

Aktualne funkcjonowanie medycyny szkolnej w opiniach lekarzy, dyrektorów placówek oświatowo-wychowawczych oraz własnych

Current functioning of school medicine in the physicians', directors' of educational institutions and authors' own opinions

HANNA WIŚNIEWSKA-ŚLIWIŃSKA, JERZY T. MARCINKOWSKI

Zakład Higieny Katedry Medycyny Społecznej Uniwersytetu Medycznego im. Karola Marcinkowskiego w Poznaniu

Problematyka z zakresu medycyny szkolnej, higieny dzieci i młodzieży jest poruszana przez lekarzy, filozofów od wieków. Tematykę tę poruszali m.in. Erazm z Rotterdamu, John Locke, a w Polsce Jędrzej Śniadecki, Wiktor Szokalski, Henryk Jordan i Stanisław Kopczyński. Po II Wojnie Światowej nastąpił rozwój medycyny szkolnej. Zatrudniano na etat higienistki szkolne, a na część etatu lekarzy pediatrów lub specjalistów medycyny szkolnej oraz lekarzy stomatologów. Koncepcja opieki lekarsko-higienicznej ciągle ewoluowała. Swe koncepcje higieny szkolnej prezentowali m.in. Marcin Kacprzak, Klemens Sokal, Jan Bogdanowicz. W praktyce realizowano elementy teorii Marcina Kacprzaka. Polska została sygnatariuszem Konwencji o prawach dziecka przyjętej przez ONZ. Konstytucja RP oraz kolejne ustawy, rozporządzenia Ministra Zdrowia i Ministra Oświaty teoretycznie zapewniają dzieciom opiekę lekarską, stomatologiczną i higieniczną, podają zakresy obowiązków, precyzują procedury. Niestety, w latach 90. XX w. rozpoczęła się zapaść medycyny szkolnej, a od r. 2000 następuje likwidacja kolejnych gabinetów medycyny szkolnej. W niewielkiej ilości szkół funkcjonują jeszcze gabinety higieny szkolnej. Przeniesienie obowiązku opieki lekarskiej z zakresu obowiązków lekarza medycyny szkolnej w zakres obowiązków lekarza rodzinnego nie zdaje egzaminu. Dzieci nie są badane systematycznie, nie przydziela się im jak i młodzieży do grup dyspenseryjnych. Niektórzy rodzice nie widzą potrzeby skontrolowania stanu zdrowia dzieci. Bywa, że dzieci przez kilka lat nie są badane przez lekarza. Warto wprowadzić taki model opieki lekarskiej, który zobowiązywałby rodziców/opiekunów dzieci do stałej, regularnej kontroli stanu zdrowia dzieci i młodzieży i do stawiania się z podopiecznymi na szczepienia profilaktyczne. Być może dla Ustawodawcy, który jest władny zmienić funkcjonujący system, ważkim będzie argument ekonomiczny – fakt, że profilaktyka jest tańsza niż leczenie.

Słowa kluczowe: *medycyna szkolna, higiena szkolna, profilaktyka, specjalista medycyny szkolnej*

The issue of school medicine, hygiene of children and young people has been discussed by doctors and philosophers for centuries. The problem was brought up among others by Erasmus from Rotterdam, John Locke, and by Jędrzej Śniadecki, Wiktor Szokalski, Henryk Jordan and Stanisław Kopczyński in Poland. It was after the II World War, that development of school medicine took place. Full-time school nurses, part-time paediatricians or specialists of school medicine and dental surgeons were employed. The concept of the medical-hygienic care has continuously evolved. Their own concepts were presented, among others, by Marcin Kacprzak, Klemens Sokal and Jan Bogdanowicz. It was in practice that the elements of the theory of Marcin Kacprzak were carried out. Poland was a signatory of The Convention on The Rights of The Child, adopted by the UN. The Constitution of the Republic of Poland as well as laws and regulations of the Minister of Health and Minister of Education theoretically have provided children with medical, dental and hygienic care and indicated the scopes of responsibilities and specified the procedures. Unfortunately, it was in 1990-ties that the collapse of school medicine started, and since 2000 it has been followed by subsequent elimination of the school medical consultation rooms. In a small number of schools, school medical consultation rooms still operate. The transfer of medical care from the responsibilities of the school doctors and school medicine to the family doctors does not seem to work. Children are not systematically examined, children and young people are also not assigned to dispensary groups. Some parents do not see any need to check the health of children. Often children have not had any medical examination for several years. The responsible authorities should introduce a model of medical care that would oblige parents/guardians of children to regularly control health condition of their children, bringing them for periodical medical examinations and preventive vaccinations. Perhaps for the legislators that are empowered to change the functioning system, the economic argument would be important, as prevention is cheaper than treatment.

