

Wojciech Stefan Zgliczyński*

Opieka nad dziećmi i młodzieżą w systemie ochrony zdrowia w Polsce

Children and adolescents in the health care system in Poland: The paper presents basic issues related to the health care system and the main regulations for the health care of children and adolescents in Poland. The author discusses the health care system resources and services provided to this group with special emphasis placed on preventive health care. The article concludes with the evaluation of the Polish health care system for children and adolescents. The author argues that some changes are needed in this area.

Słowa kluczowe: *dzieci i młodzież, Polska, profilaktyczna opieka zdrowotna, system opieki zdrowotnej, zdrowie*

Keywords: *children and adolescents, Poland, preventive health care, health care system, health*

* Specjalista ds. społecznych w Biurze Analiz Sejmowych, asystent w Szkole Zdrowia Publicznego Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego;
e-mail: wojciech.zgliczynski@sejm.gov.pl.

Wstęp

Prawo do ochrony zdrowia jest jednym z praw podstawowych, wynikających z przyrodzonej i niezbywalnej godności człowieka. Odpowiedzialność za zdrowie spoczywa na jednostkach oraz na państwie¹. W Polsce państwo gwarantuje obywatelom równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Szczególną opieką państwa

¹ Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku 22 lipca 1946 r., Dz.U. z 1948 r. nr 61, poz. 477.

w tym zakresie otoczone są dzieci i młodzież do 18. roku życia. Przyjmuje się, że mają one prawo do jak najwyższego poziomu zdrowia, a także udogodnień w zakresie leczenia oraz rehabilitacji². Ten szczególny stosunek jest wyrażony przez nadanie tej grupie prawa do bezpłatnego korzystania z opieki zdrowotnej.

Według konstytucji Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) prawidłowy rozwój dzieci ma znaczenie podstawowe. Dla tego rozwoju istotna jest zdolność do harmonijnego życia w zmieniającym się środowisku³. Roztoczenie szczególnej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą do 18. roku życia jest jednym z najważniejszych warunków zapewnienia im zdrowia. Podyktowane jest to obiektywnie słabszą pozycją tych grup w społeczeństwie oraz wiedzą naukową, która wskazuje, że to właśnie w wieku rozwojowym kształtuje się organizm człowieka oraz jego zachowania zdrowotne⁴. W związku z tym od zapewnienia dzieciom właściwej opieki zdrowotnej, a przede wszystkim pełnego zakresu i dostępności do profilaktyki jest uzależniony stan zdrowia całego społeczeństwa⁵. Dodatkowo dbałość o zdrowie dzieci nabiera szczególnego znaczenia w perspektywie prognozowanego spadku liczby urodzeń w kolejnych dekadach⁶, a także wraz z rosnącą liczbą dzieci urodzonych z niską i bardzo niską wagą urodzeniową, rosnącą liczbą chorób przewlekłych oraz w dalszym ciągu stosunkowo wysoką częstością występowania wad wrodzonych.

W opracowaniu zaprezentowano podstawowe zagadnienia związane z opieką zdrowotną i systemem ochrony zdrowia, główne regulacje prawne. Omówiono zasoby ochrony zdrowia, wybrane usługi w zakresie ochrony zdrowia dzieci i młodzieży, w tym profilaktyki, oraz podjęto próbę oceny opieki zdrowotnej i ogólnie systemu zdrowia. Celem opracowania jest przedstawienie sytuacji dzieci i młodzieży w wybranych elementach systemu ochrony zdrowia w Polsce.

Podstawowym źródłem prezentowanych danych są opracowania Głównego Urzędu Statystycznego (GUS): *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r.*⁷;

² Konwencja o prawach dziecka, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych 20 listopada 1989 r., Dz.U. z 1991 r. nr 120, poz. 526.

³ Zob. przypis 1.

⁴ Na podstawowe znaczenie odpowiedniej opieki nad dziećmi, zwłaszcza w pierwszych pięciu latach ich życia, zwraca uwagę WHO.

⁵ M. Dercz, *Prawne podstawy ochrony zdrowia dzieci*, Biuro Rzecznika Praw Dziecka, http://www.brpd.gov.pl/szczyt/Maciej_Dercz.htm [dostęp 28 stycznia 2014 r.].

⁶ *Prognoza ludności na lata 2008–2035*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2009; <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs370/en/> [dostęp 1 maja 2014 r.].

⁷ *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2013, [http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/ZO_zdrowie_i_ochrona_zdrowia_w_2012\(1\).pdf](http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/ZO_zdrowie_i_ochrona_zdrowia_w_2012(1).pdf).

Zdrowie dzieci i młodzieży w 2012 r., opracowanie Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia dotyczące medycyny szkolnej, raport Najwyższej Izby Kontroli, raport Wojewódzkiego Urzędu Marszałkowskiego w Rzeszowie oraz „Informacja na temat opieki pediatrycznej i specjalistycznej nad dziećmi i młodzieżą. Stan zdrowia i opieki medycznej nad dziećmi i młodzieżą” przygotowana na posiedzenie Komisji Zdrowia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej 13 marca 2014 r.

Ze względu na przyjęte w aktach prawnych dotyczących ochrony zdrowia i opieki zdrowotnej rozwiązania oraz zakres dostępnych danych na temat opieki nad dziećmi i młodzieżą opracowanie skupia się na osobach do 19. roku życia, dotyczy tylko wybranych elementów systemu i nie obejmuje m.in. opieki psychiatrycznej i opieki okołoporodowej.

Charakterystyka demograficzna grupy dzieci i młodzieży w Polsce

Według danych GUS populacja dzieci i młodzieży do 19. roku życia (r.ż.) w 2012 r. liczyła 8 015 276 osób⁸, co stanowiło ok. 1/5 całej populacji Polski. W porównaniu z 2011 r. odnotowano spadek liczebności tej grupy o 1,45%⁹.

W 2012 r. urodziło się 387 855 dzieci, w tym 0,4%, tj. 1601, stanowiły urodzenia martwe. W porównaniu z 2011 r. nastąpił spadek urodzeń o 2211, tj. o ok. 0,6%. Z kolei w porównaniu z 2002 r. urodziło się więcej o 32 329 dzieci, tj. o 9,1%.

Liczba zgonów w populacji dzieci i młodzieży do 19. r.ż. w 2012 r. wyniosła 5377, w tym najwięcej w grupie dzieci najmłodszych, tj. 0–4 lat (2105 zgonów)¹⁰, co stanowiło spadek w odniesieniu do 2011 r. o 3,5%, tj. o 190 zgonów. Najczęstsze przyczyny zgonów w tej grupie stanowiły stany chorobowe rozpoczynające się w okresie okołoporodowym (1879 zgonów), wrodzone wady rozwojowe (1453 zgonów) oraz przyczyny zewnętrzne, takie jak wypadki komunikacyjne i samobójstwa (1000 zgonów).

⁸ W przedziale 0–4 lata – 2 056 255 osób; 5–9 lat – 1 867 591; 10–14 lat – 1 872 768, 15–19 lat – 2 218 662.

⁹ W perspektywie dekady spadek był jeszcze bardziej wyraźny. W 2002 r. populacja dzieci i młodzieży do 19. r.ż. liczyła 10 035 440 osób i stanowiła 26,3% całej populacji Polski.

¹⁰ W przedziale 0–4 lata – 2105 zgonów (w tym 0 lat – 1791); 5–9 lat – 208; 10–14 lat – 263, 15–19 lat – 1010.

Opieka zdrowotna w systemie zdrowia

Przyjmuje się, że zdrowie to pełny dobrostan fizyczny, psychiczny i społeczny, a nie tylko brak choroby czy niepełnosprawność¹¹. Zdrowie jest powszechnie uznawane za jedną z najważniejszych wartości, której zapewnieniu służy duża część wysiłków nie tylko samych jednostek, ale też całych zbiorowości. Wraz z rozwojem społecznym kwestia ochrony zdrowia, rozumianej jako wszelka społeczna działalność, której celem jest zapobieganie chorobom i ich leczenie, utrzymanie rozwoju psychicznego, fizycznego i społecznego człowieka, przedłużanie życia, zapewnienie zdrowego rozwoju następnym pokoleniom¹², ulegała profesjonalizacji i instytucjonalizacji. W efekcie tych działań można obecnie wyodrębnić systemy mające realizować potrzeby zdrowotne obywateli, tj. systemy zdrowia.

Współcześnie system zdrowia w ujęciu przedstawionym w Karcie z Tallina „Health Systems for Health and Wealth”, podpisanej w 2008 r. przez ministrów zdrowia z krajów regionu europejskiego Światowej Organizacji Zdrowia, definiuje się jako zespół wszystkich organizacji i instytucji zarówno publicznych, jak i prywatnych oraz wszelkich zasobów, które służą poprawie, zachowaniu lub przywracaniu zdrowia, niezależnie od otoczenia politycznego i instytucjonalnego, w jakie ów system jest wpisany. Systemy zdrowotne świadczą usługi dla jednostek i populacji oraz prowadzą działania we współpracy z innymi sektorami, aby modyfikować społeczne, środowiskowe i ekonomiczne uwarunkowania zdrowia¹³.

Podstawowe cele systemu zdrowia według Światowej Organizacji Zdrowia to poprawa zdrowia ludności, w tym ogólna poprawa stanu zdrowia oraz niwelowanie różnic w zdrowiu; reagowanie na oczekiwania obywateli, zapewnienie ochrony finansowej w kosztach złego stanu zdrowia oraz poprawa efektywności środków wydawanych na zdrowie¹⁴.

Ponieważ cele te rzadko mogą być spełnione całkowicie, publiczne niezadowolenie z ochrony zdrowia jest powszechne. Niezadowolenie może

¹¹ Zob. przypis 1.

¹² *Wielka encyklopedia PWN*, t. 19, Warszawa 2003, s. 303–304.

¹³ M. Piotrowicz, D. Cianciara, M.J. Wysocki, *Systemy zdrowotne dla zdrowia i dobrobytu – Karta z Tallina*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2009, nr 63, s. 321–324, http://www.pzh.gov.pl/przegląd_epimed/63-2/632_33.pdf; *The Tallin Charter: Health System for Wealth and Health*, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf.

¹⁴ *The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance*, World Health Organization 2000, http://www.who.int/whr/2000/en/whr00_en.pdf?ua=1 [dostęp 12 lutego 2014 r.].

dotyczyć takich kwestii jak m.in. sposób organizacji ochrony zdrowia czy też jej finansowania, może być wynikiem popełnianych błędów, występujących opóźnień, braku uprzejmości czy też wrogości i obojętności ze strony pracowników ochrony zdrowia, odmowy opieki lub narażenia na ryzyko finansowe związane z koniecznością finansowania leczenia¹⁵.

Zapewnienie sprawnego funkcjonowania ochrony zdrowia według WHO wymaga zwrócenia uwagi na sześć istotnych elementów¹⁶:

- **przywództwo i zarządzanie**, tj. zapewnienie strategicznych ram politycznych i połączenie ich ze skutecznym nadzorem, umiejętnością budowania koalicji, tworzeniem odpowiednich regulacji, rozważą i odpowiedzialnością przy wprowadzaniu zmian systemu,
- **finanse**, tj. zagwarantowanie odpowiednich środków, które zapewnią ludziom możliwość korzystania z potrzebnych usług zdrowotnych bez ryzyka ich katastrofy finansowej lub zubożenia związanego z koniecznością płacenia za te usługi,
- **personel**, tj. personel działający w sposób, który jest elastyczny, uczciwy i efektywny, tak aby osiągnąć możliwie najlepsze efekty zdrowotne przy wykorzystaniu dostępnych środków i uwzględnieniu okoliczności, do których trzeba zaliczyć przede wszystkim wystarczającą liczbę personelu i jego właściwą strukturę, równomierne rozlokowanie, odpowiednie przygotowanie, wydajność,
- **produkty medyczne i technologie**, tj. zapewnienie równego dostępu do podstawowych produktów medycznych, szczepionek i technologii o gwarantowanej jakości, bezpieczeństwie, skuteczności i efektywności kosztowej, naukowo uzasadnionych i ekonomicznie racjonalnie wykorzystywanych,
- **informacje i badania naukowe**, tj. dobrze funkcjonujący system informacji zdrowotnej, który zapewnia zbieranie, analizę, rozpowszechnianie i wykorzystanie wiarygodnych i aktualnych informacji na temat uwarunkowań zdrowia, wydajności systemów opieki zdrowotnej oraz stanu zdrowia,
- **usługi**, tj. efektywne, wysokiej jakości i bezpieczne działania skierowane do jednostek i zbiorowości, kierowane do tych, którzy ich potrzebują w odpowiednim miejscu i czasie z minimalnymi stratami zasobów.

¹⁵ *Ibidem*.

