

Informacja o wynikach kontroli organizacji i funkcjonowania opieki zdrowotnej nad uczniami

Nr ewid. 4/1998/P/1997/127/DZK

styczeń 1998

I. CZĘŚĆ OGÓLNA

1. Charakterystyka kontroli

Najwyższa Izba Kontroli przeprowadziła z własnej inicjatywy kontrolę planową, której celem była ocena działań podejmowanych przez jednostki ochrony zdrowia, szkoły oraz organy administracji rządowej dla zapewnienia uczniom odpowiedniej opieki zdrowotnej.

Kontrolą objęto szkoły podstawowe i ponadpodstawowe oraz zespoły opieki zdrowotnej (zespoły zakładów opieki zdrowotnej) odpowiedzialne za organizowanie i sprawowanie opieki zdrowotnej nad uczniami. Na poziomie wojewódzkim skontrolowano specjalistyczne zespoły opieki nad matką i dzieckiem (wojewódzkie przychodnie matki i dziecka) m.in. w zakresie wdrażania nowego systemu opieki nad uczniami, wprowadzonego rozporządzeniem Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 listopada 1992 r. w sprawie organizacji oraz form opieki zdrowotnej nad uczniami ¹. W jednostkach administracji rządowej sprawdzono nadzór nad całokształtem spraw związanych z organizacją i funkcjonowaniem nowego systemu.

Kontrolę przeprowadzono w okresie od 1 kwietnia do 29 września 1997 r. i objęto nią lata szkolne 1995/96 i 1996/97, a w niektórych dziedzinach również lata wcześniejsze.

Badaniem objęto 264 jednostki, w tym:

- Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej (MZiOS),
- 14 wydziałów zdrowia urzędów wojewódzkich (wzuw),
- 3 kuratoria oświaty,
- 16 wojewódzkich przychodni matki i dziecka (WPMiDz) lub innych jednostek równorzędnych,
- 180 szkół podstawowych i ponadpodstawowych,
- 38 zespołów opieki zdrowotnej (zoz) lub jednostek równorzędnych.

¹ Dz.U. Nr 87, poz. 441; zm. Dz.U. z 1996 r. Nr 4, poz. 31.

Wykaz jednostek objętych kontrolą stanowi załącznik do Informacji.

Ze 136 jednostek uzyskano - na podstawie art. 29 pkt 2 lit. f ustawy z dnia 23 grudnia 1994 r. o Najwyższej Izbie Kontroli ² - informacje uzupełniające wiedzę o funkcjonowaniu opieki zdrowotnej nad uczniami, w tym z Ministerstwa Edukacji Narodowej (MEN) m.in. w sprawie współdziałania z Ministerstwem Zdrowia i Opieki Społecznej w zakresie badanej problematyki.

Kontrolę przeprowadził Departament Zdrowia i Kultury Fizycznej oraz 14 delegatur NIK w: Białymstoku, Bydgoszczy, Katowicach, Kielcach, Lublinie, Koszalinie, Olsztynie, Łodzi, Poznaniu, Rzeszowie, Szczecinie, Warszawie, Wrocławiu i Zielonej Górze.

Podstawowe punkty tematyki kontroli dotyczyły następujących zagadnień:

- 1/ organizacji infrastruktury opieki zdrowotnej nad uczniami, w tym sieci gabinetów medycznych w szkołach oraz sieci terenowych poradni medycyny szkolnej na poziomie zespołów opieki zdrowotnej i sekcji medycyny szkolnej na poziomie wojewódzkim,
- 2/ zatrudnienia odpowiednio przygotowanych kadr medycznych, zwłaszcza pielęgniarek (higienistek) - w szkołach i lekarzy - w poradniach medycyny szkolnej,
- 3/ wykonywania świadczeń profilaktycznych: okresowych badań przesiewowych, powszechnych lekarskich badań profilaktycznych oraz szczepień ochronnych,
- 4/ ciągłości opieki lekarskiej, z uwzględnieniem dostępności opieki specjalistycznej dla dzieci i młodzieży w wieku 10-15 lat oraz 15-18 lat, a także zapewnienia diagnostycznych badań specjalistycznych,
- 5/ wykonywania okresowych badań stomatologicznych w ramach planowej opieki stomatologicznej; w badaniach uwzględniano wytyczne Ministra ZiOS w sprawie przedłużenia programów, których terminy już upłynęły,
- 6/ dokonywania analiz stanu zdrowia, problemów i potrzeb zdrowotnych populacji w wieku szkolnym,
- 7/ organizowania różnych form oddziaływania na poprawę stanu zdrowia uczniów (oświata zdrowotna, zapewnienie posiłków w czasie pobytu uczniów w szkole, organizowanie tzw. „zielonych szkół”),
- 8/ zapewnienia bezpieczeństwa i odpowiednich warunków sanitarnych w szkołach,
- 9/ współdziałania władz ochrony zdrowia z władzami oświaty, organami Państwowej Inspekcji Sanitarnej oraz innymi instytucjami i organizacjami w zakresie profilaktyki chorób i zaburzeń oraz promocji zdrowia,

10/ podejmowania przez administrację rządową działań dla pełnego wdrożenia nowego systemu opieki zdrowotnej nad uczniami i sprawności jego funkcjonowania.

2. Synteza ustaleń kontroli

2.1. Pozytywnie należy ocenić fakt, iż po dokonaniu zmian w systemie opieki zdrowotnej nad uczniami - polegających m.in. na przeniesieniu świadczeń lekarskich ze szkół do właściwych terenowo poradni w przychodniach rejonowych w miastach i w ośrodkach zdrowia na wsi i na zatrudnieniu w gabinetach medycznych w szkołach pielęgniarek lub higienistek - udało się utrzymać wysoką liczbę uczniów objętych badaniami przesiewowymi, wykonywanymi przez pielęgniarki szkolne (higienistki) stanowiącą w poszczególnych województwach od 90 do 100% populacji oraz uczniów objętych powszechnymi lekarskimi badaniami profilaktycznymi (od 95 do 99%). Utrzymano również wysoki poziom (90%) wykonywanych w terminie, szczepień ochronnych. Nie udało się natomiast upowszechnić zasady, iż w profilaktycznych badaniach lekarskich powinni uczestniczyć rodzice uczniów. Wymóg ten był - na ogół - spełniany w odniesieniu do dzieci w wieku 6 lat, ale w miarę ich dorastania udział rodziców w badaniach ulegał wyraźnemu zmniejszaniu się (opis w pkt 2.3. części szczegółowej Informacji). Miało to ujemny wpływ m.in. na kontynuowanie opieki zdrowotnej wobec uczniów, wymagających dalszej opieki medycznej. Problemem pozostawała dostępność do badań i konsultacji specjalistycznych. Była ona zróżnicowana w zależności od rodzaju specjalności i stanu zatrudnienia specjalistów w województwach. Do niektórych poradni np. alergologicznych, diabetologicznych, neurologicznych, ortopedycznych a także kardiologicznych okres oczekiwania uczniów na uzyskanie porady sięgał kilku miesięcy. Nie wszystkie WPMiDz jak również wydziały zdrowia urzędów wojewódzkich miały rozeznanie o istniejącej sytuacji w zakresie dostępności opieki specjalistycznej w poszczególnych zoz-ach (pkt. 2.5.2. Informacji).

2.2. Brak w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 listopada 1992 r. postanowień dotyczących organizacji i zadań publicznych zakładów opieki zdrowotnej, sprawujących profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami spowodował, iż lukę tę

² Dz.U. z 1995 r. Nr 13, poz. 59 ze zm.

wypełniły wytyczne Krajowego Zespołu Specjalistycznego w dziedzinie Pediatrii i Medycyny Szkolnej (KZS). Nie mają one jednak charakteru normy prawnej i jako takie nie stanowią podstawy do nałożenia na wojewodów obowiązku zorganizowania infrastruktury organizacyjnej dla koordynacji opieki zdrowotnej nad uczniami i nadzoru nad jej funkcjonowaniem. Stąd też nie we wszystkich województwach powstała sieć poradni medycyny szkolnej, stanowiących ważne ogniwo w nowym systemie opieki zdrowotnej nad uczniami, a liczba lekarzy zatrudnionych w tych poradniach stanowiła zaledwie 43% ustalonych przez KZS potrzeb. Podobny stan stwierdzono na poziomie wojewódzkim, gdyż na 16 skontrolowanych województw w 9 w ogóle nie zatrudniano lekarzy w sekcjach medycyny szkolnej, usytuowanych w wojewódzkich specjalistycznych zespołach opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem (pkt 2.1.1 i 2.1.2 Informacji).

2.3. W 9 województwach (56% skontrolowanych) średnia liczba zatrudnionych pielęgniarek szkolnych, w stosunku do liczby uczniów, była mniejsza od zalecanej przez KZS (na 1 etat pielęgniarki - 700 uczniów), zwłaszcza w szkołach na terenie wsi, gdzie w 87% województw była ona mniejsza od zalecanej. W poszczególnych województwach występowały znaczne dysproporcje w tym zakresie gdyż obok szkół, w których na 1 etat pielęgniarki przypadało mniej niż 600 uczniów w innych 2, a nawet 3 razy więcej (pkt. 2.1.3.), nie licząc szkół, w których w ogóle nie zatrudniano pielęgniarek. Co czwarta bowiem szkoła podstawowa nie posiadała gabinetu medycznego i uczniowie byli pozbawieni bieżącej opieki medycznej. W przeważającej większości dotyczyło to uczniów uczęszczających do małych szkół. Jednak do ok. 6% szkół, bez gabinetów medycznych, uczęszczało po co najmniej 300 uczniów (pkt. 2.2.1. Informacji).

Nie we wszystkich województwach zadbano, aby pielęgniarki lub higienistki zatrudnione w szkołach miały odpowiednie przygotowanie zawodowe; 22% tego personelu nie ukończyło wymaganego kursu kwalifikacyjnego (pkt 2.1.6 Informacji). W co piątej szkole brakowało pełnego wyposażenia w podstawowy sprzęt medyczny.

2.4. Młodzież, która ukończyła 15 rok życia, a nie osiągnęła jeszcze pełnoletności była, na ogół, odsyłana z poradni pediatrycznych do poradni ogólnych dla osób dorosłych. Jako przyczynę ograniczania opieki pediatrycznej dla uczniów powyżej 15 roku życia podawano małą wydolność poradni pediatrycznych, z uwagi na niedobór kadr lekarskich, co jak

wykazały badania przeprowadzone przez NIK w 1996 r.³ nie znajdowało potwierdzenia w stanie faktycznym. Również w przypadkach koniecznych hospitalizacji, młodzież w wieku 15-18 lat kierowano na oddziały szpitalne dla dorosłych, chociaż stopień wykorzystania oddziałów dziecięcych - jak wykazała wspomniana kontrola - wynosił zaledwie ok. 50%, przy zatrudnieniu personelu medycznego przewidzianego dla pełnego obłożenia łóżek szpitalnych (pkt. 2.5.3. Informacji).

Mimo istnienia obowiązku - wynikającego z § 5 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 listopada 1992 r. - poddawania uczniów klas VIII szkół podstawowych badaniom, stanowiącym podstawę do wydania orzeczenia w sprawie dalszego kształcenia i nauki zawodu - w dokumentacji uczniów przyjętych do szkół ponadpodstawowych nie zawsze znajdowały się orzeczenia stwierdzające realizację tego obowiązku. Fakty te stwierdzono w 58% skontrolowanych pod tym kątem szkół ponadpodstawowych (pkt 2.3.3 Informacji).

2.5. W latach 1996-97 zintensyfikowane zostały działania organizacyjne MZiOS w zakresie poprawy opieki stomatologicznej nad populacją wieku szkolnego. Przejawiło się to w przedłużeniu obowiązujących w poprzednich latach programów w tym zakresie jak również w opracowaniu harmonogramu realizacji Narodowego Programu Zdrowia dotyczącego intensyfikacji profilaktyki próchnicy zębów i chorób przyzębia m.in. u dzieci i młodzieży.

Jednak - jak wynika z ustaleń kontroli - istniejący stan opieki stomatologicznej nad uczniami nadal był niezadowalający. Zmniejszyła się w niektórych zoz-ach liczba gabinetów dentystycznych w szkołach, a młodzież została skierowana do poradni stomatologicznych, gdzie udzielano z zasady jedynie pomocy doraźnej. Stwierdzono też fakty ograniczenia, a nawet zaniechania działalności profilaktycznej. Opóźnienia w przetwarzaniu przez Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia (COiEOZ) danych statystycznych dotyczących opieki stomatologicznej nad młodzieżą uniemożliwiały dokonywanie w odpowiednim czasie okresowych analiz w tej dziedzinie (pkt 2.5.4. Informacji).

2.6. W 1993 r. po dokonaniu przez Instytut Matki i Dziecka (IMiDz) krytycznej oceny obowiązującego do 1992 r. systemu oceny stanu zdrowia dzieci i młodzieży i podważeniu wiarygodności wyników badań lekarskich, stanowiących podstawę do objęcia uczniów czynną

³ Informacja o wynikach kontroli stanu i wykorzystania kadr lekarskich w publicznych zakładach opieki zdrowotnej. Warszawa - maj - 1997 r.

opieką lekarską Minister ZiOS zniósł obowiązek zbierania danych statystycznych w tym zakresie.

Jakkolwiek upłynęły 4 lata od podjęcia tej decyzji nie opracowano nowego systemu oceny stanu zdrowia populacji uczniów, mimo że zarówno terenowe placówki lecznictwa, jak i placówki naukowe nie kwestionują potrzeby jego istnienia. Przyczyną tego stanu był brak zgodności poglądów w środowisku specjalistów co do kryteriów tej oceny. Interwencje Ministra ZiOS w celu zakończenia prac nad opracowaniem kryteriów oceny, okazały się nieskuteczne i do czasu zakończenia kontroli funkcjonowały w praktyce różne - niespójne - systemy oceny stanu zdrowia uczniów, zarówno te uchylone, jak i inne, wprowadzane doraźnie. Dane statystyczne zestawione na podstawie przeprowadzonych w ten sposób badań potwierdzają ich niską wiarygodność a w niektórych aspektach nie poddają się logicznej interpretacji (pkt 2.4. Informacji).

2.7. Wśród uczniów zakwalifikowanych, w ramach badań okresowych, do grupy dzieci z problemami zdrowotnymi, najczęściej występującą nieprawidłowością były wady postawy, przeważnie uzasadniające potrzebę zorganizowania gimnastyki korekcyjnej. Jednak tylko w odniesieniu do uczniów klas I-III organizowały te zajęcia - i to nie wszystkie (69%). Tylko w co czwartej szkole rozszerzono zajęcia z gimnastyki korekcyjnej również na uczniów klas starszych, zakwalifikowanych do tych ćwiczeń.

Nie we wszystkich szkołach, w których zorganizowano gimnastykę korekcyjną, była ona wykonywana zgodnie z ustalonymi przez Ministra Edukacji Narodowej zasadami, tak co do wielkości grup uczniów ćwiczących, jak i wymiaru godzin lekcyjnych w tygodniu. Szkoły nie zawsze reagowały na niską frekwencję uczniów na tych zajęciach (pkt 2.5.1. Informacji).