Keywords: *school medicine, school hygiene, prevention, school medicine specialist*

© Hygeia Public Health 2010, 45(1): 25-29

www.h-ph.pl

Nadesłano: 25.08.2010

Zakwalifikowano do druku: 22.09.2010

Adres do korespondencji / Address for correspondence

Mgr Hanna Wiśniewska-Śliwińska
Zakład Higieny Uniwersytetu Medycznego
ul. Rokietnicka 5" c", 60-806 Poznań
tel. 788449559, e-mail: meritumbis@op.pl

Z historii medycyny szkolnej

Problematyka z zakresu medycyny szkolnej, higieny dzieci i młodzieży poruszana jest od kilku wieków. Już Erazm z Rotterdamu podawał w swym dziele „De civilitate morum puerilium” wskazówki dotyczące ochrony zdrowia [1]. Z kolei John Locke, lekarz i filozof, napisał „Myśli o wychowaniu”, uznawane za jeden z pierwszych podręczników profilaktyki.

W Polsce Ustawy Komisji Edukacji Narodowej (KEN) z 1773 r. były pierwszymi dokumentami o wielkim znaczeniu, traktującymi nt. zdrowia uczniów. W kolejnych rozdziałach znalazły się zagadnienia higieny szkolnej i opieki higienicznej w szkołach, warunków w salach lekcyjnych, zalecenia żywieniowe, itd. Odtąd, pomimo rozbiorów Polski, dążono do rozwoju oświaty zdrowotnej. Aż do połowy XIX w. realizowano zasady KEN. Nad problemem prawidłowego rozwoju i zdrowia dzieci pochylali się m.in. Jędrzej Śniadecki, Wiktor Szokalski czy Henryk Jordan.

Po I wojnie światowej Stanisław Kopczyński, lekarz-wizytator higieny szkolnej, stworzył podstawy organizacyjne opieki zdrowotnej w szkołach. W tym to okresie zatrudniano lekarzy do opieki w szkołach, a niejednokrotnie angażowano higienistki szkolne. Po II Wojnie Światowej reorganizowano opiekę higieniczną w szkołach w ramach resortu oświaty, wg wzorów międzywojennych. W 1953 r. organizacja i nadzór nad higieną szkolną przeszły do resortu zdrowia. Dla tej działalności przyjęła się nazwa szkolnej służby zdrowia. Nadzór sanitarny nad szkołami, w ramach resortu zdrowia, przejął pion sanitarno-epidemiologiczny. Równolegle trwała dyskusja na temat koncepcji opieki lekarsko-higienicznej nad uczniami w ramach społecznej służby zdrowia. Marcin Kacprzak twierdził, że higiena szkolna, koncentrująca się dotychczas na zagadnieniach środowiska fizycznego szkoły, winna zająć się medycyną szkolną oraz higieną szkolną – w sensie środowiska społecznego. W koncepcji Marcina Kacprzaka lekarz szkolny powinien być klinicystą z dobrą znajomością fizjologii rozwoju i higieny. Prof. Kacprzak spowodował powstanie w 1961 r. specjalizacji z higieny szkolnej, przemianowanej później na medycynę szkolną. Z kolei Klemens Sokal, lekarz, uważał higienę szkolną za samodzielną dziedzinę medycyny, obejmującą fizjologię i patologię rozwoju fizycznego i umysłowego ucznia, higienę otoczenia oraz organizację opieki lekarsko-higienicznej. Prof. Jan Bogdanowicz najważniejszą rolę w systemie opieki nad zdrowiem ucznia przypisywał „domowemu pediatrze”. Twierdził, że opieka w środowisku szkolnym powinna mieć cechę opieki zapewniającej całej populacji szkolnej warunki dla rozwoju i nauczania [1].