¹⁶ *Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*, World Health Organization 2007, http://www.who.int/healthsystems/strategy/everybodys_business.pdf [dostęp 12 lutego 2014 r.].

Wśród elementów systemów zdrowia wymienia się: zapobieganie chorobom, promocję zdrowia, opiekę zdrowotną oraz międzysektorową współpracę na rzecz zdrowia¹⁷.

W publicznym odbiorze system zdrowia jest utożsamiany głównie z opieką zdrowotną¹⁸, rozumianą jako zorganizowane działania określonego systemu świadczeń zdrowotnych opartych na instytucjach służby zdrowia, mających na celu zapewnienie zachowania dobrego stanu zdrowia lub jego przywrócenie w przypadku utraty, a gdy jest to niemożliwe – zmniejszanie skutków choroby i łagodzenie dolegliwości. Utożsamianie systemu opieki zdrowotnej z systemem zdrowia wynika m.in. z szerokiego zakresu działania opieki zdrowotnej oraz różnorodności tych działań. Działania opieki zdrowotnej mogą mieć wymiar jednostkowy lub dotyczyć większej zbiorowości czy całej populacji, a do zakresu działań opieki zdrowotnej należy profilaktyka, diagnostyka, leczenie, rehabilitacja i opieka terminalna¹⁹. Nie bez znaczenia jest również to, że opieka zdrowotna jest najbardziej widoczną częścią systemu zdrowia. Wynika to z faktu, że jest sprawowana w wyodrębnionych miejscach, tj. zakładach opieki zdrowotnej typu ambulatoryjnego (przychodnie, poradnie, ośrodki zdrowia, praktyki lekarskie) oraz stacjonarnego (szpitale, sanatoria). W zależności od rodzaju i zakresu udzielanych świadczeń, wyróżnia się podstawową opiekę zdrowotną i specjalistyczną opiekę zdrowotną, uzupełniającą i rozszerzającą świadczenia podstawowe (konsultacje specjalistów, leczenie szpitalne), które razem składają się na system opieki zdrowotnej²⁰.

Przyjmuje się, że cztery szczegółowe cele systemu opieki zdrowotnej to²¹:

- zapewnienie i dostarczenie całej populacji możliwie pełnego zakresu świadczeń medycznych, których ona wymaga, bez względu na różniące ją kryteria ekonomiczne, społeczne, kulturowe i geograficzne (dostępność opieki),
- zapewnienie usług i świadczeń profilaktyczno-leczniczych i rehabilitacyjnych na możliwie najwyższym poziomie, adekwatnie do poziomu wiedzy i sztuki medycznej oraz zasad dobrej praktyki (jakość opieki medycznej z uwzględnieniem zasady jej ciągłości i globalnego podejścia),

¹⁷ *The Tallin Charter: Health System for Wealth and Health*, op. cit.; M. Piotrowicz, D. Cianciara, M.J. Wysocki, *Systemy zdrowotne dla zdrowia i dobrobytu*, op. cit.

¹⁸ J. Leowski, *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*, CeDeWu, Warszawa 2010, s. 72.

¹⁹ *Wielka encyklopedia PWN*, t. 19, op. cit., s. 513.

²⁰ *Ibidem*.

²¹ S. Paździoch, *System zdrowotny [w:] Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, t. 1, A. Czupryna i in. (red.), Kraków 2000, s. 128.

- organizowanie opieki w możliwie najlepszy sposób, tak aby zapewnić optymalne wykorzystanie istniejących zasobów finansowych i osobowych – bazy służby zdrowia, środków finansowych przeznaczonych na jej działalność, kadr medycznych oraz ich kwalifikacji (efektywność opieki zdrowotnej – produktywność, racjonalność i skuteczność),
- systematyczne wdrażanie działań doskonalących system (dynamika systemu) oraz umożliwiających satysfakcję użytkowników systemu (biorców świadczeń medycznych) jak i personelu realizującego usługi i świadczenia medyczne.

System ochrony zdrowia dzieci i młodzieży w regulacjach prawnych

Funkcjonowanie systemu ochrony zdrowia regulują organy władzy ustawodawczej i wykonawczej. Definiują one cele ogólne (Konstytucja RP) i szczegółowe (ustawy) systemu oraz przez kompleksowe regulacje prawne (przepisy wykonawcze) metody i środki zarządzania tym systemem²².

Zakres prawnej ochrony zdrowia w Polsce wyznaczają akty prawa międzynarodowego i Konstytucja.

W odniesieniu do dzieci aktem prawa międzynarodowego zasługującym na szczególną uwagę jest Konwencja o prawach dziecka ONZ, ratyfikowana przez Polskę w 1991 r.²³, zgodnie z którą dziecko ma prawo do jak najwyższego poziomu zdrowia i udogodnień w zakresie leczenia chorób oraz rehabilitacji zdrowotnej²⁴. Artykuł 68 ust. 1 Konstytucji RP stanowi, że prawo do ochrony zdrowia przysługuje każdemu. Nie jest to prawo nadane

²² J. Leowski, *Polityka zdrowotna*, *op. cit.*

²³ Konwencja o prawach dziecka, przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych 20 listopada 1989 r., Dz.U. z 1991 r. nr 120, poz. 526.

²⁴ Państwo strona dążąc do pełnej realizacji tego prawa, ma podjąć takie środki, które doprowadzą do:

- a) zmniejszenia śmiertelności wśród noworodków i dzieci,
- b) zapewnienia udzielania koniecznej pomocy oraz opieki zdrowotnej wszystkim dzieciom, ze szczególnym uwzględnieniem rozwoju podstawowej opieki zdrowotnej,
- c) zwalczania chorób i niedożywienia, w tym – w ramach podstawowej opieki zdrowotnej – przez wykorzystanie między innymi łatwo dostępnych technik oraz przez dostarczanie odpowiednich pożywnych produktów żywnościowych i wody pitnej, z uwzględnieniem niebezpieczeństwa oraz ryzyka zanieczyszczenia środowiska naturalnego,
- d) zapewnienia matkom właściwej opieki zdrowotnej w okresie przed i po urodzeniu dziecka,

z woli władzy państwowej, a prawo podstawowe, wynikające z przyrodzonej i niezbywalnej godności człowieka²⁵. Zakres gwarancji ochrony zdrowia zapisany jest w art. 68 ust. 2 ustawy zasadniczej. Norma ta nakłada na władze publiczne obowiązek zapewnienia wszystkim obywatelom niezależnie od ich sytuacji materialnej równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych (której warunki i zakres ma określać ustawa). Zgodnie z ust. 3 przywołanego artykułu władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej kilku grupom, w tym m.in. dzieciom i kobietom ciężarnym. Ponadto władze publiczne są obowiązane do zwalczania chorób epidemicznych i zapobiegania negatywnym dla zdrowia skutkom degradacji środowiska (ust. 4) oraz popierania rozwoju kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży (ust. 5). W przepisach tych uwzględnione zostały różne elementy systemu ochrony zdrowia, tj. indywidualna opieka zdrowotna oraz zbiorowa ochrona zdrowia rozumiana jako zapobieganie chorobom i profilaktyka zdrowotna.

W ramach indywidualnej opieki zdrowotnej wyróżnia się trzech głównych uczestników: podmioty korzystające ze świadczeń, czyli pacjentów; wytwórców świadczeń, czyli personel medyczny czy też ogólnie podmioty udzielające świadczeń w ramach ambulatoryjnej i stacjonarnej opieki zdrowotnej; oraz płatnika²⁶.

System opieki zdrowotnej w Polsce oparty jest na modelu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego²⁷. Podstawowym źródłem finansowania tego systemu są składki na ubezpieczenie zdrowotne²⁸, które stanowią blisko

e) zapewnienia, aby wszystkie grupy społeczne, w szczególności rodzice oraz dzieci, były informowane i posiadały dostęp do oświaty oraz otrzymywały wsparcie w korzystaniu z podstawowej wiedzy w zakresie zdrowia dziecka i karmienia, korzyści z karmienia piersią, higieny i warunków zdrowotnych otoczenia, a także zapobiegania wypadkom,

f) rozwoju profilaktycznej opieki zdrowotnej, poradnictwa dla rodziców oraz wychowania i usług w zakresie planowania rodziny.

²⁵ T. Gellert, *Prawo do ochrony zdrowia z perspektywy Rzecznika Praw Obywatelskich* [w:] *System ochrony zdrowia. Problemy i możliwości ich rozwiązania*, E. Nojszewska (red.), LEX, Warszawa 2011, s. 583.

²⁶ M. Balicki, *Organizacja i funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Narodowy Fundusz Zdrowia* [w:] *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, t. 1, J. Opolski (red.), Szkoła Zdrowia Publicznego Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 2011.

²⁷ W modelu powszechnego ubezpieczenia zdrowotnego obowiązuje zasada solidaryzmu społecznego i nie prowadzi się oceny ryzyka zdrowotnego w kontekście określania wysokości składki.

²⁸ W 2013 r. składka stanowiła 9% podstawy wymiaru składek na ubezpieczenia emerytalne i rentowe.

$\frac{2}{3}$ ogółu wydatków. Środkami tymi dysponuje Narodowy Fundusz Zdrowia (NFZ)²⁹, który pełni w systemie rolę podstawowego płatnika. Jedna czwarta środków wydatkowanych na system opieki zdrowotnej to bezpośrednie wydatki gospodarstw domowych, a $\frac{1}{10}$ pochodzi z budżetu państwa i budżetów jednostek samorządu terytorialnego³⁰.

Dzieci i młodzież do 18. r.ż. mogą korzystać ze świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych niezależnie od ich osobistej sytuacji. Podstawę stanowi art. 2 ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (dalej: u.o.ś.z.). Świadczenia zdrowotne dzieciom do ukończenia 18. r.ż. są udzielane bezpłatnie, niezależnie od uprawnień z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego. Osoby niepełnoletnie podlegają obowiązkowi ubezpieczenia, co oznacza, że muszą być zgłoszone do ubezpieczenia. Zgłoszenie osoby niepełnoletniej do ubezpieczenia nie ma wpływu na wysokość składki na ubezpieczenie zdrowotne ponoszonej przez zgłaszającego. Osoby niepełnoletnie mają kilka potencjalnych tytułów do ubezpieczenia: jako członek rodziny lub jako podopieczny instytucji, lub jako uczeń. W zależności od tytułu, do ubezpieczenia zgłasza je: jedno z rodziców lub dziadków; instytucja, która się dzieckiem opiekuje lub w której dziecko przebywa; szkoła, do której ono uczęszcza. Żadne dziecko w wieku szkolnym nie powinno być nieubezpieczone, ponieważ jeśli nie podlega ono ubezpieczeniu jako członek rodziny lub podopieczny np. placówki opiekuńczo-wychowawczej, to podlega ubezpieczeniu jako uczeń. W takiej sytuacji obowiązek zgłoszenia go do ubezpieczenia spoczywa na szkole.

W praktyce większość dzieci i młodzieży objęta jest opieką na podstawie ubezpieczenia zdrowotnego. Jeśli dziecko nie ma żadnego z wymienionych tytułów do ubezpieczenia, dokumentem potwierdzającym jego prawo do świadczeń jest dokument potwierdzający tożsamość albo skrócony odpis aktu urodzenia. Uprawnienie obejmuje wszystkie świadczenia medyczne, w tym również leczenie ambulatoryjne i szpitalne.

Świadczenia dla dzieci ubezpieczonych finansuje NFZ ze składek ubezpieczonych. Opieka nad niepełnoletnimi, którzy nie są ubezpieczeni, jest

²⁹ Narodowy Fundusz Zdrowia działa na podstawie ustawy z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. nr 210, poz. 2135.

³⁰ Zgodnie z Narodowym Rachunkiem Zdrowia za 2011 r. wydatki na zdrowie publiczne i profilaktykę wyniosły 2% ogółu wydatków, podczas gdy na usługi lecznicze i rehabilitacyjne przeznaczono 55% wydatków, na leki i produkty lecznicze dla pacjentów ambulatoryjnych 25%, http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/ZO_narodowy_rachunek_zdrowia_2011.pdf [dostęp 12 lutego 2014 r.].

również finansowana przez NFZ, ale z dotacji, którą NFZ otrzymuje z budżetu państwa³¹.

Trzeba zwrócić uwagę, że opieka nad dziećmi sprawowana jest jeszcze, zanim się urodzą. Standardy opieki postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem mają rangę rozporządzenia³².

