

raport

Monitoring realizacji działań administracji samorządowej w zakresie opieki nad matką i dzieckiem





Monitoring oraz niniejsza publikacja zostały zrealizowane przy wsparciu finansowym udzielonym przez Fundację im. Stefana Batorego (Program Działania Strażnicze) oraz Islandię, Liechtenstein i Norwegię ze środków Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego, Norweskiego Mechanizmu Finansowego oraz budżetu Rzeczypospolitej Polskiej w ramach Funduszu dla Organizacji Pozarządowych

Opracowanie raportu i redakcja: Urszula Kubicka-Kraszyńska, Aleksandra Siemińska
Projekt graficzny i skład: Krzysztof Kubicki

Warszawa 2009
© Copyright by Fundacja Rodzić po Ludzku
ISBN 978-83-60971-07-9



Fundacja Rodzić po Ludzku

Fundacja Rodzić po Ludzku
00-150 Warszawa, ul. Nowolipie 13/15
tel. (022) 887 78 76
www.rodzicpoludzku.pl
fundacja@rodzicpoludzku.pl

Wstęp

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej obliguje władze publiczne do zapewnienia szczególnej opieki kobiecie w okresie okołoporodowym. Brak jest niestety przepisów precyzujących, w jaki sposób i na jakich zasadach ta szczególna opieka powinna być realizowana. Samorząd terytorialny poszczególnych szczebli zobowiązany jest do realizowania zadań dotyczących promocji i ochrony zdrowia czy polityki prorodzinnej. Przepisy jednak nie określają szczegółowych wytycznych, dotyczących zadań związanych z szeroko pojętą opieką nad kobietą i dzieckiem. Fakt ten zwrócił uwagę naszej organizacji. Działając od wielu lat na rzecz poprawy opieki okołoporodowej, obserwujemy duże zróżnicowanie dostępu do opieki i edukacji zdrowotnej oraz jakości usług oferowanych przez szpitale w różnych rejonach Polski. Od 2000 r. zabiegamy o to, aby Ministerstwo Zdrowia określiło ogólnopolski standard opieki okołoporodowej, który ujednoliciłby ofertę zakładów opieki zdrowotnej. Obok instytucji centralnych, dużą rolę w kształtowaniu opieki nad matką i dzieckiem mógłby odegrać samorząd terytorialny.

Zbadanie i opisanie wpływu jednostek samorządu na tę opiekę było przedmiotem projektu „Monitoring realizacji działań administracji samorządowej w zakresie opieki nad matką i dzieckiem”. Rezultaty tego projektu prezentujemy w niniejszym raporcie.

Dzięki udziałowi urzędników jednostek samorządu terytorialnego, którzy odpowiedzieli na naszą prośbę i wypełnili ankiety, zyskaliśmy wiedzę o tym, jak realizowane są obowiązki samorządu terytorialnego odnoszące się do szeroko rozumianej opieki nad matką i dzieckiem. Ponadto przeprowadziliśmy analizę prawną, z której wynika, że polskie prawo niedostatecznie precyzuje obowiązki władz publicznych w zakresie zapewnienia szczególnej opieki kobietom w ciąży. Mamy nadzieję, że informacje zebrane w trakcie monitoringu, zaprezentowane przykłady dobrych praktyk oraz wnioski, przyczynią się do przeprowadzenia konstruktywnej dyskusji na temat roli samorządu terytorialnego w kształtowaniu opieki okołoporodowej.

Zespół Fundacji Rodzić po Ludzku

Wprowadzenie

Głównym celem projektu „Monitoring realizacji działań administracji samorządowej w zakresie opieki nad matką i dzieckiem” było zbadanie, jakie są ramy prawne działań podejmowanych przez jednostki samorządu terytorialnego w odniesieniu do opieki okołoporodowej oraz jakiego rodzaju działania są realizowane.

Monitoring był realizowany w okresie od listopada 2008 r. do lutego 2009 r., w ramach jednego z wieloletnich programów Fundacji Rodzic po Ludzku, „Rzecznictwo i monitoring wybranych aspektów opieki okołoporodowej i przestrzegania praw kobiet w Polsce”. Monitoring został zrealizowany dzięki dotacji Fundacji im. Stefana Batorego oraz wsparciu finansowemu Islandii, Liechtensteinu i Norwegii ze środków Mechanizmu Finansowego Europejskiego Obszaru Gospodarczego, Norweskiego Mechanizmu Finansowego oraz budżetu Rzeczypospolitej Polskiej w ramach Funduszu dla Organizacji Pozarządowych.

Monitoring składał się z dwóch części – analizy prawa, której rezultat zaprezentowano w rozdziale 1. oraz części badawczej, której przebieg, uzyskane informacje oraz wnioski zawiera rozdział 2.

Rozdział 1.

Zadania samorządu terytorialnego w zakresie zapewnienia szczególnej opieki matce i dziecku

Konstytucja Rzeczypospolitej Polskiej¹, będąca aktem prawnym mającym fundamentalne znaczenie dla całego systemu prawnego i społecznego w Polsce, wyróżnia kobietę w ciąży jako podmiot szczególnej uwagi, pomocy i ochrony ze strony władz publicznych. Władze zobowiązane zostały do zapewnienia szczególnej pomocy matce przed i po urodzeniu dziecka (art. 71 ust.2), ochrony macierzyństwa (art. 18) oraz zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej m.in. dzieciom oraz kobietom ciężarnym (art. 68 ust.3). Przywołany art. 68 konstytucji w ustępie 1. i 2. stanowi, że każdy ma prawo do ochrony zdrowia, obywatelom zapewnia się, niezależnie od ich sytuacji materialnej, równy dostęp do świadczeń opieki finansowanej ze środków publicznych. Zobowiązanie władz publicznych do zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej dzieciom i kobietom w ciąży (art. 68 ust.3) powinno wiązać się z koniecznością przyjęcia takich przepisów prawnych oraz rozwiązań organizacyjnych, które „zapewnić mają (...) wyższy poziom opieki zdrowotnej niż ogółowi populacji oraz uwzględnić szczególne w tej mierze potrzeby dziecka”², oraz kobiety ciężarnej. Wskazany przepis ukonstytuował obowiązek ochrony zdrowia kobiety ciężarnej przez władzę publiczną, polegający nie tylko na finansowaniu opieki zdrowotnej, ale również na jej organizowaniu, w przypadku wystąpienia niedostatku³.

Obowiązek zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej matce i dziecku powinien być realizowany zarówno przez organy ustawodawcze, które tworząc prawo niższego rzędu ustanawiają przepisy umożliwiające realizację tej zasady, jak i władzę wykonawczą, która wykonując obowiązki wypływające z ustaw szczegółowych i realizując zadania publiczne powinna, przy stosowaniu i wykładni przepisów, uwzględnić szczególną pozycję kobiety w ciąży w polskim porządku prawnym.

Odwołując się do przepisów Konstytucji, podmiotem zobowiązanym do roztoczenia szczególnej opieki zdrowotnej nad kobietą ciężarną i dzieckiem, jest władza publiczna. Jednym z jej elementów jest samorząd terytorialny, który wykonuje zadania publiczne, w imieniu własnym i na własną odpowiedzialność (art. 16 ust.2).

Sama idea powierzenia wykonywania zadań publicznych, w tym również z zakresu ochrony zdrowia, samorządowi terytorialnemu, wypływa z ratyfikowanej w 1993 roku Europejskiej Karty Samorządu Terytorialnego⁴, oraz przywoływanej już Konstytucji RP. Europejska Karta w art. 4 ust. 3 stanowi, że odpowiedzialność za sprawy publiczne powinny ponosić przede wszystkim te organy władzy, które znajdują się najbliżej obywateli. Zadania publiczne służące zaspakajaniu potrzeb wspólnoty samorządowej są wykonywane jako zadania własne jednostki samorządu terytorialnego (art. 166 ust. 1 Konstytucji RP).

Wykonywanie władzy publicznej w zakresie ochrony zdrowia opiera się na zasadach pomocniczości (subsydiarności) oraz decentralizacji. Te podstawowe zasady, mające wpływ na ogólne funkcjonowanie samorządu terytorialnego, odgrywają również kluczową rolę w zdefiniowaniu zadań i obowiązków samorządu terytorialnego w systemie ochrony zdrowia, gdyż „(...) stanowią o pozycji, zakresie zadań i kompetencji oraz podstawach finansowania działalności samorządu w ochronie zdrowia”⁵.

Zasady te mogą być w pełni implementowane dzięki istnieniu trójstopniowego podziału administracji samorządowej w Polsce. Istnienie gmin, powiatów oraz województw⁶ jest podstawą do wprowadzania zasad pomocniczości i decentralizacji, a co ważne, jest również wyrazem ich funkcjonowania.

Zasada pomocniczości dotyczy podziału władzy i kompetencji pomiędzy poszczególnymi jednostkami samorządowymi, przy założeniu iż większość zadań powinno zostać wykonanych przez najniższy usytuowany organ władzy publicznej, który jest w stanie dany problem rozwiązać. Subsydiarność oznacza tym samym konieczność podziału władzy w taki sposób, by nie zlecać władzy publicznej wyższego stopnia zadań, które może zrealizować podmiot niższego szczebla. Co ważne, „subsidiarność opiera się więc także na adekwatności zadań do faktycznych możliwości”⁷.