Realizowano w praktyce elementy teorii Marcina Kacprzaka. Medycyna szkolna, jak każda dyscyplina naukowa, ewaluowała. Niestety, na kierunki zmian miały wpływ nie tylko badania naukowe, nowe koncep-

cje organizacyjne, ale i uwarunkowania ekonomiczne oraz społeczne.

Opieka nad dziećmi w aktualnym systemie opieki zdrowotnej

Poważne problemy zaczęły się, gdy w latach 90. XX w. Wtedy to zaczęto rezygnować z usług lekarzy szkolnych, a opiekę nad dziećmi przekazano lekarzom rodzinnym^{1/}. Odtąd lekarz powinien działać niejako „dwutorowo” – 1. poświęcić dość dużo czasu znacznej liczbie dzieci chorych oraz 2. realizować zadania z zakresu profilaktyki. Kolejnym problemem była i jest zbyt mała liczba zatrudnionych lekarzy, którzy sprawują opiekę nad populacją wieku rozwojowego. W konsekwencji rezygnują oni z wielu działań z powodu braku czasu. Dodatkowo wycena Narodowego Funduszu Zdrowia (NFZ) jednej porady ambulatoryjnej dziecka jest niska, porada kompleksowa może być realizowana tylko raz w roku, a limit czasu przeznaczony na badanie jednego pacjenta jest zbyt krótki, żeby można było dziecko rozebrać i całościowo, dokładnie zbadać. W tej sytuacji dzieci są badane fragmentarycznie, szereg chorób przewlekłych i zaburzeń rozwojowych wykrywanych jest zbyt późno, nie ma systematycznie prowadzonych programów profilaktycznych, poza programem szczepień ochronnych, a stan zdrowia dzieci pogarsza się.

Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami powinna mieć na celu wspieranie rozwoju i edukacji dzieci oraz młodzieży w wieku szkolnym, a także współdziałanie na rzecz ochrony i potęgowania zdrowia uczniów. Istotą tej opieki są medyczne działania prewencyjne w stosunku do uczniów i ich rodziców oraz środowiska szkolnego. Chodzi o:

1. profilaktykę pierwotną – pierwszorzędną – ukierunkowaną na wszystkich uczniów (szczepienia ochronne, edukacja zdrowotna) oraz szkołę i rodzinę (zachęcanie do zapewniania dzieciom i młodzieży odpowiednich warunków życia i nauki – warunki lokalowe, dieta itp.)
2. profilaktykę wtórną – drugorzędową – dotyczącą uczniów ze zwiększonym ryzykiem rozwoju zaburzeń, obejmującą wczesne wykrywanie ich objawów (testy przesiewowe, profilaktyczne badania lekarskie) oraz działania naprawcze
3. profilaktykę trzeciorzędną – czynne poradnictwo, dotyczące uczniów z problemami zdrowotnymi, niekiedy społecznymi czy szkolnymi, chorych przewlekle, niepełnosprawnych, którego celem jest zapobieganie dalszym negatywnym skutkom tych zaburzeń.