W przepisach wyodrębniona jest kwestia profilaktyki zdrowia dzieci i młodzieży. W katalogu świadczeń na rzecz zachowania zdrowia, zapobiegania chorobom i wczesnego wykrywania chorób, przedstawionym w art. 27 u.o.ś.z., kilka z nich jest adresowane bezpośrednio do tej grupy, w tym: profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w środowisku nauczania i wychowania; wykonywanie szczepień ochronnych; promocja zdrowia i profilaktyka, w tym profilaktyka stomatologiczna obejmująca dzieci i młodzież do ukończenia 19. r.ż.; wczesna wielospecjalistyczna i kompleksowa opieka nad dzieckiem zagrożonym niepełnosprawnością lub niepełnosprawnym; wykonywanie badań z zakresu medycyny sportowej obejmujące dzieci i młodzież do ukończenia 21. r.ż. oraz zawodników pomiędzy 21. a 23. r.ż., którzy nie otrzymują wynagrodzenia w związku z uprawianiem sportu. Objęcie dzieci i młodzieży świadczeniami profilaktycznej opieki zdrowotnej zawarte jest również w art. 92 ustawy z 7 września 1991 r. o systemie oświaty.

Na podstawie delegacji z art. 27 ust. 3 u.ś.o.z. zostało wydane rozporządzenie Ministra Zdrowia z 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą³³. Jego zakres podmiotowy obejmuje dzieci i młodzież podlegające obowiązkowi szkolnemu i obowiązkowi nauki oraz kształcące się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia. Profilaktyczną opiekę zdrowotną sprawują: a) lekarz podstawowej opieki zdrowotnej sprawujący opiekę nad uczniem na podstawie deklaracji wyboru lekarza podstawowej opieki zdrowotnej; b) lekarz dentyista; c) pielęgniarka spełniająca określone szczegółowo wymagania albo higienistka szkolna, d) dopuszcza się także sprawowanie opieki nad

³¹ http://www.nfz-szczecin.pl/uprawnieni_do_swadczen_dzieci.htm [dostęp 12 lutego 2014 r.].

³² Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 20 września 2012 r. w sprawie standardów postępowania medycznego przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych z zakresu opieki okołoporodowej sprawowanej nad kobietą w okresie fizjologicznej ciąży, fizjologicznego porodu, położu oraz opieki nad noworodkiem, Dz.U. poz. 1000.

³³ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, Dz.U. nr 139, poz. 1133.

uczniami, którzy nie są objęci indywidualnym nauczaniem, przez położną, która ma określone szczegółowo kwalifikacje.

Kwestie związane z opieką nad dziećmi są wskazywane jako priorytetowe. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia³⁴ priorytetami zdrowotnymi są m.in.: poprawa jakości i skuteczności opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i dzieckiem do lat 3 oraz zapobieganie najczęstszym problemom zdrowotnym i zaburzeniom rozwoju fizycznego i psychospołecznego dzieci i młodzieży objętych obowiązkiem szkolnym i obowiązkiem nauki oraz kształcących się w szkołach ponadgimnazjalnych do ich ukończenia.

Zakres opieki nad dziećmi i młodzieżą, oprócz świadczeń gwarantowanych wszystkim ubezpieczonym, obejmuje również świadczenia dedykowane dla tej grupy. Zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej³⁵ podmioty świadczące te usługi, tj. lekarze podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarki i położne podstawowej opieki zdrowotnej oraz pielęgniarki i higienistki szkolne, są zobligowani do wielu działań, m.in. porad patronażowych, badań bilansowych, w tym badań przesiewowych, których zakres oraz warunki realizacji są ściśle określone w rozporządzeniu.

Regulacje dotyczące dzieci i młodzieży znajdują się także w ustawie z 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, gdzie w art. 10 ust. 1 pkt 3 do zadań własnych gminy służących przeciwdziałaniu narkomanii należy prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej, edukacyjnej oraz szkoleniowej w zakresie rozwiązywania problemów narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie zajęć sportowo-rekreacyjnych dla uczniów, a także działań na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych. Podobny przepis znajduje się w ustawie z 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, tj. art. 4¹ ust. 1 pkt 3, który stanowi, że wśród działań związanych z profilaktyką i rozwiązywaniem problemów alkoholowych zaliczanych do zadań własnych gmin należy prowadzenie profilaktycznej działalności informacyjnej i edukacyjnej w zakresie rozwiązywania problemów alkoholowych i przeciwdziałania narkomanii, w szczególności dla dzieci i młodzieży, w tym prowadzenie pozalekcyjnych zajęć sportowych, a także działań

³⁴ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych, Dz.U. nr 137, poz 1126.

³⁵ Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, Dz.U. poz. 1248.

na rzecz dożywiania dzieci uczestniczących w pozalekcyjnych programach opiekuńczo-wychowawczych i socjoterapeutycznych.

Szczególna troska o dzieci i młodzież wyraża się również w przepisach dotyczących zdrowia psychicznego. Zgodnie z art. 4 ust. 1 ustawy z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego dzieci i młodzież są jedną z grup, wobec której podejmowanie działań zapobiegawczych w zakresie ochrony zdrowia psychicznego jest traktowane priorytetowo. Działania te obejmują m.in. stosowanie zasad ochrony zdrowia psychicznego w pracy szkół, placówek systemu oświaty, placówek opiekuńczo-wychowawczych i resocjalizacyjnych itp., a także tworzenie placówek rozwijających działalność zapobiegawczą, przede wszystkim poradnictwa psychologicznego, oraz placówek specjalistycznych, z uwzględnieniem wczesnego rozpoznawania potrzeb dzieci z zaburzeniami rozwoju psychoruchowego.

Obecny stan prawny jest w głównej mierze efektem zmian związanych z wprowadzeniem od 1999 r. ubezpieczeń zdrowotnych. Obowiązujące wcześniej regulacje zostały omówione w publikacji Biura Studiów i Ekspertyz Kancelarii Sejmu³⁶ z 1998 r. Warto zwrócić uwagę, że w nowym systemie wyraźnie większy zakres odpowiedzialność za zdrowie dzieci spoczywa na ich rodzicach oraz władzach lokalnych. Zorganizowane działania podejmowane przez instytucje publiczne, w tym głównie tzw. medycyna szkolna, zostały ograniczone.

System opieki zdrowotnej w Polsce

Zaprezentowany opis systemu ochrony zdrowia obejmuje kadry medyczne ze szczególnym uwzględnieniem lekarzy oraz placówki ochrony zdrowia w podziale na opiekę ambulatoryjną i stacjonarną wraz z udzielanymi przez nich usługami.

Szczegółowe dane dotyczące wykonywania zabiegów profilaktycznych, leczenia w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej i szpitalach, jak również zażywania leków przez dzieci i młodzież, znajdują się w opracowaniach GUS. Najnowsze opublikowane dane dotyczą roku 2009³⁷.

Zgodnie z danymi Narodowego Funduszu Zdrowia w 2012 r. opieką zdrowotną finansowaną ze środków publicznych objętych było ogółem

³⁶ G. Ciura, *Opieka nad młodzieżą szkolną i akademicką w Polsce*, informacja BSiE nr 610, I-610, kwiecień 1998 r., http://biurosejmu.sejm.gov.pl/teksty_pdf_98/i-610.pdf [dostęp 21 stycznia 2014 r.].

³⁷ *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Kraków 2011, http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcr/gus/zo_zdrowie_dzieci_mlodziemy_w_polsce_2009.pdf [dostęp 21 stycznia 2014 r.].

7 404 396 osób w wieku od 0 do 19 lat, a koszt udzielonych tej grupie świadczeń wyniósł 1 059 732 293 zł³⁸. Zwraca uwagę, że liczba osób objętych opieką była mniejsza niż liczba osób w tym wieku w populacji (wynosiła ona ok. 8 mln).

Zasoby kadrowe

Jednym z zasadniczych elementów systemu opieki zdrowotnej są jego pracownicy. Istotna jest zarówno liczba osób uprawnionych do wykonywania zawodu, jak i liczba osób faktycznie pracujących w ochronie zdrowia, a także ich wiedza i umiejętności³⁹. Nie bez znaczenia pozostaje ich motywacja oraz zaangażowanie w wykonywaną pracę. W Polsce niedostateczna liczba personelu medycznego jest często wskazywana, obok kwestii finansowych, jako jeden z głównych problemów opieki zdrowotnej⁴⁰.

W polskim systemie opieki zdrowotnej zgodnie z ustawą z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (art. 5 pkt 13), lekarzem podstawowej opieki zdrowotnej mógł być tylko specjalista medycyny rodzinnej lub odbywający specjalizację w tej dziedzinie oraz specjalista II stopnia medycyny ogólnej. Przepis przejściowy dopuszczał pediatrę do pełnienia obowiązków lekarza podstawowej opieki zdrowotnej wtedy, gdy przed 1 stycznia 2007 r. przez okres nie krótszy niż

³⁸ „Informacja na temat opieki pediatrycznej i specjalistycznej nad dziećmi i młodzieżą. Stan zdrowia i opieki medycznej nad dziećmi i młodzieżą (w tym bilanse zdrowia, dostęp do specjalistów, opieka nad dziećmi o szczególnych potrzebach zdrowotnych np. przewlekle chorych” przygotowana na posiedzenie Komisji Zdrowia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej 13 marca 2014 r.

³⁹ *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r., op. cit.*

⁴⁰ Zgodnie z raportem OECD „Health at glance 2012” w Polsce liczba lekarzy na 1000 osób wynosiła 2,2, co było najniższym wskaźnikiem wśród wszystkich państw członkowskich UE, <http://www.oecd-ilibrary.org> [dostęp 21 stycznia 2014 r.].

W 2012 r. prawo wykonywania zawodu miało: 137 109 lekarzy; 38 848 lekarzy dentyistów; 285 339 pielęgniarek; 35 154 położnych; 29 869 farmaceutów i 11 799 diagnostów. Liczba pracujących w podmiotach (publiczne i niepubliczne zakłady opieki zdrowotnej oraz praktyki) objętych sprawozdawczością Ministerstwa Zdrowia wynosiła: 85 025 lekarzy; 12 491 lekarzy dentyistów; 211 628 pielęgniarek; 24 378 położnych; 26 843 farmaceutów i 10 595 diagnostów. Liczba lekarzy ze specjalizacją II stopnia i z tytułem specjalisty w 2012 r. wynosiła 58 408 (68,7% ogółu lekarzy). Wśród specjalistów sprawujących opiekę nad dziećmi było 3228 pediatrów, stomatologów dziecięcych 194 oraz specjalistów chorób wewnętrznych i medycyny rodzinnej – odpowiednio 7477 i 6509, [http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcd/gus/ZO_zdrowie_i_ochrona_zdrowia_w_2012\(1\).pdf](http://www.stat.gov.pl/cps/rde/xbcd/gus/ZO_zdrowie_i_ochrona_zdrowia_w_2012(1).pdf) [dostęp 21 stycznia 2014 r.].

5 lat udzielał świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej, ale ogranicza perspektywę tych działań do 31 grudnia 2017 r.

W efekcie rola lekarzy specjalistów pediatrii w opiece podstawowej była ograniczona i tym samym ograniczony był dostęp do tych specjalistów, co budziło liczne kontrowersje⁴¹. Opieka pediatryczna została jednak w ostatnim czasie przywrócona do opieki podstawowej. Stało się to za sprawą dzielącej środowisko lekarskie nowelizacji ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej⁴². Zgodnie z tą nowelizacją lekarzem podstawowej opieki medycznej mogą być nie tylko specjaliści medycyny rodzinnej, ale też pediatrzy i lekarze specjaliści chorób wewnętrznych.

Lekarze pozostałych specjalności koncentrujących się na opiece nad dziećmi i młodzieżą świadczą usługi w przychodniach specjalistycznych i w szpitalach, a takie umiejscowienie opieki nie budzi większych wątpliwości.

Z opracowań przedstawionych przez konsultantów krajowych w dziedzinach dotyczących dzieci, przygotowanych w 2009 r. w ramach programu Ministerstwa Zdrowia „Specjalizacje lekarskie w Polsce. Stan obecny, perspektywy rozwoju w latach 2010–2015”, wyłania się niepokojący obraz sytuacji⁴³. Wskazywane problemy to m.in. braki kadrowe, które w kolejnych latach wraz z odchodzeniem na emeryturę specjalistów mają się jeszcze pogłębiać, nierówności w dostępie do lekarzy specjalistów, a także problemy związane z kształceniem lekarzy specjalistów. Niedostatki dotyczyły m.in. pediatrii⁴⁴, chirurgii dziecięcej, psychiatrii dzieci i młodzieży⁴⁵. Po 2009 r.

⁴¹ W opinii konsultanta krajowego w zakresie pediatrii wiele hospitalizacji u dzieci można by uniknąć, gdyby funkcjonowały, jak w poprzednim modelu opieki, poradnie pediatryczno-konsultacyjne i gdyby rozbudowano system diagnostyki i leczenia w systemie hospitalizacji jednodniowej. Wyłączenie pediatrów z podstawowej opieki zdrowotnej sprawia, że lekarze ci sprawują opiekę profilaktyczną nad populacją wieku rozwojowego w ograniczonym stopniu. Co więcej, wyłączenie lekarzy pediatrów z podstawowej opieki zdrowotnej, zdaniem konsultanta, skutkuje małym zainteresowaniem lekarzy podejmowaniem specjalizacji w pediatrii.