Drugą z omawianych zasad, wypływającą poniekąd z zasady pomocniczości i będącą również jej zabezpieczeniem⁸, jest decentralizacja. Zgodnie z art. 15 Konstytucji ustrój terytorialny Rzeczypospolitej zapewnia decentralizację władzy publicznej. Należy przez to rozumieć sposób zorganizowania władzy publicznej – aby była wielostopniowa, aby poszczególne elementy władz były od siebie niezależne, a zakres kompetencji poszczególnych szczebli określony został przez przepisy prawa⁹.

Implikacją omawianych zasad, szczególnie istotną przy określaniu zadań jednostek samorządu terytorialnego w zakresie zapewnienia opieki zdrowotnej kobiecie w ciąży, jest zasada domniemania kompetencji samorządu terytorialnego wyrażona w art. 163 Konstytucji. Zgodnie ze wskazanym przepisem, w gestii samorządu terytorialnego leżą wszystkie zadania władz publicznych, które nie zostały przez Konstytucję lub inne ustawy zastrzeżone dla innych władz publicznych. Zasada ta zostaje dodatkowo zawężona przez art. 164 ust. 3, który stanowi, że wszystkie zadania samorządu terytorialnego nie zastrzeżone dla innych jednostek samorządu wykonuje gmina. Dodatkowym ugruntowaniem tej zasady jest zapis art. 6 ustawy o samorządzie gminnym¹⁰, stanowiący, że do zadań gminy należą wszystkie sprawy o znaczeniu lokalnym, nie zastrzeżone na rzecz innych podmiotów¹¹. Reasumując, zapewnienie szczególnej opieki zdrowotnej kobiecie w ciąży i dziecku jest zadaniem władzy publicznej. Zgodnie z założeniem decentralizacji i zasady pomocniczości opieka ta powinna być roztoczona przez jednostkę władzy publicznej zlokalizowaną na najniższym poziomie, przy zapewnieniu środków niezbędnych do realizacji tego zadania. Kierując się zasadą domniemania kompetencji, za zapewnienie opieki zdrowotnej kobiecie w ciąży odpowiedzialny jest samorząd terytorialny, ze szczególnym uwzględnieniem roli samorządu gminnego, jeżeli ustawy nie zobowiązują do realizacji tego zadania innych organów władzy publicznej lub samorządu terytorialnego.

⁴ Nazwa wynikająca z ustawy to „Europejska Karta Samorządu Lokalnego”, akt prawny ratyfikowany został 26 kwietnia 1993 (Dz. U. 94.124.607).

⁵ M. Dercz, Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia, Municipium SA, Warszawa 2005.

⁶ Zasady funkcjonowania i ustrój jednostek określają: Ustawa o samorządzie gminnym z dnia 8 marca 1990 (tj. Dz. U 01.142.1591); Ustawa o samorządzie powiatowym z dnia 5 czerwca 1998 (tj. Dz. U 01.142. 1592), Ustawa o samorządzie województwa z dnia 5 czerwca 1998 (tj. 01.142. 1590).

⁷ M. Dercz, Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia, Municipium SA, Warszawa 2005 (za:) T.E. Schnapp, Samorząd jako element polityki porządku państwowego, Samorząd Terytorialny, nr 7-8, 1991.

⁸ Por. J. Zimmerman, Prawo administracyjne, wyd. 3, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2008.

⁹ Por. M. Dercz, Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia, Municipium SA, Warszawa 2005.

¹⁰ Tj. Dz. U 01.142.1591.

¹¹ M. Dercz określa to „dwustopniowym domniemaniem kompetencji”. Pierwszym stopniem jest domniemanie kompetencji samorządu terytorialnego, drugim natomiast domniemanie kompetencji gminy.

¹ Tj. Dz.U. 97.78.483.

² M. Dercz, Samorządowy model systemu ochrony zdrowia, Analizy i Opinie, nr 43, 2005, Instytut Spraw Publicznych, publikacja dostępna na stronie www.isp.org.pl.

³ M. Dercz, Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia, Municipium SA, Warszawa 2005.

Rola i zadania samorządu terytorialnego w zakresie sprawowania władzy publicznej określone zostały w ustawach ustrojowych, na które składają się: Ustawa o samorządzie gminnym z dnia 8 marca 1990¹², o samorządzie powiatowym z dnia 5 czerwca 1998¹³ oraz o samorządzie województwa z 5 czerwca 1998¹⁴. „Zadania powinny być określone w taki sposób, by obejmowały zadania publiczne, rozumiane jako zaspokajanie potrzeb zbiorowych określonych społecznościami lokalnymi, ponadgminnymi, regionalnymi (...). Przy tym organy samorządu powinny się kierować dobrem ogółu mieszkańców gminy, powiatu czy województwa(...)”¹⁵.

Zgodnie z klasyfikacją zastosowaną we wskazanych ustawach ustrojowych oraz Konstytucji, zadania jednostek samorządu terytorialnego można podzielić na zadania własne i zlecone.

Zadania zlecone mogą przybierać formę zadań z zakresu administracji rządowej, które zostały przekazane jednostkom samorządu na podstawie ustawy oraz zadań wykonanych na podstawie porozumień z organami administracji rządowej lub pomiędzy jednostkami samorządu terytorialnego¹⁶. Najistotniejszym argumentem uzasadniającym zlecenie zadań jednostkom samorządu terytorialnego, jest uzasadniona potrzeba państwa (art. 166 ust. 2 Konstytucji).

Zadania własne, zgodnie z zapisem art. 166 ust. 1 Konstytucji, służą zaspokajaniu potrzeb wspólnoty samorządowej. Jednostka wykonuje je w imieniu własnym oraz na własną odpowiedzialność. Ich funkcją jest zaspokajanie podstawowych potrzeb społeczności lokalnej, ponadgminnej czy też regionalnej. Wykonywanie ich ma służyć poszczególnym członkom społeczności, jednocześnie leżąc w interesie wspólnoty jako całości¹⁷.

Zadania dodatkowo można sklasyfikować, dzieląc na obowiązkowe oraz fakultatywne. I tak, zadania fakultatywne są wykonywane przez jednostkę samorządową, jeżeli na podległym terenie zachodzi taka konieczność, z wykonania natomiast zadań obowiązkowych samorząd nie może zostać zwolniony. Prawodawca uznał je za tak istotne dla funkcjonowania społeczności, że ustawowo zagwarantował ich wykonalność. Obowiązkowy charakter przypisany został zadaniom zleconym z zakresu administracji rządowej oraz części zadań własnych. Dodatkowego doprecyzowania charakteru zadania własnego jednostki samorządowej dokonują konkretne przepisy prawa materialnego¹⁸.

Zadania samorządu terytorialnego w zakresie szeroko pojętej ochrony zdrowia zostały określone w przywoływanych kilkakrotnie ustawach ustrojowych. Zakres przedmiotowy zadań na poszczególnych szczeblach administracyjnych jest ze sobą zbieżny.

Ustawa o samorządzie gminnym w art. 7 ust.1 pkt 5 stanowi, że do zadań własnych gminy należy ochrona zdrowia, dodatkowo gmina ma za zadanie zapewnić kobietom ciężarnym m.in. opiekę medyczną, w ramach gminnej polityki prorodzinnej (art. 7 ust. 1 pkt 16). Ustawy: o samorządzie powiatowym (art. 4 ust. 1 pkt 2) oraz samorządzie województwa (art. 14 ust. 1 pkt 2) wykonują zadania identycznie określone, a mianowicie z zakresu promocji i ochrony zdrowia.

Niestety, wskazane ustawy nie posiadają definicji legalnych tych pojęć. Kierując się zapisami Konstytucji oraz aktów prawa międzynarodowego¹⁹ w doktrynie przyjmuje się, że ochrona zdrowia jest zadaniem wielokierunkowym, realizowanym poprzez zagwarantowanie obywatelom świadczeń opieki zdrowotnej, promowanie zdrowego trybu życia, ochronę przed chorobami poprzez podejmowanie działań zapobiegawczych i leczniczych, czy też ochronę przed zagrożeniami wynikającymi z niekorzystnych warunków społecznych, takich jak ubóstwo czy patologie społeczne²⁰. M. Dercz wskazuje, że zadanie to pośrednio realizowane jest również poprzez obowiązek utrzymania publicznej służby zdrowia²¹.

Nie ma również jednolitego rozumienia pojęcia „promocja zdrowia”. W literaturze znaleźć można stanowisko, że jest to połączenie edukacji oraz wparcia prawnego, środowiskowego, politycznego, które sprzyjać ma zdrowiu²². „Promocję zdrowia” rozumieć można również jako proces umożliwiający człowiekowi zwiększenie kontroli nad własnym zdrowiem oraz wpływ na jego poprawę²³. W polskim ustawodawstwie definicję legalną tego pojęcia znaleźć można w ustawie o zakładach opieki zdrowotnej²⁴. Zgodnie z art. 18d ust. 1 pkt 2 jest to działanie umożliwiające poszczególnym osobom i społeczności zwiększenie kontroli nad czynnikami warunkującymi stan zdrowia i przez to jego poprawę, promowanie zdrowego stylu życia oraz środowiskowych i indywidualnych czynników sprzyjających zdrowiu.

