyszło, bez inspiracji rodzinnych. Moi rodzice ukończyli Wydział Rolniczy. Urodziłam się na północy Polski, studiowałam w Warszawie, a za mąż wyszłam w Krakowie. Ale lubię ten swój zawód przede wszystkim ze względu na kontakt z człowiekiem, z pacjentem.



Redakcja: Stomatologia wymaga cierpliwości...

M. Chomyszyn-Gajewska: Posiadam tę zdolność. Lubię też dydaktykę. Zawsze interesowałam mnie periodontologia, choć właściwie nie wiem czemu. Zaczynałam karierę zawodową jako asystent w Zakładzie Stomatologii Zachowawczej AM w Warszawie. Po przeprowadzce ze stolicy w Krakowie trafiłam pod opiekę prof. Józefa Wodnieckiego, twórcy katedry stomatologii zachowawczej. Tam otworzyła się przede mną możliwość specjalizacji z zakresu periodontologii i ją uzyskałam. Doktorat zrobiłam w 1979 roku na temat mikrobiologii w chorobach przyzębia. W 1996 roku była habilitacja, w 2004 roku profesura. Natomiast szefem Katedry Stomatologii Zachowawczej po profesorze Wodnieckim była prof. Zofia Knychalska-Karwan, potem kierowali nią prof. Jerzy Krupiński, i prof. Alicja Kaczmarczyk-Stachowska, a w 2000 roku szefostwo przypadło mnie. Nadto w latach 1999-2002 byłam prodziekanem Oddziału Stomatologii Wydziału Lekarskiego CM UJ, a od roku 2004 zostałam kierownikiem nowopowstałej Katedry Periodontologii i Klinicznej Patologii Jamy Ustnej.

Redakcja: Zechce Pani wymienić jakieś ważniejsze pobyty naukowe za granicą...

M. Chomyszyn-Gajewska: Przede wszystkim wymienić trzeba roczny pobyt na stypendium British Council, w London Hospital Medical College. Odbyłam też miesięczne staże jako visiting professor na uczelniach w Würzburgu, Zürichu, Helsinkach, oraz krótsze studia

w Berlinie, Wilnie, Herdecke. Uczestniczyłam też w wielu kongresach.

Redakcja: A Pani zainteresowania pozawodowe, to?

M. Chomyszyn-Gajewska: Fotografia – właśnie zaczęłam robić zdjęcia cyfrowe – i wędrówki rowerowe. Muszę się pochwalić, jakiś czas temu z mężem pojechaliliśmy na tandemie do Anglii. Zdobyłam też parę szczytów w Alpach i Tatrach. Lubię też muzykę klasyczną, choć przekonuję się coraz bardziej do heavy metalu i rapu, których słucha mój syn Jerzy. Lubię też tańczyć...

Redakcja: Stop. Obiecała mi Pani podczas wstępnej rozmowy telefonicznej powiedzieć, dlaczego jest tak mało profesorów stomatologii?

M. Chomyszyn-Gajewska: Być może nie jest tak łatwo uzyskać profesurę? Trzeba mieć pewien dorobek... Jak ktoś chce, to zrobi.

Redakcja: Tak mało byłoby chcących. Nie panują tu przypadkiem obyczaje raczej konserwatywne? Nie ma blokady?

M. Chomyszyn-Gajewska: Pewnie jest, ale to ma krótkie nogi. O szefie katedry świadczy najlepiej, czy i jak kształci swoich następców. Ilu ich ma? Osobiście jestem jeszcze bardzo młodym profesorem.

Redakcja: Życzę zatem czeredy uczniów w nieodległej przyszłości. Dziękuję za rozmowę.

Rozmawiał: Stefan Ciepły

Prof. dr hab. n. med. Maria CHOMYSZYN-GAJEWSKA, ur. na Pomorzu; 1970 dyplom ukończenia studiów stomatologicznych na AM w Warszawie; 1972-74 asystent w Zakładzie Stomat. Zachowawczej tamże; od 1974 w Zakładzie Stomat. Zachowawczej AM w Krakowie; 1976 pierwszy stopień specjalizacji ze stomat. ogólnej i doktorat nt. Mikrobiologii płytki nazębnej..."; 1979 drugi stopień specjalizacji z zakresu stomat. zachowawczej; 1984 drugi stopień specjalizacji z zakresu periodontologii; 1981-82 staż w Hospital Medical College w Londynie; 1996 habilitacja, od 2004 profesor; w latach 1999-2002 prodziekan Oddziału Stomat. Wydz. Lekarskiego CM UJ; 2000-2004 kier. Katedry Stomat. Zachowawczej CM UJ; od 2004 kier. Katedry Periodontologii i Klinicznej Patologii Jamy Ustnej. Autorka ok. 140 publikacji w czasopismach krajowych i zagranicznych, oraz ok. 80 wystąpień na kongresach; czł. polskich i zagr. tow. naukowych, m.in. Pol. Tow. Stomatologicznego (1985-89 sekretarz, 1989-97 skarbnik, 1997-2005 prezes krakowskiego Oddziału), Akademii Pierre-Faucharda, International Association for Dental Research, Central European Division of IADR, International Academy of Periodontology, ADEE, European Federation of Periodontology. W latach 1989-97 z-ca Okręgowego Rzecznika Odpowiedzialności Zawodowej przy OIL w Krakowie; laureatka nagród rektorskich, odznaczona Złotym Krzyżem Zasługi i odznaką Bene Meritus (PTS).

UNIWERSYTET JAGIELLOŃSKI

Kursy dla specjalności lekarsko-stomatologicznych organizowane przez Medyczne Centrum Kształcenia Podyplomowego Uniwersytetu Jagiellońskiego w kwietniu i maju 2007

stomatologia zachwawcza z endodoncją
Ratownictwo medyczne w nagłych stanach zagrożenia życia i nadzwyczajnych zagrożeniach środowiska
Kierownik naukowy: dr n. med. Arkadiusz Trzos
16-20.04.2007

Leczenie endodontyczne zębów wielokanałowych
Kierownik naukowy:
dr n. med. Joanna Zarzecka
24-28.04.2007

chirurgia szczękowo twarzowa
Złamanie oczodołu – rozpoznawanie, różnicowanie i leczenie
Kierownik naukowy:
prof. dr hab. n. med. Jan Zapata
24-26.04.2007

Monopol NFZ skarcony przez UOKiK

Od początku istnienia powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego tj. od 1999 roku wielkie emocje budziła wycena świadczeń zdrowotnych zakupywanych od świadczeniodawców – pierwotnie przez Kasy Chorych, a później przez Narodowy Fundusz Zdrowia. W każdym rodzaju świadczeń, także w stomatologii, ceny w sposób oczywisty odbiegały od wartości rynkowych (oczywiście na niekorzyść świadczeniodawców), ale nikt – łącznie z płatnikiem czyli Narodowym Funduszem Zdrowia nie potrafił określić, jakie rzeczywiste koszty ponosi świadczeniodawca, a zatem jakie powinny być ceny płacone przez NFZ. Wbrew swojemu ustawowemu obowiązkowi ani Kasy Chorych, ani NFZ nigdy nie dokonali analizy tych kosztów i realnej wyceny świadczeń stomatologicznych.

Wobec powyższego, wszystkie argumenty wysuwane wobec NFZ, a dotyczące zakupywania świadczeń po zaniżonych cenach pozostawały w pewnym sensie gołosłowne – wszystkie zainteresowane strony w zasadzie wiedziały, że ceny są za niskie i nie odpowiadają realnie ponoszonym kosztom, ale nikt nie umiał sprecyzować konkretnych liczb.

Wobec takiego stanu rzeczy Okręgowa Izba Lekarska zleciła ekspertom sporządzenie opracowania pod nazwą „Kalkulacja kosztów jednostkowych podstawowych procedur stomatologicznych finansowanych w ramach powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego z uwzględnieniem wymaganego standardu”, które zostało przedstawione Izbie w październiku 2003 r.

W opracowaniu zastosowano standardy usług stomatologicznych opracowane na zlecenie Ministerstwa Zdrowia przez Zespół pod kierunkiem konsultanta krajowego w dziedzinie stomatologii ogólnej, prof. Janiny Stopy w 1999 r. Standardy te zostały w tym samym roku przyjęte i opublikowane przez Ministerstwo Zdrowia z zaleceniem ich stosowania przy kontraktowaniu świadczeń stomatologicznych przez Kasy Chorych.

W omówieniu problemu posłużono się także rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1998 r. w sprawie szczególnych zasad rachunku kosztów w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. W opracowaniu przyjęto minimalne koszty czynszu wg stawki 3.67 zł. za 1 m², jaką ustaliła Rada Miasta Krakowa dla zakładów opieki zdrowotnej w budynkach stanowiących własność Gminy Miejskiej Kraków, a jako wynagrodzenie pracowników – średnią płacę w publicznych zakładach opieki zdrowotnej.

Opracowanie to pokazuje realne koszty każdej z procedur, a osobne zestawienie przedstawia wzajemny stosunek kosztów procedury i maksymalnej ceny za procedurę ustaloną przez NFZ na rok 2004.

Przedstawienie sprawy było szczegółowe i obszernie (a także – co nie jest bez znaczenia – okazało się jedynym istniejącym), co nasunęło pytanie o możliwy sposób jego wykorzystania, tak aby nie stało się jedynie kolejnym dokumentem, który trafia do szuflady dając Izbie Lekarskiej „moralną satysfakcję” z teoretycznego udowodnienia swoich racji.

Ponieważ z punktu widzenia obowiązujących przepisów prawa, Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie (zwana dalej OIL) nie ma uprawnień do występowania w imieniu świadczeniodawców – ani w trakcie zawierania umów z NFZ, ani też do występowania w ich imieniu do sądów powszechnych lub administracyjnych – jedynym możliwym rozwiązaniem było skierowanie wniosku o wszczęcie postępowania antymonopolowego do Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów (zwanym dalej UOKiK).

Wniosek skierowany przez OIL do UOKiK zmierzał do uzyskania decyzji Prezesa UOKiK nakazującej Narodowemu Funduszowi Zdrowia zaniechanie praktyki monopolistycznej polegającej na nadużywaniu pozycji dominującej na rynku poprzez bezpośrednie narzucanie nieuczciwych – rażąco niskich – cen przez NFZ w kon-

traktowaniu świadczeń stomatologicznych na rok 2004.

Zgodnie z przepisami, wnioskodawca (w tym wypadku OIL) musiał wykazać interes prawny w złożeniu wniosku oraz **uprawdopodobnić naruszenie przepisów ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów**. Interes prawny OIL wywiedziony został z art. 4 ustawy o izbach lekarskich, zgodnie z którym zadaniem samorządu lekarzy jest reprezentowanie i ochrona zawodu lekarza, które to zadanie realizowane jest w szczególności w formie występowania w ochronie interesów indywidualnych i zbiorowych lekarza prowadzącego indywidualną lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską, co oznacza, iż OIL zrzesza de facto potencjalnych świadczeniodawców.

Natomiast dla uprawdopodobnienia stosowania praktyki monopolistycznej użyta została następująca argumentacja: Narodowy Fundusz Zdrowia jest jedynym podmiotem w Rzeczypospolitej Polskiej, który zabezpiecza świadczenia zdrowotne ubezpieczonym w ramach ubezpieczenia zdrowotnego i w tym celu zarządza publicznymi środkami finansowymi oraz zawiera w tym celu umowy ze świadczeniodawcami. W tym zakresie bezsporne jest, że posiada na rynku pozycję dominującą, co zresztą nie jest zakazane – zabronione jest jedynie jej nadużywanie. Zadaniem NFZ jest między innymi negocjowanie umów ze świadczeniodawcami, ich zawieranie i rozliczanie oraz kontrola wykonywania.

* * *

A teraz bieg wydarzeń.

W dniu 25 września 2003 r. Narodowy Fundusz Zdrowia podjął uchwałę nr 220/2003 w sprawie ogłoszenia konkursu ofert na zawieranie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych od dnia 1 stycznia 2004 r. oraz określenia przedmiotu konkursu ofert, warunków wymaganych od świadczeniodawców oraz kryteriów oceny spełniania tych warunków.