2.8. Spośród stosowanych w szkołach form oddziaływania na poprawę stanu zdrowia uczniów nie nasuwała istotniejszych uwag krytycznych działalność w zakresie oświaty zdrowotnej, natomiast słabiej była realizowana pomoc materialna w postaci wydawania bezpłatnych posiłków uczniom, pochodzącym z ubogich rodzin. Uzyskiwane środki finansowe z gmin, a także z różnych stowarzyszeń i od sponsorów nie pozwalały na objęcie tą pomocą wszystkich uczniów kwalifikujących się do niej. Trzeba dodać, iż nie wszystkie szkoły posiadały rozeznanie o istniejących potrzebach w tym zakresie. Z powodu braku środków finansowych

nie rozwinęła się szerzej idea tzw. „zielonych szkół”⁴. Wprawdzie w 22% szkół organizowano te akcje, ale były one przeważnie finansowane przez rodziców uczniów. W 94% szkół, do których uczęszczali uczniowie niepełnosprawni nie zorganizowano klas integracyjnych, z uwagi na mniejsze niż 3 osobowe grupy uczniów specjalnej troski. Jednak we wszystkich tych szkołach zorganizowano indywidualny tok szkolenia (pkt 2.6 Informacji).

2.9. W części objętych kontrolą szkół nie były spełniane warunki bezpieczeństwa i higieny. Prawie w co drugiej szkole wyposażenie części klas w ławki, stoliki i krzesła było niedostosowane do wzrostu uczniów. W co piątej - stwierdzono zaniedbania w utrzymaniu właściwego stanu technicznego urządzeń sanitarnych w toaletach uczniów, a w co trzeciej szkole nie funkcjonowały natryski w pomieszczeniach przy salach gimnastycznych tak z przyczyn technicznych, jak i z powodu przeznaczania tych punktów sanitarnych na inne cele. W 12 szkołach stwierdzono zagrożenia dla zdrowia i życia uczniów w rodzaju niezabezpieczenia instalacji elektrycznych, niekontrolowanego dostępu uczniów do środków chemicznych, w tym trucizn, a także niezabezpieczenia terenu szkoły przed nagłym wtargnięciem uczniów na drogi komunikacyjne (pkt 2.7. Informacji).

2.10. Nadzór nad funkcjonowaniem opieki zdrowotnej nad uczniami w gabinetach medycznych w szkołach i w poradniach poza szkołami był wypadkową stanu organizacyjnego jednostek powołanych do jego sprawowania, a więc przeważnie był on słaby zarówno na poziomie terenowych poradni medycyny szkolnej, jak i wojewódzkim; w niektórych województwach praktycznie go nie było.

Na szczeblu centralnym, po dość aktywnym monitorowaniu wdrażania nowego systemu w pierwszych 2 latach, od 1994 r. zainteresowanie Ministra ZiOS tą problematyką wyraźnie zmalało, mimo niezakończenia procesu organizowania sieci placówek lecznictwa dla sprawowania opieki zdrowotnej nad uczniami (pkt 2.8. Informacji).

3. Wnioski

Stwierdzony w toku kontroli stan faktyczny wskazuje na potrzebę podjęcia w szczególności następujących działań przez:

⁴ Idea „zielonych szkół” polega na organizowaniu dla młodzieży szkolnej - przebywającej na terenach zurbanizowanych - zajęć lekcyjnych w miejscowościach przyjaznych pod względem zdrowotnym.

Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej:

- zwiększenie nadzoru nad realizacją rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 listopada 1992 r. w sprawie zakresu, organizacji oraz form opieki zdrowotnej nad uczniami (Dz.U. Nr 87, poz. 441; zm. Dz.U. z 1996 r. Nr 4, poz. 31), a także rozważenie potrzeby nowelizacji tego rozporządzenia, uwzględniającej niektóre postanowienia zawarte w wytycznych Krajowego Zespołu Specjalistycznego w dziedzinie Pediatrii i Medycyny Szkolnej z dnia 15 grudnia 1992 r. w sprawie organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami (wychowankami), dot. m.in. organizowania sieci poradni medycyny szkolnej;
- przyspieszenie prac nad określeniem kryteriów oceny stanu zdrowia populacji wieku rozwojowego;
- zobowiązanie Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia do przetwarzania danych statystycznych w takim terminie, aby nie traciły one swojej aktualności i mogły być wykorzystywane w odpowiednim czasie przez zainteresowane departamenty Ministerstwa;

Wojewodów:

- stworzenie warunków organizacyjnych i kadrowych w wojewódzkich przychodniach matki i dziecka (lub ich odpowiednikach) umożliwiających sprawowanie funkcji nadzorczych i koordynacyjnych nad całokształtem problematyki opieki zdrowotnej nad uczniami;
- dokonywanie okresowych analiz stanu zdrowia populacji wieku szkolnego, z uwzględnieniem efektywności opieki stomatologicznej;
- zapewnienie ciągłości opieki zdrowotnej w poradniach dla dzieci i w poradniach specjalistycznych. Zdaniem NIK młodzież w wieku 15-18 lat powinna być pod opieką poradni dla dzieci i młodzieży. Ta sama zasada powinna dotyczyć leczenia stacjonarnego;
- zorganizowanie sieci terenowych poradni medycyny szkolnej z obsadą kadrową odpowiadającą wytycznym Krajowego Zespołu Specjalistycznego w dziedzinie Pediatrii i Medycyny Szkolnej;
- w celu umożliwienia rodzicom pracującym bezpośrednie uczestniczenie w sprawowaniu opieki zdrowotnej nad uczniami niezbędne jest ustanowienie przyjęć w poradniach również w godzinach popołudniowych i wieczornych;

Organy prowadzące szkoły i dyrektorów szkół:

- utworzenie gabinetów medycznych w szkołach, które ich nie posiadają, zwłaszcza w szkołach obejmujących większą liczbę uczniów;
- dostosowanie ławek i stolików w szkołach do istniejących wymogów;
- podjęcie starań o zorganizowanie dodatkowych zajęć z zakresu gimnastyki korekcyjnej oraz egzekwowanie przez szkoły obligatoryjnego uczestnictwa w tych zajęciach uczniów klas I-III;
- doprowadzenie do stanu używalności pomieszczeń sanitarnych w obiektach szkolnych;
- objęcie dożywianiem wszystkich uczniów wymagających takiej pomocy;
- tworzenie w miarę potrzeb i możliwości oddziałów integracyjnych, umożliwiających młodzieży niepełnosprawnej zdobycie wiedzy w warunkach szkoły ogólnodostępnej;
- sprawowanie nadzoru nad bezpieczeństwem uczniów przebywających w szkole i bezzwłoczne usuwanie zagrożeń dla zdrowia i życia uczniów.

II. CZĘŚĆ SZCZEGÓŁOWA

1. Charakterystyka uwarunkowań prawno-organizacyjnych

Podstawowym aktem prawnym określającym zakres, organizację oraz formy opieki nad uczniami jest rozporządzenie Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 listopada 1992 r. wydane na podstawie art. 92 ust. 2 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty⁵.

Zgodnie z § 1 ww rozporządzenia uczniom przysługuje prawo do opieki zdrowotnej, obejmującej m.in. bezpłatne świadczenia zdrowotne publicznych zakładów opieki zdrowotnej, a w szczególności świadczenia profilaktyczne, lecznicze i rehabilitacyjne oraz orzekanie o stanie zdrowia.

Szczególny akcent został położony na świadczenia profilaktyczne obejmujące w szczególności:

- 1) powszechne lekarskie badania profilaktyczne,
- 2) badania przesiewowe,

- 3) okresowe profilaktyczne badania stomatologiczne,
- 4) fluorkową profilaktykę próchnicy zębów i profilaktykę ortodontyczną,
- 5) obowiązkowe szczepienia ochronne.

Świadczenia lecznicze obejmują leczenie ambulatoryjne w zakresie podstawowej i specjalistycznej opieki zdrowotnej, domowe, szpitalne i pomoc doraźną.

Stałą opiekę zdrowotną nad uczniami w siedzibie szkoły sprawuje pielęgniarka (higienistka szkolna), do zadań której należy w szczególności:

- 1) wykonanie i interpretowanie badań przesiewowych,
- 2) współudział w przygotowaniu powszechnych lekarskich badań uczniów i wykorzystanie wyników tych badań,
- 3) sprawowanie opieki nad uczniami z problemami zdrowotnymi, szkolnymi i społecznymi,
- 4) udział w organizowaniu i wykonywaniu szczepień ochronnych,
- 5) udzielanie pomocy w nagłych zachorowaniach uczniów,
- 6) udział w planowaniu i realizacji edukacji zdrowotnej uczniów, pracowników szkoły i rodziców,
- 7) sprawowanie kontroli warunków higieniczno-sanitarnych w środowisku szkolnym.

Nawiązując do postanowień ww rozporządzenia Krajowy Zespół Specjalistyczny w dziedzinie Pediatrii i Medycyny Szkolnej opracował szczegółowe zasady profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami, obejmujące organizację i zadania publicznych zakładów opieki zdrowotnej w tym zakresie, a także dokumentację zdrowotną uczniów i gabinetu medycznego w szkole oraz zasady jej wypełniania i obiegu.

Zasady te, zaakceptowane przez Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej, zawarte zostały w wytycznych KZS z dnia 15 grudnia 1992 r. i przekazane do wykonania specjalistycznym zespołom opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem (wojewódzkim przychodniom matki i dziecka). W myśl tych wytycznych w specjalistycznych zespołach powinna być wydzielona sekcja medycyny szkolnej, zatrudniająca lekarza na 0,5 do 1 etatu oraz wojewódzką instruktorkę ds. medycyny szkolnej, w wymiarze od 1 do 2 etatów, w zależności od liczby uczniów w województwie. Do zadań sekcji należy m.in.:

- dokonywanie analizy stanu zdrowia, problemów i potrzeb zdrowotnych populacji w wieku szkolnym,
- sprawowanie nadzoru fachowego nad pracą terenowych poradni medycyny szkolnej,

⁵ j.t. w Dz.U. z 1996 r. Nr 67, poz. 329, zm. Nr 106, poz. 496; z 1997 r. Nr 28, poz. 153.

- współdziałanie w zakresie zapewnienia uczniom specjalistycznej opieki medycznej, stomatologicznej, psychologicznej, logopedycznej oraz rehabilitacji leczniczej i zdrowotnej,
- współpraca m.in. z kuratorem oświaty i z państwowym wojewódzkim inspektorem sanitarnym.

W każdym zespole opieki zdrowotnej lub w innej jednostce organizacyjnej publicznego zakładu opieki zdrowotnej powinna funkcjonować terenowa poradnia medycyny szkolnej, zatrudniająca lekarza, jednego na każde 20 tys. uczniów oraz starszą pielęgniarkę ds. medycyny szkolnej, jedną na każde 20-30 pielęgniarek szkolnych. Do zadań terenowej poradni należy m.in.

- dokonywanie analizy problemów i potrzeb zdrowotnych populacji w wieku szkolnym na danym terenie,
- współudział w programowaniu i organizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej, zgodnie z rozporządzeniem z dnia 5 listopada 1992 r.,
- sprawowanie nadzoru nad pracą pielęgniarek (higienistek szkolnych) oraz udzielanie pomocy i konsultacji w zakresie realizacji tych zadań,
- organizacja i programowanie pracy wzorcowych gabinetów medycznych,
- udzielanie w przypadkach uzasadnionych, konsultacji lekarskich uczniom i ich rodzicom oraz nauczycielom,
- współdziałanie z władzami szkolnymi, poradnią psychologiczno-pedagogiczną, ośrodkami gimnastyki korekcyjnej, państwowym terenowym inspektorem sanitarnym oraz innymi instytucjami i organizacjami na danym terenie w zakresie inicjowania i podejmowania różnych działań na rzecz ochrony, promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej uczniów, w tym zwłaszcza tworzenia szkół promujących zdrowie.

W odniesieniu do pielęgniarek (higienistek szkolnych) wytyczne przewidują, że liczba uczniów na 1 etat nie powinna przekraczać 700 osób ⁶.

Problematyka szczepień ochronnych uregulowana jest w rozporządzeniu Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 22 grudnia 1975 r. w sprawie obowiązkowych szczepień ochronnych ⁷. Określono w nim zakres szczepień obowiązkowych i warunki ich wykonania, akcentując konieczność wykonania badania lekarskiego bezpośrednio przed dokonaniem szczepienia.

⁶ Wydawnictwo Instytutu Matki i Dziecka „Metodyka pracy środowiskowej pielęgniarki (higienistki szkolnej) w szkole podstawowej i ponadpodstawowej”, Warszawa 1990 r.

Warunki bezpieczeństwa i higieny w szkołach, określa rozporządzenie Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 sierpnia 1992 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny w szkołach i placówkach publicznych ⁸. W rozporządzeniu określono m.in. ogólne wymagania sanitarne, jakie powinny spełniać obiekty szkolne i ich pomieszczenia, a także potrzebę dostosowania zajęć z wychowania fizycznego do indywidualnych możliwości uczniów.

Zasady organizowania przez szkoły gimnastyki korekcyjnej określają przepisy zarządzenia Ministra Edukacji Narodowej z dnia 19 listopada 1996 r. w sprawie zasad organizowania przez szkoły i placówki publiczne gimnastyki korekcyjnej oraz nadobowiązkowych zajęć z wychowania fizycznego ⁹. Zarządzenie nie nakłada na szkoły i inne placówki obowiązku organizowania gimnastyki korekcyjnej a jedynie zezwala na zorganizowanie takich zajęć i określa zasady na jakich mają się odbywać oraz sposób kwalifikowania dzieci do udziału w zajęciach. Gimnastyka dla uczniów klas I-III szkoły podstawowej prowadzona jest w ramach obowiązkowych zajęć pozalekcyjnych w wymiarze nie mniejszym niż 2 godziny tygodniowo, a dla uczniów klas IV-VIII w ramach nadobowiązkowych zajęć lekcyjnych, w wymiarze określonym przez organ prowadzący szkołę lub jej dyrektora. Dyrektor szkoły ustala szczegółową organizację gimnastyki korekcyjnej w porozumieniu z lekarzem, pielęgniarką (higienistką szkolną) i nauczycielem wychowania fizycznego na podstawie profilaktycznych badań lekarskich i wyników testów sprawności fizycznej.

2. Szczegółowe ustalenia kontroli

2.1. *Organizacja opieki zdrowotnej nad uczniami*

Ustalenia kontroli wskazują, iż mimo upływu prawie 5 lat od wprowadzenia nowego systemu opieki zdrowotnej nad uczniami stan organizacyjny, a zwłaszcza kadrowy, jednostek powołanych do koordynacji i nadzoru tej opieki daleko odbiegał od założeń przewidzianych w wytycznych KZS.

⁷ Dz.U. z 1976 r. Nr 1, poz. 8 ze zm. ostatnia w 1994 r. Dz.U. Nr 40, poz. 155.

⁸ Dz.U. Nr 65, poz. 331; zm. Dz.U. z 1996 r. Nr 119, poz. 562.

⁹ MP Nr 83, poz. 724.

2.1.1. Na 16 objętych kontrolą województw tylko w 7 (44%) funkcjonowały w wojewódzkich specjalistycznych zespołach opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem lub ich odpowiednikach (wojewódzkich przychodniach matki i dziecka) sekcje (działy) medycyny szkolnej, zatrudniające lekarza, przy czym w 4 z nich lekarze byli zatrudnieni w mniejszym, niż to przewidywały wytyczne, wymiarze czasu pracy.

