

WPROWADZENIE

Podstawę prawną ochrony życia i zdrowia dziecka w Polsce tworzą Konstytucja RP i polskie ustawodawstwo, a także ratyfikowane przez nasz kraj umowy międzynarodowe dotyczące praw człowieka, w szczególności praw dziecka. Konstytucja w art. 18 głosi, że macierzyństwo i rodzicielstwo znajduje się pod ochroną i opieką RP, w art. 68 gwarantuje prawo do ochrony zdrowia, w tym równy dostęp do świadczeń opieki zdrowotnej finansowanej ze środków publicznych, a w ust. 3. tegoż artykułu stanowi, że władze publiczne są obowiązane do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom i kobietom ciężarnym.

Ochronę praw dziecka Konstytucja zalicza do najważniejszych wartości przez nią chronionych, o czym wprost stanowi art. 72 pkt 1: *Rzeczpospolita Polska zapewnia ochronę praw dziecka. Każdy ma prawo żądać od organów władzy publicznej ochrony praw dziecka przed przemocą, okrucieństwem, wyzyskiem i demoralizacją.*

Z mocy art. 91 Konstytucji RP również traktaty międzynarodowe włączone są do krajowego porządku prawnego. Dotyczy to przyjętej przez Zgromadzenie Ogólne Narodów Zjednoczonych 20 listopada 1989 r. i ratyfikowanej przez Polskę 30 kwietnia 1991 r. Konwencji o Prawach Dziecka. Należy ponadto zwrócić uwagę na zobowiązania nałożone na Polskę jako członka Unii Europejskiej. Karta Praw Podstawowych UE wypowiada się na temat dzieci m.in. w art. 24, który głosi, że dzieci mają prawo do ochrony i opieki w zakresie, jaki jest konieczny dla ich dobra.

W artykule podjęto próbę syntetycznej i jednocześnie całościowej oceny stanu przestrzegania praw dziecka do zdrowia (na podstawie źródeł: BRPO z lat 2006–2008; Szymborski, Jakubik red., 2008; Szymborski red. 2009).

W 2008 r. Rzecznik przygotował 49 wystąpień generalnych związanych z ochroną życia i zdrowia dzieci, co stanowiło 28% ogółu wystąpień w sprawach dzieci i w porównaniu z rokiem poprzednim oznaczało zwiększenie liczby wystąpień związanych z tą tematyką o 27%.

W Biuletynie RPO (2009) opisane zostały: aktualne warunki życia i rozwoju dzieci, wyniki drugiego ogólnopolskiego, reprezentacyjnego badania stanu zdrowia ludności Polski, wyniki badań z zakresu ochrony zdrowia i opieki społecznej dotyczące dzieci, omówiono wyniki najnowszej (2006 r.) polskiej edycji cyklicznych międzynarodowych badań nad zachowaniami zdrowotnymi młodzieży szkolnej (HBSC), poddano analizie wybrane problemy zdrowotne dzieci i młodzieży (zaburzenia zdrowia psychicznego, choroby nowotworowe, choroby zakaźne i zakażenia) oraz oceniono stan przestrzegania prawa dzieci i młodzieży do zdrowia.

Zakres spraw będących w okresie od 14 lutego 2006 r. do 30 kwietnia 2009 r. przedmiotem wymiany korespondencji RPO z ministrem zdrowia obejmuje różnorodne aspekty ochrony zdrowia dzieci zarówno o wymiarze systemowym, jak i indywidualnym. W większości wystąpienia rzecznika do ministra zdrowia zawierają pogłębioną analizę prawną i merytoryczną spraw z wykorzystaniem wielu materiałów źródłowych, w tym publikacji resortowych, raportów instytutów naukowo-badawczych i organizacji pozarządowych oraz wyników kontroli NIK.

W artykule przedstawiono wybrane dane na temat kształtowania się współczynników umieralności w poszczególnych kategoriach wieku, a także podjęto próbę opisaną głównych obecnie problemów zdrowotnych i aktualnego stanu opieki medycznej nad dzieckiem w Polsce.

Ze względu na rangę problemu skupiono się na opiece okołoporodowej, natomiast ze względu na skalę i następstwa zaniedbań szczególną uwagę poświęcono zdrowiu dzieci i młodzieży w wieku szkolnym.

UMIERALNOŚĆ NIEMOWLĄT ORAZ DZIECI I MŁODZIEŻY W WIEKU 1–19 LAT

W latach 1990–2006 spadła liczba zgonów niemowląt o prawie 80%. W 2006 r. w Polsce wskaźnik zgonów niemowląt na 1000 urodzeń żywych wynosił 6,0. W 2005 r. najczęstszą przyczyną zgonów niemowląt były choroby rozpoczynające się w okresie okołoporodowym, które stanowiły 50% wszystkich zgonów niemowląt. Najczęściej były to zaburzenia związane z czasem trwania ciąży i rozwojem płodu (22,2% ogółu zgonów niemowląt) oraz niedotlenienie wewnątrzmaciczne i zamartwica (6%). Drugą pod względem częstości występowania przyczyną były wady rozwojowe wrodzone (34,2%), a wśród nich najwięcej było wad wrodzonych serca (10,9% zgonów).

Według opublikowanego w listopadzie 2008 r. raportu Narodowego Instytutu Zdrowia – PZH spadek umieralności niemowląt w Polsce uległ zahamowaniu w 2007 r., a poziom umieralności jest jeszcze wyraźniej (o 1/4) wyższy od przeciętnego w UE, przy czym głównym problemem jest umieralność wczesna niemowląt, tzn. w pierwszym tygodniu życia, która w dużym stopniu zależy od jakości opieki medycznej.

Umieralność dzieci i młodzieży w wieku 1–19 lat z roku na rok zmniejszała się i proces ten dotyczył wszystkich grup wieku. W 2006 r. największy spadek zgonów – o 74,3% w porównaniu z 1970 r. odnotowano wśród dzieci w wieku 1–4 lata. Zmniejszyła się również znacząco umieralność dzieci w wieku 5–9 lat oraz 10–14 lat, wśród których współczynniki zgonów zmalały, odpowiednio o 65,2% i 50%. W mniejszym stopniu spadek umieralności dotyczył młodzieży w wieku 15–19 lat – o 36%.

Współczynniki zgonów w poszczególnych grupach wieku były wyższe wśród chłopców/mężczyzn niż dla dziewczynek/kobiet. Największe różnice w liczbie zgonów odnotowano dla osób w wieku 15–19 lat – w 2006 r. współczynnik zgonów dla chłopców był prawie trzykrotnie wyższy niż dla dziewcząt. W 2006 r. współczynniki zgonów we wszystkich przedziałach wieku były wyższe na wsi niż w miastach.