Wykonywanie opisanych zadań jest realizacją szeroko pojętej polityki zdrowotnej, do której samorząd, jako władza publiczna, został zobowiązany przepisami Konstytucji. Pomimo, że pojęcie to nie zostało wskazane w omawianych aktach prawnych, należy uwzględnić jego rolę przy analizie obowiązków samorządu terytorialnego w zakresie ochrony i promocji zdrowia. Przez politykę zdrowotną rozumie się konieczność identyfikowania stanu potrzeb zdrowotnych mieszkańców danej jednostki samorządowej przy wykorzystaniu profesjonalnych badań epidemiologicznych i socjomedycznych²⁵. Identyfikacja ta niezbędna jest do właściwego określenia celu w ochronie i promocji zdrowia odpowiadającego na realne zapotrzebowanie oraz doprowadzenia do poprawy stanu zdrowia społeczności, przy jednoczesnym niedopuszczeniu do jego pogorszenia.

Podstawowe obowiązki gminy w zakresie ochrony zdrowia, w tym zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej kobiecie w ciąży i dziecku, należy rozpatrywać przez pryzmat pozycji gminy w systemie władzy publicznej w Polsce. Zgodnie z art. 164 ust. 1 Konstytucji jest to podstawowa jednostka samorządu terytorialnego. Głównym zadaniem gminnym jest zaspokajanie zbiorowych potrzeb wspólnoty. Zasada domniemania zadań gminy określa, że w ramach jej kompetencji leżą wszystkie sprawy publiczne o znaczeniu lokalnym nie zastrzeżone dla innych podmiotów. Pomimo wskazania ochrony zdrowia jako jednego z zadań własnych gminy, ustawa nie kategoryzuje, czy jest to zadanie o charakterze obligatoryjnym, czy fakultatywnym (art. 7 ust. 2 ustawy gminnej). Jak pisze M. Dercz, „Przyjmując więc argumentację *a contrario* zadania własne gminy w zakresie ochrony zdrowia, nie wskazane jako obowiązkowe w konkretnym przepisie prawa materialnego, mają charakter fakultatywny”²⁶. Zgodnie z tą interpretacją, stwierdzić należy, że zadania z zakresu ochrony zdrowia oraz zapewnienie opieki medycznej kobiecie w ciąży stanowią zadania fakultatywne samorządu gminnego, gdyż przepisy prawa materialnego nie ustanawiają obowiązku samorządu gminnego w tej mierze.

Zadania samorządu powiatowego określone jako promocja i ochrona zdrowia, w art. 4 ustawy o samorządzie powiatowym określone zostały jako zadania publiczne. Przepis nie precyzuje więc, że są to zadania własne tego szczebla samorządu. O tym, czy samorząd zobligowany jest do ich wykonania, decydują konkretne przepisy prawa materialnego. Samo wskazanie ich w ustawie ustrojowej nie przesądza, że są to zadania realizowane przez dany podmiot²⁷. Dodatkowo powiat powinien realizować działania o charakterze ponadgminnym (art. 4 ust. 1) przy jednoczesnym nie naruszaniu zakresu działania gminy (art. 4 ust. 6). Działania powiatu nie powinny pokrywać się z działalnością gmin leżących na terenie powiatu, aktywność tych jednostek nie powinna więc mieć charakteru konkurencyjnego, ale uzupełniającego i wyrównawczego. Powiat wraz z gminą powinien stworzyć wspólny system realizacji zadań publicznych²⁸.

Podobny problem kompetencyjny występuje w przypadku samorządu w województwie. Wśród zadań wykonywanych przez tę jednostkę ustawodawca jako obszar działania wskazał promocję i ochronę zdrowia. Z art. 14 ust. 1 pkt 2 nie wynika jednak, że są to zadania własne jednostki, a jedynie „zadania o charakterze wojewódzkim”. Występuje tu więc sytuacja analogiczna, jak w przypadku samorządu

¹² Tj. Dz.U. 01.142. 1591.

¹³ Tj. Dz.U. 01.142. 1592.

¹⁴ Tj. Dz.U. 01.142. 1590.

¹⁵ Z. Leoński, zarys prawa administracyjnego, wyd. 1, Wydawnictwo Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2004.

¹⁶ Op.cit.

¹⁷ Por. M. Dercz, Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia, Municipium SA, Warszawa 2005.

¹⁸ Por. M. Dercz, Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia, Municipium SA, Warszawa 2005.

¹⁹ m.in. Europejską Kartą Społeczną, czy Międzynarodowym Paktem Praw Gospodarczych, Społecznych i Kulturalnych ONZ.

²⁰ J. Nosko, Promocja zdrowia i ochrona zdrowia jako zadania własne samorządu terytorialnego, cz. 1, Zdrowie Publiczne, nr 4, 2000.

²¹ Por. M. Dercz, Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia, Municipium SA, Warszawa 2005.

²² M. Dercz, Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia, Municipium SA, Warszawa 2005 (za:) B. Bik, Koncepcje promocji zdrowia, (w:) Zdrowie publiczne, red. S. Paździuch, Kraków 2001.

²³ J. Nosko, Promocja zdrowia i ochrona zdrowia jako zadania własne samorządu terytorialnego, cz. 1, Zdrowie Publiczne, nr 4, 2000.

²⁴ Ustawa o zakładach opieki zdrowotnej z dnia 30 sierpnia 1991 r. (tj. Dz. U. 07.14.89).

²⁵ J. Nosko, Promocja zdrowia i ochrona zdrowia jako zadania własne samorządu terytorialnego, cz. 1, Zdrowie Publiczne, nr 4, 2000.

²⁶ M. Dercz, Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia, Municipium SA, Warszawa 2005 (za:) A. Agopszowicz,

Z. Gilowska, Ustawa o samorządzie terytorialnym, Komentarz, wyd. 2, Warszawa 1999.

²⁷ M. Dercz, Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia, Municipium SA, Warszawa 2005.

²⁸ J. Zimmerman, Prawo administracyjne, wyd. 3, Oficyna a Wolters Kluwer business, Warszawa 2008 (za:) M. Kallas,

I. Lipowicz, Z. Niewiadomski, G. Szpor, Prawo administracyjne, Wydawnictwa Prawnicze LexisNexis, Warszawa 2007.

powiatowego: z ustawy wynika tylko ogólne wskazanie dotyczące promocji i ochrony zdrowia, trudno jednak wyinterpretować obowiązek władz w zakresie realizacji konkretnych zadań²⁹. Dodatkowo samorząd zobowiązany jest do wykonywania zadań określonych ustawami prawa materialnego, tak więc tylko przepisy szczegółowe obligują województwo do podjęcia konkretnych działań w zakresie ochrony zdrowia, w tym szczególnej opieki nad matką i dzieckiem.

Ustawa o samorządzie wojewódzkim przypisuje temu szczeblowi administracji samorządowej rolę tworzenia strategii rozwoju polityki regionalnej w zakresie rozwoju gospodarczo-społecznego (art. 11). Województwo powinno więc prowadzić politykę zdrowotną oraz współdziałać w tej dziedzinie z samorządem gminnym i powiatowym³⁰. Brak przepisów szczegółowych, konkretyzujących zadania z zakresu ochrony zdrowia doprowadzić może do sytuacji, że samorząd wojewódzki nie w pełni realizować będzie przypisane mu zadania.

Analiza ustaw ustrojowych pozwala wyciągnąć wniosek, że każdemu ze szczebli samorządu terytorialnego powierzono realizację zadań z zakresu ochrony zdrowia. Samorząd powinien więc tworzyć ogólną strategię i planować ochronę zdrowia na danym terenie, działać na rzecz zdrowia publicznego, indywidualnego oraz promocji zdrowia³¹. Obowiązki te określone są jednak w sposób bardzo ogólny, ponadto do właściwej ich realizacji niezbędne jest doprecyzowanie zadań w ustawach prawa materialnego. W tej sytuacji problemem okazać może się brak szczegółowego aktu prawnego lub takie sformułowanie, z którego trudno jest wywieść zakres obowiązków poszczególnych jednostki samorządowej.

Dodatkowo, jak wskazuje M. Dercz „(...) ciężar realizacji podstawowych zadań w zakresie ochrony zdrowia przerzucany może być na gminę, która jednak ze względu na swój potencjał możliwości, nie będzie w stanie im sprostać. Ponadto może odmówić ich realizacji, gdy nie wynika to z ustawy prawa materialnego”³². Aktualnie brak jest przepisów jednoznacznie rozgraniczających zakres obowiązków poszczególnych podmiotów, co doprowadza do „próżni kompetencyjnej” oraz coraz częstszego występowania w zakresie ochrony zdrowia tzw. odpowiedzialności rozmytej³³. Analiza przepisów ustrojowych prowadzi do konstatacji, że przy braku ustaw prawa materialnego, które uszczegółowiłyby obowiązki poszczególnych jednostek samorządu w zakresie zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej kobiecie w ciąży, konstytucyjny zapis z art. 68 może być zapisem fasadowym, nie mającym potwierdzenia w konkretnych przepisach, a co za tym idzie, w rzeczywistych działaniach podejmowanych przez jednostki samorządu terytorialnego.

