

Założenia projektu ustawy o zdrowiu dzieci i młodzieży w wieku szkolnym

I. Zwięźle przedstawienie celu projektowanej ustawy i istoty proponowanych rozwiązań.

Dzieci i młodzież w wieku szkolnym (7-19 lat), zwani również „uczniami”, stanowią blisko pięciomilionową populację. Koncepcje i organizacja opieki zdrowotnej nad dziećmi w wieku szkolnym w Rzeczypospolitej Polskiej na przestrzeni lat ulegały zmianom. W 1992 r. wprowadzono zmodyfikowany system profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami, który nie przewidywał stałej obecności lekarza i lekarza dentysty w szkole. Najpoważniejsza reorganizacja nastąpiła w 1999 r., gdy weszła w życie reforma ochrony zdrowia. Reforma wprowadziła instytucję lekarza rodzinnego, sprawującego opiekę zdrowotną nad całą rodziną, w tym również nad dzieckiem. Przyjęte rozwiązanie miało zapewnić ciągłość opieki nad dzieckiem przez jednego lekarza. Nastąpiła zmiana postrzegania rozwoju i zdrowia dziecka, który zaczął być oceniany w kontekście jego sytuacji rodzinnej. Kluczowa stała się edukacja zdrowotna rodziców i tworzenie dla dzieci i młodzieży wzorców troski o zdrowie. Nie bez znaczenia było również przełamanie stereotypu, że za zdrowie dzieci odpowiada państwo przez pracowników ochrony zdrowia, zaś postawy zdrowotne rodziny i odpowiedzialność rodziców nie były brane pod uwagę.

Wdrożony model profilaktycznej opieki zdrowotnej został opracowany z wykorzystaniem założeń promocji zdrowia oraz strategii WHO „Zdrowie dla wszystkich w XXI wieku”. Strategia ta określiła, że zdrowie dzieci i młodzieży zależy od wielu czynników pozamedycznych, w tym: statusu ekonomiczno-społecznego rodziny, stylu życia i zachowań związanych ze zdrowiem, wsparcia społecznego, środowiska fizycznego i społecznego w szkole i miejscu zamieszkania. Środowisko fizyczne i klimat szkoły mają istotne znaczenie dla kształtowania u dzieci i młodzieży postaw prozdrowotnych, które w dorosłym życiu znajdą przełożenie na troskę o zdrowie własne i rodziny, w tym dokonywanie wyborów sprzyjających zdrowiu. Uznano, że do działań edukacyjnych i profilaktycznych jest konieczne zaangażowanie samych dzieci oraz dorosłych z ich najbliższego otoczenia – rodziców, pracowników szkoły, pracowników ochrony zdrowia i władz publicznych na poziomie samorządowym.

Aktualnie, ustawa z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych (Dz. U. z 2016 r. poz. 1793, z późn. zm.) oraz wydane na jej podstawie akty wykonawcze określają prawo dzieci i młodzieży do świadczeń opieki zdrowotnej, których celem jest zachowanie zdrowia, zapobieganie chorobom i urazom, wczesne wykrywanie chorób, leczenie, pielęgnacja oraz zapobieganie niepełnosprawności i jej ograniczanie.

Lekarz podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarz dentysta sprawują profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami w miejscu określonym w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, w gabinetach poza szkołą. Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna sprawują profilaktyczną opiekę nad uczniami w znajdującym się na terenie szkoły gabinecie profilaktyki zdrowotnej.

Zgodnie z art. 103 ust. 1 pkt 4 ustawy z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe (Dz. U. z 2017 r. poz. 59 i 949), szkoła zapewnia uczniom możliwość korzystania z gabinetu profilaktyki zdrowotnej, spełniającego szczegółowe wymagania dla pomieszczeń i urządzeń podmiotów wykonujących działalność leczniczą, wyposażonego w sprzęt określony w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w części dotyczącej warunków realizacji świadczeń gwarantowanych pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania albo higienistki szkolnej.

W przypadku braku na terenie szkoły gabinetu profilaktyki zdrowotnej, profilaktyczna opieka zdrowotna jest sprawowana przez pielęgniarkę w miejscu określonym w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej.

Obowiązujące rozwiązania legislacyjne i organizacyjne nie odbiegają od stosowanych w większości krajów Unii Europejskiej standardów opieki nad dzieckiem. W każdym z tych krajów jest podkreślane znaczenie promocji zdrowia i edukacji zdrowotnej. Badania stanu zdrowia dzieci i młodzieży we wszystkich krajach europejskich odbywają się w ramach opieki profilaktycznej realizowanej przez służby medyczne, choć różny jest ich zakres i miejsce przeprowadzania. Profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi jest usytuowana na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej.

Mimo przyjętych rozwiązań prawnych, faktyczna realizacja profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą jest ciągle niedostateczna i znaczenie jej jest marginalizowane. W niedostateczny sposób jest też ta opieka monitorowana. Niewystarczające w większości przypadków jest również zainteresowanie tą tematyką i zaangażowanie w optymalizację opieki zdrowotnej nad uczniami jednostek samorządu terytorialnego, które pełnią rolę organów prowadzących dla szkół. W ustawie z dnia 15 września 2017 r. o szczególnych rozwiązaniach zapewniających poprawę jakości i dostępności do świadczeń opieki zdrowotnej (która będzie przedmiotem rozpatrzenia przez Senat RP) zostały określone środki budżetowe na wyposażenie gabinetów profilaktyki zdrowotnej w szkołach.

Aktualny model opieki zdrowotnej nad uczniami w niedostateczny sposób odnosi się do kwestii współdziałania podmiotów w ramach systemu ochrony zdrowia, jak również współpracy systemu ochrony zdrowia i edukacji.

Powyższe doświadczenia stanowią podstawę decyzji o konieczności dokonania zmiany przepisów regulujących obszar ochrony zdrowia dzieci i młodzieży w wieku szkolnym. Celem

nowej ustawy jest wprowadzenie rozwiązań służących zintegrowaniu systemu ochrony zdrowia oraz systemu edukacji w zakresie umacniania potencjału zdrowotnego dzieci i młodzieży przez promocję, edukację zdrowotną i profilaktyczną opiekę zdrowotną oraz zapewnienie odpowiedniego wsparcia dzieciom z niepełnosprawnością lub chorobą przewlekłą. Działania te będą realizowane przez jednoznaczne określenie zadań w tym zakresie:

- 1) lekarza podstawowej opieki zdrowotnej;
- 2) pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania albo higienistki szkolnej;
- 3) lekarza dentysty;
- 4) szkoły, zarówno dyrektora jak i nauczycieli;
- 5) jednostek samorządu terytorialnego

oraz określenie relacji między tymi podmiotami, w szczególności określenie zasad współpracy pomiędzy pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania albo higienistką szkolną a zespołem podstawowej opieki zdrowotnej oraz lekarzem dentystą. Zgodnie z procedowanym równoległe projektem ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej (druk sejmowy nr 1813), zespół podstawowej opieki zdrowotnej (zespół POZ) tworzą lekarz podstawowej opieki zdrowotnej, pielęgniarka podstawowej opieki zdrowotnej oraz położna podstawowej opieki zdrowotnej.

Profilaktyczną opiekę nad uczniem będzie sprawował, tak jak dotychczas, lekarz podstawowej opieki zdrowotnej (POZ), współpracujący w ramach zespołu POZ z pielęgniarką POZ i położną POZ, a także koordynujący opiekę zdrowotną nad pacjentem (w tym przypadku dzieckiem w wieku szkolnym) w ramach całego systemu ochrony zdrowia.