Wkrótce potem w dniu 13 listopada 2003 r. Zarząd Narodowego Funduszu Zdrowia podjął uchwałę nr 276/2003 w sprawie ustalenia cen

maksymalnych za poszczególne rodzaje świadczeń zdrowotnych stosowanych w procesie kontraktacji na 2004 r. **Wprowadzone ceny maksymalne za poszczególne rodzaje świadczeń określone zostały w załączniku do uchwały. W poz. 11 załącznika – leczenie stomatologiczne – maksymalną wartość punktu rozliczeniowego ustalono na kwotę 0,07 zł (siedem groszy).**

W ten sposób została ukształtowana przez NFZ cena świadczenia – jedna uchwała przypisała każdej z procedur wartość punktową, a druga określiła maksymalną cenę za punkt. Głównym zatem elementem kształtującym cenę procedury była zatem wartość punktu – narzucona ogólnie przez NFZ.

Natomiast, na podstawie przywoływanego wyżej opracowania wykazano, że ceny maksymalne procedur stomatologicznych ustalone przez Narodowy Fundusz Zdrowia w procesie kontraktacji na 2004 r. są średnio 2,6 razy niższe od rzeczywistych kosztów tych świadczeń.

Pierwszym sukcesem był fakt, że UOKIK postanowieniem z dnia 8 marca 2004 w ogóle wszczął postępowanie na podstawie złożonego przez OIL wniosku.

W jego trakcie (3 lata!) NFZ i OIL w Krakowie wymieniły kilkanaście pism procesowych. W 2005 r. zaktualizowane zostało opracowanie według stanu na rok 2005, a także UOKIK z własnej inicjatywy przeprowadził dowód z opinii niezależnego biegłego na okoliczność stwierdzenia, jakie koszty jednostkowe procedur stomatologicznych powinny stanowić podstawę wyceny usług stomatologicznych.

Ponadto OIL przedstawiła dokument z dnia 10 sierpnia 2006 r. pod nazwą „Notatka podsumowująca etap rozmów prowadzonych pomiędzy NFZ a przedstawicielami NRL w sprawie ustalenia rzeczywistych cen świadczeń stomatologicznych i sposobu dochodzenia do tych cen”. Dokument sygnowany został przez prezesa NFZ oraz z-cę Prezesa d.s. Finansowych oraz wiceprezesa NRL i dwóch członków Naczelnej Rady Lekarskiej. Z treści ww. dokumentu wynika, że Narodowy Fundusz Zdrowia przyjął za podstawę wy-

liczenie cen z opracowania pt. „Kalkulacja kosztów jednostkowych podstawowych procedur stomatologicznych finansowanych w ramach Powszechnego Ubezpieczenia Zdrowotnego (z uwzględnieniem wymaganego standardu)”. **Jednocześnie strony sygnujące zawarte w dokumencie ustalenia zgodnie przyznały, że różnica (dla wszystkich rodzajów świadczeń) pomiędzy kwotami dotychczas płaconymi za dane świadczenie przez NFZ a realną wartością świadczeń wynosi średnio 259,47%, co oznacza, że średnio o taki procent winna wzrosnąć cena za świadczenie stomatologiczne, aby cena obejmowała rzeczywisty koszt świadczenia.**

OIL w Krakowie nie rozszerzyła wniosku na kolejne lata ze względu na obawę, że postępowanie zostanie przedłużone o kolejnych parę lat, a mniemanie to było uprawnione na podstawie przebiegu postępowania dotyczącego samego tylko roku 2004. Nie należało bowiem tracić z pola widzenia podstawowej przyczyny, dla której postępowanie zostało wszczęte, a mianowicie konieczności ochrony świadczeniodawców przed swego rodzaju wyzyskiem, którego dopuszcza się NFZ. Mógł się on zmienić wyłącznie na skutek przymusu państwowego tj. decyzji Prezesa Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów.

Ostatecznie w dniu 7 marca 2007r. Prezes UOKIK wydał decyzję nr 28/07, w **której uznał praktykę stosowaną przez NFZ**, polegającą na nadużywaniu pozycji dominującej na krajowym rynku organizowania świadczeń zdrowotnych w zakresie leczenia stomatologicznego w ramach powszechnego ubezpieczenia NFZ poprzez bezpośrednie narzucanie nieuczciwych tj. rażąco niskich cen zakupu świadczeń zdrowotnych w procesie ich kontraktowania w roku 2004 i **za ograniczającą konkurencję** oraz stwierdził zaniechanie jej stosowania z dniem 1 stycznia 2005.

Okręgowa Izba Lekarska złożyła odwołanie od decyzji Prezesa UOKIK do Sądu Ochrony Konkurencji i Konsumentów zaskarżając ww. decyzję w zakresie stwierdzenia zaniechania z dniem 1 stycznia 2005 r. stosowania przez Narodowy Fundusz Zdrowia praktyki monopoli-

stycznej i wniosła o częściową zmianę decyzji w ten sposób, że w pkt. I uchylona zostanie teza, że NFZ zaniechał stosowania wyżej opisanej praktyki z dniem 1 stycznia 2005 r.

Zarzuty pozostawione rozstrzygnięciu dotyczyły naruszenia prawa materialnego (ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów) oraz błędnego ustalenia stanu faktycznego, które nie znalazło uzasadnienia w prowadzonym postępowaniu dowodowym, a doprowadziło do stwierdzenia zaniechania stosowania praktyki monopolistycznej przez NFZ z dniem 1 stycznia 2005 r.

Zarzut postawiony NFZ we wniosku o wszczęcie postępowania dotyczył nadużywania pozycji dominującej na rynku poprzez narzucanie nieuczciwych, rażąco niskich cen. Istotą i najważniejszą cechą tej formy nadużywania pozycji monopolistycznej jest fakt narzucania przez podmiot dominujący nieuczciwych cen, a zatem takie działania podmiotu dominującego, które polega na stawianiu strony słabszej w sytuacji przymusowej oraz wymuszaniu uczestnictwa w rynku na zasadach narzuconych, mniej korzystnych, niż by to wynikało z działania nieskrępowanych mechanizmów rynkowych w warunkach istnienia konkurencji. Natomiast wtórne znaczenie ma okoliczność, czy narzucanie miało charakter pośredni, czy też bezpośredni.

Dla niniejszej sprawy oznaczało to, że wydanie tej treści decyzji byłoby uprawnione wyłącznie w sytuacji, gdyby Prezes UOKIK stwierdził na podstawie zgromadzonego w sprawie materiału dowodowego, że NFZ zaprzestał narzucania rażąco niskich cen zakupu świadczeń zdrowotnych w procesie ich kontraktowania na rok 2005. OIL stoi na stanowisku, że z **dniami 1 stycznia 2005 NFZ dokonał jedynie zmiany sposobu narzucania rażąco niskich cen – z formy bezpośredniej na pośrednią, zatem ta sama praktyka monopolistyczna przyjęła inną formę**.

Ustalenie UOKIK nastąpiło na podstawie prostego założenia, że wydane przez Prezesa NFZ Zarządzenie z dnia 13 października 2004 r. nr 12/2004 w sprawie przyjęcia „szczegółowych materiałów informacyjnych o przedmiocie postępowania

nia w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju: „leczenie stomatologiczne” doprowadziło do zmiany sytuacji faktycznej – co nie jest prawdą.

Zmiana zasad kontraktowania świadczeń stomatologicznych na rok 2005 sprowadziło się do odstąpienia od bezpośredniego wskazania ceny maksymalnej za punkt rozliczeniowy Zarządzeniem Prezesa NFZ.

W to miejsce – jak stwierdzono w decyzji – negocjacje cenowe zostały przekazane do kompetencji Oddziałów NFZ, co jakoby doprowadziło do zaniechania stosowania praktyki monopolistycznej. Jednakże nie zbadano, **czy na skutek dokonanych zmian zaistniała faktyczna możliwość indywidualnego negocjowania cen w chwili zawierania umów na lata następujące po roku 2004 r.**

Jednakże swoboda działania dyrektorów Oddziałów NFZ jest mocno ograniczona i de facto wykonują oni zadania, co do których decyzje zapadają w Centrali Funduszu. Taki był zresztą cel likwidacji Kas Chorych i powołania w to miejsce scentralizowanej instytucji jaką jest NFZ. Dlatego twierdzenie, że skoro negocjacje cenowe zostały z dniem 1 stycznia 2005 r. przekazane do kompetencji Dyrektorów Oddziałów, to automatycznie zakończyła się określona działalność monopolistyczna NFZ, jest niczym nie poparte.

Skoro Prezes UOKIK w uzasadnieniu decyzji stwierdza, że „z ekonomicznego punktu widzenia powinna być to cena pokrywająca uzasadnione koszty produkcji i zawierająca pewien poziom zysku” – to winien wskazać na jakich ustaleniach oparł tezę, że ceny od 1 stycznia 2005r. zmieniły się w taki sposób, że zaczęły spełniać wyżej opisane wymagania ekonomiczne.

Na dowód, że w 2005, 2006 oraz 2007 roku de facto nic się nie zmieniło przedłożone zostały przykładowe załączniki do umów ze świadczeniodawcami zawierającymi umowę z Podlaskim Oddziałem NFZ, Oddziałem Wojewódzkim NFZ w Białymstoku, Świętokrzyskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ oraz Małopolskim Oddziałem Wojewódzkim NFZ, z których wynika, że cena

za punkt rozliczeniowy **w dalszym ciągu waha się od 0,05 zł do 0,079 zł.** Dokumenty te zebrane od różnych świadczeniodawców z różnych rejonów Polski, wskazują jednoznacznie, że teza zawarta w skarżonej części decyzji jest nieuprawniona.

* * *

W obecnej chwili sytuacja jest zatem tego rodzaju, że decyzja UOKIK jest decyzją nieostateczną, a o jej prawidłowości orzeknie wyrokiem Sąd Ochrony Konkurencji i Konsumentów.

Reasumując opisane wyżej (w dużym skrócie) postępowanie, wyeksponować należy spodziewany i oczekiwany skutek wydanej decyzji – o ile oczywiście zostanie ona utrzymana w mocy przez Sąd.

Otóż zgodnie z art. 8 ust. 3 ustawy o ochronie konkurencji i konsumentów, umowy ze świadczeniodawcami za rok 2004 (a wobec złożonego odwołania, być może również za lata następne) **w części dotyczącej cen staną się nieważne.** Praktycznie oznaczać to będzie dla świadczeniodawców możliwość dochodzenia zapłaty za wykonane usługi stomatologiczne w wysokości rzeczywiście poniesionych kosztów.

Są to oczywiście prognozy, które w razie ich ziszczenia, będą niosły za sobą poważne konsekwencje dla budżetu NFZ.

Niestety, jest to prawdopodobnie jedyna droga do spowodowania, aby NFZ podjął trud analizowania rzeczywistych kosztów świadczeń zdrowotnych, nie tylko zresztą w zakresie stomatologii, ale we wszystkich innych rodzajach świadczeń. W konsekwencji być może doprowadzi to do sytuacji, w której usługi zdrowotne opłacane będą na zasadach rynkowych, tak jak dzieje się to w całym cywilizowanym świecie.

Mec. Agnieszka Nawara-Dubiel

O nowej książce prof. dr hab. med. Zofii Knychalskiej-Karwan pt.: „Profilaktyka najczęstszych schorzeń stomatologów”



Prof. dr hab. med. Zofia Knychalska-Karwan – nestorka stomatologii polskiej – przygotowała nową, bardzo interesującą dla środowiska stomatologicznego pozycję będącą owocem nieustającej inwencji i aktywności twórczej Pani Profesor. Jej najnowsza książka wchodząca na

rynek wydawniczy jest poświęcona profilaktyce schorzeń zagrażających lekarzom dentystom w związku z wykonywaną pracą zawodową. Autorka zajmuje się tą problematyką już od wielu lat, czego dowodem są dwa poprzednie opracowania tj. „Stomatologia środowiskowa” wyd. w 1994 r. przez CM UJ oraz „Zagrożenia zdrowotne stomatologów” wyd. przez UJ w 2000 r. W obecnej pracy prof. Knychalska-Karwan znacznie pogłębiła i poszerzyła przedstawioną problematykę w oparciu o bardzo bogate i najnowsze piśmiennictwo, zarówno krajowe, jak i zagraniczne.