Przechodząc do analizy obowiązków samorządu terytorialnego w zakresie szczególnej opieki nad matką i dzieckiem wynikających z przepisów prawa materialnego, zacząć należy od ogólnego obowiązku, nałożonego na wszystkie szczeble samorządowe, w postaci konieczności organizacji ochrony zdrowia. Funkcja ta została nałożona na samorząd na podstawie ustawy z 13 października 1998 r. przepisy wprowadzające ustawy reformujące administrację publiczną³⁴, wydanych na jej podstawie rozporządzeniach oraz ustawy o zakładach opieki zdrowotnej. Zgodnie z art. 8 ustawy o zoz, organem założycielskim zakładu opieki zdrowotnej może być jednostka samorządu terytorialnego. W związku z utworzeniem takiego podmiotu samorząd terytorialny pełni, jako organ założycielski, w stosunku do zakładów opieki zdrowotnej funkcję organizacyjno-personalną, majątkowo-finansową oraz kontrolno-nadzorcą³⁵. W ramach wykonywania pierwszego z zadań jednostka samorządu terytorialnego może tworzyć, przekształcać oraz likwidować zakład. Podejmuje także decyzje dotyczące formy prowadzenia zakładu. W ramach drugiej z funkcji samorząd może podejmować decyzje dotyczące wyposażania zoz-u czy też dokonywania zakupów. Trzecia z funkcji, najważniejsza, określona została w art. 67 ustawy o zoz, z którego wynika, że organ założycielski dokonuje kontroli i oceny działalności zakładu opieki zdrowotnej oraz pracy kierownika zakładu (art. 67 ust. 2).

Kontrola ta obejmuje w szczególności realizację zadań statutowych, dostępność i poziom udzielanych świadczeń, prawidłowość gospodarowania mieniem czy gospodarkę finansową. Kontrola może dotyczyć również innych aspektów działania zakładu, na co zezwala użyte w przepisie określenie „w szczególności”. Wydane na podstawie ustawy o zoz rozporządzenie regulujące szczegółowe zasady sprawowania nadzoru nad samodzielnymi publicznymi zakładami opieki zdrowotnej i nad jednostkami transportu sanitarnego³⁶, stanowi, że nadzór nad realizacją zadań statutowych czy też dostępnością i poziomem udzielanych świadczeń dokonywany jest poprzez ocenę zgodności udzielanych świadczeń z przyjętymi standardami postępowania i procedurami medycznymi określonymi w odrębnych przepisach. Wywieść więc można wniosek, że kontrola ta dotyczyć może stopnia poszanowania w zakładzie opieki zdrowotnej praw pacjenta, jako obowiązującego w Polsce standardu postępowania. W kontekście przestrzegania praw pacjenta szczególnego znaczenia nabiera wyposażenie podmiotu sprawującego nadzór w kompetencje władcze. W razie stwierdzenia, że decyzja kierownika zakładu opieki zdrowotnej jest sprzeczna z prawem, jednostka samorządu terytorialnego może wstrzymać jej wykonanie, zobowiązać kierownika do jej zmiany lub cofnięcia (art. 67 ust.4 ustawy o zoz). Ponadto w przypadku naruszenia przez zakład opieki zdrowotnej praw pacjenta, pacjent może również złożyć do organu, który zakład utworzył, skargę w trybie postępowania skargowego kodeksu postępowania administracyjnego³⁷. Skarga powinna stać się podstawą do skontrolowania zasadności i zgodności postępowania personelu zakładu opieki zdrowotnej ze standardami.

Przepisami prawa materialnego, które wprost odnoszą się do obowiązku zapewnienia kobiecie ciężarnej pomocy medycznej, jest ustawa o planowaniu rodziny, ochronie płodu ludzkiego i warunkach dopuszczalności przerywania ciąży³⁸. Art. 2 ust. 1 nakłada na organy administracji rządowej oraz samorządu terytorialnego, w zakresie kompetencji określonych w przepisach szczególnych, obowiązek zapewnienia kobiecie w ciąży opieki medycznej, socjalnej i prawnej w szczególności poprzez opiekę prenatalną oraz opiekę medyczną nad kobietą w ciąży (art. 2 ust. 1 pkt 1). Ustawa niestety nie precyzuje jednak, jakie zadania w zakresie zapewnienia opieki medycznej kobiecie ciężarnej mają być realizowane przez jednostki samorządu terytorialnego, a jakie przez administrację rządową. Konkretyzacja ta powinna nastąpić w przepisach szczególnych. Jak pisze M. Dercz, „powstaje jednak wątpliwość, o jakich przepisach szczególnych można na tym gruncie mówić”³⁹. Sam zapis ustawowy nie precyzuje obowiązków, a dodatkowo ustawodawca wprowadził do zapisu tautologię, ustanawiając obowiązek zapewnienia kobiecie w ciąży opieki medycznej (ust.1 art.2) w szczególności poprzez opiekę prenatalną (...) oraz opiekę medyczną nad kobietą w ciąży (pkt 1 ust. 1 art. 2).

Oceniając zapis ustawowy stwierdzić należy, że jest on dalece niedoskonały. Nie rozgranicza obowiązków poszczególnych szczebli władzy państwowej, nie określa zadań i zakresu działalności jednostek samorządu terytorialnego. Jest również przykładem przywoływanej już wcześniej tzw. „odpowiedzialności rozmytej”. Niestety, akt prawny mogący szczegółowo określić zadania jednostek samorządu terytorialnego w zakresie opieki medycznej nad kobietą w ciąży nie konkretyzuje tego obowiązku, czyniąc konstytucyjny zapis zapewnienia kobiecie w ciąży szczególnej opieki medycznej nie zrealizowanym zadaniem władzy państwowej.

Rolę poszczególnych szczebli samorządu terytorialnego w wykonywaniu zadań z zakresu opieki zdrowotnej określa ustawa z 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych⁴⁰. Zgodnie z zapisami ustawowymi jednym z podstawowych zadań władz publicznych, a więc również samorządu terytorialnego, jest zapewnienie równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Zadanie to realizowane jest poprzez tworzenie warunków funkcjonowania systemu ochrony zdrowia, analizę i ocenę potrzeb zdrowotnych oraz czynników warunkujących ich zmiany, promocję zdrowia oraz profilaktykę⁴¹ (art. 6). Ustawa precyzuje zadania poszczególnych szczebli samorządu terytorialnego w zakresie zapewnienia równego dostępu do świadczeń opieki zdrowotnej. Art. 7 przedmiotowej ustawy do zadań własnych gminy zalicza opracowywanie, realizację oraz ocenę efektów programów zdrowotnych

²⁹ Por. M. Dercz, Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia, Municipium SA, Warszawa 2005.

³⁰ J. Nosko, Promocja zdrowia i ochrona zdrowia jako zadania własne samorządu terytorialnego, cz. 2, Zdrowie Publiczne, nr 5, 2000.

³¹ M. Dercz, Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia, Municipium SA, Warszawa 2005 (za:) J. Nosko, Promocja zdrowia i ochrona zdrowia jako zadania własne samorządu terytorialnego, cz. 2, Zdrowie Publiczne, nr 5, 2000.

³² M. Dercz, Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia, Municipium SA, Warszawa 2005.

³³ Por. M. Dercz, Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia, Municipium SA, Warszawa 2005.

³⁴ Dz. U. 98.133.872.

³⁵ M. Dercz, Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia, Municipium SA, Warszawa 2005.

³⁶ Dz.U. 99.94.1097.

³⁷ D. Karkowska, Prawa Pacjenta, Dom wydawniczy ABC, Warszawa 2004.

³⁸ Ustawa z dnia 7 stycznia 1993 r. (Dz. U. 93.17.78).

³⁹ M. Dercz, Samorząd terytorialny w systemie ochrony zdrowia, Municipium SA, Warszawa 2005.

⁴⁰ Dz. U. 04.210.2135 z późn. zm.

⁴¹ Na mocy tego przepisu gmina została zobowiązana do wykonywania zadań z zakresu promocji zdrowia, pomimo braku takiego zapisu w ustawie o samorządzie gminnym.

wynikających z rozpoznanych potrzeb i stanu zdrowia mieszkańców gminy, a następnie przekazywanie powiatowi informacji o realizowanych programach. Gmina zobowiązana jest również do inicjowania i udziału w wytyczaniu kierunków przedsięwzięć lokalnych zmierzających do zaznajamiania mieszkańców z czynnikami szkodliwymi dla zdrowia (art. 7 ust. 1). Obowiązkiem tego szczebla samorządu jest również podejmowanie innych działań wynikających z potrzeb zdrowotnych mieszkańców. Ostatnie dwa zadania wskazują wyraźnie, że gmina powinna wykazać aktywność w podejmowaniu inicjatyw pomagających mieszkańcom w rozwiązywaniu rozeznaczonych problemów zdrowotnych i ich zapobieganiu⁴².

Zadania powiatu to ocena efektywności programów zdrowotnych realizowanych na jego terenie (po konsultacji z właściwymi gminami), przekazywanie marszałkowi województwa informacji o realizowanych programach, inicjowanie i wspomaganie działań na rzecz promocji zdrowia, pobudzanie odpowiedzialności indywidualnej i zbiorowej za zdrowie oraz podejmowanie innych działań wynikających z rozpoznanych potrzeb (art. 8).