W woj. bielskim kierownikiem działu medycyny szkolnej był lekarz, który poza tą pracą pełnił równocześnie 4 inne funkcje, w tym kierownika przychodni specjalistycznej; należy dodać iż drugim pracownikiem działu była pielęgniarka, która dopiero uzupełniała specjalizację z zakresu medycyny szkolnej. Do szkół podstawowych i ponadpodstawowych uczęszczało w województwie ok. 175 tys. uczniów.

W woj. częstochowskim, gdzie do szkół podstawowych i ponadpodstawowych uczęszczało ok. 135 tys. uczniów, lekarz był zatrudniony na 1/4 etatu.

Z 9 województw, w których nie utworzono w wojewódzkich przychodniach matki i dziecka sekcji (działu) medycyny szkolnej w 8 zadania związane z organizacją opieki zdrowotnej nad uczniami powierzono pielęgniarkom, np. w województwach szczecińskim i sieradzkim; w tym ostatnim przyczyną nieobsadzenia stanowiska lekarza był - jak wyjaśnił dyrektor Wydziału Zdrowia UW - brak chętnych lekarzy. W woj. rzeszowskim nie tylko nie utworzono sekcji medycyny szkolnej i nie zatrudniono lekarza, ale decyzją dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego - w skład którego wchodziła WPMiD - istniejący etat instruktorki ds. medycyny szkolnej został zlikwidowany w 1992 r., tj. w roku wprowadzenia nowego systemu opieki zdrowotnej nad uczniami, a obowiązki dotyczące opieki nad uczniami powierzono instruktorce ds. małego dziecka. Nieskuteczne okazały się zalecenia Specjalisty Regionalnego w zakresie pediatrii i medycyny szkolnej, zatrudnienia w WPMiD lekarza i 2 pielęgniarek - instruktoerek do wykonywania zadań, wynikających z wytycznych KZS. Jako główną przyczynę podano ograniczenia kadrowe i finansowe.

W dwóch województwach zagadnienia organizacji i nadzoru w zakresie opieki zdrowotnej nad uczniami ulokowano w placówkach nie mających bezpośredniego związku z tym pionem lecznictwa, a mianowicie:

w woj. olsztyńskim powierzono je pielęgniarce zatrudnionej w Wojewódzkim Ośrodku Organizacji i Informatyki w Ochronie Zdrowia; wśród 26 zadań, jakie przewidziano dla tego Ośrodka ani jedno nie obejmowało bezpośrednio problematyki opieki zdrowotnej nad uczniami,

w woj. rzeszowskim zagadnienia nadzoru pediatrycznego i medycyny szkolnej powierzono wprawdzie lekarzowi ale zatrudnionemu na stanowisku dyrektora Wojewódzkiego Zespołu Metodyczno-Organizacyjnego Opieki Zdrowotnej, który jednocześnie pełnił funkcję kierownika WPMiD.

We wszystkich województwach, w których utworzono komórki organizacyjne ds. medycyny szkolnej zatrudniano pielęgniarki na stanowiskach instruktorek, z zasady na pełnym etacie. Wyjątkiem był Specjalistyczny Zespół Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem we Wrocławiu, gdzie instruktorkę zatrudniono tylko na pół etatu.

2.1.2. Nie we wszystkich zespołach opieki zdrowotnej, lub jednostkach równorzędnych, utworzono terenowe poradnie medycyny szkolnej. W sześciu województwach (37%) liczba ich była o co najmniej 1/3 mniejsza od liczby zoz-ów, w których powinny one funkcjonować.

W woj. bydgoskim na 12 zoz-ów utworzono do 1996 r. poradnie w 6, a w 1997 r. liczba ich zmniejszyła się do 5. Obejmowały one opieką zdrowotną 48% populacji w wieku szkolnym.

W woj. leszczyńskim do połowy 1996 r. działały tylko 2 poradnie na 6 zoz-ów; dwie dalsze uruchomiono pod koniec 1996 r. Wg stanu na dzień kontroli (30.05.1997 r.) brak było tych poradni w Górze i Gostyniu.

O możliwościach i zakresie funkcjonowania poradni medycyny szkolnej decydował jednak stan obsady lekarskiej i pielęgniarskiej w tych jednostkach. Uwzględniając liczbę uczniów szkół podstawowych i ponadpodstawowych w kraju, wynoszącą ok. 7,2 mln w poradniach powinno być zatrudnionych 360 lekarzy na pełnych etatach. Natomiast - jak wynika ze sprawozdania statystycznego Mz-06 - liczba lekarzy zatrudnionych na pełnych etatach wyniosła w roku szkolnym 1995/96 - 78, a uwzględniając również zatrudnienie w niepełnym wymiarze godzin, liczba równoważników etatowych¹⁰ odpowiadała 155 etatom i stanowiła tylko 43% zalecanej przez KZS normy. Tylko w 4 (25%) spośród województw objętych kontrolą liczba zatrudnionych lekarzy, licząc w etatach przeliczeniowych, odpowiadała w przybliżeniu zaleceniom KZS, a z pozostałych województw, w 9 stanowiła mniej niż 40% wymaganego poziomu zatrudnienia.

Na terenie woj. warszawskiego funkcjonowało w roku szkolnym 1995/96 17 terenowych poradni medycyny szkolnej, nadzorujących opiekę zdrowotną nad ok. 400 tys. uczniów szkół podstawowych i ponadpodstawowych. W 15 poradniach nadzorujących tę opiekę nad 351 tys. uczniów sprawowało wprawdzie 15 lekarzy, ale zatrudnionych łącznie w wymiarze 12,6 tys. godzin rocznie, co odpowiadało 6,2 etatom, zamiast ok. 17. Tylko w jednej poradni w dzielnicy Wola, zatrudniano lekarza na pełnym etacie, ale z uwagi na liczbę uczniów wynoszącą ok. 40 tys. zatrudnienie to było o połowę niższe od zalecanego. W dzielnicy Mokotów zatrudniano 2 lekarzy ale w łącznym wymiarze 1.920 godzin rocznie, stanowiącym mniej niż 1 etat, na 54 tys. uczniów.

W woj. szczecińskim na 13 zoz-ów utworzono 11 poradni medycyny szkolnej, ale tylko w 2: w Gryfinie i w Policach byli zatrudnieni lekarze na pełnych etatach, w dwóch innych - po ok. pół etatu, a w 7 pozostałych od 1/6 do 1/3 etatu.

Wśród lekarzy zatrudnionych w terenowych poradniach medycyny szkolnej tylko nieliczni posiadali specjalizację w zakresie medycyny szkolnej, na przykład w woj. rzeszowskim - zaledwie 2, a w woj. zielonogórskim żaden z lekarzy zatrudnionych w tych poradniach nie posiadał tej specjalizacji. Przeważało zatrudnianie lekarzy ze specjalnością pediatriczną. Jako przyczynę niezatrudniania lekarzy w poradniach medycyny szkolnej, lub zatrudniania ich w mniejszym od zalecanego wymiarze godzin, dyrektorzy zespołów opieki zdrowotnej podawali trudności kadrowe w tej specjalności, a także brak etatów. Wyjaśnienia te nie znajdowały jednak potwierdzenia w ustaleniach kontroli NIK, przeprowadzonej w połowie 1996 r., wskazujących iż szczególnie w zakresie pediatrii liczba zatrudnionych lekarzy - w skali kraju - odpowiadała umownym normom, przewidzianym dla zatrudnienia tych specjalistów w systemie lekarza rodzinnego, niezależnie od znacznych rezerw tych lekarzy znajdujących się w lecznictwie stacjonarnym.

Nie stwierdzono niedoborów w zatrudnianiu pielęgniarek na stanowiskach instruktorek ds. medycyny szkolnej, we wszystkich skontrolowanych województwach.

2.1.3. W roku szkolnym 1995/96 liczba uczniów przypadająca na 1 pielęgniarkę (etat przeliczeniowy) w szkołach podstawowych na terenie miast była w 7 województwach (44%) niższa od 700, a w pozostałych 9 - wyższa, w tym w 6 województwach o co najmniej 10%, np. w woj. konińskim wynosiła 822 i w woj. bydgoskim - 793. W szkołach podstawowych na

¹⁰ Jeden równoważnik etatowy odpowiada 2.040 godzinom zatrudnienia w ciągu roku.

wsi tylko w 2 województwach nie przekraczała ona 700, a w 9 była wyższa niż 800, np. w woj. leszczyńskim wynosiła - 1.060 i w woj. olsztyńskim - 1.030.

W poszczególnych szkołach dysproporcje w zatrudnieniu pielęgniarek w stosunku do liczby uczniów były wyższe na terenie wsi niż w miastach.

W woj. konińskim na 13 skontrolowanych szkół w 4, znajdujących się w miastach, zatrudnienie pielęgniarek było zbliżone do zalecanej normy, a w 3 wyższe, natomiast w 6 szkołach, usytuowanych na wsi, opiekę zdrowotną nad uczniami sprawowały pielęgniarki zatrudnione w ośrodkach zdrowia a nie w szkołach i opiekowały się uczniami dwóch lub więcej szkół; np. w Szkole Podstawowej we Władysławowie opiekę nad 580 uczniami sprawowała pielęgniarka, która miała pod swoją opieką młodzież jeszcze 7 innych szkół, łącznie 1.325 uczniów. W Szkole Podstawowej w Przykonie, gdzie uczęszczało 284 uczniów opiekę zdrowotną sprawowała pielęgniarka zatrudniona tylko na 4 godziny w tygodniu, zamiast 16. Opiekowała się ona jeszcze uczniami pięciu innych szkół.

W woj. leszczyńskim na 7 skontrolowanych szkół podstawowych w 2 znajdujących się w Lesznie na 1 pielęgniarkę przypadało mniej niż 600 uczniów, natomiast w Szkole Podstawowej w Przemęcie, liczącej ok. 400 uczniów, pielęgniarka pracowała w wymiarze 7 godzin tygodniowo, zamiast ok. 25, w Szkole w Starym Bojanowie, liczącej 530 uczniów, nie zatrudniano pielęgniarki, a opiekę nad uczniami sprawował ośrodek zdrowia.

W woj. warszawskim na 8 skontrolowanych szkół podstawowych w 3 położonych w miejscowościach podwarszawskich, zatrudnienie pielęgniarek było niewspółmiernie niskie w stosunku do liczby uczniów:

- w Michałowicach na 490 uczniów zatrudniano pielęgniarkę na 8 godzin w tygodniu,

- w Halinowie, w Zespole Szkolno-Przedszkolnym liczącym 1.250 dzieci i uczniów zatrudniona była 1 pielęgniarka.

Na 57 skontrolowanych, pod kątem zatrudnienia pielęgniarek, szkół ponadpodstawowych w 31 na 1 etat pielęgniarki przypadało od 630 do 770 uczniów, ale w 3 szkołach mniej niż 630 uczniów, a w 23 więcej niż 770.

2.1.4. Wg zaleceń Instytutu Matki i Dziecka pielęgniarka szkolna powinna uczestniczyć w posiedzeniach rady pedagogicznej jak najczęściej, co najmniej 2-3 razy w roku w celu m.in. informowania rady o stanie zdrowia uczniów i sytuacji zdrowotnej w szkole.

Na 112 szkół podstawowych i ponadpodstawowych, w których sprawdzono udział pielęgniarek w posiedzeniach rad pedagogicznych w 55 (49%) pielęgniarki uczestniczyły w posiedzeniach tych rad, ale w 18 - tylko jednokrotnie w ciągu roku szkolnego. W pozostałych

57 szkołach (51%) posiedzenia te odbywały się bez udziału pielęgniarek, przeważnie dlatego, że nie były one na nie zapraszane.

Wśród województw, w których pielęgniarki były zapraszane na posiedzenia rady pedagogicznej wyróżniały się szkoły w województwach: konińskim i warszawskim, natomiast w woj. sieradzkim w żadnej objętej kontrolą szkole pielęgniarki nie brały udziału w tych posiedzeniach, a w woj. lubelskim brały udział tylko w 2 na 6 szkół.

Na 54 szkoły, w których sprawdzono uczestnictwo pielęgniarek w zebraniach z rodzicami w 26 (48%) brały one udział co najmniej w dwóch spotkaniach i w 10 szkołach (18%) - w jednym.

Spotkania z rodzicami miały jednak ograniczony zasięg, gdy uwzględni się fakt, iż dotyczyły one tylko niektórych klas.

2.1.5. Jak wynika z opracowanej przez IMiDz metodyki pracy pielęgniarki (higienistki szkolnej) podstawowym warunkiem efektywności pracy pielęgniarki jest współpraca z rodzicami uczniów. Obejmuje ona również wywiady środowiskowe w domu rodzinnym wybranych uczniów z problemami zdrowotnymi, szkolnymi i społecznymi. W 32% skontrolowanych, pod tym kątem, szkół bądź w ogóle nie przeprowadzano wywiadów środowiskowych bądź przeprowadzano je sporadycznie, kilka w ciągu roku, mimo dużej liczby uczniów, którzy mieli ww. problemy.

W Szkole Podstawowej Nr 102 w Warszawie liczba uczniów z problemami zdrowotnymi wynosiła w roku szkolnym 1995/96 - 684, z problemami szkolnymi - 159 i społecznymi - 82. W roku szkolnym 1996/97 liczby te były następujące: 648, 96 i 85. Natomiast pielęgniarka przeprowadziła tylko po jednym wywiadzie w tych latach szkolnych. W wyjaśnieniach podała, że widziała potrzebę przeprowadzenia większej liczby wywiadów lecz nie pozwalał jej na to brak czasu. Miała ona pod swoją opieką ok. 960 uczniów.

W Szkole Podstawowej Nr 3 we Wrocławiu do której uczęszczało ok. 1000 uczniów pielęgniarka nie przeprowadzała wywiadów środowiskowych.

W Szkole Podstawowej w Tuliszkowie (woj. konińskie), do której uczęszczało ok. 800 uczniów pielęgniarka przeprowadziła w okresie 2 ostatnich lat szkolnych 2 wywiady środowiskowe.

Przeprowadzane wywiady środowiskowe nie zawsze były odpowiednio udokumentowane, na przykład pielęgniarki pracujące w Szkole Podstawowej w Lubartowie

wykazały, iż przeprowadziły w roku szkolnym 1996/97 - 132 wywiady lecz ok. 70% zapisów miało charakter lakoniczny i nie pozwalało nawet zorientować się z kim były one przeprowadzane.

2.1.6. Instrukcja nr 4/85 Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 28 października 1985 r. w sprawie pielęgniarstwa środowiskowego¹¹ przewiduje, iż pielęgniarka zatrudniona w zakładzie opiekuńczo-wychowawczym i w środowisku nauczania powinna mieć ukończony kurs kwalifikacyjny.

Ustalenia kontroli wskazują, iż nie we wszystkich województwach zadbane, aby pielęgniarki zatrudniane w szkołach miały wymagane przygotowanie zawodowe. Na 149 skontrolowanych szkół, w których było zatrudnionych 158 pielęgniarek lub higienistek, 35 z nich (22%) nie miało ukończonego kursu kwalifikacyjnego. Jednak w woj. sieradzkim we wszystkich objętych kontrolą szkołach pielęgniarki ukończyły kurs, a w województwach: olsztyńskim, rzeszowskim i warszawskim co czwarta pielęgniarka nie uzyskała tych kwalifikacji.