Omówiła szczegółowo wszystkie rodzaje czynników zagrażających zdrowiu stomatologów w związku z wykonywaniem zawodu, wskazując równocześnie na obowiązujące zasady, metody i możliwości postępowania zapobiegawczego w tej dziedzinie: Autorka już we wstępie do książki pisze; że: „...szczególny nacisk zostanie położony na działania profilaktyczne oraz usprawniające wykonywanie prac związanych z podstawowymi czynnościami lekarskimi, a także na zapewnienie bezpieczeństwa i higieny pracy lekarza stomatologa, w tym zapobieganie przeciążeniom układów i narządów, a także zaburzeniom równowagi psychicznej poprzez stosowanie odpowiednich metod rehabilitacji i relaksacji”.

W części początkowej opracowania zostało omówione zagadnienie ryzyka zawodowego le-

karzy dentystów, oddziaływania na nich środowiska naturalnego i środowiska pracy, zaś następne rozdziały są poświęcone szczegółowej charakterystyce występujących przeciążeń, uszkodzeń lub schorzeń systemowych czy narządowych w następstwie oddziaływania wszelkich szkodliwych czynników związanych z wykonywanym zawodem. W każdym z tych rozdziałów zostały przedstawione obowiązujące zasady i sposoby zapobiegania powstaniu omawianych uszkodzeń lub chorób układów czy narządów, których prawidłowe funkcjonowanie jest warunkiem zdrowia fizycznego, psychicznego i społecznego stomatologów. Dużo miejsca w tekście pracy poświęcono narażeniu lekarzy dentystów na zakażenie drobnoustrojami (bakterie, wirusy, grzyby chorobotwórcze) prionami przekazując równocześnie ważne wskazówki odnośnie działań profilaktycznych, co ma istotne znaczenie, gdyż z tymi problemami stomatolodzy w praktyce spotykają się coraz częściej. Również niezwykle ważne zagadnienia są tematem ostatnich rozdziałów książki, ponieważ dotyczą one ochrony lekarza dentysty i jego środowiska pracy i na koniec – problemu, któremu Autorka poświęciła dużo uwagi, a mianowicie odpowiedzialności lekarza stomatologa. Pozornie tylko zagadnienie to przekracza zakres głównej tematyki ocenianej pozycji, bo po zapoznaniu się z jego bogatą treścią czytelnik przekona się, jak bardzo korespondują ze sobą, a ich poznanie znacznie wzbogaci jego wiedzę o odpowiedzialności i obowiązkach, jakie nakłada na lekarza stomatologa jego zawód.

Na pochwałę zasługują zamieszczone przed każdym rozdziałem „złote myśli”, które jako motto – obok dowcipnych rysunków – poprzedzają przedstawianie przez Autorkę nowych zagadnień.

Jestem pewna, że najnowsza pozycja książkowa prof. Zofii Knychalskiej-Karwan spotka się z bardzo dobrym przyjęciem i żywym zainteresowaniem całego środowiska stomatologicznego

w Polsce i to zarówno jego przedstawiciele zajmujących się pracą naukowo-dydaktyczną i szkoleniową, jak i doświadczonych zawodowo lekarzy praktyków oraz młodych stomatologów przygotowujących się do specjalizacji we wszystkich dziedzinach stomatologii i wreszcie studentów. Sądzę, że zapoznanie się z treścią tego opracowania przez lekarzy z dużym stażem pracy w stomatologii i tych młodych, stojących na progu drogi zawodowej, dopiero urządzających swoje miejsce pracy może być bardzo pożyteczne, bo po-

zwoli im uniknąć złych skutków oddziaływania szkodliwych czynników związanych z wykonywaniem zawodu, a tym samym uchronić od wielu, nieraz poważnych, schorzeń. Uważam, że oceniana pozycja powinna znaleźć się w bibliotece każdego lekarza stomatologa dla jego dobra osobistego, a także pośrednio – dla dobra leczonych przez niego pacjentów.

Dr hab. med. Jadwiga Stypulkowska Prof. UJ

UNIA EUROPEJSKA



200 mln zł z budżetu Unii Europejskiej na szkolenia kadr służby zdrowia (6)

W poprzednim numerze „Biuletynu” zamieściliśmy kompendium wiedzy o możliwościach pozyskiwania w latach 2007-2013 środków unijnych na projekty infrastrukturalne (inwestycyjne) w obszarze ochrony zdrowia. Wiemy już, że wydatkowanie pieniędzy odbywać się będzie raczej zgodnie z zasadą „dużo dla kilku”, niż po linii „po trochę dla każdego”. Strategia koncentracji na większych projektach w obszarze leczenia wysokospecjalistycznego, mimo iż praktycznie uniemożliwia realizację prostych inwestycji np. w małych gabinetach stomatologicznych, niewątpliwie ma także wiele zalet. Nie będziemy tracić czasu na dyskusję nad słusnością takiej polityki, pozostaje nam wierzyć, że pieniądze będą wydatkowane mądrze.

W dzisiejszym i kolejnym artykule zmienimy front, przenosząc się w obszar Europejskiego Funduszu Społecznego (EFS), który co do zasady nie pokrywa kosztów remontów lub budowy nowych budynków czy zakupu sprzętu, lecz którego zadaniem jest inwestowanie w ludzi i poszerzanie ich kompetencji. Dokumentem, który regulował będzie wydatkowanie środków EFS w Polsce będzie *Program Operacyjny Kapitał Ludzki*. Dokument ten, wraz ze szczegółowym

opisem poszczególnych priorytetów, pobrać można ze strony Ministerstwa Rozwoju Regionalnego (www.mrr.gov.pl) pod zakładką programy operacyjne na lata 2007-2013. W priorytecie 6 Programu wyróżniono między innymi Działanie 6.3 *Doskonalenie zawodowe kadr medycznych służące wzrostowi ich konkurencyjności oraz podniesienie jakości zarządzania w ochronie zdrowia*. Środki alokowane w ramach działania (prawie 53 mln euro) mają być w całości przeznaczone na **kształcenie i doskonalenie zawodowe pracowników sektora ochrony zdrowia**. Wyróżniono tutaj cztery obszary wsparcia.

Pierwszy typ realizowanych projektów dotyczy kształcenia pielęgniarek i położnych, tak w ramach studiów pomostowych, jak i w obszarze profilaktyki, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej.

Kolejnym rodzajem finansowanych projektów będą przedsięwzięcia w zakresie kształcenia podyplomowego i szkolenia lekarzy. Dentyści wymienieni są tutaj explicite. Obok kursów doskonalących planowane jest także finansowanie kształcenia w systemie rezydentury (w deficytowych specjalnościach).

W ramach działania wspierane będą także projekty dotyczące podnoszenia kwalifikacji ka-

UNIA EUROPEJSKA

dry zarządzającej oraz pracowników administracji systemu ochrony zdrowia, w tym upowszechnianie wiedzy o technologiach medycznych i informatycznych, szkolenia w zakresie zarządzania ochroną zdrowia oraz rozwój innych kwalifikacji.

Ponadto przewidywany jest rozwój systemów certyfikacji i akredytacji w zakładach opieki zdrowotnej, w szczególności szkolenia personelu w zakresie jakości i bezpieczeństwa świadczeń zdrowotnych.

Wszystkie wymienione typy projektów objęte są tzw. systemowym trybem wyboru. Oznacza to, iż szkolenia nie będą prowadzone przez podmioty, które wygrały dofinansowanie w otwartym konkursie, lecz nad wydatkowaniem środków

czuwać będą poszczególne departamenty Ministerstwa Zdrowia. Odpłatność za kursy i szkolenia dla korzystających z nich powinna wahać się w przedziale od 0% do 10% ich rynkowej ceny. Szkolenia ruszą prawdopodobnie nie wcześniej niż w I kwartale 2008 roku, a więcej szczegółów powinno pojawić się na stronach internetowych Ministerstwa Zdrowia, o czym możliwie szybko Państwa poinformujemy.

Łączę wiosenne i słoneczne serdeczne pozdrowienia.

Michał Młynarczyk

Kontakt: dotacje.dla.stomatologow@wp.pl

KRAKIDENT 2007

15. Targi Stomatologiczne krakdent

Sukces odbytych w dniach 8-10 marca br. jubileuszowych, bo już 15. Targów Stomatologicznych wydaje się bezsporny, sądząc po liczbie zwiedzających je gości z całej Polski, która sięgnęła 10 tys. osób. Czyżby obejrzał je co trzeci czynny zawodowo w Polsce stomatolog?

Wyjątkowe też było zainteresowanie kursami medycznymi towarzyszącymi Targom, poczynając od Międzynarodowej Konferencji „Od korzenia do korony”, zorganizowanej pod naukowym kierownictwem m.in. prof. Zbigniewa Jańczuka (i z jego udziałem).



Kursy owe „zaliczyło” 1200 uczestników i co ciekawe szczególnie zainteresowanie towarzyszyło nie tyle programom specjalistycznym poświęconym np. zagadnieniom periodontologii, ortodoncji czy chirurgii, co sprawom natury ogólniejszej, dotyczącym np. zagadnień ergonomii w organizacji pracy gabinetu lekarskiego, systemów kształcenia stomatologicznego w innych krajach czy wreszcie relacji pa-





cient-lekarz w ujęciu współczesnej medycyny, rozstając się z tradycyjnym traktowaniem bólu jako czynnika diagnostycznego schorzenia.

Na dobrą frekwencję złożyła się też pogoda, towarzysząca Targom przez wszystkie dni, ale i renoma imprezy, niemało było bowiem uczestników z innych regionów Polski niż Małopolska, a nawet z zagranicy, zwłaszcza z Czech i Słowacji.

Jakie kontrakty, na jakie sumy zawarto? – oczywiście nie wiemy, to tajemnica handlowa.

Natomiast ciekawej informacji dostarczył Katalog XV Targów, pod skromnym tytułem „Nowości prezentowane na targach”. Otóż po pierwsze, aż 40 firm przedstawiło tu kilkaset nowych propozycji dotyczących materiałów ceramicznych, implantów, kompozytów, systemów fotograficznych i oświetleniowych, instrumentów i narzędzi, antybiotyków, substancji wybielających, utwardzających, dezynfekujących itp. Była to oferta o połowę (!!!) bogatsza niż przed rokiem, dowodząc nie tylko imponującego postępu technicznego i materiałowego stomatologii, ale i rosnącej rangi Targów, ich atrakcyjności dla firm oraz zainteresowania stomatologów postępowaniem.

Zewnętrznie, Targi w nowych warunkach ekspozycyjnych, prezentowały się bardzo nowoczesnie. Było wprawdzie ciasno, nie było miejsca na dokonanie oficjalnego otwarcia, kursy odbywały się w namiotach, ale i tak o żadnej siemniężności nie było mowy. Szkło, aluminium, kolorowe plastiki, boksy epatujące elegancją, rozmaite banery, obfitość materiałów reklamowych – wszystko to sprawiało wrażenie, że mocno już wkroczyliśmy w XXI wiek. Dla laika, którym jest niżej podpisany, rozmach Targów budził uznanie.

*Tekst: Stefan Cieply
Zdjęcia: Marcin Tatrzański; (sc)*





Konferencja Naukowo-Szkoleniowa Lekarzy Stomatologów

Zakopane – Kościelisko, 13-15 kwietnia 2007



Jeżeli miarą sukcesu konferencji jest frekwencja uczestników, to zakończona 15 kwietnia 2007 roku w Zakopanem – Kościelisku konferencja dla lekarzy stomatologów ten sukces odniosła. 230 słuchaczy, to 8% wszystkich lekarzy dentystów, członków OIL w Krakowie. Organizatorów ucieszył zwłaszcza fakt obecności dużej grupy lekarzy dentystów, którzy po raz pierwszy byli uczestnikami szkolenia organizowanego pod patronatem Izby i Związku Lekarzy Dentystów w ramach cyklu szkoleń wyjazdowych. Ich pozytywne oceny i deklaracja chęci uczestnictwa w kolejnych szkoleniach pozostaje najlepszą wizytówką przedsięwzięcia.

