



RZECZPOSPOLITA POLSKA  
Rzecznik Praw Dziecka  
*Marek Michalak*

Warszawa, 31 października 2017 roku

ZSS.422.45.2017.EK

**Pan**  
**Konstanty Radziwiłł**  
**Minister Zdrowia**

odpowiadając na pismo z 26 września 2017 r. MDP.0212.1.2017.WS, przy którym przekazano *projekt założeń projektu ustawy o zdrowiu dzieci i młodzieży w wieku szkolnym* (projekt z 19.09.2017 r.), zwany dalej *projektem*, uprzejmie proszę o przyjęcie poniższych uwag.

Założenia przedstawionego projektu ustawy obejmują dzieci i młodzież w wieku szkolnym. Należy zauważyć, że propozycje pomijają ważną grupę – dzieci w wieku przedszkolnym. Zdaniem Rzecznika Praw Dziecka założenia do nowego modelu opieki nad dziećmi w placówkach edukacyjnych powinny obejmować również najmłodszych. Rzecznik zwracał uwagę na konieczność zapewnienia opieki zdrowotnej w placówkach przedszkolnych w wystąpieniu do Ministra Zdrowia już w 2014 r.<sup>1</sup> Stanowisko w nim wyrażone pozostaje aktualne.

Pozytywnie należy ocenić określenie zintegrowanego systemu ochrony zdrowia i systemu edukacji na rzecz utrzymania potencjału zdrowia dzieci i młodzieży (w tym wskazanie kierunków do osiągnięcia tego celu, tj.: promocja, edukacja zdrowotna, profilaktyka zdrowotna). Wyodrębnienie w projekcie grup dzieci o szczególnych potrzebach zdrowotnych, tj. dzieci z niepełnosprawnością i dzieci przewlekle chorych jest konieczne. Odniesienie do oceny realizacji przyjętych założeń będzie możliwe dopiero po zapoznaniu się ze szczegółowymi rozwiązaniami w tym zakresie.

Na akceptację zasługuje również planowane wskazanie uczniom i ich rodzicom możliwości korzystania – w gabinecie zlokalizowanym w szkole lub poza szkołą – ze świadczeń stomatologicznych finansowanych ze środków publicznych (wraz ze wskazaniem ich zakresu). Pozytywnie należy ocenić zapewnienie uczniowi raz w roku badania stomatologicznego z instruktażem higieny jamy ustnej.

---

<sup>1</sup> ZSS/500/1/2014/EK



Określone w projekcie zasady realizacji profilaktycznej opieki zdrowotnej także należy ocenić pozytywnie, w tym szczególnie wyróżnienie zasady subsydiarności. Realizowanie tej zasady uświadamia konieczność wypracowania partnerskich stosunków między personelem szkoły i rodzicami w zakresie prowadzenia profilaktyki zdrowotnej.

Rzecznik Praw Dziecka popiera także założenie obniżenia liczby uczniów na etat przeliczeniowy pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania oraz zwiększenie stawki kapitałowej na jednego ucznia.

Niezależnie do powyższego Rzecznik Praw Dziecka zgłasza następujące propozycje i uwagi do *projektu* (zostały one sporządzone w kolejności punktów zawartych w *projekcie*):

#### Ad. I Zwięzłe przedstawienie celu projektowanej ustawy i istoty proponowanych rozwiązań

1. W *projekcie* jest mowa o tym, że na objęcie ucznia (rozumie się przez to dzieci i młodzież w wieku 7-19 lat) profilaktyczną opieką zdrowotną zgodę wyrazi przedstawiciel ustawowy i taka zgoda byłaby udzielana na początku roku szkolnego, ze wskazaniem dokładnego jej zakresu.<sup>2</sup> Obowiązujące przepisy prawa dają jednak osobom małoletnim, które ukończyły 16 lat prawo do wyrażenia zgody na udzielenie im świadczeń zdrowotnych, a więc do współdecydowania. Osoby pełnoletnie (a tacy uczniowie także zostali uwzględnieni w *projekcie*) mają prawo do samodzielnego decydowania w tym zakresie. Wynika to przepisów rozdziału 5 ustawy z dnia 9 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta<sup>3</sup> (art. 16 i art. 17) oraz przepisów ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry<sup>4</sup> (art. 32) i pośrednio z ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej<sup>5</sup> (art. 11).<sup>6</sup> Zatem w założeniach *projektu* powinien uwzględniać:
  - 1) współdecydowanie ucznia, który ukończył 16 lat o przystąpieniu do poszczególnych zakresów działań związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, wchodzących w skład profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniem;

---

<sup>2</sup> o czym mowa m. in. na stronie 4 oraz na stronie 11 *projektu ustawy*

<sup>3</sup> Dz. U. z 2017 r. poz. 1318

<sup>4</sup> Dz. U. z 2017 r. poz. 125, z późn. zm.