Dominującą przyczyną zgonów dzieci i młodzieży w wieku 1–19 lat były w 2005 r. przyczyny zewnętrzne (62,5% wszystkich zgonów w tej populacji). Odsetek ten zwiększał się wraz z wiekiem – od 30% dla dzieci w wieku 1–4 lata, aż do około 70% dla młodzieży w wieku 15–19 lat. Kolejną przyczyną były choroby nowotworowe, których odsetek kształtował się w przedziale od 17,8% dla dzieci w wieku 5–9 lat do 7,7% dla młodzieży w wieku 15–19 lat.

Ocena sytuacji zdrowotnej dokonywana na podstawie współczynników umieralności nie jest oceną najpełniejszą i ma, szczególnie w odniesieniu do populacji wieku rozwojowego, bardzo ograniczoną wartość. Takie mierniki nie nadają się do oceny skuteczności działań z zakresu promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. Przede wszystkim jednak z definicji ukierunkowane są na problem zdrowotny, a nie na osobę, a podejście uznające dziecko za podmiot oceny stanowi klucz do racjonalnego inwestowania w rozwój i zdrowie dzieci oraz ludzi młodych.

UTRUDNIONY START DO ŻYCIA. PROBLEMY W OPIECE OKOŁOPORODOWEJ

Opieka przedporodowa, podobnie jak opieka w czasie porodu i w pierwszych latach życia dziecka, ma kluczowe znaczenie dla optymalnego rozwoju dziecka w kolejnych etapach życia i wywiera wpływ na późniejsze dorosłe życie. Tymczasem w ostatnich latach w wielu rejonach kraju narastają nierówności w dostępie kobiet ciężarnych i rodzących oraz noworodków do odpowiedniej opieki profilaktyczno-leczniczej. Zaniechano stosowania zasad trójstopniowej opieki okołoporodowej. Ujawnił się z całą ostrością problem braku miejsc na

oddziałach położniczych i noworodkowych – w szczególności brakuje miejsc dla ciężarnych z ciążą patologiczną i dla noworodków wymagających intensywnej terapii.

Pogorszyły się standardy udzielanych świadczeń, występują niedobory sprzętu i aparatury medycznej. Kierownicy zakładów opieki zdrowotnej wprowadzają niedopuszczalne, pozaprawne opłaty za świadczenia zdrowotne związane z opieką okołoporodową. Pod koniec 2008 r., wskutek wykorzystania przez szereg przychodni limitów wizyt, za które w danym roku płaci Narodowy Fundusz Zdrowia, wiele kobiet zrezygnowało z wizyty, gdy dowiedziały się, że będzie ona płatna. Wprawdzie kobieta mogła zostać przyjęta w ramach tzw. nadwykonań, które powinny być finansowane przez NFZ, ale tylko wtedy, jeśli regionalny oddział funduszu posiadał wolne środki, które mógł na ten cel przeznaczyć. Przychodnie, obawiając się problemów finansowych, nie realizowały wizyt, a pozostawionym samym sobie kobietom oferowano w przypadku pojawienia się bólów lub innych niepokojących dolegliwości zgłoszenie się do szpitala.

Oddziały położniczo-noworodkowe nie są wolne od zagrożeń epidemicznych, do czego przyczynia się także niedocenianie rangi problemu. Najwyższa Izba Kontroli (marzec 2009 r., nr ewid. 166/2008/P/08/146/LLO) za działania nielegalne i nierzetelne uznała nieprzestrzeżenie w Wojewódzkim Specjalistycznym Szpitalu im. Madurowicza w Łodzi wymogów w zakresie składu i kwalifikacji komitetu kontroli zakażeń zakładowych. Dotyczy to placówki, w której pod koniec 2002 r. doszło do wybuchu epidemii wewnątrzszpitalnej, zakończonej śmiertelnością 17 noworodków.

Powszechnie formułowanym postulatem jest potrzeba opracowania i upowszechnienia nowoczesnych standardów opieki okołoporodowej, które zapewniłyby szczególny status kobiety rodzącej w systemie opieki zdrowotnej. Nie widać końca działalności powołanego przed wieloma miesiącami przez ministra zdrowia zespołu ds. opracowania projektu rozporządzenia w sprawie standardów opieki okołoporodowej. Jest to tym bardziej zaskakujące, że odpowiednie standardy zostały już wypracowane w Polsce w latach 90. dzięki realizacji programów polityki zdrowotnej państwa, także w warunkach zreformowanego systemu ochrony zdrowia – w okresie funkcjonowania kas chorych.

Tymczasem najnowszy raport Fundacji „Rodzic po Ludzku”, obrazujący wyniki realizowanego na przełomie lat 2008/2009 projektu *Monitoring realizacji działań administracji samorządowej w zakresie opieki nad matką i dzieckiem* wykazał, że zbyt ogólne zapisy ustaw ustrojowych oraz brak precyzyjnie sformułowanych ustaw prawa materialnego, konkretyzujących przedmiotowo i podmiotowo zadania samorządu terytorialnego w zakresie zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem powodują, że władza publiczna nie w pełni wywiązuje się z konstytucyjnych zapisów i obowiązków.

Wiele jednostek samorządu terytorialnego uznaje, że nie ponosi odpowiedzialności za realizację zadań w zakresie opieki nad matką i dzieckiem lub odpowiedzialność tę rozumie wąsko, jedynie jako nadzór nad zakładami opieki zdrowotnej, dla których są organami założycielskimi. Rzadkością jest dokonywanie pełnej diagnozy opieki nad matką i dzieckiem, mającej na celu określenie potrzeb kobiet w okresie okołoporodowym (zarówno ściśle zdrowotnych, jak i dotyczących edukacji oraz profilaktyki), zasobów lokalnego systemu ochrony zdrowia, satysfakcji kobiet z usług medycznych, stopnia przestrzegania praw pacjenta. Niska jest świadomość co do jakości oferowanej na danym terenie opieki okołoporodowej oraz tolerowane jest naruszające prawa pacjenta pobieranie opłat. Zwraca uwagę brak współdziałania różnych szczebli samorządu w obszarze opieki nad matką i dzieckiem.

Raport Fundacji udowadnia, że brak stosownej do rangi problemu polityki zdrowotnej państwa przekłada się na niedostateczną świadomość, niedostatek woli lub brak umiejętności w wypełnianiu obowiązków w zakresie opieki okołoporodowej na pozostałych szczeblach administracji publicznej.