Wykłady z zakresu leczenia endodontycznego, periodontologicznego, odbudowy protetycz-

nej po leczeniu endodontycznym i aktualne doniesienia na temat ognisk zakażenia związanych z jamą ustną złożyły się na program merytoryczny Konferencji.

Przedstawili je: dr n. med. **Witold Jurczyński** „Sytuacja śluzówkowo-dziąsłowa, a zaopatrzenie protetyczne” oraz „Powikłania endodontyczne, a stan tkanek przyzębia”; dr n. med. **Jolanta Pytko-Polończyk**: „Choroba odogniskowa – aktualne doniesienia”; dr **Renata Witek**, „Leczenie endodontyczne zębów mlecznych i stałych niedojrzałych – wskazania, przeciwwskazania, metody leczenia, powikłania”; dr **Wojciech Koźuch** „Wytyczne leczenia endodontycznego”; dr **Radosław Nowak** „Jatrogenne powikłania po leczeniu endodontycznym i sposoby jego zaopa-





trzenia”; dr **Paweł Witek** „Odbudowa protetyczna po leczeniu endodontycznym”, wreszcie dr **Anna Urbańczyk** „Zachowawcze leczenie przewlekłych zapaleń tkanek okołowierzchołkowych”.

Wszystkie sesje naukowe prowadził z profesjonalną swobodą dr Aleksander Płóciennik, tworząc klimat sprzyjający wymianie wiedzy i doświadczeń między wykładowcami a słuchaczami-praktykami, dodając tym ostatnim poczucia pewności i śmiałości.

Na aurę szkolenia z pewnością miało też wpływ miejsce jego organizacji w Zakopanem – Kościelisku, w malowniczo położonym ośrodku wypoczynkowym wybudowanym na przełomie XIX/XX wieku, dzisiaj należącym do wojska. Wiosenna pogoda, kwitnące łąki na tle ośnieżonych gór, słowem budząca się do życia przyroda – niewątpliwie krzepiąco i ożywczo wpływała na uczestników Konferencji, lekarzy „pierwszego kontaktu”, którzy na co dzień zmagają się z trudną materią dnia powszedniego naszej służby zdrowia. Dlatego tak ważne są te spotkania Koleżanek i Kolegów „po fachu”, bo tworzą prócz prelekcji czy wykładów profesjonalnych, także nieformalną płaszczyznę wymiany poglądów i doświadczeń. Także wieczorne spotkania, rozmowy, wspólne ognisko i zabawa, integrują środowisko.



Podziękowania należą się zatem m.in. organizatorowi tych szkoleń, wiceprezesowi ORL, który właśnie obchodził imieniny, dr. Robertowi Stępniewi, co niniejszym czynię. A także p. Krystynie Treli za nienaganne prowadzenie biura konferencji.

A przy okazji zapraszam na następne seminaria wyjazdowe organizowane jeszcze w tym roku przez Komisję Stomatologiczną ORL w Krakowie i Związek Lekarzy Dentystów Pracodawców Ochrony Zdrowia, a to do Rytra w dniach 26-28 października, do Bystrego w dniach 16-18 listopada i do Kocierza Moszczanickiego (*tak brzmi pełna, poprawna nazwa*) w początkach grudnia (7-9 XII).

Wasza

Kasia Siembab
fot. P. Knapik





Dr n. med. Joanna Szyper-Szczurowska
Zakład Ortodoncji Instytutu Stomatologii CM UJ w Krakowie

Ocena skuteczności współcześnie stosowanego skojarzonego leczenia ortodontyczno-chirurgicznego dorosłych z wadami gnatycznymi twarzoczaszki o charakterze III klasy szkieletowej

Hasła indeksowe: III klasa, skojarzone leczenie ortodontyczno-chirurgiczne
Key words: III class, combined surgical-orthodontic treatment

2. Katedra i Zakład Ortodoncji IS CM UJ w Krakowie
p.o. kierownika jednostki: dr hab. n. med. Bartłomiej W. Loster

Wady gnatyczne (kostne) to grupa wad morfologicznych, wynikających z nieprawidłowych proporcji kości czaszki, objawiających się zaburzeniami estetyki rysów twarzy, okluzji, trudnościami w odgryzaniu i żuciu pokarmów, niekiedy zaburzeniami stawów skroniowo-żuchwowych oraz nieprawidłowościami wymowy [1,2,3,4]. Na podstawie badań epidemiologicznych wykonanych w Polsce w 1995 r. wśród populacji osób 18-letnich stwierdzono występowanie 5,54% wad doprzednich, a w badaniach z 1998 r. stwierdzono, że spośród wszystkich wad zgryzu przodozgrzyzy stanowiły 2,46% [5,6]. W populacji amerykańskiej, na podstawie danych ujętych w Badaniach Narodowych III, wady doprzednie stwierdzono u 1% dzieci, a częstość występowania tego typu wad zwiększała się nieco w grupie młodzieży i dorosłych [7]. III klasa szkieletowa występuje częściej wśród mieszkańców krajów orientalnych np. w Japonii 3-5% populacji, w Chinach prawie 2% [8].

Wady tzw. III klasy szkieletowej są to wady o podłożu morfologicznym, które są wyróżniane na podstawie analizy cefalogramu bocznej głowy (ocena kąta ANB oraz pomiaru „Wits”) [9]. Przyczyną tego typu wad jest nadmierny doprzedni wzrost żuchwy (wg Orlik-Grzybowskiej progenia) [10] lub niedostateczny wzrost szczęki w wymiarze przednio-tylnym (wg Orlik-Grzybowskiej retrognacja) [10]. Niekiedy zaburzenia te występują jednocześnie.

Wady o charakterze III klasy szkieletowej są wadami złożonymi. Zaburzenia mogą dotyczyć

trzonu i gałęzi żuchwy (wydłużenie), kości szczęki (skrócenie), wyrostków zębodołowych (np. retruzja zębowo-wyrostkowa w zakresie siekaczy dolnych, zgryz krzyżowy częściowy boczny jednostronny albo obustronny) oraz samych zębów (rotacje zębów i szpary międzyzębowe) [11,12].

Doświadczenia w zespołowym leczeniu ortodontyczno-chirurgicznym pacjentów z wadami gnatycznymi twarzoczaszki były wynikiem ponad trzydziestoletniej współpracy pomiędzy Katedrą i Kliniką Chirurgii Szczękowo-Twarzowej CM UJ a Katedrą i Zakładem Ortodoncji CM UJ w Krakowie [13,14]. Zasadą leczenia wad gnatycznych było zespołowe leczenie ortodontyczno-chirurgiczne.

Celem badania była ocena skuteczności skojarzonego leczenia ortodontyczno-chirurgicznego dorosłych z wadami gnatycznymi twarzowej części czaszki o charakterze III klasy szkieletowej.

Materiał i metoda

Badaniem zostało objętych 30 pacjentów (19 kobiet – 63,33% i 11 mężczyzn – 36,67%). Średnia wieku w grupie kobiet wynosiła 22,84 lat, a w grupie mężczyzn 23,89 lat.

Skojarzone leczenie ortodontyczno-chirurgiczne składało się z następujących etapów:

- ortodontyczne przygotowanie do zabiegu operacyjnego z zastosowaniem aparatów stałych,
- symulacja zabiegu operacyjnego na cefalogramie bocznej głowy oraz na modelach umieszczonych w artykulatorze indywidualnym,

– wykonanie szyn zgryzowych stosowanych podczas operacji,

– zabieg operacyjny (osteotomia szczęki Le Fort II – 1 pacjent, osteotomia żuchwy metodą Obwegesera Dal Ponta – 20 pacjentów, jednoczasowa osteotomia szczęki Le Fort I lub Le Fort II i osteotomia żuchwy metodą Obwegesera Dal Ponta – 9 pacjentów),

– ortodontyczne leczenie retencyjne.

Badania były wykonywane przed skojarzonym leczeniem ortodontyczno-chirurgicznym i 12 miesięcy po zabiegu operacyjnym, dodatkowo nagryz poziomy i nagryz pionowy były analizowane po przygotowawczym leczeniu ortodontycznym (przed zabiegiem operacyjnym). Z kolei powikłania ortodontyczne oceniano również podczas trwania leczenia ortodontycznego, a powikłania chirurgiczne podzielono ze względu na czas obserwacji na: powikłania śródoperacyjne, wczesne powikłania pooperacyjne (występujące w okresie 1 miesiąca od zabiegu operacyjnego), późne powikłania pooperacyjne (12 miesięcy po zabiegu operacyjnym). Analizowano: rysy twarzy, relacje okluzyjno-artykulacyjne, struktury kostne szczęki i żuchwy w świetle analiz cefalometrycznych, powikłania zarówno leczenia ortodontycznego jak i chirurgicznego oraz równoległą ocenę przez lekarza i pacjenta wyników leczenia.

Wyniki poddano analizie statystycznej, stosując nieparametryczny test rangowanych znaków, test znaków Fishera, klasyczny test chi-kwadrat, oraz współczynnik korelacji Spearmana. Za poziom istotności przyjęto $p < 0,05$.

Wyniki

Oceniając rysy twarzy na cefalogramie bocznym twarzowej części czaszki metodą Hwangga, Kima, McNamary uzyskano statystycznie istotną poprawę wszystkich mierzonych kątów, np. dla kąta nosowo-wargowego – średnia różnica wartości bezwzględnej wyniosła 9° , $p_2 = 0,002$.

Analizując rysy twarzy w aspekcie paradygmatu tkanek miękkich odnotowano istotną statystycznie poprawę odnośnie do estetyki uśmiechu (położenia górnych siekaczy w stosunku do warg, $p = 0,000$ oraz estetyki uśmiechu $p = 0,000$).

Oceniając uzębienie, uzyskano statystycznie istotną poprawę:

– klas wg Angl'e oraz tzw. klasy kłowej ($p = 0,0000$);

– nagryzu poziomego (przed leczeniem wynosił średnio – 4 mm; zakres dekompensacji zębowo-wyrostkowej wyniósł również 4 mm; po leczeniu średnia wartość nagryzu poziomego wynosiła 2 mm; $p = 0,000$);

– nagryzu pionowego (przed leczeniem wynosił 1 mm; po leczeniu 2 mm; $p = 0,041$).

Analizując relacje okluzyjno-artykulacyjne przy zastosowaniu wskaźnika PAR przed leczeniem, średnia punktowa wartość wskaźnika wyniosła 44 punkty, po leczeniu 3 punkty. Redukcja wskaźnika PAR po leczeniu była znamienista statystycznie, $p = 0,000$. Różnica wskaźnika PAR oceniana procentowo przed i po skojarzonym leczeniu ortodontyczno-chirurgicznym wyniosła średnio 93%, wszyscy pacjenci uzyskali znaczną poprawę.

W pomiarach cefalometrycznych podstaw kostnych twarzowej części czaszki odnotowano statystycznie istotną poprawę między innymi odnośnie do kątów:

– SNA zwiększenie tego kąta średnio o 3° , $p_1 = 0,005$;

– SNB zmniejszenie średnio o 6° , $p_1 = 0,000$;

– SNPg zmniejszenie średnio o 5° , $p_1 = 0,000$.

Uzyskano również istotne statystycznie skrócenie trzonu żuchwy oceniane zgodnie z analizą wg Schwarza (średnio o 5 mm, $p = 0,000$) oraz analizą wg Harvolda (średnio o 7 mm, $p = 0,005$), jak również wydłużenie szczęk oceniane zgodnie z analizą wg Schwarza (średnio o 4 mm, $p = 0,012$), jak i analizą wg Harvolda (średnio o 4 mm, $p = 0,008$).

Najczęstszym powikłaniem po operacji żuchwy metodą Obwegesera Dal Ponta były zaburzenia czucia występujące w zakresie unerwienia przez nerwy zębodołowe dolne, utrzymujące się w okresie 12 miesięcy od zabiegu u 19% leczonych.