⁴² Ustawa z 21 marca 2014 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw.

⁴³ *Specjalizacje lekarskie w Polsce. Stan obecny, perspektywy rozwoju w latach 2010–2015*, opracowanie przygotowane w ramach programu Ministerstwa Zdrowia w 2009 r., <http://www2.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=b2&ms=670&ml=pl&mi=670&mx=0&mt=&my=668&ma=017888> [dostęp 21 stycznia 2014 r.].

⁴⁴ *Opracowanie Ocena zasobów kadrowych oraz potrzeb w dziedzinie pediatrii* przygotowane przez prof. dr hab. n. med. Annę Dobrzańską, http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/31_pediatria_13072011.pdf [dostęp 21 stycznia 2014 r.].

⁴⁵ *Opracowanie Psychiatria dzieci i młodzieży* przygotowane przez prof. dr hab. n. med. Irenę Namysłowską, http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/34_psychiatria_13072011.pdf [dostęp 21 stycznia 2014 r.].

podejmowano działania zmierzające do poprawy sytuacji, w tym m.in. rozszerzanie listy specjalizacji priorytetowych, zmiany programu specjalizacji oraz skrócenie okresu kształcenia lekarzy. Brakuje jednak oceny skutków podjętych działań.

Obok lekarzy istotnym elementem systemu są pielęgniarki. W przypadku pielęgniarek podstawowym problemem systemu opieki zdrowotnej, który będzie narastał w kolejnych latach, jest, podobnie jak u lekarzy, stosunkowo mała liczba osób wykonujących ten zawód⁴⁶.

Ambulatoryjna opieka zdrowotna

Ambulatoryjna opieka zdrowotna oznacza udzielanie przez świadczeniodawców świadczeń opieki zdrowotnej osobom niewymagającym leczenia w warunkach całodobowych lub całodziennych (art. 5 ust. 1 u.o.ś.z.). Udzielanie tych świadczeń może odbywać się w pomieszczeniach przedsiębiorstwa, w tym w pojeździe przeznaczonym do udzielania tych świadczeń, lub w miejscu pobytu pacjenta.

W ramach świadczeń ambulatoryjnej opieki zdrowotnej można wyróżnić podstawową opiekę zdrowotną, tj. świadczenia zdrowotne profilaktyczne, diagnostyczne, lecznicze, rehabilitacyjne oraz pielęgnacyjne z zakresu medycyny ogólnej, rodzinnej i pediatrii (art. 5 ust. 27 u.o.ś.z.), a także specjalistyczną opiekę zdrowotną, tj. świadczenie opieki zdrowotnej we wszystkich dziedzinach medycyny z wyłączeniem świadczeń udzielanych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (art. 5 ust. 36 u.o.ś.z.).

Świadczenia ambulatoryjnej opieki zdrowotnej realizowane są przez przychodnie oraz praktyki lekarskie i stomatologiczne. W końcu roku 2012 w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej funkcjonowało ogółem 19 412 przychodni, 4960 praktyk stomatologicznych lekarskich oraz 1330 praktyk lekarskich realizujących świadczenia finansowane w ramach środków publicznych⁴⁷.

Ogółem w 2012 r. w ambulatoryjnej opiece zdrowotnej udzielono ponad 300 mln porad. Porady podstawowej opieki zdrowotnej udzielone dzieciom i młodzieży do lat 18 stanowiły średnio 23% wszystkich porad udzielonych w podstawowej opiece zdrowotnej⁴⁸ i odpowiadały udziałowi tej grupy w społeczeństwie. Ich udział w poszczególnych województwach zawierał

⁴⁶ W Polsce liczba pielęgniarek na 100 000 ludności wynosi 523,5 i jest jedną z niższych wśród państw członkowskich Unii Europejskiej, <http://appsso.eurostat.ec.europa.eu/nui/submitViewTableAction.do> [dostęp 21 stycznia 2014 r.].

⁴⁷ *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r., op. cit.*, s. 92.

⁴⁸ Z ogólnej liczby 154 328,3 tys. porad lekarskich udzielonych w podstawowej opiece zdrowotnej w miastach i na wsi łącznie z poradami udzielonymi w ramach prak-

się w przedziale od 20% w województwie pomorskim do 25% w zachodniopomorskim. W specjalistycznej opiece zdrowotnej porady dotyczące dzieci i młodzieży stanowiły średnio 14%⁴⁹, a więc mniej niż udział tej grupy w całej populacji. Odsetek tej grupy porad wynosił od 12% w województwie zachodniopomorskim do 16% w województwie warmińsko-mazurskim⁵⁰. W ramach opieki stomatologicznej blisko 1/3 porad stanowiły porady udzielone osobom niepełnoletnim⁵¹ i był to udział wyraźnie wyższy niż udział tej grupy w całej populacji (tabela 1).

Tabela 1. Struktura porad ambulatoryjnych według wieku pacjentów oraz struktura populacji w 2012 r. (w %)

| Wyszczególnienie | Ludność | Porady | | |
|------------------|---------|-------------------|---------------------------|-----------------|
| | | opieka podstawowa | specjalistyczne lekarskie | stomatologiczne |
| 0–18 lat | 19,7 | 22,9 | 13,7 | 29,3 |
| 19–64 | 66,3 | 48,0 | 62,0 | 57,4 |
| 65 + | 14,0 | 29,1 | 24,3 | 13,3 |
| Ogółem | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 |

Źródło: *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r.*, GUS, Warszawa 2013.

Zgodnie z informacjami przedstawionymi przez Ministerstwo Zdrowia w 2013 r. (dane z 11 miesięcy) w poradniach specjalistycznych dla dzieci i młodzieży udzielono 5 075 185 świadczeń w ramach umów na kwotę 309 636 320 zł. Najwięcej świadczeń udzielono w ramach chirurgii dziecięcej (950 720 świadczeń za 51 222 783 zł), alergologii dla dzieci (677 696 świadczeń za 34 814 355 zł), neurologii dziecięcej (435 555 świadczeń za 25 898 754 zł) i kardiologii dziecięcej (294 117 za 25 098 578 zł). Ponadto w poradniach dla dorosłych w ciągu 11 miesięcy 2013 r. wykonano 5 313 846 świadczeń dla 2 826 377 dzieci i młodzieży za kwotę 264 016 572 zł⁵². Tak duża liczba

tyk lekarskich przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej dzieciom i młodzieży do 18 lat udzielono 35 338,7 tys. porad w tym 317,9 tys. porad domowych (*ibidem*).

⁴⁹ Z ogólnej liczby 107 757 tys. porad w ramach specjalistycznej lekarskiej opieki zdrowotnej łącznie z poradami udzielonymi w ramach praktyk lekarskich w wybranych poradniach w miastach i na wsi dzieciom i młodzieży do lat 18 udzielono 14 772,6 tys. porad (*ibidem*).

⁵⁰ *Ibidem*, s. 99.

⁵¹ Z ogólnej liczby 33 224,3 tys. porad stomatologicznych udzielonych w 2012 r. dzieciom i młodzieży do 18. r.ż. udzielono 9717,1 tys. porad (*ibidem*).

⁵² Informacja na temat opieki pediatrycznej i specjalistycznej nad dziećmi i młodzieżą, *op. cit.*

świadczeń udzielonych dzieciom w poradniach dla dorosłych może świadczyć o niedostatkach placówek dla dzieci i jako taka jest niepokojąca.

Stacjonarna opieka zdrowotna

W Polsce na koniec 2012 r. funkcjonowało łącznie 913 szpitali ogólnych dysponujących 188,8 tys. łóżek, z których w ciągu roku skorzystało ok. 8 mln pacjentów. Liczba leczonych stacjonarnie dzieci i młodzieży (do 18. r.ż.) wyniosła ponad 1,4 mln. Udział dzieci w liczbie ogółem leczonych wyniósł 17,8%. Liczba dzieci objętych opieką różniła się pomiędzy oddziałami i była głównie związana ze specyfiką oddziałów (tabela 2).

W poszczególnych województwach młodzi pacjenci stanowili od 13,8% ogółu pacjentów w województwie świętokrzyskim do 21,0% w pomorskim⁵³.

Zgodnie z informacjami Ministerstwa Zdrowia w lecznictwie szpitalnym w ciągu 11 miesięcy 2013 r. zrealizowano 810 158 hospitalizacji na kwotę 1 991 009 510 zł. Najwięcej środków przeznaczono na realizację świadczeń w zakresie neonatologii (720 615 857 zł), pediatrii (516 851 481 zł) oraz chirurgii (181 776 100 zł)⁵⁴.

Wskaźnikiem opisującym działalność oddziałów jest m.in. liczba leczonych na oddziałach w odniesieniu do średniej liczby łóżek na oddziałach. Wskaźnik ten łącznie dla wszystkich rodzajów oddziałów wyniósł 44,6 osoby na jedno łóżko.

Z kolei liczba pacjentów przypadających na jedną osobę pracującą w oddziałach zajmujących się dziećmi wynosiła: chirurgia dziecięca (63,9), pediatria (43,7), neonatologia (41,1).

Jedną z form opieki stacjonarnej jest lecznictwo uzdrowiskowe. Na terenie kraju na koniec 2012 r. funkcjonowało łącznie 285 zakładów lecznictwa uzdrowiskowego. Wśród placówek lecznictwa uzdrowiskowego były 63 szpitale uzdrowiskowe (w tym 9 szpitali dziecięcych), 190 sanatoriów (w tym 5 sanatoriów dziecięcych), 19 przychodni uzdrowiskowych oraz 13 samodzielnych zakładów przyrodoleczniczych, obsługujących kompleksy uzdrowiskowe. Ponadto działało 85 zakładów przyrodoleczniczych funkcjonujących jako komórki szpitali uzdrowiskowych, przychodni uzdrowiskowych lub sanatoriów⁵⁵. Pacjent w szpitalu uzdrowiskowym przebywał średnio 19 dni. Natomiast leczenie dzieci było dłuższe i trwało średnio

⁵³ *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r., op. cit., s. 75.*

⁵⁴ Informacja na temat opieki pediatrycznej i specjalistycznej nad dziećmi i młodzieżą, *op. cit.*

⁵⁵ *Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r., op. cit., s. 86.*

Tabela 2. Działalność stacjonarna oddziałów w szpitalach ogólnych w 2012 r.

| Wyszczególnienie | Oddziały | Wykorzystanie łóżek | | | Leczeni (w tys.) | | |
|---------------------------------|----------|---------------------|------------------------|-------|------------------|------------------------|-------|
| | | ogółem | w tym dzieci do lat 18 | | ogółem | w tym dzieci do lat 18 | |
| Ogółem | 6 716 | 188 820 | 34 256 | 18,1 | 8 337,0 | 1 486,4 | 17,8 |
| Chirurgiczny dla dzieci | 80 | 2 111 | 2 110 | 100,0 | 135,9 | 135,5 | 99,7 |
| Chirurgiczny ogólny | 715 | 21 791 | 2 277 | 10,4 | 1 080,0 | 22,9 | 2,1 |
| Chirurgii szczękowo-twarzowej | 30 | 534 | 4 | 0,7 | 20,5 | 1,1 | 5,5 |
| Chirurgii urazowo-ortopedycznej | 387 | 10 975 | 829 | 7,6 | 459,0 | 45,3 | 9,9 |
| Chorób wewnętrznych | 624 | 26 494 | 590 | 2,2 | 1 153,9 | 32,0 | 2,8 |
| Chorób zakaźnych | 60 | 1 796 | 313 | 17,4 | 71,5 | 11,8 | 16,6 |
| Dermatologiczny | 76 | 1 818 | 116 | 6,4 | 57,8 | 3,4 | 5,9 |
| Endokrynologiczny | 57 | 1 407 | 318 | 22,6 | 87,9 | 26,4 | 30,0 |
| Gastrologiczny | 64 | 1 645 | 344 | 20,9 | 97,3 | 23,8 | 24,5 |
| Geriatryczny | 29 | 697 | - | - | 17,4 | 0,0 | 0,0 |
| Ginekologiczno-położniczy | 534 | 18 466 | 497 | 2,7 | 1 117,9 | 27,3 | 2,4 |
| Gruźlicy i chorób płuc | 198 | 8 319 | 807 | 9,7 | 239,6 | 21,4 | 8,9 |
| Hematologiczny | 40 | 1 372 | 162 | 11,8 | 74,7 | 8,5 | 11,4 |
| Intensywnej terapii | 474 | 3 356 | 501 | 14,9 | 94,4 | 11,1 | 11,8 |
| Kardiochirurgiczny | 43 | 1 176 | 113 | 9,6 | 40,1 | 3,7 | 9,3 |
| Kardiologiczny | 322 | 8 797 | 409 | 4,6 | 575,9 | 23,8 | 4,1 |
| Nefrologiczny | 95 | 2 004 | 298 | 14,9 | 94,5 | 24,2 | 25,6 |
| Neonatologiczny | 384 | 9 348 | 8 996 | 96,2 | 378,7 | 377,1 | 99,6 |
| Neurochirurgiczny | 80 | 2 001 | 126 | 6,3 | 74,7 | 6,2 | 8,3 |
| Neurologiczny | 291 | 7 956 | 486 | 6,1 | 309,7 | 23,6 | 7,6 |
| Obserwacyjno-zakaźny | 60 | 1 680 | 471 | 28,0 | 63,4 | 20,3 | 32,0 |
| Odwykowy | 46 | 1 314 | 23 | 1,8 | 17,9 | - | - |
| Okulistyczny | 170 | 3 303 | 352 | 10,7 | 235,0 | 19,9 | 8,4 |
| Onkologiczny | 156 | 5 157 | 356 | 6,9 | 333,2 | 19,7 | 5,9 |
| Otolaryngologiczny | 212 | 4 288 | 742 | 17,3 | 266,4 | 94,0 | 35,3 |
| Pediatryczny | 393 | 10 321 | 10 252 | 99,3 | 448,1 | 451,4 | 100,7 |
| Przewlekłe chorych | 58 | 940 | 40 | 4,3 | 14,9 | - | - |
| Psychiatryczny | 128 | 5 218 | 371 | 7,1 | 62,4 | 3,1 | 5,0 |
| Rehabilitacyjny | 520 | 16 889 | 2134 | 12,6 | 219,9 | 27,7 | 12,6 |
| Reumatologiczny | 85 | 2 414 | 103 | 4,3 | 71,7 | 3,2 | 4,5 |
| Toksykologiczny | 10 | 229 | - | - | 10,9 | 0,5 | 4,7 |
| Transplantologiczny | 21 | 467 | 13 | 2,8 | 20,4 | 0,3 | 1,4 |
| Urologiczny | 160 | 3 642 | 68 | 1,9 | 259,4 | 7,1 | 2,7 |
| Ratunkowy | 98 | 641 | 35 | 5,5 | 111,1 | 10,1 | 9,1 |
| Inne | 16 | 254 | - | - | 21,1 | 0,1 | 0,5 |