Wydaje się, że zasygnalizowane negatywne zjawiska w opiece nad matką i dzieckiem nie mogą być postrzegane tylko w wymiarach prawnym, medycznym i moralnym. W Polsce ze względu na nasilony, pogłębiający się od dziesięciu lat proces depopulacji szczególnego znaczenia nabiera wymóg zapewnienia pełnej opieki nad matką

i dzieckiem. W świetle najnowszych prognoz GUS liczba ludności Polski w stosunku do 2007 r. zmniejszy się w 2035 r. o 2 122 572 i wyniesie łącznie 35 993 069 mieszkańców. W tym samym okresie liczba dzieci w wieku 0–17 lat zmniejszy się o prawie 2 mln, a liczba kobiet w wieku rozrodczym (15–49 lat) zmaleje o około 2,5 mln. Jednocześnie liczba osób w wieku powyżej 65. roku życia wzrośnie o ponad 3 mln i osiągnie łącznie 8 357 527 osób. Będzie to oznaczać poważne nasilenie się konsekwencji społecznych i ekonomicznych.

Sytuację w tym zakresie należy już uznać za krytyczną, dlatego istnieje potrzeba zasadniczych przewartościowań w polityce ekonomicznej i społecznej państwa na rzecz stymulowania rozrodczości i wspierania rodziny w jej funkcji prokreacyjnej. Rola resortu zdrowia jest tu nie do przecenienia. Niska dzietność nie może stanowić okazji do ograniczania wydatków na opiekę nad kobietami w ciąży, opiekę perinatalną, leczenie i rehabilitację dzieci – przeciwnie, powinna skłaniać do poprawy dostępności i jakości opieki medycznej nad matką i dzieckiem, bowiem nie widać skuteczniejszej i tańszej metody poprawy zdrowia całego społeczeństwa niż pełna, wysokiej jakości, opieka medyczna nad wszystkimi matkami i dziećmi.

OPIEKA ZDROWOTNA NAD UCZNIAMI

Likwidacja medycyny szkolnej

Zdrowie młodzieży należy w Polsce do najbardziej zaniedbywanych, marginalizowanych i ignorowanych obszarów medycyny i polityki zdrowotnej, pomimo iż ten okres życia decyduje o kapitale zdrowotnym, z jakim młodzi ludzie wchodzi w dorosłość. Przywrócenie w Polsce medycyny szkolnej jest stałym postulatem środowiska pediatrycznego. Około 6 mln uczniów powinno mieć zapewnioną adekwatną do potrzeb, powszechną i skoordynowaną opiekę medyczną: system monitorowania i nadzoru, profilaktykę zagrożeń i chorób, kompleksowe leczenie i rehabilitację, a także orzecznictwo lekarskie.

Zintegrowany system medycyny szkolnej, jak wynika z dobrych doświadczeń programowo-wdrożeniowych z lat 2000/2001, zarzucanych od 2002 r., powinien obejmować w szczególności następujące obszary zdrowia publicznego:

- 1) zorganizowanie systemu edukacji zdrowotnej dla wszystkich dzieci i młodzieży w wieku szkolnym w celu ukształtowania postaw, zachowań, umiejętności i motywacji prozdrowotnych, w tym racjonalnego odżywiania, odpowiedniej aktywności fizycznej, higieny osobistej oraz w celu zapobieżenia zachowaniom antyzdrowotnym, takim jak: paleniu tytoniu, używaniu substancji psychoaktywnych, spożywaniu alkoholu, a także przemocy, demoralizacji, wczesnej inicjacji seksualnej;
- 2) rozwój systemu żywienia w szkołach dla wszystkich uczniów i poprawa warunków higienicznych w środowisku nauczania;
- 3) propagowanie wykonawstwa szczepień ochronnych na terenie szkół;
- 4) rozwój sieci szkół promujących zdrowie;
- 5) wdrożenie systemu wczesnego wykrywania zagrożeń, odchyleń w stanie zdrowia oraz w rozwoju psychicznym i somatycznym z uwzględnieniem badań przesiewowych, bilansów zdrowia, profilaktyki stomatologicznej, w szkole i placówkach podstawowej opieki zdrowotnej;
- 6) rozwój zintegrowanych programów zapobiegania wypadkom wśród dzieci i młodzieży oraz systemów ratownictwa i rehabilitacji ograniczających następstwa zdrowotne i społeczne urazów;
- 7) dostęp do bezpłatnej opieki specjalistycznej, w tym rehabilitacji i korektywy dla uczniów z zaburzeniami rozwoju, wadami, chorobami przewlekłymi, niepełnosprawnością, oraz do powszechnej, kompleksowej opieki stomatologicznej;
- 8) wdrożenie systemu orzecznictwa lekarskiego dla potrzeb ucznia i szkoły, w tym dla oceny dojrzałości szkolnej, kwalifikacji do zajęć wychowania fizycznego i sportu oraz do udziału w zorganizowanym wypoczynku, kwalifikacji do szkół specjalnych, poradnictwo zawodowe;
- 9) rozwój systemu kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego nauczycieli, psychologów, lekarzy i pielęgniarek w zakresie edukacji zdrowotnej, promocji zdrowia i problemów zdrowotnych dzieci i młodzieży szkolnej;

10) zorganizowanie ogólnopolskiego, zintegrowanego systemu monitorowania i nadzoru oraz przywrócenie specjalizacji z zakresu medycyny szkolnej.

Nie doczekało się dotąd realizacji zalecenie nr 9 Rządowej Rady Ludnościowej, przyjęte na posiedzeniu Komitetu Rady Ministrów w dniu 19.12.2002 r. i zaakceptowane na posiedzeniu Rady Ministrów 14.01.2003 r., w którym zapisano m.in.: *Konieczne jest reaktywowanie przez Ministerstwo Zdrowia medycyny szkolnej we wszystkich jej funkcjach: promocji zdrowia i profilaktyki oraz leczenia i rehabilitacji.*

Należy także podkreślić, że publicznie zapowiadany przed trzema laty (15 maja 2006 r. odbyło się spotkanie ówczesnego premiera, ministra edukacji narodowej oraz ministra zdrowia w tej sprawie) powrót opieki zdrowotnej do szkół okazał się słowną deklaracją, bowiem powołany wówczas na szczeblu dyrektorów departamentów resortów edukacji narodowej i zdrowia zespół ds. opieki zdrowotnej nad uczniami nigdy nie podjął prac merytorycznych.

Niedostatki opieki profilaktycznej nad uczniami

W miejsce rozwiązań systemowych i kompleksowych została wprowadzona przez Ministerstwo Zdrowia tzw. profilaktyczna opieka zdrowotna, która w istocie sprowadza się do ograniczonego zakresu czynności pielęgniarstwa, których realizacja okazuje się często iluzoryczna z przyczyn finansowych.