W szkole profilaktyczną opiekę zdrowotną zapewnią natomiast pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna, usytuowana na poziomie podstawowej opieki zdrowotnej, poza zespołem POZ. Pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania albo higienistkę szkolną proponuje się powierzyć także zadania w zakresie koordynowania i monitorowania tej opieki. W celu realizacji tego zadania pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna będzie współpracowała z zespołem POZ oraz lekarzem dentystą.

Warunkiem zapewnienia właściwej i kompleksowej opieki profilaktycznej nad uczniami jest stała współpraca pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania albo higienistki szkolnej z każdym z członków zespołu POZ, w zakresie ich kompetencji. Współpraca ta polegałaby na wzajemnym udzielaniu porad, przekazywaniu informacji o istotnych sprawach dotyczących stanu zdrowia ucznia oraz podejmowaniu wspólnych działań w celu zachowania zdrowia i profilaktyki chorób, rozpoznawania i leczenia chorób oraz usprawnienia ucznia. Współpraca z lekarzem POZ jest szczególnie istotna w przypadku uczniów z chorobami przewlekłymi czy

niepełnosprawnością. Współpraca z położną POZ dotyczyłaby edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia dla dziewcząt w okresie dojrzewania.

Ważnym elementem kompleksowości opieki profilaktycznej nad uczniami jest wzmocnienie opieki stomatologicznej nad dziećmi i młodzieżą. Odpowiedzialną za monitorowanie i koordynowanie tej opieki byłaby pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna, których zadaniem będzie współpraca z lekarzem dentystą, wskazywanie rodzicom możliwości korzystania ze świadczeń zdrowotnych w zakresie stomatologii oraz monitorowanie realizacji zaleceń lekarza dentysty. Obowiązkiem dyrektora szkoły będzie natomiast zapewnienie uczniom dostępu do lekarza dentysty w gabinecie szkolnym albo w gabinecie zlokalizowanym poza terenem szkoły, współpracującym ze szkołą.

Oprócz kwestii organizacyjnych zakłada się równoległe rozpoczęcie prac nad zmianą zakresu i sposobu finansowania stomatologicznych świadczeń gwarantowanych dla dzieci i młodzieży. Proponowane rozwiązania będą uwzględniały wymóg uzyskania zgody przedstawiciela ustawowego, która byłaby udzielana na początku roku szkolnego, ze wskazaniem dokładnego jej zakresu.

W przypadku dzieci przewlekłe chorych, które w czasie pobytu w szkole wymagają podania leku czy wykonania innych czynności, oprócz zgody przedstawiciela ustawowego, byłaby wymagana także zgoda nauczyciela, który takiej pomocy ma udzielać. Nie dotyczy to sytuacji ratowania życia. Zakłada się, że dla pracowników szkoły, przede wszystkim nauczycieli i wychowawców, będą organizowane szkolenia dotyczące sposobu postępowania wobec uczniów przewlekłe chorych lub niepełnosprawnych, a zakres tych szkoleń określi minister właściwy do spraw zdrowia w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw oświaty i wychowania. Szkolenia mógłby przeprowadzać lekarz POZ oraz pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna. Wytyczne co do sposobu postępowania z dzieckiem przewlekłe chorym oraz niepełnosprawnym opracuje Instytut Matki i Dziecka.

Zakłada się również wprowadzenie upoważnienia ustawowego do określenia w rozporządzeniu wydanym przez ministra właściwego do spraw zdrowia sposobu sprawowania opieki profilaktycznej nad uczniem. Opiekę taką sprawowałaby pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna, lekarz POZ oraz lekarz dentysta. Rekomendacje co do zakresu tej opieki będą opracowane przez Instytut Matki i Dziecka.

Zalecenia postępowania medycznego wobec uczniów przewlekłe chorych, opracowane przez towarzystwa naukowe, będą mogły być określone (fakultatywnie) w obwieszczeniu ministra właściwego do spraw zdrowia.

Ważnym elementem umacniania zdrowia dzieci i młodzieży będą działania edukacyjne, w tym w zakresie zdrowia jamy ustnej, prowadzone z wykorzystaniem programów nauczania w szkołach. Działania edukacyjne będą również kierowane do rodziców oraz nauczycieli i wychowawców.

Planowane jest wprowadzenie jednolitych wzorów dokumentacji medycznej, która zapewniałaby wymianę informacji o uczniu i udzielanych mu świadczeniach zdrowotnych, zaleceniach dla ucznia i jego rodziców oraz terminach ich realizacji, pomiędzy pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania albo higienistką szkolną, a lekarzem POZ i lekarzem dentystą. Docelowo pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania oraz higienistki szkolne powinny być wyposażone w sprzęt komputerowy oraz oprogramowanie umożliwiające wymianę informacji w ramach współpracy, o której mowa powyżej. Za przygotowanie oprogramowania będzie odpowiedzialne Centrum Systemów Informacyjnych Ochrony Zdrowia.

Uzupełnieniem regulacji ustawowych będzie opracowanie przez ministra właściwego do spraw zdrowia programu polityki zdrowotnej realizowanego od 2018 r. do 2022 r. (roboczy tytuł „Poprawa dostępności i jakości opieki profilaktycznej dla uczniów”). W ramach programu byłyby doposażone gabinety profilaktyki zdrowotnej w szkołach, w których takich gabinetów brakuje (zwłaszcza w szkołach prowadzonych przez ministrów, gdyż dofinansowanie szkół prowadzonych przez jednostki samorządu terytorialnego uwzględnia ustawa z dnia 15 września 2017 r. o szczególnych uprawnieniach zapewniających poprawę jakości i dostępności świadczeń opieki zdrowotnej), a także gabinety stomatologiczne w niektórych z nich. Istotnym elementem programu byłoby zapewnienie dostępności do świadczeń dla uczniów niepełnosprawnych w gabinetach dostosowanych do ich potrzeb.

W ramach ww. programu pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania oraz higienistki szkolne mogłyby uzyskać dofinansowanie na zakup sprzętu komputerowego. W programie planowane jest także utworzenie Platformy Profilaktyki Uczniów (PPU), umożliwiającej koordynowanie i monitorowanie opieki profilaktycznej nad uczniami przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania albo higienistkę szkolną.

Istotną częścią programu byłaby edukacja i promocja zdrowia, realizowana przez podmioty sprawujące opiekę profilaktyczną nad uczniami.

II. Zakres przewidywanej regulacji i zasadnicze kwestie wymagające uregulowania.

Nowa ustawa wprowadzi rozwiązania prawne obejmujące określenie:

- 1) definicji pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania oraz higienistki szkolnej;
- 2) celu i zasad realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym;
- 3) podmiotów odpowiedzialnych za profilaktyczną opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym oraz zadań tych podmiotów;
- 4) celów, zasad i form współpracy pomiędzy ochroną zdrowia, edukacją, pomocą społeczną;
- 5) zasad sprawowania opieki nad dziećmi i młodzieżą z niepełnosprawnościami oraz chorobami przewlekłymi w szkole;

- 6) celów i form współpracy podmiotów sprawujących profilaktyczną opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym z jednostkami samorządu terytorialnego;
- 7) zasad finansowania zadań z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami;
- 8) zasad dokumentowania i sprawozdawania realizacji zadań z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym;
- 9) zasad sprawowania nadzoru nad profilaktyczną opieką zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym;
- 10) roli Instytutu Matki i Dziecka w zakresie:
 - a) wytyczania kierunków i rekomendacji w opiece zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą,
 - b) kształcenia podyplomowego pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania,
 - c) monitorowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym.

Ad 1. Określenie definicji pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania oraz higienistki szkolnej.

Pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania będzie pielęgniarka, która:

- 1) posiada tytuł zawodowy magistra pielęgniarstwa lub
- 2) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania, lub
- 3) ukończyła kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania, lub
- 4) posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego lub pediatrycznego zdobyty po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego rozpoczętego po dniu 23 sierpnia 2015 r., lub
- 5) odbywa szkolenie specjalizacyjne w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego lub pediatrycznego

- z którą Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo która jest zatrudniona lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, realizująca opiekę zdrowotną nad uczniami w szkołach podstawowych i ponadpodstawowych, z wyłączeniem szkół dla pracujących.

Jednocześnie, zostanie wprowadzony przepis przejściowy, zgodnie z którym pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania będzie mogła być również pielęgniarka, która posiada tytuł specjalisty w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego lub pediatrycznego uzyskany po ukończeniu szkolenia specjalizacyjnego rozpoczętego przed dniem 23 sierpnia 2015 r. lub pielęgniarka, która ukończyła lub odbywa kurs kwalifikacyjny w dziedzinie pielęgniarstwa rodzinnego lub pediatrycznego, z tym że w okresie 5 lat od wejścia w życie ustawy będzie ona

zobowiązana do ukończenia kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa środowiska nauczania i wychowania.

Higienistką szkolną będzie osoba, która posiada wykształcenie średnie medyczne w zawodzie higienistki szkolnej, z którą Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, albo która jest zatrudniona lub wykonuje zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, realizująca opiekę zdrowotną nad uczniami w szkołach podstawowych i ponadpodstawowych, z wyłączeniem szkół dla pracujących.

Ad 2. Określenie celu i zasad realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym.

Profilaktyczna opieka zdrowotna nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym jest organizowana w celu ochrony zdrowia i zapewnienia prawidłowego rozwoju dzieci i młodzieży w perspektywie funkcjonowania w życiu dorosłym. Realizacja tego celu polega na tworzeniu w szkole środowiska sprzyjającego prawidłowemu rozwojowi dzieci i młodzieży przez współdziałanie pracowników edukacji, ochrony zdrowia, uczniów i ich rodziców oraz jednostek samorządu terytorialnego.

Dla realizacji ww. celu konieczne jest też wspieranie rodzin w opiece nad dziećmi w wieku szkolnym, w tym tworzenie sprzyjających warunków dla pełnego udziału w życiu społeczności szkolnej uczniów z niepełnosprawnością oraz chorobą przewlekłą.

Główny cel ustawy będzie realizowany przez:

- 1) działania na rzecz zapobiegania powstawaniu lub rozwojowi zaburzeń i chorób, w tym chorób zakaźnych;
- 2) wczesne wykrywanie problemów zdrowotnych oraz istotnych dla zdrowia problemów społecznych i szkolnych;
- 3) edukację zdrowotną i promocję zdrowia oraz kształtowanie i umacnianie indywidualnych zasobów dla zdrowia, w tym aktywności fizycznej i sportu oraz prawidłowego żywienia;
- 4) pomoc w sytuacjach nagłych.

W realizacji tych celów należy kierować się następującymi zasadami:

- 1) powszechności – zasada ta pozwala realizować prawa konstytucyjne dotyczące równości wobec prawa, w tym zapewnienia szczególnej opieki dla dzieci z niepełnosprawnością lub chorobą przewlekłą;
- 2) równości – zakres profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym nie powinien być różnicowany z uwagi na inne kryteria niż jasno określone potrzeby zdrowotne uczniów;
- 3) dostępności – w związku z tym, że opieka nad dziećmi i młodzieżą w środowisku szkolnym jest organizowana w zróżnicowanych warunkach, zależnych od potrzeb i możliwości

lokalnych, zapewnienie pełnej dostępności do profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym pozostaje naczelną zasadą, jaką należy kierować się przy organizowaniu systemu;

- 4) efektywności – organizując profilaktyczną opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym należy brać pod uwagę, że prawidłowo zorganizowana opieka profilaktyczna to taka, która daje duży efekt zdrowotny lub profilaktyczny przy stosunkowo niskich nakładach finansowych;
- 5) subsydiarności – istotnym jest, aby profilaktyczna opieka zdrowotna wspierała ucznia i jego rodzinę w zapobieganiu problemom zdrowotnym lub w ich rozwiązywaniu, a nie zastępowała te osoby i ich rodziny w podejmowaniu wyborów i działań na rzecz własnego zdrowia. Realizatorzy opieki nie mogą zdejmować osobistej odpowiedzialności za swoje zdrowie z ucznia, jak też odpowiedzialności za zdrowie dziecka z jego rodziców lub opiekunów.

Ad 3. Określenie podmiotów odpowiedzialnych za profilaktyczną opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym oraz zadań tych podmiotów.

Zakłada się, że podmiotami działającymi na rzecz profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dzieckiem w wieku szkolnym będą pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna, Zespół POZ, w szczególności lekarz POZ, lekarz dentysta, a także dyrektor szkoły, jednostka samorządu terytorialnego (organ prowadzący szkołę) oraz Instytut Matki i Dziecka. Powodzenie działań podejmowanych przez te podmioty zależy od efektywnej współpracy między nimi oraz współpracy z uczniem i jego rodzicami, którzy ponoszą największą odpowiedzialność za zdrowie swoich dzieci.

Zadania pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania albo higienistki szkolnej:

- 1) koordynacja i monitorowanie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami:
 - a) współdziałanie z zespołem POZ, w szczególności z lekarzem POZ w zakresie opieki nad uczniami, szczególnie z chorobami przewlekłymi niepełnosprawnością oraz z położną POZ w zakresie edukacji zdrowotnej dziewcząt w okresie dojrzewania,
 - b) współdziałanie z lekarzem dentystą w zakresie zdrowia jamy ustnej, monitorowanie wykonywania przez uczniów przeglądów dentystycznych oraz realizowania zaleceń lekarza dentysty,
 - c) przypominanie rodzicom o obowiązkowych badaniach bilansowych, profilaktycznych badaniach stomatologicznych, szczepieniach itp.,
 - d) monitorowanie realizacji zaleceń lekarza i lekarza dentysty;
- 2) podejmowanie interwencji w przypadku gdy zalecenia lekarza i lekarza dentysty nie są realizowane we wskazanych terminach;

- 3) edukacja zdrowotna i promocja zdrowia oraz udział w planowaniu i realizacji i programu edukacji zdrowotnej w szkole;
- 4) ocena stanu zdrowia uczniów, w tym wykonywanie i interpretowanie testów przesiewowych oraz kierowanie postępowaniem poprzewiewowym u uczniów z dodatnimi wynikami testów;
- 5) udzielanie pierwszej pomocy w przypadku nagłych zachorowań, urazów i zatruc;
- 6) prowadzenie programów profilaktycznych w zakresie zdrowia jamy ustnej oraz profilaktyki fluorkowej metodą nadzorowanego szczotkowania u uczniów szkół podstawowych;
- 7) rozpoznawanie ryzykownych zachowań zdrowotnych oraz czynne poradnictwo dla uczniów z problemami zdrowotnymi, ze szczególnym uwzględnieniem zdrowia psychicznego (zmian nastroju, zaburzeń odżywiania, stosowania używek i dopalaczy);
- 8) rozpoznawanie zagrożeń dla zdrowia i życia ucznia, w tym zjawisk przemocy domowej i przemocy rówieśniczej oraz w razie potrzeby współpraca z zespołem interdyscyplinarnym, o którym mowa w ustawie o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie, w zakresie zapobiegania przemocy;
- 9) sprawowanie w szkole opieki czynnej nad uczniami z chorobami przewlekłymi i z niepełnosprawnością;
- 10) współpraca z dyrektorem i innymi pracownikami szkoły w zakresie warunków bezpieczeństwa uczniów, organizacji żywienia i warunków sanitarnych w szkole oraz współdziałanie w zakresie zdiagnozowanych potrzeb zdrowotnych i higienicznych uczniów (doradzanie w sprawie programów oświatowych, uczestnictwo w radach pedagogicznych);
- 11) przekazywanie informacji jednostce samorządu terytorialnego na temat problemów i potrzeb zdrowotnych dzieci i młodzieży szkolnej oraz rekomendowanie działań służących umacnianiu potencjału zdrowotnego uczniów;
- 12) prowadzenie dokumentacji medycznej uczniów.