Wśród obowiązków województwa znajdują się m.in. opracowywanie i realizacja programów na poziomie województwa, po konsultacji z pozostałymi szczeblami samorządowymi, oraz, co ważne, podejmowanie działań wynikających z rozeznaczonych potrzeb zdrowotnych.

W odniesieniu do każdego z poziomów samorządu użyto ustawowego określenia „rozeznane potrzeby zdrowotne”. Wnioskować należy, że jednostki zobowiązane zostały do badania rzeczywistych potrzeb zdrowotnych swoich społeczności. Podobnie określono obowiązki w zakresie prowadzonych programów zdrowotnych, które muszą odpowiadać rzeczywistym, a więc wcześniej zdiagnozowanym potrzebom ludności. Wskazane obowiązki w związku z art. 48 ustawy określają szczególną rolę samorządu terytorialnego w zakresie realizacji programów zdrowotnych. Art. 48 nie określa jednak zadań czy obszarów zdrowotnych, którymi powinny zająć się poszczególne szczeble samorządowe. W art. 5 ust. 30 zawarto definicję legalną programu zdrowotnego stanowiąc, że jest to zespół zaplanowanych i zamierzonych działań z zakresu opieki zdrowotnej ocenianych jako skuteczne, bezpieczne i uzasadnione, umożliwiających w określonym terminie osiągnięcie założonych celów, polegających na wykrywaniu i zrealizowaniu określonych potrzeb zdrowotnych oraz poprawy stanu zdrowia określonej grupy świadczeniobiorców. Ważne jest, by tak ogólne i szerokie ujęcia obowiązków poszczególnych szczebli samorządu było rozpatrywane przez pryzmat innych przepisów, przede wszystkim wynikających z konstytucji. Analizując przepis ustawy w związku z art. 68 ust. 2 Konstytucji, który wprowadza szczególną ochronę zdrowia kobiety w ciąży, stwierdzić należy że zdrowie kobiety ciężarnej powinno być podmiotem programów zdrowotnych realizowanych przez władzę publiczną w postaci samorządu terytorialnego.

Reasumując, z analizy przepisów „samorządowych” dotyczących ochrony zdrowia wynika, że obowiązek zapewnienia szczególnej opieki medycznej kobietom w ciąży, nie był przedmiotem szczególnego zainteresowania ustawodawcy. Akty prawne rangi ustawy nie konkretyzują, na czym miałyby polegać realizacja konstytucyjnego obowiązku, ani jak ten obowiązek wykonywać. Ustawy ustrojowe samorządu terytorialnego umiejscawiają ochronę i promocję zdrowia wśród zadań fakultatywnych jednostki samorządu terytorialnego. Trudne do zrozumienia jest, że tak ważna sfera życia obywateli nie została uznana za jedno z zadań priorytetowych samorządów. Z jednej strony można uznać, że jest to błąd ustawodawcy, z drugiej jednak takie zapisy zapewniają jednostkom elastyczność i możliwość odpowiadania na faktyczne potrzeby społeczności lokalnej. Ważne jest jednak, by władze diagnozowały faktyczne potrzeby i wrażliwe były na głos społeczności lokalnej, ponadgminnej czy regionalnej.

Ustawy prawa materialnego również nie zapewniają kobietom w ciąży bezpieczeństwa w postaci szczególnej opieki zdrowotnej. Analiza wskazanych ustaw wykazała braki w zakresie skonkretyzowania zadań oraz podmiotów zobowiązanych do ich realizacji.

W zakresie zapewnienia kobietom w ciąży szczególnej opieki medycznej mamy więc do czynienia z tzw. „odpowiedzialnością rozmytą”, a przede wszystkim niezrealizowaniem konstytucyjnego zapisu zawartego w art. 68 ust. 3.

Konkluzje

- ▶ Na władzy publicznej spoczywa zobowiązanie do realizacji konstytucyjnego obowiązku zapewnienia kobiecie ciężarnej i dziecku szczególnej opieki medycznej.
- ▶ Każdy ze szczebli samorządu terytorialnego ustawowo zobowiązany został do wykonywania zadań z zakresu ochrony i promocji zdrowia. Niestety, ustawodawca nie zakwalifikował tej kategorii działań jako zadań obowiązkowych jednostek samorządu terytorialnego.
- ▶ Aktualnie obowiązujące przepisy zobowiązują władze samorządowe do diagnozy sytuacji zdrowotnej, tworzenia strategii, planowania ochrony i promocji zdrowia z uwzględnieniem szczególnej pozycji kobiety w ciąży w polskim porządku prawnym. Zbyt ogólne zapisy ustawowe oraz brak precyzyjnie określonych obowiązków doprowadzają jednak do próżni kompetencyjnej oraz tzw. „odpowiedzialności rozmytej”.
- ▶ Jednym z obowiązków jednostek samorządu terytorialnego jest organizacja ochrony zdrowia polegająca na tworzeniu oraz nadzorowaniu działalności zakładów opieki zdrowotnej. Podkreślić należy, że aktywność samorządu w zakresie ochrony zdrowia nie powinna ograniczać się tylko do tworzenia zoz-ów, ale również winna obejmować inne działania o charakterze prozdrowotnym.
- ▶ Zbyt ogólne zapisy ustaw ustrojowych oraz brak precyzyjnie sformułowanych ustaw prawa materialnego, konkretyzujących przedmiotowo i podmiotowo zadania samorządu terytorialnego w zakresie zapewnienia szczególnej opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem powodują, że władza publiczna nie w pełni wywiązuje się z konstytucyjnych zapisów i obowiązków.

Rozdział 2.

Działania administracji samorządowej w zakresie opieki nad matką i dzieckiem – wyniki badania ankietowego

1. Problemy badawcze:

Monitoring działań administracji w zakresie opieki nad matką i dzieckiem miał na celu określenie:

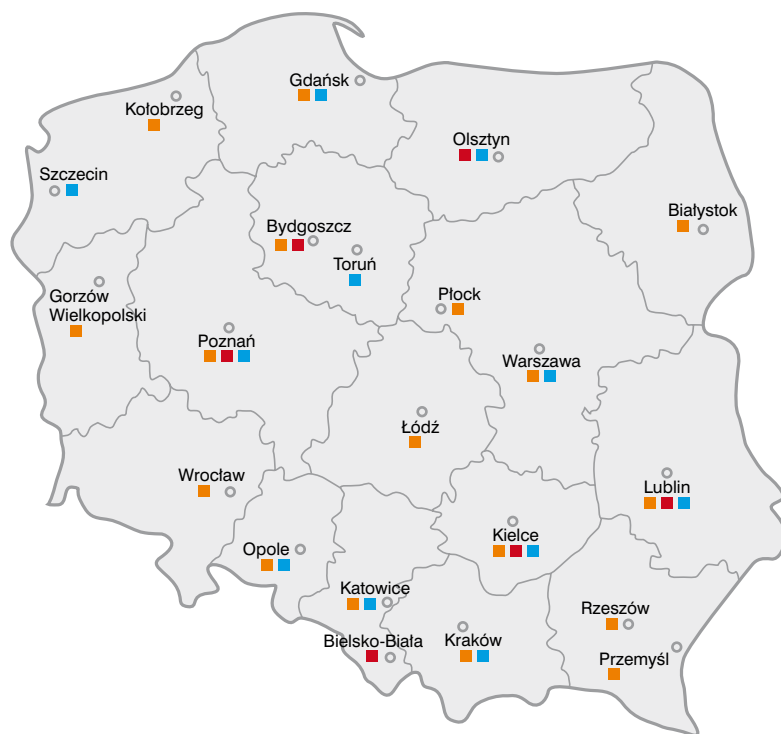
- ▶ w jaki sposób są diagnozowane potrzeby lokalnej społeczności;
- ▶ jak planowana i organizowana jest opieka nad matką i dzieckiem;
- ▶ czy samorząd inicjuje tworzenie programów edukacyjnych i profilaktycznych, oraz czy je finansuje;
- ▶ czy samorząd współpracuje z organizacjami pozarządowymi w zakresie opieki okołoporodowej;
- ▶ czy prowadzona jest ocena jakości opieki okołoporodowej oraz stopnia przestrzegania praw pacjenta w placówkach podlegających samorządowi.

2. Przebieg badania

Opracowano ankietę składającą się z kilkunastu pytań, dotyczących różnych aspektów szeroko rozumianej opieki nad matką i dzieckiem, realizowanej na szczeblu danej jednostki samorządu terytorialnego (dalej: JST). Ankieta dotyczyła działań podejmowanych w latach 2007-2008. Ankietę wysłano do 60 instytucji samorządowych – urzędów miasta/gminy, powiatowych oraz marszałkowskich na terenie całej Polski. Otrzymaliśmy wypełnione ankiety z blisko 60% urzędów, w wielu przypadkach uzupełnione dodatkowymi dokumentami, takimi jak uchwały, programy polityki zdrowotnej, opracowania diagnostyczne z zakresu ochrony zdrowia, programy współpracy z organizacjami pozarządowymi (Tab.1., Rys.1.). Ponadto zanalizowano strony internetowe poszczególnych urzędów oraz Biuletynu Informacji Publicznej pod kątem dostępności informacji o działaniach podejmowanych przez JST w związku z opieką nad matką i dzieckiem.