Zarówno w obiektywnych ocenach lekarza, jak i subiektywnych pacjenta (stosując czterostopniową skalę ocen), po skojarzonym leczeniu ortodontyczno-chirurgicznym odnotowano poprawę zarówno odnośnie estetyki rysów twarzy, jak i relacji okluzyjno-artykulacyjnych ($p = 0,000$).

Dyskusja

Warunkiem osiągnięcia pomyślnego wyniku skojarzonego leczenia ortodontyczno-chirurgicznego było prawidłowo przeprowadzone



Na rycinach 1a,b,c,d,e,f przedstawiono rysy twarzy oraz relacje okluzyjno-artykulacyjne pacjentki leczonej z powodu prognii i retrognacji.



zarówno leczenie ortodontyczne jak i chirurgiczne. Zadaniem leczenia ortodontycznego było uzyskanie harmonijnych łuków zębowych, które pasowały do siebie pod względem szerokości i długości. Zadaniem lekarza ortodonta było również zaplanowanie zabiegu operacyjnego na cefalogramie bocznym głowy (po wspólnej konsultacji z chirurgiem szczękowo-twarzowym), przeprowadzenie operacji fantomowej oraz wykonanie śródoperacyjnych płytek zgryzowych. Badania Jacobsona i Sarvera, Gerbo oraz Friede wykazały, że ortodontyczne planowanie leczenia operacyjnego jest w 80% zgodne z uzyskanym rezultatem po operacji chirurgicznej, a rozbieżności pomiędzy rezultatem planowanym a uzyskanym nie były większe niż 2 mm lub 3 stopnie [15,16,17]. Po leczeniu operacyjnym istniała konieczność stosowania leczenia retencyjnego, które nie tylko stabilizowało wyniki leczenia operacyjnego, ale również wcześniej przeprowadzonego leczenia ortodontycznego.

Współczesne techniki operacyjne z dostępu wewnątrzustnego zapewniały przemieszczenie odłamów osteotomijnych zgodnie z wcześniej opracowanym planem i jednocześnie pozwoliły uniknąć szpecących blizn. Jednak są technikami trudnymi, z ograniczonym polem widze-

nia, kłopotliwym, intensywnym krwawieniem oraz obecnością nerwu zębodołowego dolnego w polu operacyjnym [18]. Precyzję zabiegu odnośnie przemieszczeń odłamów osteotomijnych w znaczącym stopniu podnosi zastosowanie w trakcie operacji płytek zgryzowych. Doskonalenie technik operacyjnych, tj. obustronnej strzałkowej osteotomii gałęzi żuchwy metodą Obwegesera, która jest najczęściej stosowaną techniką operacyjną zarówno w progenii jak i w retrogenii oraz osteotomii szczęki Le Fort I i II, ma na celu obniżenie odsetka powikłań (w tym uszkodzeń nerwu zębodołowego dolnego), ułatwienie gojenia pooperacyjnego, zwiększenie stabilności przemieszczonych odłamów oraz zapobieganie częściowemu nawrotom wady [19,20,21].

Zastosowanie sztywnych zespołów podczas zabiegu w postaci triagonalnie umieszczonych śrub bikortykałnych do zespołów żuchwy oraz osteosyntezy minipłytkowej do zespolenia szczęki znacząco podnosi stabilność odłamów oraz skraca czas zastosowania wyciągów międzyszczękowych, jak również skraca pooperacyjną rehabilitację chorych [22,23].

Obiektywna ocena estetyki rysów twarzy jest trudna. W tej pracy do analizy rysów twarzy zastosowano oprócz wskaźników opartych na

pomiarach cefalometrycznych (analiza profilu twarzy wg Hwanga, Kima, McNamary oraz kąt konturu twarzowego), także zasady opracowane jako tzw. paradygmat tkanek miękkich udokumentowany zdjęciami fotograficznymi [24,25].

Sprostanie kryteriom paradygmatu tkanek miękkich w tak ciężkich wadach jak wady gnacyjne było możliwe dzięki zastosowaniu skojarzonego leczenia ortodontyczno-chirurgicznego.

Zasadnicza poprawa estetyki rysów twarzy w głównej mierze jest dowodem skuteczności leczenia chirurgicznego w oparciu o prawidłowo opracowany plan w zespole chirurg szczękowo-twarzowy i ortodonta.

Leczenie ortodontyczne poprzedzające operację prowadziło do dekompensacji zębowo-wyrostkowej, a więc do pogorszenia szczególnie nagryzu poziomego. U wszystkich chorych wykonano istotne statystycznie powiększenie odwrotnego zachodzenia siekaczy przed operacją, wydłużenie dolnego łuku zębowego oraz poprawę położenia zębów siecznych dolnych w stosunku do podstawy żuchwy. Zmiany te były dowodem skuteczności przygotowawczego leczenia ortodontycznego, natomiast również istotna statystycznie zmiana nagryzu poziomego potwierdziła skuteczności leczenia chirurgicznego. Prawidłowe wykonanie dekompensacji zębowo-wyrostkowej umożliwiło w większym stopniu korektę nieprawidłowości kostnych w trakcie zabiegu operacyjnego, a po zabiegu pozwoliło osiągnąć prawidłowe relacje zgryzowe.

Istotne statystycznie skrócenie trzonu żuchwy oraz wydłużenie szczęki były dowodami skutecznego leczenia chirurgicznego.

Powikłania skojarzonego leczenia ortodontyczno-chirurgicznego wynikały zarówno z leczenia ortodontycznego, jak i chirurgicznego.

Ryzykiem związanym ze stosowaniem aparatów stałych była wzrastająca tendencja do tworzenia się ubytków próchnicowych oraz ograniczone zapalenie przyzębia brzeźnego w przebiegu leczenia ortodontycznego na skutek zaniedbań higienicznych ze strony pacjenta. Dlatego brak reżimu higienicznego przed leczeniem był przeciwwskazaniem do prowadzenia skojarzonego leczenia ortodontyczno-chirurgicznego, a dobra higiena jamy ustnej była wymogiem w trakcie całego czasu trwania tego leczenia.

Głównym powikłaniem związanym z obustronną strzałkową osteotomią gałęzi żuchwy były zaburzenie czucia i parastezje występujące w zakresie unerwienia przez nerwy zębotłowe dolne. W naszym materiale parastezje i zaburzenia czucia występowały po roku u 6 operowanych (20%), podczas gdy Martis podaje parastezje u 24% operowanych, Gianni – parastezje u 30% chorych poddanych obustronnej strzałkowej osteotomii gałęzi żuchwy (BSSO) [26,27].

Wnioski

1. Przygotowawcze leczenie ortodontyczne było skuteczne, gdyż przeprowadzono skuteczną dekompensację zębowo-wyrostkową oraz zharmonizowano ze sobą górny i dolny łuk żubowy pod względem długości i szerokości.

2. Leczenie chirurgiczne było skuteczne, gdyż uzyskano wydłużenie podstawy szczęki, skrócenie trzonu żuchwy oraz wzajemną poprawę relacji szczęki i żuchwy w wymiarze przednio-tylnym.

3. Po skojarzonym leczeniu ortodontyczno-chirurgicznym uzyskano poprawę estetyki rysów twarzy jak i relacji okluzyjno-artykulacyjnych, zarówno w ocenie obiektywnej jak i subiektywnej.

Dr n. med. Joanna Szyper-Szczurowska

Dziękuję Pani Profesor Marcie Dyras b. kierownikowi Katedry i Zakładu Ortodoncji CM UJ za wsparcie i życzliwość podczas pisania pracy doktorskiej i całej mojej pracy zawodowej.

Serdecznie dziękuję również Panu Profesorowi Janowi Zapale, kierownikowi Katedry i Kliniki Chirurgii Szczękowo-Twarzowej CM UJ, za powierzenie mi odpowiedzialnego zadania w leczeniu pacjentów ortognatycznych.

Piśmiennictwo

- Łopatyńska-Kawko J. Zarys ortopedii szczękowej. Wyd. 5 Kraków: Wydawnictwo Uniwersytetu Jagiellońskiego, 1999.
- Lewandowski L. Badania zaburzeń mowy u pacjentów z prognią przed osteotomią żuchwy. Czas Stom 1996; 49:335-9.
- Egermark I, Blomqvist JE, Cromvik U, Isaksson S. Temporomandibular dysfunction in patients treated with

- orthodontics in combination with orthognathic surgery. Eur J Orthod 2000;22:537-44.
4. Kobayashi T, Honma K, Izumi K, Hayasi T, Shingaki S, Nakajima T. Temporomandibular joint symptoms and disc displacement in patients with mandibular prognathism. J Oral Maxillofac Surg 1999;37:455-8.
 5. Suszczewicz A, Lisiecka K. Stan zgryzu populacji 12-18-latków w Polsce w 1995 roku. Prz Stom Wiek Rozwoj 2001;35/36:20-3.
 6. Grzybowska-Substelna J, Pisulska-Otremba A. Częstość występowania wad zgryzu u dzieci i młodzieży województwa opolskiego. Czas Stom 2001;54:51-6.
 7. Proffit WR, Fields HW. Contemporary orthodontics. 2nd ed. St.Louis: Mosby Year Book, 1993.
 8. El – Mangoury N, Mostafa Y.A. Epidemiologic panorama of malocclusion. Angle Orthod 1990;60:207-14.
 9. Segner D, Hasund A. Indywidualna kefalometria. Wyd. 1 Warszawa: Med Tour Press International, 1996.
 10. Orlik-Grzybowska A. Podstawy Ortodontji. Wyd. 2 Warszawa: PZWL, 1966.
 11. Solow B. The dentoalveolar compensatory mechanism: background and clinical implications. Br J Orthod 1980;7:145-61.
 12. Pardela K, Pisulska-Otremba A, Kuśmierczyk-Grochowina D, Michalik A, Liśniewska-Machorowska B, Darski B. Ocena teleradiograficzna morfologii części twarzowej czaszki w zaburzeniach zgryzu z okluzją mezialną. Czas Stom 2002;55:681-7.
 13. Bartkowski SB. Chirurgia szczękowo-twarzowa. Wyd. 3 Kraków: CMUJ, 1996.
 14. Dyras M, Panaś M, Stós B. Zespołowe leczenie prognii. Stom Klin 1977;1:3-12.
 15. Jacobson R, Sarver DM. The predictability of maxillary repositioning in Le Fort I orthognathic surgery. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2002;122:142-54.
 16. Gerbo LR, Poulton DR, Covell DA, Russell CA. A comparison of a computer-based orthognathic surgery prediction system to postsurgical results. Int Adult Orthod Orthognath Surg 1997;12:55-63.
 17. Friede H, Kahnberg KE, Riddell A. Accuracy of cephalometric prediction in orthognathic surgery. J Oral Maxillofac Surg 1987;45:754-60.
 18. Steinhauser E. Plate fixation of extra-oral subcondylar ramus osteotomy for correction of mandibular prognathism. J C Maxillofac Surg 2001;29:212-3.
 19. Bell WR, Schendel SA. Biologic basis for modification of the sagittal ramus split operation. J Oral Surg 1977;35:362-9.
 20. Dal Pont G. Retromolar osteotomy for the correction of prognathism. J Oral Surg 1961;19:42-7.
 21. Ueki K, Nakagawa K, Marukawa K, Yamamoto E. Le Fort I osteotomy using an ultrasonic bone curette to fracture the pterygoid plates. J Cranio-Maxillofac Surg 2004;32:381-6.
 22. Paulus GW, Steinhauser EW. A comparative study of wire osteosynthesis versus bone screw in the treatment of mandibular prognathism. Oral Surg 1982;54:2-6.
 23. Kobayashi T, Watanabe I, Ueda K, Nakajima T. Stability of the mandible after sagittal ramus osteotomy for correction of prognathism. J Oral Maxillofac Surg 1986;44:693-7.
 24. Hwang HS, Kim WS, McNamara JA. A comparative study of two methods of quantifying the soft tissue profile. Angle Orthod 2000;70,3:200-7.
 25. Ackerman JL, Proffit WR, Sarver DM. The emerging soft tissue paradigm in orthodontic diagnosis and treatment planning. Clin Orth Res 1999;2:49-52.
 26. Martis CS. Complications after mandibular sagittal split osteotomy. J Oral Maxillofac Surg 1984;42:101-7.
 27. Gianni AB, D'Orto O, Biglioli A, Bozzettia A, Brusati R. Neurosensory alterations of the inferior alveolar and mental nerve after genioplasty alone or associated with sagittal osteotomy of the mandibular ramus. J C Maxillofac Surg 2002;30:295-303.