Ośrodkami „bieżącego” doksztalcania pielęgniarek (higienistek szkolnych) są wzorcowe gabinety medyczne w szkołach, stanowiące część składową terenowych poradni medycyny szkolnej. Wg zaleceń KZS jeden taki gabinet powinien przypadać na 20-30 szkół. Tymczasem np. w woj. rzeszowskim i zielonogórskim te gabinety powstały prawie we wszystkich zoz-ach, podczas gdy ani jednego gabinetu nie zorganizowano w woj. leszczyńskim.

2.2. Zapewnienie warunków lokalowych dla gabinetów medycznych w szkołach i ich wyposażenie

2.2.1. Na 113 skontrolowanych szkół podstawowych w 29 (26%) brak było gabinetów medycznych. Nie było ich przede wszystkim w szkołach, do których uczęszczała mała liczba uczniów. Jednak do 7 szkół uczęszczało co najmniej 300 uczniów.

W woj. bydgoskim na 8 skontrolowanych szkół w 3 nie było gabinetów medycznych, w tym w szkole w Rynaszewie, do której uczęszczało ponad 400 uczniów.

¹¹ Dz.Urz. MZiOS Nr 12, poz.48

W woj. konińskim na 13 objętych kontrolą szkół w 5 nie było gabinetów medycznych, w tym w szkole we Władysławowie, do której uczęszczało 580 uczniów i w Malanowie - 460 uczniów.

W woj. olsztyńskim na 9 skontrolowanych szkół - 6 nie miało gabinetów medycznych, w tym szkoła w Sorkwicach z 320 uczniami.

Brak gabinetów medycznych w szkołach co najmniej utrudniał o ile nie uniemożliwiał, sprawowania bieżącej i szeroko pojętej opieki zdrowotnej nad uczniami.

Spośród 84 szkół, w których funkcjonowały gabinety medyczne w 18 (21%) ich wyposażenie w podstawowy sprzęt medyczny było niepełne. Najczęściej brakowało kompletnych zestawów przeciwwstrząsowych, tablic do rozpoznawania barw (np. w woj. sieradzkim w 4 spośród 5 skontrolowanych gabinetów medycznych), wag ze wzrostomierzem, a w niektórych również aparatów do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi (np. w Szkole w Łabiszynie w woj. bydgoskim, do której uczęszczało 900 uczniów i w Kościelcu, w woj. konińskim, do której uczęszczało prawie 400 uczniów). Brak wymienionego - przykładowo - sprzętu medycznego uniemożliwiał należyte wypełnianie przez pielęgniarki szkolne obowiązków, jakie nakłada na nie rozporządzenie MZiOS z dnia 5 listopada 1992 r., np. dokonywanie w ramach badań przesiewowych pomiarów ciśnienia tętniczego krwi u uczniów klas VIII.

W szkołach ponadpodstawowych tylko w jednej, na 54 skontrolowane, nie utworzono gabinetu szkolnego. Jednak w 12 szkołach (22%) brakowało pełnego wyposażenia w podstawowy sprzęt medyczny, np. we wszystkich skontrolowanych szkołach w woj. bydgoskim, a w 4 szkołach gabinety medyczne nie spełniały wymogów higieniczno-sanitarnych w rozumieniu art. 67 ust. 1 ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty.

W Liceum Ogólnokształcącym w Szubinie, jako gabinet medyczny służył łącznik - przejście między korytarzem szkoły a pokojem nauczycielskim, stale użytkowanym podczas zajęć szkolnych przez personel szkoły. W pomieszczeniu tym brak było podstawowego sprzętu, m.in. stolika zabiegowego, kozetki, wagi i aparatu do mierzenia ciśnienia tętniczego krwi.

W Zespole Szkół Zawodowych w Kolnie do gabinetu medycznego nie doprowadzono bieżącej wody; można było ją pobrać z oddalonego o 6 metrów wc.

2.2.2. W co trzeciej objętej badaniem szkole podstawowej nie było gabinetów dentystycznych, a uczniowie mogli korzystać ze świadczeń ogólnodostępnych poradni dentystycznych w ośrodkach zdrowia na wsi i w poradniach rejonowych w miastach, które to świadczenia nie miały jednak charakteru opieki stałej. Spośród szkół, które posiadały gabinety dentystyczne w co szóstą były one nieczynne, przeważnie z powodu braku lekarzy dentystów, chętnych do pracy z dziećmi i młodzieżą szkolną.

Na 8 skontrolowanych szkół w woj. śluskim w 4 nie było gabinetów dentystycznych, w tym w Szkole Podstawowej Nr 2 w Ślupsku, do której uczęszczało ok. 900 uczniów. W Szkole tej znajdowało się nie wykorzystane wyposażenie gabinetu dentystycznego, które w roku 1996 szkoła otrzymała w darze.

W woj. warszawskim w 3 szkołach na 8 skontrolowanych (37%) młodzież nie miała zapewnionej na miejscu opieki stomatologicznej, np. w Szkole Podstawowej Nr 61 - gabinet został zlikwidowany z powodu braku lekarza, a w Szkole Nr 13 i w Szkole w Raszynie, do której uczęszczało 1.750 uczniów, wyposażone w sprzęt gabinety dentystyczne były nieczynne z powodu braku lekarzy dentystów.

Korzystniejsza była sytuacja w dużych szkołach, do których uczęszczało co najmniej 1.000 uczniów. Na 16 tych szkół, w 14 istniały gabinety szkolne, w tym 12 z nich funkcjonowało.

Jak wynika z postanowień ustawy z dnia 7 września 1991 r. o systemie oświaty każda szkoła publiczna powinna zapewnić możliwość korzystania z gabinetu medycznego i dentystycznego (art. 67 ust. 1 pkt 4 tej ustawy).

2.3. Wykonywanie badań przesiewowych i powszechnych lekarskich badań profilaktycznych

2.3.1. Zgodnie z rozporządzeniem MZiOS z dnia 5 listopada 1992 r. obowiązek wykonywania badań przesiewowych, które mają na celu wstępne rozpoznanie zaburzeń lub wad rozwojowych ucznia spoczywa na pielęgniarkach (higienistkach szkolnych). W odniesieniu do szkół podstawowych badaniami w szerszym zakresie powinny być objęte dzieci i młodzież m.in. w wieku 6, 10 i 14 lat, a w zakresie niektórych nieprawidłowości również uczniowie

innych klas; dzieci klas pierwszych - w przypadku braku badań w wieku 6 lat. Młodzież szkół ponadpodstawowych, poza badaniami ostrości wzroku, powinna być objęta badaniami przesiewowymi w ostatniej klasie.

Ustalenia kontroli wskazują, iż we wszystkich województwach dokonywano badań przesiewowych, a odsetek uczniów nimi objętych kształtował się powyżej 90% w skali poszczególnych województw, a w niektórych z nich sięgał 100%. Nie wszystkie jednak badania przesiewowe wykonywane były w szkołach - jak zakładały wytyczne KZS - lecz w ośrodkach zdrowia i w przychodniach rejonowych, gdyż nie wszystkie szkoły - jak podano w punkcie 2.2. Informacji - posiadały gabinety medyczne.

W 7,4% szkół podstawowych stwierdzono brak w dokumentacji uczniów wyników badań przesiewowych wykonanych u nich w wieku 6 lat.

Na 187 uczniów klas IV w Szkole Podstawowej w Raszynie w dokumentacji medycznej 17 uczniów (9%) brak było kart badania i rozwoju dziecka w wieku 6 lat, zawierających wyniki badań przesiewowych, przy czym w odniesieniu do 5 uczniów brak było wpisu potwierdzającego wykonanie badania przesiewowego również w I klasie szkoły podstawowej.

Szkoła Podstawowa w Michałowicach pod Warszawą nie posiadała wyników badań przesiewowych 6-latków w 31 przypadkach na 55 uczniów uczęszczających w czasie kontroli do IV klas.

2.3.2. Niezależnie od badań przesiewowych wykonywanych przez pielęgniarki (higienistki szkolne) powinny być wykonywane powszechne lekarskie badania profilaktyczne uczniów, w zasadzie w wieku analogicznym do badań przesiewowych. Celem tych badań jest uzyskanie indywidualnej oceny stanu rozwoju i zdrowia ucznia, klasyfikowanie do zajęć wychowania fizycznego i sportu szkolnego, a także w zależności od wieku ucznia orzekanie o zdrowotnej gotowości szkolnej, wskazaniach lub przeciwwskazaniach do dalszego kształcenia i nauki zawodu oraz podejmowania pracy.

Jak wynika z danych statystycznych (wzór Mz-06) wykonywanie tych badań już w pierwszym roku szkolnym po wejściu w życie rozporządzenia MZiOS z dnia 5 listopada 1992 r. obejmowało w skali kraju 95-99% populacji uczniów klas „0”, III i VIII szkół podstawowych i ostatnich klas ponadpodstawowych i tylko w niektórych województwach odsetek ten był nieco niższy, np. w łódzkiej wyniósł 88%. Ten wysoki - ilościowo - poziom wykonywanych badań lekarskich utrzymywał się w kolejnych latach szkolnych i był -

poza wyjątkami - wyrównany w układzie wojewódzkim. Na przykład uczniowie w wieku 10 lat byli objęci badaniami w 96% (od 93% w 2 województwach do 99% w 10 województwach).

Powszechność lekarskich badań profilaktycznych wykazywanych w ww. sprawozdaniach statystycznych nie była zjawiskiem nowym lecz stanowiła kontynuację powszechnych badań, przeprowadzanych również przed 1993 r. W nowym systemie powstał jednak wymóg wykonywania badań lekarskich w obecności rodziców. Ta zasada wynikała z nowej koncepcji opieki zdrowotnej nad uczniami, w której pierwsze miejsce w uczestniczeniu w ochronie i promowaniu zdrowia uczniów zajmują rodzice, a w następnej kolejności: uczeń, szkoła i wreszcie służba zdrowia, która powinna zapewnić określone, medyczne, badania profilaktyczne i naprawcze, uczestniczyć w wychowaniu zdrowotnym oraz pomagać rodzicom, uczniom i szkole w rozwiązywaniu ich problemów zdrowotnych.

Jak wynika z danych sprawozdawczych (wzór Mz-06) odsetek rodziców uczestniczących w badaniach lekarskich dzieci w wieku 6 lat, wynoszący ponad 90% (na przykład w roku szkolnym 1995/96 - 93%) malał w miarę dorastania uczniów i już przy badaniach ich w wieku 10 lat uczestniczyło w roku szkolnym 1995/96 tylko 67% rodziców, a przy badaniach uczniów kończących szkołę podstawową jeszcze mniej, bo 52%.

W niżej wymienionych województwach objętych kontrolą odsetek rodziców uczestniczących w roku szkolnym 1995/96 w badaniach kształtował się poniżej 60%, z wyjątkiem uczniów klas III na wsi, w woj. sieradzkim.

Województwo	Uczniowie klas III		Uczniowie klas VIII	
	miasto	wieś	miasto	wieś
warszawskie	56	55	42	42
częstochowskie	26	44	18	31
leszczyńskie	49	27	21	16
sieradzkie	50	71	41	39

Ustalenia kontroli dokonane w oparciu o dokumentację medyczną wskazują, iż na 76 szkół, w których sprawdzono uczestnictwo rodziców przy badaniach uczniów trzecich klas, w

22 (29%) rodzice bądź w ogóle nie uczestniczyli w tych badaniach bądź ich uczestnictwo miało miejsce przy mniej niż połowie badań.

W Szkole Podstawowej Nr 1 w Łasku (woj. sieradzkie) na 82 uczniów III klas żadnemu z nich nie towarzyszył rodzic.

W Szkole Podstawowej Nr 3 we Wrocławiu zbadano 122 uczniów lecz z dokumentacji medycznej uczniów nie wynikało, aby w badaniach uczestniczyli rodzice.

W woj. warszawskim na 8 skontrolowanych szkół podstawowych w 5 większość badań uczniów klas III odbywała się bez uczestnictwa rodziców. Na przykład w Szkole Podstawowej Nr 102 w Warszawie na zbadanych 98 uczniów rodzice uczestniczyli w 16 przypadkach; w Szkole Podstawowej w Halinowie pod Warszawą na 87 uczniów objętych badaniami tylko 1 badanie odbyło się z udziałem rodzica; w Szkole Podstawowej w Okuniewie na 41 uczniów rodzice uczestniczyli w 10 badaniach.

Pielęgniarki w składanych w czasie kontroli wyjaśnieniach podawały, iż informowały rodziców uczniów o planowanych badaniach lekarskich lecz nie zawsze odnosiło to skutek. Stwierdzały równocześnie, iż o wynikach badań informowały rodziców. Jednak nie zawsze odnotowywały te fakty w swojej dokumentacji.

W 48 szkołach zbadano dokumentację medyczną uczniów na okoliczność przeprowadzonych badań lekarskich i w 6 z nich (12,5%) stwierdzono brak zapisów o przeprowadzeniu tych badań w odniesieniu do części uczniów.

W Szkole Podstawowej Nr 13 w Warszawie na 48 uczniów aktualnie uczęszczających do klasy IV w 10 przypadkach brak było dokumentacji potwierdzającej wykonanie badań lekarskich. Pielęgniarka szkolna wyjaśniła, iż kierując uczniów na profilaktyczne badania lekarskie przekazała wcześniej rodzicom karty zdrowia uczniów, które następnie wypełnione przez lekarza powinny być zwracane do gabinetu medycznego, ale do czasu kontroli nie zostały zwrócone. Dodać należy, iż w pięciu przypadkach karty dotyczyły badań, które powinny być wykonane w poprzednim roku szkolnym.

W Szkole Podstawowej w Michałowicach k/Warszawy na 55 uczniów klasy IV brak było dokumentacji potwierdzającej wykonanie badań u 5 uczniów. Pielęgniarka wyjaśniła, iż nie mogła wyegzekwować od uczniów wypełnionych przez lekarzy kart badań uczniów klasy III i nie była pewna czy w ogóle te badania zostały wykonane.

W Szkole Podstawowej Nr 3 w Turku (woj. konińskie) na 77 uczniów, którzy aktualnie uczęszczali do klasy IV w 16 przypadkach brak było kart badania zdrowia i rozwoju dziecka sześciolatniego, a w 6 przypadkach brakowało w kartach wpisu o dokonaniu badania lekarskiego.

2.3.3. Uczniowie klas VIII szkół podstawowych powinni być poddawani badaniom stanowiącym podstawę do wydania orzeczenia w sprawie dalszego kształcenia i nauki zawodu. Zgodnie z § 5 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 listopada 1992 r. oceny wskazań i przeciwwskazań w tym zakresie powinni dokonywać lekarze publicznych zakładów opieki zdrowotnej, uprawnieni do wykonywania badań profilaktycznych pracowników.

Ustalenia kontroli wskazują, iż spośród 12 szkół ponadpodstawowych, objętych badaniem w tym zakresie, 7 (58%) nie posiadało odpowiednich orzeczeń lekarskich - w odniesieniu do części uczniów klas I przyjętych do szkoły - które potwierdzałyby możliwość kształcenia ich w danym zawodzie.

W Zespole Szkół Zawodowych w Turku spośród 589 uczniów klas I - 65 (11%) w ogóle nie dostarczyło orzeczenia lekarskiego, a 367 (62%) dostarczyło je lecz nie na wymaganym - w ww rozporządzeniu - formularzu.

W Zespole Szkół Zawodowych w Kościanie na 196 uczniów klasy I w aktach 125 uczniów (64%) brakowało orzeczeń lekarskich.