Jeżeli dziś powszechnie uważa się, iż jednym z największych błędów polityki zdrowotnej okresu transformacji w Polsce była rozpoczęta w 1992 r. likwidacja medycyny szkolnej z „wyprowadzaniem” stomatologów i pediatrów ze szkół, to niezrozumiałe staje się niepodjęcie przez Ministerstwo Zdrowia i Ministerstwo Edukacji Narodowej konkretnych kroków zaradczych.

Można nawet mówić o kolejnym etapie destrukcji opieki nad uczniami, bowiem rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia 21 marca 2007 r. zmieniające rozporządzenie w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą spowodowało wyprowadzenie ze szkół kolejnego, ważnego elementu systemu opieki medycznej, jakim są szczepienia ochronne i w konsekwencji do pogłębiania się chaosu organizacyjnego i zagrożenia bezpieczeństwa zdrowotnego populacji. Dziś Ministerstwo Zdrowia przyznaje na podstawie danych ze sprawozdań kwartalnych przedkładanych przez świadczeniodawców przechowujących karty uodpornienia, iż nadzór nad wykonawstwem szczepień uległ w 2007 r. osłabieniu. Potwierdziły to również dane z rocznych sprawozdań ochronnych za 2007 r. W porównaniu z rokiem poprzednim w większości roczników dzieci i młodzieży do lat 18 powiększył się odsetkowy udział grupy, której kart uodpornienia niema u świadczeniodawców zobowiązanych do prowadzenia szczepień. Odnotowano pewne pogorszenie stanu zaszczepienia, szczególnie w rocznikach, które zgodnie z Programem Szczepień Ochronnych powinny rozpocząć cykl szczepień lub otrzymać kolejną dawkę.

Według Głównego Inspektora Sanitarnego w 2007 r. profilaktyczna opieka zdrowotna realizowana przez pielęgniarki zapewniona była w 75,5% szkół. Równocześnie odnotowano jedynie 47,8% szkół posiadających gabinety profilaktycznej opieki zdrowotnej, w tym tylko 40% podstawowych.

Także Najwyższa Izba Kontroli oceniła negatywnie organizację profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami, w tym brak koordynacji sprawowania nadzoru i kontroli tej opieki przez zobowiązane i upoważnione instytucje (NIK 2008).

Organizacja profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, sprawowana przez lekarzy podstawowej opieki zdrowotnej, lekarzy dentyistów i pielęgniarki bądź higienistki szkolne, nie zapewniała uczniom równego dostępu do świadczeń zdrowotnych. Istotną wadą tej organizacji było znaczne rozproszenie podmiotów świadczących usługi w zakresie profilaktyki, a także instytucji sprawujących nadzór nad tymi podmiotami. Brak przepływu informacji o wykonywanych świadczeniach i stanie zdrowia uczniów – tak pomiędzy świadczeniodawcami, jak i sprawującymi nadzór – co więcej, brak współpracy między tymi instytucjami,

uniemożliwiało im przeprowadzenie rzetelnej analizy funkcjonowania systemu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami i jego pełne wdrożenie.

W ocenie NIK minister zdrowia, odpowiedzialny za funkcjonowanie systemu i tworzenie podstaw prawnych opisujących szczegóły jego funkcjonowania, wykonując założenia rządowego programu z 2004 r., ograniczył się do wydania rozporządzenia z dnia 22 grudnia 2004 r. w sprawie zakresu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą. W ramach statystyki publicznej nie zagwarantowano gromadzenia pełnych informacji o realizacji zadań opisanych wyżej wymienionym rozporządzeniem ministra zdrowia. Informacje gromadzone w sprawozdaniach MZ-06 i MZ-11 nie zawierały żadnych danych o profilaktycznych badaniach lekarskich stomatologicznych. Profilaktyczne świadczenia stomatologiczne, z wyjątkiem nadzorowanego szczotkowania zębów, nie były ujęte w badaniach statystyki publicznej ustalanych przez Radę Ministrów.

Istotnym mankamentem był brak koordynacji działań i współpracy między publicznymi instytucjami sprawującymi kontrolę i nadzór nad profilaktyczną opieką zdrowotną nad uczniami. Jednostki samorządu terytorialnego, pełniące rolę organów prowadzących dla kontrolowanych szkół, nie zajmowały się problematyką profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami. Sprawowanie opieki dotknięte było licznymi wadami, m.in. o charakterze organizacyjnym, co powodowało zróżnicowanie dostępu do tych świadczeń w skali kraju. Liczba uczniów przypadająca na jedną pielęgniarkę, przekraczająca przyjęte wskaźniki, nie gwarantowała uzyskania wymaganej jakości tej opieki. Niepokojące jest też, że w kontrolowanym okresie liczba uczniów objętych opieką stomatologiczną była znacząco mniejsza niż objętych opieką lekarzy poz.

NIK, mając na uwadze konieczność poprawy dostępności i jakości profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami, wniosowała do ministra zdrowia o podjęcie działań, w tym legislacyjnych:

- 1) umożliwiających koordynację nadzoru i kontroli nad wszystkimi podmiotami sprawującymi profilaktyczną opieką zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym;
- 2) zobowiązujących instytucje sprawujące ten nadzór i kontrolę do współpracy w celu umożliwienia pełnego monitorowania systemu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami.

Problemy uczniów o specjalnych potrzebach edukacyjnych, zdrowotnych i socjalnych

Jeszcze gorzej przedstawia się realizacja opieki profilaktycznej i leczniczej nad tymi uczniami, którzy z powodu niepełnosprawności lub choroby przewlekłej powinni być zakwalifikowani do grupy dzieci o specjalnych potrzebach edukacyjnych, zdrowotnych i socjalnych. Prawna lub biologiczna niepełnosprawność dotyczy 291,3 tys. dzieci i młodzieży w wieku 5–19 lat, co stanowi 3,8% tej populacji wieku.

Długotrwałe problemy zdrowotne (kłopoty ze słuchem, wzrokiem, trudności w mówieniu, poruszaniu się lub inne) stwierdza się u 1250,2 tys. dzieci (16,5% populacji). Aż 1569,7 tys. dzieci i młodzieży w wieku 5–19 lat (20,7%) cierpi na choroby przewlekłe. Oznacza to, że co 6 uczeń w wieku obowiązkowego nauczania ma długotrwałe kłopoty ze zdrowiem, w tym co 5 potrzebuje odpowiedniej opieki medycznej z powodu choroby przewlekłej.