<sup>5</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 1251, z późn. zm.

<sup>6</sup> W kontekście przepisów art. 17 ust. 1 Międzynarodowego Paktu Praw Obywatelskich i Politycznych i art. 8 Konwencji o ochronie praw człowieka i podstawowych wolności oraz art. 41 ust. 1 Konstytucji RP trudno uznać wyjątek od stosowania dyspozycji wskazanych przepisów prawa stanowiących o zgodzie w zakresie przedmiotowym *projektu ustawy*.

- 2) samodzielne decydowanie uczniów, którzy ukończyli 18 lat o przystąpieniu do poszczególnych zakresów działań związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, wchodzących w skład profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniem;
  - 3) postępowanie osób wykonujących zawód medyczny stosowne do art. 9 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta przed przystąpieniem do poszczególnych zakresów działań związanych z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, wchodzących w skład profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniem.
2. W *projekcie* opisano<sup>7</sup> obligatoryjny dla powodzenia funkcjonowania systemu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniem element, tj. skuteczną wymianę informacji pomiędzy podmiotami realizującymi tę opiekę. Wymiana tych informacji miałyby<sup>8</sup> przebiegać m.in. za pośrednictwem „oprogramowania umożliwiającego wymianę informacji w ramach tej współpracy” (dalej: oprogramowanie). Zgodnie z założeniami w oprogramowane i sprzęt komputerowy powinny być docelowo wyposażone pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania oraz higienistki szkolne. W perspektywie zakłada się także utworzenie Platformy Profilaktyki Uczniów (PPU), umożliwiającej koordynowanie i monitorowanie opieki profilaktycznej nad uczniami przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania albo higienistkę szkolną. *Projekt* zakłada m.in. współpracę pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania oraz higienistek szkolnych z zespołem POZ zlokalizowanym poza szkołą.

W pierwszej części *projektu* jest mowa o wymianie informacji pomiędzy współpracującymi podmiotami za pośrednictwem systemów informatycznych. Jeżeli założenie to miałyby zostać spełnione to wydaje się, że wyposażenie jedynie pielęgniarek środowiska nauczania i wychowania oraz higienistek szkolnych w odpowiedni sprzęt komputerowy i oprogramowanie będzie niewystarczające dla skuteczniejszej wymiany informacji pomiędzy wszystkimi podmiotami realizującymi profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami (lekarz POZ/zespół POZ, lekarze dentyści) jeśli nie nastąpi postęp w ogólnej informatyzacji systemu ochrony zdrowia (w tym m.in. wdrożenie SIM<sup>9</sup>).<sup>10</sup> W *projekcie* nie opisano dokładnie na ile/czy

---

<sup>7</sup> Na str. 3 i nast.

<sup>8</sup> zgodnie z założeniami opisanymi na str. 5 *projektu ustawy*

<sup>9</sup> System Informacji Medycznej

<sup>10</sup> Z ogólnodostępnych danych o postępach w procesie informatyzacji systemu ochrony zdrowia wynika, że w szczególności podmioty udzielające ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych nie są jeszcze w pełni gotowe na sprawne wdrożenie SIM czy też przejście na elektroniczną dokumentację medyczną (na podstawie: Informacja o wynikach kontroli NIK, TWORZENIE I UDOSTĘPNIANIE DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ, KZD.430.002.2015 Nr ewid. 199/2015/P/15/061/KZD - <https://www.nik.gov.pl/plik/id,10736,vp,13069.pdf>; CSIOZ (22.01.2015) STOPIEŃ INFORMATYZACJI PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ, WYNIKI BADANIA ANKIETOWEGO

w ogóle PPU ma być/może być zbieżna z działaniem SIM i czy zakłada się, że systemy te będą mogły być kompatybilne. Kwestia ta wydaje się być warta rozważenia.