W Zespole Szkół Zawodowych w Kolnie 3 uczniów przyjęto do szkoły bez orzeczeń a 36 z orzeczeniami wydanymi przez nieuprawnionych lekarzy.

2.4. Kwalifikacja uczniów do medycznej opieki czynnej

2.4.1. System powszechnych, rutynowych, badań przesiewowych i profilaktycznych badań lekarskich typu „bilanse zdrowia” populacji wieku rozwojowego zaczęto wprowadzać do placówek lecznictwa w 1976 r. Według Instytutu Matki i Dziecka periodyzacja bilansów zdrowia przypadających na wiek szkolny odpowiada okresom szczególnie ważnym z punktu widzenia rozwoju społecznego i biologicznego ucznia (wiek: 6, 10, 14 i 18 lat). Wprowadzając ten system zakładano, iż będzie on doskonały.

Po upływie 10 lat - Zakład Pediatrii Społecznej i Medycyny Szkolnej Instytutu Matki i Dziecka przeprowadził szczegółową analizę wyników badań rutynowych i stwierdził, że:

- liczby uczniów zakwalifikowanych do poszczególnych grup dyspanseryjnych są bardzo zaniżone,
- istnieje ogromne zróżnicowanie odsetka uczniów w poszczególnych województwach, np. trzykrotnie niższy odsetek zaburzeń wzroku w woj. chełmskim, zamojskim i przemyskim, ponad czterokrotnie mniejszy odsetek uczniów z zaburzeniami statyki ciała w województwach: przemyskim, radomskim i piotrkowskim niż w województwach: warszawskim i szczecińskim.

W konsekwencji przeprowadzonej analizy IMiDz uznał, iż wyniki badań wykonywanych przez placówki leczenia podstawowego nie są wiarygodne, co stanowi o ich małej przydatności. Do najważniejszych przyczyn małej przydatności tych badań Instytut zaliczył m.in.:

- brak jednoznacznych kryteriów diagnostycznych w przypadku niektórych zaburzeń, np. otyłości, statyki ciała i zdrowia psychicznego,
- niedostatki w wykonywaniu bilansów zdrowia, spowodowane m.in. niechęcią lub brakiem przygotowania lekarzy, nieobecnością przy badaniach rodziców uczniów oraz niepełnym wywiadem poprzedzającym badanie,
- niewystarczającą dostępność badań specjalistycznych, długi okres diagnozowania, brak zgodności specjalistów co do kryteriów rozpoznawania niektórych zaburzeń,
- sporządzanie sprawozdań statystycznych na podstawie nie zawsze pełnej dokumentacji oraz brak kontroli merytorycznej i weryfikacji zestawionych danych.

W oparciu o tę ocenę Minister ZiOS zniósł, począwszy od 1993 r., tj. od czasu wprowadzenia nowego systemu opieki zdrowotnej nad uczniami, obowiązek rejestrowania grup dyspanseryjnych populacji wieku rozwojowego. Nie oznaczało to jednak rezygnacji z idei monitorowania stanu zdrowia dzieci i młodzieży. Potrzebę taką wyrażały zarówno terenowe placówki leczenia pediatrycznego, jak i środowiska naukowe. Była ona niezbędna dla prowadzenia polityki zdrowotnej państwa.

Jednak do czasu zakończenia kontroli, tj. mimo upływu prawie 5 lat od wprowadzenia nowego systemu opieki zdrowotnej i jednoczesnego zaniechania obligatoryjnego zbierania danych o stanie zdrowia uczniów, nie zostały opracowane nowe kryteria kwalifikacji dzieci i młodzieży do poszczególnych schorzeń. Tym samym MZiOS nie dysponowało wiarygodnym zbiorem danych potrzebnych do oceny stanu zdrowia omawianej populacji. Projekt monitorowania niektórych zaburzeń w stanie zdrowia dzieci i młodzieży został co prawda

opracowany przez Instytut Matki i Dziecka lecz nie zyskał on akceptacji specjalistów w dziedzinie pediatrii, reprezentujących inne jednostki naukowe.

2.4.2. Mimo zniesienia obowiązku rejestrowania grup dyspanseryjnych, do MZiOS docierały informacje dotyczące liczby uczniów zakwalifikowanych do tzw. medycznej opieki czynnej, uzyskiwane na podstawie nieobowiązujących kryteriów oceny. Były one wykazywane w sprawozdaniach statystycznych Mz-11, sporządzanych przez terenowe placówki lecznictwa. Ze sprawozdań tych wynika, że np. w 1995 r. przebadano w kraju 531,2 tys. uczniów w wieku 10 lat, z których 199,9 tys. (37,6%) zakwalifikowano do opieki czynnej, a w 1996 r. przebadano 506,1 tys. uczniów w tym wieku, z których 190,3 tys. (37,6%) zakwalifikowano do opieki czynnej. Wśród województw objętych kontrolą najniższy odsetek młodzieży zakwalifikowanej do opieki czynnej wykazano w omawianym sprawozdaniu statystycznym w woj. warszawskim - wynosił on 21,0%, natomiast w 6 województwach był wyższy niż 40,0%, np. w woj. wrocławskim wynosił 55,0% i w woj. szczecińskim - 53,4%.

W odniesieniu do młodzieży w wieku 14 lat odsetek osób zakwalifikowanych do opieki czynnej wynosił w 1995 r. - w skali kraju - 32,0% i zwiększył się w 1996 r. do 33,1%, ale w woj. warszawskim wynosił 15,7%, a w trzech województwach - co najmniej 40,0%. Trzeba jednak dodać, iż o ile w 14 województwach podane w sprawozdaniach Mz-11 liczby uczniów objętych badaniami lekarskimi były zbliżone do ogólnej ich liczby w poszczególnych województwach, to w dwóch województwach: warszawskim i zielonogórskim były znacznie niższe, a mianowicie:

Liczba uczniów w wieku 10 lat w tys.

województwo	ogółem - wg danych statystycznych w roku szk. 1995/96	przebadanych w 1995 r.	3:2	przebadanych w 1996 r.	5:2
1	2	3	4	5	6
warszawskie	32,5	16,6	51	12,6	39
zielonogórski	11,9	3,2	27	6,4	54

e					
---	--	--	--	--	--

Wskaźniki uczniów objętych badaniami lekarskimi w tych województwach, wyliczone na podstawie informacji zawartych w sprawozdaniu Mz-11 nie odpowiadają danym zawartym w sprawozdaniach Mz-6, z których wynika, że w roku szkolnym 1995/96 badaniami lekarskimi objęto w woj. warszawskim 94% tej populacji, a w woj. zielonogórskim 99%.

Z materiałów ankietowych zebranych przez Wojewódzki Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej nad Matką i Dzieckiem w Warszawie wynika, że na 400 tys. uczniów uczęszczających do szkoły w roku 1995/96 159,2 tys. (40%) miało problemy zdrowotne. Jednak ten odsetek był bardzo zróżnicowany w poszczególnych dzielnicach, miastach i gminach, np. na Żoliborzu problemy zdrowotne miało 48,9% i w Wołominie - 52,4% a w Pruszkowie 29,4% i w Celestynowie - 21,1%. Do grupy uczniów z trwałym uszkodzeniem narządu ruchu zaliczono w skali województwa 25,2 tys. uczniów, tj. 6,3%. Jednak na 33 zespoły opieki zdrowotnej w 11 liczba uczniów zakwalifikowanych do tej grupy nie przekraczała 1%, np. w ZOZ II na Mokotowie wynosiła 0,4%, co oznaczało, że trwałe uszkodzenie narządu ruchu miał co 240 uczeń, a w 7 zespołach stanowiła co najmniej 10%, np. w ZOZ II w Śródmieściu - 15,7%, co oznaczało, iż ten problem miał co szósty uczeń.

Wyżej wymienione dysproporcje potwierdzają tezę o braku odpowiednich kryteriów oceny stanu zdrowia uczniów nawet w tak niedaleko od siebie położonych placówkach leczenia, nadzorowanych przez ten sam wojewódzki specjalistyczny zespół opieki nad matką i dzieckiem.

2.5. Wykonywanie zaleceń wynikających z przeprowadzonych badań przesiewowych i profilaktycznych

2.5.1. *Gimnastyka korekcyjna*

Wśród nieprawidłowości i zaburzeń rozwoju jakie stwierdzono u uczniów, w wyniku powszechnych lekarskich badań profilaktycznych dominowały wady postawy. Odsetek

uczniów, u których stwierdzono te wady kształtował się - jak już wspomniano - różnie w poszczególnych województwach, np. w woj. wrocławskim na 15.507 zbadanych w roku szkolnym 1996/97 uczniów w wieku 10 lat, zaburzenia w zdrowiu i rozwoju stwierdzono u 9.332 (60%), w tym choroby i zaburzenia statyki ciała - u 6.070 uczniów (39% tej populacji), w woj. leszczyńskim na zbadanych 1.807 uczniów w wieku 10 lat 878 (48%) miało problemy zdrowotne, w tym 586 (32% ogółu) - choroby i zaburzenia statyki ciała, a wśród nich 512 zakwalifikowano do grupy Bk, tj. do zdolnych do zajęć wychowania fizycznego z ograniczeniem, wymagających dodatkowych zajęć korekcyjnych ¹².

Jak już wspomniano, zgodnie z zarządzeniem Ministra Edukacji Narodowej z dnia 19 listopada 1996 r. w sprawie zasad organizowania przez szkoły i placówki publiczne gimnastyki korekcyjnej oraz nadobowiązkowych zajęć z wychowania fizycznego, gimnastyka korekcyjna prowadzona jest w ramach obowiązkowych zajęć pozalekcyjnych w odniesieniu do uczniów I-III klas szkół podstawowych. Dla uczniów wyższych klas gimnastyka ta może być prowadzona w ramach zajęć nadobowiązkowych.

Na 106 szkół podstawowych, w których skontrolowano organizowanie gimnastyki korekcyjnej dla uczniów I-III klas, zakwalifikowanych do tych zajęć - w 33 (31%) nie zorganizowano gimnastyki korekcyjnej w ogóle, np.:

w Szkole Podstawowej Nr 2 w Łańcucie, do której uczęszczało 1.030 uczniów, higienistka szkolna i nauczyciel wychowania fizycznego dokonywali co roku - w oparciu o dokumentację medyczną - kwalifikacji uczniów do zajęć z wf, jednak do końca roku szkolnego 1996/97 nie zorganizowano w szkole gimnastyki korekcyjnej,

w Szkole Podstawowej w Łądku (woj. konińskie) nie wprowadzono gimnastyki korekcyjnej, choć np. w roku szkolnym 1996/97 było zakwalifikowanych do tych zajęć 46 uczniów z klas I-III,

w woj. bydgoskim na 8 skontrolowanych szkół nie zorganizowano gimnastyki korekcyjnej dla uczniów uczęszczających do szkół w Mycielewie i w Kościelcu Kujawskim oraz do filii szkół w Zamościu i Parchaniu,

- w 6 szkołach gimnastyka korekcyjna była prowadzona do roku 1995/96, a w roku szkolnym 1996/97 zaniechano jej kontynuowania, mimo istniejących potrzeb w tym zakresie, np. w szkołach: Nr 1 w Łasku, Nr 3 we Wrocławiu i w Szkole w Krzemienicy (woj. rzeszowskie),

¹² „Kwalifikacja uczniów do grup ćwiczebnych w wyniku pogłębionych bilansów zdrowia”. Źródło: I Kongres

- w 5 szkołach gimnastykę korekcyjną prowadzono w ograniczonym zakresie, np.:

*w Szkole Podstawowej w Grabowie (woj. łomżyńskie) objęto uczniów klas II i III, pomijając pierwszą klasę, choć znajdowała się w niej grupa uczniów zakwalifikowanych do tych zajęć,
w Szkole Podstawowej Nr 17 w Słupsku na 117 zakwalifikowanych uczniów uczęszczało na zajęcia tylko 62 (53%).*

Główną przyczyną stwierdzonego stanu były trudności finansowe szkół, a także brak odpowiednio przygotowanej kadry nauczycielskiej. Występowały również i inne przyczyny wskazujące na brak należytego współdziałania pielęgniarki szkolnej z dyrektorem szkoły, np. nieobjęcie gimnastyką korekcyjną uczniów klasy I w ww Szkole Podstawowej w Grabowie wynikało z opóźnienia kwalifikacji dzieci do tych zajęć, a przyczyną niezorganizowania gimnastyki korekcyjnej w Szkole Podstawowej w Kościelcu (woj. konińskie) był brak wykazu uczniów zakwalifikowanych do tych zajęć; jak wyjaśnił dyrektor Szkoły - wykaz ten uzyskał dopiero w maju 1997 r.

Trzeba dodać, iż w 28 szkołach (26%) wykazano daleko idące zrozumienie dla realizacji zaleceń lekarsko-pielęgniarskich i rozszerzono zajęcia również na zakwalifikowanych uczniów starszych klas.

W Lesznie objęto gimnastyką korekcyjną również młodzież klas od IV do VIII. Było to możliwe dzięki dotacji z budżetu miejskiego.

W Szkole Podstawowej Nr 2 w Słupsku na 890 uczniów do grupy Bk zakwalifikowano 320 (36%), z tego 128 z klas I-III i 192 z klas IV-VIII. Ćwiczeniami objęto wszystkich uczniów do trzecich klas włącznie i 56 (29%) uczniów klas starszych.

W Szkole Podstawowej Nr 3 w Gryfinie dzięki pomocy finansowej z Urzędu Gminy umożliwiono korzystanie z gimnastyki korekcyjnej wszystkim uczniom do niej zakwalifikowanym.

Zajęcia z gimnastyki korekcyjnej nie zawsze były indywidualizowane w zależności od rodzaju wad, występujących u poszczególnych uczniów. Jedną z przyczyn tego było tworzenie większych od określonych w zarządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 19 listopada 1996 r. grup uczniów, z odchyleniami w prawidłowej budowie i postawie ciała. Zamiast od 5

do 10 uczniów, grupy te często liczyły ponad 10 uczniów, np. w Szkole Podstawowej Nr 2 w Poddębicach (19-26 uczniów), w Szkole Podstawowej Nr 1 w Mrągowie (8-16) oraz w Szkole Podstawowej Nr 2 w Łasku (12). Również wymiar czasu przeznaczony na te zajęcia nie zawsze był zgodny z określonym w ww zarządzeniu Ministra Edukacji Narodowej, tj. 2 godziny w tygodniu, np. w Szkole Podstawowej w Okuniewie (woj. warszawskie) zajęcia odbywały się jeden raz w tygodniu po jednej godzinie, podobnie w Szkole Podstawowej Nr 1 w Mrągowie.

Wysiłki organizatorów zajęć korekcyjnych niejednokrotnie były niweczone niską frekwencją uczniów. Wynikało to zarówno z braku dostatecznego zainteresowania się tym problemem ze strony rodziców, jak i niektórych pedagogów. W 3 szkołach na 8 skontrolowanych w woj. warszawskim zajęcia gimnastyki korekcyjnej dla uczniów klas I-III traktowano - niezgodnie z zarządzeniem Ministra Edukacji Narodowej - jako nadobowiązkowe, np. w Szkole Podstawowej Nr 120 w Warszawie, gdzie frekwencja na zajęciach wynosiła 52%.