JST	Wysłane	Otrzymane	%
Urząd gminy/miasta	33	17	51,5
Urząd powiatowy	11	6	54,5
Urząd marszałkowski	16	11	68,8
Suma	60	34	56,7

Tab.1. Udział jednostek samorządowych w badaniu.



Rys.1. Udział jednostek samorządowych w badaniu.

■ urzędy miasta i gminy
■ urzędy powiatowe
■ urzędy marszałkowskie

Analizę zebranego materiału prowadziliśmy na kilku płaszczyznach. Dotyczyła ona:

- ▶ świadomości zobowiązań JST związanych z szeroko rozumianą opieką nad matką i dzieckiem, w świetle obowiązujących przepisów;
- ▶ procesu diagnozowania potrzeb lokalnych z zakresu opieki nad matką i dzieckiem;
- ▶ procesu planowania zadań związanych z opieką nad matką i dzieckiem;
- ▶ rodzaju realizowanych działań;
- ▶ współpracy z organizacjami pozarządowymi w obszarze opieki nad matką i dzieckiem;
- ▶ spójności realizowanych działań z Narodowym Programem Zdrowia 2007-2015, którego celem operacyjnym nr 7 jest „Poprawa opieki zdrowotnej nad matką, noworodkiem i małym dzieckiem”;
- ▶ orientacji w bieżących problemach opieki okołoporodowej.

Na potrzeby badania „opieka nad matką i dzieckiem” została zdefiniowana szeroko, jako wszelkie działania związane z opieką medyczną nad kobietą w okresie okołoporodowym i noworodkiem, edukacją prozdrowotną i profilaktyką, promocją zdrowego stylu życia, dostępem kobiet w ciąży do bezpłatnej opieki medycznej, organizacją zakładów opieki zdrowotnej i innych placówek udzielających świadczeń zdrowotnych związanych z okresem okołoporodowym etc.

3. Świadomość zobowiązań JST w zakresie opieki nad matką i dzieckiem

Zapytaliśmy o to, czy kwestie związane ze szczególną opieką nad kobietą w okresie okołoporodowym, opieką nad matką i dzieckiem, promocją zdrowia i profilaktyką w okresie okołoporodowym, dostępem kobiet w ciąży do bezpłatnej opieki medycznej itp. znajdują się wśród działań, za które odpowiedzialna jest jednostka samorządu terytorialnego.

Wg większości respondentów kwestie związane z opieką nad matką i dzieckiem znajdują się wśród działań, za które odpowiedzialna jest JST, natomiast w zaledwie 3 ankietach podano podstawy prawne,

na mocy których zadania te są zadaniami własnymi JST (w danych przypadkach gminy). 29% respondentów uważa, że zadania związane z opieką nad matką i dzieckiem JST realizuje tylko i wyłącznie poprzez działalność zoz-ów, oraz poprzez sprawowanie nadzoru nad jednostkami, których jest organem założycielskim (Tab.2.).

JST	Tak	Nie	Tak, poprzez i w ramach działalności zoz-ów
Urząd gminy/miasta	9 (53%)	4 (23,5%)	4 (23,5%)
Urząd powiatowy	2 (33,3%)	2 (33,3%)	2 (33,3%)
Urząd marszałkowski	5 (46%)	2 (18%)	4 (36%)
Suma	16 (47%)	8 (24%)	10 (29%)

Tab.2. Czy kwestie związane z opieką nad matką i dzieckiem znajdują się wśród działań, za które odpowiedzialna jest JST?

Ponadto, w większości przypadków JST, w których udzielono odpowiedzi, że nie są one odpowiedzialne za zadania związane z opieką nad matką i dzieckiem, jednostki te nie są organami założycielskimi dla żadnego zakładu ochrony zdrowia. Widoczna jest tendencja do wąskiego rozumienia zadań związanych z opieką nad matką i dzieckiem – jedynie jako zobowiązania do zapewnienia opieki strictly medycznej poprzez nadzór nad działalnością zoz-ów. Cytat z jednej z ankiet: „Z uwagi na to, że Gmina Miasto X. nie sprawuje nadzoru nad zakładami realizującymi działania z obszaru opieki nad matką i dzieckiem, kwestie związane ze szczególną opieką nad kobietą w okresie okołoporodowym, opieką nad matką i dzieckiem, promocją zdrowia i profilaktyką w okresie okołoporodowym, dostępem kobiet w ciąży do bezpłatnej opieki medycznej, nie znajdują się wśród działań, za które odpowiedzialna jest Gmina Miasto X”.

Przykład dobrych praktyk

▶ Urząd Miasta w Białymstoku

Szpital podległy miastu nie posiada oddziałów ginekologicznego, ani położniczego. Pomimo to, w tym szpitalu działa jedyna w mieście publiczna szkoła rodzenia (Program „Opieka nad kobietą ciężarną i noworodkiem”), finansowana ze środków Urzędu Miasta, dostępna bezpłatnie dla mieszkanki Białegostoku.

▶ Urząd Miasta w Gdańsku

Urząd nie nadzoruje zakładów opieki zdrowotnej. W grudniu 2006 r. przyjęto „Program Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Wybranym Chorobom Społecznym w Gdańsku na lata 2007-2010”. Na podstawie tego programu w kolejnych latach realizowane są programy szczegółowe i finansowane działania z zakresu promocji zdrowia i profilaktyki w obszarze opieki nad matką i dzieckiem (zostaną omówione w dalszej części analizy).

4. Diagnozowanie potrzeb lokalnych z zakresu opieki nad matką i dzieckiem

Blisko połowa respondentów podejmowała na terenie JST działania służące diagnozie opieki okołoporodowej. Nieco więcej jednostek nie podejmowało żadnych tego typu działań (Tab.3).

JST	Podejmowano działania	Nie podejmowano działań
Urząd gminy/miasta	8 (47%)	9 (53%)
Urząd powiatowy	3 (50%)	3 (50%)
Urząd marszałkowski	5 (45%)	6 (55%)
Suma	16 (47%)	18 (53%)

Tab.3. Czy JST podejmowała działania służące diagnozie opieki okołoporodowej na swoim terenie?

Przykłady działań mających na celu diagnozę sytuacji w opiece nad kobietami i dziećmi:

- ▶ bieżący monitoring sytuacji na terenie JST (liczba placówek medycznych, liczba porodów, monitorowanie dostępu do świadczeń);
- ▶ badania ankietowe na terenie szpitali (badanie satysfakcji pacjentek);
- ▶ sprawowanie nadzoru nad zoz-ami, przeprowadzanie corocznych kontroli;
- ▶ opracowanie raportów (np. „Ocena Stanu Zdrowia Mieszkańców”, strategie rozwoju województwa);

- ▶ zapoznanie się z raportami konsultantów wojewódzkich (w sensie formalnym konsultanci podlegają wojewodzie, a nie administracji samorządowej);
- ▶ opracowywanie dokumentów w interdyscyplinarnych zespołach tematycznych, powołanych przez samorząd;
- ▶ korzystanie z informacji gromadzonych przez Centra Zdrowia Publicznego (podległe wojewodzie).

W większości analizowanych przypadków mamy do czynienia z incydentalnym korzystaniem z ogólnie dostępnych danych statystycznych lub badań wykonywanych na potrzeby np. procedur wdrażania standardów jakości w zakładach opieki zdrowotnej. Dane te są wykorzystywane w sposób przypadkowy, nie są gromadzone i analizowane w sposób systematyczny. Załedwie 9 samorządów (6 urzędów marszałkowskich – województw małopolskiego, świętokrzyskiego, kujawsko-pomorskiego, pomorskiego, zachodniopomorskiego oraz mazowieckiego oraz 3 urzędy miasta – Gdańsk, Warszawa i Gorzów) przedstawiło dokumenty, w których sprecyzowane są badane obszary, określone problemy i pytania badawcze, poszukiwane wskaźniki świadczące o stanie opieki zdrowotnej. W 3 z tych dokumentów brak jest odnośników do opieki okołoporodowej lub też jest ona przedstawiona w sposób bardzo fragmentaryczny (np. jako problem województwa określono wzrastającą umieralność niemowląt, ale brak jest próby wskazania przyczyn tego zjawiska i sposobów przeciwdziałania).

Przykład dobrych praktyk

- ▶ „Program Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Wybranim Chorobom Społecznym w Gdańsku na lata 2007-2010” (opracowany przez Urząd Miasta Gdańsk), zawiera diagnozę stanu wyjściowego. Wśród głównych zagrożeń zdrowotnych mieszkańców Gdańska autorzy dokumentu umieścili wzrastającą umieralność niemowląt, której najczęstsze przyczyny to niedostateczny poziom opieki nad kobietą w ciąży oraz wysoki odsetek liczby kobiet palących w okresie ciąży.
- ▶ Na zlecenie Urzędu Marszałkowskiego Województwa Zachodniopomorskiego opracowano w interdyscyplinarnych zespołach dokumenty: „Strategia opieki zdrowotnej w zakresie neonatologii i pediatrii w woj. zachodniopomorskim na lata 2007-2013” oraz „Kierunki rozwoju opieki zdrowotnej w zakresie położnictwa i ginekologii w województwie zachodniopomorskim na lata 2008-2013”. Dokumenty te zawierają dokładną diagnozę sytuacji demograficznej, diagnozę sytuacji zdrowotnej kobiet i dzieci korzystających z opieki okołoporodowej, analizę dostępności usług medycznych na różnych stopniach referencyjności i ocenę zasobów opieki zdrowotnej.