Mimo apeli RPO i środowiska pediatrycznego nie zostały podjęte pogłębione prace nad analizą sytuacji prawnej dzieci niepełnosprawnych i przewlekłe chorych, a także nie znowelizowano przepisów Ustawy o systemie oświaty w taki sposób, aby zapewnić realizację równego dostępu do edukacji wszystkich uczniów. Wprowadzono natomiast zmiany w ustawie, które spowodowały zawężenie pojęcia niepełnosprawności sprzężonych do sytuacji, w której u dziecka niesłyszącego lub słabosłyszącego, niewidomego lub słabowidzącego, z niepełnosprawnością ruchową, z upośledzeniem umysłowym albo z autyzmem występuje co najmniej jeszcze jedna z wymienionych niepełnosprawności.

Taka definicja w zamyśle resortu edukacji ma wyeliminować pomyłki, do których dochodziło podczas orzekania o potrzebie kształcenia specjalnego przez zespoły orzekające poradni psychologiczno-

-pedagogicznych, jak również przez osoby składające sprawozdania w Systemie Informacji Oświatowej o liczbie dzieci niepełnosprawnych, spełniających roczne obowiązkowe przygotowanie przedszkolne, obowiązek szkolny i obowiązek nauki. Resort oczekuje również, iż obecnie dokładniej będą naliczane kwoty części oświatowej subwencji ogólnej dla tych uczniów. Należy jednak zwrócić uwagę na fakt, że, porządkując procedurę orzekania, ograniczono w znaczącym zakresie możliwości wydawania orzeczeń o potrzebie kształcenia specjalnego w innych niż wymienione przypadkach.

Dzieci przewlekle chore mają zarówno bezpośrednio i pośrednio potrzeby medyczne, jak również potrzeby edukacyjne, socjalne, życia codziennego. Ich spełnienie ma na celu nie tylko poprawę diagnostyki, leczenia, rokowania, ale także poprawę jakości życia dziecka i rodziny. Problemy z wypełnianiem tych potrzeb narastają, gdy dzieci i rodzice żyją w niedostatku, gdy spotykają się ze słabą orientacją lekarza co do choroby, brakiem z jego strony zrozumienia i wsparcia.

Ministerstwa Zdrowia i Edukacji Narodowej, wbrew udokumentowanemu opinii ekspertów, utrzymywały dotychczas, że dzieci przewlekle chore mają zapewniony pełny dostęp do edukacji oraz objęte są odpowiednią opieką medyczną. Szansy na weryfikację takiego stanowiska można upatrywać w komunikacie o odbytej w dniu 18.03.2009 r. w Kancelarii Prezesa Rady Ministrów konferencji prasowej, z udziałem ministrów: edukacji narodowej, zdrowia i pełnomocnika rządu do spraw równego traktowania. W jej trakcie zostały przedstawione wyniki prac zespołu do spraw przeciwdziałania dyskryminacji dzieci przewlekle chorych, co samo w sobie jest godne uznania, potwierdza bowiem zasadność opinii ekspertów w sprawie występowania tego zjawiska w naszej rzeczywistości.

Pewne wątpliwości budzą jednak zaprezentowane sposoby przeciwdziałania dyskryminacji uczniów przewlekle chorych, a zwłaszcza pominięcie kluczowej dla realnej poprawy opieki zdrowotnej nad uczniami kwestii, jaką jest konieczność przywrócenia trwałej współpracy pomiędzy lekarzem a nauczycielem, między szkołą a wyspecjalizowaną w zakresie medycyny szkolnej placówką ochrony zdrowia, a także między sektorem zdrowia i sektorem edukacji na wszystkich szczeblach administracji publicznej, na czele z ministerstwami.

W wyrażonych przy tej okazji opiniach, np., że *dzieci chorujące przewlekle nie są dziećmi niepełnosprawnymi, nie wymagają szczególnej troski czy wsparcia, ale wymagają od czasu do czasu odpowiedniej reakcji*, nie bierze się pod uwagę faktu, iż choroba przewlekła może zaburzać rozwój dziecka, a także utrudniać realizację zadań edukacyjnych. Niezależnie od rodzaju i ciężkości zaburzeń u uczniów przewlekle chorych mogą istnieć inne czynniki, ujemnie wpływające na funkcjonowanie dziecka w szkole, w tym utrudniona dostępność i niska jakość specjalistycznej opieki medycznej nad takim dzieckiem oraz niska jakość lub brak opieki pielęgniarki szkolnej, nieprzygotowanie nauczycieli do pracy z uczniem przewlekle chorym – niezajomość specyfiki jego zaburzeń, stanu psychofizycznego, potrzeb, zasad udzielania pomocy przedmedycznej w przypadku wystąpienia objawów wymagających pomocy.

Nie można pominąć faktu, że każda choroba przewlekła ma swoją specyfikę – odmienny przebieg, skutki, rokowanie i w różny sposób może wpływać na potrzeby dziecka, jego przystosowanie do szkoły, jej wymagań dydaktycznych i środowiska społecznego.

Przedmiotem uzasadnionego niepokoju jest niezadowolający stan opieki nad dziećmi i młodzieżą z zaburzeniami zdrowia psychicznego wynikający z jednej strony ze wzrostu chorobowości, a z drugiej ze zmniejszania się liczby psychiatrów dziecięcych. Wiek dorastania jest okresem realizacji zachowań, czasami ryzykownych. Utrwalone w tym okresie rozwoju postawy i zachowania mogą wywrzeć wpływ na całe przyszłe życie.

Problemy zdrowia psychicznego w okresie dorastania często przejawiają się w formie agresji i przemocy wobec innych osób i wobec samego siebie. W Polsce samobójstwa stanowią corocznie przyczynę ponad 300 zgonów dzieci i ludzi młodych przed 19. rokiem życia, a ich podłożem są często depresje. Stany depresyjne wśród dzieci i młodzieży przyczyniają się na ogół do pogorszenia osiągnięć edukacyjnych, do zachowań antyspołecznych, nadużywania alkoholu, narkomanii oraz ciężkich zaburzeń odżywiania. Obserwuje się narastanie występowania problemów psychospołecznych w popu-

lacji wieku rozwojowego – w zależności od metodologii badań notuje się te problemy wśród 10% do 50% populacji.