2.5.2. Dostępność do badań specjalistycznych

Dostępność opieki specjalistycznej dla dzieci i młodzieży była zróżnicowana w zależności od rodzaju specjalności i stanu zatrudnienia danych specjalistów w województwie a zwłaszcza w zespole opieki zdrowotnej. Rażąco dysproporcje w zatrudnieniu specjalistów m.in. w placówkach lecznictwa otwartego wykazała kontrola NIK w 1996 r. Odnosiły się one również do jednostek sprawujących opiekę specjalistyczną nad populacją wieku rozwojowego.

W woj. leszczyńskim na 21 poradni specjalistycznych usytuowanych w zespołach opieki zdrowotnej w 10 przyjmowano pacjentów „na bieżąco”, a z pozostałych 11 czas oczekiwania w 7 poradniach wynosił co najmniej miesiąc, np. do alergologicznej - 5 miesięcy i do diabetologicznej - 2 miesiące.

Na 15 poradni specjalistycznych w WPMiDz tylko w 4 przyjmowano dzieci i młodzież w dniu ich zgłoszenia się, pozostałe poradnie wyznaczały terminy przyjęć co najmniej miesięczne, np. Wojewódzka Poradnia Alergologiczna Wiekowi Rozwojowego zapisywała pacjentów w dniu kontroli (7 lipca 1997 r.) na styczeń 1998 r., a Poradnia Neurologiczna - na grudzień 1997 r.

Stan ten trwający od co najmniej 1995 r. stał się przedmiotem zainteresowania Sejmiku Samorządowego w Lesznie.

W woj. bydgoskim okres oczekiwania do poradni alergologicznej w Bydgoszczy wynosił 4 miesiące; przyczyną tak długiego oczekiwania był brak lekarzy tej specjalności. Poprawa dostępności będzie możliwa dopiero pod koniec 1999 r., po zakończeniu szkolenia 2 lekarzy.

Okres oczekiwania na konsultację psychiatryczną w Wojewódzkiej Poradni Zdrowia Psychicznego w Bydgoszczy wynosił 3 miesiące; jeden zatrudniony lekarz psychiatra nie był w stanie udzielać świadczeń dla dzieci i młodzieży z całego województwa.

W Wojewódzkiej Poradni Rehabilitacyjnej w Bydgoszczy okres oczekiwania na zabiegi wydłużył się do 3 miesięcy. Brak środków finansowych na sprzęt i aparaturę oraz kadry rehabilitacyjnej uniemożliwiał rozszerzenie działalności tej Poradni.

W woj. warszawskim zarówno Wydział Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego, jak i WPMiDz nie posiadały rozeznania w zakresie dostępności opieki specjalistycznej dla dzieci i młodzieży szkolnej na terenie poszczególnych zoz-ów. Zebrane w toku kontroli informacje wykazały, iż czas oczekiwania na uzyskanie porad w zakresie niektórych specjalności wynosił ok. miesiąc, np. w zakresie neurologii w 4 spośród 7 poradni w Warszawie a w woj. warszawskim tylko w jednym z 5 zoz-ów przyjmowano pacjentów w dniu zgłoszenia się; w pozostałych - czas oczekiwania na porady wynosił od 1 do 3 miesięcy. Na badanie USG młodzież z dzielnicy Wola oczekiwała półtora miesiąca, a na Mokotowie 1 miesiąc.

Zwraca uwagę fakt, iż wśród poradni specjalistycznych, w których czas oczekiwania młodzieży na poradę był długi występowały obok ww również inne, a zwłaszcza ortopedyczne i kardiologiczne. Na przykład na poradę kardiologiczną młodzież oczekiwała w Warszawie: w Przychodni przy ul. Szymanowskiego - ok. 3 miesiące i w Przychodni przy ul. Kochowskiego - ok. miesiąca, w WPMiDz w Bielsku - od 6 do 8 tygodni, a w WPMiDz w Lesznie - 3 miesiące.

Według wyjaśnień dyrektora Wydziału Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Warszawie braki kadrowe w takich specjalnościach, jak np. kardiologia dziecięca wynikają m.in. z braku chętnych do podejmowania tej specjalności, jak i braku środków finansowych na tworzenie nowych stanowisk pracy. Zdaniem NIK nie bez wpływu na ten stan pozostaje również nieracjonalne rozmieszczenie kadr lekarskich.

2.5.3. Opieka zdrowotna nad młodzieżą w wieku 15-18 lat

W większości skontrolowanych placówek leczenia opiekę zdrowotną nad młodzieżą, która ukończyła już 15 rok życia nie sprawowały już poradnie dla dzieci lecz dla dorosłych. Dotyczyło to również przyjęć do szpitali.

W woj. sieradzkim poradnie dla dzieci, jak również dziecięce oddziały szpitalne przyjmowały młodzież tylko do 15 roku życia. Młodzież starsza korzystała ze świadczeń poradni i oddziałów szpitalnych dla dorosłych i nie przewidywano dokonania zmian w tym zakresie.

W woj. olsztyńskim poradnie dziecięce opiekowały się młodzieżą do 16 roku życia, podobnie poradnie specjalistyczne, działające w ramach Wojewódzkiego Specjalistycznego Szpitala Dziecięcego.

W woj. rzeszowskim na 75 poradni dla dzieci tylko 2 przyjmowały młodzież do 18 roku życia, a oddziały pediatryczne w szpitalach nie przyjmowały młodzieży powyżej 15 lat.

W 6 województwach podejmowano intensywniejsze działania w celu rozszerzenia działalności placówek leczenia dziecięcego na młodzież starszą.

WPMiDz w Częstochowie wystąpiła w maju 1996 r. do wszystkich zoz-ów oraz do Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego o przyjmowanie do placówek leczenia otwartego i zamkniętego, sprawujących opiekę nad dziećmi, również młodzieży do 18 roku życia. W efekcie tych działań 6 zoz-ów posiadających oddziały szpitalne dla dzieci, postanowiło przyjmować również młodzież w wieku 15-18 lat i to nie tylko ze swoich rejonów ale i z 3 innych, które takich oddziałów szpitalnych nie posiadały.

W woj. łódzkiej zorganizowano opiekę specjalistyczną dla dzieci i młodzieży do 18 lat w wojewódzkich poradniach: tarczycowo-ginekologicznej, reumatologicznej i medycyny szkolnej. Natomiast poradnie neurologiczna, gastrologiczna i nefrologiczna nadal przyjmowały młodzież tylko do 15 lat. Podobne zasady obowiązywały w lecnicwie podstawowym i szpitalnym.

W woj. warszawskim podstawową opiekę zdrowotną dla młodzieży powyżej 15 roku życia sprawowali lekarze interniści w poradniach ogólnych dla dorosłych. Jednak w niektórych placówkach, np. w dzielnicy Mokotów przesunięto w poradniach dziecięcych granicę wieku do 16 lat, a powyżej tej granicy poradnie dziecięce przyjmowały również tych pacjentów, którzy chcieli być leczeni przez pediatrów. W zakresie opieki stacjonarnej oddziały dziecięce w szpitalach podległych wojewodzie przyjmowały młodzież tylko do 15 lat.

Przeprowadzona w 1996 r. kontrola NIK wykazała, iż odsetek wykorzystania łóżek w oddziałach dziecięcych szpitali ogólnych wynosił w 1995 r. zaledwie 50%, a szpitali specjalistycznych - niespełna 60%. W takim samym stopniu był wykorzystany potencjał kadrowy.

Dyrektor Wydziału Zdrowia UW w Warszawie - gdzie stopień wykorzystania łóżek pediatrycznych w szpitalach ogólnych wynosił ok. 55% - dostrzegała możliwość objęcia leczeniem w oddziałach dziecięcych również starszej młodzieży, przynajmniej w niektórych specjalnościach. Jednak - wg niej - są to obecnie rozważania teoretyczne, gdyż restrukturyzacja oddziałów dziecięcych wymagała by nakładów finansowych, którymi Wojewoda Warszawski nie dysponuje.

2.5.4. Opieka stomatologiczna

Nawiązując do ustaleń kontroli NIK, przeprowadzonej w 1995 r. w zakresie realizacji wybranych rządowych programów w sferze ochrony zdrowia ¹³, w tym programu „Zmniejszenia intensywności występowania próchnicy zębów u dzieci i młodzieży”, które wykazały zły stan opieki stomatologicznej nad tą populacją, MZiOS skierowało 26 czerwca 1996 r. pismo do lekarzy wojewódzkich w kraju, przypominając o przedłużeniu do połowy 1997 r. programu na lata 1991-95 w zakresie zapobiegania próchnicy zębów i chorób przyzębia oraz o obowiązywaniu nadal wytycznych Krajowego Zespołu Specjalistycznego w dziedzinie stomatologii, zatwierdzonych przez Ministra ZiOS. W wytycznych tych przyjęto m.in. zasady, iż uczniowie nie leczeni w szkole powinni mieć wyznaczone godziny przyjęć w poradniach stomatologicznych w przychodniach rejonowych i ośrodkach zdrowia. MZiOS nie zobowiązało jednak lekarzy wojewódzkich do powiadomienia czy i w jaki sposób ww program i wytyczne były realizowane. W podobny sposób postępowały wydziały zdrowia urzędów wojewódzkich przekazując treść pisma Ministerstwa do podległych zakładów opieki zdrowotnej, np. Wydział Zdrowia UW w Częstochowie.

Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej otrzymuje z poszczególnych województw sprawozdania roczne (Mz-11) z opieki stomatologicznej nad dziećmi i młodzieżą szkolną, sporządzane przez terenowe poradnie stomatologiczne. Jednak do dnia 4 lipca 1997 r. nie dysponowało ono jeszcze zbiorczymi danymi, dotyczącymi opieki stomatologicznej nad tą

¹³ Informacja o wynikach kontroli realizacji wybranych rządowych programów w sferze ochrony zdrowia. Warszawa - luty - 1996 r.

populacją w roku szkolnym 1995/96, z powodu nieprzetworzenia tych danych przez podległe Ministerstwu Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia. W związku z tym nie było możliwe dokonanie porównań czy i w jakim stopniu poprawiła się opieka stomatologiczna nad uczniami w skali kraju, w porównaniu ze stanem stwierdzonym przez NIK w roku szkolnym 1993/94.

Ustalenia kontroli przeprowadzonej na terenie 22 zoz-ów wskazują, iż w 12 z nich (54%) dostępność opieki stomatologicznej dla uczniów była szczególnie mała lub w ogóle jej nie było w zakresie opieki planowej. Stwierdzono również fakty niewykonywania obowiązkowych profilaktycznych badań stomatologicznych.

W ZOZ w Zielonej Górze we wszystkich 6 objętych kontrolą szkołach nie prowadzono planowej opieki stomatologicznej, przy czym w 2 z nich znajdowały się gabinety stomatologiczne, nieczynne od września 1996 r. z powodu braku lekarzy dentystów.

W Miejskim Zakładzie Opieki Zdrowotnej w Słupsku nie zorganizowano planowej opieki stomatologicznej dla uczniów uczęszczających do szkół, w których nie było czynnych gabinetów stomatologicznych. Nie zorganizowano profilaktycznych badań stomatologicznych i planowego leczenia stomatologicznego m.in. dla uczniów szkół podstawowych Nr 2 i Nr 5 w Słupsku oraz szkół wiejskich w Siemianicach i Włynkowie, a działająca w strukturze ZOZ-u Międzyszkolna Poradnia Stomatologiczna zapewniała tylko potrzeby bieżącego leczenia.

W Zespole Zakładów Opieki Zdrowotnej w Gryfinie nastąpiło pogorszenie opieki stomatologicznej w roku szkolnym 1996/97 w porównaniu do poprzedniego roku, polegające m.in. na zmniejszeniu o 8% liczby uczniów objętych opieką planową, a na wsi o 50%. Niektóre jednostki w ogóle nie przeprowadzały w roku szkolnym 1996/97 badań profilaktycznych, np. w Przychodni Obwodowej w Gryfinie oraz w przychodniach rejonowych w: Chojnie, Moryniu i Trzcińsku-Zdroju oraz w Gminnym Ośrodku Zdrowia w Baniach i w Wiejskim Ośrodku Zdrowia w Swobnicy.

Pewną poprawę opieki stomatologicznej nad uczniami odnotowano w 6 zespołach opieki zdrowotnej (27%), np. w Rykach i Mrągowie.

O stopniu zapewnienia uczniom opieki stomatologicznej i możliwościach wykonania obowiązków wynikających z rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 5 listopada 1992 r. decydował stan zatrudnienia lekarzy dentystów. W większości zoz ulegał on zmniejszeniu, np. w województwie sieradzkim zatrudnienie w etatach przeliczeniowych zmniejszyło się w ciągu roku z 30,1 do 26, tj. o 14%. W woj. szczecińskim nastąpił spadek

zatrudnienia lekarzy dentystów świadczących usługi na rzecz młodzieży szkolnej m.in. w zoz-ach w Nowogardzie, Gryfinie i Policach. Pogorszeniu uległa w tym województwie opieka ortodontyczna, a oczekiwanie na leczenie w tym zakresie wydłużyło się do 2 lat.

2.6. Inne formy oddziaływania na poprawę stanu zdrowia uczniów

Nowy system opieki zdrowotnej nad uczniami przewiduje stosowanie także form oddziaływania na poprawę stanu zdrowia tej populacji m.in. poprzez organizowanie zajęć promujących zdrowie, zapewnienie posiłków w czasie pobytu uczniów w szkole, organizowanie tzw. zielonych szkół oraz działania na rzecz integracji młodzieży niepełnosprawnej.

Stopień zaangażowania szkół w realizację tych zadań był - jak wskazują ustalenia kontroli NIK - zróżnicowany.

2.6.1. We wszystkich szkołach zarówno podstawowych, jak i ponadpodstawowych prowadzono działalność na rzecz wychowania zdrowotnego młodzieży szkolnej. Najczęstszą formą tych zajęć były pogadanki, wygłaszane na lekcjach wychowawczych, a także na innych lekcjach, np. biologii i jęz. polskiego, często z udziałem pielęgniarki szkolnej. W 9 szkołach (8% objętych tym badaniem) działalność ta miała jednak dość wąski zakres - w porównaniu z innymi szkołami - tak pod względem liczby godzin przeznaczonych na te zajęcia, jak i stosowanych form promocji lub uległa zmniejszeniu w roku szkolnym 1996/97 w porównaniu z poprzednim rokiem szkolnym (np. w Szkole Podstawowej Nr 17 i Zasadniczej Szkole Zawodowej w Słupsku, w Zasadniczej Szkole Zawodowej w Rykach oraz w Szkole Podstawowej Nr 3 w Gryfinie).

Wśród województw, w których zajęcia promujące zdrowie miały szerszy zakres wyróżniało się woj. łomżyńskie, np. w Szkole Podstawowej w Stawiskach (ok. 450 uczniów) przeprowadzono w roku szkolnym 1995/96 - 179 zajęć, realizowanych w różnych formach (pogadanki, odczyty, konkursy, projekcje filmów), a w roku szkolnym 1996/97 - 166 zajęć, w tym 108 - zorganizowanych przez nauczycieli i 58 - przez pielęgniarkę szkolną.

Według danych MEN od września 1996 r. trwają prace, których celem jest takie usytuowanie promocji zdrowia w programie dydaktyczno-wychowawczym szkoły, aby stał się jego integralną częścią, stanowiąc jedno z podstawowych a nie dodatkowych zadań szkoły; do podstaw programowych przedmiotów ogólnokształcących wpisana została edukacja

zdrowotna jako zadanie obowiązkowe szkoły. Przewidziano wprowadzenie nowych podstaw programowych od września 1997 r., początkowo w szkołach pilotażowych.