W końcowej części *projektu* wskazuje się, że wymiana informacji pomiędzy podmiotami realizującymi profilaktyczną opiekę nad uczniami miałyby być zapewniona m.in. poprzez obieg jednolitego wzoru dokumentacji<sup>11</sup> (*karta opieki profilaktycznej nad uczniem*). Dokument zapewniałaby wymianę informacji o uczniu i udzielonych mu świadczeń zdrowotnych, zaleceniach dla ucznia i jego rodziców oraz terminach ich realizacji, pomiędzy pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania albo higienistką szkolną, a lekarzem POZ/zespołem POZ i lekarzem dentystą. Na proponowanej *karcie* będą dokonywane wpisy np. przez lekarza POZ na temat opieki sprawowanej nad uczniem i na ich podstawie pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania będzie uzupełniała swoją dokumentację wewnętrzną. Pielęgniarka środowiska nauczania i wychowania albo higienistka szkolna będzie dokumentować udział w działaniach na rzecz promocji zdrowia i profilaktyki chorób, innych niż leczenie i pielęgnacja. Obecnie rozdział 5 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 9 listopada 2015 r. w sprawie rodzajów, zakresu i wzorów dokumentacji medycznej oraz sposobu jej przetwarzania<sup>12</sup> uwzględnia odrębne części dokumentacji dla lekarza POZ i dla osoby sprawującej profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniem w szkole. Założenie jednolitego wzoru dokumentu wymaga doprecyzowania w dalszych etapach prac nad ustawą pod kątem podmiotu właściwego do dysponowania tym dokumentem (stosownie do przepisów § 73 ust. 1 i § 74 ww. rozporządzenia).

Z *projektu* nie wynika też w jaki sposób obieg tego dokumentu miałyby następować pomiędzy np. lekarzem POZ a pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania albo higienistką szkolną – tj. za pośrednictwem jakich kanałów (czy tylko w ramach systemu informatycznego, czy też np. w wersji papierowej – a wówczas czy obieg tego dokumentu następowałby wyłącznie pomiędzy podmiotami realizującymi profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniem czy np. za pośrednictwem przedstawiciela ustawowego ucznia lub samego ucznia – jeśli np. jest osobą pełnoletnią).

Zauważyć jednocześnie należy, że *projekt* w ogóle nie uwzględnia tego, że od 1 stycznia 2016 r. wyszedł w życie obowiązek prowadzenia książeczki zdrowia dziecka,

---

[https://esioz.gov.pl/fileadmin/user\\_upload/wyniki\\_badania\\_ankietowego\\_3\\_56aee58e9e098.pdf](https://esioz.gov.pl/fileadmin/user_upload/wyniki_badania_ankietowego_3_56aee58e9e098.pdf)

<sup>11</sup> Strona 5 oraz 17-18 *projektu ustawy*

<sup>12</sup> Dz. U. z 2015 r. poz. 2069

stanowiącej element dokumentacji medycznej indywidualnej zewnętrznej. Książeczka zdrowia dziecka zawiera informacje dotyczące okresu prenatalnego, porodu, stanu zdrowia po urodzeniu, wizyt patronażowych, badań profilaktycznych, w tym stomatologicznych, przebytych chorób zakaźnych, uczuleń i reakcji anafilaktycznych, zaopatrzenia w wyroby medyczne, zwolnienia z zajęć sportowych oraz inne informacje istotne dla oceny prawidłowości rozwoju dziecka od urodzenia do uzyskania pełnoletności. Zakres informacji określonych w książeczce zdrowia dziecka w istotny sposób koresponduje z danymi koniecznymi do sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniem oraz koordynowania tej opieki. Należałoby zatem uwzględnić ten dokument w dalszych pracach nad określaniem zasad wymiany informacji pomiędzy podmiotami realizacjami profilaktyczną opiekę nad uczniem.

*Projekt* obecnie nie uwzględnia szczegółowych założeń systemu i form przekazywania informacji pomiędzy ww. podmiotami, co byłoby warte doprecyzowania na dalszych etapach prac legislacyjnych.

Zasadnym byłoby także pochylenie się nad problematyką przetwarzania danych wrażliwych o uczniach, o czym na dzień zgłaszania uwag mowa w art. 27 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych<sup>13</sup> – w kontekście planowanych założeń *projektu* stanowiących o wymianie informacji (m.in. o stanie zdrowia) pomiędzy podmiotami – oraz kwestii zapewniania bezpieczeństwa przetwarzania i przechowywania tych danych, dostępności do tych danych (ograniczenie podmiotowe) oraz kwestii zgody na przetwarzanie danych sensytywnych. Szczególnego podkreślenia wymaga fakt, że 25 maja 2018 r. wchodzi w życie rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (tzw. RODO) - co będzie determinowało szczególne zwrócenie uwagi na kwestie związane z ochroną danych osobowych i ich przetwarzania.

System profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami zakłada ścisłą współpracę osób realizujących tę opiekę w szkole (pielęgniarka środowiska szkolnego nauczania i wychowania albo higienistka szkolna) z zespołem POZ i lekarzami dentykami (udzielającymi świadczeń w szkole lub poza szkołą). W tym aspekcie uwzględnienia wymaga możliwość wyboru i zmiany przez świadczeniobiorcę:

---

<sup>13</sup> Dz. U. z 2016 r. poz. 922

- 1) świadczeniodawcy udzielającego świadczeń z zakresu podstawowej opieki zdrowotnej (art. 28 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych<sup>14</sup>);

*Projekt* zakłada, że przepisy ustawy o zdrowiu dzieci i młodzieży w wieku szkolnym będzie spójny z projektem ustawy o podstawowej opiece zdrowotnej (druk sejmowy nr 1813). Wybór POZ został uregulowany w art. 8 projektowej ustawy o POZ – niemniej ustawa o POZ nie jest aktem obowiązującym na dzień opiniowania *projektu* zatem przytoczono przepis obowiązujący na dzień opiniowania *projektu*.

- 2) lekarza dentysty (art. 31 ust. 1 ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych).

Powyższe może mieć wpływ na skuteczność przepływu informacji pomiędzy podmiotami sprawującymi profilaktyczną opiekę zdrowotną nad uczniami oraz możliwość skutecznej koordynacji i monitorowania profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami przez pielęgniarkę środowiska nauczania i wychowania albo higienistki szkolnej. Ponadto pozostaje pytanie kto odpowiada za przekazanie informacji o ewentualnej zmianie lekarza POZ lub lekarza dentysty sprawującego opiekę nad uczniem w związku z udzielaniem mu świadczeń gwarantowanych.

#### Ad. II Zakres przewidywanej regulacji i zasadnicze kwestie wymagające uregulowania

1. Zasada efektywności, o której mowa na str. 8 *projektu*, jest przedstawiona w sposób niejasny. Wydaje się, że wysoka efektywność działań profilaktycznych w większym stopniu zależy od zachowania systematyczności i ciągłości dostępu do działań prozdrowotnych niż kosztów ich wykonania.
2. Definicja pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania i definicja higienistki szkolnej, w tym znaczne różnice w ich wykształceniu nie uzasadniają zamiennego wykonywania zadań przez te osoby (str. 8 *projektu* – *zadania pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania albo higienistki szkolnej*). Może to mieć wpływ na realne możliwości wykonywania określonych w *projekcie* obowiązków i zadań – różny dla tych dwóch zawodów. Uwaga ta dotyczy całego *projektu* założeń. Przykładowo: higienistka szkolna posiada kwalifikacje w zakresie średniego rocznego wykształcenia policealnego. Wykształcenie to może nie być wystarczające do pełnienia roli koordynatora profilaktycznej opieki zdrowotnej nad uczniami w szkole, udzielania pomocy w

---

<sup>14</sup> Dz. U. z 2017 r. poz. 1938

przypadku nagłego zachorowania dziecka, podawania leków i wykonywania zabiegów pielęgnacyjnych, prowadzenia edukacji zdrowotnej dla rodziców oraz współpracy ze specjalistą zdrowia publicznego na poziomie władz samorządowych.

3. Pielęgniarka lub higienistka, o których mowa w *projekcie*, mają pełnić funkcję koordynatora i osoby monitorującej profilaktyczną opiekę zdrowotną w szkole. Nałożono na te zawody także obowiązek interwencji w przypadku, gdy opieka ta nie jest realizowana. Te funkcje powinny zostać szczegółowo uregulowane w przepisach wykonawczych.

Odnosnie pkt 2 strona 8 *projektu* należy zwrócić uwagę na brak określenia na jakich zasadach i jak miałyby przebiegać interwencja pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania albo higienistki szkolnej. Ta kwestia wymaga doprecyzowania.

4. Odnosnie pkt 7 strona 9 *projektu* – rozważenia wymaga ocena tego na ile osoby wykonujące zawód pielęgniarki środowiska nauczania i wychowania albo higienistki szkolnej są w stanie realizować czynne poradnictwo dla uczniów z problemami zdrowotnymi dotyczącymi zaburzeń psychicznych. Zasadne byłoby przygotowanie założeń wsparcia merytorycznego dla ww. osób w tym zakresie. Ponieważ *projekt ustawy* zakłada wsparcie merytoryczne w realizacji projektowych zadań Instytutu Matki i Dziecka wzięcia pod rozważenie wymaga włączenie – w część dot. zdrowia psychicznego uczniów - innego instytutu badawczego, np. Instytutu Psychiatrii i Neurologii.

Wskazana propozycja dotyczy także pkt 6 na stronie 11 *projektu* (zadanie lekarza POZ).