Istotą proponowanych rozwiązań jest określenie koordynującej i monitorującej roli pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania albo higienistki szkolnej w zapewnieniu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami. Obowiązkiem pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania albo higienistki szkolnej będzie podejmowanie interwencji w przypadku gdy opieka profilaktyczna nie jest realizowana, albo nie są realizowane zalecenia lekarza i lekarza dentystry. Powinna być ona zatem wyposażona w narzędzia umożliwiające pozyskiwanie informacji niezbędnych do realizacji tego zadania, zarówno od Zespołu POZ, jak i lekarza dentystry. Zakłada się, że takim narzędziem będzie wspólna ujednolicona dokumentacja medyczna ucznia.

W celu pełnej realizacji zadań przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania albo higienistkę szkolną, zakłada się obniżenie liczby uczniów na etat przeliczeniowy pielęgniarki z 880-1100 uczniów obecnie do 700-750 uczniów. Pozwoli to na zmniejszenie liczby szkół, których uczniowie pozostają pod jej opieką, a w konsekwencji – wydłuży czas pracy pielęgniarki w jednej szkole, co jest niezbędnym warunkiem skutecznego wykonywania określonych zadań. Dłuższa obecność pielęgniarki w szkole nie tylko zapewnia uczniom realny dostęp do pomocy medycznej w razie potrzeby, ale także buduje relacje pielęgniarki z uczniami, pozwala jej poznać uczniów i ich potrzeby, a dzięki temu łatwiej zauważyć wszelkie niepokojące sygnały i odpowiednio wcześniej na nie zareagować oraz podjąć działania. Powinno to przełożyć się także na wyższą skuteczność działań profilaktycznych pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania – znajomość uczniów pozwoli jej wybrać najwłaściwsze metody i sposoby przekonania ich do dbania o własne zdrowie. Takie rozwiązanie wymaga jednak podwyższenia stawki kapitałowej na ucznia do kwoty 80 zł (od dnia 1 września 2017 r. wynosi ona 72,24 zł). Czas wykonywania zadań pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania albo higienistki szkolnej w gabinecie profilaktyki zdrowotnej byłby uzależniony od liczby uczniów w konkretnej szkole. Obecnie jest ok. 8 tysięcy pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania oraz higienistek szkolnych.

Zadania lekarza POZ określa procedowany równolegle projekt ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej (druk sejmowy nr 1813), dlatego też obie projektowane ustawy powinny być spójne w tym zakresie (analiza tego zagadnienia będzie prowadzona na bieżąco w trakcie prac nad projektami). Lekarz POZ, sprawujący profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniem, jak również pozostali członkowie zespołu POZ współpracują z pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania albo higienistką szkolną, a zasady tej współpracy określi niniejsza ustawa. Ponadto, będą określone zadania lekarza POZ w zakresie sprawowania opieki profilaktycznej nad uczniem, obejmujące:

- 1) systematyczną, okresową ocenę stanu zdrowia dziecka wraz z oceną zdrowotnej dojrzałości szkolnej oraz kwalifikacją do zajęć wychowania fizycznego i sportu szkolnego, oceną przystosowania do szkoły oraz zdolności do dalszego kształcenia i nauki zawodu, stosownie do etapu edukacyjnego;
- 2) wydawanie orzeczeń w związku z kontynuowaniem nauki oraz uczestnictwem w zajęciach sportowych;
- 3) diagnozowanie zagrożeń dla zdrowia i życia ucznia, w tym zjawiska przemocy domowej i przemocy rówieśniczej oraz podejmowanie działań prewencyjnych, o których mowa w ustawie o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie;
- 4) uczestniczenie w zapewnieniu opieki nad uczniem z chorobą przewlekłą i niepełnosprawnością w szkole, w szczególności przez orzekanie o zakresie zalecanego

udziału w zajęciach wychowania fizycznego oraz o świadczeniach zdrowotnych koniecznych do wykonania w trakcie pobytu dziecka w szkole;

- 5) współpracę z pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania albo higienistką szkolną i dyrektorem szkoły, zwłaszcza w zakresie edukacji zdrowotnej uczniów i rodziców oraz opieki czynnej nad uczniami z chorobami przewlekłymi, niepełnosprawnością i innymi problemami zdrowotnymi; w odniesieniu do pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania i higienistki szkolnej będzie ona polegała na wymianie informacji o stanie zdrowia ucznia, przekazywaniu informacji o zaleceniach oraz przekazywaniu dokumentacji medycznej, niezbędnej do realizacji świadczeń zdrowotnych przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania albo higienistkę szkolną;
- 6) promocję zdrowia i edukację oraz udział w realizacji programów zdrowotnych i programów polityki zdrowotnej na rzecz zdrowia uczniów, w tym także zdrowia psychicznego, obowiązkowych szczepień ochronnych, prawidłowego żywienia i aktywności fizycznej oraz sportu.

Zadania lekarza dentysty sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniem, realizowane zarówno w przypadku, gdy gabinet dentystyczny jest zlokalizowany na terenie szkoły, jak i poza szkołą, będą obejmować:

- 1) badanie lekarskie stomatologiczne z instruktażem higieny jamy ustnej raz w roku;
- 2) profilaktykę i leczenie stomatologiczne;
- 3) edukację i promocję zdrowia jamy ustnej oraz udział w realizacji programów polityki zdrowotnej w zakresie zdrowia jamy ustnej;
- 4) współpracę z pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania albo higienistką szkolną i dyrektorem szkoły w zakresie edukacji zdrowotnej oraz profilaktyki próchnicy zębów u uczniów;
- 5) przekazywanie pielęgniarce środowiska nauczania i wychowania albo higienistce szkolnej informacji o wydanych uczniowi zaleceniach i planowanym dalszym postępowaniu.

Lekarz dentysta będzie realizował opiekę stomatologiczną nad uczniami w gabinecie zlokalizowanym w szkole albo poza szkołą. W obu przypadkach będzie wymagana zgoda przedstawiciela ustawowego ucznia na udzielanie świadczeń zdrowotnych (wykonanie przeglądu jamy ustnej, leczenie), którą wyrażałby na piśmie na początku roku szkolnego. Koordynowanie i monitorowanie opieki stomatologicznej będzie zadaniem pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania albo higienistki szkolnej, realizowanym przy pomocy ujednoliconej dokumentacji medycznej.

Zadania dyrektora szkoły w zakresie zapewnienia opieki zdrowotnej nad uczniami oraz bezpiecznych i higienicznych warunków ich pobytu w szkole będą obejmować:

- 1) zapewnienie uczniom możliwości korzystania ze świadczeń opieki zdrowotnej realizowanych na terenie szkoły albo opcjonalnie poza szkołą;
- 2) współpracę z pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania albo higienistką szkolną w zakresie rozpoznawania potrzeb oraz tworzenia i realizacji programów i zadań ukierunkowanych na potrzeby zdrowotne uczniów, w szczególności z niepełnosprawnością i przewlekłe chorych;
- 3) współdziałanie z pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania albo higienistką szkolną i rodzicami w sytuacjach wystąpienia problemów zdrowotnych oraz higienicznych uczniów przez określenie procedur postępowania z uwzględnieniem tajemnicy zawodów medycznych;
- 4) współpracę z pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania albo higienistką szkolną w realizacji edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia oraz programów profilaktyki zdrowotnej w szkole.