Od redakcji: Zasady pisowni w przypisach wg systemu Vancouver

Dr n. med. Joanna Szyper-Szczurowska – specjalista w dziedzinie ortodontji i stomatologii ogólnej; asystent w Katedrze i Zakładzie Ortodontji CM UJ w Krakowie; ur. w Nowym Sączu w rodzinie inteligentnej (mama-prawnik, ojciec inżynier), tam też ukończyła szkołę podstawową i Liceum Ogólnokształcące im. Jana Długosza; w latach 1987-92 odbyła studia stomatologiczne na Oddz. Stomatologii Wydz. Lekarskiego AM w Krakowie. Po ich ukończeniu rozpoczęła praktykę stomatologiczną w Centrum Medycyny Profilaktycznej; po uzyskaniu pierwszego stopnia specjalizacji ze stomatologii ogólnej rozpoczęła kształcenie w dziedzinie ortodontji uzyskując w 2001 roku tytuł specjalisty w zakresie ortodontji (egzamin zdany z wyróżnieniem); w 2000 roku rozpoczęła studia doktoranckie w Katedrze i Zakładzie Ortodontji CM UJ pod kierunkiem prof. M. Dyras. W 2006 roku obroniła z wyróżnieniem pracę doktorską pt.: „Ocena skuteczności współcześnie stosowanego skojarzonego leczenia ortodontyczno-chirurgicznego dorosłych z wadami gnatycznymi twarzoczaszki o charakterze III klasy szkieletowej”. Autorka kilkunastu publikacji i wystąpień zjazdowych krajowych oraz zagranicznych, gł. w zakresie współpracy ortodontyczno-chirurgicznej.

Z KART HISTORII

Na tropach historii najnowszej Praktyka stomatologiczna w Generalnej Guberni

Redakcję „Biuletynu Lekarskiego” odwiedziła przed paru tygodniami Pani Doktor Elżbieta Radwańska, córka zmarłej w lipcu 2006 roku Marii Stalony-Dobrzańskiej (też lekarki, stomatolożki, której nekrolog opublikowaliśmy w wakacyjnym wydaniu „BL” (nr 4/93/2006). Pani Doktor Radwańska przyniosła nam kilka interesujących dokumentów z lat 1939 – 1949 wiążących się tak z życiem jej Matki, jak i dziejami Izby Lekarskiej w Krakowie.

Omawiamy je tu w kolejności chronologicznej, niektóre reprodukcją. Po wykorzystaniu prześlemy je na ręce profesora Stanisława Majewskiego, zgodnie z jego apelem, z myślą o wykorzystaniu w tworzonej ekspozycji Muzeum Stomatologii.

* * *

Pierwszy dokument, wystawiony z datą 12 lipca 1939 roku dotyczy rejestracji prywatnej praktyki lekarsko-dentystycznej w Okręgowej Izbie Lekarsko-Dentystycznej w Krakowie. Z dokumentu możemy wyczytać m.in., że Izba Krakowska obejmowała wtedy swoją działalnością aż 7 województw: krakowskie, kieleckie, lubelskie, lwowskie, stanisławowskie, tarnopolskie i wołyńskie, zaś jej biuro mieściło się przy ul. św. Marka 31. Można oczywi-

ście odtworzyć także nr konta Izby w PKO i telefon, i nazwiska członków zarządu Izby. Prezesem był K. Dominik (stomatolog), wice – M. Pyrka, sekretarzem – H. Baldinger, później J. Gauza, a skarbnikiem St. Cyklis.

6 września 1939 roku do Krakowa wkroczyli Niemcy i rozpoczęli organizację Generalnej Guberni, której utworzenie proklamowano 26 października tegoż roku. Mimo niemieckiej perfekcji, **drugi dokument pochodzący z 27 listopada 1939 roku** pisany jest jeszcze na polskim druku firmowym, a znajduje się na nim nakaz zapłacenia składek bieżących i zaległych podpisany przez S.A. San. Oberführera dr Krolla. W piśmie tym pojawia się charakterystyczne „signum temporis” w odniesieniu do stomatologów pochodzenia niereyjskiego.

Otóż dla przybywających do Krakowa Niemców (w połowie 1942 r. było ich już 25 tys.) postanowiono przygotować mieszkania w najbardziej nowoczesnych kwartałach Krakowa, za które uznano tereny położone na zachód od Alej Trzech Wieszczów. Podjęto więc przygotowania do akcji wysiedlenia ludności, dlatego we wspomnianym wyżej dokumencie znalazła się informacja o możliwości zwolnienia mieszkania od rekwizycji (p. Maria mieszkała na ul. Kazimierza Wielkiego, czyli w interesującym Niemców miejscu) pod warunkiem wykazania się aryjskim pochodzeniem (charakter dowodu nie został określony). W Zarządzie Izby byli wtedy jeszcze Polacy.

Następne pismo pochodzi z 11 czerwca 1940 roku i zostało zredagowane w dwóch wersjach językowych. Nakłada się w nim na wszystkich leka-





rzy jednorazową daninę. Pani doktor Marii Dobrzańskiej na podstawie otrzymanego od niej kwestionariusza wyznaczono kwotę 45 zł, płatną w trzech ratach: 20.06 – 18 zł, 15.07 – 18 zł i wreszcie 15.08 – 9 zł. Dokumentowi temu towarzyszy kwit wplaty raty czerwcowej w Creditanstalt-Bankverein, ponieważ bezpośrednie wplaty do Izby lub wysyłanie ich przekazem pocztowym było zabronione. Można było uzyskać także odroczenie zapłaty, ale mogło ono nastąpić: „tylko w wyjątkowo i specjalnie umotywowanych wypadkach”. Pismo o daninie jest już na nowym papierze firmowym „Gesundheitskammer”, a podpisał je: „Der Leiter i. v. Dr Kroll”

Z tego samego roku pochodzi również „ZUTEILUNGSKARTE FÜR SPIRITUS” czyli „Karta przydziału spirytusu dla celów leczniczych i dezynfekcyjnych” dla lekarzy dentyistów. Na jej od-

wrocie zamieszczone jest bardzo dokładne pouczenie Generalnej Dyrekcji Monopolii tak dla okaziciela, jak i hurtowni o sposobie wydawania spirytusu i przysyłania miesięcznych kuponów poświadczających odbiór. Znajduje się na niej także kilkakrotne poświadczenie Apteki Marjańskiej z ul. Kazimierza Wielkiego 78 o odbiorze przez p. Marię miesięcznego przydziału mydła i proszku.

Od 15 sierpnia 1941 r. obowiązywały już tylko nazwy niemieckie, dlatego **następne pismo z dnia 17 listopada 1942** do p. Marii kierowane jest już nie na ul. Kazimierza Wielkiego lecz na Kattowitzerstr. 89. Kończy ono wymianę korespondencji między panią Doktor, a kierownictwem Izby już w rękach niemieckich w sprawie jej pracy w Michałowicach. Kierownik Izby, dr Seyffert przedłuża w nim zgodę (wyjątkowo i wskutek odwołania) na prowadzenie filii gabinetu dentyistycznego w tejże miejscowości przez dalszych sześć miesięcy. Siedzibą Izby jest wtedy ul. Krupnicza 11a.

Dwa ostatnie dokumenty pochodzą już z okresu powojennego, ale też warte są uwagi.

Pierwszym jest „Zaświadczenie” z **14 stycznia 1948 r.** wydane przez Okręgową Izbę Lekarsko-Dentyistyczną w Krakowie, potwierdzające że p. Maria zawiadomiła Izbę o wykonywaniu „zajęcia zarobkowego – praktyki lekarskiej dentyistycznej”. Do zawiadomienia dołączyła odpis karty rejestracyjnej i pokwitowanie z Urzędu Skarbowego nr 3 o dokonanej wpłacie w wys. 3200 zł. Zaświadczenie podpisali: prezes Izby, dr K. Dominik i sekretarz, dr H. Szybist.

Ostatnim dokumentem przyniesionym do redakcji jest **legitymacja członkowska OIL-D nr 449** wystawiona na nazwisko lekarza dentyisty Marii Stalony-Dobrzańskiej 16 lipca 1949 roku (niebieska tekturka blankietu legitymacji była wydrukowana już w 1945 roku).



Redakcja „Biuletynu” serdecznie dziękuje Pani Doktor Radwańskiej za podzielenie się z Czytelnikami pamiątkami pozostałymi po Matce. Stanowią one cenny przyczynek do dziejów najnowszych medycyny, niby tak niedalekich, a równocześnie tak ubogich w materialne świadectwa tamtych dni.

Opr. dokumentów:
mgr Barbara Kaczkowska

Komisja Stomatologiczna ORL i Związek Lekarzy Dentystów Pracodawców Ochrony Zdrowia

zapraszają

na kolejne z kursów doskonalących

w auli AWF przy ul. Jana Pawła II 78 w Krakowie w ramach kształcenia ustawicznego, które odbędą się:

23 maja 2007 w godz. 16.00 – 20.00

- „Adhezja a trwałość i estetyka wypełnień z materiałów kompozycyjnych” – dr n. med. Violetta Biskupska
- „Elementy minimalnej interwencji jako nowoczesne podejście do leczenia próchnicy” – lek. dent. Agata Lipińska-Wieczorkowska

13 czerwca 2007 w godz. 16.00-20.00

- „Ortodoncja w praktyce lekarza stomatologa. Wybrane zagadnienia z diagnostyki, profilaktyki i wczesnego leczenia ortodontycznego” – dr n. med. Wojciech Stós
- „Sposoby postępowania w zespołowym chirurgiczno-ortodontycznym leczeniu opóźnionego wyrzynania zębów i zębów zatrzymanych” – dr n. med. Piotr Romankiewicz, dr n. med. Wojciech Stós

Uczestnictwo w kursach jest nieodpłatne. Mogą brać w nich udział, po wcześniejszym zgłoszeniu, tylko lekarze dentyści, członkowie OIL w Krakowie, którzy regularnie opłacają obowiązkowe składki członkowskie na rzecz OIL w Krakowie. Za udział przysługują 4 punkty edukacyjne.

Zgłoszenia i informacje:

Krystyna Trela, Biuro Komisji Stomatologicznej ORL w Krakowie; tel.: 012 619 17 18

KRAKOWSKIE PRZEDSIĘBIORSTWO
PROJEKTOWO-BADAWCZE



30-324 KRAKÓW UL. MONTE CASSINO 31
tel./fax: (48 12) 267 29 67; gsm: (48 601) 40 66 06
e-mail: systemy@aaxis.pl; info: www.aaxis.pl

SYSTEM ZARZĄDZANIA
JAKOŚCIĄ
W STOMATOLOGICZNEJ
PRACOWNI RTG

CZYNNIKI RAKOTWÓRCZE

CENTRUM SZKOLENIOWO-WYDAWNICZE Krakowskiego Przedsiębiorstwa Projektowo-Badawczego AAXIS-SYSTEMY KOMPUTEROWE, przy współpracy z Komisją Stomatologiczną OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ w Krakowie, zaprasza do wzięcia udziału w szkoleniu dotyczącym SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ w stomatologicznej pracowni rtg (gabinecie rtg) uwzględniającym CZYNNIKI RAKOTWÓRCZE. Szkolenie jest odpłatne. Każdy uczestnik szkolenia otrzyma pełną dokumentację wymaganą w trakcie wdrożenia i stosowania SYSTEMU ZARZĄDZANIA JAKOŚCIĄ w pracowni rentgenowskiej.

Termin szkolenia: 31. maja 2007 r., godz 12:00-14:00 w siedzibie Okręgowej Izby Lekarskiej w Krakowie przy ul. Krupniczej 11A.