Źródło: jak pod tabelą 1.

24 dni⁵⁶. Powszechną formą opieki lecznictwa uzdrowiskowego są sanatoria uzdrowiskowe, które na koniec 2012 r. dysponowały 30,7 tys. łóżek (stan na 31 grudnia 2012 r.). Średni pobyt w sanatorium trwał 16,6 dnia, a w przypadku pobytu dzieci nieco dłużej – 17 dni⁵⁷.

Dzieci i młodzież były adresatami świadczeń z zakresu rehabilitacji leczniczej, świadczeń pielęgnacyjnych i opiekuńczych oraz opieki paliatywnej i hospicyjnej. W 2013 r. wydatki na te cele wyniosły odpowiednio: 2 049 149 653 zł; 1 063 445 529 zł oraz 352 197 282 zł⁵⁸.

Dzieci i młodzież objęte są programami polityki zdrowotnej. Wśród tych programów można wymienić m.in.: „Program kompleksowej diagnostyki i terapii wewnątrzmacicznej w profilaktyce następstw i powikłań wad rozwojowych i chorób płodu” – jako element poprawy stanu zdrowia płodów i noworodków na lata 2009–2013; „Program badań przesiewowych noworodków w Polsce”; „Narodowy program wyrównywania dostępności do profilaktyki i leczenia chorób układu sercowo-naczyniowego POLKARD”; „Narodowy program zwalczania chorób nowotworowych”.

Profilaktyczna opieka zdrowotna

Profilaktyczna opieka zdrowotna oznacza udzielanie świadczeń, których celem jest zapobieganie powstawaniu schorzeń i eliminowanie ich przyczyn. W tym pojęciu mieści się m.in. wykonywanie diagnostyki, badań kontrolnych, szczepień czy też zabiegów przeciwdziałających rozwojowi stanów chorobowych.

W profilaktyce wyróżnić można następujące fazy: profilaktyka wczesna – utrwalanie prawidłowych wzorców zdrowego stylu życia; profilaktyka pierwotna – zapobieganie chorobom poprzez kontrolowanie czynników ryzyka; profilaktyka wtórna – zapobieganie konsekwencjom choroby poprzez jej wczesne wykrycie i leczenie (przesiewowe badanie skriningowe); profilaktyka trzeciorzędowa – zahamowanie postępu choroby oraz ograniczenie powikłań.

Pierwsze dwie dekady życia człowieka charakteryzują się dynamicznym tempem wzrastania, w przebiegu którego u znacznego odsetka dzieci i młodzieży ujawniają się lub pogłębiają różnorodne zaburzenia rozwoju i zdrowia. W okresie tym kształtują się także zachowania zdrowotne i umiejętno-

⁵⁶ *Ibidem*, s. 90.

⁵⁷ *Ibidem*.

⁵⁸ Informacja na temat opieki pediatrycznej i specjalistycznej nad dziećmi i młodzieżą, *op. cit.*

ści, z którymi młodzi ludzie wkraczają w dorosłość, a które w największym stopniu warunkują zdrowie ludzi w dalszych latach życia i trudno poddają się zmianom. Z tego powodu w opinii Komitetu Rozwoju Człowieka Polskiej Akademii Nauk populacja w wieku szkolnym, obok zapewnienia odpowiednich warunków życia i oddziaływań wychowawczych (w tym edukacji zdrowotnej), wymaga zapewnienia profilaktycznej opieki zdrowotnej⁵⁹.

Jedną z najważniejszych ról w systemie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami pełni obecnie pielęgniarka albo higienistka szkolna, gdyż sprawują one profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami zawsze bezpośrednio w środowisku szkolnym – w znajdującym się na terenie szkoły gabinecie profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej. Gdy na terenie szkoły nie ma takiego gabinetu, to w użyczonych do tego celu przez dyrektora szkoły pomieszczeniach lub w przychodni czy też ośrodku zdrowia. Do pielęgniarki lub higienistki szkolnej należy przede wszystkim prowadzenie dokumentacji medycznej uczniów przez okres pobierania przez nich nauki w szkole, z wyjątkiem dokumentacji profilaktycznej opieki stomatologicznej, którą przechowuje lekarz dentysta. Lekarze i lekarze dentyści sprawują profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami w miejscu określonym w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej. Na osoby sprawujące profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami nałożono obowiązek współpracy z lekarzami i lekarzami dentydami, organami szkoły, rodzicami (opiekunami prawnymi lub faktycznymi) ucznia, a także z organizacjami i instytucjami działającymi na rzecz dzieci i młodzieży. W prawie nie zostały jednak określone formy ani zasady tej współpracy. Dotyczy to również liczby uczniów, jaka może przypadać na jedną pielęgniarkę czy higienistkę szkolną. Przewidziano jedynie, że przy ustalaniu liczby uczniów objętych profilaktyczną opieką zdrowotną przez jedną pielęgniarkę (higienistkę szkolną, położną) należy brać pod uwagę typ szkoły, a w przypadku szkół, do których uczęszczają niepełnosprawni – ich liczbę i stopień niepełnosprawności. Umowy o świadczenie usług profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami zawiera z odpowiednimi świadczeniodawcami (prowadzącymi indywidualną lub grupową praktykę: lekarzami, lekarzami dentydami, pielęgniarkami, a także higienistkami bądź zakładami opieki zdrowotnej) Narodowy Fundusz Zdrowia⁶⁰.

⁵⁹ Stanowisko Komitetu Rozwoju Człowieka Polskiej Akademii Nauk, *Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami i działania niezbędne dla poprawy jej jakości*, <http://www.krc.pan.pl/index.php/aktualnoci-i-wydarzenia/72-profilaktyczna-opieka-zdrowotna-nad-uczniami-i-dziaania-niezbndne-dla-poprawy-jej-jakoci?showall=1> [dostęp 21 stycznia 2014 r.].

⁶⁰ M. Pilich, *Komentarz do art. 92 ustawy o systemie oświaty, stan prawny 1 września 2013 r.*, LEX.

Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami sprawowana przez pielęgniarki albo higienistki szkolne obejmuje w szczególności⁶¹:

- wykonywanie i interpretowanie testów przesiewowych w poszczególnych grupach wiekowych,
- kierowanie postępowaniem poprzewiewowym oraz sprawowanie opieki pielęgniarskiej nad uczniami objętymi tym postępowaniem,
- organizowanie profilaktycznych badań lekarskich,
- prowadzenie grupowej profilaktyki fluorkowej,
- udzielanie pomocy przedlekarskiej w przypadku nagłych zachorowań, urazów i zatruć,
- prowadzenie edukacji zdrowotnej uczniów i ich rodziców, opiekunów prawnych lub faktycznych,
- doradztwo dyrektorom szkół w sprawie warunków bezpieczeństwa uczniów, organizacji posiłków i warunków sanitarnych w szkole⁶².

Działania profilaktyczne w świetle badań i danych statystycznych

W „Europejskim ankietowym badaniu zdrowia” przeprowadzonym w 2009 r.⁶³ pytania dotyczyły podstawowych działań profilaktycznych, które obejmowały liczne zabiegi i badania, m.in. szczepienie przeciwko grypie i wirusowemu zapaleniu wątroby (WZW typu B), pomiar poziomu cukru i cholesterolu we krwi wykonany w laboratorium analitycznym oraz pomiar ciśnienia krwi wykonany przez lekarza lub pielęgniarkę. Pytania zadawano osobom w wieku 15 lat i więcej.

Wyniki badania należy uznać za niepokojące. Wśród wykonywanych badań tylko niecałe 2/3 respondentów deklarowano mierzenie ciśnienia krwi. Zaledwie co piąta osoba szczepiła się przeciwko grypie, a co dziesiąta poddała się badaniu cukru we krwi. Co czwarta osoba szczepiła się przeciwko wirusowemu zapaleniu wątroby typu B. Kobiety częściej niż mężczyźni poddawały się tym zabiegom, różnice były jednak stosunkowo niewielkie. Znacznie większe różnice występowały ze względu na miejsce

⁶¹ Szczegółowy zakres profilaktycznych świadczeń zdrowotnych udzielanych dzieciom i młodzieży określa rozporządzenie Ministra Zdrowia z 24 września 2013 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, Dz.U. poz. 1248.

⁶² <http://www.nfz-olsztyn.pl/index.php?md=ar&par=3173>; http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/zal4_pop_27102010.pdf [dostęp 21 stycznia 2014 r.].

⁶³ [http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Glossary:European_health_interview_survey_\(EHIS\)](http://epp.eurostat.ec.europa.eu/statistics_explained/index.php/Glossary:European_health_interview_survey_(EHIS)) [dostęp 21 stycznia 2014 r.].

zamieszkania – wyraźnie częściej wykonywanie tych zabiegów deklarowali mieszkańcy miast niż wsi (tabela 3).

Tabela 3. Młodzież w wieku 15–19 lat według wykonywania kiedykolwiek wybranych szczepień i badań profilaktycznych w 2009 r. (w %)

| Ogółem | Płeć | | Miejsce zamieszkania | |
|----------------------------------|-----------|---------|----------------------|------|
| | mężczyźni | kobiety | miasto | wieś |
| szczepienie przeciwko WZW typu B | | | | |
| 25,5 | 25,5 | 25,4 | 31,9 | 17,5 |
| szczepienia przeciwko grypie | | | | |
| 17,2 | 17,5 | 17,0 | 19,2 | 14,8 |
| pomiar ciśnienia krwi | | | | |
| 63,5 | 63,1 | 63,9 | 66,7 | 59,4 |
| poziom cukru we krwi | | | | |
| 9,5 | 8,7 | 10,5 | 10,9 | 7,9 |

Źródło: *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 r.*, GUS, Kraków 2011.

Zgodnie z danymi Narodowego Funduszu Zdrowia w 2012 r. świadczenia pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania realizowało 3369 świadczeniodawców, zatrudniających 7990 pielęgniarek i higienistek szkolnych. Świadczenia realizowano w 11 798 miejscach, obejmując profilaktyczną opieką zdrowotną 4 914 760 uczniów. Średnia liczba świadczeniobiorców przypadających na jedno miejsce udzielania świadczeń wynosiła 417 i wahała się między 233 w województwie opolskim a 1109 w województwie pomorskim. Średnia liczba uczniów przypadająca na jedną pielęgniarkę lub higienistkę szkolną wynosiła 615 i wahała się od 413 w województwie lubelskim do 860 w województwie podkarpackim (tabela 4). Występowanie tak dużych różnic między województwami należy uznać za niepokojące.