^{1/} Lekarz rodzinny (lub lekarz podstawowej opieki zdrowotnej – POZ) to lekarz „pierwszego kontaktu” – wybierany przez osobę ubezpieczoną. Jest to lekarz prowadzący podstawowe leczenie i kierujący w razie potrzeby do lekarzy specjalistów. Usługi lekarza pierwszego kontaktu powinny być dostępne całą dobę.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) zakłada szerokie podejście do rozwiązywania problemów zdrowotnych uczniów. W swych działaniach uwzględnia następujące elementy programu promocji zdrowia w szkole: – edukacja zdrowotna, – wychowanie fizyczne, – rekreacja, – profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami, – posiłki szkolne, – działania w zakresie promocji zdrowia w odniesieniu do pracowników szkoły, – poradnictwo i pomoc psychologiczna, – sprzyjające zdrowiu środowisko fizyczne i społeczne szkoły, – współpraca z rodzicami i społecznością lokalną [2].

Prawo do ochrony zdrowia dzieci znalazło swe miejsce w Konwencji o prawach dziecka przyjętej przez ONZ 20 listopada 1989 r. Konwencja zobowiązuje do traktowania jako sprawę nadrzędną jak najlepszego zabezpieczenie interesów dziecka w następujący sposób:

* w art. 24 wymienia prawo do jak najwyższego poziomu zdrowia i udogodnień w zakresie leczenia chorób,

* w pkt „d” tegoż art. 24, zobowiązuje Państwa – Strony do podjęcia niezbędnych kroków w celu zapewnienia matkom właściwej opieki zdrowotnej w okresie przed i po urodzeniu dziecka [3].

Nie tylko przepisy ogólnoswiatowe zorientowane są na działania promujące zdrowie, wdrażanie programów profilaktycznych, zapewnienie opieki medycznej dzieciom i młodzieży. Również w Polsce Ustawodawca sprecyzował odpowiednie przepisy, w tym przede wszystkim Art. 68 Konstytucji RP w następującym brzmieniu:

„(...) Pkt. 1: Każdy ma prawo do ochrony zdrowia. Pkt. 2: Władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom, kobietom ciężarnym, osobom niepełnosprawnym i osobom w podeszłym wieku. Pkt. 5: Władze publiczne popierają rozwój kultury fizycznej, zwłaszcza wśród dzieci i młodzieży (...)” [4].

W Ustawie o systemie oświaty w art. 67, ust. 4 z 7 września 1999 r. zapisano, że dla realizacji statutowych zadań szkoła publiczna powinna zapewnić możliwość korzystania z gabinetu lekarskiego i dentystrycznego. Ustawa nie precyzuje, czy wspomniana „możliwość korzystania” dotyczy uczniów czy nauczycieli, czyli beneficjentów opieki medycznej [5].

Minister Zdrowia sukcesywnie wydaje rozporządzenia dotyczące profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą. Można odnieść wrażenie, że nic się nie zmieniło, że w szkołach pieczę nad zdrowiem dzieci i młodzieży od lat sprawują lekarze pediatrzy lub medycyny szkolnej, stomatolodzy, higienistki szkolne lub pielęgniarki. Ostatnio w swym rozporządzeniu z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad

dziećmi i młodzieżą Minister Zdrowia zarządził w § 7: „Lekarze, o których mowa w § 3 ust.1 pkt 1 i 2, sprawują profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami w miejscu określonym w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.” I dalej, w § 8, pkt. 1: „Pielęgniarka, higienistka szkolna albo położna sprawują profilaktyczną opiekę nad uczniami w znajdującym się na terenie szkoły gabinecie profilaktyki zdrowotnej i pomocy przedlekarskiej.” Pkt. 2: „Przy ustalaniu liczby uczniów objętych profilaktyczną opieką zdrowotną przez jedną pielęgniarkę, higienistkę szkolną albo położną należy brać pod uwagę typ szkoły, a w przypadku szkół, do których uczęszczają niepełnosprawni – ich liczbę i stopień niepełnosprawności” [6]. W 2000 r. zapadła decyzja o powołaniu 20 tys. gabinetów lekarza rodzinnego, które miały przejąć opiekę również nad dziećmi. Likwidowaniu gabinetów lekarskich w placówkach oświatowych towarzyszył argument, że najlepszy model opieki nad dzieckiem w wieku szkolnym obejmuje pomoc lekarską zarówno w zdrowiu, jak i w chorobie. W 2006 r. takich gabinetów było jednak tylko 5715. Zdemontowano dobry system, który funkcjonował, nie wypełniając powstałej luki w opiece nad zdrowiem dzieci i młodzieży [7].