Zadania jednostki samorządu terytorialnego obejmują:

- 1) zapewnienie warunków do realizacji opieki zdrowotnej przez tworzenie i wyposażenie gabinetów profilaktyki zdrowotnej w szkołach (w szczególności gabinetu pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania lub higienistki szkolnej, a gdy pozwalają na to warunki lokalne także lekarza dentysty), które spełniają szczegółowe wymagania dla pomieszczeń i urządzeń podmiotów wykonujących działalność leczniczą oraz wyposażonych w sprzęt określony w przepisach wydanych na podstawie art. 31d ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w części dotyczącej warunków realizacji świadczeń gwarantowanych pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania albo higienistki szkolnej.
Z uwagi na fakt, iż zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty w zakresie ochrony zdrowia należy do zadań własnych odpowiednio gmin albo powiatów, które - również w ramach zadań własnych - prowadzą szkoły, zakłada się uregulowanie w ustawie kwestii udostępniania pielęgniarce ww. gabinetu na podstawie umowy użyczenia (nieodpłatnie);
- 2) współdziałanie z pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania albo higienistką szkolną w zakresie zapewnienia uczniom dostępu do profilaktycznej opieki zdrowotnej i promocji zdrowia w szkołach;
- 3) analizę informacji od pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania albo higienistki szkolnej na temat zdiagnozowanych problemów i potrzeb zdrowotnych dzieci i młodzieży szkolnej oraz zapewnienie warunków wdrażania rekomendacji i programów zdrowotnych służących umacnianiu potencjału zdrowotnego uczniów.

Dla realizacji przez jednostkę samorządu terytorialnego powyższych zadań zasadnym wydaje się, jeżeli możliwości na to pozwalają, wskazanie w urzędach gmin oraz powiatów osoby

odpowiedzialnej, między innymi za koordynowanie zadań z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami. Osoba taka powinna posiadać odpowiednie doświadczenie i przygotowanie zawodowe, w szczególności być specjalistą zdrowia publicznego.

Ad 4. Określenie zasad, celów i form współpracy pomiędzy ochroną zdrowia, edukacją, pomocą społeczną.

Realizacja celów projektowanej ustawy nie będzie możliwa bez określenia zasad, celów i form współpracy pomiędzy wszystkimi działami sfery zabezpieczenia społecznego, a więc ochrony zdrowia, edukacji i pomocy społecznej. Bez harmonijnej systemowej i systematycznej współpracy w tym zakresie podejmowane działania nie będą wystarczająco skuteczne i efektywne.

Celem współdziałania pomiędzy edukacją, reprezentowaną przez dyrektora szkoły, ale również nauczycieli i pedagoga szkolnego, ochroną zdrowia w osobie pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania albo higienistki szkolnej, ale również zespołu POZ, w szczególności lekarza POZ, a pomocą społeczną (gminny ośrodek pomocy społecznej, powiatowe centrum pomocy rodzinie, zespół interdyscyplinarny na rzecz przeciwdziałania przemocy domowej, o którym mowa w art. 9a i 9b ustawy o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie) jest efektywne rozwiązywanie problemów mających znaczenie dla zdrowia i właściwego rozwoju dzieci i młodzieży.

Istotnym jest, że przy współdziałaniu wszystkie podmioty powinny kierować się następującymi zasadami:

- 1) dobrem dziecka;
- 2) poszanowaniem godności i prawa do prywatności ucznia;
- 3) efektywności i subsydiarności przy organizowaniu działań.

Projektowana ustawa powinna stanowić granice pomiędzy prawem do ochrony prywatności a prawem do ochrony zdrowia i życia wskazując, że w przypadkach uzasadnionych pracownicy ochrony zdrowia mogą, nie podając żadnych szczegółów dotyczących dóbr szczególnie chronionych, a więc o stanie zdrowia dziecka, informować przedstawicieli pozostałych działów zabezpieczenia społecznego o konieczności podejmowania szczególnych działań wspierających dziecko i jego rodzinę.

Zadania pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania albo higienistki szkolnej w zakresie współpracy pomiędzy ochroną zdrowia, edukacją, pomocą społeczną:

- 1) współdziałanie z dyrektorem szkoły w zakresie organizacji zdrowych i higienicznych warunków pobytu dziecka w szkole;
- 2) opiniowanie i koordynowanie szkolnych programów profilaktycznych;

- 3) uczestniczenie, wspólnie z państwową inspekcją sanitarną w opiniowaniu rozkładu i liczby lekcji z uwzględnieniem higieny pracy uczniów i ich możliwości fizjologicznych, a szczególnie potrzeb dzieci z niepełnosprawnością i chorobą przewlekłą;
- 4) udzielanie wsparcia nauczycielom w zakresie opieki nad dziećmi z chorobami przewlekłymi, chorymi lub z niepełnosprawnością, w tym instruktaż w zakresie koniecznych do wykonania u nich, w czasie nieobecności pielęgniarki w szkole, działań chroniących życie i zdrowie dziecka, w szczególności podawania leków lub wykonania czynności pielęgnacyjnych;
- 5) monitorowanie realizacji zaleceń wydawanych wobec uczniów przez lekarza POZ albo lekarza dentystę;
- 6) kontakt z gminnym ośrodkiem pomocy społecznej, powiatowym centrum pomocy rodzinie lub zespołem interdyscyplinarnym na rzecz przeciwdziałania przemocy domowej, o którym mowa w ustawie o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie.

Formy współpracy:

- 1) systematyczne spotkania z dyrektorem szkoły i pedagogiem szkolnym dotyczące zapewnienia właściwych warunków oraz opieki nad dziećmi i młodzieżą; spotkania takie powinny odbywać się nie rzadziej niż raz na dwa miesiące, zgodnie z ustalonym przez strony harmonogramem. Ich przebieg powinien być dokumentowany w formie krótkich notatek określających termin spotkania, uczestników, podejmowane tematy i ustalenia oraz zobowiązania dla poszczególnych stron;
- 2) uczestnictwo w posiedzeniach rady pedagogicznej, sporządzanie okresowych raportów dla dyrektora szkoły – w tym celu zakłada się wprowadzenie stosownej zmiany w ustawie z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe), wskazującej pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania albo higienistkę szkolną wśród osób, które przewodniczący rady pedagogicznej (dyrektor szkoły) może zapraszać do udziału w posiedzeniach rady z głosem doradczym; przynajmniej trzy razy w ciągu roku szkolnego uczestnictwo pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania albo higienistki szkolnej w posiedzeniu rady pedagogicznej byłoby obowiązkowe;
- 3) uczestnictwo w zebraniach z rodzicami uczniów albo zebraniach rady rodziców, co powinno być odpowiednio udokumentowane; również w tym przypadku przynajmniej raz w ciągu roku szkolnego uczestnictwo pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania albo higienistki szkolnej w zebraniu z rodzicami albo w posiedzeniu rady rodziców byłoby obowiązkowe;
- 4) udział w grupach wsparcia tworzonych w szkole w przypadku występowania szczególnie trudnych problemów; praca w grupie powinna być udokumentowana przez określenie członków grupy, celu jej powołania, planu działania oraz oceny efektów;

- 5) w razie potrzeby, nawiązanie kontaktu z gminnym ośrodkiem pomocy społecznej i powiatowym centrum pomocy rodzinie oraz współpraca z zespołem interdyscyplinarnym na rzecz przeciwdziałania przemocy domowej, o którym mowa w ustawie o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie;
- 6) udział w dodatkowych zajęciach organizowanych przez szkołę w szczególności zawodach sportowych, zielonych szkołach (zadanie to będzie finansowane dodatkowo ze środków własnych przez podmiot prowadzący szkołę).