NIEDOSTATKI W DZIAŁALNOŚCI PLACÓWEK OPIEKUŃCZO-WYCHOWAWCZYCH

W opublikowanej w 2008 r. przez NIK informacji o wynikach kontroli funkcjonowania wybranych placówek opiekuńczo-wychowawczych negatywnie została oceniona jakość świadczenia usług przez kontrolowane placówki opiekuńczo-wychowawcze i skuteczność działań podejmowanych przez organy nadzoru. Z krytyczną oceną kontrolujących spotkał się także stan realizowania w placówkach obowiązku spełnienia wymogów standaryzacyjnych, określonych w rozporządzeniu Ministra Pracy i Polityki Społecznej z 19 października 2007 r. w sprawie placówek opiekuńczo-wychowawczych (DzU z 2007 r., nr 201, poz. 1455). Poważnym problemem w skali kraju jest fakt przebywania w placówkach opiekuńczo-wychowawczych nieletnich wychowanków, którzy posiadają postanowienie sądu o umieszczeniu w młodzieżowych ośrodkach wychowawczych.

Ustalenia kontroli NIK okazały się zbieżne z wynikami analizy przeprowadzonej w 2007 r. przez Rzecznika Praw Obywatelskich na podstawie informacji przekazanych przez szesnaście urzędów wojewódzkich. Spośród 659 placówek opiekuńczo-wychowawczych na terenie całego kraju, jedynie 258 (39% ogółu) wypełniało standardy opieki i wychowania, natomiast 401 placówek (aż 61%) nie wprowadziło wymaganych przepisami prawa standardów, pomimo długiego okresu dostosowawczego.

Brak spełnienia wymaganych standardów w tych placówkach dotyczył głównie świadczenia usług bytowych (problemy lokalowe i zbyt duża liczba wychowanków w placówce), a także sprawowania opieki i wychowania nad dziećmi (nieprawidłowości w obsadzie kadry pedagogicznej) oraz zakresie opieki medycznej.

Drastycznym przykładem zaniedbań w opiece medycznej nad wychowankami jest ujawniony w wyniku badań przeprowadzonych przez rzecznika proceder nieuzasadnionego kierowania wychowanków placówek opiekuńczo-wychowawczych do szpitali psychiatrycznych, w tym niedopuszczalne posługiwanie się blankietową zgodą rodzica na wszelkiego rodzaju świadczenia medyczne, wydaną w momencie przyjmowania dziecka do placówki.

BŁĘDNE I SZKODLIWE DYLEMATY EDUKACJI ZDROWOTNEJ I PROFILAKTYKI UZALEŻNIEŃ

Od wielu miesięcy prowadzone są prace legislacyjne w kierunku ograniczenia reklamy i promocji alkoholu, ze szczególnym uwzględnieniem ochrony dzieci i młodzieży. Komitet Rady Ministrów na posiedzeniu w dniu 28 sierpnia 2008 r. przyjął i rekomendował Radzie Ministrów projekt Ustawy o zmianie ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi oraz Ustawy o narkomanii, przedłożony przez ministra zdrowia.

W wielu dokumentach – tak międzynarodowych, jak i wewnętrznych – Polska zadeklarowała przeciwdziałanie promocji napojów alkoholowych oraz dołożenie szczególnych starań w celu ograniczenia picia alkoholu przez młodzież. Niektóre państwa europejskie wprowadziły całkowity zakaz reklamy napojów alkoholowych (np. Islandia, Norwegia) lub zakaz reklamy w telewizji (Francja, Finlandia, Dania, Szwecja, Szwajcaria).

Alkohol jest najczęściej stosowaną przez młodzież substancją psychoaktywną, co może powodować wiele szkód zdrowotnych i społecznych, takich jak: podejmowanie ryzykownych zachowań seksualnych, podejmowanie zachowań sprzyjających wypadkom, zaniechanie obowiązków szkolnych i utrata zainteresowań. Badania wykazują, że w Polsce niepokojąco wysoki odsetek dzieci i młodzieży przyznaje się do przeżycia stanu upojenia alkoholowego. Szczególną uwagę zwraca się na spożywanie napojów alkoholowych podczas imprez masowych. Nie ulega wątpliwości, że tego typu praktyka jest czynnikiem wspomagającym wyzwalanie u młodzieży zachowań agresywnych.

Nowelizacja ustawy ma przyczynić się do zmniejszenia spożycia alkoholu, a tym samym ograniczyć jego negatywny wpływ na zdrowie

społeczeństwa oraz poprawić jakość usług wykonywanych w ramach psychoterapii uzależnień. Do projektu wprowadzono zakaz sprzedaży, podawania i spożywania napojów alkoholowych na stadionach i innych obiektach sportowych podczas trwania imprez sportowych.

Tymczasem w równoległym procedowanym rządowym projekcie Ustawy o bezpieczeństwie imprez masowych pojawiła się propozycja możliwości sprzedaży alkoholu niskoprocentowego podczas imprez masowych. Dopiero Senat RP przyjął poprawki, które wyeliminowały z tego aktu przepisy dające taką możliwość. Okazało się przy tym, że w toku prac resortowych nad projektem ustawy Ministerstwo Zdrowia nie zgłosiło żadnych uwag co do przepisów umożliwiających sprzedaż i spożywanie alkoholu podczas imprez masowych.

Budzi zastanowienie rozbieżność stanowisk prezentowanych przez resort, który najbardziej powinien czuwać nad spójnością regulacji prawnych mającą ważne znaczenie społeczne i istotnych z punktu widzenia zdrowia publicznego. Nie jest jasne, dlaczego resort zdrowia nie zgłosił uwag do przepisów projektu ustawy dopuszczających sprzedaż alkoholu podczas imprez sportowych, skoro były prowadzone prace nad zmianą Ustawy o wychowaniu w trzeźwości i przeciwdziałaniu alkoholizmowi w tym zakresie.

Z kolei w odniesieniu do szkolnej edukacji antytytoniowej należy zauważyć, iż od 2002 r. zostały zaniechane, m.in. wskutek braku finansowania, przynoszące dobre efekty, koordynowane wcześniej przez resort zdrowia, działania wdrożeniowe na różnych poziomach kształcenia. Dzieci w Polsce wypalają rocznie około 3–4 mld papierosów, od czego fiskus pobiera podatek akcyzowy szacowany na około 250 mln zł. Gdyby został uwzględniony postulat przeznaczenia 0,5% (zapis ustawowy) wartości podatku akcyzowego od wyrobów tytoniowych wypalanych przez dzieci na zapobieganie paleniu wśród tej populacji, to na realizację szkolnych programów antytytoniowych przypadłaby rocznie kwota około 1,25 mln zł.

Przyczyny zaniechań można się także doszukać w postawach części ekspertów zdrowia publicznego, kwestionujących zasadność edukacji antytytoniowej wśród dzieci i koncentrujących się na walce z paleniem wśród osób dorosłych. Tymczasem efektywne działania w obszarze zdrowia publicznego w celu zredukowania umieralności z powodu chorób tytoniozależnych powinny być prowadzone na każdym etapie życia od chwili poczęcia, ponieważ tytoń szkodzi ludziom w każdym wieku.