Nakłady Narodowego Funduszu Zdrowia na świadczenia pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania w 2012 r. wyniosły 265 078 859 zł. Świadczeniodawcy (pielęgniarki albo higienistki szkolne) zrealizowali świadczenia opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w liczbie: 5 374 846 testów przesiewowych w rocznikach określonych dla bilansów zdrowia i 1 988 355 badań przesiewowych w pozostałych rocznikach (liczba uczniów, u których wykonano badania przesiewowe wyniosła 1 715 773); 6 603 527 innych świadczeń profilaktycznych, 4 179 658 świadczeń pomocy doraźnej; 504 403 świadczeń leczniczych i zabiegów wykonanych u 13 626 uczniów z chorobami przewlekłymi, na podstawie zleceń lekarskich. W 2012 r. grupową profilaktyką fluorkową objęto 2 276 744 uczniów szkół

Tabela 4. Umowy NFZ w zakresie świadczenia pielęgniarki szkolnej w 2012 r.

| Oddział Wojewódzki NFZ | Liczba umów zawartych na 2012 r. = liczba podmiotów | Liczba miejsc udzielania świadczeń | Średnia liczba świadczeniobiorców na 1 miejsce udzielania świadczeń | Liczba pielęgniarek/higienistek szkolnych udzielających świadczeń | Liczba uczniów objętych opieką | Średnia liczba świadczeniobiorców na 1 pielęgniarkę/higienistkę szkolną zgłoszoną przez świadczeniodawcę do realizacji umowy |
|------------------------|---|------------------------------------|---|---|--------------------------------|--|
| Dolnośląski | 259 | 797 | 420 | 521 | 334 577 | 642 |
| Kujawsko-Pomorski | 241 | 468 | 614 | 450 | 287 407 | 639 |
| Lubelski | 267 | 579 | 519 | 727 | 300 364 | 413 |
| Lubuski | 143 | 461 | 288 | 205 | 132 785 | 648 |
| Łódzki | 231 | 632 | 481 | 494 | 304 148 | 616 |
| Maiopolski | 308 | 861 | 540 | 744 | 465 308 | 625 |
| Mazowiecki | 386 | 1 321 | 484 | 1 227 | 639 638 | 521 |
| Opolski | 72 | 503 | 233 | 198 | 117 150 | 592 |
| Podkarpacki | 199 | 407 | 763 | 361 | 310 391 | 860 |
| Podlaski | 104 | 338 | 320 | 261 | 108 152 | 414 |
| Pomorski | 174 | 283 | 1 109 | 459 | 313 916 | 684 |
| Śląski | 244 | 1 817 | 295 | 780 | 535 533 | 687 |
| Świętokrzyski | 139 | 391 | 433 | 304 | 169 490 | 558 |
| Warmińsko-Mazurski | 146 | 554 | 361 | 293 | 200 137 | 683 |
| Wielkopolski | 354 | 1 829 | 262 | 673 | 479 290 | 712 |
| Zachodniopomorski | 102 | 557 | 389 | 293 | 216 474 | 739 |
| Razem | 3 369 | 11 798 | 417 | 7 990 | 4 914 760 | 615 |

Źródło: dane z Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrala Narodowego Funduszu Zdrowia.

podstawowych⁶⁴. Liczba świadczeniodawców, którzy złożyli sprawozdania z wykonanych świadczeń, wyniosła 3376, a liczba uczniów na listach tych świadczeniodawców wyniosła 4 703 506.

Trzeba zwrócić uwagę, że zgodnie z nowoczesnymi założeniami promocji zdrowia oraz strategii WHO „Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku”, zdrowie uczniów zależy od wielu czynników pozamedycznych, w tym zwłaszcza: statusu ekonomiczno-społecznego rodziny, wsparcia społecznego, środowiska fizycznego i społecznego w szkole oraz miejsca zamieszkania. W ochronie i promocji zdrowia uczniów powinni uczestniczyć zarówno pracownicy medyczni i szkoła, jak też sami uczniowie i ich rodzice⁶⁵. Jednak kluczowa wydaje się być działalność władz, które są odpowiedzialne za prowadzenie polityki zdrowotnej.

Oceny systemu opieki zdrowotnej w Polsce

Ocena systemu ochrony zdrowia według Światowej Organizacji Zdrowia powinna składać się z trzech elementów:

- oceny ogólnego stanu zdrowia w populacji oraz stanu zdrowia w zależności od czynników demograficznych, geograficznych, społecznych i innych (rozkład zmiennych opisujących stan zdrowia w populacji),
- oceny ogólnego poziomu spełnienia przez system oczekiwań pozamedycznych oraz oceny poziomu spełnienia przez system oczekiwań pozamedycznych w zależności od różnych czynników (rozkład w populacji),
- oceny sposobu rozdzielania środków finansowych⁶⁶.

Wśród wskaźników służących do oceny systemu opieki zdrowotnej można wymienić m.in. liczbę zgonów noworodków, wielkość populacji objętej szczepieniami, częstość występowania takich problemów, jak próchnica zębów, a także równość w dostępie do opieki zdrowotnej. Trzeba mieć na uwadze, że wybór wskaźników może decydować o ogólnej ocenie funkcjonowania systemu ochrony zdrowia.

⁶⁴ Dane z Departamentu Świadczeń Opieki Zdrowotnej Centrali Narodowego Funduszu Zdrowia.

⁶⁵ Stanowisko Komitetu Rozwoju Człowieka Polskiej Akademii Nauk, *Profilaktyczna opieka*, op. cit.

⁶⁶ *The World Health Report 2000. Health Systems: Improving Performance*, Geneva, World Health Organization, 2000, [za:] L. Gromulska, M.J. Wysocki, *Metody oceny systemów ochrony zdrowia*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2010, nr 64, s. 413–420.

W ocenie WHO do osiągnięć polskiego systemu opieki zdrowotnej należy zaliczyć dokonania w zakresie położnictwa oraz opieki nad matką i dzieckiem. Wprowadzie wskaźnik umieralności niemowląt w Polsce na 1000 urodzeń żywych w 2012 r. wynosił 4,64⁶⁷ i był ciągle wysoki na tle europejskich krajów OECD, to warto zauważyć, że nastąpił radykalny postęp w porównaniu z rokiem 1989. Mocna strona polskiego systemu ochrony zdrowia w odniesieniu do populacji dzieci, to bardzo wysokie współczynniki szczepień ochronnych (98–99%), przeciwko odrze, błonicy, krztuścowi i tężcowi, wirusowemu zapaleniu wątroby typu B, itd.⁶⁸, co plasuje Polskę na szczycie rankingów WHO i OECD⁶⁹ i jest również odnotowane w ocenie Health Consumer Powerhouse⁷⁰.

Stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce najpełniej prezentują wyniki „Europejskiego ankietowego badania zdrowia” z roku 2009⁷¹.

Zgodnie z wynikami tych badań subiektywna ocena stanu zdrowia dzieci do lat 14 jest stosunkowo dobra (bardzo dobra – 47,9%; dobra – 44,3%; ani dobra, ani zła – 6,4% oraz zła i bardzo zła – 1,4%). Również pozytywną ocenę stanu zdrowia uzyskano od dzieci w wieku od 15. do 19. r.ż. (jako bardzo dobry oceniło swój stan 48,9%; dobry – 42,0%; ani dobry ani zły – 7,9% oraz zły – 1% i bardzo zły – 0,1%).

Subiektywna ocena stanu zdrowia nie była jednak tożsama z faktycznym stanem zdrowia. Długotrwałe problemy zdrowotne dotyczyły 15,6% dzieci do 14. r.ż. (16,3% w 2004 r.) oraz 20,5% dzieci od 15. do 19. r.ż. (14,8%). W 2009 r. ponad ¼ (27,1%) dzieci do 14. r.ż. i blisko 23% dzieci w wieku od 15 do 19 lat chorowała przewlekle w ciągu ostatniego roku od przeprowadzenia badania⁷². Niepełnosprawnością według kryterium zastosowanego w Narodowym Spisie Powszechnym dotknięte było 3,1% dzieci do 14. r.ż. oraz 4,2% dzieci od 15. do 19. r.ż. (8% według kryterium UE).

⁶⁷ „Baza Demografia GUS”, <http://demografia.stat.gov.pl/bazademografia/Tables.aspx> [dostęp 12 lutego 2014 r.].

⁶⁸ <http://szczepienia.pzh.gov.pl/main.php?p=3&id=91&sz=346&to=> [dostęp 17 stycznia 2014 r.].

⁶⁹ *Polska: Zarys systemu ochrony zdrowia*, S. Golinowska (red.), Światowa Organizacja Zdrowia Warszawa 2012, s. 196.

⁷⁰ *Euro Health Consumer Index 2013 report*, Health Consumer Powerhouse 2013, <http://www.healthpowerhouse.com/files/ehci-2013/ehci-2013-report.pdf> [dostęp 17 stycznia 2014 r.].

⁷¹ *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 r., op. cit.*

⁷² Choroby przewlekle stwierdzone przez lekarza i występujące w ciągu 12 miesięcy poprzedzających badanie w 2009 r. wśród dzieci do 14. r.ż. to m.in. alergia (16%), choroby oka (4,2%), astma (2,8%), choroby kręgosłupa (1,5%). Natomiast w przypadku dzieci od 15. do 19. r.ż., to m.in.: alergia (10,5%), astma (3,7%), bóle pleców (1,7%), przewlekle zapalenie oskrzeli (1,2%), nadciśnienie tętnicze (0,5%).

Wyniki badania wskazują, że stan zdrowia dzieci i młodzieży w Polsce pozostawia wiele do życzenia. Na złą sytuację zwracało uwagę również środowisko lekarskie. Polskie Towarzystwo Pediatryczne alarmowało, że zaledwie trójka na setkę dzieci w wieku szkolnym była całkowicie zdrowa. Wśród uczniów nagminnie występowały wady postawy, zgryzu, próchnica, kłopoty ze wzrokiem, słuchem i alergię. Coraz większym problemem stawała się otyłość⁷³.

Co więcej, zgodnie z informacjami przekazanymi przez media z danymi z IV Konferencji Federacji Specjalistycznych Towarzystw Pediatrycznych, która odbyła się w 2009 r., jedna trzecia dzieci w wieku 2–3 lata oraz połowa dzieci w wieku szkolnym nie była w ogóle badana. W efekcie wykrywanie schorzeń przewlekłych było opóźnione. Zwracano również uwagę, że kalendarz szczepień ze względu na ograniczenia finansowe w porównaniu z innymi krajami był niekorzystny⁷⁴. Obecny stan rzeczy jest trudny do określenia, jednak nie sposób oczekiwać, że w ciągu kilku ostatnich lat sytuacja uległa radykalnej zmianie.

Z raportu opracowanego na zlecenie Ministra Zdrowia przez Instytut Matki i Dziecka w Warszawie wynika, że w roku szkolnym 2009/2010 profilaktyczną opieką zdrowotną zostało objętych w Polsce ponad 5 mln uczniów szkół wszystkich typów (99% uczniów)⁷⁵. W roku szkolnym 2011/2012 zgodnie z informacją przedstawioną przez Ministerstwo Zdrowia opieką profilaktyczną objęto niemal wszystkich uczniów, co ciekawe, jednocześnie stwierdzono, że najgorsza sytuacja w tym zakresie jest obserwowana w szkołach zawodowych oraz wiejskich⁷⁶.

Na podstawie tej informacji można przyjąć, że profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą stoi na względnie wysokim poziomie. Ta pozytywna ocena ogólna nie znajduje odzwierciedlenia w raportach szczegółowych. Dla przykładu zgodnie z raportem przygotowanym przez Wydział Polityki Społecznej Oddział Nadzoru w Ochronie Zdrowia Podkarpackiego Urzędu Wojewódzkiego w Rzeszowie, dotyczącym opieki

⁷³ <http://medicus.lublin.pl/index.php?pid=545> [dostęp 17 stycznia 2014 r.].

⁷⁴ http://www.przewodnik-katolicki.pl/nr/horyzonty/alarm_dla_pediatrii.html; <http://wiadomosci.onet.pl/prasa/alarm-dla-pediatrii/3zmk0> [dostęp 17 stycznia 2014 r.].

⁷⁵ Odpowiedź sekretarza stanu w Ministerstwie Pracy i Polityki Społecznej – z upoważnienia Prezesa Rady Ministrów – na interpelację nr 3616 w sprawie efektów pracy Biura Pełnomocnika Prezesa Rady Ministrów do spraw Przeciwdziałania Wykluczeniu Społecznemu kierowanego przez Bartosza Arłukowicza oraz Stanowisko Rady Ministrów wobec poselskiego projektu ustawy o zmianie ustawy o systemie oświaty oraz ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (druk sejmowy nr 4260/VII kad.).