Ponadto w związku z realizacją Narodowego Programu Ochrony Zdrowia Psychicznego na lata 2017-2022 w 2016 r. ogłoszono konkursy m.in. na:

- 1) prowadzenie działań na rzecz upowszechniania wiedzy na temat zdrowia psychicznego i jego uwarunkowań, kształtowanie przekonań, postaw, zachowań i stylu życia wspierającego zdrowie psychiczne, rozwijanie umiejętności radzenia sobie w sytuacjach zagrażających zdrowiu psychicznemu, przeciwdziałanie seksualizacji dzieci i młodzieży – w szczególności przez prowadzenie działań informacyjnych i edukacyjnych;
- 2) prowadzenie działań na rzecz zapobiegania depresji, samobójstwom i innym zachowaniom autodestrukcyjnym w populacji o zwiększonym ryzyku (...);

- 3) prowadzenie działań na rzecz zapobiegania zaburzeniom odżywiania o podłożu psychicznym w populacji generalnej oraz populacji o zwiększonym ryzyku.

Oddziaływania programu profilaktycznej opieki nad uczniami oraz NPOZP można byłoby zsynchronizować. Założenia NPOZP odnoszące się do dzieci i młodzieży wpisują się w założenia związane z profilaktyczną opieką zdrowotną nad uczniami.

Ponadto istotne wydaje się uwzględnienie w profilaktycznej opiece zdrowotnej nad uczniami tematów zdrowotnych takich jak np. zaburzenia psychiczne (w tym samouszkodzenia, próby samobójcze, zagrożenie uzależnieniami), choroby pasożytnicze (świerzb, wszawica), choroby ze zmianami na skórze, upośledzenia itp. Zasadnym jest prowadzenie szkoleń i spotkań integracyjnych w tym obszarze, a także wypracowanie form współpracy akceptowanych w danym środowisku.

3. Na stronie 13 *projektu* wskazano: „Projektowa 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 o konieczności podejmowania szczególnych działań wspierających dziecko i jego rodzinę.” Wobec tego zagadnienia w dalszych pracach nad projektem należy uwzględnić obecne uregulowania prawne dotyczące m.in. zachowania w tajemnicy przez osoby wykonujące zawód medyczny informacji z związanych z pacjentem, a uzyskanych w związku z wykonywaniem zawodu medycznego (tj. przepisy rozdziału 4 ustawy o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta).

Uszczegółowienia wymagają ewentualne procedury dotyczące zagadnień objętych tajemnicą zawodową w taki sposób, by możliwe było udzielenie uczniowi niezbędnego wsparcia przez personel pedagogiczny z udziałem personelu medycznego.

4. Szczegółowszego określenia – w dalszych etapach prac nad ustawą o zdrowiu dzieci i młodzieży w wieku szkolnym – wymaga istota współdziałania przedstawicieli samorządu terytorialnego z pielęgniarką środowiska nauczania i wychowania albo higienistką szkolną i jej przebieg.
5. Dzieci przewlekle chore (cukrzyca, astma, hemofilia, padaczka, celiakia wady postawy, choroby układu pokarmowego, moczowego itp.) oraz dzieci z niepełnosprawnościami wymagają wykonania przy nich różnych zabiegów opiekuńczych, pielęgnacyjnych i leczniczych także podczas pobytu w szkole.



W niektórych przypadkach jedyną potrzebą jest zapewnienie warunków lokalowych w szkole do wykonania zabiegu. Jeżeli szkoła ma być środowiskiem przyjaznym, prozdrowotnym dla dziecka przewlekle chorego lub niepełnosprawnego poprzez *pomoc w radzeniu sobie z chorobą i zaakceptowanie swojego stanu (...) przeciwdziałanie izolacji w środowisku rówieśniczym* konieczne jest wypracowanie rozwiązań wychodzących od potrzeb ucznia a nie obaw nauczycieli. Dobrym przykładem będącym egzemplifikacją takiej sytuacji jest konieczność podania leku podczas pobytu ucznia w szkole. Podkreślana, także w omawianym *projekcie*, wymagana zgoda nauczyciela, nie rozwiązuje w żaden sposób problemu ucznia i jego opiekunów. Możliwe jest odwrócenie sytuacji w taki sposób, by to szkoła podczas pobytu w niej ucznia zapewniła mu bezpieczne podanie leku. Sposób, w jaki to będzie zorganizowane nie powinien zależeć od zgody bądź braku zgody nauczyciela ale od organizacji współpracy placówek medycznych i oświatowych.

Przedstawiając powyższe uwagi, należy podkreślić, że zapoznanie się ze szczegółowymi rozwiązaniami projektu, pozwoli na ostateczną jego ocenę.

Z wyrazami szacunku  
Marek Jankowski