Na interpelację nr 2078 do Ministra Zdrowia w sprawie realizacji polityki medycyny szkolnej Podsekretarz Stanu w dn. 10 kwietnia 2008 r. odpowiedział następująco: „Nie jest (...) możliwe ani celowe w obowiązującym systemie prawnym zatrudnienie w szkołach lekarzy, ponieważ zadania należące według kompetencji do lekarza są już realizowane przez lekarzy POZ i finansowane przez NFZ w stawce kapitałowej na ubezpieczonego (ucznia). Przepisy Ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. Nr 210, poz. 2135, z późn. zm.) nie pozwalają na dwukrotne opłacanie tych samych świadczeń” [8]. Odpowiedź ta jednoznacznie sugeruje, że w najbliższym czasie nie należy spodziewać się żadnych zmian.

Warto przytoczyć „Zalecenia przedstawione na 31. Sesji Komitetu Praw Dziecka ONZ po rozpatrzeniu sprawozdania okresowego Polski z realizacji Konwencji o prawach dziecka, przedłożonego 2 października 2002 roku w Genewie”:

- „brak koordynacji polityki na rzecz dziecka i rodziny realizowanej przez różne ministerstwa oraz instytucje publiczne na różnych szczeblach;
- brak mechanizmów konsultacyjnych i koordynacyjnych pomiędzy ministerstwami oraz pomiędzy wszystkimi szczeblami rządowymi prowadzącymi prace na rzecz dzieci
- brak konsultacji i koordynacji przy opracowywaniu i wprowadzaniu) ustaw związanych z realizacją praw dziecka, a także ośrodka współpracującego

z NGO^{2/} oraz mediami podejmującymi tę problematykę;

- brak spójnego systemu gromadzenia danych i wskaźników” [9].

Refleksje nad opieką nad dziećmi w aktualnym systemie opieki zdrowotnej

Nasuwa się kilka refleksji:

1. Od lat nie ma rzetelnego monitorowania stanu zdrowia dzieci i młodzieży.
2. Niektóre dzieci są pozbawione opieki lekarskiej. By lekarz mógł zobaczyć zdrowe (lub chore) dziecko, muszą się z nim zgłosić rodzice. Niestety, wielu z nich idzie z dzieckiem do lekarza tylko wtedy, gdy dziecko jest chore. Wielu małych pacjentów w ogóle nie jest objętych badaniami profilaktycznymi.
3. Dostępność do zabiegów profilaktyczno-leczniczych młodzieży w minionym 10-leciu drastycznie zmalała.
4. Należy dostrzegać dzieci „zaniedbane społecznie”, pochodzących z rodzin, środowisk, w których nikt nie zajmuje się edukacją zdrowotną, które nie mają możliwości wykształcenia poprawnych nawyków higienicznych czy żywieniowych. Rodzice tych dzieci – w obliczu braku prawidłowych więzi z dzieckiem – nie przywiązują wagi do ich wychowania, stanu zdrowia, nie zapewniają dzieciom możliwości leczenia.
5. Poprzedni system opieki nad dziećmi miał pewne wady. Do szkół przychodzili lekarze z przychodni rejonowych – czasami za każdym razem ktoś inny. Bywało, że lekarz niewiele wiedział o uczniach. Jednak dzieci miały zapewnione przynajmniej to, że ktoś je regularnie badał, miały szansę na wczesne wykrycie szeregu chorób przewlekłych.
6. Kiedyś, gdy w wieku dziecięcym rozpoznano chorobę przewlekłą (wadę serca, alergię, wadę postawy) następował przydział do odpowiedniej grupy dyspenseryjnej. To oznaczało częstsze kontrole u pediatry.
7. Wiele dzieci cierpi na nieleczone wady postawy, wady zgryzu, próchnicę zębów, wady wzroku, wady słuchu i inne poważne schorzenia. Jeśli opiekunowie – prawni lub faktyczni – nie zajmują się odpowiednio dzieckiem, stan zdrowia tych dzieci pogarsza się.
8. Część dzieci nie ma na bieżąco wykonywanych szczepień ochronnych.
9. Wiele szkół pozostaje bez opieki lekarza pediatry, stomatologa, higienistki czy pielęgniarki.
10. Kolejne programy, rozporządzenia, nie uwzględ-