5. Planowanie działań odnoszących się do opieki nad matką i dzieckiem

Wspomniane wyżej dokumenty opracowane na potrzeby diagnozy lokalnych potrzeb – „Program Promocji Zdrowia i Przeciwdziałania Wybranim Chorobom Społecznym w Gdańsku na lata 2007-2010”, Warszawski Program Profilaktyki i Promocji Zdrowia na lata 2008-2011, Miejski Program Promocji Zdrowia na 2008 r. Urzędu Miasta w Bydgoszczy, „Strategia opieki zdrowotnej w zakresie neonatologii i pediatrii w woj. zachodniopomorskim na lata 2007-2013”, „Kierunki rozwoju opieki zdrowotnej w zakresie położnictwa i ginekologii w województwie zachodniopomorskim na lata 2008-2013”, Program Zdrowie dla Pomorza – opracowanie grupy roboczej ds. organizacji opieki zdrowotnej nad matką i dzieckiem na lata 2007-2012 (przedsięwzięcie Urzędu Marszałkowskiego, Wojewody Pomorskiego, Akademii Medycznej w Gdańsku, Oddziału Narodowego Funduszu Zdrowia), obok obszernej diagnozy sytuacji zawierają przede wszystkim rekomendacje i wytyczne dla programów zdrowotnych. Nie jest celem tego opracowania szczegółowe omawianie wskazanych dokumentów, warto jednak wskazać na pewne ważne ich aspekty:

- ▶ zgodność z celem operacyjnym nr 7 Narodowego Programu Zdrowia;
- ▶ wyznaczanie celów strategicznych, operacyjnych i szczegółowych np. cel strategiczny: poprawa stanu zdrowia i związanej z nim jakości życia mieszkańców poprzez organizację badań profilaktycznych, kształtowanie prozdrowotnego stylu życia oraz wyrównanie szans, cele operacyjne: m.in. usprawnienie systemu opieki nad matką i dzieckiem, cel szczegółowy: m.in. promocja i dofinansowanie szkół rodzenia, upowszechnianie karmienia niemowląt piersią;
- ▶ zdefiniowanie oczekiwanych korzyści i efektów: np. obniżenie współczynnika umieralności niemowląt;
- ▶ zaplanowanie ewaluacji wraz z badaniem i oceną efektywności programów profilaktycznych.

Najbardziej wiarygodna jest ewaluacja, oparta na informacjach nie tylko pochodzących od realizatorów świadczeń, ale także na ocenie beneficjentów oraz instytucji niezależnych. Jak wspomniane jest w dokumencie Urzędu Miasta Gdańsk, „dla zapewnienia wiarygodnej oceny korzyści niezbędne jest odejście od opierania się na opiniach i sprawozdaniach oferenta lub realizatora świadczeń. Należy przyjąć zasadę wykorzystania opinii instytucji niezależnych od oferenta i wykonawcy”. Urząd Miasta w Warszawie natomiast monitoruje realizację programów profilaktycznych w oparciu o dane epidemiologiczne (zachorowalność), oraz dane ilościowe odnoszące się do liczby zawartych umów z realizatorami programów, mieszkańców biorących udział w programach, zrealizowanych świadczeń w ramach programów etc., a także przeprowadza badanie ankietowe wśród beneficjentów, korzystających ze szkoły rodzenia w ramach programu profilaktycznego.

6. Realizacja działań dotyczących obszaru opieki nad matką i dzieckiem przez badane JST

W ankiecie poprosiliśmy o odpowiedź na pytanie, czy JST realizuje działania związane z opieką nad matką i dzieckiem. Realizację takich działań podejmuje 71% z badanych JST, przy czym 26% ogranicza zakres tych działań do prowadzenia zakładów opieki zdrowotnej, nadzoru nad nimi, finansowania remontów i doposażenia. 29% badanych JST nie realizowało żadnych działań z obszaru opieki okołoporodowej (Tab.4).

JST	Są realizowane	W tym – poprzez wspieranie zakładów opieki zdrowotnej	Nie są realizowane
Urząd gminy/miasta	14 (82%)	2 (12%)	3 (18%)
Urząd powiatowy	4 (67%)	3 (50%)	2 (33%)
Urząd marszałkowski	6 (55%)	4 (36%)	5 (45%)
Suma	24 (71%)	9 (26%)	10 (29%)

Tab.4. Czy JST realizuje działania związane z opieką nad matką i dzieckiem?

Rodzaje działań realizowanych przez JST w obszarze opieki nad matką i dzieckiem:

Urzędy miasta/gminy:

- ▶ opiekę nad matką i dzieckiem realizują w ramach swojej działalności poradnie gin.-poł. oraz pediatria, oddziały położniczo-ginekologiczne oraz neonatologiczne (Opole, Rzeszów);
- ▶ edukacja zdrowotna kobiet w okresie przedkoncepcyjnym (Wrocław);
- ▶ edukacja przedporodowa „Szkoła Rodzenia” (Wrocław, Warszawa, Bydgoszcz, Płock, Gdańsk, Kraków, Białystok, Przemyśl);
- ▶ ośrodek szybkiej diagnostyki prenatalnej (Wrocław);
- ▶ centra informacji dla rodziców (Wrocław);
- ▶ program opieki zdrowotnej nad kobietami w ciąży fizjologicznej „Zdrowie, Mama i Ja” – (Warszawa);
- ▶ badania przesiewowe noworodków (Bydgoszcz);
- ▶ interwencja antynikotynowa prowadzona przez położne z poradni K (ankieta, edukacja o skutkach palenia, uczenie zachowań asertywnych) Gdańsk;
- ▶ Program zapobiegający porzucaniu dzieci „Mamo, nie porzucaj mnie”, w jego ramach m.in. program edukacyjny dla młodzieży „Świadome macierzyństwo” (Łódź);
- ▶ modernizacja szpitali (Kraków, Opole);
- ▶ udział w akcji zainicjowanej przez Państwową Agencję Rozwiązywania Problemów Alkoholowych „Cięża bez alkoholu” (Kołobrzeg, Poznań).

Urzędy powiatowe:

- ▶ w ramach prowadzonego nadzoru nad jednostkami – zakup sprzętu i aparatury medycznej, poprawa warunków sanitarnych na oddziałach, remonty i modernizacje – Kielce, Bielsko-Biała, Olsztyn, Lublin.

Urzędy marszałkowskie:

- ▶ przekazywanie dotacji jednostkom ochrony zdrowia na zakup sprzętu, modernizacje, remonty (województwa lubelskie, mazowieckie);
- ▶ opracowanie programu „Dostosowanie pomieszczeń w celu utworzenia Opolskiego Centrum Aktywnego Porodu i Rodzicielstwa oraz Leczenia Niemowląt Zagrożonych Niepełnosprawnością”, obecnie trwa przetarg na wykonawcę (województwo opolskie).

7. Współpraca z organizacjami pozarządowymi w zakresie opieki nad matką i dzieckiem

Zapytaliśmy, czy dana jednostka samorządu terytorialnego posiada spisany program współpracy z organizacjami pozarządowymi, oraz czy wśród priorytetów/obszarów współpracy wymienione są zadania związane z opieką nad matką i dzieckiem.

Przeważająca większość respondentów (94%) posiada spisany program współpracy z organizacjami samorządowymi (Tab.5.).

JST	Czy posiada program współpracy z ngo?		
	Tak	Nie	Brak danych
Urząd gminy/miasta	16 (94%)	-	1 (6%)
Urząd powiatowy	6 (100%)	-	-
Urząd marszałkowski	10 (91%)	1 (9%)	-
Suma	32 (94%)	1 (3%)	1 (3%)

Tab.5. Czy JST posiada program współpracy z organizacjami pozarządowymi?

Opieka i profilaktyka zdrowotna to jeden z najczęściej wskazywanych obszarów współpracy administracji samorządowej i organizacji pozarządowych – w 26 przypadkach. Natomiast opieka nad matką i dzieckiem, i to w dość nieprecyzyjnym ujęciu, wspomniana jest tylko w 2 programach – Urzędu Marszałkowskiego Województwa Pomorskiego (jako „Profilaktyka i edukacja w zakresie życia płciowego, ciąży i macierzyństwa”), oraz Urzędu Miasta w Białymstoku (obszarami współpracy są cele Narodowego Programu Zdrowia).

JST	Czy w programie ujęte są zadania z zakresu ochrony i profilaktyki zdrowotnej?			Czy w programie są zadania związane z opieką nad matką i dzieckiem?		
	Tak	Nie	Brak danych	Tak	Nie	Brak danych
Urząd gminy/miasta	16 (94%)	-	1 (6%)	1 (6%)	1 (6%)	15 (88%)
Urząd powiatowy	4 (67%)	-	2 (33%)	-	6 (100%)	-
Urząd marszałkowski	6 (55%)	1 (9%)	4 (36%)	1 (9%)	9 (82%)	1 (9%)
Suma	26 (76%)	1 (3%)	7 (21%)	2 (6%)	16 (47%)	16 (47%)

Tab.6. Obszary współpracy JST z organizacjami pozarządowymi.