2.6.2. Uchwałą z dnia 9 września 1995 r. w sprawie stworzenia warunków prawnych, organizacyjnych i finansowych systemu dożywiania dzieci ¹⁴ Senat Rzeczypospolitej Polskiej zwrócił się do resortu edukacji o opracowanie międzyresortowego programu stwarzającego warunki systemowe, niezbędne do powszechnej organizacji dożywiania dzieci i młodzieży. W związku z tym resort edukacji podjął działania doraźne (przekazując z budżetu MEN kwotę 200 tys. zł) i programowe mające na celu poszukiwanie skutecznych rozwiązań problemu niedożywienia dzieci i młodzieży w ramach międzyresortowego zespołu roboczego (przedstawiciele m.in. MEN, MZiOS, Instytutu Żywności i Żywienia im. Aleksandra Szczygła i Państwowego Zakładu Higieny).

W kwietniu 1996 r. dokonano zmiany w budżecie państwa na 1996 r. i przeznaczono dodatkowo 30 mln zł na dożywianie dzieci w szkołach podstawowych. Dzięki temu można było - jak wynika z danych MEN - objąć dodatkowo jednym gorącym posiłkiem dziennie ok. 85 tys. uczniów. Jednak z szacunków własnych resortu edukacji, jak i danych IMiDz oraz GUS wynika, że potrzeby w tym zakresie sięgają ok. 7% populacji, tj. ok. 350 tys. uczniów szkół podstawowych.

Ustalenia kontroli wskazują, iż szkoły podejmowały działania na rzecz organizowania posiłków dla uczniów, w czasie ich pobytu w szkole. Zakres tej działalności był jednak zróżnicowany. Szkoły, które posiadały zaplecze kuchenne - a takich była większość wśród objętych kontrolą - organizowały obiady. Inną formą posiłków były ciepłe napoje, przeważnie herbata, rzadziej mleko. W niektórych szkołach organizowano drugie śniadania.

W przeważającej większości szkół (ok. 80% objętych kontrolą), w których organizowano posiłki, korzystali z nich bezpłatnie uczniowie pochodzący z ubogich rodzin. Koszty posiłków dla tych uczniów pokrywały przeważnie urzędy gmin (miast), jak również organizacje społeczne i instytucje kościelne. Jednak prawie w co czwartej szkole działalność ta była ograniczana na skutek niewystarczających środków finansowych.

W woj. bydgoskim ograniczenia objęły 3 z 8 skontrolowanych szkół: Szkołę Podstawową w Parchaniu, gdzie młodzież pochodząca z ubogich rodzin otrzymywała bezpłatnie napój (herbatę), ale tylko w miesiącach zimowych, Szkoła Podstawowa w Mycielewie uzyskiwała pomoc finansową z Urzędu

¹⁴ M.P. Nr 30, poz. 348.

Gminy i Miasta w Szubinie na pokrycie kosztów obiadów dla dzieci z ubogich rodzin ale w wysokości pozwalającej na prowadzenie tej akcji tylko do grudnia 1996 r. Szkoła w Łabiszynie nie mogła zapewnić wszystkim uczniom korzystania z gorących napojów.

W woj. olsztyńskim w Szkole Podstawowej w Kozłowie wstrzymano z dniem 1 kwietnia 1997 r. dożywianie 111 uczniów z ubogich rodzin z uwagi na brak dotacji z Urzędu Gminy. Powstała bowiem wątpliwość czy bułkę z herbatą można zaliczyć do gorącego posiłku. Do dnia zakończenia kontroli (28 maja 1997 r.) sprawa nie została wyjaśniona.

W woj. słupskim w Szkole Podstawowej Nr 3 w Sławnie z bezpłatnych obiadów korzystało 70 uczniów (10%). Jednak wg oceny pedagoga szkolnego potrzeby w tym zakresie były znacznie wyższe. Zaapelowano do rodziców uczniów o przygotowywanie dodatkowych śniadań dla najuboższych.

Nie wszystkie szkoły objęte kontrolą miały rozeznanie o liczbie uczniów wymagających takiej pomocy. Nie miały takiego rozeznania Zespół Szkół Ogólnokształcących Nr 2 w Słupsku i Liceum Ogólnokształcące im. M. Konopnickiej w Poddębicach.

2.6.3. Nie udało się, do czasu kontroli, rozwinąć idei „zielonych szkół”. Zaledwie w 20 szkołach na 92 zbadane (22%) podejmowano takie próby.

Główną przeszkodą w prowadzeniu zajęć lekcyjnych w miejscowościach uznawanych za odpowiednie pod względem ekologicznym był w 72 szkołach brak środków finansowych, gdyż ani rodzice ani szkoły nie były w stanie pokryć kosztów tych akcji. Wśród województw, w których w ogóle nie organizowano „zielonych szkół” odnotowano: konińskie, lubelskie, łomżyńskie, olsztyńskie i słupskie. Nie bez wpływu na brak inicjatyw w tym kierunku pozostawał również fakt, iż wiele szkół w tych województwach funkcjonowało w dobrych, pod względem ekologicznym, warunkach.

Wśród 20 szkół, które organizowały „zielone szkoły” 4 znajdowały się w woj. warszawskim i 3 - w woj. szczecińskim. Koszty wyjazdów i pobytu pokrywali na ogół, rodzice uczniów. Tylko w 4 przypadkach akcje te były dofinansowane przez władze miejskie lub gminne.

2.6.4. Zgodnie z zarządzeniem nr 29 Ministra Edukacji Narodowej z dnia 4 października 1993 r. w sprawie zasad organizowania opieki nad uczniami niepełnosprawnymi, ich kształcenia w ogólnodostępnych i integracyjnych publicznych przedszkolach, szkołach i placówkach oraz

organizacji kształcenia specjalnego¹⁵ - w ogólnodostępnych szkołach i przedszkolach mogą być organizowane oddziały integracyjne. Liczba uczniów w oddziale integracyjnym powinna wynosić od 15 do 20, w tym od 3 do 5 uczniów niepełnosprawnych.

Spośród 82 szkół objętych kontrolą, do których uczęszczali uczniowie niepełnosprawni tylko w 5 (6%) zorganizowano klasy integracyjne. Jedną z nich - i wyróżniającą się - była Szkoła Podstawowa Nr 61 w Warszawie, która tę działalność podjęła jeszcze we wrześniu 1992 r. tworząc, na zasadzie eksperymentu, 3 klasy integracyjne od I do III, a w roku szkolnym 1996/97 liczba tych klas zwiększyła się do 5. Uczęszczało do nich 83 uczniów, w tym 22 - specjalnej troski. Co roku Szkoła rozsyłała do przedszkoli informacje o możliwości uczęszczania dzieci do klas integracyjnych. Kwalifikacji dzieci dokonywała komisja złożona m.in. z psychologa, nauczycieli i dyrektora szkoły. Działalność klas integracyjnych oparta była o program autorski - każde dziecko realizuje program dostosowany do jego możliwości.

Na podkreślenie zasługuje również współpraca szkoły, a zwłaszcza pedagoga, logopedy i rehabilitanta z rodzicami. Rodzice współorganizowali m.in. wyjazdy uczniów, w ramach tzw. „zielonych szkół”.

W Szkole Podstawowej Nr 13 w Lesznie, w roku szkolnym 1996/97 funkcjonowały dwie klasy integracyjne w grupach 16 i 20 uczniów. Szkoła została przystosowana architektonicznie do obsługi osób niepełnosprawnych.

W pozostałych szkołach (94%), do których uczęszczali uczniowie niepełnosprawni nie organizowano klas integracyjnych przeważnie z uwagi na mniejsze niż 3 osobowe grupy uczniów specjalnej troski, uczęszczających do poszczególnych klas. We wszystkich tych szkołach organizowano indywidualny tok szkolenia. Natomiast w Szkole Podstawowej w Stawiskach (woj. łomżyńskie), do której uczęszczało w roku szkolnym 1996/97 - 10 osób niepełnosprawnych, w tym po 3 uczniów klas VII i VIII nie zorganizowano klas integracyjnych z powodu braku środków finansowych i odpowiednio przygotowanej kadry.

2.7. Zapewnienie warunków bezpieczeństwa i higieny w szkołach

¹⁵ Dz.Urz. MEN Nr 9, poz. 36.

2.7.1. W rozporządzeniu Ministra Edukacji Narodowej z dnia 17 sierpnia 1992 r. w sprawie ogólnych przepisów bezpieczeństwa i higieny w szkołach i placówkach publicznych określono m.in. ogólne wymagania sanitarne jakie powinny spełniać obiekty szkolne i ich pomieszczenia, w tym sale lekcyjne i ich wyposażenie. Z tego rozporządzenia wynika, że stoliki uczniowskie, krzesła i inny sprzęt powinny być dostosowane do wzrostu uczniów i rodzaju pracy.

Na 106 szkół podstawowych, w których sprawdzono dostosowanie wyposażenia klas w ławki, krzesła i stoliki do wieku i rozwoju fizycznego uczniów w 54 szkołach (51%) wyposażenie to nie nasuwało istotniejszych uwag krytycznych. W pozostałych szkołach było ono nieodpowiednie, przy czym skala nieprawidłowości była zróżnicowana, tak w układzie wojewódzkim, jak i w poszczególnych województwach.

Nie stwierdzono nieprawidłowości we wszystkich (4) skontrolowanych szkołach w woj. kieleckim, a w 4 innych województwach liczba szkół, w których wyposażenie szkół w meble dla uczniów było prawidłowe stanowiła co najmniej 70% objętych badaniami, np. w łódzkim w 7 na 8 szkół.

Natomiast niedostosowanie do wzrostu uczniów ławek i stolików stwierdzono we wszystkich skontrolowanych pod tym kątem szkołach w woj. bydgoskim (7) i sieradzkim (7) oraz w 4 na 7 skontrolowanych szkół w woj. warszawskim i w 7 na 13 - w woj. konińskim.

W Szkole Podstawowej Nr 61 w Warszawie, do której uczęszczało 650 uczniów badaniami kontrolnymi objęto 101 uczniów klas IVb, IVc, VIIb i VIIc i stwierdzono że rozmiar (Nr 6) mebli znajdujących się w tych klasach był odpowiedni tylko dla 13 uczniów, mających wzrost powyżej 172 cm. Dla pozostałych uczniów wskazane było (zgodnie z wymogami Polskiej Normy: PN-90/F-06009) inne zestawy mebli: Nr 2 (wzrost 112-128 cm) - dla 3 uczniów, Nr 3 (wzrost 129-142 cm) - dla 22 uczniów, Nr 4 (wzrost 143-157) - dla 35 uczniów i Nr 5 (wzrost 158-172 cm) - dla 28 uczniów.

W Szkole Podstawowej Nr 2 w Łasku tylko w 3 klasach ławki były odpowiednie do wzrostu uczniów, a w 21 klasach, do których uczęszczało 567 uczniów, 458 (80%) siedziało w nieodpowiednich ławkach, w tym w 7 klasach - wszyscy uczniowie (214).

W Szkole Podstawowej w Kościelcu Kujawskim (woj. bydgoskie) w wyniku przeprowadzenia oględzin 7 klas - do których uczęszczało 152 uczniów - stwierdzono, że 141 (93%) siedziało na źle dobranych krzesłach i przy nieodpowiednich stolikach.

Niedostosowanie ławek i stolików do wzrostu uczniów stwierdzono również w 20 szkołach ponadpodstawowych, na 43 skontrolowane pod tym kątem (46%).

2.7.2. Na uwagę zasługują zaniedbania w utrzymaniu właściwego stanu używalności urządzeń sanitarnych. W 15 szkołach - na 72 skontrolowane - część tych urządzeń, w toaletach dla uczniów, nie nadawała się do użytku.

W Szkole Podstawowej Nr 1 w Zielonej Górze w złym stanie technicznym było 6 sanitariatów (zdewastowane sedesy i spluczki, uszkodzone drzwi wejściowe i wewnętrzne, połamane klamki, uszkodzone kratki ściekowe).

W Szkole Podstawowej w Mycielewie (woj. bydgoskie) na 8 zainstalowanych umywalek 3 były niesprawne a w Szkole Podstawowej w Kościelcu Kujawskim w sanitariatach dla chłopców, na 3 kabiny wc, dwie były nieczynne, a dla dziewcząt na 6 kabin - 4 były nieczynne; nie funkcjonowały również 4 spośród 7 umywalek.

W Szkole Podstawowej Nr 17 w Słupsku z 4 kabin wc dla dziewcząt na jednym z pięter Szkoły - 3 były nieczynne.

W 12 szkołach na 33 sprawdzone, w których były zainstalowane natryski w pomieszczeniach przy salach gimnastycznych, uczniowie nie mogli z nich korzystać bądź z przyczyn technicznych (np. w Szkole Podstawowej w Kolnie, do której uczęszczało 830 uczniów i w Szkole Podstawowej w Sławnie, do której uczęszczało 630 uczniów), bądź na skutek przeznaczenia tych pomieszczeń na inne cele lub wręcz zakazy ze strony kierownictwa szkoły z ich korzystania.

W Szkole Podstawowej w Rynarzewie (woj. bydgoskie) znajdowały się w pomieszczeniu obok sali gimnastycznej natryski, sprawne technicznie, ale nie używane, gdyż od roku pomieszczenie to zostało przeznaczone na podręczną pralnię. W czasie kontroli dyrektor Szkoły przywrócił pierwotną funkcję tego pomieszczenia.

W Szkole Podstawowej w Sorkwicach (woj. olsztyńskie) w pomieszczeniu z natryskami urządzono podręczny skład desek i słupów metalowych.

W Szkole Podstawowej w Grabowie (woj. łomżyńskie) łazienka z natryskami była wyłączona z użytkowania na skutek - jak wyjaśnił dyrektor Szkoły - krótkiego czasu przeznaczonego na przerwy międzylekcyjne.

W 12 szkołach stwierdzono zagrożenie dla zdrowia i życia uczniów na skutek:

- niezabezpieczenia gniazdek instalacji elektrycznych (np. w szkołach podstawowych: Nr 1 w Poddębicach w woj. sieradzkim i w Mycielewie, woj. bydgoskim),
- uszkodzenia posadzek i ubytków płytek PCV (np. w szkołach podstawowych w: Złotnikach Kujawskich, Nr 1 w Bielsku Białej i Nr 1 w Zielonej Górze),
- łatwego (niekontrolowanego) dostępu uczniów do materiałów chemicznych, służących do zajęć lekcyjnych, w tym trucizn i środków żrących (np. szkoły podstawowe: w Parchaniu i w Kruszwicy, w woj. bydgoskim).

Dyrektorzy szkół poinformowani o ww. faktach podjęli jeszcze w czasie trwania kontroli działania w celu usunięcia zagrożeń.

W trzech jednostkach na terenie woj. bydgoskiego stwierdzono ponadto brak należytego zabezpieczenia terenu szkół, usytuowanych przy arteriach komunikacyjnych.

W pobliżu bramy wjazdowej do Szkoły Podstawowej w Mycielewie, położonej przy ruchliwej szosie łączącej Szubin z Kcynią, brak było barier ochronnych, uniemożliwiających nagle wtargnięcie na jezdnię uczniów wyjeżdżających ze Szkoły na rowerach. Powiadomiony o tym burmistrz miasta zobowiązał się do niezwłocznego uruchomienia środków dla usunięcia tego zagrożenia.