niają coraz to nowych problemów społecznych, mających bezpośredni wpływ na stan zdrowia dzieci i młodzieży – konsumpcję alkoholu, palenie tytoniu, zażywanie narkotyków bądź dopalaczy, narastającą agresję, próby samobójcze.

11. Mimo narastających liczbowo zaburzeń psychicznych u dzieci i młodzieży praktykuje niewielu lekarzy ze specjalizacją z psychiatrii dziecięcej.

Opinie lekarzy nt. aktualnego funkcjonowania medycyny szkolnej

W 2010 r. autorzy zwrócili się do 10 lekarzy rodzinnych z województwa śląskiego z prośbą wypowiedź nt. aktualnego medycyny szkolnej. Charakterystyczne, że te pilotażowe wypowiedzi lekarzy były bardzo zbliżone do siebie. Przedstawiły się one następująco:

1. Niektóre dzieci latami nie są badane przez lekarza.
2. Brak jest jakiegokolwiek kontroli stanu zdrowia dzieci. Kiedyś to higienistka szkolna badała ostrość wzroku, sprawdzała słuch. Obecnie nikt takich kontroli nie przeprowadza.
3. Zaniechano kontroli i zabiegów stomatologicznych – fluoryzacji, lakowania, kontroli zgryzu. Stan zdrowia jamy ustnej drastycznie się pogorszył.
4. Nikt nie wykorzystuje lekarzy ze specjalizacją medycyna szkolna.

Opinie dyrektorów placówek oświatowo-wychowawczych nt. aktualnego funkcjonowania medycyny szkolnej

W 2010 r. autorzy zwrócili się do 10 dyrektorów placówek oświatowo-wychowawczych z województwa śląskiego z prośbą wypowiedź nt. aktualnego medycyny szkolnej. Były one bardzo zbliżone i przedstawiały się następująco:

1. Nikt nie jest uprawniony do podjęcia jakichkolwiek działań w sytuacji zachorowania czy urazu dziecka. Nie możemy podać żadnych leków. Pozostaje dzwonienie po pogotowie ratunkowe lub po rodziców. To trwa, a dziecko się męczy.
2. Mamy problemy ze wszystkim, nawet z wszawicą.
3. Obecnie, gdy dzieci nie są badane na bieżąco przez lekarza, mamy problemy z przydzieleniem dzieci do odpowiednich grup na gimnastykę korekcyjną. Musimy prosić rodziców o przyniesienie odpowiedniego dokumentu od lekarza, a to przeciąga rozpoczęcie ćwiczeń korekcyjnych.
4. Bywa, że rodzice idą do lekarza po 3-4 miesiącach naszych usilnych próśb.
5. Zdarza się, że wójt oświadcza, że nie podpisze kontraktu z żadnym lekarzem i żadną higienist-

^{2/} NGO – nongovernmental organisation - organizacja pozarządowa. Jest to angielski zwrot, używany najczęściej przez Organizację Narodów Zjednoczonych oraz inne instytucje międzynarodowe (www.ngo.pl).

ką. Stwierdza, że dzieci mają rodziców, którzy powinni zajmować się zdrowiem swych dzieci.

6. Brak jest pogadank nt. zdrowia, diety, właściwego ubierania się, instruktazu pierwszej pomocy. Kiedyś robiła to pani higienistka. Teraz nie ma kto.