Wypracowując i wdrażając programy wspomagające dorosłych palaczy w porzuceniu nałogu nie można ignorować faktu, że niemal wszyscy nowi palacze to dzieci, a rolą zdrowia publicznego jest wzmoczenie wysiłków, by zredukować dopływ nowych ofiar przemysłu tytoniowego.

Mimo postępu w zwalczaniu palenia wśród osób dorosłych, ogólna konsumpcja tytoniu pozostaje na trudnym do zaakceptowania poziomie. Jak się wydaje sukces odnotowywany przez zdrowie publiczne, wyrażający się zwiększaniem liczby osób dorosłych, którzy rzucają palenie, jest skutecznie niwelowany niemal identyczną liczbą ludzi młodych, którzy w tym samym czasie wchodzi w nałóg, m.in. wskutek działań promocyjno-marketingowych przemysłu tytoniowego. Szacujemy, że w Polsce codziennie na drogę prowadzącą potem do nałogu wchodzi 500 dzieci.

Doświadczenia amerykańskie wskazują, że promocja programów antytytoniowych wśród dzieci i działania w kierunku ograniczenia wpływu przemysłu tytoniowego na dzieci przynoszą istotną korzyść nie tylko dzieciom, ale nadają w odbiorze społecznym rangę tej problematyce. Jeżeli do społeczeństwa trafia udokumentowany przekaz, że dzieci są ofiarami tytoniu, to łatwiej uzyskać społeczną akceptację dla szerokich działań antytytoniowych. Takie podejście było fundamentem sukcesu administracji Clintona w zwalczaniu palenia tytoniu w USA w połowie lat 90. ubiegłego wieku. Powinno to dawać do myślenia naszym ekspertom zdrowia publicznego oraz politykom i skłaniać ich do zaangażowania się w tworzenie warunków dla realnej działalności edukacyjnej wśród dzieci i młodzieży.

Niezadawalające warunki nauczania

Wiele szkół w Polsce nie zapewnia bezpiecznych warunków nauki. Według danych Centralnego Instytutu Ochrony Pracy w roku

szkolnym 2003/2004 w szkołach i placówkach oświatowych zarejestrowano 149 494 wypadki – zginęło 88 uczniów, a 1248 doznało bardzo ciężkich urazów. Na 1000 uczniów odnotowano 21 wypadków. Dla porównania na 1000 osób zatrudnionych w górnictwie zarejestrowano 17, a na 1000 osób zatrudnionych w przemyśle transportowym 8 zdarzeń wypadkowych.

Według opublikowanej przez NIK informacji o wynikach kontroli utrzymania obiektów oraz przestrzegania bezpieczeństwa i higieny w publicznych szkołach i placówkach oświatowych spośród 66 skontrolowanych szkół i placówek oświatowych tylko jedna szkoła uzyskała ocenę pozytywną w zakresie zapewnienia bezpiecznych i higienicznych warunków pobytu i nauki uczniów oraz wychowanków. W pozostałych placówkach stwierdzono szereg nieprawidłowości, niejednokrotnie utrudniających proces dydaktyczny i wychowawczy a niekiedy stwarzających realne zagrożenie dla uczniów, wychowanków i personelu, jak to miało miejsce w trzech jednostkach, w których ujawniono przypadki niezabezpieczenia dostępu do przewodów elektrycznych, do groźącego zawaleniem obiektu budowlanego, a także do studzienek kanalizacyjnych.

Najczęstszymi uchybieniami wykazanymi przez kontrolerów NIK były zbyt rzadkie kontrole stanu technicznego budynków szkół, w tym kontrole przewodów wentylacyjnych i kominowych, braki w prowadzeniu odpowiedniej dokumentacji technicznej. W większości szkół stwierdzono nieprawidłowości w wykonywaniu obowiązków związanych z postępowaniem w razie wypadków, którym ulegli uczniowie lub wychowankowie, a także ograniczenia możliwości pobierania nauki przez uczniów niepełnosprawnych ze względu na bariery architektoniczne w obiektach oświatowych. W części jednostek odnotowano nieprawidłowości lub brak dostępu do profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz możliwości korzystania z urządzeń sportowych i rekreacyjnych.

Ponadto NIK stwierdziła nieprawidłowości w działaniach wszystkich skontrolowanych organów prowadzących szkoły i placówki oświatowe związane m.in. z niezapewnieniem środków finansowych na pełną realizację potrzeb remontowych oraz zaniechaniem okresowych kontroli obiektów oświatowych.

Także z przeprowadzonych w 2007 r. kontroli Państwowej Inspekcji Sanitarnej wynika, że w wielu polskich szkołach występują niezadawalające warunki nauczania. Między innymi wykonane pomiary sztucznego oświetlenia wykazały niezgodność z wymogami polskich norm w 45,5% skontrolowanych przedszkoli, 49,9% oddziałów szkół podstawowych, 33,2% oddziałów w gimnazjach, 44,9% oddziałów w szkołach ponadgimnazjalnych. Stwierdzono także niedostosowanie mebli do wzrostu uczniów w 24% skontrolowanych oddziałów przedszkolnych, 25,9% oddziałów w szkołach podstawowych, 22,8% oddziałów gimnazjalnych, 24,2% oddziałów w szkołach ponadgimnazjalnych.

Ponadto 26,2% placówek nie posiadało certyfikatów na meble, w tym aż 27,6% szkół podstawowych oraz 29% przedszkoli. W 30% placówek (w tym w 34% szkół podstawowych) brak było certyfikatów na sprzęt i urządzenia sportowe. W wielu przypadkach zastrzeżenia inspekcji sanitarnej budziła organizacja procesu nauczania i wychowania w szkołach, zwłaszcza zaś planowanie nauki i odpoczynku. Między innymi stwierdzono niezgodność tygodniowego rozkładu lekcji z przepisami prawnymi oraz z zasadami higieny w: 25,9% oddziałów w skontrolowanych szkołach podstawowych, 32,6% oddziałów w gimnazjach, 33,7% oddziałów w szkołach ponadgimnazjalnych.

Powtarzające się corocznie nieprawidłowości dotyczyły: zbyt krótkich przerw, łączenia przedmiotów trudnych, umieszczania przedmiotów trudnych na pierwszej bądź ostatniej lekcji, rozpoczynania zajęć lekcyjnych o różnych porach. W 2007 r. odnotowano aż 18,3% szkół nieposiadających sali gimnastycznej ani rekreacyjnej.