⁷⁶ Informacja na temat opieki pediatrycznej i specjalistycznej nad dziećmi i młodzieżą. Stan zdrowia, *op. cit.*

profilaktycznej nad dziećmi i młodzieżą w szkole, który został sporządzony na podstawie sprawozdań z realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej⁷⁷ nad uczniami za rok szkolny 2011/2012⁷⁸, gabinety profilaktyki zdrowotnej znajdowały się w ok. 93,5% szkół w miastach i 45,5% szkół na terenie wiejskim województwa podkarpackiego. W pozostałych szkołach opieka sprawowana była w innych pomieszczeniach szkoły lub w placówce lekarza podstawowej opieki zdrowotnej. W ocenie autorów raportu niepokój budził utrudniony dostęp do opieki pielęgniarstwa na terenie szkół na wsi. Autorzy zakładają, że w małych szkołach wiejskich, niemających gabinetów, pielęgniarki obecne są jedynie „zadaniowo”, czyli przychodzą, gdy trzeba np. przeprowadzić fluoryzację. Ponadto pielęgniarki szkolne mają na wsi pod opieką kilka szkół z małą liczbą uczniów, znajdujących się nie raz w znacznej odległości od siebie. Sytuacja ta powoduje, że ich obecność w każdej z tych placówek jest niewystarczająca dla zapewnienia właściwej opieki nad dziećmi. Edukacja zdrowotna, a także świadczenia dla uczniów z problemami zdrowotnymi, z chorobami przewlekłymi, niepełnosprawnością nie są zazwyczaj realizowane w szkołach, w których nie ma gabinetu, a także przy zbyt krótkiej obecności pielęgniarki w szkole. Według autorów raportu sytuacja taka prowadzi do narastania nierówności w dostępie do profilaktycznej opieki zdrowotnej między uczniami szkół w mieście i na wsi. Dla przykładu podają, że w roku szkolnym 2011/2012 w województwie podkarpackim: fluoryzację zębów objętych było 91% uczniów w szkołach podstawowych w mieście i 84% uczniów w szkołach podstawowych na wsi; edukacją zdrowotną objęto 78% uczniów w szkołach w mieście i 49% uczniów w szkołach na wsi; do opieki czynnej zakwalifikowano ok. 24% uczniów w mieście i tylko 8% na wsi. Jednocześnie autorzy raportu odnotowują, że testy przesiewowe do wykrywania zaburzeń w stanie zdrowia uczniów wykonano u ok. 99% uczniów w szkołach podstawowych zarówno w mieście, jak i na wsi. Zaznaczają jednak, że tak wysoki odsetek uczniów zbadanych przez pielęgniarki szkolne w programie testów przesiewowych we wszystkich typach szkół w mieście i na wsi nie jest zależny od funkcjonowania w szkole gabinetu profilaktyki. Zwracają uwagę, że profilaktyczna opieka zdrowotna realizowana przez pielęgniarki szkolne to nie tylko testy przesiewowe, ale także wiele innych ważnych zadań dokładnie

⁷⁷ MZ-06 – sprawozdanie o realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami w szkołach, http://www.csioz.gov.pl/src/files/mz/MZ-06_2013.pdf [dostęp 20 stycznia 2014 r.].

⁷⁸ Opieka profilaktyczna nad dziećmi i młodzieżą w szkole (w świetle sprawozdań z realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami – MZ-06 za rok szkolny 2011/1012), http://pczp.rzeszow.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=258&Itemid=139 [dostęp 20 stycznia 2014 r.].

wymienionych w przepisach. Te zadania powinny być obligatoryjnie wykonane w trakcie pobytu ucznia w szkole. Muszą się odbywać w gabinecie medycznym, a pielęgniarka musi poświęcić na nie odpowiedni czas pracy. Szczególnie jest to zasadne w przypadku uczniów z problemami zdrowotnymi, którzy zakwalifikowani są do opieki czynnej. Wymowny jest fakt, że na wsi takich uczniów jest aż o 16 pkt proc. mniej niż w mieście.

Na podstawie uzyskanych sprawozdań Oddział Nadzoru w Ochronie Zdrowia Podkarpackiego Urzędu Wojewódzkiego w Rzeszowie stwierdził brak należytej opieki stomatologicznej w szkołach. Profilaktyka fluorkowa (nadzorowane szczotkowanie zębów) u uczniów szkół podstawowych jest jedynym działaniem wykonywanym przez pielęgniarki szkolne. Brakuje informacji o realizowaniu profilaktycznej opieki stomatologicznej nad uczniami. Tylko pojedyncze placówki miały jeszcze w szkole gabinet stomatologiczny (na ogół dostępny także dla innych pacjentów), gdzie m.in. wykonywane są przeglądy stomatologiczne u uczniów. W opinii podkarpackiego Oddziału Nadzoru w Ochronie Zdrowia zła sytuacja w zakresie profilaktyki w szkołach wiejskich wymaga podjęcia przez samorządy systemowych działań. Problemem jest zarówno brak gabinetów w szkołach, jak i zbyt duża liczba uczniów, nad którymi sprawuje opiekę pielęgniarka szkolna. Średnia liczba uczniów przypadająca na jedną pielęgniarkę szkolną dla wszystkich typów szkół (bez szkół specjalnych) wynosiła: na wsi ok. 826 osób, w mieście ok. 806 osób. Pielęgniarka, by wywiązać się z kontraktu zawartego z NFZ, musiała objąć opieką co najmniej kilka szkół. Skutkiem tego była rzadka jej obecność w tych szkołach. Przekłada się to na jakość sprawowanej opieki. Widoczne jest to szczególnie w realizacji zadań z zakresu edukacji zdrowotnej (jak już stwierdzono wyżej, tylko 49% uczniów szkół wiejskich jest nią objęta). W tej sytuacji niezbędne wydaje się większe zaangażowanie pielęgniarek szkolnych w realizację programów profilaktyki zdrowotnej oraz współpraca z nauczycielami w tym zakresie. W opinii urzędu w poprawie profilaktyki zdrowotnej w szkołach dużą rolę mogą odegrać samorządy terytorialne jako organy prowadzące szkoły. Uregulowania wymaga sprawa tworzenia we wszystkich szkołach gabinetów profilaktycznych oraz doprecyzowania, który podmiot ponosi koszty utrzymania tych gabinetów.

Organizacja pielęgniarek potwierdza opinię na temat występowania wielu problemów związanych z opieką nad dziećmi i młodzieżą w szkole, w tym m.in. obejmowanie opieką jednej pielęgniarki kilku szkół i w efekcie niemożność zapewnienia opieki profilaktycznej na odpowiednim poziomie⁷⁹.

⁷⁹ M. Wojciechowska, M. Piejak, *Problemy w realizacji świadczeń pielęgniarki szkolnej w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej udzielanej w środowisku nauczania i wy-*

Niepokojące wnioski na temat stanu opieki zdrowotnej nad dziećmi w zakresie opieki stomatologicznej płyną z kontroli „Dostępność i finansowanie opieki stomatologicznej ze środków publicznych” przeprowadzonej przez Najwyższą Izbę Kontroli (NIK)⁸⁰. Izba zwróciła uwagę na to, że mimo przeznaczania znacznych środków na usługi stomatologiczne⁸¹, stan zdrowia jamy ustnej Polaków odbiega od standardów europejskich, a szczególne zaniepokojenie wzbudziła sytuacja osób do lat 18⁸². Zwłaszcza że schorzenia i powikłania schorzeń jamy ustnej mogą wywołać bardzo poważne skutki zdrowotne i choroby ogólnoustrojowe. W ocenie NIK istotny wpływ na tę sytuację miały niewystarczające działania w zakresie edukacji prozdrowotnej i profilaktyki, a w szczególności brak odpowiednich programów profilaktyki próchnicy zębów i chorób przyzębia koordynowanych na szczeblu krajowym. NIK negatywnie oceniła również niezapewnienie przez organy administracji publicznej równego dostępu do świadczeń stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych. Znaczne ograniczenie zakresu świadczeń stomatologicznych, w ramach ubezpieczenia zdrowotnego, nie sprzyjało poprawie stanu zdrowia jamy ustnej Polaków. NIK zwróciła uwagę, że w 2011 r. zaledwie ok. 22% uprawnionych do świadczeń stomatologicznych skorzystało z nich w ramach ubezpieczenia zdrowotnego. W ocenie NIK działania podejmowane przez Ministra Zdrowia na rzecz edukacji prozdrowotnej i profilaktyki chorób jamy ustnej, zwłaszcza próchnicy zębów u dzieci i młodzieży, były niesku-

chowania, Krajowe Stowarzyszenie Pielęgniarek Medycyny Szkolnej, Szczecin 2012, <http://www.kspms.org/materialy2012/Opracowanie.pdf> [dostęp 12 lutego 2014 r.].

⁸⁰ *Informacja o wynikach kontroli dostępności i finansowania opieki stomatologicznej ze środków publicznych*, Najwyższa Izba Kontroli, KZD-4101-04/2012, <http://www.nik.gov.pl/plik/id,5280,vp,6841.pdf> [dostęp 4 lutego 2014 r.].

⁸¹ Wartość całego rynku usług dentystycznych w Polsce osiągnęła w 2010 r. 7,1 mld zł, w tym ok. 24% stanowiły świadczenia sfinansowane ze środków publicznych, *Informacja o wynikach kontroli dostępności i finansowania opieki stomatologicznej, op. cit.*

⁸² Badania pięcioletnich dzieci, przeprowadzone w 2011 r., wykazały, iż zaledwie 20,1% z nich było wolnych od próchnicy, a odsetek ten w przypadku dzieci 15-letnich wyniósł zaledwie 8,2%, *ibidem*. W 2012 r. odsetek dzieci 6-letnich wolnych od próchnicy ogółem wyniósł 14,4%. Występowały duże różnice w poszczególnych województwach – od 8,1% dolnośląskie do 18,7% mazowieckie, http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/6lat_wynikbad_20130426.pdf. W przypadku dzieci 12-letnich odsetek wolnych od próchnicy wyniósł 20,4%. (14,9% podkarpackie do 31,6 lubuskie), http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/3_12lat_stomatol_20130418.pdf. W przypadku osób w wieku 18 lat odsetek wolnych od próchnicy wyniósł 3,9%. (dolnośląskie 1,6%, lubuskie 10,3%), http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/4_18lat_stomatol_20130418.pdf [dostęp 12 lutego 2014 r.].

teczne⁸³, a likwidacja gabinetów dentystycznych w szkołach spowodowała przerzucenie na rodziców całej odpowiedzialności za stan zdrowia jamy ustnej dzieci. Według NIK Minister Zdrowia mimo niekorzystnej sytuacji epidemiologicznej nie dokonywał oceny dostępności świadczeń stomatologicznych w konsultacji z samorządami wojewódzkimi, a większość kontrolowanych organów samorządu terytorialnego w znikomym stopniu angażowała się w tworzenie warunków dla prawidłowego funkcjonowania opieki stomatologicznej. Z kolei NFZ nie udało się zapewnić podobnej dostępności świadczeń stomatologicznych w poszczególnych województwach. Działaniom tym nie sprzyjało nierównomierne rozmieszczenie świadczeniodawców, gotowych podpisać z Funduszem umowę o udzielenie świadczeń stomatologicznych.

Negatywna ocena działań w zakresie opieki stomatologicznej znajduje potwierdzenie w innych źródłach. W ocenie ekspertów Światowej Organizacji Zdrowia w Polsce brakuje programów profilaktyki stomatologicznej dla dzieci i młodzieży koordynowanych na szczeblu krajowym⁸⁴. Programy te są szczególnie istotne ze względu na niepokojąco niską świadomością uczniów (15 lat) w zakresie higieny jamy ustnej⁸⁵.

Kwestią, która przebija się w obu przedstawionych analizach, a która zasługuje na szczególne podkreślenie, jest równość dostępu do opieki zdrowotnej. Zwracają uwagę duże różnice między województwami w liczbie uczniów przypadających na jedno miejsce świadczenia usług medycznych, jak też w liczbie uczniów przypadających na jedną pielęgniarkę lub higienistkę szkolną. Istotne są też różnice ze względu na charakter miejsca zamieszkania. Problem nierówności w zdrowiu wśród młodzieży 15-letniej w dostępie do opieki zdrowotnej dotyczy szczególnie uczniów szkół większych: brak gabinetu profilaktycznego na terenie szkoły, mniejsze odsetki uczniów (szczególnie w zasadniczych szkołach zawodowych) uczestniczących w programach edukacji zdrowotnej realizowanej przez pielęgniarki szkolne oraz uczniów objętych grupową profilaktyką próchnicy zębów, więcej uczniów przypadających na jedną pielęgniarkę szkolną⁸⁶.

⁸³ Z gwarantowanych świadczeń profilaktycznych finansowanych ze środków publicznych w 2011 r. skorzystało jedynie 2,96% populacji dzieci i młodzieży (*Informacja o wynikach kontroli dostępności i finansowania opieki stomatologicznej*, op. cit.).