Ad 5. Określenie zasad sprawowania opieki nad dziećmi i młodzieżą z niepełnosprawnościami i chorobami przewlekłymi w szkole.

Celem opieki nad dziećmi i młodzieżą z niepełnosprawnościami i chorobami przewlekłymi w szkole jest zapewnienie możliwości prawidłowego rozwoju psychofizycznego oraz realizacji ich prawa do nauki. Właściwie zaplanowana i zorganizowana opieka nad uczniem przeciwdziała dalszym niepomyślnym skutkom choroby i niepełnosprawności. Opieka nad uczniem z niepełnosprawnością i chorobą przewlekłą będzie polegała na:

- 1) planowej i systematycznej kontroli stanu zdrowia;
- 2) udzielaniu uczniowi i jego rodzicom porad i zaleceń;
- 3) podawaniu leków lub nadzorowanie ich samodzielnego zażywania;
- 4) wykonywaniu niezbędnych dla utrzymania jak najlepszego stanu zdrowia zabiegów i procedur medycznych podczas pobytu w szkole;
- 5) rozpoznawaniu i podjęciu działań w sytuacjach wystąpienia powikłań choroby stanowiących bezpośrednie zagrożenie zdrowia lub życia ucznia.

Zapobieganie niepomyślnym skutkom niepełnosprawności lub choroby przewlekłej w środowisku szkoły obejmie w szczególności:

- 1) pomoc w radzeniu sobie z chorobą i zaakceptowaniu swojego stanu;
- 2) pomoc w utrzymaniu dobrej kondycji fizycznej i samopoczucia, rozwijanie funkcji kompensujących niepełnosprawność, kształtowanie umiejętności samooceny swego zdrowia, samopielęgnacji, rozwijania zainteresowań ułatwiających wybór zawodu i zwiększających szanse na aktywne i samodzielne życie;
- 3) przeciwdziałanie izolacji w środowisku rówieśniczym.

Do zapewnienia właściwej opieki nad uczniem z niepełnosprawnością i chorobą przewlekłą w szkole jest niezbędna współpraca pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania albo higienistki szkolnej z lekarzem POZ, rodzicami oraz dyrektorem i pracownikami szkoły. Współpraca obejmować będzie w szczególności określenie sposobu opieki nad uczniem w sytuacji konieczności podawania leków oraz wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych podczas pobytu ucznia w szkole. Ma to istotne znaczenie w sytuacjach, gdy pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania nie jest obecna w szkole codziennie przez cały czas, kiedy są w niej

uczniowie. Z uwagi na zróżnicowany charakter chorób przewlekłych zakłada się uwzględnienie tego zagadnienia w ramach podnoszenia kwalifikacji przez pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania oraz higienistki szkolne.

Zakłada się również określenie w rozporządzeniu ministra właściwego do spraw zdrowia, wydanym w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw oświaty i wychowania, zakresu szkoleń dla nauczycieli i wychowawców dotyczących sposobu postępowania wobec uczniów przewlekle chorych.

Ad 6. Określenie celów i form współpracy podmiotów sprawujących profilaktyczną opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym z jednostkami samorządu terytorialnego.

Jednostki samorządu terytorialnego odpowiadają za zabezpieczenie potrzeb zdrowotnych mieszkańców oraz są organami prowadzącymi szkoły publiczne. Z tego względu, współdziałanie pomiędzy jednostką samorządu terytorialnego, a pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania albo higienistką szkolną jest kluczowe dla właściwej realizacji zadań spoczywających na tych podmiotach.

Zakłada się, że w ramach współpracy, pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna będzie:

- 1) przedstawiać właściwym komisjom rady gminy oraz rady powiatu coroczne sprawozdanie z realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami w szkole oraz wskazywać trudności w realizacji tej opieki i przedstawiać rekomendacje dla jej prawidłowego sprawowania;
- 2) występować do władz jednostki samorządu terytorialnego, np. za pośrednictwem specjalisty ds. zdrowia publicznego, o podjęcie działań niezbędnych dla zaspokojenia potrzeb zdrowotnych dzieci i młodzieży w wieku szkolnym oraz podejmowania właściwych działań na rzecz profilaktyki chorób i zaburzeń rozwoju oraz promocji zdrowia.

Ad 7. Określenie zasad finansowania zadań z zakresu szkolnej profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami.

Profilaktyczna opieka zdrowotna nad uczniami będzie finansowana ze środków publicznych pochodzących z kilku źródeł.

Zgodnie z ustawą z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe, tworzenie i wyposażenie gabinetów profilaktyki zdrowotnej w szkołach jest obowiązkiem szkoły. Utrzymanie gabinetów będzie finansowane przez organ prowadzący szkołę.

Źródłem finansowania świadczeń zdrowotnych udzielanych przez lekarza POZ, lekarza dentystę, pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania albo higienistkę szkolną, na podstawie umów zawieranych z podmiotami leczniczymi, będzie Narodowy Fundusz Zdrowia.

Wysokość kosztów świadczeń zdrowotnych na ucznia w przypadku lekarza POZ i pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania albo higienistki szkolnej będzie wyznaczona roczną stawką kapitulacyjną. Świadczenia lekarza dentysty finansowane są jako kwota za określony rodzaj świadczenia.

Roczna stawka kapitulacyjna w przypadku świadczeń udzielanych przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania albo higienistkę szkolną w szkołach ogólnodostępnych będzie odpowiednio korygowana współczynnikiem określanym jako wskaźnik:

- 1) 2 – w przypadku uczniów uczęszczających do szkół sportowych i szkół z praktyczną nauką zawodu;
- 2) 3 – w przypadku uczniów z orzeczeniem o niepełnosprawności;
- 3) 4 – w przypadku uczniów przewlekłe chorych, u których lekarz zleci wykonywanie dodatkowych zabiegów podczas pobytu w szkole;
- 4) 2 – w przypadku uczniów, którzy uczęszczają do szkół podstawowych, w których całkowita liczba uczniów nie przekracza 100.

W przypadku uczniów szkół specjalnych, wskaźnik będzie wynosił odpowiednio:

- 1) 7 – w przypadku uczniów z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim i sprawnych ruchowo; z niepełnosprawnością ruchową; słabowidzących i niewidomych; słabosłyszących i niesłyszących;
- 2) 10 – w przypadku uczniów z upośledzeniem umysłowym w stopniu lekkim i niepełnosprawnych ruchowo oraz z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym lub znacznym i sprawnych ruchowo;
- 3) 30 – w przypadku uczniów z upośledzeniem umysłowym w stopniu umiarkowanym lub znacznym i niepełnosprawnych ruchowo.

Dodatkowe zadania realizowane przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania albo higienistkę szkolną w uzgodnieniu z dyrektorem szkoły lub władzami samorządowymi, takie jak: programy profilaktyczne i edukacyjne, opieka nad uczniami podczas zajęć organizowanych przez szkołę (zawody, wycieczki), będą finansowane przez szkołę lub jednostkę samorządu terytorialnego, na podstawie odrębnych umów.

Zadania Instytutu Matki i Dziecka, określone w projektowanej ustawie, będą finansowane z budżetu państwa z części, której dysponentem jest minister właściwy do spraw zdrowia.

Ad 8. Określenie zasad dokumentowania i sprawozdawania realizacji zadań z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym.

Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna będzie, tak jak obecnie, prowadzić dokumentację medyczną zgodnie z przepisami ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2016 r. poz. 186, z późn. zm.). Proponuje się prowadzenie jednolitej dokumentacji medycznej, dzięki której pielęgniarka

środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna będzie miała dostęp do aktualnej wiedzy na temat stanu zdrowia ucznia oraz udzielanych mu świadczeń zdrowotnych, w zakresie niezbędnym do realizacji jej zadań.