JST	Zlecenie zadań organizacjom pozarządowym		
	Tak, zlecała	Nie zlecała	Brak odpowiedzi
Urząd gminy/miasta	4 (24%)	5 (29%)	8 (47%)
Urząd powiatowy	-	6 (100%)	-
Urząd marszałkowski	4 (36%)	4 (36%)	3 (27%)
Suma	8 (24%)	15 (44%)	11 (32%)

Tab. 7. Czy w latach 2007-2008 JST zlecała organizacjom pozarządowym realizację działań związanych z opieką nad matką i dzieckiem?

Zaledwie co czwarta JST zlecała organizacjom pozarządowym realizację zadań z obszaru opieki nad matką i dzieckiem. W przypadku urzędów gminy/miasta było to przede wszystkim prowadzenie edukacji przedporodowej w formie szkoły rodzenia (Wrocław, Łódź). Żaden z badanych urzędów powiatowych nie współpracuje w tym zakresie z organizacjami pozarządowymi.

Przykład dobrych praktyk

- Urząd Marszałkowski Województwa Kujawsko-Pomorskiego udzielił finansowego wsparcia Stowarzyszeniu Rodziców po Poronieniu na organizację konferencji poświęconej poronieniom i stracie dziecka.

8. Dostęp do informacji o działaniach realizowanych przez JST

W okresie przygotowawczym do monitoringu przeszukaliśmy strony internetowe około 50 jednostek samorządu terytorialnego w poszukiwaniu informacji o wszelkich inicjatywach związanych z opieką nad matką i dzieckiem. Poszukiwane były informacje o działaniach skierowanych do kobiet w okresie okołoporodowym, o programach profilaktycznych. Okazało się, że na większości stron informacji tych nie ma, są niepełne lub przestarzałe.

JST	Liczba JST	Realizują działania z zakresu opieki nad matką	Informacje dostępne na stronie www
Urząd gminy/miasta	17	14	7 (50%)
Urząd powiatowy	6	4	1 (25%)
Urząd marszałkowski	11	6	3 (50%)
Suma	34	24	11 (46%)

Tab.8. Publikowanie informacji o realizowanych działaniach na stronie www

Pośród JST realizujących działania w obszarze opieki nad matką i dzieckiem większość nie publikuje informacji na temat tych działań na stronie internetowej urzędu.

Przykład dobrych praktyk

- Urząd Miasta Stołecznego Warszawy na stronie Biura Polityki Zdrowotnej www.zdrowawarszawa.pl publikuje dokładną listę placówek realizujących program opieki zdrowotnej nad kobietą w ciąży niepowikłanej „Zdrowie, Mama i Ja” oraz program edukacji przedporodowej „Szkoła rodzenia”;
- Urząd Miasta Krakowa na stronie www.krakow.pl publikuje łatwo dostępną informację o programie profilaktyki i edukacji przedporodowej.

9. Świadomość aktualnych problemów w opiece okołoporodowej występujących na terenie JST

W ankiecie zapytaliśmy, czy zakłady opieki zdrowotnej na terenie JST pobierają opłaty za tzw. usługi ponadstandardowe, o to, czy są obserwowane problemy z dostępem do świadczeń zdrowotnych dla kobiet w okresie okołoporodowym oraz o to, czy JST otrzymuje skargi od obywateli związane z tym obszarem.

Jeśli chodzi o pobieranie opłat od kobiet, okazało się, że większość respondentów ma świadomość tego, że szpital, nad którym dana JST sprawuje nadzór, pobiera opłaty od pacjentek oddziałów położniczych. W jednej z ankiet stwierdzono, iż szpitale „pobierają opłaty na usługi nie objęte kontraktem z NFZ”. Tymczasem we wszystkich przypadkach opłaty te pobierane są bądź za kwestie uregulowane prawami pacjenta (pojedyncza sala do porodu gwarantująca intymność, obecność bliskiej osoby) lub za znieczulenie zewnątrzoponowe (od 2008 r. nie ma przeszkód ze strony NFZ do kontraktowania tej usługi). Jedyne opłaty znajdujące uzasadnienie w obecnie obowiązujących przepisach prawa to opłata za ponadstandardową salę po porodzie czy indywidualną opiekę lekarza bądź położnej w trakcie porodu.

Respondenci nie zaobserwowali problemów z dostępem do świadczeń w dużych miastach, w których od 2 lat mamy do czynienia ze wzrostem liczby porodów. O czym innym świadczą doniesienia prasowe oraz skargi kobiet kierowane również do naszej Fundacji – w wielu miastach wojewódzkich problemów

JST	Tak, były skargi	Nie otrzymano skarg	Brak danych	Nie dotyczy
Urząd gminy/miasta	1 (6%)	12 (71%)	3 (18%)	1 (6%)
Urząd powiatowy	-	5 (83%)	-	1 (17%)
Urząd marszałkowski	2 (18%)	8 (73%)	-	1 (9%)
Suma	3 (9%)	25 (74%)	3 (9%)	3 (9%)

Tab.9. Czy JST otrzymywała skargi dotyczące opieki nad matką i dzieckiem?

z dostępem do wybranego szpitala nie można tłumaczyć jedynie „okresowymi trudnościami wynikającymi z remontów”, ale są one związane z nieadekwatną do potrzeb liczbą łóżek oraz organizacją oddziałów.

Większość JST nie otrzymywała od obywateli skarg związanych z opieką nad matką i dzieckiem. Najprawdopodobniej związane jest to z niewiedzą kobiet lub brakiem wiary w skuteczność skargi.

10. Spójność realizowanych działań z celem operacyjnym nr 7 Narodowego Programu Zdrowia

Administracja samorządowa w myśl dokumentów programowych NPZ ma być jednym z podmiotów odpowiedzialnych za realizację celu operacyjnego nr 7. Jak pokazuje powyższa analiza, podejście badanych JST do obszaru opieki nad matką i dzieckiem jako jednego z zadań, za które odpowiedzialna jest administracja samorządowa, jest bardzo zróżnicowane. Obok JST, które ogromną wagę przykładają do właściwej diagnozy stanu opieki okołoporodowej, są miejsca, w których obszar ten nie jest w ogóle postrzegany jako zadanie, za realizację którego odpowiedzialne są JST.

Konkluzje

- ▶ W opinii wielu JST, obszar opieki nad matką i dzieckiem nie należy do zadań, za realizację których są odpowiedzialne.
- ▶ Część JST odpowiedzialność za obszar opieki nad matką i dzieckiem rozumie wąsko, jedynie jako nadzór nad zakładami opieki zdrowotnej, której są organami założycielskimi.
- ▶ Rzadkością jest dokonywanie pełnej diagnozy opieki nad matką i dzieckiem, mającej na celu określenie potrzeb kobiet w okresie okołoporodowym (zarówno ściśle zdrowotnych, jak i dotyczących edukacji oraz profilaktyki), zasobów lokalnego systemu ochrony zdrowia, satysfakcji kobiet z usług medycznych, stopnia przestrzegania praw pacjenta etc.
- ▶ Brak systemowego podejścia do opieki nad matką i dzieckiem jest odzwierciedlony w braku planowania tej opieki w oparciu o wyznaczane na podstawie diagnozy cele strategiczne.
- ▶ Z monitoringu wynika, że szczeblem samorządu terytorialnego, który jest mało zaangażowany w zapewnienie odpowiedniej opieki nad matką i dzieckiem, są powiaty.
- ▶ 70% JST realizuje różnego rodzaju działania związane z opieką nad matką i dzieckiem. W przypadku co czwartej JST działania te ograniczają się do wspierania i nadzoru nad zakładami opieki zdrowotnej. Wśród innych działań realizowanych przez JST przeważa organizowanie lub finansowanie edukacji przedporodowej.
- ▶ Dobrą praktyką jest wprowadzanie programów profilaktycznych polegających na finansowaniu edukacji przedporodowej w formie szkoły rodzenia.
- ▶ Choć większość z badanych JST przyjęła programy regulujące współpracę z organizacjami pozarządowymi, zlecenie działań z obszaru opieki nad matką i dzieckiem tym organizacjom jest rzadkością. Opieka nad matką i dzieckiem nie stanowi wydzielonego obszaru współpracy.
- ▶ Obywatele zainteresowani zaangażowaniem JST w opiekę nad matką i dzieckiem mogą mieć problem z łatwym dotarciem do informacji o podejmowanych przez samorząd działaniach. Informacje o inicjatywach samorządu często nie są zamieszczane na stronach internetowych, lub są trudne do odnalezienia, nawet przy korzystaniu z wyszukiwarki.
- ▶ Niska jest świadomość JST co do jakości oferowanej na ich terenie opieki okołoporodowej oraz tolerowane jest naruszające prawa pacjenta pobieranie opłat.
- ▶ Zwraca uwagę brak współdziałania różnych szczebli samorządu w obszarze opieki nad matką i dzieckiem.