⁸⁴ *Polska: Zarys systemu ochrony zdrowia*, op. cit., s. 172.

⁸⁵ http://www2.mz.gov.pl/wwwfiles/ma_struktura/docs/wyniki_moni_25012011.pdf [dostęp 12 lutego 2014 r.].

⁸⁶ A. Małkowska-Szcutnik, J. Mazur, *Zdrowie i edukacja młodzieży polskiej w świetle badań międzynarodowych*, „Studia BAS” 2009, nr 2(18) [*Polityka młodzieżowa*, G. Zielińska (red.)], s. 80.

Podsumowanie

Zdrowie jest jednym z podstawowych czynników warunkujących pomysłowość jednostek i całych zbiorowości. Ze względu na znaczenie wieku rozwojowego dla reszty życia osobniczego szczególna uwaga powinna być kierowana na dzieci i młodzież. Aktywnym partnerem w tym obszarze jest państwo. Realizacja potrzeb zdrowotnych jednostek i zbiorowości wymaga funkcjonowania w ramach systemu ochrony zdrowia dwóch działań, nie tylko indywidualnej opieki zdrowotnej, czyli służb medycznych, ale też zbiorowej ochrony zdrowia, czyli służb zdrowia publicznego⁸⁷.

Zgodnie z regulacjami obowiązującymi w Polsce dzieci do 18. r.ż. mają nieograniczone prawo do korzystania z opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych. Przyjmując, że głównym wskaźnikiem efektywności systemu opieki zdrowotnej jest stan zdrowia populacji, należy uznać, że stan systemu opieki nad dziećmi i młodzieżą w Polsce, zwłaszcza w zakresie opieki profilaktycznej, jest niepokojący. Łagodzenie występujących obecnie zagrożeń zdrowia dzieci i młodzieży związanych m.in. z nierównym dostępem do opieki, niewłaściwą dietą, ograniczoną aktywnością fizyczną, stosowaniem używek oraz ubóstwem często przekracza możliwości systemu opieki zdrowotnej i wymaga zastosowania rozwiązań systemowych i międzysektorowych.

W poszukiwaniu rozwiązań, które służyłyby zapewnieniu odpowiedniej ochrony zdrowia, pojawiają się różne propozycje, w tym np. zintegrowany publiczny system ochrony zdrowia dzieci⁸⁸. Wydaje się, że wypracowano już odpowiednie programy, które nie zostały jednak w pełni wdrożone. Na

⁸⁷ W ujęciu WHO zdrowie publiczne to nauka i sztuka zapobiegania chorobom, przedłużania życia i promocji zdrowia poprzez zorganizowany wysiłek społeczeństwa. W ujęciu zaproponowanym przez M. Wysockiego i M. Miller w pracy *Paradygmat Lalonde'a. Światowa Organizacja Zdrowia i nowe zdrowie publiczne*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2003 nr 57(3), s. 506–511, zdrowie publiczne rozumiane jako nauka i kompleksowe postępowanie zmierzające do zachowania i umacniania zdrowia ludności w wymiarze makrospołecznym i lokalnym. Podstawą tego postępowania jest naukowe rozpoznawanie zdrowia i potrzeb zdrowotnych zbiorowości oraz inicjowanie i organizowanie skoordynowanych wysiłków instytucji rządowych, samorządowych i pozarządowych w celu osiągnięcia pożądanego standardu zdrowia. Cel ten uzyskuje się przez wdrażanie podstawowych funkcji zdrowia publicznego, a zwłaszcza przez kształtowanie nawyków zdrowego stylu życia, realizację programów promocji zdrowia, zapobieganie zakaźnym i niezakaźnym chorobom o znaczeniu społecznym, kontrolę czynników ekologicznych, tworzenie sprzyjających zdrowiu warunków społeczno-ekonomicznych oraz zapewnienie powszechnego i równego dostępu do opieki medycznej.

⁸⁸ <http://www.isp.org.pl/files/2320375890419939001131461822.pdf> [dostęp 12 lutego 2014 r.].

podstawie rekomendacji WHO, Komisji Europejskiej oraz licznych badań należy przyjąć, że w systemie ochrony zdrowia działania z zakresu zdrowia publicznego, w tym zapobieganie chorobom oraz promocja zdrowia, powinny być traktowane bardzo poważnie. Obecnie podejmowane są wysiłki, które mają zmienić ten stan rzeczy. Warto zwrócić uwagę na działania rządu RP promujące zdrowy tryb życia skierowane do dzieci, takie jak m.in.: „Rok szkoły w ruchu”⁸⁹ (Ministerstwo Edukacji Narodowej) oraz „Mały Mistrz”⁹⁰ i „Stop zwolnieniom z WF-u”⁹¹ (Ministerstwo Sportu i Turystyki).

Zaniedbywanie sfery zdrowia publicznego oraz promocji zdrowia i utożsamianie ochrony zdrowia z medycyną naprawczą jest na dłuższą metę nie do zaakceptowania. Bez prowadzenia sprawnej polityki zdrowotnej z wyraźnym zaakcentowaniem działań z zakresu zdrowia publicznego – zapobiegania chorobom i promocji zdrowia, koszty terapii starzejącego się społeczeństwa, które stale pochłaniają coraz większe środki⁹², mogą w końcu przerosnąć możliwości finansowe państwa. Szczególnie celowe wydaje się podjęcie kompleksowych działań legislacyjnych, które przyczynią się do szerokiego wdrożenia działań z zakresu zdrowia publicznego, w tym działań służących redukowaniu występujących nierówności w zdrowiu. Jednym z elementów koniecznych zmian powinno być przyjęcie ustawy o zdrowiu publicznym.

Bibliografia

- Balicki M., *Organizacja i funkcjonowanie systemu opieki zdrowotnej w Polsce. Narodowy Fundusz Zdrowia* [w:] *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, t. I, J. Opolski (red.), Szkoła Zdrowia Publicznego Centrum Medyczne Kształcenia Podyplomowego, Warszawa 2011.
- Dercz M., *Prawne podstawy ochrony zdrowia dzieci*, Biuro Rzecznika Praw Dziecka, http://www.brpd.gov.pl/szczyt/Maciej_Dercz.htm.
- Ciura G., *Opieka nad młodzieżą szkolną i akademicką w Polsce*, informacja BSiE nr 610, I-610, kwiecień 1998 r., http://biurose.sejm.gov.pl/teksty_pdf_98/i-610.pdf.
- Euro Health Consumer Index 2013 Report*, Health Consumer Powerhouse 2013.

⁸⁹ <http://www.szkolawruchu.men.gov.pl/index.php/aktualnosci> [dostęp 12 lutego 2014 r.].

⁹⁰ <http://www.malymistrz.pl/> [dostęp 12 lutego 2014 r.].

⁹¹ <http://www.msport.gov.pl/article/start-kampanii-stop-zwolnieniom-z-wf> [dostęp 12 lutego 2014 r.].

⁹² *2014 Global health care outlook*, Deloitte, <https://www2.deloitte.com/content/dam/Deloitte/global/Documents/Life-Sciences-Health-Care/dttl-lshc-2014-global-health-care-sector-report.pdf> [dostęp 12 lutego 2014 r.].

- Everybody business: strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action*, World Health Organization, 2007.
- Gellert T., *Prawo do ochrony zdrowia z perspektywy Rzecznika Praw Obywatelskich* [w:] *System ochrony zdrowia. Problemy i możliwości ich rozwiązania*, E. Nojszewska (red.), LEX, Warszawa 2011.
- Gromulska L., Wysocki M.J., *Metody oceny systemów ochrony zdrowia*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2010, nr 64.
- Leowski J., *Polityka zdrowotna a zdrowie publiczne*, CeDeWu, Warszawa 2010.
- Health at glance: Europe 2012*, OECD 2012
- Małkowska-Szkutnik A., Mazur J., *Zdrowie i edukacja młodzieży polskiej w świetle badań międzynarodowych*, „Studia BAS” 2009, nr 2(18) [Polityka młodzieżowa, G. Zielińska (red.)].
- Paździuch S., *System zdrowotny* [w:] *Zdrowie publiczne. Wybrane zagadnienia*, t. 1, A. Czupryna i in. (red.), Kraków 2000,
- Pilich M., *Komentarz do art. 92 ustawy o systemie oświaty, stan prawny 1 września 2013 r.*, LEX.
- Piotrowicz M., Cianciara D., Wysocki M.J., *Systemy zdrowotne dla zdrowia i dobrobytu – Karta z Tallina*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2009, nr 63.
- Polska: Zarys systemu ochrony zdrowia*, S. Golinowska (red.), Światowa Organizacja Zdrowia, Warszawa 2012.
- Prognoza ludności na lata 2008–2035*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2009.
- The Tallin Charter: Health System for Wealth and Health*, http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/88613/E91438.pdf.
- Wielka encyklopedia PWN*, Warszawa 2003.
- Wojciechowska M., Piejak M., *Problemy w realizacji świadczeń pielęgniarstwa szkolnego w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej udzielanej w środowisku nauczania i wychowania*, Krajowe Stowarzyszenie Pielęgniarek Medycyny Szkolnej, Szczecin 2012, <http://www.kspms.org/materialy2012/Opracowanie.pdf>.
- The World Health Report 2000, Health Systems: Improving Performance*, World Health Organization 2000.
- Wysocki M., Miller M., *Paradygmat Lalonde'a. Światowa Organizacja Zdrowia i nowe zdrowie publiczne*, „Przegląd Epidemiologiczny” 2003, nr 57(3).
- Zdrowie i ochrona zdrowia w 2012 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Warszawa 2013 r.
- Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce w 2009 r.*, Główny Urząd Statystyczny, Kraków 2011.
- Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej z 2 kwietnia 1997 r.
- Konstytucja Światowej Organizacji Zdrowia, Porozumienie zawarte przez rządy reprezentowane na Międzynarodowej Konferencji Zdrowia i Protokół dotyczący Międzynarodowego Urzędu Higieny Publicznej, podpisane w Nowym Jorku 22 lipca 1946 r., Dz.U. z 1948 r. nr 61, poz. 477.

Konwencja o prawach dziecka przyjęta przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych 20 listopada 1989 r., Dz.U. z 1991 r. nr 120, poz. 526.

Ustawa z 26 października 1982 r. o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi, Dz.U. nr 35, poz. 230, ze zm.

Ustawa z 7 września 1991 r. o systemie oświaty, Dz.U. z 2004 r. nr 256, poz. 2572, ze zm.

Ustawa z 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego, Dz.U. nr 111, poz. 535.

Ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, Dz.U. nr 210, poz. 2135.

Ustawa z 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu narkomanii, Dz.U. z 2012 r. poz. 124.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 21 sierpnia 2009 r. w sprawie priorytetów zdrowotnych, Dz.U. nr 137, poz. 1126.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, Dz.U. nr 139, poz. 1133.

Rozporządzenie Ministra Zdrowia z 29 sierpnia 2009 r. w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej, Dz.U. nr 139, poz. 1139, ze zm.

Informacja o wynikach kontroli dostępności i finansowania opieki stomatologicznej ze środków publicznych, Najwyższa Izba Kontroli, KZD-4101-04/2012 <http://www.nik.gov.pl/plik/id,5280,vp,6841.pdf>.

„Informacja na temat opieki pediatrycznej i specjalistycznej nad dziećmi i młodzieżą. Stan zdrowia i opieki medycznej nad dziećmi i młodzieżą (w tym bilanse zdrowia, dostęp do specjalistów, opieka nad dziećmi o szczególnych potrzebach zdrowotnych, np. przewlekle chorych”, przygotowana na posiedzenie Komisji Zdrowia Sejmu Rzeczypospolitej Polskiej 13 marca 2014 r.

Opieka profilaktyczna nad dziećmi i młodzieżą w szkole (w świetle sprawozdań z realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami – MZ-06 za rok szkolny 2011/2012), http://pczp.rzeszow.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=258&Itemid=139.

Portal Szczepienia.info http://szczepienia.pzh.gov.pl/pl_index.php.

Stanowisko Komitetu Rozwoju Człowieka Polskiej Akademii Nauk, *Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami i działania niezbędne dla poprawy jej jakości*, <http://www.krc.pan.pl/index.php/aktualnoci-i-wydarzenia/72-profilaktyczna-opieka-zdrowotna-nad-uczniami-i-dziaania-niezbodne-dla-poprawy-jej-jakoci?showall=1>.

Specjalizacje lekarskie w Polsce. Stan obecny, perspektywy rozwoju w latach 2010–2015, opracowanie przygotowane w ramach programu Ministerstwa Zdrowia w 2009 r., <http://www2.mz.gov.pl/wwwmz/index?mr=b2&ms=670&ml=pl&mi=670&mx=0&mt=&my=668&ma=017888>.