Podsumowanie i wnioski

Biorąc pod uwagę powyższe opinie lekarzy i dyrektorów placówek oświatowo-wychowawczych nt. aktualnego funkcjonowania medycyny szkolnej, można wyciągnąć następujące wnioski:

1. Najwyższy czas na podjęcie próby zmian w obecnym systemie opieki zdrowotnej w odniesieniu do medycyny szkolnej.
2. W obecnym stanie rzeczy przed organizatorami opieki zdrowotnej, NFZ, wydziałami zdrowia publicznego w poszczególnych województwach i władzami samorządowymi winny pojawić się pytania o stan i potrzeby zdrowotne dzieci i młodzieży.
3. Władze publiczne winny brać pod uwagę, że profilaktyka w systemie opieki zdrowotnej jest tańsza niż leczenie.

4. Należy uporządkować i monitorować system „zapisów” do lekarza. Niektóre dzieci są zapisane przez rodziców do 2 lekarzy, a niektóre nie są zapisane nigdzie. To pociąga za sobą groźne skutki – głównie takie, że dzieci nie są szczepione.

5. Reforma systemu opieki zdrowotnej przeprowadzona w ostatnim 10-leciu zburzyła dotychczasowy system opieki zdrowotnej nad populacją dzieci i młodzieży, a nie wprowadziła żadnych nowych rozwiązań. Czas, by wprowadzono stałe rozwiązania, uwzględniające profilaktykę, konieczność regularnej kontroli stanu zdrowia dzieci i młodzieży. Warto zatrudnić do tego specjalistów, czyli lekarzy ze specjalizacją z zakresu medycyny szkolnej.

6. Każdemu, kto podejmie próbę naprawy systemu opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą powinna towarzyszyć myśl, że stan zdrowia dzieci i młodzieży znajdzie po latach odzwierciedlenie w stanie zdrowia dorosłych.

Piśmiennictwo / References

1. Radiukiewicz S. Medycyna szkolna. PZWL, Warszawa 1987.
2. World Health Organization: Promoting health through schools. WHO Technical Report Series 87.0. WHO, Geneva 1997 3. Konwencja o prawach dziecka przyjęta przez ONZ 20 listopada 1989 r. biurose.sejm.gov.pl/teksty/i-684.htm (12.09.2010).
4. Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej. Dz.U. 1997, nr 78, poz. 483.
5. Ustawa z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty. Dz.U. z 2004 r. nr 256, poz. 2572, nr 273, poz. 2703 i nr 281, poz. 2781, z 2005 r. nr 17, poz. 141, nr 94, poz. 788, nr 122, poz. 1020, nr 131, poz. 1091, nr 167, poz. 1400 i nr 249, poz. 2104, z 2006 r. nr 144, poz. 1043, nr 208, poz. 1532 i nr 227, poz. 1658, z 2007 r. nr 42, poz. 273, nr 80, poz. 542, nr 115, poz. 791, nr 120, poz. 818, nr 180, poz. 1280 i nr 181, poz. 1292, z 2008 r. nr 70, poz. 416, nr 145, poz. 917, nr 216, poz. 1370 i nr 235, poz. 1618, z 2009 r. nr 6, poz. 33, nr 31, poz. 206, nr 56, poz. 458, nr 157, poz. 1241 i nr 219, poz. 1705 oraz z 2010 r. nr 44, poz. 250, nr 54, poz. 320, nr 127, poz. 857 i nr 148, poz. 991.
6. Rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 28 sierpnia 2009 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą. Dz.U.09.139.1133 z dnia 31 sierpnia 2009.
7. Opinie w sprawie opieki pediatrycznej w Polsce – prof. dr hab. med. Jerzy Bodalski. http://www.krc.pan.pl/index.php?option=com_content&view=article&id=63%3Aopinie-w-sprawie-opieki-pediatrycznej-w-polsce&catid=32%3Aaktualnoci-i-wydarzenia&Itemid=46&limitstart=2 (12.09.2010).
8. www.sejm.gov.pl (10.09.2010).
9. www.rpo.gov.pl/pliki/12124058080.pdf (10.09.2010).