Szczegółowe informacje oraz zapisy: nr tel. (12) 637 98 96 w godz. 8:00-12:00 i 16:00-20:00 gsm: (601) 40 66 06, e-mail: centrum@aaxis.edu.pl

KOMISJA STOMATOLOGICZNA ORL

Konferencje jesienne organizowane przez Komisję Stomatologiczną ORL w 2007 roku

Koleżanki i Koledzy!

Komisja Stomatologiczna Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie, we współpracy ze Związkiem Lekarzy Dentystów Pracodawców w Ochronie Zdrowia oraz Polskim Stowarzyszeniem Lekarzy Stomatologów Kas Chorych zapraszają na Ogólnopolską Konferencję Lekarzy Stomatologów

Rytro – Jesień 2007

która odbędzie się w dniach 26–28 października 2007 roku, tradycyjnie w hotelu „Perta Południa”.

Przygotowywany program Konferencji obejmować będzie część naukową oraz samorządową (aktualne problemy związane z wykonywaniem zawodu z uwzględnieniem kwestii dotyczących kontaktowania świadczeń stomatologicznych na tle orzeczenia Urzędu Ochrony Konkurencji i Konsumentów w sprawie praktyk monopolistycznych Funduszu). Ze względu na ograniczoną liczbę miejsc i znaczne ogólnopolskie zainteresowanie Konferencją prosimy o nadsyłanie zgłoszeń (wraz z kopią dowodu wpłaty) w nieprzekraczalnym terminie do dnia 30 września 2007 roku na adres ORL w Krakowie: 31-123 Kraków, ul. Krupnicza 11a (decyduje kolejność zgłoszeń).

Szczegółowy program konferencji, po jego opracowaniu, zostanie zamieszczony na stronach internetowych: www.stomatolodzy.prv.pl oraz www.zld.org.pl przed planowanym terminem konferencji. Tamże znajdują się już obecnie: warunki finansowe udziału, wzór „Karty uczestnictwa” oraz nr konta bankowego do wymaganej wpłaty.

Dodatkowe informacje dotyczące Konferencji można uzyskać u p. Krystyny Treli w Okręgowej Izbie Lekarskiej w Krakowie pod numerami telefonów: 012 619 17 18, 012 619 17 20.

Bystre k. Baligrodu

16-18 listopada 2007

Kocierz

7-9 grudnia 2007

Blizszych informacji nt. planowanych spotkań oraz zapisy prowadzi p. Krystyna Trela. Dalsze szczegóły prześlemy w następnym wydaniu „Gazety”.

*W-ce przewodniczący ORL w Krakowie
dr Robert Stępień*

Stomatolodzy Przemysła!!! Na początek kursy!

Około 220 osób liczy sobie środowisko lekarzy stomatologów z rejonu Przemysła i dawnego województwa przemyskiego (obejmującego m.in. Przeworsk, Jarosław, Lubaczów), którzy za pośrednictwem naszej Delegatury przemyskiej należą do OIL w Krakowie.

I oto z inspiracji Komisji Stomatologicznej ORL, za sprawą podkomisji stomatologicznej

i kształcenia w Delegaturze Przemyskiej wiosną w 2007 roku nastąpiło wyraźne ożywienie tego środowiska, czego świadectwem jest seria przygotowanych kursów. I tak:

12-13 maja (początek godz. 9.00) odbędą się w Szkole Medycznej w Przemysku, przy ul. Słowackiego 86 zajęcia nt. wytycznych resuscytacji w nagłych stanach zagrożenia życia w dentystrycznych gabinetach lekarskich.

26-27 maja, o tej samej godzinie i w tym samym miejscu zajęcia te zostaną powtórzone.

Finansuje je ORL w Krakowie.

KOMISJA STOMATOLOGICZNA ORL

12 maja o godz. 15.00 w „Restauracji Wiedeńskiej: w Przemysłu przy Pl. Konstytucji 3 Maja 6 odbędzie się wykład nt. „Leczenie trudnych przypadków periodontologicznych z wykorzystaniem techniki chirurgii śluzówkowo-dziąsłowej”, który wygłosi dr Wojciech Bednarz, wiceprezydent PTS, szef oddziału PTS w Krośnie.

Zajęcia te są sponsorowane przez MIP Pharma Polska. Ilość miejsc ograniczona.

14 maja o godz. 11.00 dla pierwszej grupy i o 14.30 dla drugiej grupy zostanie przeprowadzone szkolenie teoretyczne i praktyczne przez przedstawiciela firmy 3-M ESPE hotelu „Gromada” w Przemysłu na temat:

I. bezpośrednia rekonstrukcja zębów materiałami kompozytowymi: rodzaje i właściwości kompozytów, techniki jedno i wielowarstwowe, przykłady kliniczne.

Czas trwania 2 godziny.

II. Dlaczego warto zmienić metalowe wkłady z włókna szklanego? RelyX Fiber Post i Rely X Unicem – system najbardziej przyjazny dla lekarza i pacjenta.

Czas trwania 1 godzina.

4 czerwca, także w godz. 11.00 i 14.30 w Hotelu Gromada zostanie przeprowadzone II szkolenie firmy 3 M ESPE na temat:

I. Uproszczenie procedury pobierania wycisku nowymi masami poliwinylsilikonowymi oraz polieterowymi przy ręcznym i automatycznym systemie mieszania. Wycisk jednoczasowy, wycisk dwuczasyowy, wycisk jednowarstwowy – ćwiczenia praktyczne.

Czas trwania 2 godziny.

II. Cementy do osadzania uzupełnień protetycznych:

Rodzaje, wskazania, etapy postępowania.

Techniki cementowania na wkładach z plastiku – ćwiczenia praktyczne.

Czas trwania 2 godziny.

* * *

Bardziej szczegółowych informacji udziela Delegatura OIL w Przemysłu, tel. 016/ 678-26-70, adres e-mail: przemysl@hipokrates.org

Mamy nadzieję, że organizowane kursy staną się zaczątkiem organizacyjnym jakiejś stomatologicznej podkomisji ORL oraz koła PTS

Lek. dent. Barbara Woś

Komisja Stomatologiczna ORL we współpracy z GC EEO Poland oraz Meddent

zaprasza

do udziału w Kursie Medycznym nt.

**„Odbudowy estetyczne przy użyciu
technik minimalnej interwencji”**

którego wykładowcą będzie

prof. Marco Ferrari, MD, DDS, PhD

działek School of Dental Medicine Uniwersytetu w Sienie, a zarazem dyrektor Wydziału Materiałów Dentystrycznych, Stomatologii Zachowawczej i Stałych Uzupełnień Protetycznych tegoż Uniwersytetu.

W programie:

1) Przegląd procedur i materiałów dostępnych w stomatologii adhezyjnej

2) Procedury kliniczne odbudowy zębów w odcinku przednim techniką bezpośrednią

3) Procedury kliniczne odbudowy zębów techniką pośrednią i zębów po leczeniu endodontycznym

4) Zastosowanie wkładów z włókien szklanych

Podczas wykładu za pomocą klinicznych zdjęć i filmu video zaprezentowane będą liczne przypadki z praktyki, uwzględniające różne techniki odbudowy, stosowane do poszczególnych klas ubytków. Całość zajęć będzie tłumaczona (konsekwentnie) przez p. Jacka Czownickiego.

Zajęcia odbędą się w Centrum Kongresowym Akademii Rolniczej w Krakowie przy ul. 29 Listopada 46 w dniu 15 czerwca 2007 roku. O godz. 15,30 przewidywana jest rejestracja uczestników, o godz. 16,00 – część I kursu, o godz. 18,15 – część II kursu, o godz. 20,00 – dyskusja.

Opłata za kurs wynosi 100 zł (studenci i stażyści 50 zł), które należy wpłacić na konto:

Meddent; ul. Królowej Jadwigi 135, 30-212 Kraków
ING Bank Śląski SA

7510501445100002254880871

Małopolskie Centrum Zdrowia Publicznego – Ośrodek Doskonalenia Kadr Medycznych w Krakowie przesyła w załączeniu wykaz lekarzy dentystów (członków Małopolskiej Okręgowej Izby Lekarskiej), którzy uzyskali specjalizację wg „starego” oraz „nowego” trybu stosownie do danych z okresu od dnia 14.11.2006 r. do dnia 20.03.2007 r.

Wykaz lekarzy dentystów, którzy uzyskali specjalizację – zgodnie z zarządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 1 lutego 1983 r. (Dz. Urz. MZiOS nr 3, poz. 19 z późn. zm.) – „stary tryb”

I° chirurgia stomatologiczna

lek. stom. Maciej Machnicki

II° stomatologia zachowawcza

lek. stom. Małgorzata Krempa
lek. stom. Marzanna Brodzicka

Wykaz lekarzy dentystów, którzy uzyskali tytuł specjalisty zgodnie z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z

dnia 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentystów (Dz. U. Nr 213, poz. 1779) – „nowy tryb”

ortodoncja

lek. stom. Wojciech Gościński
lek. stom. Katarzyna Kosobucka
lek. stom. Agata Łuczowska

protetyka stomatologiczna

dr med. dent. Grzegorz Herbut
lek. stom. Paweł Witek

stomatologia dziecięca

lek. stom. Renata Witek

stomatologia ogólna

lek. stom. Ewa Milc-Paciorek

stomatologia zachowawcza z endodoncją

lek. stom. Teresa Liszka
lek. stom. Aton Mendrych
lek. stom. Olga Zwolińska-Chmiel

LISTY

Dr Luberda nas nie zawiódł

Sporu o uznanie schorzeń kręgosłupa za chorobę zawodową ciąg dalszy...

(...) Nie bardzo mogę odpowiedzieć Koledze Wolińskiemu na list, bo... nie przedstawił żadnych argumentów. Egzaltacja może być chwalebna, przeważnie jednak jest jałowa.

Ponieważ jednak Redakcja wnosi o kontynuację tematu, wyjaśnię inaczej. Nie jesteśmy w stanie miarodajnie porównać zawodów, gdyż każdy niesie ze sobą określone ryzyko, zajmuje różny czas, inaczej jest wynagradzany. Kto pracuje ciężiej? Stomatolog skrzywiony 8 godzin nad pacjentem, czy może taksówkarz na nocnej zmianie, narażony na bandytę udającego pasażera? Konsekwentnie jednak, jeśli wprowadzimy pojęcie „choroby zawodowej” (ch.z.), należałoby dla każdej profesji określić takową. Pamiętając jednak, że budżet nie ma innych pieniędzy, niż zebrane od nas w podatkach (składka przymusowa to podatek), tworzy się sytuacja, w której górnik zapłaci dentyście, kioskarsz hutnikowi itd.

Jak pisał śp. „Kisiel”: „*herbata od samego mieszania nie stanie się słodsza*”. Przekazywanie pieniędzy w ten sposób w żadnym wypadku nie zwiększy

ich ilości. Jedyne skutki to *primo*: ułuda, że państwo się nami opiekuje, *secundo*: korzyść dla obracających tymi składkami urzędników i ich hemoroidów (choroba zawodowa?). Wreszcie, *last but not least*: niezależnie od intencji – jeśli korzystniejszej uposażenie rentowe czy emerytalne otrzymują dotknięci ch.z., to efekt przewidziany przez prakseologów jest znany: przybywa takich chorych! Tak działa nagradzanie niefrasobliwości. Więcej pojawi się lekarzy pracujących solo, bez asysty, na stojąco itp., dlatego, by popaść w ch.z. Dlatego wśród lekarzy praktykujących na własny rachunek spotykamy inwestycje w ergonomiczne kursy, w odpowiedni sprzęt itd. bo jesteśmy zdani na to, co sobie na starość odłożymy. Natomiast wśród etatowców częściej spotykamy zachowania anty-zdrowotne, czy po prostu beztroskę, bo działa tu podświadomość: państwo da rentę zawodową...

Zwróćmy przy okazji uwagę, że w przeciwieństwie do takiego państwowego marnotrawstwa – prywatni ubezpieczyciele, którzy potrafią liczyć, uzależniają składki np. od nikotynizmu, trybu życia, badań profilaktycznych, uprawiania sportów ekstremalnych itp., promując zachowania prozdrowotne. *Sapienti sat!*

Piotr Luberda

FOTOKONKURS

III edycja Konkursu Foto na okładkę rozstrzygnięta!