Jak wynika z raportów GIS w latach 2004–2007, pełne obiady wydawano odpowiednio w 56,4%, 59,8%, 60,1%, 65,7% skontrolowanych szkół podstawowych i gimnazjów. W 2007 r. z obiadów skorzystało ogółem 1 080 309 dzieci i młodzieży, w 19,9% szkół były zorganizowane śniadania dla 139 583 dzieci. Mając na uwadze fakt, że duża liczba dzieci nie ma zapewnionego w domu obiadu, a także nie spożywa przed wyjściem do szkoły śniadania, szkoły dofinansowywały posiłek dla 617 667 uczniów (w 2006 r. – 663 954).

O POTRZEBIE NARODOWEJ STRATEGII NA RZECZ ZDROWIA, ROZWOJU I BEZPIECZEŃSTWA DZIECI

Istnieją przesłanki oparte na wynikach analiz naukowych, które uzasadniają tezę o braku spójnej polityki zdrowotnej Ministerstwa Zdrowia w odniesieniu do dzieci i młodzieży. W tej sytuacji powołanie w Ministerstwie Zdrowia nowego Departamentu Matki i Dziecka może okazać się mało efektywnym posunięciem z punktu widzenia realizacji potrzeb zdrowotnych dzieci i przestrzegania należnych dzieciom praw.

Nadanie opiece nad dzieckiem rzeczywistego priorytetu w polityce państwa powinno wyrażać się przede wszystkim w przyjęciu narodowej strategii, której wdrożenie umożliwiłoby dzieciom i młodzieży w naszym kraju realizowanie pełnego ich potencjału życiowego dla zdrowia i rozwoju, a także zmniejszenie chorobowości i umieralności z przyczyn poddających się zapobieganiu, zwłaszcza z powodu urazów i przemocy.

Wydaje się, że do strategicznych obszarów zainteresowania zdrowia publicznego należy zaliczyć omówione w artykule problemy zdrowotne w dwóch specyficznych okresach rozwojowych: okresie okołoporodowym i w wieku dorastania. Zdrowie matki i noworodka ma oczywisty wpływ na zdrowie i rozwój w następującym potem dzieciństwie. Podobnie stan zdrowia i poziom rozwoju młodzieży stanowi podstawę zdrowia w późniejszym, dorosłym życiu.

Pozostałe priorytetowe obszary strategii – żywienie, zakażenia i choroby zakaźne, urazy i przemoc, środowisko naturalne – dotyczą wzajemnie powiązanych problemów mających wpływ na zdrowie i rozwój na wszystkich etapach życia. Odzwierciedlają one istniejące od dawna w wielu krajach europejskich oraz pojawiające się nowe zagrożenia. Ze względu na dystans dzielący nasz kraj od wielu innych państw europejskich, mierzony stanem uzębienia, zwłaszcza wskaź-

nikami zachorowalności na próchnicę zębów, narodowa strategia powinna objąć także zdrowie jamy ustnej dzieci i młodzieży.

LITERATURA

- BRPO (2008), *Informacja o działalności Rzecznika Praw Obywatelskich za rok 2007 oraz o stanie przestrzegania wolności i praw człowieka i obywatela*, Biuletyn RPO – Materiały, nr 63, Warszawa.
- BRPO (2009), *Informacja o działalności Rzecznika Praw Obywatelskich za rok 2008 oraz o stanie przestrzegania wolności i praw człowieka i obywatela*, Biuletyn RPO 2009, Nr 1 – Źródła, Warszawa.
- Główny Inspektorat Sanitarny (2007), *Stan sanitarny kraju 2006*, Warszawa.
- Główny Inspektorat Sanitarny (2008), *Stan sanitarny kraju 2007*, Warszawa.
- Kubicka-Kraszyńska U., Siemińska A., oprac. i red. (2009), *Monitoring realizacji działań administracji samorządowej w zakresie opieki nad matką i dzieckiem*, Warszawa: Fundacja Rodzic po Ludzku.
- NIK (2008), *Sprawowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym w latach 2005–2007 – I półrocze*, kontrola Nr P/07/132.
- Narodowy Instytut Zdrowia – PZH (2008), *Sytuacja zdrowotna ludności Polski*, Warszawa.
- Niemiec T., red. (2007), *Zdrowie kobiet w wieku prokreacyjnym 15–49 lat. Polska 2006*, Warszawa: UNDP i Ministerstwo Zdrowia.
- Szymborski J. (2008), *System opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w Polsce. Stan i zagrożenia*, Biuletyn Nr 53, Warszawa: RRL.
- Szymborski J., red. (2009), *Raport o korespondencji i kontaktach między Rzecznikiem Praw Obywatelskich i Ministrem Zdrowia w sprawie przestrzegania praw obywateli do ochrony zdrowia w okresie od 14 lutego 2006 do 30 kwietnia 2009*, Biuletyn RPO, Warszawa: BRPO.
- Szymborski J., Jakubik K., red. (2008), *Zdrowie dzieci i młodzieży w Polsce*, Biuletyn RPO, Materiały, Nr 62, Warszawa: BRPO.

SUMMARY

The legal basis for the protection of children's lives and health in Poland is provided by the Constitution of the Republic of Poland and Polish legislation and also by the international agreements ratified by our country. In this study, an attempt has been undertaken to assess the state of the observation of the rights of children to health. The main source materials were information from the activity of the Commissioner for Civil Rights Protection and data from the Central Statistical Office. Selected data have been presented on the subject of the conditions of the life and development of children in Poland and the shaping of the factors of mortality in particular age categories. There is also a description of the main current health problems and the current state of health care for children in Poland. On account of the importance of the problem, the study concentrates on perinatal care but, on account of the scale and results of negligence, particular attention has also been paid to the health of children and youths of school age. In Poland, as in many other countries of the European Union, there has been noted an over-representation of children among poor people, which adversely affects their state of health and decreases their educational and developmental opportunities, particularly in the case of the youngest children. In the period 1990–2006, the number of deaths of infants fell by almost 80% while the mortality of children and youths from 1 to 19 years old fell by 56% but an assessment of the health situation on the basis of mortality factors has, in relation to the population of developmental age, a very limited value. In recent years in Poland, there has been observed a deterioration in the access afforded to pregnant and parturient women and newborns to prophylactic and therapeutic care adequate to their needs, which results from an undervaluing of the role of investment in the health of the youngest generation. The health of youths is the most neglected, marginalised and ignored area of medicine and health policy even though this period of life decides about the health capital with which young people enter adult life. There exists an urgent need for fundamental re-evaluations in the health policy of the state in order to improve the health care of mothers, children and youths, which demands the undertaking of systemic activities in the field of health promotion, the prophylaxis of diseases and risks and the restoration of health.