Inne podmioty sprawujące nad dzieckiem opiekę w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej (zespół POZ) oraz lekarz dentysta będą przekazywać informacje, konieczne dla właściwego sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w szkole przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania, przez dokonywanie wpisów w tym dokumencie. Na ich podstawie pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania będzie uzupełniała swoją dokumentację wewnętrzną, co zapewni jej dostęp do aktualnych informacji i możliwość monitorowania opieki zdrowotnej nad uczniem.

W tym celu proponuje się opracowanie – w drodze rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia – wzoru karty opieki profilaktycznej nad uczniem.

Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna będzie dokumentować udział w działaniach na rzecz promocji zdrowia i profilaktyki chorób, innych niż lecznicze i pielęgnacyjne.

Ad 9. Określenie zasad sprawowania nadzoru nad profilaktyczną opieką zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym.

Podmiotem sprawującym nadzór nad profilaktyczną opieką zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą będzie minister właściwy do spraw zdrowia oraz wojewodowie. Nadzór w imieniu Ministra Zdrowia będzie sprawował Instytut Matki i Dziecka, który będzie współpracował z wojewodami w zakresie monitorowania realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami oraz rekomendowania rozwiązań służących poprawie jakości tej opieki.

Zadania nadzoru powinny być realizowane w celu zapewnienia wysokiej jakości i równego dostępu do profilaktycznej opieki zdrowotnej. Nadzór nad profilaktyczną opieką zdrowotną nad uczniami sprawowany przez Instytut Matki i Dziecka będzie polegał na:

- 1) pozyskiwaniu informacji o stanie zdrowia uczniów;
- 2) ocenie zgodności realizacji zadań z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami ze standardami postępowania profilaktycznego;
- 3) pozyskiwaniu informacji o realizacji zadań z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej oraz ocenie organizacji, jakości, dostępności i efektywności tej opieki;
- 4) proponowaniu i ocenie wdrażanych zmian w tym zakresie.

Efektem prawidłowego nadzoru będzie rekomendowanie działań naprawczych i współudział w ich wdrażaniu.

Źródłem wiedzy o stanie zdrowia uczniów oraz realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej będą analizy danych statystycznych gromadzonych w ramach statystyki publicznej oraz inne badania prowadzone przez instytucje naukowe na temat stylu życia i zachowań zdrowotnych

dzieci i młodzieży, problemów zdrowotnych i społecznych, w tym uzależnień. Niezależnie od systematycznej analizy gromadzonych danych statystycznych i sprawozdawczych, w ramach nadzoru powinny być dokonywane wizytacje kompleksowe, instruktażowe i interwencyjne w miejscach sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami. Istotnym elementem nadzoru będzie również działalność doradcza i opiniotwórcza dla realizatorów opieki oraz sygnalizowanie działań naprawczych i współudział w ich wdrażaniu. Ważnym elementem w tym zakresie jest również organizacja szkoleń dla realizatorów profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą.

Ad 10. Do zadań Instytutu Matki i Dziecka będzie należało:

- 1) opracowanie rekomendacji dotyczących sposobu sprawowania opieki profilaktycznej nad uczniem;
- 2) ocena merytoryczna i formalna profilaktycznej opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym;
- 3) analiza kierunków zmian w opiece nad zdrowiem uczniów;
- 4) wyznaczanie kierunków i zmian w kształceniu, w tym opracowywanie i konsultowanie programów szkolenia w zakresie działań na rzecz promocji zdrowia dla podmiotów odpowiedzialnych za profilaktyczną opiekę zdrowotną nad dziećmi i młodzieżą w wieku szkolnym, w tym przedstawicieli szkoły i jednostek samorządu terytorialnego;
- 5) opracowywanie wytycznych co do sposobu postępowania nauczycieli i wychowawców wobec uczniów przewlekle chorych oraz szkoleń nauczycieli w zakresie rozpoznawania objawów i sprawowania opieki nad uczniami przewlekle chorymi w czasie ich pobytu w szkole;
- 6) udział w opiniowaniu programów kształcenia podyplomowego pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania oraz lekarzy POZ, w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami.

Instytut Matki i Dziecka obejmuje swoim działaniem obszar kraju. Nadzór nad Instytutem Matki i Dziecka sprawuje minister właściwy do spraw zdrowia. Instytut Matki i Dziecka jest państwową jednostką organizacyjną wyodrębnioną pod względem prawnym, organizacyjnym i ekonomiczno-finansowym. Instytut Matki i Dziecka posiada osobowość prawną. Zgodnie z postanowieniami statutu Instytutu Matki i Dziecka – przedmiotem działalności Instytutu Matki i Dziecka jest prowadzenie badań naukowych i prac rozwojowych i wdrażanie ich wyników, prowadzenie szkolenia podyplomowego, uczestniczenie w systemie ochrony zdrowia ukierunkowanym na potrzeby opieki zdrowotnej ludności, obejmującej w szczególności ochronę zdrowia i rozwoju dzieci i młodzieży. Instytut Matki i Dziecka jako jedyny podmiot posiada w swej strukturze Zakład Zdrowia Dzieci i Młodzieży, który od wielu lat prowadzi działalność naukową skoncentrowaną na standaryzacji opieki profilaktycznej nad

dziećmi i młodzieżą oraz analizach realizacji tej opieki w szkole. Przedmiot statutowej działalności Instytutu Matki i Dziecka jest zbieżny z planowanymi działaniami na rzecz poprawy opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, w szczególności w zakresie określania standardów opieki zdrowotnej nad dziećmi i młodzieżą, kierunków zmian w opiece nad zdrowiem uczniów oraz kształcenia podyplomowego fachowych pracowników ochrony zdrowia. Istotnym elementem działalności Instytutu Matki i Dziecka, mającym wpływ na wskazane powyżej działania, jest prowadzenie badań naukowych i prac rozwojowych w zakresie: edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia populacji w wieku rozwojowym, zapobiegania, rozpoznawania chorób, leczenia i rehabilitacji dzieci i młodzieży, epidemiologii i etiopatogenezy chorób i zaburzeń rozwojowych oraz organizacji ochrony zdrowia matki i dziecka. Ważne jest przystosowywanie wyników tych badań naukowych i prac rozwojowych do potrzeb praktyki oraz ich upowszechnianie i wdrażanie. W realizacji swoich zadań Instytut Matki i Dziecka współpracuje ze szkołami wyższymi, instytutami badawczymi, państwowymi instytutami badawczymi, podmiotami wykonującymi działalność leczniczą, państwową inspekcją sanitarną, stowarzyszeniami naukowymi i pozarządowymi organizacjami działającymi w ramach zainteresowania Instytutu Matki i Dziecka w kraju oraz odpowiednimi organizacjami i instytucjami za granicą.

III. Zmiany innych ustaw.

Projektowana ustawa wprowadzi zmiany w ustawie z dnia 14 grudnia 2016 r. – Prawo oświatowe w zakresie:

- 1) tworzenia i realizacji szkolnych programów profilaktyki;
- 2) oceny stanu zdrowia kandydatów oraz szkół i klas sportowych oraz wydawania orzeczeń lekarskich (odstąpienie od kryterium bardzo dobrego stanu zdrowia);
- 3) zapewnienia udziału pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania albo higienistki szkolnej w posiedzeniach rady pedagogicznej oraz zebraniach rady rodziców.

Projektowana ustawa wprowadzi także zmiany w ustawie z dnia 29 lipca 2005 r. o przeciwdziałaniu przemocy w rodzinie (Dz. U. z 2015 r. poz. 1390) w zakresie współpracy pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania albo higienistki szkolnej z zespołem interdyscyplinarnym na rzecz przeciwdziałania przemocy domowej.