W Kościelcu Kujawskim teren Szkoły Podstawowej nie był ogrodzony od strony południowej, a w odległości 5 metrów od boiska szkolnego przebiega ruchliwa linia kolejowa Inowrocław - Barcin.

Pielęgniarki szkolne na ogół rejestrowały w swojej dokumentacji dokonywanie okresowych przeglądów pomieszczeń szkolnych pod kątem sanitarnym i informowanie kierownictwa szkoły o stwierdzonych nieprawidłowościach. Ustalenia obecnej kontroli wskazują jednak, iż nadzór ten nie był skuteczny, zwłaszcza w odniesieniu do utrzymania we właściwym stanie technicznym urządzeń sanitarnych oraz wyposażenia szkół w odpowiednie, dostosowane do wzrostu i rozwoju fizycznego uczniów, meble.

Dyrektorzy szkół główną przyczynę m.in. złego stanu technicznego urządzeń sanitarnych oraz braku odpowiednich mebli dla uczniów upatrywali w braku środków finansowych.

2.8. Nadzór nad funkcjonowaniem nowego systemu opieki zdrowotnej nad uczniami

2.8.1. Wydziały zdrowia urzędów wojewódzkich, zobowiązane do sprawowania nadzoru nad placówkami leczenia i dokonywania okresowych analiz stanu zdrowia ludności, przekazały problematykę opieki zdrowotnej nad uczniami, w tym również nadzór nad wdrażaniem nowego systemu tej opieki, wojewódzkim placówkom opieki nad matką i dzieckiem. Nie zadbały jednak o to, aby te placówki były przygotowane organizacyjnie i kadrowo do wypełniania zadań. W rezultacie tego nadzór nad funkcjonowaniem opieki zdrowotnej nad uczniami bądź w ogóle nie istniał, bądź był bardzo ograniczony ilościowo i merytorycznie.

Wojewoda Częstochowski powierzył nadzór nad wdrażaniem postanowień rozporządzenia MZiOS z dnia 5 listopada 1992 r. kierownikowi Działu Medycyny Szkolnej w WPMiDz, ale - jak wykazała kontrola - Dział ten od dwóch lat nie sprawował żadnego nadzoru nad funkcjonowaniem terenowych poradni medycyny szkolnej, gdyż lekarz będący równocześnie kierownikiem tego Działu był zatrudniony - jak już wcześniej wspomniano - zaledwie na 1/4 etatu.

W woj. lubelskim od lutego 1996 r., tj. od czasu rezygnacji z pracy zatrudnionego w Sekcji Medycyny Szkolnej w WPMiDz lekarza i jednocześnie długotrwalej choroby pielęgniarki - instruktorki ds. medycyny szkolnej, komórka ta praktycznie przestała istnieć. W latach 1996-97 Wydział Zdrowia UW i WPMiDz nie dokonywały analiz stanu zdrowia, jak i dostępności opieki medycznej dla uczniów. Ograniczano się jedynie do sporządzenia zestawienia liczby uczniów, u których stwierdzono różnego rodzaju wady i schorzenia. Liczba przeprowadzonych w 1997 r. kontroli placówek terenowych zmalała w porównaniu z 1996 r. o ponad połowę.

W woj. sieradzkim, gdzie od 15 stycznia 1993 r. nie było obsadzone stanowisko kierownika Sekcji ds. medycyny szkolnej w WPMiDz nadzór nad terenowymi placówkami medycyny szkolnej sprawowała jedynie pielęgniarka - wojewódzka instruktorka ds. medycyny szkolnej, która w ciągu dwóch lat szkolnych (1995/96 i 1996/97) przeprowadziła tylko 4 kontrole terenowych placówek, a Wydział Zdrowia UW w okresie od wejścia w życie rozporządzenia MZiOS z dnia 5 listopada 1992 r., tj. w okresie prawie 5 lat przeprowadził zaledwie 2 kontrole, przy czym w odniesieniu do niektórych wniosków pokontrolnych brak było udokumentowanych danych o ich realizacji.

Z tych samych przyczyn (organizacyjnych i kadrowych) nie istniał lub był bardzo słaby nadzór ze strony terenowych poradni medycyny szkolnej, m.in. nad funkcjonowaniem gabinetów szkolnych oraz placówek leczenia pediatricznego.

Wśród objętych kontrolą województw pozytywnie wyróżniały się wojewódzka i terenowe poradnie medycyny szkolnej w woj. łódzkiej, gdzie nie tylko kontrolowano

placówki lecznictwa powołane do opieki zdrowotnej uczniów ale okresowo oceniano funkcjonowanie nowego systemu w poszczególnych zespołach opieki zdrowotnej. Wyniki tych analiz i ocen wykorzystano do opracowania wojewódzkiego programu rozwoju form opieki z zakresu medycyny szkolnej, zatwierdzonego w 1997 r. przez lekarza wojewódzkiego.

2.8.2. Odrębnym zagadnieniem jest brak należytego nadzoru nad realizacją omawianego rozporządzenia w zakresie wykonywania profilaktycznych badań stomatologicznych. Wojewódzkie przychodnie opieki nad matką i dzieckiem koordynujące wdrażanie tego rozporządzenia nie mają w swojej gestii problematyki stomatologicznej, która należy do właściwości wojewódzkich przychodni stomatologicznych. Również jedyne sprawozdania statystyczne (Mz-06) monitorujące wdrażanie nowego systemu nie zawiera żadnych danych dotyczących zapewnienia opieki stomatologicznej nad młodzieżą szkolną. W związku z tym opracowywane przez Instytut Matki i Dziecka coroczne, ogólnokrajowe, sprawozdania z realizacji postanowień rozporządzenia nie zawierają informacji czy i w jakim stopniu wykonywane były obligatoryjne stomatologiczne badania profilaktyczne. Nie miało tych informacji również MZiOS (otrzymywanych na podstawie sprawozdań Mz-11), gdyż - jak już wspomniano - do lipca 1997 r. nie zostały one jeszcze opracowane za rok szkolny 1995/96 przez podległe Ministerstwu Centrum Organizacji i Ekonomiki Ochrony Zdrowia.

2.8.3. W pierwszych dwóch latach po wejściu w życie rozporządzenia z dnia 5 listopada 1992 r. Ministerstwo Zdrowia i Opieki Społecznej wykazywało dużą aktywność we wdrażaniu nowego systemu opieki zdrowotnej nad uczniami. Wskazywały na to m.in. wystąpienia kierowane do wojewodów o wspieranie działań na rzecz dokonywanych przeobrażeń i organizowane w latach 1993 i 1994 spotkania przedstawicieli Ministerstwa Zdrowia i Opieki Społecznej i Instytutu Matki i Dziecka z wojewódzkimi koordynatorami ds. wdrażania nowego systemu. Od 1995 r. aktywność ta uległa wyraźnemu osłabieniu, m.in. na skutek trudnej sytuacji kadrowej w Wydziale Matki i Dziecka. Wprawdzie Instytut Matki i Dziecka podejmował w 1996 r. działania zmierzające do zakończenia procesu wdrożenia nowego systemu, jednak nie uzyskał oczekiwanych rezultatów, na co wskazuje m.in. wspomniane w punkcie 2.1. Informacji zahamowanie rozwoju sieci terenowych poradni medycyny szkolnej, jak też nie zakończony proces obsady personelu pielęgniarzkiego w szkołach, zwłaszcza na terenie wsi. Nie bez wpływu na ten stan pozostawała, ograniczona możliwość oddziaływania zarówno Ministra, jak i tym bardziej Instytutu na wojewodów.

Ponadto Ministerstwo nie dysponowało wiarygodnymi informacjami dotyczącymi stanu zdrowia populacji wieku rozwojowego w związku z zakwestionowaniem przez Instytut Matki i Dziecka wyników badań tej populacji, o czym podano szerzej w punkcie 2.4. Informacji.

Kilkakrotne interwencje, kierowane przez Ministra, do środowisk naukowych, zobowiązanych do opracowania, nowych, właściwych kryteriów oceny stanu zdrowia uczniów okazały się do dnia zakończenia kontroli (sierpień 1997 r.) nieskuteczne.

III. OPIS POSTĘPOWANIA KONTROLNEGO I DZIAŁAŃ PODJĘTYCH PO ZAKOŃCZENIU KONTROLI

Wszystkie protokoły kontroli podpisane zostały bez zastrzeżeń. W 4 przypadkach kontrolujący zawiadomili kierowników jednostek kontrolowanych o stwierdzeniu bezpośredniego niebezpieczeństwa dla życia i zdrowia ludzkiego.

Wyniki kontroli zostały omówione na 108 naradach pokontrolnych oraz przedstawione w 278 wystąpieniach skierowanych do jednostek kontrolowanych i w 10 wystąpieniach skierowanych do jednostek nadrzędnych

Adresatami wystąpień byli m.in. Minister Zdrowia i Opieki Społecznej, wojewodowie, dyrektorzy wojewódzkich szpitali zespoleń i wojewódzkich specjalistycznych przychodni matki i dziecka, dyrektorzy zespołów opieki zdrowotnej i dyrektorzy szkół.

W jednym przypadku adresat złożył zastrzeżenia do ocen i uwag zawartych w wystąpieniu. Zastrzeżenia te zostały uwzględnione.

Wnioski skierowane do Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej zostały wykazane w syntezie Informacji.

Wnioski skierowane do wojewodów dotyczyły m.in. poprawy dostępności opieki zdrowotnej nad uczniami, w tym specjalistycznej i stomatologicznej. Zwrócono uwagę na potrzebę wzmocnienia nadzoru nad całokształtem spraw związanych ze zdrowiem tej populacji, jak również wspierania wojewódzkich przychodni matki i dziecka we wdrażaniu postanowień rozporządzenia MZiOS z dnia 5 listopada 1992 r.

Uznano za konieczne powołanie w tych przychodniach odpowiednich komórek organizacyjnych (tam gdzie ich nie było) z obsadą lekarsko-pielęgniarską umożliwiającą wykonywanie zadań określonych we wspomnianym rozporządzeniu. Wnioskowano o

zorganizowanie pełnej sieci terenowych poradni medycyny szkolnej z odpowiednią, zgodną z wytycznymi KZS, ich obsadą kadrową.

W odniesieniu do szkół wnioskowano m.in. o zorganizowanie gabinetów medycznych i odpowiednie ich wyposażenie, jak również o zatrudnienie pielęgniarek szkolnych w wymiarze czasu pracy odpowiadającym liczbie uczniów, o rozszerzenie działań na rzecz promocji zdrowia oraz objęcie gimnastyką korekcyjną możliwie jak największej liczby uczniów do niej zakwalifikowanych. Podkreślono konieczność niezwłocznego usunięcia zagrożeń dla zdrowia i życia uczniów a także doprowadzenie do używalności urządzeń sanitarnych.

Odpowiedzi adresatów, które wpłynęły do NIK do dnia 30 października 1997 r. wskazują, iż wnioski pokontrolne zostały przyjęte i są realizowane.

Wojewoda Bielski wystąpił do wszystkich dyrektorów publicznych zakładów opieki zdrowotnej z prośbą o zwrócenie szczególnej uwagi na liczbę zatrudnionych pielęgniarek w medycynie szkolnej i dostosowanie tego zatrudnienia do limitów określonych w „wytycznych” KZS. Poinformował również, że z dniem 1 września br. obsada kadrowa WPMiDz zapewnia już nadzór nad placówkami medycyny szkolnej. W corocznych analizach stanu zdrowia ludności będzie uwzględniany również stan zdrowia uczniów.

Wydział Zdrowia Urzędu Wojewódzkiego w Lesznie wystąpił do dyrektora Wojewódzkiego Szpitala Zespołowego w Lesznie o powołanie sekcji medycyny szkolnej w WPMiDz, jak również o zwiększenie czasu pracy poradni specjalistycznych, do których czas oczekiwania na poradę jest najdłuższy.

Wojewoda Zielonogórski zapowiedział m.in. zwiększenie w nowym budżecie nakładów na opiekę stomatologiczną, która będzie priorytetowym zadaniem samodzielnych zakładów opieki zdrowotnej. Zakłady te od stycznia 1998 r. będą zobowiązane zawierać umowy kontraktowe z lekarzami stomatologii.

Znaczna część wniosków, zwłaszcza dotyczących poprawy warunków bezpieczeństwa i higieny uczniów, stanu technicznego urządzeń sanitarnych, rozszerzenia zajęć z gimnastyki korekcyjnej, rozszerzenia promocji zdrowia została wykonana lub jej realizacja jest zaawansowana.

Zespół Szkół Ogólnokształcących Nr 1 w Lesznie poinformował NIK, iż wkrótce po kontroli NIK otrzymał środki finansowe, które umożliwią

poprawę warunków stanu technicznego sanitariatów, umywalek i zaplecza socjalnego przy salach gimnastycznych.

Zespół Szkół Zawodowych w Zielonej Górze poinformował o przeprowadzeniu w czasie wakacji kapitalnego remontu sanitariatów dla uczniów oraz poczynił działania aby w 1998 r. dokonać przebudowy m.in. łazienek przy sali gimnastycznej. O rozpoczęciu remontu sanitariatów poinformowała również Szkoła Podstawowa Nr 1 w Zielonej Górze, w której ponadto wyłożono na korytarzu wykładzinę PCV i zapowiedziano dostosowanie do końca 1997 r. stołów i krzeseł do wzrostu uczniów.

W Szkole Podstawowej w Świdnicy zostały wprowadzone zajęcia z gimnastyki korekcyjnej dla uczniów klas I-III i istnieje realna szansa zwiększenia liczby godzin tych zajęć po otrzymaniu od Samorządu Gminnego drugiej sali gimnastycznej. Dyrektor Szkoły w porozumieniu z Wójtem Gminy podjął starania o zatrudnienie lekarza dentysty od 1 lutego 1998 r.

Od 1 września 1997 r. wprowadzone zostały zajęcia z gimnastyki korekcyjnej również w Szkole Podstawowej Nr 11 w Zielonej Górze. W Szkole tej ponadto zakończono remont węzła sanitarnego.

Minister Zdrowia i Opieki Społecznej w odpowiedzi z dnia 27 października 1997 r. na wystąpienie pokontrolne zobowiązał się zwiększyć nadzór nad realizacją rozporządzenia z dnia 5 listopada 1992 r., jak również rozważyć możliwość jego nowelizacji. Wystąpiono do dyrektora Instytutu Matki i Dziecka o przedstawienie aktualnego stanowiska w sprawie zbierania danych o stanie zdrowia populacji w wieku rozwojowym oraz propozycji rozwiązania problemu zbierania tych danych. Przedstawiona Ministrowi propozycja wskazuje na potrzebę utworzenia obowiązującego w kraju rejestru, a także opracowanie rządowego programu strategicznego, obejmującego ocenę stanu zdrowia dzieci i młodzieży. Założenia tego programu miały być opracowane do 15 listopada 1997 r. MZiOS uzyskało zapewnienie, że Instytut jest przygotowany do opracowania i wdrożenia ww. systemu oraz nadzoru nad jego realizacją.

Dyrektor Departamentu
Zdrowia i Kultury Fizycznej

dr Dorota SAFJAN

Akceptuję:

WICEPREZES

NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI

Piotr KOWNACKI
Warszawa, 1998.01.

Zatwierdzam:

P R E Z E S
NAJWYŻSZEJ IZBY KONTROLI

Janusz WOJCIECHOWSKI
Warszawa, 1998.01.**19**