Nie bez zawirowań, w kwietniu zwyciężyła pani prof. Chomyszyn-Gajewska „Wiosennymi magnoliami”, ale bardzo podobały się nam też zdjęcia nadesłane przez innych uczestników konkursu, spośród których wyróżniliśmy fotografie trzech autorów: pierwsze opatrzone pseudonimem „Helmut”, autorstwa p. Marty Wojaczyńskiej (powiązanej rodzinie z lek. stom. Ewą Horodyską-Gedzar), a szczególnie to zatytułowane „Kraśława Dźwina” (patrz: mikrofoto). Po raz wtóry nie zawiódł nas p. Krzysztof Polończyk (wyróżniamy „Lipcowy pejzaż”). A z fotografii nadesłanych przez p. Dorotę Anielską, do gustu przypadła nam „Parkowa aleja” oraz zdjęcie nadesłane na konkurs w ostatniej chwili przez jedną z uczestniczek Konferencji w Kościelisku — lek. stom. Magdalenę Lubaszewską-Muszyńską.



Cieszy nas niezmiernie, że rywalizacja nabiera rumieńców. Przypominamy, że do udziału w Konkursie zapraszamy nie tylko dentystów, ale również ich rodziny oraz lekarzy medycyny. Prace (od 3 do 10) opatrzone godłem i numerem telefonu mogą być nadsyłane pocztą lub drogą mailową na adres biul@interia.pl do 25 każdego miesiąca, poprzedzającego wydanie „BL Lekarza Dentysty”. Nagrodzone zdjęcie zamieszczamy na okładce Biuletynu, a jego autor otrzymuje honorarium w wysokości 100 zł. Pozostałe fotki zatrzymujemy do wykorzystania, w harmonii z porą roku i ... potrzebami redakcji.

CICER CUM CAULE

Firma marketingowo Medyczna sp. z o.o. NZOZ Mark-Med

zatrudni lekarza stomatologa specjalistę
lub w trakcie specjalizacji do pracy w Poradniach
Stomatologicznych na terenie Nowej Huty

w ramach kontraktu z NFZ

Informacja: tel. 012 644 12 72

Stomatologa po stażu

do gabinetu w centrum Rabki
(czas pracy do uzgodnienia) przyjmę.

Oferuję bardzo atrakcyjne warunki finansowe.
tel. 601 407 210

Lekarza stomatologa

zatrudni NZOZ
tel. 604 168 873

Lekarz stomatolog potrzebny!

Radiowizjografia, endometr, włókna szklane, laser,
ozon i pacjenci czekają!
tylko 30 min. od Krakowa
(w stronę Myślenic Rabki)
tel: 088 750 43 33

NZOZ SPL „Ergomed” w Krakowie

zatrudni lekarza stomatologa
na umowę zlecenie na 2 dni w tygodniu
tel. 508 116 908

BJB Stomatologia Estetyczna w Krakowie

zatrudni

- lekarzy stomatologów
- lekarzy ortodontów

Informacja: tel. 012 430 34 63; 604 407 042
e-mail: info@bjb.net.pl

**Tanio – wyposażenie
gabinetu stomatologicznego**

- z autoklawem z turbiną Mobic
i wiertarką kliniczną
tel: 012 634 43 40

Lekarz stomatolog

(z otwartą specjalizacją
ze stomatologii zachowawczej z endodoncją)
poszukuje pracy w Krakowie
tel. 600 884 939

NRL

**Uchwała Nr 69/03/IV
Naczelnej Rady Lekarskiej
z dnia 12 grudnia 2003 r.**

(ze zmianami z dnia 22 czerwca 2006 roku)

w sprawie wysokości składki członkowskiej

Na podstawie art. 35 ust. 1 pkt 9 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 30, poz. 158, z 1990 r. Nr 20, poz. 120, z 1996 r. Nr 106, poz. 496, z 1997 r. Nr 28, poz. 152, z 1998 r. Nr 106, poz. 668 oraz z 2001 r. Nr 126, poz. 1383 oraz z 2002 r., Nr 153, poz. 1271 i Nr 240, poz. 2052) uchwała się, co następuje:

§ 1

Miesięczna składka obowiązująca członka okręgowej izby lekarskiej, z zastrzeżeniem §2, wynosi:

1) 30 zł – dla:

- a) lekarza, lekarza dentystry,
- b) lekarza emeryta, lekarza dentystry emeryta, który:

– wykonuje zawód lekarza, lekarza dentystry i
– nie ukończył 65 lat – w przypadku mężczyzny albo 60 lat – w przypadku kobiety,

2) 10 zł – dla:

- a) lekarza stażysty, lekarza dentystry stażysty,
- b) lekarza rencisty, lekarza dentystry rencisty
- c) lekarza emeryta, lekarza dentystry emeryta,

który:

– wykonuje zawód lekarza, lekarza dentystry i
ukończył 65 lat – w przypadku mężczyzny albo
60 lat – w przypadku kobiety.

§ 2

1. Zwalnia się z obowiązku opłacania składki członkowskiej lekarza, lekarza stomatologa:

1.) bezrobotnego w rozumieniu przepisów o zatrudnieniu i przeciwdziałaniu bezrobociu,

2.) nie osiągającego przychodu z tytułu wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry lub z innego źródła zarobkowania,

3.) emeryta (rencistę) nie wykonującego zawodu lekarza lub lekarza dentystry.

2. Lekarz, lekarz dentysta, o którym mowa w ust. 1 pkt 2, może zostać zwolniony z obowiązku opłacania składki członkowskiej, na czas określony, na podstawie uchwały okręgowej rady lekarskiej, jeżeli udokumentuje lub w inny sposób uprawdopodobni fakt niezarobkowania.

§ 3

1. Obowiązek opłacania składki członkowskiej przez lekarza, lekarza dentystę powstaje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym lekarz, lekarz dentysta został wpisany na listę członków okręgowej izby lekarskiej.

2. Składkę za dany miesiąc opłaca się do końca tego miesiąca.

3. W przypadku skreślenia z listy członków okręgowej izby lekarskiej, obowiązek opłacania składki członkowskiej ustaje od pierwszego dnia miesiąca następującego po miesiącu, w którym nastąpiło skreślenie.

4. Od zaległych składek nalicza się odsetki ustawowe.

§ 4

Traci moc uchwała Nr 55/99/III Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 19 marca 1999 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej (Biuletyn NRL z 1999 r. Nr 4 (47), z 2000 r. Nr 7 (57), z 2001 r. Nr 7 (66)).

§ 5

Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 stycznia 2004 r.

*Sekretarz
Krzysztof Makuch*

*Prezes
Konstanty Radziwiłł*

**Aktualny nr konta OIL, na który należy wpłacać składki
członkowskie:
BPH PBK SA 14 1060 0076 0000 3200 0021 8121**

**Nowy nr konta OIL, na który należy wpłacać opłaty
z tytułu rejestracji gabinetów prywatnych:**

**BPH SA Kraków
29 1060 0076 0000 3300 0045 2542**



OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

ul. Krupnicza 11 a, 31-123 Kraków

Centrala: 012 619 17 00

012 619 17 20

fax 012 619 17 30, 012 422 57 55

e-mail: biuro@oilkrakow.org.pl

www.oilkrakow.org.pl

www.stomatolodzy.prv.pl

Numerów wewnętrznych:

• Recepcja, Sekretariat ogólny	619 17 20
• Sekretariat Prezesa	619 17 10
• Sekretarz ORL	619 17 21
• Dyrektor Biura ORL	619 17 12
• Okręgowy Rzecznik OZ (mgr M. Login)	619 17 17
• Okręgowy Rzecznik OZ (mgr S. Smoleń)	619 17 25
• Sąd Lekarski	619 17 28
• Biuro Radców Prawnych (mec. E. Krzyżowska)	619 17 19
• Biuro Radców Prawnych (mec. A. Nawara-Dubiel) ...	619 17 24
• Rejestr Lekarzy; Ubezpieczenia OC	619 17 16
e-mail: rejestr57@hipokrates.org	
• Rejestracja Ind. Praktyk; Staże podyplomowe	619 17 13
• Stomatolodzy (K. Trela)	619 17 18
• Księgowość	619 17 15
e-mail: ksiegowosc57@hipokrates.org	
• Kasa	619 17 14
• Składki	619 17 32
e-mail: skladki@oil.org.pl	
• Redakcja „Biuletynu Lekarskiego”	619 17 27
e-mail: biul@interia.pl	

Komisje:

Bioetyki	619 17 12
Etyki	619 17 10
Kształcenia	619 17 28
Kultury i Sportu	619 17 21
Praktyk	619 17 13
Prawna	619 17 13
Socjalno-Bytowa	619 17 18
Stomatologiczna	619 17 18
Uzdrowisk	619 17 13
Zagraniczna	619 17 13

Czas pracy OIL w Krakowie:

poniedziałek	godz. 8 ⁰⁰ do 17 ⁰⁰
wtorek	godz. 8 ⁰⁰ do 15 ⁰⁰
środa	godz. 8 ⁰⁰ do 17 ⁰⁰
czwartek	godz. 8 ⁰⁰ do 17 ⁰⁰
piątek	godz. 8 ⁰⁰ do 13 ⁰⁰

Dyżury radców prawnych OIL:

mgr **Ewa Krzyżowska**

wtorek	godz. 14 ⁰⁰ do 15 ⁰⁰
czwartek	godz. 15 ⁰⁰ do 16 ⁰⁰

mgr **Agnieszka Nawara-Dubiel**

poniedziałek	godz. 13 ⁰⁰ do 17 ⁰⁰
środa	godz. 13 ⁰⁰ do 17 ⁰⁰

Delegatury OIL

w Krośnie: ul. Niepodległości 2, 38-400 Krosno
tel. 013 432 1859; e-mail: krosno@hipokrates.org

poniedziałek	godz. 8 ⁰⁰ do 15 ⁰⁰
wtorek	godz. 8 ⁰⁰ do 17 ⁰⁰
środa	godz. 8 ⁰⁰ do 15 ⁰⁰
czwartek	godz. 8 ⁰⁰ do 15 ⁰⁰
piątek	godz. 8 ⁰⁰ do 15 ⁰⁰

w Nowym Sączu: Al. Wolności 49, 33-300 Nowy Sącz
tel. 018 442 1647; e-mail: nowy.sacz@hipokrates.org

poniedziałek	godz. 9 ⁰⁰ do 17 ⁰⁰
wtorek	godz. 7 ³⁰ do 15 ³⁰
środa	godz. 7 ³⁰ do 15 ³⁰
czwartek	godz. 7 ³⁰ do 15 ³⁰
piątek	godz. 9 ⁰⁰ do 17 ⁰⁰

w Przemyślu: Rynek 5, 37-700 Przemyśl
tel. 016 678 2670, fax 016 678 3324

e-mail: przemysl@hipokrates.org

poniedziałek	godz. 7 ⁰⁰ do 15 ⁰⁰
wtorek	godz. 7 ⁰⁰ do 15 ⁰⁰
środa	godz. 7 ⁰⁰ do 16 ⁰⁰
czwartek	godz. 7 ⁰⁰ do 15 ⁰⁰
piątek	godz. 7 ⁰⁰ do 13 ⁰⁰

Biuletyn Lekarski „Lekarza Dentysty” – suplement Komisji Stomatologicznej Okręgowej Rady Lekarskiej w Krakowie
ul. Krupnicza 11a, 31-123 Kraków; tel. 012 619 17 27; fax: 012 619 17 55; e-mail: biul@interia.pl

Redaguje kolegium w składzie: redaktor naczelny – Robert Stępień; sekretarz redakcji – Stefan Ciepły;
członkowie: Grzegorz Herbut, Tomasz Kaczmarzyk, Dariusz Kościelniak, Andrzej Mazaraki, Katarzyna Siembab,
Antoni Stopa, Krzysztof Zgłobicki (grafika)

Przygotowanie do druku: opti & Wydawnictwo Dęby Rogalińskie; tel. 602 229 655; e-mail: zk@deby.com.pl