IV. Upoważnienia do wydania aktów wykonawczych.

Zakłada się wprowadzenie upoważnień do określenia przez ministra właściwego do spraw zdrowia:

- 1) sposobu sprawowania opieki profilaktycznej nad uczniem (w drodze rozporządzenia);
- 2) zakresu szkoleń dla osób z personelu szkoły, przede wszystkim nauczycieli i wychowawców dotyczących sposobu postępowania wobec uczniów przewlekłe chorych

(w drodze rozporządzenia wydawanego w porozumieniu z ministrem właściwym do spraw oświaty i wychowania);

- 3) zaleceń postępowania medycznego wobec uczniów z chorobami przewlekłymi (w drodze obwieszczenia);
- 4) monitorowania realizacji profilaktycznej opieki nad uczniami (w drodze rozporządzenia);
- 5) sposobu i zakresu sprawozdawczości przez podmioty realizujące profilaktyczną opiekę nad uczniami (w drodze rozporządzenia),
- 6) wzoru karty opieki profilaktycznej nad uczniem (w drodze rozporządzenia).

V. Przepisy przejściowe i dostosowujące.

Przepisy przejściowe i dostosowujące będą odnosiły się do organizacji opieki w związku z rozbieżnością pomiędzy organizacją roku szkolnego, a terminami zawierania umów z podmiotami leczniczymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia oraz terminów dostosowania do wymogów projektowanej ustawy. Wprowadzony zostanie również przepis przejściowy dotyczący kwalifikacji pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania.

VI. Przewidywany termin wejścia w życie projektowanej ustawy.

Przewiduje się, że przepisy projektu ustawy opracowanego na podstawie niniejszych założeń wejdą w życie w roku szkolnym 2018/2019.

VII. Omówienie konsultacji publicznych.

Projekt założeń zostanie opublikowany w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Ministra Zdrowia, zgodnie z przepisami ustawy z dnia 7 lipca 2005 r. o działalności lobbingskiej w procesie stanowienia prawa (Dz. U. z 2017 r. poz. 248).

Projekt założeń zostanie również udostępniony w Biuletynie Informacji Publicznej na stronie podmiotowej Rządowego Centrum Legislacji w serwisie Rządowy Proces Legislacyjny, zgodnie z uchwałą nr 190 Rady Ministrów z dnia 29 października 2013 r. – Regulamin pracy Rady Ministrów (M.P. z 2016 r. poz. 1006 i 1204).

W ramach opiniowania i konsultacji publicznych projekt założeń zostanie skonsultowany z następującymi osobami i podmiotami:

- 1) konsultantami krajowymi w następujących dziedzinach medycyny: medycyny rodzinnej, pediatrii, stomatologii dziecięcej, pielęgniarstwa rodzinnego, pielęgniarstwa pediatrycznego;
- 2) samorządami zawodów medycznych: Naczelną Izbą Lekarską, Naczelną Izbą Aptekarską, Naczelną Izbą Pielęgniarek i Położnych, Krajową Izbą Diagnostów Laboratoryjnych i Krajową Izbą Fizjoterapeutów;

- 3) związkami zawodowymi i organizacjami pracodawców: Federacją Związków Pracodawców Ochrony Zdrowia „Porozumienie Zielonogórskie”, Business Centre Club, Unią Metropolii Polskich, Związkiem Gmin Wiejskich RP, Związkiem Miast Polskich, Związkiem Powiatów Polskich, Federacją Regionalnych Związków Gmin i Powiatów RP, Konwentem Marszałków Województw, Pracodawcami Rzeczypospolitej Polskiej, Gdańskim Związkiem Pracodawców, Konfederacją Lewiatan, Porozumieniem Pracodawców Ochrony Zdrowia, Federacją Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia i Pomocy Społecznej, Ogólnopolską Konfederacją Związków Zawodowych Pracowników Ochrony Zdrowia, Ogólnopolskim Związkiem Pracodawców Samodzielnych Publicznych Szpitali Klinicznych, Ogólnopolskim Związkiem Pracodawców Prywatnej Służby Zdrowia – Medycyna Prywatna, Ogólnopolskim Związkiem Pracodawców Zakładów Opieki Zdrowotnej, Wielkopolskim Związkiem Zakładów Opieki Zdrowotnej – Organizacją Pracodawców, Związkiem Pracodawców Samodzielnych Publicznych ZOZ Warmii i Mazur, Związkiem Pracodawców Służby Zdrowia w Łodzi, Stowarzyszeniem Menedżerów Ochrony Zdrowia, Stowarzyszeniem Szpitali Powiatowych Województwa Małopolskiego, Polską Unią Szpitali Klinicznych, Konsorcjum Szpitali Wrocławskich, Związkiem Powiatowych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Podkarpackiego, Związkiem Powiatowych Samodzielnych Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej Województwa Wielkopolskiego – Organizacją Pracodawców w Gnieźnie, Biurem Komisji Krajowej NSZZ „Solidarność”, Krajowym Sekretariatem Ochrony Zdrowia NSZZ „Solidarność 80”, Ogólnopolskim Porozumieniem Związków Zawodowych, Forum Związków Zawodowych, Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Lekarzy, Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Pielęgniarek i Położnych, Ogólnopolskim Związkiem Zawodowym Położnych, Ogólnopolskim Stowarzyszeniem Higienistek Dyplomowanych Medycyny Szkolnej;
- 4) stowarzyszeniami w ochronie zdrowia, w tym z tymi działającymi na rzecz pacjentów, tj. Federacją Pacjentów Polskich, Instytutem Praw Pacjenta i Edukacji Zdrowotnej, Stowarzyszeniem Primum Non Nocere, a także organizacjami działającymi na rzecz dzieci i młodzieży, w tym Fundacją Rzecznik Praw Rodziców, Stowarzyszeniem Wiosna, Polską Fundacją Dzieci i Młodzieży, Fundacją Piotr i Paweł „Radość Dzieciom”, Fundacją na Rzecz Rozwoju Dzieci Niepełnosprawnych „DAJ SZANSE” i Instytut Terapeutyczny, Fundacją Jolanty Kwaśniewskiej „Porozumienie Bez Barrier”, Fundacją Dzieci Niczyje, Stowarzyszeniem SOS Wioski Dziecięce w Polsce;
- 5) towarzystwami naukowymi, tj. Polskim Towarzystwem Medycyny Rodzinnej, Polskim Towarzystwem Pediatrycznym, Polskim Towarzystwem Pielęgniarskim, Kolegium Lekarzy Rodzinnych w Polsce, Kolegium Pielęgniarek i Położnych w Polsce; Polskim Towarzystwem Stomatologii Dziecięcej;

- 6) uczelniami medycznymi i instytutami, tj.: Instytutem Matki i Dziecka w Warszawie, Narodowym Instytutem Zdrowia Publicznego – Państwowym Zakładem Higieny;
- 7) Radą Działalności Pożytku Publicznego, Radą Dialogu Społecznego i Komisją Wspólną Rządu i Samorządu Terytorialnego;
- 8) Ośrodkiem Rozwoju Edukacji, Instytutem Badań Edukacyjnych.

Przedmiot projektowanej regulacji nie jest objęty zakresem prawa Unii Europejskiej.

Za zgodność pod względem merytorycznym

DYREKTOR
Departamentu Matki i Dziecka

Anna Widarska
Anna Widarska

Za zgodność pod względem
prawnym i redakcyjnym

ZASTĘPCA DYREKTORA
Departamentu Prawnego

Maria Łaniewska
Maria Łaniewska
radca prawny

23
Główny Specjalista ds. legislacji

Anna Jakubik
Anna Jakubik

M. Hebelman
M. Hebelman - Kłue
22-09-2017